

## お申し込みの流れ

- ① 下記 TELにお問い合わせいただき、  
別紙：申込書をFAXにて送信してください。



- ② 担当者から連絡させていただき、  
日程などの詳細について打ち合わせを行います。



### お問い合わせ先

高松市障がい者基幹相談支援センター（中核拠点）

照下 善則

高松市福岡町二丁目24番10号 福祉コミュニティセンター東館2階

TEL：087-880-7012

FAX：087-880-7013

## 香川県精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業

### 精神障害者支援に関する スーパーバイザー及びピアサポーター 派遣に関するご案内

精神障害者の支援について、  
スーパーバイザー・ピアサポーターと共に学び、語  
り合いませんか？



#### 香川県精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業とは…

精神障害者が住み慣れた地域を拠点とし、本人の意向に即して、本人が充実した生活を送ることができるよう、関係機関の連携のもと、医療・福祉等の支援を行うという観点から、長期入院精神障害者の地域生活への移行に向けた支援及び地域生活を継続するための支援を推進するものです。

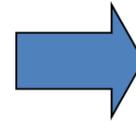
具体的には、精神障害者を取り巻く医療、障害福祉、介護保険、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育の実態把握に努め、地域の課題を共有し、精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築を図ります。

また、事業対象精神科病院内に、病院関係者、相談支援事業所、ピアサポーター等からなるワーキンググループを設置し、長期入院精神障害者の退院意欲の喚起につながる取り組みを実施します。さらに、ピアサポーターと連携することで、地域の精神障害者支援に関する支援力向上を図ると同時に、地域の障害福祉サービス事業所や介護保険サービス事業所等への精神障害者の受け入れが促進されることを目標にスーパーバイザー及びピアサポーターを派遣します。

こんな時にご利用ください



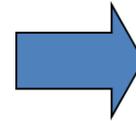
精神障害者支援をしたことがなく、受け入れに不安がある。  
精神障害者支援のスキルアップに取り組みたい。  
精神障害について理解したい。



研修の講師として地域住民や家族、関係機関へ  
向けてニーズに応じたスーパーバイザーまたは、  
ピアサポーターを派遣します！！



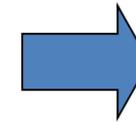
精神障がい者の個別支援で行き詰まっている。  
精神障がい者への支援でどうしたらいいかわからない  
一緒に考えてほしい。



スーパーバイザーまたは、ピアサポーターを派遣しま  
す！！（事務局がご相談者の個別のニーズに合わせ  
て、派遣・調整します。）



日常生活での困りごとについて、同じような経験をしたこ  
とのあるピアサポーターに相談したい。



ピアサポーターを派遣します！！（場所や頻度、  
面接の方法については、相談に応じます。）

令和元年度実績：派遣人数（のべ人数）スーパーバイザー40名 ピアサポーター4名 家族1名

精神障害者を支援している高松市、三木町、直島町にあるすべて団体や個人が対象となりますが、  
それ以外の地域でも相談に応じます。（費用は無料です。）  
また、スーパーバイザーの派遣回数や内容等については、担当者にご相談ください。

お申し込みの  
流れは裏面へ

(※表紙を付けずにこのまま送信してください)

年 月 日

**香川県精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業（スーパーバイザーの派遣）申込書**

貴機関名	
担当部署名	
担当者名	
連絡先	(〒 ) 住所
	TEL. ( ) - FAX. ( ) -
	e-mail : @
希望日	① 月 日 ( ) □AM □PM
	② 月 日 ( ) □AM □PM
	③ 月 日 ( ) □AM □PM
※お手数ですが、第3希望までご記入ください。ご希望に添えない場合は日時の調整をさせていただきますので、予めご了承ください。	
依頼内容	①精神障害者支援に関する研修の講師派遣 内容： ②困難ケースへの対応に関する助言 内容： ③その他 内容：
備考	

(注)対象は、高松市、三木町、直島町にある精神障がい者を支援しているすべての団体となりますが、それ以外でも相談に応じます。。

(※表紙を付けずにこのまま送信してください)

年 月 日

**香川県精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業（ピアサポーターの派遣）申込書**

貴 機 関 名	
担当部署名	
担当者名	
連 絡 先	(〒 ) 住所
	TEL. ( ) - FAX. ( ) -
	e-mail : @
希 望 日	① 月 日 ( ) □AM □PM
	② 月 日 ( ) □AM □PM
	③ 月 日 ( ) □AM □PM
※お手数ですが、第3希望までご記入ください。ご希望に添えない場合は日時の調整をさせていただきますので、予めご了承ください。	
依 頼 内 容	①ピアサポーターによる個別支援 内容： ②ピアサポーターによる体験談の発表等 内容： ③その他
備 考	内容：

(注)対象は、高松市、三木町、直島町にある精神障がい者を支援しているすべての団体または、個人となりますが、それ以外でも相談に応じます。