

障害者福祉施設従事者等による障害者虐待について（報告）

本件は、当市町村において事実確認を行った事案

障害者福祉施設従業者等による障害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、都道府県の迅速な対応を行う必要がある事案である。

更に都道府県と共同して事実の確認を行う必要がある事案である。

(注) 不明の項目については記載しなくてもよい。

1 障害者福祉施設等の名称、所在地及びサービス種別

・名 称 : _____

・サービス種別 : _____

(事業者番号 : _____)

・所 在 地 : _____

TEL _____ FAX _____

2 障害者福祉施設従事者等による障害者虐待を受けた又は受けたと思われる障害者の性別、年齢及び障害種別

氏 名		性別 ()	年齢 ()
障害の種類 (程度区分)	身体障害 知的障害 精神障害		
	その他 ()		
	障害程度区分 非該当 1 2 3 4 5 6 不明等		
	行動障害の有無 無 ・ 有 (行動関連項目 点)		

3 虐待の種別、内容及び発生要因

虐待の種別	身体的虐待 性的虐待 心理的虐待 放棄・放置 経済的虐待 その他 ()
虐待の内容	
発 生 要 因	<input type="checkbox"/> 教育・知識・介護技術等に関する問題 <input type="checkbox"/> 職員へのストレスや感情コントロールの問題 <input type="checkbox"/> 倫理観や理念の欠如 <input type="checkbox"/> 虐待を助長する組織風土や職員間の関係性の悪さ <input type="checkbox"/> 人員不足や人員配置の問題及び関連する多忙さ <input type="checkbox"/> その他

4 虐待を行った障害者福祉施設従事者等の氏名、性別、年齢及び職種

氏名		性別 ()	年齢 ()
職名・職種			
(有する資格)			

5 区市町村が行った対応

通報受理年月日	令和 年 月 日
事実確認調査年月日	令和 年 月 日 ※複数ある場合は、初めに行った日を記入
事実確認後の対応	
<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"/> 虐待を行った障害者福祉施設従事者への注意・指導 <input type="checkbox"/> その他（具体的に記載すること）	
<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	

6 虐待を行った障害者福祉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"/> その他（具体的に記載すること）
<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>