

障害者虐待防止法にかかる事務処理要領（内規集より抜粋）

（趣旨）

第1条 この要領は、「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」（平成23年法律第79号。以下、「法」という。）の施行に関し、法、関係法令及び「市町村・都道府県における障害者虐待の防止と対応の手引き」（厚生労働省発行。以下、「手引き」という。）に定めるもののほか、本市における法の運用手続について必要な事項を定めるものとする。

（コアメンバー会議）

第4条 課長は、通報等の受理を行った者から報告を受けた時、事実確認が終了した時及び担当者が支援計画案を作成した時にコアメンバーによる法第9条第1項に規定する協議（以下「コアメンバー会議」という。）を開催する。

（ケース会議及び支援計画）

第5条 担当者は、コアメンバーによる協議及びケース会議の結果を踏まえ、関係職員及び被虐待者の関係機関の職員を招集し、支援方針及び支援計画案を作成するものとする。

2 担当者は、前項の支援計画案をコアメンバー会議に諮り、支援計画として取りまとめるものとする。

（事実確認、立入調査、養護者の支援等）

第6条 法第9条から第14条までに規定する措置は、コアメンバー会議によって決定し、担当者及び課長が指定する職員が行うものとする。

2 前項の措置及び職員の指定は、被虐待者の特性、性別、年齢その他必要な事項に十分に配慮して行うものとする。

3 事実確認は、事実確認票や面接票を参考にして必要なことがもれなく確認できるよう準備の上、複数の職員で行うものとする。

4 法第11条第1項に基づく立入調査を行う場合は、必要に応じて、障害者の安全を確保するために障害者虐待事案に係る援助依頼書により、警察署長に対して援助を求めるものとする。

（県への報告及び通知）

第7条 障害者福祉施設従事者等による虐待に係る通報または届出を受けた場合において、事実確認の結果、虐待の事実が認められた場合、または県と共同して事実の確認を行う必要が生じた場合には、法第17条に基づき、県に報告する。

2 使用者による虐待に係る通報または届出を受けた場合において、事実確認の結果、虐待の事実が認められた場合、または県と共同して事実の確認を行う必要が生じた場合には、法第23条に基づき、県に通知する。

(様式1)

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・児童委員 <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"/> 教育機関 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 警察 <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、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(具体的な内容を記載)
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"/> 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"/> 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()
備考()

(様式2 第一表)

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

課長	課長代理	GL	会議	担当
----	------	----	----	----

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

会議日時

会議目的	出席者	細川課長、前田課長代理、磯貝副参事、岸田保健師、官部
虐待事実の判断	被害者本人の意見・希望	<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"/> 放棄・放置 <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
虐待事実の判断根拠	養護者の意見・希望	<input type="checkbox"/> 緊急性なし <input type="checkbox"/> 判断できず <input type="checkbox"/> 緊急性あり
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"/> 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"/> 本人の安全確認ができていない <input type="checkbox"/> その他()
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		※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"/> 緊急分離保護 () <input type="checkbox"/> 入院 () <input type="checkbox"/> 面会制限 <input type="checkbox"/> 在宅サービス導入・調整 () 【措置の適用】 <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 障害者福祉施設 () <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 検討中(理由:) <input type="checkbox"/> 成年後見制度また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()

虐待対応ケース会議記録・計画書(2)～コアメンバー会議用

(様式2第二表)

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」の全体のまどめから記載)				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

虐待対応評価会議記録票

課長	課長代理	GL	会議	担当

本人氏名

計画作成者所属

計画作成者氏名

計画評価: 年 月 日 年 月 日 時 分 ~ 時 分

会議日時: 年 月 日 時 分 ~ 時 分

会議目的		出席者		細川課長、前田課長代理、磯貝副参事、岸田保健師、宮部	
課題番号	目標	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	目標及び対応方法の評価 目標達成 □目標の継続 □目標の変更 ()	目標及び対応方法に変更の場合、()内に記載 □目標の継続 □対応方法の変更 □目標の変更 □対応方法の変更 ()
	虐待発生のリスク状況	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判定欄に該当番号を記入】</p> <p>1. 虐待が発生している</p> <p>2. 虐待の疑いがある</p> <p>3. 一時的に解消(再発の可能性が残る)</p> <p>4. 虐待は解消した</p> <p>5. 虐待は確認されていない</p> </div>		□目標達成 □目標の継続 □目標の変更 () □目標達成 □目標の継続 □目標の変更 () □目標達成 □目標の継続 □目標の変更 () □目標達成 □目標の継続 □目標の変更 () □目標達成 □目標の継続 □目標の変更 ()	□目標の継続 □対応方法の変更 □目標の変更 □対応方法の変更 () □目標の継続 □対応方法の変更 □目標の変更 □対応方法の変更 () □目標の継続 □対応方法の変更 □目標の変更 □対応方法の変更 () □目標の継続 □対応方法の変更 □目標の変更 □対応方法の変更 ()
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)		被害者本人の状況(意見・希望) 養護者の状況(意見・希望)	
新たな対応計画の必要性		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()		今後の対応 1. 権利擁護対応(虐待対応を除く)に移行 2. 包括的・継続的ケアマネジメント支援に移行 3. その他()	