

(4) - 2 重要事項説明書（通所介護）

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	株式会社 クレア
主たる事務所の所在地	徳島県板野郡藍住町住吉字藤ノ木83番地2
法人種別	営利法人
代表者名	代表取締役 瀧 裕一郎
電話番号	088-677-6511

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	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名称及び指定番号	
訪問介護	クリア訪問介護サービス	3671500266
通所介護	RACケアスタジオ藍住	3671502163
通所介護	RACケアスタジオ安宅	3670105372
通所介護	クリア城ノ内デイサービス	3670102999
通所介護	クリア城南デイサービス	3670103203
訪問看護	クリア訪問看護ステーション	3661590095

2. ご利用事業所

ご利用事業所の名称	クリア城南デイサービス
指定番号	3670103203
所在地	徳島市八万町上福万170番30
電話番号	088-679-8511

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	要介護若しくは要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定通所介護を提供することによって、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的としています。
運営の方針	1. 事業所の職員は、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、必要な日常生活上のお世話及び機能回復訓練を行い、利用者の心身の維持回復を図るよう努めます。 2. 事業の実施に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用

	<p>者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行うとともに、介護技術の進歩に対応し、適切な介護サービスの提供を行います。</p> <p>3. 利用者の関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの緊密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。</p>
--	--

4. ご利用事業所の職員体制

従業者の職種	職員数	勤務の体制
管理者兼生活相談員	1名	常勤兼務1名
看護師（看護職員）	1名	常勤兼務1名以上
機能訓練指導員	1名	常勤兼務1名以上
介護職員	1名以上	常勤兼務1名以上、利用者人数に準ずる

5. 営業時間

営業日	月曜日から土曜日
営業時間	午前9時～午後15時30分

6. 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域	徳島市、小松島市
------------	----------

7. 利用料

(4) - 1 サービス内容説明書のとおり

8. 苦情申立窓口

ご利用者相談窓口	<p>ご利用時間 月～金曜日 午前9時～午後16時</p> <p>電話 088-679-8511</p> <p>場所 徳島市八万町上福万170番30 クレア城南デイサービス 管理者 大窪 恵</p>
徳島県長寿いきがい課	電話 088-621-2169
徳島県国民健康保険 団体連合会介護保険課	電話 088-665-7205
市町村介護保険課	<ul style="list-style-type: none"> ・徳島市 088-621-5582 ・小松島市 0885-32-2279 ・阿南市 0884-22-1793 ・鳴門市 088-684-1360 ・吉野川市 0883-22-2264 ・阿波市 0883-36-8700 ・板野郡 088-637-3311 ・名東郡 088-679-3383

9. 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①	医療期間の名称	医療法人 文化の森内科
	院長名	筒井 芳彦
	所在地	徳島市八万町大坪180
	電話番号	088-668-1377
	診療科	内科・小児科・心療内科・精神科
	入院設備	なし
	救急指定の有無	なし
協力医療機関②	医療機関の名称	吉田外科医院
	院長名	吉田 喜輔
	所在地	徳島市南佐古四番町2-31
	電話番号	088-652-8685
	診療科	外科・胃腸内科・肛門外科・内科
	入院設備	なし
	救急指定の有無	なし
緊急連絡先 (ご家族様等)	氏名	
	住所	
	電話番号	
	昼間の連絡先	
	夜間の連絡先	

9. 損害賠償

契約保険会社	賠償内容
あいおいニッセイ同和損害保険(株)	身体1事故1名につき補償限度額 : 1億円
同上	預かり品1事故につき補償限度額 : 100万円

令和 年 月 日

当事業者(乙)は、利用者及び利用者の家族(甲)に対する居宅介護サービスの提供開始に当たり、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) 居宅サービス事業所 事業所所在地 徳島県徳島市八万町上福万170番30
名 称 クレア城南デイサービス

説 明 者 氏 名

(甲) 私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書の事項を、乙から説明を受け、これを承諾しました。

利 用 者 氏 名 _____ 印

利用者の家族 氏 名 _____ 印