重要事項説明書

1. 事業所の概要

事業所名	：	グループホームレジデンスポピー
所在地	：	小樽市入船４丁目２２番３号
電話番号	：	０１３４－５５－５１１８
介護保険事業者番号	：	０１７２０００３１７

2. ホームの概要

ホーム名称	：	グループホームレジデンスポピー
ホームの目的	：	株式会社ベルクオーレが開設するグループホームレジデンスポピー(以下「ホーム」と云う)は介護保険法の理念に基づき認知症高齢者がその有する能力に応じ自立した生活を送れるよう、適切な(介護予防)認知症対応型共同生活介護を提供することを目的とする。
利用定員	：	１階 ポピー　９名　　２階 ポプリ　９名
ホームの運営方針	：	① 利用者の意思及び人格を尊重し、食事作りや草いじり、買い物、地域の人とのつながりなど、人・自然・時間・地域などの環境に配慮し、心地よい生活リズムを提供する。 ② 利用者の心身の状況を的確に把握し、協力病院等との連携により、安心して日常生活を送っていただく事が出来るよう努める。
開設年月日	：	平成１３年８月１日　（２００１年８月１日）
居室の概要	：	Aタイプ：壁収納式ベッド・蓄熱暖房機　　Bタイプ：蓄熱暖房機
共用設備	：	リビング兼食堂・キッチン・ランドリー・トイレ・バス・洗面所 石油ボイラー
非常災害設備	：	簡易スプリンクラー・自動火災報知設備・火災通報設備

3. 職員体制（主たる職員）　令和8年10月27日　現在

1階ポピー	員数	常勤		非常勤		保有資格	
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1 名		1			介護福祉士・実践者研修過程	
介護計画作成者	1 名				1	介護支援専門員・実践者研修過程	
看護師	1 名				1	看護師（現在は訪問看護ステーション叶ナース）	
介護員	13 名	3	5	3	2	介護福祉士　4 名	実務者研修過程　1 名
						初任者研修過程　0 名	認知症基礎研修過程　3 名

2階ポプリ	員数	常勤		非常勤		保有資格	
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1 名		1			介護福祉士・実践者研修過程	
介護計画作成者	1 名				1	介護支援専門員・実践者研修過程	
看護師	1 名				1	看護師（現在は訪問看護ステーション叶ナース）	
介護員	12 名	2	5	2	3	介護福祉士　4 名	実務者研修過程　1 名
						初任者研修過程　0 名	認知症基礎研修過程　3 名

※　職員数については、入退職により変動があります。

※　１階ポピー日中帯３名、２階ポプリ日中帯３名
　　夜間帯（深夜帯含む）は１階ポピー、２階ポプリ共に１名ずつの人員配置。

4. ホーム利用にあたっての留意事項

・入居時の持ち込み品は自由です。居室のスペースを考慮し、普段使っていた馴染みのある家具や道具をお持ちください。
・個人で小鳥や動物などのペットを飼う事はご遠慮願います。
・入居者の方への面会の際は、各階に置いてある「面会申込書」に必要事項記入をお願いします。
・喫煙につきましては、当ホーム敷地内全面禁煙となっております。

5. サービスおよび利用料等

（１）介護保険対象サービス
　介護費・加算については本人の負担割合により基本額の２倍、３倍の自己負担額となります。

① 介護費　2024年度　改定

要介護度	**１割負担（通常）**	２割負担	３割負担
要支援２	**７４９ /日**	1,498 /日	2,247 /日
要介護１	**７５３ /日**	1,506 /日	2,259 /日
要介護２	**７８８ /日**	1,576 /日	2,364 /日
要介護３	**８１２ /日**	1,624 /日	2,436 /日
要介護４	**８２８ /日**	1,656 /日	2,484 /日
要介護５	**８４５ /日**	1,690 /日	2,535 /日

② 加算　　2026年度　改定

サービス項目	料金（円）		
	1割	2割	3割
初期加算（入居日から３０日以内の期間）	30 /日	60 /日	90 /日
認知症対応型医療連携体制加算（ハ）	37 /日	74 /日	111 /日
認知症対応型生活介護の職員として又は訪問看護ステーション等との契約により看護師を1名以上確保し、２４時間連絡可能な体制としているとともに、利用者が重篤化し看取りの必要が生じた場合等における対応の指針を定めて、利用の際に利用者または家族等への説明・同意を行っているなど、健康管理・医療連携体制を強化している場合に算定します。			
若年性認知症利用者受入加算	120 /日	240 /日	360 /日
若年性認知症利用者に対して、利用者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行い、認知症対応型生活介護を行った場合には、若年性認知症受入加算として、1日につき右記の単位を算定します。			
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10 /日	20 /日	30 /日
見守り機器（ベッドからの離床センサー等を全居室に設置）、職員間の連絡調整の迅速化ICT（インカムやビジネスチャット等を同一時間帯の全介護員が使用）、介護記録のためのICT（介護記録ソフトやスマートフォン等による入力・保存・活用の一本化）の3項目のうち1項目以上の実施が必要。年1回（事業年度ごと）の厚労省に実績のデータ報告が必要。			
看取り介護加算	（死亡日以前31～45日）72/日 （死亡日以前4～30日）144/日 （死亡日の前日および前々日）680/日 （死亡日）1,280/日 ※それぞれの介護負担割合に応じて単位数に2倍、3倍の算定が必要		
医療連携体制加算を算定していることが前提で、医師が一般的に認められている医学的所見に基づき回復の見込みがないと判断したもの。利用者または家族等の合意を得て、利用者の介護に係る計画が作成されていること。医師・看護師・介護職員等が協同して、利用者の状態または家族等の求めに応じ随時説明を行い、同意を得て介護が行われていること。（厚生労働大臣が定める基準による。）死亡日を含め45日を上限。（看取り介護が始まっていても、その後退去した日の翌日から死亡日までの期間が45日以上あった場合には算定することができない。）死亡日の前に自宅や医療機関等に転所し、その後死亡した場合も算定可能ではあるが、、退去日翌日から死亡日までの間については算定できない。			
処遇改善加算（Ⅱ-ロ）	総単位数に対して22.0％		

※　上記の加算項目については、それぞれに即した要件を満たした場合に算定いたします。

（2）保険対象外サービス

敷金	１００,０００ 入居時に１回限り
家賃Aタイプ（１４室）	４５,０００/月　　生活保護３０,０００/月 ※生活保護受給者の家賃は、生活保護法に基づく住宅扶助基準額を上限額とします。（Aタイプのみ）
家賃Bタイプ（４室）	５０,０００/月
食材費	１,５００/日
水道光熱費（共用部分）	２１,６５０/月
電気料金（個室部分）	実費（各個室契約の電気メーター）
その他	医療費（薬代や受診・往診費用）、通院等に掛かる交通費、理美容費、おむつ、ティッシュ等の日用品費、ホームで提供するもの以外で利用者様が特別に希望する飲食物や雑誌等については個人の実費となります。

※長期不在（医療機関への入院や利用者様の都合による理由等）により月途中で入・退所する場合、家賃は全額利用者様負担、水道光熱費（共用部分）は入居日数が１５日以下の場合半額、１６日以上の場合全額使用者様の負担とさせていただきます。
※食材費は、１日１食～３食いずれの場合も一律1,５００円となります。

6. 身体拘束

（１）利用者ご自身またはほかの利用者の生命・身体を保護する為に緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束は行いません。緊急やむを得ず身体拘束を行う場合には、下記事項について記録を残し、ご家族様へ説明及び報告をするものとします。

①やむを得ず身体拘束を行う理由
②身体拘束の方法・内容
③身体拘束の開始日時・時間帯・終了予定日時・終了日時
④身体拘束を行っている間の利用者の心身の状態
⑤身体拘束に代替する方法について検討した処遇会議等の結果

（２）「緊急やむを得ない場合」とは、次の要件を全て満たす場合をいいます。

①利用者本人またはほかの利用者の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合
②身体拘束以外に代替する介護方法がない場合
③身体拘束が一時的なものである場合

※身体拘束等適正化委員会は3か月に1回以上開催し、事実関係の確認・原因分析・再発防止策を審議します。

7. 高齢者虐待防止

虐待の発生またはその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じます。

（１）高齢者虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用してリモートでも行うことが出来るものとする）を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に対し周知徹底を図ります。

（２）高齢者虐待の防止のための指針を整備します。

（３）従業者に対し、虐待の防止のための研修会を定期的に実施します。（年間2回以上）

（４）上記3項目を適切に実施するための担当者を置きます。

8. 事故発生時の対応

（１）ホームの利用者に対する介護により事故が発生した場合は、市町村・当該利用者の家族などに速やかに連絡を行うとともに、必要な措置を講じる。

（２）ホームの利用者に対する介護により賠償すべき事項が発生した場合損害賠償を速やかに行う。

（３）事故が生じた際には、その原因を解明し再発防止に努める。

9. 秘密保持

（1）ホームの従業者は、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を正当な理由なく漏らすことを禁じられています。これはホーム従業者がその職を離れた後も同様です。

（2）ホームは、医療上緊急の必要性がある場合には、医療機関などに入居者に関する心身等の情報を提供するものとします。

（3）ホームは、入居者の退去する場合などの行いに際し、ご利用になる事業者等とのサービス会議において、利用者ならびにその家族の個人情報を用いる事が出来るものとします。
なお個人情報を用いる場合は、あらかじめ個人情報同意書（別紙）において同意をいただくことをもって医療機関、サービス事業者との個人情報共有について包括的な同意をいただいたものとさせていただきます。

10. 協力医療機関

○ 北海道済生会小樽病院　○ 医療法人社団 三ツ山病院　○ 医療法人社団 松島内科
○ かもめ訪問診療所　○ あかり歯科オフィス　○ おきつ歯科医院

連携施設

○ 済生会小樽　老人保健施設はまなす

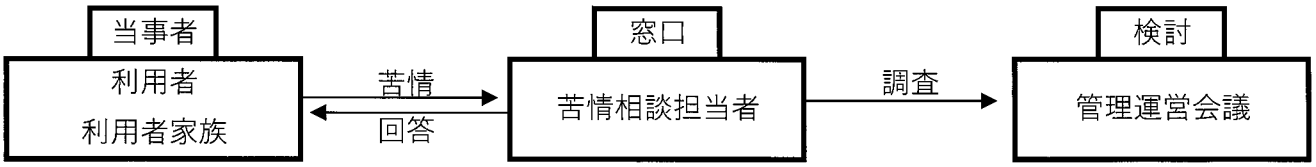
11. 苦情相談

（1）利用者及びその家族等からの相談または苦情等に対する常設の窓口連絡先、担当者の設置

- 窓口　グループホームレジデンスポピー内
- 電話　０１３４－５５－５１１８
- 投書箱　ホーム１階、２階ともに投書箱設置
- 担当者　大崎 峰史

相談、苦情に対して常設の窓口として担当者が当たる。担当者が不在の場合、基本的な事項については誰でも対応できるようにするとともに、担当者に必ず引継ぎをする。

（2）円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制、手順



・管理運営会議構成メンバー

（1）代表取締役　（2）管理者　（3）苦情窓口担当者　（4）計画作成担当者

（3）外部の苦情相談窓口

北海道国民健康保険団体連合会	〒060-0062　札幌市中央区南２条西１４丁目　国保会館６階 電話：011-231-5175（苦情相談直通）FAX：011-233-2178
北海道社会福祉協議会 「北海道福祉サービス運営適正化委員会」	〒060-0002　札幌市中央区北２条西７丁目 かでる２・７（３階） 電話：011-204-6310（直通）　FAX：011-204-6311
小樽市福祉保健部介護保険課	〒047-8660　小樽市花園２丁目１２番１号　市役所 電話：0134-32-4111（代表）　FAX：0134-27-6711

12. 運営推進会議

（１）「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」に基づき、施設の健全な運営と入居者の快適で心身ともに充実した生活を実現するため、入居者や家族、関係機関などからの要望、助言などを聞く機会として「グループホーム レジデンスポピー 運営推進会議」を設置します。

（２）会議は原則として定例会議を概ね２ヶ月に１回、年６回開催します。ただし定例会議のほかに必要と認められた場合は、臨時会議を随時開催するものとします。

13. 第三者評価の実施状況等に関する項目

第三者評価の目的とは、個々の事業者が事業運営における問題点を把握し、サービスの質の向上に結び付け、第三者評価を受けた結果が公表されることにより、結果として利用者の適切なサービス選択に資するための情報となる事です。

介護保険法及び運営基準に基づき、１年度内に１回実施と結果公表行う事と定められています。

評価機関	サンシャイン株式会社	直近の評価の日付	令和7年11月11日
評価結果の開示閲覧	WAMネット　（https://www.wam.go.jp）		

14. カスタマーハラスメントの防止のために講ずべき措置

・利用者又はその家族等は、ホームの職員に対し社会通念上相当な範囲を超えるカスタマーハラスメントを行ってはいけません。

（１）従業者に対する身体的暴力
（殴る、蹴る、物を投げつけたりしたりその振りをする等、身体に危害を及ぼす行為）

（２）従業者に対する精神的暴力
（大声での叱責、威圧的な言動、人格を否定する発言、土下座の強要やSNS等への誹謗中傷）

（３）従業者に対するセクシャルハラスメント
（意に反する性的誘い掛け、身体接触、性的な嫌がらせ）

（４）契約の範囲を超える過度または不当な要求、合理性を欠く長時間の拘束

・上記のいずれかに該当し、職員の心身に危害が生じるおそれのある場合や、適正なサービス提供が著しく困難になったと判断した場合、相当の期間を定めた催促（是正勧告）を行ったうえで、本契約を解除することが出来るものとします。

※なお、サービスに関する正当な意見、要望、苦情等については**項目11.**の苦情相談の要綱に従い誠意を持って対応させていただきます。

【重要事項説明書に関しての確認・同意】

令和　　年　　月　　日

事業者　　法人名　　株式会社 ベルクオーレ

法人住所　　小樽市住吉町５番２２号

ホーム名　　グループホーム レジデンスポピー

ホーム住所　　小樽市入船４丁目２２番３号

説明者名　　印

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受けたことを確認し同意します。

（利用者）

住所　：

氏名　：　　印

（利用者代理人）

住所　：

氏名　：　　印　　続柄　：

（身元引受人）

住所　：

氏名　：　　印　　続柄　：

同意　　（　本人　・　代筆　）

代筆の理由欄
