

### 高齢者虐待サインチェックシート

記入者	・匿名	記入者 連絡先	TEL	記入日	
高齢者 氏名		高齢者 住所			・不明

チェック欄	番号	サイン例
共通のサイン	1	・通常の行動が不自然に変化する
	2	・たやすく怯えたり、恐ろしがったり、過度に怯えたり、恐怖を示す
	3	・人目を避け、多くの時間を一人で過ごす
	4	・医師や福祉・保健の関係者に話すこと、援助を受けることをためらう
	5	・医師や福祉・保健の関係者に対する話の内容がしばしば変化する
	6	・睡眠障害がある
	7	・不自然な体重の増減がある
	8	・物事や周囲のことに対して極度に無関心である
	9	・強い無力感、あきらめ、なげやりな態度などが見られる
身体的虐待のサイン	10	・説明のつかない傷が頻繁に見られる
	11	・腿の内側や上腕部の内側、背中などに傷やみみずばれがある
	12	・回復状態がさまざまな段階の傷や痣、骨折の跡がある
	13	・頭、顔、頭皮などに傷がある
	14	・臀部や手のひら、背中などにやけどややけどの跡がある
	15	・「家にいたくない」、「蹴られる」などの訴えがある
	16	・傷や痣に関する説明のつじつまが合わない
高齢者の自己放任のサイン 養護者の世話放棄・	17	・居住する部屋、住居が極端に非衛生的である、あるいは異臭がする
	18	・部屋の中に衣類やおむつなどが散乱している
	19	・寝具や衣服が汚れたままであることが多い
	20	・濡れたままの下着を身につけている
	21	・かなりの潰ようや褥そうができています
	22	・身体からかなりの異臭がする
	23	・適度な食事が準備されていない
	24	・不自然に空腹を訴える場面が増えてきている
	25	・栄養失調の状態にある
	26	・疾患の症状が明白にあるにもかかわらず、医師の診断を受けていない
心理的虐待のサイン	27	・かきむしり、かみつき、ゆすりなどが見られる
	28	・不規則な睡眠(悪夢、眠ることへの恐怖、過度の睡眠など)の訴えがある
	29	・おびえる、わめく、泣く、叫ぶなどの反応が見られる
	30	・食欲の変化が激しく、摂食の障害(過食、拒食)が見られる
	31	・自傷行為が見られる
	32	・無力感、あきらめ、投げやりな様子になる
	33	・体重が不自然に増えたり、減ったりする
性的虐待のサイン	34	・不自然な歩行がみられる、又は座位を保つことができない
	35	・肛門や性器からの出血や傷がある
	36	・生殖器の痛み、かゆみを訴える
	37	・通常的生活行動に不自然な変化が見られる

経済的虐待 のサイン	38	・年金や財産などがあり財政的に困っているはずはないのに、お金がないと訴える
	39	・財政的に困っていないのに、本人や家族に費用負担のあるサービスを受けたがらない
	40	・自由に使えるお金が無いと訴える
	41	・サービスの費用負担や生活費の支払いが突然できなくなる
	42	・資産の状況と衣食住など生活状況との落差が激しい
	43	・知らないうちに預貯金が引き出されたといった訴えがある
家族介護に 見られるサイン	44	・高齢者に対して冷淡な態度や無関心さが見られる
	45	・高齢者の世話や介護に対する拒否的な発言をしばしばしている
	46	・高齢者の健康に関して関心が低く、受診や入院の勧めを拒否する
	47	・他人の助言を聞き入れず、不適切な介護方法へのこだわりがある
	48	・高齢者に対して過度に乱暴な口のききかたをする
	49	・経済的に余裕があるように見えるのに高齢者に対してお金をかけようとしていない
	50	・福祉や保健の専門家に会うことを嫌がる

**「虐待かどうかわからない…」と思わないで。手をさしのべるのはあなたです。  
介護保険課、各支所市民福祉課、又は、お近くの地域包括支援センターに  
お気軽にご相談ください！！**

## ◎高齢者虐待に関する相談窓口

◇酒田市高齢者支援課                      酒田市本町二丁目 2 - 4 5                      TEL 0234-26-5755

◇各支所地域振興課

八幡総合支所              TEL 0234-64-3113

松山総合支所              TEL 0234-62-2611

平田総合支所              TEL 0234-52-3911

◇酒田市地域包括支援センター

地域包括支援センターなかまち              酒田市中町三丁目 5-23              TEL 0234-23-5591

地域包括支援センターにいだ              酒田市新橋二丁目 1-19              TEL 0234-22-2640

地域包括支援センターはくちょう              酒田市緑町 13-38              TEL 0234-21-0818

地域包括支援センターあけぼの              酒田市曙町二丁目 26-1              TEL 0234-26-7789

地域包括支援センターかわみなみ              酒田市黒森字葎葉山 54-10              TEL 0234-92-3451

地域包括支援センターほくぶ              酒田市本楯字地正免 22-3              TEL 0234-28-2002

地域包括支援センターひがし              酒田市関字向 126-2              TEL 0234-94-2470

地域包括支援センターやわた              酒田市市条字荒瀬 115              TEL 0234-64-3777

地域包括支援センターまつやま              酒田市字山田 32-1              TEL 0234-61-4033

地域包括支援センターひらた              酒田市檜橋字大柳 1-16              TEL 0234-52-3895

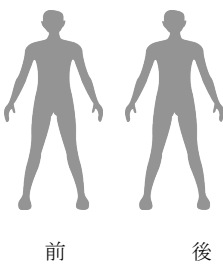
※酒田市個人情報保護条例により、記入者名、サインチェックシートは公表されません。

## 虐待相談受付票

相談日時	令和 年 月 日 ( )	受付方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 来所
受付者		所属包括	
相談者 (関係)	<input type="checkbox"/> 被虐待者本人	<input type="checkbox"/> 匿名の希望あり <input type="checkbox"/> 職務記録のため匿名 <input type="checkbox"/> 要配慮	
相談者住所		電話番号	
相談者主訴	<input type="checkbox"/> 概要に記載		
被虐待者 氏名(かな)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 年 <input type="checkbox"/> 昭和 月 <input type="checkbox"/> 平成 日 歳
被虐待者 住所		電話番号	
介護保険の 状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 更新中 介護度( ) ケアマネ( )		
利用サービス			
受診機関			
虐待者氏名 (関係)		生年月日	<input type="checkbox"/> 不明
虐待者住所	<input type="checkbox"/> 相談者に同じ	電話番号	<input type="checkbox"/> 相談者に同じ
養護者氏名	<input type="checkbox"/> 虐待者に同じ	生年月日	<input type="checkbox"/> 虐待者に同じ <input type="checkbox"/> 不明
養護者住所	<input type="checkbox"/> 虐待者に同じ	電話番号	<input type="checkbox"/> 虐待者に同じ <input type="checkbox"/> 不明
虐待の種類	<input type="checkbox"/> 身体的 <input type="checkbox"/> 心理的 <input type="checkbox"/> 性的 <input type="checkbox"/> 経済的 <input type="checkbox"/> 介護放棄		
概要:	世帯構成 ○女性 <input type="checkbox"/> 男性 ◎対象者 ■死亡 同居家族は○で囲む		
虐待程度の判断: <input type="checkbox"/> 緊急事態 <input type="checkbox"/> 要介入 <input type="checkbox"/> 要見守り・支援			
対応: <input type="checkbox"/> 関係者情報収集中 <input type="checkbox"/> 本人居所訪問【 <input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 施設・ <input type="checkbox"/> 病院・ <input type="checkbox"/> その他( )】 <input type="checkbox"/> モニタリングの開始 <input type="checkbox"/> 高齢者支援課へ報告【対応者: 】 <input type="checkbox"/> 行政同行調整:日時 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )			
記録日:令和 年 月 日( )			

### 緊急度・重傷度チェックシート

	高齢者の状況		具体的に記述	虐待につながるリスク要因	
	客 観 的 状 況	意思疎通	できる		認知症状況
できない			ADL 状況		自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
保護の希望		あり	問題行動		なし 徘徊 暴力行為 昼夜逆転 不潔
		なし	性格的問題		なし 衝動的 攻撃的 粘着質 依存的
差し迫った状況の訴え		あり	精神疾患等		なし うつ病 統合失調症 その他
なし		依存症など	なし アルコール 薬物 その他		

	高齢者の状況	具体的に記述	分離必要度判断基準
身 体 的 な 状 況	①すり傷・切り傷 ②皮下・内出血 ③打撲 ④骨折 ⑤火傷 ⑥褥瘡 ⑦その他 ( )	≪外傷の程度≫ ⑩痛みを恐怖を与える程度 ⑪全身性・広範囲・大きい ⑫数ヶ所または小さい ⑬その他 ( )	(A~C どれか1つに該当すれば分離) A 頭部外傷(血腫等)・意識混濁・全身衰弱等が見られる場合や入院・通院を要するような場合 B 新旧の傷・あざの様子等から明らかに繰り返しと推定される場合 C 高齢者の状況項目に3項目以上、かつ頻度が「ほぼ毎日」の場合
	⑧不自然な体重減少がある ⑨拘束・抑制をされる ⑩睡眠を取らせない ⑪意識混濁や全身衰弱がみられる ⑫精神的に不安定・判断力低下 ⑬その他 ( )		
心 理	⑭ほぼ毎日 ⑮週2回くらい ⑯その他 ( )		高齢者の状況項目に2項目以上かつ頻度が「ほぼ毎日」の場合(それ以外の場合、そのことにより自殺未遂やうつ病などの重篤な精神状態にある場合)
	⑰過度のおびえ・恐怖心がある ⑱暴言・悪口・厄介者扱いされる ⑲嫌がらせ・無視をされる ⑳その他 ( )		
経 済	㉑ほぼ毎日 ㉒週2回くらい ㉓その他 ( )		高齢者の状況項目に2項目以上の場合(㉑に関しては1項目でも該当)かつ、そのことにより生命の危機にある場合
	㉔ライフラインが止められる ㉕年金・預貯金を勝手に使われている ㉖不動産等を無断売却される ㉗資産と日常生活の開きが大きい ㉘その他 ( )		
清 潔	㉙入浴をさせず異臭がする ㉚裸で放置されている ㉛衣服等が著しく汚れている ㉜汚物・排泄物が放置されている ㉝その他 ( )		高齢者の状況項目に2項目以上の場合で、そのことにより生命の危機にある場合
	㉞食事をほとんど与えられない ㉟出された食事がいつのものか不明 ㊱脱水・栄養失調気味である ㊲その他 ( )		
食 事			高齢者の状況項目に2項目以上の場合(㉞に関しては1項目でも該当)または、そのことにより生命の危機にある場合

医療	㊸ 必要なのに介護者が受診させない ㊹ 本人が受診を拒否する ㊺ 過度な薬物投与をされる ㊻ その他 ( )	高齢者の状況項目に1項目以上で、そのことにより生命の危機にある場合
----	---	-----------------------------------

### 《介護者・家族について》

	高齢者の状況	具体的に記述	分離必要度判断基準
環境	㊼ 同居しているが不在が多い ㊽ 警察通報されるほどのトラブルが頻繁に起きている ㊾ 一人で介護や子育てなど複数を見ている ㊿ その他 ( )		介護者・家族の状況項目の環境に1項目以上で、態度に3項目以上ある場合  ㊼・㊽・㊾・㊿に関しては1項目でもそのことにより生命の危機にある場合、もしくは生命の危機になることが明らかに予測される場合
態度など	㊽ 被虐待者との関係が悪く、拒否的な感情が強い ㊾ 介護の負担感・疲れが大きい ㊿ 性格的問題がある(衝動的・攻撃的・粘着質・依存的など) ㊽ 介護技術・知識が著しく不足しているため適切な介護が行えない ㊾ 被虐待者に対してすぐに興奮したり、怒鳴ったりする ㊿ 精神的に不安定な状況やうつ病等の治療をしていたり、アルコール依存、薬物依存、精神障害、知的障害、認知症等があったりして適切な介護が行えない ㊽ 被虐待者に無関心で放置している ㊾ 介護サービスなど必要なサービスを利用させない ㊿ その他 ( )		

### 《方針》 現時点での方向性を確認する

※個別ケース会議で支援決定を行うこと

<input type="checkbox"/> 身体的な状況・心理・経済・清潔・食事・医療・介護者家族についての7項目で1つでも分離基準に該当する場合	分離も視野にいれた支援の検討
<input type="checkbox"/> 7項目内の高齢者状況および介護者・家族の状況にチェックがつくものの分離判断基準には該当しない	集中的・継続的な支援を検討

様式 4

高齢者虐待事案に係る援助依頼書 酒田警察署長 殿		第 号 年 月 日 酒 田 市 長		
高齢者虐待防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律第 12 条第 1 項、 及び同条第 2 項の規定により、次のとおり援助を依頼します。				
依頼事項	日 時	年 月 日 時 分～ 時 分		
	場 所			
	援助方法	<input type="checkbox"/> 調査の立会い <input type="checkbox"/> 周辺での待機 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
高 齢 者	(ふりがな)		性 別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
	氏 名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
			職 業	
	住 所	酒田市 <div style="text-align: right;">電 話 ( )</div>		
職 業 等				
養 護 者 等	(ふりがな)		性 別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
	氏 名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
			職 業	
	住 所	<input type="checkbox"/> 上記に同じ <input type="checkbox"/> その他 ( ) <div style="text-align: right;">電 話 ( )</div>		
	職 業 等			
虐 待 の 状 況	行 為 類 型	<input type="checkbox"/> 身体的虐待 <input type="checkbox"/> 養護の著しい怠り <input type="checkbox"/> 心理的虐待 <input type="checkbox"/> 性的虐待 <input type="checkbox"/> 経済的虐待		
	虐待の内容			
高齢者の生命または身体に重大な危険が生じていると認める理由				
警察の援助を必要とする理由				
担当者・連絡先	所 属		氏 名	
	電 話	( )		内 線 ( )

< 表 面 >

養介護施設従事者等による高齢者虐待について

本件は、当市町村において事実確認を行った事案

養介護施設従事者等による高齢者虐待の事実が認められた事案である。

特に、下記の理由により、悪質なケースと判断したため、県の迅速な対応を行う必要がある事案である。

更に県と共同して事実の確認を行う必要がある事案である。

[

1 養介護施設等の名称、所在地及びサービス種別

○名 称： \_\_\_\_\_

○サービス種別： \_\_\_\_\_

(事業所番号： \_\_\_\_\_)

○所 在 地： \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

2 養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けた又は受けたと思われる高齢者の性別、年齢階級及び要介護度その他心身の状況

性 別	男 ・ 女	年 齢 階 級 (注)	
要 介 護 度 等	要支援	1 2	
	要介護	1 2 3 4 5	
	その他		
心 身 の 状 況			

(注) 該当する番号を記載すること

1 65～69歳 2 70～74歳 3 75～79歳 4 80～84歳

5 85～89歳 6 90～95歳 7 95～99歳 8 100歳以上

3 虐待の種別、内容及び発生要因

虐 待 の 種 別	身体的虐待	介護・世話の放棄・放任
	心理的虐待	性的虐待 経済的虐待
	その他 ( _____ )	
虐 待 の 内 容		
発 生 要 因		

＜ 裏 面 ＞

4 虐待を行った養介護施設従事者等の氏名、生年月日及び職種

氏 名 (※)		生年月日 (※)	
(資格を有する者についてはその資格及び職名を、その他の者については職名及び職務内容を記載すること。)			

(※) 印の項目については、不明の場合には記載しなくてもよい。

5 市町村が行った対応

<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 施設等に対する指導</li><li><input type="checkbox"/> 施設等からの改善計画の提出依頼</li><li><input type="checkbox"/> 虐待を行った養介護施設従事者への注意・指導</li><li><input type="checkbox"/> 介護保険法の規定に基づく勧告・命令・処分</li><li><input type="checkbox"/> その他（具体的に記載すること）</li></ul> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">( )</div>
--

6 虐待を行った養介護施設において改善措置が行われている場合にはその内容

<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 施設等からの改善計画の提出</li><li><input type="checkbox"/> 介護保険法の規定に基づく勧告・命令等への対応</li><li><input type="checkbox"/> その他（具体的に記載すること）</li></ul> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">( )</div>
--

高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律第 22 条第 1 項の規定に基づき、上記のとおり報告する。

令和 年 月 日

山形県健康福祉部長 殿

市町村長名

市町村 長 印
------------



## 高齢者虐待事案に係る立入調査実施報告書

年 月 日

高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律第11条第1項の規定により実施した立入調査結果を、下記のとおり報告します。

対象高齢者	氏名	
	生年月日	年 月 日 ( 歳)
	住所	
実施日時	年 月 日 時 分 ~ 時 分	
実施場所		
実施理由		
実施担当者	(所属)	(職氏名)
同行関係者	(関係・所属)	(職氏名)
警察署援助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
調査時の養護者	(氏名)	(高齢者との関係)
調査結果	<input type="checkbox"/> 虐待の事実あり <input type="checkbox"/> 虐待の事実なし	
虐待の種類	<input type="checkbox"/> 身体的虐待 <input type="checkbox"/> 介護・世話の放棄・放任 <input type="checkbox"/> 心理的虐待 <input type="checkbox"/> 性的虐待 <input type="checkbox"/> 経済的虐待	
緊急性	<input type="checkbox"/> あり (生命や身体に危険のある状況) <input type="checkbox"/> なし	
意思確認	本人	<input type="checkbox"/> 判断能力あり <input type="checkbox"/> 判断能力なし
	養護者	<input type="checkbox"/> 援助承諾 <input type="checkbox"/> 援助拒否
調査後の対応	<input type="checkbox"/> 緊急入院 (入院先) <input type="checkbox"/> 一時保護 (保護先) <input type="checkbox"/> その他	

報告者職氏名 \_\_\_\_\_