

ショートステイ フラワーガーデンひまわり

重要事項説明書

(ショートステイ フラワーガーデンひまわり 重要事項説明書)



社会福祉法人 愛友会
 ショートステイ フラワーガーデンひまわり
 重要事項説明書

(ユニット型短期入所生活介護 フラワーガーデンひまわり 重要事項説明書)

利用者に対するサービスの提供開始にあたり、香川県条例の規定に基づき当事業者が利用者に説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 愛友会
主たる事務所の所在地	香川県坂出市京町三丁目6番55号
代表者（職氏名）	理事長 前田 直俊
設立年月日	平成27年12月18日
電話番号	(0877) 59-1165

2 事業所の概要

事業所の名称	ショートステイ フラワーガーデンひまわり
事業所の所在地	香川県坂出市京町三丁目6番55号
管理者氏名	施設長 間島 清史
電話番号	(0877) 59-1165
サービスの種類	短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護
開設年月日	平成29年5月1日
利用定員	10名【令和5年10月より1室増床】
通常の送迎の実施地域	坂出市、宇多津町、丸亀市飯山町
事業所の主な設備	①居室 ※全室にトイレ、洗面設備を設置しています。 個室（1人部屋）10（11.87～12.94㎡） ②食堂及び機能訓練室 1（87.03㎡） ③浴室 一般浴室 1（16.0㎡） 特殊浴室 1（23.98㎡） ④静養室 1（6.66㎡） ⑤医務室 1（7.32㎡）

3 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護又は要支援状態にあり、一時的に居宅において日常生活を営むのに支障がある利用者に対して、利用者の立場に立った適切なサービスを提供することを目的とします。
運営の方針	<p>要介護又は要支援状態にある利用者が、可能な限りその居宅において、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、サービスを提供することにより、短期入所生活介護においては、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図り、介護予防短期入所生活介護においては、利用者の心身機能の維持回復を図るとともに利用者の生活機能の維持又は向上を目指します。</p> <p>また、サービスの提供に当たっては、関係市町、居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）、地域の保健・医療・福祉サービスを提供する者との密接な連携を図ります。</p>

4 職員の配置状況

当事業所では、次のとおりサービスを提供する職員を配置しています。

職 種	員数・勤務形態	職 務 内 容
管理者	常勤 1 名 (兼 務)	利用申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うとともに、職員に適正なサービスを提供させるために必要な指揮命令を行います。
医 師	非常勤 2 名	利用者の健康管理及び療養上の指導を行うとともに、事業所の衛生管理等の指導を行います。
生活相談員	常勤 2 名 (兼 務)	利用者及び家族の相談に応じるとともに、居宅介護支援事業者のほか地域の保健・医療・福祉サービスを提供する者等との連携を図ります。
介護職員	常勤 4 名 (兼 務)	入浴・排泄・食事等の介護、その他日常生活上の世話をを行います。
看護職員	非常勤 1 名 (兼 務)	利用者の健康管理を行うとともに、事業所の衛生管理の業務を行います。
機能訓練指導員	非常勤 1 名 (兼 務)	利用者が日常生活を送る上で必要な生活機能の改善又は維持のための機能訓練を行います。
管理栄養士	非常勤 1 名	利用者の栄養並びに心身の状況及び嗜好を考慮した献立の作成、栄養管理を行うほか食品衛生法に定める衛生管理を行います。

上記の職員のうち、管理者・生活相談員ならびに機能訓練指導員については、同一建物内（2階、3階）にある併設本体施設（地域密着型介護老人福祉施設）の同じ職種を兼務しています。

職 種	勤 務 時 間	
管 理 者	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0	
医 師	1 0 : 0 0 ~ 1 2 : 0 0 (但し、毎月第1、第3木曜日)	
生活相談員	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0	
介 護 職 員	(常勤)	(非常勤)
	7 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0	7 : 0 0 ~ 1 1 : 0 0
	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0	8 : 0 0 ~ 1 5 : 0 0
	9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0
	9 : 3 0 ~ 1 8 : 3 0	1 4 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0
看 護 職 員	(常勤)	(非常勤)
	7 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0	7 : 0 0 ~ 1 1 : 0 0
	9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0	1 3 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0
機能訓練指導員	(常勤)	(非常勤)
	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0	7 : 0 0 ~ 1 1 : 0 0
管理栄養士	9 : 0 0 ~ 1 3 : 0 0 (月・水・金/週 3回 非常勤)	

5 提供するサービスの内容

当事業所では、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行います。

なお、その概要は次のとおりです。

(1) 食事の提供・介護

栄養士が立てる献立により、利用者の栄養状態、心身の状況、嗜好等を考慮した食事を提供します。

利用者の自立支援のため、原則として、離床して食堂で食事をとっていただくこととしています。なお、食事に際しては、利用者の心身の状況に応じて、介護職員が必要な介助を行います。

(2) 入浴の介護

利用者の心身の状況に応じて、入浴の介助又は清拭を週2回行います。

寝たきり状態の利用者も特殊浴槽を使用して入浴することができます。

(3) 排せつの介護

利用者の心身の状況や排せつ状況などをもとに、自立支援を踏まえて、トイレ誘導や排せつの介助を行います。

利用者がおむつを使用せざるを得ない場合には、利用者の心身及び活動の状況に適したおむつを提供するとともに、利用者の排せつ状況を踏まえて適切におむつ交換を実施します。(おむつに係る費用(おむつ代等)は介護保険給付の対象となっていますので、利用者 にその費用を負担していただく必要はありません。)

(4) 機能訓練

利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえて、機能訓練指導員により日常生活を送る上で必要な生活機能の改善又は維持するための訓練を実施します。

(5) その他

利用者の生活にメリハリをつけ、生活面での積極性の向上の観点から、1日の流れに沿って、離床、着替え、整容などの利用者の心身の状況に応じた日常生活上の世話をを行います。

6 利用料

利用者がサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、利用者にお支払いいただく「利用者負担額」は、原則として基本利用料の1割、若しくは一定以上の所得がある方は利用料の2割又は3割の額です。但し、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をお支払いいただきます。

なお、利用者が要介護（要支援）認定を受けていない場合や居宅サービス計画が作成されていない場合には、利用料の全額を一旦お支払いいただいた後に、市町から介護保険給付分の払い戻しを受ける（償還払い）こととなります（但し、要介護（要支援）認定を受けていない場合は、要介護（要支援）認定を受ける必要があります）。この場合には、利用者が市町村に介護給付の請求を行う際に必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を利用者に交付します。

(1) 短期入所生活介護の利用料

【基本部分：併設型短期入所生活介護費】

利用者の 要介護度	短期入所生活介護費（1日につき）			
	ユニット型個室（1人部屋）			
	基本利用料	利用者負担額		
自己負担割合		1割	2割	3割
要介護1	7,040円	704円	1,408円	2,112円
要介護2	7,720円	772円	1,544円	2,316円
要介護3	8,470円	847円	1,694円	2,541円
要介護4	9,180円	918円	1,836円	2,754円
要介護5	9,870円	987円	1,974円	2,961円

(注) 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、基本利用料も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額			
		基本利用料	利用者負担額		
自己負担割合			1割	2割	3割
若年性認知症利用者 受入加算	若年性認知症利用者へサー ビスを提供した場合 (1日につき)	1,200円	120円	240円	360円
送迎加算	送迎を行った場合(片道)	1,840円	184円	368円	552円
療養食加算	管理栄養士による食事管理 (1回につき)	80円	8円	16円	24円
介護職員 処遇改善加算Ⅱ	当該加算の算定要件を満た す場合	1か月の利用料 (基本部分+各 種加算減算)の 13.6%	左記の1割若しくは一定以上の所得 がある方は利用料の2割又は3割		

(注) 介護職員処遇改善加算(Ⅱ)は、区分支給限度基準額の算定対象外です。

※介護職員処遇改善加算・介護職員特定処遇改善加算・介護職員等ベースアップ等支援加算
3つの加算が令和6年6月より一本化されました。

【減算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分から以下の料金が減算されます。

減算の種類	減算の要件	減算額			
		基本利用料	利用者負担額		
自己負担割合			1割	2割	3割
長期利用者減算	同一事業所を連続31日～ 60日利用した場合	300円	30円	60円	90円
長期利用の適正化	同一事業所連続して61 日以降利用した場合	320円	32～ 34円	64～ 66円	96～ 98円

(2) 介護予防短期入所生活介護の利用料

【基本部分：併設型介護予防短期入所生活介護費】

利用者の 要介護度	短期入所生活介護費(1日につき)			
	ユニット型個室(1人部屋)			
	基本利用料	利用者負担額		
自己負担割合		1割	2割	3割
要支援1	5,290円	529円	1,058円	1,587円
要支援2	6,560円	656円	1,312円	1,968円

(注) 介護予防短期入所生活介護の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、基本利用料も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額			
		基本利用料	利用者負担額		
自己負担割合			1割	2割	3割
若年性認知症利用者 受入加算	若年性認知症利用者へサービスを提供した場合 (1日につき)	1,200円	120円	240円	360円
送迎加算	送迎を行った場合(片道)	1,840円	184円	368円	552円
療養食加算	管理栄養士による食事管理 (1回につき)	80円	8円	16円	24円
介護職員 処遇改善加算 I	当該加算の算定要件を満たす場合	1か月の利用料(基本部分+各種加算減算)の13.6%	左記の1割若しくは一定以上の所得がある方は利用料の2割又は3割		

(注) 介護職員処遇改善加算(Ⅱ)は、区分支給限度基準額の算定対象外です。

※介護職員処遇改善加算・介護職員特定処遇改善加算・介護職員等ベースアップ等支援加算3つの加算が令和6年6月より一本化されました。

7 その他の費用

上記の利用料のほか、以下のサービス提供に伴う費用を利用者にお支払いいただきます。但し、利用者が介護保険負担限度額認定証の交付を受けている場合は、食費及び滞在費については当該認定証に記載された負担限度額(※1)を利用者にお支払いいただきます。以下のサービスの提供に当たっては、あらかじめ利用者又は家族に対してサービス内容及び費用を記載した文書を交付して説明を行い、利用者の同意を得ます。

なお、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由が生じた場合、費用の額を変更することがありますが、その場合には変更を行う30日前までに変更内容等を説明します。

(1) 食費

利用者負担段階(※2)に応じて次のとおりとし、1食単位で支払いを受けます。

ア 利用者負担第4段階の利用者

1日当たり 1,445円(朝食363円、昼食541円、夕食541円)

(2) 滞在費

ユニット型個室(1人部屋)1日当たり 2,066円

(3) 送迎に要する費用

通常の送迎の実施地域(坂出市、宇多津町、丸亀市飯山町)を越えて送迎した場合
1キロメートルにつき20円

(4) 理美容代 実費

(5) その他の日常生活費

ア 利用者の希望によって、身の回り品・教養娯楽として日常生活に必要なものを事業者が提供する場合に係る費用 実費

※1 食費・滞在費の負担限度額（日額）

利用者負担段階	滞 在 費		食 費
	居室環境	負担限度額	負担限度額
第1段階	ユニット型個室	880円	300円
第2段階	ユニット型個室	880円	600円
第3段階①	ユニット型個室	1,370円	1,000円
第3段階②	ユニット型個室	1,370円	1,300円

※2 利用者負担段階

利用者負担段階	所得要件	資産要件
第1段階	・世帯全員が市民税非課税で、老年福祉年金受給者 ・生活保護受給者	・預貯金等が1,000万円以下の方（夫婦で2,000万円以下の方） ・要件なし
第2段階	・世帯全員が市民税非課税の方で、その他の合計所得金額と年金収入額の合計が80万円以下の方	・預貯金等が650万円以下の方（夫婦で1,650万円以下の方）
第3段階①	・世帯全員が市民税非課税の方で、その他の合計所得金額と年金収入額の合計が80万円超120万円以下の方	・預貯金等が550万円以下の方（夫婦で1,550万円以下の方）
第3段階②	・世帯全員が市民税非課税の方で、その他の合計所得金額と年収収入額の合計が120万円を超える方	・預貯金等が500万円以下の方（夫婦で1,500万円以下の方）
第4段階（非該当）	・本人が市民税非課税で世帯員に市民税課税者いる方 ・本人が市民税課税の方 ・配偶者が市民税課税の方（世帯が分離している配偶者を含む）	・利用者負担段階に応じた上記資産要件を満たさない方

※「その他の合計所得金額」とは、合計所得金額から公的年金等の雑所得と長期譲渡所得・短期譲渡所得の特別控除額を控除した金額を指します。

8 利用料等の支払方法等

- ・ 事業者は、20日までに、前月のサービス提供日、サービスの内容、利用料及びその他の費用（以下「利用料等」といいます。）の内訳を記載した利用明細書を作成し、請求書に添付して利用者に交付します。
- ・ 事業者は、27日に、口座引き落としの方法により利用者から前月の利用料等の支払を受けます。
- ・ 事業者は、利用者又は家族から利用料等の支払いを受けた時は、利用者又は家族に対して領収書を発行します。

9 サービス利用期間・サービス内容の変更

- ・ 利用者が事前に申し入れた利用期間の変更を希望する場合は、利用開始予定日の3日前までに事業所に連絡してください。

- ・ 利用者は、いつでもサービス内容の変更を事業所に申し出ることができます。事業所は、変更内容がケアプランの範囲内であり、変更を拒む理由がない場合は、速やかにサービスの内容を変更します。

10 サービス利用の中止

(1) サービス利用開始前

利用者は、サービス利用開始前に利用を中止する場合は、利用開始予定日の前日までに事業所に連絡してください。利用開始予定日の前日までに連絡がなく利用を中止した場合には、以下のキャンセル料をお支払いいただきます。但し、利用者の体調不良（熱発）などやむを得ない事情がある場合は、この限りではありません。

感染症（新型コロナウイルス・インフルエンザ・ノロウイルス等）と診断された場合、もしくは、疑いのある場合、恐れ入りますがご利用はできません。

キャンセル料：利用開始予定日の利用料の1割、若しくは2割又は3割（利用者負担額相当額）

(2) サービス利用期間中

利用者は、サービス利用期間中に退所する場合（緊急時を除きます。）は、退所日の前日までに事業所に連絡してください。その場合、入所日から退所日までに提供したサービスに係る利用料等をお支払いいただきます。

11 サービス利用に当たっての留意事項

- ・ 利用者は、居室のほか事業所の設備をその本来の用途に従って利用してください。
- ・ 利用者が、故意又は重大な過失により、事業所の設備を滅失、破損、汚損した場合には、利用者の負担により原状に復していただくか、利用者に相当の代価をお支払いいただきます。
- ・ 利用者は、事業所の従業員や他の利用者に対して迷惑になる行為（暴言・暴力、宗教活動、政治活動、営利活動）を行うことはできません。
- ・ 利用者へのサービス提供及び安全衛生管理の上で必要が認められる場合、利用者の許可を受けることなく、職員が居室に入り、必要な措置をとることがあります。
- ・ 事業所のある建物内は全面的に禁煙となっています。

12 緊急時の対応方法について

職員は、サービス提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、主治医及び予め届けられている連絡先へ速やかに連絡を行う等の必要な措置を講じます。

13 非常災害対策について

- ・ 事業者は、非常災害が発生した場合における利用者の安全確保のための体制、避難の方法等を定めた事業所防災計画を策定し、事業所のわかる場所にファイリングし、いつでも閲覧ができるようにします。

- ・ 事業者は、事業所防災計画に基づき、非常災害時の関係機関への通報及び関係機関との連携の体制並びに利用者を円滑に避難誘導するための体制を整備し、定期的にこれらの体制について職員及び利用者にも周知するとともに、年2回以上の避難、救助等の必要な訓練を行います。
- ・ 事業者は、上記の訓練結果に基づき、事業所防災計画の検証を行うとともに、必要に応じて事業所防災計画の見直しを行います。
- ・ 事業者は、非常災害が発生した場合に職員及び利用者が事業所内において当面の避難生活を行うことができるよう、必要な食糧、飲料水、医薬品その他の生活物資の備蓄に努めます。
- ・ 災害への対応は地域との連携が不可欠であることを踏まえ、非常災害対策（計画策定・関係機関との連携体制の確保・避難訓練の実施等）が求められることから、訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

14 事故発生時の対応について

- ・ 事業者は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、市町、利用者の家族、利用者を担当する居宅介護支援事業者（又は介護予防支援事業者）等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- ・ 事業者は、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。
- ・ 事業者は、利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。
- ・ 事故発生又は再発を防止するために、施設内に安全対策部門を設置するなど、組織的に安全対策を実施する体制を構築させます。

15 秘密保持について

- ・ 事業者及び職員は、正当な理由なく、サービスを提供する上で知り得た利用者及び家族に関する秘密を、契約期間中のみならず契約終了後も第三者に漏らしません。
- ・ 事業者及び職員は、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ます。

16 損害賠償について

事業者は、サービスの提供に当たって自己の責に帰すべき事由により利用者の生命、身体、財産に損害が発生した場合（前記に守秘義務に違反した場合も含まれます。）は、速やかにその損害を賠償します。但し、利用者に故意又は過失が認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

17 苦情相談について

- ・サービス提供に関する苦情相談は、下記の苦情相談窓口でお聞きします。

苦情相談窓口	担当者 新居 美沙子 (事業所の生活相談員) 電話番号 (0877) 59-1165 受付時間 8:30~17:30 (土日祝日を除く)
--------	--

- ・サービス提供に関する苦情相談は、下記の行政機関等にも申し立てることができます。

市 町	坂出市福祉事務所 かいご課 事業者指定・指導担当	所在地 坂出市室町二丁目3番5号 電話番号(0877)44-5090
	坂出市社会福祉協議会	所在地 坂出市寿町一丁目3番38号 電話番号(0877)46-5078
公的団体	香川県国民健康保険団体連合会	所在地 高松市福岡町二丁目3番2号 電話番号(087)822-7435
	香川県健康福祉部長寿社会対策課 施設サービスグループ	所在地 高松市番町四丁目1番10号 電話番号(087)832-3266

18 契約の終了について

次のいずれかに該当する場合、この契約は終了します。なお、契約が終了する場合には、事業者は利用者の心身の状況、置かれている環境などを勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

- (1) 利用者が死亡した場合
- (2) 利用者が介護保険施設へ入所した場合
- (3) 利用者の要介護(要支援)状態区分が自立と認定された場合
- (4) 利用契約書第2条第2項に基づき、利用者から契約を更新しない旨の申し出があり、契約期間が満了した場合
- (5) 利用契約書第7条第3項又は第12条第2項に基づき、利用者から解約の意思表示がなされた場合
- (6) 利用契約書第12条第1項に基づき、利用者から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了した場合
- (7) 利用契約書第13条に基づき、事業者から解約の意思表示がなされた場合
- (8) 事業者が解散命令を受けた場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- (9) 事業所設備の滅失や重大な毀損によりサービスの提供が不可能になった場合
- (10) 事業所が介護保険法に基づく指定を取り消された場合

重要事項説明年月日 令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始に際して、この書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者 所在地 香川県坂出市京町三丁目6番55号
名称 ショートステイ フラワーガーデンひまわり
施設長 間島 清史 印

説明者 ショートステイ フラワーガーデンひまわり

(職名) _____

(氏名) _____ 印

重要事項同意年月日 令和 年 月 日

私（利用者）は、この書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、その内容に同意しました。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

代理人 住所 _____

氏名 _____ 印

利用者本人との続柄 _____

個人情報使用同意書

私（利用者及びその後見人もしくは家族又は身元引受人）の個人情報については。次に記載するところにより、必要最小限度の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用する目的

利用者の適切な介護サービス提供が施されるため、又は円滑なサービス提供が施されるために、実施されるサービス担当者会議や主治医との協議、介護支援専門員とサービス事業者との連絡調整において、情報共有が必要と判断される場合。

2 使用する期間

令和 年 月 日 ～ 前項の必要性がなくなるまで

3 条件

(1) 個人情報の提供は必要最小限度とし、提供にあたっては、関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

(2) 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

令和 年 月 日

ショートステイ フラワーガーデンひまわり

施設長 間島 清史 様

利用者住所

氏名

印

代理人住所

氏名

印

利用者本人との続柄

重要事項説明書附属文章

施設利用の留意事項

(1) 持ち込みについて

利用にあたり、日常生活に必要であるもの以外は原則として持ち込むことはできません。飲食物の持ち込みをされる方は介護職員へ申し出て下さい。

刃物類、火気類、貴金属等を持ち込むことはできません。

(2) 面会

来訪される場合、危険物の持ち込みはできません。

利用者への差し入れ等を持って来られた際には、介護職員へお申し出ください。

感染症等の発生を含む諸事情により、持ち込みをご遠慮いただく場合があります。

(3) 外出・外泊

外出・外泊をされる場合は、前日までに施設にご連絡下さい。

(4) 食事

食事が不要な場合、朝10時までにお申し出下さい。10時まで申し出があった場合は、キャンセルができませんので、食費が発生致しますのでご了承下さい。

食べなかった場合は請求させていただきます。

(5) 喫煙

施設が指定した場所以外での喫煙はできません。原則として、煙草・ライター等は介護職員がお預かりします。

(6) 施設・設備の使用上の注意

- ・居室および共用部分、敷地をその本来の用途に従って利用してください。
- ・施設内の設備や器具は本来の用途に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合は、弁償して頂く場合があります。
- ・ご契約者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、居室内に立ち入り、必要な措置をとることができるものとします。但しその場合、本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。

(7) 反社会的勢力との取引排除

・反社会的勢力と取引排除について、以下のことについて表明し、あらかじめ合意します。利用者および身元引受人ならびに関係者（以下「利用者等」という）が暴力団、暴力団員、暴力団関係企業、団体またはその関係者、その他反社会的勢力（以下総称して「反社会的勢力」という）ではなく、過去にも反社会的勢力でなかったこと、また今後もそのようなことはないこと。

- ・利用者等が、反社会的勢力を利用しないこと。また今後もそのようなことはないこと。
- ・利用者等が、反社会的勢力に対して資金等を提供し、または便宜を供与するなど、反社会的勢力の維持運営に協力し、または関与していないこと、また今後もそのようなこと

はないこと。

- ・利用者等は、自らまたは第三者を利用して、事業者および事業所の役職者、代表者並びに職員、利用者および取引先等の関係先等（以下「関係先等」という）に対し、暴力的行為、詐術、脅迫的発言を用いず、社会福祉法人および関係先等の名誉や信用を毀損せず、社会福祉法人および関係先等の業務を妨害しないこと。

(8) 反社会的勢力との取引排除に係る契約の解除

- ・利用者等が、以下のいずれかに該当する場合、何らかの催告を要することなく、直ちに本契約を解除することができるものとします。
- ・利用者等が反社会的勢力であると判明した場合、利用者が事業所との取引に関して、脅迫的な発言をし、または暴力を用いたとき、もしくは風説を流布し、偽計・威力を用いて、事業所の信用を毀損し、または業務を妨害したとき、この他これらに類する行為を行った場合。
- ・利用者等が事業所および関係先等に対し、暴力的要求行為を行い、あるいは合理的範囲を超える負担を要求したとき。

介護職員による医薬品の使用について

利用者氏名： _____ について、

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日に、

職種：看護職員 確認者氏名： _____ が、

- ① 利用者が、入院・入所して治療する必要がなく、容態が安定していること
 - ② 副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による連続的な容態の経過観察が必要である場合ではないこと
 - ③ 内服薬については誤嚥の可能性、座薬については肛門からの出血の可能性など、当該医薬品の使用の方法そのものについて専門的な配慮が必要な場合ではないこと
- 以上の3条件を満たしていることを確認しており、3条件を満たす場合には、介護職員による医薬品の使用の介助ができることを、施設から説明を受けました。

そこで、氏名 _____ ・続柄 _____ は、

介護職員が、

皮膚への軟膏の塗布（褥瘡の処置を除く）

点眼薬の点眼、

一包化された内服薬の内服、

肛門からの座薬挿入、

鼻腔粘膜への薬剤噴霧

(_____)

以上を行うことを依頼し、介護職員による医薬品の使用の介助が実施されることについて同意します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

施設説明者：氏名 _____

職名： _____

説明を受けた者：氏名 _____

続柄： _____