

与謝野町障害児通学支援事業

重要事項説明書

社会福祉法人京都聴覚言語障害者福祉協会

与謝郡聴覚言語障害センター

1 事業者

名称	社会福祉法人 京都聴覚言語障害者福祉協会
所在地	京都府城陽市寺田林ノ口 11 番 64
電話番号	0774-30-9000
ファックス番号	0774-55-7708
代表者氏名	理事長 高田 英一
設立年月	昭和 5 3 年 6 月 1 日

2 事業所の概要

事業所の種類	障害児通学支援事業
事業の目的	京都府立聾学校舞鶴分校への通学が困難な児童に対して、通学の支援を行うことにより、保護者の心身の軽減と、障害児の地域での自立生活及び社会参加を促すことを目的とする
事業所の名称	与謝郡聴覚言語障害センター
事業所の所在地	与謝郡与謝野町岩滝 2 1 1 2 - 3
電話番号	0 7 7 2 - 4 6 - 5 3 9 0
ファックス番号	0 7 7 2 - 4 6 - 5 3 9 0
管理者氏名	高見 典子
開設年月	令和 6 年 4 月 1 日

3 事業実施地域

通常の実業の実施地域は、与謝野町とする また、与謝野町から京都府立聾学校舞鶴分校への通学における移動に必要な経路とする
--

4 事業所の実施日及び実施時間

実施期間	学校の通学日を原則とする
実施時間	午前 7 時～午後 5 時とする

5 当事業所の職員体制

職種	員数	職務の内容
管理者	1 名	サービス提供従事者及び業務の管理を一元的に行うとともに、事業所のサービス提供従業者に対し必要な指揮命令を行う
サービス提供責任者	1 名（兼任）	利用者及びその家族にその内容を説明するほか、事業所に対する通学支援の利用の申込みに係る調整、通学支援計画の作成、サービス提供従事者に対する技術指導等のサービス内容の管理等を行う
サービス提供従事者	4 名	通学支援に係るサービス提供計画に基づき通学支援の提供に当たる

6 サービス内容

通学支援に係るサービス提供計画の作成(=予定表)
通学時における移動の支援
前各号に付帯するその他必要な支援、相談、助言

7 利用料金

無料

8 サービスの利用に関する留意事項

（１）サービス提供従事者について

実際のサービス提供にあたっては、複数のサービス提供従事者が交替してサービスを提供します。利用者から特定のサービス提供従事者を指名することはできませんが、サービス提供従事者についてお気づきの点やご要望がありましたら、苦情、要望等を受け付けるための窓口等にご遠慮なく相談ください。

（２）サービス提供について

サービスの実施に関する指示、命令はすべて事業者が行います。

（３）サービス提供従事者の禁止事項

サービス提供従事者は、通学支援サービス提供にあたっては次に該当する行為は行いません。

①医療行為

②利用者もしくはご家族等の金銭、預貯金通帳、証書、書類等の預かり

③利用者もしくはご家族等からの金銭または物品、飲食の授受

④ご契約者の家族等に対するサービスの提供

⑤身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命及び身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）

9 個人情報の利用目的（契約書第9条第2項参照）

本事業所は、利用者及びその家族等、または関係機関からいただく個人情報の利用の目的は、次のとおりです。この中で同意しがたい事項がある場合には、お申し出ください。この申し出は、後からいつでも撤回・変更等を行うことができます。

なお、あらかじめ利用者本人の同意を得ないで、利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことはしません。

- ・ サービスを提供するために必要な場合。
- ・ サービス計画等の作成及び変更に必要な場合。
- ・ 関係機関との情報交換及び連絡調整のため必要な場合。
- ・ 関係機関からの照会への回答に必要な場合。
- ・ 会計、経理などの事務に必要な場合。
- ・ 利用者の容体の変化により、ご親族、医療機関及び連絡調整のため必要な場合。
- ・ 行政機関の指導または調査を受ける場合。
- ・ 苦情や事故の対応のために必要な場合。
- ・ 実習生への協力のために必要な場合。
- ・ サービスの質の向上のための事例検討や勉強会に必要な場合。
- ・ 審査支払い機関への請求事務に必要な場合。
- ・ サービスや業務の維持改善のための基礎資料として必要な場合。

10 サービス実施の記録について（契約書第5条参照）

本事業所では、通学支援サービス提供ごとに、実施内容及び実施したサービス内容などを記録します。内容に誤りやご意見があればいつでもお申し出ください。なお、記録及び情報については通学支援サービス提供後5年間保管します。

11 緊急時の対応及び事故と損害賠償

利用者の容体の急変、事故・災害等が発生した時には利用者の安全確保に努め、主治医に連絡する等必要な処置を講じるほか、下記のご家族等へ速やかにご連絡します。また、利用者に対する通学支援サービスの提供において事業者の責任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行います。守秘義務に違反した場合も同様とします。

利用者のかかりつけ医療機関	医療機関名： 主治医： 所在地： 電話番号：	診療科：
緊急連絡先①	住所： 電話番号： 氏名：	続柄：
緊急連絡先②	住所： 電話番号： 氏名：	続柄：

12 傷害保険への加入（契約書第 10 条参照）

事業者の管理下での事故に備え、下記の傷害保険に加入しています。

取扱代理店名	有限会社 寿保険サービス
保険名	介護保険・社会福祉事業者総合保険「あいおいニッセイ同和損保」

13 苦情などの受付について（契約書第 14 条参照）

（1）要望・苦情等申立先

○苦情受付担当者 管理者 高見 典子

〔 電 話 (0772) 46-5390
F A X (0772) 46-5390 〕

○苦情解決責任者 京都府聴覚言語障害センター 北部市町村支援部長 今西 永里

〔 電 話 (0773) 40-1260
F A X (0773) 40-1261 〕

○受付時間 月曜日～金曜日 8：30～17：00

但し、祝祭日、1月2日から3日、8月13日から15日、12月29日から31日を除く。

（2）第三者委員

本事業所では、第三者委員に選任し、地域住民の立場から本事業所のサービスに対するご意見などをいただいています。利用者は、本事業所への苦情やご意見は「第三者委員」に相談することもできます。

<第三者委員>

氏 名	連絡先
小出 新一	京都府長岡京市天神二丁目 14-6 電話・ファクス (075) 955-0309

(3) その他

当事業所以外に、与謝野町役場の相談 ・ 苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

○与謝野町役場 子育て応援課

〔 電 話 (0772) 43-9024
F A X (0772) 42-0528 〕

○受付時間 月曜日～金曜日 8：30～17：00

通学支援サービスの提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて、重要な事項を説明し交付しました。

年 月 日

事業者

所在地

与謝郡与謝野町岩滝 2 1 1 2 - 3

名称

与謝郡聴覚言語障害センター

説明職名

管理者 高見 典子 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から障害児通学支援事業について重要事項説明を受け同意し、書面を受領しました。

利用者

住所

氏名

扶養義務者

住所

氏名

印

同 意 書

年 月 日

社会福祉法人京都聴覚言語障害者福祉協会

与謝郡聴覚言語障害センター 様

私と、貴事業者との間で、通学支援サービス等利用計画作成、調整に関し、行政・学校・等の関係機関の間で、私及び私の扶養義務者についての情報共有を行うことについて同意します。

利用者

住所 _____

氏名 _____ 印

扶養義務者

住所 _____

氏名 _____ 印