指定管理者制度による施設の管理運営状況総括調書
（総合結果）

施設名	津久井やまゆり園			
指定管理者名	社会福祉法人かながわ共同会			
施設所管課（事務所）	障害サービス課			
指定期間	R5.4.1 (2023年) ～ R10.3.31 (2028年)	評価期間	R5 (2023) 年度 ～ R7 (2025) 年度	

指定管理者制度による管理運営状況の総合評価

評価	評価基準
B	Ｓ：極めて良好 Ａ：良好 Ｂ：一部改善が必要 Ｃ：抜本的な改善が必要

評価理由及び今後の対応

指定管理者制度による管理運営状況の総括を行ったところ、制度の導入目的である施設の管理運営経費の節減などの効果は認められる。また、サービスの質の向上に関しては、指定管理者の独自の事業と連携することで、県直営の施設を想定した場合とは異なる手法で意思決定支援や地域生活移行に積極的に取り組んでいるほか、身体拘束解除に向けた取組も進めている。

以上のことから、引き続き指定管理者制度による管理運営を行うことが望ましい。

（今後の対応）

令和５年12月に策定した「県立障害者支援施設の方向性ビジョン」（以下「方向性ビジョン」という。）では、津久井やまゆり園は「ともに生きる社会かながわ憲章」を実践するモデル施設としてのほか、特有な条件下にある施設として県立施設としての安定性が不可欠であることから、「指定期間終了後のあり方を引き続き検討する施設」に位置付けている。

なお、指定管理者が管理する別施設において利用者支援に係る不適切事案があったことを受けて、指定管理者が令和７年１月に策定した「かながわ共同会法人改革・愛名改善等実行プラン」に基づき、法人として「組織を変える」、「意識を変える」及び「暮らしを変える」を柱に、法人組織の改革・改善に向けた取組を進めている。

指定管理者制度による管理の有効性	有	無

１　サービス向上に向けた取組の実施状況

確認項目	確認の視点	項目別評価	内容・評価理由
指定管理業務実施にあたっての考え方、運営の方針等	□指定管理業務の総合的な運営方針が守られているか □委託した業務は適切に実施されているか	A	当事者目線に立った支援として、オンブズマンや、地域の方に「やまゆりサポーター」と称して当事者に寄り添ってもらうなど、意思決定支援を推進するほか、地域移行を見据えて地域交流を図る「チャレンジ活動」といった取組を行うなど、運営方針に基づき、確実に実施されている。 実績報告書並びに随時及び定期のモニタリング等により、委託した業務の適切な実施を確認している。
施設の維持管理	□施設の維持管理（清掃業務、ごみ収集業務、保守点検業務、受付業務、警備業務等）は事業計画どおり実施されているか	A	清掃、給食調理業務、洗濯業務、診療所業務、保守点検・警備等の施設の維持管理業務は、一部外部委託も含め、計画通りに実施している。
地域と連携した魅力ある施設づくり	□地域人材の活用、地域との協力体制の構築、ボランティア団体等の育成・連携の取組を積極的に行っているか □地域企業等への業務委託を行っているか	S	人材確保として、勤務地（地域）限定職員の採用制度の導入を実施した。また、地元のイベントへの参加又は協力、園のイベントの外部公開、近隣中学校で生徒向けに講演会を実施しているほか、見学者を積極的に受け入れるなどしている。さらに、神奈川県社会福祉協議会の「かながわライフサポート事業」へも参加している。 洗濯業務については、シルバー人材センターに委託している。

評価結果	評価区分
A	Ｓ：協定等に定める水準を上回る（項目別評価でＢ、Ｃがなく Ｓが半数以上※） Ａ：協定等に定める水準どおり　（項目別評価でＢ、Ｃがなく Ａが半数以上※） Ｂ：協定等に定める水準を下回る（項目別評価でＢが１つ以上） Ｃ：協定等に定める水準を大幅に下回る（項目別評価でＣが１つ以上）

２　施設の利用状況

入所の取組	Ｒ５年度	Ｒ６年度	Ｒ７年度	３か年平均
目標値 （利用者数） 設定方法：　ア	72　人	72　人	72　人	72　人
利用者数	62　人	67　人	61　人	63　人
対目標値（数） ※下段は率	△　10　人 86　％	△　5　人 93　％	△　11　人 85　％	対目標値（率） 88.0　％

退所の取組	Ｒ５年度	Ｒ６年度	Ｒ７年度	３か年平均
目標値 （退所者数） 設定方法：　ア	12　人	12　人	12　人	12　人
退所者数	2　人	4　人	1　人	2　人
対目標値（数） ※下段は率	△　10　人 17　％	△　8　人 33　％	△　11　人 8　％	対目標値（率） 19.4　％

※目標値の設定方法　　ア…募集時の提案事項のため、指定期間当初から設定
イ…モニタリング調書作成等のため、便宜的に設定

評価結果	評価区分
C	利用者数と目標値を比較して（３か年平均） Ｓ：110％以上 Ａ：100％以上～110％未満 Ｂ：　85％以上～100％未満 Ｃ：　85％未満 （女性自立支援施設と県営住宅等において評価を行わない場合、目標値欄には定員等を記載する。）

確認の視点	施設の利用状況についての評価
□事業の広報・ＰＲは効果的に実施されているか □自主事業は施設の設置目的に合致し、利用促進につながっているか □利用促進に向けた取組は適切か	入所の取組について、一旦は定員を充足したものの、御逝去された方とグループホームに移行された方がいたため、目標値を下回ることとなった。入所希望者が多く、入所の必要性の高い方を中心に積極的に受け入れる方針である。 退所の取組は、地域生活移行には利用者自身の意思だけでなく、受け皿となるグループホームの体制や利用者の障がい特性との関係性等の多くの要件に合致することが求められることから目標値を達成できなかった。 事業広報等については、機関誌、ホームページ、SNSを活用して、園の活動内容のＰＲに取り組んでいる。

３　利用者満足度の状況

	Ｒ５年度	Ｒ６年度	Ｒ７年度	３か年平均
利用者満足度調査において「満足」と答えた利用者の割合（サービス内容の総合的評価に係る設問） ※上段：割合、下段：回答者数	71.9 %	76.2 %	82.8 %	77.0　%
	46 人	48 人	53 人	

※複数回実施した場合や複数対象に向けて実施した場合等は、合計した数値を記載

評価結果	評価区分
A	「満足」（上位２段階の評価）と答えた割合が（３か年平均） Ｓ：　90%以上 Ａ：　70%以上～ 90%未満 Ｂ：　50%以上～ 70%未満 Ｃ：　50%未満　又はＳ～Ｂにかかわらず「不満足」と答えた割合が50%以上

確認の視点	利用者満足度の状況についての評価
□調査の実施方法（対象、時期、回数、配布方法等）は適切か □利用者満足度向上に向けた取組は適切か	年に１度、利用者に対して、当該利用者に支援を行っている担当課職員が主に行うが、可能な方はオンブズマンと付添い職員の複数名同席のもと、本人からの聞き取りにて調査を実施している。調査結果（３か年平均）は77.0%でありＡ評価となる。 調査結果は、当事者目線の支援、意思決定支援の一環として、ヒアリングシートや個別支援計画とともに保管・活用していくこととしている。

４　苦情・要望等への対応

	年月	意見の内容	対応状況
施設の管理に関する利用者からの主な意見と対応状況	令和５年度	・面会のたびに、居室内の備品や物品の破損が目立っている。	・他利用者が御本人の居室に入らないように環境整備し、家具の固定等も行った。
		・家族面会で、面会場所まで御本人が一人で来た。安全配慮がなされていない。又、衣類調整ができていない。	・面会時の付添いについて職員間で周知した。季節の衣類調整についても職員間で確認している。
		・服薬事故の連絡を受けたが、それ以前に服薬調整するとの連絡を受けていない。何度も電話連絡を受けたというが、事実と異なる。緊急時以外の連絡がない。	・支援上で変更があった際等は、こまめに連絡をしている。
		・帰園時に正面玄関が施錠しているのは了承しているが、開錠対応した職員の対応が悪い。	・玄関でスムーズな受け入れができるよう全体周知し、夜間の場合は、警備員にも連絡するようにした。
		・外出時にオムツ内のパッドが二重にセットされていた。トイレに誘導してもらっていないのではないか。また、出かける前から体調が悪そうであったと後から伝えられた。	・担当から御本人の様子を定期的に連絡することにした。オムツは配慮し過ぎたことによる誤解もあり、通常の支援とすることとした。
	令和６年度	・「昼間に外灯と渡り廊下の電気がついているのはどういうことか、税金の無駄遣いをするな。」という苦情であった。	・すぐに消灯した。制御盤点検日であったことを園長から説明をすることで、少し落ち着かれたが、普段から点けっぱなしのことがあるから気を付けるようにと、再度注意を受け、謝罪した。
		・家族から、他利用者に噛まれて怪我をしたことについて、報告や一緒に状況を確認する等の対応がなかったこと、傷が処置されていなかったこと、見守りの重要性を理解して支援に当たって欲しいとの苦情であった。	・謝罪と指導をしっかりと行う約束をした。怪我については、速やかに処置するとともに、経過報告についてもしっかりと行う。
		・家族から、退所の際、右脇に赤みと痣のようなものを確認したが、持参した薬を塗っていないのではないかとの苦情であった。	・状況確認し、謝罪をした。受入れ時の引継ぎをしっかり行い、それを基に丁寧な支援を行う。
		・家族から顔写真の公開許可を得ているが、公開前に改めて確認して欲しいと家族から苦情があった。	・配慮が足らなかったことを謝罪し、今後十分に気を付けますとお伝えした。

施設の管理に関する利用者からの主な意見と対応状況	令和６年度	・逝去された利用者の葬儀につき、「参列させていただくことは可能でしょうか？」と職員が質問したことについて、家族から「このような言い回しは、葬儀に参加したくないとの意志が汲み取れた。園としての意向なのか。」と立腹されていた。 ・通所先の職員から、通所先の送迎時に御本人に対してきつめの声掛けがあったとの報告があった。御本人に配慮した言葉がけをしていただきたいとの話があった。	・謝罪した。葬儀の参列については、各々御家族により意向が異なるためこのような対応をしたが、誤解が生じないように丁寧な対応をする。 ・職員は普段通りの対応をしたとの認識であった。萎縮する必要はないが、時には意図しない形で捉えられることもあるため、言動に気を付けるよう伝えた。
	令和７年度	・緊急一時保護の利用者（児童）に数名の利用者及び職員が蹴られ、警察に通報したことについて、対象の御家族に報告とお詫びの電話連絡をした。うち一名の御家族からはすぐに連絡をもらえたことはよかったとしつつも、そのような緊急性が高い利用者であると理解した上で、職員対応が不充分ではないかとのお叱りを受けた。 ・夕方、利用者の実父が寮に電話するも不通だった。他課に電話をかけて、対応した職員から当該ユニットに連絡があった。20：15に、折返しの電話で要件を確認するも、立腹された様で「何かあったのか？」との質問があった。電話をいただいた時刻は利用者さんの対応で受信できなかった旨を伝えた。その場は、納得された様子で、御本人の様子を伝えると「火曜日に行きます。」との話しがあり電話を終えた。	・再発防止に努めることと、上席に報告する旨を伝えた。 ・翌日に課長から電話し、利用者の実父から「昨日は大変だったみたいだね。」とお話しいただき、怒っている様子は全く感じられなかったが、改めて状況によっては出られないこともあることをお伝えした。
		・短期利用者の兄から、短期入所後、御本人のものでない衣類があったこと、着衣して欲しい衣類を着ずに帰宅してきたことを指摘された。また、前回の短期入所でストレスがかかっていた様子があり書面にまとめたので読んで欲しいという依頼があった。短期利用をする御本人は、衣類の不備に執着するので紛失や着衣に気を付けて欲しい、今回のストレスも、退所時に女性職員が丁寧に様子を伝えてくれたことで気付くことができたので、男性生活課に日勤帯だけでもよいので女性職員を配置して欲しいと要望があった。	・利用者の兄の気持ちに寄り添いつつ、衣類の不備については、今後の利用時にしっかりと確認すること、男性課の女性職員配置については困難であることをお伝えした。

確認の視点	苦情・要望等への対応についての評価
□積極的に苦情・要望等の把握に取り組んでいるか □把握した内容を事業等へ適切に反映する仕組みを整備しているか □苦情・要望等への対応は適切か	苦情窓口を設置し対応するとともに、苦情解決に関わる第三者委員を設置し、毎月利用者やご家族から苦情・要望等を受け付けるほか、園内に意見箱を設置し、総合的に苦情・要望等の把握に取り組んでいる。 把握した苦情・要望は人権委員会や運営会議等で報告し、改善に繋げている。また、オンブズマンにも定期的に利用者からの相談や苦情を受け付け、運営会議、虐待防止委員会にて情報を共有し改善に繋げている。 苦情内容・対応結果については、法人の事業報告書に記載し、理事会等で情報共有を図っている。

５　事故・不祥事等への対応

事故・不祥事等の概要と対応状況	発生年月日	①発生時の詳細な状況 ②県職員による確認の状況（内容及び実施日を記入） ③その後の経過（現在に至るまでの負傷者の状況、再発防止策等） ④施設に対する問題点の指摘やクレームの有無（有の場合は概要を記入） ⑤原因及び費用負担の有無（費用負担が有の場合は内容および負担者を記入） ⑥記者発表の有無（有の場合はその年月日を記入）
	令和５年度 ９月３日 他２件	①音がしたため確認すると、角に掴まったまま動けなくなっている利用者を発見した。前日から自力での歩行にふらつきがみられており、食堂のドアにぶつかってしまったものと思われる。手引きで歩行してもらうが、真っ直ぐ歩くことができておらず、医師の指示で救急要請をした。診療の結果、左頭部に出血が確認されたため、入院し手術にて血を抜くこととなった。 ②第一報連絡後、本報告で確認（９月19日）。 ③御家族へ入院までの経緯を連絡した。９月４日に手術、９月５日に退院した。 ④⑤ぶつけた瞬間が確認できないことから、原因は不明であるが、前日から歩いていると右側に寄っていく様子が確認できていたため、夜間で消灯していた暗さもあり視界不良でぶつかったか、又は転倒したものと思われる。 ⑥なし
	令和６年度 ７月１日 他３件	①エレベーター付近で利用者が倒れているのを職員が確認した。救急要請し、搬送先の病院で御逝去された。 ②事故当日に津久井警察へ連絡するとともに県にも報告した。７月４日に県障害サービス課が来園し、事故に関する状況を報告した。 ③転落の現場となった階段踊り場は、カメラが死角になっており、すぐに画角調整を行った。 ご遺族へ事故報告と謝罪を行う。 ④家族より「亡くなってしまっている以上深くどうこう言っても仕方がない。」との発言があった。 ⑤歩行が自立された利用者さんが階段を使用することについて、当園では制限は設けていない。警察からは「階段から転落した原因を特定することはできなかった。」という見解。 見舞金の支給、保険対応を行った。 ⑥なし
	令和７年度 ７月31日 ８月31日 11月２日	①普段は、御自分で行動を起こすことは少ない方であるが、発作による影響により立ち上がり、その後脱力したことから転倒し、骨折した。11月に入院し、手術を行った。 ②都度、県へ事故報告をしている。また、身体拘束の実施状況についても、月次報告をしている。 ③都度、通院し、医師の指示を仰ぐ。 御家族や後見人に連絡を行い、状況報告や謝罪を行った。 過去に、身体拘束（体幹拘束）を行っていたが、低床ベッド、音感センサーの購入等による環境整備により解除した。しかし、立て続けに骨折し、これ以上は命の危機に関わるという判断により、御家族と相談の上、臨時身体拘束適正化会議を開催した。開催に当たっては、多職種で検討し、三要件（特に一時性）について議論を交わした。その結果、御本人が普段と異なる様子が窺える際に、最小限の体幹拘束を再開することとした。 　普段と異なる様子（一人で立ち上がろうとする、御本人が好むタオルを普段以上に欲しがる等）が見受けられ、かつ支援者が個別に見守ることが難しい場合は、体幹拘束を実施して安全を担保する。身体拘束適正化委員会を月に１回以上開催し、状況確認と身体拘束継続の必要性について確認しながら進めている。以後、軽い転倒等ヒヤリハットを含めた報告はない。主治医との連携も更に密に行い、データ取りから始め、脳波検査や服薬調整等に取り組んでいる。 ④特になし。 ⑤加齢や、発作様が変わってきていることから支援者が気付きにくくなっているのも一因である。 骨折のため、やまゆりサポート協会「生活サポート総合補償制度」の適応あり。 ⑥なし。

確認の視点	事故・不祥事等への対応についての評価
□事故・不祥事等防止に向けた仕組みが構築されているか □事故・不祥事等発生時の対応は適切か	危機管理委員会、人権推進委員会、虐待防止委員会、身体拘束適正化委員会を設置し、事故発生の原因究明や、ヒヤリハット報告の分析を行い、事故防止に努めている。 また、eラーンニングを活用した職員研修の実施のほか、各課での事故報告やヒヤリハット報告を毎月確認・検証している。 さらに、事故発生時の対応をまとめたマニュアルを作成し、それに基づき組織的に対応している。 事故・不祥事等への対応については、利用者の権利擁護の視点を持って取り組むことが望まれる。

６　収支状況

単位：千円

	【参考】Ｒ４年度			Ｒ５年度			Ｒ６年度		
収入	685,700 (697,926)			754,102 (746,784)			759,763 (793,150)		
内訳	指定管理料	利用料金	その他	指定管理料	利用料金	その他	指定管理料	利用料金	その他
	277,239 (301,120)	394,943 (385,572)	13,518 (11,234)	307,154 (307,154)	433,306 (432,051)	13,642 (7,579)	307,154 (307,154)	435,362 (475,851)	17,247 (10,145)
支出	673,666 (697,926)			724,437 (715,705)			745,631 (772,588)		
収支差額	12,034 (0)			29,665 (31,079)			14,132 (20,562)		

	Ｒ７年度			累計			
収入	802,234 (781,952)			2,316,099 2,321,886			
内訳	指定管理料	利用料金	その他	指定管理料	利用料金	その他	
	320,400 (307,154)	462,740 (464,189)	19,094 (10,609)	934,708 (921,462)	1,331,408 (1,372,091)	49,983 28,333	
支出	710,181 (776,861)			2,180,249 (2,265,154)			
収支差額	92,053 (5,091)			135,850 (56,732)			収入合計／支出合計比 106.2%

※(　)内は収支計画額。令和７年度は速報値

評価結果	評価区分
S	収入合計／支出合計の比率が Ｓ(優良)：105%以上 Ａ(良好)：100%～105%未満 Ｂ(概ね計画どおりの収支状況である)：85%～100%未満 Ｃ(収支比率に15%を超えるマイナスが生じている)：85%未満

確認の視点	収支状況についての評価
□収入増加に向けた取組の内容は適切か □経費節減に向けた取組の内容は適切か	令和６年度の報酬改定により利用料収入については増額となったが、利用者支援に必要な支出を除き、光熱水費等の節減に努めている。 ※　令和６年度分の指定管理料において、人員配置体制加算の重複分等について精算協議中である。

7　業務遂行能力

確認項目	確認の視点	項目別評価	内容・評価理由
人的な能力、執行体制	□管理運営にあたって適切な人員が配置されているか □人材育成や職員採用が適切に行われているか	A	管理運営にあたって、適切な人員が配置されている。 人材育成については、法人全体での階層別研修や、園が実施する事故防止や感染症予防等の専門的な研修により、職員のスキルアップを支援している。今後も着実な取組が望まれる。
	□労働時間短縮の取組や職場のハラスメント対策など労働環境の確保の取組が行われているか		各種ハラスメントの外部相談窓口の設置やメンタルヘルス研修を実施するほか、毎月ノー残業ウィークを設けるなど、労働環境の維持・改善に取り組んでいる。
コンプライアンス、社会貢献	□指定管理業務等の実施にあたって法令違反等の行為はないか □環境への配慮は適切か □障害者雇用等の状況は適切か	B	医療法施行規則に定める医薬品安全管理責任者の未配置等があったが、改善された。 地域清掃活動のほか、神奈川県社会福祉協議会の「かながわライフサポート事業」への参加、県による研修への講師派遣、元自治会の災害時の一時避難所へ位置付けるなどしている。 法人全体で障がい者の法定雇用率を上回っているが、園において最多で３名の障がい者を雇用してきた。
個人情報保護	□個人情報保護についての方針・体制及び教育・研修体制は適切か □個人情報の取扱いは適切か	A	プライバシーポリシー、個人情報保護要領等を制定し、管理者・監督者を配置して、個人情報の管理の徹底と適切な運用に努めている。 個人情報流出等の事故は発生していない。
評価結果	評価区分		
B	Ｓ：協定等に定める水準を上回る（項目別評価でＢ、ＣがなくＳが半数以上※） Ａ：協定等に定める水準どおり　（項目別評価でＢ、ＣがなくＡが半数以上※） Ｂ：協定等に定める水準を下回る（項目別評価でＢが１つ以上） Ｃ：協定等に定める水準を大幅に下回る（項目別評価でＣが１つ以上）		