特別養護老人ホーム江南よしみ園　重要事項説明書

（令和８年４月１日現在）

１．施設経営法人

（１）法人名　　社会福祉法人　敬尚会
（２）法人所在地　　宮崎県宮崎市古城町南川内６７６番地
（３）電話番号　　０９８５―６４―０６８８
（４）代表者氏名　　理事長　早稲田　芳男
（５）設立年月日　　平成１４年３月１９日

２．ご利用施設

（１）施設の種類　　指定介護老人福祉施設（平成１５年７月２９日指定）
　　指定番号　宮崎県　第４５７０１０２０７１
（２）施設の目的　　サービス計画に基づき、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭に置き、入居者の意思及び人格を尊重し、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、入居者が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にすることを目的とする。
（３）施設の名称　　特別養護老人ホーム　江南よしみ園
（４）施設の所在地　　宮崎県宮崎市古城町南川内６７６番地
（５）電話番号　　０９８５－６４－０６８８
（６）施設長氏名　　施設長　　内藤　和弘
（７）開設年月日　　平成１５年７月２９日
（８）入所定員　　６６名
（９）当施設の運営方針

※当施設は、施設サービス計画に基づき、居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことができるよう支援する。

※当施設は、入居者一人一人の意思及び人格を尊重し、期待を超えた施設サービスを提供するよう努める。

※当施設は、明るく家庭的な優しい雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、その他保健・医療・福祉サービスを提供する者と密接な連携に努める。

※当施設は、入居者のサービス提供に当たっては、入居者本人や他の入居者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他入居者の行動を制限する行為を行わないこととする。

３．居室の概要

当施設では、以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は、個室です。

居室・設備の種類	室数	備考
個室	６６室	洗面所・トイレ・ナースコール・収納棚 冷暖房完備
食堂	７室	平行棒・滑車重錘運動器・肋木・オムニローダー ゴールセット・サイクルペダル等
浴室	２室	一般浴槽　２・特殊浴槽　２
医務室	１室	

※利用居室については、原則として施設で決定させていただきます。
また、決定した後も入居者の病状や介護上の理由により変更させていただく場合がありますので、ご了承ください。

４．職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して指定介護老人福祉施設サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しております。
尚、当施設では、3対1の看護・介護の体制をとっております。

施設長	介護職員	介護支援 専門員	生活 相談員	看護 職員	機能訓練 指導員	医師	管理 栄養士	歯科 衛生士
１名	２６名	２名	２名	５名	０名	１名 (非常勤)	１名	０名

○主な職種の勤務体制

介護職　　日勤　　７：００～２１：００（交代制）
　　夜勤　１６：００～１０：００
　　２１：００～　７：００（２ユニット１名）
看護職　　日勤　　８：００～１９：００（交代制）
　　夜間　１９：００～　７：００（自宅待機者１名）
生活相談員　　８：３０～１７：３０（土日祝祭日を除く）
介護支援専門員　　８：３０～１７：３０（土日祝祭日を除く）
歯科衛生士　　８：３０～１７：３０（土日祝祭日を除く）
管理栄養士　　８：３０～１７：３０（土日祝祭日を除く）
宿直員　　１７：３０～　８：３０

５．当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

（１） 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、「介護保険負担割合証」に記載された割合以外の部分が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

①入　浴

・入浴は原則として週２回行います。
　但し、ご希望がある場合は、この限りではありません。
・寝たきりの方でも特殊浴槽を使用し入浴することができます。

②排　泄

・排泄の自立を促すため、ご契約者の心身能力を最大限活用した援助を行います。

③機能訓練

・機能訓練指導員及び他職種により、ご契約者の心身等の状況に応じて、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援助を日頃の生活の中で実施すると共に、適宜ご契約者の生活の質の向上に努めます。

④健康管理

・医師（但し、非常勤）や看護職員が、健康管理を行います。

⑤その他自立への支援

・寝たきりの防止のため、できる限り離床に配慮します。
・生活のリズムを考え、毎日の着替えを行うよう配慮します。
・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

＜サービス利用料金（1 日あたり）＞

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

１．ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護度１ 6,700 円	要介護度２ 7,400 円	要介護度３ 8,150 円	要介護度４ 8,860 円	要介護度５ 9,550 円
２．サービス利用料に係る自己負担	「介護保険負担割合証」に記載された割合をご負担いただきます。				

※加算（現在該当するもの）　特記以外のものは１日あたり

・初期加算：新規に入所及び１ヶ月以上の入院後再び入所された場合３０円（３０日上限）
　　加算されます。

・安全対策体制加算：２０円　（入所時１回のみ）

・看護体制加算（Ⅰ）：４円　（Ⅱ）：８円

・サービス提供体制加算（Ⅰ）：２２円　（Ⅱ）：１８円　（Ⅲ）：６円
　　（上記のうち、いずれか１つの算定）

・口腔衛生管理加算（Ⅰ）：９０円　/月　（Ⅱ）：１１０円　/月

・機能向上連携加算：２００円　/月

・介護職員処遇改善加算Ⅰ（ロ）：国の定めるサービス別加算率で算定(１円未満四捨五入)

※その他の加算（該当する場合のみ加算）

・入院・外泊時加算：入院・外泊された場合６日を限度として２４６円加算されます。
　　（入院・外泊の初日及び末日は該当しません。）

・栄養マネジメント強化加算：１１円　　・経口移行加算：２８円

・経口維持加算（Ⅰ）：４００円　（Ⅱ）：１００円　/月　・療養食加算：６円　/1食

・若年性認知症受入加算：１２０円

・科学的介護推進体制加算（Ⅰ）：４０円　（Ⅱ）：５０円　/月

・ＡＤＬ維持等加算（Ⅰ）：３０円　（Ⅱ）：６０円　/月

・退所時栄養情報連携加算：７０円　（月１回程度）

・退所時等相談援助加算：４００円　（１回限り）

・退所時情報提供加算：２５０円　（１回限り）

・協力医療機関連携加算（Ⅰ）：５０円　（Ⅱ）：５円　/月

・配置医師緊急時対応加算（配置医師の時間外）：３２５円　/回
　　（早朝・夜間の場合）：６５０円　/回
　　（深夜の場合）：１，３００円　/回

・看取り介護加算（死亡日以前３１日以上４５日以下）：７２円
　　（死亡日以前４日以上３０日以下）：１４４円
　　（死亡日の前日又は前々日）：６８０円
　　（死亡日）：１，２８０円

※その他の加算（現在、非該当）

・夜勤職員配置加算（Ⅱ）ロ：１８円　（Ⅳ）ロ：２１円

・自立支援促進加算：２８０円　/月

・日常生活継続支援加算（Ⅱ）：４６円

・生産性向上推進体制加算（Ⅰ）：１００　（Ⅱ）：１０円　/月

・認知症専門ケア加算（Ⅰ）：３円、（Ⅱ）：４円

・認知症行動・心理症状緊急対応加算：２００円（７日を限度）

・褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）：３円、（Ⅱ）：１３円　/月

・排せつ支援加算（Ⅰ）：１０円　（Ⅱ）：１５円　（Ⅲ）：２０円　/月

介護保険負担割合証に基づき１～３割負担となります。
ただし、介護保険からの給付額に変更があった場合、又は要介護度に変更があった場合は、ご契約者の負担割合証に記載された割合に合わせて変更します。

＜利用料金のお支払い方法＞
前記（１）介護保険の給付対象となるサービスの料金は、１ヶ月ごとに計算しご請求しますので、翌月末、指定口座より引き落としさせていただきます。

（２） 介護保険の給付対象とならないサービス
以下のサービスは、利用料金がご契約者のご負担となります。
＜サービスの概要と利用料金＞

①居住に要する費用
・当施設は、全室ユニット型個室となっております。
居住費：基準費用額（第４段階）２，０６６円／日
ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、
その認定証に記載された金額（１日あたり）のご負担となります。

第３段階①②の方	１，３７０円／日
第２段階の方	８８０円／日
第１段階の方	８８０円／日

※外泊中・入院中につきましても、居室を確保しておくことになりますので、
上記料金をお支払いいただきます。

②食事の提供に要する費用
・当施設では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養ならびにご契約者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
・ご契約者の自立支援の為、離床して食事を摂って頂くことを原則としています。
〔食事時間　・朝食８：００～　・昼食１２：００～　・夕食１７：００～〕
食費：基準費用額（第４段階）　１，６２０円／日
ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、
その認定証に記載された金額（１日あたり）のご負担となります。

第３段階②の方	１，４２０円／日
第３段階①の方	６８０円／日
第２段階の方	３９０円／日
第１段階の方	３００円／日

③特別な食事
管理栄養士による献立以外で、特別のご希望があり、当施設で対応可能な場合
利用料金：要した費用の実費

④理髪・美容
月に１～２回、理容師・美容師の出張サービスをご利用いただけます。
利用料金：理容師　１，８００円～　　美容師　１，５００円～
※髪型等によっても異なります。

⑤預金通帳の管理

日常の生活費等の預金通帳（預金額 最高 １００，０００円まで）

印鑑の管理には月額５００円の管理費をいただきます。

⑥レクリェーション・クラブ活動

年度始めに、当施設のレクリェーション等の予定を立てますが、それ以外のレクリェーション等を希望される場合、費用の実費をご負担していただきます。

⑦複写物の交付

ご契約者は，サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費(1 枚につき：10 円)をご負担していただきます。

⑧日常生活品

日常の生活物品については、当施設で準備しているもの以外は、実費をご負担していただきます。

利用料金：希望商品の実費（別紙参照）

＜利用料金のお支払い方法＞

前記（２）介護保険の給付対象とならないサービスの費用は、その都度、お支払いいただきます。ただし、①居住に要する費用、②食事の提供に要する費用については介護保険の給付対象となるサービスの料金同様、１ヶ月ごとに計算しご請求しますので、翌月末、指定口座より引き落としさせていただきます。

（３）入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合、下記協力医療機関において診療や治療を受けることができます。（但し、下記協力医療機関を義務付けるものではございません。）

協力医療機関

医療機関の名称	早稲田クリニック
所　在　地	宮崎市大坪町西六月２１９７－１
診　療　科　目	内科・精神科・神経科
医療機関の名称	南部病院
所　在　地	宮崎市大字恒久８９１番地１４
診　療　科　目	内科・外科・消化器科・肛門科・脳外科
医療機関の名称	市郡医師会病院
所　在　地	宮崎市大字有田１１７３番地
診　療　科　目	内科・外科・放射線科・整形外科・麻酔科
医療機関の名称	クリニックうしたに
所　在　地	宮崎市大字恒久５０６５番地
診　療　科　目	内科・外科・放射線科　協力歯科医療機関

医療機関の名称	かみぞの整形外科
所　在　地	宮崎市花山手西１－６－６
診　療　科　目	整形外科・リウマチ科・リハビリテーション科
医療機関の名称	たじり皮膚科
所　在　地	宮崎市清武町加納２丁目１－１
診　療　科　目	皮膚科
医療機関の名称	宮崎中央眼科
所　在　地	宮崎市清水３丁目６－２１
診　療　科　目	眼科

協力歯科医療機関

医療機関の名称	相馬歯科医院
所　在　地	宮崎市太田１丁目１番４２号
医療機関の名称	黒木歯科医院
所　在　地	宮崎市天満２丁目４番２号
医療機関の名称	ニコ歯科クリニック
所　在　地	宮崎市大字本郷北方字山崎３５８７番地１
医療機関の名称	宮崎デンタルクリニック
所　在　地	宮崎市大坪西２－１－３６

６．施設を退所していただく場合

当施設との契約では契約が終了する期日は特に定めていません。

従って、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができます。

①要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合
②事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由によりホームを閉鎖した場合
③施設の滅失や重大な損害により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
④当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
⑤ご契約者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください。）
⑥事業者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください。）

（１）　ご契約者からの退所の申し出

契約の有効期間であっても、ご契約者から当施設の退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望する日の７日前までに解約届出書をご提出ください。
但し、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退所することができます。

①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
②ご契約者が入院された場合
③事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める介護老人福祉施設サービスを実施しない場合
④事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
⑤事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
⑥他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

（２）　事業者からの申し出により退所していただく場合

以下の事項に該当する場合には、当施設から退所していただくことがあります。

①ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
②ご契約者による、サービス利用料金の支払いが６か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらず支払われない場合
③ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
④ご契約者が連続して３か月を越えて病院又は診療所に入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合
⑤ご契約者が介護老人保健施設に入所した場合もしくは介護療養型医療施設に入所した場合

（３）　円滑な退所のための援助

ご契約者が当施設を退所する場合には、ご契約者の希望により、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な以下の援助をご契約者に対して速やかに行います。

〇適切な病院もしくは診療所又は介護老人保健施設等の紹介
〇居宅介護支援事業者の紹介
〇その他保険医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

７．残置物引取について

入所契約が終了した場合、当施設に残されたご契約者の所持品（残置物）をご契約者自身が引き取れない場合に備えて、身元引受人を「残置物引取人」と定めさせていただきます。「残置物引取人」に連絡の上、残置物を引き取っていただきます。残置物の引渡しにかかる費用については、ご契約者又は「残置物引取人」にご負担していただきます。

８．併　設　事　業

当施設では、次の事業を併設して実施しています。

〔短期入所生活介護〕　特別養護老人ホーム江南よしみ園
〔地域密着型通所介護〕江南よしみデイサービスセンター
〔生活支援ハウス〕　　宮崎市より委託事業
〔江南よしみ地域生活支援センター〕
〔Ａ型就労支援事業所〕

９．相談・苦情の対応について

当施設は、「福祉サービスに関する苦情解決規程」によりその提供したサービスに関するご契約者等からの相談・苦情に対して、苦情等を受け付ける窓口を設置して適切に対応するものとします。

＜受付窓口＞

業務部長	川畑　和洋	
介護長	吉田　淳一	
介護支援専門員	押川　聡美	熊坂　佳世
生活相談員	関屋　陽太	猪野　文子
第三者委員	戸高　春美	０９８５－５１－５７９８
第三者委員	杉田　武俊	０９８５－５３－５４６０

当施設との話し合いでは解決できない場合、又は直接相談しにくい場合は、以下の窓口にご相談ください。

宮崎市役所 介護保険課　　０９８５－２１－１７７７
宮崎県国民健康保険団体連合会 介護サービス相談係　０９８５－３５－５３０１

10. 緊急時・事故発生時の対応について

（1）当施設では、ご契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに医師又はあらかじめ当施設が定めた協力医療機関への連絡を行い、適切に対応するものとします。

（2）ご契約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、速やかに宮崎市、ご契約者の家族に連絡を行うとともに、適切に対応するものとします。

（3）ご契約者の処遇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履行するものとします。

１１．第三者評価実施状況

<table>
<tr><td rowspan="3">第三者による
評価の実施状況</td><td rowspan="2">１　　あり</td><td>実施日</td><td></td></tr>
<tr><td>評価機関名称</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>結果開示</td><td>１　あり　　２　なし</td></tr>
<tr><td colspan="3">２　なし</td></tr>
</table>

指定介護老人福祉施設サービス提供開始同意書

令和　　年　　月　　日指定介護老人福祉施設サービスの提供の開始に際し、重要事項説明書に基づき重要事項の説明を行いました。

特別養護老人ホーム　江南よしみ園
　　説明者職種名　　氏　名　　印

私は、重要事項説明書に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定介護老人福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

令和　　年　　月　　日

契約者　　住 所

氏 名　　印

身元引受人　住 所

氏 名　　続柄　　印

身元引受人　住 所

氏 名　　続柄　　印

指定介護老人福祉施設サービス提供開始同意書

令和　　年　　月　　日指定介護老人福祉施設サービスの提供の開始に際し、重要事項説明書に基づき重要事項の説明を行いました。

特別養護老人ホーム　江南よしみ園
　　説明者職種名　　氏　名　　印

私は、重要事項説明書に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定介護老人福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

令和　　年　　月　　日

契約者　　住 所

氏 名　　印

身元引受人　住 所

氏 名　　続柄　　印

身元引受人　住 所

氏 名　　続柄　　印