

令和8年度茨城県アウトリーチ等の充実による 自立相談支援機能強化事業業務委託仕様書

本仕様書は、令和8年度茨城県アウトリーチ等の充実による自立相談支援機能強化事業を受託する者（以下「事業者」という。）の業務について必要な事項を定めるものである。

1 目的

本事業は、生活困窮者自立支援制度における自立相談支援機関におけるアウトリーチ等の充実、時間外対応やオンライン対応による相談へのアクセス向上等の実施により、社会参加に向けたより丁寧な支援を必要とする者への支援の強化を目的とする。

2 委託期間

令和8年4月1日から令和9年3月31日までとする。

3 実施地域

茨城県各県自立相談支援機関（鹿行県自立相談支援機関を除く。）及び茨城県福祉相談センター（以下「県自立相談支援機関」という。）管内の12町村において、本事業を実施する。

4 支援対象者

上記3の実施地域に居住する者で、ひきこもり状態にある者や長期無業者など、社会参加に向けてより丁寧な支援を必要とする者、またその他、アウトリーチ支援員による支援を必要とする者（以下「対象者」という。）を対象とする。

5 事業内容

本事業の事業内容は、次のとおりとする。

(1) アウトリーチの充実

アウトリーチ支援員は、ひきこもり地域支援センターや地域若者サポートステーション等の自立相談支援機関と関係する他の機関とのネットワークを形成するとともに、同行相談や、信頼関係の構築といった対本人型のアウトリーチを主体に、社会参加に向けてより丁寧な支援を行う。

(2) 相談へのアクセスの向上

アウトリーチ支援員による土日祝日や時間外の相談の実施、インターネットを利用したオンライン対応による相談等、相談へのアクセスを向上する。

ただし、これらについては、必ずしも常時又は定期的に土日祝日や時間外の相談窓口を設置している必要はなく、個別の相談ニーズに応じて土日祝日や時間外の相談対応に応じることで差し支えないこととする。

6 実施方法等

事業者は、茨城県福祉部福祉人材・指導課（以下「福祉人材・指導課」という。）及び県自立

相談支援機関等と連携を図りながら、次のとおり本事業を実施していくものとする。

(1) 利用者数

利用者数は20名程度とする。

(2) アウトリーチ支援員の配置

事業者は、事業を実施するための職員（以下「アウトリーチ支援員」という。）を2名以上配置（兼務可）するものとする。

(3) 支援方法

ア 相談受付（インテーク）

対象者から相談受付・申込票（様式1）により、本事業による支援プロセスに関する利用申込を受けて、その同意を得るとともに、丁寧なアセスメントを行う。

イ アセスメント（信頼関係構築）

生活困窮に陥っている状況を包括的に把握（情報収集）し、その中で対応すべき課題をとらえ、それらの背景・要因等を分析し、解決の方向を見定めるものとする。

ウ スクリーニング判断

(ア) アセスメントにより、対象者に関する様々な情報を把握・分析した後、県自立相談支援機関等と情報を共有し、自立相談支援機関が継続してプランの策定等の支援を行うかどうか又は他制度や他機関へつなぐことが適当かどうかについて、スクリーニング判断する。

(イ) スクリーニング判断の結果、他制度や他機関へのつながりが適当と判断された者には、対象者の状況に応じて適切に他の相談窓口等へとつなぐとともに、必要に応じてつなぎ先の機関へ対象者の状況について確認するなど、適宜フォローアップに努めるものとする。

なお、生活保護制度へつなぐことが適切と判断された場合は、確実に生活保護担当者につなげるものとする。

(ウ) 対象者に関する個人情報に関係機関と共有するためには、対象者の同意が必要であること及びいわゆる相談のたらい回しとならないよう関係機関と連携することが重要であることに留意する。

エ プラン（案）策定

茨城県生活困窮者自立支援事業実施要領6(2)アからケに規定する手順に基づき進める。プラン（案）（様式2）の作成にあたっては、県自立相談支援機関等とアセスメント情報を共有すること。

オ 支援の提供

支援の提供は、茨城県生活困窮者自立支援事業実施要領6(5)アからオに規定する手順に基づき進めるとともに、対象者の相談ニーズに応じて、土日祝日や時間外の相談対応や支援提供、インターネットを用いた面談など多様な方策を講じていくこととする。

カ 実施場所

実施場所は、事業者の事務所、利用者宅又は公的施設とする。

キ 活動日誌の作成

事業者は、活動日誌（様式3）を作成し、保管する。

ク 支援状況報告

事業者は、支援後速やかに、福祉人材・指導課及び関係自立相談支援機関に対し、支援状

況を報告する。

その際、作成した相談受付・申込票（様式1）、プラン（案）（様式2）及び活動日誌（様式3）の写しを提出すること。

ケ 関係機関とのネットワーク構築等

事業者は、自立相談支援機関と連携し、対象となる生活困窮者の早期把握や利用ニーズの掘り起こしのための地域の関係機関とのネットワーク構築などに取り組むとともに、関係自立相談支援機関等の支援員等との勉強会や情報交換などを行い、支援の質を高めるための人材育成に努めるものとする。

7 実施状況報告

事業者は、福祉人材・指導課に対し、毎月事業終了後速やかに、実施状況報告書（様式4）を提出しなければならない。

また、事業者は、上半期の事業終了後速やかに、福祉人材・指導課へ本事業の利用者一覧（上半期分）（様式5）を提出しなければならない。

8 留意事項

- (1) 事業者は、利用者の意向を尊重し、懇切丁寧な対応のもと、委託事業を実施しなければならない。
- (2) 事業者は、委託事業の目的に配慮しながら実施するとともに、個人情報の保護を徹底しなければならない。
- (3) 関係機関と個人情報を共有する場合は、本人から同意を得ておくこと等個人情報の取扱いについて適切な手続を踏まえること。
- (4) 相談支援に当たっては、本要領に定める様式の他、「自立相談支援事業の手引き」に定める「自立相談支援機関使用標準様式（アセスメントシート・プランシート等帳票類）」を使用すること。また、対象者ごとに支援台帳を作成し、管理すること。
- (5) 事業実施に当たっては、「自立相談支援事業の手引き」（平成27年3月6日付け厚生労働省社会・援護局地域福祉課長通知）及び「生活困窮者自立支援制度に係る自治体事務マニュアル」（平成27年3月27日付け厚生労働省社会・援護局長通知）、「生活福祉資金貸付制度と生活困窮者自立支援制度の連携マニュアル」（平成27年3月17日付け厚生労働省社会・援護局地域福祉課長通知）、その他厚生労働省が発出する各事業実施に関する手引き等を参照すること。
- (6) 事業者は、受託した業務を一括して第三者に委託することはできない。ただし、業務を効率的に行う上で必要と思われる業務については、福祉人材・指導課と協議の上、業務の一部を委託することができる。

9 その他

事業者は、委託事業を実施するに当たり、本仕様書に定めのない事項及び支援に関し疑義が生じたときは、福祉人材・指導課及び県自立相談支援機関等と協議の上、その指示に従い業務を遂行するものとする。

(様式1)

相談受付・申込票【本人等記入→スタッフが追加聞き取り】

〈紙で使用→基本情報等はDB入力、利用申込書として紙で保管〉 ※必須

相談受付・申込票

ID		※初回相談 受付日	西暦	年	月	日	受付者	
----	--	--------------	----	---	---	---	-----	--

■基本情報

ふりがな		※性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> ()				
氏名		※生年月日	西暦	年	月	日	(歳)
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、一番お困りのことに◎をおつけください。		
<input type="checkbox"/> 病気や健康、障害のこと	<input type="checkbox"/> 住まいについて	<input type="checkbox"/> 収入・生活費のこと
<input type="checkbox"/> 家賃やローンの支払いのこと	<input type="checkbox"/> 税金や公共料金等の支払いについて	<input type="checkbox"/> 債務について
<input type="checkbox"/> 仕事探し、就職について	<input type="checkbox"/> 仕事上の不安やトラブル	<input type="checkbox"/> 地域との関係について
<input type="checkbox"/> 家族との関係について	<input type="checkbox"/> 子育てのこと	<input type="checkbox"/> 介護のこと
<input type="checkbox"/> ひきこもり・不登校	<input type="checkbox"/> DV・虐待	<input type="checkbox"/> 食べるものがない
<input type="checkbox"/> その他()		
ご相談されたいことや配慮を希望されることを具体的に書いてください。		

■相談申込み欄

○○センター長 殿
上記の相談内容等について、自立相談支援事業の利用を申し込みます。 また、相談支援にあたり必要となる関係機関(者)と情報共有することに同意します。なお、同意にあたっては、別紙の「個人情報に関する取扱い」について説明を受けました。
西暦_____年_____月_____日 本人署名_____

個人情報に関する取扱い

茨城県自立相談支援機関では、当機関における個人情報保護に関する取組方針及び個人情報の取扱いについては、本取扱いのとおりとします。

1 取組方針

当機関は、個人情報の適切な保護と利用を重要な社会的責任と認識し、相談業務、支援業務等、当機関が実施する業務を行うにあたっては、茨城県個人情報保護条例をはじめとする関係法令等に加えて、本取扱いを遵守し、ご相談者の個人情報の適切な保護と利用に努めます。

2 個人情報の取得方法

ご相談者の個人情報を業務上必要な範囲において、適正かつ適法な手段により取得します。

3 利用目的

ご相談者の個人情報を、当機関の業務遂行及び利用目的の達成に必要な範囲において取り扱うこととし、その範囲を超えて他の目的に利用することはありません。

(1) 当機関の業務内容

- ア 相談支援業務
- イ プランの策定・評価

(2) 利用目的

- ア 相談支援業務を円滑に行うため
- イ 自治体に対して事業等利用申込を行うため
- ウ 支援提供、関係機関・者との連絡・調整等自立支援に資するため

4 個人情報の内容

当機関では、次の情報を個人情報として取り扱います。

- ア 氏名、性別、年齢、住所、電話番号、家族関係等個人の属性に関わる基本的情報
- イ 健康状態、疾病、障害、介護等健康に関する情報
- ウ 就労・通学・通所状況に関する情報
- エ 収入、資産、債務等経済的状况
- オ 福祉制度利用状況
- カ その他、生活歴や過去の経験、抱えている課題等、相談業務において知り得た情報

5 第三者への提供の制限

ご相談者(又は代理人)の同意をいただいている場合や法令又は条例に基づく場合等を除き、原則としてご相談者の個人情報を第三者に対して提供いたしません。ただし、利用目的の達成に必要な範囲内において、関係機関・者等との間で共同利用する場合には、原則としてご相談者(又は代理人)の同意を得た上で、ご相談者の個人情報を関係機関・者等(別表で例示した機関)に対して提供することがあります。

また、例外として、茨城県個人情報保護条例第9条第2項第2号から第4号までの規定に基づき、同意を得

(様式1別紙)
個人情報に関する取扱い
〈紙で使用〉 ※必須

ずに関係機関等に対して情報提供する場合があります。

(1) 同意の上で第三者に提供する場合

- ア 他機関・者との間で、支援の実施、各種事業等の利用申込やプラン策定に関する調整を行うため
- イ 他機関・者が実施する支援を受けるため
- ウ プランが終了した後に関係機関との連携が必要な場合
- エ 各種福祉制度申込時に、当機関から自治体へ事前に本人が特定される形で相談する場合
- オ 病気・怪我等の際に医療機関につなぐ場合

(2) 同意を得ずに第三者に提供する場合（茨城県個人情報保護条例第9条第2項第2号から第4号までの規定による）

- ア 当機関が所掌事務の遂行に必要な限度で個人情報を内部で利用する場合であって、当該個人情報を利用することについて相当な理由のあるとき。
- イ 他の県の機関、国、独立行政法人等、他の地方公共団体又は地方独立行政法人に個人情報を提供する場合において、個人情報の提供を受ける者が、事務又は業務の遂行に必要な限度で提供に係る個人情報を利用し、かつ、当該個人情報を利用することについて相当な理由のあるとき。
- ウ 上記ア又はイに掲げる場合のほか、専ら統計の作成又は学術研究の目的のために個人情報を提供するとき、本人以外の者に提供することが明らかに本人の利益になるとき、その他個人情報を提供することについて特別の理由のあるとき。

6 保存期間

ご相談者の情報の保存は、利用申込日より開始します。保存期間は、支援終了日から5年間とします。その後は、適切な方法により廃棄します。

7 安全管理措置

ご相談者の個人情報を正確かつ最新の状態で保管・管理するよう努めるとともに、漏えい等を防止するため、合理的な安全管理措置を実施します。

8 継続的改善

情報技術の発展や社会的要請の変化等を踏まえて本取扱いを適宜見直し、ご相談者の個人情報の取扱いについて、継続的に改善に努めてまいります。

以上

(様式1別紙)
個人情報に関する取扱い
〈紙で使用〉 ※必須

【別表】関係機関・関係者等の例示

茨城県福祉部本庁関係課
茨城県福祉部出先機関
その他自立支援事業に関する県・各市町村担当課
各ハローワーク
就労準備支援事業委託事業者
家計改善支援事業委託事業者
認定就労訓練事業者
居住支援事業委託事業者
関係小・中・高等学校
関係市町村地域包括支援センター
県・各市町村社会福祉協議会
関係医療機関
県・各市町村消費生活センター
地域若者サポートステーション
民生委員・児童委員
特定非営利活動法人等生活支援団体

■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・給付額等)
1	住居確保給付金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	支給期間 西暦 年 月～西暦 年 月 月 給付額 円/月 <input type="checkbox"/> 申込中 <input type="checkbox"/> 既受給 <input type="checkbox"/> 申込予定 備考()
2	居住支援事業	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	支援期間 西暦 年 月 日～西暦 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申込中 <input type="checkbox"/> 既利用 <input type="checkbox"/> 申込予定 備考()
3	家計改善支援事業	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	支援期間 西暦 年 月～西暦 年 月 備考()
4	就労準備支援事業	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	支援期間 西暦 年 月 日～西暦 年 月 日 備考()
5	認定就労訓練事業	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 雇成型 <input type="checkbox"/> 非雇成型 支援期間 西暦 年 月 日～西暦 年 月 日 備考()
6	自立相談支援事業による就労支援	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

■その他関連する事業等

メニュー	利用有無	支援方針(期間・実施機関・給付額等)
生活福祉資金等による貸付	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
生活保護受給者等就労自立促進事業	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

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

■プランに関する本人同意・申込署名欄

〇〇県民センター長 殿
 県央福祉事務所長 殿
 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3、4、5)の利用を申し込みます。

西暦 年 月 日 本人署名

<支援調整会議・支援決定>

※支援調整会議開催日	①西暦 年 月 日 ②西暦 年 月 日 ③西暦 年 月 日	※支援決定・確認	<input type="checkbox"/> 支援決定(法に基づく事業(上記3、4、5)) <input type="checkbox"/> 確認(法に基づく事業(上記3、4、5)以外) (決定・確認日: 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
その他添付書類(法に基づく事業等の利用にあたって必要とする添付書類)

実施状況報告書 (年 月分)

年 月 日

茨城県福祉部福祉人材・指導課長 殿

事業者名

代表者職氏名

令和 年 月に実施したアウトリーチ等の充実による自立相談支援機能強化事業に係る業務は、次のとおりです。

1 支援の実施状況

活動日	利用者名	アウトリーチ 支援員名	町村名	活動内容 (実施した内容にチェック)
月 日				<input type="checkbox"/> 相談受付 <input type="checkbox"/> アセスメント <input type="checkbox"/> スクリーニング・他機関へのつなぎ <input type="checkbox"/> プラン(案)作成 <input type="checkbox"/> 支援の提供 <input type="checkbox"/> その他()
				<input type="checkbox"/> 相談受付 <input type="checkbox"/> アセスメント <input type="checkbox"/> スクリーニング・他機関へのつなぎ <input type="checkbox"/> プラン(案)作成 <input type="checkbox"/> 支援の提供 <input type="checkbox"/> その他()
月 日				<input type="checkbox"/> 相談受付 <input type="checkbox"/> アセスメント <input type="checkbox"/> スクリーニング・他機関へのつなぎ <input type="checkbox"/> プラン(案)作成 <input type="checkbox"/> 支援の提供 <input type="checkbox"/> その他()
				<input type="checkbox"/> 相談受付 <input type="checkbox"/> アセスメント <input type="checkbox"/> スクリーニング・他機関へのつなぎ <input type="checkbox"/> プラン(案)作成 <input type="checkbox"/> 支援の提供 <input type="checkbox"/> その他()
計			延 名	

※ 行は、適宜追加すること。

2 資質向上・人材育成のための取組み(情報交換会・勉強会・ケース検討会の実施など)

実施年月日	相手方	内 容

3 早期把握やニーズ掘り起こしのための取組み(ネットワーク構築など)

取組み年月日	取組み内容

(様式5)

アウトリーチ等の充実による自立相談支援機能強化事業利用者一覧(上半期分)

	町村名	利用者 年齢・性別	支援前の状況	支援回数	支援の概要 (相談受付、アセスメント、スクリーニング、 プラン(案)作成 など)	支援による変化	備考 (関係機関との連携、 今後の見込み、 留意事項など)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

※行は適宜追加すること。