

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	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> その他 ()
	住所又は 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"/> 相談支援事業所 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス事業所 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 警察	<input type="checkbox"/> 近隣住民・知人 <input type="checkbox"/> 民生・児童委員 <input type="checkbox"/> 教育機関 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> その他 ()

【本人の状況】

氏名	性別	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	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					
	電話：	その他連絡先：				(続柄：)
居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 () <input type="checkbox"/> 施設 () <input type="checkbox"/> その他 ()					
支援区分	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 区分 () <input type="checkbox"/> 申請中 (月 日) <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 申請予定					
利用サービス	障害福祉サービス	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明				
	その他サービス	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明				相談支援事業所
主障害	<input type="checkbox"/> 身体障害 () <input type="checkbox"/> 知的障害 () <input type="checkbox"/> 精神障害 () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明					
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 (種別： 等級：) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		その他特記事項：			
経済状況	生活保護受給 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明					

【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	<input type="checkbox"/> 親 () <input type="checkbox"/> きょうだい () <input type="checkbox"/> 子 () <input type="checkbox"/> 子の配偶者 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
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、雨の日なのに長時間外にいる〔疑い〕 <input type="checkbox"/> 外出する姿を見かけない、声を聞かない〔疑い〕 <input type="checkbox"/> 必要と思われるサービスを利用している様子がない〔疑い〕 <input type="checkbox"/> 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、おびえている〔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"/> 相談支援事業所等による継続相談 (内容：) <input type="checkbox"/> 障害者虐待 <input type="checkbox"/> その他 () 備考 ()
--

情報共有・協議票

開催日時： 年 月 日 () 午前/午後 時 分

【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"/> 性的虐待の疑い <input type="checkbox"/> 心理的虐待の疑い <input type="checkbox"/> 放棄・放置の疑い <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 ()
------------------	--

【情報収集依頼項目】

収集項目	情報収集内容	依頼先機関・依頼方法
世帯構成	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他 ()	依頼日時 (月 日 () 午前/午後 時 分) 依頼先 () 依頼者 () 依頼方法 ()
障害者福祉サービス	<input type="checkbox"/> 障害者手帳の有無 (身・知・精)	依頼日時 (月 日 () 午前/午後 時 分) 依頼先 () 依頼者 () 依頼方法 ()
	<input type="checkbox"/> 障害支援区分の有無 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス利用状況 <input type="checkbox"/> 担当相談支援事業所	
福祉サービス等	<input type="checkbox"/> 生活保護の受給 <input type="checkbox"/> 介護認定の有無 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス利用状況 <input type="checkbox"/> ()	依頼日時 (月 日 () 午前/午後 時 分) 依頼先 () 依頼者 () 依頼方法 ()
経済状況	<input type="checkbox"/> 課税状況 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 滞納状況 () <input type="checkbox"/> 国民健康保険納付状況	依頼日時 (月 日 () 午前/午後 時 分) 依頼先 () 依頼者 () 依頼方法 ()
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度保険納付状況 <input type="checkbox"/> 水道料金公共料金滞納状況 () <input type="checkbox"/> 公営住宅家賃滞納状況	
関係機関等	<input type="checkbox"/> 主治医・医療機関 <input type="checkbox"/> 保健所・保健センターの関与 <input type="checkbox"/> 他機関 () の関与	依頼日時 (月 日 () 午前/午後 時 分) 依頼先 () 依頼者 () 依頼方法 ()
その他	<input type="checkbox"/> 担当地区民生・児童委員 (生活状況の確認) <input type="checkbox"/> ()	依頼日時 (月 日 () 午前/午後 時 分) 依頼先 () 依頼者 () 依頼方法 ()

※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 () 午後 時 分

協議者： _____ 協議方法 (集合 電話 訪問 その他)

事実確認の方法	面接調査	障害者： <input type="checkbox"/> 自宅訪問 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> その他の場所 () 面接者 (,)
		養護者： <input type="checkbox"/> 自宅訪問 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> その他の場所 () 面接者 (,)
	関係者からの聞き取り	<input type="checkbox"/> ケース会議等 () 担当： ()
		<input type="checkbox"/> 関係者・関係機関 1 () 担当： ()
		<input type="checkbox"/> 関係者・関係機関 2 () 担当： ()
	<input type="checkbox"/> 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 () 午前/午後 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 (コア会議開催予定年月日： 年 月 日 () 時)	

※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

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： （ ）	1、2、3、4、5 （ ）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（ ）	1、2、3、4、5 （ ）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（ ）	1、2、3、4、5 （ ）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（ ）	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・腫脹、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
		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、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	菓子パンのみの食事、よそではガツガツ食べる、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、長時間家の外に出されている、姿を見かけない、声を聞かない、その他（ ）	1、2、3、4、5 （ ）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（ ）	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、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		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（ ）	1、2、3、4、5 （ ）が（ ）から確認した
		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」「編りたくない」などの発言、その他（ ）	1、2、3、4、5 （ ）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（ ）	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」「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（ ）	1、2、3、4、5 （ ）が（ ）から確認した
		性的事柄の訴え	「生殖器の写真が撮られた」などの発言、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	家族のいる場面いない場面で態度が異なる、なぜやらない態度、急な態度の変化、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
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（ ）	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
		適切な福祉サービス	必要であるが未利用、勧めても無視あるいは拒否、必要量が極端に不足、その他（ ）	1、2、3、4、5 （ ）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（ ）	1、2、3、4、5 （ ）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（ ）	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
		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（ ）	1、2、3、4、5 （ ）が（ ）から確認した
養 護 者 の 態 度 等		保護の訴え	養護者が障害者の保護を求めている、その他（ ）	1、2、3、4、5 （ ）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（ ）	1、2、3、4、5 （ ）が（ ）から確認した
		本人に対する態度	冷淡、横柄、無関心、支配的、攻撃的、拒否的、その他（ ）	1、2、3、4、5 （ ）が（ ）から確認した
		本人への発言	「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（ ）	1、2、3、4、5 （ ）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、話しながら拒否的、専門家に責任転嫁、その他（ ）	1、2、3、4、5 （ ）が（ ）から確認した
		精神状態・判断能力	養護者の精神的不安定・判断力低下、非現実的な認識、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

公益社団法人日本社会福祉士会作成 「養護者による障害者虐待対応帳票Ver I」（出典：東京都老人総合研究所作成様式を参考に作成）

虐待対応ケース会議記録・計画書（1）～コアメンバー会議用

決 裁 欄 (例)			
課 長	係 長	担当者	

本人氏名 _____

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：
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"/> 性的虐待 <input type="checkbox"/> 心理的虐待 <input type="checkbox"/> 放棄・放置 <input type="checkbox"/> 経済的虐待 <input type="checkbox"/> その他	障害者本人の意見・希望	所属： 氏名：	所属： 氏名：
虐待事実の判断根拠		所属： 氏名：	所属： 氏名：
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	所属： 氏名：	所属： 氏名：
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"/> 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"/> 本人の安全確認ができていない <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		所属： 氏名：	所属： 氏名：
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（ _____ ）	
		<input type="checkbox"/> 成年後見制度又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（ _____ ）	

虐待対応ケース会議記録・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	
障害者							
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

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"/> 同居、 <input type="checkbox"/> 独立〕 <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】 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"/> 知的障害(<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑い) <input type="checkbox"/> 精神障害(<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑い)		<input type="checkbox"/>
【介護負担】 介護等の意欲： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <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		<input type="checkbox"/>
【経済状況】 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"/> 本人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"/>
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"/>
<p>[全体のまとめ]：I~IVで抽出された虐待発生の要因の結果を踏まえて、分析、課題を整理する。 ※計画書(1)の「総合的な対応方針」、計画書(2)の「対応困難な課題/今後検討しなければならない事項」に反映する</p> <p>I. 障害者本人</p> <p>II. 養護者</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>V. 今後の課題</p>		

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	

本人氏名 _____
 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：
障害者本人の 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		
	※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				

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	
障害者							
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

