

## 浜松市ひきこもり相談支援事業 実施要綱

### (目的)

第1条 浜松市ひきこもり相談支援事業(以下「本事業」という。)は、児童期、成人期のひきこもり本人や家族等からの相談に応じ必要な情報提供及び助言を行うとともに、対象者の相談内容に応じて、医療機関・保健・福祉・教育・労働等の適切な関係機関へつなげる。また、関係機関との調整その他ひきこもり本人の権利擁護のための必要な援助を行い、ひきこもり本人やその家族等の地域における自立と社会参加の促進を図ることを目的とする。

### (浜松市ひきこもり地域支援センターの設置)

第2条 本事業を実施するにあたり「浜松市ひきこもり地域支援センター」を、浜松市精神保健福祉センター内に設置する。

### (実施主体)

第3条 本事業の実施主体は、浜松市とする。ただし、市長は、この事業の全部又は一部を適切な運営ができると認められる事業者に委託することができるものとする。

### (対象者)

第4条 本事業の対象者は、長期にわたってひきこもりの状態にあり、市長が支援を必要と認めた者(以下「本人」という。)及びその保護者・家族(以下「家族等」という。)とする。ただし、市長が必要と認めるときは、この限りでない。

### (事業内容)

第5条 本事業の業務は、次に定めるとおりとする。

- (1) 本人及び家族等に対する面接相談
- (2) ひきこもり家族教室の開催
- (3) ひきこもりに関する教育研修・普及啓発に関する業務
- (4) 関係機関との連携強化、連絡調整に関する業務
- (5) 本人及び家族等に対する訪問支援に関する業務
- (6) ひきこもり当事者のコミュニティスペース事業に関する業務
- (7) ひきこもり当事者グループの運営及び支援に関する業務
- (8) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める業務

### (事業の利用方法)

第6条 前条第1項第1号に定める面接相談、第5号に定める訪問支援、第6号に定める当事者のコミュニティスペース事業、第7号に定める当事者グループを利用しようとする者は、浜松市精神保健福祉センターに相談の申込みを行うものとする。ただし、第6号に定めるコミュニティスペースの利用については、利用を希望する者を支援している機関(医療機関、障害者相談支援事業所等)がある場合はこの限りではない。その他の事業については、必要に応じて利用方法を定める。

(訪問支援の利用方法)

第7条 第5条第1項第5号に定める訪問支援の利用を希望する者(以下、「利用者」という。)は、相談担当者と協議した上で、浜松市ひきこもり相談支援事業(訪問支援)利用申請書(様式1)を提出するものとする。

2 前項に定める申請があった場合は、ひきこもり地域支援センター内で協議の上、支援が妥当と判断した場合は、訪問担当者を決定し、利用者に通知する。

3 訪問支援期間は、原則、届出があった日から届出年度の末日までとする。ただし、支援の実施状況や内容等を利用者と協議の上、支援期間の途中であっても支援を中止することができるものとする。また、当該年度の支援が終了した後、利用者が訪問支援の継続を希望した場合は、実施状況や内容等を訪問担当者と協議の上、利用を継続することができるものとする。なお、継続利用を希望する場合は、改めて浜松市ひきこもり相談支援事業(訪問支援)利用申請書(様式1)を提出するものとする。利用決定については、本条第2項に準じる。

(配置職員等)

第8条 本事業の相談等を行う職員は、社会福祉士、精神保健福祉士、保健師、介護支援専門員等の資格を有する又は同等の経験を有していなければならない。ただし、ピアカウンセリング等の業務に従事する職員は、資格を有する必要はない。

(利用料)

第9条 利用者の利用料は無料とする。ただし、利用時における材料費等の実費は、利用者から徴収することができる。

(その他)

第10条 この要綱に定めるもののほか、事業の実施に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附則

この要綱は、平成21年7月1日から施行する。

この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

## 浜松市ひきこもり相談支援（訪問支援）利用申請書

年 月 日

(あて先) 浜松市長

私は、浜松市ひきこもり相談支援事業（訪問支援）の利用を申請します。

## 1、申請者（または保護者）

ふりがな		生年	S・H・R(西暦 年)
氏名		月日	年 月 日(歳)
続柄	父・母・祖父・祖母・本人・その他( )		
居住地			
緊急時の 連絡先	第1連絡先		
	第2連絡先		

## 2、対象者

ふりがな		生年	S・H・R(西暦 年)
氏名		月日	年 月 日(歳)
居住地	*申請者と同じ場合は省略可		
駐車場の 有無	有・無	備考欄	

申請者と対象者の居住地が異なる場合は備考欄に別居の旨を記載

## 3、対象者の世帯状況

氏名	続柄	年齢	備考

(裏面) 事業所記載欄

		ファイル番号	
訪問支援 を行う事業所	名 称		
	所在地		
	連絡先		
	担当職員		
訪問支援期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		

決裁欄

課 長	課長補佐	グループ長	グループ長	係	月 日
					訪問支援を 決定します