

デイサービスセンター なご家

重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(一宮市指定 第 2372202925 号)

重要事項説明書は 2026 年 6 月改訂版に基づく

当事業所はご利用者に対して地域密着型通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたい事を、次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

1. 経営法人

法人名	株式会社ノーウェア
法人所在地	愛知県名古屋市北区黒川本通 2-46 4F
電話番号	052-912-0945
代表者	代表取締役 寺井 太佑
設立年月	平成 21 年 7 月

2. 施設概要

施設の種類	指定地域密着型通所介護事業所 平成 21 年 10 月 1 日指定 一宮市 第 2372202925 号
名称	デイサービスセンター なご家 一宮サービス
所在地	愛知県 一宮市 松降 2 丁目 5-11
電話番号	0586 - 52 - 3840
所長（管理者）	高木 佳代（たかぎ かよ）
運営方針	① 自宅に近い環境の中で、居宅における生活を念頭に置いた介護および相談・援助を実施することで、利用者がその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるようにすることを目指すものとする。 ② 業の運営において、利用者とそのご家族はもちろん、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業所、他の居宅サービス事業者、他の保険医療サービスおよび福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。
開設年月日	平成 21 年 10 月 1 日
利用定員	10 名
営業時間	8:00～19:00
サービス提供時間	9:00～17:10※延長最大 2 時間
定休日	日曜日、年末年始（12/31-1/2）
通常の実施地域	一宮市全域 ※左記以外、応相談

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して指定地域密着型通所介護を提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。状況に応じて増員し、ご利用者3名に対して1名の職員が付くよう、配置致します。

＜主な職員の配置状況＞※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	職員数
管理者	1名(常勤兼務)
生活相談員	1名以上
介護職員	1名以上
機能訓練指導員	1名以上

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについては、

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
 - (2) 利用料金の全額をご利用者に負担いただく場合

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分（9割・8割・7割）が介護保険から給付されます。

＜サービスの概要＞

①入浴

入浴または清拭を行います。個人浴槽をご利用いただけます。

②排泄

ご利用者の排泄の介助を行います。

排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

③個別アクティビティ

ご利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復、又はその減退を防止するためのアクティビティを実施します。

④送迎

ご利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎を行います。

⑤延長サービス（2時間以内）

ご利用者の希望により、利用時間を延長いただくことができます。

＜サービス利用料金＞

下記の料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（上記サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。）

■介護保険給付料金

1 割負担

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
7時間以上8時間未満	773 円	914 円	1,060 円	1,204 円	1,347 円
8時間以上9時間未満	804 円	950 円	1,101 円	1,253 円	1,402 円

2 割負担

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
7時間以上8時間未満	1,547 円	1,828 円	2,120 円	2,407 円	2,695 円
8時間以上9時間未満	1,608 円	1,900 円	2,202 円	2,506 円	2,804 円

3 割負担

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
7時間以上8時間未満	2,320 円	2,742 円	3,180 円	3,611 円	4,042 円
8時間以上9時間未満	2,412 円	2,850 円	3,303 円	3,759 円	4,206 円

加算料金表

	入 浴 介 助 (Ⅰ)	入浴介助 (Ⅱ)	延長 1 (18:10)	延長 2 (19:10)	認知症加算 (Ⅲ a 以上の み)	サービス提供 体制加算 Ⅱ
1 割	41 円	56 円	51 円	103 円	62 円	18 円
2 割	82 円	113 円	103 円	205 円	123 円	36 円
3 割	123 円	169 円	154 円	308 円	185 円	55 円

※認知症加算につきましては、自立度Ⅲa 以上の方が対象となります。

介護職員等処遇改善加算Ⅰロ（12.7%）

☆ご利用者が要介護認定申請中の場合には、認定後にまとめて自己負担額をお支払いいただきます。

☆居宅サービス計画の未作成や保険料の滞納等により、事業所に直接介護給付が行われない場合、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます（償還払い）。利用料のお支払と引き換えにサービス提供証明書および領収書を発行致します。サービス提供証明書および領収書は、後に利用料の償還払いを受ける際に必要となります。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

(2) 介護保険の給付の対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

①支給限度額を超える地域通所介護サービス

介護保険給付の支給限度額を超えてもサービスを利用することができます。

その場合、サービス利用料金の全額がご利用者の負担となります。

② 食事

【朝食】500 円／1 食 【昼食】600 円／1 食

【夕食】600 円／1 食 【おやつ】100 円/1 食（昼食代と合わせて請求記載）

③おむつ代

紙おむつ：150 円

尿パット：50 円

④レクリエーション・イベント費用

ご利用者の希望により、レクリエーションや年中行事に参加していただくことができます。その際、材料や移動にかかる費用等ご利用者に負担頂くことが適当であるものに関しては、実費でご負担頂きます。

⑤日常生活品の購入

ご利用者の希望により、日常生活品を購入した場合に、その購入代金を実費でご負担いただきます。

※経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う1ヶ月前までにご説明します。

⑥緊急時の付き添い対応

救急搬送時は、契約内容に基づき、ご家族様へご連絡致します。

万が一、ご連絡が取れない状況にて、職員の付き添い対応が必要となった際には利用料とあわせて、別途請求とさせていただきます。

(3) 利用料金のお支払方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、月末締め、翌月に下記のいずれかの方法で支払うものとします。

①当施設へ持参

翌月末日までに、当施設窓口へお支払いください。

②銀行振込

翌月末日までに、下記口座へお振込みください。その際、手数料はご利用者の負担となります。

三菱東京UFJ銀行 名古屋営業部 普通預金 0156041 株式会社ノーウェア 代表取締役 寺井 太佑
--

③口座振替

月末締め、翌月27日に引き落とし致します。27日が休日の場合は翌営業日に引き落としとなります。但し、何らかの事由により口座振替が不可だった場合、また口座振替開始の手続きまでに必要な期間は、上記①②いずれかの方法でお支払いください。

(4) 利用の中止・変更・追加

○利用予定日の前に、ご利用者の都合により、指定地域通所型介護並びに予防通所介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者申し出て下さい。

○食事の提供に係る費用(上記(2)②食事)について、利用予定日の前日(18:00)までに申し出がなく、当日になって食事提供中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

取消の期限	取消料
利用予定日の前日まで	700 円

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時をご利用者に提示して協議します。

5. 苦情の受付について

①当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は、以下の専用窓口で受け付けております。

○苦情受付窓口

〔職名〕施設管理者 〔氏名〕高木 佳代

〔職名〕代表取締役 〔氏名〕寺井 太佑

○受付時間

毎週月曜日～土曜日 8:00～17:00

○電話番号

0586-52-3840

○投書による受付

〒491-0042 愛知県 一宮市 松降 2丁目 5-11

デイサービスセンター なご家 一宮サービス

② 行政機関その他苦情受付機関

一宮市役所 介護保険課	所在地：愛知県一宮市本町2丁目5番6号 電話：0586-85-7017 FAX：0586-73-5500 受付時間：8:30～17:15
国民健康保険団体連合会	所在地：名古屋市東区泉1丁目6番5号 電話：052-971-4165 FAX：052-962-8870 受付時間：9:00～17:00

③ 事故発生時の対応

サービス提供時に事故が発生した場合、事業管理者はご利用者の家族、市町村、居宅介護支援事業者（事業対象者）にその事故の内容に応じて適正に連絡を取り、ご利用者の保護・安全・支援に努め、必要な措置を講じます。また、事業者には過失がある場合は、契約保険の損害賠償で対応します。事故発生時の記録をとり、再発防止に努め、共有提出致します。

④ 体調の異変時、緊急時の対応

ご利用者の体調に異変が生じた際は、ご家族への連絡等、迅速に対応します。

なお、通院につきましては、当施設の職員による送迎及び付き添い等の対応は致しかねますので、ご家族様でのご対応をお願い致します。緊急事態が発生した場合につきましても、医療機関と連携を図るとともに、ご家族への連絡等、迅速に対応します。

6. サービスの第三者評価実施状況

提供するサービスに関して、公平性及び中立の立場からの評価を行政として実施されることを推奨されておりますが、現時点において、当事業所はその実施ができておりません。

<緊急時・事故発生時のご家族様への連絡先>

電話番号 _____ 氏名 _____ 続柄 _____

令和 年 月 日

指定地域密着型通所型通所介護サービスの提供の開始に際し本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

デイサービスセンター なご家 一宮サービス

説明者 職名 _____ 氏名 _____

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定地域密着型通所介護サービスの提供開始に同意し交付を受けました。

令和 年 月 日

利用者住所 _____

利用者氏名 _____

家族又は代理人住所 _____

利用者家族又は代理人 氏名 _____

(続柄) _____

この重要事項説明書は、厚生省令第37号（平成11年3月31日）第8条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。
--