

〔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24年12月13日(木)

②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人ときわ会 (施設名)障害者支援施設 ふじの木園	種別:(施設種別)施設入所支援、生活介護 (基準の種類)障害福祉施設版
代表者氏名:(施設長)春日井 昌市	定員(利用人数):50名
所在地:〒483-8363 愛知県江南市河野町五十間88番地	TEL: 0587-57-7551

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>◆保護者・家族の協力 隣接地に建つ通所事業所に遅れること約20年、平成14年開設の障害を持つ子の親と行政との熱い思いで創り、育ててきた事業所である。それ故、保護者・家族の理解や協力的な姿勢が顕著であり、毎月開催される保護者会への出席率も高い。法人イベントや事業所イベントにも、保護者・家族の積極的なボランティア参加がある。</p> <p>◆職員の尊重、働きやすさ 職員の意見を尊重し、吸い上げた意見や要望を事業運営に反映させようとの姿勢が見られる。必要な場合には、直ちに委員会を立ち上げて職員が話し合いや討議を行っている。「自己申告」や「契約面談」によって、職員の意向は事業所に伝わっている。職種、階層によっては年休の消化が進んでいない部分もあるが、雇用は安定しており、職員にとって働きやすい職場環境が提供されている。</p> <p>◆サービスの質の向上に向けての取り組み 毎年、サービス評価項目について自己評価(施設評価)を実施し、それぞれの項目の回答分布等が分かりやすく整理されていた。加えて、今回の第三者評価受審に際し、「気づき」を大切にしようとする姿勢もうかがえた。第三者評価受審の一連のプロセスの中から、それぞれの職員が得た「気づき」を活かし、さらにサービスの質が向上することを期待したい。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>◆中・長期計画の明文化 会議や委員会の資料としての各論の中・長期ビジョンは存在するが、職員や利用者・家族に対して示すべき明確な中・長期計画がなかった。事業所(法人)の今後の方向性を示すためにも、また単年度の事業計画作成に枠組みを与えるためにも、事業所の主要な活動を包括した中・長期計画の策定が望まれる。</p> <p>◆P-D-C-Aサイクルの意識 事業所の活動の中で、計画されたことが実行・実践されたことは、残された記録類から確認できたが、終了後に評価・見直しに至っていない例が散見された。本評価制度の評価基準中に、「体制が確立し」や「体制を整備し」等の記述のある項目はもとより、日常的なサービス提供についても評価・見直しの実施が求められる。常に、P-D-C-Aの意識を持った事業運営やサービスの提供に期待したい。</p> <p>◆マニュアルの整備 サービスについての標準的な実施方法については、「職員支援マニュアル」を整備し、新人教育等に活用している。ただし、保管や管理のルールが明確ではなく、検索等に時間を要することが多々あった。今後の見直しの際に、項目の整理、必要な基準や数値の明記、保管場所等のルール化等を図ることで、より検索や管理しやすいマニュアルにすることが望ましい。</p>

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価を受審したことで、施設の課題や問題が明確になると共にプラス評価は、職員の自信にもつながった。
新しい取り組みや、日常業務に追われ自己評価だけでは気付くことができなかった部分を整理することができ、中・長期計画の明文化やPDCAサイクルの意識、マニュアルの整備等、今後の方向性を見出すことができた。

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。

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	Ⓐ ・ b ・ 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 ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

障害を持つ子の親と行政とが、熱い思いを持って創り上げてきた法人であり、隣接地に建つ通所施設に遅れること約20年での開設である。パンフレットをはじめ様々な媒体を通して理念や基本的な考え方が述べられており、職員間にも浸透している。法人設立時から保護者・家族との協力的な関係が構築されており、法人及び事業所の理念や方針に関する理解も得ている。ただし、利用者本人に対する周知に関しては、個々の判断能力や理解力を考慮して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 ・ Ⓑ ・ c
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	a ・ Ⓑ ・ c
I-2-(2)-②	事業計画が職員に周知されている。	障 8	Ⓐ ・ b ・ 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 ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

会議や各種の委員会にて中・長期のビジョンが話し合われており、法人及び事業所の新たな施策や方向性は定まっている。しかし、正式な文書として職員や利用者等に示される中・長期計画は策定されておらず、単年度の事業計画についても、「連絡調整会議」で検討されてはいるものの、多くの部分が歴年の慣習によって作成されている。理念や方針と共に、利用者月例会や毎月の保護者会にて資料配布や説明が行われているが、利用者本人に対する周知方法には一段の工夫が期待される。

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	Ⓐ ・ b ・ c
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	Ⓐ ・ b ・ 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 ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

「職員組織図」や「職務分掌規程」等により、管理者の役割や責任の所在は明らかになっている。法令に準拠し、施設運営の適正化と障害者支援の充実を目指し、委員会制度を柔軟に活用して「ふじの木園」の支援を確実なものにしようとしている。

全職員による「施設評価」を制度化しており、さらなるサービスの質の向上を目指してはいるが、評価実施後の分析作業が有効に機能しておらず、業務の効率化や業務改善への反映が薄くなっている。

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 ・ Ⓑ ・ c
Ⅱ-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	障 16	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

事業所の経営に関しては、同業者の団体や県及び市の社会福祉協議会等から情報を集め、事業の進行に合わせて適切に補正予算を組むなど、毎回の理事会で承認を取っている。今後の事業所の課題として、「人材育成と人事考課制度」、「利用者の高齢化、医療依存度」、「事業所運営への職員参加」等をあげており、委員会での検討が期待される。

税理士による財務・会計面の指導を仰いでおり、「給与体系」の改定も実施された。定期的に第三者評価を受審していく方針もあり、財務・会計とサービスの両面において、事業の透明性を図ろうとしている。

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 ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ c

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	㉑ ・ b ・ 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	㉑ ・ b ・ 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	㉑ ・ b ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

明確な中・長期計画が策定されていないこともあり、将来に向けての人事プランが幹部職員の腹案で終わってしまっている。「自己申告」や「自己点検」が制度化されているが、人事考課制度としての体系化はいない。教育・研修に関する方針が事業計画の中に示されているが、職員個々の計画への波及は見られない。研修実施後のフォローについても改善の余地を残している。

職種、階層によって有休消化が進んでいない部分もあるが、自己申告制度や契約面談等によって職員の意向は把握されており、福利厚生面は充実している。

高校、大学等から年間10名を超える実習生を受け入れているが、実施後に評価・見直しの実施がなかった。

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	㉑ ・ b ・ c
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	㉑ ・ b ・ c
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 ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

安全対策上必要と思われるマニュアル類は、「職員支援マニュアル(基本編)」に網羅されている。毎月実施している防災訓練(主として避難訓練)についても、実施後に反省会を開催して課題の洗い出しを行っている。

大きな事故にはつながっていなかったが、今期中の事故事例として4件の「誤薬事故」が報告されていた。担当看護師が再発防止の是正策を作った後、支援員会議でのチェックが実施されており、「誤薬」撲滅に向けての今後の趨勢が注目される。

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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

隣接地にある他法人の高齢者施設との合同イベントをはじめ、同法人の通所事業所と一体のイベントを組んで、地域への交流を図っている。この1～2年、「障害者自立支援法」への移行や、事業所内での支援の充実を図るための活動に力点が置かれていた経緯もあり、事業所機能の地域還元は進んでいないが、大規模災害時に「福祉避難所」として、市と契約しているとの思いは確認できた。ボランティアの受け入れはあるが、マニュアルやシステムの不備が目立ち、体制の確立には至っていない。

市の自立支援協議会が十分に機能していないこともあり、在宅での待機者70名への対応が遅れている。早急なケアホームの開設や短期入所、日中一時事業の拡充が待たれる。

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	㉑ ・ b ・ 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	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。			
	Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	障 37	a ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

評価機関のコメント

虐待防止に関する研修については、パート職員も含めたグループワークを実施すると共に、効果測定をして前年度の結果と対比するなど研修内容の改善を行っている。

利用者に対して「個別相談支援」の時間を設け、相談しやすい環境を整備している。それらを指導の機会とするのではなく、傾聴する姿勢で行っており、相談内容等をその後の支援に役立てている。苦情解決への取り組みについては、その都度問題を解決することで受理件数は0件とのことであった。今後については0件であることに満足するのではなく、施設が提供するサービスについての妥当性や課題を浮かび上げるツールとして、有効に活用することが望まれる。

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	Ⓐ ・ b ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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	Ⓐ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

毎年、「福祉見聞録ソフト」にあるサービス評価項目について全職員による施設評価を実施し、それぞれの項目の回答分布等を分かりやすく整理している。この施設評価の取り組みにはまだ改善の余地を残すが、今後は現場の職員参画のもと、有効に機能する仕組みとなることを期待したい。今回の第三者評価受審に際し、「気付き」を大切にしようとする姿勢もうかがえた。

標準的な実施方法は、「職員支援マニュアル」が整備されており、新人教育等に活用している。各支援について、具体的に明記している箇所を質問した際に、ファイルや保管場所がそれぞれ異なり、検索するのに時間を要した。今後見直しの際には、項目の整理、必要な基準や数値の明記、保管場所等のルール化等を図り、より検索・管理しやすいマニュアルとすることが望まれる。

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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

パンフレット等にて利用希望者に対して必要な情報を提供している。また、利用希望者には施設見学等も実施されている。サービス開始の同意に当たり、契約及び重要事項の説明を行い、契約関係書類を取り交わしている。退所後のアフタフォローでは、施設等への情報提供について組織で定めた様式等はないものの、ケース毎に管理を行い、利用者にとって不利益とならないような配慮があった。

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	Ⓐ ・ b ・ 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	Ⓐ ・ b ・ 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	Ⓐ ・ b ・ 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	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

アセスメント及び支援計画の作成、モニタリング、評価、変更等が適切に実施され、利用者の最新の状態や意向が計画に反映されるように配慮している。この評価・見直しの前には面談を実施し、利用者と保護者の意見・要望を聴取していた。地域生活への移行については、法人全体でこれまでケアホームの運営の実績はないが、次年度以降に整備を予定しており、この施策によって地域移行が進むことを期待したい。

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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ c
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	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 61	Ⓐ ・ b ・ c
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	Ⓐ ・ b ・ c
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	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	a ・ Ⓑ ・ c

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	a ・ Ⓑ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ c
	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	Ⓐ ・ b ・ c
	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	Ⓐ ・ b ・ c
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	a ・ Ⓑ ・ c
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	Ⓐ ・ b ・ 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	Ⓐ ・ b ・ 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	Ⓐ ・ b ・ c
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	a ・ Ⓑ ・ c
	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	Ⓐ ・ b ・ c
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	Ⓐ ・ b ・ c
	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	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

重度利用者の支援目標を支援者に分かりやすく伝えるために、支援の現場に掲示し、「何をどの程度支援するのか」、統一して実施できるように工夫している。給食については季節に配慮するだけでなく、各都道府県のご当地メニューを献立に組み込むなど、利用者が楽しく食事を摂れるよう多くの工夫があった。

健康面では、看護師が健康カレンダーを掲示したり、ストレッチ体操等の実施により、利用者の健康維持を図っている。一方で、薬の取り扱いにおいては誤薬等の事故が確認された。その都度、事故原因を追求し、類似事故を無くすよう努めることが望まれる。トイレの掃除は行き届いていたものの、トイレ専用の履き物は無く、感染症等の予防面で改善する点を残している。