

## 愛知県福祉サービス第三評価事業 評価結果

### ①第三者評価機関名

大平福祉サービス第三者評価機関
-----------------

### ②施設・事業所情報

名称：自由の杜	種別：障害者支援施設	
代表者氏名：(施設長) 柴田 肇	定員（利用人数）： 40 名	
所在地：愛知県豊橋市老津町字池上106番地の2		
TEL：0532-23-5181		
ホームページ：http://jiyumori.sakura.ne.jp/		
<b>【施設・事業所の概要】</b>		
開設年月日 平成14年4月		
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 双樹会		
職員数	常勤職員： 37 名	非常勤職員 41 名
専門職員	社会福祉士 2 名	精神保健福祉士 1 名
	介護福祉士 7 名	栄養士 1 名
	看護師 2 名	管理栄養士 1 名
施設・設備の概要	敷地	3,146㎡
	建物(鉄筋コンクリート造3階建)	1,863.75㎡

### ③理念・基本方針

#### ○理念

法人・施設職員と利用者・保護者是一对の樹木のように対等の立場にあるとの認識のもとに、入居者が自由に楽しく生活することを最優先にしています。

#### ○基本方針

入居者が家庭的な雰囲気の中で日々生活することができるよう、居室はすべて個室とし、入居者10名を1グループとしたユニットケアを取り入れています。

自閉症の方が8割入居されていますので、自閉症の方の社会生活自立支援の方法を中心に考えるべく、個人個人に向かい合ってお互いの成長を目指しています。

### ④施設・事業所の特徴的な取組

時間を守ることや片づけ、掃除などの『生活の基本』を大事にするとともに、 『障害特性に応じた個別対応』をすることで利用者に対する支援の充実を図っています。
---

### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 28 年 9 月 1 日（契約日）～ 平成 29 年 3 月 10 日（評価決定日）
受審回数 (前回の受審時期)	1 回 (平成25年度)

## ⑥総評

### ◇特に評価の高い点

- ・自閉症の利用者が多い中、利用者の気持ちを汲み取り、毎日楽しく生活できるよう、組織全体で取り組んでいる。
- ・管理栄養士の指導の下で、季節に応じた献立作り等、食事に関して特に自信があるように感じた。
- ・利用者の描いた絵が飾られ、清掃が行き届いた施設内で、利用者や職員のあいさつが気持ちよかった。
- ・施設内託児所やカフェ等の充実した設備、職員の有休消化率も高めとのことで、働きやすい職場作りもよく考えられている。

### ◇改善を求められる点

- ・マニュアル・規定等について整理し、誰でもすぐに確認できるよう、一覧表の作成が望まれる。
- ・経営者や管理者間では目標が理解されているようだが、組織全体に周知されるシステムの構築が望まれる。

## ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

格別の意見はない。

## ⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

## 第三者評価結果(共通項目)

※すべての評価細目(45項目)について、判断基準(a・b・cの三段階)に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

### 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

		第三者評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	共1	①・b・c
〈コメント〉・理念、基本方針が明文化されており、職員への周知は朝礼や会議時に定期的に行われている。 ・パンフレットやホームページ等に記載され、利用者や家族への周知にも配慮されている。		

#### I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	共2	a・②・c
〈コメント〉・把握・分析はされているようだが、その情報やデータがどのように中・長期計画や事業計画に反映されているのか不明であった。		
I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	共3	a・②・c
〈コメント〉・経営状況や改善すべき課題について、全役員間での共有がなされているが、職員に対しては一部の者に限定されている。		

#### I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	共4	a・b・③
〈コメント〉・経営者に中・長期的なビジョンはあるが、裏付けとなる数値的なものは明確にされていない。		
I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	共5	a・b・③
〈コメント〉・具体的な計画表の確認はできなかった。		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	共6	a・②・c
〈コメント〉・事業計画の策定は理事長及び一部幹部で行われ、その後職員に周知し見直しが行われているようだが、記録がされていないため、資料の確認ができなかった。		
I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	共7	a・②・c
〈コメント〉・保護者会で口頭で説明されているが、理解の助けとなる資料は作成していない。 ・施設の特性上、利用者への周知は難しいと思われる。		

#### I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	共8	①・b・c
〈コメント〉・定期的な会議で福祉サービスの質の向上に向けた分析や検討を行っている。 ・職員に対し毎月アンケートを実施し、その内容について上司と面談し、自己啓発につなげている。		
I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし計画的な改善策を実施している。	共9	①・b・c
〈コメント〉・主任会議で改善策や改善実施計画を検討し、議事録を職員に回覧している。 ・3年前の第三者評価により、職員の意識が非常に変わったとのこと。		

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

### Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果		
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。				
Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	共10	a	ⓑ	c
＜コメント＞ ・年2回の全体会議の場において全職員に対して表明し理解を図っているが、「文書化」はされていない。				
Ⅱ-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	共11	Ⓐ	b	c
＜コメント＞ ・理事長自身が弁護士のため、遵守すべき法令への理解も職員へ徹底している。				
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。				
Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	共12	a	ⓑ	c
＜コメント＞ ・職員の研修参加の指示について総合的な判断に基づいて行われている。				
Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	共13	a	ⓑ	c
＜コメント＞ ・人員配置に不足が出ないように、同地域、同施設間で比較検討した上で採用活動している。				

### Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果		
Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。				
Ⅱ-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	共14	a	ⓑ	c
＜コメント＞ ・市の人員配置区分に基づき人員確保できており、職員の定着に関しては満足している。 ・実習に来た学生が翌年度に就職するなど効率的な人材が確保ができています。				
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	共15	a	ⓑ	c
＜コメント＞ ・「キャリアパスの要件」資料に基づき、面談等を通じて総合的に行われている。				
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、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	共16	Ⓐ	b	c
＜コメント＞ ・ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っており、有給消化率も高い。 ・リラックスルーム（職員食堂）、カフェ、託児所等、職員が働きやすい職場づくりに取り組んでいる。				
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 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	共17	a	ⓑ	c
＜コメント＞ ・定期的な面談により育成に向けた取組が行われているが、体系化された研修計画の策定はない。				
Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	共18	a	ⓑ	c
＜コメント＞ ・計画的に外部研修に参加させているがようだが、研修成果の評価、分析が記載された文書は確認できなかった。				
Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	共19	Ⓐ	b	c
＜コメント＞ ・施設から参加されている以外の研修については、職員に対し情報提供をし、希望者が参加できるように配慮している。				

II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	共20	① ・ b ・ c
<コメント> ・実習生受入に関するマニュアルは作成されている。 ・毎年50人以上の実習生を受け入れている。		

### II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	共21	① ・ b ・ c
<コメント> ・事業所の事業や財務等に関する情報について、ホームページで適切に公開し、随時更新することにより、運営の透明性は確保されている。		
II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	共22	a ・ ② ・ c
<コメント> ・事務、経理、取引については税理士と契約し、経理規定等を遵守している。 ・内部監査は行われているようだが、5年に1回程度の外部監査が望まれる。		

### II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	共23	① ・ b ・ c
<コメント> ・秋祭り等のイベントを開催する際に、プログラムを周辺地域に配布しており、毎年多くの地域住民が参加している。		
II-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	共24	① ・ b ・ c
<コメント> ・ボランティア等の受入れに対するマニュアルの作成に基づき対応されている。 また学校等を通さない個別の問い合わせにも対応されている。		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	共25	a ・ ② ・ c
<コメント> ・新設した相談支援センターを活用しているようだが、まだ利用者は少ないようである。 今後積極的に外部へアピールすることが望まれる。		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
II-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	共26	a ・ ② ・ c
<コメント> ・災害等の避難所に指定されている。 ・地域住民が直接相談に訪れることもあり、その都度適切な対応をしている。		
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	共27	a ・ ② ・ c
<コメント> ・施設内託児所の外部利用者の受入準備を進めている。		

### 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

		第三者評価結果	
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 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	共28	Ⓐ	・ b ・ c
〈コメント〉 ・ 定期的な勉強会や会議等で情報共有している。			
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	共29	a	・ Ⓑ ・ c
〈コメント〉 ・ プライバシー保護と権利擁護に関する取組は充分行われているようだが、マニュアル、手引書等の整備が望まれる。			
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。			
Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	共30	a	・ Ⓑ ・ c
〈コメント〉 ・ 印刷物、パンフレット、ホームページ等を作成し、施設見学に随時対応している。			
Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	共31	a	・ Ⓑ ・ c
〈コメント〉 ・ 個別支援計画等の定められた様式により、保護者に対し説明している。			
Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	共32	a	・ Ⓑ ・ c
〈コメント〉 ・ 状況に応じて個別に対応しているようだが、さらなるサービスの継続性が望まれる。			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。			
Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	共33	Ⓐ	・ b ・ c
〈コメント〉 ・ 利用者本人の気持ちは不明だが、保護者との連絡のノートを通じ、意見や要望を把握し、対応している。			
Ⅲ-1-(4) 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-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	共34	a	・ Ⓑ ・ c
〈コメント〉 ・ 苦情解決の仕組みは確立しているようだが、過去にクレームが一度も無いため周知・機能しているかは不明である。			
Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	共35	Ⓐ	・ b ・ c
〈コメント〉 ・ 利用者の特性上、相談や意見を述べられることはないが、選択できる環境を整備したり、表情などから気持ちをくみ取り対処している。			
Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	共36	Ⓐ	・ b ・ c
〈コメント〉 ・ 保護者との連絡ノートや保護者会での相談や意見に対して迅速に対応している。			
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。			
Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	共37	Ⓐ	・ b ・ c
〈コメント〉 ・ 事故防止委員会を設置し、ヒヤリハット・事故報告書を作成すると共に、会議で分析し、改善策を検討している。			
Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	共38	Ⓐ	・ b ・ c
〈コメント〉 ・ 集団感染防止のためのマニュアルを作成し、職員に周知徹底を心がけている。 ・ 毎年インフルエンザ予防接種を実施している。			
Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	共39	Ⓐ	・ b ・ c
〈コメント〉 ・ 消防署等の関連機関と連携し、年4回避難訓練を実施している。 ・ 食料や備品などを7日間分備蓄し、リスト化して管理している。			

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	共40	a ・ ㉞ ・ c
〈コメント〉 ・ 日課表やサービス利用表などにより、日常的に活用されている。		
Ⅲ-2-(1)-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。	共41	a ・ ㉞ ・ c
〈コメント〉 ・ 個別支援計画に基づき半年に1度見直しを実施しているが、改定記録の確認はできなかった。		
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	共42	a ・ ㉞ ・ c
〈コメント〉 ・ 定めた手順により計画的に実施されている。		
Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	共43	a ・ ㉞ ・ c
〈コメント〉 ・ ユニット会議で定期的に行っている。		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化させている。	共44	a ・ ㉞ ・ c
〈コメント〉 ・ 利用者の個人ファイルに統一された方法で記録されている。 ・ 職員間の共有化へのより積極的な取組が望まれる。		
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。	共45	a ・ ㉞ ・ c
〈コメント〉 ・ 記録の保管。保存、廃棄については問題なく行われているようだが、管理体制の規定等の確認はできなかった。		

# 評価項目(細目)の評価結果(障害福祉施設)

Ⅲ-2-(4) 利用者の地域生活への移行支援を行っている。		
Ⅲ-2-(4)-①	利用者の地域生活への移行支援を積極的に行っている。	障 46 a ・ ㉔ ・ c
〈コメント〉・利用者(保護者)の希望があれば移行支援を行っている。		

## Ⅲ-3 障害者福祉施設の固有サービス

		第三者評価結果
Ⅲ-3-(1) 利用者を尊重している。		
Ⅲ-3-(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。	障 47 ㉔ ・ b ・ c
〈コメント〉・写真や図を使用し、会話が困難な利用者の意見を汲み取る取組をしている。		
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48 ㉔ ・ b ・ c
〈コメント〉・常に利用者の意思を確認し、可能な限りやりたいことをやらせている。		
Ⅲ-3-(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。	障 49 ㉔ ・ b ・ c
〈コメント〉・利用者一人ひとりの特性に合わせて対応ができるように、記録や職員間の情報共有が整備されている。		
Ⅲ-3-(1)-④	利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムがある。	障 50 ㉔ ・ b ・ c
〈コメント〉・調理・買い物・交通機関利用に加え、今年度より洗濯についても本格的に取り組み始めたため、より高い社会生活力を身につけられると思われる。		
Ⅲ-3-(2) 食事の支援が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(2)-①	個別支援計画に基づいた食事サービスが用意されている。	障 51 ㉔ ・ b ・ c
〈コメント〉・管理栄養士の下で万全である。		
Ⅲ-3-(2)-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。	障 52 ㉔ ・ b ・ c
〈コメント〉・栄養会議を実施し季節感のある献立作りを心掛け、施設内で調理した適温の食事を提供している。		
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53 ㉔ ・ b ・ c
〈コメント〉・美味しく、楽しく食べられる環境を整備している。 ・利用者の希望に合わせ、食事時間をずらすことができる。		
Ⅲ-3-(3) 入浴の支援が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(3)-①	入浴、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。	障 54 ㉔ ・ b ・ c
〈コメント〉・毎日の入浴支援は適切に行われている。		



Ⅲ-3-(3)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	障 55	㉖ ・ b ・ c
〈コメント〉・毎日の入浴時間は決められているが、失禁や発汗の場合等は個別に対応している。		
Ⅲ-3-(3)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	㉖ ・ b ・ c
〈コメント〉・脱衣場に冷暖房が設置され、浴室床には危険防止のために作成したすのこを敷きつめてある。		
Ⅲ-3-(4) 排泄の支援が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(4)-① 排泄介助は快適に行われている。	障 57	㉖ ・ b ・ c
〈コメント〉・個別の排泄記録に基づき適切に行っている。		
Ⅲ-3-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 58	㉖ ・ b ・ c
〈コメント〉・今年度全面改装した。 ・1日何度もハウスキーパーが掃除をしている。		
Ⅲ-3-(5) 衣服についての支援が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(5)-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。	障 59	㉖ ・ b ・ c
〈コメント〉・利用者の意見を尊重して個別に対応している。		
Ⅲ-3-(5)-② 衣服着替え時の支援や汚れに気づいた時等の対応は適切である。	障 60	㉖ ・ b ・ c
〈コメント〉・汚れや破れなどを発見した場合には職員判断で着替えさせている。 ・破れてしまった衣服は可能性な限り職員が補修をしている。		
Ⅲ-3-(6) 理容・美容についての支援が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(6)-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。	障 61	㉖ ・ b ・ c
〈コメント〉・利用者本人の希望を尊重した支援をしている。		
Ⅲ-3-(6)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	障 62	㉖ ・ b ・ c
〈コメント〉・月1回理容師に来所してもらっているが、こだわりの強い利用者に対しては個別に対応し、外の美容院へ連れて行っている。		
Ⅲ-3-(7) 睡眠についての支援が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(7)-① 安眠できるように配慮している。	障 63	㉖ ・ b ・ c
〈コメント〉・ベット・布団等は私物を利用し、利用者の好みを尊重している。		
Ⅲ-3-(8) 健康管理が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(8)-① 日常の健康管理は適切である。	障 64	㉖ ・ b ・ c
〈コメント〉・毎日検温。毎身体重・血圧測定を行っている。 ・毎月医師の回診、歯科衛生士の口内チェックを受けている。		
Ⅲ-3-(8)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	障 65	㉖ ・ b ・ c
〈コメント〉・利用者に変調が見られた場合の緊急対応の整備がされており、職員も周知している。		

Ⅲ-3-(8)-③	内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	障 66	① ・ b ・ c
〈コメント〉・利用者一人ひとりの薬物が適切に管理されており、使用の際は複数人で何度もチェックを行っている。			
Ⅲ-3-(9) 余暇・レクリエーションが適切に行われている。			
Ⅲ-3-(9)-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。	障 67	① ・ b ・ c
〈コメント〉・利用者の好みに合わせ、季節ごとのレクリエーションが企画されている。 ・外部からの協力者により、書道、絵画、ギター等の講習を受けている。			
Ⅲ-3-(10) 外出、外泊が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(10)-①	外出は利用者の希望に応じて行われている。	障 68	① ・ b ・ c
〈コメント〉・利用者の希望に応じて行われている。			
Ⅲ-3-(10)-②	外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	障 69	① ・ b ・ c
〈コメント〉・原則2週間に1度の外泊があり、近隣の利用者は毎週末帰宅している。 ・家族の都合等により日をずらしたりする対応をしている。			
Ⅲ-3-(11) 所持金・預かり金の管理等が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(11)-①	預かり金について、適切な管理体制が作られている。	障 70	① ・ b ・ c
〈コメント〉・金額上限を定めて預り、小遣い帳を記載するなど、適切な管理体制が整備されている。			
Ⅲ-3-(11)-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。	障 71	① ・ b ・ c
〈コメント〉・新聞・雑誌は売店で購入できる。 ・テレビは個室内で見る利用者が多いとのこと。			
Ⅲ-3-(11)-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。	障 72	a ・ ① ・ c
〈コメント〉・基本的に禁酒・禁煙である。			