

新しいあいちの健康福祉ビジョン（仮称）

素案 たたき台

第2回新しいあいちの健康福祉ビジョンを考える懇談会 提出資料

平成22年10月13日

目 次

第1章 ビジョン策定の趣旨 (P1～24)

これまでのあいちの健康福祉

社会の動きと今後の課題

新たなビジョンの策定

1. 新たなビジョン策定の意義
2. ビジョンの性格
3. ビジョンの期間

第2章 基本とする考え方 (P25～32)

基本理念

基本とする視点

1. 家庭の機能を支える
2. 地域全体で支え合う
3. 一人ひとりの生き方と可能性を尊重する
4. 予防・早期対応を重視する
5. 持続可能なシステムを構築する
6. 役割分担を明確化する

第3章 施策の方向

第1節 福祉

高齢者がいきいきと暮らせる社会へ (P35～48)

1. 介護が必要な高齢者への支援
2. 認知症高齢者への支援
3. 介護予防と見守り
4. 元気な高齢者の活躍への支援

子どもと子育てにあたたかい社会へ (P49～68)

1. 若者の生活基盤の確保
2. 希望する人が子どもを持てる基盤づくり
3. すべての子ども・子育て家庭への切れ目ない支援
 - (1) 子育て家庭への支援の充実
 - (2) 子どもの健やかな成長の支援
 - (3) ひとり親家庭への支援
 - (4) 児童虐待防止対策、DV対策
 - (5) 障害のある子どもへの支援
4. 地域・社会の子育て力のアップ

障害のある人が社会参加できる社会へ (P69～96)

1. 障害のある人の自立を支える環境の構築
2. 障害の早期発見と療育支援
3. 障害のある人の自立と地域生活の支援
 - (1) 地域生活を24時間支える体制の整備
 - (2) 施設・病院から地域生活への移行支援
 - (3) 雇用・就労の支援

第2節 保健・医療

誰もが健康で長生きできる社会へ (P97～120)

1. 健康長寿あいちの推進
 - (1) 「あいち健康の森」を活かした健康づくり
 - (2) 健康的な生活習慣の確立
2. こころの健康の保持増進
 - (1) こころの健康の保持
 - (2) 自殺対策
 - (3) ひきこもり対策
3. 健康危機管理対策
 - (1) 新型インフルエンザなどの感染症対策
 - (2) 食の安全の確保

必要な医療が受けられる社会へ (P121～140)

1. 医療従事者の確保
2. 救急医療体制の整備
3. 安心して出産・子育てができる医療体制の確保・充実
4. がん医療体制の充実
5. 在宅医療の推進

第3節 地域力の向上 (P141～152)

1. 新しい支え合いの推進
2. 環境づくりの推進
3. ソーシャル・インクルージョン(社会的包摂)の推進

参考 ライフステージに応じた施策

第4章 ビジョンの推進体制 (P155～158)

1. 各分野の施策の推進
2. 健康福祉ビジョン推進本部
3. 市町村・民間団体・県民との連携・協働
4. 社会情勢の変化への的確な対応

第1章 ビジョン策定の趣旨

これまでのあいちの健康福祉

愛知県では、平成13年(2001年)3月に「自立と自己実現を支える福祉」を基本目標とした「21世紀あいち福祉ビジョン」を策定し、ビジョンの実効性、具体性を高めるため、各分野の取組方向や重点的に実施すべき施策・事業の具体的な目標を掲げた実施計画を策定し、その目標達成を県政の最重要課題の一つとして県民福祉の向上を図ってきました。

区 分	計画期間
ビジョン	平成13年度(2001年度)～平成22年度(2010年度) (10年間)
第1期実施計画	平成13年度(2001年度)～平成16年度(2004年度) (4年間)
第2期実施計画	平成15年度(2003年度)～平成19年度(2007年度) (5年間)
第3期実施計画	平成18年度(2006年度)～平成20年度(2008年度) (3年間)
第4期実施計画	平成21年度(2009年度)～平成22年度(2010年度) (2年間)

21世紀あいち福祉ビジョンの推進については、ビジョン策定後、介護保険制度の一部改正(平成17年度(2005年度))や障害者自立支援法の施行(平成18年度(2006年度))などの制度改正に対応しながら県内市町村などの努力ともあいまって、平成21年度(2009年度)においては、数値目標を設定し進行管理を行っている主要事業のうち、70%以上の事業において90%以上の達成率となっており、概ね順調に進んできました。

21世紀あいち福祉ビジョンの5つの分野ごとの主な取組状況は次のとおりです。

第1分野:生涯を通じた健康づくりの推進と自立を支える福祉環境の構築

平成12年(2000年)3月に、すべての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会を築くため、国において「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)」が策定されました。また、同年11月には親と子が健やかに暮らせる社会づくりを目指す「健やか親子21」が策定されました。

本県では、こうした国の基本的考え方にに基づき、平成13年(2001年)3月に「健康日本21あいち計画」を策定して、あいち健康プラザ(東浦町)を中心に、県民や県、

市町村、健康関連団体等が連携を図り、健康づくりの場の提供や健康づくりに携わる人材の養成など、県民の健康づくりに取り組んできました。

平成 15 年(2003 年)5 月には健康増進法が施行され、「健康日本 21」に基づいた国民の健康づくりをさらに積極的に推進するための法的基盤が整備されました。

本県では、こうした動きに対応しつつ、平成 18 年(2006 年)3 月には、長生きしてよかったと思えるあいちづくりを推進するため、「健康長寿あいち宣言」を発表し、産・学・行政の協働のもと、県民の健やかな成長といきいきとした健康長寿の実現を目指した取組を進めています。

平成 19 年(2007 年)4 月には、国民の健康長寿の延伸に向け、予防を重視した健康づくりを展開するため、国において「新健康フロンティア戦略」が取りまとめられ、働き盛り、女性、高齢者の国民各層を対象に「生活習慣病対策の推進」、「女性のがん緊急対策」、「介護予防の推進」などに係る施策が進められています。

また、同じく平成 19 年(2007 年)4 月には、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した特定健診・特定保健指導の効果的・効率的な実施を図るため、「標準的な健診・保健指導プログラム」が策定され、平成 20 年度(2008 年度)から特定健診・特定保健指導が開始されました。こうした中、本県では、さらに全世代を対象としたメタボリックシンドローム対策を進めることとしています。

今後、超高齢社会へ突入し、75 歳以上の高齢者の急増が見込まれる中、健康寿命を伸長していくことが大切になります。

【国・県の動き】

年 度	国の動き	本県の動き
平成 11 年度（1999 年度）	21 世紀における国民健康づくり運動（健康日本 21）策定 健やか親子 21 策定	
平成 12 年度（2000 年度）		健康日本 21 あいち計画策定
平成 15 年度（2002 年度）	健康増進法施行	
平成 17 年度（2005 年度）		健康長寿あいち宣言 健康日本 21 あいち計画（改定）
平成 19 年度（2007 年度）	新健康フロンティア戦略策定	健康日本 21 あいち計画（追補）策定
平成 20 年度（2008 年度）	特定健診・特定保健指導開始	

本県では、自立を支える福祉環境を構築するため、平成6年(1994年)に「人にやさしい街づくりの推進に関する条例」を制定し、高齢者、障害のある人等を含むすべての県民があらゆる施設を円滑に利用できる人にやさしい街づくりの推進を図ってきました。平成16年(2004年)の条例改正では、条例制定後の少子高齢化の急速な進展、障害のある人の社会参加の高まりといった社会状況の変化や、平成12年(2000年)の「高齢者・身体障害者等の公共交通機関を利用した移動の円滑化の促進に関する法律」(交通バリアフリー法)の制定、平成15年(2003年)の「高齢者・身体障害者等が円滑に利用できる特定建築物の建築の促進に関する法律」(ハートビル法)の改正などの法整備に対応し、対象施設の拡大や内部障害のある人、乳幼児連れの人等多様な利用者にも配慮した整備基準の拡充等の規定を追加しました。

また、平成18年(2006年)にハートビル法及び交通バリアフリー法を統合・拡充し制定された、高齢者・障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法律(バリアフリー法)では、計画段階から高齢者、障害のある人等の参画を得ながら、交通用施設、生活関連施設や経路の整備を進める仕組みが盛り込まれる等がなされており、多様な利用者に対応した、より一層の人にやさしい街づくりを進めることが必要となります。

第2分野:子どもが健やかに育ち、子育てに夢をもてる、環境づくりの推進

本県の合計特殊出生率は平成15年(2003年)に過去最低の1.32となりました。平成21年(2009年)は1.43で、安定的に人口を維持するために必要な2.07を大きく下回っている状況が続いています。少子化の原因として未婚化・晩婚化に加え、経済的な負担や、子育てに対する心理的・肉体的な負担感など様々な理由により、子どもをあきらめる家族も多く、子どもの数の減少という傾向が強くなったことが背景にあると考えられます。

こうした中、社会全体で次世代の育成を支援し少子化の流れを変えるため、平成15年(2003年)7月に「少子化社会対策基本法」及び「次世代育成支援対策推進法」が制定されました。これにより、国・都道府県・市町村・事業者が一体となって、少子化の流れを変えるための総合的な取組が推進されることになりました。

本県でも平成17年(2005年)3月に「あいち子育て・子育て応援プラン」(愛知県次世代育成支援対策行動計画)を策定し、その後、平成19年(2007年)3月に「愛知県少子化対策推進条例」を制定、同年11月にはこの条例の推進体制として愛知県少子化対策推進会議を設置し「あいち子育て応援宣言」を採択しました。また、この宣言の趣旨を具体化する取組として毎月19日を「子育て応援の日(はぐみんデー)」とする県民運動を平成21年(2009年)3月から開始するなど、県民や事業者と一体となった少子化対策の取組を進めてきました。

これにより、放課後児童クラブや地域子育て支援センター(地域子育て支援拠点)

等の子どもや子育て家庭の居場所づくりや、保育所の定員の確保を始め一時保育、特定保育等の保育サービスの充実など、計画に位置づけられた事業は概ね順調に進捗しています。しかし、依然として少子化の流れに歯止めがかからない中、息の長い総合的な対策が必要であることから、本県では、より一層社会全体で子育てを応援していくため、平成22年(2010年)3月に「あいち はぐみんプラン」(第二次愛知県少子化対策推進基本計画)を策定しました。

現在、国において検討が進められている子ども・子育て新システム(子どもの育ちや子育てを社会全体で支援する一元的な制度)においては、子ども・子育て施策の実施主体を市町村とし、国や都道府県が重層的に市町村を支援する仕組みを構築していくこととされており、今後の議論を注視しながら、県民が家庭を築き、安心して子どもを産み育てることができる社会を目指していくことが大切となります。

〔国・県の動き〕

年 度	国の動き	本県の動き
平成15年度 (2003年度)	少子化社会対策基本法施行 次世代育成支援対策推進法施行	
平成16年度 (2004年度)	少子化社会対策大綱策定 子ども・子育て応援プラン策定	あいち 子育て・育ち応援プラン策定
平成18年度 (2006年度)	新しい少子化対策について策定	健康福祉部子育て支援課設置 少子化対策推進条例制定
平成19年度 (2007年度)	子どもと家族を応援する日本重点戦略策定	あいち子育て応援宣言
平成20年度 (2008年度)		子育て応援の日(はぐみんデー)開始
平成21年度 (2009年度)	子ども・子育てビジョン策定	あいち はぐみんプラン策定
平成22年度 (2010年度)	子ども・子育て新システム検討	

第3分野：障害者の主体性を尊重した保健福祉サービスの確立

平成15年(2003年)にそれまでの行政が行政処分によりサービスを決定する措置制度から、利用者自身によるサービス選択の尊重、サービス提供の効率化などを目的として障害のある人が自らサービスを選択し、事業者と対等な関係で、契約によりサービスを利用する仕組み(支援費制度)に改められました。

その後、平成17年(2005年)には支援費制度の対象となっていなかった精神障害も含めた3障害の一元化や就労支援の強化、地域生活移行の推進を図ることを目指した

「障害者自立支援法」が制定されました。

これに基づき、障害福祉サービスの基盤整備を計画的に進めるため、本県においても障害福祉サービスの数値目標及び取組を定めた「愛知県障害福祉計画」を策定し、グループホーム・ケアホームの整備や、障害者就業・生活支援センターの設置拡大など、地域生活支援の充実と地域生活移行の推進を図ってきました。また、心身障害者コロニー（春日井市）では、入所者の地域生活移行を推進するとともに、地域生活を営む障害のある人をサポートする拠点センターへ転換するため、再編計画を進めてきました。

発達障害者支援法の施行（平成17年（2005年）4月）に先駆け、平成15年（2003年）5月には、発達障害のある人や家族の専門的な支援を行うため、心身障害者コロニー内にあいち発達障害者支援センターを設置し、これまで総合的な支援を行ってきました。また、障害者自立支援法により支援の対象となる障害の広がりに対応し、平成18年（2006年）10月より名古屋市総合リハビリテーションセンター（名古屋市瑞穂区）を高次脳機能障害の支援拠点機関として指定し、高次脳機能障害への総合的な支援を推進してきました。

さらに、うつや自殺、ひきこもり等、心の健康にかかわることが大きな社会問題となり、平成18年（2006年）10月に「自殺対策基本法」が施行されました。本県においても、平成19年（2007年）よりメンタルヘルス相談窓口等の相談体制を強化するとともに、平成20年（2008年）3月に策定した「あいち自殺対策総合計画」や、「愛知県のひきこもり対策の推進について」（ひきこもり対策検討会議報告書）に基づき、心の健康に関する支援体制の拡充を図ってきました。

現在、国において障害者制度改革の検討が進められていますが、その動向を注視しつつ、障害のある人の地域生活を支える体制を整備していくことが必要です。

【国・県の動き】

年 度	国の動き	本県の動き
平成15年度（2002年度）	支援費制度開始	あいち発達障害支援センター設置
平成17年度（2005年度）	発達障害者支援法施行	
平成18年度（2006年度）	障害者自立支援法施行 自殺対策基本法施行	第1期愛知県障害福祉計画策定 愛知県心身障害者コロニー再編計画策定
平成19年度（2007年度）	重点施策実施5か年計画策定	こころの健康推進室設置 あいち自殺対策総合計画策定
平成20年度（2008年度）		第2期愛知県障害福祉計画策定
平成21年度（2009年度）	障害者制度改革検討	

第4分野：高齢者が健康で生きがいをもち、安心して暮らせる社会の実現

平成12年(2000年)に介護保険制度が創設されて以来、県内における要介護(支援)認定者は年々増加し、平成20年(2008年)には203,916人とビジョン策定時(平成13年(2001年)、122,255人)の約1.7倍となっています。その間、本県では「愛知県高齢者保健福祉計画」に基づき、介護サービスの提供基盤の整備を進めてきました。

平成17年(2005年)の介護保険法の見直しにおいては、介護保険制度創設後、軽度者の増加が著しかったことから予防重視型システムへの転換が図られるとともに、認知症高齢者や高齢者世帯の増加などの課題に地域で適切に対応できるよう、地域密着型サービスや地域包括支援センターが創設される等、地域における総合的・包括的なマネジメント体制が整備されました。本県においても、高齢者を始め地域住民の身近な相談窓口として、介護、福祉、保健、医療など地域ケアの中心的役割を担う地域包括支援センターが、平成21年(2009年)3月1日時点で176か所設置されています。

また、従来の「痴呆」が「認知症」へと改められ、これを機に「認知症を知り地域をつくる10カ年」構想が打ち出されましたが、本県においても、認知症サポーターの養成や認知症介護に関する研修の実施等、認知症者が安心して暮らせる地域づくりを進めてきました。

平成18年(2006年)6月には、「健康保険法等の一部を改正する法律」が成立し、療養病床の再編成が進められることとなりました。療養病床再編成の受け皿づくりを含め、より一層の高齢化の進展を念頭に置いた将来的な医療・介護・住まい等の二

ズや社会資源の状況等に即した地域ケア体制の整備を推進していくため、平成 20 年(2009 年)1 月に「地域ケア体制整備構想」を策定し、介護予防の推進や地域包括ケア体制の構築等の取組を進めてきました。

平成 22 年(2010 年)4 月には、介護予防、認知症予防及び高齢者虐待防止などの機能を持つ「あいち介護予防支援センター」をあいち健康プラザ内に、全国で初めて常設機関として設置し、介護予防等を担う人材の育成や、介護予防プログラムの開発、市町村等への助言や支援等、高齢者への総合的な支援を実施しています。

今後、都市圏における急速な高齢化の進行が見込まれており、本県においても高齢者の急増に着実に対応していく必要があります。現在、国において検討が進められている制度改革の動向を注視しつつ、高齢者のニーズや状態の変化に応じて、様々なサービスが切れ目なく提供される、地域包括支援センターを中心とした地域ケア体制を整備していくことが必要です。

〔国・県の動き〕

年 度	国の動き	本県の動き
平成 11 年度 (1998 年度)		第 1 期愛知県高齢者保健福祉計画策定
平成 12 年度 (1999 年度)	介護保険制度開始	
平成 14 年度 (2001 年度)		第 2 期愛知県高齢者保健福祉計画策定
平成 17 年度 (2005 年度)	改正介護保険法施行(予防重視型システムへの転換等) 認知症を知り地域をつくる10カ年構想策定	第 3 期愛知県高齢者保健福祉計画策定
平成 18 年度 (2006 年度)	高齢者に対する虐待の防止、 高齢者の養護者に対する支援 等に関する法律施行 健康保険法等の一部を改正する 法律施行(療養病床の再編 等)	
平成 19 年度 (2007 年度)		地域ケア体制整備構想策定
平成 20 年度 (2008 年度)	安心と希望の介護ビジョン策 定	第 4 期愛知県高齢者保健福祉 計画策定
平成 22 年度 (2010 年度)		あいち介護予防支援センター 設置

第5分野:県民が安心して利用できるサービス提供システムの構築

利用者の立場に立った社会福祉制度を実現するため、平成12年(2000年)の「社会福祉事業法」(改正後「社会福祉法」に名称変更)等の改正により、措置制度から利用制度へと移行しました。

利用制度化にあたっては、利用者が契約の主体となることから、利用者の利益や権利を保護し安心して適切にサービスを選択・利用できるよう、福祉サービスの的確な情報提供、苦情解決システムの充実、権利擁護などを進めるとともに、営利法人等の民間参入が拡大したことから、第三者評価事業の推進等により福祉サービスの質の向上を図ってきました。

「21世紀あいち福祉ビジョン」策定後、平成14年(2002年)に「配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律」(DV防止法)及び「ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法」が相次いで施行されました。

DV防止法が施行されたことを受け、本県では「愛知県婦人相談所」を「愛知県女性相談センター」に改称するとともに、「配偶者暴力相談支援センター」としての機能を付与し、県内7か所の駐在室と合わせて相談支援等を実施しています。

また、ホームレス対策については、平成16年(2004年)に「愛知県ホームレス自立支援施策等実施計画」を策定し、ホームレスの自立の支援等を行い、5年間の計画期間内1,500人以上の自立目標に対し、3,730人のホームレスが自立しました。

ボランティアやNPOは、地域福祉の推進、健康福祉のまちづくりの重要な担い手となっており、愛知県及び県内全市町村社会福祉協議会のボランティアセンターに登録されているボランティア数も、平成22年(2010年)4月1日現在210,334人と平成17年(2005年)4月1日現在と比較して約33,000人増加しています。

こうした中、平成19年度(2007年度)に全国ボランティアフェスティバルを愛知県で開催し、ボランティア活動の普及啓発や活動に対する気運の醸成が図られました。また、平成21年度(2009年度)までに、県内全市町村の社会福祉協議会のボランティアセンター職員が、ボランティアのコーディネータ能力を高めるため、愛知県社会福祉協議会が実施している「ボランティアコーディネーター養成講座」を修了し、さらなる地域福祉の向上が図られています。

また本県では、平成16年(2004年)5月発行の「あいち協働ルールブック2004」に基づきNPOとの協働促進を図っており、2004(平成16)年8月末時点で499団体であったルールブック賛同団体は、平成22年(2010年)6月末時点では798団体に増加しています。

さらに平成22年(2010年)6月には、政府の「新しい公共」円卓会議において「新しい公共」宣言がまとめられるなど、住民、NPOや企業等の事業者、行政の協働の拡大、強化が求められており、今後は多様な主体による支えあいを推進していくことで、地域の健康福祉力を向上させることが一層重要となっています。

社会の動きと今後の課題

(1) 超高齢社会の到来

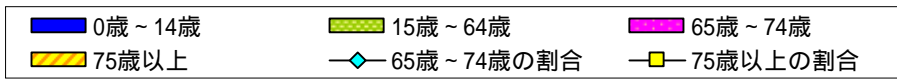
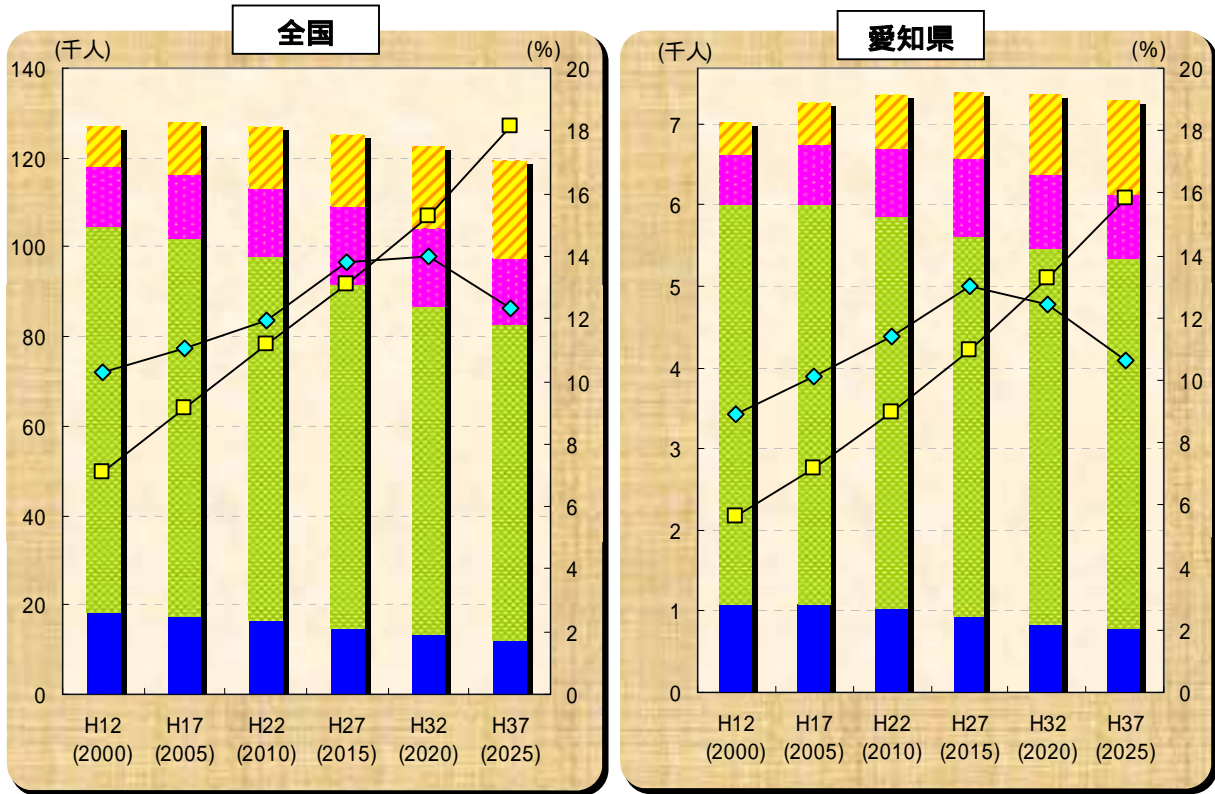
平成 21 年(2009 年)時点での本県の老年人口(65 歳以上)は 1,471 千人(総人口の 19.8%)ですが、国立社会保障・人口問題研究所「将来推計人口」によると、平成 27 年(2015 年)には 1,774 千人(同 24.0%)、さらに平成 37 年(2025 年)には平成 21 年(2009 年)の約 1.3 倍となる 1,925 千人(同 26.5%)に達すると見込まれています。(図 1・表 1)

既に超高齢社会にある全国の推移(平成 21 年(2009 年): 22.7%、平成 27 年(2015 年): 26.9%、平成 37 年(2025 年): 30.5%)と比較すると、本県の高齢化率は 3~4% 程度下回っており、人口構成は若いと言えますが、これまで日本の経済成長を支えてきた団塊の世代(昭和 22 年(1947 年)~昭和 24 年(1949 年)生まれ)が 65 歳以上となる平成 24 年(2012 年)から平成 26 年(2014 年)には、全国を上回るペースで老年人口が増加すると見込まれます。中でも、現在高齢化率が比較的低い都市部や新興住宅地等で、老年人口が急増する傾向にあります。(図 2)

団塊の世代が 65 歳以上となる平成 27 年(2015 年)をピークに本県の高齢化率上昇のスピードは緩やかになりますが、75 歳以上高齢者については増加が著しく、団塊の世代が 75 歳以上に到達する平成 37 年(2025 年)には 1,153 千人と、平成 21 年(2009 年)の 629 千人の 2 倍近くになるとともに、高齢者のみの世帯や単身世帯の増加も見込まれています。特に 65 歳以上高齢者単身世帯数が、平成 22 年(2010 年)の約 22 万世帯から、平成 37 年(2025 年)には約 36 万世帯へと急増していきますので(図 3)、こうした世帯構成の変化にも的確に対処していくことが大切です。

終末期も含めて長くなる高齢期をどう迎えるかが、高齢者一人ひとりにとっても社会にとっても大きな課題となり、今の段階から、多様化する住民のニーズや、増加する医療と介護に対する需要への対応、さらには心身ともに健康で自立している期間(健康寿命)の伸長など、超高齢社会に着実に対応していく必要があります。

人口(年齢区分別)の将来推計 (図1)



		(千人)					(%)			
		0～14歳	15～64歳	65歳以上		計	65歳以上の割合			
				65～74歳	75歳以上		65～74歳	75歳以上		
全国	(H21)2009	17,010	81,493	29,006	15,296	13,710	127,510	22.7	12.0	10.8
	(H27)2015	14,841	76,807	33,781	17,329	16,452	125,430	26.9	13.8	13.1
	(H37)2025	11,956	70,960	36,354	14,687	21,667	119,270	30.5	12.3	18.2
愛知県	(H21)2009	1,086	4,859	1,471	842	629	7,418	19.8	11.4	8.5
	(H27)2015	945	4,673	1,774	964	810	7,392	24.0	13.0	11.0
	(H37)2025	781	4,570	1,925	772	1,153	7,276	26.5	10.6	15.8

資料：国立社会保障・人口問題研究所 将来推計人口

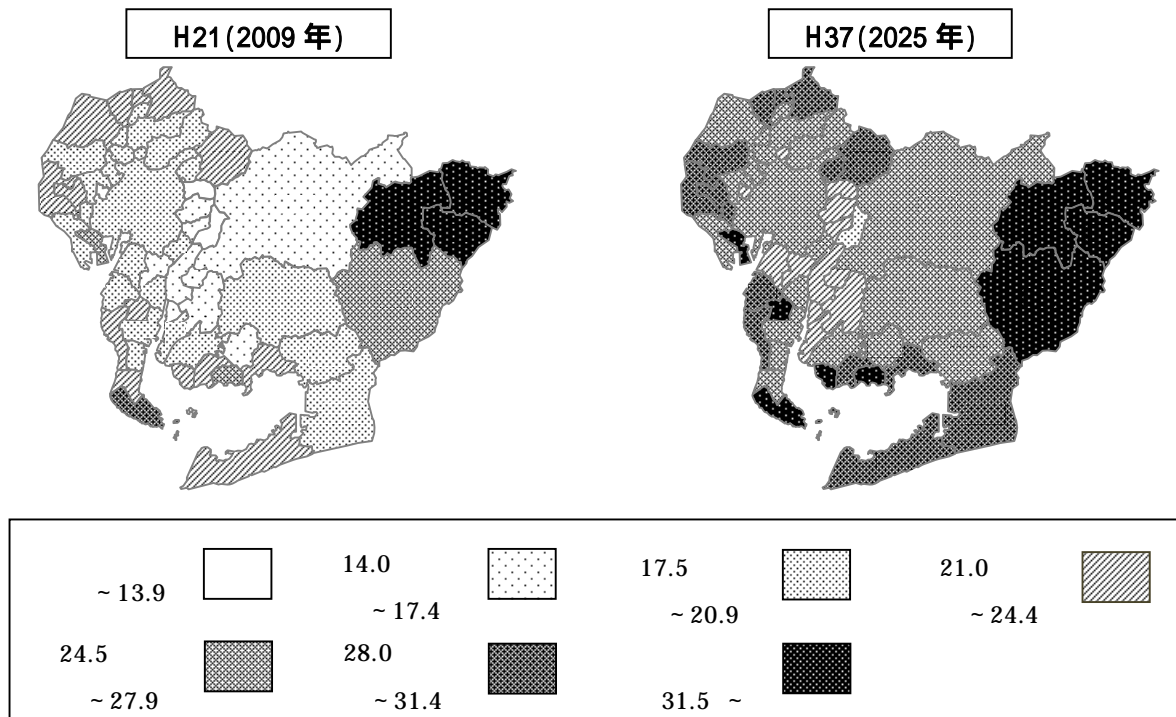
都道府県別の高齢化の伸び率(表 1)

都道府県	H21(2009)			H37(2025)			増加数 (千人)	伸び率 (%)	順位
	65歳以上 人口(千人)	高齢化率(%)		65歳以上 人口(千人)	高齢化率(%)				
		順位			順位				
沖縄県	241	17.4	47	354	24.7	47	113	46.9	1
埼玉県	1,427	20.0	44	2,005	29.7	42	578	40.5	2
千葉県	1,292	21.0	41	1,782	30.3	38	490	37.9	3
神奈川県	1,789	20.0	45	2,426	27.3	43	637	35.6	4
滋賀県	284	20.2	43	378	27.2	44	94	33.1	5
⋮									
愛知県	1,471	19.8	46	1,925	26.5	45	454	30.9	8
⋮									
山口県	400	27.5	4	450	36.0	3	50	12.5	42
山形県	319	27.1	5	356	34.5	12	37	11.6	43
和歌山県	268	26.7	8	299	35.3	5	31	11.6	44
秋田県	317	28.9	2	352	38.6	1	35	11.0	45
高知県	217	28.3	3	240	35.8	4	23	10.6	46
島根県	208	29.0	1	225	36.2	2	17	8.2	47
全国	29,006	22.7		36,354	30.5		7,348	25.3	

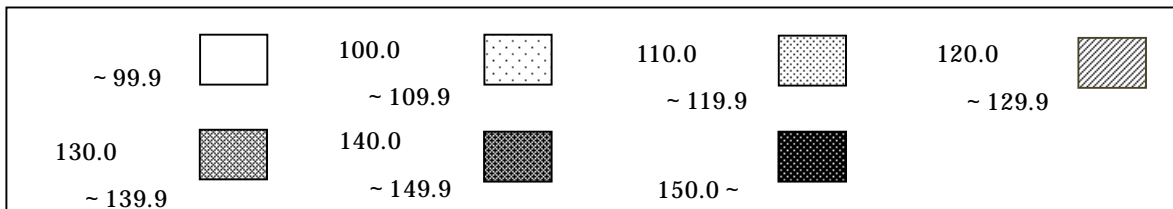
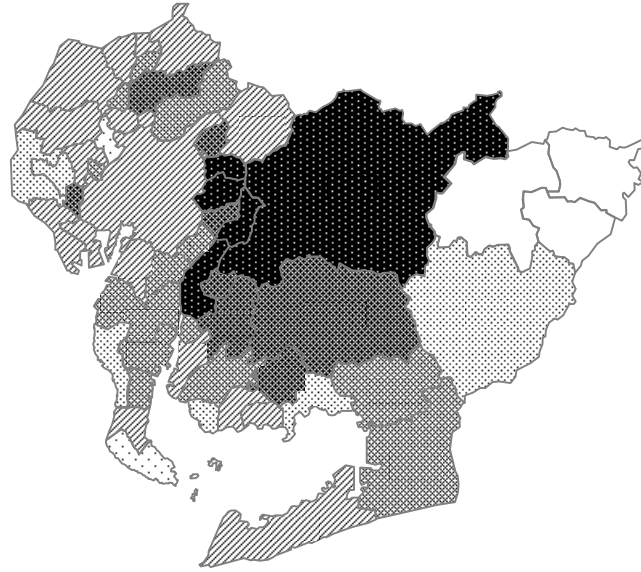
資料：国立社会保障・人口問題研究所 将来推計人口

市町村別の高齢化率の推移(図 2)

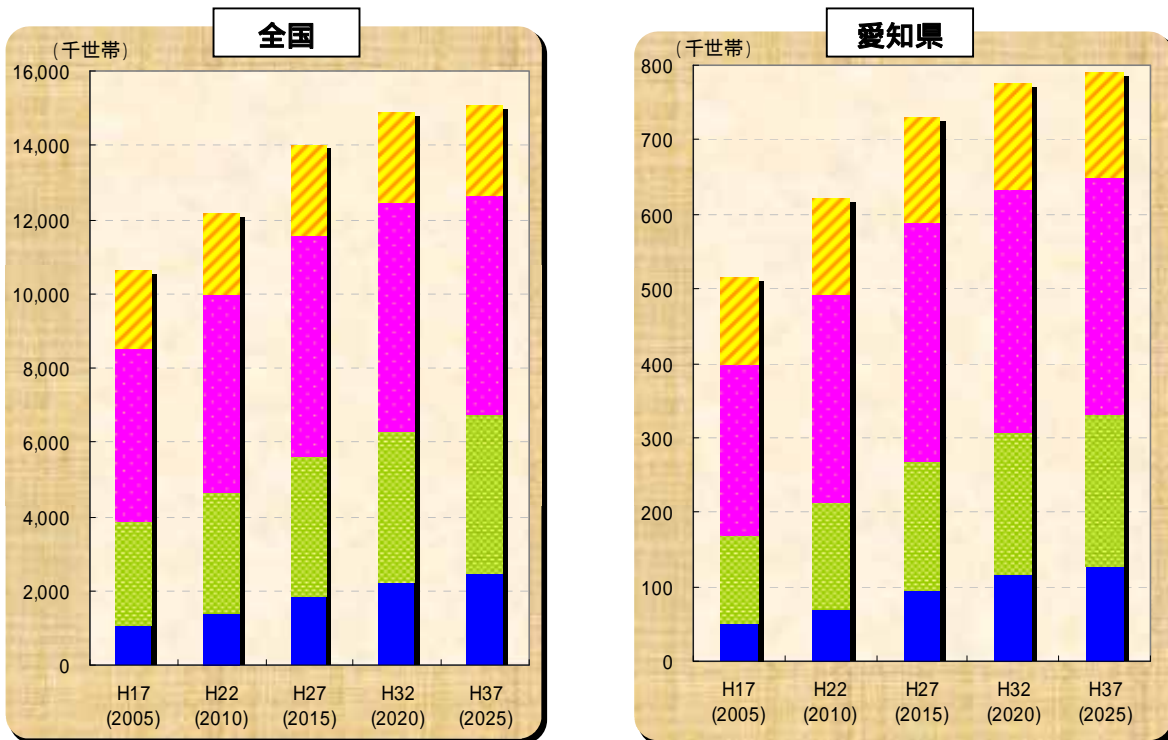
65歳以上人口が総人口に占める割合(%)



H37(2025年)の市区町村別 65歳以上人口(2009年=100とした場合)(%)



世帯構成の将来推計(世帯主 65歳以上) (図 3)



■ 単独(男) ■ 単独(女) ■ 夫婦のみ ■ その他

資料：国立社会保障・人口問題研究所 将来推計人口

(2) 進む少子化と人口減少社会の到来

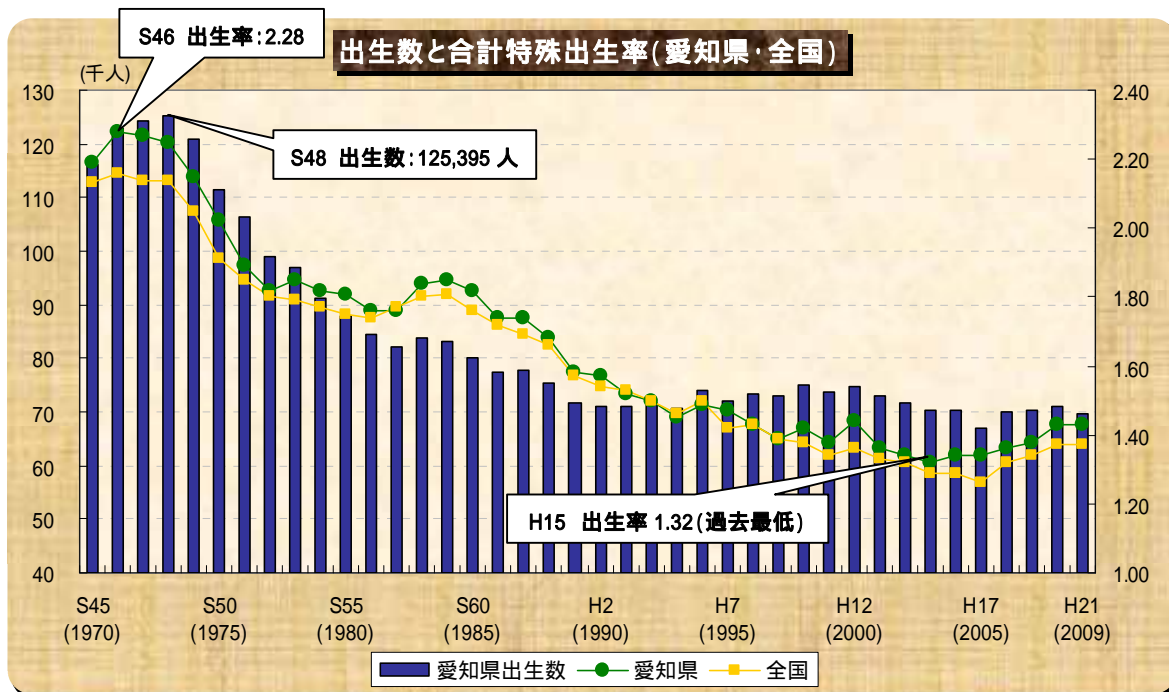
昭和 45 年(1970 年)以降、本県の出生数は、第 2 次ベビーブーム(昭和 46 年(1971 年)～昭和 49 年(1974 年))である昭和 48 年(1973 年)の 125,395 人をピークに減少傾向にあり、昭和 61 年(1986 年)に 80,000 人を割り込んでからは、70,000 人前後で推移し、平成 17 年(2005 年)は 70,000 人を下回りました。(図 4)

合計特殊出生率については、昭和 46 年(1971 年)の 2.28 以降減少傾向にあり、平成 15 年(2003 年)に 1.32 と過去最低となった後、第 2 次ベビーブーム世代(昭和 46 年(1971 年)～昭和 49 年(1974 年)生まれ)が出産期を迎えたこと等により平成 21 年(2009 年)は 1.43 で、都道府県別では第 17 位(3 大都市圏では最も高い数値)となっています。少子化の背景には、結婚や生き方に対する価値観の変化、若者の経済基盤の不安定化や出会いの場の減少により結婚の意思があるものの結婚していない若者の増加、仕事と子育ての両立の難しさ等の様々な要因があります。

この先、出生率が維持されるとしても 30 歳代後半を迎えた第 2 次ベビーブーム世代以降の各世代の人口は減少してきていることから、今後の出生数は減少していくと考えられます。国全体では平成 19 年(2007 年)から死亡数が出生数を上回り既に人口減少の傾向にあります。本県では平成 21 年(2009 年)時点では出生数が死亡数を 14,000 人余り上回っていますが(他の大都市圏と同様の傾向)、平成 27 年(2015 年)から平成 32 年(2020 年)をピークに人口減少に転じると見込まれます。人口の減少は、生活や産業、まちづくりなど様々な面に大きな影響を及ぼすと考えられます。

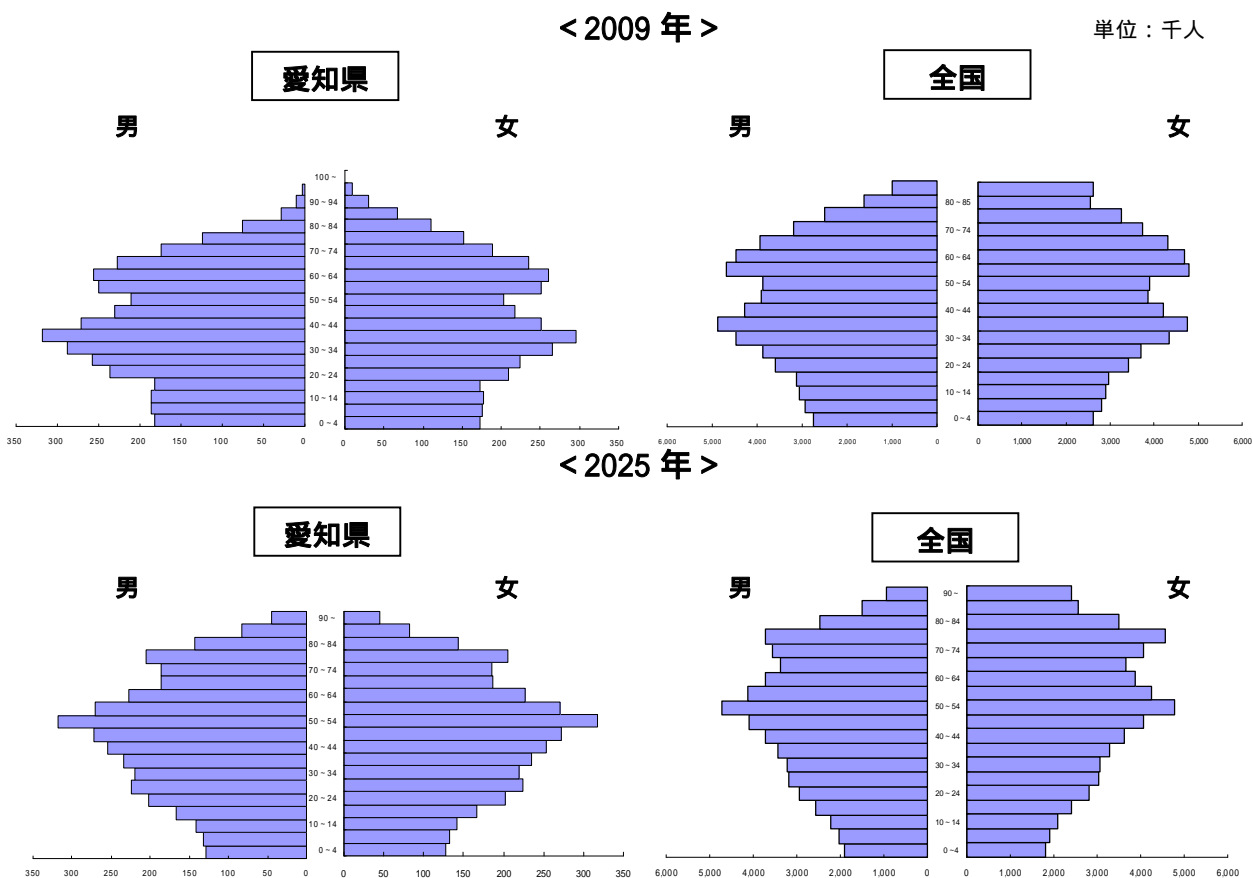
また、生産年齢人口の割合が減少するなど急激に人口構造が変化し(図 5)、医療、介護サービスの増大に伴う現役世代の負担の増加などが見込まれることから、少子化対策を推進し、この変化を少しでも緩やかにしていく必要があります。

愛知県内の出生数と合計特殊出生率の推移 (図4)



資料：厚生労働省 人口動態統計、愛知県衛生年報

人口ピラミッド (図5)



資料：国立社会保障・人口問題研究所 将来推計人口

(3) 家庭の変化

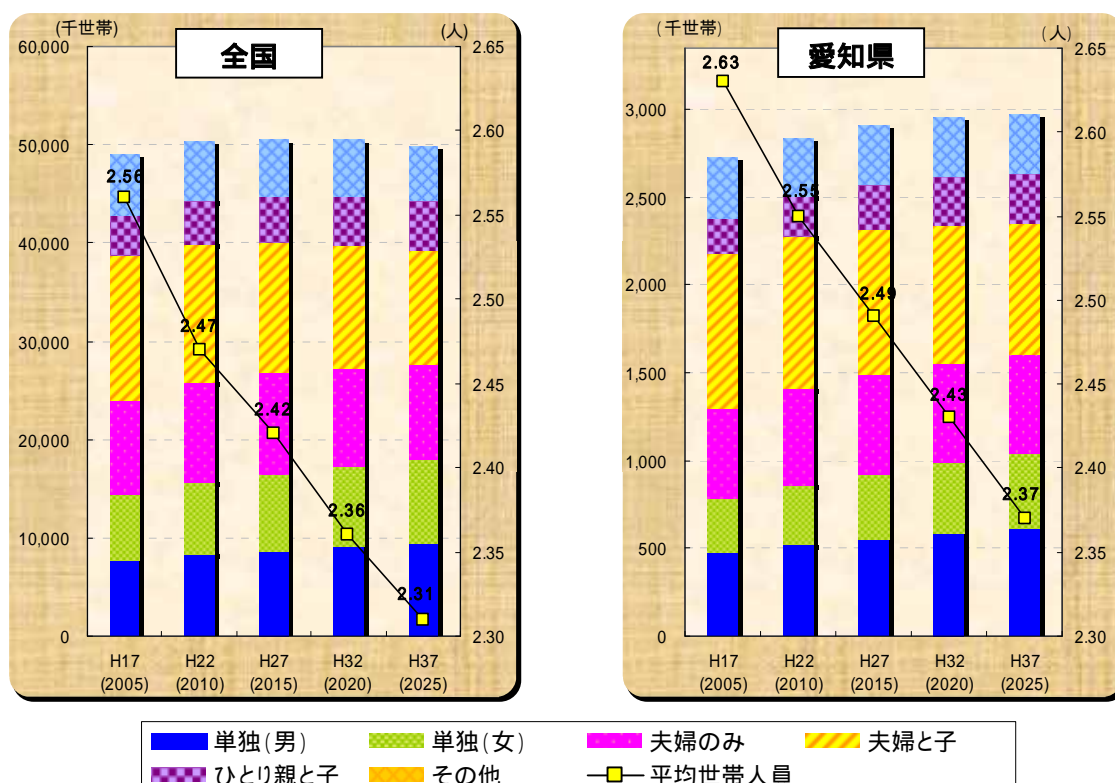
産業構造の変化や都市化の進展等により三世帯同居世帯が減少し、代わって核家族や夫婦のみの世帯、単身世帯が増加するなど世帯員が減少しつつあり、本県の平成21年(2009年)の平均世帯人員数は2.52人となっています(図6)。平成37年(2025年)には、さらに減って2.37人になると見込まれており、特に単身世帯(中でも高齢単身世帯)の増加が大きくなると予測されています。また、平成14年(2002年)をピークにやや減少傾向にあった離婚件数も平成21年(2009年)は増加に転じており(図7)、さらにはひとり親世帯の増加も見込まれます。(図6)

内閣府「平成21年度男女共同参画社会に関する世論調査」によると、「結婚は個人の自由であるから、結婚してもしなくてもどちらでもよい」という考え方について賛成と回答した割合が、20歳代と30歳代でともに6割を超えています(図8)。また、若い世代ほど、結婚や出産を必ずしも必要としないと考える割合が高くなるなど、家庭や結婚に対する価値観も大きく変化しています。

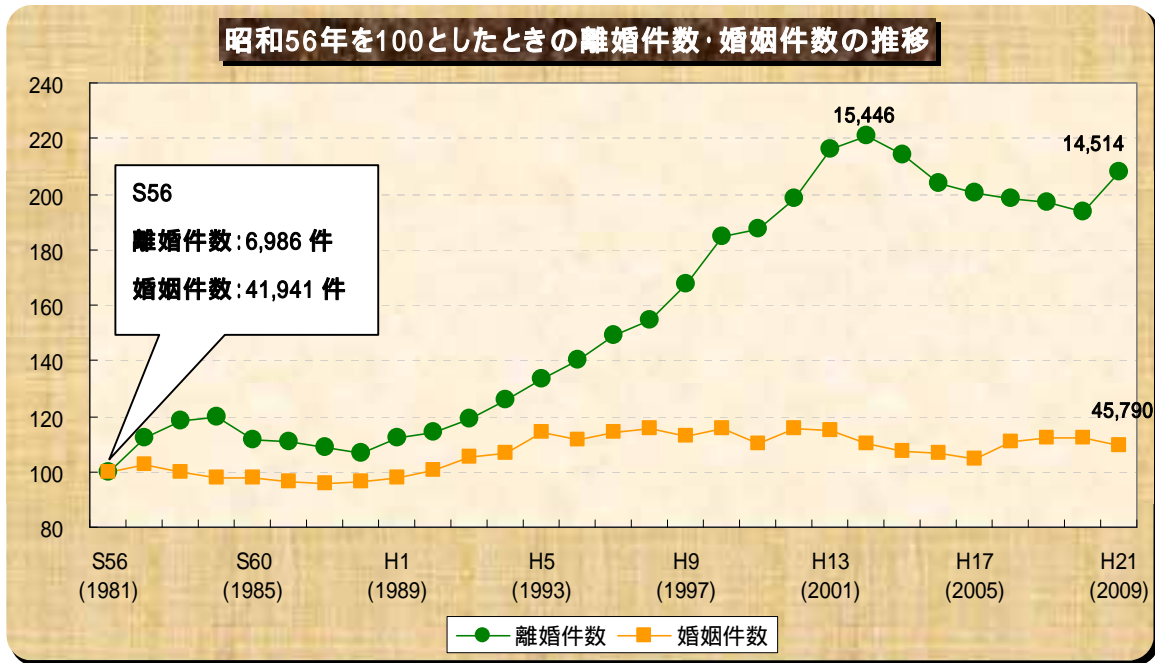
親の長時間労働や子どもの塾通い、テレビゲームやインターネットの普及や個室化など、家族が個別に行動する時間の増加や、離れて暮らす家族の増加等により、家族のつながりが弱まる傾向にあります。また、子育てや介護に関して家族以外の外部サービスへのニーズが高くなっているなど、家族のあり方が変化してきています。

したがって、家庭の機能を社会が支えるとともに、家庭のつながりの大切さを今一度見つめ直す必要があります。

世帯構成の将来推計 (図6)



離婚件数・婚姻件数の推移 (図7)

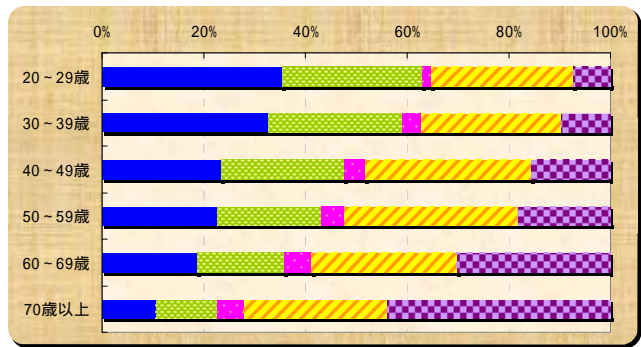
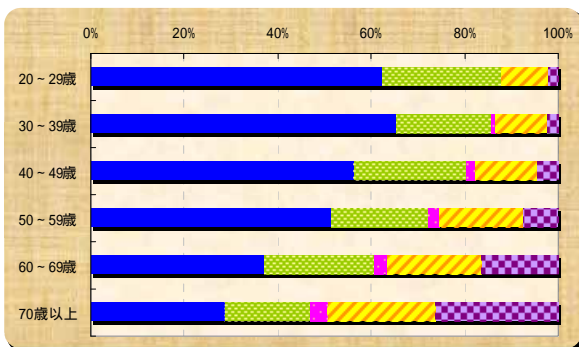


資料：愛知県の人口動態統計（概数）の概況

結婚・子どもに関する意識調査 (図8)

「結婚は個人の自由であるから、結婚しなくてもどちらでもよい」という考え方について

「結婚しても必ずしも子どもをもつ必要はない」という考え方について



■ 賛成 ■ どちらかといえば賛成 ■ わからない ■ どちらかといえば反対 ■ 反対

資料：内閣府 平成21年度男女共同参画社会に関する世論調査

(4) 地域社会の変化

生活圏の拡大や職住分離といった生活スタイルの変化、また近所に住んでいても深い近隣関係を望まない人の増加など（図 9）、人々の意識の変化とも相まって、地域におけるつながりが希薄になっていると感じる人が増加しています。また、町内会や自治会といった地縁組織への参加頻度が低下するとともに、活動へ参加する場合でも慣習やルールとして半ば義務的に参加している人が多く、地縁組織による活動は低調となっています。

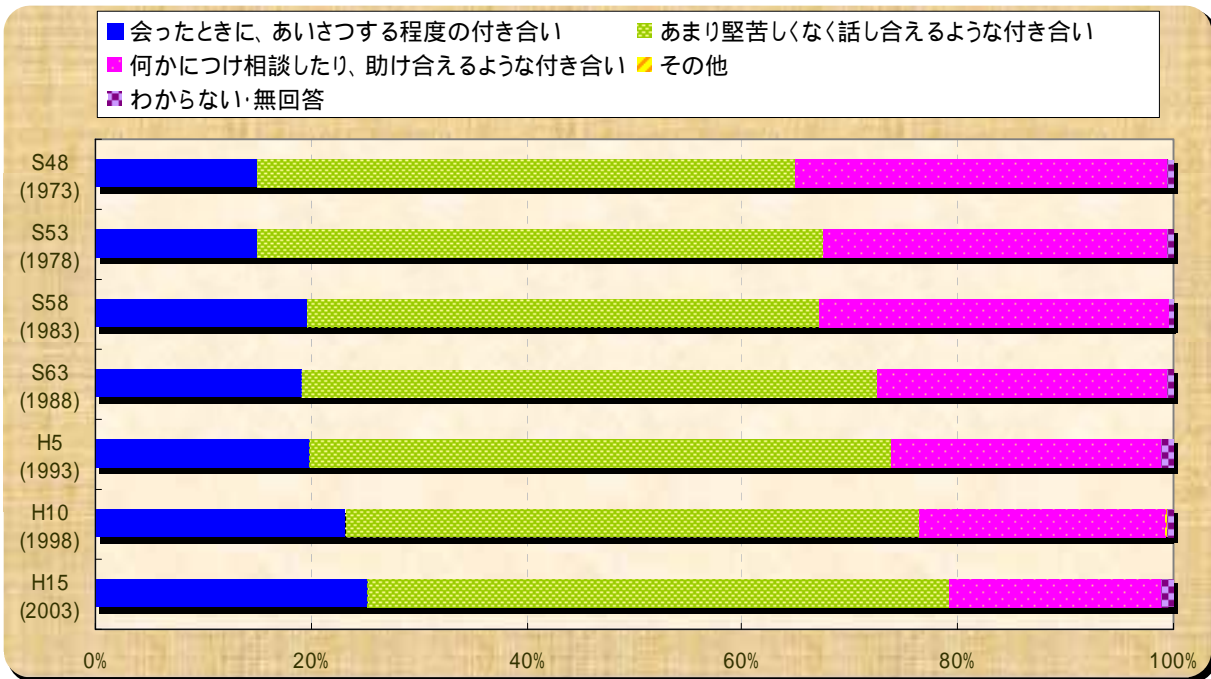
こうした中、児童虐待や家庭内暴力、社会的に自立できない若者の問題、一人暮らし世帯での孤独死などの事件・事象が社会問題化しています。また、先般、消息不明の高齢者が相当数いることが大きなニュースとなり、地域のつながりの希薄化が改めて問題になっています。

その一方では、ボランティア活動や NPO などの新しい機能的団体による支え合いの活動が活発になってきており、特定非営利活動促進法の施行（平成 10 年（1998 年））以降 10 年余りで、本県における NPO 法人の認証数は、平成 22 年（2010 年）3 月末現在 1,312 法人へと飛躍的に増加しています。

社会経済活動のグローバル化により増加する外国人や、職住分離で夜しか家にいない人、単身世帯や共働き世帯の増加など地域で生活する人やその活動スタイルは多様となっています。また、三河山間地域など人口減少・高齢化が進み、地域社会の維持すら困難になると見込まれる地域もあります。さらには、福祉サービスや医療サービスを始めとする地域資源の状況や、住民構成、住民意識等の地域特性を反映して、生活上の課題も地域によってそれぞれ異なるものとなることから、地域の課題を地域で発見し解決することが有効な方法です。

地域によっては、NPO やボランティアといった機能的団体の活動組織が十分でないところもあり、また地域偏在もあると考えられ、さらに、こうした機能的団体と自治会・町内会といった地縁組織とが十分に連携していない地域が多いと指摘されています。これらの団体はともに地域における支え合いの重要な担い手であるため、行政や企業等も含め多様な主体が協働して、多様化する地域の課題の解決を図る力を高めていくことが必要となります。

隣近所との望ましい付き合い方、困ったときの助け合いの意識 (図9)



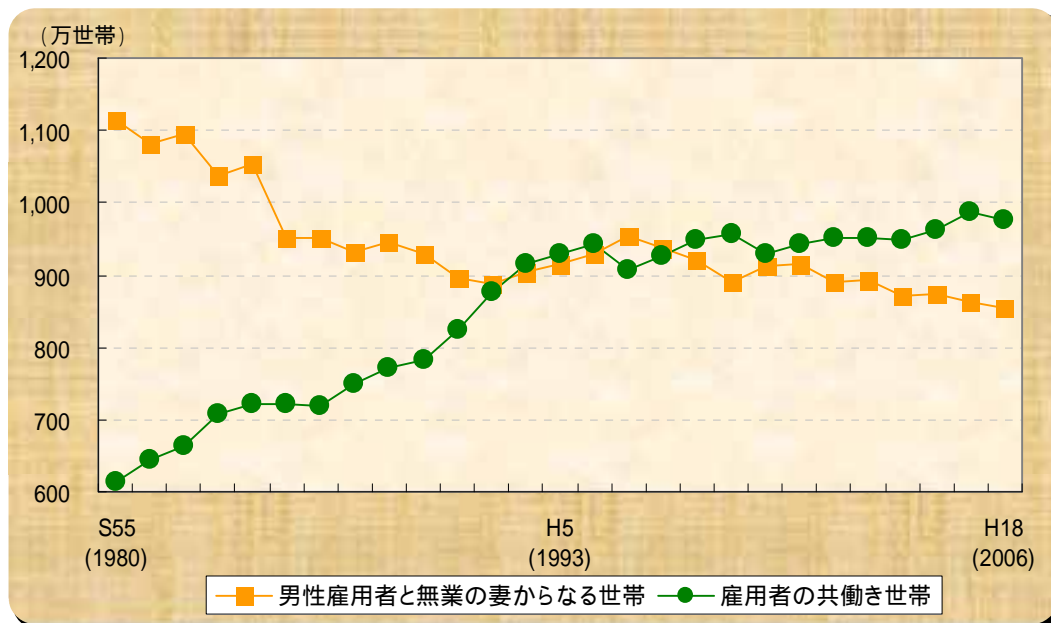
資料：平成 19 年度 国民生活白書

(5) 健康福祉ニーズの多様化・複雑化

短時間勤務や非正規雇用、変則勤務など様々な働き方が広がるとともに、共働き世帯の増加（図 10）や家族形態の多様化など働き方や家族のあり方が多様になっています。働き方の多様化により、休日保育や延長保育など子育て支援のニーズが広がるといったように、ライフスタイルの多様化に伴い、生活を支えるサービスへのニーズも多様複雑になっています。

画一的・集団主義的な傾向から、集団よりも個を重視する傾向が強まり、一人ひとりの多様な価値観に基づく自分らしい生き方を望む傾向が強くなっています。健康福祉分野のサービスにおいても、家庭や地域においてその人らしい生活が送れるよう、個々の多様なニーズに応じてサービスを選択できることが求められます。

共働き世帯の増加 (図 10)



(注)

1. 昭和 55 年から平成 13 年は総務省「労働力調査特別調査」(各年 2 月、ただし、昭和 55 年から 57 年は各年 3 月)、平成 14 年以降は「労働力調査(詳細結果)」より作成。
2. 「男性雇用者と無業の妻からなる世帯」とは、夫が非農林業雇用者で、妻が非就業者(非労働力人口及び完全失業者)の世帯。
3. 「雇用者の共働き世帯」とは、夫婦ともに非農林業雇用者の世帯。
4. 昭和 60 年以降は「夫婦のみの世帯」、「夫婦と親から成る世帯」、「夫婦と子供からなる世帯」及び「夫婦、子供と親から成る世帯」のみの世帯数。
5. 「労働力調査特別調査」と「労働力調査(詳細結果)」とでは、調査方法、調査月などが相違することから、時系列比較には注意を要する。

資料：平成 20 年度厚生労働白書

(6) 安心を支える社会システムへの信頼感の低下

安心・安全な出産や高齢者の医療ニーズの増大への対応が必要となってくる一方で、新医師臨床研修制度の影響や勤務医の過酷な勤務状態などを背景に、病院における勤務医の偏在、診療科の閉鎖、縮小事例などの診療制限が行われています(表 2)。医療関係者などの努力により救急医療を始めとする地域医療体制は何とか確保されていますが、診療制限の状況は改善しておらず、不安や不便が指摘されています。

平成 21 年(2009 年)春以降に世界的に大流行した新型インフルエンザの強毒性への転換や、新しいタイプの感染症の発生も危惧されており、地域における対応を強化していく必要があります。

本県の自殺者数は、平成 10 年（1998）年に急増して以来、毎年 1,500 人前後の水準で推移しています（図 11）。1 人の自殺者には 10 倍の未遂者がいると言われており、さらに家族や友人などの周囲の人々が受ける心理的影響を考慮すると、本県において毎年 10 万人以上の人々が自殺問題に苦しんでいるといえます。

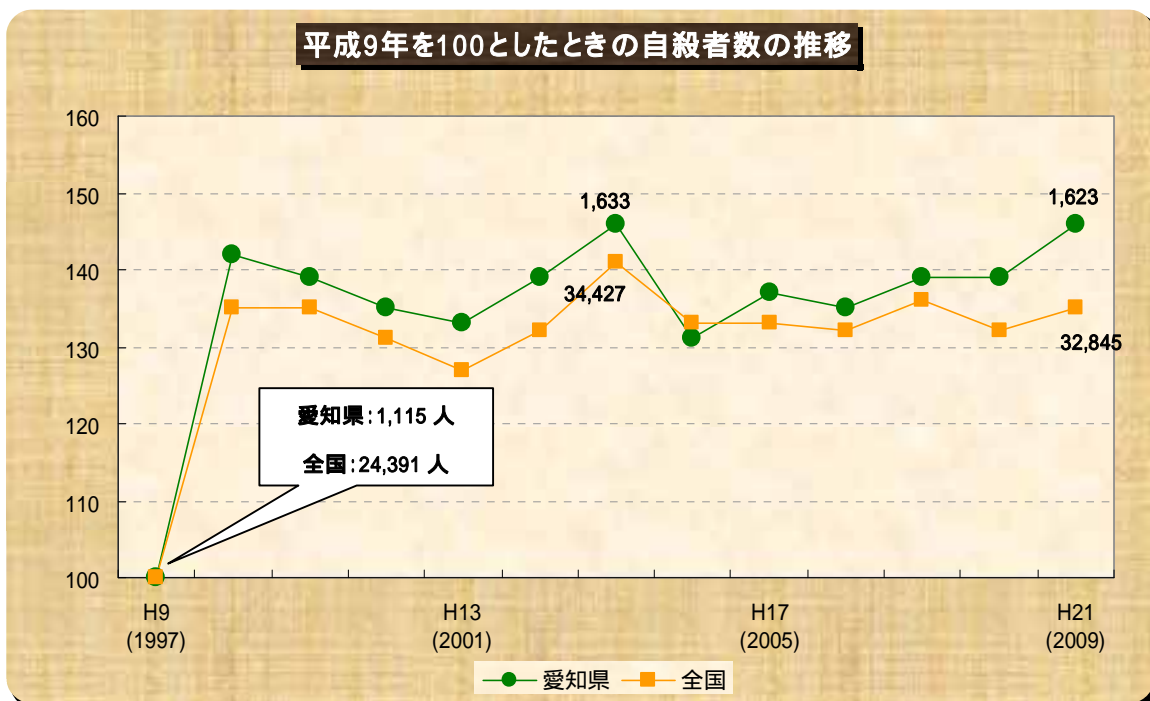
平成 20 年（2008 年）秋以降の経済危機による解雇や雇い止めなどを背景に、生活保護受給世帯が急増するとともに（図 12）、生活保護受給者や生活困窮者から利益を得るいわゆる貧困ビジネスの問題も表面化しています。今後ますます社会経済状況の変動が大きくなることを見込まれる中、生活のセーフティネットを強化していくことが求められます。

医師不足のため診療制限をしている病院（平成 22 年 6 月末）（表 2）

2 次医療圏	病院数	医師不足のため診療制限している病院数 （ ）内は「病院数」に対する割合
名古屋	132	28（21.2%）
海部	11	2（18.2%）
尾張中部	5	0（0.0%）
尾張東部	19	2（10.5%）
尾張西部	20	6（30.0%）
尾張北部	24	6（25.0%）
知多半島	20	6（30.0%）
西三河北部	19	4（21.1%）
西三河南部	38	6（15.8%）
東三河北部	6	1（16.7%）
東三河南部	38	10（26.3%）
計	332	71（21.4%）

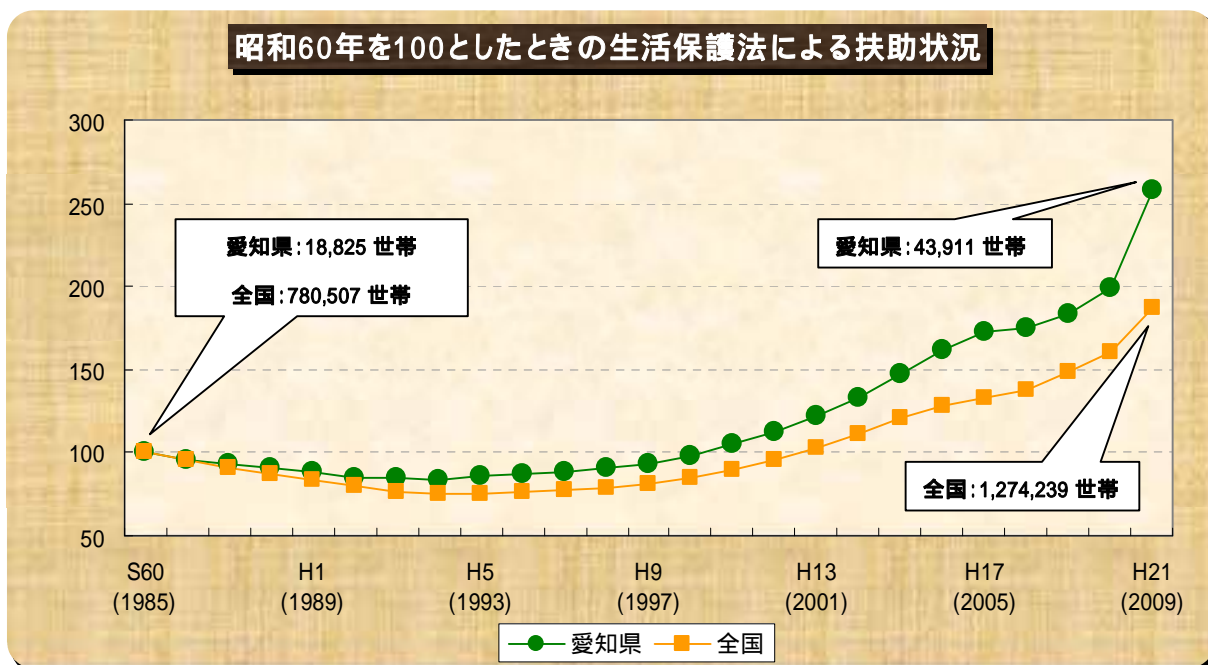
資料：愛知県健康福祉部

自殺者数の推移 (図 11)



資料：警察庁生活安全局生活安全企画課 平成21年中における自殺の概要資料
愛知県精神保健福祉センター 愛知県の自殺の現状

生活保護受給世帯数の推移 (図 12)



資料：第6回愛知県累計統計表 (13)社会保障 生活保護法による扶助状況
国立社会保障・人口問題研究所 被保護実世帯数・保護率の年次推移
愛知県生活保護速報、厚生労働省社会・援護局保護課生活保護速報

(7) 地方分権の進展

地方分権の進展に伴い、国、県、市町村の役割分担が見直され、生活に密着した福祉サービスは、市町村が主体となって、きめ細かく提供できるような仕組みへと変化していきます。都道府県においては、広域的な調整や専門性が要求されるサービス提供などの役割が重要になります。

行政機関がすべての公共サービスを提供するのではなく、住民、非営利団体、企業等、地域社会にかかわる各主体によって、地域に必要な公共サービスが提供されるようになりつつあり、こうした多様な民間主体との協働を進めていくことが必要となります。

新たなビジョンの策定

1．新たなビジョン策定の意義

(多様で量的・質的に変化するニーズへの対応)

本格的な超高齢社会へのソフトランディング、少子・人口減少社会への対応、障害者が地域で安心して暮らせる社会の構築、虐待への対応、ひとり親家庭への支援、地域医療の確保や自殺対策など、健康福祉分野には様々な課題が山積しています。また、高齢化の進展等に伴い、ニーズが量的に拡大するとともに、社会情勢の変化に伴い質的にも多種多様となっており、それらへのさらなる対応が求められています。

(多様な主体の連携と協働)

多種多様な健康福祉の地域課題を解決していくには、多様な主体が自助・互助・共助・公助の役割分担を踏まえつつ、連携・協働して支え合う地域づくりを進めていくことが必要です。このビジョンは県民一人ひとり、ボランティア、NPO、民間事業者、行政等で本県健康福祉の進むべき方向を共有するための基本指針となるものです。

(県の役割の明確化)

なお、健康福祉分野では、従来から市町村が中心となってサービスを提供してきましたが、「子ども・子育て新システム」など、これからより一層、住民に身近な市町村が主体となって施策を展開する方向が打ち出されています。このビジョンにおいて、広域的な調整や専門性の高い部分の対応等、広域自治体にふさわしい県の役割を明確にしていきます。

2．ビジョンの性格

平成27年(2015年)に向けた地域づくりの基本方針を示した「政策指針2010-2015」では、基本課題として「いのちを守る『安心・安全』の社会をつくる」、「誰もが『希望』を持って活動できる社会にする」等が掲げられています。

このビジョンは、「政策指針2010-2015」を踏まえ、中長期的な視点に立って、健康福祉分野のこれからの方向性や各分野に共通する視点、主要な取組を示し、各分野

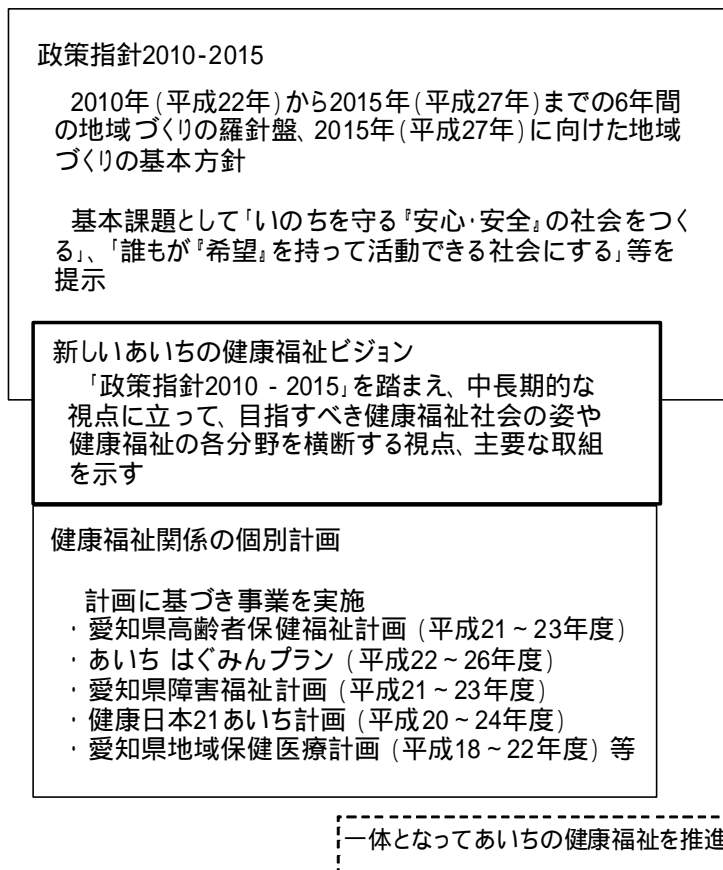
の個別計画と一体となって、本県の健康福祉を推進していくものです。

なお、福祉分野と医療は密接に関連しており、その連携が重要であることから、今回のこのビジョンでは新しく医療分野を加え、健康福祉全般を対象とします。

また、従来のビジョンは、福祉分野の総合計画という位置付けであり、別途実施計画も策定していましたが、現在、健康福祉関係の個別計画も充実し体系化されてきたことから、施策・事業の実施計画についてはそれぞれの個別計画に委ねることとします。

なお、このビジョンは、社会福祉法に定められた「都道府県地域福祉支援計画」及び障害者基本法に定められた「都道府県障害者計画」の性格を併せ持つものです。

教育や産業労働、建設など他の分野で密接に関連する事項についても取り上げるとともに、他の分野のプランとの整合性を図ったものとします。



3 . ビジョンの期間

ビジョンの計画期間は、「政策指針 2010 - 2015」と一体となって健康福祉を推進するため、中長期(概ね平成 37 年(2025 年))を見据えた平成 23 年(2011 年)から平成 27 年(2015 年)までとします。

第2章 基本とする考え方

基本理念

これまで見てきたように、社会状況は大きく変化しています。
こうした中、誰もが安心して生活できる地域社会を構築していく必要があります。
そこで、今後目指すべき健康福祉社会像として、次の基本理念を掲げます。

<基本理念設定のキーワード>

安心 希望 尊厳 健やか 支え合い 共生 協働 地域で暮らす
生活の質の向上 など

【基本理念の説明】

.....

基本とする視点

基本理念で表した望ましい社会像を実現するために、各分野に共通する次の6つの視点を基礎としながら、人や地域のつながり・絆の再生を図り、互助や支え合いによって、安心・安全の健康福祉社会づくりを推進していきます。

1. 家庭の機能を支える

家庭は、子育て、介護や老親の扶養、互いの日常生活のケア、精神的なよりどころなど、家族相互の助け合いにより生活が営まれる場ですが、核家族化の進行や長時間労働、地域や血縁によるつながりの希薄化などの様々な社会的要因により、家庭内の相互扶助力が低下している家庭もあるとの指摘があります。そのため、家庭が自律的にこうした機能を取り戻していくとともに、従来家庭が担ってきた機能を、地域社会全体で担っていくことが重要となります。

高齢者の一人暮らし家庭やひとり親家庭、さらには障害のある人の家庭など、配慮が必要な家庭への支援はもとより、子育てや介護をしている家庭などについてもその機能を支えていくことが必要です。

現状では家庭のみで子どもを育て、子どもが育つことが難しくなっています。また、これまでの子育て支援は、働きながら子育てをする家庭への支援を中心に行われてきましたが、育児の孤立感・不安感は自宅で子育てをしている専業主婦層の方がより強く感じている状況が見られます。ひとり親家庭や子どもに障害があるなどの場合には、家族の負担が大きくなりやすく、最も身近な存在である家族の大きな不安感や負担感は、子どもの育ちに影響を及ぼすおそれもあります。子どもの育ちの基礎となるのは家庭であり、家族を含めたトータルな切れ目ない支援を行っていくということが大切です。

今後、超高齢社会を迎え、支援や介護を必要とする高齢者の急増が見込まれます。多くの方が、支援や介護が必要となっても家庭や地域で暮らし続けることを希望していますが、家族に介護の負担をかけることを望まない高齢者や自宅における介護を負担に感じる家族も多いことから、家庭における介護の機能を支えていくことが必要となります。

また、高齢者世帯の中には、入所の必要はないものの日常生活に不安のある世帯も

多く、こうした世帯は日常生活支援や見守り等があることで在宅生活を送れる可能性が広がります。一人暮らしや夫婦のみの高齢者世帯においては、家庭でこうした生活支援や見守りを行うことが難しく、地域全体で高齢者の生活を支えることが重要です。

障害のある人の施設や病院から地域生活への移行が進められ、グループホームやケアホーム、自宅等で生活する人が増加しています。障害のある人の地域生活には、生活全般にわたるサポートが必要となりますが、こうしたサポートは、家族の負担の点からだけでなく、子どもを自立させるといった家庭の役割からも、地域全体で担っていくことが必要となります。

家庭の機能の低下が懸念される中で、さらに経済的困難、不安定な雇用・失業、居住環境の悪化、地域社会からの孤立など、家庭の生活基盤が不安定となる状況が重なると、虐待やドメスティックバイオレンスなど、深刻な事態を招くリスクが高くなります。そのため、家庭の機能を支え家庭の負荷を軽減することにより、こうした事態を未然に防止することも大切となります。

2 . 地域全体で支え合う

地域とは人々が暮らす場であり、社会貢献や自己実現など様々な活動の基本となる場です。高齢になっても障害があっても、誰もが尊厳をもって自分らしい生き方ができ、安心して次世代を育むことのできる場であることが望まれます。

今後、ますます多様化・複雑化・増加していく健康福祉分野のニーズに適切に対応していくためには、行政や専門機関、関係事業所はもとより、NPO、住民、企業等多様な主体が連携し、情報を共有しながら、より身近な地域単位で地域特有の課題に対して、自ら解決を図る力、「健康福祉の地域力」を高めていくことが必要となります。

生涯を通して人には様々な生活場面や役割があり、支えている人が同時に支えられていたりするなど、時と場合に応じてその役割が変化していきます。常に「支える」側であることも、常に「支えられる」側であることもなく、誰もが「支え合い」の当事者となります。

そのため、地域を構成する様々な構成員が、地域の課題を自分たちの問題、自分たちのまちの問題として捉え、それぞれの特性に応じた役割を果たしながら、支え合いの担い手として主体的にかかわっていくことが必要となります。

地域における個々の生活課題の背景には様々な要因が重なり合っており、一つの支援機関だけで対応していくことが難しい場合もあります。また、進学や就労、転居等に伴い支援者や支援機関が変わる際に、相互の支援者間で情報共有が十分にされていないことなどにより支援が途切れてしまい、かえって本人や家族の負担となってしまうこともあります。

そのため、保健・医療・福祉、教育、就労、住宅等、関係する支援者・機関が情報を共有しながら連携して切れ目のない支援を行っていくことが大切になります。

支援者・機関・施設などの地域資源には限りがあることから、切れ目のない支援を行っていくためには、現在ある地域資源を最大限活用していくことが必要となります。個々の地域資源は一人ひとりの状況に応じて適切に活用されなければ支援につながらないため、地域資源を把握しニーズに応じてサービスや支援をつないでいく役割が重要となります。

また、支援やサービスの提供主体は多様であるため、サービス内容の情報提供に努めるとともに、評価や検証等を行うことにより、サービス利用者の権利の擁護を図り、提供されるサービスの質を一定水準に保つことも重要となります。

3. 一人ひとりの生き方と可能性を尊重する

年齢、性別、ライフスタイル、健康状態、経済状況、支援を必要とするか否か等にかかわらず、人は皆同じ一人の人間として尊重されるべき存在です。一人ひとり異なる人がお互いにその違いを認め、その人が持っているその人らしさを最大限発揮できるようにすることが、その人の尊厳を支えることとなります。

支援が必要な場合でも、何でも「してあげる」のではなく、その人の持っている力（できること・可能性）を活かし、その上で必要な支援を組み合わせることが重要です。また、支援やサービスを提供する際にも、過剰なサービスを控え本人の努力を促していくことが、本人の力を維持していくことにつながります。

いかなる支援も、単に能力や機能の向上を目指すのではなく、本人や家族の暮らしやすさや、充実感のある生活につながるものでなければなりません。暮らしやすさや充実感、他者によって画一的に決められるものではなく、一人ひとりの生き方や価値観が尊重されることが大切です。また、画一的な支援は、時にその人の能力やプライドを奪い、生活能力を低下させる場合もあります。このため、利用者サービス提供者との対等な関係の確立を図り、適切なケアマネジメントによって、心身の状況・家族関係などに応じた総合的な支援が進められる必要があります。

生活のあり方は、誰かに決められたり押し付けられたりするものではありません。利用者によるサービスの選択、障害のある方の地域生活への移行などにあたっては、現在の生活環境、これまでの生活歴や将来の希望、その人なりの生活スタイルが尊重されるとともに、生活の様々な場面において、生活のあり方や生き方について、自分で選択し決定できることが大切です。

4 . 予防・早期対応を重視する

誰もが、地域で安心して生活することが望まれますが、加齢や疾病、失業などの様々な要因により、それが難しくなることもあります。しかし、個人の暮らしやすさのためにも、また支援にかかる社会的コストの面からも、できるだけ早期に問題を発見し、対応することで、事態の重度化や深刻化を防ぐことが可能となります。

それぞれの生活は、一人ひとりが自らの責任と努力で営んでいくことが基本であり、例えば運動や食生活の改善等生活習慣に注意して、健康維持や介護予防に努めるなど、まず自分でできる努力をすることが第一です。

子育てや介護による過度の疲労や不安、孤立感が子どもや高齢者への虐待へのリスクを大きくすることから、相談の機会を設け不安を取り除く、一時休息の機会を設けるなど、子育て支援や介護等への支援を充実し負担感を軽減することが、虐待の予防の観点からも重要となります。

地域住民がお互いに目を配り支え合うことで、新聞がたまっていたり、いつもと子どもの様子が違うといった生活の小さな変化にいち早く気付いたり、認知症高齢者の徘徊時等に速やかな対応が可能となる等、日ごろからのつながりや地域における見守りの取組を推進することが、事態の深刻化のリスクを軽減することにつながります。

疾病や障害が早期に発見されるよう、一人ひとりが健診や検査等の機会を持つように心がけるとともに、専門機関の資質を高めることが必要となります。また、家庭はもとより、保育・教育の現場で保育士や教師等が虐待や発達障害についての知識を持ったり、職場等で心の健康に関する意識を高める等、日常生活の中で周囲の者が疾病や障害等に早い段階で気付くことができるようにすることが必要です。

日常生活における小さな「気付き」は、それだけでは疑いにとどまることも多く、本人や家族の不安を高めることにもなります。早期支援や治療へのきっかけとなる小さな「気付き」をそのままにすることなく、早期に適切な関係機関や専門機関につないでいくことが重要となります。

5 . 持続可能なシステムを構築する

健康福祉分野の支援やサービスは、誰もが健やかで安心した日常生活を送るための基盤となります。そのため、県民の生活にとっても、また社会の安定にとってもサービスが安定的に継続して供給されることが必要となります。

核家族化や地域のつながりの希薄化などの社会状況の変化により、かつては家庭や地域で完結していた子育てや介護が公共的なニーズとなっていったように、行政に求められるサービスの守備範囲は拡大してきました。その一方、高齢化の進展による高齢者の急激な増加や、地域で生活する障害のある人の増加などに伴う健康福祉分野におけるニーズの拡大が見込まれています。また、社会状況の変化が加速していく中において、日常生活の支援から専門的な支援まで、求められる支援の幅も広がっていますが、市町村・県・国の行政がすべての公共的なニーズへの対応を直接担当するという前提を維持することは、一層困難になっています。

加えて、未婚化・晩婚化に歯止めがかからず、出生率が低迷を続けた場合、生産年齢人口の減少と老年人口の増加が急速に進んでいくこととなります。そしてその後人口減少社会を迎え、生活や産業、まちづくりなどあらゆる面に大きな影響を及ぼし、経済規模の縮小が見込まれる中で、福祉サービスが必要な人は増加すると予想されます。

このような中で、拡大していくニーズに対応していくためには、行政がより効果的に・効率的に機能を発揮することが必要となります。それに加え、住民、NPO、企業など、地域社会にかかわる多様な主体が参加し、協働、連携あるいは自律的な活動と支援といった様々な形で役割を分担する「新しい支え合い」の仕組みを確立し、充実することによって、拡大するニーズを支える地域社会全体の力を高めながら、持続可能な安定した制度を構築していくことが求められています。

6 . 役割分担を明確化する

これまで健康福祉に係る公共サービスは、国、県、市町村において重層的に担ってきましたが、厳しい財政が続き、ニーズが多様化・複雑化する中、それぞれの役割を再度見直し、改めて明確にすることが必要です。

国の役割は、ナショナル・ミニマムを確保するため公的年金、公的保険、給付金、生活保護など、全国単一の制度又は全国一律の基準で行うべきものの制度を設計し、その財源を負担することと考えられます。

地域住民に身近な市町村においては、主体性を持ち、自立した行政を担うことができる体制づくりが求められています。特に健康福祉分野においては、「子ども・子育て新システム」など今後ますますそうした方向へ進むものと思われれます。

県では、これまで、「21世紀あいち福祉ビジョン」を着実に推進し、福祉医療の拡大、全国で初めての常設運営となる「あいち介護予防支援センター」の設置、「愛知県少子化対策推進条例」の制定から始まった子育て支援の充実などを進めてきましたが、広域自治体としての県の役割と責任を将来に渡って果たしていくためには、次なる時代を先取りした政策を展開、誘導することが求められます。

身の丈にあった行政サービスを安定的に提供することができる持続可能で質の高い行財政体制の構築を目指し、県に求められる標準的な行政水準を踏まえ、重点課題を絞り込み、短期、中長期といった時間軸の上で優先順位をつけて政策の推進を図ることが重要です。具体的には、市町村への側面的な支援や、広域的な観点から市町村では十分に対応できない部分の補完的な取組、市町村の取組を誘導する先導的・モデル的な事業などの実施を担当すべきと考えられます。

この場合、市町村を始め、NPOや企業等、地域における支え合いを担う多様な主体との協働・連携を図り、各主体の力を引き出すよう一層努めることが大切となります。こうした役割分担の推進により、地域社会全体としての力を引き出し、効果の最大化やコストの最小化を図っていく必要があります。

