

障がい者福祉事業所における障がい者虐待防止体制整備チェックリスト

【整備状況：○整備できている/×整備できていない/△整備に向けて検討中/※整備が難しい】

1. マネジメント・ガバナンスの質

| 番号 | 項目 | ○ | × | △ | ※ |
|----|--|---|---|---|---|
| ① | 明確な理念が掲げられている | ○ | × | △ | ※ |
| ② | 理念が職員に浸透している | ○ | × | △ | ※ |
| ③ | 理念に基づいた長期・中期事業計画が策定されており、 明確なビジョンが掲げられている | ○ | × | △ | ※ |
| ④ | 中期事業計画についての進捗管理がなされている | ○ | × | △ | ※ |
| ⑤ | 長期・中期事業計画が策定過程で、職員の思いが反映 される仕組みがある | ○ | × | △ | ※ |
| ⑥ | 長期・中期事業計画に基づいた、職員採用・育成計画が策定され ている | ○ | × | △ | ※ |
| ⑦ | 組織としての意思決定プロセスが明確化されている | ○ | × | △ | ※ |
| ⑧ | 自由闊達な議論ができる組織文化を創る努力がなれている | ○ | × | △ | ※ |
| ⑨ | 各職階・職種の職員が自分自身の役割を正確に把握し、 その役割を確実に果たしている | ○ | × | △ | ※ |

2. 財務の質

| 番号 | 項目 | ○ | × | △ | ※ |
|----|---------------------------------------|---|---|---|---|
| ① | 事業所の定期的な財務も含めた進捗管理が、職員も 含めて行われている。 | ○ | × | △ | ※ |

3. 人材の質

| 番号 | 項目 | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| ① | 職員の成果や能力に対して適切に評価が行われ、モラル向上システムが整備されている | ○ | × | △ | ※ |
| ② | 職員のやる気を引き出し、マンネリを打破する仕組みがある | ○ | × | △ | ※ |
| ③ | 不適切なサービスを行う職員に対して厳しく、且つ適切な処置が講じられている | ○ | × | △ | ※ |
| ④ | プロとしての厳しさを問うルールが存在する | ○ | × | △ | ※ |
| ⑤ | 職員育成、研修システムが明文化され整備されている | ○ | × | △ | ※ |
| ⑥ | 職員を育てる環境・システムがある | ○ | × | △ | ※ |
| ⑦ | 失敗を隠さず、失敗に学ぶ取り組みがなされている | ○ | × | △ | ※ |

4. サービスの質

| 番号 | 項目 | | | | |
|----|------------------------------------|---|---|---|---|
| ① | 現在の業務内容をチェックする取り組みが、定期的に行われている | ○ | × | △ | ※ |
| ② | 現状チェック、課題発見の取組が常に行われている | ○ | × | △ | ※ |
| ③ | カタチだけのチェックに終わっていない | ○ | × | △ | ※ |
| ④ | 業務改善、サービス向上に向けて、職員間で活発な意見交換が行われている | ○ | × | △ | ※ |
| ⑤ | 「時間がない…」を言い訳にしていない | ○ | × | △ | ※ |
| ⑥ | ヒヤリハット報告の活用等、リスクマネジメントの取り組みを行っている | ○ | × | △ | ※ |

5. 設備・環境の質

| 番号 | 項目 | | | | |
|----|--------------------------------------|---|---|---|---|
| ① | 障がい特性に応じた環境の提供がなされている | ○ | × | △ | ※ |
| ② | 修理・修繕が必要な個所を放置せずに、 敏速に改修されている | ○ | × | △ | ※ |
| ③ | 臭いのしないきれいな環境が整えられている | ○ | × | △ | ※ |
| ④ | トイレ等の掃除等は必要に応じてなされている | ○ | × | △ | ※ |
| ⑤ | 定期的な建物の安全チェックが行われている | ○ | × | △ | ※ |
| ⑥ | 修繕・改修計画が作成されている | ○ | × | △ | ※ |
| ⑦ | 職員にとっても働きやすい環境の提供が行われている | ○ | × | △ | ※ |
| ⑧ | 利用者のニーズに基づいた私物の持ち込みがなされ、適切な管理が行われている | ○ | × | △ | ※ |
| ⑨ | 防犯等・安全対策がなされている | ○ | × | △ | ※ |

6. パートナーシップの質

| 番号 | 項目 | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| ① | 法人・施設・事業所からの情報発信を、 組織的、継続的に行っている | ○ | × | △ | ※ |
| ② | 家族会を通じた法人・事業所の運営、利用者支援についての 双方向のコミュニケーションが図られ信頼関係が築かれている | ○ | × | △ | ※ |
| ③ | 地域行事への参加や地域での役割を果たしている | ○ | × | △ | ※ |
| ④ | 大学など社会福祉士養成機関との関係構築に向けた、 日常的取り組みを行っている | ○ | × | △ | ※ |
| ⑤ | 地域の自立支援協議会など地域の様々な組織や委員会への積極的 な参加と役割を果たしている | ○ | × | △ | ※ |

7. 虐待防止体制機構の質

| 番号 | 項目 | | | | |
|----|------------------------------------|---|---|---|---|
| ① | 職員としての心得が明文化され、職員間で共通の価値観が持たれている | ○ | × | △ | ※ |
| ② | 何が権利侵害になるのか全職員が理解している | ○ | × | △ | ※ |
| ③ | 外部者の意見を積極的に取り入れる取り組みが、積極的になされている | ○ | × | △ | ※ |
| ④ | 利用者のセルフアドボカシーの取り組みや、本人活動の取り組みをしている | ○ | × | △ | ※ |
| ⑤ | 身体拘束について、定められた手続きが確実に行われている | ○ | × | △ | ※ |
| ⑥ | 年度方針に利用者の権利擁護・虐待防止についての目標が設定されている | ○ | × | △ | ※ |
| ⑦ | 虐待防止委員会の年間活動計画が策定されている | ○ | × | △ | ※ |
| ⑧ | 上記⑥、⑦の計画は理事会で報告し、承認を得ている | ○ | × | △ | ※ |