

高齢者虐待対応帳票関係

第1表

課長	基幹包括センター長	介護Gリーダー	高齢Gリーダー	担当者

相談・通報・届出受付票

相談日時		受付者		職種	
		所属機関			
事実確認期限 ※48時間以内		受付方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> メール等		
		受付回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 再来 (前回相談日 :)		

相談者 (通報者)	氏名	<input type="checkbox"/> 匿名	本人との関係	
	住所または機関名		電話	
虐待を疑う視点 (※通報より)	<input type="checkbox"/> 家から怒鳴り声・泣き声が聞こえる	<input type="checkbox"/> 疑い	<input type="checkbox"/> 問いかけに反応がない、無表情、怯えている	<input type="checkbox"/> 疑い
	<input type="checkbox"/> 悪天候(寒暑含む)でも高齢者が屋外にいる	<input type="checkbox"/> 疑い	<input type="checkbox"/> 食事をきちんと食べていない	<input type="checkbox"/> 疑い
	<input type="checkbox"/> 必要なサービスを利用している様子がない	<input type="checkbox"/> 疑い	<input type="checkbox"/> 年金など管理ができていない、使われている	<input type="checkbox"/> 疑い
	<input type="checkbox"/> 服が汚れていたり、入浴している様子がない	<input type="checkbox"/> 疑い	<input type="checkbox"/> 養護者の態度 ()	
	<input type="checkbox"/> あざや傷がある	<input type="checkbox"/> 疑い		
情報源	相談者(通報・届出者)は、 <input checked="" 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			

本人(※わかる範囲で記入)	氏名		性別		生年月日	()	
	住所	下野市					
	電話(自宅)		携帯				
	かかりつけ医(診療科)		医師名				
	疾患等						
	介護	要介護度		支援事業所名		担当(CM)者	
		有効期間	~			負担割合	
		サービス					
	手帳等	() ()					
	住環境	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 借家 ()		<input type="checkbox"/> 住改済み	住環境備考		
本人の意向							

主介護者	氏名		性別		続柄	
	住所	<input type="checkbox"/> 本人と同一住所				
	主介護者の意向					

特記事項					
------	-------------------------	--	--	--	--	--

◆世帯情報欄

ジェノグラム（キーパーソンに☆印、生活保護受給者に△印、手帳所持者は詳細記入） 【※縦書き】 特記	氏名	続柄	生年月日
		本人	() <input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 不動産 <input type="checkbox"/> その他 () 万円/年
	氏名 <input type="checkbox"/> 手帳所持	続柄	生年月日
			()
	住所 <input type="checkbox"/> 同居		<input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 不動産 <input type="checkbox"/> その他 () 万円/年
	氏名 <input type="checkbox"/> 手帳所持	続柄	生年月日
			()
	住所 <input type="checkbox"/> 同居		<input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 不動産 <input type="checkbox"/> その他 () 万円/年
	氏名 <input type="checkbox"/> 手帳所持	続柄	生年月日
			()
	住所 <input type="checkbox"/> 同居		<input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 不動産 <input type="checkbox"/> その他 () 万円/年
	氏名 <input type="checkbox"/> 手帳所持	続柄	生年月日
			()
	住所 <input type="checkbox"/> 同居		<input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 不動産 <input type="checkbox"/> その他 () 万円/年

◆滞納状況確認 なし 不明

市税	() <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 () (円)
	() <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 () (円)
	() <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 () (円)
医療	() <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 () (円)
介護	() <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 () (円)
その他	() <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 () (円)
	() <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 () (円)
	() <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 () (円)

◆事実確認協議

事実確認日		～ コア会議日時		～ 場所 ()	
事実確認の方法	面接	高齢者	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 包括 <input type="checkbox"/> 庁舎 <input type="checkbox"/> その他 ()	担当者	() ()
		養護者	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 包括 <input type="checkbox"/> 庁舎 <input type="checkbox"/> その他 ()	担当者	() ()
	聴取	ケース会議	<input type="checkbox"/> 招致者 ()	担当者	() ()
		関係者より	<input type="checkbox"/> 氏名・機関名 ()	担当者	() ()
		関係者より	<input type="checkbox"/> 氏名・機関名 ()	担当者	() ()
関係者より	<input type="checkbox"/> 氏名・機関名 ()	担当者	() ()		
事実確認中のリスクと対応					
備考					

作成者 :

職種 :

所属 :

結 果	1回目(事実確認時)	黒	令和	年	月	日	確認者氏名	
	2回目(評価時)	赤	令和	年	月	日	確認者氏名	

高齢者氏名		性 別		生年月日		()
-------	--	-----	--	------	--	-----

☆①～⑦の該当欄[]に○を入れ、必要項目を記入。

レ ッド	①高齢者本人は意思疎通が可能か？ [] 意思疎通不可 ()
	②高齢者本人、または養護者が保護を求めているか？ [] 高齢者本人が保護を求めている () [] 養護者が高齢者本人の保護を求めている ()
	③高齢者本人、または養護者が訴える状況が差し迫ったものか？ [] 「殺される」「〇〇が怖い」「何も食べていない」等の訴えあり () [] 「何をするか分からない」「殺してしまうかもしれない」等の訴えあり ()
	④すでに重大な結果が生じているか？ [] <input type="checkbox"/> 頭部外傷(血腫・骨折) <input type="checkbox"/> 腹部外傷 <input type="checkbox"/> 意識混濁 <input type="checkbox"/> 重度の褥瘡 <input type="checkbox"/> 栄養失調 <input type="checkbox"/> 重い脱水症状の繰り返し <input type="checkbox"/> 全身衰弱 <input type="checkbox"/> 自殺念慮 <input type="checkbox"/> その他 ()

レッド：①に○で、かつ②または③に○がついた場合、もしくは④に○がついた場合は緊急保護の検討を行う。事実確認の状況を踏まえ、総合的に判断する。

イ エ ロ	⑤今後虐待による重大な結果が生じる恐れが考えられるか？ [] <input type="checkbox"/> 頭部打撲 <input type="checkbox"/> 顔面打撲・腫脹 <input type="checkbox"/> 不自然な内出血 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 刺し傷 <input type="checkbox"/> 軽度の脱水 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 低血糖の疑い <input type="checkbox"/> 極めて不衛生的 <input type="checkbox"/> 極端な怯え <input type="checkbox"/> その他 ()
	⑥虐待は繰り返される恐れがあるか？ [] 習慣的な暴力 (<input type="checkbox"/> 新旧の傷・あざ <input type="checkbox"/> 入退院の繰り返し <input type="checkbox"/> その他 ()) [] 日常的な介護放棄 (<input type="checkbox"/> サービス未利用 <input type="checkbox"/> かかりつけ医なし <input type="checkbox"/> その他 ()) [] 虐待者の認識 (<input type="checkbox"/> 虐待の自覚なし <input type="checkbox"/> 認めたがらない <input type="checkbox"/> 援助者・支援者との接触回避 ())

イエロー：①～④に○はないが、⑤と⑥に○で保護または短期集中型援助の検討を行う。

グ レ ー	⑦保険料等や介護サービス利用料、医療費等の滞納があるか？ [] 滞納がある ()
	⑧虐待を受けている高齢者本人の状態 [] 認知症自立度 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M [] 寝たきり度 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 [] 行動上の問題 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不穏・興奮 <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> その他 () [] 性格的問題 <input type="checkbox"/> 衝動的 <input type="checkbox"/> 攻撃的 <input type="checkbox"/> 粘着質 <input type="checkbox"/> 依存的 <input type="checkbox"/> その他 () [] 障がい・疾患 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神疾患 () <input type="checkbox"/> 依存症 ()
	⑨虐待をしている養護者の状態 [] <input type="checkbox"/> 養護者の精神的不安定・判断力の低下 <input type="checkbox"/> 非現実的な認識 <input type="checkbox"/> 認知症や介護に関する知識・技術不足 <input type="checkbox"/> 高齢者本人への拒否的感情や態度 <input type="checkbox"/> 重い介護負担感 <input type="checkbox"/> 介護疲れ <input type="checkbox"/> その他 () [] 長年にわたる介護 年 月 頃から [] 性格的問題 <input type="checkbox"/> 衝動的 <input type="checkbox"/> 攻撃的 <input type="checkbox"/> 未熟性 <input type="checkbox"/> 支配的 <input type="checkbox"/> 依存的 <input type="checkbox"/> その他 () [] 障がい・疾患 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神疾患 () <input type="checkbox"/> 依存症 () [] 経済的問題 <input type="checkbox"/> 低所得 <input type="checkbox"/> 失業 <input type="checkbox"/> 借金 <input type="checkbox"/> 高齢者本人への経済的依存 <input type="checkbox"/> その他 ()
	⑩虐待につながる家庭状況はあるか？ [] <input type="checkbox"/> 高齢者本人と養護者の二人暮らし <input type="checkbox"/> 副介護者なし <input type="checkbox"/> 長年にわたる不和の関係 <input type="checkbox"/> 共依存 <input type="checkbox"/> 居住スペースが狭い <input type="checkbox"/> 高齢者本人の自室なし <input type="checkbox"/> 不衛生的 <input type="checkbox"/> その他 ()

グレー：①～⑥に○はないが、⑦⑧⑨⑩のどれかに○で虐待防止に向けた定期的な状況確認を行う。

本人の意向	
養護者の意向	

確認項目

通	確認日	確認項目	サイン（当てはまるものにチェック） ※網掛けは緊急保護の検討	写	確認者
身体状況・けが等		外傷等	<input type="checkbox"/> 頭部外傷（血腫・骨折疑い） <input type="checkbox"/> 腹部外傷 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他（ ） 具体的部位： _____ 大きさ： _____		
		全身状態・意識レベル	<input type="checkbox"/> 全身衰弱 <input type="checkbox"/> 意識混濁		
		脱水症状	<input type="checkbox"/> 脱水症状 <input type="checkbox"/> 脱水症状を繰り返している		
		栄養状態等	<input type="checkbox"/> 栄養失調 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 低血糖の疑い		
		あざ・傷	<input type="checkbox"/> 身体に複数のあざ <input type="checkbox"/> 頻繁なあざ <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 刺し傷 <input type="checkbox"/> 打撲痕 <input type="checkbox"/> 腫脹 具体的部位： _____ 大きさ： _____		
		体重の増減	<input type="checkbox"/> 急な体重減少 <input type="checkbox"/> 痩せすぎ <input type="checkbox"/> 太りすぎ		
		出血や傷の有無	<input type="checkbox"/> 生殖器等の傷 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> かゆみの訴え		
		その他			
生活状況		衣服・寝具の清潔さ	<input type="checkbox"/> 着の身着のまま <input type="checkbox"/> 濡れたままの下着 <input type="checkbox"/> 汚れたままのシーツ		
		身体の清潔さ	<input type="checkbox"/> 身体の異臭 <input type="checkbox"/> 汚れの酷い髪 <input type="checkbox"/> 皮膚の潰瘍 <input type="checkbox"/> 伸び放題の爪		
		適切な食事	<input type="checkbox"/> 菓子パンのみの食事 <input type="checkbox"/> 他所では大食い <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 異食		
		適切な睡眠	<input type="checkbox"/> 不眠の訴え <input type="checkbox"/> 不規則な睡眠		
		行動の制限	<input type="checkbox"/> 自由に外出できない <input type="checkbox"/> 家族以外の人と話すことができない <input type="checkbox"/> 屋外での放置		
		不自然な状況	<input type="checkbox"/> 資産と日常生活の大きな落差 <input type="checkbox"/> 食べるものにも困っている <input type="checkbox"/> 通帳がない		
		住環境の適切さ	<input type="checkbox"/> 異臭がする <input type="checkbox"/> 極度に乱雑 <input type="checkbox"/> 大量のごみが散乱 <input type="checkbox"/> ベタベタ <input type="checkbox"/> 冷暖房なし		
		その他			
話の内容		恐怖や不安の訴え	<input type="checkbox"/> 「怖い」「痛い」「怒られる」「殴られる」などの発言		
		保護の訴え	<input type="checkbox"/> 「殺される」「何も食べてない」「家にいたくない」「帰りたいくない」などの発言		
		強い自殺念慮	<input type="checkbox"/> 「死にたい」などの発言 <input type="checkbox"/> 「自分はいない方がよい」など否定的に話す		
		あざや傷の説明	<input type="checkbox"/> つじつまが合わない <input type="checkbox"/> 求めても説明がない <input type="checkbox"/> 隠そうとする		
		金銭の訴え	<input type="checkbox"/> 「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		
		性的事柄の訴え	<input type="checkbox"/> 「生殖器の写真が撮られた」などの発言		
		話のためらい	<input type="checkbox"/> 関係者に話すことをためらう <input type="checkbox"/> 話す内容が変化する		
		その他			
表情・態度		おびえ、不安	<input type="checkbox"/> おびえた表情 <input type="checkbox"/> 急に不安がる <input type="checkbox"/> 怖がる <input type="checkbox"/> 人目を避けたがる		
		無気力さ	<input type="checkbox"/> 無気力な表情 <input type="checkbox"/> 問いかけに無反応		
		態度の変化	<input type="checkbox"/> 家族がいる・いない態度が異なる <input type="checkbox"/> なげやりな態度 <input type="checkbox"/> 急な態度の変化		
		その他			
サービス等利用状況		適切な医療の受診	<input type="checkbox"/> 家族が受診を拒否 <input type="checkbox"/> 受診を勧めても行った気配がない		
		適切な服薬の管理	<input type="checkbox"/> 本人が処方されていない薬を服用 <input type="checkbox"/> 処方された薬を適切に服薬できていない		
		入退院の状況	<input type="checkbox"/> 入退院の繰り返し <input type="checkbox"/> 救急搬送の繰り返し		
		適切な介護等サービス	<input type="checkbox"/> 必要であるが未利用 <input type="checkbox"/> 勧めても無視あるいは拒否 <input type="checkbox"/> 必要量が極端に不足		
		支援のためらい・拒否	<input type="checkbox"/> 援助を受けたがらない <input type="checkbox"/> 新たなサービスは拒否		
		費用負担	<input type="checkbox"/> サービス利用料が突然払えなくなる <input type="checkbox"/> サービス利用をためらう		
		その他			
養護者の態度等		支援者への発言	<input type="checkbox"/> 「何をするか分からない」「殺してしまうかもしれない」などの訴えがある		
		保護の訴え	<input type="checkbox"/> 虐待者が高齢者の保護を求めている		
		暴力、脅し等	<input type="checkbox"/> 刃物、ピンなど凶器を使った暴力や脅しがある		
		高齢者に対する態度	<input type="checkbox"/> 冷淡 <input type="checkbox"/> 横柄 <input type="checkbox"/> 無関心 <input type="checkbox"/> 支配的 <input type="checkbox"/> 攻撃的 <input type="checkbox"/> 拒否的		
		高齢者への発言	<input type="checkbox"/> 「早く死んでしまえ」など否定的な発言 <input type="checkbox"/> コミュニケーションをとろうとしない		
		支援者に対する態度	<input type="checkbox"/> 援助の専門家と会うのを避ける <input type="checkbox"/> 話したがる <input type="checkbox"/> 拒否的 <input type="checkbox"/> 専門家に責任転嫁		
		精神状態・判断能力	<input type="checkbox"/> 虐待者の精神的不安定 <input type="checkbox"/> 判断能力低下 <input type="checkbox"/> 非現実的な認識		
		その他			

第3表

下高福 号

課長	基幹包括センター長	介護Gリーダー	高齢Gリーダー	担当者

高齢者虐待対応コアメンバー会議録兼計画書

作成者： 職種： 所属：

会議日時	～			場所	()
高齢者氏名	性別	住所	生年月日		()
会議出席者	高齢福祉課		高齢福祉課		高齢福祉課
	包括		包括		

会議目的	<input type="checkbox"/> 虐待の有無と緊急性の判断及び今後の方針について <input type="checkbox"/> その他 ()				
本人の意向					
養護者の意向	支援の必要性： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明				

虐待事実の判断	<input type="checkbox"/> 判断できず				
	<input type="checkbox"/> 事実確認を継続 (内容：) <input type="checkbox"/> その他 ()				
	<input type="checkbox"/> 虐待の事実なし (今後の方針について下欄にチェックまたは記入)				
虐待事実の判断根拠	<input type="checkbox"/> 介護保険申請 <input type="checkbox"/> サービス追加 (<input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 短期 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> 成年後見制度 <input type="checkbox"/> 経済的支援 (<input type="checkbox"/> 生保相談・申請 <input type="checkbox"/> 各種減免手続き <input type="checkbox"/> 生活困窮) <input type="checkbox"/> その他 ()				
	<input type="checkbox"/> 虐待の事実あり				
	<input type="checkbox"/> 身体的虐待 <input type="checkbox"/> ネグレクト(セルフネグ含) <input type="checkbox"/> 心理的虐待 <input type="checkbox"/> 経済的虐待 <input type="checkbox"/> 性的虐待				

緊急性の判断	<input type="checkbox"/> 緊急性あり <input type="checkbox"/> 緊急性なし				
緊急性の判断根拠	<input type="checkbox"/> 入院や通院が必要(重篤な外傷、脱水、栄養失調、衰弱等) <input type="checkbox"/> 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、繰り返される可能性 <input type="checkbox"/> 虐待に繋がる家庭状況・リスク要因がある <input type="checkbox"/> 高齢者の安全確認ができていない <input type="checkbox"/> その他 ()				

対応の内容	<input type="checkbox"/> 立入調査(高虐法第11条) ⇒ 警察への援助要請 <input type="checkbox"/> 緊急分離保護 ⇒ 保護先： <input type="checkbox"/> 入院 ⇒ 入院先： <input type="checkbox"/> 面会制限 ⇒ 施設名： <input type="checkbox"/> 在宅サービス導入・調整 ⇒ サービス： <input type="checkbox"/> やむを得ない措置 ⇒ <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"/> 検討中 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 金銭管理 ⇒ <input type="checkbox"/> 成年後見制度 <input type="checkbox"/> あすてらす <input type="checkbox"/> 経済的支援 ⇒ <input type="checkbox"/> 生活保護申請 <input type="checkbox"/> 各種減免手続き				
-------	--	--	--	--	--

対象	課題	対応	対応日時・期限	担当者
高齢者	①			
	②			
	③			
養護者	①			
	②			
	③			

特記

第4表

下高福 号

課長	基幹包括 センター長	介護 Gリーダー	高齢 Gリーダー	担当者

高齢者虐待【初動期】評価会議録

作成者： 職種： 所属：

会議日時	～			場所	()
高齢者氏名	性別	住所	生年月日	()	
会議出席者	高齢福祉課	高齢福祉課	高齢福祉課		
	包 括	包 括			

会議目的	<input type="checkbox"/> 虐待対応に対する評価について <input type="checkbox"/> その他 ()	
本人の意向		
養護者の意向	支援の必要性： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	

対象者	対応内容	対応結果	確認者	確認日時	評価
					<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 対応継続 <input type="checkbox"/> 対応方法の変更 ()
					<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 対応継続 <input type="checkbox"/> 対応方法の変更 ()
					<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 対応継続 <input type="checkbox"/> 対応方法の変更 ()
					<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 対応継続 <input type="checkbox"/> 対応方法の変更 ()
					<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 対応継続 <input type="checkbox"/> 対応方法の変更 ()
					<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 対応継続 <input type="checkbox"/> 対応方法の変更 ()

本人意向 (対応後)	
養護者意向 (対応後)	支援の必要性： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

虐待発生の リスク状況 ※「解消せず」「疑い」 にチェック⇒ ケース会議	虐待種別	判 定
	1. 身体的虐待	<input type="checkbox"/> 解消せず <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 一時解消 <input type="checkbox"/> 解消した <input type="checkbox"/> 虐待なし
	2. ネグレクト（セルフネグ含）	<input type="checkbox"/> 解消せず <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 一時解消 <input type="checkbox"/> 解消した <input type="checkbox"/> 虐待なし
	3. 心理的虐待	<input type="checkbox"/> 解消せず <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 一時解消 <input type="checkbox"/> 解消した <input type="checkbox"/> 虐待なし
	4. 経済的虐待	<input type="checkbox"/> 解消せず <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 一時解消 <input type="checkbox"/> 解消した <input type="checkbox"/> 虐待なし
	5. 性的虐待	<input type="checkbox"/> 解消せず <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 一時解消 <input type="checkbox"/> 解消した <input type="checkbox"/> 虐待なし

評価結果のまとめ	今後の対応
<input type="checkbox"/> 虐待対応の終結	<input type="checkbox"/> 権利擁護（虐待対応除） <input type="checkbox"/> 包括的継続的ケアマネ
<input type="checkbox"/> 虐待対応の継続	ケース会議日時 場所 ()

第5表

下高福 号

課長	基幹包括 センター長	介護 Gリーダー	高齢 Gリーダー	担当者

第 回 高齢者虐待対応ケース会議録兼計画書

作成者： 職種： 所属：

会議日時	～			場所	()
高齢者氏名	性別	住所	生年月日	()	
会議出席者	高齢福祉課		高齢福祉課		高齢福祉課
	包 括		包 括		

会議目的	<input type="checkbox"/> 虐待対応に対する今後の方針と役割分担について <input type="checkbox"/> その他 ()				
本人の意向					
養護者の意向	支援の必要性： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明				

虐待発生要因の分析					
①					
②					
③					

虐待発生要因の解消に向けた総合的な対応方針					

優先順位	対象者	個 別 課 題
		①
		②
		③
		④
		⑤
		⑥
		⑦
		⑧

優先順位	課題番号	対 応	対応日時・期限	担当者
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

対応が困難な課題・今後検討しなければならない事項					

第6表

下高福 号

課長	基幹包括 センター長	介護 Gリーダー	高齢 Gリーダー	担当者

第 回 高齢者虐待【対応期】評価会議録

作成者： 職種： 所属：

会議日時	～			場所	()
高齢者氏名	性別	住所	生年月日	()	
会議出席者	高齢福祉課	高齢福祉課	高齢福祉課		
	包 括	包 括			

会議目的	<input type="checkbox"/> 虐待対応に対する評価について <input type="checkbox"/> その他 ()	
本人の意向		
養護者の意向	支援の必要性： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	

対象者	対応内容	対応結果	確認者	確認日時	評価
					<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 対応継続 <input type="checkbox"/> 対応方法の変更 ()
					<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 対応継続 <input type="checkbox"/> 対応方法の変更 ()
					<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 対応継続 <input type="checkbox"/> 対応方法の変更 ()
					<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 対応継続 <input type="checkbox"/> 対応方法の変更 ()
					<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 対応継続 <input type="checkbox"/> 対応方法の変更 ()
					<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 対応継続 <input type="checkbox"/> 対応方法の変更 ()

本人意向 (対応後)	
養護者意向 (対応後)	支援の必要性： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

虐待発生の リスク状況 ※「解消せず」「疑い」 にチェック⇒ ケース会議	虐待種別	判 定
	1. 身体的虐待	<input type="checkbox"/> 解消せず <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 一時解消 <input type="checkbox"/> 解消した <input type="checkbox"/> 虐待なし
	2. ネグレクト（セルフネグ含）	<input type="checkbox"/> 解消せず <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 一時解消 <input type="checkbox"/> 解消した <input type="checkbox"/> 虐待なし
	3. 心理的虐待	<input type="checkbox"/> 解消せず <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 一時解消 <input type="checkbox"/> 解消した <input type="checkbox"/> 虐待なし
	4. 経済的虐待	<input type="checkbox"/> 解消せず <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 一時解消 <input type="checkbox"/> 解消した <input type="checkbox"/> 虐待なし
	5. 性的虐待	<input type="checkbox"/> 解消せず <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 一時解消 <input type="checkbox"/> 解消した <input type="checkbox"/> 虐待なし

評価結果のまとめ	今後の対応
<input type="checkbox"/> 虐待対応の終結	<input type="checkbox"/> 権利擁護（虐待対応除） <input type="checkbox"/> 包括的継続的ケアマネジメント
<input type="checkbox"/> 虐待対応の継続	ケース会議日時 ～ 場所 (112)

A large rectangular area with a solid black border and horizontal dashed lines, resembling a handwriting practice sheet. The dashed lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for letter height and placement.