

# 重 要 事 項 説 明 書

## （ 地 域 密 着 型 通 所 介 護 ）

オレアもとき

株式会社エヌ・リンク



地域密着型通所介護重要事項説明書  
 < 西暦2024年8月1日現在 >

1 地域密着型通所介護事業者(法人)の概要

< 名称と種別 > 株式会社エヌ・リンク 営利法人  
 < 代表者 > 代表取締役 岡崎 啓俊  
 < 住所 > 福島県いわき市小名浜字丹波沼111番地の1  
 < 電話番号 > 0246-84-9290

2 事業所の概要

(1) 事業所名称、及び事業所番号等

< 名称と種類 > オレアもとぎ  
 < 管理者 > 犬飼 安彦  
 < 住所 > 山形県山形市元木二丁目9番39号  
 < 電話番号 > 023-674-9026  
 < FAX 番号 > 023-674-9027  
 < 事業所番号 > 0690100920  
 < 開設年月日 > 令和3年8月1日  
 < 利用定員 > 地域密着型通所介護 10名

(2) 事業所の職員体制

| 従業者の職種  | 常勤専従 | 常勤兼務 | 非常勤専従 | 非常勤兼務 | 職務の内容     |
|---------|------|------|-------|-------|-----------|
| 管理者     |      | 1名   |       |       | 事業所の管理    |
| 生活相談員   |      | 2名   |       |       | 相談・生活指導等  |
| 介護職員    | 1名   | 3名   |       |       | 介護全般      |
| 看護職員    |      |      |       |       | 健康管理・介護業務 |
| 機能訓練指導員 |      | 2名   | 1名    |       | 機能回復訓練等   |

(3) 職員の勤務体制

| 従業者の職種  | 勤務体制                        | 休暇         |
|---------|-----------------------------|------------|
| 管理者     | 10:00～17:00、サービス提供時間内、常勤勤務  | 日曜日、他、週休2日 |
| 生活相談員   | 10:00～17:00、サービス提供時間と同時間数勤務 | 日曜日、他、週休2日 |
| 介護職員    | 10:00～17:00、サービス提供時間内に勤務    | 日曜日、他、週休2日 |
| 看護職員    | 10:00～17:00、サービス提供時間内に勤務    | 日曜日、他、週休2日 |
| 機能訓練指導員 | 10:00～17:00、サービス提供時間内に勤務    | 日曜日、他、週休2日 |

(4) 事業の実施地域、及び営業日と営業時間

< 実施地域 > 山形市  
 < 営業日 > 月曜日～土曜日  
 < 営業時間 > 9:00～18:00  
 < サービス提供時間 > 10:00～17:00

## (1) 介護保険給付対象サービス

## ア サービス内容

| 種 類         | 内 容                                |
|-------------|------------------------------------|
| 食 事         | 食事(昼食)を提供します。                      |
| 入 浴         | 個浴です。介助が必要な方には職員が個別で対応します。         |
| 排 泄         | 利用者の状況に応じて介助し、自立についても適切な援助を行います。   |
| 機 能 訓 練     | 利用者の状態に合わせた日常生活の維持・向上のための訓練を行います。  |
| レクリエーション    | 季節行事や創作活動、外出も取り入れ意欲の向上に努めます。       |
| 健 康 チェック    | 血圧、脈、体温、血中酸素濃度を利用毎に計測致します。         |
| 相 談 及 び 援 助 | 在宅での介護、その他日常生活に関するご相談に応じます。        |
| 送 迎         | ご自宅から事業所までの送迎を行います。ご家族様による送迎も可能です。 |

## イ 費用（介護保険の適用がある場合は負担割合証をご確認ください。）

利 用 料（単位数で表示：1単位＝地域単価10円）

| 介 護 料 金    | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 | 送迎減算                           |
|------------|-------|-------|-------|-------|-------|--------------------------------|
| 3時間以上4時間未満 | 416   | 478   | 540   | 600   | 663   | 片道 ▲47<br>(家族様の送迎等<br>ご相談ください) |
| 4時間以上5時間未満 | 436   | 501   | 566   | 629   | 695   |                                |
| 5時間以上6時間未満 | 657   | 776   | 896   | 1013  | 1134  |                                |
| 6時間以上7時間未満 | 678   | 801   | 925   | 1049  | 1172  |                                |
| 7時間以上8時間未満 | 753   | 890   | 1032  | 1172  | 1312  |                                |

| 加 算          | 単位数  | サービスの概要                         |
|--------------|------|---------------------------------|
| 入浴介助加算Ⅰ      | 40／日 | 観察、介助、声掛け、気分の確認。シャワー浴も含みます。     |
| 個別機能訓練加算(Ⅰ)イ | 56／日 | 機能訓練指導員が計画書に基づき個別に機能訓練をします。     |
| 個別機能訓練加算(Ⅱ)  | 20／月 | 機能訓練の取り組みを厚生労働省(LIFE)に報告し管理します。 |
| 認知症加算        | 60／日 | 認知症の方に対して、質の高いサービスを提供します。       |

| 処 遇 改 善     | 単 位 数                 |
|-------------|-----------------------|
| 介護職員処遇改善加算Ⅱ | 1カ月の利用合計単位数に、9.0%を乗じる |

## (2) 介護保険給付対象外サービス

| 内 容     | 単 価  | サービスの概要                      |
|---------|------|------------------------------|
| 昼 食     | 500円 | 1食あたりの費用。おやつ代も含んでおります。       |
| リハビリパンツ | 100円 | 1枚あたりの費用。ご自身の持ち込み品が不足した場合など。 |
| 尿取りパット  | 50円  | 1枚あたりの費用。ご自身の持ち込み品が不足した場合など。 |
| その他費用   | 実費   | サービス提供の範囲を越えた利用者様の希望によるもの。   |

キャンセル料について： 正当な理由がある場合に限り無料です

## (3) 利用料金のお支払い方法

お支払い方法につきましては、口座振替だけとなります。現金でのお支払いは基本的にお断りしております。

月末締めで翌月の27日が振替日です。土日祝日の際は翌営業日となります。手数料はかかりません。

## (1) 事業の目的

笑顔を絶やさず、地域とのかかわりに感謝し、失敗を恐れず、挑む心を忘れず、ともに働く仲間と助け合い、ご利用者・ご家族の人生の一部になる重みを感じ、行動は自信を持って、個々の感情を大切に、あきらめることなく関わり続ける。住み慣れた地域に絆を創造していきます。

## (2) 運営方針

- ① 私たちはご利用者を尊敬し、その命を守り、責任を持って介護を行います。
- ② 私たちは1人1人に「目配り・気配り・心配り」ができる、寄り添う介護に取り組みます。
- ③ 私たちはご利用者の社会的孤立感の解消、心身機能の維持・向上を目指します。
- ④ 私たちは山形市やその他地域資源と連携し、住み慣れた町で安心して暮らせるよう、在宅生活をサポートしていきます。

## (3) 設備、備品等

地域密着型通所介護サービスの提供にあたり、以下の設備・備品を整備しております。

|                |                                                      |
|----------------|------------------------------------------------------|
| 介護保険法で定められた設備等 | 機能訓練室、食堂、相談室、静養室、事務室、自動火災報知器                         |
| その他の設備         | 浴室、脱衣所、洗面設備、トイレ、調理室                                  |
| その他の備品         | 個別浴槽(昇降式リフト付き)、車いす、ベッド、テーブル、イス、ソファ、テレビ、送迎車、車いす対応送迎車等 |

## (4) その他

|                   |                                                                                               |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 介護計画書の作成や事後評価について | 管理者、生活相談員が利用者の直面している課題を評価し、希望を踏まえた計画書を作成します。またサービス提供の目標達成状況等を評価し、その結果をモニタリング表に記載して、利用者に交付します。 |
| 記録の整備、及び保管        | 利用者に対する認知症対応型通所介護サービスの実施状況等に関する記録を整備し、その完結の日から5年間保存します。                                       |
| 従業員研修             | 採用時研修、法人全体研修(年1回)、事業所全体研修(月1回)、その他外部研修への参加など                                                  |

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ます。

- < 苦 情 受 付 窓 口 > 犬 飼 安 彦 ( 管 理 者 )
- < 受 付 時 間 > 9:00 ~ 18:00 (月~土)
- < 電 話 番 号 > 0 2 3 - 6 7 4 - 9 0 2 6

苦情、ご相談におけるその他の窓口

## ① 山形市介護保険担当課 (山形市役所内)

住所：山形市旅籠町2-3-25

営業日：月～金

電話番号：023-641-1212

営業時間：8:30 ~ 17:00

## ② 山形県国民健康保険団体連合会 (苦情処理室)

住所：寒河江市大字寒河江字久保6番地

営業日：月～金

電話番号：0237-87-8000

営業時間：9:00 ~ 16:00

- ① 速やかに主治の医師や医療機関、家族、支援担当者、山形県及び市に対して連絡する等の必要な措置を講じ、事故内容に応じて適切な対応を行います。
- ② 事故の状況及び対応について記録し、事故の原因解明や再発防止対策に役立てます。
- ③ 通所介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

防火管理についての責任者を定め、非常災害に関する防災計画を作成するとともに、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知するとともに、定期的に年2回の避難・救出等必要な訓練を行います。

防災設備について

| 設 備 名   | 個 数                | 備 考    |
|---------|--------------------|--------|
| 屋内消火器   | 2 個                | 定期的に交換 |
| ガス漏れ警報器 | 1 個                | 調理場    |
| 誘導灯     | 3 個                | 昼夜常灯   |
| 自動火災報知器 | 1 個                |        |
| カーテン等   | 防災性能のあるものを使用しています。 |        |

( 以下、余白。 )

令和      年      月      日

オレアもとき

説明者      ( 職 名 )

( 氏 名 )

印

私は、本書面を受領し事業所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いたしました。

利 用 者      ( 住 所 )

( 氏 名 )

印

署名代行者      ( 住 所 )

( 氏 名 )

印

( 続柄 :                      )