

## 重要事項説明書 (移動支援用)

この「重要事項説明書」は、当事業所とサービス利用契約の締結を希望される方に対して、社会福祉法第 76 条及び奈良市地域生活支援事業者の登録に関する要領に基づき、当事業所の概要や提供するサービスの内容、契約を締結する前に知っておいていただきたいことを事業者が説明するものです。

### 1 移動支援を提供する事業者について

|                |                                                  |
|----------------|--------------------------------------------------|
| 事業者名称          | 株式会社ヘルプステーション ARAN                               |
| 代表者氏名          | 代表取締役 今西 崇久                                      |
| 本社所在地<br>(連絡先) | 奈良市東木辻町 2 9-8<br>電話 0742-31-2121 FAX0742-31-7048 |
| 法人設立年月日        | 令和 6 年 3 月 13 日                                  |

### 2 ご利用者へのサービス提供を担当する事業所について

#### (1) 事業所の所在地等

|                                  |                                           |
|----------------------------------|-------------------------------------------|
| 事業所名称                            | 株式会社ヘルプステーション ARAN                        |
| サービスの<br>主たる対象者                  | 身体障がい者<br>知的障がい者<br>障がい児<br>精神障がい者        |
| 奈良市<br>市登録<br>事業所番号              | 2690113831 号 (令和 6 年 6 月 1 日登録)           |
| 事業所所在地                           | 奈良市東木辻町 2 9-8                             |
| 連絡先<br>相談担当者名                    | 電話 0742-31-2121 FAX0742-31-7048 担当: 今西 崇久 |
| 事業所の通常の<br>事業実施地域                | 奈良市 大和郡山市 生駒市 木津川市                        |
| 事業所が行う他の<br>指定障がい<br>福祉サービス<br>等 | 居宅介護 2910104369 号 (令和 6 年 6 月 1 日登録)      |

#### (2) 第三者評価の実施状況

|                 |         |
|-----------------|---------|
| 実施の有無           | 有 ・ (無) |
| 直近の<br>実施年月日    |         |
| 実施した<br>評価機関の名称 |         |

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| 評価結果の<br>開示状況<br>(公表の有無・<br>公表場所等) |  |
|------------------------------------|--|

(3) 事業の目的および運営方針

|       |                                                                                                                                                                                                                 |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | 利用者が居宅において自立した日常生活または社会生活を営むことができるよう、当該利用者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事並びに生活等に関する相談及び助言その他の生活全般にわたる援助を適切かつ効果的に行なうことを目的とする。(運営規程の記載内容の要約を記載する)                                           |
| 運営方針  | 利用者が居宅において日常生活を営むことができるよう、利用者の意思及び人格を尊重し、当該利用者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、適切に指定居宅介護等を行う。<br>事業にあたっては、地域との結びつきを重視し、利用者の所在する市町村、他の居宅事業者その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努める。事業にあたっては、利用者の必要な時に必要な指定居宅介護等の提供ができるよう努める。 |

(4) 事業所窓口の営業日及び営業時間

|      |            |
|------|------------|
| 営業日  | 月曜日～金曜日    |
| 営業時間 | 9:00～17:00 |

(5) サービス提供可能な日と時間帯

|          |            |
|----------|------------|
| サービス提供日  | 年中無休       |
| サービス提供時間 | 7:00～21:00 |

(6) 事業所の職員体制

|     |       |
|-----|-------|
| 管理者 | 今西 崇久 |
|-----|-------|

| 職種  | 職務内容                                                          | 人員数                     |
|-----|---------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 管理者 | 1 従業者及び業務の管理を、一元的に行います。<br>2 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。 | 常勤<br>1人<br>ヘルパー<br>と兼務 |

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                       |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| サービス提供責任者 | <p>1 利用者が居宅において自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、利用者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、移動支援が適切に行われるようアセスメントを実施し、援助の目標を達成するための手順と所要時間を明確にした手順書を作成します。</p> <p>2 利用者又は障がい児の保護者の日常生活全般の状況及び希望等を踏まえて、具体的なサービスの内容等を記載した移動支援計画を作成します。</p> <p>3 利用者及びその同居の家族に移動支援計画の内容を説明し、同意を得て交付します。</p> <p>4 移動支援計画の実施状況の把握を行ない、必要に応じて移動支援計画の変更を行います。</p> <p>5 移動支援事業所に対する移動支援の利用の申込みに係る調整を行います。</p> <p>6 移動支援従業者（以下「ヘルパー」という）等に対する技術指導等のサービスの内容の管理を行います。</p> <p>7 ヘルパーに対して、具体的な援助目標及び援助内容を指示するとともに、利用者の状況についての情報を伝達します。</p> | 常 勤<br>2 人<br>非常勤<br>人<br>ヘルパー<br>と兼務 |
| ヘルパー      | <p>1 移動支援計画に基づき、移動支援を提供します。</p> <p>2 サービス提供後、サービスの提供日、内容、利用者の心身の状況等について、サービス提供責任者に報告を行います。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 常 勤<br>3 人<br>非常勤<br>8 人              |
| 事務職員      | 請求事務及び通信連絡事務等を行います。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 常 勤<br>1 人<br>非常勤<br>人<br>ヘルパー<br>と兼務 |

### 3 提供するサービスの内容と料金および利用者負担額について

#### (1) 提供するサービスの内容について

| サ ー ビ ス の 内 容                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------|
| 利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた手順書を作成し、この手順書を元に移動支援計画を作成します。 |
| 社会生活上で必要不可欠な外出※1 や、社会参加又は余暇活動のための外出※2（以下、「外出」とする。）時における移動の介護又は介助を行います。       |
| 外出先での排泄、食事等の介護又は介助を行います。                                                     |
| 外出中やその前後におけるコミュニケーション支援（代筆、代読等）を行います。                                        |
| 外出に伴い必要と認められる、外出前後の身の回りの世話や整理を行います。                                          |

※1：金融機関への外出、生活必需品等の買い物、冠婚葬祭、理美容等のための外出。

※2：各種行事の参加、レクリエーション等

## (2) 対象とならないサービスの内容

次の内容は、原則サービスの対象外となります。

- ①通勤、営業活動等の経済活動に係る外出
- ②通年かつ長期にわたる外出（保育所、幼稚園及び学校、学童保育等への送迎等）
- ③障がい福祉サービス事業所、障がい児通所支援事業所、日中一時支援事業所等利用時の送迎
- ④医療機関への通院、官公署、相談支援事業所への外出（指定居宅介護における通院等介助でのサービス）
- ⑤社会通念上、適当でない外出

## (3) ヘルパーの禁止行為

ヘルパーはサービスの提供にあたって次の行為は行いません。

- ①医療行為
- ②利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④利用者の同居家族に対するサービス
- ⑤利用者の日常生活の範囲を超えたサービス（大掃除、庭掃除など）
- ⑥利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ⑦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や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ⑧その他利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

## (4) 提供するサービスの料金とその利用者負担額について

提供するサービスについて、吹田市が定める単価による利用料が発生します。

原則として「利用料の1割」が自己負担となりますが、課税状況等に応じて負担上限月額が決められています。

移動支援の単価については、別紙、「吹田市地域生活支援事業（移動支援事業）単価表」をご覧ください。

※ サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、移動支援計画に位置づけた時間数によるものとします。なお、計画時間数と実際にサービス提供に要した時間が大幅に異なる場合は、移動支援計画の見直しを行いません。

※ サービス提供を行う手順書等により、市町村が2人派遣を認めた場合は、利用者の同意のもとヘルパー2人を同時派遣しますが、その場合の費用は2人分となり、利用者負担額も2倍になります。

※ 利用者の体調等の理由で移動支援計画に予定されていたサービスが実施できない場合、利用者の同意を得てサービス内容を変更することができます。この場合、事業者は変更後のサービス内容と時間により利用料金を請求いたします。

## 4 その他の費用について

|         |                                                                 |             |
|---------|-----------------------------------------------------------------|-------------|
| ① 交通費   | （運営規程の記載内容を記載）                                                  |             |
| ②キャンセル料 | サービスの利用をキャンセルする場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。 |             |
|         | 24時間前までのご連絡の場合                                                  | キャンセル料は不要です |

|                                            |                   |                              |
|--------------------------------------------|-------------------|------------------------------|
|                                            | 12 時間前までにご連絡の場合   | 1 提供あたりの利用料の<br>25%を請求いたします。 |
|                                            | 12 時間前までにご連絡のない場合 | 1 提供あたりの利用料の<br>50%を請求いたします。 |
| ※ただし、利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。 |                   |                              |
| ③サービス提供中に必要となる公共交通機関等の<br>交通費              |                   | 利用者（お客様）の別途負担<br>となります。      |

## 5 利用者負担額及びその他の費用の支払い方法について

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 利用者負担額その他の費用の支払い方法について | <p>利用者負担額及びその他の費用について、サービスを利用した月の翌月 10 日までに利用月分の請求書をお届けします。サービス提供の記録と内容を照合のうえ、請求月の 10 日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p>(ア)現金支払い<br/>(イ)利用者指定口座からの自動振替<br/>(ウ)事業者指定口座への振り込み</p> <p>お支払いを確認しましたら、必ず領収書をお渡ししますので、保管をお願いします。</p> <p>また、移動支援費について市町村より給付を受けた場合は、受領通知をお渡ししますので、必ず保管をお願いします。</p> |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

※ 利用料、その他の費用の支払いについて、支払い能力があるにもかかわらず支払い期日から 3 月以上遅延し、故意に支払いの督促から 14 日以内にお支払がない場合には、契約を解約した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

## 6 担当ヘルパーの変更を希望される場合の相談窓口について

|                                                  |   |            |                        |
|--------------------------------------------------|---|------------|------------------------|
| 利用者のご事情により、担当ヘルパーの変更を希望される場合は、右のご相談担当者までご相談ください。 | ア | 相談担当者氏名    | (氏名) 今西 崇久             |
|                                                  | イ | 連絡先電話番号    | (電話番号) 0742-31-2121    |
|                                                  |   | 同 ファックス番号  | (FAX 番号) 0742-31-7048  |
|                                                  | ウ | 受付日および受付時間 | 月曜日から金曜日<br>9:00～17:00 |

※ 担当ヘルパーの変更に関しては、利用者等の希望を尊重して調整を行いますが、事業所の人員体制などにより、ご希望にそえない場合もありますことを予めご了承ください。

## 7 サービスの提供にあたっての留意事項

### (1) 市町村の支給決定内容等の確認

サービスの提供に先立って、受給者証に記載された支給量・支給内容・利用者負担上限月額を確認させていただきます。受給者証の住所、支給量などに変更があった場合は速やかに事業者にお知らせください。

### (2) 移動支援計画の作成

確認した支給決定内容に沿って、利用者及び家族の意向に配慮しながら「移動支援計

画」を作成します。作成した「移動支援計画」については、案の段階で利用者又は家族に内容を説明し、利用者の同意を得た上で成案としますので、ご確認いただくようお願いいたします。

サービスの提供は「移動支援計画」にもとづいて行ないます。実施に関する指示や命令はすべて事業者が行ないますが、実際の提供にあたっては、利用者等の訪問時の状況や意向に十分な配慮を行ないます。

### (3) 移動支援計画の変更等

「移動支援計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。

また、サービス利用の変更・追加は、ヘルパーの稼働状況により利用者が希望する時間にサービスの提供ができないことがあります。その場合は、他の利用可能日時を利用者に提示するほか、他事業所を紹介するなど必要な調整をいたします。

### (4) 担当ヘルパーの決定等

サービス提供時に、担当のヘルパーを決定します。ただし、実際のサービス提供にあたっては、複数のヘルパーが交替してサービスを提供します。担当のヘルパーや訪問するヘルパーが交代する場合は、あらかじめ利用者に説明するとともに、利用者及びその家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮します。

利用者から特定のヘルパーを指名することはできませんが、ヘルパーについてお気づきの点やご要望がありましたら、お客様相談窓口等にご遠慮なく相談ください。

### (5) サービス実施のために必要な備品等の使用

サービス実施のために必要な備品等(水道、ガス、電気を含む)は無償で使用させていただきます。また、ヘルパーが事業所に連絡する場合の電話を使用させていただく場合があります。

## 8 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律（平成 23 年法律第 79 号）に準じた取扱いをするとともに、下記の対策を講じます。

### ① 虐待防止に関する責任者を選定しています。

|             |             |
|-------------|-------------|
| 虐待防止に関する責任者 | 代表取締役 今西 崇久 |
|-------------|-------------|

### ② 成年後見制度の利用を支援します。

### ③ 苦情解決体制を整備しています。

### ④ 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

## 9 秘密の保持と個人情報の保護について

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①利用者及びその家族に関する秘密の保持について | <p>事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び「<b>個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン</b>」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>○事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>○また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>○事業者は、従業者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p> |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ②個人情報の保護について | <p>○ 事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で使用する等、他の障がい福祉サービス事業者等に、利用者の個人情報を提供しません。また利用者の家族の個人情報についても、当該利用者の家族からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で使用する等、他の福祉サービス事業者等に利用者の家族の個人情報を提供しません。</p> <p>○ 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>○ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）</p> |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### 10 緊急時の対応方法について

- ① サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。
- ② 上記以外の緊急時において、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合に、下記の対応可能時間に連絡を受けた際は、利用者の状態に応じて、必要な対応を行います。

連絡先：電話番号 080-3465-6147 （対応可能時間 24時間）

#### 11 事故発生時の対応方法について

利用者に対する移動支援の提供により事故が発生した場合は、都道府県、市町村、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。

また、利用者に対する移動支援の提供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。

|     |             |                                                     |
|-----|-------------|-----------------------------------------------------|
| 市町村 | 市 町 村 名     | 奈良市役所<br>所 在 地 奈良市二条大路南 1-1-1<br>受付時間 午前 9 時～午後 5 時 |
|     | 担 当 部 ・ 課 名 | 奈良市障害福祉課                                            |
|     | 電 話 番 号     | 電話番号 0742-34-4593<br>FAX 番号 0742-34-5080            |

本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名 三井住友海上火災保険株式会社

保険名 福祉事業者総合賠償責任保険

保障の概要 業務遂行損害保険、受託財物損害補償、支援事業損害補償

#### 12 身分証携行義務

移動支援従業者は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

#### 13 心身の状況の把握

移動支援の提供に当たっては、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

#### 14 連絡調整に対する協力

移動支援事業者は、移動支援の利用について市町村又は相談支援事業を行うものが行う連絡調整にできる限り協力します。

#### 15 他の指定障がい福祉サービス事業者等との連携

移動支援の提供に当り、市町村、他の指定障がい福祉サービス事業者及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。

#### 16 サービス提供の記録

- ① 移動支援の実施ごとに、そのサービスの提供日、内容、実績時間数及び利用者負担額等を、サービス提供の終了時に利用者の確認を受けることとします。また利用者の確認を受けた後は、その控えを利用者に交付します。
- ② 移動支援の実施ごとに、サービス提供実績記録票に記録を行い、利用者の確認を受けます。
- ③ これらの記録はサービス完結の日から5年間保存し、利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。  
(複写等にかかる費用は実費を負担いただきます。)

#### 17 移動支援サービス内容の見積もりについて

契約に際して、利用者のサービス内容に応じた見積もり(契約書別紙)を作成します。

#### 18 苦情解決の体制及び手順

(ア) 提供した移動支援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。(下表に記す【事業者の窓口】のとおり)

(イ) 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。

(ロ)

- ①
- ②
- ③

登録申請時に提出された「【参考様式】利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要」に基づき記載してください。

|                                                            |                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>【事業者の窓口】</b><br>(事業者の担当部署・窓口の名称)                        | 所在地 奈良市東木辻町29-8<br>電話番号 0742-731-2121 FAX 番号 0742-31-7048<br>受付時間 9:00～17:00                      |
| <b>【市町村の窓口】</b><br>(利用者の居宅がある市町村の移動支援の担当部署の名称)             | 所在地 奈良市二条大路南1-1-1<br>電話番号 0742-34-4593<br>FAX 番号 0742-34-5080<br>受付時間 午前9時から午後5時                  |
| <b>【公的団体の窓口】</b><br>社会福祉協議会<br>運営適正化委員会<br>「福祉サービス苦情解決委員会」 | 所在地 奈良県橿原市大久保町302番1<br>奈良県市町村会館内<br>電話番号 0120-21-6899<br>FAX 番号<br>受付時間 月～金曜日(祝日を除く)<br>午前9時～午後5時 |

## 19 サービス提供開始可能年月日

|                 |            |
|-----------------|------------|
| サービス提供開始が可能な年月日 | 令和 8 年 月 日 |
|-----------------|------------|

## 20 重要事項説明の年月日

|                 |            |
|-----------------|------------|
| この重要事項説明書の説明年月日 | 令和 8 年 月 日 |
|-----------------|------------|

上記内容について、**奈良市地域生活支援事業者の登録に関する要領**に基づき、利用者に説明を行いました。

|     |       |                    |
|-----|-------|--------------------|
| 事業者 | 所在地   | 奈良市東木辻町 2 9-8      |
|     | 法人名   | 株式会社ヘルプステーション ARAN |
|     | 代表者名  | 代表取締役 今西 崇久 印      |
|     | 事業所名  | 株式会社ヘルプステーション ARAN |
|     | 説明者氏名 | 今西 崇久 印            |

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

|     |    |   |
|-----|----|---|
| 利用者 | 住所 |   |
|     | 氏名 | 印 |

|     |    |   |
|-----|----|---|
| 代理人 | 住所 |   |
|     | 氏名 | 印 |

(メモ)

この重要事項説明書の内容説明に基づき、この後、契約を締結する場合には利用者及び事業者の双方が、事前に契約内容の確認を行った旨を文書で確認するため、利用者及び事業者(説明者)の双方が(署名)記名押印を行います。

サービス提供を行うに際しては、自立支援の給付を受ける利用者本人の意思に基づくものでなければならないことはいうまでもありません。

したがって、重要事項の説明を受けること及びその内容に同意し、かつサービス提供契約を締結することは、利用者本人が行うことが原則です。

しかしながら、本人の意思に基づくものであることが前提であるが、利用者が契約によって生じる権利義務の履行を行い得る能力(行為能力)が十分でない場合は、代理人(法定代理人・任意代理人)を選任し、これを行うことができます。

なお、任意代理人については、本人の意思や立場を理解しうる立場の者(たとえば同居親族や近縁の親族など)であることが望ましいものと考えます。

なお手指の障がいなどで、単に文字が書けないなどといった場合は、利用者氏名欄の欄外に、署名を代行した旨、署名した者の続柄、氏名を付記することで差し支えないものと考えます。

(例)

|     |     |                  |   |
|-----|-----|------------------|---|
| 利用者 | 住 所 | 大阪府〇〇市△△町1丁目1番1号 |   |
|     | 氏 名 | 吹 田 太 郎          | 印 |

大阪府〇〇市△△町1丁目1番1号

上記署名は 吹田 花子(子) が代行しました。

(メモ)

重要事項説明書にあたっては、利用者の障がいの特性に応じ、適切に配慮されたわかりやすい説明書やパンフレット等の文書を交付して、懇切丁寧に説明をおこなってください。

なお、書面については、点字版・拡大文字版・録音版・ルビ版・絵文字版・ビデオテープ版・手話通訳による説明など複数用意されていることが望ましいです。