

(資料1) 相談・通報・届出受付票

相談年月日	○年 ○月 ○日 ○時○分～ ○時○分		対応者： 石井	所属機関： 東西市虐待防止センター
相談者 (通報者)	氏名	太田雅子		受付方法 <input checked="" type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	住所または 所属機関名	生活介護事業所ほほえみ		電話番号 ×××-○○○-△△△△
	本人との 関係	<input type="checkbox"/> 相談支援事業所 <input checked="" type="checkbox"/> 障害福祉サービス事業所 <input type="checkbox"/> 教育機関 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

【本人の状況】

氏名	金子勇治	性別	男	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 ○年 ○月 ○日	年齢	25歳	
現住所	東西市△△町□□□		住民票登録住所		<input checked="" type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 異	電話： ×××-○○○-□□□□ その他連絡先： (続柄： )		
居所	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 ( ) <input type="checkbox"/> 施設 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )							
程度区分	<input type="checkbox"/> 非該当 <input checked="" type="checkbox"/> 区分 ( 4 ) <input type="checkbox"/> 申請中 ( 月 日 ) <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 申請予定							
利用サービス	障害福祉サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 生活介護 ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明						
	その他サービス	<input type="checkbox"/> 有 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明					相談支援事業所 ほほえみ相談支援事業所	
主障害	<input type="checkbox"/> 身体障害 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 知的障害 ( 重度 ) <input type="checkbox"/> 精神障害 ( ) <input type="checkbox"/> その他 (自閉スペクトラム)							
障害者手帳	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (種別：療育手帳 等級：A ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不 その他特記事項：							
経済状況	生活保護受給 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明							

【本人の意向など】※生活歴、キーパーソン、関係機関などわかる範囲で書き込む

--

【世帯構成】

家族状況 (ジェノグラム)

【養護者の状況】

氏名	金子太郎 陽子	年齢	50歳 48歳
続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 親 ( 父 母 ) <input type="checkbox"/> きょうだい ( )		
	<input type="checkbox"/> 子 ( ) <input type="checkbox"/> 子の配偶者 ( )		
	<input type="checkbox"/> その他 ( )		
連絡先	東西市△△町□□□		
	電話番号	×××-○○○-□□□□	職業
その他特記事項			

【主訴・相談の概要】

相談内容	職員が利用者を床に押し倒し、体の上に馬乗りになって押さえたのを2ヶ月前に見た
虐待の可能性	<input checked="" type="checkbox"/> 身体的虐待 <input type="checkbox"/> 性的虐待 <input checked="" type="checkbox"/> 心理的虐待 <input type="checkbox"/> 介護・世話の放棄・放任 <input type="checkbox"/> 経済的虐待 <input type="checkbox"/> その他 (具体的内容を記載) 市内在住の知的障害と自閉スペクトラム症がある利用者の金子勇治さん(25歳)が興奮したのを止めようとして、職員の山田隆司さんが金子さんを床に押し倒し、体の上に馬乗りになって押さえたのを2ヶ月前に見た。金子さんにけがなどはなかったが、昨日、虐待防止研修を受けて、あれは虐待だったのだと理解し、通報した。それ以前にも、職員の山田さんは、利用者の金子さんが興奮すると背後から羽交い締めをしたり、壁に腕をもって押さえつけたりしたことがあった。金子さんは、現在も通所しているが、
情報源	相談者 (通報・届出者) は <input checked="" type="checkbox"/> 実際に目撃した <input type="checkbox"/> 怒鳴り声や泣き声、物音等を聞いて推測した <input type="checkbox"/> 本人から聞いた <input type="checkbox"/> 関係者 ( ) から聞いた

【今後の対応】

□相談終了： □聞き取りのみ □情報提供・助言 □他機関への取次・斡旋(機関名： ) □その他( )
□相談継続： □相談支援事業所等による継続相談(内容： ) <input checked="" type="checkbox"/> 障害者虐待 □その他( )
備考( )