

[様式 9 - 1]

福祉サービス等第三者評価結果

総合評価

受診施設名	しあわせネット・勇氣	施設種別	就労継続支援 B 型
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会		

2019年4月16日

総 評	<p>しあわせネット・勇氣は福知山駅から徒歩数分の所に位置し、民家が隣接する立地において、障害者の働く場所として事業が展開されています。法人理念にある「すべての人がしあわせになる」を実践すべく身体・知的・精神障害者を受け入れています。重度の障害があっても働く場を提供すべく、年齢や体力に配慮して短時間労働を取り入れ、希望される部署で働けるよう作業内容を考えるなどの配慮がなされています。また、利便性が良い場所であっても、希望者には送迎サービスも行っています。</p> <p>平成27年に福祉サービス第三者評価を受診し、今回の受診は2度目となりますが、前回指摘のあった部分について、改善がなされていないところが多く見受けられました。現在、管理者が変わり、法令遵守の徹底や社会福祉法人としての使命を全うすべく改善に取り組んでいるとのことであり、今後に期待いたします。</p>
特に良かった点(※)	<p>○利用者を中心とした余暇活動の企画 これまで施設主導であった行事が、去年より施設が主催するお祭りや余暇活動については実行委員会や同好会が中心となって企画する仕組みに変更されています。利用者が中心となることにより、障害のある本人のニーズに沿った取組みが行われています。同好会ではボーリングやカラオケなど新しい余暇活動が生まれ、バス旅行も企画されています。</p> <p>○様々な取り組みによる地域とのつながり 地域の人の声を受けて資源ごみを持ち込める回集BOXを設置したり、お祭りに地域の人を招いたり、大学生とタイアップした子ども食堂を開設するなど、地域とのつながりを意識した取組みが積極的に行われています。</p> <p>○災害対策の取り組み 平成26年8月の水害を教訓に、洪水時の避難確保計画が作成され、利用者の安全確保に対する対策が取られ、職員への周知が行われています。</p>

<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>○事業計画の計画的な作成 単年度事業計画は作成されていますが、職員からの意見の反映は十分できているとは言えません。また、中長期計画は作成していません。現場職員の意見を反映した単年度・中長期の計画を作成されることを期待します。</p> <p>○個別支援計画の作成過程の充実 個別支援計画の作成過程として面談・会議を持ってしっかり作られています。しかし、統一したアセスメントの様式がなく、担当する職員が個々にアセスメントを行っています。統一様式によるアセスメントによりさらにより良い計画が作成できると思われれます。</p> <p>○リスクマネジメント・苦情解決の取り組み ヒヤリハットを収集する仕組みはありますが、口頭での報告となっており、事例が積み上がってないため、職員間の共有ができていません。ヒヤリハットを文書化し、研修等で職員と共有する取り組みが望まれます。また、苦情解決においては、苦情の収集が進んでおらず、第三者委員の設置もありません。早急に苦情解決の仕組みを整備されることを期待します。</p> <p>○PDCAサイクルによる改善 前回の福祉サービス第三者評価受診結果で「改善が望まれる点」であった各種マニュアルの整備は進んでいますが、それ以外の苦情解決や福利厚生における取り組みについては、改善がなされていない面が見られます。定期的に自己評価を実施するとともに、第三者評価を活用して改善に取り組んでいただきたいと考えます。</p>
----------------------	--

※それぞれ内容を3点程度に絞って掲載しています。評価項目毎のコメントは「評価結果対比シート」の「自由記述欄」に記載しています。

京都府福祉サービス等第三者評価事業

[様式9-2]

【障害事業所版】

評価結果対比シート

受診施設名	しあわせネット・勇気
施設種別	就労継続支援B型
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会
訪問調査日	2019年1月29日

I 福祉サービスの基本方針と組織

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
I-1 理念・基本方針	I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。	① 理念が明文化されている。	a	a
		② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	a
	I-1-(2) 理念、基本方針が周知されている。	① 理念や基本方針が役員及び職員に周知されている。	c	b
		② 理念や基本方針が障害のある本人(家族・成年後見人等含む)に周知されている。	c	b
I-2 計画の策定	I-2-(1) 事業計画の策定について	① 各年度計画を策定するための基礎となる中期(概ね3年)もしくは長期(概ね5年以上)計画が策定されている。	c	c
		② 事業計画の策定が組織的に行われている。	b	b
		③ 事業計画が職員に周知されている。	c	c
		④ 事業計画が障害のある本人(家族・成年後見人等含む)に周知されている。	c	b
I-3 管理者の責任とリーダーシップ	I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。	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。	b	b
		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。	b	b
	I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	① 質の向上に意欲を持ちその取り組みにリーダーシップを発揮している。	b	b
		② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みにリーダーシップを発揮している。	b	b

[自由記述欄]

I-1-(1)①事業所パンフレットやホームページで理念を掲げています。事務所や作業場内にも掲示し、職員や利用者がいつでも見ることが出来ます。平成28年度に理念を変更するなど、定期的な更新も行っています。

I-1-(1)②理念「すべての人がしあわせになる」、目標「ともに働く事業を確立する」、目的「元気・勇気・笑顔の生活保障」を掲げています。

I-1-(2)①新入職員の入職時に管理者より理念、基本方針を説明しています。現在就業中の職員や利用者に対して改めて説明をするなどの組織的な取り組みは行っていません。

I-1-(2)②利用者、家族には利用開始時にパンフレットやホームページを活用して説明しています。また、利用者が一堂に会する機会である利用者主体の同好会(ボーリング、カラオケ)の行事開催時にも説明をし、周知を図っています。家族に対しては広報誌「みらくる」を定期的に配布していますが、理念や基本方針は掲載していません。

I-2-(1)①単年度計画は策定していますが、中長期計画は策定していません。ただし、単年度計画に中長期計画の策定について触れられています。

I-2-(1)②平成29年度から、3部門(食堂部、食品製造部、リサイクル部)から提出された現状や課題などを集約して、単年度の事業計画を策定しています。しかし、職員全員で策定会議を開催し、評価・見直しをしたものではありません。

I-2-(1)③月に1回、全職員を対象とした職員会議を開いていますが、事業計画を提示するなどの周知は行っていません。単年度における行事計画などは周知しています。

I-2-(1)④利用者の自治会はありませんが、翌年度の行事計画を作成するにあたっては利用者からアンケートを取るなど、希望を収集しています。利用者の声からバス旅行や授産品の新商品開発のアイデアが上がり、実際に取り入れています。

I-3-(1)①運営規程で管理者の権限を定めています。広報誌が発行されていますが管理者としての役割や責任を表明することは行っていません。

I-3-(1)②管理者は経営セミナー、防災、食品管理など、幅広く研修会や勉強会に参加し、法令の理解に努めています。法令について職員に対して個々に説明することはあっても、職員全体に説明することはしていません。研修報告の回覧はしていません。

I-3-(2)①定期的にサービスの質の向上を図るための仕組みは構築していませんが、管理者は職員会議で職員の意見を聞き、ケース検討を行うなど、意欲をもって質の向上に取り組んでいます。

I-3-(2)②管理者は業務や財務の分析などを行っています。職員が働きやすい環境整備に努めており、その一つとして、職員の有給休暇について周知を図っています。また、有給休暇取得状況を事務室に掲示しています。ただし、職員全体で取り組むような体制にはなっていません。

II 組織の運営管理

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
II-1 経営状況の把握	II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	b	b
		② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見し、改善を行っている。	b	b
II-2 人材の確保・養成	II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。	① 必要な人材に関する具体的なプランが確立し、職員のやる気向上に取り組んでいる。	b	a
	II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	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。	b	b
		② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	c	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。	① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	b	b
		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。	b	b
		③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行なっている。	b	b
	II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行なわれている。	① 社会福祉に関する資格取得のための実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取り組みをしている。	b	b
II-3 個人情報の保護	II-3-(1) 障害のある本人等の個人情報を「個人情報保護法」に基づき適切に管理している。	① 障害のある本人等の個人情報を「個人情報保護法」に基づき適切に管理している。	b	b
II-4 安全管理	II-4-(1) 障害のある本人の安全を確保するための取り組みが行なわれている。	① 緊急時(事故、感染症の発生時など)における障害のある本人の安全確保のための体制が整備されている。	b	b
		② 災害時に対する障害のある本人の安全確保のための取り組みを行っている。	b	b
		③ 障害のある本人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。	c	b
II-5 地域や家族との交流と連携	II-5-(1) 地域との関係が適切に確保されている。	① 障害のある本人と地域とのかかわりを大切にしている。	b	b
		② 地域の福祉ニーズを把握し、事業所が有する機能を地域に還元している。	b	b
		③ ボランティア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。	a	b
	II-5-(2) 関係機関との連携が確保されている。	① 障害のある本人を支援するため、必要な社会資源や関係機関を明確にして連携している。	b	b
		② 家族との定期的な連携・交流の機会を確保している。	b	b

【自由記述欄】

- Ⅱ-1-(1)①福祉関係団体などに加入し、情報の収集を図っています。事業所の課題として「利用者の高齢化、多様化」を掲げていますが、それらを計画に反映させるまでには至っていません。
- Ⅱ-1-(1)②毎月、利用の推移、利用率の分析を行い、会計士にアドバイスをもらい、職員会議で説明しています。ただし、それが法人全体の課題としての分析、経営改善には生かしきれていません。
- Ⅱ-2-(1)①キャリアパス制度を導入するなど、人事管理制度の体制を構築しています。理念に応じた人材の確保を目指して、事業計画との整合性を図っています。キャリアパスについては職員と個人面談を行い、見直しを図っています。
- Ⅱ-2-(2)①職員の有給休暇取得率を把握し、労働量が過多になっていないかなどを点検しています。これを年2回、職員育成計画、振り返りシートに反映させるように努めてはいますが、管理者段階での検討に留まっており、組織全体のものにはなっていません。育休、介護休暇に関する規程は設けています。
- Ⅱ-2-(2)②職員の個別の相談は聞いていますが、組織としての仕組みにはなってはいません。職員が相談できるような外部の相談専門家の紹介はできていません。職員の福祉を増進し事業の振興を目的とした共済会への加入は検討中です。インフルエンザの予防接種は半額で受けられる体制を取っています。
- Ⅱ-2-(3)①職員が資格取得を目指し研修を受講した場合には、出勤扱いとし、受講料を負担しています。中・長期計画がなく、組織として目指す福祉サービスが明らかになっていません。
- Ⅱ-2-(3)②キャリアパスにより職員育成計画は明確になっています。必要な研修は、その都度行われており、計画的ではありません。
- Ⅱ-2-(3)③研修受講後の報告は文書で行われています。ただし、職員間で回覧したり、事業所内の報告会で発表したりする機会はありません。また、研修報告をもとに次の研修計画に反映することも行われていません。
- Ⅱ-2-(4)①実習生受け入れ規程を策定していますが、受け入れ実績はありません。地元の支援学校の就労を目指した職場体験実習は受け入れており、実習に当たっては学校との連絡を密にしています。
- Ⅱ-3-(1)①個人情報保護規定を作成しています。また、個人情報の利用については同意を得ています。しかし、開示請求に関する対応策がありません。契約書、重要事項説明書への記載もありません。
- Ⅱ-4-(1)①緊急時の対応マニュアルを作成していますが、障害種別やリスクごとのマニュアルにはなっていません。職員は救急救命講習を受講しています。
- Ⅱ-4-(1)②事業所が所在する地域は水害が起こる可能性があるため、洪水時の避難確保計画を作成し、利用者の緊急連絡先、歩行状況などを把握しています。ただし、建物の対策は講じられていません。
- Ⅱ-4-(1)③ヒヤリハットは終礼時に報告しています。様式は設けてはいますが、使用されていません。タイトルも「苦情ヒヤリハット」となっており、苦情とヒヤリハットの分類ができていません。
- Ⅱ-5-(1)①地域からの要望で、資源回収のBOXを常設しており、地域住民が利用しています。地域の自治会に広報誌を配るなど、理解啓発に努めています。
- Ⅱ-5-(1)②月に1回から2回、施設を使って18時から子ども食堂を行っています。食材の調達、運営は大学生と共同で行い、職員、利用者も一緒に活動しています。
- Ⅱ-5-(1)③ボランティア受け入れ規程を整備しています。誓約書、確認書、事前説明書など必要な書類も整備しています。今回の調査時期の段階では、平成30年度のボランティアの受け入れは確認できませんでした。
- Ⅱ-5-(2)①関係機関一覧を整備し、病院や相談支援事業所、介護保険事業所の介護支援専門員等の把握をしています。
- Ⅱ-5-(2)②連絡帳を使っていますが、随時であり、日常の様子や事業所の現状は家族に知らせていません。

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
Ⅲ-1 サービス開始・継続	Ⅲ-1-(1) サービス提供の開始が適切に行なわれている。	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。	b	a
		② サービスの提供を始めるにあたり障害のある本人等(家族・成年後見人等を含む)に説明し同意を得ている。	a	a
	Ⅲ-1-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行なわれている。	① 支援内容の変更や暮らしの場の変更にあたり生活の継続性に配慮した対応を行っている。	b	b
Ⅲ-2 個別支援計画の作成とサービス提供手順	Ⅲ-2-(1) 障害のある本人のアセスメントが行なわれている。	① アセスメントとニーズの把握を行っている。	b	b
	Ⅲ-2-(2) 障害のある本人に対する個別支援計画の作成が行われている。	① 個別支援計画を適正に作成している。	b	b
	Ⅲ-2-(3) 個別支援計画のモニタリング(評価)が適切に行われている。	① 定期的に個別支援計画のモニタリング(評価)を適切に行っている。	b	b
	Ⅲ-2-(4) サービス実施の記録が適切に行なわれている。	① 障害のある本人に関するサービス実施状況の記録が適切に行なわれている。	b	b
		② 障害のある本人に関する記録の管理体制が確立している。	c	c
		③ 障害のある本人の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	b	a
Ⅲ-3 障害のある本人本位の福祉サービス	Ⅲ-3-(1) 障害のある本人ニーズの充足に努めている。	① 障害のある本人ニーズの把握を意図した仕組みを整備している。	b	b
		② 障害のある本人ニーズの充足に向けた取り組みを行なっている。	c	b
	Ⅲ-3-(2) 障害のある本人が意見等を述べやすい体制が確保されている。	① 障害のある本人(家族・成年後見人等含む)が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	b	b
		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。	c	c
		③ 障害のある本人(家族・成年後見人等含む)からの意見等に対して迅速に対応している。	c	b
	Ⅲ-4 サービスの確保	Ⅲ-4-(1) サービスの一定の水準を確保する為の実施方法が確立されている。	① 提供するサービスについて一定の水準を確保する為の実施方法が文書化されサービス提供されている。	c
② 一定の水準を確保する為の実施方法について見直しをする仕組みが確立している。			c	c
Ⅲ-4-(2) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行なわれている。		① サービス内容について定期的に評価を行なう体制を整備している。	b	c
		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、改善策・改善実施計画を立て実施している。	c	c

〔自由記述欄〕

Ⅲ-1-(1)①相談支援事業所や市役所にパンフレットを配布しています。見学、体験者を受け入れています。
 Ⅲ-1-(1)②重要事項説明書にサービス内容や料金などの必要事項を明記し、説明をしています。
 Ⅲ-1-(2)①地域生活におけるサービスの継続に関しては相談支援事業所にゆだねています。必要があれば情報提供しています。
 Ⅲ-2-(1)①アセスメント様式はなく、現在検討中とのことです。担当職員が独自の様式で個別の聞き取りを行っています。
 Ⅲ-2-(2)①個別支援計画作成時には個別支援会議を行い、検討しています。ただし、緊急に変更する場合の仕組みはありません。
 Ⅲ-2-(3)①モニタリングは定期的に個別支援会議で実施しています。アセスメント様式を設けていないため、再アセスメントはできていません。担当職員が現在の様子、中間評価、本人ニーズの確認を行っています。
 Ⅲ-2-(4)①毎日の記録としては、バイタル、作業内容の記録のみで、利用者の様子は週単位で記録しています。
 Ⅲ-2-(4)②記録管理に関する規程は定めていません。
 Ⅲ-2-(4)③個別支援会議は支援計画作成時、モニタリング時に実施しています。施設内にはパソコンのネットワークを構築し、職員間で利用者の情報などを共有しています。
 Ⅲ-3-(1)①毎年行う施設のお祭りでは利用者、職員が参画する実行委員会を作り企画運営しています。また、利用者同好会があり、バスハイクやカラオケ、ボーリングなどを行っています。
 Ⅲ-3-(1)②個別支援計画会議が開催され分析・検討した結果に基づいて改善を行っていますが、会議への利用者本人の参加はありません。
 Ⅲ-3-(2)①相談スペースを設け、いつでも相談に応じることができるようにしていますが、匿名で意見や要望を出せる仕組みはありません。これまで苦情、要望、意見等を受け付けたことはないとの事で、苦情、要望、意見についての解釈の検討や意見などが出しやすい環境の構築が必要です。
 Ⅲ-3-(2)②苦情解決責任者、苦情受付担当者を設置し、重要事項説明書で、本人及び家族に説明していますが、第三者委員は設置していません。苦情はないとのことで、そのため解決を図った記録はありません。
 Ⅲ-3-(2)③苦情対応マニュアルを整備し、苦情解決の手順、経過記録の書式を整備していますが、苦情、要望、意見等を受け付けたことはないとの事で、対応を行ったことはありません。
 Ⅲ-4-(1)①利用者へのサービス提供について、一定の水準を確保するための実施方法は文書化しておらず、職員への周知も出来ていません。また、サービス提供のマニュアルが整備出来ていないため、個別的なサービスの実施に伴う基準が明確になっていません。
 Ⅲ-4-(1)②サービスの一定の水準を確保するための実施方法が文書化されていない為、見直しはしていません。
 Ⅲ-4-(2)①第三者評価は3年に一度受診しています。職員一人ひとりの自己評価は実施していますが、事業所としての自己評価は実施していません。
 Ⅲ-4-(2)②第三者評価結果は、職員に周知していますが、課題の分析、検討が不十分です。定期的な自己評価も実施していません。

IV 障害のある本人を尊重した日常生活支援

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
IV-1 障害のある本人を尊重した日常生活支援	IV-1-(1) 障害のある本人を尊重する取り組みがなされている。	① 障害のある本人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。(プライバシーへの配慮)	c	c
		② 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。	b	b
		③ 障害のある本人の主体的な活動を尊重している。	b	b
IV-2 日常生活支援	IV-2-(1) 清潔・みだしなみ	① 【入浴】入浴について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重したサービスが提供されている。	b	a
		② 【衣服】衣服について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重したサービスが提供されている。	b	a
		③ 【理美容】理美容について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重した選択を支援している。	b	a
	IV-2-(2) 健康	① 【睡眠】安眠できるように配慮している。	b	b
		② 【排泄】障害のある本人の状況に合わせた排泄環境を整えている。	b	a
		③ 【医療】障害のある本人の健康を維持する支援を行っている。	b	b
	IV-2-(3) 食事	① 【食事】楽しい食事ができるような支援を行っている。	b	b
	IV-2-(4) 日中活動・はたらくことの支援	① 障害のある本人の意思を尊重した日中の活動の取り組みを行っている。	b	a
	IV-2-(5) 日常生活への支援	① 障害のある本人の意思を尊重した日中の活動の取り組みを行っている。	b	b
		② 事業所の外での活動や行動について障害のある本人の思いを尊重した取り組みを行っている。	b	b
	IV-2-(6) 余暇・レクリエーション	① 障害のある本人の意思を尊重し、日常生活が楽しく快適になるような余暇、レクリエーションの取り組みを行っている。	b	a

【自由記述欄】

IV-1-(1)①倫理綱領は整備していません。プライバシー保護に関する規程もありません。

IV-1-(1)②言葉での意思伝達が難しい利用者へは、ジェスチャーを交えてわかりやすく伝えています。しかし、意思伝達に制限のある利用者がほとんどいない為、個別のコミュニケーション手段での支援を行うまでには至っていません。

IV-1-(1)③行事实行委員会、カラオケ、ボーリングの同好会は、利用者が主体となり活動しています。行事实行委員会は、職員も参加して定期的に話し合いを行っています。きょうされん中丹ブロックで運動会等に参加し、他事業所の利用者と交流を図っています。家族会等の家族と協議する機会はありません。

IV-2-(1)①入浴が苦手な利用者や入浴が出来ていないと思われる利用者には、支援相談員と協議し、ヘルパー等の支援につなげています。

IV-2-(1)②利用者の衣服に気を配り、季節に適している衣服が着用できるよう声掛けを行い、必要に応じてヘルパーの介助が受けられるように支援しています。

IV-2-(1)③理美容等保清に関して、利用者の様子を気に向け、声掛けを行うなどの支援をしていますが、大きな課題のある利用者はいない為、具体的な活動を行うには至っていません。

IV-2-(2)①利用者の様子を気に向け、睡眠が不十分な利用者や寝られないとの相談を受けた時は、医療機関の受診を勧め、希望があれば、通院等の支援を行っています。

IV-2-(2)②失禁のある利用者には、声掛けをして着替えを促す等、排せつに課題のある利用者には会議などで情報の共有を図っています。車いすや歩行器を使用している利用者が使用しやすい障害者用のトイレを設備しています。

IV-2-(2)③毎朝、バイタルチェックを行い、年1回健康診断を実施し、「健康診査結果表」で、利用者や家族に伝えています。通院の希望があれば、利用中に病院への送迎を行っています。現在、健康維持に課題のある利用者はいない為、具体的な活動を行うまでには至っていません。

IV-2-(3)①食事について課題のある利用者には、相談に応じて、ヘルパー支援につなげたり、夕食弁当の持ち帰り支援を行っています。

IV-2-(4)①「食品製造部」「食堂部」「リサイクル部」の事業を設け、本人の希望に合わせて、担当する部署を決めています。作業場の室温を保てるようにクーラー、ストーブ等を設置して作業しやすい環境を整えています。夏・冬年2回ボーナスを出せるように企画し、働く意欲を高めるように取り組んでいます。賃金は、初回の面談時に説明して同意を得て支給しています。

IV-2-(5)①金銭の自己管理が出来るように、利用者の希望に応じて工賃の分割支給を行っています。金銭管理能力を高めるための学習プログラムは整備していません。

IV-2-(5)②支援事業所と連携し、利用者の各種技能取得に向け、ジョブパーク等の情報提供をしています。事業所外の活動での安全確保の目的で、学習を行ったり、連絡先のわかる物を携帯する等の対応は行っていません。

IV-2-(6)①利用者の自主的なボーリング・カラオケ同好会に職員が関わり、活動の支援をしています。パソコンを習いたいと相談を受け、無料教室を探して情報提供を行うなど、余暇活動の相談、支援を行っています。