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	愛名やまゆり園		
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	H28.4.1（2016年） ～ R10.3.31（2028年）	評価期間	H28（2016）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
A	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られている。

以上のことから、指定管理者制度による管理運営は有効であると評価できる。

（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、愛名やまゆり園は「引き続き方向性を検討」する施設に位置付けている。今後、中井やまゆり園とともに、地方独立行政法人が一体的に運営することを視野に入れて、利用者や家族、関係者などに意見を伺いながら検討を進めることとしていたが、令和８年４月から２年間指定管理期間を延長することとなった。

なお、利用者支援に関して指摘されている課題については、指定の一部の効力の停止（新規入所者の受け入れの停止（６か月））の行政処分を受けた後に、法人が設置した第三者委員会による「社会福祉法人かながわ共同会愛名やまゆり園虐待事案に関する第三者委員会中間報告書」（2024年９月。以下「中間報告書」という。）を受け、令和７年１月に「かながわ共同会法人改革・愛名改善等実行プラン」（以下「改善等実行プラン」という。）を取りまとめ、「組織を変える」、「意識を変える」及び「暮らしを変える」を３つの柱を掲げた上で、それぞれに係る取組を進めている。例えば、「組織を変える」では、法人内に支援の質向上に係る部門の常設、人事制度改革、ICT導入等による支援環境の向上、「意識を変える」では、法人理念の見直し、職員研修体系の見直し、「暮らしを変える」では、利用者全員の再アセスメント、園外活動の充実など、改革・改善に向けた取組を進めている。

このため、課題は依然として残るものの、引き続き、指定管理者制度により、施設の管理運営を行うことが望ましい。

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	B	過去の虐待が疑われる事案が複数判明したことから、指定の一部の効力の停止の行政処分を行ったが、改善等実行プランを策定し、再発防止策に着実に取り組んでいる。
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、計画どおりに実施している。
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、職員紹介手当、支度金の各制度を導入した。地元自治会の夏祭りへ出店、備品貸出、準備片付け等にも協力している。ボランティア懇談会を年１回開催している。さらに、郵便局や社会福祉協議会と協働で花壇整備や積み木づくりをするほか、「おぎＮＯＷ。」として障害者を含む地域の様々な方が得意分野を発揮して相互補完し楽しめる場の開催等を行っている。 洗濯業務については、近隣の社会福祉法人に委託している。

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）

２　施設の利用状況

	H28年度	H29年度	H30年度	H31（R元）年度
目標値（定員） 設定方法：イ	36,500	36,500	36,500	36,600
利用者数	35,714	36,217	36,805	36,899
対目標値（数） ※下段は率	△ 786 98 %	△ 283 99 %	305 101 %	299 101 %

	R２年度	R３年度	R４年度	R５年度
目標値（定員） 設定方法：イ	36,500	36,500	36,500	
利用者数	37,157	36,555	36,319	
対目標値（数） ※下段は率	657 102 %	55 100 %	△ 181 100 %	0 %

	R６年度	R７年度	７か年平均	
目標値（定員） 設定方法：イ	人	人	目標値	36,514 人
利用者数	人	人	利用者数	36,524 人
対目標値（数） ※下段は率	人 %	人 %	対目標値（率）	100.0 %

※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
A	利用者数と目標値を比較して（10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	令和４年度までは、施設入所者の延べ人数（入所定員×年間日数）を目標値とし、利用がどれくらいあったかを評価の対象としていた。令和５年度からは、入所者の適切な受入れと併せて地域生活移行を推進し、退所の取組も評価の対象とするよう評価方法を変更したことから、対象外としている。 入所利用者の退所があった場合には新規入所者を受け入れてきたが、方向性ビジョンにおいて、県立施設は新規入所の受入を停止し定員60名規模まで小規模化を図ることを掲げていること、中間報告書でなされた新規入所の停止等の改善提案を踏まえ新規入所を停止していることから、入所者については毎年度減少している、一方で、退所者（地域生活移行者）は、目標値に対して達成率が10%～20%に留まる。 事業公報等については、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。 以上を総合的に判断し、Ｂ評価となった。

３　利用者満足度の状況

	Ｈ28年度	Ｈ29年度	Ｈ30年度	Ｒ元(H31)年度	Ｒ２年度
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	97.9　％	95.3　％	95.5　％	91.0　％	93.7　％
	94　人	61　人	64　人	61　人	74　人

	Ｒ３年度	Ｒ４年度	Ｒ５年度	Ｒ６年度	Ｒ７年度	10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	85.0　％	84.0　％	94.4　％	94.5　％	96.6　％	92.8　％
	85　人	84　人	119　人	120　人	114　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
S	「満足」（上位２段階の評価）と答えた割合が（10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、担当職員及び担当職員以外の職員の複数同席のもと、本人からの聞き取りにて調査を実施している。写真や絵カードなど、聞き取り方法を工夫したり、日ごろの生活時の表情や様子から意向をくみ取ろうと工夫している。 調査結果（10か年平均）は92.8%でありＳ評価となる。 調査結果を全体の支援向上にいかすこと、個々の回答を個別対応や意思決定支援につなげられるよう、ヒアリングシート等ともに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	平成28年度	・短期入所終了後、持参したおむつをあまり使っていなかったことからおむつ交換をしてもらえなかったのではないかと懐疑的な気持ちを持った。 ・当園管理の職員駐車場の桜の枝が、道路にはみ出している。このままだと車両に枝が当たる。	・利用中のおむつ交換、着替え、トイレ誘導等の支援状況について説明する。 ・状況を確認し、職員、委託業者で伐採する。
	平成29年度	・日中支援利用者の朝の迎えの際、職員を蹴る等、高揚状態となったため、職員が高圧的な口調で注意をした。以降、家族より「利用者本人の様子が変わった、本人はショックだったと思う。」との申し出があった。 ・上記苦情について、家族より「半年経過するが、当該職員のその後の様子についての報告がない。」との指摘がある。 ・利用者の右目周辺の痣に対して、職員が説明するが、情報提供が遅いと指摘がある。（家族への連絡が通院後になってしまい、痣を発見してから５日後の報告になってしまった。）	・担当課長より本人、家族に対し、高圧的な口調になってしまったことや不安な思いにさせてしまったことを謝罪する。 ・後日面談を行い、職員の様子を伝える。 ・担当課長より謝罪をする。
	平成30年度	・短期利用終了時、迎えに来た母親に会い不穏状態になる。そのまま利用者を家族が病院へ連れて行った。その間に家族の承諾を得ずに病院へ状態報告を行った。	・家族へ謝罪し、必ず家族に連絡を入れることを確認する。
	平成31年度	・短期利用者、帰宅後おむつのパットが着いていた。普段は使用していないので、着けないでほしいと要望があった。 ・事故・不祥事等で報告をしている６月９日の件について、利用者から苦情があった。 ・帰宅した際に、右側頭部に500円程の痣があると連絡があった。 ・近隣住民よりグラウンドの草刈りの騒音、砂埃に対する連絡があった。	・家族の要望、注意事項等を聞き取り、申し送り事項に必ず記録を残し周知することとした。 ・厚木市より虐待認定を受け、法人として検証委員会を立ち上げるなど対応を行っている。 ・本人帰宅前の様子を説明し、謝罪した。 ・すぐに草刈りを中止し、次回より近隣住民への事前周知を行うこととした。
	令和２年度	・寮内での余暇活動の写真に自分の子が掲載されていない。 ・衣類の破損と紛失についての説明依頼。 ・服薬について、職員からの説明についてのご意見。 ・短期入所者、退所時に衣類の紛失についての報告。	・いずれの事案についても、状況を確認し、対応した。

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３年度	・短期入所利用時の過ごし方の疑問。頓服の服用方法について周知されているか確認。 ・おむつのシールが身体に付いていた。改めて欲しい。 ・おむつを使用しているとは思わなかった。説明して欲しい。	・過ごし方を説明する。服薬方法は再度職員に周知し、看護師の指示で服薬する。 ・おむつの使用方法を説明し、帰宅時に必ず確認することにした。 ・再度説明し使用等について、体調不良時等で限定的なことを確認した。
	令和４年度	・衣類が破けている。 ・ズボンのベルトが反対でありボディーにあたっている。 ・左腕にあざがあるが、どうしたのか。 ・内科受診の結果を伝えたが、以前からの経過説明がなく納得がいかない。	・各事案の確認と謝罪、再発防止についての説明を行った。
	令和５年度	・通所利用者家族から、土曜日に足に痣と腫れがあった。今までも痣等あったが原因がわからないことが多い。連絡帳に関わった職員名を記載してほしい、カメラを設置してほしいと翌月曜日に話を受ける。	・職員にヒアリングし、金曜日時点で歩行等異常なかったことを確認。今後トイレ介助は複数で対応、カメラは設置方向で進めること等について説明する。
	令和６年度	該当なし	
	令和７年度	通所生活介護利用者間のトラブルである。 被害を受けた利用者が受傷した。至る経緯も含め検証し園としての責任として被害者家族に謝罪したが、加害者となった家族からの謝罪及び今後の対応についての要望（加害者となった利用者の退所）が強い。 園側から提示した再発防止策にも納得されず、十分な理解が得られなかった。 その後、治療費等保険での対応を進めて話合いの場を設けたが、被害者は再登園することなく通所利用を終了された。	園から被害者家族に対しトラブル回避のため、利用者同士の動線を整理するなど、双方が関わらない状況をハード面、ソフト面で改善していく説明を行ったが、確実に防げるものでない以上受け入れられない（加害者側の退所希望）との意向が示された。 関係機関と情報共有し、必要な対応を図ったが、3/31をもって被害者は通所利用を終了された。 現在、保険会社への請求手続き等も踏まえ、適宜連絡をとり真摯に対応を行っている。

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、毎月利用者や御家族から苦情・要望等を受け付けるほか、園内に意見箱を設置し、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、改善につなげている。また、オンブズマンにおいて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つなげている。 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）
	平成28年度 4月19日 他５件	①おやつを食べることができなかったことに対する苛立ちからテーブルを倒し、その際に腕をひねる。左腕が腫れており、整形外科に通院し、左上腕部らせん骨折（全治３ヶ月）の診断を受ける。 ②なし ③装具着用による保存治療を行う。おやつを食べたいという利用者の気持ちに寄り添う支援を職員間で周知するとともに、日課の変更があった際の支援方法について検討する。 ④なし ⑤入浴後におやつを食べることが本人の日課となっており、その日は浴槽の工事と重なり、入浴が昼食間際になってしまった。昼食間際ということもあり、おやつの提供を控えたところ、今回の危険行為に繋がってしまった。 ⑥なし
	平成29年度 4月18日 他８件	①起床後の更衣の際、左手に力が入らず、確認すると左肩周辺に腫れを確認。整形外科に通院、「左上腕骨近位端骨折」、「左鎖骨遠位端骨折」の診断を受ける。 ②電話による速報後、事故報告書により、内容を確認する。 ③固定具は外してしまう可能性があるため、２週間ごとの通院で状態の確認を行う。以後見守りを強化する。５月23日完治の診断を受ける。 ④なし ⑤場所等の特定はできないがどこかで肩を強打したと考えられる。 ⑥なし
	平成30年度 5月2日 他７件	①５月２日夜間より、腰を庇う動作が確認される。 ②電話による速報後、事故報告書により内容を確認する。 ③５月10日、通院しレントゲン撮影の結果圧迫骨折の疑い、コルセットを着用し保存治療となる。８月３日、完治の診断を受ける。トイレの座面に座り損ねた可能性があり、見守りの強化、居室へポータブルトイレを設置する。 ④なし ⑤トイレの座面に座り損ねの可能性が有り、コルセットを作成、費用は後見人対応。 ⑥なし
	平成31年度 6月9日 他３件	①６月11日利用者から６月９日の夜間にホットケーキとアイスを無理やり食べさせられたと訴えがある。本人はホットケーキ３枚とおにぎり位のアイスと言い、対応した職員は本人の要求により少量を食べさせたと食い違いがある。 ②８月８日当課が調査のため訪問し、利用者及び職員へ聞き取りを行う。10月28日以降随時モニタリングを実施。 ③９月９日秦野市より虐待行為とは認められないが改善を要すると判断され指導があった。１月９日厚木市より虐待認定される。 ④８月１日まで通報が遅れたことを秦野市より指摘される。厚木市の職員への聞き取りにより虐待認定される。 ⑤食事量に制限がある利用者への支援方法が統一されていなかった。 ⑥あり（令和２年１月21日）

事故・不祥事等の概要と対応状況	令和２年度 9月2日 他１件	①匿名で、入所者に対する虐待のおそれのある事案等について、県に情報提供があった。 ②９月２日、随時モニタリングと特別監査を実施。自傷を防止するためにミトン型の手袋を付けていたこと、入所者の居室の扉の取っ手には、自傷を防止するために緩衝材をガムテープで張り付けてあることを確認した。利用者の支援状況（身体拘束の３要件に関する検証等）、居室扉、環境、衛生面についての改善を求めた。 ③10月27日、厚木市より虐待行為と認められないが、一部に不適切支援を確認され、居室の取手への措置、身体拘束の記録、ズボンの結び方等について指摘される。 ④なし ⑤なし ⑥あり（令和２年９月３日）
	令和３年度 8月4日 他１件	①短期入所者が利用中に痣を作ってしまったが、退所時に引き取りに来た居宅介護事業所の職員に対して、痣の説明がなかったという情報が同事業所から県に寄せられた。 ②８月11日、県障害サービス課及び利用者の支給決定自治体の職員が、支援部長・地域サービス課長・生活課長・支援員等へのヒアリング、個人記録・個別支援計画・会議録等の書類調査、寮などの現場確認を実施した。 ③退所時にボディチェックをしていなかったこと、粗暴行為があった時の記録に身体状況を確認した記録が残されていなかったことから、いつどこで痣ができたのか確認できなかった。同園では、緊急で地域サービス課会議を開き、退所時の複数職員によるボディチェックの徹底及び記録様式の見直し等の再発防止策を検討し、全職員にも周知・情報共有を図った。 ④なし ⑤なし ⑥なし
	令和４年度 1月24日 他0件	①県の電子メールにて虐待の疑い情報提供 ②１月26日県随時モニタリング実施 ③事実確認等、虐待の疑いは確認されなかったが、市町村等への通報等の重要性を確認 ④なし ⑤なし ⑥なし
	令和５年度 11月２日 他１件	①元職員が利用者に対して足をかけて倒す等の暴力により、骨折の怪我を負わす。 ②当日に県立障害者施設指導担当課長が園を訪問し、状況を確認する。 ③利用者の怪我は３か月後に完治。改善計画を県に提出し再発防止に取り組む。 ④⑤支援方針の不徹底、業務の重なり等への対応、マネジメント不足、風通しの欠如等が、「社会福祉法人かながわ共同会愛名やまゆり園虐待事案に関する第三者委員会中間報告書」（注：最終報告を兼ねる。）により指摘された。クレーム、費用負担なし。 ⑥あり（令和５年11月３日） ※　令和７年５月23日に、本件を含む７件の事案について人格尊重義務違反（障害者虐待）と判断し、同年６月１日から同年８月31日まで指定の一部効力停止処分（新規入所の受け入れ停止（３か月））を行った。
	令和６年度 5月10日 他２件	①他利用者に背中を押され、左腕から倒れこんだ。肋骨骨折。一部始終を見守りカメラを用いて確認した。 ②事故報告の第一報、本報告にて確認（５月13日） ③突発的な行動が多い他利用者とは、利用者間の距離に配慮し、過ごしの場の住み分けを検討していく。 ④⑤起床時より、複数の利用者が落ち着かず、寮内は不穏な様子であった中、歩行に不安定な利用者への配慮が足りなかった。クレームはなし。 ⑥なし
	令和７年度 2月19日	①利用者が、園内単独移動中に出合い頭で職員と接触し、転倒した。当該利用者は、通院し、右上腕骨近位端骨折の診断を受けた。 ②県に第一報として事故報告し、改めて2/24に本報告を行った。 ③今後の機能回復を考慮し手術を受けた。その後リハビリを行い回復された。 ④職員に対して危険個所に係る再周知を図り、注意喚起を促した。これに関する指摘やクレームはない。 ⑤出入口が廊下面より窪んでおり左右からの往来が見えにくくなっていることによる構造的要因が大きい。見守りカメラにて状況確認し、再発防止策として注意喚起を促すポスターを掲示する。費用負担等はない。 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	リスクマネジメント委員会、人権推進委員会、虐待防止委員会、支援評価委員会を設置し、人権擁護、虐待防止の観点からも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・不祥事の防止に努めている。また、eラーニングを活用した職員研修、職員が日本アンガーマネジメント協会のファシリテータ養成研修を受講し園内で伝達する研修等の実施のほか、各課で毎月、事故報告及びヒヤリハット報告を確認・検証している。また、各寮ごとに支援マニュアルを作成するほか、園として利用者所在不明時の捜索マニュアル等を整備するとともに、適宜更新している。 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

	H28年度			H29年度			H30年度		
収入	1,004,838 (977,490)			1,035,268 (1,027,310)			1,063,783 (1,041,349)		
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
	263,399 (263,399)	730,249 (702,529)	11,190 (11,562)	269,207 (280,798)	753,985 (736,334)	12,076 (10,178)	278,695 (280,798)	768,012 (752,834)	17,076 (7,717)
支出	966,905 (962,393)			983,493 (1,027,310)			1,021,435 (1,041,349)		
収支差額	37,933 (15,097)			51,775 (0)			42,348 (0)		

	R元(H31)年度			R２年度			R３年度		
収入	1,064,683 (1,035,990)			1,070,113 (1,064,488)			1,046,915 (1,064,117)		
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
	281,055 (281,055)	771,642 (746,731)	11,986 (8,204)	283,668 (283,668)	774,218 (772,239)	12,227 (8,581)	283,668 (283,668)	746,270 (763,037)	16,977 (17,412)
支出	1,159,517 (1,035,990)			1,032,825 (1,064,488)			1,001,813 (1,064,117)		
収支差額	△ 94,834 (0)			37,288 (0)			45,102 (0)		

	R４年度			R５年度			R６年度		
収入	1,058,520 (1,050,110)			1,045,065 (1,077,023)			1,143,469 (1,093,767)		
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
	283,668 (283,668)	755,852 (746,108)	19,000 (20,334)	283,668 (283,668)	739,785 (783,290)	21,612 (10,065)	283,668 (283,668)	841,916 (799,642)	17,885 (10,457)
支出	985,000 (1,050,110)			1,069,005 (1,137,493)			1,090,413 (1,093,767)		
収支差額	73,520 (0)			△ 23,940 (△ 60,470)			53,056 (0)		

	R７年度			累計		
収入	1,168,498 (1,099,602)			10,701,152 10,531,246		
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
	287,030 (283,668)	820,627 (790,419)	60,841 (25,515)	2,797,726 (2,808,058)	7,702,556 (7,593,163)	200,870 130,025
支出	1,154,963 (1,098,772)			10,465,369 (10,575,789)		
収支差額	13,535 (830)			235,783 (△ 44,543)		

収入合計／支出合計比
102.3%

※(　)内は収支計画額。令和７年度は速報値

評価結果	評価区分
A	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、方向性ビジョンに基づき新規入所者の受入れを停止していることから、収入の増加は抑制的である。また、昨今の人件費や給食費等の物価高騰を受けた経費の増加、利用者支援の向上に係る職員間のコミュニケーションツールとしてのインカムの導入や利用者の生活環境の改善に関わる改修工事を実施したことを受けて支出増となっているものの、利用者支援に必要な支出を除き、光熱水費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	管理運営に当たって、適切な人員が配置されている。 人材育成については、改善等実行プランに基づき、人事制度、評価体系、給与体系及び研修体系の見直しに取り組んでいる。今後も、着実な取組が望まれる。 職員採用は法人として行っている。令和３年度からは年４回の採用機会を設け、法人のホームページ、ハローワーク、神奈川県社会福祉協議会福祉人材センター、複数の求人媒体の活用や学校訪問等、積極的に取り組んでいる。
	□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		メンタルヘルス研修を実施するほか、各種ハラスメントの外部相談窓口や外部保健師を招いて職員のメンタルサポート・健康相談窓口を設置するなど、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	不適切な利用者支援により新規入所一時停止の行政処分に至ったことを受け、改善等実行プランに基づき再発防止と業務改善に取り組んでいる。一方で、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、厚木市の花みらい事業に参画し、近隣の公園の花壇整備活動等に取り組んだ。 法人全体で障害者の法定雇用率を上回っており、園において３名の障害者を雇用している。
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）