

5 様式集

- | | |
|--------------------------|-------|
| (1) 相談・通報・届出受付票（総合相談） | （様式1） |
| (2) 高齢者虐待情報共有・協議票 | （様式2） |
| (3) 事実確認票-チェックシート（表面） | （様式3） |
| (4) 事実確認票-チェックシート（裏面） | （様式4） |
| (5) 立入調査証明書 | （様式5） |
| (6) 高齢者虐待事案に係る援助依頼書 | （様式6） |
| (7) 養介護施設従事者等による高齢者虐待報告書 | （様式7） |

帳票（様式1～4）の記入のポイント

① 帳票はツールである。

帳票を埋めることが目的ではないので、空欄があってもよい。

② 明確な情報と明確でない情報を整理していく。

明確でない情報は「不明」という事実を記入する。不明の場合は、その情報を「誰が、どのように、いつまで」に確認するかが課題となる。

③ 帳票を継続して使用していく。

帳票は虐待対応の流れに即して通報受理、事実確認時に使用していく。また、コアメンバー会議、個別ケース会議の資料としても使用し、新たな情報等を追加したり、必要な場合は帳票を更新することになる。

④ 帳票とは別に会議等の資料をつくる必要はない。

帳票は、関係機関との連絡調整、コアメンバー会議や個別ケース会議の資料となるものであり、同じものを使うことで情報の迅速な伝達と管理が可能となり、業務の整理、軽減が可能となる。

⑤ 帳票作成を個人作業にしない。

帳票作成は、基本的には個人作業ではなく、地域包括支援センターと市との協議の上で完成させる。

(様式1)

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： 其他連絡先： (続柄：)					
介護認定	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 () <input type="checkbox"/> 施設 () <input type="checkbox"/> その他 ()					
利用サービス	<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					
主疾患	介護保険	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし			介護支援専門員	
	介護保険外	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし			居宅介護支援事業所	
身体状況	障害手帳		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (等級： 種別：)			
経済状況	生活保護受給 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)					

【本人の意向など】※生活歴、キーパーソン、関係機関などわかる範囲で書き込む

--

【世帯構成】

家族状況 (ジェノグラム)

【介護者の状況】

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

【主訴・相談の概要】

相談内容	
虐待の可能性	<input type="checkbox"/> 家から怒鳴り声や泣き声が聞こえたり、大きな物音がする〔疑い〕 <input type="checkbox"/> 暑い日や寒い日、雨の日なのに高齢者が長時間外にいる〔疑い〕 <input type="checkbox"/> 介護が必要なのに、サービスを利用している様子がない〔疑い〕 <input type="checkbox"/> 高齢者の服が汚れていたり、お風呂に入っている様子がない〔疑い〕 <input type="checkbox"/> あざや傷がある〔疑い〕 <input type="checkbox"/> 問いかけに反応がない、無表情、怯えている〔疑い〕 <input type="checkbox"/> 食事をきちんと食べていない〔疑い〕 <input type="checkbox"/> 年金などお金の管理ができていない〔疑い〕 <input type="checkbox"/> 介護者の態度 () <input type="checkbox"/> その他 (具体的内容を記載)
情報源	相談者 (通報・届出者) は <input type="checkbox"/> 実際に目撃した <input type="checkbox"/> 怒鳴り声や泣き声、物音等を聞いて推測した <input type="checkbox"/> 本人から聞いた <input type="checkbox"/> 関係者 () から聞いた

【今後の対応】

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

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)

(様式2)

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)	<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 ()

【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	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他 ()
介護保険	<input type="checkbox"/> 介護認定の有無 <input type="checkbox"/> 担当居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 介護保険料所得段階 <input type="checkbox"/> 介護保険料納付状況
福祉サービス等	<input type="checkbox"/> 生活保護の受給 <input type="checkbox"/> 障害者手帳の有無（身・知・精） <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス利用状況 <input type="checkbox"/>
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"/> 国民健康保険納付状況 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度保険料納付状況 <input type="checkbox"/> 水道料金滞納状況 <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
その他	<input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()

※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： <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 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	

※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3)

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。

社団法人日本社会福祉士会 作成 VerⅡ-2(出典:東京都健康長寿医療センター研究所作成様式を参考に作成)

(様式4)

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、重度の擦り傷、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	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
		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、余所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、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」「殴られる」「殺られる」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」「〇〇が怖い」「何も食べていない」「家にいたくない」「帰りにたくない」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	「お金をどられた」「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	「生殖器の写真を撮られた」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、なぜやりの態度、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()	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
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()	1、2、3、4、5 ()が()から確認した
		保護の訴え	虐待者が高齢者の保護を求めている、その他()	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
		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()	1、2、3、4、5 ()が()から確認した
		高齢者への発言	「早く死んでしまえ」など否定的な発言、コミュニケーションをとうとうとしない、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、話したがらない、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	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()	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	

(様式5)

立入調査証明書

(表)

証 票	
第 号	年 月 日 交付
所 属 氏 名	
上記の者は、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律第 11 条の規定による、立入調査を行う職員であることを証明する。	
市 町 村 長 名	市町村 長 印

(裏)

高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律
(通報等を受けた場合の措置)

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

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

(立入調査)

第十一条 市町村長は、養護者による高齢者虐待により高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じているおそれがあると認めるときは、介護保険法第一百五十五条の四十六第二項の規定により設置する地域包括支援センターの職員その他の高齢者の福祉に関する事務に従事する職員をして、当該高齢者の住所又は居所に立ち入り、必要な調査又は質問をさせることができる。

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

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

(日本工業規格A列7番)

(様式6)

函 福 高
年 月 日

○ ○ 警察署長

函館市長

高齢者虐待事案に係る援助依頼書

高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律第12条第1項及び同条第2項の規定により、次のとおり援助を依頼します。

依頼事項	日 時	年 月 日 時 分 ~ 時 分		
	場 所			
	援助方法	<input type="checkbox"/> 調査の立会い <input type="checkbox"/> 周辺での待機 <input type="checkbox"/> その他 ()		
高齢者	(ふりがな) 氏 名	□男 ・ □女		
	生年月日	年 月 日生 (歳)		
	住 所	<input type="checkbox"/> 上記援助依頼場所に同じ <input type="checkbox"/> その他 ()		
	電 話	() - 番		
	職 業 等			
養護者等	(ふりがな) 氏 名	□男 ・ □女		
	生年月日	年 月 日生 (歳)		
	住 所	<input type="checkbox"/> 上記援助依頼場所に同じ <input type="checkbox"/> その他 ()		
	電 話	() - 番		
	職 業 等			
	高齢者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他親族 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
虐待の状況	行為類型	<input type="checkbox"/> 身体的虐待 <input type="checkbox"/> 養護の著しい怠り <input type="checkbox"/> 心理的虐待 <input type="checkbox"/> 性的虐待 <input type="checkbox"/> 経済的虐待		
	虐待の内容			
高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じていると認める理由				
警察の援助を必要とする理由				
担当者・連絡先	所属・役職		氏名	
	電話 ()	- 番	内線	
	携帯電話	- 番	番	

(様式7)

養介護施設従事者等による高齢者虐待報告書

市町村名 _____

1 事案の種別

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 高齢者虐待の事実が認められたケース |
| <input type="checkbox"/> 道と共同で事実の確認が必要なケース (理由: _____) |

2 養介護施設等の状況

名 称			
所 在 地		TEL	
サービス種別			

3 虐待を受けた(受けたとと思われる)高齢者の状況

性 別	男 ・ 女	年 齢	歳
要 介 護 度 等	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5・その他		
そ の 他 の 心 身 の 状 況			

4 虐待の内容

虐 待 の 種 類	身体的虐待 経済的虐待	介護・世話の放棄・放任 その他 (_____)	心理的虐待	性的虐待
虐 待 の 内 容				
発 生 要 因				

5 虐待を行った者の状況

氏 名		生 年 月 日	
職 種 ・ 資 格 等			

6 市町村が行った対応

--

7 施設・事業所における改善措置状況

--

8 その他特記事項

--