

I 「運営と管理」認定基準 Administration and Management

I-1 倫理実践: Ethical Practice (ETHj)

COAの基準は、「不適切な行為を防ぐ最も効果的なアプローチは、単独の方針や手順に従うよりは、さまざまな要因を組み合わせることにある」としています。これまでの研究成果によると、「職員が【信頼】を大切に作る組織文化」や「一般社会への説明責任を果たすこと」、「法令遵守」等は概して、組織の倫理的公正さの促進に有効です。

COAの倫理実践は、「卓越した業績およびサービスの提供は、メンタルヘルスサービス機関(以下「機関」という。)の優れた運営管理が原動力であり、倫理的公正さが期待できない環境下においては、優れた運営管理は行われない」という前提に基づいています。

倫理的公正さを欠いた行動で被るマイナス評価のリスクは大変深刻な場合がありますが、単なる「法令遵守」にとどまらない、社会的信頼を得るための実践的かつ前向きな行動姿勢は、良好な業績、サービス提供に繋がります。

ETHj1 公正で透明性のある運営

機関は、関係法令に従うとともに、設立の趣意に基づき、公正で透明性のある運営を行っている。

ETHj2 利益相反

機関は、役員、職員の不正を防止するために、利益相反に関する方針を明確にして運用している。

ETHj2.01

利益相反に関する方針は、機関の設立形態、組織・体制、業務内容に合ったもので、以下の内容を網羅している。

- a. 利益相反の定義
- b. 対象者の特定
- c. 理事会（取締役会）メンバー個々の活動が、機関の業務、利益に反した場合の対応
- d. 方針の施行の決意
- e. 利益相反に結びつく可能性がある状況の評価方法
- f. 予想される又は明らかな利益相反を防止し、管理するための手順と情報開示

解釈：利益相反についての状況確認、判断等をどのように実施しているのかを提示して下さい。利益相反の定義を明確にしていることがポイントとなります。

ETHj3 内部告発体制および告発者の保護

機関は、組織内での不正、違法性が疑われる行為、問題のある慣行等について、情報提供、通報をしようとする職員やその他の関係者に対し、雇用等において不利な措置を取ることがないようにし、秘密裏に通報、情報提供ができる方法、体制等を整備している。

解釈：公益通報者保護法に基づく、通報・相談窓口の設置や個人情報の保護、通報者への処理状況の通知等の措置がとられていることが望ましいと言えます。

ETHj 4 専門職としての責任ある行為

機関は、公正、倫理的、客観的な方法で事業経営およびサービス提供を行い、職員は、専門職としての責任に基づき行動している。

ETHj4.01

職員は、それぞれが属する専門職の倫理規定を理解し、行動している。

ETHj 4.02

機関は、職員に対して以下の事項を禁じている。

- a. 医療機関等への紹介の見返りに報酬やその他の金銭を受領すること。
- b. 自機関および機関に属する医師・臨床心理士等に利するように、クライアントを紹介したり、利用するよう仕向けること。
- c. 不当にクライアントを特定のネットワークに紹介したり、利用するよう仕向けること。
- d. 自機関に属する職員やコンサルタント、あるいはそれらの家族が従事している開業医や事務所に紹介すること。

※dについては、クライアントの利益を最優先に考慮した結果であり、かつ客観的に当該事実が判断しうる記録を残しておく場合はこの限りでない。

解釈：紹介リストに職員および個人営業のコンサルタント、またはそれらの家族を加えることは差し支えありませんが、機関の利益を優先し、クライアントに積極的に案内することは適切ではありません。

ETHj 4.03

機関は、クライアントに対するサービスを行う際に、機関が提供するサービス以外の商品、サービス等の勧誘・販売等を行うことを禁じている。

根幹的实践基準

根本的生命の安全	健康と福祉	クライアントの権利

I -2 財務管理: Financial Management (FINj)

機関の財務上の説明責任と実行性は、法律および規則の要求事項に合致する健全な財務管理実践の適用によって達成される。

FINj1 財務上の責任

機関は健全な財務管理を行い、財務上の説明責任を果たしている。

FINj1.01

機関の理事会（取締役会）またはそれに指定された組織は、以下のことを適切に行っている。

- a. 年次予算の承認およびその改訂の承認
- b. 定期的に、財務状況および収支の評価
- c. 年度末における、予算と実績の差異分析
- d. 財政方針と監事（監査委員会）の勧告の確認
- e. 財務管理状況の年次評価

*注) 定期的=四半期以内

FINj2 内部統制の体制

機関は、適切な内部統制システムを構築している。

FINj2.01

監事（監査委員会）は、以下のことを適正に行っている。

- a. 監事（監査役）は理事会（取締役会）の意向に関わらず客観的に機関の業務を監査すること。
- b. 定期的に機関の業務および財務の状況を確認すること。
- c. 年度末を締めた後に、決算関係書類を監査し、その結果を理事会（取締役会）へ報告すること。

解釈：内部統制には、「何が事態を悪化させるか」に対する予防と、「何が事態を悪化させたか」の検出が含まれる。従って、検出メカニズムは、機関の運営および改善に不可欠な要素です。

FINj2.02

理事長(代表取締役)および財務責任者は、財務報告書が機関の財務状態および運営を正確かつ公正に反映していることを、書面で明確にしている。

解釈：決算における財務諸表については、機関で定める手順で、担当役職者の承認がなされていることが書面で確認できることが必要です。

FINj3 **財務計画**

機関は、機関全体にわたる財務計画を立案している。

FINj3.01

機関は、機関の財務管理のために、年間予算を立案している。

FINj4 **財務管理システム**

機関は、健全な財務管理のために、適切な資金の受け取り、支払、会計を行うための財務管理システムを有している。

FINj4.01

機関の年次の財務報告は、一般に公正妥当な会計原則（通常は企業会計）に従って作成されている。

FINj5 **給与の支払い**

機関の給与の支払いは、労働基準法および関係法令に従っている。

根幹的实践基準

根本的生命の安全	健康と福祉	クライアントの権利

I-3 機関の統治:Governance (GOVj)

適切なリーダーシップの下での健全な機関の統治は、機関の成長と存続の可能性を高めます。

GOVj 1 運営の法的許可等

機関は法的に適切な運営を行っている。

GOVj 1.01

機関は、以下の条件をすべて満たしている

- a. 理事会（取締役会等）を持つ非営利組織または営利組織であること。
- b. 法人登記または主務官庁から成立を許可されていること。
- c. 適切な機関統治に関する文書を備えること。

GOVj 2 統治組織

理事会（取締役会等）は、機関の使命と目標の達成に向け機関を統治している。

GOVj 3 使命

機関は、その使命や目的を明確に文書化している。

GOVj 3.01

機関の使命には、社会およびクライアントのニーズに基づいたサービスの提供・管理が含まれている。

GOVj4 理事会(取締役会等)の組織

理事会（取締役会等）は、機能的で効果的な構造となっており、リーダーシップを発揮している。

GOVj 4.01

理事会（取締役会等）については、内規等の文書で以下の内容を定めている。

- a. 機関の組織・構成と活動内容について
- b. 理事会（取締役会等）の年間会議数、定足数、責任について
- c. 臨時の場合についての理事会（取締役会等）の権限代行について
- d. 委員会等の設立など、評価、実施責任のプロセスについて

GOVj 4.02

機関は、理事会（取締役会等）が承認した方針、理事会（取締役会等）の議事録・記録等を保管している。

解釈：会社法等の組織の設置・運営に関する法律に基づき、理事会（取締役会等）が設置・運営されていれば結構です。

GOVj5 機関統治の責任

機関は、機関統治の責任を明確にし、計画的な運営を行っている。

GOVj5.01

理事会（取締役会等）は、機関の統治のため、以下のことを行っている。

- a. 効率的な事業戦略の見直しを行っている。
- b. リスク、管理等を統括し、クライアントの信頼や重要な資源、運営能力の喪失を予防している。
- c. 重要な方針を作成および承認している。
- d. 財務を監督し、監査および外部評価に基づき方針を決定している。
- e. ニーズを予測した管理・運営を行っている。
- f. 機関の目標達成度を確認している。

解釈：大きな機関は、目標を達成するための様々な組織を設置し運営することができますが、小さな機関では、小規模な組織で運営にあたる必要があります。本基準においては、機関、組織の大小に関わらず、必要な事項が理事会（取締役会等）で検討、承認されており、機関、組織の統治が効果的に機能していることが必要となります。

注) d については、監事による監査のみならず、理事会（取締役会等）の権限において、財務、法律等の専門家による外部評価・監査を行うことを推奨しています。

GOVj 5.02

理事会（取締役会等）のメンバーは、機関の資産や事業取引に関し、個々のメンバーにおける金銭的利害の開示を含め、機関の利益相反に関する方針を遵守している。

GOVj 5.03

理事会（取締役会等）は、中長期的な事業戦略の立案に関し、以下の事項について責任を負う。

- a. 機関の戦略的方向の構想と設定
- b. 4～5年ごとの包括的な中長期計画の立案と支援

GOVj 5.04

理事会（取締役会等）は、以下の事項を含む中長期計画の枠組みを見直し、承認している。

- a. 機関の使命、価値、義務の検討
- b. 機関の強みと弱点の評価
- c. 機関の使命と責務に鑑みた達成可能な目標と目的の設定
- d. 機関の継続的・持続的発展と、ニーズの変化に対応したサービスの変更、削除、拡大の必要性などを含む、目標の設定と適切な戦略の策定

GOVj 6 **理事長(代表取締役)**

理事長（代表取締役）は、理事会（取締役会等）と効果的に協力し、健全な組織文化を促進し、組織運営を監督、管理している。

GOVj 6.01

理事長（代表取締役）は、以下の責任を有している。

- a. 組織の管理
- b. 長期戦略計画の立案と定期的な見直しの実施
- c. 使命を明確にした討議の実施の奨励
- d. 理事会（取締役会等）と共同して、適切な人材、資産等を確保
- e. 理事会（取締役会等）が計画し調整した機関のサービスプログラムの管理
- f. 理事会（取締役会等）の意思決定に必要な情報の早期提供
- g. 組織の運営、財務、長期プランの実施について、定期的な報告書を作成

解釈：理事長（代表取締役）は、中長期的戦略、計画の立案、運営上重要な方針の作成等、理事会（取締役会等）が意思決定に関して重要な役割を果たす必要があります。理事長（代表取締役）は、理事会（取締役会等）と相互の機能が十分に果たせるよう効果的なチームであることが大切です。

根幹的实践基準

根本的生命の安全	健康と福祉	クライアントの権利

I-4 人材管理: Human Resource Management (HRj)

社会・福祉サービス分野では、機関の労働力はその組織の最大の資産です。サービス提供等の業務により、機関の使命を遂行するのは、個々の職員であり、機関の目的を達成するために、優秀な人材を惹きつけ、動機づけ、育て、報酬を与え、引き止めるために必要な戦略、計画、そしてプログラムの構築および実行を、人材管理を通して行います。

人材管理はリスク管理にも密接に関係しています。人事慣行を健全に且つ一貫性をもって適用すれば、雇用訴訟とそれに関わるコストを抑えることが可能になります。健全な人事慣行はまた、組織のもう一つの最も重要な資産であり、ひいては地域社会の評価を維持することにも繋がるでしょう。

HRj 1 労働環境

機関は、生産性、多様性、および安定性を維持するために、公平な労働環境を提供している。

HRj 1.01

機関は、機関の役職員、クライアント、その他内外を問わず、個人、団体等を一切不法に差別していない。

HRj 1.02

機関は、役職員のハラスメント行為を防止する内規を定めている。

解釈：基準を満たすには、ハラスメント行為の防止のため適切なスタッフ研修が実施されている必要があります。ハラスメント行為を報告する手続きにおいては、報告者はハラスメント行為に関係した人物を通さずに報告できるような制度であることが必要です。

HRj2 求人、採用および配置

機関は、サービス提供にあたって十分な資格を持つ職員を雇用している。

HRj 2.01

機関の業務内容文書、採用基準等は、以下の事項を満たしている。

- a. 必要な資格・職能、業務内容、責務を明示している。
- b. 定期的に内容を検討し、更新している。

HRj 2.02

機関の求人および採用は、以下の手順を踏んでいる。

- a. 募集する職位、待遇等を通知すること。
- b. 応募者の資格証明書を検証すること。
- c. 応募者に業務内容文書を提供すること。

- d. 採用記録を少なくとも1年間は保管すること。
- e. 雇用および労働関連法に従った標準的な面接方法を用いること

解釈：採用記録の詳細を保管しておけば、募集と採用決定の一貫性を示し、雇用機会均等に関連する苦情や提訴が発生した場合に組織を守ることになります。

HRj 3 業務評価

機関は、職員の業務評価に際して、評価結果の説明を行っている。

HRj 3.01

機関は、業務評価において仕事のパフォーマンスを評価し、以下の事項に関連する自己開発や専門能力の向上に重点を置いている。

- a. 業務内容文書に定める特定の技能、資格等
- b. 機関の重要目標・課題に関する個々の職員の対応
- c. 業務評価の結果に基づき、機関の使命、目的の達成に向け個々の職員が設定する目標
- d. 能力開発と職能上の目標
- e. 技術向上のための研修等の提案
- f. クライアントの特徴、ニーズ等に関する知識と、それを応用する能力

HRj 4 健康管理

機関は、職員が職務を遂行することに支障がない健康状態であることを確認し、必要に応じて就業配慮を実施している。

HRj 4.01

機関は、健康上の職務適性に基づく就業配慮を行うために、以下の事項を定め、実施している。

- a. 年に1回以上の定期的な健康診断の実施
- b. 健診結果に基づく保健指導および就業上の措置
- c. 長期休業者に対する復職支援
- d. 妊娠中の職員に対する母性健康管理措置
- e. 長時間の時間外労働が発生した場合の医師による面接指導と改善措置

根幹的实践基準

根本的生命の安全	健康と福祉	クライアントの権利
	HRj 1.02	

I-5 成果および品質の向上: Performance and Quality Improvement (PQIj)

成果および品質の向上基準 (PQI 基準) は、高いレベルの成果を上げるために、目標を設定し、評価を行い、その結果に基づき改善を図るためのプロセスに必要な要素を表したものです。

成果および品質の向上のためには、活動の記録やその他のデータを活用する必要があります。また、組織的を挙げての取組みが不可欠です。すなわち PQI 基準は、品質の向上を特定の責任者の業務とみなすのではなく、すべての関係者が一丸となって取り組むことを基本としています。

PQIj 1 代表者による成果達成および品質向上の重要性に関する宣言

機関の代表者は、クライアントにとって高い成果を上げるために、提供するサービスの品質を継続的に向上することの重要性を認識し、機関として品質向上に取り組むことを宣言している。

PQIj 1.01

機関の代表者は、成果および品質の向上に関して、以下事項を含む方針を明確にしている。

- a. 卓越したサービスを提供するために、継続的に品質を向上させること
- b. 成果および品質の向上の取組を機関全体で推進すること
- c. 全職員が PQI 活動に積極的に参加することを奨励すること

PQIj 1.02

機関の代表者の方針は、職員およびクライアントに明確に示されている。

PQIj 2 PQI 活動の組織的基盤

機関は、組織全体の課題を特定し、良好なサービス提供と生産性向上を促進するための、PQI 活動の組織的基盤を持っている。

PQIj 2.01

提供されるサービスの成果と品質に責任を有する機関の上級管理者について、PQI 活動の推進における責任と役割を明確にしている。

解説：上級責任者は、PQI 活動の推進において以下の事項を考慮することが求められます。

- a. 機関代表者の方針に沿った中長期戦略的なサービスの品質向上のためのシステムを構築すること
- b. サービス提供において、クライアント満足度向上と成果の達成に重点を置くこと
- c. 年間計画等を利用して計画的に取り組むこと
- d. PQI 活動に対する職員の貢献を評価すること

PQIj 2.02

機関は、実務や研修の経験を有する PQI 活動の主担当者を含む各種担当者を任命し、PQI 活動を推進する上で必要な時間、設備・備品、権限を与えている。

PQIj 2.03

機関は、上級管理者が出席して、PQI 活動の推進のために必要な事項を審議する場を定期的に設けている。

解説：多くの組織で、上級責任者が委員長等として、議論をリードすることが期待されます。

PQIj 2.04

PQI 活動の実施のために、以下の事項を含む実施要領を文書化している。

- a. PQI 活動の目的と対象範囲
- b. PQI 活動を実施するための責任者および各種担当者の役割
- c. PQI 活動を推進するための会議体等の組織
- d. PQI 活動のための目標の設定と実施計画の策定
- e. PQI 活動に関連した各種手順等の文書体系とその管理方法
- f. PQI 活動に関わる記録とその管理方法
- g. 評価のためのデータ収集と分析方法
- h. 目標の達成状況の評価方法
- i. PQI に関わる不具合発生時の対応方法
- j. 評価結果に基づき成果および品質の改善を図る方法
- k. 改善計画の策定とその成果の評価方法
- l. PQI 活動によって収集された情報、評価結果、その他の関係者間での共有方法

解釈：PQI 活動の実施要領に、「運営と管理」および「サービス提供管理」に必要な多くの文書を関連づけることによって、総合的な取組みが可能となります。

PQIj 3 目標および実施計画

機関は、実施および成果測定のため、測定可能な成果指標とその目標および目標を達成するための実施計画を策定している。

PQIj 3.01

機関全体の職員等の関係者が協力して、PQI 活動の成果指標と目標を定期的に設定している。

解釈：目標には、年間目標や中長期目標などがあります。少なくとも1年に1回は目標の設定または見直しを行うことが期待されます。

PQIj 3.02

設定された目標の成果指標は、以下の事項が考慮されている。

- a. PQI 活動は適切に行われているか
- b. サービス提供は、適切に行われているか
- c. プログラムは有効か
- d. クライアントにとって望ましい成果を上げているか

PQIj 3.03

設定された目標達成のために必要な実施計画を設定している。

解釈：実施計画は、目標の期間に連動して、年間計画や中長期計画があります。実施計画の進捗管理の方法を予め決めておくことが重要です。

PQI 4 サービスおよび目標の達成度の評価

機関は、成果および品質を評価する上で必要な情報の収集、分析および評価を行っている。

PQI 4.01

PQI 活動において、以下の事項について確認するために必要な情報が収集されている。

- a. サービス提供を行う専門スタッフ数の妥当性
- b. 提供されているサービスの質
- c. 提供されているプログラムの有効性
- d. クライアント満足度
- e. クライアントごとの成果
- f. その他、目標の達成度を評価するために必要な情報

解説：情報には、以下のものが含まれます。

- a. 事例記録の確認結果
- b. インシデント、アクシデントおよび苦情
- c. クライアント満足度データ
- d. クライアントごとの結果
- e. 管理・運用に関するまとめ

PQI 4.02

提供されているサービスの質を評価するために、全数または無作為抽出の方法で選択したサンプルについて、事例記録の確認方法を定め、定期的に以下の事項を確認している。

- a. 必要な文書が存在していること
- b. 経年的に流れがわかる形式で整理されていること
- c. 記録の内容が明確で、必要な情報が記載されていること
- b. 精神科医または他の適格な医師が定期的にスーパーバイズを行っていること

解釈：事例記録の確認のためには、確認にあたって不可欠な文書と要素を明確にし、確認作業自体を明確化するための事例記録の確認様式を含む方法を明確にする必要があります。事例記録の確認の対象となる要素には、以下のものがあります。

- a. アセスメント
- b. サービス計画
- c. クライアントからの同意
- d. 経過、事例記録または要約
- e. 定期的な事例のスーパービジョンの実施記録
- f. サービス提供者の署名
- g. サービスの結果
- h. 終了またはアフタケア・プラン

解釈：COAでは、傾向およびパターンを特定するために必要なサンプル数に関して、年間の事例件数に基づいたサンプリング基準の一例を示していますが、合理的な範囲でこれとは異なるサンプリング方法・数であっても構いません。具体的には、認定支援員にご相談ください。

事例記録の確認のためのサンプリング基準（一例）

年間事例記録	サンプルサイズ
5000 or >	COA コンサルテーションを受けること
4,999 _ 4,000	20% 年次
3,999 _ 3,000	30% 年次
2,999 _ 2,000	30% 年次
1,999 _ 1,000	35% 年次
999 _ 500	40% 年次
499 - 400	45% 年次
399 _ 300	45% 年次
299 _ 200	47% 年次
199 _ 100	48% 年次
100 以下	100% 年次

*注) 定期的=四半期以内

PQIj 4.03

機関は収集した情報を分析し、目標の達成度および計画の進捗度の評価を行っている。

PQIj 5 PQI 活動(システム)の妥当性・有効性の評価

機関は、PQI 活動の妥当性・有効性を評価する上で必要な情報の収集、分析および評価を行っている。

PQIj 5.01

上級管理者は、PQI 活動(システム)の適切な実施および運用について評価を行っている。評価にあたっては、以下の情報が収集されている。

- a. PQI 活動の実施要領の遵守状況
- b. EAP サービスの妥当性および有効性
- c. 情報管理の実施状況
- d. 成果及び品質の改善計画の実施状況

解釈：PQI 活動(システム)の妥当性・有効性の評価は、通常、内部監査の形式で実施されます。特に規模の大きな組織では、内部監査の手順を定めて計画的に実施することが望まれます。

PQIj 6 **改善のための取組み**

機関は、評価結果に関わる情報を関係者の間で共有し、改善のための取組みを計画的に行っている。

解釈：改善のための取組みが推進されるためには、必要な情報が関係者の間で共有されている必要があります。

PQIj 6.01

上級管理者は、評価結果に基づき成果および品質の改善の方法を検討している。

PQIj 6.02

上級管理者は、改善のための計画を策定し、その進捗を管理している。

PQIj 6.03

PQI 活動のために収集された情報、評価結果、改善のための計画は関係者の間で共有されている。

根幹的実践基準

根本的生命の安全	健康と福祉	クライアントの権利

I-6 リスクの予防と管理: Risk Prevention and Management (RPMj)

COAのリスク予防と管理の基準は、リスクを未然に防ぐ事だけが目的ではありません。機関のリスクの予防と管理は、よりポジティブに、より機関を強固にする機会であるとの考え方がされるようになってきています。

役員や上級管理者がリスクを評価し、課題から学ぶという文化を創造する事で、組織として先を見越して行動する雰囲気が醸成されます。

機関の役員や上級管理者は様々なリスクに直面しています。本セクションの基準は、リスクの予防管理と低減、また、人的・物的・金融資産を守る為の包括的な取り組みについて概要を示しています。また、財産、収入、負債、人的資材、評判、使命、統治、受託者、その他関係諸機関の中に潜在的なリスクが有ることを指摘しています。

RPMj 1 法規制の遵守

機関は、業務遂行に必要な許認可を保有し、適用される法令を遵守している。

解釈：機関は、必要な全ての法令や条例上の要件に精通していることが必要です。また、必要に応じて弁護士に相談し、規約、規制、開業許可要件、労働関連法、および合法性に関する一般的な指針について、総合的に必要な情報を得ることも必要です。

RPMj 2 リスクの防止

機関は、予想されるリスクを特定し、リスク低減への取り組みを行い、その効果の評価を行っている。

RPMj 2.01

機関は、以下の項目を含む総合的なリスクの内部評価を実施している。

- a. 法的要件の遵守
- b. 施設の利用を含む安全衛生
- c. 契約業務と遵守
- d. クライアントの秘密保持を含む情報の安全性
- e. 利益相反
- f. 諸機関との連携

解釈：基準の要件 d は、機関が当事者である全ての契約に関係します。RPM 2.01 の諸要素に記載されたリスクの評価は、それぞれ年間を通じて異なった時期に行い、役員や理事会（取締役会等）が少なくとも年に一回、全体のリスクを評価するために個々の評価結果を確認するというだけでも構いません。

RPMj 2.02

機関は、以下の事項に関連した事件や事故、苦情の確認を含む、リスクの確認を定期的
実施している。

- a. 施設・設備の安全
- b. 自傷他害の恐れのあるクライアントの存在の確認
- c. 重篤な外傷発生および死亡例の確認

RPMj 2.03

機関は、自傷他害の恐れがあった事例や、実際に発生した危害、外傷および死亡を含む全
ての事故、事件の内容を確認し、以下の手順で再検討している。

- a. 調査と見直しの期間の決定
- b. 関係者全員からの意見聴取
- c. 調査の独立性の確保
- d. 全ての対応についての適時の実施と文書化
- e. 対処が必要な場合には、継続的なモニタリングとその効果の評価
- f. 該当する報告義務者への対応

RPMj 2.04

機関は、職員が職務として実施した合法かつ権限の伴う行動に対して訴えられた場合には、
法的な支援を行うとともに、機関がその費用を負担している。

解釈：本基準では、違法行為を行ったり、業務外あるいは業務促進以外の目的で行動した
職員への法的・経済的支援はしないものとしています。なお、本基準では、機関の顧
問弁護士が、職員への法的支援をすることで利益相反が生じる可能性がある判断さ
れる場合には、支援は行わないものとしています。

RPMj 3 **情報の管理と利用**

機関には、機関の運営、業務計画作成および評価の支援に十分な機能を有する情報管理の
仕組みが存在している。

RPMj 3.01

職員は、紙または電子媒体の情報に迅速にアクセスすることができる。

RPMj 3.02

機関には、紙または電子媒体の記録が常に一定の場所に保存されている。

RPMj 3.03

機関には、規模に応じた、以下の機能を有する情報管理システムが存在している。

- a. サービス提供を受けているクライアントの情報に適時にアクセスできること。
- b. 財務、コンプライアンス、その他の業務情報の入手、追跡、報告ができること。
- c. 長期的な報告および実績の経時的比較ができること。
- d. 情報は、明確で一貫した形式と方法で整理・保存され利用されること。

RPMj 4 **情報の安全性**

電子および紙媒体の情報は、故意・偶然に関わらず、破損、修正、不当開示、不正利用から保護されている。

解釈：基準のこのセクションでは、特に断りがない限り、事例記録、運営、財務、保健、および職員の記録を含む全記録についての安全性に関する問題を扱っています。

RPMj 4.01

機関は、盗難、不正使用、損害や破損から秘密情報およびその他の取り扱いに注意を要する情報を以下の方法で保護している。

- a. 情報取得の必要性に基づき、アクセスを権限のある職員に限定すること。
- b. 電子データを常態的にバックアップしていること。
- c. ファイアーウォール、アンチ・ウィルス等のソフトウェア、その他の適切な防衛手段を用いること。
- d. 印刷した記録を安全な場所に保管すること。

解釈：記録の保管場所と方法を定める際には、安全性を考慮する必要があります。その他に、スタッフが外に持ち出した情報やインターネット経由でのアクセス等も検討すべき重要な問題です。電子的な情報管理は、ニーズと状況に最も適したシステムが必要と言えます。印刷した記録を安全に保管するには、①鍵をかけたファイル保管庫で、一人から数人のごく限られた人にもみファイル保管区域の鍵を与える。②限られた人にもみファイルにアクセス権限のあるゲートキーパーシステムを用いた鍵付きのファイル保管室の利用 ③キーパッドによるシステムで、権限を与えられた人にもみキーパッドコードを与える等があります。また、防災面では防火キャビネット、金属製のファイル・キャビネット、スプリンクラーシステムの設置も検討が必要です。また、浸水しやすい地下部分には保管しないこと等も考えられます。

RPMj 4.02

事例の記録は、プライバシーと機密性を保護できる方法で保管するとともに、以下により取り扱われている。

- a. 事例の記録等は法令の定める期間保管すること（法令による定めがない場合は最低7年間の保管が望ましい）。
- b. 機関を整理・解散する場合には、適切に記録を処理すること。

RPMj 4.03

機密情報を電子的に送信する場合は、十分な安全対策を施している。

RPMj 4.04

機関のウェブサイトには、プライバシー保護に関する方針を掲載している。

RPMj 5 事例記録

事例記録には十分かつ正確な情報が記録されている。

解釈：事例記録もリスクマネジメントにおける重要な要素です。正確で管理の行き届いた記録は、不正行為疑惑（十分な根拠のない違法行為の申し立て）や過失から組織を保護するのに役に立ちます。管理が不十分であったり不正確な記録は機関にとってリスクとなりえます。また、業務委託先についても、事例の記録は同様に取り扱われることが必要です。

RPMj 5.01

事例記録は、クライアントごとに保管している。

RPMj 5.02

事例記録には、以下の情報が記載されている。

- a. 所属および連絡先
- b. サービス提供（紹介）に至った理由
- c. サービス提供内容についての最新の評価
- d. 目標・目的を含むサービス提供プラン（クライアントと機関の双方で了解していること）
- e. クライアントの同意が必要な場合は、クライアントに提示し署名をしてもらった同意書のコピー（個人情報の取扱い等）
- f. サービスの説明書
- g. サービス提供にあたり必要な文書
- h. 機関の監督者による定期的確認
- i. アフターケアプラン
- j. 現在または将来に追加が必要となると考えられるサービスの提案と、必要に応じたアフターケア・フォローアップについての外部委託について

- k. サービス提供終了報告書（終了日から概ね1ヶ月の内に作成）

解釈：RPMj 5.02 は、個々の事例記録に記載されるべき基本的な要素について記載されています。場合によっては、リストに挙げた情報が全て得られないこともありますが、そのような事例では、事例記録にその旨を説明する記載が必要です。

RPMj 5.03

事例記録には、以下の情報が含まれている。

- a. 心理学的、医学的な評価にかかわる情報
- b. 治療に関する指示等のコピー
- c. サービス提供に関する法的文書（裁判記録、法的監護に関する記録等）

RPMj 5.04

事例記録は、以下の事項に留意し、権限のある職員のみが記入している。

- a. 明確で、事実に基づき、関連性があり、判読可能であること。
- b. 事例の開始から終了までの最新の情報が記載されていること。
- c. サービス提供が完了した場合は、日付とクライアントの署名がなされていること。
- d. 必要に応じて、監督者の署名と日付の記載がなされていること。

解釈：事例記録および署名は、文書上の署名、電子署名、あるいは両方の組み合わせでも結構です。

RPMj 6 契約書およびサービス提供同意書

機関は、より良いサービスが提供できることを念頭に、サービス提供契約を結んでいる。

解釈：RPM6 は、顧客企業等と機関とのサービス提供契約について記しています。

RPMj 6.01

機関は、サービス提供に関する契約において、以下の事項を実施している。

- a. 標準化した契約内容文書の確立に関すること。
- b. サービス提供については、予想されるリスクの確認、適切なサービス提供への努力、情報管理等についての注意等を怠らないこと。
- c. 契約を監督する適任者の任命に関すること。

解釈：機関は、サービス提供契約ごとに、それぞれのサービス提供契約の経過と成果についてモニター・監督する担当者を任命します。当該担当者に対しては契約手順のほか、EAP サービスの内容および品質管理方法について教育研修を実施することが望まれます。

RPMj 6.02

書面による契約書には、以下の重要条件が記載されている。

- a. 機関の役割と責任
- b. 提供されるサービスの内容
- c. 達成目標
- d. 数値化が可能な結果指標
- e. 契約の範囲で利用可能なサービスについての明確な説明
- f. 訓練、技術支援等の提供
- g. 契約期間（フォローアップサービスの概要説明を含む。）
- h. サービス提供期間中における情報の共有に関する方針と手順
- i. 紛争解決の方法
- j. 支払いの方法等、および支払い不履行の場合の取扱い
- k. 契約終結の条件

RPMj 6.03

全ての契約は、署名に先立って弁護士または別の適格者が確認を行っている。

解釈：機関における人的資源と方針によりますが、理事長（代表取締役）ないしは理事会（取締役会等）か、担当役員よりに契約書の確認が適当でしょう。合法的であることと、当事者双方によって契約条件が明確に理解され、合意されることが必要です。

RPMj 6.04

契約書に付随するサービス提供合意書には、以下の内容が含まれている。

- a. サービス提供におけるクライアントと協同して実施すべき事項・目標
- b. 契約における機関の各組織の役割と責任（報告義務を含む。）
- c. 情報の共有についての方法、手順
- d. 機密情報の取扱い・保護
- e. 事例の調整に際しての責任・権限の委譲
- f. サービスの利用手順
- g. 機関とクライアントでの疑義解決の方法

RPMj 7 **委託先のサービスの品質モニタリング**

機関は、顧客企業から受注したサービスの一部を、他の機関等に委託している場合は、サービスの提供に関する契約を結び、品質を監視し、評価している。

RPMj 7.01

委託先は、契約条件を満たすために十分な人的資源および財源を有している。

RPMj 7.02

機関は、委託先の契約条件の遂行について、日常的にモニタリングしている。

【ver1.2】

RPMj 7.03

サービス提供契約には、以下の事項が含まれている。

- a. サービスの質、クライアントの満足度および機関の期待に合う結果指標
- b. 委託先の実績評価の基準
- c. 関連データの日常的な伝達の手順

RPMj 7.04

サービスの委託先に懸念事項が確認された場合、機関は以下の事項を実施している。

- a. 委託先と共同で是正プランを策定すること。
- b. 委託先によるフォローアップおよび改善を確認すること。

根幹的实践基準

根本的生命の安全	健康と福祉	クライアントの権利
RPMj 2.02	RPMj 2.01, RPMj 5.02, RPMj 5.03	