年　　　月　　　日

（様式６　支給決定市町村→保健福祉事務所　報告）

（圏域名）保健福祉事務所福祉課長　あて

（支給決定市町村障がい福祉担当課）課長

障害者福祉施設従事者等による障がい者虐待の対応状況について（報告Ⅱ）

　障害者福祉施設従事者等による障がい者虐待の相談・通報・届出があった事案の対応状況について、下記のとおり報告します。

記

１　障害者福祉施設等の名称

２　対応の状況

（１）事実確認調査の実施状況

　ア　実施日（複数回の場合は全ての日を記載）

　イ　実施の方法（該当するものに○印）

　　・施設等への訪問調査　　・電話調査　　　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

　ウ　調査の相手方

（２）事実確認調査を踏まえた判断結果（該当するものに○印）

　　・**虐待が認められた**。（「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）」及び関係資料添付）

≪補足情報≫

①通報・届出者の続柄：

②被虐待障がい者の手帳の種別及び等級：

③虐待者の正規雇用/非正規雇用の別：　　　　　　　　、

④施設等における対応（該当するものに○印）

管理者の虐待防止に関する研修の受講／職員に対する虐待防止に関する研修の実施／虐待防止委員会の設置／通報義務の履行／その他：

　　・**虐待は認められなかった**。

　　　（理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　・**虐待の事実は明確に確認できなかった**（判断に至らなかった）。

　　　（理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　⇒　障害者福祉施設等への助言・指導の有無　：　あり／なし（該当するものに○印）

　　・**その他**（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３　今後の対応について（該当するものに○印）

　・対応を終結　　・虐待事案対応を続行　　・県との共同調査が必要

担当者名　　　　　　　　　　　連絡先

〔記載時の留意事項〕

　本様式は、通報等を受理した市町村において、事実確認調査等が終了し、障害者福祉施設等を管轄する保健福祉事務所へ報告する際に使用する。

　なお、その際には、事実確認等の経過（虐待が認められなかった場合もその判断根拠がわかるもの）（任意様式）を添付のこと。添付する記録等の内容により、本様式２の項目が網羅できる場合は、記載を省略して差し支えない。

　また、２の（２）の「虐待が認められた」項目のうち、四角内に記載のある事項は、毎年度実施される厚生労働省が実施する「障害者虐待防止法に基づく対応状況等に関する調査」において必要な事項である。