

## 〔研究ノート〕

# 1930年代における健康・医療問題と 医療利用組合運動

青 木 郁 夫

## I はじめに

1930年代に昭和農業恐慌が一層深刻化すると、それへの対策として、時局匡救事業、農山漁村経済更生運動などが展開された。それにもなって、更生運動の中心機関たる産業組合も拡充計画を樹立し、それを実践することで飛躍的發展を図った。農村保健医療対策をみると、1932年度後半に始まる恩賜時局匡救医療救護事業が継続され、国民健康保険制度が形成され（1938年1月実施）、そして健兵健民政策としての保健国策の策定に至った。さらに1940年代にはいと、国民の健康を管理し支配する体制を形づくることになる国民体力法が制定（1940年）された。この間、医療利用組合運動は、首都東京における、賀川豊彦、新渡戸稲造、そして馬嶋憊らによって主導された東京医療利用組合の設立（設立認可1932年5月）以降、燎原の火の如く全国に燃え広がっていった。そこには医療資源が過少である農村地域の人々の健康および医療に対する要求だけでなく、都市部における中産層以下の人々の切実な医療要求があった。近代的な総合的医療の享受を可能にする医療資源の空間的配置および社会階層間でのその均霑が求められていたのである。こうして医療利用組合運動は、医療資源の集積点となる総合的病院を中核とした医療組織を事業区域に展開する広区域単営医療利用組合時代の最盛期をむかえた。

こうした医療利用組合運動の展開に対して、医療衛生行政の主務官庁である内務省衛生局は、自由開業医制を擁護すべく、医療利用組合を医療資源が過少な町村における小規模診療所レベルのものに抑制しようとした。また、非医師による診療所の開設を「制限」する診療所取

締規則（内務省令、1933年）を制定した。それに対して、産業組合行政の主務官庁である農林省は、総合的医療機関である病院の設置にまで発展した医療利用組合運動を自らの官僚主義的支配統制のもとにおこうとして、1935年には連合会組織によるその「統制」方針を確立した。

研究史のなかから、本稿のテーマに関わるものとして、1930年代の産業組合と医療利用組合を取り扱った相澤與一のものを取り上げてみよう〔相澤與一、1993〕。相澤はこのなかで、「本稿が産業組合運動における『自主的』契機を国家の政策への取り組みと関わらせて重視するのは、むしろ産業組合がこの時期の農民の医療窮乏による医療要求にもこたえようとする医療利用組合運動を拡大させ、それが昭和13年に制定される国民健康保険の立法を促しながらその立法に取り込まれていったのではないかと考えられる過程を明らかにするために役立つと考えられるからである」（p.74）と、その意図するところを述べている。この「研究ノート」では、医療利用組合運動自体についての考察はほとんどなされず、1930年代の産業組合についてのそれまでの研究史を整理することにとどまっている。そこで、それまでの研究が不十分であったことの理由の一つとして、「当時の支配的な形態たる産業組合が天皇制国家の官僚制の支配と半封建的零細農に規定されて自主的大衆的性格を欠くことを強調する傾向が強く、そのために、産業組合運動が乏しくとももち得たであろう協同組合としての『自主性』の側面と独自の役割の可能性を過小評価したように見受けられる」（pp.82-3）ことを指摘し、さらに、医療利用組合運動についての考察につながる視点として、「そもそも消費生活協同組合は、労働者、消費者が流過程における資本の追加的搾取に

抵抗し生活に自衛と改善を図るものとして自然発生的に成立・発展させる社会的必然性を持つのである」(p.83) ことを強調している。これは、妥当な評価であろう。

相澤は、[相澤興一, 1994] で医療利用組合運動史を総括し、その発展段階規定を行っている。その際、医療利用組合運動が「自発的」に発生し、発展していく根拠となる農村地域の人々の医療要求に言及している。その内容として、この運動の中心的な担い手であった黒川泰一の著作[黒川泰一, 1938] や高橋新太郎が執筆した医療利用組合運動の正史たる『協同組合を中心とする 日本農民医療運動史』[全国厚生農業協同組合連合会, 1968] の場合と同様に、健康および医療の都市—農村間格差が取り扱われ、国民の健康水準は「徴兵検査」結果の劣悪化に「象徴」されるように全般的に悪化したもののように描かれている。野村拓も戦前昭和期を「国民生活のジリ貧と健康のジリ貧」として描き、「基準にあいまいさはあっても、20歳の男子全員に対して行われる徴兵検査結果は、国民の健康水準を示す有力な指標であった」[野村拓, 1981, p.58] とし、徴兵検査結果の推移は国民の「健康のジリ貧」状態を示しているとしている。しかしながら、「我国民ノ保健状態ハ漸次幾分宛良好ニ向ヒツツアル」[内務省衛生局, 1937, p.14] 面もみられたのであり、この時期の国民の健康と医療の状況をより詳細に明らかにする作業が必要であるように思われる。

本稿はこれまでの研究史の屋上に屋を重ねるようなものであるが、課題としていることは、医療利用組合運動が広区域単営組合時代から連合会時代へと推移し、その過程で運動が連合会組織によって国家統制されるに至る、1930年代における国民の健康と医療問題の様相をごく簡単に素描し、医療利用組合運動がどのような要求に根ざし、医療組織として何を求めていたかを考察することである。

## Ⅱ 1930年代における国民の健康と医療

世界大恐慌にのみこまれることから始まる

1930年代における保健医療政策は、医療扶助を含む救護法の実施(1932年)から、32年度後半から始まる貧困者に対する救療と無医村に対する巡回診療・出張診療事業を行う恩賜時局匡救医療救護事業の展開[拙稿, 2007]、そして健兵健民政策＝人的資源政策たる「保健国策」(保健所の創設、結核予防施設の拡充、医療機関の普及、「ライ」根絶、一般医療救護の拡充)の樹立、諸健康保険制度の拡充、厚生省の設立(1938年)、国民健康保険制度の創設(1938年)[拙稿, 2010a; 2010b]、職員健康保険の創設(1939年)に至り、ついに国民体力法(1940年)にもとづく「体力手帳—体力検査—健民修練所」体系による「健康」面からの国民に対する支配が貫徹されることとなった。

この時期には軍部から、徴兵検査結果の悪化傾向から、しきりに国民体位の低下、壮丁体位の低下が喧伝され続け、それが「保健国策」樹立以降の保健医療政策を色濃く規定し続けたが、国民の医療要求を惹起する健康、疾病、医療諸資源の配置はどのような状況にあったのであろうか？ 内務省衛生局は自らが行う「保健国策」の内容＝「保健施設拡充計画」を提示した文書『保健施設ニ関スル参考資料』[内務省衛生局, 1937]において、「国民保健の現状」を次のようにまとめている。「要スルニ我国民ノ保健状態ハ漸次幾分宛良好ニ向ヒツツアルモ遺憾ノ点少カラス。殊ニ海外文明国民ノ保健状態ニ比較シ尚著シク逕庭アルヲ免レス」とし、国民の健康状態が僅かながらでも改善しつつあるものの、欧米諸国に比しての死亡率、とりわけ乳児死亡率の高さ、結核死亡率の高さ、腸チフスなどの伝染病死亡率の高さ、国民寿命の短さを指摘し、その改善への取り組みの必要性を訴えている。また、軍が指摘する国民体力、体格の低下、とりわけ軍勢力たる壮丁の体位低下傾向については、「児童生徒ノ發育概評ハ…一般ニ身長体重共ニ其ノ平均ハ漸次増加ヲ示セルモ胸囲ハ必ズシモ之ニ伴ハズ」。壮丁の体格については徴兵検査の結果に徴するも「筋骨薄弱」のために甲種・乙種合格者の減少がみられ、「壮丁ノ体力ハ漸次劣弱ノ傾向ヲ辿リツツアリト唱セラル」としている[内務省衛生局, 1937, p.14]。さらにまた、この期に先行する

20年代における農村の衛生状態については、内務省衛生局による多年にわたる調査が『農村保健衛生実地調査報告』として1929年3月に刊行された。この報告は、「農村の出産率は都市に比して著しく高率であり、死産率高く、乳児死亡率も亦高率である。又農村住民児童及青年の体格を他のものと比較するに、体重、身長、胸囲は農村に於いてむしろ劣っていること」〔倉敷労働科学研究所, 1930, p.8〕を明らかにした。30年代においても、こうした農村における健康の低位性は持続し、都市―農村間の健康格差は一層拡大していった。

保健国策においても中心的な課題とされた結核問題について言及しておこう。主要死因別死亡率の長期推移をみると（図1）、20世紀に入っても第一次大戦期までは、感染性疾患による

胃腸炎や「スペイン風邪」＝新型インフルエンザの流行期に急激な上昇をみた肺炎による死亡率、そして結核による死亡率が高まっていた。その後、胃腸炎や肺炎を死因とする死亡率は傾向的に低下していったのに対して、結核による死亡率は1918年の人口10万人対比257.1をピークに1932年には179.4まで低下したが再び上昇に転じ、1943年には235.3となった。結核死亡率が再上昇したのはまさに、恐慌とアジア・太平洋戦争期である。年次別に年齢別結核死亡率をみたのが、図2である。1935年の年齢別結核死亡率は、15～19歳で378.3、20～24歳で467.8、25～29歳で361.0、30～34歳で251.2であり、若年層の死亡率が極めて高いことがわかる〔池田一夫、灘岡陽子、倉科周介, 2003；小松良夫, 2000；三浦豊彦, 1984〕。英語では結核を

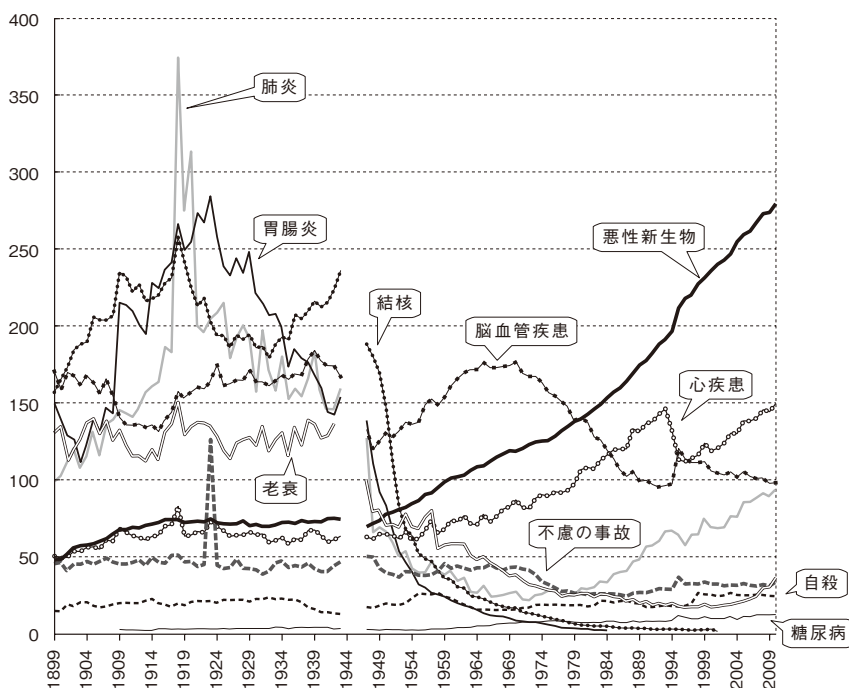


図1 主要死因別死亡率（人口10万人対）の長期推移（～2010年）

注）1994年の心疾患の減少は、新しい死亡診断書（死体検案書）（1995年1月1日施行）における「死亡の原因欄には、疾患の終末期の状態としての心不全、呼吸不全等は書かないでください。」という注意書きの事前周知の影響によるものと考えられる。最新年は概数。

資料）厚生労働省「人口動態統計」。

出所）<http://www2.ttcn.ne.jp/honkawa/2080.html>

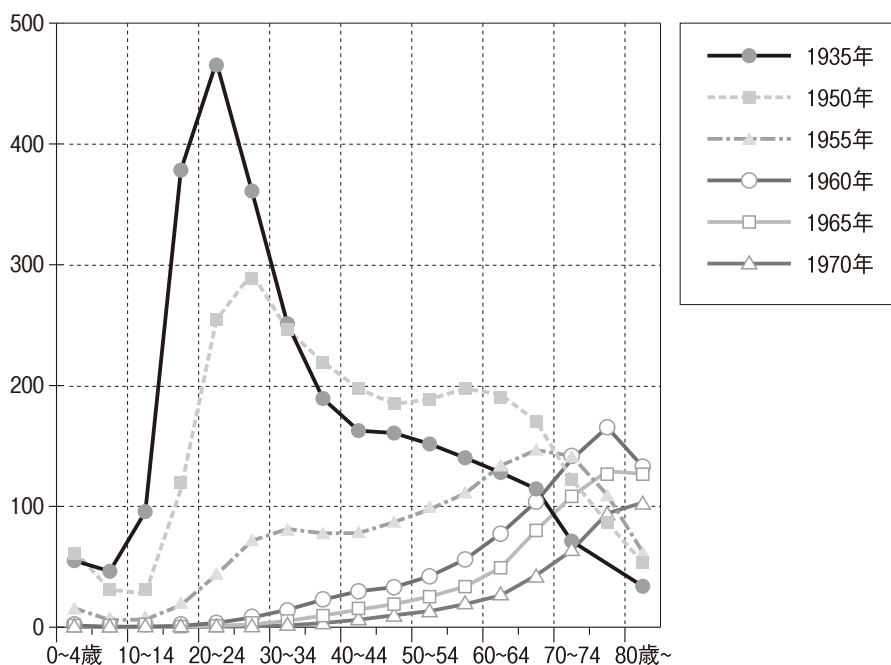


図2 年齢別結核死亡率推移（人口10万人対）

資料）厚生労働省「人口動態統計」。

「tuberculosis」というが、日常表現では「consumption」を用いることもある。これは結核が「消耗性」の病態であり、死に至る病であったことを表すものである。戦時兵力としても、戦時労働力としても、その中心となることが期待される若年層の結核罹患率の高さと死亡率の高さ。こうしたことが、人的資源政策である「健兵健民政策」として「保健国策」が策定されることになる重要な背景をなしていたのである。

### Ⅲ 医療諸資源の空間的配置と利用の状況

こうした国民の健康状態に対して、医療諸資源の空間的な配置はどのようなものであったのだろうか。まず、1930年代前半期における医師の配置状況の推移をみると（表1）、人口当たりの医師数は人口1万人対7.1人（30年）から7.5人

（35年）へ増大しているものの、その都市への集中傾向は顕著である。市部においては、この間、医師の絶対数は9,835人増大し（46.6%増）、人口1万人対12.3人（30年）から12.8人へと増大しているが、町村ともに医師の絶対数が減少し（町部約2,500人減、村部約1,330人減）、対人口当たりの医師数も減少している（町部8.5人から7.7人、村部4.0人から3.7人）。このことは「医師ナキ町村」の増大をも意味している。次に病床の配置状況はどのようなものであったのかをみてみよう。1934年の地域別、病床種類別配置状況を表2に示した。病床総数でみて、対人口比病床数は都市部と農山漁村とは倍以上の格差があり、しかも農山漁村では伝染病床・隔離病床が大半であって、一般診療に用いられる病床は漁村を除けば僅少である。以上のことから、町村部あるいは農山漁村においては医療諸資源の配置が極めて不十分であり、医療の利用可能性が物理的に制限されていたことを確認できる



表 1 市町村別医師分布（内務省衛生局調査）

年 次	人 員				人口 1 万人対比医師数			
	市	町	村	計	市	町	村	計
1930	19,026	13,219	13,337	45,582	12.3	8.5	4.0	7.1
1935	28,861	10,727	12,009	51,597	12.8	7.7	3.7	7.5

資料）〔保険院, 1938, p.103〕。

表 2 地域別病床数（1934年 4 月現在, 社会局調査）

種 別	病床数			人口 1 万人対比		
	伝染病院 隔離病舎	一般病床	計	伝染病院	一般病床	計
大都市（10万人以上）	10,641	63,288	73,929	9.78	40.31	47.09
中都市（5 万人以上）	3,000	16,490	19,490	9.73	53.51	63.24
小都市（2 万人以上）	4,381	15,226	19,604	11.70	40.76	52.37
都会隣接町村	5,837	3,925	9,762	12.57	8.45	21.02
普通農村	47,564	34,795	82,359	14.98	0.95	25.93
漁村	5,252	4,493	9,745	13.81	11.82	25.63
山村	4,876	1,611	6,487	14.07	4.65	18.72
計	81,551	139,828	221,379	12.32	21.12	33.33

資料）〔保険院, 1938, p.103〕。

であろう。そして、このような地域の人々は、たとえ医療費の経済的負担能力があったとしても、医療サービスを利用するためには交通コストと時間コストをより多く費やさなければならない状況にあったことが容易に想像されるであろう。

では、この時期における国民の医療利用の状況はどのようであったのであろうか。この点を医療費支出の面からみておこう。1938年に国民健康保険制度が創設され「国民皆医療保険」への遼遠な道筋がついたとはいえ、なお普遍的かつ包括的な医療費保障制度が存在するという状況ではとてもなかった。国民健康保険制度成立以前には、特定の労働者集団を対象とする公的健康保険制度、救護法にもとづく極めて限定的な貧困者に対する医療扶助、あるいは済生会等の公私救療制度、あるいはまたいくつかの軽費・実費診療機関しか存在していない状況であり、そのため医療費支払いを可能にする経済的能力を有することによってのみ医療利用がなされた。表 3 に各種調査による家計医療費支出

を総括的に示した。ここでの家計医療費支出には、医療機関・医療サービス利用にともなう医療費のほかに、買薬等の自己治療に要した医療費も含まれている。同一の調査ではないので、厳密な比較はできない。農村部での家計医療費支出は、都市部に比して相当程度少額である。このことが農村部居住者の健康状態が都市部居住者の健康状態に比して良好なためではないことは上述から明らかである。農村部居住者の場合には、医療諸資源の配置が過少でその利用が困難であること、健康保険などの医療費保障制度の包括対象が極めて限定的であり、さらに現金収入が相対的に少なく医師会協定料金を支払う能力に欠けることなどが、医療サービス利用が過少になっている原因であろう。農村居住者における自作農―自小作農―小作農の医療費支出の階層間格差が所得格差に規定されているであろうことは容易に類推できるであろう。しかも、農村部居住者の過少な医療費支出のうち買薬などの自己治療に向かう部分が相対的に多くなっている。ここで示した家計医療費支出は平

表 3 年間家計医療費支出

種 別		種 別	一世帯当たり 平均医療費	一人当たり 平均医療費	調査者	摘 要
農村居住者		医師居住町村 医師なき町村 平均	円	4.14 円 3.60	衛生局	農村保健衛生実地調査成績（1921年乃至1924年の間において23町村につき調査）
		小作農	18.33	2.90	社会局	農家経済調査農林省原票による（自1931年至1934年4ヶ年間 1 府県6戸乃至 9 戸調査）
		自小作農	24.57	3.93		
		自作農	30.23	4.77		
		平均	24.36	3.86		
都会地居住者	俸給生活者	官吏	39.43	10.13	内閣統計局	家計調査（自1931年 9 月至1936年 8 月五ヶ年平均）
		教職員	44.63	12.41		
		銀行会社員	41.75	11.03		
		平均	41.31	10.87		
	労働者	健康保険 被保険者	政府管掌健保 組合健保	8.38 10.49	社会局	1935年度

資料）〔保険院，1938，pp.132-3〕。

均額であり、現実的には、「医療費の問題は一時に多額の失費を特定の個人が自ら負担しなければならない点に存する」〔内務省衛生局，1937，p.131〕のであり、医療費が家計負債の大きな要因の一つであったことも忘れてはならない。

Ⅳ 内務省社会局の情況認識

上述してきた状況を、内務省社会局は1934年に行った一連の調査「農村医療問題」〔この「農村医療問題」調査については、拙稿，2010a〕によって解明し、行われるべき政策（ここでは国民健康保険の創設に向けた）のあり方を提起した。『第一編 農村ニ於ケル衛生状況』〔内務省社会局庶務課調査係，1934a〕で都市に比して農村民の健康が劣っていることを明らかにし、そこに「疾病と貧困との相関関係」があることをみてとっている。こうした農村の医療問題は重大な社会問題であり、国家が「弱者ニ保健ヲ保障スベキデアル」（p.62）と結論づけている。次いで、『第二編 農村ニ於ケル医療状況』〔内務省社会局庶務課調査係，1934b〕において、「農村ハ医療機関ニ頗ル恵マレテイナイ。加フルニ、農村ノ不況ハ農家ヲシテ医療費ノ負担ニ耐ヘラレナイ状態ニ陥ラシメタ。カクシテ農家ニ於ケル医療利用ノ程度ハ

著シキ低度ノモノデアリ、又医療費ハ農家経済ニトツテ甚シイ負担トナツテイルノデアッテ、農家ハ僅カニ買葉ニ依ツテ姑息の療法ヲ行イウルニ過ギナイ」（p.25）としている。ここに描かれている状況こそが、人々が生活を協同化することによって医療を確保し、もって自らの健康管理能力＝保健力を発達させることを意図して医療利用組合を組織するにいたる一般的条件であった。

内務省社会局はさらに、医療利用組合について『医療利用組合ノ概観』〔内務省社会局庶務課調査係，1934c〕において、自由開業医制を擁護する衛生局とは異なって、「個人主義的、自由放任的、非社会的」な開業医制のもとで、「開業医師ノ都市集中化、医療ノ非民衆化」がおきており、「カカル事態ニ於テ利用サレタノガ農村ニ普及シテイル産業組合ニ依ル医療組合」（p.1）であり、「農村ノ一般階級ガ自己ノ団結ニ依ツテ自己ノ医療機関ヲ持」（p.67）とうとする「自衛手段」であるとし、医療利用組合が組織されるにいたる必要性と必然性を確認している。医療利用組合を設立することによって「中小階級ハ医療上容易ニ診療ヲ受ケルコトガ出来」、「保健上ニモ至大ノ効果」があるとしている（p.67）。医療利用組合はこうした重大な「社会的使命」（p.161）をもっており、しかも「医療社会化運動トシテ、否社会運動トシテ

大キナ意義ヲ有」(p.155) していると高く評価している。もっとも、社会局の立場は国民健康保険制度を創設することであり、医療利用組合は「包括的ナ国民健康保険制度ノ予備的制度」であり、「国民健康保険ガ国家的ニ行ハレルニ至ル時、荊ノ道ヲ歩ンダ医療利用組合運動モ貴重ナ歴史ヲ終リ、前者ト合体シテ更ニ堅実ナ行進ヲ続ケルニ至ルデアラウ」(p.162) としていた。以上のように、内務省内にも衛生局とは相対立する考え方が存在していたことを確認できるであろう。社会局は医療利用組合が人々の生活協同化として生まれ、それによって医療の確保と自らの健康管理・増進を意図していたことの意味を明確に認識していたし、しかも、それが医療社会化運動、さらに社会運動として重大なる意義を有する面があることをも認識していたのである<sup>1)</sup>。

## V 健康・医療問題と医療利用組合

これまで国民の健康及び医療の全国的、一般的状況を確認してきたが、今一度、それを府県別に、さらに1938年度において事業を行っていた医療利用組合の状況とあわせて、総括的にみておこう(表4)。1938年度時点で事業を行っていた医療利用組合は、広区域単営組合34組合、町村四種兼営組合54組合、医療利用組合連合会36組合(その所属産業組合数は、資料からその数がわからない岐阜県を除いて、1,544組合)であり、事業区域内にある市町村数は2,292で、全国市町村数の20.1%を包括していた。表に注記したように、死亡率、医療諸資源の配置状況などについては、より低位な状態にある府県が明示されるようにした。いづれかの指標において低位の状況がみられる県のなかで医療利用組合が組織されていないのは、福島・茨城・福井・香川・大分・沖縄の6県にすぎない。やはり健康状態においても、医療諸資源の配置においても低位・劣悪な状況にある県・地域において、医療利用組合がより積極的に組織されていること、しかもその事業区域が多くの町村、広範な空間を包括している傾向を確認することができるであろう。とりわけ、青森・岩手・秋田の東北三県、そして「養蚕地帯」に属

する栃木・群馬が代表的な県である。大まかにみれば、死亡率にあらわされる健康状態が低位にある東北、東日本地域においては、さらに「医師常住ナキ」村が多数しかも広大な地域で存在していることが、人々の医療要求を高め、生活協同化による医療の確保を促し、医療利用組合を設立させることとなったのであろう。西日本地域においても、医療諸資源の配置が低位であり、医療アクセスが確保できていない状況が、医療利用組合を組織するにいたる人々の医療要求を高めることになったのであろう。

医療要求を充足するために生活の協同化を行い、その具体として医療利用組合を組織するにいたるためには、健康度および医療諸資源配置の低位状況という客観的諸条件とともに、アソシエーションを形成する人々の営為の主体的諸条件もまた必要である。表4で、健康度及び医療諸資源の配置が相対的には低位とはいえないような東京・静岡・高知で医療利用組合が複数組合組織されていることは、このことを示している。

医療要求を充足するために医療諸資源を確保する方法には、国あるいは自治体の公的な施策にまつということもありうる。そうではなく、人々の自主的、協同的な営みとして医療諸資源を確保する場合であっても多様な形態が存在していた。「財団法人実費診療所」の活動になった、あるいはその名を模したさまざまな「実費診療機関」の設立があったし、社会民衆党による「保健組合」や「民衆病院」の設立、農民組合による診療所の設立、さらに「無産者診療所運動」ともいわれる「日本無産者医療同盟」[拙編, 1997] などなど。充分なかたちで記録にさえとどめられていない事例が、まだまだ、数多く存在することであろう。例えば、大阪の事例では、『大阪社会労働運動史』によれば、1930年代のはじめには、無産者診療所として社会民衆党系の「社会民衆保健組合診療所」のほか、全国大衆党系のもの、日本無産者医療同盟系のもの、全国農民組合や全国労働総連合を基礎とした診療所などがあったという[大阪社会労働運動史編集委員会, 1989, pp.1607-10, pp.1787-9]。高知県の事例について、農民組合運動者であり、戦後土佐市長を務めた板原伝

表4 死亡率・医療諸資源の配置・医療利用組合の設立状況

	死亡率 (人口千人 対比)	乳児死亡率 (出生百人 対比)	病床数 (人口1万 人対比)	医師数 (人口1万 人対比)	医師常住 ナキ町村	最寄医 まで一里 以上の町 村	医療利用組合 (1938年度)	事業区域内 市町村数(全 市町村対比%)	連合会 事業区域内 町村数	連合会 所属組合数(区域 内町村数対比%)
北海道							兼1 連1	34 (12.7)	33	14 (42.4)
青森	18.86	14.1	21.46	5.76	36%	18.9%	広7	157 (95.7)		
岩手	18.35	13.4	16.73	4.68	40	23.7	兼2 県連	235 (100)	235	294 (125.1)
宮城		12.1			35	17.5	連1	37 (18.5)	37	27 (73.0)
秋田	18.82	13.6	21.58	5.23	35	21.3	広6 兼1 連2	213 (90.6)	68	65 (95.6)
山形	18.19	13.0		4.86	38	17.0	連1	51 (22.8)	51	33 (64.7)
福島			26.45	4.50	52	28.0				
茨城		12.8		4.53	38					
栃木			19.34	5.09			広2 連3	89 (50.9)	71	56 (78.9)
群馬				5.27	41		広3 連2	96 (47.5)	40	34 (85.0)
埼玉	18.32		26.92	5.09	38		広1	13 (3.6)		
千葉	18.79	13.1	27.43				連1	39 (11.6)	39	42 (107.7)
東京							広2	70 (64.8)		
神奈川					33	19.3	兼1	1 (0.6)		
新潟	18.23		27.28				広3 兼2 連4	184 (51.4)	136	102 (75.0)
富山	21.27	15.2		5.83	47		県連	263 (100)	263	280 (106.5)
石川	23.03	14.7			34	16.5	連1	57 (27.7)	57	57 (100)
福井	21.39	14.2	27.15		35	20.6				
山梨			7.70	5.63	49	24.5	兼1 連1	22 (9.3)	21	21 (100)
長野				5.02	38	16.1	広1 兼2	32 (8.3)		
岐阜	18.32		26.98	5.54	38	17.0	兼5 連2	—	—	
静岡							連3	170 (54.0)	170	197 (115.9)
愛知			27.44				広4 兼1 連4	63 (27.3)	42	69 (164.3)
三重	18.39						兼6 連2	38 (11.6)	32	39 (121.9)
滋賀	18.34		10.75	5.71			兼2	2 (1.0)		
京都					38	16.5	広1 兼1 連1	53 (22.9)	51	51 (100)
兵庫							兼3	3 (0.7)		
奈良	18.98	12.4	23.22	5.24			兼1	1 (0.7)		
和歌山			15.59	5.60	36	17.9	広1 連1	22 (10.4)	22	24 (109.1)
鳥取				5.67	45		広1	55 (31.3)		
島根	19.86						兼3	28 (10.3)		
広島							兼1	1 (0.3)		
山口	18.20						連1	73 (34.1)	73	58 (79.5)
徳島	19.60			5.67			連1	29 (21.3)	29	32 (110.3)
愛媛			21.92				連1	17 (6.4)	17	15 (88.2)
香川					32					
高知							広2	49 (25.9)		
福岡							兼4	4 (13.3)		
佐賀	18.37		20.72	5.30			兼4	15 (12.2)		
長崎							兼3 連1	63 (34.4)	60	34 (56.7)
熊本							兼10	11 (3.2)		
大分	19.21		29.33	5.08						
宮崎			24.05	5.39			兼1	1 (1.1)		
鹿児島				3.14			兼1	1 (0.7)		
沖縄			13.78							
全国	16.78	10.7	33.44	7.45	28%	12.4%	広34 兼54 連36	2292 (20.1)	1547	1544 (99.8)

注)・死亡率は人口1,000人対比(1935年)全国値16.78、表には18.0以上の府県のみを示した。

・乳児死亡率は出生100人対比(1935年)全国値10.7、表には12.0以上の府県のみを示した。

・病床数は一般病床・伝染病床をともに含む。人口1万人対比(1934年4月現在、社会局調査)、全国値33.44床、表には30.0床以下の府県のみを示した。

・医師数は人口1万人対比(1935年)全国値7.45人、表には6人以下の府県のみを示した。

・無医村(医師の常住せざる町村)総町村数対比、全国値28%、表には30%以上の府県のみを示した。

・最寄りの医師まで一里以上の町村は、「恩賜時局匡救医療救護事業」において出張診療事業の対象町村であった。

・総町村数対比、全国値は12.4%、表には15%以上の府県のみを示した。

・「無医村(医師の常住せざる町村)に関する調査」(1936年5月現在、内務省衛生局調査)。

・産業組合中央会『第六回全国医療利用組合及連合会調査昭和十三年度』には明らかな誤記がある。

合理的に訂正可能なものは訂正した。確認できない誤記がまだあるだろうと思う。

資料)【保険院、1938】、【産業組合中央会、1939】から作成。



は、高知市に「無産病院」があったほか、消費組合が高知市や窪川町に診療所を開設していたことを伝えている。そしてなによりも、自らがその運動の中核を担っていた全国農民組合高知県支部（総本部派）は、高岡町に「大衆診療所」を設立し、「治療費の2割を組合員には減額」したという〔板原伝，1980，pp.149-50〕。

そのなかで、産業組合である医療利用組合の形態をとる場合でも、既存の産業組合運動を基盤として組織される場合もあれば、「産業組合の地主性、非自発性」〔蓮池公咲，1938，p.28；蓮池公咲の医療利用組合論については、拙稿，2010c〕がある状況のもとで、既存の産業組合の枠組みを乗り越えるエネルギーを内包しつつ新たな産業組合＝医療利用組合形成にいたる場合もあった。また、産業組合としての医療利用組合の場合には、産業組合中央会、さらにはそれを管轄する主務省庁である農林省の諸政策、および保健医療行政の主務省庁である内務省衛生局の諸政策によって、その在り方が条件付けられることになる。

## Ⅵ 小括——「現代的総合的医療」に対する希求と医療利用組合運動

それでは、医療利用組合運動を担った人々はどうのような医療要求をもっていたのであろうか？ 具体的に、どのような医療組織を求めていたのであろうか？

一二例をあげてみよう。広区域単営医療利用組合時代を切り拓いた組合の一つである医療利用組合高陵病院（高知県須崎，1929年3月設立認可，同年8月事業開始）の専務理事であった細木武彌は、「今日の医療制度に或改革を加へ医療公営迄の道程を合理化」し、「医療民衆化」を進めるためにも、「統制的消費経済に立脚点を置く一つの制度」が必要であり、それが「医療利用組合」であるとした。そのうえで、町村四種兼営組合が行う医療利用事業はせいぜい医師一人の診療所の経営ができるくらいであり、それでは「現代人は満足し得ないではなかろうか」とし、「内科外科産婦人科等夫々の専門医を持つ総合病院を自分達の病院として持ち度いとは当然な願望」であるとした。そして、「組

合員の疾病は吾組合限り充分安心して治療し得る程度の権威を有する」ことが必要で、そのために広区域単営医療利用組合を組織して「総合病院」を設けたのである。ここには、この時期の人々の医療要求がどこにあったかが端的に語られている〔細木武彌，1933〕。

次に、大庭政世が語るところを聞いてみよう。大庭政世は、最初の医療利用組合である島根県青原村信用販売購買利用組合の中心人物であり、その後、広区域単営組合である石西購買利用組合共存病院の設立にあたって中心的役割を果たした人物である。大庭は国民が直面する医療問題、とりわけ医療過疎地である農村の医療問題について、次のように考察している〔大庭政世，1936〕。「医学自身の性質が自然に農村を置き去りにしたことも亦大なる事実である。即ち学問の進歩は専門化を導き、有能の士は専門的研究に進み、医学は数十の専門科名を産みだした」が、「農村は此等の専門医師を容るるには、自然的条件が甚だ不備である。」「診察には聴診器が一つあれば足りていたものが、何千円乃至何万円を要するレントゲン機を使用する時代となり、其他各科の要求する設備は非常なものである。それを農村に於いて設備し、人口希薄の中から少数の患者を吸収して生活を営むは、自由競争の立場にある開業医の到底堪へざるところである」として、自由開業医制のもとでは「農村は最も進歩した医学を眺めながら、却って其の恩恵に遠ざかりゆく状態にあり、為に現代医学が惜しむ幾多の余命を失いつつ、破産の運命をも忍ばねばならぬ」(p.295) 状況にあるとした。こうした問題を解決するためには「医療国営」にすすまざるをえないが、当時のさまざまな事情からしてそれを実現するのは困難であり、「一般民衆の自覚運動であつて、最も根基の堅い」医療利用組合によって解決し、「現代の医療文化を農村にも均霑せしめ、且つ医療負担をも軽減せしめ得る」(p.276) とした。その医療内容・医療組織については、端的に、「地方の中心地に相当設備が整ひ少くも数個の専門科を有する総合病院を作り、此と相連絡して区域内に分院、出張所、嘱託医院等を置き、又巡回診療、自動車利用の患者送迎等により、医療網を完成するとともに、医療負担の

低下を図らねばならない」(pp.296-7)。そのためには、「組合及び組合間の組織」として広区域単営組合よりも、「基礎的経営は町村区域をもって」行う町村産業組合によって構成される「連合会組織」「統制」(p.297)が必要であるとした。大庭は、健康状態及び医療資源配置とその利用に都市―農村間格差が存在しており、農村の人々が多くの医療費を負担しながらも現代医学・医療を享受しえないことの背景に、現代医療が自由開業医制のもとにおかれていることがあることを喝破し、こうした問題を解決するためには、「一般民衆の自覚的運動」である「医療利用組合運動」が「現代医学・医療」を享受しうるまでに発展しなければならず、その組織形態として広区域単営組合からさらに町村産業組合を基礎とする「連合会組織」にまで展開する必要があることを説いている。

こうした医療利用組合運動の展開に対して、医療衛生行政の主務官庁である内務省衛生局は、自由開業医制を擁護すべく、医療利用組合を医療資源が過少な町村における小規模診療所レベルのものに抑制しようとした。また、非医師による診療所の開設を「制限」する診療所取締規則(1933年8月)を制定した。1934年時点での内務省衛生局の医療利用組合方針として確認できるのは、5月17日の全国警察部長会議における質疑での、白松医務課長の発言である。白松は「医療利用組合は数年前より設置せられ…其の後各地に普及しつつある。斯かる傾向が進みつつあるのは医療報酬が一般民衆にとり高過ぎはしないかといふこと及び農村救済策として医療費の低減が叫ばれていることに因るのであって趣旨としてはよいことと考える」としたうえで、「医療利用組合の良否は単に医療費が低くなることを以て足れりとせず、医療そのものが適切に行われるか否かに依って決すべきものであり、「利用組合の形態には二あり、其の一は購買組合が医療利用組合を兼ねているというような比較的小規模のものである。斯くの如きものは是を積極的に援助し発達せしむべきものと考えている。其の二は数郡市を糾合して設置する大規模の医療利用組合である。斯かるものは其の規模大なるに随い多額の経常費を要するを以て診療費も高く治療成績も必ずしも開

業医に勝るとは言えない。之は一の企業であり株式会社に類するものと見得るのであって、我々は斯かるものは断固として阻止したいと考える」[『医海時報』2074号, 1934/ 5 /26, pp.1065]と述べている。ここには、自由開業医制を前提とし、医療利用組合を医療資源が過少な農村地域の小規模なものに限定し、町村を超える事業区域で病院を経営するような広区域単営組合の設立は阻止するという衛生局の方針が明確に示されている<sup>2)</sup>。

それに対して、産業組合行政の主務官庁である農林省は、産業組合による医療利用事業として総合的医療機関の開設を求める人々の要求に、肯定的に、そして積極的に対応していった。1932年の第63回臨時帝国議会において産業組合法が改正され(第6条の3)、それにともない施行規則も改正され(第19条の2)、「医療設備ヲ有スル組合又ハ連合会」の設立認可や定款変更の際には、地方長官は農林大臣の指揮を請うこととなった。それをうけて、農林省は1932年7月の「第11回産業組合主任官協議会」において、各県産業組合主任官に対してこのことを指示した[農林省経済更生部, 1933, p.14]。また、1932年12月の農林省「農山漁村経済更生計画樹立方針」の「第5章 農山漁村経済更生計画と産業組合の指導方針」中に、「利用事業」に関する事項として「医療、電力、運搬等の規模相当大なる設備を為す場合に於いて、必要あるときは、隣接組合と協力経営せしむること」が明記されており[産業組合史編纂会, 1965, p.345]、農林省が医療利用事業について「町村産業組合」の事業区域を超えたものを予定していることを確認できる。しかしながら、その組織形態として「連合会」を想定することはできるが、ここにはそのことは明示されていない。農林省は、総合的医療機関である病院を開設するところまで発展した医療利用組合運動を自らの官僚主義的支配統制のもとにおこうとして、1935年に連合会組織によるその「統制」方針を確立した[農林省経済更生部, 1936]。

医療衛生行政の主務官庁である内務省衛生局と、産業組合行政の主務官庁である農林省とは、医療利用組合をめぐる相対立する情況に

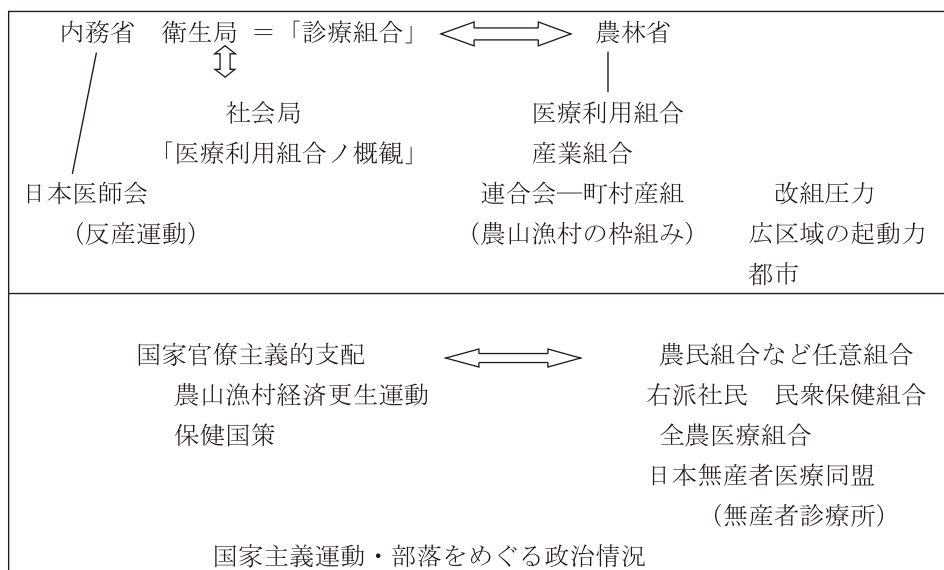


図3 1930年代の医療利用組合をめぐる問題状況

あった。両者の対立関係はどのようにして調整されたのであろうか。そのことを明らかにするのは、残された課題である（医療利用組合運動の連合会組織による統制にいたる政策形成過程を、[[日本医師会]・[内務省衛生局]]—[内務省社会局]—[[農林省]・[産業組合]]の対抗関係において追究することは別稿に譲る。部分的には、国民健康保険制度の形成過程との関わりで[拙稿, 2010a]でふれた）。

#### 【付 記】

故市川教授とは、本学に就任以来、さまざまな業務において、学部を超えて共に携わることがあった。研究領域を異にしているが、追悼号に列することで、その意を表したい。

#### 注

- 1) その時社会局職業課長であった川西實三は、東京医療利用組合創立運動が進められていた1931年6月に新渡戸組合長主催の特志家招待会に来賓として招かれ、出席している。この会には、堀切善次郎元東京市長、鈴木梅四郎財団法人実費診療所理事長、生江孝之らも来賓として出席

している。川西實三はその後社会局保険部長として健康保険制度の拡充、国民健康保険制度の形成に重要な役割を果たした。彼は「医療国営」論者でもあった[川西實三, 1974, p.319]。

また、1933年11月に産業組合側が主催した医療利用組合懇談会（於丸の内会館）には、内務省衛生局長、医務課長、社会局長官、保険部長、医療課長、農林省経済更生部長、産業組合課長、協調会常務理事、代議士亀井貫一郎、リヒト病院長馬島圃、そして産業組合中央会からは副会頭の志立ほか、浜田、辻、千石、有元、金井が出席した。「併し出席した前社会局長官たりし、吉田茂氏の如きも何れかと云えば馬島氏等の云うやうな産業医療利用組合的病院の起こることが、最早時代の趨勢である」と云うやうに考えていた。であるから内務省側の産業医療利用組合組織論に対し『内務省側は組合診療所を歓迎するだろうと予期していたが、却って反対されたことに於いて、自分は一驚を喫した程である』と余談的に語った[『医海時報』1933/12/ 9, p.2438]ということである。社会局に医療利用組合を肯定的に評価する雰囲気は濃厚にあったことを窺わせる。吉田茂については、[吉田茂伝記刊行編集委員会, 1967]。

- 2) この全国警察部長会議での白松医務課長の発言は、たんなる発言ではなく、衛生局としての医療利用組合方針を指示したものである。そのことは、[青森県医療利用組合協会, 1934]の「本

県医療組合ト医師会トノ関係」中に、「五月十七日全国警察部長会議ニ於テ為シタル内務省ノ組合病院ニ対スル方針」（p.4）という記述があることから知る事ができる。

### 参考文献

- 相澤與一（1993）「1930年代の産業組合と医療利用組合運動」『商学論集』福島大学経済学会，第62巻第2号。
- 相澤與一（1994）「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』第59巻第5・6号。
- 青森県医療利用組合協会（1934）『青森県ノ医療組合』。
- 『医海時報』。
- 池田一夫，灘岡陽子，倉科周介（2003）「人口動態統計からみた20世紀の結核対策」『東京都健康安全研究センター年報』第54号，pp.365- 9。
- 板原 伝（1980）『牛の来た道』。
- 大阪社会労働運動史編集委員会（1989）『大阪社会労働運動史 第2巻 戦前編・下』。
- 大庭政世（1936）『農村産業組合経営の実際』高陽書院。
- 川西實三（1974）『感銘録』社会保険新報社。
- 倉敷労働科学研究所（1930）『日本社会衛生年鑑昭和五年版』。
- 黒川泰一（1938）『保健政策と産業組合』三笠書房。
- 小松良夫（2000）『結核——日本近代史の裏側』清風堂書店。
- 産業組合中央会（1939）『第六回全国医療利用組合及連合会調査昭和十三年度』。
- 全国厚生農業協同組合連合会（1968）『協同組合を中心とする 日本農民医療運動史』。
- 内務省衛生局（1937）『保健施設ニ関スル参考資料』。
- 内務省社会局庶務課調査係（1934a）『第一編 農村

- ニ於ケル衛生状況』。
- 内務省社会局庶務課調査係（1934b）『第二編 農村ニ於ケル医療状況』。
- 内務省社会局庶務課調査係（1934c）『医療利用組合ノ概観』。
- 農林省経済更生部（1933）『第11回産業組合主任官協議会・第8回農業倉庫主任官協議会要録』（1932年9月開催）。
- 農林省経済更生部（1936）『第14回産業組合主任官協議会・第11回農業倉庫主任官協議会要録』（1935年4月開催）。
- 野村拓（1981）『医療と国民生活——昭和医療史』青木書店。
- 蓮池公咲（1938）「産業組合の保健運動の基礎概念」『産業組合』1938年8月号。
- 保険院（1938）『疾病及医療に関する調査資料』。
- 細木武彌（1933）「医療合理化と組合医療」『医療組合運動』第11号，1933年4月15日。
- 三浦豊彦（1984）『労働と健康の歴史 第3巻』労働科学研究所。
- 吉田茂伝記刊行編輯委員会（1967）『吉田茂』。
- 拙稿（2007）「時局匡救医療救護事業の医療政策史上の位置——京都府における事業展開を事例として」『日本医療経済学会会報』第26巻第1号。
- 拙稿（2010a）「医療利用組合と国民健康保険・再考——国民健康保険事業代行をめぐって（上）」『日本医療経済学会会報』第29巻第1号。
- 拙稿（2010b）「医療利用組合と国民健康保険・再考——国民健康保険事業代行をめぐって（下）」『日本医療経済学会会報』第29巻第2号。
- 拙稿（2010c）「蓮池公咲の医療利用組合論の検討」『阪南論集 社会科学編』第46巻第1号。
- 拙編（1997）『Occasional Paper Series No.14 日本無産者医療同盟資料集』阪南大学産業経済研究所。

（2011年11月25日掲載決定）