

「相談をつなぐシート」 の利用について

平成 30 年 11 月
湯沢市福祉保健部福祉課

はじめに

近年、少子高齢化、核家族化及び地域、親族とのつながりの希薄化により、世帯の抱える課題も複合化、複雑化しております。

例えば、高齢の親と長年ひきこもって仕事をしていない子の世帯（8050世帯）や親の介護と子育てを同時に行っている世帯（ダブル・ケア世帯）、知的や精神に障がいがあり就労や家計管理が出来ず生活に困窮している世帯など単独の制度だけでは解決できない世帯が増加しております。

その現状を踏まえて、当市では平成28年7月から国のモデル事業である「多機関の協働による包括的支援体制構築事業」を実施しております。

今までの縦割りの制度による支援ではなく、多機関・多分野の関係機関が横串を刺した連携で包括的に支援する体制構築に取り組んでおります。

平成30年4月の社会福祉法の改正により、「我が事・丸ごと」の地域福祉推進の理念が規定され、この理念を実現するため、市が包括的な支援体制づくりに努める旨が明記されております。

他人事を「我が事」としてとらえ、表に出にくい深刻な状況にある世帯に気づき、「丸ごと」相談を受け止め、包括的に支援する体制に努めることとしております。

「相談をつなぐシート」は、身近な所で悩みを抱える方に「気づき」、「丸ごと受け止め」、「専門機関につなぐ」、「包括的に支援する」ためのツールとして活用するものです。

例えば…

（市の窓口の場合）

税金や水道料金などの支払いに困って相談に来た場合、生活困窮者自立支援制度の総合相談室と一緒になり、生活困窮自立支援、就労準備支援及び家計管理支援などの支援を提供することにより、相談者の自立と滞納の計画的な支払が可能となるものです。

（福祉サービス事業所の場合）

高齢者のホームヘルプサービスのため、その世帯へ訪問したところ障がいを抱えるお孫さんがいて、娘さんがダブル介護のため就労もできず世帯全体が生活に困窮している場合、介護の制度の支援にはつながっておりますが、世帯全体の課題解決とはなっておりません。お孫さんは障がい関係の専門機関へ、生活の困窮は生活困窮者自立支援制度の総合相談室へとつなぎ、世帯全体の解決に向けて支援するものです。

(民生委員・児童委員、主任児童委員の場合)

表に出にくい深刻な状態にある世帯を早期に気づくのは、住民に一番身近で信頼がある民生委員・児童委員、主任児童委員の方々です。このつなぎシートを活用することにより、相談を抱える世帯へ**専門の相談員と一緒に支援**することが可能となります。また、どこの専門機関でつないだら良いかわからない場合、このシートを活用くだされば適切な専門機関へつなぐことが可能となります。

以上のことを解決するためのツールとして、「相談をつなぐシート」を活用するものです。

もちろん、これまでのとおり、身近な方で支援したりや専門機関に直接相談するなどの方法で支援しても結構です。(直接相談をする場合の専門の相談支援機関は P6 を参照ください。)

相談の専門機関の皆様へ

このシートは、課題を抱える世帯へアウトリーチ(手を差しのべる)するため手段として、ご協力をお願いします。

この「相談をつなぐシート」の活用を機会に、他人事を「我が事」とした意識の醸成を図り、「我が事・丸ごと地域づくり」を推進していきたいと考えております。

皆さまのご理解とご協力をお願いします。

「相談をつなぐシート」

【基本情報】

対象者	ふりがな						
	氏名						
	生年月日		年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	住所	〒 -					
	電話	自宅	() -	携帯	() -		
	メール						
来談者 ※ご本人以外 の場合	氏名			来談者のご本人との関係	<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○をおつけください。

※複数ある場合は一番のお困りごとに◎をおつけください。

病気や健康について	心の悩み	障がいについて
介護について	子育てについて	ひきこもりについて
税金や公共料金の支払いについて	生活費・家計について	債務について
消費生活相談	DV・虐待	成年後見・権利擁護について
教育について	就労について	その他 ()

【相談の内容を具体的に記入ください】

【連絡方法】

※相談支援機関から連絡しますので、必ず連絡の方法を記入ください。

<input type="checkbox"/> 自宅電話	<input type="checkbox"/> 携帯電話	<input type="checkbox"/> その他 ()
連絡希望時間帯 <input type="checkbox"/> あり (時頃) <input type="checkbox"/> なし		

【ご本人の同意をお願いします】

相談支援にあたり、このシートを必要となる関係機関（者）と共有することに同意します。

平成 年 月 日

本人署名

Ⓜ

（備考）相談内容の状況により、本人の同意が得られない場合は、その理由を記入ください。

(初回相談受付)

相 談 内 容 ・ 概 要	相談受付日 月 日 () 受付者 連絡先 ()	
	(本人の状況)	(家族構成図)
	(相談の主訴)	(家族の状況)
	頼れる方はいらっしゃいますか。 いる ・ いない	(いる場合) 氏名 関係
	<今回の対応>	

※上記に記入出来ない場合は、別紙(任意様式)で結構です。



【相談のつなぎ先】

受付日：平成 年 月 日	連絡先：
所属： 氏名：	
相談の対応：	



【相談のつなぎ先】

受付日：平成 年 月 日	連絡先：
所属： 氏名：	
相談の対応：	

相談支援の経過報告（支援の結果及び変化を地域福祉班へ報告ください）

【相談者基本情報】

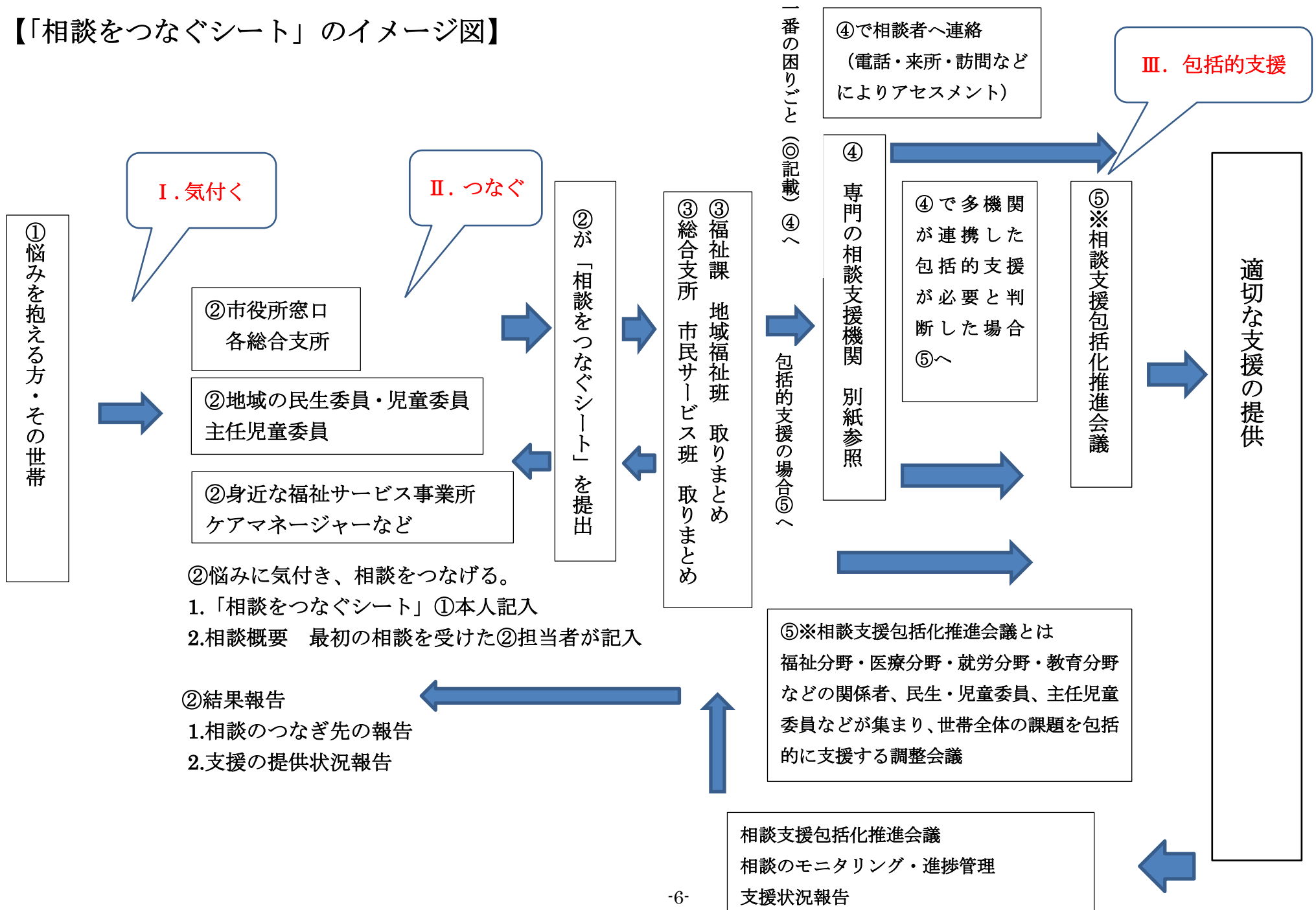
氏名	
住所	
生年月日	
【報告者】	
報告日	
所属	
氏名	
連絡先	

状況報告

結果 継続 終結

備考

【「相談をつなぐシート」のイメージ図】



【④専門の相談支援機関】

専門機関に相談をつなぐので、更に必要な専門機関へつないで下さい。

※「相談をつなぐシート」は、駅伝に例えると「たすき」です。途中で「たすき」が途切れることなく、ゴールまでチームとなって支援しましょう！！

- ・病気や健康について ・心の悩み⇒ 健康対策課
- ・障がいについて ⇒湯沢市基幹相談支援センター、福祉課障がい福祉班
- ・介護について⇒地域包括支援センター
- ・子育てについて⇒子ども未来課子ども子育て応援班
- ・ひきこもりについて⇒湯沢市社会福祉協議会 総合相談室
- ・税金や公共料金の支払いについて⇒税務課など、湯沢市社会福祉協議会 総合相談室
- ・生活費・家計について、債務について⇒湯沢市社会福祉協議会 総合相談室
- ・消費生活相談⇒くらしの相談課 湯沢市消費生活センター
- ・DV・虐待⇒協働事業推進課、子ども未来課、福祉課障がい福祉班、地域包括支援センター
- ・成年後見・権利擁護について⇒成年後見支援センター
- ・教育について⇒教育委員会
- ・就労について⇒湯沢市社会福祉協議会 総合相談室
- ・その他⇒湯沢市社会福祉協議会 総合相談室 くらしの相談課、※相談支援包括化推進員

※相談支援包括化推進員の役割

- 1.複雑・困難化した世帯の課題を整理し、支援に必要な関係機関を調整
- 2.相談支援包括化推進会議を開催
- 3.支援のキーパソン（支援の鍵を握る者）を決定
- 4.支援の方向性、調整を決定
- 5.支援のモニタリング（評価・見直し）

「相談をつなぐシート」—記載例—

【基本情報】

対象者	ふりがな	ゆざわ はなこ				
	氏名	湯沢 花子				
	生年月日	昭和 42 年 4 月 2 日	年齢	50 歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
	住所	〒012-8501 湯沢市佐竹町 1 番 1 号				
	電話	自宅	(73) 2111	携帯	(090) 000-0000	
	メール	fukushi@city.yuzawa.lg.jp				
来談者 ※ご本人以外 の場合	氏名			来談者と ご本人と 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○をおつけください。

※複数ある場合は一番のお困りごとに◎をおつけください。

<input type="checkbox"/>	病気や健康について	<input type="checkbox"/>	心の悩み	<input type="checkbox"/>	障がいについて
<input type="checkbox"/>	介護について	<input type="checkbox"/>	子育てについて	<input type="checkbox"/>	ひきこもりについて
<input checked="" type="checkbox"/>	税金や公共料金の支払いについて	<input checked="" type="checkbox"/>	生活費・家計について	<input checked="" type="checkbox"/>	債務について
<input type="checkbox"/>	消費生活相談	<input type="checkbox"/>	DV・虐待	<input type="checkbox"/>	成年後見・権利擁護について
<input type="checkbox"/>	教育について	<input type="checkbox"/>	就労について	<input type="checkbox"/>	その他 ()

【相談の内容を具体的に記入ください】

生活費が不足しており、税金や公共料金の支払いが出来ない。

【連絡方法】

※相談支援機関から連絡しますので、必ず連絡の方法を記入ください。

自宅電話 73-2111 携帯電話 その他
()
連絡希望時間帯 あり (夕方 6 時頃) なし

【ご本人の同意をお願いします】

相談支援にあたり、このシートを必要となる関係機関(者)に提出することに同意します。

平成 30 年 4 月 2 日

本人署名 湯沢 花子

Ⓜ

(備考) 相談内容の状況により、本人の同意が得られない場合は、その理由を記入ください。

相談を丸投げでなく、初期に相談を受けた担当者も一緒に支援してください。

(初回相談受付)

相 談 内 容 概 要	相談受付日：4月2日（月）受付者：税務課 納税班 主事 佐竹 桜子 （内線 131）	
	（出来るだけ本人の状況を記入） 〇年頃、うつ病の為〇〇会社を退社。休養のためしばらく仕事に就いていない。車のローンやその他の負債もあり生活が苦しい。	家族構成 父 (79歳) ———— 母 (72歳) 本人 (52歳) ———— 妹 (49歳)
	（相談の主訴） 負債や税金などの未払いをどうにかしたい。 仕事に就きたい。	家族の状況 父・母は、健康状態は良い。 妹は障がいがあり、福祉サービスを利用
	頼れる方はいらっしゃいますか <u>いる</u> ・ いない	（いる場合） 氏名 湯沢 三郎 関係 父の弟
<今回の対応> 税金について、分納の説明後、生活に困窮しているため福祉課地域福祉班へつなぎます。		

【相談のつなぎ先】

受付日：平成 30 年 4 月 3 日
 所属：福祉課地域福祉班 氏名： 連絡先：
 相談の対応：税務課の窓口より、生活困窮の相談があったため、生活困窮者自立支援機関である社会福祉協議会総合相談室へつなぎます。

世帯全体の課題が複雑・困難化しており包括的な支援が必要と判断した場合、相談支援包括化推進員へつなぐこととなります。

【相談のつなぎ先】

受付日：平成 30 年 4 月 3 日
 所属：総合相談室 氏名： 連絡先：
 相談の対応：本人に訪問のうえ、相談を受付けしました。
 相談内容により、包括的支援が必要なため相談支援包括化推進員へつなぎます。
 （アセスメントシートを添付）

【相談のつなぎ先】

受付日：平成 30 年 4 月 10 日
 所属：相談支援包括化推進員 氏名： 連絡先：
 相談の対応：相談支援包括化推進会議（日時： 場所 ）

「相談をつなぐシート」—記載例—

【基本情報】

対象者	ふりがな	ゆざわ はなこ				
	氏名	湯沢 花子				
	生年月日	昭和42年4月2日	年齢	50歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
	住所	〒012-8501 湯沢市佐竹町1番1号				
	電話	自宅	(73) 2111	携帯	(090) 000-0000	
	メール	fukushi@city.yuzawa.lg.jp				
来談者 ※ご本人以外の場合	氏名			来談者 のご本人 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○をおつけください。

※複数ある場合は一番のお困りごとに◎をおつけください。

<input type="checkbox"/>	病気や健康について	<input type="checkbox"/>	心の悩み	<input type="checkbox"/>	障がいについて
<input type="checkbox"/>	介護について	<input type="checkbox"/>	子育てについて	<input type="checkbox"/>	ひきこもりについて
<input type="checkbox"/>	税金や公共料金の支払いについて	<input checked="" type="checkbox"/>	生活費・家計について	<input type="checkbox"/>	債務について
<input type="checkbox"/>	消費生活相談	<input type="checkbox"/>	DV・虐待	<input type="checkbox"/>	成年後見・権利擁護について
<input type="checkbox"/>	教育について	<input type="checkbox"/>	就労について	<input type="checkbox"/>	その他 ()

【相談の内容を具体的に記入ください】

親と子どもの介護により就労できず生活に困窮している。

【連絡方法】

※相談支援機関から連絡しますので、必ず連絡の方法を記入ください。

<input type="checkbox"/> 自宅電話 73-2111	<input type="checkbox"/> 携帯電話	<input type="checkbox"/> その他
()		
連絡希望時間帯 <input checked="" type="checkbox"/> あり(夕方6時頃) <input type="checkbox"/> なし		

【ご本人の同意をお願いします】

相談支援にあたり、このシートを必要となる関係機関(者)に提出することに同意します。

平成30年 4月 2日

本人署名 湯沢 花子

Ⓜ

(備考) 相談内容の状況により、本人の同意が得られない場合は、その理由を記入ください。

(初回相談受付)

相談内容概要	相談受付日：4月2日(月) 受付者：〇〇介護事業所 ケア・マネージャー秋田 梅子 連絡先：(73-1111)	
	(出来るだけ本人・世帯の状況を記入) 〇年に、離婚し、障がいを持つ子どもと二人実家へ戻った。〇年～〇年まで△△事業所へ勤務していたが、〇年に母親が脳梗塞を患い、介護のため職場を退社した。子どもにも障がいがあり、ダブル介護で負担が多く、仕事もできない。税金や公共料金の支払いも難しく生活が苦しい。	(家族構成) 父 _____ 母 _____ (H7年 死亡) (75歳) 兄 _____ 本人 _____ 50歳 45歳 (東京在住) 子 (18歳)
	(相談の主訴) 介護の負担を減らしたい 税金や公共料金の未納をなんとかしたい 生活を楽にしたい	(家族の状況) 母 要介護3 子 障がい有 本人 健康状態は良
	頼れる方はいらっしゃいますか <u>いる</u> ・ いない	(いる場合) 氏名 湯沢 吉郎 関係 兄 (東京在住)
	<p><今回の対応> 介護の相談については、〇〇にて対応済み。子どもの障がいの支援及び本人の生活の困窮について、福祉課地域福祉班へつなぎます。</p>	



【相談のつなぎ先】

受付日：平成30年4月3日
 所属：福祉課地域福祉班 氏名： _____ 連絡先： _____
 相談の対応：本人の一番の困りごとが生活困窮のため、生活困窮者自立支援機関である社会福祉協議会総合相談室へつなぎます。



世帯全体の課題が複雑・困難化しており包括的な支援が必要と判断した場合、相談支援包括化推進員へつなぐこととなります。

【相談のつなぎ先】

受付日：平成30年4月3日
 所属：総合相談室 氏名： _____ 連絡先： _____
 相談の対応：本人に訪問のうえ、相談を受けました。
 相談内容により、包括的支援が必要なため相談支援包括化推進員へつなぎます。
 (アセスメントシートを添付)



【相談のつなぎ先】

受付日：平成30年4月10日
 所属：相談支援包括化推進員 氏名： _____ 連絡先： _____
 相談の対応：相談支援包括化推進会議 (日時： _____ 場所 _____)

「相談をつなぐシート」—記載例—

【基本情報】

対象者	ふりがな	ゆざわ たろう				
	氏名	湯沢 太郎				
	生年月日	昭和 42 年 4 月 2 日	年齢	50 歳	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	住所	〒012-8501 湯沢市佐竹町 1 番 1 号				
	電話	自宅	(73) 2111	携帯	(090) 000-0000	
	メール	fukushi@city.yuzawa.lg.jp				
来談者 ※ご本人以外 の場合	氏名		来談者の ご本人と 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○をおつけください。

※複数ある場合は一番のお困りごとに◎をおつけください。

<input type="checkbox"/>	病気や健康について	<input type="checkbox"/>	心の悩み	<input type="checkbox"/>	障がいについて
<input type="checkbox"/>	介護について	<input type="checkbox"/>	子育てについて	◎	ひきこもりについて
<input type="checkbox"/>	税金や公共料金の支払いについて	<input type="checkbox"/>	生活費・家計について	<input type="checkbox"/>	債務について
<input type="checkbox"/>	消費生活相談	<input type="checkbox"/>	DV・虐待	<input type="checkbox"/>	成年後見・権利擁護について
<input type="checkbox"/>	教育について	<input type="checkbox"/>	就労について	<input type="checkbox"/>	その他 ()

【相談の内容を具体的に記入ください】

長年、長男がひきこもっており相談したい。

【連絡方法】

※相談支援機関から連絡しますので、必ず連絡の方法を記入ください。

<input type="checkbox"/> 自宅電話 73-2111	<input type="checkbox"/> 携帯電話	<input type="checkbox"/> その他
()		
連絡希望時間帯 <input checked="" type="checkbox"/> あり(夕方6時頃) <input type="checkbox"/> なし		

【ご本人の同意をお願いします】

相談支援にあたり、このシートを必要となる関係機関(者)に提出することに同意します。

平成 30 年 4 月 2 日

本人署名 湯沢 太郎

Ⓜ

(備考) 相談内容の状況により、本人の同意が得られない場合は、その理由を記入ください。

(初回相談受付)

相談内容・概要	相談受付日：4月2日（月）受付者：民生・児童委員（担当行政区 ）佐竹 一郎 連絡先：（73-1111）	
	（出来るだけ本人・世帯の状況を記入） 本人は、〇年に高校を卒業し、東京の△△会社へ就職。職場関係により体調を崩し、〇年に退社し実家へ戻った。その後、自宅で引き込まれた状態が続き現在に至る。日中は、昼まで寝ていて、夜は遅くまでインターネットやゲームで過ごしている状態。家族との会話もほとんどない状況。	（家族構成） 祖父 (80歳) ——— 祖母 (H9死亡) 父 (53歳) ——— 母 (50歳) 本人 (30歳) ——— 妹 (28歳)
	（相談の主訴） 両親が相談。ひきこもりの状況をなんとかかしたい。社会とのつながりをもたせたい。	（家族の状況） 祖父 介護が必要 父・母・妹 健康状況 良 本人 精神的に不安定
	頼れる方はいらっしゃいますか <u>いる</u> ・ いない	（いる場合） 氏名 湯沢五郎 関係 母の兄
〈今回の対応〉 引きこもりの相談を受けましたので、福祉課地域福祉班へつなぎます。		



【相談のつなぎ先】

受付日：平成30年4月3日
 所属：福祉課地域福祉班 氏名： 連絡先：
 相談の対応：本人の一番の困りごとがひきこもりのため、社会福祉協議会総合相談室へつなぎます。



世帯全体の課題が複雑・困難化しており包括的な支援が必要と判断した場合、相談支援包括化推進員へつなぐこととなります。

【相談のつなぎ先】

受付日：平成30年4月3日
 所属：総合相談室 氏名： 連絡先：
 相談の対応：本人に訪問のうえ、相談を受け付けました。
 相談内容により、包括的支援が必要なため相談支援包括化推進員へつなぎます。
 （アセスメントシートを添付）



【相談のつなぎ先】

受付日：平成30年4月10日
 所属：相談支援包括化推進員 氏名： 連絡先：
 相談の対応：相談支援包括化推進会議（日時： 場所 ）

相談の経過報告

- 記載例 -

相談の経過報告（支援の結果及び変化を地域福祉班へ報告ください）	
【相談者基本情報】	
氏名	湯沢 花子
住所	湯沢市佐竹町1番1号
生年月日	昭和42年4月2日
【報告者】	
報告日	平成30年7月2日
所属	社会福祉協議会 総合相談室
氏名	
連絡先	
<p>状況報告</p> <p>税金については、免除申請及び分納の手続き中</p> <p>生活費・家計については、家計管理支援を実施</p> <p>債務については、債務状況を確認中</p> <p>就労については、就労準備支援を実施中</p>	
結果	<input checked="" type="radio"/> 継続 <input type="radio"/> 終結
備考	