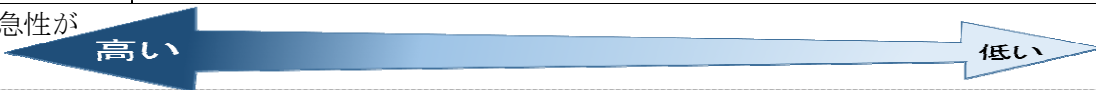


## 第 回コアメンバー会議録

本人氏名 \_\_\_\_\_

記録者氏名 \_\_\_\_\_

会議日時： 年 月 日 時 分～ 時 分

出席者										
虐待事実の判断  ※疑いの場合は事実確認を継続 ※一時的解消の場合は再発可能性に留意	1. 身体的虐待	<input type="checkbox"/> 有 (判断日 )	<input type="checkbox"/> 疑い	<input type="checkbox"/> 一時的解消	<input type="checkbox"/> 解消	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明			
	2. 放棄・放任	<input type="checkbox"/> 有 (判断日 )	<input type="checkbox"/> 疑い	<input type="checkbox"/> 一時的解消	<input type="checkbox"/> 解消	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明			
	3. 心理的虐待	<input type="checkbox"/> 有 (判断日 )	<input type="checkbox"/> 疑い	<input type="checkbox"/> 一時的解消	<input type="checkbox"/> 解消	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明			
	4. 性的虐待	<input type="checkbox"/> 有 (判断日 )	<input type="checkbox"/> 疑い	<input type="checkbox"/> 一時的解消	<input type="checkbox"/> 解消	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明			
	5. 経済的虐待	<input type="checkbox"/> 有 (判断日 )	<input type="checkbox"/> 疑い	<input type="checkbox"/> 一時的解消	<input type="checkbox"/> 解消	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明			
	具体的内容と判断根拠	<input type="checkbox"/> 詳細は ( ) を参照								
緊急対応の必要な状況の確認 (深刻度)	緊急性が 									
	<input type="checkbox"/> 5. 生命・身体・生活に		<input type="checkbox"/> 4.		<input type="checkbox"/> 3. 生命・身体・生活		<input type="checkbox"/> 2.		<input type="checkbox"/> 1. 生命・身体・生活への影響	
	関する重大な危険		5～3の間		に著しい影響		3～1の間		響や本人意思の無視等	
	5～3. にチェックした場合は「支援内容」の「緊急対応」のチェックへ							※別紙 高齢者虐待対応における緊急保護・緊急対応の検討が必要な状況例参照		
<input type="checkbox"/> 不明・・・不明の場合は、事実確認の継続へ							理由 ( )			
本人の意見・希望							<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未確認			
養護者の意見・希望							<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未確認			
その他家族・後見人等の意見・希望							<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未確認			
背景要因	高齢者本人の因子			関係性・世帯の因子						
				<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未確認						
	養護者・親族の因子			地域・支援者側の因子						
				<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未確認						
強み・ストレングス	高齢者本人の強み			関係性・世帯の強み						
				<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未確認						
	養護者・親族の強み			地域・支援者側の強み						
				<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未確認						
パターン (行動・思考・問題解決方法等)							<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未確認			

支援内容 ( ) 内には具体的内容を記入		担当者	備考 (いつまで・注意事項等)
緊急対応	<input type="checkbox"/> 警察への通報・相談 <input type="checkbox"/> 立入調査 <input type="checkbox"/> 警察への援助要請 <input type="checkbox"/> 高齢者の分離 <input type="checkbox"/> 措置入所 ( ) <input type="checkbox"/> 緊急一時保護 ( ) <input type="checkbox"/> 養護受託 ( ) <input type="checkbox"/> 契約入所 (契約支援者) ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 在宅措置 ( ) <input type="checkbox"/> 面会制限 ( ) <input type="checkbox"/> 受診支援 (入院支援) <input type="checkbox"/> 生活保護の医療扶助単給 <input type="checkbox"/> 介護保険制度利用支援のための職権申請等 <input type="checkbox"/> 財産保全 <input type="checkbox"/> 金融機関への紛失届 <input type="checkbox"/> 年金振込先の変更 <input type="checkbox"/> 金融機関への協力依頼 <input type="checkbox"/> 日常生活自立支援事業利用 <input type="checkbox"/> 成年後見 審判前の保全処分 <input type="checkbox"/> ライフラインの確保 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
成年後見人等	<input type="checkbox"/> 選任済 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申立要( ) <input type="checkbox"/> 未把握		
各種支援	<input type="checkbox"/> 虐待の事実の確認の継続 (ありとしている場合も含む) <input type="checkbox"/> 本人のアセスメント (情報収集や支援の必要性の分析) <input type="checkbox"/> 判断能力程度確認 <input type="checkbox"/> 意思・意向の確認・決定支援 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 養護者のアセスメント (情報収集や支援の必要性の分析) <input type="checkbox"/> 支援の必要性の確認 <input type="checkbox"/> 虐待行為についての告知・意識づけ <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> その他関係機関からの情報収集 ( ) <input type="checkbox"/> 関係部署・機関への協力要請 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> 障害福祉 <input type="checkbox"/> 保健所・保健センター <input type="checkbox"/> 自殺予防 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 認知症疾患医療センター <input type="checkbox"/> 若年性認知症総合支援センター <input type="checkbox"/> 精神保健福祉センター <input type="checkbox"/> 発達障害者支援センター <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 生活困窮者支援 <input type="checkbox"/> 成年後見制度推進機関 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 各種制度利用手続き支援等( ) <input type="checkbox"/> 在宅サービス導入・調整支援( ) <input type="checkbox"/> 専門医紹介・医療導入支援( )		
その他	<input type="checkbox"/> その他 ( )		
<input type="checkbox"/> 具体的な支援内容 <input type="checkbox"/> 計画期間 <input type="checkbox"/> 次回の会議の予定 <input type="checkbox"/> 連絡体制 (情報集約先) <input type="checkbox"/> 注意事項	<input type="checkbox"/> 上記以外にはなし		