

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 <small>※疑いの場合は事実確認の継続必須 ※一時的解消の場合には再発可能性に留意</small>	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()			
	具体的内容と判断根拠			帳票等() 参照	
	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()			
	具体的内容と判断根拠			帳票等() 参照	
	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()			
	具体的内容と判断根拠			帳票等() 参照	
	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()			
	具体的内容と判断根拠			帳票等() 参照	
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			帳票等() 参照		
深刻度区分※注1 <small>※「深刻度指標」＝「被虐待高齢者が虐待によって被害を受けた程度」</small>	<input type="checkbox"/> 4. 最重度 生命・身体・生活の危機的状況	<input type="checkbox"/> 3. 重度 重大な健康被害が生じている、生活の継続に重大な支障が生じている	<input type="checkbox"/> 2. 中度 虐待が繰り返されている、心身への被害・影響や生活に支障が出ている状態	<input type="checkbox"/> 1. 軽度 本人意思を無視した行為や介護者の都合に合わせたケアが行われている、軽度の被害・影響が生じている状態	
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	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未確認		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	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未確認		地域・支援者側の因子	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未確認
強み・ストレンギス	高齢者本人の強み	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未確認		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	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未確認		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				
緊急性の判断(緊急対応の必要な状況の確認) ※共通の指標(リスクアセスメントシート)等帳票を用いている場合は、その帳票を参照 緊急性 <input type="checkbox"/> 高い(「緊急分離・保護」実施) <input type="checkbox"/> 低い(「分離・保護」検討) <input type="checkbox"/> 不明(定期的な状況確認等)					
				帳票等() 参照	

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"/> 警察への連絡・相談 (<input type="checkbox"/> 被害相談 <input type="checkbox"/> 告発 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 立入調査 (法 11 条) <input type="checkbox"/> 警察への援助要請 (法 12 条) <input type="checkbox"/> 高齢者の保護・分離 <input type="checkbox"/> 措置入所 () <input type="checkbox"/> 緊急一時保護 () <input type="checkbox"/> 養護委託 () <input type="checkbox"/> 契約入所 (契約支援者・代筆者等) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 在宅サービス措置 () <input type="checkbox"/> 面会制限 (<input type="checkbox"/> 法 13 条 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 高齢者・養護者の受診支援 (入院支援・レスパイト入院) <input type="checkbox"/> 生活保護の医療扶助単給 <input type="checkbox"/> 介護保険制度 要介護認定申請 (申請日 /) <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"/> 金融機関への協力の打診 <input type="checkbox"/> 日常生活自立支援事業利用 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> ライフラインの確保 <input type="checkbox"/> その他 ()		
成年後見人等申立	<input type="checkbox"/> 選任済 <input type="checkbox"/> 申立中 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 申立要検討 (<input type="checkbox"/> 審判前の財産保全処分) <input type="checkbox"/> 後見人等の有無を調査		
各種支援	<input type="checkbox"/> 虐待の事実の確認の継続 (虐待事実の判断「有」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 <input type="checkbox"/> 意思決定支援 (ガイドラインの活用、チーム支援、意思決定支援会議等) <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"/> 意思意向の確認 <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"/> 自殺予防所管 <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／中核機関 <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 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
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		