

様式集

第2章 養護者による高齢者虐待対応 P 8 8 ～ P 9 6

第3章 養介護施設従事者等による高齢者虐待への対応 P 9 7 ～ P 1 1 6

様式集（養護者編）

相談・通報・届出受付票

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	☐ 電話 ☐ 来所 ☐ その他（ ）
	住所または 所属機関名	電話番号	
	本人との 関係	☐ 本人 ☐ 家族親族（同居・別居）続柄： ☐ 近隣住民・知人 ☐ 民生委員 ☐ 地域包括支援センター ☐ 在宅介護支援センター ☐ 介護支援専門員 ☐ 介護保険サービス事業所 ☐ 医療機関 ☐ 警察 ☐ その他（ ）	

【本人の状況】

氏 名	性別	生年月日	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 年 月 日	年齢	歳
現住所	住民票登録住所 ☐ 同左 ☐ 異 電話： 其他連絡先： （続柄： ）				
居 所	☐ 自宅 ☐ 病院（ ） ☐ 施設（ ） ☐ その他（ ）				
介護認定	☐ 非該当 ☐ 要支援（ ） ☐ 要介護（ ） ☐ 申請中（ 月 日 ） ☐ 未申請 ☐ 申請予定				
利用サービス	介護保険	☐ あり（ ） ☐ なし		介護支援専門員	
	介護保険外	☐ あり（ ） ☐ なし		居宅介護支援事業所	
主疾患	☐ 一般（ ） ☐ 認知症（ ） ☐ 精神疾患（ ） ☐ 難病（ ）				
身体状況	障害手帳		☐ 無 ☐ 有（等級： 種別： ）		
経済状況	生活保護受給（ ☐ なし ☐ 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）

【養護者の状況】

氏名	年齢	歳
続柄	☐ 配偶者 ☐ 息子 ☐ 娘 ☐ 息子の配偶者 ☐ 娘の配偶者 ☐ 実兄弟 ☐ 実姉妹 ☐ 義兄弟 ☐ 義姉妹 ☐ 孫 ☐ その他（ ）	
	☐ 同上	
	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	☐ 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〕 ☐ 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〕 ☐ 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〕 ☐ 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〕 ☐ あざや傷がある〔疑い〕 ☐ 問いかけに反応がない、無表情、怯えている〔疑い〕 ☐ 食事をきちんと食べていない〔疑い〕 ☐ 年金などお金の管理ができていない〔疑い〕 ☐ 養護者の態度（ ） ☐ その他（具体的内容を記載）
情報源	相談者（通報・届出者）は ☐ 実際に目撃した ☐ 怒鳴り声や泣き声、物音等を聞いて推測した ☐ 本人から聞いた ☐ 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（ ）

様式集（養護者編）

高齢者虐待情報共有・協議票

【虐待の可能性（通報段階）】

虐待の可能性 (通報段階)	☐ 身体的虐待の疑い ☐ 放棄・放任の疑い ☐ 心理的虐待の疑い ☐ 性的虐待の疑い ☐ 経済的虐待の疑い
	☐ 虐待とは言い切れないが不適切な状況（ ）

【情報収集依頼項目】

依頼日時： 年 月 日 時 分

依頼先： 依頼方法（電話 訪問 その他）

世帯構成	☐ 住民票 ☐ その他（ ）			
介護保険	☐ 介護認定の有無	☐ 担当居宅介護支援事業所	☐ 介護保険料所得段階	☐ 介護保険料納付状況
福祉サービス等	☐ 生活保護の受給	☐ 障害者手帳の有無（身・知・精）	☐ 障害福祉サービス利用状況	☐
経済状況	☐ 課税状況	☐ 国民年金	☐ 障害年金	☐ 国民健康保険納付状況
	☐ 後期高齢者医療制度保険料納付状況		☐ 水道料金滞納状況	☐ 公営住宅家賃滞納状況
関係機関等	☐ 主治医・医療機関 ☐ 保健所・保健センターの関与 ☐ 他機関（ ）の関与			
その他	☐ （ ） ☐ （ ）			

※情報収集依頼によって得られた情報は、アセスメント要約票へ集約し整理する

【事実確認の方法と役割分担】

協議日時： 年 月 日 時 分

協議者： 協議方法（電話 訪問 その他）

事実確認の方法	面接調査	高齢者： ☐ 自宅訪問 ☐ 来所 ☐ その他の場所（ ） 面接者（ ， ）
		養護者： ☐ 自宅訪問 ☐ 来所 ☐ その他の場所（ ） 面接者（ ， ）
	関係者からの聞き取り	☐ ケース会議等（ ） 担当：（ ）
		☐ 関係者・関係機関1（ ） 担当：（ ）
		☐ 関係者・関係機関2（ ） 担当：（ ）
		☐ 関係者・関係機関3（ ） 担当：（ ）
※訪問時の状況や聞き取りした内容を「事実確認票」へ記載		
事実確認中に予測されるリスクと対応方法		
事実確認期限	年 月 日 時迄 ※48時間以内のコアメンバー会議開催を踏まえて設定する	

社団法人日本社会福祉士会 作成 Ver II-2（出典：東京都分寺市作成様式を参考に作成）をもとに作成

※事実確認の方法と役割分担に関する協議が終わったら「事実確認」へ

様式集（養護者編）

事実確認票ーチェックシート

確認者： 確認日時： 年 月 日 時 ～ 年 月 日 時

高齢者本人氏名		性別	☐ 男 ☐ 女	生年月日	年 月 日生	年齢	歳
確認場所	☐ 居宅 ☐ 来所（ ☐ 行政 ☐ 地域包括支援センター） ☐ その他（ ）						
確認時の同席者の有無	☐ 無 ☐ 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。

社団法人日本社会福祉士会 作成 VerⅡ-2（出典：東京都国分寺市作成様式を参考に作成）をもとに作成

様式集（養護者編）

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」:確認者が日付を記入。

※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 (空欄に○印またはチェック)					確認者	
					写真	目視	記録	聴き取り	その他	「誰」が	「誰(何)」から
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、重度の挫傷、その他() 部位: 大きさ:						が	から
			全身状態・意識レベル	全身衰弱、意識混濁、その他()						が	から
			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
			栄養状態等	栄養失調、低栄養・低血糖の疑い、その他()						が	から
			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
			体重の増減	急な体重の減少、やせすぎ、その他()						が	から
			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
		その他							が	から	
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
			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
			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
			適切な睡眠	不眠の訴え、不規則な睡眠、その他()						が	から
			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
			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
			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
		その他							が	から	
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
			保護の訴え	「殺される」「○○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
			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
			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
			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
			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
			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
		その他							が	から	
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
			無気力さ	無気力な表情、問いかけに無反応、その他()						が	から
			態度の変化	家族のいる場面いらない場面態度が異なる、なぜやらない態度、急な態度の変化、その他()						が	から
			その他							が	から
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
			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
			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
			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
			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
			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
			その他							が	から
養 護 者 の 態 度 等			支援者への発言	「何をするかかわからない」「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
			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
			暴力・脅し等	刃物、ボンなど凶器を使った暴力や脅しがある、その他()						が	から
			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
			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
			支援者に対する態度	援助の専門家と会うのを避ける、話したくない、拒否的、専門家に責任転嫁、その他()						が	から
			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
		その他							が	から	

様式集（養護者編）

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： ☐ 男 ☐ 女 歳	居所： ☐ 自宅 ☐ 入所・院	
養護者氏名：		性別・年齢： ☐ 男 ☐ 女 歳	高齢者本人との関係：	同別居の状況： ☐ 同居 ☐ 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： ☐ 在宅 ☐ 入所 ☐ 不明 / 分離希望： ☐ 有 ☐ 無 ☐ 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： ☐ 可能 ☐ 特定条件のもとであれば可能（ ） ☐ 困難 ☐ 不明 話の内容： ☐ 一貫している ☐ 変化する） 生活意欲： ☐ 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： ☐ 内科 ☐ 精神科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ その他（ ）		具体的な症状等⇒		
要介護認定：		☐ 非該当 ☐ 要支援（ ） ☐ 要介護（ ） ☐ 申請中（申請日： 年 月 日） ☐ 未申請		
障害：		☐ 身体障害 ☐ 精神障害（ ☐ あり ☐ 疑い） ☐ 知的障害（ ☐ あり ☐ 疑い）		
精神状態：		☐ 認知症（ ☐ 診断あり ☐ 疑い） ☐ うつ病（ ☐ 診断あり ☐ 疑い） ☐ その他（ ）		
【危機への対処】				
危機対処場面において：		☐ 自ら助けを求めることができる ☐ 助けを求めることが困難		
避難先・退避先：		☐ 助けを求める場所がある（ ） ☐ ない		
【成年後見制度の利用】				
成年後見人等：		☐ あり（後見人等： ） ☐ 申立中（申立人： /申立年月日： ） ☐ なし		
【各種制度利用】				
☐ 介護保険 ☐ 自立支援法 ☐ 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）：				
☐ 生活保護受給 ☐ 介護保険料滞納 ☐ 国民健康保険料滞納 ☐ 後期高齢者医療制度保険料滞納 ☐ その他（ ）				
金銭管理： ☐ 自立 ☐ 一部介助（判断可） ☐ 全介助（判断不可） ☐ 不明				
金銭管理者： ☐ 本人 ☐ その他（ ）				
【生活状況】				
食 事（ ☐ 一人で可 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 不明）				
調 理（ ☐ 一人で可 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 不明）				
移 動（ ☐ 一人で可 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 不明）				
買 物（ ☐ 一人で可 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 不明）				
掃除洗濯（ ☐ 一人で可 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 不明）				
入 浴（ ☐ 一人で可 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 不明）				
排 泄（ ☐ 一人で可 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 不明）				
服薬管理（ ☐ 一人で可 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 不明）				
預貯金・年金の管理（ ☐ 一人で可 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 不明）				
医療機関の受診（ ☐ 一人で可 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 不明）				
【その他特記事項】				

様式集（養護者編）

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: ☐ 在宅 ☐ 入所 ☐ 不明 / 分離希望: ☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明		☐
【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: ☐ 内科 ☐ 精神科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ その他 () 具体的症状等⇒		
性格的な偏り:		☐
障害: ☐ 身体障害 ☐ 精神障害 (☐ あり ☐ 疑い) ☐ 知的障害 (☐ あり ☐ 疑い)		
【介護負担】		☐
被虐待高齢者に対する介護意欲: ☐ あり ☐ なし ☐ 不明 介護技術・知識: ☐ 高い ☐ 低い ☐ 不明		
1日の介護時間: ☐ ほぼ1日中 ☐ 必要時のみ ☐ 不明 介護の代替者: ☐ あり ☐ なし ☐ 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】		☐
☐ 就労 (就労曜日 ____ ~ ____ 就労時間 ____ 時 ~ ____ 時)、雇用形態 (☐ 正規、 ☐ 非正規) ☐ 非就労 ☐ 不明		
【経済状況】		☐
収入額 月 ____ 万円 (内訳:) 預貯金等 ____ 万円 借金 ____ 万円		
☐ 借金トラブルがある ☐ 被虐待高齢者の年金に生活費を依存		
☐ 生活保護受給 ☐ 介護保険料滞納 ☐ 国民健康保険料滞納 ☐ 後期高齢者医療制度保険料滞納 ☐ その他 ()		
【近隣との関係】		☐
☐ 良好 () ☐ 挨拶程度 ☐ 悪い ☐ 関わりなし ☐ 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		☐
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		☐
【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		

様式集（養護者編）

第1表		高齢者虐待対応会議記録・計画書(1)～コアメンバー会議用							
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		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	☐ 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	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	☐ 緊急性なし ☐ 判断できず ☐ 緊急性あり	養護者の意見・希望							
緊急性の判断根拠	☐ 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（ ）								
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	☐ 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 ☐ 在宅サービス導入・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（ ）						

社団法人日本社会福祉士会 作成 Ver II-2 (出典:東京都分寺市作成様式を参考に作成)をもとに作成

第2表		高齢者虐待対応会議記録・計画書(2)～コアメンバー会議用							
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 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 (出典:東京都分寺市作成様式を参考に作成)をもとに作成

様式集（養護者編）

第1表

高齢者虐待対応ケース会議記録・計画書(1)

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

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 ※「アセスメント要約票」のⅢ、Ⅳを集約する		
養護者の意見・希望			
※支援の必要性 ☐ あり ☐ なし ☐ 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			

社団法人日本社会福祉士会 作成 Ver II-2 (出典: 東京都国分寺市作成様式を参考に作成) をもとに作成

第2表

高齢者虐待対応ケース会議記録・計画書(2)

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

社団法人日本社会福祉士会 作成 Ver II-2 (出典: 東京都国分寺市作成様式を参考に作成) をもとに作成

様式集（養護者編）

高齢者虐待対応評価会議記録票

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

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		
		☐		□目標達成 □目標の継続 □対応方法の継続 □目標の変更 □目標の変更 □対応方法の変更 ()		
		☐		□目標達成 □目標の継続 □対応方法の継続 □目標の変更 □目標の変更 □対応方法の変更 ()		
		☐		□目標達成 □目標の継続 □対応方法の継続 □目標の変更 □目標の変更 □対応方法の変更 ()		
		☐		□目標達成 □目標の継続 □対応方法の継続 □目標の変更 □目標の変更 □対応方法の変更 ()		
		☐		□目標達成 □目標の継続 □対応方法の継続 □目標の変更 □目標の変更 □対応方法の変更 ()		
		☐		□目標達成 □目標の継続 □対応方法の継続 □目標の変更 □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	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		【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			
	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		養護者支援の必要性 □あり □なし				
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()		

社団法人日本社会福祉士会 作成 Ver II-2(出典:東京都分等市作成様式を参考に作成)をもとに作成

様式集（養介護施設従事者等編）

通報・届出受付票

受付日	平成 年 月 日 () 午前/午後 時 分～ 時 分		部署		対応者		
受付方法	☐ 電話 ☐ 来所 ☐ 郵便 ☐ 電子メール ☐ その他 ()			関係性	☐ 本人 ☐ 家族親族等(続柄:) ☐ 当該施設・事業所従事者(□現職 □元職員) ※公益通報の説明 ☐ 未 ☐ 済 ☐ その他 ()		
通報者	氏 名	☐ 匿名 ☐ 男 ☐ 女 歳位					
	住 所						
	電 話				携帯電話		
	E-mail			連絡の可否	☐ 可能 ☐ 拒否 ☐ その他 ()		
通報内容の把握状況	☐ 通報者のみが知っている ☐ 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	☐ 未確認		生年月日	□明治□大正□昭和 年 月 日 歳		□不明
性 別	☐ 男 ☐ 女	利用開始日	年 月 日	保険者	□当該市町村 □他市町村 ()	
居 所	☐ 自宅 ☐ 通報先施設 () ☐ 病院 () ☐ その他 () ※通報先施設・入院先の階・部屋番号: 階 号室					
住 所						住民票登録住所 □同左 □異
電 話	☐ 自宅 ☐ 不明 ☐ 携帯		その他連絡先 (続柄:) □不明			
介護認定	☐ 要支援 () ☐ 要介護 () ☐ 申請中 (月 日) ☐ その他 () □不明					
認知症	☐ なし ☐ あり(程度: / 会話の可否: □可能 □困難) □不明					
疾 患	☐ 一般 () ☐ 精神疾患 () ☐ 難病 ()					
身体状況	☐ 不明		障害手帳	☐ 有(等級: 種別:) □無 □不明		
経済状況	☐ 不明		生活保護受給	☐ なし ☐ あり □不明		
利用サービス	☐ 不明		介護支援専門員	□不明		
状 態	☐ 助けを求めている ☐ 訴えがない(無反応) ☐ その他 () □不明					

【家族等の状況】

家 族	氏 名	☐ 不明			【家族構成】
	性 別	☐ 男 ☐ 女	続 柄		
	住 所	〒 ☐ 通報者に同じ □不明			
	連絡先	☐ 通報者に同じ □不明			
	通報内容	☐ 知っている(□通報者である) ☐ 知らない □不明			
後見人	☐ なし ☐ 補助 ☐ 保佐 ☐ 後見 ☐ 任意後見 ☐ 申立て中(□補助 □保佐 □後見) □不明				
	氏 名	(法人名: 担当者名)			□不明
	連絡先				□不明
	通報内容	☐ 知っている(□通報者である) ☐ 知らない □不明			
備 考					

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

様式集（養介護施設従事者等編）

【主訴・通報の概要、虐待（疑い）の状況】

相談内容				
発生日時	平成 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)	☐ 平手打ちをする。つねる。殴る。蹴る。 ☐ 緊急やむを得ない場合以外の身体拘束・抑制をする ☐ 汚れのひどい服を着せたままにする、おむつが汚れている状態のままにする等、日常的に不衛生な状態を放置する ☐ ナースコール等を使用させない、手の届かない所に置く、職員が対応しない等、高齢者の対応を放置又は無視する ☐ 必要な用具の使用を限定し、高齢者の要望や行動を制限 ☐ 怒鳴る、ののしる、「追い出すぞ」等威嚇的な発言や態度、「死ね」「臭い」「汚い」等侮辱的な発言や態度 ☐ 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 ☐ 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 ☐ 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 ☐ 事業所に金銭を寄付・贈与するよう強要する ☐ その他			
情報源	☐ 実際に見た・聞いた ☐ 本人から聞いた ☐ 記録を見た ☐ 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)	☐ 身体的虐待の疑い ☐ 放棄・放任の疑い ☐ 心理的虐待の疑い ☐ 性的虐待の疑い ☐ 経済的虐待の疑い ☐ 虐待とは言い切れないが不適切な状況 ()
------------------	--

【今後の対応】

☐ 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 ☐ 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) ☐ 関係部署への報告 (月 日 () 午前／午後 時 分／担当者:) ☐ 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:) ☐ 都道府県への連絡 (月 日 () 午前／午後 時 分／担当者:) ☐ 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) ☐ その他 ()	
--	--

様式集（養介護施設従事者等編）

情報共有・協議票

協議日時：平成 年 月 日（ ）午前／午後 時 分

協議参加者： 決 定 者： 印

【基本情報】

高齢者本人	氏名： ☐ 特定できず	性別：男・女・不明	年齢： 歳・不明
施設・事業所	名称：	種別： ☐ 指定介護保険施設・事業所 ☐ その他 ☐ 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	☐ 年齢 ☐ 性別 ☐ 要介護度 ☐ 保険者 ☐ 認定調査票 ☐ 主治医意見書 ☐ 障害者・認知症日常生活自立度 ☐ 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	☐ 担当介護支援専門員 ☐ ケアプランの内容 ☐ 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	☐	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	☐ （過去）虐待が疑われる通報等の有無 ☐ （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	☐ 監査結果 ☐ 監査日 ☐ 改善状況	依頼日時（ 月 日（ ）午前／午後 時 分） 依頼者（ ）
	指導の状況	☐ 実地指導結果 ☐ 実施指導日 ☐ 改善状況	依頼日時（ 月 日（ ）午前／午後 時 分） 依頼者（ ）
	苦情の状況	☐ 苦情の内容 ☐ 日時 ☐ 改善状況	依頼日時（ 月 日（ ）午前／午後 時 分） 依頼者（ ）
	事故報告	☐ 事故報告内容 ☐ 報告日時 ☐ 改善状況	依頼日時（ 月 日（ ）午前／午後 時 分） 依頼者（ ）
	その他	☐	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	☐ 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	☐ 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	☐ 障害者手帳有無 ☐ 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	☐ 後期高齢者医療制度 ☐ 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	☐	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	☐ 監査結果 ☐ 監査日 ☐ 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	☐ 実地指導結果 ☐ 実施指導日 ☐ 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	☐ 苦情の内容 ☐ 日時 ☐ 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	☐ 苦情の内容 ☐ 日時 ☐ 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	☐ 苦情の内容 ☐ 日時 ☐ 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	☐	依頼日時（ 月 日（ ）午前／午後 時 分） 依頼先（ ）依頼者（ ）

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

様式集（養介護施設従事者等編）

事実確認準備票

【事実確認の方法と参加者】

協議日時：平成 年 月 日（ ）午前／午後 時 分

協議参加者： 決定者： 印

事実確認調査の根拠	☐ 監査（介護保険法・老人福祉法 第 条に基づく） ☐ 高齢者虐待防止法による任意調査 ☐ 実地指導（介護保険法第23条に基づく） ☐ 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	平成 年 月 日（ ）午前／午後 時 分
施設・事業所への事前連絡	☐ 有（連絡予定日時：平成 年 月 日（ ）午前／午後 時 分） ☐ 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 ☐ 保健師等の医療専門職の参加 ☐ 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	☐ 無 ☐ 有 ☐ 事実確認調査実施の連絡 ☐ 調査への同行依頼 ☐ その他（ ） [連携が必要な理由] ☐ 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 ☐ 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 ☐ 指導等を繰返している施設・事業所で、都道府県として早期介入が必要と考えられる場合 ☐ その他（ ）
警察との連携の必要性	☐ 無 ☐ 有 ☐ 通報内容に犯罪性が認められる場合 ☐ 事実確認の妨害がある場合 ☐ 市町村職員への脅し・恫喝等危害を加えられる場合 ☐ その他（ ）
高齢者の入院保護が必要な場合の調整	☐ 無 ☐ 有
家族・後見人等への連絡説明	☐ しない ☐ する（平成 年 月 日（ ）午前／午後 時 説明者： ）

【使用機材】

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

様式集（養介護施設従事者等編）

【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：		☐ 身分証明証 ☐ 通知文書
調査中	午前／午後 時 分～ 時 分迄	【虐待を受けた疑いのある高齢者面接】 対象者____名 (氏名：) (氏名：)	担当： 担当：		☐ 面接調査票 ☐ 血圧計等バイタル測定セット ☐ 長谷川式スケール
	午前／午後 時 分～ 時 分迄	【その他高齢者面接】 対象者____名 (氏名：) (氏名：)	担当： 担当：		☐ 面接調査票 ☐ 血圧計等バイタル測定セット ☐ 長谷川式スケール
	午前／午後 時 分～ 時 分迄	【管理者面接】 対象者____名 (職名・氏名：) (職名・氏名：)	担当： 担当：		☐ 面接調査票
	午前／午後 時 分～ 時 分迄	【主任・リガー面接】 対象者____名 (職名・氏名：) (職名・氏名：)	担当： 担当：		☐ 面接調査票
	午前／午後 時 分～ 時 分迄	【一般職員面接】 対象者____名 (職名・氏名：) (職名・氏名：) (職名・氏名：)	担当： 担当：		☐ 面接調査票
	午前／午後 時 分～ 時 分迄	【虐待を行った疑いのある職員への面接】 対象者____名 (職名・氏名：) (職名・氏名：)	担当： 担当：		☐ 面接調査票
	午前／午後 時 分～ 時 分迄	【その他関係者への面接】 対象者____名 (職名・氏名：) (職名・氏名：)	担当： 担当：		
	午前／午後 時 分～ 時 分迄	各種書類等確認	担当： 担当：		☐ 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：		☐ 養介護施設・事業所の状況把握・点検票
	午前／午後 時 分～ 時 分迄	全体の統括・調整	担当：		
調査後	午前／午後 時 分～ 時 分迄	調査結果の確認と課長への報告 施設・事業所に対する、当日の指示・指導内容の検討	担当：		
	午前／午後 時 分～ 時 分迄	管理者への結果報告 指示・指導内容の伝達 今後の予定等の説明	担当：		

事実確認中に予測されるリスクと対処方法

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

【判断会議】

開催予定日時：平成 年 月 日（ ）午前／午後 時 分～ 開催場所： _____

会議参加者 ： _____

様式集（養介護施設従事者等編）

面接調査票（高齢者本人用）

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

高齢者本人氏名		性別	☐ 男 ☐ 女	生年月日	年 月 日生	年齢	歳
面接場所	☐ 居宅 ☐ 施設・事業所内（ ） ☐ 来所 ☐ その他（ ）						
面接時の同席者	☐ 無 ☐ 有（氏名、職種・職位： ）						

発言内容や状態・行動・態度等（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

※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。

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 (空欄に○印またはチェック)					確認者
				写真	目視	記録	聴き取り	その他	
		外傷等	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：						「誰」が「誰 (何)」から が から
		全身状態・意識レベル	全身衰弱、意識混濁、その他（ ）						が から
		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
		栄養状態等	栄養失調、低栄養・低血糖の疑い、その他（ ）						が から
		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
		体重の増減	急な体重の減少、やせすぎ、その他（ ）						が から
		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
		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（ ）						が から
		その他							が から
		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（ ）						が から
		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
		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（ ）						が から
		適切な睡眠	不眠の訴え、不規則な睡眠、その他（ ）						が から
		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（ ）						が から
		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（ ）						が から
		その他							が から
		恐怖や不安の訴え	「怖い」「痛い」「怒られる」「殴られる」「追い出される」等の発言、大切なものを「壊される」「捨てられる」等の発言、その他（ ）						が から
		保護の訴え	「殺される」「○○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」等の発言、その他（ ）						が から
		強い自殺念慮	「死にたい」等の発言、自分を否定的に話す、その他（ ）						が から
		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
		金銭の訴え	「お金をとられた」「預貯金が無くなった」「金銭を寄付・贈与させられた」「金銭を渡してもらえない」等の発言、その他（ ）						が から
		性的事柄の訴え	「生殖器の写真が撮られた」等の発言、異性介助へ訴え、その他（ ）						が から
		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
		その他							が から
		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
		無気力さ	無気力な表情、問いかけに無反応、その他（ ）						が から
		態度の変化	職員がいる場面いない場面で態度が異なる、なぜやりの態度、急な態度の変化、その他（ ）						が から
		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（ ）						が から
		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
		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
		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（ ）						が から
		その他							が から

103

様式集（養介護施設従事者等編）

面接調査票（高齢者本人用）－聞き取りシート

面接日：平成 年 月 日（ ）午前／午後 時 分～ 時 分

面接者： 記録者：

1 聞き取り調査対象高齢者

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

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

			回答や様子等の記入欄
1 施設・事業所のサービス	サービスを利用して気持ちよく過ごせていますか	はい・いいえ・反応無	
	ご飯はおいしいですか	はい・いいえ・反応無	
	お風呂は気持ち良く入っていますか	はい・いいえ・反応無	
	時々、外出はされていますか	はい・いいえ・反応無	
	夜はよく眠れていますか	はい・いいえ・反応無	
	寒い（暑い） ことはありますか	はい・いいえ・反応無	
2 虐待（怖いこと等）	職員はやさしいですか	はい・いいえ・反応無	
	職員は呼ぶとすぐ来てくれますか	はい・いいえ・反応無	
	職員に怒られることはありますか	はい・いいえ・反応無	
	何か怖いこと等はありますか	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	
3 要望その他	何かして欲しいことはありますか	はい・いいえ・反応無	

※在宅サービス利用者には該当しない質問項目も含まれています。

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

様式集（養介護施設従事者等編）

各種書類等確認票

確認年月日：平成 年 月 日（ ）

確認者

1 高齢者本人に関する記録等

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

2 利用者全員に関する記録等

① ☐ 事業計画	
② ☐ 施設・事業所パンフレット等 ☐ 重要事項説明書 ☐ 利用者への配布書類	
③ ☐ 業務日誌（日報） ☐ 申し送りノート	
④ ☐ ヒヤリハット報告	
⑤ ☐ 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 ☐ 勤務表	
② ☐ 資格証明書等	
③ ☐ 研修計画 ☐ 受講記録	
④ ☐ その他	

4 施設・事業所に関する書類

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

5 法人に関する書類

① ☐ 理事会の構成 ☐ 理事会開催記録	
② ☐ 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（■）

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

様式集（養介護施設従事者等編）

養介護施設・事業所の状況把握・点検票

記録年月日：平成 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、手すり等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・医薬品等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

様式集（養介護施設従事者等編）

事実確認調査結果報告書

事実確認日時：平成 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：平成 年 月 日（ ） 報告者： 印

【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	☐ 調査の理由の説明 ☐ 調査の根拠法の説明 (説明者：)
調査への協力依頼	☐ 調査手順の説明 ☐ 打合せ及び面接のための部屋の借用（借用する部屋： ） ☐ 資料のコピーのための機材の使用（費用： ） ☐ 利用者との面接の許可 ☐ 職員との面接の許可
管理者の所在	☐ 施設・事業所内に所在有 ☐ 施設・事業所内に所在無（→ ☐ 当日面接可 ☐ 当日面接不可）

【個別面接対象者】

高齢者	(氏名：) (面接場所：) (担当者： ,) (氏名：) (面接場所：) (担当者： ,)
管理者	(職名・氏名：) (面接場所：) (担当者： ,) (職名・氏名：) (面接場所：) (担当者： ,)
主任・リーダー	(職名・氏名：) (面接場所：) (担当者： ,) (職名・氏名：) (面接場所：) (担当者： ,)
職員	(職名・氏名：) (面接場所：) (担当者： ,) (職名・氏名：) (面接場所：) (担当者： ,) (職名・氏名：) (面接場所：) (担当者： ,) (職名・氏名：) (面接場所：) (担当者： ,)
その他関係者	(職名・氏名：) (面接場所：) (担当者： ,) (職名・氏名：) (面接場所：) (担当者： ,)

【事実確認調査で確認された事項】

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

様式集（養介護施設従事者等編）

【高齢者および利用者の状況】

氏名		性別	☐ 男 ☐ 女	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)			
	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)			
	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		
	経験年数 (勤務年数)			
	調査結果のまとめ (確認された事実)			
管理 者	氏名 (性別・年齢)			
	職種・職位 (資格)			
	経験年数 (勤務年数)			
	調査結果のまとめ (確認された事実)			
人員・設 備・事業 所の 運営面	調査結果のまとめ (確認された事実)			

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

様式集（養介護施設従事者等編）

【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：	

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

様式集（養介護施設従事者等編）

【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	☐ 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 ☐ 事実確認のみを行い、市町村にもどり検討 ☐ その他（ ）
	①高齢者の安全確保について ☐ 通報対象となった高齢者の安全が確保されていない ☐ 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	☐ 連絡（連絡日：平成 年 月 日（ ） 連絡者： ）	特記事項
家族・後見人等	☐ 連絡（連絡日：平成 年 月 日（ ） 連絡者： ）	特記事項
都道府県	☐ 連絡（連絡日：平成 年 月 日（ ） 連絡者： ）	特記事項
保険者	☐ 連絡（連絡日：平成 年 月 日（ ） 連絡者： ）	特記事項
警察	☐ 連絡（連絡日：平成 年 月 日（ ） 連絡者： ）	特記事項
その他	☐ 連絡（連絡日：平成 年 月 日（ ） 連絡者： ）	特記事項

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

様式集（養介護施設従事者等編）

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

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

様式集（養介護施設従事者等編）

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
【虐待者(疑いを含む)1の状況】			
虐待者(疑いを含む)1氏名:	性別・年齢: ☐ 男 ☐ 女 歳	施設・事業所名:	☐
職 位: ☐ 施設長 ☐ 管理職 ☐ 主任・リーダー ☐ 一般職			
職 種: ☐ 介護職員 ☐ 看護職員 ☐ 生活相談員 ☐ 計画担当介護支援専門員 ☐ 事務職 ☐ その他(送迎、清掃、他)			
保有資格: ☐ 介護福祉士 ☐ ヘルパー__級 ☐ 看護師 ☐ 社会福祉士 ☐ 介護支援専門員 ☐ その他() ☐ 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(☐ 常勤、 ☐ 非常勤、 ☐ 派遣)			
特記事項(虐待者(疑いを含む)の性格的な偏り、利用者への言葉遣いや態度、勤怠状況、健康面での課題等)情報提供者:			
【虐待等の発生時の状況、理由】 (虐待者(疑いを含む)の面接結果等から記載)			
☐			
【被虐待高齢者のケア】			
☐ 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)			
☐			
☐ ケア方針の理解が十分できていない ☐ ケア方針に則ったケアの実践ができていない ☐ 建物構造、介護機器や設備、配置等で介護がしづらい ☐ その他()			
【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】			
☐ 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 ☐ 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 ☐ 認知症ケアに対する知識・技術が不十分 ☐ その他()			
【勤務体制】			
☐ 夜勤時、職員数が少なく負担を感じる ☐ 夜勤回数が多く負担を感じる ☐ 職務分掌が明確でなく負担を感じる ☐ その他()			
【職場環境(コミュニケーション、運営等)】			
☐ 相談できる人がいない ☐ 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 ☐ その他()			
【待遇面】			
☐ 待遇面で不満がある()			
【虐待者(疑いを含む)2の状況】			
虐待者(疑いを含む)2氏名:	性別・年齢: ☐ 男 ☐ 女 歳	施設・事業所名:	☐
職 位: ☐ 施設長 ☐ 管理職 ☐ 主任・リーダー ☐ 一般職			
職 種: ☐ 介護職員 ☐ 看護職員 ☐ 生活相談員 ☐ 計画担当介護支援専門員 ☐ 事務職 ☐ その他(送迎、清掃、他)			
保有資格: ☐ 介護福祉士 ☐ ヘルパー__級 ☐ 看護師 ☐ 社会福祉士 ☐ 介護支援専門員 ☐ その他() ☐ 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(☐ 常勤、 ☐ 非常勤、 ☐ 派遣)			
特記事項(虐待者(疑いを含む)の性格的な偏り、利用者への言葉遣いや態度、勤怠状況、健康面での課題等)情報提供者:			
【虐待等の発生時の状況、理由】 (虐待者(疑いを含む)の面接結果等から記載)			
☐			
【被虐待高齢者のケア】			
☐ 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)			
☐			
☐ ケア方針の理解が十分できていない ☐ ケア方針に則ったケアの実践ができていない ☐ 建物構造、介護機器や設備、配置等で介護がしづらい ☐ その他()			
【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】			
☐ 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 ☐ 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 ☐ 認知症ケアに対する知識・技術が不十分 ☐ その他()			
【勤務体制】			
☐ 夜勤時、職員数が少なく負担を感じる ☐ 夜勤回数が多く負担を感じる ☐ 職務分掌が明確でなく負担を感じる ☐ その他()			
【職場環境(コミュニケーション、運営等)】			
☐ 相談できる人がいない ☐ 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 ☐ その他()			
【待遇面】			
☐ 待遇面で不満がある()			

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

様式集（養介護施設従事者等編）

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)～判断会議用										
高齢者本人氏名		殿										
計画作成者所属				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	☐ 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	→ 事実確認調査の継続	☐ 事実確認を継続(期限を区切った継続方針) ☐ 専門家・関係機関への意見聴取 () ☐ 都道府県への対応・協力依頼 () ☐ その他 ()									
虐待の内容と判断根拠	いつどこで 誰が 氏名 職種 誰から 氏名 何をされたか 判断根拠:	→	☐ 緊急保護 ☐ 入院 ☐ 通院 ☐ 他施設転居 ⇒ () ☐ 在宅サービス導入・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 ()									
緊急性の有無の判断	☐ 緊急性なし ☐ 判断できず ☐ 緊急性あり	→ 高齢者への対応										
緊急性の内容と判断根拠	☐ 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、家族・後見人等が保護を求めている ☐ 虐待者が変わりなく勤務している ☐ その他 ()	→	☐ 施設・事業所に対する改善指導の必要性 ☐ 施設・事業所からの改善計画の提出要請 ☐ 虐待者への指導、勤務変更等 ☐ 介護保険法に規定する勧告・改善命令処分 ☐ 老人福祉法に規定する勧告・改善命令処分 ☐ その他 ()									
高齢者本人の意見・希望		→ 施設・事業所、虐待者への対応										
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		関係者・関係機関への対応	☐ 都道府県への報告 ☐ 関係部署・関係機関への連絡 () ☐ 通報者への対応 () ☐ その他 ()									

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

第2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(2)～判断会議用									
対象	優先順位	課題	目標	対応方法(具体的な役割分担)			実施日時・期間/評価日				
				何を・どのように	関係機関・担当者等						
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	

※記入欄が足りない場合は、様式を追加して記入

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

様式集（養介護施設従事者等編）

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)

高齢者本人氏名 殿
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			

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

第2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(2)

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		

※記入欄が足りない場合は、様式を追加して記入

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

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		
		☐			☐ 目標達成 () ☐ その他()	☐ 目標の継続 ☐ 目標の変更	☐ 対応方法の継続 ☐ 対応方法の変更
		☐			☐ 目標達成 () ☐ その他()	☐ 目標の継続 ☐ 目標の変更	☐ 対応方法の継続 ☐ 対応方法の変更
		☐			☐ 目標達成 () ☐ その他()	☐ 目標の継続 ☐ 目標の変更	☐ 対応方法の継続 ☐ 対応方法の変更
		☐			☐ 目標達成 () ☐ その他()	☐ 目標の継続 ☐ 目標の変更	☐ 対応方法の継続 ☐ 対応方法の変更
		☐			☐ 目標達成 () ☐ その他()	☐ 目標の継続 ☐ 目標の変更	☐ 対応方法の継続 ☐ 対応方法の変更
		☐			☐ 目標達成 () ☐ その他()	☐ 目標の継続 ☐ 目標の変更	☐ 対応方法の継続 ☐ 対応方法の変更
虐待発生 の リスク 状況	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)		
	1. 事実確認調査で確認された虐待が解消されている		☐ 確認済				
	2. 評価時点でその他の虐待が生じていない		☐ 確認済				
	3. 個々の改善目標が計画どおり達成された		☐ 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		☐ 確認済				
	5. 虐待が生じた場合の対応策が講じられている		☐ 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			▶ 通常の実地指導・定期監査に移行		☐ 新たな改善指導の実施 ☐ 新たな改善計画の提出を要請 ☐ 法に基づく勧告・改善命令処分 ☐ その他()		
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)			→ 次回監査予定日 年 月				
3. アセスメント、虐待対応計画の見直し			→ 定期的に監査を実施 (年ごと)				
4. その他()							

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