

相談・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 ( )		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族親族等 (続柄: )
通報者	氏名	<input type="checkbox"/> 匿名 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 歳位	関係性 <input type="checkbox"/> 当該施設・事業所従事者 (①現職 ②元職員) ※公益通報の説明 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	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 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 歳 <input type="checkbox"/> 不明
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	利用開始日	年 月 日 支給決定 <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"/> 不明 <input type="checkbox"/> 携帯	その他連絡先 (続柄: ) <input type="checkbox"/> 不明	
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (有り、判定: ( )) <input type="checkbox"/> 療育手帳 (有り、判定: ( )) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (有り、判定: ( )) <input type="checkbox"/> 申請中 ( 月 日 ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 不明		
疾患	<input type="checkbox"/> 一般 ( ) <input type="checkbox"/> 精神疾患 ( ) <input type="checkbox"/> 難病 ( )		
心身状況	<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"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 不明	相談支援専門員	<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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	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 (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 (補助 保佐 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 (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 帯	発生場所	
虐待を行った疑いのある職員名又は特徴	<input type="checkbox"/> 複数 <input type="checkbox"/> 不明	職種	<input type="checkbox"/> 不明
虐待の可能性 (具体的行為)	<input type="checkbox"/> 平手打ちをする。殴る、蹴る、壁に叩きつける。つねる、やけどさせる、打撲する。 <input type="checkbox"/> 緊急やむを得ない時以外で身体を拘束する（柱や椅子やベッドに縛り付ける）医療的必要性に基づかない投薬によって動きを抑制する。部屋に閉じ込める。 <input type="checkbox"/> 性交。性器への接触。性的行為を強要する。裸にする。キスをする。 <input type="checkbox"/> 本人の前でわいせつな言葉を発する、又は会話する。わいせつな映像を見せる。 <input type="checkbox"/> 「バカ」「あほ」など本人を侮辱する言葉を浴びせる。怒鳴る、ののしる、悪口を言う。 <input type="checkbox"/> 仲間に入れない。子ども扱いする。話しかけているのに意図的に無視する。 <input type="checkbox"/> 食事や水分を十分に与えない。入浴させない。汚れた服を着させ続ける。 <input type="checkbox"/> 髪や爪が伸び放題。室内の掃除をしない。必要な福祉サービスを受けさせない又は制限する。 <input type="checkbox"/> 年金や賃金を渡さない。本人の同意なしに財産や預貯金を処分、運用する。 <input type="checkbox"/> 日常生活に必要な金銭を渡さない。使わせない。		
	<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"/> 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 ( )
------------------	--

【今後の対応】

<input type="checkbox"/> 施設従事者等による障害者虐待の疑いとして対応 <input type="checkbox"/> 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： \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

### 【基本情報】

本人	氏名： <input type="checkbox"/> 特定できず	性別：男・女・不明	年齢： _____ 歳・ <input type="checkbox"/> 不明
施設・事業所	名称：	種別： <input type="checkbox"/> 指定障害者支援施設	<input type="checkbox"/> その他

### 【情報収集依頼項目】

#### 1. 障害者虐待担当部署、指導監査担当部署への依頼事項

本人の 情報	本人の状況	<input type="checkbox"/> 年齢 <input type="checkbox"/> 性別 <input type="checkbox"/> 障害支援区分 <input type="checkbox"/> 支給決定者 <input type="checkbox"/> 障害支援区分調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 療育手帳区分 <input type="checkbox"/> 障害者基礎年金等級 <input type="checkbox"/> 成年後見人等の有無	<input type="checkbox"/> 課内：担当者 ( ) <input type="checkbox"/> 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"/> 担当相談支援専門員 <input type="checkbox"/> 相談支援事業 <input type="checkbox"/> 当該施設・事業所サービスの利用開始時期	<input type="checkbox"/> 課内：担当者 ( ) <input type="checkbox"/> 依頼：日時 月 日 ( ) 午前/午後 時 分 依頼先 ( ) 依頼者 ( )
	その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 課内：担当者 ( ) <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	障害者虐待	<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	<input type="checkbox"/> 課内：担当者 ( ) <input type="checkbox"/> 依頼：日時 月 日 ( ) 午前/午後 時 分 依頼先 ( ) 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	<input type="checkbox"/> 課内：担当者 ( ) <input type="checkbox"/> 依頼：日時 月 日 ( ) 午前/午後 時 分 依頼先 ( ) 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	<input type="checkbox"/> 課内：担当者 ( ) <input type="checkbox"/> 依頼：日時 月 日 ( ) 午前/午後 時 分 依頼先 ( ) 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	<input type="checkbox"/> 課内：担当者 ( ) <input type="checkbox"/> 依頼：日時 月 日 ( ) 午前/午後 時 分 依頼先 ( ) 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	<input type="checkbox"/> 課内：担当者 ( ) <input type="checkbox"/> 依頼：日時 月 日 ( ) 午前/午後 時 分 依頼先 ( ) 依頼者 ( )
	その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 課内：担当者 ( ) <input type="checkbox"/> 依頼：日時 月 日 ( ) 午前/午後 時 分 依頼先 ( ) 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 ( )
その他福祉	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	依頼日時 ( 月 日 ( ) 午前/午後 時 分) 依頼先 ( ) 依頼者 ( )
医療	<input type="checkbox"/> 障害者医療制度 <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 ( ) 担当者 ( )
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 ( ) 担当者 ( )
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 ( ) 担当者 ( )
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 ( ) 担当者 ( )
その他	<input type="checkbox"/>	依頼日時 ( 月 日 ( ) 午前/午後 時 分) 依頼先 ( ) 担当者 ( )

### 事実確認準備票

協議日時： 年 月 日 ( ) 午前/午後 時 分

協議参加者： \_\_\_\_\_

決定者： \_\_\_\_\_

印 \_\_\_\_\_

#### 【事実確認の方法と参加者】

事実確認調査の根拠	<input type="checkbox"/> 監査 ( ) <input type="checkbox"/> 障害者虐待防止法による任意調査理由： <input type="checkbox"/> 実地指導 ( ) <input type="checkbox"/> 養護者による障害者虐待として実施
事実確認調査日時	年 月 日 ( ) 午前/午後 時 分 ~ 時 分
施設・事業所への事前連絡	<input type="checkbox"/> 有 (連絡予定日時：平成 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	障害福祉担当部署 ( <input type="checkbox"/> 障害者虐待担当 <input type="checkbox"/> 指導監査担当 ) 参加者：役職 氏名 役職 氏名 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】

都道府県等との連携	<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、早急に障害者総合支援法による指導監査等が必要と考えられる場合 <input type="checkbox"/> 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 <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 ( ) }
障害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： 担当：		<input type="checkbox"/> 身分証明書 <input type="checkbox"/> 検査証 <input type="checkbox"/> 通知文書
	午前/午後 時 分～ 時 分迄	【虐待を受けた疑いのある障害者面接】 対象者____名 (氏名： )	担当： 担当：		<input type="checkbox"/> 面接調査票（障害者本人用） <input type="checkbox"/> 血圧計等バイタル測定セット
調査中	午前/午後 時 分～ 時 分迄	【その他の障害者面接】 対象者____名 (氏名： )	担当： 担当：		<input type="checkbox"/> 面接調査票（その他の障害者用） <input type="checkbox"/> 血圧計等バイタル測定セット
	午前/午後 時 分～ 時 分迄	【管理者面接】 対象者____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	【サービス管理責任者・主任・リーダー面接】 対象者____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	【一般職員面接】 対象者____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	【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： )	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	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"/> 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 全員で調査状況の確認	担当： 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：		

<p>事実確認中に予測されるリスクと対処方法</p> <p><input type="checkbox"/>事実確認調査を拒否された場合 : _____</p> <p><input type="checkbox"/>施設長など管理者が不在の場合 : _____</p> <p><input type="checkbox"/>障害者本人が入院等で不在の場合 : _____</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ( ) : _____</p>
--

【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（障害者本人用）

面接日： 年 月 日（ ）午前/午後 時 分～ 時 分

面接者：

記録者：

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
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： ）							
<b>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）</b>								
<b>【障害者本人】</b> ※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								
<b>【障害者本人に関する情報】</b>								
<input type="checkbox"/> 施設・事業所職員からの情報								
<input type="checkbox"/> 第三者（ ）からの情報								

公益社団法人日本社会福祉士会作成 「障害者福祉施設従事者等による障害者虐待対応帳票Ver I」  
 (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、大阪府作成帳票類を参考に作成)

面接調査票（障害者本人用）－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○印又はチェック）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.聞き取り、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、重度の褥そう、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
		身体拘束	ベッド4点縛、ミトン・つなぎ服、車いすベルト・拘束帯装着、居室内への隔離 向精神薬の過剰投与、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	身体の臭い、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、 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、 仲間に入れられない、話しかけているのに意図的に無視する、子ども扱いする 年金や賞金を渡さない、本人の同意なしに財産や預貯金を使う その他（ ）	1、2、3、4、5 ( )が( )から確認した
		住環境の適切さ	臭いがする、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		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」などの発言、 大切なものを「盗まれる」「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
		保護の訴え	「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
		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」「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、異性交際の訴え、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	職員がいる場面と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 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	支援を受けたがらない、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

公益社団法人日本社会福祉士会作成 「障害者福祉施設従事者等による障害者虐待対応帳票Ver I」  
（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、大阪府作成帳票類を参考に作成）

## 面接調査票（障害者本人用）－聞き取りシート

面接日： 年 月 日（ ）午前／午後 時 分～ 時 分

面談者：

記録者：

### 1 聞き取り調査対象障害者

氏名		生年月日	□明□大□昭□平	年	月	日
年齢	歳	性別	□男性	□女性		
障害支援区分	区分					
居所	面接場所		居室（ 号室）			
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	
	お風呂は気持ちよく入っていますか	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	
	何か怖いこと等がありますか	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) 怖い職員はいますか	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（その他の障害者用）－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 聞き取り調査対象障害者

氏名		生年月日	□明□大□昭□平	年 月 日
年齢	歳	性別	□男性 □女性	
障害支援区分	区分			
居所		面接場所	居室（ 号室）	
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	
	お風呂は気持ちよく入っていますか	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	
	何か怖いこと等がありますか	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。

公益社団法人日本社会福祉士会作成 「障害者福祉施設従事者等による障害者虐待対応帳票Ver I」  
 （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、大阪府作成帳票類を参考に作成）

## 面接調査票（管理者用）

面接日： 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"/> 理事長 <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"/> 社会福祉主事任用資格 <input type="checkbox"/> 相談支援専門員 <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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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）
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑤前にも、〇〇さんに同様のことがありましたか
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑥〇〇さんへの支援に関して、支援のしづらさや困難なことはありましたか
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑦〇〇さんへの支援に関して、配慮をされていることはありますか
虐待が 疑われる 職員等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	（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、支援方法や知識、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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	②（いる場合）どのように対応しましたか
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	（虐待を行った疑いのある職員が特定されている場合） ③△△職員の日頃の勤務状況や支援に問題を感じることはありますか
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	④（問題を感じる場合）どのように対応しましたか
通報等 以外の 虐待等 発生 状況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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

公益社団法人日本社会福祉士会作成 「障害者福祉施設従事者等による障害者虐待対応帳票Ver 1」  
 （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、大阪府作成帳票類を参考に作成）

【聞き取り事項（2/3）】

	はい	いいえ	聞き取り内容
虐待防止の取り組み			①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
			②施設・事業所で、虐待防止に関する取り組みは行われていますか
			③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）
			④障害者虐待防止法の内容を知っていますか
障害者支援			①利用者の状態変化に応じて、アセスメントや支援計画の見直しは行われていますか
			②利用者の支援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を開催していますか
			④あなたが、支援記録を見て、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
			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
			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事故等が発生した際には、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り組みを行っていますか
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
			②研修には管理職も参加していますか

公益社団法人日本社会福祉士会作成 「障害者福祉施設従事者等による障害者虐待対応帳Ver I」  
 (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、大阪府作成帳票類を参考に作成)

【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
			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を開催していますか
			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
			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
			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
			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
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）
			⑤職員の定着率が低いと感じていますか
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
			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
			④職員から、職場や仕事に対する不満はありますか
その他			※追加的な質問、又は職員が言いたいこと等

面接対象者署名

## 面接調査票（サービス管理責任者・主任・リーダー用）

面接日： 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"/> サービス管理責任者 <input type="checkbox"/> 主任 <input type="checkbox"/> リーダー
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"/> 社会福祉主事任用資格 <input type="checkbox"/> 相談支援 <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）			
	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			
	③ 以前にも、〇〇さんに同様のことがありましたか			
	④ 〇〇さんへの支援に関して、支援のしづらさや困難なことはありましたか			
	⑤ 〇〇さんへの支援に関して、配慮をされていることはありますか			
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、支援方法や知識、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			
	② (いる場合) どのように対応しましたか			
	(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支援に問題を感じることはありますか				
④ (問題を感じる場合) どのように対応しましたか				
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			
	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			
	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			
	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			
虐待 防止の 取り 組み	① 障害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			
	② 施設・事業所で、障害者虐待防止に関する取り組みは行われていますか			
	③ 障害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）			
	④ 障害者虐待防止法の内容を知っていますか			

公益社団法人日本社会福祉士会作成 「障害者福祉施設従事者等による障害者虐待対応帳票Ver I」  
(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、大阪府作成帳票類を参考に作成)

【聞き取り事項（2/2）】

	はい	いいえ	聞き取り内容
障害者支援			①利用者の状態変化に応じて、アセスメントや支援計画の見直しは行われていますか
			②利用者の支援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
			④あなたが、支援記録・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
			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
			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事故等が発生した際には、必ず市町村や都道府県に報告していますか
			⑤特に事故又は、けがが多いと思う利用者はいますか
			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り組みを行っていますか
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
			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
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
			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
			③職場や仕事に対して、不満はありますか
その他			※追加的な質問、又は職員が言いたいこと等

面接対象者署名

## 面接調査票（一般職員用）

面接日： 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"/> 支援職員 <input type="checkbox"/> 看護職員 <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"/> 社会福祉主事任用資格 <input type="checkbox"/> 相談支援専門員 <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）			
	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			
	③以前にも、〇〇さんに同様のことがありましたか			
	④〇〇さんへの支援に関して、支援のしづらさや困難なことはありましたか			
	⑤〇〇さんへの支援に関して、配慮をされていることはありますか			
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			
	②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			
	③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			
	④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			
	⑤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			
虐待 防止の 取り 組み	①障害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			
	②施設・事業所で、障害者虐待防止に関する取り組みは行われていますか			
	③障害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）			
	④障害者虐待防止法の内容を知っていますか			

公益社団法人日本社会福祉士会作成 「障害者福祉施設従事者等による障害者虐待対応帳票Ver.1」  
 （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、大阪府作成帳票類を参考に作成）

【聞き取り事項（2/2）】

		はい	いいえ	聞き取り内容
障害者支援	①利用者の状態変化に応じて、アセスメントや支援計画の見直しは行われていますか			
	②利用者の支援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			
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			
	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			
	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特に事故又は、けがが多いと思う利用者はいますか			
	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た取り組みが行われていますか			
研修	①施設・事業所で開催する研修に参加していますか			
	②外部の研修に参加していますか			
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			
	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			
	②業務の負担に対して、職場では配慮をしてくれますか			
	③職場や仕事に対して、不満はありますか			
その他	※追加的な質問、又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： 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"/> 支援職員 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者 <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"/> 社会福祉主事任用資格 <input type="checkbox"/> 相談支援専門員 <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）
			②前にも、〇〇さんに同様のことがありましたか
			③〇〇さんへの支援に関して、支援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
			④〇〇さんへの支援に関して、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
			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
			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
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
			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
			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
			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
虐待 防止 の 取 り 組 み			①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
			②施設・事業所で、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
			③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）
			④障害者虐待防止法の内容を知っていますか

公益社団法人日本社会福祉士会作成 「障害者福祉施設従事者等による障害者虐待対応帳票Ver I」  
（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、大阪府作成帳票類を参考に作成）

【聞き取り事項（2/2）】

	はい	いいえ	聞き取り内容
障害者支援	①利用者の状態変化に応じて、アセスメントや支援計画の見直しは行われていますか		
	②利用者の支援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を開催されていますか		
	④利用者への支援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		
	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		
	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特に事故又は、けがが多いと思う利用者はいますか		
	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た取り組みが行われていますか		
研修	①施設・事業所で開催する研修に参加していますか		
	②外部の研修に参加していますか		
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		
	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		
	②業務の負担に対して、職場では配慮をしてくれますか		
	③職場や仕事に対して、不満はありますか		
その他	※追加的な質問、又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 障害者本人に関する記録等

書類	備考
① <input type="checkbox"/> 支援計画書 <input type="checkbox"/> 支援報告書 <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"/> 支援記録 <input type="checkbox"/> 保護者面談相談記録	
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	
⑥ <input type="checkbox"/> 利用契約書	
⑦ <input type="checkbox"/> 金銭管理契約書 <input type="checkbox"/> 障害基礎年金預かり証	
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 (☑)、コピーしたものは黒塗りする (■)

## 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。
- ・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・医薬品などは適切に保管されているか。
- ・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。
- ・廊下に物品が散乱していないか。避難経路が確保されているか。
- ・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

## 事実確認調査結果報告書

事実確認日時： 年 月 日 ( ) 午前/午後 時 分～ 時 分  
 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： 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	月 日 ( ) 時
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	<input type="checkbox"/> 調査の理由の説明 <input type="checkbox"/> 調査の根拠法の説明 (説明者： )
調査への協力依頼	<input type="checkbox"/> 調査手順の説明 <input type="checkbox"/> 打合せ及び面接のための部屋の借用 (借用する部屋： ) <input type="checkbox"/> 資料のコピーのための機材の使用 (費用： ) <input type="checkbox"/> 利用者との面接の許可 <input type="checkbox"/> 職員との面接の許可
管理者の所在	<input type="checkbox"/> 施設・事業所内に所在有 <input type="checkbox"/> 施設・事業所内に所在無 (→ <input type="checkbox"/> 当日面接可 <input type="checkbox"/> 当日面接不可)

### 【個別面接対象者】

障害者本人	(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： )
サービス管理責任者・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： )
法人	(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
障害者本人の安全確認		<input type="checkbox"/> 詳細は添付資料 (面接記録) 参照
		<input type="checkbox"/> 詳細は添付資料 (面接記録) 参照
通報等内容に関する事実		<input type="checkbox"/> 詳細は添付資料 (面接記録) 参照
		<input type="checkbox"/> 詳細は添付資料 (面接記録) 参照
通報等内容以外に関する事項		<input type="checkbox"/> 詳細は添付資料 (面接記録) 参照
		<input type="checkbox"/> 詳細は添付資料 (面接記録) 参照

公益社団法人日本社会福祉士会作成 「障害者福祉施設従事者等による障害者虐待対応帳票Ver I」  
 (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を参考に作成)

【本人の状況】

氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳
面接日		担当者			
意向	<input type="checkbox"/> 資料（ ）参照				
心身の状態	<input type="checkbox"/> 資料（ ）参照				
特記事項	<input type="checkbox"/> 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)	(男性: 歳)	<input type="checkbox"/> 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)	(勤務年数 年)	
	現在の勤務状況	<input type="checkbox"/> 変わりなく勤務中 <input type="checkbox"/> 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)		<input type="checkbox"/> 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)	(勤務年数 年)	
	現在の勤務状況	<input type="checkbox"/> 変わりなく勤務中 <input type="checkbox"/> 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	一般職員 ( ) 人、看護職 ( ) 人 その他 ( ) 人	<input type="checkbox"/> 左記項目については面接調査票参照
	経験年数 (勤務年数)	(勤務年数 年)	
	調査結果のまとめ (確認された事実)		
管理者	氏名 (性別・年齢)		<input type="checkbox"/> 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)	(勤務年数 年)	
	調査結果のまとめ (確認された事実)		
法人	氏名 (性別・年齢)		<input type="checkbox"/> 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)	(勤務年数 年)	
	調査結果のまとめ (確認された事実)		
人員・施設・設備・事業所運営の面	調査結果のまとめ (確認された事実)		<input type="checkbox"/> 左記項目については面接調査票参照

公益社団法人日本社会福祉士会作成 「障害者福祉施設従事者等による障害者虐待対応帳票Ver I」  
 (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を参考に作成)

**【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障害者の安全確保について	
		<input type="checkbox"/> 通報対象となった障害者の安全が確保されていない <input type="checkbox"/> 通報対象外の障害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
支給決定者	<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



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

障害者本人氏名 \_\_\_\_\_

計画作成者所属 \_\_\_\_\_

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_

初回計画作成日 年 月 日 時 分 ~ 年 月 日 時 分

会議日時: 年 月 日 時 分 ~ 年 月 日 時 分

会議目的	出席者	所属: 氏名 氏名 氏名	所属: 氏名 氏名 氏名
<p>虐待事実の判断</p> <p><input type="checkbox"/> 虐待の事実なし  <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</p> <p>いつ どこで 誰が 誰から 氏名 何をされたか</p> <p>職種</p>	<p>事実確認 調査の継続</p>	<p><input type="checkbox"/> 事実確認を継続(期限を区切った継続方針)</p> <p><input type="checkbox"/> 専門家・関係機関への意見聴取 ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 都道府県への対応・協力依頼 ( )</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ( )</p>	<p><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 ⇒ ( )</p> <p>【措置の適用】</p> <p><input type="checkbox"/> 有;  <input type="checkbox"/> 無  <input type="checkbox"/> 検討中 (理由: )</p> <p><input type="checkbox"/> 成年後見制度又は日常生活自立支援事業の活用 ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 経済的支援 (生活保護相談・申請/各種減免手続き等) ( )</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ( )</p>
<p>緊急性の有無の判断</p> <p>判断根拠:  <input type="checkbox"/> 緊急性なし <input type="checkbox"/> 判断できず  <input type="checkbox"/> 緊急性あり</p> <p><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"/> 障害者本人、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 ( )</p>	<p>障害者への対応</p>		
<p>障害者本人の意見・希望</p>	<p>施設・事業所、虐待者への対応</p>	<p><input type="checkbox"/> 施設・事業所に対する改善指導の必要性</p> <p><input type="checkbox"/> 施設・事業所からの改善計画の提出要請</p> <p><input type="checkbox"/> 虐待者への指導、勤務変更等</p> <p><input type="checkbox"/> 障害者総合支援法に規定する報告・改善命令処分</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ( )</p>	
<p>総合的な対応方針 ※「アセスメント要約表」全体のまとめより</p>	<p>関係者・関係機関への対応</p>	<p><input type="checkbox"/> 都道府県への報告</p> <p><input type="checkbox"/> 関係部署・関係機関への連絡 ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 通報者への対応 ( )</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ( )</p>	

公益社団法人日本社会福祉士会作成 「障害者福祉施設従事者等による障害者虐待対応帳票Ver.1」  
 (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) 作成帳票類を参考に作成)

第2表

虐待対応ケース会議記録・計画書（2）～判断会議用

課長		決裁欄(例)	
係長	担当	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							
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」の全体のまともから記載）				計画評価予定日：	年	月	日
n							

※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 「障害者福祉施設従事者等による障害者虐待対応帳票Ver.1」  
 (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）作成帳票類を参考に作成)

# 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：

障害者本人氏名：	性別・年齢：□男□女 歳	居所：□自宅 □入所・院	
障害者本人の希望	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		
	障害者の状態	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. 障害者本人の情報 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→	
障害支援区分：□非該当 □区分 ( ) □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（手帳 ( )） □知的障害（□あり：療育手帳 ( ) □疑い） □精神障害（□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：□自ら助けを求められることができる □助けを求められることが困難	
避難先・退避先：□助けを求められる場所がある ( ) □ない	
【支援の状況】	□
□支援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、当該障害者の支援に関する特記事項 ( )	
【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 □障害者総合支援法 □その他 ( )	
【経済状況】	□
収入額 月 ____万円（内訳：□年金 ____万円、□工賃 ____万円、□その他 ____万円） 預貯金等 ____万円 借金 ____万円 1か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 □国民健康保険料滞納 □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（金銭預かり契約） □その他 ( )	
【エコマップ】	□
【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】	□

公益社団法人日本社会福祉士会作成 「障害者福祉施設従事者等による障害者虐待対応帳票Ver I」  
（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）作成帳票類を参考に作成）

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"/> 理事長 <input type="checkbox"/> 施設長 <input type="checkbox"/> 管理職 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者・主任・リーダー <input type="checkbox"/> 一般職		
職 種： <input type="checkbox"/> 支援員 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 生活相談員 <input type="checkbox"/> 相談支援専門員 <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"/> 社会福祉士主任任用資格 <input type="checkbox"/> 相談支援専門員 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 特になし		
経歴年数： ___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：		
<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）		
<input type="checkbox"/>		
<b>【被虐待障害者への支援】</b>		
<input type="checkbox"/> 被虐待障害者の支援に負担感を感じている（具体的な場面等を記入）		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 支援方針の理解が十分できていない <input type="checkbox"/> 支援方針に則った支援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>【障害者虐待防止や身体拘束廃止、行動障害に対する支援への意識や取り組み】</b>		
<input type="checkbox"/> 障害者支援に携わる専門職としての倫理観に問題がある <input type="checkbox"/> 障害者虐待防止・身体拘束廃止にむけた意識や取り組みが不十分		
<input type="checkbox"/> 行動障害への支援に対する知識・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"/> 理事長 <input type="checkbox"/> 施設長 <input type="checkbox"/> 管理職 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者・主任・リーダー <input type="checkbox"/> 一般職		
職 種： <input type="checkbox"/> 支援員 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 生活相談員 <input type="checkbox"/> 相談支援専門員 <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"/> 社会福祉士主任任用資格 <input type="checkbox"/> 相談支援専門員 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 特になし		
経歴年数： ___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：		
<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）		
<input type="checkbox"/>		
<b>【被虐待障害者への支援】</b>		
<input type="checkbox"/> 被虐待障害者の支援に負担感を感じている（具体的な場面等を記入）		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 支援方針の理解が十分できていない <input type="checkbox"/> 支援方針に則った支援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>【障害者虐待防止や身体拘束廃止、行動障害に対する支援への意識や取り組み】</b>		
<input type="checkbox"/> 障害者支援に携わる専門職としての倫理観に問題がある <input type="checkbox"/> 障害者虐待防止・身体拘束廃止にむけた意識や取り組みが不十分		
<input type="checkbox"/> 行動障害への支援に対する知識・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>【障害者の支援に関する取り組み】</b> <input type="checkbox"/> 障害者の状態に応じたアセスメント、支援計画の作成・評価・変更が十分行われていない <input type="checkbox"/> 行動障害などで支援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、障害特性、支援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り組みがなされていない・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"/> 障害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"/> 夜間帯の職員が不足している <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"/>
<b>Ⅳ. その他（家族・後見人・通報者・近隣・地域住民・民生委員・相談支援専門員・医師等関係機関からの情報、関わり等）</b> <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よく入る	<input type="checkbox"/>
<b>【全体のまとめ】</b> ：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いけない事項」に反映する <b>Ⅰ. 障害者本人</b>  <b>Ⅱ. 虐待者（疑いを含む）</b>  <b>Ⅲ. 組織体制（組織の抱える問題等）</b>  <b>Ⅳ. その他（家族・後見人・通報者・近隣・地域住民・民生委員・相談支援専門員・医師等関係機関からの情報、関わり等）</b>  <b>Ⅴ. 今後の課題</b>	

虐待対応ワークショップ会議記録・計画書（1）

決裁欄(例)	
課長	係長 担当者

障害者本人氏名 \_\_\_\_\_  
 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	氏名 所属	氏名 所属	氏名 所属	氏名 所属
障害者本人の 意見・希望		氏名 所属	氏名 所属	氏名 所属	氏名 所属
家族・後見人 等の意見・希 望		氏名 所属	氏名 所属	氏名 所属	氏名 所属
施設・事業所 の意見・希望		氏名 所属	氏名 所属	氏名 所属	氏名 所属
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・関連機関マップ			
	※「アセスメント要約票」のⅢ、Ⅳを集約する				

第2表

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
障害者					
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ぬ事項など（虐待終結に向けた課題等を記載）				計画評価予定日	年 月 日

※記入欄が足りない場合は、様式を追加して記入

公益社団法人日本社会福祉士会作成 「障害者福祉施設従事者等による障害者虐待対応帳票Ver.1」  
 (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）作成帳票類を参考に作成)

# 虐待対応評価会議記録票

障害者本人氏名 \_\_\_\_\_  
 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

決裁欄 (例)	
課長	担当
係長	担当者

会議目的	出席者	氏名 氏名 氏名	所属 所属 所属	氏名 氏名 氏名	氏名 氏名 氏名
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 ※計画書(2)の「目標」欄を記載	目標及び対応方法の評価 □目標達成 □目標の継続 □目標の変更 □その他 ( )	目標達成 □目標の継続 □目標の変更 □その他 ( )	目標達成 □目標の継続 □目標の変更 □その他 ( )
1. 事実確認調査で確認された虐待が解消されている 2. 評価時点でその他の虐待が生じていない 3. 個々の改善目標が計画どおり達成された 4. 虐待予防のための取組みが継続して行われている 5. 虐待が生じた場合の対応策が講じられている	判定 <input type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 確認済	要件	障害者本人、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)	新たな対応計画の必要性 ※計画書(1)(2)へ反映 <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"/> 法に基づく報告・改善命令処分 <input type="checkbox"/> その他 ( )
評価結果のまとめ ( _____年 _____月 _____日現在の状況)	今後の対応 <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 _____日 → 定期的に監査を実施 ( _____年ごと)	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 ( )			

公益社団法人日本社会福祉士会作成 「障害者福祉施設従事者等による障害者虐待対応編Ver I」  
 (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) 作成帳簿類を参考に作成)