

# 高齢者虐待相談受付票

(様式1)

相談日	令和 年 月 日	対応者	
相談者 (通報者)	氏名	受付方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来庁 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	住所または 所属機関名	電話番号	
	本人との関係		

## 【本人の状況】

氏名	性別	生年月日	M・T・S	年 月 日	年齢
現住所	住民票登録住所				<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 異
	電話:	その他連絡先:		(続柄: )	
居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 ( ) <input type="checkbox"/> 施設 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
介護認定	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援・要介護 ( ) <input type="checkbox"/> 申請中 ( 月 日) <input type="checkbox"/> 未申請				
利用サービス	介護保険	介護支援専門員			
	介護保険外	居宅介護支援事業所			
主疾患	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 精神疾患 ( )				
身体状況	障害手帳				<input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無
経済状況	生活保護受給				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

## 【世帯構成】

## 【介護者の状況】

氏名		年齢	
続柄			
連絡先	電話	職業	
	その他特記事項		

## 【不適切な状況の具体的内容】

情報源	相談者(通報者)は	<input type="checkbox"/> 実際に目撃した <input type="checkbox"/> どなり声や泣き声、物音等を聞いての憶測 <input type="checkbox"/> 本人から聞いた <input type="checkbox"/> 関係者 ( ) から聞いた
相談・訴えの内容	<input type="checkbox"/> 家から怒鳴り声や泣き声が聞こえたり大きな音がする(疑い) <input type="checkbox"/> 暑い日や寒い日、雨の日などに高齢者が長時間外にいる(疑い) <input type="checkbox"/> 介護が必要なのにサービスを利用している様子がない(疑い) <input type="checkbox"/> 高齢者の服が汚れていたり、お風呂に入っている様子がない(疑い) <input type="checkbox"/> あざや傷がある(疑い) <input type="checkbox"/> 問いかけに反応がない、無表情、怯えている(疑い) <input type="checkbox"/> 食事をきちんと食べていない(疑い) <input type="checkbox"/> 年金などのお金の管理ができていない(疑い) <input type="checkbox"/> 養護者の態度 ( ) <input type="checkbox"/> その他(具体的内容を記載)	
虐待の可能性 (通報段階)	<input type="checkbox"/> 身体的虐待の疑い <input type="checkbox"/> 放棄・放任の疑い <input type="checkbox"/> 心理的虐待の疑い <input type="checkbox"/> 性的虐待の疑い <input type="checkbox"/> 経済的虐待の疑い <input type="checkbox"/> 虐待とは言い切れないが不適切な状況 ( )	

社会福祉士会作成「相談受付票」を参考に作成

(様式2)

## 事実確認票

確認者： \_\_\_\_\_

確認日時： \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 ~ \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

高齢者本人氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日生	年齢	歳
確認場所	<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 来所 ( <input type="checkbox"/> 地域局 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター ) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )						
確認時の同席者の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 氏名： _____ 続柄： _____ )						
発言内容や状態・行動・態度など (見聞きしたことをそのまま記入)							
【本人】							
【養護者】 ( 氏名： _____ 続柄： _____ )							
【第三者】 ( 氏名： _____ 続柄： _____ )							
虐待の全体的状況							
発生状況							
1. 虐待が始まったと思われる時期							
2. 虐待が発生する頻度：							
3. 虐待が発生するきっかけ							
4. 虐待が発生しやすい時間帯：							

## 事実確認項目（サイン）

身体 の 状 態 ・ け が 等	外傷等	頭部外傷、腹部外傷、重度の褥瘡、その他（ 部位： 大きさ：	1.写真 2.目視 3.記録 4.聴取 5.その他
	全身状態・意識レベル	全身衰弱、意識混濁、その他（	1.写真 2.目視 3.記録 4.聴取 5.その他
	脱水症状	脱水症状（重度・軽度）、脱水症状の繰り返し、その他（	1.写真 2.目視 3.記録 4.聴取 5.その他
	栄養状態等	栄養失調、低栄養、低血糖の疑い、その他（	1.写真 2.目視 3.記録 4.聴取 5.その他
	痣や傷	身体に複数の痣、頻繁な痣、火傷、刺し傷、打撲痕・腫脹、その他（	1.写真 2.目視 3.記録 4.聴取 5.その他
	体重の増減	急な体重の減少、やせ過ぎ、その他（	1.写真 2.目視 3.記録 4.聴取 5.その他
	出血や傷の有無	生殖器の傷、出血、かゆみの訴え、その他（	1.写真 2.目視 3.記録 4.聴取 5.その他
	その他		1.写真 2.目視 3.記録 4.聴取 5.その他
生 活 の 状 況	衣服・寝具の清潔さ	着の身着のまま、濡れたままの下着、汚れたままのシーツ、その他（	1.写真 2.目視 3.記録 4.聴取 5.その他
	身体の清潔さ	身体の異臭、汚れのひどい髪、皮膚の潰瘍、伸び放題の爪、その他（	1.写真 2.目視 3.記録 4.聴取 5.その他
	適切な食事	菓子パンのみの食事、余所ではガツガツ食べる、拒食や過食、その他（	1.写真 2.目視 3.記録 4.聴取 5.その他
	適切な睡眠	不眠の訴え、不規則な睡眠、その他（	1.写真 2.目視 3.記録 4.聴取 5.その他
	行為の制限	自由に外出出来ない、自由に家族以外と話が出来ない、長時間家の外に出されている その他（	1.写真 2.目視 3.記録 4.聴取 5.その他
	不自然な状況	資産と日常生活の大きな落差、食べるものにも困っている、年金通帳・預金通帳がない その他（	1.写真 2.目視 3.記録 4.聴取 5.その他
	住環境の適切さ	異臭がする、極度に乱雑、ベタベタした感じ、暖房の欠如、その他（	1.写真 2.目視 3.記録 4.聴取 5.その他
	その他		1.写真 2.目視 3.記録 4.聴取 5.その他
話 の 内 容	恐怖や不安の訴え	怖い、痛い、怒られる、殴られる 等の発言、その他（	1.写真 2.目視 3.記録 4.聴取 5.その他
	保護の訴え	殺される、●●が怖い、何も食べていない、家に居たくない、帰りにたくない 等の発言 その他（	1.写真 2.目視 3.記録 4.聴取 5.その他
	強い自殺念慮	死にたい 等の発言、自分を否定的に話す、その他（	1.写真 2.目視 3.記録 4.聴取 5.その他
	痣や傷の説明	つじつまが合わない、求めても説明しない、隠そうとする、その他（	1.写真 2.目視 3.記録 4.聴取 5.その他
	金銭の訴え	お金を盗られた、年金が入っていない、貯金がなくなった 等の発言 その他（	1.写真 2.目視 3.記録 4.聴取 5.その他
	性的事柄の訴え	生殖器の写真が撮られた 等の発言、その他（	1.写真 2.目視 3.記録 4.聴取 5.その他
	話のためらい	関係者に話すことをためらう、話す内容が変化する、その他（	1.写真 2.目視 3.記録 4.聴取 5.その他
	その他		1.写真 2.目視 3.記録 4.聴取 5.その他
表 情 ・ 態 度	おびえ・不安	おびえた表情、急に不安がる、怖がる、人目を避けたがる、その他（	1.写真 2.目視 3.記録 4.聴取 5.その他
	無気力さ	無気力な表情、問いかけに無反応、その他（	1.写真 2.目視 3.記録 4.聴取 5.その他
	態度の変化	家族のいる場面いない場面で態度が異なる、なぜやいな態度、その他（	1.写真 2.目視 3.記録 4.聴取 5.その他
	その他		1.写真 2.目視 3.記録 4.聴取 5.その他
適 切 な 支 援	適切な医療の受診	家族が受診を拒否、受診を勧めても行った気配がない、その他（	1.写真 2.目視 3.記録 4.聴取 5.その他
	適切な服薬管理	本人が処方されていない薬を服用、処方された薬を適切に服用できていない その他（	1.写真 2.目視 3.記録 4.聴取 5.その他
	入院の状況	退院の繰り返し、救急搬送の繰り返し、その他（	1.写真 2.目視 3.記録 4.聴取 5.その他
	適切な介護等サービス	必要であるが未利用、勧めても無視あるいは拒否、必要量が極端に不足 その他（	1.写真 2.目視 3.記録 4.聴取 5.その他
	支援のためらい・拒否	援助を受けたがらない、新たなサービスは拒否、その他（	1.写真 2.目視 3.記録 4.聴取 5.その他
	費用負担	サービス利用負担が突然払えなくなる、サービス利用をためらう、その他（	1.写真 2.目視 3.記録 4.聴取 5.その他
	その他		1.写真 2.目視 3.記録 4.聴取 5.その他
養 護 者 の 態 度 等	支援者への発言	何をするかわからない、殺してしまうかもしれない 等の訴え、その他（	1.写真 2.目視 3.記録 4.聴取 5.その他
	保護の訴え	虐待者が高齢者の保護を求めている、その他（	1.写真 2.目視 3.記録 4.聴取 5.その他
	暴力、脅し等	刃物、ピン等凶器を使った暴力や脅しがある、その他（	1.写真 2.目視 3.記録 4.聴取 5.その他
	高齢者に対する態度	冷淡、横柄、無関心、支配的、攻撃的、拒否的、その他（	1.写真 2.目視 3.記録 4.聴取 5.その他
	高齢者への発言	早く死んでしまえ等の否定的な発言、コミュニケーションをとろうとしない その他（	1.写真 2.目視 3.記録 4.聴取 5.その他
	支援者に対する態度	援助の専門家と会うのを避ける、話したくない、拒否的、専門家に責任転嫁 その他（	1.写真 2.目視 3.記録 4.聴取 5.その他
	精神状態・判断能力	虐待者の精神的な不安定、判断力低下、非現実的な認識、その他（	1.写真 2.目視 3.記録 4.聴取 5.その他
	その他		1.写真 2.目視 3.記録 4.聴取 5.その他

聴取元（誰から）： （関係： ）

社会福祉士会「事実確認票チェックシート」を参考に作成

(様式3)

証 票

第 号 令和 年 月 日交付

所 属 横手市市民福祉部地域包括支援センター

氏 名 職員番号

上記の者は、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律第11条の規定による、立入調査を行う職員であることを証明する。

秋田県横手市長  
(公印省略)

(様式4)

## アセスメント要約票

アセスメント要約日		担当者	
高齢者本人氏名	性別・年齢 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 歳	居所	( )
養護者氏名	性別・年齢 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 歳	続柄	同居の状況 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
高齢者本人の希望	居所の希望 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 不明	分離の希望	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
	意思疎通 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 特定の条件のもとで可能 ( )		<input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不明
	意思疎通 <input type="checkbox"/> 一貫している <input type="checkbox"/> 変化する		
	生活意欲 <input type="checkbox"/> 意欲や気力が低下しているおそれ(無気力、無反応、おびえ、話しをためらう、人目を避ける等)		
<b>I 高齢者本人の情報</b> 面接担当者:			
【健康状態】			
疾病・傷病	既往歴		<input type="checkbox"/> 課題
受診状況	服薬状況		
診断の必要性	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
具体的症状等			
要介護認定	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 認定あり ( ) <input type="checkbox"/> 申請中 (申請日: 令和12年12月26日) <input type="checkbox"/> 未申請		
障がい	<input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 ( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑い ) <input type="checkbox"/> 知的障害 ( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑い )		
精神状態	<input type="checkbox"/> 認知症 ( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑い ) <input type="checkbox"/> うつ症 ( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑い ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
【危機への対処】			
危機対処場面において	<input type="checkbox"/> 自ら助けを求められることができる <input type="checkbox"/> 助けを求められることが困難		<input type="checkbox"/> 課題
避難先・退避先	<input type="checkbox"/> 助けを求める場所がある ( ) <input type="checkbox"/> ない		
【成年後見制度の利用】			
成年後見人等	<input type="checkbox"/> あり (後見人等: ) <input type="checkbox"/> 申立中 (申立人: ) <input type="checkbox"/> 申立予定		<input type="checkbox"/> 課題
【各種制度利用】			
<input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 自立支援法 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
【経済情報】			
収入	月額: _____ 万円 (内訳: _____ ) 預貯金: 1,001 万円 借金: _____ 万円		<input type="checkbox"/> 課題
	1か月に本人が使える金額: _____ 万円		
	具体的な状況(生活費や借金など)		
	<input type="checkbox"/> 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 介護保険料滞納 <input type="checkbox"/> 国民健康保険料滞納 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(判断可) <input type="checkbox"/> 全介助(判断不可) <input type="checkbox"/> 不明		
金銭管理者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 成年後見人等(判断可) <input type="checkbox"/> 日常生活自立支援事業利用 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
【エコマップ】		【生活状況】	
		食 事 ( <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 )	
		調 理 ( <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 )	
		移 動 ( <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 )	
		買 い 物 ( <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 )	
		掃 除 洗 濯 ( <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 )	
		入 浴 ( <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 )	
		排 泄 ( <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 )	
		服 薬 管 理 ( <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 )	
		年 金 等 の 管 理 ( <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 )	
		医 療 機 関 の 受 診 ( <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 )	
		【性格上の傾向、こだわり、対人関係等】	
		<input type="checkbox"/> 課題	
		【その他特記事項】	
		<input type="checkbox"/> 課題	

<b>II 養護者の情報</b> 面接担当者：				
【養護者の希望】		<input type="checkbox"/> 課題		
【健康状態】		<input type="checkbox"/> 課題		
疾病・傷病	既往歴			
受診状況	服薬状況			
診断の必要性 具体的症状等	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
性格的な偏り				
障がい	<input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 精神障害（ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑い） <input type="checkbox"/> 知的障害（ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑い）			
【介護負担】		<input type="checkbox"/> 課題		
被虐待高齢者に対する介護意欲	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		介護技術・知識	<input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> 不明
1日の介護時間	<input type="checkbox"/> ほぼ1日中 <input type="checkbox"/> 必要時のみ <input checked="" type="checkbox"/> 不明		介護の代替者	<input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> 不明
具体的な状況（生活費や借金等） ※介護期間（いつから始まったか、負担が大きくなった時期やきっかけ、最近の生活行動の変化など） ※期間と負担原因を明確に				
平均睡眠時間	およそ		時間	
【就労状況】		<input type="checkbox"/> 課題		
<input type="checkbox"/> 就労（就労曜日： 週 日 雇用形態： <input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 非正規） <input type="checkbox"/> 非就労 <input type="checkbox"/> 福祉的就労				
【経済情報】		<input type="checkbox"/> 課題		
収入 月額：	万円（内訳： ） 預貯金： 1001 万円 借金： 1001 万円			
<input type="checkbox"/> 被虐待者の年金に生活費を依存 <input type="checkbox"/> 借金トラブルがある <input type="checkbox"/> ギャンブルによるトラブルがある <input type="checkbox"/> 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 介護保険料滞納 <input type="checkbox"/> 国民健康保険料滞納 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
【近隣との関係】		<input type="checkbox"/> 課題		
<input type="checkbox"/> 良好（ ） <input type="checkbox"/> 挨拶程度 <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 関わりなし <input type="checkbox"/> 不明				
<b>III 家族関係（家族歴、家族の抱える問題、家族の中の意思決定者、問題が起こったときの対処方法、地域や近隣との関係など）</b>		<input type="checkbox"/> 課題		
<b>IV その他（関係者、関係機関の関わりなど）</b>		<input type="checkbox"/> 課題		
【全体のまとめ】 I～IVで抽出された課題の結果を踏まえて整理する。		<input type="checkbox"/> 課題		

(様式5)

# 高齢者虐待対応ケース会議 会議録・計画書

高齢者本人氏名 :

計画作成日 :

計画作成者氏名 :

会議日時 :

会議の目的		出席者	氏名 : 氏名 : 氏名 :	氏名 : 氏名 : 氏名 :
虐待事実の判断	<input type="checkbox"/> 虐待の事実なし <input type="checkbox"/> 虐待の事実あり ⇒ <input type="checkbox"/> 身体的虐待 <input type="checkbox"/> 放棄・放任 <input type="checkbox"/> 心理的虐待 <input type="checkbox"/> 性的虐待 <input type="checkbox"/> 経済的虐待 <input type="checkbox"/> その他	高齢者本人の意見・希望		
緊急性の判断	<input type="checkbox"/> 緊急保護の検討 <input type="checkbox"/> 保護の検討・集中的援助 <input type="checkbox"/> 防止のための保護検討 <input type="checkbox"/> 継続的、総合的援助 <input type="checkbox"/> 事実確認を継続			
緊急性の判断根拠	<input type="checkbox"/> 入院や通院が必要 (重篤な外傷、脱水、栄養失調、衰弱等による検査・治療) <input type="checkbox"/> 高齢者本人・養護者が保護を求めている <input type="checkbox"/> 暴力や脅しが日常的に行われている <input type="checkbox"/> 今後、重大な結果が生じる、繰り返されるおそれが高い状態 <input type="checkbox"/> 虐待に繋がる家庭状況・リスク要因がある <input type="checkbox"/> その他 ( )	養護者の意見・希望	※支援の必要性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
深刻度の判断 (虐待被害の悪度)	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 最重度	支援内容	<input type="checkbox"/> 危機的分離/保護 ( ) <input type="checkbox"/> 入院 ( ) <input type="checkbox"/> 家族支援・家族間調整 <input type="checkbox"/> 在宅サービス導入・調整 ( ) <input type="checkbox"/> 専門医紹介・医療導入支援 ( ) <input type="checkbox"/> 経済的支援 (生活保護相談・申請/各種減免手続き等) ( ) <input type="checkbox"/> 成年後見制度/日常生活自立支援事業活用検討 <input type="checkbox"/> 関係機関との連携 ( )	
総合的な支援の方法 ※アセスメント要約票(全体のまとめ)より			措置の適用	<input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 検討中 (理由: )
		後見等申立	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 検討中 ( )	

対象	優先順位	課題	目標	具体的な役割分担		
				何を、どのように	支援機関・担当者等	実施日時・期間/評価日
高齢者						
養護者						
その他の家族						
関係者						

対応が困難な課題/今後検討しなければならない事項等（アセスメント要約票の（全体まとめ）から記載）

社会福祉士会作成「高齢者虐待対応会議記録・計画書（１）～コアメンバー会議用」を参考に作成



(様式6)

# 高齢者虐待対応評価会議記録票

計画評価： \_\_\_\_\_ 回目 記入年月日 \_\_\_\_\_

会議日時： \_\_\_\_\_

会議の目的		出席者		氏名： _____	氏名： _____
				氏名： _____	氏名： _____
				氏名： _____	氏名： _____
課題番号	目 標	実施状況 (誰がどのように取り組んだのか)	目標達成状況(日付) (達成した目標の内容とその根拠=確認した事実を記載)	対応方針の変更の有無、変更内容	
				<input type="checkbox"/> 変更あり	<input type="checkbox"/> 変更なし (内容： _____)
				<input type="checkbox"/> 変更あり	<input type="checkbox"/> 変更なし (内容： _____)
				<input type="checkbox"/> 変更あり	<input type="checkbox"/> 変更なし (内容： _____)
				<input type="checkbox"/> 変更あり	<input type="checkbox"/> 変更なし (内容： _____)
				<input type="checkbox"/> 変更あり	<input type="checkbox"/> 変更なし (内容： _____)
支援を要する 状況	虐待種別	判定	本人の状況(意見・希望)	養護者の状況(意見・希望)	
	1. 身体的虐待		1. 虐待が発生している	養護者の支援の必要性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	2. 放棄・放任		2. 虐待の疑いがある		
	3. 心理的虐待		3. 一時的に解消 (再発の可能性が残る)		
	4. 性的虐待		4. 虐待は解消した		
	5. 経済的虐待		5. 虐待は確認されていない		
6. その他					
新たな支援計画の必要性		評価結果のまとめ ( 現在の状況)			今後の対応
					<input type="checkbox"/> 虐待対応支援の終結 <input type="checkbox"/> 包括的・継続的ケアマネジメント支援に移行 <input type="checkbox"/> 現在の支援計画内容に基づき支援を継続 <input type="checkbox"/> アセスメント、支援計画の見直し <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )

社会福祉士会作成「高齢者虐待対応評価会議記録票」を参考に作成

(様式7)

## 高齢者虐待相談受付票

(養介護施設従事者等用)

受付日	令和 年 月 日 ( ) 午前/午後 時 分 ~ 時 分	部署		対応者	
受付方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 郵便 <input type="checkbox"/> 電子メール <input type="checkbox"/> その他 ( )			関係性 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族親族等 (続: ) <input type="checkbox"/> 当該施設・事業所従事者 ( <input type="checkbox"/> 現職 <input type="checkbox"/> 元職員) ※公益通報の説明 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
通報者	氏名	<input type="checkbox"/> 匿名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 歳位		
	住所				
	電話		携帯電話		
	E-mail		連絡の可否	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
通報内容の把握状況	<input type="checkbox"/> 通報者のみが知っている <input type="checkbox"/> 他にも知っている人がいる ( )				
要望等					

## 【当該施設・事業所の状況】

施設・事業所名		事業種別	
法人名		法人種別	
所在地		電話	
備考			

## 【本人の状況】

氏名	<input type="checkbox"/> 未確認	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 歳 <input type="checkbox"/> 不明
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	利用開始日	年 月 日 保険者 <input type="checkbox"/> 当該市町村 <input type="checkbox"/> 他市町村 ( )
居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 通報先施設 ( ) <input type="checkbox"/> 病院 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※通報先施設・入院先の階・部屋番号: 階 号室		
住所	<input type="checkbox"/> 不明		住民票登録住所 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 異
電話	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 不明	その他連絡先 (続柄: ) <input type="checkbox"/> 不明	
介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( ) <input type="checkbox"/> 申請中 ( 月 日) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 不明		
認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (程度: / 会話の可否: <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 困難) <input type="checkbox"/> 不明		
疾患	<input type="checkbox"/> 一般 ( ) <input type="checkbox"/> 精神疾患 ( ) <input type="checkbox"/> 難病 ( )		
身体状況	<input type="checkbox"/> 不明	障害手帳	<input type="checkbox"/> 有 (等級: 種別: ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
経済状況	<input type="checkbox"/> 不明	生活保護受給	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
利用サービス	<input type="checkbox"/> 不明	介護支援専門員	<input type="checkbox"/> 不明
状態	<input type="checkbox"/> 助けを求めている <input type="checkbox"/> 訴えがない (無反応) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 不明		

## 【家族等の状況】

家族	氏名	<input type="checkbox"/> 不明			【家族構成】
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄		
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 通報者に同じ <input type="checkbox"/> 不明			
	連絡先	<input type="checkbox"/> 通報者に同じ <input type="checkbox"/> 不明			
	通報内容	<input type="checkbox"/> 知っている ( <input type="checkbox"/> 通報者である) <input type="checkbox"/> 知らない <input type="checkbox"/> 不明			
後見人	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 補助 <input type="checkbox"/> 保佐 <input type="checkbox"/> 後見 <input type="checkbox"/> 任意後見 <input type="checkbox"/> 申立て中 ( <input type="checkbox"/> 補助 <input type="checkbox"/> 保佐 <input type="checkbox"/> 後見) <input type="checkbox"/> 不明				
	氏名	(法人名: 担当者名) <input type="checkbox"/> 不明			
	連絡先	<input type="checkbox"/> 不明			
	通報内容	<input type="checkbox"/> 知っている ( <input type="checkbox"/> 通報者である) <input type="checkbox"/> 知らない <input type="checkbox"/> 不明			
備考					

社団法人日本社会福祉士会作成 (出典: 東京都健康長寿医療センター研究所 (東京都老人総合研究所) 作成帳票類等) をもとに作成

【主訴・通報の概要、虐待（疑い）の状況】

相談内容			
発生日時	令和 年 月 日 ( ) 午前/午後 時 分頃	発生場所	
虐待を行った疑いのある職員名又は特徴	<input type="checkbox"/> 複数 <input type="checkbox"/> 不明	職種	<input type="checkbox"/> 不明
虐待の可能性 (具体的な行為)	<input type="checkbox"/> 平手打ちをする。つねる。殴る。蹴る。 <input type="checkbox"/> 緊急やむを得ない場合以外の身体拘束・抑制をする <input type="checkbox"/> 汚れのひどい服を着せたままにする、おむつが汚れている状態のままにする等、日常的に不衛生な状態を放置する <input type="checkbox"/> ナースコール等を使用させない、手の届かない所に置く、職員が対応しない等、高齢者の対応を放置又は無視する <input type="checkbox"/> 必要な用具の使用を限定し、高齢者の要望や行動を制限 <input type="checkbox"/> 怒鳴る、ののしる、「追い出すぞ」等威嚇的な発言や態度、「死ぬ」「臭い」「汚い」等侮辱的な発言や態度 <input type="checkbox"/> 排せつや着替えの介助がしやすいという目的で、下（上）半身を裸にしたり、下着のまま放置する <input type="checkbox"/> 人前で排せつをさせたり、おむつ交換をしたり、その場面を見せないための配慮をしない <input type="checkbox"/> 本人の合意なしに財産や金銭を使用し、本人の希望する金銭の使用を理由なく制限する <input type="checkbox"/> 事業所に金銭を寄付・贈与するよう強要する		
	<input type="checkbox"/> その他		
情報源	<input type="checkbox"/> 実際に見た・聞いた <input type="checkbox"/> 本人から聞いた <input type="checkbox"/> 記録を見た <input type="checkbox"/> その他 ( )		
特記事項			

【虐待の可能性（通報段階）】

虐待の可能性 (通報段階)	<input type="checkbox"/> 身体的虐待の疑い <input type="checkbox"/> 放棄・放任の疑い <input type="checkbox"/> 心理的虐待の疑い <input type="checkbox"/> 性的虐待の疑い <input type="checkbox"/> 経済的虐待の疑い <input type="checkbox"/> 虐待とは言い切れないが不適切な状況 ( )
------------------	--

【今後の対応】

<input type="checkbox"/> 養介護施設従事者等による高齢者虐待の疑いとして対応 <input type="checkbox"/> 高齢者虐待通報受付対応所管課長への報告 ( 月 日 ( ) 午前/午後 時 分) <input type="checkbox"/> 関係部署への報告 ( 月 日 ( ) 午前/午後 時 分/担当者: ) <input type="checkbox"/> 事実確認に向けた検討会議の開催予定 ( 月 日 ( ) 午前/午後 時 分~/場所: ) <input type="checkbox"/> 都道府県への連絡 ( 月 日 ( ) 午前/午後 時 分/担当者: ) <input type="checkbox"/> 養護者による高齢者虐待の疑いとして対応 (担当課: ) 引継日時 ( 月 日 ( ) 午前/午後 時 分) <input type="checkbox"/> その他 ( )
--

社団法人日本社会福祉士会作成（出典：東京都健康長寿医療センター研究所（東京都老人総合研究所）作成帳票類等）をもとに作成

(様式8)

事 実 確 認 票

(養介護施設従事者等用)

【事実確認の方法と参加者】

協議日時：令和 年 月 日 ( ) 午前/午後 時 分

協議参加者： \_\_\_\_\_  
協議参加者： \_\_\_\_\_  
決定者： \_\_\_\_\_ 印

事実確認調査の根拠	<input type="checkbox"/> 監査（介護保険法・老人福祉法 第 条に基づく） <input type="checkbox"/> 実地指導（介護保険法第23条に基づく） <input type="checkbox"/> 高齢者虐待防止法による任意調査 <input type="checkbox"/> 養護者による高齢者虐待として実施 理由：
事実確認調査日時	令和 年 月 日 ( ) 午前/午後 時 分
施設・事業所への事前連絡	<input type="checkbox"/> 有（連絡予定日時：令和 年 月 日 ( ) 午前/午後 時 分） <input type="checkbox"/> 無連絡者：役職 氏名 連絡相手：
事実確認調査の参加者	養介護施設従事者等による高齢者虐待担当部署（部署名： _____） 参加者：役職 氏名 ， 役職 氏名 役職 氏名 ， 役職 氏名
	養介護施設等指導監査担当部署（部署名： _____） 参加者：役職 氏名 ， 役職 氏名 役職 氏名 ， 役職 氏名
	関係部署（部署名： _____） 参加者：役職 氏名 ， 役職 氏名
	関係部署（部署名： _____） 参加者：役職 氏名 ， 役職 氏名
	事実確認調査の現場責任者：部署名 _____ 役職 氏名 <input type="checkbox"/> 保健師等の医療専門職の参加 <input type="checkbox"/> 社会福祉士等の福祉専門職の参加

【事前確認・調整事項】

都道府県との連携	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 事実確認調査実施の連絡 <input type="checkbox"/> 調査への同行依頼 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) 【連携が必要な理由】 <input type="checkbox"/> 市町村が行う事実確認等に、施設・事業者が応じない可能性が高い場合 <input type="checkbox"/> 重篤な事態が想定され、早急に老人福祉法・介護保険法による指導検査等が必要と考えられる場合 <input type="checkbox"/> 指導等を繰返している施設・事業所で、都道府県として早期介入が必要と考えられる場合 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
警察との連携の必要性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 通報内容に犯罪性が認められる場合 <input type="checkbox"/> 事実確認の妨害がある場合 <input type="checkbox"/> 市町村職員への脅し・恫喝等危害を加えられる場合 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
高齢者の入院保護が必要な場合の調整	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
家族・後見人等への連絡説明	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する（令和 年 月 日 ( ) 午前/午後 時 説明者： _____）

【使用機材】

<input type="checkbox"/> カメラ ( _____ 台) ( <input type="checkbox"/> フィルム・メモリーカード/ <input type="checkbox"/> 予備電池) <input type="checkbox"/> ビデオカメラ ( _____ 台) ( <input type="checkbox"/> テープ ( _____ 本) / <input type="checkbox"/> 予備電池/充電の確認) <input type="checkbox"/> ICレコーダー・録音テープ ( _____ 台) ( <input type="checkbox"/> 予備電池/ <input type="checkbox"/> 予備テープ) <input type="checkbox"/> 関係法令集 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
---

社団法人日本社会福祉士会作成（出典：東京都健康長寿医療センター研究所（東京都老人総合研究所）、神奈川県作成帳票類等）をもとに作成

【事実確認調査実施体制】

	時 間	役 割	担当者氏名	実施場所	使用書式等
調査前	午前／午後 時 分～ 時 分迄	調査理由・根拠法の説明協力依頼 (調査手順の説明等)	担当：		<input type="checkbox"/> 身分証明証 <input type="checkbox"/> 通知文書
調査中	午前／午後 時 分～ 時 分迄	【虐待を受けた疑いのある高齢者 面接】対象者____名 (氏名： ) (氏名： )	担当：		<input type="checkbox"/> 面接調査票 <input type="checkbox"/> 血圧計等バイタル測定セット <input type="checkbox"/> 長谷川式スケール
	午前／午後 時 分～ 時 分迄	【その他高齢者面接】対象者____名 (氏名： ) (氏名： )	担当：		<input type="checkbox"/> 面接調査票 <input type="checkbox"/> 血圧計等バイタル測定セット <input type="checkbox"/> 長谷川式スケール
	午前／午後 時 分～ 時 分迄	【管理者面接】対象者____名 (職名・氏名： ) (職名・氏名： )	担当：		<input type="checkbox"/> 面接調査票
	午前／午後 時 分～ 時 分迄	【主任・リーダー面接】対象者____名 (職名・氏名： ) (職名・氏名： )	担当：		<input type="checkbox"/> 面接調査票
	午前／午後 時 分～ 時 分迄	【一般職員面接】対象者____名 (職名・氏名： ) (職名・氏名： ) (職名・氏名： )	担当：		<input type="checkbox"/> 面接調査票
	午前／午後 時 分～ 時 分迄	【虐待を行った疑いのある職員への 面接】対象者____名 (職名・氏名： ) (職名・氏名： )	担当：		<input type="checkbox"/> 面接調査票
	午前／午後 時 分～ 時 分迄	【その他関係者への面接】 対象者____名 (職名・氏名： ) (職名・氏名： )	担当：		
	午前／午後 時 分～ 時 分迄	各種書類等確認	担当：		<input type="checkbox"/> 各種書類等確認票
	午前／午後 時 分～ 時 分迄	施設・事業所内の状況把握・点検	担当：		<input type="checkbox"/> 養介護施設・事業所の状況把握・点検票
	午前／午後 時 分～ 時 分迄	全体の統括・調整	担当：		
調査後	午前／午後 時 分～ 時 分迄	調査結果の確認と課長への報告施設・ 事業所に対する、当日の指示・指導内 容の検討	担当：		
	午前／午後 時 分～ 時 分迄	管理者への結果報告指示・指導内容の 伝達今後の予定等の説明	担当：		

事実確認中に予測されるリスクと対処方法

- 事実確認調査を拒否された場合 :
- 施設長等管理者が不在の場合 :
- 高齢者本人が入院等で不在の場合 :
- その他 ( ) :

【判断会議】

開催予定日時：令和 年 月 日 ( ) 午前／午後 時 分～ 開催場所： \_\_\_\_\_

会議参加者：

社団法人日本社会福祉士会作成（出典：東京都健康長寿医療センター研究所（東京都老人総合研究所）、神奈川県作成帳票類等）をもとに作成

(様式9)

面接調査票（高齢者本人用）－聞き取りシート－

面接日：令和 年 月 日（ ）午前／午後 時 分～ 時 分  
面接者：

記録者：

1 聞き取り調査対象高齢者

氏 名		生年月日	□明□大□昭 年 月 日
年 齢	歳	性 別	□男性 □女性
介護認定	□要介護（ ） □要支援（ ） □その他（ ）		
認知症	□無 □有（日常生活自立度 ）		
居 所		面接場所	
同 席 者	□無 □有→ □職員 □家族等 □その他（ ） 同席者氏名（ ）		

2. 聞き取り内容（ゆっくり、端的に問いかけ、回答を待ってください。回答がない場合、反応があれば様子等を記載してください。）

	問いかけ	回 答	回答や様子等の記入欄
1 施設・事業所のサービス	サービスを利用して気持ちよく過ごせていますか	はい・いいえ・反応無	
	ご飯はおいしいですか	はい・いいえ・反応無	
	お風呂は気持ち良く入っていますか	はい・いいえ・反応無	
	時々、外出はされていますか	はい・いいえ・反応無	
	夜はよく眠れていますか	はい・いいえ・反応無	
	寒い（暑い）ことはありますか	はい・いいえ・反応無	
2 虐待（怖いこと等）	職員はやさしいですか	はい・いいえ・反応無	
	職員は呼ぶとすぐ来てくれますか	はい・いいえ・反応無	
	職員に怒られることはありますか	はい・いいえ・反応無	
	何か怖いこと等はありませんか	はい・いいえ・反応無	
	他の人が職員に叩かれているところを見たことがありますか	はい・いいえ・反応無	
	職員に叩かれることはありますか	はい・いいえ・反応無	
	何か嫌なことをされたことはありますか	はい・いいえ・反応無	
	（通報等内容の確認）職員から〇〇をされたことはありますか	はい・いいえ・反応無	
3 要望その他	何かして欲しいことはありますか	はい・いいえ・反応無	

※在宅サービス利用者には該当しない質問項目も含まれています。

社団法人日本社会福祉士会作成（出典：東京都健康長寿医療センター研究所（東京都老人総合研究所）、神奈川県、大阪府作成帳票類等）をもとに作成

高齢者本人氏名：		性別・年齢： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 歳	居所： <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入所・院
高齢者本人の希望	居所・今後の生活の希望	居所の希望： <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 現在の施設での入所継続 <input type="checkbox"/> 他施設への入所 <input type="checkbox"/> 不明 虐待者（疑いを含む）との分離希望： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
	性格上の傾向、こだわり、対人関係等		
	高齢者の状態	意思疎通： <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 特定条件のもとであれば可能（ ） <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不明 話の内容： <input type="checkbox"/> 一貫している <input type="checkbox"/> 変化する 生活意欲： <input type="checkbox"/> 意欲や気力が低下しているおそれ（無気力、無反応、おびえ、話をためらう、人目を避ける等） 最近の状況： <input type="checkbox"/> 職員への暴言や暴力がある <input type="checkbox"/> 不穏な状態が続いている	
I. 高齢者本人の情報 面接担当者氏名：			虐待発生リスク
【連絡の取れる親族・後見人等（キーパーソン）】 氏名： _____ 本人との続柄住所 _____ 電話番号 _____ <input type="checkbox"/>			
【健康状態等】			
疾病・傷病：		既往歴：	
受診状況：		服薬状況（種類）：	
診断の必要性： <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> その他（ ） 具体的な症状等→			
要介護認定： <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ） <input type="checkbox"/> 申請中（申請日： ____年 ____月 ____日） <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/>			
生活状況の変化： <input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> 食欲減退 <input type="checkbox"/> 身体の異臭や汚れ <input type="checkbox"/> 住環境が不適切（異臭・汚れ・乱雑、冷暖房の欠如等） <input type="checkbox"/> 医療処置がなされていない <input type="checkbox"/> その他（ ）			
障害： <input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 精神障害（ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑い） <input type="checkbox"/> 知的障害（ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑い）			
精神状態： <input type="checkbox"/> 認知症（ <input type="checkbox"/> 診断あり <input type="checkbox"/> 疑い）→認知症の程度、周辺症状（ ） <input type="checkbox"/> うつ病（ <input type="checkbox"/> 診断あり <input type="checkbox"/> 疑い） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
【危機への対処】			
危機対処場面において： <input type="checkbox"/> 自ら助けを求めることができる <input type="checkbox"/> 助けを求めることが困難 <input type="checkbox"/>			
避難先・退避先： <input type="checkbox"/> 助けを求める場所がある（ ） <input type="checkbox"/> ない			
【ケアの状況】			
<input type="checkbox"/> 介護に対する拒否がある（拒否される場面： _____） <input type="checkbox"/> 身体拘束の有無、場面・状況（ _____） <input type="checkbox"/> その他、当該高齢者のケアに関する特記事項（ _____） <input type="checkbox"/>			
【成年後見制度の利用】			
成年後見人等： <input type="checkbox"/> あり（後見人等： _____） <input type="checkbox"/> 申立中（申立人： _____ /申立年月日： _____） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>			
【各種制度利用】			
<input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 自立支援法 <input type="checkbox"/> その他（ _____） <input type="checkbox"/>			
(経済情報)			
収入額 ____月 ____万円（内訳： _____） 預貯金等 ____万円 借金 ____万円 1か月に本人が使える金額 ____万円			
具体的な状況（生活費や借金等）： <input type="checkbox"/> 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 介護保険料滞納 <input type="checkbox"/> 国民健康保険料滞納 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度保険料滞納 <input type="checkbox"/> その他（ _____） <input type="checkbox"/>			
金銭管理： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助（判断可） <input type="checkbox"/> 全介助（判断不可） <input type="checkbox"/> 不明			
金銭管理者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族・後見人等 <input type="checkbox"/> 施設・事業所（ _____） <input type="checkbox"/> その他（ _____）			
【生活状況】			
食 事（ <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 不明） 調 理（ <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 不明） 移 動（ <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 不明） 買 物（ <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 不明） 掃除洗濯（ <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 不明） 入 浴（ <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 不明） 排 泄（ <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 不明） 服薬管理（ <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 不明） 預貯金年金の管理（ <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 不明） 医療機関の受診（ <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 不明） <input type="checkbox"/>			
【その他特記事項】 <input type="checkbox"/>			

II. 虐待者（疑いを含む）の情報 面接担当者氏名：		虐待発生リスク
<b>【虐待者（疑いを含む）1の状況】</b>		
虐待者（疑いを含む）1氏名：	性別・年齢： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 歳	施設・事業所名：
職 位： <input type="checkbox"/> 施設長 <input type="checkbox"/> 管理職 <input type="checkbox"/> 主任・リーダー <input type="checkbox"/> 一般職		
職 種： <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 生活相談員 <input type="checkbox"/> 計画担当介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 事務職 <input type="checkbox"/> その他（送迎、清掃、他）		
保有資格： <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> ヘルパー__級 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 特になし		
経験年数：__年__か月 当該施設・事業所での勤務年数：__年__か月		
勤務状況：月__日勤務（夜勤__日／月・早番__日／月・遅番__日／月） 雇用形態（ <input type="checkbox"/> 常勤、 <input type="checkbox"/> 非常勤、 <input type="checkbox"/> 派遣）		
特記事項（虐待者（疑いを含む）の性格的な偏り、利用者への言葉遣いや態度、勤怠状況、健康面での課題等）情報提供者：		
<b>【虐待等の発生時の状況、理由】</b> （虐待者（疑いを含む）の面接結果等から記載）		
<input type="checkbox"/> 被虐待高齢者のケアに負担感を感じている（具体的な場面等を記入）  <input type="checkbox"/> ケア方針の理解が十分できていない <input type="checkbox"/> ケア方針に則ったケアの実践ができていない <input type="checkbox"/> 建物構造、介護機器や設備、配置等で介護がしづらい <input type="checkbox"/> その他（ ）		
<b>【高齢者虐待防止や身体拘束廃止、認知症ケアへの意識や取り組み】</b>		
<input type="checkbox"/> 高齢者介護に携わる専門職としての倫理観に問題がある <input type="checkbox"/> 高齢者虐待防止・身体拘束廃止にむけた意識や取組が不十分 <input type="checkbox"/> 認知症ケアに対する知識・技術が不十分 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
<b>【勤務体制】</b>		
<input type="checkbox"/> 夜勤時、職員数が少なく負担を感じる <input type="checkbox"/> 夜勤回数が多く負担を感じる <input type="checkbox"/> 職務分掌が明確でなく負担を感じる <input type="checkbox"/> その他（ ）		
<b>【職場環境（コミュニケーション、運営等）】</b>		
<input type="checkbox"/> 相談できる人がいない <input type="checkbox"/> 上司や同僚、他職種間でコミュニケーションが取りにくい <input type="checkbox"/> その他（ ）		
<b>【待遇面】</b>		
<input type="checkbox"/> 待遇面で不満がある（ ）		

<b>【虐待者（疑いを含む）2の状況】</b>		
虐待者（疑いを含む）2氏名：	性別・年齢： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 歳	施設・事業所名：
職 位： <input type="checkbox"/> 施設長 <input type="checkbox"/> 管理職 <input type="checkbox"/> 主任・リーダー <input type="checkbox"/> 一般職		
職 種： <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 生活相談員 <input type="checkbox"/> 計画担当介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 事務職 <input type="checkbox"/> その他（送迎、清掃、他）		
保有資格： <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> ヘルパー__級 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 特になし		
経験年数：__年__か月 当該施設・事業所での勤務年数：__年__か月		
勤務状況：月__日勤務（夜勤__日／月・早番__日／月・遅番__日／月） 雇用形態（ <input type="checkbox"/> 常勤、 <input type="checkbox"/> 非常勤、 <input type="checkbox"/> 派遣）		
特記事項（虐待者（疑いを含む）の性格的な偏り、利用者への言葉遣いや態度、勤怠状況、健康面での課題等）情報提供者：		
<b>【虐待等の発生時の状況、理由】</b> （虐待者（疑いを含む）の面接結果等から記載）		
<input type="checkbox"/> 被虐待高齢者のケアに負担感を感じている（具体的な場面等を記入）  <input type="checkbox"/> ケア方針の理解が十分できていない <input type="checkbox"/> ケア方針に則ったケアの実践ができていない <input type="checkbox"/> 建物構造、介護機器や設備、配置等で介護がしづらい <input type="checkbox"/> その他（ ）		
<b>【高齢者虐待防止や身体拘束廃止、認知症ケアへの意識や取り組み】</b>		
<input type="checkbox"/> 高齢者介護に携わる専門職としての倫理観に問題がある <input type="checkbox"/> 高齢者虐待防止・身体拘束廃止にむけた意識や取組が不十分 <input type="checkbox"/> 認知症ケアに対する知識・技術が不十分 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
<b>【勤務体制】</b>		
<input type="checkbox"/> 夜勤時、職員数が少なく負担を感じる <input type="checkbox"/> 夜勤回数が多く負担を感じる <input type="checkbox"/> 職務分掌が明確でなく負担を感じる <input type="checkbox"/> その他（ ）		
<b>【職場環境（コミュニケーション、運営等）】</b>		
<input type="checkbox"/> 相談できる人がいない <input type="checkbox"/> 上司や同僚、他職種間でコミュニケーションが取りにくい <input type="checkbox"/> その他（ ）		
<b>【待遇面】</b>		
<input type="checkbox"/> 待遇面で不満がある（ ）		



<b>【虐待者（疑いを含む）3の状況】</b>			
虐待者（疑いを含む）3氏名：	性別・年齢： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 歳	施設・事業所名：	
職 位： <input type="checkbox"/> 施設長 <input type="checkbox"/> 管理職 <input type="checkbox"/> 主任・リーダー <input type="checkbox"/> 一般職			
職 種： <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 生活相談員 <input type="checkbox"/> 計画担当介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 事務職 <input type="checkbox"/> その他（送迎、清掃、他）			
保有資格： <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> ヘルパー__級 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 特になし			<input type="checkbox"/>
経験年数：__年__か月 当該施設・事業所での勤務年数：__年__か月			
勤務状況：月__日勤務（夜勤__日／月・早番__日／月・遅番__日／月） 雇用形態（ <input type="checkbox"/> 常勤、 <input type="checkbox"/> 非常勤、 <input type="checkbox"/> 派遣）			
特記事項（虐待者（疑いを含む）の性格的な偏り、利用者への言葉遣いや態度、勤怠状況、健康面での課題等）情報提供者：			
<b>【虐待等の発生時の状況、理由】</b> （虐待者（疑いを含む）の面接結果等から記載）			<input type="checkbox"/>
<b>【被虐待高齢者のケア】</b> <input type="checkbox"/> 被虐待高齢者のケアに負担感を感じている（具体的な場面等を記入）			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ケア方針の理解が十分できていない <input type="checkbox"/> ケア方針に則ったケアの実践ができていない <input type="checkbox"/> 建物構造、介護機器や設備、配置等で介護がしづらい <input type="checkbox"/> その他（ ）			
<b>【高齢者虐待防止や身体拘束廃止、認知症ケアへの意識や取り組み】</b> <input type="checkbox"/> 高齢者介護に携わる専門職としての倫理観に問題がある <input type="checkbox"/> 高齢者虐待防止・身体拘束廃止にむけた意識や取組が不十分 <input type="checkbox"/> 認知症ケアに対する知識・技術が不十分 <input type="checkbox"/> その他（ ）			<input type="checkbox"/>
<b>【勤務体制】</b> <input type="checkbox"/> 夜勤時、職員数が少なく負担を感じる <input type="checkbox"/> 夜勤回数が多く負担を感じる <input type="checkbox"/> 職務分掌が明確でなく負担を感じる <input type="checkbox"/> その他（ ）			<input type="checkbox"/>
<b>【職場環境（コミュニケーション、運営等）】</b> <input type="checkbox"/> 相談できる人がいない <input type="checkbox"/> 上司や同僚、他職種間でコミュニケーションが取りにくい <input type="checkbox"/> その他（ ）			<input type="checkbox"/>
<b>【待遇面】</b> <input type="checkbox"/> 待遇面で不満がある（ ）			<input type="checkbox"/>

Ⅲ. 施設・事業所の状況		虐待発生リスク
<b>【高齢者のケアに関する取り組み】</b> <input type="checkbox"/> 高齢者の状態に応じたアセスメント、サービス計画の作成・評価・変更が十分行われていない <input type="checkbox"/> 認知症の周辺症状などで介護が困難な場面での対応方針が立てられていない <input type="checkbox"/> 職員間で対応方針が共有化されていない <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の開催頻度が少ない <input type="checkbox"/> サービス担当者会議に家族や専門職が参加していない <input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/>
<b>【虐待防止に関する施設・事業所全体の取り組み】</b> <input type="checkbox"/> 方針が不明確 <input type="checkbox"/> マニュアルやチェックリスト等が未整備 <input type="checkbox"/> 虐待発生時・発見時の対応のしくみ（通報報告窓口等の設置）、周知が不十分 <input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/>
<b>【身体拘束廃止に関する施設・事業所全体の取り組み】</b> <input type="checkbox"/> 方針が不明確 <input type="checkbox"/> マニュアル等が未整備 <input type="checkbox"/> 緊急やむを得ない場合の対応のしくみや記録が不十分 <input type="checkbox"/> 身体拘束廃止にむけた現場での取り組みが不十分 <input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/>
<b>【権利擁護、認知症ケア、介護サービスの質の向上に関する研修体制】</b> （組織内での研修__回／年 参加者延べ__名、管理者の参加：有・無）（外部研修会への参加：有・無__回／年 参加者数__名）		<input type="checkbox"/>
<b>【事故への対応体制】</b> <input type="checkbox"/> 事故の発生が多い <input type="checkbox"/> 事故・ヒヤリハットの報告体制ができていない <input type="checkbox"/> 事故報告が市区町村に報告されていない <input type="checkbox"/> 家族等への連絡がなされていない <input type="checkbox"/> 事故やヒヤリハットの再発防止に向けた取組がなされていない・不十分 <input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/>
<b>【身体拘束廃止や利用者の権利擁護を検討する委員会活動等】</b> <input type="checkbox"/> 利用者の権利擁護を検討する委員会がない <input type="checkbox"/> 委員会はあるが十分な検討が行われていない <input type="checkbox"/> 開催回数が少ない <input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/>
<b>【苦情処理の体制】</b>		<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> 苦情処理窓口が周知されていない <input type="checkbox"/> 苦情処理マニュアルが作成されていない <input type="checkbox"/> マニュアルが適切に運用されていない <input type="checkbox"/> 第三者委員やオンブズマンを配置していない <input type="checkbox"/> その他 ( )		
<b>【開かれた施設・事業所運営】</b> <input type="checkbox"/> サービス評価（第三者評価・自己評価）を実施していない <input type="checkbox"/> 地域住民との交流機会がない <input type="checkbox"/> ボランティアや実習生の受入がない <input type="checkbox"/> 家族会などを通じた家族との連携や参加のしきみがない <input type="checkbox"/> 家族への連絡や報告がない・頻度が少ない <input type="checkbox"/> サービス計画や各種記録の閲覧が制限されている <input type="checkbox"/> 高齢者への面会に制限がある <input type="checkbox"/> 管理者との面会に制限がある <input type="checkbox"/> その他 ( )		□
<b>【業務負担軽減への取り組み】</b> <input type="checkbox"/> 基準以下の職員体制である <input type="checkbox"/> 夜間帯の職員不足している <input type="checkbox"/> 看護師等専門職が不足している <input type="checkbox"/> 無資格者が多い <input type="checkbox"/> 役割分担が明確化されていない <input type="checkbox"/> ストレス等への配慮が不十分 <input type="checkbox"/> その他 ( )		□
<b>【職員の相談体制、評価システム】</b> <input type="checkbox"/> 職員から相談を受けるしきみがない <input type="checkbox"/> 人事考課を行っていない <input type="checkbox"/> 職員トラブルが多い <input type="checkbox"/> その他 ( )		□
<b>【業務改善への取り組み】</b> <input type="checkbox"/> 業務改善に関して職員の意見を反映させるしきみがない <input type="checkbox"/> 家族やボランティア等から意見を得たり情報交換する手立てがない <input type="checkbox"/> 業務改善への取り組みが不十分 <input type="checkbox"/> その他 ( )		□
<b>IV. その他（家族・後見人・通報者・近隣・地域住民・民生委員・介護支援専門員・医師等関係機関からの情報、関わり等）</b>		虐待発生リスク
<input type="checkbox"/> 事故等の発生が他の施設・事業所に比べて多い <input type="checkbox"/> 周りから虐待等の相談が良く入る		□
<p>〔全体のまとめ〕：I～IVで抽出された虐待発生の要因の結果を踏まえて、分析、課題を整理する。  ※計画書(1)の「総合的な対応方針」、計画書(2)の「対応困難な課題／今後検討しなければいけない事項」に反映する</p> <p>I. 高齢者本人</p> <p>II. 虐待者（疑いを含む）</p> <p>III. 組織体制（組織の抱える問題等）</p> <p>IV. その他（家族・後見人・通報者・近隣・地域住民・民生委員・介護支援専門員・医師等関係機関からの情報、関わり等）</p> <p>V. 今後の課題</p>		

社団法人日本社会福祉士会作成（出典：東京都健康長寿医療センター研究所（東京都老人総合研究所）作成帳票類等）をもとに作成

(様式 11)

# 事 実 確 認 調 査 結 果 報 告 書

(養介護施設従事者等用)

事実確認日時：令和 年 月 日 ( ) 午前/午後 時 分～ 時 分

調査対象施設・事業所名：

報告年月日：令和 年 月 日 ( ) 報告者：

## 【調査開始時の確認・説明事項】

説明した時間	令和 年 月 日 時 分
対応した施設・事業所職員	(職名： ) (氏名： ) (職名： ) (氏名： ) (職名： ) (氏名： )
事実確認調査の根拠法の説明	<input type="checkbox"/> 調査の理由の説明 <input type="checkbox"/> 調査の根拠法の説明 (説明者： )
調査への協力依頼	<input type="checkbox"/> 調査手順の説明 <input type="checkbox"/> 打合せ及び面接のための部屋の借用 (借用する部屋： ) <input type="checkbox"/> 資料のコピーのための機材の使用 (費用： ) <input type="checkbox"/> 利用者との面接の許可 <input type="checkbox"/> 職員との面接の許可
管理者の所在	<input type="checkbox"/> 施設・事業所内に所在有 <input type="checkbox"/> 施設・事業所内に所在無 (→ <input type="checkbox"/> 当日面接可 <input type="checkbox"/> 当日面接不可)

## 【個別面接対象者】

高 齢 者	(氏名： ) (面接場所： ) (担当者： , ) (氏名： ) (面接場所： ) (担当者： , )
管 理 者	(職名・氏名： ) (面接場所： ) (担当者： , ) (職名・氏名： ) (面接場所： ) (担当者： , )
主任・リーダー	(職名・氏名： ) (面接場所： ) (担当者： , ) (職名・氏名： ) (面接場所： ) (担当者： , )
職 員	(職名・氏名： ) (面接場所： ) (担当者： , ) (職名・氏名： ) (面接場所： ) (担当者： , ) (職名・氏名： ) (面接場所： ) (担当者： , ) (職名・氏名： ) (面接場所： ) (担当者： , )
その他関係者	(職名・氏名： ) (面接場所： ) (担当者： , ) (職名・氏名： ) (面接場所： ) (担当者： , )

## 【事実確認調査で確認された事項】

通報内容		
高齢者の安全確認	確認方法	収集された情報の内容
		<input type="checkbox"/> 詳細は添付資料 ( ) 参照
通報等内容に関する事実		<input type="checkbox"/> 詳細は添付資料 ( ) 参照
		<input type="checkbox"/> 詳細は添付資料 ( ) 参照
通報等内容以外に関する事項		<input type="checkbox"/> 詳細は添付資料 ( ) 参照
		<input type="checkbox"/> 詳細は添付資料 ( ) 参照

社団法人日本社会福祉士会作成 (出典：東京都健康長寿医療センター研究所 (東京都老人総合研究所)、神奈川県作成帳票類等) をもとに作成

【高齢者および利用者の状況】

氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳
面接日		担当者			
意向	<input type="checkbox"/> 資料（ ）参照				
心身の状態	<input type="checkbox"/> 資料（ ）参照				
特記事項	<input type="checkbox"/> 資料（ ）参照				

【施設・事業所の状況】

虐待を行った疑いのある職員1	氏名(性別・年齢)	
	職種・職位(資格)	
	経験年数(勤務年数)	
	現在の勤務状況	<input type="checkbox"/> 変わりなく勤務中 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	当該職員についての特記事項	
	調査結果のまとめ(確認された事実)	
虐待を行った疑いのある職員2	氏名(性別・年齢)	
	職種・職位(資格)	
	経験年数(勤務年数)	
	現在の勤務状況	<input type="checkbox"/> 変わりなく勤務中 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	当該職員についての特記事項	
	調査結果のまとめ(確認された事実)	
一般職員	聞き取りを実施した職種および職員数	介護職（ ）人、看護職（ ）人、その他（ ）人
	経験年数(勤務年数)	
	調査結果のまとめ(確認された事実)	
管理者	氏名(性別・年齢)	
	職種・職位(資格)	
	経験年数(勤務年数)	
	調査結果のまとめ(確認された事実)	
員・設備面 運営施設・事業所の人	調査結果のまとめ(確認された事実)	

社団法人日本社会福祉士会作成（出典：東京都健康長寿医療センター研究所（東京都老人総合研究所）、神奈川県作成帳票類等）をもとに作成

【虐待の状況】

虐待の全体的状況

発生状況

1. 虐待が始まったと思われる時期： 年 月頃

2. 虐待が発生する頻度：

3. 虐待が発生するきっかけ：

4. 虐待が発生しやすい時間帯：

**【事実確認調査当日の施設・事業所への指示・指導】**

事実確認調査責任者 (決定権者)		
施設・事業所への指示・指導状況(事実確認調査当日)	指摘の有無	<input type="checkbox"/> 明らかな虐待が確認又は施設・事業者から虐待の報告があり早急に対応が必要 →指示・指導等 <input type="checkbox"/> 事実確認のみを行い、市町村にもどり検討 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	①高齢者の安全確保について	<input type="checkbox"/> 通報対象となった高齢者の安全が確保されていない <input type="checkbox"/> 通報対象外の高齢者の安全が確保されていない
	指示・指導内容(指示・指導を行った場合)	
	指示・指導に対する施設・事業所の回答	
	②虐待を行った職員について(特定された場合)	
	指示・指導内容(指示・指導を行った場合)	
	指示・指導に対する施設・事業所の回答	
	③その他の指示・指導事項	
	指示・指導内容(指示・指導を行った場合)	
	指示・指導に対する施設・事業所の回答	

**【事実確認の内容について関係機関等への連絡】**

通 報 者	<input type="checkbox"/> 連絡(連絡日:令和 年 月 日( ) 連絡者: )	特記事項
家族・後見人等	<input type="checkbox"/> 連絡(連絡日:令和 年 月 日( ) 連絡者: )	特記事項
都 道 府 県	<input type="checkbox"/> 連絡(連絡日:令和 年 月 日( ) 連絡者: )	特記事項
保 険 者	<input type="checkbox"/> 連絡(連絡日:令和 年 月 日( ) 連絡者: )	特記事項
警 察	<input type="checkbox"/> 連絡(連絡日:令和 年 月 日( ) 連絡者: )	特記事項
そ の 他	<input type="checkbox"/> 連絡(連絡日:令和 年 月 日( ) 連絡者: )	特記事項

社団法人日本社会福祉士会作成(出典:東京都健康長寿医療センター研究所(東京都老人総合研究所)、神奈川県作成帳票類等)をもとに作成

対象	優先順位	課題	目標	対応方法（具体的な役割分担）		
				何を・どのように	関係機関・担当者等	実施日時・期間／評価日
高齢者						
虐待者						
施設・事業所						
関係者						
通報者						
その他						
対応が困難な課題／今後検討しなければならない事項など（「アセスメント要約票」の全体のまとめから記載				計画評価予定日 令和 年 月 日		

※記入欄が足りない場合は、様式を追加して記入社団法人日本社会福祉士会作成（出典：東京都健康長寿医療センター研究所（東京都老人総合研究所）作成帳票類等）をもとに作成

【参考】虐待状況の改善に向けた通知（例）

高発第 ○○○ 号  
令和○○年○○月○○日

○○法人○○会 理事長  
○○ ○○様

横手市○○○部長

養介護施設従事者等による高齢者虐待の改善について（通知）

標記について、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づく通報に対して、令和○○年○○月○○日に実施した調査の結果、改善すべき事項が認められましたので、事業所として高齢者虐待防止に取り組み、高齢者の人権を尊重し、尊厳の保持に努めていただきますようお願いいたします。

記

改善を要する事項

別紙 1部

問合せ先  
横手市○○○○部○○○○課  
電話 内線（ ） ファクシミリ





【参考】 通報内容と改善を要する事項について（例）

改 善 を 要 す る 事 項

調査実施日 令和〇〇年〇〇月〇〇日事業所名 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

通報内容	項 目	改善を要する事項
1	1	
2	2	
3	3	

【参考】改善通知を受けた施設が提出する虐待状況の改善報告書（例）

令和〇〇年〇〇月〇〇日

横手市〇〇〇部長  
〇〇 〇〇 様

〇〇法人〇〇会 理事長  
〇〇 〇〇

高齢者虐待に関する改善報告について

令和〇〇年〇〇月〇〇日付で、受理しました改善通知（令和 年 月 日付 高  
発第 〇〇〇 号）について、別紙のとおり改善しましたので報告します。

記

1. 改善内容

別紙 1部

以上

【参考】改善通知を受け、改善した内容について（例）  
改善内容

調査実施日 令和〇〇年〇〇月〇〇日事業所名 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

指導内容	改善内容
1	1
2	2
3	3

【参考】県へ提出する高齢者虐待の報告書（例）

高発第 ○○○ 号  
令和○○年○○月○○日

秋田県○○部○○課長 様

横手市○○部○○課長

高齢者虐待に関する報告について

標記について、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づく通報に対して調査を行い、その結果、虐待の事実があると認められましたので別紙の通り報告いたします。

記

1. 養介護施設従事者等による高齢者虐待について 別紙 1部

以上

養介護施設従事者等による高齢者虐待について（報告）

本件は、当市町村において事実確認を行った事案

- 養介護施設従業者等による高齢者虐待の事実が認められた事案である。  
 特に、下記の理由により、悪質なケースと判断したため、都道府県の迅速な対応を行う必要がある事案である。  
 更に都道府県と共同して事実の確認を行う必要がある事案である。

[ ]

1. 注) (※) 印の項目については、不明の場合には記載しなくてもよい。要介護施設等の名称、所在地

名 称	_____
サービス種別	_____
	(事業所番号： _____ )
所 在 地	_____
	_____
TEL	FAX
	_____

2. \_\_\_\_\_ 年

年齢階級及び要介護度その他の心身の状況

性 別	男 ・ 女	年齢階級※	
要介護度等	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 その他		
心身の状況			

※ 該当する番号を記載すること

- 1 65～69 歳      2 70～74 歳      3 75～79 歳      4 80～84 歳  
 5 85～89 歳      6 90～94 歳      7 95～99 歳      8 100 歳以上

3. 虐待の種別、内容及び発生要因

虐待の種別	身体的虐待 心理的虐待 その他	介護・世話の放棄・放任 性的虐待 経済的虐待
虐待の内容		
発生要因		

4. 虐待を行った養介護施設従事者等の氏名、生年月日及び職種

氏名(※)		生年月日(※)	
(資格を有する者についてはその資格及び職名を、その他の者については職名及び職務内容を記載すること)			

5. 市町村が行った対応

施設等に対する指導  
 施設等からの改善計画の提出依頼  
 虐待を行った養介護施設従事者への注意・指導  
 (主として地域密着型サービスについて)介護保険法の規定に基づく勧告・命令・処分  
 その他(具体的に記載すること)

( )

6. 虐待を行った養介護施設等において改善措置が行われている場合にはその内容

施設等からの改善計画の提出  
 介護保険法の規定に基づく勧告・命令等への対応  
 その他(具体的に記載すること)

( )

者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律第22条第1項の規定に基づき、上記の通り報告する。

令和 年 月 日

秋田県 課長 様

横手市〇〇〇〇〇

