

うらら 2019 年度事業計画

相談援助部門

事業部門	年度活動計画	目標値
<u>地域包括支援センター</u> <u>(あんしんセンター)</u>	基本方針 ①高齢者を支える地域づくりの推進 ②高齢者の自立支援・重度化防止 ③認知症施策の更なる深化	
みずべの苑 地域包括支援センター	①高齢者を支える地域づくりの推進 ・すべての世代が繋がり・支え合う街づくりプロジェクト(志茂ジェネ)の取り組みを推進していく。 ・町会やシニアクラの行事などに参加し信頼関係を深め、多種多様な各種サロンの開催を維持する。 ②高齢者の自立支援・重度化防止 ・介護予防で元気はつらつサロンを毎月開催 おたっしや筋力アップ教室の参加を推進する。 ③認知症施策の更なる深化 ・認知症カフェや、家族介護者教室、ケアマネサロン等で地域の医療関係者に講師として参加していただき連携を図る。 ・認知症地域支援推進員を手厚く配置(看護師を常勤換算数で0.5増員)。	井戸端サロン3回/月 大人の折り紙倶楽部1回/月 ふれあいサロン1回/月 映画サロン1回/月 歌声サロン1回/月 懐かしサロン1回/月 よりあい倶楽部2回/月 ・いきいき教室1回/月 おむすびカフェ1回/月 家族介護者教室1回/年 ケアマネサロン3回/年 サポーター養成講座2回/年 事業所向けサポーター養成講座 1回/年 ステップアップ講座3時間/年

<p>赤羽 地域包括支援センター</p>	<p>① 高齢者を支える地域づくりの推進 地域の資源を活かした高齢者の居場所づくり、関係機関との連携強化。</p> <p>② 高齢者の自立支援・重度化防止 ふれあいサロンの新規立ち上げや、自主化に向けた取り組みの推進。</p> <p>③ 認知症施策の更なる深化 認知症サポーター養成講座の小中学生に向けた開催。 こんちゃんサポーターの普及活動を行う。</p>	<p>学生主体の地域づくり（大正大学）への参加、協力。 不定期開催 ボランティアや介護予防リーダーさんを中心としたサロンの立ち上げ。また既存サロンの自主化に向け進めていく。（ららカフェの自主化）1つ以上のサロン自主化 これまで未実施であった小中学生に向けた認知症サポーター養成講座の定期開催。 （赤羽岩淵中学校 1回/年） 認知症サポーター開催時にこんちゃんサポーターの周知活動を行う。</p>
<p>十条 地域包括支援センター</p>	<p>① 高齢者を支える地域づくりの推進 見守り・生活支援CNによる地域包括ケア連絡会、主任CMによる地域ケア個別会議による地域住民・関係機関とのネットワーク強化 こんちゃんサポーターの活用</p> <p>② 高齢者の自立支援・重度化防止 介護予防教室参加推進、自主グループ活動の見守り</p> <p>③ 認知症施策の更なる深化 医療機関とのネットワーク推進。認知症カフェの充実。サポーター養成講座の拡大、ステップアップ講座によるこんちゃんサポーターの育成。認知症支援推進員、コーディネーターの役割を果たす。</p>	<p>① ふれあい交流サロン、はらぺこ、かんなな、どらどらの開催毎月1回づつ。 こんちゃんサポーターと利用者とのマッチング。 地域包括ケア連絡会年1回 地域ケア個別会議年2回以上</p> <p>② 健康教室月1回づつ。おたっしや筋力アップ教室の勧め。自主グループ活動のモニタリング年4回ほど</p> <p>③ セミナー、研修等に参加し医療機関等と連携 認知症カフェの開催月2回づつ。 ステップアップ講座年1回以上。地域団体へのサポーター養成講座の他、東京家政大学生向け講座（年1回）を行う。 こんちゃんサポーターとの連携 区と協働し認知症啓蒙活動。</p>

		初期集中支援事業 2 事例。
--	--	----------------

事業部門	年度活動計画	目標値
居宅介護支援事業所	基本方針 1. 質の高いケアマネジメントの実施 2. ケアマネ1人当たりの計画費件数の向上 (31→35件)	
すまいるプラス 居宅介護支援事業所	①質の高いケアマネジメントの実施。 ②医療連携の強化。 ③がん末期の方への迅速な支援の実施。	①研修計画を遂行し、自立支援・重度化防止の取り組みを実施する。 ・主任クラスミーティングを行うことで事業所内の規範的統合を図っていく。新人ケアマネジャー、主任ケアマネジャーを育成する。 ・他法人と共同で事例検討会等を実施する。 ・王子圏域ケアマネ交流会を継続し相談し合えるCM間のネットワークを構築していく。 ・紹介先への空き情報PRと良好な関係の構築、新規依頼の積極的な受け入れの実施。実績ベースで35件/一人をキープする。 ・来年度、特定事業所加算(Ⅳ)の算定を目指すための準備を行う。 (退院・退所加算 連携回数35回以上、ターミナルケアマネジメント加算5件以上の算定。) ②入退院時の連携 入院時には三日以内に情報提供を実施。退院(在宅復帰)に向けての準備を開始する。 ・日頃より主治医へのケアプランの交付、情報伝達等を適切に実施し連携を図っていく。 ・MCSの活用。 ③がん末期の方への支援が迅速に行えるように医師の助言を求めていく。 ・迅速な対応ができるケアチームを構築する。 ・ターミナルケアマネジメント加算の算定5回以上/年