

練馬区指定介護予防・生活支援サービス 通所型サービス 重要事項説明書

< 2026年 6月1日現在 >

1. 当センターが提供するサービスについての相談窓口

電話：03-5399-5315（月曜日～土曜日 午前8時30分～午後5時15分）

担当：木下 美奈

2. 練馬キングス・ガーデン デイサービスセンターの概要

(1) 事業者の名称・所在地・サービス提供範囲等

名 称	練馬キングス・ガーデン デイサービスセンター
所 在 地	練馬区早宮二丁目10番22号
介護保険指定事業所番号	東京都 1372001139
サービスを提供する範囲	練馬区
送迎サービスを提供する範囲	練馬区

(2) 職員体制

	資 格	正職員	非常勤	計
管 理 者		1名		1名
生活相談員	介護福祉士	2名*		2名
事務職員		1名		1名
介護・看護職員	看護師		3名	3名
	介護福祉士	2名*	8名(1)	10名(1)
	認知症基礎研修修了		1名(1)	1名(1)
機能訓練職員	マッサージ師		1名	1名
	鍼師・灸師		1名(1)	1名(1)
運転手			6名(6)	6名(6)

*1名兼務 ()内は男性職員

(3) 同センターの設備の概要

定 員	40名
食堂兼機能訓練室	1室
和 室	1室
浴 室	一般浴・リフト浴
送 迎 車	施設車両3台

(4) サービス提供時間

月曜日～土曜日	午前8時55分～午後5時05分
---------	-----------------

(5) 休業日

日曜日	
年末年始	12月29日～31日、1月1日～3日

3. 提供するサービス内容

- ①生活指導（相談・援助等）
- ②運動器機能訓練（日常生活動作）
- ③共通サービス（食事・入浴等・日常生活の支援）
- ④健康管理、療養上の世話
- ⑤送迎サービス（車輜による）
- ⑥アクティビティサービス（グループで行われるレクリエーション・創作活動等の機能訓練）

4. 料金

(1) 利用料金

①通所型サービス（デイサービス）基本額

	1月あたりの 利用料金 (介護報酬額)	1月あたりの 自己負担額 (1割負担の場合)	1月あたりの 自己負担額 (2割負担の場合)	1月あたりの 自己負担額 (3割負担の場合)
通所Ⅰ（週1回、 要支援1.2・事業対象者）	¥17,679	¥1,768	¥3,536	¥5,304
通所Ⅱ（週2回、 要支援1.2・事業対象者）	¥36,242	¥3,625	¥7,249	¥10,873

②サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

通所Ⅰ 1月あたり ¥959

ただし、介護保険適用時の1割負担は¥96。2割負担は¥192。3割は¥288です。

通所Ⅱ 1月あたり ¥1918

ただし、介護保険適用時の1割負担は¥192。2割負担は¥384。3割は¥576です。

③介護職員等処遇改善加算 Iロ （基本サービス+加算合計額の12.0%相当）

④食費 1食あたり ¥740（全額自己負担）

⑤その他、特別な費用については、実費負担となります。事前にお知らせ致します。

(2) 支払い方法

毎月15日までに、前月分の利用料を請求いたしますので、月末までにお支払い下さい。お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。領収書は再発行できませんのでご自宅で保管下さい。

利用料の支払い方法は、現金、口座振替のどちらかを契約の際に選ぶことができます。

5. サービスの利用方法

(1) サービスの開始

※直接お申し込みの場合：まずは電話等でお申し込み下さい。

※居宅介護支援事業者からお申し込みの場合：担当の介護支援専門員と調整してから事前面接についてご連絡します。

事前面接の後に、契約を締結し、サービス提供を開始いたします。

(2) サービスの終了

①利用者の都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出下さい。

②当センターの都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合があります。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③自動終了

次の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

○利用者が介護保険施設に入所した場合

- 利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）、または要介護と認定された場合
- 利用者が死亡した場合

④その他

○当センターが正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者や家族に対して、社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当センターが破産した場合は、利用者に文書で通知することによって、即座にサービスを中止する場合があります。

○利用者がサービス利用料金の支払いを1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず7日以内に支払われない場合、正当な理由がなくサービスの中止を頻繁に繰り返した場合、入院もしくは病気等により、3ヶ月以上にわたってサービスの利用ができない状態が明らかになった場合、または利用者や家族などが当センターや当センターのサービス従業員に対して、この契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただくことがあります。

6. 当センターの通所型サービスの特徴

(1) 運営の方針

利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、その利用者が可能な限り居宅において、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、利用者の立場に立って援助を行います。

事業の遂行に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、居宅介護支援事業者、関係区市町村、地域の保健・医療・福祉サービスを提供する機関と密接な連携を図り、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。

(2) サービス利用のために

事項	有 無	備 考
男性介助員の有無	あり	
時間延長の有無	なし	
従業員への研修	あり	年1回以上園内・園外の研修に参加
サービス・マニュアル	あり	サービス・マニュアルを作成

(3) サービス利用のための留意事項

送迎時刻の連絡	車輛の停車時刻の記載された「送迎表」を事前に配布いたします。時刻等の変更がある場合には随時発行いたします。ご本人のご希望により送迎しないこともできます。
体調確認	デイサービスセンターに到着後、毎回血圧・脈の測定、及び適宜検温を行います。
体調不良によるサービスの中止・変更	医師による診療、治療を必要とされると判断されるとき（発熱、ひどい下痢、血圧の大きな変動、伝染性疾患の疑いなど）等の場合には、サービスの利用を中止したり変更したりすることがあります。
食事のキャンセル	検査・体調等の理由で、当日の午前8時30分までにご連絡があった場合は昼食をキャンセルすることができます。その場合、食事料金はいただきません。
時間変更	通院等で通常の送迎時刻と異なる時刻に通所される場合には当日午前8時30分までにご連絡下さい。
設備・器具の利用	利用者の方々に、当施設の器具等を有効に活用していただけます。破損等しないよう取り扱いにはご注意下さい。

禁止行為	利用者またはその家族による、職員または他の利用者に対する身体的暴力 利用者またはその家族による、職員または他の利用者に対する精神的暴力 利用者またはその家族による、職員または他の利用者に対してのセクシャルハラスメント
その他	健康と生活の安定のため、事業所の風紀を尊重し、共同生活の秩序を保ち、相互の親睦に努めましょう。 貴重品や多額の現金はお持ちにならず、持ち物にはお名前をお書き下さい。

7. 緊急時の対応

サービスの提供中に容体の急変等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

緊急連絡先

氏名①		続柄	
氏名②		続柄	
電話番号	①	②	
住所	①	②	

主治医連絡先

病院名	
医師名	
電話番号	
住所	

8. 事故発生時の対応

(1) 事故発生時の対応・処理

事業者は、利用者に対する指定通所介護の提供により事故が発生した場合は、区市町村、利用者のご家族、居宅介護事業所等に連絡して必要な措置を講じます。また、事故の状況及び事故に対してとった措置について記録します。

(2) 再発防止

事業者は事故発生後、事故の起こった要因を十分に検討し原因解明を行い、再発防止に努めます。

9. 虐待の防止について

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定し、虐待防止・対策委員会を定期的に開催しています

虐待防止に関する責任者	木下 美奈（生活相談員）
-------------	--------------

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 苦情解決体制を整備しています。

(4) 従業者に対して、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

(5) 介護相談員を受け入れます。

12. 事業者の概要

法人名称 社会福祉法人 キングス・ガーデン東京
法人代表 理事長 片山 信彦
法人所在地 練馬区早宮二丁目10番22号
電話番号 03-5399-2201 (代表)
事業内容 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)
短期入所生活介護 (ショートステイ)
居宅介護支援 (ケアマネジメント)
訪問介護 (ホームヘルプサービス)

____年 ____月 ____日

介護予防・生活支援 通所型サービスの提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて、重要事項を説明しました。

事業者

<事業者名> 練馬キングス・ガーデン デイサービスセンター
<指定番号> 東京都 1372001139
<住所> 練馬区早宮二丁目10番22号

<説明者名> 所属 デイサービスセンター

生活相談員

木下 美奈 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護予防・生活支援通所型サービスについての重要事項の説明を受けました。

利用者

<住所> 練馬区 _____

<氏名> _____ 印

(代理人)

<住所> _____

<氏名> _____ 印