

福知山市障害者移動支援事業

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

福知山市聴覚言語障害センター

「福知山市障害者移動支援事業」重要事項説明書

この重要事項説明書は、福知山市聴覚言語障害センターと福知山市障害者移動支援事業に関する利用の契約を希望される方に対して、社会福祉法第 76 条に基づき、事業所の概要や提供される相談支援の内容、契約上ご注意いただきたいことを説明するものです。

◆◆目次◆◆

1. 事業者
2. 事業所の概要
3. 事業実施地域
4. 事業所の実施日及び実施時間
5. 職員体制
6. サービス内容
7. 利用料金等
8. サービスの利用に関する留意事項
9. 個人情報の利用目的
10. サービス実施の記録について
11. 緊急時の対応及び事故と損害賠償
12. 傷害保険への加入
13. 苦情などの受付について

福知山市聴覚言語障害センター

当事業所は障害者移動支援事業の指定を受けています。

(事業所番号 福知山市指定 1014 号)

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-
電話番号	0 7 7 4 - 3 0 - 9 0 0 3
ファックス番号	0 7 7 3 - 5 5 - 7 7 0 8
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	障害者移動支援事業
事業の目的	屋外での移動が困難な障害者及び障害児に対し、障害者移動支援事業を行うことにより、障害者等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	福知山市聴覚言語障害センター
事業所の所在地	福知山市内記 1 0 - 1 8 福知山市総合福祉会館内
電話番号	0 7 7 3 - 4 5 - 3 0 2 5
ファックス番号	0 7 7 3 - 2 4 - 4 4 5 9
管理者氏名	菅井 奈津子
開設年月	平成 2 5 年 1 0 月
事業所番号	福知山市障害者移動支援事業 福知山市指定 第 1 0 1 4 号

3 事業実施地域

通常の事業の実施地域は、福知山市とする

4 事業所の実施日及び実施時間

実施期間	月曜日～金曜日までとする
実施時間	午前 9 時 00 分～午後 6 時 00 分とする
備 考	上記以外の利用については、相談に応じるものとする

5 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	移動支援の利用に係る調整、支援計画の作成、サービス提供従事者に対する指導等、サービス内容の管理等を行う
サービス提供従事者	必要数（兼任含む）	移動支援に係る支援計画に基づき移動支援の提供に当たる

6 サービス内容

移動支援に係る支援計画の作成
外出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 利用料金等（事業の一部負担金の額）

支払い方法は、振込、当事業所窓口での現金支払いの方法から利用者が選択します。

指定口座への振込	金融機関 種類 名義 口座番号	京都銀行 綾部支店 普通預金 社会福祉法人 京都聴覚言語障害者福祉協会 福知山市聴覚言語障害センター 理事長 高田英一 4080812
----------	--------------------------	---

※福知山市障害者移動支援事業実施要綱参照

区分	一部負担金の額
生活保護法（昭和25年法律第144号）による被保護世帯（単給世帯を含む。）、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）による支援給付受給世帯又は市町村民税非課税世帯に属する者	無料
市町村民税均等割のみ課税の世帯に属する者	事業の実施に係る費用に100分の5を乗じて得た額
上記以外の者	事業の実施に係る費用に100分の10を乗じて得た額

備考

利用者が市町村民税非課税である場合は、この表に規定する一部負担金の額に2分の1を乗じて得た額を一部負担金とする。

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、移動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。
- ・ 支援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、移動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移動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、利用者に対する移動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（保険料は事業者が負担）

取扱代理店名	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
保険名	介護保険・社会福祉事業者総合保険
補償内容	賠償損害、費用損害、その他（利用者傷害見舞金など）

13 苦情などの受付について（契約書第13条参照）

（1）要望・苦情等申立先

○苦情受付担当者 管理者 菅井 奈津子

〔 電 話 （0773）45－3025 〕
〔 F A X （0773）24－4459 〕

○苦情解決責任者 社会福祉法人 京都聴覚言語障害者福祉協会
法人事業本部 地域福祉統括事業部

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

（2）第三者委員

本事業所では、地域にお住まいの以下の方を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	住所・電話番号・FAX 番号
小出 新一	長岡京市天神二丁目14－6 電話・FAX （075）955－0309

(3) その他

当事業所以外に、福知山市役所の相談 ・ 苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

○福知山市役所 障害者福祉課

〔 電 話 (0773) 24-7017 〕
〔 F A X (0773) 22-9073 〕

○受付時間 月曜日～金曜日 8：30～17：00

移動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

福知山市内記 10-18

名 称

福知山市聴覚言語障害センター

説明職名

管理者 菅井 奈津子

印

私は、契約書及び本書面により、事業者から障害者移動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

印

代理人

住 所

氏 名

印

続 柄