

国保制定前夜の農村医療

武田久義*

- 一. はじめに
- 二. 国保制定前夜の農村
- 三. 自主的医療組織の形成と展開
- 四. むすび

*引用にあたって、一部を現代仮名遣いに改めている。

一. はじめに

昭和4（1929）年、ニューヨークの株価暴落から始まった世界大恐慌によって、日本の経済は大混乱を来した。米価や農作物の大暴落により、ほとんどの農家は経済的に困難な状況に追い込まれていた。農民の中には、たとえ病気になっても医師の診療を受けることができないような者が数多く存在していた。それだけでなく、無医村地区も少なくなかった。このような事態に対処すべく、昭和8年頃から「国民健康保険」を制定するための準備が進められていた。職域保険としての健康保険は昭和2（1927）年から実施されたが、健康保険をひろく農村にまで拡大する必要性は、当局に認識されていたのである。

しかし、国民健康保険制定のための準備以前あるいはそれと同時期であ

* 本学経営学部

キーワード：国保以前，自主的医療組織，相互扶助，共同体

っても、これとは無関係にいくつかの農村においては医療を確保するための組織の形成が試みられていた。そしてこのような自主的な組織は、基本的に人々が「共同体」を形成することによって行われていた。本稿は、そのような「共同体」としての組織を紹介することを目的としている。

なお、国民健康保険制定以前、農村の医療機関が乏しい状況に対して、次のような施設が存在していた¹⁾。本稿は、4を中心に研究するものである。

1. 公費補助医制度
2. 医療を村営とする制度
3. 地方団体の補助による組合組織により医療を利用する制度
4. 住民が自主的に組合を作り医療を利用する制度

二. 国保制定前夜の農村

世界大恐慌の中の昭和5年、米や農作物の価格は暴落した。そして、農家の経済は行き詰まっていた。大正13年の農家の収入を100とした場合、昭和5年のそれは58.8に激減した。そして農家は、負債を抱えていた。小作農のみについて見た場合、その原因の第一は農作物の値下がりによる農業負債であったが、原因の第二として医療費による負債があげられていた²⁾。

当時の農村では、多くの慢性疾患、寄生虫、トラホーム等がはびこっていた。そして、都市から帰村した出稼ぎ者の保有する結核菌もまた、農村にとっては深刻な問題となっていた。貧しさと病魔による農村の惨状は、昭和7年にピークに達していた³⁾。日本の医療機関および医師は都市に集中する傾向があり、その分布状況は都会地と農山漁村とでは、はなはだしく不均衡であった。昭和9年3月の衛生局の調査によれば、医師のいない町村の数は3,427（人口は8,578,934人）で、全国町村数11,744の約30%で

国保制定前夜の農村医療

あった。それは、大正12年の1,960、昭和20年の2,909、そして昭和5年の3,231と比較した場合、顕著に増加していた⁴⁾。

このような状況に対して、内務省社会局は、まず九州を除く各地方の13の府県の農村における医療の実態調査を行った。そして、不況にあえぐ農村では貧しさゆえに医療を受ける機会も少なく、所によっては、医者を呼ぶのは死亡診断書を書いてもらうときだけとか、医療を必要とする病気の中では、その1割ぐらしか治療を受けていなかった等が明らかになったのである。一方、治療を受けたものの、多額の治療費が未納となっていた。そのために医師の過疎化を招き、このことが悪循環となって、往診料や交通費等が高くなって受診の機会を一層少なくさせているというのが現実であった⁵⁾。

当時の農村における医療問題を見た場合、医療機関が乏しいばかりでなく、基本的には無保険・無保障であり、自主的な医療運動が求められていた。その一つは、医療費が高くて医者にかかれない庶民に低廉な医療を提供しようとする「実費診療運動」であった。しかし、医師会や開業医の反対も強く、政府も抑制にまわり、困難な状況であった。そしてもう一つの運動は、賀川豊彦氏等が関わった医療協同組合運動であった。それは、西日本を中心に産業組合が兼営した医療利用組合となってあらわれた⁶⁾。賀川豊彦氏は、次のように記している。

「1931年頃から無産政党は、多くの実費診療所を創った。現に大坂では、社民党系の実費診療所があり、労農党系統の診療所もあり、左翼に属する実費診療所があるという実態である。これらは多く、その党派を宣伝する為めに創られたるものであって、根本的に医療制度を改造しようという動機から出たものではない」。「私は、実費診療所の必要を決して無視するものではない。それは簡便な道であり、組織が単純であり、七面倒くさい会議や事務所経費に、多くの経費をかける

必要はない。然しそれだけまた実費診療所は、多くの難点を持っている。それは無組織であり、自由競争主義であり、余剰価値の発生を処分する方式を持って居らず、診療機関の需給関係を明細に知り得るよき将来の社会組織を暗示していない。「私は、実費診療所の使命はもう終わったように思う。これからは、実費診療所を医療組合に更めて、医療行政を統制経済の上に据える必要があると思う」⁷⁾。

ところで、医療利用組合発生の原因として、次の三つがあげられている⁸⁾。

1. 医学の長足の進歩にもかかわらず、農村に医療の普及を欠如し、もしくはその質的劣悪により、農村住民の生命が危険にさらされたまま放置されていたこと。
2. 疾病治療に要する医療費の負担が、農家経済にとって過重となり従ってしばしば農民生活破綻の原因となり、その経済更生をいちじるしく阻害するにいたったこと。
3. 経済更生の中枢機関として産業組合が全国的、とくに全農村に普及し、そのうえ最初は天下りの作られた生産者組合的色彩をもっていた産業組合も、漸次生活協同組合的成熟をとげ、消費経済及社会的施設にその事業を進めることができるまでに実力をもっていたこと。

さて、医療利用組合は、その発展段階によって次の三つの異なる種類があった⁹⁾。

1. 一般的には、一町村を事業区域とする単位産業組合が四種事業を兼営し、その利用事業の一つとして医療事業を行うものである。1919年に鳥根県の青原の医療利用組合を嚆矢として、1922年岡山県の船穂、長野県喬木の医療利用組合、そして1923年の愛知県神野新田、奈良県発志院等の医療利用組合等の初期の医療利用組合である。
2. 郡を単位とした地域を事業区域とし、医療事業を専ら行う広区単営

国保制定前夜の農村医療

事業組合で、青森市の東青病院が嚆矢である。とくに青森、岩手、秋田の三県においてこのタイプの医療利用組合が急速に拡大した。

3. 町村産業組合を基礎単位とし、郡または県レベルでの連合会組織によって医療事業を行うものである。1932年からの産業組合拡充運動以降、医療利用組合は（準）戦時体制下における農村の人的資源政策の担い手として位置付けられ、町村単位の産業組合からなる連合会に改組すべく上からの組織化がすすめられた。

最初の医療利用組合は、後述する1919（大正8）年に始まった。すなわち、鳥根県の青原村の信用・購買・販売・利用組合による医療部開設である。そして産業組合による医療事業の兼営は、1927年までに十数組合を数えた。しかし、非組合員を除外し、零細な施設における限られた医療と低い医療水準によって不安定な経営となり、永續しなかった。しかし初期の医療利用組合は、比較的寒村で医療機関の不在に堪えられないことが主たる原因で設立されたところが多かった。それゆえ、医療費の低下を図り貧しい階層にも医療の機会を十分に与えるということは、第二義的であった。初期の医療利用組合がこのような限界を持ちながらも、自ずから「社会的普及」の役割を果たしたことに注意すべきである。それは、医療利用組合診療所の料金は当該地医師会の協定料金より低く設定してあり、通例は診察料が無料で、薬剤料や手術料等は割引徴収したこと、貧困者への割引請求や高額医療費の場合の割引や分納の実施等によってである。そこで、産業組合による医療利用組合は、1927年から1932、3年にかけて、それまでの弱点を克服すべく、単営の広区医療利用組合による組合病院の設立運動を行った。その最初が後述する青森県における医療利用組合東青病院である¹⁰⁾。そして、その後多くの医療利用組合が設立され、国民健康保険が制定された1938（昭和13）年までにすでに273の医療利用組合があった¹¹⁾。本稿では、産業組合の医療利用組合としては第一段階の青原医療利用組合

表1 初期医療利用組合一覧

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

(資料) 青木郁夫, 「初期医療利用組合の諸相(上)」(『阪南論集 社会科学編』第24巻第2号所収), 4頁より。

と、第二段階の東青病院を取り上げる。

一方、昭和8年、国民健康保険の制定のための準備段階で、越ヶ谷町(現・埼玉県越谷市)に住民が自主的に国民健康保険の構想とよく似た制度を実施しようとしていることが明らかとなった。そこで内務省は、越谷を筆頭に12の類似組合を指定して準備作業を進めていった。

また農村調査の過程で、福岡県の筑前地方を中心とした地域に定例・常礼と呼ばれる医療のための共同組織が100年以上も前から存在していることも明らかとなった。そしてその組織は、国民健康保険の制定に際して有力な参考となるものであった。すなわち後述するように、患者が一部負担

国保制定前夜の農村医療

を行う等、現在の国民健康保険制度に近いものもすでに存在していたのである。

このほか、千葉県印旛郡公津村にも宗吾医療組合が同様の活動を行っていること、そしてその他の類似の組織の存在が明らかになった。

三．自主的医療組織の形成と展開

(一) 医療利用組合(産業組合における事業の一つ)として展開された組織

1. 青原医療利用組合¹²⁾

青原村は、島根県の西端の山岳地に位置する八つの集落から成っている。青原村の1924年の戸数は363戸で、その内訳は農業261戸(71.9%)、商業23戸(6.3%)、公務・自由25戸(6.9%)、労働者22戸(6.1%)、その他32戸(8.8%)であった。農業を中心とした村であることがわかる。また、1930年時点ではあるが、職業別人数および産業組合の加入状況等は表2の通りである。

表2 青原村産業組合加入状況(1930年)

	人数	組合員数	組織率(%)
地主	15	6	40
自作	282	229	81.2
自小作	248	192	77.4
小作	43	30	69.8
農業労働者	10	5	50.0
商業	34	8	23.5
工業労働者	40	29	72.5
その他	66	10	15.2
合計	738	509	69.0

(資料) 青木郁夫、「初期医療利用組合の諸相(上)」(『阪南論集 社会科学編』第24巻第2号所収)、10頁より一部引用。

青原村において、医師の確保は切実な問題であった。1918年までの約15年間は信用事業のみを行っていた青原産業組合（正式名称は島根県無限責任青原村信用購買販売利用組合）は、1919年に大きな変化を遂げた。3月から新しい事業を開始したのである。すなわち、それまでの信用部を拡張するとともに、購買部では生計用品から生産用品までことごとく取扱うことを開始した。また販売部では、主産品の紙・蕨・繭を中心に、種々の山地にある物産をことごとく取り扱うこととした。そして利用部では月刊新聞を発行したのみならず、実質的な醸造事業を行った。そしてまた、付属事業として11月から医院の経営を行うこととしたのである。そして同年度末には、村内全員の組合加入を達成した。そしてその経営の実態について、次のように記されている。少々長いが引用しておこう¹³⁾。

「産業組合万能主義に依って経営して居るものであります。それですから、先ず子が生まれますと私の組合には産婆を備へ付けてありますから産婆を以て子を産ます手伝いをして居ります。組合の産婆に依って子を産ませまして、生まれ出た子が出て参ります、大きくなるに従つて色々の需要品が要ります、それらのものは悉く組合から生計用品として供給して居りますから子が育ち人間が大きくなつて参ります。学校に這入ります。学校に這入れば学用品は購買組合に依つて供給を致し、さうして組合的の訓練を学校で致すことにして居ります。それが漸く大きくなつて生産事業に従事するやうになりますれば其生産物は悉く組合で取扱つて余さず洩らさずやつて居るのでありますから組合の手を経ないものはありませぬ。さうして彼が金を得ますれば之を組合に貯金をせる、入用があれば金を貸して満足を興へて居ります。道路は組合の資金を以て造つて居ります。一昨年以来私共の地方には部落道の改修を始めまして約四里の間四五萬円の資金を投じて居りますが殆ど組合の資金を以て満たして居ります。さうして病

国保制定前夜の農村医療

気に罹れば組合に医者を持つて居りますから治療をしてやる。さう致しますと諸君、人間一生無事に過ごすことが出来る筈であります。」

この報告がなされた時、「語弊はありまするが過激思想のやうな思想を以て」という言葉が用いられている。このように青原村ではそれ以前とは異なる一大変革を行ったのであり、その一環として医療事業が行われることとなったのである。それは、産業組合が医療事業を行うという前例の無い状況のなかで、付属事業として医療事業を開始することとなったのである¹⁴⁾。なお、産業組合は1921年の第4次改正によって生産用設備だけでなく、病院の外に医師、産婆、住宅、浴場、水道等の消費経済用施設の利用も可能となった。「産業組合化せる島根県青原村」には、その後の同村の事情が次のように述べられている¹⁵⁾。

「一村の生産消費が組合の手に掌握せられ代金の受授（ママ）大部分振替決済でやれるから組合員は購買券、鶏卵伝票、小切手等を使用し実際に於ては現金の交換極めて少数である。今日では此の青原村の経済は全く産業組合中心であつて組合なしでは村民は一日も暮らせないと云ふも決して誇張の言葉ではない」。

このように、青原村そのものが産業組合の活動に浸りきっていたのである。それでは、そこではどのような医療事業が行われたのであろうか¹⁶⁾。「青原組合病院」と名付けられた診療所は、診療室、薬局、患者控え室等に改造された約20坪の住宅（借家）であった。他の村の開業医2名を囑託とし、隔日の午後を診療日とした。その後1920年の7月からは、さらに2名の医師に委嘱し、五十日（ごとび）以外の毎日の午後に診療を行った。診療を受けることができる者は、基本的には組合員およびその家族に限られたが、急患の場合にはそれ以外にも診療が行われることがあった。その後24年からは産婆事業を開始し、妊婦および産児の衛生も行った。この外、機関紙『愛村』を発行し、紙上および組合員集会等において組合員の保健

教育を行った。利用料は無料で、手術および薬の料金は、郡医師会規定の8割とした。料金の支払いは、医療給付の都度または年4回であったが、滞納者はほとんど無かった。

ところで、大変気にかかることが一つある。それは、1925（大正14）年に制定された「青原村信用購買販売利用組合の十大方針」の五番目に掲げられたものである。すなわちそれには「傷病、罹災と保険的施設を為して人生の危難を少なくする」と記されている。ここにおける「保険的施設」とは、一体何を指しているのであろうか。青木郁夫氏は、この件について「組合自体による保健（ママ）共済制度の設置は行われていないが、（中略）利用料の割引にも保険的意味が付与されていたように思われる」と記している¹⁷⁾。おそらく、そのような意味も当然込められていただろう。しかし筆者は、「保険的施設」にもっと別の意味が込められていたのではないかと考えている。それは、次のことである。すなわち、当時の青原村は、上記のように産業組合が生活の全体に深く関わっていた。そしてその産業組合を核とした、あるいは産業組合によって包摂された一種の「共同体」が形成されていた。そこでは、人々が相互に協同し合い、人々はそのような関係の中で生きていた。1919年にこの青原組合の大改革を行った大庭政世氏は、自分達の住んでいる村を理想郷とすべく構想し、それを実行に移したのであろう。しかし、そのような理想的な世界を築く中で、またそのような世界が築かれた後にも、様々なリスクが人々の上に襲いかかった。しかし人々は、産業組合を中心とした共同体＝一種の「保険的施設」によって危難を少なくしようとした。「保険的施設」を、彼等はこのような共同体的保障の意味で用いたのではないか。筆者はこのように考えている。

さて、青原組合病院は事業を開始して13年後の1931（昭和6）年に発展的解消を遂げることとなった。同年に、大庭政世氏が理想とした広区単営組合で、総合病院である石西購買利用組合共存病院が日原村に設立された

国保制定前夜の農村医療

からである。診療所が無くなった青原村には、他村の医師が出張所を設け、週2回の診療を行うこととなった。そして石西購買利用組合には、創立当初から青原から組合員の多く（163名）が参加した。

青木郁夫氏は、青原産業組合の医療事業について次のように評価している。「(青原産業組合の医療事業が：筆者注)大きな制約をもっていたことは確かである。しかしながら、生活不安、医療不安がある僻遠の地で、住民自らが産業組合という協同組合に依拠しながら、出資をし、経営に参画し、利用することで、医療従事者と協同して自らの生命、健康を管理しようとしたこと、また保健教育、自己学習を通じて健康管理能力を発達せしめたこと、事業としても町村組合診療所から広区単営組合への発展の重要な礎となったことなど、医療利用組合運動の嚆矢としてまた原点として極めて重要な役割を果たしたとってよいであろう。」¹⁸⁾ 筆者も、全く同感である。

2. 東青医療利用組合

1828（昭和3年）年、医療利用事業のみを行うことを目的とする単営組合として、青森県の東青信用購買利用組合が初めてつくられた。これによって産業組合による医療事業が本格的に行われるようになった。それは、地方都市を中心に周辺農村を含めて広域的に組織されることによって可能になったからである。

1927年に、開明的な地主で産業組合人であった岡本正志氏は、青森市ほか一町十ヶ村を区域とする医療利用組合を發起して出資組合員を募った。しかし、出資一口20円（当時の普通の産業組合の場合は、約1円）と高額であったこともあって、翌28年の設立当初の組合員数は563名と少数であった。このような中で、翌28年に診療所を発足させた。岡本正志氏がこのような行動に踏み切ったのは、次のような理由からであった。すなわち

「病苦の理由は「経済的關係」であり、組合の目的は「中産階級以下の団結」によって良質の医療を「最も低廉なる料金」で可能にすることであり、いわば医療の「社会的普及」を図ろうとした」からであった¹⁹⁾。しかし、赤字が続いたため方針を転換し、昭和6年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後、順調に発展した。この東青病院は、東北一という規模で、周辺に診療所を配置して連係し、組合員に安くて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に大きな影響を与えた²⁰⁾。しかしこの場合は、区域が広いために地縁的共同体としての連帯は稀薄であったと考えられている²¹⁾。

『産業組合』312号（昭和6年10月1日号）によると、東青病院の概要は次の通りである。

昭和2年より、関係各村長の意見書を徴して設立準備を始め、同年8月より設立申請者1,000名、出資口数2,000口を最少限度として募集計画を設定し、勧誘を行った。昭和3年3月、設立申請者として賛成し調印した者が705名、口数も1530口に達したので、一時勧誘をうち切ることとし、3月31日に設立認可申請書を当局に提出した。昭和3年5月23日付けで設立認可されたので、ただちに第一回払込金（金10円）を通知した。11月20日に、払込金額10,330円を集めることができた。そこで、取りあえず個人宅を借り受けて、内部の模様替えをしたのみで、9月12日より診療を開始した。その後、診療所の移転等の不便を忍んでいたが、昭和6年4月30日病院建設工事は竣工し、翌5月1日より各科の一般診療を開始した。東青信用購買利用組合によって設立された東青病院は、敷地総面積が600坪、建坪314坪、内本館195坪、一等病室35坪、二等病室73坪、付属建物11坪の規模である。

国保制定前夜の農村医療

(二) 医療利用組合以外の（自主的に展開した）組織

国民健康保険をつくる過程において、それに類似した制度が日本でも存在していることが明らかになった。たとえば、埼玉県越ヶ谷町の「越ヶ谷順正会」、福岡県の宗像地方を中心に存在している「定礼」・「常礼」（以下、「定礼」と記す。）、千葉県印旛郡公津村（現成田市）の宗吾医療組合等である。

1. 越谷の「至誠会」と「越ヶ谷順正会」

大恐慌の影響は、越ヶ谷町（現埼玉県越谷市）の経済を混乱に陥れた。当時の越ヶ谷町は約1,000戸（人口約7,800人）で、半農半商の町であったが、農村を基盤に成り立っていた²²⁾。生糸の値崩れ、米穀や農産物の価格暴落等により、商業都市越ヶ谷町でも倒産に追い込まれた商家が少なくなかった。『わが町の歴史・越谷』は、次のように記している²³⁾。「越ヶ谷町では税収の落ちこみや滞納者の激増、加えて昭和5（1930）年、越ヶ谷実科高等女学校の県立移管によって十数万円の負債をかかえ、その財政は極度にひっ迫していた。」そこで、町民の有志による活動が始まった。すなわち、「町政の建て直しは町税の完納からと町民を説得し、その8割にわたる人びとの支持をとりつけて納税組合を設立した。この結果税の滞納者はようやく影をひそめるにいった」²⁴⁾。

しかしこの過程において、納税組合の有志は納税につとめる貧困者の生活の困窮をみかねて、資金を融資するための無尽講「至誠会」を設立するに至った。すなわち、「納税組合組織後に於ける組合員は貧富の別なく一意町更生を目指して真面目な努力を捧げた、其の純情を眺めた組合員有志は貧困なる組合員の救助手段として何等かの対策を講ずることが真に相互の義務である事を悟り、茲に有志相寄り至誠会なる無尽会を設立し三ヶ年に壱千三百円の流動資金を捻出する事が出来た」²⁵⁾そしてこの間、町費か

ら例年多額の出費が伝染病のために出費されていることに注目した。越谷市立図書館蔵の『越ヶ谷順正会綴り』には、次のように記されている。「伝染病費の以外に多額（年少なきは四五千円大きは一万円に達すとか）なると聞き疾病の一町一家の財政に及ぼす影響の如何に重大なるかを論議（後略）」²⁶。そして、医療救助を目的とした共済組織である「越ヶ谷順正会」の設立へと至ったのである。「越ヶ谷順正会」の設立までのその後の経緯について、少々長くなるが前掲の『越谷市史 第五巻』より引用しよう²⁷。

「有志一同は医師団の了解もとりつけ、「順正会」と名付けた救療事業会の計画書を県に提出してその設立許可を求めた。しかし県では、運営資金の不安定さと、法人組織でないことを理由にこの出願は差戻しとなった。そこで有志一同は資金の確保のため会費制を採用し、会員の募集に着手しようとはかったが、会員制は治安警察法に触れる恐れがあるとして、越ヶ谷警察署長から中止を命ぜられ、ここに順正会の計画は一頓挫を来した。

しかし有志はこれをあきらめず、順正会の事業計画を内務省保険部に示してその意見を求めた。ところがこの計画は、内務省が立案していた国民健康保険の構想と類似していることが認められ、内務省の好意によって参考資料や規則書雛型の提供を得ることができた。時に昭和十年八月のことである。こうして順正会の計画は、内務省の好意によってその設立の確信を得ることができたが、なおも越ヶ谷町の警察署長や町役場はこれに同意を示そうとはしなかった。しかも越ヶ谷町の開業医は、医療費支弁の保証や、その責任の所在をめぐってにわかに反対の立場をとり、町役場においても、開業医すべての同意を得なければ年額三〇〇円の補助金支出はできないと態度を硬化した。

こうした折、順正会の設立事情視察のため越ヶ谷町を訪れた内務省

国保制定前夜の農村医療

の事務官一行が町長や助役と会見、その説得にあたったため事態は好転した。かくて同年十二月、医師団の反対のまま、発起人九一名によって越ヶ谷教会で順正会の発会式が挙行され、役員が選出されて組織づくりが進められた。」

なお、前掲『越ヶ谷 順正会書類綴』は、「会員募集に際して」として、次のように記している。

「勧誘の際は皆一応に結構な趣旨でありよい企てであると言ふがさて会費の問題に及ぶと容易に纏まらぬ然し病人を抱えてる家庭の喜びは格別であり、入会后病気になったものは今更勧誘当時に手間取らせた事を申訳してる、無病の家庭で進で入会するものは会費の少額なるものが割合多い、知識階級や有産階級の勧誘は以外に困難である夫れは自尊心や理屈や感情を多分に持つて居る上打算的である事だ特に後者は土地の医師と其の有する医療設備に就て不満を持つて居る、然し程度の差こそあれ是は各階級の懐ひてる考へと思はれるので其の対策につき考究せねばならぬ。

勧誘に際して同情に堪へられぬのは入会の意思が充分ありながら生活が急迫して会費が掛け続けられぬと言ふ家庭が相当澤山有る事だ、然し現在の順正会の力では遺憾ながら致し方ない。

かく順正会の企については一部の者は当然来るべきものとして是を迎へるが一部の者は互助の精神が未だ、呑込めぬ様である、然しこの企によつて示される相互扶助の美しい实例は多少の不平や不満を押さへて必ずや近き将来に彼等を済度することが出来るものと確信してゐる。』²⁸⁾

このようにして設立された「順正会」の会員数は、設立の翌年11年1月には184世帯、そして翌2月には281世帯が加入している。そして同年4月、医師団との妥協が成立した。そして名前も「越ヶ谷順正会」と改め、同年

11月に事務所を開設した。当時の会員数は488世帯にも及んだ²⁹⁾。

このように、自主的組織である越ヶ谷順正会の活動は、国民健康保険の成立に際して大きな貢献をすることとなったのであるが、この活動においては多くの人々の尊い働きがあった。まず最初に、有志による納税組合の設立である。これは、町の財政建て直しという公のための運動であった。そしてこの中から次の貧困者への資金融資のための無尽講が設立された。至誠会と呼ばれたこの無尽講は、貧困者に対する資金の融資を目的としていた。「至誠会」についての資料が入手できない現在、推測によるしかないのであるが、前後関係から考えて至誠会の設立は、昭和6～7年頃と考えてもよいだろう。そしてそれは、他の多くの無尽と同様に、会員同士の相互扶助を目的としていたと考えられる。そしてそこには、納税組合の貧困な組合員を救済するための対策を講ずることを「相互の義務」と考えて行動する人々が存在していたのである。そしてそれは、貧困の大きな原因である医療に関連した貧困への対策としての順正会の設立へと向かったのである。

前掲『越ヶ谷順正会綴』によれば、昭和12年の加入世帯数は828戸であり、加入率は約80%であった。そして保険料は1等級の月額30銭から20等級の月額7円と20段階に区分されていた。最も人数が多い等級は3等級（月額60銭）で207戸、次いで4等級（月額70銭）が164戸であった。そして同年度の受療者数は合計5,224人で月平均435人であった。なお、順正会の主な業務として、①予防注射、②健康診断、③育児相談、④巡回看護婦、⑤その他健康増進に関すること等があった。

2. 「定礼」・「常礼」

『国民健康保険小史』は、次のように記している³⁰⁾。

「国民健康保険制度は、農村などにおける郷土的団結を利用して、

国保制定前夜の農村医療

町村の区域により互助組合といった組織を作らせ、これに健康保険事業を行わせようとしたものである。そこで当時としては、果してそういう組織が、農村などにできるであろうかという疑問であつた。(中略) このような制度が農村社会の本来の性質に適合しているものであるとするならば、多数の町村の中には、すでにこの種の事業を行っている所が存在するであろうと考えられたのである。すると偶々、福岡県及び熊本県でこの種の組合のあることが発見されたのである。殊に福岡県では、宗像郡、鞍手郡等の地方にわたつて、この種の組合を設けている部落が、数十の多数に達し、いずれも数十年、古いのは百年以上の歴史を有していたのである」。

すなわち、国民健康保険制度の制定以前の昭和8年頃、すでに100余年も前から国民健康保険と同様の目的を持った国民健康保険に類似した制度が存在していたというのである。すなわち宗像郡に11ヶ所(神興村の手光、津丸、八並。上西郷村の畦町、本木、上西郷、内殿、舍利蔵。池野村池田。岬村鐘崎。一島一村の大島村)、鞍手郡に8ヶ所(若宮村の福丸、金生。山口村の野中、ケヶ谷、畑、里、小原。吉川村の三ヶ畑)そして熊本県天草郡中村大字柳浦の一地区の合計20地区の経済的にも交通にも恵まれない農山漁村に国民健康保険に類似した事業が行われていたのである³¹⁾。そして経済的援助を全く受けることなく、住民は助け合いによって医療の問題を解決しているというのである。

この種の組合では、「定礼」と「常礼」という二つの名称が用いられていた。そして多くの場合、「定礼」という表現が使われていた。「定礼」とは、「取得に応じた定額の謝礼を医師に支払う」という意味が、そして「常礼」の場合には、「常々健康を診てもらっているので、その礼を欠かしてはならぬ」という意味が込められていると考えられる³²⁾。本稿では、定礼を用いる。

定礼とは、一体どのような制度であったのか。共通していることは、住民は医師に定期的に定額の謝礼を支払い、無料または一部負担のみで診療を受けていたということである。そして医療費としては、貧富の差に応じて、主に米が抛出されていた。場合により、金や鯛等でも支払われた³³⁾。そして謝礼について、たとえば上西郷村（現福岡町）舍利蔵では、それぞれの家を資産割で三等分し、白米で支払っていた。舍利蔵では田が少ないために、米が足りないときは区の共有林を切り出して補った。講を立てたこともあったという³⁴⁾。

定礼は、宗像、鞍手の郡境の山村のいずれから、疑問符付きではあるが、天保6年（1835）に筑前国宗像郡舍利蔵村に始まったと見られている³⁵⁾。そして定礼は主に大字単位で行われ、37地区に存在していたことが確認された³⁶⁾。そのような定礼は、いかなる背景のもとでつくられたのであろうか。

嘉永、安政の約10年間は天災が続き、村々すべて困窮した。連年の凶作のため、医師は貧しい人を治療してもほとんど謝礼を受け取ることができなくなった。医師達は謝礼が無いので、癒すべき薬を持たず、ついには離村する医師も出てきた。

井上隆三郎氏は、次のように記している³⁷⁾。

「村人や患者たちにとっても、「医は仁術」に甘えてばかりいては、村の医療はもはや、どうにもならなくなってきた。困り果てて、いろいろ考えられたすえに、解決案が出されたに違いない。そしてそれは、次の一つしかなかった。

ともかくも、村に住む医師たちを大切にしよう。

そのためには、仁術に甘えないで、皆で米か金を積み立てよう。この場合、富める人はより多く、貧しい人は僅かでもよい。医師にかかっても、かからなくても、出し合おう。

国保制定前夜の農村医療

そして、それを、村全体の医療費として、医師に届けよう。そうすれば、彼らが薬を持たないということもなかろうし、また離村するということもなかろう。

またこうすれば、謝礼のできない貧しい人も、気兼ねなく医師を訪れることができる。

医師も未収を心配することなく、仁術を施してくれるだろう。

このようにして始まったものが「ジョウレイ」に違いない。

病気で困ったとき、お互いに助け合っていこうという、この相互扶助の制度は、なにも桃源郷から生まれたものではなかった。このような貧しくも、また、きびしい環境から生まれた、いわば悲しき「生き抜くための知恵」ともいうべきものであった。

このように定礼は、人々が生きていくためのぎりぎりのところで考え出されたものであり、またそれが相互扶助の心からおこったことは否定できない。しかし東郷村久原区のように、相互扶助でなかったところもあった。そこでは、医療を受けるか否かに関係なく、個人として米一俵で契約したという。相互扶助を目的とした本来の意味の定礼は、ほとんどが全戸加入で、かつ昭和期まで続いていた。しかし、自分の健康を守るだけの個人的なものは、区としての加入率も低く、大正前期で終わったという³⁸⁾。

江戸時代、「医は仁術」と考えられていた。それが、明治以降の西洋医学の導入により、「医学」となる。治療費の支払い方法も変化した³⁹⁾。このような事情もあって、定礼は大正4年に郡医師会によって最終的に廃止されるまでに2度も廃止する憂き目にあっている。最初は、明治24年、郡の医師組合による「定礼」廃止の決定である。これによって、「個人契約の定礼は消滅した。しかし、相互扶助の定礼は不死鳥のごとく残った」のである⁴⁰⁾。なお、この場合は明治32（1899）年に復活している。そして2度目は、明治40年である。この場合も復活している。そして、大正14年の

最終的な廃止決定後も、一部では存続し続けたのである。なお、大正4年（1915）に、郡医師会が最終的に定礼を廃止した。これ以後、定礼は定額・請負制から次第に出来高制・一部負担制に変わった⁴¹⁾。

以上のように、「定礼制度はつまるところ、地域住民の連帯感の強さにかかっている」⁴²⁾とすることができると思われる。そしてそれは、はからずしも住民の負担を軽減することにつながっていたのである。たとえば、昭和初期の1世帯の年間医療費について見た場合、全国の平均医療費が24円36銭（所得に占める割合は4.3%）であったのに対して、宗像郡の定礼地区のそれは、米1.5俵、金銭に換算して15円20銭（所得に占める割合は2.9%）であった⁴³⁾。

3. 千葉の宗吾医療組合⁴⁴⁾

昭和7年4月、千葉県印旛郡公津村（現在の成田市）で、同村の東勝寺（宗吾霊堂）住職である三好照嘉師を中心とした有志による医療互助事業が開始された。三好照嘉師が葬儀のときに聞いた、「もう少し見てやればよかったが、医師に借金があり、診てもらえなかった」という遺族の言葉がそのきっかけであったという。住職を中心として、方面委員（現在の民生委員）の鈴木万人氏が一切の世話役として東奔西走した。最初、会員数は30戸位で、会費はその都度徴収した。少額の不足分は、鈴木氏がひそかに負担していた。このような善意の活動が続けられている中で、やがて村長を含む多くの人々の理解を得るようになり、医師や産婆の積極的な協力も得ることができた。そして、この組織は徐々に拡大していった。

昭和9年11月の「宗吾医療助産組合趣意書」には、次のように記されている。

「本組合は病気の早期診療と、診療費の相互救済を目的として居ります。本組合に、世帯主の一人が加入して、毎月金三十銭の組合出資

国保制定前夜の農村医療

壱口以上納めて下されば、万一家族に病人や産者が出来た時に診療券と共に、一日十銭づゝの現金を持って、嘱託医又は産婆の所へ御出になっただけで、至極簡単に診療投薬が受けられ、診療費は組合で支払う事になって居ります。若し自分で積立て、置いた出資額で不足の場合は組合から、その人の積立金額の十倍以内の金を安値に融通いたしますので、当分の中は、安心して医者にかゝれる事になります。尚、融通した金も、壹ヶ年以内に月賦で償還すれば良い事になって居りますし、組合員中で、極、お困りの方には、償還金の一部、又は全部の免除規定も御座います。」

そして、公津村と酒々井町の二つの町村の全戸が宗吾医療助産組合に加入した。宗吾堂に事務所を置き、2人の医師と1人の産婆が診療を行った。3人は、医師会の規約通りの治療費を組合から受け取り、その6割を改めて組合に寄付するという方法をとった。このような方法で、医師会との摩擦を避けることとした。

以上のように、宗吾医療組合も少数の者の献身的な努力によって始められた、地域住民の相互扶助をベースとした組織であった。

4. その他

以上見てきた以外にも、次のような組織の存在していたことが紹介されている。ただ、残念ながら本稿では、現在、これらの組織について詳しく説明することができない。他日に譲りたい。

- (1) 明治44年5月、奈良県吉野郡上北山村小椽部落の本郷組では、共有金のうち2万円を資本金とし、その利息でもって医師の招聘・手当金・薬価・診察料等の部落民の医療施設のためにあてていた。そしてこの施設は、昭和11年3月末まで継続していた⁴⁵⁾。
- (2) 漁村の事例であるが、大正4年、宮崎県東臼杵郡門川村では、円草

・小原・庵川・牧山等の漁業者を一団とする漁業組合が、医療組合を組織して、医院・器具一切を購入し、医師を招聘して組合員の診療を行っていた⁴⁶⁾。

四．共同体の衰退と消滅——むすびにかえて——

国民健康保険制度の制定以前に農村に存在していた、いくつかの医療を確保するための組織について見てきた。それらは、昭和13年に成立した国民健康保険の成立によって吸収されたりあるいはそれ以後ほどなく消滅した。越ヶ谷順正会や産業組合による医療利用組合は前者の例である。しかし定例は、国民健康保険制定後もしばらく存続した。すべての定礼が廃止されたのは、昭和15年から19年にかけてである⁴⁷⁾。定例が消滅するのは、戦時体制における「特殊事情」によるものであった。すなわち、日支事変が深刻化し、医師に支払う「米」を確保することが不可能となったことが最大の理由であった。たとえば、手光、津丸地区が国民健康保険に加入したのは、制度発足後3～4年も経ってからであった。その理由は、「定礼があるから、国民健康保険は必要がない」というものであった。しかし米は統制となり、定礼米を支払うことが困難となったのである。

ところで、本稿で見てきたような組織に共通しているものは、「共同体」を構成する人々の間における強い絆である。それは、医療というおそらく人間にとって不可欠のサービスを確保するために、人々が連帯するというものであった。そしてそこには、見てきたように、人々の間に相互に扶助し合うという生き方があったのである。そして、このような医療確保のための「共同体」は、昭和13年に制定された国民健康保険に取って代わられることとなったのである。

国策としての国民健康保険が、多くの無医村に対して医療を供給するという一定の役割を果たしたことは、事実である。しかしそれは同時に、す

国保制定前夜の農村医療

で農村において自主的に展開していた医療体制を一つの方向に統合したことも、また否定できない。このような歴史の流れが、「共同体」に対してどのような影響を及ぼしたのか、これについては今後の課題としたい。

注

- 1) 佐口卓、『国民健康保険——形成と展開』, 1995年, 光生館, 31頁。
- 2) 黒川泰一、『保健政策と産業組合』, 昭和14年, 三笠書房, 34頁。
- 3) 井上隆三郎、『健保の源流——筑前宗像の定礼』, 1979年, 西日本新聞社, 46頁。
- 4) 協同組合研究会編、『国民健康保険組合と医療利用組合』, 昭和13年, 昭和図書, 138頁。なお, 第六章では, 当時の農村における医療の状況が詳細に述べられている。
- 5) 井上隆三郎, 前掲書, 48—49頁。
- 6) 相沢與一, 「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」(『経済学研究』第59巻第5・6号所収) 9～10頁。
- 7) 賀川豊彦, 「実費診療所と医療組合」(『協同組合の名著 第九巻』, 昭和46年, 家の光協会所収) 209～213頁。
- 8) 産業組合史編纂会代表委員 小平権一編, 『産業組合発達史(第四巻)』, 昭和41年, 産業組合史刊行会, 279頁。
- 9) 青木郁夫, 「初期医療利用組合の諸相(上)」(『阪南論集 社会科学編』第24巻第2号所収) 1～2頁。本稿が対象とするのは, 1および2の段階である。
- 10) 相沢與一, 前掲論文, 10頁。
- 11) 青木郁夫, 前掲論文, 3頁。その内訳は, 町村産業組合四種兼営が67組合, 広区単営が52組合, 連合会が36組合である。
- 12) この項の多くを, 辻誠, 「島根県青原村信購販利組合概観」(『産業組合』第247号, 大正14年11月) 青木郁夫, 前掲論文および豊崎聡子, 「恐慌期農村医療の展開過程」(『農業史研究』第35号, 2001年, 所収) によった。
- 13) 『産業組合』第224号, 1924年6月, 48頁より。一部, 現代仮名遣いに改めている。
- 14) 大正2(1913)年4月に熊本県・一武(信・販・利)組合が初めて医療事

- 業を開始したという見解もある。(朝倉幸治「日本医療保障の形成過程に関する医史学のおよび社会医学的考察」(『国民衛生』第28巻第2号(別号)昭和34年6月,日本予防医学会所収)100頁。
- 15) 『産業組合』第282号,1929年4月,44頁。
 - 16) 以下の記述は,千石生,「青原村信用購買販売利用組合の医療事業」(『産業組合』第204号,大正11年10月)38頁以下および青木郁夫,前掲論文,13頁以下による。
 - 17) 青木郁夫,同論文,14頁。
 - 18) 同,15頁。
 - 19) 豊崎聡子,前掲論文,29頁。
 - 20) 相沢與一,前掲論文,10頁。
 - 21) 豊崎聡子,前掲論文,30頁。
 - 22) 全国国民健康保険団体中央会 小島徳雄,『国民健康保険二十年史』,昭和33年,全国国民健康保険団体中央会,136頁。
 - 23) 竹内誠・本間清利『わが町の歴史・越谷』,昭和59年,文一総合出版,225頁。
 - 24) 黒田重晴,『越谷市史 第五巻』,昭和49年,600頁。
 - 25) 黒田重晴,前掲書,234頁。
 - 26) 『越ヶ谷 順正会書類綴』
 - 27) 黒田重晴,前掲書,601~602頁
 - 28) 『越ヶ谷 順正会書類綴』10~11頁。
 - 29) 「越ヶ谷順正会」は国民健康保険類似組合の第一号である。そして現在の市役所前の駐車場に建てられている「相扶共済」の碑銘には「国民健康保険組合発祥の地」と讃えられている。
 - 30) 国民健康保険協会編,『国民健康保険小史』,昭和23年,国民健康保険協会,229頁以下。
 - 31) また,宗像郡以外の定札として,遠賀川筋の遠賀郡や嘉穂郡に明治・大正期に存在していたことが明らかになった。そして昭和11年には,朝倉郡小石原村小石原,糟屋郡久原村中区に定札が新設されている。(井上隆三郎,前掲書,106頁)。
 - 32) 井上隆三郎,同書,160,217頁。

国保制定前夜の農村医療

- 33) 同書, 52頁。
- 34) 同, 199頁以下。また、福岡町、『福岡町史 通史編』, 1089頁には、次のように記されている。「中村平蔵『本木村医師定礼之起』(昭和30年頃:筆者)によると、明治7年(1874)に定礼米を80俵に増加し、村役人(庄屋・組頭など)の見込割として、最高は5俵、最低は2升、極貧者は無料とされている。これを実証する史料は見当たらず信憑性は確かめられないが、年代が明確な点と割当方法まで具体的に記入してある点から、確かな記録にもとづいて書かれたものと思われる。このように、一定量の米を地区で集めて一括して医師に納め、誰でも気兼ねなく治療を受けられたのである。ただし、定礼は、村人が一律に一定額の米を出すのではなく、それぞれの経済状態に合わせたランク分けがなされていた。富裕な人はより多く、貧窮の人は僅かでもよく、極貧困者は無料であった。相互扶助の精神が具体的に実行されているとってよい。」
- 35) 同, 142頁。
- 36) 同, 83頁。大字単位であったということは、少なくとも江戸期からのものであることが推測される。
- 37) 同, 33頁以下。
- 38) 同, 106頁。久原区は、数人の大地主によって田畑が独占され、小作人が多く、自作農は少なかった。そして、主に自作農だけが医師と米1俵の定礼を契約した。(172頁)
- 39) 同, 109頁。
- 40) 同, 129頁。
- 41) 同, 142頁。医学の内容が高度化するにつれて、出来高制、一部負担制が取り入れられるようになった。昭和期まで定礼を続けていた所では、手光、津丸を除き、すべてこの方式となった。(同, 129頁)。
- 42) 井上隆三郎, 同書, 268頁。
- 43) 同書, 276頁。しかしこのことは、多くの定礼医師の間に「医は仁術」に近い生き方がとくに強くあり続けたことと関係しているかもしれない。「医師の師弟が医学校に進学するときは、区から学資を出すことが多かった」(同書, 280頁)というように、医師の生活は決して楽ではなかったようである。

- 44) この項の記述に際して、次の文献を参考とした。成田市、『成田市史 近現編』、成田市、『成田市史 近代編史料編 3』、全国国民健康保険団体中央会 小島徳雄、『国民健康保険二十年史』、昭和33年、全国国民健康保険団体中央会、135頁以下。
- 45) 西尾雅七、三浦創、「吉野郡上北山村」（京都大学人文科学研究所林業問題研究会 著作代表者 河野健二、『林業研究』、昭和31年、高陽書院、所収）185頁。
- 46) 朝倉幸治、前掲論文、99～100頁を参考とした。
- 47) 米のかわりに金を抛出していた内殿地区では、昭和19年に定礼が廃止された。しかし、米を抛出していた多くの地区は、昭和15年から16年にかけて廃止された。（井上隆三郎、前掲論文、197頁）。

Medical Services before 1938 in farm areas of Japan

Hisayoshi TAKEDA

National Health Insurance System was established in 1938. Before then, people in some farm areas could not take medical services because of the absence of doctors. However in some villages, people could enjoy medical services through mutual help associations in farm areas. We can see some mutual help societies to secure doctors and to maintain medical services. This paper aimed to clarify such associations.