

新潟市入院者訪問支援事業実施要領

(目的)

第1条 この要領は、「新潟市入院者訪問支援事業実施要綱」（以下「要綱」という。）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(訪問支援員の登録)

第2条 市長は、次に掲げる要件をすべて満たす者のうち、訪問支援員に適任であると認めた者について、訪問支援員として登録する。

(1) 要綱第5条又はこれに準ずる他自治体実施の研修を修了した者

(2) 市内の精神科病院に訪問可能な者

(3) 新潟市暴力団排除条例（平成24年新潟市条例第61号）第2条第2号に規定する暴力団又は同第2条第3号に規定する暴力団員に該当しない者及び関係を有しない者

2 訪問支援員の登録を受けようとする者は、「訪問支援員登録申出書」（別記様式第1号）及び「誓約書兼同意書」（別記様式第2号）を市長に提出する。

3 市長は、前項の書類を受理した後、速やかに登録し「訪問支援員登録通知書」（別記様式第3号）により訪問支援員へ登録したことを通知する。

4 市長は、登録した訪問支援員の名簿を管理する。

5 訪問支援員は、氏名、住所、所属、連絡先、活動可能な病院等のいずれかに変更があった場合は、「訪問支援員登録（変更・削除）申出書」（別記様式第4号）により市長に届け出る。

(訪問支援員の登録の削除)

第3条 市長は、訪問支援員が次の事項のいずれかに該当すると認めた場合は、登録を削除することができる。

(1) 訪問支援員から「訪問支援員登録（変更・削除）申出書」（別記様式第4号）の提出があった場合

(2) 連絡先が不明になった, 又は長期間にわたり連絡がとれない場合

(3) 訪問支援員としてふさわしくない行為があったと認められたとき

(訪問支援員の派遣)

第4条 市長は、要綱第3条に掲げる者から訪問支援員との面会希望があった場合は、本人の意向を確認した上で、派遣調整を行う。その際、「新潟市入院者訪問支援事業 電話対応記録」(別記様式第5号)により電話対応記録を作成する。

2 市長は、支援対象者と訪問支援員が面会する場所を院内に確保されるよう病院へ依頼する。

3 市長は、登録した名簿の中から訪問支援員2名1組を選任する。

4 市長は、支援対象者、病院、訪問支援員と日程調整を行った上、訪問支援を実施する日時を決定し、訪問支援員に対し、「訪問支援員活動依頼書」(別記様式第6号)により病院への派遣を依頼する。

(訪問支援の実施)

第5条 支援の実施にあたっては以下の点に留意すること。

(1) 訪問支援員は、支援対象者からの求めに応じて、入院中の生活に関する一般的な相談、必要な情報の提供等を行う。ただし、訪問支援員が支援対象者に代わって対象者の困りごとを解決することや、医療、介護、障害福祉サービス等の利用を調整すること、サービスを自ら提供することは、本事業の支援として行わないこと。

(2) 訪問支援員は、支援対象者の人格を尊重すること。

(3) 訪問支援員は、支援対象者との面会を実施した後、速やかに「新潟市入院者訪問支援事業 活動報告書」(別記様式第7号)を作成し、市長に報告する。

(4) 市長は、活動した日が確認できる台帳を整備する。

(訪問支援員へのフォローアップ)

第6条 市長は、訪問支援員に対するフォローアップ体制を整備する。

2 市長は、訪問支援員から随時、個別に聞き取りを行い、具体的な対応方法や支援の在

り方等について検討する。さらに，実務者会議において課題や支援の在り方を共有する等して，訪問支援員が安心して業務を行えるよう体制整備を図る。

附 則

この要領は，令和 7 年 8 月 1 日から施行する。

別記様式第 1 号

年 月 日

(宛先) 新潟市長

(申込者) 氏名

訪問支援員登録申出書

新潟市入院者訪問支援事業実施要領第 2 条第 2 項に基づき、訪問支援員の登録を申し出ます。

ふりがな				男 ・ 女	生 年 月 日	年 月 日生
氏名						
住所	〒					
所属名	※所属がある場合ご記入ください。 ☐ 専門職 ☐ 当事者 ☐ 学生 ☐ その他 ()					
連絡先	派遣調整のために市から連絡する場合に、連絡が取れる連絡先をご記入ください。複数ある場合はいずれもご記入ください。					
	電話番号	所属				
		自宅				
		携帯				
	FAX	所属				
		自宅				
	メールアドレス	所属				
		自宅				
		携帯				
訪問可能な病院、曜日、時間帯等	(1) 訪問可能な病院にチェックをいれてください。					
	☐ 松浜病院 ☐ 南浜病院 ☐ 河渡病院 ☐ 末広橋病院 ☐ 新潟大学医歯学総合病院 ☐ 新津信愛病院 ☐ 白根緑ヶ丘病院 ☐ 新潟信愛病院 ☐ 佐潟公園病院 ☐ 新潟市民病院					
	(2) 訪問を控えたい病院がありましたらご記入ください。					

	(3) 活動可能な曜日に○, 又は時間をご記入ください。					
	月	火	水	木	金	土
主な移動手段	☐ 徒歩・自転車 ☐ 自家用車 ☐ バイク ☐ 公共交通機関 () ☐ その他 ()					
備考	特記事項等ありましたらご記入ください。					

誓約書兼同意書

私は、新潟市入院者訪問支援事業の訪問支援員として活動するに当たり、下記の事項について誓約します。

記

- 1 私（当法人・当団体）は次のいずれにも該当しません。
 - (1) 暴力団（新潟市暴力団排除条例（平成24年新潟市条例第61号）第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）
 - (2) 暴力団員（新潟市暴力団排除条例第2条第3号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）
 - (3) 役員等（法人である場合は役員又は支店若しくは営業所の代表者その他これらと同等の責任を有する者をいい、法人以外の団体である場合は代表者、理事その他これらと同等の責任を有する者をいう。）が暴力団員であるもの
 - (4) 暴力団又は暴力団員が経営に実質的に関与しているもの
 - (5) 自己、その属する法人その他の団体若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用しているもの
 - (6) 暴力団又は暴力団員に対して資金を提供し、又は便宜を供与するなど直接的又は積極的に暴力団の維持運営に協力し、又は関与しているもの
 - (7) その他暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有するもの
- 2 暴力団員等であるか否かの確認のため、新潟県警察本部に対して照会が行われる場合があることに同意し、当該照会に必要な役員等の情報（役職名、氏名、生年月日、性別、住所）を記載した名簿の提出を求められた場合は、指定の期日までに貴市に提出します。
- 3 訪問支援員の職務遂行上、知り得た情報を機密事項としてその保護に努めるとともに、これを本事業の目的外に利用しません。また、訪問支援員の登録抹消後においても同様の扱いとします。

年 月 日

新潟市長 様

住 所

氏 名

新健セ第 号
年 月 日

(申込者氏名) 様

新潟市保健衛生部
こころの健康センター所長

訪問支援員登録通知書

日頃、本市の精神保健医療福祉行政にご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。
年 月 日付けであなたから申し出のありました訪問支援員の登録につきまして、「訪問支援員登録簿」に登録しましたので、下記の通りお知らせいたします。
なお、活動に当たっては「新潟市入院者訪問支援事業実施要綱」及び「新潟市訪問支援事業実施要領」に定める事項を遵守くださるようお願いいたします。

記

活動内容	1. 訪問支援 新潟市内の精神科病院の入院者のうち、市町村長同意で入院している者等からの希望に基づき、精神科病院へ訪問し、入院中の体験や気持ちを丁寧に聴くとともに、入院中の生活に関する一般的な相談や必要な情報提供を行う。 2. 活動報告 活動報告書を作成し、市に提出する。 3. 実務者会議への参加 事務局からの求めに応じて実務者会議に参加し、支援の在り方や課題等について協議を行い、本事業の円滑な推進と更なる充実を図る。
登録番号	(登録年度) - (番号)
報償費等	新潟市入院者訪問支援事業実施要綱第10条に基づき、報償費及び旅費をお支払いします。
注意事項	職務遂行上、知り得た情報を機密事項としてその保護に努めるとともに、これを本事業の目的外に利用しないでください。 また、登録消除後においても同様の扱いとします。

[お問い合わせ先]
新潟市 保健衛生部 こころの健康センター
〒951-8133 新潟市中央区川岸町 1-57-1
TEL 025-232-5580 (直通) FAX 025-232-5568
Mail kokoro@city.niigata.lg.jp

年 月 日

(宛先) 新潟市長

(申込者) 氏名

訪問支援員登録(変更・消除)申出書

新潟市入院者訪問支援事業実施要領(第2条第5項・第3条)に基づき、訪問支援員の登録について、下記の通り登録の(変更・消除)を申し出ます。

1 変更(変更箇所には☑を入れ、変更後の情報を記入する)

☐ふりがな			
☐氏名			
☐住所	〒		
☐所属名			
☐連絡先	☐電話番号	所属	
		自宅	
		携帯	
	☐FAX	所属	
		自宅	
	☐メールアドレス	所属	
		自宅	
		携帯	
☐訪問可能な病院、曜日、時間帯等	☐(1) 訪問可能な病院		
	☐松浜病院 ☐南浜病院 ☐河渡病院 ☐末広橋病院		
	☐新潟大学医歯学総合病院 ☐新津信愛病院 ☐白根緑ヶ丘病院		
	☐新潟信愛病院 ☐佐潟公園病院 ☐新潟市民病院		
	☐(2) 訪問を控えたい病院		

2 消除

登録消除の理由	
---------	--

新潟市入院者訪問支援事業 電話対応記録

年 月 日 () 時間帯 : ~相談時間 分 対応者

発信者氏名		対象者との関係		
		1本人 2本人以外 ()		
対象者氏名		性別	年代	新継別
		1男 2女 3不明		1新規 2継続
医療機関	1松浜病院 2南浜病院 3河渡病院 4末広橋病院 5新潟大学医歯学総合病院 6新津信愛病院 7白根緑ヶ丘病院 8新潟信愛病院 9佐潟公園病院 10新潟市民病院 11市外 () 12その他			
居住地	1北 2東 3中央 4江南 5秋葉 6南 7西 8西蒲 9市外 () 10不明			
相談経路	(医療機関紹介・パンフレット等)			
訪問希望	有 (→裏面の「面会希望受付記録」へ) ・ 無 (→以下の「電話相談」へ)			

(電話相談)

相談内容			
対応			
備考	(検討事項・確認事項)		
市確認		管理NO.	

面会希望受付記録

対象者	ふりがな		生年月日	年齢	性別
	氏名		年 月 日		男 ・ 女
住所					
疾患名	□訪問支援員に伝えることを了解				
希望理由	※訪問支援員にあらかじめ伝えてほしいこと ()				
説明事項	□本事業による訪問支援を受けることで退院が早まるものではありません。 □直接的支援（家族調整，社会資源の調整，買い物・外出の付き添い等）はできません。 □訪問支援員のスケジュールや，患者様の病棟でのスケジュールに配慮して日程調整しますのでお時間をいただきます。				
本人連絡先	※折り返す必要が生じる場合のみ記載				

市確認（ 月 日）※市担当の方で訪問有無を最終決定

病院訪問調整記録

病院連絡先		担当者	
疾患名		入院年月日	年 月 日
		入院形態	1措置 2医療保護 3任意 4その他
調整内容			
訪問日	年 月 日（ ）	訪問時間	時 分から
当日連絡先		当日担当者	
備考			

新健セ第 号
年 月 日

(訪問支援員氏名) 様

新潟市保健衛生部
こころの健康センター所長

訪問支援員活動依頼書

標記のことにつきまして、下記の通り、訪問支援員として活動に従事くださるようお願いいたします。

記

- 1 日時
- 2 病院名
担当者職・氏名
連絡先
- 3 対象者氏名（年齢） 様（ 歳）
- 4 同行する訪問支援員 様
- 5 その他同行予定者
- 6 その他
新潟市入院者訪問支援事業実施要綱第 10 条に基づき、報償費及び旅費をお支払いします。

〔お問い合わせ先〕

新潟市 保健衛生部 こころの健康センター

〒951-8133 新潟市中央区川岸町 1-57-1

TEL 025-232-5580 (直通) FAX 025-232-5568

Mail kokoro@city.niigata.lg.jp

新潟市入院者訪問支援事業 活動報告書

記入日： 年 月 日

面会日時		年 月 日 : ~ :			
場所	(例 ○○病院 ○○病棟 相談室／談話室 等)				
対象者	ふりがな			年齢	性別
	氏名			歳	男・女
内容	①本人が話した内容（簡潔に記載をお願いします。）			②本事業を希望した理由 ☐ 話を聴いてほしい ☐ 退院後の生活が不安 ☐ 病院に伝えたいことがある ☐ 誰に相談して良いか分からない ☐ 使える制度を知りたい ☐ その他	
	⇒（話した内容を病院側に 伝えても良い ・ 伝えないでほしい ）				
	③本人の様子（気になったことがあれば記載してください。）				
対応	①対応 ☐ 傾聴 ☐ 本人に情報提供を行った ☐ 本人の希望で病院に情報提供を行った （以下にその内容を記載） ☐ その他（ ）			②本人に話した内容	
フィードバック	（訪問時に困ったこと・悩んだこと・市に相談したいことがあれば記載してください。）				
備考	（本人への対応や訪問先での対応に配慮すべき事項等があれば記載してください。）				
対応支援員氏名	①			②	
交通手段・経路等※					
					管理NO. (市確認)

※記入例1：車（職場～病院）
 例2：バス（○○～○○バス停名）