

福祉サービス第三者評価結果の公表ガイドライン

①第三者評価機関情報

評価機関名：	社会福祉法人 鳥取県社会福祉協議会
訪問調査実施期間：	平成20年7月29日（火）

②事業者情報

名称：	社会福祉法人鳥取県厚生事業団 鳥取県立鹿野第二かちみ園	種別：	知的障害者入所更生施設
代表者氏名：	理事長 西原 昌彦	定員（利用人数）：	70名（73名）
所在地：	鳥取県鳥取市鹿野町寺内102番地	TEL	0857-84-3267

③総 評

◇特に評価の高い点

強度行動障害のある方への支援について先駆的に取り組んでいる施設で、TEACCHプログラム（自閉症の人たちに彼らを取り巻く環境の意味を伝え、意味のあるコミュニケーションをしながら、彼らとの共存世界を目指そうとするプログラム）の手法を用いた専門的な支援を行っておられます。

県下の知的障害者支援研修拠点として、県からの研修事業の受託や、実習生の受け入れも積極的に実施されています。音楽療法については職員を講師として派遣する活動も実施されています。

基本理念や運営方針のもと、マニュアルが多岐にわたって整備されているなど、個々のサービスについて標準的に実施できるようにされています。

現在は障害者自立支援法に基づく新サービス体系への移行を課題とされ、施設長のリーダーシップのもと、毎月会議が開かれ体制が整備されつつあります。組織としての風通しも良く、職階に関係なく自由に職員間で相談し合える環境が整えられています。

◇改善を求められる点

利用者満足の向上に向けた取組みについて、措置からサービス提供へと体系が変わる中で、利用者本人の満足をどう把握し、向上につなげていくのか、その仕組みの構築に期待します。

また、サービスの質を確保するために、職員の自己評価に取り組まれています。評価結果に基づく課題の設定と、課題に対する改善策・改善計画を立てられることが課題となります。マニュアルの見直しについて、いつ、どのように、誰が取り組むのかの明記が求められます。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

--

⑤各評価項目にかかる第三者評価結果

別紙のとおり

福祉サービス第三者評価結果

※すべての評価項目（55項目）について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

Ⅰ-1 理念・基本方針

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。		
Ⅰ-1-(1)-① 理念が明文化されている。	(a) b・c	法人全体の基本理念とは別に施設の基本理念及び運営方針も明文化され、パンフレットやホームページにも掲載されています。内容についても法人及び施設の使命や利用者の主体性の尊重について具体的に示されています。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	(a) b・c	
Ⅰ-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。		
Ⅰ-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	(a) b・c	年度当初の職員会議で全職員に配布されているだけでなく、朝礼、夕礼時の唱和や、職員が携帯するポケットマニュアルへの記載などにより周知されています。利用者にも各ユニットへの掲示や利用者自治会での説明により周知されています。利用者の家族にも保護者総会での説明及び配布されています。総会を欠席した保護者にも文書による送付をされています。
Ⅰ-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	(a) b・c	

Ⅰ-2 計画の策定

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅰ-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
Ⅰ-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	(a) b・c	5ヵ年単位の中・長期計画が策定されており、その年度ごとの目標をもとに事業計画が策定されています。年度末に総括を行い、事業の進捗状況や評価の見直しをされています。
Ⅰ-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	(a) b・c	
Ⅰ-2-(2) 計画が適切に策定されている。		
Ⅰ-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。	(a) b・c	前年度末の総括に基づいて、各部署の担当職員が評価や見直しをしたものを集約して事業計画が策定されています。事業計画は職員に配布されています。利用者にも説明するなど周知のための取り組みをされています。家族にも保護者総会で配布して説明されています。
Ⅰ-2-(2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。	(a) b・c	

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

評価項目	第三者評価結果	コメント
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	(a) b・c	施設長は職員会議などで、アクシデントなどが発生したときには自分が主たる責任者として解決にあたることなど、自らの役割と理念について説明されています。 遵守すべき法令について資料化しておられます。現在は特に障害者自立支援法に基づく新サービス体系への移行について、研修などで積極的に情報を集め、その都度職員に文書回覧などで情報を周知しておられます。
I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	(a) b・c	
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。	(a) b・c	サービス向上・経営改善検討委員会が設置され、施設長は施設の経営状況や諸問題の把握に努めておられます。また、問題が発生した際には、主導して改善のための職員研修を早急に行うなど指導力を発揮されています。 物置となっていた部屋を改良して職員の休憩室を新設するなど、施設の有効利用と労働環境の改善を併せて解決するような取り組みもされています。
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	(a) b・c	

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
Ⅱ-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	(a) b・c	現在最も大きな課題となっている新サービス体系への移行について、新体系移行検討委員会を中心に毎月会議を開催するなどして把握や分析が行われています。待機利用者についても市町村と情報交換するなどして把握に努められています。 経営状況についても、サービス向上・経営改善検討委員会により経営状況の把握がされ、職員に説明されています。 外部監査は実施されていません。
Ⅱ-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	(a) b・c	
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	a・b (c)	

Ⅱ-2 人材の確保・養成

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		
Ⅱ-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	(a) b・c	必要な人材については、有資格者の人数など具体的にプランが立てられ、資格取得のための勤務時間の配慮などが行われています。 人事考課は実施されていません。
Ⅱ-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a・b (c)	

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	(a) b・c	有給休暇の取得状況や勤務状況については、総務企画課において把握され、振替休日の調整などもされているほか、休日平均化の試みもされています。職員が悩みごとなどを上司などに気軽に相談できる職場環境ですが、カウンセラーの確保などを今後の課題とされています。 福利厚生事業に関しては、鳥取県公社事業団職員互助会に加入されています。
II-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	(a) b・c	
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
II-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	(a) b・c	基本理念や運営方針に職員に求める姿勢や意識が明示しており、資格や研修についても事業計画に具体的に示されています。 個別の職員についても研修計画が立てられ、それに沿って研修を受けられています。研修を受けた職員は報告書の作成や復命研修、研修内容によっては広報誌で報告するなどして、情報共有をされています。 年度末に研修委員会で研修計画の評価・見直しも行われています。
II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。	(a) b・c	
II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	(a) b・c	
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
II-2-(4)-① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	(a) b・c	法人の基本理念に基づき、事業計画に具体的に受け入れについて明文化されています。受け入れにあたってはマニュアルが整備され、事前オリエンテーションや担当教諭との面談なども行われています。 実習生ごとに実習計画表も策定され、実習終了時には反省会を行って振り返りも行なわれています。
II-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	(a) b・c	

II-3 安全管理

評価項目	第三者評価結果	コメント
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。		
II-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	(a) b・c	リスクマネジメント委員会が設置され、リスクの分析や改善策の検討、マニュアルの策定や年度ごとの定期更新などが行われています。マニュアルは検索、防災、応急処置、感染症などリスクの種類ごとに整備されています。 ヒヤリハット表も整備され、ケースごとに原因の分析と改善策が記録されています。
II-3-(1)-② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	(a) b・c	

II-4 地域との交流と連携

評価項目	第三者評価結果	コメント
II-4-(1) 地域との連携が適切に確保されている。		
II-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	(a) b・c	<p>基本理念や運営方針に地域との関わりについて明文化されています。地域の行事に積極的に参加されていたり、近所の店舗や理髪店などを利用者分かりやすく地図で示されていたりします。</p> <p>事業所が有する機能の地域への還元として、音楽療法の講師派遣などの取り組みをされています。</p> <p>ボランティアもマニュアルを整備して受け入れておられます。施設行事への参加のほか、地域のボランティアによる自治会喫茶が定期的に施設の中で運営されており、利用者と触れ合える機会も設けられています。</p>
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	(a) b・c	
II-4-(1)-③ ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	(a) b・c	
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	(a) b・c	<p>関係機関をリスト化し、職員間で情報共有されています。</p> <p>『エール』鳥取県自閉症・発達障害支援センターや自閉症協会と、処遇向上や情報共有を目的として、毎月開催されるとともに必要に応じてケース検討会を実施されています。</p>
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	(a) b・c	
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	(a) b・c	<p>民生委員との意見交換会を年1回開催し、ニーズの把握を継続的に行われています。</p> <p>各市町村との連携による、日帰りショートステイの受け入れにより、ニーズに基づく事業を展開されています。</p> <p>求めに応じて音楽療法の講師を派遣する活動もされています。</p>
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	(a) b・c	

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解を持つための取り組みを行っている。	(a) b・c	<p>基本理念、運営方針に利用者の基本的人権の保障や個人の尊厳、プライバシーの保護について記載されており、全職員に対して人権研修も行われています。</p> <p>プライバシーの保護については法人規程に基づいてマニュアルが整備され、それぞれの処遇に関するマニュアルにもプライバシーに関する注意点が記されています。</p>
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	(a) b・c	
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	(a) b・c	<p>利用者満足の向上については基本理念の中に明文化されています。利用者自治会などで出た要望や意見については、苦情解決委員会や給食委員会（食べ物に関する要望が特に多い）などで検討され、改善や見直しをされています。</p> <p>保護者へのアンケートや懇談会を実施し、要望について職員会議などで改善策等を検討されていますが、その集計や分析、検討のための仕組みづくりについては今後の課題とされています。</p>
Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	a (b)・c	

Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
Ⅲ-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	(a) b · c	重要事項説明書や施設内掲示によって、苦情受付窓口や責任者、第三者委員会や苦情解決委員会など複数の相談方法が選択できることが利用者や家族に示されています。個別に相談を受けるための相談室や意見箱の設置もされ、相談しやすい配慮もされています。 苦情対応マニュアルも整備され、ユニット段階での対応、施設全体での対応など、内容によって迅速に対応できる体制が整備されています。
Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	(a) b · c	
Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	(a) b · c	

Ⅲ-2 サービスの質の確保

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。		
Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	(a) b · c	第三者評価の実施は今回が初めてですが、法人内部で自己評価を各担当者の話し合いのもとに実施されています。 自己評価後の期間が短かったため、組織としての評価結果に対する課題の明確化や改善策の検討はまだ不十分ですので、検討過程を記録し、文書化されることを望みます。
Ⅲ-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	a (b) · c	
Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	a · b (c)	
Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(2)-① 個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	(a) b · c	入浴、食事、排泄、余暇支援等の個別のマニュアルが整備されているだけでなく、基本的な処遇等に関する事項をまとめたポケットマニュアルを各職員が携帯されています。 各マニュアルについて、年1回見直す方針はありますが、担当部署がはっきりしていないという課題があります。
Ⅲ-2-(2)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a · b (c)	
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	(a) b · c	利用者一人ひとりへのサービス実施状況は所定の様式に従って記録されています。記録は個別具体的でサービスの実施状況を確認できる取組をされています。 記録管理は法人の情報管理規程に基づいて、管理者の決定や定められた書庫への保管が行われています。情報開示についても法人の規定に基づいて行われています。 利用者の状況等については、ユニット連絡簿、作業日誌にて、個別具体的に留意事項が伝達されています。
Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	(a) b · c	
Ⅲ-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	(a) b · c	

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	(a) b・c	ホームページにて施設やサービス内容などを紹介されているほか、サービスの開始にあたり、利用者と家族に実際に施設を見学をしていただけるようにされています。 サービス開始時には利用者に理解できるように重要事項説明書や契約書について時間をかけて説明し、同意を得ておられます。
Ⅲ-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	(a) b・c	
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	(a) b・c	サービス終了時には引継書を作成され、引継先への情報提供が行われています。家庭へ移行となった場合でも、家族や利用者に対して、支援主幹を窓口として相談を受け付けていることを伝えられています。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	(a) b・c	アセスメントは統一の様式と作成マニュアルに基づいて実施され、定期的に見直しを行うようにされています。様式は利用者一人ひとりについて状態や課題が細分化した表にしてあるなど、分かりやすい工夫もされています。
Ⅲ-4-(1)-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	(a) b・c	
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	(a) b・c	ケアプランは作成マニュアルに基づき、責任者を設置して作成されています。 見直しは年1回で定期的に行っておられます。家族や利用者にも説明されており、マニュアルに従って同意を得たのち、署名をもらうようにされています。緊急を要する場合には、早急に見直しを行い、朝礼、夕礼時に職員に周知されています。
Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	(a) b・c	

福祉サービス第三者評価結果 (付加基準－障害者・児施設版－)

※すべての評価項目（26項目）について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

A-1 利用者の尊重

評価項目	第三者評価結果	コメント
A-1-（1）利用者の尊重		
A-1-（1）-① コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	(a)・b・c	<p>TEACCHプログラムの視覚支援の手法などを活用し、写真カードなどを用いてコミュニケーションを図られています。</p> <p>自治会役員会も月に1回開催されています。職員も参加して利用者の意向を尊重した活動支援が行われています。</p> <p>利用者それぞれの状況に応じた一日の日常生活活動が書かれたスケジュール表に、利用者自身でできたことをチェックできるような取組もしております。</p> <p>地域の理美容院や店舗、コンビニエンスストアなどの情報も地図で分かりやすく示し、買い物支援なども行われています。</p>
A-1-（1）-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	(a)・b・c	
A-1-（1）-③ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	(a)・b・c	
A-1-（1）-④ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	(a)・b・c	

A-2 日常生活支援

評価項目	第三者評価結果	コメント
A-2-（1）食事		
A-2-（1）-① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	(a)・b・c	<p>食事については個別支援計画、食事介助マニュアルに基づいて支援されています。</p> <p>献立についても、毎月実施される給食委員会で自治会役員会などで出た意見を取り入れて決定し、事前に写真で利用者にしてもらいます。</p> <p>喫食環境についても、冷蔵庫に保管するなどして衛生面の範囲内で利用者の好きな時間に食べられるようにしたり、人に見られることを嫌う利用者には離れた座席を用意するなどの配慮をされています。</p>
A-2-（1）-② 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	(a)・b・c	
A-2-（1）-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	(a)・b・c	

A-2-(2) 入浴		
A-2-(2)-① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	Ⓐ・b・c	<p>入浴については個別対応マニュアルを作成し、利用者の状況に応じて介助され、支援状況も記録されています。</p> <p>入浴時間も利用者の希望や生活スタイルに応じて決められており、発汗、失禁時の一時入浴もできるようにされています。</p> <p>脱衣場の室温は調整可能となっており、気候に合わせて調整されています。プライバシー保護についても、利用者が自分で鍵を掛けられる構造にされています。</p>
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	Ⓐ・b・c	
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	Ⓐ・ - ・ c	
A-2-(3) 排泄		
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	Ⓐ・ - ・ c	<p>排泄マニュアル及び個別支援マニュアルに従って排泄介助が行われています。特記事項はケース記録やユニット連絡簿などに記載されています。マニュアルにはプライバシー面での注意事項も記載されています。</p> <p>トイレの清掃は毎日実施され、汚染時には適宜清掃されているので清潔です。</p>
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	Ⓐ・ - ・ c	
A-2-(4) 衣服		
A-2-(4)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	Ⓐ・b・c	<p>衣服については利用者本人の好みを尊重され、必要に応じて職員から助言や衣類購入の支援が行われています。</p> <p>汚れがあれば適宜更衣介助が行われてれます。</p>
A-2-(4)-② 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	Ⓐ・b・c	
A-2-(5) 理容・美容		
A-2-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	Ⓐ・b・c	<p>近隣の理美容院の情報は地図で分かりやすく提供されています。送迎や付き添いも実施しており、利用者が単独で出かける際にも事前に相手先に電話連絡を行うなど調整をされています。</p>
A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	Ⓐ・ - ・ c	
A-2-(6) 睡眠		
A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	Ⓐ・ - ・ c	<p>夜間就寝時の介助マニュアルや個別支援マニュアルが整備されています。寝具についても利用者の好みのものを使用できるようにされています。</p>
2-(7) 健康管理		
A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	Ⓐ・ - ・ c	<p>医療マニュアルや服薬管理マニュアルが整備されています。</p> <p>協力医療機関も確保されており、近所にも嘱託医師の病院があります。</p> <p>服薬状況について拒否等で服薬できていないときはユニット連絡簿や作業日誌に記載し、職員間で情報共有をされています。</p>
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	Ⓐ・b・c	
A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	Ⓐ・ - ・ c	

A-2-(8) 余暇・レクリエーション		
A-2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	Ⓐ・b・c	行事やイベント情報は、市報などの情報誌をファイルしたものをユニットごとに設置したり、希望があれば提供するなど利用者に伝えておられます。地元の行事にも参加し、必要があれば外部ボランティアの協力も得ておられます。
A-2-(9) 外出、外泊		
A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	Ⓐ・b・c	利用者から希望があれば適宜外出の支援を行われており、付き添いの機能があれば職員が同行されています。安全確認が必要な利用者については連絡カードを携帯していただくようにされています。 外泊についても利用者、家族の要望に応じて実施されています。
A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	Ⓐ・b・c	
A-2-(10) 所持金・預かり金の管理等		
A-2-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	Ⓐ・b・c	預かり金については預かり金管理規程をもとに、管理責任者を明確にして管理しておられます。利用者によっては小遣い帳で金銭の自己管理ができるようにしておられ、地域の店舗の理解も得て買い物ができるようにされています。 新聞、雑誌も個人購読ができるようにされており、自分の部屋でテレビを見ることもできるようにされています。 喫煙をする利用者については、喫煙場所を設置し、個別支援計画をもとに、本人の意向を尊重して、喫煙できるようにされています。飲酒をする利用者についても、個別支援計画のもと、本人の意思を尊重しながら時間などのルールを定めておられます。
A-2-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	Ⓐ・ - ・ c	
A-2-(10)-③ 嗜好品（酒、たばこ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	Ⓐ・ - ・ c	