国民健康保険税はどうきめられるのでしょうか

〔課税〕〔保険〕

七月一日付で三十六年度国民健康保険税の徴税令書が配布されました。これには世帯の年税額が記入されています。

昨年にくらべ、年税額がかなりあがったご家庭が多いようです。この理由は令書と一しょにおくばりした印刷物で簡単にお知らせしましたが、ここで一戸一戸の国保税がどうきめられるか、やはり簡単ですが、やや具体的に述べましょう。

まず光町で、国保に関して支払われる医療費の総額がきめられます。（これを療養の給付に要する費用の見込額といいます）

これは、前々年度および前年度、つまり三十四年度と五年度の受診率（一人当りの一年間に医者にかかった率）や、かかった一回についていくら支払われたか、つまり一件当りの点数の伸び具合や被保険者の数等によってきめられます。このうち半分はみなさんが直接つき二円一九銭ですから、これにより、算出される税額は四、三〇〇円、また資産割税率は一〇〇円につき一四円九三銭ですから、一四九三円、被保険者は6人です。前述の所得割の税率は一〇〇円資産年税額は一〇、〇〇〇円、今年度の固定資産税額は一〇、〇〇〇円、被保険者の数等に

病気負傷等にかかる程度の多少を示すことができる世帯人員に応じての均等割になっています。

前に述べた所得割総額を昨年の総所得金額（一銭子税務署、および役場税務課の資料によるもので、国保の被保険者のみについての税率で割ったものが所得割の税率で所得一〇〇円につき二円一九銭つまりいて二円一九銭つまり一四九三銭つまり

額で割れば資産割の税率となり固定資産税一〇〇円につき219.100となります。同じく資産割総額を固定資産税の総

14.93/100であり、均等割総額を被保険者数で割れば一人当りの均等割額（二五九円）となり、平等割総額を全世帯主数で割って一世帯当りの平等割（八二六円）が算出されます。

一例を上げて説明しましょう。甲家の昨年の所得は二〇〇、〇〇〇円、つまり一件当りの点数の伸び具合や被保険者の数等によってきめられます。

1. 昭和36年度保険税の課税状況

Ⅰ 課税総額に対する賦課割合及びその額

		36年度	35年度	指数
1	課税総額	10,850,000円	8,550,000円	126.9
2	賦課割合及びその額			
イ	所得割	45% 4,882,500円	40% 3,420,000円	142.8
ロ	資産割	15% 1,627,500円	15% 1,282,500円	126.9
ハ	均等割	25% 2,712,500円	30% 2,565,000円	105.8
ニ	平等割	15% 1,627,500円	15% 1,282,500円	126.9

Ⅱ 税率の算定基準

1 算定基準

		36年度	35年度	指数
イ	課税総所得金額の合計	223,318,600円	220,771,500円	101.2
ロ	固定資産税の合計	10,899,230円	10,546,000円	103.3
ハ	被保険者数	10,458人	10,644人	98.3
ニ	世帯主数	1,970世帯	1,970世帯	100.0

2 税率

	36年度	35年度	指数
イ 所得割	1,882,500÷223,318,600円＝0.0219＝2.19/100	1.55/100	141.3
ロ 資産割	1,627,500円÷10,899,230円＝0.149＝14.93/100	12.17/100	122.7
ハ 均等割	2,712,500円÷10,458人＝259円	241円	107.5
ニ 平等割	1,627,500円÷1,970世帯＝826円	651円	126.9

2. 1により算出した税率による課税例

区分	36年度 所得割額	資産割額	均等割額	平等割額	計（年税額）	35年度税額	指数
最低額納税者	ナシ	ナシ	1人		311円＋826円＝1,137円	892円	127.5

1 はじめに

近年、結核に対する化学療法の発達にともない、結核による死亡率が非常に減少してきたことは周知の事実でまことによろこばしいことであります。しかしながら一方においては現今の進歩せる化学療法の威力をもってしても最早如何ともなしがたいような肺結核のレントゲン写真を、今もって見ることが決して少くないのは遺憾であります。そして、当然入院を必要とするような進展した病状にあるにも拘わらず、化学療法のみに頼り過ぎて、入院治療を怠った外科療法を躊躇したりしていたずらに治癒をおくらせ且つは病状の悪化を招いたり、更に外科療法も施行し得ないような重症肺結核症になってしまっているのを往々見かけるのであります。

何故このようなことになるのであろうか。これは肺結核が化学療法によってよく自覚症状が軽快消失し、見掛け上全快したかのようにみえるが、実は何時爆発するか知れない爆弾を胸の中にしまいこんで完全な治療を中途はんぱで止めてしまうためなのです。

この時限爆弾をなるべく爆発しないように小さくしたり取り除いたりするのが、即ち外科療法の目的であります。

2 化学療法の限界

肺結核が治るということは医学的に言うとどういうことであるか説明しましょう。

先づ感染した結核菌の周囲の肺組織に炎症が起ってだんだん拡がり、炎症の中心部がさっそくチーズのような状態になります。（これを乾酪変性と呼んでいる。）このチーズ様の物質は更に進むと軟化して気管支から外に出され、これに変って空気が進入して空洞が形成されます。これが肺結核の基本的な進展の仕方でありますが、結核病巣が治る傾向にある場合は空洞にならないで、乾酪巣の周囲に線維性の組織が増殖してきて皮膜を作りこれをとりまいた状態になります。（これを被包乾酪巣という。）更に進むと乾酪巣内に石灰沈着が起って治るのですが、しかし、これは不完全な治り方で再発しやすい状態にあり、被包の不完全な部分から軟化が始まって空洞を作ることが多いのです。

従って肺結核を治すということは、空洞を治すことと、空洞になる前の乾酪巣を治すことなのです。では空洞はどのようにして治るのか。化学療法を行うことによって空洞はだんだん縮小してきます。そして外傷のときにみられるような肉芽組織が空洞の中に入りこんで完全にふさがると治ります。これを瘢痕治癒と称する。）また、空洞の大きさは縮小しなくとも壁の厚さがだんだん薄くなり、中の結核性の組織が外に出て全くなくなれば治ります。（これを浄化空洞または開放性治癒と称する。）

肺結核症の外科的療法

〈結核住民検診にちなんで〉

東陽病院外科　山本邦夫

以上の如く、肺結核が治るということは乾酪巣の線維化ないし石灰化、被包化、瘢痕治癒、浄化空洞の形成等によって喀痰中の結核菌が陰性になることであって、化学療法により相当程度まで治ってゆきます。しかし病巣の大きさが或る程度以上になると、被包化が不完全になったり空洞が遺残してそれ以上瘢痕化や浄化が進まなくなったりするし、人体に使用しうる薬量では結核菌を死滅させ得ないので結核菌が抗結核薬剤に対して抵抗性をもってくる―耐性菌の出現―ので薬が効かなくなってきます。そうするとこれ以上いくら薬を使っても病巣はよくならないし却って悪化することもあるわけです。しかも化学療法の場合には結核菌の増殖が人為的に阻止されるために組織反応が十分に展開しないで治癒に向うのが化学療法の中止あるいは耐性の出現によって再び増殖しはじめる結核菌を阻止するだけの組織反応が残っていないので、自然治癒の場合よりも再発が多いのであります。

従って、一般的には空洞が遺残し耐性菌が出現する時期は治療開始後八～九カ月ですから、この時期の排菌者に対しては外科療法を施行することが合理的と言えるでせう。

また、排菌がなくてもレントゲン写真にて直径が二糎以上の被包乾酪巣あるいは濃縮空洞―化学療法によって縮小した空洞―がある場合には、長期の化学療法を更に必要としこれによって完全に治癒することが比較的少いので、外科療法によって縮小した空洞が遺残しても、その結果は結核菌が抗結核薬剤に対して抵抗性をもってくる―耐性菌の出現―ので薬が効かなくなるから、この時期の排菌者に対しては外科療法を施行することが合理的と言えるでせう。

なお、肺切除術はその切除範囲によって、肺全葉切除術、肺葉切除術、区域切除術、部分切除術に分けられます。

4 外科療法の適応とその限界

最近では、最も優れ且つ最も広く用いられる外科療法は肺切除術であることは前述の通りでありますが、何のような患者にも本法を施行し得るものとは限りません。

既定の如く、本法の対象となるものには、直径約二糎以上の被包乾酪巣（別に結核腫とも呼ばれる）および濃縮空洞がありますが、この他高度の結核性気管支拡張（結核性気管支炎）、病巣の周辺の気管支がひろがり、病巣が気管支に開いている（高度の気管支ろう）、肺活量が著明に減少したり、如何なる外科療法にも実施不能となる終生病院生活を送らねばならないようになるのです。未だ病巣が限局しており結核菌の薬剤耐性が少ない時期に肺切除術を施行すれば合併症の発生も殆んどなく、切除範囲も狭まくて術後の肺活量減少も少なく、肋骨を取る必要もないので胸廓成形術後のように胸がつぶれたり、背椎が湾曲したりする心配もありません。

結核という爆弾は不発のまま取り除かれた真正銘の健康体になり得るのであります。

しかも、手術後六カ月、長くても一年間で治療が完結しますから、時間的にも非常に短縮されたわけです。

肺切除術を施行しうるような広汎性肺結核では、なおさら化学療法のみをもってしては治癒がむづかしく再然が多いのであって、これに対して胸廓成形術は切除困難な場合、最も慎重な考慮を要する病巣になるのであります。

一方、外科療法を行う場合は術後合併症発生の恐れがあるような広汎な古い複雑な病巣になるのであります。

肺結核症について更に応用範囲をひろげることができるものと考えるのであります。

充塡術
(3)横隔神経麻痺術
(4)胸膜外肺縫縮術

なお、肺切除術はその切除範囲によって、肺全葉切除術、肺葉切除術、区域切除術、部分切除術に分けられます。

4 外科療法の適応とその限界

最近では、最も優れ且つ最も広く用いられる外科療法は肺切除術であることは前述の通りでありますが、何のような患者にも本法を施行し得るものとは限りません。

既定の如く、本法の対象となるものには、直径約二糎以上の被包乾酪巣（別に結核腫とも呼ばれる）および濃縮空洞がありますが、この他高度の結核性気管支拡張（結核性気管支炎）、病巣の周辺の気管支がひろがり、病巣が気管支に開いている（高度の気管支ろう）、肺活量が著明に減少したり、如何なる外科療法にも実施不能となる終生病院生活を送らねばならないようになるのです。未だ病巣が限局しており結核菌の薬剤耐性が少ない時期に肺切除術を施行すれば合併症の発生も殆んどなく、切除範囲も狭まくて術後の肺活量減少も少なく、肋骨を取る必要もないので胸廓成形術後のように胸がつぶれたり、背椎が湾曲したりする心配もありません。

結核という爆弾は不発のまま取り除かれた真正銘の健康体になり得るのであります。

しかも、手術後六カ月、長くても一年間で治療が完結しますから、時間的にも非常に短縮されたわけです。

肺切除術を施行しうるような広汎性肺結核では、なおさら化学療法のみをもってしては治癒がむづかしく再然が多いのであって、これに対して胸廓成形術は切除困難な場合、最も慎重な考慮を要する病巣になるのであります。

一方、外科療法を行う場合は術後合併症発生の恐れがあるような広汎な古い複雑な病巣になるのであります。

肺結核症について更に応用範囲をひろげることができるものと考えるのであります。

5 おわりに

以上述べました如く、いつまでも化学療法に頼り過ぎて結核菌が薬剤高度耐性になり、病巣が広汎複雑になって外科療法の適応になった時期に肺切除術を施行しうる症例は、一般的に困難になってしまいます。

この他、今日用いられている外科療法の種類を列挙すると次の如くであります。

(1) 肺切除術
(2) 空洞吸引術及び空洞切開術
A 直達療法
B 虚脱療法
(1) 胸廓成形術
(2) 胸膜外気胸術及び胸膜外

の六〇%以上の場合が外科治療の対象として好適であって、術後において対標準肺活量%が三〇%以下に低下するとあっては、術後に対標準肺活量が三〇%以下に低下しますと、肺循環系に異常を来たし、その結果心臓の右心室に負担がかかって、心臓まで悪くなることがあるのです。これを慢性肺性心と称します。従って術後の肺活量が標準値の三〇%以下に減少すると予想されるような症例は、通常、外科治療の対象とはなりません。