資料１

令和６年度　上半期

区役所・相談支援室の取組について

大阪市在宅医療・介護連携推進事業　～取組体制～

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
- カ　医療・介護関係者の研修
- キ　地域住民への普及啓発

在宅医療・介護連携相談支援室
を中心に事業実施
（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

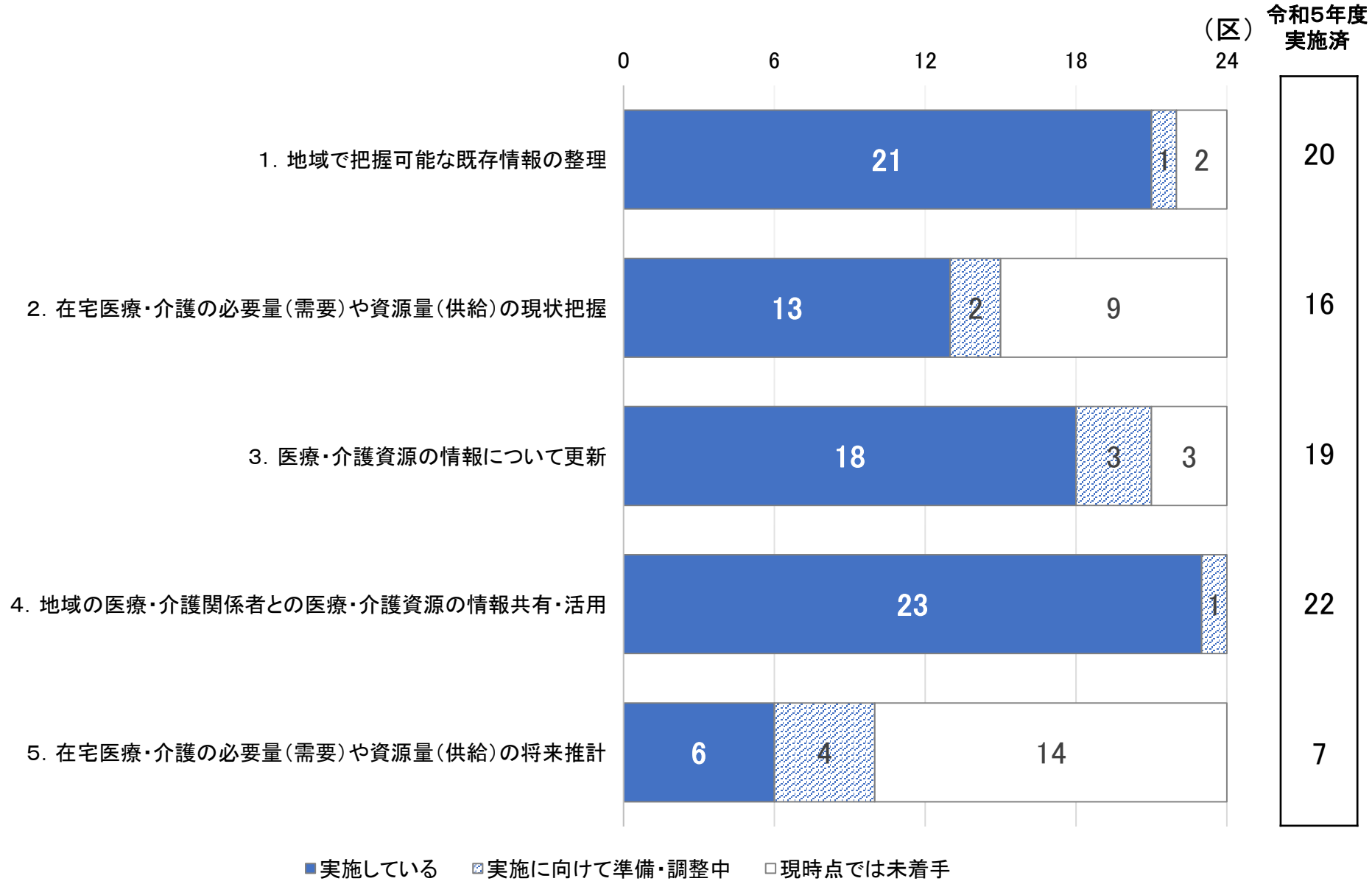
P 計画　D 実行　C 評価　A 改善　を繰り返しながら

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

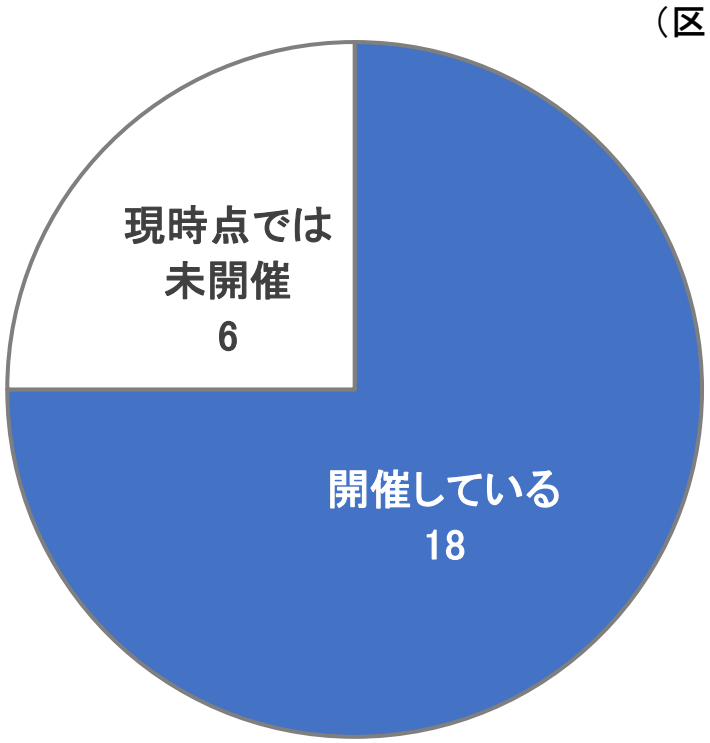
Ⅰ．区役所の取組

（ア）地域の医療・介護の資源の把握



（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

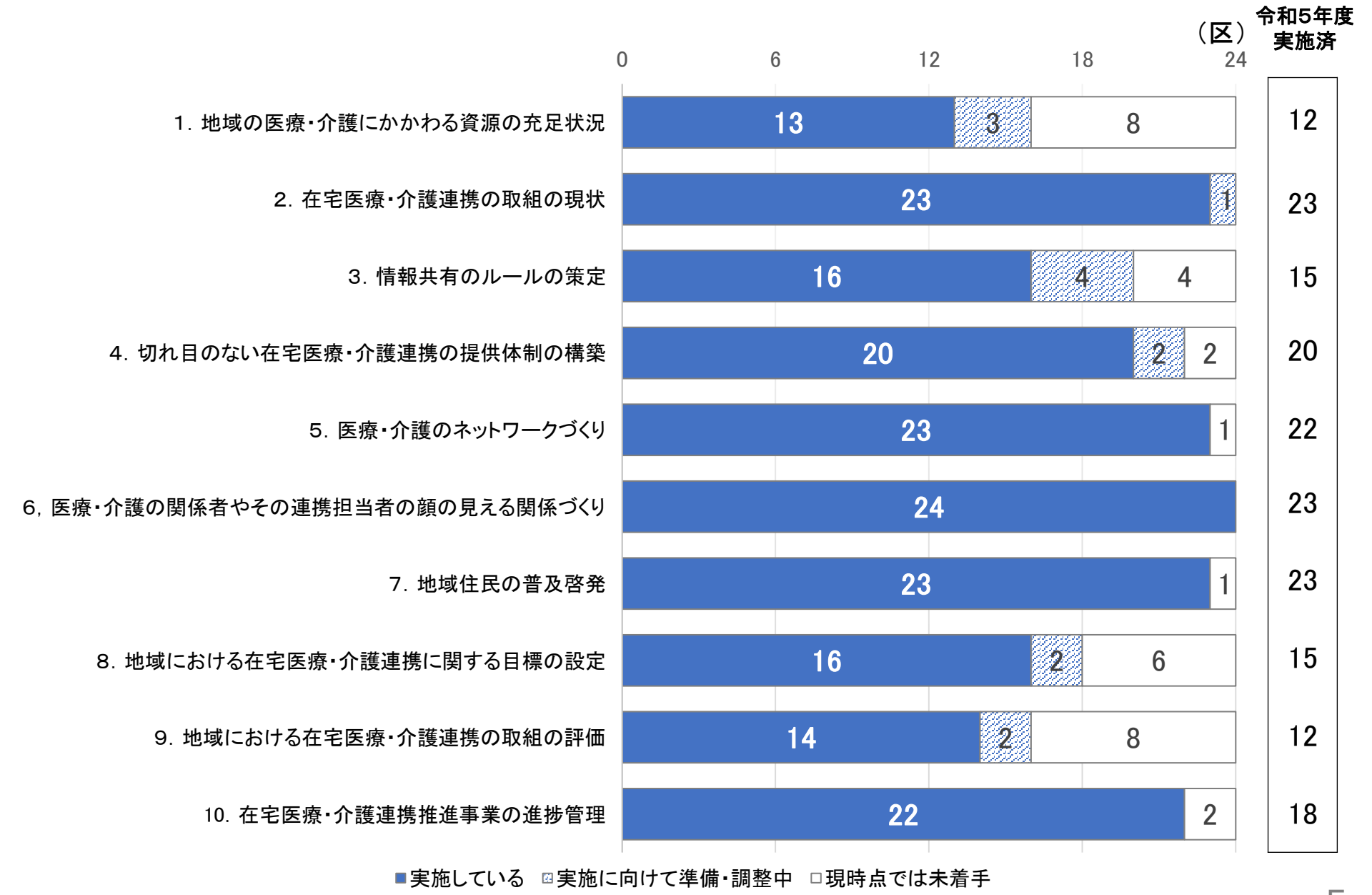
（１）推進会議開催状況



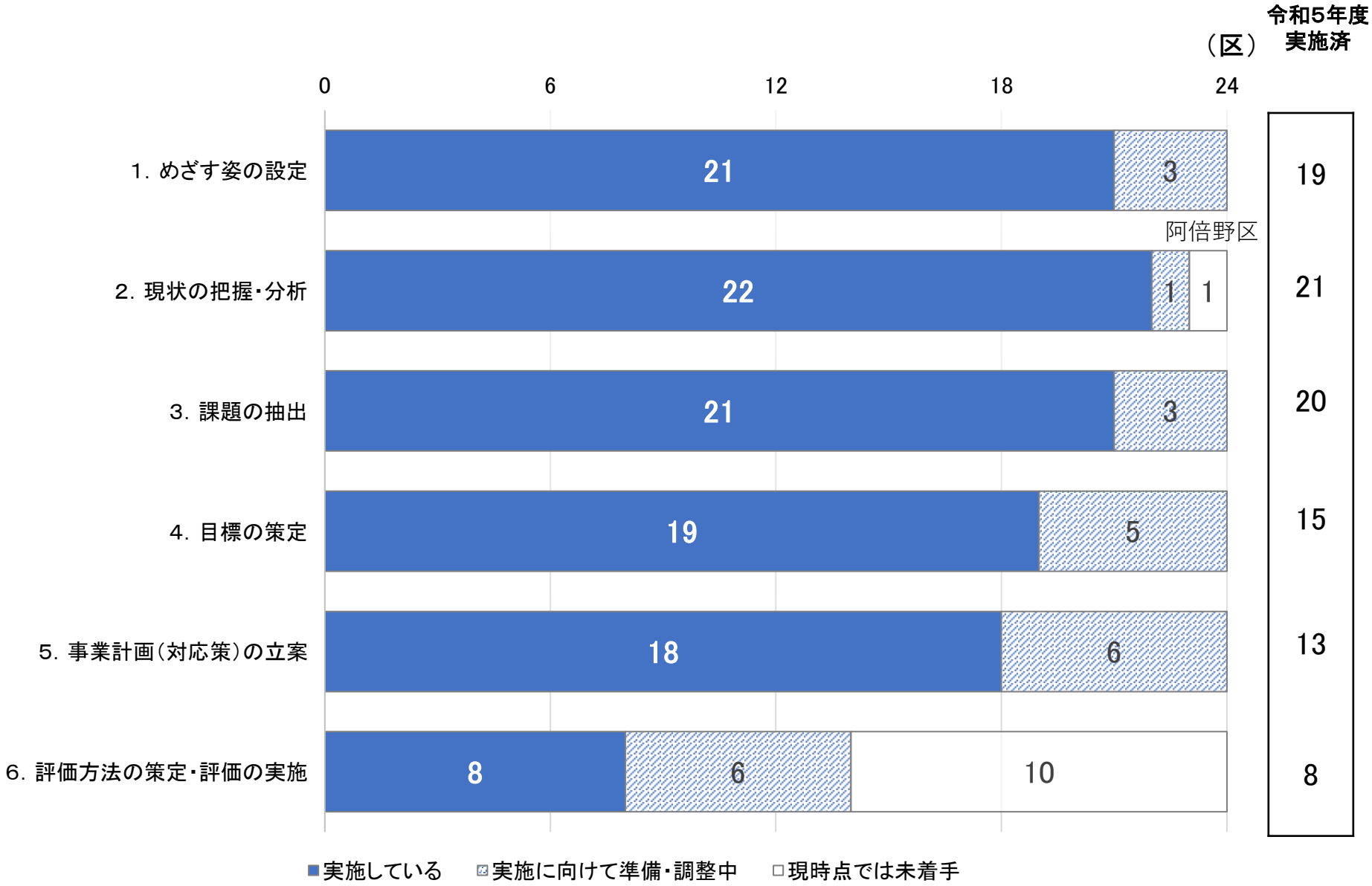
令和5年度上半期開催状況	
開催している	16区
開催予定	8区
開催予定なし	0区

未開催の区は下半期で開催予定

（２）推進会議（ワーキング含む）で検討した内容

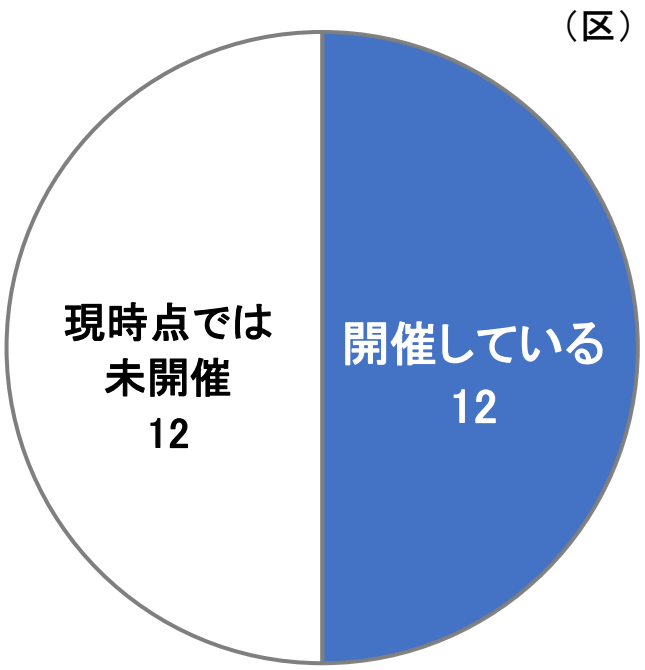


（３）PDCAサイクルでの事業の進め方



（カ）医療・介護関係者の研修

（１）多職種研修会の実施状況

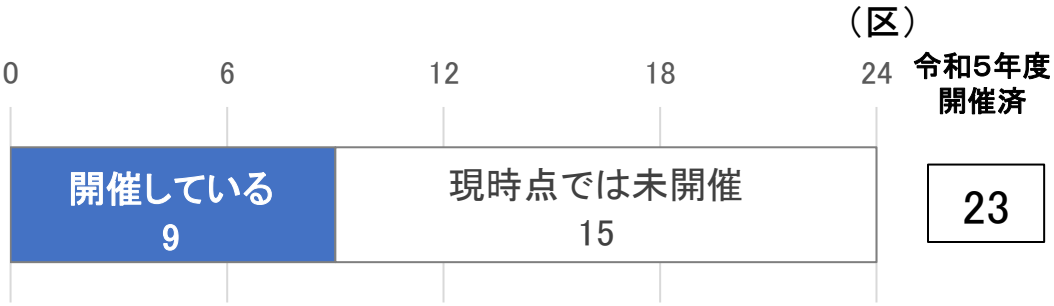


研修テーマ

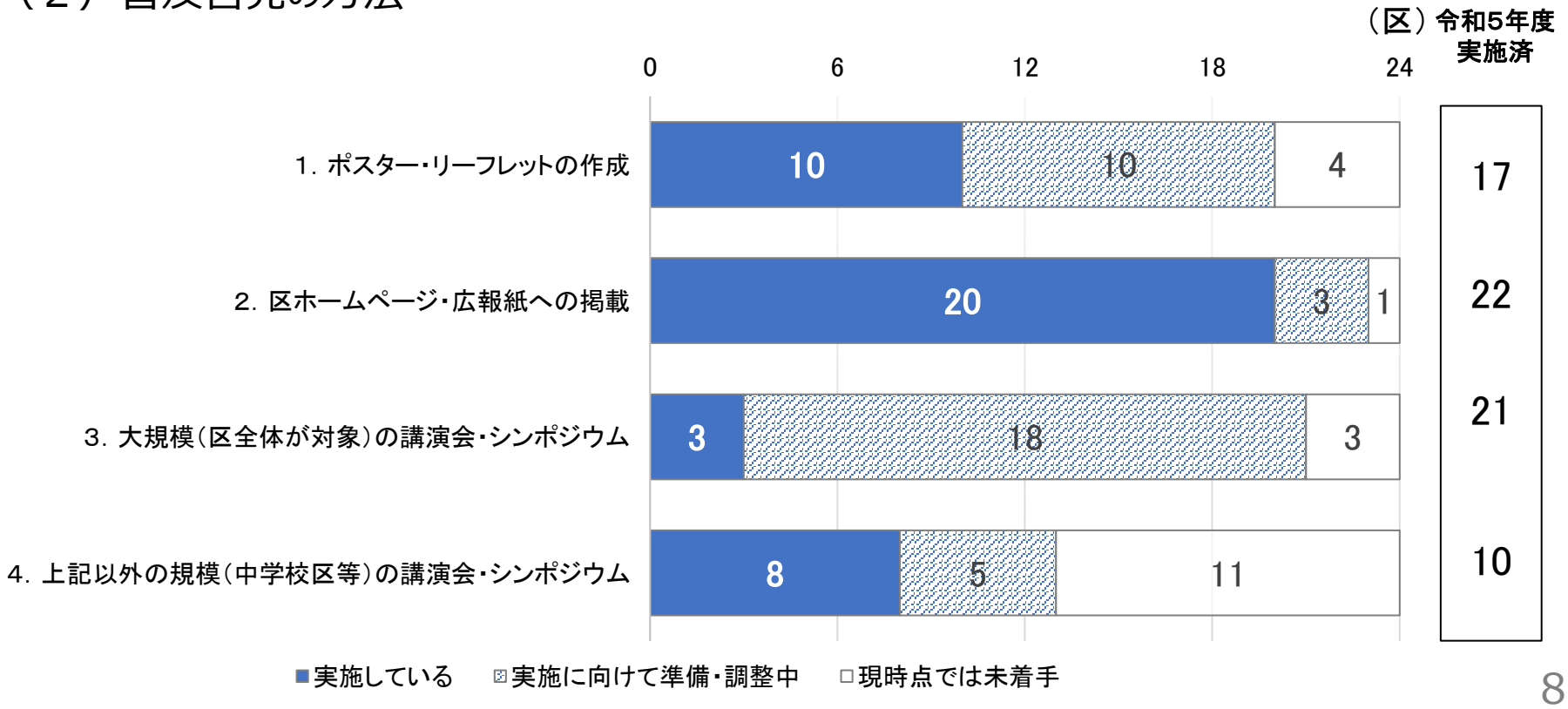
- 在宅歯科講習会
- 救急医療における医療・介護連携
- 高齢者、アルコール依存症問題
- 認知症になっても大丈夫
- 本人の意思を尊重した多機能的支援
- もしばなゲーム研究会

（キ）地域住民への普及啓発

（１）普及啓発の実施状況



（２）普及啓発の方法



（キ）地域住民への普及啓発　対応策の実施

ホームページ

講演会・リーフレット等

旭区

東住吉区

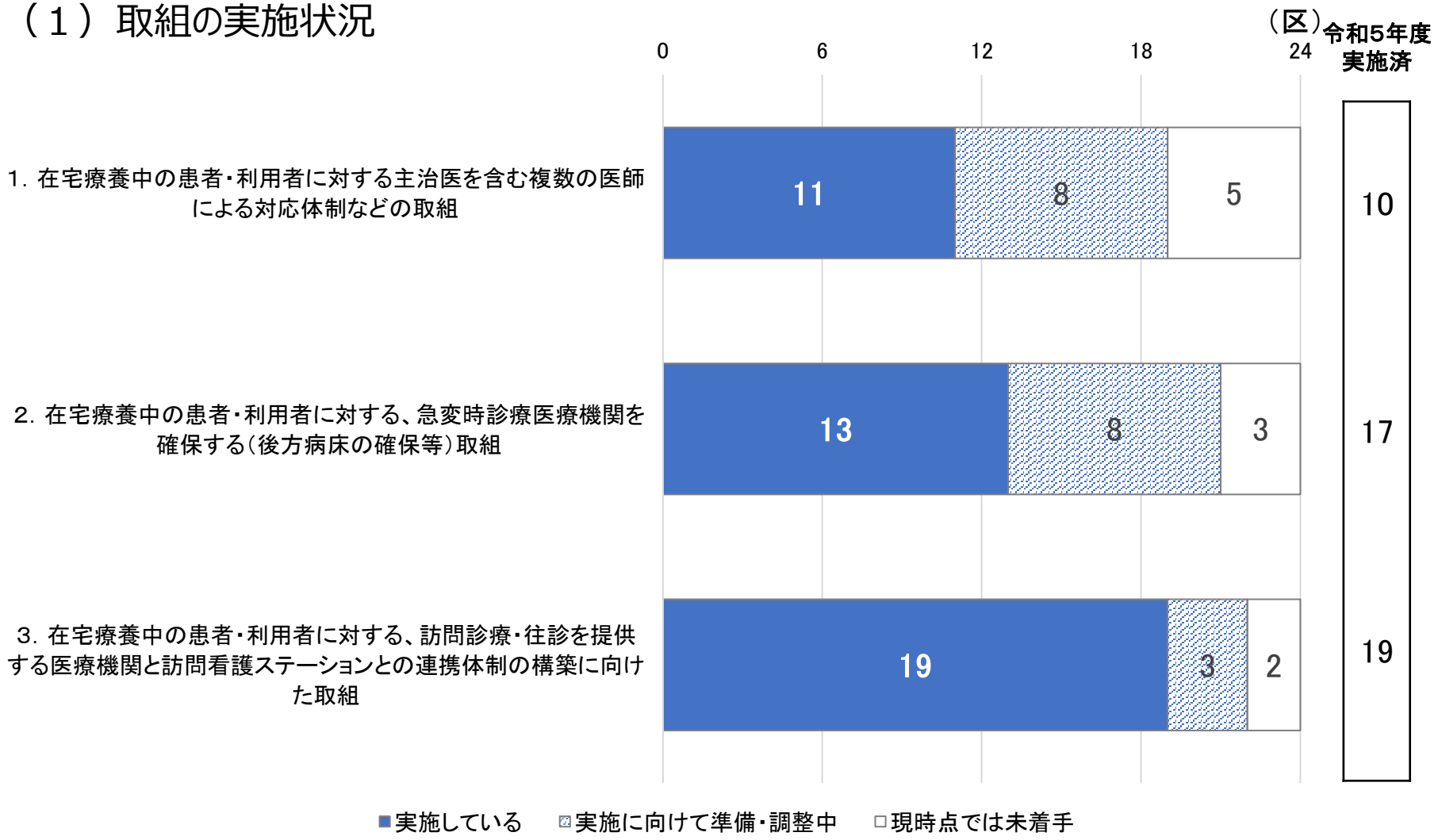
西成区

中央区

Ⅱ．相談支援室の取組

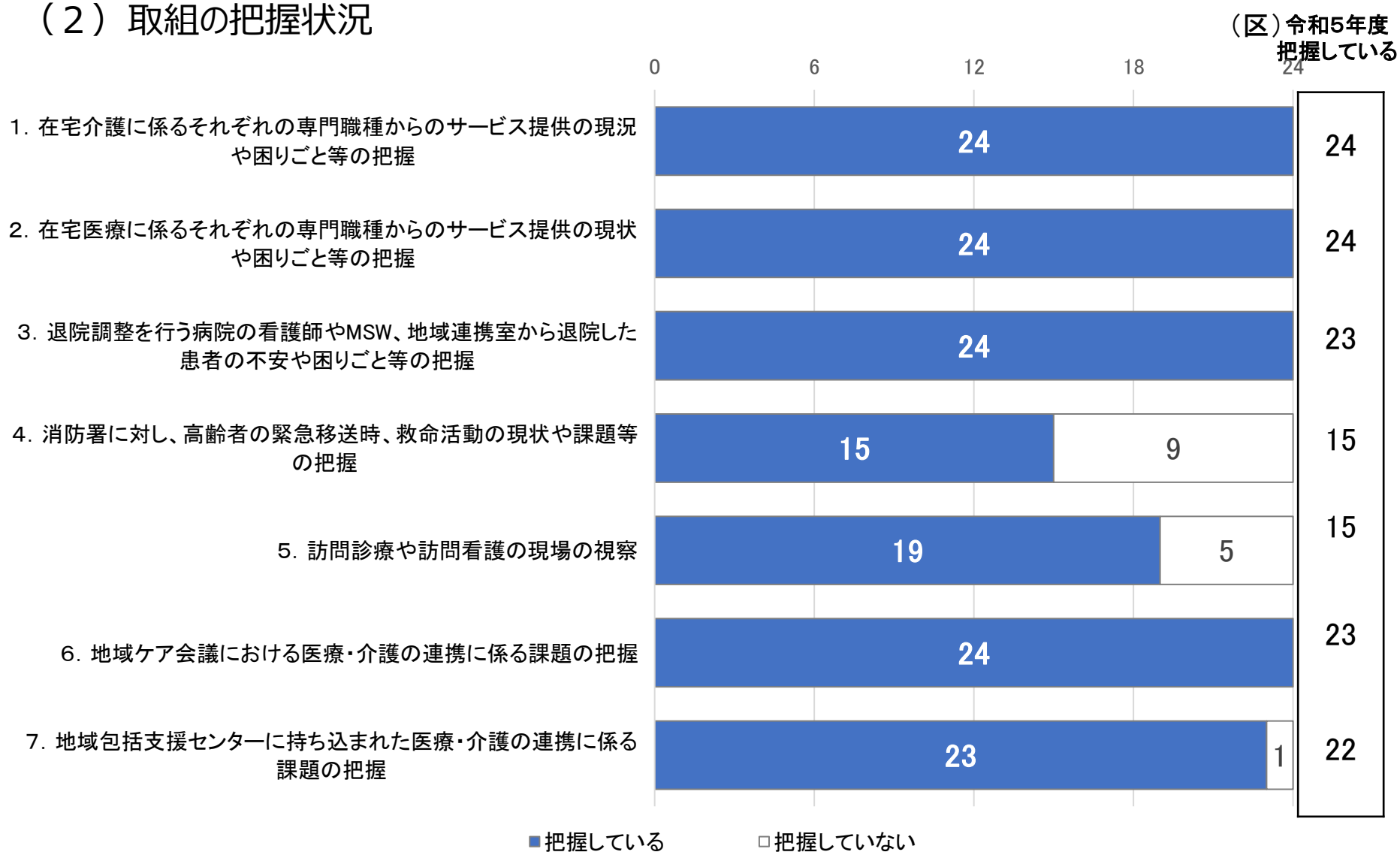
（ウ）切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

（１）取組の実施状況



（ウ）切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

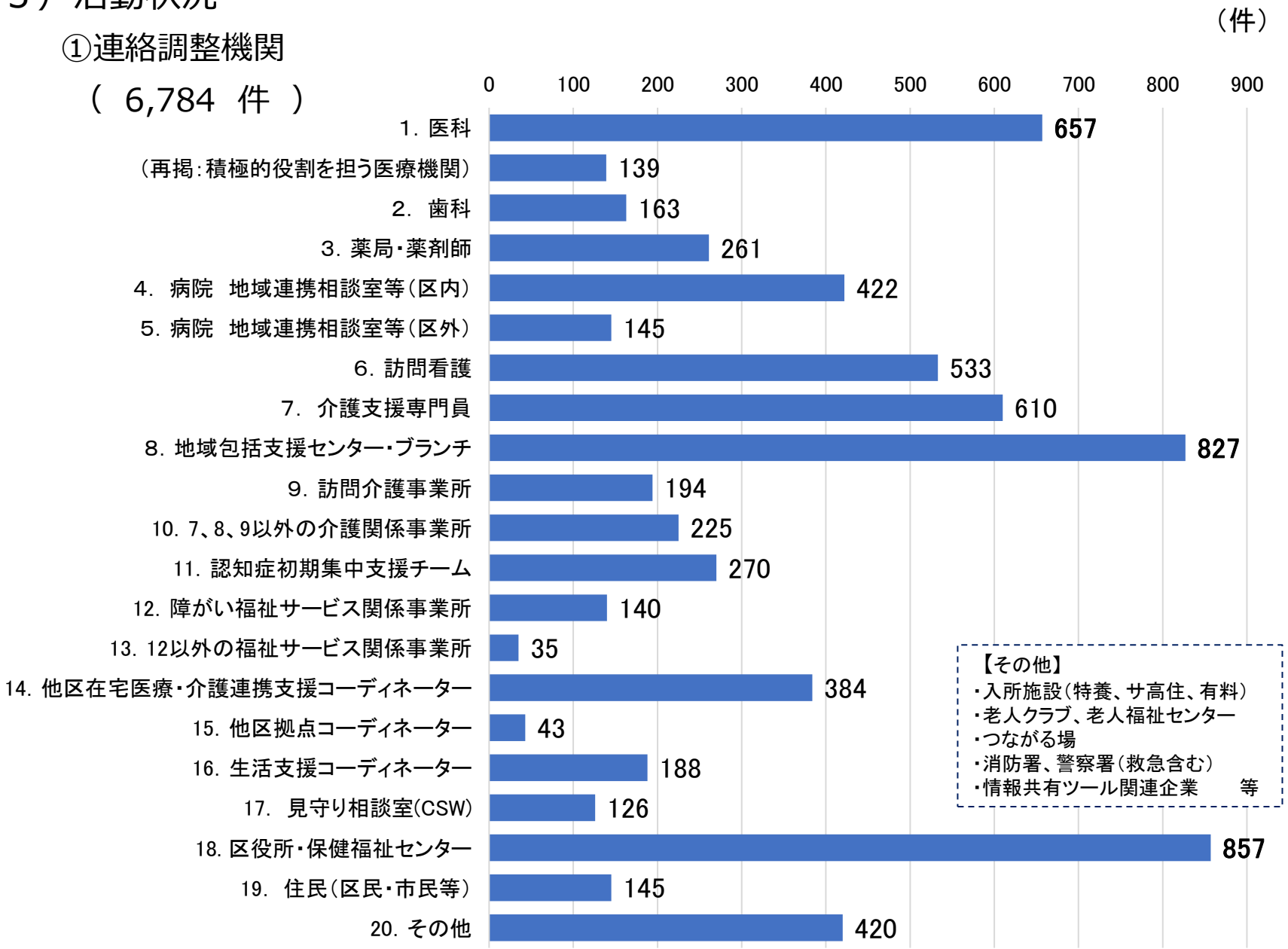
（２）取組の把握状況



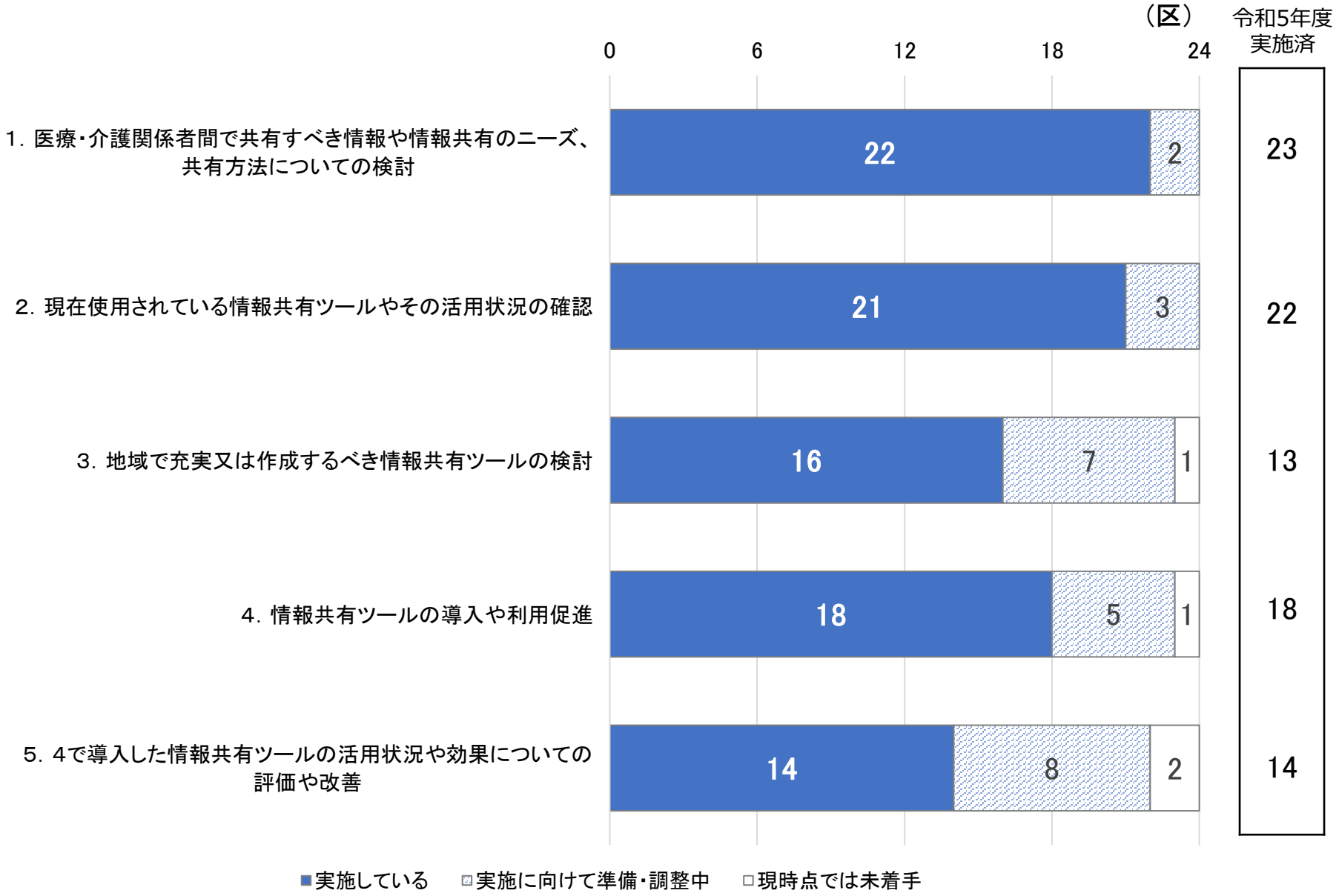
（３）活動状況

①連絡調整機関

（ 6,784 件 ）



（エ）　医療・介護関係者の情報共有の支援

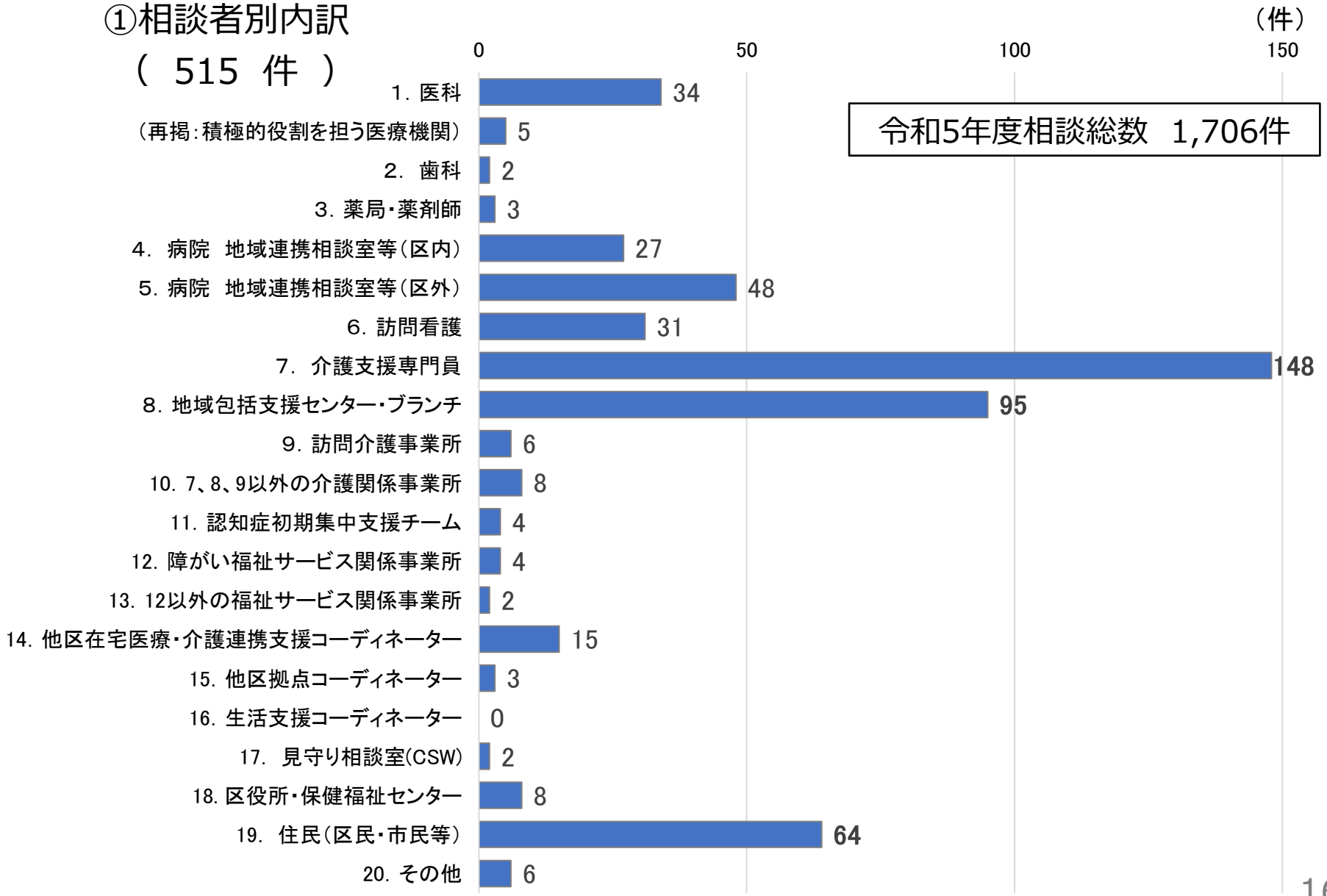


（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

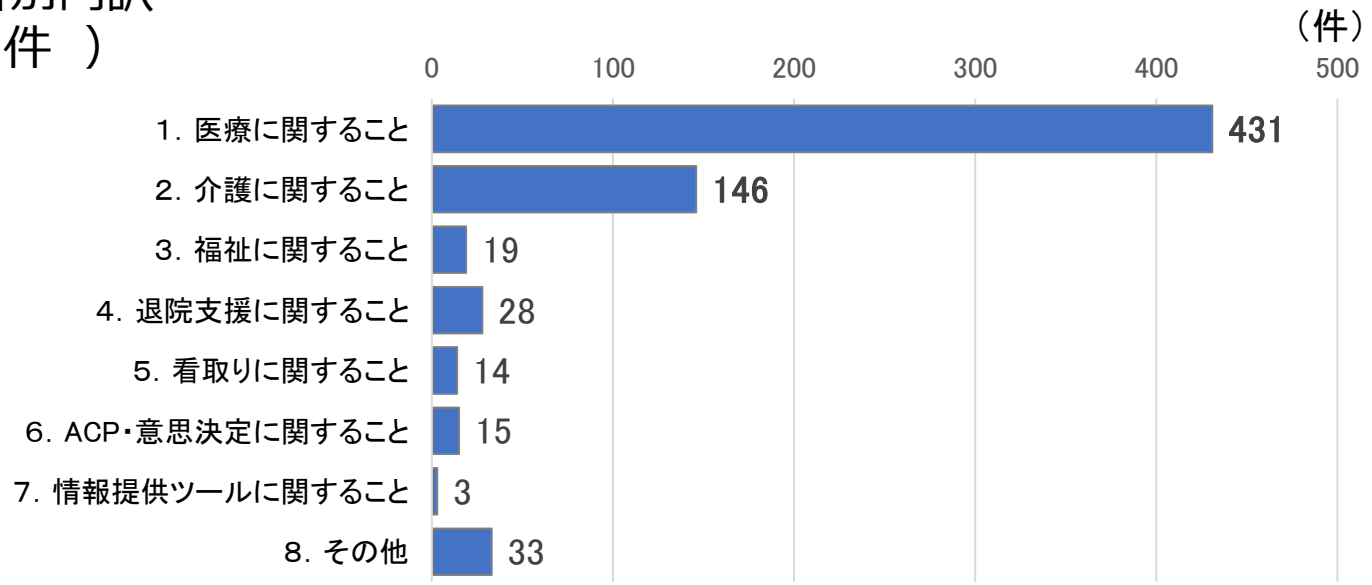
（１）個別相談ケース

①相談者別内訳

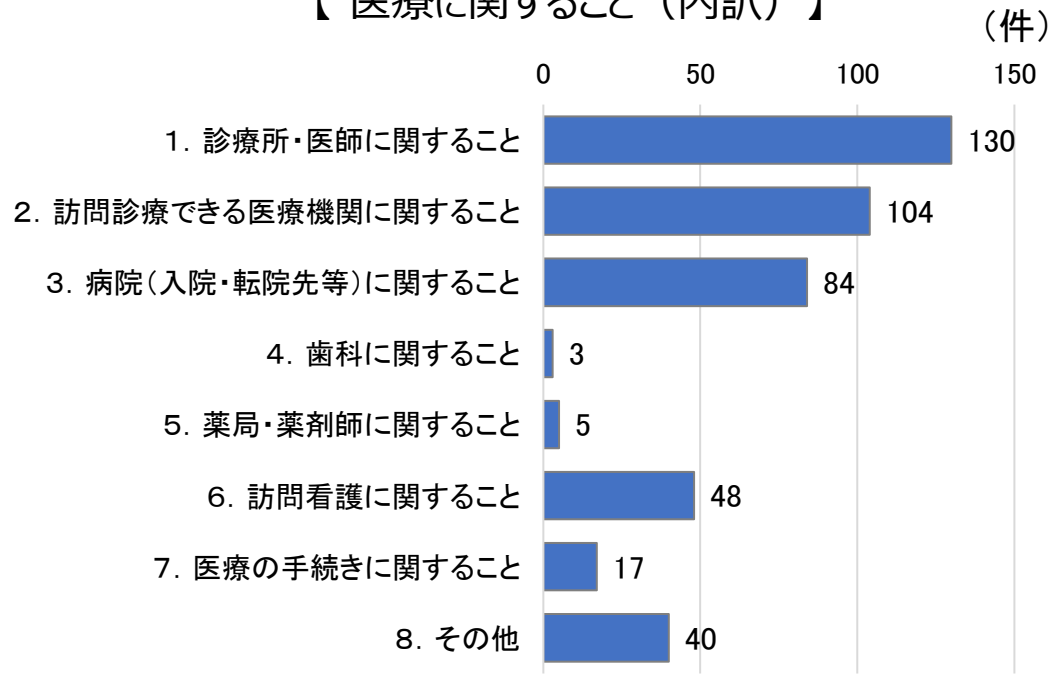
（ 515 件 ）



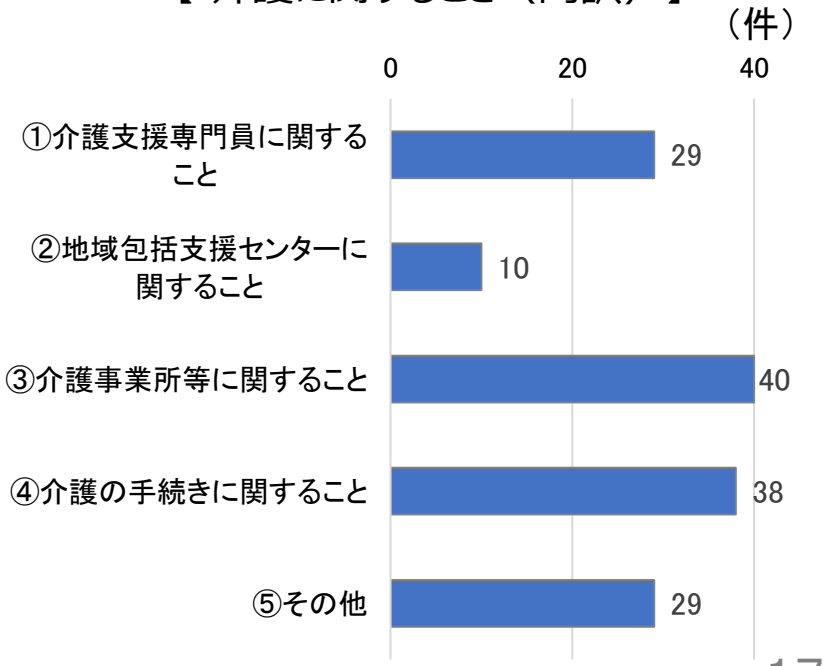
②相談内容別内訳
（ 689 件 ）



【 医療に関すること（内訳）】



【 介護に関すること（内訳）】



③具体例

【日常の療養支援の場面（急変時対応を含む）】

相談者	基本情報	相談内容	相談支援室の対応	その後の経過
A歯科医院	他市在住 70歳代　男性 妻と同居 介護認定なし ADL不明	・市外在住であるが区内のA歯科医院において義歯調整のため通院中。最近は来院までに道に迷う、義歯の着脱に時間がかかる、義歯装着できていない様子など認知症の兆候がみられる。 ・対応や介入について、相談支援室に相談あり。	・区内見守り相談室に居住地への情報共有と情報提供を依頼するが、居住地には情報がなかった。 ・相談支援室より居住地の市役所を通じ、居住地の地域包括支援センターへ情報共有する。	・居住地の地域包括支援センターより民生委員へ働きかけ、本人の情報を収集することになる。 ・引き続き相談支援室と居住地の地域包括支援センターにおいて連携していく予定。
ケアマネジャー	70歳代　男性 母と同居 介護認定 要支援２ ADL　不明	・すい臓がんの経過中に呼吸苦を認めている。 ・低栄養でBMI 16 ・B病院呼吸器内科外来通院中。主治医の方針として、呼吸器リハビリを受ける事となっているが、本人は納得していない。 ・他に呼吸器を見てもらえる病院はあるか？患者に適したケアプランについて相談したい。	・低栄養であり、栄養療法も重要のため、管理栄養士を交えたチーム支援の検討について提案する。 ・薬剤治療を含めたケアも必要なため、C薬局薬剤師と管理栄養士、相談支援室でケース検討。 ・呼吸器リハビリの治療方針について、本人の納得が得られていないことの対応として、まずは一度、他の病院にも相談してはどうかと相談支援室からケアマネージャーへ助言する。	・本人と同居の母は不仲であり、協力は得られにくい。本人は長く就労していたため近隣とのつながりが少ない。 ・ケース検討の結果、低栄養の対応として、B病院近くのC薬局で高カロリー食品を購入できるルートつくることで、本人の相談先となるよう支援した。

【入退院支援の場面】

相談者	基本情報	相談内容	相談支援室の対応	その後の経過
他区D病院	70歳代　男性 妻、娘、孫と同居 介護認定なし ADLは低下しているが自宅内伝い歩きやトイレ動作可能	・血液性のがんで通院していたが、コロナ罹患による呼吸器合併症のため状態悪化し入院、ADLの低下を認めた。 ・訪問診療をしてくれるかかりつけ医はいない。 ・妻は精神疾患があり、同居の娘はフルタイム勤務であり、日中の介護者がいない。回復期リハビリ病棟を探すも受け入れ困難のため、訪問介護の導入について相談したい。	・入院前は自立だったことから、訪問や通所のリハビリの利用を提案。訪問リハビリの場合は医療保険でも利用できるが、デイケアや機能特化型デイサービスは介護保険のサービスとなるため介護認定が必要。要支援の認定となった場合は介護予防サービスとして利用が可能である旨を説明する。	・将来訪問看護が必要になることも考え、理学療法士が在籍している訪問看護ステーションをD病院に情報提供する。 ・介護保険も申請されたと報告あり。

【看取りの場面】

相談者	基本情報	相談内容	相談支援室の対応	その後の経過
かかりつけE診療所	80歳代　　男性 独居 別居の息子あり 介護認定なし ADL自立	・胃がん、肝臓がん、末期。腹水貯留、CVポート留置。 ・現在入院中のF病院より家族が自宅退院の説明を受けたとのこと。今後の対応について、相談支援室に相談あり。	・E診療所からの情報では、家族は入院加療を希望しているが本人は在宅療養を希望しているとのこと。 ・相談支援室より、E診療所へ、ケアマネジャーの調整、腹水貯留等の状態悪化時の受け入れをF病院に依頼するよう助言。 ・今後、地域における見守りも必要なため、上記内容を地域包括支援センターと情報共有する。	・居宅介護支援事業所を複数紹介したところ、看護・介護併設事業所を希望されたため、その調整を行う。 ・介護申請支援をG居宅介護支援事業所に依頼。 ・自宅療養となるが、その後経口摂取出来なくなりADLも低下、本人の同意もありF病院へ入院調整。 ・その4日後に逝去されたと連絡あり。

（２）会議・研修会等への参加

			令和４年度	令和５年度	令和６年度 上半期
会議出席回数			2,213	2,505	1,004
内訳	市・区の会議、研修会		778	829	301
	関係機関との会議、研修会		1,435	1,557	703
	（再掲）	地域ケア会議	143	119	49