

The Medical Care Utilization Co-operatives Movement : Its Historical Position in National Health Insurances System, Formation Process in Japan

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2017-10-02 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.24517/00001026

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.



国民健康保険制度形成過程における 医療利用組合運動の歴史的位置

—岐阜県小鷹利村を事例として—

高嶋 裕子

課題と分析視角

- I 小鷹利村の経済と産業組合
- II 小鷹利村における医療利用組合の生成・展開・転換
- III 岐阜県における広区医療利用組合連合会の生成と県連合会への統合
- IV 国民健康保険制度と医療利用組合 —まとめにかえて—

課題と分析視角

本稿は、医療利用組合運動の国民健康保険制度形成史上における歴史的位置を明らかにすることを課題としている。

国民健康保険制度が労働者以外の広範な勤労者層を対象とした生活問題－医療問題への対応であったことから、形成史の分析にあたっては、支配層の動向のみではなく、また労使関係という枠を越えて、分析の対象を勤労者層へ、地域へと広がりをもたせる必要がある。昭和恐慌期を前後して医療に関する「上から」の動向として内務省無医村調査とそれへの対応、社会局の国民健康保険法成立があった。また「下から」の動きでは、地域の相互扶助である「定礼」への注目が集まったこと⁽¹⁾、無産運動としての「実費診療所」開設⁽²⁾、産業組合による医療利用組合運動など社会改良の実践があった。国保法制定過程では、政府、官僚以外にも医政界、経済界等の者を構成員とした研究会によって国保法の研究が行われた⁽³⁾。本稿では、これら社会改良の動きのうち、地域における医療利用組合の動向に着目して国保制度形成過程を明らかにし、医療利用組合運動の「下から」の国民健康保険制度形成推進の位置を検討する。

国民健康保険制度形成史研究は社会保障研究のなかでは蓄積が少ない分野である。国民健康保険制度形成史を正面から扱った研究として、佐口卓『国民健康保険－形成と展開』が挙げられる⁽⁴⁾。

(1) 井上隆三郎『健保の源流 筑前宗像の定礼』西日本新聞社、1979年ほか。

(2) 鶴岡操『医療経営と其社会化』巖松堂書店、1937年ほか。

(3) Anna Abitova「国民健康保険法案の構想にかんする研究－1937年秋に国保問題を探り上げた三つの団体を中心に」『現代社会文化研究』No.23, 2002年。

(4) 佐口卓『国民健康保険－形成と展開』（以下『国保』）光生館、1995年。

佐口の研究も含めて、従来の研究においては医療利用組合に関する議論では、医療利用組合運動は国保法制定の一背景におかれ、国民健康保険法（昭和13年、法律第60号）制定過程で論じられるのが主流であった。その背景には、もっぱら国保制度を「上から」の下降浸透過程として捉える見方があった⁽⁵⁾。そこでは医療利用組合の地域医療提供者としての実態が明らかにされておらず、その評価が十分に行われていない。佐口の国保制度形成史のなかでは、医療の社会化としての医療利用組合運動は「国保成立によって終わりをとげた」⁽⁶⁾とされているが、それには国保制度が直営の医療機関をもたないことを原則とし、「国保は上からの社会化としての医療費の軽減にしかすぎなかった」⁽⁷⁾という評価があるからである。国保法と医療利用組合の関係については、国保法が代行組合設立の条件として医療機関を有することを挙げたことが強調されるべきで、佐口の研究はこれを見落としている。実際に医療利用組合が国保法施行以降も医療機関の経営を継続していたという事実があった。国保法と当時の医療制度が開業医制を前提としていたことは確かである。しかし、佐口も指摘するように、国保法は医療利用組合運動を「抑圧的ではないにしても柔軟に国家統制につつま」こむものであり⁽⁸⁾、医療提供者としての医療利用組合の存在もまた完全に排除されることはなかった。国保代行組合は当初制限的、補完的な位置におかれたが、徐々に国家統制が強化される過程が明らかにされなければ、国保制度自体の本質が解明されたとはいえない。

国保法の制定過程の分析により、医療利用組合運動を「下から」の動きとして積極的に評価しようという試みはいくつかある。その一つとして、農業史の分野では豊崎聡子論文が挙げられる。「国保法の制定を後押ししたのが、総力戦体制であったとはいえ、それは農民自らの医療に対する要求、つまり医療利用組合運動に呼応するもの」であり、「恐慌期にその根源を求めるべきである」として⁽⁹⁾、医療利用組合運動を国保法制定の前段階と位置づけた。この解釈は、農業史研究において農民運動の社会改良実践を評価すべきことを指摘したものであり、「下から」の運動を「上から」の国保法制定との関係において明らかにしたものである。しかし、分析時期が国保法制定までであり、具体的な政策の実現に際しての国保代行組合の関与は明らかにされていない。

国保法と医療利用組合の関係については、戦時体制を準備する過程で農民の健康状態、生活状態悪化の把握の下に、戦時動員のために「下から」の動きを取り込まざるを得なかった支配体制の矛盾が、具体的な政策としてどのように展開したのかという視角から明らかにされる必要がある。医

(5) 国保法制定の「上から」の政策意図として農民の医療問題対策、健民健兵政策の側面が強調される傾向であった（佐口『国保』。池田敬正『日本社会福祉史』法律文化社、1986年。菅谷章『日本医療政策史』日本評論社、1977年）。加えて、菅谷は賀川豊彦の国保法成立過程の発言に依拠して、国保制度実施以後も医療利用組合の軽費診療の存在意義があったとした（菅谷『日本医療制度史』原書房、1976年、210頁）。川上武は小作争議を背景に大衆思想対策としての国保法制定意図を強調するが、医療利用組合については国保法制定過程の代行問題の限りで論じている（川上『現代日本医療史』1966年、419頁）。

(6) 『国保』21頁。

(7) 『国保』24頁。

(8) 『国保』21頁。

(9) 豊崎聡子「恐慌期農村医療の展開過程－医療組合運動から国民健康保険法へ」『農業史研究』35号、2001年。

療利用組合運動を「下から」の動きとして評価しようというもう一つの代表的な試みとして、社会政策論の立場で、相澤與一が、国保法が民衆側の動きに対応するものだったかが明らかにされていないことを問題として、医療利用組合運動を分析する意義を述べた⁽¹⁰⁾。相澤は、当事者の記録を材料に批判的に分析したという点で、運動当事者の自主的性格を強調する資料を効果的に用いた。昭和恐慌期に小作争議が激化し、弾圧が強化されるなかで、農村の医療窮乏が一層深刻化し、まず自主的な医療運動が求められた。相澤は、この状況のなかでの自主的な取り組みの一つとして、無産者診療所運動、医療利用組合運動の意義を認めた。しかし、具体的な医療組合運動の展開と国民健康保険代行問題の検討を運動推進者による著作に依拠したために、主として国民健康保険法制定過程における政治的な関与を「下から」の動きとして把握するに止まらざるを得なかった。こうした結果を導いたのは、中央の運動推進者の著作そのものが、医療利用組合運動の政治的影響力を重視する傾向にあり、実際に地域における社会改良、医療提供の実践者であった側面が見落とされているからである。医療利用組合運動の歴史的意義を、国保法制定時の政治的な対応としての評価のみに止めることは、社会運動としての医療利用組合運動の位置を低い評価のうちに止めることになる。すなわち、政治的側面と医療提供の実践者としての医療利用組合運動を統一して評価しておく必要がある。さらにいえば、「下から」の動きとして医療利用組合運動を位置づけるのであれば、むしろ強調されるべきは国保法実施にあたって国保組合普及の一翼を担う基盤が、国保法制定以前の昭和恐慌時にすでにあったことであり、実際の医療利用組合の事業、国保代行組合の事業内容とその性格が明らかにされる必要がある。すなわち、「御用組織」となった産業組合中央会等の動向よりも、むしろ医療利用組合を組織する地域の個別組合の動向に着目し、それらが「上から」の方針をいかに受容し、地域医療の提供に具体的にいかに影響したかについて注意が払われるべきである。

こうした当事者の記録等を検討する研究方法に対して、医療利用組合の個別事例を実証的に検討したものと、青木郁夫の初期医療利用組合の研究に注目しておきたい⁽¹¹⁾。青木の一連の研究は、「歴史に埋もれた」初期医療利用組合の医療史上の位置を明らかにすることを課題としたものである。分析対象を地域に下ろしていくことで、医療利用組合の医療提供者としての側面、社会改良の実践者としての側面を再評価し、地域で運動を具体的に計画し実践した人々が存在したことを明らかにしたものと読むことができる。しかし、医療利用組合運動の医療史上の位置を確認するという意味では、国保制度形成との関連においてみておく必要がある。

以上のことから、本稿では医療利用組合の機能と実態を地域医療提供の具体的な展開の中で明らかにし、「下から」の動きである医療利用組合の発展の段階性と国民健康保険代行組合との関係について再検討する。分析時期をひとまず、国保法制定の時期を経て国保代行組合として設立するまでとし、国保代行組合設立以降の分析は別稿で取り上げることにしたい。本稿は、国民健康保険制度形成史上に医療利用組合運動を位置づけるための序論である。

(10) 相澤與一「1930年代日本農村の医療利用組合運動と国民健康保険法の成立」『経済学研究』59巻5・6号、九州大学経済学会、1994年。

(11) 青木郁夫「初期医療利用組合の諸相（上）」『阪南論集 社会科学編』24巻2号、1988年ほか。

具体的には、岐阜県こたかりむら小鷹利村（現飛騨市）を事例として検討していく⁽¹²⁾。岐阜県小鷹利村を事例とした理由を述べておきたい。国民健康保険制度形成過程に医療利用組合運動を位置づけるには、地域における医療提供との関連をみておく必要、国保法成立を前後して生成した医療利用組合と国保代行組合の動向に注目する必要がある。そのため本稿では、生成時期としては比較的后発地域ではあるが、地域医療提供との関係をみるために農山村地域であり、かつ国保代行組合事業の追跡に適当な地域として岐阜県を事例として取り上げることにしたい。そのうち、小鷹利村を事例とした理由は、医療提供に着目して長く政府の無医村対策の外に置かれていたこと、国保法施行の初年に国保代行組合の指定を受けたこと、以上の二点である。

I 小鷹利村の経済と産業組合

小鷹利村は、岐阜県の北部の吉城郡西南に位置し、昭和初期には戸数約550戸、人口約2,800名の規模であった。交通では、1934年に開通した高山線の飛騨古川と飛騨細江両駅のちょうど中間に位置した。民有租地のうち田4.3%、畑2.5%、山林92.0%等が占め、95%の世帯が農業を主業としたが、耕作地の約50%は他村の地主が所有し、小作農家約10%、自小作農家が50%であった⁽¹³⁾。全戸の89%が養蚕業を、38%が牧畜業を副業として営み、製糸業に従事する出稼ぎも収入源の多くを占めた⁽¹⁴⁾、製糸関連産業自体の衰退に直面し村の経済に影響が及ぶことを余儀なくされた⁽¹⁵⁾。

農村工業は、1935年から産業組合を中心に奨励され、ホームスパン及び大根漬の工場、共同作業所等が設けられ軍需輸出品の生産拡大が行なわれた⁽¹⁶⁾。1938年の村内の生産総価格をみると米52.9%、繭21.2%、沢庵17.6%、木炭2.9%、薪木2.8%等であった⁽¹⁷⁾。

1934年の小鷹利村「経済更生計画」樹立と実施の結果として小作農家率は若干減少したが、急激な減少は1938-40年の自作農創設以降であった。産業組合岐阜支会は、1941年に「小鷹利産業組合が町村地主の所有地を特に地主の諒解を得て5町歩の買戻しに成功」と報告した⁽¹⁸⁾。もともと小鷹利村は、吉城郡、岐阜県の中では比較的小作農家率が低かったが、それは必ずしも農家経営

(12) 小鷹利村は、1956年に古川町、細江村と合併し古川町となった。さらに2004年には古川町、神岡町、宮川村、河合村が合併し、現在は飛騨市。小鷹利産業組合の医療事業を素材とした小説として、橋本英吉の小説『小鳥峠』非凡閣、1944年。本小説を歴史的に検証したものとして、大野政雄「小説『小鳥峠』と小鷹利産業組合」飛騨郷土史学会誌『飛騨春秋』375号、高山市民時報社、1992年。

(13) 「健民特別地区指定申請書に附すべき現状調査書」小鷹利村役場『健民施設』。以下の小鷹利村役場資料は全て2003年9-10月、2004年4月に行なった古川町調査資料による。以下の資料名と出典中「小鷹利産業組合」「小鷹利信用販売購買利用組合」を「小産組」、「小鷹利村役場」を「役場」、「国民健康保険」を「国保」、「産業組合」を「産組」と略記。

(14) 各年版『岐阜県統計書』。

(15) 小産組青年連盟「農村とわが産青連」『岐阜県産業組合』139号、1936年、協同組合経営研究所。以下の『岐阜県産業組合』（以下『岐阜』）は協同組合経営研究所蔵書（岐阜県歴史資料館寄託）。

(16) 岐阜県編『岐阜県史資料編近代四』（以下『近代四』）2003年、13-14頁。

(17) 「国保組合事業内容調査事項」役場『国民健康保険書類』（以下『書類』）。

(18) 「時局と産組」『近代四』461-470頁。

が良好であることを反映するものではなかった。吉城郡の耕作地規模別戸数は、5反未満と5反以上1町未満のものが大部分を占めた。所有地規模は5反未満が過半を占め、5町以上1町未満と1町以上3町未満までであった。5町以上を所有していた地主層の存在は、自作農創設が進むとその割合を減少させ、地主－小作関係による農村支配体制は稀薄となったと考えられる⁽¹⁹⁾。

昭和の町村合併以前の小鷹利村には11の部落があったが部落ごとに農会を組織しており、また小鷹利産業組合にも加入していた⁽²⁰⁾。小鷹利産業組合は1909年に設立され、「第一次産業組合拡充五ヶ年計画」の方針により、1934年に保証責任化と四種兼営化を行なった。産業組合加入率は1923年に93%、1937年には99%であった。事業規模は、信用事業中心から購買事業を拡大し「五ヶ年計画」以降は四種兼業事業が定着していった⁽²¹⁾。

岐阜県では1935年までに23町村に62の負債整理組合が設立されたが⁽²²⁾、その後も農家一戸当り負債額743円と見込まれた⁽²³⁾。県は農村負債整理事業拡充計画により、1936年度より3年間の間に実施する負債整理事業計画書を町村に提出させ⁽²⁴⁾、小鷹利村は1938年に部落単位で負債整理組合を設立した⁽²⁵⁾。小鷹利産業組合は、1927年「自作農創設維持資金貸付規程」、1928年「米価維持資金融通の件」、1930年「不況救済資金融通の件」、1931年「高利負債整理貸付規程」、1933年「負債整理規程」、同年「農村振興委員設置規程」、1934年「生産改良奨励に関する件」を制定し、1936年には岐阜県自作農資金の償還確保を期して「自作農創設組合同規約」が総代会で決議された⁽²⁶⁾。

小鷹利村の農業、経済においては産業組合の影響力は大きく、産業組合加入率が産組拡充計画の目標である全戸加入を比較的早期に達成した。また、小鷹利村の一つの特徴として、戦時体制下で自作農創設が早くから進み、地主－小作間の対立が少なかったことが挙げられる⁽²⁷⁾。以上のようなことが、医療利用組合の生成・展開・転換の過程を方向づけることになる。

(19) 各年版『岐阜県統計書』。

(20) 岐阜県では1930年に県内農家戸数の47%が農業基礎団体に加入、1940年には団体活動強化等で91.3%が加入。小鷹利村では1940年までに13団体が設立、農家戸数90.7%が加入。岐阜県農会『岐阜県の農業基礎団体第7号』1931年。同『岐阜県の農業基礎団体13号』1940年。

(21) 岐阜県経済部産組課各年版『産業組合要覧』（以下『要覧』）。

(22) 坂井武雄「農村負債整理の現況」『岐阜』130号、1935年。

(23) 浅野高洲「農村負債整理及農村金融改善事務の産組課移管に就て」『岐阜』150号、1937年。

(24) 「11農第1832号昭和11年6月29日農村負債整理事業拡充計画に関する件 各市町村長各産組長宛通牒」『岐阜』140号、1936年。

(25) 『要覧』。

(26) 役場『組合規程及重要決議事項』（以下『規程』）。

(27) 岐阜県は産業組合が早期に普及し、また加入率が高かったことで知られている。同県東濃地区、飛騨地区では産業組合拡充計画実施以前の1930年に産業組合加入率が郡平均で80%を超えていた。これらの地域は、1920年代から小作争議、小作関係訴訟がなかったことも一つの特徴である。岐阜県の小作争議については以下を参照している。坂井好郎『日本地主制史研究序説』御茶の水書房、1978年、314頁および同『地域産業構造の展開と小作訴訟』御茶の水書房、1998年、144-145頁。

Ⅱ 小鷹利村における医療利用組合の生成・展開・転換

1. 昭和初期における医療利用組合の創始

医療利用組合の存在が広く知られる契機となったものとして、社会局による農村の医療問題の調査、1927年頃の岩手、秋田、青森での単営医療利用組合の展開、1931年の東京医療利用組合設立、1933年の全国医療利用組合連合会の結成、医師による「反産運動」が挙げられる⁽²⁸⁾。賀川豊彦は実費診療所と医療利用組合の差異について次のようにいう⁽²⁹⁾。実費診療所は、「医師会による医療単価の決定権の独占に対する単価低下の運動」であった。これに対し、産業組合の医療利用組合運動は「医療自由競争脱却」の必要を求めるもので、病院と患者の間に「有機的組織」がないことを問題とし、患者が「口をさしはさむ権利」を獲得することを目的とした。同時期の農林省全国農村調査は「農民は我等の診療機関を持ちたい」との声が強くなり、医師会との契約診療に不満を訴えている者が相当に多いとした⁽³⁰⁾。すなわち、賀川は医療制度そのものの改善を求めるという意味で医療利用組合運動を位置づけた。また、農林省の調査結果は医療制度改善の声が挙がってきたことを強調したものである。

しかし、それよりもむしろ農村医療に直接大きな影響があったのは、無医村で医療提供を行なったという事実であった。岐阜県では、明世信用販売購買利用組合が1928年に無料診療所を開設したほか、下川信用販売購買利用組合が1931年に下川病院を基盤に医療利用事業を行なった。全国的な医療利用組合の開設と岐阜県内の動きを受けて、小鷹利産業組合は1934年5月の総代会で利用事業の開始を決定し、従来1名であった村産婆を1名増員するため年額250円を村に助成することを決議した⁽³¹⁾。

2. 「経済更生計画」と医療利用組合の生成・展開

(1) 「経済更生計画」と医療事業

1930年の豊作飢饉、翌年および34年の東北・北海道での大凶作、さらに農業恐慌の影響によって農村は未曾有の打撃をうけ、各地で小作料減免と小作地引上げ反対の小作争議が起こった。32年には五・一五事件が起こり、社会不安はさらに深刻の度合いを増した。こうした背景の下に、農業政

⁽²⁸⁾ 「反産運動」は、1933年から翌年にかけて産業組合拡充五ヶ年計画の実施が進んだことを背景に、特に商業分野で商権擁護運動として各地で起こった、産業組合に対する反対運動である。その特殊事例として、医師会が医療利用組合の設立に反対する運動が各地で起こった。医師による「反産運動」は、初期には病院、診療所の開設反対運動として、国保法制定過程では国保代行組合問題として、また国民健康保険制度施行後は医療利用組合医師の健康保険医指定問題として、商業分野におけるそれよりも長期に亘って組織的に展開した。

⁽²⁹⁾ 賀川豊彦「実費診療所と医療組合」『岐阜』114号、1933年。

⁽³⁰⁾ 「国保組合今後の設置方針は農村経済更生運動と合流」『医事衛生』（以下『医事』）8巻38号、1938年、1391頁。

⁽³¹⁾ 「村産婆助成に関する件」『規程』。

策の基本的な目標は、農民諸階層、在村地主層の生活安定により農村社会の動揺を阻止し、社会不安の解消を図ることであった。それには農村の各種農業団体の役割が不可欠であった。経済更生計画の自力更生の号令は自治体を下降して伝達され、それによって下部組織である町村と産業組合の関係は密接になった。小鷹利村の経済更生計画は、産業組合の中心人物が主に関わりをもって進められた。

1936年の「第二次産業組合拡充三ヶ年計画」は、「五ヶ年計画」より具体的に、大衆化のための都市産業組合の普及の外、医療利用組合と各種保健共済施設の拡充を重要事項とした。産組岐阜支会の「三ヶ年計画」は、農事実行組合との連携の下で医療利用組合を拡充し「無医村の絶滅、医療の完璧、医療費の軽減、受療機会の普及を図り、保健共済施設の実施、其の他各種保健施設の拡充と相俟ちて国民保健の増進」に努める方針を示した⁽³²⁾。同年の『岐阜県産業組合』誌は、自力更生運動の実際化には「医療設備の完備こそ農山村民中小商工業者にとって緊急」として連合会組織による医療利用組合設立を奨励した⁽³³⁾。

(2) 小鷹利村における医療利用組合の生成・展開

小鷹利産業組合は1933年に産組信包事務所、農業倉庫、共同作業所、肥料配合所を新築開設し、翌年の利用部の開設と同時に第二農業倉庫、第二作業所を新設した。後に医療利用事業創始と国保組合設立に直接関与した小鷹利産業組合の中心人物、円山兵吉はこの年に専務理事に昇進した⁽³⁴⁾。軍需輸出産業では羊毛加工場、早出沢庵加工場を設けた。小鷹利産業組合の医療事業は、経済更生計画、産組拡充計画の一環として他の利用事業の開始と並行して行なわれた。

小鷹利産業組合では、1934年7月の臨時総代会において「組合診療所業務規程」が定められ、診療所医師を日本赤十字社岐阜支部斐太病院院長水野に囑託することを決めた。また、同総代会で組合窮民救恤規程を定めた⁽³⁵⁾。「小鷹利村隣保協会」は、乳幼児と母性の保健衛生思想の普及・保護、教化矯風、救済保護人事相談所開設を行なった外に、経済保護では農繁期共同炊事実施、授産事業、副業指導、生産資金貸付などの事業を行なったが⁽³⁶⁾、財政的な基盤に欠け十分に補償するものではなかった。1934年7月20日より「小鷹利信用販売購買利用組合窮民救恤規程」の実施を決定した。規程では、「窮民と称するは小鷹利村税戸数割額平均額の4分の1以下のものにして生計困難と認むるもの及不慮の災厄に逢ひ一家興亡の窮況にあるもの」とし、救恤方法としては米価の補償供給、学用品無償供給、医療費の補償として組合診療所における医療費の半額または全額を補償するとした⁽³⁷⁾。これは、当該期の産業組合の事業が防貧を目的とした生活問題の解決、相互扶助の仕組み

(32) 「岐阜県第二次拡充三ヶ年計画」『岐阜』1937年。

(33) 飛驒天壽生「必要迫る医療設備」『岐阜』140号、1936年。

(34) 「円山兵吉履歴書」役場『国保組合許可申請書』。円山は、1938年には岐阜県国民健康保険委員および岐阜県国保組合連合会委員、1939年に小鷹利村負債整理委員、1941年に岐阜県農地委員、岐阜県国保組合連合会理事、岐阜地方社会保険審査会委員。役場『履歴書』。

(35) 「臨時総代会議案昭和9年7月19日」役場『総代会会議録』(以下『総代会』)。

(36) 「小鷹利村隣保協会会則」『規程』。

(37) 窮民救恤事業のための資金には当該年度損益金を当てていた。「窮民救恤規程」『規程』。

を含むようになったことの一つの動向として注目される⁽³⁸⁾。

1934年8月には岐阜県に診療所開設許可申請を行ない、9月に県衛生課長が来村し、診療所の設置に関する指導を受けた⁽³⁹⁾。翌年7月に再度診療所開設許可申請を行ない、8月2日診療所開設許可指令、同月27日県衛生課長の指導を受けた。こうした準備を経て1935年9月1日には新築された産業組合信包事務所二階に直営診療所を開設して医療事業を開始した⁽⁴⁰⁾。このことは、地域の住民にとっては長年の間の「無医村」状態からの解放を意味した。

診療所は、開設当初は偶数日の午後に診療を行い、大高医師のほか、随時高山市の赤十字病院より専門医を招いた。看護婦兼助産婦は毎日勤務し、診療所のある信包に宿泊した⁽⁴¹⁾。12月には診療所拡充経費が確保され、管理者は黒澤医師に嘱託して診療回数を増やした。また総合病院開設の要望が古城郡内の産業組合からあり、計画の委員に指名された。総合病院開設までの期間内は組合病院を経由すれば、赤十字病院で入院・外来診療を2割引で受けられるよう契約を行った。診療所への往来が不便な東部方面へは往診診療の場所を確保する手続きを行った外、貧困者には無料診療を行うことを確認した⁽⁴²⁾。「診療所業務規程」は、組合診療所は月5回以上開設する外に、小学校児童、青年会員、処女会員、軍人分会員及び一般健康診断の為にも開設し、急病患者に対しては往診に応じることを盛り込んだ。診療所料金は、普通診察料は無料、往診料は実費とし、その他に手術を要するものや立会診察については、薬剤、検査、手術処置によって異なる技術料を定めており⁽⁴³⁾、利用者は診療費の定額一部を負担するものであった。1936年4月には、診療所に助産婦を設置し保健事業を強化した。「助産婦設置規程」は資力のないものに料金を減額又は半額免除、利用料徴収方法は診療所の規程に準じるとした⁽⁴⁴⁾。以上のように、小鷹利村の医療利用事業は医療費負担による経済問題と医療の地理的偏在問題の二つを解決するものであり、また専門医と病院での診療に対する医療費の軽減も行ったことは、医療内容を配慮したものであったといえる。

小鷹利産業組合の医療事業は、1940年まで岐阜県『産業組合要覧』に報告されている⁽⁴⁵⁾。1938年の国民健康保険代行組合設立を機に、診療所は代行組合へ移管したが、その後も医療利用事業は続けられた。産業組合中央会および1933年に設立された全国協同組合保健協会では、産業組合の行なう医療事業として信用、販売、購買事業における医薬品、保健材料などの事業をあげている。小

(38) 佐口は、国保法がその条文中で相扶共済の精神を強調した理由を、国民健康保険自体の性格に求める。すなわち、「医療問題や社会問題について、国民自身が、自発的に地域を単位とする住民の相互扶助組織をつくり、そこで医療問題を解決するというように意識させようとしたものである」とする。一見してみれば、地域保険の説明をしているように思われるが、実はこの時期の農山漁村経済更生運動、産業組合拡充運動も同義のスローガンで国家によって醸成されたものであった点に注意が払われるべきである。佐口『国保』6頁。

(39) 「昭和9年事業報告」『総代会』。

(40) 「昭和10年事業報告」『総代会』。

(41) 「昭和10年9月1日役員会事項」役場『役員会決議録』。

(42) 「昭和10年12月20日役員会事項」『役員会決議録』。

(43) 「診療所業務規程」『規程』。

(44) 「助産婦設置規程」『規程』。

(45) 『要覧』。

鷹利医療利用組合の事業報告は、医療に関する購買、販売事業は、他の信用、販売、購買、利用事業と同じ枠内で報告されているが、診療所、医師等の施設および人的利用に関する事業については「医療利用組合」という別枠が設けられて報告された。医療利用組合の事業収入の大部分は利用料徴収で賄われ、医療事業のために出資金を集めることはなく、医療事業収益をあげることもなく、またそれを目的としたものではなかった。

3. 医療利用組合の転換 - 国民健康保険代行組合の設立と普及 -

(1) 国民健康保険法の制定と国民健康保険代行組合設立の動き

国民健康保険法は、恐慌期の農村匡救策として研究され、戦時体制下で「健兵健民」政策の一環として法制度化が促されて成立した。国保制度は一般国民を対象としたが、その重点は農山漁村におかれた⁽⁴⁶⁾。社会局は政府が国保法で代行組合を認めた理由について、農山漁村の医療施設経営の経験と訓練を経ており、地方の実情に適合すると認めたからであると説明した⁽⁴⁷⁾。

医療利用組合を国保代行組合とし国保組合普及を図ろうとする方針は、農林省と国保代行組合の実施団体となる町村医療利用組合のものではなかった。1937年に、産組中央会は「戦時に於ける医療利用組合の活動に関する件」について各支会宛に通牒を發した⁽⁴⁸⁾。これには、国保法成立を前に医療利用組合の普及を図ることで一定の影響力を示しておく意図があった。中央会農村保健問題委員会は「農村保健運動促進要綱」を發表し、産業組合拡充「三ヶ年計画」の保健に関する事項の実施と各種保健施設普及強化をその運動の目標としたが、加えて国保事業実施に当たって代行希望組合選定の具体的内容も含んでいた⁽⁴⁹⁾。県産組大会では、こうした中央の意向を受けて次の決議を行なった。「農山村事情に鑑みるに国民健康保険組合は多年相互協同の訓練を積み来れる産業組合がその事業を代行することによりて初めてその完全なる遂行を期待し得る」⁽⁵⁰⁾。

保険院社会保険局は、1938年度国民健康保険事業普及計画について普通国保組合の設立を原則とし、代行は普通国保組合の設立困難な場合に認める等の方針を示したが、加えて設立許可する組合の「被保険者総数は特殊の事情なき限り大体1万人乃至1万5千人程度」とし12月末までに達成するよう通知した⁽⁵¹⁾。岐阜県はこれを受けて、初年度には被保険者1万から1万5千人の加入を目標に計画した⁽⁵²⁾。「上から」の普及計画は画一的に一定の方向性を示したが、すでにある医療利用組合の代行組合によって国保組合普及を図るか、あるいは普通組合のみで国保組合普及を図るかは

(46) 森莊三郎「国民健康保険に就て」『産組』373号、1936年。

(47) 清水玄「国民健康保険法の実施に就て」『産組』391号、1938年。

(48) 「戦時に於ける医療利用組合の活動に関する件」『産組』383号、1937年。

(49) 「国保組合代行を目標として産組の保健運動愈々積極化」『医事』8巻21号、1938年、747頁。

(50) 「国保は産組に代行させよ」『医事』7巻21号、1937年、710頁。

(51) 「社發第584号昭和13年6月2日 保険院社会保険局長 地方長官宛 本年度国保事業普及計画に関する件」『書類』。

(52) 政府は国保組合設立予定計画として10年間で国保の対象者の6割-2,560万人を被保険者とする計画を公表。初年度50万人、第一年度累計150万人、第三年度300万人、第六年度に計画の過半数を達成する壮大な計画だった。船木康行『開業医と国民健康保険』日本医師会出版部、1938年、216-217頁。

地方自治体の裁量に任された。

全国医療利用組合協会からは、広区単一組織の組合は代行困難のため、「区域内の有力なる町村産業組合をして」代行組合の設立をするよう通知があった⁽⁵³⁾。さらに8月には「全国の有実格医療利用組合は凡て代行」を望んでいることを明らかにした。また、「代行の申請をなさしむべき組合の選定に関する事項」として、町村単位組合で医療利用施設を有し代行条件にかなうもの全部および連合会所属で優良な数組合を選び、申請するよう通知した⁽⁵⁴⁾。

(2) 国民健康保険代行組合設立と国民健康保険組合の普及

小鷹利産業組合は総代会の議決を経て⁽⁵⁵⁾、1938年7月に「国民健康保険法第54条の許可申請書」を提出し⁽⁵⁶⁾、10月25日に国保事業代行が許可された。申請書提出後の1938年8月に岐阜県より「国民健康保険組合設立に関する件」として次のような通知があった。国民健康保険組合設立については「国庫補助金交付の関係上多数町村の組合設立を許さざる現状」にあり、今年度の組合設立は次のものに限定して許可する。一町村区域を地区とし世帯主の8割以上が組合加入すること、事業の設備が良好で町村当局と当該組合との関係が円満なこと、医療施設経営の経験と訓練を経たもの、医療施設は当該法人自体の施設する診療所に限定せず広くその地方の医師、歯科医師、薬剤師その他の医療機関を指定する方針で被保険者に対して自由選択を取計らうこと⁽⁵⁷⁾。これに対し、小鷹利村では世帯主549名中547名が加入、1935年以来診療所経営が順調、吉城郡内医師と歯科医師、日本赤十字病院医師と契約、代行組合事務所を村役場内に設置すると回答した⁽⁵⁸⁾。

社会保険局国民健康保険課調べでは、岐阜県で1938年11月1日までに国保法施行前に国民健康保険類似組合が設立された土岐郡大湫村普通組合、国保代行組合として小鷹利村の2組合が設立された外、普通組合4組合と代行組合1組合が設立される見込みであった⁽⁵⁹⁾。1939年には岐阜県の国保代行組合の先駆となった小鷹利村で「国民健康保険事業促進研究会」が産組岐阜支会の主催で行なわれ、益田郡、大野郡、吉城郡の各々二つの産業組合からの出席者があった⁽⁶⁰⁾。また県内で黒川泰一の「医療組合の経営」、「医療制度調査会経過報告」の講演会等が行なわれた⁽⁶¹⁾。1940年には県内に国保組合が17組合設立され、1941年11月までに65組合が設立された。そのうち小鷹利村、朝日村、大八賀村、宮村、小坂町、上枝村、清見村、明世村、坂上村、国府村、上原村、坂下村、細江村、阿曾布村、河合村、船津村、白川村の17組合が四種兼営産業組合による代行組合として設立された⁽⁶²⁾。岐阜県では、すでにある地域医療提供者の医療利用組合を積極的に活用して国保組合

(53) 「医第21号昭和13年6月7日全国医療利用組合協会 国保実施に関する件」『書類』。

(54) 「医第21号昭和13年8月11日全国医療利用組合協会 小産組宛 国保代行状況調査の件」『書類』。

(55) 「総代会議案」『規程』。

(56) 「国保法第54条の許可申請書」『規程』。

(57) 「13社第3222号昭和13年8月11日学務部長 小鷹利村長宛 国保組合設立に関する件」『書類』。

(58) 「発第2396号昭和13年8月15日岐阜県学務部長宛 小鷹利村村長 国保組合設立に関する件回報」『書類』。

(59) 「国保組合普及状況」『医事』8巻47号、1938年、1749頁。

(60) 「国保事業代行促進研究会」『岐阜』174号、1939年。

(61) 「第1回医療組合研究会 於土岐郡瑞浪町昭和病院」『岐阜』1939年。

(62) 岐阜県学務部社会課「岐阜県国保組合一覧表」および「昭和17年岐阜県国保組合連合会総会」役場『国民健康保険訓示通牒調査報告参考書類』（以下『訓示』）。

普及計画を実現させ、国保制度施行三年度普及目標を上回る112%、被保険者112,498名への国民健康保険普及を達成した⁽⁶³⁾。

小鷹利村国保代行組合は、大野郡医師会、高山市医師会、岐阜県歯科医師会、村内産婆と契約を結び⁽⁶⁴⁾、これによって医療を受けるものが3割以上増加したと報告した⁽⁶⁵⁾。小鷹利産業組合の事業報告によれば、国保法施行前の1938年度には利用者431名、延利用者2,430名であったが、施行後の1939年度には利用者3,010名、延利用者4,381名と顕著に利用者が増加している⁽⁶⁶⁾。

小鷹利村の医療利用組合創始は産業組合拡充計画、経済更生計画の一環として進められた。医療事業は、医療費負担の経済的問題と医療提供者として医療の地理的偏在の問題の二つを解決するもので、地域医療提供に無視できないものとなった。他方、協同組合としての医療利用組合事業は収益を得ることが目的ではなく、組合員の医療施設共同利用を目的とする限定された「社会政策的施設」で、組合員による出資、経営、利用によって性格づけられるが、こうした経営経験は国民健康保険法形成過程で一定の評価を受けることになる。

岐阜県では、町村単位の医療利用組合は国保代行組合として国民健康保険組合の普及に対する影響力を無視できないものとなった。それは、地方自治組織と強く結びついたものであったこと、また「無医村」対策として一定の効果を地域住民に示したからであり、そのことが前提条件となり国保代行組合設立への転換を方向づけた。

III 岐阜県における広区医療利用組合連合会の生成と県連合会への統合

従来の研究では、当事者等の記録と統計資料の分析から全国的にみた医療利用組合の組織形態に着目して、町村単位の産業組合が四種兼営事業のひとつとして行なった医療事業、広区単営医療利用組合、町村産業組合を基盤とした連合会組織が行なう医療利用事業の三形態がある。そして、これに医療利用組合の発展の段階性もみることができるとされてきた⁽⁶⁷⁾。しかし、この組織形態による発展の段階性と国保代行組合としての医療利用組合との関係は十分に整理がされていないように思われる。そして、かかる見解からは国民健康保険制度形成史における医療利用組合運動の歴史的 position を、国保制度普及過程を含めてトータルに論じることができない。

1. 医療利用組合の連合会組織への改組

産業組合中央会は、1937年頃から医療利用組合の組織基盤を強固とするため岩手県の県単位広区

(63) 宮脇倫『国民健康保険の日本的性格』日本医師会、1941年、53-55頁。

(64) 細瀨美代治「国保事業代行産組の全国的概況」『産組』408巻、1939年。

(65) 「14社第4466号昭和14年9月22日学務部長 小産組長宛 国保組合の成績調査方の件に対する回答」および「発第1016号昭和14年9月24日岐阜県学務部長宛 小産組長 国民保険組合の成績調査の件回答」以上『訓示』。

(66) 『要覧昭和13年版』1939年、55-56頁、『要覧昭和14年版』1940年、40-41頁。

(67) 黒川泰一、高橋新太郎ら産業組合中央会の指導者は、医療利用組合の発展の段階性を医療利用組合の組織形態の変容に求めた。こうした見方は、研究史のうえでも通説的理解となっていた。例えば、青木前掲論文、相澤前掲論文を参照。

連合会組織をモデルとして、地方の実情に応じて町村単位医療利用組合は郡区域以上の連合会に改組、市街地での単営利用組合設立と全戸加入促進を進め、段階的に道府県連合会を目指し改組するように指示した⁽⁶⁸⁾。同時期の農林省の医療利用組合指導方針も、広区単営組合より四種兼業の連合会組織改組におかれた⁽⁶⁹⁾。

医療利用組合の連合会への組織統合は、もともと総合病院を経営する広区医療組合への「反産運動」への対抗から出発したが、広区単営医療利用組合の事業運営上の問題を解決する目的もあった⁽⁷⁰⁾。すなわち、四種兼営医療利用組合では医療事業の出資金を集めることがないのに対し広区単営組合では新たに出資金を集める必要があり、組合員は何重もの出資をする必要があった。そのため、広区単営組合が広く普及した青森、岩手、秋田では、医療機関が存在する都市部だけでなく、かつての無医地区でも組合加入率は必ずしも高くはなかった。これに対して連合会組織は単位産業組合が集まって構成され、この問題を解決する目的があった。

町村における医療利用組合設立、医療利用組合連合会の病院開設は「反産運動」のために遅滞していた。1937年に長野県知事からの国保法案成立後の医療利用組合の取扱いに関する照会に対し、農林省は指導方針が変わらないことを回答した。また地方長官宛通牒では医療利用組合の開設許可が遅延していることに遺憾の意を示した⁽⁷¹⁾。

2. 岐阜県における広区医療利用組合連合会の展開

岐阜県では、町村単位医療利用組合の設立と広区単営連合会組織による医療利用組合設立が同時期に行なわれた。医療利用組合連合会は二つ結成され、1937年設立土岐医療利用組合連合会昭和病院、1938年設立飛騨医療利用組合連合会久美愛病院があった。このうち、飛騨地区は飛騨高地が広がる地域で主産業は農林業であり、副業として養蚕業が営まれた。飛騨医療利用組合が区域とした大野郡、吉城郡、高山市では農業者の8割以上が産業組合に加入していた。また、東濃地区は美濃三河高原が広がる地域で、土岐医療利用組合連合会が区域とした土岐郡、恵那郡でも農業従事者の8割以上が産業組合に加入した。このうち、土岐郡では陶器の生産量が多く、工業、商業従事者の産業組合加入率も5割以上であった⁽⁷²⁾。

土岐郡医組連合会宮地鈴一は、多額の固定資本を必要とすること、開業医の反対の二つを医組設立が困難な要因として挙げる。開業医の猛烈な反対運動は地方で次のように具体化された。例えば、「土岐郡××会」は設立反対運動として「組合病院の設立を阻止せんとする理由」というパンフレットを配布した⁽⁷³⁾。土岐郡医組連合会昭和病院開設のための協議は実に41回にも及び、開設許可を得たのは1937年3月、開業は1938年5月23日のことであった⁽⁷⁴⁾。他方、1938年には飛騨医組連

(68) 黒川泰一「組合医療事業の拡充強化」『産組』386号。

(69) 「農林省の《医組》指導方針」『医事』7巻31号、1937年、1145頁。

(70) 高橋新太郎「産組による医療運動の動向」『産組』403号、1939年。

(71) 「《国保》の実施と《産組》の将来」『医事』7巻27号、1937年、1100頁。

(72) 「組合普及状況」『要覧昭和13年附負債整理組合』1939年。

(73) 宮地鈴一「土岐郡に於ける医療利用組合運動の発展事情」『岐阜』151号、1937年。

(74) 加藤昇「昭和病院設立経過の概要」『岐阜』159号、1938年。

合会が設立され、久美愛病院開設許可の申請を行なった。しかし、「反産運動」のため、建設許可、着工が遅れ、ようやく病院が開院したのは1939年10月2日のことで、設立構想が具体化して病院建設許可申請を行なってから建設許可が下りるまでに要した期間は実に3年にも及んだ⁽⁷⁵⁾。

この二つの病院が開業に至ったのは「反産運動」が終結したためではなく、国民健康保険法の実施によって医師会との抗争に一定の妥協が生まれ、またそれが後押ししたという側面があった。産業組合中央会は産業組合の組織力によって医療施設の新設拡充を図り、国民健康保険代行組合の認可を得ようとした。中央会は、1936年度には前年度に比して連合会4、単位組合4の事業主体が増加し、組合員は25万人増加して、1年間で350万人が医療利用組合を利用したと発表した⁽⁷⁶⁾。また1938年の『医事衛生』誌は、山口、三重、岐阜、群馬、栃木、千葉、静岡、山形に病院が開設されたことを伝えた⁽⁷⁷⁾。これらの地域は医療利用組合の普及については先進的な地域とはいえ、この時期にはむしろ医療利用組合の展開が遅れていた地域での医療機関普及に中央会が力を注いでいたものと考えられる。

3. 医療利用組合の岐阜県信用販売購買利用組合連合会への統合

連合会組織は、既設単位産業組合をその構成要素とし、その目的は組織力の強化にあるが、他方では医療利用組合の設立と事業を統制していこうとするものである。そのモデルとなった岩手県の医療利用組合統制案は次のとおりである。①病院診療所の経営、②巡回診療班の派遣、③特殊診療所の開設、④薬剤の配給、⑤医師の統制、⑥産婆看護婦の養成訓練、⑦経営当務者の教養訓練、⑧互助施設の確立⁽⁷⁸⁾。この岩手県の統制案は、1936年に県内9つの広区医療利用組合連合会が統合することによって具体化された。

1939年頃に農林省は、早期に県連合会の形態をとった岩手県の事業の在り方をモデルとして、広域化を図るとともに県単位連合会組織への移行を指導する。だが、単位医療利用組合がそれを真に望んでいたわけではない。岐阜県では、県連合会への統合過程で産業組合中央指導者の方針に対する「下から」の抵抗があった。岐阜県信用販売購買利用組合への医療利用組合の統合までの経緯についての小鷹利産業組合と飛騨医療利用組合連合会の例がこのことを示している。

まず、小鷹利産業組合の場合をみていきたい。岐阜県産組連合会は、県下の医療利用組合が「未だ単位組合又は地方連合会の形態であって、此地方分散的な存在は統一的総合的發展性に欠くる」として県連合会への統合を計画した⁽⁷⁹⁾。1942年に開催された、医療利用事業県連合会統合に関する協議会に小鷹利村からは参加しなかった。これに対し産組岐阜市会より4月末までに意見をまとめて報告し、5月の支会臨時総会に参加するよう通知があった。しかし、小鷹利村からは出席しなかったため、翌日には別紙の「医療事業県統合案」に関して総代会を開催し早期のうちに返答する

(75) 全国厚生農業協同組合連合会編『協同組合を中心とする日本農民医療運動史 前編：通史』（以下『通史』）全国厚生連、1968年、352頁。

(76) 『医事』7巻38号、1938年、1384頁および『医事』7巻40号、1455頁。

(77) 「国保の代行を目指して医組全国に続々組織さる」『医事』8巻23号、1938年、836頁。

(78) 「医療利用組合は連合的に発展」『医事』5巻32号、1935年。

(79) 「昭和15年岐阜県産組情勢報告」『近代四』455-461頁。

ように通知があり、統合が強行された。「統合案」の内容は、次のように強圧的なものである。単位組合の経営する医療施設の全部を1942年5月31日を期して県連合会に譲渡すること、診療所のために借入している土地、建物は統合と同時に県連合会に引き継ぐこと、嘱託医師、看護婦、産婆は県連合会に引継ぐこと、譲渡の際の支出増加は単位組合の特別会計として当該組合の負担とし、配当引当金、人件費等が必要となる場合は経費を年々県連合会へ寄附すること⁽⁸⁰⁾。

次に、土岐医療利用組合連合会昭和病院、飛騨医療利用組合連合会久美愛病院の県連合会統合の経緯をみてみよう。1940年に各産業組合の四種兼業化が進む中で、岐阜県信用購買連合会と同穀物販賣購買連合会が合同して保証責任岐阜県信用販賣購買利用組合連合会が発足した。1941年2月に井口産業組合課長が昭和病院に来院し、県下二つの組合病院を県連合会に統合するよう指導した。昭和病院では、役員全員に異議もなく統合委員会を結成して研究会を開き準備を進めることになった。しかし、久美愛病院については統合への動きが進捗しなかった。8月になって経済部長が再度統合計画を提唱してから急速に進展し、1941年12月31日帳尻をもって統合することに決定した⁽⁸¹⁾。久美愛病院が県連合会への統合に積極的に応じなかった事情について、当時の病院長海野金一郎が著書『飛騨の夜明け』で、次のような事情を明らかにしている。「飛騨医療組合病院は、最後の最後までこの統合に反対し、抵抗し、そして敗北した」。「県連合会職員がしきりに病院を来訪」した頃には、「すでにこの統合案はほぼ九分通り出来上がっていたともいう。私たち組合病院職員はもとより、何よりも組合病院設立に力を尽くした産業組合の理事たちはこれに抵抗した。」飛騨産業組合連合会会長であった福壽滝蔵は、「飛騨の地域性を考え、飛騨医療利用組合病院の意義を信頼する人で」この統合に抵抗した一人であったが、1941年1月の飛騨産業組合連合会第15回総会で県産業組合課主事から福壽の解任通告があった。この人事の後、県連合会への統合は急速に進むことになった⁽⁸²⁾。こうして、地域性を考慮して統合に反対した飛騨医組連合会の主張は無視されて、県連合会への統合は強行された⁽⁸³⁾。統合を終えた岐阜県信用販賣購買利用組合連合会は厚生部を設け、久美愛病院と昭和病院は、「共に地域的特殊性に関する研究に精進し、以て医療報国の実を」挙げていくとその抱負を述べた⁽⁸⁴⁾。県連合会は、その後農村保健運動の統一の実施および統制機関となる。

4. 広区医療利用組合連合会と地域医療提供

飛騨医組連合会久美愛病院は福壽滝蔵を中心として設立された。開設の翌年に久美愛病院に赴任した海野金一郎は、秋田医療利用組合病院、川添診療所に勤務した経験から、これをモデルとした

(80) 「産岐第222号昭和17年4月13日産組中央会岐阜支会 小産組長宛 医療利用事業県連合会統合に関する件」『訓示』。

(81) 『通史』349頁。

(82) 海野金一郎『飛騨の夜明け』（以下『夜明け』）農山漁村文化協会、1980年、169-175頁。

(83) 昭和病院で県連合への統合が進捗した背景として土岐医療利用組合会長と岐阜県信販購買利用組合連合会副会長が同一人物であったことがある。「常勤役員並部長略歴 加藤昇」浅野霞山『久美愛運動回顧録』浅野禮吉、1968年、43頁。

(84) 岐阜県信販購買利用組合連合会厚生部「《我等の病院》第1報」『近代四』533-535頁。

医療活動を構想していた。無医村問題の解決は無医村個々を単独に対象としていては解決の永続性は生まれない、そのためには農山村地区の診療所担当医師がつねに中央病院を指向し、中央は末端に援助をする連合会組織によって支えられる「クモの巣型医療網」をつくる必要がある⁽⁸⁵⁾。この構想は、県連合会に統合されるまでに高山市内に設立した久美愛病院と、1940年設立の朝日村診療所を拠点として、出張診療、巡回診療を行うという形で具体化され、将来は分院、診療所、出張診療所、巡回診療所、保健婦駐在所、保健看護婦出張所の設置を企図していた。県連合会への統合に抵抗したのは、「クモの巣型医療網」構想の実現を目指して行った医師はじめ医療活動を行った者の声であり、また医療活動の中で聞いた農山村の人々の声でもあった。幸いなことに、この構想は県連合会統合後も具体化され、1943年までに朝日村、大八賀村、上宝村、船津村、坂下村、宮村、上枝村、河合村など10ヶ所に診療所が設置された⁽⁸⁶⁾。これらの診療所は無医村問題を解決しただけではなく、他方では国民健康保険代行組合として認可を受けるための医療施設という役割を担い、このうち上宝村を除く地域では1941年までに国民健康保険代行組合が設立され、飛騨地区の国民健康保険組合普及の基盤となった。

県連合会への統合は、飛騨地区のように地域における医療提供に悪影響を及ぼさなかったわけではない。例えば新潟県佐渡郡の場合は、県連合会に統合することによって郡内に5ヶ所設置されていた診療所のうち2ヶ所が閉鎖された⁽⁸⁷⁾。

IV 国民健康保険制度と医療利用組合 - まとめにかえて -

以上の分析から、経済更生計画、産業組合拡充計画の一環として生成された四種兼営産業組合の医療事業は、医療提供者として医療の経済問題と地理的偏在の二つの問題解決を図るものであったこと、また国保代行組合として国民健康保険制度普及の一翼を担ったことを明らかにした。こうした地域医療の具体的展開の中でみると四種兼営医療利用組合には連合会組織であったかに拘らず、国保代行組合としての転換と機能面からみた展開があったことが確認できる。また、この分析から医療利用組合運動は、国民健康保険制度形成過程における「下から」の推進の条件であったといえる。

1920年代の産業組合格成政策は、その後の経済更生運動から戦時農民統合へと推移する過程の前提として理解される。産業組合の四種事業のうち利用事業は遅れており、農民層分解に対して十分機能し得るものではなかった⁽⁸⁸⁾。医療利用組合は、産業組合の他の利用事業と異なり、施設設備、運営に多額の費用を要し、医師との契約を結ぶ必要があった。こうしたことから、1920年代に創始した初期の医療利用組合の多くは限られた地域で生成し、経営等の限界から解消した組織が多く、

⁽⁸⁵⁾ 『夜明』27頁。

⁽⁸⁶⁾ 『夜明』75頁。

⁽⁸⁷⁾ 『通史』251-254頁。後に、医師不足等のため計4ヶ所の診療所が閉鎖された。『年史45年のあゆみ』佐渡厚生農業協同組合連合会、1982年、307頁。

⁽⁸⁸⁾ 加瀬和俊「1920年代における産業組合普及の意義とその限界-産業組合拡充運動の前提条件」『土地制度史学』68号、1975年。

永続性がなかった。1930年代の産業組合拡充五ヶ年計画、経済更生計画の一環として創始した四種兼営の産業組合による医療利用組合は、産業組合の事業拡充とその基盤強化の下で展開していく。地域によっては、国保法施行によって国保代行組合として医療事業を継続していくものがあった。その一つが、本稿でとり上げた小鷹利産業組合である。小鷹利産業組合については、1923年にすでに9割以上の産業組合加入率であった。言い換えれば、諸階層を動員する組織化がすでに行なわれていたこと、また経済更生計画によって地方自治体との結びつきが強くなったことが、医療利用組合の生成から展開へ、国民健康保険代行組合としての転換への一定の前提条件となった。

第1表 国民健康保険組合の普及状況（1941年12月31日現在）

道府県名	普通組合	特別組合	代行組合	合計	代行組合の割合%	道府県名	普通組合	特別組合	代行組合	合計	代行組合の割合%
北海道	32	-	3	35	9	滋賀	39	-	18	57	32
青森	62	-	1	63	2	京都	106	1	10	117	9
岩手	-	-	29	29	100	大坂	9	1	-	10	-
宮城	22	-	5	27	19	兵庫	50	1	-	51	-
秋田	10	-	13	23	57	奈良	6	1	21	28	75
山形	58	-	3	61	5	和歌山	19	2	23	44	52
福島	84	-	-	84	-	鳥取	20	1	3	24	13
茨城	20	-	2	22	9	鳥根	21	-	5	26	19
栃木	10	-	15	25	60	岡山	60	-	-	60	-
群馬	18	1	6	25	24	広島	36	-	1	37	3
埼玉	13	1	-	14	-	山口	78	-	9	87	10
千葉	15	-	8	23	35	徳島	27	1	-	28	-
東京	13	1	-	14	-	香川	35	-	-	35	-
神奈川	16	3	-	19	-	愛媛	42	-	-	42	-
新潟	16	1	37	54	69	高知	8	1	-	9	-
富山	7	-	21	28	75	福岡	14	-	3	17	18
石川	38	-	9	47	19	佐賀	9	-	3	12	25
福井	20	-	-	20	-	長崎	27	-	2	29	7
山梨	31	-	2	33	6	熊本	46	-	4	50	8
長野	116	-	-	116	-	大分	23	-	-	23	-
岐阜	46	1	20	67	30	宮崎	11	-	-	11	-
静岡	15	1	39	55	71	鹿児島	10	-	2	12	17
愛知	17	1	3	21	14	沖縄	10	-	-	10	-
三重	50	1	1	52	2	全国合計	1,435	20	321	1,776	18

(出所) 産業組合中央会『第14回産業組合年鑑』1942年、253-255頁。

注1) 国民健康保険組合に占める国民健康保険代行組合の割合は、『第14回産業組合年鑑』の普及状況一覧表をもとに、高嶋が計算して作成した。

注2) 原資料の国民健康保険組合数合計が群馬、愛媛で誤っていたため計算して修正した。

そのため、全国合計も計算して修正した。

本稿では、岐阜県小鷹利村を事例として、国保代行組合設立までの経緯を確認した。ここで、小鷹利村の全国、岐阜県の中での位置を確認しておきたい。まず、国民健康保険法第二次改正以前の1941年末現在の国民健康保険組合設立数についてみてみたい(第1表)。京都、長野では100組合を数え、山口、福島の順に設立組合数が多く、岐阜は第5位の設立数であった。これに対して、高知、

沖縄、大阪、宮崎など10組合程度の府県もあった。中位値は28で、富山、奈良、徳島がこれに該当する。代行組合は、全国で321組合が設立され、18%を占める無視できない数であった。また、府県別に代行組合の数をみれば静岡、新潟、岩手の順で多かった。国保代行組合の割合についてみれば、100%の岩手があり、また50%以上では、富山、奈良、静岡、新潟、栃木、秋田、和歌山が挙げられる。また、代行組合が未設置の16府県を除けば、中位値は19であり、岐阜はそれよりも高率の30%で、11位であった。

岐阜県では、1938年中に二つの国民健康保険組合が設立された。小鷹利国民健康保険組合と大湫村国民健康保険組合である。二つの組合は、モデル組合として岐阜県における国民健康保険制度普及促進に影響があった。小鷹利産業組合の事業報告には、県内外から多くの見学者が訪れたことが記録されている。岐阜県では、1939年に4組合、1940年には11組合、1941年には35組合の国民健康保険組合が設立されている。また、終戦までには315市町村に対し299組合が設立された。そのうち、産業組合による国保代行組合は90組合を数えた⁽⁸⁹⁾。代行組合か普通組合かの選択は、医療利用組合の普及状況のほか、府県別、あるいは郡市別の対応に一因があったと考えられる。この点の詳しい事情については、別稿で述べることにしたい。国民健康保険制度普及への産業組合、医療利用組合の関与の仕方については、国保代行組合として直接的に国保事業に関与する外に、次のように間接的に普通組合に関与する産業組合、医療利用組合があった。役員の兼務、組合員の募集、資金運用上の連携、医療利用組合の医療機関との診療契約など⁽⁹⁰⁾。本稿が事例とした岐阜県小鷹利村は、国保代行組合として国民健康保険制度普及に関与した一事例である。

医療利用組合の普及は地方によって異なっていたが、それは医療利用組合が元来農山村の医師分布の問題を解決しようとしたことにも起因している。この事実には、医療利用組合による国保代行組合によって、全ての地域で国民健康保険組合を普及させることが不可能であるということと、医療利用組合を無視しては農山村への医療普及を図ることができないという二つの側面があった。階級的結合関係については、小鷹利村の医療利用事業は農民統合のために行なわれたというよりは、むしろ農民統合の結果として、諸階層すべての問題である「無医村」問題解消のために行なわれたことを指摘しておきたい。また、国民健康保険代行組合への転換は医療利用事業の継続の手段として自然な形で行われ、組合員はそれを自然な形で受容したものである。

従来は、医療利用組合には町村単位の産業組合が四種兼営事業のひとつとして行った医療事業から、広区単営組合の登場、そして連合会への組織統合という発展の段階性があるとされてきた。こうした段階性は、組織統合の形態としては一定の筋道の通ったものであるが、四種兼営産業組合の行なう医療利用組合には、国民健康保険代行組合としてのもう一つの展開があったことをつけ加えておきたい。連合会組織統合は医療利用組合運動の経営基盤の強化、運動の普及という面からみれば、医療利用組合運動発展の一つの方向であったといえるが、もう一つは「上から」強圧的にもたらされた総力戦体制の一環であったという側面を見落としてはならない。そのことを明らかにする

(89) 以上は、岐阜県『岐阜県公報』各年度版より集計。

(90) 全国医療利用組合協会「産業組合と普通国民健康保険組合の連携に関する調査」同『医療組合』4巻7号、1940年、44-49頁。

ためには中央の運動推進者の著作等を検討するだけでなく、地域に下りて個別事例を実証的に検討する必要がある⁽⁹¹⁾。さらに課題としては、個別事例の積み重ねによって全国的展開をみておく必要がある。こうした整理や分析とあわせて、国民健康保険制度形成の推進の「下から」の動きとして、地域医療の具体的な展開の中で医療利用組合の機能と実態を明らかにすることによって、国民健康保険制度形成史上に位置づけることが可能になるのである。

昭和恐慌期以来の医療利用組合による社会改良実践は、国民健康保険法においては国民健康保険代行組合として制限的に認可されて完全に排除されることがなく、国保組合普及に対して補完的な役割を果たした。また、医療利用組合が国保代行組合として認可されるには医療機関を有することが条件とされたが、飛騨地区の多くの村では医療利用組合が存在することで、国民健康保険代行組合の設立の条件である医療施設を有するという条件をクリアして国民健康保険組合普及の基盤となった。以上のような点で、本稿でとり上げた岐阜県小鷹利村では、国民健康保険制度形成過程において医療利用組合運動が一定の推進の要因となったといえる。国民健康保険制度形成史研究は、地域保険であったことから、地域レベルにまで下ろして検討していく必要がある。本稿は、一事例を取り上げたものに過ぎず、この個別事例から得られた知見を社会政策論の中に位置づけるためには限界があり、一定の研究の蓄積を待たねばならない。

本稿では、岐阜県小鷹利村における国民健康保険代行組合の設立までの過程と、それに関連して周辺地域の飛騨地区における国民健康保険制度普及への影響を中心にみてきた。戦時における国民健康保険組合の普及と事業内容についてはさまざまな証言があるが、その具体的な実態が明らかにされないままに、例えば「量的発展につれて、質的低下を来した」⁽⁹²⁾と総括されている。また、国民健康保険法が「健兵健民」政策としてその制定を促されて成立したことから、このことが国民健康保険制度自体の機能と同一視されることがある。あるいは階級的な統合を目的としたものであったことが強調され、それが戦時動員体制の基礎になったという評価がある。しかし、そこでは概して国民健康保険制度の具体的な機能が評価されておらず、近代的な社会制度である社会保険の導入の意義が十分に検討されていないように思われる。別稿では、小鷹利国民健康保険代行組合の事業を通して、戦時の国民健康保険組合の具体的な機能をみていくことにしたい。

(たかしま・ゆうこ 金沢大学大学院 社会環境科学研究科)

(91) 本稿では、国民健康保険組合に占める代行組合の割合を1941年末のデータに依拠しているが、国保法第二次改正以降も代行組合の設立があったことが確認される。その例として、1941年末には代行組合が未設立であった長野で、1942年11月以降に42組合に代行組合設立許可の見通しがあり、このうち23組合の設立が具体化された。このことは全国的なデータから確認することはできず、地域に下りて個別事例を検討する必要がある。『長野県産業組合史昭和巻』不二出版、806-807頁および長野県『長野県報』各年度版。

(92) 国民健康保険協会『国民健康保険小史』同、1948年、42頁。