

## 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21年11月 9日 (月)

### 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 (72名)
所在地：	鳥取県鳥取市鹿野町今市1078番地 TEL 0857-84-2033		

### ③総 評

#### ◇特に評価の高い点

地域に根ざした運営を続けて来られ、地域の公民館との連携や、音楽療法の講師派遣をはじめ、強度行動障がい研修を関係機関に公開するなど、施設が持つ機能を外部に還元する取り組みをされています。行政、医師、臨床心理士などの専門家との連携を図り、緊急の場合にはこれら関係者が集ってのカンファレンスが早急に開かれるなど、利用者尊重のサービス提供にも努力されています。

#### ◇改善を求められる点

経営上の改善課題の発見とその解決のための客観的な情報を得るためにも外部監査の実施が望まれます。  
利用者等からの苦情・意見等に対する経緯がさらにわかりやすくなるよう記録の改善と、より迅速に対応する仕組みになるよう今後の取り組みを期待します。

### 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。	Ⓐ・b・c	法人理念・基本方針、施設の理念・基本方針とも、施設内のわかりやすいところに掲示され、ホームページでも公開されています。また、広報紙にも盛り込み、関係機関への配布もされています。 また、毎年4月には確認のための会議がもたれています。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c	施設理念は職員が参画し、平成20年度当初に確立されました。職員への周知は新任職員には着任直後に、全職員には職員会議を通じて施設長が説明されています。また、職員間で毎日朝夕、理念・基本方針が唱和されています。利用者へはユニットごとに掲示し、周知に努められています。家族へは保護者会の総会で説明され、欠席者には資料を郵送され周知に努められています。
Ⅰ-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c	法人事務局が示した様式に従って、施設運営・財産管理、福祉サービス向上、組織・職員（人材育成）の3分野に分けて、5カ年の計画が策定されています。半年度の事業計画はこの中・長期計画に沿ったものとなっています。
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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c	前年度末に部署ごとで当年度計画の評価を実施し、総括会議で全職員で評価・見直しが行われています。その結果に基づき、中・長期計画、法人の計画を盛り込んだ、新年度事業計画が策定されています。利用者・保護者・職員に計画書を配布し説明し、周知に努められています。
Ⅰ-2-(2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。	Ⓐ・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	施設長の役割が、組織図や事務分掌によって明確にされており、職員会議で施設長が責任と方針等を表明されています。 施設長が労務管理研修に参加されるなど、組織に必要な法令等の把握に努められています。得た内容については、職員会議などで報告されています。 遵守すべき法令等に関して虐待防止、労働関係法令などがリスト化され閲覧が可能な状態で保管されています。
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	日常的に施設内の諸問題を把握されるとともに、毎月開催される「サービス向上、経営改善委員会」を通して、経営・業務の改善点が把握されています。把握した課題と改善に向けた指導力は委員会の場で発揮されています。
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	新サービス体系への移行に向けて「サービス向上、経営改善委員会」を開催し、課題把握や分析が行われています。 利用希望者については、毎月、市町村別に把握されています。また、各市町村との連携に努めようと調整会議が行われていますが、市町村によって参加のバラつきがあります。 利用稼働率や、経費削減の推移に基づき、経営状況の分析が行われています。 外部監査は実施されていません。今後は、経営上の改善課題の発見とその解決のための客観的な情報を得るためにも外部監査の実施が望まれます。
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	中・長期計画に資格取得に向けた数値目標を明確にし、取り組まれています。 人事考課は行われていません。
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	総務企画担当において、年休取得、時間外勤務数を定期的にチェック、把握されています。 疲労とストレスについて研修が行われ、メンタルヘルス対策も講じられています。衛生管理委員会が設けられ、産業医に相談できる体制が整えられています。 鳥取県公社・事業団等職員互助会に加入するほか、施設内での親睦会も年数回行われており、福利厚生事業が実施されています。
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	法人・施設とともに基本方針で職員の研修・教育に取り組む姿勢が明確にされています。 中・長期計画では、施設としての研修計画が明確になっています。また、職員の個別希望に沿った研修が受けられるよう配慮されています。新任職員にはユニットリーダーによるOJTが行われています。 研修の復命により研修担当が評価する仕組みも講じられ、年度開始時には総括的に見直しが行われています。
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	実習受け入れマニュアルに基づき、学校側の意見も取り入れながら、実習生を受け入れておられます。学校によっては実習協定が結ばれており、実習スケジュールにより計画的に実施されています。実習生に対して担当職員を配置し、実施指導を行うとともに、反省会で実習の振り返りが行われています。
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	防災（火事、地震）、感染症予防マニュアル、リスクマネジメントマニュアルが整備されています。防災訓練はマニュアルに従い、年4回以上行われています。 リスクマネジメントマニュアルによって、ヒヤリハットシステムが構築されており、ユニット別、作業班別に1ヶ月に1回の対策・評価会議が設けられています。 外出の際の安全対策として「外出外泊時緊急連絡安心カード」を作成し活用されています。
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	基本方針に地域との連携や地域貢献について明記されています。 利用者が地域の公民館活動に参加できるよう、公民館便りをユニット内に掲示するなど、利用者が地域に出て行くための環境が整えられています。また、地域の行事・趣味活動に利用者が参加され交流されています。 強度行動障がいの研修を公開とし、こじか園へ音楽療法の講師を派遣し、事業所の機能を地域に還元されています。 ボランティアの受け入れはマニュアルに基づき行われています。
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	地域の社会資源をリスト化し、また「よりよい暮らしのために」を各部署に備え付け、職員の情報共有が図られています。 『エール』鳥取県自閉症・発達障害支援センター、医師、臨床心理士を交え、ケース検討会が毎月開催されるとともに、必要に応じて随時開催されています。 連絡会等の内容は供覧し、職員の情報共有に努められています。
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	各地域の民生委員の視察の際や地域民生委員との定例会見交換会を通じて、地域の福祉ニーズの把握が継続的に行われています。 市町村や関係機関と連携し、在宅障がい児・者や家族の施設見学、ショートステイの受け入れが行われています。
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	基本理念・方針に利用者尊重について明示し、朝礼・夕礼時に唱和されています。プライバシー保護マニュアルを整備され職員への周知徹底を図り、職員の人権研修にも取り組まれています。
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) 利用者満足の上昇に努めている。		
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。	(a)・b・c	基本理念に利用者の満足度を考慮することが明示され、利用者自治会、保護者会、利用者アンケートを通じて満足度の把握に努められています。 ユニットを通して日常的にもニーズの把握に努められ、利用者アンケートの結果に基づき、改善策の検討がされています。
Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の上昇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	相談に応じる基本姿勢は運営方針に明示され、苦情受付について窓口担当者、第三者委員が施設内に掲示されています。 苦情解決検討委員会実施要綱による苦情解決システムが確立されています。 利用者からの意見について自治会や給食委員会などを通じ、積極的に聞く姿勢が保たれ、出た意見については、改善に向けた検討をされています。 利用者からの苦情・意見等に対する経緯がさらにわかりやすくなることと、より迅速に対応する仕組みになるよう今後の取り組みを期待します。
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	職員によるサービス評価をもとに、職員が参画するサービス向上委員会にて年1回、自己評価が行われています。 自己評価に基づき、①利用者の権利擁護への配慮、②日常生活の支援、③専門的サービス、④地域福祉、⑤施設整備環境、⑥運営管理、⑦社会就労センター固有のサービスの7つに項目化し組織として取り組むべき改善点がまとめられています。 改善点については、サービス評価改善計画が立てられ、取り組まれています。
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	個々のサービスについて各マニュアルが整備されています。 各マニュアルについて、年1回、担当部署により見直しが行われています。
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	一人ひとりのサービス実施状況は、各種様式に基づいて記録され、利用者個々の記録が整備されています。 記録の管理は規程に基づき、保存・廃棄され、同様に情報開示についても規程に基づき応じられています。 ケース記録については、組織的に共有されるよう報告する仕組みが確立されているとともに、各ユニット支援日誌、作業班日誌、医務日誌、ケース記録により利用者の状況の情報の共有化が図られています。
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	ホームページによる情報公開のほか、広報紙によりサービス選択に必要な情報が提供されています。 サービスの開始に当たっては、利用者と家族に施設を見学していただくよう配慮されています。 サービス開始時には重要事項説明書等、各資料により担当職員が説明し、同意の署名捺印が得られています。
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	移行については「入退所取り扱い要領」により対応されています。移行の際には、引継書を作成し情報提供されています。また、必要に応じてその後の相談にも応じられています。 地域自立生活に向けたグループホームの利用促進が行われています。

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	個別支援マニュアルが整備され、一定のアセスメントが行われています。定期的な見直しは年1回実施されていますが、状況に変化があれば、随時見直しが行われています。 個別支援計画では、食事・排泄・入浴の場面ごとによる課題の明示と、健康面その他の状況が記載されています。
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	サービス実施計画は策定の責任者が定められており、カンファレンスにおいて職員間で情報が共有されています。 サービス実施計画の見直しは、利用者や家族等の同意を得て、年1回、また、状況に変化があれば、随時見直しが行われています。 変更内容・実施内容は職員会議、ユニット会議、班会議、連絡簿等で全職員へ周知されています。
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	利用者ひとり一人の個別の状況に応じ、利用者固有のサインの発見や、絵カードなどを用いてコミュニケーションの手段や方法が工夫されています。 利用者の自治会が組織されており、自治会に担当職員を配置し主体的な活動が支援されています。 外部の知人との交流は、相談室利用、自室利用など自由に選択できるよう配慮されています。 個々のアセスメントに基づき、日常生活上の行為の介助が必要な部分、不必要な部分について、利用者または家族等に了解を得て、見守りながら必要に応じた支援が行われています。 買い物の方法や公共交通機関の乗り方など、地域自立生活を高めるプログラムを個別支援計画によって定め、取り組まれています。
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	個別支援計画に基づき、個別の身体状況に応じて食事形態やカロリー等を考慮した食事が提供されています。 給食委員会に利用者が参画することで、利用者の意向を伺い、献立に反映されています。 食事に関するマニュアルに基づき、喫食環境の整備や食事の時間に幅を設け、個々の配慮がなされています。
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。	(a) b · c	<p>入浴支援マニュアルと個別支援マニュアルに基づき、個別の状況に応じた介助・見守りがなされています。</p> <p>入浴可能な時間は、13時30分から21時で、この他に外での作業後や失禁など必要と希望に応じて入浴ができるよう配慮されています。</p> <p>脱衣場の冷暖房は、身体状況に応じて調節するように配慮され、カーテンやタオルの工夫によりプライバシーが確保されています。その他、利用者の自治会や会議で福祉用具の導入や施設改修も含め改善点が検討されています。</p>
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	(a) b · c	
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	(a) b · c	
A-2-(3) 排泄		
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	(a) · · · c	<p>排泄マニュアル、個別支援マニュアルを整備すると共に、必要に応じて排便チェックリストが作成され、個別支援計画に基づき支援がなされています。</p> <p>身体状況に応じた設備・補助具が配備され、プライバシーに配慮されたトイレも整備されています。</p>
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	(a) · · · 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。	(a) · · · c	<p>利用者の好みを尊重したうえで、必要に応じて職員が助言し衣類の購入などの支援がなされています。</p> <p>入浴時や起床時等の更衣の支援や、汚れなど本人の希望により適切に更衣の支援がなされています。</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。	(a) · · · 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。	(a) b · c	<p>髪型や地域の理美容院の情報を提供し、利用者の好みを尊重した支援がなされています。</p> <p>地域の理美容院活用の希望があれば、必要に応じて送迎や付き添うなど配慮されています。</p> <p>単独で出かけることのできる利用者への配慮として、理美容院へ事前に電話連絡し調整されています。</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。	(a) · · · c	
A-2-(6) 睡眠		
A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	(a) · · · c	<p>夜間就寝時マニュアルや個別支援マニュアルに基づき、支援がなされています。寝具は利用者の好みに応じて使用できます。</p> <p>不眠のある場合は、日中の活動を見直すとともに、医療相談などで対応されています。</p>
2-(7) 健康管理		
A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	(a) · · · c	<p>医療・服薬管理マニュアルに基づき、健康管理、または適切な医療が受けられるよう取り組まれています。</p> <p>協力医療機関を確保し、医師の定期的検診を実施されるとともに、施設看護師による健康指導が適宜実施されています。</p> <p>服薬の情報は家族・本人に説明されるとともに、支援する職員も把握されています。服薬状況について、拒否などで服薬できていない場合も日誌に内容を記載し、職員間で情報の共有がされています。</p>
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	(a) 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。	(a) · · · 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。	a · b · c	地域行事やイベント等の情報は施設内に掲示されるとともに、利用者に応じた方法で周知されています。地域行事には、希望者を募り、参加が促されています。また、施設行事・レクリエーションの企画に、利用者自治会の意向も取り入れられています。
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。	a · b · c	外出は利用者の希望に応じて行われ、付き添いの希望があれば職員が同行、安全確認が必要な利用者は連絡カードを携帯するよう配慮されています。 通院などボランティアにかかわっていただくよう積極的に取り組まれています。 外泊は利用者、家族の希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。	a · 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。	a · b · c	預かり金管理規程を整備し、管理責任者が明確にされ管理体制が整っています。 自己管理が可能な利用者には小遣い帳を利用して、管理の支援がなされています。 新聞や雑誌の個人講読が可能な他、新聞は事務所に準備されており、閲覧が可能な状況です。 嗜好品について個別支援計画に基づき、本人の意向が尊重されています。なお、たばこについては健康への影響のあることをポスターで情報提供されており、飲酒については他の利用者との関係もあり、時間等のルールを決めるよう話し合いが持たれています。
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。	a · - · 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。	a · - · c	