

令和5年度 上半期

**区役所・相談支援室の
取組について**

在宅医療・介護連携推進事業～大阪市の取組～

在宅医療・介護連携推進事業大阪市の取組体制

～ 「PDCAサイクルに沿った取組項目」 ～

区役所 を中心に事業実施

- (ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- (ロ) 医療・介護関係者の研修
- (ハ) 地域住民への普及啓発

地区医師会等 に委託

- (ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進
- (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援
- (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

連携

P
計画

D
実行

C
評価

A
改善

を繰り返しながら

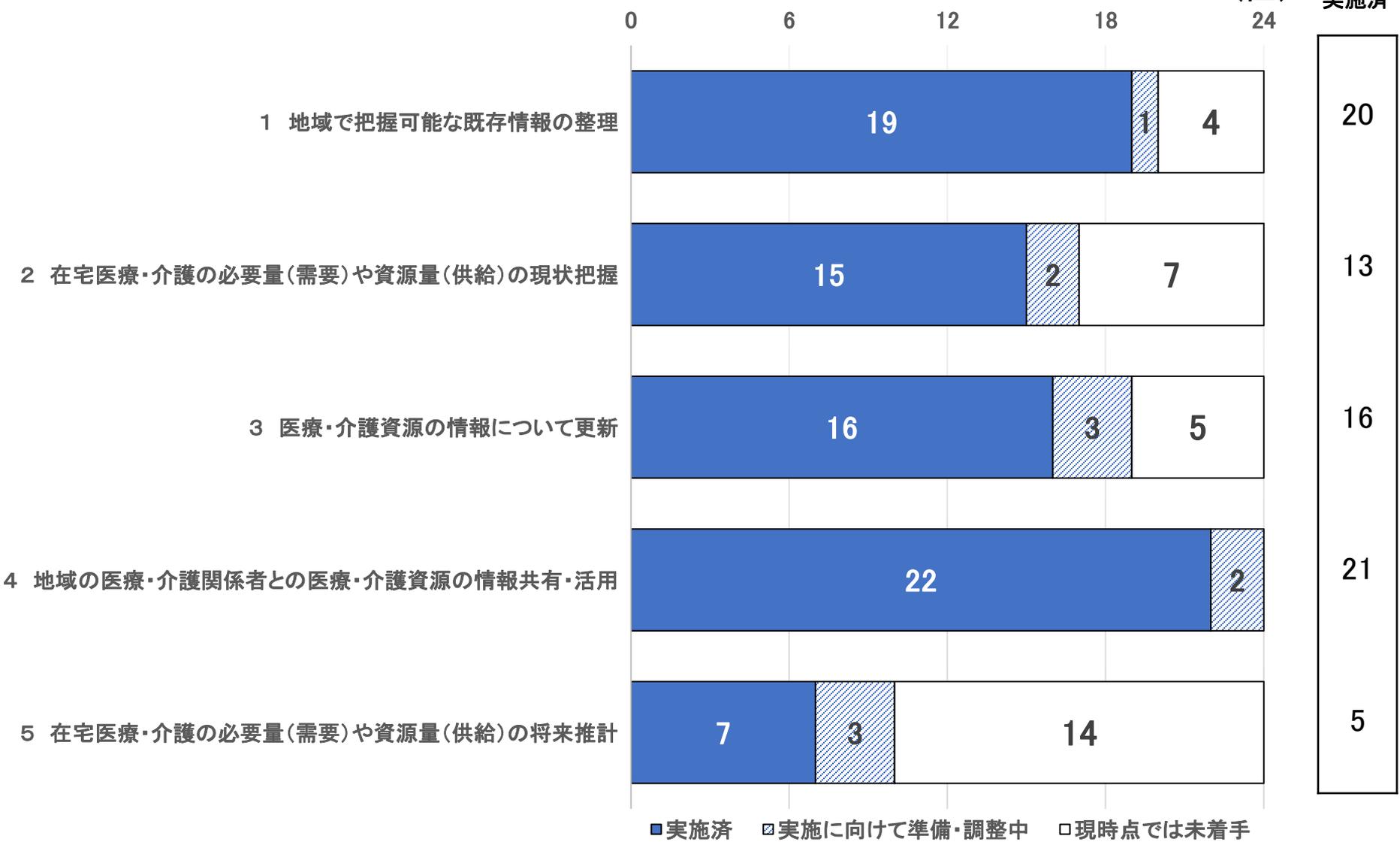
健康局 を中心に検討

- ・ (ク) 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

I . 区役所の取組

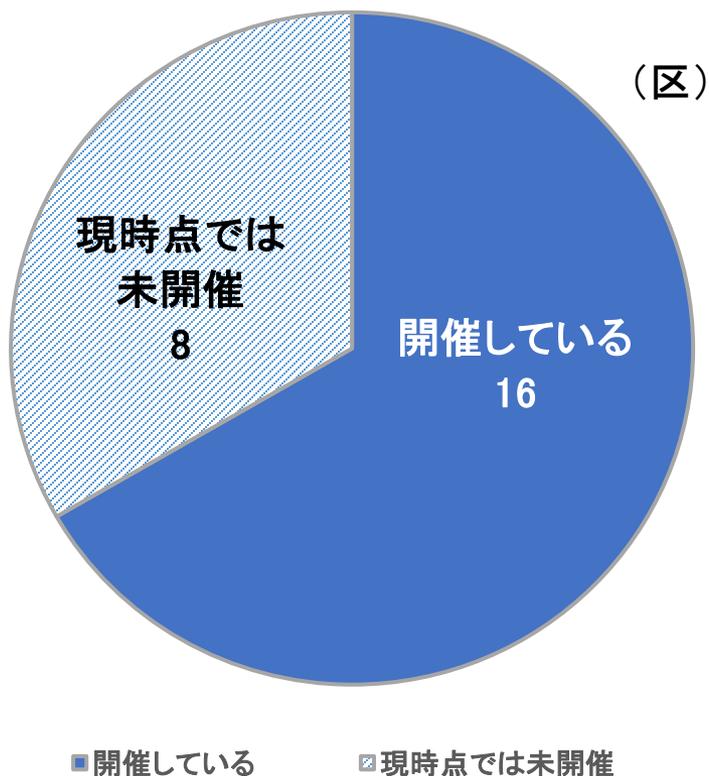
(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

(区) 令和4年度
実施済



(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討 その1

推進会議開催状況



令和4年度上半期開催状況

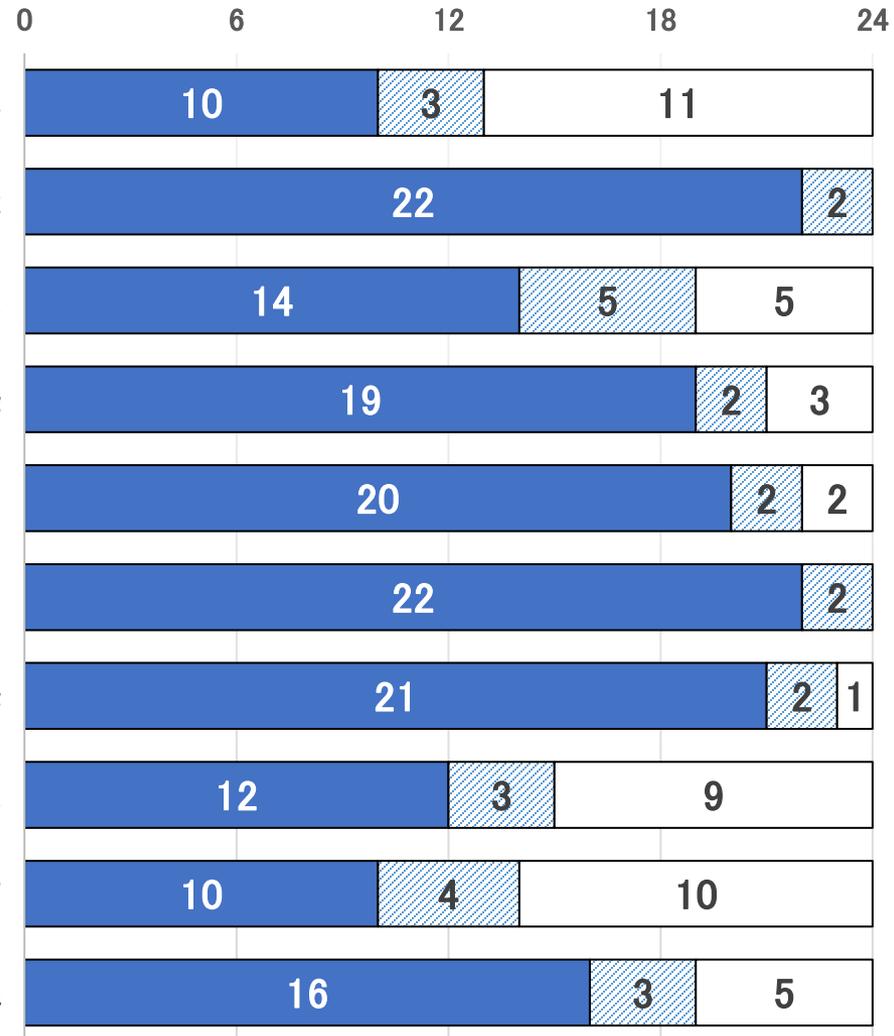
開催している	15区
開催予定	7区
開催予定なし	2区

未開催の区の多くが下半期で開催予定である。

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討 その2

推進会議（ワーキング含む）で検討した内容

(区) 令和4年度
検討済

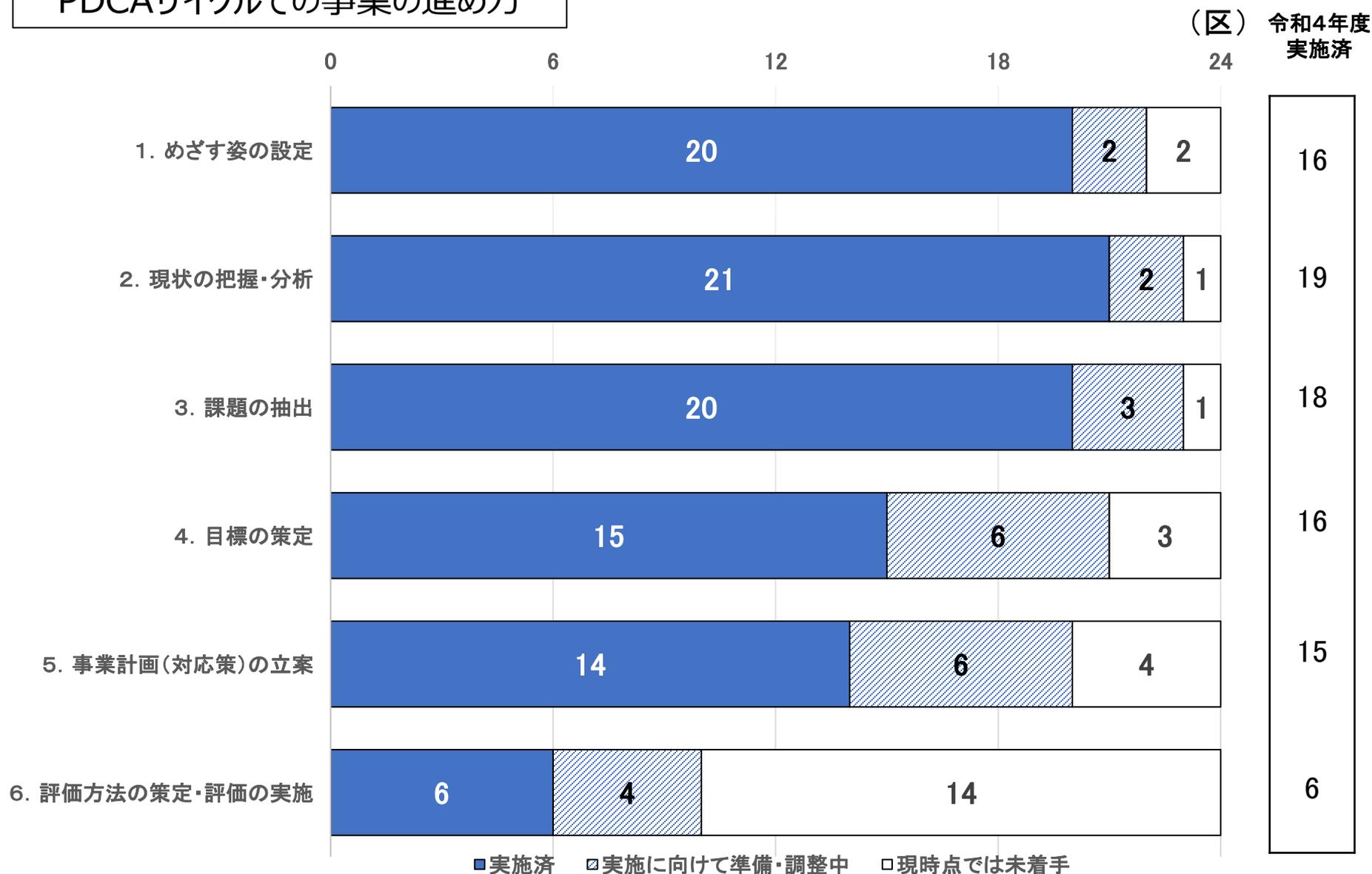


10
22
11
17
22
21
22
9
10
14

■実施済 □実施に向けて準備・調整中 □現時点では未着手

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討 その3

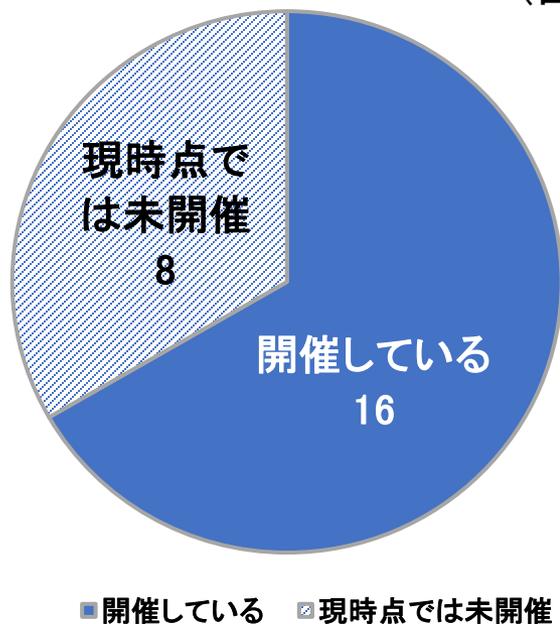
PDCAサイクルでの事業の進め方



(カ) 医療・介護関係者の研修

研修会の実施状況

(区)



- 開催区16区すべてで多職種に向けた研修を実施している
- さらに、医療専門職に向けた介護分野の研修は2区
介護専門職に向けた医療分野の研修は3区
特定の専門職に向けた研修は3区
で実施している

研修テーマ

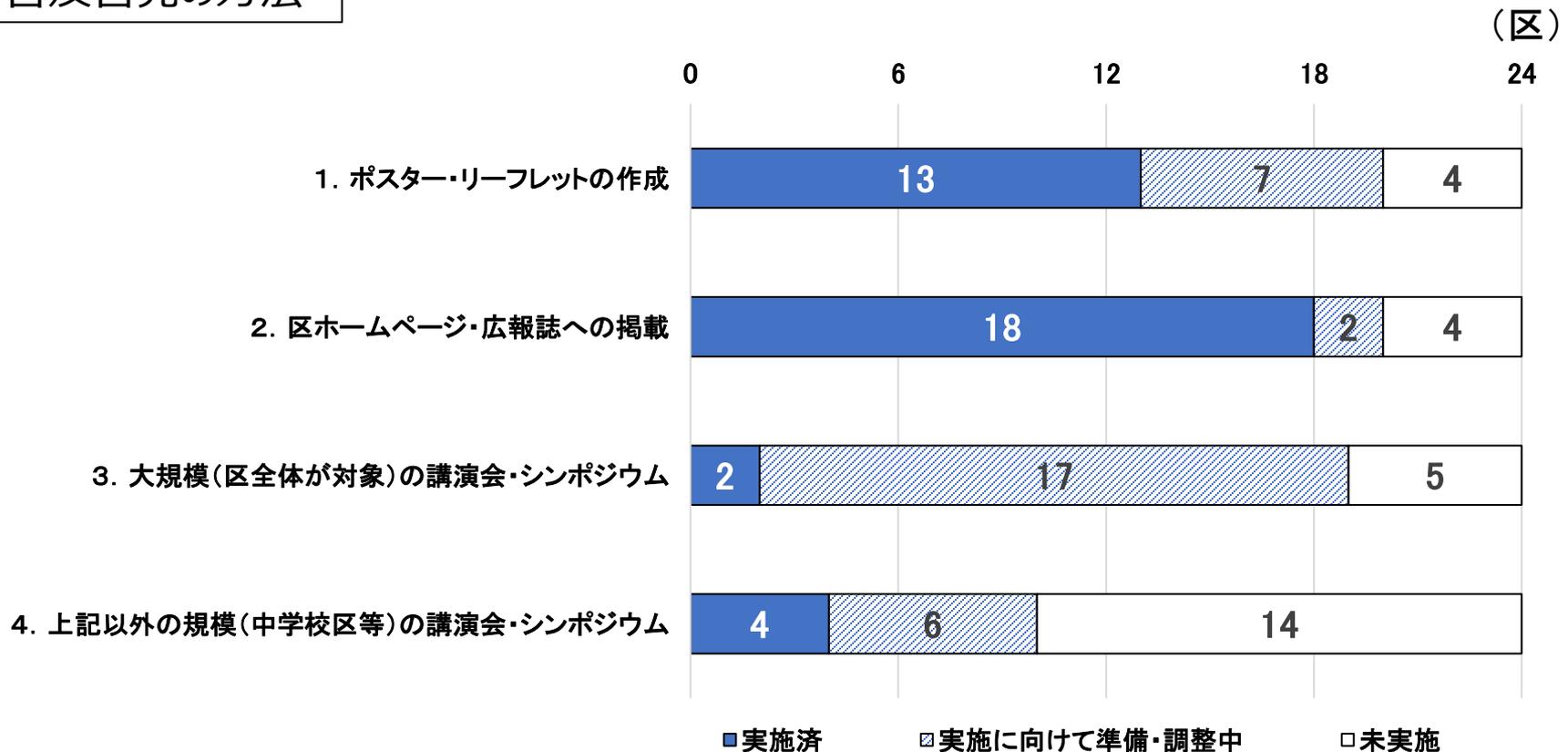
- 人生会議ってなに？
- 多職種でいかに終活を支援するか
- 在宅緩和医療勉強会
- 8050問題を考える 虐待事例についての考察
- 支援拒否のケースへの関わり方について考える
- 災害時の連携について

(キ) 地域住民への普及啓発

普及啓発の実施状況



普及啓発の方法



ホームページ

旭区

[トップページ](#) > [くらし・手続き（窓口を探す）](#) > [健康・医療・福祉](#) > [在宅医療・介護連携](#)の

在宅医療・介護連携の推進

ページ番号：552858 2023年4月1日

住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けるために

旭区では、医療や介護が必要な状態となっても住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、地域の医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を推進するため、在宅医療・介護連携の推進に取り組んでいます。

[在宅医療・介護連携の推進について（大阪市ホームページ）](#)

主な取り組み

区民への普及啓発

在宅医療・介護連携を推進するには、区民自身が医療や介護について理解し、現状を知ってもらうことが重要であるため、リーフレットの作成等の普及啓発に取り組んでいます。

[これまでの取り組み](#)（令和2年度から4年度）

多職種研修

医療・介護関係者が参画する会議等を開催し、地域における課題の抽出や対応策の検討等を行っています。また、地域の医療・介護関係者が「顔の見える関係」を構築するため、グループワーク等の研修を通じて現場レベルでの連携をすすめています。

[これまでの取り組み](#)（令和2年度から4年度）

在宅医療・介護連携に関する相談支援

地域の医療・介護関係者などからの高齢者等にかかる在宅医療・介護の連携に関する相談等を支援するために、[旭区在宅医療・介護連携相談支援室](#)  を設置し、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。

西成区

[トップページ](#) > [暮らしの窓口](#) > [健康・衛生](#) > [在宅医療・介護連携](#) > [西成区在宅医療マッ](#)

西成区在宅医療マップ

ページ番号：596134 2023年4月14日

西成区在宅医療マップの改訂を行いました。

西成区役所と西成区在宅医療・介護連携推進会議では、在宅医療に関する医療機関等の情報の共有化を図るため、関係機関をはじめ区民のみなさんに、在宅医療に関する確かな情報を提供とすることを目的とした「西成区在宅医療マップ」を平成29年3月に作成しておりましたが、5年が経過し情報内容が変化しているため令和5年3月に改訂を行いました。

承諾のあった区内の診療所、病院、歯科医療機関、薬局、訪問看護事業所の情報内容等になります。

ぜひ、ご活用ください。

西成区在宅医療マップ

 [西成区在宅医療マップ（表面）（PDF形式、2.06MB）](#)

 [西成区在宅医療マップ（裏面）（PDF形式、2.93MB）](#)

 [CC（クリエイティブコモンズ）ライセンス](#)  における [CC-BY4.0](#)  で提供いたします。

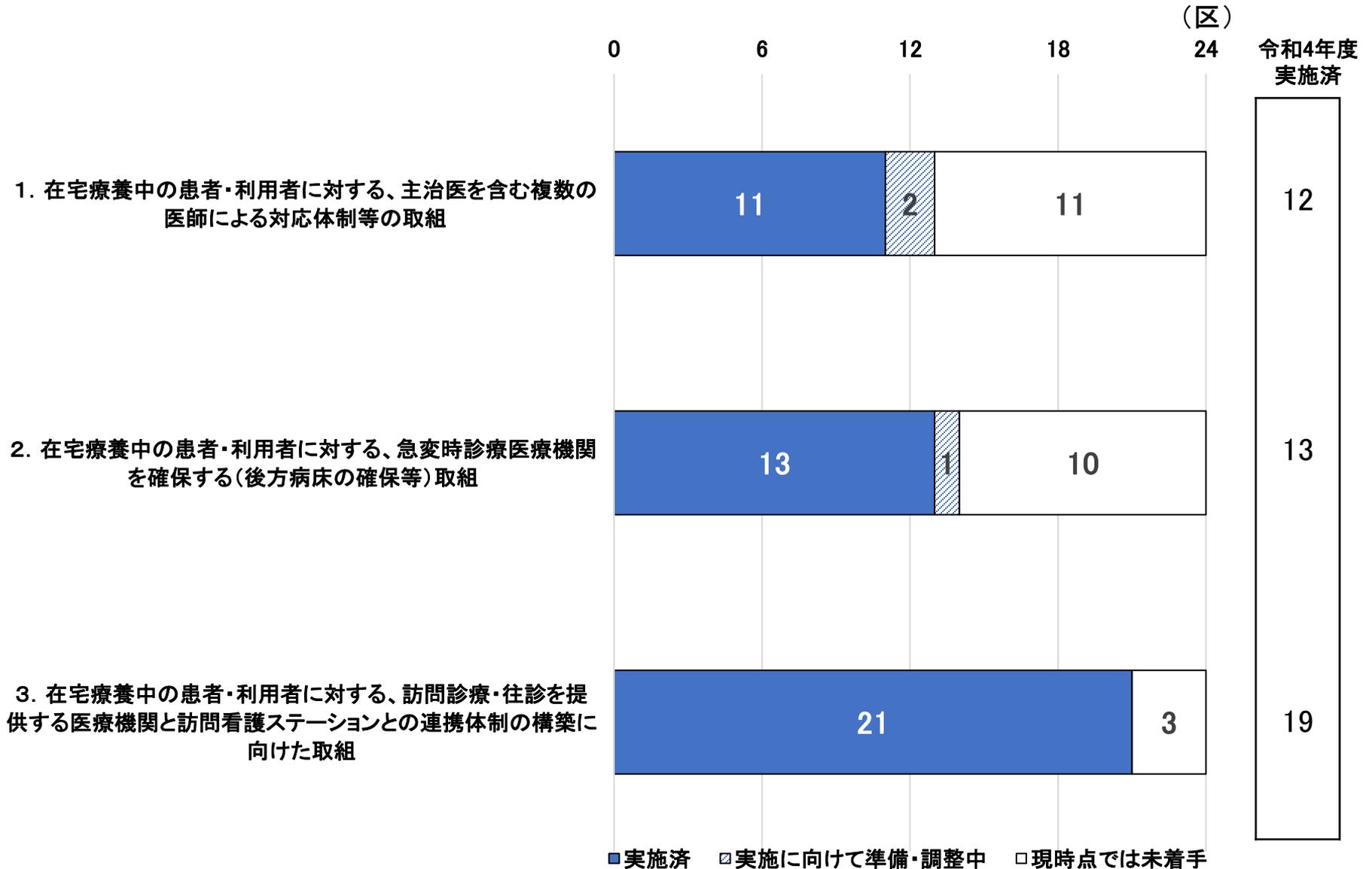
[オープンデータを探す](#)
[大阪市オープンデータポータルサイト](#) >

 [Adobe Acrobat Reader DCのダウンロード（無償）](#) 

PDFファイルを開覧できない場合には、Adobe社のサイトからAdobe Acrobat Reader DCをダウンロード（無償）してください。

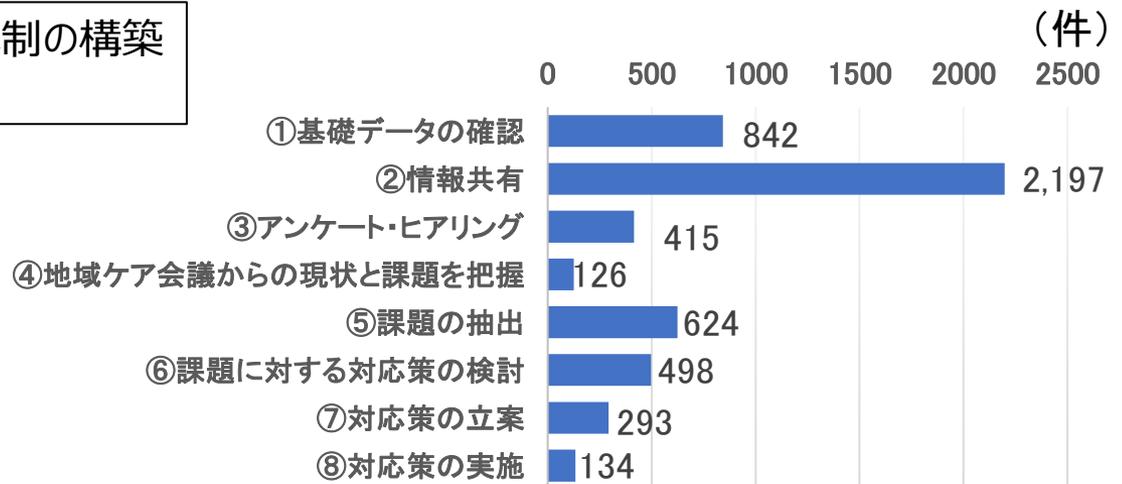
Ⅱ．相談支援室の取組

(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進 対応策の実施

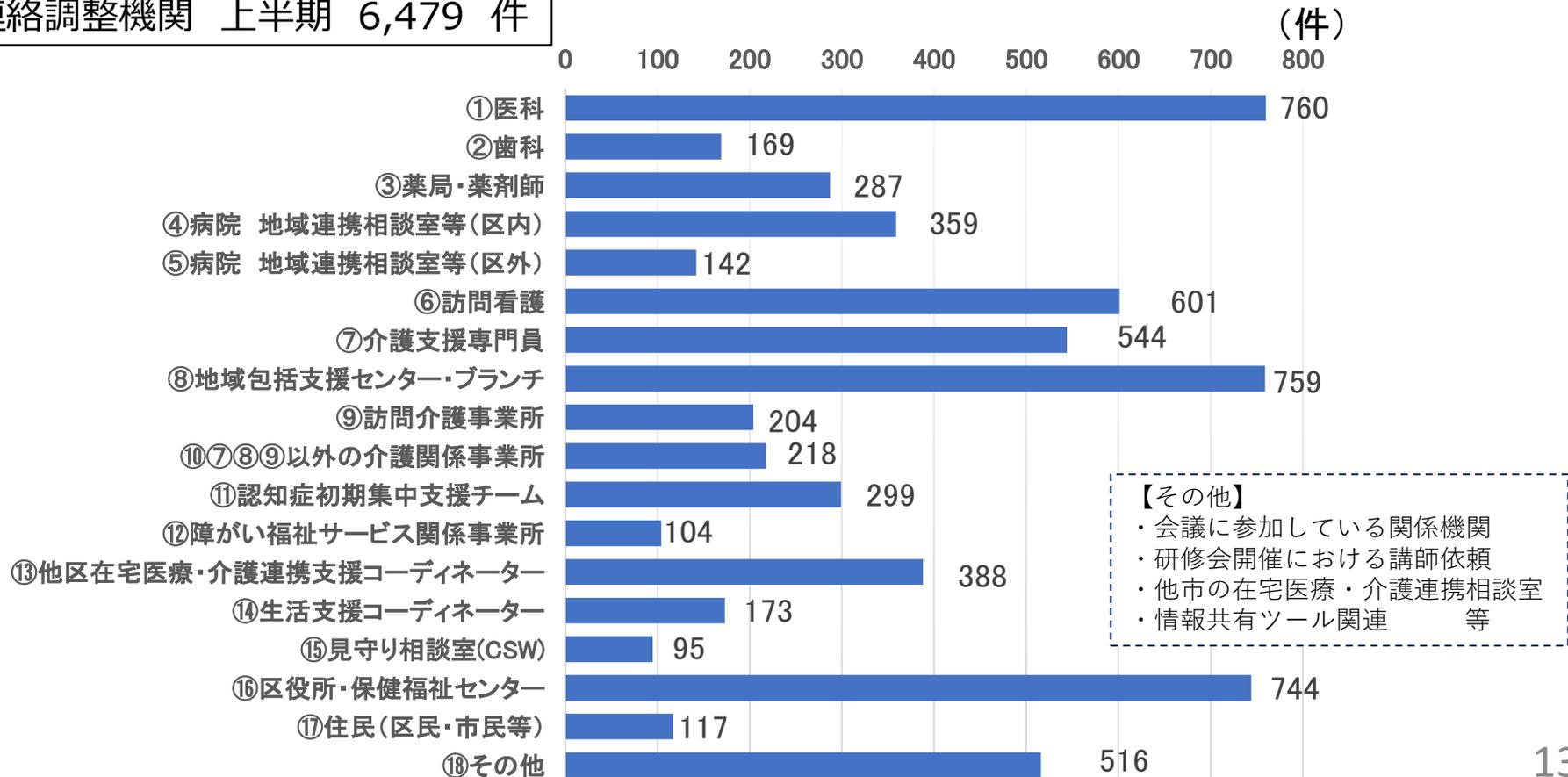


切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築

上半期 5,111 件



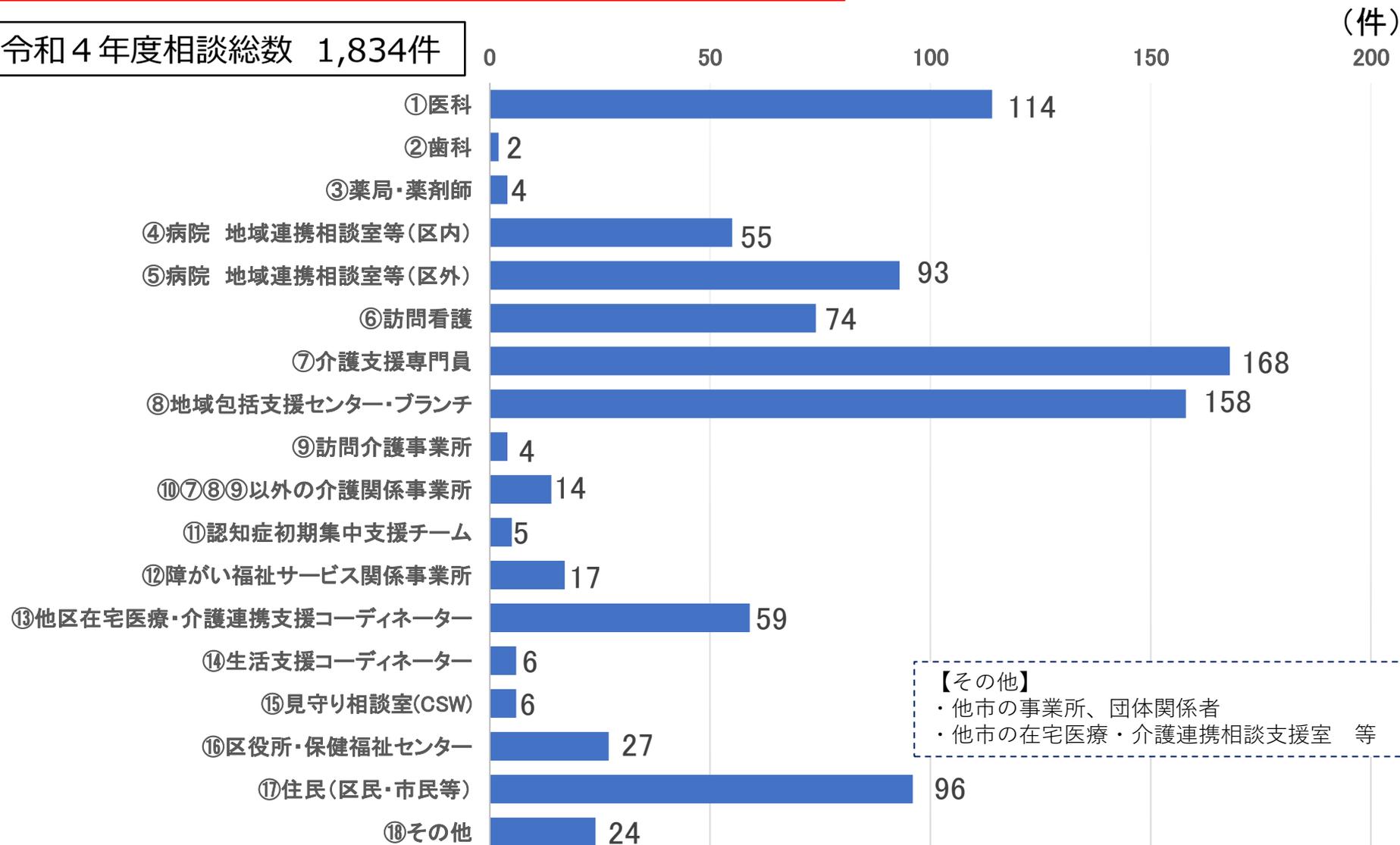
連絡調整機関 上半期 6,479 件



(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

個別相談ケース（相談者別内訳） 上半期 926 件

令和4年度相談総数 1,834件



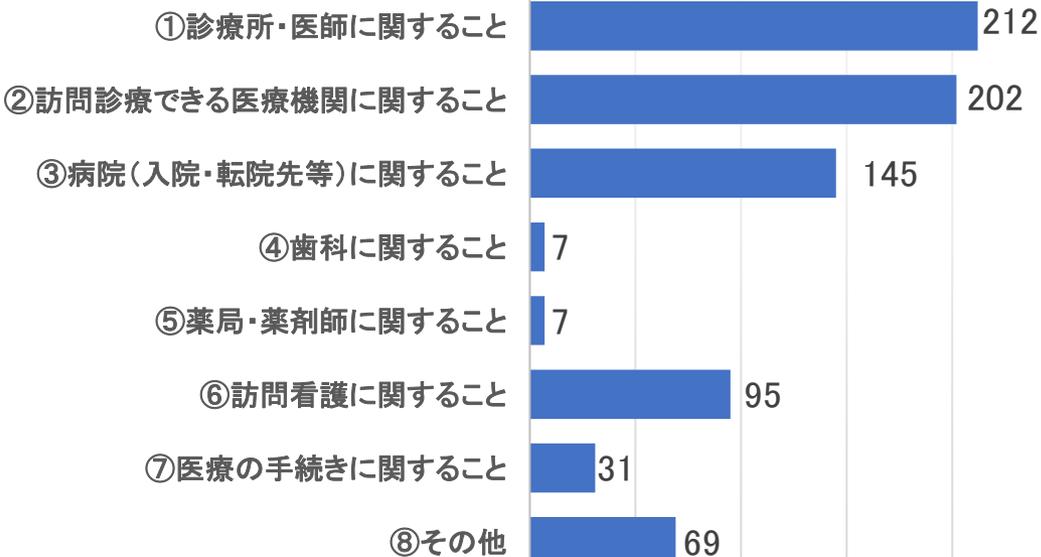
個別相談ケース（相談内容別内訳：複数回答） 上半期 1,119 件



【医療に関すること(内訳)】

(件)

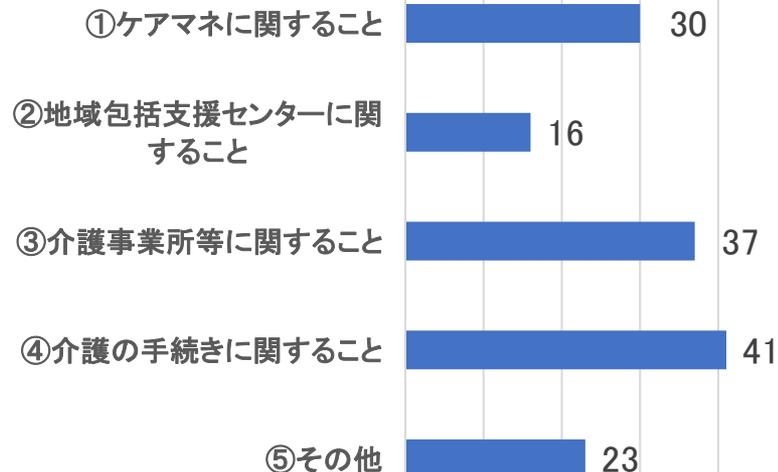
0 50 100 150 200 250



【介護に関すること(内訳)】

(件)

0 10 20 30 40 50



個別ケース相談の具体例

【入退院支援の場面】

相談者	基礎情報	相談内容	相談支援室の対応	その後の経過
① 総合相談窓口 (ブランチ)	70歳代 女性 独居 要介護認定なし ADL 自立	・近隣住民から、日頃見守っている方がゴミを出していない、見に来てほしいと連絡があった。 医師が必要になるかもしれないから同行してほしいと相談あり。	・ブランチと同行訪問。施錠されており親族と警察に連絡し、警察と共に自宅に入った。声掛けに反応するが、足が痛いから動けないと訴える。本人は椅子に座っており、下肢に著明な浮腫があり、感染も認めた。 ・本人が入院を拒否したため、翌日訪問診療、訪問看護の介入を開始、介護保険の申請をすすめた。地域との連携、調整、医療保険の確認、経済状況の把握等についてはブランチに依頼し、包括とも情報共有した。 ・ケアマネジャーが介入し、ブランチと協力し、自宅環境を整備した。 ・7日後、本人より入院の希望と自宅に帰りたくないとの発言がありA病院に入院した。	・A病院の地域連携室、ケアマネジャー、ブランチをつなぎ、本人の状況、思いを共有した。 ・入院後の経過は、A病院から情報提供あり、関係者とも共有した。
② 病院MSW	80歳代 配偶者あり 要支援1 認知機能は経度低下 ADL 自立 IADL 自立	・糖尿病患者。 ・インスリン自己注射の導入で入院していたが近々退院予定となった。時々単位がわからなくなったり、促さないと行動できないところがある。 ・本人の介護度が低く、毎日の支援が受けられない上に家族による支援も難しいため相談あり。	・退院後、家族の支援が難しいことからデイサービスの利用を検討し、医療依存度の高いケースを受入れているデイサービスの管理者に相談した。	・デイサービスの管理者より、週2回は介護保険、それ以外は自費で対応すると提案をいただく。 ・病院MSWに情報提供し、家族と検討することになる。

個別ケース相談の具体例

【日常の療養支援の場面（急変時対応を含む）】

相談者	基礎情報	相談内容	相談支援室の対応	その後の経過
③ 社会福祉協議会	50歳代 男性 独居 要介護認定なし ADL 自立	<ul style="list-style-type: none"> 慢性腎不全であるが本人が透析治療導入を拒否している。 遠方旅行の際に体調不良となりB病院に入院。本人の帰阪の意思が強く、B病院担当医と本人の協議の結果、帰阪日が決定、民間救急や飛行機の手配される。B病院地域連携室で受け入れ医療機関を探すのが7つの病院に断られる。本人は積極的治療に拒否している状態。 B病院から社会福祉協議会へ相談があり、さらにコーディネーターへ連絡があった。 	<ul style="list-style-type: none"> 状況把握 B病院より患者情報を受け取る。 転院先調整 相談室からも医療機関を7件探しても調整不可。在宅医の調整に切り替え、在宅支援診療所へ診療情報提供書を渡す。 往診日を調整し、往診前に事前に自宅訪問し、本人の病状を確認した。 	<ul style="list-style-type: none"> 往診時に在宅酸素療法や訪問看護の導入を説明するも本人が拒否。その後、呼吸苦増強し救急搬送にて近隣区の医療機関に緊急入院。 入院中の態度不良で転院調整となる。区内では受け入れ不可のため区外の在宅療養支援診療所などの情報を病院地域連携室へ提供した。
④ 訪問看護事業所・居宅介護支援事業所	70歳代 男性 姉と二人暮らし 要介護 5	<ul style="list-style-type: none"> 脳梗塞後遺症で寝たきり、意思疎通困難。姉が長年介護サービスを利用しながら自宅で介護してきた。 経口摂取困難となり 姉の希望により胃瘻造設のため入院。経管栄養や吸引手技を姉が習得することが困難であったものの、在宅療養を強く希望し退院。 本人の担当ケアマネジャーより、姉の認知機能が低下してきており、今後さらに判断力や身体機能が低下した場合に不安があるとのことで相談があった。 	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネジャー、訪問看護、介護サービス担当者と情報を共有し、助言しながら支援を開始した。 姉との生活の安定を目的として後見制度の利用、特にキーパーソンである姉の意思決定支援のため成年後見制度（任意後見）の利用を勧めた。 	<ul style="list-style-type: none"> 本人の病状悪化があり介護と合わせ医療的なケアが必要となるため、今の生活だけでなく今後の心身の変化などの予測をし、具体的な助言や支援内容の検討を重ねた。 利用者と家族（介護者）が自分の置かれた現状を理解し将来に備え、できる限り安定して希望する生活を送れるように支援を継続できた。

個別ケース相談の具体例

【日常の療養支援の場面（急変時対応を含む）】

相談者	基礎情報	相談内容	相談支援室の対応	その後の経過
⑤ 薬剤師	80歳代 女性 独居 要介護2 ADL A1 認知症 IIa	<ul style="list-style-type: none"> ・近隣に妹がいる。脳出血後、糖尿病あり。 ・薬剤師より相談支援室に、患者の足が動きにくくなっていて、訪問診療が必要と思う。認知症も気になるので一度話を聞いてほしいと相談あり。 	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤師から本人へ連絡してもらい訪問の許可を得る。介護保険の有無、介護度、担当ケアマネジャー等について情報収集し、面談日を調整。 ・自宅訪問当初は不信感が強かったが徐々に会話できるようになった。妹が毎日来てくれるが配薬の負担などを考え施設に入ってもいいかなと思っていると発言あり。 ・薬の管理や1包化は薬局でできること、希望すれば訪問診療もできることを本人に説明し、ケアマネジャー、薬剤師に連絡し上記内容を引き継いだ。 	<ul style="list-style-type: none"> ・今後、薬の一包化や訪問診療についてケアマネジャーに提案し、妹の介護負担についても介入してもらう予定。

【看取りの場面】

相談者	基礎情報	相談内容	相談支援室の対応	その後の経過
⑥ 地域包括支援センター	70歳代 男性 独居 要介護認定なし ADL B1 認知症 I	<ul style="list-style-type: none"> ・子供とは現在音信不通。 ・すい臓がんと診断されるも、手術を希望せず、その後未受診で経過している。 ・生活保護の担当者が訪問した際、四肢に著明な浮腫があり、地域包括支援センターに相談があり、さらにコーディネーターへ連絡があった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の意向を確認するため、包括、生活保護の担当者と共に自宅を訪問した。 ・四肢、陰嚢に浮腫があり排尿困難を認めた。本人は泌尿器科の受診を希望していたが 歩行困難があるためまずはCクリニックの訪問診療を受けることとなった。 ・Cクリニックの訪問診療により「がん末期」と診断され、ケアマネジャーが介入し、ベッド、訪問看護が導入された。 	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護を導入後、一度生活保護の担当者に救急車を呼んでほしいと連絡があったが訪問看護で対応した。 ・呼吸困難が出現したため在宅酸素療法が開始になった。Cクリニック医師から病院への入院を勧められたが在宅で過ごすことを希望された。その後、自宅で亡くなられたと連絡があった。

会議・研修会等への参加

		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 上半期
会議出席回数		2,120	579	1,896	2,213	1,120
内 訳	市・区の会議、研修会	727	186	615	778	400
	関係機関との会議、研修会	1,393	393	1,162	1,435	712
	(再掲) 地域ケア会議	144	42	130	143	42