

施策（3）在宅療養の推進

高齢化が進む中で、今後、疾病構造*の変化や通院が困難になるなど、在宅で医療ケアを必要とする人が増えることから、在宅医療を担う診療所、病院、薬局、訪問看護事業所、福祉関係者などが、それぞれの役割や機能を分担し、相互に連携することが重要となります。

引き続き、医師会、歯科医師会、薬剤師会等と協力し、**在宅医療・介護連携推進事業（8つの取組）**による在宅療養の推進に取り組みます。

また、認知症高齢者等を中心とする連携支援ツール「はつらつパスポート（みんなで元気編・連携編）」などを活用した地域連携システム「茨木市モデル」を全高齢者対象に深化させ、在宅療養を推進します。

【主な取組】

① 地域の医療・介護の資源把握

地域の医療機関、介護事業所等を把握し、医療機関・介護・障害福祉事業者検索ホームページ「いばらき ほっとナビ」の充実を図り、「茨木市ケア倶楽部」で関係者との連携を推進します。



② 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

地域の医療・介護関係者が参画する地域包括ケア推進協議会を開催し、在宅医療・介護連携の課題等の検討を行います。

③ 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

在宅医療・介護連携推進連絡会及び認知症地域連携連絡協議会等において、切れ目のない在宅療養の提供体制の構築に向けての検討を行います。

* 疾病構造

国民全体の中で、どのような病気（種類）にどのくらいの人（量）がかかっているのか、それがどのような傾向にあるのかを示すもの。

* 茨木市モデル

平成20年度から茨木市医師会高齢者対策委員会を中心に、かかりつけ医による認知症の早期発見・早期対応を目的とした認知症地域医療ネットワークづくりに取り組みで構築された地域連携システム。

④ 医療・介護関係者の情報共有の支援

はつらつパスポート（みんなで連携編）を活用し、地域の医療・介護関係者の情報共有を支援します。



⑤ 在宅医療・介護連携に関する相談支援

地域の在宅医療・介護連携を支援する相談窓口の運営を行うために、（仮称）在宅療養コーディネーターを配置します。

⑥ 医療・介護関係者の研修

地域の医療・介護関係者の連携を実現するため、多職種が参加する研修等を行います。

⑦ 地域住民への普及啓発

関係機関と連携し、地域住民の在宅療養の理解を進めるためパンフレット等を作成し配布するとともに、地域の実情に応じて理解を促進する取組を行います。

⑧ 在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携

大阪府や三島医療圏内の関係市町と連携し、連携が必要な事項について協議を進めます。

施策の指標	現状値 平成 28 年度 (2016 年度)	目標値 平成 32 年度 (2020 年度)	指標とする理由
いばらき ほっとなび アクセス件数 (月平均)	5,233 件 (平成 28 年度)	10,000 件	情報公表の推進 のため
ケア倶楽部登録率	65.0% (平成 29 年 9 月)	80.0%	医療・介護関係者の 連携支援のため
はつらつパスポート活用度	23.8% ※1	50.0%	医療・介護関係者の 情報共有支援のため
<u>医療ニーズの高い利用者の 受入状況</u>	<u>39.8% ※1</u>	<u>50.0%</u>	<u>在宅医療ケアの 体制推進のため</u>
<u>看取りの体制の整備状況</u>	<u>34.1% ※2</u>	<u>50.0%</u>	<u>看取りの体制の 推進のため</u>

※1 介護保険事業者調査

※2 介護保険事業者調査

看取り加算の算定にかかわらず、終末期ケアに係ること