

〈論文〉

結核保険構想を振り返る

小野 太一

要旨 1950年代頃まで我が国公衆衛生の最大の関心事であった結核への予防、治療、経済的支援を包括的に賄う財政手法として、一部論者により結核保険構想が提唱された。本稿では、この間の結核に係る予防、治療方法の発展及び結核予防法、健康保険各法、生活保護法等を踏まえつつ、範とされたイタリアの結核保険制度、及び戦前、戦後それぞれの時期の提唱者の問題意識、制度設計に係る提案と財政試算等を振り返った。結核保険制度は結局導入されなかったが、一連の提案及び審議会等での議論からは、一つの社会保険制度で対象とする保険事故の同質性や、国民皆保険の達成を目指す途上で対象とする保険事故の優先順位に関する考え方、特定の保険事故の撲滅のために社会保険を活用しようとする発想等、ポスト・コロナ、ウイズ・コロナの時代における医療保険等の在り方を考察する上での示唆が与えられるものと考ええる。

キーワード 結核保険、結核、感染症、結核予防法、国民皆保険、医療保険、社会保険

慢性の感染症である結核は、19世紀末から1950年代まで我が国公衆衛生の最大の関心事であった。貧困や失業の原因ともなる「広く社会に害を及ぼす社会的疾患」であったのであり¹⁾、社会保障の発展にも影響を及ぼした。本稿ではそうした結核への予防、治療、経済的支援を包括的に賄う財政手法として、かつて提唱された結核保険構想を振り返り、考察を加える。

第1章 戦前・戦中期の結核保険構想

第1節 結核保険議論前史

19世紀末、我が国の結核への医療面での対応は、1899年の兵庫県須磨浦への民間療養所の設

1) 大村 [1951], p.1。

置に始まり²⁾、法令としては学校伝染病予防及消毒方法（文部省令）が最初であった。1911年の工場法の制定、1919年の結核予防法の制定などが続き、昭和を迎えた。昭和に入り重工業の発展により結核死亡率が反転、増加傾向に転じた。保健衛生調査会の1934年2月の答申では結核対策の体系が明らかにされ、国策としての結核予防事業が強調された。1937年には保健所法が制定され、また結核患者の届出制度が法律上規定された。更に政府は結核病床について、1937年以降10年間で全国で3万床の増床を目指す計画を建て、普及を目指した。

1938年には厚生省が設立された。厚生省は1939年に結核予防生活指導要綱を定め、帰郷者の結核診断、患者の療養指導等を行った。また1940年の国民体力法に基づき本格的な集団検診が実施されるに至った。さらに1942年には結核対策要綱が閣議決定され、結核病床を10万床に増床する5か年計画等に加え、「結核患者の療養を確保し並に患者家族の生活援護に資する為社会保険制度を国民の全部に拡充強化すること」が提唱された。その社会保険制度は、1922年の健康保険法、1938年の国民健康保険法、更には1939年の職員健康保険法の制定とともに、健康保険で任意での家族給付の創設、及び結核に係る療養の給付及び傷病手当金の支給期間を180日から1年に延長できることとする改正が続いた。また1941年には社会保険を少額所得者を網羅して国民全部に及ぼすことを盛り込んだ社会保険（短期給付）構成基本要綱が保険院により発せられる³⁾など、健民健兵及び銃後の守りとしての生活の安定の確保のため、拡充された時代であった。

第2節 イタリアの結核保険

結核保険をキーワードに国立国会図書館のシステムで検索を行うと、最も古いものとしては1912年の『保険銀行時報』における記事が出るが、フィンランドの民間保険会社の提供するので、社会保険ではない。また1937年には、スイスの疾病金庫が任意で実施し、一定の補助金が支給されるとする『日本医師協会雑誌』の報道もあるが、多くの情報が収集されたのは、当時の国際情勢下で友邦関係にあったイタリアの制度である。1938年の今村荒男の論文⁴⁾や、1940年の複数の書籍⁵⁾、1942年の内野仙一郎の著書⁶⁾も紹介しているが、ここでは結核保険提唱者の

2) 以下本稿の史実に係る記述は基本的に結核予防会 [2016] に基づくものであり、特段の引用箇所以外は逐一断らない。

3) 吉原・和田 [2008], pp.96-100。

4) 今村 [1938]。今村は後に第5代大阪大学総長、大阪府立成人病センター（現大阪国際がんセンター）初代所長を歴任する、結核予防研究に取り組んだ医学博士。（大阪大学大学院医学系研究科呼吸器・免疫内科学ホームページ（<http://www.imed3.med.osaka-u.ac.jp/about/professors.html>），2022年11月9日最終確認）。

5) アルデマーニ [1940] 及び日本文化中央連盟編 [1940]。アルデマーニは当時イタリア大使館情報官。日本文化中央連盟は「肇国の理想に則り、我国文化の総合進展を図り、其の真髄を発揮し、之を中外に宣揚し、以て国運の伸長並に世界文化の興隆に貢献する」目的で1937年に結成された団体（日本文化中央連盟 [1938]）。

6) 内野 [1942]。内野は厚生省の官僚。戦前・戦後にかけて海外の社会保障に係る情報の収集・発信に努めた。

佐藤正の1941年の論文⁷⁾及び戦後1954年の健康保険組合連合会（健保連）の報告⁸⁾に依拠し、当時のイタリアの結核保険制度を概観する。

イタリアでは現在では医療保障は国民保健サービス方式であるが、以前は職業別の社会保険制度であった⁹⁾。日本で結核保険構想が当初提示された1940年頃は、強制適用の医療保険は海員、航空員を対象とするものに限られ、労働者やホワイトカラーは事業主と被用者の団体協定に基づく制度のみであった¹⁰⁾。内野はその理由の一つとして結核保険の存在を挙げていた。

当時のイタリアの結核保険制度の概要は別掲表1のとおりである。健保連の報告では、当時イタリアで結核保険が導入された背景として、1919年にすべての経済的弱者に適用された不具^マ廢疾^マ保険について、算定の基礎が不確実であったことや、併存すべき疾病（健康）保険の不存在で結核の問題の解決ができなかったこと、結核死亡率が一般死亡率に比べ減少のペースが遅かったこと、「極めて無智な階級」¹¹⁾も結核への知識を増し、扶助の必要を感じるに至ったことを指摘している。他方当時毎年6万人に達すると想定されていた結核死亡者数からして、公共団体の予算や国家財政だけでは、あらゆる職種の範囲に拡張される近代的に計画された結核扶助事業の負担には耐えられず、解決のためには新しい制度以外の方途は見いだせないと考えられたため、結核保険法の創設に至ったとしていた。

第3節 日本での結核保険構想（戦前・戦中期）

イタリアの実践も踏まえ、我が国でも導入を唱える声は、前述の今村 [1938]¹²⁾や近藤宏二の著書¹³⁾、中川義次の論考¹⁴⁾などがみられる¹⁵⁾。しかしいずれも具体的な制度設計に係る提言は

7) 佐藤 [1941-1]。

8) 『調査時報』[1954]。

9) 中益 [2009], p.168。

10) 内野 [1942], pp.175-6。『調査月報』[1950]によれば、1943年にそれぞれ別の一定の工業被用者等、商業被用者等、農業被用者等を対象とした健康保険制度が結核保険とは別途創設され、「段階的に（健康保険制度の統一化の）目標へ接近」しているとされている。その後1978年の医療保障制度改革で税方式に転換した（とはいえ中益 [2009] は完全に税方式となったのは1990年代後半に入ってからとする）が、結核保険自体は全く廃止されたわけではなく、入院時等への現金給付のみを提供する14歳以上の有給雇用にある者（公衆衛生部門以外の公務員等を除く）への制度として現存している。しかしながらその「保険料」は疾患の重大性（gravity）が相当減じたため中央政府の税財源により賄われており（Renga[2020], pp.56-7）、税方式との表現も可能なものとなっている。

11) 『調査時報』[1954], p.90。

12) なお今村 [1938] は1938年の国民健康保険法の成立を踏まえ、国保よりも「先づ結核義務保険が日本に於て実施せられる事を希望して居た」が、国保が実施されると定まった以上「簡単なる疾病の為よりも長期に互る疾患の為に金を費消するのが合理的」であるため「先づ第一に結核に就て保険を出来るだけ利用すべき」で「場合によれば政府は特定府県に結核義務保険を施行せしめる事等も考慮すべきであろう」としていた。

13) 近藤（宏）[1942]。近藤宏二は当時厚生省結核課の医系技官。

14) 中川 [1939]。中川芳次は厚生省保険院社会保険局健康保険相談所長、保険院技士・医学博士。なお中川 [1939] と同じ論文は他誌にも掲載されていた。

15) 他方『日本医師協会雑誌』[1935]は、全国最初の結核保険組合が愛知県衛生課で計画されたことを伝えていた。組合員の会費で治療費を支給するとともに、千人収容の理想的なサナトリウムを建設する構想であったとされる。その後の展開を伝える資料は巷間の限り発見できなかったが、結核への対応として保険を活用する発想が地方行政で存在していたことは興味深い。

なく、制度設計の提案は、佐藤正によるイタリアの状況を報告するものとは別の論考¹⁶⁾と、長瀬恒蔵において見られた。

(1) 佐藤正の結核保険構想

佐藤正は医学博士、当時厚生省保険院総務局施設課長の現役の医系技官であった。保険に関する専門的見識も高く、1939年には『保険制度と国民保健』という、社会保険に加え簡易保険や民間保険も含む解説書を執筆していた。

佐藤はまず療養施設の拡充、早期発見施設（予防相談所等）の普及、予防思想の普及の3つの予防策が考えられるが、財力に欠け、当局の努力や社会の要請にもかかわらず如何ともしがたい状況を指摘する。また一般国民を対象とするものではなく、特定の階層への徹底的な施策で多少不備を補うと述べる。他方現状、官公立の療養施設は実質救療救護施設として使われ、私立は高額所得者を対象とし、いずれも重症者、末期患者が多く、病状の回復を期しうる者は稀であり、「都鄙に於ける少額所得勤労者」はほとんど門戸を閉ざされていると指摘する。また相談施設の効果の発揮には患者の保養、療養や、周到的な自宅療養保護が必要だが、相談施設単独では使命達成に困難があるとする。さらに並行して、患者や家族の生活安定方策の必要性も指摘する。

次に彼は、学童学生や教員（家族）への支援は改善が始まり、要救療階層（貧困層）には現在の施策が最もよく関与しているが、産業労務者（家族）への健康保険と労働衛生対策は不足し、職員（ホワイトカラー）及び家族や、農漁山村居住者への職員健康保険や国民健康保険は開始したばかりでまだ実績を期待しえず、特別な対策も講じられていないと分析する¹⁷⁾。そして農漁村より調達された産業労務資源が結核を郷里に持ち帰ることを考え、勤労所得生活層を中心とした施策を急務とする。

そして財源として国庫支出、特別税、公共団体等の負担、富くじ、寄付等を挙げるも、「自主的施設である保険施設」が実現性が高く、既存の制度を踏まえると「特殊的に結核を取扱う保険制度」の存在余地があると述べる。また実現性と運営の容易さから、一度に全国民を対象とせず勤労階層を対象とするのが適当であり、施策の緊要性にも符合するとする。また制度設計として独立の結核保険以外、現行の社会保険の結核給付の改善、生命保険（普通保険・簡易保険）付帯約款があり得るとしながら、現行制度の一部とすることは保険料計算や事務手続等に技術的困難があり、付帯約款とすると混乱の惹起、雇用主の保険料負担義務を期待しえないこと、強制力を持たないこと¹⁸⁾があるため、「最も素直にして正常な方法」は独立の結核保険と述

16) 佐藤 [1941-2] 及び佐藤 [1941-3]。前者は1月、後者は12月のもので、問題意識に係る修辭はやや異なるが制度設計は同じである。以下では主に佐藤 [1941-2] に依拠し、必要に応じ佐藤 [1941-3] から補う

17) 佐藤 [1941-3] では国民をここで示した5類型に分類する。一方佐藤 [1941-2] ではその他軍人関係を掲げるも、特殊階層者であり暫く論外すると整理していた。

18) 雇用主負担に関しては佐藤 [1941-2] のみで、また強制力を持たないことは佐藤 [1941-3] のみで指摘されている。

べた。

さらに結核保険の合理性として、自主的共済制度の特徴を発揮しうること（対象者は少額の負担に耐えられ、財政的救済や慈善義捐等の必要は薄く、中堅勤労者層の自主独立性は尊重すべき）、一般的結核予防施設の補足となること（療養中の生計費補助や廃疾時の手当、年金も行うことで、勤労者等が安んじて早期療養が可能となる）、他の社会保険制度の機能を十分に発揮すること（結核のために他の疾患等への給付を犠牲にせず、円滑に給付が可能となる）、時局下の対応としての適正（生産力の拡充と人的資源の確保を必要とする）が挙げられた。

こうした検討を経て、佐藤は自身の結核保険の制度設計を述べる。まず先行事例について、「伊太利の社会保険制度の特殊なる事情（注：当時における強制的な健康保険の不存在）と同国結核の社会的疫学性」から直ちに日本に適用できず、スイスの民営制度は範とはならず、我が国の実情等に応じた考察が必要と述べ、別掲表1の制度設計を示した。

佐藤は同時に財政試算も行った。結核罹病率や死亡率、入所と自宅療養の割合、療養日数や単価、手当の単価を仮定し、直営療養機関の創設（建設）減価償却費（借入償還費）、予防給付及び事務費を見込み、強制被保険者と任意被保険者の数を仮定し、別掲表2のように導き出した。試算の考え方を詳細に示した別途の論文¹⁹⁾では、まず保険料負担の上限に関し、政府管掌健康保険で当時報酬月額3/100を限度としていることを踏まえると、報酬月額1円に対し1銭又は2銭程度の追加負担にとどめるべきとし、およその中間をとり本人負担を1銭（1/100）、事業主負担を1.5銭（1.5/100）とした。また現行の健康保険の結核に係る給付費（およそ全体の10%）の繰り入れも想定し、それらの合計と支出総額との差が必要な国庫負担額となるとした。また一般事業と重工業で事業主の保険料率を違えた理由として、罹患の危険が大であり（重工業の発展で結核死亡率が反転、増加傾向に転じていたことを想起）、「幾分高率ならしめた方が、実情に適する」と述べていた。

（2）長瀬恒蔵の結核保険構想

次に長瀬恒蔵の構想を見る。長瀬はアクチュアリーであり、今も活用される、医療費の水準と自己負担との関係を示す長瀬係数の発案者として広く知られる。1916年に農商務省商工局保険課に勤務し、1921年の内務省社会局設置時に数理担当技師として転任、以来社会保険の業務に従事した²⁰⁾。その長瀬が退官した年の1942年1月に論文「結核保険制度の速やかな実現を

19) 佐藤 [1941-4]。ここでは、当時の樋貝（詮三）保険院長官、川村（秀文保険院総務局長）、木村（清司保険院社会保険局長）、前田（穰保険院簡易保険局長）への敬意、及び理学士川井三郎への謝辞が述べられている。川井三郎は後に協栄生命保険の社長となる保険の専門家（アジア生命保険振興センターホームページ、<http://www.olis.or.jp/greetings.html>, 2022年11月10日最終確認）。また佐藤 [1941-1] は（公財）結核予防会の設立にも多大な貢献をした（結核予防会 [2016], pp.60-65）第一生命初代社長矢野恒太を記念した論文集への寄稿であった。当時の民間保険セクターの問題意識の高さが伺えるとともに、「昭和7年から簡易保険局や商工省保険部に関係」（佐藤 [1941-1]）していた佐藤の視座が、厚生省社会局を源流とする社会保険に限らない、医療に係る様々な保険制度を俯瞰していることが示唆される。

20) 長瀬 [1972]。

望む」²¹⁾を発表している。

長瀬はまず時局の影響を受け国力発展の原動力として人的資源の増強を説く。そのため結核撲滅が急務だが、今の結核予防は「標本的」と強く批判する。また開業医を非難する意味ではないとしつつ、結核病患者が「弗箱」である開業医は予防に余り関心を持たないことは否定しえないと述べる。さらに進行が緩慢な結核は初期に十分な治療をすれば回復の見込みがあるものの、放任して就労し治癒の機会を逃すため、医師と患者との私的関係に放任するなら撲滅は期待できないとする。そこで根本的な対策を講じる必要があるが、巨額の費用が最大の難関である。そのためには結核保険の創設が捷徑であり、国民の相互扶助、社会連帯の精神に則り小額の拠出金によって治療費を支持することが最上の施策であると信ずる、と述べる。

その上で、長瀬は別掲表1のような制度設計案を提示し、これに伴う財政負担等について、別掲表2の数値を提示した。なお長瀬 [1942] では、積算の根拠は示されていない。

第4節 小括

佐藤や長瀬の論考発表後終戦までには、1943年の健民修練所（健康虚弱者を2か月間収容し生活訓練と療養指導を行う施設）の日本医療団による設置等対策は進捗したが、財政面での特段の進展はない。やがて敗戦からGHQの占領の時代に移り、結核対策の財政問題も新たな局面を迎える。結核保険も新たな構想を見るが、ひとまず佐藤と長瀬の論考の相違点を3つ指摘して小括に代える。

1点目は、佐藤は雇用主負担がやや多いが基本的に労使折半の保険制度を想定している一方、長瀬は被用者か否かに関わらず全ての国民を対象とする制度を想定していた点である。よって長瀬の場合には雇用主負担はなく、支出総額は佐藤の2/3程度にもかかわらず国庫負担割合が高い。佐藤は一般と重工業で異なる折半割合とした説明から伺えるように事業主責任を意識する姿勢が伺われるが、長瀬には伺えない。他方で「結核患者の療養を確保し並に患者家族の生活援護に資する為社会保険制度を国民の全部に拡充強化すること」との結核対策要綱の記述の発想は、「国民の全部」という点で長瀬に近い。佐藤はイタリア保険院を1934年5月に訪問しており²²⁾、その影響が伺われる。他方長瀬は1938年創設の国民健康保険について「始終愉快に働いたことは他の社会保険の比ではなかった」と述べ、制度設計にも強い思い入れを示していた²³⁾。長瀬はイタリアの結核保険への言及はなくその見方は明らかではないものの、発想の源泉の違いが見受けられると考える。

2点目は、佐藤、長瀬とも、家族扶養の義務や生計維持を担う被保険者であることを要件として療養手当金を提案しているが、長瀬は定額だが佐藤は報酬比例である点である。1点目の

21) 長瀬 [1942]。なお長瀬 [1963] において、「結核保険の研究」と題する論文を執筆していたことを略歴に示しており、また後述の祥 [1953-55] も当該論文（1941年とされる）を参照し長瀬の所論を述べている。しかしこれらでは掲載雑誌等が明記されず、今回の調査では発見できなかった。今後の課題としたい。

22) 佐藤 [1941-1], p.479。

23) 長瀬 [1972] (6)。

保険料負担形式の違いが反映しているといい得る。また被扶養者である被保険者に対する現金給付を佐藤は想定しない一方で、長瀬は滋養費手当の給付を想定する違いもある。佐藤の保険料の負担単位が世帯年収に着目する一方、長瀬の保険料は世帯主が納付義務を負うものの「世帯員の負担すべき」ものとされていることも、反対給付としての現金給付の構成に反映していると考えられる。

3点目は、財政試算から明らかだが、佐藤は結核保険財源を活用して直営療養機関を建設する発想を有していたが、長瀬は病床増は主張したものの結核保険財源を活用する姿勢はなかった点である。イタリアにて1936年度に結核保険財源で37か所サナトリウムを完成したことが報告されており²⁴⁾、また佐藤 [1941-1] でイタリア結核保険法で保険料財源を療養院等の建設又は改造の為貸付資金とし得る条項があることを訳出しており、ここにもイタリアからの影響が伺われる。

この他、廃疾年金について長瀬は特に言及していない。1942年に制定される労働者年金保険法での廃疾年金を視野に入れるか否かの違いがあるかもしれないが、確定的な記述はない²⁵⁾。また両者とも予防の重要性を説くも、佐藤は長瀬が指摘する医師の予防に関心の薄い行動原理や、病状進行の緩慢さから来る患者の治療に消極的な姿勢といった視点は示していない。また長瀬が示した保健施設としてデータ収集等を行う研究機関の創設という発想は佐藤にはなかったなどの相違はあるが、ひとまず時計の針を進め、戦後の結核保険構想を見る。

第2章 戦後の結核保険構想

第1節 1951年結核予防法の全面改正とその後の問題

敗戦後、GHQの指導の下、保健医療制度、施設に関する機構改革が矢継ぎ早に行われた。結核関連の法令についても、1947年の伝染病届出規則の制定、保健所法の改正、労働基準法の制定、予防接種法の制定など整備が進んだ。治療法も大気、安静、栄養の三原則への依存から、外科的な人工気胸療法や胸郭形成術も普及し、化学療法も1949年2月のストレプトマイシンの輸入、1950年の国内製造許可、また抗結核薬で併用によりストレプトマイシンの耐性発現を阻止できるパスカリウム（パス）の国内製造許可により普及し始めた。

そうした動きとともに「結核問題がだんだん世の中の関心を引いてくる」²⁶⁾ようになり、衆参両院で1950年4月に結核予防対策強化に関し決議があり、また同年10月の社会保障制度審議会（制度審）「社会保障制度に関する勧告」も総合的な結核対策を促した。この勧告を「全面に受

24) アルデマーニ [1940], p.19.

25) 時代は下るが、大村潤四郎（当時医系技官）は1950年4月より51年1月までの間の障害年金または手当金の支給件数約7千件の内8割以上が結核による廃疾であり、「結核年金と云っても過言ではあるまい」としていた（大村 [1951], pp.23）。なお後述の祥浩堂も厚生年金給付の約90%が結核後遺症者であると指摘していた（祥 [1953-55] (4)）。

26) 山口・小山 [1985], p.110（小山発言）。

け入れ」²⁷⁾、1951年には結核予防法が全面改正され、健康診断の対象者の拡大、患者登録制度の導入等とともに、適正医療²⁸⁾を実施した場合の公費負担が行われた。

結核保険議論が再燃する契機の一つになるこの結核予防法改正について、佐分利 [1951] に依拠して詳述すると、以前より各種社会保険と生活保護制度があったが、当時は皆保険達成以前で国民の過半数は社会保険の適用がなく、比較的充実していた健康保険でも医療費に関し被保険者は全額、被扶養者は半額を2年間給付するに留まり、傷病手当金は患者の報酬月額額の6割を1年6か月給付するに過ぎなかった。国保の療養の給付は平均5割²⁹⁾であり、また当時は組合の約4割が事業を休止していた。他方生活保護は地方によっては財政負担の困難から適正な運用に欠けた。よって国立病院や療養所では患者に応じ医療費の全部または一部を免除せざるを得なかった。しかし結核予防法改正後は、適正医療を行う一般の医療に関しては、法第34条の規定に基づき1/2が結核予防法に基づく公費負担の対象となり、残りを社会保険又は医療扶助の対象とした（公費優先）。また法第35条の規定に基づく従業禁止患者及び命令入院患者は、生活保護や少額の財産を保有する場合も公費により医療費の全部または一部が負担されるが、社会保険適用者の場合にはそれを患者の経済的能力と見なし、保険適用の残余を、経済的事情に応じ公費負担されることとなった。

これに加え更に1952年4月から適用範囲が拡大され³⁰⁾、翌年8月には健康保険の療養給付期間が主に結核を念頭に置き2年から3年に延長されるなど改善された³¹⁾が、①公費負担が都道府県又は市の権限であり生活保護のように義務化されていないため、自治体によっては十分な予算が組まれず、社会保険や生活保護法の対象者を除外する等対象患者に差別がつけられる事例があること³²⁾、②適応判定制度に技術的な困難があること、③社会保険、生活保護法等と競合する場合に事務が相当煩雑となること、④公費負担が半額かつ負担の対象となる医療の範囲が狭いため医療費の軽減が十分でないこと等の批判³³⁾があった。

さらに当時、化学療法や外科療法の進展での死亡率の著しい減少（＝全快患者を出しつつ治療費は増大）、療養期間の長期化、国民の結核への理解の進展に伴う入所療養の希望傾向等によ

27) 結核予防会 [2016], p.78。

28) 適正医療とは、当初は胸部外科手術、人工気胸または人工気腹術、ストレプトマイシンの使用、バスの使用の4療法の単独または併用であったが（佐分利 [1951]）、その後拡充された。なお佐分利は当時厚生技官（後に公衆衛生局長、医務局長を歴任）。

29) 佐分利 [1951] は平均5割とするが、1947年12月で一部負担割合が50%以上の組合は約84%であった（国民健康保険協会 [1948], pp.322-3）。50%の組合も一定数あり、また佐分利執筆の時点で改善の可能性もあるが、当時も実際に5割以上負担していた場合も相当あったものと思われる。

30) 『済生』 [1952]。

31) 吉原・和田 [2008], p.128。

32) 近藤文二は「予算の枠の関係で不承認になって、折角（注：結核の公費負担医療に必要な）審査にパスしながら公費負担の特典にあづかれない人々が相当あること」「甚だしいところでは不承認率が50%以上のところもあること」、あるいは「健康保険の被保険者はその殆どが公費負担の恩典に浴していない」と批判していた（近藤（文） [1954]）。

33) 『月刊社会保険』 [1954]。なお当該記事で①～④の点は、「厚生省結核予防課松下廉蔵氏が社会保険関係法○（原本不鮮明）コンメンタル」で指摘したとされている。

り医療費が増大し、「医療保険ではその費用の40%程度、医療扶助では60%以上が結核のためだといわれる」³⁴⁾ 状況となった。

こうした時期に登場するのが祥浩堂³⁵⁾の結核保険論であり、同時期の制度審や厚生省の七人委員会での議論となる。

第2節 祥浩堂の結核保険論

祥浩堂の「結核保険を提唱する」は、『社会保険旬報』誌に1953年11月21日から55年3月21日まで不定期に28回掲載された長文の論文³⁶⁾である。18回目の半ばまでが結核保険導入の必然性の論考等に費やされるなど、結核への医療保障の在り方について幅広い議論が展開された。

祥はまず社会保険の理念が資本主義経済に適合することを再確認した上で、結核の疾病事故は高額所得者でも自己で処理することが困難な規模となるため、救貧ではなく社会保険により対応すべきと述べる。次に現行制度の問題点を挙げ、また結核の好発年齢が世帯の生計維持者や家事中心者層であることを指摘する。そして社会保障的な施策が必要となる理由として、支出増（医療費負担）、勤労能力の低下、患者の多さと伝染病の性質、世帯経済への影響の大きさの4点を掲げる。次に社会保障として、結核という事故への事後の経済的援助だけでなく予防的意味での経済援助も与えられる必要性があり、予防は国民の健康と幸福に与える影響からも治療や生活援助よりも大きなものがあるとする。

次に施策の形態について、公的扶助と相互扶助の吟味に入る。まず公的扶助には生活保護的なものと、結核予防法第34条のような「特殊公的扶助制度」があるとした上で、前者には早期治療の普及促進は期待できずかつ防貧にもならず、給付水準の上げは「砂上の楼閣」であり、また個人の責任と自主性、連帯性を無視するものであるとする。他方後者には指定医療機関での給付による医療の適正化、防貧効果、相互扶助制度への公費の実質上の繰入れ、早期治療促進の可能性等利点があるものの、上述の自治体の予算計上が裁量に委ねられており不平等がある点、給付範囲に入院を含めず適正医療³⁷⁾が普及しない点、1/2の自己負担を強いられる層には未だ「高嶺の花」である点に加え、全額公費で無差別に負担する考え方や、公費のみで（救貧ではなく）防貧を行う考え方に根本的に問題があるなどの批判を加える。さらには法第35条の命令入所等は社会保障ではなく行政措置への補償であると指摘するとともに、医療公営化は実

34) 『社会保険旬報』[1954-1]。

35) 祥浩堂とはペンネームの可能性が高いが、合筆かも含め特定は校了時点で叶わなかった。長瀬恒蔵の論文を参照している箇所「その他にも二三諸先輩の見解」との記述があることや、名前を出す支障があった可能性を考えると、厚生省の現役官僚又は一定の影響力を有したOBが想定されるものの、ヒントには出会わなかった。このペンネームが名字と名前に分かれるかも定かではないが、本稿ではこの論文の筆者を「祥」と表記する。

36) 1955年6月21日に補稿の掲載があるが、所論の不足部分に考察を加えるなどしたものであり、一連の論考は同年3月21日で完結していた。

37) 外科手術を伴う入院は1954年10月の結核対策強化要綱により適正医療の範囲内とされ、1956年度から実施された。

現不可能と断じる。次いで相互扶助について、長所は公的扶助と違い生活水準の切下げが不要なこと、早期治療のアクセスの容易さ、相互扶助観念からくる予防効果への期待、社会扶助から社会保険に変遷する各国での歴史的過程への合致等を挙げるものの、現行制度は細分化され過ぎ、結核以外の多様な保険事故を抱えること、被用者本人以外の給付率の低さ、事後的救済以外の（予防給付のような）措置を盛り込むことの困難といった欠点もあると指摘する。

次いで施策の形態に関し考察すべき10の考慮要素を挙げ、これらを踏まえると結核保険が考えられるだけであり、①結核特殊保護制度（生活保護よりも高い水準のミーンズテストによる現行制度の対象外の者への公費による保護）、②特定結核医療実施のための公費予算措置（予防の立場から呼吸器結核の患者を全て公費医療で実施）、③全額公費結核保障制度の何れも、全ての国民を公費制度の対象とする必要のないこと、特定の医療以外も併せて実施する場合巨額の財源を要すること、医療費負担以外の社会保障が何れにせよ必要となるという欠点を挙げ、特に①には結局は財政の許す範囲となり、ミーンズテストが必要なことも欠点とする。

そして結核保険の検討に入る。まずイタリア、スイス、ルーマニアの実例と、長瀬恒蔵の所論³⁸⁾を見る。そして健保や国保での分散対応ではなく、結核保険の「実施は当為」と言い切る。次に経費を試算して負担は容易と述べる。そして合理性について、諸制度が乱立し不均衡、不公平である現行制度への依存は得策ではなく、事故の巨大性や（初期には無自覚で健診等による）発見等の過程の特異性からも分離が必要と述べる。特に「国民皆保険制度」の早急な実現は困難であり、依存は困難なばかりか、実態を見るに高額かつ長期間の請求は結核以外ほとんどなく、件数もとても多いため、社会保険が「本質的に、自己の世帯経済力の範囲内で負担の危険分散ができないものにこそ必要」と理解するならば、全疾病対象の国民皆保険の必要性は「甚だしく薄」く、結核保険こそ「疾病保険の辿るべき道を合理的に歩いてゆけば当然達する目標」と述べる。さらに現在の資源量を考え、結核のみであれば全国に適切な医療網の構築が可能であり、治療指針の医学の進歩に応じた頻回な改定も「全疾病保険と道連れ」でないほうが迅速に進み、国保のような小規模保険者の分立では治療指針の徹底も困難になると、別建ての優位性を主張する。

その上でここまでの総括、及び結核保険以外の手段への批判を繰り返した後、別表第1に掲げた制度設計を提示し、財政試算に続いた。具体的には、現行制度下での結核感染者の「自覚率」が結核保険導入で上昇すると見込む。それに病床数と現行単価を加味して医療費を算出する。次いで健康診断、予防接種、予防給付、生活費保障の費用を算出して総支出額を求める。その上で仮に全額を保険料で賄う場合の被用者分と一般分の保険料額を算出し、そこから現行の健康保険制度等の結核分を差し引き、さらに現在の未適用者への結核保険の適用による負担及び現在の適用者のうち経済的に余裕のある者が追加で負担しうる金額を差し引く。その残りを国庫負担で埋めるべきとするが、さらに現行の生活保護法や結核予防法による国庫負担額や、傷

38) 脚注21参照。

病手当金の提供等による生活保護の減少額、国立結核療養所の赤字額の減少も見込んで追加の国庫負担額を計算した。結果は別掲表2の通りである。

そして国庫負担増の論理として、国は結核まん延と、結核患者への保障が必要となった原因に対する2つの責任を負うと述べる。20歳代前半という集団生活に突入する年齢に、紡績業中心の時代には女子、そして重工業が勃興してからは男子のまん延を生んだ。祥はこうした産業政策が低廉豊富な過剰人口を労働力とし、科学技術と機械力の不足を補うため使役して発展したことを「科学技術、学者、技術者を尊重（引用者注：しない）（引用者－略）政治又は政治の貧困の蓄積」と指弾し、それにより「五大強国の一つ」となったことも「数々の矛盾に満ちていた」とする。また経済成長が人口扶養力の刺激となり激増を生み戦争を誘発し、軍需工業と労働強化が結核まん延の原因となったと述べる。

最後にイギリスのような統一的な社会保険制度や、国民皆保険、制度審の勧告等の「立派な目標」への一足飛びの到達は不可能であり、結核保険は「社会保障制度が全国民的なものに、又完全なものに、更にしたがって統一可能の見込みのある体制に伸びてゆくために必要なワンステップ」であると述べる。また国民に対し、結核保険により結核から解放され、それにより人口過剰となることへの責任も負う必要があること、結核保険への拠出によって全面的な社会保障が可能となること等への理解を求める必要を説く。さらに結核保険の単価水準について健康の価値にまで遡った考察を加え、結核保険は早期診断、早期治療、レハビリテーション等を総合的に実施する手段であることを強調し、連載を終えている。

第3節 結核保険の行方

祥の論考が発表された頃は、結核による健康保険等の財政への圧迫と、健康保険等、結核予防法、生活保護法の3者により賄われていることの矛盾や課題に焦点が当たっており、背景には、化学療法の普及等による死亡率の低下と治療期間の長期化の問題があった。他方1954年3月には厚生省の第1回結核実態調査の結果が発表され、推計患者は約292万人、必要入院患者は約137万人、排菌患者は約80万人でそのうちの約80%が無自覚という事態が明らかになった。

この状況下で制度審は1954年度において「結核問題と取り組んだ」³⁹⁾。同年9月11日の総会で結核対策特別委員会が設置され、恒久的な結核対策を検討する傍らで、同年末に政府への当面の対策に係る申入れをまとめた。一方結核保険は恒久的な対策の議論にて採り上げられた。同年11月の特別委員会で設置された特別小委員会において、結核保険への賛成論として①結核への国家の責任を明らかにできること、②特別な制度への国庫負担の方が一般医療給付への国庫負担よりやりやすいこと、③予防、治療等の対策を一貫して行えること、④関係法規を一元的に統一整備できること、⑤予防活動を活発に行えること、⑥療養施設等の拡充が十分に行われること、反対論として①既に相当程度整っている医療保険制度を拡充すべきこと、②社会保険

39) 総理府社会保障制度審議会事務局編纂 [1961], p.332。以下この節の制度審の議論は、別途の根拠を示さない限り同書のp.332からp.348に依拠している。

対象者以外からの保険料徴収が困難と思われること、③保険制度の体系が複雑化すること、④現在のままでは医療費が膨大となること、⑤制度の運営組織に問題が多いこと、が挙げられた。別の報道⁴⁰⁾では、船員保険会会長清水玄⁴¹⁾が主な利点は心理的のものと述べ、木村忠二郎厚生次官は実現困難とする一方で、谷口弥三郎参議院議員はこの際断然制定すべしと主張し、その他宮尾武男（健康保険組合連合会）⁴²⁾及び齋藤齊（日本経営者団体連盟）が賛成、黒沢潤三（日本医師会）、中山寿彦（参議院議員）⁴³⁾、近藤文二が反対したとされている。

こうした議論を経た後、1955年3月30日の結核対策の強化改善に関する勧告では、結核保険は全9項目の最後に単独の事項として取り扱われ、「結核対策は、その予防、治療及び経済の面を通じ一元的組織的に行い、かつ、全国民を対象として考慮する必要がある（引用者－略）観点からいって、結核保険のごとき制度による、結核対策の統一的施行の方法を早急に研究すべきである」とされた。正面から取り上げられたという意味では前向きと受け止められるが、一方あくまでも「ごとき制度」であり、結核保険そのものの推進は提言していないとも受け止められる玉虫色の文言であった。

制度審の勧告の7か月後、1955年10月にまとめられたのが厚生省の七人委員会⁴⁴⁾の報告であった。ここで結核保険は、「国が保険者となることも一案」と言いつつ「都道府県を保険者とし、国がその再保険を行う」ことが考えられるとするも、「わが国の現状において直ちに実現出来るであろうか」と疑問を呈された。難点として、療養に要する経費を保険料で賄えるだけのものを徴収するのは困難であること（所得に応じた保険料負担なら一種の目的税となること）、相当部分を国庫負担に求めるなら結局国民負担の問題に置き換わるに過ぎないこと、全国民を対象とした場合の要入院患者数を満たす病床数は容易に実現が見込めないこと、国が多額の負担を行い得るなら保険ではなく直接の国庫負担で解決できることを掲げている。さらに、現行の結核予防法は濃厚感染源の患者は強制的に隔離療養する建前となっているが、実施されていない現状について、保険制度で行うならこうした「微温的」な姿勢では済まされないことを掲げ、結核予防法による公費負担の対象を拡大し、国庫負担率を増し、都道府県の負担率を軽減するとともに（裁量制ではなく）義務制とすべきと述べた。

40) 『社会保険旬報』[1954-2]。

41) 厚生省保険院初代社会保険局長を1941年12月まで務め退官した元厚生官僚。商学博士（『社会保険旬報』[1954-3]）。

42) 宮尾は別の論考でも「結核を一般の疾病保険からはずして別枠の経済にせよ」と述べていた（宮尾[1954]）。他方室町健康保険組合山本徳治は、結核を健康保険から切離すと「健康保険の妙味と申しますか、大変縮小される」と発言しており（『月刊社会保障』[1955]）、同様の懸念は別途の雑誌記事でも見られる（『月刊社会保障』[1954]）。山本の発言は「健康保険に結核というものをどこまでも抱いていく、国はこれに対して或る程度の助成をやっていくということが必要ではないか」と続く。結核医療費の高騰による健保組合の赤字への懸念に関しては共通するが、対策に対しての思惑は必ずしも一致していないことが伺える。

43) 谷口弥三郎、中山寿彦とともに日本医師会会長を歴任（日本医師会創立50周年記念事業推進委員会記念誌編集部会[1997]、p.372-373）。谷口は賛成、中山は反対だったが、健保連同様日医関係者にも様々な考え方があったことが理解できる。

44) 七人委員会の設立の背景、医療保険の発展への貢献に関しては、吉原・和田[2008]や島崎[2020]等を参照されたい。

制度審でも中心的存在であった近藤文二⁴⁵⁾は七人委員会にも参画していた。近藤のこの頃の所論は七人委員会報告と軌を一にしていた。近藤個人の論考で結核保険を直接に採り上げたものはないため、前掲の否定的意見の根拠が近藤個人の意見と一致しているかは不明だが、彼はある座談会⁴⁶⁾で、イタリアでは健康保険がなかった時代に結核保険を開始したが日本は逆であることを述べた上で、実施した際の予算の積算を厚生省にさせたが、どのような割合でどう負担するかが「非常にむずかし」く、税で行うとしても「1,000億円という金を1兆円予算⁴⁷⁾で出せと言っても無理」であり、結局結核予防法となると述べていた。

また近藤は、特に理由を説明せず、結核保険について「われわれ（引用者注：七人委員会）はこれをとらない」⁴⁸⁾とも述べていたが、制度審や七人委員会での盟友今井一男⁴⁹⁾も「ぼくらは、いわゆる保険としては、絶対に成立しないと反対した」⁵⁰⁾と発言していた。彼らは1956年11月の制度審の医療保障制度に関する勧告のとりまとめにも参画した⁵¹⁾が、そこでは結核保険への言及はない。ただし「思い切って膨大な経費を投入」して結核の「撲滅に強力な、一つにまとまった施策を行うことが必要」とし、その手段として、結核医療費公費負担を増強し、「予防および医療の費用を通じて一本の特別会計または基金を持つ」ことが盛り込まれていた。この「特別会計または基金」という発想について、近藤は1956年7月の論考⁵²⁾で前出の宮尾武男がこの頃もまだ主張していた、結核管理を健康保険から切り離す発想に疑問を呈する一方、現行の公費負担制度では生ぬるく、思いきって特別会計で結核庁のようなものの設立という趣旨自体には同意していた。そのことについて今井一男は、結核保険の創設の主張とともに葛西嘉資⁵³⁾が「めずらしく執着」していたと指摘していた⁵⁴⁾。葛西は「社会保障イコール結核対策」⁵⁵⁾と述べる熱

45) 近藤は制度審の1950年勧告の頃には結核医療について国営論を唱えていた（小野 [2022-1], p.148。なお近藤の制度審での活躍についても同書を参照されたい）。それに先立ち近藤は、結核対策は「国民健康保険の普及に先立ちまっさきに国費療養の方法」を採るべきとし、その手段として「全国民を対象とする強制的結核保険を実現するべき」と述べていた（近藤（文）[1949]）。「国費療養」の手段としての「強制的結核保険」は一見理解しがたいが、同時期の近藤と並ぶ有識者であった末高信もかつて「国家全額負担の社会保険」という表現を行っており（小野、同、p.176）、そういった発想が当時存在していたことが理解される。ただし近藤は、末高と異なり社会保険であるからには労資、あるいは資本の拠出が必要という持論であり（小野、同、p.163）、また国保については社会政策としての本質が認められないが、公的扶助でもない（世界で初の社会保障としての医療保険と述べるなど（小野、同、p.141-2）、「保険」と称するからには拠出があるべきという発想であったことも伺える。この点の近藤の所論の整合性の理解に関しては、今後の課題としたい。

46) 近藤（文）他 [1955]。なお参加者の一人に、当時結核予防会結核研究所長であった隈部英雄がいた。隈部の結核対策への貢献に関しては結核予防会 [2016] を参照されたい。

47) 1953年はインフレに見舞われ、一般会計予算を一兆円以内の枠内にとどめる緊縮予算とした第一次大蔵省原案が組まれる情勢であった（総理府社会保障制度審議会事務局編纂 [1961], pp.301-2）。

48) 近藤（文）[1955]。

49) 今井の制度審での活躍についても小野 [2022-1] を参照されたい。

50) 今井・小山 [1985], p.212。

51) この勧告の第一次草案も近藤文二が起草したと記録されている（制度審第55回総会（1956年11月8日）での山本利寿医療保障特別委員長（衆議院議員）の発言。国立公文書館保存議事録参照）。

52) 近藤（文）[1956]。

53) 元厚生次官。1955年の頃は日本赤十字社副社長。

54) 今井・小山、同。

55) 葛西他 [1955]。

心さであった。個人名の同時期の結核に係る論考⁵⁶⁾では結核保険を直接的に述べてはいなかったが、結核対策に一定期間、重点的に思い切った経費をかけ、どうしても財源がない時には一時的に目的税を創設してはどうかと主張していた。併せて彼は国民皆保険を「健全にやっていくためには結核対策をやらないと健全な医療保障体系はでき」ず、重点的な経費の使い道に「順序がなければならんと思う」⁵⁷⁾と述べていた。

この頃を境に、結核保険議論は下火となった⁵⁸⁾。背景には、1955年、57年の結核予防法改正による健診の拡充や健診、ツベルクリン反応検査の公費負担化、並行した結核病床の拡充や、1959年度からの結核対策特別推進地区制度の実施（健康診断と予防接種の徹底、検診の強化等）他、命令入所患者への入院費の公費負担額の都道府県への補助率を1/2から2/3に引上げ）等が進んだことがあった。結核医療と社会保険との関係では、1961年の改正国民健康保険法の施行－国民皆保険の達成－と同じ年に施行された再度の結核予防法の改正による、命令入所患者等の医療費についての公費負担の原則の明確化、及び国庫負担の補助率の1/2から8/10への引き上げによって、命令入所件数が「一挙に五倍以上に急激に増加し、感染源対策として顕著な成果を収め」⁵⁹⁾た。この結核予防法の改正で、国保被保険者の結核入院医療費はほとんど全額公費負担となり、国保の負担が軽減されたため、島尾忠男をもって「国民皆保険の達成の陰に『結核予防法』の改正あり」と評価させた⁶⁰⁾。同時に高度経済成長を背景として1957年から61年までは政管健保財政も黒字に転じ⁶¹⁾、死亡率の低下に代表される結核医療の更なる進展もあった。

第4節 小括

こうした経緯を踏まえた上で、改めて祥の提案を見ると、高度経済成長への移行期であり医療保障に費やす資源も限られていた時期において、国民病と言われた結核に係る予防、治療両面での財源の調達のため可能な対策を追求した形態の一つであったのだが、同時に結核の予防と感染源となる患者の隔離に注力して患者の発生を抑制することにより、医療費水準を一定に抑制しなければ、当時の日本が理想としていた社会保障－医療で言えば国民皆保険－が達成できないという問題意識の顕れでもあった。そのためには一つの制度で統一的に対策を講じるべきという発想が、健康保険の赤字対策として結核を別枠とすべきという意見と共鳴し、実現しなかったが俎上に乗せられるべき案として、制度審や七人委員会にて扱われるに至ったと考えられる。島尾のように、国民皆保険の達成には結核医療に対する国庫負担割合の大幅な増が重要な役割を果たしたとの評価が可能であり、結核保険での社会保険料負担という新たな財源を

56) 葛西 [1956-1], 葛西 [1956-2]。

57) 葛西・太宰 [1957]。

58) 国立国会図書館の検索システムで当時の最後に結核保険で該当するのは、1956年9月、兵庫県医師会顧問 井上門司の小論（井上 [1956]）であった。

59) 厚生省五十年史編集委員会 [1988], p.1096。

60) 結核予防会 [2016], p.106。なお当該箇所の初出は島尾の2013年の寄稿。島尾は当時結核予防会名誉顧問、結核研究所名誉所長。

61) 吉原・和田 [2008], p.175。

得なくとも1961年に結果的には成就したのだが、1953年と1961年の経済、財政事情や結核への対応手段の違いを考慮すれば、1953年の段階で新たな財源としての社会保険料を提唱する発想は理解できる。

また祥は結核保険を社会保障制度の成長への「ワンステップ」と表現していた。この発想は葛西が述べた、経費の使い道の「順序」という表現にも通じるが、国民皆保険という頂上に向けた登山道を、結核保険という、いわば「結核をいったん健康保険等から切離す」ことで財政負担を軽減して達成し、並行して結核保険による重点的な投資にて結核医療費を抑制するという経路か、あくまでも結核を医療保険で抱えつつ、結核をも呼び水として国庫負担を増大させ達成しようとする経路⁶²⁾かの違いであったとも評価ができよう。イタリアは前者の経路を採用したが、祥はイタリアについて、結核への真の国民皆保険思想ではなく、労働保険の思想が主流をなす中でたまたま最も必要な結核から手を付けたと見受けられると論じていた。他方制度審での反対論のように、既に一応のメニューが揃い、真の国民皆保険に達するためには、例えば従業員5人未満の小規模企業従業員への適用や、国保未実施の地域の解消等の適用面での課題に対処する段階にあった日本では、近藤や今井が唱えた後者の経路が採用されたのであった。

第3章 まとめ

以上1930年代から50年代に提起された結核保険構想に関し、先行のイタリア及び日本で提唱した3者の問題意識及び制度設計を概観した。最後に気づきの点を述べる。

1点目は、佐藤の「他の社会保険制度の機能を十分に発揮すること」との主張、あるいは宮尾武男の賛成論に見る、長期疾患の切り離しが健康保険等の機能を十分に発揮させる上で望ましいとの考え方についてである。これらは時代を下り、老人保健拠出金増大の問題を抱えるに至った医療保険制度から、一定の高齢者向けの給付を切り離して介護保険を創設した際の、健康保険関係者の問題意識にも通じるものがある。医療保険制度においては、発生確率も、必要な介入の費用や期間も全く異なる傷病を保険事故として包含せざるを得ないが、他方であまりに長期で、他と比べて件数が格段に多いようなものを同じ制度で抱えとした際の、事故の同質性への疑問が生じることも理解できる。あるいは事故としての同質性が認められたとしても別建てとして、ふさわしい保険料や公費負担の在り方を考えるべきという考え方も成り立ち得る。そうした事故としての区別という説明が成り立ち、同時に財政上の懸念が惹起される時、別建て制度の発想が生まれるともいえる。介護保険の場合は、基本的に高齢者のみという受給者のカテゴリー化も明確であり、福祉側の改革の必要や、社会的入院や家庭での介護負担の解消

62) 島尾は1961年の結核予防法の改正による命令入所の公費負担割合の引上げが国保財政を救済し、国民皆保険の実施を後押ししたことに関し、厚生省内で結核対策担当部局と国保担当部局の協議があったのか質問していた（結核予防会 [2016], p.108）。これについて島崎謙治は、当時の記録や関係者の証言からして国民皆保険の実現の後押しのために結核予防法の改正が行われたとは考えにくい、阿吽の呼吸で同時期に行われた可能性は否定できないとした上で、島尾同様結核予防法改正等の結核対策は国民皆保険の実現・発展に貢献したと評価している（林他 [2017]（島崎分担部分））。

等社会的要請も高まったことで実装に至ったとも言い得よう。

2点目は、結核保険の提案の趣旨として、脚注12の今村荒男の「簡単なる疾病の為よりも長期に互る疾患の為に金を費消するのが合理的」との主張や、祥が高額かつ長期間の給付が結核がほとんどであり件数も多かったことを根拠に、結核保険こそ必要で、全疾病対象の国民皆保険の必要性を「甚だしく薄い」と述べたことの意味である。祥の主張は現在もしばしば耳にする、公的医療保険の給付範囲を生命・健康、経済両面、あるいはいずれかのインパクトの重大なものを優先すべきという発想につながり得る。オランダでは医療保険としては一定所得以下の被用者のみ強制加入であったところ、全国民を強制加入の対象とする重大な医療リスクを対象とする制度としてAWZ（後AWBZ、現在のWLZの前身）を1966年に導入し、基本的な医療保険について全国民を強制加入としたのは2006年になってからという経路をたどり、今も高齢者介護の施設ケアを含むWLZと一般の医療を対象とするZVWの二本立てとなっている⁶³⁾。オランダのAW(B)Z導入の理由としては結核ではなく精神疾患や先天性の障害が挙げられ⁶⁴⁾るが、長期間の給付が必要な、インパクトの重大なものを優先し強制加入の公的保険を開始する面では、結核保険と同様の発想と指摘できる。基本的にすべての医療をカバーする仕組みを全国民に強制的に適用するにも、国により経路が異なり、現代の形式に歴史が反映することが理解できる。

3点目は、各論者に見られた、結核保険のような社会保険制度を特定の疾患の撲滅に用いようとした発想である。わが国では医療、介護、年金、雇用（失業）、労災の5分野で用いられている社会保険という政策手法は、保険原理の下で共通のリスクに面する者が保険料を拠出し、事故時に給付を受けるものだが、事故自体がなくなることは想定されていない。病気や負傷、要介護状態、老齢や障害、生計維持者の死亡等、失業、労働災害などの保険事故は永続してしまうことが前提で制度が設計されている。勿論健診など避け得る事故を予防する仕組みはあるが、予防の努力が不可能な事故も当然想定しており、事故の撲滅－ゼロは困難だが限りなくゼロに近い発生確率を目指すこと－を念頭に置いているとは言い難い。唯一労災は個別事業主の予防努力を促すため保険料率にメリット制を導入して事故の撲滅を目指している。労災による死亡数の減少や、業務上疾病の発生数が2000年代にはほぼ横ばいとなるなど相当程度抑制が達成されているが、他方精神障害に係る労災補償件数の上昇⁶⁵⁾等の新たな事故類型の台頭や、2020年の新型コロナウイルス感染による業務上疾病者数の急増⁶⁶⁾など、新たな事故類型も包摂する側面を有している。

他方で結核保険は、事故発生の永続性や、新たな事故類型の包摂という性質を有していない。勿論、対応が予防法や化学療法 of 進展等で変わることはあったが、結核という事故が撲滅の状

63) Kroneman et. al. [2016], p.19. なお後継のWLZの給付内容の変化に関しては小野 [2022-2] を参照。

64) Exter et. al. [2004], p.9.

65) 厚生労働省第1回産業保健のあり方に関する検討会資料（2022年10月17日、<https://www.mhlw.go.jp/content/11201250/001001044.pdf>、2022年11月23日最終アクセス）。

66) 厚生労働省 [2022]。

態に至ったら、イタリアの結核保険の現在の姿のように縮小され、ひいては結核予防法が2007年に廃止され感染症法に統合されたように、一般制度に吸収されることは想像に難くない。そうした性質の事故にもかかわらず、独自の保険料の徴収コストをかけてまであえて独自の社会保険制度の創設を提起したのは何故か。提唱の理由として彼らが掲げたのは、一つには当然に、巨額の資金を必要とする対策を公費のみで早急に実施することが困難で、自前の財源を調達する必要性があったが、ここでは社会保険という「自主的共済制度」（佐藤）、「相互扶助」（長瀬祥）、「社会連帯の精神」（長瀬）等を根本原理とする仕組みのメリットを重視していたことに注意を促したい。結核は人の交流により拡大し、患者や家族への影響が長期に及ぶ。同時に積極的な予防策が重要なため、資金を国民自ら保険料として拠出することが正当であるとの発想があったことは、社会保険の原点となる発想を体現したと言い得よう。簡易保険や民間保険にも造詣の深かった佐藤、官僚アクチュアリー先駆者であった長瀬、社会保険の原理的考察から稿を起こした祥が何れも結核保険に辿り着いたこと、さらには制度審での政策議論の俎上に上ったことは、結核撲滅のための結核保険という構想は決して突飛な思い付きではなく、問題意識も含め真摯な検討に値するアイデアであったことの証左と言い得よう。

本稿執筆の2022年末において、新型コロナウイルスパンデミックの到来からほぼ丸3年を迎えた。慢性感染症の結核と急性感染症の新型コロナウイルスは性質が異なり、また結核が国民病とされていた時代と現代とでは社会経済事情は全く異なる。他方、全国民に対する予防の重要性や、予防から治療、経済的な支援に係る施策を一元的に行うことの優位性は類似の点もある。税や社会保険料の負担による公的な資金が一定の制約に面することも、当然同様である。

新型コロナウイルスの猛威に直面する我々は、先人の尽力の恩恵により、結核保険が論じられた時代とは全く違う水準の医療や予防サービスを享受しているが、費用負担も、診療報酬上の特例的な対応を駆使しつつ、先人が達成した国民皆保険により支えられている。他方で医療保険への巨額の公費負担に加え、予防接種や生活支援のため各種予算事業も実施されている。そうした今日、巨額の費用がかかる結核撲滅のため、国民自らの特別の追加拠出による結核保険が論じられていた時代と現代とを対比し、また結核保険という提案の背景と内容を知ることにより、ポスト・コロナ、ウイズ・コロナの時代における医療保険等の在り方を考察する上で些かの示唆を受けることも可能であろう。上述以外にも様々なヒントが取り出せると考えるが、本稿の射程外であり、今後の研究に委ねたい。

別掲表1 結核保険提案等の概要

	イタリアの結核保険制度	佐藤正の構想	長瀬恒蔵の構想	祥浩堂の構想
保険者	政府(執行機関は国立社会保険院)	政府(政府管掌一本とし、組合を認めない)	政府管掌(患者の心構えと開業医の態度の是正のため)。	政府(保健施設の運用、予防給付、医療給付の統一的運用、給付範囲と財政力の関係との関係の均衡ある調整のため。時の政府に左右されないよう委員会形式も一考)。ただし運営に関しては、①組合方式+国の出先機関又は都道府県の機関委任事務、②都道府県を事実上の保険者とし、厳格に義務と責任を法定、が考えられる。
適用範囲	一定以下の収入を有する被用者であって15歳以上65歳未満の者。工業・商業・農業・一定の官公吏、家内労働に属するすべての小被用者が対象 ² 。 家族(配偶者、子、起居を共にする15歳以下の弟妹にして扶養義務のある者等)も対象。	健康保険、職員健康保険、国民健康保険、船員保険の被保険者とその家族は強制適用。その他の一定収入以下の官公吏、商店、会社職員、店員、中小工業自営者、学校教職員及びその家族は任意包括被保険者。なお健保等の現行の結核関連給付は移管。	内地にいる臣民は強制加入を原則。但し一定以上の収入の世帯員は任意加入。内地に定住する外国人は任意包括被保険者。	全国民。強制加入。
保険料	労使折半 ³ 。月2回納付。一般的に廃疾老齢保険等と併せて徴収。	世帯別収入ごとに5段階とし、料率に差を設ける。常時10人以上を使用する事業所の一定所得以下の被雇用者は事業主との折半負担。家族員数が一定を超える場合(例えば5人)一定の加算。	被保険者が負担。世帯主は世帯員の負担すべき保険料を納付する義務。保険料は世帯員数又は年齢階級別で区分して徴収。生活困難世帯員は負担免除。市町村長が隣組長をして徴収。	所得税等の徴税事務を経由して収納。保険料率の設定までは行っていない。
国庫負担	なし。	事務費は国庫負担。保険給付費用の何割か(例えば1/5)国庫補助。直接療養施設の創設費についてはある程度(例えば1/5)国庫補助。	事務費の全額、保険給付費の1/3程度は国庫負担(保健(ママ)証券のようなものも一案)。	あり。ただし給付費の一定割合等は示していない。
受給要件	請求前2か年間に最小限24回の保険料払い込みを行ったこと ⁴ 。	特段の記述なし。	特段の記述なし。	特段の記述なし。
給付内容(概略)	療養の給付(衛生給付)、経済給付(各種手当)。	療養給付、予防給付、療養手当金の給付、廃疾年金の給付。	療養の給付、療養手当金、滋養費手当の給付。	共通のものとして療養の給付、予防給付、保健施設的事業、葬祭料。被用者に対し傷病手当金(独立自営業者は入らない)。
給付内容(衛生・医療)	主に療養所への収容。在宅治療は行われるも漸次廃止の方向。診療所での治療も漸減。被保険者及び家族に給付。	療養(入所及び自宅)、診療(外来及び巡回)、看護、移送等。給付支給期間は2か年以内 ⁷ 。	療養の給付は入院治療、自宅診療、巡回診療。重症者は原則収容、軽症患者は自宅又は巡回療養。	健保と同程度の療養。給付期間は一応3か年。全額給付。治療指針/基準を制定。

	イタリアの結核保険制度	佐藤正の構想	長瀬恒蔵の構想	祥浩堂の構想
給付内容 (経済(手 当))	家族救護手当(扶養の義務を有する家族を擁する被保険者が病院等に収容された場合に家族に対し定額を給付) ⁵ 。	療養手当金として、家族扶養の義務ある被保険者に対してのみ平均標準報酬月額60/100。給付期間は2年以内。 廃疾年金として、被保険者が労務能力を喪失した際に廃疾状態の継続する期間平均報酬年額の20/100相当を支給。	療養手当金は、専ら生計を維持する被保険者が収入を得られなくなった場合、1日につき1円程度を給付(「治療の万全を期するためには最低生活費を保障することが必要」)。 滋養費手当は、専ら生計を維持する被保険者以外の被保険者が結核に罹患した際に、1日につき50銭程度の給付。現金ではなく切符制。	療養手当金。現給額の8割程度が妥当。自営業者に対しては社会保険に加えるのは困難であり、私保険での対応か、あるいは強いて挙げると在宅患者への栄養補給費程度か。
医療機関	国立保険院の直営が主。被保険者が稠密し、患者数の多い地方及び治療の方途の不十分な地方を優先。過渡的方法として仮屋式ないし仮設天幕式の施設も整備。	(特段の記述はないが、直営施設、官民の療養施設等を想定。)	指導療法に重点を置く医療組織の必要。重症者用病床の増床とともに軽症者用療養所を新設し、一定期間指導の後自宅療養。要注意者は開業医を指導医に嘱託して療養。	公私を区別なく対象。ただし国及び都道府県は結核病床を持つモデル的施設を一般会計で設置。
保健施設 (予防)	94の各州の代表都市に州立結核撲滅組合を設置。結核の診断について、保険機関の自ら有する救護施設あるいは特に協定のある救護施設 ⁶ に加え、組合付属の診療所(健康相談所)においても実施。確定患者は病状等に応じて収容治療や自宅治療。組合は自宅治療を監督するとともに、付属診療所(健康相談所)において患者の自宅訪問、予防、治療指導実地調査等を行う。	予防給付を想定(保険者の提供義務)。健康増進、結核早期発見、予防・「結核性弱者」増強等。支給期間は限度を設けず、支障なき場合被保険者以外の者も利用可能。	定期健康診断、保養所・保養農園の設置、健康相談所の設置、結核予防研究所の建設(住宅や栄養の改善、過労防止等の研究とともに、統計資料に基づく調査研究を実施)。	予防給付を給付として実施。最高年3回の健康診断(ツベルクリン反応、X線診断、細菌検査等患者の病状診断は療養として給付)、BCG接種(確実性が確認された段階で)化学療剤の予防的投与。健康診断とBCG接種には保健施設的事業が必要。保健所の強化拡充とその他検診(ママ)機能を整備。

注

- 1：佐藤 [1941-1] では(国立) 社会保険院の原語表現を示してないが、同じ論文に、当該組織が制度創設期に、直轄病院又は療養所の創設が急務と認識していた旨の記述がある。一方健保連 [1954] では、国立厚生協会と訳出されている Istituto Nazionale Previdenza Sociale (INPS) が、制度創設期に被扶助人口に対する義務を果たすため、療養施設建設の任務を引き受けた旨の記述がある。これらの記述、及び現存する結核保険でも INPS が保険者とされている (Renga[2020], p.57) ことから、佐藤 [1941-1] の(国立) 社会保険院とは INPS であると考えられる。
- 2：健保連 [1954] では、1936年の農業労務者(小作人及び分益小作人) への適用拡充に加え、1938年、1940年の改正で初等教員及び正規助教員への拡充とともに適用対象者は14歳以上とされ、他方国家官庁や県、市町村等の職員・労務者等は適用対象外とされている。佐藤 [1941-1] との相違は略述の可能性もあるが、適用対象者の年齢は理解の齟齬があった可能性がある。ちなみに内野 [1942] は年齢を記述していないが、内野 [1955] は男14歳から60歳、女12歳から55歳の被用者労務者に強制されるとしている。
- 3：佐藤 [1941-1] では、日給の違いによる2段階のシンプルな保険料率が示されているが、健保連 [1954] では、基礎保険料及び補助保険料の2種類が賦課され、保険料級別も多段階化、労働者の別に料率も定められるなど複雑化したことが観察される。
- 4：健保連 [1954] では、初等教員及び助教員への例外や、その時代に設けられていた基礎保険料に係る追加の要件も定められているとされている。
- 5：健保連 [1954] では、経済的支援のための給付として本人毎日手当(入院中の被保険者に対し全入院期間中支給)、家族毎日手当(被保険者が扶助(入院あるいは通院)を受ける間、被保険者の一定の家族(配偶者、子等)に対し、被保険者が扶助を受ける期間支給)、退院後手当(退院後の通院治療のため、入院期間に応じ異なった期間と金額の給付を、被保険者本人及び家族に支給)の3種類の給付が定められているとされている。
- 6：文脈的に、保険機関とは(国立) 社会保険院、救護施設とは入院等の収容施設のことと解される。
- 7：当時の健康保険制度における結核診療の給付期間は、前述のように本人、家族とも最長1年であった。

別掲表2 結核保険提案等の財政試算

佐藤正の構想	長瀬恒蔵の構想	祥浩堂の構想
被保険者：約1,950万人(強制適用約1,950万人, 任意適用約2万人) 一人当たり年間総給付費：15円58銭 年間支出総額：約3億400万円 保険料負担：一般事業の場合 強制包括被保険者 報酬日額の2.5/100 (但し本人1/100, 事業主1.5/100) 任意包括被保険者 月収に応じ1日当たり4銭又は5銭(全額自己負担) 重工業の場合 強制包括被保険者 報酬日額の4/100 (但し本人1/100, 事業主3/100) 任意包括被保険者 月収に応じ1日当たり5銭又は7銭(全額自己負担) 国庫負担額：約6,500万円(約2割)	年間支出総額：約2億円。うち保険給付費1億8千万円, 保健施設費1,100万円, 事務費900万円。 保険料負担：総額1億2千万円。1人当たり月額15銭～20銭。 国庫負担額：8,000万円	被保険者：約8,800万人(総人口) 年間支出総額：合計：1,126億円 うち結核医療費671億円, 健診, 予防接種経費42億円, 予防給付39億円, 生活費保障(傷病手当金, 栄養補給費) 379億円。 保険料負担：保険料率での計算は行っていない。 国庫負担額：約298億円(現在より140億円の純増)

＜参考文献＞（アルファベット順）

- ・アルデマーニ・ミルコ（下位春吉編述），1940，『ファッショ・イタリアの社会事業』，成文堂印刷所
- ・Exter A, et. al., 2004, “Health care system in transition: Netherlands”, World Health Organization. Regional Office for Europe
- ・林玲子，島尾忠男，島崎謙治，石川信克，杉下智彦，2017，「第30回日本国際保健医療学会学術大会ミニ・シンポジウム『タテからヨコへ～リソースをどう使うか～ UHCの経験と応用』報告」『国際保健医療』32（1），pp.27-36
- ・今井一男・小山路男，1985，「医療費問題の渦中で（その1）－今井」小山路男編著『戦後医療保障の証言』，総合労働研究所
- ・今村荒男，1938，「伊太利の対結核戦（特に結核義務保険）」『関西医事』10（30）（394），pp.5-7
- ・井上門司，1956，「結核保険制度を創設せよ」『日本医師会雑誌』36（5），p.309
- ・葛西嘉資，1956-1，「結核問題と医療保障」『共済時報』4（10），pp.8-11
- ・葛西嘉資，1956-2，「今日の結核問題－医療保障と結核－」『厚生』11（10），pp.8-9
- ・葛西嘉資・太宰博邦，1957，「医療保障を解剖する イギリスの実態とその批判を中心に」『月刊社会保障』11（129），pp.6-12
- ・葛西嘉資，浜野規矩男，大川秀吉，斎田晃，1955，「厚生省十年の歩み」『厚生』10（8），pp.32-43
- ・結核予防会，2016，『証言で綴る結核対策＝公衆衛生の歴史』
- ・国民健康保険協会，1948，『国民健康保険小史』
- ・近藤文二，1949，「社会保障への課題」『社会保険情報』3（1），巻頭言
- ・近藤文二，1954，「結核対策強化要綱」『月刊社会保障』8（11），p.5
- ・近藤文二，1955，「わが国社会保障今後の方向 特に健康保険法の改正をめぐって」『経営者』9（8），pp.6-9
- ・近藤文二，1956，「こだま 結核基金説の盲点」『社会保険週報』（23），p.5
- ・近藤文二，隈部英雄，千葉保之，吉田秀夫，1955，「日本の結核の実体と対策の在り方 結核実態調査，社会保障制度審議会勧告，七人委員会方向をめぐって その2」『労働と結核』（20），pp.4-15

- ・近藤宏二, 1942, 『人体と結核』, 岩波書店
- ・厚生省五十年史編集委員会, 1988, 『厚生省五十年史（記述編）』, 中央法規出版
- ・厚生労働省, 2022, 『令和4年版 厚生労働白書（資料編）』
- ・Kroneman M, et. al., 2016, “The Netherlands: health system review” Health Systems in Transition 18（2）, pp.1-239
- ・宮尾武男, 1954, 「結核対策を急げ」『社会保険旬報』（409）, pp.4-5
- ・長瀬恒蔵, 1942, 「結核保険制度の速かなる実現を望む」『社会事業研究』30（1）, pp.11-14
- ・長瀬恒蔵, 1963, 『社会保険と五十年』, 社会保険新報社
- ・長瀬恒蔵, 1972, 「私の社会保障史（1）～（8）」『社会保険』23（1）(258)～（9）(266)
- ・中川義次, 1939, 「性病保険, 結核保険, 厚生保険等の社会保険の出産を熱望」『関西医事』11（8）(422), pp.17-8
- ・中益陽子, 2009, 「第三部 社会保険および保健 4 保健制度」小島晴洋他『現代イタリアの社会保障－ユニバーサルリズムを越えて』, 旬報社, pp.168-184
- ・日本文化中央聯盟編, 1938, 『昭和13年版 日本文化団体年鑑』
- ・日本文化中央聯盟編, 1940, 『伊太利の新体制』
- ・日本医師会創立50周年記念事業推進委員会記念誌編集部会, 1997, 『日本医師会創立記念誌:戦後五十年の歩み』
- ・小野太一, 2022-1, 『戦後日本社会保障の形成 社会保障制度審議会と有識者委員の群像』, 東京大学出版会
- ・小野太一, 2022-2, 「オランダにおける要介護認定の変遷と日本への示唆」『週刊社会保障』76（3181）, pp. 42-47
- ・大村潤四郎, 1951, 『社会保険と結核』, 社会保険法規研究会
- ・Renga, Simonetta, 2020, “Social Security Law in Italy (2nd edition)”, Wolters Kluwer
- ・佐分利輝彦, 1951, 「新結核予防法と医療費の負担（1）～（4）」『社会保険旬報』（287）, (288）, (302）, (305/306）
- ・佐藤正, 1941-1, 「伊太利に於ける強制結核保険に就て」矢野恒太君保険関係五十年記念会編『蒼梧矢野恒太君保険関係五十年記念文集』, 社団法人生命保険会社協会, pp. 473-519
- ・佐藤正, 1941-2, 「我国に於ける結核保険に就て」『保険医事衛生』4（1）(16）, pp. 2-19
- ・佐藤正, 1941-3, 「結核対策としての結核保険制度」『社会事業』25（12）, pp. 10-19
- ・佐藤正, 1941-4, 「結核保険制度の実施に関する考察 ー日本結核病学会総会特別講演・昭和16年4月」『日本医学及び健康保険』（3227）, pp.5-15
- ・島崎謙治, 2020, 『日本の医療 制度と政策』, 東京大学出版会
- ・祥浩堂, 1953-55, 「結核保険を提唱する」『社会保険旬報』（375）～(423)
- ・総理府社会保障制度審議会事務局編纂, 1961, 『社会保障制度審議会十年の歩み』
- ・内野仙一郎, 1942, 『各国の社会保険展望』, 健康保険医報出版部
- ・山口正義・小山路男, 1985, 「戦後の結核対策ー山口 小山路男編著『戦後医療保障の証言』, 総合労働研究所, pp.105-126
- ・吉原健二・和田勝, 2008, 『日本医療保険制度史（増補改訂版）』東洋経済新報社

<雑誌記事>（年代順）

- ・「芬蘭に於ける結核保険」『保険銀行時報』（499の67）[1912], p.5
- ・「結核保険組合」『日本医師協会雑誌』12（7）[1935], pp.209-10
- ・「瑞西に於ける結核保険」『関西医界時報』（336）[1937], p.11
- ・「主要国社会保障制度要覧」大蔵省大臣官房総合政策課編『調査月報』39（12）[1950], pp.170-242
- ・「結核医療費公費負担の適用範囲を拡大 結核主管課長会議で指示」『済生』（291）[1952], p.3
- ・「イタリアの結核保険」健康保険組合連合会編『調査時報』（15）[1954], pp.89-126
- ・「特集 結核実態調査の教訓 画企（ママ）的な結核対策強化実現するか 結核対策要綱を中心として」『月刊社会保障』8（10）[1954], pp.9-17
- ・「時論 結核医療費と国費負担」『社会保険旬報』（399）[1954-1], p.3
- ・「結核対策の検討進む 社会保障制度審議会 結核保険創設は消極」『社会保険旬報』（411）[1954-2], p.17
- ・「スケッチ BOOK 船員保険会の新会長 清水玄氏」『社会保険旬報』（409）[1954-3], p.11
- ・「財政危機打開への途」『月刊社会保障』9（3）[1955], pp.32-43