

千葉市参加支援事業実施要領

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4号に規定する参加支援事業（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、既存の社会参加に向けた事業では対応できない市民（以下「支援対象者」という。）のため、支援対象者やその世帯のニーズや抱える課題などを丁寧に把握し、地域の社会資源や支援メニューとのコーディネートをし、マッチングを行う。また、既存の社会資源への働きかけや、既存の社会資源の拡充を図り、支援対象者やその世帯の支援ニーズや状態に合った支援メニューをつくる。さらに、マッチングした後に支援対象者の状態や希望に沿った支援が実施できているかフォローアップ等を行い、支援対象者やその世帯と社会とのつながりづくりに向けた支援を行うことを目的とする。

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) 基本的考え方

本事業は、既存の社会参加に向けた事業では対応できない狭間の個別ニーズに対応するため、支援対象者やその世帯の支援ニーズと地域の社会資源との間の調整を行うことで、多様な社会参加の実現を目指す事業である。

(2) 支援の実施

ア 相談受付

センターは、本事業による相談受付を行うことが決まった場合、原則、本事業による支援を要する者（以下「本人」という。）に相談受付・申込票（様式第1号）を記入してもらい、利用申込みを受ける。ただし、本人が記載できない場合や記載したがらない項目は無理強いせずに、支援者が記載を手伝ったり聞き取ったりしながら記載を代行する。

イ 参加支援事業のプラン作成

センターは、支援対象者の相談受付・アセスメントを行い、社会参加に向けた支援の方向性や支援の内容が決まった段階で参加支援事業のプラン（様式第2号。以下「プラン」という。）を作成し、重層的支援会議（千葉市多機関協働事業実施要領4

(7) に規定するものをいう。以下同じ。) に諮る。

プランは、人や地域とのつながりの希薄化といった支援対象者やその世帯の抱える課題に対して、社会や他者とのつながりを創出し、自己肯定感や自己有用感を取り戻すために、個別支援を目的として作成する。

また、支援対象者やその世帯が望む社会とのつながりや参加を支えるために、その状況に合った目標を設定し、目標に向けてセンターや支援関係機関その他の関係者が取り組むことを記載する。

ウ 支援の実施

本事業は重層的支援会議で事業の利用が必要と判断され、プランが決定された場合に利用開始となる。ただし、本事業が早期に関わる必要がある場合には、重層的支援会議における決定前から支援対象者への支援を開始する。

センターは、支援対象者やその世帯の支援ニーズを踏まえた丁寧なマッチングと社会参加に向けた支援のためのメニュー作りを行う。この取組は、相談者の有無にかかわらず必要に応じて地域へ働きかけを行い、支援メニューを増やしていくことが重要である。

また、支援対象者に対する定着支援を行うほか、受入先（地域の福祉サービス、企業その他の社会資源）への支援を行う（協力費（支援に必要な実費相当分程度）の支出を含む。）。

エ 終結

センターは、評価シート（様式第3号）により、プランの進捗状況を把握し、必要に応じて重層的支援会議に諮る。社会参加に向けて地域の社会資源とのつながりができる、支援対象者とつながった先との関係性が安定したと判断した段階でプランに基づいた支援は終結となる。

ただし、支援対象者の多くが、他者や社会とのつながりを継続することに困難を抱える場合が多いことから、個別の状況に応じて、プランの終結後であってもセンターからの定期的な連絡等の働きかけは継続されるものとする。

（3）地域資源との連携

ア 資源開拓

日頃から地域の産業や業界団体などの地域のプラットフォームに参画することなどを通じて、地域の社会資源とつながりを作り、支援が必要な時に迅速に対応できるよう情報収集をし、関係づくりを行う。

イ 福祉サービスとの連携

社会参加に向けた支援は、地域において多様な形態を確保するために、狭間の社会参加のニーズを有する者に特化した事業を新設することのみならず、地域の既存の福祉サービスを実施する事業所に対する働きかけや受け入れに向けた支援を行い、狭間のニーズを有する者の受け皿として機能を拡充していく。

地域の既存の福祉サービスの活用を進めやすくするための整理や「本来業務に支障のない範囲」の具体的な基準等については、「多様な社会参加への支援に向けた地域資源の活用について」（令和3年3月31日厚生労働省子ども家庭局長、社会・援護局長、障害保健福祉部長、老健局長連名通知）を参照する。

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 <table border="1"> <tr> <td>ふりがな</td> <td colspan="2"></td> <td>性別</td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> () </td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="2"></td> <td>生年月日</td> <td colspan="2">西暦 年 月 日 (歳)</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td colspan="5">〒 -</td> </tr> <tr> <td>電話</td> <td>自宅</td> <td>() -</td> <td>携帯</td> <td colspan="2">- - -</td> </tr> <tr> <td>メール</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">来談者 ※ご本人以外 の場合</td> <td>氏名</td> <td></td> <td rowspan="2">来談者との 関係</td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> 家族 (本人との続柄:) <input type="checkbox"/> その他 () </td> </tr> <tr> <td>電話</td> <td>() -</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>						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:) <input type="checkbox"/> その他 ()		電話	() -		
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:) <input type="checkbox"/> その他 ()																																									
	電話	() -																																											
■ご相談内容 <table border="1"> <tr> <td>病気や健康、障害のこと</td> <td>住まいについて</td> <td>収入・生活費のこと</td> </tr> <tr> <td>家賃やローンの支払いのこと</td> <td>税金や公共料金等の支払いについて</td> <td>債務について</td> </tr> <tr> <td>仕事探し、就職について</td> <td>仕事上の不安やトラブル</td> <td>地域との関係について</td> </tr> <tr> <td>家族との関係について</td> <td>子育てのこと</td> <td>介護のこと</td> </tr> <tr> <td>ひきこもり・不登校</td> <td>DV・虐待</td> <td>食べるものが無い</td> </tr> <tr> <td>その他 ()</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>						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 ()																								
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 <p>千葉市長様</p> <p>上記の相談内容等について、<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 の利用を申し込みます。</p> <p>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。</p> <p>西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 本人署名 _____</p>																																													

（様式第3-1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																																																																														
<p>■目標の達成状況</p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">目標の達成状況</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td rowspan="4">見られた変化</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">生活面</td> <td><input type="checkbox"/>生活保護適用</td> <td><input type="checkbox"/>住まいの確保・安定</td> <td><input type="checkbox"/>医療機関受診開始</td> <td><input type="checkbox"/>健康状態の改善</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>障害者手帳取得</td> <td><input type="checkbox"/>自立意欲の向上・改善</td> <td><input type="checkbox"/>対人関係・家族関係の改善</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">社会面</td> <td><input type="checkbox"/>生活習慣の改善</td> <td><input type="checkbox"/>孤立の解消</td> <td><input type="checkbox"/>精神の安定</td> <td><input type="checkbox"/>家計の改善</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>債務の整理</td> <td><input type="checkbox"/>保険関係収入の増加</td> <td><input type="checkbox"/>年金関係収入の増加</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">他</td> <td colspan="8"><input type="checkbox"/>その他収入増加(一般就労以外)</td> </tr> <tr> <td colspan="8"><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)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">現在の状況と残された課題</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td colspan="8"> <p>■プランの終結・継続に関する本人希望・スタッフ意見</p> <table border="1"> <tr> <td>本人の希望</td> <td><input type="checkbox"/>終結を希望</td> <td><input type="checkbox"/>継続を希望</td> <td>スタッフの意見</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>									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		社会面	<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		他	<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)								現在の状況と残された課題									<p>■プランの終結・継続に関する本人希望・スタッフ意見</p> <table border="1"> <tr> <td>本人の希望</td> <td><input type="checkbox"/>終結を希望</td> <td><input type="checkbox"/>継続を希望</td> <td>スタッフの意見</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table>								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				
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																																																																																		
社会面		<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																																																																																			
他	<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)																																																																																					
現在の状況と残された課題																																																																																						
	<p>■プランの終結・継続に関する本人希望・スタッフ意見</p> <table border="1"> <tr> <td>本人の希望</td> <td><input type="checkbox"/>終結を希望</td> <td><input type="checkbox"/>継続を希望</td> <td>スタッフの意見</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table>								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																																																																										
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																																																																																			

(様式第3-2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		
			<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		
			<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		
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	生活・ 金 銭	<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 ()		
			<input type="checkbox"/> その他 ()		
			<input type="checkbox"/> その他 ()		
			<input type="checkbox"/> その他 ()		
			<input type="checkbox"/> その他 ()		
			<input type="checkbox"/> その他 ()		
			<input type="checkbox"/> その他 ()		
			<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)					