

Title	疾病と貧困：鹿児島県における結核世帯の生活構造
Sub Title	Disease and Poverty : A Soci-Economic Survey of Tuberculosis in Kagoshima Prefecture
Author	藤沢, 益夫(Fujisawa, Masuo)
Publisher	
Publication year	1965
Jtitle	三田商学研究 (Mita business review). Vol.8, No.5 (1965. 12) ,p.631- 661
JaLC DOI	
Abstract	
Notes	
Genre	Journal Article
URL	<a href="https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00234698-19651230-04046209">https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00234698-19651230-04046209</a>

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.

# 疾病と貧困

——鹿児島県における結核世帯の生活構造——

藤 沢 益 夫

## 一 開 題

## 二 調査の概要

対象と方法

制約条件と限定条件

## 三 家計と結核——家計支出構造比較

## 四 落層現象と結核——世帯業態別所得分布比較

## 五 結 語——医療保障と結核

## 一 開 題

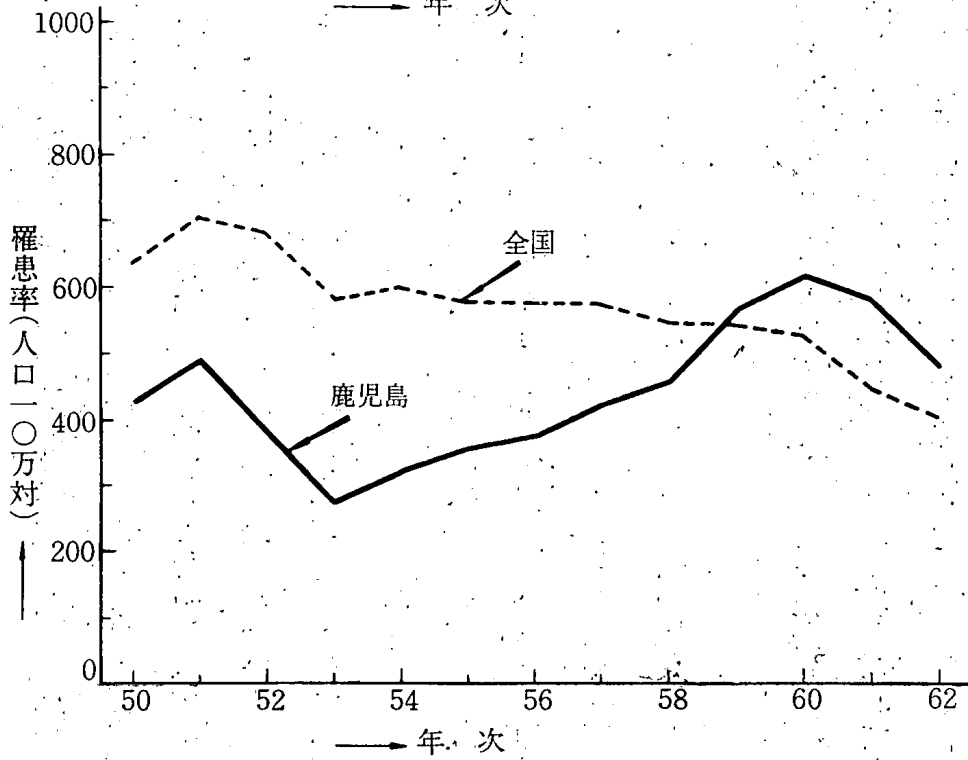
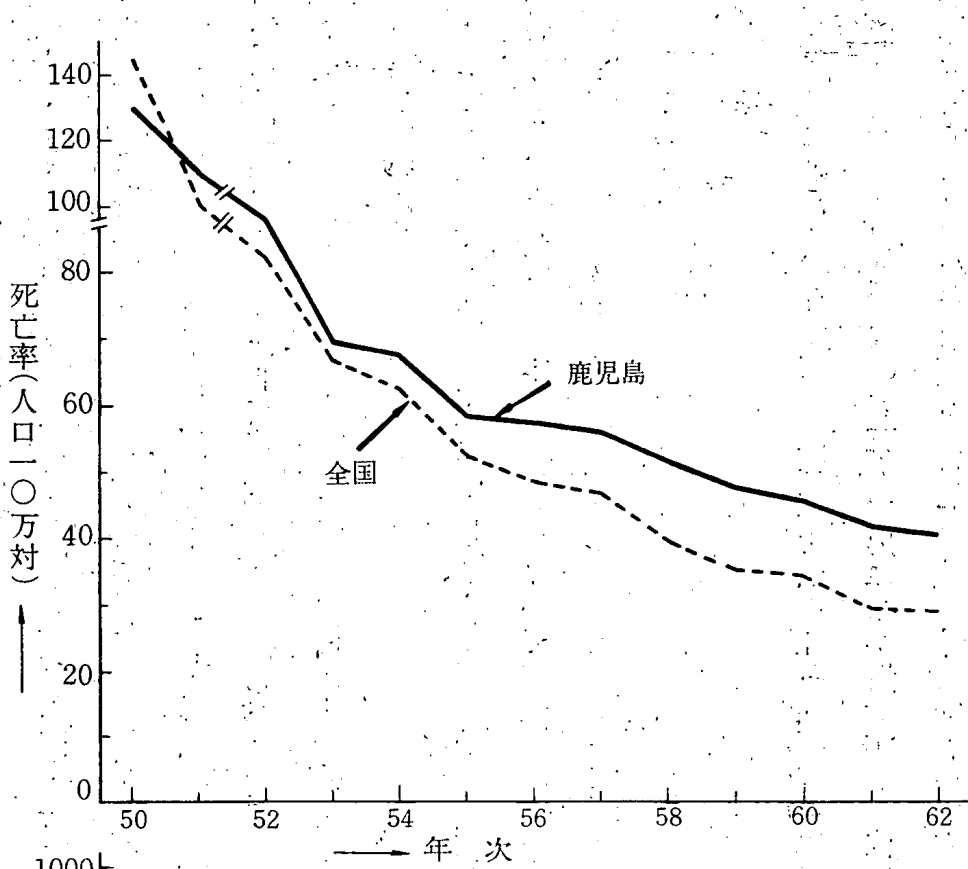
疾病と貧困の悪循環が指摘されて久しく、チャドウィック Edwin Chadwick の立証以来二世紀をはるかに越えて、すでに通念に定着している。いふなれば、傷病にたいする社会的配慮を促し医療保障の確立を必然としたモメントは、基本的には、傷病のもつこの社会性の認識にまず求められる。なかでも結核は、発生と継続の全過程にわたり、労働・生活条件や環

境施設などの社会経済的諸要因にとりわけ酷しく制約される社会的疾患の代表に挙げられて、特別な注意の対象となされてきた。<sup>(1)</sup>日本の医療保障・保健政策展開の道程を一瞥しても、たとえば公衆衛生は、明治中期の産業資本主義強行確立が結果した不健康不衛生状態労働の醸した結核蔓延に触発されて、初歩的防疫より社会衛生への階段を進んでこの方、その活動の重点を一貫して結核対策に据えてきたこと、下って、ビスマルク型社会政策の亜流として全面的労働立法要求に先制した健康保険の実施には、紡績女工結核の悲惨に露わな極度の不変資本充用上の節約による生命と健康の浪費を微温的に規制する意図が投影されて、やがて給付期間延長を結核にもたらしたこと、さらに戦争準備期に入って、農民疲弊の緩和手段に国民健康保険が採用された背後には、結核の農村浸潤にともなう戦時労働力供給源衰弱の脅威が強く作用していたこと、この後の戦時保健政策は国民生活荒廃の深刻さが直接排出した結核瀰漫の処理に追われ、とどには国民皆兵のもじりである国民皆保険案を結核保険の形で泡沫的ながら企てたこと、戦後過程でも、すべての勧告は結核対処の急務を説く点で等しく、また医療諸保険は他をつねに一步離れた給付を結核に用意し、五一年以降新結核予防法の施行で管理の徹底と医療費公費負担の強化が措置され、あたかも諸制度改善の動向を結核が先導するかのごとくであることなど、みな周知の事柄である。例を海外にとつても、イタリアやスイスが、一般疾病保険体系から結核保険を分離運営しているのを始め、イギリスは、高度の国民保健サービスに加えて予防と後保護の対結核事業を別枠に定め、その他の諸国も方法こそ違え患者保護を厚くするところが多い。これらはいずれも、結核の特殊性と重要性をなほどこにか表現するものにほかならない。

かつて悪条件労働・低生活水準の横行を温床にして、資本の生存条件と嘆じられるほどに猩獗を極めた結核も、如上の防遏努力と労働環境改善・生活準位上昇につれて下火に転じ、とくに近代結核医学の長足の進歩を迎えて、その成果の一般利用を基礎づける医療保障諸制度の整備が収束傾向を決定的にしたが、日本の結核事情も例外ではなく、社会的背景の劣りやさながら反映して欧米より半世紀遅れて戦後下降に移ったにしても、一旦減少に動いてからの勢いは加速度的で、いまでは

図I 結核死亡率・罹患率推移の地域差

疾病と貧困

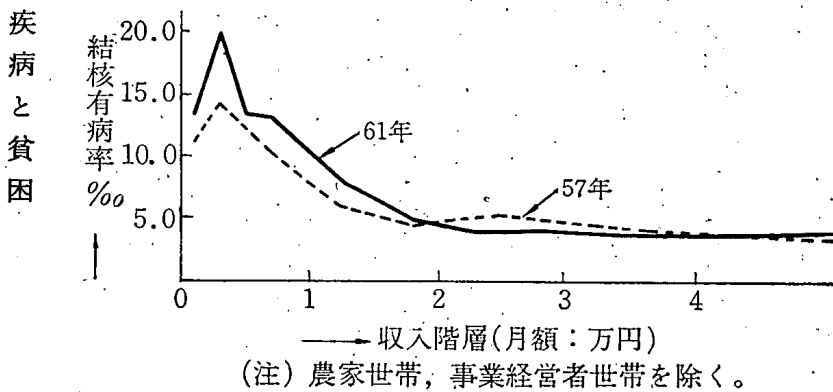


すでに峠を越したといわれて、世間の関心もようやくそこから離れつつある。しかしながら、その減少程度は地域的に一律でなく、結核死亡率をみても、状況の不良な九州諸県は対極にある関東甲信越諸県に倍する数値を示している。すなわち、図Iのように<sup>(2)</sup>、下位グループに属する鹿児島県の指標と全国平均の間には顕著な較差が存在するばかりか、鹿児島県の諸指標は、結核化学療法法の導入が実効を奏し始め日本の結核がまさに解決へ踏み出したその時点から、死亡率では停滞を、罹患率では多発を生じて、たんなる趨行上のタイム・ラグとは断じえない特殊な徴候がみえる。つまりこれの意味するところは、現在の結核の様相は pandemic<sup>2</sup> Ⅱ 広範蔓延状態をたしかに脱したが、なお endemic<sup>2</sup> Ⅱ 局部流行状態にあるということでした。したがって、多年の努力を傾注して獲得した成果を持続するには、その対策も従前の画一処理から個別処理へ転ずべきことを、それは示唆しよう。

しかも、ここで endemic とは地域性についてだけでなく、図IIが抗い難く示す通り<sup>(3)</sup>、低所得層への結核沈澱は収入二万円を境に著明であり、その傾向は年とともに深まって、結核は社会階層的にもきわめて苛酷に endemic である。図式的には、生活の低位が発病の素地を提供する発端から、療養の高費用性が受療を大きく妨げる経路をへて、罹病の長期存続が困窮を助長する結末にいたるまで、結核は貧困と終始固く結んで共生して、その風土病となり、生活破壊にかけて両者は相乗的に作用している。

さて知られているように、九州諸県は一部を除き社会経済的には後進地域である。さきに例にとった鹿児島県をみれば、六一年の平均県民所得は全国水準の五三・六%にしか達せず最下位にあり、第一次産業就業率比率は最高値を示して非一次産業化は伸び悩んでおり、生活保護の人口一、〇〇〇対保護率は六三年度五二・九%と際立って高く、その他諸資料も揃って鹿児島県の経済的脆弱性と貧困の累積を告げ、また医療機関などの社会環境施設も不足と偏在がはなはだしい<sup>(4)</sup>。他の九州諸県も状況はほぼ同じである。このような社会条件・生活環境の弱点はおのずから、その地域住民の健康水準に影響を与えず

図Ⅱ 結核有病率の所得階層差 (全国)



にはいないと考えられ、それかあらぬかそこでは結核多発と定着傾向が憂慮されている。この限りでは、鹿児島県などの九州に風土的な結核蔓延は、結核のもうひとつの風土性Ⅱ結核と貧困の関連をもって、かなり直線的に説明されるがごとくである。しかるに他方では、所得水準の低位性、第一次産業への高度依存性など多くの社会諸指標が近似する東北諸県は、むしろ結核死亡の中庸あるいは良好で特徴づけられて、すべてを貧困に機械論的に還元する単純類推の危険を知らせている。要するに、鹿児島など後進地域における結核の堆積問題は、たしかにその拠って立つ経済条件との関係を抜きにしては論じえない事情に強く支配されているが、同時にまた、そこに働く社会的諸因子の性格と作用の程度にかんしては、なお多くの

質すべき点が残されているといわねばならない。それゆえに、鹿児島県当局が発意し、その委嘱により六四年に組織された結核低減対策樹立のための実態調査では、医学的疫学的調査のほかに、社会経済調査が一翼を担って重要な項を占めることになったのである。<sup>(5)</sup>

本稿は、その時の一連の諸調査にあたって、筆者がもっぱら担当した結核患者生活実態調査の解析結果である。調査の主眼は、上記の事情より、地域社会における結核の蔓延状況と、その背後にあって少なからず問題の質量を規定していると推測される諸条件、この場合は、特殊Ⅱ鹿児島県社会経済諸条件との相互関連性、因果関係性を追求することにあつた。医療保障政策および一般保健施策の重要な対象である結核患者と患者を抱えた世帯の生活状況については、結核という特殊疾病のもつ社会性から、再三、実情把握の緊急性が強調されながら、いまだにそれをめぐる生活上・療養上の諸障害は十分に明らかにされていないとはなし難く、まして効率的対策の設定にはいたっていない。このような実況を受けて、本稿は、鹿児島県における結核患者世帯の生活構造特性を、一般世帯状況との相対的

偏倚によって捕捉し、あわせて現行医療保障諸制度が中であって果たす補整効果を観察して、そこから今後の医療保障展開のための主要な問題点を指摘するところに重点を置いている。

- (1) 拙稿「医療保障と結核問題」(三田学会雑誌) 第五六巻第六・七号一九六一二〇七ページ) 参照。
- (2) 厚生省統計調査部「人口動態統計」・「伝染病統計」(各年)。
- (3) 厚生省統計調査部「厚生行政基礎調査」(同省企画室編「厚生白書・昭和三七年版」一二五ページ所収)。
- (4) 鹿児島県にかんする基本資料は、同県編「鹿児島県統計年鑑」(昭和三五―三八年各版) に集っている。
- (5) 実態調査のために、御園生圭輔博士を委員長とする調査委員会が編成されたが、委員会は医学調査班(班長・結核予防会結核研究所長島尾忠男氏)、知識調査班(班長・国立衛生院宮坂忠夫氏)、社会経済調査班(班長・筆者)の三部会一五名で構成された。本来この調査は結核防除という疫学的目的で発したため、社会経済調査班の構成員は、筆者のほか慶大医学部(衛生学) 助手華表宏有氏のみという最小規模となった。華表氏は、生活実態調査のほかには班に要請されたもうひとつの課題である既存の社会統計・衛生統計を系統的に収集検討して、社会医学の観点から地域特性を調べ、医学班の導く諸結果と照合する作業を担当した。委員会の活動期間は、実質的には六四年一月より六五年六月までであった。

## 二 調査の概要

すでに述べたごとく、本稿の主題は、一地域社会における特殊な重要疾病Ⅱ結核の経済的解明を通じて、傷病対貧困の相互関連の場に働く作用の方向と強度を検討することである。したがって、調査の基調は、健康世帯と結核世帯の家計を調べ、これにもとづいて健康・結核両世帯間の落差を所得水準ならびに支出構造の側面から数量的に計測して、結核が生活に及ぼす影響の度合いを知るとともに、また逆に、所得水準・家計構造上の諸要因が結核の発生と継続に与える効果の程度を見定め、可及的に鹿児島における結核問題の社会経済的核心を析出することにある。具体的には、業態と所得を基準にとつて世帯を類別し、各階層に属する世帯群の一般特性を要約して、一般世帯の示すパターンを標準に結核世帯のパターンの偏差

ないしは歪みを測り、そこに懸隔乖離を生ぜしめるにいたった原因を実態に即して考え、さらには結核世帯における医療費負担状況の動向等、その他基本的要素を組合せてゆく順序によつた。

#### 対象と方法

調査の対象は、まず鹿児島全県（ただし離島を除く）より結核検診受診率の上下と有病率の高低を縦横の座標として、結核事情の良好なものから不良なところまで典型的な一〇地区を選び、さらに地区ごとに一小学校区を定めて、その学区に居住する世帯から、結核三〇世帯、一般六〇世帯を抽出する方法をとつた。<sup>(6)</sup>このとき結核世帯の抽出は、当該地区所管の保健所に活動性として登録されている者の属する世帯を患者登録票番号により行ない、また一般世帯は住民登録票番号によつて抽出した。したがつて当初は、有結核患者世帯三〇〇、一般世帯六〇〇、計九〇〇世帯の客体数を予定したが、回答不全、記入不備などの障害のため、最終的に集計対象となつた有効回答数は、結核二四一世帯、一般四五一世帯、計六九二世帯となり、有効回答率はそれぞれ八〇%、七五%、七七%であつた。

調査実施時期は、一九六四年七月八両月であつて、対象一〇地区の一二小学校区を管轄する保健所の保健婦等職員を調査員にして、各対象世帯を訪問せしめ、世帯責任者より調査日の前月の状況を中心に調査事項を面接聴取のうえ調査票を作成させた。現実の訪問調査日をみると、大半が八月上・中旬に集中しているので、家計収支等はおおむね七月の状況を把握したことになる。ただし、事情聴取にあつては、季節的変動要因、たとえば六月前後に支給されるボーナス等の臨時的収入や、益を控えての臨時的支出のごときもの、また七月以降諸学校が夏季休暇に入ることにもなう教育費への跳返りなどの影響は、各客体世帯の家計簿の遡及参照により能うかぎり除去し、平均的状态の捕捉に努めるよう調査員を指導したが、プラス・マイナスいずれの側についても完全はもとより望みえなかつた。



概念の規定や範囲の限定などは、一般に行政ルートに乗せて行なわれている各種官庁家計調査のそれに準拠した。ただ、所得については非消費支出額が不明のことが多いので、可処分所得を月額で調べ、事業経営世帯の収入は事業粗収入から事業経営費と租税公課等を差引いた額、あるいは世帯消費支出に貯蓄純増を加えた額を月額平均で押えた。なお、地方税賦課状況等から回答額を照合した。支出は、平常に要する家計上の消費支出月額を調査し、この生活費総額のほかに、食料費支出と保健衛生費支出を別掲せしめ、後者はさらに内訳として医療費支出をみた。このさい最大の難関が、専業にかかわらず農家などの現物自家消費分の評価をめぐって生じてくる。この点は十分にカバーされたとはけっしてなし難いのが実情である。

#### 制約条件と限定条件

これまでにみたごとく、本調査の実施にあたっては、種々の制限事情が働いているため、調査結果の分析についても若干の限定条件が付されてくる。いまその重要な事項を摘記すれば、つぎのごとくである。

この種の調査にさいしては、地域の選定と世帯の抽出は、元来、産業構造・就業構造・所得水準等諸般の社会経済指標にもとづいて定むべきである。しかるに、調査の規模や期間などの理由に加えて、とりわけ、この社会経済調査と並行的に計画された住民および学童にたいする全数結核検診などの医学調査と対象地区を合致せしめねばならない必要を生じ、ために前記の疫学的指標による地区決定に順応することを余儀なくされた。

このことは、本調査の解析視角およびその結果有効域に相当の影響をもたらす。まず、一般世帯と結核世帯の抽出が住民登録票と患者登録票の相互に独立な二元的要素に依拠していることである。もし住民票のみを基準にして罹患率などを自然に反映せしめつつ、しかも十分な結核世帯数を確保しようとするれば、鹿児島県の有病率Ⅱ届出患者率の実績に徴しても、い

きおい客体数を大幅に増して全域調査に近い規模をとらざるをえない。しかし資金的、時間的、労力的にそれが許されなかったので、調査本来の目的たる結核世帯の生活実態把握を優先せしめるため、あらかじめ解析上の要求を充たすに足る結核世帯標本数を設定し、その倍数をもって一般世帯標本数を決定し、両者の比較を行なう方法を採用した。ここでの限定条件は、対象となる結核患者が、予防法による医師の届出義務にもとづき保健所に登録された、しかも活動性のものに限られ、不活動性は意識的に、潜在患者は無意識的に除外されていることと、一般世帯が厳密に言えば結核患者のいない世帯であつて、結核以外の有病者を抱えている世帯はかならずしも排除されないから、完全な健康世帯を意味しないことである。また実際問題としても、医学的にはいさ知らず、頻出する軽症のボーダーライン的一般傷病につき社会的経済的に定かな有意のけじめを健康と不健康の間につける困難は意外に大きく、休業の有無を尺度にとつても勤労者以外は不分明である。

もうひとつの重要な点は、各地区が社会経済的に意味づけられた基準によつては選定されていないので、地区ごとの集計結果をもつて直接に地域的格差をみるには、技術的無理をとまなう点も利用上の限定条件である。

要するに、この調査の目標は、機械的に地域差や量的差異を測ることに置かれていたのではなく、結核世帯と一般世帯を所得階層別に、また業態別に区分して比較考量するとき、そのそれぞれにいかなる性質の相違が伏在しているかを明らかにし、ひいては問題の要点を示すところに存在理由を求めるものである。<sup>(?)</sup>

あえていえば、医療保障の形式が整い、結核対策がいちおうの水準に達した現在では、結核をめぐる社会的配慮についても、画一的処置を施すのはけつして効率的ではないと考える。ひとしく結核世帯であっても、勤労者世帯と農家世帯では問題の所在がおのずから異なるはずであり、反応の仕方も違ってくる予想される。また、商業地区と農村地区では対策のポイントが移つて然るべきである。さらに、家計に与える傷病の打撃を社会的に緩和する主要な政策手段として展開されている日本の医療保険諸制度が、大きく被用者保険と地域保険に分かれたれ、社会階層によつて受ける給付の内容と水準に格

段の相違がある現状に照らせば、かかる制度間格差が長期疾病にのぞんでいかなる結果を招来しているのかを実証することは当面の緊急事たるを失わない。この視点に立って、総合的であるよりは分析的であるところに比重を置き、量の把握よりは質の解明を目指すのが、本稿の主意である。

(6) 選定された一〇地区の小学校区とは、つぎの通りである。なお、一地区で二小学校区にわたっているところがあるのは、地域の狭小や居住世帯の少数などの理由から、一小学校区だけでは基準の結核世帯客体数をいちじるしく満しえなかつたため、隣接小学校区に範囲を拡げたものである。

すなわち、鹿児島市草牟田、川内市平佐西、喜入町瀬々串、頴娃町九玉、知覧町知覧、金峰町大坂および白川、宮之城町佐志、始良町重富、志布志町田ノ浦および森山、東串良町池之原の各小学校区である。

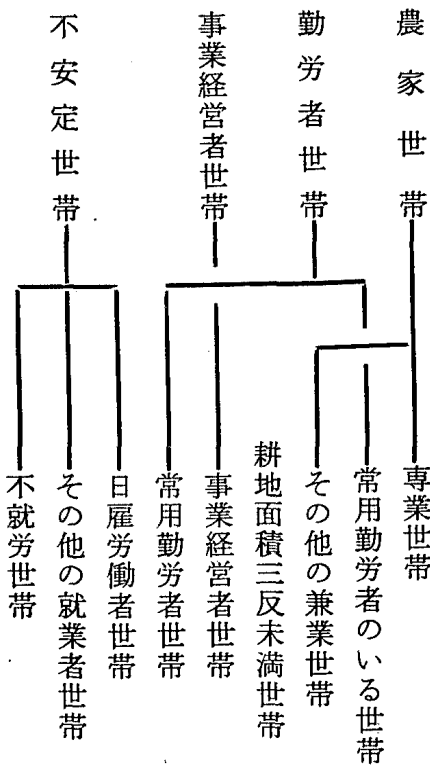
この一〇地区の地理的分布は、薩摩地方北部四地区、同南部四地区、大隅地方二地区である。

(7) 世帯の業態別区分は、いちおう厚生行政基礎調査等の一般的区分に準拠したが、あまりの細分化は客体数からして非現実的であり、かつ不可能なので、それを整理して、つぎの四区分法によった。

本調査の結果と他の全国調査結果とを対比するさいは、全国調査のデータを再編成して、ここにみる四区分に統一してある。

〈本調査の四区分〉

〈通例の八区分〉



### 三 家計と結核

#### — 家計支出構造比較 —

傷病のなかでも長期継続と高費用療養にしばしば落ち入りやすい結核は、貧困とのかかわりにおいてもっとも自己を尖鋭に表現する。この結核と貧困の関連を追求するにあたっては、まず結核の存在が家計に及ぼす圧迫の強度を、被害を蒙った家計の起こす動揺の程度によって推測することから着手する。

ここで考察の対象に勤労者世帯と事業経営者世帯の二業態のみを両者の合算分に括って取上げ、農家世帯と不安定世帯の二業態はいちおう除外する<sup>(8)</sup>。その理由の一は、収入源を主として賃金俸給の固定的所得に頼っている勤労者はいうまでもなく、生計維持をあまり大きな浮沈のない現金収入で果たしているのが通例と考えられる事業経営者世帯も比較的、日常の支出構造なり生活行動の型が安定的に確立されていて、外部からの偶発的衝撃にたいして直接の反応を示すと期待できるのに反して、不安定世帯にはその名の由来である家計收支のいちじるしい不確実性があり、農家世帯も収支に波動性・季節性が強いほか、反応の表出を攪乱する各種の特殊要素を生活構造に内包しているからである。理由の二は、結核世帯を入院・入院外に大別し重ねて所得階層別に細分するときの客体少数化による誤差増大を避けるには、単一業態をとるよりは性質の近似した業態を合してみる方が適するからである。

さて、勤労者世帯と事業経営者世帯の両業態の所得水準について本調査でえられた結果を、厚生省の六三年六月調査から求めた全国値と比較すると、全国平均世帯収入月額<sup>(9)</sup>は勤労者四・六万円、事業経営者五・一万円であるのに比して、鹿児島は両業態の一般世帯ともほぼ三・四万円で、鹿児島<sup>(9)</sup>の両者が大差のない生活水準をもちつつかなりの低位にあることを示している。ところが、結核世帯の状況はなお一段とそれを下回る劣位にあり、勤労・事業経営両業態世帯のいずれもが約二・

表 I 所得階層別家計支出構造指標 (鹿児島)

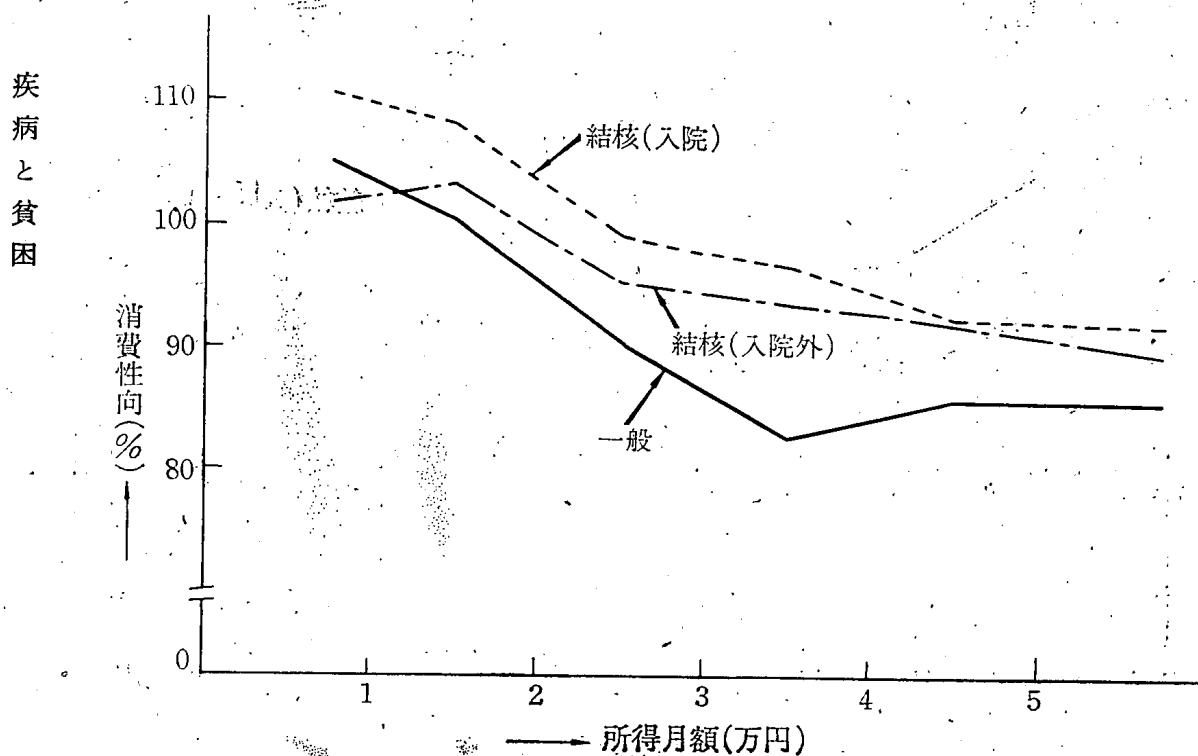
	所得階層	平均消費性向	食料費比率	保健費比率	平均世帯人員
一般世帯	1万円未満	105.4	64.1	11.6	3.45
	2万円未満	100.6	57.9	7.1	3.91
	3万円未満	90.1	55.1	7.3	4.18
	4万円未満	83.1	52.7	8.1	4.38
	5万円未満	86.1	53.4	7.2	4.95
	5万円以上	85.9	50.3	7.3	4.92
入院外	1万円未満	101.7	53.6	16.5	3.11
	2万円未満	103.5	49.3	12.8	3.31
	3万円未満	95.5	52.6	13.9	4.30
	4万円未満	93.7	52.5	9.9	4.80
	5万円未満	92.4	55.4	10.3	4.67
	5万円以上	89.6	53.5	8.6	4.50
入院世帯	1万円未満	110.7	52.9	23.8	3.50
	2万円未満	108.3	52.3	23.7	3.98
	3万円未満	99.2	48.9	20.7	4.01
	4万円未満	96.8	52.1	18.5	4.49
	5万円未満	92.6	48.8	14.0	4.31
	5万円以上	92.2	44.1	13.2	4.29

(注) 農家世帯と不安定世帯を除いた勤労者世帯と事業経営者世帯についての計数である。

七万円となる<sup>(10)</sup>。かかる較差を来たした主因である結核の影響をより精しく知るため、可処分所得階層を刻んで鹿児島一般世帯と結核世帯の家計構造を対比したものが、表 I およびそれにもとづく図 III-V である。なお、結核は入院と入院外でかなり異なる作用を与えるため、これを区分するのが適当である。

平均消費性向を図 III によってみれば、おしなべて結核世帯は一般世帯より困窮度の強いことがわかる。とくに入院世帯では低所得層の収支が大きくバランスを崩し中所得層で辛じて均衡を保って、結核の重圧を知らせている。二万円未満世帯は程度の差こそあれ一般・結核ともに家計は赤字であるが、この場合、長期療養のため定職を失った者や生活保護の被保護世帯に転落した者などの不安定世帯に属するものは、当面の観察から除去されており、すでにして結核などの要因で落層傾向を起ししながらもまだ勤労者ないしは事業経営者のカテゴリーに踏み止まりえている世帯のみが計上されているのであるから、貧困化の実相は見掛け以

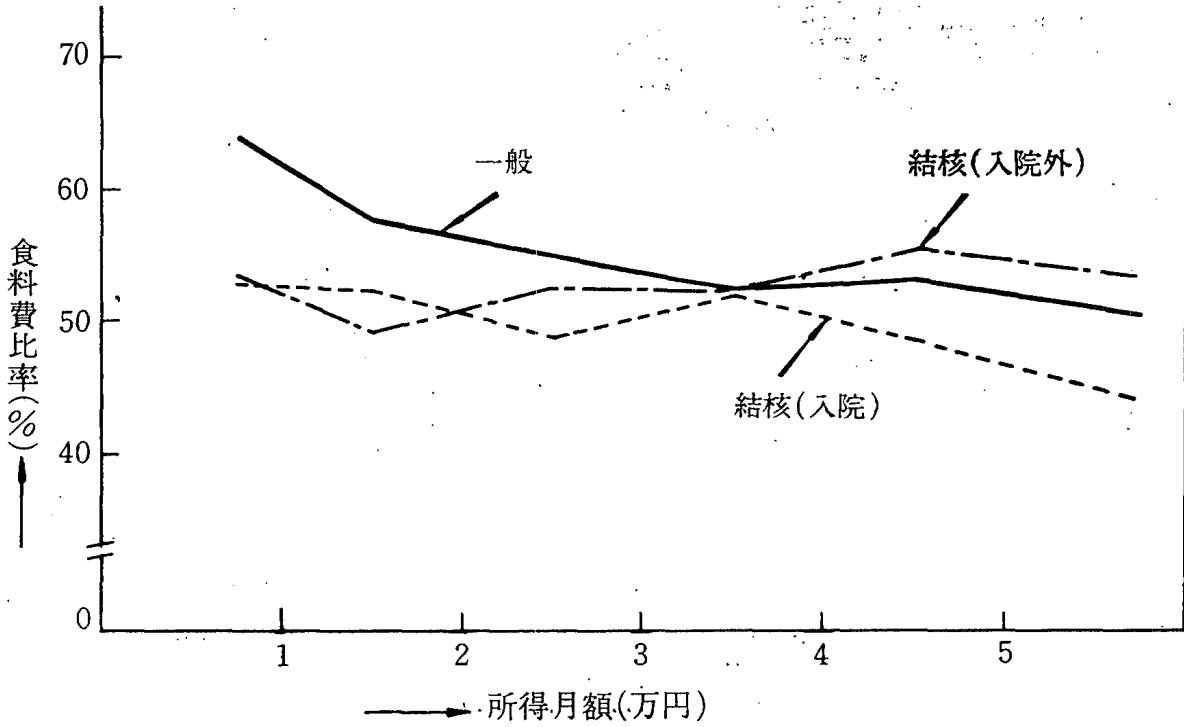
図III 所得階層別平均消費性向比較



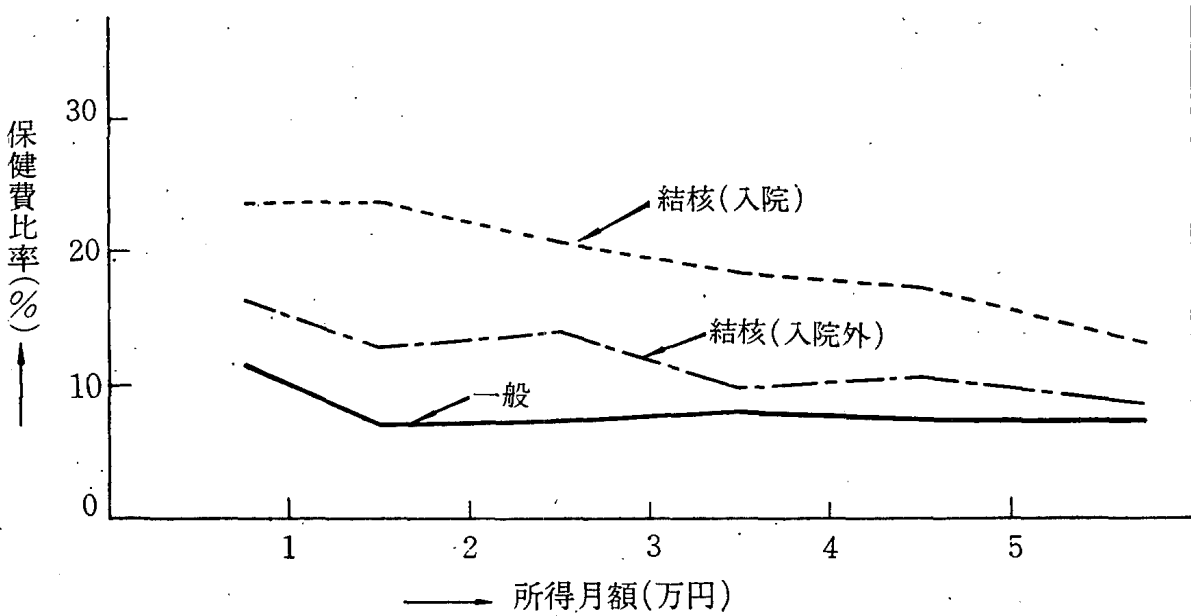
上に激しいものがあるとしなければならない。さらに最低所得層における一般世帯の赤字率が結核入院外世帯のそれに接近あるいは上回り気味である理由は、一般世帯でもこの困窮層になると結核以外の傷病による不健康世帯が入院を含んで堆積し、その影響が現われるためと思われる。とにかく、一般世帯よりも在宅結核患者をもつ世帯の方が、またこの入院外世帯よりも入院者世帯の方が一層、家計の動揺が大きく、収支状況をまったく悪化させている。

つぎに消費支出の構成比を食料費についてみれば、総理府の家計調査報告による全国値が一〇年前より五〇％を割って現在では約四〇％弱に位するのにも、本調査の一般世帯は五〇％を前後する状態である。前者が人口五万人以上都市の計数であり、後者は郡部中心である点、また面接聴取方式によって家計支出項目中の特定費目を調査するときには、対象項目がやや過大に回答される嫌いのある点を考慮しても、この格差は大きい<sup>(1)</sup>。ところで、全国水準とは隔りながらも、図IVから、鹿児島島の勤労者・事業経営者一般世帯の所得階層別食料費比率がたどる軌跡はエンゲル法則に適合するのに反し、結核世帯とりわけ入院外世帯はこれにまったく合致していないことがわかる。だが、一見恣意的なこの動きも実は、内部にあって傾向的に機能しているエンゲ

図Ⅳ 所得階層別エンゲル係数比較



図Ⅴ 所得階層別保健衛生費比率比較



五〇 (六四四)

ル法則が外部からする  
 圧迫を受けて歪みを生  
 じたもので、その外力  
 とは結核医療費負担の  
 圧力に外ならない。

この点を説明するた  
 めには、図Ⅴに示した  
 保健衛生費比率の動向  
 に注目する必要がある。  
 一般世帯の保健衛  
 生費は、最低所得層が  
 傷病の沈澱を示して例  
 外的である以外、約七  
 %とすべての階層に一  
 定であり、またそのう  
 ちに占める医療費支出  
 (保険者負担分等を除  
 き、現実に家計の負担と

なった額のみの割合も、最低所得層が六割となるほかは二〇%前後に落ち着いている。これにたいし結核入院外世帯は保健衛生費支出が増高し、そのうちの医療費の比重も全階層にひとしく五〇%弱に上昇する。より正しくは、医療費支出増加の結果、保健衛生費が押し上げられたのである。入院世帯では医療費の膨脹はさらに激しく、貧富にかかわらず絶対額で約三、〇〇〇円の入院にともなう間接医療費負担の付加を招いて、低所得層では保健衛生費の九割近くが、高所得層でも五割がこれに充たされ、ために一般世帯に二〜三倍する高率の保健衛生費比率を示している。

医療費を中心とする保健衛生費の支出は、結核世帯にとって最優先順位に置かれる費目であり、ほぼ絶対的に要請されるこの医療費を捻出するため患者以外の世帯員についての食費の削減となったのが、さきにもた結核世帯における、生活維持の合理性・通常性を代表する傾向たるエンゲル法則の混乱あるいは逆行現象である。すなわち、図IVを振り返れば、絶対額で大差のない優先的支出をもつ結核世帯は、入院外に典型的にみられるごとく、低所得層になればなるほどに非結核世帯員の食費その他を強く縮減せねばならない姿を表わしており、低所得層における係数下降はあきらかに医療費負担増の作用であるといえる。入院患者の食費が家計支出から外れる特殊状況の介在によって、エンゲル係数が一般世帯を相当下回る入院世帯についても、基本的事情は同じで、入院外をはるかに凌駕する医療費、とくに間接医療費支出と雑費などの増大が、食料費比率を外見的に強く低下せしめるのに大きな効果を与えているようである。ただ本調査では家計支出の全項目を網羅していないから、食料費と保健衛生費以外の諸項目の動きを確言できない制約がある。

総じて結核の発生は、生活にとって二重の打撃となる。すなわち、まずは、医療費支出の増大よりする家計の疲弊であり、ついで、患者が世帯の有業員の場合に生ずる収入の減少・途絶である。全般に医療保険諸制度の普及してきた今日では、医療費支出増大の重荷はかなり軽減されたといえるものの、被用者健康保険の家族五割給付、国民健康保険における世帯主三割・家族五割給付の本人負担分は、療養が長期化すれば累積的に家計を圧迫し、とくに入院の場合は平均月額三、〇



〇〇円の間接医療費支出が加わって、貧困への傾斜を強めることになる。だが、より深刻な影響は収入減について生ずる。いま観察している世帯群の六割は勤労者世帯であるから、かれらにかんしては、しばらくは少くとも傷病手当金等によって従前の六割程度の収入は維持されるであろう。とくに結核は、傷病手当金給付期間が特例的に一般傷病の六か月の三倍、つまり一年六か月間で事態の緩和に役立つであろう。また事業経営者世帯も一部は被用者保険に参加しているか、参加していない世帯も勤労者世帯よりは有業者の罹病にたいする経済的抵抗力を相対的にもつとするのが妥当のようである。しかし、直接・間接の医療費が臨時支出となって家計に被さるその時期に収入減が生ずることには勤労者・事業経営者両世帯とも変りがなく、かかる状況の遷延は、まさに貧困への進度を累加的に速めることになる。

この関係を如実に示すものが、これまでみてきた結核世帯の一般世帯にたいする家計支出構造上の偏倚・落差にはかならない。結核発病によって惹起せしめられた(時として収入減をとまう)臨時的で絶対的な経費膨脹を前にして、家計はよんどころなくこれに適應するため、既往の生活の型・消費行動を二方向で択一的にあるいは並行的に断念し歪める。一は貯金の引下し、資産の喰潰しや借金などによる収入の名目的増大Ⅱ家計収支均衡の計画性放棄に頼る対応であり、二は医療費ならびにこれに直結する部分以外の諸費目の強引な節減による支出の応急的縮少Ⅱ家計支出配分の合理性放棄に縋る対応である。かように家計が外的圧力を吸収しきれずに、従前維持してきた生活構造の定式を失して内に外に混乱している状態が貧困に外ならず、この限りでは結核が貧困を招来する経緯が明瞭に読みとれる。

(8) 業態分類方法は前注7を参照。

(9) 厚生省統計調査部「昭和三十八年国民生活実態調査報告」(六五年)より世帯業態を再整理して算出。

(10) 鹿児島県および全国の各業態別客体数と諸平均値の詳細は、後出の表Ⅱに一括して示す。

(11) なお、経済企画庁編「県民所得統計」(六三年)によれば、六〇年の県民個人支出における飲食費比率が鹿児島は四五・七%で、

わずかの差をもって首位を岩手の四五・八％に譲っている。このとき東京は三三・二％であった。

(12) その内訳は、医療保険等の一部負担、あるいは保険等を経由しなかった自費による医療費負担、買薬といった直接医療費のほか、療養のためにとくに要した食費、材料費、器具費、謝礼等の家計の経費増加分であるところの間接医療費からなる。

#### 四 落層現象と結核

——世帯業態別所得分布比較——

高費用傷病を代表する結核の存在が、世帯消費過程の日常的進行を所得の上下にかかわらず蹉跌せしめ、その結果、動揺した家計維持定式を生活準位の引下げによって再調整させることになる点は、支出構造比較からすでにみた。この限りでは、現実の生活水準と個別的に設定される生活標準との懸隔を生活困難 *hardships* として意識せしめる貧困への相対的落層がある。それとともに、長期傷病の典型である結核の存続が、混乱した消費構造の下方調整を螺旋的に続行させ、ついには破綻の拡大が家計秩序の自律性喪失にいたる点も、低所得層の生活破壊の烈しさから窺いえたことであった。この段階では、生活の現実水準と社会的に規定される生活基準との乖離を生活困窮 *destitution* として意識せしめる貧困への絶対的落層がある。しかしながら、すべての世帯に結核が落層要因として死重的に作用するにしても、それが落層現象に直結し顕在化してくる程度は、このような外的圧力にたいする世帯の経済的順応能力、つまり既往の消費水準・生活構造が主として規定する世帯の抵抗力によっておのずから異なるはずである。それゆえ、消費全容を基本的に制約している所得水準と、生活構造を強く性格づけている所得取得様式たる世帯業態を基準にして世帯を分ったとき、各世帯群のもつ社会階層的特性が、特殊Ⅱ鹿兒島的条件および医療保障の階層差をも反映しつつ、結核の存在によっていかなる偏りを与えられているかを測りその意味を知るのが、ここでの課題となる。

表II 世帯業態別所得分布特性値

世帯業態	世帯本数	算術平均 円	並数 円	第1四分位数			第3四分位数			四分位差 円	四分位偏差係数	非対称係数
				1 円	中位数 円	3 円	1 円	3 円				
事業経営者世帯	(1,843)	51,370	33,840	26,290	40,060	62,850	18,280	0.456	0.246			
全鹿	(75)	33,560	30,710	18,540	30,630	39,750	10,604	0.346	△0.139			
一島	(44)	26,930	22,690	16,670	23,890	32,500	7,917	0.331	0.088			
一般	(31)	30,380	27,860	18,750	28,000	36,250	8,750	0.313	△0.057			
世帯	(13)	21,940	21,670	15,630	20,830	24,580	4,479	0.215	△0.163			
世帯外院												
勤労者世帯	(8,173)	45,830	34,290	26,760	38,490	56,720	14,981	0.389	0.217			
全鹿	(173)	34,010	32,590	25,190	34,090	42,290	8,550	0.251	△0.041			
一島	(63)	26,530	27,080	17,080	25,360	32,750	7,834	0.309	△0.056			
一般	(48)	27,960	22,140	18,330	25,000	33,750	7,709	0.308	0.135			
世帯	(15)	24,720	27,500	14,170	25,830	29,580	7,708	0.298	△0.513			
世帯外院												
農家世帯	(1,988)	35,410	24,620	18,540	26,710	37,490	9,476	0.355	0.373			
全鹿	(114)	22,330	17,620	15,480	21,140	27,610	6,067	0.287	0.068			
一島	(77)	19,170	17,670	12,320	18,490	24,840	6,263	0.339	0.014			
一般	(58)	18,240	17,500	11,250	17,220	23,500	6,125	0.356	0.025			
世帯	(19)	22,050	22,500	16,880	22,500	28,130	5,625	0.250	0.001			
世帯外院												
不安定世帯	(2,103)	18,360	13,410	9,090	15,710	24,590	7,747	0.493	0.146			
全鹿	(89)	12,310	9,100	8,640	11,670	18,500	4,932	0.323	0.386			
一島	(57)	10,280	8,800	7,340	9,820	16,130	4,391	0.447	0.436			
一般	(36)	10,440	8,750	6,410	10,630	16,720	5,157	0.485	0.182			
世帯	(21)	10,100	9,170	8,250	9,500	13,750	2,750	0.289	0.545			
世帯外院												

(注) 全国一般世帯の業態別計数は、「昭和38年国民生活実態調査報告」(厚生省統計調査部)の資料を整理し算出した。なお、右の報告では結核と非結核を区別していないので、全国の一般世帯計数には、いずれもごく少数の結核世帯が入っている。

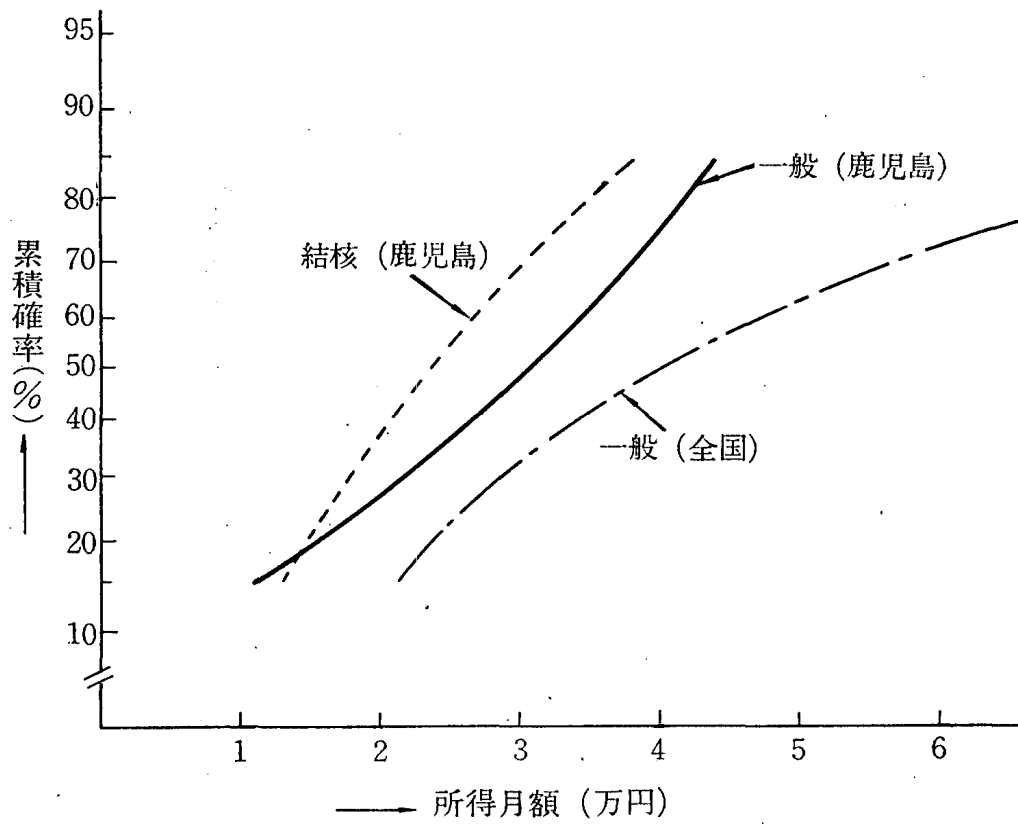
調査結果より世帯四業態を分けて、所得階層別の世帯分布特性諸指標を算出したものが、表Ⅱである。位置的平均である中位数 ( $M_0$ ) と第1・3四分位数 ( $Q_1 \cdot Q_3$ ) によって分布の位置が、並数 ( $M_0$ ) によって山の所在が<sup>(13)</sup>、四分位偏差 ( $Q$ ) と四分位偏差係数 ( $q$ ) によってそれぞれ絶対的および相対的分散度<sup>(14)</sup>が、非対称係数 ( $d$ ) によって分布の正規・不正規性と傾斜の方向が知られ<sup>(15)</sup>、所得分布のパターンが求められる。なお、これらの各度数分布の位置関係と正規性の検証をより明確にするため、累積確率<sup>(16)</sup>図に示したのが図VI 1-4 A・Bの各図である。

さて、表Ⅱおよび図VI 1 Aから、事業経営者世帯の分布パターンを、全国と鹿児島県の一般世帯について比較すると、全国が $M_0$ 三・四万円、右にきわめて緩やかな幅の広い曲線を画くのに、鹿児島はピークを三・一万円に置き左にややならかな範囲の狭い分布をし、あたかも全国分布の高所得層を除去したものが鹿児島に相等する形をみせている。これは、日本経済の底辺部をなす鹿児島経済にあっては、事業経営者世帯というも本来的なあるいは資本主義的な経営者層を意味せず、多くが家業的零細経営・個人業主世帯であることを反映している。すなわち、製造業を例にとっても、事業所の業種別構成は、六〇年末現在で食料品製造業が四三・九%で首位に立ち、木材及び木製品製造業の一五・一%、窯業、土石製品製造業の九・四%、繊維工業の九・一%と続き、いずれも第一次産業生産物加工による軽工業であり、さらに従業者規模別構成は、三人以下が五八・三%の多数を占め、四〜九人一九・二%、一〇〜二九人一七・五%と零細性が強く、一事業所当り出荷額は全国平均の三割に過ぎず、いわばほとんどが独立小生産者的である<sup>(17)</sup>。これにつれて第三次産業も流通機構の末端を担当する零細卸小売商業・サービス業が主体ということになる。

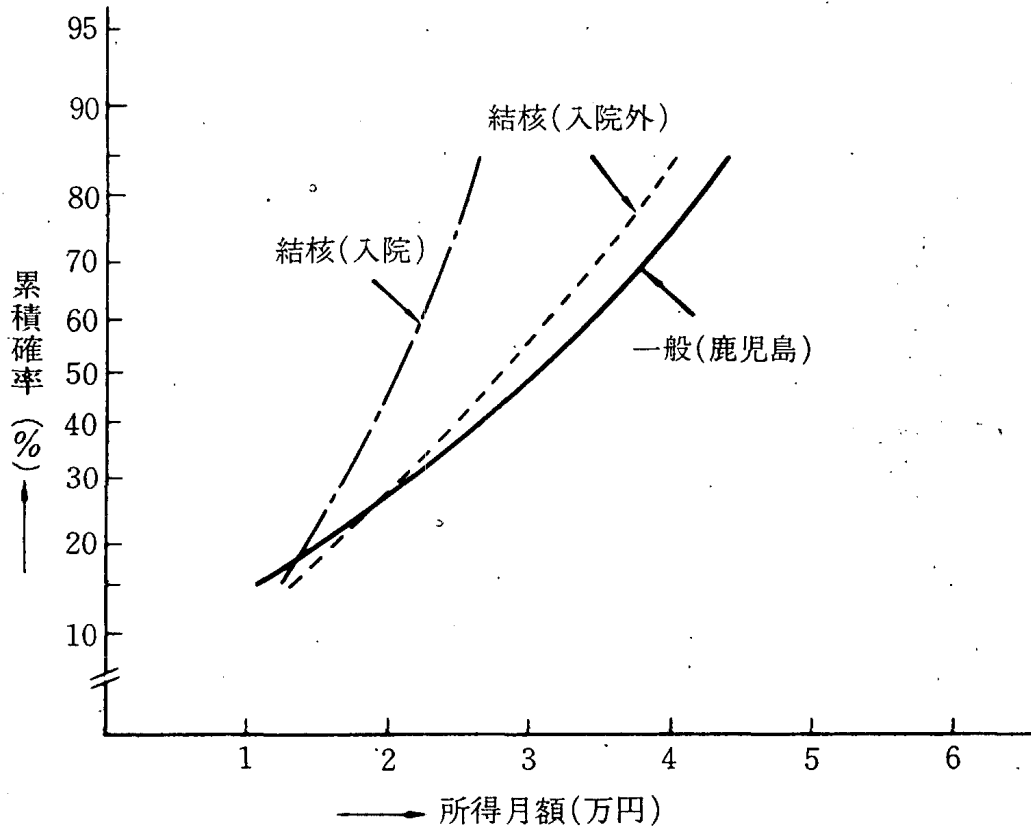
このような状況にある鹿児島県の事業経営者世帯のうち結核患者を有する世帯の所得階層別分布は、一般世帯よりも低所得に位置を移して軽く右に流れている。ここで結核による生活破綻のためすでに不安定世帯群へ転落した世帯のあることを考慮すれば、その曲線は、位置こそ左へ移動しているが、概して一般世帯の曲線に類似することに気付く。これはのちにみ

図VI 所得分布の位置と正規性 (その1)

図VI-1-A 事業経営者世帯の一般・結核比較



図VI-1-B 事業経営者世帯の結核入院・入院外比較

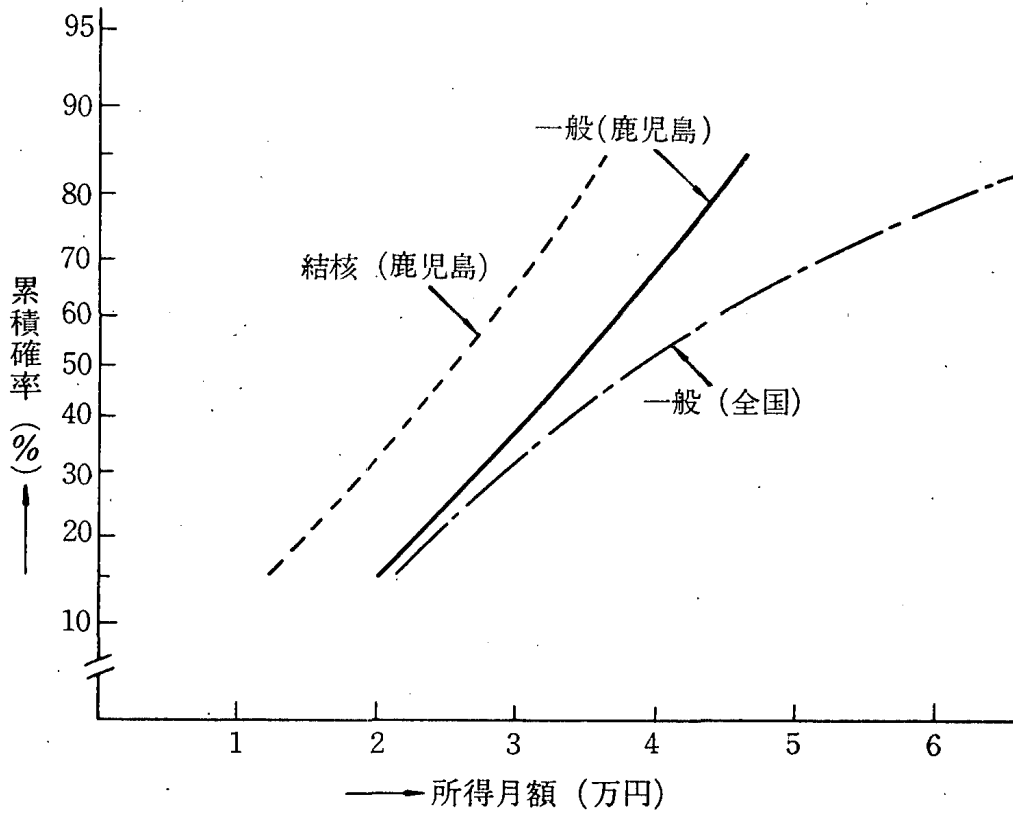


る他の三世帯業態にも共通した一般的特徴であり、図VI 1-4の各Aから読みとれるごとく、左方シフトの程度は別れても、曲線の相似性については事業経営者世帯をはるかに越えて明瞭である。この限りでは、貧困と結核の関連は、結核が貧困を招来する方向にこそ強く作用すれ、貧困が結核を誘発する方向にはさほど表立っては働いていないとする命題の定立を許すものようである。けだし、一般世帯との対比の上で結核世帯の分布に、ことさらな低所得偏在は認められず、そこにみられるものは分散度もほぼ等し並みな全体的左方シフトであつて、かかる平行移動を説明するものは、結核が惹起した全般的落層現象以外にはないからである。もっとも一つの留保条件を付けざるをえない。というのは、さきに述べたような鹿児島県の事業経営者一般世帯所得分布の低位性から、全階層がらみに貧困であるとすれば、結核の平等発生はかえつて貧困の結核誘発効果の証左となりかねないのである。しかし、鹿児島県と全国の一般世帯Mには大差はなく、この点では鹿児島はむしろ大多數的平均所得水準にあるといえる。そしてまた、図IIの結核の貧困沈澱現象によるときは、結核誘発効果を問題にされている貧困とは、相対性より絶対性に比重があると看做され、ここではやはり結核の貧困招来効果が強調されねばならないであろう。

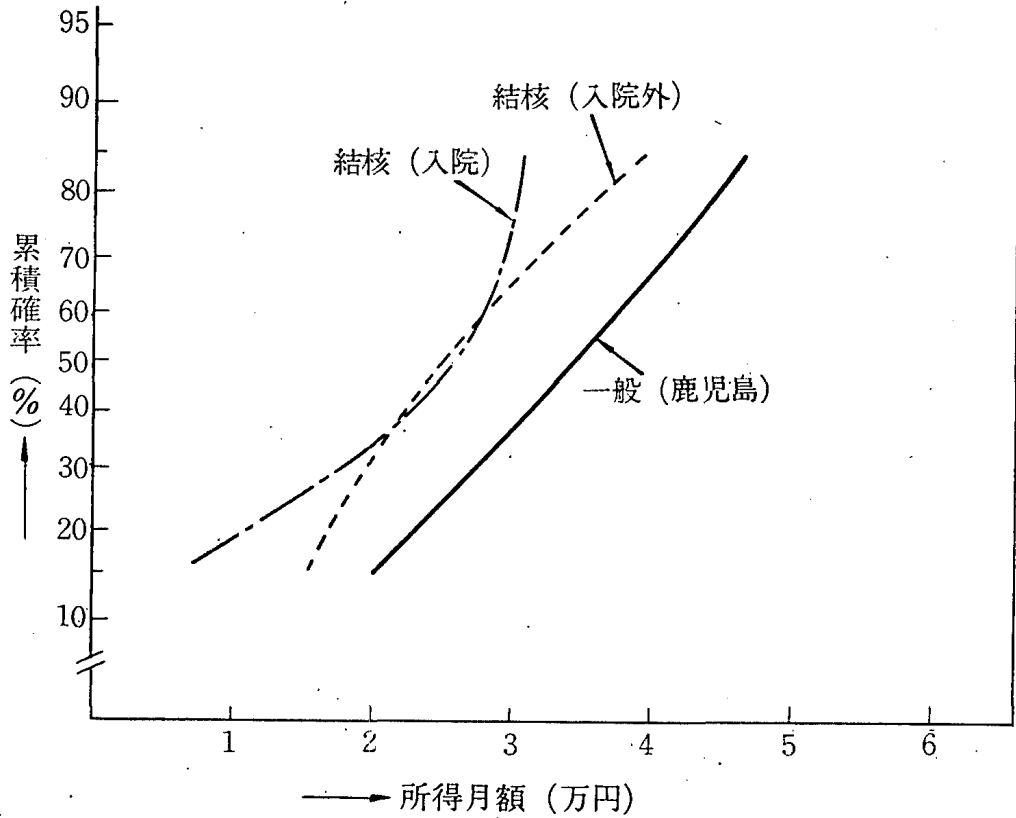
いずれにしても、図VI 1 Bで事業経営者結核世帯を入院と入院外に区分して観察すると、結核に起因する落層過程はより明確になる。すなわち、在宅療養の程度では結核患者の発生も世帯の十分対抗しうる段階にあり、さほど顕著な左方シフトⅡ落層を生じていない。裏返せば、特殊Ⅱ鹿児島的事業経営者世帯においては、患者もその家業的経営になお参加し稼得の一部を支えているのではないかと思われる。それゆえに、入院療養になると、世帯主の場合はもちろん、世帯員の場合も零細経営においては家族を挙げて協働しているのが一般であるから、それはそのまま家族従業員の欠落を結果し、世帯の稼得力減衰をにわかには表面化させて、また、急増する入院療養費負担が家計に内在する経済的抵抗力の消尽を加速するのに合せて（図の入院世帯曲線がいちじるしく左方へ移つて勾配を深めているところから知られるごとく）、世帯は激しく貧困へ落層してゆく

図VI 所得分布の位置と正規性 (その2)

図VI-2-A 勤労者世帯の一般・結核比較



図VI-2-B 勤労者世帯の結核入院・入院外比較



ことになる。さらにこれは、別の面での副作用を引き起こす。つまりのちにみるように、入院を要する患者がしばしば在宅に止まり、あるいは医療を放置して、病状を亢進させ療養をいたずらに長期化する弊害を来たして、この意味では、まさに貧困は結核誘発効果をもたらすといえる。

勤労者世帯についても基本的傾向は同じである。表Ⅱおよび図Ⅵ2Aによって、全国平均と鹿児島県の勤労者一般世帯所得分布状況を並べれば、鹿児島は全国に比し高所得層がいちじるしく少ないことがわかる。これは、すでに事業経営者世帯分析でみた通り、商工業全般にわたる低位性と零細性にもとづく民間労働者の低賃金状態に原因があり、ために全国の算術平均値(M)が四・六万円であるのに、鹿児島のMは三・四万円と一万円の較差を呼んで、ここでも日本経済の底辺を形成している。にもかかわらず、位置的平均としてのMは全国三・四万円、鹿児島三・三万円、同じくMは全国三・八万円、鹿児島三・四万円と、さして開かないのは、民間労働者の少数が相対的に、地方公務員、各公社職員、教員などの公的サービスに従事する労働者の地位を浮び上げているためである。この種の官公関係の労働者は全国水準に準ずる賃金・労働条件の下にあり、鹿児島において三万円以上の所得をもつ勤労者世帯の約七割を占めている。したがって、特殊Ⅱ鹿児島条件として、所得からみた勤労者構成が、その上層を構成すべき高給被用者の稀少なことのほか、官公労働者を主体にした中層と、土地に密着した一次加工の第二次産業および雑多な第三次産業の低賃金民間労働者を中心にした下層に、職域的に画然と分化していることを重視せねばならない。

このような状況が、結核にたいする階層的防禦力を弱めることはいうまでもなく、一般労働者世帯に比べて、正規性についてほぼ不変のまま結核世帯の分布位置の左方移動ははなはだしい。この激しさを生んだ主因は改めていうまでもなく、労働力の売却に頼るほか生活手段をもたない勤労者世帯にとって、健康の保持がその稼得を支える根抵であり、健康の悪化による労働能力の低下・消失はとりも直さず生活の破壊を意味するという基本条件から演繹されるところである。そのゆえに

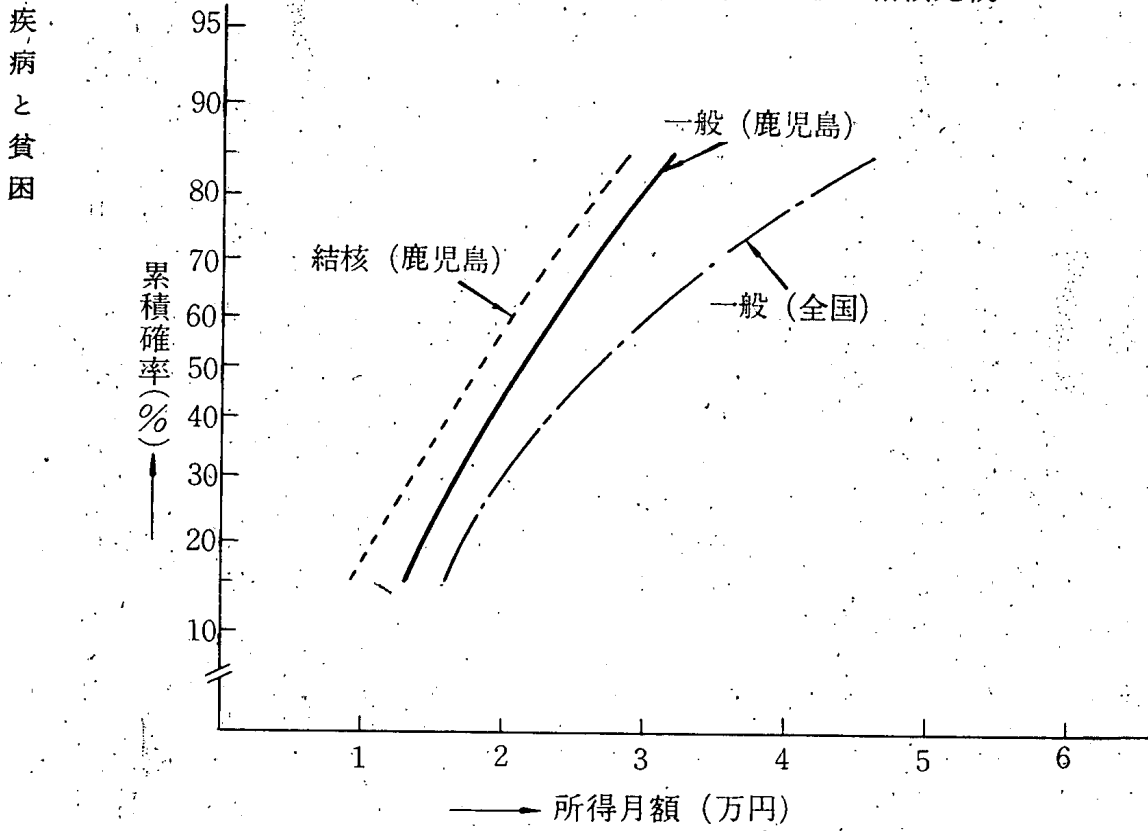


被用者保険には傷病手当金が用意され、よしんば個別企業による休業手当が無くとも、罹病中の生計を支えるのであるが、給付水準は従前の所得の六割に過ぎず、その落差は決定的な世帯の落層要因となる。患者が世帯員のときは、収入の途絶にはいたらないものの、代って医療給付における半額自己負担が、固定的で変化にたいする順応力に乏しい賃金収入の上に重く押し掛かることになる。元来、低賃金で、全国的には平均的賃金にしか当たらないものが、鹿児島では高所得の域に入る状態にあるとき、結核発生にともなう生活困難は倍加されるであろうし、勤労者世帯の半ば以上が農業を兼業しているという地方的特性も、農業収入と賃金が相互に不可欠の補完部分として機能しているから、家計収入の偶発的激動をどの程度に緩和するものか疑わざるをえない。

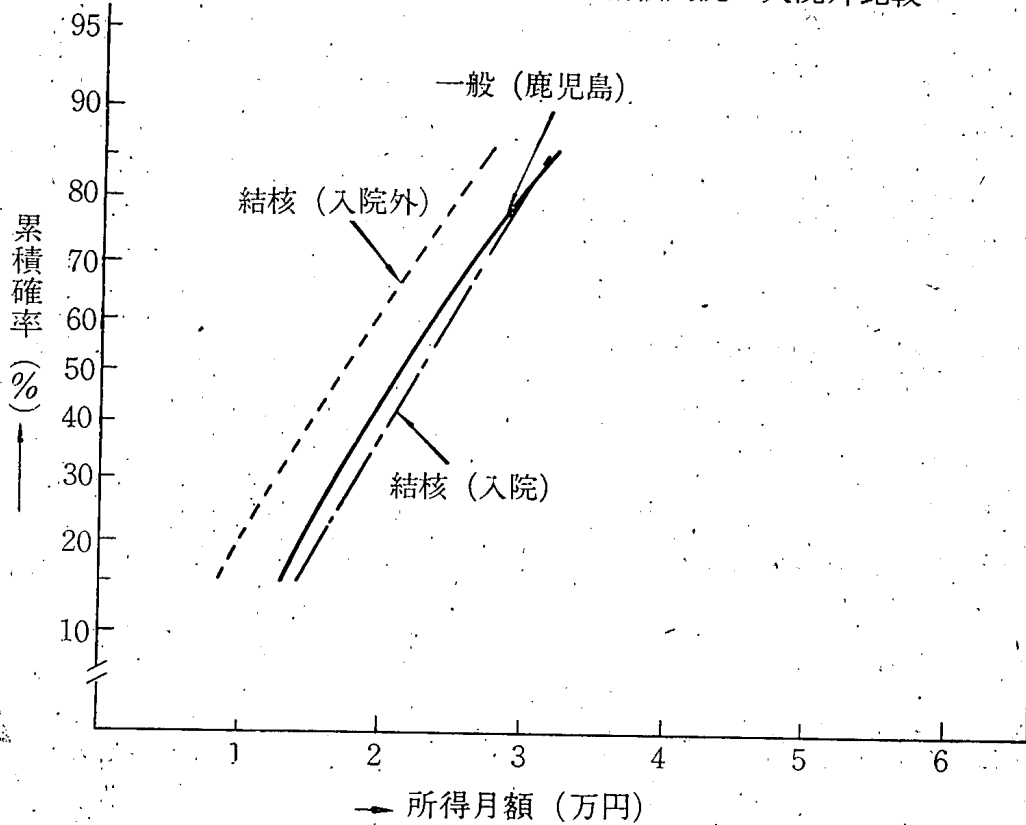
このように全階層的に落層を現象する点では、結核の貧困招来効果がみられるが、勤労者世帯の結核を入院・入院外別に追跡すると、一般世帯の分布と結核世帯の分布の懸隔を上げた別の要因が指摘できる。図VI 2 Bにおいて、入院外結核のパターンは、 $M_0$ を二・二万円としてやや左に急な傾斜をもち、入院のパターンは、 $M_0$ が二・八万円の左にきわめてなだらかな曲線を示して、両者はまことに対称的である。入院の場合当然長期療養と想定され、外的圧力には本質的に脆弱な勤労者世帯が、企業の休業手当打ち切り、傷病手当金給付期間満了や長欠による身分喪失とともに不安定世帯へ雪崩れていることが知られる。とくに、入院と入院外では、勤労者にあつては収入減にかんする限り他の業態ほどの隔絶はないであろうから、このとき一時に転落するとも考えられる。しかし、入院外については、さまで顕著ではないにしても、一般的落層の動きと同時に、低所得層に結核が比的較多発して、曲線の位置をより左方へシフトせしめている傾向がいくぶん認められる。かくては、鹿児島勤労者構成の下層をなす民間労働者に一般的な低賃金Ⅱ悪条件労働と職域の衛生管理不徹底が、なにほどにか結核を招いている訳で、ここではないまなお一九世紀的な貧困の結核誘発効果が余喘を保っていることになるし、この関係はまた、入院の分布曲線が右方でいちじるしく沈む理由の一斑をもなすであろう。

図VI 所得分布の位置と正規性 (その3)

図VI-3-A 農家世帯の一般・結核比較



図VI-3-B 農家世帯の結核入院・入院外比較



農家世帯にも、表Ⅱおよび図Ⅵ3Aにみられる通り、全国平均との間に明らかな差が存在している。鹿児島県における農林漁業の劣弱は、表面以上に深刻で、一戸平均経営耕地面積は全国最低位にあり、農業所得も劣勢である。加えて、ボラ、コラ、シラスの劣悪土壌地帯であつて、風水害被害率も六割を越える<sup>(18)</sup>。この悪条件のなかでもつばら労働集約を頼りに生産を支え生計を立てているところでは、結核の発生が貧困に繋がりやすいことは多言を要しない。しかも図Aで、結核患者世帯の左方シフトとして現われた結核の被害は、実は二つの理由によつて稀積化されている。一つは、結核のため有業員が倒れたときの収入減は、農家世帯においては短日時のうちには顕現化しないことである。

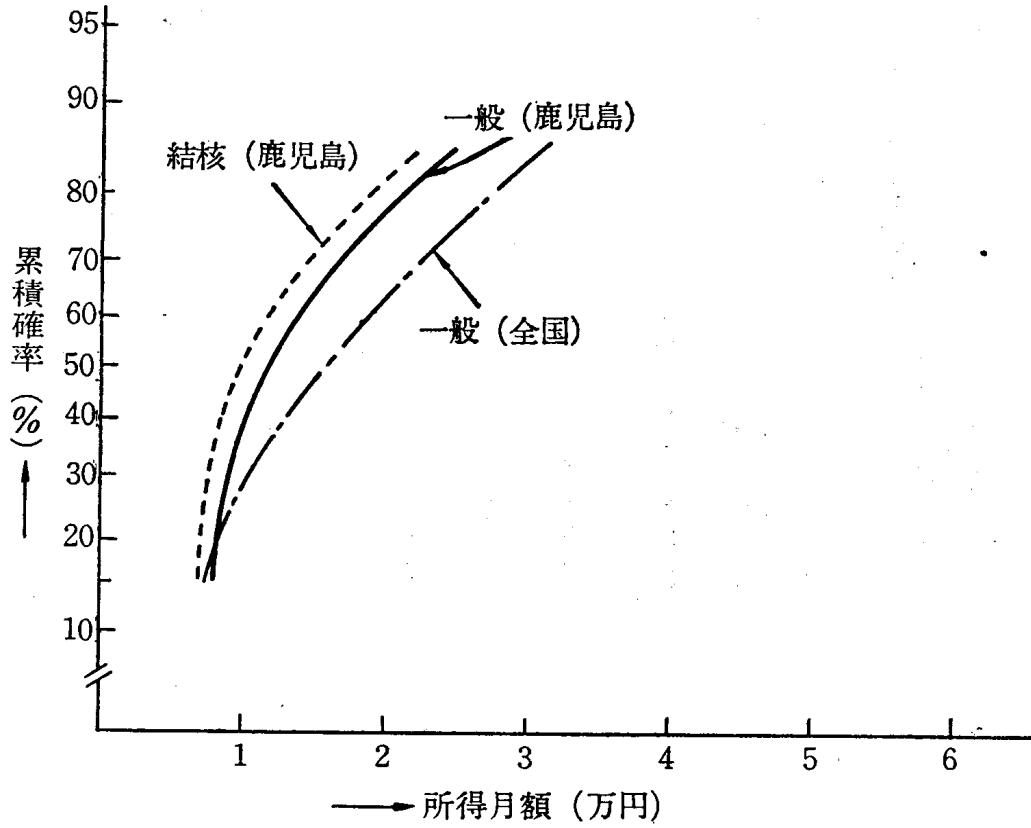
もう一つのより重要な理由を知るには、図Ⅵ3Bを手掛りにしなければならぬ。すなわち、農家世帯の結核入院と入院外を比較すると、入院の分布位置はこれまでとまったく逆転して、一般世帯を上回つて右側にあり、あたかも富農層に重症者が多いかのごとき外形を呈する。しかし、もとよりこれは、現金収入の少ない農家世帯が、世帯主三割・世帯員五割の国民健康保険自費負担と間接医療費を中心とした入院経費をまかなうため、無理にでも現金を捻出しなければならぬ状態を示しており、外面上の所得の大きさは、ここではけつして富裕を意味しない。それゆえ実質的には、入院外の分布位置もおそらくもう少し左に移り、入院の位置はこれよりさらに左に離れて出ると理解するのが妥当である。

農家世帯が現金収入に乏しく、そのため受療をめぐる現金支出の絶対に追われて、かように落層を深めているのに、農家等に適用されている国民健康保険では現金給付を行っていない。たしかに国民健康保険の普及によつて、無保護のまま取残されていたこれら階層の直接医療費は軽減された。だが医療そのものの条件は整えられても、この医療に接近するまでの道がつけられていない保障制度上の欠点、農家結核世帯の所得分布パターンにさながら映されているといえよう。

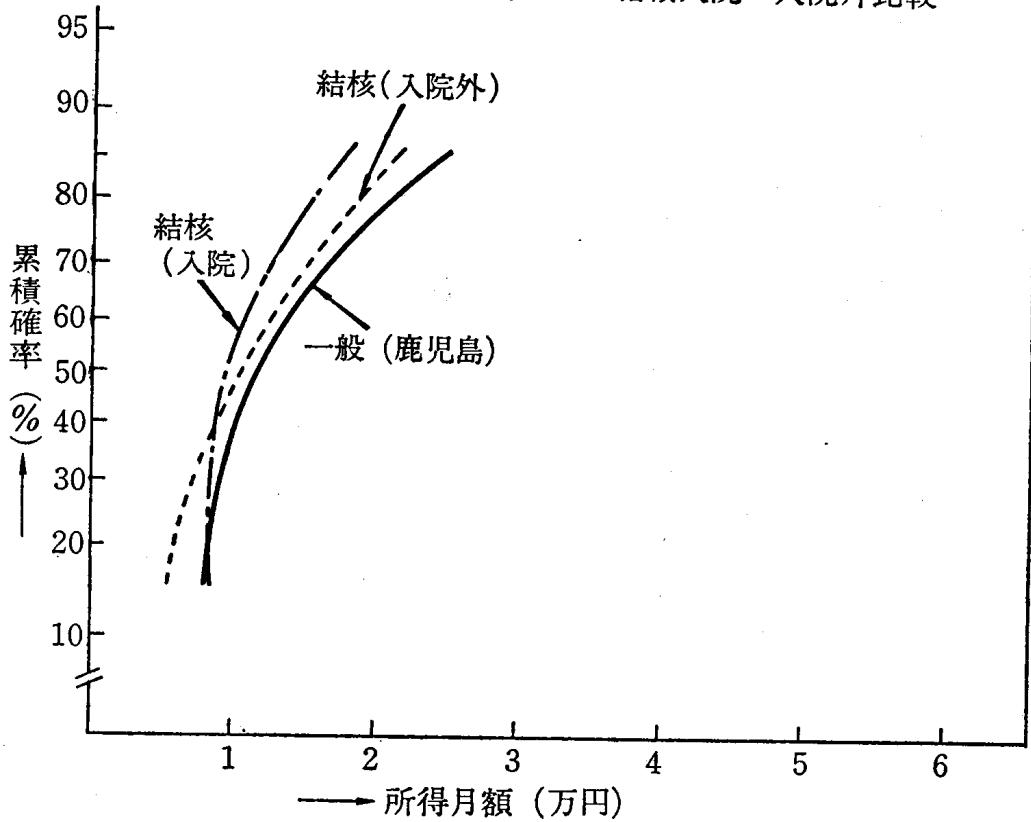
不安定世帯にいたつても、結核は猛威を振っている。すなわち、図Ⅵ4Aで、全国平均より鹿児島が下位に分布するのは、通常の安定諸世帯の低位性が遙次継承された結果で異とするに足りないが、ここでも結核世帯の分布は左方に移つて困

図VI 所得分布の位置と正規性 (その4)

図VI-4-A 不安定世帯の一般・結核比較



図VI-4-B 不安定世帯の結核入院・入院外比較



窮度を強めている。図VI 4 Bになると、結核入院の転落はより激しく、貧困のなかのさらなる貧困を結果しているのであって、結核の重圧、とりわけ貧困招来効果の大きさを知らせている。

(13) この種の度数分布曲線は、複峰あるいは多峰型であったり、高原型を示したりすることがあるから、その意味はやや薄くなる。

(14) 度数分布の分散度を四分位偏差で示し、標準偏差をとらなかつた理由は、極端に高い変量や低い変量の存在を強く反映する標準偏差より、分布の全範囲でなく中央部の拡がりを問題にする四分位偏差の方が、この場合、合目的であるためである。なお、標準偏差は図VIの各グラフから近似的に求めうる。

(15) ちなみに、非対称係数の係数 $\parallel 0$ は、中位数が左右二つの四分位数から等距離にあることを意味し、それゆえ絶対的に対称な、つまり完全に正規な分布を現わす。プラス記号をもつ係数は、中位数が第3四分位数より第1四分位数へ位置的に近いような、マイナス記号をもつ係数は、中位数が第1四分位数より第3四分位数の方へ近いような非対称・不正規分布を示す。非対称係数の限界値は $\pm 1$ であり、係数の $\pm 1$ への接近は非対称性を強めることになる。たとえば、 $H.O.S$ は軽度に非対称的な曲線に対応し、 $H.O.\infty$ は全く非対称的な曲線に対応する。

(16) 累積確率図で、直線は前注15に記した非対称係数0、つまり正規型分布を、凸の下方に開いた曲線は非対称係数プラス記号の、凹の上方に開いた曲線はマイナス記号の、不正規分布をそれぞれ意味し、曲線の弧が深まれば、不正規性はより顕著となる。さらに直線ないしは曲線の横軸にたいする勾配が浅ければ浅いほど、分散度の高いことを示し、また縦軸からの距離は分布の位置を示すことはいうまでもない。

(17) 鹿児島県企画調査室編「図説鹿児島県の経済」(昭和三七年)の各表。

(18) 九州経済調査協会編「九州の経済構造」(昭和三四年)一五三ページ。

## 五 結 語

### — 医療保障と結核 —

結核と貧困の関係を鹿児島県における生活実態調査によって追求した結果では、貧困の結核誘発効果よりも、結核の貧困招来効果が強く現われ、結核は生活を破壊する方向に大きい作用を及ぼしていることとみることができるようである。それと同

表Ⅲ 罹病期間別結核医療費負担区分(%)

		被 用 者 保 険	国 民 健 保	公 費 負 担	全 額 自 費	放 置 等
総 括	発病時	23.7	47.3	13.7	6.9	8.4
	調査時	15.3	22.9	33.6	2.3	26.0
1年以内	発病時	31.8	45.4	18.2	—	4.6
	調査時	27.3	36.4	27.3	—	9.1
2年以内	発病時	38.5	38.5	11.5	—	11.5
	調査時	23.0	15.4	23.0	7.7	30.8
3年以内	発病時	28.6	57.2	7.1	—	7.1
	調査時	21.4	50.0	21.4	—	7.1
4年以内	発病時	18.8	50.0	18.8	—	12.5
	調査時	12.5	18.8	18.8	—	50.0
4年越	発病時	13.2	49.0	13.2	17.0	7.5
	調査時	5.7	15.1	49.0	1.9	28.3

時に、この間にあって医療保障の果たした役割も見逃せない。すなわち、調査時点たる六四年夏より回顧遡及して罹病期間を区切り、発病時と調査時の両端における結核医療費の負担方法の推移をとれば、表Ⅲがえられる<sup>19)</sup>。この表から、ここ数年来全額自費負担者が消えて、受療者は厚薄寛嚴の差こそあれいづれかの医療給付に潤い、とくに、いわゆる国民皆保険運動を標榜して行なわれた国民健康保険普及期には、この制度を経由する者の割合が急伸しているのを知ることができる。この動きは、表中で公費負担の項に包摂してある結核予防法による全額命令入所者の増大とともに、医療保障の進展を示す指標となる。しかしその半面で、当初は各種被用者保険ないし国民健康保険で療養を開始した者も、長期化するにたがって動揺し、生活保護の被保護者層に転落し、あるいは医療の放置に移行していることが指摘され、ここでも顕著な落層を現象し

ているのがわかる。<sup>(20)</sup> 時間の経過とともに生ずる揺らぎのうち、各種社会保険から生活保護の単併給への沈下はともかくにも医療継続を意味しているが、それと並行して同程度の頻度で起こっている医療放置の漸増は、いま集計対象に置いた客体が調査時現在で保健所に活動性として登録されている患者であり、ごくわずかな治癒等の転帰者あるいは経過観察者を除けば全員がとうぜんに要医療者であるだけに、大きな問題を提起していることになる。

再三述べたように、傷病が生計に与える経済的衝撃には、労働能力減損による稼得の不時の減少・途絶と、損壊した労働能力修復のための医療費支出の臨時的増加という二側面があり、具体的過程ではこの両者が重なって発生し不可分なことは周知のところである。しかるに最近の医療保障拡充の趨勢は、六一年の命令入所強化といい、六三年の医療保険療養給付期間撤廃といい、近く予定されている被用者保険の家族および国民健保についての七割給付実現といい、主力を医療給付水準向上に注いでいる。それ自体は歓迎さるべく、またこの方向が医療保障展開の基本に沿うことは否めないが、稼得能力減退を補い間接医療費の圧迫を和らげて療養条件の確保に当たる現金給付としての傷病手当金等疾病給付部門の閑却は、結核にかんして予想外の弊害を惹起する。すなわち、表Ⅲで被用者保険適用者は傷病手当金支給満了期以後脱落傾向を急に高めているのであって、もともと疾病給付を期待できない国民健保適用者の療養上の困難は推測するに難くない。要するに、諸般の医療給付を受け療養に入っても、経済的還境の不安が深まれば、要入院の在宅推移などの不適切医療を来たし、あげくは放置と受療を往復する断続医療に陥って、事故をいたずらに延引し医療効果をいちじるしく減殺していると考えられ、そのゆえか鹿児島の場合、発見時病型、受療開始期、有入院率などの諸状況はほとんど等しいのに、女子に比して一般に家計維持責任の重い男子の方が、死亡までの期間は相当短かいという結果をみている。そこでは問題はもう生命にかんしている。

詮ずるところ、医療保険全国民包括の外延的達成に続く医療給付支給期限撤廃の内包的充実によってせっかく用意された

医療利用の可能性も、受療放棄に集中的に現われるごとく、他方での疾病給付Ⅱ傷病手当金等の療養環境整備不足にいたく掣肘されていることになる。とりわけすでに確かめたように、結核に典型的な長期・高費用傷病が貧困招来効果にかけて全階層にデッドウェートの作用しているのであるから、制度上の跛行の影響はきわめて強く広いと看做ざるをえず、この欠陥の是正によって、あえていえば、医療利用の効率化や有病世帯の落層緩和をはじめ、長期的には医療給付費減少にいたる問題に解決の緒がつけられると思われる（なかならず入院時の間接医療費対策は急がねばなるまい）。もちろん、こうした結論を導く基礎とした諸事実は、特殊Ⅱ鹿児島の条件に多くを制約されている。しかし同時にそれが日本経済の底辺部を形成するという点では、国民のうち中所得階層以下の大多數的実態をも代表しており、その意味ではそこでえられた結論を全体に敷衍拡大してもあながち大きくは謬らなないであろう。

(19) 過去数年を遡及して調査した医療費負担区分の推移には、回答不備などのため集計対象より外さねばならないものが非常に多く、結核世帯標本数が減じて、事業経営者世帯三四、勤労者世帯六一、農家世帯七三、不安定世帯四六となった。

(20) 通常、被用者保険より国民健保に下がり、さらに生活保護や医療放棄に落ちると想定されているのをみるが、本調査結果では異種保険相互間の移動例は認められなかった。

#### 〈付 記〉

本稿は元来、鹿児島県当局の発意と調査客体になった県民各世帯の協力があつて始めて纏めえたものであるが、別して、調査員として日常業務の繁忙を押して南国の炎暑下に調査票作成のため奔走された各地保健所の保健婦諸姉に負うところ多大である。拙論にしていささかなりと存在の意味をもつならば、畢竟、保健婦諸姉の積極的尽力にその効を帰せねばならぬであろう。記して厚く謝意を表する。