

福祉サービス種別 身体障害者入所授産（旧制度）

第三者評価の判断基準

事業所名（施設名） 上田しいのみ園

- a・・・着眼点をすべて実施している状態
- b・・・着眼点が一つでも実施していないものがある状態
- c・・・着眼点を一つも実施していない状態

実施していない状態

実施している状態

(H21.3修正版)

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価分類ごと)		
Ⅲ 適切な福祉サービスの実施	1 利用者本位の福祉サービス	(1) 利用者を尊重する姿勢を明示している。	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もつための取り組みを行っている。	a)	■ 155	理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示している。		
				b)	■ 156	利用者を尊重したサービス提供に関する基本姿勢が、個々のサービスの標準的な実施方法等に反映されている。		
				c)	■ 157	利用者尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。		
					■ 158	身体拘束や虐待防止について職員に周知徹底している。		
				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)	■ 159		利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等の整備や、施設・設備面での工夫等、組織として具体的に取り組んでいる。
					b)	■ 160		利用者のプライバシー保護に関する基本的知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・意識、従業員のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。
		c)	■ 161		規程・マニュアル等に基づいたサービスが実施されている。			
		■ 162	利用者や保護者に関する情報の収集は、本人及び保護者など主たる相談者の同意のもとサービス提供に必要な最小限の範囲としている。					
		■ 163	記録されている個人情報、本人及び保護者など主たる相談者の求めに応じて開示している。					
		■ 164	外部に提出する個人情報は、本人及び保護者など主たる相談者の同意を得ている。					
		(2) 利用者満足の向上に努めている。	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)	■ 166	利用者満足の向上を目指す姿勢を明示した文書がある。		
				b)	■ 167	利用者満足に関する調査を定期的に行っている。		
c)	■ 168			利用者満足を把握する目的で、利用者への個別の相談面接や聴取、保護者懇談会を定期的に行っている。				
■ 169	利用者満足を把握する目的で利用者会や家族会等に出席している。							
② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	a)			■ 170	利用者満足に関する調査の担当者・担当部署の設置や、把握した結果を分析・検討するために、本人及び保護者などの主な相談者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。			
	b)			■ 171	分析・検討の結果に基づいて具体的な改善を行っている。			
	c)		■ 172	標準化したサービスの他、利用者の状況等に応じて臨機応変な対応をとっている。				
	③ 作業しやすい環境が提供されている。		a)	■ 173	作業場や食堂などの共用スペースはゆとりを持つとともに、清潔にしている。			
			b)	■ 174	利用者が安らげる雰囲気づくりをしている。			
			c)	■ 175	利用者からの意見に基づき、職場環境の改善が図られている。			
■ 176			利用者の障害の程度を把握し、働きやすい職場環境づくりに努めている。					
④ 利用規則を定めている	a)		■ 177	利用規則を定めており、利用者及び保護者などの主たる相談者の理解を得ている。 ・労働時間、休日、工賃、退所等				
	b)	■ 178	利用規則により工賃を明確化している。					
	c)							

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価分類ごと)		
		(3) 利用者が意見を述べやすい体制を確保している。	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)	■ 179	利用者又は保護者などの主たる相談者が、相談方法や相談相手について複数の中から自由に選べることを、わかりやすく説明した文書を作成している。	相談窓口が設置されており、職員にも周知されている。相談窓口の責任者が施設便り等で公開され、利用者がより意見を述べやすい環境として整備されていくよう期待する。	
				b)	□ 180	利用者や保護者など主たる相談者等に、その文書を配布したり、わかりやすい場所に掲示している。		
				c)	■ 181	相談や意見を述べやすいような部屋の配置に配慮している。		
			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)	■ 182	苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）を整備し、実際に機能している。		
				b)	■ 183	苦情解決責任者は、全ての苦情の対応結果を把握している。		
				c)	■ 184	苦情解決の仕組みを説明した資料を利用者等に配布、説明しているとともに、わかりやすく説明した掲示物を掲示している。		
					■ 185	利用者が意見や要望・苦情を訴えやすい雰囲気を作っている。		
				■ 186	利用者へアンケートをとるなど、施設が積極的に意見や要望・苦情を聞いている。			
				■ 187	苦情への検討内容や対応策を、利用者や家族、関係職員に必ずフィードバックしている。			
		③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a)	■ 189	意見や提案を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について規定したマニュアルを整備している。			
			b)	■ 190	対応マニュアルに沿った取組がなされており、意見や提案のあった利用者には、検討に時間がかかる場合も状況を速やかに報告している。			
				■ 191	苦情申し出から解決までマニュアルに沿って記録している。			
		2 サービスの質の確保	(1) 質の向上に向けた取り組みを組織的に進めている。	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)	□ 194	定められた評価基準に基づいて、年に1回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。	
					b)	■ 195	評価に関する担当者・担当部署が設置されている。	
					c)	□ 196	評価結果を分析・検討する場が、組織として定められ実行されている。	
				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)	□ 197	職員の参画により評価結果の分析を行っている。	評価結果から明確になった課題について、職員参加のもとで、改善策や改善計画が策定されていくよう期待する。
					b)	□ 198	分析した結果やそれに基づく課題が文書化されている。	
					c)	□ 199	職員間で課題の共有化が図られている。	
③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	a)			□ 200	評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みがある。			
	b)			□ 201	改善策や改善計画の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて計画の見直しを行っている。			
				c)				

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価分類ごと)	
	(2)	個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。	① 個々のサービスについて標準的な実施方法を文書化し、サービスを提供している。	a) <input checked="" type="checkbox"/>	202	標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。	
				b) <input checked="" type="checkbox"/>	203	標準的な実施方法には、利用者尊重やプライバシー保護の姿勢が明示されている。	
				c) <input checked="" type="checkbox"/>	204	標準的な実施方法に基づいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。	
				<input checked="" type="checkbox"/>	205	日常サービス（健康管理、調理、食事、排泄、職員の接遇など）のマニュアルが作成されている。	
				<input type="checkbox"/>	206	マニュアルは、職員の共通理解が得られるような表現で作成されている。	
				<input type="checkbox"/>	207	マニュアルの作成は、関係する分野の職員が参画し作成している。	
				<input type="checkbox"/>	208	マニュアルは使いやすい場所にあり、必要ときにすぐ参照でき、有効活用により問題解決している。	
				<input checked="" type="checkbox"/>	209	日常のサービスのあり方や支援方法について、職員に対する指導的立場の者が職員へ評価・助言・指導を行っている。	
				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) <input checked="" type="checkbox"/>	210	
				b) <input checked="" type="checkbox"/>	211	見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されている仕組みになっている。	
				c) <input type="checkbox"/>			
			(3)	サービス実施の記録を適切に行っている。	① 利用者に関するサービス実施状況の記録を適切に行っている。	a) <input checked="" type="checkbox"/>	
	b) <input checked="" type="checkbox"/>				213	利用者の情報等を修正し、かつ経過がわかるようにしている。	
	c) <input checked="" type="checkbox"/>				214	サービス実施計画に基づくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。	
	<input checked="" type="checkbox"/>				215	記録する職員で記録内容にばらつきが生じないように工夫をしている。	
	<input type="checkbox"/>						
	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。			a) <input checked="" type="checkbox"/>	216	記録管理の責任者が設置されている。	
	b) <input checked="" type="checkbox"/>			217	利用者の記録の保管、保存、廃棄に関する規程等を定めている。		
	c) <input checked="" type="checkbox"/>			218	利用者や保護者などの主たる相談者等から情報の開示を求められた場合に関する規程を定めている。		
	<input checked="" type="checkbox"/>			219	記録の管理について個人情報保護と情報開示の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。		
	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) <input checked="" type="checkbox"/>	220	従業員に提供された重要なサービスについて具体的に記録し、情報を共有化・活用できるよう検討会議などの仕組みがある。	
	b) <input checked="" type="checkbox"/>			221	情報共有を目的として、ケアカンファレンスや各担当が工夫、改善した事例報告の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。		
	c) <input checked="" type="checkbox"/>			222	パソコンのネットワークシステムを利用して、事業所内で情報を共有する仕組みを作っている。		

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価分類ごと)					
3 サービスの開始・継続	(1) サービス提供の開始を適切に行っている。	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)	■	223	事業所を紹介したホームページを作成し、インターネットで公開している。					
			b)	■	224	事業所を紹介するパンフレット等を作成している。					
			c)	■	225	理念や実施する福祉サービスの内容を紹介したパンフレットなどを作成し、福祉事務所、市町村役場等の公共施設へ置いている。					
				■	226	事業所を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵などの使用で誰にでもわかるような内容にしている。					
				■	227	問い合わせへの対応体制を整えている。					
				■	228	利用希望にあたっての見学を受け入れている旨の広報を行っている。					
	■	229	見学希望者の都合（曜日、時間等）に対応している。								
	(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。	②	a)	■	230	サービス開始時に、サービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書等の資料により、利用者に説明している。 ・説明項目（事業概要、サービス内容、職員体制、工賃、損害保険加入状況、サービスの変更や解除の条件） 重要事項説明書や契約書の内容は、わかりやすい工夫して説明し、説明書は本人へ渡している。					
			b)	■	231						
			c)	■	232	利用契約が必要な場合は、必ず契約書を取り交わしている。					
				4 サービス実施計画の策定	(1) 利用者のアセスメントを行っている。	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)	■	236	サービス開始時に利用者の個人情報や要望を把握し、決められた書式に記録している。
								b)	■	237	利用者の精神的、肉体的負担を緩和し、新しい環境に適應できるよう支援している。
c)							■	238	利用当初の利用者の不安を軽減し、信頼関係を築くように努めている。		
	(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。	②	a)				■	239	利用者一人ひとりのニーズや課題を明示するための手続が決められている。		
			b)				■	240	利用者一人ひとりの具体的なニーズや課題が明示されている。		
			c)				(2) 利用者に対するサービス実施計画を策定している。	① サービス実施計画を適切に策定している。	a)	■	241
b)					■	242			サービス実施計画策定の責任者を設置している。		
c)					■	243			サービス実施計画を策定するための部門を横断した関係職員の合議、利用者や保護者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。		
					■	244			サービス実施計画どおりにサービスが行われていることを確認する仕組みが構築されるとともに、機能している。		

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価分類ごと)	
			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) ■	245 サービス実施計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。 246 個別支援計画は、利用者に説明し合意を得ている。 247 見直しによって変更したサービス実施計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。 248 サービス実施計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。		
5 利用者の尊重	(1) 利用者の尊重	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) ■	249	利用者のコミュニケーション能力を高めるため、サービス実施計画や支援計画を策定し実行している。		
			b) ■	250	意思伝達に制限のある人の場合、日常的な関わり合いを通じて、その人固有のコミュニケーション手段やサインの発見と確認に心掛けている。		
			c) ■	251	意思伝達に制限のある人の場合、個別のコミュニケーション手段の検討とそれに基づく支援がなされている。(コミュニケーション機器の用意を含む。)		
			■	252	意思伝達に制限のある人の場合、担当職員・ソーシャルワーカー・臨床心理士等の連携により、その人の意思や希望をできるだけ正しく理解しようと努力している。		
			■	253	必要性や要望に基づいて、コミュニケーションの取れる知人、代弁者、手話通訳者等を受け入れている。		
			a) ■	254	利用者の主体的な活動を支援するための職員が決められている。		
			b) ■	255	利用者の主体的な活動については、その意向を尊重しながら、その発展を促すように側面的な支援を行っている。		
			c) ■	256	利用者が、施設外の障害者や知人等と自由に交流できるように様々な便宜を図っている。		
				■	257	利用者による自治会ないし利用者の会等がある。	施設生活の潤いとして、自治会の果たす役割は大きい。さらに発展を促すように側面的な支援を期待する。
				■	258	自治会等は、施設運営の責任者と、定期的に、及び必要な場合に随時協議する機会をもっている。	
				a) ■	259	利用者が自力で行う日常生活上の行為は見守りの姿勢を保ち、必要な時には迅速に支援するという方針を会議等で確認している。	
				b) ■	260	自力で行っているときでも、介助が必要だと判断しなければならぬ場合があるが、その判断については、あらかじめ利用者（及び必要に応じて保護者などの主たる相談者等）と十分な話し合いが行われている。	
				c) ■	261	自力で行う行為による生活と活動の範囲が広がるように、職員の対応や施設の整備は常に検討されている。	
				a) ■	262	社会生活力を高めるために、障害の理解や調理・洗濯・買い物・交通機関利用等についての学習・訓練プログラムが用意されている。	
				b) ■	263	施設外の社会資源について、十分な情報が提供され、そのための学習や体験の機会が設けられている。	
				c) ■	264	必要に応じて、自己表現の技能や話し方について支援している。	
			■	265	利用者自身が人権意識を高められるように、情報や資料の提供を行っている。		
			a) ■	266	サービス実施計画等において、①栄養量、②食事形態、③水分補給、④介助の方法等利用者の状態に応じた留意点や支援の内容が明示されている。		
			b) ■	267	食事の介助等、支援方法に関してマニュアル（留意点を含む手引き等）が用意されている。		
			c) ■	268	利用者の体調や身体状況により、必要に応じて個別の食事を用意している。		
6 日常生活支援	(1) 食事	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) ■	266	サービス実施計画等において、①栄養量、②食事形態、③水分補給、④介助の方法等利用者の状態に応じた留意点や支援の内容が明示されている。		
			b) ■	267	食事の介助等、支援方法に関してマニュアル（留意点を含む手引き等）が用意されている。		
			c) ■	268	利用者の体調や身体状況により、必要に応じて個別の食事を用意している。		

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価分類ごと)		
		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)	■	269	定期的に嗜好調査を行い、その結果を献立に反映している。	献立については、毎日カラー写真で掲示されている。	
			b)	■	270	食事サービスの検討会議等には利用者も参加している。		
			c)	■	271	適温の食事を提供している。		
				■	272	献立・食材に季節感があり、盛り付けや食器にも工夫している。		
				■	273	食卓には利用者の健康状況に応じ複数の調味料・香辛料が用意されている。		
				■	274	献立及び食材について、その情報は予め利用者に提供されている。		
				■	275	食事介助にあたり、せかせて食べさせることがないよう、利用者の様子を良く見ながら介助や支援を行っている。		
		③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a)	■	276	食堂の設備や雰囲気について定期的に検討会議を開き、必要に応じて改善を図っている。		
			b)	■	277	食事は、利用者全員が一斉に摂るのではなく、食事時間帯に幅を持たせて個人が好む時間に摂ることができる。		
			c)					
		(2) 入浴	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)	■	278	一人ひとりの健康状態や留意事項について、サービス実施計画や個別チェックリスト等を利用している。	
				b)	■	279	安全やプライバシーの保護を含めて、入浴介助や支援・助言方法についてマニュアルが用意されている。	
				c)	■	280	入浴の介助や支援・助言業務は、所定の様式により記録されている。	
			② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a)	■	281	設定された時間のほかに、失禁や汗をかいた場合等必要に応じて入浴が可能である。	
b)	■			282	入浴の時間帯や週間回数について、利用者との話し合いで決めている。			
c)								
③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a)		■	283	浴室・脱衣場の設備や入浴器具の設置等については、検討会議を持っている。			
	b)		■	284	脱衣場の冷暖房設備は、気候や利用者の身体的状態に応じて調整できる。			
	c)		■	285	浴室や脱衣場は、プライバシーを保護する構造・設備上の工夫や保護する環境を確保するための工夫が行われている。			
(3) 排泄	① 排泄介助は快適に行われている。	a)	■	286	排泄介助に際して、利用者の健康状態や注意事項について、サービス実施計画や個別チェックリスト等を活用している。			
		b)	■	287	排泄介助のマニュアル（安全、プライバシー、便意・尿意・失禁への対応を含む）が用意されている。			
		c)	□	288	排泄用具（おむつ、移動式便器、集尿器、採尿器、ストマ用具等）の使用法について、衛生や防臭を考慮したマニュアルが用意されている。			
			■	289	排泄介助の結果は所定の様式により記録されている。			
	② トイレは清潔で快適である。	a)	■	290	身体状況に応じた設備や補助具の配備を含めて、トイレ環境の点検・改善のための検討を定期的に行っている。	身体状況に応じたトイレの種類が用意され、清掃、トイレ環境改善に努力されているが、防臭対策についてさらに工夫されたい。		
b)	■	291	プライバシーに配慮したトイレの構造・設備になっている。					
c)	■	292	換気や適切な薬品使用等の防臭対策がなされている。					
	■	293	清掃は毎日行われ、汚れた場合は直ちに対応している。					
	■	294	採光・照明等は適切である。					
	■	295	冷暖房等の設備は適切である。					

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価分類ごと)	
	(4) 衣服	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)	■	296	衣類は利用者の意思で選択している。	
			b)	■	297	衣類の選択について、必要があれば相談に応じている。	
			c)	■	298	衣類の購入の際には、必要があれば、職員が相談、情報提供、買い物支援等に応じている。	
		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)	■	299	利用者が着替えを希望した場合、特別な場合（強いこだわり等）を除き、その意思を尊重している。	
			b)	■	300	介助に頼らず自ら着替えをしたいという希望のある利用者に対しては、その意思を尊重して対応している。	
			c)	■	301	汚れや破損が生じた場合に、速やかに対処するための標準的な業務手順が用意されている。	
	(5) 理容・美容	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)	■	302	髪型や化粧の仕方等は利用者の意思で決めている。	
			b)	■	303	職員は、必要があれば、整髪や化粧を手伝ったり、又は相談に応じたりしている。	
			c)	■	304	理容・美容に関する雑誌類や情報を用意している。	
		② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	a)	■	305	地域の理髪店や美容院の利用について、必要に応じて職員の送迎や同行などの支援を行っている。	
	b)		■	306	利用する理髪店や美容院に対しては、理解と協力を得られるよう、必要に応じて職員が連絡・調整を行っている。		
	(6) 睡眠	① 安眠できるように配慮している。	a)	■	307	寝室やベッド周辺の光や音について、利用者の希望や状況に応じた適切な配慮がなされている。	
b)			■	308	夜間就寝中の利用者に対するサービスについては、体位変換やおむつ交換、さらには睡眠リズムの乱れや不眠者への対応等を含むマニュアルが用意されている。		
c)			■	309	夜間に行われた個別支援は、所定の様式で記録されている。		
			■	310	寝具は、利用者の好みに基づいて用意され、又は私物使用も認められている。		
			■	311	不眠等により同室者に影響を及ぼす場合、一時的に他の部屋を使用することができる。		
(7) 健康管理	① 日常の健康管理は適切である。	a)	■	312	利用者の健康管理票が整備されている。		
			■	313	利用者の健康管理マニュアルが用意されている。		
			■	314	医師又は看護婦による健康相談を受けることができる。		
			■	315	医師又は看護婦が、利用者（及び必要に応じて保護者などの主たる相談者等）に対して健康面の説明を定期的に行っている。		
		b)	■	316	利用者（及び必要に応じて保護者などの主たる相談者等）の承諾を得て、インフルエンザ等の予防接種を行っている。		
			■	317	健康の維持・増進のため、日常生活の中に取り入れるプログラムが用意されている。		
			■	318	歯科医師又は歯科衛生士により、歯磨き、歯磨き介助、歯肉マッサージ等の方法やその他の口腔衛生について、定期的に指導を受けている。		
			■	319	健康面に変動があった場合の対応の手順は、マニュアルとして用意されている。		
	② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a)	■	320	地域内に協力的な医療機関（診療所又は病院、概ね20分以内でアクセスできる診療所又は病院）を確保している。		
			■	321	確保している医療機関では、迅速かつ適切な医療が受けられるように、日常的な連携を図っている。		
③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a)	■	322	利用者（及び必要に応じて保護者などの主たる相談者等）並びに担当職員は、薬の目的・性質・効果・副作用・注意事項等について、適切な情報を得ている。			
			323	一人ひとりの利用者で使用される薬物の管理（保管から服用・使用確認に至るまで）について、マニュアルが用意されている。			
			324	薬物の取り違え・服用拒否や服用忘れ・重複服用等、薬物使用に誤りがあった場合の対応について、マニュアルが用意されている。			
			325	内服・外用薬の使用状況は、所定の様式に従って記録されている。			

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価分類ごと)	
	(8) 余暇・レクリエーション	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)	■	326	話し合いやアンケート等を通じて、利用者の意向を把握している。	
			b)	■	327	利用者には、余暇やレクリエーションに関する情報を提供している。	
			c)	■	328	利用者自身が主体的に企画・立案するように、職員は側面的な支援をしている。	
			■	329	必要に応じて、外部から協力者（ボランティア）を受け入れている。		
			■	330	地域の社会資源を積極的に活用している。		
	(9) 外出、外泊	① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	a)	■	331	利用者の代表や自治会等と話し合っ、外出についてのルールを設けている。	
			b)	■	332	必要なときには、職員・ガイドヘルパー・地域のボランティア等、いずれかの人からの介助や支援・助言を受けられる体制が整っている。	
			c)	■	333	地域のガイドマップやイベント等の情報を普段から収集するよう努め、利用者に提供している。	
			■	334	外出に伴う安全確保や不測の事態に備えて、利用者に必要な学習を行うとともに、連絡先を明示したカード等を準備し、利用している。		
		② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	a)	■	335	利用者の代表や自治会等と話し合っ、利用者主体のルールを設けている。	
			b)	■	336	施設側の都合で決めるのではなく、利用者及び保護者などの主な相談者の立場に立って、担当職員がその調整を行うようにしている。	
			c)	■	337	盆や正月の外泊は、強制したり、利用者や保護者などの主たる相談者の事情を考慮せずに要請するようなことはしていない。	
(10) 所持金・預かり金の管理等	① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	a)	■	338	利用者の預かり金については、その取り扱い規約を定め、責任の所在を明確にしている。	預かり金自体がありません。	
		b)	■	339	金銭等の自己管理ができるように配慮されている。		
		c)	■	340	自己管理ができる人には、金銭等を保管する場所と設備を提供している。		
		■	341	自己管理に支援を必要とする人には、小遣い帳を活用するなどして、自己管理に向けた学習を支援している。			
	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)	■	343	新聞・雑誌を個人で購読できる。		
		b)	■	344	テレビやラジオ等を個人で所有できるように便宜を図っている。		
		c)	■	345	新聞・雑誌やテレビ等の共同利用の方法について、利用者間の話し合いで決められている。		
	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)	■	346	利用者の代表や自治会等と話し合っルールを設けている。		
		b)	■	347	具体的な場面では、自治会や利用者全員と協議して、場所・時間・方法（喫煙場所、飲酒場所・時間、一気呑みの禁止等）に様々な配慮を行っている。		
			c)	■	348	酒やたばこの害については、利用者が正しい認識を持てるよう、利用者全員に情報提供を行った上で、飲酒・喫煙が認められている。	