

## 重要事項説明書（デイハウス青藍）

あなたに対する通所介護サービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

### 1. 事業者概要

事業者名称	社会福祉法人 青藍
主たる事務所の所在地	徳島県名西郡石井町高原字中須8番地1
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 片山 隆博
電話番号	088-674-1230

介護保険法令に基づき徳島県知事から指定を受けている事業所名称	指 定 番 号	各事業所につき介護保険法令に基づき徳島県知事から指定を受けている居宅介護サービスの種類
特別養護老人ホーム青藍荘	3671200032	介護老人福祉施設サービス
デイハウス青藍	3671200032	併設型通所介護サービス
青藍訪問介護事業所	3671200313	訪問介護サービス
青藍訪問入浴事業所	3671200032	訪問入浴サービス
青藍短期入所生活介護事業所	3671200032	短期入所生活介護サービス
青藍居宅介護支援事業所	3671200032	居宅介護支援サービス

### 2. ご利用事業所

ご利用事業所の名称	デイハウス青藍
指定番号	3671200032
所在地	徳島県名西郡石井町高原字中須8番地1
施設長名	河野 知子
電話番号	088-674-7989

### 3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	要介護状態または要支援状態にある高齢者に対し、適正な通所介護を提供することを目的とする。
運営の方針	要介護者等の心身の特性を踏まえて、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、入浴、排泄、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行う。

#### 4. ご利用事業所の職員体制

従業者の職種	員数	勤務の体制
生活相談員	1人	常勤1名
看護師	1人	非常勤1名
機能訓練指導員	1人	非常勤1名
介護職員	3人	非常勤3名

#### 5. 営業時間

営業日	月曜日～金曜日
営業時間	午前9時15分～午後4時15分

#### 6. 利用料

地域単価（丙地区）	10 円
-----------	------

#### 7. 苦情等申立先

ご利用者ご相談窓口	窓口担当者	加本秀明
	ご利用時間	平日 午前9時～午後6時 土・日 午前9時～午後6時
	ご利用方法	電話 088-674-1230 面接 場所 特別養護老人ホーム 青藍荘
	徳島県国民健康保険団体連合会	
	窓口担当課	介護保険課
	電話	088-665-7205
	石井町役場	
	窓口担当課	長寿社会課
	電話	088-674-6111

#### 8. 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。 また緊急連絡先に連絡いたします。		
協力医療機関	医療機関の名称 院長名 所在地 電話番号 診療科 入院設備 救急指定の有無 契約の概要	医療法人青藍社 徳治会 理事長 田中 治 徳島県名西郡石井町下浦689番地1 088-674-6181 一般内科・消化器内科 無 有 当事業者と病院は通所介護を実施中に、利用者の病状に急変、その他緊急事態が発生したときは必要な措置を講じます。

#### 9. 非常災害時の対策

平常時の訓練等	別途定める「社会福祉法人青藍 消防防災計画」にのっとり年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入所者の方も参加して実施します。
---------	---

防災設備	スプリンクラー・避難階段・自動火災報知器・誘導灯・ガス漏れ報知器・防災扉・非常通報装置・漏電火災報知器・非常用電源を設置しています。 カーテン・布団等は防災性能のあるものを使用しております。
消防計画等	名西郡消防組合への届出日：令和元年5月13日 防火管理者：加本秀明

### 10. 定員

利用定員	20名
------	-----

### 11. 事故発生時の対応方法

対応方法	利用者の家族、担当の居宅介護支援事業所、包括支援センター、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
損害賠償	賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

### 12. 個人情報取扱内容

相談・苦情 事故・対応業務	相談記録表	介護業務	利用者状況記録
	苦情受付簿		利用者名簿・住所
	苦情処理記録		重要事項説明書
	利用者からの苦情処理のために講ずる措置の概要		契約書
	事故報告書		個人情報使用同意書
	介護給付費明細書(控)		居宅サービス計画書
	領収書・請求書(控)		通所介護サービス計画書
介護報酬 請求事務	事業所業務日誌		アセスメントの結果の記録
	介護保険被保険者番号一覧		サービス提供記録
			サービス提供表及び別表

令和 年 月 日

- (乙) 当事業者は、甲1に対する居宅介護サービスの提供開始に当たり、甲1 に対して  
甲2  
サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明  
しました。

(乙) 居宅サービス事業者

主たる事務所所在地 徳島県名西郡石井町高原字中須8番地1

名 称 社会福祉法人 青藍 印

説明者 所 属 デイハウス青藍

氏 名 印

- (甲) 私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、乙からサービス内容及び  
重要事項の説明を受けました。

(甲1) 利用者

住所

氏 名 印

(甲2) 利用者の家族

住 所

氏 名 印

※緊急時の連絡先

あなたの主治医	医師名	
	所属医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	
緊急連絡先	氏名	
	住所	
	電話番号	
	昼間の連絡先	
	夜間の連絡先	