

包括的支援事業(社会保障充実分)の実績

事業名	目標	目標達成に向けた取り組み(計画)	R7年度実績	課題	今後の取り組み
在宅医療・介護連携推進事業 ※新発田北蒲原医師会内に設置されている「しばた地域医療介護連携センター」に業務委託。 新発田市、胎内市、聖籠町、阿賀野市の4市町が共同で委託しているもの。	住民が安心して自宅で療養生活を送ることができる体制を構築する。	①地域の医療・介護資源の把握	・医療・介護資源に係るHP掲載及び情報更新(1月) ※掲載事業所数 491(R6) ⇒ 486(R7)	・限られた社会資源の中で体制を構築する必要がある。 ・人生の終末期の過ごし方に関する住民への啓発活動が不足している。 ・病院からの説明を家族が十分に理解できない、病院と介護支援専門員等との連携がうまくいかない、などにより退院後のスムーズな介護導入ができない事例が散見されるため、ガイドを作成したものの、救急病院からの退院の際の介護利用に関する連携が十分でなく、病院との連携や住民への周知が必要。	・医療と介護の関係職種の連携強化に資する研修会等を継続的に実施する。 ・今後、入院患者がこれまでより早い期間で退院してくる事例が増加する恐れがあるため、地域住民の生活の維持のために、医療と介護の連携とともに、住民が退院後に受けることのできる支援に関して知ることができるよう、普及啓発の方策を検討する。
		②在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	・新潟聖籠病院との情報交換会の実施(4回:新潟聖籠病院)		
		③切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進	・しばた入退院連携検討会を設置し、検討委員会を4回開催し、入退院ガイドを用いた事例検討会を開催 ・診療報酬改定に関する研修会を開催(1回) ※目的 ⇒ 医療機関と特別養護老人ホームの加算の連動性について理解を深める		
		④在宅医療・介護連携に関する相談支援	・相談窓口の設置運営(相談件数:聖籠町3件) ※設置場所 ⇒ しばた地域医療介護連携センター		
		⑤医療・介護関係者の情報共有支援	・しばた入退院連携検討会を設置し、検討委員会を4回開催し、入退院ガイドを用いた事例検討会を開催(再掲) ・ときネット研修会(医療機関と介護機関の連絡調整ツールを用いたより良い意思伝達方法の研修)の開催		
		⑥医療・介護関係者の研修	・在宅あるあるミニレクチャー(2/5)の開催 ・ACP(主に終末期の段階を迎える患者が自分らしく生きるために支援者が支えていくためのかわり方)に関する研修会(10/30)の開催		
		⑦地域住民への普及啓発	・これからの「いきかた」を共に考える講演会「賢い患者になりましょう～医療との上手な付き合い方～」を開催(7月)		
		⑧在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携	・新発田市、胎内市、阿賀野市との情報交換会の開催		
生活支援体制整備事業	地域の支え合い活動の創出により、高齢者が日常の生きがいや役割を持って生活できるようにする。	①生活支援コーディネーターの配置(2人)	・生活支援コーディネーター2名を配置し、地域の支え合い活動創出支援を実施 ※14箇所 ⇒ 網代浜、蓮潟、亀塚、本大夫・本諏訪山・中の橋、山大夫、道賀新田・上大谷内、外畑、桃山、丸潟、杉谷内、苔沼、真野、山倉	地域の茶の間の立ち上げに関する動きはあるが、住民主体の生活支援サービスが難しい。	高齢者世帯への訪問を実施し、生活の実態や困りごとの把握を行う。 ボランティアの協力を得たサービスの実施を検討
		②協議体の設置(1協議体)	・協議体開催(1協議体、2回実施)		
認知症支援総合事業	認定証の人やその家族の在宅生活を支援するため、認知症理解の普及啓発や早期発見・早期支援の体制を構築する。	①認知症相談会による支援 ②認知症に関する理解の促進(4回、50人) ③認知症高齢者や介護する家族への支援(認知症カフェ10回、家族のつどい12回)	・認知症の疑いがある者等への早期支援を実施(6件) ・町民向け講演会(11月13日、67人)、サポーター養成講座(6回、180人) ・認知症カフェ(10回)、家族のつどい(12回)	・高齢者一人暮らしや高齢者のみ世帯への支援が難しい。 ・意欲の低下、できなく・しなくなったことなどから早期受診につなげ、進行を防止・抑制の取り組みが必要	・地域ケア会議などを通じて関係者間で課題共有と対応策の検討を行い、支援のあり方を具体化する。 ・住民にきめ細やかな普及啓発を行い、早期受診のメリットや理解を深めていく
地域ケア会議	個別事例を通じて多職種の専門的視点から知識・技術の習得、参加者の資質向上を図るとともに、個別事例の背景から地域課題や要員を把握することで地域資源の開発や地域づくりを行う。	自立支援型個別会議(3回)	5月、10月、2月(各1回、計3回)	・病院からの説明を家族が十分に理解できない、病院と介護支援専門員等との連携がうまくいかない、などにより退院後のスムーズな介護導入ができない事例が散見されるため、ガイドを作成したものの、救急病院からの退院の際の介護利用に関する連携が十分でなく、病院との連携や住民への周知が必要。(再掲) ・通所型サービスCによる改善後の通いの場がない、創出と通いの場の開催頻度が少ない	・医療機関との連携や協力体制の構築に関する積極的な働きかけを行う。 ・通いの場の創出(再掲)と通いの場の回数増への方策
		個別会議(7回)	90代女性(1回)、70代男性(1回)、70代男性(1回)、60代女性(1回)、50代女性(1回)、70代男性・女性(1回)、60代女性(1回) 計7回		
		推進会議(1回)	11月開催(1回)		

包括的支援事業(社会保障充実分)の実績

事業名	目標	目標達成に向けた取り組み(計画)	R7年度実績	課題	今後の取り組み
介護給付費適正化事業	介護給付費の適正化を図り、持続可能な介護保険制度を維持する。	①認定調査票の点検(500件)	・484件点検。新規・更新・区分変更時の調査票及び意見書全数を点検し、疑義がある調査票に関して調査員や医療機関に確認。	認定調査は認定申請全数の点検を実施。 ケアプラン点検については、令和6年度に実施方法を再確認し、令和7年度から本格的に再開したものの、点検数の向上のためにさらに方策の検討が必要。 医療情報との突合、縦覧点検は委託により実施し、点検・確認が必要と考えられるものを全件確認した。 住宅改修点検については、全件点検を実施。	計画どおりに実施することで、給付費の適正化に努める。 点検件数については、さらに上乗せを図れるよう方策を検討する。
		②ケアプラン点検(20件)	・町内居宅介護支援事業所(または介護予防支援事業所)での点検を実施(3件)		
		③医療情報との突合・縦覧点検の実施(30件)	・医療情報との突合・縦覧点検の実施(23件) 軽度者の福祉用具貸与にかかるサービス担当者会議への同席(1回)		
		④住宅改修の点検(-)	・住宅改修の点検を全件実施(32件)		
成年後見制度利用支援事業	高齢者が認知症や虐待などの理由で成年後見制度を利用する際、町長申し立てや費用の助成など必要な支援を行う。	①町長申立対象者(2人)	・町長申立実施なし (申し立て対象として支援するも2カ月に1回程度就労、運転を継続のため申立中断中)	・要申立対象者に対する支援に関して関係機関との考えにずれがある	・関係機関との申立て開始時のすり合わせを十分に行い、支援開始決定後に方針が変更されないよう注意を払う