

様式集

1. 養護者による高齢者虐待

- ・参考様式 1 相談・通報・届出受付票（総合相談）
- ・参考様式 2 宿直職員聞取票（例）
- ・参考様式 3 高齢者虐待情報共有・協議票
- ・参考様式 4 事実確認票—チェックシート（表）、事実確認項目（サイン）（裏）
- ・参考様式 5 高齢者虐待に係る調査について（照会）（例）
- ・参考様式 6 アセスメント要約票（表）（裏）
- ・参考様式 7 高齢者虐待対応会議記録・計画書（1）（2）

～コアメンバー会議用

- ・参考様式 8 高齢者虐待事案に係る援助依頼書
- ・参考様式 9 立入調査に係る身分証明書
- ・参考様式 10 措置決定（開始・変更・廃止）通知書（例）
- ・参考様式 11 措置委託（開始・変更・廃止）通知書（例）
措置委託（開始・変更・廃止）通知書（別紙）（例）
- ・参考様式 12 面会制限決定通知書（例）
- ・参考様式 13 面会制限解除通知書（例）
- ・参考様式 14 高齢者虐待対応評価会議記録票
- ・参考様式 15 高齢者虐待対応ケース会議記録・計画書（1）（2）

相談・通報・届出受付票（総合相談）

参考様式1

相談年月日	年 月 日 時 分～ 時 分	対応者：	所属機関：
相談者 (通報者)	氏名	受付方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来所 <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	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族親族(同居・別居) 続柄： <input type="checkbox"/> 近隣住民・知人 <input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 在宅介護支援センター <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス事業所 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> その他 ()	

【本人の状況】

氏名	性別	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	年齢	歳	
現住所	住民票登録住所 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 異						
居所	電話： 其他連絡先： (続柄：)						
介護認定	<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"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> 申請中 (月 日) <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請予定						
利用サービス	介護保険	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし				介護支援専門員	
	総合事業	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし				居宅介護支援事業所	
	介護保険外	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし					
主疾患	<input type="checkbox"/> 一般 () <input type="checkbox"/> 認知症 () <input type="checkbox"/> 精神疾患 () <input type="checkbox"/> 難病 ()						
身体状況	障害手帳		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (等級： 種別：)				
経済状況	生活保護受給 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)						

【本人の意向など】※生活歴、キーパーソン、関係機関などわかる範囲で書き込む

--

【世帯構成】

家族状況 (ジェノグラム)

【介護者の状況】

氏名	年齢	歳
続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 息子の配偶者 <input type="checkbox"/> 娘の配偶者 <input type="checkbox"/> 実兄弟 <input type="checkbox"/> 実姉妹 <input type="checkbox"/> 義兄弟 <input type="checkbox"/> 義姉妹 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他 ()	
連絡先	<input type="checkbox"/> 同上	
電話番号	職業	
其他特記事項		

【主訴・相談の概要】

相談内容	
虐待の可能性	<input type="checkbox"/> 家から怒鳴り声や泣き声が聞こえたり、大きな物音がする〔疑い〕 <input type="checkbox"/> 暑い日や寒い日、雨の日なの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)
情報源	相談者(通報・届出者)は <input type="checkbox"/> 実際に目撃した <input type="checkbox"/> 怒鳴り声や泣き声、物音等を聞いて推測した <input type="checkbox"/> 本人から聞いた <input type="checkbox"/> 関係者 () から聞いた

【今後の対応】

<input type="checkbox"/> 相談終了： <input type="checkbox"/> 聞き取りのみ <input type="checkbox"/> 情報提供・助言 <input type="checkbox"/> 他機関への取次・斡旋(機関名：) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 相談継続： <input type="checkbox"/> 権利擁護対応(虐待対応を除く) <input type="checkbox"/> 包括的継続的ケアマネジメント支援 <input type="checkbox"/> 高齢者虐待 <input type="checkbox"/> その他 () 備考 ()
--

宿直職員聞取票(例)

(※各市町の対応方法に合ったものを作成)

休日・夜間高齢者虐待（相談・通報・届出）聞取票	
日 時	令和 年 月 日 時 分 ～ 時 分
通報者等	ふりがな 氏名 (高齢者との関係)
	連絡先
高 齢 者	ふりがな 氏名 (歳) (男 ・ 女)
	ふりがな 氏名 (歳) (男 ・ 女)
	住 所
	連絡先
対 応	<input type="checkbox"/> すぐに担当者から連絡する必要性あり <input type="checkbox"/> 平日(日中)に担当者から連絡するので可 <input type="checkbox"/> 通報者等から再度連絡がある(匿名などのため)
特 記 事 項	(電話で聞き取った内容など)

(記録者:)

事実確認票ーチェックシート

参考様式4

確認者：

確認日時： 年 月 日 時 ～ 年 月 日 時

高齢者本人氏名		性別		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"/> 行政 <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： ）						
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】							
【第三者】：（ ）							
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：							

※裏面の事実確認項目（サイン）を利用して事実確認を行う。

事実確認項目(サイン)

参考様式4

※1:「通」:通報があった内容に○をつける。「確認日」:行政および地域包括支援センター職員が確認した日付を記入。

※2:「確認項目」の列の太字で下線の項目(例「外傷等」)が確認された場合は、『緊急保護の検討』が必要。

通	確認日	確認項目	サイン;当てはまるものがあれば○で囲み、他に気になる点があれば()に簡単に記入	確認方法(番号に○印またはチェック) 確認者(カッコ内に「誰が」、「誰(何)から」を記入) 1.写真、2.目視、3.記録、4.聴き取り、5.その他
身体 の状態 ・ けが 等		外傷等	頭部外傷(血腫、骨折等の疑い)、腹部外傷、重度の褥瘡、その他() 部位: _____ 大きさ: _____	()が()から確認した
		全身状態・意識レベル	全身衰弱、意識混濁、その他()	()が()から確認した
		脱水症状	重い脱水症状、脱水症状の繰り返し、軽い脱水症状、その他()	()が()から確認した
		栄養状態等	栄養失調、低栄養・低血糖の疑い、その他()	()が()から確認した
		あざや傷	身体に複数のあざ、頻繁なあざ、やけど、刺し傷、打撲痕・腫張、その他() 部位: _____ 大きさ: _____ 色: _____	()が()から確認した
		体重の増減	急な体重の減少、やせすぎ、その他()	()が()から確認した
		出血や傷の有無	生殖器等の傷、出血、かゆみの訴え、その他()	()が()から確認した
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()	()が()から確認した
		身体の清潔さ	身体の異臭、汚れのひどい髪、皮膚の潰瘍、のび放題の爪、その他()	()が()から確認した
		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、拒食や過食が見られる、その他()	()が()から確認した
		適切な睡眠	不眠の訴え、不規則な睡眠、その他()	()が()から確認した
		行為の制限	自由に外出できない、自由に家族以外の人と話すことができない、長時間家の外に出されている、その他()	()が()から確認した
		不自然な状況	資産と日常生活の大きな落差、食べる物にも困っている、年金通帳・預貯金通帳がない、その他()	()が()から確認した
		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()	()が()から確認した
話 の 内 容		恐怖や不安の訴え	「怖い」「痛い」「怒られる」「殴られる」などの発言、その他()	()が()から確認した
		保護の訴え	「殺される」「〇〇が怖い」「何も食べていない」「家にいたくない」「掃りたくない」などの発言、その他()	()が()から確認した
		強い自殺念慮	「死にたい」などの発言、自分を否定的に話す、その他()	()が()から確認した
		あざや傷の説明	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()	()が()から確認した
		金銭の訴え	「お金をとられた」「年金が入ってこない」「貯金がなくなった」などの発言、その他()	()が()から確認した
		性的事柄の訴え	「生殖器の写真を撮られた」などの発言、その他()	()が()から確認した
		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、その他()	()が()から確認した
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()	()が()から確認した
		無気力さ	無気力な表情、問いかけに無反応、その他()	()が()から確認した
		態度の変化	家族のいる場面いない場面で態度が異なる、なげやりな態度、急な態度の変化、その他()	()が()から確認した
		その他		()が()から確認した
サ ー ビ ス な ど の 利 用 状 況		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()	()が()から確認した
		適切な服薬の管理	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薬できていない、その他()	()が()から確認した
		入退院の状況	入退院の繰り返し、救急搬送の繰り返し、その他()	()が()から確認した
		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()	()が()から確認した
		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()	()が()から確認した
		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()	()が()から確認した
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」等の訴えがある、その他()	()が()から確認した
		保護の訴え	虐待者が高齢者の保護を求めている、その他()	()が()から確認した
		暴力、脅し等	刃物、ピンなど凶器を使った暴力や脅しがある、その他()	()が()から確認した
		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()	()が()から確認した
		高齢者への発言	「早く死んでしまえ」など否定的な発言、コミュニケーションをとうとうしない、その他()	()が()から確認した
		支援者に対する態度	援助の専門家と会うのを避ける、話したがらない、拒否的、専門家に責任転嫁、その他()	()が()から確認した
		精神状態・判断能力	虐待者の精神的不安定・判断力低下、非現実的な認識、その他()	()が()から確認した
	その他		()が()から確認した	

番 号
令和 年 月 日

〇〇〇 長 殿

〇〇市町長

高齢者虐待に係る調査について（照会）（例）

下記の者に対して次の事由により必要がありますので、ご多忙中恐縮ですが、別紙に基づき、御回答くださいますようお願いいたします。

1 事務の名称及び目的

名称：高齢者虐待に係る事実確認調査事務

目的：高齢者の生命・身体・財産に対する危険から救済すること

2 遂行する法令

高齢者虐待の防止、高齢者の擁護者に対する支援等に関する法律 第9条

対象者	住 所	
	氏名（フリガナ）	
	生年月日	

なお、本調査は個人情報の保護に関する法律第23条第1項第1号及び第2号に規定する例外規定に該当するものであり、第三者への情報提供にあたって本人の同意は必要ないものであることを申し添えます。

虐待防止法

（通報等を受けた場合の措置）

第9条 市町村は、第7条第1項若しくは第2項の規定による通報又は高齢者からの養護者による高齢者虐待を受けた旨の届出を受けたときは、速やかに、当該高齢者の安全の確認その他当該通報又は届出に係る事実の確認のための措置を講ずるとともに、第16条の規定により当該市町村と連携協力する者（以下「高齢者虐待対応協力者」という。）とその対応について協議を行うものとする。

個人情報保護法

（第三者提供の制限）

第27条 個人情報取扱事業者は、次に掲げる場合を除くほか、あらかじめ本人の同意を得ないで、個人データを第三者に提供してはならない。

1 法令に基づく場合

2 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。

3 略

4 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき。

II. 養護者の情報 面接担当者氏名:		虐待発生 リスク
【養護者の希望】 居所の希望: <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 不明 / 分離希望: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		<input type="checkbox"/>
【健康状態等】		<input type="checkbox"/>
疾病・傷病:	既往歴:	
受診状況:	服薬状況(種類):	
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⇒		<input type="checkbox"/>
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)		
【介護負担】		<input type="checkbox"/>
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 type="checkbox"/> 不明	介護の代替者: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
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		<input type="checkbox"/>
【就労状況】		
<input type="checkbox"/> 就労 (就労曜日____~____ 就労時間____時~____時)、雇用形態 (<input type="checkbox"/> 正規、 <input type="checkbox"/> 非正規) <input type="checkbox"/> 非就労 <input type="checkbox"/> 不明		
【経済状況】		<input type="checkbox"/>
収入額 月_____万円 (内訳:) 預貯金等_____万円 借金_____万円		
<input type="checkbox"/> 借金トラブルがある <input type="checkbox"/> 被虐待高齢者の年金に生活費を依存		
<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"/>
【近隣との関係】		
<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		<input type="checkbox"/>
【制度やサービスの受け入れ】		
<input type="checkbox"/> 積極的 <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 消極的 <input type="checkbox"/> 拒否的 <input type="checkbox"/> 不明		<input type="checkbox"/>
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等)		
※計画書(1)の「関連機関等連携マップ」で集約する		<input type="checkbox"/>
IV. その他(近隣・地域住民等との関係、地域の社会資源、関係者・関係機関との関わり等)		
※計画書(1)の「関連機関等連携マップ」で集約する		<input type="checkbox"/>
【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		
I. 高齢者本人		
II. 養護者		
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等)		
IV. その他(近隣・地域住民等との関係、地域の社会資源、関係者・関係機関の関わり等)		
V. 今後の課題		

高齢者虐待対応会議記録・計画書(1)～コアメンバー会議用

課長	係長	担当者	

高齢者本人氏名 様

計画作成者所属 地域包括支援センター

初回計画作成日 年 月 日

計画作成者氏名

会議日時: 年 月 日 時 分～ 時 分

会議目的		出席者	所属: 氏名 所属: 氏名 所属: 氏名	所属: 氏名 所属: 氏名 所属: 氏名
虐待事実の判断	<input type="checkbox"/> 虐待の事実なし <input type="checkbox"/> 判断できず <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		
虐待事実の判断根拠				
緊急性の判断	<input type="checkbox"/> 緊急性なし <input type="checkbox"/> 判断できず <input type="checkbox"/> 緊急性あり	養護者の意見・希望		
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) <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"/> 虐待につながる家庭状況・リスク要因がある <input type="checkbox"/> 高齢者の安全確認ができていない <input type="checkbox"/> その他 ()			
深刻度の区分	<input type="checkbox"/> 1(軽度) <input type="checkbox"/> 2(中度) <input type="checkbox"/> 3(重度) <input type="checkbox"/> 4(最重度)		※支援の必要性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
総合的な対応方針 ※「アセスメント要約票」全体のまとめより		対応の内容	<input type="checkbox"/> 事実確認を継続(期限を区切った継続方針) <input type="checkbox"/> 立入調査 <input type="checkbox"/> 警察への援助要請 <input type="checkbox"/> 緊急分離保護 () <input type="checkbox"/> 入院 () <input type="checkbox"/> 面会制限 <input type="checkbox"/> 在宅サービス導入・調整 () 【措置の適用】 <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"/> 看護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:) <input type="checkbox"/> 成年後見制度または日常生活自立支援事業の活用 <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"/> その他 ()	

高齢者虐待対応会議記録・計画書(2)～コアメンバー会議用

決 裁 欄(例)			
課 長	係 長	担当者	

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									
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)				計画評価予定日時	年	月	日	時	分

※記入欄が足りない場合は、様式を追加して記入

立入調査に係る身分証明書

(表)

証 票	
第 号	令和 年 月 日 交付
所 属 氏 名	
<p>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。</p>	
市 町 長 名	

(裏)

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

(通報等を受けた場合の措置)

第九条 市町村は、第七条第一項若しくは第二項の規定による通報又は高齢者からの養護者による高齢者虐待を受けた旨の届出を受けたときは、速やかに、当該高齢者の安全の確認その他当該通報又は届出に係る事実の確認のための措置を講ずるとともに、第十六条の規定により当該市町村と連携協力する者(以下「高齢者虐待対応協力者」という。)とその対応について協議を行うものとする。

2 市町村又は市町村長は、第七条第一項若しくは第二項の規定による通報又は前項に規定する届出があった場合には、当該通報又は届出に係る高齢者に対する養護者による高齢者虐待の防止及び当該高齢者の保護が図られるよう、養護者による高齢者虐待により生命又は身体に重大な危険が生じているおそれがあると認められる高齢者を一時的に保護するため迅速に老人福祉法第二十条の三に規定する老人短期入所施設等に入所させる等、適切に、同法第十条の四第一項若しくは第十一条第一項の規定による措置を講じ、又は、適切に、同法第三十二条の規定により審判の請求をするものとする。

(立入調査)

第十一条 市町村長は、養護者による高齢者虐待により高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じているおそれがあると認めるときは、介護保険法第百十五条の三十九第二項の規定により設置する地域包括支援センターの職員その他の高齢者の福祉に関する事務に従事する職員をして、当該高齢者の住所又は居所に立ち入り、必要な調査又は質問をさせることができる。

2 前項の規定による立ち入り及び調査又は質問を行う場合においては、当該職員は、その身分を示す証明書を携帯し、関係者の請求があるときは、これを提示しなければならない。

3 第一項の規定による立ち入り及び調査又は質問を行う権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

(日本産業規格A列7番)

措置決定（開始・変更・廃止）通知書（例）

番 号
令和 年 月 日

（被措置者） 様

〇〇市(町)長

次のとおり老人福祉法(第10条の4第1項・第11条第1項)の規定による措置を決定したので、通知します。

被 措 置 者 氏 名		
措 置 の 種 類	1 特別養護老人ホームへの入所 2 訪問介護の利用 3 通所介護の利用 4 短期入所生活介護の利用 5 小規模多機能型居宅介護の利用 6 認知症対応型共同生活介護の利用 7 養護老人ホームへの入所 8 その他 ()	
利 用 施 設 ・ 事 業 所	所在地又は住所	
	名 称	
費 用 徴 収 額		
措置（開始・変更・廃止） 年月日	令和 年 月 日	
決 定 理 由		
備考		
問い合わせ先 〇〇市(町) 地域包括支援センター 住所：〇〇市(町) 連絡先：		

- この決定について不服がある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、〇〇市(町)長に対して審査請求をすることができます。
- この決定については、上記1の審査請求のほか、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、〇〇市(町)を被告として(訴訟において〇〇市(町)を代表する者は〇〇市(町)長となります。)、決定の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記の審査請求をした場合には、決定の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この決定(審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの決定(審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや決定の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

措置委託（開始・変更・廃止）通知書（例）

番 号
令和 年 月 日

様

〇〇市（町）長

老人福祉法(第10条の4第1項・第11条第1項)の規定に基づき、次の者について措置委託を（開始・変更・廃止）します。

被措置者	本籍			
	住所			
	氏名	生年 月 日	年 月 日(歳)	
		性別	男 ・ 女	
措置（開始・変更・廃止）年月日	令和 年 月 日			
措置理由				
費用徴収額				
備考	※ 被措置者の詳細については、別紙を参照のこと。			
問い合わせ先	〇〇市（町） 地域包括支援センター 住所：〇〇市（町） 連絡先：			

措置委託通知書（別紙）（例）

被措置者について

氏名（ふりがな）		性別	男・女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日	年齢	歳
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（令和 年 月 日） <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請予定		
障害者手帳	身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 （障害等級： 級 種別： ）		
	精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 （障害等級： 級）		
	療育手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 （障害程度： ）		
既往歴			
現病歴（※）			
身体状況等			
内服薬（飲み方等）、頓服薬等			
かかりつけ医療機関（連絡先）		介護支援専門員（連絡先）	
通院の頻度	例：月 1 回		
食事	食事形態：（ ） 食物アレルギーの有無：（ ） 食事制限の有無：（ ）		
生活習慣			
嗜好品			

注意事項

<input type="checkbox"/> 持病等に関する健康管理について 【 例：上記疾患（※）に対して、事業所管理での内服援助、通院援助をお願いします。 】
<input type="checkbox"/> 入所中に起きた転倒や事故、疾病、急変等の対応・連絡体制について 【 例：問い合わせ先 ○○市（町）地域包括支援センター 連絡先： 】
<input type="checkbox"/> 養護者が面会を求めてきた際の対応・連絡体制等について 【 例：問い合わせ先 ○○市（町）地域包括支援センター 連絡先： 】
<input type="checkbox"/> その他 【 例：買い物等を希望された際の対応については、現在、協議中です。後日、連絡します。】

※措置委託開始時に記載する。

		番 号 令和 年 月 日
面会制限決定通知書（例）		
様		
〇〇市（町）長		
高齢者虐待の防止、高齢者の養護に対する支援等に関する法律第 13 条に基づき、対象者との面会を制限します。		
面会制限をされる者	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日生（ 歳）
面会制限する理由		
対 象 者	住所又は居所	
	氏 名	（男・女）
	生 年 月 日	年 月 日生（ 歳）
問 い 合 わ せ 先	〇〇市（町） 地域包括支援センター 住所：〇〇市（町） 連絡先：	

- この決定について不服がある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、〇〇市（町）長に対して審査請求をすることができます。
- この決定については、上記1の審査請求のほか、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、〇〇市（町）を被告として（訴訟において〇〇市（町）を代表する者は〇〇市（町）長となります。）、決定の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記の審査請求をした場合には、決定の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この決定（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの決定（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや決定の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

番 号
令和 年 月 日

面会制限解除通知書（例）

様

〇〇市（町）長

次のとおり、〇〇市（町）町が、令和 年 月 日付け第 号により面会制限した、高齢者虐待の防止、高齢者の養護に対する支援等に関する法律第 13 条に基づく、対象者との面会制限を解除します。

面会制限を解除される者	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日生（ 歳）
面会制限を解除する理由		
対 象 者	住所又は居所	
	氏 名	(男・女)
	生 年 月 日	年 月 日生（ 歳）
問 い 合 わ せ 先	〇〇市(町) 地域包括支援センター 住所:〇〇市(町) 連絡先:	

- この決定について不服がある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、〇〇市(町)長に対して審査請求をすることができます。
- この決定については、上記1の審査請求のほか、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、〇〇市(町)を被告として(訴訟において〇〇市(町)を代表する者は〇〇市(町)長となります。)、決定の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記の審査請求をした場合には、決定の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この決定(審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの決定(審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや決定の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

高齢者虐待対応評価会議記録票

決 裁 欄(例) 参考様式14			
課 長	係 長	担 当 者	

高齢者本人氏名 _____ 様

計画作成者所属 _____ 地域包括支援センター

計画作成者氏名 _____

計画評価: _____回目 記入年月日 _____年 _____月 _____日

会議日時: _____年 _____月 _____日 _____時 _____分～ _____時 _____分

会議目的				出席者	所属: 氏名 所属: 氏名 所属: 氏名	所属: 氏名 所属: 氏名 所属: 氏名
課題番号	目標	実施状況(誰がどのように取り組んだか) 計画通りの役割分担・対応方法を実施した場合には、□にチェック	確認した事実と日付	目標及び対応方法の評価 目標及び対応方法に変更の場合、()内に記載		
		<input type="checkbox"/>		□目標達成 □目標の継続 □対応方法の継続 □目標の変更 □対応方法の変更 ()		
		<input type="checkbox"/>		□目標達成 □目標の継続 □対応方法の継続 □目標の変更 □対応方法の変更 ()		
		<input type="checkbox"/>		□目標達成 □目標の継続 □対応方法の継続 □目標の変更 □対応方法の変更 ()		
		<input type="checkbox"/>		□目標達成 □目標の継続 □対応方法の継続 □目標の変更 □対応方法の変更 ()		
		<input type="checkbox"/>		□目標達成 □目標の継続 □対応方法の継続 □目標の変更 □対応方法の変更 ()		
		<input type="checkbox"/>		□目標達成 □目標の継続 □対応方法の継続 □目標の変更 □対応方法の変更 ()		
虐待発生の リスク状況	虐待種別	判定	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px auto; width: 80%;"> <p>【判定欄に該当番号を記入】</p> <p>1. 虐待が発生している</p> <p>2. 虐待の疑いがある</p> <p>3. 一時的に解消(再発の可能性が残る)</p> <p>4. 虐待は解消した</p> <p>5. 虐待は確認されていない</p> </div>	高齢者本人の状況(意見・希望)		養護者の状況(意見・希望)
	1. 身体的虐待					養護者支援の必要性 □あり □なし
	2. 放棄・放任					
	3. 心理的虐待					
	4. 性的虐待					
	5. 経済的虐待					
6. その他						
新たな対応計画の必要性 ←			評価結果のまとめ(_____年 _____月 _____日現在の状況)	今後の対応		
<p>1. 虐待対応の終結</p> <p>2. 現在の虐待対応計画内容に基づき、対応を継続</p> <p>3. アセスメント、虐待対応計画の見直し</p> <p>4. その他()</p>			<p>➤ 1. 権利擁護対応(虐待対応を除く)に移行</p> <p>➤ 2. 包括的・継続的ケアマネジメント支援に移行</p> <p>➤ 3. その他()</p>			

第1表

高齢者虐待対応ケース会議記録・計画書(1)

決 裁 欄(参考様式15)		
課 長	係 長	担 当 者

高齢者本人氏名 _____ 様
 計画作成者所属 _____ 地域包括支援センター
 計画作成者氏名 _____

計画作成段階 _____ 見直し _____ 措置解除 _____ 虐待終結 _____
 計画の作成回数: ____回目 (初回計画作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

計画作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

会議日時: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分

会議目的		出席者	所属: 氏名 所属: 氏名 所属: 氏名 所属: 氏名	所属: 氏名 所属: 氏名 所属: 氏名 所属: 氏名
高齢者本人の意見・希望		関連機関等連携マップ		
養護者の意見・希望		※「アセスメント要約票」のⅢ、Ⅳを集約する		
総合的な対応方針 ※「アセスメント要約票」全体のまとめより		※支援の必要性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		

高齢者虐待対応ケース会議記録・計画書(2)

決 裁 欄(例)			
課 長	係 長	担当者	

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						
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など(虐待終結に向けた課題等を記載)	計画評価予定日	年	月	日
--	---------	---	---	---

※記入欄が足りない場合は、様式を追加して記入
 公益社団法人日本社会福祉士会 作成 Ver II-3(東京都健康長寿医療センター研究所「支援計画書(第2版)」、新潟県三条市作成様式を参考に作成)

2. 養介護施設従事者等による高齢者虐待

◆ 受付 ～ 指導

・ 通報等受付記録 -----	1 ～ 3
・ 必要情報収集チェックリスト -----	4, 5
・ 高齢者本人及び他の利用者への確認事項 -----	6
・ 養介護施設・事業所職員への面接・確認事項 -----	7
・ 身体的拘束等実施状況確認チェックリスト -----	8
・ 確認記録一覧（介護保険施設の場合） -----	9, 10
・ 養介護施設・事業所内における確認事項 -----	11
・ 持参物チェックリスト -----	12
・ 職員面接用質問票 -----	13
・ 職員面接用アンケート -----	14～16
・ 事実確認結果報告書（虐待事実なし） -----	17
・ 調査結果報告書（調査概要） -----	18
・ 調査結果報告書（入居者） -----	19
・ 調査結果報告書（施設職員） -----	20
・ 調査結果報告書（その他） -----	21
・ 対応方針検討票（職員用） -----	22
・ 対応方針検討票（施設用） -----	23
・ 対応方針検討票（改善計画） -----	24
・ 指導文書の例 -----	25

◆ 県への報告

・ 報告書①養介護施設従事者等による高齢者虐待についての対応状況（月報） 記載例 -----	26, 27
・ 報告書②養介護施設従事者等による高齢者虐待について（報告） -----	28～29
・ 報告書②（別紙） 【記載例】 -----	30～31

通報等受付記録

相談年月日	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分			方法	来所・電話・その他 ()	対応者			
相談者	氏名			男・女	続柄	本人、家族 ()、その他 ()、職員(職種) ()、不明			
	住所			電話			連絡の可否	可・否	
施設設置者			サービス種別	特養、老健、医療院、特定、住宅型有料、その他 ()、不明			施設名		
施設所在地				併設事業					
相談内容									

具体的通報内容

	いつ (日時)	どこで (場所)	誰が (被害者)	誰から (加害者)	内容や状況	いつ、誰が見聞きしたのか	虐待 種別
1	年月日 午前・午後 時ごろ 今月 3か月以内 1年以内 1年以上前 不明	居室 風呂 食堂等ホール トイレ 廊下 その他 () 不明	氏名: 性別: 男・女 年齢: 歳 その他(現在の所在、心身の状況等) 不明	氏名: 性別: 男・女 年齢: 歳 職種: その他(特徴等): 不明	(具体的や虐待行為、虐待を疑わせる行為) (回数) (あざや傷の部位・程度) (証拠の有無や提出の可否)	いつ 誰 ()に()が実際に見た ()に()が →被害者()から聞いた →加害者()から聞いた →第三者()から聞いた その他() 不明	身 心 性 経 不 他

2	年月日 午前・午後 時ごろ 今月 3か月以内 1年以内 1年以上前 不明	居室 風呂 食堂等ホール トイレ 廊下 その他 () 不明	氏名: 性別: 男・女 年齢: 歳 その他 不明	氏名: 性別: 男・女 年齢: 歳 職種: その他 不明	(具体的や虐待行為、虐待を疑わせる行為) (回数) (あざや傷の部位・程度) (証拠の有無や提出の可否)	いつ 誰 ()に()が実際に見た ()に()が →被害者()から聞いた →加害者()から聞いた →第三者()から聞いた その他() 不明	身 ネ 心 性 経 不 他
3	年月日 午前・午後 時ごろ 今月 3か月以内 1年以内 1年以上前 不明	居室 風呂 食堂等ホール トイレ 廊下 その他 () 不明	氏名: 性別: 男・女 年齢: 歳 その他 不明	氏名: 性別: 男・女 年齢: 歳 職種: その他 不明	(具体的や虐待行為、虐待を疑わせる行為) (回数) (あざや傷の部位・程度) (証拠の有無や提出の可否)	いつ 誰 ()に()が実際に見た ()に()が →被害者()から聞いた →加害者()から聞いた →第三者()から聞いた その他() 不明	身 ネ 心 性 経 不 他

* 身: 身体的虐待の疑い ネ: 介護・世話の放棄・放任の疑い 心: 心理的虐待の疑い 性: 性的虐待の疑い 経: 経済的虐待の疑い

不: 虐待とは言い切れないが不適切な状況等 他: その他

<今後の対応案>

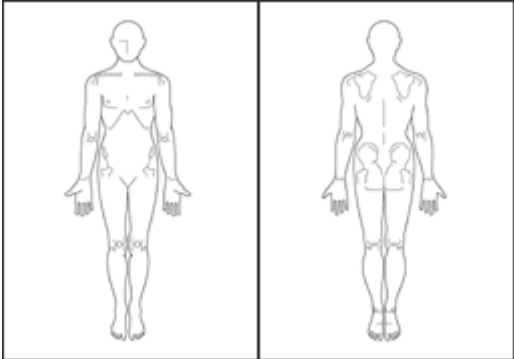
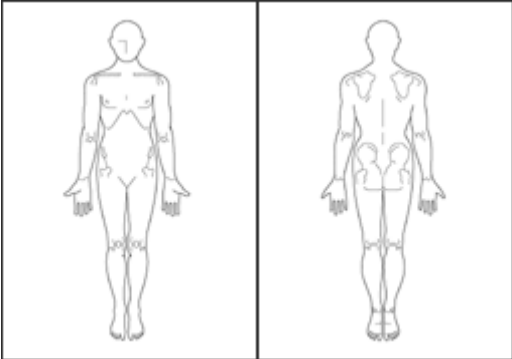
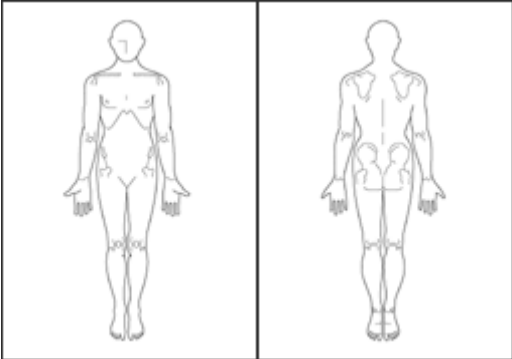
相談終了(聞き取りのみ 情報提供・助言 他機関への取次(機関名:) その他())

相談継続(監査 実地指導 調査 電話確認 その他())

市町へ連絡の必要性: あり なし

香川県(長寿社会対策課)に連絡

<上記判断根拠と対応方法>

	1	2	3
身体状況 (怪我の部 位など)			
建物の特 徴・施設内 の状況・見 取り図 (施 設内の本人 の居室の位 置など)			
その他			

必要情報収集チェックリスト

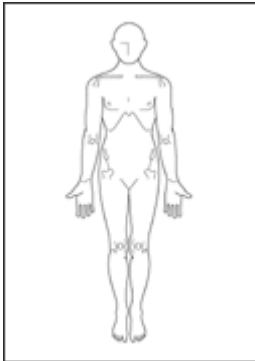
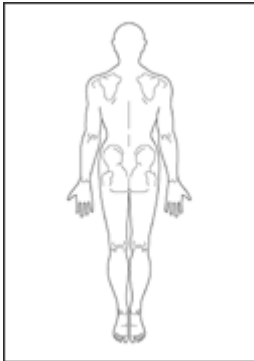
相談年月日	年 月 日の情報提供	苦情処理番号	
-------	------------	--------	--

1 高齢者本人の状況

氏名	<input type="checkbox"/> 不明	性別	男・女・不明	年齢	<input type="checkbox"/> 不明
施設・事業所名	<input type="checkbox"/> 不明	種別	<input type="checkbox"/> 不明		

2 情報収集項目

(1) 高齢者本人の情報

本人の状況 ※収集したものに チェックを入れる。 不明の場合は不明 と記入。	<input type="checkbox"/> 年齢 () <input type="checkbox"/> 性別 () <input type="checkbox"/> 要介護度 () <input type="checkbox"/> 保険者 () <input type="checkbox"/> 認知症高齢者の日常生活自立度 () <input type="checkbox"/> 障害高齢者の日常生活自立度 () <input type="checkbox"/> その他 ()	聞き取り日時 () 聞き取り先 () 聞き取り者 ()
家族の状況		
身体状況 (怪我の部位など)		
施設内の状況・見 取り図 (施設内の本人の 居室の位置など)		
備考		

2 養介護施設・事業所の状況

施設名				施設サービス種別	
過去の指導監査の結果	実施主体	調査種別	実施日	指導監査結果	
施設への苦情・相談	受付日	内容			対応
事故報告	報告日	内容			指導内容
その他					

3 通報者への再確認事項

再確認する事項	内容

高齢者本人及び他の利用者への確認事項

年月日	年	月	日の情報提供	苦情処理番号	
訪問調査実施年月日	年	月	日	確認者氏名	
聞き取り時間	時	分～	時	分	

聞き取った相手方氏名： _____

項目	聞き取り内容	
心身の状況、体調確認		
通報等の内容の事実	いつ	
	どこで	
	誰が	
	誰から	
	何をされたのか	
外傷・アザの有無、できた原因		
怯えている場合はその理由		
職員の態度、サービスについて		
困っていること 施設への希望、意向		
その他		

身体的拘束等実施状況確認チェックリスト

項目	判断	備考
1 身体拘束を実施しているか	有・無	
2 実施している場合、「緊急やむを得ない場合」の3要件を満たしているか		
【切迫性】利用者本人又は他の利用者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと	有・無	
【非代替性】身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと	有・無	
【一時性】身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること	有・無	
3 「緊急やむを得ない場合」の判断は、施設全体で行っているか	有・無	
4 身体拘束の内容、目的、理由、時間、時間帯、期間などを本人や家族に対して十分に説明し、理解を求めているか	有・無	
5 常に観察、再検討し、要件に該当しなくなった場合には直ちに解除しているか	有・無	
6 身体拘束の態様・時間、心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録すること	有・無	
7 次の行為を実施していないこと		
徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る	有・無	
転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る	有・無	
自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む	有・無	
点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る	有・無	
点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、又は皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける	有・無	
車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける	有・無	
立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する	有・無	
脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる	有・無	
他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る	有・無	
行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる	有・無	
自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する	有・無	

確認記録一覧（介護保険施設の場合）

	確認記録等	確認する内容	備考
1 高齢者本人に関する記録等	<input type="checkbox"/> 施設サービス計画 <input type="checkbox"/> アセスメント記録 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議録	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の心身状態に即した施設サービス計画が作成されているか、状態変化に応じた見直し、高齢者の要望に即した見直しが行われているか ・アセスメントは定期的に行われているか、状態の変化に応じて行われているか ・当該高齢者にどのような生活課題があり、その課題に対してどのような対処がなされていたか（方針、具体的な対応方法等） 	
	<input type="checkbox"/> 介護記録 <input type="checkbox"/> 生活相談記録	<ul style="list-style-type: none"> ・通報等の内容に関する記録が残されているか、どのような内容か（日時や状況を特定する手がかり） ・通報等の内容以外に、不適切なケアは行われていなかったか ・高齢者や家族からどのような相談が寄せられ、それに対してどのように対処していたか ・当該高齢者の生活課題や要望に即した介護がきちんとなされていたか 	
	<input type="checkbox"/> 看護記録 <input type="checkbox"/> 診療記録 <input type="checkbox"/> 処方箋	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の健康管理が適切に行われているか ・通報等の内容に関する記録が残されているか、どのような内容か、その際どのように対処したか ・通報等の内容以外に、当該高齢者の健康管理記録から気になる記載はないか 	
	<input type="checkbox"/> 事故報告 <input type="checkbox"/> ヒヤリハット記録	<ul style="list-style-type: none"> ・どのような状況で発生した事故・ヒヤリハット事例なのか ・事故等が発生した際の対応は適切に行われていたか ・事故やヒヤリハット事例が発生した要因は何か、再発防止に向けてどのような対策が取られていたか 	
	<input type="checkbox"/> 身体的拘束等の記録	<ul style="list-style-type: none"> ・身体拘束が行われている場合、身体拘束の3要件が満たされ、適正な手続きがとられているか 	
	<input type="checkbox"/> 入所契約書 <input type="checkbox"/> 金銭管理契約書 <input type="checkbox"/> 通帳、出納帳等	<ul style="list-style-type: none"> ・適正な契約内容となっているか（高齢者に不利な内容になっていないか） ・金銭管理は適正に行われているか。 	
2 利用者全員に関する記録等	<input type="checkbox"/> 事業計画	<ul style="list-style-type: none"> ・当該養介護施設・事業所の全体的な取組みを確認 	
	<input type="checkbox"/> 事業所パンフレット等 <input type="checkbox"/> 重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 利用者への配布書類	<ul style="list-style-type: none"> ・当該養介護施設・事業所の全体的な取組みを確認 	

	<input type="checkbox"/> 業務日誌（日報） <input type="checkbox"/> 申し送りノート	<ul style="list-style-type: none"> ・虐待や不適切なケアなどに関する記述がないか 	
3 （疑いを含む） 虐待を行った職員 に関する記録	<input type="checkbox"/> 勤務表	<ul style="list-style-type: none"> ・虐待等が発生した疑いの期日に勤務していた職員は誰か、その時の勤務体制に問題はなかったか ・担当者が決まっていたか、複数いたか等 ・当該職員の経験年数や能力に比して負担が大きい勤務状況になっていないか（勤務経験が浅い職員が週〇回の夜勤を行っていた等） 	
	<input type="checkbox"/> 研修計画 <input type="checkbox"/> 受講記録 <input type="checkbox"/> 業務日誌（日報） <input type="checkbox"/> 申し送りノート	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症ケアや虐待防止に関する研修計画は組まれていたか ・当該職員は研修を受講していたか ・虐待や不適切なケアなどに関する記述がないか 	
4 事業所の取組みに関する記録等	<input type="checkbox"/> 事業所全体の研修計画 <input type="checkbox"/> 実施記録	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所として高齢者虐待防止や認知症ケア等に対する研修に取り組んでいるか ・研修未受講者に対してどのようなフォローがなされているか 	
	<input type="checkbox"/> 事故防止検討委員会記録 <input type="checkbox"/> 虐待防止検討委員会記録 <input type="checkbox"/> 身体的拘束等適正化検討委員会の活動記録 <input type="checkbox"/> 苦情受付・対応記録 <input type="checkbox"/> 負担軽減・ストレスマネジメントなどの取組み	<ul style="list-style-type: none"> ・事故防止、虐待防止、身体拘束適正化に向けて、どのような委員会活動がなされているか ・事故防止、虐待防止、身体的拘束適正化に向けて、職員に対してどのように周知がなされ、取り組まれているか ・利用者や家族等からどのような苦情が寄せられ、どのように対応しているか ・職員の負担軽減やストレスマネジメントに取り組んでいるか 	

出典：社団法人 日本社会福祉士会. 市町村・都道府県のための養介護施設従事者等による高齢者虐待対応の手引き. 中央法規出版, 2012, p77-78. を基に作成

養介護施設・事業所内における確認事項

	確認事項	備考
て 1 の 確 認 事 項 当 該 高 齢 者 に つ い	<input type="checkbox"/> 当該高齢者の居室の配置（フロア見取り図） <input type="checkbox"/> 当該高齢者の居室内の物品等の配置、衛生状態 <input type="checkbox"/> フロア内、浴室、トイレ、廊下等における物品等の配置、衛生状態、構造上の問題 など	
2 施 設 全 体 の 運 営 状 況 を 把 握 す る た め の 確 認 事 項	<input type="checkbox"/> 勤務中の職員の人数は適切か、言葉使いはどうか <input type="checkbox"/> 居室の扉に内側から開けられない鍵がついていないか 施錠している場合の理由は何か <input type="checkbox"/> 清潔物と不潔物を混在保管していないか <input type="checkbox"/> 寝具は清潔か <input type="checkbox"/> 床・手摺り等は清掃がなされているか <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室にカビは発生していないか <input type="checkbox"/> 剃刀やコップの共用はないか <input type="checkbox"/> 廊下や居室の室温・明るさは適切か、便臭はないか <input type="checkbox"/> ナースコールやトイレの非常ボタンは適切に作動しているか <input type="checkbox"/> 石鹸・洗剤・消毒液・医薬品などは認知症のある入所者が自由に触れないようにしているか <input type="checkbox"/> テレビ・棚などは固定されているか <input type="checkbox"/> 火災時や急病時の緊急対応手順を記載したものが常備されているか <input type="checkbox"/> 廊下に物品を置いて車椅子ですれ違えなくなっていないか <input type="checkbox"/> 個人情報が入所者の目に触れる場所に放置されていないか。 <input type="checkbox"/> 苦情相談機関の電話番号が掲示されているか など	
た 3 め の 居 室 等 の 内 容 に 関 す る 事 実 確 認 の 把 握	<input type="checkbox"/> 施設内の居室、スタッフ室、エレベーター、居室内のベッド、備品や家具等の位置関係 <input type="checkbox"/> エレベーターの操作方法、ベッドや家具の高さ等 <input type="checkbox"/> 位置関係を把握した上で、人の動線、移動時間、行動パターン等 <input type="checkbox"/> 家具等に体をぶつけた場合にできるあざの位置や車椅子で移動した場合の目線の高さ等 など	

(職員面接用質問票)
〇〇〇(施設名)の運営状況に関する質問

職 種 : 介護・看護・その他(_____)

氏 名 : _____

記入日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

下記のとおり間違いありません。

◎ この質問は、介護保険法第 90 条第 1 項の規定に基づき「香川県長寿社会対策課」が行うものです。この質問に対して、回答しない、もしくは虚偽の回答をした場合等には、介護保険法第 92 条第 1 項の規定により罰則等が適用されることがあります。

◎ この質問は「〇〇〇」での処遇の実態を調査することを目的としています。調査の内容は「香川県長寿社会対策課」のみで使用し、個人の回答内容が外部に漏れることは一切ありません。

質問事項

- ①
- ②
- ③
- ④
- ⑤
- ⑥

質問 番号	いつ (年月日時間)	どこで (場所)	誰が (入所者名)	誰から (職員名)	何をされたか (内容)	どのように知 りましたか
①						
②						
③						
④						
⑤						
⑥						

(職員面接用アンケート)

〇〇〇 (施設名) の運営状況に関する質問

記入日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()

職種・氏名 _____

◎ この質問は、介護保険法第〇条第〇項の規定に基づき「香川県長寿社会対策課」が行うものです。

この質問に対して、回答しない、もしくは虚偽の回答をした場合等には、介護保険法第〇条第〇項の規定により罰則等が適用されることがあります。

◎ この質問は「〇〇〇〇〇」での処遇の実態を調査することを目的としています。調査の内容は「香川県長寿社会対策課」のみで使用し、個人の回答内容が外部に漏れることは一切ありません。

質問1 あなたは実際に身体拘束や暴力・暴言等の虐待が行われているのを見たと見えますか。

ある ない

質問2 質問1で「ある」と回答した方は、誰がどの利用者にいつどこで何をしたのを見ましたか。

	誰が (職員名)	どの利用者に (利用者名)	いつ (日時)	どこで (場所)	何をしたか (内容)
身体拘束					
暴力					
暴言					
その他					

質問2 質問1で「ある」と回答した方は、誰がどの利用者にいつどこで何をしたのを見ましたか。

	誰が (職員名)	どの利用者に (利用者名)	いつ (日時)	どこで (場所)	何をしたか (内容)
身体拘束					

暴 力					
暴 言					
そ の 他					

質問 3 身体拘束や暴力・暴言等の虐待を受けた利用者の介護について、配慮事項はありましたか。また、介護が難しいなどの負担感はありましたか。

- ある ない

質問 4 3で「ある」と回答した方は、どの利用者の介護について、どのような配慮事項がありました。なぜ介護が難しいとの負担を感じましたか。

利用者名	配慮事項	負担感

質問 5 あなたは利用者に身体拘束や暴力・暴言等の虐待を行ったことがありますか。

- ある ない

質問 6 5で「ある」と回答した方は、どの利用者についてどこで何を行いましたか

	どの利用者 (利用者名)	いつ (日時)	どこで (場所)	何をしたか (内容)
身体拘束				
暴 力				
暴 言				
そ の 他				

事実確認結果報告書（虐待事実なし）

事実確認日時： _____

調査対象施設・事業所名： _____

報告年月日： _____

【法人・事業所概要】

施設名	
所在地	
設置者	
理事長	
設置年月日	
定員	

【監査理由】

実施理由	
内容	

【監査体制】

監査実施日時	
実施者	県
	市町

【監査方法】

入所者の安否確認	
書類の確認	
職員に対する聞き取り	
入所者に対する聞き取り	

【確認結果】

確認事項	実施者	確認内容
施設内巡回		
書類の確認		
職員に対する聞き取り		
入所者に対する聞き取り		

【認定した事実】

認定事項	
------	--

【施設に対する指導】

指導内容①	
指導方法・基準	
指導内容②	
指導方法・基準	

調査結果報告書(調査概要)

事実確認日時: 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: 年 月 日() 午前/午後 時 分~ 時 分

【調査開始時の確認・説明事項】

説明した時間	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"/> 調査手段の説明 <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)

【事実確認調査当日の施設・事業所への指示・指導】

施設・事業所への指示・指導状況 (事実確認調査当日)	事実確認調査責任者 (決定権者)	
	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"/> 事実は認められないが改善を要する事項があり早急に対応が必要 → 指示 <input type="checkbox"/> 事実確認のみを行い、県に戻り検討
	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		

調査結果報告書(入居者)

	虐待の内容	聞き取り者	虐待・不適切なケアの概要							担当者名	聞き取り日時	
			いつごろ	どこで	誰が	誰から	何をされたか	その他特記事項 (本人の意向も記載)	虐待種別			通報
1		(氏名) 男・女 (才)								有・無	()虐待認定 ()不適切なケア ()不可	(氏名) 月 日 時 分
2		(氏名) 男・女 (才)								有・無	()虐待認定 ()不適切なケア ()不可	(氏名) 月 日 時 分
3		(氏名) 男・女 (才)								有・無	()虐待認定 ()不適切なケア ()不可	(氏名) 月 日 時 分
4		(氏名) 男・女 (才)								有・無	()虐待認定 ()不適切なケア ()不可	(氏名) 月 日 時 分
5		(氏名) 男・女 (才)								有・無	()虐待認定 ()不適切なケア ()不可	(氏名) 月 日 時 分
6		(氏名) 男・女 (才)								有・無	()虐待認定 ()不適切なケア ()不可	(氏名) 月 日 時 分
7		(氏名) 男・女 (才)								有・無	()虐待認定 ()不適切なケア ()不可	(氏名) 月 日 時 分
8		(氏名) 男・女 (才)								有・無	()虐待認定 ()不適切なケア ()不可	(氏名) 月 日 時 分
9		(氏名) 男・女 (才)								有・無	()虐待認定 ()不適切なケア ()不可	(氏名) 月 日 時 分

調査結果報告書(施設職員)

	虐待の内容	聞き取り者 (氏名) (職種)	虐待・不適切なケアの概要							虐待種別	通報	認定	担当者名 聞き取り (氏名) 月 日 分
			いつごろ	どこで	誰が	誰から	何をされたのを見聞きしたか	その他特記事項					
1		(氏名) (職種)					()見た()聞いた()推測			有・無	()虐待認定 ()不適切なケア ()不可	(氏名) 月 日 分	
2		(氏名) (職種)					()見た()聞いた()推測			有・無	()虐待認定 ()不適切なケア ()不可	(氏名) 月 日 分	
3		(氏名) (職種)					()見た()聞いた()推測			有・無	()虐待認定 ()不適切なケア ()不可	(氏名) 月 日 分	
4		(氏名) (職種)					()見た()聞いた()推測			有・無	()虐待認定 ()不適切なケア ()不可	(氏名) 月 日 分	
5		(氏名) (職種)					()見た()聞いた()推測			有・無	()虐待認定 ()不適切なケア ()不可	(氏名) 月 日 分	
6		(氏名) (職種)					()見た()聞いた()推測			有・無	()虐待認定 ()不適切なケア ()不可	(氏名) 月 日 分	
7		(氏名) (職種)					()見た()聞いた()推測			有・無	()虐待認定 ()不適切なケア ()不可	(氏名) 月 日 分	
8		(氏名) (職種)					()見た()聞いた()推測			有・無	()虐待認定 ()不適切なケア ()不可	(氏名) 月 日 分	
9		(氏名) (職種)					()見た()聞いた()推測			有・無	()虐待認定 ()不適切なケア ()不可	(氏名) 月 日 分	

調査結果報告書(その他)

緊急性の判断

	対象者	性別	年齢	疑われる虐待	緊急性等	具体的な内容
1					()生命・身体や財産に重大な危険 ()精神状態の著しい若しくは急激な悪化 ()虐待の恒常化や再発の危険性 ()本人の保護要請 ()養護者・支援者の不在 ()その他	
2					()生命・身体や財産に重大な危険 ()精神状態の著しい若しくは急激な悪化 ()虐待の恒常化や再発の危険性 ()本人の保護要請 ()養護者・支援者の不在 ()その他	
3					()生命・身体や財産に重大な危険 ()精神状態の著しい若しくは急激な悪化 ()虐待の恒常化や再発の危険性 ()本人の保護要請 ()養護者・支援者の不在 ()その他	

指定基準違反等・人格尊重義務違反

		項目	具体的な内容	返還	取消
1	人員基準違反			有・無	有・無
2				有・無	有・無
3	運営基準違反			有・無	有・無
4				有・無	有・無
5	その他基準違反			有・無	有・無
6				有・無	有・無

対応方針検討票(職員用)

問題点		内容	該当	具体的な現状
1	知識・技術の問題	高齢者介護に携わる職員が必要とする介護全般、認知症ケア（BPSD：認知症に伴う行動障害と精神症状への対応方法）、身体拘束廃止などの知識や技術が十分に習得されていない	有・無	
2	倫理の問題	高齢者介護に携わる職員に必要とされる倫理や法令遵守の必要性が十分に理解されていない。	有・無	
3	施設介護の方針の不明確さ	施設として職員に対してあるべき高齢者介護の姿を示していないため、職員が介護の方向性を決めかねている	有・無	
4	被虐待高齢者の介護の方針の問題	虐待等を受けた高齢者個人についてアセスメントが不十分、サービス担当者会議でケアプランの検討が十分になされていないなど、介護の内容に問題がある	有・無	
5	高齢者介護の体制の問題	施設としてアセスメント、ケアプラン作成、サービス担当者会議、モニタリングなどのチームケアを行う体制が十分に整っていないなど、高齢者介護に支障がでている	有・無	
6	参加と業務改善の仕組みの問題	施設が現場職員の意見を聞くなど施設経営への参加の機会を設けていない、各種委員会等への参加の機会を設けていない、業務改善の仕組みが整っていない	有・無	
7	建物の構造、設備等の問題	高齢者介護を行う上で建物の構造上の問題、設備、福祉用具などの問題があり、介護を適切に行えない、介護負担が増加する	有・無	
8	業務負担の問題	職員の業務負担の把握や、業務負担を軽減するための取り組みが十分でない	有・無	
9	相談体制の問題	職員が業務上の悩みなどを相談するための体制が不十分である	有・無	
10	待遇の問題	給与、昇給、昇進、有給休暇を取りづらいなど待遇面での不満がある	有・無	
11	その他の問題	その他、虐待を行うに至った理由等	有・無	

対応方針検討票(施設用)

	問題点	内容	該当	具体的な現状
組織運営	1 理念とその共有の問題	<ul style="list-style-type: none"> ・介護理念や組織全体の方針がない ・理念を共有するための具体策がない 	有・無	
	2 組織体制の問題	<ul style="list-style-type: none"> ・責任や役割が不明確である ・必要な組織がないか、あっても形骸化している ・職員教育のシステムがない 	有・無	
	3 運営姿勢の問題	<ul style="list-style-type: none"> ・情報公開に消極的である ・効率が優先されている ・家族との連携が不足している 	有・無	
負担・企業風土とストレス	4 負担の多さの問題	<ul style="list-style-type: none"> ・人手不足等により業務が多忙である ・夜勤時の負担がある 	有・無	
	5 ストレスの問題	<ul style="list-style-type: none"> ・負担の多さからストレスがある ・職場内の人間関係に問題がある 	有・無	
	6 組織風土の問題	<ul style="list-style-type: none"> ・虐待等を見て見ぬ振りを風潮がある ・安易なケアや身体拘束を容認する風潮がある ・連絡を徹底する体制が整っていない 	有・無	
倫理観と法令遵	7 "非"利用者本位の問題	<ul style="list-style-type: none"> ・安易に身体拘束を行っている ・介護が一斉・流れ作業になっている 	有・無	
	8 意識不足の問題	<ul style="list-style-type: none"> ・企業倫理が希薄である、薄れている ・介護理念が共有されていない 	有・無	
	9 虐待・身体拘束に関する意識・知識の問題	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者虐待防止法等の必要な法令を知らない ・身体拘束に替わるケアを知らない・考えられない 	有・無	
ケアの質	10 認知症ケアの問題	<ul style="list-style-type: none"> ・「何もわからない」などの中核症状への誤解がある ・行動・心理症状（BPSD）へのその場しのぎの対応しかできない 	有・無	
	11 アセスメントと個別ケアの問題	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の心理状態を把握していない ・アセスメントやケアプランと実際のケアの内容が連動していない 	有・無	
	12 ケアの質を高める教育の問題	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症ケアに関して学習する機会が不足している ・アセスメントとその活用方法の知識不足がある 	有・無	
チームアプローチ	13 役割や仕事の範囲の問題	<ul style="list-style-type: none"> ・リーダーの役割が不明確である ・介護単位があいまいであったり、広すぎる 	有・無	
	14 職員間の連携の問題	<ul style="list-style-type: none"> ・情報共有の仕組みがない ・意志決定の仕組みがない ・異なる職種間の連携がない ・年齢や採用条件による壁がある ・社会的な手抜き（誰かがやってくれる）の意識がある 	有・無	

対応方針検討票(改善計画)

虐待発生要因		現状	改善内容					
職員	組織運営		目標	方法	開始時期	達成時期	優先度	責任(担当)者

- ・虐待発生要因の欄には対応方針検討票(職員)(組織運営)で検討した問題点の番号を記載する
- ・達成時期は「すぐにできること」「3か月以内にできること」「1年以内にできること」などに整理する

指導文書の例

参考例

〇〇市町第〇〇〇号

令和〇〇年〇月〇日

〇〇法人 〇〇施設

理事長 〇〇〇様

〇〇市町村長 〇〇〇

施設における虐待と思われる事象に係る調査結果通知
及び改善計画の提出依頼について

〇〇施設において令和〇年〇月〇日から〇月〇日までの間に実施した介護保険法〇条（老人福祉法〇条）に基づく事実確認の調査の結果については、下記のとおり通知します。改善計画を令和〇年〇月〇日までに提出願います。

なお、改善計画をもとに、定期的な訪問や聞き取り等の調査を行う予定です。

記

1 調査結果

〇〇施設において、〇〇月〇〇日夜中に発生した入所者に対する施設職員における行為は、虐待に該当すると判断しました。

以前から入所者に対して暴言や暴力と思えるような言動があり、高齢者虐待（人格尊重義務違反）があったことを確認しました。

また、本調査においては、痣などの身体的な状態について記録の記載、及び施設内での連携や対応方針の明確化などがなされず対応方針が徹底できていない状況が確認されました。

2 改善計画の提出

〇〇施設において、以下の点を重視して施設内部での調査検討を全職員が関与する形で行うとともに、調査結果に基づき経営者・管理者の責任において改善計画書（書式は任意）作成及び提出を求めます。なお、改善の取組においては具体的な目標及び達成時期など必ず明記することを求めます。

- (1) 虐待対応マニュアルの整備
- (2) 職員全員に対する虐待対応マニュアル等の周知徹底
- (3) 第三者委員会の設立及び施設内での虐待が発生した原因の究明と検討
- (4) 職員の外部研修の実施と評価の充実
- (5) 風通しのよい職場づくりの検討と具体的な対策

以上

報告書① 養介護施設従事者等による高齢者虐待についての対応状況(月報)

別添1

年度	令和 年度
県への報告月	月

市町名	〇〇市町
-----	------

※前月末日締め of 状況を記載するとともに、前月分の報告を全件コピーし、進捗状況によって2～5を追加修正して報告してください。

※年度内に終結していない事例(虐待の有無が未確定または、虐待「有」だが報告書②が未提出)は追加して、翌年度も継続して報告してください。

1 新規の相談・通報		2 事実確認調査の有無 ((該当するものに○))			3 事実確認調査の実施状況 ((該当するものに○))		4 虐待の有無 ((該当するものに○)) ※有は、報告書②の提出が必要			5 報告書②の提出 ((該当するものに○、提出予定については、時期を記入))	
新たに相談・通報 を受理した月	No.	有	無	検討中	市町単独	県と共同	有	無	虐待の判断に至 らなかった	提出予定	提出済
令和 年 月	1										
令和 年 月	2										
令和 年 月	3										
令和 年 月	4										
令和 年 月	5										
令和 年 月	6										
令和 年 月	7										
令和 年 月	8										
令和 年 月	9										
令和 年 月	10										

【記載方法】

1 新規の相談・通報

新たに相談・通報を受理した月を入力し、事例毎に、通し番号を付ける。
相談や関わった回数ではなく、被虐待者毎（被虐待者2名の場合は2件。虐待者の人数は問わない。）とする。
一旦終結し、再度相談や通報があった事例は新規として計上する。

2 事実確認調査の有無

立入調査、訪問調査、関係者からの情報収集により事実確認を行ったものについては、有に○をする。

3 事実確認調査の実施状況

市町単独または県と共同のどちらかに○をする。

4 虐待の有無

コアメンバー会議等で虐待と認定した事例を計上する。

5 報告書②の提出

4にて、虐待「有」の事例は、報告書②を提出する。
提出予定（記入例：○月末に提出予定）を記入するとともに、提出後は「提出済」に○をする。

【提出】

前月末日締め of 状況を当月20日までに報告してください。

報告書① 養介護施設従事者等による高齢者虐待についての対応状況(月報)

別添1

記載例

年度	令和3年度
県への報告月	6月

市町名	〇〇市
-----	-----

虐待の事実が認められたものは、有としてください。

虐待の事実が認められなかったものは、無としてください。

<令和3年度より項目追加>
厚生労働省が実施する高齢者虐待防止法に基づく対応状況等に関する調査項目に合わせて追加しています。

※前月末締めめの状況を記載するとともに、前月分の報告を全件コピーし、進捗状況によって2~5を追加修正して報告してください。

※年度内に終結していない事例(虐待の有無が未確定または、虐待「有」だが報告書②が未提出)は追加して、翌年度も継続して報告してください。

1 新規の相談・通報		2 事実確認調査の有無 (該当するものに○)			3 事実確認調査の実施状況 (該当するものに○)		4 虐待の有無 (該当するものに○) ※有は、報告書②の提出が必要			5 報告書②の提出 (該当するものに○、提出予定については、時期を記入)	
新たに相談・通報を受理した月	No.	有	無	検討中	市町単独	県と共同	有	無	虐待の判断に至らなかった	提出予定	提出済
令和3年4月	1	○			○		○				○
令和3年4月	2	○			○		○				○
令和3年5月	3	○			○			○			
令和3年6月	4	○				○	○			○	7月中に提出予定
令和3年6月	5			○							
令和3年 月	6										
令和3年 月	7										
令和3年 月	8										
令和3年 月	9										
令和3年 月	10										

事実確認調査が検討中であっても、対応経過の中で有無が決まりましたら、修正し、次回の報告月に報告してください。

県と共同にて事実確認調査を行ったものについても報告書② 養介護施設従事者等による高齢者虐待について(報告)の提出をお願いします。

被虐待者が2名の場合は、報告書② 養介護施設従事者等による高齢者虐待について(報告)の2 養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けた又は受けたと思われる高齢者の性別、年齢区分及び要介護度、認知症高齢者の日常生活自立度、心身の状況 に2名分の記載をお願いします。

【記載方法】

1 新規の相談・通報

新たに相談・通報を受理した月を入力し、事例毎に、通し番号を付ける。相談や関わった回数ではなく、被虐待者毎(被虐待者2名の場合は2件。虐待者の人数は問わない。)とする。一旦終結し、再度相談や通報があった事例は新規として計上する。

2 事実確認調査の有無

立入調査、訪問調査、関係者からの情報収集により事実確認を行ったものについては、有に○をする。

3 事実確認調査の実施状況

市町単独または県と共同のどちらかに○をする。

4 虐待の有無

コアメンバー会議等で虐待と認定した事例を計上する。

5 報告書②の提出

4にて、虐待「有」の事例は、報告書②を提出する。提出予定(記入例:○月末に提出予定)を記入するとともに、提出後は「提出済」に○をする。

【提出】

前月末締めめの状況を当月20日までに報告してください。

報告書② 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、当市町において事実確認を行い

- 養介護施設従事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、県の迅速な対応を行う必要がある事案である。
- 更に県と共同して事実の確認を行う必要がある事案である。

{

(注) (※) 印の項目については、不明な場合には記載しなくてもよい。

1 養介護施設等の名称、サービス種別及び所在地

・名 称： _____

・サービス種別： _____
 (事業所番号： _____)

・所 在 地： _____

TEL _____ FAX _____

2 養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けた又は受けたと思われる高齢者の性別、年齢区分及び要介護度、認知症高齢者の日常生活自立度、心身の状況

	1	2	3
性別			
年齢区分 ※			
要支援・要介護度			
認知症高齢者の日常生活自立度			
障害高齢者の日常生活自立度			
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 性的虐待 その他 (_____)	介護・世話の放棄・放任 経済的虐待	心理的虐待		
虐待の内容					
発生要因					
判断日*	令和	年	月	日	*虐待ありと判断した日

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 (※)
(資格を有するものについてはその資格及び職名を、その他のものについては職名及び職務内容を記載すること)	

5 市町が行った対応（通報受理から調査、対応等を時系列に整理した別紙を添付すること）

- 施設等に対する指導
- 施設等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）

（ ）

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 22 条第 1 項の規定に基づき、上記のとおり報告する。

令和 年 月 日

香川県（健康福祉部長寿社会対策課長）

所属長

各市町の所属長名を記載してください

別添3 報告書②（別紙）

市町が行った対応

年月日	状況

【記載方法】

- ① 通報受理から調査、対応等について、介護保険法の規定に基づき対応した事案は、下記を参考に時系列に整理し、状況を具体的に記載してください。
※報告聴取や指導内容等について具体的記載が難しい場合は、それが分かる文書を添付してください。
- 1) 報告聴取、質問、立入検査
 - 2) 改善勧告
 - 3) 改善勧告に従わない場合の公表
 - 4) 改善命令
 - 5) 指定の効力停止
 - 6) 指定の取消
- ② 通報受理から調査、対応等について、老人福祉法の規定に基づき対応した事案は、下記を参考に時系列に整理し、状況を具体的に記載してください。
※報告徴取や指導内容等について具体的記載が難しい場合は、それが分かる文書を添付してください。
- 1) 報告聴取、質問、立入検査
 - 2) 改善命令
 - 3) 事業の制限、停止、廃止
 - 4) 認可取消
- ③ 改善計画書の提出があった事案は、添付してください。
- ④ 改善計画書の提出後、当該施設等の改善状況を実施指導や監査等で確認した場合についても具体的に記載してください。

別添3 報告書②（別紙）【記載例】

市町が行った対応

年月日	状況
令和〇年 4月10日	A施設に勤務する匿名職員から高齢者虐待に係る相談を受ける。 ＜相談内容＞ A施設に勤務し始めて数か月たつが、職員Bは、入所者に対して虐待しているようである。職員Bが介助した後は、手や足にあざができていくことがある。先日、夜勤をしていた職員Bから引き継ぐと、手の形のあざが左頬にできている入所者がいた。
〇月〇日	課内で協議、介護保険法の規定に基づく監査を実施することになる。
〇月〇日	監査を実施（別添1を参照）
〇月〇日	監査結果について課内協議 職員及び入所者への聞き取りの結果、職員Bも虐待を認め、複数職員からの目撃情報及び医師の診察の結果から、職員Bによる身体的虐待と認定する。
5月20日	報告書①を県へ提出する。
〇月〇日	A施設へ監査結果を通知（別添2を参照）
〇月〇日	A施設から改善報告書（別添3）の提出を受ける。
〇月〇日	改善報告提出後の実態確認のため立入。改善報告書の記載内容について確認。 ・記載のある職員の報告連絡体制 ・研修記録、職員のサポート体制、勤務体制 今回、確認した項目については、次年度、改めて確認する。
6月20日	報告書①（追記分）及び、報告書②を県へ提出する。

【記載方法】

① 通報受理から調査、対応等について、介護保険法の規定に基づき対応した事案は、下記を参考に時系列に整理し、状況を具体的に記載してください。

※報告聴取や指導内容等について具体的記載が難しい場合は、それが分かる文書を添付してください。

- 1) 報告聴取、質問、立入検査
- 2) 改善勧告
- 3) 改善勧告に従わない場合の公表
- 4) 改善命令
- 5) 指定の効力停止
- 6) 指定の取消

② 通報受理から調査、対応等について、老人福祉法の規定に基づき対応した事案は、下記を参考に時系列に整理し、状況を具体的に記載してください。

※報告徴取や指導内容等について具体的記載が難しい場合は、それが分かる文書を添付してください。

- 1) 報告聴取、質問、立入検査
- 2) 改善命令
- 3) 事業の制限、停止、廃止
- 4) 認可取消

③ 改善計画書の提出があった事案は、添付してください。

④ 改善計画書の提出後、当該施設等の改善状況を実施指導や監査等で確認した場合についても具体的に記載してください。