

## 国民皆保険に結核対策の果たした役割

公益財団法人 結核予防会  
結核研究所名誉所長 島尾忠男

### はじめに

2011年に日本の国民皆保険制度が50周年を迎えた機会に、英国の国際的な医学分野での専門誌であるLancetは、特集号を刊行し、日本の国民皆保険制度の成果について、比較的に少ない経費で世界最長寿国あるいはそれに近い状態を達成したと評価した。

その中で、敗戦後早い時期における新生児や乳児死亡、結核死亡の急速な減少が平均寿命の延長に大きく貢献したことが評価されている。

しかしながら、国民皆保険が達成された昭和36(1961)年に、同時に行われた結核対策の大幅な強化、すなわち結核患者を登録し、治るまでと、治癒後もある期間再発を観察する制度や感染性結核患者に対する命令入所制度の大幅な改定(国庫補助率の50%から80%への引き上げ)が保険制度に及ぼした影響については全く言及されていない。

日本の国民総医療費の中で、昭和29(1954)年には結核医療費は28%を占めていた。医療保険制度の根幹に影響し得る高い割合である。感染症は、対策を進めれば減らすことができる。日本の結核対策は昭和26(1951)年の結核予防法施行により国を挙げて本格的に取り組み、結核医療については、患者が登録されていることを前提に、公費負担制度を導入した。患者とその世帯の収入にもよるが、原則として結核医療費の半額を補助する制度である。国民皆保険が実施された昭和36年には、国民総医療費に占める結核医療費の割合は16%まで減っていたが、なお大きな割合を占めていた。同じ年に上述した結核対策の大幅な改定、特に感染性結核患者の命令入所制度に関する医療費に関しては大幅な改定が行われ、これによってこの年から導入された国民皆保険制度が大きな財政的な負担なしに発足できた事実について述べてみたい。

先ず群馬県佐波郡東村の結核対策と国保経済との関連について紹介し、次いで昭和36年に行なわれた結核対策の拡大と国保経済との関連について述べる。

### 100%健診を行うに至った経緯

国は昭和28(1953)年に第一回の結核実態調査を行い、結核がどの階層に多いかを知り、翌年には28年の調査対象の3分の1の地区について動態調査を行い、結核の発生状況を調査した。引き続き昭和30(1955)年には、28年の調査で要指導と判定された者と29年の調査で新たに発生した結核患者の内、30年にも28年の調査地区に住んでいる者について、受療状況、病状の推移に加えて、経済状態及び生活環境に関する調査を行った。その結果、昭和28年の調査で要医療と判定された者でも、実際に結核医療を受けている者は33.6%に過ぎず、28年の調査で要医療と判定された者の中で、自分は結核に罹患しているという自

覚がある者に限定しても、医療を受けている割合は 62.7%であった。医療を受けなかった主な理由は、医師の指示 40.9%、本人の結核に対する無理解 41.9%で、経済的な理由は 10.1%、失業、落第、就職困難は 1.5%に過ぎなかったが、経済的な理由は 1 か月の家計支出が 3,000 円以下の世帯に集中していた。(結核文献の抄録速報 11 巻、資料と展望、厚生省結核予防課、結核実態調査協議会、宮黒保健所、伊勢崎保健所、木更津保健所、中鉢正美、佐口卓、司馬正次：「結核患者世帯における家計構造上の特性」、昭和 35 年 10 月号)

(注記：昭和 28 年の第 1 回結核実態調査では、中央での判定には、地方の代表は参加せず、中央判定成績の地方への伝達も不十分であったため、中央で要医療と判定されながら、その結果が本人には伝達されず、医療に結びつかなかった症例がある程度見られた。その経験から、昭和 33 年以降の調査では、中央判定に現地の代表にも参加してもらい、中央判定の結果が現地に伝わるように改正された。)

この調査の結果から、厚生省は東北地方 1 か所、関東地方 2 か所の人口ほぼ 1 万人の農村地区を選び、昭和 28 年の結核実態調査の成績に基づいて昭和 30 年に結核予防法の改正が行なわれ、全成人が健診対象となったので、31 年 11 月以降に高受診率の住民健診を行い、32 年 3 月に発見された結核患者の世帯について家計調査を行い、同一地区内のほぼ同数の結核患者のいない世帯を対照として同様の家計調査を行い、結核の家計に及ぼす影響を調査することとした。関東地区 2 か所の対象地区の一つが群馬県佐波郡東村であり、結核健診は群馬県伊勢崎保健所が担当し、結核研究所の小池昌四郎と筆者が読影、患者指導を担当し、村の委嘱を受けて、その後も引き続き読影と患者の指導を行い、患者の実際の治療は主として村内や伊勢崎市の医療機関が担当した。

### 東村での健診成績と国保の状況

この調査対象となることを受諾した東村では、村長を始め地区の衛生組織総動員で 100% 健診を目指して、対象者の正確な把握から村落を廻っての衛生教育まで徹底した事前準備を行い、健診を担当した伊勢崎保健所も、福島所長以下が総動員で衛生教育から深夜に至るまでの健診に協力し、ほぼ 100%に近い受診率で健診を行なうことが出来た。その中核となって活躍したのは東村の鈴木たみえ保健師（後に結婚し西本と改姓）である。

東村で発見された結核要指導者の推移を図 1 に示してある。このうち要医療患者は保健所に登録された。高受診率の健診を行なう以前の昭和 31 (1956) 年の値は登録されている結核患者数を示し、昭和 32 (1957) 年以降は患者を休養の必要な A-1、日常生活に制限を加える必要のある B-1、日常生活はほぼ正常で、医療だけを行なえばよい C-1 に分けて示してある。また医療は必要がないが、半年毎の経過観察の必要な者を要観察とした。精度と受診率が高い健診により、村民の 1%に近い 100 名弱の患者が発見され、面接指導の上、地元の医療機関で結核医療の基準による治療を開始した。東村は早くから国保を運営し、国保の直営診療所も持っていたので、治療の大半は国保診療所か地元の開業医である小暮医院で、一部の患者は伊勢崎市の医療機関で治療を受け、手術適応のある患者は前橋の県立

結核療養所か、渋川の在の国立療養所大日向荘にお願いした。鈴木保健師は、私どもの患者への指導を、現地の言葉に翻訳して分かり易く患者に伝え、おおむね指示通りの結核医療が行なわれた。図 1 に見るように、患者数は順調に年を追って減少し、その内訳も休養を必要とする A-1 が急速に減少し、患者の大半が日常生活はほぼ正常で、医療だけを行えばよい C-1 で占められるようになっていった。

しかし、結核医療費を賄う国保経営は、図 2 に示したように患者の急増で深刻な打撃を受けた。特に、入院が必要な患者の支出が大きな負担となった。当時は感染性結核患者に対する命令入所制度の枠が極めて厳格で、県の予算も限られていたからである。ここで救いの神となったのが昭和 36 (1961) 年に結核患者を登録し、管理する制度の導入と共に行なわれた命令入所制度の枠の拡大である。

### 結核対策発展の歴史

昭和 26(1951)年に結核予防法が制定され、健康診断、予防接種、適正医療の普及を 3 本柱に結核対策が強力に展開され、先にも述べたように昭和 30 年からは健康診断対象が国民に拡大され、32 年以降は健康診断と予防接種の経費が全額公費負担となった。結核患者の届出は義務づけられていたが、保健所でどのように患者を登録し、治るまで見守るかという体制は示されていなかった。昭和 33 年に当時結核予防会の調査部長を兼務しておられた御園生圭輔先生を班長とする厚生科学研究費による研究班が発足し、都府県の衛生部、保健所長の代表に公衆衛生院の重松逸造先生、筆者らが参加して、登録票やその保管箱の様式から、患者に関する情報入手の方法、家庭訪問の基準、管理に使用する分類などについて検討を加え、得られた成案を初和 34(1959)年から全国の 1/3 の保健所で試行、翌年さらに 1/3 を加え、この間の経験で一部修正を加えた新しい結核患者の登録・管理の制度が昭和 36 (1961) 年から全国で導入された。

この昭和 36 年は国保が全国総ての市町村で実施され、国民皆保険が達成された記念すべき年である。同じ昭和 36 年に感染性結核患者の命令入所制度にも大きな修正が加えられた。昭和 25(1950)年以降、当時の結核死亡 10 万人の 2.5 倍に当たる 25 万床を目標に進められた結核病床の整備が、昭和 31 年には目標を超え、33 年には 263,235 床に達し、空床も出始めたので、これを活用する目的で、感染性患者に対する命令入所に必要な経費への国庫補助金を従来の 1/2 から 80%に増額する措置がとられたので、都道府県は予算の増額なしにより多くの患者を命令入所制度で収容できることになった。この措置によって、図 2 に見るように東村の国保の支出は、健診開始前を下回る程度まで一挙に回復した。

### Lancet 誌も評価した日本の国民皆保険の成果

日本が国民皆保険を達成したのは昭和 36(1961)年のことなので、平成 23 (2011) 年には国民皆保険達成 50 年という記念すべき年を迎えたことになる。この 50 年間に、図 3 に示したように日本の 0 歳の平均余命が目覚ましく延長し、世界で最長寿国を争うところまで



になった。比較的少ない経費で得られた成果とその背景にあった国民皆保険制度を高く評価した Lancet 誌は日本特集号を刊行した。

図 3 に見るように、平均余命の延長は皆保険が達成された昭和 36(1961)年以前の敗戦後早い時期に著しいが、この背景には図 4 示したように新生児死亡率や乳児死亡率、結核死亡率など、平均余命への影響が強い死因の急速な改善があった。

平均余命のその後のゆっくりではあるが持続した改善の背景に国民皆保険制度があったことは Lancet 誌の指摘したとおりである。

### 国民総医療費と結核医療費

結核に関連する疫学指標の推移を図 5 に示した。結核死亡は敗戦後人口動態統計が復活した昭和 22 (1947) 年には死因の第 1 位を占め、人口 10 万対 187 という高い値であったが、その後結核死亡率は急速に低下した。同じ時期、罹患率(届出率)は上昇傾向を示し、患者が届け出られていることを条件に結核医療費の公費負担制度が導入された昭和 26(1951)年には最高の 10 万対 698 に達し、その後はゆっくりと減少し始めた。年末の有病率統計は患者管理制度が導入された昭和 36 (1961) 年に初めて取ることが可能になり、人口 10 万対 1000 前後の高い値を示し、その後も治療に長期間を要する結核の特性を反映して、減少は緩徐で、罹患率を下回る値を示すようになったのは、平成 14 (2002) 年以降である。

国民総医療費と結核医療費の推移を図 6 に示した。結核死亡が急速に減り、結核患者が新たに導入された外科療法や化学療法で治るようになり始めた昭和 29(1954)年には、国民総医療費の 27.7%、4 分の 1 以上を結核医療費が占めていたことが注目される。その後この割合は漸次低下して、国民皆保険が達成された昭和 36(1961)年には 15.7%まで低下していた。平成 21 (2009) 年には、この割合は 0.09%まで低下し、結核対策の見事な成果を示している。

### 国民皆保険への道

敗戦後の日本では、大企業の健康保険組合と、公務員共済、それに中小企業の政府管掌健康保険組合を中心に健康保険が組織されてきたが、昭和 30 (1955) 年頃には農業や自家営業者、零細企業の従業員とその家族などを中心に約 3000 万人が健康保険の対象外であった。上述した群馬県東村のように、農村でも既に国保を運営している所もあったが、普及は十分ではなかった。昭和 33 (1958) 年に皆保険を目指して国民健康保険法が成立し、昭和 36 (1961) 年に国民皆保険という目標が達成された。

国民総医療費とその負担区分の推移をみたのが図 7、その割合の推移をみたのが図 8 である。昭和 33 (1958) 年の国民皆保険法成立以降、国保負担分が実際の額、その割合とも少しずつ伸び、昭和 36 (1961) 年以降は総医療費の中で国保負担の割合はあまり変わらず、自己負担の割合は減少し続けており、国民皆保険の成果を示している。



## 国民皆保険を陰で支えた結核対策の強化

結核医療費について同様な観察を行ない、その負担区分別の推移を図9、割合の推移を図10に示した。結核医療費も全体としては増加しているが、昭和36(1961)年以降も国保負担額は実際の額、割合とも変わらず、結核予防法による医療費公費負担の増加が、結核医療費の増加を補っていることが示されている。東村の例で述べた命令入所制度による入院医療費の公費負担額の増加が、図9、10に示したように、昭和36(1961)年以降計画的に数年続けられたことによって、当時なお総医療費の15.7%を占めていた結核医療費の健康保険制度への影響を最小限に止めることができ、国民皆保険が円滑にスタートすることが出来た。もしこのような措置が行なわれていなかったなら、発足したばかりの皆保険制度の運営に、悪影響が出たかもしれない。国民皆保険達成の背景に、結核対策の強化、公費負担結核医療費の大幅な増額による支援があったことを銘記するべきであろう。

このような結核対策強化の措置を担当したのは当時の厚生省公衆衛生局結核対策課であり、国民皆保険は保険局の担当なので、双方の間に何らかの話し合いが行なわれたのか、或は全く別々の立法措置として行なわれたのであろうか。当時の関係者の証言を聞きたいものである。

## 国際保健における縦横論

国際保健の領域では、個々の疾病対策(縦の論議といわれる)とヘルシステム強化論(横の論議といわれる)が繰り返し論議されてきた。

日本の皆保険制度とたまたま同じ年に行われた結核対策の強化は、発展途上国、殊に後発途上国の保健医療施策を考える際に、感染症がある程度蔓延している段階では、それに対する適切な対策なしにヘルシステムの強化を唱えても、空論に終わる恐れがあることを示している。

後発途上国の場合には、感染症対策かヘルシステムかという二者択一論ではなく、感染症対策を強化しながらヘルシステムを強化するにはどうすれば良いかという視点に立って議論を進めるべきであるというのが、長年国際保健に携わってきた筆者の視点である。

# 国保と結核対策図譜



図1. 東村指導区分別結核登録者数の推移

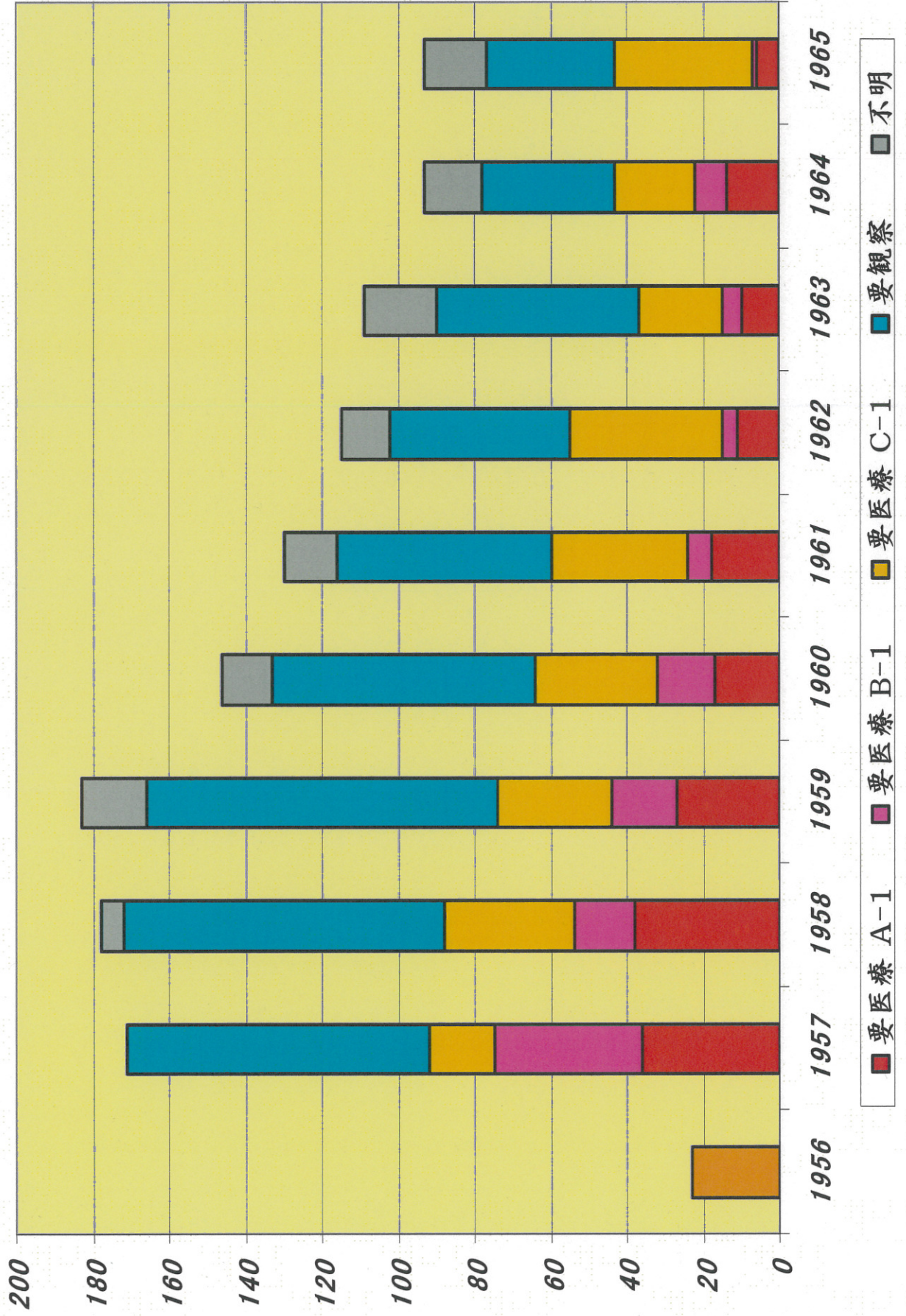




図2. 群馬県佐波郡東村結核医療費の推移

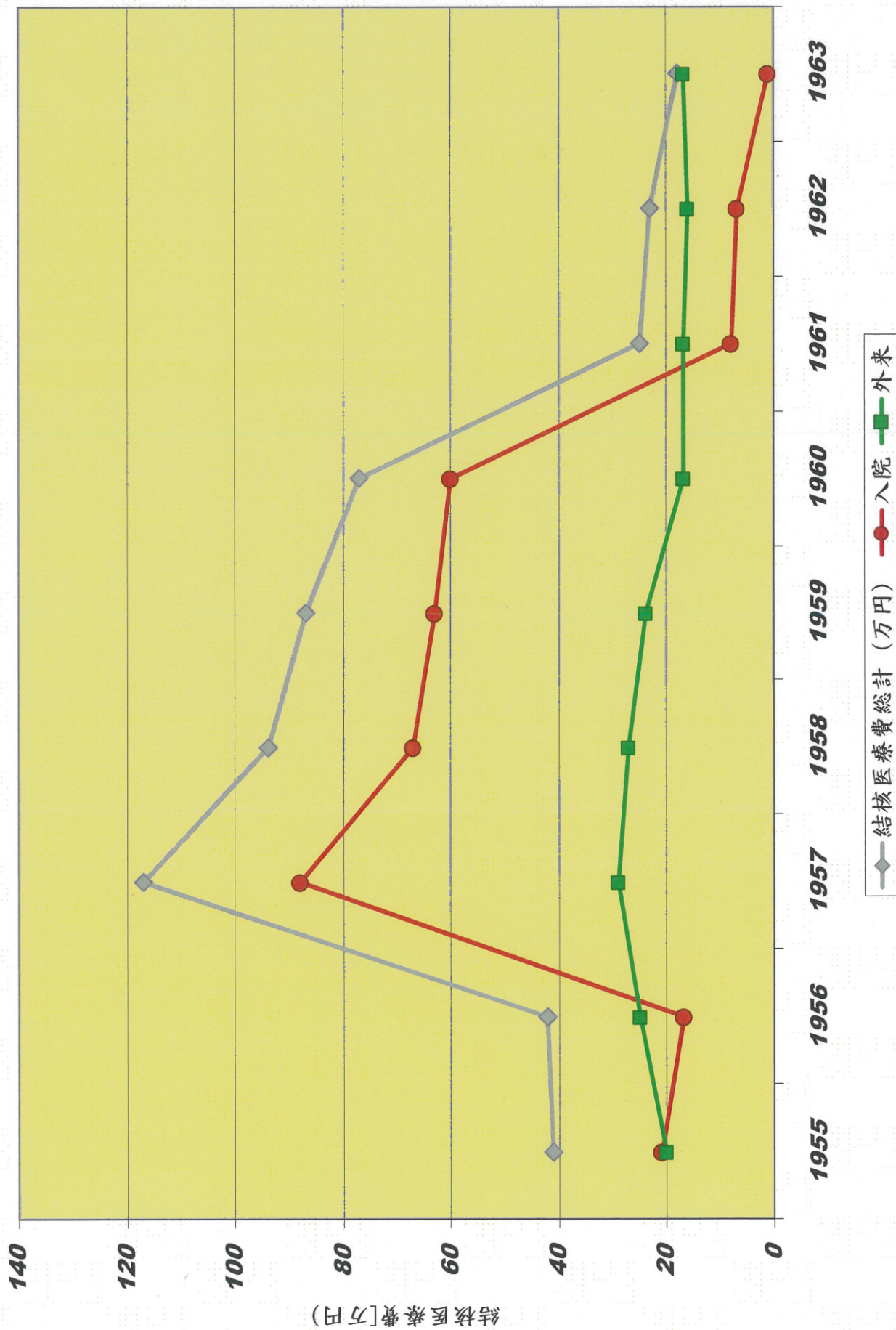




図3. 性別0歳の平均余命の推移

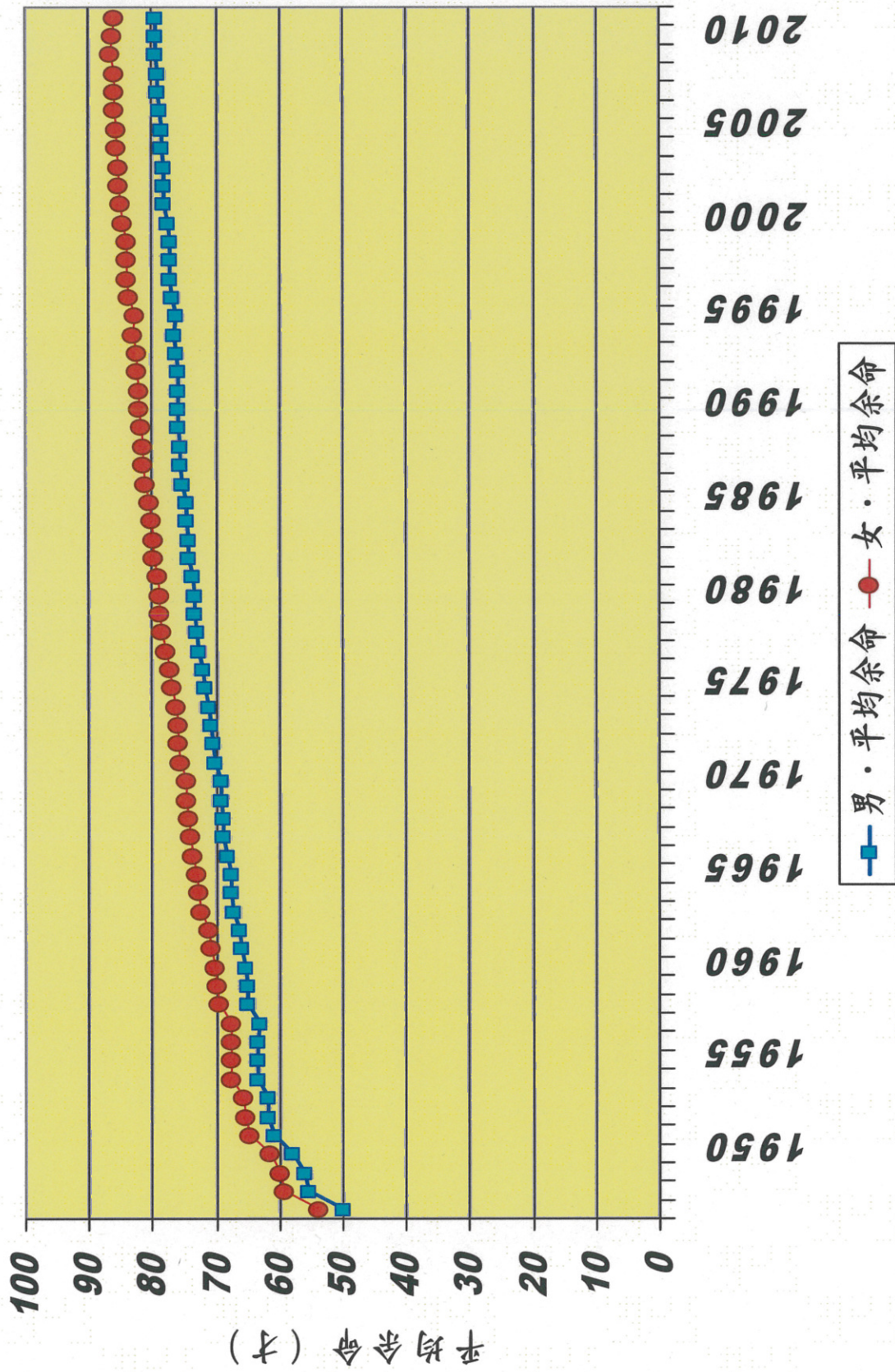




図4. 日本の総死亡、結核、新生児、乳児死亡率の推移

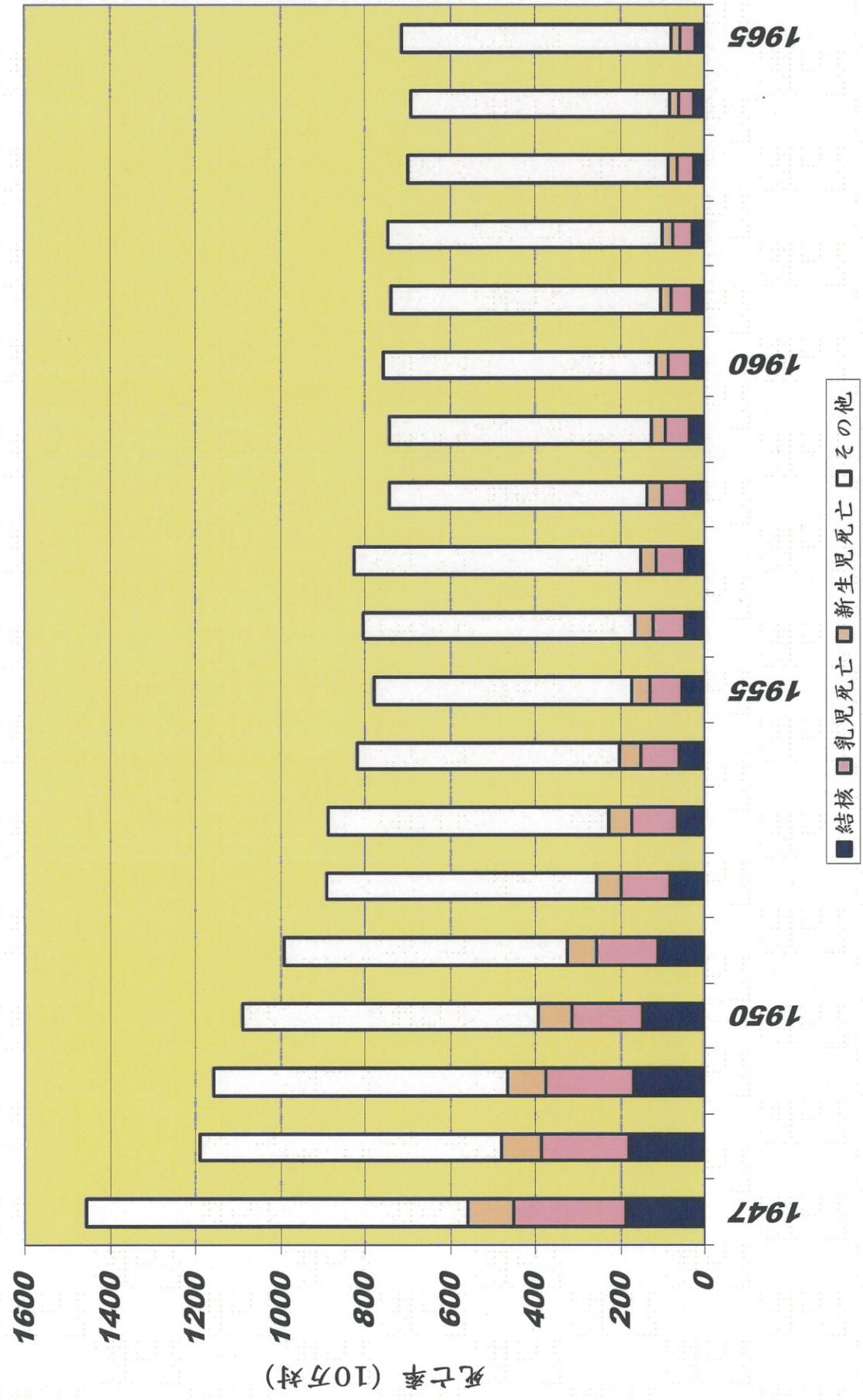




図5. 日本の結核疫学指標の推移

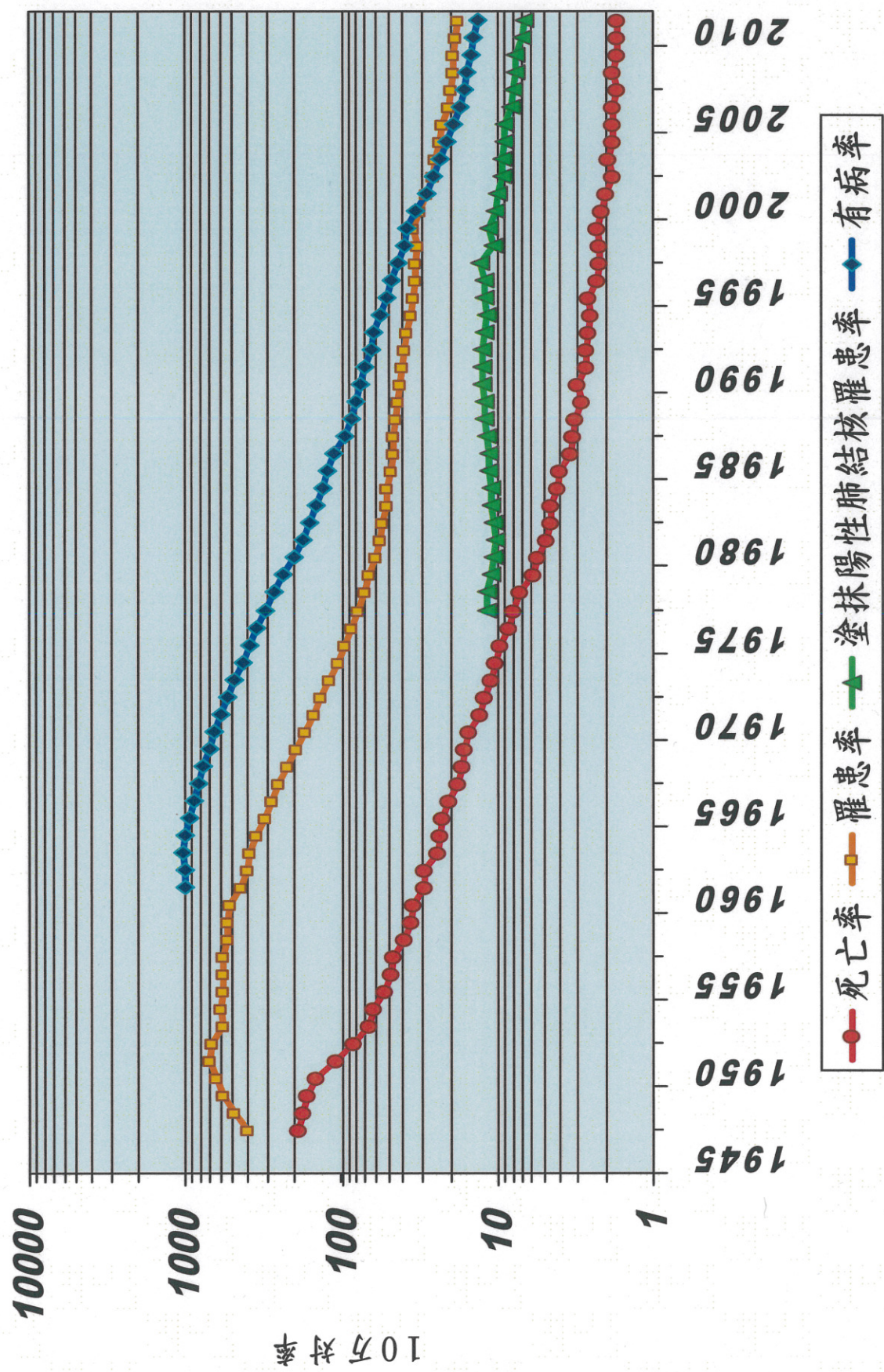




図6. 総医療費、結核医療費とその結核予防法負担分と  
 総医療費中の結核医療費の割合の推移

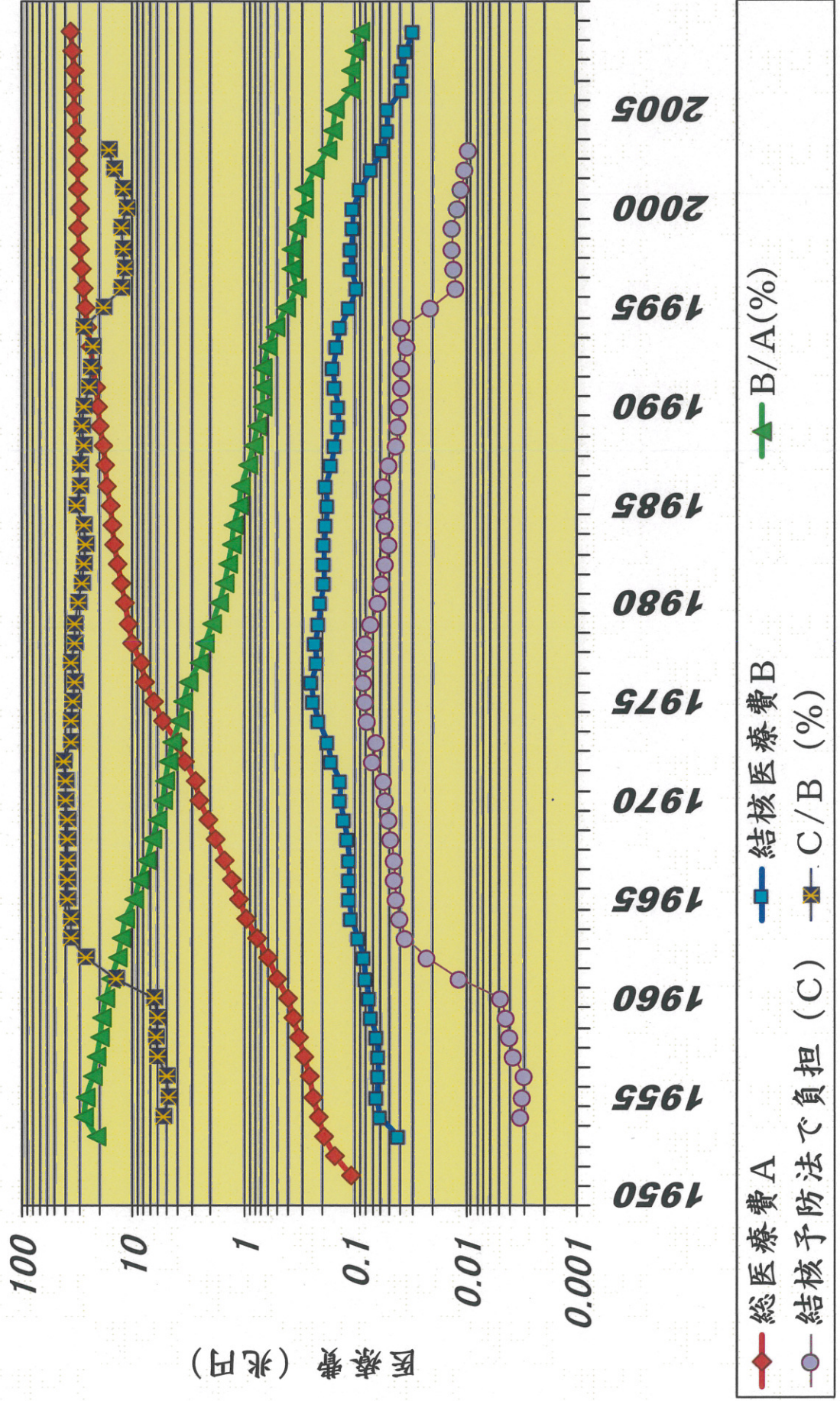




図7. 国民総医療費とその負担区分の年次推移 (1954-65)

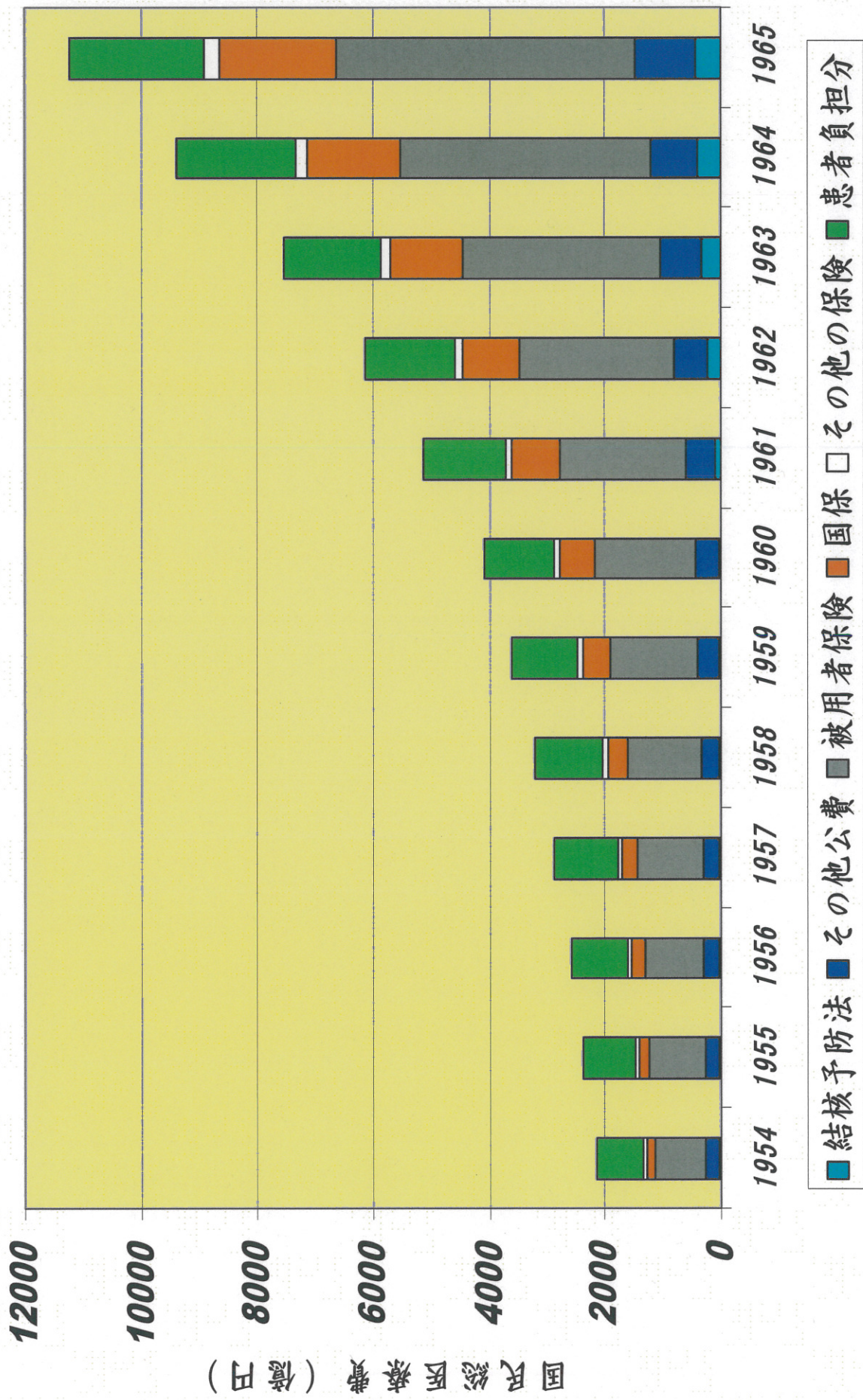




図8. 国民総医療費負担区分割合の推移 (1954-65年)

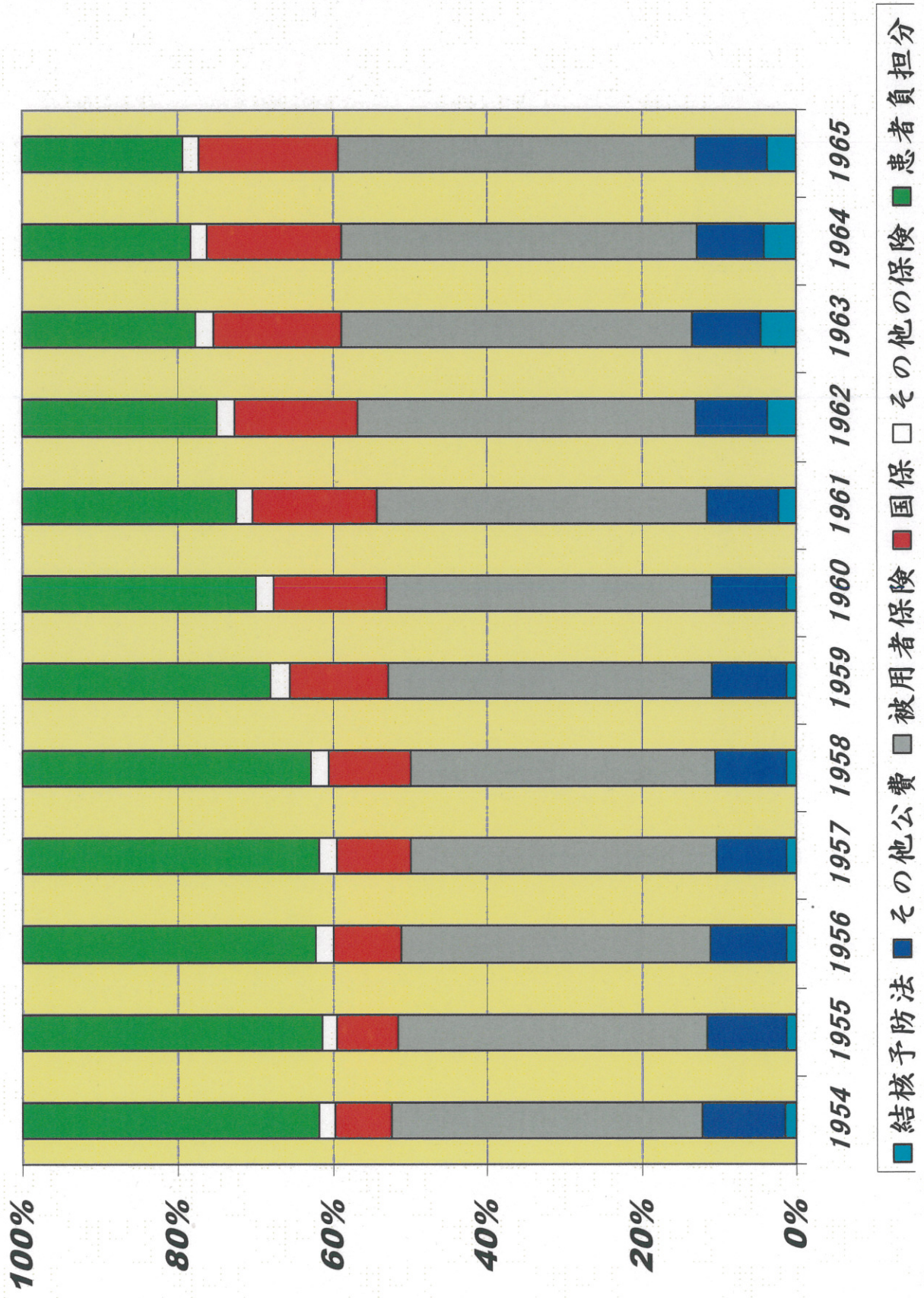




図9. 結核医療費の負担区別に見た内訳の推移  
(1955-64年)

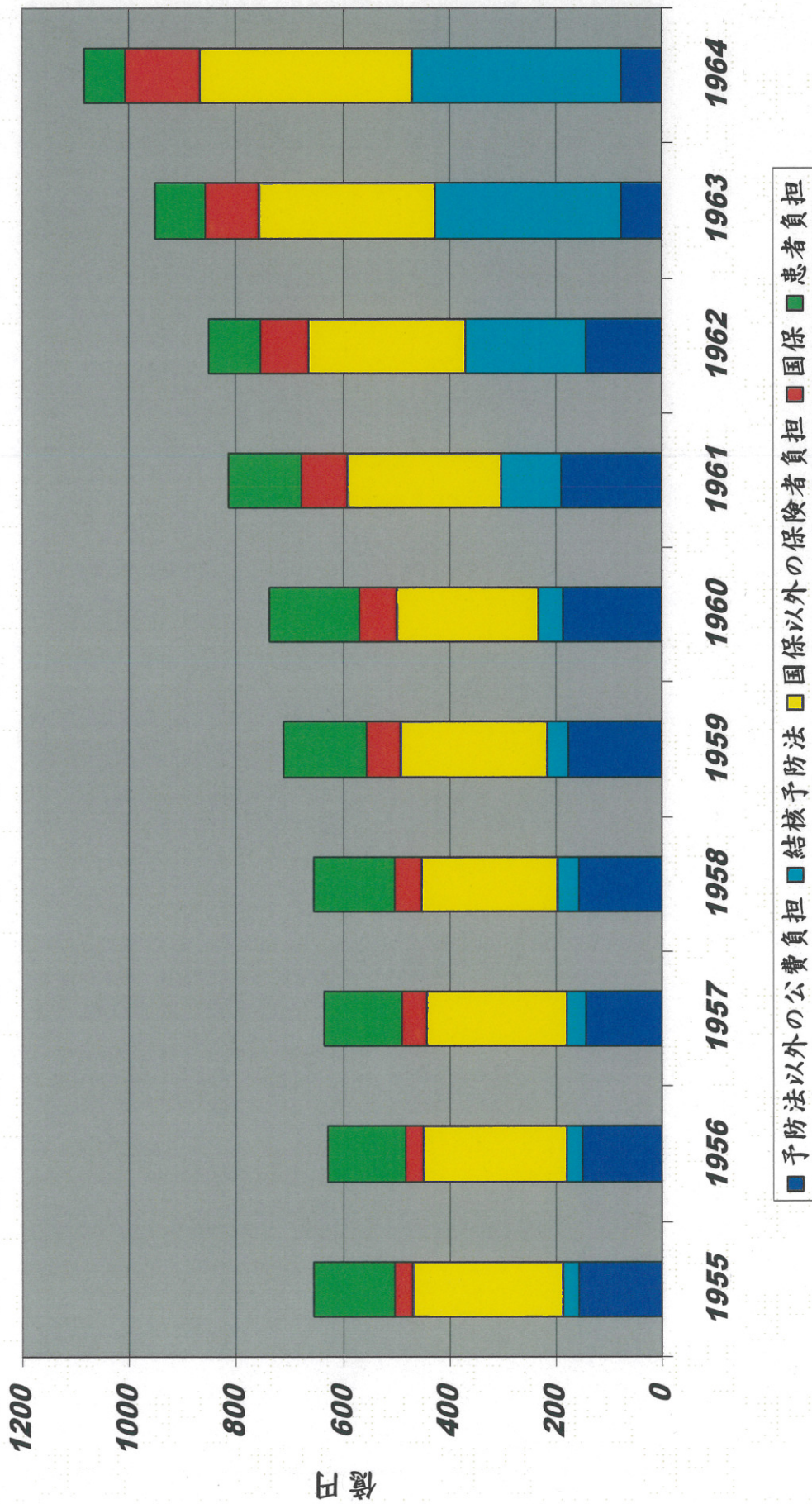




図10. 結核医療費の負担区別に見た割合の推移  
(1955-64年)

