

社会福祉法人 宝珠会
ケアセンター レストフルヴィレッジ
デイサービス

重要事項説明書

1. 施設が提供するサービスについての相談窓口

電話 0465-88-2910 [午前8時30~午後5時]
FAX 0465-88-2940 [24時間受付]

担当 〔生活相談員〕 山之上 まどか / 松田 恵子
※ ご不明な点は、何でもお尋ね下さい。

2. 施設経営法人及び事業所の概要

(1) 法人名	社会福祉法人宝珠会
法人所在地	神奈川県足柄上郡松田町寄3090番地1
代表者職・氏名	理事長内藤和か子
(2) 事業所名	ケアセンターレストフルヴィレッジ
事業所の種類	地域密着型通所介護 第1号通所事業（松田町介護予防通所介護相当）
介護保険事業者番号	1471400596
指定年月日	平成22年4月1日
事業所所在地	神奈川県足柄上郡松田町寄3090番地1
電話番号	0465-88-2910
ファックス番号	0465-88-2940
事業所管理者	藏本 真生
利用定員	10名

(3) 施設の職員体制（令和7年9月1日）現在

職種	常勤(名)	非常勤(名)	業務内容
管理者	1名(兼務)		従業者、及び業務の管理
生活相談員	2名(兼務)		相談援助業務
介護職員	2名(兼務)	5名(兼務)	日常生活上の介護業務
機能訓練指導員	—	5名(兼務)	必要な個別機能訓練
		1名(専従)	
事務	3名(兼務)	1名(兼務)	請求業務

(4) 営業時間及び営業日

営業時間	午前9：30～午後3：45
営業日	月・火・水・木・金・土曜日
休業日	日曜日および12月30日～1月3日

3. 事業者が提供するサービス

(1) 通所介護サービスの提供は、当施設の介護スタッフがおこないます。

(2) 施設は、ご利用者のすべての介護にあたり、ご利用者の意向を尊重し日常生活の充実が
はかれるよう適切な技術を持って行います。

(3) 通所介護サービスの提供にあたっては、ご利用者又は他のご利用者の生命、身体を保護
するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他ご利用者の行動を制限する
行為は行いません。

(4) 施設の職員は、次のようなサービスを提供します。

- ①身体介護・・・食事、着替え、排せつ、入浴、清拭、口腔衛生、移動等の介護
食事：管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状況及び
嗜好を考慮した食事を提供します。
提供時間　　昼食　　12時～

入浴：入浴又は清拭を行ないます。寝たきりの方でも機械浴槽を使用して入浴する
ことができます。

排泄：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ない
ます。

- ②健康管理・・・体温、脈拍、血圧等の測定等

③機能訓練・・・生活動作訓練等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訓練を実施します。
集団レクリエーション、季節行事等

- ④相談援助・・・通所の相談、ご家族との連絡調整等

4. 利用料金（別途利用料金表参照）

サービスに対する利用者負担金割合は厚生労働大臣の定める基準のものとし、当該サービスが法定代理受領サービスであるときは、その負担割合に応じた額となります。但しご契約者が要介護認定を受けていない場合には、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。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。

（償還払い）

※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、ご契約者の負担額を変更します。

5. 支払い方法

利用料は1ヶ月ごとに計算し、毎月21日頃までに前月分のご利用請求書を郵送いたします。お支払い方法は、原則として予めご指定の金融機関の口座から自動引落としとさせていただきます。

6. ご利用中の緊急対応方法

サービス利用中に容態の変化があった場合は、ご自宅と居宅ケアマネに連絡をさせていただきます。原則として、その後はご家族様等にて対応していただきます。
ご相談等は、居宅ケアマネにお願いいたします。

緊急やむを得ない場合、レストフルヴィレッジにて主治医又は救急病院に移送し治療をうけられるよう調整させていただきます。その後はご家族様、居宅介護支援事業者様の対応とさせていただきます。

7. ご利用のキャンセル

利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用中止の申し出をされた場合取消料として下記の料金をご負担いただきます。

利用予定日の前日17:00までに申し出があった場合	無料
利用予定日の当日取消しをされた場合	食事料金+当日利用料全額

※ おやつ代含む

8. 送迎について

サービスのご利用にあたり、その方の心身の状況・ご家族等の事情から見て送迎を行なうことが必要な場合、また、行うことができる場合の送迎の実施地域は原則として松田町全域となります。

※松田町以外の送迎は地域を越えた地点から1kmにつき22円の送迎料金がかかります。

9. サービスご利用にあたっての留意事項

- 当日の体調（発熱37.0度以上、ケガ、情緒不安等）によりご利用できない場合があります。
- 他の利用者の尊厳を傷つける行為がある時は、ご利用できない場合があります。
- 喫煙・・・施設内は禁煙となっております。喫煙スペースは、玄関脇に1カ所用意しております。それ以外の場所での喫煙はご遠慮いただいております。
- 施設内での次の行為は禁止されております。

- ①けんか・口論・泥酔・薬物乱用等他人に迷惑をかけること。
- ②政治活動・宗教・習慣等により、自己の利益のために他人の権利・自由を侵害したり、他人を誹謗、中傷、排撃したりすること。
- ③指定した場所以外で火気を用いること。
- ④喫煙スペース以外で喫煙すること。
- ⑤故意・又は無断で施設若しくは備品に損害を与え、またはこれらを施設外に持ち出すこと。

- その他・・・個人の持ち物にはすべてお名前をお書きください。

10. 非常災害対策

- 防災時の対策 消防計画規定により生命の安全を最優先に避難します。
- 防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓、防火戸、排煙設備、自動火災報知設備、非常警備設備、誘導灯
- 防災訓練 年2回以上
- 防火管理者 (氏名) 岩田由紀夫

11. 損害賠償について

当施設において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生について、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、ご契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

12. サービス内容に関する相談・苦情の受付

(1) 当施設における相談・苦情の窓口

当施設における苦情や相談は、以下の窓口で受け付けます。

「苦情相談室」 電話 0465-88-2910

FAX 0465-88-2940

受付時間毎週月曜日～金曜日9:00～17:00

担当：岩田由紀夫

(2) 行政機関その他の苦情受付機関

苦情受付は各所属市町村役場担当課及び神奈川県国民健康保険団体連合会、
神奈川県担当課で受け付けております。詳細は以下のとおりです。

松田町役場 介護保険担当部署	所在地 電話番号	足柄上郡松田町松田惣領2037番地 0465（83）1226
秦野市役所 介護保険担当部署	所在地 電話番号	秦野市桜町1-3-2 0465（33）1872
南足柄市役所 介護保険担当部署	所在地 電話番号	南足柄市関本440 0465（81）5546
中井町役場 介護保険担当部署	所在地 電話番号	足柄上郡中井町比奈窪56 0465（73）8057
大井町役場 介護保険担当部署	所在地 電話番号	足柄上郡大井町金子1995 0465（83）8011
山北町役場 介護保険担当部署	所在地 電話番号	足柄上郡山北町山北1301-4 0465（75）3642
開成町役場 介護保険担当部署	所在地 電話番号	足柄上郡開成町延沢773 0465（84）0320
神奈川県福祉子どもみらい局 福祉部高齢福祉課	所在地 電話番号	横浜市中区日本大通り1 045-210-1111

※上記以外の地域の方は、それぞれの市町村の介護保険担当部署にお問い合わせください

(3) その他、第三者委員として、次のとおり相談窓口を設けています。

加藤知正 大井町金子895-6 TEL 0465-83-4152
吉崎なつき 松田町寄2484-4 TEL 0465-89-2867

※第三者委員・・・苦情解決に社会性や客観性を確保し、利用者の立場や状況に配慮した適切な対応を推進するために、第三者の立場として苦情解決の仕組みに加えられている委員。

※本内容は、平成27年4月1日から適用します。

[改定履歴]

平成27年8月1日改定
平成27年12月1日改定
平成29年4月1日改定
平成29年6月1日改定
平成30年4月1日改定
平成30年8月1日改定
令和元年10月1日改定
令和2年2月1日改定
令和3年4月1日改定
令和4年10月1日改定
令和5年4月1日改定
令和5年6月1日改定
令和5年8月1日改定
令和6年4月1日改定
令和7年9月1日改定

地域密着型通所介護・第1号通所事業（松田町介護予防通所介護相当）
ケアセンターレストフルヴィレッジの利用にあたり、利用者に対して本書面
に基づいて重要な事項を説明しました。

令和　　年　　月　　日

地域密着型通所介護
第1号通所事業（松田町介護予防通所介護相当）

「ケアセンター レストフルヴィレッジ」

説明者職名

氏名　　　　　　　印

私は、本書面により事業者から重要事項の説明・交付を受け、地域密着型通所介護・
第1号通所事業（松田町介護予防通所介護相当）の介護サービスの提供開始に同意しました。

令和　　年　　月　　日

利用者　　住所

氏名　　　　　　　印

署名代行人　　住所

氏名　　　　　　　印

立会人　　住所

氏名　　　　　　　印

利用者との続柄（　　）

(注) 「立会人」欄には、本人とともに契約内容を確認し、緊急時などに利用者の立場に立って事業者との連絡調整を行える方がいる場合に記載してください。
なお、立会人は契約上の法的な義務等を負うものではありません。