

今後の事業の進め方について
(現状分析から見えた課題とその対策)

在宅医療・介護連携推進事業の構成

厚生労働省が示す在宅医療・介護連携推進事業の構成



(厚生労働省老健局老人保健課 在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver. 3 から抜粋)

1. PDCAサイクルに沿った取組を進めるための考え方

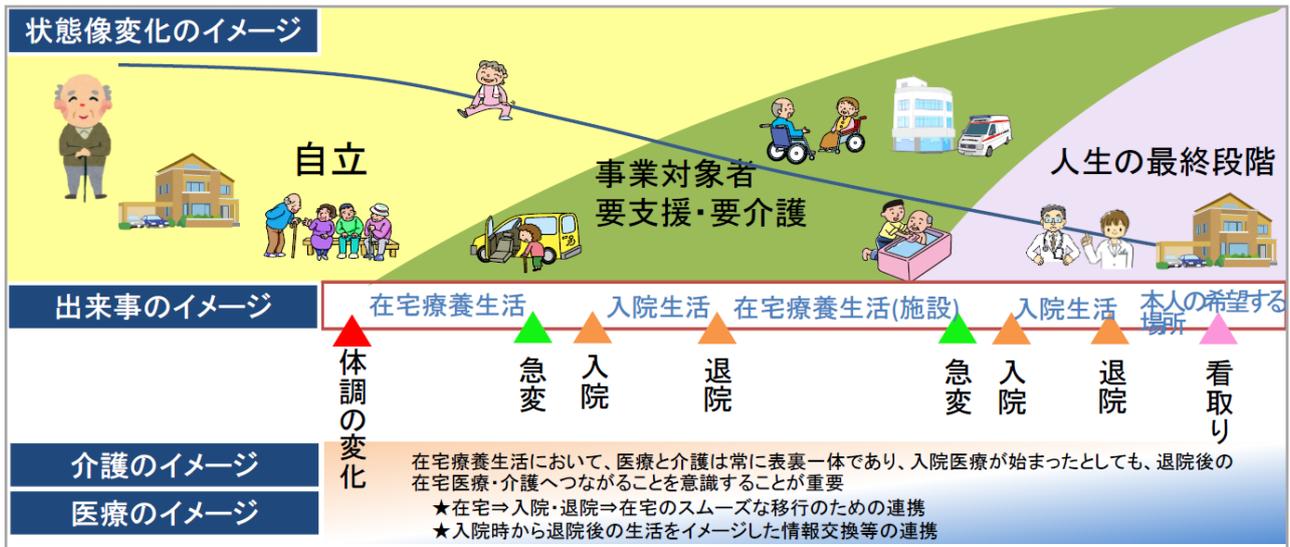
- ①現状分析や課題把握、企画・立案等に関する事業を整理し、取組趣旨を明確化
- ②地域の実情に応じた取組が可能となるよう、事業選択を可能に
- ③他の地域支援事業に基づく、事業と連携し実施するよう明確化
- ④最近の動向（看取りや認知症への取組の強化）の観点を踏まえること
- ⑤都道府県による市町村支援の重要性（医師会等の関係機関との調整、情報発信、人材育成等）を明確化

2. 在宅医療の体制構築に係る指針*の充実のための在宅医療に必要な医療機能

- ①日常の療養支援
- ②退院支援
- ③急変時の対応
- ④看取り

*「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和2年4月13日医政局地域医療計画課長通知

高齢者の状態像の変化と出来事のイメージ



(厚生労働省老健局老人保健課 在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver. 3 から抜粋)



(厚生労働省老健局老人保健課 在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver. 3 から抜粋・加工)

第1層（市全域）

生活支援コーディネーター



- 市町村全域でのサービス開発
- 住民によるサービス提供主体への活動支援
- 行政からの情報提供や意見交換の促進

◆第2層との協働

- 協議体が活動しやすいようサポート
- 生活支援コーディネーターの選定
- 運営指導

上下関係ではなく、
相互に連携・協働する関係



第2層（日常生活圏域）

生活支援コーディネーター



- 生活支援サービスについての**ニーズ把握**
- 圏域の活動団体・社会資源の把握
- 圏域に必要なサービスや活動（社会参加・活動の場・居場所等）の開発
- 地域への情報提供と利用者のサービスへの結び付け
- サービス提供主体・地域の諸団体、居宅介護支援・介護サービス事業所間の日常的な連携・協働の促進



(厚木市生活支援体制整備事業説明資料)

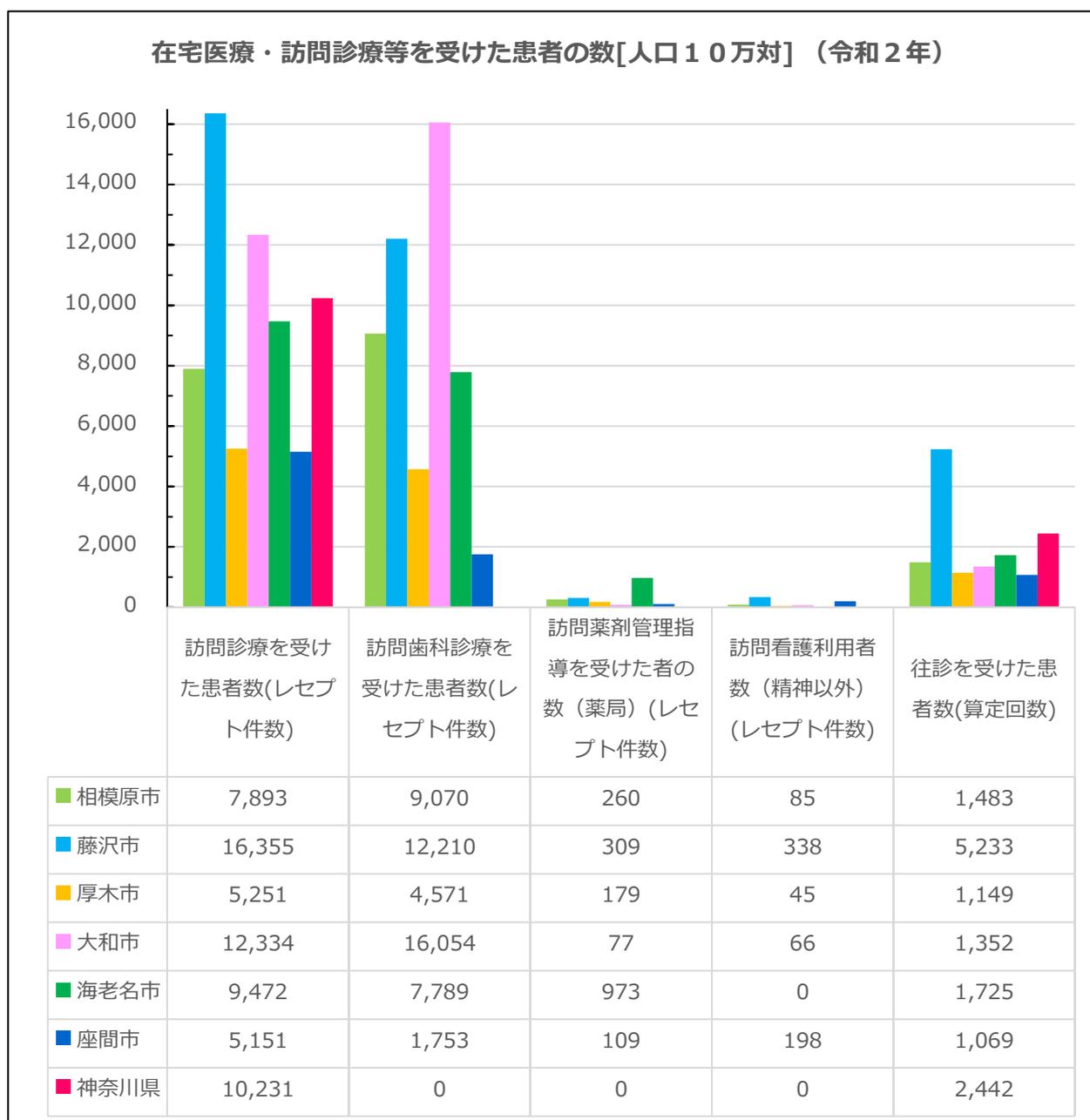
日常の療養支援

○めざすべき姿

医療・介護関係者の多職種連携により、本人・家族の日常の療養生活を支援することで、医療と介護の両方を必要とする状態の方が望む場所で生活ができています。

○現状把握

■在宅医療・訪問診療等を受けた患者の数

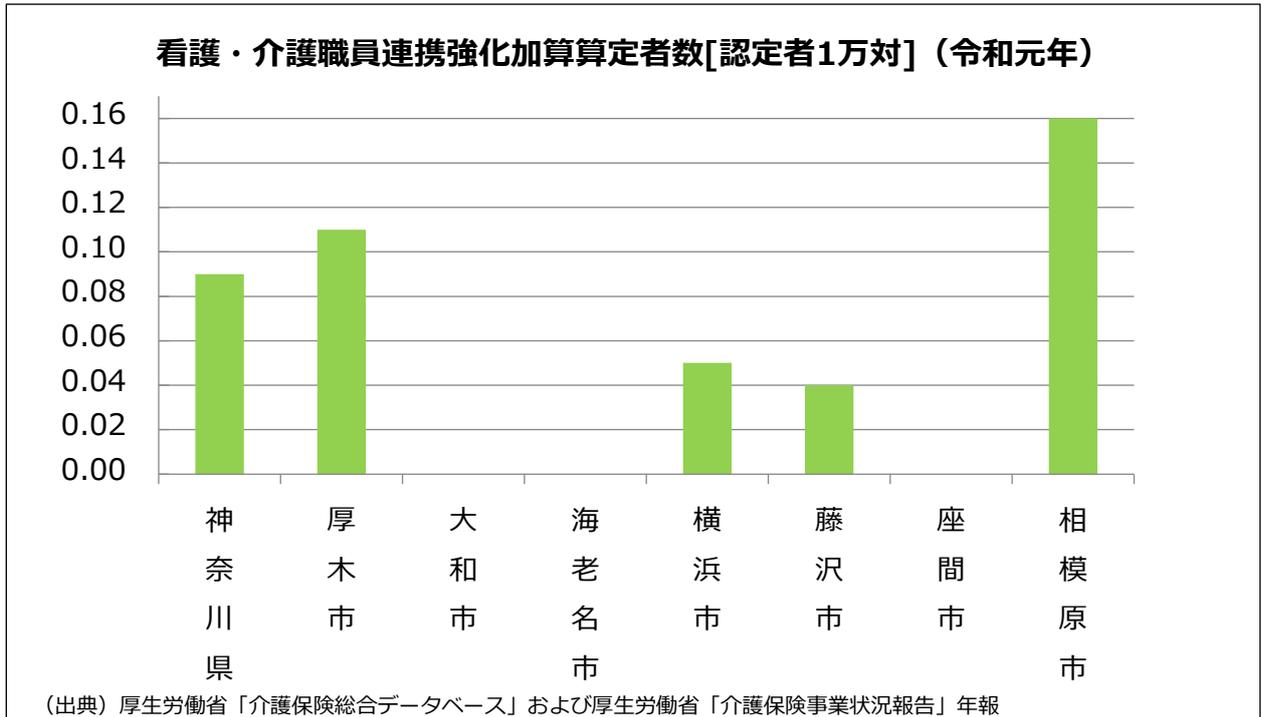


(出典) 厚生労働省NDBオープンデータ

(人口は令和2年1月1日現在の住民基本台帳人口を使用)

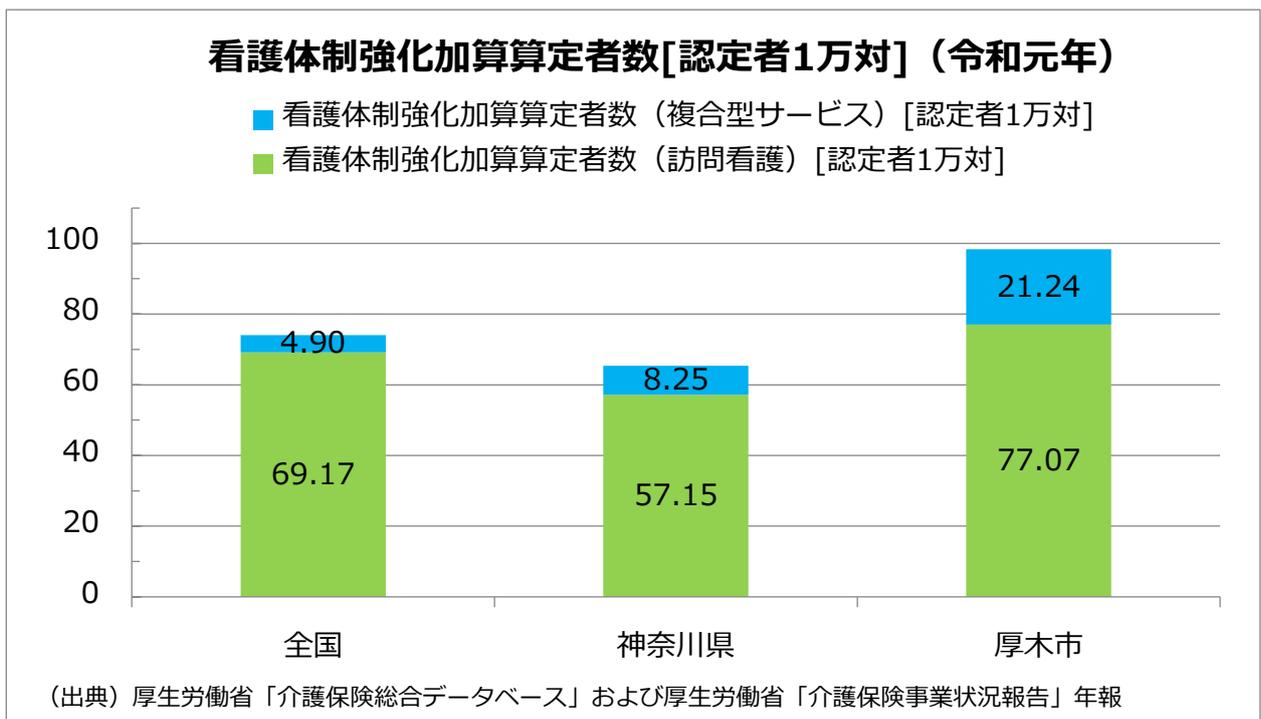
■看護・介護職員連携強化加算（介護）

訪問看護ステーション等が、喀痰吸引等を行う『登録特定行為事業者』として登録している訪問介護事業所と連携し、訪問介護員が喀痰吸引等を実施することで加算が得られる。



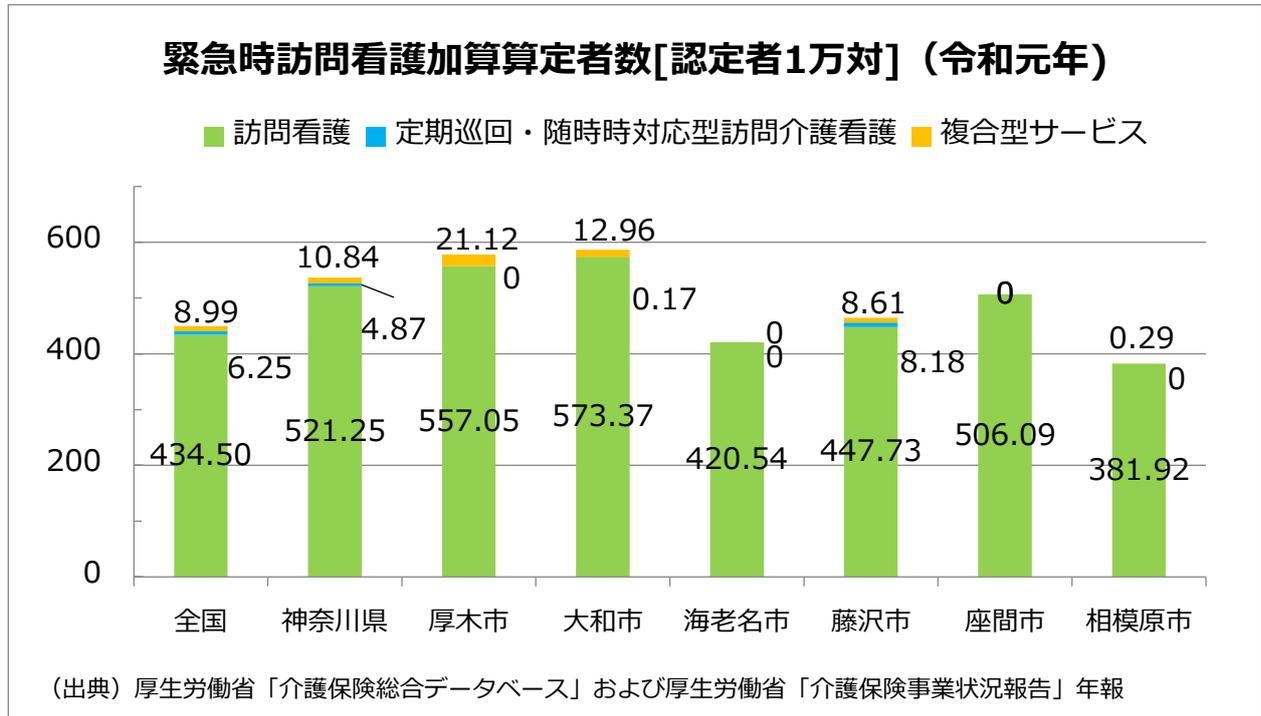
■看護体制強化加算

在宅における中重度の要介護者の療養生活に伴う医療ニーズへの対応を強化する観点から、緊急時訪問看護加算、特別管理加算、ターミナルケア加算について一定割合以上の実績等がある事業所で加算が得られる。



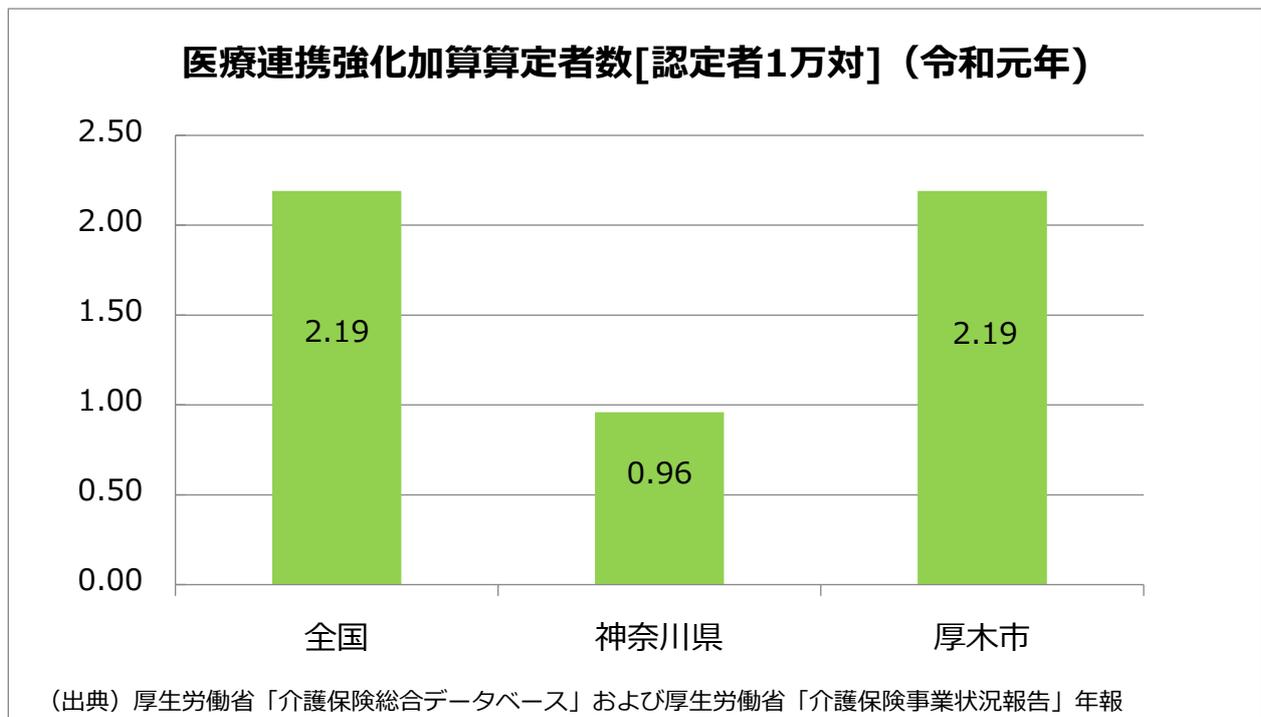
■ 緊急時訪問看護加算

中重度の要介護者の在宅生活を支えるために、24時間365日、緊急の連絡や緊急の相談、緊急時の訪問依頼等に対応する体制を整えることで加算が得られる。



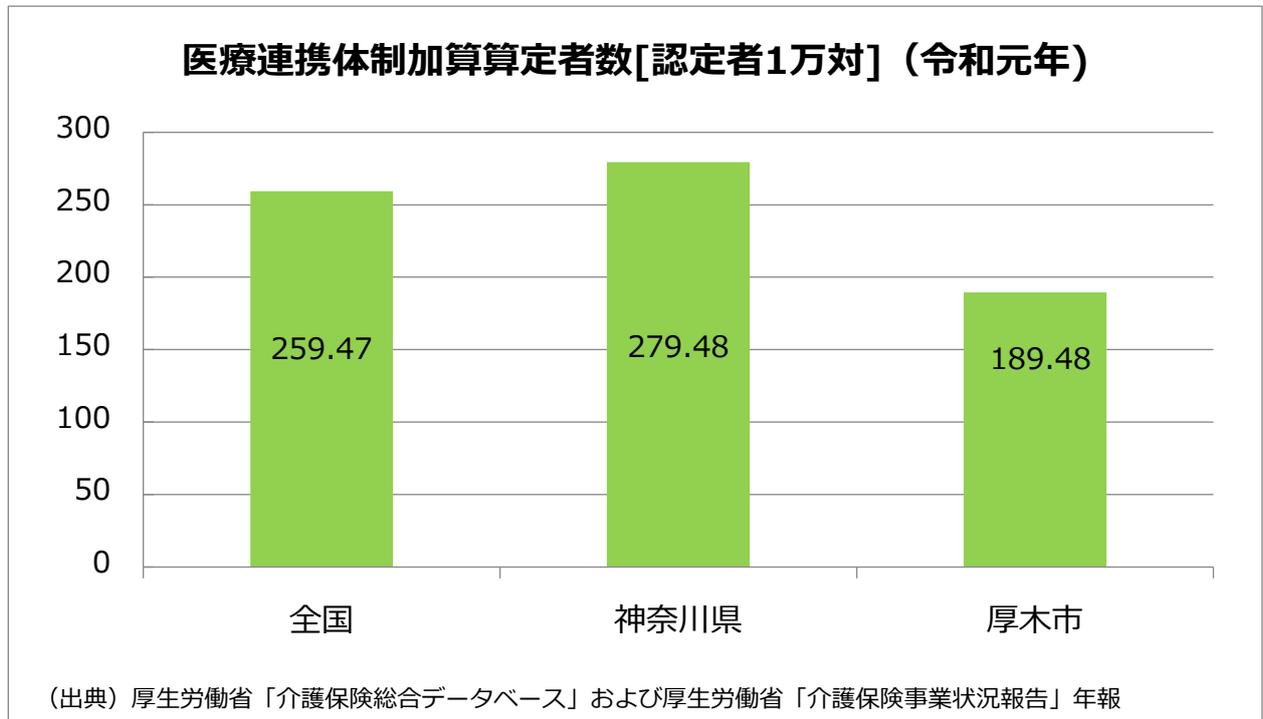
■ 医療連携強化加算算定者数

ショートステイ（短期入所生活介護）において、医療機関との連携の強化や緊急時の対応強化を目的として、重度者の受け入れ態勢を整えることで加算が得られる。



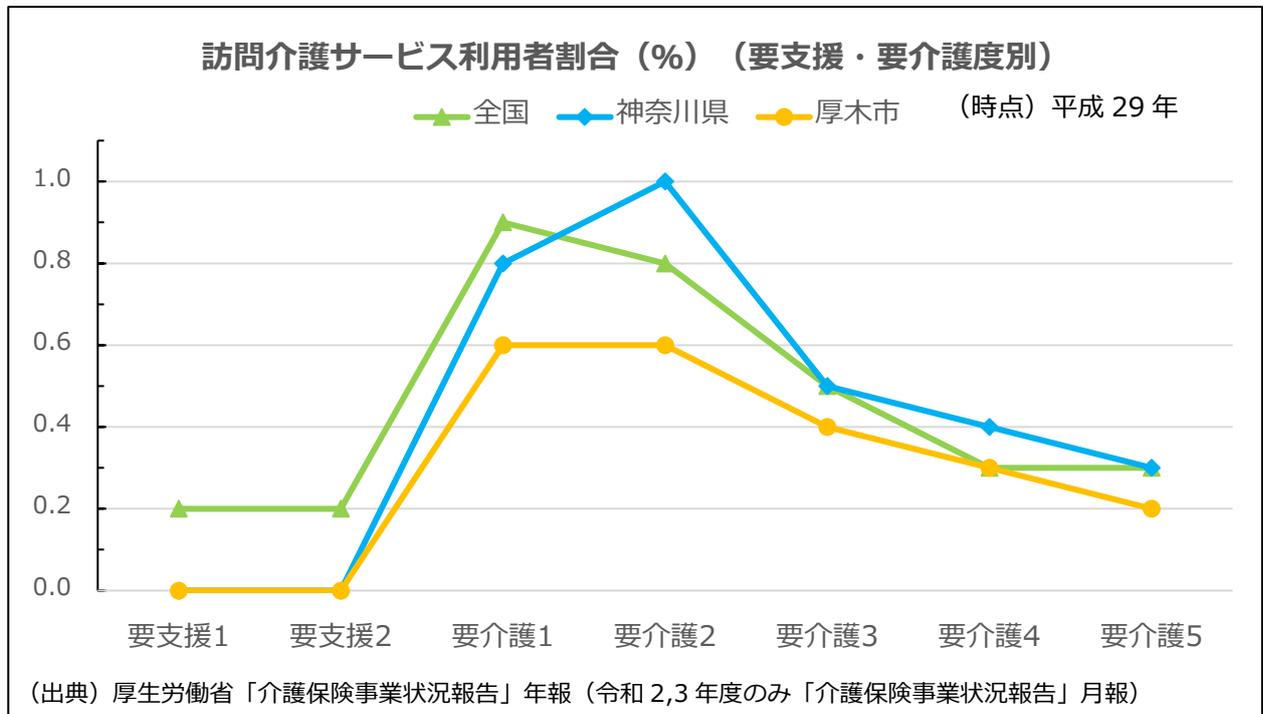
■医療連携体制加算

看護職員が、利用者ごとに健康の状況を継続的に記録している場合において、当該利用者の同意を得て、協力医療機関又は当該利用者の主治の医師に対して、当該利用者の健康の状況について月に1回以上情報を提供した場合に加算が得られる。

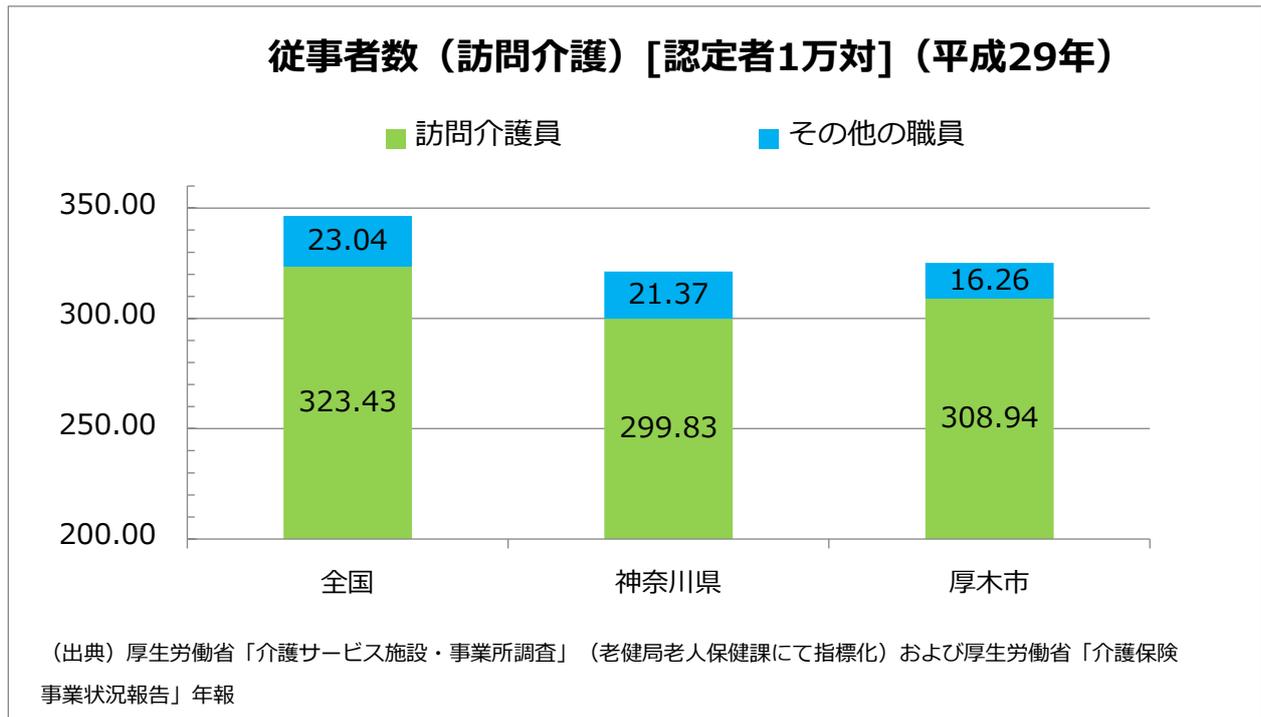


■訪問介護サービス利用者割合（要支援・要介護度別）

全体的に訪問介護サービスの利用割合は少ない。



■訪問介護従事者数



○推進会議や連携センターへの相談で課題として挙げられていること

- ・異なる職種同士の理解（医療は介護・介護は医療・医療と医療・介護と介護）。
- ・顔が見える関係づくりとして行っている年1回の研修だけでは、目的が果たされていないように感じている（顔がわかり意思統一できる関係には至っていない）。
- ・スキルアップ研修の受講生が減っている。
- ・相談窓口の周知が足りない（どのように対応したら良いかわからないケースの相談先）。
- ・歯科、口腔、栄養の連携が難しい。
- ・たん吸引のできる家族等がない。また、資格を持った職員が不足しているため、夜間のたん吸引に十分対応できない。
- ・療養先やケアマネジャーを探す時間がかかっている。
- ・「在宅生活は無理だから施設を探したほうが良い。」と結論付けて話をされる医師
- ・医療保険の訪問リハビリテーションを対応してくれる事業所が少ない。
- ・小規模多機能型居宅介護が合うケースであっても、実際は利用者の状況や希望に合わせたものとなっていない状況がある。
- ・栄養士の在宅の仕組みが少し複雑で分かりづらい。
- ・訪問診療や訪問看護が充実してきたことで、支援の方向性を一致させることが難しいことも出てきた。
- ・自立支援型の地域ケア会議が行われていない。
- ・夜間対応してもらえる訪問介護や訪問看護を探すことが難しい。
- ・入院の必要性があっても受入れがスムーズにできない事がある。
- ・介護保険や障がい者の審査会のための主治医意見書を書いてくれる医療機関に困ることがある。
- ・医師会に入っていない診療所との連携

- ・認知症初期集中支援チームの活用（医療につながりそうでも、相州病院まで遠いため地域包括支援センターの車を利用することがある。）

○課題のまとめ

- ・課題1：在宅の療養生活を支える地域の社会資源等が把握し難い
- ・課題2：住民の理解が必要
- ・課題3：多職種での情報共有が必要
- ・課題4：異なる職種同士の理解
- ・課題5：同じ職種同士の理解

○取組

「課題1：在宅の療養生活を支える地域の社会資源等が把握し難い」

- ・対策1：医療福祉ハンドブックの作成（市民向け・専門職向け用）
- ・対策2：専門職向け医療福祉ハンドブックの内容の検証
- ・対策3：インフォーマル（通いの場等）の提示

「課題2：住民の理解が必要」

- ・対策1：在宅での療養生活についてイメージできる「やっぱり家がいい！」の普及
- ・対策2：市職員による「出前講座」の実施
- ・対策3：身近なところでの講演会開催の継続
- ・対策4：介護度や地域差など、住民に伝わる形での情報提供

「課題3：多職種での情報共有が必要」

- ・対策1：連携のための各職種の様式集の作成
- ・対策2：情報共有ツールの紹介の場の調整

「課題4：異なる職種同士の理解」

- ・対策1：事例検討を活用
- ・対策2：地域ケア会議の開催
- ・対策3：専門職向け医療福祉ハンドブックの内容検討
- ・対策4：職種理解研修会の開催を継続
- ・対策5：多職種が共通して課題認識するためのデータの提示

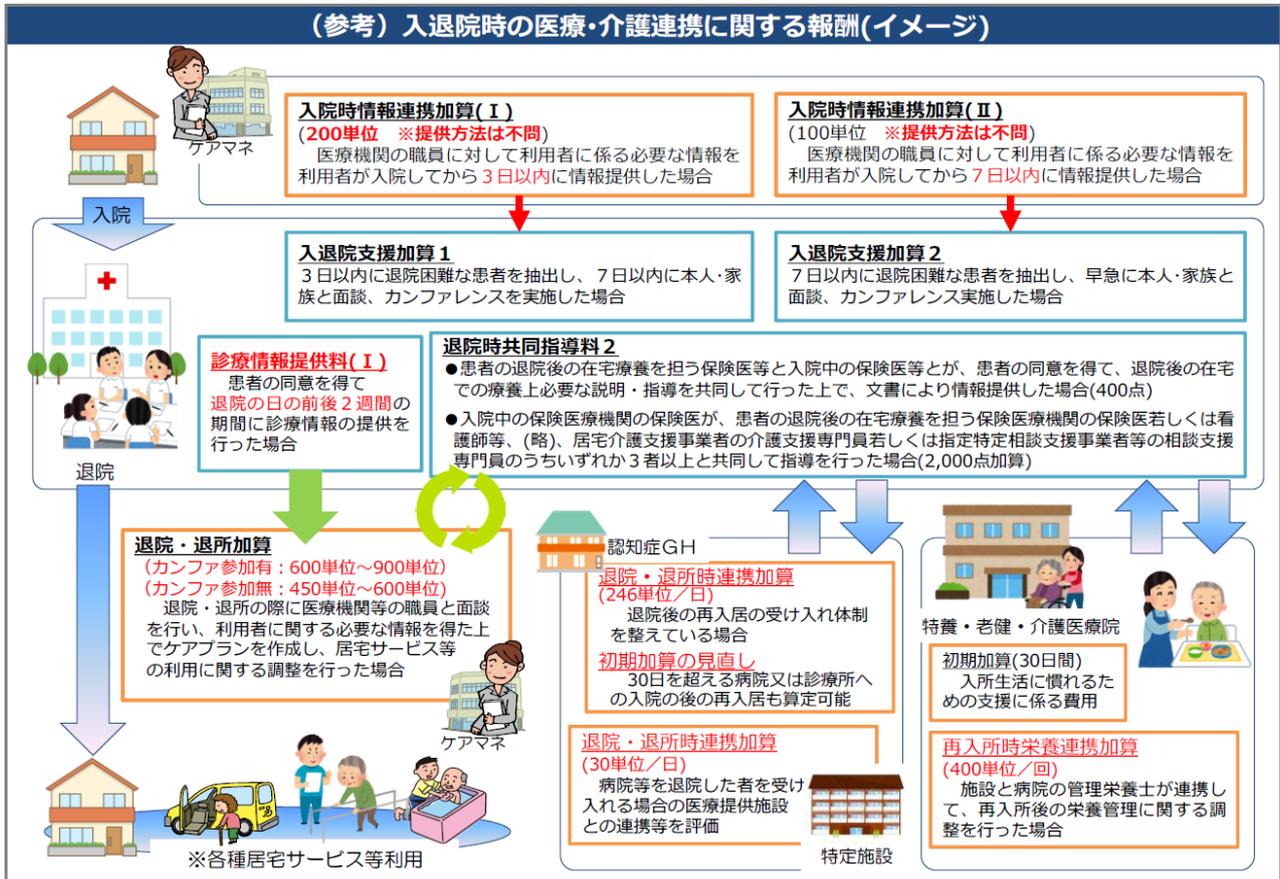
「課題5：同じ職種同士の理解」

- ・対策1：事例検討を活用し方向性の合意形成

入退院支援

〇めざすべき姿

本人の望む支援を受け、入退院によって生活が途切れることのないよう情報を共有し連携することで、不安なく生活を続けることができます。

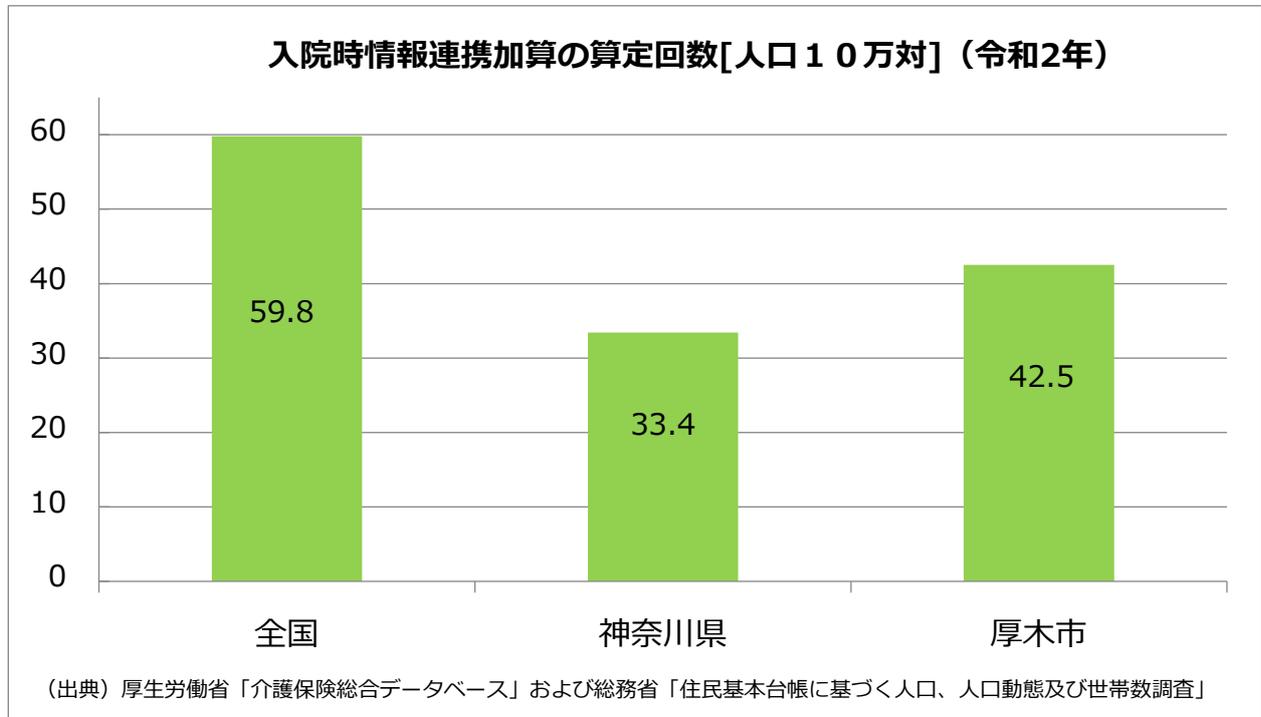


※実際の診療報酬や介護報酬の単位については、最新の情報を取得すること

○現状把握

■入院時情報連携加算（Ⅰ）（Ⅱ）

利用者が入院する場合において、介護支援専門員が利用者の情報を医療機関の職員に提供すること。



○推進会議や連携センターへの相談で課題として挙げられていること

- ・退院調整の担当者がわからず誰宛に連絡を取ればよいか。
- ・「在宅から病院へ」あるいは「病院から在宅へ」という流れがスムーズでないことが多い。
- ・入院中から退院後の生活を見据えた退院支援を開始し、連携を取ってもらいたい事例がある。
- ・退院できる状態ではないと思われる（結局そのまま他院に入院する）ケースがある。
- ・多職種間で顔の見える関係性が構築されつつあるが、それでも仕事や職場が異なると意思の疎通に苦慮したり、誤解が生じたりするケースが多々ある。
- ・退院後、患者に起こりうる病状の変化やその対応について、退院前カンファレンスや文書・電話等で、在宅医療に係る機関との情報共有を十分にしたい。
- ・患者のニーズに応じて、医療や介護、障害福祉サービスを包括的に提供できるよう調整がないまま退院日が決まっていることがある。
- ・在宅医療や介護、障害福祉サービスの担当者間で、今後の方針や病状に関する情報や計画を共有できていないこともある。
- ・高齢者のみではなく、小児や若年層の患者に対する訪問診療、訪問看護、訪問薬剤指導等にも対応できるような体制が取れていないこともある。
- ・病院・有床診療所・介護老人保健施設の退院（退所）支援担当者に対し、地域の在宅医療及び介護、障害福祉サービスに関する情報提供や在宅療養と連携がないことがある。
- ・病院から「出された」と表現する方がいる。

○課題のまとめ

- ・課題1：在宅療養の選択肢や病院機能について市民に理解してもらう必要がある。
- ・課題2：医療・介護職種が連携できるようお互いの理解が必要（機能別の理解も含め）となる。
- ・課題3：病院と在宅療養を支える職種の連携できていないことがある（自宅の準備ができていないうちに退院になってしまう）
- ・課題4：入院時情報連携加算は全国から比べ低い状況にある。

○取組

「課題1：在宅療養の選択肢や病院機能について市民に理解してもらう必要がある。」

- ・対策1：市職員による「出前講座」の実施
- ・対策2：身近なところでの講演会開催の継続
- ・対策3：「じぶんノート」の作成
- ・対策4：退院後の在宅療養の不安を解消するための情報提供

「課題2：医療・介護職種が連携できるようお互いの理解が必要（機能別の理解も含め）となる。」

- ・対策1：市主催（年間10回前後）のスキルアップ研修の内容の検討

「課題3：病院と在宅療養を支える職種の連携できていないことがある」

- ・対策1：在宅⇒入院・退院⇒在宅のスムーズな移行のための連携
- ・対策2：窓口の担当者一覧の作成・連携室の役割の整理
- ・対策3：意見交換会の検討

「課題4：入院時情報連携加算は全国から比べ低い状況にある。」

- ・対策1：入院時情報連携書式の検証
- ・対策2：入院時情報連携を行うケアマネジャーと病院の意識調査
- ・対策3：意見交換会の検討

急変時の対応

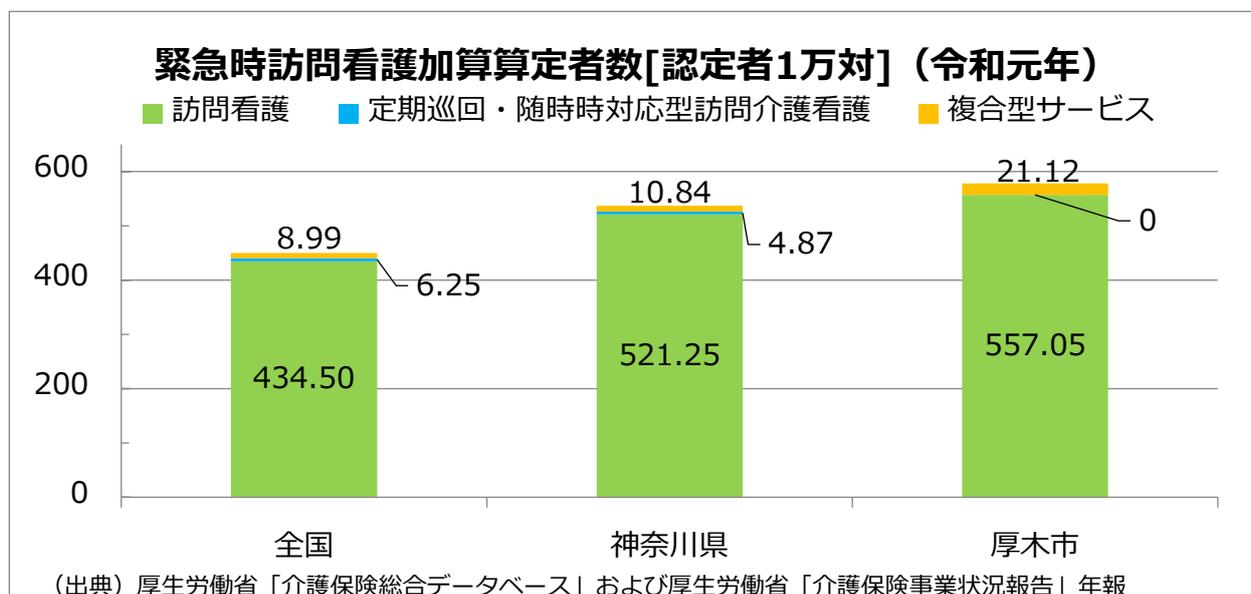
○めざすべき姿

在宅や施設に関わらず、医療・介護関係者と本人・家族等が意思統一を図り、急変時においても本人の意思を尊重した対応が適切に行われています。

○現状把握

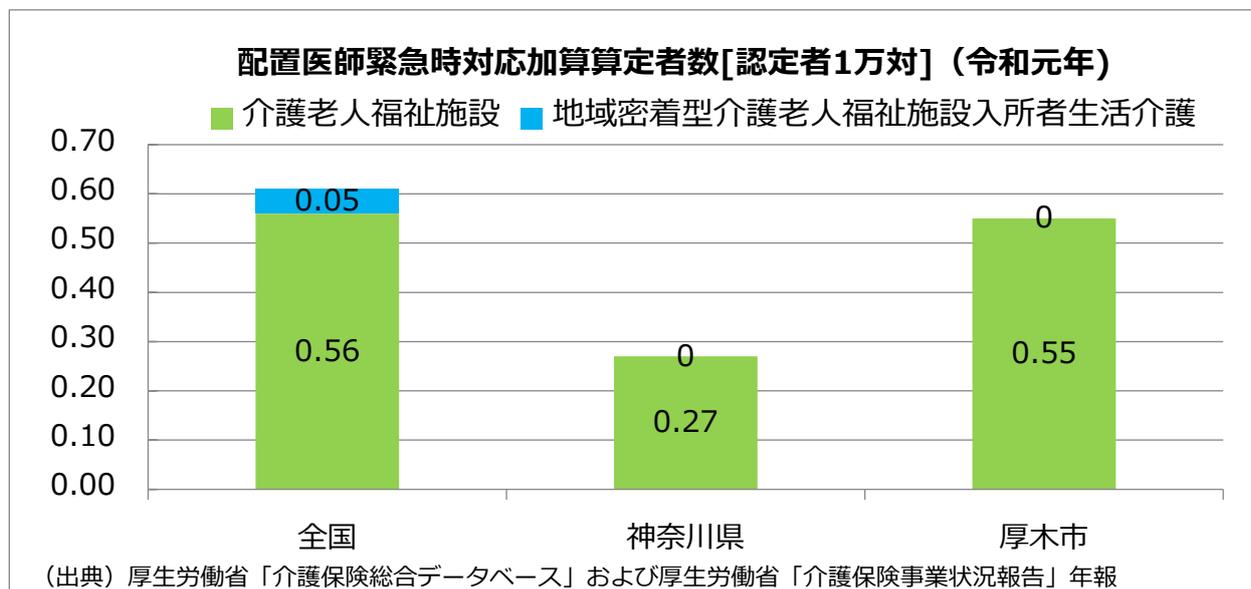
■緊急訪問看護加算

中重度の要介護者の在宅生活を支えるために、24時間365日、緊急の連絡や緊急の相談、緊急時の訪問依頼等に対応する体制を整えると加算が得られる。



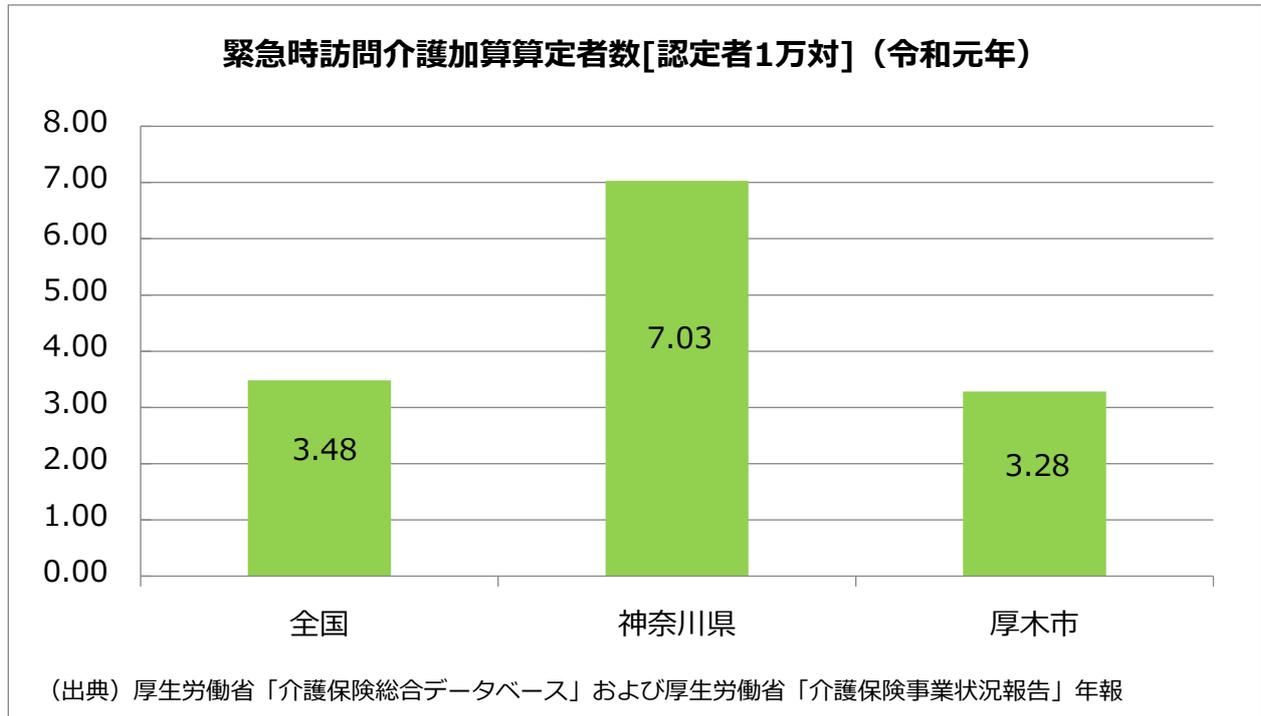
■配置医師緊急時対応加算

特別養護老人ホームの配置医師が早朝・夜間、深夜に入所者の急変等の対応を行った際に加算が得られる。



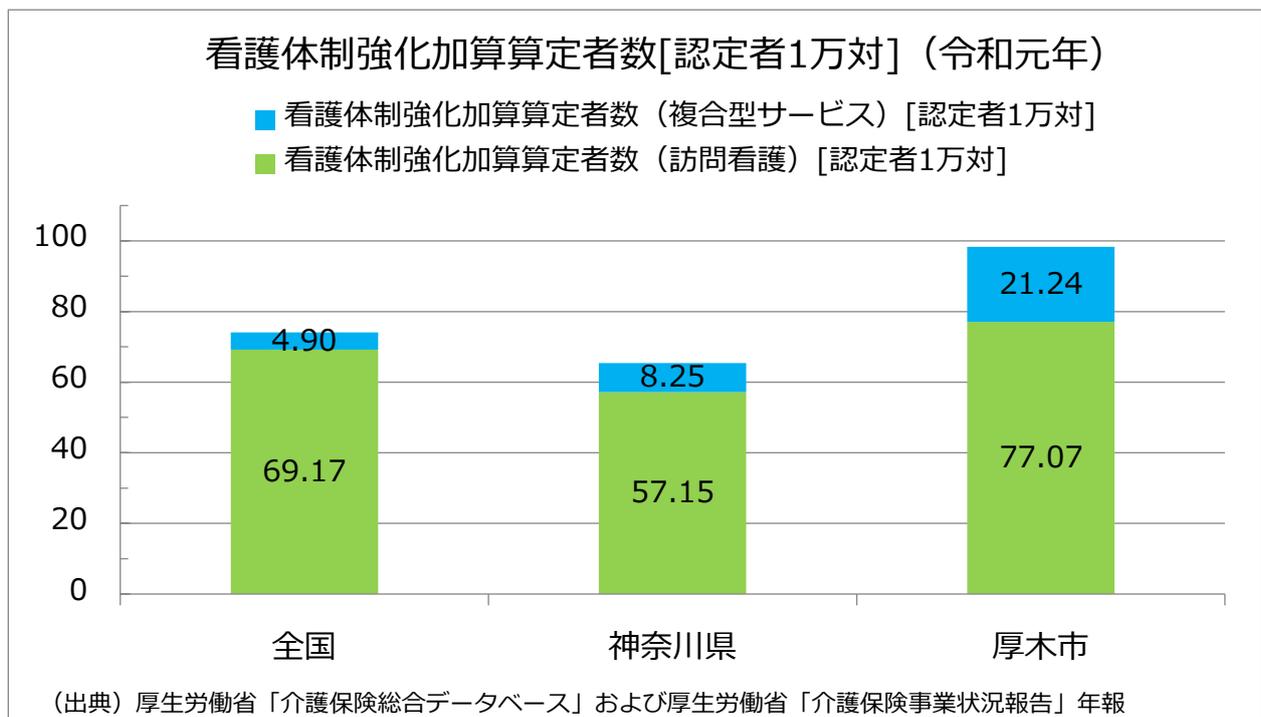
■緊急時訪問介護加算

利用者またはその家族等からの求めに応じて、担当の介護支援専門員と連携して、計画外の訪問介護を緊急に行うことで加算が得られる。



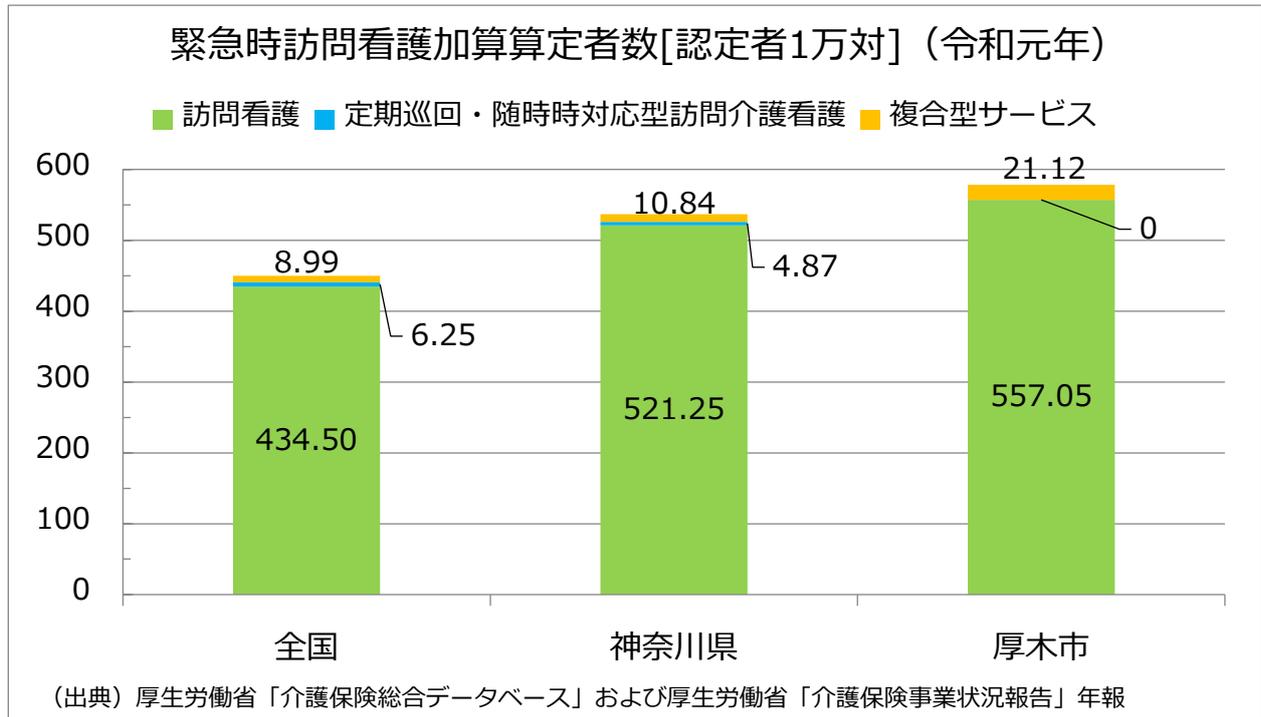
■看護体制強化加算

在宅における中重度の要介護者の療養生活に伴う医療ニーズへの対応を強化する観点から、緊急時訪問看護加算、特別管理加算、ターミナルケア加算について一定割合以上の実績等がある事業所に加算される。



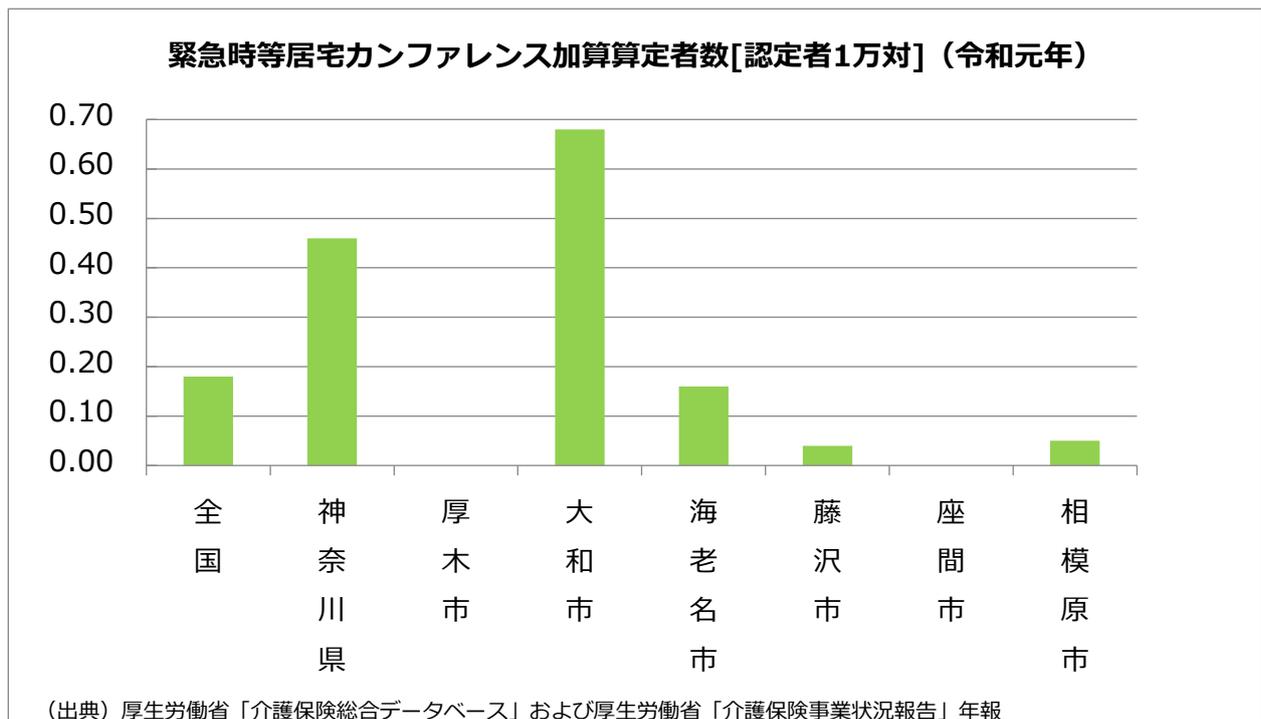
■緊急時訪問看護加算

中重度の要介護者の在宅生活を支えるために、24時間365日、緊急の連絡や緊急の相談、緊急時の訪問依頼等に対応する体制を構築していることで加算が得られる。



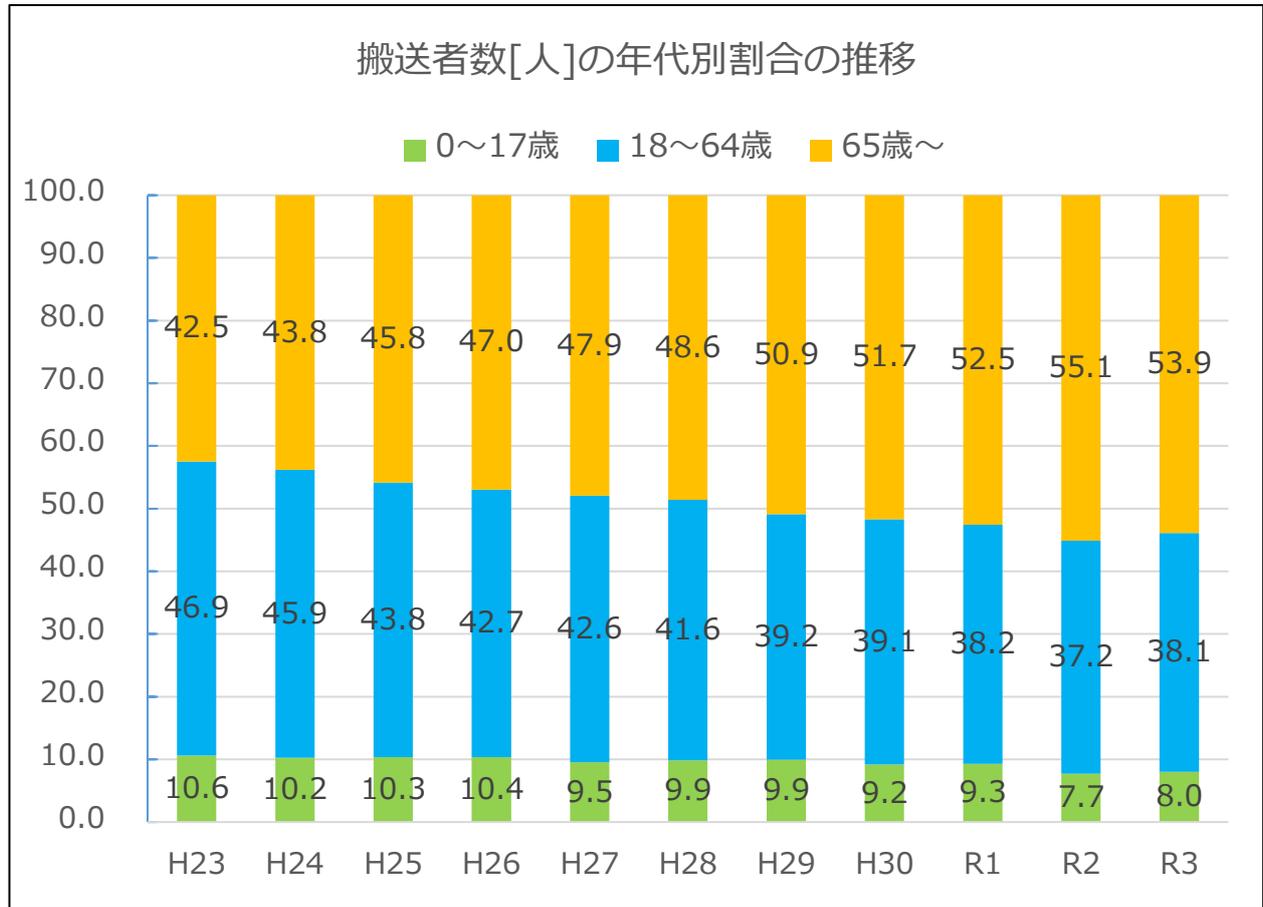
■緊急時等居宅カンファレンス加算

利用者の病状が急変した場合や医療機関における診療方針の大きな変更があった場合など、居宅サービス計画書を速やかに変更して、居宅・地域密着型サービスの調整を行うことで加算が得られる。

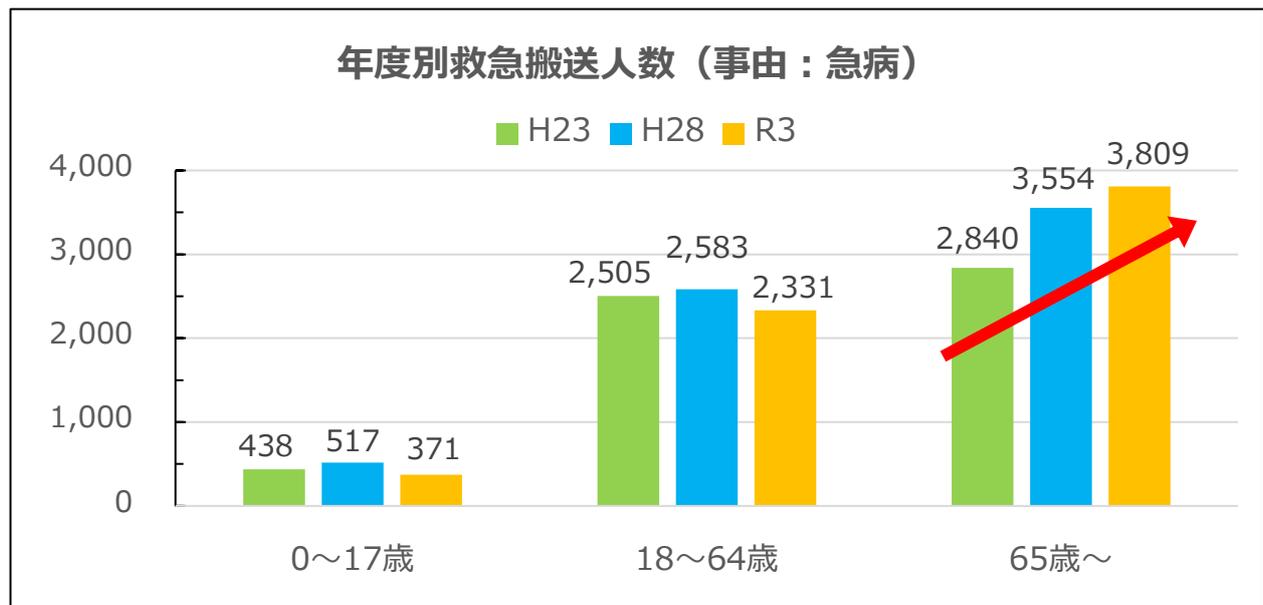


■搬送者数の年代別割合の推移（厚木市消防年報）

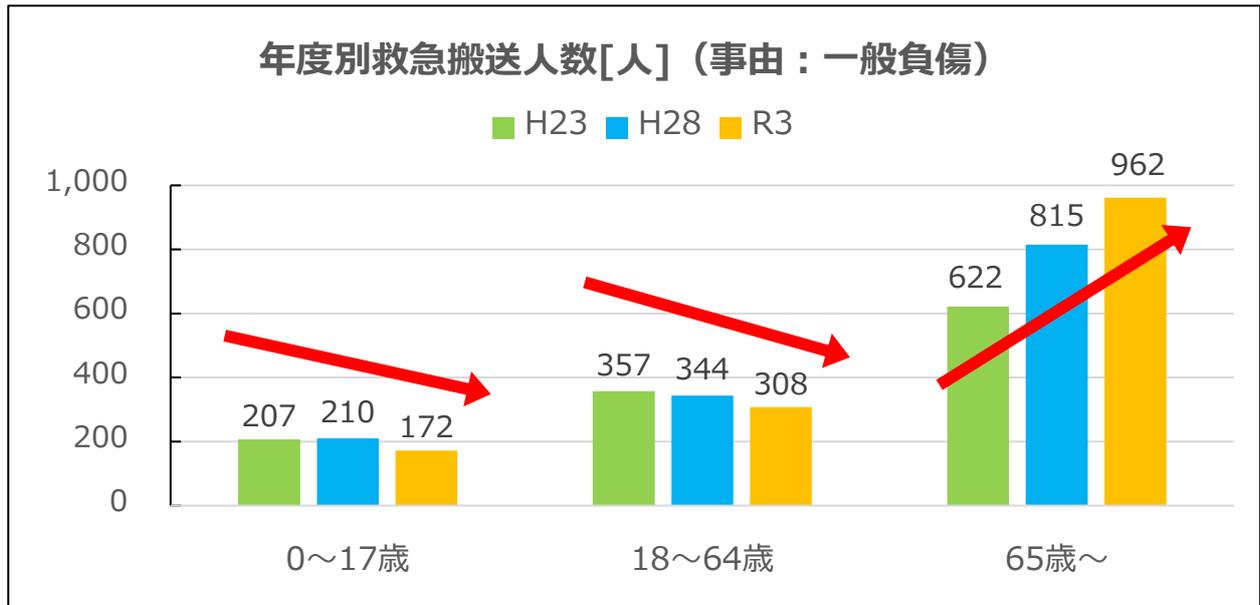
搬送者数に占める高齢者の割合は、令和2年度の例外を除き、ほぼ一貫して増え続けており、高齢者人口の伸びに応じ、これからも増え続けることが想定される。



■年度別救急搬送人数（急病）

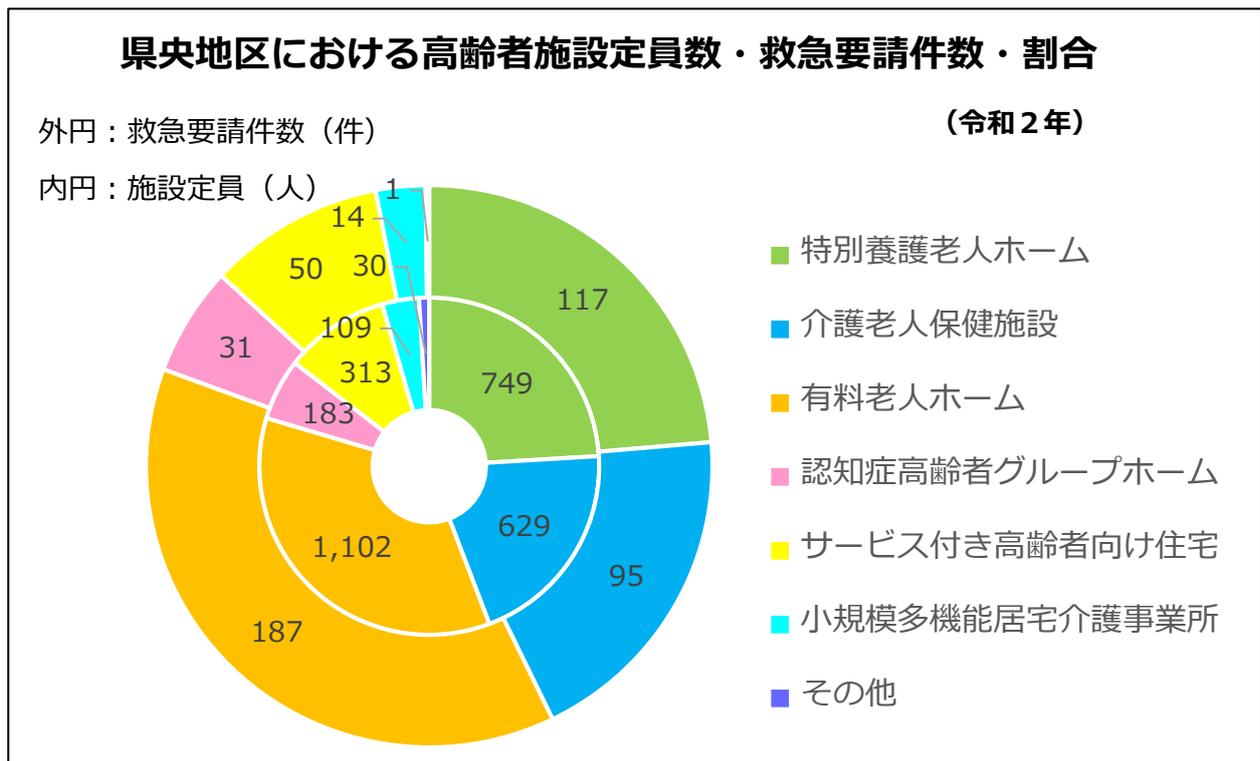


■年度別救急搬送人数（一般負傷）



■介護施設の救急要請状況（厚木保健福祉事務所アンケート報告）

施設の種別を問わず、急搬件数は施設定員と概ね一致した割合となっている。



※ 救急要請件数は令和2年1～12月のデータ、施設の定員は令和2年4月のデータ。

※ 救急要請件数は、入所者だけでなく通所利用者や職員も含まれている場合がある。

○推進会議や連携センターへの相談で課題として挙げられていること

- ・施設からの救急搬送が多い。
- ・救急医とかかりつけ医の連携をどうしたら良いか。
- ・救急外来の利用が適正でないことがある。
- ・救急要請か日中の外来受診か判断が難しい。
- ・家族・施設職員・病院での「延命治療」に対する認識の差がある。
- ・病状急変時における連絡先をあらかじめ本人やその家族に提示し、また、求めがあった際に24時間対応が可能な体制を確保できないことがある。
- ・急変の場合は、その症状や状況に応じて、搬送先として想定される入院医療機関と協議し、搬送については地域の消防関係者へ相談する等連携を図っている市がある。
- ・施設において入所時に意向確認ができていないところもある。
- ・入所時に意向確認していても、状況の変化に応じた話し合いや再確認の機会がほとんどできていないこともある。
- ・特別養護老人ホームに配置されている医師（通常：配置医師）の9割以上が、非常勤の勤務形態であり、勤務日以外や早朝夜間、休日に対応が困難なケースがある。
- ・医療・介護の連携はよく言われるが、訪問看護師、医師会、消防などの顔が見える関係づくりはこれから進めていく必要がある。
- ・急変にならずに済むための対処方法などの情報提供が必要。

○課題のまとめ

- ・課題1：本人・家族の意向を示す必要がある。
- ・課題2：医療・介護・消防・行政の情報共有があるとスムーズな対応ができる。
- ・課題3：施設入所者の急変時対応の状況に疑問が残ることがある。
- ・課題4：多職種間での意思統一が図れないことがある。
- ・課題5：急変にならずに済むための対処方法などの情報提供が必要である。

○取組

「課題1：本人・家族の意向を示す必要がある。」

- ・対策1：じぶんノートの啓発
- ・対策2：出前講座の実施（ACPの理解とじぶんノートの書き方）など、繰り返し、繰り返しの啓発
- ・対策3：在宅・施設ともに意思決定支援を専門職が実施
- ・対策4：緊急医療情報セットの普及啓発
- ・対策5：救急安心カードの普及啓発

「課題2：医療・介護・消防・行政の情報共有があるとスムーズな対応ができる。」

- ・対策1：医療・介護・消防・行政の情報共有としての緊急医療情報セットの共有
- ・対策2：救急安心カードの内容を支援者も把握
- ・対策3：それぞれの役割の共通認識
- ・対策4：消防、行政を含めた顔が見える関係づくり

「課題3：施設入所者の急変時対応の状況に疑問が残ることがある。」

- ・対策1：施設入所者の急変時対応の状況確認の必要性の検討

「課題4：多職種間での意思統一が図れないことがある。」

- ・対策1：多職種による急変時の事例検討

「課題5：急変にならずに済むための対処方法などの情報提供が必要である。」

- ・対策1：脳血管疾患の予防、初期症状の理解に関する啓発

- ・対策2：熱中症、ヒートショック、骨粗しょう症の予防に関する啓発

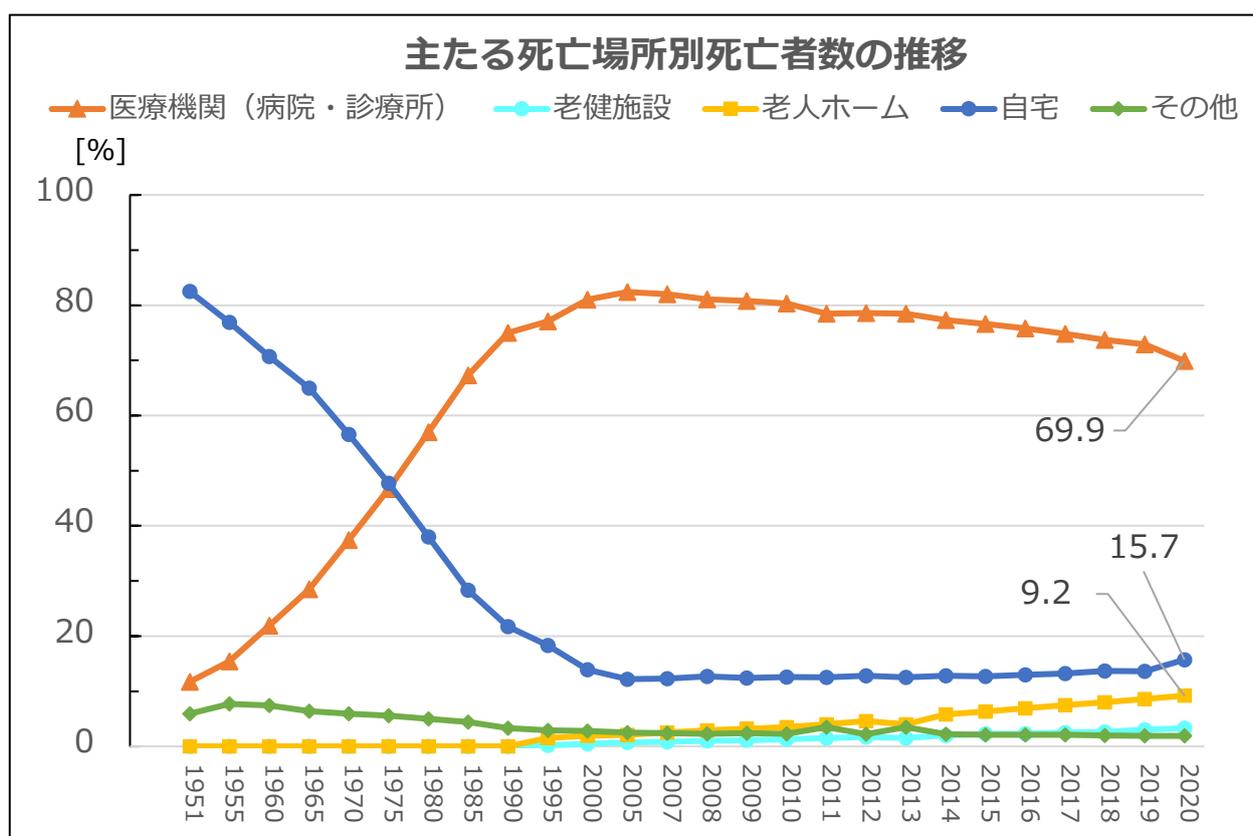
看取り

○めざすべき姿

人生の最終段階に出現する症状に対する不安や医療・ケアの在り方について理解することで、本人が望む場所において、最期まで安心して過ごすことができ、本人・家族が悔いのない時間を過ごすことができます。

○現状把握

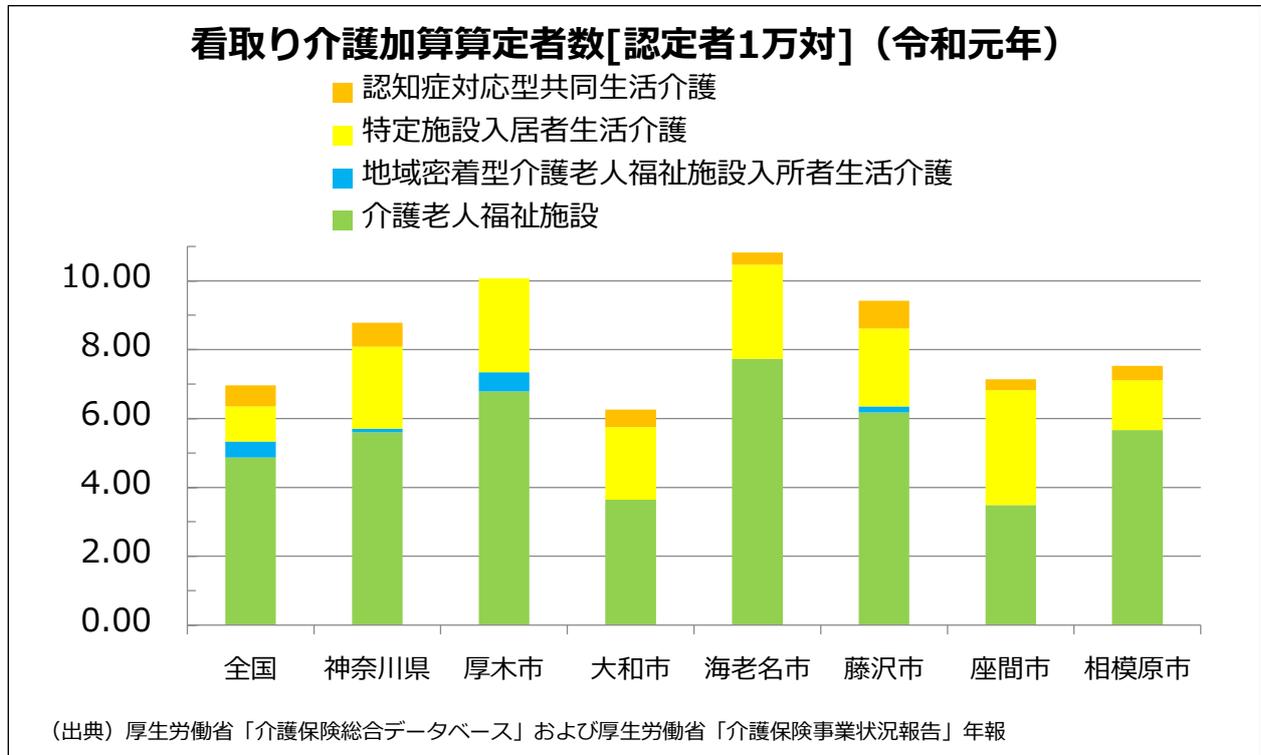
■主たる死亡場所別死亡者数の推移



(参照データ：神奈川県衛生統計年報)

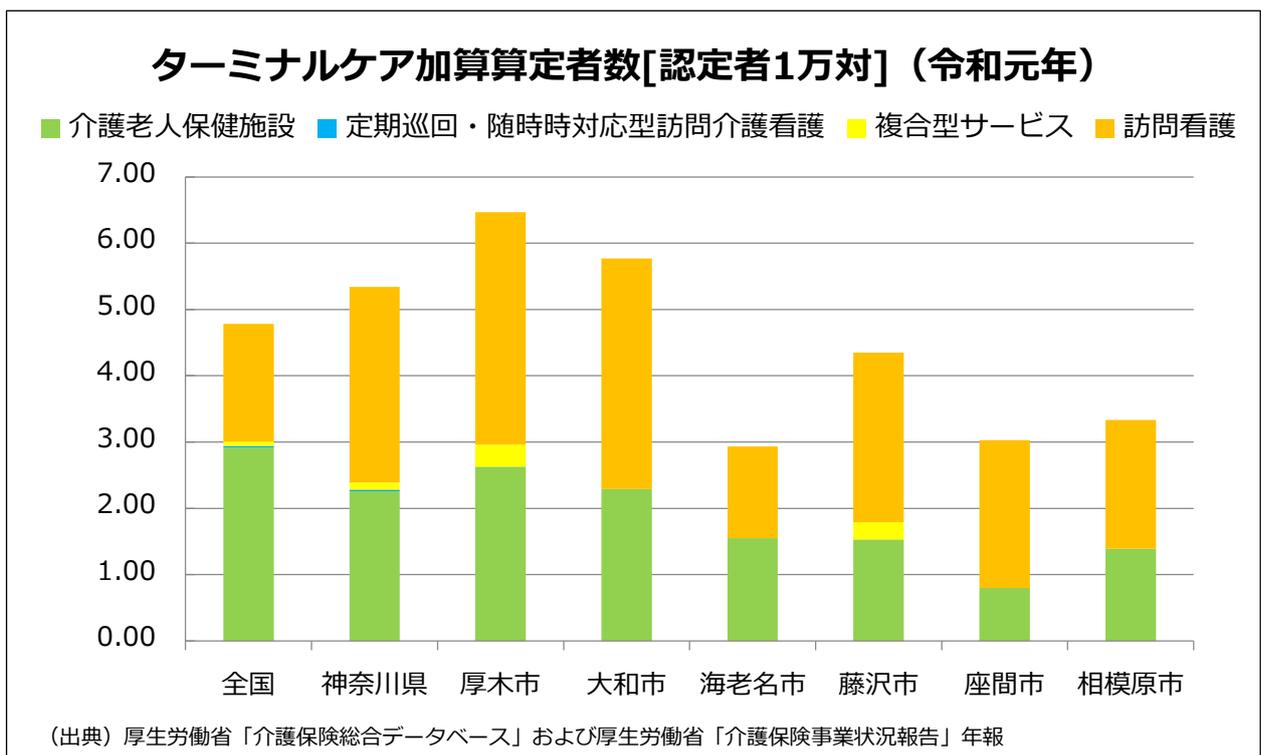
■看取り介護加算

医師が回復の見込がないと判断した利用者に対して、人生の最期の時までその人らしさを維持できるように、利用者や家族の意思を尊重して、医師、看護師、看護職員が連携を保ちながら看取りをすることで加算が得られる。



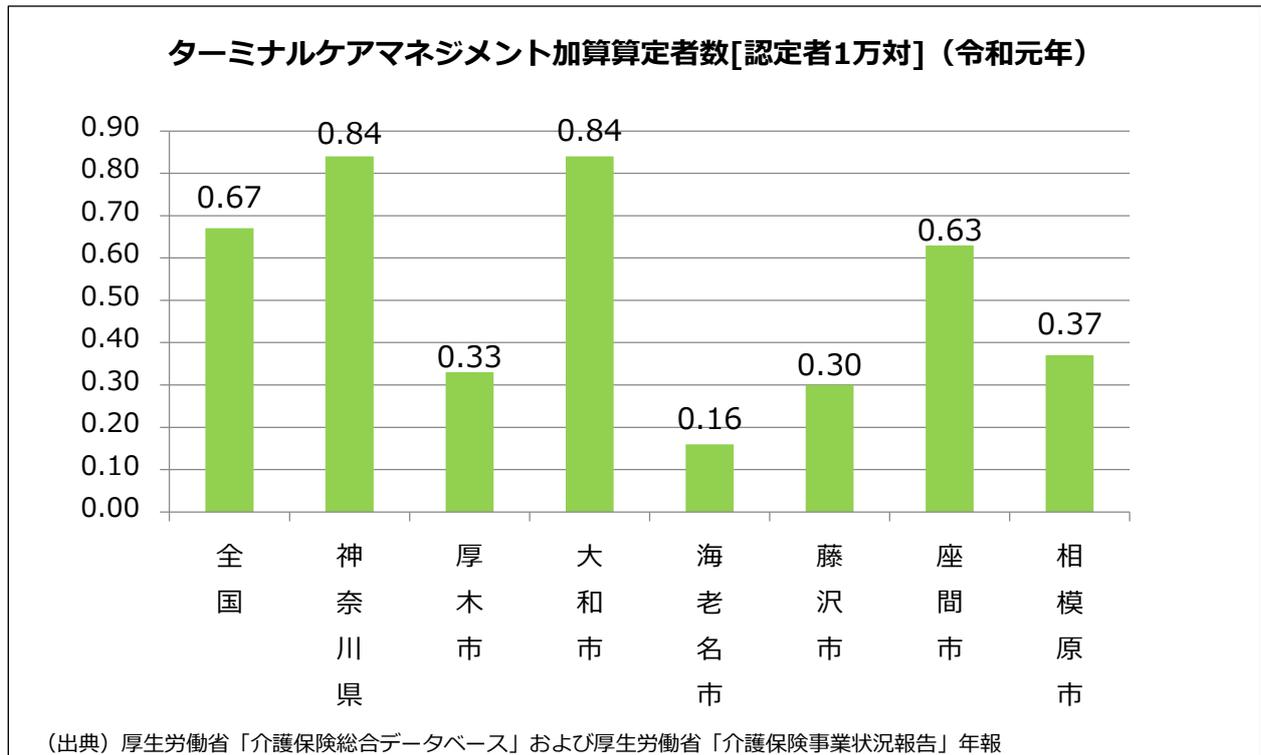
■ターミナルケア加算

ターミナルケアを行う体制を整え、ターミナル期の利用者にターミナルケアを実施することで加算が得られる。



■ターミナルケアマネジメント加算

ターミナル期の利用者に対して、必要な居宅サービスが円滑に利用できるように調整等を行うことで加算が得られる。



○推進会議や連携センターへの相談で課題として挙げられていること

- ・在宅や施設等過ごす場に関係なく、市民への啓発と意向確認が重要である。
- ・本人や家族に対して、自宅や住み慣れた地域で受けられる医療及び介護、障害福祉サービスや看取りに関する適切な情報提供を行うことができていないことがある。
- ・施設の介護職員の心のケアも必要になってくるが万全ではない。
- ・介護施設等による看取りを必要に応じて支援する体制が整っていない。
- ・急変時や看取りの対応に必要な経験・知識の不足により、人生の最終段階の医療の選択について対応が難しい。
- ・介護施設で看取りをする上で医師が関わらなくてはいけないが、常勤医がいないためスムーズな看取りができないことがある。
- ・高齢者施設からの看取り期の入所者の救急搬送が増加する中、本人および家族の意思確認はどうなっているのだろうかと思うことも多い。
- ・看取り期で家族が方針に対し、心が揺れ動くこともあるがその時の対応について意思統一ができていないことがある。

○課題のまとめ

- ・課題1：市民は人生の最終段階の医療の選択について考える機会が少ない。
- ・課題2：急変時や看取りの対応に必要な経験・知識の不足により、介護職員が判断する事への不安が大きい。
- ・課題3：施設ごとに入所者の状況・医療職の配置状況・対応力・対応方法が異なる。
- ・課題4：看取りに向けての多職種の合意形成ができない事もある。

○取組

「課題1：市民は人生の最終段階の医療の選択について考える機会が少ない。」

- ・対策1：人生会議月間を設け市民啓発を実施
- ・対策2：市民講演会の開催
- ・対策3：身近なところでの講演会開催の継続
- ・対策4：「じぶんノート」の発行・啓発
- ・対策5：地域包括ケアT I M E S（全戸配布）の活用
- ・対策6：看取りに関する市民の体験談の共有
- ・対策7：啓発事業における若い世代へのアプローチ

「課題2：急変時や看取りの対応に必要な経験・知識の不足により、介護職員が判断する事への不安が大きい」

- ・対策1：看取り研修会を継続
- ・対策2：専門職のための意思決定支援お助けブックの作成・研修会開催
- ・対策3：現状の把握

「課題3：施設ごとに入所者の状況・医療職の配置状況・対応力・対応方法が異なる」

- ・対策1：厚木保健福祉事務所で実施している現状の把握への協力

「課題4：看取りに向けての多職種の合意形成ができない事もある。」

- ・対策1：現状の把握
- ・対策2：多職種での事例検討会の実施
- ・対策3：ケアマネジャーのマネジメント力の向上

人材確保・人材育成

○めざすべき姿

最期まで自分らしく、本人の望む場所で過ごすことができるよう、必要な支援に対応できるスキルを持った医療・介護関係者が不足なくいることで、安心して生活することができています。

○現状把握

介護職人材確保状況調べ（介護福祉課・障がい福祉課）

■事業所説明会への参加状況

	H29 年度		H30 年度		R 元年度		R2 年度		R3 年度	
	第1回	第2回	第1回	第2回	第1回	第2回	第1回	第2回	第1回	第2回
参加者数	25	36	73	73	78	48	90	7	66	43
参加法人数	27	21	23	20	26	23	18	10	24	20
雇用者数	4	6	13	9	6	3	4	2	7	7

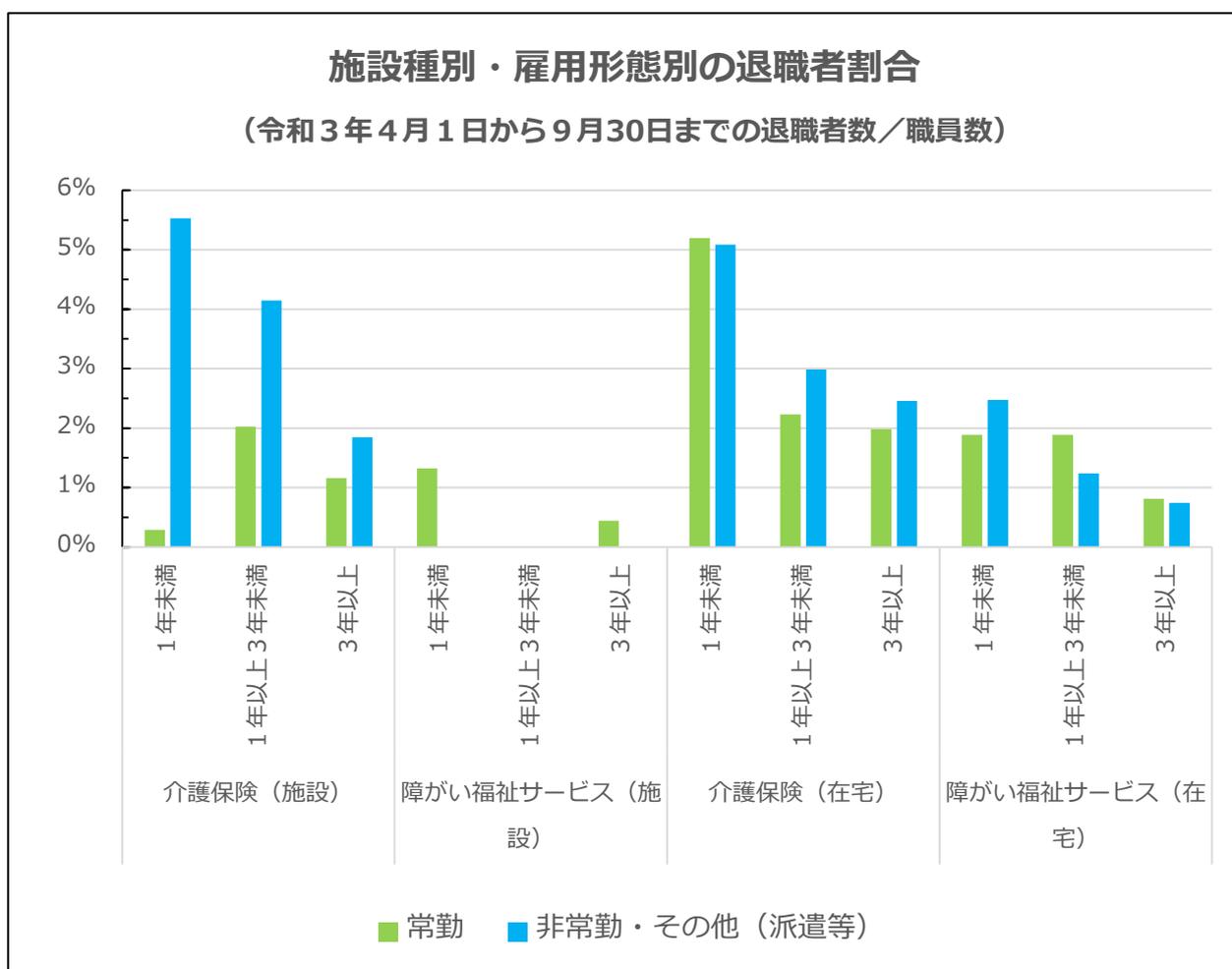
■厚木市介護職員等研修支援事業実績

年度	対象者数		支出額	対前年比
H28	高齢	33 人	946,100 円	111.8%
H29	介護	25 人	666,800 円	70.5%
	障がい	21 人	346,600 円	468.4%
	計	46 人	1,013,400 円	99.3%
H30	介護	64 人	3,381,400 円	507.1%
	障がい	6 人	382,300 円	110.3%
	計	70 人	3,763,700 円	371.4%
R 元	介護	92 人	4,780,800 円	141.4%
	障がい	6 人	287,400 円	75.2%
	計	98 人	5,068,200 円	134.7%
R2	介護	51 人	2,836,100 円	59.3%
	障がい	9 人	387,400 円	134.8%
	計	60 人	3,223,500 円	63.6%
R3	介護	83 人	4,009,600 円	141.4%
	障がい	22 人	736,400 円	190.1%
	計	105 人	4,746,000 円	147.2%
R4	予算		4,380,000 円	92.3%

■介護職人材確保支援事業の利用件数

	転入奨励助成金			奨学金返済助成金			復職等奨励助成金		
	件数	支出額	増加率	件数	支出額	増加率	件数	支出額	増加率
H30 決算	2	100,000	-	4	480,820	-	5	250,000	-
R 元決算	16	2,050,000	2050.0%	3	333,105	69.3%	11	1,350,000	540.0%
R 2 年決算	10	1,000,000	48.8%	3	381,810	114.6%	8	800,000	59.3%
R 3 当初予算	40	8,000,000	800.0%	30	6,000,000	1571.5%	40	8,000,000	1000.0%
R 3 決算	13	1,300,000	130.0%	1	97,410	25.5%	3	300,000	37.5%
R 4 当初予算	40	8,000,000	100.0%	30	6,000,000	100.0%	40	8,000,000	100.0%

■施設種別・雇用形態別の退職者割合



(参照データ：介護人材確保状況調査結果)

○推進会議や連携センターへの相談で課題として挙げられていること

- ・訪問介護事業所の人手不足で、ヘルパーが入れられず困るケースがある。
- ・生活支援、家事援助の部分をいかに効率化していくか。
- ・ヘルパーやケアマネジャーの平均年齢が上がっている。
- ・ケアマネジャーのマネジメント力の違いなく、いつでも誰でも同じように在宅医療との連携が取れるよう努める必要がある。
- ・栄養士の在宅の仕組みが少し複雑であることが課題に上がる理由の一つになっている。
- ・在籍している職員を辞めさせない努力が必要

○課題のまとめ

- ・課題1：生産年齢人口が減少する中、どこの業界も人材不足となっている。
- ・課題2：職員が高齢化している。
- ・課題3：スキルアップが必要
- ・課題4：離職率を上げない

○取組

「課題1：生産年齢人口が減少する中、どこの業界も人材不足となっている。」

- ・対策1：介護職員人材確保支援事業の実施
(転入奨励助成事業・奨学金返済助成事業・復職等奨励助成事業・就職相談会)
- ・対策2：介護職員人材確保支援事業の周知
- ・対策3：家事援助のフォーマル・インフォーマルの活用方法の検討

「課題2：職員が高齢化している」

- ・対策1：就職相談会や介護職員人材確保支援事業を若い世代にも周知を行う
(デジタルサイネージ・ホームページ)
(神奈中バス車内広告・小田急でのチラシの配架)
(介護職員育成の学校への情報提供)

「課題3：スキルアップが必要」

- ・対策1：専門職対象に研修会の開催
- ・対策2：ケアプラン点検の実施
- ・対策3：介護職員人材確保支援事業の実施
(介護職員キャリアアップ支援事業補助金・介護職員等研修支援事業)
- ・対策4：療養支援に関わるそれぞれの職種における研修会等によるスキルアップ

「課題4：離職率を上げない」

- ・対策1：介護労働安定センターの介護労働実態調査の活用
- ・対策2：管理者向け研修の開催継続

成年後見 → 厚木市成年後見制度利用促進基本計画

○めざすべき姿

ひとりで決めることができないなど判断能力が不十分であっても、自分らしい生き方と安心して社会生活を送ることができています。

○現状把握

■厚木市の成年後見制度利用者数（横浜家庭裁判所からの提供）（単位：人）

種別	H28	H29	H30	R元	R2
後見	データなし	474	477	466	475
保佐		52	62	65	73
補助		10	10	13	14
任意後見		8	8	7	8
利用者合計	533	544	557	551	570

■厚木市権利擁護支援センターあゆさぼ 相談対応延べ件数推移（単位：件）

	H28	H29	H30	R元	R2	R3
相談対応延べ件数	80	91	112	70	728	1,600

※令和2年8月から中核機関設置

■あんしんセンター利用件数

		H28	H29	H30	R元	R2	R3
利用契約件数 (各年度3月31日時点)		24	34	35	38	44	42
・福祉サービス利用援助契約		22	32	35	38	44	42
(内訳)	高齢者	10	18	15	14	15	11
	知的障がい者	1	3	2	2	2	2
	精神障がい者	9	9	15	19	23	24
	身体障がい者	2	2	3	3	4	5
・書類等預かりサービス利用契約		5	4	2	0	1	1

○推進会議や連携センターへの相談で課題として挙げられていること

- ・成年後見市長申立に時間がかかる。
- ・成年後見が進むまでの間は誰が担うのか。
- ・あんしんセンター（日常生活自立支援事業）を利用するのに時間がかかる。
- ・成年後見の申立をしたいが費用が払えない世帯もある。
- ・成年後見制度を良く知らない。

- ・ 支援の方針の差異が生じるケースが多くなると、制度に対する不信感が生まれ、本来であれば後見人等の支援を受けながら希望の生活を実現させられたような事案であっても、それができなくなる不安がある。
- ・ 診断書作成を行ってくれる医療機関が少ない。最初に診断書の作成は請け負っても、その先の鑑定は請けず、紹介状も書いていただけない。
- ・ 御家族がいても、自己決定、意思決定、財産管理ができない方が増加傾向にある。
- ・ 病院の中でも、こういった入院患者を成年後見制度に繋ぐことが課題となっている。

○課題のまとめ

- ・ 課題 1 : 成年後見制度・厚木あんしんセンターの利用まで時間がかかる。
- ・ 課題 2 : 成年後見制度・厚木あんしんセンター等のことを市民だけでなく専門職にも理解してもらう必要がある。
- ・ 課題 3 : 診断書・鑑定等の医療機関が明確になっていない。
- ・ 課題 4 : 本人の支援時に後見人等が方向性を共有できていない。
- ・ 課題 5 : 成年後見人や厚木あんしんセンターの利用までの間の事務管理

生活支援→生活支援体制整備事業

○めざすべき姿

地域の住民や各種団体、企業などが連携しながら、多様な日常生活上の支援体制の充実・強化及び高齢者の社会参加の推進を一体的に図り、誰もが互いに支え合える地域づくりを進め、本人が地域で自分らしい生活をする事ができています。

○推進会議や連携センターへの相談で課題として挙げられていること

- ・地域資源はどこを見れば良いかわからない。
- ・地域コミュニティの将来なども見据えて、重症化防止・介護予防の仕組みを考える時期ではないか。
- ・地域で買物支援などを立ち上げる場合にガイドブックのようなものはないか。

○課題のまとめ

- ・課題1：住民や介護事業所等が地域資源を知ることがなかなかできない。
- ・課題2：住民主体の活動をするにあたり何から進めて良いかわからない。
- ・課題3：地域課題の抽出ができていない部分がある。