

重 要 事 項 説 明 書

「介護医療院」

あなたに対する施設サービス提供開始にあたり、当事業者が貴方に説明すべき事項は、次のとおりです。

1. 事業者

事業者の名称	直 島 町
事業者の住所地	香川県香川郡直島町1122番地1
法人種別	直 島 町
代表者名	町 長 小 林 眞 一
電話番号	087-892-2222

2. 利用施設

施設の名 称	直島町立診療所介護医療院
施設の住 所 地	香川県香川郡直島町2310番地1
施設 長 名	所 長 大 川 純 平
電 話 番 号	087-892-2266
F A X 番 号	087-892-2677
事 業 者 指 定	令和6年4月1日 37B1400012

3. 利用施設で合わせて実施する事業

事業の種類		香川県知事の事業者指定	
		指 定 年 月 日	指 定 番 号
施設	介護医療院	令和6年4月1日	37B1400012

4. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	・適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、施設の従業員が要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定介護医療院サービスを提供することを目的とする。
運営の方針	・施設の従業員は、長期にわたり療養を必要とする要介護者に対し、その病状及び心身の状況を踏まえて、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、施設介護サービスに基づいて療養上の診療、適切な機能訓練、看護及び医学的管理の下における介護その他の適切なサービスの提供を行う。 ・施設の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流につとめなければならない。

5. 施設の概要

(1) 敷地及び建物

敷 地		4, 2 0 8. 7 4 m ²
建 物	構 造	鉄骨造り 1 階建て
	延べ床面積	1, 3 6 2. 5 0 m ²
	利用定員	6 名

(2) 居室

居 室 の 種 類	室 数	面 積	1 当りの面積
個 室	1 室	9. 6 6 m ²	9. 6 6 m ²
個 室	1 室	9. 5 5 m ²	9. 5 5 m ²
2 人 部 屋	1 室	1 6. 5 2 m ²	8. 2 6 m ²
2 人 部 屋	1 室	1 6. 5 3 m ²	8. 2 6 5 m ²

(3) その他主な設備

設 備 の 種 類	数	面 積
食 堂 ・ 談 話 室	1 室	3 8. 7 6 m ²
リ ハ ビ リ 室	1 室	6 4. 1 1 m ²
一般浴槽・特殊浴槽	1 室・1 台	1 6. 5 5 m ²

6. 職員体制

従業者の職種	員数	区 分				常勤換算 後の人員	保有資格
		常 勤		非 常 勤			
		専従	兼務	専従	兼務		
管 理 者	1 名		1			0. 3 名	医師
医 師	1 名		1			0. 3 名	医師
看 護 職 員	1 1 名		1 1			1. 3 名	看護師（正 1 1）
看護補助員	4 名				4	0. 9 名	

7. 職員の勤務体制

従業者の職種	勤 務 時 間 帯	休 暇
所 長	8 : 1 5 ~ 1 7 : 0 0	週休 2 日制
看 護 職 員	日勤 8 : 1 5 ~ 1 7 : 0 0	週休 2 日制
看 護 補 助 員	夜勤 1 6 : 2 0 ~ 8 : 5 0	
医 師 支 援 相 談 員	8 : 1 5 ~ 1 7 : 0 0	週休 2 日制

8. 施設サービスの概要

別紙のサービス内容説明書記載のとおり。

9. 苦情申立先

施設ご利用相談室	電話番号	087-892-2266
	FAX番号	087-892-2677
	相談員	事務長 山本 保夫 看護師長 蓬 麻美
	対応時間	(月～金) 8:15～17:00

施設外苦情申立先	直島町役場 住民福祉課
	電話番号 087-892-2223
	香川県国民健康保険団体連合会 介護保険課
	電話番号 087-822-7453
	香川県健康福祉部 長寿社会対策課
	電話番号 087-832-3266

10. 協力医療機関

医療機関の名称	直島町立診療所
所長名	大川 純平
所在地	香川県香川郡直島町2310番地1
電話番号	087-892-2266
入院設備	ベッド数13床
診療科	内科・外科・小児科・泌尿器科
救命救急センター	無

11. 協力歯科医療機関

医療機関の名称	安田歯科医院
所長名	安田 眞
所在地	香川県香川郡直島町3695番地18
電話番号	087-892-2828

12. 非常災害時の対応

非常の対応	直島町立診療所消防計画にのっとり対応を行います。
平常時の訓練等	直島町立診療所消防計画にのっとり年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入所の方も参加して実施。
防災設備	防火扉・消火器・パッケージ型自動消火設備・屋外消火栓・ガス漏れ報知機・非常通報装置・自動火災報知機・誘導灯・非常用電源 カーテンは防炎性能のあるものを使用しています。

13. 施設ご利用の際に留意いただく事項

・ 火気の取扱いに注意すること。施設内での喫煙を禁止いたします。 ・ ケンカ、口論または暴行等他人の迷惑になることはしないこと。 ・ 施設の秩序、風紀を乱す行為をしないこと。 ・ その他、当規程及び職員の指示に反した行為をしないこと。 ・ 来訪者は、面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届出て下さい。 ・ 外泊、外出の際には行き先と帰宅時間を病棟師長に申し出て担当医師の許可を得て下さい。 ・ 施設内の居室や設備、器具は本来の用法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、賠償していただくことがございます。

1 4. 事故発生時の対応

- ・ 当事業所は、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、速やかに市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を行います。また、事故の原因を解明し、再発性を防ぐための対策を講じます。
- ・ 当事業所は、サービスの提供に伴って、事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

1 5. 費用について

個室	1 日につき	
	介護度	単位数
(2) II 型特別介護医療院サービス費 (一) II 型特別介護医療院サービス費 (i)	要介護 1	614
	要介護 2	707
	要介護 3	905
	要介護 4	991
	要介護 5	1,066
多床室	1 日につき	
	介護度	単位数
(2) II 型特別介護医療院サービス費 (二) II 型特別介護医療院サービス費 (ii)	要介護 1	721
	要介護 2	814
	要介護 3	1,012
	要介護 4	1,096
	要介護 5	1,172

居住費 (滞在費)	
個室	日額 1, 728 円
多床室	日額 437 円

室 名	室料差額
103号	日額 2,000 円
105号	

食 費
日額 1, 445 円

種別	単位	備品使用料
冷蔵庫	1 日	100 円
テレビカード	20 時間	1, 000 円

※ 室料差額、冷蔵庫、テレビカードについては、各費用の額に消費税及び地方消費税相当額を加えた額を費用の額とする。ただし、その額に10円未満の端数が生じたときは、その端数を切り捨てるものとする。

その他の加算等

医療院短期口腔連携強化加算	1 回につき	5 0 単位
※ 初期加算	1 日につき	3 0 単位
※ 認知症行動・心理症状緊急対応加算	1 日につき	2 0 0 単位
安全対策体制加算	入所初日に限り	2 0 単位
サービス提供体制強化加算Ⅲ	1 日につき	6 単位
※ 外泊時費用	1 日につき	3 6 2 単位
送迎（入所者との協議による）	片道につき	1 8 4 単位

※印については、条件あり

◎利用者負担段階ごとの対象者の要件とその負担額

利用者 負担段階	所得要件	預貯金額等要件 (夫婦の場合)	負担額		
			居住費（滞在費）		食 費
第 1 段階	生活保護を受けている方	要件なし	個 室	550 円	300 円
	世帯全員が町民税非課税で、老齢福年金を受給している方	1,000 万円以下 (2,000 万円以下)	多床室	0 円	
第 2 段階	世帯全員が町民税非課税で、本人の合計所得金額（年金収入にかかる所得分を除く）と課税年金収入金額と非課税年金収入金額の合計が 80 万円以下の方	650 万円以下 (1,650 万円以下)	個 室	550 円	390 円
			多床室	430 円	
第 3 段階 ①	世帯全員が町民税非課税で、本人の合計所得金額（年金収入にかかる所得分を除く）と課税年金収入金額と非課税年金収入金額の合計が 80 万円を超 120 万円以下の方	550 万円以下 (1,550 万円以下)	個 室	1,370 円	650 円
			多床室	430 円	
第 3 段階 ②	世帯全員が町民税非課税で、本人の合計所得金額（年金収入にかかる所得分を除く）と課税年金収入金額と非課税年金収入金額の合計が 120 万円超の方	500 万円以下 (1,500 万円以下)	個 室	1,370 円	1,360 円
			多床室	430 円	
第 4 段階	上記以外の方		個 室	1,728 円	1,445 円
			多床室	437 円	

16. 緊急時の対応

緊急時診療等を求める医療機関	
主 治 医	：
診療所名	：直島町立診療所
住 所	：香川郡直島町 2 3 1 0 番地 1
電話番号	：0 8 7－8 9 2－2 2 6 6
利用者の緊急連絡先	
住 所	：〒 ー
氏 名	：
続 柄	：
電話番号	：() ー

17. 事業者が加入している損害賠償責任保険

保険会社	： 損害保険ジャパン株式会社
代理店	： 高松市医師協同組合

私は、本書面に基つて事業者の職員（職名 主任主事 氏名 下津修生）から上記重要な事項の説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日

利用者 住 所 香川県香川郡直島町 番地

氏 名 (印)

利用者の家族等 住 所

氏 名 (印)