

在宅医療・介護連携推進事業の概要
～大阪市の取組み体制～

在宅医療・介護連携推進事業の概要 ～大阪市の取組み体制～

～「PDCAサイクルに沿った取組項目」～

区役所

を中心に事業実施

地域の医療・介護の資源の把握

在宅医療・介護連携の課題の抽出
と対応策の検討

地域住民への普及啓発

医療・介護関係者の研修

相談支援室

を中心に事業実施
(地区医師会等に委託)

切れ目のない在宅医療と介護の
提供体制の構築推進

医療・介護関係者の
情報共有の支援

在宅医療・介護連携に関する
相談支援

連携

P

計画

C

評価

D

実行

A

改善

を繰り返しながら

健康局

を中心に検討

- ・在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携
- ・総合事業など他の地域支援事業との連携 等

在宅医療・介護連携相談支援室について

在宅医療・介護関係者等からの在宅医療・介護連携に関する相談を受けるとともに、連絡調整・情報提供等の支援を行い、多職種間の円滑な相互理解や情報共有が行える体制を構築する目的で『在宅医療・介護連携相談支援室』を設置し、専任の在宅医療・介護連携支援コーディネーターを配置しています。

コーディネーターは、看護師・介護支援専門員・医療ソーシャルワーカー等の医療・介護の専門職です。



相談支援室の役割

- ①医療と介護の「橋渡し役」
- ②医療・介護関係者・機関との「顔の見える関係」構築
- ③切れ目のない医療・介護の提供体制構築のための医療・介護分野における課題抽出と解決に向けた取組み支援
- ④医療・介護関係者のスムーズな「情報共有」の支援
- ⑤区役所の在宅医療・介護連携推進事業担当者との連携