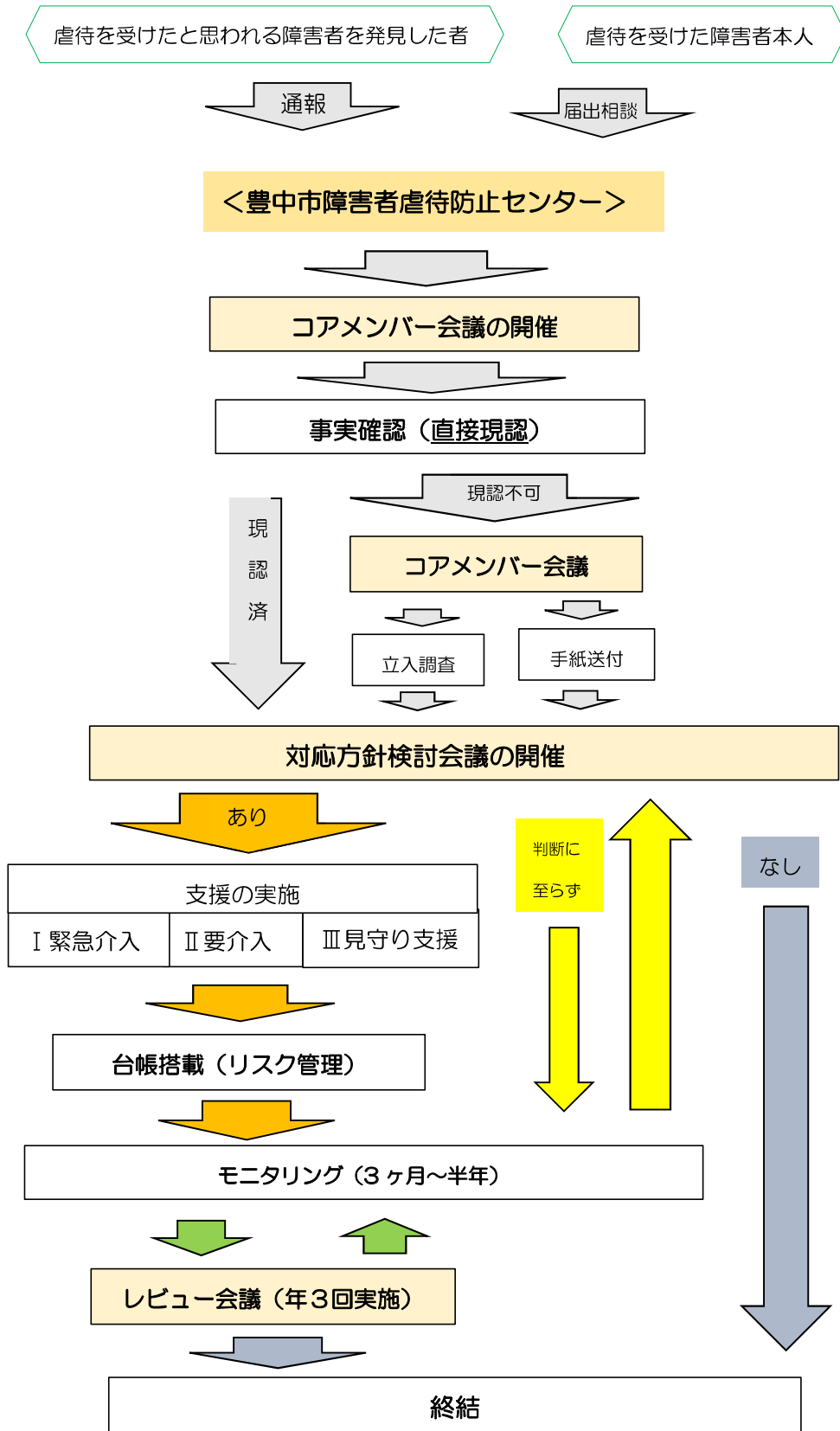


3-② 養護者虐待のフロー図



3-11 警察通報のフロー図

• 警察からは電話連絡後、「障害者虐待事案通報票」が郵送で届く。

通報

<豊中市障害者虐待防止センター>

情報収集・調査票の記入

コア会議

本人の状況確認と障害サービスの案内

対応方針検討会議の開催

「養護者の関係」かどうかを確認し、判断する。

* ほとんどが、「夫婦」や「内縁関係」なので、非該当となり、「虐待なし」の判断になる。

*約 1 か月後に、「その後の対応」の確認電話が警察から掛かってくる

番号・氏名 障がい者虐待（通報等）受付

ケースの番号、名前を記載

この辺りに確認のスタンプを押す

| | |
|--------------|---|
| 受付機関 | <input type="checkbox"/> 豊中市（町村）障がい福祉課 <input type="checkbox"/> 豊中市（町村）虐待防 |
| 通報等に際する虐待の種類 | <input type="checkbox"/> 養護者虐待 <input type="checkbox"/> 施設従事者等による虐待 |
| 疑われる虐待行為 | <input type="checkbox"/> 身体的 <input type="checkbox"/> 性的 <input checked="" type="checkbox"/> 心理的 <input type="checkbox"/> 介護の放棄・放置 <input type="checkbox"/> 経済的 <input type="checkbox"/> その他（ ） |

| | | | | |
|---------------|--------|---|---|--|
| 相談・通報・届出者について | 氏名 | <input type="checkbox"/> 匿名 | 所属機関名 | |
| | 住所 | | | |
| | 本人との関係 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族・親族 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> 当該市町村行政職員 | | |
| | 通報者へ連絡 | <input type="checkbox"/> 承諾 <input type="checkbox"/> 拒否 | <input type="checkbox"/> 相談支援専門員・施設 <input type="checkbox"/> その他（ ） | |

匿名の場合は「匿名」と記載。手がかりとなる情報があれば

通報内容（具体的な相談内容・虐待だと思った事項・虐待者の様子や意見等）

・いつから → 数日前 （ ）週間前 （ ）カ月前 その他（ ）

・頻度は → 毎日 数日おき 週末 週

・具体的内容→

・チェックの抜けが多いので確認を！特に通報内容の「いつから」「頻度は」。不明の場合は「不明」と記載。

通報者の情報源

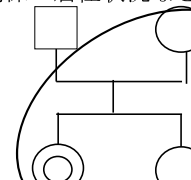
通報者は 実際に目撃した あざ等を見て、又は怒鳴り声泣き声等を聞いて推測した（ ）から聞いた

- ・ 通報内容は分かりやすく、虐待が疑われる状況を記載。
- ・ 「誰が誰に」「起こるきっかけは？」「どんな時に起こる？」なども記載。
- ・ 過去の通報歴があれば記載。
- ・ 通報者が通報、相談した目的や理由など記載。

| | | | |
|----|--|------|--|
| 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 電話番号 | |
| 年齢 | 年 月 日 | 年齢 | 歳 |
| 障害 | <input type="checkbox"/> 発達障がい <input type="checkbox"/> その他(疑い含) () | 級 | <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 () 級 <input type="checkbox"/> その他 () |

| | | |
|-------|---------|---|
| 本人の状況 | 雇用状況 | <input type="checkbox"/> 総合支援施設等 <input type="checkbox"/> 児童福祉施設上 () <input type="checkbox"/> 自立支援医療 <input type="checkbox"/> 地活事業 () <input type="checkbox"/> 市・府事業 () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし |
| | 医療面 | <input type="checkbox"/> 特別なケアを要する事項 () <input type="checkbox"/> 既往症 () <input type="checkbox"/> その他 () 医療機関名【 |
| | 経済状況 | <input type="checkbox"/> 障がい年金受給 () 級 <input type="checkbox"/> 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> その他 () |
| | 障がい支援区分 | <input type="checkbox"/> 区分 () <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 申請中 (年 月) <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> その他 () |
| | 行動障がい | ①強い(区分3、行動関連項目8点以上) <input type="checkbox"/> ②認定調査無いが①と同程度 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> あるが①②以下 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明(理由:) |

生活歴、関係機関等の名称記載

| | | |
|---------|---|---|
| 本人の生活状況 | 【家族関係・居住状況などジェノグラム・エコマップ等】 | 虐待を受けているという自覚 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 () |
| |  <p>家族の情報やキーパーソン、介護者の状況等</p> <p>凡例 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/> 死亡 / 別居 // 離婚</p> | 虐待に対する意思表示 <input type="checkbox"/> 助けを求めている <input type="checkbox"/> サインがある <input type="checkbox"/> 隠そうとする <input type="checkbox"/> 意思表示が困難 <input checked="" type="checkbox"/> () |

| | | | | |
|--------------|--------|---|-------------------|-----------------------------|
| 虐待者の状況(疑い含む) | ふりがな | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 生年月日 | 年 月 |
| | 氏名 | | 職業 | 年齢 歳 |
| | 現住所 | | 電話番号 | |
| | 本人との関係 | 養護者 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 内縁関係 () <input type="checkbox"/> その他 () | 施設 | 事業所名 () サービス種別 () 所在地 () |
| | 特記事項 | 使用者 企業名 | 虐待者の生活歴、関係機関等があれば | |

記 録 冊

- ・最初に目的(何のための電話、面談、訪問か)
- ・家族や関係機関など同席者がいれば記載
- ・対応した者を記載

| 年 月 日 | 記 録 |
|---|--|
| RO. O. O | <本人現認のため訪問>母 |
| 時間 | ●本人からの聞き取り |
| | ・本人からか、他者からか分かるように記載 |
| | ●本人の様子 |
| | ・事実か印象・様子か分けて記載 ・表情や反応など |
| | ●虐待から助言 |
| | 虐待が助言した事、伝えたことを記載 |
| RO. O. O | ★コア会議 |
| | ・コア会議、対応方針会議の実施した日を記載 |
| RO. O. O | ★対応方針会議→虐待あり、モニタリング〇月評価 |
| | <記録を印刷するタイミング> ・対応がすべて終結し記録を回す ・「虐待あり」や「判断に至らず」で一旦モニタリングになったため、記録を回す ↓ ★最後に確認印のスタンプ押す→付箋貼る ・記録が2ページ最後(両面の最後)までいった時点 |
| <記録順番> ●見開き右側 ・通報票 ・事実確認チェックシート ・コア会議 ・対応方針会議 | |
| ●見開き左側 ・記録票 ・聞き取りまとめシート(施設従事者虐待の場合) ・支給決定調書(フェイスシート) ・警察からの通報票 ・参考資料(地区担の記録、計画相談の基本情報) | |