

〔研究ノート〕

戦時保健国策と医療利用組合運動

——農林・厚生両省「共管」；国民医療法；日本医療団との関連で——

青 木 郁 夫

はじめに

健民健兵政策あるいは健民強兵政策といわれた高度国防国家建設における人的資源政策である保健国策は、1942年の国民医療法の成立とそれに伴う各種の健康保険制度の拡充、国民体力法および保健所法の改正によって、戦時保健国策の一応の完成体をなすに至った。とりわけ、国民医療法は既存の医師法・歯科医師法・薬剤師法などを継承するだけではなく、「国民体力ノ向上ニ関スル国策ニ即応シ医療ノ普及ヲ図ルヲ以テ目的」とする「日本医療団」を設立し、その独自の医療体系の構築と既存の医療機関の「統合」を進め、医療制度全般の「国家統制」を強めることを企図していた。もちろん、戦時体制下における動員計画の下で、また戦況の如何によって、構想された戦時保健国策が現実のものとなり得るか否かは自ずから別問題であるが。この時期に、医療利用組合運動は、国民健康保険事業の代行問題を超えて、総合的農村保健運動に取り組んでいた。38年に厚生省が設立された後、39年1月に産業組合中央会は全国産業組合保健協議会を開催し、農村保健運動の系統組織体系及びその必行事項を確認した。それに伴って、医療利用組合運動の全国機関も全国医療利用組合協会（以下、全医協）から全国協同組合保健協会（以下、全保協）に発展的に組織転換され、総合的農村保健運動の中核的担い手となった。こうした運動の展開＝転回は、医療利用組合の行政的な管轄主体の変化、すなわち産業組合行政の主務官庁たる農林省だけでな

く、保健衛生行政の主務官庁たる厚生省による指導・監督・管轄を要することになる。つまり、医療利用組合の農林・厚生両省による「共管」が求められ、かつ必要とされる事態となった。

33年の医師法改正・診療所取締規則によって、医事行政の主務官庁である内務省衛生局は開業医制を根幹とする医療制度内での医療利用組合の位置付けを明確にするとともに、医療利用事業を行う産業組合＝医療利用組合の設立認可については、医事行政の面から（地方長官を通して）内務省衛生局も関与する「二重の許可制」の下に置いた。その一方で、農林省は35年4月の第14回産業組合主任官協議会において、医療利用組合運動の連合会組織による系統的統制政策を確定した（例え、それが現実的には完成にまで至らなかったとしても）[農林省経済更生部、1936]。その際、「部落秩序の維持、隣保共助の促進」という点からその系統的統制の基礎単位に町村兼営産業組合を位置付けた。農林省による医療利用組合運動の連合会組織による系統的統制は都市あるいは市街地にも医療資源の配置を認めるという点で衛生局の考え方を超えているが、両者の考え方は必ずしも全面的に相対立するものではなく、むしろ調整可能な、いやそれどころか、衛生局、後の厚生省による医療制度改革（＝国民医療法）に適合的であったといってよいであろう。なぜなら、すでに国民健康保険制度もまた「部落秩序の維持、隣保共助の促進」という考え方によって形作られていたからである。こうしたことから、農

林・厚生両省による「共管」は医療利用組合を旧内務省衛生局・厚生省の考え方の下に、また内務省の行政組織系統に即した国家統制の下に置くことになるであろう。戦時保健国策の下で、「自主的協同組織」であり且つ運動であった医療利用組合はそれにどのように対応していたのであろうか。

本稿は、戦時保健国策における医療利用組合の位置を、農林・厚生両省による「共管」問題及び国民医療法・日本医療団との関係を基軸にして考察することを目的としている。そのために、まず、国民医療法の基底にある構想を医薬制度調査会答申「医療制度改善方策」との関連で明らかにし（Ⅰ）、次いで農林・厚生両省による「共管」と医療利用組合の関係を考察し（Ⅱ）、そして、国民医療法・日本医療団と医療利用組合との関係を検討する（Ⅲ）。最後に、戦時保健国策が展開されている時期の国民生活と国民の健康・疾病の状況を一瞥して結びとしよう（おわりに）。

Ⅰ 医薬制度調査会答申「医療制度改善方策」と医療利用組合

1. 医薬制度調査会の設置と医療利用組合

医療利用組合の農林省及び厚生省（それ以前では、内務省衛生局）による「共管」の必要性は、すでに、33年の医師法改正によって「二重の設立認可」を要するようになったことで生じていたし、さらに、国民健康保険法の制定過程において医療利用組合による国保事業代行為議論されるなかで農林省及び内務省社会局・衛生局両省庁との関係が具体的に問題とされていた[拙稿、2010]。企画院や農林省においては農山漁村経済更生運動に代行事業を含む国民健康保険組合の設立を加える考え方をもち、農村医療問題に対処するために医療利用組合・産業組合の農林・厚生両省による「共管」を計画しているとも伝えられた[『医事衛生』（以下、『医衛』）38号（38/ 9/21），p.1391]。39年になって医療利用組合・産業組合の側から「共管」を要望す

るようになった背景には、産業組合による農村保健運動の展開があったことはもちろんのことであるが、より直接的は、医薬制度調査会第2特別委員会による答申「医療制度改善方策」が39年10月に決定されたことがあったといつてよい[厚生省医務局、1955，pp.159-64；厚生省20年史編集委員会、1955，pp.175-8]。医薬制度調査会は、37年の第70回帝国議会衆議院における国民健康保険法可決（議会解散のため貴族院での審議未了、廃案）の附帯決議「速ニ官制ニ依ル調査会ヲ設ケ医薬制度ニ関スル根本方策ヲ樹立スベシ」を受けて、38年6月に官制により設立されたものである（産業組合及び医療利用組合を代表する者として産業組合中央会会頭千石興太郎と社会大衆党代議士である三宅正一が委員となった）。この附帯決議は「現在我国ノ医療問題ハ既ニ一家庭一個人ノ問題デハナクシテ、深刻ナル社会問題トナツテ」おり、「鮮明且ツ極端ナ階級制ヲ持ッテ居ルバカリデハナク」「国家ガコレヲヨリ良キ方向ニ誘導スルノ手段ヲ怠ル時ハ、其ノ結果ハ憂慮スベキモノガ」という認識にたち、さらに、医業が「資本主義経済ノ現段階デハ営利主義ニ傾カザルヲ得ナイ」状況にあることから、国民健康保険法案が「此ノ欠陥アル医療制度ニ対スル挑戦的立法トシテ、国民保健並ニ生活安定ノ観点カラ重要」だとしたうえで、医療サービスを提供する医薬制度についても根本的な改善方を求めたものであった[帝国議会衆議院委員会議録（以下、議会議録）、1994，p.396]。厚生大臣による医薬制度調査会に対する諮問事項は「国民医療の現状に鑑み現行医薬制度改善の方策如何」ということであった。医薬制度調査会では「医療に関する事項」（①開業自由制度に関する事項，②医薬分業に関する事項，③各種医療機関に関する事項，④医療費の合理化に関する事項）を取り扱う第2特別委員会での審議が先行した。この第2特別委員会には千石・三宅両委員も加わった。全医協はそれへの対策として38年4月の第5回総会において特別委員会を設け、38年11月に「農村医療制度確立に関する建

議」等を決定し、厚生省・農林省・企画院・陸軍省などに提出した。全医協はこの「建議」で、合理的医療制度を確立するためには、「国民の健康保護及体力向上を図ることを目的」とし、かつ「その改善の努力は（国防の充実に）国家生産力の増大と国民生活の安定福祉増進をもたらすことを最大目的」にして行われるべきだとし、現行の「営利主義的開業医制度」が様々な農村の健康問題及び医療問題の「根本原因」であるから、「健康の維持増進を図るには先づ以て国民自らの自発的意思」が必要であり、「少なくとも現下我国農村に於いては産業組合を基礎とする医療制度こそ国民医療制度の根幹」となるべきだと主張した。そして、この医療利用組合と国民健康保険及び保健所の三者を「総合合体」して医療制度の根幹とすることが必要だと提起した[『医衛』49 (38/12/7), pp.1799-1800]。

2. 医薬制度調査会答申「医療制度改善方策」の考え方

医薬制度調査会答申「医療制度改善方策」は、①医療の普及（医療機関分布の是正、医師の勤務指定、無医地区での公営医療機関設置、各種医療機関の整備統制など）、②医療内容の向上（実地修練制度、専門標榜科国家検定制、医療内容の監督強化）、③医師会の改組（医師会の公共活動、医師全員の強制加入、役員の地位強化、会長の内閣任命、強制監督の強化など）、④希望条件の四項目からなり、それは極めて広範な内容にわたり、「医療制度の根本的改革を意図」していた。この答申内容は42年2月の国民医療法及びそれを根拠とする同年4月の勅令「日本医療団令」として法制度化された[厚生省医務局, 1955, pp.255-8；厚生研究会編, 1942]。

この答申を貫いている考え方は、わが国が高度国防国家を建設するなかで「国民の健康は国力発展の根幹であることが、深く認識される時代」「体力が最重要の国家資源であることに目覚めねばならない時代」[野間正秋, 1940,

p.5] が来たという認識を基底に置き、国民の健康・体力を維持・増進するうえで、医療の普及・医療機関の普及の問題においても、医療内容の向上の問題においても、これまでの「開業医制を根幹」とする医療制度が「自由開業制度」及び「営利追求放任制度」[同上, p.108]を伴っていることに原因を有しているのであり、疾病保険制度の樹立やいくつかの無医村対策では全く不十分であり、とりわけ医療の普及による「国民医療の完璧を期するため、医療機関の分布を是正し」医療機関の「整備統制を行うことが必要」であるということであった。医療機関の整備統制には、医療利用組合を含む「特定人医療機関問題の解決」も課題となっており、「特定人医療機関はなるべくこれを一般に開放するのが望ましい」という方向で考えられていた[同上, p.104]。答申においては、医療機関を体系的に整備統制するにあたって「各種医療機関の整備統制」の項で医療利用組合に関して、①「産業組合立診療所中総合病院トシテ適当ナルモノ及道府県ニ於テ移管ヲ必要ト認ムルモノハ之ヲ道府県ニ移管スルコト」、②「前項以外ノ産業組合立診療所ニ対シテハ其ノ医業ニ適当ナル国家管理ヲ行フコト」とされた（当初、委員会においては全産業組合立診療所を一挙に公営に移管するという考え方があった）[厚生省医務局, 1955, p.545；野間正秋, 1940, pp.161-5]。全保協側からの医療利用組合の農林・厚生両省による「共管」の要望は、まさにこのことに対応したものであった。

3. 医薬制度調査会答申へ至る議論——「幹事案」から「委員長案」修正まで

医療利用組合に関する答申事項が導かれた政策論理の基礎は、医薬制度調査会第2特別委員会小委員会に委員長の要望で提出された厚生省衛生局の手になる「私案」であるいわゆる「幹事案」（＝「小委員会研究項目概要」）の「一、公営医療ノ拡充」「1、農山漁村ニ於ケル原則的公営制度ノ採用。2、都市ニ於ケル公営医療機関ノ拡充」にある[野間正秋, p.115, p.124]。

この「幹事案」に対して、産業組合側は39年1月の全国産業組合保健協議会における「医薬制度調査会に関する決議」で、「公営医療の拡充」と「開業医の管理」によって「医療の公益性を強化」しようとするもので「寔に当を得たる英断」だと評価したうえで、公営制度の確立にあたっては「徒に形式に拘泥することなく」農山漁村の歴史的社会的諸条件に鑑みて「国民健康保険が農山漁村固有の相扶共済的協同組合主義」を採用したように、農村医療制度対策においても「産業組合又は漁業組合等の協同的利用組織の助長援助」をなすことで、農山漁村の実情に即した「公益的医療制度」の発達を図るべきであるとした[『医海時報』(以下、『医海』)2318号(39/2/4), p.262]。ここには、「医療公営」は「独裁的国家統制」であってはならないし[賀川豊彦, 1939], 「官僚独善」[大地生, 1939]に陥るべきではなく、「医療国営に自主的組合の自治主義を加味する必要がある」[賀川豊彦, 1939]という考え方があった。「公営医療の拡充」と「開業医の管理」を旨とする「幹事案」に対して、日本医師会側は真っ向から反対し、自由開業医制を擁護し、自らの医療権を守ろうとした[『医海』2342(39/7/22), pp.1587-9; 2343; 2344; 2345]。

そのため、特別委員会小委員会で議論・懇談が重ねられ、39年9月に添田敬一郎委員長より「委員長案」が示された。「委員長案」は多くの項目で「幹事案」と大差なかったが、「医療公営」に関しては都市における公営医療機関の拡充を放棄し、さらに農山漁村における原則公営についても「無医地域に対する公営機関の設置」まで後退したものであった。さらに「委員長案」は、「各種医療機関ノ整備統制」においては「現存ノ町村立及産業組合立診療所ハ之ヲ道府県ニ移管スルコト」とした(「小委員会研究項目実施方法」では、「第一 農山漁村に於ける原則的公営制度の採用」「二 地方総合病院の設置」で「(b) 現存の公立病院及産業組合病院は之を道府県立に移管す」とされており、「三 町村立診療所及産業組合診療所の総

てを町村診療所又は地方総合病院として道府県に移管するものとす」とされていた。これからすれば、医療利用組合の診療機関はその総てが道府県に移管されることになり、医療利用組合運動はその「息の根」を止められることになるというよいだろう[『医海』2331(39/5/6), p.977]。

この「委員長案」を前にして、全医協はそれまでの「原則賛成」の立場を翻し、「委員長案」は「医療ノ官営案」であり「一方ニ営利主義ニ立ツ開業医制度ヲ認メナガラ相互扶助協同主義ニ立ツ産業組合営ヲ禁止」するものとして、反対の態度を明確にした。あわせて産業組合立診療所を「公営機関ニ準ズルモノ」としてその普及発達を積極的に助成することを求めた(39年9月, 「全医協常任幹事会決議」)。この全医協からのすばやい反撃は功を奏し、委員長案を修正させることに成功した。その修正では「産業組合ノ診療所ハ総合病院トシテ適当ナルモノヲ公営(道府県)ニ移管スル」, その他のものについては「其ノ医業ニ付キ適当ナル国家管理ヲ行フコト」とされた。

4. 医薬制度調査会答申「医療制度改善方策」と医療利用組合

この考え方を基礎に医薬制度調査会答申「医療制度改善方策」の「一(二) 無医地域ニ対スル公営医療機関ノ設置」が導かれ、具体策として、①医療機関のない地域に道府県立の地方診療所又は出張診療所を設置する, ②地方診療所の上級機関として必要な地に道府県立総合病院を設置する, ことが提起された。その際、総合病院の設置はすべて既設及び新設の道府県立病院をあてるのではなく、「移管シタル町村立、産業組合立及公益法人立病院中適当ナルモノ」もこれに充当することとした[野間正秋, 1940, p.126]。こうした医薬制度調査会の考え方に産業組合側は批判的であり、医療の普及にあたって「医療設備が自由主義の開業医制に拠る限り国民保健の新体制は決定的に不可能である。先ず開業医制の改廃を断行すべきで、医薬

制度調査会に於て決定を見た所謂医療公営と開業医制との二本建を我国医療制度の原則とする鵠的な御都合主義は新体制の確立を阻碍するものであることを政府当局に認識せしめなければならぬ」と口を極めて論難した〔『昭和15年版産業組合年鑑』（以下、『産組年鑑』），1941，p.102〕。そして、先にも記したように、「国民の自主的協同組織が充分発達し、自治的訓練をも経ている」のであるから「この国民協同組織を最大限に活用して医療の自主的発達」＝「医療の協同組合化」することが必要であると主張した〔全保協，1940b，p.473〕。医薬制度調査会の場においても、千石興太郎中央会会頭は、「産業組合の医療事業は飽迄純粋に産業組合の自主的経営により運用」することが「最も理想的にして合理的」であることを主張し、その意味で「産業組合立診療所は総合病院として適当なるものを公営に移管する」という「委員長案」は消極的に認めるとし、「医業につき適当な国家管理を行ふこと」が決して医療利用組合が「組合員全体の意思に即して自主的に経営」されるという「原則」を妨げるものではないという意味で「委員長案」を受け入れると発言している。こうした発言があったことは調査会において添田委員長から報告された。医薬制度調査会が「医療制度改善方策」を答申したことをうけて、全医協は、日本医師会側の反対運動に対抗することも意図して、39年10月の緊急幹事会において、①開業医制度の欠陥を是正するための根本的方策を確立し、開業医制に対する国家的統制強化の徹底を期すこと、②医療公営の拡充は時局下喫緊の要務であり、戦時の国家財政膨張という状況においては医療利用組合の拡充を助長することで公益的医療制度の確立を期すこと、を決議した〔黒川泰一，1939b〕。

Ⅱ 農林・厚生両省による医療利用組合の「共管」

1. 医療利用組合による農林・厚生両省による「共管」要請

医療利用組合の「農林・厚生両省ノ共管」については、41年8月に勅令が出される以前に全保協の側から同年3月に行われた第3回全国産業組合保健協議会（産業組合中央会・全保協共催）での決議を踏まえて、有馬頼寧会長名で農林大臣・厚生大臣・大蔵大臣・商工大臣・企画院総裁宛てに「医療利用組合ノ農林，厚生両省共管ニ関スル決議」〔全保協，1941，pp.327-8〕が提出された。この決議では「時局下食糧増産，兵力並ニ勞働力供出トイフ重大ナル使命ヲ遂行セザルベカラザル農村ノ保健上甚遺憾ニ堪エザル所」があるとし、「然モ農村保健対策ハ国家ノ指導ノ下ニ農村ニ於ケル生産者団体ヲシテ自主ト責任ノ下ニ自ラノ施策トシテ之ヲ行ハシムルコトニ依リ完璧ヲ期」すことができるのであるから「農林，厚生両省ノ共管」にすることが必要で、それによって自らが推進する農村保健運動も「充分ニ其ノ機能ヲ發揮セシメ以テ高度国防国家建設ニ貢献」できると主張した。これは、産業組合中央会・全保協が「生産者団体ノ自主ト責任」とはいいながらも、高度国防国家建設という国家目標にぴったりと寄り添うものであり、国家官僚主義支配の下に従属することにほかならなかった¹⁾。

この「決議」では「本件ハ縷々要望サレ」てきたことであると述べているが、厚生省設立（38年1月）後である39年1月に開催された第1回全国産業組合保健協議会における決議「長期建設に対処する為医療利用組合の採るべき方策に関する件」の「六、政府に要望する事項」は、①医療利用組合の設立を奨励し、設備費及び経費に対する国庫補助、②低利長期資金の融通、③員外利用の承認、④政府による健康保険医嘱託、⑤国民健康保険事業を産業組合が経営することを原則とすること、⑥保健所は組合病院に併設し、地方保健に効果があるようにする

こと、⑦全医協への特別助成、が要望されているが、農林・厚生両省による医療利用組合の「共管」はでてこない〔同上、1940b, p.368〕。このことが問題とされるのは、40年1月に開催された第2回全国産業組合保健協議会において、協議問題として東京医療利用購買組合が「地方提出」した「医療利用組合の農林厚生両省の共管とせらるる様要望の件」によってであった〔同上、1941, p.383〕。これは先に全医協が各地で開催した医療組合事務研究会での決議などを踏まえて、39年8月に農林・厚生両大臣、企画院総裁あてに「医療利用組合の農林・厚生両省共管に関する陳情」書を提出していたからである。この陳情書では、農林省の管轄下にある医療利用組合は「医事行政の府たる厚生省の所管外に有之為動もすれば医事行政上消極的待遇を受け種々の不便不利を蒙る立場」にあり、厚生省の下に医薬制度調査会が設置され、医療制度の「国家的結合」が進められようとしている時、「農山漁村に根強き根柢を有する医療利用組合が独り我が国医療行政の埒外」に置かれているのは「甚だ遺憾」であり、「農山漁村に於ける医療の完璧」を図るためにも農林省と厚生省による「共管」を求めている（この時、「員外利用」についても陳情している）〔『医海』2348（39/9/2）、p.1931〕。しかしながら、第2回協議会における決議の「丙、政府に要望すべき事項」は、①国民健康保険事業代行条件の撤廃、②銃後援護事業に対する助成、③家庭薬の原料及び医療衛生材料の確保だけである。東京医療利用購買組合による提起事項については協議がなされ、「有馬頼寧農相時代に極力実現を期し工作したが種々の事情により実現に至らぬが今後要望貫徹に邁進することに決定」した〔『医海』2369（40/2/3）、p.260〕。その後の幹事会では継続して「員外利用」と「共管」問題は取り扱われていたようで、40年8月には「員外利用及共管促進に関する陳情書」〔全保協、1941, p.442〕を常任幹事一同で厚生・農林両大臣及び企画院総裁に提出している。

全医協は40年9月に「人的資源増強ノ国策ニ対応シ相扶共済ノ精神ヲ基調トスル国民保健運動ノ健全ナル発展ヲ図ルコト」を目的とし、「協同主義を指導精神」²⁾として、産業組合の全勢力を結集する全保協に再編され、その中軸的役割を果たすこととなった。この全保協の指導監督機関には、産業組合中央会と並んで、農林省及び厚生省がなり、役員構成においても顧問として農林省経済更生部長・厚生省各部長・陸軍医務局長などが就いた。ここに、中央レベルでは、医療利用組合の農林・厚生両省による「共管」を予定する態勢が作られたようにみえる〔全保協、1940a〕。しかしながら、重要なことは自主的自律的な協同組合運動としての質をもつ医療利用組合運動が、高度国防国家建設のための人的資源政策たる保健国策の担い手となり、あまつさえ、農林・厚生両省による官僚的支配の下に自らを置く説得的な「論理」を提示したことである。

全保協は40年9月に『農村保健年報 第1輯』を発行しているが、このなかで厚生省の下での医薬制度調査会における議論状況を見据えながら、自らが展開している医療利用組合及び農村保健運動の意義と役割、そしてそのあり方について分析している。そこでは、医薬制度調査会の小委員会において当初全産業組合立診療所を一挙に公営に移管するという考え方があったことに対して〔野間正秋、1940, pp.162-3〕、これを「極端な官僚主義」であると批判し、「健康というものは他から強制されて得られるものではなく、自らが自身の健康に責任を感じてはじめて徹底し得る」のであり〔全保協、1940b, p.474〕、「国民の自主的協同組織が充分発達し、自治的訓練をも経ている」のであるから「この国民協同組織を最大限に活用して医療の自主的発達」＝「医療の協同組合化」することが必要であると主張した〔同上, p.473〕。そして、「農村保健政策の特殊性」の章はサブタイトルに「農村協同組織の農林・厚生共管の急務」を掲げ、「共管」の必要性がどこにあるのかを解明している〔同上, pp.479-82〕。このこ

とを踏まえて、翌年41年1月の第3回全国産業組合保健協議会における「医療利用組合ノ農林、厚生両省共管ニ関スル決議」がなされたのであろう。全保協は、「戦時下において重要な農村保健政策を遂行するためには」現時点では未だ欠けている「基礎施設の普及に全力をあげなければならない」(p.479)として、保健国策のもとで全国に配置・展開されつつある保健所網の整備と相まって、「産業組合及び農会は相協力して、総合的な農村保健運動に熱心に取り出して」おり、これらを「率先指導してこそ、保健所の機能を充分発揮し得ることとなり、あはせて農村に欠けている基礎的保健施設の整備も促進すること」ができるとした。ところが、「現在の官庁の指導方針が極めて非有機的に、バラバラに行われ、縄張主義的傾向が強くて総合活動を妨げている嫌が多い」と批判し、「厚生省内部の各局課を通じて、農村対策に関する限り速に総合的統一」(pp.480-1)を図ることが必要であり、このことを要望した。さらに、厚生省は「内務省を母胎として生れた」ため、その農村対策は「町村及び行政区域のみを対象」にして行われており、そのために「農業経営並びに農業経済に関する指導力を欠如」しているのが現実である。したがって、「農業経営と農家経済とが、楯の両面の如く引き離し得ない二重性格的な農民の、生活厚生を指導」するためには、「実際に指導力を有している既存の農村組織」(p.481)すなわち産業組合・農会・農事実行組合などを対象にしなければならないことを強調する。この立論からは、当然にも、「近時漸く農村厚生政策を重視しはじめた厚生省は、その農村政策の一層強力なる展開をはかるため、この機会に農林省専管下にある産業組合、漁業組合等の農村共同組合を速やかに厚生省の管轄に取り入れるべきである」という結論が得られるだろう。こうして農林・厚生両省の協力のもとに「農村の生産指導と生活指導とを車の両輪の如く総合的指導」をなし、「戦時下農業生産力と農家厚生に邁進」(p.482)することができると主張した。これは

農村保健運動の直接的な担い手の側からの要求ではあるが、逆に、高度国防国家の建設を進める軍を中心とする国家官僚の政策に飲み込まれ、それに拝跪し、その積極的な担い手に自らを位置付けることになることをも意味している。

2. 「共管」による設立認可基準と医療利用組合

医薬制度調査会答申「医療制度改善方策」は、①「産業組合立診療所中総合病院トシテ適当ナルモノ及道府県ニ於テ移管ヲ必要ト認ムルモノハ之ヲ道府県ニ移管スルコト」、②「前項以外ノ産業組合立診療所ニ対シテハ其ノ医業ニ適当ナル国家管理ヲ行フコト」を提起した。これに対して、全保協は、この「国家管理」のあり方が自らが展開している農村保健運動により適合的なものであり、そして医療利用組合がそれによって「公共的性格を強化し、その合理的運用」[『17・産組年鑑』, 1942, p.69]が可能となるようなものとするために、医療利用組合の農林・厚生両省による「共管」を要望した。確かに、産業組合が総合的な農村保健運動を展開しつつあるなかで、厚生省も「長期戦下農村保健活動の機関」としてこれを「重視せざる得ない」面があったが、現実的には、人口政策並びに保健国策の担い手として「産業組合の国策的機能」を期待するものであった[同上, p. 9]。全保協は「共管」がなされるという状況の下で、「国家的使命を担当し之を遂行する性格を持っている産業組合」は「その組織力、経済力を動員し国家目的に対応」し、「国家の適切な指導統制」によって「人的資源の確保」に資するとした。そのために、医療設備の拡充にあたっては、広区域単営組合や郡区域の連合会の改組を含め、「道府県産業組合連合会ヲシテ速ヤカニ医療事業ヲ兼営セシメ無医地域ノ医療普及ヲ図ルコト」を基本方針とした。そのなかで、「道府県支会ハ道府県当局及関係機関ト密接ナル連絡ヲ図リ道府県ノ病院診療所配置計画ヲ樹立スルコト」とし、行政との一体化を目指

すことも提起した。また、道府県産業組合連合会が医療利用事業を行うことで、国保事業代行資格を有する町村産業組合を大量に創り出し、国保事業の代行とこれに付随して保健婦の普及を促進することを方針化した〔同上、p. 9〕。

さて、医薬制度調査会答申「医療制度改善方策」が提起した構想は、厚生省へ医事衛生行政権限が集中された下で、道府県知事である地方長官に医事行政上の大きな実施権限を与え、行政機関の系統に沿って府県から町村に至る体系的な医療機関網の整備を行おうとするものであった。したがって、42年8月の農林・厚生両省による医療利用組合の「共管及び員外利用」に関する勅令もこの政策構想、つまり厚生省衛生局によるその線に沿ったものであった。この勅令第818号（それによる農林省令である産業組合法施行規則改正）によって、「医療設備ヲ有スル利用組合等ヲ農林厚生両省ノ共管」とし、あわせて「産業組合ニ依ル医療利用事業ノ員外利用」を認めることとなった。これは、1)「国民保健ノ重要性ニ鑑ミ」両省共管によって「医療利用組合ノ運営ニ万全ヲ期ス」こと、2)「医療施設ノ員外利用ノ途ヲ拓キ以テ農山漁村ニ於ケル医療施設ノ利用ニ遺憾ナカラシメントスル」こと、を意図したものであった〔鳥取県庁文書、1941〕。さらに、共管となる動機には戦時体制下における「事務簡素化」による経費節減もあった〔武井群嗣、1952、pp.38-40〕。

「員外利用」については、「診療所」が「需めに応じて」「不特定多数人」の診療を行うこと

を求められていることから、医療利用組合の場合であってもその組合員となっていない者、すなわち「員外」利用を可能にする産業組合法改正が産業組合側からも要求されていた。この点に関しては、農林省が毎年開催する全国産業組合主任官協議会においてもしばしば議論となったところであった。内務省衛生局は自由開業医制を根幹とするという考え方から員外利用を認めてこなかったし、33年の医師法改正・診療所取締規則では、診療所に「特定多数人」に対する診療機関を含めることで医療利用組合の診療機関を法規定のなかに位置付け直した。医事行政全般を統括する厚生省が設立され、医療利用組合行政についても農林省との「共管」が問題となることによって、「員外利用」もまた随伴する事柄として措置されることになったといっ

てよいだろう。

勅令に示された「産業組合ノ診療所開設許可及医療設備ノ員外利用取扱方」は表1の通りである。この医療利用組合設立認可基準をみるかぎり、既存の連合会に加入することで医療利用事業を行おうとする町村産業組合の場合を除けば、新たに医療機関を設立して医療利用事業を行うことができるのは、医療機関が存在しないかあるいは存在していても医療普及上必要と判断される地域の「町村産業組合」のみである。この場合には「員外利用」も認められることになる。つまり、基本的には、①医療利用組合の設立を抑制し、②医療普及上必要と認められる場合にのみ、しかも「町村産業組合の兼営事業としての医療利用事業」のみが認可されうと

表1 「共管」後の医療利用組合診療所開設認可及び員外利用

- | |
|--|
| <p>1) 無医町村又ハ医療機関ノ欠如セル地域ニ診療所ヲ開設セントスル場合ハ之ヲ許可スルコト。〔員外利用ヲ認メル〕。</p> <p>2) 医療機関存スル地域ニ診療所ヲ開設セントスル場合ハ医療普及上特ニ必要ト認メラルルニ非ザレバ之ヲ許可セザルコト。〔利用上特ニ必要アル場合ハ員外利用ヲ認メル〕。</p> <p>3) 市街地等医療機関ノ相当発達シタル地域ニ診療所ヲ開設セントスル場合ハ之ヲ許可セザルコト。但シ産業組合ノ診療所現ニ相当存在シ又ハ相当設置スル具体的計画ノ実施ニ伴ヒ其ノ地域ノ中心地ニ総合病院ヲ開設セントスル場合ハ此ノ限りニ在ラザルコト。〔許可サレタ総合病院ノ員外利用ハ他ニ医療機関ノ相当発達シタル地域ノ産業組合ニハ之ヲ認メズ〕。</p> |
|--|

資料)〔鳥取県庁文書、1941〕。

Mar. 2014

戦時保健国策と医療利用組合運動

いう認可基準である。この考え方は内務省衛生局が堅持し続けてきたものを踏襲している。連合会による病院の設立が認可されるのは、すでに診療所網を展開しているか、あるいはそうした計画を有している場合に限られるが、現実的には、そうした病院建設（既存の町村兼営医療利用組合による連合会形成）は想定しがたい。こうした病院の設立がなされたとしても公営化されることが予定されていた。

全保協主事であった高橋新太郎は、これまで医療利用組合に対して「抑制する方針」であった内務省の姿勢から、厚生省が医療利用組合を農林省とともに「共管」するようになり、しかも予てから要望していた「員外利用」が認められたことによって、「これによって産業組合の医療事業もいよいよ本格的に時局下国家的使命に向かってその巨歩を踏み出したことになったのである」と述べている〔高橋新太郎、1941〕。しかしながら、「共管」に関する勅令に示された「産業組合ノ診療所開設許可及医療設備ノ員外利用取扱方」を虚心坦懐に読めば、現実のものとなった「共管」は全保協が意図し、期待したものとは異なり、医療利用組合運動を抑制し、かつての内務省衛生局（⇒厚生省衛生局）（厚生省の設立にともなって『内務時報』が『内務・厚生時報』になったことに象徴されているように、「厚生省は内務省の分家」であり、人事についても「最終の決定権は内務省に在る」人事一体）を原則としていた〔武井群嗣、1952, pp.7-10〕の政策に引き戻して官僚主義的に「国家管理」しようとするものであった。しかもその「国家管理」は行政機構の系統に従ってなされるものであり、国民健康保険と同様に、「部落秩序の維持と隣保共助（＝相扶共済）」を意図した「町村産業組合」を基礎単位とするものであった。連合会組織による医療利用組合運動の系統的統制は、結果的には、それを準備し、「国家管理」に資することとなった。

Ⅲ 国民医療法・日本医療団と医療利用組合

1. 「人口政策確立要綱」と国民医療法

40年8月には「基本国策要綱」が閣議決定され、そのなかで「国是遂行ノ原動力タル国民ノ資質、体力ノ向上並ニ人口増加ニ関スル恒久的の方策」を樹立することとされ、その具体化として41年1月には、「永遠に発展すべき民族」として、「個人を基礎とする世界観を排して、家と民族を基礎とする世界観の確立、徹底」をし、「東亜共栄圏の確立、発展の指導者たるの矜持と責務を自覚」し、「使命達成は内地人口の量的及び質的發展を基本条件」とするという認識から、「人口政策確立要綱」が閣議決定された〔厚生研究会編、1942, pp.12-3；厚生省医務局、1955, p.45, pp.50-1〕。この「人口政策確立要綱」に基づき、「政府ハ国民体力ノ向上ヲ図ル為・・・国民ノ体力ヲ管理」するための法である「国民体力法」（40年4月制定）³⁾が、被管理者を26歳未満の男子及び20歳未満の女子に拡大しつつ（第2条）国家による国民体力の管理をより強化するよう改正され〔厚生研究会編、1942, pp.67-9；厚生省医務局、1955, pp.355-60〕（40年5月には「国民優生法」が制定されている）、42年2月に「国民医療ノ適正ヲ期シ国民体力ノ向上ヲ図ル」ことを目的とする「国民医療法」が制定され（勅令である同法施行令及び厚生省令である同法施行規則は42年10月制定）、さらに「国民医療法」に基づいて勅令として「日本医療団令」が42年4月に制定された。また、健康保険法（健康保険法と職員健康保険法の統合及び被保険者の拡大、被扶養者に対する給付の法定化）及び国民健康保険法の改正（医療利用事業を行うか否かを問わず、町村産業組合による国保事業代行を認めた。また必要な場合には国民健康保険組合の設立を強制できることとなった）もなされた。国民医療法は医薬制度調査会答申「医療制度改善方策」を法制度化したものといってよく、「従来の医師法歯科医師法及びこれらに基づく勅令、省令

並びに保健婦規則、助産婦規則、看護婦規則等において規定されていた事項を、時局の要請に即応せしめつつ一つの体系に収めたものとして、医療制度上画期的な意義を有するもの」であった[厚生省医務局, 1955, p.161]。そのことは「国民医療法」の構成、すなわち①医師、歯科医師の免許に関する事項——医師免許資格として1年以上の診療の修練を課すなど、②医師、歯科医師等の業務に関する事項——診療科名の整理と専門標榜科の国家検定制など、③医療関係者に対する監督に関する事項——免許取得後1年以内に2年以内の指定業務を命じ得る、報酬や給与に関し必要な命令を定め得ることなど、④病院及び診療所に関する事項——開設は全て許可制とするなど、⑤医師会に関する事項——強制設立、強制加入、監督強化など、⑥日本医療団に関する事項——医療普及のため特殊法人である日本医療団を設け、国の1億円出資、医療債券発行、地方公共団体の現物出資を行い、また必要な医療機関の移管などを進め、医療機関の全国的整備と一元的運営を図る、という構成からも分かることである[厚生省医務局, 1955, pp.159-64]。これらはまさに総動員体制を支え、総力戦を遂行するための「保健国策」=「健民強兵政策」であったし、国民医療法は「医療統制法」たる位置にあった[厚生研究会編, 1942, p.89]。そのため、帝国議会衆議院の委員会での審議においても、国民医療法が「医療ノ官僚化」に導くものであるとする批判がなされたことも指摘しておこう[議会議録, 1998, p.57]（この委員会に付託された議案は、「国民体力法中改正法律案」、「国民医療法案」、「健康保険法中改正法律案」、「国民健康保険法中改正法律案」、「戦時災害保護法案」の5法案で、これらは一括審議された）。

2. 国民医療法と日本医療団

「国民医療法」において医療利用組合運動と大きな関わりをもつのは、日本医療団の設立とそれによる医療機関の全国的整備・一元的統制運営である。「国民医療法」が「国民医療ノ適

正ヲ期シ国民体力ノ向上ヲ図ル」ことを目的とすることを受けて、「医師及歯科医師ハ医療及保健指導ヲ掌リ国民体力ノ向上ニ寄与スルヲ以テ本分トス」（第3条）ることになり、医師会及歯科医師会もまた「医療及保健指導ノ改良発達ヲ図リ国民体力ノ向上ニ関スル国策ニ協力スルヲ以テ目的トス」（第16条）ることとなった。そのため、保健国策の担い手として国家の強力な指導監督の下に置かれることとなった。国民体力の向上のためには医療の普及及び医療内容の向上が必要であり、物的及び人的医療諸資源の適正な配置が求められる。このことを実現するために、病院・診療所・産院の開設については、その設立主体を問わず、主務大臣たる厚生大臣又は地方長官（東京府は警視総監）の「許可」を要することとなった（第21条）。そして、医療资源配置が過少な地域に対する方策の一つとして、医師免許取得1年以内の者に2年以内の勤務指定を主務大臣がなしうることとした（第22条）。これまでの自由開業医制を根幹としてきた医療制度が、「国民医療ノ適正ヲ期シ国民体力ノ向上ヲ図ル」ことを目的とする国民医療法によって、一層、国家統制の下に置かれることとなった。さらに、高度国防国家が総力戦を完遂していくために必要な医療諸資源の適正配置を行うためには、国家自体が医療諸資源の配置に直接的に関与することにならざるをえない。しかしながら、戦費調達という制限下では医業国営を実現すべくもなく、そのため、「特殊法人たる日本医療団」の設立という方法が選択されることとなった。

日本医療団は「国民体力ノ向上ニ関スル国策ニ即応シ医療ノ普及ヲ図ルヲ以テ目的トス」（第29条）る。それは保健国策の趣旨に則って、帝国議会における小泉親厚厚生大臣答弁によれば、「結核ノ撲滅ト無医地域ノ解消」との二大目標を達成し、あわせて「医療内容ノ向上」を図るために[同上, p.69]、特殊医療体系として結核病床を整備（10万床）し（特別会計）、医療を普及し無医地域を解消するために中央病院から診療所さらに出張診療所に至るまでの有

Mar. 2014

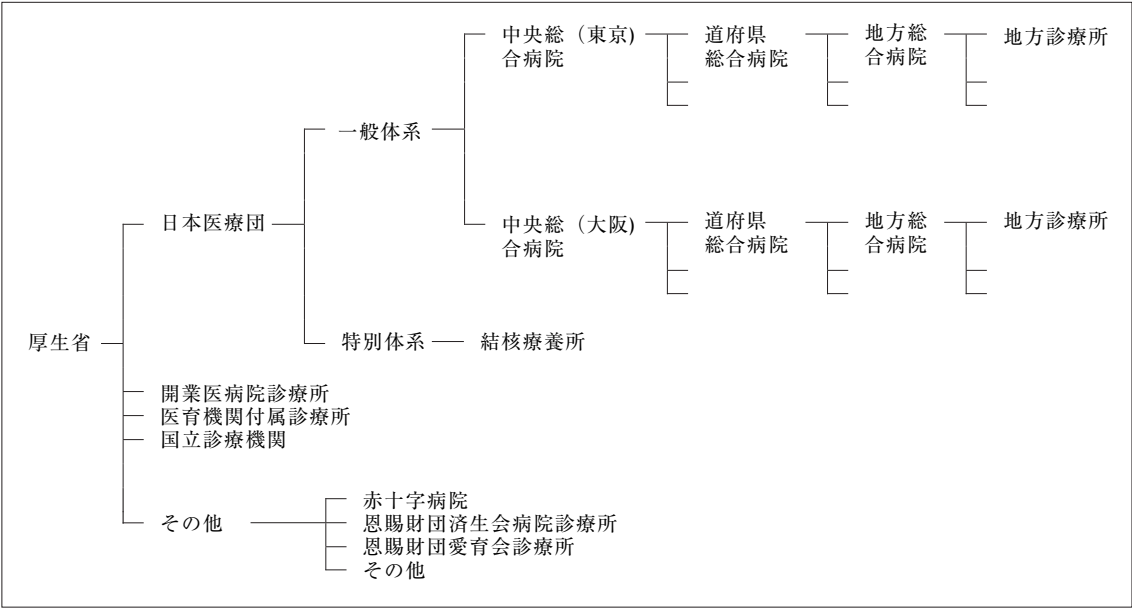
戦時保健国策と医療利用組合運動

機的な一般医療体系を構築することをめざした（一般会計）。こうした日本医療団設立の基礎には、①政府の施設たる保健所網を中心指導体とする国民体力管理方策の徹底、②国民医療法、薬事法等を基本法とする医療関係者及び医療機関の動員整備による医療対策の完備、③国民皆保険の完成による国民側よりする健康報国協力組織の完成、という「三大基本体系の確立整備」によって保健活動—医療—保健共済の三者を有機的に関連付けて行うことで「国民体力の向上」を図ろうとする「保健国策の体系」の基本理念があった〔三宅正一、1943〕（医療の普及は「無医地域の解消」と「無医階層の解消」〔高野六郎、1943〕を期していたのであり、これらのためには「国民皆保険」の完成が重要な政策課題であったことはいうまでもない）。したがって、日本医療団の医療体系は「医療関係者及び医療機関の動員整備」によって構築されるものであり、その活動は、「直接戦力を阻碍せざる範囲内において」、①保健医療の一体化を図り各種保健医療施設の経営を可及的単一化すること、②施設単位ごとにその地域住民の保健医療に関する責任体制を明確化すること、③保健医療の指導監督機構を一元化すること、④保健医療組織と国民地域組織とを密接不可分にすること（町内会や部落会の健民部との指導・連携）、⑤医師並びに保健医療関係者の適正配置、⑥医業を公的業として明らかにし社会保険制度の改変等により直接経済対象とならないような方法を講ずること、が求められた〔久松栄一郎、1934〕。

日本医療団の医療体系は、あくまでも自由開業医制を前提にしながら、医療諸資源の適正配置を図ろうとするものであり、医薬制度調査会の「幹事案」の「一、公営医療ノ拡充」〔1、農山漁村ニ於ケル原則的公営制度ノ採用。2、都市ニ於ケル公営医療機関ノ拡充〕〔厚生研究会編、1942、p.115、p.124〕という考え方を具体化したものともいうことができる。しかしながら、必要とする総ての医療機関を日本医療団が新たに整備できるわけもなく、既存の道府県

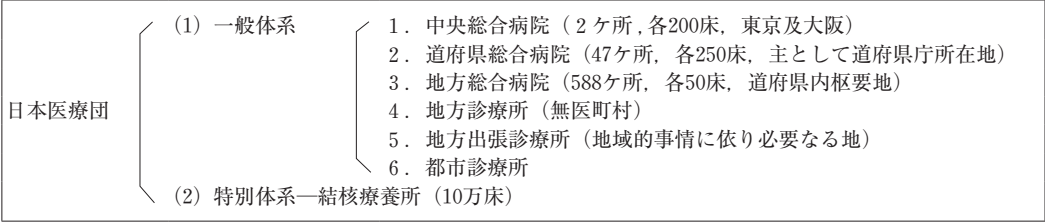
立、自治体立、公益団体立、産業組合立の医療機関を現物出資させる、あるいは譲受、借受などで（第33条、第50条；勅令日本医療団令第1条・第2条、第31条。産業組合又は産業組合連合会による出資の認可は厚生大臣及び農林大臣が行う）、さらに民間の医療機関について国債証券を対価とする譲受、借受などによって（第50条、第51条）「組織整備に必要と認められるもののみを統合」する方針であった〔同上、pp.170-1〕。ただし、「施療ヲ主トシテ社会事業ヲ経営」する道府県または市町村立の公共診療所及び「宗教又ハ社会事業ニ関スル特質」を有する公益法人などの経営する病院については日本医療団に統合しないこととされた〔議会議録、1998、p.163〕。また、診療所・病院の開設が総て許可制の下に置かれ自由開業制が統制されることになったとはいえ、「開業医ノ制度ト日本医療団ノ制度トヲ二本建」〔同上、p.41〕にするという政府の考え方から（初代日本医療団総裁福田龍吉東京帝大名誉教授は新しい日本医師会の会長を兼ねた。あわせて結核予防会副会長をも兼ねた〔『日本医療団史』、1977、pp.36-7〕）、「医療団ガ地方ニ診療所ヲ設クル場合」にはその地区の「医師会ト協調」し、なるべく「地方ノ実情ニ副フヨウ医師会ノ希望ヲ容」れることも確認された〔同上、p.165〕。こうして構想された「全国病院診療所組織体系」を表2に、そして「日本医療団病院診療所組織体系」（五カ年計画）を表3に示した。日本医療団の運営にあたっては、政府が5年間で1億円の出資をするほか（第31・32条）、政府が払い込んだ出資金額の5倍までの医療債券を発行することによって必要な資金調達を行うこととした（第53条）。また、道府県・自治体、公益団体などが医療機関を日本医療団に移管し、現物出資することも予定された。この「特殊法人たる日本医療団」構想の基礎には、この時厚生大臣であった小泉親彦（軍医で陸軍中将）が示した、特殊法人「国民厚生団」を設立し「母子保健、結核対策、防疫医療に資すると共に、諸般の厚生施設を国民に供与する事業」を行う、

表 2 全国病院診療所組織体系



出所) [『日本医療団史』, 1977, p.40]。

表 3 日本医療団病院診療所組織体系構想



出所) [『日本医療団史』, 1977, p.39]。

そのために「厚生団に医療，厚生及び材料の三本部，並びに中央金庫を置く」「別に全国民強制加入の国民厚生保険を創設する」という構想要旨があった [武井群嗣, 1952, p.14, pp.95-6；『日本医療団史』, 1977]。

3. 日本医療団と医療利用組合

医療利用組合の医療機関が日本医療団への現物出資対象とされたことに関して産業組合中央会は42年2月に「医療事業統制委員会」を設置し，翌3月の全国支会保健主事協議会において「日本医療団ニ積極的ニ参加協力スルタメ医療

利用事業ヲ統制シ以テ国家的使命ノ達成ヲ期ス」ことを目的とした「医療利用事業統制整備要綱」を決定した。この要綱では，各府県支会に「医療事業統制委員会」を設置し，「産業組合医療施設ハ全部」を「府県産業組合連合会ニ移管スル」という統合方策を内容とする「産業組合医療利用事業ノ統合整備ニ関スル計画ノ樹立実行」を図ることとした [『18・産組年鑑』, 1943, p.267] (43年前半までに，13道府県で県連合会への医療利用事業の統合がなされた)。さらに「産業組合医療事業経営研究会」を42年6月に開催し，日本医療団に対する「協力態

度」を明らかにした「大東亜戦争完遂に処する産業組合医療事業の実践方策」を決定した。この方策は戦時国策の遂行を積極的に担うために、「農業生産組織と一体化せる総合的農村保健医療組織」を整備し、「産業組合医療事業は農村生活協同組織を基礎とし、保健医療施設の中核的機能を有するもの」として「益々国家的要請に即応」するとした。日本医療団に関して、具体的には、①日本医療団が全医療機関を統合し、これを指導統制する強力な国家的機関たる目標を鮮明にすることを要請する、②医療利用組合及び産業組合は国民生活協同組織との結合により国民の創意を反映し、自発的活動により、その効果を発揮する。つまり協同的医療機関としての長所を伸長する、③社会保険制度との有機的結合を図り、予防をはじめ医療内容の向上を目指す、④農村では農業生産機構と一体化した保健医療体系を発展させ、生活指導と共に生産政策を遂行する、ことを提起した。社会保険制度との有機的結合の中心にあったのは、いうまでもなく国保事業代行の普及であった。そのための「組織の整備」方針として、医療利用事業の「道府県産業組合連合会への統合」促進を掲げ、所属単位組合としての町村産業組合との系統的連携を強化し、国保事業代行及び保健婦普及を一層進めることを確認した。このことは「道府県産業組合連合会の医療事業に付いて」で重ねて方針化され、「道府県四種兼営産業組合連合会が医療事業を一般事業と総合的に行う」こと、あわせて国保事業の普及によって「医療組織と受療組織との一体化」を促し、その「運営の妙味を発揮する」ことを確認した。これらの方針で注目されることは、これまで産業組合が信用、購買、販売、利用等の「交換経済部面」において発展してきたが、「其の経済運動の重点を医療及び社会保険を包摂し厚生運動に転換」することで、「民族力増強政策に対応する国民生活協同組織としての指導性」を獲得するように、産業組合の指導理念の「性格的發展」を期していることである[同上, pp.66-9]。このことは、労力調整、作

付け制限など「徹底的なる生産計画と強力なる生産統制」[同上, pp.9-10]を行いうる農業統制の主体として「農会」が明確に位置付けられたことに対する産業組合側の反応であったとみてよいであろう。

産業組合側の日本医療団に関する方針は「日本医療団が全医療機関を統合」し「指導統制」することを要請するものであり、事実、中央会会頭千石興太郎が日本医療団設立委員に任命されているし、衆議院議員で医療利用組合に関係している三宅正一が日本医療団理事（総裁室調査部長）に、また全保協主事高橋新太郎が参事（総裁室調査部主査）に就任しているが、必ずしも、積極的に医療利用組合の医療機関を医療団に対して「現物出資」というものではなかった。つまり、産業組合側は日本医療団と協調し、それに協力し、共に、医療の普及と医療内容の向上に資し、もって、人口政策並びに保健国策の担い手となるが、しかしながら、「共存同栄」を掲げる産業組合運動として「相互扶助」という名の「経済並び文化運動の実体となるべき国民的組織の基本的条件としての自主自律性」をもち、「積極的に自己責任の原則を伸長」させようとしたのである[同上, p.69]。先に確認したように、そこには、「医療の官僚主義化」に対する批判が内包されていた（こうした考え方からの「日本医療団」に対する疑念や批判は、医療利用組合関係者に共通していた[『保健教育』6巻3号(42/3)「日本医療団への希望と吾等の決意」, 参照]⁴⁾(1942年度時点での医療利用組合の状況を表4で確認しておこう)。

4. 日本医療団の事業展開と医療利用組合

日本医療団は42年6月に設立登記を終え、正式に発足した。医療団は、法が定める「国民体力ノ向上ニ関スル国策ニ即応シ医療ノ普及ヲ図ル」という目的に沿って、「結核の撲滅、無医地区の解消」、そして「医療内容の向上」という目標を掲げ、やや遅れるものの大いなる事業計画を樹て、意欲的にそれに取り組んだ。43年

表 4 医療利用組合の現況

1942年3月現在, () 内は1940年3月現在。

都道府県	広区単営	町村兼営	医療利用組合連合会		病院 b	病床 c	診療所	医師
			連合会	所属町村組合				
北海道		1(2)	1(1)	(15)	4(1)	217(53)	1(—)d	22(5)d
青森	6(7)		1(1)	(38)	11(8)d	745(553)d	12a(14)d	100(64)d
岩手		1(2)	1(1)	(297)	14(11)	1,058(775)	35a(10)	103(63)
宮城			1(1)	(33)	1(1)	153(102)		8(8)
秋田	2(5)	1(1)	6(3)	(75)	8(8)	684a(516)	28a(28)	64(54)
山形			1(1)	(41)	1(1)	57(53)		5(4)
茨城			1		1	95		11
栃木	(1)		4(5)a	(77)a	5(5)a	197(132)a	3(1)a	19(21)a
群馬	2(3)		4(2)	(35)	5(6)	238(174)	1(6)	18(36)
千葉			1(1)	(42)	3a(1)	136a(129)	2a(1)	14a(11)
埼玉	1(1)				1(1)	41(41)		6(6)
東京	2(2)				2(2)	144(132)	1(1)	35(36)
神奈川		(1)				(5)	(1)	(2)
新潟	1(5)	2(2)	7(4)	(106)	9(8)d	591(423)d	14a(7)d	56(38)d
富山			1(1)	(317)	1(1)	147(164)		15(14)
石川			1(1)	(66)	2(1)	116(54)		21(8)
山梨			1(2)	(33)	1	14	1	2
長野	1(1)	2(2)			(1)	15(46)	3(2)	3(5)
岐阜		7(5)	2(2)	(31)	2(2)	103(93)d	16(4)d	23(13)d
静岡			3(3)	(215)	4(3)	286(233)	1(2)	28(28)
愛知	4(4)	1(1)	4(4)	(127)	7(8)	384(360)	4(5)	48(55)
三重		4(7)	2(2)	(42)	2(2)	186(125)	6(7)d	19(18)d
滋賀		1	2(1)	(25)	2(1)	141(70)	1	14(8)
京都	1(1)	(1)	1(1)	(52)	1(1)	71(73)	1a(2)	15(15)
大阪			1		1	14		3
兵庫		4(4)				(14)d	4a(4)	2(3)d
奈良		1(1)	1(1)	(179)	1(1)	203(123)	1(1)	26(12)d
和歌山			1(1)	(24)	1(1)	113(51)		8(5)
鳥取	1(1)		1(1)a	(—)a	2(1)a	139(114)a		8(6)a
島根	1(1)	3(3)	1		3(2)	67(5)d	3a(3)	9(7)d
広島		3(2)				(7)	3(2)	7(2)
山口			1(1)	(63)	1(1)	153(51)	3(1)	10(9)
徳島			2(2)a	(32)a	3(2)a	101(53)a	3(1)	17(6)a
香川		2(2)a				3(—)a	2(2)	1(—)a
愛媛			1(1)	(19)	1(1)	27(27)		2(6)
高知	1(2)		1		2(2)	132(101)		7(8)
福岡		4(6)a				(15)a	4(6)a	6(4)a
佐賀		7(8)a	2(1)	(6)	4(1)a	63a(33)a	7a(7)a	13(7)a
長崎		5(2)	1(1)	(54)	(—)d	103(7)d	11(2)d	15(3)d
熊本		9(8)a			(1)	27(29)d	8(7)d	11(7)d
大分		1(1)			(1)	9(10)	1	2(2)
宮崎		1(1)				4(4)	1(1)	1(1)
鹿児島		2(2)				4	2(2)	2(2)
	23(34)	62(64)a	58(46)a	(2044)a	106a(87)ad	6,981a(4,950)ad	183a(130)ad	799a(602)ad

注) a. 未開始及び休止組合がある。

b. 当時の医師法では病床数10床以上の医療機関を「病院」という。

c. 病床数には有床診療所の病床を含む。

d. 資料の記載のまま。未記載組合がある。

資料) 1941年度については〔産業組合中央会, 1943〕, 1939年度については〔産業組合中央会, 1940〕。

Mar. 2014

戦時保健国策と医療利用組合運動

2月には厚生省衛生局長・内務省地方局長連名の通牒「結核療養所ノ統合ニ関スル件」がだされ、「公共団体ニ於テ経営セル結核療養所ハ昭和17年度末迄ニ（日本医療）団ニ統合ヲ了」することとされた。統合は現物出資という方法を取り、「勤務スル職員」は「日本医療団ニ継承スル」とともに、関係公共団体の職員並びに関係者によって「当該支部ノ役職員ヲ兼務」させ「施設経営ニ参与」させることとした[『日本医療団史』, pp.52-3]。さらに結核対策として、43年7月には、戦時下での物的及び人的動員による資源不足のなかで結核療養所の拡充が思うように進まない状況において、主として産業労務者で作業勤務を一時中断することで全快する見込みのある軽症の「青壮年層に於ける結核患者に対する療養の施設」として、あわせて「健民修練所と緊密なる連絡を保ち適切なる療養指導」を果たすために、「奨健寮設置要綱」が示され、全国で（旅館・料理店・工場・別荘・病院等の）既存施設を買収等によって転活用することで、その建設が進められた[同上, pp.60-1；芥川信, 1944]。「奨健寮」は収容定員50名ないし100名ほどの療養施設であり、診療所取締規則の適用をうける「病院」である。

「無医地区の解消」対策については、日本医療団は「全国無医地域ノ医療普及ト保健指導ニ関スル応急的、恒久的対策ノ樹立及実行方法」を研究審議するために日本医師会と共同して「無医村対策委員会」を立ち上げ、43年8月に当面の対策として「無医村対策要綱」を決定した。この要綱では「無医村診療所の孤立的設置は労多くして効乏しき」故に「無医村解消の前段として先づ無病院地域の解消を原則」とした。それは、日本医療団の「医療体系の基底となるものは地方病院」であり、「その延長の意味に於て」無医地域に診療所を設け、医療資源の配置を図るという考え方に基づくものである[高野六郎, 1943]。その際、「保健所地区」と「地方病院医療地区」とがほぼ重なるようにし、「医療と保健指導とは融合して一体」となることの必要性が強調された[『日本医療団史』,

pp.62-3]。このことを実現するためには、日本医療団の一般医療体系の整備を早急に進める必要があることはいうまでもない。43年10月に決定された43年度事業計画では、一般医療体系に関しては、中央病院2箇所、都道府県中央病院となすべきもの33箇所、地方病院となすべきもの288箇所、診療所となすべきもの1,141箇所の統合を行い、地方病院30箇所（1,500床）を新設するとした（ここでは、産院に関しては割愛する）。戦時下の資源不足という困難・掣肘がある状況のなかで、事業計画の実現をめざして11月には「日本医療団事業緊急処理要綱」が示され、一般病院統合の原則・方法が指示された。これによれば、統合の方法は「公立のものは原則として現物出資、できれば無償譲り受け、場合によっては借受けも差しつかえないこと」とされ、「産業組合立のものは、地方事情にもよるが、公立に準じて取り扱うこと」とされた。その他「公益法人立のものは原則として無償譲り受け、場合によっては無償借受け」、「一般私立のものは譲り受けまたは借受け」によることとされた[同上, p.64]。しかしながら、現実的には、戦時下ではこうした事業計画は容易に実現できなかった。このことは、戦後46年2月末現在での日本医療団の医療施設概要に明らかである（表5）⁵⁾。

政府は45年4月に「戦時医療措置要綱」を閣議決定し、日本医療団を「戦時国民医療遂行の基幹たらしめる」こととした。この「要綱」の「要領」で、東京都区部、大阪、堺、布施、横浜、川崎、神戸、尼崎、名古屋、（後に北九州5市）の「政府ノ指定スル病院、診療所ハ之ヲ日本医療団ヲシテ経営セシム」こととなった。これに従って東京医療利用購買組合の「中野病院」が経営移管（施設貸与）された[同上, pp.69-71；東京医療生協五十年史編さん委員会, 1982, pp.94-5]。こうした例はあるものの、日本医療団による医療利用組合の「統合」に関しては、結局、先に触れた全保協の方針のように「全組織を移管する方針がなかったので」、産業組合の病院、診療所などで医療団に移管や経営

表 5 日本医療団の医療施設（1946年 3 月末現在）

種 別	運営中		工事中		計画中		備 考
	個所	病床	個所	病床	個所	病床	
中 央 病 院	1	—					連合国駐留軍接収
直 轄 病 院	2	359					
都道府県病院	10	1,357			19	2,617	
地 方 病 院	135	7,715	18	903		6,001	
診 療 所	151	377	6		650		
産 院	4	65	1	20			
結核療養所	79	19,471	19	2,911		5,124	
奨 健 寮	106	9,742	60	5,000			
計	488	39,086	104	8,834	669	13,742	

出所) [『国民医療』第 3 巻第 6 号 (46/6), pp.4-5]。

委託されたものは「地方の事情により若干」[全国厚生連, 1968, p.420] あっただけであった。産業組合は43年 3 月の農業団体法にもとづく農業団体統合の結果として農業会に統合され、医療利用事業もこの農業会の下で継続されることになった。農業会への移行過程で、そして農業会の下で新たな医療利用事業の展開がみられたが[同上, 参照], もはや、それは「産業組合による医療利用事業としての医療利用組合運動」として考察する対象ではないであろう。

おわりに——戦時国民生活と国民の健康・疾病の状況

これまで、健民健兵政策たる戦時保健国策の展開過程を、医薬制度調査会から、42年国民医療法、そして日本医療団の設立に至るまでを辿り、その一方で総合的農村保健運動の中核的担い手たる医療利用組合（全医協から全保協への展開）・産業組合の保健国策への対応のあり方を検討してきた。戦時保健国策の展開過程において、医療利用組合の農林・厚生両省による「共管」が実現したが、それは、医療利用組合の側からも求められ、医事行政の主務官庁たる厚生省の側からも必要としたことであった。しかしながら、「共管」にともなう医療利用組合の設立認可基準は、運動側が求め、期待したものとは異なり、厚生省が旧内務省衛生局以来持ち続けてきた自由開業医制を医療制度の根幹と

する考え方の枠組みの内に医療利用組合運動を抑制するものであった。

ここまでの考察の多くは、政策論あるいは運動論レベルのものであった。それでは、こうした保健国策は、戦時動員によって大きな制約をうけつつも、高度国防国家の長期戦遂行を支える総力戦体制下で、国民生活と国民の健康をどのような状態においたのであろうか？ この点について、戦時の徴兵及び徴用による人口の大規模な移動と年齢階層それぞれに健康の偏りがあることを当然の前提条件として認識したうえで、厚生省研究所厚生科学部が行った調査[厚生省研究所, 1943]⁶⁾を基に——ここで拠るべき資料も同様の配慮をしたうえでの調査であり、その結果の解析を行っている——、戦時の国民生活と国民の健康・疾病の状況の一面を確認しておこう。

まず、日中戦争前の学童（36年12歳児）と43年の学童（12歳児）の栄養状態を比較すると、①学童の 6 歳から12歳までの体重増加過程をみると「低下傾向」にある。②「都市ノ密集住宅地域ノ学童ニ於テ低下ノ傾向最モ著明デ、農村ニ於テハ全般的ニ未ダ憂フベキ程度ニ到ッテナイ」、③「女子ガ男子ヨリ発達上ノ障害ヲ多クウケテキル」(pp.7-8)。したがって、36年度の同一国民学校児童と比較することによって「時局下逼迫セル食糧事情ガ学童ノ身長並ニ体重ノ發育不足ヲ来タセルコト」明らかである(p.27)⁷⁾。

東京と大阪における妊婦の平均体重の年次推

移をみると、39年に比して43年は4キロ低下している。その低下は主として39-40年に起きている（p.12）。新生児の体重の推移については、東京では「殆ど変化ハナイ」が、大阪では39年以降低下し、42年には男児の低下が著しい。これは「大阪市下層地域ニ於ル事変下特ニ母体ノ栄養若クハ体力ヲ低下スル事情アリ之ガ胎児ニ悪影響ヲ与ヘハジメタ為ト見ル外」ない（p.13）。東京と大阪、男児と女児に違いはみられるが、ほぼ36-8年より低下をみた後に若干の増大・増加をみた場合であっても、36-8年の水準を超えることはなかった（pp.63-4）。

次に、同一職場に39年以降勤続する都市給料生活者（国民学校教員・保険会社員・鉄道局従業員）の健康状態についてみると、（女性については「体重測定ノ方法ニ信ジ難キモノアル」ので別にして）男性についてみると「ソノスベテガ昭和14年以降今日マデ逐年体重ヲ低下シテイル。鉄道従業員ハ特ニ甚シク、何レノ年度ニ於テモ前年度ヨリ増加」をみない（p.14）。40歳以上の男性の体重低下が顕著で、「時局下食糧事情ノ影響ヲウケ易キハ生理的当然」というべき状態にあった（p.15）。都市給料生活者の体重変化は、職種別、年齢別、地域別に若干の増減の違いはみられるものの、総じて調査の起点となる39年水準がピークであり、「結局男女ヲ通ジテ」、①国民学校教員は「減少率」は「小」であり、各年次「不規則ニ減少」している、②鉄道職員は「減少率ハ国民学校教員ヨリモ大」であり、各年次ごとに「減少率ハ順次大トナル傾向」がある、③会社員は「減少率最大デアッテ」、41年まで減少率「急激ニ大」となり、以降41年と「同率ニ近ク減少」している（p.112）。

食糧事情の窮乏化にともない結核、脚気、消化器官疾患が激増する傾向にあった。これを、鉄道省及び通信省職員の罹病統計資料に徴してみると、結核、脚気の両者とも38年以降「逐増ノ傾向」にあり、「特ニ食糧統制ノ開始セラレタ」40年以降は「激増ノ傾向」を示している（p.16）。国鉄従業員で39年から42年にかけて結

核及び脚気罹患率は倍化、通信従業員のそれは37年から42年にかけて3倍化した（p.17）。42年度は「更ニ格段ノ高率」を示している（p.156）。その背後にある主食の摂取方法、回数、量のいずれも劣悪化しており、その他食糧の摂取回数も大都市が最も少なく、中小都市、郡部の順となっている（pp.157-8）。さらに、厚生省科学部生活環境研究部は軍事生産に係わる「重要事業場工員」について体重・身長・脚気・胃腸病・結核・労働時間・欠勤率・人員構成などについて36年以降42年9月までの状況を調査し報告しているようであるが（p.172）、残念ながら、未見である。43年の調査では、国策会社たる日本製鉄八幡製鉄所のような歴史のある大規模工場の場合には「戦争ノ影響ガ顕著デナ」く、「現今ノ如キ国民栄養現状ニ於テモサマデ憂慮スベキ状態デハナイ」と推論されるが、民間のしかも新興の機械器具工業の中企業では「戦争ノ影響ノ比較的大ナル」（p.234；p.16；p.243）ものがあつた、とされている。このことは、戦時動員のもとでの資源配分や労務管理のあり方に違いがあつたことを窺わせる。

最後に、「食糧事情」に関しても42・43年に多岐にわたる調査がなされており、その結果を概括的にみると、「重要事業場労働者」の場合を除き、「主食トシテノ米代替品ノ使用」やその「混合割合」が「一般ニ増加ノ傾向」にあり、「副食品ノ使用品目数ハ減少シ」「動物性食品、油脂及果物」においてその減少は「顕著」であつた。「間食ノ摂取回数」も「減少ノ傾向」にあり（p.302）、総じて食糧事情は「劣化傾向」にあつた。とりわけ「中小都市」において（p.299）。実は、当時厚生次官を務めた武井群嗣は戦後になって『厚生省小史』[武井群嗣, 1950]をまとめた際に、「健康白書」なる章（pp.130-5）を設けて戦時保健国策が展開されている状況下での国民の健康・疾病動向（上述の調査に基づいて）、そして物資動員計画における国民栄養の現実（表6）について、自省とおそらく悔悟の思いを込めて叙述している。食糧供給量は42年以降の物動計画においてさえ標

表 6 国民栄養量比較

栄養素	1931-35年	37-39年	40-41年	42年計画	43年計画	標準栄養量
糖 質 (g)	446	431	419	387	378	370
蛋白質 (g)	58	61	58	49	54	70
脂 質 (g)	13	15	14	10	41 a	20
熱 量 (Cal)	2,192	2,156	2,088	1,879	1,893	2,000

注) a は資料では「41」となっているが、「14」の誤りであろうと思われる。

出所) [武井群嗣, 1952, p.133]。

準栄養量を下回っていたのであり、実際の供給量はこれをさらに下回っていたことであろう。

戦時下、「長期戦完遂」「大東亜共栄圏の長期的建設」が呼号され、総力戦体制が構築され、保健国策が展開されていったとしても、それを支える基底的条件である「人的資源」には、既に少なくとも37年の日中全面戦争開始以来、劣弱化の傾向がみられ、健康・体位・活力を最低限維持するための物資動員にも綻びが生じていた事実をしっかりと確認すべきであろうし、そのことを国家官僚は調査を通じて様々に認識していたことも確認しておくべきであろう。

注

- 1) 『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, p.365] は、「医療利用組合の農林厚生両省の共管と、員外利用の要求は、日華事変前と後とでは、その意義に変化をみた」としている。初期の要求は経営上の助成をうけること、農村保健運動に対する助成を「統一」することを主に意図していたのに対して、「事変後は経営上の問題よりも、人口問題、厚生政策の根本的改変のための具体的要求としてなされた」としている。つまり事変後は医療利用組合・農村保健運動を「保健国策」「人口国策」に如何に適合的なものとして「改変」していくかが問題とされていたということであり、そのことは、「保健国策」に寄り添い、それに従属することを意味していた。自主的自発的で、協同主義に立脚しながらも、「自由主義的個人主義的」とであると批判される医療利用組合運動から、高度国防国家建設下での生産力拡充と国民厚生という二大国策を支える人的資源政策の担い手としての産業組合による農村保健運動への質的变化については、[[15・産組年鑑], 1940, pp.97-100] も参照。
- 2) この「協同主義」は、三木清が昭和研究会において確立していったものである。近衛文麿を担

ぎ、後に「新体制運動」となる新たな国民的政治運動を支えるための研究機関として「昭和研究会」が組織された。そして、その実践運動の核として「昭和同人会」が1938年4月に組織された。この会は「時務に関する意見交換及懇談並に同人相互の親睦を図るを以て目的」とし、研究懇談会や講演会の開催、そして昭和研究会及び同人会刊行物の配布などをその事業としていた[昭和同人会, 1968, p.104]。同人会の参加メンバーをみると、本稿中にも名をみた人物を確認できる。千石興太郎（産業組合中央会）、蓮池公咲（農林省）、田中長茂（農林省産業組合課長）、小平権一（満州糧穀、元農林省経済更生部長）など。また、内務省及び厚生省において国民健康保険制度設立に中心的な役割を果たした清水玄の名もみえる（p.108）。

この昭和研究会においては、三木清の「協同主義」の考え方が研究会各部会から支持を得たといわれている。三木は自らの「協同主義」について次のように述べている。「協同主義は個人主義的或ひは自由主義的無政府状態に対して、全体の立場に於ける統制の必要を認める。この統制は総合的・合理的・計画的でなければならない。全体主義的統制が上からの官僚主義的統制に陥りやすいのに対して、協同主義の強調するのは自主的な協同である。協同主義は下からの組織が形成されることによって、全体的統制の実現されることを求める。・・・併し下からの組織といっても、協同主義は抽象的なデモクラシーに立つものでなく、却って指導者に重要な意義を認める。協同主義の要求する指導者は、専制的独裁者ではなく、国民から遊離したものではなく、却って国民の中に入って国民を教育し、国民の要求を取り上げてこれを指導的に組織する者である。」[三木清, 1939, pp.176-7]。おそらく、ここには時代情況に抗しながらなされた三木のギリギリの思想的営みが表現されているのであろう。それは、彼の『構想力の論理』にも表現されている。39年7月に執筆されたその「序」には、「今日、科学の理念に定位をとった近代のゲゼルシャフト的文化の抽象性が指摘され、新しいゲマインシャフト的文化が要求さ

Mar. 2014

戦時保健国策と医療利用組合運動

れてゐるとき、構想力の論理は新文化の創造に対して哲学的基礎を與へ得るであらう。しかしこの新しいゲマインシャフトはゲゼルシャフトに抽象的に対立するのではなく却ってこれを止揚したものでなければならぬやうに・・・と記されている〔三木清, 1967, p.10:「三木清全集月報」に掲載された中村真一郎及び日高六郎の文章も参照されたい〕。

- 3) 弁護士の本木ひろしは戦時体制下で雑誌『近きより』を刊行し、「非合理」「非聡明」な戦時体制・戦時統制を「奴隷の言葉」によって論難し続けた。本木は39年11・12月第10号の「近々抄」で国民体力法に触れ、「国民の体位向上も結構であるが、思索力向上は一層大切である。号令に動くような精神からは次ぎの時代を背負って立つ力は生まれて来ない」〔本木ひろし, 1964, p.113〕と述べている。現時点においてもしっかりと肝に銘ずべきであろう。
- 4) 全保協が支えた総合的農村保健運動において、43年1月には保健婦の養成及び保健婦を中心とする農村保健運動を指導してきた全保協技師小宮山新一（労働科学研究所から全保協に移った）が、44年1月には全保協常務理事、中央農業会戦時対策部厚生課長兼保健課長として農村保健運動の主導的担い手であった黒川泰一、及び全保協主事で日本医療団参事であった高橋新太郎（岩手県医薬販売購買利用組合連合会主事から全保協に移った）が治安維持法違反事件で逮捕された。逮捕理由は、41年3月の第3回全国産業組合保健協議会が決定した「時局下農村保健運動の実践方策」が産業組合による医療事業—国民健康保険事業の代行—保健婦による生活指導という三位一体的な農村労働力の保全・養成という「マルクス主義的な思想運動」である、ということであった〔黒川泰一, 1975〕。まことに無理な逮捕理由であった。ただ、戦争を遂行する国家支配者の側には、「官僚主義」を批判し、「自主的協同」を主張する産業組合運動そのものが、たとえその内実が高度国防国家建設の方向に寄り添い、それを支えるものに転向していたとしても、「社会運動の最左翼」に位置しているものとして許容できないものにみえたのであろう。また、39年に独ソ不可侵条約が締結されていたとはいえ、41年4月に日ソ中立条約が結ばれる前の日独防共協定時代に、全保協機関誌『保健教育』は41年1月発行の第5巻第1号から第6号まで（但し、第4号は休刊）ソビエト連邦初代保健人民委員であったセマシュコの「ソビエト同盟の保健事業」の訳（高山高志訳）を掲載している（内容的には、セマシュコの文献全22章のうち第7章体育までで打ち切られてい

る。休載、いや掲載停止の理由は明記されてはいないが、おそらく6月の「独ソ戦」開始が理由であろう）。もっとも、こうした時代においても、ソヴィエト医療の状況は厚生省衛生局によっても「医薬制度調査会への資料」のかたちで紹介されてはいたが〔『ソビエト医療の基本』〔『医衛』46（38/11/16）, pp.1717-20:47（38/11/23）, pp.1733-4〕。なお、小宮山新一には戦前期の保健婦養成及びその運動を支えた『保健婦読本』〔小宮山新一, 1942〕が、黒川泰一には医療利用組合運動の理論的・実践的發展を展望した『保健政策と産業組合』〔黒川泰一, 1939a〕が、高橋新太郎には医療利用組合運動から産業組合による総合的農村保健運動への発展の道筋を解明した『農村医療事業の経営』〔高橋新太郎, 1941b〕などの著書がある。

黒川の証言によれば、彼らの治安維持法違反での逮捕は大河内一男を同容疑で逮捕するための前段階でもあったという〔黒川泰一, 1975, p.221〕。確かに、産業組合中央会及び全保協の農村保健運動に係わる政策文書を通読していくと、大河内一男「社会政策原論」にみられる「生産政策としての労働力保全政策たる社会政策」論の影響が色濃くみられる。このことは、『協同組合を中心とする日本農民医療運動史』にも「全保協が保健運動の方針なり性格を決定するとき、大河内の指導をうけたので・・・」〔全国厚生連, 1968, p.360〕と記されていることから確かなことである（この件に関する大河内一男からの証言はみあたらないように思う〔大河内一男, 1970〕）。大河内一男は全保協機関誌『保健教育』第6巻第7号（42/7）に「戦時消費論」を書いている。このなかで大河内は、消費を抑制する「消費の倫理」に対して「消費生活そのものを科学的に把握」することが必要だとして、消費生活を労働力の再生産過程としてとらえることで、消費が「社会的・「公的性格」を有することと「勤労能力の培養源」として積極的にとらえる「消費の論理」を展開し、「最早や消費に於ける心構えや道義の問題ではなく、消費組織の問題であり、消費者組織の問題」であると述べている。大河内としては、この小論は国家総動員法による「物資動員計画」や各種の国民生活統制組織に対する批判であったのであろう。

- 5) 戦後日本医療団の解散清算に至るまでの歴史は『日本医療団史』にまとめられてはいるが、「戦後保健医療改革」、当時のことばでいえば「新生日本の医療」のあり方、とりわけ「結核医療」のあり方をみていくうえでは、さらに日本医療団についても検討・考察すべき事柄は多く残されているように思う。結核患者を中心とする日

本患者同盟の運動との関わりにおいても。日本医療団の機関誌名も、戦後になって、『日本医療団報』から『国民医療』に変更され、「民主的国民医療体系」のあり方についての論説が掲載されたり、あるいは、療養患者の声や療養患者による療養生活改善についての要求・考え方が掲載されている。「戦後保健医療改革」の一側面を明らかにするためにも、ぜひ検討されるべき課題であろう。

- 6) 「国民栄養現況調査」の実施目的は、「国内食糧自給政策ノ下ニ営マレツツアル決戦的食生活ニ於ケル食糧事情及夫ノ国民体力ニ及ボス影響等現下国民栄養ノ実相ヲ調査シ以テ適正且強力ナル戦時国民生活並勤労ニ関スル諸政策ノ樹立遂行ニ対シ的確ナル科学的基礎ヲ付与スルモノトス」[厚生省研究所, 1943, p.21] ることであった。
- 7) 健康及び疾病に関する経年的統計はなかなか得難いようである。文部省調査に基づく「学生、生徒及児童平均体重累年比較」(7歳~25歳)によれば、年齢による違いはあるが、男子では34年をピークとする年齢が最も多く、36年をピークとする年齢がこれに次いでいる。女子については34年をピークとする年齢が多く、この年から37年までをピークとする年齢が散らばっている[厚生省衛生局, 1940, pp.62-4]。ここで参照した資料と本文中の調査報告とを接続して考察できるのであれば、という限定を付しておかなければならないが。

参考文献

- 芥川信(日本医療団医療局医療課長)(1944)「奨健寮の現況と運営」『日本医療団報』第1巻第3号(44/9), pp.9-11。
『医海時報』。
『医事衛生』。
- 大河内一男(1942)「戦時消費論」『保健教育』第6巻第7号(42/7), pp.10-5。
大河内一男(1970)『社会政策四十年——追憶と意見』東京大学出版会。
- 賀川豊彦(1939)「医療国営と組合病院の将来」『医療組合』第3巻第10号(39/10), pp.2-4。
黒川泰一(1939a)『保健政策と産業組合』(産業組合叢書), 三笠書房。
黒川泰一(全医協主事)(1939b)「医薬制度調査会のいきさつ」『医療組合』第3巻第11号(39/11), pp.31-8。
黒川泰一(1975)『沙漠に途あり——医療と共済運動50年』家の光協会。
- 厚生研究会編(1942)『国民医療法と医療団』。
厚生省医務局(1955)『医制八十年史』。
厚生省衛生局(1940)『国民保健ニ関スル統計』。
厚生省研究所(1943)『国民栄養ノ現況ニ関スル調査報告』, 厚生省研究所厚生科学部による「戦時下国民ノ体力(營養状態)ノ動向ニ関スル調査」を所収。
厚生省20年史編集委員会(1955)『厚生省20年史』。
小宮山新一(1942)『保健婦読本』(暉義等閑), 協同公社。
- 産業組合中央会(1940)『第七回全国医療利用組合及連合会調査』(1939年度末現在)。
産業組合中央会(1943)『第九回全国産業組合医療利用事業調査』(1941年度末現在)。
『産業組合年鑑』産業組合中央会。
昭和同人会(1968)『昭和研究会』。
全国協同組合保健協会(1940a)『全国協同組合保健協会要覧』。
全国協同組合保健協会(1940b)『農村保健年報 昭和15年版』。
全国協同組合保健協会(1941)『農村保健年報 昭和16年版』。
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』。
大地生(1939)「医療の官僚化案より協同化へ」『医療組合』第3巻第10号(39/10), 巻頭言。
高野六郎(日本医療団理事審議室総務)(1943)「日本医療団の医療施設」『日本医療団情報』第3輯, 1943年3月, pp.1-3。
高橋新太郎(全保協主事)(1941a)「医療利用組合の農林厚生両省共管成る——員外利用も共に実現」『保健教育』第5巻第10号(41/10), pp.74-6。
高橋新太郎(1941b)『農村医療事業の経営』産業組合実務研究会版。
武井群嗣(厚生省人口局長, 厚生次官41/11/4-44/4/17)(1952)『厚生省小史』厚生問題研究会。
帝国議会衆議院委員会議録(1994)『帝国議会衆議院委員会議録昭和編77』東京大学出版会。「第70回帝国議会衆議院国民健康保険法案外二件委員会議録 第10回 昭和12年3月24日」。
帝国議会衆議院委員会議録(1998)『帝国議会衆議院委員会議録昭和編138』東京大学出版会。「第79回帝国議会衆議院国民体力法中改正法律案外四件委員会議録」1942年1-2月。
東京医療生協五十年史編さん委員会(1982)『東京医療生協五十年史』。
鳥取県庁文書(1941)農林省総務局長・厚生省衛生局長「16総第10268号 産業組合ノ診療所開設許可及医療設備ノ員外利用取扱方ニ関スル件」1941年8月18日。

Mar. 2014

戦時保健国策と医療利用組合運動

『日本医療団史』（1977）発行人：久下勝次（日本医療団代表清算人），発行所：日本医療団。
『日本医療団情報』日本医療団機関誌，後継誌『日本医療団報』，戦後の後継誌『国民医療』。
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）。
野間正秋（厚生省衛生局医務課長）（1940）『医療制度改善論』ダイヤモンド社。
久松栄一郎（日本医療団参事医療局医療課長）（1944）「本団施設と保健活動」『日本医療団報』第1巻第4号，1944年10月，pp.2-3，p.9。
『保健教育』全国協同組合保健協会機関誌。
正木ひろし（1964）『近きより』弘文堂。

三木清（1939）『協同主義の哲学的基礎——新日本 の思想原理統編』昭和研究会事務局。
三木清（1967）『三木清全集 第八巻 構想力の論理』岩波書店。
三宅正一（日本医療団理事調査部長）（1943）「国民皆保険と日本医療団の使命」『日本医療団情報』第7輯，pp.1-3，p.7。
拙稿（2010）「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る」（上）『日本医療経済学会会報』第29巻第1号；（下）第29巻第2号。

（2013年11月29日掲載決定）