

虐待に関するアンケート

明徳会各事業所をご利用させていただくにあたって、お気づきをお書きください。

該当する項目にチェック☑を入れて回答してください。

特記がある場合は質問欄の下記の空白欄か、その他の欄へご記入ください。

- 聞き取りの質問事項は虐待の予兆や発生時に表出する傾向にあるものです。
- 多くの項目にあてはまると、それだけ虐待の可能性が高いものと考えられますが、あくまでこれらは主な着眼点となっております。
- これらの着眼点は、単に虐待防止の観点のみならず、ご利用者様の意向や状況の把握、サービスの質の向上へもつながっていくものと考えておりますので、虐待の疑いが有る無しの主観は度外視してチェックを入れていただいて結構です。
- ご本人に限らず、他のご利用者様のことに関してお気づきの点があられた場合でもその他の欄に記入していただいて構いません。
- 別紙の「障害者虐待に関する5つの具体例」の資料もご参照ください。

※ このアンケートは全国社会福祉協議会から出されている「障がい者虐待防止早期発見チェックリスト」を基に作成しています。現在の生活環境に添わない質問項目がある場合があるかもしれませんが、その際は読み飛ばし、次の質問に進んでいただいて構いません。

1. 身体的虐待について

チェック

①	身体に不自然なキズ、あざ、火傷(跡)が見られることはありませんか？ * 衣服の着脱時等にも留意してください。	<input type="checkbox"/>
②	①について原因や理由が明らかにならない場合が多くありませんか？	<input type="checkbox"/>
③	以前に比べて家族や他のご利用者様、また、職員等への対応や態度が変わったように感じられることはありませんか？ * 急におびえる、少しの動きにも身を守るような素振りをとる 等	<input type="checkbox"/>
④	特に体調不良でもないような場合に、職員とのコミュニケーションが、急に少なくなる等の変化はありませんか？	<input type="checkbox"/>
⑤	急に周りの人に対して攻撃的になることはありませんか？	<input type="checkbox"/>
⑥	その他、お気づきな点	<input type="checkbox"/>

2. 心理的虐待について

①	自傷、かきむしりなど自らを傷つけるような行為が増えていませんか？	<input type="checkbox"/>
②	生活リズムが急に不規則になったようなことはありませんか？ * 睡眠、食の嗜好、日課等の変化	<input type="checkbox"/>
③	身体を萎縮させるようなことはありませんか？	<input type="checkbox"/>
④	突然わめいたり、泣いたりすることが多くなったと感じられることはありませんか？	<input type="checkbox"/>
⑤	過食や拒食等、食事について変化が見られませんか？	<input type="checkbox"/>
⑥	以前よりも意欲がなくなった、投げやりな様子になった等と感じることはありませんか？	<input type="checkbox"/>
⑦	体調が悪いと訴える機会が増えていませんか？	<input type="checkbox"/>
⑧	その他、お気づきな点	<input type="checkbox"/>

3. 性的虐待について

①	人に対して嫌悪感を抱いているような態度や言動をとることが増えていませんか？	<input type="checkbox"/>
②	人に触れられることを極度に嫌がることが増えたように感じられることはありませんか？	<input type="checkbox"/>
③	歩行等がいつもより不自然であることや、座位が保てないようなことはありませんか？	<input type="checkbox"/>
④	肛門や性器からの出血やキズがみられませんか？	<input type="checkbox"/>

⑤	急に怯えたり、恐ろしがったりする、また、人目を避けるようなことはありませんか？	<input type="checkbox"/>
⑥	一人で過ごす時間が増えていませんか？	<input type="checkbox"/>
⑦	その他、お気づきな点	<input type="checkbox"/>

4. 経済的虐待について

①	年金等があるにも関わらずお金がないと訴えることはありませんか？	<input type="checkbox"/>
②	お金を引き出すことが頻繁ではありませんか？	<input type="checkbox"/>
③	サービスの利用料や生活費の支払いができないようなことはありませんか？	<input type="checkbox"/>
④	知人や友人に誘われて夜間出歩くようになっていませんか(なっていると聞いていませんか)？	<input type="checkbox"/>
⑤	今まで付き合いのなかった人が家に入出入りしていませんか(するようになっていて聞いていませんか)？	<input type="checkbox"/>
⑥	出費をともなう外出や娯楽の機会が急に減ったように感じられませんか？	<input type="checkbox"/>
⑦	その他、お気づきな点	<input type="checkbox"/>

5. ネグレクトについて

①	食事を摂っていないように見えたり、空腹を頻繁に訴えることはありませんか？	<input type="checkbox"/>
②	劣悪な衛生状態や衛生環境にあると感じられることはありませんか？ ※異臭がする、髪や爪などが伸びたままで汚い、衣服が常に同じ 等	<input type="checkbox"/>
③	いつ見ても皮膚に湿疹や、オムツかぶれがあるように見られませんか？	<input type="checkbox"/>
④	整容に対して無頓着、あるいは拒否が多く見られませんか？	<input type="checkbox"/>
⑤	自分や他者、物に対して投げやりな態度が見られることはありませんか？	<input type="checkbox"/>
⑥	約束事や支援サービスを当日になってキャンセルすることが多くありませんか？	<input type="checkbox"/>
⑦	その他、お気づきな点	<input type="checkbox"/>

※ ご提出の際は返信用封筒に封をしてご提出ください。

※ 令和元年 12 月 30 日(月)までにご記入いただき、ご利用時にご持参いただくか、それまでにご提出ができない方へは返信用封筒を同封いたしておりますので郵便にてご返信ください。

ご利用者様 氏名 ()