

事業評価の結果（評価対象Ⅲ）

福祉サービス種別：就労継続B型施設
事業所名：松本ひよこ

第三者評価の判断基準

- 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)	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・理念等の文書を渡し、常に高い意識を持つために職員会議等で話題にしているという。
			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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 163 記録されている個人情報、利用者または保護者の求めに応じて開示している。 <input checked="" type="checkbox"/> 164 外部に提出する個人情報は、利用者または保護者の同意を得ている。 <input checked="" type="checkbox"/> 165 記録されている個人情報は、利用者または保護者の求めに応じて修正している。 	

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) 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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 □ 167 利用者 満足に関する 調査を定期的 に行っている。 ■ 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、家 族会等に出席 している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者 の満足度調査 を本年度実施 したところ であり、継続 的な取り組み となることを 期待したい。 ・ 食堂 などの共有ス ペースは明る くゆったり過 ごせるように 整備されてい るが、作業内 容によっては 活動的な動線 が確保されて いるとはいえ ないと感じる。
		② 利用者満足 の向上に向けた 取り組みを行 っている。	b)	<ul style="list-style-type: none"> □ 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、従業 員参画のもと で検討会議の 設置等が行わ れている。 □ 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。 ■ 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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 174 利用者 が安らげる雰 囲気づくりを している。 ■ 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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 177 利用 規則を定めて おり、利用者 及び保護者の 理解を得てい る。 ・ 作業時間、 休日、工賃、 退所等 ■ 178 利用 規則により工 賃を明確化し ている。 		
		(3) 利用者が 意見等を述べ 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。	c)	<ul style="list-style-type: none"> □ 179 利用者 又は保護者が 、複数の相談 方法や相談相 手の中から自 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。 □ 180 利用者 や家族等に、 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。 □ 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 相談 相手を分か りやすくする 工夫や、安心 感のある相談 室の配慮は必 要と思われる。

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 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	b)	<input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 188 苦情を申し出た利用者や家族等に配慮した上で、苦情内容及び解決結果等を公表している。	<ul style="list-style-type: none"> ・第三者委員が設置されているが、実際に機能しているかの確認ができず、定期的な来所による情報交換や受付簿等の閲覧・確認などは期待したいものである。 ・一人ひとりに面接を行い、利用者の要望等を聞く体制はとられている。 また、本年度、事業所としてアンケート調査を始めたところである。
			③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	b)	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 192 対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 193 苦情や意見等を福祉サービスの改善に反映している。	<ul style="list-style-type: none"> ・意見・要望に対する流れや、受付後の対応マニュアルなどの整備は期待したいものである。
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行っている。	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。	c)	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 195 評価に関する担当者・担当部署が設置されている。 <input type="checkbox"/> 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。	<ul style="list-style-type: none"> ・今回の第三者評価だけでなく、定期的な自己評価も期待したいところである。
			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。	c)	<input type="checkbox"/> 197 職員の参画により評価結果の分析を行っている。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 199 職員間で課題の共有化が図られている。	

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)
			③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	c)	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	
		(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。	b)	<input 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。 <input 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。 <input 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 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、必要な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。	・熟練者・一般職員の参画で、プライバシー保護に関する具体的なマニュアル等の作成は可能であろう。参画することによって、周知・理解度が進むとともに、理念の理解も図られると思われる。
		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 サービスの標準的な実施方法の見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。 <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。		
		(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"/> 212 利用者一人ひとりの記録等の書面が整備されている。 <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。 <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。	・一人ひとりの記録が整備されており、経過だけでなく理念の理解も進むものとなっている。

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)
			② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 216 記録管理の責任者が設置されている。 □ 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。 □ 218 利用者や家族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。 □ 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・記録の保管・保存の規定はあるが、廃棄についての規定は無く、検討も必要であろう。 ・対応やプロセスを報告・相談し合う仕組みはあるが、重要な内容となれば記録に残すことは必要と思われる。
			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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> □ 220 利用者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。 ■ 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。 ■ 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。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 224 事業所を紹介するパンフレット等を作成している。 ■ 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、公共施設等へ置いている。 ■ 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・画像を多用したホームページを作成・公開しているので、一般の方にも事業所の理解がし易いものとなっている。 また、利用希望者の事前見学も可能である。
			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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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等） ■ 231 重要事項説明書や契約書の内容は、わかりやすいよう工夫して説明し、説明書は本人へ渡している。 ■ 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。 	

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) サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	① 事業所の変更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。	c)	<input type="checkbox"/> 233 他の事業所への変更にあたり、サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。 <input type="checkbox"/> 234 サービス終了した後も、組織として従業員や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。 <input type="checkbox"/> 235 サービス終了時に、利用者に対しその後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。	・サービスの継続・移行に当たり、必要な際は情報提供を行っているが、アフターケアについての体制の整備は期待したい。
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)	<input checked="" type="checkbox"/> 236 サービス開始時に利用者の個別情報や要望を把握し、決められた書式に記録している。 <input checked="" type="checkbox"/> 237 利用者の精神的、肉体的負担を緩和し、新しい環境に適応できるよう支援している。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	・定められた手順に沿ったアセスメントが行われ、記録がなされている。
			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。	a)	<input checked="" type="checkbox"/> 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順が決められている。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	
		(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)	<input checked="" type="checkbox"/> 241 個別支援計画作成にあたっての基本的考え方・方法を明確にし、記入・活用しやすい定められた様式で作成している。 <input checked="" type="checkbox"/> 242 サービス実施計画策定の責任者を設置している。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	・定められた手順・様式で個別支援計画が作成されている。 ・個別支援計画はサービス担当者会議を経て作成され、定期的（6カ月に1回）に実施状況の把握・見直しを行っている。また、必要に応じて見直し・変更も行っている。 しかし、誰が、どのような手順で変更していくのかなど、仕組みの明示はなされていない。
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。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 246 個別支援計画は、利用者説明し合意を得ている。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。				

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)
	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	<p>・一連の動きを視覚化することにより、分かりやすくするなどの工夫が確認できる。</p> <p>また、利用者の個性を尊重した支援についても職員間での話し合いを経て、できる限りの対応も行われている。</p>
② 利用者の主体的な活動を尊重している。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 □ 258 自治会等がある場合は、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。 				
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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ない場合があるが、その判断については、あらかじめ利用者(及び必要に応じて家族等)と十分な話し合いが行われている。 ■ 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。 				

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 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。	b)	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	<ul style="list-style-type: none"> 施設外作業などでの部外者との関わり支援として、自己紹介、気持ちの良い挨拶などの就労学習会を毎月実施している。
	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。	c)	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 267 食事の介助等、支援方法に関してマニュアル（留意すべき点を含む手引き等）が用意されている。 <input type="checkbox"/> 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。	<ul style="list-style-type: none"> 年齢制限のない利用契約施設であり、体制の整備は期待したいものである。
			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。	b)	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 271 適温の食事を提供している。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	<ul style="list-style-type: none"> 昼食は弁当持参か注文弁当で、注文業者からの献立表の掲示などを行い情報提供を行っている。また、電子レンジの設置もある。しかし、社会生活訓練と意識した、食を通しての支援方法も更にあると思われる。
			③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 277 食事は、可能な限り、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。	<ul style="list-style-type: none"> ゆっくりと時間を掛けた食事介助の場面もある。

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)
		(2) 排泄	① トイレは清潔で快適である。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 278 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。 ■ 279 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。 ■ 280 換気や適切な薬品使用等の防臭対策がなされている。 ■ 281 清掃は毎日行われ、汚れた場合は直ちに対応している。 ■ 282 採光・照明等は適切である。 ■ 283 冷暖房等の設備は適切である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・トイレは清潔であり、防臭対策が図られている。 また、非常時の対応を知らせる緊急ブザーが設置されている。
		(3) 健康管理	① 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 284 健康面に不調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。 ■ 285 地域内に協力的な医療機関（診療所又は病院、緊急時にアクセスできる診療所又は病院）を確保している。 ■ 286 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・健康面の不調やけが・事故発生の際の対応、医療に関するマニュアルが整備されている。 また、看護師の配置がある。
		(4) 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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 287 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。 ■ 288 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。 □ 289 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。 ■ 290 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。 ■ 291 地域の社会資源を積極的に活用している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・実習生の受け入れはあるが、日常的なボランティアの受け入れについての検討は期待したい。 ・運動会などの種目検討などには、利用者の参画も可能であろう。