

<b>A票</b>		<b>相談・通報・届出受付票（総合相談）</b>			
相談年月日	令和 年 月 日 時 分～ 時 分	対応者：	所属機関：		
相談者 (通報者)	氏名		受付方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	住所または 所属機関名		電話番号		
	本人との 関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族親族（同居・別居）続柄： <input type="checkbox"/> 近隣住民・知人 <input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 在宅介護支援センター <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス事業所 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> その他（ ）			

**【主訴・相談の概要】**

--

**【本人の状況】**

氏名		性別		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日	年齢	歳
現住所	住民票登録住所 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 異						
	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（ ）						
介護認定	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ） <input type="checkbox"/> 申請中（ 月 日） <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請予定						
利用サービス	介護保険	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし			介護支援専門員		
	介護保険外	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし			居宅支援事業所		
主疾患	<input type="checkbox"/> 一般（ ） <input type="checkbox"/> 認知症（ ） <input type="checkbox"/> 精神疾患（ ） <input type="checkbox"/> 難病（ ）						
身体状況				障害手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（等級： 種別： ）		
経済状況	生活保護受給（ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり）						

**【本人の意向など】※生活歴、キーパーソン、関係機関などわかる範囲で書き込む**

--

**【世帯構成】**

家族状況（ジェノグラム）
--------------

**【介護者の状況】**

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

**【総合相談としての対応】**

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

**B票**

**高齢者虐待受付票**

【不適切な状況の具体的内容】※事実確認を行うための根拠とする情報を記入する欄

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
相談・訴えの内容	<input type="checkbox"/> 家から怒鳴り声や泣き声が聞こえたり、大きな物音がする〔疑い〕 <input type="checkbox"/> 暑い日や寒い日、雨の日なのに高齢者が長時間外にいる〔疑い〕 <input type="checkbox"/> 介護が必要なのに、サービスを利用している様子がない〔疑い〕 <input type="checkbox"/> 高齢者の服が汚れていたり、お風呂に入っている様子がない〔疑い〕 <input type="checkbox"/> あざや傷がある〔疑い〕 <input type="checkbox"/> 問いかけに反応がない、無表情、怯えている〔疑い〕 <input type="checkbox"/> 食事をきちんと食べていない〔疑い〕 <input type="checkbox"/> 年金などお金の管理ができていない〔疑い〕 <input type="checkbox"/> 養護者の態度（ ） <input type="checkbox"/> その他（具体的内容を記載）
虐待の可能性（通報段階）	<input type="checkbox"/> 身体的虐待の疑い <input type="checkbox"/> 放棄・放任の疑い <input type="checkbox"/> 心理的虐待の疑い <input type="checkbox"/> 性的虐待の疑い <input type="checkbox"/> 経済的虐待の疑い <input type="checkbox"/> 虐待とは言い切れないが不適切な状況（ ）

【情報収集依頼項目】 依頼日時：令和 年 月 日 時 分 依頼先： 依頼方法（電話 訪問 その他）

世帯構成	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他（ ）
介護保険	<input type="checkbox"/> 介護認定の有無 <input type="checkbox"/> 担当居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 介護保険料所得段階 <input type="checkbox"/> 介護保険料収納状況
福祉サービス等	<input type="checkbox"/> 生活保護の利用 <input type="checkbox"/> 障害者手帳の有無（身・知・精） <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス利用状況 <input type="checkbox"/> （ ）
経済状況	<input type="checkbox"/> 収入状況 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 国民健康保険収納状況
関係機関等	<input type="checkbox"/> 主治医・医療機関 <input type="checkbox"/> 保健所・保健センターの関与 <input type="checkbox"/> 他機関（ ）の関与
その他	<input type="checkbox"/> （ ） <input type="checkbox"/> （ ）

※情報収集依頼によって得られた情報は、アセスメント要約票D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：令和 年 月 日 時 分 協議者： 方法（電話 訪問 その他）

事実確認の方法	面接調査 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 来所 面接者（ ， ）
	聞き取り <input type="checkbox"/> ケース会議等（担当： ） <input type="checkbox"/> 関係機関（ 担当： ）
※訪問時の状況や聞き取りした内容を事実確認票C票へ記載	
事実確認中に予測されるリスクと対応方法	
事実確認期限	年 月 日 時迄 ※48時間以内のコアメンバー会議開催を踏まえて設定する
立入調査の必要性	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要検討（理由： ）

※[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

**C票(表)**

**事実確認票ーチェックシート**

確認者： \_\_\_\_\_ 確認日時： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時

高齢者本人氏名	_____	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日生	年齢	_____ 歳
確認場所	<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 来所（ <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）						
確認時の同席者の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（氏名： _____ ）						
<b>発言内容や状態・行動・態度など（見聞きしたことをそのまま記入）</b>							
<b>【本人】</b>           							
<b>【養護者】</b>           							
<b>【第三者】</b> ：（ _____ ）							
<b>虐待の全体的状況</b>							
<b>発生状況</b>							
1. 虐待がはじ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。

**C票(裏)**

**事実確認項目(サイン)**

※1:「通」:通報があった内容に○をつける。「確認日」:行政および地域包括支援センター職員が確認した日付を記入。

※2:太字の項目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
身体 の状態 ・ けが等		<b>外傷等</b>	<b>頭部外傷(血腫、骨折等の疑い)、腹部外傷、重度の擦傷、その他( )</b> 部位: _____ 大きさ: _____	1.写真 2.目視 ( ) 3.記録 ( ) 4.聴き取り ( ) 5.その他 ( )
		<b>全身状態・意識レベル</b>	<b>全身衰弱、意識混濁、その他( )</b>	1.写真 2.目視 ( ) 3.記録 ( ) 4.聴き取り ( ) 5.その他 ( )
		<b>脱水症状</b>	<b>重い脱水症状、脱水症状の繰り返し、軽い脱水症状、その他( )</b>	1.写真 2.目視 ( ) 3.記録 ( ) 4.聴き取り ( ) 5.その他 ( )
		<b>栄養状態等</b>	<b>栄養失調、低栄養・低血糖の疑い、その他( )</b>	1.写真 2.目視 ( ) 3.記録 ( ) 4.聴き取り ( ) 5.その他 ( )
		あざや傷	身体に複数のあざ、頻繁なあざ、やけど、刺し傷、打撲痕・腫脹、床ずれ、その他( ) 部位: _____ 大きさ: _____ 色: _____	1.写真 2.目視 ( ) 3.記録 ( ) 4.聴き取り ( ) 5.その他 ( )
		体重の増減	急な体重の減少、やせすぎ、その他( )	1.写真 2.目視 ( ) 3.記録 ( ) 4.聴き取り ( ) 5.その他 ( )
		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.写真 2.目視 ( ) 3.記録 ( ) 4.聴き取り ( ) 5.その他 ( )
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.写真 2.目視 ( ) 3.記録 ( ) 4.聴き取り ( ) 5.その他 ( )
		身体の清潔さ	身体の異臭、汚れのひどい髪、皮膚の潰瘍、のび放題の爪、その他( )	1.写真 2.目視 ( ) 3.記録 ( ) 4.聴き取り ( ) 5.その他 ( )
		適切な食事	菓子パンのみの食事、余所ではガツガツ食べる、拒食や過食が見られる、その他( )	1.写真 2.目視 ( ) 3.記録 ( ) 4.聴き取り ( ) 5.その他 ( )
		適切な睡眠	不眠の訴え、不規則な睡眠、その他( )	1.写真 2.目視 ( ) 3.記録 ( ) 4.聴き取り ( ) 5.その他 ( )
		行為の制限	自由に外出できない、自由に家族以外の人と話すことができない、長時間家の外に出されている、その他( )	1.写真 2.目視 ( ) 3.記録 ( ) 4.聴き取り ( ) 5.その他 ( )
		不自然な状況	資産と日常生活の大きな落差、食べる物にも困っている、年金通帳・預貯金通帳がない、その他( )	1.写真 2.目視 ( ) 3.記録 ( ) 4.聴き取り ( ) 5.その他 ( )
		住環境の適切さ	異臭がする、極度に乱雑、ベタベタした感じ、暖房の欠如、その他( )	1.写真 2.目視 ( ) 3.記録 ( ) 4.聴き取り ( ) 5.その他 ( )
話 の 内容		<b>恐怖や不安の訴え</b>	<b>「怖い」「痛い」「怒られる」「殴られる」などの発言、その他( )</b>	1.写真 2.目視 ( ) 3.記録 ( ) 4.聴き取り ( ) 5.その他 ( )
		<b>保護の訴え</b>	<b>「殺される」「〇〇が怖い」「何も食べていない」「家にいたくない」「帰りにたくない」などの発言、その他( )</b>	1.写真 2.目視 ( ) 3.記録 ( ) 4.聴き取り ( ) 5.その他 ( )
		<b>強い自殺念慮</b>	<b>「死にたい」などの発言、自分を否定的に話す、その他( )</b>	1.写真 2.目視 ( ) 3.記録 ( ) 4.聴き取り ( ) 5.その他 ( )
		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.写真 2.目視 ( ) 3.記録 ( ) 4.聴き取り ( ) 5.その他 ( )
		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.写真 2.目視 ( ) 3.記録 ( ) 4.聴き取り ( ) 5.その他 ( )
		性的事柄の訴え	「生殖器の写真を撮られた」などの発言、その他( )	1.写真 2.目視 ( ) 3.記録 ( ) 4.聴き取り ( ) 5.その他 ( )
		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.写真 2.目視 ( ) 3.記録 ( ) 4.聴き取り ( ) 5.その他 ( )
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.写真 2.目視 ( ) 3.記録 ( ) 4.聴き取り ( ) 5.その他 ( )
		無気力さ	無気力な表情、問いかけに無反応、その他( )	1.写真 2.目視 ( ) 3.記録 ( ) 4.聴き取り ( ) 5.その他 ( )
		態度の変化	家族のいる場面いない場面で態度が異なる、なげやりな態度、急な態度の変化、その他( )	1.写真 2.目視 ( ) 3.記録 ( ) 4.聴き取り ( ) 5.その他 ( )
		その他		1.写真 2.目視 ( ) 3.記録 ( ) 4.聴き取り ( ) 5.その他 ( )
適切 な 支 援		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.写真 2.目視 ( ) 3.記録 ( ) 4.聴き取り ( ) 5.その他 ( )
		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.写真 2.目視 ( ) 3.記録 ( ) 4.聴き取り ( ) 5.その他 ( )
		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.写真 2.目視 ( ) 3.記録 ( ) 4.聴き取り ( ) 5.その他 ( )
		適切な介護等サービス	必要であるが未利用、勧めても無視あるいは拒否、必要量が極端に不足、その他( )	1.写真 2.目視 ( ) 3.記録 ( ) 4.聴き取り ( ) 5.その他 ( )
		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.写真 2.目視 ( ) 3.記録 ( ) 4.聴き取り ( ) 5.その他 ( )
		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.写真 2.目視 ( ) 3.記録 ( ) 4.聴き取り ( ) 5.その他 ( )
		その他		1.写真 2.目視 ( ) 3.記録 ( ) 4.聴き取り ( ) 5.その他 ( )
養 護 者 の 態 度 等		<b>支援者への発言</b>	<b>「何をするかわからない」「殺してしまうかもしれない」等の訴えがある、その他( )</b>	1.写真 2.目視 ( ) 3.記録 ( ) 4.聴き取り ( ) 5.その他 ( )
		<b>保護の訴え</b>	<b>虐待者が高齢者の保護を求めている、その他( )</b>	1.写真 2.目視 ( ) 3.記録 ( ) 4.聴き取り ( ) 5.その他 ( )
		<b>暴力、脅し等</b>	<b>刃物、ピンなど凶器を使った暴力や脅しがある、その他( )</b>	1.写真 2.目視 ( ) 3.記録 ( ) 4.聴き取り ( ) 5.その他 ( )
		高齢者に対する態度	冷淡、横柄、無関心、支配的、攻撃的、拒否的、その他( )	1.写真 2.目視 ( ) 3.記録 ( ) 4.聴き取り ( ) 5.その他 ( )
		高齢者への発言	「早く死んでしまえ」など否定的な発言、コミュニケーションをとうろくしない、その他( )	1.写真 2.目視 ( ) 3.記録 ( ) 4.聴き取り ( ) 5.その他 ( )
		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.写真 2.目視 ( ) 3.記録 ( ) 4.聴き取り ( ) 5.その他 ( )
		精神状態・判断能力	虐待者の精神的不安定・判断力低下、非現実的な認識、その他( )	1.写真 2.目視 ( ) 3.記録 ( ) 4.聴き取り ( ) 5.その他 ( )
	その他		1.写真 2.目視 ( ) 3.記録 ( ) 4.聴き取り ( ) 5.その他 ( )	

**D票(表)**

**アセスメント要約票**

対応計画 \_\_\_\_回目用

アセスメント要約日: 年 月 日 要約担当者:

高齢者本人氏名:	性別・年齢: <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	高齢者本人との関係:	同別居の状況: <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
高齢者本人の希望	居所の希望: <input type="checkbox"/> 在宅 <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		
	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)		
<b>I. 高齢者本人の情報 面接担当者氏名:</b>			虐待解消に向けた対応課題
<b>【健康状態等】</b>			
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⇒			<input type="checkbox"/> 課題
要介護認定 : <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( ) <input type="checkbox"/> 申請中 (申請日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未申請			
障害 : <input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 ( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑い ) <input type="checkbox"/> 知的障害 ( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑い )			
精神状態 : <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 ( )			
<b>【危機への対処】</b>			
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"/> 課題
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			
<b>【成年後見制度の利用】</b>			
成年後見人等: <input type="checkbox"/> あり (後見人等: ) <input type="checkbox"/> 申立中 (申立人: ) <input type="checkbox"/> 申立予定あり <input type="checkbox"/> 申立予定なし			<input type="checkbox"/> 課題
<b>【各種制度利用】</b>			
<input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 自立支援法 <input type="checkbox"/> その他 ( )			<input type="checkbox"/> 課題
<b>【経済情報】</b>			
収入額 月____万円 (内訳: ) 預貯金等____万円 借金____万円 1ヶ月に本人が使える金額 ____万円 具体的な状況 (生活費や借金等) :			<input type="checkbox"/> 課題
<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"/> 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"/> 成年後見人等 <input type="checkbox"/> 日常生活自立支援事業利用 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
<b>【エコマップ】</b>		<b>【生活状況】</b>	
		食 事 ( <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ) 調 理 ( <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ) 移 動 ( <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ) 買 物 ( <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ) 掃除洗濯 ( <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ) 入 浴 ( <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ) 排 泄 ( <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ) 服薬管理 ( <input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ) 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 ) 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"/> 課題
		<b>【性格上の傾向、こだわり、対人関係等】</b>	
		<b>【その他特記事項】</b>	<input type="checkbox"/> 課題

**D票(裏)**

<b>II. 養護者の情報 面接担当者氏名:</b> <b>【養護者の希望】</b>		虐待解消に向けた対応課題
<b>【健康状態等】</b> 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"/> 精神障害( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑い) <input type="checkbox"/> 知的障害( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑い)		<input type="checkbox"/> 課題
<b>【介護負担】</b> 被虐待高齢者に対する介護意欲： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 介護技術・知識： <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 低い <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 介護の代替者： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <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：おおよそ____時間		<input type="checkbox"/> 課題
<b>【就労状況】</b> 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"/> 福祉的就労		<input type="checkbox"/> 課題
<b>【経済状況】</b> 収入額 月____万円(内訳： ) 預貯金等____万円 借金____万円 <input type="checkbox"/> 被虐待高齢者の年金に生活費を依存 <input type="checkbox"/> 借金トラブルがある <input type="checkbox"/> ギャンブルによるトラブルがある <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"/> その他( )		<input type="checkbox"/> 課題
<b>【近隣との関係】</b> <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"/> 課題
<b>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、地域や近隣との関係、等)</b> ※高齢者虐待対応ケース会議記録・計画書(1) E票 の「支援機関・関連機関等連携マップ」で集約する		
		<input type="checkbox"/> 課題
<b>IV. その他(関係者、関係機関の関わり等)</b> ※高齢者虐待対応ケース会議記録・計画書(1) E票 の「支援機関・関連機関等連携マップ」で集約する		
		<input type="checkbox"/> 課題
<b>【全体のまとめ】</b> ：I～IVで抽出された課題の結果を踏まえて整理する。 ※計画書(1) E票 の「総合的な支援の方針」、計画書(2) E票 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		

**E票(表)**

**高齢者虐待対応会議記録・計画書(1)～コアメンバー会議用**

高齢者本人氏名

殿

初回計画作成日

年

月

日

計画作成者所属

地域包括支援センター

計画作成者氏名

会議日時:

年

月

日

時

分～

時

分

会議目的		出席者	所属: 氏名 所属: 氏名 所属: 氏名	所属: 氏名 所属: 氏名 所属: 氏名
虐待事実の判断	<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"/> 放棄・放任 <input type="checkbox"/> 心理的虐待 <input type="checkbox"/> 性的虐待 <input type="checkbox"/> 経済的虐待 <input type="checkbox"/> その他	高齢者本人の意見・希望		
緊急性の判断	<input type="checkbox"/> 緊急保護の検討 <input type="checkbox"/> 保護の検討、集中的援助 <input type="checkbox"/> 防止のための保護検討 <input type="checkbox"/> 継続的、総合的援助 <input type="checkbox"/> 事実確認を継続			
緊急性の判断根拠	<input type="checkbox"/> 入院や通院が必要(重篤な外傷、脱水、栄養失調、衰弱等による検査、治療) <input type="checkbox"/> 高齢者本人・養護者が保護を求めている <input type="checkbox"/> 暴力や脅しが日常的に行われている <input type="checkbox"/> 今後重大な結果が生じる、繰り返されるおそれが高い状態 <input type="checkbox"/> 虐待につながる家庭状況・リスク要因がある <input type="checkbox"/> その他( )	養護者の意見・希望		
総合的な支援の方針 ※アセスメント要約票D票[全体のまとめ]より			※支援の必要性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
			支援内容	<input type="checkbox"/> 緊急的分離/保護( ) <input type="checkbox"/> 入院( ) <input type="checkbox"/> 家族支援・家族間調整 <input type="checkbox"/> 在宅サービス導入・調整( ) <input type="checkbox"/> 専門医紹介・医療導入支援( ) <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"/> 成年後見制度/日常生活自立支援事業(旧地域福祉権利擁護事業)活用検討 <input type="checkbox"/> 関係機関との連携( ) <input type="checkbox"/> その他( )
			措置の適用	<input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 無: <input type="checkbox"/> 検討中(理由: )
		後見等申立	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 検討中(理由: )	

**E票(裏)**

高齢者虐待対応会議記録・計画書(2)～コアメンバー会議用

対象	優先順位	課題	目標	具体的な役割分担			
				何を・どのように	支援機関・担当者等	実施日時・期間／評価日	
高齢者							
養護者							
その他の家族							
関係者							
対応が困難な課題／今後検討しなければならない事項等(アセスメント要約票D票の[全体のまとめ]から記載)				計画評価予定日	年	月	日

※記入欄が足りない場合は、様式を追加して記入

社団法人日本社会福祉士会 作成 (出典：東京都老人総合研究所「支援計画書(第2版)」、新潟県三条市作成様式を参考に作成)



**F票 (表)**

高齢者虐待対応ケース会議記録・計画書 (1)

計画作成日 年 月 日

高齢者本人氏名 殿

初回計画作成日 年 月 日

計画作成者所属 地域包括支援センター

計画作成者氏名

計画作成段階	見直し	措置解除	虐待終結
計画の作成回数: ____回目			

会議日時: 年 月 日 時 分 ~ 時 分

会議目的		出席者	所属: 氏名	所属: 氏名
			所属: 氏名	所属: 氏名
			所属: 氏名	所属: 氏名
			所属: 氏名	所属: 氏名
高齢者本人の意見・希望		支援機関・関連機関等連携マップ		
		※アセスメント要約票D票のⅢ、Ⅳを集約する		
養護者の意見・希望				
	※支援の必要性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
総合的な支援の方針				
	※アセスメント要約票D票 [全体のまとめ] より			

高齢者虐待対応ケース会議記録・計画書（2）

対象	優先順位	課題	目標	具体的な役割分担			
				何を・どのように	支援機関・担当者等	実施日時・期間／評価日	
高齢者							
養護者							
その他の家族							
関係者							
対応が困難な課題／今後検討しなければならない事項等(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

会議目的				出席者	所属： 氏名 所属： 氏名 所属： 氏名	所属： 氏名 所属： 氏名 所属： 氏名
課題番号	目標	実施状況 (誰がどのように取り組んだのか)	目標達成状況(日付) (達成した目標の内容とその根拠=確認した事実を記載)	対応方針の変更の有無、変更内容		
				<input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし (変更内容： )		
				<input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし (変更内容： )		
				<input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし (変更内容： )		
				<input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし (変更内容： )		
				<input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし (変更内容： )		
				<input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし (変更内容： )		
支援を要する 状況	虐待種別	判定	高齢者本人の状況(意見・希望)		養護者の状況(意見・希望)	
	1. 身体的虐待		1. 虐待が発生している 2. 虐待の疑いがある 3. 一時的に解消(再発の可能性が残る) 4. 虐待は解消した 5. 虐待は確認されていない			
	2. 放棄・放任					
	3. 心理的虐待					
	4. 性的虐待					
	5. 経済的虐待					
6. その他		養護者支援の必要性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
新たな支援計画の必要性		評価結果のまとめ( 年 月 日現在の状況)			今後の対応	
					1. 虐待対応支援の終結 2. 包括的・継続的ケアマネジメント支援に移行 3. 現在の支援計画内容に基づき、支援を継続 4. アセスメント、支援計画の見直し 5. その他( )	