

## 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)	～ R8.3.31 (2026年)	評価期間 H28 (2016)年度～ R5 (2023)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>A</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			
<b>評価理由及び今後の対応</b>				
<p>(評価理由)            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。</p> <p>(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、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おり、当面の間は指定管理者制度により施設の管理運営を行う方向で検討中。</p> <p>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（新規入所者の受入れの停止(6ヵ月)）の行政処分を受け、現在、第三者委員会による確認と、改善に向けた取組を進めている。</p>				
<b>指定管理者制度による管理の有効性</b>				
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%; border: none;"></td> <td style="width: 20%; text-align: center; border: 1px solid black; border-radius: 50%;"><b>有</b></td> <td style="width: 20%; text-align: center; border: none;">無</td> </tr> </table>			<b>有</b>	無
	<b>有</b>	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	<input type="checkbox"/> 指定管理業務の総合的な運営方針が守られているか <input type="checkbox"/> 委託した業務は適切に実施されているか	<b>B</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ており、再発防止策に基づき、改善に取り組む必要がある。
施設の維持管理	<input type="checkbox"/> 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	<b>A</b>	清掃、給食調理業務、選択業務、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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 地域企業等への業務委託を行っているか	<b>A</b>	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、地元自治会の夏祭りへ出店し、備品貸出、準備片付け等にも協力している。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>B</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	R元(H31)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 0 102 %	55 0 100 %	△ 181 0 100 %	/ %

※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

7か年平均	
目標値	36,514 人
利用者数	36,524 人
対目標値(率)	
100.0 %	

評価結果	評価区分
<b>A</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

社会福祉入所施設と県営住宅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
<input type="checkbox"/> 事業の広報・PRは効果的に実施されているか  <input type="checkbox"/> 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  <input type="checkbox"/> 利用促進に向けた取組は適切か	<p>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、令和5年度は対象外としている。</p> <p>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。</p> <p>入所利用者の退所があった場合には、新規入所利用者を受入れ、安定的な利用を行っている。新型コロナウイルス感染症の発生に伴う寮閉鎖などにも適切に対応し、高い目標達成率となっている。これらの状況から、全体としては100.0%となりA評価となった。</p>

### 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	8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 %	91.8 %	
	85 人	84 人	119 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
<b>S</b>	「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
<input type="checkbox"/> 調査の実施方法(対象、時期、回数、配布方法等)は適切か  <input type="checkbox"/> 利用者満足度向上に向けた取組は適切か	<p>年に1度、利用者に対して、当該職員及び当該課職員以外の職員(または市町村ケースワーカー、相談支援員専門員など)の複数職員同席のもと、本人からの聞き取りにて調査を実施している。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。なお、利用者の状況により、利用者の代弁者として家族会等へ調査の依頼をしている。調査結果(8か年平均)は91.8%でありA評価となる。</p> <p>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。</p>

#### 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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懷疑的な気持ちを持った。</li> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・状況を確認し、職員、委託業者で伐採する。</li> </ul>
	平成29年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・上記苦情について、家族より「半年経過するが、当該職員その後の様子についての報告がない。」との指摘がある。</li> <li>・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。)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・後日面談を行い、職員の様子を伝える。</li> <li>・担当課長より謝罪をする。</li> </ul>
	平成30年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族へ謝罪し、必ず家族に連絡を入れることを確認する。</li> </ul>
	平成31年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・本人帰宅前の様子を説明し、謝罪した。</li> <li>・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。</li> </ul>
	令和2年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・衣類の破損と紛失についての説明依頼。</li> <li>・服薬について、職員からの説明についてのご意見。</li> <li>・短期入所者、退所時に衣類の紛失についての報告。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・いずれの事案についても、状況を確認し、対応した。</li> </ul>

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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・おむつのシールが身体に付いていた。改めて欲しい。</li> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>
	令和4年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・衣類が破けている。</li> <li>・ズボンのベルトが反対でありボディーにあたっている。</li> <li>・左腕にあざがあるが、どうしたのか。</li> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各事案の確認と謝罪、再発防止についての説明を行った。</li> </ul>
	令和5年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
確認の視点		苦情・要望等への対応についての評価	
<input type="checkbox"/> 積極的に苦情・要望等の把握に取り組んでいるか <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 苦情・要望等への対応は適切か		<p>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。</p> <p>把握した苦情・要望は人権委員会や運営会議等で報告し、改善に繋がっている。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がっている。</p> <p>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。</p>	

## 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	<p>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）</p>
	平成28年度 4月19日  他5件	<p>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</p>
	平成29年度 4月18日  他8件	<p>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</p>
	平成30年度 5月2日  他7件	<p>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</p>
	平成31年度 6月9日  他3件	<p>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言いが異なる。                  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）</p>

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	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>④なし ⑤なし ⑥あり（令和2年9月3日）</p>
	令和3年度 8月4日  他1件	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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いことから、いづ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。</p> <p>④なし ⑤なし ⑥なし</p>
	令和4年度 1月24日  他0件	<p>①県の電子メールにて虐待の疑い情報提供</p> <p>②1月26日県随時モニタリング実施</p> <p>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</p> <p>④なし ⑤なし ⑥なし</p>
	令和5年度 11月2日  他1件	<p>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、骨折の怪我を負わず。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。クレーム、費用負担なし。</p> <p>⑥令和5年11月3日</p>
<b>確認の視点</b>		<b>事故・不祥事等への対応についての評価</b>
<input type="checkbox"/> 事故・不祥事等防止に向けた仕組みが構築されているか  <input type="checkbox"/> 事故・不祥事等発生時の対応は適切か		<p>危機管理委員会、人権推進委員会、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、ひやりはっと報告の分析を行い、事故防止に努めている。</p> <p>また、eラー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ひやりはっと報告を毎月確認・検証している。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

## 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			累計		
収入	1,058,520 (1,050,110)			1,045,065 (1,077,023)			8,389,185 (8,337,877)		
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)	2,227,028 (2,240,722)	6,040,013 (6,003,102)	122,144 (94,053)
支出	985,000 (1,050,110)			1,069,005 (1,137,493)			8,219,993 (8,383,250)		
収支差額	73,520 (0)			△ 23,940 (△ 60,470)			169,192 (△ 45,373)		
							収入合計／支出合計比		
							102%		

※( )内は収支計画額。令和5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
<input type="checkbox"/> 収入増加に向けた取組の内容は適切か  <input type="checkbox"/> 経費節減に向けた取組の内容は適切か	コロナ禍での利用減少から回復までには至っていないものの、定員に空きが出た際は適切に新規入所の受け入れを実施し、短期利用についても受入れを行っている。 コロナ禍による、短期入所利用者の減少やコロナ感染予防のための経費の増加及び昨今の燃料費高騰等を受け、近年は収入減・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。

## 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	<input type="checkbox"/> 管理運営にあたって適切な人員が配置されているか <input type="checkbox"/> 人材育成や職員採用が適切に行われているか  <input type="checkbox"/> 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	A	<p>管理運営にあたって、適切な人員が配置されている。</p> <p>人材育成については、法人全体での階層別研修や、園が実施する人権擁護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。今後は、職員に対するケアの視点を含めた一層の取組が望まれる。</p> <p>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。</p>
コンプライアンス、社会貢献	<input type="checkbox"/> 指定管理業務の実施にあたって法令違反等の行為はないか <input type="checkbox"/> 環境への配慮は適切か <input type="checkbox"/> 障害者雇用等の状況は適切か	B	<p>不適切な利用者支援を指摘、新規入所一時停止の行政処分をしており、法人は再発防止と業務改善に取り組んでいる。</p> <p>地域清掃活動等に取り組んだ。</p> <p>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4名の障害者を雇用している。</p>
個人情報保護	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 個人情報の取扱いは適切か	A	<p>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。</p> <p>個人情報流出等の事故は発生していない。</p>
評価結果	評価区分		
B	<p>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※）</p> <p>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※）</p> <p>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）</p> <p>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）</p>		