慶應義塾大学学術情報リポジトリ
Keio Associated Repository of Academic resouces

Title	医療保障と結核問題
Sub Title	Tuberculosis; a problem of health services
Author	藤沢, 益夫
Publisher	慶應義塾経済学会
Publication year	1963
Jtitle	三田学会雑誌 (Keio journal of economics). Vol.56, No.6/7 (1963. 7) ,p.664(196)- 675(207)
JaLC DOI	10.14991/001.19630701-0196
Abstract	
Notes	藤林敬三博士追悼特集 研究ノート
Genre	Journal Article
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00234610-19630701-0196

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the KeiO Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

研究ノート

医療保障と結核問題

藤沢益夫

一

およそ日本における医療保障制度の現状が検討され前途が考察されるとき、きまってその主要な論点に加えられるものに結核対策がある。一例を社会保障制度審議会の動向に引けば、まず戦後社会保障展開の基調を定めた一九五〇年一〇月一六日付〈社会保障制度に関する勧告〉で、審議会は医療保険などの各処に結核に対する特別措置を指示するとともに、一般保健政策中ではとくに結核だけを別項に抜き「綜合的にして系統的な対策」確立を求めたのを手始めにして[1]、五四年一二月二四日には異例の〈結核対策の強化改善に関する申入〉を行ない、ついで五五年三月三〇日〈結核対策の強化改善に関する勧告〉を提出して、結核につき「国政上のあらゆる観点から総合的に施策することの必要性」を重ねて指摘している[2]。さらに五六年一一月八日にいたると〈医療保障制度に関する勧告〉が提示されているが、それまでの「結核対策に関する勧告に対して政府があえてこれを顧みようとしない態度にいきどおりを感じた結果[3]」なされたともいいうるこの勧告では、主眼を医療保障の全国普及方策と既存制度整備計画の策定に置きつつ、ことの成否は「一にかかって結核対策の効果いかんにある」として「いまにして、これに対するなんらかの新しい手を打たないときは、結核医療が癌となって、永久にわが国の医療保障の確立は望みえないであろう」という強い言葉をもって全文を結ぶほどに結核問題を重視している[4]。

多種多様の諸病のなかでこうまで注目され格外の扱いを受ける疾病は、結核を措いてほかにない。その理由の第一は、いうまでもなく結核の大量存在である。ただこの場合、結核の重みは、絶対的な患者数の多量としてよりも、むしろ全般的結核事情好転のなかでの、とりわけ結核死亡率激減のなかでの有病率改善の相対的な立後れとして意識されたところに状況の特殊性があった。換言すれば、戦後の死亡率は、国民生活の回復や化学療法・外科療法開発に代表される結核医学の長足の進歩につれて急減し、とかく結核の診断が死の宣告ととられた時代は遠く去ったのに、同じ背景を負いながら、有病率が比例的に低下しなかったことにたいする途惑いと苛立ちの複合で、それはあった。事態に深刻さを加える第二の、そしてより本質的な理由は、かつての女工結核の悲惨を引合いに出すまでもなく、結核が発病から転帰にいたる全経過を通じてもっとも典型的な社会的疾患として現われ、労働条件・生活状態に趨向を大きく規制されているという事実である[5]。たとえば、結核の死亡率と有病率の敗行現象にしても、結核療養の特徴である長期性と高費用性が、罹患と受療の間の距離を開き受診率の階層差を拡げたことに原因の過半があり、これが医学的進歩の摂取を妨げ効果を不整にしたところがはなはだ多いのである。

しかし、結核問題の社会性が一連の諸勧告で公認され、その医療費負担は個人の範囲・能力を越えていることが理解されたにしても、それは現実の対策の上には素直に反映されず、これら勧告にいうがごとき実効ある保護体制の編成は遅々として進んでいない。五一年の導入にあたって画期性を謳われた結核予防法による公費負担制を例にとっても、適用がきわめて局限されている上に地方財政逼迫のあおりで半身不随の有様である。かように再三の勧告は埃をかぶり問題の認識と対策の実行が断絶せしめられている最大の原因は、「結核が極めて多額の経費を要するものである点」に由来し、現行制度を大幅に改善するときの資本に掛かる「医療費負担の膨張化」が厭われるからにほかならない[6]。とりわけ保護拡充の法律的強制は、単純な金額上の得失を越えて「資本制生産様式の根底を、すなわち労働力の『自由』な購入および消費による資本――大小をとわず――の自己増殖を脅かすに違いない[7]」ため、ことさら忌まれるのである。この前後の経過は、一世紀前イギリスの保健当局や関係委員会が、本来無害の職業を病気と死の母胎たらしめた換気不良にかんして、工場条例に保健条項を補足して矯めようと図ったさい、ついに産業資本を譲歩せしめえず、規制の必要とそれを資本に強制することの不可能を嘆じて「事実上、労働〔者〕の肺結核その他の肺病は資本の生活条件だと宣言する[8]」（傍点＝引用者）にいたった顚末の、まさに再現反復である。イギリス工場立法が五百立方フィートの空間の問題で息切れすれば、百年を隔てた日本の結核対策も抜本的改正問題になるとたちまち息切れがして、ここでも「資本制的生産様式なるものはその本質上、特定の点を超えるとどんな合理的改良をも排除するものだということを確証[9]」している。

それゆえ結核浸潤度をもってする対策の訴えは、とかくなおざりにされがちであるが、その高度が既存の医療保障制度を媒介にして給付費の形で示されると、事情はおのずから異なってくる。一般に医療給付の費用額は、疾病の存在量（より正確には制度を通ずる医療需要量）と医療サービスの価格の相乗によって決定される。ここで結核蔓延の広さと結核療法の発達が半面にもたらした医療価格の急騰を合せ考えれば、結核給付費が医療給付費目中でもきわめて重要な項目をなすことは容易に了解でき、その経費膨張を放置すればやがて保障制度の総体的収支を大きく乱す虞れを潜めていることも推察に難くない。この危険がもっとも尖鋭に露呈されたのは、五三年ごろより顕在化しはじめ五五年には絶頂に達した健康保険の財政危機のおりであった。そして善後策を講ずるため臨時に設けられたいわ

ゆる〈七人委員会〉が赤字を生んだ諸原因を究明したなかで「政府管掌健康保険の療養の給付を解剖してみると、結核の療養に関する給付がその三分の一を占めている。これでみると保険財政に対する重圧の主たる原因は、結核に対する給付にあると言い得る」[10]と報告したとき、従前の結核対処が入費を惜しんで中途半端であったことが存外な反動を医療保障に与えて、巨額の追加的給付費負担を生ぜしめていることにいまさらのように驚いたのであった。くわえてこの赤字問題に端を発した保障体系の全般的再検討が、当時の熾烈な医療保障全国民均霑の要求と結びついて、〝国民皆保険〟政策準備の方向を強めるに及んで、ここ塗することができても結局、毎年国費を浪費している結果」となるから、十分な結核根絶効果を発揮するためばかりでなく「所要経費を漸減し得て、将来の国民の負担を著しく軽減することができる」唯一の方途としても「この際思いきって膨大な経費を投入し、これが撲滅に強力な、一つにまとまった施策を行なうことが必要である」と力説し、総じて「結核対策は、その初期において膨大な費用を必要とするとしても、そのことによって将来はかえって費用が漸減するものであること」をくどくどしく強調しているのがみられる[11]。

かように医療保障をめぐる論議が結核を中心にして展開された時期から現在までの数年間に、医療保障の全国適用は国保方式によって形式的にはほぼ達成され[12]、既存の医療保険やその他医療費公費負担制度にも多少の改善があった。それかあらぬか大方の関心はようやく結核を離れようとしているが、長らく要望されてきた本格的対策がこの底のものでないことはあまりにも明らかであり、また結核の一般的減少が加速度的に進行して独自の対策をすでに不要とする段階に到達したと断定するのも性急に過ぎよう。事実、最近の推計によれば、要医療患者だけでも三〇〇万人を前後し、結核対策が現状維持を続けるなら、一〇年を待ってもその数は二〇〇万人を下らないと予想されている。ましておびただしい未受療患者の潜在を量り、しかもその多数が低所得層に沈澱している様をみるとき、前途のなお容易でなく大衆のいまだに結核性疾患の脅威から解放されていないことを知るのである。したがって、改めて結核事情の変化を正確に把握してそれが医療保障に及ぼす影響の範囲を探り、結核対策の問題点を質す必要がある。

（1）総理府社会保障制度審議会事務局編「社会保障に関する勧告」（五〇年刊・普及版）二五―二六ページ。この勧告では、とくに結核問題を重視し結核対策を重点的に取上げたことが特徴であると解説されている（同書、四二および五二ページ）。なお、勧告の全面実施にいたる推進策として提出された翌五一年一〇月二〇日の〈社会保障制度推進に関する勧告〉（いわゆる第二次勧告）でも重点九施策の一項に結核対策改善が挙げられている。

戦後の経過を審議会設置前にさかのぼれば、おそらく〈ワンデル報告〉（四八年七月）をへて、四七年三月一七日付GHQ〈結核対策強化に関する覚書〉にいたるであろう。

（2）同上審議会「結核対策の強化改善に関する勧告」（五五年三月三〇日付・謄写刷）二ページ。

（3）近藤文二「国民皆保険と国民年金」（大内兵衛編「戦後における社会保障の展開」〔六一年刊〕所収）一八九ページ。

（4）前出審議会「医療保障制度に関する勧告について」（前掲「社会保障の展開」収録資料）巻末五一―五三ページ。

（5）傷病とりわけ結核症の社会性の意味については、宮本忍「社会医学」（四七年刊）第一章参照。

（6）前掲「結核対策勧告」二―三ページ。

（7）・（8）・（9）K・マルクス「資本論」（長谷部訳・青木版）第一部下冊七六八―七六九ページ。

（10）厚生省保険局編「七人委員会の報告――健康保険及び船員保険の現状分析とその財政対策」（五五年刊）一八二ページ。

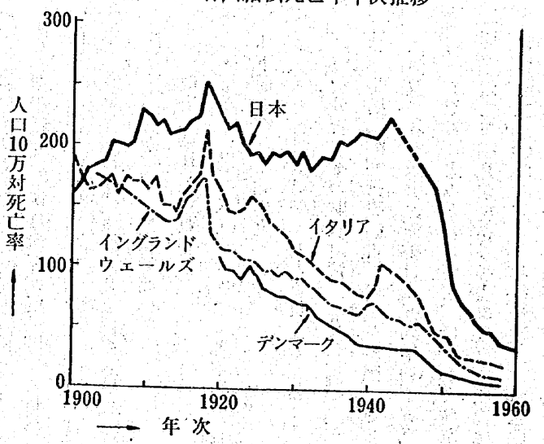
（11）前掲「医療保障勧告」第十章参照。さらに同様の主張は厚生省に設置された医療保障委員（五六年初―五九年三月）の前後四次にわたる報告にもみられるなど、けっして特異なものではなかった。

（12）六二年三月末現在の医療保険適用状況は、各種被用者保険の被保険者二、〇〇七万人、その家族二、六二〇万人弱、国民健康保険に包括される者四、六八〇万人、合計九、三〇六万人に達するが、被用者保険家族の推計方法上の疑問やそれと国保間の二重加入の問題などが残っているため、その価値は参考資料程度に止まる。

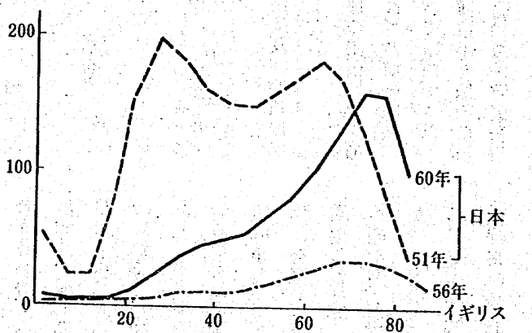
二

わが国における結核事情は第二次大戦をなかに挟んでまったく異なった様相を呈し、最近では事態の好転によってすでに療養諸施設の一部に遊休を生じているとさえ伝えられている[13]。この変容を象徴する最右翼の指標は結核死亡数の減少あるいは死亡率の低下である。日本の結核死亡は戦後順調に減少を続けて、戦時中の統計途絶を度外に置けば四二年の年間結核死亡約一七万人を頂点にして漸減に転じ、四七年に一五万人台を割ってからは治療法の向上を契機にして下降の速度を早め、六一年には三万人を下回る二・八万人となった。この推移を人口一〇万対結核死亡率でみると、四七年に一八七・二であったものが、六一年には実に二九・五にまで急落している。戦前の死亡率が二〇〇を前後していたのに比べて約七分の一に低下したことになり、このかぎりではかろうじてわが国も「結核国」を脱しつつあるかのごとくである[14]。ところが、これを諸外国の指標と対比するときなおそこには量的にも質的にも大きな格差があるのを認めない訳にはいかない（第1表）[15]。戦後の改善がいちじるしかったといっても、デンマークに比べれば従来の経緯に徴してほぼ二〇年の遅延に相当する懸隔があり、かつて日本と並んで結核国に挙げられること多かったイタリアに対してすら一〇年に近い後れを

第1表　各国結核死亡率年次推移



第2表　年齢階層別結核死亡率比較



とっている。これは、資本主義の展開が結核蔓延をもたらした点ではいずれの国も等しかったから、世紀交替期前後にはほぼ同程度の高さに達した結核死亡率が、欧米諸国ではその後の工場法確立や公衆衛生立法の導入につれて着実な下降線をたどったのに、ながらく原生的労働関係が残存し、劣悪な労働条件・生活条件が支配して貧弱な保健立法しかもたなかった日本ではまったく停滞して動かず、やっと半世紀も立後れた第二次大戦後に急に下がりはじめたことを示して（どの国でも戦争で生活が圧迫されると死亡率が上昇しているとともに）、結核の社会性を証明している。日本より死亡率の高いのは少数の後進諸国だけであって、日本の結核事情には改善の余地が大きく残っているということになる。

わが国の結核死亡の著減には、周知のように青年層における死亡率の改善が強く作用している。年齢階層別死亡率曲線を一〇年間の隔りを置いて比較すると、欧米型に近似するにはいたらないものの、学校保健事業などを中心にした健康診断、予防接種の基本的予防活動の徹底をひとつの要因にして、結核は若年型から中高年型へ移行し、もはや青年層の疾病ではなく老人病の一種に変化しつつあることがわかる（第2表）[16]。しかし、ここでの死亡率減少が若年層にのみ偏倚して中高年層をまったく見棄てるという形で進行していることは、せっかくの一般的改善の価値の半ば以上を失わせている。すなわち、中高年齢者の死亡は、多くの場合家計の中心にある者の死亡にほかならず、その遺族を貧困に転落せしめる大きな原因をつくり、また、療法上の進歩が発病から死亡までの期間をかつての三―四倍も延長せしめたので[17]、稼得力の減退している最中に前にもまして高額の医療費負担を強いられることになり、本来損壊した労働力を回復せしめて福祉を増進するはずの医学の前進が、かえって貧困の発生を助長するという奇現象さえ起している。この倒錯を招いた責を負うべきものは、バスでもストマイでもなく、あるいは病苦を負って生きている老人でもなく、未発達の社会保障、不十分な結核対策であることは多言を要しない。

細部にわたって検討すれば問題が残っているにせよ、たしかに結核死亡は激減している。ところが、これがかならずしも患者数の減少と併行していないところに結核問題の特異性と重要性がある。つい一〇年ばかり前まで結核患者数の実勢を正確に推計する術のないままに、結核死亡の動きが患者数の増減にかならずしも直結していないのではないかと疑いながらも、結核統計の比較的整備されていた外国の経験をじかに援用して結核においては年間死亡数の一〇―二〇倍が患者概数を現わすと素朴に考えていた頃は、蔓延状況についてかなり楽観的見方が一般化していたし、また、結核予防法に規定する医師の届出義務にもとづく届出患者数で結核浸潤度を知るようになってからでも、その裏に潜む患者の膨大を警告されながら、届出数をもって罹患数ないし有病数と同義とみなしていたため、届出のもっとも多かった五一年の五九・一万人から、五四年の五二・四万人、五七年の五二・一万人と減少したとはいい条動きがまことに緩慢なのをいぶかり、しかもその数が諸外国の水準の数倍から数十倍にあたるのをあやしむばかりであった。人口一〇万対届出率でみても五一年の六九八を最高にして、五五年ごろは五〇〇弱の線に停滞してめぼしい変化もなく過ぎ、六一年でも四四六である。これでは結核死亡と結核届出は全然別個の要因によって動いているとしか思えないわけである。

こうした結果をもたらした最大の理由は、届出そのものの性格に由来している。つまりこの届出によって把握された数は、現実に医療の対象となり結核と診断された患者数を示すに過ぎず、その背後には受診者に数倍する未届患者の予備軍が控えているのである。このことは、新結核予防法による公費負担制の導入された五一年と翌五二年にかけて届出数が一時的に増大し、公費負担の実体が知れわたるにつれてふたたび届出率が落ちたことからも証明される。結核の場合、医師は届出を義務付けられているけれども、患者は受診を義務付けられてはいない。通例が慢性疾患であるため急性伝染病のごとき生理的強制は加わらず、むしろ罹病者が受診を決定するにあたっては経済的・社会的障害が強く働くのである。したがって、結核以外の法定・指定・届出伝染病の大部分には十分適用できる罹患率算定式、つまり

$$\text{(伝染病)罹患率} = \frac{\text{(伝染病)全国発生届出数}}{\text{その年の人口}} \times 100,000 \quad \cdots\cdots(1)$$

(1)式を結核にあてはめても、分子が同じ届出数ではあっても発生件数の一部をしか代表していないからしょせん無意味である。ましてやこの届出率を有病率と呼ぶのは、

$$\text{有病率} = \frac{\text{ある時期のその集団の入口}}{\text{その時期の罹病者数}} \times 1,000 \quad \cdots\cdots(2)$$

(2)式からあきらかに誤りであることがわかる。官庁統計で現在でも頑固に罹病率として扱われている結核届出件数にもとづく率は結核にかぎり卒直に届出率とするか、あるいは、

$$\text{受診率} = \frac{\text{ある時期の受診件数}}{\text{その時期のその集団の入口}} \times 1,000 \quad \cdots\cdots(3)$$

(3)式から、結核受診率としてこそ取扱わるべきである。

届出患者数は氷山の一角であってけっして結核の実勢を表現するものではないことは、厚生省が五八年に実施した〈全国結核患者数推計〉をみればさらに明確となる。それによると、要医療の患者数は五八年に三〇三万人と推定され、実に届出数の六倍にも達する。これに要観察の患者数を加えれば総患者数は四五一万人になり、国民の二〇人に一人の割で結核患者が存在するという結果をみた。(18)

さらに、これらの調査にもとづいてその後の患者数を推計すると、六三年には二四七万人、六八年には二〇〇万人になると予測されている。また、入院を要するような比較的重症の患者数は、五八年の八六万人から、六三年には五六万人、六八年には三九万人に減少するものと予想されている。

(13) 結核病床数の推移をみると、五八年末の二六万床が最高点で、以後減少傾向をたどり、六〇年末には二五万床になった。この間、一般病床や精神病床などは増床を続けている。病床利用率をみても、絶対数で増加している一般病床はここ数年来八一%前後、精神病床は一〇六%前後を保って需要のあとを供給が追っているのに対し、結核病床は絶対数が減っているにもかかわらず五六年の八六%から六〇年の七八%に落ちて、地域偏在の問題を別にすれば一般にベッド過剰状態が生じていることを示している。

(14) この結核死亡数・死亡率の改善は、国民死亡順位の上にも反映されている。死亡統計がとられて以来死亡順位でほとんど首位を譲ったことのなかった「全結核」も、五一年に第二位になり、六一年には第七位になっている。

(15) 厚生省統計調査部「人口動態統計」および U. N., Demographic Year Book（厚生省結核予防課編「結核の統計・一九六一年版」二ページ所収）。

(16) 厚生省大臣官房企画室編「厚生白書・昭和三七年度版」六九ページ。ただしイギリスの曲線は筆者が加えたものである。

(17) 東京都の例では、結核発見から三ヵ年以内に死亡する者の比率は五〇―五一年には九〇%近くを占めていたが、五八―五九年には約五〇%に減少している（「厚生白書・昭和三六年度版」三五三―三五四ページ）。

(18) 「厚生白書・昭和三五年度版」二七七―二七八ページ。

三

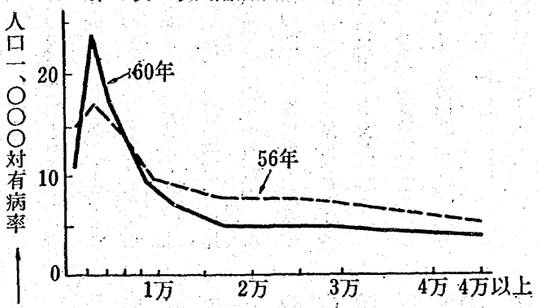
これまでにみたように結核の蔓延が下火になっているにしても、結核症の本質に変りがあるはずはなく、患者および患者を抱えた世帯の当面する困難は少しも軽減されはしない。かなり資料は古くなるが五二年の〈社会医療および所得再分配調査〉（厚生省実施）によっても、結核患者のいる世帯の月間実支出が平均二二、九四七円であるのに、無結核世帯のそれは一九、四三〇円とかなりの開きがある（第3表）(19)。費目別で比べると、住居費以外はどの費目も結核世帯の支出が多く、外来患者世帯では治療費はいうまでもなく居宅療養のため飲食物費や光熱費などが膨張しているし、また入院患者世帯では患者以外の世帯員が飲食物費をきりつめて治療費の増加分を埋合

第3表　結核患者有無別世帯実支出比較

（単位　円）

	入院患者世帯	在宅患者世帯	無結核世帯
実支出総額	21,364	23,493	19,430
一般食物費	9,362	11,309	9,816
住居費	821	835	928
光熱費	1,109	2,141	1,118
被服費	2,175	2,665	2,442
治療費	3,357	1,533	670
その他	4,540	5,010	4,456

第4表　収入階層別結核有病率の推移



(注)　農家世帯，事業経営世帯を除く。

えない（第4表）(20)。すなわち、月収二万円を境にして、それ以上の世帯では有病率はほぼ恒常的であるのに対し、それ以下の世帯では収入と逆比例的に有病率が増高し、さらにまた一万円以下世帯ともなると激増するのである。五六年から六〇年までの四ヵ年間の推移をみると、ここでも月収二万円の壁が立ちはだかって上下では決定的ともいえる格差を生じている。つまり、中産階層以上においては結核有病率低下のあとが明白に観察できるが、貧困階層にあっては有病率の改善どころか有病者がますます増加累積して沈澱する傾向がみられ、一般的改善に取残されていることがはっきり認められる。

結核が低所得層に沈澱累積している状態は、生活保護の被保護世帯を対象にした健康診断結果（東京都江戸川区）からも知ることができる(21)。そこでは要指導者が一三・〇%（うち要医療一〇・二%、要観察二・八%）を占めて、全国調査結果の要指導四・〇%（うち要医療三・三%、要観察一・六%）に三倍する患者が発見されている。なおまた、結核が貧困を助長する反面、貧困が結核の温床になっている程度は、結核患者の医療放置状況調査（東京都荒川保健所管内）によって確かめられる。すなわち、一般所得者と低所得者に区分して調べると、結核を自覚していながら医療を受けていない割合は、前者が七・〇%であるのに対し、後者は一四・二%に達する。しかも、この放置者のうち経済的理由による者は、一般では六・六%であるのに、低所得者になると三九・〇%の

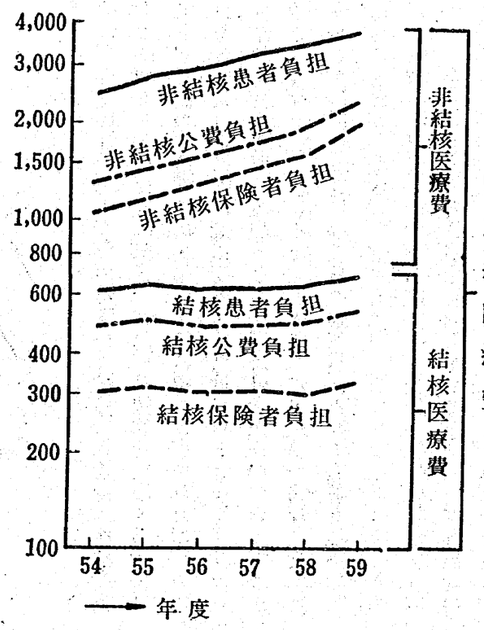
多数にのぼっている。[22] これはみな、結核と貧困の結びつきの固さと、両者の相互作用による生活破壊のはなはだしさを示す指標であり、医療保障による保護の拡充と均霑が強く要請される所以である。

元来、結核は長期にわたる療養を余儀なくして多額の医療費支出を強いる疾病である。現在、国民総医療費および結核医療費の両推計[23]が揃って利用できる最近の年度は五九年度であるが、この五九年度中に全国で費された結核医療費の総額は七一二億円の巨額にのぼると推定され、これは同年度中の国民総医療費総額の約一八%に相当する。

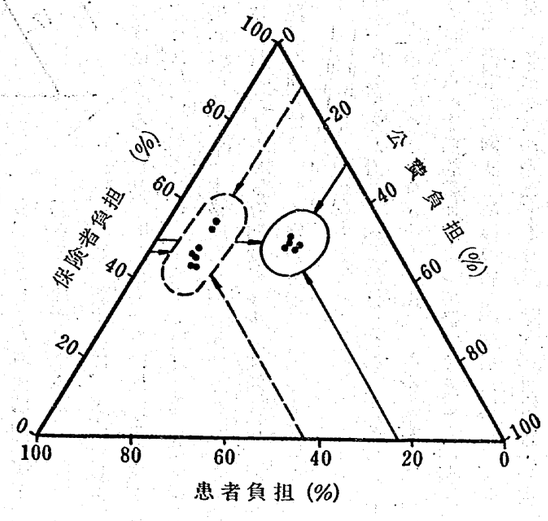
ここ数年来の結核医療費と国民総医療費の動向をみると、医療のために支出された費用額は結核・非結核を問わず年々増高してきているが、後者の伸びの方が急であることがわかる（第5表）。すなわち、国民総医療費は毎年二〇〇億円前後増加して、五九年度には三、八九九億円（国民一人当り額で約四、二〇〇円、対分配国民所得比で三・九%）になり、そのために結核医療費が国民総医療費中に占める比重は年ごとに減少し、五五年度には二四・一%であったものが、五七年度には一九・五%、五九年度には一八・二%にまで下ってきている。結核医療費がその他の医療費に及ぼす影響が以前ほどいちじるしくなくなってきているわけで、諸般の結核事情改善がこの面にも反映されているのであるが、これがまた結核問題は峠を越したという声を生むひとつの原因になっている。

負担区分別に結核医療費と総医療費の構成を比較すると、五九年度の結核医療費は、全体の七七・九%を医療保障諸制度が負担し（保険者四七・四%、公費三〇・五%）、二二・一%を患者が自費負担している。他方、総医療費では医療保障による負担率が六三・三%（保険者五三・〇%、公費一〇・三%）であり、患者負担率が三六・八%である。これからみても、結核の場合には医療保障への依存度が高く、その存在が大きな役割を果しているといえるが、その反面で、結核があいかわらず医療保障に重くのしかかり保障財政に強い圧迫を加えていることがわかる（第6表）。結核医療費と総医療費の相対的関係で注目すべきは、保険者負担率の間にはさしたる相違はみられないから、結核の患者負担率の低さは、もっぱら結核公費負担率が一般の三倍も高いことによってもたらされている点である。三角図表で結核の座標を右よりに決めたこの公費負担率の高度が、結核予防法などの公衆衛生原則に立つ諸制度に支えられているものなら、それは結核対策の進展を意味するとすることもできようが[24]、事実は、周知のごとくその大部分が生活保護によって占められており、この場合には自己負担率の低位はむしろ、医療保障・結核対策の不完全を証拠立てる一指標になる。すなわち、五九年度の結核医療費公費負担分二一七億円のうち、八割にあたる一七三億円が生活保護の医療扶助であって、しかも、この結核に対する医療扶助額は医療扶助費総額の五割に相当し、さらにさかのぼれば、生活保護の全給付額の六割が医療扶助に注ぎ込まれているのをみることができる[25]。この貧困層における結核の堆積のみをもってしても、日本における結核問題は未解決のまま放置されていると確言できるし、結核

第5表　国民総医療費と結核医療費の推移



第6表　総医療費と結核医療費の負担状況

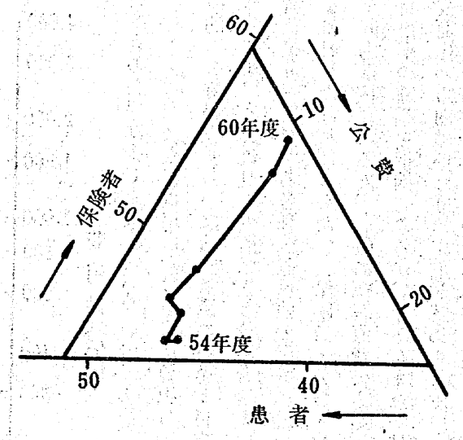


（注）　左の座標群が総医療費，右が結核医療費である。

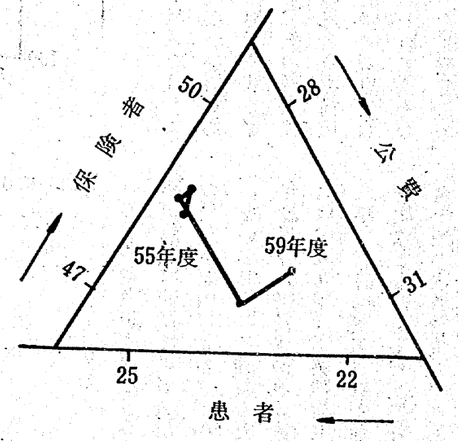
対策確立の必要は少しも緩んでいないのである。

このように、医療費負担における自己負担分の縮小軽減を目して機械的に医療保障あるいは結核対策の発達と判断し得ない事情があるからには、公費負担を生活保護と分ち合っている保健諸施策や保険者負担分を担当する各種医療保険の動きについても、その増減理由を検討しなければならない。保険者・公費・患者の三者負担構成の年度別推移をみると、一般に総医療費でも結核医療費でも患者自費負担率の逓減を指摘できるが、しかしまた、結核と一般ではその構成変化の方向にかなりの相違が認められる。まず、総医療費において、公費負担率は七年度間ほとんど一定であるのに、保険者負担率が急速に伸びて患者負担率を押下げているが、この過程には二つの異なる要因による二つの局面が同時に重複発生して、変化の度合いをいちじるしく伸長したとみられる（第7表）。その第一は、五七年度以降の国民皆保険政策遂行による緩やかな変化であり、その第二は、五九年度の突然生じて全体を揺った急性の変化、すなわち五八年一〇月に実施された診療報酬点数表改訂の影響である。第二の変化はともかくも、問題なのは適用拡張による保険者負担増と自己負担減の内容である。ある意味では医療保険は医療サービスの共同

第7表　国民総医療費構成の推移（%）



第8表　結核医療費構成の推移（%）



消費化に過ぎない面をもち、傷病を理由とする収入途絶と医療費支出増大の時期を収入取得期に繋ぎ、また相互扶助を実現する効果はあっても、制度の構造と拠出・給付水準次第では、それは医療費支払窓口を各個人から保険機関に変換するだけに終ることもありうる。皆保険達成の主要な組織となった国民健康保険のほとんどが五割給付で、給付制限も珍しくない現状では、未適用を適用に変えた功のほか、その保険者負担率上昇の全部がたんなる立替え払い的支出増でないとはいえない。

ついで、結核医療費（第8表＝第7表とは拡大率が異なる点に注意されたい）においては、構成が比較的安定しているので、各年度の座標は集中的であるが、それでも五八年以降かなりの変化を生じている。しかも、その動きは五八年度には公費負担に現われ、五九年度には一転して保険者負担率増加傾向が強まっている。あとの保険者負担増はその理由を一般医療費と同じくし、そこで発生した五九年の点数改訂などの変動要因がここでも強く働いたことを示している。またはじめの公費の増大は、多少の一般保健施策の強化を含みつつも、主として医療扶助の膨張が主役であることはすでにみた。

これを要するに、医療費負担状況の変化を通じて観察するかぎり、医療機会を全国民に平等化する体制だけは整えられたのであるから、ようやく到達し得た結核撲滅への足懸りを失わぬためにも、本格的対策実行が望まれるが、その本格的対策とは、現在のような既存制度の多少の補綴強化と未保護の貧困層への援護増加とはまったく別のものであることはいうまでもない。

小論では、医療保障が対処すべき結核事情のまとめを眼目にして、結核の占める特殊な位置とその変化の方向を従来しばしば検討されてきた諸論点の総括的整理によって通察することに重点を置いてきたため、医療保障制度と結核の相互的関係にはほとんど立ち入ってふれるところがなかった。したがって、つぎにはこの両者の間の作用・反作用、つまり結核は医療保障の上にいかなる影響と圧力を及ぼしているか、また医療保障は結核事情の改善にどの程度の成果を収めてきたのかというもっとも中心的な問題の考察がなされねばならないが、これは、筆者が五四年度より六一年度まで継続実施した組合管掌健康保険における結核給付費実態調査から得られた諸資料の解析を通じて具体的に究明し、現行医療保障制度の効果とその内包する欠陥の評価を試みることを予定している。この意味からして、小論は結核の費用をめぐる健康保険の財政分析を行なうための地均しをする序説であり、未完であることを付言して置く。

(19)　厚生省統計調査部「社会医療および所得再分配調査」（昭和二七年）。

(20)　厚生省統計調査部「厚生行政基礎調査」（「厚生白書・昭和三六年版」三五一ページ）。

(21)　前掲「結核の統計」四四ページ。

(22)　「同書」四五ページ。

(23)　総医療費推計については筆者編「社会保障年鑑・一九六三年版」三七三ページ参照。結核医療費推計は「同書」一四四ページ参照。

(24)　ただしこの両医療費推計における医療費の範囲は、傷病を直接の対象とした狭い意味でのもので、予防のための費用は含まれていないので、その点の考慮は必要である。

(25)　前掲「年鑑」三四九ページ。