

わが国の結核医療における制度・ 財政面での現状と問題点

坂谷 光則

第62回国立病院総合医学会
(平成20年11月12日 於東京)

IRYO Vol. 63 No. 12 (810-813) 2009

要旨

わずか60年前、本邦の死因のトップは結核であり、年間死亡患者数約15万人、新発生患者数59万人という状況にあった。国は、法整備・診療体制の整備・公的資金の投入をもって対処した。その後の結核患者発生数は激減し、最近では約30,000人(20分の1)となり、死亡者数も2,000人(75分の1)前後となっている。昭和29(1954)年当時、国民総医療費の中で結核関連費用は約27%を占めていた。

平成19(2007)年春に「結核予防法」は「感染症法」に統合された。しかし、医療法による病床区分では、依然として一般病床と結核病床の区分は残存し、入院治療体制は50床前後の結核病棟を基本単位とする考えを基に、制度も指針も病棟も設計されており、先進諸国同様な病室・病床を単位とする治療体制と施設整備にはいまだ至っていない。過渡期にあるとすれば、われわれの機構の旧療養所活性化委員会が提唱する、一般病にもメリットのあるユニット化が国に採用され、環境整備が迅速になされるべきであろう。

60年前と比較すれば、最近の結核患者は個々に病態の違いがあり、単純な病像を呈する例はむしろまれである。呼吸器以外の合併症に対応するためには専門性の高い療養所より総合病院での受療が好ましいと思われる。

結核医療が国立療養所など公的施設を中心に実施されてきたこと等から、2年に一度の診療報酬制度の改定作業においても後塵をかぶる状況が続き、現在循環器疾患入院診療に対する診療報酬は平均して5,000点を超える程度であるが、結核入院治療に対して支払われる診療点数は高々2,000点程度である。本邦における平成16(2004)年中の結核関連費用は総医療費の0.2%(対1954年では135分の1)にとどまるが、この間の患者発生数の変化は18分の1への減少であり、費用削減の方が患者数減少を数十倍上回っている。

更なる結核対策の実行とその効果に陰りが生じており、昭和55(1980)年以降の米国における結核患者再増加の二の舞を演じる恐れも十分にあると考えられる。

キーワード 結核医療, 医療制度, 医療財政

国立病院機構近畿中央胸部疾患センター 院長
(平成21年11月27日受付, 平成21年12月11日受理)

The Status Quo of Systems and Finances at Medical Service for Tuberculosis in Japan
Mitsunori Sakatani, NHO Kinki-Chuo Chest Medical Center

Key Words: medical service for tuberculosis, national systems for medical services, finances for medical service

はじめに

本邦の近代的な結核医療は明治期より存在するが、須磨浦に開設された最初のサナトリウムが民間の施設であったことに象徴されるように、以後も民間先導のスタイルで進められてきたようにみえる。それが効果不十分、すなわち昭和中期に至るも患者発生数の減少が認められないと判断し、若年労働力と兵士の供給にも差し支えが生じることを危惧した国は、われわれ NHO のルーツである傷痍軍人療養所の開設に始まる結核医療への直接関与、法整備、医療費補助を通じて積極的に対策に乗り出した。行政と医療の間の橋渡し役として当時の保健所の役割は重要であり、地域の結核蔓延の状況把握と患者管理、医療機関の監視など業務の中で結核関連のものが高い比重を占めていた。

平成19年に結核予防法は感染症法に統合されて、各種の伝染性疾患の中の一疾患となり、特別特殊な伝染病ではないことが法的に示されたのであるが、医学的また疫学的特徴から、他の伝染病と同列に扱うことが困難であることが明らかになりつつある。

また、対策に費やされるために国が用意する医療費の額の減少が、これまでの患者発生数の減少を上回る急峻さで減額傾向にあり、これらの現状から、本邦の結核対策の行方を考えてみたい。

わが国の結核医療

江戸時代にも肺結核は「肺癆」もしくは「癆咳」という病名で認識されており、身近な人に「伝染」する疾病であることも理解されていた。大坂の適塾を開設し本邦の西洋医学の普及に貢献した緒方洪庵は肺結核に罹患しており、1862年に將軍侍医として江戸に上った翌（1863）年6月10日に咯血で急逝した。適塾や江戸城での集団感染が存在した可能性はあるが、記録はない。1859年にアメリカ人宣教師として横浜に着任し施療事業を始めたヘボンの記録（1876年事業閉鎖）によると多数の「肺結核」患者を診ており、「不治の病・結核」と形容されている。

明治22（1889）年、鶴崎平三郎医師が初めての「結核療養所（須磨浦療病院）」を創設、株式会社組織であった。内科学会で「肺結核と転地療法」の講演、全国での結核死亡者数は年間14万人との推計値を示し、国立施設の必要性をも述べた。

明治27（1894）年、佐多愛彦が府立大阪医学校に

「肺癆科」開設、科長として診療にあたる。

明治44年、白十字会七里浜恵風園開設。

大正3年、「肺結核療養所の設置および国庫金補助に関する法律」を公布。「その地域の肺結核予防に必要と考えられる場合、自治体に対し主務大臣は療養所の設置を命じることができる。その経費を補助する。自費療養が不可能な患者を収容すべし」との内容の法律であった。

大正4年、内務大臣は大阪市に大正6年までに療養所を開設することを命じた。

大正6年、9月に刀根山療養所開所。

大正7年、本邦の結核死亡者数実数が14万人に達す。死亡率は、200/人口10万人。

大正8年、結核予防法制定

大正9年、東京療養所（後の国立療養所中野病院）開所

昭和2年、雑誌「改造」の特集「肺結核全日本を包囲す」発行

全国の公立療養所は9施設（函館・新潟・横浜・東京・名古屋・大阪・京都・長崎）、経営困難につき患者紹介を医師会に依頼（刀根山）

昭和3年、警視庁内に「結核相談所」開設

昭和10年、陸軍兵士の結核療養目的に、傷痍軍人療養所「晴嵐荘（500床）」設立

昭和12年、保健所法制定

昭和13年、厚生省開設、国民健康保険法制定

昭和14年、傷病兵対策に「軍事保護院」設置、傷痍軍人の結核療養のために18療養所を開設。

同年、結核研究所開設。（函館・秋田・宮城・新潟・千葉・東京・石川・長野・愛知・大阪・京都・兵庫・岡山・広島・愛媛・福岡・宮崎・鹿児島）昭和20年終戦時には37カ所の軍人療養所が稼働していた。

これが、私共 NHO 病院群（旧国立療養所）のルーツといえよう。

結核医療費に関しては、厚生労働省の統計が開始された昭和29（1954）年には国民総医療費2,134億円の中で結核医療費は592億円（27.8%）であったものが、平成16（2004）年には511/243,629億円（0.2%）に低下（比率比較で約140分の1）している。この間の結核患者発生数は、517,477人（1955）から32,828人（2002）へと約16分の1に減少した。入院治療では、症例毎に1日約30,399円の費用がかかっている。しかし、支払われる診療報酬は保険点数で決まるので、元来政策的医療の代表的疾患とさ

れ公的補助があるとして他の疾患より低い点数のまままで推移してきたこともあって、支払基金から病院に支払われる金額は1患者1日あたり20,233円程度である（NHO内部での調査）。

平成19年の4月に「結核予防法」が「感染症法」に統合されたが、よりよい結核対策を目指しての作業ではなく、世界的にみて類をみない、単一の伝染病を相手の法律であり、人権尊重の観点からは問題があること、当時複数回発生したバイオテロの武器となり得る細菌群（多剤耐性結核菌を含む）を取り扱う法律が複数存在することは不都合、との理由からの措置だと筆者は理解している。

統合後に明らかとなった問題点としては、元来の感染症法の対象ではない結核の患者発生数が最も多いこと、対象疾患の中でほとんど唯一の、経過が日あるいは週単位ではない慢性感染症であること。他の疾患のように菌が体内に存在するか否かではなく、排菌の有無が管理の内容を左右し、いわゆる「保菌者（潜在性結核）」は厳重な隔離の必要がない。加えて他疾患にはなく感染症法にも規定のない発病予防服薬が必要である。臨床的治癒の後にも再発の可能性があり、3年間の管理（経過観察）が必要である。施設は他の菌のような厳重な菌株管理に慣れておらず、施設整備と菌株輸送にこれまでと異なる複雑さと費用が発生する。依然として「一般病床」「結核病床」の区分が残存し、一般感染症が入院できる病室に結核患者は入院できない。

考 察

歴史的にみて、本邦の結核医療は民間が先行して局地的対策を「点」的な活動として始めている。しかし、日本全体を覆う結核蔓延の勢いは民間の先駆的ではあっても微力な活動では、食い止めることができず、その後「官」が制度・体制を構築し「面」あるいは日本全体に及ぶ対策を開始しており、先行する民間の活動が参考とされてきた。

とくに、第二次世界大戦前には、若年成人労働力ならびに軍隊兵士の補給にも支障をきたすこと、すなわちわが国の国力低下につながる事態であることが認識され、法的整備・資金の手配・直轄の医療施設・民間をも巻き込んだ対策体制を整えて対応が開始された。戦後はこの体制が維持され、軍の施設に他の公的施設が加わって「国立療養所」が結核医療の大きな部分を担当してきている。これまでの国の

政策と官民挙げての対応は十分に機能し、よい成果をあげてきた。しかし、これが「結核」は患者数において激減し、もはや重大な国家的脅威ではない、との認識がもたれるようになり、それまでの緻密な対策にほころびが出始めているのではと思われる。

政府において結核に対する医療政策を立案するのは、厚生省（現厚生労働省）健康局、政策実行にかかる費用面を分析し対応するのは同省保険局、法的整備を担当するのは医政局である。「結核予防法」が「感染症法」に統合されたが、病床区分は依然として存在し、変化しているはずの費用分析と対応が進んでいない。すなわち、政府自らが重大な方針転換を始めたにもかかわらず、関与する上記3部局の足並みが不揃いであるように見える。あるいは、感染症法への統合そのものが、結核対策に直接関与している部局の十分な分析と判断を経ずに拙速に決定されたようにもみえる。その後、現在までに明らかとなった問題点を早急に解決する必要がある。これまでの経過から、政府が主体となって作業することが適切であろう。

資金面での問題点の解決もこれからの結核対策上で重要である。結核医療を担当する施設が収支面で赤字になることが必至の不採算部門を、使命感のみで維持し続けることには限度がある。国民の理解を得た上で、診療点数の他疾患レベルへの上昇、あるいは国や自治体からの十分な補助交付金による補填がなされるべきであろう。わが国では、昨今の約500億円の結核医療費は患者数比で3,000億円程度であって然るべきと考える。

米国において順調に低下していた結核罹患率が、1980年代に急に再上昇した原因は、HIVの蔓延と並んで、中央政府の結核対策費の減額にあることは定説となっている。

患者数が減少し、結核病棟を単独の病棟として維持できなくなっていることも不採算の原因の無視できない部分である。一般病棟との合併すなわちユニット化が診療形態として広く採択されつつあるが、制度的に認知されていないことと、同病棟内の一般患者の診療点数が、結核患者の長期入院に影響されて低下することが、結核入院医療を存続させにくくしている。

世界の3大伝染病の一つであり、わが国においても最大規模の伝染病である結核を、天然痘のように根絶した伝染病と呼べるまでにはならなくても、先進国並みの希少伝染病（結核罹患率が一桁^桁）とする

ためには、制度・体制・財政面での現状は過去との比較でも不十分なものであり、官民あげての正確な認識と改善の努力が必要と考える。

ま と め

NHOの結核療養施設からみた本邦の結核対策の医療制度・医療財政面での歴史と現状を述べ問題点を指摘し分析を加えた。

[文献]

- 1) 小松良夫. 結核-日本近代史の裏側-. 大阪; 清風堂, 2000.
- 2) 島尾忠男. 結核と歩んで五十年. 清瀬: 結核予防会本部分室出版調査課; 結核予防会, 2003.
- 3) 青木正和. 結核の歴史-日本社会との関わりその過去, 現在, 未来-. 東京; 講談社, 2003.
- 4) 飛世克之. 結核医療のDRG/PPS化に向けての試み. 医療: 投稿中.