

# 「つながる」シート活用のでびき

～複合課題チェックシート～

2023年（令和5年）10月

福祉部 福祉総務課 支援調整担当

## 目 次

第1章 目的・考え方について	・・・	1
1. 「つながる」シート作成の背景		
2. 「つながる」シートの活用メリット		
第2章 紹介・連携の方法について	・・・	2
第3章 相談内容から考えられる紹介先関係機関	・・・	3
第4章 連携について	・・・	4
1. 連携とは		
2. より良い連携に向けて		
□様式「つながる」シート（記入例）		
1. シートの使い方（使い方）	・・・	6
2. 相談票（様式1）	・・・	7
3. 相談記録（様式2）	・・・	8

# 第1章 目的・考え方

## 1. 「つながる」シート作成の背景

- 課題解決のために、何をすれば良いかわからない人がいる。
- 自らの状況を、適切に伝えられない人がいる。
- 相談の窓口を訪ねる気持ちがあっても、行けないで悩んでいる人がいる。
- いくつかの要因が重なり、事件・事故に至る場合がある。



- 複数の悩みを解決するため、関係する連携先にできるだけ「つながる」。
- 「つながる」シートを活用して、関係する部署・機関へ適切につなぐ。
- 複数の部署・機関との連携により、相談者の悩みをできる限り早期に解決する。

## 2. 「つながる」シートの活用メリット

### 1) 相談者のメリット 「次の相談へのハードルが下がる。」

- 相談場所・担当者が明確 ⇒ 安心して（すぐに次の）相談ができる。
- 相談者の情報が確実に伝わる。 ⇒ 「同じ話をしなくて済む。」相談者の負担軽減
- 複数の相談員が支援 ⇒ 「多くの問題を一人で抱えている」孤独感の軽減

### 2) 対応職員のメリット 「チームで相談者を支えられる。」

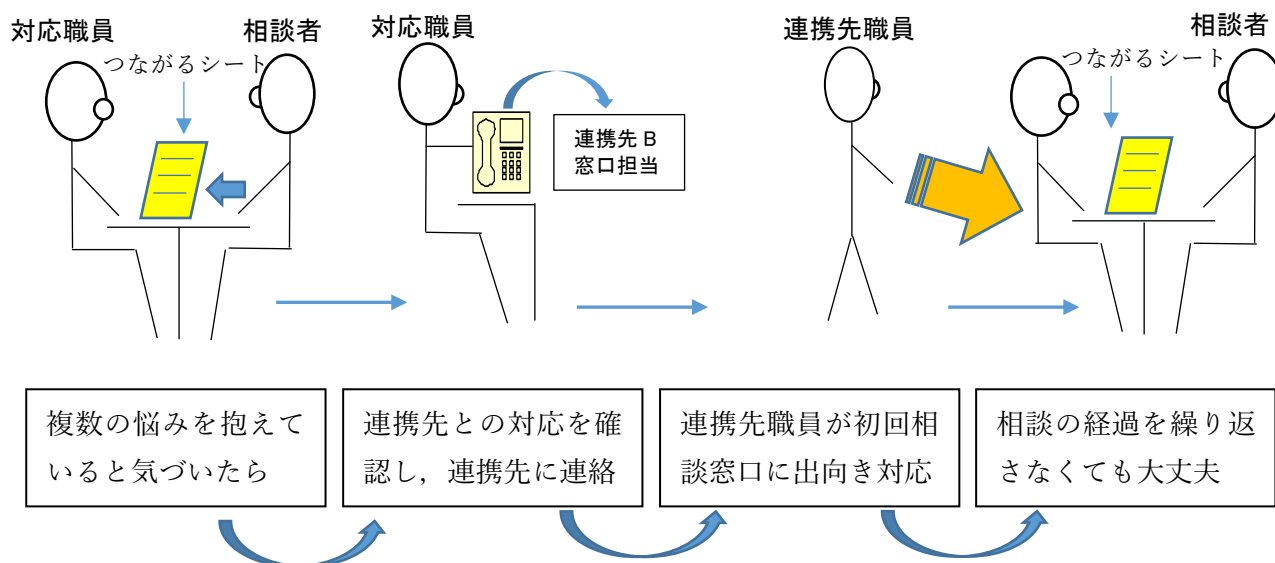
- 相談者の経過と内容が明確 ⇒ 対応職員の負担軽減
- 相談結果を集約し事例を共有 ⇒ 対応職員のモチベーション及びスキルを高める。
- 相談者の多くが抱える問題と連鎖が浮き彫りになる。 ⇒ 今後の対策に活用

## 第2章 紹介・連携の方法について

### 1. 紹介・連携方法

活用する様式	「つながる」シート
活用のタイミング	本人が持参。又は、複数の悩みを抱えていると気づいたとき
書類の記入者	<ul style="list-style-type: none"> <li>相談票（様式1）は、本人が記入</li> <li>相談記録（様式2）は、対応職員が聞き取り等で記入</li> </ul>
本人同意	必要（複数の関係部署が関わる場合があるため）
連絡・調整方法	<p>■直後の相談を希望 ⇒①対応職員から連携先に連絡し、②初回相談窓口で対応か、連携先の窓口に行くか本人に確認</p> <p>※原則、同じ庁舎内であれば、連携先職員が初回相談窓口に出向き対応</p> <p>■後日の相談を希望 ⇒①相談者の都合に配慮し、相談日時を決める。②連携先の担当者名を明確にし、相談者に伝える。</p>
各課での複写・保管	<ul style="list-style-type: none"> <li>原本（様式1及び様式2）は本人へ</li> <li>コピーし、1部を控えとして各担当課で保管</li> </ul>
本人同意が得られない場合	複数の悩みを抱えている場合は、事例調整の機能を有する多機関協働事業者へ事例提供する。（福祉総務課 支援調整担当へ連絡）

### 2. 「つながる」シートを活用した連携イメージ（初回相談窓口で対応）



### 第3章 相談内容から考えられる紹介先関係機関

相談項目	主な相談内容	部署・機関名
病気や医療について	予防接種, 感染症予防, エイズに関する相談	保健予防課
	難病に関する医療受給者証の申請に関する相談	保健予防課
こころの問題について	こころやからだの健康に関すること, 精神障がいのある人の日常生活や社会復帰に関する事などの保健師の相談	健康推進課
障がいについて	身体・療育・精神に係る障がい福祉サービス, 障がい手帳の申請	障がい福祉課
	重度心身障がい者医療, 自立支援医療(育成医療・更生医療・精神通院), 精神障がい者医療費助成に係る申請	障がい福祉課
	小児慢性特定疾病医療費助成, 指定難病医療費助成に係る相談	保健予防課
健康について	母子の健康, こころの健康, 栄養, 歯科, がん検診などに関する相談	健康推進課
介護について	高齢者の介護や保健・医療・福祉などに関する相談(認知症・虐待含む)	各地域包括支援センター 高齢者支援課
	介護保険の申請, 介護保険サービスの利用に関する事	介護保険課
子育てについて	18歳未満のこどもの福祉に関する相談(こどもや家庭の相談, 虐待(疑い含めて)の相談)	ネウボラ推進課
	妊娠, 出産, 子育てに関する相談	ネウボラ相談窓口 「あのね」
	就学前の発達障がいに関する相談	子ども発達支援センター
住まいについて	市営住宅への入居に関する相談	住宅課
収入・仕事について	経済的な問題などで生活にお困りの方の相談	生活困窮者自立支援センター
	生活福祉資金の利用に関する相談	社会福祉協議会
支出・負債などについて	契約や悪徳商法, 架空請求, 多重債務などに関する相談	消費生活センター
DVについて	DV・離婚に関する相談	若者・くらしの悩み相談課
権利擁護について	高齢者・障がい者に係る権利擁護に関する相談, 成年後見人制度に関する相談	権利擁護支援センター

## 第4章 連携について

### 1. 連携とは・・・

「同じ目的を持つ者が、互いに連絡をとり、協力しあって物事を行うこと」  
(広辞苑 第7版)と定義されています。

### 2. より良い連携に向けて

●関係部署・関係機関とやり取りをするとき「当課では、それはできない!」と一言ですませたことはありませんか？

相談者の「より良い生活を支える」ため、それぞれの専門性、役割を理解し、協働していくのが「**連携**」です。果たして、どこまで当課として対応できるか、役割分担の整理ができるか、知恵を出し合い、話し合うことが必要です。

●関係機関に何かお願いをしたいとき、または、相談者の支援に困ったときなど、どこの誰に連絡をとるべきかを知ることは、重要なポイントです。そして、日頃からコミュニケーションをとっておくことも大事です。

いわゆる「**顔の見える関係**」でいると話も早いです。近くに行ったときには、顔を出し「〇〇さんはその後、おかげさまで元気にやっていますよ。」とちょっと報告することなども円満な関係を築くには必要です。

「そんな時間がない。」と思うかもしれませんが、このほんの少しの積み重ねが、「いざというピンチ」のときも、問題が早く解決することにつながります。

## Q1 どのような言葉で次の相談窓口を勧めたらよいのでしょうか？

A：「もしまだ相談していないようでしたら、こういうところにご相談なさってはいかがでしょう。私から紹介しますが」

A：「〇〇（窓口）でしたら、〇〇の問題の対応に詳しいので、ご相談なさってはいかがでしょう。ここなら私がお紹介できます。私から事情をお話しして、安心してご相談できるようにしますが」

A：「お一人で悩まずに、まず（内容に適したところと）ご相談してみませんか。お一人で悩んでいるとお辛いと思います。誰かと相談しながら、解決の道筋と一緒に考えていくというのがいいのではないのでしょうか（孤立させない）」

### 控えたい言いまわし

- ・「～できる」
- ・「生活保護にしてもらえる」
- ・「一緒に〇〇してもらえる」
- ・「必ず解決してもらえる」

対応ができるかどうかの判断するのはそれぞれの窓口です。  
〇〇の相談にのってくれるので、相談してみるのが良いのではないのでしょうか。  
と、伝えてください。

## Q2 必ずこの「つながる」シートを使用しなければいけないのですか？

A：本人が納得・了解した場合に使用してください。無理に使用する必要はありません。

適切な支援に当たっては、関係部署・機関等との連携が何より重要です。

ご協力いただきますようよろしくお願いいたします。

# 「つながる」シート

## ～このシートの使い方～

### ご相談者の方へ

このシートは、あなたの相談したいことや困っていることを記入することで、あなたに必要な支援がスムーズに行われるようにするものです。

困りごとの相談は、関係する機関が複数になることがあります。次の相談先へ確実に相談内容を伝えるために、ご利用ください。

あなたの同意なしに、情報を共有することはありませんので安心してください。

### 関係部署（相談窓口）・関係機関のみなさまへ

「つながる」シートは、ご相談者の方が所持するものです。

各関係機関におかれましては、趣旨をご理解いただき、活用してください。

※個人情報の取り扱いには、十分留意してください。

シートの間合せ先：

福山市保健福祉局 福祉部 福祉総務課 支援調整担当  
TEL 084-928-1061



## 相談票 (相談者が記入してください)

0000年 0月 0日

お困りのこと (ご相談の内容)

■ご相談内容全てに○をつけてください。

一番困っていることに◎をつけてください。

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

■ご相談されたいことを具体的に書いてください。

支援にあたっての希望も書いてください。

・〇〇〇の〇〇について, どこに相談すればよいかわからない。

ふりがな	〇〇〇 〇〇〇〇	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> ( )
名前	〇〇 〇〇〇	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 西暦 〇〇年 〇〇月 〇〇日 〇〇歳
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 福山市〇〇町〇番〇号		
電話	自宅 〇〇〇-〇〇〇〇	携帯	
来談者	名前	ご本人との関係	<input type="checkbox"/> 家族 (本人との続柄: ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
注)ご本人以外 の場合, 記入し てください。	住所		
	電話 (自宅)	電話 (携帯)	

相談支援の検討・実施等にあたり, 私の相談内容を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。 ※ご了承される場合, チェックしてください。

同意する  同意しない

相談記録 (相談受付者が記入してください。)

相談内容・概要	相談受付日	〇〇月 〇〇日 (〇)	部署名: 〇〇〇課	担当者: 〇〇・〇〇
	相談済の部署	<input type="checkbox"/> 仕事 ( ) <input type="checkbox"/> 多重債務 ( ) <input type="checkbox"/> 健康・生活 ( ) ※初回は記入不要 <input type="checkbox"/> 介護 ( ) <input type="checkbox"/> 子育て ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	<input type="checkbox"/> 別紙のとおり <input checked="" type="checkbox"/> 次のとおり ・主世帯は、相談者と子2人及び相談者の父との4人暮らし。相談者の収入と父の年金により生活。 ・相談者は、〇月末に同僚との折り合いが悪くなり離職。同様な理由で就職・離職を繰り返している。現在、雇用保険を受給しながらハローワークで求職活動中。〇〇心療内科へ通院中 ・市税、家賃の滞納あり。ライフラインは滞納なし。 ・子: 〇〇 ( 歳 ) は、中卒。小学校〇年から不登校。現在、〇歳。自室からでることはない。 ・子: 〇〇 ( 歳 ) は、中学〇年生。進学か就労か進路に悩んでいる。 ・父: 〇〇 ( 歳 ) は、膝関節症や骨粗しょう症などにより、歩行に支障あり、外出に消極的である。以前は、社交的であった。 ・家族全体への支援が必要 (就労, 引きこもり, 経済的不安定, 子育てに対する不安)	家族関係図 (ジェノグラム) 		
<対応> ・相談者の手帳更新のため来所。 ・手帳更新手続きの際に、生活での困りごとについて話された。 ・同行を希望され、本日連携先へ 本人同意 <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 当課の継続 <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ・手帳の交付に対応				

<他の相談先の紹介> 連絡先 ☎

- ・〇〇〇センター (〇〇〇課) 〇〇支援員 TEL000-0000。

※次の相談先を紹介する場合は、原本を本人が所持し、写しを所管課が保管してください。

## 相談記録 (相談受付者が記入してください。)

相談内容・概要	相談受付日	00月 00日 (0)	部署名: 000センター	担当者: 00・00
	相談済の部署	<input type="checkbox"/> 仕事 ( ) <input type="checkbox"/> 多重債務 ( ) <input type="checkbox"/> 健康・生活 ( ) ※初回は記入不要 <input type="checkbox"/> 介護 ( ) <input type="checkbox"/> 子育て ( ) <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 000課 )		
	<input type="checkbox"/> 別紙のとおり <input checked="" type="checkbox"/> 次のとおり ・生活困窮者自立支援制度について説明。事業参加の意思あり。 ・相談者に兄弟姉妹はおらず、頼れる身内はいない。 ・相談者の収入は、00万円・父の年金は月額0万円 ・子00の将来が不安であり、どのように接して良いのかわからないとのこと。 ・子00は、進路について、悩んでいる様子。保護者として何をすればよいかかわからない様子。	家族関係図 (ジェノグラム)		
	<対応> ・市税、家賃滞納について、担当課へ同行訪問し、分割納付相談を行った。 ・相談者の就労支援について、ハローワークとの連携事業を活用。併せて、住居確保給付金の制度利用を行う。 ・子00のひきこもりについて相談窓口「000」のパンフレットを手交。  本人同意 <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 当課の継続 <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ・相談者は、頼れる相談者がいない			
<他の相談先の紹介> 連絡先 ☎ ・000 (000課) 00保健師 TEL000-0000 に後日、相談。				

※次の相談先を紹介する場合は、原本を本人が所持し、写しを所管課が保管してください。