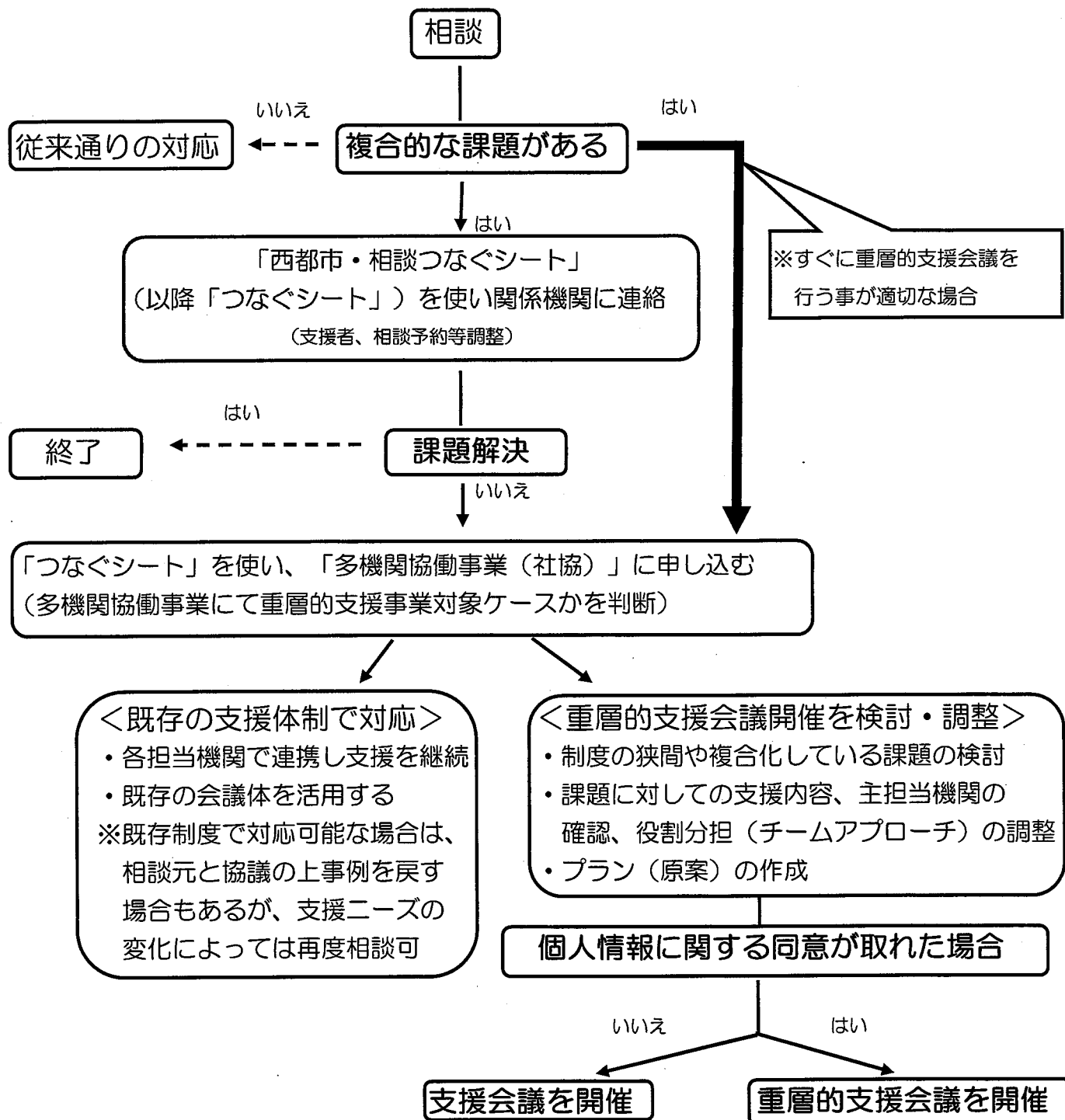


〔資料編〕

＜重層的支援会議・支援会議 フローチャート＞



- 「支援会議」：地域において関係機関等が把握していながらも支援が届いていない個々の事案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。
- 「重層的支援会議」：3つの役割として、①プランの適切性の協議 ②プランの評価 ③社会資源の把握と開発に向けた検討を行う。

※重層的支援事業対象ケースか迷った時や相談したい事がございましたら、お気軽に、西都市社会福祉協議会 地域福祉課 地域支援係までご連絡ください。

TEL 0983-43-3160 FAX 0983-42-4743

<相談受付から重層的支援会議・支援会議開催までの流れ>

【相談受付】

複合的な相談受付に関しては、「西都市・相談つなぐシート」（以降「つなぐシート」）を使用。「つなぐシート」に沿って、相談者にて表面を記入もしくは受付者で記入。関係機関と情報共有・保管・集約する事を相談者に説明し署名をもらう。

（基本的には対象者本人の署名。本人以外の相談者は相談者名を記入する。）

※相談者の思う課題以外にも課題がある場合、受付者の所属機関で使用しているアセスメントシート等を使い課題を抽出。裏面「相談内容・概要欄」に記載する。

（「相談内容・概要欄」は、アセスメントシート又は経過記録の添付可。）

※すぐに重層的支援会議が必要な場合は多機関協働事業（社協）に直接相談。



【つなぐ先の機関に連絡】

受付した機関で今後の対応を説明。つなぐ先を紹介する場合は、相談者の意向を確認しつつなぐ先に連絡。可能な範囲でつなぐ先の支援関係機関に相談・予約。「つなぐシート」をつなぐ先の支援関係機関に提出する。



【機関から多機関協働事業に相談、重層的支援会議申請】

シートを受け取った支援関係機関は、相談対応・調整を行い、対象者の支援が可能な場合は対象者の支援を開始する。

- ・既存の支援体制で課題解決が難しい場合は、多機関協働事業担当者に相談。重層的支援会議を行う場合は、支援関係機関にて「つなぐシート」に本人署名をもらい、多機関協働事業に申込をする。

※既存制度で対応可能な場合は、相談元と協議の上事例を戻す場合もあるが、支援ニーズの変化によっては、再度相談は可能である。

※支援関係機関で本人の同意を得る事に不安がある場合などには、多機関協働事業担当者が支援関係機関と自宅訪問。直接本人に会って説明を行う。



【重層的支援会議又は支援会議開催】

多機関協働事業担当者は支援関係機関などの情報をもとに「インテーク・アセスメントシート」「多機関協働事業のプラン兼事業等利用申込書」を作成。

- ・「つなぐシート」に本人の同意を得て署名をもらった場合は「重層的支援会議」を開催。「アウトリーチ等を通じた継続的支援事業」「参加支援事業」の必要性も検討。必要な場合はプランに位置付ける。

※重層的支援会議・支援会議の流れは、裏面に記載。

< 重層的支援会議・支援会議の流れ >

【重層的支援会議・支援会議の受付】

多機関協働事業担当者は、支援関係機関担当者からの「つなぐシート」及び基本情報・アセスメント・ケアプラン等を、支援関係機関・担当者から受け取り、聞き取りを行う事で、重層的支援会議又は支援会議を行うかを判断。重層的支援会議もしくは支援会議を行う事で判断した場合は、「インテーク・アセスメントシート」「多機関協働事業のプラン兼事業等利用申込書」（帳票）を作成する。

※支援関係機関で本人の同意を得る事に不安がある場合などには、多機関協働事業担当者が支援関係機関と自宅訪問。直接本人に会って丁寧に説明する。

本人同意し署名した際は、必要に応じてアセスメントを行う。

※同意を得る事が難しい場合、支援会議を行うか否かを判断する。



【会議の準備、支援関係機関・事業所等に事前情報提供】

帳票等を作成後、重層会議に出席予定の支援関係機関、事業所等に、事前に匿名加工した「インテーク・アセスメントシート」「多機関協働事業のプラン兼事業等利用申込書」を配布。十分に読み込み助言・提案の準備をしてもらう。

※必要時には支援関係機関から提供された基本情報・アセスメント・ケアプラン等を追加情報として匿名加工し配布する。



【重層的支援会議もしくは支援会議開催】

事前に情報提供した資料をもとに「多機関協働事業のプラン兼事業等利用申込書」に記載している「解決したい課題」に対して、出席者それぞれの立場から助言・提案を通して、

1. 対応策・支援内容等の検討

2. チームアプローチとしての役割分担と主担当機関の決定を行う。

1.2.を行う事で、「多機関協働事業のプラン」に反映できるよう、会議で決定した支援内容等を、「実施内容」としてプランに位置付け、支援を実施する。

※重層的支援会議を行った場合、多機関協働事業担当者にて本人にプラン内容を説明し署名をもらう。

※課題整理され、支援の見通しがつき、支援関係機関の役割について合意形成を図ることができた時点で中核機能による関わりは一旦終結となる。

※重層的支援会議におけるプランに関しては、必要に応じて「参加支援事業」、「アウトリーチ等を通じた継続的支援事業」のプランを検討。関係者と支援の方向性を協議し、各々の支援機関が実施する支援内容を検討する。

※支援会議に関しては、会議の構成員に対する守秘義務を設け、潜在的な課題を抱える人に関する情報等の共有を行うことで、地域において関係機関等が把握していながらも支援が届いていない個々の事案の共有や、地域における必要な支援体制の検討を円滑にするものとして開催する。

※支援会議等に参加する支援関係機関は、参加にあたり「誓約書」の事前提出が必要となる。

西都市・相談つなぐシート

受付日	年 月 日		受付機関	(受付者)		
対象者	ふりがな					
	氏 名	(男 ・ 女)				
	生年月日	T S H R	年	月	日 (歳)	
	住 所	〒881- 西都市				
	電 話		携 帯			
相談者	ふりがな					
	氏 名	(男 ・ 女)				
	住 所					
	電 話		携 帯			
家 族 構 成	氏 名	年 齢もしくは生年月日	続柄	備 考	ジェノグラム	

○ご相談したい内容（困りごとに○をつけてください。特に困っていることには◎をおつけください）

☐ 仕事探し、就職	☐ 仕事上の不安・トラブル	☐ 収入・生活費、家計全般
☐ 税金・公共料金支払い	☐ 債務について	☐ 資金の給付・貸付け等
☐ 住まいについて	☐ 病気や健康について	☐ 障がいについて
☐ 法律について	☐ 権利擁護について	☐ 介護について
☐ 子育てのこと	☐ ひきこもり・不登校	☐ 家族関係・人間関係
☐ 地域との関係について	☐ DV・虐待・人権等について	
☐ その他 ()		

表面をご記入の上、ご相談されたい事や配慮を希望されることを具体的にお書きください

①個人情報の共有に同意いただけましたら、□にチェックと署名をお願いいたします。

□上記の相談内容等について支援の検討・実施にあたり、必要となる関係機関（者）と情報共有し、保管・集約することに同意します。

②支援の検討・実施にあたっては、下記の事業の利用を申し込みます。

☐ 多機関協働事業 ☐ アウトリーチ等に通じた継続的支援事業 ☐ 参加支援事業

年 月 日 本人署名

相談内容・概要・利用中のサービス等	受付日	年 月 日	機関名	担当者
<今回の対応> 他機関紹介 有 無				



有の場合は下記に連絡・調整

相談をつなぐ先	機関名：
受付日	年 月 日
対応者：	

相談をつなぐ先	機関名：
受付日	年 月 日
対応者：	

インタビュー・アセスメントシート

受付 番号		氏名		最終 更新日	西暦	年	月	日
主担当者			備考					

■相談経路・相談歴

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 ☐ ハローワーク ☐ 職業訓練機関 ☐ 就労準備支援機関 ☐ 地域若者サポートステーション ☐ 就労支援法人・団体（就労訓練事業を含む） ☐ 一般企業 ☐ 各種協同組合（生協等） ☐ 農業者・農業団体	保護 ☐ 福祉課（生活保護担当部署） ☐ ホームレス支援機関 ☐ 一時保護施設 ☐ 警察 ☐ 更生保護施設・自立準備ホーム ☐ 地域生活定着支援センター				
				医療 ☐ 医療機関 ☐ （医療機関の内、無料低額診療実施機関） ☐ 行政の保健担当部署	生活・金銭 ☐ 自立相談支援機関 ☐ 行政の税担当部署 ☐ 行政の保険・年金担当部署（年金事務所含む） ☐ 社会保険労務士 ☐ 家計改善支援機関 ☐ 食糧支援関係団体（フードバンク等） ☐ 小口貸付（生活福祉資金除く） ☐ 社会福祉協議会（生活福祉資金） ☐ 社会福祉協議会（日常生活自立支援事業） ☐ 成年後見人制度の支援機関 ☐ 法テラス・弁護士・司法書士 ☐ 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
				高齢 ☐ 行政の高齢担当部署 ☐ 地域包括支援センター・在宅介護支援センター ☐ 居宅介護支援事業所・その他介護事業所	その他 ☐ 他地域の生活困窮者自立相談支援機関 ☐ 民生委員・児童委員 ☐ 外国人支援団体・相談窓口 ☐ ひきこもり支援機関 ☐ NPO・ボランティア団体 ☐ 商店街・商工会等経済団体 ☐ 町内会・自治会、福祉委員、近隣住民 ☐ ライフライン民間事業者（電気・ガス・水道） ☐ 保健所（動物・ペットの多頭飼育等） ☐ 社会福祉協議会（資金、日常生活自立支援以外） ☐ その他行政の担当部署 ☐ 家族・親族・その他キーパーソン ☐ その他1 ()
子ども・人権 ☐ 行政のこども家庭担当部署 ☐ 教育委員会 ☐ 保育所・認定こども園 ☐ 小・中・高（特別支援含む）学校 ☐ 大学等（高等専門学校、専修学校、各種学校含む） ☐ その他教育機関 ☐ 幼児相談室（こども家庭課） ☐ 児童相談所・児童家庭支援センター ☐ 児童福祉施設 ☐ 地域子育て支援拠点 ☐ その他子育て支援機関 ☐ 行政の人権担当部署 ☐ 男女共同参画センター ☐ 女性相談支援センター・配偶者暴力相談支援センター					

■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）

--

■本人の主訴・状況（生活歴を含む）

--

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	☐ 有(自分を含んで 人) ☐ 無				別居の家族	☐ 有() ☐ 無			
婚姻	☐ 未婚 ☐ 既婚 ☐ 離別 ☐ 死別 ☐ その他()				子ども	☐ 無 ☐ 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	☐ 持家 ☐ 借家 ☐ 賃貸アパート・マンション ☐ 公営住宅 ☐ 会社の寮・借り上げ住宅 ☐ 野宿 ☐ その他()				地域との関係				
特記事項									

(2) 健康・障害

通院状況	☐ 通院している ☐ 通院していない/健康状態良い ☐ 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	☐ 国民健康保険 ☐ 健康保険(国保以外) ☐ 加入していない	障害者手帳等	☐ 無 ☐ 有 → ☐ 身体 (級) ☐ 知的(療育)() ☐ 精神 (級) 自立支援医療 ☐ 利用 ☐ 利用せず
特記事項			

(3) 収入・公的給付・債務等

家計の収支状況	世帯として 月々入ってくるお金 (月額 円) 月々出ていくお金 (月額 円)	家計状況	
課税状況	☐ 住民税非課税世帯である ☐ 住民税非課税世帯ではない	滞納 ☐ 滞納あり 滞納なし ☐ 債務 ☐ 債務あり (☐ うち生活福祉資金債務あり) 債務なし ☐	
公的給付(受給中)	☐ 雇用保険 ☐ 老齢年金・遺族年金 ☐ 障害者年金 ☐ 特別障害者手当 ☐ 児童手当 ☐ 児童扶養手当 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 住居確保給付金 ☐ その他()	生活保護	
特記事項			

インターク・アセスメントシート

(4)職業・職歴等

①概況

就労状況	☐ 就労している ☐ 就労しているが、転職先を探したい/探している ☐ 今後、就労予定(就労先決定済み) ☐ 仕事を探したい/探している(現在無職) ☐ 仕事をしていない(仕事は探していない)	最終学歴等	☐ 中学(高校未入学) ☐ 中学(高校中退) ☐ 高校(大学中退を含む) ☐ 特別支援学校(学級含む) ☐ 専門学校・専修学校・各種学校 ☐ 高等専門学校 ☐ 短大 ☐ 大学・大学院 ☐ その他
	→ ☐ 現在、就学中		
直近の離職後年数	☐ 6カ月未満 ☐ 6カ月～1年未満 ☐ 1年以上～2年未満 ☐ 2年以上 ☐ 仕事をしたことがない	資格・技術	☐ 自動車免許 ☐ 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	年		万円	
～ 西暦 年 月	ヶ月			
西暦 年 月	年		万円	
～ 西暦 年 月	ヶ月			
西暦 年 月	年		万円	
～ 西暦 年 月	ヶ月			

④職業・職歴等の特記事項

--

⑤その他の特記事項

--

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	☐ 病気 ☐ けが ☐ 障害(手帳有) ☐ 障害(疑い) ☐ 自死企図 ☐ 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) ☐ 住まい不安定 ☐ ホームレス ☐ 経済的困窮 ☐ (多重・過重)債務 ☐ 家計管理の課題 ☐ 就職活動困難 ☐ 就職定着困難 ☐ 生活習慣の乱れ ☐ 社会的孤立(ニート・ひきこもり等含む) ☐ 家族関係・家族の問題 ☐ 介護 ☐ 子育て ☐ 不登校 ☐ 非行 ☐ 中卒・高校中退 ☐ ひとり親 ☐ DV・虐待 ☐ 外国籍 ☐ 刑余者 ☐ コミュニケーションが苦手 ☐ 本人の能力の課題(識字・言語・理解等) ☐ 被災 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	☐ 1. 情報提供や相談対応のみで終了 ☐ 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) ☐ 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 ☐ 4. 多機関協働プランを策定する ☐ 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

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	☐ 男性	☐ 女性	☐ ()	
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)

■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＞

[illegible]

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	☐ 有	☐ 無	支援期間 西暦 年 月 日 ～ 西暦 年 月 日 ☐ 申込中 ☐ 既利用 ☐ 申込予定 備考()			
2	アウトリーチ事業	☐ 有	☐ 無	支援期間 西暦 年 月 ～ 西暦 年 月 日 ☐ 申込中 ☐ 既利用 ☐ 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 日
-------	---------------------------------	------------	-------------------------

■プランに関する本人同意・申込署名欄

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(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 _____

<重層的支援会議・支援決定>

重層的支援会議開催日	① 西暦 年 月 日	支援決定・確認	☐ 支援決定 (法に基づく事業(上記1, 2)) ☐ 確認 (決定・確認日 西暦 年 月 日)
	② 西暦 年 月 日		
	③ 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	
---	--

評価シート(多機関協働)					
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	☐ 生活保護適用 ☐ 住まいの確保・安定 ☐ 医療機関受診開始 ☐ 健康状態の改善 ☐ 障害者手帳取得 ☐ 自立意欲の向上・改善 ☐ 対人関係・家族関係の改善 ☐ 生活習慣の改善 ☐ 孤立の解消 ☐ 精神の安定 ☐ 家計の改善 ☐ 債務の整理 ☐ 保険関係収入の増加 ☐ 年金関係収入の増加 ☐ その他収入増加(一般就労以外) ☐ 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	☐ 職場定着 ☐ 一般就労開始(目的が継続的な就労(障害者雇用含む)) ☐ 一般就労開始(目的が時限的) ☐ 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) ☐ 障害者サービス活用(就労継続B型、就労移行支援等) ☐ 自営業等雇用外の就労開始 ☐ 就職活動開始 ☐ 職業訓練の開始、就学 ☐ 社会参加機会の増加		
			☐ その他()		
	☒ 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	☐ 終結を希望 ☐ 継続を希望	スタッフの意見			

評価シート(多機関協働)

<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	☐ 終結 ☐ 再プランして継続 ☐ 中断 (終結の内、他機関へのつなぎ ☐ あり ☐ 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	☐ ハローワーク ☐ 職業訓練機関 ☐ 就労準備支援機関 ☐ 地域若者サポートステーション ☐ 就労支援法人・団体(就労訓練事業を含む) ☐ 一般企業 ☐ 各種協同組合(生協等) ☐ 農業者・農業団体	保 護	☐ 福祉課(生活保護担当部署) ☐ ホームレス支援機関 ☐ 一時保護施設 ☐ 警察 ☐ 更生保護施設・自立準備ホーム ☐ 地域生活定着支援センター
	医 療		☐ 医療機関 ☐ (医療機関の内、無料低額診療実施機関) ☐ 行政の保健担当部署
障 害		☐ 行政の障害担当部署 ☐ 基幹相談支援センター ☐ 精神保健福祉センター ☐ 障害者就業・生活支援センター ☐ 障害者就労支援事業所 ☐ その他障害者支援機関・施設	住 居
	高 齢	☐ 行政のこども家庭担当部署 ☐ 教育委員会 ☐ 保育所・認定こども園 ☐ 小・中・高(特別支援含む)学校 ☐ 大学等(高等専門学校、専修学校、各種学校含む) ☐ その他教育機関 ☐ 幼児相談室(こども家庭課) ☐ 児童相談所・児童家庭支援センター ☐ 児童福祉施設 ☐ 地域子育て支援センター ☐ その他子育て支援機関 ☐ 行政の人権担当部署 ☐ 男女共同参画センター ☐ 女性相談支援センター・配偶者暴力相談支援センター	

特記事項
(関係機関名を残す場合は
ここに記載)

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	☐ 男性 ☐ 女性 ☐ ()
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
-------	---------------------------------	------------	------------------

評価シート(アウトリーチ等を通じた継続的支援)

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	☐ 生活保護適用 ☐ 住まいの確保・安定 ☐ 医療機関受診開始 ☐ 健康状態の改善 ☐ 障害者手帳取得 ☐ 自立意欲の向上・改善 ☐ 対人関係・家族関係の改善 ☐ 生活習慣の改善 ☐ 孤立の解消 ☐ 精神の安定 ☐ 家計の改善 ☐ 債務の整理 ☐ 保険関係収入の増加 ☐ 年金関係収入の増加 ☐ その他収入増加(一般就労以外) ☐ 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	☐ 職場定着 ☐ 一般就労開始(目的が継続的な就労(障害者雇用含む)) ☐ 一般就労開始(目的が時限的) ☐ 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) ☐ 障害者サービス活用(就労継続B型、就労移行支援等) ☐ 自営業等雇用外就労開始 ☐ 就職活動開始 ☐ 職業訓練の開始、就学 ☐ 社会参加機会の増加
	他	☐ その他()
	☐ 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	☐ 終結を希望 ☐ 継続を希望	スタッフの意見	
-------	--	---------	--

評価シート(アウトリーチ等を通じた継続的支援)

＜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	☐ 終結 ☐ 再プランして継続 ☐ 中断 (終結の内、他機関へのつなぎ ☐ あり ☐ 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	☐ ハローワーク ☐ 職業訓練機関 ☐ 就労準備支援機関 ☐ 地域若者サポートステーション ☐ 就労支援法人・団体(就労訓練事業を含む) ☐ 一般企業 ☐ 各種協同組合(生協等) ☐ 農業者・農業団体	保 護	☐ 福祉課(生活保護担当部署) ☐ ホームレス支援機関 ☐ 一時保護施設 ☐ 警察 ☐ 更生保護施設・自立準備ホーム ☐ 地域生活定着支援センター
	医 療		☐ 医療機関 ☐ (医療機関の内、無料低額診療実施機関) ☐ 行政の保健担当部署
障 害		☐ 行政の障害担当部署 ☐ 基幹相談支援センター ☐ 精神保健福祉センター ☐ 障害者就業・生活支援センター ☐ 障害者就労支援事業所 ☐ その他障害者支援機関・施設	住 居
	高 齢	☐ 行政の高齢担当部署 ☐ 地域包括支援センター・在宅介護支援センター ☐ 居宅介護支援事業所・その他介護事業所	
子 ども・人 権		☐ 行政のこども家庭担当部署 ☐ 教育委員会 ☐ 保育所・認定こども園 ☐ 小・中・高(特別支援含む)学校 ☐ 大学等(高等専門学校、専修学校、各種学校含む) ☐ その他教育機関 ☐ 幼児相談室(こども家庭課) ☐ 児童相談所・児童家庭支援センター ☐ 児童福祉施設 ☐ 地域子育て支援センター ☐ その他子育て支援機関 ☐ 行政の人権担当部署 ☐ 男女共同参画センター ☐ 女性相談支援センター・配偶者暴力相談支援センター	

特記事項
(関係機関名を残す場合は
ここに記載)

参加支援事業のプラン

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	☐ 男性 ☐ 女性 ☐ ()			
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)＜本人が設定＞

--

■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
--------	----	---	---	---	----	-------------	----	---	---

評価シート(参加支援)							
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	☐ 生活保護適用 ☐ 住まいの確保・安定 ☐ 医療機関受診開始 ☐ 健康状態の改善 ☐ 障害者手帳取得 ☐ 自立意欲の向上・改善 ☐ 対人関係・家族関係の改善 ☐ 生活習慣の改善 ☐ 孤立の解消 ☐ 精神の安定 ☐ 家計の改善 ☐ 債務の整理 ☐ 保険関係収入の増加 ☐ 年金関係収入の増加 ☐ その他収入増加(一般就労以外) ☐ 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	☐ 職場定着 ☐ 一般就労開始(目的が継続的な就労(障害者雇用含む)) ☐ 一般就労開始(目的が時限的) ☐ 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) ☐ 障害者サービス活用(就労継続B型、就労移行支援等) ☐ 自営業等雇用外での就労開始 ☐ 就職活動開始 ☐ 職業訓練の開始、就学 ☐ 社会参加機会の増加				
			☐ その他()				
			☒ 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	☐ 終結を希望 ☐ 継続を希望		スタッフの意見				

評価シート(参加支援)

<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	☐ 終結 ☐ 再プランして継続 ☐ 中断 (終結の内、他機関へのつなぎ ☐ あり ☐ 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	☐ ハローワーク ☐ 職業訓練機関 ☐ 就労準備支援機関 ☐ 地域若者サポートステーション ☐ 就労支援法人・団体(就労訓練事業を含む) ☐ 一般企業 ☐ 各種協同組合(生協等) ☐ 農業者・農業団体	保 護	☐ 福祉課(生活保護担当部署) ☐ ホームレス支援機関 ☐ 一時保護施設 ☐ 警察 ☐ 更生保護施設・自立準備ホーム ☐ 地域生活定着支援センター
	医 療		☐ 医療機関 ☐ (医療機関の内、無料低額診療実施機関) ☐ 行政の保健担当部署
障 害		☐ 行政の障害担当部署 ☐ 基幹相談支援センター ☐ 精神保健福祉センター ☐ 障害者就業・生活支援センター ☐ 障害者就労支援事業所 ☐ その他障害者支援機関・施設	住 居
	高 齢	☐ 行政のこども家庭担当部署 ☐ 教育委員会 ☐ 保育所・認定こども園 ☐ 小・中・高(特別支援含む)学校 ☐ 大学等(高等専門学校、専修学校、各種学校含む) ☐ その他教育機関 ☐ 幼児相談室(こども家庭課) ☐ 児童相談所・児童家庭支援センター ☐ 児童福祉施設 ☐ 地域子育て支援センター ☐ その他子育て支援機関 ☐ 行政の人権担当部署 ☐ 男女共同参画センター ☐ 女性相談支援センター・配偶者暴力相談支援センター	
子 ど も ・ 人 権			

特記事項 (関係機関名を残す場合は ここに記載)	
--------------------------------	--

検討課題	
------	--

現状・課題（問題）等	対応策・支援内容等	役割分担（チームアプローチ）
		主担当機関：
		主担当機関：
		主担当機関：

誓 約 書

西都市長 様

私は、重層的支援会議・支援会議（令和 年 月 日開催）の参加にあたり、会議内容における個人情報等について守秘することを誓約します。

令和 年 月 日

所属：_____

住所：_____

氏名：_____