

長 崎 県

障害者虐待防止・権利擁護マニュアル



令和3年7月

長崎こども・女性・障害者支援センター

(長崎県障害者権利擁護センター)

< 目 次 >

第1章 障害者虐待について

1	障害者虐待とは	1
2	対象となる障害者とは	1
3	三種類の障害者虐待	2
4	虐待の種類・内容	4
5	虐待の防止に向けた基本的視点	5

第2章 養護者による障害者虐待への対応

1	養護者による障害者虐待の相談、通報・届出への対応	7
2	コアメンバーによる対応方針・緊急性の判断	10
3	事実確認と訪問調査	13
4	個別ケース会議の開催	22
5	立入調査	24
6	積極的な介入の必要性が高い場合の対応	30
7	養護者（家族等）への支援	38
8	成年後見制度等の活用	40
9	モニタリングと虐待対応の終結	43
10	財産上の不当取引による被害の防止	44

第3章 障害者福祉施設従事者等による障害者虐待への対応

1	施設従事者による障害者虐待の通報等への対応	46
2	市町による事実の確認・県（障害福祉課）への報告	49
3	社会福祉法及び障害者総合支援法の規定による権限の行使	52
4	障害者福祉施設従事者等による障害者虐待の状況の公表	58
5	身体拘束に対する考え方	58
6	障害者福祉施設従事者等による障害者虐待の防止	61

第4章 使用者による障害者虐待への対応

1	使用者による障害者虐待の通報等への対応-----	63
2	市町・県による事実の確認等-----	66
3	市町から県への通知 -----	66
4	県から労働局への報告 -----	68
5	労働局による対応 -----	69
6	使用者による障害者虐待の状況の公表 -----	69
7	使用者による障害者虐待の防止-----	70

参考資料

障害者虐待対応帳票集等-----	71
------------------	----

第1章 障害者虐待について

ここでは、「障害者虐待」の基本的な事項について整理していきます。

1 障害者虐待とは

平成24年10月から、障害者虐待防止法（障害者の虐待防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律）が施行されました。

障害者虐待は、障害者の尊厳を脅かすものであり、障害者の自立や社会参加を妨げる行為です。障害者の安定した生活や社会参加を助けるために、みんなで虐待の防止に取り組む必要があります。

本法は、障害者の当たり前の生活を守る法律であり、法が目指すのは、障害者が地域において自立した生活を円滑に営めるようにすることです。

2 対象となる障害者とは

身体障害者、知的障害者、精神障害者（発達障害を含む）や、そのほかに心身の障害や社会的な障壁によって、日常生活や社会生活が困難で、援助が必要な人が対象となります。（障害者手帳を持っていない人も含まれます）

Q 障害者手帳未取得者の場合、「障害者」にあたりますか。

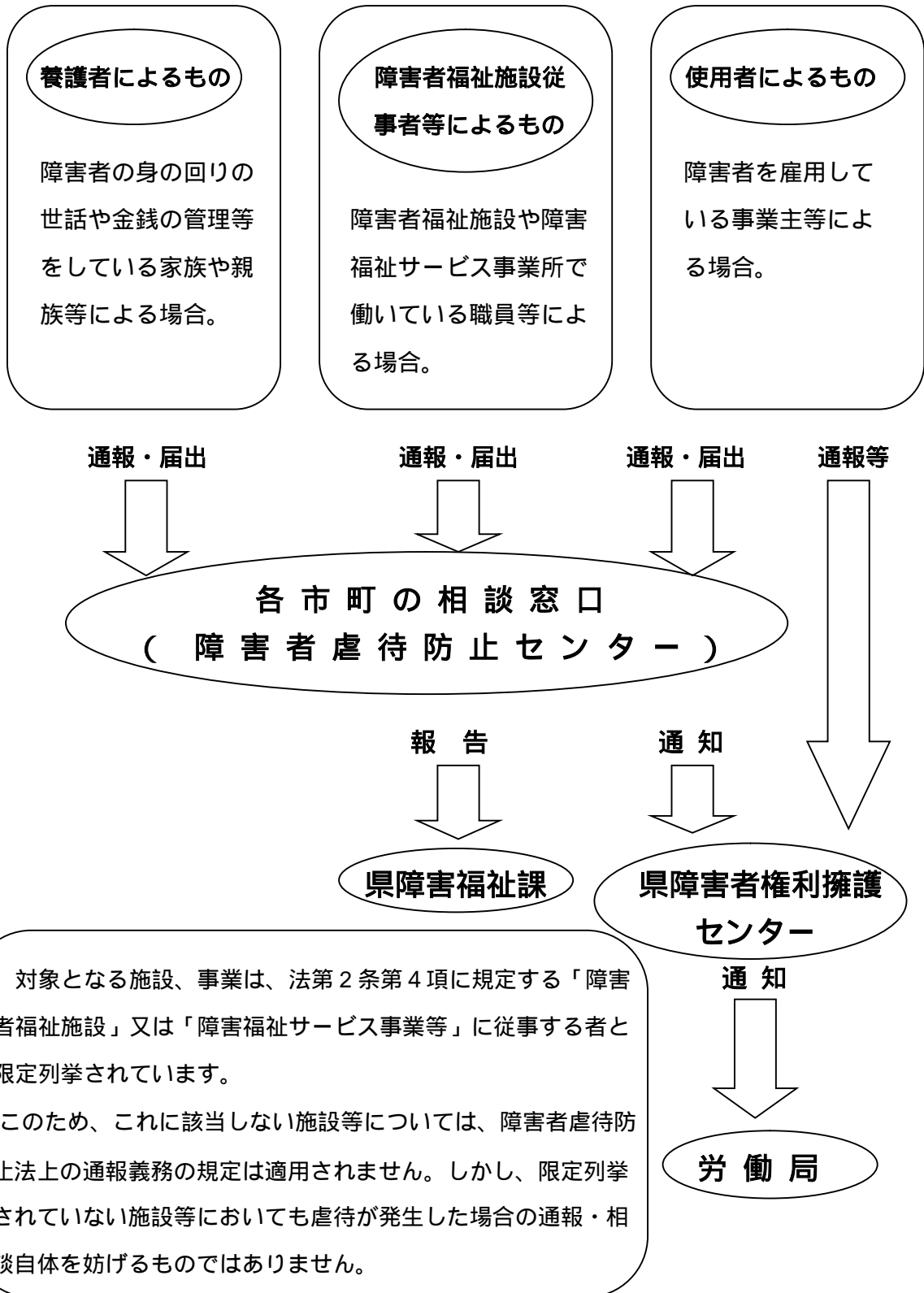
A 手帳の取得に関わらず、障害者虐待防止法の「障害者」に該当するかどうかを判断し、対応をすることが必要です。その際は、将来的に福祉サービスの利用も高いので、手帳の取得等の考慮をしていくことも必要です。

また、高次脳機能障害や難病に起因する障害者についても、障害者基本法第2条第1号に含まれると解釈されていますので、本法に基づいて対応することが必要です。

なお、本法の対象とするには難しい場合でも、人権が客観的に侵害されていたり、生活に支障が生じていれば、相談支援として対応したり、警察や司法等、しかるべき機関につなげる支援が必要です。

3 三種類の障害者虐待

障害者虐待防止法では、虐待を以下の三種類に分けています。



【参考】障害者虐待における虐待防止法制の対象範囲

障害者虐待の発生場所における虐待防止法制を法別・年齢別整理

所在 場所 年齢	在宅 (養護者・ 保護者)	福祉施設・事業					企業	学校 病院 保育所 5
		障害者総合支援法		介護保 険法等	児童福祉法			
		障害福祉 サービス 事業所 (入所系、 日中系、訪 問系、GH等 含む)	相談支援 事業所	高齢者 施設等 (入所系、 通所系、訪 問系、居住 系等含む)	障害児 通所支援 事業所	障害児 入所施設 等 3		
18歳 未満	児童虐待 防止法 ・被虐待 児支援(都 道府県) 1			—	障害者虐 待防止法 (省令) ・適切な権 限行使(都 道府県・市 町村)	児童福祉 法 ・適切な権 限行使(都 道府県・市 町村) 4	障害者虐 待防止法 (省令) ・適切な権 限行使(都 道府県・市 町村)	
18歳 以上 65歳 未満	障害者虐 待防止法 ・被虐待者 支援 (市町村)	障害者虐 待防止法 ・適切な 権限行使 (都道府県 ・市町村)	障害者虐 待防止法 ・適切な 権限行使 (都道府県 ・市町村)	— 【特定疾病 40歳以上】	【20歳ま で】 2 —	【20歳ま で】 —	障害者虐 待防止法 ・適切な 権限行使 (都道府県 労働局)	障害者虐 待防止法 ・間接的 防止措置 (施設長・ 管理者)
65歳 以上	障害者虐待 防止法 高齢者虐待 防止法 ・被虐待者 支援 (市町村)		高齢者虐 待防止法 ・適切な権 限行使(都 道府県・市 町村)	—	—	—		

- 1 養護者への支援は、被虐待者が18歳未満の場合でも必要に応じて障害者虐待防止法も適用される。なお、配偶者から暴力を受けている場合は、DV法の対象にもなる。
- 2 放課後等デイサービスのみのみ
- 3 小規模住居型児童養育事業、里親、乳児院、児童養護施設、障害児入所施設、児童心理治療施設、児童自立支援施設、指定発達支援医療機関等(児童福祉法第33条の10)
- 4 児者一体で運営されている施設においては、児童福祉法に基づく給付を受けている場合は児童福祉法、障害者総合支援法に基づく給付を受けている場合は障害者虐待防止法の対象になる。
- 5 通報義務のある障害者虐待に該当しない場合であっても、法第3条の主旨に立ち返り、通報、届出の内容を聞き取り、適切な機関に確実に引き継ぐ等の対応が求められる。

学校、保育所等、医療機関に関しては、各々の法令に基づき不適切な場合は指導等を通じて改善を図ることとされている。

学校(地方教育行政の組織及び運営に関する法律及び学校教育法:担当部署としては市町、都道府県の教育委員会、教育センター等)

保育所等(子ども・子育て支援法、児童福祉法及び就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律:担当部署としては、市町、都道府県の保育課、子育て支援課等)

医療機関(医療法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の規定:担当部署としては都道府県の医療政策課等)

4 虐待の種類・内容

障害者の虐待には五つのタイプがあります。

具体的な例としては、以下のようなものがありますが、これらが重なって行われている場合もあります。



殴る、蹴る、タバコの火を押し付ける、熱湯をかける。
戸外に閉め出す、部屋に閉じ込める、縄などでしばる。
熱いものや辛いものを無理やり食べさせる。



性的暴力、性的行為を強要する。
性器や性交、ポルノ雑誌や映像を無理やり見せる。
障害のある人をポルノの被写体にする。



「バカ」「アホ」などの言葉を浴びせる。
怒鳴る、ののしる、悪口を言う。
無視や嫌がらせによって精神的苦痛を与える。



放棄・放置 (ネグレクト)

【 身辺の世話や介助をしない。食事を与えない。
衛生管理（入浴、着替え、掃除など）を怠る。
必要な治療や福祉サービスを受けさせない。 】



経済的虐待

【 本人の給料や年金などを渡さない。
日常生活に必要な金銭を渡さない、使わせない。
預貯金を本人の意思に反して使用する。 】

5 虐待の防止に向けた基本的視点

障害者虐待防止法と対応の目的は、障害者を虐待という権利侵害から守り、尊厳を保持しながら安定した生活を送ることができるように支援することです。

虐待の発生予防から、安定した生活を送れるようになるまでの各段階において、障害者の権利擁護を基本に置いた切れ目のない支援体制を構築することが必要です。

未然に防ぐための積極的なアプローチ

住民やあらゆる関係者に対し、障害者虐待防止法の周知、権利擁護についての啓発、障害や障害者虐待に関する正しい理解の普及を図ることが必要です。

また、障害者やその家族が孤立することがないように、地域における支援ネットワークを構築するとともに、必要な福祉サービスの利用を促進する等養護者の負担軽減を積極的に図ります。

早期発見・早期対応

問題が深刻化する前に早期に発見し、支援を開始することが重要です。そのためには、通報義務の周知徹底が必要です。特に、国・地方公共団体のほか、保健、医療、福祉、使用者等の関係者も虐待問題に対する意識を高く持たねばなりません。地域組

織との協力連携、ネットワークの構築等によって、早期に発見・対応できる仕組みを整えることも必要です。

障害者の安全確保を最優先する

生命に係るような緊急的な事態もあることが予想されます。障害者本人の自己決定が難しい時や養護者との信頼関係を築くことができない時でも、障害者本人の安全確保を最優先しなければなりません。

障害者の自己決定の支援と養護者の支援

障害者が主体的に生きられるよう、生活全体への支援を意識しながら、本人が本来持っている力を引き出すような関わりを行い、本人の自己決定を支援する視点が重要です。

一方、虐待事案では養護者を加害者としてのみ捉えてしまいがちですが、養護者自身や家族が何らかの問題を抱えていることも少なくなく、それらが複合、連鎖的に作用し虐待に至っていることもあります。このような場合は、障害者の安全確保を最優先しつつ、積極的に養護者支援も展開していくことが求められます。

十分な情報収集と正確なアセスメント

伝聞情報か、直接聞いた情報か、誰から聞いた情報か、目撃したのかなどに注意して、正確に聞き取る必要があります。また、適切な養護者支援を検討するためには、障害者を取り巻く生活歴や生活状況についての十分な聞き取りが大切です。

こうして収集した情報を元に、組織として正確なアセスメントを行うことが、的確な判断につながります。

なお、各地方公共団体が保有する個人情報の取扱いについては、各地方公共団体が定める個人情報保護条例に従って取り扱われるものです。「障害があること」については、「要配慮個人情報」として規定されているため、個人情報保護担当部局との連携を図り、その取扱いについて確認しておく必要があります。

第2章 養護者による障害者虐待への対応

ここでは、「養護者による障害者虐待」の基本的な流れについて整理していきます。障害者虐待防止法は、「市町村は、養護者による障害者虐待の防止、養護者による障害者虐待を受けた障害者の保護及び自立の支援並びに養護者に対する支援を適切に実施するため、福祉事務所その他の関係機関、民間団体等との連携協力体制を整備しなければならない。この場合において、養護者による障害者虐待にいつでも迅速に対応することができるよう、特に配慮しなければならない。」(第35条)として、市町における連携協力体制の整備を義務付けています。

1 養護者による障害者虐待の相談、通報・届出への対応

障害者虐待に関する相談や通報・届出を受けた職員は、虐待の状況や障害者・養護者等の状況、通報者の情報など可能な限り必要となる情報を聴取します。

ここで的確な情報を把握することが、次の段階への判断の根拠になります。あいまいに聴き取るのではなく、直接見聞きしたのか、伝聞なのか、誰が何と言ったのかなどを確認しながら聴き取りをします。

【聴き取りの内容】 P71の障害者虐待対応帳票集等参考

虐待の状況

(いつ、どこで、誰が、どのような虐待をしたのか等、具体的な内容を聴き取ります)

・虐待の種類や程度 ・虐待の具体的な状況 ・虐待の経過 ・緊急性の有無

障害者の状況

・障害者本人の氏名、居所、連絡先 ・障害者本人の心身の状況や意思表示能力

障害者と家族の状況

・虐待者の状況、虐待者と障害者の関係 ・その他家族関係

障害福祉サービス等の利用状況

・障害福祉サービス等の利用の有無 ・家族に関わりのある関係者の有無

通報者の情報

・氏名、連絡先、障害者・養護者との関係等

<留意事項>

通報者が焦っている場合

通報者に安心感を与えて落ち着かせることが大事ですが、聴き取る職員も慌てないことです。

相談者が「虐待」という言葉を使わない場合

障害者の状態など相談内容から虐待が推測される場合は、その後の対応を念頭に置いて相談を進める構えが必要です。

匿名による通報

通報者が名前を言うことを嫌がる場合があります。匿名による通報であっても、きちんと通報内容を聴く必要があります。

受付記録を詳細に作成しようとするあまり、通報者の話の流れを無視して項目を順番に埋めるような質問にならないよう、通報者の話の傾聴に努めます。

個人情報の保護

- ・ 相談や通報、届出によって知り得た情報や通報等に関する情報は、個人のプライバシーに関わる極めて繊細な性質のもので、守秘義務が課せられています。
- ・ 通報等の内容や通報者の情報は、外部に決して漏らさないことを伝えます。
- ・ 事務を委託された市町障害者虐待防止センターの職員についても、正当な理由なしに委託を受けた事務に関して知り得た秘密を漏らしてはいけません。

(注) 個人情報の第三者への提供を本人の同意なしに行うことを制限する例外規定。

「本人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき」等。(個人情報保護法第23条)



Q 18歳未満の障害者に関する通報・届出があった場合、どの法令により対応すべきですか。

A 本法において、養護者による障害者虐待については、「18歳未満の障害者について行われるものを除く」とされています。(第7条第1項)

そのため、18歳未満の障害者に対する養護者による虐待については、本法による対応はせず、児童虐待防止法の仕組みによる救済が図られることとなります。

なお、18歳未満の時から児童に対する虐待として児童相談所等が対応していたものの、虐待が解消されないまま18歳に達したケースでは、障害者虐待防止法に基づく措置が必要になる場合も考えられますので、日頃から児童虐待に係る庁内の担当部局等と連携を図り、引継ぎの体制を整備しておく必要があります。

Q 65歳以上の障害者に関する通報・届出があった場合、どの法令により対応すべきですか。

A 高齢者関係施設等における障害者虐待については、高齢者虐待防止法が適用されますが、65歳以上の障害者に対する養護者による虐待については、本法の対象になると同時に高齢者虐待防止法の対象にもなります。

このように、虐待の内容によって対応が異なることから、円滑な対応のためには障害者虐待と高齢者虐待の担当部局、地域包括支援センターを始めとする関係機関で連携チームを作っておくなど、65歳以上の者に関する通報等への対応方法をあらかじめ協議しておくことが望まれます。このとき、将来的に福祉サービスを利用する場合は、原則として介護保険給付が優先されること等を踏まえて協議することが必要です。

Q 通報・届出があった場合、障害者の住所地の市町が対応するのですか。

A 原則として、障害者及び養護者の住所地の市町が対応します。

但し、住民票の住所と居所が異なる場合、障害者と養護者の住所が異なる場合などは、関係する市町で協議の上、日頃の相談支援や障害福祉サービスの利用等で障害者との関わりがあるなど、事情をよく把握している市町が中心となり連携・協力して対応します。



2 コアメンバーによる対応方針・緊急性の判断

(1) 初動対応の決定

虐待に関する相談・通報・届出を受けたときには、直ちに虐待の疑いがあるかどうか及び緊急対応が必要な場合であるかどうかを判断します。この判断は、コアメンバー（担当市町職員及び担当部局管理職、委託先の担当職員）によって組織的に行うことが重要です。

なお、コアメンバーについては、緊急の事態に速やかに対応ができるよう事前に責任者やメンバー、各々の具体的な役割を明確化しておく必要があります。

(2) 初動対応のための緊急性の判断

受付記録の作成後（場合によっては形式的な受付記録の作成に先立ち）、直ちに、受付者が担当部局の管理職（又はそれに準ずる者）に報告し、相談等の内容や、過去の通報や現在の支援内容等の情報があれば、それらをもとに判断を行います。

相談受理者が委託を受けた市町障害者虐待防止センター職員である場合には、市町障害者虐待防止センターにおいて通報内容の詳細を確認するとともに、市町の担当部局に速やかに連絡することが必要です。

(3) コアメンバー会議において検討すべき事項

当該事案が虐待に当たるか否かの判断

- ・虐待の事実があったかどうかの判断は、客観的な事実に基づいて判断するため、障害者本人に自覚があるかどうか、また、養護者が一生懸命面倒をみているかどうかは問いません。
- ・「虐待があったかどうか明確に判断できない」場合は、過去の通報や支援内容など必要な情報を収集し、虐待の事実確認をするための調査を実施します。

緊急性の判断

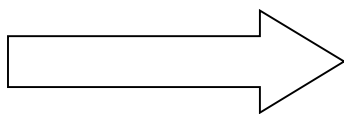
- ・虐待の事実があると判断した場合は、虐待の状況や障害者の生命や身体への危険性などから医学的措置や緊急措置の必要性を判断します。

ここで言う緊急性の判断とは、入所や入院といった一時保護のための措置を検討・実施すること。また、障害者の生命・身体の安全が確保できない場合に、立入調査の要否を検討することを指します。

「緊急性が高いと判断できる状況」

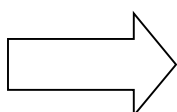
生命が危ぶまれるような状況が確認される、もしくは予測される。

- ・骨折、頭蓋内出血、重症のやけどなどの深刻な身体的外傷、極端な栄養不良、脱水症状、衰弱が見られる。



入院の必要性を検討します。

- ・「うめき声が聞こえる」などの深刻な状況が予測される情報がある。
器物(刃物、食器など)を使った暴力の実施もしくは脅しがあり、エスカレートすると生命の危険性が予測される。
障害者本人が明確に保護を求めている。



施設への入所、親族宅の利用等による分離保護を検討します。

< 緊急性があると判断した場合 >

- ・ 早急に介入が必要であるため、可能な手段から適切なものを選択して介入します。

(例)

身体障害者福祉法(第18条第1項、第2項)又は知的障害者福祉法(第15条の4、第16条第1項第2号)による施設への入所措置、立入調査など

< 緊急性がないと判断した場合 >

- ・ 緊急性がないと判断できる場合や情報が不足する場合は、その後の調査方針と担当者を決め、情報収集を行います。

初動期の対応の方針・内容

- ・ 障害者や養護者・家族等の状況確認の方法、関係機関への連絡や情報提供依頼、措置の適応、成年後見申し立て等を含みます。

< 留意事項 >

記録決定した内容を会議録に記録し、速やかに責任者の確認を受け保存します。

時間外の対応

- ・ 障害者虐待に関する通報等は平日の日中のみに寄せられるとは限らないため、休日や夜間でも迅速かつ適切に対応できる体制(時間外窓口、職員連絡網、夜間対応マニュアル等)を整備します。

通報者への報告

- ・ 通報者には守秘義務がないため、通報者への報告等は個人情報の保護や守秘義務の観点から慎重にする必要があります。但し、通報した人の中には、通報後も被虐待者を心配している方がいますので、問い合わせがあった場合には関係機関がきちんと対応している旨を知らせ、通報者が安心できるよう配慮します。また、通報者が、障害者や養護者・家族等に継続して関わる可能性がある場合には、関わり方などについての要望やアドバイスを伝えます。

今後の担当者の決定

- ・原則、複数体制とします。身体的虐待や介護・世話の放棄・放任が疑われる場合には、医療職（医師、看護師、保健師等）を加えることが有効です。

関係機関の確認等

- ・関係する機関ごとの役割分担や今後の方針を検討します。

3 事実確認と訪問調査

(1) 事実確認の実施

市町は、障害者に関する相談・通報・届出がなされた場合、速やかにその内容に関する事実確認を行う必要があります。（第9条第1項）

事実確認に当たっては、虐待を受けている障害者の安全確認や、現在得られている虐待に関する情報のみでなく、障害者や養護者等の家族状況を全体的に把握することで、将来起こりうる状況も予見しやすくなり、支援方針にも大きく関わります。

訪問などによる事実確認の他、市町内の他部局、相談支援専門員や障害福祉サービス事業所、民生児童委員など、当該障害者と関わりのある機関等からできる限り情報収集し、障害者の状況を客観的に確認するようにします。

事実確認で把握・確認すべき事項



虐待の状況（虐待の種類や程度 / 虐待の具体的な状況 / 虐待の経過）

障害者の状況（安全確認 / 身体状況 / 精神状況 / 生活環境）

（安全確認）

- ・緊急保護の可否を判定する上で、障害者の心身の状況を直接観察することが有効であるため、基本的には面接によって確認を行う。

（身体・精神・生活状況）

- ・ 身体的外傷の状況を具体的に記録する。
- ・ 虐待による精神的な影響が表情や行動に表れている可能性があるため、様子を記録する。
- ・ 通院医療機関、障害福祉サービスの利用状況等を確認する。
- ・ 居室の様子等の生活環境を記録する。

障害者と家族の状況（人間関係／養護者や同居人に関する情報）

（障害者と養護者等の関係）

- ・ 障害者と養護者の法的関係や同居家族を把握する。
- ・ 障害者と養護者・家族・関係者等の人間関係（障害者への関わり方等）を把握する。

（養護者や同居人に関する情報）

- ・ 年齢、職業、性格、生活歴、虐待との関わり等を把握する。

障害福祉サービス等の利用状況

障害者が重症を負った場合や障害者又はその家族が、虐待行為を行った養護者等を刑事事件として取り扱うことを望んでいる場合などについては、警察との情報交換が必要と考えられます。

（２）関係機関からの情報収集

事実確認に当たっては、障害者本人のほか、利用している障害福祉サービス事業所等の職員、日頃から関わりのある支援者、民生児童委員及び庁内関係部局などから必要な範囲で情報収集します。

なお、通報・届出により虐待していると疑われている養護者以外の家族や関係者の中にも虐待者がいる可能性がありますので、誰から情報収集するのかについては、慎重に判断する必要があります。

関係機関から収集する情報の種類等の例

- ・ 家族全員の住民票（同居家族構成の把握）
- ・ 戸籍謄本（家族の法的関係や転居歴等）
- ・ 生活保護の有無（受給していれば、福祉事務所を通じて詳しい生活歴を把握。また、援助の際に福祉事務所との連携を図る）
- ・ 障害福祉サービスを利用している場合は、担当相談支援専門員や利用している障害福祉サービス事業所からの情報）
- ・ 医療機関からの情報
- ・ 警察からの情報
- ・ 民生児童委員からの情報



<留意事項>

- ・ 個人情報保護法第23条の第三者提供の制限の例外規定に該当すると解釈できる旨の説明や、相談支援事業等との契約において包括的な同意のもとに個人情報の提供が可能な場合には、その旨を説明します。但し、相手側機関にも守秘義務規定があるので、それを保障することが必要です。
- ・ 情報収集とともに協力を依頼する場合など、通知内容に関する情報提供が必要なこともあります。その情報の取り扱いについては慎重にするよう注意を喚起します。

(3) 訪問調査

虐待の事実を確認するためには、原則として障害者の自宅を訪問して障害者の安全確認や心身の状況、養護者や家族等の状況を把握することが必要です。

但し、訪問による面接調査は、養護者・家族等や障害者本人にとっては抵抗感が大きいため、調査を拒否するケースもあると考えられます。また、事前に訪問が拒否された場合には、その後の支援も受けられなくなるおそれがあります。このようなときは、障害者や養護者・家族等と関わりのある機関や親族、知人、近隣住民等の協力を得ながら情報収集を行う等して、円滑に調査が行えるようにします。



<留意事項>

信頼関係の構築を念頭に

障害者本人や養護者と信頼関係の構築を図ることは、その後の支援にも大きく関わってくる重要な要素です。そのため、訪問調査は、虐待を受けた障害者だけでなく、養護者・家族を支援するために行うものであることを十分に説明し、理解を得るように努力することが必要です。

また、調査内容、調査の必要性、秘密は守られること（職員の守秘義務）等について説明します。

なお、虐待が行われているか判然としない状況で訪問するときには、いきなり「虐待」という言葉は使わない等の配慮も必要になります。

例えば、日常的に訪問している障害福祉サービス事業所や医療機関の職員に同行して状況を把握することも有効な方法として考えられます。

複数の職員による訪問

訪問調査を行う場合には、客観性を高めるため、原則として2人以上の職員で訪問するようにします。また、障害者虐待では障害者本人と養護者等双方への支援が必要ですので、別々に対応し支援者との信頼関係を構築するよう努める必要があります。

障害者や養護者の権利、プライバシーへの配慮

調査にあたっては、障害者や養護者の権利やプライバシーを侵すことがないよう十分な配慮が必要です。

（例）

- ・ **身体状況の確認時** ... 暴力や性的虐待等の事実確認のため衣服を脱ぐ必要がある場合は同性職員が対応する。
- ・ **養護者への聴き取り** ... 第三者のいる場所では行わない。
- ・ **障害者の権利について** ... 養護者不在時に訪問調査や障害者の保護を行った場合は、訪問調査や保護の事実と法的根拠、趣旨、担当部署の連絡先等を明記した文書をわかりやすい場所に置いておく。置く場所は第三者の目に触れないところで、封筒に入れる等の配慮を行う。

医療職の立会い

通報等の内容から障害者本人への医療の必要性が予想される場合には、訪問したときに的確に判断でき迅速な対応がとれるよう、医療職（医師、看護師、保健師等）が訪問調査に立ち会うことが望まれます。

柔軟な調査技法の実施

養護者自身が援助を求めている場合には、介護等に関する相談支援として養護者の主訴に沿った受容的な態度で調査を実施することも考えられます。一方で、深刻な虐待で再発の危険性が高く措置入所の必要性がある等の場合には、養護者の行っている行為が虐待にあたるとして毅然とした態度で臨むことも必要となります（受容的な態度で接する必要がある場合と毅然とした態度で接する必要がある場合の対応者を分けることも考えられます）

調査に当たっては、障害者や養護者の状況を判断しつつ、障害者の安全確保を第一に、信頼関係の構築も念頭に置いて柔軟に対応する必要があります。虐待を受けた障害者への聴き取り調査は、第三者に話の内容が聞かれることがないように、本人が安心して話すことができる環境に配慮する必要があります。

また、面接により事実確認を行う場合、質問の仕方によっては答えを誘導してしまうことが知られています。特に、知的障害者の場合、誘導の影響が大きくなることが明らかになっているため、面接に関する専門的な研修を受講し、知的障害者からの聴き取り調査について基本的な知識や経験を身につけるとともに、事案によっては訓練を受けた専門家が必要に応じて面接に対応できる体制を整えておくことが必要です。

調査の継続性の確保

調査を実施して障害者の安全や事実確認を行った後も、障害者や養護者を取り巻く環境は常に変化しています。担当者は、定期的に訪問して状況を確認し、継続的にアセスメントを実施します。



Q 通報・届出を受けてから事実確認の実施までの時間の目安はありますか。

A 市町は、障害者虐待の通報・届出を受けたときは、速やかに当該通報・届出に係る事実の確認のための措置を講じなければなりません。(第9条第1項)

「速やかに」は、何時間以内といった具体的な期限を示すものではありませんが、事例によっては緊急の対応が必要な場合もあると考えられますので、休日・夜間に関わりなく、できる限り速やかに対応することを原則とします。

なお、児童虐待対応においては、「48時間以内の目視による安全確認を原則とする(平成22年9月30日、厚生労働省課長通知)」ことが義務づけられており、本県においては24時間以内の安全確認を目標にしています。

また、高齢者虐待対応においては、24時間以内あるいは48時間以内といった基準を設けて対応している市町があります。

Q 訪問調査について理解を得るために、障害者、養護者、家族等に対してどのような説明をすればよいですか。

A 訪問調査は、虐待を受けた障害者だけでなく、養護者・家族を支援するために行うものであることを十分に説明します。

また、調査内容、調査の必要性、秘密は守られること(職員の守秘義務)等について説明します。

その後の支援を円滑に進めるためにも、障害者、養護者・家族との信頼関係を築くことが重要です。



Q 障害者に対する虐待が明確でない場合は、どう対応したらよいですか。

A 虐待が明確でない場合も、虐待があるかもしれないという認識の下、できる限り本法の取扱いに準じた対応をしていくことが必要です。

また、虐待ではなかった場合でも、医療や経済状況等生活に支障が生じている場合には、関係機関に引き継ぐなどをして、その障害者及び家族が安心した生活をしていけるような関わりをすることが必要です。



Q あざや外傷が残っていない場合等、明らかな身体的虐待として判断できない場合は、どうしたらよいですか。

A 時間の経過等によっては、あざや外傷が残っていないことが考えられます。

そのような場合は、被虐待者である障害者やその周囲の人からの聴き取り等の情報を照らし合わせながら、事実確認を正確に行い、虐待に該当するかどうか判断する必要があります。

Q 言葉による暴力や脅し等は確認することが難しいですが、こうした場合、心理的虐待を単独で判断することはできますか。

A 精神的な苦痛は、障害者の受け止め方や、長年の家庭関係等に影響されますが、最終的には、障害者の気持ちを確認し、おびえていたり、精神的に苦痛を感じている場合には、虐待として必要な対応を行うことが求められます。

また、心理的虐待の背後には他の虐待が潜んでいる可能性があります。

そのため、障害者が精神的に苦痛を感じている場合には、障害者の権利が侵害されている疑いがあるとして、正確に事実確認を行うことが重要です。

(4) 介入拒否がある場合の対応

調査や支援に対して拒否的な態度をとる養護者等へのアプローチは、虐待に関する初期援助の中で最も難しい課題の一つであり、障害者の安全確認ができない場合は、立入調査の実施も視野に入れながら、様々な関係者との連携協力のもとで対処する必要があります。

養護者等にとって抵抗感の少ない方法を優先的に検討し、それらの方法では困難な場合に立入調査を検討する流れとなりますが、緊急な介入が必要となる障害者の生命や身体に関する危険性が認められる場合には、養護者等の拒否的な態度に関わらず立入調査を含めて積極的な介入が必要です。

関わりのある機関からのアプローチ

当該障害者が障害福祉サービス等を利用している場合には、相談支援専門員や障害福祉サービス事業所職員等から養護者に対して介護負担を軽減するためにショートステイ等の障害福祉サービスが利用できるなどの情報を伝え、養護者の介護負担に対する理解を示すことで、事実確認調査や援助に対する抵抗感を減らすことができると考えられます。

医療機関への一時入院

障害者に外傷や疾病があったり体力の低下などが疑われる場合には、医師や医療機関に協力を仰いで検査入院等の措置を取り、その後の対応を検討することが必要なときもあります。また、障害者と養護者を一時的に分離させることにより、養護者等への支援が効果的に行える場合もあります。

親族、知人、地域の関係者からのアプローチ

養護者と面識のある親族や知人、地域関係者などがいる場合には、それらの人に養護者の相談にのってもらいながら、障害者や養護者等の状況確認や市町障害者虐待防止センター等へのつなぎに協力していただくなどの方法も考えられます。

訪問場所の工夫

障害者が医療機関や障害福祉サービス事業所等を利用する際に聴き取りを行うことが考えられます。

訪問日時の工夫

障害者、養護者・家族等が在宅・不在の日時を確認し、日時を選んで訪問することが考えられます。



Q 被虐待者、あるいは保護者が介入を拒否する場合は、どうしたらよいですか。

A 本法第11条において、被虐待者の生命又は身体に重大な危険を生じているおそれがあると認められるなど緊急を要する場合は、立入調査をすることができるとされています。

つまり、被虐待者、あるいは保護者が介入を拒否する場合であっても、緊急を要する状況であれば、「障害者の安全と安心の確保」を最優先とします。

但し、それ以外の場合は、まずは、被虐待者、あるいは保護者との信頼関係を築くことに重点をおきましょう。そして、支援者側が心配していること、支援が必要な理由等を丁寧に説明していくとともに、なぜ介入を拒むのか真意を把握していくことが重要です。その際は、被虐待者、あるいは保護者と面識があり、信頼しているスタッフが介入していくことも必要です。

また、場合によっては、被虐待者、あるいは保護者の最も信頼している人から説得してもらったり、生活や病気等、被虐待者、あるいは保護者の困りごとに対する支援の側面から介入したり、当面、関係機関や地域の民生児童委員等で見守りを図るなど工夫をしていくことが大切となります。

4 個別ケース会議の開催

訪問調査等による事実確認によって障害者本人や養護者の状況を確認した後、市町障害者虐待対応協力者と対応について協議することが規定されています。

(第9条第1項)

具体的には、個別ケース会議において事案に対する協議を行い、援助方針や支援者の役割について決定します。なお、援助方針を検討する際には、虐待の状況に応じて多面的に状況分析を行い、多方面からの支援がなされるよう検討する必要があります。

市町が、やむを得ない事由による措置を行った場合は、必ず個別ケース会議を開催し、障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス利用や成年後見制度の活用等速やかな支援を行えるよう努めます。

(1) 個別ケース会議の開催

個別ケース会議は、個別の虐待事案に対する援助方針、援助内容、各機関の役割、主担当者、連絡体制等について協議を行う場であり、障害者虐待への対応の中で中核をなすものです。

市町はまず、市町障害者虐待対応協力者を、個別ケース会議への関わりに応じて、コアメンバー、事案対応メンバー及び専門家チームに分類しておく必要があります。

個々の個別ケース会議の参加メンバーは、コアメンバー、事案対応メンバー、専門家チームのうちから、事案に応じて構成されます。また、会議の開催については、通報等を受理して必要な情報等の確認を行った後、速やかに開催することが必要ですが、状況に応じて電話等を利用するなど柔軟な会議の持ち方も必要となることも考えられます。



個別ケース会議メンバー構成（例）

コアメンバー	・ 障害者虐待防止事務を担当する市町職員及び担当部局管理職（事務を委託した場合は委託先の担当職員を含む） 事案対応にあたって緊急の判断が求められることがあるため、市町担当部局管理職は必須。
事案対応メンバー	・ 虐待の事案に応じて、必要な支援が提供できる各機関等の実務担当者を招集する。メンバーは事案によって替わるが、行政、相談支援事業者、障害福祉サービス事業者、医療機関、労働関係機関等。
専門家チーム	・ 虐待の事案に応じて、警察、弁護士、精神科を含む医療機関、社会福祉士、権利擁護団体等。

個別ケース会議の実施に当たっての業務

事案対応メンバー、専門家チームへの参加要請

事案のアセスメント

援助方針の協議

支援内容の協議

関係機関の役割の明確化

主担当者の決定

連絡体制の確認

会議録、支援計画の作成

会議録、支援計画の確認

参加メンバーによる協議



< 留意事項 >

- ・ 虐待事案の支援にあたっては、虐待対応における支援課題を明確にします。
- ・ 支援対象者は、障害者とともに、養護者やその他家族も含まれます。
- ・ アセスメントは情報を収集し分析していく過程ですが、虐待の有無の判断にとどまらず、虐待がなぜ起こっているのかを考慮することが必要です。
- ・ 被虐待者側の要因、虐待者側の要因、その他家族、親族側の要因・近隣住民等

の要因、福祉・介護・保健・医療・就労等関係者の側の要因、その他社会との関係など、さまざまな要因と、その関連性を考える必要があります。

- ・ アセスメントでは、どのような要因が、それぞれにどのような関連性を形成し、それが虐待という状況を生起させているかを理解する必要があります。
こうした判断は、担当者1人で行うのではなく、支援チームで行うことが重要であり、そうすることで総合的で妥当性の高いアセスメントを実施することが可能となります。

(2) 支援の必要度の判断

対応方法を検討する際には、障害者の生命や身体に危険性があるかどうか見極めることが最も優先されます。虐待の程度を把握し、今後の進行を予測するなど、様々な視点からの検討が必要となりますので、個別ケース会議によるチームアセスメントを行い、支援の度合いの判断を行うことが必要です。

支援の度合い

障害者虐待は、大きくは以下の3段階に分けることができますが、事実確認時に大きな危険性が認められなくても、その後に問題が深刻化するケースも考えられることを踏まえ、早期にかつ適切に判断し対応することが望まれます。

見守り(観察)・予防的支援
相談、調整、社会資源活用支援
保護・分離支援



5 立入調査

障害者虐待により障害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られるときは、市町村長は、担当部局の職員に虐待を受けている障害者の住所や居所に立ち入り、必要な調査や質問をすることができるとされています。

(第11条第1項)

また、立入調査の際には、障害者の生命又は身体の安全確保に万全を期する観点

から、必要に応じて適切に、障害者の住所又は居所の所在地を管轄する警察署長に対し援助を求めなければならないとされています。(第12条)

立入調査は第33条に規定する市町障害者虐待防止センターへの委託事項には含まれませんので、立入調査は、市町職員が行うことに留意する必要があります。正当な理由がなく立入調査を拒み、妨げ、若しくは忌避し、又は質問に対して答弁をせず、若しくは虚偽の答弁をし、若しくは障害者に答弁をさせず、若しくは虚偽の答弁をさせた者は、30万円以下の罰金に処されることとされています。(第46条)

立入調査が必要と判断される状況の例

- ・ 障害者の姿が長期にわたって確認できず、また養護者が訪問に応じないなど、接近する手がかりを得ることが困難と判断されたとき。
- ・ 障害者が居所内において、物理的、強制的に拘束されていると判断されるような事態があるとき。
- ・ 何らかの団体や組織、あるいは個人が、障害者の福祉に反するような状況下で障害者を生活させたり、管理していると判断される時。
- ・ 過去に虐待歴や援助の経過があるなど、虐待の蓋然性が高いにもかかわらず、養護者が訪問者に障害者を会わせないなど、非協力的な態度に終始しているとき。
- ・ 障害者の不自然な姿、けが、栄養不足、うめき声、泣き声などが目撃されたり、確認されているにもかかわらず、養護者が他者との関わりに拒否的で接触そのものができないとき。
- ・ 入院や医療的な措置が必要な障害者を養護者が無理やり連れ帰り、屋内に引きこもっているようなとき。
- ・ 入院施設などから無理やり引き取られ、養護者による加害や障害者の安全が懸念されるようなとき。
- ・ 養護者の言動や精神状況が不安定で、一緒にいる障害者の安否が懸念されるような事態にあるとき。
- ・ 家族全体が閉鎖的、孤立的な生活状況にあり、障害者の生活実態の把握が必要

と判断されるようなとき。

- ・ その他、虐待の蓋然性が高いと判断されたり、障害者の権利や福祉上、問題があると推定されるにもかかわらず、養護者が拒否的で実態の把握や障害者の保護が困難であるとき。



立入調査における関係機関との連携

立入調査の執行にあたる職員

- ・ 予想される事態に備え、複数の職員を選任します。
- ・ 市町担当部署の職員が行い、委託された市町障害者虐待防止センターの職員だけでは実施できません。
- ・ 担当職員を基本に、入院等の必要性を的確に判断することのできる医療職の同行も有効です。

警察との連携

- ・ 障害者虐待防止法では、警察署長への要請等についての規定が設けられており、障害者の生命又は身体の安全の確保に万全を帰する観点から、必要に応じ適切に、援助を求めなければならないとされています。(第12条第2項)
- ・ 養護者から物理的な抵抗を受けるおそれがあるなど、市町職員だけでは職務執行をすることが困難で、警察の援助が必要である場合には、所轄の警察署長あてに「障害者虐待事案に係る援助依頼書」を出し、状況の説明や立入調査に関する事前協議を行うようにします。

立入調査そのものは、市町が法に基づいて主体的に実施するもので、警察官の職務ではありません。警察官は、市町による職務執行が円滑に実施できるようにすることを目的とし、市町職員が養護者から物理的な抵抗を受けた時に備えるものです。

< 警察官職務執行法による措置の例 >

- ・ 保護（警職法第3条）
病人、負傷者等で適当な保護者を伴わず、応急の救護を要する者を、取りあえず警察署、病院等の適当な場所において保護すること。

- ・ 罪の予防及び制止（警職法第5条）
犯罪がまさに行われようとするのを認めたとときに、その予防のため関係者に必要な警告を発し、急を要する場合にその行為を制止すること。
- ・ 立入（警職法第6条）
危害を予防し、損害の拡大を防ぎ、又は被害者を援助するために、合理的に必要と判断される限度において、他人の土地、建物の中に立ち入ること。

その他の関係機関との連携

- ・ 養護者に精神的な疾患が疑われる場合は、保健所や保健センター、精神保健福祉センターと連携し、保健師や精神保健福祉士等の同行も考えられます。
- ・ 事前情報によっては、入院を要する事態を想定し、精神保健指定医による診察や入院先の確保などの手配をあらかじめ行っておく必要があります。
- ・ 養護者や家族との関わりのある親族等に、同行や立会いを求めることも有効な場合があります。

立入調査の実施方法や留意事項



身分証明書の携帯と提示

- ・ 立入調査を行う職員は、身分証明書を携帯し、関係者の請求があるときは、これを提示します。（第11条第2項）

立入調査の執行

- ・ 養護者等に事前に知らせる必要はありません。

立入調査のタイミング

- ・ 個々の事案の入念な検討、関係者の協議に基づく判断が必要になります。例えば、障害者と養護者が共に在宅しているときと、養護者が外出しているときのいずれが良いかなどについて、慎重に検討を要します。

養護者の立入拒否の場合

- ・ 例えば、養護者がドアを開けないなどの拒否的な場合には、住居への立入りを許されている親族等の協力を得て、玄関を開けてもらうことを検討します。

立入調査時の対応と留意点

- ・ 養護者、家族等に対して、立入調査は、法律に基づいた行政行為であることを説明し、冷静な対応を心がけます。その上で、立入調査の目的や確認したい事項、立入調査権を発動した理由などについて誠意を持って説明します。又、障害者に対しても訪問した理由を説明し、安心感を与えることが必要です。

保護の判断と実行

- ・ 障害者の身体的な外傷等の観察
障害者の身体的な外傷の有無や程度、健康状態、養護者等に対する態度、脅えの有無などを観察するとともに、できれば同行の医療職による診断的チェックを受けることが望ましいと考えられます。又、障害者から話を聞ける場合には、養護者から離れた場所で聴取します。
- ・ 居室内の写真による記録
障害者の居室内の様子に注意を払い、不衛生・乱雑であるなどの特徴的な様相があれば、障害者本人の同意を得た上で、写真等の活用を含めて記録してきます。
- ・ 緊急入院又は各法による措置
障害者の心身の状態、養護者の態度、室内の様子等総合的に判断して、障害者の生命や身体に関わる危険が大きいときには、緊急入院や身体障害者福祉法又は知的障害者福祉法による措置を通じて、緊急に障害者と養護者を分離しなければならないことを伝え、多少摩擦があったとしても実行に踏み切ることが必要です。

障害者と養護者の緊急な分離が必要でないと判断されたとき

障害者と養護者とを緊急に分離することの必要性が認められないときは、関係者の不安が調査で解消されてよかったということを素直に伝え、養護者の心

情に配慮したフォローを十分に行うことが必要です。

なお、緊急の対応が不要になったとしても、障害者及び養護者が支援を要すると判断される場合には、継続的に関わりを持つことが必要となります。各機関におけるサービスの説明や、何かあればいつでも相談に乗ることを伝え、支援につなげやすくします。



調査記録の作成と関係書類の整備

立入調査後は、調査記録を作成します。

関係書類については、障害者の外傷の状況記録や、医師の診断書、調査に同行した関係者による記録などの入手、保存に努め、調査記録と共に整備しておきます。

Q 立入調査を拒否された場合、どうすればよいですか。

A 立入調査は、養護者や障害者に拒否されたとしても実施

することができます。このとき、養護者等と多少摩擦があったとしても、障害者の保護を優先して実行に踏み切ることが必要です。

養護者等が正当な理由なく立入調査を拒んだ場合は罰則が適用されますので、権限の行使にあたっては罰則を背景に立入調査を強く求めることも考えられます。(第46条)

なお、立入調査の権限を行使するといっても、鍵やドアを壊したり、窓ガラスを破って立ち入ることが認められるわけではありません。

また、住居への立入りを許されている親族等に協力を求め、鍵を開けてもらうことは問題ありませんが、管理人の合鍵を利用して住居に立入ることは、管理人に住居に立入る権限がないため、許されません。



6 積極的な介入の必要性が高い場合の対応

個別ケース会議において、生命や身体に関わる危険性が高く、放置しておくとならば重大な結果を招くことが予測されると判断された場合には、迅速かつ的確な対応が必要となります。

こうした場合、虐待を受けている障害者の生命の安全を確保することが最重要ですので、速やかに市町担当部局や関係機関に連絡するとともに、医療機関や消防、必要が認められるときには警察への通報も行います。

(1) 障害者の保護（養護者との分離）

障害者の生命や身体に関わる危険性が高く、放置しておくとならば重大な結果を招くおそれが予測される場合や、他の方法では虐待の軽減が期待できない場合などには、障害者を保護するため、養護者等から分離する手段を検討する必要があります。

また、これによって、障害者の安全を危惧することなく養護者に対する調査や指導・助言を行うことができたり、一時的に介護負担等から解放されることで養護者も落ち着くことができるなど、援助を開始する動機づけにつながる場合があります。

< 迅速な対応 >

事案によっては、可能な限り速やかに分離することが必要な場合もあり、そのような場合には、直ちに対応することが必要です。また、休日や夜間に関わりなくできる限り速やかに、対応することを原則とする必要があります。

< 保護・分離の要否判断 >

障害者の保護・分離の必要性については、相談、通報等への対応や事実確認調査の一連の流れの中で判断する必要があります。また、その判断は、担当者個人ではなく、市町としての決定であることが重要です。そのため、個別ケース会議等を通じ、関係機関・関係者との連携を含め、できる限り客観的で慎重な判断が求められます。

< 保護・分離の手段 >

虐待を受けた障害者を保護・分離する手段としては、契約による障害福祉サービスの利用（短期入所、施設入所等）、やむを得ない事由等による措置（施設入所、短期入所等）、医療機関への一時入院、市町独自事業による一時保護などの方法が考えられます。

障害者の心身の状況や地域社会資源の実情に応じて、保護・分離の手段を検討することが必要となります。



(2) やむを得ない事由による措置

やむを得ない事由による措置を行う場合

- ・ 保護や分離の一手法として、身体障害者福祉法又は知的障害者福祉法に基づく市町による「やむを得ない事由による措置」があります。
- ・ 障害者虐待防止法では、通報等の内容や事実確認によって、障害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られる場合には、障害者に対する養護者による障害者虐待の防止及び当該障害者の保護が図られるよう、適切に身体障害者福祉法第18条第1項及び第2項（障害福祉サービス、障害者支援施設等への入所等措置）、知的障害者福祉法第15条の4又は第16条第1項第2号（障害福祉サービス、障害者支援施設等への入所等措置）の措置を講ずることが規定されています。

また、当該障害者が、身体障害者及び知的障害者以外の障害者である場合は、身体障害者又は知的障害者とみなして、上記の規定を適用することも定められています。（第9条第2項）

虐待を受けた障害者の措置のために必要な居室の確保

障害者虐待防止法では、市町は養護者による虐待を受けた障害者について、身体障害者福祉法又は知的障害者福祉法の規定による措置を行うために必

要な居室を確保するための措置を講ずるものとされています。

(第10条)

居室を確保するための措置

地域生活支援事業の障害者虐待防止対策支援の活用が考えられます。



Q 居室として適当な施設等はどのようなものですか。

A 本条の居室は、障害者を一時的に保護する場合に利用するものになりますので、適当な施設としては、入所施設、グループホーム等が考えられます。

虐待を受けたために一時保護が必要になる障害者については、障害の種類、程度、特性がそれぞれ全く異なることが想定されます。また、事案によっては虐待者が障害者を連れ戻しにくること等も想定されます。そのため、可能な限り、それぞれの障害者の状況に合わせて、必要な支援ができる施設等を選定することが重要です。暮らしの場としての要素が強く、夜間、世話人がいなくなるグループホーム等の場合、虐待者からの保護という観点で十分な環境といえるかどうかの検討が必要になるとともに、他の入居者との関係での配慮も必要です。

なお、実際の一時保護先となる場所は、施設等に限られません。ケースによっては、一時保護先として、親族・友人宅等を利用することも考えられます。

重篤な身体的外傷、脱水症状、栄養失調、衰弱が見られるケースや、精神症状が悪化しているケースでは、入院の必要性を検討し、入院の形で一時的に医療機関に保護することも考えられます。

面会の制限

身体障害者福祉法又は知的障害者福祉法に規定する「やむを得ない事由による措置」が採られた場合、市町村長や障害者支援施設等の長は、虐待の防止や障害者の観点から、養護者と障害者の面会を制限することができるかとされています。
(第13条)



面会制限を行うことが望ましいと考えられる状況の例

- ・ 保護した障害者が施設等の環境に慣れ、施設職員への信頼が生まれ、安心して生活できるようになるまでに一定の期間を要すると考えられる場合。
- ・ 情報の収集が不十分で、虐待に関する事実確認が不十分な場合や、養護者の反応や状況が把握できていない場合など、情報がそろったまでの一定期間。
- ・ 障害者が養護者との面会を望んでいない。又は、面会することによって障害者の心身に悪影響が及ぶと考えられる場合。
- ・ 養護者の過去の言動や、障害者と養護者の関係性から、強引に障害者を自宅へ連れ戻すことが予測される場合。



< 面会要望に対する基本的な対応 >

虐待を行っていた養護者からの面会の申し出があった場合は、本人の意思を確認、客観的に面会できる状態にあるかどうかを見極め、個別ケース会議等で面会の可否に関する判断を行います。その際には、障害者の安全を最優先することが必要です。

なお、面会可能となった場合でも、施設職員や市町職員の同席や面会時間の制限、別の場所で面会する等、状況に応じた対応が基本となります。

面会制限中も、養護者が障害者への接触を求めてくることが予想されます。面会を強要してくる場合や、強引に自宅へ連れ戻そうとする場合、養護者が施設の職員等に対して暴力を振るったり、物を壊したりすることなども想定し、事前に対応を検討しておくことが必要です。

例えば、市町担当部局と施設等の間で、養護者が施設等に現れたときの対応を協議しておくことや、事前に警察と相談し、養護者が暴力を振るうなどしたときに、すぐ対応してもらえる体制を整備しておくことが考えられます。また、面会制限の判断をした場合は、障害者の居所等に関する秘密の保持に留意します。

面会制限の解除の判断をする際に確認すべきことの例

- ・ 障害者に、養護者との面会の意思があるか。
- ・ 障害者の心身の状態は、客観的に見て安定しているか。
(養護者の話題を出しても、話をそらしたり、怯えたり、不安がったりする様子がないかなど)
- ・ 養護者の態度や生活状況が改善できたと判断できる根拠があるか。

養護者との面会の意思や心身の状態は、一時保護先の施設等から情報を収集するとともに、障害者が利用している障害福祉サービス事業所等の職員、日頃から関わりのある支援者に協力を求めるなど、できるだけ正確に障害者の状況を確認するようにします。



<施設側の対応について>

障害者虐待防止法では、障害者支援施設等の長も面会を制限することができますが、その際には、市町と協議を行うことが望ましいと考えられます。「やむを得ない事由による措置」を採った市町は、事前に養護者からの面会があった場合の対応について指示しておく必要があります。

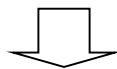
また、措置継続中は、市町と障害者支援施設とは、定期的に協議を行い、面会の希望時の対応を確認しておく必要があります。

< 契約入所や入院の場合 >

虐待を受けた障害者が契約による施設入所や入院した場合については、面会の制限に関する規定は設けられていません。しかし、養護者等と面会することによって障害者の生命や身体の安全や権利が脅かされると判断される場合には、養護者に対して面会できる状況にないことを伝え、説得する必要があります。それでもなお面会を求めてくる場合は、施設・病院等の管理者の協力を得て、施設の管理権に基づいて施設内への立入りを拒否し、面会を制限することも必要です。

施設入所者に対する養護者の虐待について

既に障害者支援施設等に入所している障害者に対して、養護者が面会の際に、「年金等の財産の使い込み」や「通帳引き落としの強要」、「自宅への引取りの強要」、「暴言等の虐待」を繰り返すような場合には、養護者による虐待を防ぐための支援を講じる必要があります。



日常生活自立支援事業や成年後見制度の活用につなげるなどの対応を図る必要があります。

措置後の対応

措置入所は、障害者と養護者の生活を支援する過程における手段の一つと捉え、障害者が安心して生活を送ることができるようになることを最終的な目標とすることが重要です。

保護された障害者が、特に介護の必要がなく自立している場合などには、施設的环境になじめないことも予想され、その後の居所をどのように確保するかが新たな課題となります。可能な限り障害者本人の意思を尊重する

とともに、経済状況や親族等の協力度合いを把握しながら、障害者が安心して生活を送れる居所を確保するための支援が重要となります。

法第41条（障害者虐待を受けた障害者の自立の支援）

国及び地方公共団体は、障害者虐待を受けた障害者が地域において自立した生活を円滑に営むことができるよう、居所の場所の確保、就業の支援その他の必要な施策を講ずるものとする。

この他にも、年金の搾取等経済的虐待が行われていた場合には、年金の引き出し履歴を確認して虐待の事実を確認したり、口座を変更し、障害者の年金を保護するなどの対応が必要な場合もあります。

年金搾取等の事実確認のための年金個人情報の確認

- ・年金に関する個人情報は、プライバシー性が非常に高いことから、その目的外利用・提供は行政機関個人情報保護法よりも厳しく制限されており、他の行政機関等への情報提供は、政府管掌年金事業に関連する事務や明らかに本人の利益となる場合等に限られています。

しかし、「政府管掌年金事業等の運営の改善のための国民年金法等の一部を改正する法律（平成26年法律第64号）により、年金搾取や介護放棄などの虐待を受けているおそれがある事案について、自治体が行う事実関係の把握等、厚生労働省令で定める事務のために、年金個人情報を提供できることになりました。（平成26年10月1日施行）

但し、本人に意思能力があり、同意を得ることができる場合には、年金個人情報の提供はその同意によります。



措置の解除

身体障害者福祉法又は知的障害者福祉法の規定によって措置する施設に一時入所した障害者の措置が解除される例としては、次の例が考えられます。

自立した生活に移行する場合

- ・保護によって障害者が落ち着き、今後、養護者の元に戻るより独立した生活を営んだ方が良いと判断される場合。

家庭へ戻る場合

- ・関係機関からの支援によって養護者や家族の状況が改善し、障害者が家庭で生活することが可能と判断される場合。但し、家庭に戻ってからの一定期間は、関係機関等による障害者や養護者等への手厚いフォローが必要と考えられます。

障害福祉サービスの申請等による契約入所の場合

- ・保護によって障害者が落ち着き、自ら障害福祉サービスの利用に関する契約が可能となった場合や、成年後見制度等に基づき、本人の代理となる後見人等によって障害福祉サービスの利用に関する契約が可能となった場合。



住民基本台帳の閲覧等の不当利用の防止（虐待被害者の保護を図る観点）

虐待を受けた障害者が、虐待した養護者から身を守るために転居した場合、養護者やその知人が住民基本台帳の閲覧等の制度を不当に利用して被害者の住所を探し、再び虐待に及ぶ危険が考えられる場合があります。

その場合、各市町が事務を行う住民基本台帳の閲覧等について、「住民基本台帳の一部の写しの閲覧及び住民票の写し等の交付並びに戸籍の附票の写しの交付におけるドメスティック・バイオレンス及びストーカー行為等の被害者の保護のための措置」により、児童虐待及びこれらに準ずる行為の被害者（高齢者虐待、障害者虐待の被害者も該当）についても、申出に基づき、加害者からの被害者に係る住民基本台帳の閲覧等の請求は、各条項における要件を満たさない又は「不当な目的」（住民基本台帳法第12条第6項）があるものとして閲覧等が拒否されます。

また、第三者からの請求については、加害者のなりすましや加害者からの依頼による閲覧等を防止するため、本人確認や請求事由の審査がより厳格に行われます。

7 養護者（家族等）への支援

障害者虐待防止法では、養護者の負担軽減のため、養護者に対する相談、指導助言その他必要な措置を講ずることが規定されています。（第14条第1項）

虐待が起こる原因として、障害者に重度の障害があったり、養護者に障害に関する介護の知識がないために介護疲れによって虐待が起きる場合や、家族間の人間関係の強弱、養護者自身が支援を要する障害の状態にあるなど、障害者虐待は様々な要因が絡み合って生じていると考えられます。

虐待事案に対応する際には、虐待を行っている養護者（家族等）も何らかの支援が必要な状態にあると考えて、次の視点に立って対応し、支援していくことが必要です。



養護者（家族等）への支援の視点

- ・養護者との間に信頼関係を確立します。

養護者を含む家族全体を支援するという視点に立って、養護者との信頼関係を築いていきます。また、できれば、障害者の保護等を行う職員と養護者への支援を行う職員を分けることを検討します。

- ・家族関係の回復・生活の安定を図ります。

援助開始後も定期的なモニタリングを行いながら継続的に関わって障害者や養護者・家族の状況を再評価し、家族関係の回復や生活の安定につなげていきます。

- ・養護者の介護負担・介護ストレスの軽減を図り、ねぎらいます。

短期入所や通所サービスなど、養護者が障害者と距離をとることができ、休息する時間が持てるサービスを積極的に利用するよう勧めます。

また、介護をしている養護者に対する周囲の何気ない一言が養護者を精神的に追い詰めてしまうこともあります。支援者を含め、家族や親族が養護者の日々の介護に対するねぎらいの言葉をかけたり支援することが、養護者の精神的な支援にもつながります。

- ・養護者への専門的な支援を行います。

養護者や家族に障害等があり、養護者自身が支援を必要としているにもかかわらず十分な支援や治療を受けられていなかったり、経済的な問題を抱えていて債務整理が必要な場合等は、それぞれに適切な対応を図るため、専門機関からの支援を導入します。



Q 虐待を受けた障害者と養護者の言い分が、かみあわず、支援が難しいケースにはどうしたらよいでしょうか。

また養護者支援で気をつけることはどのようなことでしょうか。

A 障害者の支援と虐待をした養護者への支援は別の担当(チーム)で行うという視点が重要です。一つの担当(チーム)が行うと、それぞれの利益が対立して問題の整理が難しくなります。

養護者支援のポイントとしては、

- ・家庭内で疾病を抱えているものはいないか、介護の知識不足、介護疲れ、家族間の人間関係等、様々な要因が絡み合っている場合があります。常に、養護者にも何らかの支援が必要であると考えて対応する必要があります。
- ・家庭内の様々な要因に対して、支援をすべき関係機関につなぎ、支援が提供されるように働きかけましょう。虐待対応ケース会議に参加してもらうなどして、共に支援方針を作ったうえで役割分担する方法が適切です。

8 成年後見制度等の活用

虐待を受けている障害者の権利を擁護する方法として、成年後見制度の活用も含めた検討を行う必要があります。

障害者虐待防止法でも精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第51条の11の2又は知的障害者福祉法第28条の規定により、適切に市町長による成年後見制度の利用開始の審査請求を行うことが定められています。(第9条第3項)

平成24年4月からは、市町における地域生活支援事業で成年後見制度利用支援事業が必須事業化されました。そのため、市町は成年後見制度や成年後見制度利用支援事業の周知を行い、成年後見制度の利用が有効と認められる知的障害者又は精

神障害者に対し、積極的に成年後見制度につなげることが必要になります。



法定後見制度は、「後見」、「保佐」、「補助」の3つに分かれており、判断能力の程度等本人の事情に応じて適切に制度を選び、審判の申し立てを行います。

当該申し立てについては、原則、本人・配偶者・4親等内の親族等が行いますが、市町申し立ての場合に4親等内の親族全てを調査することは膨大な時間と労力を要することから、基本的に、2親等内の親族の存否と意向を確認すれば足りるとされています。但し、虐待の場合、2親等内の親族がいても申し立てに反対することもありますので、本人の保護を図るため必要があると判断されれば、市町が積極的に申し立てを行う必要があります。

他方、2親等内の親族がいなくても、3親等又は4親等の親族がいることが容易に判明し、その親族が申し立てをする意思が明らかな場合は、過度の介入を避ける必要があります。

Q 審判の請求（市町申し立て）をするのはどのようなケースですか。

A 成年後見制度を活用する具体的な場面としては、以下のようなケースが想定できます。

経済的虐待等の場面で、障害者の生活（医療・介護等）のために、年金等の収入や資産を確保する必要がある場合。

やむを得ない事由による措置から契約に切り替える場合。

経済的虐待によって奪われた財産の回復を図る場合。

Q 成年後見人にはどのような人が選任されるのですか。また、成年後見人は本人の財産を自由に処分できるのですか。

A 本人のためにどのような支援が必要になるか等の事情に応じて、家庭裁判所が成年後見人を選任しますが、親族、法律・福祉の専門家その他の第三者の他に、福祉関係の公益法人等が選ばれる場合があります。

家庭裁判所は、成年後見人に対して、定期又は随時に後見事務に関する報告を求めたり調査したりして、本人の利益が十分保護されているかどうかという観点から後見人の職務を監督します。

また、後見人は、本人の生活状況の大きな変動（転居等）や財産処分、高額な物品の購入などの場合は、事前に家庭裁判所に連絡し、指示を受けることとなります。

成年後見制度とは別に、都道府県社会福祉協議会では、日常生活に不安を感じていたり判断能力が不十分な人が地域で自立した生活が送れるよう、福祉サービスの利用支援や日常的な金銭管理を行う「日常生活自立支援事業」も実施されており、これらの制度の活用も念頭に置いた支援策の検討が必要です。

Q 日常生活自立支援事業はどのように活用すればよいですか。

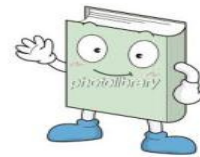
A 日常生活自立支援事業は、認知症の高齢者や知的障害者、精神障害者などのうち判断能力が不十分な方が地域において自立した生活が送れるよう、利用者との契約に基づき、福祉サービスの利用援助等を行うものです。

障害者虐待では、知的障害者、精神障害者に対する経済的虐待や財産上の不当取引による被害などの事案が発生しています。このような被害を防ぐための支援の一つとして本事業の活用は有効です。

< 成年後見制度と日常生活自立支援事業 >

「成年後見制度」は、判断能力が著しく低下している人などに、日常的な生活援助の範囲を超えた財産管理や施設の入退所などの法律行為（契約）について援助するものです。

「日常生活自立支援事業」は、判断能力は多少劣るけれども、契約内容は理解できる人などに、福祉サービスの利用や日常的な金銭管理などの援助を行うというものです。原則として、市町の社会福祉協議会が窓口となっています。



Q 被虐待者の財産の保全・管理に当たって留意すべき事項は何ですか。

A 年金や貯金を障害者の意思・利益に反して使用したり、障害者の財産を無断で処分するなどの経済的虐待が行われている場合には、財産の保全・管理を適正に行うため、市町は成年後見制度の積極的な活用を進める必要があります。但し、成年後見等の申し立てをした場合、成年後見人等が選任されるまでに約3か月ほどの時間を要することから、その間に、障害者の財産が侵害されるおそれのある場合等は、成年後見の申し立てと同時に、「審判前の保全処分」の申し立てを行うことになります。

9 モニタリングと虐待対応の終結

(1) モニタリング

緊急的又は集中的な対応が一段落着いた場合であっても、その後に再度状況が悪化するおそれもあります。このため、個別ケース会議の決定に基づき、状況に応じてモニタリングを行います。

モニタリングの事項

- ・ 市町担当職員や相談支援専門員等の定期的な訪問の継続
- ・ 支援・サービスなどの実施状況の確認
- ・ 障害者や養護者の状況把握・再評価
- ・ 支援課題の達成状況の評価、支援課題の変化の確認
- ・ 関係機関との連携による対応・定期的な情報交換
- ・ 再アセスメント・支援方針の修正

(2) 虐待対応の終結

虐待対応の終結とは、虐待行為が解消されたことにより障害者虐待防止法による対応を行わなくなることです。このときの判断基準としては、虐待行為そのものの解消だけでなく、虐待の発生要因が除去されることにより虐待行為が発生しないと判断されることが必要です。

虐待対応が終結したと思われた時点で状況を整理して会議に諮り、組織的に虐待対応の終結を決定します。その後の生活の支援については、通常業務として相談支援事業所等に引き継ぐとともに、虐待の再発があったときなどに速やかに把握できるよう、必要な関係機関に情報を提供します。



10 財産上の不当取引による被害の防止

障害者虐待防止法では、市町は、養護者や障害者の親族、障害者福祉施設従事者等以外の第三者によって引き起こされた財産上の不当取引による被害について、相談に応じ、又は消費生活業務担当部署や関係機関を紹介することが規定されています。(第43条第1項)

【相談窓口】

消費生活センター、国民生活センター、日本司法支援センター、成年後見センター・リーガルサポート、弁護士等



Q 親族や養護者ではない人からの財産侵害への対処

(事例)

私の隣に住んでいる C さんは知的障害者で、毎日少し離れた所にある作業所にバスで通っています。そんな C さんに友達ができ、たまに C さん宅を訪れることもあるようです。そこまではよかったのですが、C さんは、その友達から頼まれて頻繁にお金を貸しているようです。お金はほとんど返してもらっていないとのことで、C さんのために親が貯めてくれていた蓄えもなくなったようです。ところが、その友達は、年金を担保にすればお金を借りることができるという、「今度、一緒に銀行に行こう」と言っているようです。障害者虐待防止法で対処することはできないのでしょうか。

A C さんの友達は、たまに C さん宅を訪れる程度のようなので、障害者を現に養護している者とは言えず、障害者虐待防止法の養護者には当たりません。そのため、この友達について障害者虐待防止法上の経済的虐待として対応することはできません。

しかし、C さんと友達との間のお金の貸し借りは、財産上の取引で、しかも、友達は知的障害者の C さんから不当に財産上の利益を得ようとしていることが容易に推測できます。このような財産上の不当取引による被害を防止することは市町の責務です。(法第 43 条)

本事例の場合、障害年金を担保にお金を借りようとしていますので、弁護士等の専門家に相談して年金証書を預かる措置を取るように C さんに働きかけることも大切です。そのうえで、必要に応じて日常生活自立支援事業の財産管理サービスを利用したり、場合によっては成年後見制度につなげることも考えられます。

第3章 障害者福祉施設従事者等による障害者虐待 への対応

ここでは「障害者福祉施設従事者等による障害者虐待」の基本的な流れについて整理していきます。

1 施設従事者による障害者虐待の通報等への対応

(1) 通報等の対象

障害者福祉施設従事者等による虐待を受けた障害者、あるいは虐待を受けたと思われる障害者を発見した者は、市町へ通報義務が規定されています。

(第16条第1項)



Q 法第2条4項に規定する障害福祉サービス事業等以外の事業所(小規模作業所等法定外事業)における障害者虐待に関する通報・届出があった場合、どのように対応すべきですか。

A 障害者虐待防止法においては、「養護者」とは「障害者を現に養護する者であって障害者福祉施設従事者等及び使用者以外のものをいう」(法第2条第3項)と規定されています。

障害者福祉施設従事者等とは、障害者支援施設、のぞみの園、障害者総合支援法第5条に規定する障害福祉サービス、一般相談支援事業、特定相談支援事業所、移動支援事業、地域活動支援センター及び福祉ホーム等にかかる業務に従事する者であり、小規模作業所等の法定外事業における虐待については、養護者虐待としての対応になります。

(2) 通報等を受けた際の留意点

通報等を受けた市町職員は、迅速かつ正確な事実確認を行うことが必要です。通報者から発見した状況等について詳細に説明を受け、障害者虐待に該当するかどうか判断できる材料となるように情報を整理しておく必要があります。

通報等の内容が、サービス内容等の苦情で、他の相談窓口（例えば、当該事業所の苦情処理窓口等）での対応が適切と判断できるような場合には、適切な相談窓口へつなぎ、受付記録を作成して対応を終了します。

(3) 施設等の所在地と支給決定を行った市町が異なる場合

障害者が入所している障害者支援施設等の所在地と、当該支給決定を行った市町が異なる場合、どちらの市町にも通報等が行われる可能性があります。いずれの場合であっても、通報者への聞き取りなどの初期対応は、通報を受けた市町が行います。その上で、支給決定を行った市町が異なる場合は、速やかに支給決定を行った市町に連絡を入れることとします。基本的には、支給決定を行った市町が対応しますが、施設等が遠方の場合、お互いに連携して、速やかに障害者の安全確認や事実確認等を行います。

なお、通報者等が直接県（障害福祉課）に通報等をすることも想定されますが、基本として、県（障害福祉課）は通報内容等を確認して、支給決定市町に連絡することになりますので、連絡を受けた市町が事実確認等を行い、虐待の事実が確認できなかった場合も事実確認の結果を、県（障害福祉課）に報告することになります。

Q 長崎県以外の都道府県等が指定した事業所等における長崎県在住の障害者への虐待に関する通報・届出があった場合、どのように対応すべきですか。

A 障害者福祉施設等の指定や法人の許認可を行った自治体と連携し、対応して行うこととなりますので、当該都道府県等にも速やかに連絡を入れる必要があります。虐待の事実の確認が行われた旨の報告については、障害者虐待に係る障害福祉サービス事業者等の事業所の所在地の都道府県に報告することとなっています。（法第17条）

(4) 通報等受理後の対応

基本的には、「養護者による障害者虐待への対応」の場合と同様です。

(5) 個人情報の保護

基本的には、「養護者による障害者虐待への対応」の場合と同様です。

(6) 通報等による不利益取扱いの禁止

刑法の秘密漏示罪その他の守秘義務に関する法律の規定は、障害者福祉施設従事者等による障害者虐待の通報を妨げるものと解釈してはならないこととされています。(第16条第3項) 養護者による障害者虐待についても同様

障害者福祉施設従事者等による障害者虐待の通報等を行った従業員等は、通報したことを理由に、解雇その他の不利益な取扱いを受けないこととされています。(第16条第4項)

但し、これらの規定が適用される「通報」については、虚偽であるもの及び過失によるものを除くこととされています。



公益通報者保護法（公益通報者の保護を図る法律）

労働者が、事業所内部で法令違反行為が生じ、又は生じようとしている旨を事業所内部、行政機関、事業所外部に対して、次の2つの要件を満たして通報を行った場合、通報者に対する保護が規定されています。

<要件>

- ・不正の目的で行われた通報でないこと。
- ・通報内容が真実であると信じる相当の理由があること。

<公益通報に対する保護規定>

- ・解雇の無効。
- ・その他不利益な取扱い（降格、減給、訓告、自宅待機命令、給与上の差別、退職の強要、専ら雑務に従事させること、退職金の減給・没収等）の禁止。

(7) コアメンバーによる対応方針の協議

基本的には、「養護者による障害者虐待への対応」の場合と同様です。

2 事実の確認・県（障害福祉課）への報告

(1) 市町による事実の確認

基本的には、「養護者による障害者虐待への対応」の場合と同様です。

事実確認等は、通報を受けた市町が行いますが、この段階では障害者総合支援法に規定する市町による調査権限（障害者総合支援法第10条、第48条第3項、第51条の27第1項及び第2項）に基づくものではなく、障害者サービス事業所等の任意の協力の下に行われるものであることを認識することが必要です。

市町による任意の指導

調査の結果、市町は自らが支給決定をした障害者の支援を適切に行うために必要があると認められた時は、障害者福祉施設に対して口頭又は文書により指導を行うことがあります。この指導は任意の調査に基づく行政指導ですので、当該指導に従わないことを理由として不利益な取扱いをすることはできません。（なお、当該市町が指定した、又は運営費を助成した障害者福祉施設等に関しては、運営全般について指導が可能です。）

障害福祉サービス事業所等において、第三者性を担保したオンブズマン制度や虐待防止委員会などの組織が整備されている場合には、市町による事実確認調査と合わせ、これら第三者性を担保した組織が事実確認を行うことにより、当該施設の運営改善に向けた取り組みが機能しやすくなると考えられます。



Q コミュニケーションが困難な当事者等への聞き取りは、どのようにすればよいですか。

A 被虐待障害者の障害の程度や状態によって、オウム返しや質問事項を全て是認してしまうことなど考えられますので、本人が信頼を寄せている支援者、家族、当該事業所以外で日常支援を行っている者などと共に聞き取りを行う体制を取る必要があります。

Q 障害福祉サービス事業者等が市町による聞き取り等による情報の提供を拒んだ場合、どうすればよいですか。

A 障害福祉サービス事業者等の協力が得られない場合には、速やかに長崎県障害福祉課に報告し、当課と共同で事実確認を行うことも検討する必要があります。

なお、障害者総合支援法第48条に基づく立入調査を拒み、妨げ、若しくは忌避した者は、三十万円以下の罰金に処することとされています。

(第111条)

虐待があった当該施設が自ら適切に通報した場合の留意点

障害者虐待防止法の浸透により虐待があった当該施設が、設置者・管理者の意思も含め、自ら適切に通報する事例が増えています。その場合、当該施設は市町の事実確認調査に積極的に協力し、虐待が起きた事実を認め、再発防止策に前向きに取り組もうとしている可能性があります。そのような場合に、虐待を認めず、隠蔽しようとさえする施設と同様の厳しい対応で事実確認調査を行うことは適切とは言えません。施設の姿勢を見極めつつ、事実確認を適切に行い、再発防止に向けた取組みを支援する姿勢が求められます。



聴き取り調査の内容を正確に残すために、会話の録音・

録画を行う場合は、必要性を説明した上で同意を求める必要があります。

録音・録画の法的側面については、下記を参考にしてください。

「障害者福祉サービス事業所等への指導監査の在り方に関する研究」

<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000307948.pdf>

(2) 市町から県(障害福祉課)への報告

市町は、障害者福祉施設従事者等による障害者虐待に関する通報等を受けた場合、虐待に関する事項を県に報告することとされています。(第17条)

P85の帳票参考

但し、通報等で寄せられる情報には、苦情処理窓口で対応すべき内容や過失による事故等、虐待事案以外の様々なものも含まれることから、県への報告は、「虐待の事実が確認できた事案」とします。

悪質なケースで県の迅速な権限発動が求められる場合や障害福祉サービス事業所等の協力が得られない場合等、県と市町が共同して事実確認を行う必要があると判断される場合は、速やかに県に報告し、検討を行う必要があります。

(3) 県(障害福祉課)による事実確認

市町から報告を受けた県は、当該障害者福祉施設等に対して、事実確認のため、調査を実施します。その際、当該通報等に係る障害者についての支給決定を行った市町に同行を依頼したりするなど連携して対応します。

Q 県(障害福祉課)への報告は、どのようなケースについて、どのタイミングで行えば良いですか。

A 県(障害福祉課)への報告は、障害者福祉施設従事者等による虐待の事実が確認された時点で報告となります。

但し、緊急・重大性が高い場合、法人への立入調査が必要とされる場合は、速やかに県(障害福祉課)へ報告し、連携して虐待の事実を確認する必要があります。



3 社会福祉法及び障害者総合支援法の規定による権限の行使

障害者虐待防止法では、障害者虐待の防止と虐待を受けた障害者の保護を図るため、市町又は県は、社会福祉法及び障害者総合支援法に規定された権限を適切に行使し、対応を図ることが規定されています。(第19条)

障害者虐待が強く疑われる場合

当該施設等から報告徴収を受けて事実を確認し、障害者虐待が認められる場合には、市町又は県は、指導を行い、改善を図るようにします。指導に従わない場合には、社会福祉法や障害者総合支援法に基づく勧告・命令、指定の取り消し処分などの権限を適切に行使することにより、障害者の保護を図ります。

<改善指導例>

虐待防止改善計画の作成や第三者による虐待防止委員会の設置を求め、改善計画に沿った措置が講じられているかどうかを第三者委員会が定期的にチェックし、継続的に関与したり、当該事業所又は第三者委員会から定期的に報告を受け、必要に応じて当該事業所に対する指導や助言を行うなどの対応が考えられます。



Q 社会福祉法、障害者総合支援法に規定する権限にはどのようなものがありますか。

A 社会福祉法では、所轄庁は社会福祉法人が適正な運営をしているかなどを確かめるため、その業務及び会計の状況を報告徴収したり検査することができる他、業務停止命令や役員の解職勧告などもすることができると規定されています。

但し、所轄庁は、都道府県知事、指定都市市長、中核市市長のみであり、指定都市、中核市以外の市町には権限付与されていません。このため、社会福祉法に基づく権限行使をする必要があるような事例については、県本庁と連携を密に事案に対処する必要があります。

障害者総合支援法では、市町にも権限行使できる規定があります。例えば、障害者総合支援法第48条第1項では、障害者への虐待の疑い等不適切な支援内容が強く疑われる場合などに、指定障害福祉サービス事業所に立ち入り、管理者や従業者に対し、質問したり帳簿書類の検査をすることができる旨規定されています。

なお、立ち入り検査等の結果、指定障害福祉サービス事業者に対し、勧告や措置命令等すべき不適切運営が認められる場合の権限行使については、都道府県知事の権限になっていますので、悪質なケース等については事実確認や立ち入り検査の段階から県本庁と連携を密にしていく必要があります。

社会福祉法・障害者総合支援法による権限規定

社会 福 祉 法	第 56 条第 1 項	厚生労働大臣 都道府県知事 市長	社会福祉法人に対する報告徴収、検査
	第 56 条第 4 項	厚生労働大臣 都道府県知事 市長	社会福祉法人に対する勧告
	第 56 条第 5 項	厚生労働大臣 都道府県知事 市長	勧告に従わなかった社会福祉法人の公表
	第 56 条第 6 項	厚生労働大臣 都道府県知事 市長	勧告に係る措置をとらなかった社会福祉法人に対する措置命令
	第 56 条第 7 項	厚生労働大臣 都道府県知事 市長	社会福祉法人に対する業務停止命令又は役員了解職勧告
	第 56 条第 8 項	厚生労働大臣 都道府県知事 市長	社会福祉法人に対する解散命令
	第 57 条	厚生労働大臣 都道府県知事 市長	社会福祉法人に対する公益事業又は収益事業の事業停止命令
	第 71 条	都道府県知事	社会福祉施設に対する改善命令
	第 72 条	都道府県知事	社会福祉事業を営む者に対する事業制限・停止命令・許可取消、認可取消

障 害 者 総 合 支 援 法	第 10 条	市町村	障害福祉サービス、相談支援、自立支援医療、療養介護医療若しくは補装具の販売若しくは修理を行う者若しくはこれらを使用する者若しくはこれらの者であった者に対する報告徴収、立入検査等
	第 11 条第 2 項	厚生労働大臣 都道府県知事	自立支援給付対象サービス等を行った者若しくはこれらを使用した者に対する報告徴収等
	第 48 条第 1 項	都道府県知事 市町村長	指定障害福祉サービス事業者若しくは指定障害福祉サービス事業であった者若しくは当該指定に係るサービス事業所の従業者であった者に対する報告徴収、立入検査等

障 害 者 総 合 支 援 法	第 48 条第 3 項	都道府県知事 市町村長	指定障害者支援施設等の設置者に対する報告徴収、立 入検査等
	第 49 条第 1 項	都道府県知事 指定都市市長 中核市市長	指定障害福祉サービス事業者に対する勧告
	第 49 条第 2 項	都道府県知事 指定都市市長 中核市市長	指定障害者支援施設等の設置者に対する勧告
	第 49 条第 3 項	都道府県知事 指定都市市長 中核市市長	勧告に従わなかった指定事業者等の公表
	第 49 条第 4 項	都道府県知事 指定都市市長 中核市市長	勧告に係る措置をとらなかった指定事業者等に対す る措置命令
	第 50 条第 1 項	都道府県知事 指定都市市長 中核市市長	指定障害者福祉サービス事業者の指定取消、効力停止
	第 50 条第 3 項	都道府県知事 指定都市市長 中核市市長	指定障害者支援施設の指定取消、効力停止
	第 51 条の 3 第 1 項	厚生労働大臣 都道府県知事	指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設に 対する報告徴収、立入検査等（業務管理体制）
	第 51 条の 4 第 1 項	厚生労働大臣 都道府県知事	指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設に 対する勧告（業務管理体制）
	第 51 条の 4 第 2 項	厚生労働大臣 都道府県知事	勧告に従わなかった指定障害福祉サービス事業者、指 定障害者支援施設の公表（業務管理体制）
	第 51 条の 4 第 3 項	厚生労働大臣 都道府県知事	勧告に係る措置をとらなかった指定障害福祉サービ ス事業者、指定障害者支援施設に対する措置命令（業 務管理体制）
	第 51 条の 27 第 1 項	都道府県知事 指定都市市長 中核市市長 市町村長	指定一般相談支援事業者若しくは指定一般相談支援 事業者であった者若しくは当該指定に係る一般相談 支援事業所の従業者であった者に対する報告徴収、立 入検査等
	第 51 条の 27 第 2 項	市町村長	指定特定相談支援事業者若しくは指定特定相談支援 事業者であった者若しくは当該指定に係る特定相談 支援事業所の従業者であった者に対する報告徴収、立 入検査等
	第 51 条の 28 第 1 項	都道府県知事 指定都市市長 中核市市長	指定一般相談支援事業者に対する勧告

障 害 者 総 合 支 援 法	第 51 条の 28 第 2 項	市町村長	指定特定相談支援事業者に対する勧告
	第 51 条の 28 第 3 項	都道府県知事 指定都市市長 中核市市長 市町村長	勧告に従わなかった指定相談支援事業者の公表
	第 51 条の 28 第 4 項	都道府県知事 指定都市市長 中核市市長 市町村長	勧告に係る措置をとらなかった指定相談支援事業者 に対する措置命令
	第 51 条の 29 第 1 項	都道府県知事 指定都市市長 中核市市長	指定一般相談支援事業者に対する指定取消、効力停止
	第 51 条の 29 第 2 項	市町村長	指定特定相談支援事業者に対する指定取消、効力停止
	第 51 条の 32 第 1 項	厚生労働大臣 都道府県知事 市町村長	指定相談支援事業者若しくは当該指定相談支援事業 者の従業者に対する報告徴収、立入調査等（業務管理 体制）
	第 51 条の 33 第 1 項	厚生労働大臣 都道府県知事 市町村長	指定相談支援事業者に対する勧告（業務管理体制）
	第 51 条の 33 第 2 項	厚生労働大臣 都道府県知事 市町村長	勧告に従わなかった指定相談支援事業者の公表（業務 管理体制）
	第 51 条の 33 第 3 項	厚生労働大臣 都道府県知事 市町村長	勧告に係る措置をとらなかった指定相談支援事業者 に対する措置命令（業務管理体制）
	第 81 条第 1 項	都道府県知事 指定都市市長 中核市市長	障害福祉サービス事業、一般相談支援事業、特定相談 支援事業、移動支援事業、地域活動支援センター、福 祉ホームの設置者に対する報告徴収、立入検査等
	第 82 条第 1 項	都道府県知事 指定都市市長 中核市市長	障害福祉サービス事業、一般相談支援事業、特定相談 支援事業、移動支援事業を行う者に対する事業制限・ 停止命令
	第 82 条第 2 項	都道府県知事 指定都市市長 中核市市長	障害福祉サービス事業を行う者、地域活動支援センタ ー、福祉ホームの設置者に対する改善、停止・廃止命 令
	第 85 条第 1 項	都道府県知事 指定都市市長 中核市市長	市町村が設置した障害者支援施設の長に対する報告 徴収、立入検査等
	第 86 条第 1 項	都道府県知事 指定都市市長 中核市市長	市町村が設置した障害者支援施設に対する業務停 止・廃止命令

指定都市又は中核市自らが設置する場合は除く

児童福祉法	第 21 条の 5 の 21 第 1 項	都道府県知事 市町村長	指定障害児通所支援事業者若しくは指定障害児通所支援事業者であった者若しくは当該指定に係る障害児通所支援事業所の従業者であった者に対する報告徴収、立入検査等
	第 21 条の 5 の 22 第 1 項	都道府県知事	指定障害児通所支援事業者等に対する勧告
	第 21 条の 5 の 22 第 3 項第 2 項	都道府県知事	勧告に従わなかった指定障害児通所支援事業者等の公表
	第 21 条の 5 の 22 第 3 項第 3 項	都道府県知事	勧告に係る措置をとらなかった指定障害児通所支援事業者等に対する措置命令
	第 21 条の 5 の 23 第 1 項	都道府県知事	指定障害児通所支援事業者に対する指定取消、効力停止
	第 24 条の 34 第 1 項	市町村長	指定障害児相談支援事業者若しくは指定障害児相談支援事業者であった者若しくは当該指定に係る障害児相談支援事業所の従業者であった者に対する報告徴収、立入検査等
	第 24 条の 35 第 1 項	市町村長	指定障害児相談支援事業者に対する勧告
	第 24 条の 35 第 2 項	市町村長	勧告に係る措置をとらなかった指定障害児相談支援事業者に対する措置命令
	第 24 条の 36 第 1 項	市町村長	指定障害児相談支援事業者に対する指定取消、効力停止

特定非営利活動促進法	第 42 条	都道府県知事 指定都市市長	特定非営利活動法人に対し、期限を定めて、その改善のために必要な措置命令
	第 43 条	都道府県知事 指定都市市長	特定非営利活動法人の設立の認証の取消

4 障害者福祉施設従事者等による障害者虐待の状況の公表

障害者虐待防止法では、知事は、毎年度、障害者福祉施設従事者等による障害者虐待の状況、障害者福祉施設従事者等による障害者虐待があった場合にとった措置その他厚生労働省令で定める事項を公表（年次報告）することとされています。

（第20条）

公表の対象となるのは、障害福祉サービス事業所等において、市町又は市町と県の共同等による事実確認の結果、実際に障害者虐待が行われていたと認められた事案とし、厚生労働省令で定める事項について集計した上で、公表します。

県知事が公表する項目

- ・ 障害者福祉施設従事者等による障害者虐待の状況
- ・ 障害者福祉施設従事者等による障害者虐待があった場合に採った措置
- ・ 虐待があった障害者福祉施設等の種別
- ・ 虐待を行った障害者福祉施設従事者等の職種



5 身体拘束に対する考え方

（1）基本的な考え方

障害者虐待防止法では、「正当な理由なく障害者の身体を拘束すること」は身体的虐待とされています。

障害者支援施設等の利用者が、興奮して他の利用者を叩く、噛みつくなどの行為があるときや自分自身の顔面を強く叩き続けるなどの行為があるときには、やむを得ず利用者の身体を拘束したり一時的に居室に施錠をしたりするなど行動制限をすることがあります。

このような行動制限が日常化してしまうと、そのことが契機となって利用者に対する身体的虐待や心理的虐待に至ってしまう危険性があります。

やむを得ず身体拘束する場合は、その必要性を慎重に判断するとともに、その範囲を最小限にしなければなりません。

また、判断に当たっては、適切な手続きを踏むとともに、身体拘束の解消に向けての道筋を明確にして、職員全体で取り組む必要があります。

(2) 身体拘束とは

身体拘束の具体的な内容は、次のような行為が該当すると考えられます。

- ・車いすやベッド等に縛り付ける。()
- ・手指の機能を制限するために、ミトン型の手袋を付ける。
- ・行動を制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せる。
- ・支援者が自分の体で利用者を押さえつけて行動を制限する。
- ・行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。
- ・自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

()肢体不自由、特に体幹機能障害がある利用者が、残存能力を活かせるよう、安定した着座姿勢を保持するためには、理学療法士等のリハビリテーション専門職や介護職員が連携し、安全性かつ機能性を高める様々な工夫が欠かせません。この姿勢保持に対する工夫の結果として、ベルト類を装着して身体を固定する行為は支援には必要なものであり、身体拘束にあたらぬといえます。

多くの場合、本人の身体状況に合わせた座位保持装置や車椅子を医師の意見書や診断書によりオーダーメイドで作製し、使用している場合です。

ただし、座位保持装置であっても、上記のような場合を除き、ベルトやテーブルをしたまま、漫然と長時間放置するような行為は身体拘束に該当する場合もあるため、医師や理学療法士等の専門職の意見を踏まえ、座位保持装置を使用する目的や理由を明確にし、本人、家族の意見を定期的に確認し、その意見・同意を支援計画に記載することが必要です。



(3) やむを得ず身体拘束を行うときの留意点

「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準(厚生労働省令第172

号)」には、緊急やむを得ない場合を除き身体拘束等を行ってはならないとされています。さらに、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録しなければならないとされています。

緊急やむを得ない場合は、あらゆる支援の工夫のみでは十分に対応できないような、一時的な事態に限定されます。

「やむを得ず身体拘束を行う」に該当する3要件（すべて満たすことが必要）

切迫性：利用者本人若しくは他の利用者の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合。

非代替性：身体拘束以外に代替する方法がないこと。

一時性：身体拘束は一時的なものであること。（一時性を判断する場合には、本人の状態等に応じて必要とされる、最も短い拘束時間を想定）

やむを得ず身体拘束を行うときの手続き

組織による決定と個別支援計画への記載

「やむを得ない場合」の判断は、担当の職員個人又はチームで行うのではなく、個別支援会議などにおいて、組織として検討・決定する必要があります。

この場合、管理者、サービス管理責任者、運営規定に基づいて選定されている虐待の防止に関する責任者など支援方針についての権限をもつ職員が出席していることが大切です。

本人・家族への十分な説明

身体拘束の内容、目的、時間、期間など障害者本人や家族に対して十分に説明し、了解を得ることが必要です。

必要な事項の記録

身体拘束を行った場合は、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由等必要な事項を記録します。



6 障害者福祉施設従事者等による障害者虐待の防止

(1) 管理職・職員の研修、資質向上

障害者虐待を防止するためには、何よりもまず障害者の人権の尊重や障害者虐待の問題について、管理職、職員が自ら高い意識を持つことです。

障害者福祉施設等においては、定期的に障害者虐待や支援技術向上に関する研修を実施するとともに、各種研修会に職員を参加させる等により職員の資質の向上に努めます。また、実際に支援に当たる職員だけでなく、管理者も含めた事業所全体での取組みが重要です。

(2) 個別支援の推進

数多くの障害者が障害福祉サービスを利用しているため、個々の利用者への配慮よりも管理的な運営に傾きがちな状況があります。こうした運営は利用者にとっても職員にとってもストレスの原因となるものであり、特に入所型の事業において、身体拘束や心理的虐待と考えられる事態が発生する危険が潜んでいます。

利用している障害者一人ひとりが、尊厳を保ちながら自分らしく生活できる環境をつくるのが障害者福祉施設従事者等には求められています。

そのために、それぞれの事業所では個々の利用者への総合的な支援の方針や生活全般の質を向上させるための課題などを記載した個別支援計画を作成します。個別支援計画に基づいて事業所職員はサービスを提供し、サービス管理責任者は計画の実施状況を把握して、必要に応じて見直します。

(3) 開かれた施設運営の推進

障害者支援施設は、入所している障害者の住まいであるため、ともすると外部からの目が届きにくい面があります。このため、内部の習慣的な行動が外部から乖離していく危険性をはらんでいるとともに、虐待事案が発生した場合も発見されにくい土壌ともなり得ます。

風通しが良く虐待が起こらない施設になるためには、地域に開かれた施設運営をしていくことが重要です。地域住民やボランティア、実習生など多くの人が施設に関わることによって、職員の意識にも影響を及ぼすと考えられます。

また、サービス評価（自己評価、第三者評価など）の導入も積極的に検討することが大切です。

（４）苦情解決体制の構築

障害福祉サービス事業所等は、サービスを利用している障害者やその家族からの苦情を解決する体制を整備すること等により虐待の防止等の措置を講ずることが規定されています。（第15条）

また、苦情相談窓口を開設する等苦情解決のために必要な措置を講ずべきことが運営基準等にも規定されています。

サービスの質を向上させるため、利用者等に継続して相談窓口の周知を図る等、苦情解決のための取り組みを効果的なものとしていくことも大切です。

（５）行政指導等による確認

市町又は県は、障害者福祉施設等の指導監査において、報告書類のチェックとともに施設内巡回の時間をなるべく多く確保し、利用者の様子や職員の対応について観察したり、幹部職員のみならず現場の職員からも聴き取りを行う等、実質的なチェックになるよう心がけることが求められます。



福祉部 - 5273195

第4章 使用者による障害者虐待への対応

ここでは「使用者による障害者虐待」の基本的な流れについて整理していきます。

1 使用者による障害者虐待の通報等への対応

(1) 通報等の対象

使用者による虐待を受けたと思われる障害者を発見した者は、市町又は県（本県の場合、長崎県障害者権利擁護センター）へ通報義務が規定されています。（第22条第1項）

また、使用者による虐待を受けた障害者は、市町又は県（本県の場合、障害者権利擁護センター）に届け出ることができることとされています。（同条第2項）



Q 18歳未満又は65歳以上の障害者に関する通報・届出があった場合、どの法令により対応すべきですか。

A 使用者による障害者虐待については、年齢に関わらず（18歳未満や65歳以上でも）障害者虐待防止法が適用されます。

Q 就労継続支援A型事業所に関する相談・通報であって、当該事業所と利用者が雇用契約を結んでいる場合は、どのように対応すべきですか。

A 本法に規定されている施設従事者等による障害者虐待への対応と、使用者による障害者虐待への対応のいずれにも該当します。そのため、具体的な対応は、それぞれの業務内容や権限に基づき、市町、県及び労働局等が緊密な連携を取ることが必要ですが、県への報告窓口は、原則として、事業所等の指定を行っていることや福祉的な側面が強いこと等を考慮し、県本庁（障害福祉課）に行います。

(2) 通報等の受付時の対応

使用者による障害者虐待に関する通報等の内容は、労働条件に関する苦情であったり、また虚偽による通報や過失による事故であったりすることも考えられるため、迅速かつ正確な事実確認を行うことが必要です。

Q 本法第2条第8項に規定する「使用者による障害者虐待」に該当しないと思われる相談・通報があった場合、どのように対応すべきですか。

A 通報等の内容が明らかに使用者による障害者虐待でなく、以下に例示する労働相談である場合には、適切な相談窓口につなぎます。どこの相談窓口につなぐのかわからない場合は、労働局総務部企画室に相談します。

労働基準監督署	障害者である労働者与其他労働者の区別なく発生している、長時間労働等の、労働基準関係法令上問題がある事案
公共職業安定所	離職票、失業手当、求職に関するもの等
労働局雇用均等室	育児・介護休業、求職に関するもの等
労働局総務部企画室	労働条件引下げ、配置転換等

また、本人の希望や今後の就労意欲等を踏まえ、身近な「障害者就業・生活支援センター」や相談支援事業所等への相談を紹介することも必要です。

この他、受付時の対応については、基本的には「養護者による障害者虐待への対応」の場合と同様です。



(3) 事業所の所在地と障害者の居住地が異なる場合

事業所の所在地の市町村に通報等があった場合

通報等を受けた市町村は、通報者等からの聞き取りなどの初期対応を行った上で、事業所の所在地の都道府県（本県に事業所がある場合、長崎県障害者権利擁護センター）に通知します。併せて、居住地の市町村が障害者の生活上の支援を行うことになるため、速やかに居住地の市町村に連絡します。

居住地の市町村に通報等があった場合

通報等を受けた市町村は、通報者等からの聞き取りなどの初期対応を行った上で、事業所の所在地の都道府県（本県に事業所がある場合、長崎県障害者権利擁護センター）に通知します。なお、通報等を受けた市町村が、事実確認のために訪問調査をする等で、事業所の所在地の市町村の協力が必要な場合には事業所の市町村にも情報提供を行います。

県に通報等があった場合

通報等を受けた県は、居住地の市町に連絡の上、調査等を行います。



(4) 個人情報の保護

基本的には、「養護者による障害者虐待への対応」の場合と同様です。

(5) 通報等による不利益な取扱いの禁止

基本的には、「障害者福祉施設従事者等による障害者への対応」の場合と同様です。

(6) コアメンバーによる対応方針の協議

基本的には、「養護者による障害者虐待への対応」の場合と同様です。

2 市町・県による事実の確認等

通報等を受けた市町又は県（本県の場合、障害者権利擁護センター）は、通報等内容の事実確認や障害者の安全確認を行う必要がありますが、市町と県には、事業所に対する指導権限がないため、基本的には事業所の任意の協力の下に行われるものです。事業所の協力が得られる場合には、事実の確認を行います。

その他、基本的には、「養護者による障害者虐待への対応」の場合と同様です。

3 市町から県への通知

市町は、使用者による障害者虐待に関する通報等を受けた場合、虐待に関する事項を事業所の所在地の県（本県が所在地の場合、長崎県障害者権利擁護センター）に通知することとされています。（第23条）

県（本県の場合、障害者権利擁護センター）への通知は、使用者による虐待の事実が確認された時点で通知となりますが、その際、労働相談票（処理経過含む）や個別面接票等を作成し、添付します。 P90の労働相談票等参考

なお、悪質なケース等で、労働局等による迅速な行政指導が求められる場合には、速やかに市町から県を経由して労働局に報告し、協力して対応することが必要です。

都道府県に報告すべき事項

- 1 事業所の名称、所在地、業種及び規模
- 2 虐待を受けた又は受けたとと思われる障害者の氏名、性別、年齢、障害の種類及び障害程度区分その他の心身の状況 及び雇用形態
- 3 虐待の種別、内容及び発生要因
- 4 虐待を行った使用者の氏名、生年月日及び被虐待者との関係
- 5 都道府県及び市町村が行った対応
- 6 虐待が行われた事業所において改善措置が採られている場合にはその内容



【市町から都道府県への通知様式例】

平成 年 月 日

長崎県知事 あて

市（町、村）長

使用者による障害者虐待に係る報告

障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律第23条の規定に基づき、下記のとおり報告する。

記

1 通知資料

労働相談票（使用者による障害者虐待）

添付資料（具体的に記載）

2 連絡先

担当部署名		担当者氏名	
電話番号			

4 県から労働局への報告

県（本県の場合、長崎県障害者権利擁護センター）は、市町からの通知を受けた場合や、直接通報等を受けた場合は、厚生労働省令で定めるところにより、長崎県労働局総務部企画室に報告します。（第24条）

なお、県（本県の場合、障害者権利擁護センター）が直接通報等を受けた場合、障害者の居住地の市町に連絡し連携して対応しますが、労働局への報告は、県が労働相談票（使用者による障害者虐待）等を作成し、添付します。

様式1（県からの報告様式）

平成 年 月 日

長崎労働局長 殿

長崎こども・女性・障害者支援センター
（長崎県障害者権利擁護センター）

使用者による障害者虐待に係る報告

障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律第24条の規定に基づき、下記のとおり報告する。

記

1 通知資料

労働相談票（使用者による障害者虐待）

添付資料（具体的に記載）

2 連絡先

担当部署名		担当者氏名	
電話番号			

5 労働局による対応

県（本県の場合、長崎県障害者権利擁護センター）から報告を受けた労働局総務部企画室は、報告内容から、公共職業安定所、労働基準監督署、企画室などの対応部署を決め、事実確認及び対応を行います。

対応部署は、「障害者の雇用の促進等に関する法律」、「労働基準法」、「雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律」、「個別労働関係紛争の解決の促進に関する法律」などの関係法令の規定による権限を適切に行使して、適正な労働条件及び雇用管理を確保します。

住み込みで働いている場合などは、使用者による障害者虐待であっても、生活支援が必要な場合があると考えられます。対応部署は、市町等の関係機関と連携し、迅速な対応を行う必要があります。

また、行政（公共職業安定所、労働基準監督署等）職員が障害者虐待を発見した場合は、労働局総務部企画室へ速やかに情報提供を行います。

対応部署による障害者虐待対応が終結した場合は、その結果を労働局から県（本県の場合、長崎県障害者権利擁護センター）に情報提供します。



6 使用者による障害者虐待の状況の公表

厚生労働大臣は、毎年度、使用者による障害者虐待の状況、使用者による障害者虐待があった場合にとった措置その他厚生労働省令で定める事項を公表（年次報告）することとされています。（第28条）

厚生労働大臣が公表する項目

- ・虐待があった事業所の業種及び規模
- ・虐待を行った使用者と被虐待者との関係
- ・使用者による障害者虐待があった場合にとった措置

7 使用者による障害者虐待の防止

(1) 事業主・労働者(上司、同僚)の研修

障害者虐待防止法では、事業主は、労働者に対し研修を実施することとされており(第21条)、事業所自らの研修実施や各種研修会への職員の参加等を行うことが必要です。

企業等において、障害特性に応じた配慮が分からず、それが職場でのトラブルにつながっているケースもあり、事業主をはじめとした事業所全体で、職員が障害者の人権や障害者虐待についての理解を深め、障害者への接し方などを学ぶことが必要です。

障害者への接し方が分からないなどの場合には、ハローワークや地域障害者職業センター、障害者就業・生活支援センターなどに相談することが重要です。

(2) 苦情解決体制の構築

障害者を雇用する事業主に対して、雇用される障害者やその家族からの苦情を解決する体制を整備すること等により、虐待の防止等の措置を講ずることが規定されています。(第21条)

事業所においては、苦情相談の窓口を開設する等苦情解決のために必要な措置を講ずるとともに、相談窓口の周知を図ることによって苦情解決のための取り組みを適切に実施していくことが大切です。



障害者虐待対応帳票集等

- | | | |
|---|-------------------------|--------|
| 1 | 養護者による障害者虐待対応帳票 | P72 ~ |
| 2 | 福祉施設従事者等による障害者虐待対応帳票... | P83 ~ |
| 3 | 使用者による障害者虐待対応帳票 | P115 ~ |
| 4 | 労働相談票（様式2） | P146 ~ |
| 5 | 各市町障害者虐待防止センター等連絡先一覧... | P151 ~ |



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"/> 相談継続： 備考 (<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 ()
--	--

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) <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	依頼日時 (月 日 () 午前/午後 時 分) 依頼先 () 依頼者 () 依頼方法 ()
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 <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	依頼日時 (月 日 () 午前/午後 時 分) 依頼先 () 依頼者 () 依頼方法 ()
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

事実確認票—チェックシート

確認者：

確認日時：

年 月 日 時 ～ 月 日 時

障害者本人氏名		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"/> 障害者虐待防止センター） <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。

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）

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.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、重症の腫れ等、その他（ ） 部位： 大きさ： 色：	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、意識障害、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、頻発なあざ、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	身体の臭気、汚れのひどい髪、皮膚の潰瘍、のび放しの爪、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	黄髪と日常生活の大きな落差、食べものにも困っている、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	臭臭がする、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」「辛い」「怒られる」「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」「OO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
		強い自殺意欲	「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	家族のいる場面いらない場面で態度が異なる、なぜか態度が急変する、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
養 護 者 の 態 度 等		支援者への尊重	「何をやるかわからない」「押しつけ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	支援者が被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	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広票Ver I」（出典：東京都老人総合研究所作成様式を参考に作成）

第1表

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

計画作成者氏名

会議日時： 年 月 日 時 分～ 時 分

初回計画作成日 年 月 日 時 分

会議目的	出席者	所属	氏名	所属	氏名	
<p>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</p> <p>虐待事実の判断根拠</p> <p>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</p> <p>緊急性の判断根拠</p> <p>本人の安全確認ができていない</p> <p>その他の()</p>	<p>障害者本人の意見・希望</p> <p>養護者の意見・希望</p>	<p>氏名</p> <p>氏名</p> <p>氏名</p> <p>氏名</p>	<p>氏名</p> <p>氏名</p> <p>氏名</p> <p>氏名</p>	<p>氏名</p> <p>氏名</p> <p>氏名</p> <p>氏名</p>	<p>氏名</p> <p>氏名</p> <p>氏名</p> <p>氏名</p>	
<p>総合的な対応方針 ※「アセスメント要約書」全体のまとめより</p> <p>I. 障害者本人</p> <p>II. 養護者</p> <p>III. 家族関係</p> <p>IV. その他</p> <p>V. 今後の課題</p>	<p>対応の内容</p>	<p>※支援の必要性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明</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"/> 立入調査 <input type="checkbox"/> 警察への援助要請</p> <p><input type="checkbox"/> 緊急分離保護 () <input type="checkbox"/> 入院 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 面会制限</p> <p><input type="checkbox"/> 在宅サービス導入・調整 ()</p> <p>【措置の適用】</p> <p><input type="checkbox"/> 有：<input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 障害者福祉施設 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 無</p> <p><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>				

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.1」 (出典：東京都老人総合研究所「支援計画書(第2版)」を参考に作成)

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）		実施日時・期間／評価日	
				何を・どのように	関係機関・担当者等		
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」の全体のまともから記載）				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

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： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 歳	居所： <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入所・院
養護者氏名：		性別・年齢： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 歳	障害者本人との関係： 同別居の状況： <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
障害者本人の希望		居所の希望： <input type="checkbox"/> 在宅〔 <input type="checkbox"/> 養護者と同居、 <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	
障害者本人の希望	居所・今後の生活の希望		
	性格上の傾向、こだわり、対人関係等		
	本人の状態	意思疎通： <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 特定条件のもとであれば可能（ ） <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不明 話の内容： <input type="checkbox"/> 一貫している <input type="checkbox"/> 変化する 生活意欲： <input type="checkbox"/> 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. 障害者本人の情報 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： <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（ ）			<input type="checkbox"/>
具体的症状等⇒			
障害支援区分： <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 区分（ ） <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請			
障害 ： <input type="checkbox"/> 身体障害（障害者手帳（ ）） <input type="checkbox"/> 知的障害（ <input type="checkbox"/> あり・療育手帳（ ） <input type="checkbox"/> 疑い）			
精神状態 ： <input type="checkbox"/> 精神障害（ <input type="checkbox"/> あり・精神障害者保健福祉手帳（ ） <input type="checkbox"/> 疑い） <input type="checkbox"/> 認知症（ <input type="checkbox"/> 診断あり <input type="checkbox"/> 疑い） <input type="checkbox"/> うつ病（ <input type="checkbox"/> 診断あり <input type="checkbox"/> 疑い） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
【危機への対処】			
危機対処場面において： <input type="checkbox"/> 自ら助けを求めることができる <input type="checkbox"/> 助けを求めることが困難			<input type="checkbox"/>
避難先・退避先 ： <input type="checkbox"/> 助けを求める場所がある（ ） <input type="checkbox"/> ない			
【成年後見制度の利用】			
成年後見人等： <input type="checkbox"/> あり（後見人等： ） <input type="checkbox"/> 申立中（申立人： /申立年月日： ） <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/>
【各種制度利用】			
<input type="checkbox"/> 障害者総合支援法 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> その他（ ）			<input type="checkbox"/>
【経済情報】			
収入額 月 _____万円（内訳： ） 障害基礎年金： <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 不明 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）：			<input type="checkbox"/>
<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（ ）			
金銭管理 ： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助（判断可） <input type="checkbox"/> 全介助（判断不可） <input type="checkbox"/> 不明			
金銭管理者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
【エコマップ】		【生活状況】	
		食 事（ <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不明） 調 理（ <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不明） 移 動（ <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不明） 買 物（ <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不明） 掃除洗濯（ <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不明） 入 浴（ <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不明） 排 泄（ <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不明） 服薬管理（ <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不明） 預貯金年金の管理（ <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不明） 医療機関の受診（ <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不明）	<input type="checkbox"/>
		【その他特記事項】	<input type="checkbox"/>

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Ver I」（出典：東京都老人総合研究所作成様式を参考に作成）

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	氏名： 氏名： 氏名： 氏名：	所属： 所属： 所属： 所属：	氏名： 氏名： 氏名： 氏名：
<p>障害者本人の意見・希望</p>				
<p>養護者の意見・希望</p>				
<p>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</p>				
<p>※「アセスメント要約票」のⅢ、Ⅳを集約する</p> <p>関連機関等連携マップ</p>				
<p>※支援の必要性 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>不明</p>				

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）		実施日時・期間/評価日
				何を・どのように	関係機関・担当者等	
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」の全体のまともから記載）				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
 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.1」（出典：東京都老人総合研究所「支援計画書（第2版）」、新潟県三条市作成様式を参考に作成）

虐待対応評価会議記録票

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		氏名		所属		氏名			
議題番号		確認した事実と日付		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	目標										
		□									
		□									
		□									
		□									
		□									
虐待発生のリスク状況 虐待種別 1. 身体的虐待 2. 性的虐待 3. 心理的虐待 4. 放棄・放置 5. 経済的虐待 6. その他	判定										
【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											
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. 相談支援に移行 3. その他 (_____)					養護者支援の必要性 □あり □なし			

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.1」 (出典: 東京都老人総合研究所「支援計画書 (第2版)」を参考に作成)

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 (<input type="checkbox"/> 有り、判定: ()) <input type="checkbox"/> 療育手帳 (<input type="checkbox"/> 有り、判定: ()) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (<input type="checkbox"/> 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 (<input type="checkbox"/> 通報者である) <input type="checkbox"/> 知らない <input type="checkbox"/> 不明		
後見人	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 補助 <input type="checkbox"/> 保佐 <input type="checkbox"/> 後見 <input type="checkbox"/> 任意後見 <input type="checkbox"/> 申立て中 (<input type="checkbox"/> 補助 <input type="checkbox"/> 保佐 <input type="checkbox"/> 後見) <input type="checkbox"/> 不明			
	氏名	(法人名: 担当者名)		<input type="checkbox"/> 不明
	連絡先			<input type="checkbox"/> 不明
	通報内容	<input type="checkbox"/> 知っている (<input type="checkbox"/> 通報者である) <input type="checkbox"/> 知らない <input type="checkbox"/> 不明		
備考				

【主訴・通報の概要、虐待（疑い）の状況】

相談内容			
発生日時	年 月 日 () 午前/午後 時 分頃 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：		

事実確認中に予測されるリスクと対処方法

事実確認調査を拒否された場合 : _____

施設長など管理者が不在の場合 : _____

障害者本人が入院等で不在の場合 : _____

その他 () : _____

【判断会議】

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

会議参加者： _____

面接調査票（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： ）						
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）							
【障害者本人】 ※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							
【障害者本人に関する情報】							
<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）－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に開催していますか
			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
虐待事実の判断 <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 職種 何から氏名をされたか	事実確認調査の継続	<input type="checkbox"/> 事実確認を継続(期限を区切った継続方針) <input type="checkbox"/> 専門家・関係機関への意見聴取(<input type="checkbox"/> 都道府県への対応・協力依頼 <input type="checkbox"/> その他(<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 ⇒ (【措置の適用】 <input type="checkbox"/> 有; <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 検討中 (理由: <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 (<input type="checkbox"/> 施設・事業所に対する改善指導の必要性 <input type="checkbox"/> 施設・事業所からの改善計画の提出要請 <input type="checkbox"/> 虐待者への指導、勤務変更等 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法に規定する報告・改善命令処分 <input type="checkbox"/> その他 (<input type="checkbox"/> 都道府県への報告 <input type="checkbox"/> 関係部署・関係機関への連絡 (<input type="checkbox"/> 通報者への対応 (<input type="checkbox"/> その他 (<input type="checkbox"/> その他 (<input type="checkbox"/> 関係者・関係機関への対応	氏名 氏名 氏名
虐待の内容と判断根拠 緊急性の有無の判断 <input type="checkbox"/> 緊急性なし <input type="checkbox"/> 緊急性あり <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 (判断根拠: <input type="checkbox"/> 判断できず	障害者への対応	<input type="checkbox"/> 緊急保護 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 他施設転居 ⇒ (【措置の適用】 <input type="checkbox"/> 有; <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 検討中 (理由: <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 (<input type="checkbox"/> 施設・事業所に対する改善指導の必要性 <input type="checkbox"/> 施設・事業所からの改善計画の提出要請 <input type="checkbox"/> 虐待者への指導、勤務変更等 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法に規定する報告・改善命令処分 <input type="checkbox"/> その他 (<input type="checkbox"/> 都道府県への報告 <input type="checkbox"/> 関係部署・関係機関への連絡 (<input type="checkbox"/> 通報者への対応 (<input type="checkbox"/> その他 (<input type="checkbox"/> その他 (<input type="checkbox"/> 関係者・関係機関への対応	氏名 氏名 氏名
障害者本人の意見・希望 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	施設・事業所、虐待者への対応	<input type="checkbox"/> 施設・事業所に対する改善指導の必要性 <input type="checkbox"/> 施設・事業所からの改善計画の提出要請 <input type="checkbox"/> 虐待者への指導、勤務変更等 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法に規定する報告・改善命令処分 <input type="checkbox"/> その他 (<input type="checkbox"/> 都道府県への報告 <input type="checkbox"/> 関係部署・関係機関への連絡 (<input type="checkbox"/> 通報者への対応 (<input type="checkbox"/> その他 (<input type="checkbox"/> その他 (<input type="checkbox"/> 関係者・関係機関への対応	氏名 氏名 氏名

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			
【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
【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： <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：		
【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）		
<input type="checkbox"/>		
【被虐待障害者への支援】		
<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（ ）		
【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】		
<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（ ）		
【勤務体制】		
<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（ ）		
【職場環境（コミュニケーション、運営等）】		
<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（ ）		
【待遇面】		
<input type="checkbox"/> 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： <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：		
【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）		
<input type="checkbox"/>		
【被虐待障害者への支援】		
<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（ ）		
【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】		
<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（ ）		
【勤務体制】		
<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（ ）		
【職場環境（コミュニケーション、運営等）】		
<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（ ）		
【待遇面】		
<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
【障害者の支援に関する取り組み】 <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"/>
【虐待防止に関する施設・事業所全体の取り組み】 <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"/>
【身体拘束廃止に関する施設・事業所全体の取り組み】 <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"/>
【権利擁護、障害特性、支援の質の向上に関する研修体制】 （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"/>
【事故への対応体制】 <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"/>
【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】 <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"/>
【苦情処理の体制】 <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"/>
【開かれた施設・事業所運営】 <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"/>
【業務負担軽減への取り組み】 <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"/>
【職員の相談体制、評価システム】 <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"/>
【業務改善への取り組み】 <input type="checkbox"/> 業務改善に関して職員の意見を反映させるしくみがない <input type="checkbox"/> 家族やボランティア等から意見を得たり情報交換する手立てがない <input type="checkbox"/> 業務改善への取り組みが不十分 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/>
Ⅳ. その他（家族・後見人・通報者・近隣・地域住民・民生委員・相談支援専門員・医師等関係機関からの情報、関わり等） <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"/>
<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いけない事項」に反映する</p> <p>Ⅰ. 障害者本人</p> <p>Ⅱ. 虐待者（疑いを含む）</p> <p>Ⅲ. 組織体制（組織の抱える問題等）</p> <p>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）</p> <p>Ⅴ. 今後の課題</p>	

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				

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履歴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）

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	所属 所属 所属
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()	目標及び対応方法の継続 □目標の継続 □目標の変更 □対応方法の変更 □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)	今後の対応 ※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)
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()	通常の実地指導・定期監査に移行 → 次回監査予定日 _____年 _____月 → 定期的に監査を実施 (_____年ごと)	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)			

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 ()		関係性 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族親族等(続柄:) <input type="checkbox"/> 当該事業所従業員 <input type="checkbox"/> 就労支援機関 <input type="checkbox"/> 就労以外の支援機関 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 知人・近隣住民 <input type="checkbox"/> その他 () ※公益通報の説明 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
通報者	氏名	<input type="checkbox"/> 匿名 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 歳位	
	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			

【事業所の状況】

事業所名	事業種別
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	保険者	<input type="checkbox"/> 当該市町村 <input type="checkbox"/> 他市町村 ()
居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 () <input type="checkbox"/> 病院 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
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
障害状況	<input type="checkbox"/> 不明	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有(等級: 種別:) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
経済状況	<input type="checkbox"/> 不明		
年金	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	生活保護受給	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
利用サービス	<input type="checkbox"/> 不明	相談支援専門員	<input type="checkbox"/> 不明
事業所への障害の開示	<input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 非開示 <input type="checkbox"/> 不明		
就職日	年 月 日	就労支援サービスの有無	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <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(<input type="checkbox"/> 通報者である) <input type="checkbox"/> 知らない <input type="checkbox"/> 不明		
後見人	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 補助 <input type="checkbox"/> 保佐 <input type="checkbox"/> 後見 <input type="checkbox"/> 任意後見 <input type="checkbox"/> 申立て中(<input type="checkbox"/> 補助 <input type="checkbox"/> 保佐 <input type="checkbox"/> 後見) <input type="checkbox"/> 不明			
	氏名	(法人名: 担当者名)		<input type="checkbox"/> 不明
	連絡先	<input type="checkbox"/> 不明		
	通報内容	<input type="checkbox"/> 知っている(<input type="checkbox"/> 通報者である) <input type="checkbox"/> 知らない <input type="checkbox"/> 不明		
備考				

【主訴・通報の概要、虐待（疑い）の状況】

相談内容				
発生日時	年 月 日 () 午前/午後 時 分頃	発生場所		
虐待を行った 疑いのある使用 者又は特徴	□複数 □不明		役職	□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、つねる、やけどさせる、首を絞める、異物を飲ませる・食べさせる <input type="checkbox"/> ナイフや竹刀などを振り回されるなど、恐怖を感じる態度 <input type="checkbox"/> 閉じ込める、縄や手錠などで拘束する <input type="checkbox"/> 休憩時間が与えられない、トイレに行かせてくれない、食事をとらせてくれない <input type="checkbox"/> 身体を触られる、卑猥な言葉を言われる、性的行為を強要される <input type="checkbox"/> 怒鳴る、ののしる、「辞めさせるぞ」など威嚇的な発言や態度 <input type="checkbox"/> 「バカ」「死ね」「汚い」など侮辱的な発言や態度 <input type="checkbox"/> 「来るな」「休め」「来てもさせられる仕事はない」と言われる <input type="checkbox"/> 「休むな」と言われる、休むと叱られる <input type="checkbox"/> 無視される、仕事を教えてくれない <input type="checkbox"/> 長時間勤務や残業が多い、休日をもらえない、有給休暇ではなく欠勤あつかいになる <input type="checkbox"/> 本来業務以外の不必要な業務をさせられる <input type="checkbox"/> 仕事を与えられず放置される <input type="checkbox"/> 話しかけてくれない、話しかけても無視される <input type="checkbox"/> 不衛生な作業着が与えられる、寒くても防寒着を与えてくれない <input type="checkbox"/> 給料をもらえない、勤務状況に見合わない給与額、給料や年金を使用・横領される、残業代などの手当てがない <input type="checkbox"/> 事業所に金銭等を寄付・贈与するよう強要する <input type="checkbox"/> その他			
情報源	□実際に見た・聞いた □本人から聞いた □従業員から聞いた □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)	<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"/> 使用者による障害者虐待の疑いとして対応 <input type="checkbox"/> 障害者虐待通報受付対応所管課長への報告 (月 日 () 午前/午後 時 分) <input type="checkbox"/> 関係部署への報告 (月 日 () 午前/午後 時 分/担当者:) <input type="checkbox"/> 事実確認に向けた検討会議の開催予定 (月 日 () 午前/午後 時 分~/場所:) <input type="checkbox"/> 都道府県への連絡 (月 日 () 午前/午後 時 分/担当者:) <input type="checkbox"/> 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】

障害者本人	氏名： <input type="checkbox"/> 特定できず	性別：男・女・不明	年齢：____歳・不明
事業所	名称： 業種 () <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型	住所：	

【情報収集依頼項目】

1. 関係部署への依頼事項

障害者本人の情報	本人の状況	<input type="checkbox"/> 年齢 <input type="checkbox"/> 性別 <input type="checkbox"/> 障害者手帳の有無 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス利用状況 <input type="checkbox"/> 障害の種別 <input type="checkbox"/> 成年後見人等の有無 <input type="checkbox"/> 自立支援医療	依頼日時 (月 日 () 午前/午後 時 分) 依頼先 () 依頼者 ()
	就労状況	<input type="checkbox"/> 雇用契約書 <input type="checkbox"/> 給与明細 <input type="checkbox"/> 就職に関する利用サービス等	依頼日時 (月 日 () 午前/午後 時 分) 依頼先 () 依頼者 ()
	その他	<input type="checkbox"/>	依頼日時 (月 日 () 午前/午後 時 分) 依頼先 () 依頼者 ()
事業所に関する情報	使用者虐待	<input type="checkbox"/> (過去) 虐待が疑われる通報等の有無 <input type="checkbox"/> (過去) 虐待の有無と対応状況	依頼日時 (月 日 () 午前/午後 時 分) 依頼先 () 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 ()

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 ()
医療	<input type="checkbox"/> 事業所が加入する健康保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 自立支援医療	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・労働機関等関係機関への依頼事項

労働機関	<input type="checkbox"/> 事業所に関する情報 <input type="checkbox"/> 同行	依頼日時 (月 日 () 午前/午後 時 分) 依頼先 () 依頼者 ()
保健機関	<input type="checkbox"/> 医療的ケア <input type="checkbox"/> 同行	依頼日時 (月 日 () 午前/午後 時 分) 依頼先 () 依頼者 ()
就労支援機関	<input type="checkbox"/> 本人への支援状況 <input type="checkbox"/> 事業所への支援状況 <input type="checkbox"/> 同行	依頼日時 (月 日 () 午前/午後 時 分) 依頼先 () 依頼者 ()
その他	<input type="checkbox"/>	依頼日時 (月 日 () 午前/午後 時 分) 依頼先 () 依頼者 ()

事実確認準備票

【事実確認の方法と参加者】

協議日時： 年 月 日 () 午前/午後 時 分

協議参加者： _____

決定者： _____

印 _____

事実確認調査の根拠	<input type="checkbox"/> 任意調査 理由：
事実確認調査日時	被虐待者： 年 月 日 () 午前/午後 時 分 事業所： 年 月 日 () 午前/午後 時 分
事業所への事前連絡	<input type="checkbox"/> 有 (連絡予定日時： 年 月 日 () 午前/午後 時 分) <input type="checkbox"/> 無 連絡者：役職 氏名 連絡相手：
事実確認調査の参加者	使用者による障害者虐待担当部署 (部署名：) 参加者：役職 氏名 , 役職 氏名 役職 氏名 , 役職 氏名 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"/> 医療専門職の参加 <input type="checkbox"/> 社会福祉士等の福祉専門職の参加

【事前確認・調整事項】

都道府県との連携	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 事実確認調査実施の連絡 <input type="checkbox"/> 調査への同行依頼 <input type="checkbox"/> その他 ()) [連携が必要な理由] <input type="checkbox"/> 市町村が行う事実確認等に、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、早急に障害者虐待防止法による指導検査等が必要と考えられる場合 <input type="checkbox"/> 指導等を繰返している事業所で、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・都道府県職員への脅し・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・成年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	調査理由・根拠法の説明 協力依頼（調査手順の説明等）	担当：		<input type="checkbox"/> 身分証明書 <input type="checkbox"/> 通知文書
調査中	午前/午後 時 分～ 時 分	【虐待を受けた疑いのある障害者面接】 対象者____名 (氏名：) (氏名：)	担当： 担当：		<input type="checkbox"/> 面接調査票（障害者本人用）
	午前/午後 時 分～ 時 分	【その他の障害者面接】 対象者____名 (氏名：) (氏名：)	担当： 担当：		<input type="checkbox"/> 面接調査票（障害のあるその他の従業員用）
	午前/午後 時 分～ 時 分	【使用者面接】 対象者____名 (職名・氏名：) (職名・氏名：)	担当： 担当：		<input type="checkbox"/> 面接調査票（使用者用）
	午前/午後 時 分～ 時 分	【主任・リーダー面接】 対象者____名 (職名・氏名：) (職名・氏名：)	担当： 担当：		<input type="checkbox"/> 面接調査票（現場主任・リーダー用）
	午前/午後 時 分～ 時 分	【一般従業員面接】 対象者____名 (職名・氏名：) (職名・氏名：) (職名・氏名：)	担当： 担当：		<input type="checkbox"/> 面接調査票（一般従業員用）
	午前/午後 時 分～ 時 分	【虐待を行った疑いのある使用者への面接】 対象者____名 (職名・氏名：) (職名・氏名：)	担当： 担当：		<input type="checkbox"/> 面接調査票（虐待を行った疑いのある使用者用）
	午前/午後 時 分～ 時 分	【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	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	事業所内の状況把握・点検	担当： 担当：		<input type="checkbox"/> 事業所の状況把握・点検票
	午前/午後 時 分～ 時 分	全体の統括・調整	担当：		
調査後	午前/午後 時 分～ 時 分	調査結果の確認と課長への報告 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	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：
- 代表取締役など使用者が不在の場合：
- 障害者本人が入院等で不在の場合：
- その他（ ）：

【判断会議】

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

面接調査票（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 _____

障害者本人氏名		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"/> 事業所内（ ） <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
面接時の同席者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（氏名、職種・職位： ）						
発言内容や状態・行動・態度など（見聞きしたことをそのまま記入）							
【障害者本人】※障害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							
【障害者本人に関する情報】							
<input type="checkbox"/> 事業所従業員からの情報							
<input type="checkbox"/> 【第三者】（ ）からの情報							

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、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
		精神症状	錯乱、自傷行為、過剰服薬、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
生活 の 状況		衣服の清潔さ	作業着の汚れやにおいの強さ、その他（ ）	1、2、3、4、5 （ ）が（ ）から確認した
		身体の清潔さ	身体の臭気、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	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	休憩できない、休日でも仕事にでかける、出勤時間が早い、帰りが遅い 従業員と自由に会話ができない、長時間特定の部屋に入れられている その他（ ）	1、2、3、4、5 （ ）が（ ）から確認した
		勤務環境	臭気がある、極度に乱雑、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」「静めさせられる」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」「会社に行きたくない」 「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	「給料をもらえない・少ない」「お金をとられた」「金銭を寄付・贈与させられた」 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	「触られた」「脅されている」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
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	使用者や従業員のいる場面といない場面で態度が異なる、なぜやりに態度、 急な態度の変化、その他（ ）	1、2、3、4、5 （ ）が（ ）から確認した
サ ー ビ ス な ど の 利 用 状 況		適切な医療の受診	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 「使用者による障害者虐待対応帳票Ver1」
（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	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	年	月	日
年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性			
障害状況						
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有（等級： 種別： ）		<input type="checkbox"/> 無			
居所			面接場所			
同席者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ <input type="checkbox"/> 家族等 <input type="checkbox"/> 支援者 <input type="checkbox"/> その他（ ）同席者氏名（ ）					

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

			回答や様子等の記入欄
1 事業所での状況	仕事は楽しいですか	はい・いいえ・反応無	
	仕事は大変ですか	はい・いいえ・反応無	
	仕事を休むことはありますか	はい・いいえ・反応無	
	休憩時間がありますか	はい・いいえ・反応無	
	寒い（暑い） ことがありますか	はい・いいえ・反応無	
	給与額には満足していますか	はい・いいえ・反応無	
2 虐待（怖いこと等）	社長や従業員はやさしいですか	はい・いいえ・反応無	
	従業員は呼ぶとすぐ来てくれますか	はい・いいえ・反応無	
	社長や上司、従業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	
	他の人が社長や従業員に嫌なことを言わ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	
	他の人が社長や従業員に叩かれたりしているのを見たことがありますか	はい・いいえ・反応無	
	何か嫌なことをされたことがありますか	はい・いいえ・反応無	
（通報等内容の確認）社長や従業員から〇〇をされたことがありますか	はい・いいえ・反応無		
3	何かして欲しいことはありますか	はい・いいえ・反応無	
要望その他			

面接調査票（障害のあるその他の従業員用）－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	□大□昭□平 年 月 日
年齢	歳	性別	□男性 □女性
障害状況			
障害者手帳	□有（等級： _____ 種別： _____） □無		
居所		面接場所	
同席者	□無 □有→ □家族等 □支援者 □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 事業所のサービス	仕事は楽しいですか	はい・いいえ・反応無	
	仕事は大変ですか	はい・いいえ・反応無	
	仕事を休むことはありますか	はい・いいえ・反応無	
	休憩時間がありますか	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	
	給与額には満足していますか	はい・いいえ・反応無	
2 虐待（怖いこと等）	社長や従業員はやさしいですか	はい・いいえ・反応無	
	従業員は呼ぶとすぐ来てくれますか	はい・いいえ・反応無	
	社長や上司、従業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	
	他の人が社長や従業員に嫌なことを言わ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	
	他の人が社長や従業員に叩かれたりしているのを見たことがありますか	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）社長や従業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	

面接調査票（使用者用）

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】

氏名			
役職	□管理職（ ）		
勤務年数等	勤務年数（ ）	現在の役職従事年数（ ）	
	前役職（ ）	その他（ ）	

【聞き取り事項（1/3）】

		はい	いいえ	聞き取り内容
通報等 内容の 確認	①通報のあった〇〇さんの事案（けが等）について心当たりはありますか（報告を受けていますか）			
	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			
	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			
	④事業所の従業員に対して何らかの対応を行いましたか			
	⑤以前にも、〇〇さんに同様のことがありましたか			
	⑥〇〇さんに関して、雇用のしづらさや困難なことはありましたか			
	⑦〇〇さんへの雇用に関して、配慮をされていることはありますか			
虐待が 疑われる 使用者等	（虐待を行った疑いのある者が特定されていない場合） ①使用者や従業員の中で、〇〇さんと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者が特定されている場合） ③△△さんの日頃の勤務状況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従業員から苦情を言われたりすることはありますか、どのように対応していますか			
	②他の使用者や従業員が、障害のある従業員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障害のある従業員が特定の使用者や従業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 「使用者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（2／3）】

		はい	いいえ	聞き取り内容
虐待防止の取組	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			
	⑤障害者雇用における配慮や取り組みについて、事業所内で共有していますか			
事故への対応	①事故等が発生した際にはどのようにしていますか			
	②事業所では事故等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事業所内での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・相談	①事業所ではどのような研修を開催していますか、従業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			
	③従業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			
	④障害者雇用に関して相談できる支援機関はありますか、それはどこですか			

【聞き取り事項（3／3）】

		はい	いいえ	聞き取り内容
事業所の運営	①定期的に事業所内を見回っていますか			
	②従業員の意見を反映させる機会を設けていますか			
職場環境	①従業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職場の上司や部下とのコミュニケーションはうまく取れていますか			
	③従業員は会議等で自由に発言ができていますか			
	④従業員間でのトラブルはありますか（把握していますか）			
	⑤従業員の定着率が低いと感じていますか			
業務負担	①従業員の業務や担当は理解しやすいですか			
	②業務マニュアルは使用していますか			
	③従業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従業員から、職場や仕事に対する不満はありますか			
その他	※追加的な質問等			

面接対象者署名

面接調査票（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】

氏名			
役職			
勤務年数等	勤務年数（ ）	現在の役職従事年数（ ）	
	前役職（ ）	その他（ ）	

【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			
	④〇〇さんに関して、指導のしづらさや困難なことはありましたか			
	⑤〇〇さんに関して、配慮をされていることはありますか			
虐待が 疑われる 使用者等	(虐待を行った疑いのある者が特定されていない場合)			
	①使用者や従業員の中で、〇〇さんと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者が特定されている場合)			
通報等 以外の 虐待等 発生 状況	③△△さんの日頃の勤務状況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			
	①従業員から苦情を言われたりすることはありますか、どのように対応していますか			
	②使用者や従業員が、障害のある従業員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			
虐待 防止の 取り 組み	③障害のある従業員が特定の使用者や従業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			
	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			
	⑤障害者雇用における配慮や取り組みについて、事業所内で共有していますか			

公益社団法人日本社会福祉士会作成 「使用者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
事故への対応	①事故等が発生した際にはどのようにしていますか		
	②障害のある従業員に傷やあざ等を発見した場合、その状況を使用者に報告していますか		
	③他の従業員が障害のある従業員を怒鳴ったり叩いたりしているのを見た場合、その状況を使用者に報告していますか		
	④事業所では事故など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事業所ではどのような研修を開催していますか、従業員全員が参加できるよう工夫していますか		
	②従業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従業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、他部署とのコミュニケーションはうまく取れていますか		
	③従業員は、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従業員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、又は従業員が言いたいこと等		

対象者署名 ()

面接調査票（一般従業員用）

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】

従業員氏名	
部署	
勤務年数等	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 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
			④〇〇さんに関して、指導のしづらさや困難なことは ありましたか
			⑤〇〇さんに関して、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障害のある従業員から苦情を言われたりすることは ありますか、どのように対応していますか
			②使用者や従業員が、障害のある従業員を怒鳴ったり 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あなたは、障害のある従業員を怒鳴ったり、叩い たりしたことはありますか
			④障害のある従業員が特定の使用者や従業員を怖が 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
			⑤障害者雇用における配慮や取り組みについて、事 業所内で共有していますか

公益社団法人日本社会福祉士会作成 「使用者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
事故への対応			①事故等が発生した際にはどのようにしていますか
			②障害のある従業員に傷やあざ等を発見した場合、その状況を上司に報告していますか
			③使用者や他の従業員が障害のある従業員を怒鳴ったり叩いたりしているのを見た場合、その状況を上司に報告していますか
			④事業所では事故など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、他部署とのコミュニケーションは取りやすいですか
			③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、又は従業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使用者用）

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】

氏名			
部署			
勤務年数等	勤務年数（ ）	現在の役職従事年数（ ）	
	前役職（ ）	その他（ ）	

【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 以前にも、〇〇さんに同様のことがありましたか			
	③ 〇〇さんに関して、指導のしづらさや困難なことはありましたか			
	④ 〇〇さんに関して、配慮をされていることはありますか			
	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、あなたは上司に報告しましたか			
通報等 以外 の虐待 等発生 状況	① 従業員が、障害のある従業員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			
	② あなたは、他の障害のある従業員を怒鳴ったり、叩いたりしたことはありますか			
	③ 障害のある従業員が特定の他の使用者や従業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 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 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、あなたは参加していますか			
	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			
	⑤ 障害者雇用における配慮や取り組みについて、事業所内で共有していますか			

公益社団法人日本社会福祉士会作成 「使用者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
事故への対応			①事故等が発生した際にはどのようにしていますか
			②障害のある従業員に傷やあざ等を発見した場合、その状況を上司に報告していますか
			③他の使用者や従業員が障害のある従業員を怒鳴ったり叩いたりしているのを見た場合、その状況を上司に報告していますか
			④事業所では事故など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、他部署とのコミュニケーションは取りやすいですか
			③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

記録・書類等	備考
① <input type="checkbox"/> 雇用契約書	
② <input type="checkbox"/> タイムカードあるいは出勤簿	
③ <input type="checkbox"/> 給与支払い明細	
④ <input type="checkbox"/> 業務記録	
⑤ <input type="checkbox"/> 通帳等 <input type="checkbox"/> 出納帳 <input type="checkbox"/> 領収書	
⑥ <input type="checkbox"/> その他 ()	

2 管理等に関する記録等

① <input type="checkbox"/> 事業計画	
② <input type="checkbox"/> 就業規則	
③ <input type="checkbox"/> 勤務表	
④ <input type="checkbox"/> その他	

3 事業所に関する書類

① <input type="checkbox"/> 安全管理に関する書類	
② <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	
③ <input type="checkbox"/> 会議録	
④ <input type="checkbox"/> その他	

4 法人に関する書類

① <input type="checkbox"/> 組織図 <input type="checkbox"/> 会議開催記録	
② <input type="checkbox"/> その他	

5 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(■)

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〉

- ・ 障害のある従業員に労働や職場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。
- ・ 法令違反が疑われるような状況がないかという視点でも確認する。

〈確認事項〉

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

調査対象事業所名： _____

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	時 分
対応した 事業所の者	(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"/> 従業員との面接の許可
管理者の所在	<input type="checkbox"/> 事業所内に所在有 <input type="checkbox"/> 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	(氏名：) (面接場所：) (担当者：)
	(氏名：) (面接場所：) (担当者：)
使用者	(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：)
従業員	(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：)
虐待を行った疑いの ある使用者	① (職名・氏名：) (面接場所：) (担当者：)
	② (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
障害者の安全確認		<input type="checkbox"/> 詳細は添付資料 () 参照
		<input type="checkbox"/> 詳細は添付資料 () 参照
通報等内容に関する 事実		<input type="checkbox"/> 詳細は添付資料 () 参照
		<input type="checkbox"/> 詳細は添付資料 () 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 () 参照
		<input type="checkbox"/> 詳細は添付資料 () 参照

公益社団法人日本社会福祉士会作成 「使用者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)

【障害者及び障害のある従業員の状況】

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				

【事業所の状況】

虐待を行った疑いのある使用者①	氏名（性別・年齢）		□左記項目については面接調査票参照
	職種・職位		
	勤務年数		
	現在の勤務状況	<input type="checkbox"/> 変わりなく勤務中 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	当該従業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使用者②	氏名（性別・年齢）		□左記項目については面接調査票参照
	職種・職位		
	勤務年数		
	現在の勤務状況	<input type="checkbox"/> 変わりなく勤務中 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	当該従業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）		
使用者	氏名（性別・年齢）		□左記項目については面接調査票参照
	職種・職位		
	勤務年数		
	調査結果のまとめ（確認された事実）		
主任・リーダー	氏名（性別・年齢）		□左記項目については面接調査票参照
	職種・職位		
	勤務年数		
	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及び従業員数	職種（ ） 、従業員（ ）人 その他（ ）人	□左記項目については面接調査票参照
	経験年数（勤務年数）		
	調査結果のまとめ（確認された事実）		
設備・運営 事業所の人	調査結果のまとめ（確認された事実）		□左記項目については面接調査票参照

公益社団法人日本社会福祉士会作成 「使用者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事業所への指示・指導】

事実確認調査責任者 (決定権者)		
事業所への 事実確認 指示・指導 状況	指摘の有無	<input type="checkbox"/> 明らかな虐待が確認又は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、県にもどり検討 <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 事業所の回答	
	②虐待を行った使用者について (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 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 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・労働局	<input type="checkbox"/> 連絡 (連絡日: 年 月 日 () 連絡者:)	特記事項
就労支援機関	<input type="checkbox"/> 連絡 (連絡日: 年 月 日 () 連絡者:)	特記事項
福祉サービス機関	<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

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

会議日時: 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分

会議目的	出席者	
虐待事実の判断	被害者本人の見・希望	
虐待事実の判断根拠		
緊急性の判断	使用者の見・希望	
緊急性の判断根拠		
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 ※事実確認票より	対応の内容	※支援の必要性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <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"/> 通院・入院 () <input type="checkbox"/> 就労支援サービス導入・調整 () <input type="checkbox"/> 相談支援事業所 () <input type="checkbox"/> その他 ()

第2表

虐待対応ケース会議記録・計画書（2）～判断会議用

決 裁 欄 (例)		
課 長	係 長	担 当 者

対象 優先 順位	課題	目 標	対応方法（具体的な役割分担）	
			何を・どのように	関係機関・担当者等 実施日時・期間／評価日
				/
障害者				/
				/
使用者				/
				/
その他				/
				/
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」の全体のまともから記載）			計画評価予定日：	年 月 日（ ）
【今後検討が必要な事項】				

公益社団法人日本社会福祉士会作成 「使用者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「支援計画書（第3版）」、新潟県三条市作成様式を参考に作成）

アセスメント要約票

対応計画 回目

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： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 歳	居所： <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入所	
障害者本人の希望	今後の希望	希望： <input type="checkbox"/> 就労継続〔 <input type="checkbox"/> 該当事業所、 <input type="checkbox"/> 別事業所〕 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 不明		
	性格上の傾向、こだわり、対人関係等			
	本人の状態	意思疎通： <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 特定条件のもとであれば可能（ ） <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不明 話の内容： <input type="checkbox"/> 一貫している <input type="checkbox"/> 変化する 心的状況： <input type="checkbox"/> 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. 障害者本人の情報 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）：		
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⇒				
障害支援区分： <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 区分（ ） <input type="checkbox"/> 未申請				
障害者手帳： <input type="checkbox"/> 身体障害（障害者手帳（ ）） <input type="checkbox"/> 知的障害（ <input type="checkbox"/> あり・療育手帳（ ） <input type="checkbox"/> 疑い）				
<input type="checkbox"/> 精神障害（ <input type="checkbox"/> あり・精神障害者保健福祉手帳（ ） <input type="checkbox"/> 疑い）				
【危機への対処】				□
危機対処場面において： <input type="checkbox"/> 自ら助けを求めることができる <input type="checkbox"/> 助けを求めることが困難				
【成年後見制度の利用】				□
成年後見人等： <input type="checkbox"/> あり（後見人等： ） <input type="checkbox"/> 申立中（申立人： /申立年月日： ） <input type="checkbox"/> なし				
【各種制度利用】				□
<input type="checkbox"/> 障害者総合支援法 <input type="checkbox"/> 障害者雇用促進法 <input type="checkbox"/> 各種雇用制度 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
【経済情報】				□
収入額 月 _____万円（内訳： ） 障害基礎年金： <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 不明				
預貯金等 _____万円 借金 _____万円				
金銭管理者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
【就労状況】				□
勤務日数（ <input type="checkbox"/> _____日～ _____日/週 <input type="checkbox"/> 不規則） 就労時間（ <input type="checkbox"/> _____時～ _____時 <input type="checkbox"/> 不規則）				
残業（ <input type="checkbox"/> あり（月 _____時間） <input type="checkbox"/> なし）				
雇用形態（ <input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 非正規：パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> 不明） 障害開示（ <input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 非開示）				
通勤手段（ <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩）				
【エコマップ】		【生活状況】		□
		食 事（ <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不明）		
		調 理（ <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不明）		
		移 動（ <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不明）		
		買 物（ <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不明）		
		掃除洗濯（ <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不明）		
		入 浴（ <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不明）		
		排 泄（ <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不明）		
		服薬管理（ <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不明）		
		預貯金年金の管理（ <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 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 「使用者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）作成様式を参考に作成）

II. 使用者の情報 面接担当者氏名：	虐待発生 リスク
【雇用契約状況】 勤務日数（日/週～ ____ <input type="checkbox"/> 不規則） 雇用契約時間（ <input type="checkbox"/> 時～ 時 <input type="checkbox"/> 不規則） 残業（ <input type="checkbox"/> あり（月_時間） <input type="checkbox"/> なし） 賃金（ <input type="checkbox"/> 月 円 <input type="checkbox"/> 時給 円） 通勤手当（ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし） 雇用形態（ <input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 非正規：アルバイト） <input type="checkbox"/> 不明 障害開示（ <input type="checkbox"/> 知っている <input type="checkbox"/> 知らない） 加入保険（ <input type="checkbox"/> 雇用 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 公災 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 財形） 【雇用の希望】 雇用継続の希望： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/>
III. その他（地域の社会資源、関係者・関係機関の関わり等） 	<input type="checkbox"/>
【全体のまとめ】 I. 障害者本人 II. 使用者 III. その他（地域の社会資源、関係者・関係機関の関わり等） IV. 今後の課題	

公益社団法人日本社会福祉士会作成 「使用者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）作成様式を参考に作成）

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 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
障害者本人の 意見・希望	関連機関等連携マップ ※「アセスメント要約票」のⅡ、Ⅲを集約する
使用者の 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	

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					/
					/
					/
					/
使用者					/
					/
					/
					/
その他					/
					/
関係者					/
					/
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 「使用者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「支援計画書（第3版）」、新潟県三条市作成様式を参考に作成）

虐待対応評価会議記録票

決 裁 欄 (例)	
課 長	担 当 者
係 長	

本人氏名 _____ 計画評価： _____ 回目 記入年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 計画作成者所属 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 計画作成者氏名 _____ 会議日時： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

会議目的		出席者	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
課題番号	実施状況 (誰がどのような取り組みを行ったか) 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			目標達成 <input type="checkbox"/> 目標の継続 <input type="checkbox"/> 対応方法の継続 <input type="checkbox"/> 目標の変更 <input type="checkbox"/> 対応方法の変更 <input type="checkbox"/> 目標達成 <input type="checkbox"/> 目標の継続 <input type="checkbox"/> 対応方法の継続 <input type="checkbox"/> 目標の変更 <input type="checkbox"/> 対応方法の変更 <input type="checkbox"/> 目標達成 <input type="checkbox"/> 目標の継続 <input type="checkbox"/> 対応方法の継続 <input type="checkbox"/> 目標の変更 <input type="checkbox"/> 対応方法の変更 <input type="checkbox"/> 目標達成 <input type="checkbox"/> 目標の継続 <input type="checkbox"/> 対応方法の継続 <input type="checkbox"/> 目標の変更 <input type="checkbox"/> 対応方法の変更 <input type="checkbox"/> 目標達成 <input type="checkbox"/> 目標の継続 <input type="checkbox"/> 対応方法の継続 <input type="checkbox"/> 目標の変更 <input type="checkbox"/> 対応方法の変更 <input type="checkbox"/> 目標達成 <input type="checkbox"/> 目標の継続 <input type="checkbox"/> 対応方法の継続 <input type="checkbox"/> 目標の変更 <input type="checkbox"/> 対応方法の変更 <input type="checkbox"/> 目標達成 <input type="checkbox"/> 目標の継続 <input type="checkbox"/> 対応方法の継続 <input type="checkbox"/> 目標の変更 <input type="checkbox"/> 対応方法の変更 <input type="checkbox"/>
虐待発生 リスク状況	【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 6. その他		障害者本人の状況 (意見・希望)	使用者の状況 (意見・希望)
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 (_____)			

労働相談票 (使用者による障害者虐待)

(受付台帳番号)

受付等		令和 年 月 日				来庁等	1. 来庁 2. 電話 3. 文書等 4. 発見等				処理欄				
受付等	障害者虐待に関する通報・発見等の端緒	[市町村記入欄] ()		[都道府県記入欄] ()		[労働局等記入欄] () [監督署等] [安定所等] [均等室] [企画室] [その他]						来庁等			
		1 通報	2 届出	3 通報	4 届出	5 相談 ・ 6 発見				発見等端緒					
通報(届出)者の事項	通報(届出)者氏名							性別							
								1. 男 2. 女 3. 不明							
	事業所への通知の諾否	通報・届出の有無			通報者氏名の通知			被虐待者氏名の通知							
		諾 ・ 否			諾 ・ 否			諾 ・ 否							
	被虐待者との関係	1.相談支援専門員・障害者福祉施設従事者等 2.近隣住人・知人 3.民生委員 4.被虐待者本人 5.家族・親族 6.虐待者自身 7.当該市区町村行政職員 8.警察 9.職場の同僚 10.都道府県労働局からの通報 11.教職員 12.医療機関関係者 13.その他 () 14.不明 (匿名を含む)											関係		
住所															
電話番号	TEL - -		携帯TEL - -												
被虐待者に関する事項	被虐待者氏名							性別		生年月日		年齢		性別	
								1.男 2.女 3.不明							
	年齢区分	1. ~ 17歳 2. 18 ~ 19歳 3. 20 ~ 24歳 4. 25 ~ 29歳 5. 30 ~ 34歳 6. 35 ~ 39歳 7. 40 ~ 44歳 8. 45 ~ 49歳 9. 50 ~ 54歳 10. 55 ~ 59歳 11. 60 ~ 64歳 12. 65歳以上 13. 不明											年齢		
	障害の種類	1.身体障害 2.知的障害 3.精神障害(発達障害を除く) 4.発達障害 5.その他心身の機能の障害											種類		
	雇用形態	1.正社員 2.パート・アルバイト 3.派遣労働者 4.期間契約社員 5.その他 () 6.不明											形態		
	障害程度区分	1.区分1 2.区分2 3.区分3 4.区分4 5.区分5 6.区分6 7.なし 8.不明											程度区分		
	心身の状況														
住所															
電話番号	TEL - -		携帯TEL - -												
事業所に関する事項	事業所名	(事業所が[就労継続支援A型]の指定を受けているかどうか 有・無)													
	代表者職氏名														
	担当者職氏名														
	所在地														
	電話番号	TEL - -		FAX - -											
	事業所規模	1. 5人未満 2. 5 ~ 29人 3. 30 ~ 49人 4. 50 ~ 99人 5. 100 ~ 299人 6. 300 ~ 499人 7. 500 ~ 999人 8. 1000人以上 9. 不明											事業所		
企業規模	1. 5人未満 2. 5 ~ 29人 3. 30 ~ 49人 4. 50 ~ 99人 5. 100 ~ 299人 6. 300 ~ 499人 7. 500 ~ 999人 8. 1000人以上 9. 不明											企業			
資本金	1. 5000万以下 2. 5000万超1億円以下 3. 1億円超3億円以下 4. 3億円超 5. 不明														
業種	1.農業、林業 2.漁業 3.鉱業、採石業、砂利採取業 4.建設業 5.製造業 6.電気・ガス・熱供給・水道業 7.情報通信業 8.運輸業、郵便業 9.卸売業、小売業 10.金融業、保険業 11.不動産業、物品賃貸業 12.学術研究、専門・技術サービス業 13.宿泊業、飲食サービス業 14.生活関連サービス業、娯楽業 15.教育、学習支援業 16.医療、福祉 17.複合サービス事業 18.サービス業(他に分類されないもの) 19.公務 20.分類不能の産業 21.不明											業種			

使用者に関する事項	使用者名		性別 1.男 2.女 3.不明	生年月日	年齢	性別
	年齢区分	1. ~ 29歳 2. 30 ~ 39歳 3. 40 ~ 49歳 4. 50 ~ 59歳 5. 60歳以上 6. 不明				年齢
	被虐待者との関係	1. 事業主 2. 所属の上司 3. 所属以外の上司 4. その他 () 5. 不明				関係
	虐待の種別	10. 身体的虐待 20. 性的虐待 30. 心理的虐待 40. 放置等 50. 経済的虐待 41. 放置等(身体的虐待) 42. 放置等(性的虐待) 43. 放置等(心理的虐待)				種別
虐待の内容・対応等	虐待の内容及び発生要因					
	市町村又は都道府県が行った対応					
	使用者による虐待が行われた事業所において改善措置が採られている場合にはその内容					

特に色をつけた部分は、省令により都道府県から労働局に報告する内容であるため、確認の上、記載すること

年・月・日	処 理 経 過
	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
備 考	

様式2 「労働相談票（使用者による障害者虐待）」の記載要領

本様式は、使用者による障害者虐待の通報等を受けた又は発見等を行った機関において、「処理欄」も含めて、可能な限り記載することとし、「被虐待者」や「使用者」が複数いる場合は、同内容の記載事項は、適宜、省略し、該当者のそれぞれについて、本様式を作成することとして差し支えない。

また、受付時に不明な点については、処理経過において確認することとし、「処理経過」欄にその旨を記載すること。また、当該労働相談票をどの部署で受付、どこに送付したのかを処理経過欄に明記すること。

例： 年 月 日 A県 障害福祉課にて様式2「労働相談票（使用者による障害者虐待）」を作成した。当該案件は、使用者による障害者虐待の疑いがあるので、A労働局総務部企画室に当該労働相談票を送付した。

なお、「受付台帳番号」の欄については、労働局総務部企画室で記載すること。

また、記載欄に該当番号があり、右に処理欄があるものは、該当番号に をつけ、右の「処理欄」に番号を記載し、該当番号があり、右に処理欄がないものは、番号に をつけること。

【受付等】

- 1 「受付年月日」の欄は、障害者虐待の通報等を受けた又は発見等を行った機関において、通報等を受けた又は発見等を行った日を記入すること。
- 2 「来庁等」の欄の「文書等」とは、FAX・郵送・電子メール受信等の場合とし、「発見等」は、事業所を訪問等した際に虐待を発見した場合に記入すること。
- 3 「障害者虐待に関する通報・発見等の端緒」の欄については、市町村・都道府県・労働局等のそれぞれの記入欄に、以下により記載し、右の処理欄に該当番号を記載すること。
《市町村・都道府県記入欄》
・() に対応した部局名を記載し、通報又は届出のいずれかを で囲むこと。
《労働局等記入欄》
・ ~ の対応した部局のいずれかを で囲み、直接相談等を受けた場合は「相談」を、事業所訪問等で発見した場合は「発見」のいずれかを で囲むこと。なお「監督署等」には労働基準部、「安定所等」等には職業安定部が含まれるものとし、「その他」には需給調整事業部等、労働局内のその他の部局が含まれること。

【通報（届出）者の事項】

- 1 「通報（届出）者氏名」の欄については、行政機関に対しても匿名の場合は匿名と記載すること。また、通報者が複数いる場合には代表者氏名を記載すれば足りること。
- 2 「事業所への通知の諾否」の欄については、通報（届出）者に、「通報・届出の有無」、「通報者氏名の通知」（通報の時のみ）、「被虐待者氏名の通知」の諾否など、内容を事業所に明らかにして処理をすることを望むかどうかを聴取の上、諾・否のいずれかを で囲むこと。なお、どの程度の情報を伝えていいのかの具体的な範囲は「処理経過」に記載すること。
- 3 「被虐待者との関係」の欄については、1～14のいずれかに該当する項目を で囲み、処理欄に該当番号を記載すること。なお、通報者が複数いる場合には代表者と被虐待者との関

係を記載すれば足りること。

【被虐待者に関する事項】

- 1 「被虐待者氏名」の欄については、被虐待者が届出を行っている場合は、届出者と同一なので、「同上」と記載すること。また、不明の場合は不明と記載すること。
- 2 「生年月日」、「年齢」の欄については、できる限り把握し、記載すること。
- 3 「障害の種類」の欄については、区分が複数ある場合には、該当項目を複数で囲み、処理欄に全て記載すること。
- 4 「障害者区分」の欄については、市町村・都道府県にて記載する内容であり、労働局等において記載する必要は無いこと。
- 5 「心身の状況」の欄については、被虐待者について特筆すべき事項があれば、記載すること。

【事業所に関する事項】

- 1 「担当者職氏名」の欄については、使用者による障害者虐待が行われた事業所における労務管理担当者の職氏名がわかれば、記載すること。
- 2 「業種」の欄については、日本標準産業分類（平成 19 年 11 月改訂）に基づき、1～21 のいずれかに該当する項目をで囲み、処理欄に該当番号を記載すること。

【使用者に関する事項】

- 1 「使用者氏名」の欄については、使用者による障害者虐待を行っている者の氏名を記載し、不明の場合は不明と記載すること。
- 2 「性別」、「生年月日」、「年齢」、「年齢区分」の欄については、できる限り把握し、記載すること。なお、虐待を行った使用者が複数名存在する場合には、代表的な使用者について記載し、その他の虐待を行った使用者については「処理経過」に記載すること。
- 3 「被虐待者との関係」の欄の 4 その他については、1～3 に該当しない場合の上司等を記載すること。

ながさきけんない かくしちようしやうがいしやぎやくたいぼうし
 長崎県内の各市町障害者虐待防止センター (2 -)

れいわ ねん がつ にちげんざい
 令和3年7月1日現在

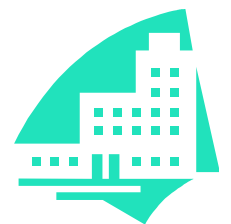
し ちょう 市 町	せつぱしよ 設置場所	でんわばんごう 電話番号	ファックス	きゅうじつやかんれんらくさき 休日夜間連絡先
ながさきし 長崎市	しやうがいふくしか 障害福祉課	095-829-1800	095-823-7571	でんわ 電話:095-829-1800
させほし 佐世保市	しやう ふくしか 障がい福祉課	0956-24-1111	0956-25-2281	でんわ 電話:0956-24-1111
しまばらし 島原市	ふくしか しやうがいふくしはん 福祉課 障害福祉班	0957-62-8025	0957-62-2923	でんわ 電話:0957-63-1111
いさはやし 諫早市	しやうがいふくしか 障害福祉課	0957-22-1500	0957-24-0901	でんわ 電話:0957-22-1500
おおむらし 大村市	おおむらし そうごうふくし 大村市総合福祉センター	0957-52-5063	0957-54-1365	でんわ 電話:0957-52-5063
ひらどし 平戸市	ふくしか しやうがいふくしはん 福祉課 障害福祉班	0950-22-9130	0950-22-4421	でんわ 電話:0950-22-4111
まつうらし 松浦市	ふくしむしよ しやうがいふくしかかり 福祉事務所 障害福祉係	0956-72-1111	0956-72-1115	でんわ 電話:0956-72-1111
つしまし 対馬市	ふくしむしよ ふくしか 福祉事務所 福祉課	0920-58-1119	0920-58-2551	でんわ 電話:0920-58-1111
いきし 壱岐市	いきしやうがいしやちいき 壱岐障害者地域 かつどうしえん 活動支援センターひまわり	0920-47-0116	0920-47-6100	でんわ 電話:0920-47-0116
ごとうし 五島市	ごとうしそくたんしえんじぎやうしよ 五島市相談支援事業所 サポートセンターゆうなぎ	0959-72-4710	0959-72-4709	でんわ 電話:0959-72-4710
さいかいし 西海市	ふくしか 福祉課 そくたんしえんじぎやうしよなご さと 相談支援事業所 和みの里	さいかいしやくしよ ふくしか 西海市役所 福祉課 0959-37-0069	さいかいしやくしよ ふくしか 西海市役所 福祉課 0959-29-0050	そくたんしえんじぎやうしよなご さと 相談支援事業所 和みの里 でんわ 電話:095-840-7132
うんぜんし 雲仙市	ふくしむしよ 福祉事務所 ふくしか しやうがいはん 福祉課 障害班	0957-36-2500	0957-36-8900	でんわ 電話:0957-36-2500
みなみしまばらし 南島原市	ふくしか しやうがいふくしはん 福祉課 障害福祉班	0957-73-6651	0957-85-3142	でんわ 電話:0957-73-6651

ながさきけんない かくしちょうしょうがいしゃぎゃくたいぼうし
長崎県内の各市町障害者虐待防止センター (2 -)

れいわ ねん がつ にちげんざい
 令和3年7月1日現在

し ちょう 市 町	せっちばしょ 設置場所	でんわばんごう 電話番号	ファックス	きゅうじつやかん れんらくさき 休日夜間連絡先
ながよ ちょう 長与町	ふくしか 福祉課 そうだんしえんじぎょうしょ なご さと 相談支援事業所 和みの里	ながよ ちょう やくば ふくしか 長与町役場 福祉課 095 - 801 - 5827	ながよ ちょう やくば ふくしか 長与町役場 福祉課 095 - 883 - 2061	そうだんしえんじぎょうしょ なご さと 相談支援事業所 和みの里 でんわ 電話:095-840-7132
とぎつ ちょう 時津町	ふくしか 福祉課 そうだんしえんじぎょうしょ なご さと 相談支援事業所 和みの里	とぎつ ちょう やくば ふくしか 時津町役場 福祉課 095 - 865 - 6940 (直通) 095 - 882 - 2211 (代表)	とぎつ ちょう やくば ふくしか 時津町役場 福祉課 095 - 881 - 2764	そうだんしえんじぎょうしょ なご さと 相談支援事業所 和みの里 でんわ 電話:095-840-7132
ひがしそのぎ ちょう 東彼杵町	ちょうみんか ふくしがかり 町民課 福祉係	0957 - 46 - 1155	0957 - 20 - 1032	でんわ 電話:0957 - 46 - 1111 ファックス:0957 - 20 - 1032
かわたな ちょう 川棚町	じゅうみんふくしか 住民福祉課	0956 - 82 - 5411	0956 - 82 - 3134	でんわ 電話:0956 - 82 - 3131
はさみ ちょう 波佐見町	じゅうみんふくしか しゃかいふくしはん 住民福祉課 社会福祉班	0956 - 85 - 2973	0956 - 85 - 8161	でんわ 電話:0956 - 85 - 2111
おちか ちょう 小値賀町	ふくしじむしょ ふくしがかり 福祉事務所 福祉係	0959 - 56 - 3111	0959 - 43 - 3077	でんわ 電話:0959 - 56 - 3111
さぎ ちょう 佐々町	じゅうみん ふくしか 住民福祉課	0956 - 62 - 2101	0956 - 62 - 3178	ファックス:0956 - 62 - 3178
しんかみ ちょう 新上五島町	ふくし か 福祉課	0959 - 53 - 1165	0959 - 52 - 3741	でんわ 電話:0959 - 53 - 1111

ながさきけんしょうがいしゃけんりりょうご
長崎県障害者権利擁護センター



	せっちばしょ 設置場所	でんわばんごう 電話番号	ファックス	きゅうじつやかん れんらくさき 休日夜間連絡先
なが さき けん 長 崎 県	ながさき ・じよせい・しょうがいしゃしえん 長崎こども・女性・障害者支援 センター(知的障害者支援班) ちてきしょうがいしゃ しえんはん)	フリーダイヤル 0120 - 294210 ちてきしょうがいしゃ しえんはん 知的障害者支援班 095 - 844 - 6250	095 - 844 - 1849	ファックス:095 - 844 - 1849