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	厚木精華園				
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
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」では、厚木精華園は民間法人へ移譲する方針としている。今後、民間移譲に向けた課題への対応について、利用者や家族、関係者などから意見を伺いながら検討を進めることとしており、必要な意見聴取の取組を行った。

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、当事者目線の支援の強化を図る等、改善に向けた取組を進めている。

このため、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	過去に虐待として認定されたもの等の不適切な支援があったことから、随時モニタリング等で改善状況を確認している。 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	地域包括支援センターや相談支援事業所等と連携し、地域での居場所づくり「おぎNOW。」に利用者、職員が参加し、その場でのつながりから、園内ボランティアにつなげた。また、農福連携を通じ、日中活動の充実や高齢者の寄り合い処「もりや亭」とつながり、週末の過ごしの場も増え、地域での交流が図れた。さらに、野球の独立リーグとの協働も図っている。 日常清掃業務については、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	40,150　人	40,150　人	40,150　人	40,260　人
利用者数	38,959　人	38,699　人	38,327　人	36,410　人
対目標値（数） ※下段は率	△　1,191　人 97　％	△　1,451　人 96　％	△　1,823　人 96　％	△　3,850　人 91　％

	Ｒ２年度	Ｒ３年度	Ｒ４年度	Ｒ５年度
目標値（定員） 設定方法：　イ	40,150　人	40,150　人	40,150　人	人
利用者数	35,848　人	34,617　人	32,305　人	人
対目標値（数） ※下段は率	△　4,302　人 89　％	△　5,533　人 86　％	△　7,845　人 81　％	人 ％

	Ｒ６年度	Ｒ７年度	7か年平均	
目標値（定員） 設定方法：　リスト	人	人	目標値	40,166　人
利用者数	人	人	利用者数	36,452　人
対目標値（数） ※下段は率	人 ％	人 ％	対目標値（率）	90.8　％

※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
B	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、上表の対象外としている。 「令和５年度県立障害者支援施設の方向性ビジョン」（令和５年12月神奈川県作成。以下「ビジョン」という。）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を踏まえ、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0％～40％に留まる。 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

	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	94.6　％	99.1　％	99.0　％	100　％	100　％
	105　人	107　人	99　人	96　人	103　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	97.2　％	64.7　％	98.2　％	94.7　％	98.7　％	94.8　％
	70　人	55　人	56　人	71　人	74　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、第三者委員の立合い又は複数の職員立合い、本人からの聞き取りにて調査を実施している。令和２年度までは、ご家族や後見人等のみを対象に調査を行っていたが、令和３年度からは利用者本人に対する調査を中心に行い、ご家族や後見人等対象の調査も継続して行っている。調査結果（10か年平均）は94.8%でありＳ評価となる。 ただし、「判断が難しい」との回答割合が高い設問もあるため、工夫を図る必要がある。 調査結果は、利用者からの要望に応えられるよう、人権委員会や利用者自治会で適宜検討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	・短期利用について他事業所との日程調整やケア会議の連絡方法についての説明が不十分な面があり、職員の言動、対応に不信感がある。 ・他施設へ移行した津久井やまゆり園利用者の情報を求められた。	・他事業所の違いや機能等が異なることを謝罪、説明し特定の事業所のみ家族で短期利用の申込みを行ってもらうように依頼し了解を得る。 ・回答できないことを謝罪した。
	平成29年度	・発作時、ダイアップ(座薬)を挿入する際にキシロカインゼリーを使用せずに挿入したためか帰宅してから出血を確認した。キシロカインゼリーを使用しないでダイアップを挿入したことに不快な思いをした。 ・コンビニエンスストアの訪問販売のボランティアとして来園したが、コンビニエンスストアの店員から挨拶がないことや指示をされることに納得がいかず口論となり、ボランティアには２度と来ないと帰られる。	・発作時のダイアップ挿入時はキシロカインゼリーを使用することは周知されていたが、その時はいつも入っているポーチがバックの奥の方にあり発見できずに座薬を手の熱で柔らかくしてから挿入したことを説明、家族に謝罪し、職員間で再周知することを伝える。 ・ボランティア団体の代表者に状況報告を行う。コンビニエンスストアの店員にもボランティアに対する声かけ、指示の仕方等を伝える。
	平成30年度	・近隣３車線道路を走行中、当園公用車がウインカーをつけず、車線変更し後方車が急ブレーキを踏むこととなった。後方車のドライブレコーダーに証拠有り。 ・利用者ご家族より緊急時の対応についての苦情が寄せられた。	・事実確認を行い、運転員に対して指導した。 ・緊急時の対応について、初動が遅かったことについて謝罪をし、面会を繰り返しながら丁寧な対応を実施。
	平成31年度	・数年前まで運営を行っていたＧＨに対して、近隣住民から苦情の連絡が入った。理由としてＧＨの運営を中止する際に、ＧＨの表示（表札）がされたまま失念したことによるもの。その後、表札を外してもらうように調整の上、自治会には回覧を実施し、近隣住民に周知を行った。	・仲介業者に対応を依頼。自治会へ回覧の依頼。
	令和２年度	・通所利用者の吸引器のアダプターが破損。家族より個人物品の取り扱いに関して十分注意して欲しいとの要望があった。 ・コロナクラスター収束に関する園からの通知が、入院中の利用者や家族に関し、配慮に欠けているという指摘があった。	・家族への謝罪と共に吸引器並びにアダプターの取扱いについて改めて職員へ周知。修理費用は家族の負担で良いとの返答。 ・コロナ禍であったので家族へ園より謝罪の電話をし、改めて対面にてお詫びをしたいことを伝える。その後対面にて謝罪し、理解を得る。

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	・通所利用者の送迎時、送迎対応の職員より「母の足の状態が悪いというから家の中まで支援に入っている。職員の心情を考慮し、犬を抱いて出てくるのはやめてほしい。」と言われた。「サービスでやってあげている」という上目線のように感じられ、ショックであった。 ・グループホーム利用者送迎時、グループホーム近隣住民より送迎車両（マイクロバス）をバス停前に停車することは交通違反ではないかとの指摘を受ける。（ホーム入口にバス停がある。）	・送迎の原則は乗車から下車までとするが、それ以上の要望がある場合には個別支援計画にその旨を記載し、相互確認の上署名・押印する事とする。結果、自宅玄関までの送迎となる。 ・マイクロバス送迎から乗用車による送迎に変更し、ホーム敷地内で乗下車することとする。その後、バス停より離れた場での乗降についてグループホーム隣の住民と確認し停車の許可をもらいマイクロバスでの送迎を再開した。
	令和４年度	・短期入所後、自宅にて入浴中に膝に傷があるのを家族が確認。短期終了時、職員からの報告はなかった。 併せて、短期入所中の様子等の報告も不十分であったと当法人生活介護事業所（本人通所先）職員へ家族から報告があった。	・個人記録を確認し傷についての記載なし。退所時対応該当課職員より聞き取り。 前日入浴時に傷はなく、退所当日明け職員からも報告はなかったことを確認。 他、生活の様子報告については台風で帰園時刻が早まったこともあり、帰りを急がれているかと思い口頭での報告は最低限とした。 退所時、連絡ノートに様子を記載していること、不明な点は問合せいただくよう伝えた。 上記、聞き取りの結果をご家族（母）へ電話連絡。状況を報告し、ご心配をおかけしたことを謝罪する。連絡ノートには食事、睡眠等健康に関する項目が書かれていたが、どのように過ごしたのかは書かれていないとの事で、前回利用時と比較して童謡を聞いて声を出して笑う、手遊びすることが多く、リラックスして過ごすことができたことを報告。状況が確認できたことで家族は納得、安心され、その後も継続的に短期入所の申し込み、将来的に入所も検討したいと要望あり。
	令和５年度	該当なし	
	令和６年度	後見人が園からの郵送物を受け取ったが、本人宛の郵送物が無断で開けられていたと連絡があり、謝罪。法人本部・県へ報告し、然るべき対応を取るよう話を受ける。	苦情解決第三者委員・県・法人本部へ報告。 改善策として、事前に郵送物の取扱いに関し「同意書」を交わす。基本的には郵送物は開封せずに定期的にご家族等へ郵送。手続き等で開封が必要なものは連絡をしてから開封とした。
	令和７年度	・職員が利用者の家族に電話連絡した際の説明不足や家族会の開催方法について ・利用者本人宛ての郵送物が開封された形で、当該利用者の後見人に送られてきた。令和６年度も同様の事象があり、苦情申立てしたにも関わらず、改善が図られていないことに関し説明を求められた。	・「話を聞いて欲しい。」が申出人の要望であったため、説明不足については来園時に場を設定した後、自宅訪問し、謝罪と今後の対応について丁寧に説明し、納得を得た。 家族会の開催方法についても相談し、改善を図った。 ・令和６年度時の対応として「郵送物開封確認書」を交わしており、後見人から「どの書類を開封するかの判断は園に任せる」との記載があったことを報告した。一方で、開封した書類だけを送付したことについては配慮不足であったため、謝罪した。迅速に対応したことですぐに納得を得た。

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、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）
	平成28年度 4月8日 他４件	①左大腿部付近の痛みを訴えていることから、通院し、ＭＲＩ撮影を実施したところ「左足小転子の骨折」と診断される。 ②なし ③骨折箇所のずれが少ないため、緊急での手術はせず、車椅子使用にて安静を保つ。見守り方法、行動観察について再度確認していく。 ④なし ⑤普段は歩行器を使用し、職員見守りのもと移動している。居室内等の見守りのしきれていない場面での転倒が考えられる。 ⑥なし
	平成29年度 ４月23日 他４件	①12時25分、利用者の所在不明に気付く。園内、園周辺を捜索し、14時20分、警察より利用者を保護している旨の連絡がある。14時30分、警察官、救急隊員と共に園に戻る。 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警察の話では「住民の物置に侵入者がいるとの通報があり、現場に駆け付けたところ、利用者が倒れているのを発見したため、救急車を呼んだ。」とのこと。園に戻る時には、利用者の意識は戻る。体調等に変化はなし。今後は、利用者の所在確認をこまめに行うよう徹底する。 ④なし ⑤事故発生時の時間帯は、職員が休憩に入る時間帯であったり、昼食介助や食後の排泄介助等、職員が分散し、見守りが少ない時間帯であった。 ⑥なし
	平成30年度 12月19日 他２件	①21時00分、生活３課トイレにて転倒しているのを発見。 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翌日、園内内科受診後・神奈川リハビリ病院受診。左後頭部硬膜外出血・脳挫傷・頭蓋骨骨折で入院。退院後、定期通院にて回復傾向。 ④事故直後の対応に対して、施設に苦情あり。緊急時の対応について、初動が遅かったことについて謝罪をし、面会を繰り返しながら丁寧な対応を実施した。 ⑤原因は不明、入院・治療費は施設負担。 ⑥なし
	平成31年度 ５月５日 他２件	①風呂場にて大きな音がして、確認したところ車椅子ごと転倒している。 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通院し右肩鎖骨を骨折。痛み止めを服用し自然治癒となる。 ④なし ⑤職員が他利用者の更衣の支援を行っていた際に、浴室のドア出入り口の施錠を怠り、自走で風呂場に入ってしまった。費用負担なし。 ⑥なし
	令和２年度 ４月９日 他11件	①令和２年１月１日より発熱、食欲不振がみられ園内診療所で受診後、外部通院指示が出る。１月３日「尿路感染症」の診断で湘南厚木病院に入院。 ②電話での第一報を受け、その後事故報告として報告書により報告を受ける。 ③令和２年１月３日より尿路感染により湘南厚木病院に入院し、入院加療を継続していたが体調改善せず、20時25分死亡。 ④なし ⑤尿路感染症による自然死。費用負担なし。 ⑥なし

事故・不祥事等の概要と対応状況	令和３年度 ５月７日 他14件	①５月７日０時・３時の巡回時異常なし。5時巡回時声掛けへの反応なく、呼吸が確認できず。気道確保、胸骨圧迫を開始し救急車を要請。救急車にて湘南厚木病院へ搬送される。 ②５月７日電話による速報後、事故報告書により内容を確認する。 ③病院到着後、一度は回復するも令和３年５月７日10時15分「心不全」で死亡。 ④なし ⑤「心不全」による自然死。費用負担なし。 ⑥なし
	令和４年度 ４月２日 他29件	①３月28日声掛けに反応がなく、サチュレーションも上がらないため病院へ救急搬送し「肺炎」の診断で入院加療していたが、４月２日午前０時54分「肺炎」にて死亡。 ②４月２日電話による速報後、事故報告書にて確認する。 ③救急搬送後、呼吸不全と意識障害の原因について調べていくと医師より話があったが、最期は食事が摂れず、心停止したと医師より家族が説明を受けた。 ④なし。 ⑤「肺炎」による自然死。費用負担なし。 ⑥なし。
	令和５年度 ４月23日 他８件	①利用者に呼ばれ、トイレで床に座っている別の利用者を発見。声をかけ、ボディチェックするが外傷なし。翌朝、自力で起床できず、再度ボディチェックをするが外傷なし。本人が右大腿部を指さし「痛い」と言い、整形外科に通院。見守りカメラを確認したところ、居室前で転倒し、四つん這いでトイレへ向かう様子を確認。 ②４月25日事故報告第１報告後、本報告で確認。 ③入院加療し、５月９日退院。車いす利用。 ④⑤自力歩行できる方であったが、夜間で眠気があったことや服薬内容の変更等で足元のふらつき等もみられていた。移動した際に動きが分かるような人感センサー等のハード面が整備できていなかった。クレーム、費用負担なし。 ⑥なし
	令和６年度 ７月15日 他１件	①夜間、廊下が湿っているため、トイレから戻る際に職員が付き添う。居室に到着したため職員がその場を離れた後、居室入ってすぐの場所で転倒。ベッドのベッドボード（足側）の平面に右こめかみをぶつける。右こめかみに内出血あり。意識しっかりしており、怒って自分で顔を一度叩く。横になってもらい、氷枕を枕にすると右こめかみを冷やすことができ、クーリングを実施。バイタル異常なし。看護師へオンコール。嘔吐や血圧上昇などなければ様子観察し、状態異常があれば緊急搬送するよう指示あり。夜間、バイタル異常なし。翌朝、左手第２指が青く腫れているのを確認。痛みで動かそうとせず。クーリング実施。 ②７月16日事故報告第一報、本報告。 ③脳神経外科クリニック通院。CT検査実施。骨に異常なく、内出血なし。経過観察指示。加えて、整形外科通院。レントゲンの結果、左手第２指の付け根、及び第一関節に骨折箇所がみられる。患部固定にて処置。２週間後、1か月後と２回通院し経過良好で完治。以降、動き等も問題なし。 ④なし ⑤廊下が湿気で濡れていたので靴底も濡れていた可能性があったにも関わらず、居室ベットまで見送り届けず、居室に入室したところで離れてしまった。また廊下も除湿器、扇風機などを用いて除湿し、ベッドには保護材を巻く等、ハード面への見直しもしていく。費用負担なし。 ⑥なし

事故・不祥事等の概要と対応状況	令和７年度 10月19日	①入浴のため脱衣所にて利用者のズボンを下ろす際、職員も支えながら、手すりによりつかまり立ちをしてもらった。立位の途中で本人の足の力が抜け、しゃがみこみ、右側へバランスを崩し、床にゆっくり着地した。職員は、本人の腰・上半身を支えたまま一緒に転倒した。本人から「痛い」と声が出た。床に座り込んだ状態でボディチェックとバイタルチェックを行った。外傷は見られずバイタルにも異常は見られなかった。看護師指示で、シャワー浴のみ実施した。血圧94/61、脈64、検温36.8、サチュレーション98％であった。 　翌日の朝から発熱（37.5℃）があり、右太ももの外側に小さな１センチ程度の痣を確認した。本人も右側臥位に倒れると痛みの訴えがあったため、外部の整形外科へ通院した。 ②10月20日に県に事故報告の第一報を行い、後に本報告を行った。 ③同日、医師による触診と右膝と大腿部のレントゲン実施の結果、膝に関しては異常なく、大転子の骨頭部位に古い骨折の痕があり、大腿骨上部にヒビのような線を確認したが、今回のものかは分からないため、１週間後にCT撮影をして詳細を調べるとの所見であり、痛み止めの処方を受取り帰園した。 　10月29日に再通院し、医師により触診・CT検査が行われた。右大腿部骨転子部骨折については、随分前からの骨折と確認した上で、手術を行うことで他の部分に影響が出て、更なる骨折を招いてしまうこともあることから、手術は行わないとの判断であった。骨折後、右足の筋肉で支えている事を鑑み、このまま経過観察することとなった。生活制限もなく、立上がりはスタッフが支えながら、左足に体重をかけての移乗することで、車椅子で過ごし、入浴も可能である。痛みがある時には、ベット上で過ごすよう指示を受けた。 ④なし ⑤原因として、つかまり立ちをしてもらう時、普段よりも立位が不安定の様であった。また、夜間発作があり、因果関係は不明だが、一日体調が良くなかった可能性がある。立位が安定していなかった状態を確認していたため、職員２人で介助する等、普段とは違う方法で移乗するべきだった。さらに、対応職員の体調がすぐれなかったと自覚していたが、職員間で共有しておらず、利用者の安全を第一に行動をとるべきだった。 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、人権委員会、虐待防止委員会、リスクマネジメント委員会を設置し、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他、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

	H28年度			H29年度			H30年度		
収入	817,975 (798,984)			821,964 (826,721)			857,450 (822,377)		
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
	188,532 (188,532)	620,069 (601,144)	9,374 (9,308)	199,163 (205,931)	613,727 (613,602)	9,074 (7,188)	203,746 (205,931)	636,388 (607,097)	17,316 (9,349)
支出	788,312 (797,178)			796,326 (825,734)			817,451 (820,954)		
収支差額	29,663 (1,806)			25,638 (987)			39,999 (1,423)		

	R元（H31）年度			R２年度			R３年度		
収入	845,768 (866,071)			839,818 (839,142)			807,762 (838,375)		
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
	205,742 (203,746)	618,171 (630,084)	21,855 (32,241)	207,558 (207,558)	619,486 (611,719)	12,774 (19,865)	207,558 (207,558)	574,544 (611,906)	25,660 (18,911)
支出	893,195 (858,933)			816,523 (845,248)			821,262 (837,000)		
収支差額	△ 47,427 (7,138)			23,295 (△ 6,106)			△ 13,500 (1,375)		

	R４年度			R５年度			R６年度		
収入	797,267 (851,905)			805,140 (888,716)			808,893 (838,390)		
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
	207,557 (207,557)	567,322 (636,486)	22,388 (7,862)	207,557 (207,557)	582,419 (655,909)	15,164 (25,250)	207,557 (207,557)	585,073 (618,393)	16,263 (12,440)
支出	831,506 (851,905)			799,320 (876,798)			805,329 (838,390)		
収支差額	△ 34,239 (0)			5,820 (11,918)			3,564 (0)		

	R７年度			累計			
収入	800,543 (812,037)			8,202,580 8,382,718			
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	
	215,945 (207,557)	553,288 (591,649)	31,310 (12,831)	2,050,915 (2,049,484)	5,970,487 (6,177,989)	181,178 155,245	
支出	794,744 (849,538)			8,163,968 (8,401,678)			
収支差額	5,799 (△ 37,501)			38,612 (△ 18,960)			収入合計／支出合計比 100.5%

※（　）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	入所定員について、ビジョンに基づき新規入所者の受け入れを停止している。利用者は高齢知的障害者であることから、死亡や療養型医療施設への移行等による退所等もあり収入は年々減少している。経費等の増加及び昨今の燃料費高騰等による支出増を受け、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、園が実施する高齢者支援（食事支援・移乗技術・普通救命講習等）、腰痛予防研修、医療的ケア（喀痰吸引３号研修）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。 職員採用は法人として行っている。
	□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		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	過去に県のモニタリングで不適切な利用者支援を指摘したことから、法人は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２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）