

3 相談・通報等の受理後の対応

(1) 市町村による対応の流れ

通報等を受けた市町村は、通報等内容の事実確認や高齢者の安全確認を行います。相談・通報受理後の対応については、基本的には、養護者による虐待への対応と同様です(第1章Ⅱ「養護者による高齢者虐待対応の流れ」参照)。

利用者の生命・安全に関わる等の緊急性の高い事案については、迅速に対応します。

高齢者虐待対応担当部署に寄せられた通報等の内容について、情報共有を行い、通報等の内容から高齢者虐待に該当する可能性があるかと判断された場合は、以下の方法から適切なものを検討のうえ、養介護施設等へ直接訪問して事実確認を行うことが基本となります。

ア. 高齢者虐待防止法第 24 条を受け、老人福祉法第5条の4第2項に基づく事実確認(任意調査)

イ. 介護保険法第 23 条、第 24 条に基づく運営指導(旧実地指導)

ウ. 老人福祉法及び介護保険法の規定(下表参照)に基づく監査及び立入検査(以下、「立入検査等」)

介護保険法に基づく施設・事業所	<ul style="list-style-type: none">・ 居宅サービス：第 76 条・ 居宅介護支援：第 83 条・ 介護老人保健施設：第 100 条・ 介護医療院：第 114 条の 2・ 介護予防サービス：第 115 条の 7・ 地域密着型介護予防サービス：第 115 条の 17・ 介護予防支援：第 115 条の 27	<ul style="list-style-type: none">・ 地域密着型サービス：第 78 条の 7・ 介護老人福祉施設：第 90 条
老人福祉法に基づく施設・事業所	<ul style="list-style-type: none">・ 第 18 条 (老人居宅生活支援事業、老人デイサービスセンター、老人短期入所施設、老人介護支援センター、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム)・ 第 29 条第 13 項 (有料老人ホーム)	

任意調査及び運営指導は当該養介護施設等の任意の協力のもとに行われることが前提となりますが、明らかに高齢者虐待が疑われる際や、当該養介護施設等の協力が得られない、あるいは事実の隠蔽や虚偽報告等が疑われる際は、行政処分の可能性を視野に入れ、立入検査等に切り替えて事実確認を行う必要があります。

任意調査又は運営指導による事実確認を実施する場合は、事前に根拠規定及び目的、日時及び場所、担当者、当該養介護施設等の出席者(役職名等で可)、準備すべき書類等、当日の進め方(実施する運営指導の形態、スケジュールなど)を通知することが原則必要ですが、当日や直前に上記の内容を通知し、連絡から時間を空けずに事実確認を実施します。ただし、あくまでも養介護施設等の任意の協力を前提に行われる行政指導であることに留意が必要です。

立入検査等による事実確認を実施する場合は、証拠隠滅等を防ぐため、事前に連絡する必要はなく、立入検査等の開始時に、根拠規定、日時及び場所、担当者、当該養介護施設等の出席者（役職名等で可）、必要な書類等、虚偽の報告又は答弁、検査忌避等による罰則規定等を記載のうえ、通知を行います。なお、証拠保全や通報者保護の観点からも、立入検査等による事実確認を実施する理由は、伝える必要がありません。

①事実の確認・調査内容及び調査方法

養介護施設等への事実確認は一度で終了しない場合もあり、複数回実施する必要があることを念頭におき予定を組む必要があります。

通報内容から緊急性や深刻度が高い事態が想定される場合は、高齢者の安否確認・安全確保を最優先で行うことが求められることから、高齢者との面接等によって心身状態が確認できる職員（医療職等）の同行が望ましいです。また、あらかじめ他の施設や医療機関において一時保護等が可能となるよう、受け入れ調整を行うことが必要です。

ア. 高齢者本人及び他の利用者への調査

高齢者への面接調査では、まず高齢者の安全や心身の状態を、目視や健康管理記録等で確認することを優先します。また、高齢者が怯えていたり、不安な状態にいたりしないかを観察して高齢者の精神状態を把握することも必要です。

高齢者の希望や意向を汲み取れるよう十分配慮しながら質問します。

高齢者への面接は、原則として養介護施設等の職員が立ち会わない状況で行い、通報等の内容に関する事実確認を行います。コミュニケーションが困難な高齢者に対しては、質問時の表情やしぐさ、居室内外の環境等を注意深く観察し、通報等の内容を検討します。

他の利用者に対しても虐待や権利利益の侵害等が行われている可能性も考えられることから、また、通報内容の特定を避けるためにも、可能な範囲で他の利用者に対しても面接調査を行います。

イ. 養介護施設従事者等への調査

事実確認では、虐待の事実だけでなく虐待発生の背景となっている当該養介護施設等の問題を明らかにするための確認も行います。

可能であれば職員名簿及び勤務シフト表の提供を受け、管理者層（事業所長等）や現場責任者（介護主任やフロア責任者等）、一般職員に分け、一人ずつ個別に面接します。

ウ. 各種記録・規程等の確認

高齢者のサービス利用状況、介護記録・看護記録等とともに、利用者全員に係る記録類、虐待を行った職員（疑いを含む）に関する記録類、事故報告書・ヒヤリハット

記録、「高齢者虐待防止措置」及び「身体的拘束等の適正化のための措置」等の取り組みについても確認します。

勤務表に基づき、虐待が発生した疑いの期日に勤務していた職員は誰か、勤務体制に問題がなかったのかを確認します。

経済的虐待が疑われる場合には、金銭管理契約書や通帳、出納帳等も確認します。

通報等の内容や適切とはいえない行為等に関連する記載があった場合は、その書類をコピーするなどの方法で記録を残しておきます。

エ. 施設・事業所内の点検

高齢者の居室やフロア内、浴室やトイレ、廊下などを確認し、居室の配置や衛生面、虐待につながるおそれのある構造上の問題はないか等をチェックし、養介護施設等全体の様子を観察します。

高齢者のアザ等に関する通報等の場合は、何によってできた可能性があるのかを推測しながら点検します。

②各帳票の例

次ページ以降には帳票の例として、公益社団法人日本社会福祉士会が作成した以下の書式があります。

「情報共有・協議票」

「事実確認準備票」

「面接調査票」

（高齢者本人用）

（管理者用、虐待を行った疑いのある職員用）

※その他高齢者用、主任・リーダー用、一般職員用は本マニュアル不掲載

「各種書類等確認票」

「養介護施設・事業所の状況把握・点検票」

※帳票のデータは日本社会福祉士会の web サイトからダウンロード可能です。

https://www.jacsw.or.jp/csw/dataroom/kenri/gyakutai_taio/01.html

※養介護施設従事者等による高齢者虐待対応帳票 Ver. I-2

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： _____

【基本情報】

高齢者本人	氏名： <input type="checkbox"/> 特定できず	性別：	年齢： _____ 歳・不明
施設・事業所	名称：	種別： <input type="checkbox"/> 指定介護保険施設・事業所 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 指定障害福祉施設・事業所	

【情報収集依頼項目】

1. 介護保険担当部署、指導監査担当部署への依頼事項

高齢者本人の情報	本人の状況	<input type="checkbox"/> 年齢 <input type="checkbox"/> 性別 <input type="checkbox"/> 要介護度 <input type="checkbox"/> 保険者 <input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 障害者・認知症日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 成年後見人等の有無	依頼日時 (月 日 () 午前/午後 時 分) 依頼先 () 依頼者 ()
	サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 担当介護支援専門員 <input type="checkbox"/> ケアプランの内容 <input type="checkbox"/> 当該施設・事業所サービスの利用開始時期	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 ()
当該施設・事業所に関する情報	高齢者虐待	<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) 依頼者 ()
	監査の状況	<input type="checkbox"/> 監査結果 <input type="checkbox"/> 監査日 <input type="checkbox"/> 改善状況	依頼日時 (月 日 () 午前/午後 時 分) 依頼者 ()
	指導の状況	<input type="checkbox"/> 実地指導結果 <input type="checkbox"/> 実施指導日 <input type="checkbox"/> 改善状況	依頼日時 (月 日 () 午前/午後 時 分) 依頼者 ()
	苦情の状況	<input type="checkbox"/> 苦情の内容 <input type="checkbox"/> 日時 <input type="checkbox"/> 改善状況	依頼日時 (月 日 () 午前/午後 時 分) 依頼者 ()
	事故報告	<input type="checkbox"/> 事故報告内容 <input type="checkbox"/> 報告日時 <input type="checkbox"/> 改善状況	依頼日時 (月 日 () 午前/午後 時 分) 依頼者 ()
その他	<input type="checkbox"/>	依頼日時 (月 日 () 午前/午後 時 分) 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 ()
障害福祉	<input type="checkbox"/> 障害者手帳有無 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス利用状況	依頼日時 (月 日 () 午前/午後 時 分) 依頼先 () 依頼者 ()
医療	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> 国民健康保険	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. 都道府県等関係機関への依頼事項

都道府県による監査の状況	<input type="checkbox"/> 監査結果 <input type="checkbox"/> 監査日 <input type="checkbox"/> 改善状況	依頼日時 (月 日 () 午前/午後 時 分) 依頼先 () 依頼者 ()
都道府県による指導の状況	<input type="checkbox"/> 実地指導結果 <input type="checkbox"/> 実施指導日 <input type="checkbox"/> 改善状況	依頼日時 (月 日 () 午前/午後 時 分) 依頼先 () 依頼者 ()
都道府県への苦情	<input type="checkbox"/> 苦情の内容 <input type="checkbox"/> 日時 <input type="checkbox"/> 改善状況	依頼日時 (月 日 () 午前/午後 時 分) 依頼先 () 依頼者 ()
国保連合会への苦情	<input type="checkbox"/> 苦情の内容 <input type="checkbox"/> 日時 <input type="checkbox"/> 改善状況	依頼日時 (月 日 () 午前/午後 時 分) 依頼先 () 依頼者 ()
運営適正化委員会への苦情	<input type="checkbox"/> 苦情の内容 <input type="checkbox"/> 日時 <input type="checkbox"/> 改善状況	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 ()

公益社団法人日本社会福祉士会作成Ver 1-2 (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) 作成帳票類等を参考に作成)

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： _____

事実確認調査の根拠	<input type="checkbox"/> 監査（介護保険法・老人福祉法 第 条に基づく） <input type="checkbox"/> 実地指導（介護保険法第23条に基づく） <input type="checkbox"/> 高齢者虐待防止法による任意調査 <input type="checkbox"/> 養護者による高齢者虐待として実施 理由：
事実確認調査日時	年 月 日 () 午前/午後 時 分
施設・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	養介護施設従事者等による高齢者虐待担当部署（部署名： _____） 参加者： 役職 氏名 ， 役職 氏名 役職 氏名 ， 役職 氏名
	養介護施設等指導監査担当部署（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"/> 保健師等の医療専門職の参加 <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、施設・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、早急に老人福祉法・介護保険法による指導検査等が必要と考えられる場合 <input type="checkbox"/> 指導等を繰り返している施設・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 (_____)
高齢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・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 分迄	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"/> 介護保険検査証 <input type="checkbox"/> 通知文書
調査中	午前／午後 時 分～ 時 分迄	【虐待を受けた疑いのある高齢者面接】 対象者____名 (氏名：) (氏名：)	担当： 担当：		<input type="checkbox"/> 面接調査票（高齢者本人用） <input type="checkbox"/> 血圧計等バイタル測定セット <input type="checkbox"/> 長谷川式スケール
	午前／午後 時 分～ 時 分迄	【その他高齢者面接】 対象者____名 (氏名：) (氏名：)	担当： 担当：		<input type="checkbox"/> 面接調査票（その他の高齢者用） <input type="checkbox"/> 血圧計等バイタル測定セット <input type="checkbox"/> 長谷川式スケール
	午前／午後 時 分～ 時 分迄	【管理者面接】 対象者____名 (職名・氏名：) (職名・氏名：)	担当： 担当：		<input type="checkbox"/> 面接調査票（管理者用）
	午前／午後 時 分～ 時 分迄	【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（主任・リーダー用）
	午前／午後 時 分～ 時 分迄	【一般職員面接】 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（一般職員用）
	午前／午後 時 分～ 時 分迄	【虐待を行った疑いのある職員への面接】 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職員用）
	午前／午後 時 分～ 時 分迄	【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 分迄	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 分迄	施設・事業所内の状況把握・点検	担当： 担当：		<input type="checkbox"/> 養介護施設・事業所の状況把握・点検票
	午前／午後 時 分～ 時 分迄	全体の統括・調整	担当：		
調査後	午前／午後 時 分～ 時 分迄	調査結果の確認と課長への報告 施設・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 分迄	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 :
- 施設長など管理者が不在の場合 :
- 高齢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（高齢者本人用）

面接者：_____，記録者_____ 確認日時： 年 月 日（ ）午前/午後 時 分～ 時 分

高齢者本人氏名		性別		生年月日	年 月 日生	年齢	歳
面接場所	<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 施設・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）							
【高齢者本人】 ※高齢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							
【高齢者本人に関する情報】							
<input type="checkbox"/> 施設・事業所職員からの情報							
<input type="checkbox"/> 第三者（ ）からの情報							

面接調査票（高齢者本人用）－聞き取りシート

面接日： 年 月 日（ ）午前／午後 時 分～ 時 分

面接者： _____ 記録者： _____

1 聞き取り調査対象高齢者

氏名		生年月日	□明□大□昭	年 月 日
年齢	歳	性別	□	
介護認定	□要介護（ ） □要支援（ ） □その他（ ）			
認知症	□無 □有（日常生活自立度 ）			
居所		面接場所		
同席者	□無 □有→ □職員 □家族等 □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 施設・事業所のサービス	サービスを利用して気持ちよく過ごせていますか	はい・いいえ・反応無	
	ご飯はおいしいですか	はい・いいえ・反応無	
	お風呂は気持ち良く入っていますか	はい・いいえ・反応無	
	時々、外出はされていますか	はい・いいえ・反応無	
	夜はよく眠れていますか	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	
2 虐待（怖いこと等）	職員はやさしいですか	はい・いいえ・反応無	
	職員は呼ぶとすぐ来てくれますか	はい・いいえ・反応無	
	職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	
	他の人が職員に叩か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	
	職員に叩かれることはありますか	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）職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	

※在宅サービス利用者には該当しない質問項目も含まれています。

面接調査票（管理者用）

面接日時： 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】

職員氏名	
職種	<input type="checkbox"/> 施設長 <input type="checkbox"/> 管理職（ ）
資格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修修了者 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 特になし
経験年数等	経験年数（ ） 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（1／3）】

		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（報告を受けていますか）			報告を受けた内容
	②〇〇さんの事案（けが等）について、発生した状況や原因を把握していますか			発生状況、原因等
	③〇〇さんやご家族等に対して何らかの対応を行いましたか			対応した内容
	④施設・事業所の職員に対して何らかの対応を行いましたか			対応した内容
	⑤以前にも、〇〇さんに同様のことがありましたか			いつ頃、どのように対応したか（再発防止含）
	⑥〇〇さんへの介護に関して、介護のしづらさや困難なことはありましたか			介護が困難な状況、対処方針
	⑦〇〇さんへの介護に関して、配慮をされていることはありますか			配慮内容、職員間で共有できていたか
虐待が 疑われる 職員等	（虐待を行った疑いのある職員が特定されていない場合） ①職員の中で、介護方法や知識、利用者へ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			誰が、どのような点で
	②（いる場合）どのように対応しましたか			指導内容等
	（虐待を行った疑いのある職員が特定されている場合） ③△△さんの日頃の勤務状況やケアに問題を感じることはありますか			どのような点で
	④（問題を感じる場合）どのように対応しましたか			指導内容等
通報等 以外の 虐待等 発生 状況	①利用者から怒鳴られたり、叩かれたりすることはありますか、どのように対応しましたか			対応内容
	②職員が、利用者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			いつ、どこで、誰が、誰に、どのように
	③利用者が特定の職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			誰が、誰を、対応内容
	④施設・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			聞いた内容、対応内容

【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高齢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			手順、職員への浸透状況
	②施設・事業所で、高齢者虐待防止に関する取り組みは行われていますか			取組内容、職員への浸透状況
	③高齢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）			活用状況
	④高齢者虐待防止法の内容を知っていますか			
高齢者ケア	①利用者の状態変化に応じて、アセスメントやサービス計画の見直しは行われていますか			
	②利用者の介護が困難な場面での対応方針を立て、職員間で共有していますか			
	③サービス担当者会議は定期的に行っていますか			開催頻度、参加メンバー等
	④あなたが、介護・看護記録を見て、何らかの指導や指示をすることはありますか			
身体拘束廃止・事故への対応	①身体拘束を行っている利用者はいますか、その時に身体拘束に関する手順を踏まえていますか			行っている手順
	②施設・事業所では、身体拘束廃止に向けた取り組みを行っていますか			取組内容
	③利用者に傷やあざ等を発見した場合、職員による記録や報告はなされていますか			
	④事故等は発生した際には、必ず市町村や都道府県に報告していますか			
	⑤施設・事業所では、事故やヒヤリハット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			取組内容
苦情処理	①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	①施設・事業所ではどのような研修を開催していますか、職員全員が参加できるよう工夫していますか			開催回数、研修内容等
	②研修には管理職も参加していますか			
	③職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			参加回数、研修内容等

【聞き取り事項（3／3）】

		はい	いいえ	聞き取り内容
施設・事業所の運営	①定期的に施設・事業所内を見回っていますか			頻度（1日に 回程度）
	②身体拘束廃止や利用者の権利擁護に関する委員会や会議は定期的に開催していますか			実施状況
	③施設・事業所運営に職員の意見を反映させる機会を設けていますか			実施状況
	④施設・事業所運営に家族会等の意見を反映させる機会を設けていますか			実施状況
	⑤ボランティアや実習生などを積極的に受け入れていますか			実施状況
	⑥サービス評価（第三者評価、自己評価）を実施していますか			実施状況
職場環境	①職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、他職種とのコミュニケーションはうまく取れていますか			
	③職員は、会議等で自由に発言ができていますか			
	④職員間でのトラブルはありますか（把握していますか）			対処内容
	⑤職員の定着率が低いと感じていますか			近年の人退職者数、定着率を高める取組等
業務負担	①職員の職務分掌は明確化されていますか			
	②夜勤等の業務負担に対して、何らかの配慮や取り組みを行っていますか			配慮内容
	③職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			取組内容
	④職員から、職場や仕事に対する不満はありますか			内容
その他	※追加的な質問、または職員が言いたいこと等			

面接対象者署名

【聞き取り事項（2/2）】

		はい	いいえ	聞き取り内容
高齢者ケア	①利用者の状態変化に応じて、アセスメントやサービス計画の見直しは行われていますか			
	②利用者の介護が困難な場面での対応方針を立て、職員間で共有できていますか			
	③サービス担当者会議は定期的に開催されていますか			開催頻度、参加メンバー等
	④利用者へのケアで難しいと感じることはありますか、どのようなことですか			
身体拘束廃止・事故への対応	①身体拘束を行っている利用者はいですか、その時に身体拘束に関する手順を踏まえていますか			行っている手順
	②施設・事業所では、身体拘束廃止に向けた取り組みを行っていますか			取組内容
	③利用者に傷やあざ等を発見した場合、その状況を記録したり、上司に報告していますか			
	④特に事故または、けがが多いと思う利用者の方はいですか			誰か、事故またはけがの内容
	⑤施設・事業所では、事故やヒヤリハットの再発防止に向けた取り組みが行われていますか			取組内容
研修	①施設・事業所で開催する研修に参加していますか			開催回数、研修内容等
	②外部の研修に参加していますか			参加回数、研修内容等
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			誰に
	②職場の上司や同僚、他職種とのコミュニケーションは取りやすいですか			
	③職員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			特に疲れやストレスを感じる場面、理由
	②業務の負担に対して、職場では配慮をしてくれますか			配慮内容
	③職場や仕事に対して、不満はありますか			内容
その他	※追加的な質問、または職員が言いたいこと等			

面接対象者署名 _____

養介護施設・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〉

- ・利用者の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。
- ・実地指導や監査で調査を行う場合は、基準違反がないかという視点でも確認する。

〈確認事項例〉

- ・勤務中の職員の人数は適切か、言葉遣いはどうか。
- ・居室の扉に内側から開けられない鍵がついていないか。
- ・清潔物と不潔物を混在保管していないか。
- ・寝具は清潔か。
- ・床、手すりなどは清掃がされているか。
- ・浴室・脱衣室にはカビは発生していないか。
- ・剃刀やコップの共有はないか。
- ・廊下や居室の室温・明るさは適切か、便臭はないか。
- ・ナースコールやトイレの非常ボタンは適切に作動しているか。
- ・石鹸・洗剤・消毒液・医薬品などは認知症のある利用者が自由に触れないようにしているか。
- ・火災時や急病時の緊急対応手順を記載したものが常備されているか。
- ・廊下に物品を置いて車いすですれ違えなくなっていないか。
- ・個人情報に来訪者の目に触れる場所に放置されていないか。
- ・苦情相談機関の電話番号が掲示されているか。

具体的状況を記録

③調査を行う際の留意事項

養介護施設等への訪問調査と同様に、関係者・関係機関等からの情報収集も行います。高齢者が医療機関を受診していた場合は、当該医療機関の医師等から受診時の状況や怪我等が発生した原因の可能性について聞き取りを行います。ただし、当該養介護施設等の風評被害につながる可能性があることに十分に留意し、情報収集を行うための理由の伝え方について配慮します。

調査内容について高齢者やその家族等から開示を求められることもありますが、任意調査で施設・事業者側の開示の同意が得られていない場合は、「個人情報保護に関する法律」（平成十五年法律第五十七号）第78条第1項第7号に定める「開示することにより、（中略）当該事務又は事業の性質上、当該事務又は事業の適正な遂行に支障を及ぼすおそれがあるもの」または同項第3号ロに定める「行政機関の要請を受けて、開示しないとの条件で任意に提供されたもの（後略）」として不開示あるいは部分開示とすることも含め、対応を法務・情報公開担当と検討します。

④調査報告の作成

調査で確認された事項は、調査報告書に整理します。

調査で確認できた事項、確認できなかった事項を明確にし、虐待対応ケース会議に臨みます。

次ページ以降、参考書式として日本社会福祉士会作成「調査結果報告書」を掲載しています。

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

調査対象施設・事業所名： _____

報告年月日： 年 月 日（ ） 報告者： _____

【調査開始時の確認・説明事項】

説明した時間	時 分
対応した 施設・事業所職員	(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"/> 利用者との面接の許可 <input type="checkbox"/> 職員との面接の許可
管理者の所在	<input type="checkbox"/> 施設・事業所内に所在有 <input type="checkbox"/> 施設・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】

高齢者	(氏名：) (面接場所：) (担当者： ,)
	(氏名：) (面接場所：) (担当者： ,)
管理者	(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： ,)
職員	(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： ,)
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
高齢者の安全確認		<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

【高齢者および利用者の状況】

氏名		性別		年齢	歳
面接日		担当者			
意向	□資料（ ）参照				
心身の状態	□資料（ ）参照				
特記事項	□資料（ ）参照				

【施設・事業所の状況】

虐待を行った疑いのある職員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(資格)		
	経験年数(勤務年数)		
	現在の勤務状況	□変わりなく勤務中 □その他（ ）	
	当該職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職員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(資格)		
	経験年数(勤務年数)		
	現在の勤務状況	□変わりなく勤務中 □その他（ ）	
	当該職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)		
一般職員	聞き取りを実施した職種および職員数	介護職（ ）人、看護職（ ）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)		
管理者	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(資格)		
	経験年数(勤務年数)		
	調査結果のまとめ(確認された事実)		
人員・施設・設備・事業所の運営面	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

【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施設・事業所への指示・指導】

事実確認調査責任者 (決定権者)		
施設・事業所への指示・指導状況 (事実確認調査当日)	指摘の有無	<input type="checkbox"/> 明らかな虐待が確認又は施設・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、市町村にもどり検討 <input type="checkbox"/> その他 ()
	①高齢者の安全確保について	<input type="checkbox"/> 通報対象となった高齢者の安全が確保されていない <input type="checkbox"/> 通報対象外の高齢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 施設・事業所の回答	
	②虐待を行った職員について (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 施設・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 施設・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	<input type="checkbox"/> 連絡 (連絡日: 年 月 日 () 連絡者:)	特記事項
保険者	<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

⑤虐待対応ケース会議の開催

事実確認の結果に基づく虐待の有無の判断と緊急性の判断、深刻度の判断、課題の整理、対応方針の決定は、事実確認に参加した養介護施設従事者等による高齢者虐待担当部署職員（管理職含む）、老人福祉法及び介護保険法担当部署職員及びその他関連するメンバーによる虐待対応ケース会議で行います。

養介護施設等における虐待は、密室性が高いため、事実確認によって「いつ」、「どこで」、「誰が」、「誰から」、「何をされたのか」の全てを特定できるとは限りません。例えば、「いつ」、「どこで」については、厳密に日時や場所を特定できない場合であっても、ある一定の期間内や範囲で行われたことを特定することができれば、虐待有りとは判断できます。

虐待が認められた場合はもちろん、虐待は認められなくとも、運営基準違反行為や不適切なケア等が認められた場合には、養介護施設等に対し、改善指導を行う必要があります。

高齢者虐待に該当するか否かについての判断をせずに、例えば「極めて不適切な行為」として処理することは高齢者虐待防止法では想定されていません。

出典：厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室長通知「「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2条第5項に基づく高齢者虐待の解釈について」平成22年9月30日付老推発第0930第1号

⑥老人福祉法及び介護保険法の規定による権限の行使

事実確認の結果、虐待の事実があったと判断し、高齢者の生命又は身体に危険が生じているおそれがある場合には、高齢者等の保護や医療機関への受診、入院等の緊急対応の必要性について判断することが必要です。

特に、当該養介護施設等において、高齢者の安全・安心な生活が確保できない場合は、やむを得ない事由による措置等によって早急に高齢者を保護する、医療機関の入院につなげる等の対応を行います。

虐待が認められた場合はもちろん、虐待は認められなくとも、運営基準違反行為や不適切なケア等が認められた場合には、養介護施設等に対し、改善指導を行う必要があります。

養介護施設等に対し、訪問調査の結果を報告するに当たり、改善が必要と考えられる事項と指導内容を通知します。

事実確認の結果や指導通知から期限を定め（提出期限は通知後1か月以内が望ましいと考えられます）、当該養介護施設等に対して、改善計画書の提出を求めます。

指導を行う根拠規定について、介護保険法に基づく施設・事業所の指定権者が都道府県の場合、都道府県は介護保険法、市町村は老人福祉法第5条の4第2項第2号、有料老人ホームの場合は、都道府県は老人福祉法、市町村は老人福祉法第5条の4第2項第2号に基づいて実施することとなります。

指導に従わない場合には、県への相談（後述）と併せ、老人福祉法及び介護保険法に基づく勧告・命令、指定の取消し処分などの権限を適切に行行使することにより、高齢者の保護を図ります。

当該施設等の利用を継続することが高齢者本人の保護を図るうえで問題がある場合には、老人福祉法上のやむを得ない事由による措置の権限を行行使する等により、施設等を変更する等の対応が必要です。

判断能力が不十分な高齢者について、措置解除後の対応や経済的保護等が必要な場合には、成年後見制度利用のための市町村長申立などの権限を行行使します。

指導通知文書例（次ページ）に続け、老人福祉法・介護保険法による権限規定の一覧を掲載しています。

【参考】指導通知文書の例

参考例

〇〇市町第〇〇〇号
令和〇〇年〇月〇日

〇〇法人 〇〇施設
理事長 〇〇〇様

〇〇市町村長 〇〇〇

施設における虐待と思われる事象に係る調査結果通知
及び改善計画の提出依頼について

〇〇施設において令和〇年〇月〇日から〇月〇日までの間に実施した介護保険法〇条（老人福祉法〇条）に基づく事実確認の調査の結果については、下記のとおり通知します。改善計画を令和〇年〇月〇日までに提出願います。

なお、改善計画をもとに、定期的な訪問や聞き取り等の調査を行う予定です。

記

1 調査結果

〇〇施設において、〇〇月〇〇日夜中に発生した入所者に対する施設職員における行為は、虐待に該当すると判断しました。

以前から入所者に対して暴言や暴力と思えるような言動、及び適正な手続きを経ていない身体的拘束等の実施があり、高齢者虐待（人格尊重義務違反）があったことを確認しました。

また、本調査においては、痣などの身体的な状態について記録の記載、及び施設内での連携や対応方針の明確化などがなされず対応方針が徹底できていない状況が確認されました。加えて、高齢者虐待防止法第21条第1項に定める通報義務に反する状況が確認されました。

2 改善計画の提出

〇〇施設において、以下の点を重視して施設内部での調査検討を全職員が関与する形で行うとともに、調査結果に基づき経営者・管理者の責任において改善計画書（書式は任意）作成及び提出を求めます。なお、改善の取組においては具体的な目標及び達成時期など必ず明記することを求めます。

- (1) 虐待防止マニュアルの整備
- (2) 職員全員に対する虐待防止マニュアル等の周知徹底
- (3) 第三者委員会の設立及び施設内での虐待が発生した原因の究明と検討
- (4) 職員の外部研修の実施と評価の充実
- (5) 風通しのよい職場づくりの検討と具体的な対策
- (6) 高齢者虐待防止措置の適切な実施と評価
- (7) 身体的拘束等の適正化措置の適切な実施
- (8) 適正な組織運営の確保と通報義務等の遵守

以上

【別表】老人福祉法・介護保険法による権限規定

老人福祉法	第 18 条	都道府県知事	老人居宅生活支援事業者、老人デイサービスセンター、老人短期入所施設、老人介護支援センター設置者、養護老人ホーム・特別養護老人ホームの施設長に対する報告徴収・立入検査等
	第 18 条の 2	都道府県知事	認知症対応型老人共同生活援助事業者に対する改善命令 老人居宅生活支援事業者、老人デイサービスセンター、老人短期入所施設、老人介護支援センター設置者に対する事業制限・停止命令
	第 19 条	都道府県知事	養護老人ホーム・特別養護老人ホーム設置者に対する事業廃止命令、認可取消
	第 29 条	都道府県知事	有料老人ホーム設置者等に対する報告徴収・立入検査等 有料老人ホーム設置者に対する改善命令、事業の制限、停止命令
介護保険法	第 76 条	都道府県知事 市町村長	指定居宅サービス事業者、事業者であった者、従業者であった者に対する報告徴収立入検査等
	第 76 条の 2	都道府県知事	指定居宅サービス事業者に対する勧告・公表・措置命令
	第 77 条	都道府県知事	指定居宅サービス事業者に対する指定取消・指定の効力停止
	第 78 条の 7	市町村長	指定地域密着型サービス事業者、事業者であった者、従業者であった者に対する報告徴収・立入検査等
	第 78 条の 9	市町村長	指定地域密着型サービス事業者に対する勧告・公表・措置命令
	第 78 条の 10	市町村長	指定地域密着型サービス事業者に対する指定取消・指定の効力停止
	第 83 条	市町村長	指定居宅介護支援事業者、事業者であった者、従業者であった者に対する報告徴収立入検査等
	第 83 条の 2	市町村長	指定居宅介護支援事業者に対する勧告・公表・措置命令
	第 84 条	市町村長	指定居宅介護支援事業者に対する指定取消・指定の効力停止
	第 90 条	都道府県知事 市町村長	指定介護老人福祉施設、施設開設者、施設の長、従業者であった者に対する報告徴収・立入検査等
	第 91 条の 2	都道府県知事	指定介護老人福祉施設開設者に対する勧告・公表・措置命令
	第 92 条	都道府県知事	指定介護老人福祉施設に対する指定取消・指定の効力停止
	第 100 条	都道府県知事 市町村長	介護老人保健施設の開設者、管理者、医師その他の従業者に対する報告徴収・立入検査等
	第 103 条	都道府県知事	介護老人保健施設の開設者に対する勧告・公表・措置命令
	第 104 条	都道府県知事	介護老人保健施設に対する許可取消・許可の効力停止
	第 114 条の 2	都道府県知事 市町村長	介護医療院の開設者、管理者、医師その他の従業者に対する報告徴収・立入検査等
	第 114 条の 5	都道府県知事	介護医療院の開設者に対する勧告・公表・措置命令
	第 114 条の 6	都道府県知事	介護医療院に対する許可取消・許可の効力停止
	第 115 条の 7	都道府県知事 市町村長	指定介護予防サービス事業者、事業者であった者、従業者であった者に対する報告徴収・立入検査等
	第 115 条の 8	都道府県知事	指定介護予防サービス事業者に対する勧告・公表・措置命令
	第 115 条の 9	都道府県知事	指定介護予防サービス事業者に対する指定取消・指定の効力停止
	第 115 条の 17	市町村長	指定地域密着型介護予防サービス事業者、事業者であった者、従業者であった者に対する報告徴収・立入検査等
	第 115 条の 18	市町村長	指定地域密着型介護予防サービス事業者に対する勧告・公表・措置命令
	第 115 条の 19	市町村長	指定地域密着型介護予防サービス事業者に対する指定取消・指定の効力停止
	第 115 条の 27	市町村長	指定介護予防支援事業者等、事業者であった者、従業者であった者に対する報告徴収・立入検査等
	第 115 条の 28	市町村長	指定介護予防支援事業者に対する勧告・公表・措置命令
	第 115 条の 29	市町村長	指定介護予防支援事業者に対する指定取消・指定の効力停止
	第 115 条の 33	厚生労働大臣 都道府県知事 指定都市市長 中核市市長 市町村長	指定居宅サービス事業者、指定地域密着型サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防サービス事業者、指定地域密着型介護予防サービス事業者、指定介護予防支援事業者、指定介護老人福祉施設開設者、指定介護老人保健施設開設者、介護医療院開設者に対する報告徴収、立入検査等（業務管理体制）
第 115 条の 34	厚生労働大臣 都道府県知事 指定都市市長 中核市市長 市町村長	指定居宅サービス事業者、指定地域密着型サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防サービス事業者、指定地域密着型介護予防サービス事業者、指定介護予防支援事業者、指定介護老人福祉施設開設者、指定介護老人保健施設開設者、介護医療院開設者に対する勧告、公表、措置命令（業務管理体制）	

⑦改善計画の確認

養介護施設等から提出された改善計画書は、以下のような点を踏まえて内容を検討することが必要であり、改善計画に記された取組内容が不十分である場合や、具体性や実現性がないなど、改善計画の内容が不十分と考えられる場合は、養介護施設等に対して修正するよう指導を行います。

改善計画のチェック事項(例)

- 市町村が指摘した事項が改善取組として網羅されているか
- 改善取組の目標や達成時期が明確になっているか(短期・中長期に達成すべきこと等)
- 改善取組の具体的方法が示されているか
- 改善取組のために適切な職員(役職者等)が割り振られているか
- 改善計画の作成には経営者層・管理者層や職員全員が関わっているか
- 改善計画は経営層の責任において作成されているか
- 改善取組を担保するための仕組みの実効性はあるか、等

報告の対象は、市町村が行う事実確認により養介護施設従事者等による高齢者虐待が確認された事例に限るのが基本です。

改善計画においてはそれぞれの行動計画に期限を設け、進捗の確認ができる形で提出を促します。

改善計画の提出時には、指定権限担当所属職員の同席の下、計画書の確認を行うことにより、より実効性の高い改善計画となります。

⑧評価会議・モニタリング

養介護施設等の改善取組を継続させるために、例えば、定期的に苦情対応の第三者委員や介護相談員などの訪問による高齢者の生活状況の確認、養介護施設等内に設置した虐待防止委員会等での改善取組状況の点検等の結果をその都度市町村に報告してもらうよう依頼し、改善取組に対するモニタリングを行います。

改善計画書受理後、達成目標期日が経過した段階で、市町村は、当該養介護施設等を訪問し、実施している高齢者虐待の再発防止に向けた改善取組の評価を行います。

評価会議で確認すべき項目（例）

- 事実確認において確認された虐待・虐待が疑われる事象等が解消されているか
- 評価時点でその他の虐待・虐待が疑われる事象等が生じていないか
- 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、新たな取り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り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 など

改善取組が滞っていたり、改善意識が見られなかったりする場合は、都道府県と連携して改善勧告や改善命令などの権限を行使し、養介護施設等の改善取組を促すことが必要です。

⑨終結

虐待対応は、最終的に必ず終結の判断を行います。

改善取組に関する各項目の目標が達成され、下記の2つの要件を確認した時点で、虐待対応を終結します。

養介護施設従事者等による高齢者虐待対応の終結要件

- ア. 虐待が解消し、高齢者が安心してサービスを利用出来るようになったと確認できること
- イ. 虐待の要因となった課題について、養介護施設等が再発防止のための方策を講じ、継続的に虐待防止の取り組みが実施できる体制の整備ができたことを確認できること

具体的には、以下に示す状況が確認された場合に、虐待対応の終結と判断します。

- ・ 事実確認において確認された虐待・虐待が疑われる事象などが解消されている
- ・ 評価時点でその他の虐待・虐待が疑われる事象などが生じていない
- ・ 個々の改善目標が計画どおり達成された
- ・ 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（新たな取組を含む）
- ・ 虐待予防・防止のための取り組みが継続して行われている
- ・ 虐待が生じた場合の対応策が講じられている

(2) 市町村から県への報告・相談

高齢者虐待防止法では、養介護施設従事者等による高齢者虐待に関する通報等を受けた場合、政令指定都市及び中核市を除く市町村は虐待に関する事項を都道府県に報告しなければなりません(第22条)。

報告の対象は、市町村が行う事実確認により養介護施設従事者等による高齢者虐待が確認された事例に限るのが基本です。

① 都道府県に報告すべき事項(厚生労働省令)

上記報告の内容は厚生労働省令で以下のとおり定められています。

報告様式(千葉県作成)は次ページに掲載しています。

都道府県に報告すべき事項(厚生労働省令で規定)

①虐待の事実が認められた養介護施設等の情報(名称、所在地、サービス種別)

②虐待を受けた高齢者の状況(性別、年齢、要介護度その他の心身の状況)

③確認できた虐待の状況(虐待の種別、内容、発生要因)

④虐待を行った養介護施設等従事者の氏名、生年月日及び職種

⑤市町村が行った対応

⑥虐待を行った施設・事業所において改善措置が行われている場合にはその内容

② 市町村から県へ相談する例

次に挙げるような状況がある場合、市町村担当者は必要に応じて県(健康福祉部高齢者福祉課法人指導班)へ対応を相談してください。

ア.入所者の安全に重大な影響が及んでいるおそれがある場合

イ.市町村からの指導後も改善が見られない場合

ウ.施設・事業者が事実確認に協力しない場合

エ.その他、県に助言を求めたい場合

悪質な事例については、早期に県へ報告・相談してください。

(3) 都道府県による事実の確認

市町村のみでは高齢者虐待の事実確認が困難、又は市町村と都道府県が共同で調査を行うべき、と判断される事案について、市町村からの報告や相談を受けた場合、県は、報告等に係る養介護施設等に対して、事実確認のための調査を実施します。

調査の際には、当該養介護施設等の所在する市町村に調査への同行を依頼したりするなど連携します。

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(※)	
(資格を有するものについてはその資格及び職名を、その他のものについては職名及び職務内容を記載すること)			

(注) (※) 印の項目については、不明な場合には記載しなくてもよい。

5 市町村が行った対応

<input type="checkbox"/> 施設等に対する指導 <input type="checkbox"/> 施設等からの改善計画の提出依頼 <input type="checkbox"/> 虐待を行った養介護施設従事者への注意・指導 <input type="checkbox"/> (主として地域密着型サービスについて)介護保険法の規定に基づく勧告・命令・処分 <input type="checkbox"/> その他(具体的に記載すること)	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

6 虐待を行った養介護施設等において改善措置が行われている場合にはその内容

<input type="checkbox"/> 施設等からの改善計画の提出 <input type="checkbox"/> 介護保険法の規定に基づく勧告・命令等への対応 <input type="checkbox"/> その他(具体的に記載すること)	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

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。

令和〇年〇月〇〇日

千葉県健康福祉部高齢者福祉課長 様

市町村長名

4 養介護施設従事者等による高齢者虐待の状況の公表

高齢者虐待防止法においては、都道府県知事は、毎年度、養介護施設従事者等による高齢者虐待の状況、養介護施設従事者等による高齢者虐待があった場合にとった措置その他厚生労働省令で定める事項を公表するものとします(第 25 条)。

この公表制度を設けた趣旨は、各都道府県において、養介護施設従事者等による高齢者虐待の状況を定期的かつ的確に把握し、各都道府県・市町村における高齢者虐待の防止に向けた取り組みに反映していくことを着実に進めることを目的としています。

※高齢者虐待を行った養介護施設等名を公表することによりこれらの施設等に対して制裁を与えることを目的とするものではありません。

ただし、高齢者虐待等により、介護保険事業所としての指定取消が行われた場合には、介護保険法に基づきその旨を公示します。

公表の対象となる養介護施設等は、市町村又は都道府県が事実確認を行った結果、実際に高齢者虐待が行われていたと認められた事例です。

- ①市町村による事実確認の結果、高齢者虐待が行われていたと認められるものとして、都道府県に報告された事例
- ②市町村及び都道府県が協働で事実確認を行った結果、高齢者虐待が行われていたと認められた事例
- ③市町村からの報告を受け、改めて都道府県で事実確認を行った結果、高齢者虐待が行われていたと認められた事例

都道府県が公表する項目

<高齢者虐待の状況>

- ・被虐待者の状況(性別、年齢階級、心身の状態像等)
- ・高齢者虐待の類型(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)

<高齢者虐待に対して取った措置>

<その他の事項(厚生労働省令で規定)>

- ・施設・事業所の種別類型
- ・虐待を行った養介護施設従事者等の職種

