

重要事項説明書

< 令和 6 年 6 月 1 日現在 >

1. 当社が提供するサービスについての相談窓口

電話 03-5655-6255 (午前9時～午後6時まで)

担当 原 島 譲 治

*ご不明の点は、なんでもお尋ね下さい。

2. ウェル森永の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所名	ウェル森永 墨田営業所
所在地	東京都墨田区京島3-68-5 第2まことビル1F
介護保険指定番号 ・その他のサービス	訪問入浴介護 東京都 事業所番号1370701649 居宅介護支援 東京都 事業所番号1370701631
サービスを提供する 地域	墨田区、江東区、江戸川区、中央区

(2) 同事業所の職員体制

	資 格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者		1名			1名
事務職員		1名			1名
従 事 者	看護師	3名	5名		8名
	介護福祉士	4名			4名
	1～2級修了者	4名			4名
	計	13名	5名		18名

(3) 営業時間

月～金	午前9時～午後6時	土・日、12月30日～1月3日は休業
-----	-----------	--------------------

*緊急連絡先 03-5655-6255

平日が祝日の場合は営業しております。

3. サービス内容

- (1) 訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護
専用の浴槽を宅内へ運び、看護師1名、介護職員2名（1名）の合計3人で入浴のお手伝いをします。
洗髪、洗顔、洗体、入浴前後の健康（体調）チェックを行います。
ご希望によりシーツ交換、耳掃除、爪切り等も行います。（所要時間概ね50分）
MRSA等の感染症にも対応しております。
- (2) 清拭又は部分浴
洗髪、陰部、足部等の洗浄。
おむつ交換、シーツ交換、寝間着の交換等を含みます。

4. 当社の訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護サービスの特徴

- (1) 運営の方針
事業所の訪問入浴介護従業者は、要介護者等の身体の状況、希望及びその置かれている環境等を踏まえ、その利用者が可能な限りその居宅において、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、居宅における入浴の援助を行うことによって、利用者の身体清潔の保持、身体機能の維持を図ります。
事業の実施に当たっては、関係区市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。
- (2) サービス利用のために

事 項	有無	備 考
感染症対策	○	MRSA、その他
同性介助の有無	○	
従業員への研修の実施	○	毎月研修を実施しております。
サービスマニュアルの作成	○	

5. その他

- (1) 事業者は正当な理由なく、訪問入浴介護サービスの提供を拒否する事は有りません。
但し、以下の場合は、訪問入浴介護サービスを中止させていただくとともに、ただちに当該区市町村への状況報告及び場合によっては警察等へ通報いたします。
① 偽りその他の不正行為によって保険給付を受け、または受けようとした場合。
② 下記のような行為があり、ハラスメントに該当するとみなされる場合。
【暴力又は乱暴な言動、威嚇、誹謗中傷等の迷惑行為、無理な要求】
利用者またはその家族が事業者やその従事者に対して、物を投げつける、刃物を向ける、服を引きちぎる、手を払いのける、怒鳴る、奇声、大声を発する。対象範囲外のサービスの強要等。
- (2) 虐待防止のための措置
事業者は利用者の人格を尊重する視点に立ってサービスに努め、虐待を受けている恐れがある場合、虐待の防止に必要な措置を講じるとともに、直ちに区市町村へ報告します。
また緊急を要すると判断した場合は、警察等に通報させていただきます。
利用者の人権の擁護、虐待防止の観点から、虐待の発生又はその発生を防止する為、定期的な委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定める事とします。

6. 緊急時の対応

サービスの提供中に様態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

また、現場の看護師の指示に従って下さい。

主治医	主治医氏名 連絡先
緊急連絡先	氏名
	連絡先
事故発生時の対応	氏名
	連絡先

7. 事故処理

- (1) 当事業所は、サービス提供に際し、利用者に事故が発生した場合には、速やかに区市町村、介護支援専門員、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 当事業所は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録し、その完結の日から2年間保存します。
- (3) 当事業所は、利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

8. サービス内容に関する苦情

- (1) 当社お客様相談・苦情担当

担当 お客様サービス係 電話 03-5655-6255

- (2) その他

当社以外に、区市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

相談・苦情 窓口一覧

【墨田区窓口】	墨田区 介護保険課 事業者指導担当	連絡先 03-5608-6544
【江東区窓口】	江東区 介護保険課 なんでも相談	連絡先 03-3647-9099
【江戸川区窓口】	江戸川区 介護保険課事業者調整係	連絡先 03-5662-0032
【中央区窓口】	中央区高齢者介護課おとしより相談係	連絡先 03-3546-5379
【東京都介護保険相談窓口】		連絡先 03-5320-4597
【東京都国民健康保険団体連合会窓口】		連絡先 03-6238-0177

9. 当社の概要

事業所名 ウェル森永 墨田営業所
法人名 株式会社ウェル森永
代表者役職・氏名 代表取締役 増田 充 孝
本社所在地 東京都葛飾区東立石2-24-11
本社電話番号 03-3697-5251
担当営業所電話番号 03-5655-6255
担当責任者 墨田営業所 所長 原 島 譲 治
営業所数等 居宅介護支援事業所 6営業所
訪問入浴事業所 5営業所
通所介護事業所 2営業所

重要事項説明書説明日

年 月 日

事業者

〈住所〉 東京都葛飾区東立石2-24-11
〈法人名〉 株式会社ウェル森永
〈責任者名〉 常務取締役営業本部長 遠藤 一郎 印

説明者 所属 ウェル森永 墨田営業所
東京都墨田区京島3-68-5第2まことビル1F

〈氏名〉 職種 印

私は、契約書および本書面により、事業者から訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護についての重要事項の説明を受け同意しました。

利用者 〈住所〉

〈氏名〉 印

御家族 〈住所〉
(続柄)

〈氏名〉 印

代理人 〈住所〉

〈氏名〉 印

【利用料金別紙】

利用料金

(1) 利用料 (1級地)

訪問入浴介護	基本料金	介護保険適用の場合の自己負担額		
		1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合
(1)全身入浴	14,432円	1,444円	2,887円	4,330円
(2)清拭又は部分浴	12,984円	1,299円	2,597円	3,896円

介護予防訪問入浴介護	基本料金	介護保険適用の場合の自己負担額		
		1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合
(1)全身入浴	9,758円	976円	1,952円	2,928円
(2)清拭又は部分浴	8,778円	878円	1,756円	2,634円

*各種加算等		1割負担	2割負担	3割負担
初回加算(初回入浴に属する月)	2,280円	228円	456円	684円
看取り連携体制加算(算定要件による)	730円	73円	146円	219円
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	9.4%	1回あたり入浴1割負担の方で約136円の加算 (初回、予防、清拭・部分浴、負担割合で金額は変わります)		

*回数によっては小数点以下の端数処理をする関係で、上記金額に若干の誤差が生じることがありますのでご了承下さい。

○ 料金の変更

後日、重要事項に変更が無く料金規定のみ変更がある場合(介護報酬の改正等)は、新たな料金規定に基づく【利用料金別紙】を作成し説明の上、利用者と事業者双方で取り交わす事とします。

(2) 交通費

前記2の(1)のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域の方は、その居宅において指定訪問入浴介護を行う場合にそれに要する交通費の実費が必要です。

- (ア) 事業所から、片道おおむね10km未満 0円
(イ) 10km以上の場合1kmあたり 100円

(3) キャンセル料

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

前日までにキャンセルの連絡があった場合キャンセル料はいただきません。

当日のキャンセルは2,000円の請求となります。

利用者宅に到着してから看護師または、医師の判断で中止になった場合のキャンセル料金はかかりません。

(4) その他

お客様のお住まいで、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気等の費用はお客様のご負担になります。

入浴に必要なバスタオル、タオル、石鹸、シャンプー、リンスは当社で用意いたします。

又、四季折々のお風呂が楽しめます。

事 業 者

〈 住 所 〉 東京都葛飾区東立石 2 - 2 4 - 1 1
〈 法 人 名 〉 株式会社ウエル森永
〈 責 任 者 名 〉 常務取締役営業本部長 遠 藤 一 郎 印

説 明 者 所 属 ウエル森永 墨田営業所
東京都墨田区京島 3 - 6 8 - 5 第 2 まことビル 1F

〈 氏 名 〉 職 種 印

私は、契約書および本書面により、事業者から訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護についての利用料金の説明を受け同意しました。

利 用 者 〈 住 所 〉

〈 氏 名 〉 印

御 家 族 〈 住 所 〉

(続柄)

〈 氏 名 〉 印

代 理 人 〈 住 所 〉

〈 氏 名 〉 印