

国保制度成立過程における地方の役割と社会保障の萌芽

——国保・社会福祉構造の地域的基盤と社会保険機能——

西 村 万里子

I はじめに

地域を基盤とする国民健康保険（国保）の財政基盤は、人口高齢化や保険集団の変容により脆弱化しており、現在、国保制度の抜本的改革が重要な局面を迎えている。また、1990（平成2）年から、老人保健福祉計画の下で、全市町村は老人保健福祉に関する計画立案を義務づけられた。厚生行政としては画期的な転換といってよく、医療・保健・福祉など生活密接部分に関しては、生活者に身近な地方の役割を重視する施策が進められることになった。

このように地域が注目される方向の下で、地域保険としての国保がどのような基礎の上に成立したのかについて、地域との関連から再検討することが必要になってきている。国保は地域を基盤とする社会保険として、職域を対象とする健康保険について1930年代に成立・発展したが、本稿の結論を先取りしていえば、その成立過程においては、他の社会政策と比較すると例外的に地方の役割が大きいものであった。国保はその成立・形態等において、それ以前の展開と無関係に成立したのではなく、それまでのさまざまな地方における動きに基づいたもので、国保の成立・普及には地域基盤が非常に重要な役割を担っていた。

しかしながら、そのことが国保の保険料の組合間格差や一部負担の導入、保険集団としての構造的弱さ等の、現在に至る問題を当初からはらむことにもなった。と同時に、国保は準戦時期に成立したために、その成立はもっぱら中央政府の政策

視点で捉えがちで、このような地域における動きや役割も含めて把握する視点はこれまではきわめて弱かった¹⁾。

そこで、本稿では、第II節で国保成立の背景にふれたうえで、第III～V節で、国保成立の前史となる農村における医療に関する社会事業的動向を検討する。それによって、国家的政策以前に地域においてどのような動きがあったのか、その中で国保成立を可能とした地域基盤となった動きはどのようなもので、その結果、国保の形態および実施状況がどのようなになったのかについて具体的に考察する。国保の実施状況についてはその時期が1938年—準戦時下であるため、従来の研究では現行の国保の基礎となった戦前期国保については、資料不備ゆえに、マクロレベルでも実態把握がいまだなされていない。

以上の検討をふまえ、第VI節で、国保改革を検討する前提として、国保成立における地域基盤の評価、さらに国保成立が社会政策・戦後の社会保障体系においてどのような意味をもつかについて考察する。

II 国民健康保険成立の背景

本節では、国保の主たる対象とされた農村とそこにおける労働（力）に関する状況を検討する。

1. 農村労働力の推移

第1次大戦以降、資本主義の本格的進展に伴って、都市は労働力をより一層多く吸収し膨張した。郡部人口も、1930年までは漸増したが、その後は

減少に転じた。その結果、村落人口は、1920年、総人口の80%から1935年67%へと相対的にも減少を示した²⁾。しかしなお、1930年代後半、郡部は総人口の半数以上を占めており、都市部における増加人口の大部分は郡部において創出されていた。

この点について、都市・農村間の労働移動の視点から検討してみると、郡部は都市部に比較して、死亡率を上回る高い出生率にもかかわらず、農業有業人口は長期的に不変であった(表1)。この事実から、農村の過剰人口は都市の労働市場にほぼコンスタントに流出し、長期的にみると、農村は都市の労働力供給源として機能してきたと考えられている。

しかし、短期的には、労働力流出の激化が1930年代後半から農村労働力、農家経済に問題を生じさせることになった。1932(昭和7)年、満州事変の発生による軍需産業の拡大がみられると、産業構造がその重点を軽工業から重工業へと転化した。それとともに、農村からの労働力流出は鉱工業建設部門に向けて増大を示しだした。農村の毎年の増加労働力を超えて青壮年を中心に労働力が転出するようになった。その結果、農村労働力は、男子青壮年者の減少、女子・高齢者の増大となり、徐々に脆弱化していった。

しかし、農村労働力市場はそれまで常に過剰な状況で、潜在的失業者を多く保持していたため、1930年代初期までは、総体的に農村労働力はそれほど逼迫した状態には至っていなかった。例えば、満州事変発生後、京浜地方軍需工場が東北地方農村において大規模な労働者募集を行ったが、募集人員の数倍の応募者があった。

このように1930年代初頭から既に、都市への農村労働力の流出は徐々に増大していたが、1937年

7月の日中戦争の発生が、一層流出の激化を招いた。この流出はそれまでの最大規模のものであったが、それは3つの理由——①戦争による直接的人的資源の拡充のための応召、②戦争手段の生産拡充のための軍需産業労働者の大量な需要、③軍事応召による農村労働力の減少を補充するために女工が帰農したことに伴う、繊維工業等における労働需要の増大——によって生じたのであった。転出労働力は、神奈川県農会による1937年7月から1938年9月にかけての調査によると、ほとんどが15～50歳未満の生産年齢人口であった。そのうち、男子は65.5%が軍需工場へ移転したが、女子は63.3%が非軍需工場への移動であった。また、埼玉県の調査によると、労働の流出状況は、1938年5月から12月にかけて、1937年7月を基準とすると27.5%増加、その中で農業従事者は50%と著しい増加を示した。同時に、農村内部においても、農産物の生産拡充という農村労働需要に対する拡大の面も生じてきた。かくして、日中戦争の勃発後、農業関係者の関心は農業労働力が足りるかという点に集中してきた。

この状況に対して、政府が実施したのは1937年から勤労奉仕運動を展開するという、労働強化・精神運動という応急策にすぎなかった。都市の工業部門に対しては、労働統制の足固めがなされていたのに対して、農村労働力に対しては何ら総合的な対策が行われていなかった。例えば、移動労働については臨時農村対策部計画課の一係、勤労奉仕については経済厚生部総務課の一係、さらに共同作業については農務局農村課の一係が扱うに留まっていた。農村から都市への流出が急増しているにもかかわらず、農村労働に対しては行政的にも弱体であった。

このような事情から、農村青年男女の流出の著しい増大と農村内部の無報酬の勤労奉仕、奉仕可能労働力の減少、農村労働者の賃金上昇と供給減少が生じた。その結果、農家経済の悪化が表面化するに至った。ここに、政府も農業生産力を維持しながら農村の労働力を活用できるように、農村の労働対策を講ずる必要が起ってきたのであった。

表1 産業部門別有業人口の推移

	1921年	1930年	1940年
農・林・水	14,441千人	14,489千人	14,192千人
鉱・工・建	5,576	5,993	8,418
販売その他	6,948	8,858	9,619
計	26,966	29,340	32,230

資料：並木正吉「農家人口の戦後十年」『農業総合研究』9(4)、p. 24。

2. 農業における労働強化策と農村保健サービスの必要

農村は労働政策的には長い間注目されてこなかった。また、衛生行政においても、都市が中心とされたために看過されてきた。農村が注目され始めたのは、1916（大正5）年、保健衛生調査会の設置が最初で、1918年から農村の保健衛生調査が大規模に行われるようになった。この結果、農村の劣悪な保健衛生状態が明らかにされると同時に、全国的に死亡率が低下する中で、①郡部においては、1923年に乳児死亡率がそれまでの傾向と逆転して都市部を上回る状況、特に農業恐慌期に上昇、②1930年前後からは出生率も低下し始め、さらに③1936年以降、青年結核を中心に結核死亡率が上昇する状況が現れた。

そのような状況を受けて、1932年という早い時期から、陸軍は国民保健に関心を示し始めて、翌年には農村対策案の中に医療問題を指摘するようになる。さらに、重大な関心を示すのは、1936年6月の閣議においてで、寺内陸相が徴兵検査の成績を挙げて国民体力・体格の低下を指摘、国家による衛生施設改善の必要を提唱した。その際、軍部は農村をもっぱら兵力の供給源として注目していたのであった。

他方で、前述のとおり、1937年以降、軍需産業の拡大に伴って、農村からの労働力が、とりわけ青壮年男子を中心に急速に流出する状況になると、農業生産に対する国の要請も強化されたために、政府は農村において勤労奉仕運動等の労働強化策を応急策として実施した。

日中戦争が発生する事態に至ると、農村労働力に対する調査が次々と実施されるようになった。日本労働科学研究所は全国の主要工場を訪問調査するが、その結果、1937年以降の労働力不足の深刻化は、軍需工場のみでなく、軍需応召による農村労働力不足の補充に伴う女子労働力の帰農によって、軍需工場以外、例えば繊維工場等でも生じていたことを指摘した。さらに、労働力の質の低下について、多くの工場では30～50%の不合格者を出し、労働需要を補充するために採用時の身体検査規定標準を低下させている点も報告した。ま

た、1937年から38年にかけての同研究所による京浜軍需工場の労働力需給の調査では、東北地方からの大量の応募者のうち、多くの者が不健康者であったことが明らかにされた。

埼玉県農会の1936年から38年にかけての調査によると、1世帯当たり平均疾病回数および傷病回数は、1936年3.47、0.38、1937年3.89、0.38、1938年4.13、0.46へと増大すると同時に、人口増加率は逆に11.6%、7.8%、5.1%と減少した³⁾。このほかにも、日本労働科学研究所の愛知県8町村、同期間における中等農家保健調査や帝国農会の軍事応召前後の労働・保健状況調査等は、戦時経済と労働強化に起因した農村の保健状態の悪化を裏づけることになり、農村の保健対策が労働力の質の面からも問題とされていった。

さらに、疾病と医療費の関連について調査が行われたが、それによって死亡率は郡部が上回っていたが、医療費は都市労働者の支出が多く、農村内部でも所得の上昇につれて支出が多いこと、つまり、高所得者ほど医療支出が多いことが明らかにされた。これらの調査を通じて、政府は中・低所得層では医療費負担のため受診機会が抑制されている実態を認識するようになった⁴⁾。

III 国民健康保険の前史——農村における医療政策

次に、国保成立以前の農村における医療対策について、各地域で刊行された地方社会事業雑誌を分析することによって考察してみよう。それらの対策は、国による対策と、地域において医療問題解決のために模索されていた、さまざまな地方主導あるいは自主的な対策に分類できる。

1. 国家による農村医療政策

（1）公費補助医制度

この制度は医師の居住しない町村で、町村予算から開業医に補助を与えて、開業・出張診療させるものであった。補助予算（補助費は年間約1000円が通常）を計上した町村は800を超えるほどに拡大したが、医療費の軽減策ではなかったため、

結局、医療費の滞納を生じて、医師の都市への移動を抑制することはできなかった。

(2) 医療公営制度

町村が医療機関を経営する制度であった。これは全国で20強の僅かであったうえに、相当の医療費滞納を生じることになった。

(3) 救療事業

農村不況に対して、1932(昭和7)年度より内務省所管によって、時局匡救事業が開始された。その内容は救療・医療・農民の生活に関する対策が中心でなく、労働需要を促す土木事業を興すことが中心であった。1932年度の時局匡救費、2億6300万円のうち、農民の生活に関係する農村経済・更生施設の経費は340万円、医療救護費は600万円(うち皇室から300万円の御下賜)という僅かな予算であった。医療については、道府県・済生会によって委託診療・出張診療・巡回診療の形で行われたものの、1936年の無医村3243村中、出張・巡回診療のある村が1156村、ない村が2087村で、本事業によって無医村で医療供給策が実施されたのは3分の1にすぎない状況であった⁹⁾。しかも、本事業は当初から総予算6億円、3年の期限付きとされていたため、1934年度からの軍事費の増大を受けて、時局匡救費はほとんど1934年度で打ち切られた。

(4) 無医村診療所施設

1934年8月、三菱合資会社より内務省に対して、農村医療施設費として同年以降3年間に100万円が寄付されたが、それを受けて、医療施設のない地域に診療所を設置する政策が策定された。その方法は最も必要とされる地方を選定して、診療所建設費として1ヵ所1500円の奨励金を交付するものであった。その結果、1934、35、36年度に各々266、200、200ヵ所が設置されたが、交付条件として建設者は公共団体に限定、さらに交付額は建設費のみに限定されていたので、維持経営費が町村の大きな負担となった。

内務省は上記とは別に、1937年度より5年計画で診療所設置を計画した。無医村中緊急を要するところを1400村として、5年で750ヵ所、人口5000人当たり1診療所設置の計画が立てられた。医

療機関の経営主体は府県に限定して、国庫としては建設費の50%、経常費の一部補助(年間1000円の定額補助)を交付した。設置数は1937、38年度、各々151、40ヵ所、1940年末、累計で270ヵ所であった。しかし、このような医療施設設置政策にもかかわらず、農村の経済的基盤の弱さと日中戦争による医師の応召のため、無医村数は1936年3243村から1939年末、約3600村へと逆に増大していた⁹⁾。

以上の国家による医療政策は、時局救療事業と医療施設設置策にまとめられるが、前者は当初より貧困者に対する限定された、しかも期限付きの政策であった。また、後者は建設費の一部と経営費が地方の大きな負担となったため、全国に拡大・定着できずに無医村を減少させる効果を上げることもできなかった。それゆえ、地域農村内部において、医療問題を解決するためのさまざまな動きが、地方府県・市町村や民間団体の主導によって生成することになったのである。

2. 地方主導および自主的な農村医療政策

(1) 補助診療組合

この制度は地方無医村に対して、道府県の奨励によって組合を設立したものであった。国保成立の際に「無医村などで、医療を得る方法として、村民が協同出捐して医師の支払をする組合のようなものを行っている所が岡山県などにあるという話があった。……この方式をうまく採用すれば社会保険へ農村むけのものを作り上げることができると考えた。これが現行国民健康保険組合のヒントであった」[清水, 1938, p. 8]と指摘されたとおり、国保の基盤と考えられるもののひとつであった。

1934年の地方自治体の医療利用組合への補助状況(表2)をみると、指摘のとおり、著しい例は岡山県、香川県にみられた。そこでは、公的補助が低所得層に限定されず、住民全般を対象とする相互扶助組織に対しても、高い割合でなされていた。そのことは、それまでの救貧施策とは違う社会保障の前史となる点を示していた。

岡山県では、1931年に「医療普及及奨励規定」

表2 地方自治体の医療利用組合に対する補助(1934年)

府県別	名 称	助 成 金		経費	助成金割合
		円	円	円	%
青森県	柏葉病院天間林村診療所		村 1,314	3,279	40.0
山形県	宮内町診療所	県 500		14,089	3.5
神奈川県	秦野診療所		市 6,000	21,546	27.8
岡山県	北木島村診療組合	県 500	村 500	4,652	21.5
	三国診療所		村 360	4,416	8.2
	湯野平診療組合	県 150	村 350	1,720	29.1
	湯川診療所	県 430	村 900	4,915	27.1
	吉野村診療所	県 600	村 400	5,304	18.9
香川県	奥鹿村医療組合	県 300	村 60	629	57.2
	小田村医療組合	県 180	村 90	405	66.7
	佐柳島村医療組合	県 300	村 200	2,396	20.9
	象郷村医療組合	県 300	村 50	642	54.5
	高見島村医療組合	県 240	村 30	517	52.2
	二生村医療組合	県 345	村 100	550	80.9
	三都村医療組合	県 300	村 130	2,862	15.0
福岡県	久喜宮村共済組合診療所	県 1,000	村 2,500	4,274	81.9
	小野村小野共立病院	県 1,000		5,709	17.5
熊本県	高森利用組合診療所		町 500	3,781	13.2

資料：中央社会事業協会『全国社会事業名鑑』（昭和12年版），pp.293-427。

所収・社会福祉調査研究会編（1985）『戦前期社会事業史料集成12』，日本図書センターより作成。

が制定され、専任医師を雇用する診療組合を設置した町村に、年額 1000 円までの補助金を交付することとなった。この規定によって数十組合が設立されて、町村住民の大部分が組合員となった。事業内容としては、組合員から年平均 1 円を徴収して、年間所得約 2400 円で医師を雇用した。組合費、一部負担は村税比例で、低所得者は免除されていた。したがって、所得再分配機能、公的補助、村民加入率の高さのあり方から、補助診療組合は社会保険的性格をもつ組織として機能していたことがわかる。しかしながら、組合員の医療費負担は一部負担のみであったが、償還方式であったために、道府県補助による組合設立の効果は大きかったものの、一時的な全額負担が問題として残った。

香川県においても、1932 年、「医療組合看護婦設置奨励規定」を制定して、医療組合の設置・維持、看護婦の給与に対して奨励金を交付した。この規定によって 10 組合が設立された。医療供給については、組合に診療設備を設けて看護婦を常勤させ、医師は出張診療する形式で行われた。ここでの特徴は、香川県と県医師会が割引料金で健康保険と同様の方式によって契約を結び、医師会所属の開

業医に診療を委託した点であった。医療費は組合で集金した後に、翌月医師に支払われたが、自己負担率の高さが、医療費負担の問題として残っていた。

（2）医療互助組合

（1）に類似した医療互助組合は、1934 年から 35 年の内務省による調査で、福岡県、熊本県などにおいて確認されている。1900 年初頭頃から医療互助施設として自主的に設立されていたものである。その設立は工場法や健康保険法成立に対応した時期で、その数は 25 施設に及んでいた⁷⁾（表 3）。いずれも農漁村に存在して、大部分は部落単位の組合であった。任意加入が原則であったが、ほぼ全加入に近い状態であった。しかも半分以上は経済的に恵まれていない地方に設立されていた。運用状況については、組合費は人頭割に資産部分も含む所得比例割で、所得に応じた保険料の高低が非常に大きい組合が多く、一部負担のない組合の割合が約 63% と高かった。これらの組合は組合費（＝保険料）による所得再分配機能と、疾病リスクに応じる保険機能を併せもつことで、医療費との収支バランスがとれ、社会保険的組織として機能

表3 医療互助組合

	設立年月日	加入戸数	組合員適用者	組合費、賦課方法	医療費、診療報酬	一部負担
〈福岡県〉						
神興村手光 薬財団組合	1895年頃	91戸 85%加入	世帯主世帯員に も適用	1戸1年当平均14.20円* 世帯員の人頭割+資産割	診療報酬は人頭 請負制	途中から採用
宗西郷村 大字本木組合	1885-95年	112戸 全戸加入	同	1戸1年当平均17.15円* 世帯平等割+世帯員の人頭割 +不動産割	1戸1年当平均 12.50円	経費不足時に一 部負担
宗像郡西郷村 大字畦町組合	1927年頃	110戸 全戸加入	同	1戸1年当平均5.45円 最高35.50円 最低1.80円	1戸1年当 15円-18円	経費不足時に一 部負担
宗像郡西郷村 大字内殿組合	不明	74戸 全戸加入	同	1戸1年当平均4.14円 最高5円 最低0.5円	1戸1年当平均 16.40円	専属医7割 大学病院8割
宗像郡西郷村 大字上西郷組合	1920-21年	34戸 全戸加入	同	1戸1年当平均20.30円* 世帯員の人頭割+資産・納税 額に応じた応能割、一部地域 では世帯平等割	1戸1年当平均 17.80円	なし
宗像郡西郷村 大字舎利蔵組合	1835年頃	18戸 全戸加入	同	1戸1年当平均16.72円* 世帯員数の人頭割+資産、家 柄に応じた応能割	1戸1年当平均 16.72円	考慮中
宗像郡神興村 大字八並組合	1920年頃	69戸 全戸加入	同	1戸1年当平均7~8円 納税額に応じた応能割	1戸1年当 14-18円	5割
宗像郡神興村 大字津丸組合	1895年頃	54戸 90%加入	同	1戸1年当平均15.23円* 人頭割+応能割	1戸1年当平均 15.20円	なし
宗像郡池野村 大字池田組合	1905年頃	190戸 全戸加入	同	1戸1年当平均10.15円* 資産、家柄に応じた応能割	不明	なし
宗像郡岬 大字鐘崎組合	1920-21年頃	230戸 全戸加入	同	1戸1年当平均10.80円 最高13.20円 最低8.40円 5階級に分類	不明	一部地域では1 日に0.05円
鞍手郡若宮村 大字福丸組合	1908年4月	225戸 全戸加入	同	1戸1年当平均5.35円 最高50円 最低1円 資産・世帯員数を基準に20 階級に分類	1戸1年当平均 5.35円	なし
鞍手郡若宮村 大字金生組合	1887年頃	120戸 92%加入	同	1戸1年当平均16.50円* 最高165円 最低3.40円	1戸1年当平均 16.50円	なし
鞍手郡山口村 大字野中組合	不明	52戸 全戸加入	同	1戸1年当平均17.15円* 最高68.60円 最低1.03円 資産、世帯員数を基準	1戸1年当平均 17.15円	なし
宗像郡大島村 組合	1924年頃	260戸 全戸加入	同	1戸1年当平均12.85円 34階級に分類	1戸1年当平均 13.50円	1日に0.05円
鞍手郡山口村 大字浅ヶ谷組合	不明	45戸 全戸加入	同	1戸1年当平均15.09円* 所得割+資産割	1戸1年当平均 15.09円	なし
鞍手郡山口村 大字畑組合	不明	44戸 全戸加入	同	1戸1年当平均15.09円* 所得、世帯員数を基準	1戸1年当平均 15.09円	なし
鞍手郡山口村 大字里組合	不明	22戸 全戸加入	同	1戸1年当平均15.09円* 所得割+資産割	1戸1年当平均	なし
鞍手郡山口村 大字小原組合	不明	62戸 全戸加入	同	1戸1年当平均13.35円* 所得割+資産割	1戸1年当平均 12.35円	なし
鞍手郡古月村 大字三ヶ村組合	1900年前後	数百戸	同	資産割 1934年から1人当20円拠出 して開業医を招聘	不明	なし
朝倉郡小石原村 大字小石原組合	1936年7月	200戸 全戸加入	同	1戸1年当平均15円 所得、世帯員数を基準に5階	1戸1年当平均 12.50円	なし

表3 医療互助組合（つづき）

	設立年月日	加入戸数	組合員適用者	組合費、賦課方法	医療費、診療報酬	一部負担
糟屋郡久原村 中区組合 〈熊本県〉	1936年4月	100戸 全戸加入	同	級に分類 1戸1年当12円 世帯均等割 毎月1戸1円	組合費と同額で 請負契約	なし
天草郡中村 柳浦医療組合	1932年 (1897年の薬 価講会の後 継)	202戸 90%加入	同	1戸1年当平均5円 1年総額1000円を目安に保 険料を11階級に分類 最高20円 最低1円	組合費で 医師と契約	5割

注：組合費欄の＊は、組合費現物納付である。

資料：厚生省保険局内国民健康保険協会（1948）『国民健康保険小史』pp. 229-249より作成。

していたことがわかる。不足分が生じたときには、一定期間自己負担を導入して補填したり、組合間の保険料が1世帯年平均4.5～16.7円と格差が大きいなど、各組合の事情に対応して運営されていた。

この中で、国保成立に向かうテストケースとして国保類似組合に選定されたのは2つの組合であった。すなわち千葉県公津村と埼玉県越ヶ谷の2組合であった。千葉県公津村（現成田市）の医療互助組合は、1932年、住職、方面委員（現在の民生委員）鈴木千万人の尽力による「宗吾医療組合」の創設に始まる。会員数は約30世帯、会費は人頭割で、不足分は方面委員個人で負担していた。この存在が政府から注目されて、内務省社会局が調査した結果、国保の参考のひとつとなったことが述べられている⁸⁾。

埼玉県越ヶ谷順正会は、1936年11月、488世帯で設立されたが、その前史は不況対策としての納税組合「至誠会」であった。至誠会は剰余金を利用して医療事業の開始を計画したが、県・警察の協力が得られずに中断していた際に、類似組合の話があって開始となった。

一部地域で設立されていた(1)および(2)の医療扶助組合は、国保成立過程で、いずれの形態も国保の原型として指摘されていたもので、国保成立の基礎となる地域基盤の中核と考えられる。後述するように、健保がドイツ社会保険を踏襲して成立したのと対照的に、国保はデンマークに類似制度がある程度で、日本独特の部分が大きかった⁹⁾。それゆえ、国保の実現可能性が中心問題とな

った結果、それまでに展開されていた地方の制度・運営方法が国保制度の基盤となったと考えられるのである。

(3) 医療利用組合

当初は医療機関の不足を補うことを目的に、公的補助を受けずに、自主的に、とりわけ東北地方を中心として発達した。医療組合に関する研究はさまざまな形で行われているので¹⁰⁾、ここでは特に広域医療組合の展開後に起こる、保険的共済事業の開始にふれることとする。医療組合においても、医療料金は低く設定されていたが、受診時には全額負担であったために中低所得者には受診機会が拡大しなかったこととともに、料金未納が組合医療機関の経営悪化にもつながった。そこで、医療費の共同負担の方法として、医療組合においても、早くから保険的共済事業が試作されていた。

健保実施後の1929年、医療組合会長の賀川豊彦は、早くも東京市で勤労市民の疾病金庫の案を立てたが、実行には至らなかった。次ぐ、1932年以降、賀川は協同組合による健康保険を主張してゆく中で、1933年10月、東京医療利用組合にて、「保健共済施設」の実施を図ったが再び成功しなかった。さらに、1932～38年にかけて、熊本県、福岡県、岩手県医療組合の内部において、診療費の支払い確保が問題となって、保険共済施設が設立されていたものの、やはり長くは持続しなかった¹¹⁾。その原因を医療互助組合と比較すると（表4）、医療利用組合は一部負担率が非常に高く、保険料が定額のものが多かったため、保険機能と所得再分配機能が発揮できなかったと考えられ、こ

表4 医療組合による保険共済制度

	記 事
1929 年	賀川豊彦 東京市長の下で、勤労市民のための、疾病金庫の案を立てたが、実施は成らず
1933 年 10 月	賀川は、東京医療利用組合において、保健共済施設の実施を図ったが、成功せず
1932 年 1 月	熊本県金剛村医療組合の保健積立金制度 538 戸（全戸数 572 戸） 産業組合事業の剰余金を医療部基金として、利子で無料診療
1936 年 3 月	福岡県古月村産業組合が、「定礼」制度採用 363 戸（全戸数 375 戸） 1 戸 1 年当医療費 14.15 円 1 人当 2.34 円（制度実施以前の半額） 組合費 1 戸 1 年当平均 13.80 円を世帯平等割* 一部負担 薬代の 5 割
8 月	岩手県福原保健共済組合、社会保険方式を採用（保険事故、保険給付、保険料等の名称を使用） 89 戸（全戸加入） 676 人 1 戸 1 年当医療費 23 円 1 人当 3.30 円 保険料 世帯平等割 一部負担 9 割
1937 年 3 月	岩手県岩崎農場保健共済組合 80 戸（全戸加入） 168 人 1 戸 1 年当医療費 12.5 円 1 人当 2.50 円 組合費 世帯員数の人頭割（1 人 1 ヶ月 0.1 円） 一部負担 不明
1938 年 1 月	岩手県口頃市保険共済組合 389 戸（全戸数 408 戸） 2785 人 1 戸 1 年当医療費 14 円 1 人当 2.67 円 組合費 3 階級に分類 一部負担 8 割

注：* は、組合費の現物納付を示す。

資料：全国厚生農業協同組合連合会編（1968）『協同組合を中心とする日本農民医療運動史』（前編・通史），pp. 299-303, 『医療組合』2 巻 1 号より作成。

表5 出産扶助組合

府県別	名 称	所 在 地	創立年月日
山形県	伊佐澤出産扶助組合	伊佐澤村役場内	—
	豊田村出産扶助組合	豊田村役場内	—
	成生出産扶助組合	成生村役場内	—
新潟県	蒲田村出産扶助組合	医療利用組合	1928 年 12 月
	上海府村出産扶助組合	医療利用組合	1932 年 8 月
	金澤村出産扶助組合	金澤村役場	1932 年 4 月
	牧村出産扶助組合	—	1929 年 8 月
	豊実村出産扶助組合	豊実村役場内・医療利用組合	1931 年 7 月
	高千村出産扶助組合	高千村役場	—
	加茂村出産相扶組合	—	1932 年 8 月
石川県	金沢市婦人向上会 出産扶助組合	金沢市役所社会課内	1933 年 5 月
茨城県	昭徳妊産扶助組合	医療利用組合	1934 年 8 月
岡山県	玉井村共済会	上道郡玉井村	1938 年 4 月

注：— は、不明を示す。

資料：中央社会事業協会『全国社会事業名鑑 昭和 12 年版』，pp. 481-509。

所収・社会福祉調査研究会編（1985）『戦前期社会事業史料集成 12』，日本図書センター，『産報「出産相扶組合事業状況」「上海府村出産相扶組合」「越佐社会事業」40（9），1932 年 9 月，pp. 85-87，6（6），1934 年 6 月，p. 84 より作成。

のことは所得再分配（扶助原理）や公的補助なしには保険原理が維持できないことを示しており、ここに医療における「社会保険」の必要性の一側面が表れていた。

（4） 出産扶助組合

医療問題が深刻化する中で、出産に限定されてはいたものの、地方自治体から進歩的な動きが起こっていた。従来の研究ではほとんどふれられていない動きのひとつである、出産扶助組合の設立

である。最初の設立は、産婆のいない農村に産婆普及の目的で、新潟県に設立されたものであった(表5)。それは1928年、社会事業主事の佐々木元三による町村を単位とするもので、全国から注目・視察がなされるほどに発展した。最盛期には県下26無産婆村に組合が設立されるまでに至った。

通常、組合員(出産年齢にある婦女)は毎月10~20銭の掛金を支払い、この総額で産婆を雇用し、出産時は無料、出産しない場合は出産率に基づいた利子を返還されるという、保険原理を採用した互助施設であった。多くの組合では每期若干の欠損を生じたため、借入金等で補足していたことが報告されており、組合財政における補助金の必要性がうかがえる。同県においては、出産扶助組合の動きと同時に、農村医療問題の解決に苦慮していた方面委員が「医療扶助組合」を草案したが、全県には普及しなかった。ついで、1930年に三条町(現三条市)を中心とした南蒲原郡で唯一の「三南医療相扶組合」が設立されたが、結局医療扶助組合は開始をみずに消滅となってしまった。

石川県金沢市では、1933年、社会課関係者の計画立案によって、中産階級以下の婦人を中心とする婦人向上会が出産扶助組合を組織した。同年5月、360名により発足に至ったものの、当初は金沢市産婆会の反対を受けた。事業内容は、出産扶助で、婦人向上会会員を組合員として、組合費毎月15銭、出産時は無料、4年を1期とする期間に出産しなかった場合には、利子を付けて組合費を返還した。組合費で開業産婆5人に毎月手当を支給する形式で、5人の産婆が地域と取扱数を考慮して受持配当を決定していた¹²⁾。金沢市のように、産婆の全くいないか、いても少数の農村ではなく、産婆の多い市街地に出産扶助組合が結成されたことは、医療機関の欠如の他に受診機会を抑制する医療費負担の面からの保険的組織の必要性を示していた。この他に山形県東村山郡でも、1933年社会事業協会が設立されて、その寄付で出産相扶組合が設立された。村居住の50歳以下の婦女子を組合員として、組合費毎月10銭、3年を契約期間とする同種の形式のものであった。

(5) 隣保事業組合

国保の構想が具体化する1936年頃から、テストケースとして12の国保類似組合が設立された。それらは埼玉県を除くとすべて農村のもので、医療互助組合を実施している千葉県公津村、計画段階の埼玉県越谷町、愛知県の4つの隣保事業組合のように、地方主導で医療対策に取り組んでいる各種の組合が選定された。最も多かったのが隣保事業組合であった。

社会事業は、それまで都市中心に対応されてきたが、1929年頃から農村社会事業は、その緊急性が認識され、体系的に論じられるようになった。農村社会事業に関する代表的論文である海野(1929)『農村社会事業指針』は、総合的農村社会事業として、①農村一般社会事業、②農村保健社会事業(保健、妊産婦乳幼児保護、結核、農村医療設備及巡回)、③農村児童保護事業、④農村教化社会事業、⑤農村経済社会事業の必要性を主張した。この時期に、医療対策として挙げられていたのは農村医療設備、巡回診療政策で、後に掲げている共済事業(=社会保険)の項目はなかった。

その後1936年に至ると、中央社会事業協会は「農村社会事業計画」を樹立して、全国16町村を指定村とした。その計画事業における医療対策には、共済事業(医療・出産・死亡・災害・結婚給付)、巡回施設(診療・看護)が掲げられて、保険共済事業が社会事業計画にも盛り込まれるに至った¹³⁾。

このような農村社会事業の展開の中で、国保類似組合となった愛知県の4組合は、方面委員を中心に一般農民を対象とした社会事業を総合的に営む目的で、隣保事業組合の設立を企図・実現したものであった。同県では、1935年「農村隣保事業組合要綱」を定めて、組合設立奨励を目的に農村社会事業補助費に1200円を計上した。要綱理念として「従来の農村振興対策が経済的政策に偏重し、生活に対する政策—医療政策・児童保護政策等の社会政策が看過されてきた……社会事業をこの組合にて総合的に経営しようとする」ことを掲げて、「農村社会事業が極貧者への救済に限定され、村民は負担のみ」である問題を指摘しつつ、中産階級

を対象とする政策の方針を提案した。この要綱に基づいて、1937年までに14組合が設立された。この中で、形埜、一宮、藤岡、大森の4組合は、かねてより医療問題解決のために対策を研究中で、県社会課が隣保事業組合の設立を奨励すると、直ちに医療対策を中心として設立された。

その結果、社会事業協会の指定村に選定されると同時に、診療部を設けて、国保類似組合として国保事業も開始したのであった。このような社会事業の発展に対して、同県の医療組合設立運動は人的・物的制約から、1938年までに中止に至っていた。

「形埜村隣保事業組合」の発端は、1934年11月に方面委員を中心に「形埜村隣保事業助成会」の創立に始まり、それが隣保共済組織のモデルとして内務省から評価された。翌年3月助産事業を開始すると同時に、診療室をもつ隣保館を建設した。7月には、「隣保事業組合」と改称して、母子保健事業、助産事業、方面事業、人事相談事業を行っていた。この動きが注目されて、1936年6月に国保類似組合として選定された。

「一宮村隣保事業組合」は、1936年3月、一般農家を対象とする隣保事業組合が村会議員、方面委員、区長によって設立されたことに始まったもので、村民大部分が加入していた。この経過を受けて、8月から国保類似組合として医療事業を開始、その他巡回保健婦、隣保館事業も行っていた¹⁴⁾。

この他にも、中央社会事業協会指導の指定村での農村社会事業においても、特に医療を中心に相互共済組織の動きがみられた。

例えば、①鳥取県西伯郡渡村隣保協会——1936年11月設立。医療事業として、医療保護施設(助産、看護、健康相談)、共済事業(医療・出産給付)、巡回産婆、保健婦活動を実施。②鹿児島県額娃村隣保協会——1936年10月設立。医療保護事業が最も緊急として、巡回訪問看護を第一に着手。③岡山県西山村隣保協会——1919年1月、全村民を対象とする西山共済会を設立した後、1936年に農村隣保村として指定された。会費は世帯割+人頭割、医療面では保健衛生的な事業のみ(検診、健康相談、予防注射、貧困者への診療・助産)を実施。

④静岡県新居町隣保協会——1936年7月設立。実施に至ったものは医療保護施設(貧困者への診療・助産、健康相談)であったが、医療給付による医療費負担の軽減が重要であると認識して、同年11月から「共済組合調査委員規程」を定めて研究を開始。⑤石川県七塚村、高知県山内村、山形県東村山郡長崎町、長野県津和村隣保協会——医療関係事業として、共済事業(医療・出産・婚姻・死亡・災害給付)、医療保護施設(一般村民の保健衛生、結核予防、トラホーム診療等)、巡回産婆、保健婦活動が計画された¹⁵⁾。

以上のことから、結論として次の2点にまとめることができる。第1は、国家的政策の成立以前に、従来ふれられてきた自主的な医療利用組合の他に、農村内部から地域におけるさまざまな動きが確認された。しかも、それらの動きは、道府県・市町村という地方自治体の主導によって行われてきたものが大部分で、下からのコミュニティづくりの形で進み、国保の基礎となる社会基盤を整備する役割を果たしていた。第2は、医療対策を中心とした、この農村社会事業の多様な動きは、保険的機能と所得再分配機能を併せもつ社会保険的相互扶助に向かっていたことが特徴で、医療問題に対して保険的組織を介して医療保障を行う方法が、既に地域に存在・拡大しており、この延長に国保が成立してゆくことになるのである。

IV 国民健康保険法成立の経過

1. 匡救策から社会政策への拡大

1927(昭和2)年の昭和恐慌、29年の世界恐慌、農業恐慌に対する政策は、労働需要を創出する土木事業中心で、その他は農村の自力更生を基本としていた。そのために、匡救医療対策も3年間の期限付きの実施にすぎなかった。この段階では、政府は農村対策として社会政策の必要を認識してはいなかったが、64議会では議員から、「農村社会政策ノ中、最も重要ナルモノ」として「工場労働者ニ対シテハ健保トイウ社会施設ガアル、農漁民ハ利用出来ナイ」ことが指摘されて、「農漁業災害保険法案」「農漁業人体保険」「医療制度改善並治

療費低減」の建議がなされてはいた。

その後、1933年4月に至ると、内務省内でも思想対策・農村医療対策として国保の構想が動き始めた¹⁶⁾。

この構想は早くも同年6月27日、社会局の私案として具体化された。その形態は健保がドイツ社会保険を模範としたことに対して、被保険者の任意加入方式というデンマークに倣った部分もあったが、政府が保険者となる等、国保の構想は日本独自の部分がほとんどであった。また、国保は本人・家族の別なく、全住民が被保険者となる点でも、被用者保険の健保とは全く状況が相違していた¹⁷⁾。保険者については、1926年第10回ILO総会で採択された「疾病保険に関する条約案」を取り入れて、後に組合経営による制度に変化してゆく。

医療政策に関しても、9月に社会局から提出された「社会政策に対する具体的方策案」の中で、「(二)疾病予防・救護(1)健保の拡充(2)中小商工業者、農民、給料生活者等ニ対スル疾病保険制度ノ創設ヲ考慮スルコト」が提示されて、それまでの限定的な匡救策から社会政策の拡大への方向転換が示された¹⁸⁾。政策拡大の方針は、満州事変の発生、匡救策の効果によって、1933年から経済状況が好転したこと、さらに健保の財政的基礎も安定したことが背景に存在していた。しかしながら、前節で述べたように、この時期は未だ農村労働力市場が逼迫した状況ではなかったために、国保の必要性はそれほど強く認識されず、具体化は進展しなかった。

2. 農村対策としての国保

1934年度予算は緊縮財政に転じた結果、軍事費のみが多額に膨張する一方で、時局匡救費は大幅に削減、農村対策費も減少した。健保の拡張は景気好転を受けて実現したが、国保については、政府は「農業労働者並ニ商業使用人ニモ拡張スル」「新タナル組織方法ヲ以ッテ計画ヲ立テ」る必要を認めたものの¹⁹⁾、農村対策に何らかの「保険制度ノ樹立ガ根本策」であるとするに留まっていた。それゆえ、内務省の要求した農村保険制度の創設に向けての予算も承認には至らなかった。

その間、内務省は農村基礎調査を実施した後、1934年7月に「国民健康保険制度要綱案（未定稿）」を非公式に発表して、閣議での承認を得た。この立案説明の中で、国保は「一般国民」を対象としたもので、「救療事業即ち貧民の救済」とは異なること、また「隣保相扶の救済」方法では実現できないために保険主義を採用して、形態はILOの方式に則り「組合主義」に変更したことを明らかにした²⁰⁾。この段階では組合が設立された地区では強制加入であったが、「多額ノ収入アル者及保険料負担能力ナキ者」は除外されていたことから、高所得者から低所得者への所得再分配機能よりも、同一所得階層内のリスク配分という保険機能を重視した考えであったことがわかる。ここでも、1936年度実施に向けての準備費は、再び予算に計上されなかった。

同年末に開催された臨時66議会は農村不況の深刻化に応じたもので、当時の岡田内閣も十大政綱に国民生活安定、特に農村漁村の経済的打開を掲げて、農村問題を一層重要視する姿勢を示した。内務省も「農村問題は実に其の経済的關係に於いて、其社会的影響に於いて……唯単純なる農村問題ではなくして……全面的の重要な問題である」と述べて、もはや単なる農村問題としてでなく、社会経済的にも重要な位置づけを示すようになった。しかしなお、軍事費以外は削減され、時局匡救費は停止、農村対策の予算も大半は成立しなかった²¹⁾。

1936年からの国保実施が実現しなかったために、社会局は1934年10月から35年5月にかけて、一層具体的な実地調査を行った。その結果によると、どの地方も国保の実施を期待して、国保組合の設立そのものは容易であると考えているが、最大の問題は国保が日本独特の部分が多いだけに、保険財政の安定が得られるかどうかであった。この調査で、古くからある医療互助組合の存在も(III-2(2)参照)見直されることになった。その大多数は部落単位で、経済的に豊かでない地方でも運用状態が良好であることが明らかになった²²⁾。

そこで、社会局は、12の国保類似組合を設立して、国保の試験を行った。類似組合のうち、10組

合は農村に設立されたもので、いずれも第Ⅲ節でみたように、医療互助組合や隣保事業組合の設立の動きのあるところに適用された。このことは、内務省が国保実現化に向かう過程で、地方に起こっていた「隣保相扶」のさまざまな動き・形態を利用するようになっていったことを示している。

1935年初頭の67議会では、保健問題が注目され始めた。「国民保健施設充実ニ関スル法律案」「国民保健ニ関スル建議案」等が、「社会保険ノ一種ト見ル」立場から提出された。内務省は再度、1937年度からの国保実施の準備費、約21万円と実施後の国庫補助金として、初年度約80万円、20年後の全国普及時に年額2200万円という膨大な予算を要求した。しかし、時局ゆえの財政難を理由に再び、国保予算は承認されなかった²³⁾。

約1年の実地調査の後、1935年7月に内務省は新たに「国民健康保険制要綱案」を脱稿した。この段階で、任意加入を主張していた衛生局に対して、原則的には任意だが必要がある場合には強制し得るとすることで、組合が設立された時の強制加入を主張した社会局が妥協した。本法案は社会保険制度調査会においても、被保険者の高所得者の除去範囲が狭められたうえで、12月に可決された。これらの変更は、ILO条約採択の影響とともに、実地調査で発見された医療互助組合等が任意加入形式でも、加入率が100%に近く、さらに高額収入者と低所得者を除去せずに、所得再分配機能と保険機能をもつ社会保険的な組織としてうまく機能していた点を重視して、その形態に倣っていたものと考えることができる。新聞等でも「欧米模倣主義から現実に即した社会政策の立案へ」と報じられている²⁴⁾。模範がなく、保険財政の安定に対する危惧が国保成立に対する最大の問題であっただけに、実際に長期間機能してきた形態を取り入れる方向で、国保の実現に向かったと理解できる。

3. 国民生活の安定・保健国策の浮上——国保の成立へ

1936年2月の2・26事件後成立した広田内閣は、69議会で「庶政一新の大政綱」を提示した。

その中で、国民生活の安定向上を基調として、社会政策の拡充が前面に押し出された。

この重要国策の中に保健国策が加えられていた。①地方衛生組合指導機関の設置、②無医町村の医療機関の普及……⑤中産階級に対する医療普及が掲げられたのである²⁵⁾。戦時体制の進展に伴って、かえって生活問題が重要視されてきたことは、第Ⅱ節でみたように、①農村労働力の流出の急増、②その結果としての労働力の質の低下、③同時に農業生産力を維持する必要がある状況が存在していたからである。ここにおいて、政府も保健国策を重視する方針の中で、国保の成立もようやく具体的に提示されるようになった。このような農村社会政策重視の方向は、「社会政策の目標、農村本位へ転換」として報じられた²⁶⁾。

6月に至って、「懸案の国保」を第1にすることが閣議にて決定された。次ぐ、8月に決定された内閣の基本国策——「七大国策十四項目」において、「(四)国民生活ノ安定」の中で「保健施設ノ拡充」が掲げられたが、この内容は「結核予防施設ノ拡充、国民保険制度ノ創設、救護法・軍人救護法ノ拡充、漁船保険ノ創設、無医村ニ対スル医療機関ノ設置」などからなり、国民生活・保健政策として、まず医療政策を中心におく方針になっていたことがわかる。10月末になると、一旦は削除されていた国保予算が倍以上に増額されて初めて承認された。同じ頃、農村社会事業振興の根本方策について諮問されていた社会事業調査会の答申が提出された²⁷⁾。そこでも、「農村の隣保共助の精神を基調」として、医療費負担の軽減のために医療保護事業としての国保の設立が提言された。

1937年70議会に、多くの保健に関する法案とともに国保法案が提出されたが、衆議院の解散で未決となってしまった。国保提出の理由は「国民ノ健康ガ国力ノ進展ノ原動力」で、「医療費問題ヲ解決シ……以テ国民ノ健康ヲ保持増進セントスル」ことを目的とした、社会政策としての所得保障の他に、「体位向上セシムル」という保健政策の意味も付加されていた²⁸⁾。法案の第1条に「隣保扶助」の言葉が入れられたことは、当初「隣保扶助では無理故に保険を導入する」とする立場から、

立案過程の調査で発見された国保前史となる、地方で起こっていたさまざまな動きを基礎として成立させていく立場への変換をよく示すものであろう。医療利用組合が結局例外規定とされたことも、国保の基礎に医療組合よりも、地方自治体を中心とした、社会保険的相互扶助の動き（補助診療・医療互助・出産扶助組合や隣保事業組合）を基礎とする方針の裏付けと考えられる。さらに、1934年7月の「要綱案（未定稿）」、1935年7月の「要綱案」の修正を経て、70議会提出の「法案」では、高所得者・救済対象者の除外が削除されて、任意加入とはなったが被保険者の除去範囲を削除したこと、国保の対象も「庶民」から「一般国民」へと修正されたこと、実施における保険料も世帯を単位に被保険者全員に賦課される（被用者保険の健保は被用者本人のみに賦課）点も、全村民を対象とし、所得再分配機能と保険機能をもつ社会保険的組織として機能していた既存の組織を国保の基礎として取り入れたことを示している。

他方、陸軍の提示した保健対策案は、保健よりも狭義の体力に注目して、「医療普及や健康保険…ダケデハ全部ヲ期待出来ナイ」とするという認識で、直接的な体力政策の必要を主張していた。軍部が直接的な体力政策を重視したのに対して、政府は、①国防の充実と②国民生活の2項目を掲げて、「国民保健ト共ニ社会政策」を行う政策方針であった。それは近衛首相の福祉国家構想に基づくものであった。政府は、軍部とは異なって国民保健の向上についても、「社会保険制度等所謂社会問題ヲ根本的ニ解決スルコトニ依リ初メテ」達成されるもので、「体育及保健衛生」と「労働及社会問題」に関するものを総合する必要があると考えていた²⁹⁾。

1938年1月、国保法案が再び73議会に提出されて、3月に簡単に成立となった。ここでの提出理由として、第一目的は依然として「医療費の軽減」におかれていたが、「銃後社会的施設ノ整備」という軍事的な意味が追加されるようになった。それでも、1938年度厚生省予算では、軍事援護や保健施設費と比較すると社会保険等の社会施設費は少なく、国保施行の経費も約30万円にすぎなか

ったことは、国保成立には軍事的要請が付加されたものの、軍事政策としてはまだそれほど重要視されてはいなかったことの現れであった。

準戦時下という时期的影響を受けて、兵力・労働力の人的資源の確保が注目されるようになった結果、その供給源である農村の重要性が増大した。しかも、国保が成立したのは、第II節でふれたように、1937年日中戦争の発生に伴って、農村労働力流出の激化、労働市場の逼迫化が現実表れる時期となつてからであった。戦争の進展による労働市場の急激な悪化と兵力・労働力需要の急増が、従来の労働者に限定した社会政策から、労働者の供給源である農村にまで及ぶ、広い社会政策の必要を生じさせたと考えられる。当時の論評も、軍部の健民策は農村の保健状態の改善によって、もっぱら強い兵力の確保に注目した直接的体位向上策を重視したのに対して、政府の進めた国保は、軍部が軽視した生活経済の安定を図る過程に注目したもので、農山漁村民にも大いに期待されたと評価していた。

V 国保創設時の実施状況

1. マクロレベルの国保実施の状況

国保実施の統計は、戦争の影響によって、1942年度までしか整備されていない。そのうえに、詳細な統計は1939・40年度の2年分のみである。以下では、1942年度まで時系列で追える唯一の資料である『国民健康保険ノ概況』[保険院社会保険局1938-42年度]を用いて概観する³⁰⁾。

(1) 設立数、被保険者数、設立組合数

国保は1938年成立当初から計画を上回る速度で設立された。さらに、1941年には計画の2倍以上で、1938年から40年の累計組合数を超える組合が設置された。これは1941年4月から当初の計画を短縮した大規模な普及計画に変更されたためであった。

続いて1942年度には、国保の大改正となる飛躍的な計画が立てられて、1942・43年度には1941年度の3倍以上の組合数が設立された(表6)。その結果、国保適用人口は1941年9.3%、1942年

表6 国民健康保険組合設立数・被保険者数

	設立組合数	割合	計画数	実数累積	被保険者数	割合	計画人数	実数累積	総人口に対する被保険者数割合
1938年	168	1.6%	120	168	578,757人	1.4%	500,000人	578,757人	0.8%
1939	273	2.6	240	441	872,280	2.2	1,500,000	1,451,037	2.0
1940	476	4.6	360	917	1,593,390	3.9	1,500,000	3,044,427	4.2
1941	1,096	10.6	480	2,013	3,671,819	9.0	2,000,000	6,716,246	9.3
1942	4,446	43.0	600	6,459	15,901,199	39.0	2,500,000	22,617,445	31.0
1943	3,699	35.8	720	10,158	14,674,276	36.0	3,000,000	37,291,721	50.5
1944	178	1.7	840	10,336	3,194,268	7.9	3,500,000	40,485,989	54.4
1945	12	0.1	960	10,348	259,635	0.6	4,000,000	40,745,624	56.5
計	10,348	100.0		10,348	40,745,624	100.0		40,745,624	

資料：国民健康保険協会（1948）『国民健康保険小史』，pp. 264-267。ただし，計画数は1938年成立当時のもの。

31.0%へと急増し，戦前に既に50%以上に普及した。そのことによって，国保は戦後の皆保険，社会保障確立を準備するのに大きな役割を担ったといえよう³¹⁾。普及するにつれて，国庫補助は当初非常に少なかったが，1940年度以降漸増，1943年度以降一挙に増大した。このような国庫補助の推移は国保が1941年度から国策として注目され始め，1942年度からとりわけ重要視されていく過程と一致している（表9-2）。

（2）国保組合の運営状況，1人当り保険料，自己負担，支給期間

国保は，政府・国が大枠を決めただけで，それまでの地方の相互扶助組織に倣った制度で，給付の種類，保険料，自己負担割合等は，各組合ごとに決定される形式であった。そのために，組合ごとに非常にバラツキの大きいものとなり，現在も問題として残っている（表7）。保険料も健保と異なり地方の相互扶助組織の形態を援用して，世帯単位に被保険者全員に賦課し，組合員（世帯主）の資力（具体的には町村民税）を標準に定めるものとなった³²⁾。15～20階級（年平均約1～50円）に等級付けする形式であったが，組合ごとに階級や基準決定が異なり，割増保険料を徴収しうるもので格差が大きかった。当初は，一定期間保険給付を受けなかった組合員に対して，保険料払戻制（1948年まで）もあった。保険料はその後，家族数，定額負担も考慮するようになった。時系列でみると保険料や自己負担額・割合が徐々に上昇しているが，それは膨大な組合設立が被保険者の負担を

上昇させることで可能になったことを示している。

この統計資料を利用して，1世帯当り負担額・医療費を算出することで国保導入前後の比較が可能となる（表8）。導入前の1世帯当り医療費，24～25円と比較すると，導入後の1世帯当り負担額は減少したが，医療費水準も減少したことがわかる。したがって，国保導入による医療の潜在需要の顕在化はほとんど生じなかったことになる。つまり，健保と比較して自己負担の高いことが受診機会を抑制したことを示すが，この点は現在も国保の問題点である。1942年以後は国保の飛躍的普及を実現させるために，保険料・一部負担金を増大させたので，1世帯当り負担額も上昇して保険の効果も小さいものとなった。

（3）国保組合収支決算額（1938～42年）

全国ベースにおいても国保組合の収支状況は把握されていないので，同じ資料を用いて算出してみる。その結果によると（表9-1），国保組合の財政はマクロ的には導入当初からプラスで出発したことがわかる。これは上述したように，国保の一部負担金の存在のために療養の給付がそれほど上昇しなかったからであった。それでも，国庫補助と保険料格差による所得移転がなくては収支均衡を保てなかったことに，国保を社会保険とする必要性を見出すことができる。国保の国庫補助は，健保が事務費の国庫負担の意味であったのに対して，保険給付の1割負担を標準として，被保険者1人当り1円という給付費に対する補助を組み込んで，補助金の増額も考えていた。国保が給付費に対す

表7 国民健康保険組合の運営状況

	1 組合当		被保険者 1 人 1 年当り		組合員 加入割合	療養の給付支給期間			一部負担	
	組合員数	被保険者数	保険料	療養の給付		90 日	180 日	その他	割合	金額
						組合数				
1938 年度	人	人	円	円	%				%	円
普通	521	2,917	1.80	3.38	78	44	68	30	32	1.08
特別	2,359	3,040	6.48	7.01	51	—	3	—	27	1.89
代行	490	2,949	1.70	3.18	91	18	6	4	32	1.02
計(平均)	547	2,924	1.87	3.41	77	62	77	34	32	1.09
1939 年度										
普通	481	2,739	1.83	3.55	74	71	117	58	34	1.21
特別	2,010	3,260	4.07	5.31	100	—	—	1	35	1.86
代行	514	3,028	1.92	3.80	89	19	9	8	37	1.41
計(平均)	500	2,785	1.86	3.60	81	90	126	67	35	1.26
1940 年度										
普通	516	2,877	2.19	3.91	84	100	212	85	35	1.37
特別	856	3,054	2.00	5.57	92	—	6	—	38	2.12
代行	516	2,864	2.31	4.16	89	23	44	20	36	1.50
計(平均)	520	2,877	2.21	3.98	85	123	262	105	35	1.39
1941 年度										
普通	636	2,862	2.73	4.24	87	162	590	129	36	1.53
特別	924	2,844	1.21	5.81	100	1	11	—	28	1.63
代行	557	3,208	2.60	4.43	84	63	124	124	36	1.59
計(平均)	623	2,933	2.69	4.30	87	226	725	725	36	1.55
1942 年度										
普通	669	3,564	3.28	4.91	89	504	2,349	399	36	1.77
特別	684	2,413	1.97	5.26	99	—	2	—	30	1.58
代行	582	3,271	3.46	4.88	98	372	807	102	35	1.71
計(平均)	645	3,481	3.32	4.90	91	876	3,158	501	36	1.76

注：普通組合—その地区内の世帯主を組合員とする

特別組合—同一の事業または同種の業務に従事する者を組合員とする

代行組合—非営利法人（医療利用組合）で組合事業を行うことを得た組合である。

資料：厚生省保険院『国民健康保険組合ノ概況』，1942年，pp.5-7，1943年，pp.8-9より作成。

表8 1組合員当り(=1世帯当り)保険料・療養の給付・一部負担金

	1938年度	1939年度	1940年度	1941年度	1942年度
保険料	10.00円	10.36円	12.22円	12.66円	17.93円
療養の給付	18.23	20.05	22.02	20.24	26.46
一部負担金	5.83	7.02	7.71	7.30	9.53
1世帯当り負担額	15.83	17.38	19.93	19.96	27.46

注：1世帯当り負担額=1世帯保険料+一部負担金

1世帯当り医療費=1組合員当り(=1世帯当り)療養の給付額，となる。

資料：保険院『国民健康保険組合ノ概況』，1942年，pp.4-7，1943年，pp.8-9，全国国民健康保険団体中央会編（1958）『国民健康保険二十年史』，p.222より作成。

る国庫補助を内包することから、近藤（1963）は国保を「社会保障の社会保険への前進」として、それまでの社会保険と区別している³³⁾。実際に、

1939年度からは保険給付費の1割を超える補助がなされていた（表9-2）。

表 9-1 国民健康保険組合収支決算額 (1 組合当り・被保険者 1 人当り)

種 目	1938 年度		1939 年度		1940 年度		1941 年度		1942 年度	
	1 組合 当り	被保険者 1 人当り	1 組合 当り	被保険者 1 人当り	1 組合 当り	被保険者 1 人当り	1 組合 当り	被保険者 1 人当り	1 組合 当り	被保険者 1 人当り
保険料	5,468 円	1.87 円	5,180 円	1.86 円	6,358 円	2.21 円	7,890 円	2.69 円	11,557 円	3.32 円
一部負担金	3,187	1.09	3,509	1.26	3,999	1.39	4,546	1.55	6,655	1.76
国庫補助金	819	0.28	1,671	0.60	1,669	0.58	1,789	0.61	1,741	0.50
収入計	9,474	3.24	10,360	3.72	12,059	4.18	14,225	4.85	19,424	5.58
療養の給付	9,971	3.41	10,026	3.60	11,450	3.98	12,612	4.30	18,821	4.90
事務費	497	0.17	321	0.18	575	0.20	645	0.22	870	0.25
支出計	10,468	3.58	10,527	3.78	12,026	4.18	13,257	4.52	19,781	5.15
収支差引額	-994	-0.34	-167	-0.06	0	0.00	968	0.33	1,497	0.43
国庫補助金の 療養給付に対 する割合	8.2%		16.7%		14.6%		14.2%		9.3%	

注: 1) 収支決算額算出方法

①国庫補助金は被保険者 1 人当り年間 1.00 円 (1943 年から 1.50 円へ増額) とされたが, 新規被保険者に対してのみ予算が計上され, 実際の交付もほぼその額に相当するものであった。したがって, 国庫補助金額には被保険者 1 人当りの平均値を使用する。

②県・町村費補助金は赤字補填とみなすため, 収入には入れていない。

③事務費は療養の給付の 5% として推計する。

④助産・葬祭の給付, 保健施設費は支出に占める割合が非常に小さいこととデータが時系列でとれない点からここでは除去している。

2) 「国民健康保険事業年報」は, 1938, 1939 年度のみの作成のため, 時系列でデータを収集できるのは, 「国民健康保険組合ノ概況」である。

資料: 厚生省保険院「国民健康保険組合ノ概況」(1942), pp.5-7。全国国民健康保険団体中央会編 (1958) 「国民健康保険二十年史」, p.222 より推計, 作成する。

表 9-2 国庫補助金額

	予算額	決算額	被保険者 1 人当り
1938 年	166,666 円	163,917 円	0.28 円
1939	875,000	873,694	0.60
1940	1,775,000	1,774,668	0.58
1941	4,150,000	4,041,801	0.61
1942	11,356,000	11,240,618	0.50
1943	45,706,283	45,690,458	1.23
1944	62,623,788	62,390,009	1.54
1945	69,713,629	69,538,077	1.71

注: 1) 国庫補助金は, 設立後 2 年 - 被保険者 1 人当り年間 1.00 円

当初の予定 { 次の 2 年 - 0.75 円
その後 - 0.50 円

昭和 15 年度 ~ 満 3 年 - 被保険者 1 人当り年間 1.00 円

一般国庫補助として 0.80 円

残りの 0.20 円は臨時補助

4 年以降 - 被保険者 1 人当り年間 0.85 円

一般補助 0.70 円

昭和 18 年度 ~ 4 年間 - 被保険者 1 人当り年間 1.65 円

一般補助 1.35 円

5 年以降 - 被保険者 1 人当り年間 1.50 円

一般補助 1.25 円

と規定されていた。

2) 国庫補助金の実態は, 新規被保険者に対する補助金額分だけを, 予算として計上して, 実際にもその額だけ交付されている状況であった。

資料: 国民健康保険協会 (1948) 「国民健康保険小史」, pp.266-267, p.308。全国国民健康保険団体中央会編 (1958) 「国民健康保険二十年史」, p.225 より作成。

2. 組合事業の事例

組合事例についても比較しうる資料が非常に少ないので, 地方社会事業雑誌から「国保組合座談会出席組合」等の資料を手がかりとして, 各組合の事例について項目別に検討してみたい³⁴⁾。

(1) 設立経過

設立目的としては, 医療費が高く, 貧困・負債の原因であるために, 医療費の負担軽減を第一とする組合が主であった (福島県須釜村, 岐阜県小鷹村, 千葉県君津郡中郷村)。設立にあたっては, 部落常会を利用して村理事者が説明に回り, 趣旨の徹底を図った (東京府西多摩郡霞村)。町のリーダー階級が発起人となり, 医者や有力な議員を説得したり (茨城県石川町), 青年の情熱的活動によったり (岐阜県小鷹村), また村長が主導したり (福島県須釜村), さらに農村隣保指定村となつて県の指導で設立した (神奈川県成瀬村)。組合設立には地方自治体や地方の下部組織等の力があつて, 初めて可能であった。と同時に, 隣保事業の担い手が発展に大きな役割を果たしたこともうか

がえる。

(2) 保 険 料

保険料徴収問題は、どの組合にとっても大きな問題であった。記事では、隣組や5人組制度を利用して集金する工夫をした(千葉県君津郡小糸村・大阪府見山村)、部落会長自身に依頼して、一部負担金は人夫を雇用して徴収した(東京府西多摩郡霞村)、未払い者には回虫駆除剤の無料配付を利用して徴収した(福島県須釜村)、町村費補助を多額にして保険料を低く設定した(茨城県古川町)等があった。このように、保険料の徴収にも、地方ごとにさまざまな工夫がなされていたことが報じられたが、その多くは地方の下部組織を利用する形が多かった。

以上のことから、地方自治体および下部組織の役割は、第III節でみた国保成立の社会的基礎となったとともに、実施段階における国保組合の設立・運営に関しても非常に大きかったことが確認されたが、この点は従来の国保に関する研究が中央の視点からのみ評価したものであっただけに、注目すべき点である。

(3) 給付状況・診療報酬

国保導入後の受診状況については、積極的に加入を進めなかった組合では、低所得層が比較的低い受診率を示した(神奈川県成瀬村)。受診できずにいた神経痛も受診する状況で、赤字の懸念をしていたが、実際は手術や入院が非常に少ないために収支を維持し(東京府西多摩郡)、当初は受診率上昇のために赤字だったが、2~3年すると患者数・受診日数も低下して収支均衡となった(千葉県君津郡中郷村)等、一部負担の存在のために受診は急増せずに、保険財政は比較的安定して開始することができたことが報告されている。

また、京都の組合調査は、国保と健保の状況を比較した貴重な資料を提供しているが、受診率・診療日数共に健保より前者が約40%、後者が約5%少ないため、被保険者1人当り医療費は約26%低い。しかし逆に、患者1人当り医療費は約45%高くなっていたことが報じられた。この結果は他の資料にも表れているように、国保では一部負担のため受診が抑制されて、その結果、健保と

比べると重症となって受診することを示している。診療報酬については、各組合が医師会と個別に契約を結んで、多くは慣行料金の20%引きで契約していたが、赤字となりそうな場合はさらに10%引きにしてもらう(熊本県城山村)等、実状に応じて弾力的な運営がなされていた。

(4) 保 健 施 設

保険財政の余裕がないために、実施段階では保健施設はそれほど機能していなかった。実施されていた項目は、健康診断、寄生虫駆除薬・予防剤配付、衛生思想の普及等で、隣保事業でなされていた保健事業と類似したものであった。

(5) 運 営 状 況

表10によると、一部負担割合は平均化しているため、1人当り給付費の格差は小さいが、保険料の格差が非常に大きかった。1組合員(=1世帯)当り保険料の格差も大きかった。その点で、国保は、組合間の保険料格差が当初から非常に大きい形で出発したことがわかる。

(6) 国保事業の効果

国保の効果について政府が調査した唯一の資料『国民健康保険制度実施後の効果概要』によると、医療費の負担軽減、村内融和・納税成績の向上、早期治療・伝染病予防の推進、保健施設活動、医療機関の整備・助長等が挙げられている。国保組合が医療保障としての社会保険効果と村内融和の隣保事業的な効果の両面をもつ指摘は、既にふれたように、隣保事業の形態を引き継ぐ面をうかがわせるものである。この点にも隣保事業から国保組合へと発展していくひとつの経路がうかがえるであろう。

VI. 国保制度の地域的基盤と 社会政策体系における評価

以上述べてきた国保前史の時期における地方の動きと国保の成立・普及経過を総合的に検討することで、現在の国保改革と地域福祉の展開を検討する前提として、国保のもつ意味を考察してみた。

表 10 国民健康保険組合事業の事例（国民健康保険座談会出席組合——1938 年度）

国保組合名	組合員数	加入率	被保険者数	保険給付		一部負担	保険料		被保険者 1 人当り			1 組合差引額	1939 年度 県町村補助
				種類	被保険者 1 人当り		組合員 1 人当り	被保険者 1 人当り	収入	支出	差引額		
福島県須釜村	501	100	3,245	療養 助産	2.21 0.66	3 割	6.00	0.93	1.87	2.32	---0.45	---1,460	400
茨城県古川町	2,271	74	11,132	療養	3.61	3.3 割 1.19	6.52	1.32	2.79	3.79	---1.00	---11,132	8,000
埼玉県越ヶ谷 順正会	454	52	2,080	療養 助産	4.00 0.12	3.8 割 1.52	15.00	3.10	4.90	4.32	0.58	1,206	300
早稲田	567	100	3,600	療養 助産	2.00 0.10	3 割 0.6	8.87	1.42	2.30	2.20	0.10	360	---
神奈川県横浜 理谷	671	84	3,105	療養 助産葬祭	4.58 0.44	3 割 1.37	18.30	3.98	5.63	5.25	0.38	1,180	---
長野県清里村	741	94	4,236	療養	3.25	3 割 0.98	9.23	1.61	2.87	3.41	---0.54	---4,287	500
岐阜県小鷹利 信販購利組	547	99	2,893	療養 助産	3.10 0.93	3 割 0.93	2.51	0.47	1.68	3.26	---1.58	---4,571	---
三重県射和村	578	88	3,077	療養 助産	4.12 0.18	3.5 割 1.44	5.60	1.05	2.77	4.51	---1.74	---5,354	---
大阪府見山村	314	100	1,631	療養 助産葬祭	3.53 0.24	3 割 1.06	11.16	2.16	3.50	3.95	---0.45	---734	1,469
島根県片江村	432	80	2,768	療養 助産	3.54 1.06	3 割 1.06	14.11	2.20	3.54	3.72	---0.18	---498	---
広島県敷信村	588	100	2,930	療養 助産	3.33 1.00	3 割 1.00	9.18	1.81	3.09	3.49	---0.40	---1,172	---
香川県安田村	581	83	2,882	療養 助産葬祭	4.76 1.43	3 割 1.43	14.88	3.35	5.06	5.00	0.06	172	800
佐賀県名護屋	811	99	5,196	療養 助産	2.02 0.20	3 割 0.61	6.09	0.95	1.81	2.32	---0.51	---2,650	---
熊本県城山村	503	79	2,892	療養	4.50	3 割 1.35	13.46	2.40	4.03	4.73	---0.70	---2,024	300

注：1) 被保険者 1 人当り収入＝保険料＋一部負担額＋国庫補助金（1938 年度平均 0.28 円）

支出＝保険給付＋事務費（保険給付の 5%とする）

として算出。

2) 県町村補助金は 1938 年度のデータがないので、参考までに 1939 年度分を示す。

資料：『医海時報』2340 号，1939 年 7 月 8 日，pp. 1481-1482 より作成。

1. 国保制度創設における地方の役割

国保成立に関しては、軍事的要請，そして地域的な相互扶助を上から進める政策という視点から捉えられがちである。しかしながら，国保前史でみたように，自主的な医療組合の動きの他にも，従来ほとんどふれられていない，地方自治体の主導による相互扶助組織が多様な形で形成されるようになって，国家的政策以前に既に農村内部においてさまざまな動きがあったことが確認された。

しかも，それらの動きは保険的機能と所得再分配機能をもつ社会保険的相互扶助に向かっていたことが特徴で，医療問題に対して保険的組織を介して医療費保障を行う方法が，地域に存在，拡大していた。その結果，政府はこれらの動きを取り入れつつ，国保法案の内容をその形態に合わせるように変更して，結局，政府が地方の相互扶助を推し進めたのではなく，国保が地方の動きを吸い上げる形で成立したことは見逃せない点である。し

たがって、補助診療組合、出産扶助組合、隣保事業組合、医療互助組合という地方の相互扶助の動きに国保の基盤を求めることができるであろう。

さらに、国保の実施においても、前史となる地方社会事業組織の形成・運営方法をそのまま取り入れる形で進んだことが、任意設立・加入にもかかわらず、政府が懸念していた国保の普及が比較的簡単に進展した理由と考えられるが、戦前までに国保適用人口が50%以上に達して、戦後の皆保険実現の基盤を構築する役割を担っていた。国保の成立・普及には軍事的要請が付加されてはいたものの、国保は政府が大枠を決めただけの、「自由組合的な」組織をもつ制度であったために、制度の形態・内容、成立の経過には国の主導よりも、地方自治体の活動・役割が非常に大きかったと理解できる³⁵⁾。このことは、成立時の地域基盤を失いつつある国保を考える前提になるとともに、現在の地域における福祉施策推進の下で、国保の成立経過が再び、注目される点となり、地域基盤の存在とそれらを組み込んで展開する過程の重要性が浮かび上がってくる。しかしながら、組合ごとに非常に格差のある形で普及したことが、当初から保険料等に大きな地域差を生じる構造でもあったが、現在の国保改革と地域福祉施策展開の成否は、それらの立脚基盤となっている地域機能・動きをいかに再編し、組み込んでゆくかに依存しているのである。

2. 社会政策の対象の拡大と社会保障の端緒

第II節で検討したように、1937年以降、農村からの労働力流出が急増し、労働市場の逼迫、労働力の質の低下が表面化した。ところが、同時に農産物の確保も必要となってきたために、農村における人的資源の重要性が急速に増大することとなった。

先に成立した健康保険法は、既に労働者となっている者に対して、労働市場と職場を超えて労働力再生産の場（生活の場）まで保障するようになったものとして、つまり社会政策が職場・労使関係から生活の場にまで拡大したものとして位置づけられる。これに対して、国保の成立に関しては

以下のように考えられる。

労働市場の逼迫を背景として、農村が労働力・兵力の供給源として重要視されるに至った結果、いまだ社会政策の対象から切り離されていた労働力の供給源——つまり労働市場に参入し、労働者になる以前の者の労働力再生産の場にまで注目せざるをえない状況が到来した。国策としての軍事的要請も伴って、単に農村内部の相互扶助である農村社会事業の段階から、農村はいずれ労働者・兵士になるものの供給源であるという認識の下で、供給源としての農村にも政策が必要になった。その結果、社会政策が当初対象としていなかった労働力の供給源を含めて対象とする意味をもって国保が成立することになったのである。

このように考えることによって、国保について農村社会事業から社会政策の連環に入る動きとして、社会政策論の再構築の視点から社会政策体系の中に位置づけることができるのである。

したがって、健保が労働市場から一時的に離れた労働者の再生産の場を対象として発展した一環として、それに対して国保の成立は、労働者になる前の労働力の供給源をも含めて社会政策の対象とすることになった。その結果、国民全体の生活の場にまで社会政策が拡大することになった。つまり、社会政策が労働者を対象とした限定されたものから、国民全体に拡大することになったのである。戦争が労働力の供給源としての農村の役割を浮き彫りにした結果、労働市場参入以前の供給源をも含めて社会政策が実施されるようになった。そのことは国保が国民全体を対象とする社会保障へ発展する端緒となったと位置づけてよいのである。加えて、国保の国庫補助がそれまでの社会保険と違って、給付費に対する補助として認識・導入された点も、社会保障の社会保険への前進と捉えられる。

このように、①対象を労働者から国民全体に拡大した点、②給付費に対する国庫補助を認識・導入した点で、国保は社会保障展開への端緒となつて、戦後の皆保険をはじめとする、社会保障の本格的展開への連続性の一側面を担う点および社会政策論の再構築の視点で、きわめて大きな歴史的

意義をもつものである³⁹⁾。

しかしながら、戦争の深刻化につれて、農村は兵力の供給源として政府・軍部から一層注目されることになった。その結果、国保は実施過程を通じてその重点を医療保障から保健政策へと移行させるが、それは戦後の医療制度改革につながるものであり、その過程を通じて、国保は本格的に社会保障として確立してゆくのである。

注

- 1) 従来の研究では国保成立と社会的基盤の動きについて考察したものは少ない。近年になり、島崎(1994)によって、国保の普及とそれを支える社会的実態との関連が考察された。本稿は、国保成立前後の時期に焦点をあてて、国保の基礎となる地域的基盤を具体的・総合的に考察するものである。また、高木(1994)は、島崎論文を統計資料によって検証している。加えて、相澤(1994), pp. 1-20は、医療利用組合運動との関連の側面から分析、また、副田他(1993)は、国保成立の評価について多くの問題提議をしている。
- 2) 農村における労働力状況については、野間(1937)、石川(1940)、山下(1948)を参照のこと。
- 3) 農村における保健状況については、暉峻(1938)、石川(1940)、山下(1948)を参照のこと。
- 4) 内務省社会局保険院(1938), pp. 73-75, pp. 132-133。
- 5) 全国厚生農業協同組合連合会編(1968), p. 87, 『社会事業彙報』10(1), 1936年9月, pp. 66-67の表参照。
- 6) 「医師無き地方に於ける診療所の建設交付町村の決定」『社会事業彙報』8(12), 1935年3月, pp. 52-54, 内務省衛生局本名順平(1935), pp. 2-8, 国民健康保険協会(1948)『小史』, pp. 18-20。
- 7) 全国国民健康保険団体中央会(1958)『二十年史』, p. 139。
- 8) 千葉県国民健康保険団体連合会(1968), pp. 56-57, 全国国保団体中央会(1958)『二十年史』, pp. 134-135, 島崎(1994③)も、従来具体的に触れられなかった、千葉県の医療互助組合を確認している。
- 9) 当時の厚生省記事は、川村他(1939), p. 22, 全国国保団体中央会(1958)『二十年史』, pp. 20-21に、同様の指摘が島崎(1994①)にある。健保のそのような経緯については西村(1990, 1991)を参照のこと。
- 10) 医療組合については青木(1988, 1989)、国保との関係は相澤(1994)に詳しい。
- 11) 島崎(1994④)に福岡県、熊本県の各1例が触れられている。
- 12) 打尾(1933), pp. 52-61, 新潟県民生部国民健康保険課(1978), pp. 12-13, 岸田(1937), pp. 22-23。
- 13) 「我が国農村に於ける隣保相扶制度の過去及現在(二)——第3回国際社会事業会議提出報告書」『連帯時報』(岡山县)16(8), 1936年8月, pp. 35-42。
- 14) 宇佐美(1937), pp. 89-106, 愛知県国民健康保険団体連合会(1988), pp. 4-11。
- 15) ①は鳥取県社会課(1937), pp. 38-45, ②は平塚(1937), pp. 80-85, ③は持永(1937), pp. 59-69, ④は静岡県社会課(1937), pp. 60-68, ⑤は打尾(1937), pp. 70-78。その他、山形県東村山郡長崎町隣保協会、長野県津和村隣保協会、高知県山内村隣保事業においても、医療に関する共済事業や医療保護施設の計画が立てられたことが報告されている。長野県社会課(1936), pp. 58-63, 石村(1937), pp. 96-102, 山形県社会課(1937), pp. 103-111。
- 16) 第62議会衆議院本会議『帝国議会衆議院議事速記録』(以下『衆議院議事録』と略記)16号, p. 278, 19号, pp. 380-381, 31号, p. 814, 全国国保団体中央会(1958)『二十年史』, p. 18-20。また、国保成立に関する政治史的考察については、中静(1990)に詳しい。
- 17) 藤井(1994)に国保の保険集団としての特徴・変容が考察されている。
- 18) 国保協会(1948)『小史』, p. 140, 内閣官房総務課資料(1935)『特殊資料第一類政策関係』『思想対策協議委員要覧』, 中静(1990上), p. 337。
- 19) 江口(1973), p. 315, 第65議会衆議院本会議『衆議院議事録』3号, pp. 13-14, 4号, p. 40, 厚生省医務局(1953), p. 113。
- 20) 国保協会(1948)『小史』, pp. 140-142, 蓮田(1960), pp. 96-111。
- 21) 臨時66議会衆議院本会議山本内務大臣の農村問題の位置付けに関する説明『衆議院議事録』3号, p. 15, p. 17, p. 19。
- 22) 全国国保団体中央会(1958)『二十年史』, p. 139。
- 23) 第67議会衆議院本会議『衆議院議事録』27号, pp. 667-668, 32号, p. 780, p. 786, 清水(1938), p. 43, 神戸市医師会協会編(1937), p. 18。
- 24) 「社会政策の目標 農村本位へ転換 社会局の新方針決す」『大阪朝日新聞』1936年3月15日。
- 25) 第69議会衆議院本会議『衆議院議事録』3号, pp. 12-13, 神戸市医師会協会編(1937), pp. 20-21。
- 26) 注24)に同じ。
- 27) 第70議会衆議院本会議『衆議院議事録』3号, p. 18, 小島(1943), p. 246, 国保協会(1948)『小史』, pp. 159-160。
- 28) 第70議会衆議院本会議 河原田内務大臣の提

- 出理由及び説明『衆議院議事録』19号, pp.444-448, 20号, p.479。
- 29) 国保協会(1948)『小史』, pp.179-185, 近藤(1963), pp.373-375, 佐口(1977), p.243, 中静(1990下), p.448, 第70議会貴族院第四分科会『帝国議会貴族院議事速記録』4号, pp.3-5, 第71議会衆議院本会議『衆議院議事録』3号, p.28。
- 30) 保険院社会保険局(1938-42年度)。玉井(1992)第3章にこの資料のほぼ全文が掲載されているので, 参照されたい。
- 31) 高木(1994)では, 戦前における国保普及の高さが戦後の早い時期での公的保険の皆保険・皆年金の構築につながったことが指摘されている。
- 32) 国保協会(1948)『小史』, p.335, 厚生省保険局国民健康保険課(1960)『詳解国保』, p.1197-1198。
- 33) 近藤(1963), pp.368-372, 同様の指摘は一圓(1993), p.80にもみられる。
- 34) 『医海時報』2340号, 1939年7月8日, pp.1481-1482に国民健康保険座談会出席組合の事業状況が掲載され, 関連記事が「民間当事者の声を聴く国民健康保険の過去・現在・未来——国民健康保険座談会(1-5)」 「国民健康保険研究資料 国保組合当事者の真の声1-2」『健康保険医報』5(22-26), 1939年9月, 2354-2355号, 1939年10月に掲載されている。組合事例は上記の他に, 神奈川県『厚生問題』27(1), 1943年1月, pp.47-54, 京都府『健康保険医報』6(8), 1940年3月15日, pp.23-25, 千葉県『日本医学及健康保険』3310号, 1942年11月28日, pp.2520-2521, 3320号, 1943年2月13日, p.314で報告されている。
- 35) 同様の指摘は相澤(1994), pp.1-20の他に, 今井(1993), pp.159-160, 池田(1986), pp.773-774において, 簡単ではあるが触れられている。
- 36) 戦争のもつ一側面によって, 本期に成立する社会政策, 社会保険が広く国民全体の生活問題を対象とする方向へ転換するという, 戦争のもつ意味の複合的な評価が重要であって, この視点からの考察は近藤(1963), pp.360-376, 池田(1986), pp.769-770, 須藤(1991), pp.51-53, 土穴(1990), pp.502-572にも指摘されている。
- 参考文献・資料リスト**
- 愛知県国民健康保険団体連合会(1988)『愛知の国保五十年のあゆみ』
- 相澤與一(1994)「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」九州大学経済学会『経済学研究』59(5, 6), pp.1-20
- 青木郁夫(1988, 1989)「初期医療利用組合の諸相(上中)」『阪南論集』社会科学編24(2), pp.1-18, 24(4), pp.41-55。
- 朝倉政治(1959)「医療保障の形成過程に関する医史学的小説および社会医学的考察」『国民衛生』28(2), 日本予防医学会
- 池田敬正(1986)『日本社会福祉史』, 法律文化社
- 石川 湊(1940)「時局下における東北地方労働力需給の一般的考察」『人口問題』3(3), 1940年12月, pp.117-148
- 石村光三(1937)「山内村の実状並に山内村隣保事業協会の事業計画の進歩状況」『社会事業』20(10), 1937年1月, pp.96-102
- 一圓光彌(1993)『自ら築く福祉』, 大蔵省印刷局
- 今井勝人(1993)『現代日本の政府間財政関係』, 東京大学出版会
- 海野幸徳(1929)『農村社会事業指針』社会福祉古典叢書七『海野幸徳集』, 鳳書院, 1981年
- 宇佐美 毅(1937)「愛知県に於ける研究所指導村の現況に付て」『社会事業』20(11), 1937年2月, pp.89-106
- 打尾忠治(1933)「医療並助産相扶組合運動」『社会事業研究』(大阪), 1933年6月, pp.52-61
- 打尾忠治(1937)「石川県に於ける指定村『七塚村』の実施概況」『社会事業』21(3), 1937年6月, pp.70-78
- 江口圭一(1973)「第65回帝国議会貴族院解説」社会問題資料研究会編『帝国議会誌』第1期17巻, 東洋文化社
- 川村秀文他(1939)『国民健康保険詳解』
- 岸田 到(1937)「農村と社会事業」(六)『社会事業』21(6), 1937年9月, pp.19-27
- 貴族院事務局調査課(1938)『国民健康保険法案に関する資料』
- 神戸市医師会協会編(1937)『国民健康保険法案の経緯』
- 小島砂人(1943)『社会保険の発達』, 黄河書院
- 厚生省医務局(1953)『健康保険二十五年史』
- 厚生省20年史編集委員会(1960)『厚生省二十年史』, 厚生問題研究会
- 厚生省保険院社会保険局(1938-42)『国民健康保険組合ノ概況』1938-42年度
- 厚生省保険局国民健康保険課(1960)『詳解国民健康保険』(『詳解国保』)
- 国民健康保険協会(厚生省保険局内)(1948)『国民健康保険小史』(『小史』)
- 国立国会図書館蔵(復刻版)(1983-84)『帝国議会貴族院議事速記録』第62-73帝国議会
- 国立国会図書館蔵(復刻版)(1983-84)『帝国議会衆議院議事速記録』第62-73帝国議会
- 国家総動員史刊行会(1975)『国家総動員史資料編第4』
- 近藤文二(1963)『社会保険』, 岩波書店
- 静岡県社会課(1937)「農村社会事業振興計画実施指定地新居町の隣保事業を視る」『社会事業』21(1), 1937年4月, pp.60-68
- 佐口 卓(1977)『日本社会保険制度史』, 勁草書房
- 佐口 卓(1991)「国民健康保険の成立と医療保護事

- 業』『早稲田商学』344号, 1991年3月, pp. 891-912
- 佐口 卓(1992)「国民健康保険と皆保険(上)——国保の公営化」『早稲田商学』351, 352号, 1992年3月, pp. 1029-1048
- 島崎謙治(1994)「保険集団からみた国民健康保険制度の沿革と課題①—⑬」『国民健康保険新聞』
- 清水勝嘉(1991)『昭和戦前期・日本公衆衛生史』, 不二出版
- 清水 玄(1938)『国民健康保険法』
- 須藤 緑(1991)「第2章 社会保険制度の歩み」横山和彦, 田多英範『日本社会保障の歴史』, 学文社
- 社会福祉調査研究会編(1985)『戦前期社会事業史料集成12』, 日本図書センター
- 菅谷 章(1977)『日本医療政策史』, 日本評論社
- 全国厚生農業協同組合連合会編(1968)『協同組合を中心とする日本農民医療運動史 前編・通史』
- 全国国民健康保険団体中央会編(1958)『国民健康保険二十年史』(『二十年史』)
- 副田義也他(1993)『厚生省史——戦後日本における社会保障制度の研究(平成3・4年度科学研究費補助金研究成果報告書)』
- 高木安雄(1994)「国民健康保険と地域福祉」『季刊・社会保障研究』Vol. 30, No. 3
- 玉井金五(1992)『防貧の創造』, 啓文社
- 千葉県国民健康保険団体連合会(1968)『千葉県国保三十年史』
- 土穴文人(1990)『社会政策制度史論』, 啓文社
- 暉峻義等(1938)「非常時局下に於ける労働力の現状に就て」『労働科学研究』15(2), 1938年2月, pp. 99-105
- 鳥取県社会課(1937)「鳥取県西伯郡渡村隣保協会を觀る」『社会事業』21(5), 1937年8月, pp. 38-45
- 内務省衛生局(1932)『時局匡救医療救護実施概況』
- 内務省衛生局本名順平(1935)「農村医療施設に就いて」『社会事業』9(7), 1935年10月, pp. 2-8
- 内務省社会局保険院(1938)『疾病及び医療に関する調査資料(国民健康保険に関する資料一)』
- 内務省社会局保険部(1936)『国民健康保険制度案立案の趣旨と其の解説』
- 内務省社会局保険部(1937)『国民健康保険制度案の要旨』
- 中静未知(1990)「1930年代における医療問題の政治史的考察(上下)」『東京都立大学法学会雑誌』31(1,2), 1990年7, 12月, pp. 291-347, pp. 407-467
- 長野県社会課(1936)「農村社会事業振興計画実施指定村『津和村』の実状に就て」『社会事業』20(9), 1936年11月, pp. 58-63
- 新潟県民生部国民健康保険課(1978)『新潟県国民健康保険四十年史』, 新潟県国民健康保険団体連合会
- 西村万里子(1990)「日本最初の健康保険法(1922年)の成立と社会政策——救済事業から社会政策への転換」『三田学会雑誌』83巻特別号1
- 西村万里子(1991)「日本における社会保険論の導入・展開過程」『三田学会雑誌』84巻3号
- 野間海造(1937)「農村人口流出問題(一)」『人口問題』2(3), 1937年12月, pp. 112-157
- 蓮田 茂(1960)『国民健康保険史』, 日本医師会出版部
- 平塚道雄(1937)「指定村「額娃村」の現況並将来への展望」『社会事業』20(11), 1937年2月, pp. 80-85
- 藤井良治(1994)『社会保障の現代的課題』, 光生館
- 本郷敏郎(1991)「保健・医療における住民参加—II. 市町村における保健活動の発達と様相(戦後復興期まで)」『弘前学院大学・短期大学紀要』27号, pp. 41-51
- 前田信雄(1962)「国民健康保険制度成立前史」『研究年報・経済学』, pp. 524-543
- 持永祐宜(1937)「着々として隣保の実を挙げつつある西山村」『社会事業』21(3), 1937年6月
- 山形県社会課(1937)「東村山郡長崎町隣保協会を觀る」『社会事業』20(10), 1937年1月, pp. 103-111
- 山下肅郎(1948)『戦時下に於ける農業労働力対策第1分冊』, 農業技術協会
- 山本四郎(1976)「準戦時体制」『岩波講座日本の歴史20 近代7』, 岩波書店
- 吉岡 生(1935)「出産相扶組合に就いて」『社会時報』(広島)15(7), 1935年7月, pp. 33-34
- (にしむら・まりこ 社会保障研究所研究員)