

第二節 高齢社会を見据えた健康・医療対策

一 健康づくり対策

高齢者
の健康
我が国では、国民の栄養状態の改善や医学の進歩などによって平均寿命は年々延伸し、昭和五十

五（一九八〇）年には男七十三・五七歳、女七十九・〇〇歳、六十年にはそれぞれ七十四・九五歳、八十・七五歳となり、人生八〇年時代と呼ばれるようになった。平均寿命の延伸に伴って人口の高齢化も進み、高齢化率（総人口に占める六十五歳以上人口の割合）は昭和五十五年に九・一％、六十年には一〇・三％となった。兵庫県における高齢化率も全国とほぼ同様に、昭和五十五年九・二％、六十年一〇・三％と年々高くなり、高齢化社会への対応が求められることとなった。

国においては、昭和六十三年から「第二次国民健康づくり対策（アクティブ八〇ヘルスプラン）」が実施されたが、兵庫県ではそれに先駆けて、六十二年十二月に「人生八〇年いきいきプラン」が制定され、健康・福祉分野においては、①生涯にわたる健康づくり、②保健医療の充実、③地域福祉の向上、④在宅福祉の促進、⑤施設福祉の推進、⑥保健・福祉サービスの総合的推進、⑦保健・福祉施策の連携とマンパワーの確保について、具体的な施策が示された。

昭和六十三年十月には全国健康福祉祭の第一回大会が「いのち輝く長寿社会」をテーマとして、兵庫県で開催された。これは、健康・福祉等の総合的なイベントを通じて、世代間や地域間の交流を深め、ふれあい

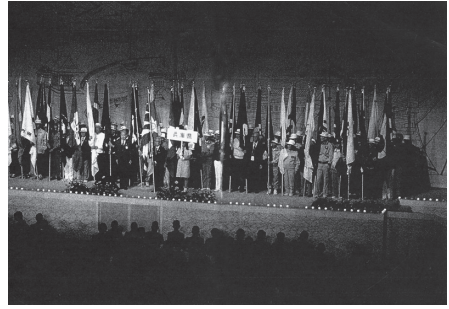


写真 169 第1回全国健康福祉祭ひょうご大会

と活力あるいきいき健康長寿社会の実現を目的とした全国大会であり、その後毎年各県持ち回りで開催されている。兵庫県においては、昭和六十三年に県内で開催された国民文化祭、全国福祉祭などの成果を継承・発展させるため、平成元（一九八九）年度から県内各地で「ふれあいの祭典」を開催した（令和三年度まで）。

健康づくり 第一編で述べたとおり、我が国ではがん、脳血管疾患、心臓対策の拡充 病などの慢性疾患が増加したことに伴い、これらの疾患に対

して積極的な健康管理を図るための施策を講じることが必要とされるようになった。兵庫県では、昭和四十六年から健康手帳を用いた健康増進に先進的に取り組んでいたが、国においては昭和五十三年から「国民の健康づくり対策」が開始された。

昭和五十五年に実施された「県民全世帯アンケート」では、全世帯の約半数が生活目標を健康づくりにおき、約九割の世帯では「食事、睡眠、運動などの方法で健康に気をつけている」と答えるなど、総合的な健康づくり対策の必要性が示された。そこで、昭和五十七年を「健康元年」と位置づけ、「意識づくり」「人づくり」「場づくり」を三本柱として、積極的な健康づくり施策が展開された。

具体的には、昭和五十七年度に「健康元年記念シンポジウム」（参加人員約七〇〇人）や「ひょうご健康づくり県民大会」（約四〇〇〇人）、「兵庫県食生活大会」（約七二〇人）、ひょうご食生活フェア（約九〇〇〇人）を開催した。また、昭和五十八年から、九月を健康づくり強調月間とし、期間中に健康づくりに関する普及



写真 170 県立健康センター

啓発活動が実施されている。なお、昭和五十七年度には、神戸市東灘区に県立健康センターを開設し、従来の健康診査にとどまらず、専門スタッフの指導により、科学的なデータを基に栄養、運動、休養を組み合わせた積極的な健康づくりが実践できるようにした。また、医師の指導の下に絶食療法や食事療法を行う「健康道場」が淡路島の五色町（現洲本市）に開設された。兵庫県立健康センター及び五色町健康道場は、当初はひょうご母子の協会が管理運営を行ったが、同協会は平成十一年に兵庫県総合保健協会と統合されて兵庫県健康財団となり、人間ドックなどの健康診断や保健指導、運動指導などの様々な健康づくり活動を行っている。

さらに、短時間で人間ドック検査を受けることができ、健康管理についての相談を行うことができるように、保健所での二時間人間ドックの開始、保健所と姫路循環器病センターを専用電話回線で結ぶ電送心臓検診システムの導入などが行われた。昭和六十年九月には、地域住民の心とからだの健康づくりの指針として「兵庫県民健康憲章」が制定された。

がん対策の展開 兵庫県においては、国よりも早く、昭和五十三年にがんが死因の第一位となっていた。昭和五十五年の兵庫県におけるがんによる死亡は七五七八人（全死亡の二三・五％）であったが、その

後は死亡者数、全死因に対する割合ともに年々増え続け、六十年にはがんによる死亡が全死亡者の四人に一人以上となった。



写真 171 ひょうご対がん戦略会議

国においては、昭和五十八年に「対がん一〇カ年総合戦略」が策定され、がん対策が進められることになった。県においても、がんの撲滅を目指した総合的な取組を進めるため、昭和六十二年五月にひょうご対がん戦略会議を設置し、同年十月に「ひょうご対がん戦略に関する提言」が示された。この提言に基づき、「がんゼロ兵庫」を戦略目標と設定し、当面の目標は「がんによる死亡率を全国平均以下にする」こととして、予防、教育啓蒙、検診、医療、研究、情報、推進体制の六本の柱により、中長期的な視点に立つて総合的な対策が推進された。

行政と県民が一体となって実効性のあるがん対策を進めるため、職域、地域、学校関連などの県内三一団体で構成する「ひょうご対がん戦略県民運動推進協議会」が昭和六十三年度に設置され、広報啓蒙活動を推進している。具体的には、平成元年度にひょうご対がん戦略記念シンポジウムが開催されるとともに、同年からひょうご対がん戦略推進県民大会が開催された。

二 医療対策

地域保健医療計画のはじまり

我が国では昭和二十三年に施行された医療法に基づいて医療施設の整備が進められてきたが、人口の高齢化、疾病構造の変化、医療技術の進歩などに対応することが必要となってきた。医療資源の地域的偏在の是正と医療施設の連携を進めるため、昭和六十年の医療法改正によって都道

府県医療計画制度が導入され、病床の適正配置や医療施設の連携が図られることとなった。

兵庫県では、「健康元年」と位置づけた昭和五十七年度から、県民の健康を保健、医療の両面から支援するための総合的ガイドラインとして、兵庫県健康対策協議会において地域保健医療計画の策定に着手した。さらに、昭和六十年には兵庫県地域保健医療計画検討会議を設置して、生涯を通じた健康管理を行う保健システムと一貫性のある効率性の良い医療を提供する医療システムを二本の柱とする計画についての検討が進められ、六十二年四月に医療法の規定に基づき医療計画として、「兵庫県地域保健医療計画」が策定された。この計画では、地域の保健医療需要の把握と保健医療サービスの水準の評価を踏まえて、一次、二次、三次の保健医療圏域が次のとおり設定された。

一次保健医療圏域…日常生活で必要な保健医療サービスを提供する場として、市町の行政区域とされた。

二次保健医療圏域…専門的なサービスを除くほとんどの保健医療サービスが完結し、地域基幹医療機関を核とした医療のシステム化と保健、医療、福祉の連携が図られる区域として、神戸、阪神、東播磨臨海、東播磨内陸、西播磨、西播磨臨海、北但馬^{たじま}、西南但馬、丹波、淡路の一〇区域が設定された。

三次保健医療圏域…特殊専門的な保健医療サービスを提供する区域として兵庫県全域とされた。

これらの各圏域における医療機関、医療従事者の状況について検討された上で、医療法の規定に基づいて、病床の整備目標となる病院の必要病床数が、精神病床と結核病床については兵庫県全域で、その他の病床については二次保健医療圏域ごとに算定された。昭和五十九年末における既存病床数は、いずれも必要病床数よりも少なく、特に東播磨臨海、西播磨、淡路の三圏域ではそれぞれ一〇〇〇床以上も不足しており、特に

これらの圏域において医療機関の整備が急務であることが示された。その後も高齢化の進展や疾病構造の変化など、保健・医療を取り巻く環境が大きく変わり、県民の保健や医療に対するニーズの多様化が進む中で、当初の計画が施行されてから五年経過した時点で見直しが行われ、平成四年四月に新たな「兵庫県保健医療計画」が策定された。新しい計画では、生涯を通じた健康づくり、適切な医療の確保、保健・医療・福祉の連携に重点が置かれ、健康増進から、疾病の予防と治療、リハビリテーションに至る包括的な保健医療体制の確立を図ることとされた。保健医療圏域は先の計画から変更はなかったが、必要病床数が見直された。一方、この間に県内の病院の病床数は増加したため、神戸と西播磨臨海圏域では既存病床数が必要病床数を上回っていた。その他の八圏域の既存病床数は必要病床数よりも少な



圏域名	圏域構成市郡
神戸	神戸市
阪神	尼崎市、西宮市、芦屋市、伊丹市、宝塚市、川西市、三田市、川辺郡
東播磨臨海	明石市、加古川市、高砂市、加古郡
東播磨内陸	西脇市、三木市、小野市、加西市、美嚢郡、加東郡、多可郡
西播磨	姫路市、龍野市、飾磨郡、神崎郡、揖保郡、佐用郡、宍粟郡
西播磨臨海	相生市、赤穂市、赤穂郡
北但馬	豊岡市、城崎郡、出石郡
西南但馬	美方郡、養父郡、朝来郡
丹波	氷上郡、多紀郡
淡路	洲本市、津名郡、三原郡

図 97 2次保健医療圏域
 (『兵庫県地域保健医療計画、昭和62年』を参照して作成)

表59 兵庫県における病院数、病院病床数の推移

区分	病院数		病院病床数	
	施設数	人口10万対	病床数	人口10万対
昭和55年	315	6.1	50,924	989.8
56	321	6.2	52,199	1009.4
57	327	6.3	53,254	1022.3
58	330	6.3	54,566	1041.9
59	336	6.4	56,011	1064.1
60	340	6.4	57,069	1079.7
61	345	6.5	58,495	1102.0
62	350	6.6	60,658	1138.1
63	359	6.7	63,178	1179.5
平成元年	361	6.7	63,675	1181.6
2	363	6.7	64,064	1183.5
3	357	6.6	63,533	1167.1
4	358	6.5	63,963	1168.8
5	359	6.5	64,087	1165.3
6	357	6.5	64,262	1162.8

(『衛生統計年報』より作成)

かったが、一〇〇〇床以上不足している圏域はなくなった。

さらに、平成五年十二月には二次保健医療圏域ごとに「地域保健医療計画」が策定された。これは、各圏域の産業構造や、人口構成、疾病構造などの地域特性を踏まえて、総合的な保健医療サービスを提供できる体制の整備を目指して、各市町や関係団体、関係機関が連携して取り組む方向性を明らかにしたものである。

医療体制の整備

兵庫県における病院数は、昭和五十五年には三一五病院（一般病院二八三、精神病院二七、伝染病院二、結核病院三）であったが、その後年々増加し、平成六年には三五七病院（一般病院三二四、人口一〇万対でみると昭和五十五年には六・一（全国平均七・

七）であったものが、平成六年には六・五（七・八）に増加したが、全国平均よりも少なかった。

病院病床数は、昭和五十五年には五万九二四床（一般病床三万五五二六、精神病床九八四九、伝染病床八三五、結核病床四七一四）であったが、平成六年には六万四二六二床（一般病床五万一〇〇、精神病床一万二二〇四、伝染病床二五八、結核病床一七〇〇）となっており、一般病床、精神病床が大きく増加した。人口一〇万対で見ると昭和五十五年の九八九・八（全国平均一二七・二）から平成六年には一一六二・八（一三四一・三）に増



写真 172 県立姫路循環器病センター

加したが、全国平均よりも低く、その差は拡大していた。

疾病構造の変化や県民の医療ニーズに対応した医療体制を確保するため、県立病院の整備が進められてきたが、昭和五十六年には我が国で初めての循環器疾患専門の自治体病院として、兵庫県立姫路循環器病センターが開設された。同病院は、死因の第二位、第三位を占める脳血管疾患及び心疾患等の循環器疾患に対する高度専門医療を行うだけでなく、県内の保健所と相互にオンラインで結ぶ電送による心電図解析体制が全国に先駆けて整備されるなど、循環器疾患に対する全県の拠点病院としての機能を担うこととなった。

昭和五十九年には、従来の兵庫県立病院がんセンター（二二〇床）が廃止されて、新たに明石市に兵庫県立成人病センター（一八〇床）が開設された。昭和六十二年には総病床数が四〇〇〇床となり、県立検診センターを統合するなど、がんに対する高度専門医療体制の充実が図られた。

昭和六十一年には兵庫県立尼崎病院が新築移転（病床数五〇〇）し、その後は県立西宮病院、淡路病院の改築など、県立病院の整備が進められた。

昭和六十三年には県立柏原病院にリハビリ棟が設置され、同病院を中核病院とし、地域の医療機関、自治体との連携による丹波地域リハビリテーションシステムが開始された。平成五年には、全国初の老人性痴呆専門の医学的研究施設として、姫路市に県立高齢者脳機能研究センターが開設された。さらに、平成六年には県立こども病院に周産期医療センターが開設され、超未熟児や切迫流産のおそれがある妊産婦などのハイ

報が提供されることになった。

また、医療の高度化・専門化、高齢化などの保健医療環境の変化に伴い、専門的知識・技術を備え、適切な判断力・行動力を有する資質の高い看護職が求められるようになってきた。県では、平成元年三月に県立看護大学設置懇話会を設置し、建学の理念、看護大学の在り方、教育課程や教員構成等についての意見交換が行われた。同年六月には県立看護大学設立準備委員会が発足して、平成二年二月に「兵庫県立看護大学（仮称）設立基本計画」が策定され、生命の尊厳を基盤とした豊かな人間性を培い、看護に関する総合的能力を習得することを教育の理念とし、カリキュラムの策定や教員の選考が進められた。平成五年四月には、国公立としては全国初の四年制の看護系単科大学となる兵庫県立看護大学が明石市の県立成人病センターの隣接地に開学し、高度な専門知識と技術を有する看護職の育成が行われることとなった。



写真 173 救急医療情報システム

リスクな母子を二四時間体制で受け入れることができるようになった。救急医療については、昭和五十五年に阪神地域における救命救急センターが兵庫医科大学病院に設置された。また、救急医療への対応は休日夜間救急センター、在宅当番医制、病院群輪番制などによって行われてきたが、昭和五十六年四月に県内全域をカバーする救急医療情報システムが稼動した。このシステムでは、県内約二八〇の医療機関と神戸、姫路の血液センターに医療データ装置が設置され、各医療機関での手術や入院の可否、血液の保存状況などが救急医療情報センターに送信され、医療機関や消防機関からの照会に対して適切な医療機関に関する情

医療費公費負担制度の拡充

第一編で述べたとおり、兵庫県では昭和四十七年から難病、特定疾患に対して医療費の公費負担が行われており、その後は国が開始した特定疾患治療研究事業、小児慢性特定疾患治療研究事業で指定された対象疾患に加えて、県独自に橋本病、突発性難聴などの五疾患を追加指定していたが、昭和六十二年には内分泌疾患、糖尿病、先天性代謝異常の三疾患が追加指定され、医療費の公費負担制度が拡充された。

一歳未満の乳児医療費の公費負担制度については、平成四年度から所得制限が撤廃され、六年度からは対象が三歳未満児まで拡大された。

伝染病の低減

とエイズ対策

兵庫県における昭和五十五年～平成六年の一五年間で法定・指定伝染病の合計届出数は赤痢五四二人（四十二～五十四年の一三年間で三五六七人）、腸チフス一一六人（同三五一人）、パラチフス三八人（同四九人）、コレラ三八人（同四人）、猩紅熱^{しやうこう}三六人（同八〇九人）、日本脳炎一四人（同二五一人）、流行性脳脊髄膜炎六人（同三四人）、ジフテリア五人（同二八三人）であった。赤痢は毎年二〇人以上の患者が発生し、平成五年は七二人と最も多かったが、その他の伝染病の発生は少数であった。また、届出伝染病では、インフルエンザ一万二三七二人（同三万九二〇人）、麻疹四三八三人（同二万七七三二人）が多かったが、年による差が大きかった。性病予防法による届出では、淋病九七四人（同三九五七人）、梅毒四一八人（同四二五人）であった。このように、衛生状態の改善、予防接種の普及などにより、感染症の発生はかなり低減していった。昭和五十五年には世界保健機関（WHO）によって地球上から天然痘が根絶されたことが宣言された。一方で、昭和五十六年にエイズ（AIDS…後天性免疫不全症候群）、五十七年に腸管出血性大腸菌

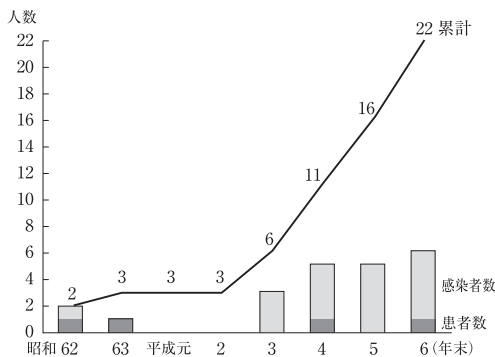


図98 兵庫県におけるエイズ患者・HIV感染者数の推移
 (『HIV診断・治療マニュアル』を参照して作成)

〇157が初めて報告されるなど、従来知られていなかった感染症が新たに確認されるようになった。エイズは、昭和五十六年に米国で初めて報告された疾患であり、ヒト免疫不全ウイルス(HIV)の感染によって免疫機能が低下して様々な合併症を生じる。我が国では昭和六十年に初めて報告されたが、当初の患者は男性同性愛者と輸入血液製剤を用いた血友病患者に限られていた。

昭和六十二年一月、国のエイズ対策専門家会議のサーベイランス委員会で、神戸市に居住する女性が我が国初の女性のエイズ患者と認定され、異性と性的関係によって感染した初めての事例とされた。県民の不安の高まりに対応するため、県では対策本部を設置し、県内の全保健所で住民の相談に応じるとともに、全

保健所と一医療機関でエイズ抗体検査を開始した。その後、県内の全医療機関でエイズ抗体検査のための採血を受け付け、県内各ブロックの一八病院を専門医療機関とする体制を整えた。また、兵庫県エイズ対策専門委員会を設置して、同年十一月に医療従事者を対象としたエイズ対策の手引書『兵庫県エイズ対策マニュアル』を作成し、HIV感染者への告知と指導、医療機関内の感染予防の在り方などを示した。国では、昭和六十年からサーベイランス委員会によってエイズ患者とHIV感染者の発生状況が把握されていたが、平成元年に「後天性免疫不全症候群の予防に関する法律」が施行され、医師による届出が義務付けられた。平成六年までの兵庫県におけるエイズ患者・HIV

感染者の累計は、患者四人（男二人、女二人）、感染者一八人（男一人、女七人）であった。

第三節 社会福祉をめぐる新たな課題への対応

一 バブル経済期前後の貧困問題

生活保護制 昭和五十六（一九八一）年に厚生省は、各都道府県・各指定都市民生主管部（局）長に向けて「生活保護の見直し 活保護の適正実施の推進について」（通称「一二三号通知」）を通知した。これは、生活保護の申

請時に資産・収入等の詳細な申告書提出を要求するほか、福祉事務所が預貯金の有無などを関係先に独自に調査できるよう、あらかじめ申請者から包括的な「同意書」を提出させるといった内容であった。この通知が行われた背景には、生活保護理由の手続き的権利や保護請求権を形骸化しかねない動き、具体例として暴力団関係者による生活保護受給事件の発生などが続いていたためである。

昭和五十八年に保護基準の算定方式は、格差縮小方式から水準均衡方式に変更された。水準均衡方式は、総理府の諮問機関である第二次臨時行政調査会（昭和五十六年発足）の答申を受けて導入されたもので、現在まで維持されている。この方式の導入に伴って生活保護基準は、当該年度に想定される国民の消費動向や社会経済情勢を総合的に踏まえて改定がなされることになった。保護基準の算定方式の見直しとともに、生活保護費の地方負担割合の引上げが実施された。国の負担割合は、昭和六十年からの四年間は、それまでの