

青森県ひきこもり地域支援センター多職種支援チームによる市町村支援事業実施要綱

1 事業の目的

近年社会情勢の変化等により社会問題となっているいわゆる「ひきこもり問題」については、基礎自治体である市町村が、当該市町村に居住するひきこもりに悩む当事者や家族等の身近な支援機関となり得る。

このような状況を踏まえ、市町村に多職種により構成される専門家チーム（以下「多職種支援チーム」という。）の構成員を派遣し専門的なアドバイス等を実施することにより、市町村におけるひきこもり支援の充実にを図ることを目的とする。

2 実施主体

青森県ひきこもり地域支援センター（青森県立精神保健福祉センター）

3 実施内容（例）

- （1）個別ケース検討における支援初期段階での相談対応に関する助言
- （2）家族会支援、居場所設置、研修事業等、ひきこもり支援事業立ち上げ時の助言・運営補助 等

4 実施場所

派遣先の市町村の庁舎、または青森県立精神保健福祉センター等

5 体制

本事業は、以下の構成により運用する。

- （1）多職種支援チーム（専門職）
 - ① 医療
 - ② 心理
 - ③ 福祉
 - ④ 就労支援
 - ⑤ 法律
 - ⑥ 教育
- （2）市町村支援員（事務職）

6 構成員の従事業務

- （1）多職種支援チーム
 - ① 上記3の市町村支援
 - ② 構成員会議への出席
- （2）市町村支援員
 - ① 多職種支援チームの業務に対する事務的な補助
 - ② その他、上記3の実施に係る業務

7 派遣の申込み

派遣を希望する市町村は、電話により青森県ひきこもり地域支援センターに支援の実施内容や日程・場所等を事前に相談の上、派遣を希望する日時の概ね1か月前までに郵送、電子メールあるいはFAXにより別紙様式1を送付して申込みを行う。

8 市町村等へ派遣する構成員の選定

- (1) 市町村へ派遣する構成員の選定は、青森県ひきこもり地域支援センターが事前相談の内容を勘案し、各構成員と協議の上行う。
- (2) 青森県立精神保健福祉センター所長は(1)により選定された構成員に対し、別紙様式2により派遣決定を通知する。
- (3) 派遣決定の通知を受けた構成員は、派遣先である市町村を訪問し、上記3に掲げる支援を行う。訪問に当たり、必要に応じ市町村支援員を同行させることとする。

9 支援結果の報告

上記8により派遣された構成員は、別紙様式3により青森県立精神保健福祉センター所長に対し報告を行う。

10 構成員会議の運営

市町村支援の充実を図るため、年度当初、多職種支援チーム構成員・市町村支援員等で支援結果（前年度に行った支援）について意見交換等を行うための構成員会議を開催する。

11 経費の支出

派遣毎に、謝金及び旅費を支給する。

12 その他

本実施要綱に定めのない事項については、青森県ひきこもり地域支援センターが青森県障がい福祉課と協議の上決定する。

附 則

この要綱は、令和4年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和7年5月15日から施行する。

(別紙様式1)

《送付状不要》

【宛 先】青森県ひきこもり地域支援センター

【メール】SEIFUKU@pref.aomori.lg.jp 【FAX】017-787-3956

多職種支援チームによる市町村支援事業 派遣申込書

申込日： 年 月 日

所	属	
担 当 者 職 氏 名		
電 話 番 号		
メ ー ル ア ド レ ス		

1. 派遣希望日程 ※希望日程の概ね1か月前までに申込みこと

	日 時 指 定 あり	年 月 日 [午前 ・ 午後]
	日 時 指 定 なし	年 月 [上旬 ・ 中旬 ・ 下旬]

2. 派遣希望場所 [貴所庁舎 ・ 青森県立精神保健福祉センター ・ その他]

3. 支援内容等 (該当するものを○で囲み、必要事項を記入してください)

(1)	個別ケース検討における支援初期段階での相談対応に関する助言	
	貴所の参加者について 人数 () 人 職種 [保健師 ・ その他専門職 ・ 事務職 ・ その他]	
(2)	ひきこもり支援事業立ち上げ時の助言・運営補助	
	①	家族会支援 (具体的内容 :)
	②	居場所設置 (具体的内容 :)
	③	研修事業 (具体的内容 :)
(3)	その他 (具体的内容 :)	

4. 連絡事項等 ()

(別紙様式2)

令和 年 月 日

殿

青森県立精神保健福祉センター所長

多職種支援チームによる市町村支援事業
派遣決定通知書

令和 年 月 日に _____ 市・町・村から申込みのあった件について、下記のとおり派遣を決定します。

記

- 1 派遣により実施する支援の内容
別紙派遣申込書（写し）のとおり
- 2 派遣日時
- 3 派遣場所

(別紙様式3)

令和 年 月 日

青森県立精神保健福祉センター所長 殿

報告者氏名

多職種支援チームによる市町村支援事業
支援結果報告書

令和 年 月 日の派遣により実施した支援の内容について、以下のとおり報告します。

1 派遣先の市町村名
2 従事した構成員名
計 名
3 支援の実施内容及び参加人数
① 支援の実施内容（該当するものを○で囲む） ・個別ケース検討における支援初期段階での相談対応に関する助言 ・ひきこもり支援事業立ち上げ時の助言・運営補助 ・その他
② 参加人数 人
3 支援の実施結果（具体的に記載すること）

※報告書は、派遣後概ね1か月以内に作成し提出してください。