

## 千葉県アウトリーチ等を通じた継続的支援事業実施要領

### 1 趣旨

この要領は、千葉県重層的・包括的支援体制整備事業等実施要綱第4条第3項に規定するアウトリーチ等を通じた継続的支援事業（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、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、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。）との連携や市民とのつながりを構築し、複雑化・複合化した地域生活課題を抱えながらも支援が届いていない市民（以下「支援対象者」という。）を把握するとともに、当該支援対象者に対して時間をかけた丁寧な働きかけを行い、もって支援対象者との信頼関係を構築し、支援対象者に必要な支援を届け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県（以下「市」という。）とし、千葉県福祉まる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) 基本的考え方

本事業にて支援する事例の多くは、支援対象者とのつながりを形成すること自体が困難であり、時間がかかることが想定されるため、支援対象者と直接かつ継続的に関わるための信頼関係の構築や、つながりの形成に向けた支援を行う。

#### (2) 支援関係機関等との連携を通じた情報収集

支援対象者を早期に発見するため、センターは日ごろから、支援関係機関等と連携し、これらのつながりの中から相談の受付及び課題把握を行う。

#### (3) 事前調整

ア センターは、支援対象者及びその世帯に確実に支援を届けるため、丁寧な情報収集や自宅への訪問等により関係性を構築するための方策を検討し、必要に応じ関係者との調整を行う。

イ 支援対象者の同意を得る前の段階においては、当該支援対象者の状態やその家族との関係性等により柔軟に対応するよう留意する。

(4) プランの作成

ア センターは、アウトリーチ等を通じた継続的支援事業のプラン（様式第1号）及び評価シート（様式第2号）により、支援の目標・方向性等を整理したプランを作成し、必要に応じて、千葉市重層的・包括的支援体制整備事業等実施要綱第5条に規定する包括的支援会議に諮る。

イ 包括的支援会議では、支援の質と内容を担保するため、関係者で支援の方向性や支援方法の妥当性等について検討する。

(5) 関係性構築に向けた支援

センターは、支援対象者及びその世帯とのつながりを形成するため、置き手紙をする、興味・関心に合わせた情報提供を行う等、継続的な働きかけを行う。

(6) 家庭訪問及び同行支援

ア センターは、自宅への訪問等を含め支援対象者のところまで赴き、支援を行う。

イ センターは、支援対象者に出会えた後も、当該支援対象者が即時に外出し、またはセンター職員以外の者との関わりを拒否するなど支援関係機関等とつながることが困難である場合においては、引き続き自宅訪問及び同行支援を行い、支援対象者及びその世帯を取り巻く人間関係の拡充に努める。

(7) 多機関協働事業との連携

センターは、支援に係る支援対象者の同意が得られた場合、当該支援対象者とともに必要な支援及び今後の方向性について検討し、必要に応じて千葉市重層的・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の利用につなぐ。

(8) 支援の終結

支援対象者及びその世帯が、適切な支援関係機関等とつながり、その関係性が安定した段階で、支援を終結する。

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 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)				アウトリーチ等を通じた継続的支援事業のプラン			
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							
■支援目標							
■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・関係支援機関など)		実施内容(実施事項・期間・頻度など)					
■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				

(様式第2-1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
■目標の達成状況						
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増収した場合)				
		社会面	<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			
			他	<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						
■プランの終結・継続に関する本人希望・スタッフ意見						
本人の希望	<input type="checkbox"/> 終結を希望 <input type="checkbox"/> 継続を希望		スタッフの意見			

