

## 千葉市多機関協働事業実施要領

### 1 趣旨

この要領は、千葉市重層的・包括的支援体制整備事業等実施要綱第4条第2項に規定する多機関協働事業（以下「本事業」という。）の実施に必要な事項を定めるものとする。

### 2 目的

本事業は、重層的・包括的支援体制整備事業における支援の進捗状況等を把握し、必要に応じて介護保険法に基づき設置する地域包括支援センター（あんしんケアセンター）、障害者総合支援法に基づき設置する障害者基幹相談支援センター、児童福祉法に基づき設置するこども家庭センター、生活困窮者自立支援法に基づき設置する生活自立・仕事相談センター、その他の地域生活課題を抱えた市民を支援する機関（以下「支援関係機関」という。）の専門職に助言を行うこと、また、単独の支援関係機関では対応が難しい複雑化・複合化した地域生活課題がある事例の調整役を担い、支援関係機関の役割分担や支援の方向性を定め、支援プランの策定を行う等の取組を通じて、重層的・包括的支援体制整備事業に関わる関係者の連携の円滑化を進めるとともに、本市における包括的な支援体制を構築できるよう支援することを目的とする。

### 3 実施主体

- (1) 本事業の実施主体は千葉市（以下「市」という。）とし、千葉市福祉まるごとサポートセンター（以下「センター」という。）が所掌する。
- (2) 市は、事業の全部又は一部を市が適当と認める者に委託し実施することができるものとする。

### 4 事業内容

#### (1) 基本的な役割

本事業は、複雑化・複合化した事例に対応する支援関係機関の抱える課題の把握や、支援関係機関その他社会福祉に関する活動を行う者（以下「支援関係機関等」という。）の役割分担、支援の方向性の整理といった、事例全体の調整機能の役割を果たすものであり、主に支援者を支援する役割を担う。ただし、必要に応じて、支援関係機関等と連携しながら地域生活課題を抱える市民本人に直接会ってセンター独自のアセスメントを行う等の直接的な支援も行う。

#### (2) 相談受付

- ア 複雑化・複合化した地域生活課題を有する等、支援関係機関等による役割分担を行うことが望ましい事例について、相談を受け付けた上で必要な支援を行う。
- イ 支援関係機関等の通常の連携体制で解決が可能な相談など本事業において調整を

行う必要性が低いと判断される事例がセンターにつながれた場合には、事例の紹介元の支援関係機関等と協議した上で、当該紹介元に事例を戻すこともあり得るが、この場合においても、紹介元の支援関係機関等と連携した支援体制を整えておく。

ウ 本事業による相談受付を行うことが決まった場合は、原則、本事業による支援をする者（以下「本人」という。）に相談受付・申込票（様式第1号）及びプラン兼事業等利用申込書（様式第2号）を記入してもらい、利用申込みを受ける。基本的には、紹介元の支援関係機関等が利用申込みの補助を行うものとするが、本人が本事業による支援を受けることに不安があるなど円滑な利用申込みにつながらない場合には、センターが直接本人に支援内容の説明をするなど丁寧な対応を行う。

#### （3）アセスメント

ア 本人やその世帯の状態を把握し、支援方針等の検討を行うために必要な情報は、介護、障害、子ども・子育て、生活困窮分野等の支援関係機関などの紹介元や日ごろ本人やその世帯に関わっている支援関係機関等に提供を依頼する。ただし、直接、本人やその世帯から情報収集をした方が良いと認められる場合は、センター独自のアセスメントを行う。

イ アの規定により収集した情報は、インテーク・アセスメントシート（様式第3号）にまとめるほか、（4）に基づくプラン作成のため、（7）の重層的支援会議に提示する。

#### （4）プラン作成

ア アセスメントの結果を踏まえ、各支援関係機関等の連携や協働の円滑化を図り、複雑化・複合化した支援ニーズを有する者やその世帯へ必要な支援を提供するため、支援関係機関等の役割分担や支援の目標・方向性を整理したプランを作成する。

イ プランの作成に当たっては、（7）の重層的支援会議において、各分野の支援関係機関等と役割分担や支援の目標・方向性について十分協議を行う。

#### （5）支援の実施

ア 支援関係機関等の役割分担や支援の目的・方向性を定め、支援関係者がチーム一体となりプランに基づく支援が円滑に進むよう必要な支援を行う。

イ プランに基づく支援の実施状況は、重層的支援会議等において支援関係機関等から情報収集して隨時把握することとし、必要があれば収集した情報をもとに再度、支援関係機関等の役割分担や支援の方向性を整理・変更するとともに、変更したプランについても適切に検討及び実施する。

#### （6）支援終結

ア 本人やその世帯の地域生活課題が整理され、支援の見通しがつき、プランによって支援関係機関等の役割分担について本人を含めた合意形成を図ることができた時点で、主たる支援者としてのセンターの関わりは一旦終了する。

イ 本事業による支援終結後は、プランに基づき支援関係機関の中から支援の主担当

となる機関を設定し、その後も本人やその世帯を伴走支援する体制を確保する。

ウ 支援終結後に本人の状態やその取り巻く環境に変化が生じた場合や、再度地域生活課題の解きほぐしや支援関係機関等の整理が必要となった場合は、速やかに本事業による支援を再開する。このため、支援の終結後も支援関係機関等と情報共有等ができる体制を確保しておく。

#### (7) 重層的支援会議

ア 設置

本事業による支援を要する市民及びその世帯に対する適切かつ円滑な支援を図るために、重層的支援会議を置く。

イ 会議の役割

重層的支援会議は、今後、重層的支援体制整備事業を適切かつ円滑に実施するためを開催するものであり、次の（ア）から（ウ）までの役割を果たす。

なお、事例の内容によって、会議の果たす役割は異なるものであり、毎回の会議でこれら全ての役割を担う必要はないが、他方で、状況に応じてここに明記されていない他の役割を果たすなど柔軟に対応する。

##### (ア) プランの適切性の協議

本市職員や支援関係機関等の合議のもとで、センターが作成したプランについて、適切性を判断する。

##### (イ) プラン終結時等の評価

センターのプラン終結時等においては、評価シート（様式第4号）、つながり評価シート（様式第5号）を使用して支援の経過と成果を評価し、支援関係機関等の支援を終結するかどうかを検討する。

##### (ウ) 社会資源の充足状況の把握及び報告

個々のニーズに対応する社会資源が不足していることを把握した場合には、地域の課題として位置付けるとともに、府内関係部署及び関係機関に情報提供する。

ウ 会議の開催方法

イ （ア）から（ウ）までの会議の役割、検討件数や事例の内容を踏まえ、定期開催や随時開催、又はそれらの併用等により開催する。

また、対面による会議開催が困難な場合（地理的要因などにより支援関係機関が一堂に会することが困難である場合等）や、関係者の負担軽減の観点からより効率的に会議を運営する必要がある場合は、ＩＣＴ等を活用してオンラインによる開催も検討する。

なお、生活困窮者自立支援法に基づく支援調整会議、介護保険法に基づく地域ケア会議、障害者総合支援法に基づく自立支援協議会など、既存の会議と時間を切り分ける等した上で、重層的支援会議として活用するなど、効果的かつ効率的な運営に努める。

## エ 会長

- (ア) 重層的支援会議に会長を置き、保健福祉局健康福祉部地域福祉課長をもって充てる。
- (イ) 会長は、重層的支援会議を代表し、会議の招集及び会務を総理する。
- (ウ) 会長が会議に出席できないときは、あらかじめ会長の指名するものがその職務を代理する。

## オ 庶務

重層的支援会議の庶務は、センターが処理する。

## カ 会議の参加者

- (ア) 会議の参加者は、事例の内容に応じて、支援関係機関のみならず、本人やその世帯を取り巻く地域の関係者が参加することが望ましい場合は、必要に応じて関係者を招集する。ただし、会議の参加者を増やしたことによる会議の機動性の低下、事務負担の増大など、円滑な会議運営に支障が生じないよう配慮した会議運営を行う。
- (イ) 本人の参加は必須ではないが、参加することが本人にとって有益であると判断される場合は本人に参加してもらうことも可能とする。ただし、本人に参加を求める場合は、本人が多くの人前で話をすることに不慣れな場合があること、精神状態が不安定な状態にあること等も考えられることから、本人の状態を十分に考慮する。
- (ウ) 重層的支援会議の参加者は毎回同じである必要はなく、事例に応じて参加者を変えるなど柔軟に対応する。

## キ 会議開催のタイミング

重層的支援会議は、本事業における次の4つのタイミングで必ず開催する。  
また、支援の進捗状況の把握やモニタリングのタイミングなど、支援を円滑に進めるために必要と考えられる場合には適宜開催する。

### (ア) プラン策定時

アセスメント結果に基づく本人の目標、支援方針、プラン内容・各支援関係機関の役割分担、モニタリングの時期等の検討を行う。

### (イ) プラン変更時

本人の状況変化の確認、現プラン評価、再アセスメント結果に基づく本人の目標、支援方針、プラン内容・各支援関係機関の役割分担、モニタリングの時期等、変更したプランの内容の確認を行う。

### (ウ) 支援終結の判断時

本人の目標達成状況・本人に関わる支援者の状況の確認、支援終結の評価、フォローアップの必要性やその方法の確認等を行う。

### (エ) 支援中断の決定時

本人との連絡が完全に取れなくなった場合等に支援中断を決定する。

なお、支援の中断は本人と完全に連絡が取れなくなったときに判断するものであるが、その判断に当たっては本人やその世帯を取り巻く関係者からの情報収集や本人の自宅訪問等を行うなど、できる限り本人と接触をとるよう働きかけることに留意する。

#### 5 守秘義務

本事業に従事する者は、業務上知り得た秘密を漏らしてはならない。その職を退いた後も同様とする。

#### 6 関係機関等との連携

市は、本事業を円滑に運営するため、関係機関等と密接な連携を図るものとする。

#### 7 補則

この要領に定めるもののほか、本事業に関し必要な事項は、保健福祉局健康福祉部長が別に定める。

#### 附 則

この要領は、令和5年10月1日から施行する。

#### 附 則

この要領は、令和6年4月1日から施行する。

#### 附 則

この要領は、令和7年4月1日から施行する。

(様式第1号)

## 相談受付・申込票

受付機関	<input type="checkbox"/> 多機関協働事業 <input type="checkbox"/> アウトリーチ等事業 <input type="checkbox"/> 参加支援事業 <input type="checkbox"/> その他( )						
受付番号 (※)多機関協 働用		初回相談 受付日	西暦	年	月	日	受付者
相談経路					その他の 場合に自 由記述		

## ■基本情報

ふりがな			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> ( )		
氏名			生年月日	西暦 年 月 日 ( 歳 )		
住所	〒 -					
電話	自宅	( ) -	携帯	- -		
メール						
来談者 ※ご本人以外 の場合	氏名		来談者との 関係	<input type="checkbox"/> 家族 (本人との続柄: )		
	電話	( ) -		<input type="checkbox"/> その他 ( )		

## ■ご相談内容

ご相談されたい内容に○をおつけ下さい。複数ある場合は、一番お困りのことにつき○をおつけ下さい。

病気や健康、障害のこと	住まいについて	収入・生活費のこと
家賃やローンの支払いのこと	税金や公共料金等の支払いについて	債務について
仕事探し、就職について	仕事上の不安やトラブル	地域との関係について
家族との関係について	子育てのこと	介護のこと
ひきこもり・不登校	DV・虐待	食べるものが無い
その他 ( )		

ご相談されたいことや配慮を希望されることを具体的に書いてください。

## ■相談申込み欄

千葉市長 様

上記の相談内容等について、□多機関協働事業 □アウトリーチ等事業 □参加支援事業 の利用を申し込みます。

また、相談支援にあたり必要となる関係機関(者)と情報共有することに同意します。なお、同意にあたっては、別紙の「個人情報に関する管理・取扱指針」について説明を受けました。

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 本人署名 \_\_\_\_\_

(様式第2-1号) 多機関協働事業のプラン兼事業等利用申込書

受付番号		紹介日・ 相談受付日	西暦 年 月 日
※作成回	プラン( )回目	※主担当者	
ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> ( )
氏名		生年月日	西暦 年 月 日 ( 歳)

### ■解決したい課題

## ■目標(目指す姿)

長期目標	本プランにおける達成目標

#### ■実施内容<関係支援機関が実施すること>

実施者 (本人・家族等・関係支援機関等)	実施内容(実施事項・期間・頻度など)

(様式第2-2号)

## 多機関協働事業のプラン兼事業等利用申込書

## ■法に基づく事業等

メニュー		利用有無		支援方針(期間・実施機関等)							
1	参加支援事業	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	支援期間 西暦 年 月 日	～	西暦 年 月 日					
				<input type="checkbox"/> 申込中	<input type="checkbox"/> 既利用	<input type="checkbox"/> 申込予定	備考( )				
2	アウトリーチ事業	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	支援期間 西暦 年 月	～	西暦 年 月					
				<input type="checkbox"/> 申込中	<input type="checkbox"/> 既利用	<input type="checkbox"/> 申込予定	備考( )				

## ■プランの期間と次回モニタリング(予定)時期

プラン期間	西暦 年 月 日	まで	次回モニタリング時期	西暦 年 月
-------	----------	----	------------	--------

## ■プランに関する本人同意・申込署名欄

私は、	<input type="checkbox"/> 上記のプランに基づく支援について同意します。
	<input type="checkbox"/> 法に基づく事業(上記1, 2)の利用について申し込みます。
西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	本人署名 _____

## &lt;重層的支援会議・支援決定&gt;

重層的支援会議開催日	① 西暦 年 月 日	支援決定 ・確認	<input type="checkbox"/> 支援決定 (法に基づく事業(上記1, 2))
	② 西暦 年 月 日		<input type="checkbox"/> 確認
	③ 西暦 年 月 日		(決定・確認日: 西暦 年 月 日)

## &lt;備考&gt;

--

## &lt;必要添付書類&gt;

<input type="checkbox"/> インテーク・アセスメントシート
--

(様式第3-1号)		インテーク・アセスメントシート				
受付番号		氏名		相談受付日	西暦	年月日
主担当者		備考				
<b>■相談経路・相談歴</b>						
相談経路		その他 自由記述				
これまでに相談歴がある機関(本人や家族に過去にどこかの機関への相談経験があるかを確認)						
就労	<input type="checkbox"/> ハローワーク <input type="checkbox"/> 職業訓練機関 <input type="checkbox"/> 就労準備支援機関 <input type="checkbox"/> 地域若者サポートステーション <input type="checkbox"/> 就労支援法人・団体(就労訓練事業を含む) <input type="checkbox"/> 一般企業 <input type="checkbox"/> 各種協同組合(生協等) <input type="checkbox"/> 農業者・農業団体		保護	<input type="checkbox"/> 保健福祉センター(生活保護担当部署) <input type="checkbox"/> ホームレス支援機関 <input type="checkbox"/> 一時保護施設 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> 更生保護施設・自立準備ホーム <input type="checkbox"/> 地域生活定着支援センター		
医療	<input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> (医療機関の内、無料低額診療実施機関) <input type="checkbox"/> 行政の保健担当部署		生活・金銭	<input type="checkbox"/> 自立相談支援機関 <input type="checkbox"/> 行政の税担当部署 <input type="checkbox"/> 行政の保険・年金担当部署(年金事務所含む) <input type="checkbox"/> 社会保険労務士 <input type="checkbox"/> 家計改善支援機関 <input type="checkbox"/> 食糧支援団体(フードバンク等) <input type="checkbox"/> 小口貸付(生活福祉資金除く) <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会(生活福祉資金) <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会(日常生活自立支援事業) <input type="checkbox"/> 成年後見人制度の支援機関 <input type="checkbox"/> 法テラス・弁護士・司法書士 <input type="checkbox"/> 消費生活センター・消費生活相談窓口・多重債務者等相談窓口		
障害	<input type="checkbox"/> 行政の障害担当部署 <input type="checkbox"/> 基幹相談支援センター <input type="checkbox"/> 精神保健福祉センター <input type="checkbox"/> 障害者就業・生活支援センター <input type="checkbox"/> 障害者就労支援事業所 <input type="checkbox"/> その他障害者支援機関・施設		住居	<input type="checkbox"/> 行政の住宅施策担当部局(居住支援協議会) <input type="checkbox"/> 居住支援法人 <input type="checkbox"/> 不動産・保証関係会社		
高齢	<input type="checkbox"/> 行政の高齢担当部署 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター(あんしんケアセンター) <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所・その他介護事業所		その他	<input type="checkbox"/> 他地域の生活困窮者自立相談支援機関 <input type="checkbox"/> 民生委員・児童委員 <input type="checkbox"/> 外国人支援団体・相談窓口 <input type="checkbox"/> ひきこもり支援機関 <input type="checkbox"/> NPO・ボランティア団体 <input type="checkbox"/> 商店街・商工会等経済団体 <input type="checkbox"/> 町内会・自治会、福祉委員、近隣住民 <input type="checkbox"/> ライフライン民間事業者(電気・ガス・水道) <input type="checkbox"/> 保健所(動物・ペットの多頭飼育等) <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会(生活福祉資金、日常生活自立支援事業以外) <input type="checkbox"/> その他行政の担当部署 <input type="checkbox"/> 家族・親族・その他キーパーソン <input type="checkbox"/> その他1 ( )		
<b>■相談歴の概況／相談経緯(誰が、どこに、どのような相談をしたか、その結果がどうであったかを記載)</b>						
<b>■本人の主訴・状況(生活歴を含む)</b>						

(様式第3-2号)

## インテーク・アセスメントシート

■本人の主訴・状況(続き)

(1)家族・地域関係・住まい

同居者	<input type="checkbox"/> 有(自分を含んで 人) <input type="checkbox"/> 無	別居の 家族	<input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無							
婚姻	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他( )	子ども	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( 人→扶養 人)							
世帯類型	単身世帯(65歳以上)				その他世帯の詳細 (自由記述)					
本人	氏名	続柄	性別	年齢	世帯員4	氏名	続柄	性別	年齢	
		本人								
世帯員1	氏名	続柄	性別	年齢	世帯員5	氏名	続柄	性別	年齢	
世帯員2	氏名	続柄	性別	年齢	世帯員6	氏名	続柄	性別	年齢	
世帯員3	氏名	続柄	性別	年齢	世帯員7	氏名	続柄	性別	年齢	
家族の状況 (子どものことを含む)										
住居	<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 賃貸アパート・マンション <input type="checkbox"/> 公営住宅 <input type="checkbox"/> 会社の寮・借り上げ住宅 <input type="checkbox"/> 野宿 <input type="checkbox"/> その他( )				地域との 関係					
特記事項										
(2)健康・障害										
通院 状況	<input type="checkbox"/> 通院している <input type="checkbox"/> 通院していない/健康状態良い <input type="checkbox"/> 通院していない/健康状態悪い			通院先/ 服薬・診断・ 症状等						
健康 保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 健康保険(国保以外) <input type="checkbox"/> 加入していない			障害者 手帳等	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 身体 ( 級) <input type="checkbox"/> 知的(療育)( ) <input type="checkbox"/> 精神 ( 級)				
		自立支援医療	<input type="checkbox"/> 利用		<input type="checkbox"/> 利用せず					
特記事項										
(3)収入・公的給付・債務等										
家計の 收支状況	世帯として 月々入ってくるお金 (月額 円) 月々出していくお金 (月額 円)			家計 状況						
課税状況	<input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯である <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯ではない			滞納 債務	<input type="checkbox"/> 滞納あり	滞納なし <input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/> 債務あり	〔 <input type="checkbox"/> うち生活福祉資金債務あり 〕 債務なし <input type="checkbox"/>							
公的 給付 (受給中)	<input type="checkbox"/> 雇用保険 <input type="checkbox"/> 老齢年金・遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害者年金 <input type="checkbox"/> 特別障害者手当 <input type="checkbox"/> 児童手当 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 住居確保給付金 <input type="checkbox"/> その他( )			生活 保護						
特記事項										

## (4) 職業・職歴等

## ①概況

就労 状況	<input type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 就労しているが、転職先を探したい/探している <input type="checkbox"/> 今後、就労予定(就労先決定済み) <input type="checkbox"/> 仕事を探したい/探している(現在無職) <input type="checkbox"/> 仕事をしていない(仕事は探していない)	最終学歴等	<input type="checkbox"/> 中学(高校未入学) <input type="checkbox"/> 中学(高校中退)
			<input type="checkbox"/> 高校(大学中退を含む)
			<input type="checkbox"/> 特別支援学校(学級含む)
			<input type="checkbox"/> 専門学校・専修学校・各種学校
			<input type="checkbox"/> 高等専門学校 <input type="checkbox"/> 短大
			<input type="checkbox"/> 大学・大学院 <input type="checkbox"/> その他
→ <input type="checkbox"/> 現在、就学中			
直近の 離職後 年数	<input type="checkbox"/> 6ヶ月未満 <input type="checkbox"/> 6ヶ月～1年未満 <input type="checkbox"/> 1年以上～2年未満 <input type="checkbox"/> 2年以上 <input type="checkbox"/> 仕事をしたことがない	資格・ 技術	<input type="checkbox"/> 自動車免許
			<input type="checkbox"/> その他資格・技術
			( )
希望 職種等			

## ②現在の職業

職業	業務内容		雇用形態
勤務年数	月収	賞与の有無・回数等	賞与(年間)
年 カ月	万円		万円

## ③過去の職歴 ※現在に近い順に上から記載

勤務期間		雇用形態	月収	職業・業務内容
西暦 年 月 ～ 西暦 年 月	年 ヶ月		万円	
西暦 年 月 ～ 西暦 年 月	年 ヶ月		万円	
西暦 年 月 ～ 西暦 年 月	年 ヶ月		万円	

## ④職業・職歴等の特記事項


## (5) 他の特記事項

--

(様式第3-4号)

### インテーク・アセスメントシート

#### ■アセスメント結果の整理と支援方針の検討

課題と背景要因						
課題のまとめと支援方針 (300字以内で整理)						
本人に 関わる 課題と特性	<input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> けが <input type="checkbox"/> 障害(手帳有) <input type="checkbox"/> 障害(疑い) <input type="checkbox"/> 自死企図 <input type="checkbox"/> その他メンタルヘルスの課題(うつ・不眠・不安・依存症・適応障害など) <input type="checkbox"/> 住まい不安定 <input type="checkbox"/> ホームレス <input type="checkbox"/> 経済的困窮 <input type="checkbox"/> (多重・過重)債務 <input type="checkbox"/> 家計管理の課題 <input type="checkbox"/> 就職活動困難 <input type="checkbox"/> 就職定着困難 <input type="checkbox"/> 生活習慣の乱れ <input type="checkbox"/> 社会的孤立(ニート・ひきこもり等含む) <input type="checkbox"/> 家族関係・家族の問題 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 子育て <input type="checkbox"/> 不登校 <input type="checkbox"/> 非行 <input type="checkbox"/> 中卒・高校中退 <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> DV・虐待 <input type="checkbox"/> 外国籍 <input type="checkbox"/> 刑余者 <input type="checkbox"/> コミュニケーションが苦手 <input type="checkbox"/> 本人の能力の課題(識字・言語・理解等) <input type="checkbox"/> 被災 <input type="checkbox"/> その他( )					
初回						
スクリーニング実施日	西暦 年 月 日					
対応結果・方針	<input type="checkbox"/> 1. 情報提供や相談対応のみで終了 <input type="checkbox"/> 2. 他の制度や専門機関で対応が可能であり、つなぐ (必要に応じて、事前連絡や同行支援を実施し、結果をフォローアップする) <input type="checkbox"/> 3. 現時点では本人同意はとれていないが、引き続き同意に向けて取り組む <input type="checkbox"/> 4. 多機関協働プランを策定する <input type="checkbox"/> 5. スクリーニング判断前に中断・終了(連絡がとれない/転居等)					
家族関係図(□=男性、○=女性)	支援経過における変化					
■エコマップ(地域や周囲との関係性)						
エコマップ				支援経過における変化		

(様式第4-1号)		評価シート						
受付番号				氏名				
評価回	評価( )回目	評価担当者		評価記入日	西暦	年	月	日
<b>■目標の達成状況</b>								
目標の達成状況								
見られた変化	生活面	<input type="checkbox"/> 生活保護適用	<input type="checkbox"/> 住まいの確保・安定	<input type="checkbox"/> 医療機関受診開始	<input type="checkbox"/> 健康状態の改善			
		<input type="checkbox"/> 障害者手帳取得	<input type="checkbox"/> 自立意欲の向上・改善	<input type="checkbox"/> 対人関係・家族関係の改善				
	<input type="checkbox"/> 生活習慣の改善	<input type="checkbox"/> 孤立の解消	<input type="checkbox"/> 精神の安定	<input type="checkbox"/> 家計の改善				
	<input type="checkbox"/> 債務の整理	<input type="checkbox"/> 保険関係収入の増加	<input type="checkbox"/> 年金関係収入の増加					
<input type="checkbox"/> その他収入増加(一般就労以外) <input type="checkbox"/> 就労収入増加(一般就労において、転職・勤務時間の増加等により增收した場合)								
<input type="checkbox"/> 職場定着 <input type="checkbox"/> 一般就労開始(目的が継続的な就労(障害者雇用含む)) <input type="checkbox"/> 一般就労開始(目的が時限的) <input type="checkbox"/> 雇用契約を伴う支援付き就労(就労訓練事業、就労継続A型等) <input type="checkbox"/> 障害者サービス活用(就労継続B型、就労移行支援等) <input type="checkbox"/> 自営業等雇用外の就労開始 <input type="checkbox"/> 就職活動開始 <input type="checkbox"/> 職業訓練の開始、就学 <input type="checkbox"/> 社会参加機会の増加								
<input type="checkbox"/> その他( )								
<input type="checkbox"/> この間に変化は見られなかった								
現在の状況と残された課題								
<b>■プランの終結・継続に関する本人希望・スタッフ意見</b>								
本人の希望	<input type="checkbox"/> 終結を希望	<input type="checkbox"/> 繼続を希望	スタッフの意見					

(様式第4-2号)		評価シート		
<重層的支援会議における評価実施>				
注:他機関へのつなぎにより終結する場合は、対象者が他機関に既につながっている状態であること。				
重層的支援会議 開催日	西暦 年 月 日	プラン評価	<input type="checkbox"/> 終結 <input type="checkbox"/> 再プランして継続 <input type="checkbox"/> 中断 (終結の内、他機関へのつなぎ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) (決定日:西暦 年 月 日)	
終結後の対応/ 再プラン時の留意 点				
■終結時のつなぎ先情報				
注:終結の内、他機関へのつなぎが「あり」にチェックした場合は必須				
終結時つなぎ「あり」にチェックした場合のつなぎ先の機関 (あてはまるものすべてにチェック)				
これまでの相談歴がある機関 (本人や家族に過去にどこかの機関への相談経験があるかを確認)				
就労	<input type="checkbox"/> ハローワーク <input type="checkbox"/> 職業訓練機関 <input type="checkbox"/> 就労準備支援機関 <input type="checkbox"/> 地域若者サポートステーション <input type="checkbox"/> 就労支援法人・団体(就労訓練事業を含む) <input type="checkbox"/> 一般企業 <input type="checkbox"/> 各種協同組合(生協等) <input type="checkbox"/> 農業者・農業団体		保護	<input type="checkbox"/> 保健福祉センター(生活保護担当部署) <input type="checkbox"/> ホームレス支援機関 <input type="checkbox"/> 一時保護施設 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> 更生保護施設・自立準備ホーム <input type="checkbox"/> 地域生活定着支援センター
医療	<input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> (医療機関の内、無料低額診療実施機関) <input type="checkbox"/> 行政の保健担当部署		生活・ 金銭	<input type="checkbox"/> 自立相談支援機関 <input type="checkbox"/> 行政の税担当部署 <input type="checkbox"/> 行政の保険・年金担当部署(年金事務所含む) <input type="checkbox"/> 社会保険労務士 <input type="checkbox"/> 家計改善支援機関 <input type="checkbox"/> 食糧支援関係団体(フードバンク等) <input type="checkbox"/> 小口貸付(生活福祉資金除く) <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会(生活福祉資金) <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会(日常生活自立支援事業) <input type="checkbox"/> 成年後見人制度の支援機関 <input type="checkbox"/> 法テラス・弁護士・司法書士 <input type="checkbox"/> 消費生活センター・消費生活相談窓口・多重債務者等相談窓口
障害	<input type="checkbox"/> 行政の障害担当部署 <input type="checkbox"/> 基幹相談支援センター <input type="checkbox"/> 精神保健福祉センター <input type="checkbox"/> 障害者就業・生活支援センター <input type="checkbox"/> 障害者就労支援事業所 <input type="checkbox"/> その他障害者支援機関・施設		住居	<input type="checkbox"/> 行政の住宅施策担当部署(居住支援協議会) <input type="checkbox"/> 居住支援法人 <input type="checkbox"/> 不動産・保証関係会社
高齢	<input type="checkbox"/> 行政の高齢担当部署 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター(あんしんケアセンター) <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所・その他介護事業所		その他	<input type="checkbox"/> 他地域の生活困窮者自立相談支援機関 <input type="checkbox"/> 民生委員・児童委員 <input type="checkbox"/> 外国人支援団体・相談窓口 <input type="checkbox"/> ひきこもり支援機関 <input type="checkbox"/> NPO・ボランティア団体 <input type="checkbox"/> 商店街・商工会等経済団体 <input type="checkbox"/> 町内会・自治会・福祉委員、近隣住民 <input type="checkbox"/> ライフライン民間事業者(電気・ガス・水道) <input type="checkbox"/> 保健所(動物・ペットの多頭飼育等) <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会(生活福祉資金、日常生活自立支援事業以外) <input type="checkbox"/> その他行政の担当部署 <input type="checkbox"/> 家族・親族・その他キーパーソン <input type="checkbox"/> その他 ( )
特記事項 (関係機関名を残す場合は ここに記載)				

(様式第5号) つながり評価シート						
受付番号				氏名		
※評価回	評価( )回目	※評価担当者		評価記入日	西暦	年 月 日
<b>■目標の達成状況</b>						
※評価 日 現在の 状態像	意欲	<input type="checkbox"/> 1. 就労や生活全般(家事、遊び、趣味、身の回りのこと)等に対して意欲が持てない。 <input type="checkbox"/> 2. 遊び、趣味等の好きなことに対しては意欲がある。 <input type="checkbox"/> 3. 2に加え、就労やボランティア活動等の社会参加に関心がある。 <input type="checkbox"/> 4. 就労やボランティア活動等の社会参加を行おうとしている。または既に行っている。				
	自己肯定感	<input type="checkbox"/> 1. 自分のことを否定し、受け入れられない。 <input type="checkbox"/> 2. 自分のことを否定的に話すことが多く、限られた身近な人等からしか認められないないと感じている。 <input type="checkbox"/> 3. しぶしぶ自分のことを否定的に話すが、自分の良い点を挙げることができる。 <input type="checkbox"/> 4. 自分のことを肯定的に受け止めている。				
	対人関係	<input type="checkbox"/> 1. 一対一の関係で、相手の話を聞くことができない <input type="checkbox"/> 2. 一対一の関係において、相手の話を聞くことができる <input type="checkbox"/> 3. 一対一の関係において、相手に配慮した発言や行動ができる <input type="checkbox"/> 4. 集団において、相手に配慮した発言や行動ができる				
	社会参加	<input type="checkbox"/> 1. 社会との接点を持たず、外出もままならない。 <input type="checkbox"/> 2. 限られた身近な人(家族や友人等)や支援者との関わりがある。 <input type="checkbox"/> 3. 身近な人(家族や友人等)や支援者以外にも、仕事・学校・地域活動・趣味・遊び等で、月1回から数回程度、会う人と場がある <input type="checkbox"/> 4. 仕事、学校、地域活動、趣味、遊び等で、週に数回又は毎日定期的に会う人と場がある。				
	相談	<input type="checkbox"/> 1. 困った時に相談できる人や支援機関が1つもない <input type="checkbox"/> 2. 困った時に相談できる人や支援機関が1つ又は複数あるが、いずれも信頼して相談できる関係ではない <input type="checkbox"/> 3. 困った時に相談できる人や支援機関が1つ又は複数あり、そのうちの1つと信頼して相談できる関係にある <input type="checkbox"/> 4. 困った時に相談できる人や支援機関が複数あり、そのうちの複数と信頼して相談できる関係にある				