

都市一農村共生型医療利用組合運動とその時代

青 木 郁 夫

目 次

- I 「生活者」と生活の「価値化」
- II 生活の協同化としての消費組合的購買組合運動の展開
 - 1. 市街地購買組合運動の発展
 - 2. 市街地購買組合の社会階級的特徴
 - 3. 消費組合運動の発展段階と医療利用組合
- III 実費診療所運動と医療利用組合
 - 1. 「医療の社会化」運動としての実費診療所
 - 2. 医療経営の近代合理化としての実費診療所
- IV 無産者診療所運動と医療利用組合
 - 1. 無産者診療所運動の発展過程
 - 2. 無産者医療同盟の事業
 - 3. 無産者医療同盟の組織とその規模
 - 4. 無産者医療同盟と医療利用組合
- V 健康保険法と医療利用組合
 - 1. 労働保険としての健康保険の成立
 - 2. 健康保険にともなう費用負担
 - 3. 健康保険による医療アクセス保障
 - 4. 健康保険と医療供給システム
- VI 小括

I 「生活者」と生活の「価値化」

芥川龍之介は1927年に「文芸的な、余りに文芸的な」を書いているが、そのなかで「近来の造語『生活者』」云々と述べている。芥川が鋭敏な時代認識能力をもち、社会問題に深い関心をよせていたということは、夙に知られている。この芥川がこの「生活者」という概念に注目したことは、彼の脳裏に新たな時代情況のあらわれつつあったことを意味していたといつてよいであろう。この「生活者」なる「造語」がいつこからきたものであるかは明らかではないが、おそらくそれが「都市生活者」や「俸給生活者」という語にも由来するとみてもよいであろう。こうした時代情況認識は有島武郎の「宣言一つ」

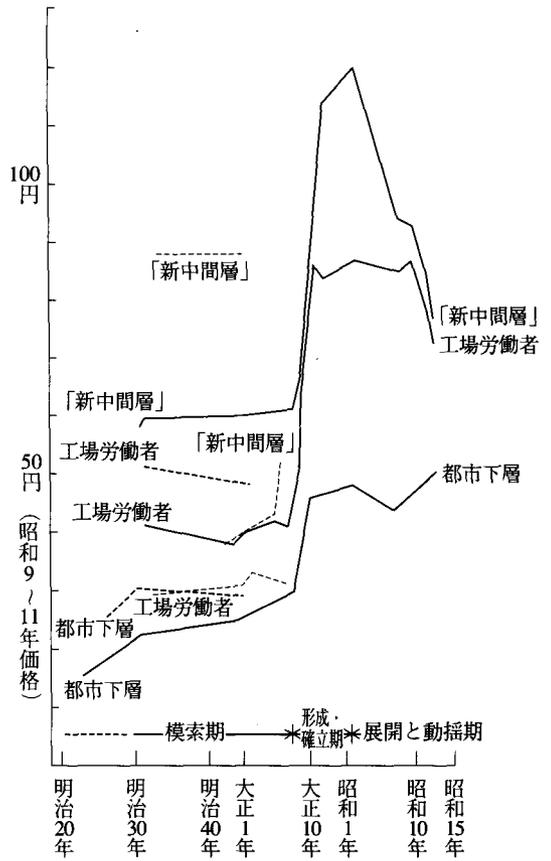
にも表白されているところである。有島はこのなかで「……社会問題、問題として又解決としての運動が所謂学者若しくは思想家の手を離れて労働者そのものの手に移ろうとしつつある事」に注目し、労働者「特に都会に生活」している労働者の存在、動向、運動に着目している。そして、彼ら労働者が「既存の生活様式」にとってかわるべき新しい「自分達の生活と思想」をつくりだしつつあると認識した。芥川も有島も、青野季吉のことばを借りれば、「その聡明のゆえに、彼等のおかれた階級の運命を見逃しはしなかつたばかりでなく、一定の質をもった新時代の到来を感じないではをられなかつた」¹⁾。芥川、有島両者の認識に浮かんだ「生活者」にせよ、新しい「生活と思想」にせよ、いづれもこの時代の変化のある側面を捉えていた。この点を鹿野政直は「大正デモクラシーの思想と文化」(岩波講座『日本歴史18近代5』)において、民衆本位の認識、「生活」の価値化として了解した。「民衆」と「生活」本位の認識はまた、さらに「地域への眼」をもち、都市において「都市の自由への希求」が生み出され、大山郁夫の立論にみえるように「都市生活の根本思想」として「共助主義、社会主義」が提示されたと指摘している²⁾。

さて、「生活」の価値化という場合には、貧困からの脱出という意味での生活問題意識ではなく、市民生活の確立過程およびその内容(日本的諸条件に規定された)と相即の関係にある。したがって、啄木が「食ふべき詩」(1909年)で「生活」の貧しさを憂い、自己および自己の生活を改善することを望み、「田園

の思慕」(1910年)で「安楽 (well being) を要求することは人間の権利である」とした際の「生活」と、「生活者」概念が提起され、それが受容され、多くの人々によって (といっても、とりわけ新中間層によってではあるが) 了解事項とされ、人生のある意味での目標とされる段階の「生活」とはかなりその意味合いは異なるといわなければならない。そのことは、河上肇が1916年に『貧乏物語』で社会の下層における貧困を強烈に世に再認識させると同時に、1917年にアービング・フィッシャーの『如何に生活すべきか』を翻訳することで健康な生活の確立とその享受を問題にしたことを両者の中間に位置付けることになるかもしれない³⁾。もちろん、こういったからとしても、戦前日本の生活が「インド以下的生活」、「アジア的貧困」という語によってあらわされたような全般的な低位にあったことを何ら無視しているわけではない。ただ、これまでの戦前日本の生活研究は大河内一男の理解にみられるように、それこそ灰色に灰色をかさね、暗く塗りつぶすがごとき内容のものが多かった⁴⁾。しかし、近年の研究は薄鼠色を基調としながらも、そこに明暗、濃淡をつけて描き出す方法へと転じている⁵⁾。こうしたなかで、中川清は「都市下層」の分析研究をつうじて「……第一次大戦期とその直後の急激な生活変動を通じて『新中間層』、工場労働者、都市下層は、それぞれの都市生活を急速に形成あるいは確立した。都市生活の形成確立に向かう強烈な勢いは、生活部面に限られず、文化や政治の分野でも多様な試みを出現させ、それらに対する政策を『社会政策』として体系化させてゆく基本的な動力となった」と論じている(図1)⁶⁾。ここでの立論と一致するものであるといえよう。

ここで市民生活の「確立」という場合には、まず①労働生活時間とは区別される生活時間の増大、②生活水準を規定する所得水準とそれによって賄われる素材的生活手段の質と量、それによって作りあげられる生活様式および生活文化の形成、さらに③人々の生活意識、価値観

図1 都市階層世帯の実支出の推移 (東京市を基準)



出所) 中川清『都市の下層社会』勁草書房、1985年 371ページ

の変化、ある意味で生活の享受が人生の目標として意識されるようになること、などを構成要件としている。そして、④そこから生活を改善しようとする社会運動とそれをさせる組織が発生し、発展することもまた、市民生活が「確立」していく際の重要な「構成要件」であるといえる。これらの「構成要件」のそれぞれにとりあえず簡単に触れておけば、①については、工場法(1911年法成立、1916年実施)による女子、児童労働についての労働時間の制限に、そして1919年の国際労働機関(ILO)の第1号条約8時間労働制という「国際的労働基準」の設定とその実現を求める労働組合運動がもたらした所定内労働時間8時間制の採用の開始。もちろん

現実には超過労働時間をはじめ「肉体消磨」的な長時間過密労働が継続したが、戦前の労働時間統計において、この1920年前後から一日平均労働時間が10時間をきり、さらに10年かけてほぼ9時間にまで短縮していく状況があったとされている(表1参照)⁷⁾。一日の労働時間の短

④については、医療利用組合がまさにそれにあたるのだが、同時代における、そのひとつの重要なあらわれとして、この時期に急速に展開されていく「市街地購買組合」、すなわち都市消費組合運動をあげることができる。この点について、項をあらためてみていくことにしよう。

表1 実質賃金および労働時間の歴史的推移

年次	実質賃金 指数	年間総労働 時間	一日平均 労働時間	月平均 出勤日数
1916	12.8	3098	10.12	25.3
1917	11.9	2990	9.52	25.3
1918	11.4	3012	10.00	25.1
1919	12.6		9.54	
1920	15.9		9.54	
1921	17.7		9.54	
1922	19.0			
1923	18.7	3102	9.24	27.5
1924	19.1	3057	9.24	27.1
1925	18.8	3078	9.30	27.0
1926	19.3	3089	9.30	27.1
1927	22.5	3045	9.26	26.9
1928	24.3	3039	9.27	26.8
1929	25.2	3002	9.18	26.9
1930	27.2	2904	9.08	26.5
1931	29.4	2883	9.06	26.4
1932	28.6	2883	9.04	26.5
1933	26.4	2883	9.06	26.9
1934	26.0	2937	8.57	26.9
1935	24.5	2889	9.06	26.9

注) 実質賃金指数は1975年を100とした数値である。

出所) 門脇厚司, 根本博, 平野正宣「生活水準の歴史的推移」316-317ページ

縮には、労働日数の増大が対応し、年間総労働時間数の減少には容易に結びつかなかったが(不況、恐慌の影響はあったにしても)。②、③については、「円本ブーム」や大衆的综合雑誌の流行、映画をはじめとする大衆芸能の隆盛、新聞・ラジオなど各種メディアの発達など「知の大衆化」現象、民芸運動、民俗学にみられる「民衆」の、そして「民衆」自身からの文化の形成、社会科学だけでなく建築学などでも階級的視点からの研究運動が勃興したことを指摘すれば足りるであろうし、さらに文化生活の理論を生活の実際の面に適用しようとした財団法人文化普及会(1922年)の設立は極めて象徴的である⁸⁾。

Ⅱ 生活の協同化としての消費組合的購買組合運動の展開

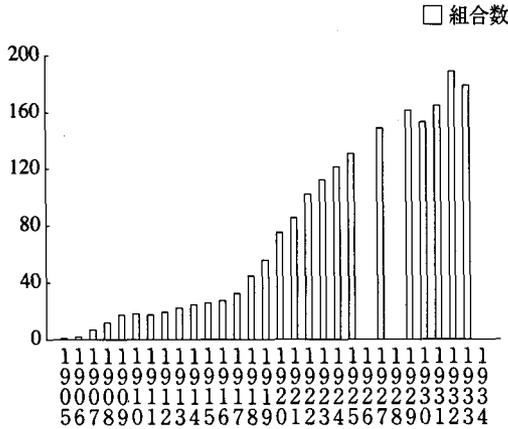
1. 市街地購買組合運動の発展

わが国の協同組合運動、とりわけ消費組合的購買組合運動の歴史的源流をたどれば、おそらく国内および国際的のいくつかの源に達することができるであろう。ここでは、そうした作業を行なうことは必ずしも必要ではない。第一次大戦前後の時期⁹⁾から1920年代、30年代に発展することとなる都市域、すなわち市街地における消費組合的購買組合運動の動向を確認し、もって都市-農村共生型医療利用組合たる広区単営組合が市街地において簇生する社会経済的状况、社会階層的基盤を明らかにすることがここでの課題である。それは「生活の価値化の具体相」としての「生活の協同化」の現実の一端に触れておくことでもある。

消費組合運動がある量的発展を遂げたとき、そしてまた、それを担う社会諸階層に様々な影響を及ぼす状況となったとき、それはひとつの社会的了解の、あるいは社会科学の認識の、さらにまた社会行政(日本の場合にはPolizei=警察行政的質をもったものとしての)の対象とされる。いまここで、消費組合に関する実態調査のいくつかを並べてみれば、消費組合に対する社会的了解の変化や多彩な問題関心をもった調査主体の登場が示す消費組合運動がまきおこした社会問題状況をとりあえず感じとることができるであろう。

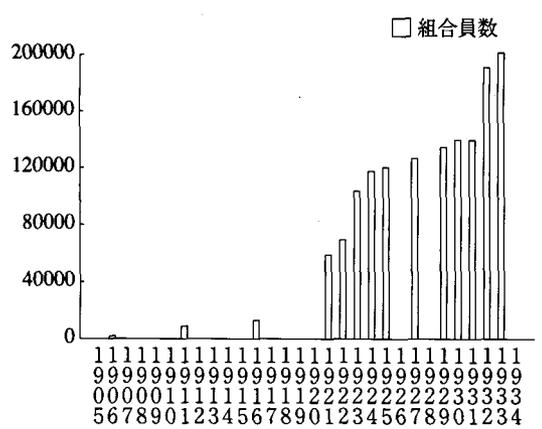
産業組合法によって認可を受けた消費組合的購買組合数および組合員数の推移を図2および図3に示した。1904年に最初の組合が認可を受けたのち、第一次大戦中、とりわけ1918年頃か

図2 市街地購買組合組合数推移



資料) 産業組合中央会『市街地購買組合調査』より作成

図3 市街地購買組合組合員数推移



資料) 産業組合中央会『市街地購買組合調査』より作成

らその数は急速に増加していることが確認できる。こうした状況のなかで、消費組合についての全国的な実態調査が最初にてがけられたのは1920(大正9)年で、大原社会問題研究所によってであった。1900年の産業組合法制定以来、本法によって認可をうけた消費組合的購買組合数もしだいに増加したが、他方で産業組合法による認可をうけず、商法の任意組合のものも多数にのぼった。大原社会問題研究所による当該調査が把握した消費組合数は32道府県177組合であるが、具体的に調査しえた組合数は46組合にすぎなかった。この調査から消費組合にはおよそ5つの形態が析出された。それは(1)一般人、といっても官吏や他の俸給生活者からなる市民消費組合(23組合, 50%), (2)特定官庁の在勤者からなる官吏消費組合(14組合, 30.4%), (3)会社の温情的保護をうける会社内組合(5組合, 10.9%), (4)社会的運動の性格を有する労働階級的消費組合(1組合, 2.2%), (5)仏教や在郷軍人会などの精神的紐帯を基礎とした組合(3組合, 6.5%)である。このことから都市を中心とする消費組合は官吏など俸給生活者を主体としたものであったことが了解できる¹⁰⁾。この調査結果は大原社会問題研究所が発刊する『日本労働年鑑』(1921年創刊)に発表された。『日本社会事業年鑑』ではなく。このことは消

費組合組合員の社会階級の特徴、その社会運動としての質を反映しているといえるだろう。つまり、労働運動が労働組合、政治部面での労働者政党、そして生活部面での協同組合運動の三方面で展開されることを意味している。消費組合運動の発祥の地イギリスがそうであったように、わが国においても1897年の労働組合期成会のもとに組織された労働組合がすでに共働店という名の消費組合をも組織していたことに注目しておく必要があるし、さらに1919年に結成された俸給生活者の労働組合であるサラリーメンズ・ユニオン(SMU)が、翌年には消費組合を設け、共済、職業紹介を行なうとしたことにも注目しておく必要があるだろう¹¹⁾。

21年には農商務省による調査が行なわれ、23年4月には市街地購買組合の発達を図るべく主要都市購買組合協議会を開催している。同年7月には市街地購買組合関係事項を管掌する産業組合中央会は市街地購買組合調査委員会を設け、「我が国の各種組合中其の事業経営の最も困難」で「試練時代」¹²⁾にある消費組合的購買組合について調査研究を重ね、その改善および発達の促進を図った。この調査委員会は産業組合中央会幹部だけではなく、農林省・商工省・内務省(社会局)の関係省庁、協調会、そして共働社、共益社、家庭購買組合(東京)、京都

購買組合、神戸消費組合といった主要な市街地購買組合の理事によって構成された。この委員会の調査研究の過程で、24年には産業組合法によって認可を受けた消費組式的購買組合＝市街地購買組合についての調査が産業組合中央会によって行なわれ、以降継続して調査がなされることとなる。こうした状況把握は産業組合中央会機関誌『産業組合』にも反映され、1927年3月の第257号は「消費組合号」として特集が組まれた。執筆者は市街地購買組合調査委員会を構成した人々であった。中央会会頭の千石興太郎の手になる巻頭言は、「主義と精神の透徹せざる廉売機関視せらるるような消費組合なれば無いが有るに優る」としたうえで「幸いにして一般民衆は経済的にも自覚しだしてきた。又各方面から之れを自覚せしむべき努力が熱烈になってきている」という時代状況把握を示している。そして「此の時代の趨向を指導して終局の目的を達するように努むる」のが自らの役割だとした。

2. 市街地購買組合の社会階級的特徴

さて、1924年調査（調査対象は非認可組合も含まれる）と1927年の調査（第二回市街地購買組合調査、1929年3月刊行）によれば、市街地購買組合の社会階級の分類は、それぞれ198組合、147組合中、(1)一般市民組合、78組合(39.4%)、56組合(38.1%)、(2)俸給生活者を主とする組合、79組合(39.9%)、50組合(34.0%)、(3)労働者を主とする組合、11組合(5.6%)、12組合(8.2%)、(4)会社内又ハ官庁、学校内組合、18組合(5.6%)、16組合(10.9%)、(5)特殊営業者組合、12組合(6.1%)、5組合(3.4%)、(6)その他組合、8組合(5.4%)であった。先の大原社会問題研究所による調査の分類とは異なっているとはいえ、また、産業組合中央会調査自体の分類もやや基準が明確でないように思われるが、この間に俸給生活者主体型組合および労働者主体型組合が増大したようにみうけられる。会社・官庁内組合は職域組合として企業等によって援助をうけていたこともあ

り、より少ない出資金でより多くの組合員を組織し、組合員は消費生活の多くの部面をこれに依存していたことがわかる。それに対して、地域社会において自律的に組織された組合は、一般市民主体型、俸給生活者主体型、労働者主体型の順に所得水準を反映した払込み出資金の状況になっているが、いづれも組織規模（労働者主体型が若干小規模だが）、売却高（購買利用額）に大きな違いはない。

産業組合中央会による市街地購買組合調査では、その後、組合の社会階級の分類は明らかにされなくなる。そこで、手許にある調査報告から組合員全体の社会階級構成の推移をみておこう（表2、表3）。第一回調査のみ分類が異なるが（賃金生活者ということばに注目）、1925年と33年を比較すると、各社会階級の組合員の絶対数はそれぞれ増大しているが、構成比では俸給生活者は42%から28.4%（官公吏教員＋銀行会社員）へ13.6%ポイント減少し、労働者（賃金生活者）は36.5%から21%へ15.5%ポイント減少している。逆に退職者、退役軍人などその他に分類されるものが、7.6%から35.8%へ28.2%ポイントも増大している。これらの調査結果からは、市街地における消費組式的購買組合運動はサラリーマン層や労働者層にひろがっていかなかったかのようにみえる。しかし、これは産業組合中央会による調査の対象があくまでも産業組合法によって認可を受けた市街地購買組合に限定されていたためであるとみてよいだろう。なぜなら、農村における産業組合中心の産業組合行政の対象となることを嫌い、また、官僚的国家統制の対象となることを嫌う数多くの任意組合、とりわけ労働運動・社会運動の一分枝としての消費組合——徳永直の『太陽のない街』を想起——が存在したからである。産業組合中央会調査も「産業組合法ニ依ラザル消費者団体」として1932年11月刊行の第4回調査報告では213団体、1935年11月刊行の第7回調査報告では319団体があげられている。もちろん、これらのすべてが労働者や俸給生活者中心型組合であるわけではないことはいままでのないが。

表2 市街地購買組合組合員の社会階級構成(実数と構成比)

	組合数	俸給生活者		賃金生活者	商業者	工業者	農業者	雑	計
1925	129	50433		43765	10497	5516	664	9071	119946
		42		36.5	8.8	4.6	0.6	7.6	100
	組合数	官公吏教員	銀行会社員	労働者	商工業者		自由職業者	その他	計
1927	147	36941	12240	37302	17037		2950	18718	125188
		29.5	9.8	30.8	13.6		2.4	15	100
1931	163	32806	13838	32533	17595		2587	38810	138169
		23.7	10	23.5	12.7		1.9	28.1	100
1933	177	37129	19512	41869	24965		4329	71477	199281
		18.6	9.8	21	12.5		2.2	35.8	100

資料) 産業組合中央会「市街地購買組合調査」より作成

表3 市街地購買組合の状況, 1927年

	組合数		組合員数	(人)	払出資金	(円)		売却高	(円)		剰余金	(円)
	組合数	構成比	組合員数	一組合員当り	一組合員当り	一組合員当り		一組合員当り	一組合員当り		一組合員当り	一組合員当り
一般市民型	56	38.1	39538	706	874969	15624.4	22.1	5633394	100596.3	142.5	955	17.1
俸給生活者	50	34	35447	708.9	597776	11955.5	16.9	5362764	107255.3	151.3	67690	1353.8
労働者型	12	8.2	6523	543.6	96130	8010.8	14.7	1058295	88191.3	162.2	17518	1459.8
会社官庁内	16	10.9	32730	2045.6	271197	16949.8	8.3	7905308	494081.8	241.5	280866	17554.1
特殊営業者	5	3.4	7371	1474.2	50166	10033.2	6.8	225531	45106.2	30.6	8991	1798.2
その他	8	5.4	3579	447.4	27486	3435.8	7.7	504866	63108.3	141.1	1065	133.1
計	147	100	125188	851.6	1917724	13045.7	15.3	20690158	140749.4	165.3	377085	2565.2

資料) 産業組合中央会「市街地購買組合調査」より作成

3. 消費組合運動の発展段階と医療利用組合

こうした消費組合的購買組合の発展過程を1932年まででみると、「日本消費組合の諸形態の縮図と称せられる」¹³⁾京都市の場合でみると三段階に分けることができる。第1期は1918(大正7)年の米騒動前後の生活不安のなかから中産階級ことに俸給生活者が経済生活の合理化運動として消費組合を設立した時期である。第2期には、キリスト教社会主義からマルクス主義にいたるまでの社会改革思想を背景とした社会運動としての消費組合運動、学生消費組合運動が1928年ごろから簇生し始める。第3期になると、1932年には全国的な無産者消費組合運動の組織化——日本無産者消費組合連盟の結成(3月)——をうけて、京都市でも消費組合運動は「無産者への進出」が前進し、京都家庭購買組合を中心に多くの任意組合を結集した京都消費組合が結成された。

かかる状況において大都市においては都市社会事業が展開されるとともに、社会課等による消費組合についての調査が行なわれた。京都市

社会課による調査(『京都市に於ける消費組合に関する調査』1932年)の場合は、消費組合運動を「少なくとも消費組合の目標とする、統制計画経済、相互扶助精神なるものは、自由主義的な資本主義経済機構の必然的な帰結として齎らされた」と称せられる現下の深刻な世界恐慌期に際して頗る意味深いものである¹⁴⁾と高く評価している。しかし、小売業者など消費組合と利害対立にある業者団体はこれに批判的であり、行政による統制の強化、保護や税制上の特典の廃止、員外利用の禁止などを求めた。例えば、東京商工会議所は1930年の「消費組合に関する調査」のなかで、消費組合的購買組合が将来の発展可能性をもち、中小商工業者にとってやがて「脅威」となり、「一大敵国」となりうるとして、「惟ふに我国消費組合今後の発達は其の経営の良否にかかる会社又は官庁内組合は問はず、俸給生活者、市民組合にして役員給料、配達費等の人件費の節約、労働者組合の組合員数の増加、各組合間の連携による共同仕入等経営の改善を図るに於いては小売商人は将来

其競争を受けて苦しむざるを得ないのは明白である¹⁵⁾と結論付けている。調査報告のなかでは、実際に消費組合（現在のコープこうべの前身のひとつである灘購買組合）との間で紛争となり、地元小売り商が商業振興会を組織し、共同仕入などで対抗した例もあげられている。さらに、社会改革をめざす社会運動としての消費組合、労働運動と提携した消費組合は、治安警察、思想取締の対象とされたことは、司法省、特高警察の各種の資料に明らかである。

このようにみえてくると、医療利用組合の第2期、すなわち広区単管組合時代は、まさに京都における消費組合の発展段階の第2期以降に対応している時期であり、それはわが国における協同組合が中産階級から労働者階級へと発展するなかで、新たな社会的な発展基盤を獲得していった時期であったといえる。

Ⅲ 実費診療所運動と医療利用組合

1. 「医療の社会化」運動としての実費診療所

中間層の形成、とりわけ俸給生活者からなる都市中間層の形成とその生活問題（ここには労働者階級も含まれる）という歴史状況と、開業医制を中核とする日本の医療制度を改革し、医療を社会的に均霑することで民衆のものとするという医療運動（当時、「医療社会化運動」といわれた）という文脈において、実費診療所をとりあげておく必要があるだろう。実費診療所について詳細に論ずることは、別の機会に譲らざるをえないが、「実費」を名称に入れた医療機関はのちに触れるように、歴史的には、設立主体として公私を問わずさまざまなものが存在することになるが、ここでとりあげるのは、1911（明治44）年に内務省によって設立認可された社団法人実費診療所である。他の実費診療所は、(社)実費診療所が展開した医療社会化運動の社会的影響のもとに設立されたものである。

(社)実費診療所は、かつて新聞記者として都市下層社会を描いた「大阪府名護町貧民窟視察記」を著し、王子製紙専務取締であった呑天鈴木梅

四郎と、幸徳秋水ら社会主義者と交わり自らも第2インターに参加したことのある加藤時次郎¹⁶⁾の両名によって創設された。時はあたかも大逆事件後の人心収攬を意図した「施薬救療の大詔」が発せられた時であった。この「大詔」をうけて、政府は施薬救療機関である済生会を設立するが、鈴木は「大詔」の精神は、済生会の如く救貧施策では不十分であり、防貧施策を必要とすることを意味しているのであって、それによって国家社会の要素たる中等階級、とりわけその下層（中等貧民）の独立自尊心を傷つけることなく医療を施し、もって相互扶助と自治独立の精神を涵養し、健全な発達を図ることが、国家社会の発展にもつながると理解した。鈴木梅四郎の思想のなかには、国家と社会とを相対的に区別し、明治期の国家の発展が必ずしも社会的貧困の問題を解決するものではなかったこと、そして「封建の主従関係に基調する慈善事業」とは異なる社会政策、社会事業を確立することの必要性についての認識があった。この場合、彼が「社会政策」として意味することは「人民が、人民の為に、人民相互によりて行なう社会的貧困の防止並びに救済策」であり、それは、「事業の経済的基礎を多く共労共營（Co-operation）に置く」ものである¹⁷⁾。このCo-operationには注目しておいてよい。なぜなら、鈴木梅四郎は「薄給者の境遇」（1912年）と題する講演において、人口の8割をしめる薄給者の境遇を改善する方法のひとつとして、「上等社会の信用ある人々のやっている」「共同購買組合」を組織して「相当な値段」でものを購入できるようにすること、そして信用組合をつくることを提起し、薄給者の生活の共同化の必要性を説いているからである¹⁸⁾。さて、(社)実費診療所の目的は定款に明らかである。その第一条に「日収金一円五十銭以下ノ官吏、公吏、教師、事務員、番頭、労働者、此等ノ家族及学生等ニ対シ実費ヲ以テソノ疾病傷痍ノ診療ヲナスコト」が目的として明示されている（1935年現在）（表4）¹⁹⁾。ここで、実費というのは無料である救療や通常価格の割引という意味では

表 4-1 職業別利用状況

	1912		1915		1920		1925	
	実人数	構成比	実人数	構成比	実人数	構成比	実人数	構成比
官公吏	688	3.5	2349	2.1	5265	2.9	8677	3
銀行会社員	1442	7.4	4483	3.9	11434	6.4	22022	7.6
学生	1455	7.5	7354	6.5	15442	8.6	18232	6.3
商人	4093	21	22788	20.1	46630	26.1	91867	31.5
職人職工	3733	19.2	14812	13	43385	24.2	61921	21.3
労働者	937	4.8	2827	2.5	10485	5.9	14829	5.1
事務員雇人	2854	14.7	11493	10.1	16038	9	23012	7.9
技術者	100	0.5	612	0.5	1389	0.8	3011	1
自由業者	129	0.7	450	0.4	1022	0.6	3120	1.3
農業	167	0.9	942	0.8	2658	1.5	4632	1.6
無職	3421	17.6	43659	38.4	20396	11.4	32932	11.3
船員	369	1.9	1382	1.2	3211	1.8	3209	1.1
芸人	26	0.1	246	0.2	622	0.3	740	0.3
軍人	6	0	77	0.1	75	0	152	0.1
雑業					822	0.5	2521	0.9
外国人	42	0.2	201	0.2	80	0	320	0.1
合計	19462	100	113704	100	178954	100	291197	100

資料)『社団法人実費診療所の歴史と事業』第3巻

表 4-2 職業別利用状況

	1928		1930		1935	
	実人数	構成比	実人数	構成比	実人数	構成比
官公吏	5011	1.3	5214	1.3	3252	0.9
官公署雇人	4324	1.1	2121	0.5	1352	0.4
会社従業員	24938	6.5	25547	6.2	30440	8.3
会社雑役人	17222	4.5	14190	3.4	15982	4.4
土木建築職	8628	2.2	4970	1.2	4627	1.3
職人従弟	55515	14.5	42049	10.2	25938	7.1
商人行商人	58202	15.2	44453	10.8	33527	9.1
農業	4019	1	4151	1	4930	1.3
工場労働者	7150	1.9	5608	1.4	5665	1.5
通信交通	5037	1.3	5759	1.4	799	0.2
自由労働者	6310	1.6	5431	1.3	1864	0.5
家庭使用人	16253	4.2	29451	7.2	21053	5.7
自由業者	2498	0.7	2479	0.6	1587	0.4
教師	796	0.2	826	0.2	710	0.2
学生	13126	3.4	11649	2.8	7371	2
技術者	934	0.2	639	1.2	241	0.1
船員	3151	0.8	3054	0.7	2918	0.8
漁業者	382	0.1	150	0	80	0
軍人	125	0	138	0	76	0
芸人	1208	0.3	814	0.2	515	0.1
被扶養人	142142	37.1	195883	47.6	197963	54
その他	4922	1.3	1695	0.4	465	0.1
無職	1658	0.4	5358	1.3	5229	1.4
計	397950	100	411629	100	372886	100

資料)『社団法人実費診療所の歴史と事業』第3巻

なく、「労働対報酬」(fee for service) 関係からする価格を意味している。それは、医師会規定料金よりもはるかに安価であった(診察料無料、薬価や処置料はほぼ3分の1程度)。但し、内務省による認可に際して、料金は制限されていた。事業が開始されるや中等階級を中心とする国民各階層に圧倒的な社会的反響をよびおこし、東京京橋区の本

部(11年9月)に続き、12年3月には横浜支部が、7月には浅草支部が、14年2月には神田支部が、同年11月には大阪支部が設置され、それぞれ事業を開始した。さらに、名古屋、明石、松本、小樽、京都などで支部設立要請がされる状況が生まれた。しかし、他方では日本医師会を中心とする開業医集団からの自らの経営を守ろうとする猛烈なる攻撃のもとに曝されることとなった。この反実費診療所運動は医療衛生官庁たる内務省を動かすこととなり、15年の内務大臣の追加命令(設立および変更にあたっては、申請書類を整え認可を受けることを命じたものだが)は事実上支部診療所の新設を禁止することを意味していた。そのため、名古屋以下の支部新設は認可されず、本部を含め5医療機関に制約されることになった。(社)実費診療所の拡大=チェーン展開は阻止されてしまったが、これが推し進めてきた医療社会化運動、すなわち医療を社会的に均霑し、医療保障を確立し、「医療国営」を展望した運動は、公私の各種の「実費診

療所」(地方自治団体が設立したものは19年ごろから31年までに85ヶ所にものぼるし、これを含めて「実費診療機関」は全国で314ヶ所に及んだ。また通信省簡易保険局による補助事業の対象ともされた)をうみだすことに帰結していったし、また、済生会、日赤といった救療機関もそれが中等貧民の自尊心を傷つける(スティグマ)などの弊を悟り、一世帯三人で月収40-50円程度の者は「小額自弁」患者とするなどの変化を引き起こした。このように、(社)実費診療所は中等階級下層に医療を均霑させるという意味において極めて重要な歴史的役割を果たしたとあってよいし、「医療革命の旗手」として(社)実費診療所を評価しうる面は確かにあったとあってよい²⁰⁾。

2. 医療経営の近代合理化としての実費診療所

(社)実費診療所およびそれが展開した「医療社会化運動」をめぐる評価としてとりあげるべき論点は、川上武(『現代日本医療史』)のものである。川上はこれを「薄利多売方式」の医療＝医療費のダンピングであり、医療社会化運動は医療費問題の負担を開業医に転嫁するものであるとした²¹⁾。確かに、薬価治療費が「低廉ナラザレバ」多数の中等貧民の患者を吸収できないし、「患者多数ナラザレバ」定款第一条の目的に明示した中等貧民に対する実費診療(救済的施療としての)をなしえないのであるが、(社)実費診療所はけっして「利」を求めたる営利的医療機関ではなく、「公益事業」として「非営利医療機関」であった。この「薄利多売」という評価は、唯物論全書『社会医療』を著した宮本忍での、そして東京医療利用組合および全国医療利用組合協会主事の黒川泰一の著作での評価を引き継いだものであるが、そもそもこの評価は医師会による攻撃文書中にあらわれたもので²²⁾、言外に「安かろう、悪かろう」であろうとの心が読めるものであった。それは、医師会協定料金が「社会的に妥当な」サービス価格、料金であるという前提からする非難であった。(社)実費診療所の料金は先に述べたように「労力

対報酬」関係から社会的に規定された価格付けを基礎としながらも、内務省によってさらに低い水準で指示、指導されたものであった。そうした価格によって十分に医療経営が成り立った。収支状況を見ると、創業第二回決算と関東大震災・火災による被害をうけた時を除けば、毎決算毎に剰余をうみだした。単年度収支でみた剰余率(剰余÷収入)は関東大震災以前の時期には5~10%の水準であり、当時の一般的な病院経営の実態は明らかではないが、この剰余率は、料金が内務省によって規制されたなかではそれなりの水準であり、「薄利」とはいえないのではなかろうか(表5)。その後、剰余率は遞減していき3%を下回るようになる。こうした剰余率が可能になったのは、(社)実費診療所が近代的経営合理性思想、もつとえば資本主義的経営効率思想を医業経営にもちこんだからであった。当初から資金、経営管理事務は鈴木が、医務は加藤が責任を分担したように、医業経営におけるtwo lines of authorities(二重の権限関係)を確立し、両者の相対的自律・分業と協業関係、その緊張関係によって高い医療水準と合理的・効率的経営管理を実現したからである。川上が暗に述べようとしたような労働条件の低位性が経営を成り立たせたのではなかったことは、従業員に対するprofit-sharing(剰余分与)、共済制度や夏期の診療時間延長期でも午前・午後の二交替制で6時間30分という勤務時間²³⁾からもうかがわれる。逆に、医師会の協定料金は中等階級には明らかに高価であり、これらの階層の医療利用を制約していた。これは、開業医が患者の経済状態によって料金の割引を行なったり、実費診療所に対抗してこれらの階層についての規定料金を大幅に引き下げたこと(神田区医師会は月収40円以下の戸主、家族および学生に対する料金を3分の1減額した)²⁴⁾ことにもあらわれている。

(社)実費診療所はその創立の時からある種の「社会的相互扶助」をめざしたものであったが、それは事業経営が成り立つことを前提としたものであり、現金主義が貫かれたように受診者が

支払い能力を有することを前提としたものであった。確かに多くの人々の輿望を担ったものであったし、鈴木梅四郎が共労共営 (Co-operation) を掲げてもいたが、それは利用者を組織することもなく、ましてや保健共済システムをもつこともなく「相互扶助」としての実質も形式も十分に備えたものではなかったし、結局各界の名士が名を連ねた法人会員や法人運営者の「善心意図」にもとづくものであって、中等階級が自ら参加し、行なうものでなかった。その意味で大衆の支持を組織するものではなく、大衆自らが健康管

理能力=保健力を発達させるものへと発展していく契機も内包していなかった。したがって、防貧、救済といっても、受診者が有する現状の支払い能力に依存したものであって、その支払い能力を高める要因をそれは含んでいなかったし、「施療」的側面が強かったともいえる。ただ、ここで付け加えておきたいのは、鈴木梅四郎が蒔いた実費診療所運動の種は、社団法人実費診療所をこえて生えひろがり、さまざまな花を咲かせたし、そのなかには岩手県の広区単営医療利用組合のいくつかが全国労農大衆党などの無産党運動を背景として設立された無産者実費診療所運動から発展したものであったことである²⁵⁾。

表5 (社) 実費診療所経営実績 (単位, 円)

年度	収 入	支 出	差引剰余	寄 付 金	備 考
1911	2,714	1,124	1,590		
1912	24,589	25,706	-1,117	4,086	
1913	51,810	47,460	4,350	3,339	
1914	75,139	67,483	7,657	245	
1915	127,729	116,239	11,490	532	
1916	132,101	120,954	11,149	1,913	
1917	168,326	152,624	15,702	262	
1918	196,749	193,953	2,795	580	
1919	262,816	247,023	15,794	16,366	
1920	362,688	344,058	18,630	350	
1921	475,085	450,271	24,814	100	
1922	656,275	629,141	27,134	100	
1923	629,437	591,314	38,123	200	震災損失のための会計処理後の欠損 52,703円
1924	561,617	537,127	24,490	30,160	同上 17,820円
1925	820,674	793,800	26,874	160	同上 9,054円
1926	916,962	882,486	34,476	270	
1927	944,107	904,714	39,393	払戻 1,000	
1928	1,038,826	999,318	39,508		
1929	1,119,373	1,081,479	37,894	420	
1930	1,086,515	1,050,580	35,935	100	
1931	1,025,976	994,101	31,876	40	
1932	1,014,309	987,736	26,573		
1933	1,028,221	998,925	29,296	620	
1934	1,036,264	1,006,432	29,832		
1935	1,049,856	1,019,901	29,945	累計58,824	

資料) 「社団法人実費診療所の歴史と事業」第3巻

IV 無産者診療所運動と医療利用組合

俸給生活者層や労働者層の健康および医療問題を考えていくにあたって、この時期、すなわち、昭和初年代において医療利用組合につらなる医療運動、しかも、医療を人々がわがものとする医療民主化運動としての質をもつ無産者診療所=無産者医療同盟運動をとりあげておかなければならない。この運動は、従来、現在の全日本民主医療機関連合会 (民医連) の歴史的先行者として、しかも、共産党によって指導された、明確に「階級的」政治方針をもったものとして評価され、「中間層」を主体とする医療利用組合とは一線を画すものとされてきた。確かにその通りなのであるが、無産者医療同盟が「協同組合」としての質を内包したものであり、運

動のある時点において医療利用組合運動の左翼に自らを位置付け、それによって「協同組合」による医療事業の展開＝住民・地域の保健力の担い手として成長する可能性を秘めたものでもあった側面が十分に検討されていないこともまた事実である。実は、この点の評価があいまいであることが、無産者医療同盟運動の意義とその限界を明示しきれない重要な要因になっていると、わたしには思われる。いささか性急に結論めいたことを提示してしまったが、本論考の文脈に関わるかぎりにおいて無産者医療同盟運動を概観しておこう。

1. 無産者診療所運動の発展過程

無産者医療同盟・無産者診療所運動は、第一回目の男子普選による総選挙で京都二区から選出された労農党代議士山本宣治が暗殺されたこと（29年3月5日）を契機として始まる。山本暗殺はただちに無産階級運動からの反撃をひきおこすが、そのなかに山本虐殺記念病院設立運動があった。これはただちに、28・3・15の日本共産党を中心とする労働および社会運動への弾圧を記念する「解放運動犠牲者救援会」の事業、労働者農民の病院設立運動に一体化した。この運動は、資本主義社会とそのブルジョア医療制度のもとで「我々の健康は誰からも保障されていない。我々の病気を治すためには我々自身の病院を持たなければならぬ。労働者農民の健康は労働者農民自身の組織が保障せねばならない」²⁶⁾という考え方のもとにすすめられた。病院設立はそのものとしては成功することとはならなかったが、同じ思想のもとに自覚的な医師など医療専門職者による無産者に依拠した医療機関の設立が東京の一角からおこった。それが1930年1月に設立された大崎無産者診療所であった。この運動はすぐに全国化し、各地で診療所の設立および支部準備会作りがすすめられていった。こうした運動を集約して1930年10月には全国無産者医療同盟創設のための第一回大会が東京で開催された。統一された指導部をもつことによって、運動は量的にも質的にも一層

の高みに到達した。その後、33年までの執拗にくりかえされた激しい弾圧によって中央の指導部が解体されるまでが、無産者医療同盟の輝かしい歴史であった。33年1月にはいくつかの労働組合、農民組合、消費組合、文化団体の支持を受けながら無産者中央病院設立も計画されている。もちろん、34年以降においても青森県八戸、大阪府東成の各診療所がしばらく存続したし、新潟県におけるように広範な農民組合の組織を基礎に医療利用組合として構成されたものは農業会への農村組織の全的統合まで存続したのであるが。全日本民主医療機関連合会がまとめた『民主医療機関の先駆者たち』（増岡敏和著、1974年）をもとに、診療所をもって活動した医療同盟支部を図4に示した。これによれば、東京6診療所、大阪1病院6診療所はじめ、10府県に1病院24診療所が存在した。その多くは都市部に展開したものであった。診療所をもてなかったが、医療同盟の支部準備会あるいはこれに準ずるものを組織した地域もいくつかあった（表6）。

2. 無産者医療同盟の事業

無産者医療同盟は何をめざし、どのような活動を展開したのであろうか？ 端的に言えば、営利主義的ブルジョア医療制度を打破し、ソビエト医療制度を意味するプロレタリアート医療制度を構築することこそ無産者医療同盟がめざすところであった。日常活動および運動は「行動綱領」に示されており、それは各種医療サービス料の値下げ、医療費負担の軽減といった営利主義的医療制度に対する闘争、「婦人および青年労働者」に対する保護的労働基準の確保をはじめ、安全で衛生的な労働条件の整備をちとる戦いから、「政府資本金全額負担」の健康保険や養老保険などを求める社会保障制度要求、ソビエト医療制度についての研究・紹介²⁷⁾にまで及んだ。また、科学的医学・医療知識の普及（このなかには「産児制限」運動＝プロレタリア BC (Birth Control) との共同活動も含まれる）や家庭看護・家事援助などの相互扶助の

図4 無産者診療所活動状況年表

	診療所名	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941
青森	八戸		=====	=====	=====	=====	=====						
群馬	高崎民衆			==									
千葉	北部		==	=====	=====								
	茂原			=====	=====								
東京	大崎	=====	=====	=====	=====								
	青砥	=====	==										
	亀有		=====	=====	=====								
	江東			==									
	城東				=====								
	南葛					=====							
新潟	五泉				==	=====	=====	=====	=====	=====	=====	=====	=====
	葛塚					==	=====	=====	=====	=====	=====	=====	=====
	本田						==	=====	=====				
山梨	岳北		=====	=====									
静岡	浜松市民			==									
愛知	名古屋中央病院			=====	=====	=====							
京都	洛北		?=====	=====									
	福知山				=====								
大阪	大阪		=====										
	三島		==	=====	=====								
	西浜		?=====	=====?									
	公衆病院			=====									
	片町				=====?								
	東成				=====	=====	=====	=====	=====	=====??			
	築港						??=====	=====??					

資料) 全日本民主医療機関連合会『民主医療機関の先駆者たち』1974年より作成

表6 無産者医療同盟組織実態 (1932年6月)

支部, 準備会名	事務所所在地	診療所名	同盟員数
東京支部準備会	東京市外下大崎279	大崎無産者診療所	592
	市内本所区錦糸町1-19-4	江東無産者診療所	
	市内亀有村亀有980	亀有無産者診療所	
大阪支部	大阪市此花区茶園町96	西野田無産者診療所	500
	大阪府下地下道筋(吹田町)	三島無産者診療所	
		西成無産者診療所	
		諸根医院	
仙台支部	仙台市東二番町12	鈴木茂利美	49
上小支部	上田市馬場町		130
愛知支部準備会	名古屋市中区小針町1-1		11
山梨支部準備会	山梨県南都留郡福地村吉田	山梨無産者診療所(休)	260
千葉支部準備会	千葉県印旛郡豊住村	千葉北部無産者診療所	125
新潟南部無診準	新潟県中蒲原郡川東村中川		580
若手花巻無診準	若手県花巻町花巻消費組合		
青森五戸無診準	青森県五戸町五戸消費組合		
徳島支部準備会	徳島県寺島町定普屋敷		
横浜支部準備会	横浜市中区二葉町1-1		
以下準備会をもたぬもの	秋田市田町秋田消費組合内		
	広島市入船町64-2		
	広島市材木町昭和シネマ西		
	兵庫県三原郡賀集村八幡		
	沖縄県口頭郡大宜味村消費組合		
	佐賀県鳥栖郡藤木全農福佐連合会		

資料) 日本無産者医療同盟「第2回拡大中央委員会報告」1932年6月27日

7を示そう。無産者診療所が自ら掲げた医療をおこなおうとすると財政的には極めて困難な状況がうまれざるをえなかった。そのため「これでは何日迄たっても真に大衆の医療施設としての無診の拡張は望めない」という嘆きのこえが聞こえてくるし、「三島無診の患者で薬価を値上げしろという人もあった」²⁸⁾。

組織化などの日常活動も提起されていた。診療所での日常の活動は「窮乏せる労農大衆に対する安価な診療, 正しい医業」に集約されるが, あわせて労働者農民救援活動としての運動弾圧犠牲者救援, ストライキ支援, 災害救援, メーカー支援などの救援活動が求められ, 実践された。日常レベルでの診療所活動の水準を知ることがりとなる十分な資料は, 川上武編『医療社会化運動の道標』(勁草書房, 1969年)などわずかなものしか残念ながら手許にはない。診療所の日常的な経営実態のほんの一例として, 表

表7 無産者診療所経営実態 (1933年)

無産者診療所	月	日数	患者数	診療収入	未収	一日患者	一日収入	一月支出
東京大崎	2	28日	1438人	684.78円	24.45円	51人	24.47円	701.51円
	3	31日	1497	752.36	23.30	48	24.27	768.38
	4	29日	1544	696.11	24.00	53	24.00	783.51
亀有	2	26日	622	329.30	12.81	24	12.69	279.85
	3	29日	648	345.70	13.90	23	11.92	377.46
	4	27日	598	292.36	6.28	22	10.83	292.36
大阪三島	2	24日	805	310.20	24.18	33.5	12.93	229.55
	3	27日	832	343.27	29.86	30.5	12.71	428.68
	4	25日	702	249.40	14.07	28	14.07	230.52

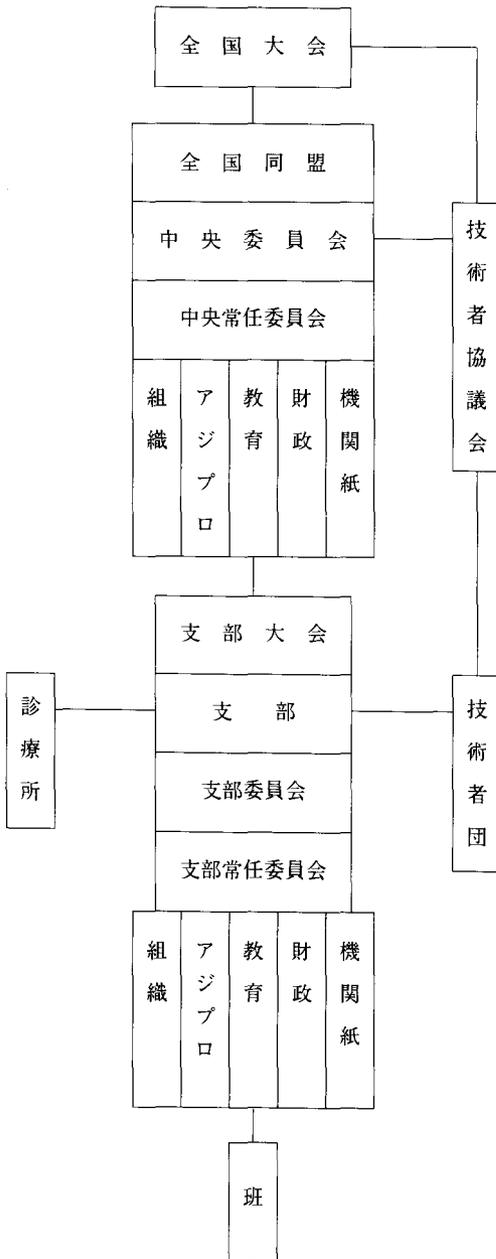
資料) 日本無産者医療同盟『我らの医療』No.23, 1933年7月10日

3. 無産者医療同盟の組織とその規模

医療同盟は図5のような組織形態をとっていた。ここでわれわれが目目しておかなければならないのは, 同盟員を基礎単位組織である『班』に組織していたことである。それは今日わが国における生協運動組織の一特徴点をなすものであり, 医療生協においても「班」は組合員自らの健康管理能力を発達せしめる自主的保健運動を展開する基礎単位として位置付けられているからである。しかも, 医療生協が「班」組織を確立することになるのは1964年から69年にかけての組織研修会においてであったとされてい

るからである。医療同盟の組織の基礎単位として「班」が組織されたのは, 同盟支部の形成に際して各地の消費組合が基礎とされたり, 密接な協同関係をもったこと, 中央レベルでも日本消費組合連盟などが医療同盟を構成する一団体であったこと

図5 無産者医療同盟組織図



からきている。無産者消費組合は、その基礎組織として「班」をおいていたからである。

「班」は規約によれば——ここでは大阪支部規約（草案）によれば、「本支部ハ本支部ニ——加入スル個人ヲ其働ク場所，居住地ニ応ジ，工場班（職場班），部落班（農村班），地区班（筆者注——小市民層，他の支部では街頭班）ニ組織ス」ることになっていた。班は単なる末端組織，細胞としてではなく，巡回診療の拠点でもあり，そしてなによりも各種の保健衛生活動を通じて，同盟員自らの保健力発達の基礎単位として存在していた。班活動について第2回拡大中央委員会（32年6月27日）は，次のように定式化した。(1)班に世話役を作り，診療所の従業員と密接な連絡をとり，薬代，治療代の未納のとりたて，工場内の衛生に関する調査等を行なう。同盟費の徴収も行なう。(2)班において座談会を開き，医療の話，無産者診療所の研究，衛生講話等を行なう。他の診療機関のインチキを暴露し，班員の獲得，組織の拡大を図る。(3)ニュース記事は班員より集め，ニュースを大衆のものとなす。ニュースを大衆組織者としての役割を果たさせること。

さらに，医療同盟の周辺に，医療同盟，無産者診療所を政治的および経済的に支持する人々を維持会員として「友の会」に組織した。

医療同盟の組織の全容を明らかにすることは極めて困難であり，各支部ごとに同盟員数を正確に把握することすら難しいが，第2回拡大中央委員会報告によれば，おおよその組織規模は，同盟員数は約2000名であり，機関紙に準ずる「医療同盟ニュース」の発行部数でみると，11号（32年6月10日）が1100部発行されている²⁹⁾。

4. 無産者医療同盟と医療利用組合

無産者あるいは俸給生活者による医療運動は多様なかたちで存在していた。1932年の全国医療組合協会による調査でも産業組合法によらざる「医療利用組合」として，日本無産者医療同盟（品川区）をはじめ34組合があげられている。これらのなかには「無産政党」社会民衆党ある

いは労農大衆党による診療所、たとえば、大阪社会民衆保健組合社民病院などもあった。したがって、無産者医療同盟が自らの位置を歴史的に、また社会的にどのように規定していたか、ここでの関心からいえば、医療利用組合との位置関係をどのように考えていたかが問われなければならないであろう。このことは、現在時点から評価する場合にも必要な視点である³⁰⁾。

無産者医療同盟はその創立時から、実費診療所や「社会民主主義的医療機関」をあたかも自らが「階級的医療機関」であるとして人々を欺瞞し、「ブルジョア医療制度」を擁護するものとして排撃しようとしてきた³¹⁾。これには、多分に「社会ファシズム」論が関係していたといつてよいであろう。医療利用組合に対しても、1932年6月27日の第2回拡大中央委員会では医療利用組合に関する決議がなされ、「改良主義者は階級的言辞を以て粉飾し支配階級に忠義立てしている。我同盟は医療利用組合員中の労働者・農民及び小市民を我同盟の旗の下に結集させ、幹部を組合員から孤立させ、その反動的役割を粉碎しなければならない」³²⁾とした。しかしながら、同年8月27日の第4回拡大中央委員会までの期間に医療利用組合に対する評価および運動方針に「転換」がみられる。先に示した方針を決定した第2回拡大中央委員会前後には「安価な医薬を求むる大衆の要求と一方に於いて小ブル医師の生活の不安は此处数年来実費診療所の激増となって現れ、又、改良主義的医療利用組合運動も最近著しくボッコウしている」という情勢認識を示したうえで、たとえば「賀川豊彦、新渡戸稲造等を先頭に恰もブルジョア医療制度に対立する如くに粉飾した産業組合法に依る東京医療利用組合が現れ患者大衆諸君の欺瞞に奔走している」³³⁾としていた。それが、2ヶ月後の第4回拡大中央委員会においては「社会情勢の推移は封建的開業医制度の矛盾を暴露し、現行医療制度に対する批判と改造のための医療利用組合運動は全国的に捲起こっている。各地におけるかかる組合は分散的な個々の運動をより効果的ならしめるために全国的な協

議会をもつに到った。我々はこの協議会と協同に活動することの必要を認め加盟しなければならない」³⁴⁾と決議している。こうした医療利用組合に対する評価および運動方針に「転換」がみられたことについては、ふたつのことがらが関与しているように思われる。そのひとつは、無産者医療同盟自身の自己規定が、それまでの運動に対する自己省察によって明らかになったように、大衆自身の協同組合運動としての質をもっているし、その面を一層明確にしていくことが求められたことにある。この点についていえば、これまでの運動を「……従来の如く下からの大衆的組織の基礎を持たず、診療所の活動が多分に医師及び診療所を中心とする」ものになっており、「病院の大衆に対する関心が天降りのものであり、極端にいえば社会奉仕的慈善病院的意義しか持ち得なかった」³⁵⁾、つまりこれまでの運動が医師を中心とする医療従事者による大衆啓蒙運動の域をでなかったことを反省し、「患者の自主的機関が我々の医療機関であると云うことをハッキリと認識」することが必要であり、それは「大衆が機関の所有者であり、経営者、管理者であることが必要である」³⁶⁾とする組織についての、そして運動の質についての認識に明瞭に示されている。ここには、協同組合の出資・経営・利用の三位一体的関係が端的に語られている。「転換」の第二の要因は、既存の医療利用組合運動についての評価と自らの社会運動上における位置とその戦略・戦術の問題である。この時期の医療利用組合運動は広区単営組合時代をむかえ、その運動は全国に展開すると同時に、都市における俸給生活者や賃金労働者などを組織し、新たな社会的エネルギーを得ることによって、これまで農村を中心に存在した四種兼営の小規模な産業組合の枠を突破し、協同組合的社会改造運動の質を部分的にもつにいたった。こうしたなかで、秋田医療利用組合は無産者診療所医師中島の告別式に弔電を送って連帯の意をあらわしているし、医療利用組合設立の母体となった秋田消費組合内に秋田無産者診療所設立準備会がおかれてい

た³⁷⁾。こうした状況を踏まえ、医療同盟は医療利用組合を一種の消費組合であって「医療における営利主義に反対し、その利潤を撤廃し、相互扶助的に協同でつくった医療施設を実費で利用する」ものであり、「今日の開業医制度に対する批判と改造を目的として」おり、同盟と「部分的には同じ目的」をもち「本質的に多分の進歩的要素をもつ」ものとして高く評価している。こうした評価から、実費診療所あるいは社会民主主義勢力による医療機関を「ブルジョアの手先」として排撃し、撲滅しようとするのとは対照的に、「友誼的な連関のもとにあつて階級的に啓蒙すること」を重要な任務とした。もちろん、個々の医療利用組合ごとに評価に違いがあることは当然のことであるが³⁸⁾。

無産者医療同盟は33年後半までの国家権力による弾圧によって主要部分は解体させられてしまう。それはもちろん、医療同盟が日本労農救援会に統合解消されることにより一層その組織が強固になるなどの発展がみられたこと、そしてその運動の質が日本共産党によって指導される「階級的」「革命的」なものであったことに主要な原因があったが、上でみたような医療利用組合に対する評価および運動方針の「転換」にあらわれた運動の発展にも原因をもとめることができるであろう。すなわち、「転換」は医療同盟が一層の「大衆性」をもつようになること、そして医療利用組合の側に、それを促すような社会階級の背景、組織形態、運動の方向性が素地として存在していたことを意味しているであろう。医療同盟は自らを医療利用組合運動の最左翼に位置付け、それによって医療利用組合運動全体に大きな影響力を与え、そのヘゲモニーを握ることを展望しえた。そうであればこそ、国家権力の側からすればその可能性の芽を早期につみ、医療同盟を弾圧、解体せしめると同時に、医療利用組合を権力機構の末端へと統制することが必要となったのであろう。

V 健康保険法と医療利用組合

1. 労働保険としての健康保険の成立

これまでは、都市-農村共生型医療利用組合とその時代を、生活の価値化、協同化および医療制度改革運動との関わりで考察してきた。この時代の労働者の健康・医療問題を考えるにあたっては、労働者保険のひとつたる医療保険制度に触れておかなければならないであろう。なぜなら、医療保険制度は医療費保障の面から労働者の健康・医療問題に深くかかわっているからである。1922年に法が制定され、26年には部分的に、そして27年1月からは全面的に実施をみた健康保険制度が孕んだ諸問題にここで全面的にとりくもうとは思わない。あくまでも、医療利用組合運動との関わり、その評価にかかわる論点について、これをとりあつかおう。

健康保険制度を労働者対策、労務対策としての分配的社会政策である労働保険のひとつとして導入しようとする動きは、第一次大戦によって急速にすすんだ。これには、国内では米騒動以降の労働運動や各種社会運動の高揚と企業内労使協調の限界性の露呈、国際的にはロシア革命の影響や第一次大戦後のILO(国際労働機関)の創設にみられる「国際的労働基準」の設定からの競争圧力の激化などのさまざまな要素が絡んでいる。健康保険制度設立にいたる経緯についてはすでに詳細な研究があり、その点はひとまず類書に譲ることにしよう³⁹⁾。

さて、健康保険設立にあたって資本側および国家官僚側が意図したことは次に明らかである。すなわち「其ノ目的トスル所ハ労働者の生活ノ安定ト健康ノ保持トヲ図リ、以テ労働能率ヲ増進セシムルト共ニ、労資間ニ円満ナル協調ヲ保タシメ、国家産業ノ健全ナル発達ヲ期セントスルニ在リタリ」⁴⁰⁾。これまでの社会政策研究者による健康保険についての研究も、健康保険制度がいかに「産業平和、労資協調」のための手段であり、それに資するものであったかを実証することを主要な課題としていたといつて

よい。もちろん、この点を首肯し、前提としたうえで、健康保険が労働者の医療費保障および医療への「アクセス権」保障にどのような意味をもったか。資本、企業の労働者の健康・医療問題にかかわる費用負担がどのように変化したか、さらに「開業医制」にあらわされる医療供給システムにどのような影響を及ぼしたかには、これまで十分な言及、実証がなされたとはいえない。

健康保険法は工場法および鉱業法が規定する労働者災害補償などの各種扶助を迅速かつ適切に運用するのに必要な Liability Insurance が欠如していることを代替する役割をも担わされていた。雇用主の補償義務を制度上においても明確にし、それを担保させるためには、別建ての保険が構築される必要があることは言をまたない。しかし、政府は業務上と業務外を区別せず、一本の保険で対応することを選択した。これは当時の「社会保険先進国」のドイツにその先例をみたためかもしれない⁴¹⁾。業務上および業務外を一体として取り扱う場合の問題点のひとつは、旧来の工場法および鉱業法の規定と健康保険法の規定、とりわけ業務上と業務外の傷病にかかわる給付とその費用負担をどのように区分するかである。

この点にかかわって問題とされたのは、これまで工場法および鉱業法によって業務上の傷病についての給付費用負担が全額雇用主負担であったことと、健康保険の保険料負担が原則労資折半とされたことである。「社会保険のレーニン原則」、すなわち政府・資本家による全額負担が実現されれば問題はないが、この原則が労働者側の最大限要求だとすれば、現実的には労資間での何らかの負担区分を考えざるをえない。「労資折半」はこれまで雇用主負担であった業務上傷病についても労働者側に負担を求めるものであり、「帝国主義段階における社会政策」の本質があらわれたものだとする考え方⁴²⁾もあったが、これは政府が提起した負担区分についての「誤解」を含んでいる。政府は、業務上傷病については雇用主全額負担、業務外傷病

については雇用主1：労働者2の負担区分を考え、さらに業務上と業務外の傷病の比率を1：4と予測した。ここから労資折半が導かれたわけ（政府の説明の数字からは、事業主7に対して労働者8となるが）、「理念上」は業務上傷病の費用負担が労働者側に転嫁されたのではない。また、工場法・鉱業法適用企業・工場以外で健康保険に任意加入した場合には、業務上傷病に対する医療および経済上の補償があらたに——企業内共済組合などによる給付があったかもしれないが——が与えられるようになることにも注意しておいてよいであろう。そこで、労資間の費用負担が実際にどのようなであったか、そして、健康保険法が旧来の工場法・鉱業法時代に比して資本側の費用負担をどのように変化させたか、とりわけ、資本側の費用負担を軽減し、労働者にそれを転嫁させたかをみておこう。これらについて十分な資料はないし、保険料について労資それぞれがどれだけの金額を負担したかについては『健康保険時報』にも明らかにされていない⁴³⁾。

2. 健康保険にともなう費用負担

労資の保険料負担区分は、1933（昭和8）年で、政府管掌保険においては、保険料率報酬月額1円につき4銭を労資折半で、石炭業等鉱業では保険料率同8銭を雇用主5銭、労働者3銭を負担した（労働者の負担は法によって上限がかくされており、それは報酬月額1円につき3銭であった）。しかしながら、健康保険組合においては保険料率同4銭、労資折半を中心としながらも、労資の力関係やこれまでの共済組合のあり方も含む労務管理上の事情などさまざまな理由から、また労働障害度などを反映して、組合によって異なる——資本側の負担割合を重くする方向で——負担区分がみられた。いまこれらの状況を表8で確認しておこう。これによれば、鉱業法適用企業・工場の健保組合では、保険料率が政管健保を下回るものが、全組合72組合中、46組合63.9%あり、労働者負担上限3銭以下の保険料率であっても28組中、25組合

表8 保険料率及び負担割合 (1933年度)

		総 数	三銭以下	四銭以下	五銭以下	六銭以下	七銭以下	八銭以下	九銭以下
総 数	総数	345(100)	56(100)	180(100)	48(100)	13(100)	12(100)	28(100)	8(100)
	二分の一	192(56)	34(61)	155(86)	8(17)	1(8)		0	0
	それ以上	153(44)	22(39)	37(24)	40(83)	12(92)	12(100)	28(100)	8(100)
工 場 法	総数	262(100)	54(100)	173(100)	31(100)	3(100)	1(100)		
	二分の一	181(69)	33(61)	139(80)	8(26)	1(33)			
	それ以上	81(31)	21(39)	34(19)	23(74)	2(67)	1(100)		
鉱 業 法	総数	72(100)		4(100)	15(100)	9(100)	16(100)	21(100)	5(100)
	二分の一	3(4)		1(25)	1(7)	1(11)	0	0	0
	それ以上	69(96)		3(75)	14(93)	8(89)	16(100)	21(100)	5(100)
そ の 他	総数	11(100)	7(100)	4(100)					
	二分の一	8(73)	4(57)	4(100)					
	それ以上	3(27)	3(43)	0					

注) a) 保険料率は報酬日額1円に付きの金額であらわしている。

b) 負担割合は、事業主の負担割合を示している。

資料) 社会局保険部「健康保険時報」(昭和8年健康保険事業要覧) 1935年6月

96%で資本側負担が50%を超えている。また、工場法適用企業・工場の健保組合の場合は、全組合262組合中、181組合69%が労資折半の負担区分であるが、81組合31%で資本側負担が50%を超えている。政管健保の保険料率を上回る35組合(全体の13.4%)のうち26組合74.3%で資本側負担が50%を超えている。健保組合を設立しうる企業・工場は、政管健保加入企業・工場よりも、その企業規模、経営力が優り、独自の労務政策を展開する力量をもっているとみてよい。先の数字は大規模企業において、他の企業に比して、わずかながらとはいえ労働条件を「厚遇」する方向で差異化していることを示している。

こうした健康保険法が工場法や鉱業法を代位するかたちで導入されることによって、労働者の健康および医療に関わる企業側の費用負担はどのように変化したのであろうか。この「費用負担」には、民間では大企業を中心に設立されてきた共済組合にかかわる負担も含まれている。共済組合による健保組合代行の要求が鐘紡の武藤山治らからだされ、東京商業会議所の改正意見にも掲げられるようになるが、現実には採用されるところとはならなかった。そのため、健康保険法施行によって共済組合は再編を余儀なくされた⁴⁴⁾。さて、健康保険法導入前後の労働者の健康および医療に関わる企業側の費用負

担の変化は、もちろん企業ごとに異なるが、ここでは健保組合と政管健保の場合、そして鉱業とその他の産業に分けてみておこう(表9)。いづれの業種、企業においても費用負担が増大しているとはいえ、労働障害度の高い鉱業の場合には、健康保険料負担の増大の74%から84%に相当する額が、鉱業法の扶助規則による負担の減によって相殺され、健保組合では8.1%、政管健保でも27.3%の費用負担増にとどまっている。それに対して、繊維、金属、化学などのその他工業の場合には、費用負担が5割以上増大している。とりわけ、政管健保加入の比較的規模の小さな企業の場合には、全体として費用負担が84.3%も増大しており、大規模企業に比して、労働費負担の面からも、一層その競争条件が不利になる状況が生まれている。このように、鉱業では健康保険が鉱業法の扶助規則を代替したのにすぎなく、業務外の傷病に関わる保障では企業側にとっての費用負担からみれば旧来からほとんど変化せず、労働者の費用負担によって業務外傷病についての「相互扶助」がうみだされたかのような状況である。しかしながら、その他の業種においては業務外の傷病の保障についても、費用負担面からは、それなりの「前進」があったように思われる。

表9 保険種類別、事業別、事業主の負担額の変化に関する調査

	事業の種類 調査対象数		扶助規則による 負担	共済組合の 負担	その他の負担	保険料の負担	その他健康保 険に関する負担	合 計	増減比率
健康 保 険 組 合	合計	26年1~5月	1,483,065	298,300	364,664			2,146,028	
		27年1~5月	422,210	79,023		2,067,008	198,045	2,766,286	
	122	増減	-1,060,854	-219,277	-364,664	+2,067,008	+198,045	+620,258	+28.9%
	鉱業	26年1~5月	912,940	88,299	132,777			1,134,016	
		27年1~5月	250,637	42,799		895,117	37,909	1,226,462	
	35	増減	-662,303	-45,500	-132,117	+895,117	+37,909	+92,046	+8.1%
政 府 管 掌	その他	26年1~5月	570,124	210,001	231,887			1,012,012	
		27年1~5月	171,573	36,224		1,171,891	160,136	1,539,824	
	87	増減	-398,551	-173,777	-231,887	+1,171,891	+160,136	+528,212	+52.2%
	合計	26年1~5月	126,402	38,045	24,097			188,544	
		27年1~5月	40,877	8,983		231,983	35,510	317,353	
	88	増減	-85,525	-29,062	-24,097	+231,983	+35,510	+138,809	+73.6%
政 府 管 掌	鉱業	26年1~5月	47,481	2,499	2,966			52,946	
		27年1~5月	8,599	491		46,041	12,279	67,410	
	12	増減	-38,882	-2,008	-2,966	+46,061	+12,279	+14,464	+27.3%
	その他	26年1~5月	78,921	35,546	21,131			135,598	
		27年1~5月	32,278	8,492		185,942	34,283	249,943	
	76	増減	-46,643	-27,054	-21,131	+185,942	+34,283	+114,345	+84.3%

資料) 社会局保険部「健康保険実施後に於ける調査 其の三」1927年9月

3. 健康保険による医療アクセス保障

次に問題となるのは、労働者の医療へのアクセス保障がどのようになったかである。健康保険は、10割給付と現物給付を基本としていた。もちろん、「保険医療」としてある種「制限された医療」であり、かつ健康保険診療契約および管轄区域外での診療が制限されていたが、保険料負担に対して「権利」⁴⁵⁾として医療を受けられる状況が生まれたことの意味は大きい。なぜなら、当時、「(医療費……青木) 負担に堪えざる中産階級以下の一般大衆は之れ(医療……青木) を享受する途に乏しく恰も隣家の花を羨視するに似たるもの」⁴⁶⁾があったのであり、健康保険によって直接的医療費負担および休業という機会費用などの経済的受診制約要因が大幅に取りのぞかれたことによって、これまで潜在化させられていたニーズは、一挙に医療サービス市場に顕在化したデマンドとしてあらわれることとなった。そうして、受診の容易さの拡大、初期診療と受診率の増大が実現された。こうした状況については表10に示されている。この表によれば、業務上傷病に関してはさほど大きな変化はみられないのに対して、業務外傷

病については被保険者当りでみた患者数および療養日数の飛躍的な増加が明らかに確認できる。業種によって違いはあるが、全体としてみて、被保険者100人当患者数は16.5人から28.4人と72.1%の増加、被保険者1人当療養日数が1.2日から2.4日に100%の増加を示している。業務上傷病による療養日数と業務外傷病による療養日数の比率は、この表にあらわれている状況程度、すなわち1:4.5、ではなく、内務省社会局の発言によれば8:92、すなわち1:11.5であった(表11)⁴⁷⁾。政府が当初予測した1:4という比率とは大幅に乖離していた。したがって、ここから、資本家団体は、業務上傷病については健康保険から再度きりはなし、雇用主負担とし、業務外傷病について資本側1、労働者側2の保険料負担——政府の目論見にかえる——を要求することになる⁴⁸⁾。さらに、資本側が怖れたことは、労働者の「濫受診」のための欠勤あるいは休業日が増大し、費用負担が重くなるとともに、生産効率の低下をきたすことであった⁴⁹⁾。そのために、一部負担導入を要求することにもなる。一部負担の導入が受診率を引き下げ、医療費の低減をもたらすことは健

表10 患者数、療養日数等に関する調査（健康保険の設立ある事業、業務上、業務外別）

	業種調査対象数	期 間	被保険者数 (各月平均延数)	患者数	療養 延日数	療養による 休業延日数	被保険者百人 当患者平均数	患者1人当 療養日数	被保険者1人 当療養日数
業 務 上	合計	26年1~5月	345,734	19,667	183,670	125,508	5.7	9.3	0.5
	93	27年1~5月	350,470	19,478	187,263	128,702	5.6	9.6	0.5
		増減	+4,736	-189	+3,593	+3,194	-0.1	+0.3	
	石炭 鉱業	26年1~5月	84,972	7,971	93,251	75,036	9.4	11.7	1.1
	26	27年1~5月	83,588	8,558	97,809	97,809	10.2	11.4	1.2
		増減	-1,384	+587	+4,558	+8,608	+0.8	-0.3	+0.1
業 務 外	染織	26年1~5月	146,103	803	5,127	3,577	0.5	6.4	0.1
	工業	27年1~5月	146,878	734	4,533	3,274	0.5	6.2	0.1
	24	増減	+775	-69	-594	-303		+0.2	
	合計	26年1~5月	261,004	43,083	304,759	160,560	16.5	7.1	1.2
	129	27年1~5月	257,995	73,260	620,245	249,223	28.4	8.5	2.4
		増減	-3,009	+30,177	+315,486	+88,663	+11.9	+1.5	+1.2
業 務 外	石炭 鉱業	26年1~5月	67,081	10,086	80,785	51,715	15.0	8.0	1.2
	31	27年1~5月	66,397	19,882	200,752	105,194	29.9	11.9	3.0
		増減	-684	+9,796	+119,967	+53,479	+14.9	+2.1	+1.8
	染織	26年1~5月	115,160	23,528	130,594	72,575	20.4	5.6	1.1
	工業	27年1~5月	110,557	31,436	191,262	75,740	28.4	6.1	1.7
	23	増減	-4,603	+7,908	+60,668	+3,165	+8.0	+0.5	+0.6

注) 各種鉱工業から石炭鉱業と染織工業のみを掲げたのでこの二業種をあわせても合計とはならない。

資料) 社会局保険部「健康保険実施後に於ける調査 其三」1927年9月

表11 被保険者1人当り傷病に関する給付 (1933年度)

種 別	平 均			政府管掌の分			組合管掌の分				
	件数	日数	費用額	件数	日数	費用額	件数	日数	費用額		
総 数	3,366	42,165	13,802	3,024	42,409	12,436	3,957	41,742	16,167		
計	3,306	41,456	12,989	2,951	41,551	11,516	3,923	41,291	15,540		
傷病に 関する 給付	療養の 給付	計	2,958	35,123	8,576	2,693	36,337	8,244	3,419	33,021	9,150
		業務上	0.241	2,766	—	0.220	2,376	—	0.279	3,441	—
		業務外	2,717	32,357	—	2,473	33,961	—	3,140	29,580	—
給付 手当金	療養費	計	0.004	0.072	0.076	0.001	0.013	0.013	0.009	0.174	0.185
		業務上	0.001	0.012	0.016	0.001	0.003	0.004	0.002	0.027	0.036
		業務外	0.003	0.060	0.060	—	0.010	0.010	0.007	0.147	0.149
給付 手当金	傷病 手当金	計	0.344	6,261	4,337	0.257	5,201	3,259	0.495	8,096	6,205
		業務上	0.088	1,315	1,006	0.066	0,915	0,653	0.126	2,006	1,617
		業務外	0.256	4,946	3,331	0.171	4,286	2,606	0.368	6,090	4,588

資料) 社会局保険部「健康保険時報」(昭和8年度健康保険事業要覧) 1935年6月

健康保険数理にかかわった長瀬恒蔵の式 $y = 1 - 1.6x + 0.8x^2$ (x = 負担割合, y = 医療費) にも示されている⁵⁰⁾。たしかに、欠勤率の増加はみられるものの、それが労働者の「詐病」「怠業」のせいだとはいえず、それはむしろこれまで潜在化させられたきた保健医療ニーズが顕在化したためだと理解すべきであろう。

さらに、被保険労働者の医療費は、長瀬が

1938年の『傷病統計論』で述べているように、「……一般国民が一年四円内外の医療費なるに健康保険の医療費(歯科医療看護等を除く)は七円四四銭余なるを以て大体その差額だけは健康保険実施の結果被保険者に関する限りに於いて増加したること」⁵¹⁾となった。「労資折半」の保険料負担で。

患者1人当 休業平均日数	被保険者1人 当休業日数	欠 勤 率		
		傷病に因る	その他の原因	計
6.4	0.4	4.4	8.5	12.9
6.6	0.4	5.9	8.7	14.6
+0.2		+1.5	+0.2	+1.7
9.4	0.9	8.0	17.7	25.7
9.6	1.0	11.9	19.3	31.2
+0.2	+0.1	+3.9	+1.6	+5.5
4.5	0.1	3.3	4.7	8.0
4.5	0.1	3.5	4.5	8.0
		0.2	-0.2	
3.7	0.6	4.4	8.5	12.9
3.4	1.0	5.9	8.7	14.6
-0.3	+0.4	+1.5	+0.2	+1.7
5.1	0.8	8.0	17.7	25.7
5.3	1.6	11.9	19.3	31.2
+0.2	+0.8	+3.9	+1.6	+5.5
3.1	0.6	3.3	4.7	8.0
2.4	0.7	3.5	4.5	8.0
-0.7	+0.1	+0.2	-0.2	

4. 健康保険と医療供給システム

健康保険が医療供給システムに与えた影響を次にみていこう。保険医療診療契約にはいくつかの方式があったが、その中心は団体請負方式であった。これは、医師会との間で請負契約を結び、医師会会員をして保険医として保険診療にあたらせるものであった。そのため、医師の経営にあらざる医療利用組合医療機関の医師の医師会加入が拒否され、保険医たる資格取得が困難化させられることがあったことをまず指摘しておこう。さて、団体請負契約にあたっては、人頭式が多く、被保険者一人あたり医療費は7円43銭であった。各診療医師への支払いは診療点数によって総額を按分した。したがって、受診率がたかく、実施された医療行為が増えれば増えるほど、点数一点あたりの単価は通減せざるをえない。当初の医療費の算定は、他の契約方式にもあるように、医師会料金の8割程度の水準を目処としていた。これには、当時の自由診療における医療費回収金額が請求金額のほぼ7割5部から8割程度であったこと⁵²⁾、健康保険という支払いの確実な市場の形成という二つの要因が関係していた。先にみたように被保険者のニーズは健康保険の導入を契機に一挙に

ダイヤモンドとして顕在化したために、医療費按分点数単価は当初想定した1点20銭の水準を大きく下回ることとなった。また、医療資源の空間的配分の不均衡、医療へのアクセスの違いを反映して、地域間で大きな格差がうまれることとなった。日本医師会の場合でいうと、健康保険実施直後の27年1月は全国月平均単価17銭3厘（最高山梨51銭3厘，最低長崎8銭5厘）であったが、3月には全国月平均単価9銭4厘（最高山梨19銭6厘，最低熊本1銭8厘）であった⁵³⁾。かかる事態のために、医師による保険患者の差別的取り扱い、「粗診，粗療」行為がひきおこされ、診療報酬増額および契約支払い方式の変更要求がたかまることとなった。保険者の側からも医療内容および医療組織についての厳しい要求がつけつけられることになる。そのなかには、医療監督官の設置などの医療監視や監査の強化だけでなく、可能な場合には直営医療機関をもつということがあった。後者の点は健康保険の出発時の「健康保険組合ノ療養ノ給付ニ関スル診療組織ノ整備標準」においても「組合専属の診療機関」について言及されていた。但し、専属の医療機関がある場合でも、被保険者の居住空間のひろがり医療機関への受診の容易さをそこなうときにはそれ以外の医師への受診が可能になるようにすべきだという趣旨であったが。医療の需要および支払い側の組織化は当然にも医療供給側の整備，組織化をともしざるをえない。先にみた実費診療所運動の鈴木梅四郎の場合には、この点極めて明確であり、「健康保険の将来は医業国营以外に断じて無いのである。国家が全国に被保険者の為の病院，診療所及び保養所を設け，国家の官吏たる保険医師がその診療機関によりて被保険者の保険の給付を行なうこと，これが医業国营の第一歩でなくして何であろう」⁵⁴⁾と述べている。保険と医療供給との一体化である。このことはさらに、国民の健康や医療にかかわることを「一切を医師の診療に頼る」

のではなく、「国民の医事衛生に関する知識を普及せしむると同時に国民の健康相談に応ずる別の施設を設け、これらは勿論無料で為すことが適当である」という視点にたてば、公衆衛生・保健と医療と保険共済とが三位一体的に構成され運営されることが望ましくかつ必要であるということになる。しかも、健康の主権者たる国民自身がみずからの保健力、すなわち健康管理能力を発達させる質をもつものとしてそれを構築することが必要である⁵⁵⁾。住民の健康を支配する官僚主義的国家行政としてではなく。

医療組織についてもう一点付け加えておくべきことは、医薬分業である。医薬分業は1875(明治8)年の医制以来理念としてはわが国の医療を形づくる基本的構成部分とされてきながらも、現実的にはそれはほとんど実施されてこなかった。健康保険の実施は、これまで経済的な要因などのために買薬というかたちでのみ顕在化しえたようなニーズが医療機関にむかい、しかも医師が医薬品を処方し、調剤し、窓口でわたす状況においては、薬局の経営は一層困難となり、理念としての「薬剤師業務の確立」もとうてい実現しえないこととなった。そのため、健康保険の実施を契機に医薬分業が極めて重要な医療組織の問題としてクローズアップすることになった。ここでは、この問題には深入りせず、実質的には現在まで引き続いていることからであることを指摘するに止める。

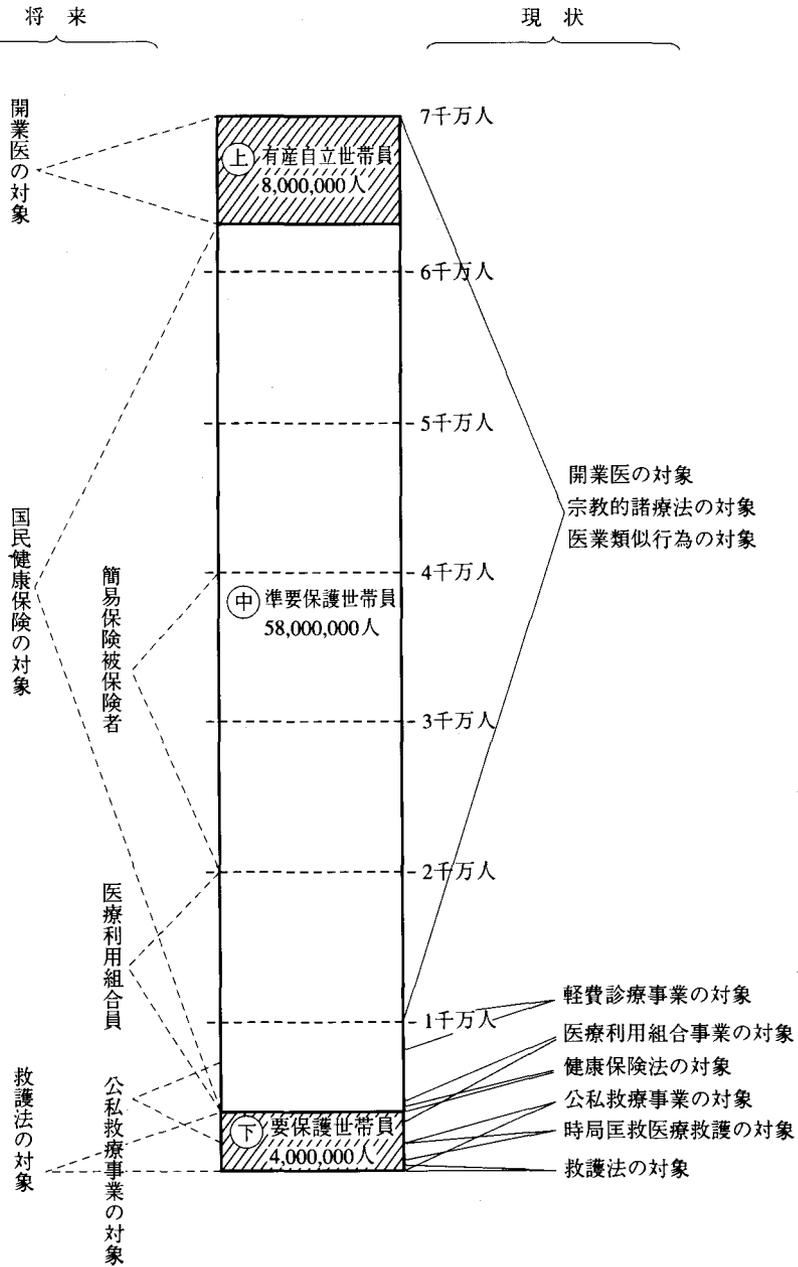
これまで、健康保険の労働者の医療へのアクセス保障にもった意味、そして労働者の健康および医療にかかわる費用負担の問題について論じてきた。いささか「肯定的」にすぎる印象をあたえたかもしれないが、それはこれまでの研究とのバランスの問題である。それはともかく、健康保険の被保険者たる労働者は工場法および鉱業法適用企業・工場の労働者およびわずかな任意加入企業労働者に限定されていた(1927年の法全面実施の時点で、被保険者数は政管健保1,115,221人、組合健保774,023人で、合計1,889,244人であった)。その後、扶養家族への給付が実施され、また他の業種にも適用が拡大

されていくことになるとはいえ、国民全体から見れば、被保険者の数はあまりにわずかであったことを最後に確認しておこう(図6参照)。この図6では、医療利用組合が拡大することになっている⁵⁶⁾。そのことの意味を次のように理解したい。すなわち、さきに指摘したように、人々の健康医療に関わることがらは保健・医療・保険共済が三位一体的に実施され、しかも健康の主権者たる人々の保健力を発達させる質をもつものであるべきことが展望された。このことには、医療そのものを人々と医療専門職者が協同してつくりあげるという課題も含まれている。こういう視点にたつとき、協同組合としての医療利用組合にはその可能性が十分に備わっているからである。そのことは医療利用組合が実際に実現しようと模索した方向性でもあった。

VI 小括

蛇足ながら。これまで、医療利用組合の歴史的発展段階の第二段階、すなわち広区単管組合時代——都市一農村共生型医療利用組合時代と特徴付けうる——の時代情況をおってきた。もちろん、この時代の全体にふれたのではなく、医療利用組合の歴史的発展段階を特徴付けるに足る最小限度の事項にふれたのにすぎない。しかし、それらは当時の労働者や俸給生活者の生命・健康そして医療にかかわる極めて重要な意味をもつ歴史的ことがらであった。それらを貫くここでの論理は、(1)労働者階級や俸給生活者など都市生活者の量的増大と、それぞれの生活内容の形成、(2)新たな生活領域のひろがり、その質的水準の確定にともなう「生活の価値化」、(3)「生活の価値化」の重要な構成要素たる生活にかかわる組織および運動の形成、発展、(4)生活の組織化はco-operation(協働共栄)の追求であるが、そこには同時に、福沢諭吉が強調してやまなかった「独立自尊」を人々が希求していることがあった。(5)これらは新たな都市的生活様式をかたちづくることとなったが、

図6 医療形態概念図 (1937年)



出所) 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』1937年, 142ページ

それは生活の制度化の過程でもあったといっ
てよいかもしれない、ということであった。青森・
東青組合、鳥取倉吉・厚生組合、高知須崎・高
陵組合によって、1928年にきりひらかれた医療
利用組合の歴史的発展段階の第二期＝都市－農
村共生型医療利用組合時代は、まさにそうした
生活の組織化、協同化、制度化のなかに位置付
けることもできる。これまでみてきた労働者や
俸給生活者など都市生活者の生命・健康および
医療にかかわる諸制度の発展——医療の需要側
および供給側の両側面における——を貫く論理
もまた同様であったことが確認できるであろ
う。

注

- 1) 青野季吉「芥川龍之介の死に関連して」1927年9月。柄谷行人編『近代日本の批評 昭和篇 [上]』, 福武書店, 1990年。
- 2) 鹿野政直「大正デモクラシーの思想と文化」岩波講座『日本歴史18近代5』1975年。大山郁夫の論文は「都市と生活問題」『早稲田文学』129号, 1916年8月。
- 3) 河上肇の健康医療観を扱ったものに、今井芳子「一経済学者からみた保健医療問題——河上肇の場合」上, 下『医療経済研究会会報』No.15,17, 1979年。
- 4) 大河内一男『日本の中産階級』文芸春秋新社, 1960年。
- 5) 坂田稔「生活文化にみるモダニズム」南博編『日本モダニズムの研究——思想・生活・文化』ブレン出版, 1982年。
- 6) 中川清『都市の下層社会』勁草書房, 1985年, 391ページ。この時期における日本社会の階級構成については、原朗「階級構成の新推計」安藤良雄編『両大戦間の日本資本主義』東京大学出版会, 1978年, および、竹内常善「諸階層とその動向」社会経済史学会編『1930年代の日本経済』東京大学出版会, 1982年。
- 7) 門脇厚司, 根本博, 平野正宜『生活水準の歴史的推移』総合研究開発機構, 1985年 316-7ページ。大原社会問題研究所『日本労働年鑑』大正10年版, 「労働時間問題」105ページ。現実的には、残業付き8時間制であり, 「8時間制実施と云い, 定休日の増加と云い, 共に労働者自身の要求に依ったものではなくして, 資本家側の喜んで与えたところのものであった」という側面もあった。しかし, 年鑑に採録された三菱合資会社業務部による「8時間労働制実施工場調査」(1920年7, 8月調査)によれば, 所定内労働時間8時間制採用の結果, 2時間程度の残業という従来と同様の一日労働時間で, 収入額が増加した企業が多かったことが分かる。
- 8) 南博および社会心理研究所による一連の社会心理史研究を参照。たとえば, 南博, 社会心理研究所『大正文化』勁草書房, 1966年, 南博, 社会心理研究所『昭和文庫』勁草書房, 1987年, 南博編『日本モダニズムの研究——思想・生活・文化』ブレン出版, 1982年。藤井正一郎, 山口廣編『日本建築宣言文集』彰国社, 1973年。民芸運動もあげたので補足すれば, 民芸運動の中心人物であった柳宗悦, 河井寛治郎は京都家庭購買組合の組合員——柳の場合は妻兼子が組合員であり, 宗悦も機関紙に執筆している——であった。京都家庭購買組合にはいづれ触れるつもりだが, 京都の多くの知識人, 文化人が組合員となっている。映画監督では衣笠貞之助, 溝口健二の名があった。こうした資料については京都生協, くらしと協同の研究所, 歴史研究会に多くを負っている。記して感謝の意を表したい。
- 9) 当時の住宅地開発のひとつであった田園調布の分譲にあたって, 田園都市株式会社が発行したパンフレット「田園都市案内」(1922年6月)には, 日本の田園都市は住宅地に限定するが, 田園を冠するかぎり次ぎの要件を満たすものとするとして, 第7項目に「消費組合の如き社会的施設を有すること」があげられている。「東京市という大工場へ通勤される知識階級」の生活にとって消費組合が必要な構成要素になるという時代感覚がそこにあった。猪瀬直樹『土地の神話』小学館, 1988年 14-16ページ。田園調布には, その後消費組合である田園調布共益社がつくられている。この消費組合は, 1931年には東京家庭購買組合に合併されている。この点については, 全国消費組合協会『第4回研究会速記録』1935年, 39-40ページ参照。
- 10) 大原社会問題研究所『日本労働年鑑』大正10年版。尚, この調査は久留間鮫造による消費組合運動に関する研究の一部である。
- 11) 同上書, 328ページ。サラリーメンズ・ユニオンなど俸給生活者の組合運動については, 野口正穂「戦前におけるサラリーマンの組合運動」『銀行労働調査時報』111号 (1960年3月)~129号 (1961年8月)。また, 当時のサラリーマン問題については, 青野季吉『サラリーマ

- ン恐怖時代』を参照。
- 12) 産業組合中央会『産業組合』257号「消費組合号」1927年3月、「巻頭言」。
 - 13) 京都市社会課『京都市に於ける消費組合に関する調査』1932年、消費組合運動の通史としては、山本秋『日本生活協同組合運動史』日本評論社、1982年がある。
 - 14) 京都市社会課、同上書、はしがき。
 - 15) 東京商業会議所『購買組合に関する調査』1930年、125ページ。
 - 16) 加藤時次郎については、坂田龍一『加藤時次郎』不二出版、1983年参照。
 - 17) 呑天鈴木梅四郎『医療の社会化運動』実生活社出版部、1929年、35、36ページ。
 - 18) 『社団法人実費診療所の歴史と事業』創立十周年記念、第一巻、1920年、付録、134ページ。
 - 19) 「実費診療所設立ノ趣旨」(社)実費診療所『社団法人実費診療所の歴史と事業』創立十周年記念 第一巻
 - 20) 白柳夏男「医療革命の先駆者 実費診療所の歴史と事業」『関東学園大学紀要』経済学部編、第4集、1980年2月。
 - 21) 川上武『現代日本医療史——開業医制の変遷』勁草書房、1965年、331ページ。
 - 22) (社)実費診療所、前掲書、第一巻、付録、12ページ。鈴木梅四郎が書いた文章には「薄利多売」を想起させるようなものがあるのは確かだが、問題は、実費診療所の料金が医師会協定料金の水準との比較で低料金であることは確かであるとしても医師会協定自体が「適切」、「妥当」な水準なものであるか否かである。経済合理的経営が低料金を可能にしたのであることに注意すべきである。
 - 23) 同上書、創立二十五周年記念、第三巻、37ページ。
 - 24) 同上書、第一巻、38ページ。
 - 25) 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』1968年、148-152ページ。
 - 26) 「3月15日記念事業 労働者農民の病院を作れ！」呼びかけ。川上武『現代日本医療史』381ページ。
 - 27) 日本無産者医療同盟常任中央委員会「第四回拡大中央委員会(32年8月27日)議案」「無産者医療運動の新局面について」。各支部も当然同様の「行動綱領」をもっていた。
 - 28) 日本無産者医療同盟『我らの医療』No.23、1933年7月10日。
 - 29) 日本無産者医療同盟「第二回拡大中央委員会報告並びに決議」1932年6月27日。
 - 30) 労働者を対象とし、しかも工業病科をいち早く診療科目として掲げた医療機関はすでに明治30年代から存在をしていた。日本に科学的な労働衛生学を導入した初期の人物でもある窪川忠吉が著した『工業衛生学』(1901年、窪川医院蔵版、大阪労働衛生研究所から1990年に復刻されている。これに付された細川汀の解説を参照)には、そうした性格をもつ自らの診療所を広告している。それには「労働者救護院 内外科、工業病科、窪川医院」とあり、「労働者半額、貧困者無料診療治療」とある。なお、『工業衛生学』によせられた序文の執筆者には、島田三郎、そして秋水幸徳伝次郎がいた。
 - 31) 日本無産者医療同盟大阪支部「日本無産者医療同盟闘争方針・大阪支部」
 - 32) 日本無産者医療同盟「第二回拡大中央委員会報告並びに決議」「医療利用組合対策に関する決議」
 - 33) 同上。中央常任委員会による「一般報告」中「総括的報告」
 - 34) 日本無産者医療同盟「第四回拡大中央委員会議案」「全国医療組合協議会加盟の件」。
 - 35) 同上、「無産者医療運動の新局面について」
 - 36) 無産者病院設立実行委員会組織変更準備会「組織方針草案」1931年6月4日。
 - 37) 日本無産者医療同盟「第二回拡大中央委員会報告並びに決議」「組織現勢」。『医療同盟ニュース』第7号、1931年3月1日、「故同志中島追悼号」
 - 38) 日本無産者医療同盟『我らの医療』No.23、1933年7月10日、「医療利用組合と医療同盟の相違(一)——機械的排撃主義への批判とその正しき知識のために」。このなかでは、「例えば、同盟の無産者診療所設立運動のみをとればそれは産業組合法によらざる医療組合運動といえることができる」ともしている。しかし、「医療組合が同盟と対比されるとき、我々が勤労大衆を目標にして全般的に運動を進めるということに政治的にも文化的にもその意義が異なってくるのである。またかかる観点からすれば同じ医療組合にしても東京と秋田とは違っているのである」。すなわち、秋田消費組合を組織的基盤として階級的に組織された秋田医療利用組合と賀川豊彦に代表される「社会民主主義」的な東京医療利用組合との違いが。この論考の続きは『我らの医療』の続号が残っていないので、残念ながら目にする事ができない。「東京と秋田の違い」を明確にした部分。

- 39) 多くの著作があるが、とりあえず次ぎのものをあげておく。風早八十二『日本社会政策史』青木文庫版、1951年、小川喜一編『「健康保険法」成立史』大阪市立大学経済学会、1974年、坂口正之『日本健康保険法成立史論』見洋書房、1985年、佐口卓『日本社会保険制度史』勁草書房、1971年、池田信『日本的協調主義の成立——社会政策思想史研究——』啓文社、1987年、土穴文人『健康保険法制定について』上下、『経営管理研究』第27号、第28号、1981年、1982年。
- 40) 厚生省保険局編『健康保険二十五年史』、第45回議会での政府委員農商務次官田中隆三による法案提案理由から。59ページ
- 41) 池田信、前掲書、127ページ。ドイツにおいては、疾病保険法と災害保険法とがほぼ同時に制定され、両者が関連づけられ、疾病・負傷に対する療養給付、傷病手当の支給は13週間は、事故原因の如何をとわず、疾病保険から支給されることになっていたという。
- 42) 田中康夫『健康保険法批判』新興科学社。もちろん、健康保険にたいする批判を費用負担問題だけに矮小化するつもりはない。被保険者の拡大や給付の充実、そして保険基金の労働者管理、請求権の確立など、さまざまな問題がそこにはあった。
- 43) 労資それぞれが負担する保険料額は、『健康保険二十五年史』などにも明らかにされていない。戦後、医療費にかんする統計において企業が負担する医療費が明らかにされ、財源別医療費負担の推移をみる事ができた。ところが、この統計も1989年以降明示されなくなった。財源別医療費負担の動向を明らかにするため、また、費用負担のありかたを国民的議論するためにも、再度こうした統計がひろく公開されることを望みたい。
- 44) 東京商業会議所『健康保険改正意見並参考資料』(商工調査第7号)、1927年。坂口正之、前掲書。
- 45) 1922年3月15日の衆議院本会議における法案委員長鳩山一郎による経過報告。「……この救済を受ける権利を労働者の法律上の権利として認めんとするものであります。」厚生省保険局『健康保険二十五年史』75ページ。
- 46) 長瀬恒蔵『傷病統計論』健康保険医報社出版部、1938年、2ページ。
- 47) 労働保険調査会『労働保険調査会議事速記録』(昭和2年10月27日開会)、26ページ。また、千秋季隆委員長の説明中には、「……比較的輕微ナル傷病ノ為ニ療養日数ガ増加シマシテ」
- 「……健康保険実施ニ当リマシテ保険料率算定ノ基礎ニ用イラレタル予定日数ヨリ約七割ノ増加トナツテ居リマスルガ、此ノ予定日数ハ約五割ノ安全割合ヲ見テアリマスカラ、健康保険ノ実施前ノ實際ノ事実ニ比較致シマスレバ約一倍半ノ増加ニナツタノデゴザイマス」とある。『議事速記録』8-9ページ。
- 48) 東京商業会議所『健康保険法改正意見並参考資料』(商工調査第7号)、1927年参照。
- 49) 同上書に掲載された企業からの意見および参考資料でも、とりわけこの点が強調されている。因みに、東京商業会議所に健康保険法に関する委員会が設けられた際の基本的問題意識は次に明らかである。すなわち、「……個々ノ工場鉱山等ノ実情ニ就テ見レバ、本法ノ実施ニヨリ甚タシキ困惑ヲ感シツツアルモノ尠カラス。而シテ其ノ最モ不利不便トスル所ハ欠勤率ノ増加ト、之ニヨル生産能率ノ低下、費用負担ノ増加、各種手続ノ繁雜、医療給付ノ不完全及濫療等ナリ、従ツテ法令ノ改正ヲ希望スルモ主トシテ是等ノ諸点ニアリ。」同上書、24-5ページ。
- 50) 長瀬恒蔵、前掲書、150ページ。
- 51) 長瀬恒蔵、前掲書、222ページ。
- 52) 長瀬恒蔵、前掲書、194ページ。長瀬は「現在の医療利用組合の如きは多少医療料金を軽減せしめ得るの利益はあるけれども長期の傷病又は多額の費用を要する場合は料金低下ばかりでは経済的不安を除去するに至らないと思われる」(205ページ)としている。医療利用組合が保険共済制度を具備せざるをえないことを指摘しているかぎりではそのとおりである。
- 53) 社会局保険部『健康保険実施状況報告』1929年7月。35ページ。なお、月別、各府県別の動向が一覧表にして付されている。
- 54) 鈴木梅四郎『医療の社会化運動』188ページ。
- 55) 長瀬恒蔵、前掲書、151ページ。
- 56) 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。

<付記>

本稿は1994年度産業経済研究所助成研究「生活世界の象徴秩序と制度化過程——列島のナラトロジー」の成果報告の一部である。

また、1995年度文部省科学研究費補助金一般研究（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」の一部でもある。

(1995年4月8日受理)