

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								
【第三者】 （ ）からの情報								

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）

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	

【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 事実確認調査・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】				<input type="checkbox"/>
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】				<input type="checkbox"/>
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"/>
<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】				<input type="checkbox"/>
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】				<input type="checkbox"/>
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】		<input type="checkbox"/>
		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】		<input type="checkbox"/>

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 1」
 （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）

