

## 複雑・複合的課題を有する方（世帯）を支援する 重層的支援会議、支援会議の手引き





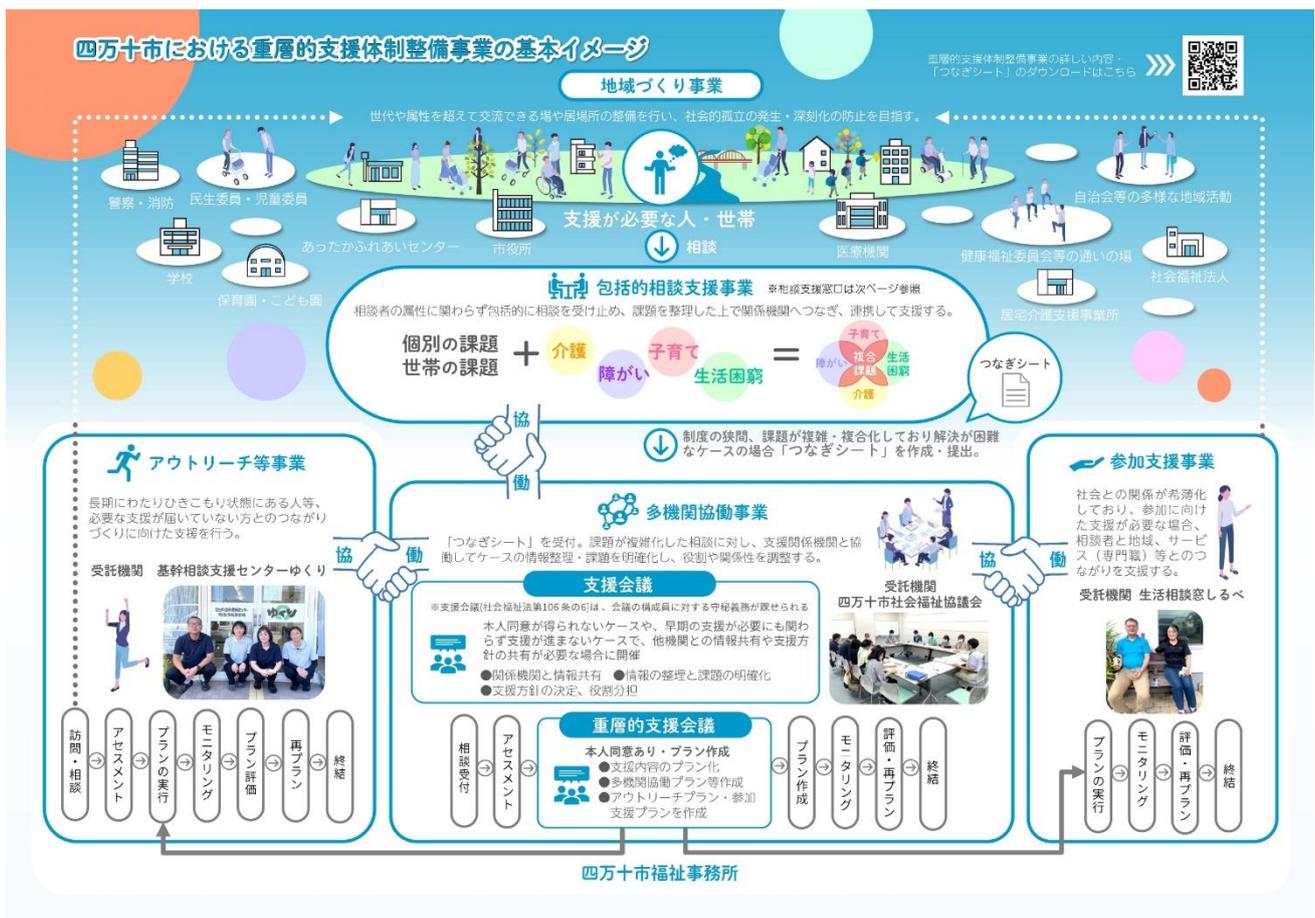
# 手引きの目的

本市では、急速な少子高齢化に加え、虐待、引きこもりなど、その背景や原因が複雑かつ多重に絡み合った地域生活課題(以下、課題)が増加しています。これらの課題の早期解決には、関係機関・関係者の有機的な連携・協働の上で解決に導く仕組みづくりが必要であり、令和6年度より重層的支援体制整備事業の取り組みを開始しました。(図表1)

相談者の属性を問わず包括的に相談を受け止め、受け止めた相談のうち単独の相談支援機関では対応が難しい複雑化・複合化した事例を解きほぐし、その課題の解決方法について支援関係者で検討するための連携のツールとして支援会議や重層的支援会議が位置づけられています。それらの会議を効果的に機能させていくため、本手引きを作成しました。

本手引きでは、多職種と事例検討を行うプロセスを通して、複雑かつ複合課題を抱える対象者を理解して課題を解決すること、さらに個別課題を地域課題として捉え、その解決を模索することができる会議を展開していくことを目的としています。

図表1 四万十市重層的支援体制整備事業基本イメージ



# 複雑・複合的な課題を支援する支援会議と重層的支援会議

## 1. | 複雑・複合的な課題とは

**複雑・複合的な課題**とは、「高齢」「障がい」「子ども」「生活困窮」等の分野・属性を問わず、以下のような状態が単独ではなく重複して抱えている事例としています。

- 本人が疾病や障害、経済的な問題などの複数の課題を有している。
- 同一家族の中で複数の家族員が健康や生活の複数の課題を有している。
- 本人や家族の課題に関連する迷惑行為について、近隣の地域住民が困っている。
- 地域の中で保健医療福祉に関する制度・サービスなどの社会資源や支援ネットワークの不足により健康や生活などの課題を有している。

本人の健康問題や経済的問題、家族の抱える問題、世代間連鎖、地域からの孤立、支援拒否など課題を多く抱え、一つの機関での支援には限界があり、課題解決には、多機関・多職種連携が必要とされるケースについて重層的支援体制整備事業で取り扱うことにしています。

## 1. | 支援会議と重層的支援会議

### (1) 支援会議（社会福祉法第106条の6）

支援会議は、会議の構成員に対する守秘義務を設け、構成員同士が安心して潜在的な課題を抱える人に関する情報の共有などを行うことを可能とすることにより、地域において関係機関などがそれぞれ把握していないながらも支援が届いていない個々の事例の情報の共有や地域における必要な支援体制の検討を円滑にするものです。

対象：潜在的な相談者（個人情報取り扱い同意を得る前）

### (2) 重層的支援会議

重層的支援会議は、重層的支援体制整備事業の中で想定される会議であり、関係機関との情報共有にかかる本人同意を得たケースに関して、当該ケースのプランを共有したり、プランの適切性を協議する場です。

対象：担当者がいる本人（個人情報取り扱い同意を得た後）



### 3. | 支援会議と重層的支援会議の意義・目的

#### (1) 個別課題と地域課題の解決

本人・世帯の抱える課題を可視化し、多機関で支援策の検討、実施、評価の一連のPDCAサイクルに基づき課題解決を促進できます。会議では、参加する多職種からの意見により多角的なアセスメントができ課題に対するアプローチが明確になります。各職種の支援内容を理解することによって、事例へのより良い支援方策を検討することができます。また、会議の参加者は、これまで経験したことがない事例の支援をイメージすることができます。今後の支援に活かすことができます。そして、会議によって地域課題が見出され、ネットワーク構築や、地域づくり・資源開発、政策形成など、地域課題の解決のための動きにつなげることができます。

#### (2) 専門職としての能力・意欲の向上

会議の参加者は、複雑かつ複合課題事例への支援方法を学ぶ機会が得られます。事例を通して、個別課題のアセスメントの視点、介入方法など関係者と共有することにより、不足する知識や技術を把握し、今後の学習の動機づけになるとともに、相談支援能力の向上につながります。また、個別事例から地域課題を見出してその解決のための方法を考えるといった、地域支援と事業化・施策化に関わる能力の向上にもつながります。さらに、他職種の専門性や役割を理解し、自身の役割を見つめ直す機会になります。

#### (3) 事例提供者・関係者の情緒的支援

事例検討のプロセスを会議の参加者間で共有することによって、関係者の支援(ピアサポート)にもつながり、複雑かつ多重課題事例への負担感を軽減できます。

## 個別課題を起点とした地域課題へのアプローチ

### 1. | 個別課題から地域課題を検討する必要性

このような事例検討会では、「個人や家族の抱えている課題をいかに解決するか」、また「その課題の悪化をいかに予防するか」に重きが置かれるのが一般的です。しかし、複雑かつ複合的課題は、個人や家族の健康や生活に由来して発生している場合と、社会的要因や地域における社会資源の不備など様々な理由から生じている場合があります。さらに、これらの背景・要因もまた複雑に絡み合い、互いに関連し合っているのが現状です。

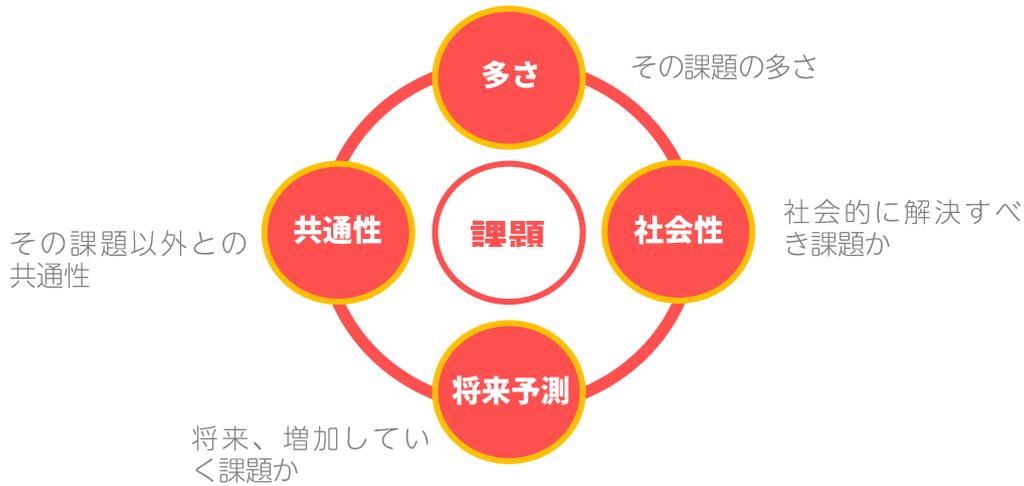
つまり、複雑かつ複合課題事例を支援する際には、個別課題の解決だけに注力していても、実は根本的な解決にはつながりません。それは、川の downstream で溺れた人を助け続けるのと同じことです。川の上流から予防的な支援を展開するためには、個別事例の背景に潜在している地域課題に目を向け、その解決に向けて対策を講じる必要があります。



## 2. 個別課題解決から地域課題解決につなげる視点

複雑かつ複合的な課題を有する方(世帯)の支援をするには、事例検討の段階から、事例の背景にある課題の多さ、共通性、将来予測、社会性といった視点から、個別課題を地域課題へ転換し、事業化や政策化により社会資源を発展させていく必要があります。そして、それを継続的に実施していくことで、地域課題の解決が進んでいきます。(図表 2)

図表 2 個別課題を地域課題に転換する4つの視点



## 支援会議・重層的支援会議の概要

### 1. 会議参加者の検討

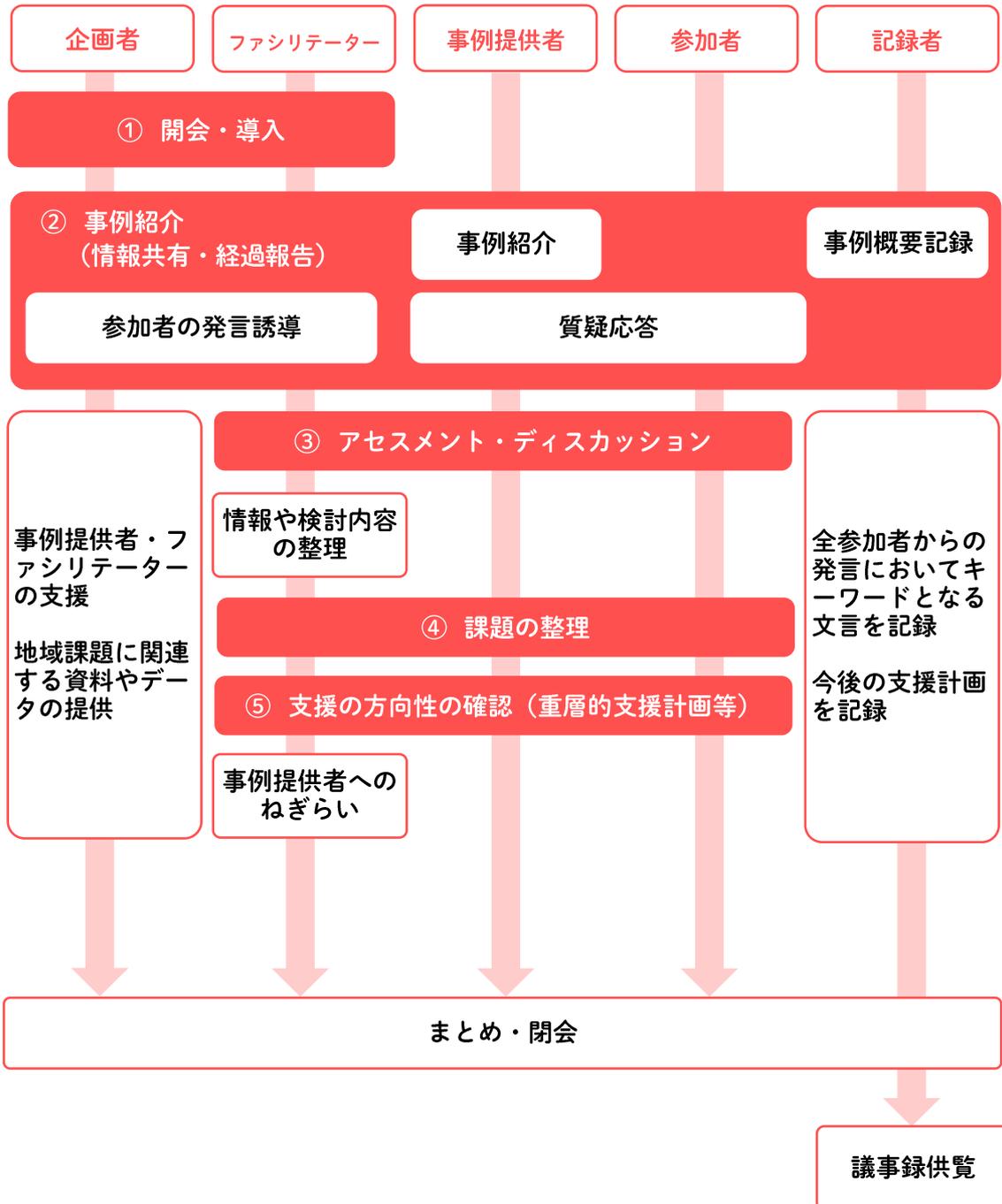
会議の招集メンバーとして「事例に関わっている職種・関係者」・「今後関わってもらいたい職種・関係者」を選定し、出席を依頼します。複雑かつ複合的課題は、様々な職種・関係者の関わりがありますが、現在関わりがなくても、事例への今後の支援に必要な職種や、地域課題の解決に向けた情報を得るために話を聞きたい職種・関係者等の参加依頼も検討します。

基本構成 メンバー	企画者・記録者	四万十市福祉事務所
	ファシリテーター	四万十市福祉事務所および四万十市社会福祉協議会
	アウトリーチ事業者	基幹相談支援センターゆくり
	参加支援事業者	つながるねっと生活相談窓口しるべ
	関係部署	高齢者支援課・健康推進課・子育て支援課等
招集 メンバー	事例提供者	検討事例の担当者
	参加者(関係者)	事例に関わっている関係者、今後関わってもらいたい関係者等



## 2. 当日の流れ・進行手順

当日の流れ	① 開会・導入	2分
	② 事例紹介（情報共有・経過報告）	1事例 10分程度
	③ アセスメント・ディスカッション	20分
	④ 課題の整理	15分
	⑤ 支援の方向性の確認（実際の支援や重層的支援計画への反映等）	3分



## 重層的支援会議に関連した帳票集

四万十市社会福祉協議会ホームページよりダウンロードいただけます。

## つなぎシート

包括的相談支援事業者が受付した相談のうち、単独の相談支援機関では対応が難しい複合的な課題を抱えた「世帯」の支援で困った際、多機関協働事業に情報をつなぐためのシートです。

包括的相談支援事業      多機関協働事業

複合課題を連携しながら解決

# つなぎシート

単独の相談支援機関では対応が難しい複合的な課題を抱えた「世帯」の支援でお困りの時は、多機関協働事業（福祉事務所）にご相談ください。

**住民の困りごと**

個別の課題 + 世帯の課題

相談

介護      障がい      子育て      生活困窮

**包括的相談支援事業**

相談者の属性を問わず、包括的に相談を受け止め、課題を整理した上で関係機関へつなぎ、連携して支援する

支援の実施（プランの実行）

制度の狭間、課題が複雑・複合化しており解決が困難なケースの場合、「つなぎシート」を作成・提出。

プラン

**多機関協働事業**

「つなぎシート」を受付。課題が複雑化した相談に対し、支援関係機関と協働してケースの情報整理・課題を明確化し、役割や関係性を調整する。

**支援会議**

本人や家族の同意なし・守秘義務あり

- 関係機関と情報共有
- 情報の整理と課題の明確化
- 支援方針の決定、役割分担

**重層的支援会議**

本人同意あり・プラン作成

- 支援内容のプラン化
- 多機関協働プラン等作成
- アウトリーチプラン・参加支援プランを作成

お問合せ・つなぎシートの提出先

四万十市福祉事務所 社会福祉係  
四万十市中村大橋通4丁目10（市役所1F） ☎0880（34）1120

## つなぎシート

相談方法	電話・来所 その他（                      ）	受付日	年   月   日
相談機関	担当者氏名 (電話番号)	（      -      -      ）	

太枠内のみ記入してください。

世帯の主たる対象者について		世帯構成（ジェノグラム）
氏名		
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> （      ）	
生年月日	年   月   日（      歳）	
住所	四万十市	
連絡先		

※多機関協働事業へ相談することへの同意（支援対象者または家族） 済（続柄：                      ）・未

主たる対象者を含む世帯の課題（該当する項目すべてに✓）

病気   介護   虐待・DV（疑い含む）   障害者手帳（身・療・精）   障がい疑い  
メンタルヘルス   子育て   不登校   ひきこもり   経済的困窮   債務  
就労   コミュニケーション   近隣トラブル   家族間トラブル  
その他（                      ）

関わっている機関・事業所（すべて書き出してください）

今後、参加を望む機関（すべて書き出してください）

相談内容（どのようなケースか・貴支援機関が最も困っていることはどのようなことか）

今後の進め方	<input type="checkbox"/> 情報共有 <input type="checkbox"/> 支援会議 <input type="checkbox"/> 重層的支援会議 <input type="checkbox"/> その他（                      ）
--------	---

## 相談受付・申込書（様式 01-多機関／様式 01-別紙）

原則、本人の申込みにより重層的支援体制整備事業の関わりを開始します。本人同意が取れない場合、支援会議等で支援方針等を検討していきます。

様式 01\_共通

### 相談受付・申込票

受付番号	<input type="checkbox"/> 多機関協働事業 <input type="checkbox"/> 参加支援事業 <input type="checkbox"/> アウトリーチ等事業 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
受付機関		初回相談 受付日	西暦 年 月 日
担当者		相談経路	

#### ■基本情報

氏名		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	西暦 年 月 日	歳
現住所			電 話		
来談者 ※本人以外の場合	氏名		生年月日	西暦 年 月 日	歳
	住所		来談者の 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

ご相談されたい内容に○をお付けください。複数ある場合は、一番お困りのことに◎をお付けください。

<input type="checkbox"/>	病気や健康、障害のこと	<input type="checkbox"/>	住まいについて	<input type="checkbox"/>	収入・生活費のこと
<input type="checkbox"/>	家賃やローンの支払いのこと	<input type="checkbox"/>	税金や公共料金の支払いについて	<input type="checkbox"/>	債務について
<input type="checkbox"/>	仕事探し、就職について	<input type="checkbox"/>	仕事上の不安やトラブル	<input type="checkbox"/>	地域との関係について
<input type="checkbox"/>	家族との関係について	<input type="checkbox"/>	子育てのこと	<input type="checkbox"/>	介護のこと
<input type="checkbox"/>	引きこもり・不登校	<input type="checkbox"/>	DV・虐待	<input type="checkbox"/>	食べるものがない
<input type="checkbox"/>	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。

#### ■相談申込欄

上記の相談内容等について、多機関協働事業 参加支援事業 アウトリーチ等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ついて同意します。

同意にあたっては、別紙の「個人情報の取扱いにかかる同意書」について説明を受けました。

1/1

様式 01\_別紙

### 個人情報の取扱いにかかる同意書

私は、四万十市重層的支援体制整備事業で実施されている事業の利用にあたり、私や私の世帯が抱えている課題の解決につながる支援を円滑に受けるため、次のとおり、四万十市及び重層的支援体制整備事業受託事業者が個人情報を収集するとともに、収集した個人情報を第三者へ提供することについて同意します。

令和 年 月 日
四万十市長
住 所 四万十市
氏 名 _____ ㊟
自署の場合は印鑑不要

- 個人情報収集の目的
  - 相談業務を円滑に行うため
  - 事業等の利用申込を行うため
  - 支援関係機関との連絡調整のため
- 収集する個人情報について
  - 氏名、性別、年齢、住所、電話番号、家族関係等の個人の属性に関わる基本的情報
  - 福祉制度利用状況
  - 健康状態、疾病、障害、介護等健康に関する情報
  - 就労、通学、通所状況に関する情報
  - 収入、資産、債務等経済的状況
  - 生活歴や過去の経験、抱えている課題等、相談業務において知り得た情報
- 同意に基づき第三者へ提供する場合
  - 他機関・者との間で、支援の実施、各種事業等の利用申込やプラン策定に関する調整を行うため
  - 他機関・者が実施する支援を受けるため
  - プランが終了した後に関係機関との連携が必要な場合
  - 各種福祉制度申込時に、当機関から関係機関へ事前に本人が特定される形で相談する場合
  - 病気や怪我等の際に医療機関につなぐ場合
- 同意の有無にかかわらず第三者へ提供する場合
  - 法令に基づく場合（個人情報の保護に関する法律第 69 条 2 項 3 号）
  - 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
  - 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
  - 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼす恐れがあるとき。

## インタビュー・アセスメントシート（様式03-多機関）全4ページ

重層的支援会議等に事例をあげる場合、原則、こちらの様式で情報を整理してください。独自の事業所で活用されているフェイスシートでもかまいませんが、可能な限り、こちらの様式にある情報を整理してください。

様式03\_多機関  
インタビュー・アセスメントシート

氏名	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	西暦	年	月	日	歳
現住所		電話番号					

■相談経路・相談歴

受付機関	初回相談 受付日	西暦	年	月	日
担当者	相談経路				
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）					
<b>就労</b> <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	<b>保護</b> <input type="checkbox"/> 福祉事務所（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	<b>生活・金銭</b> <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 <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	<b>住居</b> <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 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所・その他介護事業所 <input type="checkbox"/> 行政の子ども家庭担当部署 <input type="checkbox"/> 教育委員会 <input type="checkbox"/> 保育所・幼稚園・子ども園 <input type="checkbox"/> 小・中・高（特別支援含む）学校 <input type="checkbox"/> 大学等（高等専門学校、専修学校、各種学校含む） <input type="checkbox"/> その他教育機関	<b>その他</b> <input type="checkbox"/> 家庭児童相談室（福祉事務所） <input type="checkbox"/> 児童相談所・児童家庭支援センター <input type="checkbox"/> 児童福祉施設 <input type="checkbox"/> 地域子育て支援拠点 <input type="checkbox"/> その他子育て支援機関 <input type="checkbox"/> 行政の人権担当部署 <input type="checkbox"/> 男女共同参画センター <input type="checkbox"/> 婦人相談所・配偶者暴力相談支援センター <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 <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（資金、日常生活自立支援以外） <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（ ）	
相談歴の概要／相談経緯（誰が、どこに、どのような相談をしたか、その結果どうであったかを記載）					
本人の主訴／状況					

1/4

様式03\_多機関

■家族・地域関係・住まい

生活歴	ジェノグラム
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（ 人） <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"/> 有（ 人 → 扶養 人） <input type="checkbox"/> 無
世帯類型	その他世帯の詳細
世帯員① <input type="checkbox"/> 男性 歳 <input type="checkbox"/> 女性 歳 続柄	別居家族① <input type="checkbox"/> 男性 歳 <input type="checkbox"/> 女性 歳 続柄
世帯員② <input type="checkbox"/> 男性 歳 <input type="checkbox"/> 女性 歳 続柄	別居家族② <input type="checkbox"/> 男性 歳 <input type="checkbox"/> 女性 歳 続柄
世帯員③ <input type="checkbox"/> 男性 歳 <input type="checkbox"/> 女性 歳 続柄	別居家族③ <input type="checkbox"/> 男性 歳 <input type="checkbox"/> 女性 歳 続柄
家族の状況	
住居 <input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> 会社の寮 <input type="checkbox"/> 野宿 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
地域との関係	
特記事項	

■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	介護保険／障害福祉サービス等情報
現病歴／薬歴（通院先・診断・症状等）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 身体（ 級） 障害手帳 <input type="checkbox"/> 知的（療育）（ 級） <input type="checkbox"/> 精神（ 級） 自立支援医療 <input type="checkbox"/> 利用 <input type="checkbox"/> 利用せず
	介護保険 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ）
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	担当者等
特記事項	

2/4

様式03\_多機関

■収入・公的給付・債務等

家計状況 (収入)	月々入ってくるお金 ( 円 )	家計状況 (支出)	月々出ていくお金 ( 円 )
滞 納	<input type="checkbox"/> 滞納なし <input type="checkbox"/> 滞納あり	債 務	<input type="checkbox"/> 滞納なし <input type="checkbox"/> 滞納あり
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			

■職業・職歴等

就労状況	最終学歴	
直近の離職後年数	資格・技術	<input type="checkbox"/> 自動車免許
<input type="checkbox"/> 6カ月未満 <input type="checkbox"/> 6カ月以上～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"/> 仕事をすることがない	資格・技術 ( )	<input type="checkbox"/> その他資格・技術 ( )
希望職種等		
特記事項		

■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
年 月	万円	<input type="checkbox"/> 有一年回 <input type="checkbox"/> 無
		賞与(年間) 万円

■過去の職歴

勤務期間	雇用形態	月 収	職業・業務内容
西暦 年 月 ～ 年 月		万円	
西暦 年 月 ～ 年 月		万円	
西暦 年 月 ～ 年 月		万円	
特記事項			

様式03\_多機関

■アセスメント結果の整理と支援方針の検討

相談者に 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(錠い) <input type="checkbox"/> 自殺企図 <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・適応障害等) <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"/> 経済的困窮 (多重・過重)債務 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) <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 ( )
課題と 背景要因	
課題のま とめと支 援方 針	
スクリーニング	
スクリーニング実施日	西暦 年 月 日
対応結果・方針	<input type="checkbox"/> 情報提供や相談対応のみで終了 <input type="checkbox"/> 他の制度や専門機関で対応可能であり、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"/> 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"/> 多機関協働プランを策定する <input type="checkbox"/> スクリーニング判断前に中断・終了(連絡が取れない/転居等) <input type="checkbox"/> その他 ( )
スクリーニング実施日	西暦 年 月 日
対応結果・方針	<input type="checkbox"/> 情報提供や相談対応のみで終了 <input type="checkbox"/> 他の制度や専門機関で対応可能であり、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"/> 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"/> 多機関協働プランを策定する <input type="checkbox"/> スクリーニング判断前に中断・終了(連絡が取れない/転居等) <input type="checkbox"/> その他 ( )
備 考	

## 多機関協働事業のプラン兼事業利用申込書（様式04-多機関）全2ページ

重層的支援会議で検討した内容をもとに支援計画を作成します。こちらの計画に基づき、関係機関が連携し支援を展開していきます。

様式04\_多機関

### 多機関協働事業のプラン兼事業等利用申込書

プラン作成 回目

受付番号	受付機関	相談 受付日	西暦 年 月 日
担当者		相談経路	

■基本情報

氏名	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	西暦 年 月 日 歳
現住所		電話	

■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

■実施計画・内容

時期	実施内容（実施事項・期間・頻度等）	実施者 （本人・家族・支援機関等）

1/2

様式04\_多機関

■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 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（ ）

■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	西暦 年 月 日まで
-------	------------	----------	------------

■プランに関する本人同意・申込署名欄

四万十市福祉事務所 様 四万十市社会福祉協議会 様

私は、 上記のプランに基づく支援について同意します。

法に基づく事業の利用について申し込みます。

西暦 年 月 日

本人署名

---

<重層的支援会議・支援会議>

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）

<備考>

<必要添付書類>

インテーク・アセスメントシート

2/2



**支援会議・重層的支援会議に関するお問い合わせ**

四万十市福祉事務所 社会福祉係  
TEL0880-34-1120  
FAX0880-34-1880  
Email [fukusi@city.shimanto.lg.jp](mailto:fukusi@city.shimanto.lg.jp)