

〔論 文〕

初期医療利用組合の諸相(上)

青 木 郁 夫

目 次

はじめに

I 医療利用組合の発展過程

- (1) 素描
- (2) 機関紙誌名の変遷からみた発展段階

II 初期医療利用組合の概況

- (1) 医療利用組合誕生の歴史的諸条件
- (2) 初期医療利用組合の評価をめぐって

III 初期医療利用組合の諸相

- (1) 嚆矢、原点としての青原組合(以上、本号)
- (2) 小作争議地での医療事業——船穂組合
(以下、次号)
- (3) 養蚕・製糸家による医療事業
——喬木組合富田館
- (4) 土地会社と医療事業——神野新田組合
- (5) 特別表彰組合の医療事業——発志院組合

おわりに

は じ め に

産業組合による医療事業は、我が国の医療史上に特異な地位を占めている。産業組合による医療事業は総称して医療利用組合とよばれるが、そこには種類の異なるものが含まれている。第一に、通例一町村を事業区域とする単位産業組合が、信用、販売、購買、利用(1921年の第四次産業組合法改正以前は生産)の四種事業を兼営し、その利用事業のひとつとして医療事業を行なうもの。第二に、郡を単位とした地域を事業区域とし、医療事業を専ら行なう広区単営医療組合。第三に、町村産業組合を基礎単位とし、郡または県レベルでの連合会組織によって、医療事業を行なうもの、この三種である。この三形態の順序は、全般的にみた医療利用組

合の発展段階をもあらわしている。

医療利用組合が我が国の医療史上いかなる意味において特異な存在であるかは、医療利用組合の発展段階に関する研究全体によって語ることになるわけだが、あらかじめその展望を与えておけば、それは医療利用組合が協同組合による医療事業であること——その内実はさまざまであるが⁽¹⁾——によって規定されているといえる。つまり、協同組合の基本原則、組合員による出資、経営、利用の三位一体的構成によって、「特異」である中身が性格づけられるのである⁽²⁾。さらに戦前の産業組合法が、戦後の農業協同組合だけでなく、信用組合、信用金庫、生活協同組合など各種の協同組合をその対象としていたことも、医療利用組合が相当程度に多様でありえたことの要因となっている。

本研究は協同組合による医療事業の歴史的源流である医療利用組合⁽³⁾の生成、発展、転換の過程を跡付け、その「埋もれた歴史、息づく伝統」を明らかにしようとするものである⁽⁴⁾。そのなかで、本稿は研究全体の出発点として「歴史に埋もれた」初期医療利用組合のいくつかを、わずかながら残された資料によって再構成、追体験しようとする試みである。

医療利用組合についての「正史」たる位置にある全国厚生農業協同組合連合会『協同組合を中心とする日本農民医療運動史』でも、初期医療利用組合については、嚆矢的存在である島根県青原村信購販利組合についてのみ記述があるにすぎない。他組合については名称、事業開始年などがあげられているのみである。残念ながら、以下の叙述もこの間の調査で得たわずかなりの資料にもとづく紹介にとどまることを、

あらかじめ御容赦願いたい。

I 医療利用組合の発展過程

(1) 素描

医療利用組合の歴史的発展段階を画し、それぞれの段階の特質を明らかにすることは、それ自体、本研究全体の重要課題のひとつである。初期医療利用組合のいくつかの事例の、しかもその一端を叙述するにすぎない本稿においては、さしあたり、おおまかな発展段階を示しておけばよいであろう（研究の進展状況からして、それにとどまるのだが）。

産業組合の医療事業としての医療利用組合は、1918（大正7）年に事業を開始した、島根県青原村信購買利組合（現島根県鹿足郡日原町）を嚆矢とする⁽⁵⁾。医療利用組合をひろく協同組合による医療事業ととらえれば⁽⁶⁾、「前史」が存在する。「前史」——それは、19世紀末から20世紀初にかけて、福岡県宗像郡などにみられた「定礼」である。これは、部落居住者のすべてが加わり、各自の能力に応じて、米、あるいは漁村部の場合には一日の共同労働を抛出し、それによって「定礼」契約医師の診療をうけることができた⁽⁷⁾。したがって、「定礼」は地域単位の保健共済的性格を有していたということができよう。この意味で、「定礼」は医療利用組合の「前史」でありうる。それは国民健康保険制度が創設される時には、地域共済制度の先駆として随分注目され、調査されもした⁽⁸⁾。しかし、「定礼」は20世紀初頭には、資本主義の確立にともなう農村共同体の変質とともに解体してしまっていたため、医療利用組合の創設者たちはおそらく「前史」としてこれらを念願におくことはなかったとみられる⁽⁹⁾。

島根県青原村で産声をあげた医療利用組合は、1922年になると岡山県船穂、長野県喬木⁽¹⁰⁾、23年には愛知県神野新田、奈良県発志院と西日本の各地で続々と誕生することになった。その後もいくつかの産業組合が医療事業を兼営するようになるが、1928（昭和3年）に青森県弘前

市に東青病院が創立され、広区単営医療利用組合の時期がはじまった。これに対して、それまでの時期を「初期」と呼んでいる。「広区単営組合」というのは、通例産業組合は町村あるいはそれ以下の区域を事業対象地域とし、信用事業を中核として販売および購買事業を行なってきたのに対して、この場合には郡あるいはそれをこえる区域を事業対象地域とする点で「広区」であり、かつ事業内容も医療利用および医療関連購買事業を専ら行なうという点で「単営」である。この時代は、大恐慌後の都市、農村を問わずにみられた生活困難を社会経済的背景としながら、賀川豊彦、新渡戸稲造らによって1932年に東京医療利用組合が創設されるのを契機に花開くことになり、全国各地に医療利用組合は燎原の火の如くひろまっていった。とりわけ、青森、秋田、岩手の三県では、それまで産業組合運動にはみるべきものがなかったが、医療利用組合は急速に成長し、地域医療において圧倒的な比重、役割を担うまでになった⁽¹¹⁾。

やがて、医療利用組合のなかには経営上の問題などから統合し、連合会をかたちづくるものも現れるようになった。こうした内的論理からする連合会形成もあったが、1932年からの産業組合拡充運動、とりわけ1938年からの第二次産業組合拡充三ヶ年計画においては、医療利用組合を（準）戦時体制下における農村の人的資源政策の担い手として位置付けるとともに、町村単位産業組合からなる連合会に改組することが方針とされ、上からの組織化、組織変更がすすめられた。これは事実上「広区単営組合」的在り方を否定する意味をもっていた。「連合会」時代には、長野、新潟⁽¹²⁾、岐阜、愛知、三重など東山、東海地方、養蚕地方や佐賀、長崎、熊本など九州地方を中心に組合形成がすすんだ。

いま、医療利用組合の設立状況を事業開始年を基準にみていけば、第一表のようになっている。これによって、これまで述べてきたように、四種兼営町村産業組合による医療事業の誕生から、広区単営組合の登場、そして連合会への組織統合へとという移りゆきを看取することができ

第1表 医療利用組合の設立状況(a)

	町村産組四種兼営	広区単営	連 合 会	(連合会所属組合)
1919 (T 8)	1			
1920 (T 9)				
1921 (T10)				
1922 (T11)	2			
1923 (T12)	3			
1924 (T13)	4			
1925 (T14)				
1926 (T15)				
1927 (S 2)	4			
1928 (S 3)	2	2		
1929 (S 4)	1	1		
1930 (S 5)	3	3		
1931 (S 6)	3	1		
1932 (S 7)	2	7		
1933 (S 8)	4	13	2	37
1934 (S 9)	3	17	2	61
1935 (S10)	10	6	2	97
1936 (S11)	8	1	6	742
1937 (S12)	9	0	4	150
1938 (S13)	8	1	20	600
1939 (S14)	7		8	319
1940 (S15)	11		6	105 (b)
1941 (S16)	4		7	1,289 (b)
1942 (S17)	0		2	10 (b)
累 計	89	52	59	3,313
1942年現在	62	24	56	(3475)(c)

(注) (a)事業開始年を基準に分類した。

(b)資料中記載のないものは合計されていない。

(c)累計と相違するのは連合会設立後、これに加入する単位産組があるためである。

(d)よく引用される宮城孝治論文『医療組合』第1巻第1号、1938年10月、の数値とは異なる。宮城論文は青原組合の存在を確認していないなどの時期的制約をもっている。

(e)認可をうけざる任意組合は含んでいない。

(資料) 全国厚生連『日本農民医療運動史』

産業組合中央会『全国医療利用組合及び連合会調査』

第6, 7, 9回(1938, 39, 42年度)

『産業組合』1927年12月。

る。しかも、大恐慌後の時期に医療組合運動が急速に展開したこと、第一次、第二次産業組合拡充期に連合会形成がなされたこと、とりわけ、第二次拡充期には広区単営組合を事実上否定するかたちで、町村単位組合を基盤とする組織統合がなされたという発展の段階性をみとることができるであろう。

(2) 機関紙誌名の変遷からみた発展段階

こうした医療利用組合の発展段階は、その全国的機関紙誌名の変遷にも投影している。医療利用組合がその機関紙を得たのは、東京医療利用組合の設立運動過程においてであった。それ以前においては個々の組合が機関広報紙誌をも

つことはあっても、横断的なしかも全国的な性格の機関紙誌をもつことはなかった。

東京医療利用組合の設立認可をめぐることは、日本医師会からの激しい攻撃にあい、申請から認可までに一年有余の時間を費やし、1932年5.15事件がらみで認可が与えられた⁽¹³⁾。賀川豊彦は「医師会側の反対にたいし、世論の喚起と医師会側の啓蒙、そして産業組合陣営の結束を意図して、更に医療組合の全国的普及をはかる目的」⁽¹⁴⁾をもって、「医療組合運動社」を発行社として『医療組合運動』紙(タブロイド版8ページ、1932年4月24日付け第一号)を創刊した。翌年の第29回全国産業組合大会を機に全国医療利用組合協会(以下、全医協と略)が設立されると、全医協は『医療組合運動』を機関

紙として継承した⁽¹⁵⁾。『医療組合運動』は、その後1935年1月15日付け第31号より『医療組合新聞』と改題している(発行社も医療組合新聞社と名称を変更)⁽¹⁶⁾。35年8月には紙面を大型に拡大した⁽¹⁷⁾。

「日華事変」後の準戦時体制下で、保健問題、人的資源問題が重要国策化し、「保健社会省(後、37年に「厚生省」として設立)」が設立されんとする秋、「……今や医療組合運動も宣伝時代を過ぎ、殆ど全国普及を見んとしつつあり、その内容整備、組織的合理化、保健共済施設の実施等により更に全農村保健運動の指導機関たり、推進力となるべく社会的必要に迫られつつある」⁽¹⁸⁾との情勢認識にもとづいて、機関紙は機関誌『医療組合』と改題された。紙型もB

第2表 初期医療利用組合一覽

医療事業開始年月	組 合 名	県 名	産業組合設立年月	備 考
1919年11月	青原村信購販利組合	島 根	1904年2月	1931年共存病院への引継のため閉鎖
○1922年4月	船穂信購販利組合	岡 山	1911年12月	欠損倒産のため1937年閉鎖(a)
○1922年5月	喬木信販購利組合富田館	長 野	1917年7月	1942年現在存続
1923年4月	神野新田信販購利組合	愛 知	1902年	1940年医師欠員のため閉鎖(b)
1923年12月	発志院信販購利組合	奈 良	1911年2月	1926年閉鎖
1923年	柳澤村信購利組合(c)	愛 媛	1917年	1924年閉鎖
1924年5月	伊保村信購販利組合	兵 庫	1908年11月	1925年閉鎖
1924年6月	久原信購販利組合	福 岡	1921年12月	村内三組合合併、1934年閉鎖
○1924年8月	国府村信購販利組合	岡 山		個人医に移管(年月不明)
○1924年12月	秋鹿信販購利組合	島 根	1905年5月	1942年現在存続
1927年5月	犬塚信販購利組合	福 岡	1917年7月	1942年現在存続
1927年8月	福渡町信販購利組合	岡 山		?
○1927年9月	川口村信購販利組合	広 島	1921年9月	1933年廃止
1927年9月	成羽信利組合(d)	岡 山		?
○1928年2月	家串信販購利組合	愛 媛	1911年2月	?
○1928年11月	胎内信販購利組合	新 潟	1912年8月	1942年現在存続

(注) (a)船穂町園芸協会『園芸二十年の歩み』、1972年、17ページ。

(b)神野新田土地農業協同組合『神野新田年鑑』、1951年、30ページ。神野新田農協柴田参事によれば診療所貸与による医療事業は戦後まで継続したという。

(c)愛媛県史では、柳澤組合の医療事業開始は1919年で、閉鎖は2年後の1921年である。しかし、愛媛県厚生連ほかの資料はどれも表のようである。

(d)『産業組合』1927年12月号62-63ページ。

(e)奈良県年端信購販利組合もこの時期に医療部を設置したものの医師との交渉がうまくいかず中止している。産業組合中央会『利用組合に関する調査』1927年、260ページ。

(f)○印は、賀川豊彦が『医療組合論』1934年(『協同組合の名著』第9巻に所収)に、「第1期時代」組合としてあげているものである。

(資料)第1表資料、黒川泰一『保健政策と産業組合』、その他各組合関係資料から作成。

5版30～40ページの雑誌型となり、発行所も全国医療利用組合協会に変更された。

さらに、1940年時局の推移は、全医協を改組し、全国協同組合保健協会(以下、全保協と略)を設立することを求めた。すなわち、「国家総力戦の進行は、産業組合に国策遂行機関として再編成を要請し、保健運動亦農村を対象とする局地的性格の放棄を必然ならしむるに至った」ため、「……本協会(全医協……青木)は従来の医療組合中心の運動から総合的保健運動への画期的発展を図るため改組を断行」⁽¹⁹⁾した。40年9月のことであった。これにともなって、機関誌名も三度改められ、『保健教育』(40年10月より)となった。A5版と紙型も変え、120ページを超える大部のものになった。

なおも、1941年国民体力法の制定を機に、保健政策は「健民健兵」政策とされ、大政翼賛会を中心に「健民運動」がおこされた。このなかで、農村は兵力供給、食糧増産、戦時労働力供給の課題を与えられ、人的資源政策が声高に叫ばれるようになった。こうした状況において、「健民運動の理論と実際」⁽²⁰⁾を究めるために、全保協機関誌は『健民』と改題された。

医療利用組合全国機関誌の名称変更はみごととに、時代環境の推移、組合に付された社会的役割の変化を映し出しているといえよう。とりわけ、『医療組合』以下の名称変更においては、人的資源政策と医療利用組合との関連が鮮やかに描かれているといえよう。

II 初期医療利用組合の概況

(1) 医療利用組合誕生の歴史的諸条件

初期医療利用組合(以下、「初期組合」と略)をまず一覧すれば、第二表ようになる。広区単営組合として青森県で東青病院が設立された1928年までを「初期」として区分してみれば、この年までに16組合が医療事業を開始している。これらの組合は、愛媛県柳沢村信購利組合、岡山県成羽信利組合を除けば、いずれも四種兼営で、事業区域は町村以下の地域となってい

る。利用事業として、小規模診療所を経営し、医療施設、設備、人員、を経済施設として「利用」している。また、「初期組合」の空間的広がり、戦前日本の農業構造、すなわち土地所有制と農耕形態とに規定された地帯構造に則してみれば、「東北型」に属する新潟県胎内組合を除けば、他はすべて「近畿型」に属している。このことは、早くから産業組合運動が展開されてきた地域において、医療利用組合もまた端緒につき、発達したことを意味している。

さて、医療利用組合に関する研究はさまざまな問題視角からなされてきているが、「初期組合」についての評価はほぼ一定しているといえる⁽²¹⁾。この評価の基本は、賀川豊彦のもとで東京医療利用組合の創設に係わり、全医協および全保協主事などとして、常に運動の中心的担い手であった黒川泰一⁽²²⁾に求めることができる。黒川は産業組合叢書の一冊として『保健政策と産業組合』を著し、そのなかで「初期組合」についての評価を与えている。この黒川の評価を手掛かりにして、「初期組合」の全般的な概況をみていこう。

まず、医療利用組合発生の直接的原因として、下記の三点があげられている。

1. 医学の長足の進歩にもかかわらず、農村に医療の普及を欠如し、若しくはその質的劣悪により、農村住民の生命が危険に曝されたまま放任せられていたこと。
2. 疾病治療に要する医療費の負担が、農家経済にとって過重となり、従って屢々農民生活破綻の原因となり、その経済更正を著しく阻害するに至ったこと。
3. 経済更生の中核機関として産業組合が全国的、就中全農村に普及し、且つ最初は天降りの作られた生産者組合的色彩を有していた産業組合も漸次生活協同組合的成熟を遂げ来たり、消費経済及び社会施設にその事業を進め得る迄に実力を有するに至りつつあったこと⁽²³⁾。

第一の点は、我が国の医療供給制度と地域経済社会に係わる問題である。言うまでもなく、

我が国の医療供給制度は自由開業医制を基底とし、戦前の場合には、小規模開業医経営のうえに軍、官公立、民間医療機関がそびえていた。官公立病院といってもその数はかぎられており、しかも規模の大なる医療機関の立地は主要都市に限定されていた(第三表)。したがって、人々にとっての医療の圧倒的部分は開業医が担っていた。経営体としての「開業医」は、医療サービス供給の代価たる医療費収入が十分でなければ存立しえない。また、高い専門性を要する医師は、日々進歩する医学および医療技術についていこうとすれば、不断の研修を必要とする。これら経営および研修のいづれをとっても、開業医はその条件が存する都市、あるいはそれを支える地域経済力を有する地域に営業の地を求めようとする。そのため、医療諸資源の地域的な不均等配分が生ずることとなる(第四表)。すなわち、都市への集積と「無医村」の増大。とりわけ、第一次大戦後の戦後恐慌、引き続く「昭和恐慌」、そのなかで深刻化していった農業危機は⁽²⁴⁾、自由開業医制を基底とする医療供給制度のもとでは、「無医村」を累増させることとなった。この都市と農村における地域経済および医療資源配分の不均等の結果は、ただでさへ他の先進諸国に比して劣悪な健康水準にあるなかで(第五表)、都市一農村間

の健康水準の不均等性を明瞭にした。これを市部および郡部の乳児死亡率変化で示せば、1923年には市部のほうが34%も高かった乳児死亡率が、郡部での低下傾向がしだいに鈍化するなかで、1928年には逆転し、1934年には逆に郡部の方が18%も市部よりも高くなってしまった。地域の健康度を示す重要な指標である乳児死亡率に、この間の状況が端的にあらわれているといえる(第一図)。

こうした農村部における医療諸資源の不足—住民の医療へのアクセサビリティ(Accessibility)の低位性への対応には、農村民自らの内発的活動と国あるいは済生会などの救療機関、三菱などの財団等の外部的救療事業があった⁽²⁵⁾。農村民の内発的活動には、公費補助医のように町村財政を媒介とするものと、医療利用組合のように協同組合によるものがあった。外部的救療事業は、大逆事件後の「施業救療の詔」にもとづいて設立された済生会によるものがあったが⁽²⁶⁾、本格的に展開される契機となったのは1932年の「時局匡救医療事業」であった。また、「転向期」にあった財閥も、「社会活動」として救療事業を展開した。外部的救療事業は、戦時体制下においてしだいに後退していき、先にみたように、医療利用組合が国による健兵健民政策を肩変わりさせられることと

第3表 病院の分布状況(1931年末現在)

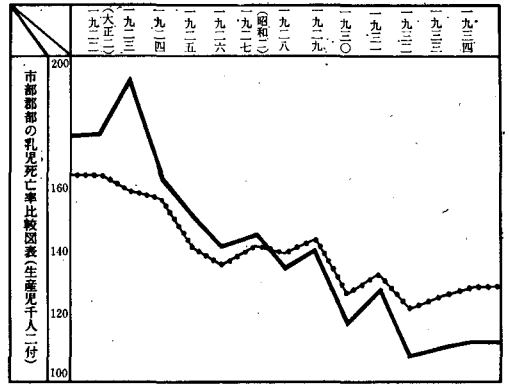
所在地	収容人員10人以上	同30人以上	同50人以上	同100人以上	合計
公立病院	17	15	20	30	82
市部	0	4	12	29	45
町部	14	11	8	1	34
村部	3	0	0	0	3
私立病院	1,492	364	179	75	2,113
市部	811	224	114	61	1,210
町部	522	114	46	11	693
村部	159	26	19	3	210
合計	1,509	379	199	105	2,195
市部	811	228	126	90	1,255
町部	536	125	54	12	727
村部	162	26	19	3	210

(資料)『衛生局年報』昭和6年度版, 82, 83ページから作成。

第4表 医師の分布状況

年次	診療に従事する医師数	市 部	町 部	村 部
1928	43,273人	16,440人	12,806人	14,026人
1929	43,676	17,202	12,886	13,589
1930	45,582	19,026	13,219	13,337
1931	44,889	19,727	12,806	12,356
1932	46,209	23,736	10,204	12,089
1933	49,884	27,700	10,114	12,030
1934	49,301	26,948	10,383	11,971
1935	51,597	28,861	10,727	12,009
1936	53,376	30,878	10,746	11,752

(資料)『内務時報』第一巻第10号, 1936年10月, 10ページ。



第1図(資料) 衛生局国民保健統計 (出所)黒川『保健政策と産業組合』58ページ

第5表 各国の乳児死亡率変化(出生百に対する一歳未満死亡数)

	1901-1905	1906-1910	1911-1915	1916-1920	1921-1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931
日 本	15.4	15.7	15.6	17.4	15.9	13.7	14.2	13.8	14.2	12.4	13.2
イタリア	16.8	15.3	13.9	15.4	12.5	12.7	12.0	12.0	12.5	?	?
ドイツ	19.9	17.4	16.4	14.5	12.2	10.2	9.7	8.9	9.6	8.4	8.3
ベルギー	14.8	14.1	12.9	12.1	10.0	9.7	9.2	8.7	10.4	?	?
フランス	13.9	12.7	11.2	12.3	9.4	9.7	8.3	9.2	9.5	7.8	7.6
イギリス	13.8	11.7	11.0	9.1	7.6	7.0	7.0	6.5	7.4	6.0	6.6
スイス	13.4	11.5	9.9	8.2	6.5	5.7	5.7	5.4	5.2	5.1	?
オランダ	13.6	11.4	9.9	8.4	6.4	6.1	5.9	5.2	5.9	5.1	5.0

(注) 1901-1925 年までは5年ごとの平均値
(資料)『衛生局年報』1936年度版 117-18ページ。

なった⁽²⁷⁾。

第二点は、医療サービス消費における経済的制約と農村の貧困の問題である。公的な医療保険制度などの医療費保障制度が存在しない場合には、当時の医療サービス価格(料金)があまりにも高いということもあって、医療に対するニーズがあってもそれは医療費負担という経済的制約条件によって容易には需要として顕在化しえない。戦前の農村部では「医者にかかるのは死亡診断書をもらうときだけ」⁽²⁸⁾ という状況がひろくみられた。医療受診が可能であった場合には、医療費負担が家計に重くのしかかり、「家計破産的」事態もしばしば生じた。農家家計調査や農家負債に関する調査は、この点を鮮やかに示している。いくつかの農家家計調

査は、自作、自小作、小作と所得水準が低位となるにしたがって、家計支出に占める医療費の比率が下がること、これとは逆に買葉費の医療費に占める比率は小作、自小作、自作の順であることをしめしている。これは、医療費負担能力の如何が医療受診機会の多寡を規定していること、所得水準が低位になるほど医療サービスに対するニーズはあっても買葉によって凌がざるをえないことを意味している。さらに、農家負債についての調査は、負債発生原因として医療費負担は、負債額全体では、農産物値下げ、税金の過重、土地購入について第4位であり、二千元以下の負債では農産物値下げについて第2位であったことを明らかにした。この場合に負債原因となるのは、経常的で低額の医療費負

担ではなく、突発的でしかも高額な医療費負担であった。まさに、「保険」を必要とする情況がそこにあったというべきであろう⁽²⁹⁾。

かかる農村民、とりわけ自小作、小作といった所得水準が低位にある層の医療費負担困難という事態は、これら地域での医業経営の収入不安定＝未徴収金の累積、はては存立困難をも意味した⁽³⁰⁾。農業危機下での農村貧困の深刻化は、農村が、その地で医業経営を存続させる経済力を失わせた。これが無医村が累積した主要因の一つであった。だからこそ、地域の協同した力で医業経営を支え、しかもそれが保健—医療—保健共済の三位一体的経営を指向することになったといえよう。

第三点は、医療利用組合運動の担い手に関する問題である。この運動が産業組合を基盤としたこと——産業組合としてのみ認可されたということも含めて——が、運動の発展過程、性格、そしてそれに対する評価を大きく規定している⁽³¹⁾。これには、戦前の産業組合法が現行の農業協同組合だけでなく、ほぼ協同組合全般を包摂するものであったこともあずかっている。

産業組合法は、治安警察法と時を同じくして⁽³²⁾、1900年（明治33年）に制定された。それは「殖産興業の見地から、中小農、工、生産製造業者の産業の防衛と発達を図り、中小業者をして、資本主義の繁栄に追従せしめんとするものであり」「無産者の解放運動の要素を全く欠いているものであった」⁽³³⁾。しかも、農村部においては「社会支配機構の社会的基礎」⁽³⁴⁾たる自作農中堅、中農上層を支持することが目論まれていた。初期の産業組合は信用事業を中心に発達し、第一次大戦終了時の1918年（大正7年）には組合数は、全国市町村数を上回るまでになった⁽³⁵⁾。しかし、その経営基盤および経営内容はけっして堅実なものではなかった。そのため、振興刷新運動が始まる1925年までの25年間は「数量的発展の時期」と特徴付けられている⁽³⁶⁾。

1920年代の振興刷新運動は、第一次大戦後の社会経済的変化をその背景としている。すなわ

ち、米騒動にみられる社会的、政治的激動、および1920年戦後恐慌がもたらした農業経済の激しい動揺は、小作争議を頻発せしめ、地主制を震撼せしめた。「産業組合主義」を掲げ、後に産業組合中央会会頭となる千石興太郎は、これを「農村革新」の時機来るととらえ、農村全体が農業者として、「夫婦和合の精神」で、生産組織の改善による生産の効率化、国民の生活権を要求すべきであるとした。そして、「農村革新」の一担い手としての産業組合に関して、全戸加入、平等主義、業務の民衆的運営、組合員全体の福利追求という、組織、主義、業務執行、目的、それぞれの原則点を明示した⁽³⁷⁾。ここに、振興刷新運動を含む20年代の産業組合の在り方、千石のいう「産業組合主義運動」の在り方が示されている。具体的には、一町村一組合、全戸加入、四種兼営、系統機関の設立（全国購買組合連合会、産業組合中央金庫、ともに1923年設立）がめざされた。また、この時期には産業組合を監督、指導する中央（農林省産業組合課）、地方（府県に産業組合担当課）の行政機構も整備された⁽³⁸⁾。

こうした20年代の産業組合運動の動向を促進した要因として、更に次ぎの点も付け加えておかなければならない。それは、ひとつは、新興協同組合運動、すなわち都市の俸給生活者、賃金労働者、知識人を中心とする、しかも相当程度に左翼的な（消費）協同組合運動が高揚したことであり⁽³⁹⁾、いまひとつは、小作争議の量的、質的発展のなかで結成された日本農民組合などが自ら産業部を作ったほか、「産業組合の改造」を運動方針として掲げたことである⁽⁴⁰⁾。これらの左翼無産者協同組合運動のエネルギーが、20年代の産業組合運動に吸い上げられていったことも事実である⁽⁴¹⁾。黒川の第三点の指摘はこうした状況を踏まえたものであるが、「生活協同組合化」は運動成熟の結果とは単純にはいえず、農民生活の全過程に産業組合が関与することで農村支配機構を維持せんとするものでもあったことに留意すべきである。

「生活協同組合化」⁽⁴²⁾のためには、「生計費

節約の為の購買組合、利用組合の活動、社会的設備を完うし、文化的生活を営ましめる為に利用組合の活動⁽⁴³⁾を行なわなければならない。そのため、1917年(大正6年)の産業組合法第三次改正では、生産組合の業種を拡張し「物の使用」を「設備の利用」に改め、用役の利用も認めた。さらに、1921年(大正10年)の産業組合法第四次改正では、購買組合が自己生産を行えるようにしたこと、生産組合を利用組合と名称を改め、生産用設備だけでなく消費用経済施設(住宅、浴場、水道、自動車、病院、医師、助産婦など)も利用対象としたこと(この法改正前に医療事業を開始した当時青原信販購生組合の場合には、医療設備を生産設備とみなして事業認可が与えられている。この点後述)によって、生活および文化に関わる分野にまで事業内容が拡大されることになった。1926(大正15)年の第六次改正では利用組合の設備のうち公共的性格を有するもので勅令をもって指定されたものは員外利用が認められることとなった。この時、電気設備、水道、浴場、種畜、乾糶装置が認められたが、医療設備は認められなかった。このため、医療利用組合による員外利用の認可を求める運動が、その後引き続き行なわれることとなった⁽⁴⁴⁾。

以上のように、医療利用組合が生まれた背景として、農村部の生命・健康をめぐる劣悪な労働、生活、社会経済的諸条件があったこと、そのなかで医療利用組合を作りあげていく担い手たる産業組合の側にも、第一次大戦以降の農村経済の動揺と農村支配体制の再編成過程において、「生活協同組合化」といいうような変化が生じたこと、を確認できるであろう。

(2) 初期医療利用組合の評価をめぐって

「初期組合」は「失敗、不成績」⁽⁴⁵⁾であったといわれる。第二表にみるように確かに短期間のうちに事業を閉鎖した組合が多い。しかし、1942年度第9回医療利用事業調査(産業組合中央会)時点において、事業を継続していた組合数が4つあるほか、10年以上事業を継続しえた

組合数は他に4を数える。すなわち、「初期組合」16組合の半数が10年以上事業を継続していることになる。しかも、青原組合から神野新田組合までの「最初期組合」四組合は、いずれも長命であった。したがって、「失敗、不成績」であったという評価は、広区単営組合登場以降の輝かしき歴史からのものだといえよう⁽⁴⁶⁾。

「初期組合」が事業継続のために払った努力には並々ならぬものがあつた。医療という全く経験のない新規事業を行なうことの難しさもあるが、そもそも、医療サービス供給の担い手たる医師そのものの継続の確保が困難を極めた。その原因として「医術の進歩による技術的变化」、すなわち医療を行なうに必要な診断や治療のための技術的手段が多様化、高度化し、医療経営費用を増大させたため、経営を支えるのに必要な診療圏が拡大し、小規模な町村産業組合では事業区域が狭小であったこと⁽⁴⁷⁾、医師は先端的医療を追い求めて都市に集住しようとし、僻遠の地での医療活動を生涯の仕事として受容しなくなったことがあげられる。また、産業組合という医療とは「無縁」な団体(医師にあらざるもの)が経営する医療経営に対する医師の無理解があつたことも確かである⁽⁴⁸⁾。このことが後に激しい「反産運動」としての医師による医療利用組合攻撃を生むこととなった。

いまひとつの「初期組合」の評価は、その果たした役割に関することである。先の医療利用組合発生の原因に即していえば、第一と第二にかかわっている。第一の原因に対しては、医療の「地理的普及」かなされなければならない、第二の原因については医療の「社会的普及」⁽⁴⁹⁾=受療の社会経済的阻害要因の除去がなされなければならない。黒川はこうした視点から「(初期…青木)医療利用組合は、比較的寒村にして医療機関の欠乏に堪えられなかったことが、主たる原因で創始せられた。即ち『医療の地理的普及』が第一の目的で、医療費の低下を図り下層階級にも充分医療の機会を与えんとする『医療の社会的普及』は第二義的のものであつた」⁽⁵⁰⁾としている。

『医療の社会的普及』が医療利用組合による保健共済の実施、公的な医療費保障制度の創設を意味しているならば、この評価はそのとおりである。「初期組合」の場合には、『医療の社会的普及』については次のような制約条件があった。ひとつは、公的な医療費保障制度が欠如している状況で、小規模な町村産業組合の経済力からして、個別的な医療費保障措置には当然のこととして限界があった。ふたつには、この時期の産業組合運動が一町村一組合、全戸加入を組織方針としていたとしても、現実的には小作貧農など総べての住民を包摂することは困難であった。員外利用が認められていないこともあり、産業組合に加入できない小作貧農は、医療事業が兼営されていたとしても、その医療を享受できない状態におかれていた。

医療の普及のためには、確かにこの地理的および社会的普及が「楯の表裏的関係」⁽⁶¹⁾をもってなされていかなければならないとはいえ、「初期組合」の形成が、限界をもちながらも、自ずから「社会的普及」の役割をもはたしたことに注意すべきであろう。それは、医療利用組合診療所の料金は当該地医師会の協定料金より低く設定してあり、通例は診察料無料で、薬剤料や手術料などは割引徴収したこと、貧困者への割引請求や高額医療費の場合の割引や分納(船穂組合)⁽⁶²⁾の実施などによってである。また、受診の容易化、「早期受診」による医療費負担の低下も期待しうる。「初期組合」加入者についての家計調査が存在しないために実証はできないが、後の医療組合所在地調査はこのことを明らかにしており、傍証とはなりうるだろう⁽⁶³⁾。

更に、医療利用組合の評価にあたっては、協同組合研究会編『国民健康保険と医療利用組合』が提起しているように、医療利用組合の経済的効果、組織的効果、社会的効果という視点⁽⁶⁴⁾も必要であろう。こうした課題を幾分なりとも果たそうとすれば、これまでのような総括的な、マクロ的な分析のみでは不十分であり、個別的ミクロ的分析をもおこなわなければなら

ない。ところが、「初期組合」についてはあまりに大きな資料制約のために、それは容易なことではない。先の一覧表から「初期組合」のなかでも「最初期」5組合、すなわち島根県青原組合、岡山県船穂組合、長野県喬木組合富田館、愛知県神野新田組合、奈良県発志院組合をとりあげ、入手しえたかぎりでの資料にもとづいて個別事例について考察を加え、「初期組合」の諸相の一端なりを「埋もれた歴史」のなかから掘りおこしてみたい。はじめに記したように「正史」でさえ「……全国的に知られた船穂(岡山)、発志院(奈良)などの組合は記録がないので詳細は不明である」⁽⁶⁵⁾としているのだが。

Ⅲ 初期医療利用組合の諸相

(1) 嚆矢、原点としての青原組合

青原とは 旧国鉄山口線を北上し、津和野からさらにトンネルを越え、津和野川と交錯しながらすすむと、吉野川と合流するあたりに日原がある。両河川は合流すると高津川と名を変える。これを渡り、右岸を北上する山口線は青原に至る。青原駅の階段をおりると右手にオベリスクを思わせる「大庭政世先生頌徳碑」がある。ここが、医療組合生誕の地青原(現島根県鹿足郡日原町青原)である。まさに「山嶽重疊起伏シテ南ヨリ北ニ向カッテ傾斜シ、耕地乏シクヤヤ平坦ナル沃田ハ高津川ノ沿岸地及び添谷川程彼川ノ兩岸ニアルノミ」⁽⁶⁶⁾。1924年春山口線 青原駅設置、高津川にかかる青原橋が竣工し、やっと鉄道の恵沢に浴することができた「山間の僻地である」⁽⁶⁷⁾。

1924年の民有地の利用状況を見ると、山林1,878町、畑286町、田164町、宅地12町、原野9町で、1898(明治33)年にくらべると畑で90町、田で7町ほど耕地が減少している⁽⁶⁸⁾。1929(昭和4)年の農業調査によれば、耕地の自、小作別面積は田153町のうち自作103町(67.3%)、小作50町(32.7%)、畑83町のうち自作65町(78.3%)、小作18町(21.7%)で、耕地全体236町のうち自作168町(71.2%)、小作68町

第6表 所有および耕作地面積——産業組合加入状況(1930年)

	人 数	所有地面積	耕作地面積	組合員数	組 織 率
地 主	15人	30.5町	6.5町	6人	40%
自 作	282	114.3	113.9	229	81.2
自 小 作	248	65.7	93.9	192	77.4
小 作	43	—	14.4	30	69.8
農業労働者	10	—	1.2	5	50.0
商 業	34	8.5	0.5	8	23.5
工業労働者	40	3.5	2.5	29	72.5
そ の 他	66	5.2	2.8	10	15.2
合 計	738	227.7町	235.7町	509人	69.0%

(注) 耕作田畑のみ(所有地)

(資料) 産業組合中央会『農村購買組合調査』1931年, 180ページ。

第7表 青原村主要産品量推移

	米	麦	紙		繭		蕨 粉	
	収量(石)	収量(石)	産額(締)	価額(円)	收購量(石)	価額(円)	収量(石)	価額(円)
1912 (T 1)	2,226	631					100	3,940
1913	2,263	565			191.9	6,871	110	4,740
1914 (T 3)	2,537	580	4,115	9,215	170.0	6,071	96	3,168
1915	2,694	365	2,960	7,280	154.0	4,335	102	3,550
1916	2,318	342	4,506	9,813	218.0	8,644	106	4,985
1917	2,358	260					116	8,137
1918	2,117	260	3,012	15,600	294.5	22,815	140	19,000
1919	2,293	412	3,340	19,582	232.0	25,039	130	18,000
1920	2,694	278	3,146	19,948		14,138	20	
1921								
1922								
1923					(貫)			
1924	2,167	241	2,007	10,620	2,582	18,106	60	9,000
1925	2,914	261			3,027			
1926	2,065	335	3,088	18,342	3,554	26,911		
1927 (S 2)	2,230	271	2,984	18,420	3,726	22,470		
1928	2,462	274	1,971	12,126	4,133	25,803		
1929	2,495	270	2,176	13,321	4,594	31,075		
1930	2,481	255	2,361	14,176	4,433	15,644		

(資料) 『日原町史』778, 779, 781, 782, 783ページから作成。

(28.8%)であった(第六表)。24年の戸数は363戸(1898年412戸, 1,985人)で, その内訳は農業261戸(71.9%), 商業23戸(6.3%), 公務・自由25戸(6.9%), 労働者22戸(6.1%), 他32戸(8.8%)であった。

産業的にみても, 農業は「米麦は豊年の年に辛うじて自給する程度」⁽⁵⁹⁾, 副業としての繭,

薪炭, 和紙, 畜牛, 用材, 蕨粉などが重要な意味をもっていた。これら副業はいずれも県, 郡, 村からの勸業補助をうけて発展をみたものであった。『日野町史』からひろった農業生産に関する数字をみても, 大正期以降, 繭を除けば農業生産は停滞的に推移したこと, 否むしろ部分的には衰退傾向すらあらわれていたことを看取

第8表 主要農産品生産状況販売状況(1930年)

農産物の種類	生産数量	金額	販 売				
			数量	金額	時期	場所	方法
米	2,662石	66,550円	200石	5,000円	4~8月	県下美濃郡	地方商人
麦	320石	4,800	—	—	—	—	—
蔬菜	66,640 <small>ノ</small>	6,664	—	—	—	—	—
懐牛	60頭	3,000	60頭	3,000	3月,7月,11月	山口県	畜産組合
繭	4,470 <small>ノ</small>	29,171	4,470 <small>ノ</small>	29,171	6月,9月,10月	部内組合製糸	委託
鶏卵	75,346個	2,850	75,346個	2,850	年中	関門,広島	組合委託
木炭	15,600俵	18,720	14,500俵	18,850	9~翌5月	阪神地方	"
薪木	24,000把	2,880	24,000把	3,120	冬期	阪神,下関	"
竹	4,800束	4,320	3,900束	3,900	9~12月	山陰,山陽,名古屋	"
他産業帖	100,000尾	5,000	80,000尾	4,000	6~10月	京阪地方	地方商人

(資料) 産業組合中央会, 前掲書, 182ページ。

しうる(第七表)。

産業組合の「大改革」 こうした青原において、信用事業を単営する産業組合(青原村信用組合)が1904(明治37)年、当時の村長中村慶太郎らを中心に設立され、村戸数の半数あまりを組織し、金融面から村民経済の立て直しに寄与した。その後、経理上の不祥事件がありながらも、払込出資金、貯金預かり金、積み立て金、剰余金のいずれもが、少しずつではあるが、増大傾向にあった。

ところが、こうした信用事業単営の「平凡な組合」では、第一次大戦後の農業経済の変化に対応できず「……時勢に応じた所の経営をしなければ将来村は行き詰まってしまう」という判断から「過激思想のような思想」⁽⁶⁰⁾をもって——と、中心人物たる大庭政世は1924(大正13)年産業組合大会での表彰優良組合挨拶で述べている——、1918(大正7)年組合大改革が起こされた。それは、日原村、青原村の有力若手によってつくられていた仏教同志会⁽⁶¹⁾によっていた人々が中心となり、元青原小学校長で村長、農会長、組合理事でもある幸田虎八郎も加わって、なされたものであった。しかしながら、なんとといっても、その中心人物は「産業組合主義」を掲げた大庭政世であった⁽⁶²⁾。彼は産業組合組織による農村更生を志し、「思想方面より観て (一)人格文明の建設、経済方面より観て

(二)経済的自主化、産業方面より観て (三)農業経営組織の合理化」の必要性を説いた。その意味するところは、(一)資本主義文明に対して、人格主義文明を唱え、人類の向上福祉に備えること、(二)は産業組合中心の経済自治計画、共同生活の拡充、産業組合が生産および生活の全領域にわたって能うかぎりの施設、事業をおこなうこと、(三)は各人の長所、能所を自由に発揮しうる共同組織、産業組合経営を中心とした多層形農業経営——地勢をいかした多品目農業生産、農産物加工——を形成することであった⁽⁶³⁾(第八表)。

1918(大正7)年12月の組合員請求による臨時総会において定款を変更し、購買、販売、生産の事業を加えて四種兼営としたうえ、理事、幹事を総辞職せしめ、新理事会を構成し、大庭政世が理事長に就いた。翌19年にかけて精力的に組織拡大と事業拡張をすすめた。その結果、ほぼ全戸を加入せしめ、事業分野も一挙に拡大し、酒・醤油の醸造事業すら営むようになった。また、組合員教育の手段として月刊紙『愛村』を発行した。こうして、1920年代に産業組合がすすめた振興刷新運動の組織、経営方針である、全戸加入、四種兼営、事業および組織管理の合理化を成し遂げ、「一村経済が産業組合主義経済に転機した」と評価されるまでになった⁽⁶⁴⁾。しかもそれは大転換といつてよく「殆

ど無謀と思われるほど大胆なる方法」⁽⁶⁵⁾ によってなされたのである。

青原組合の四種兼営化においては、利用事業に大きな特徴があった⁽⁶⁶⁾。それは製紙用叩解機、精米、精麦、製材、畜牛といった生産用設備の利用にもうかがえるが、それいじょうに経済用設備利用、すなわち産婆、医院経営の利用、部落道路改修事業などにあり、社会的施設の展開によって、産婆から過去帖までそれこそ人間の一生にわたって産業組合が関わることとなった。

医療事業の創始 医療事業を創始したことも、当然かかる文脈においてであった。「山間の僻遠の地」青原にも、医業を営む者が二名いたが手腕に問題があり、隣村の医師が出張所を設けることもあった。また村では1913年に村内の医事および公衆衛生に関する事項を担当する村医設置規定を定めた。しかし、産業組合が医療事業を開始する1919年時点では、在村の二名の医業者も没しており、「相当手腕ある医師を渴望すること久しかりし」⁽⁶⁷⁾ 状態であった。しかも18年から19年にかけてのいわゆるスペイン風邪の大流行によって死者15名をだすということがあり、医師の確保は一層切実な課題となっていた。そのため、19年9月に臨時総会において、農民の福利厚生の上をはかり、また組合精神の喚起にも効果ありとして、医療事業を行なうことを決議した。

ところが、当時産業組合が医療事業を行なう例がなく、組合が生産事業中に「医療」を加えて定款変更の認可申請をしたが、「県は其の主旨は誠に結構と思ふが、産業組合が此種の事業を経営するのは、未だ全国に其例がない。殊に生産事業としては疑義を有するから、此際組合の付属事業として経営した方が可然」⁽⁶⁸⁾ ということで、付属事業として事業を開始することになったという。しかし、黒川の調査では、この件に関して農商務省は医療設備を生産設備と見なし得ずとして上記の立場をとったものの、県商工課では「農民は疾病のため著しく生産力を低下せしめられている、故に医療設備により彼等

の健康を速やかに回復せしめ、その労働能率の維持を図り以て生産力の保護と向上に努むることは、立派に生産設備と見なすことが出来る」として、農商務省に再照会のうえ、これを生産事業の一部として許可したという。つまり、農業労働力保全、人的資源政策という意味において医療事業が認可されたことになる。これには「産業組合主義」の千石興太郎も、当時県農会技師として関わり「大庭組合長と種々攻究をなし」⁽⁶⁹⁾ たうえ、9月の臨時総会にも臨席している⁽⁷⁰⁾。まさにこの点では、青原組合は産業組合振興刷新運動期の典型的組合のひとつであったと評価できよう。

医療事業の概況 医療事業の概況をみておこう。診療所は「青原組合医院」と称し、20坪あまりの住宅を借り、診療室、薬局、患者控え室等に改造し、一般地方医院に似た構造とした。医師は嘱託制で、日原村の技量優秀なる開業医二名に委嘱し隔日午後を診療時日としたが、その後20年7月さらに二名を委嘱し五十日を除く毎日午後を診療時日とした(後、一名欠員)。診療は、基本的には、組合員およびその家族に対して行なうのだが、組合員外でも急患者の場合には便宜診療を行なうこともあった⁽⁷¹⁾。さらに、24年には産婆事業を開始し、妊婦および産児の衛生の改善を期している。診療、処方については、患家ごとにカードを作成、記載し、管理した。また組合医師は診療活動だけでなく、機関紙『愛村』紙上や組合員集会において衛生



青原医院
左から領家薬劑生、大庭組合長、西本医師、大庭産婆
『日原町農業協同組合史』より

講話をなし、組合員の保健教育を行なった。

医院の会計は特別会計とし、年度初に「流通資金」を一般会計から医院勘定に交付しておき、年度末に決算することとした。利用料は無料であり、手術および給薬の料金は郡医師会規定の8割とした。その徴収は利用の都度、または3, 6, 9, 12月末の年4回であった。利用料徴収は厳格に行ない、はなはだしき延滞納者には治療をしないこととしたため、ほとんど怠納者はなかった。組合自体による保健共済制度の設置は行なわれていないが、1925(大正14)年に制定した「組合是(十大方針)」には、「傷病、罹災の保険的施設を為して人生の危難を少なくする」⁽⁷²⁾とされ、利用料の割引にも保険的意味が付与されていたように思われる。また、嘱託医の対する給与は、医業収入に比例するものとし、出張往診料、診断書文書料は収入の全額、手術・給薬については医師会規定料金の4割を支払った。

「青原組合医院」の利用状況は1926年ごろには年間の延患者数は2千人内外で、利用者は組合員全体の7割位に相当するとみられ、産婆はほぼ全利用にちかく、利用妊産婦は年間40~50名というところであった⁽⁷³⁾。経営収支状況については、1921, 24, 26の三ヶ年の数字のみが得られる。会計項目が異なっているが、これを一覧したのが第九表である、医療事業は収益的事業として経営されたわけではないが、この三年をみるかぎりでは、毎年利益を残しており、医院経営は財務数字上はほぼ順調に行なわれていたことがわかるであろう。しかしその後、薬代などの延納者が相当多数であるにおよんで経営は困難化していったといわれている⁽⁷⁴⁾。また、医院経営においては医局、薬局、事務局が「互いに相当協調して県の足の如く立つを経営上の鉄則」⁽⁷⁵⁾としているが、こうした三局協調は人を得なければ容易ではない。青原組合医院の場合は嘱託医制で、事業に対して責任感を有する専任医を確保できなかったことも経営を危うくする重要な要因のひとつであったように思われる。

青原組合医院は、1931(昭和6)年広区単管組合である石西購買利用組合共存病院が日原村に設立(現存)されるに及び、その事業を廃止した。13年あまりの事業生命であった。石西購買組合には、創立当時青原から組合員の多く(163名)が加入した。共存病院は広域の総合病院であり、大庭の理想とするところでもあり、理事に就いている。診療所がなくなった青原には、その後、他村の医師が出張所を設け、週二回の診療を行なった⁽⁷⁶⁾。このことは、広区組合は中心総合病院の建設とサテライトとしての診療所網を形成することの必要性を示しているといえよう。

医療事業の評価 青原組合の医療事業は「町村区域の産業組合が他事業を兼営するものにあ

第9表 青原組合医院経営状況

年度	1921 (T10)	1924 (T13)	1926 (T15)
収 入	円	円	円
治療費収入	1,724.344	1,785.130	1,854.350
産婆収入	—	180.700	174.200
利 子	16.843	2.790	—
薬品残高	375.225	—	—
前年度繰込	78.811	39.001	—
治療費前年度 欠損見込金	35.000	—	—
雑 収 入	—	—	0.890
合 計	2,230.223	2,007.621	2,029.440
支 出	円	円	円
医師報酬	963.988	1,000.790	1,044.360
医師往診料	221.500	—	—
産婆報酬	—	171.100	161.600
給 料	277.000	180.000	195.000
借 家 料	72.000	72.000	72.000
薬品代	570.000	328.050	486.660
消耗雑費	44.450	19.600	35.150
合 計	2,106.738	1,833.575	1,994.770
収 支	123.495	174.076	34.670

(注) 各年度の会計基準が変化しているようなので、資料記載どおりにしておいた。

(資料)『産業組合』1922年10月号42ページ、1925年11月号、34ページ。

『利用組合に関する調査』271ページ。

第10表 青原組合経営状況

年 度	自己資金	貯 金	貸付金	購買額	販売額	利用料	剰余金
1919 (T 8)	4,605円	70,698円	42,541円	36,027円	47,720円	—円	816円
1920	8,785	86,335	43,453	63,691	62,651	2,880	△1,656
1921	12,976	104,650	51,299	56,891	42,525	4,483	2,417
1922	14,429	111,137	72,256	61,856	43,727	5,630	264
1923	14,976	114,010	91,577	54,646	29,975	4,221	2,102
1924	20,682	113,319	82,386	78,373	48,633	5,773	1,512
1925	20,729	116,461	76,538	88,027	66,265	6,427	1,640
1926	20,701	130,257	84,471	73,486	64,584	5,355	△1,683
1927 (S 2)	19,367	165,703	135,142	79,381	73,729	4,804	2,555
1928	19,569	171,816	155,975	72,722	84,938	4,467	3,586

(資料)『日原町史』822-23ページ。

っては、医院格以上に出づるは困難で、専門医師によらず地方在来の医師と伯仲し、医師を充足し且つ幾分医療負担を減するに止まるのである⁽⁷⁷⁾ という大庭自身の評価のごとく、大きな制約をもっていたことは確かである。しかしながら、生活不安、医療不安がある僻遠の地で、住民自らが産業組合という協同組合に依拠しながら、出資をし、経営に参画し、利用することで、医療従事者と協同して自らの生命、健康を管理しようとしたこと、また保健教育、自己学習を通じて健康管理能力を発達せしめたこと、事業としても町村組合診療所から広区単営組合への発展の重要な礎となったことなど、医療利用組合運動の嚆矢としてまた原点として極めて重要な役割を果たしたといつてよいであろう。ただ、それが当該地域や千石を含む関係者にはともかく、全国的には1937(昭和12)年に「発見」されるまでは埋もれてしまっていたのだが。

中心人物大庭政世 最後に、青原組合「大改革」の中心人物大庭政世に若干触れておこう。村経済を「産業組合主義経済」に急激に転換した青原組合は、昭和3(1928)年の御大典事業をとりしきるように⁽⁷⁸⁾、村の生産および生活の全過程に関与し、中心軸としてこれを安定化していった。しかし、全くこれが平坦な道を歩むがごとくに可能であったかといえば、けっしてそうではない。転換期での商業者の反対、後

には信用単営事業への復帰の画策などが起こり、その都度経営が悪化せしめられた⁽⁷⁹⁾(第十表)。こうした事態を切り拓き、医療事業を含む「産業組合主義経済」が発展するためには、中心人物たる大庭政世が果たした役割を十分に評価しておくべきであろう。大庭は産業組合長に就いたのち、1922(大正11)年から村農会長となった。さらに「政治的に無色でないと純正なる組合運動に支障を来すことが起こる」という持論から、県議選出馬要請をことわったこともあったが⁽⁸⁰⁾、村会議員には産業組合拡充運動期の1935(昭和10)年から選出されている。こうして大庭は経済分野のみでなく、政治分野においても重きをなすにいった⁽⁸¹⁾。

(付記) 青原組合に関する調査および資料収集にあたっては、日原町農業協同組合組合長齋藤照一氏、島根県厚生農業協同組合連合会佐々木保男氏に大変御世話になった。記して感謝の意を表したい。

注

- (1) 本研究では産業組合による医療事業を対象としている。産業組合として未認可の協同組合による医療事業もまた数多く存在していた。これらこそ歴史の彼方に消えてしまっているのだが。賀川によれば、東京医療利用組合設立(1933年)以前の段階での調査では認可組合28、未認可の任意組合が8であったという。『医療組合論』1934年(『協同組合の名著』第九巻、家の光協会、に収録、267ページ)。任意組合はその後も、その数を増や

- した。
- (2) この点を村上重忠は次のようにのべている。「医療組合は、組合員の零細な資金の拠出によって組織された非営利主義の協同利用機関であって、この国の医療制度が営利主義の上立てる開業医制度を根幹として進められてきた結果起こった、医療機関の極端な地理的、社会的偏在より来る勤労階級の受療難に対する自己防衛乃至保身のための医療機関」であると。『社会政策と協同組合』三笠書房、1940年、104ページ。
- (3) 医療利用組合は、戦時の農業会を経て、戦後多様な形態で引きつがれてきている。敗戦処理のなかで解体されたものも多く、直接的な後継者をもたない場合がある。しかしながら、いくつかのものは農協病院として、自治体病院として、あるいはまた医療生協として、医療利用組合は戦後に息づいている。
- (4) 残念ながら、任意組合はここでは扱われていない。猪俣津南夫『踏査報告 窮乏する農村』(1934年)には、奈良県下での農民組合主導の医療利用組合に関する記述があるが、この時期に認可産業組合で医療事業を行っていたのは、公式には、田原村組合が歯科医療事業をおこなっていただけで、田原信販購利組合事業報告からうかがわれるそのなかみは猪俣の記述とは違っている。猪俣がどこを念頭にして書いているのか、これもまた興味ある調査課題である。
- (5) 戦前期に、国際的にみて医療利用組合が発達していた国にユーゴスラビアがある。ユーゴにおいては、セルビア産業組合が1921年に医療事業を開始したのが最初であるという。したがって、青原組合は世界的にも魁であったといえよう。「ユーゴスラヴィアに於ける農村医療組合の全貌(1)、(2)、(3)」小林峰二訳『産業組合』1936年4、6、8月号。また我が国における産業組合医療事業の出発地は熊本県、あるいは宮崎県にあったという報告もある。朝倉幸治「日本医療保障の形成過程に関する医史学のおよび社会医学的考察」『国民衛生』第28巻第2号、1959年、100ページ。
- (6) 我が国における近代的な医療制度構築の法制的な基礎となった1875(明治8)年の医制には「…有志ノ人民協同シテ病院ヲ建設セント欲スル時ハ」云々の文言がある。これと協同組合による医療事業との関連についての興味ある議論は、黒川泰一『保健政策と産業組合』三笠書房、1939年、144-148ページ、を参照。
- (7) また、「貧貢」、「業師講」という同様の制度も存在していたといわれる。「定札」にしてもその存在地域は宗像に限定されるのではなく九州各地にみられたようである。井上隆三郎『健保の源流 筑前宗像の定札』西日本新聞社、1979年。奈良県吉野郡の林地帯では同様の共済類似組織が昭和11年にも存在していたことが確認されている。朝倉幸治、前掲論文、99ページ。
- (8) 『国民健康保険二十年史』1958年。清水玄『国民健康保険法』1940年。
- (9) 青原の大庭政世にせよ、発志院の越智大兵衛にせよ、いずれの著作、手記にもそうした叙述はみられない。むしろ、報徳社運動との関わりがあったとみられる。
- (10) 1933年4月『産業組合』の掲載された細木論文では最初の事業開始組合として船穂および番木富田館があげられている。戦後の医療利用組合に関する研究において、組合設立状況を示すために表を引用される宮城孝治「医療組合の自展力と国家的援助」『医療組合』第1巻第1号、1937年10月の場合も同様である。黒川は前掲書でそれまで通俗的に両組合が医療事業の先鞭を付けたとされていたとしている。
- (11) 「医療組合の天下『青森県』」『医海時報』1934年6月。
- (12) 新潟県の場合には、無産者診療所、医療組合を含めて農民組合などによって形成されたものが数多くあるという点で特色がある。『協同組合を中心とする日本農民医療運動史、後編』「新潟県厚生農業協同組合連合会」
- (13) この間の事情については、東京医療組合が戦後生協法人となった東京医療生協の『東京医療生協五十年史』1982年、に詳しい。
- (14) 同上、52ページ。
- (15) 『日本農民医療運動史、前編』、187ページ。
- (16) 『医療組合』第2巻第1号、1938年1月、21ページ。
- (17) 『医療組合』第1巻第1号、1ページ。「創刊の辞」。
- (18) 同上。
- (19) 『医療組合』第4巻第9号、1940年9月、1ページ、「主張」。
- (20) 『健民』1942年11月、19ページ、「改題の辞」。
- (21) 研究史の回顧も詳細は別の機会にゆずるが、簡単にふりかえっておけば、「医療社会化」=医療保障発達史に位置付け、国民健康保健成立前史としてとらえるもの(佐口卓『医療の社会化』第2版、勁草書房、1982年、前田信雄「国民健康保険成立前史」『研究年報、経済学』第24巻、3、4号合併号、1961年)、医療制度史に位置付けるもの(菅谷章『日本医療制度史』原書房、改訂増補、1978年)、医療制度改革史に位置付けるもの(川上武『現代日本医療史——開業医制の変遷』勁草書房、1965年)に、おおよそわけることができる。これ

- らの研究のいづれもが、初期医療組合については黒川前掲書による評価をほぼ全面的にうけついでいるといっても過言ではない。それは、黒川の評価がかなり妥当性をもっていること、全般的にいうと大きな資料制約があるためであるが、しかしながら、個々の組合についての調査をほとんど全くな行っていないためでもあるように思われる。
- (22) 黒川泰一『沙漠に途あり——医療と共済運動50年』家の光協会、1950年、参照。
- (23) 黒川『保健政策と産業組合』、156-7ページ。
- (24) 栗原百寿『現代日本農業論・上』青木文庫、1961年。
- (25) 吉田久一『現代社会事業史研究』勁草書房、1979年、参照。
- (26) 救貧という視点からする救療事業の不十分性を批判し、防貧という視点からの実費診療運動の必要性、さらに医療国営論を説いたのが鈴木梅四郎であった。『医療の社会化運動』実生活社出版部、1929年。『医業国営論』復刻版、原書房、1974年。
- (27) 「産業組合の医療運動に生きる、昭和医療史の一断面(下)——黒川泰一氏に聴く」『医療経済研究会会報』No. 26、1982年。
- (28) 大牟羅良、菊池武雄『荒廃する農村と医療』岩波新書、1971年、参照。
- (29) 協同組合研究会編『国民健康保険組合と医療利用組合』昭和図書株式会社、1938年、第五章「医療利用組合の先行条件」参照。
- (30) この点に関して興味あることは、国民健康保険制度形成時の診療報酬算定にあたって、「……現在の医師の定むる医療料金は回収不能に終わる額を意識的ではないけれども見込んだ料金とも考えられるから本保険実施後は医師収入の確実を期待しうるを以て相当割引せしむることはどうも不当なことではない」とされたことである。長瀬恒三『傷病統計論』健康保険医報出版部、1938年、210ページ。診療報酬は未徴収金を過大な料金部分としてみていたということの意味しているといえよう。
- (31) 医療利用組合発生の大衆的基盤を指摘しながらも、産業組合一般の評価から「地主、富農、プチブル層によって、階級対立の緩和策として組織された」ものとする評価が導かれやすい。今井時治『医療組合論』『唯物論研究』第59号、1937年9月、60ページ。それに対して、産業組合の中農の利益を中心とする性格を指摘したうえで、医療事業については「階層をこえた統一要求」であったとする評価とのあいだには距離があるといえる。林俊一「『農村医学』の提唱」、医学史研究会、川上武編『医療社会化の道標』勁草書房、1969年。
- (32) 当時、片山潜は、治安警察法のムチに対して、産業組合法を一種のアメとして評価し、「治安警察法とは反対に、労働者のために悦ぶべき」法であるととした。『産業組合発達史』第一巻、1965年、310-11ページ。
- (33) 同上、289ページ。
- (34) 井上晴丸『産業組合論』著作選集第6巻、雄渾社、1972年、103ページ。
- (35) 『産業組合発達史』第二巻、42ページ。
- (36) 千石興太郎『産業組合主義経済組織のはなし』『協同組合の名著』第9巻所収、88ページ。
- (37) 千石興太郎『地主対小作の紛争と産業組合』『協同組合の名著』第9巻所収。
- (38) 中央金庫成立過程を素材としながら、産業組合の官僚指導からの相対的独立化を問題としたものに、宮崎隆次「大正デモクラシー期の産業組合——利益団体化とその限界」『協同組合奨励研究報告第七輯』1981年、がある。
- (39) 無産者消費組合運動史は戦前の山崎勉治『日本消費組合運動史』他いくつもの著作がある。近年のものとしては、山本秋『日本生活協同組合運動史』日本評論社、1982年がある。
- (40) 「農村における階級的協同組合の発展(資料)」『経済評論』1935年6、7月、『産業組合と小作問題に関する調査』産業組合中央会、1928年。
- (41) 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」『土地制度史学』第68号、1975年。斎藤仁『日本資本主義の展開と産業組合』日本経済評論社、1979年、第2部昭和恐慌と産業組合での加瀬報告、参照。
- (42) 加瀬の場合は、「社会政策機関化」ととらえている。同上論文。
- (43) 千石興太郎『地主対小作の紛争と産業組合』前掲書、35ページ。
- (44) 『産業組合発達史』第二巻、124ページ。
- (45) 黒川『保健政策と産業組合』158ページ。
- (46) 黒川、同上、160ページ以下。
- (47) 1939年時点で、医療事業を行なう町村四種兼営組合50組合の平均規模は組合員数637人、家族を含めて約3,600人、出資額36,599円、払い込み額27,436円だった。1928(昭和3)年の青森県東青病院(弘前市)設立の中心人物岡本正志にしる、高知県昭和病院の細木武弥にしる、「初期組合」の小規模ゆえの経営の難しさを指摘し、近代的大規模病院の必要性を説いている。たとえば、細木は岡山県船穂組合を視察したときの感想として「あの式(医師一人による小規模診療所……青木)の医療利用では現代人は満足し得ないではなかるうか」としている。「産業組合に依る医療事業に就いて」『産業組合』1933年4月62ページ。
- (48) 町村産業組合の組合員に医師がいる場合もあ

り、医療事業の設立に対して内部から反対運動を起こすこともしばしばみられた。

- (49) 「地理的普及」、「社会的普及」は、黒川の用語法である。黒川は「社会的普及」について「農村保健政策への一考察」『社会事業』社会事業研究所、1940年7月号、では「医療経済の合理化」という言い方もしている。協同組合研究会の前掲書は、「社会的普及」について「経済的普及」という語を用いている。いずれも医療費負担の軽減という意味を込めて使っている。黒川の「社会的普及」は、所得水準の違いによる医療を享受できる能力の不均等、健康水準の不均等の是正という点をも強調しているように思われる。また、黒川「戦時下に於ける農村保健問題」『社会政策時報』1938年8月号も参照。
- (50) 黒川、前掲書、160ページ。
- (51) 黒川、「農村保健政策への一考察」39ページ。
- (52) 「経営、有限責任船穂信用販売購買利用組合」『産業組合』1931年、11月。
- (53) 協同組合研究会編、前掲書、159-60ページ。また、農林省が経済更正運動をすすめるにあたって、農村保健問題対策のひとつとして医療利用組合を重視した理由のなかにも医療費負担の軽減効果が含まれていた。
- (54) 同上、156-167ページ。
- (55) 『日本農民医療運動史』前編、104ページ。
- (56) 『日原町史』、1976年、704ページ。
- (57) 辻誠「島根県青原村信販購利組合概況——事業の凡てに活動する組合」『産業組合』1925年11月、30ページ。
- (58) 1924年の数字は、辻、同上論文、1898年の数字は『日原町史』。
- (59) 大庭政世『改訂農村産業組合経営の実際』高陽書院、普及版、1939年、凡例2ページ。
- (60) 『産業組合』1924年6月、47ページ。
- (61) 仏教同志会に集まった人々には、日原村産業組合長として活躍し、後、大庭とともに共存病院や組合製糸石西社設立に寄与した神野直三郎などがある。これらについては、大庭良美「産業組合運動の先駆者 大庭政世」『山陰中央新報』1984年10月7日から新石見風土記として連載。『日原町農業協同組合史』1987年も詳しい。
- 大庭政世は、農林省経済更生部が1932（昭和7年）11月12、13、14日に開催した「農山漁村経済更生協議会」に囑託をうけ参加している。『経済更生計画資料、第三号、農山漁村経済更生協議会要録』(A)。神野直三郎は、農村経済更生特別助成村

中心人物として、農林省経済更生部が編集した一覽表に記載されている。『農村経済更生特別助成村中心人物一覽表』（1935年8月）(B)。資料はいずれも柏書房『農山漁村経済更生運動資料集成』に所収。(A)はⅢ巻、(B)はⅥ巻。

- (62) 大庭政世については、同上、参照。この「大改革」の際、政世の養父勝治もまた理事を降りている。勝治はすぐに村長に就いた『日原町史』。
- (63) 大庭政世、前掲書、10-15ページ。
- (64) 「産業組合化せる島根県青原村」『産業組合』1929年4月、44ページ。
- (65) 大庭『前掲書』33ページ。
- (66) 産婆事業については『産業組合』1924年11月に、畜牛事業について同、1936年12月に紹介がある。
- (67) 「青原村信用購買販売利用組合の医院事業」『産業組合』1922年10月、40ページ。
- (68) 大庭、前掲書、291ページ。
- (69) 「青原村信用購買販売利用組合の医院事業」、38ページ。
- (70) 黒川『保健政策と産業組合』、155-56ページ。
- (71) 医院事業規定、第2条。医院事業規定は『島根県農業協同組合史』1924年、940ページ。
- (72) 「産業組合化せる島根県青原村」、45ページ。
- (73) 『利用組合に関する調査』産業組合中央会、1927年、270ページ。
- (74) 『島根県農業協同組合史』、942ページ。
- (75) 大庭、前掲書、300ページ。
- (76) 『日原町史』、775ページ。
- (77) 大庭、前掲書、297ページ。
- (78) 「青原村産業組合中心の御大典事業」『産業組合』1928年2月、75ページ。
- (79) この間の事情については、大庭、前掲書、22-23ページ。
- (80) 『医療組合』第1巻第2号、1937年11月、7ページ。
- (81) 森武磨が一連の論文において追究してきた、戦時下農村支配における所有階層的支配体系と経営的統制体系との関連、あるいは内務省的支配体系と農林省的支配体系の交錯がここにもあらわれているようにおもわれる。森武磨「戦時下農村の構造変化」『岩波講座 日本歴史20』1976年、ほか。
- (付記) 本稿は、文部省の昭和62年度科学研究費補助金奨励研究(A)をうけた「戦前昭和期医療利用組合の発展過程に関する研究」の一部である。
(1988年6月2日受理)