

９ 弘前市自殺対策連絡会議運営要領

(目的)

第１条 自殺対策基本法（平成 18 年法律第 85 号）の基本理念に基づき、関係機関団体の連携のもとに、本市における総合的な自殺対策に関する事項の連絡調整、協議、検討を行うため、弘前市自殺対策連絡会議（以下「会議」という。）を開催するものとする。

(協議事項)

第２条 会議の協議事項は、次のとおりとする。

- (１) 自殺対策推進のための連絡調整及び情報交換並びに連携協力に関すること。
- (２) 自殺対策計画策定に関する諸施策の検討及び評価に関すること。
- (３) その他自殺対策の推進に関すること。

(組織)

第３条 会議は構成員 20 人以内をもって開催する。

２ 会議は、次に掲げる者で構成する。

- (１) 医療関係者
- (２) 教育関係者
- (３) 労働・就労・経済関係者
- (４) 相談関係者
- (５) 地域関係者
- (６) 行政関係者
- (７) 前各号に掲げるもののほか、関係者が必要と認める者

(庶務)

第４条 会議の庶務は、健康こども部健康増進課において行う。

(その他)

第５条 この要領に定めるもののほか、会議の運営に関し必要な事項は、別に定める。

附 則

この要領は、平成 30 年 9 月 7 日から施行する。

附 則

この要領は、平成 31 年 4 月 1 日から施行する。

10 弘前市自殺対策の策定経過

年	月 日	会 議 名 等
2018 年 (平成 30 年)	8 月 23 日	弘前市役所内計画策定に係る説明会 ・ 15 課室関係課長参加
	9 月 10 日	市政推進会議 ・ 全部長・理事等参加 自殺対策計画策定着手について説明
		庁内掲示板 ・ 全庁に「事業の棚卸し依頼」
	9 月 28 日	平成 30 年度自殺対策連絡会議 ・ 自殺対策計画の策定について説明 ・ 各構成員からの情報提供および意見交換
	12 月 27 日	第 2 回健康づくり推進審議会 ・ 自殺対策計画（素案）について説明、意見・提案等 依頼
	12 月 28 日 (1 月 28 日)	自殺対策連絡会議構成団体 ・ 自殺対策計画（素案）について意見・提案等依頼
		庁内掲示板 ・ 全庁に「自殺対策計画（素案）」を提示、各部局へ意見 等依頼
2019 年 (平成 31 年) (令和元年)	2 月 1 日～ 2 月 28 日	パブリックコメント募集
	3 月 6 日	第 3 回審議会 ・ 健康ひろさき 21 改定案について審議、こころの健康 づくり事業の自殺率の目標値等提案あり
	3 月 26 日	パブリックコメントの結果及び意見に対する回答を市ホ ームページへ掲載
	6 月 5 日	市政推進会議 ・ 「自殺対策計画（最終案）」を付議 内容について議決
	6 月 28 日	自殺対策計画策定

11 関係機関との連絡票

「つながる」シートの使い方

当市では、相談に来た方の問題や悩みが、複数の機関に関係する場合、次の相談先へ確実に相談内容がにつながる方法を検討し、『つながるシート』を作成しました。

1 相談機関が相談を受け、次の窓口を紹介する

次の窓口を紹介すれば自分で次の窓口に行くことができ、説明も自分で適切にできる方の場合、次の窓口を紹介します。

2 『つながるシート』でつなぐ

紹介状があれば自分で相談先の窓口に行くことができるが、相談内容を自分で相談員にうまく説明するのが難しい方の場合、『つながるシート』でつなぎます。


相談する方が記入するものですが、記入が難しい場合は、相談者の了解を取った上で代筆します。

3 自分で相談先の窓口に行くことができない方には

気力がなかったり、気分が落ち込んでいる等で相談先の窓口に行くことも難しい方の場合、相談者の了解を取った上で、次の窓口に連絡し、『つながるシート』をメール等で送り、相談が受けられるよう調整します。

～あなたの悩みを、安心へつなぐ～

「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していただき、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もあります。次の相談先へ確実に相談内容を伝えるために、ご活用ください。

ご本人の了解なしに情報を共有することはありませんので、ご安心ください。

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、活用の趣旨をご理解いただき、ご協力をお願いします。

※個人情報取り扱いには、十分留意してください。

※この様式は、適宜コピーしてお使いください。

相談票				
お困りのこと（ご相談の内容）				
◆相談したい内容に○をつけてください。				
相談したいことが複数ある場合は、全て○をし、一貫していることには◎をつけてください。				
<input type="checkbox"/> 仕事探し、就職	<input type="checkbox"/> 収入・生活費	<input type="checkbox"/> 仕事上の不安やトラブル		
<input type="checkbox"/> 家賃やローンの支払い	<input type="checkbox"/> 税金や公共料金等の支払い	<input type="checkbox"/> 家計全般に関すること		
<input type="checkbox"/> 費金の貸付	<input type="checkbox"/> 住まいについて	<input type="checkbox"/> 債務について		
<input type="checkbox"/> 介護に関する事	<input type="checkbox"/> 子育てに関する事	<input type="checkbox"/> ひきこもり、不登校		
<input type="checkbox"/> 家族関係・人間関係	<input type="checkbox"/> 地域との関係	<input type="checkbox"/> 病気や健康		
<input type="checkbox"/> ところの問題	<input type="checkbox"/> 食べ物のない	<input type="checkbox"/> DV・虐待について		
<input type="checkbox"/> その他（ ）				
◆相談したいことを具体的に書いてください。				
ご支援にあたっての希望もあれば、お書きください。				
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	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日（ 歳）	
住所	〒 -			
電話	自宅		携帯	
ご相談に 来た方	氏名		ご本人との 関係	<input type="checkbox"/> 家族（続柄： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
※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）	
<input type="checkbox"/> 相談支援の検討・実施等にあたり、私の相談内容を必要とする関係機関（者）と 情報共有し、保管・集約することに同意します。 ※ア承認される場合、チェックしてください。				

～あなたの悩みを、安心へつなく～

「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していただき、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もあります。次の相談先へ確実に相談内容を伝えるために、ご活用ください。

ご本人の了解なしに情報を共有することはありませんので、ご安心ください。

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、活用の趣旨をご理解いただき、ご協力をお願いします。

※個人情報の取り扱いには、十分留意してください。

※この様式は、適宜コピーしてお使いください。

相談票

お困りのこと（ご相談の内容）

◆相談したい内容に○をつけてください。

相談したいことが複数ある場合は、全て○をし、一番困っていることには◎をつけてください。

	仕事探し、就職	収入・生活費	仕事上の不安やトラブル
	家賃やローンの支払い	税金や公共料金等の支払い	家計全般に関すること
	資金の貸付	住まいについて	債務について
	介護に関すること	子育てに関すること	ひきこもり、不登校
	家族関係・人間関係	地域との関係	病気や健康
	こころの問題	食べるものがない	D V・虐待について
	その他（ ）		

◆相談したいことを具体的に書いてください。

ご支援にあたっての希望もあれば、お書きください。

--

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	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 (歳)	
住所	〒 -				
電話	自宅			携帯	
ご相談に来た方 ※ご本人以外の場合、 記入してください。	氏名			ご本人との関係	<input type="checkbox"/> 家族(続柄:) <input type="checkbox"/> その他()
	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。☒

<div>相談記録</div> <div>(相談受付者が記入してください。)</div>	
<div>相談受付日</div> <div> <div>年</div> <div>月</div> <div>日 ()</div> <div>部署名</div> <div>担当者</div> </div> <div> <div>相談済の部署</div> <div>□仕事 ()</div> <div>□多重債務 ()</div> <div>□健康・生活 ()</div> <div>※初回部署は記入不要</div> <div>□介護 ()</div> <div>□子育て ()</div> <div>□その他 ()</div> </div>	
<div>相談内容・概要</div>	
<div><対応></div> <div>当課の継続支援 有・無</div>	
<div><他の相談先の紹介> 連絡先☎</div>	

弘前市自殺対策計画（令和４年度改訂版）

発行日 令和４年１２月

発 行 弘前市

編 集 弘前市健康こども部健康増進課

〒036-8711

青森県弘前市野田二丁目７番地１

TEL 0172-37-3750

FAX 0172-37-7749