

〔評価結果の公表様式〕

愛知県福祉サービス第三者評価事業 評価結果

①第三者評価機関情報

評価機関名：株式会社 中部評価センター (認証番号:24地福第3-3号)
訪問調査 実施日：平成26年3月10日(月)

②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人樫の木福祉会 (施設名)そら豆キッズ	種別:(施設種別)放課後等デイサービス (基準の種類)障害福祉施設版
代表者氏名:(管理者)川口 千鶴子	定員(利用人数):10名
所在地:〒491-0067 愛知県一宮市北丹町2番地	TEL: 0586-28-8288

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>◆管理者交代によるメリット 昨年度までは、管理者が遠方の事業所との兼務であったため、サービス管理責任者が現場での運営を任されていた。しかし、現場の意向が法人に伝わりづらかったり、決裁に時間を要したりと、事業運営上の障壁となっていた。今年度より、開設時から当該事業所を含む複合施設の実質上の施設長的な立場にある、併設の障害者通所施設の管理者が兼務する事となり、情報の共有化や決裁時間の短縮等、様々なメリットが生まれている。</p> <p>◆社会資源のリストアップからネットワーク化へ 歴史の浅い「放課後等デイサービス」事業であるが、必要な社会資源を明確にし、それらの機関との良好な関係を構築して事業運営の確立を図ろうとしている。関係先として、市(福祉課、学校教育課、処遇検討委員会)、小・中学校の特別支援学級、特別支援学校、医療機関(病院、コロニー等)、保健センター、成人の障害者施設、相談支援事業所、療育相談部門等々をリストアップしている。これらの機関のネットワーク化が図られれば、制度は一段と進化することとなる。</p> <p>◆地域の子どもたちとの関わり 一日2時間のサービス利用の中で、利用者が地域と交流したり、関わりを持ったりすることはたやすいことではない。その難しい課題も、地域の子どもたちによって一部解決の方向に向かっている。地域の子どもたちが利用者を誘いに来たり、一緒に遊んだり、利用者の地域への同化が進んでいる。原則、地域の子どもたちが療育の場へ入り込むことはできないが、プログラムによっては、地域の子どもたちも室内に入って活動に加わっている。利用者の社会性や適応力が、地域の子どもたちとの関わりの中で育まれていく。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>◆職員間の格差の是正 事業所のサービスの特殊性から、職員構成が複雑である。正規職員、非正規職員(パート職員、学生アルバイト)、高校生ボランティア等々が、療育の場に加わっている。当然のことではあるが、意識や考え方をはじめ保有資格、年齢、経験、知識、技術等に起因する力量には大きな開きがある。サービスの質の向上は、まずその格差を少なくして均一化・標準化したサービスを提供することにある。職員それぞれに応じた職種・階層別の研修体系を構築し、有効な研修が実施されることを期待したい。</p> <p>◆防災・防犯意識の欠如 前回評価からの課題であるが、利用者の安全を確保するためのマニュアルの整備が遅れている。事業所独自の防災・防犯訓練が計画されておらず、避難訓練の実施もなかった。利用者の多くは特別な配慮を必要とする子どもであり、地震、火災、豪雨や台風、不審者の侵入等、様々な状況に際して、自らの判断で適切な行動がとれるとは思えない。事業所独自のマニュアルの整備を急ぎ、併設されている他の事業所との連携を図り、防災の体制づくりや防災訓練の計画・実施を望みたい。</p>

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

足りていないと思っているところなど、的確にご指摘をいただき、よかったですと思います。改善をしっかりと行っていき
たいと思います。

⑤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。

(別添)

評価項目(細目)の評価結果(障害福祉施設)

※すべての評価細目(80項目)について、判断基準(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

		第三者評価結果	
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。	障 1	Ⓐ ・ b ・ c
I-1-(1)-②	理念に基づく基本方針が明文化されている。	障 2	Ⓐ ・ 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。	障 3	a ・ Ⓑ ・ c
I-1-(2)-②	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	障 4	a ・ b ・ Ⓒ

評価機関のコメント

「ひとりひとりひかる 地域の中で豊かな暮らしをめざして」との法人の理念を基に、事業所独自のスローガン「あなたらしさ応援団 こどもたちにワクワクした未来を」を定めて地域には珍しい「放課後等デイサービス」事業を展開している。理念はパンフレットやホームページの中でも紹介されており、問い合わせも数多い。
事業の性格上、勤務する職員の多くは学生を中心としたアルバイトであり、理念や基本方針の周知には欠けている。また、利用者・保護者に対する周知においても、見学や契約時に説明する程度であり、特段の取り組みは行われていない。

I-2 計画の策定

		第三者評価結果	
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。	障 5	a ・ b ・ Ⓒ
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。	障 6	a ・ Ⓑ ・ c
I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
I-2-(2)-①	事業計画の策定が組織的に行われている。	障 7	Ⓐ ・ b ・ c
I-2-(2)-②	事業計画が職員に周知されている。	障 8	a ・ Ⓑ ・ c
I-2-(2)-③	事業計画が利用者等に周知されている。	障 9	a ・ b ・ Ⓒ

評価機関のコメント

法人の策定した「桜の木福祉会中・長期計画」(平成24年度～27年度)があるが、当該事業所に関する記述は少なく、事業所独自の中・長期計画も策定されていない。単年度の事業計画を根拠のあるものとするためにも、必要な事項を網羅した中・長期計画の策定が待たれる。
昨年度までは、管理者が遠方の事業所との兼務であったため、現場を任されたサービス管理責任者が職員意見を聞き取った上で事業計画をまとめていた。しかし、今年度より事業所に併設している法人の障害者通所施設(生活介護、就労継続B型事業所)の管理者が兼務する事となり、情報の共有化や決裁時間の短縮等、様々なメリットが生まれている。

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

			第三者評価結果
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。	障 10	Ⓐ ・ b ・ c
I-3-(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。	障 11	a ・ b ・ ㉔
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組に指導力を発揮している。	障 12	a ・ ㉔ ・ c
I-3-(2)-②	経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	障 13	a ・ ㉔ ・ c

評価機関のコメント

新たに就任した管理者は、開設時から当該事業所を含む複合施設の実質上の施設長的な立場にあり、役割や責任の所在は明らかになっている。しかし、事業運営の特殊性から職員のほとんどが非正規職員(パート、アルバイト)であり、コンプライアンスの取り組みは進んでいない。管理者及びサービス管理責任者が持っている知識を、いかにして他の職員に伝播していくかが今後の課題となる。
 管理者、サービス管理責任者共に、質の向上に関して第三者評価の必要性を理解してはいるが、現場支援の充実を最優先としており、改善に向けての具体的な取り組みは始まっていない。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

			第三者評価結果
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。	障 14	Ⓐ ・ b ・ c
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組を行っている。	障 15	a ・ ㉔ ・ c
Ⅱ-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	障 16	a ・ ㉔ ・ c

評価機関のコメント

併設されている相談支援事業所や療育相談の部門から情報を入手し、事業環境の把握に努めている。歴史的に新しいサービスであることから、職員体制を含めた事業構築やサービス提供面では、手探りの状態で進まざるを得ない部分もある。制度自体が黎明期であるだけに、利用者である子どもを中心に据えて、学校、家庭(保護者)、事業所(職員)の三者が協力・連携しての仕組みづくりを期待したい。さらに、相談支援事業所や療育相談の部門との連携を密にして、事業所としての存在を確かなものにしてほしい。
 積極的に第三者評価を受審しており、課題の抽出や事業運営の透明化を目指している。

Ⅱ-2 人材の確保・養成

			第三者評価結果
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。	障 17	a ・ ㉔ ・ c
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。	障 18	a ・ b ・ ㉔

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。	障 19	a ・ ⑥ ・ c
	II-2-(2)-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。	障 20	a ・ ⑥ ・ 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。	障 21	a ・ ⑥ ・ c
	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組が行われている。	障 22	a ・ ⑥ ・ 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。	障 23	a ・ ⑥ ・ 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、積極的な取組をしている。	障 24	a ・ ⑥ ・ c

評価機関のコメント

「平成24年度事業計画」中の「今年度の重点的課題」に、人材育成の必要性を記述している。法人主導の人事考課制度は中断しており、事業所としての取り組みは見られない。正規職員、補助職員、アルバイトスタッフと、就労条件や経験・知識に差があり、年齢的にも若い職員集団であり、教育・研修面や福利厚生面でのバラつきが見られる。人材育成の観点から、職種・階層別の体系的な研修システムの構築が望まれる。実習生の受け入れに関する仕組みを構築中であり、今年度は6名の実習生を迎えた。

II-3 安全管理

			第三者評価結果
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。			
	II-3-(1)-① 緊急時(事故、感染症の発生時など)における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	障 25	a ・ b ・ ㉠
	II-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	障 26	a ・ b ・ ㉠
	II-3-(1)-③ 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。	障 27	a ・ ⑥ ・ c

評価機関のコメント

前回評価からの課題であるが、事業所独自のマニュアル整備が叶わなかった。併設の他事業所のものを準用しているが、事業所の個別性に対応不可能な部分も見られることから、早急に事業所独自のマニュアル整備が望まれる。防災訓練が計画されておらず、避難訓練の実施もなかった。利用者の多くは特別な配慮を必要とする子どもたちであり、緊急事態や災害の発生時に、自らの判断で適切な行動がとれるとは限らない。併設されている他の事業所との連携を図り、防災の体制づくりや避難訓練の計画・実施を望みたい。

II-4 地域との交流と連携

			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 利用者と地域との関わりを大切にしている。	障 28	㉠ ・ b ・ c
	II-4-(1)-② 施設が有する機能を地域に還元している。	障 29	a ・ ⑥ ・ 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。	障 30	a ・ ⑥ ・ 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。	障 31	① ・ b ・ c
	Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	障 32	a ・ ② ・ c
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 地域の福祉ニーズを把握している。	障 33	a ・ ② ・ c
	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。	障 34	a ・ ② ・ c

評価機関のコメント

地域の子どもたちが利用者を誘いに来たり、一緒に遊んだり、地域への同化が進んでいる。原則、地域の子どもたちが療育の場へ入り込むことはできないが、プログラムによっては、地域の子どもたちも室内に入って活動に加わっている。地域の高校生や利用者の家族がボランティアとして参加している。

必要な社会資源はリスト化してある。市(福祉課、学校教育課、処遇検討委員会)、小・中学校の特別支援学級、特別支援学校、医療機関(病院、コロニー等)、保健センター、成人の障害者施設、相談支援事業所、療育相談部門等々、連携や調整が必要な機関は多いがネットワークはない。事業所としての係わり方が課題である。

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。	障 35	a ・ ② ・ c
	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。	障 36	① ・ b ・ c
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。			
	Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	障 37	① ・ 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。	障 38	① ・ b ・ c
	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。	障 39	a ・ ② ・ 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。	障 40	a ・ ② ・ c

評価機関のコメント

常勤職員間での情報共有はできているが、学生アルバイトが多いため、全スタッフの共通理解を図るための文書化を進めている。そのマニュアル整備の途中であるが、マニュアルがあるものに関しても、スタッフ内での周知ができていない。

保護者との面談を定期的に行い、日々の送り迎えや連絡ノートで情報交換を行っている。計画の見直し時に保護者とのサービス内容についての聞き取りを行い、対応できることについては可能な限り意に添うようにしている。苦情については、法人の委員会が年2回開催されているが、利用者への周知や一般に向けての公表は十分ではない。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

		第三者評価結果	
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組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。	障 41	a ・ ⑥ ・ c
Ⅲ-2-(1)-②	評価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。	障 42	a ・ ⑥ ・ c
Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。			
Ⅲ-2-(2)-①	提供する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。	障 43	① ・ b ・ c
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。	障 44	① ・ 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。	障 45	a ・ ⑥ ・ c
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。	障 46	① ・ 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。	障 47	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

第三者評価を継続的に受審することで、定期的にサービス面の評価を行っているが、一部のスタッフのみの参画であり、改善策の検討や実施も一部のスタッフのみで行われている。現場だけでは解決できない内容については、法人へ意見を上げているが、法人としての見解や検討した結果が降りてこないため、前に進まない現状がある。標準的な実施方法の文書化に取り組み始めており、必要な子どもについては整備が進んできた。サービスの記録については、毎日記録が取られているが、工夫や指導までは十分にできていない。職員間の情報共有方法として「業務日誌」があり、出勤時には必ず確認するようになっている。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

		第三者評価結果	
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。	障 48	① ・ b ・ c
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。	障 49	① ・ 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	施設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。	障 50	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

ホームページでの情報公開や、関係機関との連携で、サービス内容についての情報提供はできている。サービスの開始に当たっては、契約時にサービス内容や料金などについて適切に説明している。引っ越しなどでの事業所変更については、引き継ぎ文書を作成し、サービスの継続性への配慮を行っている。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

			第三者評価結果
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。	障 51	a ・ ⑥ ・ 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。	障 52	a ・ ⑥ ・ c
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。	障 53	a ・ ⑥ ・ c
Ⅲ-4-(2)-③	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 54	非該当

評価機関のコメント

アセスメントに関しては、「フェースシート」を定期的に取り直し、最新情報が把握できるようにしている。現在、最も適切なアセスメントの仕組みや実施方法を検討中であり、サービス実施計画に中に入れこみ、他のスタッフへ情報を的確に流せる仕組みを検討している。

サービス実施計画は定期的に更新されているが、利用者の状態の変化や意向の変化にも柔軟に対応して見直し・変更する仕組みができていないため、改善策を検討中である。評価項目54については移行支援に該当するサービスがないため「非該当」とした。

Ⅲ-5 障害者福祉施設の固有サービス

			第三者評価結果
Ⅲ-5-(1) 利用者を尊重している。			
Ⅲ-5-(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 55	① ・ b ・ c
Ⅲ-5-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 56	① ・ b ・ c
Ⅲ-5-(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 57	a ・ ⑥ ・ c
Ⅲ-5-(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 58	① ・ b ・ c
Ⅲ-5-(2) 食事の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(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 59	非該当
Ⅲ-5-(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 60	非該当
Ⅲ-5-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 61	非該当
Ⅲ-5-(3) 入浴の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(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 62	非該当
Ⅲ-5-(3)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	障 63	非該当
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	非該当

Ⅲ-5-(4) 排泄の支援が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(4)-① 排泄介助は快適に行われている。	障 65	Ⓐ ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(5) 衣服についての支援が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(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 67	非該当
	Ⅲ-5-(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 68	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(6) 理容・美容についての支援が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(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 69	非該当
	Ⅲ-5-(6)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	障 70	非該当
Ⅲ-5-(7) 睡眠についての支援が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(7)-① 安眠できるように配慮している。	障 71	非該当
Ⅲ-5-(8) 健康管理が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(8)-① 日常の健康管理は適切である。	障 72	a ・ Ⓑ ・ c
	Ⅲ-5-(8)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	障 73	a ・ Ⓑ ・ c
	Ⅲ-5-(8)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	障 74	a ・ Ⓑ ・ c
Ⅲ-5-(9) 余暇・レクリエーションが適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(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 75	非該当
Ⅲ-5-(10) 外出、外泊が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(10)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	障 76	非該当
	Ⅲ-5-(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 77	非該当
Ⅲ-5-(11) 所持金・預かり金の管理等が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(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 78	a ・ Ⓑ ・ c
	Ⅲ-5-(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 79	非該当
	Ⅲ-5-(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 80	非該当

評価機関のコメント

利用者の特性に合わせ、個々にサービス実施計画を策定し、対応するようにしている。見守りと支援の体制を心がけているが、新しいスタッフや実習生が対応したり、重度の子どもの場合などでは、知識、技術、理解の不足によって対応にばらつきが出ている。人材育成が課題である。

排泄に関しては、対応が必要な場合には適切な対応が見られる。通所事業所であり、週一回2時間の利用のため、健康管理に関しては、アレルギーや持病、かかりつけ医の把握のみにとどまっている。よって、事業所独自の健康診断や予防接種は行っていない。薬の服用は基本的にしないが、どうしても必要な場合のみ預かっている。てんかん発作を経験したことのないスタッフがほとんどであり、不安視する声もあることから、必要な研修の計画・実施が望まれる。

預かり金については、記録を残してはいるが、規約を定めていないため、早急な整備が必要である。

評価項目59・60・61・62・63・64・67・69・70・71・75・76・77・79・80については、通所事業所であるため、及び子どもを対象とした事業所であるため「非該当」とした。