

新潟市こころといのちの寄り添い支援事業実施要領

(目的)

第1条 本事業は、自殺未遂者やその家族等に対して相談支援を行うとともに、地域における関係機関との支援体制を構築することにより、再企図を防止することを目的とする。

(実施主体)

第2条 本事業の実施主体は、新潟市とする。

(事業名称)

第3条 事業の名称は「新潟市こころといのちの寄り添い支援事業」とする。(以下「事業」という。)

(事業の実施場所)

第4条 事業の活動拠点は新潟市こころの健康センターとする。

(事業内容)

第5条 次に定める事業を実施する。

(1) 相談支援

自殺未遂者及び家族等からの相談に応じ、適切な指導又は助言、情報提供を行うものとする。

なお、電話及び来所又は訪問により、相談の対応を行うものとする。

(2) 関係機関との連絡調整

相談者の抱える問題解決に向けて、関係機関との連携を密接に行い、適切な支援につなげる。

(3) 個別支援会議

支援内容等の検討を行うため、必要に応じて個別支援会議を開催する。

(4) 相談実施時間

平日の午前8時30分から午後5時までとし、土日、国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）に規定する休日及び1月2日、3日並びに12月29日から31日までを休業とする。ただし、市長が必要と認めた時はその限りではない。

(事業の同意)

第6条 事業については、別記様式第1号及び別記様式第2号により同意を得るものとする。

ただし、疾病又は身体の障がいにより署名することが困難な場合は、本人以外の者が、署名することができる。その場合には、署名することが困難な理由、署名した者の氏名及び同意者本人との関係を記載するものとする。

(事業の対象者)

第7条 自殺未遂者については、新潟市内に居住する者で、前条の別記様式第1号により同意を得た者であり、かつ、次に掲げる者を対象とする。

(1) 新潟大学医歯学総合病院又は新潟市民病院の救命救急センター（以下「救命救急センター」という。）に自殺未遂で搬送された者で、救命救急センターの医師等が当該事業の支援を必要と認めた者。

(2) 救急指定病院等に自殺未遂で搬送された者で、救急指定病院等の医師等が当該事業の

支援を必要と認めた者。

(3) 救急隊員等が、自殺未遂により臨場し、当該事業の支援を必要と認めた者。

(4) 警察官等が、自殺未遂に関する相談を受け、当該事業の支援を必要と認めた者。

(5) 生活保護ケースワーカーが、自殺未遂をした被保護者のうち、当該事業の支援を必要と認めた者。

(6) その他市長が必要と認めた者。

2 相談支援の対象とする家族等については、前項の対象者の家族等及び前条の別記様式第2号により同意を得た者とする。

(その他)

第8条 この要領に定めるもののほか、事業の実施に関し必要な事項は、市長が別に定めるものとする。

附 則

(施行期日)

この要領は、平成24年10月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要領は、平成25年6月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要領は、平成26年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要領は、平成27年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要領は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要領は、平成29年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要領は、令和4年4月1日から施行する。

新潟市こころといのちの寄り添い支援事業利用及び
個人情報の取り扱いに関する同意書（本人用）

私は、新潟市こころといのちの寄り添い支援事業について、支援を受けることに同意します。
また、下記のとおり個人情報の収集及び提供について同意します。

記

- 1 個人情報の利用目的
新潟市こころといのちの寄り添い支援事業における相談支援のため
- 2 個人情報の収集及び提供について
 - (1) 支援に必要な情報を家族、医療機関、保健・福祉関係機関、その他関係機関等から収集すること
 - (2) 支援に必要な情報を家族、医療機関、保健・福祉関係機関、その他関係機関等に提供すること
 - (3) 支援に必要な情報を個別支援会議等で提供すること

年 月 日

（宛先）新潟市長

〈本人〉

住 所

氏 名

〈代理人〉本人が18歳未満の場合

住 所

氏 名

続柄（ ）

疾病又は身体の障がいにより署名することが困難な場合は、本人又は代理人以外の者が、署名することができます。その場合には、署名することが困難な理由、署名した者の氏名及び同意者本人との関係を記入してください。

新潟市こころといのちの寄り添い支援事業利用及び
個人情報の取り扱いに関する同意書（家族等用）

私は、新潟市こころといのちの寄り添い支援事業について、支援を受けることに同意します。
また、下記のとおり、支援に必要な情報を提供することに同意します。

記

支援に必要な情報の提供について

- 1 支援に必要な情報を個別支援会議等において、関係機関等へ提供すること
- 2 支援に必要な情報を個別支援会議等に提供する際は、家族等と相談の上、必要最小限の
情報とすること

年 月 日

（宛先）新潟市長

〈家族等〉

住 所

氏 名

続柄（ ）

疾病又は身体の障がいにより署名することが困難な場合は、本人以外の者が、署名することができ
ます。その場合には、署名することが困難な理由、署名した者の氏名及び同意者本人との関係を記
入してください。