

# 社会福祉法人赤平友愛会特別養護老人ホームあかびらエルムハイツ

## 施設介護サービス重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。  
(北海道 指定 第0177200045号)

当施設はご契約者に対して指定介護福祉施設サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※ 当施設への入所は、原則として要介護認定の結果「要介護3」以上と認定された方が対象となりますが、要介護1，2の方でも「特例入所対象者」であれば入所は可能です。

### 《 目 次 》

|                               |       |
|-------------------------------|-------|
| 1. 施設 経 営 法 人                 | 2     |
| 2. ご 利 用 施 設                  | 2     |
| 3. ご 利 用 施 設 の 種 類            | 2     |
| 4. 施 設 の 目 的 と 運 営 方 針        | 2     |
| 5. 施 設 の 概 要                  | 3     |
| 6. 職 員 体 制                    | 3     |
| 7. 職 員 の 勤 務 体 制              | 3     |
| 8. 施 設 サ ー ビ ス の 内 容          | 4～5   |
| 9. 利 用 料                      | 5～7   |
| 10. 苦 情 申 立 先                 | 7～8   |
| 11. 協力医療機関 ・ 協力歯科医療機関         | 8     |
| 12. 非 常 災 害 時 の 対 策           | 9     |
| 13. 当施設ご利用の際に留意いただく事項         | 9～10  |
| 14. 預 り 金 取 り 扱 い 業 務 内 容     | 10～11 |
| 15. 個 人 情 報 の 使 用 等 に 係 る 説 明 | 11～12 |
| 16. 第 三 者 に よ る 評 価 の 実 施 状 況 | 12    |
| 17. 身 元 引 受 書 及 び 委 任 状       | 13    |

## 1 施設経営法人

|           |                           |
|-----------|---------------------------|
| 法 人 名     | 社会福祉法人 赤平友愛会              |
| 法 人 所 在 地 | 〒079-1102 北海道赤平市幌岡町 47 番地 |
| 電 話 番 号   | 0125-32-0500              |
| 代 表 者 氏 名 | 理事長 西出 勝利                 |
| 設 立 年 月 日 | 平成 元年 1月20日               |

## 2 ご利用施設

|             |                           |
|-------------|---------------------------|
| 施 設 の 名 称   | 特別養護老人ホーム あかびらエルムハイツ      |
| 施 設 の 所 在 地 | 〒079-1102 北海道赤平市幌岡町 47 番地 |
| 施 設 長 名     | 施設長 井波 雅彦                 |
| 電 話 番 号     | 0125-32-0500              |
| F A X 番 号   | 0125-32-0600              |

## 3 ご利用施設の種類

|                                            |
|--------------------------------------------|
| 指定介護老人福祉施設 平成12年4月1日指定 北海道 指定 第0177200045号 |
|--------------------------------------------|

## 4 施設の目的と運営方針

|        |                                                                                                                                                                                                                             |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 施設の目的  | <p>指定介護老人福祉施設は、介護保険法令に従い居宅における生活への復帰を念頭において、ご契約者（利用者）が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことが出来るように支援することを目的とします。そのための必要な居室及び共用施設等をご利用いただき、介護福祉施設サービスを提供します。この施設は、身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ居宅においてこれを受けることが困難な方がご利用いただけます。</p> |
| 施設運営方針 | <p>あかびらエルムハイツ管理規定を基本として、常にご契約者（利用者）個々のニーズに対応し、各職種間が連携して努力を重ね、処遇の向上と施設の円滑な運営をはかり、地域における老人福祉の中心となるように努めます。</p> <p>協力団体等と連携を密にし、ご契約者との交流の場を確立し、地域に開かれた施設運営に努めます。</p>                                                           |

## 5 施設の概要

### (1) 敷地及び建物（通所介護及び短期入所生活介護を含む）

|     |           |               |
|-----|-----------|---------------|
| 敷 地 |           | 14,424㎡       |
| 建 物 | 構 造       | 鉄筋コンクリート造 平屋建 |
|     | 延 べ 床 面 積 | 2,405.1㎡      |
|     | 利 用 定 員   | 50名           |

### (2) 居室

| 居室の種類 | 室 数 | 面 積          | 備 考 |
|-------|-----|--------------|-----|
| 1人部屋  | 2室  | 1室 13.5㎡・18㎡ |     |
| 1人部屋  | 10室 | 1室 14.5㎡     |     |
| 4人部屋  | 11室 | 1室 36㎡       |     |

### (3) 主な設備

| 設備の種類     | 数  | 面 積   | 備 考 |
|-----------|----|-------|-----|
| 食 堂       | 1室 | 98.5㎡ |     |
| 機 能 訓 練 室 | 1室 | 68㎡   |     |
| 機 械 浴 室   | 1室 | 1台    |     |
| 医 務 室     | 1室 | 13.5㎡ |     |

## 6 職員体制

主事＝社会福祉主事の略

| 職 種           | 配置数   | 指定基準 | 保有資格及び備考（短期入所生活介護を含む）  |
|---------------|-------|------|------------------------|
| 施 設 長         | 1名    | 1名   | ユニット管理者                |
| 事 務 長         | 1名    | 必要数  |                        |
| 事 務 員         | 2名    | 必要数  | 主事                     |
| 生 活 相 談 員     | 1名以上  | 1名   | 社会福祉士・精神保健福祉士・介護福祉士・主事 |
| 介 護 支 援 専 門 員 | 1名    | 1名   | 介護支援専門員                |
| 介 護 職 員       | 17名以上 | 17名  | 介護福祉士等                 |
| 看 護 職 員       | 3名以上  | 3名   | 看護師、准看護師               |
| 機 能 訓 練 指 導 員 | 1名    | 1名   | 准看護師                   |
| 医 師           | 1名    | 1名   | 嘱託医                    |
| 栄 養 士         | 1名以上  | 1名   | 管理栄養士                  |
| 調 理 員         |       |      | 委託                     |

## 7 職員の勤務体制

| 職 種       | 勤 務 体 制                                                                                                                                                                                                      |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 施 設 長     | 勤 務 時 間      8 : 0 0   ~   1 7 : 0 0                                                                                                                                                                         |
| 事 務 長     |                                                                                                                                                                                                              |
| 事 務 員     |                                                                                                                                                                                                              |
| 生 活 相 談 員 |                                                                                                                                                                                                              |
| 介護支援専門員   |                                                                                                                                                                                                              |
| 機能訓練指導員   |                                                                                                                                                                                                              |
| 栄 養 士     |                                                                                                                                                                                                              |
| 介 護 職 員   | 早番の勤務時間      6 : 5 0   ~   1 5 : 5 0<br>A 勤の勤務時間      7 : 0 0   ~   1 6 : 0 0<br>B 勤の勤務時間      8 : 3 0   ~   1 7 : 3 0<br>C 勤の勤務時間      1 3 : 0 0   ~   2 2 : 0 0<br>夜勤の勤務時間      2 1 : 5 0   ~      6 : 5 0 |
| 看 護 職 員   | 早番の勤務時間      7 : 3 0   ~   1 6 : 3 0<br>日勤の勤務時間      8 : 0 0   ~   1 7 : 0 0<br>遅出の勤務時間      9 : 0 0   ~   1 8 : 0 0                                                                                         |
| 医 師       | 第週 1 回の回診（祝祭日を除く水曜日）                                                                                                                                                                                         |

## 8 施設サービスの内容

### (1) 介護保険給付サービス

| 種 類           | 内 容                                                                                       |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 食 事           | ・ 食事は、栄養及び入所者の心身状況、並びに嗜好に配慮した食事を提供します。<br>（食事時間）    朝食 8 : 00    昼食 12 : 00    夕食 18 : 00 |
| 排 泄           | ・ 入所者の心身の状況に応じて、排泄の自立につながるよう適切な援助を行います。                                                   |
| 入 浴           | ・ 入浴は、原則として週 2 回の入浴又は清拭を行います。                                                             |
| 離床・着替え<br>整容等 | ・ 心身の状況に応じて、出来る限り離床に配慮します。<br>・ 個人の尊厳に配慮し、適切な整容が行なわれるよう援助します。<br>・ シーツ交換は、週 1 回行います。      |
| 機能訓練          | ・ 日常生活を営むのに必要な機能の改善、又は減退を防止するよう、心身の状況等に応じた機能訓練を行います。                                      |
| 健康管理          | ・ 嘱託医による週 1 回の診察日を設けております。また年 2 回                                                         |

|              |                                                                                                                       |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|              | の健康診断を行い、入所者の健康管理に努めます。                                                                                               |
| 相談及び<br>援助   | ・ 入所者の心身の状況、その置かれている環境の的確な把握に努め、入所者または家族からの相談に対して適切に応じるとともに、必要な助言・援助を行います。                                            |
| 社会生活上<br>の便宜 | ・ 当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を実施します。<br>・ 行政機関に対する手続きについて、入所者及び家族で行うことが困難な場合は代行することが出来ます。 |

## 9 利用料

### (1) サービス利用料金

|                   | 第1段階                       | 第2段階 | 第3段階 | 第4段階             |
|-------------------|----------------------------|------|------|------------------|
| 要介護 1             | 多床室・従来型個室とも                |      |      | 589円             |
| 要介護 2             | 〃                          |      |      | 659円             |
| 要介護 3             | 〃                          |      |      | 732円             |
| 要介護 4             | 〃                          |      |      | 802円             |
| 要介護 5             | 〃                          |      |      | 871円             |
| 日常生活継続支援加算        | 36円/日                      |      |      |                  |
| 看護体制加算            | (Ⅰ) 4円/日 + (Ⅱ) 8円/日        |      |      |                  |
| 個別機能訓練加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ) | 12円/日(Ⅰ)+20円/月(Ⅱ)+20円/月(Ⅲ) |      |      |                  |
| 口腔衛生管理加算(Ⅱ)       | 110円/月                     |      |      |                  |
| 協力医療機関連携加算(Ⅰ)     | 50円/月                      |      |      |                  |
| 栄養マネジメント強化加算      | 11円/日                      |      |      |                  |
| 科学的介護推進体制加算(Ⅱ)    | 50円/月                      |      |      |                  |
| 生産性向上推進加算(Ⅱ)      | 10円/月                      |      |      |                  |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)     | 14.0%                      |      |      |                  |
| 居<br>住<br>費       | 第1段階                       | 第2段階 | 第3段階 | 第4段階             |
|                   | 多床室                        | 0円   | 430円 | 915円             |
|                   | 従来型個室                      | 380円 | 480円 | 880円             |
| 食費                |                            | 300円 | 390円 | ①650円<br>②1,360円 |

※ 初期加算・新規入所日、又は30日を超える入院後の再入所(30円×30日間)

※ 外泊時費用・外泊又は入院時(246円×6日間 月をまたぐ場合最長12日間)

※ 安全対策体制加算・組織的に安全対策を実施する体制を備えていること  
(20円 初日のみ)

- ※ 療養食加算・・医師の食事箋に基づき適切な栄養量及び内容の食事を提供した場合（6 円／1 食）
- ※ 退所時情報提供加算・・入院時、医療機関に対して心身の状況や生活歴等を示す情報を提供した場合（250 円/入院時）
- ※ 協力医療機関連携加算・・協力医療機関との実効性のある連携体制を構築するため、入所者の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的を開催・評価し算定になります。
- ※ サービス利用料金は、ご契約者の要介護度・所得段階に応じて異なります。
- ※ ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担を除く金額が介護保険から払い戻されます。（償還払い）償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行なうために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
- ※ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額にあわせて、ご契約者の負担額を変更します。

## （2）介護保険給付外サービスその他のサービス料金

| 区分             | 利用料                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 理容・美容サービス      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 各週日曜日に理容店の出張による理髪サービスを利用いただけますが、希望者数によって週の変動あり。</li> </ul> 理髪サービス 実費                                                                                                                                                                                   |
| 日常生活品の購入代行サービス | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者及びご家族等が購入困難である場合は、施設の購入代行サービスをご利用いただけます。</li> <li>・ 依頼のあった品物を購入するのに要した金額の実費</li> </ul>                                                                                                                                                              |
| 貴重品管理サービス      | ご契約者の希望により、貴重品管理サービスをご利用いただけます。詳細は次のとおりです。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 管理する金銭等の形態：指定する金融機関の預金通帳に預け入れているものを施設で管理します。</li> <li>・ お預かりするもの：預貯金通帳、印鑑等</li> <li>・ 保管場所：事務所金庫</li> <li>・ 保管管理者：施設長</li> </ul> 出納方法：別添の「預かり金管理要領」のとおり<br>基本サービス料 1 日あたり 20 円<br>※入所・退所の場合は、利用日数に基づき計算します。 |
| インフルエンザ予防接種等   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 希望者のみ実費をいただきます。</li> </ul> ※補助がある場合、その額を差し引いた金額になります。                                                                                                                                                                                                  |

|       |                                                                                                                        |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 特別な食事 | ・ 要した費用の実費                                                                                                             |
| その他   | ・ レクリエーション費用 ・ クラブ活動費<br>・ 日常生活品の購入代（ティッシュ・歯ブラシ・歯磨き粉・入れ歯洗浄剤等） ・ 冷蔵庫（希望者） 1 日 80 円<br>・ テレビ（従来型個室で希望者） 1 日 8 0 円※多床室は無料 |

### (3) 利用料金のお支払い方法

|                                |
|--------------------------------|
| ① 窓口での現金支払                     |
| ② 下記の指定口座への振込                  |
| 北洋銀行 赤平支店 普通預金口座 0 3 8 3 2 1 0 |
| 口座名 社会福祉法人 赤平友愛会               |
| あかびらエルムハイツ 施設長 井波 雅彦           |
| ③ 自動振替                         |
| 北洋銀行・ゆうちょ銀行・・・翌月 2 0 日振替       |
| その他金融機関・・・翌月 2 7 日振替           |

※ 上記いずれかの方法でお支払いください

※ 利用料は 1 か月毎に計算し、ご請求します。

（1 か月に満たない期間の利用料金は、利用日数に基づき計算します。）

※自動振替の方は前日までに残高等の確認をお願い致します。

※入金確認後、領収書を発行します。

## 1 0 苦情の受付と解決の手段

### (1) 苦情受付窓口

|                   |                                                                                                                                                     |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 当施設ご利用相談室         | ・ 窓口担当者 生活相談員 富田 智美<br>・ ご利用時間 毎週月～金曜日 午前 8 時～午後 5 時<br>（祝祭日除く）<br>・ ご利用方法 面接のほか電話でも受付けます<br>電話 0 1 2 5 - 3 2 - 0 5 0 0<br>・ ご意見・ご要望ボックスを正面玄関ロビーに設置 |
| 行政機関その他苦情<br>受付機関 | 赤平市役所介護保険課<br>赤平市泉町 4 丁目 1 番地<br>0 1 2 5 - 3 2 - 5 6 6 5<br><hr/> 国民健康保険団体連合会<br>札幌市中央区南 2 条西 1 4 丁目<br>0 1 1 - 2 3 1 - 5 1 6 1                     |

|  |                                                                  |
|--|------------------------------------------------------------------|
|  | <b>北海道社会福祉協議会</b><br><b>札幌市中央区北2条西7丁目</b><br><b>011-241-3979</b> |
|--|------------------------------------------------------------------|

## (2) 苦情解決の手段

### ① 利用者への通知

施設内への苦情受付の掲示、パンフレットの配布等により、苦情解決責任者は入所者に対して苦情解決責任者、苦情受付し担当者の仕組みについて周知します。

### ② 苦情受付の報告・確認

苦情受付担当者は、受付けた苦情は全て苦情解決責任者に報告します。

### ③ 苦情解決に向けての話し合い

苦情解決責任者は、苦情申出人との話し合いによる解決に努めます。

### ④ 苦情解決結果の記録・報告

- ・ 苦情受付担当者は、苦情受付から解決・改善までの経過と結果について記録します。
- ・ 苦情解決責任者は、改善に向けた取り組みを施設内で協議し、その内容について苦情申立人に報告します。

### ⑤ 解決結果の公表

サービスの選択や事業者によるサービスの質や信頼性の向上を図るため、個人情報に関するものを除き「事業報告書」等実績を掲載し公表します。

## 1.1 協力医療機関・協力歯科医療機関

| 医療機関の名称               | あかびら市立病院                                                                                                                                                            | 赤平ファミリー歯科   |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 所在地                   | 赤平市本町3-2                                                                                                                                                            | 赤平市東文京町3-1  |
| 電話番号                  | 0125-32-3211                                                                                                                                                        | 012-32-4884 |
| 診療科                   | 全科                                                                                                                                                                  | 歯科          |
| 医療機関への入院が生じた場合の対応について | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 7日以内の短期入院の場合 ～ 7日以内入院された場合は退院後再び施設に入所することが出来ます。入院期間中であっても、所定の利用料金をご負担いただきます。</li> <li>・ 7日以上 3ヶ月以内の入院の場合 ～ 7日以上</li> </ul> |             |



|  |                                                                                                                                                                |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>入院された場合は、入院初日より起算して3ヶ月以内に退院すれば、退院後も再び優先的に入所できます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 3ヶ月以内の退院が見込まれない場合 ～ 連続して3ヶ月以上の入院となった場合、契約は解除になります。</li> </ul> |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 1 2 非常災害時の対策

|                 |                                                |      |         |      |
|-----------------|------------------------------------------------|------|---------|------|
| 非常時の対応          | 別途定める「特別養護老人ホームあかびらエルムハイツ防災計画」に則り対応を行います。      |      |         |      |
| 近隣との協力関係        | 職員は近隣地域に居住しており、非常招集体制を期し、又、幌岡町内に非常時の協力を依頼してます。 |      |         |      |
| 平常時の訓練等<br>防火設備 | 設備名称                                           | 個数等  | 設備名称    | 個数等  |
|                 | スプリンクラー                                        | あり   | 屋内消火栓   | あり   |
|                 | 自動火災報知器                                        | あり   | 非常通報装置  | あり   |
|                 | 誘導灯                                            | 12箇所 | ガス漏れ報知器 | あり   |
|                 | 非常用照明                                          | あり   | 消火器     | 15箇所 |
|                 | カーテンは防災性能のあるものを使用しております。                       |      |         |      |

## 1 3 施設ご利用の際に留意いただく事項

|                 |                                                                       |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 来訪・面会           | 来訪者は、面会時間（8：00～17：00）を遵守し、必ずその都度職員に届出て下さい。備え付けの面会者名簿に記入して下さい。         |
| 外出・外泊           | 外出・外泊の際には、行き先と帰宅時間を職員に申し出て下さい。                                        |
| 嘱託医師以外の医療機関への受診 | 嘱託医師以外の医療機関の受診は、その必要性によって行いますが、場合によってはご家族の協力を得ることもあります。               |
| 居室・設備・器具の利用     | 施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損などが生じた場合、賠償していただくことがございます。 |
| 喫煙・飲酒           | 喫煙は、定められた場所以外ではお断りします。飲酒については、身体上の負担、または他の利用者に迷惑がかからない範囲でお願いいたします。    |
| 迷惑行為等           | 騒音等、他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないようにして                |

|             |                                                                                                          |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|             | 下さい。                                                                                                     |
| 喧嘩・口論・暴力行為等 | 他の入所者に迷惑を及ぼすような喧嘩、口論、暴力行為はご遠慮願います。                                                                       |
| 所持品の管理      | 所持品に対する紛失（盗難）については責任を負いかねますので、高価な所持品は持ち込まないで下さい。                                                         |
| 現金等の管理      | 「あかびらエルムハイツ入所者預り金取り扱い要領」に基づき実施します。又、所持されている現金の紛失には責任を負いかねますので、多額の現金所持はご遠慮ください。入所者同士の金銭の貸し借りはしないようにして下さい。 |
| 宗教・政治・営利活動  | 施設内で他の入所者に対する、宗教・政治・営利活動はご遠慮下さい。                                                                         |
| 動物飼育        | 施設内へのペットの持ち込み、飼育は原則としてお断りします。ただし施設長の許可がある場合は例外といたします。                                                    |

※ 施設サービス提供記録等は、利用者・家族からの希望がありましたら開示することが出来ます。又、施設の事業計画や財務内容等は閲覧することもできます。

#### 1 4 預かり金取扱業務内容

(1) 特別養護老人ホームあかびらエルムハイツ 預かり金取り扱い業務とは、入居者及び身元引受人から依頼を受け、担当職員が次の業務内容を行うことです。

##### ① 口座振替扱い

- ・ 年金の受取
- ・ 保険料納付（介護保険・国民健康保険料・固定資産税・住民税等）
- ・ 当施設への利用料の支払い
- ・ 当施設取引業者及び病院への支払い

##### ② 銀行窓口扱い

- ・ 入所者からの申し出による入出金

(2) 預かり金取り扱いにかかわる経費は、貴重品管理として1日あたり20円を頂きます。

- (3) 預かり金取り扱い内容についての開示は定期的に3ヶ月毎に郵送いたします。

開示者はあらかじめ指定してある方となり（原則身元引受人とする。）、変更が生じた場合は申し出が必要です。尚、定期開示以外にも申し出があれば開示は可能です。

- (4) 預かり金に関しての一切の内容については、(3)に記載されている開示者以外には送付できません。また、預かり金業務の終了時の通帳等の貴重品返却については本人もしくは身元引受人にのみ行います。なお、家族間のトラブルに関しては当施設は関与いたしませんのでご了承下さい。

## 15 個人情報の使用等に係る説明

いかに定める条件のとおり、特別養護老人ホームあかびらエルムハイツは、利用者ご本人及び身元引受人、家族の個人情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供又は収集することをお約束いたします。

- (1) 利用期間 介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

- (2) 利用目的 下記①～⑧のとおりです。

①介護保険における介護認定の更新、変更の為。

②ご利用者に係る施設サービス計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報共有の為。

③医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体（保険者）その他社会福祉団体等の連絡調整の為。

④入所者が、医療サービスの利用を希望している場合及び主治医等の意見を求める必要がある場合。

⑤入所者の利用する介護事業所内のカンファレンスの為。

⑥行政からの要請等に応える為

⑦その他サービス提供で必要な場合。

⑧上記各号に関わらず、緊急を要するときの連絡等の場合。

### (3) 使用条件

①個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外には決して利用しない。また、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさない。

②個人情報を使用した会議の内容や相手方等について経過を記録し、請求があれば開示する。

### (4) 肖像権及び施設内におけるボランティア・実習生との交流

①施設においてはその性格上、他のご利用者のご家族、見学者、施設管理に関する業者等の施設への出入があります。

②当法人では、記念誌・広報誌・ホームページにて、ご利用者の皆様の日常の様子を関係方面にお知らせしております。その場合、ご利用者のお写真を掲載させていただく場合がございます。

③当法人では、各種資格取得を目指す学生等の実習を行う場として施設を提供しております。

この実習生への情報提供および実習生による介助を提供する場合がございます。

## 16 第三者による評価の実施状況

|               |      |          |  |
|---------------|------|----------|--|
| 第三者による評価の実施状況 | 1 あり | 実施日      |  |
|               |      | 評価期間名称   |  |
|               |      | 結果の開示の状況 |  |
|               | ② なし |          |  |