管理番号　No.

重要事項説明書

(通所介護及び第一号通所事業)

利用者：　　様

アクティブスタジオKTラボ朝里

事業者：　　株式会社　ＫＴラボ

重要事項説明書

〔令和８年11月１日現在〕

１ 当事業所が提供するサービスについての相談・苦情などの窓口

生活相談員　TEL 0134-64-1253

担当　　竹内　陽子　　石郷岡　光子　　重要事項説明者　　大澤　龍司

各市区町村でも受け付けております。※ご不明な点は、何でもお尋ねください。

２　事業所の概要

（1）事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	アクティブスタジオＫＴラボ朝里
所在地	小樽市新光３丁目３番３号
介護保険指定番号	通所介護事業（北海道 0172002438 号）　第一号通所事業（小樽市 0172002438 号）
サービス提供地域	小樽市、札幌市　※事業所規定地区範囲によります

（2）営業時間

月　～　金	午前８：30　～　午後 17：30

（3）サービス提供時間

月　～　金	午前９：00　～　午後 12：05 午後 13：30　～ 午後 16：35

（4）職員体制

	資　格	常　勤	非常勤	計
管理者	柔道整復師	１名	０名	１名
生活相談員	介護福祉士	２名	０名	２名
機能訓練士	柔道整復師、鍼灸師、理学療法士	３名	１名	４名
介護職員	介護福祉士、認知症介護基礎研修修了者	２名	２名	４名
看護職員	看護師	１名	１名	２名

（5）事業計画及び財務内容について

事業計画及び財務内容については、利用者及びその家族にとどまらず全ての方に対し、求めがあれば閲覧することができます。

３　サービス内容

通所介護計画に沿って、送迎、個別機能訓練、アクティビティーその他必要な介護等を行います。

４　利用料金

（1）　利用料

介護保険適用　要支援	単位	１割負担分	２割負担分	３割負担分
総合事業　要支援１ 又は要支援２の週１回利用	1798 単位／月	1798 円／月	3596 円／月	5394 円／月
要支援２	3621 単位／月	3621 円／月	7242 円／月	10863 円／月
サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 支援1または支援2の週１回利用	72 単位／月	72 円／月	144 円／月	216 円／月
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)支援２	144 単位／月	144 円／月	288 円／月	432 円／月
若年性認知症受入加算	240 単位／月	240 円／月	480 円／月	720 円／月
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160 単位／月	160 円／月	320 円／月	480 円／月
科学的介護推進体制加算	40 単位／月	40 円／月	80 円／月	120 円／月
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ	12.0%			
介護保険適用　要介護	単位	１割負担分	２割負担分	３割負担分

要介護１	370 単位／回	370 円／回	740 円／回	1110 円／回
要介護２	423 単位／回	423 円／回	846 円／回	1269 円／回
要介護３	479 単位／回	479 円／回	958 円／回	1437 円／回
要介護４	533 単位／回	533 円／回	1066 円／回	1599 円／回
要介護５	588 単位／回	588 円／回	1176 円／回	1764 円／回
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	76 単位／回	76 円／回	152 円／回	228 円／回
個別機能訓練加算（Ⅱ）	20 単位／月	20 円／月	40 円／月	60 円／月
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18 単位／回	18 円／回	36 円／回	54 円／回
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160 単位／月２回まで	160 円／月２回まで	320 円／月２回まで	480 円／月２回まで
ADL 維持等加算（Ⅰ） 又は ADL 維持等加算（Ⅱ）	30 単位／月 又は 60 単位／月	30 円／月 又は 60 円／月	60 円／月 又は 120 円／月	90 円／月 又は 180 円／月
科学的介護推進体制加算	40 単位／月	40 円／月	80 円／月	120 円／月
若年性認知症受入加算	60 単位／回	60 円／回	120 円／回	180 円／回
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ	12.0%			

介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

○自費をいただくもの（介護保険適用外）

飲み物代	１回利用毎	50 円
レクリエーション材料費		実費
オムツ		実費
複写物	一枚につき	実費

（2）交通費

通常の事業の実施地域を越える場合の交通費。3ｋｍ未満は片道 150 円。3ｋｍ以上は片道 300 円。

（3）キャンセル料金

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料金を頂きます。キャンセルが必要になった場合は至急ご連絡ください。

（連絡先：アクティブスタジオ ＫＴラボ朝里　**TEL 0134-64-1253**）

①　ご利用日の前営業日の 16 時 35 分までにご連絡いただいた場合	無料
②　ご利用日の前営業日の 16 時 35 分までにご連絡がなかった場合	一日の自己負担額の 100%

（4）料金の支払方法

毎月月末締めとし、翌月 10 日までに当月分の料金を請求いたしますので、末日までにお支払いください。お支払い方法は、原則銀行または、郵便局引き落としとさせていただきます。

5　サービスの利用方法

（1）サービスの利用開始

まずはお電話などでお申し込みください。当社職員がお伺いいたします。通所介護計画作成と同時に契約を結びサービス提供を開始します。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

（2）サービスの終了

① お客様のご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 7 日前までに文書でお申し出ください。

② 当社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、サービス提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了３ヶ月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了（以下の場合は、双方の通知がなくても自動的にサービス終了します）

・ お客様が介護保険施設に入所した場合
・ 介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当〔自立〕と認定された場合
※この場合、条件を変更して再度契約することができます。
・ お客様が亡くなられた場合

④ その他

・ 当社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、お客様やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当社が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座に契約を解約することができます。
・ お客様が、サービス利用料金の支払いを 3 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 14 日以内に支払わない場合、またはお客様やご家族の方などが、当社や当社のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、当社により文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。
・ 風邪、病気等の際はサービスの利用を見合わせて無理な利用はお断りする場合がございます
・ 当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービスを変更または、中止することがあります。
・ ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合ご家族に連絡の上、適切に対応します。
・ 他の利用者の健康に影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかになった場合、速やかに事業所に申告してください。治癒するまでサービスの利用はお断りさせていただきます。

6 緊急時の対応方法

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

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	
主治医への連絡基準		

7 事故発生時の対応方法

サービスの提供により事故が発生した場合は、利用者の所在する市町村、利用者のご家族、利用者に係わる居宅介護支援事業者（介護予防にあっては地域包括支援センター）等に連絡するとともに、必要な措置を講じるものとします。

8 サービス内容に関する苦情

● お客様苦情相談窓口

苦情相談窓口担当	大澤　龍司
受付日	月曜日～金曜日（ただし土、日曜日・12 月 31 日から 1 月 3 日までを除く）
受付時間	午前９：００～１７：００

● その他

小樽市役所　介護保険課	電話：0134-32-4111
北海道国民健康保険団体連合会（苦情相談専用）	電話：011-231-5175

9 第三者評価の有無

実施なし。

【 会社の概要 】

社名	株式会社 ＫＴラボ
資本金	5,000,000 円（資本準備金含まず） ※平成 27 年 4 月 1 日現在
社員数	50 名
設立	平成 26 年 10 月
所在地	小樽市オタモイ 3 丁目 2 番 4 号
代表者	代表取締役　竹生　香理

【 事業内容 】

介護保険法に基づく居宅介護支援事業／介護保険法に基づく居宅サービス事業／介護保険法に基づく介護予防サービス事業／介護保険法に基づく通所介護相当サービス

【事業者】

株式会社 ＫＴラボ

代表取締役　竹生　香理　　印

【事業所】

（住所）小樽市新光 3 丁目 3 番 3 号

（指定番号　北海道 0172002438）

上記の内容の説明を受け、了承しました。

令和　　年　　月　　日

利用者氏名　　印

利用者家族氏名　　印

代理人氏名　　印