

重 要 事 項 説 明 書

(介護予防)認知症対応型通所介護

オレアもとき 認知症対応型通所介護

株式会社エヌ・リンク

認知症対応型通所介護重要事項説明書
 < 西 暦 2 0 2 6 年 6 月 1 日 現 在 >

1 認知症対応型通所介護事業者(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 > 0 2 4 6 - 8 4 - 9 2 9 0

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 > オレアもとき 認知症対応型通所介護
 < 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 > 0 2 3 - 6 7 4 - 9 0 2 6
 < FAX 番 号 > 0 2 3 - 6 7 4 - 9 0 2 7
 < 事 業 所 番 号 > 0 6 9 0 1 0 0 9 9 5
 < 開 設 年 月 日 > 令 和 7 年 1 月 27 日
 < 利 用 定 員 > 認知症対応型通所介護 9名
 < 第三者評価の実施状況 > 無 し

(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	4 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			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	10:00～16:00、サービス提供時間内、常勤兼務	土曜日、日曜日、他
生 活 相 談 員	10:00～16:00、サービス提供時間と同時間数勤務	土曜日、日曜日、他
介 護 職 員	10:00～16:00、サービス提供時間内に勤務	土曜日、日曜日、他
機 能 訓 練 指 導 員	10:00～16:00、サービス提供時間内に勤務	土曜日、日曜日、他

(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～金曜日
 < 営 業 時 間 > 9:00～18:00
 < サービス提供時間 > 10:00～16:00

(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	提供する昼食の食事介助
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	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
3時間以上4時間未満	429	476	491	541	589	639	688
4時間以上5時間未満	449	498	515	566	618	669	720
5時間以上6時間未満	667	743	771	854	936	1016	1099
6時間以上7時間未満	684	762	790	876	960	1042	1127

送迎減算(片道) ▲47 （ 家族様の送迎等ご相談ください ）

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	27／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。
科学的介護推進体制加算	40／月	利用者の状態やケアの内容を厚生労働省(LIFE)に報告し管理します。

処 遇 改 善	単 位 数
介護職員等処遇改善加算Ⅱ2	1カ月の利用合計単位数に、22.9%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	700円	1食あたりの費用。おやつ代も含んでおります。
おむつ・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

(介護予防)認知症対応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

(介護予防)認知症対応型通所介護計画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(介護予防)認知症対応型通所介護計画を作成します。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、利用者へ交付します。
記録の整備、及び保管	利用者に対する(介護予防)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。
職員研修	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・苦情受付責任者)
< 受付時間 >	9:00 ~ 18:00 (月~金)
< 電話番号 >	023-674-9026

(1) 苦情対応の手順と役割

- ① 苦情受付責任者(管理者)
 - ・利用者及び身元引受人または成年後見人(近親者など)からの相談・苦情の受付
 - ・相談・苦情内容の調査と確認
 - ・苦情解決責任者への報告
 - ・苦情解決に向けての事業者内協議
 - ・苦情解決の事務処理(記録等)
- ② 苦情解決責任者(管理者)
 - ・利用者及び身元引受人または成年後見人(近親者など)からの相談・苦情内容の把握
 - ・事業者内協議を経て調査結果に基づく、解決へ向けての話し合いの設定
 - ・必要な際は、関係機関への報告と協議
 - ・必要な際は、行政機関へ解決の斡旋依頼

(2) 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

電話番号：023-641-1212

営業日：月～金

営業時間：8:30～17:15

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

電話番号：0237-87-8000

営業日：月～金

営業時間：9:00～16:00

6

事故発生時の対応

- ① 速やかに主治の医師や医療機関、家族、居宅介護支援事業者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 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。

7

非常災害対策

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 認知症対応型通所介護

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、(介護予防)認知症対応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 :)