

重要事項説明書 1 (施設サービス)

介護医療院 虹 のご案内 (2024年8月1日現在)

1. 事業者 (法人) の概要

名称・法人種別	松江保健生活協同組合・生協法人	設立年月日	1952年8月7日
代表者名	理事長 高濱 顕弘		
所在地	松江市西津田8-8-10		
電話番号	0852-22-0723	f a x 番号	0852-24-1589
ホームページ	http://matsue-hew.jp/		

2. 事業所の概要

施設の名称	介護医療院 虹		
施設長名	益永 恭光		
施設の所在地	島根県松江市佐草町456-1		
介護保険事業所番号	32B0100048		
開設年月日	2019年8月1日		
電話番号	0852-24-1212	f a x 番号	0852-27-0087

3. 施設の目的及び運営方針

1) 施設の目的 (設置目的)

要介護1～5と認定された利用者 (以下「利用者」という。) を対象とし、病状は安定しているが、一定の医療が必要な方に対して介護保険施設サービスを提供することを目的とします。

2) 運営方針

当施設では、以下のような運営方針を定めています。

1. 人として尊ばれ、笑顔あふれる療養・在宅生活を援助します。
2. 利用者の意思を尊重し、望ましい療養・在宅生活にむけて、必要な医療・看護・介護・リハビリテーションを多職種連携で提供します。
3. 医療機関や他事業所と連携し、予防から療養、在宅生活まで対応する、地域に支えられた、総合ケアセンターをめざします。
4. 地域や組合員、家族の人々と交流を深め、さまざまなケアの相談に対応します。また、健康づくりやボランティア活動、医療や福祉制度を改善する取り組みを進めます。

以上を、私たちは地域や組合員との協同で実現をめざします。

4. 施設の概要

1) 構造等

敷地	建物の構造	総床面積	最寄の交通機関からの距離・所要時間
9,914 m ²	鉄筋コンクリート造4階建	8,972 m ²	JR松江駅から4.2km、車で約10分

2) 入所定員、主な設備

階	利用定員	療養室			*各階に ・サービスステーション ・食堂兼談話室・浴室・洗濯室 *機能訓練室は1階、診察室は併設診療所“クリニック虹”と共用
		4人部屋	個室		
2階	60名	13室	9室		
3階	60名	14室	5室		
4階	60名	13室	9室		
合計	180名	40室	23室		

*ご利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。

5. 施設の職員体制

職種	職務	員数
施設長(医師)	施設の管理運営全般についての総括	1名
医師	利用者の病状把握、日常的な医学的管理 当直は行わずオンコール体制をとっている。	3名
看護職員	利用者の看護、健康管理・生活援助、家族への指導等 日勤(8:30~17:00)、準夜勤(16:30~1:00)、深夜勤(0:30~9:00)	30名以上
介護職員	利用者の介護、日常生活全般の援助等 日勤(8:30~17:00)、準夜勤(16:30~1:00)、深夜勤(0:30~9:00)	36名以上
放射線技師	医師の指示に基づき画像撮影を行う。	非常勤
薬剤師	利用者の薬剤管理、服薬指導、利用者の調剤	1名
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	利用者の心身の諸機能の改善、維持を図るためのリハビリテーションの実施	2名以上
管理栄養士	利用者の栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理	1名
介護支援専門員	利用者の施設サービス計画の作成、他職種・家族との調整	2名以上
事務	利用者の施設サービス利用料、その他の費用の請求業務のほか庶務全般	3名以上

6. 施設サービス内容

食 事	・利用者の身体の状況及び嗜好、栄養を考慮した食事を提供します。 食事の自立についても適切な援助を行います。 (食事時間) 朝食 8:00 ~ 昼食 12:00 ~ 夕食 18:00 ~
医療・介護	・医師により、定期診察を行います。また、利用者の病状にあわせた医療・看護を提供します。 ただし、当施設では行えない処置や手術、その他病状が著しく変化した場合の医療は他の医療機関での治療となります。
リハビリテーション	・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士により利用者の心身の諸機能の維持回復又は日常生活の自立を助けるための機能訓練を行います。
入浴	・週2回の入浴又は清拭を行い、身体の清潔保持に努めます。 ・利用者の心身の状況を踏まえ、機械浴槽を用いた入浴や介助浴等適切な方法により実施します。
排泄	・利用者の心身の状況や排泄状況に応じて、適切な排泄介助を行なうとともに、排泄の自立についても援助します。 ・おむつを使用する方に対しては、利用者の心身及び活動状況に適したおむつを提供し、適切におむつ交換を実施します。
レクリエーション等	・季節の行事、外出レクリエーションなどを適宜行います。

7. 協力医療機関等

当施設では、利用者の状態が急変した場合等には下記の医療機関や歯科診療所に、速やかに対応をお願いするようにしています。

協力医療機関	総合病院 松江生協病院		
所在地	松江市西津田8丁目8番8号		
診療科	内科(循環器・消化器) 神経内科 外科 乳腺科 整形外科 小児科 脳神経外科 耳鼻咽喉科 泌尿器科 皮膚科 放射線科 眼科 女性診療科		
協力歯科医療機関	松江生協歯科クリニック	大町泰樹歯科医院	
所在地	松江市西津田7丁目14番21号	松江市佐草町195-1	

8. ご利用にあたっての留意事項

来訪・面会	保安のため午後6時から午前7時までは出入口を施錠します。 (施錠中は夜間入口からの出入りとなります。)
外出・外泊	事前に届出用紙を記入の上、職員までお申し出下さい。 食事を中止される場合は、前日17:00までにお申し出下さい。
起床・消灯時間	起床は6:00、消灯は21:30です。
喫煙	施設内は禁煙としています。
携帯電話の使用	療養室内や廊下、談話室などでの携帯電話の使用を禁止しております。 使用される場合は、「携帯電話使用区域」での使用をお願いします。
金銭・貴重品の管理	多額の現金、高価な品物のお持ち込みはご遠慮ください。また、所持金品は自己の責任で管理をお願いします。やむを得ない事情の時には、職員にご相談ください。
衣類の消毒	ノロウイルス感染発生の場合は、2次感染予防のため、吐物や便が付着した衣類は次亜鉛素酸ナトリウム(ハイターと同じ成分)を使用して消毒します。その際、色落ちすることがありますが、ご了承ください。
その他	職員に対しての志、差し入れ等は固くご辞退いたします。

9. 事故発生時の対応

- ・サービス提供等により事故が発生した場合、当施設は利用者に対して必要な措置を講じます。
- ・施設医師の医学的判断により、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、協力医療機関、協力歯科医療機関又は他の専門的機関での診療を依頼します。
- ・利用者の家族等利用者又は契約者が指定する者及び保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡します。
- ・事故の原因追求と再発防止に努めます。

10. 非常災害対策

非常時の対応	・別途定める「防災対策マニュアル」に沿って対応します。			
防災設備	設備名	個数等	設備名	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	13箇所
	簡易屋内消火栓	あり	誘導灯	69
	自動火災報知設備	あり	避難階段	2箇所
	非常通報設備	あり	避難口	6箇所
防災訓練	別途定める「消防計画」に沿って、年2回防災訓練を実施します。			
防災責任者 (防火管理者)	介護医療院 虹 事務長			

重要事項説明書 2

介護医療院 虹 のご利用料金

(2024年8月1日現在)

1. 介護保険証の確認

ご利用のお申込みに当たり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

2. 利用料金

1) 介護保険給付の自己負担額

①施設サービス費

介護保険制度では、要介護認定による介護の程度によって利用料が異なります。1日あたりの自己負担分は次のとおりです。

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

*外泊された場合には、1日につき左記施設サービス費に代えて362円となります。ただし、外泊の初日と施設に戻られた日は、入所日同様の扱いとなり、外泊扱いにはなりません。外泊は1月に6日が限度です。

②各種加算

次のようなサービスを実施した場合に加算されます。*2・3割負担の方は負担割合に応じた額になります。

種類	内容	利用料金
夜間勤務等看護加算	国が定める基準どおり、夜勤を行う職員を配置している場合。	7円/日
短期集中リハビリ加算	入所から3月以内の期間に個別リハビリテーションを週に概ね3日以上集中して実施する場合。	240円/日
認知症短期集中リハビリ加算	認知症の診断を受け、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された入所者に対して、医師または医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士、または言語聴覚士が、集中的なリハビリテーションを個別に実施する。	240円/日
理学療法 (I) 作業療法 (I)	医師が、入所者の状態を診て必要と判断した時、医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士、がリハビリテーションを個別に20分以上実施する。	123円/回
理学療法リハビリ体制強化加算		35円/回
作業療法リハビリ体制強化加算		35円/回
言語聴覚療法	師が、入所者の状態を診て必要と判断した時、医師の指示を受けた言語聴覚士がリハビリテーションを個別に20分以上実施する。	203円/回
初期加算	入所した当初には、施設での生活に慣れるために様々な支援を必要とすることから加算される。(過去3ヶ月間に入所したことがない場合)	30円/日 *入所日から 30日間

安全対策体制加算	施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制を整備している。	20 円/入所時
療養食加算	医師の指示箋に基づき、療養食（糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食 など）を提供する場合。	6 円/1 食
サービス提供体制加算（Ⅰ）	介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が 80%以上を占めている場合。	22 円/日
介護職員処遇改善加算Ⅰ	国が定める基準にそって、介護職員の処遇改善を実施している場合。	介護報酬の 5.1 割
生産性向上推進体制加算Ⅱ		10 円/月
排せつ支援加算	排泄障害等の為、排泄に介護を要する入所者に対し、多職種が協働して支援計画を作成し、その計画に基づき支援を行った場合。	10 円/月
退所前訪問指導加算	入所期間が 1 月を超えると見込まれる入所者の入所予定日前 30 日以内、入所後 7 日以内に退所後の居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定、診療方針の策定を行った場合（Ⅰ）。	460 円/回
退所後訪問指導加算	退所後の支援計画を策定した場合（Ⅱ）	460 円/回
退所時指導加算	退所後、居宅での療養を継続する場合、退所時に入所者、その家族に対し指導を行った場合	400 円/回
退所時情報提供加算	退所後の主治医、又は、居宅介護支援事業者、又は、社会福祉施設等に対し、文書で利用者の情報を提供した場合。	500 円/回
退院前連携加算	入所者が退所後、居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合、居宅介護支援事業者に対し、文書を添えて必要な情報を提供し、連携して退所後のサービス利用の調整を行う。	500 円/回
訪問看護指導指示加算	退所後訪問看護が必要と認め、訪問看護ステーションに対し指示書を交付した場合	300 円
在宅サービスを利用した時の費用	入所者に対して居宅における外泊を認め、当該施設により提供される在宅サービスを利用した場合。	800 円/日 *1 回 6 日間限度
再入所時栄養連携加算	当該施設の入所者が医療機関に入院し、経管栄養又は嚥下調整食の新規導入など、施設入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合、当該施設の管理栄養士が当該医療機関の管理栄養士と連携して、再入所後の栄養管理に関する調整を行った場合。	200 円/回
初期入所診療管理	入所の際に、医師・看護師・その他必要に応じた関係職種が共同して診療計画を策定し、入所者又はご家族に文書を交付し説明を行った場合。	250 円/回
褥瘡対策指導管理（Ⅰ）	施設全体で褥瘡対策を実施している。 （日常生活の自立度が低い方）	6 円/日
褥瘡対策指導管理（Ⅱ）		10 円/月
感染対策指導管理	施設全体で感染対策を実施している。	6 円/日
退所時栄養情報連携加算	特別食を必要とする入所者又は、低栄養状態にあると医師が判断した入所者で医療機関に退所する者。	70 円/回

摂食機能療法	脳血管疾患等による後遺症により、摂食機能に障害がある方に対して、嚥下訓練を行う。	208 円／日 *月 4 回限度
緊急時治療管理	入所者の病状が重篤となり救命救急医療が必要となる場合において緊急的な治療管理としての投薬・検査・注射・処置等を行ったときに算定する。	518 円/日
医学情報提供（退所時）	退所時に、病院での診療の必要を認め、文書で紹介する。	290 円／回
科学的介護推進体制加算 I 科学的介護推進体制加算 II	データ提出とフィードバックの活用をすることで算定する。	40 円/月 60 円/月
理学療法・作業療法・言語聴覚療法に係る加算	リハビリのデータを提出しフィードバックを受けるサイクルを推進する加算。	33 円/月
自立支援促進加算	医学的評価の結果等を厚生労働省に提出し、その情報を有効に活用することで算定する。	280 円/月
認知症チームケア 推進加算（II）	認知症の行動・心理症状の予防等に役立つ認知症介護に関する専門的な研修を修了している者を 1 名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいる	120 円／月
高齢者施設等感染対策 向上加算（I）	感染症法第 6 条第 17 項に規定する第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること 協力医療機関等との間で新興感染症以外の一般的な感染症の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に協力医療機関等と連携し適切に対応していること 診療報酬における感染対策向上加算または外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に行う院内感染対策に関する研修または訓練に 1 年に 1 回以上参加していること	10 円／月
新興感染症等施設療養費	入所者等が別に厚生労働大臣が定める感染症※に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入所者等に対し適切な感染対策を行った上で、該当する介護サービスを行った場合に、1 月に 1 回、連続する 5 日を限度として算定する。 ※ 現時点において指定されている感染症はない。	240 円／日
協力医療機関連携加算	入所者の急変時等に備えて、協力医療機関である松江生協病院と当院入所者全員の情報を共有し、相談、診療、入院が必要な場合に原則入院させる体制を確保している。入所者全員が算定対象となる	100 円／月

2)介護保険給付対象外の利用料

①食費（1日当たり） 1,445円

（ただし、食費について負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている食費の負担限度額が1日にお支払いいただく食費の上限となります。）

②居住費（療養室の利用費）（1日当たり）多床室：437円 個室；1,728円

（ただし、居住費について負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている居住費の負担限度額が1日にお支払いいただく居住費の上限となります。）

*上記①「食費」及び②「居住費」において、国が定める負担限度額段階（第1段階から3段階まで）の利用者の自己負担額については、下記のとおりです。

（1日当たりの利用料）

所得区分	食費	居住費(多床室)	居住費(個室)
利用者負担第1段階	300円	0円	550円
利用者負担第2段階	390円	430円	550円
利用者負担第3段階①	650円		1,370円
利用者負担第3段階②	1,360円		

③その他

- ・レクリエーション・行事参加費 実費相当
レクリエーションで使用する物品、材料費、また外出時の入場料、駐車料金、食事代、写真代等実費をそれぞれ参加された場合にお支払いいただきます。

- ・テレビの利用料金（1日当たり） 165円
テレビの利用を希望された場合にお支払いいただきます。

- ・予防接種
インフルエンザワクチン、肺炎球菌ワクチン等の予防注射を希望された場合にお支払いいただきます。自治体の助成対象の場合は自治体が定めた額をいただきます。それ以外は、別途ご案内します。

- ・死亡診断書他
死亡診断書 3,300円
死後の看護料 3,850円
お亡くなりになった場合に、専用のキットを使用して感染防止、保清、整容を目的で行う処置料です。

3) 利用時に直接お支払いいただくもの

- ①理容サービス … 1階に理容室があります。希望される方は、入所階にある「理髪申込書」を記入し、1階受付にお持ち下さい。営業日は下記のとおりです。

火～金曜日（祝日除く） 午前中（予約が多ければ午後も営業）

- ②洗濯 … 各階及び1階に洗濯機・乾燥機を設置しています。1回の使用料は100円です。洗濯物干しは1階中庭にあります。クリーニングをご希望の方は入所階職員までお申し出ください。

③CSセット（ケア・サポートセット）

Aプラン（衣類・タオル類＋サービス品）かBプラン（タオル類＋サービス品）を選択して株式会社エランと契約していただきます。

3. お支払いについて

- 1) お支払いは、口座振替でお願いします。利用開始時に申込書の記載をお願いします。
- 2) 利用料金は毎月末日までで計算し、翌月 13 日に請求書を郵送致します。27 日（休業日の場合は翌営業日）に引き落としますので、残高不足とならないようご準備をお願いします。
「NS マツエセイキョウ」と通帳に表示されます。
- 3) 入金確認後、領収書を発行します。領収書には医療費控除の対象額を明示していますので、大切に保管してください。

4. 相談窓口、苦情対応

- 1) サービスに関する相談や苦情に適切に対応するため以下の体制を整えています。

窓口責任者	看護部長 山本 こそえ 対応時間 月～金 8:30～17:00 電話 0852-24-1212 (代表)
担当	・各階の看護師長（2階 日野千穂 3階 浅野宏枝 4階 坂本圭子） ・虹の箱（事業所利用委員会の意見箱 各階に設置）

- 2) 介護保険の相談・苦情に関しては、下記の相談窓口もあります。

松江市介護保険課	電話 0852-55-5689
島根県国民健康保険団体連合会	電話 0852-21-2811

年 月 日

介護医療院 虹の施設サービス提供開始に際し、重要事項説明書 1、2 に基づき、説明を行いました。

説明者
介護医療院 虹
所属

氏名 _____

私は、書面に基づいて上記職員から重要事項について説明を受け、介護医療院 虹のサービスの提供開始に同意します。

利用者氏名 _____

契約者氏名 _____

(利用者との続柄 _____)