

重要事項説明書（医療支援型グループホーム博愛）

この「重要事項説明書」は、当事業所とサービス利用契約の締結を希望される方に対して、社会福祉法第76条及び「鳥取県障害福祉サービス事業に係る条例（平成24年鳥取県条例第71号）」第26条の規定に基づき、当事業所の概要や提供するサービスの内容、契約を締結する前に知っておいていただきたいことを事業者が説明するものです。

1 指定共同生活援助を提供する事業者について

事業者名称	社会医療法人同愛会
代表者氏名	理事長 石部 裕一
本社所在地 （連絡先）	鳥取県米子市両三柳 1880 番地 （法人本部）（電話：0859-29-1100）
法人設立年月日	昭和38年6月1日

2 ご利用者へのサービス提供を担当する事業所について

(1) 事業の所在地等

事業所名称	医療支援型グループホーム博愛
サービスの 主たる対象者	重症心身障がい者及び医療的ケアが必要な障がい者
鳥取県指定 事業所番号	3120201664
管理者	高田 治美
サービス管理責任者	坂本 万理
主たる事業所 所在地及び 住居所在地	鳥取県米子市新開4丁目11番13号
連絡先 相談担当者名	電話 0859-30-3318 担当者 高田（管理者） ファックス 0859-30-3319
利用定員	12名（大山棟10名、弓浜棟2名）
開設年月日	令和5年10月1日

(2) 事業の目的及び運営方針

事業の目的	事業所の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、円滑な運営管理を図るとともに、利用者の意思及び人格を尊重して、常に当該利用者の立場に立った適切な日中サービス支援型指定共同生活援助（以下「指定共同生活援助」という。）の提供を確保することを目的とする。
運営方針	1 医療的ケアを必要とする等重度の障がいのある利用者が住み慣れた地域で安心して生活ができるよう支援する。 2 利用者の身体及び精神の状況並びにその置かれている環境に応じて、入浴、排せつ及び食事等の介護、医療的ケア等の看護、相談その他の日常生活上の支援を適切かつ効果的に行うものとする。

	<p>3 指定共同生活援助の実施に当たっては、地域との結び付きを重視し、利用者の所在する市町村、他の指定障害福祉サービス事業者、指定一般相談支援事業者、指定特定相談支援事業者、指定障害者支援施設その他福祉サービス又は保健医療サービスを提供する者（以下「障害福祉サービス事業者等」という。）との密接な連携に努めるものとする。</p>
--	---

3 共同生活住居の構造・設備について

(1) 構造

構 造	鉄骨造 1階建
敷 地 面 積	4,418.95 m ²
延 床 面 積	637.29 m ²

(2) 設備

設 備 の 種 類	部 屋 数	備 考
居 室	13室	全室個室（共同生活援助12室、短期入所1室） 大山棟 10室（共同生活援助10室） 弓浜棟 3室（共同生活援助2室 短期入所1室）
リビング兼食	2室	
便 所	2室	
風 呂 場	2室	脱衣室を含む
相 談 室	1室	

4 職員体制等について

(1) 各職種の職務の内容

職 種	職 務 内 容
管 理 者	<p>管理者は、職員の管理、指定共同生活援助の利用の申し込みに係る調整、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、法令等において規定されている指定共同生活援助の実施に関し、事業所の職員に対し遵守させるため必要な指揮命令を行います。</p>
サービス管理責任者	<p>(1) 適切な方法により、利用者の有する能力、置かれている環境及び日常生活全般の状況等の評価を通じて利用者の希望する生活や課題等の把握（以下「アセスメント」という。）を行い、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上での適切な支援内容を検討します。</p> <p>(2) アセスメント及び支援内容の検討結果に基づき、事業所が提供する指定共同生活援助以外の保健医療サービス又はその他の福祉サービス等との連携も含めて、利用者の生活に対する意向、総合的な支援の方針、生活全般の質を向上させるための課題、指定共同生活援助の目標及びその達成時期、指定共同生活援助を提供する上での留意事項等を記載した日中サービス支援型共同生活援助計画（以下「共同生活援助計画」という。）の原案を作成します。</p> <p>(3) 共同生活援助計画の原案の内容を利用者に対して説明し、文書により</p>

	<p>利用者の同意を得た上で、作成した共同生活援助計画を記載した書面を利用者に交付します。</p> <p>(4) 共同生活援助計画作成後、共同生活援助計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。）を行うとともに、少なくとも6月に1回以上、共同生活援助計画の見直しを行い、必要に応じて共同生活援助計画を変更します。</p> <p>(5) 利用申込者の利用に際し、障がい福祉サービス事業者等に対する照会等により、利用申込者の心身の状況、事業所以外における指定障がい福祉サービス等の利用状況等を把握します。</p> <p>(6) 利用者の心身の状況、置かれている環境等に照らし、利用者が自立した日常生活を営むことができるよう定期的に検討するとともに、自立した日常生活を営むことができると認められる利用者に対し、必要な支援を行います。</p> <p>(7) 他の職員に対する技術指導及び助言を行います。</p>
世話人兼生活支援員	入浴（または清しき）、排せつ及び食事等の介護、医療的ケア等の看護、相談その他日常生活上の支援を適切に行う。
夜間支援従事者	夜間及び深夜において、見守りや排せつ等の介護、医療的ケア等の看護その他日常生活上の支援を適切に行う。
事務職員	必要な事務を行う。

(2) 職員配置

職種	員数	常勤		非常勤		常勤換算	備考
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1名		1名				
サービス管理責任者	1名以上		1名以上				
世話人兼生活支援員	6名以上		6名以上				常勤換算による職種は看護師及び介護員
夜間支援従事者	2名以上		2名以上				
事務職員	1名				1名		管理者が兼務

※厚生労働省令等で定める基準を下回らない範囲で変更することがあります。

(3) 勤務体系

職種	勤務体系	
管理者	日勤	8時30分～17時
サービス管理責任者	日勤	8時30分～17時
世話人兼生活支援員	日勤 夜勤	8時30分～17時 16時30分～翌9時
事務職員	日勤	8時30分～17時

5 提供する指定共同生活援助（以下「サービス」という。）の内容と料金及び利用者負担額について

(1) 提供するサービスの内容

サービスの種類	サービスの内容
共同生活援助計画の作成	利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、生活全般の質を向上させるための課題や目標、支援の方針等を記載した共同生活援助計画を作成します。
利用者等に対する助言	利用者及びその家族が希望する生活や利用者の心身の状況等を把握し、適切な助言、援助等を行います。
食事の提供	食事の提供時間は次のとおりです。（外部委託） 朝食 7時 昼食 11時30分 夕食 17時30分
健康管理及び日常生活支援	<ul style="list-style-type: none"> 健康観察、疾病予防、健康管理（血圧、体温等の基礎健康チェック等）、服薬管理及び必要な医療的ケアを実施します。 食事や排泄の介助、おむつ交換を行います。 入浴または清しきを行います。 離床、着替え、整容等その他日常生活上必要な支援を行います。
金銭管理等の援助	<ul style="list-style-type: none"> 生活費の管理方法や使用方法等について、必要に応じて相談支援を行います。 財産管理に支援が必要な利用者について、成年後見制度の利用を促進するなど必要な援助を行います。
余暇活動の支援	利用者の状態に応じて、事業所内の施設や他の機関との連携を図りながら、余暇活動を支援します。
緊急時の対応	サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。
日中活動の場等との連絡・調整	日中、生活介護事業など他の障害福祉サービスを利用する場合には、必要に応じて障害福祉サービス事業者等と連絡・調整を行います。
夜間における支援	夜間において支援を行う者を配置し、就寝準備の確認、寝返りや排泄等の支援、医療的ケア等の看護を行うとともに、緊急時の対応を行います。
体験利用における支援	契約を希望されている方に、事業所での生活上の不安の解消等を目的として、正式な契約締結前に「体験利用」として支援を行います。

※送迎のサービスはありません。

(2) サービス料金

利用料金は、次表のとおりです。（日中サービス支援型共同生活援助サービス費（Ⅰ））

【日中を共同生活住居で過ごす方】

	区分6	区分5	区分4	区分3
利用料	9,970円	8,600円	7,710円	5,240円
利用者負担額	上記の1割	上記の1割	上記の1割	上記の1割

【日中を共同生活住居以外の場所で過ごす方】

	区分6	区分5	区分4	区分3	区分2	区分1以下
利用料	7,650円	6,270円	5,390円	4,070円	2,700円	2,530円
利用者負担額	上記の1割	上記の1割	上記の1割	上記の1割	上記の1割	上記の1割

【体験利用の場合（日中を共同生活住居で過ごす場合）】

	区分6	区分5	区分4	区分3
利用料	11,680円	10,280円	9,380円	6,720円
利用者負担額	上記の1割	上記の1割	上記の1割	上記の1割

【体験利用の場合（日中を共同生活住居以外で過ごす場合）】

	区分6	区分5	区分4	区分3	区分2	区分1以下
利用料	9,290円	7,870円	6,950円	5,460円	4,080円	3,890円
利用者負担額	上記の1割	上記の1割	上記の1割	上記の1割	上記の1割	上記の1割

＜提供するサービスの料金とその利用者負担額について＞

提供するサービスについて、厚生労働省の告示の単価による利用料が発生します。

利用者負担は現在、サービス量と所得に着目した負担の仕組み（1割の定率負担と所得に応じた負担上限月額の設定）となっています。

定率負担、実費負担のそれぞれに、低所得の方に配慮した軽減策が講じられています。

※ 障がい福祉サービスの定率負担は、所得に応じて負担上限月額が設定され、ひと月に利用したサービス量にかかわらず、それ以上の負担は生じません。

負担上限月額等に関する詳細については、お住まいの市町村窓口までお問合せください。

※ 介護給付費等について事業者が代理受領を行わない(利用者が償還払いを希望する)場合は、介護給付費等の全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に介護給付費等の支給（利用者負担額を除く）を申請してください

【加算項目】

① 事業所がとっている体制により、下表のとおり料金が加算されます。

加算項目	利用料	利用者負担額	内 容
福祉専門職員配置等加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)	(Ⅰ) 100円 (Ⅱ) 70円 (Ⅲ) 40円	左記の1割	(Ⅰ)(Ⅱ)の場合 生活支援員のうち、有資格者が一定割合以上の場合、利用1日につき加算されます。 (Ⅲ) 生活支援員のうち、勤務形態が常勤の者が75%、又は勤続年数が3年以上の者が30%を超える場合、利用1日につき加算されます。
看護職員配置加算	700円	左記の1割	指定基準に定める員数の従業員に加え、看護職員を配置した場合、利用1日につき加算されます。

夜勤職員加配加算	1, 490円	左記の1割	指定基準に定める員数に加え、夜間支援従事者を配置した場合、利用1日につき加算されます。
人員配置体制加算	人員体制に応じた額	左記の1割	基準上の人員に加え、特定従業者数換算方法で一定割合以上の世話人等を配置している場合、利用1日加算されます。

② 事業所がとった対応の内容により、下表のとおり料金が加算されます。

加算項目	利用料	利用者負担額	内 容
医療的ケア対応支援加	1, 200円	左記の1割	医療的ケアを必要とする利用者を1名以上受け入れる場合、利用1日につき加算されます。
入院時支援特別加算	7日以上 11, 220円	左記の1割	病院又は診療所を訪問し、入院期間中の被服等の準備や利用者の相談支援など、日常生活上の支援を行うとともに、退院後の円滑な生活移行が可能となるよう、病院又は診療所との連絡調整を行った場合、加算(月1回程度)されます。
	3日以上7日未満 5, 610円		
長期入院時支援特別加	1, 500円	左記の1割	病院または診療所を訪問し、入院期間中の被服等の準備や利用者の相談支援など日常生活支援を行うとともに退院後の円滑な生活以降が可能となるよう、病院または診療所と連絡調整を行った場合、加算されます。(入院の初月から3か月に限る)
福祉・介護職員等処遇改善加算	報酬額に応じた額	左記の1割	福祉・介護職員等の賃金改善等について、一定の基準に適合する取り組みを実施している場合に加算されます。

※今後、事業所の運営体制等により、上記以外の加算を取得した場合、同様に利用者負担額として加算額の1割負担をお願いします。

6 その他の費用について

内 容	料 金
家 賃	月額 45, 000円 ※利用契約期間中は、入院等で長期間利用しない期間であっても、全額費用負担をお願いします。 ※月の初日以外の日にサービス利用を開始した場合、あるいは月の末日以外の日に利用を終了した場合は、該当月の暦日数を基礎として、利用日数の割合で計算した額を負担していただきます。
光熱水費	実費相当額 ※居室ごとの電気使用量に応じた電気料金 ※利用人数により按分した水道料金
食材料費	朝食 1食につき 240円 昼食 1食につき 330円 夕食 1食につき 310円 朝食(ハーフ) 1食につき 130円

	昼食（ハーフ） 1食につき 200円 夕食（ハーフ） 1食につき 190円 パン食（朝食） 1食につき 260円 パン食ハーフ（朝食） 1食につき 170円 牛乳・ヨーグルト 1食につき 実費相当額
エアマットレス使用料	月額 1,000円～4,500円 ※利用するマットレスの種類により金額が異なります。 ※使用期間が1月未満の場合は実費相当額（レンタル料）とします。 ※エアマットレスを持参される場合は、使用料は発生しません。
防水シート使用料	1枚につき 150円
預かり金管理料	月額 500円
日用品費	実費相当額
その他日常生活及び医療的な処置を施す上において必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められるもの	実費相当額

※ 体験利用の場合は、次のとおりとします。

① 家賃

上記家賃の額を負担していただきます。ただし、体験利用中に入院した場合、その期間は利用日数から除きます。

② 光熱水費

1日330円を負担していただきます。ただし、継続して長期間利用する場合は、上記光熱水費と同様、利用実績に応じた金額を負担していただきます。

③ その他

家賃及び光熱水費以外の費用については、体験利用の場合も同様に負担していただきます。また、事業所において寝具類を提供した場合は、ショートステイ博愛利用時と同等の金額を負担していただきます。

※ 上記金額（体験利用の場合も含む）については、当月分を翌月末日までにお支払いください。

※ 食事をキャンセルされる場合は、下記期限までに申し出てください。期限までに申し出がない場合はキャンセル料を負担していただきます。

キャンセル料 （食材料費）	届出期限	金額
	朝食	当日 6:30 まで
昼食	当日 11:00 まで	
夕食	当日 16:30 まで	
牛乳等	上記期限まで	

7 利用者負担額及びその他の費用の支払い方法について

利用者負担額 その他の費用 の支払い方法 について	利用者負担額及びその他の費用について、サービスを利用した月の翌月10日までに利用月分の請求書をお届けします。サービス提供の記録と内容を照合のうえ、請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。 (ア)現金支払い (イ)利用者指定口座からの自動振替 (ウ)事業者指定口座への振り込み お支払いを確認しましたら、必ず領収書をお渡ししますので、保管をお願いします。 また、介護給付費等について市町村より給付を受けた場合は、受領通知をお渡ししますので、必ず保管をお願いします。
------------------------------------	---

8 サービスの提供にあたっての留意事項

(1) 市町村の支給決定内容等の確認

サービスの提供に先立って、受給者証に記載された支給量・支給内容・利用者負担上限月額を確認させていただきます。受給者証の住所、支給量などに変更があった場合は速やかに事業所にお知らせください。

(2) 共同生活援助計画の作成

確認した支給決定内容に沿って、利用者及び家族の意向に配慮しながら「共同生活援助計画」を作成します。作成した「共同生活援助計画」については、案の段階で利用者又は家族に内容を説明し、利用者の同意を得た上で成案としますので、ご確認いただくようお願いします。

(3) 共同生活援助計画の変更等

「共同生活援助計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。

(4) 見守りカメラの設置

各居室に利用者の安全確保等のため、見守りカメラ（監視カメラ）を設置していますので、ご理解をお願いします。

<設置理由>

- ・事故の早期発見
- ・事故の防止対策（事故が起きた場合、その経緯をカメラで確認することにより、今後の事故の防止対策が可能となる）
- ・犯罪の抑止（外部からの侵入を未然に防止）
- ・職員による虐待防止
- ・居室内での生活の様子を確認

9 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律（平成23年法律第79号）」を遵守するとともに、下記の対策を講じます。

① 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	管理者 高田治美
-------------	----------

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 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

⑤ 虐待の防止のための対策を検討する委員会の設置等を実施しています。

⑥ 事業所以外の相談窓口は次のとおりです。

【市町村の窓口】 米子市障がい者支援課	所在地 米子市加茂町一丁目1番地 電話番号 0859-23-5545 ファックス番号 0859-23-5393 受付時間 平日8時30分～17時15分 夜間休日は、0859-22-7111へ
【県障がい者権利擁護センター】 西部総合事務所県民福祉局	所在地 米子市糺町1丁目160 電話番号 0859-31-9301 ファックス番号 0859-34-1392 受付時間 平日8時30分～17時15分 夜間休日は、0857-26-7111（県庁代表）へ

10 秘密の保持と個人情報の保護について

①利用者及びその家族に関する秘密の保持について	<p>事業者は、利用者等の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>○事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及び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。</p> <p>○また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>○事業者は、従業者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p>
②個人情報の保護について	<p>○事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で使用する等、他の障がい福祉サービス事業者等に、利用者の個人情報を提供しません。また、利用者の家族の個人情報についても、当該利用者の家族からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で使用せず、他の障がい福祉サービス事業者等に利用者の家族の個人情報を提供しません。</p> <p>○事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>○事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）</p>

11 協力医療機関について（歯科診療を含む）

協力医療機関は、治療を必要とする場合に協力を依頼している医療機関です。ただし、優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。

(1)

医療機関名称	博愛こども発達・在宅支援クリニック		
医院長名	玉崎 章子		
所在地	鳥取県米子市両三柳 1880 番地		
電話番号	0859-29-8010		
診療科	脳神経小児科	入院設備	あり

(2)

医療機関名称	どい歯科クリニック		
医院長名	土井 教子		
所在地	米子市淀江佐陀2135-5		
電話番号	0859 - 56 - 1600		
診療科	歯科	入院設備	—

医療機関名称	やお歯科クリニック		
医院長名	八尾 正己		
所在地	米子市上福原3丁目3-22		
電話番号	0859 - 23 - 5858		
診療科	歯科	入院設備	—

12 事故発生時の対応方法について

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は、都道府県、市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する共同生活援助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。

市町村	市町村名	米子市
	担当部・課名	障がい者支援課
	電話番号	(平日) 0859-23-5545 夜間・休日 0859-22-7111 FAX 0859-23-5393

本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名 東京海上日動火災保険株式会社

保険名 全日病団体保険

補償の概要 医師賠償責任保険 1事故2億円、医療施設賠償責任保険 1事故1億円

13 非常災害時の対策

非常時の対応	別に定める消防計画により対応いたします。
平時の訓練	別に定める消防計画に則り、総合訓練を年2回実施します。
防災設備	<ul style="list-style-type: none"> ・自動火災報知機 有 ・非常用電源 有 ・室内防火栓 有 ・カーテン等は防災機能のある物を使用しています。 その他、非常警報設備、放送設備、消火器等
消防計画	消防署への届出日： 令和5年9月29日
保険加入	本事業所は、下記の火災保険及び地震保険に加入しています。 保険会社名 セコム損害保険(株)

	<p>保険名 店舗総合保険</p> <p>補償の概要</p> <p>①火災保険 保険金額 建物 260,000 千円、設備 7,600 千円</p> <p>②地震保険 保険金額 建物 50,000 千円</p>
--	---

14 苦情解決の体制及び手順

提供したサービスに係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口（苦情解決責任者及び担当者）を設置します。（下表に記す【事業者の窓口】のとおり）

<p>【事業者の窓口】 （事業者の担当部署・窓口の名称）</p>	<p>苦情解決責任者 管理者 高田治美</p> <p>苦情受付担当者 サービス管理責任者 坂本万理</p>
<p>【市町村の窓口】 米子市障がい者支援課</p>	<p>電話番号 0859-23-5545</p> <p>ファックス番号 0859-23-5393</p> <p>受付時間 平日 8時30分～17時15分</p> <p>夜間休日は、0859-22-7111 へ</p>
<p>【公的団体の窓口】 鳥取県社会福祉協議会 鳥取県福祉サービス運営適正化委員会</p>	<p>所在地 鳥取市伏野 1729-5</p> <p>電話番号 0857-59-6335</p> <p>ファックス番号 0857-59-6340</p> <p>受付時間 平日 9:00～17:00</p> <p>メール unei-t@tottori-wel.or.jp</p>

15 心身の状況の把握

サービスの提供に当たっては、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

16 連絡調整に対する協力

サービスの利用について、市町村又は相談支援事業者が行う連絡調整にできる限り協力します。

17 他の指定障がい福祉サービス事業者等との連携

サービスの提供に当り、市町村、他の指定障害福祉サービス事業者及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。

18 サービス提供の記録

- ① サービスの実施ごとに、そのサービスの提供日、内容及び利用者負担額等をサービス提供の終了時に利用者の確認を受けることとします。
- ② サービスの実施ごとに、サービス提供実績記録票に記録を行い、利用者の確認を受けます。
- ③ これらの記録はサービス完結の日から5年間保存し、利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。
（複写等にかかる費用は実費を負担いただきます。）

19 事業所ご利用の際にご留意いただく事項

感 染 症 対 策	利用者がインフルエンザ等の他者に感染する疾病であることを医師が診断した場合、医師の完治連絡が出るまで事業所利用が出来ない場合があります。
設 備 ・ 器 具 の 利 用	事業所内の設備、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が生じた場合、賠償していただくことがあります。
貴 重 品 の 管 理	貴重品は、利用者の責任において管理していただきます。自己管理の難しい利用者につきましては、希望により事業所の職員が管理を致します。
喫 煙	敷地内は禁煙です。
宗教活動・政治活動 ・ 営 利 活 動	利用者の思想、信仰は自由ですが、他の利用者に対する宗教活動、政治活動及び営利活動は禁止です。
面 会	面会できる時間帯は午前10時から午後5時まで（正午から午後1時の間は除く）とし、面会時間は30分とします。（要事前連絡） なお、感染症防止対策として、面会を制限する場合がありますのでご承知ください。
外 泊 ・ 外 出	外泊または外出される場合は、事前に外泊・外出届を提出してください。
宿 泊	ご家族が事業所内（居室内）で宿泊される場合は、3日前までに宿泊届を提出してください。なお、利用者1人あたり1名・1泊までとし、事業所全体での1日の宿泊者数は1組までとします。
健 康 管 理	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保険証及び受給者証を預かりさせていただきます。 ・ 服薬されている薬に変更が生じた場合は速やかに連絡してください。 ・ 感染の恐れが高い疾病が生じた場合は、居室内で静養していただく場合があります。
受 診 等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問診療以外の診療科への通院や主治医への受診については、ご家族で対応をお願いします。（原則、事業所内での受診以外は、事業所の職員は対応いたしませんのでご承知ください。）
寝 具 類	<ul style="list-style-type: none"> ・ 寝具類（マットレスを含む）は原則として持ち込みしてください。持ち込みができない場合は、事業所が貸与（有償）いたします。
洗 濯	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の衣類等については事業所で洗濯しますので、当該衣類については名前を記入してください。なお、事業所で洗濯できないもの（手洗いが必要なもの等）は、利用者（またはご家族）で対応をお願いします。
そ の 他	<ul style="list-style-type: none"> ・ 居室内のカーテンについては、利用者の負担で設置をお願いします。また、設置するカーテンは、防災カーテンを使用してください。

20 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年	月	日
-----------------	---	---	---

上記内容について、「鳥取県障害福祉サービス事業に関する条例（平成 24 年鳥取県条例第 71 号）」第 26 条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	鳥取県米子市両三柳 1 8 8 0 番地
	法人名	社会医療法人同愛会
	代表者名	理事長 石部 裕一
	事業所名	医療支援型グループホーム博愛
	説明者氏名	管理者 高田 治美

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

利用者	住所	
	氏名	

代理人	住所	
	氏名	