

Maybe-Sheet

(養介護施設従事者等による高齢者虐待(疑い)相談シート)

A票

記入日	年 月 日		
相談者	名 前		本人との関係
	住所または所属機関名		
	電話番号 / E-mail	0797	
	連絡	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> その他 ()	
			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族・親族(続柄) <input type="checkbox"/> 当該施設・事業所従業者 (<input type="checkbox"/> 現職 <input type="checkbox"/> 元職員 <input type="checkbox"/> 管理者) <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 介護サービス相談員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 高齢者生活支援センター <input type="checkbox"/> その他 () 公益通報の説明 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済

養介護施設	施設・事業所名	TEST 芦屋	事業種別	認知症対応型共同生活
	所在地	芦屋	電話番号	0797
	管理者名			
本人	対象者数	<input type="checkbox"/> 1人 <input type="checkbox"/> 複数人 (人) <input type="checkbox"/> 人数不明		※対象者名は裏面へ

不適切な状況の具体的内容

虐待の可能性	<input type="checkbox"/> 身体的 <input type="checkbox"/> 介護の放棄・放任 <input type="checkbox"/> 心理的 <input type="checkbox"/> 性的 <input type="checkbox"/> 経済的 <input type="checkbox"/> その他 ()
情報源	相談者は <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"/> その他 ()
発見日時・発見(発生)場所	日時： 年 月 日 () : 頃 場所：
虐待の具体的状況	<input type="checkbox"/> 平手打ちをする・つねる・殴る・蹴る〔疑い〕 <input type="checkbox"/> 本人の服やおむつが汚れたままである〔疑い〕 <input type="checkbox"/> ナースコールを使用させない、職員が対応しない〔疑い〕 <input type="checkbox"/> 威嚇的な発言や態度、侮辱的な発言や態度〔疑い〕 <input type="checkbox"/> 下着や裸のまま放置する〔疑い〕 <input type="checkbox"/> 施設・事業所に金銭を寄付・贈与するよう強要する〔疑い〕 (具体的内容)

※受付機関記入欄

受付日	年 月 日	Maybe-Sheet 作成者	<input type="checkbox"/> 相談者 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> その他
受付者	高齢介護課 担当：	受付方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> その他
緊急性	有無 <input type="checkbox"/> あり(直ちにコアメンバー会議開催検討) <input type="checkbox"/> なし 判断理由		

受理No	R 99 一施 99	受理日	年 月 日
------	------------	-----	-------

受理No	R 99 - 施 99	TEST 芦屋	(本人・従事者情報)		
本人に関する情報	1	フリガナ			生年月日
		名前	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日 ()
		居所	<input type="checkbox"/> 当該施設 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()		
		介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> その他 ()		介護認定審査会資料 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		備考			
	2	フリガナ			生年月日
		名前	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日 ()
		居所	<input type="checkbox"/> 当該施設 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()		
		介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> その他 ()		介護認定審査会資料 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		備考			
	3	フリガナ			生年月日
		名前	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日 ()
		居所	<input type="checkbox"/> 当該施設 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()		
		介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> その他 ()		介護認定審査会資料 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		備考			
	4	フリガナ			生年月日
		名前	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日 ()
		居所	<input type="checkbox"/> 当該施設 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()		
		介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> その他 ()		介護認定審査会資料 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		備考			
5	フリガナ			生年月日	
	名前	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日 ()	
	居所	<input type="checkbox"/> 当該施設 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> その他 ()		介護認定審査会資料 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	備考				

養介護施設従事者等	1	名前 又は特徴	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	資格	
					職種(役職)	
	2	名前 又は特徴	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	資格	
					職種(役職)	
	3	名前 又は特徴	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	資格	
				職種(役職)		
	4	名前 又は特徴	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	資格	
				職種(役職)		
	5	名前 又は特徴	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	資格	
				職種(役職)		

その他の情報	
--------	--

情報共有ミーティング記録 (B -)

B票

開催日時	年 月 日 : ~	開催場所	
出席者	高齢介護課		
	権利擁護C		

受理No	R 99 - 施 99	TEST芦屋	事業種別	認知症対応型共同生活
------	-------------	--------	------	------------

当該施設・事業所に関する情報	通報歴	<input type="checkbox"/> 通報歴なし <input type="checkbox"/> - 施 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 虐待あり (種類:) <input type="checkbox"/> 終結 (年 月) <input type="checkbox"/> - 施 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 虐待あり (種類:) <input type="checkbox"/> 終結 (年 月)		
	報告等	<input type="checkbox"/> 運営推進会議の状況		
		<input type="checkbox"/> 実地指導の状況		
		<input type="checkbox"/> ()		
		<input type="checkbox"/> ()		
※確認できた資料などを記載 (マニュアルへ記入)				

※本人・養介護施設従事者の詳細はA票裏面 (本人・従事者情報) 参照

事実確認調査の根拠及び方針	
実施方法	<input type="checkbox"/> 監査 <input type="checkbox"/> 実地指導 <input type="checkbox"/> 高齢者虐待防止法による任意調査
方針	

事実確認調整事項	
県との連携	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無
警察との連携	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無
本人保護の必要性	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無
家族/後見人への説明	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無

コアM会議実施予定日	年 月 日	
作成日	年 月 日	作成者

確認できた状況

- ① 運営推進会議の状況
- ② 実地指導の状況
- ③ 苦情・相談の状況
- ④ 事故報告
- ⑤ 介護サービス相談員受け入れ

確認できた資料

- ① 施設サービス計画
- ② アセスメント記録
- ③ サービス担当者会議録
- ④ 介護記録・生活相談記録
- ⑤ 看護記録・診療記録・処方箋
- ⑥ 事故報告・ヒヤリハット記録
- ⑦ 身体拘束の記録
- ⑧ 入所契約書・重要事項説明書・金銭管理契約書
- ⑨ 業務日誌・申し送りノート
- ⑩ 勤務表・組織図
- ⑪ 研修計画・受講記録
- ⑫ 虐待防止・事故防止委員会記録
- ⑬ 苦情受付
- ⑭ その他

事実確認チェックシート(高齢者) (D1 -)

D1票

受理No	R 99 - 施 99	TEST 芦屋	面接日	年 月 日
------	-------------	---------	-----	-------

場 所		面談者		作成者	
名 前	□男 □女 ()			ユニット	

事実確認項目【方法】 1.写真(裏面添付) 2.目視 3.記録 4.聴き取り(誰から) 5.その他		確認方法	
身体 の 状 態	全身状態	<input type="checkbox"/> 全身衰弱 <input type="checkbox"/> 意識混濁 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	外傷等	<input type="checkbox"/> あざ () <input type="checkbox"/> やけど () <input type="checkbox"/> けが () <input type="checkbox"/> 褥瘡 () <input type="checkbox"/> 骨折 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
	脱水・栄養状態	<input type="checkbox"/> 脱水症状 <input type="checkbox"/> 栄養失調 <input type="checkbox"/> 低栄養・低血糖 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	体重の減少 (記録より確認)	<input type="checkbox"/> 急激な体重減少 <input type="checkbox"/> やせすぎ <input type="checkbox"/> その他 ()	
	血圧・脈拍	面接時 (BP / 、 P) 通常時:記録より (BP / 、 P)	
	衛生面	<input type="checkbox"/> 衣類の汚れ、乱れ <input type="checkbox"/> 髪やひげが伸び放題 <input type="checkbox"/> 異臭 <input type="checkbox"/> つめが伸び放題 <input type="checkbox"/> 汚れのひどい髪 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	その他	<input type="checkbox"/> 不適切なケア <input type="checkbox"/> 身体拘束 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	生活 の 状 況	居 室	<input type="checkbox"/> 異臭 <input type="checkbox"/> 掃除されていない <input type="checkbox"/> その他 ()
食 事		<input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> その他 ()	
睡 眠		<input type="checkbox"/> 不眠の訴え <input type="checkbox"/> 不規則な睡眠 <input type="checkbox"/> その他 ()	
行為の制限		<input type="checkbox"/> 居室より外にでられない <input type="checkbox"/> 長時間一定の場所に座らせている <input type="checkbox"/> その他 ()	
その他			
心理 ・ 言 動	恐怖や不安の訴え	<input type="checkbox"/> 怖い、殴られる、怒られるなどの発言 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	保護の訴え	<input type="checkbox"/> 帰りたいなどの発言 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	表情・態度	<input type="checkbox"/> 無力感、あきらめ <input type="checkbox"/> おびえ、怖がる <input type="checkbox"/> 無表情、無反応 <input type="checkbox"/> 涙ぐむ <input type="checkbox"/> 職員のいるときといないときで表情が違う <input type="checkbox"/> その他 ()	
	問題行動	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	その他		
経 済	訴 え	<input type="checkbox"/> 通帳・お金を取られたとの発言 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	滞 納	<input type="checkbox"/> サービス利用料 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	その他		
医 療	受診状況	<input type="checkbox"/> 受診がない <input type="checkbox"/> 受診回数が少ない <input type="checkbox"/> その他 ()	
	服 薬	<input type="checkbox"/> 処方された薬を飲んでいない <input type="checkbox"/> 飲み終わるまで確認をしていない	
		<input type="checkbox"/> 処方されていない薬を服用 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	その他		

本人の様子

虐待の状況や所感

事実確認チェックシート(管理職用) (D2 -)

D2票

受理No	R 99 - 施 99	TEST芦屋	確認日	年 月 日
------	-------------	--------	-----	-------

確認場所		確認者		作成者	
------	--	-----	--	-----	--

職員名		役職等	
-----	--	-----	--

通報等の内容の確認

<input type="checkbox"/>	通報等の内容について、どのように把握しているか(事実の有無等)	
<input type="checkbox"/>	通報内容が発生した状況 (いつ、どこで、誰が、誰から、何を)	
<input type="checkbox"/>	当該高齢者や家族等への対処の状況 (医師の受診、謝罪等)	
<input type="checkbox"/>	他の高齢者にも何らかの異変が生じていないか	
<input type="checkbox"/>	通報以前からの高齢者や家族からの相談等の有無、対応状況	
<input type="checkbox"/>	当該職員が行っていた勤務、職務の状況	
<input type="checkbox"/>	今回以外にも虐待や権利利益侵害と思しき行為の報告を受けた事があるか	
<input type="checkbox"/>	事態を把握していながら通報していなかった場合、その理由	

虐待が疑われる事案の発生要因の確認

<input type="checkbox"/>	当該高齢者に対する介護・看護の内容、配慮事項等	
<input type="checkbox"/>	当該職員の負担感の有無やその内容と対応状況	
<input type="checkbox"/>	虐待等が起こった状況や理由、原因(虐待があったと認めた場合)	
<input type="checkbox"/>	職員全体の勤務状況や負担感、ストレスマネジメントへの取組状況	
<input type="checkbox"/>	虐待防止に係る意識と、マニュアル作成・研修等の実施状況	
<input type="checkbox"/>	事故やヒヤリハット等の報告体制や報告状況、管理状況	

その他聞き取り内容、気づいたこと等

事実確認チェックシート(一般職用) (D3-)

D3票

受理No	R 99 - 施 99	TEST 芦屋	面接日	年 月 日
場 所		面談者		作成者
職員名			経験年数 (現職従事)	年 (年)
資格 研修			役職等	

通報等の内容の確認

<input type="checkbox"/> 通報等の内容について、どのように把握しているか(事実の有無等)	
<input type="checkbox"/> 通報内容が発生した状況(いつ、どこで、誰が、誰から、何を)	
<input type="checkbox"/> 他の高齢者にも何らかの異変が生じていないか	
<input type="checkbox"/> 通報以前からの高齢者や家族からの相談等の有無、報告状況	
<input type="checkbox"/> 勤務中に虐待や権利利益侵害と思しき行為を見聞きした事があるか	
<input type="checkbox"/> 事態を把握していながら報告していなかった場合、その理由	

虐待が疑われる事案の発生要因の確認

<input type="checkbox"/> 当該高齢者に対する介護・看護の内容、配慮事項等	
<input type="checkbox"/> 当該高齢者への介護に関する負担感の有無やその内容	
<input type="checkbox"/> 虐待等が起こった状況や理由、原因(虐待があったと認めた場合)	
<input type="checkbox"/> 職場環境、勤務体制等に対する負担感	
<input type="checkbox"/> ケアに対する質問や業務の負担感があった場合、相談できているか	
<input type="checkbox"/> 管理職は報告した内容について、適切に対処しているか	
<input type="checkbox"/> 高齢者の権利擁護や虐待防止に対する意識、取組状況	
<input type="checkbox"/> これまでの事故やヒヤリハット等の報告の有無やその内容	

その他聞き取り内容、気づいたこと等

事実確認チェックシート(施設内の状況用) (D4-)

D4票

受理No	R 99 - 施 99	TEST 芦屋	確認日	年 月 日
------	-------------	---------	-----	-------

確認場所		確認者		作成者	
------	--	-----	--	-----	--

当該高齢者の居室

<input type="checkbox"/>	ベッドや家具の位置・高さ・固定状況	
<input type="checkbox"/>	移動を制限するような施設や障害物	
<input type="checkbox"/>	ナースコールや非常ボタンの位置と作動状況	
<input type="checkbox"/>	居室や寝具の清潔さ	
<input type="checkbox"/>	室温・明るさ・臭い	
<input type="checkbox"/>	スタッフルームや共用部分との位置関係	

共用部分

<input type="checkbox"/>	動線上の障害物や手すりの整備状況	
<input type="checkbox"/>	水回り(浴室・脱衣室・トイレ等)の清潔さ	
<input type="checkbox"/>	室温・明るさ・臭い	
<input type="checkbox"/>	不潔物の保管状況	
<input type="checkbox"/>	医薬品等の保管状況	
<input type="checkbox"/>	個人情報の保管状況	
<input type="checkbox"/>	苦情・相談連絡先の掲示	

養介護施設従事者

<input type="checkbox"/>	勤務中の職員配置・態度・言葉使い	
<input type="checkbox"/>	火災時や急病時の緊急対応手順の把握	

その他気づいたこと

事実確認チェックシート(書類確認用) (D5-)

D5票

受理No	R 99 - 施 99	TEST 芦屋	確認日	年 月 日
------	-------------	---------	-----	-------

確認場所		確認者		作成者	
------	--	-----	--	-----	--

高齢者本人に関する記録

<input type="checkbox"/> 施設サービス計画 <input type="checkbox"/> アセスメント記録 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議録 <input type="checkbox"/> 介護記録 <input type="checkbox"/> 生活相談記録 <input type="checkbox"/> 業務日誌・申し送りノート <input type="checkbox"/> 看護記録 <input type="checkbox"/> 診療記録 <input type="checkbox"/> 処方箋 <input type="checkbox"/> 事故報告 <input type="checkbox"/> ヒヤリハット記録 <input type="checkbox"/> 身体拘束の同意書 <input type="checkbox"/> 身体拘束の記録 <input type="checkbox"/> 入所契約書・重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 金銭管理契約書	
---	--

勤務体制・状況の確認

<input type="checkbox"/> 勤務予定表・勤務実績	
-------------------------------------	--

虐待防止に係る意識・取組の確認

<input type="checkbox"/> 事故報告・ヒヤリハット <input type="checkbox"/> 苦情・相談の記録 <input type="checkbox"/> 虐待防止・事故防止に係る研修計画・受講記録 <input type="checkbox"/> 虐待防止・事故防止委員会記録	
--	--

その他気づいたこと

緊急性の判断	<input type="checkbox"/> あり (<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"/> なし		
緊急性の判断根拠	<input type="checkbox"/> 入院・通院が必要 <input type="checkbox"/> 本人・家族が保護を求めている <input type="checkbox"/> 虐待が日常的に行われている <input type="checkbox"/> 虐待につながるリスク要因がある <input type="checkbox"/> 今後重大な結果が生じる、繰り返されるリスクがある <input type="checkbox"/> その他 ()		
対応方針の決定			
要請会議	<input type="checkbox"/> 要請不要 <input type="checkbox"/> コア会議 <input type="checkbox"/> 権利擁護支援センター専門委員会		
措置の適用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
指導内容の検討	通報者への対応		
	高齢者への対応	<input type="checkbox"/> 保護や居所の確保 <input type="checkbox"/> 成年後見の申立 <input type="checkbox"/> 受診・入院の支援 <input type="checkbox"/> その他	
	養介護施設・事業所への指導内容の検討	<input type="checkbox"/> 改善計画書の提出要請 <input type="checkbox"/> 改善勧告 <input type="checkbox"/> その他	
	県への報告	<input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 必要あり	
次回会議	<input type="checkbox"/> 情報共有M <input type="checkbox"/> コアメンバー会議	次回会議予定	年 月 日 : ~
作成日	年 月 日	作成者	

虐待対応計画 (F -)

F票

受理No	R 99 - 施 99	TEST芦屋	事業種別	認知症対応型共同生活
作成した会議	<input type="checkbox"/> コアメンバー会議 (E票 -) <input type="checkbox"/> 評価会議 (G票 -) <input type="checkbox"/> 見直しなし			

	改善を要する事項	改善計画書に記載の取組内容
1		
2		
3		
4		

改善通知送付予定について			評価会議までの予定について				
送付予定日	年	月	日頃	改善計画受理日	年	月	日
改善計画書の期日	年	月	日頃	モニタリング予定日	年	月	日頃
送付日	年	月	日	評価会議予定日	年	月	日頃

モニタリング実施方法・担当者			

作成日	年	月	日	作成日	年	月	日
作成者				作成者			

評価会議記録 (G -)

G票

受理No	R 99 - 施 99	TEST芦屋	事業種別	認知症対応型共同生活
開催日時	年 月 日 : ~		開催場所	
出席者	高齢介護課			
	権利擁護C			

	モニタリングで確認された取組内容	目標達成状況、今後取り組むこと	対応方針
1			<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 変更有り
2			<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 変更有り
3			<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 変更有り
4			<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 変更有り

その他確認事項

- 事実確認において確認された虐待や不適切なケアなどが解消されているか
- 評価時点でその他の虐待や不適切なケアなどが生じていないか
- 個々の改善目標が計画どおり達成されているか
- 改善が進んでいない項目について、新たな取組みの必要性はないか
- 当初指摘した事項以外の点で、虐待に関連して改善を要する事項はないか
- 高齢者の生活を支援する環境として虐待を生ずるような不安要素はないか
- 虐待予防のための取組みが継続して行われているか
- 虐待が生じた場合の対応策が講じられているか
- その他

評価結果まとめ

- 虐待発生要因の解消 (施設・事業所への評価結果の報告日時: 年 月 日)
 - 虐待発生要因の継続 (F 票 -) 計画は継続
 - 虐待対応計画見直し
- (備考)

次回会議	<input type="checkbox"/> 終結会議	<input type="checkbox"/> 評価会議	次回会議予定	年 月 日 : ~
作成日	年 月 日		作成者	

終結シート (H -)

H票

開催日時	年 月 日 : ~	開催場所	
出席者	高齢介護課 権利擁護C	地域福祉課	

受理No	R 99 - 施 99	TEST芦屋	事業種別	認知症対応型共同生活
虐待の対応				
虐待の種類	<input type="checkbox"/> 身体的 <input type="checkbox"/> 介護放棄・放任 <input type="checkbox"/> 心理的 <input type="checkbox"/> 性的 <input type="checkbox"/> 経済的 <input type="checkbox"/> その他			
虐待の状況 (E票より転記)				
要請した会議	<input type="checkbox"/> 要請なし <input type="checkbox"/> コア会議 <input type="checkbox"/> 権利擁護支援センター専門委員会			
権限行使	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 改善勧告 <input type="checkbox"/> 改善命令 <input type="checkbox"/> 指定の効力の全部または一部の停止 <input type="checkbox"/> 指定の取り消し) <input type="checkbox"/> なし			
支援の内容・経過				
終 結				
終結日	年 月 日			
終結とした根拠	<input type="checkbox"/> 事実確認において確認された虐待や不適切なケアなどが解消されている <input type="checkbox"/> 評価時点でその他の虐待や不適切なケアなどが生じていない <input type="checkbox"/> 個々の改善目標が計画どおり達成された <input type="checkbox"/> 改善が進んでいなかった項目についても目標が達成された(新たな取組みを含む) <input type="checkbox"/> 虐待予防のための取組みが継続して行われている <input type="checkbox"/> 虐待が生じた場合の対応策が講じられている <input type="checkbox"/> その他			
虐待の解消を確認した 日時・方法				
再発防止方策の 効果の確認				

作成日	年 月 日	作成者	
-----	-------	-----	--

コア会議検討シート

(1 -)

1票

開催日時	年 月 日 : ~	開催場所	
出席者	福祉部長	監査指導課長	
	高齢介護課長		
	地域福祉課長		
添付資料	<input type="checkbox"/> Maybe-Sheet(A票) <input type="checkbox"/> 情報共有ミーティング記録(B票) <input type="checkbox"/> 事実確認準備票(C票)		
	<input type="checkbox"/> 事実確認チェックシート(D-1、2、3、4、5票) <input type="checkbox"/> コアメンバー会議記録(E票)		
	<input type="checkbox"/> 虐待対応計画(F票) <input type="checkbox"/> その他 ()		

受理No	R 99 - 施 99	TEST芦屋	事業種別	認知症対応型共同生活
会議目的	<input type="checkbox"/> 保護の必要性の判断 <input type="checkbox"/> やむを得ない措置の必要性の判断 <input type="checkbox"/> 関係機関への支援要請の要否 <input type="checkbox"/> 成年後見市長申立ての必要性の判断 <input type="checkbox"/> その他 ()			
判断項目				
保護の必要性	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 入院による保護 <input type="checkbox"/> 福祉施設等による保護) <input type="checkbox"/> なし			
	【根拠】			
やむを得ない事由による措置の必要性	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし			
	【根拠】			
関係機関への支援要請の必要性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	援助要請項目	<input type="checkbox"/> 入院保護 <input type="checkbox"/> 福祉施設等による保護 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
	要請先機関	<input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> 権利擁護支援センター専門委員会 <input type="checkbox"/> その他 ()		
成年後見制度市長申立ての必要性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	【根拠】			
事業所への権限行使	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 改善勧告 <input type="checkbox"/> 改善命令 <input type="checkbox"/> 指定の効力の全部または一部の停止 <input type="checkbox"/> 指定の取り消し) <input type="checkbox"/> なし			
	【根拠】			

作成日	年 月 日	作成者	
-----	-------	-----	--