

5 医療・介護連携の推進

(1) 在宅医療・介護連携推進事業の充実

■現状と課題

- ・ 現在、在宅医療としては、かかりつけ医による訪問診療や往診をはじめ、歯科訪問診療、訪問看護、訪問薬剤管理指導などが行われていますが、一方、介護保険制度においても、在宅での療養・介護を支える訪問看護や訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導等の医療系サービスが行われています。
- ・ 令和5（2023）年9月1日現在、診療所180施設と病院40施設が、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の届出を、病院4施設が在宅療養後方支援病院の届出をしています。在宅医療提供体制の充実のためには、これらの医療機関だけでなく、24時間対応できる訪問診療・往診体制の充実や医療機関と訪問看護体制の整備が求められています。
- ・ 介護保険サービスでは、令和5（2023）年5月1日現在、定期の巡回と随時の対応による訪問介護・訪問看護を24時間365日柔軟に提供する「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」が12事業所、通い・訪問・泊まりを柔軟に提供できる「小規模多機能型居宅介護」が44事業所、看護と介護を一体的にサービスする「看護小規模多機能型居宅介護」が10事業所あり、利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、サービスが提供されています。
- ・ 高齢化が進展し、医療と介護の両方のニーズを有する高齢者の増加が見込まれる中、高齢者が住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供するために、医療・介護従事者等の関係者の協働・連携を推進することが必要です。
- ・ 在宅医療・介護連携推進事業^{※1}は、各地域において切れ目のない在宅医療と介護が提供される体制の構築に向け、平成30（2018）年度から全ての市町村で実施されていますが、市町村は「将来的なあるべき姿をイメージできていないこと」や「指標設定などの事業評価のしにくさ」を課題として抱えています。
事業の推進にあたっては、地域のめざすべき姿の設定、地域の医療と介護の連携の実態把握、課題の検討を通じ、課題に応じた施策の立案・実施・評価を行うというPDCAサイクルの意識が求められています。

※1 在宅医療・介護連携推進事業：医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、住民や地域の医療・介護関係者と地域のめざすべき姿を共有しつつ、医療機関と介護事業所等の関係者の連携を推進することを目的とする。

- ・ 県民を対象に行った「在宅医療に関するアンケート調査（令和5年8月）」では、在宅医療の認知率は92.0%と高いものの、多くが「療養できる部屋や風呂、トイレなど住環境が整っている必要がある（84.3%）」や「家族に負担がかかる（82.1%）」、「急に症状が変わったときの対応に不安がある（77.5%）」、「費用が高額になる（74.3%）」などのイメージを持っていることがわかりました。また、人生の最期を迎えたい場所として「自宅」と答えた人（37.0%）が最も多かったが、実際に自宅で亡くなられている方の割合は10%程と乖離があります。こうした結果を踏まえた在宅医療の推進が必要です。
- ・ 在宅医療・介護連携の推進にあたっては、在宅療養者の生活の場の中で医療と介護の連携した対応が求められる在宅医療の4つの場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）において、切れ目のない連携体制を構築することが重要です。

[在宅医療の4つの場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）別]

【日常の療養支援】

- ・ 自宅での療養を望んでいる高齢者の生活を支えるためには、医療・介護・福祉等に関する各専門職それぞれが在宅医療や医療介護連携の重要性を認識するとともに、多職種協働による包括的かつ継続的な支援が実施できる人材の確保と育成を行うことが必要です。
- ・ 日常の療養支援においては、多職種の連携により、患者の疾患やニーズに対応した医療や介護、障害福祉サービスが包括的に提供されることが必要です。そのため、訪問診療を行う医療機関や訪問看護ステーションなど在宅医療に係る機関は地域包括支援センターとの連携、地域ケア会議への参加などを通して、在宅療養に必要な医療や介護、障害福祉サービス、家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介し、がん患者や認知症患者など、それぞれの患者の特徴に応じた医療の体制を整備する必要があります。

【入退院支援】

- ・ 県では、これまで、入退院支援が切れ目なく行われるよう、平成28（2016）年度までに保健所（2次医療圏）単位で「入退院時情報共有ルール」^{※2}を作成し、市町村と連携して、その運用を行っています。
- ・ 在宅医療においては、退院・退所から在宅医療に移行する際に、切れ目のない継続的な医療体制を確保することが重要であり、特に、入院医療機関と在宅医療に係る機関との円滑な連携による退院支援が重要です。

入院医療機関においては、医療ソーシャルワーカー等の退院支援担当者を中心として、入院初期の段階から退院後を見据え、多職種による退院前カンファレンスなどにより在宅医療に係る機関との情報共有を図り、患者に配慮した退院支援を行うことが重要です。

※2 入退院時情報共有ルール：保健所が中心となり、地域の医療機関、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター及び市町村などの関係機関が協議しながら、地域の実情に応じて、医療機関から在宅サービスへの確実な引継ぎを実現するため、保健所圏域毎に作成したルール。

【急変時の対応】

- 在宅療養を継続するためには、病状急変時の対応に関する患者の不安や家族の負担を軽減することが重要です。

在宅医療に係る機関については、急変時における連絡先を予め提示し、自院で24時間対応が困難な場合も、近隣の病院や診療所、訪問看護事業所等との連携により24時間対応が可能な体制を確保することが求められます。

なお、入院医療機関においては、連携している在宅医療に係る医療機関が担当する患者の病状が急変した際に、必要に応じて受入れを行うことや、重症等で対応できない場合は、他の適切な医療機関と連携する体制を構築することが必要です。

【看取り】

- がんなどの病気の終末期において、人生の最終段階を自宅等で家族とともに過ごしたいと望む患者に対する在宅での医療提供体制の整備が求められています。
- 在宅医療に係る機関には、患者や家族の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を構築すること、自宅や住み慣れた地域で受けられる医療・介護、障害福祉サービスや看取りに関する情報提供を行うこと、また、必要に応じて介護施設等による看取りを支援することが求められています。

在宅医療に係る機関で看取りができない場合については、必要に応じて他の病院や有床診療所で受け入れることも必要です。

- 令和2（2020）年7月に「豊かな人生を送るために「人生会議」^{※3}の普及啓発を推進する条例」が制定され、県は、広く県民に対して人生会議に関する普及啓発を行うものとされました。

県民を対象に行った「在宅医療に関するアンケート調査（令和5（2023）年8月）」によると、「人生会議についてよく知っている」と答えた方は4.4%、「聞いたことがある」と答えた方は20.6%にとどまっており、人生会議のより一層の普及啓発が必要です。

■ 施策の方向

- 市町村がPDCAサイクルを意識した在宅医療・介護連携推進事業を効果的に推進することができるよう、医療・介護レセプトデータの取得・分析や、地域包括ケア「見える化」システムの周知を通じ、在宅医療・介護連携に関する実態把握・課題分析を行うとともに、研修会の開催等を通じ、市町村のデータ活用・分析支援を行います。
併せて、各市町村の取組について進捗状況等を把握するとともに、あるべき姿の設定や現状把握、評価指標の設定等を支援します。
- 在宅医療・介護の関係者からなる会議の開催を通じ、関係団体間の連携促進を図るとともに、県内外の優良事例の共有を行い横展開をはかることで、市町村が関係団体と連携体制を構築できるよう支援します。

※3 人生会議：本人の大切にしていることや譲れないこと等の価値観を踏まえたうえで、人生の最終段階における医療・ケアについて話し合う取組で、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）ともいう。この取組においては、繰り返し関係者と話し合い共有しておくことが重要。

- ・ 在宅医療の4つの場面における現状や課題の把握を行い、切れ目のない連携体制を構築するための方策の検討や必要な事業を実施する市町村を支援します。
- ・ 広域的な地域医療情報のネットワーク構築などICTを活用した医療情報の効果的な活用については、入院医療機関と転院先となる医療機関や医療機関と介護施設との情報共有など病床機能の分化・連携や医療・介護連携に資することから、国が創設を進める「全国医療情報プラットフォーム」との連携を見据えながら、その基盤整備を推進します。
- ・ 在宅患者が住み慣れた地域で最期まで安心した生活を継続できる体制の実現には、患者や家族、地域での理解も重要です。このため、日常の療養支援、退院支援、急変時の対応、看取りなどについて、県民の理解促進のため、セミナー開催等により普及啓発に努めます。

[在宅医療の4つの場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）別]

【日常の療養支援】

- ・ 医療と介護の連携に係る幅広い人材の確保・育成を図るため、医療・介護・福祉等に関する各専門職による多職種研修等を実施します。
- ・ 在宅療養支援診療所（病院）や訪問看護ステーションなど、在宅医療に必要な医療資源が十分でない地域もあることから、引き続き、郡市医師会等と連携し、医療と介護の提供体制の整備に向けた取組を行います。
- ・ がん、脳卒中、心血管疾患などの医療連携体制を構築する中で、在宅医療支援の中心的な役割を担うかかりつけ医の普及・定着を促進するとともに、かかりつけ医と急性期や回復期、維持期・生活期の医療機関との連携を強化し、在宅医療支援体制の充実を図ります。

【入退院支援】

- ・ 「入退院時情報共有ルール」について、策定から一定の期間が経過していることから、その普及状況やルール運用上の課題を把握し、必要に応じ市町村と連携して地域の医療介護関係者と協働でルールの見直しや改善を図ります。
- ・ 退院支援に関わる医療ソーシャルワーカー（MSW）や看護師の研修を実施する等体制の充実・強化を図ります。

【急変時の対応・看取り】

- ・ 在宅療養支援診療所（病院）や訪問看護ステーションなど、在宅医療に必要な医療資源が十分でない地域もあることから、引き続き、郡市医師会等と連携し、医療と介護の提供体制の整備に向けた取組を行います。（再掲）
- ・ ターミナルケア等の24時間対応できる機能強化型訪問看護ステーションの拡充を推進し、在宅医療を支える基盤の充実に努めます。
- ・ 人生会議の普及啓発については、市町村と連携して、リーフレットの配布や、各地域でのセミナー開催等の取組を行います。また、人生会議に関する普及啓発を担う人材を養成するため、関係機関と連携し医療・介護従事者の育成研修等を実施します。

■目標指標

指 標 名	単 位	令和4（2022）年	令和8（2026）年
		基準値	目標値
介護保険事業計画における在宅医療・介護連携推進に係る施策について、評価のための指標を設定している市町村数 ^{※4}	市町村	11	18
訪問診療を受けた患者数	人	14,624	15,870
医療機関が患者の退院に向けてケアマネージャーと連携して介護サービスの説明・指導を行った（介護支援連携指導料を算定した）患者数	人	3,202	3,461
在宅での死亡割合	%	25.3	26.8

出典：厚生労働省が実施する在宅医療・介護連携推進事業の実施状況に関する調査

※4 評価のための指標を設定している市町村数：「介護保険事業計画における在宅医療・介護連携推進に係る施策について、評価のための指標は設定されているか」という質問項目に対し、「計画策定時に設定した」「計画策定後に検討して設定した」と回答した市町村数

第3章 地域で安心して暮らせる基盤づくり

5 医療・介護連携の推進

(2) 関係者の人材確保・育成と住民への普及啓発

■現状と課題

- ・ 自宅での療養を望んでいる高齢者の生活を支えるためには、医療・介護・福祉等に関する各専門職それぞれが在宅医療や医療介護連携の重要性を認識するとともに、多職種協働による包括的かつ継続的な支援が実施できる人材の確保と育成を行うことが必要です。（再掲）
- ・ 高齢化に伴い複数の病気を抱えるケースが多く、使う薬の種類も多くなります。かかりつけとなる薬剤師・薬局をもつことで、薬の重複投与や飲み合わせ、副作用等の相談をはじめ、日常の健康相談に24時間対応してもらうことができます。処方薬だけでなく一般用医薬品や健康食品を一元的・継続的に管理し、薬の効果をきちんと発揮させ、副作用の発生を未然に防ぐことが重要です。
- ・ 在宅医療・介護連携推進事業は、全ての市町村において実施することとされていますが、効率的かつ効果的に事業を推進していくために、広域的な連携が必要です。
- ・ 令和2（2020）年7月に「豊かな人生を送るために「人生会議」の普及啓発を推進する条例」が制定され、県は、広く県民に対して人生会議に関する普及啓発を行うものとされました。
県民を対象に行った「在宅医療に関するアンケート調査（令和5（2023）年8月）」によると、「人生会議についてよく知っている」と答えた方は4.4%、「聞いたことがある」と答えた方は20.6%にとどまっており、人生会議のより一層の普及啓発が必要です。（再掲）

■施策の方向

- ・ 在宅医療支援の中心的な役割を担うかかりつけ医の確保、育成を行うために、医師を対象にした在宅医療に関するセミナー等を実施します。
- ・ 訪問看護推進協議会（医師会、看護協会、訪問看護ステーション協議会、学識経験者、利用者、関係行政機関で構成）と連携して行う、「訪問看護の実態等に関する調査」を実施します。その結果に基づき、訪問看護師の養成・資質向上研修等の訪問看護人材の確保対策や、退院調整に関わる医療ソーシャルワーカー（MSW）や看護師の研修を実施する等、訪問看護体制整備に向けた方策を検討し訪問看護体制の充実・強化を図ります。
あわせて、医療処置を要する高齢者の増加が見込まれることから、高度な知識と技能を有する特定行為^{※1}等を行える専門性の高い看護師の養成を推進します。
また、需要増加が見込まれる在宅医療分野での看護師を確保するため、プラチナナース（退職後の看護師）や潜在看護師等の再就業を促進します。

※1 特定行為：高度で専門的な知識・技能を特定行為研修により身につけた看護師が、医師による手順書をもとに行う診療の補助のこと。

- ・ 摂食嚥下障害対策の充実を図るため、医科歯科連携により、がん患者や糖尿病患者等に対する口腔管理や摂食嚥下障害対策などの適切な歯科医療の提供を促進するため、歯科医師、歯科衛生士等の研修を実施するなど、人材育成に努めます。
- ・ 急性期から回復期、維持期・生活期の一貫したリハビリテーション、退院後のかかりつけ医などによる継続的な療養管理が提供できるよう、地域のリハビリテーション調整者や従事者に対する研修を実施し、切れ目のない支援が行われる体制づくりを推進します。
- ・ 高齢者の支援については個人に対応した栄養管理が重要なことから、管理栄養士・栄養士がその専門性を発揮できる体制づくりを推進します。
- ・ 在宅医療を推進するため、県薬剤師会と協力し訪問薬剤管理指導を行うなど患者等に信頼される「かかりつけ薬剤師・薬局^{*2}」の育成に努めます。また、チーム医療に参画する高度な知識・技能を有する専門薬剤師等を養成するなど、薬剤師の業務の多様化・高度化に対応するため、多様な研修を実施し、薬剤師の資質向上を図ります。
さらに、地域包括ケアシステムに関する研修を受講した薬剤師の勤務する薬局へ、地域連携薬局の認定取得を促し、薬剤師や地域包括ケアに係わる他の職種と顔の見える関係を構築することで、地域医療の推進に寄与することに努めます。
- ・ 病院薬剤師にあっては病棟薬剤業務やチーム医療等、薬局薬剤師にあっては在宅医療や高度な薬学的管理を行う機能等を中心とした業務・役割の更なる充実を図るため、病院及び薬局それぞれにおける薬剤師の就労状況を把握し、薬剤師の確保に努めます。
- ・ 医療機関・薬局及び在宅における麻薬の管理が適正に行われるよう、監視・取締り及び指導を強化します。
- ・ 県内の各地域において医療介護連携を中心的に担う地域リーダーとなる医療・介護職を育成するための多職種連携研修や、地域において医療・介護等の各分野の連携を推進するコーディネーターとなる人材を育成するための研修会を実施し、市町村の人材育成を支援します。
- ・ 保健所が持つ広域調整機能を活用し、地域における多職種間の連携促進のため、管内市町村の支援ニーズを把握した研修会や会議の実施等、地域の実情に応じた広域的な市町村支援を行います。
- ・ 人生会議の普及啓発については、市町村と連携して、リーフレットの配布や、各地域でのセミナー開催等の取組を行います。また、人生会議に関する普及啓発を担う人材を養成するため、関係機関と連携し医療・介護従事者の育成研修等を実施します。（再掲）

※2 かかりつけ薬剤師・薬局：服薬情報の一元的・継続的把握、24時間対応、在宅対応、医療機関との連携等を行い、患者一人ひとりのニーズに沿った薬や健康に関する相談に応じることができる薬剤師・薬局のこと。

■目標指標

指 標 名	単位	令和4（2022）年	令和8（2026）年
		基準値	目標値
訪問診療を受けた患者数(再掲)	人	14,624	15,870
医療機関が患者の退院に向けてケアマネージャーと連携して介護サービスの説明・指導を行った（介護支援連携指導料を算定した）患者数（再掲）	人	3,202	3,461
在宅での死亡割合(再掲)	%	25.3	26.8

第3章 地域で安心して暮らせる基盤づくり

5 医療・介護連携の推進

(3) 外来医療の機能明確化とかかりつけ医機能の確保

■現状と課題

- ・ 患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報が十分得られず、また、大病院志向の患者もいる中で、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じています。
- ・ 複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、「治す医療」から「治し、支える医療」の実現が求められています。そのため、身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置、その他の医療の提供を行う機能をもつ、かかりつけ医機能の充実が求められています。

■施策の方向

- ・ 外来機能報告^{*1}から入手可能なデータを活用し、地域の外来医療の提供状況について把握するとともに、地域における外来医療提供体制のあり方について、各地域医療構想調整会議^{*2}において検討を行います。
- ・ 各地域医療構想調整会議において、悪性腫瘍手術の前後の外来や、放射線治療等の高額な医療機器・設備を必要とする外来等を地域で基幹的に担う医療機関（以下「紹介受診重点医療機関」という。）を選定するとともに、紹介受診重点医療機関の名称等の情報を県のホームページで掲載し、県民の医療機関の選択を支援します。
- ・ かかりつけ医機能を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、県民・患者への情報提供の充実・強化を図ります。

※1 外来機能報告：悪性腫瘍手術の前後の外来や、放射線治療等の高額な医療機器・設備を必要とする外来医療の実施状況、その他外来医療に係る人材の状況など地域の外来機能分化・連携の推進のために必要な事項を都道府県知事に対し行う報告

※2 地域医療構想調整会議：地域の医療提供体制の将来のあるべき姿を示した地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議を行う場

6 地域包括ケアシステムを支える人材の育成・資質向上

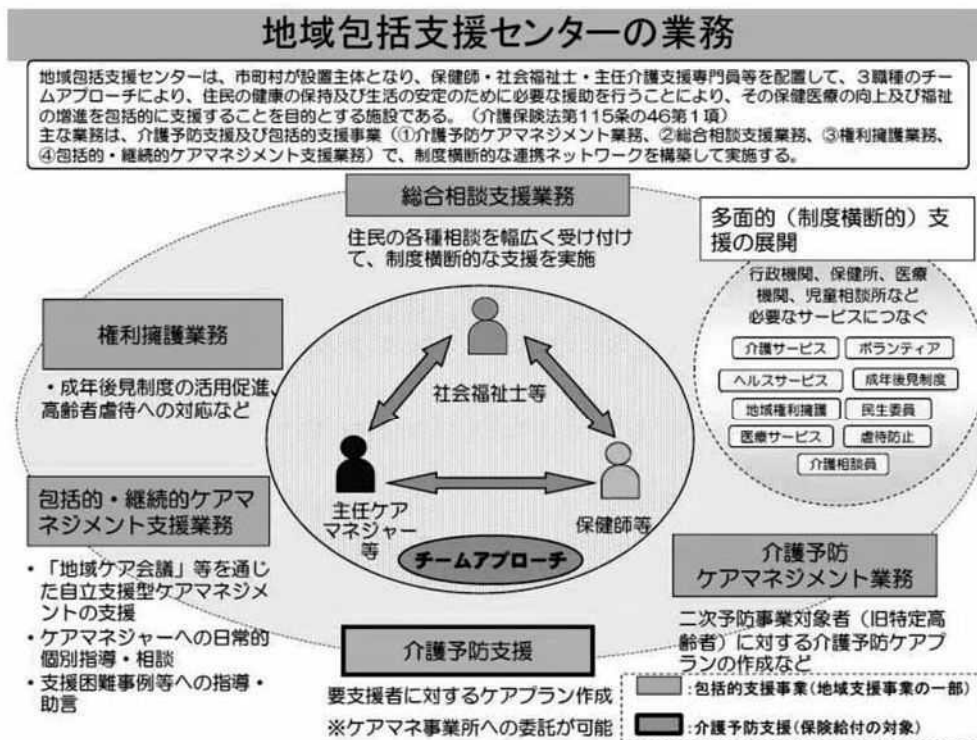
■現状と課題

- ・ 地域包括支援センターは、介護保険制度や権利擁護等に関する各種相談を幅広く受けて支援につなげるほか、医療・介護・介護予防・住まい・生活支援等のサービスを一体的に提供する地域包括ケアシステムの実現に向けた中核的な機関として位置づけられており、その役割を十分に発揮するためには、地域包括支援センター職員の育成と資質向上が求められます。
また、介護予防・日常生活支援総合事業の運営にあたっては、住民自身が介護保険制度の基本理念である自立支援の考え方も含め十分に理解した上で、適切なサービスが導入されることが重要です。
- ・ 高齢者のニーズとボランティア等の地域資源とのマッチングにより多様な主体による生活支援を充実させるため、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の養成と資質向上が求められます。
- ・ 地域ケア会議を充実・強化するため、コーディネーターやアドバイザー等、参集者の育成と資質向上が求められます。そのためには、まず参集者が介護保険制度の基本理念である自立支援、介護予防・重度化防止について共通理解の上で、役割に応じて求められる個々の能力を発揮することが重要です。
- ・ 市町村や地域ケア会議の参集者だけでなく、地域においてサービスを提供する事業者の育成・資質向上も重要です。
- ・ 介護支援専門員（ケアマネジャー）による自立支援に向けた適切なケアマネジメントの実践が求められます。法定研修においては適切なケアマネジメント手法やヤングケアラー、仕事と介護の両立等の項目が追加され、実践の見直しを行うための内容の充実が図られるなど、個々の介護支援専門員（ケアマネジャー）の専門性、資質向上を図っています。
- ・ 認知症になっても住み慣れた地域で生活することができるよう、認知症サポーター等関係者の育成や資質向上が必要です。
- ・ 高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、それを地域で支える医療・介護従事者等の連携を深めるとともに、それぞれの資質向上が求められています。

■施策の方向

- ・ 地域包括支援センターが高齢者の総合相談窓口として、介護保険の利用や虐待事案、高齢者本人・家族のメンタルヘルス等も含めた多様な相談に適切に対応し、関係機関と連携した支援を行うことができるよう、地域包括支援センター職員を対象とした研修を実施します。
また、介護予防・日常生活支援総合事業を実施するにあたり、自立支援の理念の下、対象者に即した適切なケアや生活課題の解決につながるサービスを提供できるよう、相談窓口担当者への研修を行います。

- 生活支援コーディネーター（SC）を養成するための研修や県内外の先駆的な取組・住民主体の活動・地域課題や資源等の情報を共有し、関係者間の連携・協働を推進するための連絡会を開催します。
- 研修等の開催により、地域ケア会議参集者すべてに対し、介護保険制度の基本理念である自立支援、介護予防・重度化防止に関する理解を促すことで規範的統合を促進するとともに、個々に求められる役割の認識と、資質向上を図ります。
- 地域ケア会議を通じた自立支援に向けたケアマネジメントが地域で進められる中で、介護サービス事業所としてどのような姿勢や手法でサービスを提供するかについて理解を深めることを目的とした研修等を行います。
- 介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上を図るため、研修のPDCAサイクルを構築するための研修向上委員会や講師を対象にした研修を開催し、現状の介護支援専門員の課題に則した、適切なケアマネジメント手法を普及・定着等させるため、より専門性の高い効果的な法定研修を行います。
- 認知症を理解し、認知症の人や家族を温かく見守る「認知症サポーター」の養成を推進するとともに、医療・介護従事者等の認知症対応力向上に向けた研修等を行います。
- 県内の各地域において医療介護連携を中心的に担う地域リーダーとなる医療・介護職を育成するための多職種連携研修や、医療と介護の両分野に精通し、地域において医療・介護等の各分野の連携を推進するコーディネーターとなる人材を育成するための研修会を実施します。



第3章 地域で安心して暮らせる基盤づくり

7 支援を要する高齢者を支える環境の整備

(1) ユニバーサルデザインの推進

■現状と課題

- 障がいの有無や年齢、性、人種や国籍等にかかわらず、一人ひとりの多様な特性を認め、ともに支え合い、差別や不合理な格差を解消することは、全世界において普遍的な課題です。
本県では、平成7（1995）年に「大分県福祉のまちづくり条例」を制定し、福祉のまちづくりに関する、県、市町村、県民の責務を明らかにするとともに、建築物等のバリアフリー基準を定め、事業者に対して基準への適合を求めています。
併せて、高齢者を含むすべての県民が、安全かつ自由に行動し、社会、経済・文化等の活動に参加することができるよう、「大分あったか・はーと駐車場利用証制度^{※1}」を実施しています。



[ユニバーサルデザイン
シンボルマーク]

- 一方、こうした「まち」や「もの」の分野だけではなく、様々な心身の特性や考え方を持つ人々が、相互の理解を深めるとともに、支え合うことができるよう、「こころ」のユニバーサルデザイン^{※2}についても推進する必要があります。



[あったか・はーと駐車区画]

平成30（2018／）年6月に県が行った「人権に関する県民意識調査」では、「今の日本で、人権は尊重されていると思うか」という質問に対して、「尊重されている・どちらかと言えば尊重されている」と回答した人が71.8%となっており、前回調査

（75.2%）よりも減少していることから、全ての人の人権が尊重される社会の実現のために、今後も幅広い層の県民に対し、粘り強く普及啓発に取り組んでいく必要があります。

-
- ※1 あったか・はーと駐車場の対象者：①身体障がい者のうち、視覚障がい（1～4級）、聴覚障がい（聴覚：2・3級、平衡機能：3・5級）、肢体不自由（上肢：1・2級、下肢：1～6級、体幹：1～3・5級、乳幼児以前の非進行性の脳病変による運動機能障がいのうち上肢機能：1・2級、移動機能：1～6級）、心臓機能障がい（1・3・4級）、じん臓機能障がい（1・3・4級）、呼吸器機能障がい（1・3・4級）、ぼうこう又は直腸機能障がい（1・3・4級）、小腸の機能障がい（1・3・4級）、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障がい（1～4級）、肝臓機能障がい（1～4級）、②知的障がい者（A）、③精神障がい者（1級）、④介護保険被保険者（要介護1～5）、⑤難病者（特定疾患医療受給者）、⑥妊産婦（単体児：妊娠7ヶ月～産後12ヶ月、多胎児：妊娠6ヶ月～産後18ヶ月）、⑦車椅子や杖を使用しているけが人、⑧医師の診断書等により駐車場の利用に配慮が必要と認められる者
 - ※2 ユニバーサルデザイン：「万人向け設計」と訳され、年齢や性別、障がいの有無、国籍などさまざまな特性や違いを超えて、すべての人が利用しやすく、すべての人に配慮したまちづくりやものづくり、仕組みづくりを行うという考え方。この考え方に基づき、文具や玩具、生活用品等が身の回りにおいても販売されている。（1980年代に米国の故ロナルド・メイス博士が提唱）
例）車いす利用者のみならず、誰もが使いやすい入り口とするため、階段等を設けることなく、フラットな入り口とする。等

■施策の方向

- 建築物のバリアフリー^{※3}やユニバーサルデザインを推進するため、建築関係者を中心に「福祉のまちづくり条例」の周知を行い、基準適合の徹底を図ります。
また、「あったか・はーと駐車場」協力施設の拡大と利用マナーの向上に資する取組を行うとともに、「おおいたユニバーサルデザインマップ^{※4}」の登録施設の増加などにより、高齢者や障がい者、妊産婦の方々などの利便性の向上を図ります。
- 人権課題ごとのパンフレットを作成し、啓発に活用するとともに、各種講座、研修会、講演会などのイベントや、地域・企業・団体等で人権啓発に関するリーダーの育成を通じて、幅広い層の県民に身近な問題として、各種人権課題に関する情報を提供していきます。

■目標指標

指標名	単位	令和4（2022）年	令和8（2026）年
		基準値	目標値
あったか・はーと駐車場協力施設数	施設	1,273	1,353

※3 バリアフリー：段差などの物理的な障壁（バリア）をはじめ、高齢者や障がい者などの社会参加を困難としている社会的、制度的、心理的な障壁などあらゆる障壁を除去すること。

例）車いす利用者が使いやすいように、入り口にスロープを設置する。等

※4 おおいたユニバーサルデザインマップ：高齢者や障がいのある方、小さな子ども連れの方など、誰もが安心して外出する手助けとなるように、大分県内の各種施設について、利用に配慮した設備に関する情報を掲載したホームページ

第3章 地域で安心して暮らせる基盤づくり

7 支援を要する高齢者を支える環境の整備

(2) 生活困窮者等への支援

■現状と課題

- ・ 経済的な問題等を抱える生活困窮者^{*1}に対し、生活保護に至る前段階での自立支援策を強化するため、平成27（2015）年度から福祉事務所設置自治体ごとに総合相談窓口（自立相談支援機関^{*2}）が設置されるとともに、家計改善など地域の実情に応じた任意事業が実施されています。
家計に関する相談や指導、働くことが可能な高齢者の就労支援などについては、自立相談支援機関と地域包括支援センター等の連携が重要です。
- ・ 刑務所など矯正施設を退所する高齢者が、必要に応じて福祉的な支援を受けるとともに、円滑に地域生活に移行するため「大分県地域生活定着支援センター^{*3}」を核として、専門的な支援機関との連携や地域の受入体制の整備を進めています。

■施策の方向

- ・ 生活困窮者の自立に向けて、地域のニーズを踏まえ、自立相談支援機関と地域包括支援センターや消費相談窓口、指定特定相談支援事業所^{*4}等様々な関係機関・団体が連携した支援体制を引き続き充実させていきます。
- ・ 大分県地域生活定着支援センターと保護観察所などの関係機関が連携して福祉的な支援を行うとともに、矯正施設を退所する高齢者の受入先の拡充を図ります。

-
- ※1 生活困窮者：生活困窮者自立支援法（平成二十五年法律第五号）第3条に規定されている「就労の状況、心身の状況、地域社会との関係性その他の事情により、現に経済的に困窮し、最低限度の生活を維持することができなくなるおそれのある者」
複合的な原因を抱え、各専門機関では支援しきれなかった人や社会的孤立により支援に繋がらなかった人など制度の狭間にある人（例えば、要介護（支援）認定には至らないものの、身体機能の低下や独居などの高齢者で、既存の法制度だけでは支援しきれない可能性のある人を指す）は生活に困窮する可能性のある者として対象者に含む。
 - ※2 自立相談支援機関：生活困窮者自立支援法第3条第2項に規定する自立相談支援事業を実施する機関であり、生活に困窮する恐れのある方に対し、総合的な相談支援窓口として活動する。
 - ※3 地域生活定着支援センター：高齢又は障がい有るため福祉的な支援を必要とする矯正施設退所者等について、退所後直ちに福祉サービス等（障害者手帳の発給、社会福祉施設への入所など）につなげるための準備を、保護観察所と協働して進め、その社会復帰の支援を行う機関であり、各都道府県に設置。
本県では社会福祉法人^{豊後}済生会支部大分県済生会に委託して平成22（2010）年度に設置。
 - ※4 指定特定相談支援事業所：障がいがある方や児童及びその家族のための相談窓口として、日常生活全般に関する相談に対応し、障害福祉サービスや障害児通所支援の利用等につなげるための支援を行っている。

7 支援を要する高齢者を支える環境の整備

(3) 災害時の支援

■現状と課題

- 高齡化の進展により、災害発生時に配慮を要する高齢者が増加する中で、南海トラフ地震等の発生による大規模な被害も予想される本県において、防災・減災対策の推進と防災体制の整備は重要です。
そのため、自助・共助・公助の役割分担のもと、防災・減災対策を総合的かつ計画的に推進する「大分県地域防災計画」を基本として、「事前防災」の視点を踏まえた備えにより、減災社会づくりを推進しています。
- 他方、高齢者については、必要な情報を自ら入手して自力で迅速に避難することが困難な場合もあることから、避難行動要支援者名簿^{*1}を地域で共有するほか、「個別避難計画^{*2}」を策定するとともに、避難行動要支援者本人も参加する避難訓練を行っており、引き続き平常時から避難支援体制を整備しておく必要があります。
- 災害時に配慮を要する方に対する福祉避難所や福祉避難スペースの整備を進めるとともに、災害派遣福祉チーム（DWA T）や福祉避難所サポーターによる人的支援体制の強化、災害時ボランティア活動における人材育成やネットワーク構築についても、平常時から取り組むことが必要です。

[表3-4] 福祉避難所数の年次推移

区 分	平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
	(2018)	(2019)	(2020)	(2021)	(2022)
福祉避難所数 (か所)	362	381	378	375	382

※1 避難行動要支援者名簿：災害対策基本法（昭和三十六年法律第二百二十三号）第49条の10に規定されている「要配慮者のうち、災害が発生し、又は災害が発生するおそれがある場合に自ら避難することが困難な者であって、その円滑かつ迅速な避難の確保を図るため特に支援を要するものについて避難の支援、安否の確認その他の避難行動要支援者の生命又は身体を災害から保護するために必要な措置（以下「避難支援等」という。）を実施するための基礎とする名簿。市町村ごとに作成する避難行動要支援者（自ら避難することが困難な者であって、その円滑かつ迅速な避難の確保を図るために特に支援を要する者）を記載した名簿。

※2 個別避難計画：災害対策基本法第49条の14第1項に規定されている「名簿情報に係る避難行動要支援者ごとに、当該避難行動要支援者について避難支援等を実施するための計画」であり、記載事項は同条第3項1から3号に規定されている「一 避難支援等実施者（避難支援等関係者のうち当該個別避難計画に係る避難行動要支援者について避難支援等を実施する者をいう。次条第二項において同じ。）の氏名又は名称、住所又は居所及び電話番号その他の連絡先」、「二 避難施設その他の避難場所及び避難路その他の避難経路に関する事項」、「三 前二号に掲げるもののほか、避難支援等の実施に関し市町村長が必要と認める事項」

■ 施策の方向

- 「避難行動要支援者名簿」の情報を自主防災組織や消防団などの避難行動支援者等関係者へ提供することにより災害時に活用できるよう、市町村と連携して避難行動要支援者本人や家族の同意を得るとともに、「個別避難計画」の策定を促進します。
- これまでの大規模災害での教訓を生かして、地域の日常的な見守りや支え合い体制に基づき、避難行動要支援者の避難行動や避難生活の支援の仕組みづくり、支援者の確保について市町村や社会福祉協議会と協働して推進するとともに、避難行動要支援者が参加する避難訓練等を支援します。
- 小学校区ごとに福祉避難所又は福祉避難スペースを設置できるよう、市町村による指定を促進するとともに、災害派遣福祉チーム（DWA T）や福祉避難所サポーターといった福祉や介護の専門職による実働訓練の実施等により避難者への支援体制を強化します。
- 災害時の対応を円滑に行えるよう、県災害ボランティアネットワーク会議における情報交換のほか、研修等による県・市町村災害ボランティアセンター運営のためのリーダー養成やスタッフ育成、市町村ごとのネットワークの設置を推進するとともに、災害発生時の被災者支援に取り組むNPO・ボランティアの活動を促進します。