

令和 年 月 日  
様

地域密着型通所介護  
第1号通所事業

利用契約書  
および  
重要事項説明書

(令和8年3月版)

株式会社スノーフォレスト  
デイサービスいこいの森

## 利用契約書

### 第1条（契約の目的）

事業者は、利用者に対し、介護保険法の関係法令および本契約の各条項にしたがい、利用者がその有する能力に応じて可能な限り居宅で自立した日常生活を営むことができるよう、地域密着型通所介護サービスおよび第1号通所事業サービス（以下「通所サービス」という）を提供し、利用者の社会的孤立感の解消および心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的精神的負担の軽減を図り、利用者は、事業者に対し、そのサービスに対する料金を支払います。

### 第2条（契約期間と更新）

- 1 本契約の契約期間は令和 年 月 日から要支援認定または要介護認定の有効期間満了日までとします。
- 2 利用者の要支援認定または要介護認定の有効期間満了日が更新された場合は、変更後の満了日をもって契約期間の満了日とします。
- 3 契約期間満了日の7日前までに、利用者または代理人から書面による更新拒絶の申し出がない場合、本契約は自動更新され、以降も同様とします。

### 第3条（地域密着型通所介護計画および第1号通所事業計画の作成・変更）

- 1 事業者は、利用者の心身の状況その置かれている環境および希望を踏まえ、居宅サービス計画（ケアプラン）に沿って「地域密着型通所介護計画および第1号通所事業計画」（以下「通所サービス計画」という）を作成し、通所サービス計画に従ってサービスを提供します。
- 2 事業者は、利用者が通所サービス計画の内容や提供方法などの変更を希望する場合には、その変更が居宅サービス計画（ケアプラン）の範囲内で可能なときは、通所サービス計画の変更を行います。
- 3 前項の変更に際して居宅サービス計画（ケアプラン）の変更が必要となる場合は、速やかに利用者の居宅介護支援事業者または利用者の担当介護支援専門員または地域包括支援センター（以下「居宅介護支援事業所等」という）に連絡するなど、必要な援助を行います。
- 4 事業者は、通所サービス計画を作成または変更した際には、これを利用者およびその後見人または家族に対し説明し、その同意を得るものとします。

### 第4条（通所サービス提供の記録等）

- 1 事業者は、利用者の通所サービスの実施状況等に関する記録を整備し、この契約の終了後5年間保管します。
- 2 利用者およびその後見人または家族は、必要がある場合は事業者に対し前項の記録の閲覧および自費による謄写を求めることができます。ただし、この閲覧および謄写は事業者の業務に支障のない時間に行うこととします。

### 第5条（苦情対応）

- 1 事業者は、苦情対応の責任者およびその連絡先を明らかにし、事業者が提供した通所サービスについて利用者およびその後見人または家族から苦情の申立てがある場合は、迅速かつ誠実な対応を行います。
- 2 事業者は、利用者およびその後見人または家族が苦情申し立て等を行ったことを理由として、利用者に対し、不利益な取扱いをすることはしません。

### 第6条（緊急時の対応）

事業者は、現に通所サービスの提供を行っているときに利用者に容態の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに利用者の主治医に連絡を取るなど必要な対応を講じます。

## 第7条（利用料金）

事業者が提供する通所サービスの利用単位毎の利用料その他の費用は、別紙【重要事項説明書】に記載したとおりです。

## 第8条（利用料金の滞納）

1 利用者が正当な理由なく利用料金を3ヶ月以上滞納した場合、事業者は1ヶ月以上の期間を定めて利用料金を支払わない場合には、契約を解除する旨の催告をすることができます。

2 事業者は、前項の催告をしたときは、利用者の居宅サービス計画（ケアプラン）を作成した居宅介護支援事業者等と利用者の日常生活を維持する見地から、居宅サービス計画の変更や介護保険外の公的サービスの利用について、必要な協議を行うものとします。

3 事業者は、前項に定める協議を行い、かつ利用者が第1項に定める期間内に滞納額の支払いをしなかったときは、文書によりこの契約を解除することができます。

## 第9条（秘密保持）

1 事業者は、正当な理由がない限りその業務上知り得た利用者およびその後見人または家族の秘密を漏らしません。

2 事業者およびその従業員は、サービス担当者会議等において利用者およびその後見人または家族に関する個人情報を用いる必要がある場合には、利用者およびその後見人または家族にその使用目的等を説明し、同意を得なければ使用することができません。

## 第10条（利用者の解除権）

利用者は、7日間以上の予告期間をもっていつでもこの契約を解除することができます。ただし、利用者の病変や緊急入院などやむを得ない事情がある場合は、予告期間が7日間以内の場合であっても、契約を解約することができます。

## 第11条（事業者の解除権）

1 事業者は、利用者が法令違反または通所サービス提供を阻害する行為をなし、事業者の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、このサービス利用契約の目的を達することが困難になったときは、30日間以上の予告期間をもってこの契約を解除することができます。

2 事業者は、前項によりこの契約を解除しようとする場合は、前もって利用者の居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等や公的機関等と協議し、必要な援助を行います。

## 第12条（契約の終了）

次に掲げるいずれかの事由が発生した場合は、この契約は終了するものとします。

- ①利用者が要介護（支援）認定を受けられなかったとき
- ②第2条1項および2項により、契約期間満了日の7日前までに利用者から更新拒絶の申し出があり、契約期間が満了したとき
- ③第10条に基づき利用者が契約を解除したとき
- ④第8条3項または第11条に基づき事業者が契約を解除したとき
- ⑤利用者が介護保険施設や医療施設等へ入所または入院等したとき
- ⑥利用者が死亡したとき

## 第13条（損害賠償）

1 事業者は、通所サービスの提供にあたって事故が発生した場合には、速やかに利用者の後見人または家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

2 前項において、事故により利用者に損害が発生した場合、事業者は速やかにその損害を賠償します。ただし、事業者に故意過失がない場合はこの限りではありません。

3 前項の場合において、当該事故発生につき利用者に重過失がある場合は、損害賠償の額を減額することができます。

#### 第14条（利用者代理人）

1 利用者は、代理人を選任してこの契約を締結させることができ、また契約に定める権利の行使と義務の履行を代理して行わせることができます。

2 利用者の代理人選任に際して必要がある場合、事業所は成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の内容を説明するものとします。

#### 第15条（裁判管轄）

本契約に起因する紛争に関して訴訟の必要が生じたときは、高知地方裁判所をもって第一審管轄裁判所とすることを利用者および利用者代理人は予め合意します。

#### 第16条（本契約に定めのない事項義務）

この契約に定めのない事項および疑義がある場合は、介護保険法令その他法令の定めるところにより利用者および利用者代理人が協議のうえ、誠意をもって処理するものとします。

利用者および代理人は、事業者が提供する地域密着型通所介護または第1号通所事業の利用に際して、事業者から本契約書ならびに重要事項説明書に基づく重要事項の説明を受けましたので、契約の証として本契約書を.....通作成し、各自その1通を保有します。

令和 年 月 日

<利用者> 住所 .....

氏名 .....

<代理人> 住所 .....

氏名 .....(続柄).....

<事業者> 所在地 高知市旭町二丁目 38 番地 5

名称 株式会社スノーフォレスト

代表取締役 吉井 英昭

説明者 デイサービスいこいの森

管理者 .....

利用者は、身体状況等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、代理人が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

## 1. 事業主体概要

事業主体	株式会社スノーフォレスト
代表者	代表取締役 吉井英昭
所在地	〒780-0935 高知市旭町二丁目 38 番地 5
実施事業	①デイサービスいこいの森 ②グループホームいこいの森 ③グループホームいこいの森福井町 ④介護付きホームいこいの森プラス

## 2. 事業所概要

名称	デイサービスいこいの森
事業所の目的	事業所は、利用者がその有する能力に応じて、可能な限り居宅で自立した日常生活を営むことができるよう地域密着型通所介護および第1号通所事業を提供し、利用者の社会的孤立感の解消および心身の機能の維持並びに利用者家族の身体的、精神的負担軽減を図ります。
運営方針	①人権の尊重 ②主体性（自己決定）の尊重 ③安全と安心の尊重 ④生きがいの発見のサポート ⑤地域との連携
サービス提供地域	高知市
利用定員	18人
責任者	管理者 藤田千夏
開設年月日	2024年2月1日
事業所番号	3990101630
所在地 電話番号等	〒780-0935 高知市旭町2丁目38-5 電話/FAX番号 088-872-6655
公共交通	とさでん交通「旭駅前」停留所より西へ徒歩1分 JR旭駅から徒歩6分 バス停旭駅前通りから徒歩3分、旭3丁目から徒歩5分
敷地概要（権利関係）	敷地面積：520.72㎡ ＜事業主である（株）スノーフォレストが自社所有＞
建物概要（権利関係）	構造：鉄骨スレート3階建て 延床面積：1,049.8㎡ ※デイは1階部分 ＜事業主である（株）スノーフォレストが自社所有＞
施設の概要	食堂、機能訓練室、静養室、浴室、トイレ3ヵ所、相談室、厨房
緊急対応の方法	主治医、家族と連絡を取りながらすみやかな対応を行います
防犯防災設備 避難設備等の概要	火災報知機・消火器・スプリンクラー設備。非常口 ※消防計画を有し、年2回の消防訓練を実施します
損害賠償責任保険	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 「介護保険・社会福祉事業者総合保険」

### 3. 職員体制

職務	職務	人数	保有資格
管理者	従業者の管理、業務・運営の管理、収支・事務の管理など事業所の管理業務全般	1人	介護福祉士等
生活相談員	利用者の相談・援助、契約・事務手続き、連絡・調整業務	1人以上	介護福祉士等
機能訓練指導員	心身機能の低下の防止および維持回復を図るための訓練の実施	1人以上	看護師等
看護職員	利用者の健康管理、相談・助言	1人以上	看護師等
介護職員	介護サービスの提供	※2人以上	介護福祉士、初任者研修等
勤務時間の例	生活相談員・介護職員：8時30分～17時30分 看護職員：9時00分～16時00分		

※介護職員の人数は、利用者の人数が15名以下の場合は1人の場合があります

### 4. 営業日とサービスの提供時間

		営業時間	サービス提供時間
営業日	■月曜日～土曜日 ※祝日も営業します	8時30分～17時30分	9時30分～16時00分
休業日	■日曜日 ■年末年始（12月30日～1月3日） ■臨時休業について：施設改修や職員研修、あるいは天候状況等により臨時休業となる場合があります。天候状況による場合は出来る限り前日のうちにお知らせできるよう努めますが、やむを得ず当日朝のお知らせになる場合がございます。		

### 5. サービスの内容

No.	サービス内容	提供時間※	備考
1	朝の送迎	8：30～	車でご自宅まで職員がお迎えにあがります。ご自宅の中で結構ですでお待ちください。
2	健康チェック	到着後	看護師が当日の健康状態のチェックをさせていただきます。
3	入浴サービス	午前中	完全な個浴でサービスを提供させていただきます。 ※選択サービスです
4	昼食	12：00～	昼食を提供させていただきます。アレルギー・禁忌の食材等ある場合は事前に必ずお申し出ください。
5	機能訓練・個別 機能訓練・レクリエーション	13：00～	心身機能の低下防止、維持回復を図るための訓練を行います。※選択サービスです
6	おやつ	15：00～	おやつを提供させていただきます。料金は昼食代に含んでいます。
7	夕の送迎	16：00～	車でご自宅まで職員がお送りします。ご自宅以外の場所への送迎は行っておりません。
8	その他必要な介護	適時	その他必要な介護につきましては、適宜、提供させていただきます。
9	相談援助	適時	ご自宅での暮らしの中で困りごとや悩みごとがありましたら、お気軽にご相談ください。

※提供時間は例示で、当日の利用状況や職員数等により変更になる場合があります

## 6. サービス利用に当たっての留意点

送迎時間	送迎時間や、車椅子での乗車の有無などご希望がありましたら、事前にお伝えください。利用定員、交通事情等の都合により、ご希望どおりにならない場合もあります。送迎はご自宅の前までとさせていただきます。
体調不良等によるサービスの中止・変更	午前中の健康チェックで体調や数値が思わしくない場合、当日の利用を中止させていただくことや、入浴サービスや個別機能訓練の実施を見合わせる場合があります。
昼食のキャンセル	昼食をキャンセルされる場合は、当日9時までにご連絡ください。ご連絡がなかった場合は、食費をご負担していただくことになります。
時間変更	利用者のご都合でサービスの利用時間を変更される場合は、前日までにご連絡ください。
設備、器具の利用	施設内の設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
外出	歩行訓練を兼ねた外出を行うことがありますが、希望されない場合は、契約時にご相談ください。

## 7. 介護保険サービス費用の詳細について

※省令により金額が変更されることがあります。利用料はすべて自己負担割合1割の場合で表記していますので、2割負担の場合は表記額の2倍、3割負担の場合は3倍となります。

### ■【地域密着型通所介護基本サービス費】

要介護1～5の認定を受けた方が対象となります。基本的な介護サービス（入浴・排せつ・食事の介助、健康状態の確認、生活相談・助言、日常生活上の世話など）に加え機能訓練や送迎サービスなどが包括的に提供され、要介護の区分に応じて金額が定められています。

### ■【第1号通所事業基本サービス費】

要支援1・2の認定を受けた方が対象となります。基本的な介護サービス（入浴・排せつ・食事の介助、健康状態の確認、生活相談・助言、日常生活上の世話など）に加え機能訓練や送迎サービスなどが包括的に提供され、要支援の区分に応じて金額が定められています。

### ■【入浴介助加算Ⅰ】

適切な設備と研修を受けた人員を整え、利用者の状態に合わせ安全な入浴サポートを提供することを評価する加算です。ご利用の場合は1日当たり400円が加算されます。

### ■【個別機能訓練加算Ⅰイ】

機能訓練指導員が、利用者一人ひとりの身体状況や目標に合わせて作成した計画に基づき、機能訓練を行うことを評価する加算です。機能訓練指導員は専従で1名以上配置しています。ご利用の場合は1日当たり560円が加算されます。

### ■【サービス提供体制強化加算Ⅰ】

定員超過利用、人員基準欠如に該当しないことを前提に、次に掲げる基準のいずれかに適合する場合は、1日当たり220円が加算されます。

- ①介護職員の総数のうち、介護福祉士の数が70%以上
- ②介護職員の総数のうち、勤続10年以上の介護福祉士25%以上

### ■【サービス提供体制強化加算Ⅱ】

定員超過利用、人員基準欠如に該当しないことを前提に、次に掲げる基準のいずれかに適合する場合は、1日当たり180円が加算されます。

- ①介護職員の総数のうち、介護福祉士の数が60%以上

### ■【サービス提供体制強化加算Ⅲ】

定員超過利用、人員基準欠如に該当しないことを前提に、次に掲げる基準のいずれかに適合する場合は、1日当たり60円が加算されます。

- ①介護職員の総数のうち、介護福祉士の数が50%以上
- ②介護職員の総数のうち、常勤職員の割合が75%以上
- ③サービスを直接提供する職員の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が30%以上

■【科学的介護推進体制加算】

次に掲げる基準を全て満たしている場合は1月当たり400円が加算されます。

- ①利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、LIFEを用いて厚生労働省に提出していること
- ②必要に応じて通所介護計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報、その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること

■【介護職員処遇改善加算Ⅰ】

介護職員等処遇改善計画書を届出し、基準に基づき適切に介護職員等の賃金改善を行う場合に、所定単位数に18.6%を乗じた単位数が加算されます。賃金改善以外の算定要件は以下のとおりです。

- ①キャリアパス要件Ⅰ（任用要件・賃金体系の整備等）：介護職員について、職位、職責または職務内容等に応じた任用等の要件を定め、それらに応じた賃金体系を整備し、全ての介護職員に周知すること
- ②キャリアパス要件Ⅱ（研修の実施等）：介護職員の資質向上の目標や具体的な計画を策定し、  
a 研修機会の提供、技術指導等 または b 資格取得の支援（シフト調整、休暇の付与、費用の援助等）を実施し、全ての介護職員に周知すること
- ③キャリアパス要件Ⅲ（昇給の仕組みの整備等）：介護職員について a 経験に応じて昇給する仕組み、b 資格等に応じて昇給する仕組み、c 一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みのいずれかを就業規則等の書面で整備し、全ての介護職員に周知していること
- ④キャリアパス要件Ⅳ（改善後の賃金要件）：賃金改善後の賃金見込額が年額440万円以上の職員（経験・技能のある介護職員）が1人以上いること
- ⑤キャリアパス要件Ⅴ（介護福祉士の配置等）：サービス提供体制強化加算ⅠまたはⅡを算定していること
- ⑥職場環境等要件：「入職促進に向けた取組」「資質の向上やキャリアアップに向けた支援」「両立支援・多様な働き方の推進」「腰痛を含む心身の健康管理」「生産性向上（業務改善および働く環境改善）のための取組」「やりがい・働きがいの醸成」の各項目につき、定められた数以上の取り組みを行うこと

■【送迎減算】

基本報酬にはあらかじめ送迎費用が含まれているため、送迎を行わない場合、片道470円、往復940円を減額させていただきます。

■【高齢者虐待防止措置未実施減算】

後記する14. 高齢者虐待防止に関する措置を講じていない場合は、介護報酬は上記金額の99/100となります。

■【業務継続未実施減算】

後記する14. 虐待防止の措置を講じない場合は、介護報酬は上記金額の97/100となります。

## 8. 利用料金の計算例

### (1) 地域密着型通所介護の場合

※要介護2、自己負担割合1割、週3回(1カ月12回)利用の場合の計算例です(単位:円)

選択サービスの入浴と個別機能訓練はいずれも週3回(1カ月12回)利用としています

#### ■介護保険サービス費

サービス項目		利用料金	■ 1割負担	□ 2割負担	□ 3割負担
一日あたり	基本サービス費 要介護1	6,780	□ 678	□ 1,356	□ 2,034
	基本サービス費 要介護2	8,010	■ 801	□ 1,602	□ 2,403
	基本サービス費 要介護3	9,250	□ 925	□ 1,850	□ 2,775
	基本サービス費 要介護4	10,490	□ 1,049	□ 2,098	□ 3,147
	基本サービス費 要介護5	11,720	□ 1,172	□ 2,344	□ 3,516
	入浴介助加算Ⅰ	400	■ 40	□ 80	□ 120
	個別機能訓練加算Ⅰイ	560	■ 56	□ 112	□ 168
	サービス提供体制強化加算Ⅰ	220	■ 22	□ 44	□ 66
	サービス提供体制強化加算Ⅱ	180	□ 18	□ 36	□ 54
	サービス提供体制強化加算Ⅲ	60	□ 6	□ 12	□ 18
1日単位の介護保険サービス費 1回 当たり					919
1日単位の介護保険サービス費 12回 小計 A					11,028
一月あたり	科学的介護推進体制加算	400	■ 40	□ 80	□ 120
	介護職員等処遇改善加算Ⅰ	9.2%	■ 1,018	□	□
1月単位の介護保険サービス費 小計 B					1,058
介護保険サービス費 合計 A+B					12,086

#### ■介護保険外サービス費

サービス項目		利用料金
一月あたり	食費	昼食 700円×12回=8,400円 ※おやつ代が含まれています
	その他	上記に記載のない物の利用に関しては実費となります ※おむつ代 円など
介護保険外サービス費 合計 C		8,400

#### ■合計

サービス費 合計 A+B+C	20,486
----------------	--------

(2) 第1号通所事業の場合

※要支援2、自己負担割合1割、週1回(1カ月4回)利用の場合の計算例です(単位:円)

■介護保険サービス費

サービス項目		利用料金	■ 1割負担	□ 2割負担	□ 3割負担
一 日 あ た り	なし				
1日単位の介護保険サービス費 1回 当たり					0
1日単位の介護保険サービス費 0回 小計 A					0
一 月 あ た り	[要支援1]				
	基本サービス費	17,980	□ 1,798	□ 3,596	□ 5,394
	サービス提供体制強化加算I	880	□ 88	□ 176	□ 264
	サービス提供体制強化加算II	720	□ 72	□ 144	□ 216
	サービス提供体制強化加算III	240	□ 24	□ 48	□ 72
	[要支援2]				
	基本サービス費	36,210	■ 3,621	□ 7,242	□ 10,863
	サービス提供体制強化加算I	1,760	■ 176	□ 352	□ 528
	サービス提供体制強化加算II	1,440	□ 144	□ 288	□ 432
	サービス提供体制強化加算III	480	□ 48	□ 96	□ 144
	[共通]				
	科学的介護推進体制加算	400	■ 40	□ 80	□ 120
	介護職員等処遇改善加算I	9.2%	■ 353	□	□
1月単位の介護保険サービス費 小計 B					4,190
介護保険サービス費 合計 A+B					4,190

■介護保険外サービス費

サービス項目		利用料金
一 月 あ た り	食費	昼食 700円×4回=2,800円 ※おやつ代が含まれています
	その他	上記に記載のない物の利用に関しては実費となります ※おむつ代 120円 尿とりパッド代 30円など
介護保険外サービス費 合計 C		2,800

■合計

サービス費 合計 A+B+C	6,990
----------------	-------

## 9. 利用料金の支払い方法

(1) 毎月、20日までに前月分の利用料金を請求いたしますので、30日以内にお支払いください。お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。ただし、お支払い方法が口座振替または口座振込みの場合は通帳記入、金融機関支払明細書の控えにて代用させていただき、原則として領収書発行を省略させていただきます。

(2) お支払い方法は、①現金支払い ②銀行振込 ③口座引き落とし(四国銀行またはゆうちょ銀行)の3通りとなっています。口座引き落とし日は27日です。残高不足等により引き落としができなかった場合は、現金または銀行振込にてお支払いをお願いします。

## 10. 衛生管理

(1) 利用者の使用する施設、食器その他の設備または飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。

(2) 食中毒および感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

(3) 事業所において感染症が発生し、またはまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

①事業所における感染症の予防およびまん延防止のための対策を検討する委員会をおおむね6カ月に1回以上開催するとともに、その結果について職員に周知します

②事業所における感染症の予防およびまん延防止のための指針を整備しています

③職員に対し、感染症の予防およびまん延防止のための研修および訓練を定期的の実施します

## 11. 業務継続計画の策定

(1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する地域密着型通所介護/第1号通所事業の提供を継続的に実施するための、および非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

(2) 職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修および訓練を定期的の実施します。

(3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

## 12. 事故発生時の対応

(1) サービスの提供中に事故が発生した場合は、利用者に対し応急処置、医療機関へ搬送等の措置を講じ、速やかに家族、居宅介護支援事業所等に連絡を行います。また、事故の状況および事故に際して採った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じ、高知市介護保険課に報告を行います。

(2) 当事業所の介護サービスにより、利用者に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償をいたします(当事業所はあいおいニッセイ同和損害保険株式会社と損害賠償保険契約を結んでおります)。但し、利用者に重過失がある場合は、事業者は賠償責任を免除され、または賠償額を減額されることがあります。

## 13. 身体的拘束等の適正化

(1) 当事業所では、原則として利用者に対する身体的拘束等を行いません。

(2) ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられ、以下の①~③の要件をすべて満たすときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で身体的拘束等を行うことがあります。その場合は、態様および時間、利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、経過観察並びに検討内容について記録し、5年間保存します。

①切迫性：直ちに身体的拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合

②非代替性：身体的拘束等以外に、代替する介護方法がない場合

③一時性：利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが無くなれば、直ちに身体的拘束等を解く場合

(3) 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3カ月に1回以上開催するとともに、その結果について職員に周知します。

(4) 職員に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施します。

(5) 事業所として、身体的拘束等を無くしていくための取り組みを積極的に行います。

#### 14. 虐待の防止

(1) 当事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生・再発を防止するため、必要な措置を講じます。

(2) 虐待防止に関する担当者 管理者 藤田千夏

(3) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について職員に周知します。

(4) 虐待防止のための指針を整備しています。

(5) 職員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施します。

(6) サービス提供中に、当事業所職員または養護者（現に養護している家族、親族、同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町村に通報します。

#### 15. 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保

業務の効率化、介護サービスの質の向上その他の生産性の向上に資する取組の促進を図るため、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保および職員の負担軽減に資する方策を検討する委員会を、定期的開催します。

#### 16. 秘密保持と個人情報保護

##### (1) 秘密保持義務

事業者およびその職員は、サービス提供にあたって知り得た利用者またはその家族の秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。契約終了後や職員の退職後も義務は継続します。

##### (2) 個人情報の保護

事業者は、「個人情報の保護に関する法律」および厚生労働省のガイドラインを遵守し、利用者の個人情報を適切に取り扱います。

##### (3) 使用目的の特定

事業者は、収集した個人情報を以下の範囲で適切に使用し、それ以外の目的には使用しません。

##### ①施設内でのサービス提供

ア. 当施設が提供する入居生活の支援、介護サービスの実施

イ. 入居・退去時の管理、およびケアプラン（個別援助計画）の作成・修正

ウ. 利用者の体調管理、服薬管理、および日々の生活記録の作成

##### ②外部機関との連携および報告

ア. 医療機関等との連携：主治医への報告、協力医療機関や救急隊、警察等への情報提供

イ. 他サービスとの連携：居宅介護支援事業所や他の福祉サービス事業者等との情報共有（サービス担当者会議等）

ウ. 行政等への報告：市町村や介護保険審査支払機関への介護報酬請求、および法令に基づく事故・虐待等の報告

エ. 損害賠償保険等：事故等が発生した際、保険会社への連絡および相談

##### ③運営管理および質向上のための利用





SNOW FOREST

株式会社スノーフォレスト

〒780-0935 高知市旭町二丁目 38 番地 5

URL: <https://ikoi-sms.com>

E-Mail: [snowforest151@gmail.com](mailto:snowforest151@gmail.com)

事業者  
割印

