

社会福祉法人 武蔵村山正徳会  
サンシャインホームヘルプステーション  
介護予防・日常生活支援総合事業・訪問介護  
重要事項説明書

1 ステーションが提供するサービスについての相談窓口

電話 042-531-3741  
担当 サービス提供責任者 3名以上  
\*午前8:30~午後5:30まで  
\*ご不明な点は、なんでもお尋ねください。

2 サンシャインホームヘルプステーションの概要

(1) ステーションの名称等

施設の名称	サンシャインホームヘルプステーション
所在地	東京都武蔵村山市伊奈平4丁目10番地の2
介護保険 指定番号	(介護予防) 訪問介護 東京都 第1374900270号
サービスの 種類	訪問介護・第1号訪問事業 (介護予防・日常生活支援総合事業)
提供地域	武蔵村山市

(2) ステーションの職員体制

	常勤	非常勤	計
管理者	1		1
ヘルパー	3	9	12

令和6年4月1日現在

ヘルパーの資格

介護福祉士 8名  
ヘルパー2級 3名  
介護職員初任者 1名

(3) サービス提供時間帯

	通常時間帯 8:00~18:00	早朝 6:00~8:00	夜間 18:00~22:00	深夜 22:00~6:00
毎日	○	○	○	×

3 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

・まずは、お電話等でお申し込みください。ステーション職員がお伺いいたします。

・派遣時間に空きがある場合は、(介護予防・日常生活支援総合事業) 訪問介護計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

\* (介護予防・日常生活支援総合事業) 居宅サービス計画の作成を依頼しているときは、事前に(介護予防・日常生活支援総合事業) 居宅介護支援事業者にご相談ください。

\* サービスのご利用に当たっては、健康診断書又は誕生月検診の写し、感染症・伝染病証明書の提出をお願いするときもあります。

(2) サービス利用契約の終了

- ① ご利用者のご都合でサービス利用契約を終了するときはサービスの終了を希望する日の1週間前までにお申出下さい。
- ②ステーションの都合で、サービスを終了する場合、終了1ヶ月前までに文書で通知します。
- ③自動終了

以下のときは、双方の通知がなくても、自動的に契約は終了となります。

- ・ご利用者がお亡くなりになったとき
- ・介護保険給付および介護予防・日常生活支援総合事業の当該市独自基準に定めるサービスを受けているご利用者の要介護認定区分または介護予防・日常生活支援総合事業の当該市独自基準認定が、非該当(自立)と認定されたとき

4 サンシャインホームヘルパーステーションの特徴等

(1) 運営の方針

要介護認定を受けられた高齢者及びそのご家族が安心して生活を営む事ができることを目的とし、高齢者が明るく・自由に・楽しく・尊厳を持って生きることを支援します。

特に、認知症の方にも支援を惜しみません。

(2) サービス利用のために

事項	有無	備考
男性(介護予防・日常生活支援総合事業)訪問介護員の有無	無	同姓介助(男性)ご希望の方は、担当ケアマネジャーにご相談下さい
従業員への研修・訓練(シミュレーション)の実施	有	施設内外での研修の実施及び参加
サービスマニュアル作成 感染症対策の強化	有	業務マニュアル・事業計画書等

(3) サービス利用にあたっての留意事項

・サービスの中止

感染症対策及び業務継続に向けた取り組みの観点から、ご利用者の体調が思わしくない場合や明らかな発熱があるなど、サービス利用が困難であると判断された場合、サービス利用することで他の利用者やサービス従事者に対して感染が予見される場合には、サービスのご利用を中止させて頂く場合があります。

その他、サービスが困難と判断される場合には、双方による協議にてサービス利用の可否について決定するものとします。

・金銭

派遣するヘルパーは、派遣費用の金銭を取り扱いません。ただし、お買い物等ご利用者による依頼については、金銭をお預かりするときに金額の確認、依頼の終了時に残金・領収書及び物品等の確認をお願いいたします。

・その他

①ヘルパーへの、金銭・物品等の心付けはいっさいお断りします。

- ②ヘルパーは、サービス中に飲食・喫煙等私的な行為を禁じられています。
- ③その他、ヘルパーのサービス等の対応にご意見等がありましたら、遠慮なく苦情相談窓口にお申し出ください。

## 5 賠償責任

- (1)ステーションは、サービスの提供にともなって、ステーションの法的根拠のある責めに帰すべき事由によりご利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼしたときは、ご利用者に対してその損害を賠償します。
- (2)ご利用者・代理人及びその他のご家族は、サービスの利用にともなって、利用者・代理人等の責めに帰すべき事由により、ステーションの運営・財産等に損害を及ぼしたとき、同職員の生命・身体・財産に損害を及ぼしたときは、その損害を賠償します。

## 6 秘密保持

- (1)ステーション及び同職員は、サービス提供をする上で知り得たご利用者・代理人およびその他のご家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- (2)ご利用者又は代理人は、ご利用者の(介護予防)訪問介護サービス計画作成のため、他の居宅介護支援事業者・サービス提供者・サービス担当者会議においてご利用者・代理人及びその他のご家族の個人的情報を用いることに同意します。

## 7 サービス内容に関する相談・苦情

### 苦情処理の体制及び手順

- ①提供した事業所に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。
- ②相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

#### ①苦情相談窓口

担当者	理事長	笹本 悦弘
	副理事長	笹本 佳克
	電話	042-531-3741

#### ②第三者委員

担当者	板垣 力	板垣税務会計事務所
	電話	042-572-0803
	澤田 直宏	希望法律事務所
	電話	042-528-8131

#### ③その他

市民総合センター	高齢福祉課	電話042-590-1233
東京都国民健康保険団体連合		電話03-6238-0177

## 8 虐待の防止について

サンシャインホームヘルプステーションは、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

### (1) 虐待防止に関する責任者の選任

虐待防止責任者 管理者：伊藤 哲

(2) 虐待防止のための措置を講ずるため委員会を設置します。

(3) 虐待防止のための指針を整備し、指針に則り虐待防止措置を運用してまいります。

(4) 高齢者虐待防止法に基づく虐待（身体的虐待／介護・世話の放棄・放任／心理的虐待／性的虐待／経済的虐待）が確認または疑われる行為が見られた場合には、国・都道府県・市区町村等に対して、相談・通報することがあります。

(5) 従業員に対する虐待防止を啓発・普及させるための研修を実施します。

(6) その他、必要に応じて虐待を防止するための措置を講じます。

## 9 緊急時の対応

ステーションは、現に（介護予防・日常生活支援総合事業）訪問介護の提供を行っているときにご利用者の健康状態が急変した場合、その他必要な場合は、あらかじめ届けられた連絡先へ可能な限り速やかに連絡するとともに、医師への連絡等必要な措置を講じます。

## 10 法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 武蔵村山正徳会
代表者役職・氏名	理事長 笹本 悦弘
本部所在地	東京都武蔵村山市伊奈平4丁目10番地の2
電話番号	042-531-3741

### 定款の目的に定めた事業

#### 第一種社会福祉事業

特別養護老人ホーム

サンシャインホームの設置経営  
サンシャインホームⅡの設置運営

#### 第二種社会福祉事業

老人デイサービス事業

サンシャインホーム デイサービス  
センター

老人デイサービスセンター

緑が丘高齢者在宅サービスセンター  
村山団地デイサービスセンター

老人短期入所事業

サンシャインホーム

認知症対応型高齢者

サンシャインホーム

共同生活援助事業

老人居宅介護等事業

サンシャインホームヘルプステーション

障害福祉サービス事業	居宅介護	サンシャインホームヘルパーステーション
移動支援事業	サンシャインホームヘルパーステーション	
保育所	つむぎ保育園	
公益を目的とする事業		
居宅介護支援事業	サンシャインホーム	ケアマネジメントセンター
地域包括支援センター	武蔵村山市緑が丘地域包括支援センターの受託経営	
シルバー交番事業	武蔵村山市村山団地高齢者みまもり相談室の受託経営	
介護職員初任者研修事業	サンシャインホーム	
施設・拠点等	特別養護老人ホーム	2カ所
	通所介護	3カ所
	高齢者グループホーム	1カ所
	短期入所生活介護	1カ所
	訪問介護	1カ所
	保育所	1カ所
	居宅介護支援事業者	1カ所
	介護予防支援事業者	1カ所
	シルバー交番事業	1カ所

令和 年 月 日

(介護予防・日常生活支援総合事業) 訪問介護利用にあたり、利用者及び代理人に対して本書面及び別紙に基づいて重要な事項を説明しました。

サービス提供者

所在地 東京都武蔵村山市伊奈平4丁目10番地の2  
名称 サンシャインホームヘルパーステーション

説明者 サービス提供責任者 \_\_\_\_\_ 印

私は、本書面及び別紙により、サービス提供者から(介護予防・日常生活支援総合事業) 訪問介護利用についての重要事項の説明を受け同意しました。

ご利用者

住所 東京都武蔵村山市緑ヶ丘1460-

氏名 \_\_\_\_\_ 印

代理人

住所

氏名 \_\_\_\_\_ 印