

医療保障と結核問題

一九五四年度における入退院基準・看護制限反対をめぐる日本患者同盟の運動を中心として――

小 倉 襄 二

Ⅰ序言―社会保障を闘いとする運動は現実の段階においては、生活を守り、向上させていくために組まれる、広汎な国民の統一行動の重要な結節点となつてきている。「労働者のための社会保障要綱」(平和経済国民会議資料社会保障委員会作成)においても「実質賃金を引上げること、統一斗争の目標を自分達の身近かなところに求めること、労、農、市民が一致して打ちあがれる具体的な共通目標を打ちたてること、つまり、社会保障の問題に目を注ぐことである」と述べている。この内容をまた次のごとくも述べている「社会保障の要求は、全国いたるところの国民各層のなかで高まりつつある。労働組合が失業者の問題をとりあげ、生活保障の問題をとりあげて現在の低賃金とこれらの低所得階層とのつながりを意識しつつあるところに国民的なひろがりをもつて社会保障の要求が組織される時期がすでにきていることを示している」(総評・調査時報十二号巻頭言・全国民的な闘いに拮つた社会保障

の要求)ここでいう「国民的なひろがり」ということは、たんにスローガンや運動の目標といった意味ではない。それは多くの困難をこえて今後に確立さるべき社会保障の構造にたらなる重要な表現なのである。たとえば社会保障の理念としては憲法二十五条にもとづく国家の国民に対する生活保障のことであり、それは、「疾病、負傷、分娩、療疾、死亡、老令、失業、多子その他困窮の原因に対し、保険の方法又は直接公の負担において経済保障の途を講じ生活困窮に陥つた者に対しては、国家扶助によつて最低生活を保障するとともに、公衆衛生及び社会福祉の向上をはかり、もつてすべての国民が文化的社会の成員たるに値する生活を営むことができるようにする」^(註)制度であるとされている(総理府・社会保障制度審議会編・社会保障制度に関する勧告・昭二五・一〇・二八・五頁)このような社会保障制度の成立の条件としてたんに労働者がその社会保障部門にむすぶ側面においてのみ闘いを展

開するにとまらず、社会保障制度を組成する他部門、すなわち前掲の社会保障制度に關する「報告」においてあげられた國家（公的）扶助、公衆衛生、医療制度、社会福祉事業等の諸領域についても重大な関心を傾注し、關係部門の人々と協同してそれらの前進を推進する任務が生じているといふのである。社会保障を闘いとる國民的なるがらといえげ近來、総評はじめ労働組合において

社会保障要求が具体的に討議され、前述のごとき統一行動の結節点となつてきていることとともに、このうごぎのなかでとくに重要なのは被保護階層においても「組織化」のうごぎが拡大していることである。社会保障を守る会、健康を守る会などの地域組織が福祉事務所、職員、醫師、医療従業員、被保護者をむすんで胎動していることである（労働協・関西労働調査会・MSA下の失業反対斗争・二九・一〇・七〇頁参照）完全失業者は一九五四年八月には七十一万人に及び、潜在失業者、仮装されたる有業人口は労働力調査において一、五〇〇万人にも達した。一〇〇〇万人をこえる被保護階層の存在が確認され、一九五二年の場合には保護世帯七〇万八、六七一世帯・二〇六万人のうち労働力をもつ就業層は五七・五％の高率、一九五三年には被保護人員二二〇万人のうち六二万人は就業し、これを労働令（一五才以上六〇才未満）にある者のみについでみればこれに属する人口九二万八、七四七人、五八％強は就労しているのである。（第七回被保護者全国一斉調査・一九五三年一〇月）働く意志と働く能力を有しながら就労機会を得ずに窮乏の餘苦におちいつた人口部分の増大に相對

医療保障と結核問題

的過剩人口における稼働層の漸増、この現実の重圧が現役労働者の組織的な進歩にも反映し、生活を守り、向上させる闘いは狭い範圍の資金斗争にとどまらず、國民の各階層の生活保障にかたくむすびついた社会保障要求をうたひだすことが、もつとも統一的な闘いの姿勢であることが自覺されてきている。

この小稿のテーマは以上のような社会保障を推しすすめる態度を前提としてとくに疾病問題—ここでは結核問題—をとりあげ医療保障をめぐる諸問題に言及したい。結核と医療保障の現状の矛盾を露呈した条件として一九五四年六月ごろに激発した日本患者同盟の闘いの経過を中心にとりあげてみたい。

註(1)—平田宮太郎教授の表現によれば「社会保障の本来の目的は、理念的には依然、國民所得乃至労働所得の再配分に於ける購買力の賦与によつてすべての國民の最低生活を保障し以て生存権の実現を図らんとするにある」—（社会保障への途、昭二五・四七頁参照）

医療保障と結核問題を焦点的にとりあげるために一九五四年六月以降の日患同盟の斗争を分析するのであるがなぜこのような世界の療養史上にもかつてみないといわれた闘いがわが国に起らざるをえなかつたかという前提的条件—一般状況を次項であきらかにしてききたい。

Ⅱ前提—医療保障の危機の一般的状況—ここで医療保障としてとりあげる部門は社会保障における社会保険医療と公的扶助の医療扶助、さらに公衆衛生、医療制度にも及ぶ範圍である。なお医療保

医療保障と結核問題

障という表現はかならずしも一般的なものではない。社会保障制度審議会が一九五一年十月に行つた「社会保障制度推進に関する勧告」のなかの第三項「医療制度の合理化」において「国民の医療保障は各種の医療保険、結核対策及び生活保護法の医療扶助によつて行われている……」とのべてここではとくに医療保障という表現をとつている。ピザアリッチが社会保障によつて除去せんとした五つの害悪(窮乏(want)、疾病(disease)、無知(ignorance)、汚穢(squalor)、遊惰(idleness))のうちでも疾病は窮乏との悪循環においてとくに重視されるものであることは明らかである。最近数回に亘つて厚生省の実施した生活保護者の原因別実態調査によれば生活扶助に陥つた原因の五〇%乃至五五%が本人の病氣か家族の病氣にあることが明かにされている。(社会保障年鑑・一九五五年版・四一頁参照)社会保障の本質的な条件としての国家による国民最低生活の確保も少くとも国民に対する医療保障を確立することがまず必要である。いわけ医療保障は社会保障を組成する中核ともいえるであろう。現行法規(社会保障関係法)においても、健康保険法、労働者災害補償保険法、国民健康保険法、船員保険法、日雇労働者健康保険法、国家公務員共済組合法、国家公務員災害補償法、結核予防法、生活保護法(医療扶助)その他保健、公衆衛生関係法規が医療保障を構成しているわけである。これらの医療保障の諸法規によつて保障される国民の疾病の現状はいかなる状態にあるか。テーマである結核を中心にとりあげこれに対応する医療保障の危機の一般的形態をあきらか

にしておきたい。

結核問題は「女工結核」という戦前の産業結核の惨状をあげるまでもなくわが国の社会・経済機構、とくに国民の窮乏化とからみあつた深刻な社会問題であつた。戦後は一応抗生物質、外科的治療の発展によつて死亡率は減少している。一九五一年には年間死亡数は一〇万人を割り、死亡順位は二位となり、一人当たり一人、五二年には七万人合一人当たり八人、五三年には五万人合一人、一人当たり七人死亡順位は四位に減少した。しかし依然として患者数は減少せず、この対策樹立のため一九五三年八、九、一〇、の三ヶ月にわたつて実施された厚生省結核実態調査はきわ

○明かに結核の病変を認める者	527	万人
医療を要する者(結核患者)	292	
全人口に対し	3.4%	
休養を要する者	32	
注意を要する者	292	
結核患者		
性別	男	176
	女	116
年齢別	0才-5才	13
	6才-30才	116
	31才-	163
世帯種別	発見率	
	被保護世帯	5.1%
	社会保険世帯	3.4%
	その他の世帯	3.2%

1表 社会保障年鑑 1955年版
P157-P158より作製

めて注目すべき結果をあまりに示した。この調査は厚生省行政基礎調査と連繫をとり、専門家（岡治道・隈部英雄氏ら）によつて結核実態調査協議会を結成し調査地点は任意抽出法によつて二一地区を選び、一地区五〇世帯として全国約五万人を精密な方法によつて調査したものであり、受診率は九九・四％という世界に類のない高率をしめし、信頼度の高いものといわれている。

結核の一般的状況としてはI表のごとき結果があらわれている。結核患者二九二万人のうち医学的に要入院者は実に一三七七万人にも及ぶといわれている。医療保障費の増大、その危機の現象は国民を蝕むこのようにほう大な結核患者に集中表現されているといつて過言ではない。なかでも労働者を蝕む結核の実態はとくに深刻である。平和経済国民会議社会保障委員会資料も次のごとく指摘している。過労と栄養不良と環境衛生の劣悪さによつて起るあらゆる疾病の内、なんといつても一番その影響が強く悲惨な病氣は結核である。財務職員の結核発病率は全国平均、一二・二％、金沢財務局管内では実に一九・七％という職員の一割に近い患者が発見され、銀行従業員の二七年の集団検診では九・三％、日通東京支社管内では一・一％という数字が報告されている。

（前掲総評調査時報十二号・二九頁より）別の資料によればI表の実態調査をうらうちするものとして鋼管川鉄の結核罹患率（要注意・要保護を含む）一九五〇年を一〇〇とする五三年には一七三と上昇している。北海道開発局では全職員三、一六〇人に対し、三七七人が結核患者である。逓信従業員も八％が罹患してい

医療保障と結核問題

る。I表においても被保護世帯の結核発見率は全国比率三・四％をはるかに上廻る五・一％であることはすでにみたが、川崎市の失対事業に働いている日雇労働者の結核罹患率は実に一六％であり、葛飾の町工物では一〇人のうち三人が結核にかかつている。まがりなりにも医療保障の整備した大企業における発見率と比較して劣悪な就労条件に追いつたられ、身心ともに疲れはてた中小

企業の労働者、臨時工、季節労働者家族従業者の条件はさらにきびしいものがあると思われる。（社会保障制度審議会結核特別委員会における労働者代表の公述要旨・一九五四年一〇月九日公述者白井正志（全医労））同資料のなかでとくに注目すべき発言はいわゆるボーダー・ライン層といわれる低所得階層における結核実態把握の困難としかも予測される多数の罹患者の放置が結核まん延の温床化している点の指摘である。これに関連して例えば政府が実施する労働管内における労働結核委員会にしても、中小企業をはじめ、失業者、半失業者の結核問題は調査の対象から故意に外し、大企業だけに限定していること。しかも大企業での調査は、患者の就業規準をどうするかという問題に集中している。このことの意味は大企業や政府機関にどうしたら結核患者をいれないようにするか、就業者のなかで患者を発見したらどうしてそれを企業からしめだすかという立場でとりあげている。これが折角の集団検診が不安な就労条件に在る人々にとつては首切り検査に転化するものとなり、川崎市における例のごとく結核予防会医師の集検や精密検査を労組が拒否するといつた事態をまねいてい

医療保障と結核問題

る。このようなことから大企業のきびしい制約によつて就労を拒否された人たち、罹病を理由に解雇された人たちが中小零細企業にもぐりこんだり、商店に勤務したりして結核患者のたまり場となるということである。(前掲資料・結核特別委公述より)。またこれにむすびついて労働者の妻や子供は、その夫よりもつと危険な状態におかれている。主婦の結核が発見されたときはもはや手のつけようがないといわれるのが現状である。三池製錬所の一九五三年における家族検診では百人中八・五人の罹患者が発見され、とくに工場住宅にすむ家族には自宅にすむものの二倍以上の罹患率があつた。(竹中勝男・社会保障二九年三月・二四頁参照)Ⅱ表は実収入と有病者の関係をしめすものであるが貧困と疾病の相関を考える場合にみのがせぬ数値である。この数値のなかに収入の低劣Ⅱ

実収入	有病者
5,000円未満	57,4人
5,000~10,000	34,7
10,000~15,000	27,3
15,000~20,000	25,9
20,000~25,000	24,1
25,000~30,000	23,6
30,000~40,000	23,5
40,000以上	20,3
平均	29,9

1000人当り有病者数
厚生省行政基礎調査

Ⅱ表

に収入の低劣Ⅱ経済における貧困が有病率の高度として現象する構造をしめしている。都市の被保護者の健康状態についての一調査によれば体格、体重などにおける一般者

Ⅲ表 社会保障年鑑1955年版・P137より作製

年次	生活扶助人員		医療扶助	
	(月平均)	(年額)	(月平均)	(年額)
1951	18万人	122億円	28万人	82億円
1952	18	141	33	115
1953	17	148	36	175

時に要する費用の約六割にしかあたらなかつたのが五三年は生活保護法の主体である生活扶助一四八億を金額において遙かにしのごことになつてゐる。この点はテーマである日患の斗いにも深いつながりを有するものであるから医療扶助のうちわけをみてみると(1)一九五四年三月の調査によれば、その月の中に医療扶助をうけた人員は延で三六万三三二〇人、このうち四五%は結核患者で

との格差はほとんどみとめられないが、貧血、口角炎、慢性下痢と結核が保護世帯に多かつたのみかには変つていないが、中はむしばまれてゐる」と評してゐる。(籠山京・貧困と人間・昭二八・一四四頁—一四九頁参照)。この状態をさらに積極的に表示するのは公的扶助制度、すなわち生活保護法における医療扶助の動向である。生保世帯のうける扶助のうち生活扶助の対象者が減少の傾向(一九五三年度の被保護世帯は統計上は全般としても月平均約六九万世帯、一九三万人となり、五二年度より月平均で約二万八〇〇〇世帯・約一三万人減じてゐる)をみるのに対比して医療扶助は人数、金額とも増大しつゝある。(Ⅲ表参照)すなわち一九五二年には生活扶助額一

ある。五二年におけるそれは病類別にみると、結核によるものが総数の四四・六%（費用において総額の五八%）を占め、入院の占める比率は、総数の三六・二%である。結核による医療扶助の受給者は五五%が入院患者である。また単給（医療扶助のみを受けているもの）、併給別に比率をみると、総数の三八・一%が単給となつており、この場合においても結核では単給の比率は五三・七%に達している。これらの外に入院患者は二七%であるがその費用は逆に七四%をしめていたか、結核患者のうち入院と外来の比は半々であるのに費用は入院患者の方が九〇%近くをしめている等の点が一九五三年七月以後の厚生省の医療扶助実態調査によつてあきらかにされている。しかもこれらの重大な調査等による結論が結核対策の強化の方向とは逆に「日患の斗い」をひきおこすような予算削減にともなう強制措置のうらやけとなつたことに問題がある。生活保護の原因別調査についてのところでもれたことであるが貧困と結核の悪循環を表すものとして被保護要因の過半が疾病によること、この必然的帰結として医療扶助の増大（Ⅲ表参照）となり、とくに単給世帯のそれが当局者の論議にのぼつた。一九五三年六月・七月頃から医療扶助費が急激に上昇したがこのこともいわゆる「乱救」の問題ではなくして、医療費のかさむ結核患者がたえず医療扶助に落ちてくること、結核という疾患の性質上、長期間にわたつて扶助の対象にとどまるということ、とりもなおさず国民の窮乏化の進行の集中表現がここにあらわれたとみるべきなのである。

医療保障と結核問題

窮乏化の問題と結核の発現率においてボーダー・ライン層の生活内容の低さはとくに考慮すべきものを含んでいる。この場合のボーダー・ライン層は一人一ヶ月二、〇〇〇円、五人世帯で七、九〇〇円が一つの国線をもち、当時の保護基準の地域差を平均した五人世帯、七、二〇〇円を一〇%を上廻るにすぎぬところに、些の障害が起ればたちまち被保護世帯に転落するというボーダー・ラインがひかれたわけである。（厚生省行政基礎調査・一九五三・四月）これに對して一般被用者の収入階級別を参照してみよう。一三二八万人の被用者のうち、六、〇〇〇円未満が四二〇万人、六、〇〇〇円一八、〇〇〇円が二三三万人、八、〇〇〇円一四、二〇〇円が三三三万人、一、二〇〇円一三〇、〇〇〇円が二七五万人、二〇、〇〇〇円以上が七六万人となり、八、〇〇〇円未満の層が全被用者の四九、四%をしめている。（総理府・統計局、一九五二年・三月）このことがただちにボーダー・ライン層の収入との格差としての比較にならぬにしろ、生活保護世帯（一九五四年三月）、東京都内三・九人世帯一ヶ月の生活費は一万一、一三三円、一人平均二、八三二円、ニッケル係数六六%、食費一人平均一ヶ月一五九二円、一日三三三円、一回の食費は主食、副食合せて一八円ということである。そして一九五三年における工場労働者の平均賃金は税込み一一、三九七円、零細工場、労働者、女工、少年工などを加えるとさらに下廻り、日雇の人たちを考慮すればさらに低い水準が予想される、かりに平均、一万四、〇〇〇円という労働者の測定をとつても、被用者のうち五〇%にちかいかい人たちが、

医療保障と結核問題

厚生省行政基礎調査のボーダー・ラインすれすれの窮迫した生活においつめられているのである。「今の給料で、病気になるたらわれわれは、もうおしまいだ！身体一つだけが資本の労働者は、病気になるたおしまいだと、みんな感じている。健康保険で家族療養費の半額負担が、専業主婦さんになつて「全錠連」とか「造船」の一部をのぞいて治療費の半額ふたんは容易でない。お医者さんの報告によれば、家族の治療で、生活保護の医療券の利用率が、だんだんふえてきているが主人が働いているから出せないという一言であきらめたり、治療費に困るときには、当然とれる権利と知らないために、まだまだあまり利用されてはいない」(平和経済国民会議・社会保障委員会・社会保障の要求を組織しよう・一九五四年一月)。こうした現実医療保障における社会保険受診率の増大―保険経済の悪化―公的扶助の悪循環がますます拡大しているのである。こういう点から保守党までやすやすかゝげる社会保障のスローガンの現実の制度―機軸上の困難がある―社会保障制度をめぐつて一つの誤解がある、それは社会保障制度をもつて窮乏又は貧困に対する万能薬と考える態度である。……あらゆる類型の窮乏に有効であるというものでもなく、又その施行されるべき社会の構造的特質からはなれて任意に構想されることを許すものでもない(石田忠・社会保障制度の効果、北海道社会福祉・二巻一月・六頁)という見解はこのさい考慮すべきものとなる。

日本患者同盟の人たちの斗いの背景にはこのような社会保障の

困難・矛盾をふくむ一般的情况がひろがつている。しかもその上りな対策の危機、放置すれば結核医療は崩壊するというきびしい認識がふかくこの斗いをつらぬいていた。たとえば健康保険の医療給付は一九五三年十一月から三年になつたが、これと平行すべき患者の生活給である傷病手当金は一年半となり医療費は保障されても生活ができないという矛盾があり、傷病手当金が六〇%では本人を含めた家族の生活は成立しないのである。一九五一年四月に結核予防法が制定されたが、これは生活保護法(医療扶助)との関連でいえば、//他の制度においてみたられない部分につき補足的に必要な保護を行う//という生活保護法の原則からも結核予防法は生活保護法に優先するのであるが、経費負担の任意規定、補助率五〇%等について地方公共団体における予算措置が不十分(平衡交付金で渡されるこの費用が地方自治体で土木事業など派手なものに流用される面もある)であり、結果として予算不足による公費負担の不承認が多く、国民健康保険にしても被保護者を被保険者から除外、医療給付を制限する等のため、医療扶助よりも積極面において前進させるべきこの結核予防法などの医療保障がその機能を十分に果していない現状である。(前掲・社会保障年鑑・一三七―一三八頁参照)「結核予防法が実施されてから公費負担の該当者で全国平均四一%、堺市の如きは、実に九一%もの患者が適用を制限されているがこれは一部の富有層を除いては地方自治体の貧困からその費用が計上できず、逆に国の予算が余るといふ皮肉な現象さえ生れて来た。結核予防法は手続の複雑

さと費用の僅少さと地方財源の貧困さのため、予防法ではなく、制限法だといわれているが予防法制定の本質からいつてこれに期待する面は大きい一(前掲・社会保障委員会資料)このような事案から医療費の増加それともなう濫給の批判をいうまえに健康保険、結核予防法等の不備が生活保護法にしろよせされ、ますます矛盾を増大していることが指摘されねばならない。さきの結核実態調査は要入院患者が一二七万人にのぼることを露呈した。現在結核病床数は一九五三年十二月末現在で一七七八、四二一床(国立七千七百三十九床・公立二万八千四百五十八床・法人立四万四千八百八床、その他二万七千八百三十六床)、となつている。このギャップこそわが国結核問題の現実と未来の痛根を語つてあますところがない。厚生省は五四年度の予算要求としては、一万八千床を要求したが、これは公立、三千六百床、法人立、千八百床、組合立、三千六百床、計九千床となつて五三年度に比して一千床削減され、しかも国庫負担額の点から国立の結核病床増設を拒否したのである。Ⅳ表は日患の入退院基準・看護制限反対運動のもつとも直接の誘因となつた二九年度生活保護費の数字である。一兆円、デフレ予算といわれるものしわよせが波及した徴目はこの表に露呈している。この数字に関連して当初、政府の意図した点は(1)生活保護費、児童保護費の国庫補助率を遂行の入割から五割に減率する、(2)国民健康保険、医療費国庫負担二割を一割五分に減率、(3)健康保険組合に対する事務費国庫負担率一〇割を五割に減率、(4)保健婦、指導医の手当は全額削除、(5)結核予防対策費は、

医療保障と結核問題

生活保護費		
28年度予算	267億.48	} 315億.
29年度	厚生省原案 362	
	大蔵省修正 152	
	決定額 282	
29年度から差引へべき額		
米価改訂	2億4000万円	
入院点数改訂	12億4000万円	
奄美大島保護	5400万円	
前年度繰越赤字	20億	
	35億3000万円	
29年度予算	246億7000万円	

のちに削減(7)保健所の經常費、人件費を交付金制に切替え等、結核に關するもののみをひろつてもこのようなおそるべき医療保障の政策をうちだしてきた。これに対しては尾知のごとく全国的、全国民の各階層、階級、地域から歴史的な社会保障費削減反対斗争がひろがり、政府の意図に反撃を加えて、当初の意図は相当強く挫折せしめることができたのである。(大阪社会福祉研究編集部編・社会保障予算削減反対運動の一記録・五・一六頁参照)序言にふれた社会保障を闘いとる態勢への自覚「たとえ社会保障を守る会(一九五四・一月十一日結成)のごとき組織もこの闘いを遂げて確立されてきた。この組織に厚生省職組、全医労、自労など十八団体とともに日患も参加している。この一月の社会保障斗争のなかに六月以降の入退所基準・看護制限反対運動の条件は成熟していたのである。日患の闘いは決して過激した

Ⅳ表 日患世田ヶ谷地協私た
ち訴える"より
前年度増床分の増額に止り、さきにくれたごとく国立療養所の増床をみとめず実質的減額(6)結核医療費国庫負担の対象人員を三分

医療保障と結核問題

り、少数者のアジェーションによつて始つたりしたよりなうすつぱらなものではない。繰返すことであるが前述のごとき国民の窮乏化と結核の悪循環の拡大、医療保障、とくに医療扶助の危機に表現される状況が現実の政治権力の手によつて改善・向上の方向ではなくはて、生命をも脅かす破壊のコースへと押しやられようとしたときわきおこつたぎりぎりのいたましい斗いであつた。

—▽△—

ひとりひとりの涙を

ひとりひとりでからさないで

みんなのしあわせとするために

みんなの力をあわせて

—日患同盟資料より—

Ⅲ 日本患者同盟を中核とする入退所基準・看護制限反對運動の性格・経過

日本患者同盟は全国の結核患者五二、四〇五名（二六三の療養所、病院の患者、自宅療養者を組織・一九五四年七月現在・機関紙は日患情報、二〇〇号より療養新聞と改題）小稿にも資料として重編した）のきわめて機能的な組織であり、特色のある運動によつて患者の生活と医療を守つている。この日患の当面の斗いは「前提の項における一般的状況のなかで昭和二十九年五月七日、社発第三七六号厚生省社会局長名による各都道府県知事宛の「生活保護法の医療扶助による看護の給付の取扱について」同五月八日、社発第三七九号同、「生活保護法による医療扶助の適正実施について」の二つの通牒をめぐつて激発した。当局がこの二通牒

をだしたのは前述の生活保護費国庫負担率現行八割を五割に減ずる査定修正を行い社会保障斗争の反響にあつて八割復活とはなつたが濫給是正の名目のもとに、とくに医療扶助における結核入院患者に対して、退院可能な患者がベットを塞いでいることを理由に入退院の基準を示し、これを強行しようとし、さらに附添看護の濫給と看護料の不正受領の事実を会計検査院に指摘されたため附添看護の適正化をはかる意図でこれら通牒を發したという（前掲・社会保障年鑑の一九五五年一三八頁）その内容は「生活保護法による医療扶助の適正実施について」は、(1)最低生活費の認定について、医療扶助単給世帯一斉調査によれば五五、九八五世帯中、保護の停廃止、新たに一部自己負担を課し、または増額を指示したものが一二、四九一世帯、二割が不適正であり、濫給であるから留意すること(2)世帯単位の原則の例外的措置の適正化、(3)不適正受給排除のための家庭訪問活動の強化、(4)診療方針について医療監査の縮減、生活保護法、社会保険の診療方針によつては認められない面があるので、指定医療機関、審査機関の積極的な協力を得て適正診療の確保に配慮すること、(5)入退院（結核性疾患・精神病）の取扱いの基準について、(1)入院・イ粟粒結核、シニープ、その他急速に入院加療の必要が認められるもの、(2)外科手術療法等居宅通院では行い得ない積極的療法を適応症とするもの、(3)環境上結核を伝染させるおそれ大なるもの、(4)入院によらなければ診断及び治療方針等が決定し難いもの、(5)退院イ、結核菌培養がおろむね三ヶ月以上連続陰性で安静度が五度以

上に述べたことを認められるもの、外科療法を目的として入院し、一応その目的を達したと認められるもの。ハ、微量細菌者又は慢性炎症縮核患者であつて、当分の間、積極的な治療法を期待することができないと認められるもの、ニ、その他居宅療法によつて治療の目的を達すると認められるもの、(註)イの五度とは、作業療法又は健康者と殆んど同じ生活をしているもの等である。

「生活保護法の医療扶助による看護の給付の取扱について」の内容は、(1)、看護の申請に當つては、六月一日より事前に都道府県知事に協議のうえ行ふこと、(2)、申請書類の具備と手続について、(3)看護の申請は事前に行わしめ、事後申請は原則として認めない、なお緊急を要する場合は、電話によつて福祉事務所長に連絡せしめ、福祉事務所長は直ちに必要に応じて実地調査を行い、この結果に基き都道府県本庁に申請手続をとること、(4)看護の有無承認には実地調査等慎重に行ふこと(5)、看護の要否の迅速と看護券交付と不承認通知、(6)、看護の承認については病状に依り、最少限度の期間とし、その後は追加申請を行うこと、(7)、看護承認の原則(1)被保護者の病状が重篤であつて絶対安静を必要とし、医師又は看護婦が常時監視を要し、随時適切な処置を講ずる必要がある場合、(2)被保護者の病状は、必ずしも重篤でないが、手術のために比較的長期にわたり医師又は看護婦が常時監視を要し、随時適切な処置を講ずる必要がある場合、(3)内科的疾患、結核性疾患にあつては重篤な諸症状を有する安静度第一度のもの、その他内科的疾患にあつてもこれに準ずる症状を有するもの(例

医療保障と結核問題

浸出性肋膜炎の急性期二週間、腸結核で重篤、一ヶ月、咯血持続(持續期間)(4)外科的疾患(絶対安静、常時付添監視、処置を要する場合(例、胸廓整形術)二週間、肺葉切除)三週間、肺全剝出術(一ヶ月)ハ、承認期間二ヶ月に亘るものは、一ヶ月毎に承認を行い、再度追加承認をさせること

二通牒の内容を略記したがこの「日患の斗い」はこのような通牒の各項一つ一つに対して、彼等のせつばまつた病床生活の体験から、その不当なやりかたに抗議し、その撤回を要求したところの一つの性格がみいだされるのである。

入退院基準、付添制限反対について(日本患者同盟近畿支部連合会発行資料(二九年七月)によつて日患の二通牒に対する批判点を要約する。(1)請核対策としての社会医療的見地を欠缺していること(一區長病である請核を撲滅しようという積極的善意も、社会復帰への一片の熱意もない。社会医療的見地を無視し、各目は医療扶助の適正実施をうたつてはいるが、その実態は如何にして医療扶助を打切るかの方法を指示したものである。(2)厚生省管内でも意見が対立し、専門医家も強く反対している(早期発見、早期治療(入院)予防治療(歩行療法)作業療法という結核医療体系を破壊している。厚生省内で社会局と医務局の意見の対立があり、多くの国立療養所長専門医から強い反対意見が表明されている。

(註)「この度の入退所基準、看護基準の施行に際し、多数患者の不安をかもし、患者の街頭陳情にすら發展しようとしている事態は、われわれ医師として結核患者を心より愛し、いたわらうとして

医療保障と結核問題

いる者としてははなはだ憂慮にたえないものがあります。われわれは結核医として現行の入退院基準・看護基準そのものの運営に当る、医療扶助審議会に対し純粋な医学的立場から多くの不満を感ぜざるを得ません（以下略）（声明書・東京療養所医局一同、二九年七月二十六日・療養新聞・八月三日・二三三号所収）「私としてはある程度の入院基準の必要は認めるが、退院基準については他の所長と共に反対した。厚生省でも社会局の独善的なやり方に医務局も憤慨している。最近の汚職事件では、一、五〇〇億もの金が動いたときいている。しかるに結核対策はどうか―自宅に帰つてまずい人には無料にしても退院させない。空洞切除をやれば、または化学療法を長くつづけられ、あるいは安静を長く続けられよくなる見通しがあるなら退院させない。ガフキーが出ている（註、排菌している開放性結核患者）のに自宅治療しろと一齊退院というなら絶対反対する。作業療法は結核治療指針に入っていないというが、治療方針をつくつた医者は作業療法を知らないのだ、専務屋が得たりとこの隙を利用したのだ。結核の死亡率が減つたというが、これは生活保護法があるからだ、このように拘子定規にやられれば、結核対策は数年乃至十数年後退してしまふだろう、厚生省や都の役人をつれてきて実物教育すべきだ。人間の生命を粗末にするようなことは絶対反対だ、通達を納得できるものによるために、お互い協力して歩調を合せてゆかう（国立療養所清瀬病院々長島村喜久治氏談）（前掲日患近畿連合会資料）(3)医師の意見を無視して通達が強行されている―医師の意見を無視したか

たちは(2)であきらかであるが、主治医の判断にさからつて福祉事務所が一方的独断的に付添申請を却下したり、専門の療養所の医務課長が入院を許可しても、福祉事務所が入院基準にあてはまらないと不許可にするといった矛盾が起つてきている。(4)この基準によれば総ての患者が退院指示の対象とされ得る―退院基準はその規定がいまいで拡張解釈されて乱用されるおそれがある。イ項(2)退院基準の項参照)は「安静にしていれば自覚症状もなく喀痰の培養も陰性なのに、動くとき熱が不安定となり、菌も陽性になるといふ患者はすくなく、安静時の病状は、社会復帰の道標にはならない」(国立東京療養所医師長江誠司氏)さまざまの結核医学の判断からしてイ項によつて「退院させることは治療上もつとも重要な時期に治療を放棄せねばならないことになり、人道上からも重大である」(国立埼玉療養所医師黒木五郎)、ロ項も患者に不安をあたえ、ハ項はきわめて拡張解釈のおそれが多い。漫性結核患者とはあまりに素朴・原始的な露骨表現であり、微量排菌者(培養が治癒にむかつて菌量が減少し、ついには塗抹検査陰性となり、培養検査ではじめて菌が発見されるようになった状態の患者を微量排菌者とよぶ)は再発率が培養陰性者の再発率一六―二六%に対して微量排菌者のそれは三二―五五%といわれている(国立東京療養所調査)、それにこの人たちが感染源となる危惧もあり、予防医学的見地からも問題がある。ニ項―この退院基準は生活保護法による医療扶助患者を対象にしており、デフレ経済下の国民生活の窮迫下、とくに住宅難の現実に要保護

の結核患者が病院や療養所以外のところで「治療の目的を達する」ことの出来る生活をつづけることができるか、できないか、これこそ家族感染をひきおこし、生活の重圧と病苦におしつめられ、死ねというにひとしいではないか。(5)作業療法法の否定は結核患者を拡大再生産する(註、イの五度とは作業療法又は健康者と殆んど同じ生活をしているもの)——生活保護患者に対する作業療法を否定し、歩行可能な患者は一切退院させることさえ意味するものである——「療養所の入所患者中五三%が再発患者である。何年もかけてやつとなおつて出ていつても、社会は就職難と生活苦をもつてしか回復者をむかえない、そこで無理をして再発する。」「この再発を少なくするためには精密な検査を行つて、徹底的に治療を行い、無菌化をはかること、作業療法、職場復帰訓練法を組織的に行うこと、十分な療養期間をあたえること、退院後の健康管理を完全に行うこと」「こんにち回復期の患者に対して、経営は全く門戸をとぎしている。成形のきずあとや気胸の空気は、採用試験に当つた会社の医者に不合格の判をつかせる。健康な失業者が職安の前にあふれているとき、誰がすきこんで結核回復者を採用するだろうか、うまく病気をかくして採用されれば、こんどは健康者なみにあつかわれて、からだの自信がもてなくなる。再発の経験者を療養所で見えたとなれば不安も大きい、療養所の患者たちは、まったく生産からたちきられ、生産へ帰るすべを失つている。アフターケア(後保護)はいわば「かえるところのない」患者の問題として生産の周辺において提出されているので

医療保障と結核問題

ある(国立東京療養所医師堀田昭氏)「軽快期の人々、または治療の状態にある人たちは軽い作業を行つて規則正しい勤労生活になれさせ回復期からだを次第に訓練してゆく、療養所では治療したのちも、ふたたび以前の職業につくことが適當でない場合には、新たに病後のからだに適當した職業に転じられるように、そしてまた、そのことに習熟することを目ざして、作業療法が行われる、こうした作業によつて回復のよろこびと、明日への明るい希望と自分自身のもつ力にたいして強い自信を持つようになる(川野益子女医)いづれにしてもこの通達の規定はこのような患者と医師の希いをふみにじるものである。だから「結核患者にとつて作業療法は絶対に必要だ。富裕な患者なら家庭に帰つて出来るかも知れないが、生活保護患者だからこそ外気の作業療法を認めてほしい」(国立岡山療養所市村所長)という要望がうちだされたのである。

経過

以上のような点に//日患の斗いの展開される根拠があり、当然その組織的な運動はこの二通牒を撤回せよという要求となつてあらわれ岡山県における県庁に対する陳情によつて開始された。この前後における当局のとつた処置を二三あげるのとたとえば岡山療養所においては立入り検査という形で患者をA、B、Cの三クラスに分けて、Aは要入院、Bはイ、ロ、にわけ、イは若干要入院口は療養と必要とせず、Cは無条件に退院とときめ即日百三十名の患者を主治医を無視して一挙に放り出さうとしたことが口火とな

医療保障と結核問題

つた、その査定が結核専門医でない医師によつて行われ、家がな
いなら「浮浪者收容所」にいつたらいいという暴言がはかれたと
いう(なぜ結核患者は起ちあがつたか「健康会議一九五四・九月
号・十三頁)また神奈川では生保患者に「お前は二年以上ベッドを
ふさいでいる、現在自宅で待つている患者にかわつたらどうだ」
といわれて、自宅患者と入院患者の対立というかたち問題です
りかえて、これに対して自宅患者は「まえに入院を待ちま
れず自宅で死んだ人の家をなん軒か歩いたが、そのとき在宅の
人がうらんだのは入院している患者をうらんだのではなくしてベ
ッドが足らないということをうらんだのです。ところが最近では
方向が違ひまして出られる人がベッドを占領しているからという
見方に変えられてきたような気がするのです。(健康会議・座談
会より)口と背中から膿を出しながらギブスベッドに絶対安静中
のKさんの附添看護が打切られ病身のお母さん(五五)は往復六
里の道を自転車通えといわれた。ケース・ワーカーとの交渉、そ
の対話―生保サークル準備委員との間で―「患者」―K子さんの
看護に通わねばならなくなつて、お母さんは約二〇〇〇円の扶助
料だけで生活しなければならなくなつた。月二、〇〇〇円で生活
出来ると思うか、「ケース・ワーカー」―今の生保の基準額で生
活出来ないのはよくわかつてゐる。然し、府の下級職員である私
は法律や規則と、上役の指示とに従つて仕事をすより仕方がな
い。「患者」―K子さんのお母をどうしても看護に通わせねばな
らならないという法律的根底があるのか、「ケース・ワーカー」厚生

省の通達でそうなつてゐるのだから仕方がない。だが私は、規則
の範囲内で人道上出来るだけの事はするから御諒承願いたい。「患
者」―今の法規のワク内ではたとえ人道的な取扱いをしてもらつ
ても生活出来ないようになってきてゐる。我々はそのワクを打破
る運動を押し進めようとしてゐるがあなたもケース・ワーカーの立
場から、我々と共にその運動を押し進めてもらえないか、「ケース
・ワーカー」私たちはストをする権利もなく、また色々な形で発言
の自由を押しえられてゐる。だからそんなことをすると自分の首が
危くなるのだがまあ出来るだけ良心的に処理するようにする、「患
者」―こんな無理なことを續けて行つたらお母さんはたおれてしま
う、我々はK子さんの療友として見てゐるにしのびない是非看護
承認をもらいたい。「ケース・ワーカー」では看護申請書を出して下さい。
何とかうまく取計らうように致します。○(国立京都療養所内―生
保ニユース二号より)わずかの事例であるがこれに似た事件が全
国の療養所で起り、栃木では医療券の打切りによつて前途に希望
を失つた患者が東北線に飛び込み自殺をするといつた事態も起つた。
岡山はじめ神奈川、千葉、愛媛、和歌山、高知、奈良、群馬、栃木
と各地で集団陳情が波状的に行なわれ、坐り込み、知事民生部長
への抗議、基準実施の中止確約などがおこなわれた。これにおどろ
いた厚生省では七月一七日に全国都道府県に対し「再び医療扶助
の適正実施について」という極秘通牒を流し、さきの基準実施を
中止した場合には予算を配分しないことを通知した(療養新聞二
二一号)、七月二十七日には日患東京支部の約二、〇〇〇名、全分

会が蹴起しバス二〇台によつて都庁に大陳情を起つた。―結核を全国民の問題にさす！二千八の坐り込みの方！都庁二日間機能停止、これは日患東京支部、護国報日患東京一三九号の見出しである。これに対し武装警官が用對するという事態もおこつた。一方では八月五日に厚生省に對する中央交渉を準備し（実務行なわれたのは八月十四日）各分会から中央交渉を成功させるための情宣活動、資金カンパがあり、茨城（二六日）千葉（二六日）、石川の各療養所も所在府県庁への大陳情を組織した。京都府では八月二日患者、付添医師ら五百名が府庁に大拳陳情、嵯川知事に面会を求めたが午後になつても会見できずそのまま二階知事室前に坐り込み戦術に入りあくまで基準実施反対を叫んだ（朝日、八月三日）①知事は二通牒に反対の患者運動に協力。②総評、医師会、保険医師会、日患その他民主団体と護国会をつくる。③一人も犠牲者を出さないことを確約激励した（療養新聞二二四号より）この東京都庁への四十八時間間の坐り込み交渉は炎天下のことでもあり抗議に参加した米津敏代さん（二三才）は急に容態が悪化してひとり子佐代子さんをのこして逝去するといつた事件がおきた。米津さんの合同葬は八月三十一日、実行委に国民救援会、全労働省労組、全日自労、民医連、東京都自宅療養、全医労、全生連、都学連、社会事業短期大学生自治会、新医協中国帰還者全国連絡会、全看護、日患など十四団体によつて行なわれた。八百名が芝公会堂にあつまり明日への決意と涙のなかで君の死は無駄にせずと誓い盛会であつた（療養新聞、二二八号より）日本患者同盟東京支

医療保障と結核問題

部、全国看護労働組合関東支部、全都自宅療養者療友会は連名で都知事が護国報との会見をひきのげし、一名の死亡者を出し、多くの養病患者を出したことに對し深い悲しみと憤りをもつて抗議する。総評はじめ各労働組合、都民、都会議長、都会議員、これに社会党、共産党、都庁職員への援助に感謝し、医療と生活を守る斗いを全国的規模に発展させることを誓う等の声明を発表した（日患東京・一九五四年・八月五日・一三九号）「患者のたれ死を強いる入退所基準、附添制限反対をさげぶ私たちのたれ死はただ「通牒」だけに反対しているのではない。この通牒のねらう医療の破壊のたれ死を強しようとする意図に反対しているのである。そのためには私たちの反対運動がさらに家族、自宅療養者、友人はじめ労働組合、あらゆる民主団体の間に理解されひろがつてゆかねばならぬ（療養新聞、二二四号「主張」より）、このことは医療保障の危機を統一的に把握していこうとする基本的な見地として、日患もその斗いを支援した総評をはじめとする市民、民主団体のよるべき立場であつた。さきの二通牒はたしかに当面は養病扶助患者にむけられている。しかし「前提」の項にみたごとくこれはたんに養病扶助のせまい対象者の問題ではありえない。むしろこの段階で入退所基準、看護制限がますます生活保護患者にきたという点、社会保険の健康保険、共済組合関係の患者にとつても医療保障を統一的に把握しようという意図を分裂させるものであり、生保患者と健保、共済患者（入院患者は生保六〇％健保・共済患者四〇％）を分裂し対立させる工作がひそんで

医療保障と結核問題

ことに注意しなくてはならない。これはあきらかに「権力への斗い」である、それ故にあらゆるデマと悪罵、とくに米津さんの死をめぐる「ジャナリズム」は日患の政治的アジテーションを批判した。たとえ「日患の吉田内閣打倒運動の一環である」目的を貫徹したために犠牲の出るのを省みない精神は、北鮮軍の人海戦術とおなじだ」といつた調子である。国民大衆と結核患者の要求をきりさく効果をねらっていることはいうまでもない。「このことについては患者がすぐおこつております。自分たちが生活保護をとつたり、医療券を打ち切られたりした場合に福祉事務所へ行きますね。その場合、いつもつきあたる壁は予算がないということ。しぜん特定の政党を支持するとか、なんとかいう問題じやなくて社会保障費を削減して再軍備のほうに大きい予算を費している政府に対して、憎しみの気持が湧いてくるのです（前掲・健康会議・十五頁座談会・高島榮子、清瀬病院）」「一部の患者が政治的な動きでやつたという批判は毫も当らないと思う。……少くとも患者の身になつて考えれば、自身のからだを一日であるうと、二日であるうと災天にさらしてそれだけのことをしなければならぬという気持を起させるということは、自分自身がそう考えない限りできないと思う。一般の人はそういう患者の心理を知らないのじやないか」（結核研究所臨床副部長北練平氏）このような意見が真実のこの斗いをつきうごかしたものの性格をついているように考えられる。

この「日患の斗い」の一つのピークとして八月十四日の厚生大

臣（草葉隆四氏）との中央交渉がもたれた。総評、全医労もこの斡旋にあつた。この斗いの目標を集約した要求書は次のごとくである。「国民の健康と生活は激しい勢いで破壊され、結核は亡國病として日本にあふれつつある。一千四百万結核患者の利益を代表してたえかう日本患者同盟ならびに共通の要求をもつて斗う全国看護労働組合はこのような健康破壊政策に反対し厚生大臣に対し、次の各項を直ちに実施するよう要求する。要求事項「貧困な結核行政によりこれ以上日本に結核をふやすな、社会保障費を増額し、一千四百万の結核患者に対する予防・被保護の抜本的対策を立てる。二、自宅患者に病院・療養所の門をどし、治つていない入院患者を強制的に追い出す入退所基準を撤回せよ。重病人から付添をとりあげ、付添婦の生活を破壊し、医療従業員の労働強化をもちらす看護制限を撤回せよ。三、病床と結核後保護施設をふやし入院を必要とする患者を全部入院させ、回復者の完全雇傭法をつくれ、とどまるどころのない家族と国民への伝染を防げ。四、患者の基本的人権を治るための権利を否定する憲法違反の「患者心得」を撤回せよ。弾圧によつてはひろがつてゆく結核を撲滅することはできない。五、生活保護法の基準額を引上げ自宅療者に特別栄養費を支給し付添婦に社会保障を適用し全国民の最低生活を保障せよ。六、医師、医療従業員の生活状態を改善し、制限治療をなくし良心的な医療と看護を保證せよ。そのため一点単価

値上げは国庫負担で行え、七・八(略) (昭和二十九年六月一日、日患代表者、松谷勇次郎・金看勞委員長、堀江ハル) (療養新開二二五号より) こうした要求をもつて日患代表二十五名は一時間半にわたつて交渉した。代表と厚相との応答は次のようなやりとり終つた。「私たちの声をきいて下さい、大臣の言葉はみんなウソです、付添をとられ壁をつたつて便所に行く重症者のいることを知っていますか。胸の上にお膳をのせて鏡をみながら飯を食べている重症者の苦しみを知っていますか、入退所基準は病人をふやすと福祉事務所長もいつていた。草葉大臣はご存じですか「大臣」もつと真面目にきいて下さい」(療養新開二二五号より) 「患者代表」一われわれの要求に一項ごとに回答してもらいたい。「厚生大臣」一要求に答えるのではなく私の考えを概括的に

申し上げます、第一の結核対策は厚生省最大の問題である、厚生省あげて当つてゆくつもりだ、第二に患者を強制的に追い出すつもりはない。退院して良い人は入院を必要とする人に席をゆずってもらいたい。第三に患者を全部入院させるとするのは抽象論だ(療養新開二二五号より) こうした押問答のすえ不誠意のまゝ大臣交渉も決裂した。しかし「この事件は、日本患者同盟の背後的な政治色を明らかにしたことはさておき、結核と社会医療という問題の重大さ、困難さを世人に感ぜしめたところと、多少でも社会保障制度の前進に資するものがあつたのではないかと思

医療保障と結核問題

われる」(前掲・社会保障年鑑一九五五年、一三八頁参照)これはきわめて消極的、むしろ「日患の斗い」に対する否定的な評価であるが、それでも社会保障制度の前進にこの大きな犠牲をはらつた病める人々の斗いが重要な意味をもつた点はみとめざるをえなかつたのである。

この斗いのなかにこの事実を証明するかのようにつ核対策に本腰、二十六万床に増加、四年計画公費負担も増額(朝日新聞二九年八月二〇日)として報道され、その内容は結核病床の整備、医療費公費負担制度の拡充を中心とするプランが発表された。また九月二、三両日の厚生省の省議において三〇年度予算として、四八八億(総額では前年度の倍額)を要求し、さきの結核実態調査の結果にもとずき結核対策費二六四億二、七〇〇万円を要求し、これとともに結核対策強化要綱を発表した。すなわち(1)結核病床・昭和三〇年以降四ヶ年で七万床、軽快病棟一万二千床(2)結核治療費公費負担制度―患者に対する公費負担率増・結核予防法による医療費公費負担と生活保護法による医療扶助及び健康保険法による療養給付との実施上の関係を調整する。(3)結核回復者被保護施設―収容人員七十名の施設を三十五ヶ所二ヶ年間に整備。(4)在宅患者の居宅隔離―窓あけ、開仕切り、不可能のときは療養室を付置する。(5)五十人以下の事業所の健康診断、未就学児を除く全国民の健康診断を毎年実施、という構想である。これに対する

医療保障と結核問題

日患の判断は次の如くである。「患者をこんな惨めにしたのはおれたちの責任だ、労働者が先頭になつてたたかうのが本当だ」といふ声は大きくひろがつた。日患を「アカ」と中傷するものでさえも政府の医療行政の貧弱さを認めざるをえなくなつた。政府はこのたたかひのひろまりに狼狽し、本年度の二倍という結核対策費を形だけでもくまなければならなかつたわけである。これが発表されたとき各新聞は少くない紙面をさき、その記事は結核対策が大きく好転するような印象を与えるように書いていた、私たちは厚生省が発表したような結核対策がそのまゝ来年度に行われるというような安易な考え方は決してはならない。……今後、私たちのたたかひが強力に発展しない限り厚生省の予算案は大蔵省によつて大削減をうけるに違いない。〃結核対策費増〃の発言によつて「政府はあれだけ熱心に結核対策をたてているのに患者はまだ騒いでいる」といふ声がひろがつてゆく可能性も十分ある（療養新聞二二九号、九月十四日、主張より）この判断の正しさは吉田から鳩山への政変、総選挙によつても恐らくうごかないであろう。この意味で「日患の斗い」はさらに拡大され、深度のある組織のたて方、運動のくみ方によつて国民的な基礎のうえで展開されるにちがいないのである。

註一患者心得―患者間の訪問、文書や図書の頒布、回覧、掲示、

署名、投票、団体加入、資金カンパ、会合集会等に関する制

限処置であり、患者の基本的な人権無視として日患の反対した

もの、当局は政治患者の活動を封ずるために出したという付添廃止、雑任夫首切り問題―正規の看護婦が十分であれば問題ないのであるが絶対的の不足と定員法のワケがありこのため付添婦というものが全国立療養所病院に三千六百余人いる、宋亡人や扶養家族をかかえた婦人である、重症者はこの人達の世話になるわけであるが政府はこの人達を予算のために首切りをしようとしており全医労、全看護とともに日患が反対している問題であり二通牒とからみあつた問題である。

Ⅲ結論―「患者が坐り込みをやつたなどというのは療養史上にもないことだらう。それは常識では考えられないことであるけれども非常識だから悪であるとは必ずしも言えない。……健全な理性でも例外的な考え方をしなければならぬ場合もある。それは例えれば法律でいつている正当防衛の場合である。……通牒は恐らく政府の最高の会議でやるのだらう。だから政府の方針が、結核患者よりも再軍備のほうが大切であるというような政府であるかぎり、今後、もう、こういう結核患者に都合のわるい通牒が出されるおそれがある。政府が結核患者のことをしんみになつて考えてくれるような政府でない限り、これからも非常識な通牒が出て、それにしたがふ正当防衛として患者も非常識な行為にかりたてられる可能性がある（松田道雄・患者の坐りこみについて・健康会議・二九年九月号・二〇頁―二二頁）日患の斗いに対する、結核医療に一生を注ぎこんでいる人のあたゝかい至言である。世論はこの〃日患の斗い〃にきびしかつたというが結核について一般の人たちの考

え方はどのていどのものであるか、総理府国立世論調査所の「結核についての世論調査」(実施期日、昭二七、二月一五日―三月一五日、全国より清二〇才以上六〇才未満の日本人男女を母集団とし層化副次無作為抽出法により推其された五三市町村現住の男女三、〇〇〇名を対象とした)(昭二三年八月・発行)をみてみると、結核にかかる原因の質問では過労が四四%、栄養不足一二%といった答がでており、今のところ金持でなければなおす見込みのない病氣ですかという問には、四〇%がそう思うとこたえ、国家社会の施設諸制度によつて金持でなくとも治せるといふ者は一%である。結核と社会保障の項目でもしあなたに結核にかつた場合、費用の点はどうでしょうか：何か当てにする所はありますか：……どういふものですかという問の答はV表のごとくである。しかも國の援助(ひろく社会保障)についてあてにならないと答えたものが五四%あてになるといふもの二八%となつてゐる。しかも結核にかつた場合、その費用は国家市町村で当然出すべきかどうかという問にはなんらかの形で公の援助があるべきだといふものが五八%、自分でやるべきだといふのは三三%となつていてこの対照は課題にみちている。だが結核予防法という法律は聞いたことがあるもの三八%、知らないものが六二%となつていてV表のしめす結果とあわせると一つの傾向がうかがわれるようである。疾病としての結核に対する嫌悪―恐怖感是他の疾病に比して七四%という高率をしめし、社会的疾患としての認識度も高いようである。一人一人の解決策としてはこれを社会保障とむす

医療保障と結核問題

・ 家族の財産あるいは親戚知人等からの借金によつて個人的に処理しようとするもの……39%	} 63%
・ どうしようもない・あてがない……24%	
・ 健康保険にたよる……20%	} 33%
・ 結核予防法の国家負担にたよる……1%	
・ 主として生活保護法にたよる……11%	
・ 以上のものだけでは尙不安……1%	
・ わからない……4%	100%

V表 国立世論調査所解答者P12より作製

は批難されているのである。今後の対策希望のなかでは三七%が療養費の国庫負担をふくむ療養機関の拡充に言及している。この調査においてもやはり貧しさと結核をむすんで考えあぐんでい

びつづける理解は十分とはいえない結果をこの調査はしめしている。//日患の斗いぐに對する批難にも一部の患者のゆきすぎや誇大にとりあげるジャナリズムによつてなされる判断であり、実情が判明すれば了解できるものであることも予測できる。たとえげ現在、政府では結核を少くするため特に力を入れてゐるよううに思ひますか。という問に、特に力をいれてゐると思ふもの六五%、思えないといふもの二五%、わからないもの一〇%である。こつういふ判断のなかで、日患の斗いぐ

医療保障と結核問題

る国民の姿勢はうかがえるのである。

貧困と疾病の悪循環―序言にしろしたさまざまの笑態とこの解決のために社会保障制度の確立を要求して国民の統一行動がうごいている。ここにみた日患の入退院基準・看護制限反対の闘い、その他健康保険の危機につらなる保険医の単価値上げ要求、また医療分業にかかわる一連の運動などが繰起している。これらの運動はすべて容易でない障害にぶつかっている。すでにふれたことであるが社会保障制度がスローガンとしてはたやすくとも、その前進にはきびしい条件がある。『日患の闘い』に直接する医療扶助にしても、これはわが国のほう大な貧困者層の生活構造に根ざした問題である。この貧困者層―被保護階層は働くことと貧困が未分化といういみで下層社会表現としての『働く貧民』であり、(Ⅱ―前掲、被保護世帯中の労働力世帯構成参照)いささかの疾病、まして結核ともなればたちまち被保護世帯に転落するわけである。一、〇〇〇〇万人の被保護階層ということの意味は社会保障制度の中軸を形成する保険部門にとつて健康保険をいささかの例外として無力化を意味する。このことは『働く貧民』の部層に滞在失業者を規定しても、失業保険制度と対象とはならないことによつても明らかである。こうした部層における疾病はたゞちに医療扶助受給の問題、生活保護法の問題にしわ寄せされてくるのである。一、〇〇〇万人をこえる低所得階層の貧困は社会保険制度をもつてしては殆んど解決できない。たゞし健康保険制度の拡大・国民健康保険制度の普及は病氣のもつ極貧化作用を緩和する。

特に結核対策の充実は無眉の急である。しかし、この貧困者層からたえず拡大再生産されるニードは公共扶助乃至社会事業のいささかの足ぶみをも許さない。いわんやこのニードのうけいれを拒否することは、激発的な、悲惨な衝突に対する責任を伴わずしては不可能である。『社会保険年鑑一九五五年・公共扶助と社会福祉・一六六頁参照〕社会保障制度を構成する社会保険、公的扶助の二つの基本部門の相闘と矛盾はこのようなかたちでわが国の貧困者層の構造に規定されるのである。現実の諸制度のいささかの『退行』も日患の峻烈な闘いを激発した。さらに社会保障の確立のために最低賃金制、完全雇傭政策といった積極策がすすめられねばならないとされている。これはたしかに社会構造の編成替えをも要請するものであろう。このような進路の帰結として、社会保障の問題はすでにみた『日患の闘い』が鋭くしめす『権力への抗争』の様相をともしないつづまます重大な段階に入りこんでくると思われる。

附記：一九五四年八月初旬に府下城陽町の京都療養所日患京滋支部に在る重田周治氏が京都府庁の陳情にこられた帰途によられて、入退所基準、看護制限の闘いのありさま、とくに生保サ・イクルの指導者としての氏から苦しい療養生活の状態も伺い、いろいろ資料をかしていただいた。本稿をまとめる端初は重田氏の指唆による。アジア・サナトリウム日本学生代表として中国へ渡航される予定の同志社大住谷馨氏にも資料・問題点についてさまざまの教示をいただいた。氏は学生保健友の

附表 A

年月日	総 数 %	全額 自費	社会 保険	生活 保護	その 他
1949・9・2	100	32.2	43.0	5.1	5.6
1952・3・5	100	25.5	65.8	5.7	3.0
1953・7・29	100	23.6	67.2	6.4	2.7

病院診療所の患者の治療費支払方法

会、日患京都自宅療養者友の会の運営にあたり、とくにアフターケアについて努力しておられ指唆をうけた。また、たまたま京大大学院三島康雄氏と昨年末らい「日本資本主義の発展と結核問題の展開」といつたぼう大なテーマながら資料をあつめ共同で研究をすすめるプランをたて、この「日患の斗い」は戦後の部分のノートとしても重要なテーマであるから一応まとめおきたいと思つてとりあげた。

この小稿は文部省科学研究助成補助金による研究の一部である。
(1955・2・27・繪選挙の日)

附表 B

		総 数 %	全額 自費	健保 船保 共済	同家 族	国保と健保 船保の家族 の合せ	健保共済 の組	国 保	労 災	生活 保護	その 他
結核療養所	総数	100	7.4	32.1	9.2		0.9	5.4	0.2	36.2	8.6
	入院	100	4.8	32.6	8.3		0.8	5.3	0.1	39.0	9.1
	外来	100	33.1	27.1	18.9		1.3	6.4	0.8	8.3	4.0

結核療養所の入院・外来よりの治療費支払方法

(1953・7・29) 厚生省統計調査部調