

重 要 事 項 説 明 書

(矢野脳神経外科医院 介護医療院)

令和 6 年 4 月 1 日現在

矢野脳神経外科医院 介護医療院 入所にあたり「平成 30 年 1 月 18 日号外厚生労働省令第 5 号」に基づき事業者が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	医療法人 大志会
事業者の所在地	愛媛県八幡浜市古町一丁目 6 番 12 号
法人種別	医療法人
代表者名	理事長 矢野 正仁
電話番号	0894-23-0210

2 ご利用施設の概要

施設の名称	矢野脳神経外科医院 介護医療院
開設年月日	2022 年 4 月 1 日
施設の所在地	愛媛県八幡浜市古町一丁目 6 番 12 号
管理者氏名	矢野 正仁
電話番号	0894-23-0210
ファクシミリ番号	0894-23-0295

3 ご利用施設で併せて実施する事業

事業の種類		愛媛県知事の事業者指定番号
診療所	矢野脳神経外科医院	3810410104
介護予防訪問介護	よつば訪問看護ステーション	3860492184
日常生活支援総合事業	居宅支援センター 矢野脳外科	3870400821

4 介護医療院の運営方針

1. 利用者に対して

要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である方に対し、個別性と自立性尊重の原則に立って、一人一人の生き方を大事にするとともに、その主体性と自立を支え、必要な医療並びに日常生活の世話をを行うことを目指す。

2. 家族に対して

生活の継続性の原則に立って、可能な限り入所前の生活リズムを尊重し、併せて家族などのつながりを進める。

3. 関係機関などに対して

パートナーシップの原則に立って、行政機関、医療・保健団体、関連福祉施設などの協調と連携を密にする。

5 施設の概要

(1) 敷地および建物

敷地		967.73㎡
建物	構造	鉄筋コンクリート造
	延べ床面積	1,096.36㎡
	利用定員	9 名

(2)

療養室の種類	室 数	面 積	一人当たりの面積
3人部屋 1～3	1	25.65㎡	8.55㎡
// 4～6	1	25.65㎡	8.55㎡
// 7～9	1	25.65㎡	8.55㎡

(3) その他主な設備

設備の種類	数	面 積	一人当たりの面積
談話室・食堂	1	12.82㎡	—
特殊浴室・脱衣室	1	15.15㎡	—
多目的トイレ	1	4.03㎡	—
男子・女子トイレ	(各 1)	17.46㎡	—
機能訓練室 兼 レクリエーションルーム 兼 談話室	1	65.66㎡	—

※ 医療一般病床利用者と共用になる為、使用時間帯を設定する。

6 職員体制

従業者の職種	区分				常勤 換算後 の人員	事業者の 指定基準	保有資格
	常勤		非常勤				
	専従	兼務	専従	兼務			
管理者兼務医師		1			1	1人以上	医師
介護支援専門員	1				1	1人以上	介護支援専門員・介護福祉士
看護職員	2		2		3.5	常勤換算 1.5人以上	正看護師3名・准看護師1名
介護職員	2				2	常勤換算 1.5人以上	介護福祉士1名・ヘルパー2級1名

7 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管理者兼務医師	正規の勤務時間帯（9：00～18：00）常勤で勤務。なお、同一敷地内「矢野脳神経外科医院」との医療連携・緊急時医療体制を確保している為、当直を要しないこととする。	年間111日
看護職員	・日勤（ 8：30～ 17：30） 夜勤（17：00～翌 9：00）	原則として4週8休
介護職員	・日勤（ 8：30～ 17：30） 夜勤（17：00～翌 9：00）	

8 営業日

営業日	年中無休
-----	------

9 介護医療院の概要

(1) 介護保険給付対象サービス

種類	内容
食事の介助	食事時間（食堂は共有の為、利用時間を分ける。） （介護医療院） （診療所） 朝食 7:30～ 8:00 朝食 8:00～ 8:30 昼食 12:00～12:30 昼食 12:30～13:00 夕食 17:30～18:00 夕食 18:00～18:30
排せつの介助	・入所者の状況に応じて適切な排せつ介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います。
入浴の介助	・入浴日 週2日（清拭も含みます） ・入所者の状態に応じて必要な入浴介助を行います。
着替え等の介助	・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容を援助します。 ・シーツ交換は毎週行います。
機能訓練	・入所者の心身の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための機能訓練を実施します。
娯楽等	・当施設では、テレビ、新聞、雑誌の娯楽設備を整えております。
健康管理	・緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。
相談および援助	・当施設は、入所者及びそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。

(2) ご利用料金

①基本サービス費（1日につき） II型介護保険サービス費（I）（ii）（多床室）

	単位数	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	786 単位	786 円	1,572 円	2,358 円
要介護2	883 単位	883 円	1,766 円	2,649 円
要介護3	1,092 単位	1,092 円	2,184 円	3,276 円
要介護4	1,181 単位	1,181 円	2,362 円	3,543 円
要介護5	1,261 単位	1,261 円	2,522 円	3,783 円

※1単位は10円

※ご負担割合は1～3割です。介護保険負担割合症に記載されている負担割合をご確認ください。

②各種加算項目

・初期加算

入所した日から30日間、1日につき加算。

単位数	1割負担	2割負担	3割負担
30 単位	30 円	60 円	90 円

・安全対策体制加算

施設内の安全対策整備を行うことにより、入所日に加算。

単位数	1割負担	2割負担	3割負担
30 単位	30 円	60 円	90 円

・サービス提供体制強化加算（Ⅲ）

介護福祉士の職員を50%以上配置している場合に、1日につき6単位加算。

単位数	1割負担	2割負担	3割負担
6 単位	6 円	12 円	18 円

・外泊加算

居宅において外泊した場合、1月に6日を限度として、基本サービス費に替えて算定。

単位数	1割負担	2割負担	3割負担
362 単位	362 円	724 円	1,086 円

・他の医療機関に受診した場合、1月に4日を限度として、基本サービス費に替えて算定。

単位数	1割負担	2割負担	3割負担
362 単位	362 円	724 円	1,086 円

・退所時指導等加算

退所にあたり、退所前後の訪問指導、情報提供、関係機関との連携に対しそれぞれ加算。

	単位数	1割負担	2割負担	3割負担
退所前訪問指導加算	460 単位	460 円	920 円	1,380 円
退所後訪問指導加算	460 単位	460 円	920 円	1,380 円
退所時指導加算	400 単位	400 円	800 円	1,200 円
退所時情報提供加算	500 単位	500 円	1,000 円	1,500 円
退所前連携加算	500 単位	500 円	1,000 円	1,500 円

・療養食加算

糖尿病食、心臓病食、腎臓病食等の食事を提供する場合、一食につき加算。

単位数	1割負担	2割負担	3割負担
6 単位	6 円	12 円	18 円

・緊急時施設療養費（緊急時治療管理）

病状が重篤となり、救命救急医療を行った場合に、1月に1回、3日を限度に加算。

単位数	1割負担	2割負担	3割負担
518 単位	518 円	1,036 円	1,554 円

・科学的介護推進体制加算

入所者の身体機能、栄養状態、認知症症状等の情報を厚生労働省に提出した場合、月に1回加算。

	単位数	1割負担	2割負担	3割負担
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	40 単位	40 円	80 円	120 円
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	60 単位	60 円	120 円	180 円

・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による個別訓練を行った場合に、1回につき加算。

	単位数	1割負担	2割負担	3割負担
理学療法（Ⅰ）	123 単位	123 円	246 円	369 円
作業療法（Ⅰ）	123 単位	123 円	246 円	369 円
言語聴覚療法	203 単位	203 円	406 円	609 円
短期集中リハビリテーション	240 単位	240 円	480 円	720 円

③介護保険給付外サービス

種 類	内 容	利用料
食 費	当施設厨房で提供します。経管栄養も同料金です。	朝食：390 円 昼食：530 円 夕食：525 円
居住費	1日のお部屋代金	437 円
日用品の購入代行	歯ブラシ、歯磨き粉、ティッシュペーパー等の日用品を実費にてお支払い頂きます。（共用でない日用品）	実費
理美容サービス	契約理美容業者により実施します。	実費
レクリエーション行事	当院では、レクリエーション等を企画します。ご参加は任意です。	実費

10 苦情等申立先

当施設ご利用 相談室	矢野脳神経外科医院 介護医療院 窓口担当者 事務長 菊池 浩視 ご利用時間 毎日午前8時30分～午後5時30分 ご利用方法 電話 0894-23-0210 FAX 0894-23-0295
行政機関その他 苦情受付機関	八幡浜市保健福祉総合センター TEL 0894-24-6626 愛媛県国民健康保険団体連合会 TEL 089-968-8800

11 協力医療機関

医療機関の名称	旭町内科クリニック
院長名	森岡 明
所在地	八幡浜市旭町3丁目1510-73
電話番号	0894-29-1222
診療科	内科
入院設備	無
救急指定の有無	無

医療機関の名称	市立八幡浜総合病院
院長名	大藏 隆文
所在地	八幡浜市大平1番耕地638番地
電話番号	0894-22-3211
診療科	総合病院
入院設備	有
救急指定の有無	有

12 協力歯科医療機関

医療機関の名称	王子の森歯科医院
院長名	清家 康介
所在地	八幡浜市五反田1-1-2
電話番号	0894-24-3122
診療科	歯科

13 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「矢野脳神経外科医院防災計画」に基づいて、対応を行います。
平常時の訓練等	年2回、矢野脳神経外科医院と合同で実施。
消防計画等	矢野脳神経外科医院の防災計画に準ずる。 防火管理者 菊池 浩視

14 当施設ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	面会時間 9:00～19:00（但し緊急の場合はこれに限りません。） 来訪者は、面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届出てください。
外出・外泊	外出・外泊の際には、必ず行き先と帰宅時間を職員に申出てください。
居室・設備・器具 の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用ください。 これに反したご利用により破損等に生じた場合、賠償していただくことがござい ます。
迷惑行為等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の 入所者の居室等に立ち入れないようにしてください。
所持品の管理	貴重品等はできるだけ事務所へお預けください。

現金等の管理	入居者本人で金銭管理が難しい場合は、事務所で管理致します。
--------	-------------------------------

15 利用料の支払い

毎月5日に請求書を発行いたしますので、受付窓口でご確認ください。請求書の郵送をご希望される場合は、受付窓口までお申し出ください。利用料の支払いは、当月中に窓口でお支払いいただくか、下記の指定口座にお振込みください。

振込み先	愛媛銀行 八幡浜支店 普通預金 口座番号 1846132
振込み名	医療法人 大志会 理事長 矢野 正仁

附則

この重要事項説明書は令和4年4月1日から施行する。

この重要事項説明書は令和6年4月1日から施行する。

この重要事項説明書は令和6年8月1日から施行する。

この重要事項説明書は令和6年11月1日から施行する。