

第1章 ビジョンの策定

これまでのあいちの健康福祉

本県では、平成5年(1993年)7月に20世紀に残された8か年の間に実施すべき福祉施策の大筋を明らかにした「あいち8か年福祉戦略(愛フルプラン)」を、続いて平成13年(2001年)3月には21世紀初頭における本県福祉の進むべき方向を明らかにした「21世紀あいち福祉ビジョン」を策定して、福祉の推進を図ってきました。

名 称	あいち8か年福祉戦略 (愛フルプラン)	21世紀あいち福祉ビジョン
計画期間	平成5年度(1993年度) ～平成12年度(2000年度)	平成13年度(2001年度) ～平成22年度(2010年度)
基本目標	やさしさや人間性にあふれる 地域づくり	自立と自己実現を支える福祉
構 成	<7つの基本戦略> 1 高齢者の生きがい促進ときめ細かな援助体制の確立 2 障害を持つ人々の自立への支援と社会参加 3 子どもと子育てにやさしい環境づくり 4 身近な地域での福祉の推進 5 人にやさしい街づくりと高齢者、障害者にも住みやすい住宅の整備 6 マンパワーの養成と確保 7 福祉のこころの醸成と広報・啓発活動の展開	<5つの分野> 1 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 2 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 3 障害者の主体性を尊重した保健福祉サービスの確立 4 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 5 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

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

【健康づくり推進の動き】

年	本県の動き		国の動き	
平成12年(2000年)			3月	21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)策定
			11月	健やか親子21策定
平成13年(2001年)	3月	健康日本21あいち計画策定		
平成15年(2003年)			5月	健康増進法施行
平成18年(2006年)	3月	健康長寿あいち宣言		
	3月	健康日本21あいち計画(改定)		
平成19年(2007年)			4月	新健康フロンティア戦略策定
平成20年(2008年)	3月	健康日本21あいち計画(追補)策定	4月	特定健康診査・特定保健指導開始

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、国民の健康寿命の延伸に向け、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、平成20年度(2008年度)からメタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)

に着目した特定健康診査・特定保健指導が開始されました。本県では、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ています。

今後、超高齢社会（高齢化率（65歳以上人口割合）21%超）に突入し、75歳以上の高齢者の急増が見込まれる中、健康寿命を伸ばしていくことが大切になります。

【福祉環境整備の動き】

年	本県の動き		国の動き	
平成6年（1994年）	10月	人にやさしい街づくりの推進に関する条例制定	9月	ハートビル法施行
平成12年（2000年）			11月	交通バリアフリー法施行
平成15年（2003年）			4月	ハートビル法改正
平成16年（2004年）	12月	人にやさしい街づくりの推進に関する条例改正		
平成18年（2006年）			12月	バリアフリー新法施行
平成19年（2007年）	3月	人にやさしい街づくりの推進に関する条例改正		

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」（バリアフリー新法）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などが盛り込まれました。本県でもこれに対応し条例及び条例規則を改正しており、今後も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

【子ども・子育て支援の動き】

年	本県の動き		国の動き	
平成15年(2003年)			7月	次世代育成支援対策推進法施行
			9月	少子化社会対策基本法施行
平成16年(2004年)			6月	少子化社会対策大綱策定
			12月	子ども・子育て応援プラン策定
平成17年(2005年)	3月	あいち 子育て・子育て応援プラン策定		
平成18年(2006年)	4月	健康福祉部子育て支援課設置	6月	新しい少子化対策について策定
平成19年(2007年)	3月	少子化対策推進条例制定	12月	子どもと家族を応援する日本重点戦略策定
	11月	あいち子育て応援宣言		
平成21年(2009年)	3月	子育て応援の日(はぐみんデー)開始		
平成22年(2010年)	3月	あいち はぐみんプラン策定	1月	子ども・子育てビジョン策定
			4月	子ども・子育て新システム検討開始

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となりましたが、平成22年(2010年)においても1.46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。未婚化・晩婚化に加え、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、少子化の原因として夫婦の出生力(夫婦1組の平均子ども数)の低下も指摘されています。

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)に「次世代育成支援対策推進法」及び「少子化社会対策基本法」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。

また、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、子育てにあたたかい愛知の実現に向けた取組を進めています。

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、安心して子どもを生き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。

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

【障害のある人への支援の動き】

年	本県の動き		国の動き	
平成15年(2003年)	5月	あいち発達障害者支援センター設置	4月	支援費制度開始
平成16年(2004年)			6月	改正障害者基本法施行
平成17年(2005年)			4月	発達障害者支援法施行
平成18年(2006年)			4月	障害者自立支援法施行(H18.10.1全面施行)
			4月	改正障害者雇用促進法施行(全面施行)
			10月	自殺対策基本法施行
			12月	改正教育基本法施行
平成19年(2007年)	3月	第1期愛知県障害福祉計画策定		
	3月	愛知県心身障害者コロニー再編計画策定		
	4月	こころの健康推進室設置	4月	改正学校教育法施行
			12月	重点施策実施5か年計画策定
平成20年(2008年)	3月	あいち自殺対策総合計画策定		
	3月	愛知県工賃倍増5か年計画策定		
平成21年(2009年)	3月	第2期愛知県障害福祉計画策定	4月	改正障害者雇用促進法順次施行
			12月	障害者制度改革検討開始

平成16年(2004年)に「障害者基本法」が改正され、目的規定に障害のある人の自立や社会参加の支援が明示され、都道府県・市町村における障害者計画の策定の義務化などが規定されました。本県においては「21世紀あいち福祉ビジョン」を障害者計画と位置付け施策の推進を図ってきました。

生活支援の分野では、平成15年(2003年)に、行政処分によりサービスを決定する措置制度から、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、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。

教育の分野においては、平成18年(2006年)に「教育基本法」が改正され、児童生徒が障害の状態に応じ十分な教育を受けられるよう、必要な支援を国及び地方公共団体が講じる義務が明記され、さらに平成19年(2007年)には、児童生徒一人ひとりのニーズに柔軟に対応できるよう特別支援学校の制度などを内容とする「学校教育法等の一部を改正する法律」が施行されました。

本県においては、養護学校の整備、特別支援学級・通級指導教室の設置、発達障害のある児童生徒に対する支援に関する実践研究などを推進し、特別支援教育の充実を図ってきました。

雇用・就業の分野においては、精神障害のある人に対する雇用対策の強化、在宅就業障害者に対する支援、福祉施策との連携などを内容とする「障害者の雇用の促進等に関する法律」の一部改正が行われ、平成18年(2006年)に全面施行されました。さらに、中小企業における雇用の一層の促進などを内容とする改正が平成20年(2008年)に行われ、平成21年(2009年)から順次施行されています。また、障害者自立支援法においても就労支援の強化が柱の一つとなっています。

本県においては、愛知労働局始め関係機関と連携協力した企業への啓発や障害者就業・生活支援センターの設置などにより障害のある人の雇用促進・職場定着を進める

とともに、「愛知県工賃倍増5か年計画」(平成20年(2008年)3月策定)の推進により一般就労へ移行することが困難な人への支援も進めてきました。

さらに、うつや自殺、ひきこもり等、こころ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)から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、こころ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。

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

【高齢者支援の動き】

年	本県の動き		国の動き	
平成12年(1999年)	3月	第1期愛知県高齢者保健福祉計画策定	4月	介護保険制度開始
平成15年(2002年)	3月	第2期愛知県高齢者保健福祉計画策定		
平成17年(2005年)			4月	認知症を知り地域をつくる10カ年構想
			6月	改正介護保険法施行(予防重視型システムへの転換等、H18.4.1全面施行)
平成18年(2006年)	3月	第3期愛知県高齢者保健福祉計画策定	4月	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
			6月	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、順次施行)
平成20年(2008年)	1月	地域ケア体制整備構想策定	11月	安心と希望の介護ビジョン策定
平成21年(2009年)	3月	第4期愛知県高齢者保健福祉計画策定		
平成22年(2010年)	4月	あいち介護予防支援センター設置		

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「21世紀あいち福祉ビジョン」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・包括的なケア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、医療など地域包括ケアの中心的役割を担う地域包括支援センターが、平成22年（2010年）4月1日時点で180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など、認知症高齢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・住まい等のニーズや社会資源の状況等に即した地域包括ケア体制の整備を推進していくため、平成20年（2008年）1月に「愛知県地域ケア体制整備構想」を策定し、医療や介護が必要となっても住み慣れた家庭や地域で暮らし続けることができる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、医療制度と介護保険制度の連携により、様々なサービスが切れ目なく提供されるように、地域包括支援センターを中心とした地域包括ケア体制を整備していくことが必要です。

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

【サービス提供システム構築の動き】

年	本県の動き		国の動き	
平成12年(2000年)	4月	高齢者福祉サービスの利用制度化(介護保険制度)に対応	6月	社会福祉の増進のための社会福祉事業法等の一部を改正する等の法律施行(H15.4.1全面施行)
平成13年(2001年)	4月	助産施設、母子生活支援施設の利用制度化に対応	10月	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施行(H14.4.1全面施行)
平成14年(2002年)	4月	愛知県女性相談センターに配偶者暴力相談支援センターの機能を付与	8月	ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法施行
平成15年(2003年)	4月	障害福祉サービスの利用制度化(支援費制度)に対応		
平成16年(2004年)	3月	第1期愛知県ホームレス自立支援施策等実施計画策定		
	5月	あいち協働ルールブック2004発行		
	8月	NPOと愛知県の協働推進に向けた共同声明署名		
平成17年(2005年)	12月	配偶者からの暴力防止及び被害者支援基本計画(1次)策定	8月	医師確保総合対策取りまとめ
平成18年(2006年)			8月	新医師確保総合対策取りまとめ
平成19年(2007年)	9月	全国ボランティアフェスティバル開催	5月	緊急医師確保対策について取りまとめ
			8月	社会福祉事業に従事する者の確保を図るための基本的な指針改正
平成20年(2008年)	3月	配偶者からの暴力防止及び被害者支援基本計画(2次)策定	6月	安心と希望の医師確保ビジョン策定
平成21年(2009年)	3月	第2期愛知県ホームレス自立支援施策等実施計画策定		
平成22年(2010年)			6月	新しい公共宣言

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、福祉サービスの提供方法が、措置制度から利用制度へと順次移行してきました。

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13年(2001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）が施行され、平成14年（2002年）には「ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法」が施行されました。

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、平成17年（2005年）12月に「配偶者からの暴力防止及び被害者支援基本計画」を策定（平成20年（2008年）2次計画策定）し、DV防止、被害者支援の取組を進めてきました。

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（平成21年（2009年）第2期計画策定）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。

保健・医療・福祉を支えるマンパワーのうち、医師については、平成16年（2004年）に必修化された新医師臨床研修制度などを契機とした深刻な医師不足に対応するため、国において平成17年（2005年）に「医師確保総合対策」、平成18年（2006年）に「新医師確保総合対策」、平成19年（2007年）に「緊急医師確保対策について」が取りまとめられ、地域の医療に従事する医師数の増加を図るための大学医学部の定員増（地域枠の拡充）を始めとする医師確保対策が進められてきました。

さらには、平成20年（2008年）に「安心と希望の医療確保ビジョン」が策定され、具体的な医師確保対策として、医師養成数の増加のほか総合的な診療能力を持つ医師の育成などが示されました。

本県においては、ドクターバンク事業、奨学金の貸与、寄附講座の設置などの取組を進めています。

福祉・介護職員については、人材の不足に対応するため、平成19年（2007年）に国において「社会福祉事業に従事する者の確保を図るための基本的な指針」の見直しが行われ、人材確保の基本的考え方や方策が示されました。

本県においては、介護サービスに従事する者の数は平成20年（2008年）には約57,300人で、平成12年（2000年）の約27,000人と比較すると、約2.1倍と飛躍的に伸びていますが、依然として人材不足の状態が続いています。このため、福祉・介護分野の無料職業斡旋を行う愛知県福祉人材センターの運営、福祉の就職総合フェアの開催、介護職員の賃金向上やキャリアアップの仕組みなどの処遇改善を進めています。

また、ボランティアやNPOは、地域福祉の推進や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は、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ト能力を高めるため、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養成講座」を修了し、さらなる体制の強化が図られています。

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」、同年8月の「NPOと愛知県の協働推進に向けた協働声明」に基づきNPOとの協働促進を図っており、平成16年(2004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23年(2011年)3月末時点では815団体に増加しています。

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合いを推進していくことで、健康福祉の地域力を向上させることが一層重要となっています。



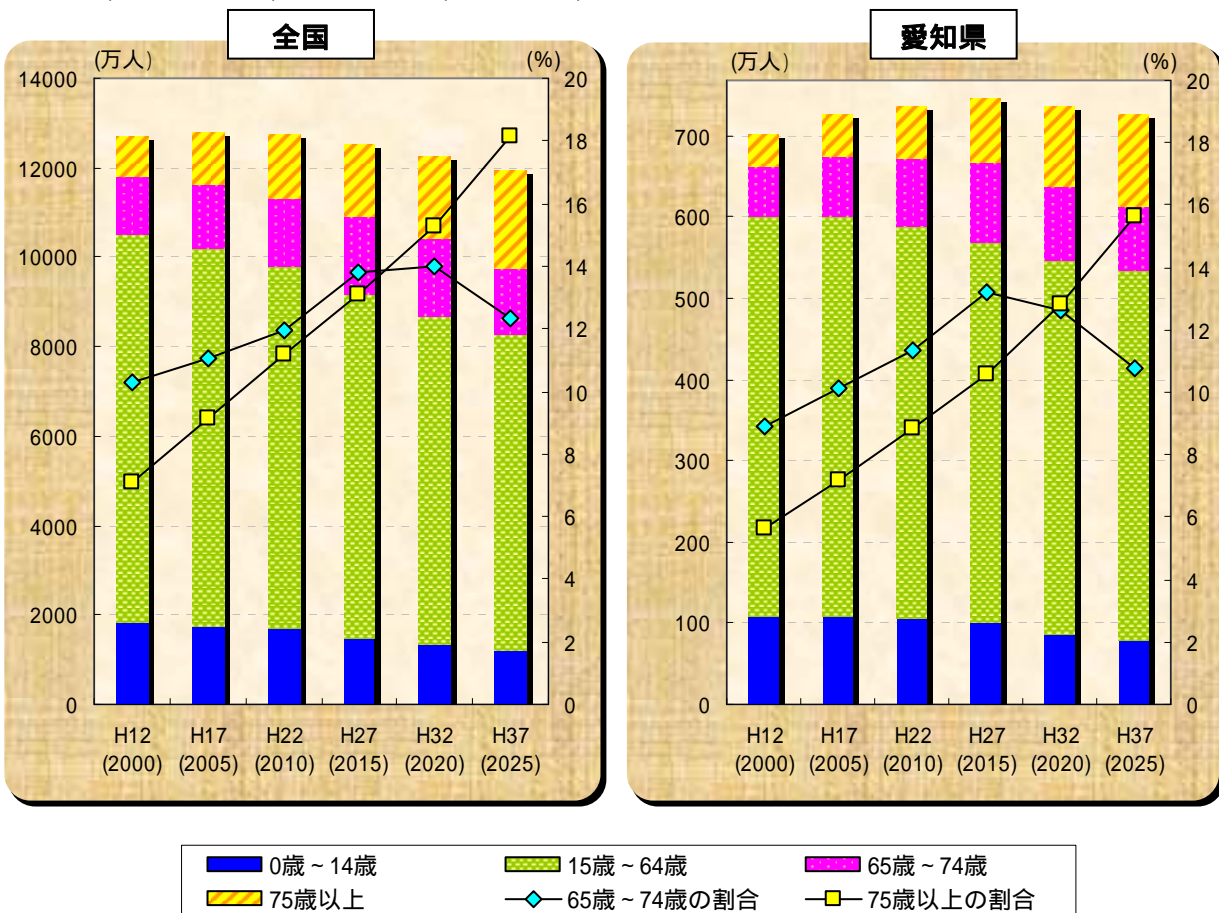
これからの社会の動き

今後、本県の社会状況は急速に変化していくことが予測され、特に健康福祉の分野に影響の大きい動きとしては、以下の7つが挙げられます。

(1) 超高齢社会の到来

平成 22 年（2010 年）時点での本県の高齢者人口（65 歳以上）は 150 万人（総人口の 20.2%）ですが、「政策指針 2010 - 2015」による推計では、平成 27 年（2015 年）には 178 万人（同 23.8%）、さらに平成 37 年（2025 年）には平成 22 年（2010 年）の約 1.3 倍となる 196 万人（同 26.4%）に達すると見込まれています（図 1・表 1）。

人口（年齢区分別）の将来推計（図 1・表 1）



(万人) (%)

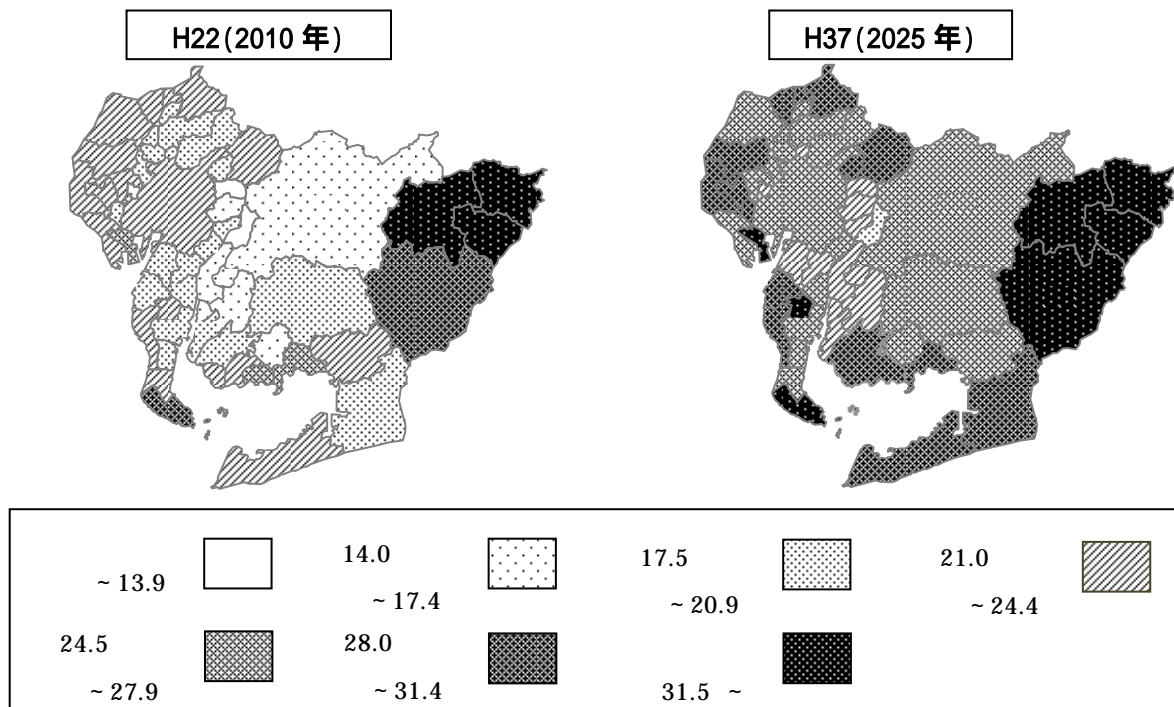
		0歳 ~14歳	15歳 ~64歳	65歳以上		計	65歳以上の割合			
				65歳 ~74歳	75歳 以上		65歳 ~74歳	75歳 以上		
全国	(H22)2010	1,686	8,107	2,944	1,521	1,424	12,738	23.1	11.9	11.2
	(H27)2015	1,484	7,681	3,378	1,733	1,645	12,543	26.9	13.8	13.1
	(H37)2025	1,196	7,096	3,635	1,469	2,167	11,927	30.5	12.3	18.2
愛知県	(H22)2010	108	483	150	84	66	742	20.2	11.3	8.9
	(H27)2015	103	467	178	99	79	748	23.8	13.2	10.6
	(H37)2025	89	459	196	80	116	744	26.4	10.7	15.6

資料 H22 : 「人口推計 (平成 22 年 10 月 1 日現在) 」(総務省統計局) 「あいちの人口 (平成 22 年 10 月 1 日現在) 」(愛知県県民生活部) 年齢不詳は区分に応じて割り振りをを行った。
 H27、H37 : 「日本の都道府県別将来推計人口 (平成 19 年 5 月推計) 」(国立社会保障・人口問題研究所) 「政策指針 2010-2015 」(愛知県知事政策局)

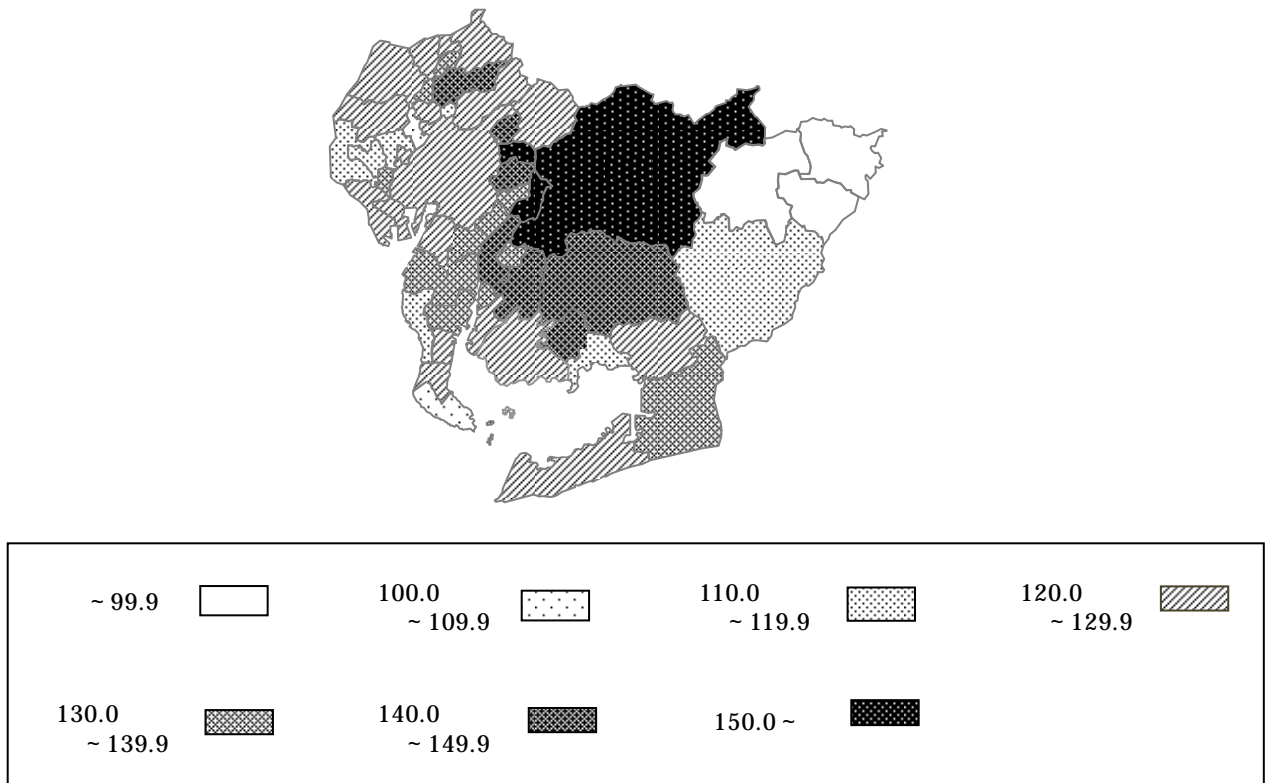
既に超高齢社会にある全国の推移 (平成 22 年 (2010 年) : 23.1%、平成 27 年 (2015 年) : 26.9%、平成 37 年 (2025 年) : 30.5%) と比較すると、本県の高齢化率は 3~4% 程度下回っており、人口構成は若いと言えますが、これまで日本の経済成長を支えてきた団塊の世代 (昭和 22 年 (1947 年) ~ 昭和 24 年 (1949 年) 生まれ) が 65 歳以上となる平成 24 年 (2012 年) から平成 26 年 (2014 年) には、全国を上回るペースで高齢者人口が増加すると見込まれます。中でも、現在、高齢化率が比較的低い都市部や新興住宅地等で、高齢者人口が急増する傾向にあります (図 2)。

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(2010 年 = 100 とした場合)(%)



平成 22 年(2010 年)の図については、西尾市、一色町、吉良町及び幡豆町は合併前の状態で表している。

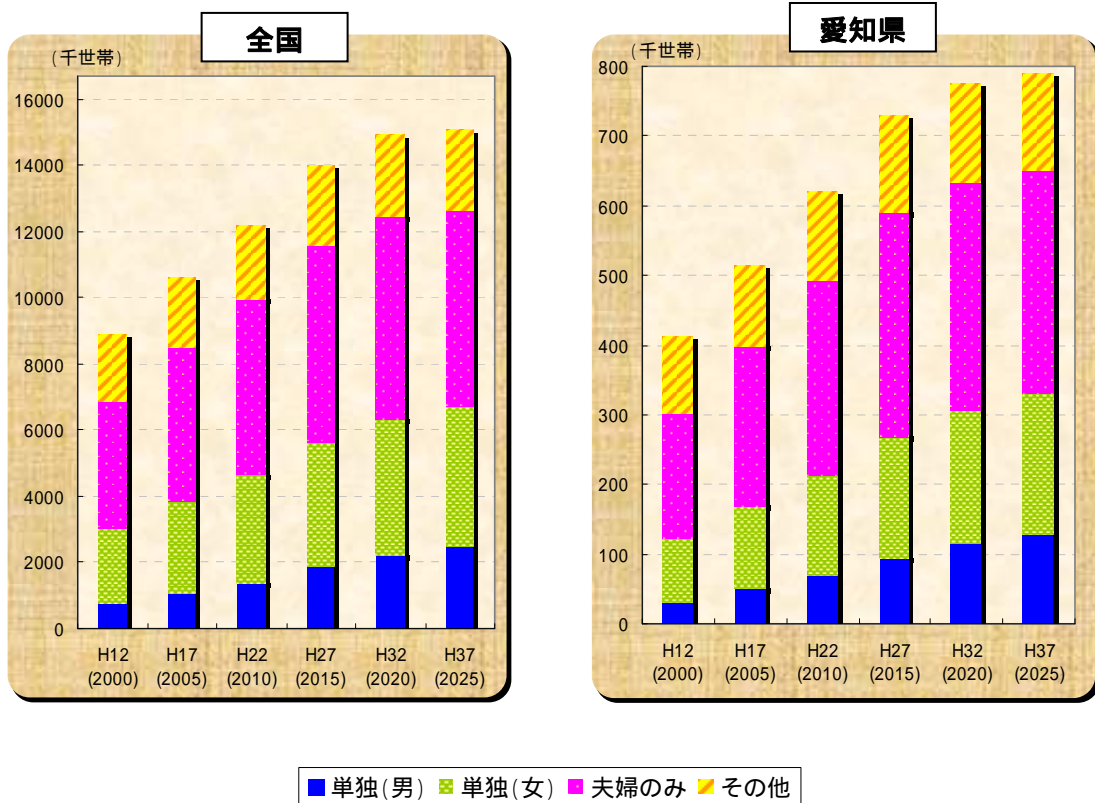
資料 H22 : 「あいちの人口(平成 22 年 10 月 1 日現在)」(愛知県県民生活部)
 H37 : 「日本の市区町村別将来推計人口(平成 20 年 12 月推計)」(国立社会保障・人口問題研究所)

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 歳以上となる平成 37 年(2025 年)には 116 万人と、平成 22 年(2010 年)の 66 万人の約 1.8 倍になると見込まれています。

また、ひとり暮らし高齢者や高齢者夫婦のみといった高齢者のみの世帯の増加が見込まれています。特に 65 歳以上の単独世帯は、平成 22 年(2010 年)の約 21 万世帯から、平成 37 年(2025 年)には約 33 万世帯へと急増が見込まれており(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。

以上のように、団塊の世代が 65 歳以上となる平成 27 年(2015 年)までが超高齢社会への最後の準備期間であり、団塊の世代が 75 歳以上となる平成 37 年(2025 年)をも視野にいれながら、的確に対応していくことが重要となります。

世帯構成の将来推計(世帯主 65 歳以上) (図 3)



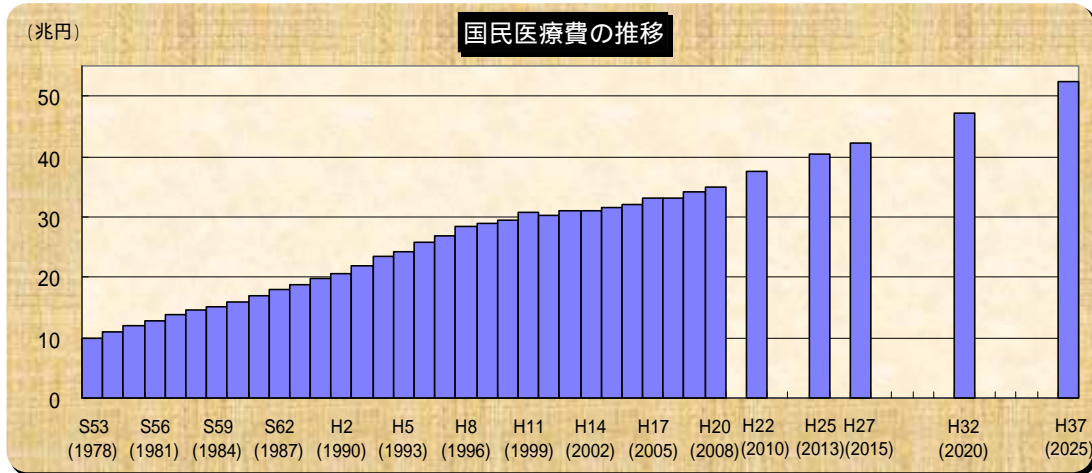
資料 「日本の世帯数の将来推計(都道府県別推計)(2009年12月推計)」(国立社会保障・人口問題研究所)

終末期も含めて長くなる高齢期をどう迎えるかは、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。

高齢化の進展に伴い、医療や介護にかかる費用が増大しています。医療費では昭和52年度(1977年度)には約10兆円であった国民医療費が平成20年度(2008年度)には約35兆円となっており、平成37年(2025年)には50兆円を超えるとの推計もあります。また、一人当たりの医療費についても、70歳以上高齢者は65~69歳高齢者の1.7倍、45~64歳の3.2倍となっています。介護についても、65歳以上の要介護認定者の83.6%を75歳以上の高齢者が占めています(図4~図6)。

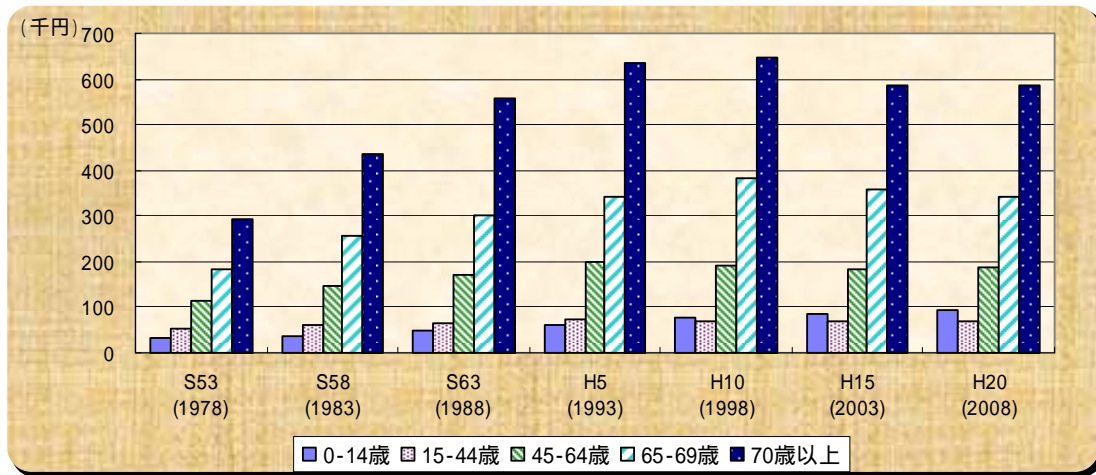
今後、75歳以上高齢者の急増に伴う医療や介護に要する費用のさらなる増大により、社会保障制度の持続可能性にも大きな影響を及ぼす可能性があり、一人ひとりが健康の維持や介護予防に努めることで、医療や介護に要する費用の伸びを緩やかにしていくことも大切な視点です。

医療費の推移(全国) (図4)



資料 S53～H20「国民医療費」、H22～「高齢者医療制度改革会議資料」(厚生労働省)

年齢区分別一人当たりの一般診療医療費の推移(全国)(図5)



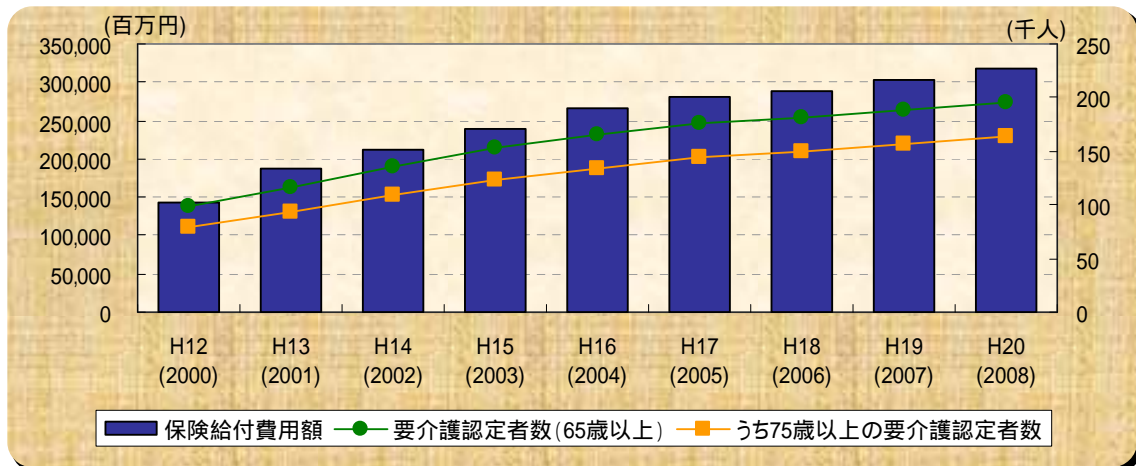
資料 「国民医療費」(厚生労働省)

一般診療医療費：医科診療にかかる診療費、健康保険等給付対象となる柔道整復師・はり師等による治療費、移送費、補装具等

平成12年4月から介護保険制度が施行されたことに伴い、従来国民医療費の対象となっていた費用のうち、介護保険の費用に移行したものがあがるが、これらは平成12年度以降、国民医療費に含まれていない。

人口一人当たり国民医療費を算出するために用いた人口は、総務省統計局による「国勢調査」及び「推計人口」の総人口。

介護保険給付費用額及び要介護認定者の推移(愛知県)(図6)



資料 「介護保険事業状況報告」(厚生労働省)

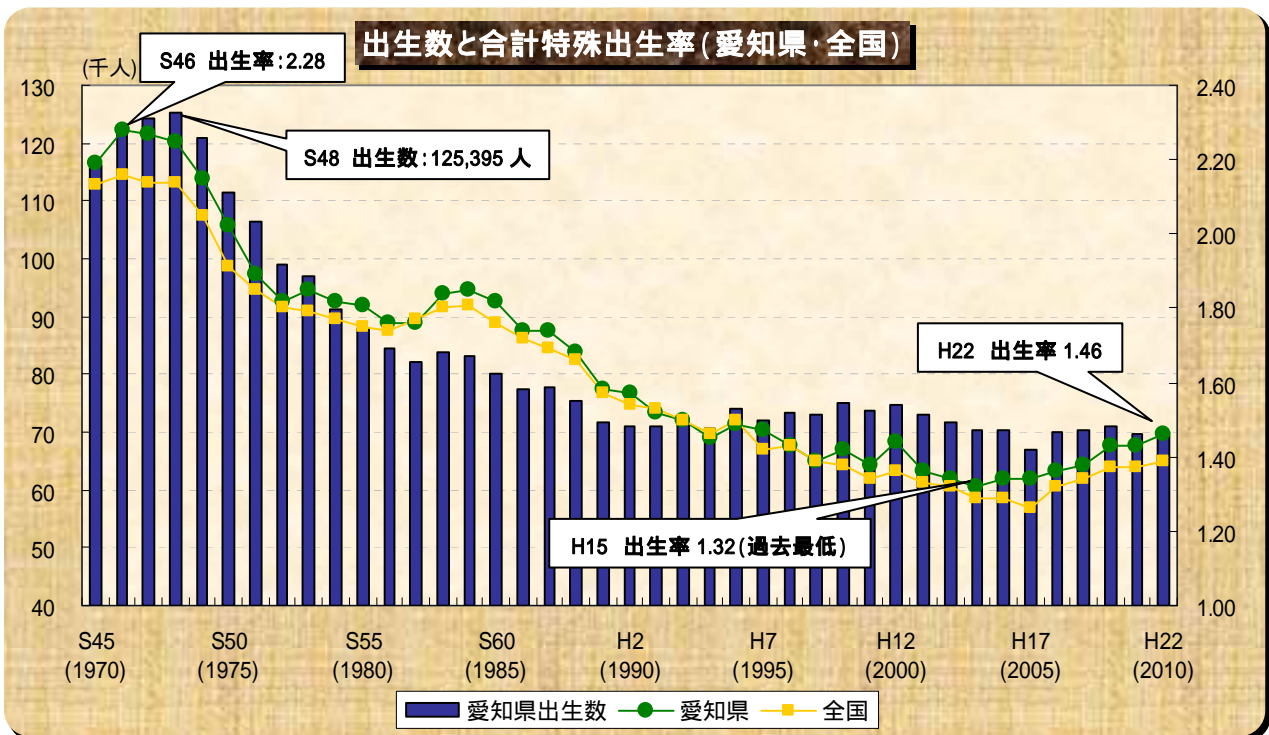
保険給付費用額には、特定入所者介護サービス費、高額介護サービス費を含む

(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、平成に入ってから70,000人前後で推移しています(図7)。

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が出産期を迎えたこと等により若干回復し、平成22年(2010年)は1.46となりましたが、依然として安定的に人口を維持するために必要な2.07を大きく下回る状況が続いています。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。

出生数と合計特殊出生率の推移 (図7)



資料 「人口動態統計」(厚生労働省)

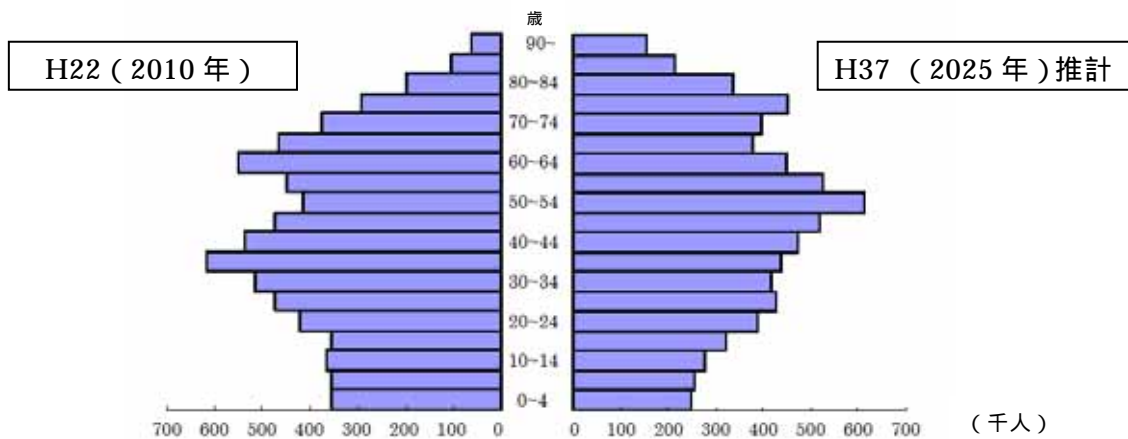
この先、出生率が維持されとしても30歳代後半を迎えた第2次ベビーブーム世代以降の各世代の人口は減少してきていることから、今後の出生数は減少していくと考えられており、国全体では既に平成19年(2007年)から出生数が死亡数を下回り人口減少の傾向にあります(人口のピークは平成16年(2004年))。本県では平成21年(2009年)時点では出生数が死亡数を14,000人余り上回っていますが(他の大都市圏と同様の傾向)、平成27年(2015年)から平成32年(2020年)頃をピークに人口減少に転じると見込まれています。人口の減少は、生活や産業、まちづくりなど様々な面に大きな影響を及ぼすと考えられます。

出生数の減少は生産年齢人口（15歳～64歳）にも影響を及ぼし、平成22年（2010年）の483万人から、平成37年（2025年）には459万人と、24万人減少すると予測されています。

本県の高齢者人口と生産年齢人口の比率をみると、平成22年（2010年）には生産年齢3.2人で高齢者1人を支える社会ですが、平成37年（2025年）には2.3人で1人を支える社会の到来が見込まれています。

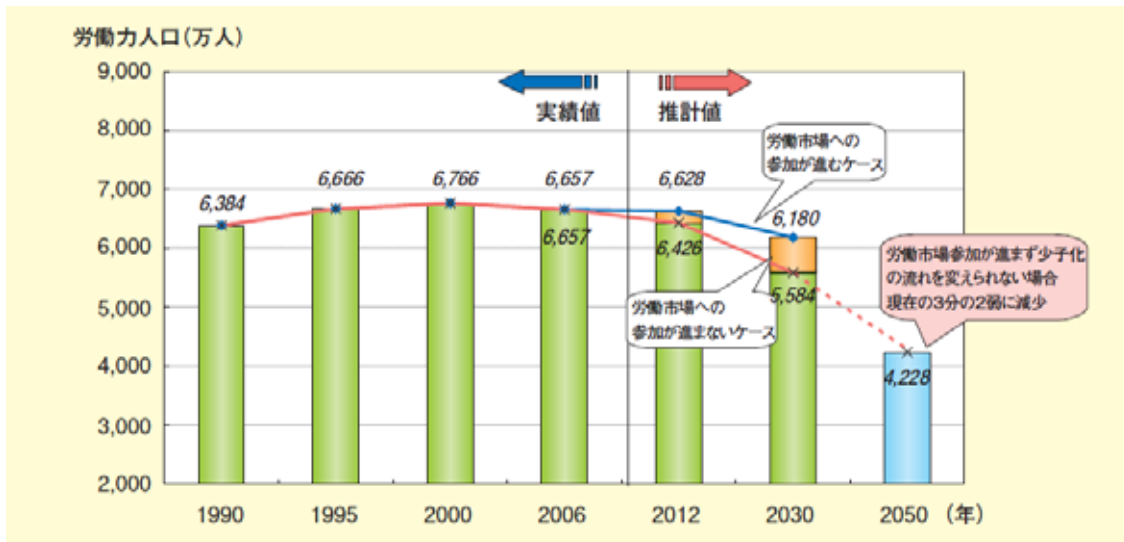
こうした生産年齢人口の減少（図8、図9）医療や介護にかかる費用の増大に伴い、現役世代の負担が増加し、その結果、可処分所得の減少による景気への悪影響などが見込まれることから、若者、女性、高齢者、障害のある人など働く意欲を持つすべての人が、社会の担い手として活躍でき、活力ある社会としていく必要があります。

愛知県の人口ピラミッド(男女計) (図8)



資料 H22:「あいちの人口(平成22年10月1日現在)」(愛知県県民生活部)
 H37:「日本の市区町村別将来推計人口(平成20年12月推計)」(国立社会保障・人口問題研究所)

労働力人口(満15歳以上の就業者及び就職活動の失業者)推移と見通し(全国) (図9)

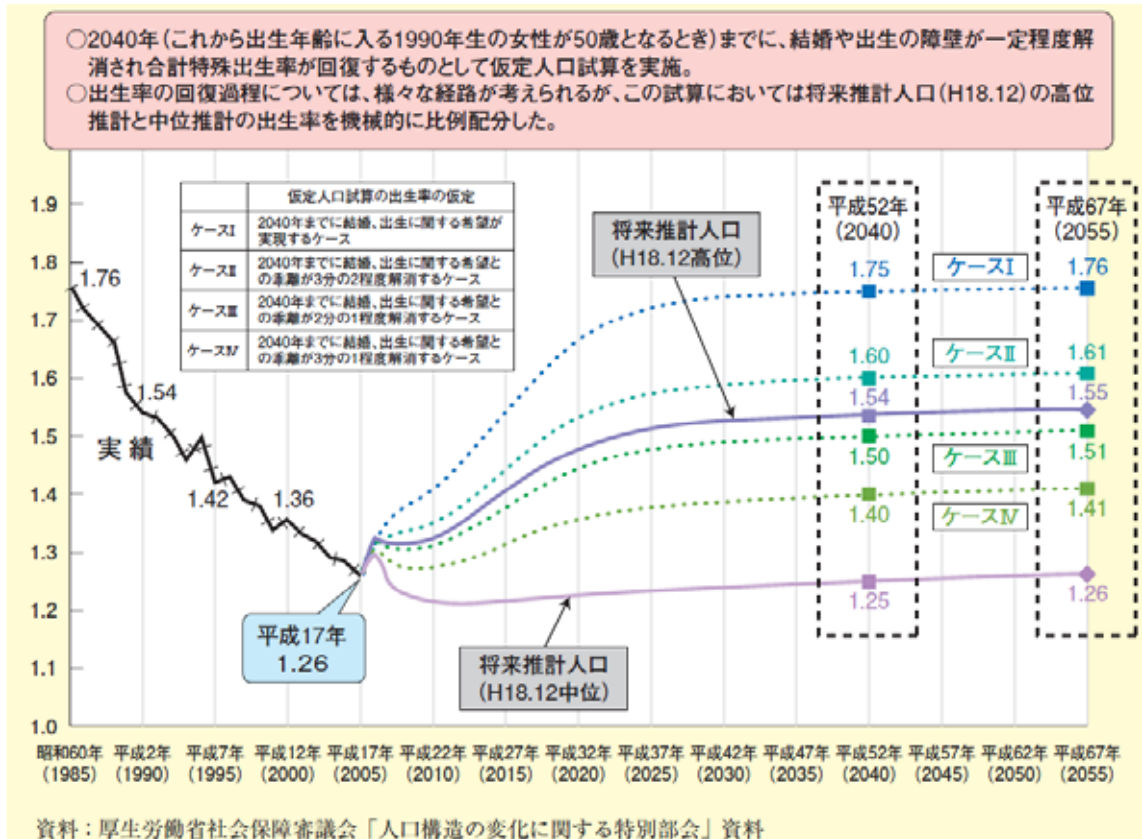


注:「労働市場への参加が進まないケース」とは、性・年齢別の労働力率が2006年と同じ水準で推移すると仮定したケース。「労働市場への参加が進むケース」とは、各種の雇用政策を講じることにより、若者、女性、高齢者等の労働市場への参加が実現すると仮定したケース。この推計において、税・社会保障制度等の労働力需給に与える影響については必ずしも十分に考慮されていないが、こうした制度が変更されることによって労働力需給に大きな影響を及ぼす可能性があることに留意が必要。

資料 「平成22年版 子ども・子育て白書」(内閣府)

また、結婚や出産に関する個人の希望が実現した場合の合計特殊出生率は1.75程度になるとの試算もあり（図10）、子どもを生み育てやすい社会を実現することが重要となります。

希望を反映した人口試算の合計特殊出生率の仮定（図10）



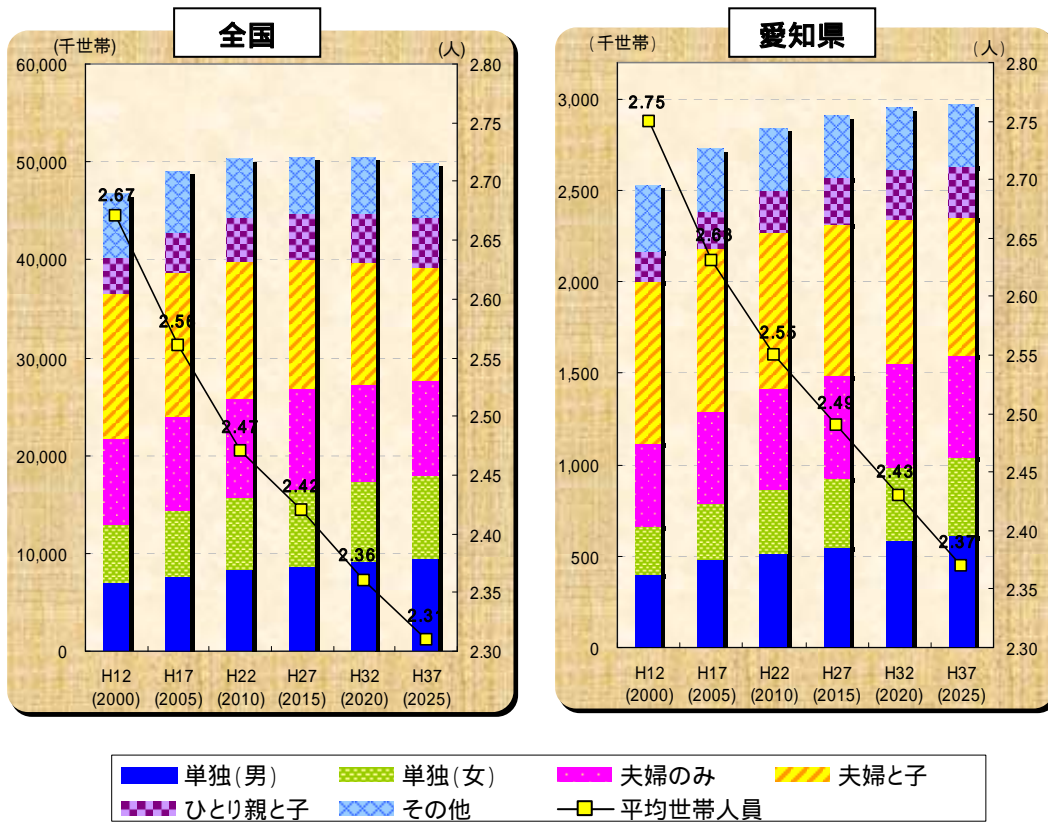
資料 「平成22年版 子ども・子育て白書」（内閣府）

(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、代わって核家族世帯や夫婦のみの世帯、単身世帯が増加するなど世帯人員が減少しつつあります。本県の平均世帯人員は平成37年（2025年）には2.37人になると見込まれており、特に単身世帯（中でも高齢者の単身世帯）の増加が大きくなると予測されています。

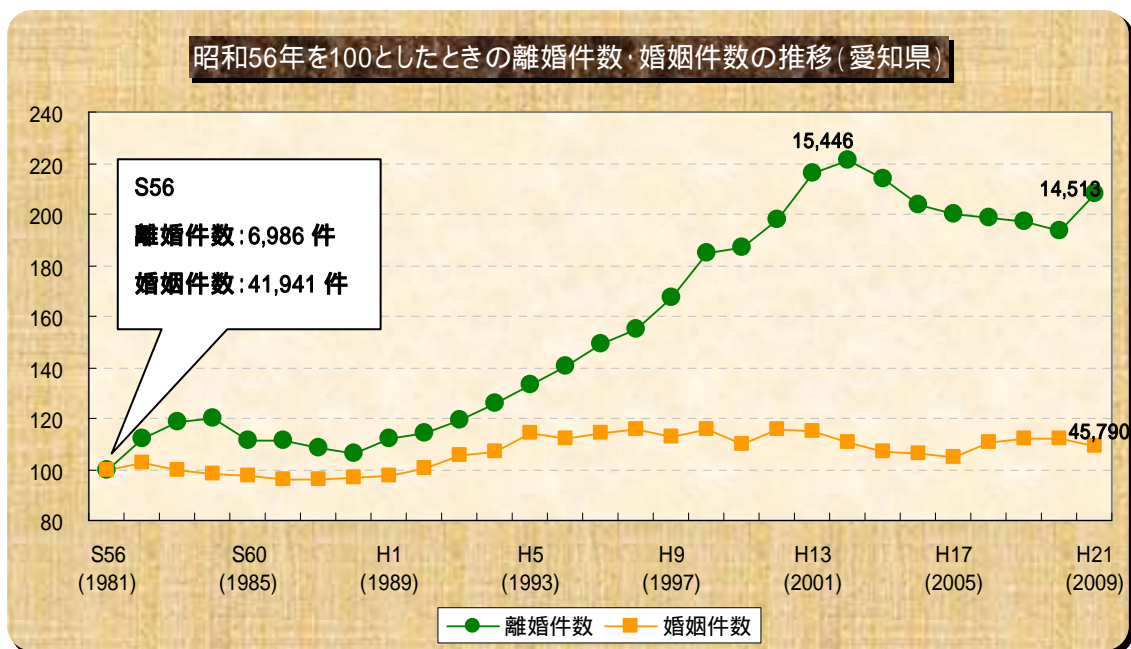
また、平成14年（2002年）をピークにやや減少傾向にあった離婚件数も平成21年（2009年）は増加に転じており、ひとり親世帯の増加も見込まれます（図11・図12）。

世帯構成の将来推計 (図11)



資料 「日本の世帯数の将来推計(都道府県別推計)(2009年12月推計)」(国立社会保障・人口問題研究所)

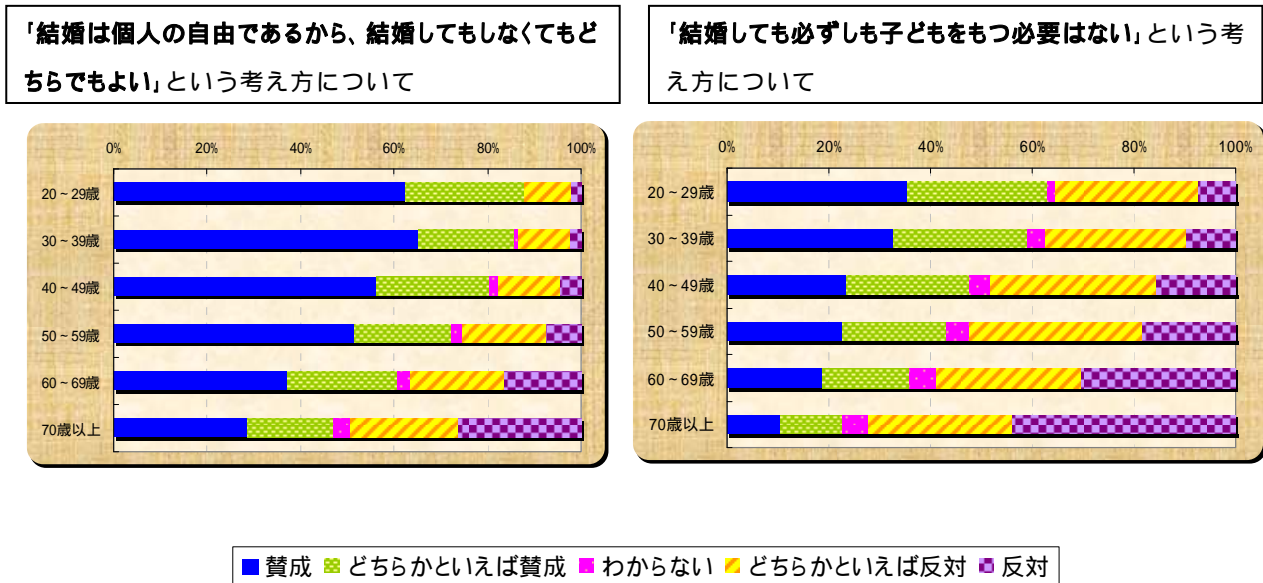
愛知県の離婚件数・婚姻件数の推移 (図12)



資料 「愛知県の人口動態統計」(愛知県健康福祉部)

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。また、若い世代ほど、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（図 13）。

結婚・子どもに関する意識調査（図 13）



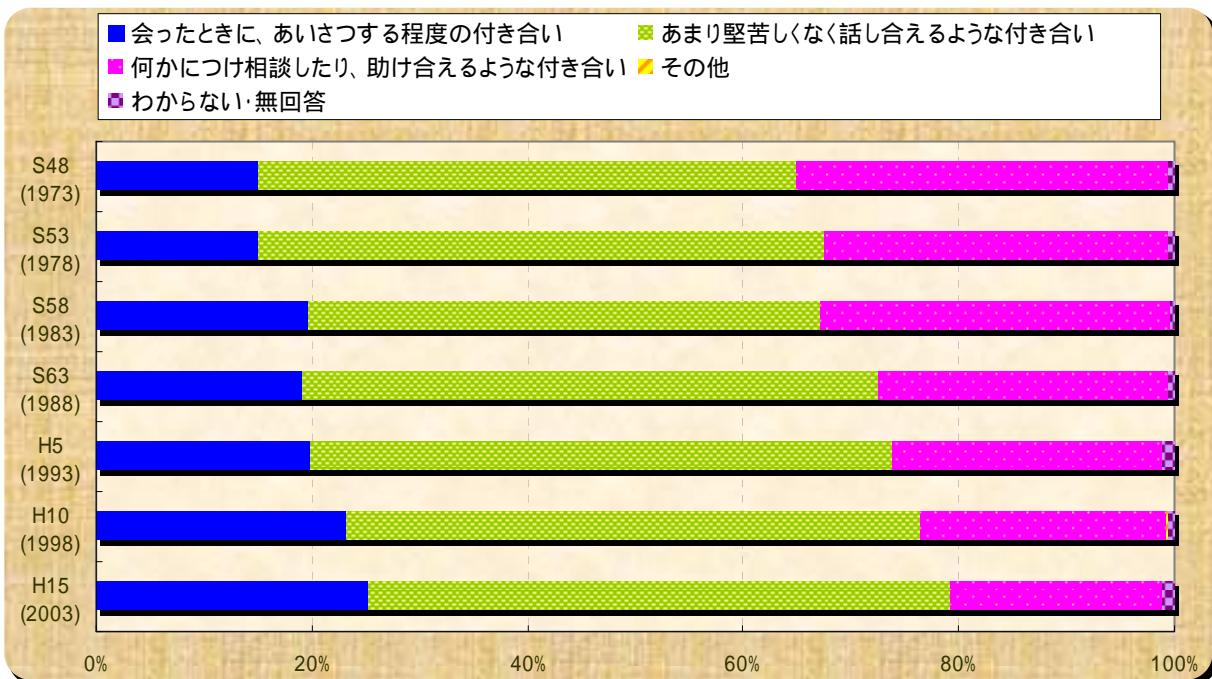
資料 「平成 21 年度男女共同参画社会に関する世論調査」(内閣府)

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、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などにより、家庭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も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、家庭のあり方が変化しており、家庭の機能を社会が支えるとともに、家族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。

(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 14）人々の意識の変化ともあいまって、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、活動に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。

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 14）



資料 「平成 19 年版 国民生活白書」(内閣府)

こうした中、児童虐待や家庭内暴力、ひきこもりやニートなど社会的に自立できない若者の問題、単身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、所在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、家庭のみならず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、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 法人の認証数は飛躍的に増加し、平成 23 年（2011 年）3 月末現在で 1,412 法人となっています。

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、福祉や医療などの社会資源の状況や、住民構成・住民意識

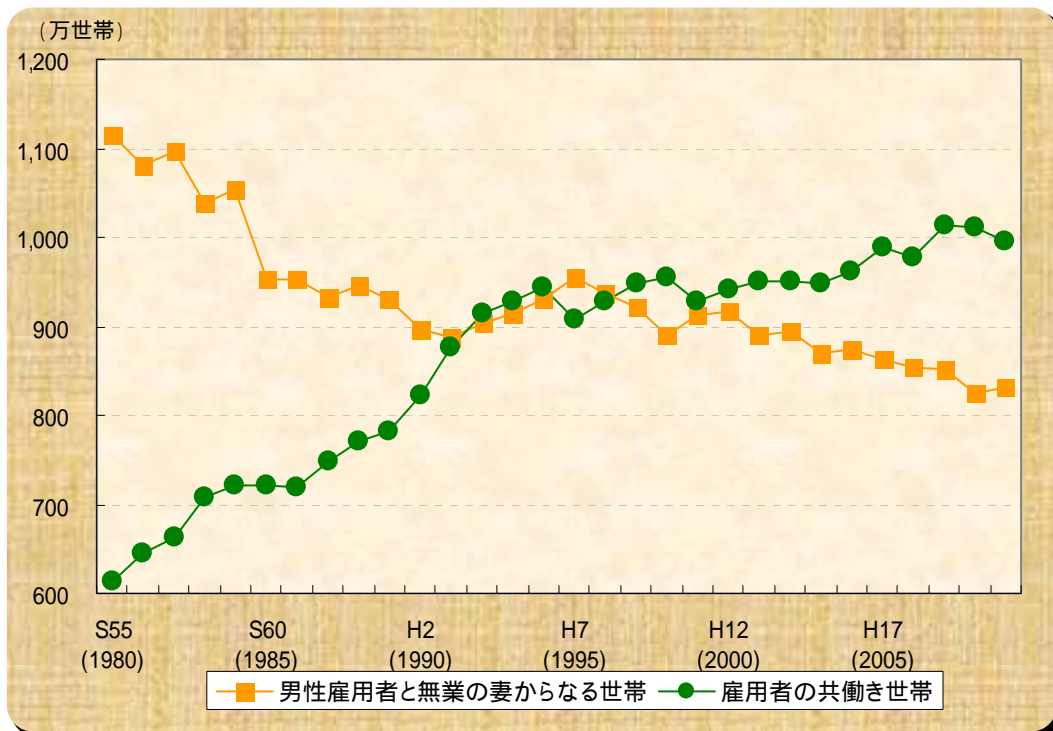
の違い、都市部・山間部の違いなどそれぞれの地域特性を反映して、生活上の課題も異なることから、地域の課題を地域で発見し解決することが重要となります。

NPO やボランティアといった機能的団体の組織・活動状況には地域偏在が見受けられ、こうした活動が十分でない地域もあると考えられます。また、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の指摘もありますが、それらはともに地域における支え合いの重要な担い手であり、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を解決する力を高めていくことが必要となります。

(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 15）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きています。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で複雑になってきています。

共働き世帯の増加（図 15）



(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。

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人が多くなっています。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。

一方で、少子高齢化の進展により医療や福祉分野の需要の増大が見込まれますが、こうした需要に対応していくことにより、新たな雇用の創出や内需の拡大が見込まれています。国の「新成長戦略」(平成22年(2010年)6月)においても、「ライフ・イノベーションによる健康大国戦略」が取り上げられる等、経済的な効果が期待されています。

(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が不足し、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。

医師不足により診療制限を行っている病院数(平成22年6月末現在)(表2)

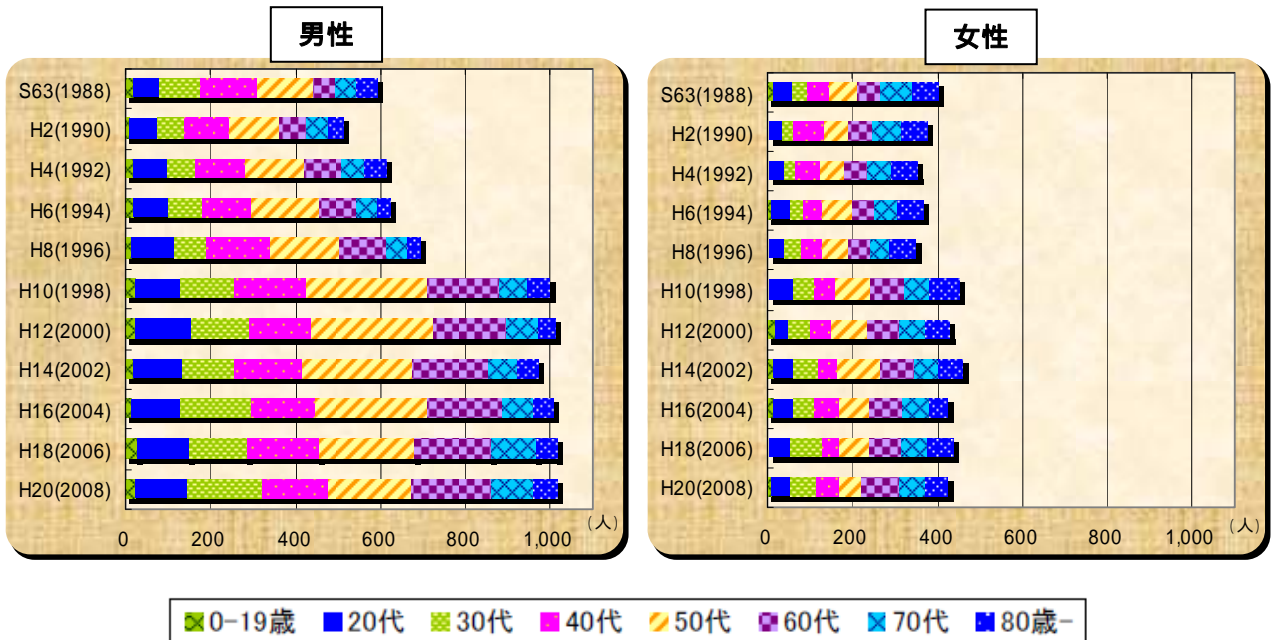
2次医療圏	病院数	医師不足のため診療制限している病院数 ()内は「病院数」に対する割合
名古屋	132	28(21.2%)
海部	11	2(18.2%)
尾張中部	5	0(0.0%)
尾張東部	19	2(10.5%)
尾張西部	20	6(30.0%)
尾張北部	24	6(25.0%)
知多半島	20	6(30.0%)
西三河北部	19	4(21.1%)
西三河南部	38	6(15.8%)
東三河北部	6	1(16.7%)
東三河南部	38	10(26.3%)
計	332	71(21.4%)

資料 愛知県健康福祉部

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は、その後の流行状況を踏まえ、平成 23 年（2011 年）3 月 31 日をもって、通常の季節性インフルエンザとして取扱われることとなりました。しかしながら、新たな新型インフルエンザ等、新しいタイプの感染症の発生が危惧されており、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。全体の約 7 割を男性が占め、中でも 30 歳代及び 60～70 歳代の自殺者の増加が大きくなっています（図 16）。また、未遂者は、少なくともその 10 倍はいるとも言われており、さらに家族や友人などの周囲の人々を含め、多くの人が自殺による様々な問題で苦しんでいることとなります。

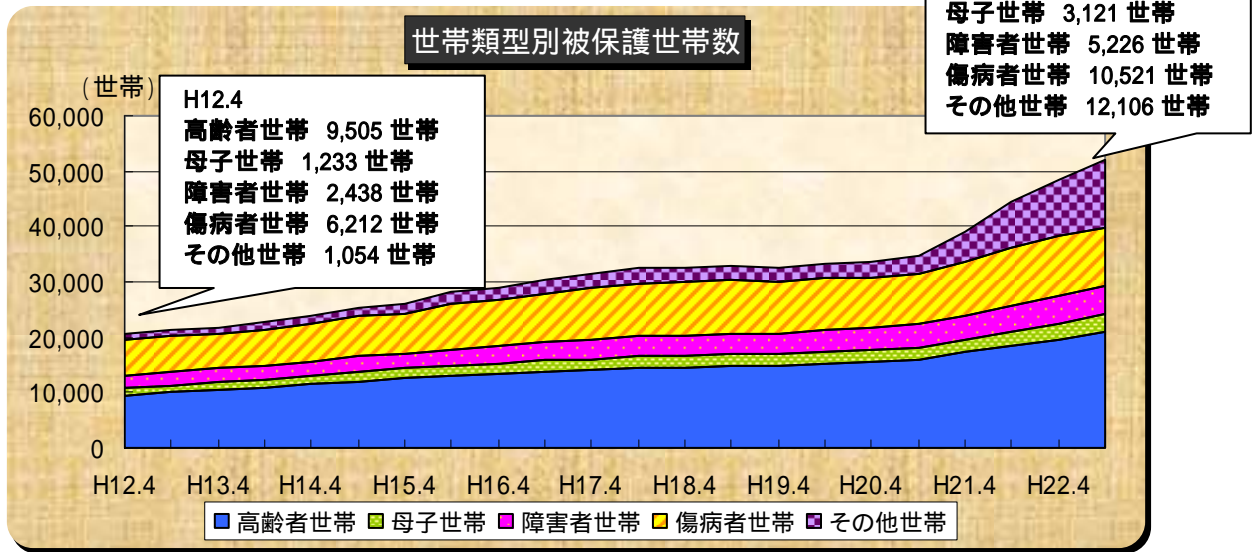
年代・性別自殺者数の推移（図 16）



資料 「人口動態統計」(厚生労働省)

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増加しており、中でも、失業等を理由に生活保護受給となった場合を含む「その他世帯」が急増しています（図 17）。また、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。

生活保護の被保護世帯数(世帯類型別)の推移 (図 17)



資料 「生活保護速報」(愛知県健康福祉部、厚生労働省)

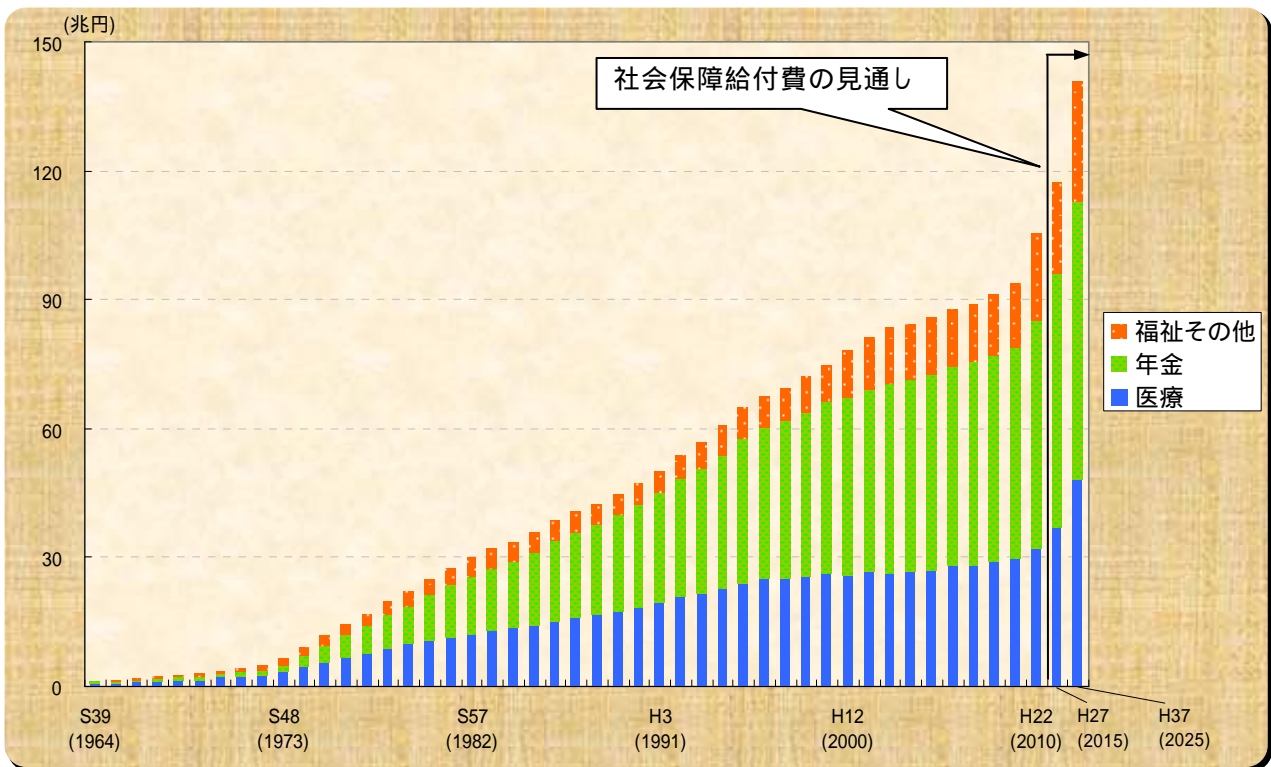
年金を始めとする社会保障制度は、県民の安心や生活の安定を社会全体で支える基盤です。しかし、急速な少子高齢化の進行による人口構造の急激な変化により、社会保障給付費やそれに伴う保険料、税負担が増大しており(図 18)、安心を支える最も重要な社会基盤である社会保障制度の持続可能性に大きな影響を及ぼす可能性があります。特に、平成 27 年(2015 年)には団塊の世代への年金支給が始まっていることから、早急に持続可能な制度が構築されることが望まれます。

社会保障給付費の推移と見通し (図 18)

	給付費の推移													給付費の見通し		
	S39 (1964)	S43 (1968)	S47 (1972)	S51 (1976)	S55 (1980)	S59 (1984)	S63 (1988)	H4 (1992)	H8 (1996)	H12 (2000)	H16 (2004)	H20 (2008)	H22 (2010)	H27 (2015)	H37 (2025)	
給付費総額 (兆円)A	1.3	2.5	5.0	14.5	24.8	33.6	42.5	53.8	67.5	78.1	85.9	94.1	105.5	116	141	
A の内訳	年金	0.3	0.6	1.2	5.3	10.5	15.5	21.0	27.4	35.0	41.2	45.5	49.5	53.2	59	65
	医療	0.7	1.5	2.8	6.8	10.7	13.6	16.7	20.9	25.2	26.0	27.1	29.6	32.1	37	48
	福祉 その他	0.3	0.5	0.9	2.4	3.6	4.6	4.7	5.5	7.4	10.9	13.2	14.9	20.2	21	28
	22.7%	23.3%	24.8%	36.8%	42.2%	45.9%	49.6%	50.9%	51.8%	52.7%	53.0%	52.7%	50.4%	50.9%	46.1%	
	54.4%	58.5%	56.4%	46.9%	43.3%	40.3%	39.3%	38.9%	37.3%	33.3%	31.6%	31.5%	30.4%	31.9%	34.0%	
	22.9%	18.3%	18.8%	16.3%	14.5%	13.7%	11.2%	10.2%	11.0%	14.0%	15.4%	15.9%	19.1%	18.1%	19.9%	

注 1: 下段(%)は給付費総額に占める割合である。

注 2: 平成 22 年度(2010 年度)は当初予算ベース(厚生労働省推計)。
 社会保障給付費の見通しは平成 18 年(2006 年)時点の推計値。



資料 「平成 20 年度社会保障給付費」(国立社会保障・人口問題研究所)
「厚生労働白書(平成 20 年、22 年)」(厚生労働省)

(7) 地方分権の進展

旧来の中央集権型行政システムが、変動する国際社会への対応、東京一極集中の是正、個性豊かな地域社会の形成、高齢社会・少子化社会への対応などの新しい時代の諸課題に迅速・的確に対応する能力を失ってきていることを背景として、地方分権の取組は進められ、平成 12 年(2000 年)には「地方分権の推進を図るための関係法律の整備等に関する法律」(地方分権一括法)が施行されました。この「地方分権一括法」では、地方自治体を国の下請け機関とみなす機関委任事務が廃止され、国と地方の関係がこれまでの上下・主従の関係から対等・協力の関係に改められました。しかしながら、地方税財源の充実確保など、残された課題も多くありました。

地方の税財政に焦点を当て、平成 14 年(2002 年)から 3 年間余にわたった「三位一体の改革」では、国から地方への 3 兆円の税源移譲が実現されましたが、国庫補助負担金改革については、補助率引き下げや交付金化にとどまり、地方の自由度の拡大という点では不十分なものでした。

その後、平成 19 年(2007 年)に「地方分権改革推進法」に基づき設置された「地方分権改革推進委員会」は、平成 21 年(2009 年)までの間に、「基礎自治体への権限移譲」や「義務付け・枠付けの見直し」などを内容とする、4 次にわたる勧告を行

いました。現在、政府は「地域主権改革」の位置づけで、勧告の実現に向けた取組や、「国の出先機関改革」、「ひも付き補助金の一括交付金化」など、改革の諸課題に関する取組を進めています。

地方分権の進展は、国、県、市町村の役割分担の見直しにつながり、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くものと思われます。こうした中、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。

また、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、NPO、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. 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、障害のある人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、価値観やライフスタイル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。

「地域包括ケア研究会報告書～今後の検討のための論点整理～」(平成 21 年(2009 年)5 月)¹、
「今後の社会保障の在り方について」(平成 18 年(2006 年)5 月・社会保障の在り方に関する懇談会)等を参考にして、自助・互助・共助・公助を以下のように定義する。

- ・自助：自ら働いて、又は自らの年金収入等により、自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持すること。
- ・互助：インフォーマルな相互扶助。例えば、近隣の助け合いやボランティア等
- ・共助：社会保険のような制度化された相互扶助
- ・公助：自助・互助・共助では対応できない困窮等の状況に対し、所得や生活水準・家庭状況等の受給要件を定めた上で必要な生活保障を行う社会福祉等

(県の役割の明確化)

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という方向が打ち出されています。そのような状況の中、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することが必要です。

¹ 厚生労働省平成 20 年度老人保健健康増進等事業「在宅医療と介護の連携、認知症高齢者ケア等地域ケアの在り方等研究事業」(実施主体：三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング株式会社)

2. ビジョンの性格



このビジョンは、地域づくりの新たな羅針盤として、平成 22 年 3 月に策定した「政策指針 2010 2015」を受けつつ、平成 23 年度に予定している知事のマニフェスト工程表を先取りする形で、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、各分野の個別の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、福祉と医療は密接に関連しており、その連携がますます重要となることから、今回のこのビジョンでは医療分野を含め、健康福祉全般を対象とします。

また、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ます。

21 世紀あいち福祉ビジョンは、その推進にあたり実施計画を策定していましたが、21 世紀あいち福祉ビジョン策定後、健康福祉各分野の個別の計画や他の関係する分野の計画が充実してきたことから、施策・事業の実施はそれぞれの分野の個別の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。

3. ビジョンの期間



ビジョンの計画期間は、中長期（概ね平成 37 年（2025 年））を見据えた平成 23 年度（2011 年度）から平成 27 年度（2015 年度）までとします。

