

<章立て>

第1章 はじめに

第1節 問題の所在

第2章 近代における医療の実態

第1節 自由開業医制

第2節 農村における医療の実態

第3章 産業組合による医療利用事業の萌芽

第1節 産業組合による医療利用事業の始まり

第2節 島根県鹿足郡青原村における医療利用事業の事例とその問題

第4章 医療利用組合の発展と保健政策

第1節 医療利用組合の展開

第2節 農村恐慌期における農村更生と産業組合5ヶ年計画

第3節 国民健康保険法と医療利用組合の役割

第5章 おわりに

第1章 はじめに

第1節 問題の所在

問題の所在については中間発表において述べていたのでここでは概略を説明する。医療利用組合と国家の保健政策とのかわりについては、従来の研究においては、医療利用組合運動は国民健康保険法制定の一背景におかれ、1938（昭和13）年の国民健康保険法制定の過程で論じられるのが主流であった。また、その国民健康保険法制定においても、国家主導による保健政策であり、上からの下降浸透過程として捉える見方があった（高嶋 2005：30）。すなわち、農村医療の基盤を築いた存在としての医療利用組合の発展過程とその背景については、十分に触れられてこなかった。本研究においては、農村の医療窮乏という問題に対して、産業組合の医療利用事業が地域の医療提供者としてどのような役割を果たしていたのかということについて触れ、また国家の統制に組み込まれた後において、その自主性がどのように変化していったのかということについて考察していく。

第2章 近代における医療の実態

第1節 自由開業医制

この節では、1874（明治7）年の医制によって確立され、近代日本の医療の根幹をなしていた自由開業医制について触れている。ここでは、近代日本における自由開業医制の確立とその性格について述べる。

開業医制度の萌芽は江戸時代に現れた民間開業医の出現によって既にみられていたが、1874（明治7）年に制定された医制76カ条は、この開業医制度を法的に確立したものである。

本節において、特に開業医制の確立と発展との関係として医制をみると、第41条と第48条は特に開業医の経済的保護を目的としている。この両条においては、診察料を受け取ることが当然の権利として認められており、自由開業医制が経済的にも確立されたということが出来る。開業医の営利主義はむしろその生活上の必然性であったが、医制の制定によって国家的保護を受けることにより、それが確立された。

また、近代の医療制度についてみる際に注目しなければならないことは、医学の主流が漢方医から西洋医に代わっていったことである。明治政府は西欧文化の導入とともに近代医学をも導入し、それを1868（明治元）

年3月7日に太政官より「西洋医学之儀是迄止置候得共爾今其所長二於テ八御採用可有之被仰出候事」という布達として漢方医学から西洋医学への転換を明らかにした（佐口 1964: 21）。

近代医療の担い手が漢方医から西洋医に代わっていったことは、同時に医療技術・技能の高度化による診察料や薬価等を含めた医療費の高騰を招いた。川上によると、「この頃（明治20年）になると、薬価のほかに皮下注射20銭以上とあるのが眼をひき、診察料についても宅診20銭以上・往診50銭以上・立会1円以上というはっきりした規定がでてくる」（川上 1965: 42）とある。医療技術の進歩に伴い、薬代のほか、注射・処置・外科手術なども一般的に行われるようになり、それらの施術を行う技術は対価として評価されていたが、これは同時に医療費そのものの高騰と、医療を受けられる者すなわち支払い能力の有無による患者の選別を行うこととなった。

第2節 農村における医療の実態

第2節においては、第1節において述べた近代における医療制度に関連して、農村における医療の実態について触れていく。農村における医療の問題点は、西洋医学の導入による医療費の高騰と農業恐慌による支払い能力の低下に伴い、医師が都市部へと移住していくという無医村問題にある。ここでは、無医村に至る過程を述べていくこととする。

農村においては、収入の少ない農家にとって、医者にかかることは大変な負担であった。それは前節でも述べたように、西洋医学の導入と共に薬価の他、医療技術を含む医療費が高騰していったからであった。さらに、当時の家計費中には現物支出が多かったため、現金支出のなかのウエイトはさらに上がり、医療費が当時の農家にとって非常に大きな負担となっていたことが分かる（島根県農業協同組合史編纂委員会 編 1965: 926）。

一方で、吉原・和田は近代の農村医療の状況について次のように述べている（吉原・和田 2008: 69）。農村における医療費の問題は、「平均額ではなく、実際にいったん病気になったときに一時に多額の出費になることであった」という。また、「薬代などは比較的安かったが、当時の交通事情などから、医者の往診料などはかなり高額で、一回2円以上もするのが通例で、多少遠隔の地から医者の往診を求めると10円以上することも珍しくはなかった」。また往診料などを含めると、「病気で死ぬことよりも、病気になった際の医療費の方が心配」になっていった（川上 1965: 45）。治療費が払えない場合は、親類縁者から融通を受けたり、高利貸しの金を借りたり、質屋を利用したりして借金を賄う者もいた。こうした農家の負債のなかで治療費が払えないなどによる家事用負債が、農業用負債を超えて半分以上を占めるようになった。負債を負った者は、長くその返済に苦しみ、先祖伝来の田畑を売り払い、一家離散するなどといったような悲惨な事例も少なくなかった（吉原・和田 2008: 69）。

このような状況において、自由開業医における開業医は、経済的窮乏、とくに大正末期から昭和初期にかけての農業恐慌に脅かされ経済的に不安定となった農村を放棄し、都市部へと集中するという動きを見せた。第一次世界大戦以来の経済不安からはじまった農業恐慌は、昭和初期には一層深刻となり、各種争議の続発、負債の急増などによって農村の経済力は極度に低下し、医師の都市集中が著しくなり、医師分布の不均衡は無医村地域の急増となって現れた。1923（大正12）年に、1,960だったものが、1927（昭和2）年には、2,909になり、その後も増え続け、1934（昭和9）年には3,427にも及んだ。

政府によって農村における医療が社会的な関心として取り上げられたのは農村の疲弊に伴う、この無医村問題からであった。内務省が無医村問題に取り組みを開始するのは、1937年度からであるが、無医村の存在が政策上問題化したのは1920年代の後半である（藤野 2002: 103）。政府による無医村問題の提起とその対策の実施については、第4章において詳述することとするが、ここで注目しておかなければならないことは、1923（大正12）年においても無医村が1,960も存在していたという事実である。つまり、政府が何らかの対策を取

る以前にも、農村はこの問題に対して自らの力で解決しなければならなかったのである。

無医村が急増した原因として考えられるのは、(1) 深刻化した農業不況が営利化した医業の成立を不可能したこと、(2) 医師は近代的医学と都市文化によって育成され、文化の低い農村生活は彼らの生活に満足を与えることができなかったこと、(3) 交通不便の山間僻地の地にはもともと医師が常住しなかったこと、(4) 医師の死亡によること、(5) 医学の進歩は近代的設備に依存しており、若い医師は都市の完備した医療機関に走ったこと、(6) 医術の進歩に伴い専門分科が発達したことなどが挙げられる(全国厚生農業協同組合連合会 編 1986: 67)。以上で述べたように、農村による医療は、医学の進歩に伴って医療費自体が高騰し、経済的な不安となっていたことと、大正から昭和にかけての開業医の都市部への転出あるいは死亡によって医師にかかりにくくなる、いわゆる無医村問題としての医療の地理的偏在という、大きく二つの問題を抱えていた。これらを農民による協同で解消しようとする社会改良の動きが大正以降に見られた。その一つが産業組合による医療利用組合であった。なお、都市部においては明治の終わりごろには、恩賜財団済生会や社団法人実費診療所などによる貧困層を中心とした医療普及が行われていたが、農村においては、このような運動は不十分であった。

第3章 産業組合による医療利用事業の萌芽

第1節 産業組合における医療利用事業の始まり

ここでは産業組合と医療利用事業の概略について説明する。医療利用組合の母体であった産業組合は、1900(明治33)年に発布された産業組合法によって組織された協同組合である。制定時の産業組合法には、医療施設のような事業は該当していなかったが、1917(大正6)年7月の第3次改正と、1921(大正10)年4月の第4次改正の中で、産業組合における医療利用が法的に確立していった。

産業組合における医療組合の歴史は1921(大正10)年頃から1928(昭和3)年頃までを一つの区切りとすることができるが、この時期に医療利用事業を行った組合は、「比較的不便の地で医療機関の欠乏にたえられなかったことと、目的とするところは医療の地理的普及が第一であって、医療の社会的普及つまり医療費の低減や、下層階級にも充分診療の機会を与えるという第二義的のものであった」ことが特徴であったとされている(全国厚生農業協同組合連合会 1968:104)。しかし、医療の地理的な偏在が解消されながらも、基本的には農民の医療費の負担を容易ならしめる方法が講じられなければならなかった。それは「無医村に医療機関を設置しても、農民たちが医療機関を利用することができず、十分その効果をあげることが期待できない」からというのが理由であった(菅谷 1976: 197)。医療費の負担軽減は、後の広区域医療利用組合によって解消される兆候を見せるが、国民健康保険制度実施まで待たねばならない問題であった。

第2節 島根県鹿足郡青原村における医療利用事業の事例とその問題

この節では、先で述べた島根県鹿足郡青原村における医療利用事業の事例を挙げているが、ここでは省略し、第4章の第1節につながる、その問題点についてここでは述べていく。1921(大正10)年頃から1928(昭和3)年頃までを医療利用組合の歴史の一つの区切りとされるが、同時期における単営町村組合による医療利用事業は、約15の医療利用事業の半数が長続きせず、閉鎖している。初期の組合が長続きしなかった原因として、高橋は、「経営技術の発達しなかったことと、小規模経営では到底立ち行かなかった」ことを挙げている(高橋 1941: 16-17)。また、川上は、初期の医療組合が上手くいかなかった原因として、「決定的には医師難」が問題であったと指摘している(川上 1965: 416)。これは、黒川もその原因として、「殆ど何れの組合も、優秀なる医師を、と云うよりむしろ医師そのものを継続して得ることが不可能であった」ことを挙げており、同様の理由を挙げている(黒川 1939: 158)。また、この他に挙げられる要因としては、完全な設備をもつ近代的な病院は多くの利用者を必要とするので、多くの組合員を加入させるためには広汎な区域を必要としたことや学位を持つ医師を招へいしても、その待遇上の経済的負担が困難であった(1927(昭和2)年ごろの医師

1人当年額報酬は平均5千円を要した)ことなどが挙げられ、一つの地域の町村産業組合において、医師を継続して確保することや、診療報酬を払うための経営を安定させることが困難であったことが分かる。

第4章 医療利用組合の発展と保健政策

第1節 医療利用組合の展開

第4章第1節では、第3章で述べてきた単営町村組合による医療利用事業の問題点から、医療利用組合が広区域医療組合へと規模を拡大しつつ発展する過程について述べていく。

医療利用組合はこれまで述べてきたように、各地の産業組合が医療を普及させることを目的として医療利用事業として設立されたが、経営技術が未熟だったことや医師を招集することができなかったことなどが原因となり、閉鎖する所が多かった。これは1927(昭和2年)頃までの医療利用組合の特徴であったが、1928(昭和3年)以降には医療利用組合が新たな形態となり展開していった。数カ町村または郡以上を単位とする広区域医療利用組合の成立である。広区域医療組合による医療機関の先駆としては、青森市近郊1市1町21カ村を区域とする東青信用購買利用組合が1928(昭和3)年5月に青森市に設立した東青病院をあげることができる。また、同年12月には鳥取県に利用組合厚生病院の設立が認可されたのをはじめ、高知県に高陵利用組合昭和病院が設立された。表4-1を見ると、数カ町村郡又は郡以上の区域を対象とした広区域医療利用組合は昭和7年～10年にかけて急速に組織されていったことが分かる。

表4-1 年次別医療利用組合設立状況

年次	町村又はこれに準すべき区域	数カ町村郡又は郡以上の区域	連合会	連合会所属組合数	計	累計
大正11年	2				2	2
大正13年	2				2	4
昭和2年	1				1	5
昭和3年	2	1			3	8
昭和4年	3	1			4	12
昭和5年	4	2			6	18
昭和6年	3	1			4	22
昭和7年	3	9			12	34
昭和8年	7	14	1	47	69	103
昭和9年	6	16		6	28	131
昭和10年	10	6	2	111	129	260
昭和11年	10	2	7	540	559	819
計	53	52	10	704	819	
改組又は減少	(2)	(12)			(14)	(14)
差引	51	40	10	704	805	805

出典：菅谷章(1976:201)より作成

原データは、宮城孝治、「医療組合の自展力と国家的援助」雑誌『医療組合』第1巻第1号,20.

広区域医療利用組合は昭和3年から昭和11年頃にかけて急速に全国に展開していったとともに、とくにこれらが組織的に発展した地域は、岩手県・秋田県・青森県の東北地方であった。東北3県の医療組合の発生は、

昭和 4、5 年ごろの東北大凶作による農民飢饉の自然的要求からであった（全国厚生農業協同組合連合会 編 1968: 155）。

この大規模な広区域医療利用組合の発生した原因について、間接的な要因の一つとしては、「青原村産業組合をはじめ、岡山県の船穂組合、奈良県の発志院組合や、そのほか昭和初期までに自然的に発生した産業組合兼営事業が、永続はしなかったがこれらの事業が影響を与えた」とされている（全国厚生農業協同組合連合会 編 1968: 184）。その実例として、広区域医療利用組合の先駆けだった青森県の東青病院の開設者である岡本正志が産業組合中央会に対して、1927（昭和 2）年 7 月 25 日に医療組合について照会したことや、また高知県の高陵利用組合の設立準備を担当した細木武弥が岡山県船組合の医療施設を視察したことが挙げられる（全国厚生農業協同組合連合会 編 1968: 184）。これらの照会や視察から既に前章で述べたように、医療利用事業の経営の維持には、医師の安定的な確保や多くの利用者・組合員を必要とするための広汎な区域が必要であることが明らかになったことから、数カ町村または郡以上を単位とする広区域医療利用組合が組織されるに至った。これらの広区域医療利用組合の経営は、「組合病院方式」などと呼ばれるものであり、それは猪飼によって次のように説明されている。

医療利用組合経営の総合病院を県下の中心地に建設し、そこにおいて医師の安定確保を達成したうえで、それを拠点として、医療資源の乏しい地域に分院・診療所を立てたり、巡回診療を実行したりして、医療の普及を図るものであった。（猪飼 2005: 56）

また、広区域医療利用組合は、医療機関が多く分布する中心地に組合病院を開設したことから、「低廉な利用料によって近代医療の恩恵を組合員大衆に及ぼすことを主眼とした」とされており、医療の社会的普及を目的としていたことから、これまで述べてきたような初期の単営町村組合による医療利用事業とは、目的が異なっており、その第一目的は医療費の軽減であった（高橋 1941: 34）。広区域医療利用組合が、医療費の軽減を第一の目的とした背景には、1929（昭和 4）年の世界恐慌に関連する農業恐慌があり、農家経済の破綻によって農家の負債が増加し、1930（昭和 5）年には 45 億 8 千 5 百万円、1932（昭和 7）年には 47 億 1 千 7 百万円となり、1 戸平均 8 百 37 円でこの年の自作農の所得平均額 7 百 77 円を上回り、小作農所得の 2 倍に達した。こうした経済恐慌による農山漁村の疲弊を背景として、広区域医療利用組合は発生したのであった。

広区域医療利用組合の特徴は、多様な人々がその利用者であり、組合員であったという点である。王子生協病院長であり、この時期の医療利用組合を研究した林俊一は、当時の様子を次のように語っている。

産業組合の性格は全体としていいますと、自作農維持という政府の方針に貫ぬかれて、中農の利益を中心としたものでした。ただ医療事業については、無医地区の問題、医者にかかるのは大変だという点などでは、階層をこえた統一要求でした。しかし中心病院は都市にあり、下層の農民はよい医療を受けにくいということで、組合病院は貧農の利益にはならないという議論もありました。事実組合病院は都市にあって、患者さんは農民と都市の住民とが約半分ずつで、組合病院といっても農民の病院とはいえないという面がありました。しかし農村の末端に診療所をもっていたところは、医療の合理的な配置として診療所が農民の健康の直接の維持に役立っていたわけです。（林俊一 1969: 354）

こうして、単位町村組合の兼営診療所としては、達成することができなかった機能を、このように中枢病院を基地として、その周囲に診療設備を配置する方法を用いることによって果たすことができた。

また、この時期の医療利用組合の発展に重要な役割を果たしたのが、東京医療利用組合であった。東京医療

利用組合は、賀川豊彦や新渡戸稲造らを中心とし、1931（昭和6）年5月に設立計画が発表されるや、「さながら燎原に火を放つごとく、医療利組合運動は全国的に白熱時代を現出するにいたった」と説明される（川上 1965: 416）。その理由としては、日本医師会による反対運動があった。東京医療利用組合の設立計画に対して、日本医師会による強圧的な反対運動があったので、それに対して東京医療利用組合が全国的産業組合の応援を求めたため、日本医師会と東京医療利用組合の抗争は全国に広がった。医師会の反対運動に刺激されて、1932（昭和7）年4月に大阪で産業組合大会が開かれたのを機会に、全国的な連絡指導機関である全国医療組合協議会が結成された。その参加組合の中には、青森県の利用組合東青病院や鳥取県の利用組合厚生病院、島根県の青原村組合の医療利用事業が広区域医療利用組合となった石西利用組合共存病院や高知県の高陵利用組合昭和病院などがあった。翌1933年には全国医療利用組合協会となった。なお、その後も全国の医師会と医療利用組合との抗争は、全国で見られた。東京医療利用組合の設立を境として、医療組合運動の推進力にも変化が起きた。それ以前には既存の産業組合を母体とし、これと密接な関係を保っていたが、これ以後に全国に設立された医療利用組合は、産業組合との関係が比較的希薄で、むしろ「理想主義的・社会運動的色彩を帯びるものが多くなった」と説明される（川上 1965: 417）。

第2節 農村恐慌期における農村更生と産業組合5カ年計画

これまでにも既に述べたが、昭和初期における農村経済の壊滅は、農民の生活だけでなく、満身に医療を受けることができないという、生死にかかわる健康面においても大きな影響を与えていた。このような状況に対して、斎藤内閣は1932（昭和7）年8月に、救農議会といわれた第63議会（臨時）を招集し、救農土木事業、農村金融対策、農山漁村経済事業計画の3つを確立した。農山漁村経済更生計画はその遂行の中心機関として産業組合を据え、産業組合は「直接的な国家的任務を担当するに至った」（高橋 1941: 47）。農山漁村経済更生計画は、各町村に経済更生計画を提出させ、集落の共同体的関係に基づく挙村一致の体制で、産業組合活動を拡充し、農村の負債の整理と自立更生、「村の立て直し」を図ることを目的としたものであった（吉原・和田 2008: 68）。

当時全国的に勃興した医療組合運動は、産業組合による医療費負担の軽減と、治療の機会均等など、緊急欠くことのできないことを強調し、政府もその必要を認め、全国にわたって医療組合の実情を調査してその奨励指導方針を確立し、これを農山漁村更生計画の中に織り込んで積極的態度を表明した。農林省は、産業組合組織による医療組合の効果をまとめているが、ここで注目したいのは、開業医なき町村にも之が普及をもたらすこと、という一文である。内務省が実際に無医村に対する施策を行うのは、1937（昭和12）年からであるが、藤野（2002）によると、内務省が、政策上、無医村を問題にしたのが、1920年代後半以後であり、また、「1932（昭和7）年、昭和恐慌下、斎藤内閣のもとで農山漁村更生運動が開始される次期、農村復興策の一環として「無医村」対策の必要が内務省に求められ」ることとなったが、まだ、この段階においても、無医村対策は急務とは認識されていなかった（藤野 2002: 104, 107）。このような中で、農林省は無医村対策について産業組合の役割を期待していたと考えられる。前節でも述べたように、医療組合は当時各地の医師会と抗争していたため、その正当性を農林省によって示されることにより、後ろ楯を得ようとしていたとも考えられる。

農林省は、医療利用事業が躍進的普及の情勢を示したので、組合の設立に当たっては地方の実情に即応した企画をもって統制するため、1932（昭和7）年の第7次産業組合の改正を機会として、医療組合関係事項の改正を行った。この改正によって、従来医療利用組合または連合会の設立や、事業開始については、地方長官の自由裁量によって決めていたのを、許否の処分に当たっては、事前に農林大臣の指揮をうけて決定することとした（全国厚生農業協同組合連合会 編 1986: 201）。これは、地方的な勢力を政治的に利用して反対運動を行うことが多かった医師会の弊害を封じるために、「医療組合設立の許可を中央機関に移す要望にこたえた」ものであった（全国厚生農業協同組合連合会 編 1968: 201）。また、農林省は、医療利用組合の規模や経営についての

指導方針も確立させた。

産業組合中央会は、農林省の積極的な医療組合対策の確立とともに、その普及に乗り出し、産業組合法の改正に先立ち、1932（昭和7）年4月に大阪市で開催された第28回全国産業組合大会において、産業組合拡充5カ年計画の樹立を決議し、1933（昭和8）年1月より全組合がその実行に入った。達成しようとした目標は次のとおりである。（1）全国の農村に1村残らず産業組合を設立すること、（2）農業者の全部を組合員とすること、（3）農村産業組合はすべて信・販・購・利の4事業の兼営をなすこと、（4）貯金目標を倍加して21億円とすること、（5）貸付金は19億円台とし組合員の負債整理を進めること、（6）販売事業は、米の県外移出の57%、小麦は生産高の34%、生糸は輸出の20%を扱うこと、（7）購買事業は組合統制可能見込額の60%を扱うこと、その他農業倉庫の拡充、連合機関の活動促進、教育活動の強化等、その内容は広汎をきわめ数量的倍加を目標とするとともに、その質的系統的運動の強化を図ることを目的としていた（高橋 1941: 49-50）。医療利用事業については、「地方の状況に応じ医療施設其他必要な経済施設をなすこと」とされた（全国厚生農業協同組合連合会 編 1968: 202）。なお、この5カ年計画は、一応、産業組合自体の拡充運動として立案されたが、内容的には農山漁村経済更生計画に沿ったもので、満州事变後の戦時体制拡充の国策支柱として遂行された（全国厚生農業協同組合連合会 編 1968: 202）。また、1936（昭和11）年に入り、陸軍当局が国民体位の向上を救農問題と関連して取り上げるようになったとき、組合による医療機関は単に農村における医療の普及機関としてではなく、「農村保健運動の施設」として、保健国策への協力を求められていった。医療利用組合は、農林省の政策によって、大きな推進力を得たことになったが、それと同時に、本来、自由加入の民主的な協同組合であるはずの産業組合そのものが、「官僚的な行政機関と化し、国家独占資本主義の一構成分子に変貌するにいたった」のである（川上 1965: 418）。

第3節 国民健康保険法と医療利用組合の役割

内務省社会局が疲弊した農村の窮乏を救済し、農民の医療費の負担を軽減するための方策として、農山漁民など一般国民を対象とする保険政策について研究をはじめたのは1933（昭和8）年ごろからであった（吉原・和田 2008: 71）。そして1年余りの調査研究をもとに、翌1934（昭和9）年市町村の区域ごとに組合をつくり、組合が保険者となって保険事業を行うという国民健康保険制度要綱案（未定稿）を世に出した。要綱案発表後内務省はさらに実施調査や関係方面との話し合いを進め、1935（昭和10）年に要綱案を正式に社会保険調査会に諮問した。そして、1937（昭和12）年に国民健康保険法案を議会に提出した。戦後の国民健康保険は、一般的に市町村の区域を単位とするものであるが、戦前の国民健康保険法では、既に医療施設を行っている医療利用組合による国民健康保険組合の代行が認められていた。この代行が決定するまでは、事業の普及、発展のために産業組合の組織、経済力を活用すべきであるとする産業組合側の意見と、医療利用組合と国民健康保険は目的、性格を異にするものであり、代行を認めることは医療利用組合の赤字を救済しようとするものであるとする医師会側の意見とが強く対立し、政治問題にまで発展した（吉原・和田 2008: 77）。議会においていちばん大きな問題になったのは、先ほど述べたように、国民健康保険事業を国民健康保険組合以外の適当な法人、団体に行わせることを認めるかどうか、とくに産業組合の利用事業としてすでに医療施設を経営している医療利用組合に国民健康保険組合の代行を認めるかどうか（法案では認めることにしていた）ということと、被保険者の医療機関選択の自由を確保するために、組合と医師会との間で団体契約すべきことを医師会の要望を入れて法律に明記するかどうかの2点であった。政府は、「国民健康保険組合においては特定の医療施設を持たず、開業医を利用すること」としてあくまで国民健康保険法が開業医制度を前提としているという意見を述べ、その例外として、医療施設を既に持っている医療利用組合に対してはその代行を認めるという、両団体の折衷的な案を取りまとめた。すなわち国民健康保険法の成立は、「医療の社会化運動につらなる医療利用組合を、抑圧ではないが、やわらかな国家統制のなかに把握していくこと」とであると考えられている（佐口 1964:

78)。また、佐口(1964)は、「医療利用組合運動は、国保の成立によって実質的な終わりをとげたといったら過言であろうか」とまとめている(佐口 1964: 78)。しかし、当時の国民健康保険が原則として家族給付がなく、家族が医療給付を受けるためには別に保険料を負担して組合員となる必要があったため、国民健康保険ができて家族は従前通り医療組合を利用しなければならなかったため、国民健康保険実施後も、医療利用組合による軽費診療は十分その存在意義を持っていたのである(菅谷 1976: 210)。

第5章 おわりに

これまで、産業組合による医療利用事業がどのように発展したのかということ、当時の医療制度や農村医療の状況などから述べていき、また医療利用組合そのものも自然発生的に生まれ、全国的な組織となり展開していったことを明らかにした。第4章の中で述べたように、医療利用組合は無医村問題や保健対策、国民健康保険組合の代行においても、最終的には国民保健政策の一環として国家の統制の中に組み込まれていった。しかし、無医村対策についても、医者の確保を行うために医療利用事業を自然発生的に行ったことや、農村恐慌の際には医療費の低廉化のために広区域医療利用組合を設立するなど、産業組合は農村に医療を普及させるために独自に展開していった。これらのことから考えると、産業組合拡充5カ年計画や国民健康保険組合の代行に産業組合の側から意欲的だったことは、組合運動を充実させるためであり、また医療を享受することができなかった農民に対する能動的な働きかけであり、国民健康保険法制定後も、なお、国家の保健政策の中で医療利用組合はその目的を果たすことができたと考えられる。

【参考文献】

- ・猪飼周平,2005,「第1章 近代日本医療史における開業医の意義」,佐口和郎・中川清 編著,『講座・福祉社会2 福祉社会の歴史 伝統と変容』,ミネルヴァ書房.
- ・大庭政世,1935,『農村産業組合経営の実際』,高陽書院.
- ・大庭良美 編,1987,『日原町農業協同組合史』,日原町農業協同組合.
- ・川上武,1965,『現代日本医療史』,勁草書房.
- ・黒川泰一,1939,『保健政策と産業組合』,三笠書房.
- ・国民健康保険協会 編,1948,『国民健康保険小史』,国民健康保険協会.
- ・佐口卓,1964,『医療の社会化』,勁草書房.
- ・産業組合中央会,『産業組合』204号.
- ・島根県農業協同組合史編纂委員会 編,1965,『島根県農業協同組合史』,島根県農業協同組合史編纂委員会.
- ・社会医学研究会,1926,『医療の社会化』.
- ・菅谷章,1976,『日本医療制度史』,原書房.
- ・全国厚生農業協同組合連合会 編,1986,『協同組合を中心とする日本農民医療運動史』,全国厚生農業協同組合連合会.
- ・高橋新太郎,1941,『農村医療事業の経営』,産業組合実務研究会.
- ・高橋裕子,2005,「国民健康保険制度形成過程における医療利用組合運動の歴史的位置 岐阜県小鷹利村を事例として」,「大原社会問題研究所雑誌」No.564.
- ・豊崎聡子,2001,「恐慌期農村医療の展開過程 医療組合運動から国民健康保険法へ」,『農業史研究』35号.
- ・「内務時報」1936,10月号.
- ・林俊一,1969,「“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.
- ・藤野豊,2002,「“無医村”問題の登場 ファシズム期富山の社会史(4)」,『人文社会学部紀要 VOL.2』.
- ・益田市医師会,2006,『益田市医師会史』,益田市医師会.
- ・吉原健二・和田勝,2008,『日本医療保険制度史』,東洋経済新報社.