

都市—農村共生型医療利用組合の展開

——広区単営組合時代の幕開け——

青 木 郁 夫

目 次

- I 広区単営組合発展過程概観
 - II 広区単営組合の評価をめぐって
 - III 広区単営組合の特徴の析出——外形の特徴——
 - 1. 規模——組合員数、出資金
 - 2. 医療サービス生産過程編成——設備と労働力
 - 3. 組合員組織率と職業別構成
 - 4. 組合員の事業利用状況
 - 5. 事業区域の特徴——都市と農村
- 小括

I 広区単営組合発展過程概観

自由開業医制による零細医療経営を基底とする、公私医療機関の競争＝混合体制という¹⁾わが国近現代の医療制度において、協同組合による医療事業は特異な存在であった。産業組合による医療事業は医療利用組合とも呼ばれるが、その初期においては農村の町村以下の狭域空間を事業区域とする信用購買販売利用の四種などの兼営組合によって営まれた。これらはいわば地縁にもとづくユニヴァーサル型組合であったといえる。しかし、これら組合の限界の殻をうちやぶって、保健医療ニーズにもとづくアソシエーション＝保健医療スペシャル型組合＝広区単営組合が都市にも、都市—農村を包括する空間にもうまれてくる。それは1928年以降のことであり、医療利用組合はその歴史的発展段階の第2期をむかえることとなる。広区単営組合の広区とは郡あるいは郡をこえる広域を事業区域としていること、単営とは医療利用事業単営（医薬品、医療品の購買事業の兼営を含む）であることを意味している。

広区単営組合の設立認可が最初になされたのは、青森市を中心とする東青信用利用組合に対してであった。それは1928年5月のことであった。こうして、これまで既存の産業組合が事業拡大・多角化をするなかで誕生してきた医療利用組合は、都市地域に、あるいは都市と農村地域とが連携するかたちで産み出されるようになると、新しい発展の起動力を獲得し、新たな発展段階を画することとなった。それは三つの意味においてである。第一は、俸給生活者をはじめとする都市中間層お

よび賃金労働者といった新しい社会階層を相当量包括しはじめたということ。したがって、町村をこえる広区であるということとあいまって、産業組合が農村経済社会の一種の「統制」機関たる状況をこえる要素を包含しはじめたということ（市街地信用組合や市街地購買組合とは異なって、都市-農村共生型であることに別様の意味がある）。第二に、これまで産業組合運動が相対的に遅れていた地域、地主制の地帯構造でいえば、東北日本型地域に医療利用組合という協同組合事業がひろまっていったこと（第1表、第2表参照）。第三は、広区単営組合という組織形態が生まれ、医療問題、医療制度、医療保障に対して専ら関与する一種の社会集団が生まれ、「医療の民衆化＝量的、地域的ひろがり」から「医療の民主化＝健康についての主権者たる人々の医療への参加・関与」の展望が切り開かれていく手がかりがあたえられたこと、である。

広区単営組合の設立状況を第1表に示した（設立認可年基準）。これから広区単営組合の発展過程を三期に分けることができる。第1期は1928年から31年の広区単営組合の誕生・生成期である。この4年間に青森県の3組合など4県で7組合（全53組合中13%）が設立認可された。青森県を除けば、地主制の地帯構造では近畿型に属する県、すなわち産業組合運動が活発な県で設立認可されている。広区単営組合の設立は、青森市、鳥取県倉吉町（当時）、高知県須崎町（当時）ではほぼ時を同じくして準備され、そのために多大の努力が払われ、そうして新たな発展段階が切り開かれていった。広区単営組合の特徴に、比較的大規模な病院を設立し、病院—診療所網を展開するということがあるが、複数の医師を雇用し、多診療科を開設し、相当数の病床・入院施設を擁する病院（当時の規定では病床数10床以上のものをさす）が開院し、診療が開始された時期は、必ずしも組合が設立認可を受けた時期と一致しない。広区単営組合として最初に認可を受けたのは青森市ほか一郡を事業区域とする信用利用組合東青組合（以下、組合名を表示する場合には基本的には病院名をもってする）で、1928年5月23日であった。この東青組合が診療を開始したのは、診療所規模では28年9月12日であり、60床の総合的病院事業を開始したのは31年5月1日のことであった。組合長であった岡本正志が近代的病院の設立を思い立った契機の一つに倉吉町を中心とする四郡を事業区域とする倉吉厚生組合の医療施設を視察したことがあった²⁾。このことから分かるように、設立認可が遅れた厚生組合（28年12月28日認可）は、30年7月1日から東青組合より早く総合病院（45床）を開業していた（厚生組合が診療を開始したのは、病院長に予定されていた野坂綱定が組合の仮診療所として開いた内科診療所で、29年7月22日であった）³⁾。しかし、総合的病院事業をさらに早く開始したのは、設立認可が倉吉厚生組合よりもさらに遅れた須崎町など25町村を事業区域とする高陵利用組合昭和病院（41床）であった。高陵組合の設立認可は29年3月18日であるが、病院事業を開始したのは29年8月10日であった⁴⁾。

これら三組合の設立は昭和初年代に相前後してそれぞれ別々に目論まれ、計画され、実現されたのだが、相互にあるいは産業組合中央会を介した調査などによって連携しあっていた。東青組合の岡本正志が倉吉厚生組合を訪れたことはさきに触れたが、高陵組合の設立認可が医師会などの抵抗にあって遅延した際には、倉吉厚生組合長の小川貞一は高知県知事に対して「青森県の東青病院、倉吉町の厚生病院、それに貴県須崎の昭和病院とは、日本の医療革命の先駆をなす日本における三

第1表 広区単営組合設立状況

	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	計
青森	1		1	1	1	3	1					8
秋田					3	4	1					8
岩手						1	4	4				9
栃木							2					2
群馬						1	2	1				4
埼玉							1					1
東京					2							2
山梨					1							1
新潟							4				1	5
長野						1						1
静岡						2						2
愛知						1	2	1	1			5
京都								1				1
鳥取	1											1
島根			1									1
高知		1	1									2
計	2	1	3	1	7	13	17	7	1	0	1	53

(注) 拙稿「初期医療利用組合の諸相(上)」中の、第1表医療利用組合の設立状況とは、京都購買組合1組合が追加されたために、違いが生じた。設立状況は、設立認可年を基準に分類してある。なお、新潟県見附組合は設立認可(36年)を受けているがすぐに事業中止になっているので、表中に加えていない。

(資料) 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』
産業組合中央会『全国医療利用組合及同連合会調査』(1938, 39年度)より作成。

第2表 初期医療利用組合の設立状況

	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	計
北海道															1	1
岩手												1	1			2
神奈川												1				1
新潟										1						1
長野				1												1
岐阜													1			1
愛知					1											1
三重													1		1	2
兵庫						1									2	3
奈良					1							1				2
岡山				1		1			2							4
島根	1					1										2
広島									1		1					2
愛媛					1					1						2
福岡						1			1							2
熊本														1		1
鹿児島														1		1
計	1			2	3	4			4	2	1	3	3	2	4	29

(注) 1.事業開始年によって分類した。

(資料) 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』
産業組合中央会『全国医療利用組合及同連合会調査』昭和13年度より作成。

大病院としてともに誕生しようと考えている。高知県も早くその病院に許可を与えるべきである。」と認可の促進をはかっている⁵⁾。さて、この三組合の産業組合運動との関係をみておくと、東青組合の場合は、組合長の岡本正志がかつて11年間うまれ故郷で信用購買販売組合を指導したことがあり、「団結は力なり」のモットーの下に産業組合主義を徹底せしめ共存共栄を目標に、東青組合の設立を計画した⁶⁾。倉吉厚生組合は郡産業組合部会の決議にもとづいて、当時の産業組合法が連合会の設立を予定していなかったという制約もあって、広区単営組合の設立がはかられた⁷⁾。高陵組合は郡産業組合部会主事であった細木武彌の強い指導の下に、郡部会を基盤に医療組合が設立された。このように第一期初期の組合はこれまでの産業組合運動の地盤のうえに構築されたといえる。ただし、東青組合は既存の特定の農村産業組合、あるいは市街地組合のいずれかを基礎としたわけではなく、まったく独自に医療利用組合が組織されたのであり、その組合員の募集獲得・組織形成にはひじょうな努力がはらわれたこと。そして、高陵組合の場合には、その中心的指導者である細木武彌は協調会社会政策学院を卒業しており、「今の医療制度に或る改革を加え医療公営迄の道程を合理化せん」とし、そのために「医療の事に於いては尚更、消費は消費者たる患者の利益を主眼とする機関を待望」⁸⁾するという産業組合運動を大きく踏み出した意図をすらもっていたことに注意をする必要がある。

第二期は32年から35年の発展・展開期である。この4年間に13府県で44組合（全53組合中83%）が設立認可された。青森県5組合、秋田県8組合、岩手県9組合の東北3県で22組合と半数を占める。また、新潟県4組合、群馬県4組合が多数の組合を設立認可している。地主制の地帯構造では東北型に属する東北、関東、北陸地方（群馬県など養蚕型に近い県も含まれるが）地域で32組合（44組合中73%）と大量に組合が設立されている。東北地方など相対的に産業組合運動が遅れ、その力量の低い地域で、人々の生命の生産および再生産、健康を支える共同消費のインフラストラクチャー整備が低位な地域で、人々の協同の営みである組合が設立されている。また、所謂「昭和恐慌」が引き続くなかで1932年から時局匡救医療事業が行なわれたことにみられるように、生命の生産および再生産の困難化、生活条件の低位化・落層、医療問題の深刻化も、人々が生活協同化せざるをえない付加的な要因であった。もっとも、各組合について具に検討すればわかるように、広区単営組合設立にあたって既存の各種産業組合（農村、市街地それぞれ）が関わっている場合がみられるのも事実である（この点後述）。

広区単営組合が東日本を中心にそれこそ燎原の火の如くひろがっていったこの第二期の発展・展開を主導したのは、東京医療利用組合であった。賀川豊彦を中心的指導者とする東京医療利用組合（初代組合長は新渡戸稲造、当時、産業組合中央会岩手支会会長でもあった）がその設立認可申請を行なったのは1931年5月2日であった。首都東京での「我らの病院」「協同の総合的抱え医」を求め、「組織された保健運動」⁹⁾を展開しようとする医療利用組合設立の運動は、医師会を中心とする開業医からの激しい反産運動＝反医療利用組合運動を惹起し、この対立関係は一揆に全国化していった。この対立関係はある面で、医療衛生行政を司る内務省（衛生、警察）―医師会と産業組合行政を管轄する農林省―医療利用組合の対立という構図をも描いた。この設立運動のなかから生ま

れた東京医療利用組合の機関紙『医療組合運動』は、その後第28回全国産業組合大会を期に開催・設立された「全国医療組合協議会」（1932年4月23日）の機関紙ともなる。東京医療利用組合が、32年の5.15事件の社会的混乱のなかで、医療利用組合の設立を理解しそれに同情を寄せる、認可権限をもつ知事藤沼庄平によって彼が警視總監となる前日に認可を与えられると、医療利用組合運動は堰を切った奔流のごとく広がってひろがっていった。賀川によって東京医療利用組合の組織化を託された黒川泰一はこの時期の状況を「地中に潜む龍が躍り出した如く」¹⁰⁾と表現している。医療利用組合は後世の歴史家が土からほりおこすべき「土中に埋もれた金」とどまらず、「協同・自治・創意」¹¹⁾を旨とし、高き理想と熱き情熱をもった社会的な起動力を内に蔵していたのである。さらに、東京医療利用組合は医療事業に加えて保健活動（訪問看護婦、家庭医学講座などの教育・学習活動を含む）と保険共済とからなる三位一体的活動を展開した点で注目される¹²⁾。

それぞれの広区単営組合の性格を設立の担い手や中心人物との関係でみると、次の三つに大別できるように思われる。すべての組合の設立経緯など詳細にわかるわけではないので、文字どおり大別だが。一つは、郡産業組合部会が全体として関与して設立されたもの。たとえば、秋田県平鹿組合、同仙北組合、岩手県江刺組合、栃木県上都賀組合など。あきらかに既存の産業組合運動の延長線上に展開されたものである。二つめは、町長、村長など行政担当者や地域の有力者が中心となったもの。たとえば、岩手県胆沢組合、埼玉県幸手組合、長野県昭和組合、新潟県橘組合など。また、方面委員が呼び掛けを行なったものには愛知県愛北組合がある。三つめは、農民組合運動や無産政党運動を背景とするもの。あるいは新興消費組合運動と連携したもの。たとえば、秋田県の秋田組合（秋田消費組合の鈴木真洲雄が中心人物の一人）、五城目組合、雄勝組合。岩手県の場合は全国労農大衆党が関与したものが多く、東山組合、磐井組合などがそうである。九戸組合の場合は社会民衆党支部長の高橋新太郎が中心人物であった（高橋は全国厚生連『協同組合を中心とする日本農民医療運動史』の執筆者である）。新潟県の場合は稲村隆一や三宅正一をはじめ多くの農民運動家が医療利用組合に関わった。また消費組合運動と連関しているものに、さきの秋田組合の他に群馬県桐生組合がある。こうみてくると、広区単営組合は「・・・比較的に既存の産業組合とは関係薄く、非常に理想主義的、社会運動的色彩を帯びる」¹³⁾という評価が首肯される。このことは、さきに触れた「全国医療組合協議会」の開催・設立について監督官庁たる農林省も指導機関たる産業組合中央会も知らずにいたということにもみられる¹⁴⁾。そして、次第に「産業組合医療」は、賀川が期待したように、協同組合主義的社会改造運動たる「協同組合主義医療」の性格をもつようになりつつあったかにみえた¹⁵⁾。しかしながら、時代はそれを許さなかったし、ここに第三期以降、連合会時代において、統制経済のもとで国家統制、官僚主義的統制が加えられ、やがて黒川、高橋ら中心的指導者が治安維持法違反容疑で逮捕される遠因があったともいえる。

第三期は、36年以降の再編・改組期である。医療利用組合をはじめ産業組合行政を管轄する農林省が、医療利用組合の設立認可にあたって広区単営組合形態を認めず、四種兼営組合を基礎とする連合会形態を基本とし、また既存の広区単営組合の連合会への改組を方針として確立したのは、第一次産業組合拡充五ヶ年計画が実施され、その第四年次にあっていた36年のことであった¹⁶⁾。こ

れは、多様な担い手を包み込み「協同組合主義医療」を展開しつつあった医療利用組合を、再び官僚統制のもとにおく「産業組合主義統制医療」に回帰せしめるものであった。しかしながら、すでに35年度中から愛知県碧海郡購買販売利用組合連合会更生病院（3月開設）、京都府医療利用組合連合会南丹病院（8月設立）など連合会形成がすすめられ、さらに岩手県におけるように既存医療利用組合の岩手県医薬販売購買利用組合連合会への改組がすすめられるなど、実際には35年を過渡期とみたほうがよい。広区単営組合の連合会への改組状況を第3表に示した。36年以降に設立認可された広区単営組合は2組合で愛知県昭和組合と、新潟県刈羽組合であるが、刈羽組合は一年後に連合会に改組することを条件に認可されている。こうした第三期の事情にはいくつかの要素がからまっている。(1)資金面を中心に組織的基盤を強化、充実させたり、あるいは既存の産業組合との統合によって組織の並存状態をなくし「地域諸資源利用の効率化」を図ろうとする、組織発展の内部的な動機、(2)上述したような、産業組合および医療利用組合統制に関する農林省方針の変化、(3)医療利用組合をめぐる内務省そして37年以降厚生省—日本医師会系統と農林省—医療利用組合系統との対立関係、そして(4)戦時体制への移行、高度国防国家建設における人的資源政策、「保健国策」の樹立、実施、などである。

第3表 連合会への改組状況

	組合数	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	計	備考
青 森	8				1				1	北通は中止
秋 田	8			2	1	2		1	6	
岩 手	9	9							9	県連
栃 木	2					1			1	
群 馬	4		1				1		2	
埼 玉	1								0	
東 京	2								0	
山 梨	1				1				1	
新 潟	5			1	1		1		3	中越は県連見附は中止
長 野	1								0	
静 岡	2	2							2	
愛 知	5		1						1	
京 都	1								0	
鳥 取	1								0	
鳥 根	1						1		1	
高 知	2						1		1	
計	53	11	2	3	4	3	4	1	28	

(資料) 全国厚生連『協同組合を中心とする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同連合会調査』（1938、39年度）より作成。

広区単営組合の連合会への改組は、それほど順調にかつうまくいったとはいえない。それは、ひとつには広区単営組合設立の経緯およびその担い手が先きにみたように多様、多彩であったことがあげられる。さらに、連合会は四種兼営組合を基礎にするわけで、こうした産業組合が全市町村に組織されていれば（産業組合拡充運動では農村については、それが全村加入とあわせて目標とされているが）改組は容易であるが、産業組合運動が低調な地域や都市部においてはその条件に欠ける

面があった。個々の組合の状況を正確に把握できていないので全体的な数値の検討にとどまるが、設立認可された広区単営組合総数53組合、いや途中で事業を中止せざるをえなかった2組合を除く51組合のうち郡連合会あるいは県連合会へ改組した組合数は28組合にとどまる（その比率は55%にすぎない）。しかも、農業関係団体統制によって農業会に統合されるにいたる7年間を要してであった（東京医療利用組合のように都市型組合の場合は日本医療団に統合された）。したがって、岩手県の県連合会への統合や秋田県、新潟県の郡連合会への改組が比較的すんだのは、そこに農林省などの官僚統制があったことを窺わせる。これらの地域での医療利用組合形成の担い手が農民組合運動、無産政党運動、新興消費組合運動などを中心としていたことがこのことに関係しているという見方は穿ちすぎであろうか。

Ⅱ 広区単営組合の評価をめぐって

すでに行論において、広区単営組合の特徴あるいは歴史的位置付けについてそれなりに触れてきているし、以下で総括的に、そして別稿で個別具体について分析、検討をすることになるが、ここで評価および論点を明確にするために、幾人かの論者——広区単営組合の創立を担った人々、医療利用組合運動を中央において指導した人々、そして行政的にこれを統制した人々——の議論を組上にのせて検討しておこう。

まず、広区単営組合創立者の声を聞こう。歴史上最初に総合的病院事業を開始した高知県須崎の高陵組合の中心人物である細木武彌は、開業医制、そしてその医療報酬規定が疲弊せる農民にはとうてい越し得ない間垣になっているとして、先に触れたように「今日の医療制度に或る改革を加え医療公営迄の道程を合理化せんとするにはどうしても、統制的消費経済に立脚点を置く一つの制度を見いださねばならぬ」という認識をもち、かかるものとして医療利用組合の組織化、その運動に身を挺することとなった。細木はさらに、医療利用組合は「消費者たる患者の利益を主眼とする機関」であり、医療を民衆化し「小産者も田舎者も齊しく医療上の恩恵を供にし得る」ものと考えていた。つまり、医療の地理的、空間的な普及だけでなく、社会階層的普及をも意図していたのであり、さらに医療そのものを医師だけのものではなく民衆のものとしてつくりかえていくことを目標にしていたといっている。そのためには、医療事業として、初期医療利用組合のような医師一人の診療所ではなく、「組合員の疾病は吾が組合限りで充分安心して治療し得る程度の権威を有すること」が必要であると考へ、高い質と熟練をもつ医療諸資源の集積点としての総合病院を設備することとした¹⁷⁾。こうした考え方は東青組合の中心人物岡本正志も共有するところであった。岡本は医療事業の開始時から、都市部において他の医療機関に伍していくためには、高い能力を有する医師を獲得することが必要であると考へていたし、診療所規模の事業が困難であった経験と倉吉厚生組合の視察などから大規模総合的病院の開設へと展開していくことになる。さらに、倉吉厚生組合の場合には自主的協同組合組織による病院経営を通して「地方文化を協同組合化する」という理想を高く掲げていた¹⁸⁾。

こうした開業医制に対する明確な批判をもち、意識的にその改革を目標とする協同組合運動としての近代的医療利用組合¹⁹⁾の展開は、社会事業研究者によっても「『医療利用組合』は現在わが国に実在する諸医療型体中、現下の医療問題解決に対し、もっとも重大な役割を果たし得ると認められる貴重な医療型体である」²⁰⁾と高く評価された。それは、自主的協同組織によって医療事業を行なうことが、(1)医療文明の恵沢を民衆化する機能を有すること、(2)中小無産者のための受療組織にして更に区域内居住者の保健衛生上の社会施設たる活動をしていること、(3)医業生活を経済的に安定せしめ、医療報酬の支払いを保証すること、といった特徴をもつからであった。これは、農林省が連合会への展開の方針を明らかにした36年段階の文書での評価であるが、この限りにおいては広区単営組合についても同様の評価が可能であった。何故なら、農林省自身が連合会への展開方針が必ずしも確定していなかった32年段階の農山漁村経済更正計画の策定および実行、そして産業組合拡充五ヶ年計画に関わる文書での産業組合組織による医療利用組合の効果について同様の評価を示しているからである²¹⁾。

東京医療利用組合の黒川泰一や岩手県の医療利用組合運動の担い手であった高橋新太郎なども、広区単営組合がそれまでの「産業組合主義医療」を越えて、大衆との有機的な結合を主体とする建設的手段をもち、協同を指導精神とする「協同組合主義医療」に発展したことを高く評価している²²⁾。ところが連合会時代になると、彼ら自身によっても、広区単営組合は農村協同組合としての組織理論の検討が不十分で、便宜主義的な組織形態であって、人々が疾病時にしか関心をよせないものであるために協同組合的成長が困難である、とする指摘、批判がなされるようになる²³⁾。このように彼らの著作にみられる広区単営組合についての評価は揺れ動いているように思われる。高橋は全国厚生連『協同組合を中心とする日本農民医療運動史』においても同様の評価をしており、毀誉褒貶、その評価の落差にいささか驚く。それに対して黒川は『沙漠に途あり』（1975年）において何ら広区単営組合について否定的な評価を行っていないばかりか、それが内包していた社会改革運動としての熱情とエネルギーを高く評価している。それはさておき、こうした広区単営組合への批判とともに、再び産業組合主義的統制を意図した連合会への再編が農林省官僚の文書で一層明瞭に述べられるようになる。黒川および高橋の戦前の著作での評価もこれらの文書での評価をそのまま受け容れたものであった。農林官僚として産業組合、医療利用組合を行政上指導統制した蓮池公咲は、単一広区域組合は英国の消費組合の原則にみられるような組織形成をとり、それは「極めて幼稚」であり、「団体発展の根本原則を無視した便宜主義的組織であって、所謂相互組織の実質が備わらない」ものであり、「市街地に存立する実費診療機関にすぎなかった観があった」と批判している。そのうえで、町村単位の四種兼営組合を基礎単位とすることによって「組合員自体の間に相互認識と古き血縁関係とに依って結合せしめられた隣保相扶の社会意識」が存し、医療事業が「組合の協同財」として機能しようと主張した²⁴⁾。蓮池は「広区域単一組合の弊」とすら言い、高橋は「医療利用組合は連合会体系を理想とする」というが、それははたしてそうであろうか。連合会は四種兼営組合を基礎単位とするもののみであろうか。これらの点について若干検討しておこう。広区単営組合には組織理論が不十分であったというが、この場合に組織論は医療事業自体の組織論と単位組

合一連合会という面での組織論が問題になろう。まず、後者の単位組合—連合会という組織論について検討してみよう。広区単営組合の形態が「便宜的」であったということはある意味ではそのとおりである。それは、当時、単一事業組合が郡あるいはそれを越える範囲において連合会を形成することは農林省の政策としても、産業組合法としても想定をしていなかった、という意味においてである。このことは、注15にあげたように、岩手県において医療利用組合統制を行ない県連合会設立を主導した県産業組合主任官であった佐藤公一の手記や、倉吉厚生組合の設立認可において連合会形態を望んだにもかかわらず、県当局が法律上および組合事業の経営上これを認めなかったことに示されている。しかし、この広区単営という組織形態は人々が生命の生産や再生産そして健康という問題について組織形成をしたものであって、自らの健康管理能力を個人として、家族として、そして地域社会として発達させていく意識的なものとして重要であった。何故なら、人々は当初は疾病時の医療利用だけであっても、組合が予防的視点から保健事業を行ない、また保健教育・学習活動を展開することによって自らの組合に一層のアイデンティティを感じるようになるからである²⁵⁾。そして、連合会形態は個々の医療利用組合を基礎とする県レベルの連合会もありうるし、多様な組合形成を前提とした協同組合間協同によって経営的にも、医療内容的にも十全たるものが創造しえたと考えられる。また医療事業自体の組織論としては、広区単営組合は都市—農村共生型組合なのであって、「農村四種兼営組合」を基礎にすることでは成し得ない役割があった。それはまさに総合的病院—診療所網の組織論²⁶⁾に表されている。新しい、独自の組織論が生みだされなかったとはいえない。農村四種兼営組合を基礎とする連合会形態は、逆に、都市のようにかかる組合組織が存在しないところでは医療利用組合の組織化を不可能にしたし、産業組合運動が低位にある農村地域での組織化をも困難とした。産業組合拡充運動が提起した全町村に全員加入の四種兼営組合が組織されて初めてこの連合会形態が意味をもつこととなる。ただし、この形態では人々が生活の全側面を産業組合に依存せざるをえないことになり、容易に上からの統制に包摂されることになりうる。また、人々はその地域単一の特定の「地縁的利益協同体」に帰属しなければ生活が支えられない結果となるだろう。高度国防国家形成における人的資源政策＝「健民健兵政策」はこのことを狙っていたのではなかったか。黒川の戦前の著書や高橋の著書はこの点を——戦前の場合には「奴隷のことば」として語ることで——あいまいにしているように思われる。

さらにまた、広区単営組合が保険共済の機能を十分に持ち得ないという批判もなされたが、これも37年に成立した国民健康保険法による「代行」問題にかかわってのものであって、一般的に医療事業と保険共済事業との並立不可能性をいったものではない。何故なら、保健活動（組合員活動としてのそれを含む）—医療事業—保険共済事業の三位一体的展開の必要性和現実性を意識的に明らかにしたのは、賀川・新渡戸・黒川・木立らが指導した東京医療利用組合であったからである。

したがって、広区単営組合に対してくわえられた批判は、それが組織論、事業論に関するものについては、組織形態の問題というよりも、この形態の組合がその出発からいまだ数年しか経ていないという時点での運動および組織活動の発展段階あるいは水準の問題であったといつてよい。高度国防国家建設の人的資源政策に従属させられ、産業組合統制のもとにおかれた医療利用組合、とり

わけ土中から踊りだした龍である広区単営組合は、手足を縛られ、多様な事業展開を可能にするエネルギー＝「協同、自治、創意」の力を発揮できなくされてしまうこととなる。

そうした運動の社会的エネルギーはどのように獲得され、蓄積されていったのであろうか。その社会的エネルギーが「協同組合主義的社会改造運動」エネルギーたる質をもっていたことにこそ、ある意味で、評価の分岐点があるように思われる。

Ⅲ 広区単営組合の特徴の析出

——外形の特徴——

いづれ別稿において広区単営組合の個別具体の分析を行なうことになるが、それにさきだって、これらが都市―農村共生型医療利用組合たる内実をもつものと規定しうるのであるを、四種兼営組合との比較において、まず外形の特徴から確認していこう。

以下の分析においては、産業組合中央会による「全国医療利用組合調査報告」を用いる。この調査報告は1933年から年次報告として刊行されているが、残念ながら手もとには1938年度（第6回）、39年度、42年度分しかない。これらの調査報告書が対象としている時期は第二次産業組合拡充運動が展開されていた、医療利用組合運動の第三段階＝連合会時代であった。この時期は、人的資源の国家管理と統制の時代であり、既存の広区単営組合が徐々に単位産業組合を基礎とする連合会に改組されつつあった時期でもあった。そのため、いくつかの広区単営組合が次年度の調査報告では連合会となっている場合もある。また、この調査報告での、たとえば、組合員の職業別構成の数値などには「不確実」なものもあり、報告のない組合もある。そのため、以下の分析にあたっては、1938年の調査報告を基本とし、前後の年度の報告数値をも勘案して、作業を行なっている。したがって、細かな数字の詮索に意味があるのではなく、歴史的発展段階ごとの形態上の違いをおおづかみにすることこそ、ここでの狙いであり、かつ限界もまたそこにあることをあらかじめ断っておきたい。

1. 規模——組合員数、出資金

まず、組合員数および出資金からみていこう（第4表）。規模の問題には二つの意味がある。ひ

第4表 組織形態別組合員、払込み出資金状況（1938年度）

	組 合 数	組 合 員 数 (人)			払 込 出 資 金 (円)			
		組 合 数	組合員数	組合平均	組 合 数	払込出資金	組合平均	組合員平均
広 区 単 営	34	34	187622	5518	34	1393843	40995	7.4
四 種 兼 営	56	56	32424	579	54	1448066	26816	46.6
連 合 会	36	30	655377	21846	30	2734048	91135	4.2
県 連 除 く	34	28	444636	15880	28	2173503	77625	4.9

（資料）産業組合中央会『第六回全国医療利用組合及同連合会調査』（1938年度）より作成。

とつは、組合の存続可能性を保障する地域社会的関係（組合員数、組織率といった量的側面とその階層別構成の側面）と経済的基盤の確立に関することであり、いまひとつは、それが可能にする組合員を中心とする地域社会の医療ニーズを満たし、地域の保健力を発達させるのに必要な物的および人的諸資源の状況である。さらに2でみるように、そうした確保した諸資源を地域社会関係に接合、融合するソフトな社会的技術としてのネットワーク形成力が問われることになる。

1938年度の第六回「全国医療利用組合及同連合会調査」では、「医療利用事業ヲ主トシテ行フ組合」として13県に存在する34組合が掲げられている。そのうち、青森県7組合、秋田県6組合、愛知県4組合で、これら3県で半数を占めている（医療利用組合運動が旺盛に展開された東北のもう1県、岩手県においては、県レベルでの岩手県医薬購買販売利用組合が1933年に設立され、1936年に事業を開始しており、38年段階では広区単営組合は存在していない）。広区単営組合である「医療事業ヲ主トシテ行フ組合」34組合の全組合員数は187622名であり、1組合平均組合員数は5518名であった。東京医療利用組合や愛知県の陶生組合のように組合員数が1万名をこえるものもあれば、青森県北奥組合、新潟県橋組合、高知県香長組合のように組合員数2千名前後の組合もあった。

それに対して、「医療事業ヲ行フ町村四種兼営組合」は、22県に存在する56組合が掲げられている。そのうち熊本県10組合を中心に九州6県で23組合、三重県6組合、岐阜県5組合が存在し、これらで全体の6割をこえている。四種兼営組合56組合の全組合員数は32424名で、1組合平均組合員数は579名にすぎない。三重県菰原組合、兵庫県黒田荘組合、岐阜県国府組合、佐賀県北茂安組合の4組合が組合員数1千名をこえているが、岩手県矢作組合の162名ほか、組合員数が200人台の組合が5組合存在している。平均規模でみて四種兼営組合は広区単営組合に比してほぼ10分1であり、その小規模性は明らかである。

さらに、郡あるいは郡をこえる事業区域をもつ「医療利用組合連合会」は、組合員の産業・職業別構成がわかる22県に存在する30組合が掲げられている。そのうち、岩手および富山の2県が県連合会である。「医療利用組合連合会」30組合の全組合員数は、農家小組合などの法人組合員をのぞいて655377名であり、1組合平均組合員数は21846名（2県連合会をのぞく28組合組合員数は444636名で、平均15880名）である。岩手県連合会94052名、富山県連合会116829名をのぞけば、愛知県碧海郡連合会の59169名、山口県周東連合会の37724名を最大規模にして、1～2万名規模がほとんどであり、なかには三重県大安連合会の1877名、愛知県海南連合会の2649名といったかなり小規模なものも存在している。「連合会」の事業区域は県連合会をのぞけば一郡あるいは数郡規模のものがほとんどで広区単営組合とは違いはない。しかし、組合員数が平均で3倍ほどの違いがあるのは、単位組合がそのまま連合会に加入し、それを構成する形態と、医療事業を専業として個人が加入する専門産業組合形態の違いに起因するのであろう。

次に、医療事業の規模や内容を規定する重要な経済的条件である出資金の状況をみておこう。出資金は事業の素材的、技術的条件を規定するだけでなく、その出資方法と額によって、医療事業を「わがものとしての組合＝我らの病院」として意識する「組合員としてのアイデンティティ」形成にも影響するだろう。何故なら、組合員は、出資によって共同消費手段である医療諸資源の「所有

者クラブ」の一員となるからである。

広区単営組合の出資金状況をみると、まず1口金額は10円が34組合中22組合で65%を占め、残りの組合は5円（6組合）、15円（2組合）、20円（2組合）となっている。1組合平均払込済出資金額は40995円で、愛知県藤岡村組合のように組合員数が少ない組合の場合には1486円と少額のものもあり、青森県北奥組合、栃木県足尾組合の2組合も1万円に達していない。逆に、青森県津軽組合、愛知県陶生組合の場合には11～12万円となっている。また、組合員1人当たりの払込済出資金額は7.4円で、藤岡村組合1.7円から鳥取県厚生組合の18円まで、組合ごとに多様である（10円を超えるのは5組合）。

四種兼営組合の場合には、出資金は事業全般に配分されるのであり、医療事業にのみ充当されるのではないことはいうまでもないことである。そのため、1口金額（3～50円）、払込済金額（6933——組合員数1295名、出資1口50円の三重県萩原組合の数値であるが、これは医療事業にのみ関わるものであるかもしれない。確認のしようがないが——～90000円）、組合員一人当たり金額（5.3～188円）のいずれをとっても極めて多様である。払込済出資金額を確認しうる54組合の1組合平均は26816円であり、四種兼営組合についてのこの金額は広区単営組合の平均額40995円の65%にしかあたらない。したがって、その事業は素材的に小規模にならざるをえない。

連合会の場合には、1口金額は報告されている35組合中25組（7割弱）が500円で、残りの組合は200円（4組合）、300円（4組合）、350円（1組合）、600円（1組合）となっている。1口金額がこのように高額になっているのは、連合会を構成する単位組合が出資者となっているからである。1連合会あたりの平均払込済出資金額は、2県連合会を含む30連合会で91135円、県連合会をのぞく28連合会では77625円となっている。群馬県碓氷郡連合会の9158円のように1万円を割るものも存在したが、愛知県碧海郡連合会（298563円）のように岩手県連合会（211765円）を上回るものもあった。連合会の払込済出資金額は、平均金額をみるかぎり、県連合会を除いた数値でも広区単営組合平均の1.9倍にもなっており、医療事業を支える資金的基盤がはるかに強固であることをうかがわせる。因みに、1組合員あたりの出資金額は30連合会平均で4.2円、2連合会を除いた28組合平均で4.9円。これは広区単営組合の場合の6割程度となっている。これらの数値から、出資金にみる「規模の経済」、いや「ネットワーク形成による経済」が働いていることをみてとれる。確かに、当時の農村地域社会支配といった政治的意図を別にすれば、連合会方式は事業基盤を一層強固にし、かつ安定させるうえで、事業経営発展の「内的必然性」のうえにあるといえるかもしれない。しかし、連合会においては、出資が単位組合によってなされ、また事業経営上の意思決定への関わりも単位組合を媒介としたものであり、個別組合員からは間接的なものとなっており、いずれの点から「参加」が間接的で、遠いものとなり、「我らの病院＝アイデンティティ」の確立が弱められる可能性が大きいといえよう。

2. 医療サービス生産過程編成——設備と労働力

各組合はそれが有する資金力および組織力によって医療事業を展開することになる。その医療

第5表 組合形態別設備・医師配置状況（1938年度）

	組合数	病 室		病 床		分院有組合			医 師				
		病室数	組合平均	病床数	組合平均	組合数	組合数	%	組合数	医師数	組合平均	組合数	組合員／医師
広区単営	33	1248	37.8	1595	49.5	33	17	51.5	30	194	6.3	30	909
四種兼営	55	168	3.1	160	2.9	0	0	0	52	60	1.15	52	495
設 備 有	38	168	4.4	160	4.2								
連 合 会	33	1712	51.8	2309	70	33	12	36.4	32	289	9	29	2245
県連除く	31	1131	36.5	1515	48.9	31	10	35.7	30	207	6.9	27	2094

（資料）産業組合中央会『第六回全国医療利用組合及同連合会調査』（1938年度）より作成。

サービス生産過程を構成する医療労働手段と医療労働力といった医療諸資源の確保状況をみておこう（第5表）。この時期の医療技術水準を医療機器から規定するものはレントゲン機器だといってよく、調査報告にも記載があるが、ここでは医療事業の規模を明示することにもなる医療労働手段として病床数と病院—診療所展開の状況を確認しておこう。

広区単営組合の場合には、歯科のみを開業していた京都購買組合をのぞく、33組合で1248病室、1595床が設備されていた。栃木県足尾組合の5病室、10床、新潟県刈羽郡組合の11病室、12床から、青森県三八城組合の99病室、100床、東京組合の57病室、101床、鳥取県厚生組合の65病室、115床と100床を超える組合もあった。33組合の平均病室数および病床数は37.8病室、49.5床である。レントゲン機器は3組合をのぞき1～2台を設備している。また、病院—診療所展開では、「本院以外ノ入院設備アル」分院を有する組合は11組合で、13分院、その病床数は164床、「本院以外ノ医師常勤セル」診療所を有する組合は11組合で、19診療所を数えた。秋田県平鹿組合は5院所、青森県津軽組合は5院所、同三八城組合は4院所、同東青組合は3院所を構えていた。分院、診療所のいづれか、あるいはその両者を有していた組合は17組合で、32院所が存在した。すなわち、広区単営組合のうち5割の組合が地域社会に病院—診療所網を展開していたことになる。

四種兼営組合の場合は、設備について報告のない大分県緒方組合をのぞく、55組合で168病室、160床が設備されていた。55組合のうち17組合はこうした設備を有していない。福岡県犬塚組合の10床をのぞけば、残りの組合の病床数は1桁である。55組合の平均病室数は3.1室、病床数は2.9床、設備ある38組合の平均病室数は4.4室、病床数は4.2床である。また、レントゲン機器を設備している組合は5組合にすぎず、本院以外に分院、診療所を配置する組合もまたなかった。こうした点からも四種兼営組合の場合には、医療事業内容が極めて限定されたものにすぎなかったことがわかる。

連合会の場合は、報告のない3連合会をのぞく、33連合会で1712病室、2309床（群馬県碓氷連合会の20床を加えて）を設備している。岩手県連合会は435病室、630床を、富山県連合会は146病室、164床を、県連合会以外でも、新潟県上越連合会は146病室、164床を備えている。逆に、群馬県邑楽郡連合会は14病室、20床、同碓氷郡連合会は20病室、20床、愛知県海南郡連合会は18病室、20床といった組織および医療事業が小規模にとどまる連合会も存在した。33連合会の平均規模は、51.8病室、70.0床。2県連合会を除くと、その平均規模は36.5病室、48.9床で、広区単営組合とほとんど同規模となっている。レントゲン機器の設備状況も、岩手、富山両連合会の10台、3台をのぞけ

ば、3台設置連合会が3連合会あるのみで、他は1～2台である。本院以外に分院、診療所を有する連合会はさきほどの報告のある33連合会中、5連合会が15分院、129床、9連合会が21診療所、あわせて12連合会で15分院、129床、21診療所が配置されていた。すなわち、36%の連合会が病院—診療所網を展開していたにすぎない。県連合会をのぞくと、秋田県秋田連合会が9分院を、同山本郡連合会が6院所を、新潟県佐渡郡連合会が4院所を配置しているのがめだつが、これら3連合会のいずれもが1938年度中に広区単営組合から連合会に改組されたものであった²⁷⁾。

このようにみてくると、広区単営組合は、連合会に比して組合員数および出資金額においてかなりの格差があったにもかかわらず、相対的により多くの医療資源を確保していることがわかる。さらに、秋田医療利用組合の鈴木真洲雄が紹介した病院—診療所の「蜘蛛の巣」ネットワークの地域社会への展開、すなわち、中心都市（あるいは人口周密地域）に高度技術集積センターとしての病院をおき、周辺地域に診療所を配置するという地域医療資源のネットワーク構築が、広区単営組合において重視され、かつ旺盛に展開されていたことがわかる。これによって組合員、住民の医療ニーズの充足と医療諸資源の地域空間への配置の効率性が追求されたといつてよいであろう。

次に、医療労働力の確保状況を確認しておこう。医療労働力は、医師、歯科医師、薬剤師、レントゲン技手、産婆看護婦、医療事務職などによって構成されるが、ここでは、医療行為を業務独占し、医療における意思決定を行なう医師の確保状況を見ておこう。

広区単営組合の場合。医療労働力についての報告がある30組合の総医師数（歯科医は除く）は、博士を有する医師61名、その他の医師133名の計194名である。1組合平均医師数は博士医師2.0名その他医師4.3名の計6.3名となっており、病院施設を中心に複数の診療科を開設することが可能な状況がうかがえる。当然のこととして、各組合別の医師数は組合の規模、資金力に応じて多様である。組合員数が2000名以下である青森県北奥組合、愛知県藤岡村組合の場合には医師数は1名である。それに対して、組合員数も多く、病院—診療所網展開をしている組合の場合は、青森県東青組合15名、同津軽組合14名、東京組合12名、他3組合が医師を10名以上擁しており、高度の医療技術、医療労働力の集積センターを形成している。組合員数でみた医療事業規模と医師数との関係を医師1人あたりの組合員数で確認しておこう。医師を確保するに要するコストは地域経済力の状況によって異なるし、組合ごとの組合員収支状況も異なるので、厳密な関連性を明らかにしうるわけではなく、傾向的相関をみだしうるにすぎないが。医師1人あたり組合員数は、高知県香長組合の411名、青森県柏葉組合の484名、愛知県昭和組合の485名から、秋田県鹿角組合の2237名、青森県北奥組合の1929名、長野県昭和組合の1794名まで、5倍以上の格差がある。しかし、多くの組合の数値は1000名以下であり、全組合についての医師1人あたり組合員数は909名である。これに組合員1人あたりの払込済出資金額7.4円をかけると6726円となる。これが医師1人に代表される医療資源確保のための平均コストとみてよい。

四種兼営組合の場合。医療労働力について報告のある52組合（ただし、歯科のみの組合は除いてある）の総医師数は博士医師13名、その他の医師47名の計60名で、1組合平均医師数は博士医師0.25名、その他医師0.9名で、計1.15名である。1組合でやっと1名の医師を確保しうる状況であ

ることがわかる。複数医師を擁する組合は8組合で、兵庫県廣谷村組合は3名の医師を確保している。医師1人あたりの組合員数は、医師2名のいる佐賀県小関村組合の172名から、医師1名の三重県萩原組合の1295名までのひろがりがあるが、全組合についての医師1人あたり組合員数は495.3名である。簡易な医療設備、医療用具を備え、医師1人を確保するに要する組合員組織は四種兼営で500名がほぼ最低ラインとみてよく、これに組合員1人あたり払込済出資金額46円をかけると23000円となる。

四種兼営組合は医師1人による医療事業を展開しうる程度のもので、その医療内容、保健活動には自ずから限界があるものの、事業区域の地域医療にもった比重、すなわち地域医療資源の確保という点では、極めて重要な役割をはたしたといつてよい。組合医師以外にその事業地域に医師の存しない組合数は、上記52組合中35組合で、これらの組合は自らの経済力によって無医地区に医療資源を確保したことを意味する。全体として、区域内の医師のうち7割弱を組合医が占めており、医療の地理的普及、確保にとって四種兼営組合が果たした役割は極めて大きかったといえよう。この点、広区単営組合の場合には、組合医の比重が秋田県由利郡組合の57%、愛知県昭和組合や青森県上北組合の36%のようにかなり高い比率のところもあるが、全体としてみると10%程度にとどまっている。これは、広区単営組合が都市地域を営業区域に包摂していることも関係している。但し、広区単営組合は診療所を医療資源の乏しい周辺地域に配置していることも忘れてはならない。

連合会の場合。医療労働力について報告のある32組合の総医師数は博士医師90名、その他医師199名の計289名である。1組合平均医師数は博士医師2.8名、その他医師6.2名で計9.0名であり、広区単営組合よりも3名多く、1.5倍になっている。岩手県連合会の67名、富山県連合会の14名を除くと、医師数が10名を超えるのは秋田県連合会14名、京都府南丹連合会13名など6組合である。2県連合会を除く30連合会の平均医師数は6.9名で、広区単営組合を0.6名上回るにすぎず、ほぼ同程度の規模になっていることがわかる。医師1人あたり組合員数をみると、愛知県海南郡連合会の626名、三重県大安連合会の626名から、富山県連合会の8335名、静岡県遠州連合会の5917名、同駿遠連合会の4405名と連合会間でも10倍近い格差がある。医師数および組合員数がわかる29連合会ではその数値は2245名、2県連合会を除く27連合会では2094名で、広区単営組合の倍以上となっている。これに組合員1人あたり払込済出資金額、それぞれ4.2円、4.9円をかけると、9429円、10261円となる。したがって、広区単営組合の数値をも勘案してみると、地域社会にそれなりの医療諸資源を確保しようとすれば、この当時医師1人に代表させて最低限だいたい7000~10000円を要したとみてよいであろう。これを基準にみれば、医師5名を擁する医療機関を地域社会に確保し、医療事業を展開しようとすれば、当然医療サービス生産に必要な医療労働力および医療労働手段を設備することを含んで、出資金として50000円程度を必要とすることになる。このことは、出資金1口を10円とし、全額払い込むものとして、5000名程度の組合員を組織しなければならないことを意味する。なお、連合会が地域医療に占めた比重は、愛知県海南連合会の44%、三重県大安連合会の43%とかなり高いものもあるが、全体としてみると、31連合会で8.1%、2県連合会を除く29連合会で8.7%と、広区単営組合に比して若干その比重は低くなっている。

3. 組合員組織率と職業別構成

各形態の医療利用組合がどの程度の地域住民によって組織されていたかをみておこう。それは、医療利用組合がその地域の人々の健康問題にどの程度関与していたか、そして、地域共同的な健康管理能力＝保健力を発達させるうえでのセンターとなりえていたかの一指標でもある。もちろん、医療専門職者をはじめとする医療諸資源をどの程度に確保し、いかに活用していたかが重要であるのだが。組織率を問題にし、形態間で比較をする際に留意すべき点がある。一つは、ここで分析対象としている1938年「調査報告」は、さきに記したように、(準)戦時統制経済のもとで第二次産業組合拡充運動が展開された時期のものであり、この運動においてはすべての村に産業組合を設置し、全村加入を実現することが地域支配を貫徹するうえでも目標とされ、それなりの成果をあげていた。したがって、四種兼営組合の地域組織率は極めて高くなっている。留意すべき第二点は、四種兼営組合や連合会を構成する単位産業組合のような総合産業組合(ユニヴァーサル型)は、事業別組合(スペシャル型)とは違い、人々がさまざまな便益を求めて加入しているのであって、その組織率を医療事業にのみ関連付けて評価することには難しい面がある。

第6表 組織形態別組織率および組合員職業別構成(1938年度)

	組 合 員	組 織 率	職 業 別 構 成 %						
			組合員数	農林水産	商 業	工 業	俸給生活者	労 働 者	そ の 他
広区単営	34	21.5	187622	56.2	17.5	7.2	4.9	3.5	10.7
四種兼営	56	88.2	32434	80.6	6.4	3.8	1.3	3	4.8
連 合 会	30	55.2	655377	75.1	10.1	4.6	2.5	1.2	6.5
県連除く	28	51.9	444636	73.4	11.4	4.6	2	1.6	6.6

(資料) 産業組合中央会『第六回全国医療利用組合及同連合会調査』(1938年度)より作成。

広区単営組合の場合の区域内総戸数に対する組合加入率は、大都市内の京都購買組合の3%、東京多摩相互組合の8%から、長野県昭和組合の92%、秋田県五城目組合の72%、青森県柏葉組合の68%まで地域ごとに非常に大きな開きがある。組合加入率のわかる34組合の加入率は21.5%である。この時点で青森県の広区単営組合は7つ存在し、3市154町村を事業区域としていたが、その加入率は全体で27.2%、秋田県の広区単営組合は6つ存在し、144町村を事業区域としていたが、その加入率は全体で37.1%で、いずれも単一事業組合としてはかなり高い組織率であった。人口集住地域をも事業区域とする広区単営組合の場合には、農業者以外の職種、階層の者をも含むために、他の産業組合の組合員構成とは異なっているし、他の産業組合加入者も広区単営組合にあらためて出資金を払い込んで加入しなければならない。そこで、他の産業組合組合員数に対する広区単営組合組合員数の比率をみると、それぞれの数値がわかる22組合全体で37.5%であるが、青森県柏葉組合の166%、新潟県蒲原組合の128%など、100%を超える組合が4つ存在しており、医療利用組合がこれまでの産業組合が対象とした人々とは異なる人々をも組織し、新たな「生活の協同性」を実現しうる可能性をもっていたことを窺わせている。

四種兼営組合の場合の組合加入率は区域総戸数に対して56組合全体として88.2%である。100%を超える組合も存在するが、岩手県矢作組合の30.0%や長崎県黒瀬組合の49.3%と例外的に低い組

合も存在した。

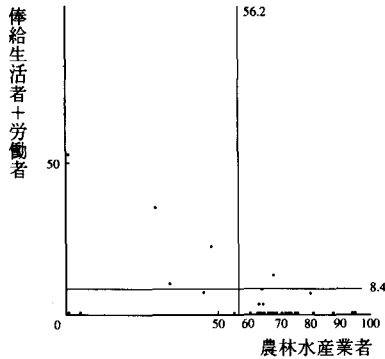
連合会の場合の組合加入率は、長崎県佐世保連合会の20%、岐阜県飛騨連合会の21%から、京都府南丹連合会の89%、愛媛県周桑連合会の83%、秋田県山本郡連合会の76%まで、4倍以上の開きがあった。30連合会全体では加入率は55.2%、2県連合会を除く28連合会では51.9%で、地域戸数の過半を組織していた。連合会の場合も事業区域のなかに市町といった人口集住地域を包摂し、既存の農業産業組合が包括しえない多様な職種、階層の人々を含んでいるために、加入率が四種兼営組合と広区単営組合の中間的位置にある。区域内の産業組合が連合会の単位組合としてどの程度加入しているかをみると、全体で76.6%である。市街地信用組合、市街地購買組合、そして製糸事業主体の組合の存在が、未加入率を4分の1程度にしているように思われる。

次に組合員の職種、階層構成の状況を確認しておこう。広区単営組合時代に到来させた社会経済的背景としては、都市化および資本主義的工業化にともなう賃金労働者層、中間層とりわけ俸給生活者層の形成に注目する必要があるだろう。こうした歴史的状況が各形態の医療利用組合の組合員構成にどの程度反映しているのであろうか？ 広区単営組合の場合に四種兼営組合、連合会と際立った対照をなしているのであろうか？ こうした点をここで確認しておこう。ここで分析対象としている「調査報告」は組合員の職種、階層構成の数値を掲げているが、そこでの数値をみると、ここでとくに注目したい俸給生活者および賃金労働者数についての報告がとりわけ不十分で、多くの組合で「其他」に分類されてしまっているように判断される。例えば、京都購買組合の場合には、1927年の「第二回全国市街地購買組合調査」（産業組合中央会、1929年3月刊）によれば、官吏、会社員など俸給生活者37.4%、労働者2.6%、商工業者35.4%、自由業者7.1%、その他17.5%となっているが、「医療利用組合調査報告」では俸給生活者および労働者についての記載はなく、其他が53.1%となっている。したがって、基礎資料自体に非常な限界、制約があることをあらかじめ確認しておきたい。

広区単営組合の場合の組合員の職種、階層構成は、報告がある34組合187622名の組合員についてみると、農業54.1%など農林水産業者が56.2%、商業者17.5%、工業者7.2%、俸給生活者4.9%、労働者3.5%、その他10.7%となっている。各組合のこうした構成の特徴をみるために、縦軸に俸給生活者+労働者比率をとり、横軸に農林水産業者比率をとって、第1図に示した。俸給生活者+労働者比率が0%記載で、農林水産業者比率が65—75%の組合、すなわち「農村型」にちかい組合が多数みられるが、四種兼営組合の場合よりも農林水産業者比率が10—20%ポイントほど低く、現実には多職種、多階層になっている状況をうかがわせる。農林水産業者比率が50%を割っている組合は34組合中、東京組合（0.9%——俸給生活者51.4%）、京都購買組合（0.3%——商工業者46.6%、その他53.1%）、栃木県足尾組合（4.4%——商工業者59.9%、その他35.7%）、群馬県桐生組合（33.8%——商工業者53.7%）など7組合存在し、これらの組合では商工業者あるいは俸給生活者、労働者の比率が高くなっている。俸給生活者比率が高い組合は、東京組合の51.4%、青森県東青組合の14.3%、労働者比率が高い組合は愛知県陶生組合の34.4%、青森県三八城組合の8.8%などである。

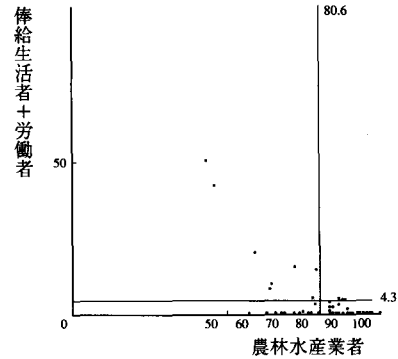
四種兼営組合の組合員の職種、階層構成は、56組合32434組合員についてみると、農業78.7%な

第1図 広区単営組合員の職業別構成 (1938年度)



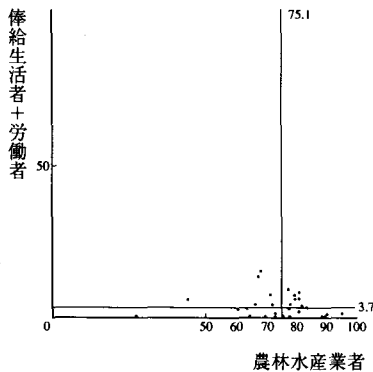
(資料) 産業組合中央会「第六回全国医療利用組合及同連合会調査」(1938年度)から作成。

第2図 四種兼営組合員の職業別構成



(資料) 第1図に同じ。

第3図 連合会組合員の職業構成



(資料) 第1図に同じ。

ど農林水産業者80.6%、商業者6.4%、工業者3.8%、俸給生活者1.3%、労働者3%、その他4.8%となっている。広区単営組合に比して、農林水産業者の比率が24.4ポイントも高く、俸給生活者+労働者比率は4.1ポイント低くなっている。第2図からわかるように、農林水産業者比率が83%を上回るところに30以上の組合が集まっており、純「農村型」組合が多くを占めている。その比率が50%を割るのは2組合、三重県萩原組合（労働者39.5%）と長崎県黒瀬組合（労働者49.5%）である。

連合会の場合の組合員の職種、階層構成は、30連合会655377名の組合員についてその構成をみると、農業70.1%など農林水産業者75.1%、商業者10.1%、工業者4.6%、俸給生活者2.5%、労働者1.2%、その他6.5%である。連

合会は広い事業区域をもち、広区単営組合と同様に都市的な人口集住地域をも包摂しているにもかかわらず、組合員の職種、階層構成は広区単営組合よりも、四種兼営組合に近くなっている。これは、連合会を構成する単位組合が「農村型」の四種兼営組合を主体としていることを反映しているものと考えられる。第3図からわかるように、農林水産業者比率65—85%、俸給生活者+労働者比率8%以内にほとんどの連合会が集合している。農林水産業者比率が50%を割っているのは、岐阜県土岐郡連合会の27.8%（商工業者38.2%、その他34.0%）と新潟県頸南連合会の43.9%（商工業者40.2%）に2連合会にすぎない。

以上のように各形態別にそれぞれの組合員の職種、階層構成をみてみると、広区単営組合の場合には全体としての農林水産業者比率が他の2形態よりも20ポイント以上も少なく、それに対して俸給生活者+労働者比率は4ポイント以上も高くなっており、他の2形態の純農村的状況からす

れば、職種および階層分化がすすんだ地域において、多職種、多階層からなる組合員構成であったことがわかる。しかしながら、広区単営組合といえども市のみを事業区域とするのは東京、京都にかぎられ、あとはすべて都市—農村型、あるいはどちらかという農村型であるために、俸給生活者、労働者比率が際立って高くなることはない。ただ、ここで確認しておきたいことは、広区単営組合の多職種、多階層的構成は、健康医療に関わる諸問題がただたんに農村的あるいは農業者だけの問題ではなく、地域社会のすべての人々のものであったことを示しており、また広区単営組合は農業者、商工自営業者、俸給生活者、労働者など社会経済上異なる地位、利害関心をもつ人々が健康、医療という面から生活の協同化を模索し、それを実現するという、産業組合運動の新しい地平をきりひろくものであったし、そうであるが故に医療利用組合運動にあらたなエネルギーをもたらしたものとみてよいであろう。

4. 組合員の事業利用状況

組合員の事業利用状況は、その時点での組合員世帯の健康度、組合員世帯の家族数、医療諸資源の賦存状況——空間的な素材配置、地域的な医療技術連関——、そして医療諸資源の利用しやすさ——利用における経済的費用負担や社会的障害の有無などによって左右される。人々の保健医療に対するニーズはそのまま医療サービス供給の場にディマンドとしてあらわれるわけでない。必要な医療資源が近在に存在しなかったり、利用するにあたって費用負担が嵩んだり、機会費用が大きかったり、医療利用における地域的な慣習によって制約される場合にはニーズは潜在化させられてしまう。ニーズが容易にディマンドとして顕在化しうる諸条件をつくり出すことが、地域の保健力の形成につながる。したがって、利用状況は医療利用組合の組合員の健康・医療問題への関与水準・保健力の形成や組合員アイデンティティ水準をあらわす一指標であるということができる。もっとも、「利用結集」といっても医療事業においては人々の健康状態をうつしている面があり、購買事業のような意味でそれによって利用参加を語ることは難しいといえるし、個々の医療利用組合を単純に比較し、それを一義的に組合員アイデンティティの違いとしてしまうのにも当然無理がある。しかしながら、医療利用組合の各形態別の利用状況比較によって、それぞれの組合員健康問題への関与度や組合員アイデンティティの違いをおおまかに把握することは可能であろう（第7表）。

第7表 組織形態別利用状況（1組合員世帯あたり—1938年度）

	組 合 数	組合員数	外来実人員	延べ外来数	外来利用料	入 院 数	入院日数	入院利用料
広 区 単 営	30	184741	1.6	11.9	6.6	0.1	1.7	4.8
四 種 兼 営	53	30896	2.7	12.9	7.9			
連 合 会	30	625082	0.5	3.1	1.7	0.03	0.6	1.6

（注）四種兼営の外来利用料は、51組合、30483組合員についてのもの。

（資料）産業組合中央会『第六回全国医療利用組合及同連合会調査』（1938年度）より作成。

広区単営組合の利用状況をみると、30組合、組合員数184741名について、1組合員世帯（組合員数＝組合員世帯数と仮定して。以下同様）あたり年間外来利用実人員は1.6人で、延べ11.9回である。入院サービス利用は年間実人員は0.1人で延べ1.7日利用している。こうした医療サービス利用に対

して負担した利用料は、入院4.8円、外来6.6円、計11.4円であった。

四種兼営組合の利用状況は、53組合、組合員数30896名について、1組合員世帯あたり年間外来利用実人員は2.7人で、延べ12.9回である。入院施設を有している組合数は少なく、その規模も極めて小さいので、他の組合形態との比較には慎重でなければならないが、この数値が報告されている23組合、組合員数17879名についてみると、1組合員世帯あたり年間入院サービス利用実人員は0.05人で、延べ0.76日であった。利用料は報告のある22組合13259名について、1組合員世帯あたり1.1円である。外来利用料は51組合30483名について1組合員世帯あたり7.9円であった。

連合会の利用状況は、30連合会組合員数625082名について1組合員世帯あたり年間外来受診実人員は0.5人で、延べ3.1回、入院サービス利用実人員は0.03人で、延べ0.6日であった。利用料負担は1組合員世帯あたり年間、入院1.6円、外来1.7円、計3.3円であった。連合会の外来利用度は他の組合形態に比して極めて低い水準にとどまっている。これは、事業区域が広域になっているのに対して、医療資源が高度集積した病院が存在するだけ、あるいは地域空間に医療諸資源をひろく配分する分院・診療所展開が不十分なために資源利用が容易化されていない状況をうかがわせる。このことは入院サービス利用について広区単営組合と比較してもわかることである。

四種兼営組合は外来においては広区単営組合よりも身近に医療諸資源が存在するために利用度は若干高くなっているが、入院医療サービスに欠けるという点で、組合員の健康・医療問題への関わりは低いといわざるをえない。こうみてくると、総じて広区単営組合は人口集積地域に病院を、周辺地域に分院・診療所網を展開することによって医療利用を容易にし、もって組合員の健康・医療問題により深く関わり、利用を通じて組合員が自らの医療事業を「我らの病院」として認識し、受容する度合いが高められているようにうかがわれる。

5. 事業区域の特徴——都市と農村

各医療利用組合はどのような地域に立地し、事業を展開したのであろうか。全般的な差異を各形態別に確認しておこう。広区単営組合は愛知県藤岡村組合の1村、東京および京都購買組合の1市を事業区域とするものから、群馬県前橋組合や東京多摩相互組合の1市3郡を事業区域とするものまであり、34組合で10市707町村（市を含む組合は10）を対象区域としていた。1組合あたり平均では0.3市21町村を事業区域としていたことになる。

四種兼営組合には、1町村をこえる地域を事業区域とする組合が佐賀県納所組合（小城郡12町村と熊本県高森組合（2町村）の2組合が存在した他は1町村（町—5、村—47）が事業区域であり、その「農村」型の性格は明らかである。

連合会の場合は、35連合会で9市1539町村（市を含む連合会は6）で、1連合会あたり0.26市44町村を対象としていた。2県連合会を除く33連合会の事業区域は7市1043町村で、1連合会あたり0.21市31.6町村を対象としていた。連合会の場合、県連合会をのぞくと1郡を事業区域とするもの（14を数える）から、静岡県遠州連合会のように1市5郡を事業区域とするものまで存在したが、ほぼ広区単営組合と同様の状態であった。しかしながら、広区単営組合のほうが相対的にみて人口

集住地域、「市」をより多く事業地域に含み、「都市」型、「都市-農村共生」型であったといっただろう。さらに、くりかえしになるが、医療事業の利用状況を確認したことから明らかなように広区単営組合と連合会とではその利用状況に大きな違いがあり、広区単営組合のほうが地域社会に広く医療諸資源を配分しており、組合員の医療へのアクセスを保障し、組合員の医療・健康問題への関与が一層すすめられ、それらを通じて、また保健活動や保健教育を通じて、組合員の健康管理能力が高められていった。それは同時に組合員アイデンティティを高めることにもつながった。

小 括

これまで、広区単営組合の外形的特徴のいくつかを四種兼営組合および連合会との比較において明らかにしてきた。その作業はいささか煩瑣でもあったので、ここで外形的特徴を本稿全体の論旨との関係で簡潔に整理しておこう。

広区単営組合は、それが登場してくる歴史的状況を反映して、都市地域における俸給生活者や賃金労働者など産業組合運動にとって新しい社会的エネルギーを内包していた。初期医療利用組合である四種兼営組合とは異なる組織形態をとらざるをえなかったのもそれ故であったし、そのことが都市-農村共生型医療利用組合の形成を可能にした要因でもあった。しかも、こうした新しい社会階層のエネルギーは新興消費組合運動などと同様に「協同組合主義的社会改造運動」に通底するものであった。

さらに、四種兼営組合のような総合産業組合とは対照的に、保健医療ニーズにもとづく専門産業組合＝アソシエーションとしての広区単営組合は、その組合事業を成り立たせるためには、規模、資金力、組織力量を高めざるをえなかったし、そのことを通じて組合員の参加およびアイデンティティを向上させ、組合員自らの、そして地域社会の保健力の発達を促していったといっただろう。

こうした意味で、広区単営組合は、黒川泰一のいうように、「土中から躍りだした龍」であったと評してもけっして過言ではないであろう。

注

- 1) こうした「型」規定については、西岡幸泰「現代日本医療編成の特徴」『社会科学年報』第10号、1976年。
- 2) 青森県厚生農業協同組合連合会『組合病院史』1958年、90ページ。有限責任東青信用購買利用組合『東青病院沿革誌』1934年、26-7ページ。
- 3) 中部厚生農業協同組合連合会厚生病院『二十五年誌』1955年、14ページ。
- 4) したがって、鳥取医療生活協同組合『鳥取医療生活協同組合史』上、1991年、20ページの記述（倉吉厚生病院をわが国最初の産業組合経営の総合的病院とする）は、誤りである。
- 5) 細木武彌「昭和病院設立のころ」『須崎史談』14号、14-6ページ。これによれば、1928（昭和3）年の全国産業組合大会（於東京）において、病院創立企画をしている「東青病院組合長岡本正志氏と倉吉厚生病院専務に集まって貰い、色々打ち合わせや連絡を取ることを話し合った」という。
- 6) 東青信用購買利用組合『昭和四年度施設経営一斑』1930年、1ページ。
- 7) 中部厚生連厚生病院『二十五年誌』5ページ。
- 8) 細木武彌「医療合理化と組合医療」『医療組合運動』11号、1933年4月15日、1ページ。

- 9) 「東京医療利用組合設立趣意書」『東京医療生協五十年史』1982年, 所収。
- 10) 黒川泰一『保健政策と産業組合』三笠書房, 1938年, 174ページ。
- 11) 賀川豊彦『医療組合論』『協同組合の名著 九』家の光協会, 212ページ。自治という点については倉吉厚生病院設立趣意書にも「自治応用の自由に立脚して済世保健の実を挙げ」という文言がみえる。
- 12) とりあえず, 東京医療生活協同組合, 前掲書を参照。
- 13) 黒川泰一, 前掲書, 174ページ。
- 14) 同上, 182ページ。
- 15) 賀川豊彦, 前掲書, 262ページ。
- 16) 高橋新太郎『農村医療事業の経営』産業組合実務研究会, 1941年, 56ページ。農林省「医療利用組合の情勢と特色」(1936年)参照。1937年9月に産業組合中央会によって策定された「第二次産業組合拡充三ヶ年計画」においては「医療利用組合事業は連合会組織により行なうをもって原則」とあり, 「既設の郡又は郡区域以上の広区域医療利用組合は成るべくすみやかにこれを連合会組織に改組すること」と明記されている。しかし, 1935-6年に岩手県において既存の医療利用組合すべての岩手県医薬購買販売利用組合連合会への改組を指導した, 当時県産業組合主任官であった佐藤公一によれば, 1935年の全国道府県産業組合主任官会議において連合会形態による病院事業への統制という考え方を報告した際, 法律違反などの声が盛んであったという。農林省当局においてもこれが合法であるか否かは必ずしも明確ではなかったが, 違反ではない旨をやっと宣明したという。農林省の方針——連合会形態およびそれへの改組方針——が確定するうえには, 岩手県の経験が大きく影響した。全国厚生連『協同組合を中心とする日本農民医療運動史』1968年, 154-5ページ。
- 17) 細木武彌, 前掲。
- 18) 中部厚生連, 前掲書, 4ページ。
- 19) 全国厚生連, 前掲書, 133ページ。ここで「近代的」というのは「農民, 勤労大衆の自主的協同」による医療保健施設利用という「新しい形態の社会事業」であるということ, そして「農民, 小市民の経済的負担の軽減」「保健活動の積極的自主化」が内容として含まれている。以下の「外形的特徴」でもみるように, 旧来の血縁的, 地縁的共同体に対して, 人々のニーズにもとづく自主的協同=アソシエーションたる質をもつこと, すなわち「自主, 協同, 創意」の協同組合としての質をもつことや, それに相応しい組織形態, 組織民主主義などが「近代的」の内容を構成するとすべきであろう。
- 20) 財団法人中央社会事業協会社会事業研究所『現代保健・医療並救療問題検討』(松村義朗著), 1937年, 91ページ。
- 21) 農林省文書, 1932年「産業組合組織による医療組合の効果」全国厚生連, 前掲書, 200ページ。1936年「医療利用組合の情勢と特色」同上書, 223-4ページ。
- 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, 1975年, 159ページ。「産業組合の活動が物の経済一辺倒から人間の生命を守るというヒューマンイズムの活動を重視する方向への発展が促され, また従来の生産者の組合から生活協同組合的性格の強化が志向される結果となった。」
- 23) 黒川泰一『保健政策と産業組合』175ページ。高橋新太郎, 前掲書。
- 24) 蓮池公咲『産業組合系統組織に於ける医療利用事業発展の動向』『医療組合』第2巻第1号, 1938年1月, 2-6ページ。
- 25) 全国厚生連, 前掲書において, 高橋新太郎は「連合会組織ともなれば, 民衆と医療機関との関係が離れ医療技術者と民衆との親和を喪失」することへの危惧, 「協同組合のもつ有機的精神的機能を喪失し, 理想の具現になにも役立たない結果をきたす」危惧があったことを指摘している。(226ページ)。高橋はこの危惧を否定しているが, はたしてどうであろうか。組合員の組合アイデンティティの確立の問題として検討すべき課題であろう。
- 26) 鈴木真洲雄は, 1931年にジュネーブで開催された国際連盟保健部欧州農村雇主会議「農村地区に於ける医療制度の組織化並びに保健施設の根本原理」において採択された「中枢となる総合病院を核としてその周囲に衛星のように診療所を設置するネットワーク組織」を「農村医療中枢機関」として紹介した。また, 「公共医療施設——農村医療制度の主要提案——」「産業組合」も参照。
鈴木真洲雄については, 渡部勇吉『生協の先駆者 鈴木真洲雄』無明舎出版, 1991年に詳しい。
- 27) 産業組合中央会『第六回全国医療利用組合及同連合会調査』(昭和13年度), 1ページ。

〈付記〉

本稿は, 文部省科学研究費補助, 1988年度奨励研究C「戦前都市社会事業の発展と『中間層』の『生活協同化』に関する研究」, 1989年度奨励研究C「(準)戦時体制下での人的資源政策と農村保健運動の展開過程に関する研究」,

1991年度, 1992-3年度一般研究C「協同組合による医療事業の展開過程についての研究」の研究成果の一部である。

(1994年3月14日受理)