

## 高齢者虐待対応帳票

公益社団法人 日本社会福祉士会版

養介護施設従事者等による高齢者虐待対応帳票 Ver. I-2

(2024年3月16日改定)

No	帳票名	ページ
1	通報・届出受付票	1
2	情報共有・協議票	3
3	事実確認準備票	4
4	面接調査票（高齢者本人用、その他の高齢者用、管理者用、主任・リーダー用、一般職員用、虐待を行った疑いのある職員用）	6
5	各種書類等確認票	19
6	養介護施設・事業所の状況把握・点検票	20
7	事実確認調査結果報告書	21
8	アセスメント要約票	25
9	養介護施設従事者等による高齢者虐待対応ケース会議記録・計画書 （1）（2）～判断会議用	28
10	養介護施設従事者等による高齢者虐待対応ケース会議記録・計画書 （1）（2）	30
11	養介護施設従事者等による高齢者虐待対応評価会議記録票	32

※各帳票の解説は講義2資料をご参照ください。

## 通報・届出受付票

受付日	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 (続柄: ) <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	性別		
	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	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	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					

【主訴・通報の概要、虐待（疑い）の状況】

相談内容				
発生日時	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	□複数 □不明	職種	□不明	
虐待の可能性 (具体的 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など、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、職員が対応しないなど、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」など威嚇的な発言や態度、「死ね」「臭い」「汚い」など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 ( )	( )		( )

情報共有・協議票

協議日時： 年 月 日 ( ) 午前/午後 時 分

協議参加者： \_\_\_\_\_ 決定者： \_\_\_\_\_

【基本情報】

高齢者本人	氏名： <input type="checkbox"/> 特定できず	性別：	年齢： _____ 歳・不明
施設・事業所	名称：	種別： <input type="checkbox"/> 指定介護保険施設・事業所 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 指定障害福祉施設・事業所	

【情報収集依頼項目】

1. 介護保険担当部署、指導監査担当部署への依頼事項

高齢者本人の情報	本人の状況	<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"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 障害者・認知症日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 成年後見人等の有無	依頼日時 ( 月 日 ( ) 午前/午後 時 分) 依頼先 ( ) 依頼者 ( )
	サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 担当介護支援専門員 <input type="checkbox"/> ケアプランの内容 <input type="checkbox"/> 当該施設・事業所サービスの利用開始時期	依頼日時 ( 月 日 ( ) 午前/午後 時 分) 依頼先 ( ) 依頼者 ( )
	その他	<input type="checkbox"/>	依頼日時 ( 月 日 ( ) 午前/午後 時 分) 依頼先 ( ) 依頼者 ( )
当該施設・事業所に関する情報	高齢者虐待	<input type="checkbox"/> (過去) 虐待が疑われる通報等の有無 <input type="checkbox"/> (過去) 虐待の有無と対応状況	依頼日時 ( 月 日 ( ) 午前/午後 時 分) 依頼者 ( )
	監査の状況	<input type="checkbox"/> 監査結果 <input type="checkbox"/> 監査日 <input type="checkbox"/> 改善状況	依頼日時 ( 月 日 ( ) 午前/午後 時 分) 依頼者 ( )
	指導の状況	<input type="checkbox"/> 実地指導結果 <input type="checkbox"/> 実施指導日 <input type="checkbox"/> 改善状況	依頼日時 ( 月 日 ( ) 午前/午後 時 分) 依頼者 ( )
	苦情の状況	<input type="checkbox"/> 苦情の内容 <input type="checkbox"/> 日時 <input type="checkbox"/> 改善状況	依頼日時 ( 月 日 ( ) 午前/午後 時 分) 依頼者 ( )
	事故報告	<input type="checkbox"/> 事故報告内容 <input type="checkbox"/> 報告日時 <input type="checkbox"/> 改善状況	依頼日時 ( 月 日 ( ) 午前/午後 時 分) 依頼者 ( )
	その他	<input type="checkbox"/>	依頼日時 ( 月 日 ( ) 午前/午後 時 分) 依頼者 ( )

2. その他の関連部署等への依頼事項

住民票等	<input type="checkbox"/> 住民票	依頼日時 ( 月 日 ( ) 午前/午後 時 分) 依頼先 ( ) 依頼者 ( )
生活保護	<input type="checkbox"/> 生活保護受給状況	依頼日時 ( 月 日 ( ) 午前/午後 時 分) 依頼先 ( ) 依頼者 ( )
障害福祉	<input type="checkbox"/> 障害者手帳有無 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス利用状況	依頼日時 ( 月 日 ( ) 午前/午後 時 分) 依頼先 ( ) 依頼者 ( )
医療	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> 国民健康保険	依頼日時 ( 月 日 ( ) 午前/午後 時 分) 依頼先 ( ) 依頼者 ( )
その他	<input type="checkbox"/>	依頼日時 ( 月 日 ( ) 午前/午後 時 分) 依頼先 ( ) 依頼者 ( )

3. 都道府県等関係機関への依頼事項

都道府県による監査の状況	<input type="checkbox"/> 監査結果 <input type="checkbox"/> 監査日 <input type="checkbox"/> 改善状況	依頼日時 ( 月 日 ( ) 午前/午後 時 分) 依頼先 ( ) 依頼者 ( )
都道府県による指導の状況	<input type="checkbox"/> 実地指導結果 <input type="checkbox"/> 実施指導日 <input type="checkbox"/> 改善状況	依頼日時 ( 月 日 ( ) 午前/午後 時 分) 依頼先 ( ) 依頼者 ( )
都道府県への苦情	<input type="checkbox"/> 苦情の内容 <input type="checkbox"/> 日時 <input type="checkbox"/> 改善状況	依頼日時 ( 月 日 ( ) 午前/午後 時 分) 依頼先 ( ) 依頼者 ( )
国保連合会への苦情	<input type="checkbox"/> 苦情の内容 <input type="checkbox"/> 日時 <input type="checkbox"/> 改善状況	依頼日時 ( 月 日 ( ) 午前/午後 時 分) 依頼先 ( ) 依頼者 ( )
運営適正化委員会への苦情	<input type="checkbox"/> 苦情の内容 <input type="checkbox"/> 日時 <input type="checkbox"/> 改善状況	依頼日時 ( 月 日 ( ) 午前/午後 時 分) 依頼先 ( ) 依頼者 ( )
その他	<input type="checkbox"/>	依頼日時 ( 月 日 ( ) 午前/午後 時 分) 依頼先 ( ) 依頼者 ( )

## 事実確認準備票

### 【事実確認の方法と参加者】

協議日時： 年 月 日 ( ) 午前/午後 時 分

協議参加者： \_\_\_\_\_ 決定者： \_\_\_\_\_

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"/> 高齢者虐待防止法による任意調査 <input type="checkbox"/> 実地指導（介護保険法第23条に基づく） <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	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： 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"/> 指導等を繰り返している施設・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 ( 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 ( _____ )
--

**【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"/> 身分証明書 <input type="checkbox"/> 介護保険検査証 <input type="checkbox"/> 通知文書
調査中	午前/午後 時 分～ 時 分迄	<b>【虐待を受けた疑いのある高齢者面接】</b> 対象者__名 (氏名： ) (氏名： )	担当： 担当：		<input type="checkbox"/> 面接調査票（高齢者本人用） <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	<b>【その他高齢者面接】</b> 対象者__名 (氏名： ) (氏名： )	担当： 担当：		<input type="checkbox"/> 面接調査票（その他の高齢者用） <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	<b>【管理者面接】</b> 対象者__名 (職名・氏名： ) (職名・氏名： )	担当： 担当：		<input type="checkbox"/> 面接調査票（管理者用）
	午前/午後 時 分～ 時 分迄	<b>【主任・リーダー面接】</b> 対象者__名 (職名・氏名： ) (職名・氏名： )	担当： 担当：		<input type="checkbox"/> 面接調査票（主任・リーダー用）
	午前/午後 時 分～ 時 分迄	<b>【一般職員面接】</b> 対象者__名 (職名・氏名： ) (職名・氏名： ) (職名・氏名： )	担当： 担当：		<input type="checkbox"/> 面接調査票（一般職員用）
	午前/午後 時 分～ 時 分迄	<b>【虐待を行った疑いのある職員への面接】</b> 対象者__名 (職名・氏名： ) (職名・氏名： )	担当： 担当：		<input type="checkbox"/> 面接調査票（虐待を行った疑いのある職員用）
	午前/午後 時 分～ 時 分迄	<b>【その他関係者への面接】</b> 対象者__名 (職名・氏名： ) (職名・氏名： )	担当： 担当：		
	午前/午後 時 分～ 時 分迄	各種書類等確認	担当： 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： 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 :
- 施設長など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： 年 月 日 ( ) 午前/午後 時 分～ 開催場所： \_\_\_\_\_  
 会議参加者： \_\_\_\_\_

## 面接調査票（高齢者本人用）

面接者： \_\_\_\_\_ ， 記録者 \_\_\_\_\_ 確認日時： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（ ） 午前／午後 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分～ \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

高齢者本人氏名		性別		生年月日	年 _____ 月 _____ 日生	年齢	歳
面接場所	<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 施設・事業所内（ _____ ） <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）						
面接時の同席者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（氏名、職種・職位： _____ ）						

**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）**

**【高齢者本人】** ※高齢者本人と面接した際の発言内容、状態・行動・態度や面接者が気づいたこと等を記載

**【高齢者本人に関する情報】**

○施設・事業所職員からの情報

○第三者（ \_\_\_\_\_ ）からの情報

## 面接調査票（高齢者本人用）－チェックシート

### 【対象者の状況】

※1 「通」：通報があった内容に○をつける。「確認日」：事実確認調査で確認した日付を記入。

※2 太字項目の各項目が確認された場合は、緊急性の有無について適切な判断が必要。

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		<b>外傷等</b>	頭部外傷（血腫、骨折等の疑い）、腹部外傷、重度の褥そう、その他（ ） 部位： 大きさ：	1、2、3、4、5 （ ）が（ ）から確認した
		<b>全身状態・意識レベル</b>	全身衰弱、意識混濁、その他（ ）	1、2、3、4、5 （ ）が（ ）から確認した
		<b>脱水症状</b>	重い脱水症状、脱水症状の繰り返し、軽い脱水症状、その他（ ）	1、2、3、4、5 （ ）が（ ）から確認した
		<b>栄養状態等</b>	栄養失調、低栄養・低血糖の疑い、その他（ ）	1、2、3、4、5 （ ）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：	1、2、3、4、5 （ ）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（ ）	1、2、3、4、5 （ ）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（ ）	1、2、3、4、5 （ ）が（ ）から確認した
		身体拘束	ベッド4点柵、ミトン・つなぎ服、車いす腰ベルト・拘束帯装着、居室内への隔離 向精神薬の過剰服薬、その他（ ）	1、2、3、4、5 （ ）が（ ）から確認した
	その他		1、2、3、4、5 （ ）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、おむつ交換が適切にされていない、その他（ ）	1、2、3、4、5 （ ）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（ ）	1、2、3、4、5 （ ）が（ ）から確認した
		適切な食事	本人に適した食事が提供されていない、空腹を訴える、拒食や過食が見られる、その他（ ）	1、2、3、4、5 （ ）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（ ）	1、2、3、4、5 （ ）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、ナースコールが使用できない、ナースコールの対応をしない、他の利用者からの暴力を放置、長時間部屋に入れられている、抑制されている、その他（ ）	1、2、3、4、5 （ ）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、冷暖房の欠如、その他（ ）	1、2、3、4、5 （ ）が（ ）から確認した
	その他		1、2、3、4、5 （ ）が（ ）から確認した	
話 の 内 容		<b>恐怖や不安の訴え</b>	「怖い」「痛い」「怒られる」「殴られる」「追い出される」などの発言、大切なものを「壊される」「捨てられる」などの発言、その他（ ）	1、2、3、4、5 （ ）が（ ）から確認した
		<b>保護の訴え</b>	「殺される」「〇〇が怖い」「何も食べていない」「施設にいたくない」「事業所に行きたくない」「帰りたい」などの発言、その他（ ）	1、2、3、4、5 （ ）が（ ）から確認した
		<b>強い自殺念慮</b>	「死にたい」などの発言、自分を否定的に話す、その他（ ）	1、2、3、4、5 （ ）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（ ）	1、2、3、4、5 （ ）が（ ）から確認した
		金銭の訴え	「お金をとられた」「預貯金がなくなった」「金銭を寄付・贈与させられた」「金銭を渡してもらえない」などの発言、その他（ ）	1、2、3、4、5 （ ）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、異性介助へ訴え、その他（ ）	1、2、3、4、5 （ ）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（ ）	1、2、3、4、5 （ ）が（ ）から確認した
		その他		1、2、3、4、5 （ ）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（ ）	1、2、3、4、5 （ ）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（ ）	1、2、3、4、5 （ ）が（ ）から確認した
		態度の変化	職員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（ ）	1、2、3、4、5 （ ）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	施設・事業所が受診を拒否、受診を勧めても行った気配がない、その他（ ）	1、2、3、4、5 （ ）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（ ）	1、2、3、4、5 （ ）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（ ）	1、2、3、4、5 （ ）が（ ）から確認した
		支援のためらい・拒否	介護を受けたがらない、拒否的な言動や行動、その他（ ）	1、2、3、4、5 （ ）が（ ）から確認した
		その他		1、2、3、4、5 （ ）が（ ）から確認した

## 面接調査票（高齢者本人用）－聞き取りシート

面接日： 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	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年 月 日
年 齢	歳	性 別	<input type="checkbox"/>	
介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護（ ） <input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（日常生活自立度 ）			
居 所		面接場所		
同 席 者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ <input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> 家族等 <input type="checkbox"/> 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、反応があれば様子などを記載してください。）

			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	
	何か怖いこと等ありますか	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。

## 面接調査票（その他の高齢者用）－聞き取りシート

面接日： 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	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年 月 日
年 齢	歳	性 別		
介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護（ ） <input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（日常生活自立度 ）			
居 所		面接場所		
同 席 者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ <input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> 家族等 <input type="checkbox"/> 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、反応があれば様子などを記載してください。）

			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	
	何か怖いこと等ありますか	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。

## 面接調査票（管理者用）

面接日時： 年 月 日（ ）午前／午後 時 分～ 時 分

面接者： \_\_\_\_\_ 記録者： \_\_\_\_\_

### 【調査開始時の確認事項】

職員氏名	
職種	<input type="checkbox"/> 施設長 <input type="checkbox"/> 管理職（ ）
資格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修修了者 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 特になし
経験年数等	経験年数（ ） 勤務年数（ ） 勤務形態（ <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤：__日／週 <input type="checkbox"/> パート：__日／週 <input type="checkbox"/> 派遣：__日／週）

### 【聞き取り事項（1／3）】

		はい	いいえ	聞き取り内容
通報等内容の確認	①通報のあった〇〇さんの事案（けが等）について心当たりはありますか（報告を受けていますか）			報告を受けた内容
	②〇〇さんの事案（けが等）について、発生した状況や原因を把握していますか			発生状況、原因等
	③〇〇さんやご家族等に対して何らかの対応を行いましたか			対応した内容
	④施設・事業所の職員に対して何らかの対応を行いましたか			対応した内容
	⑤以前にも、〇〇さんに同様のことがありましたか			いつ頃、どのように対応したか（再発防止含）
	⑥〇〇さんへの介護に関して、介護のしづらさや困難なことはありましたか			介護が困難な状況、対処方針
	⑦〇〇さんへの介護に関して、配慮をされていることはありますか			配慮内容、職員間で共有できていたか
虐待が疑われる職員等	<small>（虐待を行った疑いのある職員が特定されていない場合）</small> ①職員の中で、介護方法や知識、利用者への接し方等が気になる人、苦情等が寄せられる人はいますか			誰が、どのような点で
	②（いる場合）どのように対応しましたか			指導内容等
	<small>（虐待を行った疑いのある職員が特定されている場合）</small> ③△△さんの日頃の勤務状況やケアに問題を感じることはありますか			どのような点で
	④（問題を感じる場合）どのように対応しましたか			指導内容等
通報等以外の虐待等発生状況	①利用者から怒鳴られたり、叩かれたりすることはありますか、どのように対応しましたか			対応内容
	②職員が、利用者を怒鳴ったり叩いているのを見たり、そのような噂を聞いたことはありますか			いつ、どこで、誰が、誰に、どのように
	③利用者が特定の職員を怖がったりしているという噂を聞いたことはありますか			誰が、誰を、対応内容
	④施設・事業所内で、不適切な発言や行為が行われていたという噂を聞いたことはありますか			聞いた内容、対応内容

【聞き取り事項（2／3）】

		はい	いいえ	聞き取り内容
虐待防止の取組	①高齢者虐待が発生したり、発見した際の報告手順は決まっていますか			手順、職員への浸透状況
	②施設・事業所で、高齢者虐待防止に関する取り組みは行われていますか			取組内容、職員への浸透状況
	③高齢者虐待防止に関するマニュアルやチェックリスト等がありますか（活用していますか）			活用状況
	④高齢者虐待防止法の内容を知っていますか			
高齢者ケア	①利用者の状態変化に応じて、アセスメントやサービス計画の見直しは行われていますか			
	②利用者の介護が困難な場面での対応方針を立て、職員間で共有していますか			
	③サービス担当者会議は定期的開催していますか			開催頻度、参加メンバー等
	④あなたが、介護・看護記録を見て、何らかの指導や指示をすることはありますか			
身体拘束廃止・事故への対応	①身体拘束を行っている利用者はいですか、その時に身体拘束に関する手順を踏まえていますか			行っている手順
	②施設・事業所では、身体拘束廃止に向けた取り組みを行っていますか			取組内容
	③利用者に傷やあざ等を発見した場合、職員による記録や報告はなされていますか			
	④事故等は発生した際には、必ず市町村や都道府県に報告していますか			
	⑤施設・事業所では、事故やヒヤリハットの再発防止に向けてどのような取組みを行っていますか			取組内容
苦情処理	①苦情処理マニュアルは作成されていますか、適切に運用されていますか			
	②第三者委員やオンブズマンを配置していますか			
研修	①施設・事業所ではどのような研修を開催していますか、職員全員が参加できるよう工夫していますか			開催回数、研修内容等
	②研修には管理職も参加していますか			
	③職員を外部研修に参加させていますか、その内容をどのように共有化していますか			参加回数、研修内容等

【聞き取り事項（3／3）】

		はい	いいえ	聞き取り内容
施設・事業所の運営	①定期的に施設・事業所内を見回っていますか			頻度（1日に 回程度）
	②身体拘束廃止や利用者の権利擁護に関する委員会や会議は定期的に開催していますか			実施状況
	③施設・事業所運営に職員の意見を反映させる機会を設けていますか			実施状況
	④施設・事業所運営に家族会等の意見を反映させる機会を設けていますか			実施状況
	⑤ボランティアや実習生などを積極的に受け入れていますか			実施状況
	⑥サービス評価（第三者評価、自己評価）を実施していますか			実施状況
職場環境	①職員が仕事で困ったときなどに相談しやすい環境づくりに取り組んでいますか			
	②職場の上司や部下、他職種とのコミュニケーションはうまく取れていますか			
	③職員は、会議等で自由に発言ができていますか			
	④職員間でのトラブルはありますか（把握していますか）			対処内容
	⑤職員の定着率が低いと感じていますか			近年の入退職者数、定着率を高める取組等
業務負担	①職員の職務分掌は明確化されていますか			
	②夜勤等の業務負担に対して、何らかの配慮や取り組みを行っていますか			配慮内容
	③職員のストレスケアに関して、何らかの取り組みを行っていますか			取組内容
	④職員から、職場や仕事に対する不満はありますか			内容
その他	※追加的な質問、または職員が言いたいこと等			

面接対象者署名

面接調査票（主任・リーダー用）

面接日時： 年 月 日（ ）午前／午後 時 分～ 時 分

面接者： 記録者：

【調査開始時の確認事項】

職員氏名	
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"/> その他（ ）
資格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修修了者 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 特になし
経験年数等	経験年数（ ） 勤務年数（ ） 勤務形態（ <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤：__日/週 <input type="checkbox"/> パート：__日/週 <input type="checkbox"/> 派遣：__日/週）

【聞き取り事項（1/2）】

		はい	いいえ	聞き取り内容
通報等 内容の 確認	①通報のあった〇〇さんの事案（けが等）について、何か心当たりはありますか（知っていますか）			知っている内容
	②〇〇さんの事案（けが等）が発生した原因について、知っていることはありますか			発生状況、原因等
	③以前にも、〇〇さんに同様のことがありましたか			いつ頃、どのように対応したか（再発防止含）
	④〇〇さんへの介護に関して、介護のしづらさや困難なことはありましたか			介護が困難な状況、対処方針
	⑤〇〇さんへの介護に関して、配慮をされていることはありますか			配慮内容、職員間で共有できていたか
虐待が 疑われる 職員等	(虐待を行った疑いのある職員が特定されていない場合) ①職員の中で、介護方法や知識、利用者への接し方等が気になる人、苦情等が寄せられる人はいますか			誰が、どのような点で
	②（いる場合）どのように対応しましたか			指導内容等
	(虐待を行った疑いのある職員が特定されている場合) ③△△さんの日頃の勤務状況やケアに問題を感じることはありますか			どのような点で
	④（問題を感じる場合）どのように対応しましたか			指導内容等
通報等 以外の 虐待等 発生状況	①利用者から怒鳴られたり、叩かれたりすることはありますか、どのように対応しましたか			対応内容
	②職員が、利用者を怒鳴ったり叩いているのを見たり、そのような噂を聞いたことはありますか			いつ、どこで、誰が、誰に、どのように
	③利用者が特定の職員を怖がったりしているという噂を聞いたことはありますか			誰が、誰を
	④施設・事業所内で、不適切な発言や行為が行われていたという噂を聞いたことはありますか			聞いた内容
虐待 防止の 取組	①高齢者虐待が発生したり、発見した際の報告手順は決まっていますか			手順、職員への浸透状況
	②施設・事業所で、高齢者虐待防止に関する取り組みは行われていますか			取組内容、職員への浸透状況
	③高齢者虐待防止に関するマニュアルやチェックリスト等がありますか（活用していますか）			活用状況
	④高齢者虐待防止法の内容を知っていますか			

【聞き取り事項（2／2）】

		はい	いいえ	聞き取り内容
高齢者ケア	①利用者の状態変化に応じて、アセスメントやサービス計画の見直しは行われていますか			
	②利用者の介護が困難な場面での対応方針を立て、職員間で共有していますか			
	③サービス担当者会議は定期的開催されていますか			開催頻度、参加メンバー等
	④あなたが、介護・看護記録を見て、何らかの指導や指示をすることはありますか			
身体拘束廃止・事故への対応	①身体拘束を行っている利用者はいですか、その時に身体拘束に関する手順を踏まえていますか			行っている手順
	②施設・事業所では、身体拘束廃止に向けた取り組みを行っていますか			取組内容
	③利用者に傷やあざ等を発見した場合、職員による記録や報告はなされていますか			
	④事故等は発生した際には、必ず市町村や都道府県に報告していますか			
	⑤特に事故または、けがが多いと思う利用者の方はいですか			
	⑥施設・事業所では、事故やヒヤリハットの再発防止に向けてどのような取組みを行っていますか			取組内容
研修	①施設・事業所ではどのような研修を開催していますか、職員全員が参加できるよう工夫していますか			開催回数、研修内容等
	②職員を外部研修に参加させていますか、その内容をどのように共有化していますか			参加回数、研修内容等
職場環境	①職員（部下）が仕事で困ったときなどに相談しやすい環境づくりに取り組んでいますか			
	②職場の上司や部下、他職種とのコミュニケーションはうまく取れていますか			
	③職員（部下）は、職員会議等で自由に発言ができていますか			
業務負担感	①疲れやストレスを感じやすいのはどのようなときですか			特に疲れやストレスを感じる場面、理由
	②職員（部下）の業務負担に対して、どのような配慮や取り組みを行っていますか			配慮内容
	③職場や仕事に対して、不満はありますか			内容
その他	※追加的な質問、または職員が言いたいこと等			

面接対象者署名 \_\_\_\_\_



【聞き取り事項（2／2）】

		はい	いいえ	聞き取り内容
高齢者ケア	①利用者の状態変化に応じて、アセスメントやサービス計画の見直しは行われていますか			
	②利用者の介護が困難な場面での対応方針を立て、職員間で共有できていますか			
	③サービス担当者会議は定期的開催されていますか			開催頻度、参加メンバー等
身体拘束廃止・事故への対応	①身体拘束を行っている利用者はいますか、その時に身体拘束に関する手順を踏まえていますか			行っている手順
	②施設・事業所では、身体拘束廃止に向けた取り組みを行っていますか			取組内容
	③利用者に傷やあざ等を発見した場合、その状況を記録したり、上司に報告していますか			
	④特に事故または、けがが多いと思う利用者の方はいますか			誰か、事故またはけがの内容
	⑤施設・事業所では、事故やヒヤリハットの再発防止に向けた取り組みが行われていますか			取組内容
研修	①施設・事業所で開催する研修に参加していますか			開催回数、研修内容等
	②外部の研修に参加していますか			参加回数、研修内容等
職場環境	①仕事で困ったときなどに上司や同僚など相談できる人はいますか			誰に
	②職場の上司や同僚、他職種とのコミュニケーションは取りやすいですか			
	③職員会議等で自由に発言ができますか			
業務負担感	①仕事をしていて疲れやストレスを感じていますか			特に疲れやストレスを感じる場面、理由
	②業務の負担に対して、職場では配慮をしてくれますか			配慮内容
	③職場や仕事に対して、不満はありますか			内容
その他	※追加的な質問、または職員が言いたいこと等			

面接対象者署名 \_\_\_\_\_

面接調査票（虐待を行った疑いのある職員用）

面接日時： 年 月 日（ ）午前／午後 時 分～ 時 分

面接者： \_\_\_\_\_ 記録者： \_\_\_\_\_

【調査開始時の確認事項】

職員氏名	
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"/> その他（ ）
資格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修修了者 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 特になし
経験年数等	経験年数（ ） 勤務年数（ ） 勤務形態（ <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤：__日／週 <input type="checkbox"/> パート：__日／週 <input type="checkbox"/> 派遣：__日／週）

【聞き取り事項（1／2）】

		はい	いいえ	聞き取り内容
通報等内容の確認	①通報のあった〇〇さんの事案（けが等）について、何か心当たりはありますか（知っていますか）			知っている内容
	②以前にも、〇〇さんに同様のことがありましたか			いつ頃、どのように対応したか
	③〇〇さんへの介護に関して、介護のしづらさや困難なことはありましたか、その時どうしましたか			介護が困難な状況と対応状況
	④〇〇さんへの介護に関して、配慮をされていることはありますか、十分に対応できていましたか			配慮内容、対応状況
	⑤（虐待等を認めた場合）〇〇さんにそのようなことをしたのはどうしてですか（状況や理由を確認）			
	⑥（虐待等を認めた場合）〇〇さんに行った行為が虐待に該当すると認識していますか			
	⑦（虐待等を認めた場合）その行為を行ったあと、あなたは〇〇さんにどのような対応をしましたか			対応
	⑧（虐待等を認めた場合）その行為を行ったあと、あなたは上司や他の職員に報告しましたか			対応
通報等以外の虐待等発生状況	①他の職員が、利用者を怒鳴ったり、叩くのを見たり、そのような噂を聞いたことはありますか			いつ、どこで、誰が、誰に、どのように
	②あなたは、利用者を怒鳴ったり、叩いたりしたことはありますか			いつ、どこで、誰に、どのように
	③利用者が特定の職員を怖がったりしているという噂を聞いたことはありますか			誰が、誰を
	④施設・事業所内で、虐待や適切とは思えない行為が行われていたという噂を聞いたことはありますか			聞いた内容
虐待防止の取組	①高齢者虐待が発生したり、発見した際の報告手順は決まっていますか			手順
	②施設・事業所で、高齢者虐待防止に関する取り組みは行われていますか、あなたは参加していますか			取組内容
	③高齢者虐待防止に関するマニュアルやチェックリスト等がありますか（活用していますか）			活用状況
	④高齢者虐待防止法の内容を知っていますか			

【聞き取り事項（2／2）】

		はい	いいえ	聞き取り内容
高齢者ケア	①利用者の状態変化に応じて、アセスメントやサービス計画の見直しは行われていますか			
	②利用者の介護が困難な場面での対応方針を立て、職員間で共有できていますか			
	③サービス担当者会議は定期的開催されていますか			開催頻度、参加メンバー等
	④利用者へのケアで難しいと感じることはありますか、どのようなことですか			
身体拘束廃止・事故への対応	①身体拘束を行っている利用者はいいますか、その時に身体拘束に関する手順を踏まえていますか			行っている手順
	②施設・事業所では、身体拘束廃止に向けた取り組みを行っていますか			取組内容
	③利用者に傷やあざ等を発見した場合、その状況を記録したり、上司に報告していますか			
	④特に事故または、けがが多いと思う利用者の方はいいますか			誰か、事故またはけがの内容
	⑤施設・事業所では、事故やヒヤリハットの再発防止に向けた取り組みが行われていますか			取組内容
研修	①施設・事業所で開催する研修に参加していますか			開催回数、研修内容等
	②外部の研修に参加していますか			参加回数、研修内容等
職場環境	①仕事で困ったときなどに上司や同僚など相談できる人はいますか			誰に
	②職場の上司や同僚、他職種とのコミュニケーションは取りやすいですか			
	③職員会議等で自由に発言ができますか			
業務負担感	①仕事をしていて疲れやストレスを感じていますか			特に疲れやストレスを感じる場面、理由
	②業務の負担に対して、職場では配慮をしてくれますか			配慮内容
	③職場や仕事に対して、不満はありますか			内容
その他	※追加的な質問、または職員が言いたいこと等			

面接対象者署名

## 各種書類等確認票

確認年月日： 年 月 日 ( )

確認者 \_\_\_\_\_

### 1 高齢者本人に関する記録等

書類	備考
① <input type="checkbox"/> サービス計画書 <input type="checkbox"/> アセスメント票 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議録	
② <input type="checkbox"/> 介護記録 <input type="checkbox"/> 生活相談記録	
③ <input type="checkbox"/> 看護記録 <input type="checkbox"/> 診療記録 <input type="checkbox"/> 処方箋	
④ <input type="checkbox"/> 事故報告 <input type="checkbox"/> ヒヤリハット記録	
⑤ <input type="checkbox"/> 身体拘束の記録 <input type="checkbox"/> 身体拘束の理由の記録 <input type="checkbox"/> 身体拘束の同意書	
⑥ <input type="checkbox"/> 利用契約書	
⑦ <input type="checkbox"/> 金銭管理契約書 <input type="checkbox"/> 寄付契約書	
⑧ <input type="checkbox"/> 通帳等 <input type="checkbox"/> 出納帳 <input type="checkbox"/> 領収書	
⑨ <input type="checkbox"/> その他 ( )	

### 2 利用者全員に関する記録等

① <input type="checkbox"/> 事業計画	
② <input type="checkbox"/> 施設・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	
③ <input type="checkbox"/> 業務日誌 (日報) <input type="checkbox"/> 申し送りノート	
④ <input type="checkbox"/> ヒヤリハット報告	
⑤ <input type="checkbox"/> その他	

### 3 虐待を行った疑いのある職員に関する記録等

① <input type="checkbox"/> 勤務表	
② <input type="checkbox"/> 資格証明書等	
③ <input type="checkbox"/> 研修計画 <input type="checkbox"/> 受講記録	
④ <input type="checkbox"/> その他	

### 4 施設・事業所に関する書類

① <input type="checkbox"/> 施設・事業所全体の研修計画 <input type="checkbox"/> 実施記録	
② <input type="checkbox"/> 事故防止委員会記録	
③ <input type="checkbox"/> 身体拘束廃止委員会の活動記録	
④ <input type="checkbox"/> 苦情受付・対応記録	
⑤ <input type="checkbox"/> 負担軽減・ストレスマネジメントなどの取り組み 記録	
⑥ <input type="checkbox"/> 職員会議録	
⑦ <input type="checkbox"/> 第三者委員の配置と活用状況に関する記録	
⑧ <input type="checkbox"/> その他	

### 5 法人に関する書類

① <input type="checkbox"/> 理事会の構成 <input type="checkbox"/> 理事会開催記録	
② <input type="checkbox"/> その他	

### 6 その他書類

--	--

※確認した書類等はチェック (レ)、コピーしたものは黒塗りする (■)

## 養介護施設・事業所の状況把握・点検票

記録年月日： 年 月 日 ( )

記録者： \_\_\_\_\_

### 【確認事項】

#### 〈確認のポイント〉

- ・利用者の生活のしづらさにつながるような環境となっていないかという視点で確認する。
- ・業務の負担につながるような環境かどうかという視点で確認する。
- ・実地指導や監査で調査を行う場合は、基準違反がないかという視点でも確認する。

#### 〈確認事項例〉

- ・勤務中の職員の人数は適切か、言葉遣いはどうか。
- ・居室の扉に内側から開けられない鍵がついていないか。
- ・清潔物と不潔物を混在保管していないか。
- ・寝具は清潔か。
- ・床、手すりなどは清掃がされているか。
- ・浴室・脱衣室にはカビは発生していないか。
- ・剃刀やコップの共有はないか。
- ・廊下や居室の室温・明るさは適切か、便臭はないか。
- ・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。
- ・石鹸・洗剤・消毒液・医薬品などは認知症のある利用者が自由に触れないようにしているか。
- ・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。
- ・廊下に物品を置いて車いすですれ違えなくなっていないか。
- ・個人情報に来訪者の目に触れる場所に放置されていないか。
- ・苦情相談機関の電話番号が掲示されているか。

具体的状況を記録



【高齢者および利用者の状況】

氏名		性別		年齢	歳
面接日		担当者			
意向	□資料（ ）参照				
心身の状態	□資料（ ）参照				
特記事項	□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)		□左記項目については面接調査票参照
	職種・職位(資格)		
	経験年数(勤務年数)		
	現在の勤務状況	□変わりなく勤務中 □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)		□左記項目については面接調査票参照
	職種・職位(資格)		
	経験年数(勤務年数)		
	現在の勤務状況	□変わりなく勤務中 □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	□左記項目については面接調査票参照
	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)		□左記項目については面接調査票参照
	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)		
人員・施設・設備・運営面	調査結果のまとめ(確認された事実)		□左記項目については面接調査票参照

【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: 年 月 日 ( ) 連絡者: )	特記事項
家族・後見人等	<input type="checkbox"/> 連絡 (連絡日: 年 月 日 ( ) 連絡者: )	特記事項
都道府県	<input type="checkbox"/> 連絡 (連絡日: 年 月 日 ( ) 連絡者: )	特記事項
保険者	<input type="checkbox"/> 連絡 (連絡日: 年 月 日 ( ) 連絡者: )	特記事項
警察	<input type="checkbox"/> 連絡 (連絡日: 年 月 日 ( ) 連絡者: )	特記事項
その他	<input type="checkbox"/> 連絡 (連絡日: 年 月 日 ( ) 連絡者: )	特記事項



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"/> 介護職員初任者研修修了者 <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)			
<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"/> 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"/> 介護職員初任者研修修了者 <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)			
<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"/> 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( )			

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"/> 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 ( )	<input type="checkbox"/>
<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くみがない <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 ( )	<input type="checkbox"/>
<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 ( )	<input type="checkbox"/>
<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くみがない <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 ( )	<input type="checkbox"/>
<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くみがない <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 ( )	<input type="checkbox"/>
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)	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	<input type="checkbox"/>
<b>【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。</b> ※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. 虐待者(疑いを含む)	
Ⅲ. 組織体制(組織の抱える問題等)	
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)	
Ⅴ. 今後の課題	

養介護施設従事者等による  
高齢者虐待対応ケース会議記録・計画書(1)～判断会議用

決 裁 欄(例)			
課 長	係 長	担当者	

高齢者本人氏名 \_\_\_\_\_ 様

計画作成者所属 \_\_\_\_\_

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_

初回計画作成日 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
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	事実確認調査の継続	<input type="checkbox"/> 事実確認を継続(期限を区切った継続方針) <input type="checkbox"/> 専門家・関係機関への意見聴取( ) <input type="checkbox"/> 都道府県への対応・協力依頼 <input type="checkbox"/> その他( )	
虐待の内容と判断根拠	いつ どこで 誰が 誰から 氏名 職種 何をされたか 判断根拠:	高齢者への対応	<input type="checkbox"/> 緊急保護 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 他施設転居 ⇒ ( ) <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: )	
緊急性の有無の判断	<input type="checkbox"/> 緊急性なし <input type="checkbox"/> 判断できず ..... <input type="checkbox"/> 緊急性あり .....	高齢者への対応	<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 ( )	
緊急性の内容と判断根拠	<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、家族・後見人等が保護を求めている <input type="checkbox"/> 虐待者が変わりなく勤務している <input type="checkbox"/> その他 ( )	施設・事業所、虐待者への対応	<input type="checkbox"/> 施設・事業所に対する改善指導の必要性 <input type="checkbox"/> 施設・事業所からの改善計画の提出要請 <input type="checkbox"/> 虐待者への指導、勤務変更等 <input type="checkbox"/> 介護保険法に規定する勧告・改善命令処分 <input type="checkbox"/> 老人福祉法に規定する勧告・改善命令処分 <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)	関係者・関係機関への対応	<input type="checkbox"/> 都道府県への報告 <input type="checkbox"/> 関係部署・関係機関への連絡 ( ) <input type="checkbox"/> 通報者への対応 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
高齢者本人の意見・希望				
総合的な対応方針 ※「アセスメント要約票」全体のまとめより				

養介護施設従事者等による  
高齢者虐待対応ケース会議記録・計画書(2)～判断会議用

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									
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	年	月	日	時	分
<input type="checkbox"/> 成年後見制度活用の検討 <input type="checkbox"/> 再統合の検討									

※記入欄が足りない場合は、様式を追加して記入

第1表

## 養介護施設従事者等による 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 \_\_\_\_\_ 様  
 計画作成者所属 \_\_\_\_\_  
 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		関係者・関係機関マップ		
家族・後見人 等の意見・希望		※「アセスメント要約票」のⅢ、Ⅳを集約する		
施設・事業所 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 まとめより				

養介護施設従事者等による  
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									
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(虐待終結に向けた課題等を記載)				計画評価予定日	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

公益社団法人日本社会福祉士会作成Ver I -2((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)作成帳票類等を参考に作成)

# 養介護施設従事者等による高齢者虐待対応評価会議記録票

決 裁 欄(例)			
課 長	係 長	担 当 者	

高齢者本人氏名 \_\_\_\_\_ 様  
 計画作成者所属 \_\_\_\_\_  
 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

課題番号	目標 ※計画書(2)の「目標」欄を記載	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"/>		<input type="checkbox"/> 目標達成 <input type="checkbox"/> 目標の継続 <input type="checkbox"/> 対応方法の継続 <input type="checkbox"/> 目標の変更 <input type="checkbox"/> 対応方法の変更 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 目標達成 <input type="checkbox"/> 目標の継続 <input type="checkbox"/> 対応方法の継続 <input type="checkbox"/> 目標の変更 <input type="checkbox"/> 対応方法の変更 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 目標達成 <input type="checkbox"/> 目標の継続 <input type="checkbox"/> 対応方法の継続 <input type="checkbox"/> 目標の変更 <input type="checkbox"/> 対応方法の変更 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 目標達成 <input type="checkbox"/> 目標の継続 <input type="checkbox"/> 対応方法の継続 <input type="checkbox"/> 目標の変更 <input type="checkbox"/> 対応方法の変更 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 目標達成 <input type="checkbox"/> 目標の継続 <input type="checkbox"/> 対応方法の継続 <input type="checkbox"/> 目標の変更 <input type="checkbox"/> 対応方法の変更 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 目標達成 <input type="checkbox"/> 目標の継続 <input type="checkbox"/> 対応方法の継続 <input type="checkbox"/> 目標の変更 <input type="checkbox"/> 対応方法の変更 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )

	要件	判定	高齢者本人、家族・後見人等の状況(意見・希望)	施設・事業所の状況(意見・希望)
虐待発生 の リスク 状況	1. 事実確認調査で確認された虐待が解消されている	<input type="checkbox"/> 確認済		
	2. 評価時点でその他の虐待が生じていない	<input type="checkbox"/> 確認済		
	3. 個々の改善目標が計画どおり達成された	<input type="checkbox"/> 確認済		
	4. 虐待予防のための取組みが継続して行われている	<input type="checkbox"/> 確認済		
	5. 虐待が生じた場合の対応策が講じられている	<input type="checkbox"/> 確認済		

評価結果のまとめ( _____年 _____月 _____日現在の状況)	今後の対応	新たな対応計画の必要性 ※計画書(1)(2)へ反映
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(次回評価日 _____年 _____月 _____日) 3. アセスメント、虐待対応計画の見直し..... 4. その他( )	<input type="checkbox"/> 通常の実地指導・定期監査に移行 → 次回監査予定日 _____年 _____月 → 定期的に監査を実施(____年ごと)	<input type="checkbox"/> 新たな改善指導の実施 <input type="checkbox"/> 新たな改善計画の提出を要請 <input type="checkbox"/> 法に基づく勧告・改善命令処分 <input type="checkbox"/> その他( )