

1930年代日本農村の医療利用組合運動と国民健康保険法の成立

相澤，與一
福島大学経済学部

<https://doi.org/10.15017/4493091>

出版情報：經濟學研究. 59 (5/6), pp.1-20, 1994-06-10. 九州大学経済学会
バージョン：
権利関係：



KYUSHU UNIVERSITY

1930年代日本農村の医療利用組合運動と 国民健康保険法の成立

相 澤 與 一

はじめに —問題開示—

この秋は、北国を中心に戦後最悪とまで評される冷害のため、「不捻」の秋となった。わが家の裏のたんぼも今はたしかに色づいているが、あまり穂をたれていない。それでなくとも減反農政などのせいでの農業の将来が暗く、農業後継者が激減しているところなので、この冷害は日本農業の解体を促進する恐れがある。

おもえば、昭和恐慌下にもくりかえし大冷害に見舞われた。小作農民たちが娘たちを身売りさせるほど農民の窮乏化が進み、「農村解体」の危機が深まった。筆者が東北の農村に生まれた昭和8（1933）年のころである。東北の農村を中心とする農民の極度の窮乏化と「農村解体」の危機が、寄生地主制下の農村と農民を地盤とし支柱としたわが天皇制国家体制をも揺るがし、同時に激化した労働者・農民運動が弾圧の激化にあって敗北し後退するなかで、ファシズムと軍国主義の侵略的な国家独占資本主義への展開を促したのであった。ちなみに、今日、世界史的でもある世紀末的な閉塞状況下に、わが国においては近衛文麿の孫が首相とされ、「体制翼賛」的な二大保守政党化を目指す政界再編、「政治改革」＝小選挙区制化が追求されつつあるのも、重大な意味をもつのである。

ところで、国民健康保険法は、国家総動員法と同じ昭和13（1938）年に制定されている。すでに第一次大戦の大正11（1922）年に過激社会運動取締法案と同時期に上程された健康保険法案が可決・公布され、治安維持法制定（1925年）後の昭和2（1927）年から実施されていた。健康保険法も国民健康保険法も、もちろん、労働者と農民の医療窮乏に多少とも対応し疾病による貧困化の緩和をはかることを一政策課題とし、それに治安対策＝階級強調などその他の政策課題が結合されたものである。健康保険法は、基本的な労働者保護立法たる工場法の適用をうける労働者を対象とし、大企業では従業員を企業別の健康保険組合に囲い、反社会主义と労資協調の促進、労務管理の補強などをはかるものであったはずである。これに対し国民健康保険法は、おもに農民を対象とし、窮乏農民の「匡救」と治安対策と「健兵健民」対策を課題とし、任意設置、任意加入の健康保険を行おうとするものであった。この制度は、やがて強制設置、強制加入とされ、「国民皆保険」を担うものに改編される。枢要の社会保険制度なのである。

しかるに、そもそも国民健康保険に関する学術的研究の少ないことが大問題である。また、おおかたの解説書や少数の学術的論及において、その制定意図としては、一方では農民救済政策の側面が、他方では「健兵健民」政策の側面が

強調されてきた。そして必ずしもそれらが総合的、統一的に把握されることが少なかったようである。しかも、それにもまして、その立法が、民衆の側からのいかなる動きに対応するものであったかについては、まったくといつても過言でないほど明らかにされていない。医療窮乏の把握のうえに、この点を明らかにすることが本稿の一目的である。

実際には、民衆の側にも有力な医療運動が実在したのである。それには、ごく大まかにいえば、まず実費診療所運動から無産者診療所運動への展開があり、その流れが昭和初期からはおもに地下の共産主義運動とつながる左翼的なものとなり、執拗・苛烈な弾圧をあびて次第に後退させられる。

本稿でおもに「民衆的」な運動としてとりあげるのは、産業組合による医療利用組合運動である。産業組合は、明治以来、絶対主義的天皇制国家の産業組合法に基づく規制と指導を受ける地主主導の農村組織であり、しだいに商品生産者としての成長を背景に自作および小作農民の発言力も増すが、必ずしも自主的、大衆的な農民協同組合ではなかった。それでも、とくに昭和恐慌下での農民の極度の窮乏化のうえで、たぶん、一方では激化した小作争議に対抗し、他方では農民の窮乏化と医療窮乏化に対応して統合の維持・補強をもはかり、医療利用組合運動を興し発展させようとしたのであろう。医師会などは、独占的既得利益を侵されまいとしてあらゆる医療の協同化、社会化の試みに反対を強めた。政府当局は、とくに昭和8年以降の産業組合拡充5ヵ年計画期には、農林省を中心に産業組合による医療利用組合運動を支援した。政府当局は、たぶん農民たちの「自主的」努力を喚起しながら産業組合の事業拡張（4種兼営

化）と小作農民の包摂によって産業組合を拡充させ、それを官製化した「自力更生運動」の主な経済組織として動員しようとした、その一環として産業組合の医療利用組合運動をも支援したのである。

いずれにせよ、産業組合運動に関しては膨大な資料と数多くの研究が残されているが、産業組合などによる医療組合運動については、当事者のやや雑駁な諸叙述以外見るべきものが見当たらない。それゆえ、医療組合運動を研究することはわが国の医療保障運動史の未解明な重要な部分に光を当て、医療協同組合運動の歴史を明らかにすることにもなろう。また、昭和13（1938）年には産業組合の利用事業総額の38%も占めたといわれる医療利用事業の評価が産業組合運動の歴史的評価に少なからず影響するものであつたはずなので、その研究は産業組合運動史研究の大きな欠落点を埋めるものでもあるだろう。

その研究に際しては、産業組合運動についても、その医療利用組合運動についても、運動の当事者たちの記録や評価がおもな検討対象にならざるを得ないのであるが、かれら当事者たちは運動の自主的性格を強調する傾向が強い。その批判的分析が重要なのである。

医療利用組合運動は、たしかに地方によっては相当広がり、相当な成果をあげたようである。このことの検証は重要である。ただし、限界も大きかったであろう。医療利用組合は、地域的に偏在し、組織があるところできさえ下層農民を中心にして多数の農民家族を組織できなかつた。医療利用組合だけによっては医療窮乏を解決できそうもなかつたであろうし、まして、準戦時体制化とともに陸軍筋を中心に急浮上した「健兵健民」政策の課題にこたえるには、国家による立法化が要請され、医師会等の反対を押し切つ

てまでも立法がなされ、戦時には任意制の国民健康保険を強制的に普及させての「国民皆保険」がはかられたのであろう。この流れと産業組合等による医療組合運動はどのようにかかわったのであろうか。未解明のこの点の解明も重要な課題なのである。

1 1930年代日本農村の医療窮乏

『厚生省50年史』記述編の総合年表によれば、1933（昭和8）年6月27日に農村健康保険の事務当局案（任意国民健康保険制度要項案）成立、1937（昭和12）年3月9日に国民健康保険法案第70回通常帝国議会に提出（議会解散により不成立）、1938（昭和13）年1月第73回帝国議会に再提案され3月3日通過成立、4月1日に「国民健康保険法」公布（7月1日施行。任意組合、任意加入），とされている。

昭和恐慌期に農村の医療窮乏が一層、深刻化するとともに、小作争議が激化し、弾圧が強化され、やがて総動員体制のための「健兵健民」政策などの時局的要請が強まるなかで、国家当局が立法によって介入することになっていくのである。

さて、昭和恐慌期における日本農村の医療窮乏は、第一に、絶対主義的な天皇制国家の政治的枠組みのもとで、明治以来の寄生地主制によって支配・搾取され、さらに第一次大戦以降強められた独占資本主義によって収奪されるなかで窮乏していた零細農耕農民が、世界大恐慌下の昭和恐慌によって極度に窮乏化させられたこ

とによるものである⁽¹⁾。農民の窮乏化が医者にかかることを困難にし、医療費の未払いをも増やすことによって、そうでなくとも劣悪な農民の健康状態を悪化させ、死亡率を高め、他方、もともと少ない農村在住の開業医の経営破綻と離村を促進し、こうして農村の医療を一層窮乏化させ、その側面からも農村解体の危機を促進することになったのである。新潟県下の状況に関する当時の記述からの引用を借用すれば、こうである。

「古来よりいづれの支払を差措きてもこれを支払ふの風習馴致せられたりしも最近の深刻なる不況は遂に之を禍し…昭和6・7両年度に於ては全く大部分の被施療患者に於ては支払に窮し為に其未払額の割合等も相当驚異すべき数字を示すに至れり。…」「最近に於ては初診を受くるもの少なく普通の風邪等は医師の診断受くることなく之がため重体に陥るものすくなからず」。「最近に至り殆んど支払うものなく本村内に開業しある医師2名のうち1人は本年遂に一家を支え得さる為隣町に転住なしたり」⁽²⁾。

もちろん、農村の医療窮乏には、医療の供給構造も大いに関係した。医療が社会化されないまま、開業医制度のもとでおおかた営利主義的に行われ、そのためもあってともと病院をはじめとする医療機関が都市部に偏在し、農村に医者が少なくてかかりにくく、そして小作貧農などの低所得層が容易にかかれないと医者代が高いことが問題であった。「医は仁術なり」という言葉も示すように、医療は初めから商品で

1) 昭和恐慌下の農民層の窮乏化と農村解体の危機については、文献と論文が多過ぎて特定のものに絞れない。同時代の証言としては、たとえば猪俣津南雄著『踏査報告 穷乏の農村』(1982年、岩波文庫)があり、比較的近年の総括的研究としては、暉峻

衆三著『日本農業問題の展開』下巻（東京大学出版会、1984年）の第5章「昭和恐慌期の農業問題——国家独占資本主義への移行——」をあげることができる。

2) 暉峻衆三著『日本農業問題の展開』下巻、78ページ。

はなかった。明治期に国家統制のもと西洋医学への転換と医師免許制度が採用され、開業までに多額の費用を要する開業医が増加し支払能力のある患家の獲得のために競争を強めるなかで、「医療の商品化」、医療の資本主義化が進み、こうして営利主義的な開業医が明治末から昭和初期にかけて全盛期を迎えたといわれる。かつて明治政府は、たぶん絶対主義的慈惠性と富国強兵政策の立場から、官公立病院の設立を進め、

「窮民の疾病」治療の任をもそれに課したのであるが、設備と新技術に優れた官公立病院が上層の患家に好まれ、営利主義化した開業医と競争する中で営利主義を強めていったといわれる。むしろ、救療事業は、1906（明治39）年ごろに勃興した民間の慈善事業によって本格的に提起されたようなのであるが、象徴的にも大逆事件の翌年の1911（明治44）年に明治天皇が施薬救療に関する勅語を発し、そのための内帑金150万円を下賜し、それを受けた首相桂太郎が発起し、恩賜財団済生会が設立され、窮民の救療にあることとされ、窮民救療の慈善を天皇の慈惠のもとに包摂するものとされたのである。しかし、この種の済生病院の設置も都市に限られ、その救療も農民層にはほとんど及ばなかった。そのうえ、昭和恐慌による農村・農民の窮乏化が農村在住の開業医の経営を破綻させ、離村を促したのである。

『内務時報』によれば、昭和11年8月現在で、人口1万人につき診療に従事する医師数は、都市部の13.62人に対し、村部では3.69人にすぎなかつた⁽³⁾。また、昭和9年末現在、官立および特殊病院を除く患者収容力10人以上の病院は、市

3) 全国厚生農業協同組合連合会編（高橋新太郎執筆）『協同組合を中心とする日本農民医療運動史前編・通史』（全国厚生農業協同組合連合会、1968年）、第42表、59ページによる。

部で1748（収容力100人以上、104）、村部で284（4）であった⁽⁴⁾。しかも、無医町村数は、1923（大正12）年の1960から1927年2909、1930年3231、1934年3427と、昭和恐慌下に急増した⁽⁵⁾。「此の中交通不便の為め全然隣接町村の医師を利用する途もない村が約一千に達することである」⁽⁶⁾、といわれた。なお、筆者居住の福島県は、当時、無医村数も、無医村居住人口数も全国一であった。

国民健康保険法案作成の当局者の一人、清水玄は、同法制定・施行の年に上梓した『国民健康保険法』の中でこう述べている。「さきに社会局において農村の医療状況を調査した結果によれば山間部等においては医師の来診は死者のある場合に限るとか、死亡診断書の為めに来診を求めるとか、医師の診療を必要とする疾病中僅かに其の一割位が現実に医療を得て居るといふ様な事例があつた位であつて一般にあまり医療を受けて居ないのである。是等は農村が窮乏して居ることと医療費が比較的高額であることに基くものである。診療料金は薬剤は一日分二十銭位で比較的低価のものも少くないのであるが往診料は大体において交通の関係上高額になって居る。調査の結果では一回二円以上を必要とするを例とし、隣村等の多少遠隔の地より往診を求むる必要のある場合には十円を要することも珍しからぬ様である。」⁽⁷⁾

そこで医療費についてであるが、まず内務省社会局がとりまとめた平均医療費（総括表）⁽⁸⁾に

4) 同前、第46表、61ページによる。なお、清水玄著『国民健康保険法』（羽田書店、1938年）14-15ページの昭和9年末社会局調による表を参照。

5) 同上、第47表、61ページから。清水玄著、前掲書16ページの表も参照。

6) 清水玄著、同上、16ページ。

7) 同上、17ページ。

8) 前掲『日本農民医療運動史』前編、第59表、70ページ。

よれば、まず、都市と農村との間の大きな格差が注目される。そして都会地居住者の中にも俸給生活者と労働者の間には若干の差が見られるとともに、俸給生活者の中でも職業によって相当の差があり、労働者のうちでも健康保険の被保険者について大企業の組合管掌の方が政府管掌よりもかなり高かった。だいたい所得水準の格差に応じて平均医療費に格差があったことがうかがわれるのであるが、そのことは農民の中でも看取される。いやむしろ、小作農と自小作農と自作農の間にはより画然とした差異がある。そして、農民層全体の平均医療費がはなはだ低いのであるが、なかでも小作農の医療費は一人あたりにすると都市住民の約5分の1ないし3分の1で、労働者と比べても3分の1と4分の1の間にあった。つまり、当時の医療水準でも、必要な医療費のなんぶんの1かしか支出できなかつたことがうかがわれる。しかも、昭和6年から9年までの4年間にわたる農林省の農家経済調査によれば、小作農の1戸あたり医療費18.33円のうち医師に支払った額が10.86円で、その他の中では売薬購入に要したる額が4.12円で目立って多かった⁽⁹⁾。つまり、売薬で糊塗せざるを得なかつたということであろう。

それほど緊縮しても医療費の支払いは農家の負債増大と家計破綻の一大原因をなし、とくに恐慌期にはあらゆる手段も尽きて未払いが増加したのである。

どん底の窮乏生活、栄養不足と非衛生的な生活条件の中での医療の一層の窮乏化は、各種疾患の蔓延と高い死亡率をもたらした。清水玄は、「農村における疾病は吾人が想像して居る所よりも多いのであって、先に内務省衛生局と各地

方庁との共同調査により71個村138,462人に付き検査したる成績に依れば疾病数214,137病であつて検査人員1人平均1.55の疾病を有して居ることとなって居る。今之を表示すれば左の如し。左表の中特に注目すべきものにトラホーム、寄生虫、及び結核がある」とし、以下それぞれについて説明している。なお、その表においては、検査人員千人につき、肺結核が4.67、トラホームが144.07、寄生虫病が729.40と表示されている。清水は、「トラホームは著しき農村病であつて…東北地方の農村に蔓延著しく全村の大部分が罹患して居る如き事も発見されて居る」と述べ、「寄生虫の害毒が農村に甚だしい」とし、また「所謂三大国民病の随一」をなす結核疾患について、「治療設備が不完全であり予防思想が幼稚であり、従つて伝播し易く農村社丁を蝕んで行くのみならず女工等の罹患者が帰村するもの多く次代の健康を損して行くのであって」、「農村結核病の将来は恐るべきものがある」と述べている⁽¹⁰⁾。

その結果、郡部の死亡率は大正末期以降都市部を上まわり、しかもその差を拡大した。郡部の乳児死亡率は、昭和2年までは市部を下まわっていたのに、その翌年以降市部を上まわり、しかもその差を拡大した。とくに東北6県の乳児死亡率は、福島県を除いて、とくに青森、秋田、岩手、山形の4県は明治期以降全国平均を上まわり、恐慌期にはその差を拡大しつつあつた⁽¹¹⁾。乳児期に山形の山里の貧家で肺炎にかかり瀕死の状態になった筆者を救おうとした両親の必死の苦労が偲ばれるのである。全国平均の乳児死亡率も一般死亡率もなかなか低下せず、

9) 同上、20ページの表、前掲『日本農民医療運動史』

前編72ページの第60表を参照。

10) 清水玄、前掲書、3-7ページ。

11) 『日本農民医療運動史』前編、第55、56、57、58表、68-69ページ。

明治の前半にはヨーロッパ諸国より低かったのに、とくに大正期以降それら諸国をますます上まわりつつあった。とくに結核死亡率は、ヨーロッパで著減しつつあったのに、わが国ではほとんど低下せず、1934（昭和9）年当時、ヨーロッパ諸国の2倍から3倍という高さにあつた⁽¹²⁾。

その結果、当然、徵兵のための壮丁検査の成績がみるみる低下し、それが「健兵健民」政策を提唱する陸軍省のイニシアチブで厚生省の設立と国民健康保険法の制定に導く直接の原因となる。「日支事変」の年1937（昭和12）年に出された陸軍省医務局の声明は、「わが国の徵兵検査の成績によれば、不合格者丙、丁種は大正11—15年平均において千人に付き250人内外であったが、昭和2—7年平均においては350人、昭和10年には400人に激増しているのであって、この趨勢をもって推移せんか数十年ならずして国民の大半は丙、丁種の体位列弱者たるに至るであろう」と述べたほどである。その反面として甲種合格者は、千人あたりで、大正10年の357人から昭和5年の293人、同10年の297人へと激減していた⁽¹³⁾。

2 産業組合の医療利用組合運動

（1）1930年代の産業組合と農村経済更生運動

1930年代の産業組合による医療利用組合運動の歴史的な性格を理解するために、その主体たる産業組合とそれを動かした国家の政策について、最小限の理解を示すことにしよう。そもそも農村をおもな対象とした協同組合としての産業組合は、官僚の指導・監督のもとでの地主主

12) 同上、第33、34、35、36表、53-55ページ。

13) 同上、56ページ。

導的な組織として成長し、小作貧農層を含まず、必ずしも自主的・大衆的な組織ではなかった。もちろん、上層農家の先行的試みと自主的な努力を伴ってはあるが、絶対主義的な天皇制国家は、天皇制の堡壘をなした自作農・中農上層が没落するのを阻止し地主支配の農村秩序を保全すべく、1900（明治33）年の産業組合法をはじめとする立法に基づいて産業組合の育成に努め、官僚の指導・監督のもとに地主たちに管理をゆだねてきた。

しかし、大正後期までに西日本を中心に、小作および小作農民をも含めての小商品生産の発達があり、かれらの社会的発言力も強まり、そして小作攻勢的、地主守勢的な小作争議が増大する。それに応じて自作・中農層の産業組合内における発言力も高まり、小商品生産者層として産業組合による流通過程の合理化・社会化を求めるうことになり、その要因もまた産業組合の組織と事業の拡大とそのための系統組織の整備を促したであろう。

他方、第一次大戦後の労働および農民運動と社会主義運動の高揚のなかで、たとえば日本共産党創立の年、1922年に賀川豊彦などのイニシアチブで創立された日本農民組合の創立大会において、有産階級寄りの産業組合法を改正して組合を「小作・貧農に適するように改造」すべしと決議され、その後、左翼の働きかけをも受けて左傾化した日農の中央委員会が1927年に各連合会に対して「根本方針」を発し、「既成産業組合における地主並びに富裕農の専制を暴露し、今日の産業組合を階級的協調の機関から階級闘争の場面と化し、貧農を中心とした自主的産業組合に迄戦ひ取る事」を指示した。小作・貧農に対する抑圧機関となっていた産業組合は、かかる一面的な「暴露」と「戦い取り」の戦術に

たいし警戒を強め、この要因が産業組合の大衆化要求との矛盾を強めていた。⁽¹⁾

さて、大恐慌下の激烈でながびいた農業恐慌は、小作貧農層を頂点として農民をひどく窮迫・窮乏化させ、中小地主層をも窮迫させ、小作地の取り上げなどをめぐる地主攻勢的、小作守勢的な小作争議を空前の規模と激しさで燃え上がらせた。政府は、治安体制を改悪・強化して労働争議とともに小作争議への弾圧を強化してこれを後退させていった。かくして強められた閉塞状況のなかで、1932年には軍部青年将校による5・15事件などをはじめとして国家主義的ファシズム運動が高揚し、農村でも中農および地主層の右翼的な農村救済請願運動が起こり、政治体制と国家政策の右翼化、ファシズム化を促した。

もちろん、繭と米の価格の暴落によって窮乏化した中農層は、産業組合を拡大・強化して危機の緩和をはかるとしたであろうし、地主層は産業組合を小作管理のため小作争議に対抗して地主支配の保全をはかる組織として強化しようとしたであろう。

いずれにしろ、これらの多少ともあい矛盾する諸契機に対応しつつ、天皇制国家は、天皇制の最大基盤たる農村を自作農・中小地主層中心に危機から救済しようとし、そしてそれによってファシズムと軍国主義の侵略的な国家独占資本主義を形成・強化する方向に農村・農民を統合・再編しようとし、そのために農民層の「自主的」な集団的・協同的努力を喚起して動員をはかる政策を展開させる。1932-33年がその画期をなし、次の1938年以降の国家総動員法体制

を準備する。それが「産業組合拡充五ヵ年計画」運動と「農山漁村経済更生運動」である。いずれも民間が提案・計画し、政府がそれを活用する形をとったのである。

産業組合拡充5ヵ年計画は、産業組合自身によって1932年に策定され、その翌年に1937(昭和12)年までを計画期間として発足した。一方、1932年6月に地主団体が「自力更生決議」をあげた。「現下農村は、極度の窮乏に陥り、不安動搖真に憂慮すべき情勢にあり此際一步誤るに於ては國家の根底を破壊するの虞なしとせず」、「農業の特異性たる自給自足生活の拡充を図り大いに自力更生の意識を喚起高調し、此の際一層農業経営の改善、産業計画の樹立、配給改善事業の進化に努め全国農村一致結束の下に此の難局打開に邁進せんことを期す」⁽²⁾。体制的危機感と精神主義が目立つ。

ときの政府は、内外の強い圧力を受けて、1932年8~9月に時局匡救議会または救農議会と呼ばれた第63臨時議会を開き、一連の農業恐慌対策を講じて農業政策の転換に着手し、翌33年の第64議会において一層の整備をはかった。その第一は、33年成立の負債整理組合法を中心として、中農以上階層の負債を官僚主導のもと「隣保共助」で整理・救済させようとした負債整理=金融の円滑化政策である。第二は、米価保護政策であり、64議会で米価統制法が制定され、今日におよぶ米価統制「保護」の軌道を敷いた。その第三が、いわゆる時局匡救事業であり、救農土木事業と農村経済更生計画からなる。産業組合は、この経済更生計画の主要組織とされ、拡充五ヵ年計画をつうじての急速な拡充がはかられる。森武麿は、こう述べている。政府は、

1) 中嶋信「地主制の危機と産業組合拡充運動——産業組合拡充運動の歴史的性格」(名寄女子短期大学学術報告 VOL11, 1978) 19-29ページ参照。

2) 道府県農会長協議会決議「農村救済断行に関する決議」(協調会『農村社会運動の動向』所収)。

1932年7月6日の斎藤実首相の「重大な時局に際して国民に告ぐ」という声明を端緒として経済更生計画の準備をすすめ、産業組合と農会を計画の民間における中心的ない手とした。「このため32年救農議会において、産業組合法が改正される。これによって、更生運動の中核的実行機関としての産業組合の組織的整備がなされた。すなわち、部落を単位とする農業団体たる農家小組合を農事実行組合として法的監督下におき、これを産業組合に加入の道を開き(ママ・悪文)、産業組合の下部組織を強化した。」なお、ここに補足を加えれば、この措置によって、従来産業組合に未参加であった小作・貧農までも産業組合に包括・包摂されることになったことが、とりわけ重要なのである。「これによって、政府一府県一町村一部落農家という政策浸透ルートのなかに部落が明確に位置づけられ、かつ、国家は産業組合をテコにした部落農業団体の官僚的編成によって全農家の経済活動を掌握することになった。ここに、産業組合法改正の本質がある。これを実行に移すため、政府は産業組合中央会を動員し、民間の「自發的」な運動として産業組合拡充五ヵ年計画を樹立し1933年から実行に移された。産業組合拡充五ヵ年計画の目標は、産業組合の未設置町村をなくし、かつ4種兼営(信用・販売・購買・利用)に新設・改組し、区域内の全農業者を加入させ、かつ系統機関に加入し、その統制下に活動することである。これによって産業組合が農村の流通過程を支配し、農業再生産機構の新たな構成がなされ国家独占資本の農村エージェントとして農村支配の実質的役割を果たしていく。」そして、33年の後藤構想の決定によってファシズム国家の全農業政策体系が確定される。全国的な農村経済更生運動の時期区分は、第一期が1932年9月

の農林省經濟厚生部設置から38年12月の農村經濟更生中央委員会の解散まで、第二期が38年12月の農林計画委員会の改組設立から45年の敗戦までとされる。第一期は、「中農上層以上の維持・更生」を主眼とする農業恐慌対策を中心課題とし、一時的・応急的にわずかな予算で壮大な計画を立て、いちじるしく精神主義的傾向をもち、「つまり、『自力更生』のスローガンどおり、農民の下からの自発性がもっとも喚起された段階であった」、というのである⁽³⁾。

事態をリードした国家の側から総括すれば、ほぼこの通りであろう。ただし、産業組合に参加した各階層と活動家の側がそれぞれ拡充計画と農村經濟更生計画になにを託そうとしたのかが明らかにされなければ、喚起され組織され取りこまれたはずの「自主性」の内容も明らかにならないであろう。医療利用組合運動こそは、とりわけその「自主性」にかかるはずなのである。

(2) 医療組合運動の展開

さて、産業組合による医療利用組合運動を中心にしてこの時期の医療運動について若干の考察を試みたい。ただし、まだ資料が不足なので、ここでは高橋新太郎執筆の『協同組合を中心とする日本農民医療運動史』の前編・通史などをおもな素材として吟味することにとどめざるを得ない。

もちろん、明治以降のわが国においても、救療事業もあり、民間の慈善医療の試みもあったが、決定的な特徴は、天皇による慈惠を中心としたことであり、そしてその慈惠政策が天皇制

3) 森武麿「日本ファシズムの形成と農村經濟更生運動」(『歴史学研究』別冊特集、青木書店、1970年10月) 138-140ページによる。

1930年代日本農村の医療利用組合運動と国民健康保険法の成立

国家の重要な一機能をなしていたことである。たとえば日露戦争後の労働および社会主义運動の高揚に対抗してなされたかの「大逆事件」死刑執行の年1911（明治44）年に、明治天皇が施薬救療に関する勅語を発し、内帑金150万円を下賜し、それを契機に恩賜財団済生会が創設された事例が代表的であろう。また、当の昭和恐慌期の農村窮乏に際しては、1932年に300万円の恩賜金があり、政府はこれに一般会計より付加して匡救医療事業をおこし、各道府県が済生会に事業を委託する形で実施した。それには、農村巡回診療も含まれたが、一時的で規模もわずかであった。また、政府は、1937年から五ヵ年計画で無医村に診療所を設置する計画を始めたが、その計画規模もわずか（初年度150か所、翌年以降各50か所）で、しかも、「これによって農村焦眉の急務たる医療費負担の軽減を図ることは困難で」もあった、といわれる⁽¹⁾。

慈善医療に発して、民間の医療運動も展開する。そのひとつが、医療費が高くて医者になかなかかかれないとする実費診療所運動である。それも当初は、かの明治44年に鈴木梅四郎が「不肖梅四郎畏みて明治大帝の施薬救療に関する優詔を挙げ」「聖虞の存する所を察し奉り、「わが國体を維持し危険思想を予防し、國家社会の安寧幸福を図る」ため、一般給与・賃金労働者を対象に防貧事業として実費診療所を起こすとする趣旨⁽²⁾のものであった。

しかし、第一次世界大戦末期以降、ともに1917（大正6）年の、世界的にはロシア革命、国内的には米騒動を発端として社会・労働運動

が高揚するなかで、医療の民主的「社会化」を追求する運動も発展していく。実費診療所の増設も一定進むが、しかし、医師会や開業医の反対が強く、政府も抑制にまわり、困難が増大する。

これとは別に、すでに大戦前から大企業の間に会社主導の労務管理補完的な医療共済組合が多少普及していた。政府当局は、それを前提として、共済組合のない中小企業の労働者を含めて工場法適用労働者を中心に適用される労働者健康保険制度を作るべく、1922（大正11）年に健康保険法を制定・公布し、段階的に（1926年に一部、27年に全面）施行した。それは、直接には大戦後の労働運動の高揚と社会主义の浸透に対抗し企業支配下の労使協調をはかることを最大の目的とし、したがってまた大企業向けには組合管掌健康保険を設定し企業別の健康保険組合によって従業員を囲わせ、中小企業労働者をそれから差別・排除して政府管掌健康保険に囲い、零細経営や不安定の労働者を制度から排除するもので、今日における社会保険の「企業社会」的階層化差別の原型を設定するものであった。もちろん、その課題に連結させて、熟練労働力の企業別確保「保全」をもはかるものであった⁽³⁾。

いずれにせよ、昭和恐慌期の窮乏化のもとで、失業と生活破綻が増した都市の低所得階層たる零細経営労働者、不安定労働・就業者、細民的雑業者とならんで、もっとも窮乏化し医療窮乏が深刻な農村農民は、無保険・無保障のままであり、まず自主的な医療運動が求められた。一

1) 清水玄著、前掲書、31-32ページ。
2) 『協同組合を中心とする日本農民医療運動史』前編・通史、28-29ページ。

3) 健康保険法の成立過程に関する研究としては、佐口卓著『日本社会保険制度史』（勁草書房、1977年）第3、4章、および坂口正之著『日本健康保険法成立史論』（晃洋書房、1985）がある。

方でそれにこたえようとしたのは、社会主義の活動家たちであった。そのもっとも果敢な形態は、非合法化され地下活動中の共産党もかかわったはずの無産者診療所運動である。1929年に「戦旗」紙上での「労働者・農民の病院を作れ」というアピールによって無産者診療所建設運動が開始され、1931年に東京龜有診療所が開設され、その年に全国組織、無産医療同盟も結成され、運動の全国化がはかられ、その後全国的に23診療所と1病院が開設されるまでになるが、官憲当局の呵責なき徹底的な弾圧のため運動は困難を極めた。この運動は、小作争議などと連携してごく一部の農村にも及んだ。たとえば新潟県では、1923年の木崎争議のち農民診療所づくりが行われ、1930年開設の五泉診療所と葛塚診療所は1941年に結局弾圧によって解体されるまで存続し活動した⁽⁴⁾。

これが左派の自主的医療運動のひとつであるとすれば、右派の医療運動は、ともに賀川豊彦らがかかわった農村と都市での医療協同組合運動であろう。

まず医療組合運動の生成・展開を概括することから始めよう。その第一期は、第一次大戦直後から1920年代なかば大正末期頃までに西日本を中心に産業組合が兼営した医療事業活動の形成期である。その創始は、1919（大正8）年に島根県の一無医村、青原村の信購販利組合による医療部開設であるといわれる。産業組合が診療所施設を用意し、近隣の医師に診療を嘱託し、軽費の診療を組合員に提供しようとしたものである。なお、この種の新期事業の開始ですら、所轄の農商務省に照会し、島根県の産業組合主

4) 津川武一著『医療を民衆の手に』(民衆社、1977年) 250-263ページ。前掲『日本農民医療運動史』前掲、126-129ページ。

5) 前掲『日本農民医療運動史』前編、100-104ページ。

任官の許可を得てなされたのである⁽⁵⁾。これらの医療事業の兼営は、1927年までに十数組合を数えたが、ほとんどが永続しなかった。それらは、当然、非組合員を除外し、施設が零細で医療が限られ、水準が低く、経営も不安定にならざるを得なかった。

その第2期は、その弱点を克服するために、単営の広区域医療利用組合による組合病院の設立運動が高まり、各地医師会の反対も強まつた1927年から1932、33年にかけての時期としよう。その口火を切ったのは、医療窮乏が全国トップクラスの青森県で始められた医療利用組合東青病院である。青森市において地主にして産業組合人の岡本正志が1927年に同市ほか一町十か村を区域とする医療利用組合を発起して出資組合員を募り、東北帝大山川内科から院長を招いて翌年医療所を発足させた。しかし、経営は赤字続きとなり、そこで方針を転換し、昭和6年5月に全国最初の広区域医療組合総合病院として再発足してから順調な発展を見たという。この東青病院は、当時東北一といわれたほどの規模をもち、周辺に診療所を配置して連係し、組合員に安く良質の医療を提供して好評を得、先駆的なモデルとして全国的に大きな影響を与えることになったといわれる⁽⁶⁾。発起人が開明的な地主で産業組合人であったということは、運動の性格を示して象徴的である。

しかし、その頃から社会民主主義的な活動家たちも運動に参加してくる。

協同組合病院建設運動を一気に促進するためには、それら僻遠の地でなく東京にそれを起こすことが有意義と考えられ、また大都市には医療に窮乏する一般労働・勤労者家族のニーズも

6) 同上、105-115ページ。

1930年代日本農村の医療利用組合運動と国民健康保険法の成立

大きかった。1931年、青森の経験などに啓発されたキリスト教社会主義者の賀川豊彦などが発起し、当時は産業組合中央会岩手支会長だった新戸部稻造なども加え、産業組合法に依拠しての東京医療利用組合の設立許可を申請し、極貧者への社会事業からも工場・鉱山労働者向けの健康保険制度からも除外される「大多数の民衆は、医療に多額の費用を要し、困憊しているので、ここに「協同組合病院」を計画し、「組合員の協同経済による医療並びに保健の設備を為し、信頼するに足る医師、看護婦、産婆等を置いて懇切なる治療、保健の指導援助を為さんとするものであります」という「有限責任東京医療利用組合設立趣意書」を公表し、新聞紙上にぎわした。これに対し全国医師会などが設立認可反対運動を起こし、商業界からの反対運動の高まりと連携した。昭和6年5月1日付けの日本医事新聞は、「一般開業医は官公私立の大病院に上層階級の患者を吸収され、中産階級とも言うべき勤労大衆を組合病院に吸収さるとせば、その存在を全く失うに至る虞なしとせず…」と、危惧を表明した。組合側では医療組合の全国的な運動体として昭和7年に全国医療組合協議会が開催され、東京医療利用組合機関紙「医療組合運動」を全国機関紙として反対運動に対抗するとともに、同年4月の第28回全国産業組合大会において東京支会提案の設立許可要請決議を採択した。この論戦の激化がかえって医療利用組合運動を広く知らしめる働きをなした。結局、申請後1年あまりのち、きわどい形で設立が許可され、翌8年に中野組合病院が発足し、薬価を一般開業医の半額などにしたため利用者が殺到した。それはまた児童健康相談や家庭訪

問看護を行うなど、営利的な病院がやれない事業を試みた⁽⁷⁾。この組合病院運動の全国的な影響は大きかった。とくに市部での組合病院づくりを促進したようである。

たとえば、やはり先進的な秋田県における運動の発展は、青森と東京の影響を受けた。1932年発足の秋田医療購買利用組合の場合、「社会主義者」鈴木真州雄らの秋田消費組合の役職員が発起の中心となり、東京医療利用組合の創立に参加した牧師の石田友治が開業医の兄を引き込んで協力し、秋田県農務課長と小作官が積極的に協力したという。

つぎの第3期は、農林省が積極的な奨励政策に転換した昭和7・8年以降といえよう。吉田秀夫は、「農林省は昭和8年に農村経済更生運動のうえに重要な役割を果たすものとして重視し、町村産業組合を基盤にした連合会組織によって医療事業を行う方針をとって指導した。昭和12年末に、単独組合で医療事業を経営するもの102、連合会直営が30、その所属組合が1359におよび、組合と連合会の経営する病院87、診療所175に達し、これに従事する医師数は500名をこえた⁽⁸⁾」と書いている。政府当局が積極的奨励に転じることによって医療利用組合の普及が大いに促進されたはずである。ただし、政府当局の医療組合に対する政策は、一方で1932年から翌年にかけての医師法改正法案（診療所の開設を医師にのみ認めるもの）に見られるように医師会などによる圧力の増大にあって揺れながらも、1932年の63議会（救農議会）で決定された農山漁村経済更生計画において産業組合による医療組合を奨励する方針が確立されたのである。「農

7) 同上、133-138ページ。

8) 吉田秀夫稿「補論 戰前の農村保険・医療事業と戦後激動期の農業会医療運動」(『日本文化厚生連三十年史』、1983年) 27ページ。

林省発表」は、「産業組合組織による医療組合の効果」として「1、診療費を軽減し得ること。2、開業医なき町村にも之が普及をもたらすこと。3、中小産業に対し医療を受ける機会を得安からしめ、疾病的予防を期し得ること。4、産業組合として指導監督を受け、國家の保護特典を享受し、且組合員組織なるを以て、経営堅実にして永続性であること。比較的専門医を利用し得ること。6、一般開業医をして医療報酬を低減せしむる等、間接的効果あること。之を要するに組合の経済の改善と保健衛生の向上に至大の効果あり」とし、奨励する態度を表明した。また、「昭和7年の第7次産業組合(法——相澤)の改正を機会として、医療組合関係事項の改正を行った。この改正で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していたのを、その許可の決定は事業の性質にかんがみ適当でないという理由から、この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することとした。医師会は地方的な勢力を政治的に濫用して反対策動を行うことが多かったので、その弊害を封ずるためにも、医療組合設立許可の権限を中央機関に移す要望にこたえたものであった」⁽⁹⁾といわれた。中農以上の維持・更生を主目的とした農村経済更生計画に組み込んでの医療組合政策転換の意義は決定的である。もちろん、それ以前から、岩手県の佐藤公一のように、地方の産業組合主任官などで医療利用組合運動を理解し積極的に援助する動きがあつて、当時の中央「新官僚」組がこれを取り上げ推進することになったのであろう。

農林省は、広区域医療利用組合の設立運動が

1933、34年を頂点に高揚しながらも、医師会の反対運動がやまず、しかも単位組合では病院の開設資金の確保も困難で、医療利用料の未払い・滞納がかさむ傾向のなかで経営困難に陥りがちなことを考慮し、(経営が多様で統制も困難であるとも考えたであろう) 1936年に産業組合連合会によって医療利用組合事業を経営させる方針を指示した。産業組合中央会、全国医療利用組合協会などもこれに従い、それを推進した。「広区域医療利用組合の連合会改組が最初に大規模に行われたのは、昭和11年岩手県における連合統制であつて、それがひとつの標準となり、以後全国各地の改組運動に貴重な資料を提供した」⁽¹⁰⁾、といわれる。岩手県医薬購買利用組合連合会を統制主体として全県下の利用組合を統合し統制するものであった。

今や政府の奨励政策に援護されることによつて、医療利用組合運動は大いに促進された。この時期の急進展を代表するのは岩手県である。ここでは、青森と岩手の先進例に学びながらそれを凌駕し、当局の指導に乗って1936年には岩手県医薬購買販売利用組合連合会に既設9組合を統合し、医療利用サービスの全県的統一を達成したほどである。ここでも医師会の反対と妨害は執拗であったが、全国最悪クラスの医療窮乏にこたえ、社会大衆党员の高橋新太郎たちのような働きと、県産業組合主任官、佐藤公一のような官側の人間の特段の指導・援助があつてのことであろう⁽¹¹⁾。

こうして、青森、秋田、岩手の北東北三県は、農業の小商品生産化でも産業組合の発達においても劣位であったのに、医療利用組合の発達では全国最上位クラスとなった。一方、同じ東北

9) 前掲『日本農民医療運動史』前編、200-201ページ。

10) 『産業組合発達史』第4巻、294-298ページ。

11) 前掲『日本農民医療運動史』前編、148-155ページ。

でも福島県では、無医村数が全国一（1927年196, 30年206, 36年212, 39年225と増加）で、産業組合がもっとも発達していたのに、医師会の強力な反対に県当局も動かされ医療組合運動に非協力だったせいもあり、1932年以降くりかえされた利用組合病院設立申請がそのつど拒否され、認可されなかつた⁽¹²⁾。

もちろん、医療組合運動に医療窮乏の緩和・解決を託して多くの有名・無名の活動家が献身し、それが運動の発展と施設・サービスの拡充に役立ったことであろう。その草の根からの自主的活動が、第二次大戦後の今日におよぶ岩手の先進的保健活動の礎となつたはずである。先進地・岩手の戦前・戦時の経験については、当地の国保保健活動家、菊地武雄の『自分たちの生命を守つた村』（岩波新書、1968年）や、大牟羅良・菊地武雄著『荒廃する農村と医療』（岩波新書、1971年）などが、戦前の悲惨な医療窮乏に立ち向かった先人たちの自主的な献身ぶりを強調しているが、これはこれとして真実であろう。ただし、政府当局の経済更生計画による介入・包摶にのって普及が進んだことを重視していないのは片手落ちであろう。

産業組合史編纂会編の『産業組合発達史』全五巻は、関係者たちがいわば正史とするものであろう。その編集に当たった高橋新太郎（『日本農民医療運動史』の執筆者）が執筆したはずのその第4巻中の次の記述などは、医療利用組合運動の自主性を強調し、産業組合拡充五ヵ年計画への包摶も自主的な医療社会化運動の建設的・合理的な発展だとしている。「医療利用組合の発生が、天下り的に指導されたものではなく、

必要に迫られて起こつた自然発生的なもので医療社会化運動の一面をなしていた」⁽¹³⁾。「要するに、当時の社会情勢の影響を受けた医療社会化運動が、医療利用事業として、産業組合運動、とくに産業組合拡充五ヵ年計画の実施以来その運動に包摶され、建設的性格をもつ合理的運動として歴史的発展をとげたものであり、一面には、ややもすれば保守的反動的傾向さえ指摘された産業組合運動に、一脈清新の輸血を与えたものといえよう」⁽¹⁴⁾。「医療社会化運動は、満洲事変を契機とする国家主義の台頭、反国家的社会運動の没落により、その性格の非現実性からしだいに合法化するにいたつた。したがつてその指導下にあった実費診療運動もまた存立の意義を喪失し、これが発展的現象として産業組合による医療協同組合運動の展開となつた。」「このことは、産業組合が、その発生当時の地主的性格から、経済協同組合的国民組織へと発展を遂げ、信用、購買、販売などの経済活動から、医療保健事業のような清新的要素を含む協同運動を包摶するまでに生長したことを物語るとともに、これを促進させるに役立つたのは医療組合の運動である」⁽¹⁵⁾。

このような把握は、主観的な産業組合主義であり、とくに昭和7・8年以降については、当局が「自主的」契機を包摶し転用した経済更正運動と産業組合拡充運動の歴史的役割を無視し、産業組合の国家独占的統制組織への転化を「経済協同組合的国民組織」化とみなすアナクロニズムであろう。これには、ファシズムの戦時国家独占資本主義化の道に迎合し統合されていった産業組合主義者や右派社民主主義者の自己弁護が含まれている。

12) 同上、195-197ページ。

13) 産業組合史編纂会『産業組合発達史』（産業組合史刊行会、1966年）第4巻、279ページ。

14) 同上、286ページ。

15) 同上、287ページ。

現に、当の高橋新太郎は、『日本農民医療運動史』中でのかれ自身の記述において、昭和7年当時、社会大衆党岩手県連合会九戸支部長として無産者実費診療所運動に従事し、それが行きづまるや、購買利用組合九戸病院の開設に尽力し、産業組合筋の反対にあうと裏で久慈警察署の特高署員に助けられたりして昭和10年の開設にこぎ着け、その理事兼主事に就任し、間もなくそこを追われた時には、「県当局のあっせんにより水沢町の胆沢病院の主事に就任した」とのべている(151-152ページ)。

「昭和13年にはすでに全国医療組合の利用料総額4,534千円は、全産業組合の利用事業総額15,444千円の34%を占め」た⁽¹⁶⁾といわれる。医療窮乏対策として重要な役割を果たすようになったとみてよからう。

しかし、医療利用組合の限界も著しく大きかった。第一に、前述の福島県のように医療利用組合がまったく未成立であった県もあり、普及の程度が著しく不均等で、かつ不十分であった。

「第4回医療利用組合調査」によれば、昭和11(1936)年度末現在、医療利用事業を主とする産業組合が40、医療兼営産業組合が39、医療事業を行う連合会が6(所属組合659)、医療事業を行う産業組合の単位組合換算が合計738で、調査産業組合数14,140の5.2%に過ぎなかったのである。第二に、医療利用組合の先進地域でさえ、その組織率は高くなかった。昭和10(1935)年度に関する「医療組合調査」によると、区域内戸数に占める組合員数の割合としての組織率は、青森県が25%、岩手県が25%、秋田県が40%であった。そして秋田県のように発達が先進的な県でさえ、医療利用組合「の組織率は一般

産業組合よりはるかに低い。」「組織率の高い秋田医療購買利用組合の調査によると」、総所帯数に対する医療利用組合員の占める割合は、市部で27.2%、町部で38.2%、村部で37.3%であったという。高橋は、これらのデータを紹介したうえで、こうのべている。「こうした組織の分析の要点をみれば、医療利用組合の組織は、農村では比較的上層、すなわち自作農、地主などで一般産業組合よりも比較的上層であって、組合員数では産業組合の50%ぐらいに達し、都市では中間層の商工業者や賃金労働者が多いことが推定される。これをみても、窮乏の農村医療問題が解決されたと見るべきでなかった。医療組合の設立されている区域内でも、農民の50%以上の大多数が、医療利用事業の範囲外にあったという事実は、無視することはできなかつた。」⁽¹⁷⁾さらに、このようなかぎられた範囲の利用組合員でさえ、医療費の支払いに窮り、滞納するものが多く、経営に困難をきたす利用組合が多かったのである。

こうして、危機における日本資本主義において医療窮乏化を協同組合的相互扶助によって緩和・解決しようとした医療利用組合運動は、多大の自主的活動をもよびおこし、わが国における「医療社会化」の部分的端緒を切り開きかけたとも言えるだろうが、結局、國家の統制・動員政策に包摂され、組織的には中農層以上を主体とした産業組合よりもいっそう狭隘なものになり、医療窮乏化がもっともひどい小作貧農をはじめ大部分の一般農民を組織できず、除外するものに終わった。一般農民と一般市民の医療窮乏を緩和するためには、国家による医療扶助の拡大と国民的規模の社会保険の開設が必要と

16) 同上、286ページ。

17) 『日本農民医療運動史』前編、158-159ページ。

1930年代日本農村の医療利用組合運動と国民健康保険法の成立

されたのである。しかし、そのきっかけは、戦時国家総動員体制下の「健兵健民」政策によって与えられるという、悲劇的、転倒的な経路をたどるのである。

3 国民健康保険法の成立と産業組合

(1) 国民健康保険法成立の契機とその「相扶共濟」性

国民健康保険法の成立過程の略年譜をたどればこうなる。

1933（昭和8）年6・27 内務省社会局が農民を対象とする任意制健康保険制度要綱案を立案。

1934年7月 社会局が国民健康保険制度要綱案（未定稿）を発表。

1935年10・24 内務大臣が社会保険調査会に国民健康保険制度案要綱を諮問。

12・10 社会保険調査会が同制度案要綱修正案と希望決議を答申。

1937（昭和12）年3・9 林内閣が国民健康保険法案を第70回帝国議会に提出。

3・31 軍部の圧力で突如衆院解散、同法案廃案となる。

7・7 「日支事変」勃発。

10・26 内相、社会保険調査会に「国民健康保険事業を国民健康保険組合以外の者に行わせることに関する件」を諮問。

12・10 社会保険調査会より答申（条件付で代行を認める）。

1938（昭和13）年1月 近衛内閣のもと、厚生省及び保険院が新設され、その第一法案として国民健康保険法案が第73回帝国議会に提出。

4・1 国家総動員法を制定・公布。

4・1 国民健康保険法を公布（7・1施行）。

国民健康保険法案の成立は、まず農業恐慌下の窮乏農民の医療窮乏対策として研究・策定され、次いで戦時体制下、国家総動員のための「健兵健民政策」に包摂されて成立したといえよう。

まず、内務省による国民健康保険制度要綱案の策定を促した大きな社会政策的背景として、昭和恐慌下の窮乏化に根ざす小作争議の激化と社会主義の浸透に対する対策が必要とされたことに注目しなければなるまい。立案当時、内務省社会局保険部長であった川西実三は、「国保制度立案の回顧」という文章において、社会局長官丹羽七郎が「当時国家の重要な施策であった思想対策として国保を制定すべしとの自分の献策を全幅の共鳴同感を以て採用され（昭和8年4月12日提唱翌13日局議決定），後内務次官になられ、10年7月逝去まで異常なる熱意をもって支持して下されたため、…当初（昭和8年8月1日）決定の省議を貰き続け得たことと思う」¹⁾、と記している。「思想対策」をたてるためにも、昭和恐慌下の農民の激しい窮乏化、とりわけ医療窮乏に対し防貧対策として健康保険の拡張が要請され、しかも自力更生という当時代の体制的要請にも沿って、もっとも安上がりの自助・互助的保険の新設を目指すのである。

清水玄は、内務省社会局にあって要綱や法案の策定にあたり、のちに厚生省保険院社会局長として法律の制定と実施を担当したのであるが、かれが法律制定直後に上梓した解説書『国民健康保険法』のなかで「立案の理由」について次のように記している。農村に医療が行きわたっ

1) 『国民健康保険二十年史』（全国国民健康保険団体連合会、1958年）19ページ。

ていないことに加えて、収入が低下するなかで医療費支出の困難が増し、時局匡救医療事業が行われたのであるが、「かくの如き無料の医療を一般に與ふることは時に弊害なきにしも非ず、恒久的施設としては自助的方法によるべきである…これ国民健康保険制度が案出された理由の一である。」「多額の金額が医療費として支出され、しかも医療費の性質上それが一時に入用の場合多く經濟的窮迫を生ずることが多い」。「この一時に来る医療費の重圧を除くことは其の危険を平時に分散する保険的方法による外はない。而も此の方法に於ても前掲施設同様に医療費の軽減といふことも成し得られるのである。これ非常時対策として国民健康保険制度を立案した理由の一である。」保険制度は農村の医師に確實な収入を得させ、「医療利用組合と医師会との間に屢々見らるる如き抗争を惹起せずして医療機関を普及し得ることとなる。」「かくの如くして医療費の負担を軽減し医療機関を普及するときは農村に於ける衛生状態も自ら改善さる結果となり、…然るときは国家将来に対する大なる貢献となるべし」。もちろん、「国民健康保険制度は保険であつて保険料を徴収するものであるから出損能力なき極貧者を之に加入せしむる事を得ない。」「極貧階級に就いては救護法による医療制度がある。」「国民健康保険としては農村民の自力により容易に医療を受け得られて医療費の重圧を免るるようにし、是等の人々が極貧階級に顛落するを防ぐ目的を有する」「所謂防貧施設である。」「かくの如くして国民健康保険制度は農村民の自力により医療（費—相澤）の重圧を除きて農村の生活を裕にし同時に其の副作用として医療機関の分布を訂正し以て国家全体

2) 清水玄著『国民健康保険法』33-39ページ。

の安寧福祉を増進するを目的とする防貧施設たるものである。」⁽²⁾

はたして、1937年提出の国民健康保険法案と制定法の第一条は、「国民健康保険は相扶共済の精神に則り疾病負傷分娩又は死亡に関し保険給付を為すを目的とするものとす」と定め、「自助」としての「相扶共済」を強調した。この点にこの立法的一大特徴があろう。一方、国庫負担については、法案では第49条、制定法では第47条において、「国庫は予算の範囲内に於て組合及組合の事業を行ふ法人に対し補助金を交付することを得」、「道府県及市町村は組合及組合の事業を行ふ法人に対し補助金を交付することを得」とし、抑制的に「補助」することができると抑えたのである。とうぜん、社会保険としては極めて劣悪なものとされ、各方面から批判を受けることになった。

政府機関でもある社会保険調査会でさえ、1935年12月10月付けの答申⁽³⁾の4項目の希望決議の筆頭に、「現下情勢に鑑み出損能力乏しき者をも本制度の於て保護する必要あるを以て國及地方公共団体の補助金は可及的に多額とすること」の要望を掲げたほどである。初年度の経費44万円を郵便貯金の大衆収奪的な利子引下げによって當てようとしていた⁽⁴⁾。1937年3月の衆議院における審議においても、武田、伊礼の両議員が補助金の増額を要求した。法律の制定に際し、昭和13年3月31日の東京朝日新聞社説は、「殊に看過し難いのは、予算関係に於て施行費用が極めて貧弱で法の外形だけ備えても事実の慶福に於ては羊頭狗肉に終わるのではないかで（ママ）、例えは国民健康保険法、社会事業法の

3) 同前、49-51ページ。

4) 貴族院での審議における産業組合中央会会長・有馬頼寧の発言、『国民健康保険二十年史』174ページ。

場合に於て痛切に憂慮せらるるのである」と、苦言を呈している。

もっと本格的な批判は、社会保険調査会の委員でもある松岡駒吉、賀川豊彦名義の共同声明「国民健康保険法案に対する我等の態度」(昭和11年1月)にみられる。関係事項だけを要約的に拾えば、こうである。「社会局原案は現行健康保険よりも不利である」。「今日窮乏を極めている農村に施行する国民健康保険において、何故に被保険者は、現在工場、鉱山、交通、運輸労働者の健康保険に於ける、保険料の資本家負担部分をも自ら負担し、法規上労働者が受け得る一人当平均最高2円(昭和8年の実額の上では、政府管掌1円38銭6厘、組合管掌1円50銭4厘)の国庫補助に対して、農民は40銭しかもらうことができないのか。工場、鉱山、交通運輸労働者より一層窮乏せる農民に対して、新しく施行せんとする新国民健康保険制度が現行健康保険制度よりも、遙かに被保険者に対して苛酷でなければならない理由は何処にあるのか。」「社会局原案は医療組合よりも不利である」。「結局国民健康保険の医療費は、現在の約9分減となるに過ぎない。然るに現在医療組合でやっている医療費用は、大体一般開業医の半額であり、此の事は農林省調査1戸当1年農家医療費27円34銭に対して、医療組合のそれが11円52銭であることに依っても知られる。即ち、内務省が一つの国家制度として行わむとする国民健康保険の医療は、現在の民衆の自主的組織たる医療組合に比して約4割以上高いものにつく。若し内務省が1割の補助を医療組合に与えるなら、民衆は6割安い医療費の恩恵に浴し得るではないか。」「社会局原案では国民健康保険が医師の民衆搾取機関となる恐れがある。現在農村では医師が医療費のかなりの割合を集金できないでい

る。しかるにこの制度案では、「僅か政府が1割の補助をするだけで、是等の未収金額は悉く国民健康保険組合を通じて医師の手に入ることとなる」。しかも、これまで近代医療を受けていない僻村の人々を含めて、「一人当4円の保険料を徴収して、…其の医療費は組合を通じて全額医師の手に入るのだ。」「保険料の5割以上を地主に負担せしめよ」。「斯んな案を、農民が、無産労働者が其儘受け取れるか。最低限度において更に5割の補助を何処からか為されなければ、国民健康保険制度は全然施行の意義が無いのみか、民衆にとって有害でさへある。吾々が社会保険調査会に於て、工場、鉱山、交通、運輸労働者の健康保険に於て、資本家が負担している部分、即ち少なくとも保険料の半額を、地主、特に不在地主に負担せしめよ、然らざれば、地主を補助組合員とし、之に多額の保険料を課すべきと主張せるは此の為である。」⁽⁵⁾

当時、賀川豊彦がその顧問となっていた社会大衆党が産業組合幹部やその他の改良主義的労農運動をリードしていた。そのなかで、賀川社会事業研究所が主催した会合で同研究所が起草したこの文章が採択され、一大統一行動を起こすべく、各方面に送られ、一方で松岡が会長を務める全日本労働総同盟の機関紙によってこの文書がマルクシズム理論を含むものとして批判されながら、「それだけに、当時非合法団体であった日本共産党の同調を受け、ここに協同組合(産業組合)、農民組合、労働組合、無産政党、各種農業団体を含む全民衆団体の統一戦線が成立了」といわれる。もしそれがある程度事実であるとすれば、極めて重要な動きであった。いざれにしろ、この文章の知見は実に示唆的で

5) 『産業組合発達史』第4巻、312-316ページ。

6) 同上、311ページ。

ある。

国民健康保険は、当初、農民だけを対象にして研究されたが、昭和恐慌下の都市における失業と貧困の増大も注目され、健康保険法などが適用されない都市住民、零細經營・不安定労働者をも包括する法案に改められ、制定されたのであるが、同法の主要な対象=被保険者は、やはり農民であった。国民健康保険法は、その保険者として普通国民健康保険組合のほかに、同一の事業および業務従事者による特別国民健康保険組合を定めたが、やはり中心は農民を中心に市町村の区域により設立される前者とされた。清水玄は、前掲書において、「普通国民健康保険組合は市町村の区域により設立するを原則とする。けだし隣保団結の基礎としてかくの如き行政区画を探ることが最も実情に適するからである」⁽⁷⁾と述べている。隣保共済論は、もちろん社会政策の負担を共同体的相互扶助に転嫁して回避するわが国社会政策の伝統的イデオロギー装置である。しかし、それだけではなく、この時期に新設の国民健康保険組合によって農民等の新たな再組織化をはかることは、昭和恐慌と小作争議の激化を通じて一層弛緩・後退させられつつあった地主支配下の農村共同体⁽⁸⁾を、天皇制国家の侵略的な戦時国家独占資本主義の国家・自治体行政組織に一層取り込んで再編しつつ補強し動員しようとする政策施設の一環をなすものであったはずである。社会および国家の改良主義的施策施設による農民の再組織化におけるイニシアチブとヘグモニーをめぐって、な

7) 清水玄著、前掲書、73ページ。

8) 近代日本における農村共同体の後退と独占資本主義、戦時国家独占資本主義の展開との関係については、農村社会学の菅野正が、大著『近代日本における農民支配の歴史的構造』(御茶の水書房、1978)においてひとつの鳥瞰を試みている。

おせめぎあいが続いていたのである。後述の産業組合による国保事業代行問題も、後退した戦線でのその一環をなすものであった。

国民健康保険の費用負担を被保険者の自助と相互扶助に転嫁して国庫負担を回避し最小限に抑えるこの法律の立法原則は、軍事費の急増によって侵略戦争の拡大を進めていた天皇制国家の財政的要請にこたえるものであった。天皇統帥下のとくに陸軍・軍部は、農民の極度の窮乏化と農村解体の危機を天皇制国家体制=國体の決定的な基盤と支柱を搖るがすものとして憂慮を深め、その危機感をここに軍国主義化と海外侵略の拡大を強め、国民を国家総動員していく。そのなかで、軍部がとくに憂慮し対策を求めるのは、兵隊の主要な供給源である農村青年の健康と体力の状態が結核の蔓延などによっておかされ、徵兵検査の合格率が目立って低下しつつあったことである。1936年6月19日に広田内閣の閣議において、寺内陸相が「壯丁および在營兵の憂うべき健康状態、特に近年の顕著なる傾向より保健国策樹立の必要」を提唱して支持され、首相が内閣調査局に調査・立案を命じた。同月の22日に陸軍省は「再び衛生省設立の急務に就いて」という文書を発表し、そのなかで、第一次大戦後の欧米諸国が「衛生の振興」を国策として急速な回復・改善に成功している、ただちに新省を設置し対策を強化すべし、という趣旨のものであった。「わが国の徵兵検査の成績によれば、不合格者丙、丁種は大正11-15年平均において千人に付250人内外であったが、昭和2-7年平均においては350人、昭和10人には400人に激増しているのであって、この趨勢をもって推移せんか数十年ならずして国民の大半は丙、丁種の体位列弱者たるに至るであろう」⁽⁹⁾と、強い危機感を吐露した。陸軍から国民体力

の向上をはかる新省の創設を支持条件とされて成立した第一次近衛内閣は、組閣第一の国策としてその設立を決定し、新省の構成に関する綱引きを経て、1938年1月11日の勅令により厚生省の創設が決定された。それは、結局、陸軍省の要求に沿って体力局を筆頭局とし、保険院を外局とするもので、さっそく内務省から国民健康保険法案を引き継ぎ、保険院を主管部局として国民健康保険法を成立させ、施行させることになる。この間、陸軍省を代表しその医務局長としてこの方面で働いた小泉親彦は、1941（昭和16）年10月厚生大臣に就任し、戦時国家総動員のための兵力及び労働力維持確保政策を「健兵健民政策」と名づけ、そのために1942年からの3年間に全国市町村に国民健康保険組合を設置する「国民皆保険政策」を提起し、1942年の国民健康保険法の改正によりもともと任意設置・任意加盟の国民健康保険組合を地方長官の命により強制設立させができるものとし、内容を空洞化させながらではあるが、組合の設置を強力に推進することによって、翌年までに形式的には全国市町村の95%に組合を設置させることになる。以上の文脈からして、国民健康保険法は、「健兵健民」政策に包摂されて成立し、戦時下にその政策手段として強化・整備され、「国民皆保険」政策を担うものとされたことを確認できよう。

(2) 産業組合による国保事業の代行問題

国民健康保険法の成立過程において最大の圧力団体であったのは、医師会とともに産業組合であり、法案の審議過程における最大の激しい攻防は、先に批判された法案中の費用負担問題

などではなく、このいわゆる代行問題について行われたのである。

社会局立案の制度要綱は、当初は医師会の参考意見だけを微して立案されたこともあり、産業組合の参加を考慮せず、もっぱら国民健康保険組合だけに国保事業を行わせることを予定した。賀川豊彦主宰の賀川社会事業研究所が協同組合=産業組合を基礎として国民健康保険を行うことを首・主唱し、当初は躊躇した産業組合が1935年10月ころからこれに同調し、11月の会合で採択されアピールされたかの「国民健康保険法案に対する我等の態度」において、代行論は頂点に達する。それは、先の主張のあとに「産業組合を国民健康保険の基礎とせよ」との要求を掲げ、「根本的なことは、国民健康保険組合が医師の搾取機関たることを防ぐためにも、また組合運営の上において、不真面目なる被保険者のために、真面目なる被保険者が犠牲とされることを防ぐためにも、国民健康保険組合を真摯なる組合運動組織の上に樹立することである。それには、既に存在している民衆の自主的互助組織を基礎として国民健康保険組合を組織せしむることである。即ち、労働組合、農民組合、産業組合を基礎として、国民健康保険組合を組織せしむることである。」「現状を基礎として云えば、農村においては主として産業組合をして健康保険を経営せしむることとなる可く、健康保険の被保険者は無産勤労者であるから、斯くすることに依って、現在の中農、富農中心の産業組合は真に大衆化され得るであろう」¹⁰⁾、と述べていた。一般論としては、国民健康保険組合をまったくの官僚主義的国策組織とせず、民衆の自主的自治組織の全面参加のもとに民主化

9) 前掲『日本農民医療運動史』前編、56ページ。

10) 『産業組合発達史』第4巻、316ページ。

し民衆の自主管理能力をも高める必要は大きく、実に示唆的な要求であろう。そして、現状ではごくわずかな割合しか医療事業を經營していない産業組合に国保事業を代行させることによって、一方では国保事業を通じて貧農の全面的組織化を達成し、同時に經營に困難をきたしていた医療利用組合を補強しながら拡大することを期待したとしても、意味のあることであった。この要求を起草した賀川豊彦の国民健康「保険制度の協同組合化」=「産業組合化」論には、かれ一流の多分に空想的な協同組合至上主義が投影されていたとしても、運動の契機を与えた功績は認められよう。しかし、すでに産業組合は国家的統制・動員の下請け組織に転じていたのであり、仮に全面的代行が認められるとしたら、やはり御用組織としてであろう。いずれにせよ、結局は専門的な「健兵健民」政策機関としての国保組合の方が合理的であるとされたのである。

ともあれ、農林省筋の支持をも受けた産業組合側の強力な働きかけで社会局原案が修正され、法案の第9条に「営利を目的とせざる社団法人は命令の定むる所に依り地方長官の許可を受け組合の事業を行ふことを得」と規定されるや、産業組合陣営は方針を変え全面的な政府案支持に転じた。ところが、70回議会解散間際に9条

を削除する修正案が通り、近衛内閣内で前産業組合中央会会长、有馬農相の政府原案再提出論と馬場内相の修正案提出論とが激突し、上程を遷延させるなかで代行問題を諮問された社会保険調査会が、非営利的社団法人にして現に医療施設を行い「本事業を完全に遂行し得る能力を有する者」には許可してもよいと答申した。政府は、第9条代行規定を第6章雑則第54条に移し、「営利を目的とせざる社団法人(にしてその社員のために医療に関する施設をなす者)には許可することができる」と、括弧内の字句を付加し、その他はすべて旧案のままとして1月27日に衆議院に提出し、結局、満場一致で2月15日に衆議院を通過し、3月2日に貴族院を通過し、4月1日に公布されたのである。それは、代行を医療組合に制限するものであった。しかし、実際の施行においては、医療利用組合でさえ補助金などで差別され、代行は例外的なものとされた。ファシズムの戦時国家独占資本主義の「健兵健民」政策においては、御用組織に転じさせられた産業組合でさえ、その「自主性」の名残がうとまれ、その名残もない専門的な組織による画一的な統制が追求されたのであろうか。

(福島大学経済学部)