

令和 7 年 3 月 2 5 日

新座市地域自立支援協議会地域移行・定着支援部会
令和 6 年度評価結果及び令和 7 年度目標設定

新座市地域自立支援協議会
地域移行・定着支援部会長 高野 通尚

1 はじめに

本市における精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム（以下「にも包括」という。）の構築に当たっては、保健、医療及び福祉関係者による協議の場における目標設定及び評価の実施が求められており、第 7 期新座市障がい福祉計画第 3 期新座市障がい児福祉計画においても、目標設定及び評価を年 1 回実施することとしています。

これを踏まえ、本部会では、本年度の評価結果及び次年度の目標設定について、改めて整理し、適切に P D C A サイクルを回していくことで、更なる重層的な支援体制の整備につなげるとともに、にも包括をより実効性のあるものとしていきたいと考えています。

2 令和 6 年度の評価結果

令和 6 年度の活動内容に対する成果と課題は表 1 のとおりです。

【表 1 令和 6 年度活動内容と成果と課題】

活動内容	成果と課題
第 1 回部会 市内共同生活援助事業所を招き、困難事例や支援に悩んでいる事例、工夫等により対応が上手くいった事例等について事例検討 【日時】令和 6 年 4 月 1 8 日（木）午後 3 時～午後 5 時 【場所】本庁舎 3 階 3 0 1 ・ 3 0 2 会議室 【出席者】3 5 名	共同生活援助事業所においては、職員の育成や定着に課題があることが認識できました。また、市内の共同生活援助事業所数が増加する中で、障がい理解を含め支援の質の向上をどう図るか課題であることが分かりました。 出席者が多く全体で発言しづらい環境となったこともあり、目的としていた個別事例の支援に関する具体的な活発な意見交換につながりにくかったことが反省点として挙げられます。

第 2 回部会 近隣の訪問看護事業所を招き、個別事例の検討 【日時】令和 6 年 6 月 2 0 日（木） 午後 3 時～午後 5 時 【場所】本庁舎 2 階 2 0 3・2 0 4 会議室 【出席者】2 8 名	訪問看護事業所から提供された個別事例の検討を通じて、訪問看護事業所、計画相談支援事業所、共同生活援助事業所等の多職種を交えたにも包括の構築に資する意見交換を行うことができました。それぞれが社会資源を把握することができ支援の視野が広がる取組となりました。 一方、精神障がいのある若者が集まりやすい場所や、24 時間相談ができる場等の社会資源が不足しているとの意見がありました。
第 3 回部会 高齢者担当部門の職員を招き、メンタルヘル스에課題のあるケースの対応や関係機関との連携で困っていること等について情報共有 【日時】令和 6 年 7 月 2 5 日（木） 午後 3 時～午後 5 時 【場所】本庁舎 2 階 2 0 3・2 0 4 会議室 【出席者】3 4 名	情報共有を通じて、高齢者担当部門がメンタルヘル스에課題のあるケースについて支援や連携等で困っていることが分かりました。また、高齢者担当部門と障がい福祉担当部門の間で互いの役割やサービスの内容等で把握できていないことが多くあり、連携・協力して支援を行う必要があることを再認識しました。 高齢者担当部門から 65 歳移行問題（障がい⇒介護）についても話題に挙がりましたが、本件については相談支援専門員が中心に関わる内容であることから相談支援部会に投げ掛けることを検討します。
第 4 回部会 障がい者支援施設（入所施設）の方を招き、地域移行を進める上での課題やどのような社会資源があれば地域移行が進めやすくなるかについて意見交換 【日時】令和 6 年 8 月 1 5 日（木） 午後 2 時 3 0 分～午後 5 時 【場所】本庁舎 2 階 2 0 3・2 0 4 会議室 【出席者】1 5 名	障がい者支援施設（入所施設）の方を招き、各施設入所の状況や地域移行支援の課題等についてお話しいただきました。 地域移行については、慣れた場所や支援者との関わりを変えてまで他の場所で生活を希望する利用者や家族があまりいないという実態が分かりました。地域移行に関する利用者や家族へのアプローチ方法や入所施設以外の生活のイメージづくりや体験の場の設定に課題があることが分かりました。
第 5 回部会 地域、福祉、医療、行政に向けた精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの普及啓発 【日時】令和 6 年 1 0 月 2 4 日（木）午後 3 時～午後 5 時 【場所】本庁舎 5 階全員協議会室 【出席者】4 5 名	前年度開催の部会において参加者からいただいたアンケート回答を基に、精神科病院相談員、訪問看護事業所管理責任者、基幹相談支援センター職員、障がい者福祉課職員がパネリストとなり、「分野を超えて精神障がい者の地域生活支援を考える ～精神障がい者支援って何なん？～」をテーマにパネルディスカッションを開催しました。 参加者からは、「様々な立場からの意見が参考になった」「地域に心強い支援者がいると分かってよかった、横のつながりで一緒に考えていきたいと思った」等の意見をいただき大変有意義な時間となりましたが、参加者に偏りが見られ、周知方法の検討が必要だと感じました。 なお、広く地域住民等への普及啓発活動を部会で実施することはできませんでしたが、新座市障がい者福祉センター（福祉の里）の事業において、一般市民を対象とした普及啓発活動と言える精神保健福祉ボランティア養成講座を実施しました。 また、令和 6 年度は新座市民生委員・児童委員協議会に障がい者福祉課職員が出席し、障がい福祉サービスや障がい者の就労等について講義するなど普及啓発に努めました。

第 6 回部会 近隣の精神科病院及び共同生活援助事業所を招き、意見交換 【日時】令和 6 年 1 2 月 1 9 日 (木) 午後 3 時～午後 5 時 【場所】本庁舎 5 階全員協議会室 【出席者】3 0 名	近隣の精神科病院及び共同生活援助事業所を招き、双方に期待することをテーマにグループワークを実施しました。相談支援専門員や訪問看護事業所等も交えた多職種での意見交換は互いの役割を再認識できたほか、それぞれの立場から見た現状を知る機会となり、有効な取組となりました。 具体的な情報共有や連携方法等をさらに深掘りし、地域で共有していくことについては今後課題になると考えられます。
第 7 回部会 近隣の居宅介護事業所を招き、精神障がい者に対する対応で困っていることや悩んでいることについて意見交換 意見交換 【日時】令和 7 年 1 月 2 3 日 (木) 午後 3 時～午後 5 時 【場所】本庁舎 3 階 3 0 1・3 0 2 【出席者】2 9 名	ヘルパーや居宅介護事業所から精神障がい者への支援の悩みをお話いただき、ヘルパーや居宅介護事業所が精神障がい者への声掛け方法やニーズの把握方法、認知症患者に対する支援方法、精神障がい者の介護保険への移行後の支援等に困難さがあることが分かりました。 精神科医療機関、訪問看護事業所、共同生活援助事業所や相談支援専門員等の他職種から参加いただいたため、様々な相談先があることや支援方法について共有することができ、有意義な意見交換が行われました。 今後は、個別事例の検討を通じて更なる支援方法の検討や支援方法の共有を図っていく必要があると考えられます。
退院促進プロジェクトチーム「「地元で暮らそう」を支えるチーム新座」 山崎病院及び朝霞病院の長期入院患者の支援を実施	2 か所の近隣精神科病院を訪問し、1 年以上長期入院している患者に面会し(計 8 名。うち 2 名は 2 回面会を実施)退院の意向を確認するとともに地域移行可能な患者の検討を行いました。 今年度は病院側との日程調整等に時間を要したこともあり、個別ケースの具体的な退院支援まで行き届きませんでした。引き続き入院患者との面会や病院側との調整を行い、支援を進めていく方針です。 複数のケースを同時進行することが困難であることや、障害者総合支援法の地域移行支援及び地域定着支援とどのように使い分けていくか、また、「じもくら」から特定相談支援事業所にどのように引き継いでいくか、さらに、「じもくら」による定着支援の実践に当たってどのようにケースや特定相談支援事業所と伴走し終結させていくのかは課題となっています。

令和 6 年度の活動目標に対する評価結果は表 2 のとおりです。

【表 2 令和 6 年度の評価結果】

にも包括構成要素	課題	活動目標	目標値	R 6 年度 評価結果
1 協議の場の設置	協議の場のより一層の活性化を図る必要がある。	1-1 保健、医療、福祉関係者等による協議が行われている。	協議の場を年 6 回以上開催	達成
		1-2 保健、医療、福祉関係者等による協議が行われている。	保健、医療、福祉関係者がそれぞれ年 6 回以上協議の場に参加	達成

		1-3 指定特定相談支援事業者、新座市基幹相談支援センターが協議の場に参加している。	10事業所以上の指定特定相談支援事業者及び基幹相談支援センターが年1回以上協議の場に参加	達成
		1-4 朝霞保健所の構築会議及び推進会議との連携が図られている。	朝霞保健所の構築会議等で構築状況を年1回以上報告するとともに参加自治体等の状況を把握し協議の場で年1回以上報告	達成
		1-5 朝霞保健所のバックアップを受けて事務を進めている。	朝霞保健所のバックアップを受けた事業を年1回以上実施	達成
		1-6 協議の場の参加者に、じもくらの周知が図られている。	じもくらの活動状況を協議の場で年6回以上報告	達成
	適切に協議の場の目標を設定するとともに評価を実施し、PDCAサイクルを回していく必要がある。	1-7 協議の場において毎年活動目標を設定し、活動内容の評価が実施されている。	協議の場において目標設定及び評価を年1回実施	達成
2 社会参加、地域の助け合い、普及啓発	地域住民、地域の保健、医療、福祉関係者等（以下「地域住民等」という。）への一層の普及啓発が必要である。	2-1 地域住民等の精神障がいへの理解促進を図る取組が行われている。	地域住民等を対象とした講演会を年1回以上開催	達成
		2-2 一般企業、就労継続支援A型・B型事業者、就労移行支援事業者、就労定着支援事業者等（以下「一般企業等」という。）との協働により、精神障がい者が地域で就労等を行う上での課題を共有している。	一般企業等との協働による課題共有を年1回以上実施	未達成
		2-3 民生委員との協働により、精神障がい者が地域で生活する上での課題を共有している。	民生委員との協働による課題共有を年1回以上実施	未達成

3 住まい	精神障がい者が安心して暮らせる住まい又は必要な社会資源が不足している若しくは分かっていない。	3-1 協議の場において、共同生活援助事業者との協働により精神障がい者が共同生活援助を利用して地域で生活する上での課題を共有している。	共同生活援助事業者との協働による課題共有を年1回以上実施	達成
		3-2 協議の場において、共同生活援助事業者と協働により個別事例（共同生活援助利用者が一人暮らし等を希望する場合を含む。）のニーズと支援に関する検討が行われている。	共同生活援助事業者との協働による個別事例の検討を年1回以上実施	一部達成
		3-3 協議の場において、障がい福祉サービス事業者以外の地域住民等と協働により、障がい者が一人暮らし等をする上での課題を共有している。	障がい福祉サービス事業者以外の地域住民等との協働による課題共有を年1回以上実施	未達成
		3-4 協議の場において、障がい福祉サービス事業者以外の地域住民等との協働により個別事例のニーズと支援に関する検討が行われている。	障がい福祉サービス事業者以外の地域住民等との協働による個別事例の検討を年1回以上実施	未達成
		3-5 じもくらにより、精神科病院長期入院患者の退院促進に向けた個別支援を行う。	じもくらによる個別支援を年2名以上実施する。なお、長期入院理由によっては地域への移行に相当の時間を要すると考えられるため、地域への移行数に関する目標値は設定しない。	一部達成
	障がい者支援施設や障がい児入所施設との連携が不十分	3-6 障がい者支援施設や児童福祉施設等（以下「入所施設等」という。）から地域への移行が可能なケースについて検討が行われている。	入所施設等の利用者のうち、地域への移行が可能なケースについての検討を年1回以上実施	達成

	生活困窮・生活保護担当課との連携が不十分	3-7 協議の場において、生活困窮・生活保護担当課との協働により精神障がい者が地域で生活する上での課題を共有している。	生活困窮・生活保護担当課との協働による課題共有を年1回以上実施	未達成
4 医療	精神科病院との更なる連携が必要	4-1 協議の場において、精神科病院との協働により精神障がい者が地域で生活する上での課題を共有している。	精神科病院との協働による課題共有を年1回以上実施	達成
	精神科病院において本市の社会資源が周知されていない。	4-2 精神科病院において必要とされている社会資源を協議の場で把握している。	精神科病院において必要とされている社会資源を聴取する取組を年1回以上実施	未達成
	一部の精神科病院において退院促進が図られていない。	4-3 「地域移行支援」、「地域定着支援」、「自立生活援助」等（以下「地域移行支援等」という。）及びじもくらについて精神科病院に周知されている。	近隣精神科病院へ地域移行支援等及びじもくらを周知する取組を年1回以上実施	達成
		4-4（3-5【再掲】） じもくらにより、精神科病院長期入院患者の退院促進に向けた個別支援を行う。	じもくらによる個別支援を年2名以上実施する。なお、長期入院理由によっては地域への移行に相当の時間を要すると考えられるため、地域への移行数に関する目標値は設定しない。	一部達成
	訪問看護事業所と相談支援専門員、障がい福祉サービス提供事業所との連携が不十分な例がある。	4-5 訪問看護事業所と相談支援専門員との協働により、精神障がい者に関する個別事例のニーズと支援に関する検討が行われている。	訪問看護事業所と相談支援専門員との協働による個別事例の検討を年1回以上実施	達成

	かかりつけ医との連携が不十分	4-6 協議の場において、かかりつけ医が感じている、精神障がい者が一人暮らし等をする上での課題や社会資源等を共有している。	かかりつけ医が感じている課題や必要としている社会資源等を聴取する取組を年1回以上実施	未達成
5 障がい福祉・介護	居宅介護事業所との連携が不十分	5-1 協議の場において、居宅介護事業所との協働により精神障がい者が地域で生活する上での課題を共有している。	居宅介護事業所との協働による課題共有を年1回以上実施	達成
	一般企業等との連携が不十分	5-2 (2-2【再掲】) 一般企業等との協働により、精神障がい者が地域で就労等を行う上での課題を共有している。	一般企業等との協働による課題共有を年1回以上実施	未達成
	高齢者相談センター（地域包括支援センター）との連携が不十分	5-3 協議の場において、高齢者相談支援センターとの協働により精神障がい者が地域で生活する上での課題を共有している。	高齢者相談センターとの協働による課題共有を年1回以上実施	達成
	高齢者担当課との連携が不十分	5-4 協議の場において、高齢者担当課との協働により精神障がい者が地域で生活する上での課題を共有している。	高齢者担当課との協働による課題共有を年1回以上実施	達成
	朝霞保健所及び基幹相談支援センターとの連携強化を図る必要がある。	5-5 (3-5【再掲】) じもくらにより、精神科病院長期入院患者の退院促進に向けた個別支援を行う。	じもくらによる個別支援を年2名以上実施する。なお、長期入院理由によっては地域への移行に相当の時間を要すると考えられるため、地域への移行数に関する目標値は設定しない。	一部達成
6 様々な相談窓口	地域生活支援拠点等事業との連携方法について検討する必要がある。	6-1 協議の場において、地域生活支援部会との協働により精神障がい者に関する地域生活支援拠点等事業	地域生活支援部会との協働による相談事例や課題の共有を年1回以上実施	未達成

		実施上の相談事例や課題を共有している。		
基幹相談支援センターとの連携を充実する必要がある。	6-2	協議の場において、基幹相談支援センターとの協働により精神障がい者が地域で生活する上での相談事例や課題を共有している。	基幹相談支援センターとの協働による相談事例や課題の共有を年1回以上実施	達成
保健センターとの連携方法について検討する必要がある。	6-3	協議の場において、保健センターとの協働により地域のメンタルヘルスに関する相談事例や課題を共有している。	保健センターとの協働による相談事例や課題の共有を年1回以上実施	未達成
福祉総合相談との連携方法について検討する必要がある。	6-4	協議の場において、福祉総合相談との協働により、精神障がい者が地域で生活する上での相談事例や課題を共有している。	福祉総合相談との協働による相談事例や課題の共有を年1回以上実施	未達成
生活困窮者自立支援事業との連携方法を検討する必要がある。	6-5 (3-6【再掲】)	協議の場において、生活困窮・生活保護担当課との協働により精神障がい者が地域で生活する上での課題を共有している。	生活困窮・生活保護担当課との協働による課題共有を年1回以上実施	未達成
高齢者相談センター（地域包括支援センター）との連携方法を検討する必要がある。	6-6 (5-3【再掲】)	協議の場において、高齢者相談支援センターとの協働により精神障がい者が地域で生活する上での課題を共有している。	高齢者相談センターとの協働による課題共有を年1回以上実施	達成

以上のとおり、協議の場の設置に関する取組は全て目標を達成することができました。また、表1中の成果と課題のとおり、開催した会議はおおむね充実した協議を行うことができました。一方、協議の場の設置に関する取組以外にも包括構成要素については、会議開催回数の限度もあることから達成できない活動目標が多くありました。

また、各回の議論はおおむね充実したものとなりましたが、会議時間内で十分に議論しつくしたとは言えず、会議時間については検討していく必要があると考えます。

【令和6年度部会員】

- ・ にいぎ生活支援センター相談支援室 高野通尚（部会長）
- ・ 新座すずのきクリニック 仲山梨奈（副部会長）
- ・ 新座こだまクリニック
- ・ スワン工舎新座
- ・ 新座市基幹相談支援センターにいぎ生活支援センター
- ・ 新座市基幹相談支援センターえん
- ・ 福祉工房楓
- ・ アイズ
- ・ 朝霞保健所
- ・ 菅野病院
- ・ くろめがわ訪問看護ステーション
- ・ やすらぎの会
- ・ 保健センター
- ・ 訪問看護ステーションALWAYS朝霞
- ・ アイビー訪問看護ステーション
- ・ アトラクションホーム新座野寺

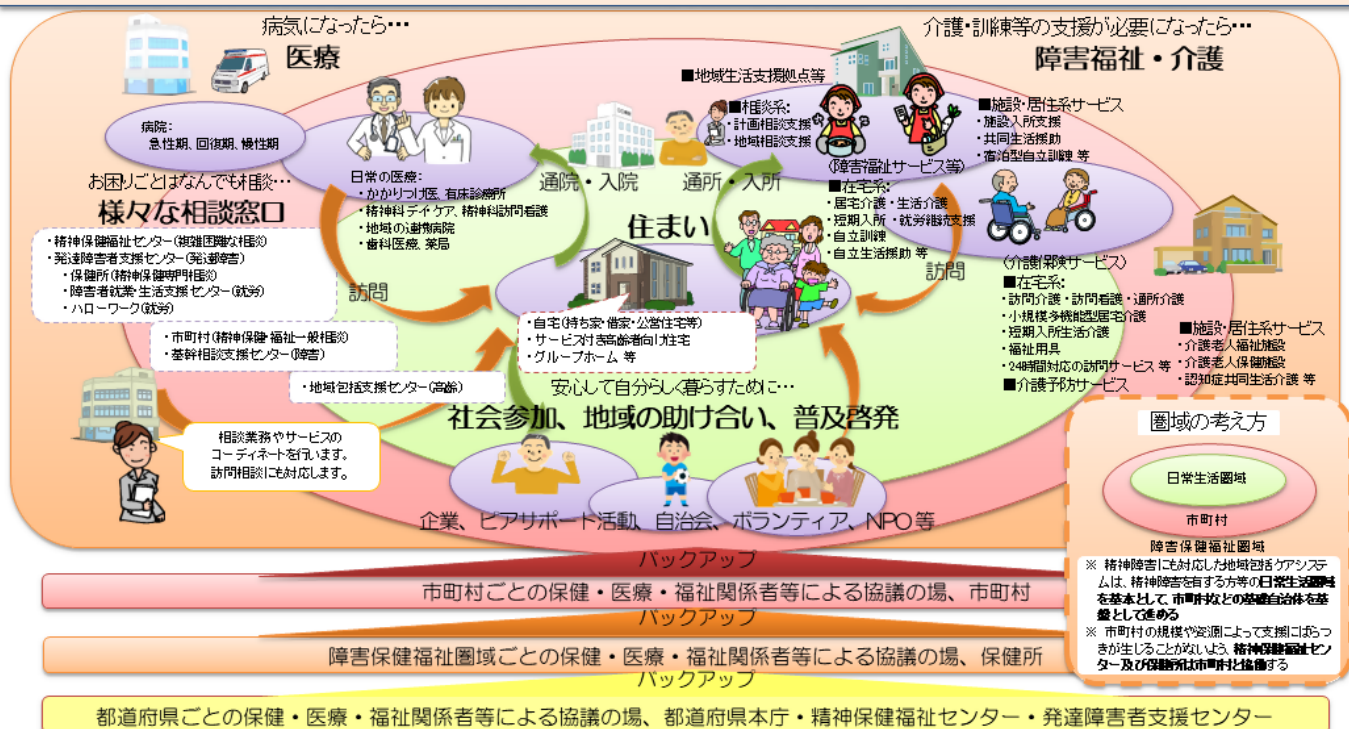
3 令和7年度の目標設定

令和6年度の本部会での取組から見えた課題を踏まえ、また「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築のための手引き（2020年度版）」（令和3年3月 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業 株式会社日本能率協会総合研究所作成）及び以下に掲載するにも包括の構築イメージ図を参考にしながら、令和7年度の活動目標を表3とおりに設定しました。

【にも包括の構築イメージ図】

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

- 精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療・障害福祉・介護・住まい、社会参加(就労など)、地域の助け合い、普及啓発(教育など)が包括的に確保された精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指す必要があり、同システムは地域共生社会の実現に向っていく上では欠かせないものである。
- このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の有無や程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、市町村ごとの保健・医療・福祉関係者等による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、当事者・ピアサポーター、家族、居住支援関係者などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。



【表3 令和7年度の活動目標】

にも包括 構成要素	課題	活動目標	目標値
1 協議の場 の設置	協議の場のより一層の活性化を図る必要がある。	1-1 保健、医療、福祉関係者等による協議が行われている。	協議の場を年8回以上開催
		1-2 保健、医療、福祉関係者等による協議が行われている。	保健、医療、福祉関係者がそれぞれ年8回以上協議の場に参加
		1-3 指定特定相談支援事業者、新座市基幹相談支援センターが協議の場に参加している。	10事業所以上の指定特定相談支援事業者及び基幹相談支援センターが年1回以上協議の場に参加

		1-4 朝霞保健所の構築会議及び推進会議との連携が図られている。	朝霞保健所の構築会議等で構築状況を年1回以上報告するとともに参加自治体等の状況を把握し協議の場で年1回以上報告
		1-5 朝霞保健所のバックアップを受けて事務を進めている。	朝霞保健所のバックアップを受けた事業を年1回以上実施
		1-6 協議の場の参加者に、じもくらの周知が図られている。	じもくらの活動状況を協議の場で年6回以上報告
	適切に協議の場の目標を設定するとともに評価を実施し、PDCAサイクルを回していく必要がある。	1-7 協議の場において毎年活動目標を設定し、活動内容の評価が実施されている。	協議の場において目標設定及び評価を年1回実施
2 社会参加、地域の助け合い、普及啓発	地域住民等への一層の普及啓発が必要である。	2-1 地域住民等の精神障がいへの理解促進を図る取組が行われている。	地域住民等を対象とした講演会を年1回以上開催
		2-2 一般企業等との協働により、精神障がい者が地域で就労等を行う上での課題を共有している。	一般企業等との協働による課題共有を年1回以上実施
		2-3 民生委員との協働により、精神障がい者が地域で生活する上での課題を共有している。	民生委員との協働による課題共有を年1回以上実施
	精神障がい者やその家族等の当事者の実情やニーズを把握する必要がある。	2-4 精神障がい者やその家族等との協働により、当事者の生活の実情や悩み、支援課題等を共有している。	精神障がい者やその家族等との協働による当事者の生活の実情や悩み、支援課題等の共有を年1回以上実施
		2-5 ピアサポーターとの協働により、ピアサポーターの活動の実際や悩み、支援課題等を共有している。	ピアサポーターとの協働による活動の実際や悩み、支援課題等の共有を年1回以上実施
3 住まい	精神障がい者が安心して暮らせる住まい又は必要な社会資源が不足している若しくは分かっていない。	3-1 協議の場において、共同生活援助事業者と協働により個別事例（共同生活援助利用者が一人暮らし等を希望する場合を含む。）のニーズと支援に関する検討が行われている。	共同生活援助事業者との協働による個別事例の検討を年1回以上実施

		3-2 協議の場において、障がい福祉サービス事業者以外の地域住民等と協働により、障がい者が一人暮らし等をする上での課題を共有している。	障がい福祉サービス事業者以外の地域住民等との協働による課題共有を年1回以上実施
		3-3 協議の場において、障がい福祉サービス事業者以外の地域住民等との協働により個別事例のニーズと支援に関する検討が行われている。	障がい福祉サービス事業者以外の地域住民等との協働による個別事例の検討を年1回以上実施
		3-4 じもくらにより、精神科病院長期入院患者の退院促進に向けた個別支援を行う。	じもくらによる個別支援を年2名以上実施する。なお、長期入院理由によっては地域への移行に相当の時間を要すると考えられるため、地域への移行数に関する目標値は設定しない。
	入所施設等との連携が不十分	3-5 入所施設等から地域への移行が可能なケースについて検討するため、入所施設等の見学により実態を把握している。	入所施設等の見学による実態把握を年1回以上実施
	生活困窮・生活保護担当課との連携が不十分	3-7 協議の場において、生活困窮・生活保護担当課との協働により精神障がい者が地域で生活する上での課題を共有している。	生活困窮・生活保護担当課との協働による課題共有を年1回以上実施
4 医療	精神科病院等との更なる連携が必要	4-1 協議の場において、精神科病院等との協働により精神障がい者が地域で生活する上での課題を共有している。	精神科病院等との協働による課題共有を年1回以上実施
	精神科病院等において本市の社会資源が周知されていない。	4-2 精神科病院等において必要とされている社会資源を協議の場で把握している。	精神科病院等において必要とされている社会資源を聴取する取組を年1回以上実施
	一部の精神科病院において退院促進が図られていない。	4-3 地域移行支援等及びじもくらについて精神科病院に周知されている。	近隣精神科病院へ地域移行支援等及びじもくらを周知する取組を年1回以上実施
		4-4（3-5【再掲】） じもくらにより、精神科病院長期入院患者の退院促進に向けた個別支援を行う。	じもくらによる個別支援を年2名以上実施する。なお、長期入院理由によっては地域への移行に相当の時間を要すると考えられるため、地域への移行数に

			関する目標値は設定しない。
	訪問看護事業所と相談支援専門員、障がい福祉サービス提供事業所との連携が不十分な例がある。	4-5 訪問看護事業所と相談支援専門員との協働により、精神障がい者に関する個別事例のニーズと支援に関する検討が行われている。	訪問看護事業所と相談支援専門員との協働による個別事例の検討を年1回以上実施
	かかりつけ医との連携が不十分	4-6 協議の場合において、かかりつけ医が感じている、精神障がい者が一人暮らし等をする上での課題や社会資源等を共有している。	かかりつけ医が感じている課題や必要としている社会資源等を聴取する取組を年1回以上実施
5 障がい福祉・介護	居宅介護事業所との連携が不十分	5-1 協議の場合において、居宅介護事業所との協働により精神障がい者に関する個別事例のニーズと支援に関する検討が行われている。	居宅介護事業所との協働による個別事例の検討を年1回以上実施
	一般企業等との連携が不十分	5-2 (2-2【再掲】) 一般企業等との協働により、精神障がい者が地域で就労等を行う上での課題を共有している。	一般企業等との協働による課題共有を年1回以上実施
	高齢者相談センター（地域包括支援センター）や居宅介護支援事業所との連携が不十分	5-3 協議の場合において、高齢者相談支援センターや居宅介護支援事業所との協働により精神障がい者が地域で生活する上での課題を共有している。	高齢者相談センターや居宅介護支援事業所との協働による課題共有を年1回以上実施
	高齢者担当課との連携が不十分	5-4 協議の場合において、高齢者担当課との協働により精神障がい者が地域で生活する上での課題を共有している。	高齢者担当課との協働による課題共有を年1回以上実施
	朝霞保健所との連携強化を図る必要がある。	5-5 (3-5【再掲】) じもくらにより、精神科病院長期入院患者の退院促進に向けた個別支援を行う。	じもくらによる個別支援を年2名以上実施する。なお、長期入院理由によっては地域への移行に相当の時間を要すると考えられるため、地域への移行数に関する目標値は設定しない。
		5-6 (1-4【再掲】) 朝霞保健所の構築会議及び推進会議との連携が図られている。	朝霞保健所の構築会議等で構築状況を年1回以上報告するとともに参加自治体等の状況を把握し協議の場で年1回以上報告

		5-7 (1-5【再掲】) 朝霞保健所のバックアップを受けて事務を進めている。	朝霞保健所のバックアップを受けた事業を年1回以上実施
6 様々な相談窓口	地域生活支援拠点等事業との連携方法について検討する必要がある。	6-1 協議の場において、地域生活支援部会との協働により精神障がい者に関する地域生活支援拠点等事業実施上の相談事例や課題を共有している。	地域生活支援部会との協働による相談事例や課題の共有を年1回以上実施
	基幹相談支援センターとの連携を充実する必要がある。	6-2 協議の場において、基幹相談支援センターとの協働により精神障がい者が地域で生活する上での相談事例や課題を共有している。	基幹相談支援センターとの協働による相談事例や課題の共有を年1回以上実施
	保健センターとの連携方法について検討する必要がある。	6-3 協議の場において、保健センターとの協働により地域のメンタルヘルスに関する相談事例や課題を共有している。	保健センターとの協働による相談事例や課題の共有を年1回以上実施
	福祉総合相談との連携方法について検討する必要がある。	6-4 協議の場において、福祉総合相談との協働により、精神障がい者が地域で生活する上での相談事例や課題を共有している。	福祉総合相談との協働による相談事例や課題の共有を年1回以上実施
	生活困窮者自立支援事業との連携方法を検討する必要がある。	6-5 (3-7【再掲】) 協議の場において、生活困窮・生活保護担当課との協働により精神障がい者が地域で生活する上での課題を共有している。	生活困窮・生活保護担当課との協働による課題共有を年1回以上実施
	高齢者相談センター（地域包括支援センター）や居宅介護支援事業所との連携方法を検討する必要がある。	6-6 (5-3【再掲】) 協議の場において、高齢者相談支援センターや居宅介護支援事業所との協働により精神障がい者が地域で生活する上での課題を共有している。	高齢者相談センターや居宅介護支援事業所との協働による課題共有を年1回以上実施

4 令和7年度の活動日程

上記3の活動目標及び目標値の達成に向け、令和7年度の本部会を以下のとおり活動することとします。

なお、具体的な取組内容は別途事務局と検討します。

また、構成要素1の活動目標については年間を通して実施することとし、その他の活動目標についても部会開催以外で実施できるよう検討します。

さらに、じもくらについても、地域相談支援給付との調整を図りながら年間を通して実施することとし、活動状況を随時本部会に報告します。

第1回部会

日時：令和7年4月17日（木）午後2時30分～午後5時

場所：本庁舎3階301・302会議室

対応する活動目標：3－1（共同生活援助事業所との個別事例の検討）

第2回部会

日時：令和7年6月12日（木）午後2時30分～午後5時

場所：本庁舎3階303・304会議室

対応する活動目標：4－5（訪問看護事業所との個別事例の検討）

第3回部会

日時：令和7年7月24日（木）午後2時30分～午後5時

場所：本庁舎3階303・304会議室

対応する活動目標：5－3（高齢者相談センターとの課題共有）、5－4（高齢者担当課との課題共有）、6－6（（5－3【再掲】）

第4回部会

日時：令和7年8月14日（木）午後2時30分～午後5時

場所：本庁舎2階203・204会議室

対応する活動目標：3－2（障がい福祉サービス事業所以外の地域住民等（不動産業者等）との課題共有）

第5回部会

日時：令和7年10月30日（木）午後2時30分～午後5時

場所：本庁舎2階203・204会議室

対応する活動目標：2－1（地域住民等対象の普及啓発に向けた講演会）、2－4（精神障がい者やその家族等との課題共有）

第6回部会

日時：令和7年12月18日（木）午後2時30分～午後5時

場所：未定

対応する活動目標：4－1（精神科病院等との課題共有）、4－2（精神科病院等）に必要な社会資源の共有）、4－3（精神科病院への地域移行支援等の周知）、4－6（かかりつけ医との課題共有）

第7回部会

日時：令和8年1月22日（木）午後2時30分～午後5時

場所：未定

対応する活動目標：5－1（居宅介護事業所との課題共有）

第8回部会

日時：令和 8 年 2 月 1 9 日（木）午後 3 時～午後 5 時

場所：2 0 3 ・ 2 0 4 会議室

内容：令和 7 年度部会活動の評価及び令和 8 年度部会活動の目標設定

5 令和 7 年度の部会委員の構成

令和 7 年度の部会員については、以下のとおりとします。

また、より活発活動となるよう、必要に応じて部会員を新たに選出すること
も検討します。

- ・ にいざ生活支援センター相談支援室（部会長）
- ・ 新座すずのきクリニック（副部会長）
- ・ 新座こだまクリニック
- ・ スワン工舎新座
- ・ 新座市基幹相談支援センターにいざ生活支援センター
- ・ 新座市基幹相談支援センターえん
- ・ 福祉工房楓
- ・ アイズ
- ・ 朝霞保健所
- ・ 菅野病院
- ・ やすらぎの会
- ・ 保健センター
- ・ 訪問看護ステーション A L W A Y S 朝霞
- ・ アイビー訪問看護ステーション
- ・ アトラクションホーム新座野寺