

社団法人 日本社会福祉士会版 高齢者虐待対応帳票 Ver.Ⅱ-2.2



帳票は一部書式が変更し「高齢者虐待対応帳票 Ver.Ⅱ-2.2」になっています。
本会ホームページに掲載していますのでご活用ください。

<掲載場所>本会HPトップページ(<https://jacsw.or.jp/>) →
社会福祉士の皆様へ→資料室→虐待対応関連情報→高齢者虐待対応

(2022年05月)

相談・通報・届出受付票（総合相談）

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： <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（ ）		
	<input type="checkbox"/> 同上		
	連絡先	電話番号	職業
その他特記事項			

【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】

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

事実確認票－チェックシート

確認者：

確認日時：

年 月 日 時 ～ 年 月 日 時

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"/> 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)

※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 1、2、3、4、5
		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 1、2、3、4、5
		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 1、2、3、4、5
		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 1、2、3、4、5
		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・腫脹、その他() 部位: _____ 大きさ: _____ 色: _____	()が()から確認した 1、2、3、4、5
		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 1、2、3、4、5
		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 1、2、3、4、5
		その他		()が()から確認した 1、2、3、4、5
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 1、2、3、4、5
		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 1、2、3、4、5
		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 1、2、3、4、5
		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 1、2、3、4、5
		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 1、2、3、4、5
		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 1、2、3、4、5
		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 1、2、3、4、5
		その他		()が()から確認した 1、2、3、4、5
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 1、2、3、4、5
		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」「帰りたい」などの発言、その他()	()が()から確認した 1、2、3、4、5
		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 1、2、3、4、5
		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 1、2、3、4、5
		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 1、2、3、4、5
		性的事柄の訴え	「生殖器の写真が撮られた」などの発言、その他()	()が()から確認した 1、2、3、4、5
		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 1、2、3、4、5
		その他		()が()から確認した 1、2、3、4、5
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 1、2、3、4、5
		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 1、2、3、4、5
		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 1、2、3、4、5
		その他		()が()から確認した 1、2、3、4、5
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 1、2、3、4、5
		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 1、2、3、4、5
		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 1、2、3、4、5
		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 1、2、3、4、5
		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 1、2、3、4、5
		費用負担	サービス利用負担が突然払えなくなる、サービス利用のためらう、その他()	()が()から確認した 1、2、3、4、5
		その他		()が()から確認した 1、2、3、4、5
養 護 者 の 態 度 等		支援者への発言	「何をやるかわからない」「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 1、2、3、4、5
		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 1、2、3、4、5
		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 1、2、3、4、5
		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 1、2、3、4、5
		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どうとしない、その他()	()が()から確認した 1、2、3、4、5
		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 1、2、3、4、5
		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 1、2、3、4、5
	その他		()が()から確認した 1、2、3、4、5	

アセスメント要約票

対応計画 ____回目用

アセスメント要約日： 年 月 日 要約担当者：

高齢者本人氏名：		性別・年齢： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 歳	居所： <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入所・院
養護者氏名：		性別・年齢： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 歳	高齢者本人との関係： 同別居の状況： <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
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"/> 入所 <input type="checkbox"/> 不明 / 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）	

I. 高齢者本人の情報 面接担当者氏名：			虐待発生リスク	
【健康状態等】				
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				
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） <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				
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： /申立年月日： ） <input type="checkbox"/> なし			□	
【各種制度利用】				
<input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 総合支援法 <input type="checkbox"/> その他（ ）			□	
【経済情報】				
収入額 月 ____万円（内訳： ） 預貯金等 ____万円 借金 ____万円 1ヶ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（ ）				
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"/> 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 <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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 不明）		□
		【その他特記事項】		□

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 () 具体的症状等⇒		
性格的な偏り:		
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		
【就労状況】		<input type="checkbox"/>
<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 ()		
【近隣との関係】		<input type="checkbox"/>
<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		
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ならない事項」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

決裁欄(例)	
課長	係長
	担当者

高齢者本人氏名

殿

計画作成者所属

地域包括支援センター

初回計画作成日

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 氏名 氏名	所属: 氏名 氏名 氏名
虐待事実の判断	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			
緊急性の判断根拠	養護者の意見・希望		
総合的な対応方針 ※「アセスメント要約票」全体のまとめ	対応の内容		

虐待の事実なし 判断できず
 虐待の事実あり
 → 身体的虐待 放棄・放任 心理的虐待 性的虐待 経済的虐待 その他
 緊急性なし 判断できず
 緊急性あり
 入院や通院が必要 (重篤な外傷、脱水、栄養失調、衰弱等)
 高齢者本人・養護者が保護を求めている
 暴力や脅しが日常的に行われている
 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
 虐待につながる家庭状況・リスク要因がある
 高齢者の安全確認ができていない
 その他 ()

※支援の必要性 あり なし 不明
 事実確認を継続(期限を区切った継続方針)
 立入調査 警察への援助要請
 緊急分離保護 () 入院 ()
 面会制限
 在宅サービスマニュアル・調整 ()

【措置の適用】

有: 訪問介護 通所介護 短期入所生活介護
 認知症対応型共同生活介護 小規模多機能型居宅介護
 養護老人ホーム 特別養護老人ホーム
 無
 検討中 (理由:)

成年後見制度または日常生活自立支援事業の活用
 経済的支援 (生活保護相談・申請/各種減免手続き等) ()
 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ぬ事項など(「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	年 月 日

※記入欄が足りない場合は、様式を追加して記入

第1表

高齢者虐待対応ケース会議記録・計画書(1)

決裁欄(例)	
課長	係長 担当者

高齢者本人氏名 殿
 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

出席者	氏名 氏名 氏名 氏名 所属: 所属: 所属: 所属: 氏名 氏名 氏名 氏名
会議目的	※「アセスメント要約票」のⅢ、Ⅳを集約する 関連機関等連携マップ
高齢者本人の意見・希望	
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
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	

第2表

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 <small>優先順位</small>	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ぬ事項など(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

社団法人日本社会福祉士会 作成 Ver II-2.2(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)

高齢者虐待対応評価会議記録票

決 裁 欄 (例)	
課 長	担 当 者

高齢者本人氏名 _____ 殿
 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 _____年 _____月 _____日
 記入年月日 _____年 _____月 _____日
 会議日時：_____時 _____分 _____分

会議目的		出席者	所属	氏名
課題番号	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	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
虐待発生のリスク状況	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> 【判定欄に該当番号を記入】 1. 虐待が発生している 2. 虐待の疑いがある 3. 一時的に解消(再発の可能性が残る) 4. 虐待は解消した 5. 虐待は確認されていない </div>	高齢者本人の状況(意見・希望)	養護者の状況(意見・希望)	
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		
	1. 虐待対応の終結 2. 現在の虐待対応計画内容に基づき、対応を継続 3. アセスメント、虐待対応計画の見直し 4. その他(_____)	1. 権利擁護対応(虐待対応を除く)に移行 2. 包括的・継続的ケアマネジメント支援に移行 3. その他(_____)		

