

広区域単営医療組合の存立形態と地域社会 : 青森市・東青病院を中心に

Kawauchi, Atsushi / 川内, 淳史

(出版者 / Publisher)

法政大学大原社会問題研究所

(雑誌名 / Journal or Publication Title)

大原社会問題研究所雑誌 / 大原社会問題研究所雑誌

(巻 / Volume)

630

(開始ページ / Start Page)

45

(終了ページ / End Page)

61

(発行年 / Year)

2011-04-25

(URL)

<https://doi.org/10.15002/00008254>

広区域単営医療組合の 存立形態と地域社会

——青森市・東青病院を中心に

川内 淳史

はじめに

1 東青病院の設立・展開過程

2 広区域単営組合の存立形態

おわりに

はじめに

本稿の課題は、産業組合による医療利用事業＝医療組合（医療利用組合）に関して、特に医療組合を「本格的に社会事業の担当者」⁽¹⁾へと押し上げた、「広区域医療利用組合」（以下広区域単営組合）の成立・展開について、当該期の社会変容の過程との関連より捉えるところにある。

医療組合については従来より、第1次世界大戦後の経済不況および都市化の進展にともなう「無医村」問題の顕在化の状況に対し、1933（昭和8）年に賀川豊彦らにより設立された「全国医療利用組合協会」の主導のもと、農村における「医療の社会化」運動の一環である「医療組合運動」が展開されたとの理解がなされてきた。医療組合運動に関しては『協同組合を中心とする日本農民医療運動史』（以下『日本農民医療運動史』）が基本文献として扱われてきており、そこにおける四種兼営産業組合による初期医療組合から広区域単営組合、さらには連合会組織へ至るという「医療組合発展段階論（以下発展段階論）」とも言うべき枠組みにより捉えられてきた。この発展段階論に基づき、初期医療組合の実証的研究が青木郁夫⁽²⁾により行われている。

また発展段階論に基づく研究としては、医療組合運動を国民健康保険制度の前史として位置付ける相沢與一⁽³⁾、豊崎聡子⁽⁴⁾、高嶋裕子⁽⁵⁾らによる研究がある。これらの研究は「医療の社会化」

(1) 『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、1968年、133頁。

(2) 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』24巻2号、1988年9月、同「初期医療利用組合の諸相 中」『阪南論集社会科学編』24巻4号、1989年3月、同「初期医療利用組合の諸相 下」『阪南論集社会科学編』28巻2号、1992年9月。

(3) 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』59巻5・6号、1994年2月。

(4) 豊崎聡子「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へ」『農業史研究』35号、2001年3月。

運動である医療組合運動の一つの帰結点として、国保制度の成立を見るに至ったとの理解に立つ。「医療の社会化」運動に関して『日本農民医療運動史』では「営利主義の上に立った開業医制度のもとにあっては、国民大衆の大多数は彼等の急激な貧困化により、生命を擁護するために最も重要な『医療』を受けたくも、既に『商品化』した医療を享受すべき唯一の手段としての購買力を持つことができなかったところに、医療社会化の必然性があった」⁽⁶⁾と、営利主義的な「開業医制」の矛盾の帰結としての「医療の社会化」の必然を解いている。

川上武や佐口卓らによってリードされた戦後日本における医療史研究⁽⁷⁾では、近代日本医療システムの特徴を「開業医制」論で捉える議論がパラダイムとされてきた。すなわち零細の経営体である開業医を主軸に据えた、日本資本主義に対応したシステムである「開業医制」が近代日本医療システムの根幹をなしており、「医療の社会化」とは日本資本主義の一般的危機における「開業医制」の矛盾の発露として捉えられる。すなわち、戦後における医療史研究の基本的枠組みである「開業医制」、ならびに「開業医制」の危機への対応としての「医療の社会化」運動という枠組み自体、「講座派」的理解と親和性を持つものであった⁽⁸⁾。したがって、前述した「医療の社会化」運動の一環としての医療組合運動、ならびにその発展段階論的把握は、「講座派」的理解がパラダイムの地位を失った今日においては、再考されるべき段階にあるものと考ええる。

この点に関して、猪飼周平は近代日本の医療システムが、病院医療が展開される20世紀＝「病院の世紀」への対応過程で、日本の開業医が①医師を専門医（specialist）と一般医（general practitioner）に分離する医師養成上の構造を有せず、かつ②病院医療に適合的な専門性を有する医師の能力を発揮する機会が、医師自身病床を所有する機会によって担保されるという「所有原理」型へと編成されるシステム転換が起こり、無医村問題や、それへの対応として展開される「医療の社会化」運動も、こうした日本医療システムの転換から説明可能であるとし、そのことから猪飼は「開業医制」論の放棄を謳っている⁽⁹⁾。一方、高岡裕之は1920年代に医療が「社会問題」化することで民衆の価値意識の「上向き」での均質化が起こり、そのことで「医療の社会化」運動が展開され、

(5) 高嶋裕子「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』564号、2005年11月、同「医療利用組合運動の歴史的性格—国民健康保険制度形成過程との関連で」『社会環境研究』11号、2006年3月、同「産業組合と国民健康保険制度の普及—岐阜県を事例として」『人間社会環境研究』13号、2007年3月、同「小作争議の帰結と国民健康保険制度の普及—秋田県を事例として」『人間社会環境研究』14号、2007年9月、同「戦時体制下の国民健康保険制度—岐阜県小鷹利村国民健康保険代行組合を事例として」『社会政策研究』8号、2008年4月。なお高嶋の一連の研究に対しては、高嶋による組合の性質の理解などをめぐって、青木郁夫より批判がなされている（青木郁夫「医療利用組合による国民健康保険組合代行事業に関する覚書—または、高嶋裕子『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』の批判的検討」『阪南論集社会科学編』41巻2号、2006年3月、同「いわずもがなのこと—研究における資料批判と倫理性」『阪南論集社会科学編』44巻1号、2008年10月）。

(6) 前掲『日本農民医療運動史』32頁。

(7) 川上武『日本の医者—現代医療構造の分析』勁草書房、1961年、同『現代日本医療史—開業医制の変遷』勁草書房、1965年、佐口卓『医療の社会化—医療保障の基本問題』勁草書房、1964年など。

(8) 高岡裕之『『医療の国民化』と『福祉国家』』『民衆史研究』75号、2008年5月。

(9) 猪飼周平『病院の世紀の理論』有斐閣、2010年。

医療が「国民的課題」へと上昇、医療政策が国家的課題として展開される素地が形成されたとする⁽¹⁰⁾。そうした点から高岡は「医療の社会化」運動の持つ意味を重視し、1920～50年代を「医療の社会化の時代」として位置付けることで、「福祉国家」形成期としての当該期の持つ固有性に着目している⁽¹¹⁾。

両者の研究はそれぞれ指摘するところにズレはあるものの、いずれにおいても「開業医制」論からの脱却の方法として、当該期における医療をとりまくシステムの転換ないしは変容を捉えるところに力点を置いている。すなわち社会との連関のもとで医療組合を検討する際に必要なことは、前述の発展段階論に代表される医療組合運動の展開から医療組合の展開を解き明かす内在的アプローチではなく、医療組合が展開される時期の同時代的状況、すなわち当該期の社会変容との関連で把握される必要があると考える。

医療をとりまくシステム転換に関して、小坂富美子、美馬達哉、鍾家新らによる研究⁽¹²⁾では、1938年の厚生省の設置・国保制度の成立を契機としつつ、総力戦体制の成立を日本における「福祉国家」の起点として位置付けている。これらの研究は、当該期におけるシステム転換の要因を総力戦のインパクトに求めたものであり、1990年代に提起された山之内靖ら⁽¹³⁾に代表される「戦時動員体制論」と親和性を持った議論として捉えられる。しかし、こうしたシステム転換は既に第1次大戦以後の日本社会の変容過程において既に顕在化するものであり⁽¹⁴⁾、また1930年代前半には既に医療組合が広く展開されつつあったことを考えると、「戦時動員体制論」的把握のみで当該期のシステム転換を捉える事には無理があると考ええる。

こうした点から本稿では、1920～30年代における日本社会の変容過程を重視しつつ、それとの関連のもとで医療組合の展開ならびにその性質を考えたい。このことについては安田浩ら⁽¹⁵⁾により、当該期が「名望家社会」から「大衆社会」への転形が開始された時期であるとの指摘が既になされている。「大衆社会」に関して松下圭一⁽¹⁶⁾は、社会統合の核として「公共保障（＝社会保障、社会資本、社会保険の3つの課題領域における『シビル・ミニマム（市民生活最低基準）』の公共整備）」が必要とされるところとしている。この「公共保障」の領域において医療問題はその中核的位置を占めるものであり⁽¹⁷⁾、したがって当該期の医療組合について検討を行うことは、「大衆社会」へ

(10) 高岡裕之「医療問題の社会的成立—第一次世界大戦後の医療と社会」『歴史科学』131号、1993年2月。

(11) 前掲高岡「『医療の国民化』と『福祉国家』」。

(12) 小坂富美子「戦争と厚生—〈日本型医療システム〉形成にむけて」『岩波講座日本歴史』第19巻近代4、岩波書店、1995年、美馬達哉「軍国主義時代—福祉国家の起源」佐藤純一・黒田浩一郎編『医療神話の社会学』世界思想社、1998年、鍾家新『日本型福祉国家の形成と「十五年戦争」』ミネルヴァ書房、1998年。

(13) 山之内靖ほか編『総力戦と現代化』柏書房、1995年。

(14) 前掲高岡「医療問題の社会的成立」、川内淳史「戦時期地域医療の“経験”—『健康青森県』の成立と転回」長谷川成一監修、浪川健治・河西英通編『地域ネットワークと社会変容—創造される歴史像』岩田書店、2008年。

(15) 安田浩「総論」、坂野潤治ほか編『シリーズ日本近現代史3—現代社会への転形』岩波書店、1993年。

(16) 松下圭一『転型期日本の政治と文化』岩波書店、2005年。なお松下は名望家社会から大衆社会への「転型」の時期を高度経済成長期としているが、本稿では安田らの議論に倣って、その時期を第一次世界大戦後に始まるものと考えたい。

(17) 日本における社会保障制度の形成は、まず社会保険としての医療保険の整備より始められている〔健康保険法

の転形の局面における「公共」の内実を問うことにつながると考える。

すなわち西欧とは異質な日本⁽¹⁸⁾における「名望家社会」から「大衆社会」への転形において、いかに医療組合が発生し展開されていったのか。こうした点を、本稿では青森県における医療組合の設立・展開過程を中心に検討したい。青森県は、広区域単営組合の嚆矢である「有限責任東青信用購買利用組合（のちに有限責任利用組合東青病院に改称、以下東青病院）」が青森市に1928（昭和3）年5月に設立されたことで、「医療組合のメッカ」として重要な地位を占めるものと位置付けられている。このことについて『日本農民医療運動史』では「東青病院の組合組織の発生、診療所から大病院の発展までの経験こそ、全国に医療利用事業を普及させた基礎となった」⁽¹⁹⁾と評しており、東青病院の設立・展開は、その後の医療組合運動展開に際してのモデルケースと位置付けられる。したがってその分析を通して、広区域単営組合発生・展開の一つの理論的モデルを抽出することが可能であろうと考える⁽²⁰⁾。

以上のことを踏まえて、本稿ではまず、青森県最初の医療組合である、東青病院の設立過程を概観するところからはじめ、そのことから抽出される広区域単営組合の存立形態について、理論的な考察を加えたい。

1 東青病院の設立・展開過程

青森県における医療組合は、前述の通り28年5月の東青病院の設立に始まる⁽²¹⁾。設立の中心人物である岡本正志は、元々西津軽郡稲垣村（現つがる市）の小地主⁽²²⁾であり、同村の繁田尋常小学校長・村収入役・村会議員などを歴任し、1909（明治42）年に繁田共栄信用購買販売組合⁽²³⁾

（1922年）、国民健康保険法（1938年）ことは従来より指摘されているが、それ以外に社会資本としての「病院」が重要であったことは言うまでもない。

(18) 後藤道夫は戦間期における日本社会においては、戦後の日本型大衆社会へと連なる要素を形成・成長させつつあったものの、西欧における「市民社会」とは異質な名望家社会のもとでは、「それぞれの階級・階層を分節化して安定的に統合する力量と社会関係という点では大きく欠けて」いたことを指摘している（後藤道夫『収縮する日本型〈大衆社会〉—経済グローバリズムと国民の分裂』旬報社、2001年）。

(19) 前掲『日本農民医療運動史』115頁。

(20) 広区域単営組合の性質に関しては、青木郁夫が既に理論的析出を行っているが（青木郁夫「都市—農村共生型医療利用組合の展開—広区単営組合時代の幕開け」『阪南論集社会科学編』30巻1号、1994年6月）、そこにおいても広区域単営組合の展開には相当の地域的差異が存在することが認められている。本稿で明らかにする青森県医療組合の性質は、あくまで広区域単営組合の性質のモデルのひとつであり、過度の一般化は避けられるべきであることは、あらかじめ了解されたい。

(21) 本稿における東青病院に関する事実は『組合病院史』青森県厚生農業協同組合連合会、1958年に依拠するものであり、煩雑を避けることから引用箇所など必要最低限を除き、注は付さないものとする。

(22) 岡本が稲垣村において所有していた田地は13町歩ほどであったとされ、大地主地帯である西津軽郡においては、地主としては小規模クラスであったといえる（『日本農民医療運動史』113頁）。

(23) 繁田共栄信用購買販売組合は青森県で最初に設立された産業組合であるとされる。稲垣村に青森県初の産業組合が設立された理由として『稲垣村史』稲垣村、1969年では、明治35年来の数度に及ぶ凶作により村内在が疲弊しており、「当時の稲垣村は、金融の便乏しく、年間2割以上の高利をもって、辛うじて融通を受くる有様で、

を設立、自ら組合長を務めた。1919（大正8）年に組合長を辞した岡本は、その後青森市へと移住する。青森市への移住から東青病院設立までの間の岡本の具体的な動向は不明だが、東青病院設立の中心となる岡本には、こうした産業組合経営の経験があったことを、まず確認しておきたい。

東青病院設立の動きは、1927（昭和2）年8月に青森市ほか東津軽郡1町10村を範囲として出資者の募集が行われたことにより始まる。東青病院を医療組合として設立するに至った経緯として、岡本はその動機を「郡部方面は悉く青森市に診療を需める現状であり」「一回の診療一回の投薬をも求め得ずして死に至るが如きことあり」「斯様な不祥事を坐視するに忍びず、せめて我々同志で努めて中産以下の団結、即ち団体の力を以て医療の設備を為し、之を最も便利且つ低廉の料金にて互いに利用致しましたならば、此様な悲惨事から幾分なり共脱出し得ると共に、共存共栄の趣旨にも合致する」⁽²⁴⁾としている。その上で組合区域を青森市と東津軽郡1町10村とした経緯について岡本⁽²⁵⁾は、

時は丁度昭和二年七月の候に始まり、如何なる方面に亘り如何にして其区域を定むるかに尤も周到の調査を要する事と考へ先づ青森市を中心として其接続町村及び之に付随する各部落との交通、産業、金融或は通学等あらゆる方面に亘り精査を重ねたるに、油川町外十ヶ村は市を中心にして之を抱擁し居る関係に在り、即ち都市を連絡せる自然の集団地であります。故に青森市を主体として其生計を営む地方たるは申までもなく、恰も一大都市と其の郊外として見る得べく、就中原別、浜館、筒井、大野、滝内の五村は市と密接し居る部落を有し、殆んど市と堺を画するに苦む如き地勢にあると共に、各種の機関運用上互に不離不即の関係にあるを以て茲に一市一町十村を以て組合区域と決定した次第であります

としている。すなわち組合地域の設定には青森市との交通の便が比較的良い、生活圏を共有する地域が選択されたということである。1930年の国勢調査の東津軽郡各町村における通勤・通学者数の数値を基に青森市の「都市圏」⁽²⁶⁾を析出したのが表1である。これによると大野村（35.4%）、浜館村（12.4%）、滝内村（11.6%）、筒井村（9.8%）、野内村（7.1%）、新城村（6.6%）が基準値を満たしており、また油川町（4.6%）、原別村（4.5%）もそれに準ずる値を示している。このことから以上の1町7村がこの時期における青森「都市圏」を形成する地域であると設定できる。この様に東青病院設立当初の組合区域は、この青森「都市圏」とほぼ重なったものであった。

この青森「都市圏」の中心部である青森市に医療組合が設立されたことに関して、東青病院設立時の青森県産業組合係で、後に青森県農業会厚生課長となる神計蔵⁽²⁷⁾は、「青森市に発足したことについては少し変った事情がある」として次の様に述べている。

貧富の差が激しい状況であり、そのため岡本らが中心となって組合設立が図られた。なお繁田組合に関しては、その詳細な活動状況は不明である。

(24) 前掲『組合病院史』22頁。

(25) 前掲『組合病院史』23頁。

(26) 「都市圏」の定義は公式には設定されていないが、都市地理学の分野においては、中心都市への流出就業者率5%から10%が、日常生活圏として「都市圏」に設定されることが多い（富田和暁、藤井正編『図説大都市圏』古今書院、2002年）。本稿ではさしあたって5%を目安に「都市圏」の設定を行うものとする。

(27) 前掲『組合病院史』329頁（神計蔵「私の立場と思い出」）。

表1 青森「都市圏」率（1930年，東津軽郡内）

組合区域	町村名	従業・通学総数	青森市への従業・通学数	移動率（％）
○	油川町	2,374	109	4.6
	小湊町	3,836	47	1.2
○	大野村	4,204	1,490	35.4
○	荒川村	2,651	75	2.8
○	高田村	1,200	21	1.8
○	滝内村	1,397	162	11.6
○	新城村	2,729	181	6.6
	奥内村	2,990	18	0.6
	後潟村	2,085	0	0.0
	蓬田村	2,466	0	0.0
	蟹田村	3,266	0	0.0
	平舘村	2,782	0	0.0
	一本木村	1,747	0	0.0
	今別村	1,818	0	0.0
	三厩村	2,090	0	0.0
○	横内村	1,842	34	1.8
○	筒井村	3,607	352	9.8
○	浜舘村	1,983	246	12.4
○	原別村	1,749	79	4.5
	東岳村	1,535	28	1.8
○	野内村	3,208	229	7.1
	西平内村	1,934	0	0.0
	東平内村	2,141	0	0.0

出典：『昭和五年国勢調査報告』より執筆者作成。

大正の終り頃，青森市の有志五百人位で私設の貯蓄組合を組織していた。組合員ともいふべき人達が毎月一定金額の貯蓄をなし，之れを加入者に貸付もしていた。当時このような組合が各地にあった例のモーリス式組合で，昭和二年の金融恐慌，銀行破綻等の当時は，相当隆盛を極めていたが，非合法組合で官庁の監督もないことであるから，何時どういう事態に陥入り危険に合うかも知れないという不安は免れなかった。それで市街地信用組合（今の信用金庫）にしたらどうかという意見が有力になって，県の主務課に伺いを立てたが，そのとき青森市内には青森信用・青森青湾・青森庶民の三組合があったので，その上の増設は認められないということになっていた。でもそれよりも寧ろ産業組合の利用事業として病院の経営にしたらよくはないかということになったわけである。

東青病院はその前身を非公認の貯蓄組合として出発しており，これを産業組合法による組合として改組する際に，当時青森市に既に複数存在していた市街地信用組合⁽²⁸⁾を避け，医療事業を単営

(28) 市街地信用組合は，1917年の産業組合法第3次改正において，第1条第4項に「市又ハ主務大臣ノ指定スル市街地力組合ノ区域ニ属スル信用組合ハ定款ノ定ムル所ニヨリ組合員ニ対シ其ノ産業若ハ経済ノ発達ニ必要ナル資金ノ為手形ノ割引ヲ為シ又ハ（中略）組合ノ区域内ニ居住スル組合員外ノ者ノ貯金ヲ取扱フコトヲ得」と付

で行う組合として企図された。すなわち東青病院が医療組合として設立されたのは、当初の意図とは別の、いわば“代替品”として設立されたということである。当初は市街地信用組合として企図されたものが、なぜ医療組合へと転換されたのか、史料状況の問題もあり判然としない。しかしこれに対して神は「当時青森市内には県立病院の外に、私立では神、長尾など二三の病院があったが、医師も少なかったし、料金も高く、入院するとしても、一般大衆には利用価値の少ない存在であった。組合員の貯蓄額は五万円程で、当時の金としては病院の建築運営に充分であるし、その収益も従来やってきた貸付利息や、有価証券などに投資するよりも有利で確実性があるということになった」と、一般市民が利用可能な医療機関の不足と病院事業の収益性の高さを理由に挙げている。

当該期の青森市内の医療機関の状況を見ると、東青病院とは別に1930年5月に「青森市住民で生計豊かならざる人及其家族」を対象とした青森市立実費診療所が開設されている。当初は救貧・防貧を目的に設立されたものであったが、1931年度の診療成績は新来患者6,357名、再来患者26,784名と、合計3万人を超える患者が訪れており、そのうち貧困者施療は4,448名だけと⁽²⁹⁾、同診療所が低所得層以外の一般市民にも大きな支持を受けていたことがうかがえる。すなわち当該期の青森市においては低所得者層のみならず、多くの一般市民の間でも医療に対する需要が高まっていた状況があったことがわかる。第一次世界大戦前後の都市化が進展した地域においては、「中産階級以下」の一般市民を対象とした「社会政策」的公立病院の設置が進んでいた⁽³⁰⁾。東青病院が当初の構想の市街地信用組合ではなく医療組合として設置された背景には、単に既に市内に複数あった市街地信用組合の“代替品”としての意味以上に、都市化の進展する当該期の青森市の医療需要の増大があったものと考えられる⁽³¹⁾。

こうして医療需要の高まりと、「都市圏」が拡がり「都市化」が進展する青森市の状況とが合致することで、東青病院設立計画が進められていったのであるが、岡本らの努力も空しく、病院設立の出資金は思うように集まらなかった⁽³²⁾。

而して私は主として市内を、対馬、奥山の両氏は郡部を担当することに定めまして活動しました…（中略）…郡部方面は第一に町村長を説破し、各町村毎に有志の会合を催し、我等三名は雨の日も風の日も、泥濘膝を没する道を一日として休止する事なく遊説に日を重ねました。夫れに区域内遠き部落は三里余徒歩専門に（乗物を利用せざるは其途中に於て屢々訪問する目的あるに依る）而も月を踏み、星を戴いて帰る事は常でありました。夫れのみならず、津軽平野の冬は何時も荒れ狂う日が多く、連日の吹雪との戦い、終始一貫運動を続けました結果、昭和

け加えられた事を根拠としたものである。なお市街地信用組合のほかに、会員外預金や手形割引を行わない準市街地信用組合も発足した。

(29) 『東奥年鑑昭和7年版』東奥日報社、1932年。

(30) 高岡裕之「近代日本の地域医療と公立病院」『歴史評論』726号、2010年10月。高岡は「社会政策」的公立病院登場の要因として①医療慣行の変化、②医療需要の社会的拡大、③経済不況、④政治社会の大衆化による圧力を挙げている。

(31) なお、神が指摘するもう1点の理由である「病院事業の収益性の高さ」に関しても、青森市の医療需要の増大を背景として目論まれたものとするが、後述するように設立当初の東青病院の経営状況は危機的なものへと陥っており、その経営が軌道に乗るのは総合病院化の後になってからである。

(32) 前掲『組合病院史』25頁。

三年三月に入り設立申請者として賛同を得たる調印者七百五名、此の引受口数一千五百三十口を算するを得ましたが、出発当初の予定数とは逆に不足を生じ…（後略）

岡本らは当初、出資者数1,000名・出資口数2,000口を最低限度としていたが、蓋を開けると出資者数705名・出資口数1,530口と、予定の7割程度にとどまった⁽³³⁾。なお出資予定者の内訳は農業265名、工業37名、商業170名、水産業12名、その他俸給生活者及び労働者221名と多様な職業構成となっており、特に都市居住層の割合が高かったことが見受けられる。

こうして1928年9月12日に「東青病院医療所」の診療が開始されたのであるが、出資金が思うように集まらなかったことも影響し、この医療所は「掘立小屋の様な民家」を改装した、入院設備も持たない簡単なもので、事務室1・処置室1・調剤室1・患者待合室1・宿直室1・役職員食堂（男女別）2・予備室1に、区画整備を施し共試験室1・消毒室1を急増したもので、「近代的医療設備」とは程遠い状況であった。その後1930（昭和5）年5月に入院設備を設けるべく移転を行うのであるが、依然経営は安定せず、1930年度末の段階で東青病院は27,000円余の赤字となっていた。

このように存続の危機に立たされていた東青病院であったが、ひとつの転機が訪れる。1930年11月、産業組合中央会青森支会の主催で、愛知・滋賀・奈良・三重の優良産業組合の視察旅行が行われた。岡本もこの視察旅行に参加者の一人として加わるのであるが、この時に視察した組合のうち、医療事業を行っていたのは奈良県の発志院信用購買販売利用組合のみであった。そこで岡本は視察旅行の途中で一行と別れ、単身、鳥取県東伯郡倉吉町（現倉吉市）の有限責任利用組合厚生病院の視察へと出かける。

厚生病院は東青病院に遅れること7ヶ月、1928年12月に設立された広区域単営組合である。東伯郡では大正末から昭和初年にかけて総合病院設置の熱が高まっており、1925（大正14）年には東伯郡中央病院の建設計画もあったが、医師会の反対などにより実現しなかった。こうした流れの中で1928年3月の産業組合郡部会総会において利用組合による総合病院の設立が決議された。なお、計画当初は町村組合による連合組織での病院建設が意図されていたが、農商務省の方針などの理由で産業組合組織による病院建設となったという経緯があり、病院建設が東伯郡における公益性を重視した計画であったということができよう。郡部会総会での決議の後、倉吉町の開業医による反対運動や郡内の一部町村長・組合長の反対などもあり思うように計画が進行しなかったが、県医師会などの協力を得て、1930年7月より診療を開始した。同年末の段階で組合員数3,104名、出資総額84,340円（うち払込済み総額47,925円）、土地2,976坪余、建物7棟428坪余、病床45床に隔離室および結核病室60坪の施設であり、診療科目は内科・外科・産婦人科に4名の医師を擁していた⁽³⁴⁾。

厚生病院の視察を終えた岡本は一行と合流すると「私はいい視察をした。帰県すれば早速立派な病院を建てることに決心しました」⁽³⁵⁾と語り、帰県後さっそく役員会を開催、東青病院を総合病

(33) なお1928年11月の出資金払込終了時の段階においては、この予定数をさらに下回り、結局、出資者数503名・払込出資額10,330円と、当初見込みの半分程度になってしまった（前掲『組合病院史』27頁）。

(34) 前掲『日本農民医療運動史』118－120頁。

(35) 前掲『組合病院史』331頁。

表2 東青病院組合員数・出資額・払込出資額

	組合員（人）	出資額（円）	払込出資額（円）	払込率（％）
1928年	657	22,780	11,238	49.3
1929年	896	28,060	18,738	66.8
1930年	1,003	30,740	21,775	70.8
1931年	2,523	64,520	30,306	47.0
1932年	3,293	80,080	47,595	59.4
1933年	4,234	85,035	56,680	66.7
1934年	6,089	93,720	64,847	69.2
1935年	6,746	95,945	68,362	71.3
1936年（6月）	7,346	98,885	69,741	70.5

出典：『組合病院史』より執筆者作成。

院として再建することを表明した。厚生病院への視察を通して岡本は、東青病院不振の原因を設備の不十分さに求め、近代的医療設備の充実こそが東青病院再建の道であると考えたのである。

東青病院の総合病院化を行うべく岡本は、自らが所有する水田を担保にして資金を借り受けて病院の建設に着手、1931年5月に青森市寺町において新「東青病院」の診療が開始された。その設備は敷地面積600坪、総建坪350坪余、鉄筋コンクリート2階建て、病床数78床に診療科は内科・小児科・外科・耳鼻咽喉科・X線科の5科（のちに産婦人科と皮膚泌尿科を増設）に手術室を有する、近代的総合病院となった。表2は東青病院の組合員数・出資額・払込出資額の推移を表したものであるが、東青病院が総合病院へと建て替えられた30年以降に飛躍的な伸長が見られる。岡本が意図した、東青病院の総合病院化による再建を行おうとする目論みは、見事に成功したということができよう。

このように日本で最初の広区域単営組合である東青病院は、総合病院化を行うことにより経営の安定化が達成され、その後の展開へとつながっていくことになる。総合病院化を行った東青病院は1931年6月に組合区域を東津軽郡全体へと拡張すると同時に、東津軽郡内各地に分院・診療所を開設し⁽³⁶⁾、青森市の本院と郡内の分院・診療所とによる医療網を構築していく。また、東青病院の設立に「依りて指針を与えられたる県民は医療施設の改善に猛然として起ち…（中略）…八組合を以て県下に完全に産業組合病院網が布かれ」ることになり、青森県では、東青病院をモデルとした広区域単営組合が広く展開されていくことになる（表3）。

以上をもとに、次章では東青病院以外の青森県における広区域単営組合の動向も踏まえながら、その存立形態についての理論的分析を行っていきたい。

(36) 油川診療所（31年7月）、蟹田診療所（31年12月、32年7月より分院）、浅虫診療所（32年6月）、小湊診療所（34年7月）、宇鉄診療所（35年10月）。

表3 青森県医療組合事業の展開

	東青病院	津軽病院	西北病院	三八城病院	柏葉病院	北奥病院	上北病院	北通病院	備 考
1928	3月 設立申請 5月 設立認可 9月 東青診療所開設								
1929									
1930	5月 移転	7月 設立申請 10月 設立認可							
1931	5月 総合病院として再開 7月 油川診療所開設 10月 有限責任利用組合東青病院に改称 12月 蟹田診療所開設	2月 黒石分院開設 4月 浪岡分院開設 9月 弘前本院開設	12月 設立認可						5月 東京医療組合、設立申請
1932	6月 浅虫診療所開設 6月 青森県医療利用組合協会設立、第一回通常例会開催 7月 蟹田分院開設	12月 本院移転、津軽資生病院から津軽病院に改称	6月 本院開設	9月 設立申請・認可					4月 全国医療組合協議会開催 5月 東京医療組合、設立許可 9月 東京医療組合新宿診療所開設
1933			8月 鯉ヶ沢診療所開設	4月 本院開設	9月 設立申請・認可 10月 本院開設	9月 設立認可 11月 本院開設		10月 設立認可	1月 第一次産業組合拡充五ヶ年計画開始 4月 全国医療利用組合協会（全医協）設立 10月 診療所取組規則
1934	2月 大鰐診療所・藤崎診療所開設 7月 小湊診療所開設 10月 碓ヶ間診療所開設 12月 大鰐診療所を分院に改称、藤崎診療所一時休止	1月 館岡診療所開設	4月 中沢診療所開設 6月 川内診療所開設 8月 地引診療所開設	6月 天間林診療所開設			3月 設立認可 4月 易国間診療所・下風呂診療所開設 7月 奥戸診療所開設 9月 本院開設	同年未設立申請	
1935				5月 浅診療所開設 9月 上郷診療所開設			3月 古岡木診療所開設 同年四和診療所開設	9月 佐井診療所開設	
1936	10月 宇鉄診療所開設		10月 七和診療所開設	1月 三戸分院開設					10月 岩手医業購販利連合会設立、医療組合全県統合
1937									
1938			4月 脳元診療所廃止					事業休止状態続く	1月 第二次産業組合拡充三ヶ年計画開始（医療組合の連合会原則）、厚生省設立 7月 国民健康保険法実施
1939			2月 連合会改組 5月 七和診療所廃止 6月 鯉ヶ沢診療所廃止 7月 稲垣診療所開設 8月 中里診療所廃止						
1940									9月 全医協を全国協同組合保健協会（全保協）に改組
1941									5月 群馬県全県統合 8月 医療組合を農林・厚生両省共管勅令公布、医療利用事業の員外利用勅令公布
1942	看護婦養成所開設								2月 国民医療法公布 4月 日本医療団令公布 3月 農業団体法公布 11月 青森県農業会設立
1943									
			12月 東青・津軽・西北・三八城・柏葉・北奥・上北各病院を県連に統合						
1944			1月 町立金木病院を買収、分院とする						
			1月 青森県農業会に統合					解散	

出典：『組合病院史』より執筆著作作成。

2 広区域単営組合の存立形態

青森県医療組合に関してその性質を析出してみるならば、大きく分けて2つの特質が見て取れる。1つは東青病院が本来は市街地信用組合として設立されるはずであったことと関係するが、青森県医療組合が「都市的」性質を持つ、「市街地類似組合」⁽³⁷⁾ともいうべき形態であったことである。青森県で医療組合が設立される時期は、同時に「旧8市」⁽³⁸⁾への人口集中が起こり、戦後における都市発展の萌芽の状況が見られる時期であり⁽³⁹⁾、また前述の通り東青病院の設立は、青森市における医療に対するニーズの高まりを背景としている。高岡裕之⁽⁴⁰⁾が既に指摘しているとおり、1920年代以降に都市化の進展とともに社会的問題としての医療問題が発生することを考えると、前述の通り、東青病院の組合区域設定の際に、まずは都市部である青森市に病院（診療所）を設置し、青森「都市圏」に包摂される地域を組合区域と設定したという事実は、広区域単営組合が単に「無医村」への対応に集約される性質のものではなかったということが確認できる。すなわち広区域単営組合はまず都市の問題として発生し、これを当該期に社会問題として顕在化しつつあった「無医村」問題といかにリンクさせるか、ということが必要とされたのである。

この問題を考える上でまず、当該期に求められた医療の「質」ということの追究から始める必要がある。青木郁夫⁽⁴¹⁾は当該期における都市-農村共生型医療組合であるところの広区域単営組合が設立された時代について、①労働者階級や俸給生活者など都市生活者の量的増大と生活内容の形成、②新たな生活領域のひろがり、その質的水準の確定にともなう「生活の価値化」、③「生活の価値化」の重要な構成要素たる生活にかかわる組織および運動の形成・発展、④生活の組織化によるco-operation（協働共栄）の追求と、同時に見られる人々の「独立自尊」希求、⑤新たな都市的生活様式の形成＝生活の制度化の過程が見られるとするが、こうした時代状況で求められた医療の「質」とは、高岡裕之や猪飼周平⁽⁴²⁾が指摘する通り「上向きのベクトルをもって均質化の度を強めつつあった」民衆の価値意識を前提とした「都市並み」の水準であり、それは「病院の世紀」である20世紀において見られた、専門化（specialization）と病院化（hospitalization）が進む、19世紀段階の医療水準にとどまらない「質」、すなわち「高度医療」であった⁽⁴³⁾。こうしたことは、東

(37) 川内淳史「医療組合初期における地域的展開—医療組合運動史上における東青病院設立の意義を中心に」『北海道・東北史研究』2号、2005年12月。なお前稿ではこれを「疑似市街地組合」と表現したが、ここでは市街地信用組合との「類似性」を重視し、あらためて「市街地類似組合」として定義し直したい。

(38) 青森市（1898年）、八戸市（1929年）、弘前市（1889年）、十和田市（1955年—三本木市）、むつ市（1959年—田名部大湊市）、五所川原市（1954年）、黒石市（1954年）、三沢市（1958年）の、いわゆる「平成の大合併」以前に成立していた8市を指す。

(39) 後藤雄二「昭和初期における青森県の都市」『弘前大学教育学部紀要』84号、2000年。

(40) 前掲高岡「医療問題の社会的成立」。

(41) 青木郁夫「都市-農村共生型医療利用組合運動とその時代」『阪南論集社会科学編』31巻1号、1995年6月。

(42) 前掲高岡「医療問題の社会的成立」、前掲猪飼『病院の世紀の理論』。

(43) このような当該期において求められた医療の内実に関しては、中村一成が医療を求める人々の側からの考察を行っており、「農村における『医療』を求める要求とは、より厳密には高度医療を多様な『治病』行動の選択肢の一つに加えようとする要求であった、と言い換えることができる」としている（中村一成「戦前・戦時の都市

青病院の経営安定が総合病院化により達成されたという事実からも推察される。すなわち総じて言う「都市化」の進展に伴う生活意識の変化が、人々が高度医療を求める基盤となったということである。

それでは、こうした状況において広区域単営組合が目指すべき医療供給体制とはいかなるものであったのだろうか。『日本農民医療運動史』では広区域単営組合の特長として「一郡、また二、三郡にわたる地勢上交通上一つのブロックをなす地区を中心に、近代医学の粋をもつ完全な総合病院を設置し、そこに多数の優秀な人的構成を整備し、これを枢軸としてそこから区域内の僻地に、分院・診療所・出張診療所などを配置し、またこれらの施設を置くことのできないところには巡回診療班を派遣」し、「医師は自分の診療で治療できるもの以外で、専門的診療を要するものや、重症な患者はこれを中枢病院に送り、中枢病院では整備された人的物的構成によって総合的に処置し、そこで治療する者は収容して治療をつづけ、ある者は正確な治療方法を示して、送られてきた元の診療所に送り返して治療を続行」させるなど、周辺部の分院・診療所と「中心である総合病院との有機的な一体的関連」にあったとする⁽⁴⁴⁾。また医療組合運動の主導者である黒川泰一は、東青病院設立の意義について「医療組合運動の発展形態、すなわち総合病院を中心とするブランチとしての農村診療所網を配置するというやり方以外に、無医村対策は成功しえないという原則が、国の医療行政の方針にも戦時中以後採用されて今日にいたっている」⁽⁴⁵⁾と評価しており、すなわち広区域単営組合の嚆矢である東青病院が確立した方法とは、本院＝高度医療供給機関と分院・診療所＝初期医療機関とをネットワーク化することにより、「広域的医療圏」を創出したことであった。当該期の地域社会における広域的医療圏の創出とは、高度医療の供給を実現する方法と目されたわけである。

こうした黒川の評価からもわかる様に、広域的医療圏の確立が求められた背景には当該期における「無医村」状況が密接に関連している。高岡裕之は「無医村問題の基本は、医師が村に定着しないことである」とし、その原因を医師の高学歴化にともなう農村忌避にあったとしているが⁽⁴⁶⁾、すなわちここで問題とされるのは、都市＝本院と農村＝分院・診療所の有機的連関によって、農村を忌避する高学歴医師を都市から切断する事なしに、「無医村」状況にある農村を含めた地域社会全体に、なおかつ当該期に求められた高度医療が供給可能な体制をいかに構築するかということであった。

高度医療が人々に求められた背景には、「都市化」の進展にともなう人々の生活意識の変化があったことは既に指摘した。高岡裕之⁽⁴⁷⁾はこうした人々の生活意識の変化（「上向きのベクトルをもって均質化の度を強めつつあった」民衆の価値意識）を前提に、1930年代における農村における医療組合の展開を展望する。しかし都市での生活意識の変化がストレートに農村の生活意識の変化へと拡大するとは限らない。すなわち「無医村」問題への対応として農村において医療組合が展

民衆と医療―東京市の事例から」『民衆史研究』75号、2008年5月）。

(44) 前掲『日本農民医療運動史』184―185頁。

(45) 前掲『組合病院史』18頁（黒川泰一「農村医療史上に占める青森厚生連の輝ける地位」）。

(46) 前掲高岡「医療問題の社会的成立」。

(47) 前掲高岡「医療問題の社会的成立」。

開される背景として、都市において生じた生活意識の変化が、農村においてはいかにして生じ、そしてそのことが医療組合の展開にとっていかなる条件を準備したのかが問われなければならない。

まず当該期の農村社会においては、生活意識の面で大きな変化が認められる。板垣邦子は、当該期の農村社会において「都市並み」の生活に対する欲求が増大し、そのことが産業組合中央会発行の『家の光』誌上をして「農村的（自給自足的・共同主義的）モダニズムを構想し、『生活改善』の方法を提供」させたことを指摘している⁽⁴⁸⁾。そしてこうした当該期農村社会における生活意識の変化は、大門正克が指摘するように、「農村における社会変動と社会運動の底流に位置し、農村社会を変化させる主因」のひとつとなったものであった⁽⁴⁹⁾。すなわち第一次大戦後に生じた社会変容の過程においては、都市のみならず農村においても人々の生活意識の変化（生活の「価値化」）が進行し、そのことは当該期において農村恐慌対策として行われた経済更生運動と相まって、農村社会の再編・組織化を引き起こしたものであったと言える。

当該期農村社会の再編・組織化は、経済更生運動の展開とともに、大正デモクラシー期以来の農民運動などに表れる小作農民の台頭および地主的土地所有の後退との平行な進行によってもたらされた。このことは同時に、従来の政治的農村支配形態である名望家秩序の解体をもたらす。しかしながらこうした事態は地域性によって異なる展開がなされるものであり、庄司俊作は「東北農村の状況は、普選という政治的な民主化を促す制度的な契機があったにもかかわらず、温情的地主支配と名望家秩序の強固な残存がそれ（地主的土地所有の後退—引用者）を阻」んでいたと指摘している⁽⁵⁰⁾。それでは、生活の「価値化」が進む一方、明治農村以来の名望家秩序の残存が認められる東北農村の典型である青森県農村社会において、医療組合が展開し得る条件とはいかなるものであったのだろうか。

このことを考える際、青森県における医療組合の性質の2点目、すなわち医療組合の設立を推進した主体がどこに求められるのかという点が重要となる。表4に青森県内8医療組合の組合長経験者の経歴を掲げるが、いずれも地域社会における「名望家」が組合設立の中心を担っていたことがわかる⁽⁵¹⁾。この点はすなわち、青森県の医療組合を考える際、当該期青森県農村における名望家秩序の有様を考える必要がある事を示唆する。

青森県の医療組合が名望家秩序のもとで、なおかつ広区域単営組合という形態で展開されたことを考える際、山中永之佑による「新地方『名望』家」論が参考となる⁽⁵²⁾。山中は、松方デフレ期における大土地所有・寄生地主的土地所有の急速な進展と農民層分解により、地域支配層が従来の

(48) 板垣邦子『昭和戦前・戦中期の農村生活』三嶺書房、1992年、288頁。

(49) 大門正克『近代日本と農村社会—農村世界の変容と国家』日本経済評論社、1994年、360頁。なお、そうした農村社会の変容過程において医療・保健問題が人々にとって重大な関心事となり、当該期農村社会における対抗の争点となることが鬼嶋淳によって指摘されている（鬼嶋淳「戦時期の保健医療問題と地域社会—埼玉県入間郡富岡村を中心に」『史観』152冊、2005年3月）。

(50) 庄司俊作『近代日本農村社会の展開—国家と農村』ミネルヴァ書房、1991年、583頁。

(51) ただし東青病院設立者の岡本に関しては、名望家といえる程の地位にはおらず、従って例外的存在であった。このことは前述のように設立時の特殊事情が関係するものであろうが、稲垣村から青森市へ至る過程の岡本の経歴が不明のため、その詳細な理由をここで述べることはできない。

(52) 山中永之佑『近代日本の地方制度と名望家』弘文堂、1990年。

表 4 青森県医療組合長

組合名	組合長	経 歴		
		1933年	1937年	1940年
東青病院 (青森市)	岡本正志	65歳 東青病院組合長 (青森市)		
	山本寛一	52歳 農業 元県議 郡議 現村長・処女会長 (東津軽郡高田村)	56歳 農業 村議 元県議 元郡議 元村長 方面委員 (東津軽郡高田村)	58歳 元県議 会社重役 東青病院組合長理事 (東津軽郡高田村)
津軽病院 (弘前市)	藤田重太郎	55歳 農業 元村長 現県議 民政党青森県支部幹事長 (中津軽郡高杉村)	55歳 農業 県議 (中津軽郡高杉村)	62歳 農業 県会議長 民政党中弘分所長 県信連監事 津軽病院組合長 (中津軽郡高杉村)
西北病院 (北津軽郡五所川原町)	平山為之助	60歳 農業 元代議士 陸奥鉄道会社社長 五所川原銀行頭取 陸奥銀行監査役 等 (北津軽郡栄村)	64歳 元代議士 元郡議 陸奥銀行・青森貯蓄銀行取締役 津軽鉄道・松木屋・津軽酒造会社各社長 (北津軽郡栄村)	67歳 元代議士 元郡議 会社重役 政友会 (中島派) 県支顧問 (北津軽郡栄村)
	佐々木哲造	48歳 県議 町長 津軽商事株式会社社長 (北津軽郡五所川原町)	52歳 公吏 町長 元県議 水利組合長 (北津軽郡五所川原町)	55歳 町長 西北病院会会長理事 五栄取締役 町農会長 水利組合長 町内会連合会会長 民政党県支部総務 元県議 (北津軽郡五所川原町)
三八城病院 (八戸市)	稲城豊徳	56歳 正五勲四予備歩兵中佐 八戸信用組合理事 八戸在郷軍人連合分会長 (八戸市)	60歳 正五勲四 八戸信用組合長 退役陸軍歩兵中佐 (八戸市)	63歳 正五勲四 陸軍中佐 三八城病院組合長 八戸信組理事 願榮寺総代 (八戸市)
	近藤喜衛	63歳 農業 前八戸市長 元県議及県会議長 政友県支部相談役 (八戸市)	67歳 三八政友会分所長 元市長 元県会議長 元部会議長 (八戸市)	70歳 農業 元県会議長 元八戸市長 郷土史研究家 奥南新報取締役 政友会三八分所長 三八城病院理事 (八戸市)
柏葉病院 (上北郡七戸町)	小原平右衛門	41歳 金貨業 県議 七戸産馬畜産組合長 七戸養蚕組合長 所得税多納 (上北郡七戸町)	45歳 地主 元県議 民政上北分所長 前町議 信販購組合長 柏葉病院組合長 七戸産馬組合長 多額納税者 (上北郡七戸町)	47歳 慶大卒 元県議 町長 上北郡町村長会長 警防団長 銀行会社重役 所得税 (1,509円) 戸数割 (1,411円) 多額納税者 (上北郡七戸町)
北奥病院 (上北郡野辺地町)	杉山久之丞	55歳 県議 政友会幹部 郡水産会会長 消防組頭 町議 味噌製造業 (上北郡野辺地町)	59歳 政友会幹部 元県会副議長 (上北郡野辺地町)	62歳 赤十字特別社員 元消防組頭 北奥病院理事 戸数割 (246円) 多納者 (上北郡野辺地町)
	伊藤福平	54歳 民政党幹部 県議 町議 郡農会長 味噌醸造業 (上北郡野辺地町)	58歳 勲七 味噌醸造 前県議 町議四期 産馬組合長 (上北郡野辺地町)	61歳 勲六 味噌醸造業 元県議 民政党県支部総務 町議 北奥病院組合長 郷軍分会長 所得税 (2,219円) 戸数割 (2,475円) 多納者 (上北郡野辺地町)
北通病院 (下北郡大奥村)	廣谷廣三	48歳 商業 村議 大間部落林設立組合長 大間商業組合長 (下北郡大奥村)	52歳 商業 前村議 大間部落林設立組合長 (下北郡大奥村)	
	若菜伊重		55歳 商業 保証責任北通病院組合長 (下北郡大奥村)	
上北病院 (上北郡三本木町)	小笠原八十美	46歳 町議三期 県議 三本木畜産組合長 消防組頭 十和田信用組合長	50歳 畜産業 畜馬畜産組合長 代議士 前県議 青森県販購連会長 (上北郡三本木町)	53歳 畜産業兼旅館経営 衆議院議員 政友会 (中島派) 県支部長 町議 県購連理事 所得税調査委員 家畜保健組合長 産馬産牛両畜産組合長 上北病院組合理事 所得税 (317円) 戸数割 (385円) 多額納税者 (上北郡三本木町)

出典：『青森県人名録昭和八年版』東奥日報社，1933年，『青森県人名録昭和十二年版』東奥日報社，1937年，『大政翼賛青森県大人名』東奥日報社，1941年より執筆者作成。

小農民や一般農民の支持と信頼を得ていた地方名望家（自由民権運動の指導層＝豪農（豪商）層）から、小農民や一般農民と基本的に対立関係に入る「地方『名望』家」へと転化するとしている。それを前提に1890（明治23）年の郡制施行により、郡長による官僚的統治と地主（新地方「名望」家）層を結合する地方支配方式が形成されるとする。すなわちこのことは、大地主制の成立及びそれを制度的に保証する郡制の成立により、大地主（新地方「名望」家）による支配（秩序）の広域化がなされたことを意味する。

さらに日清・日露戦争以後、国家による軍拡・近代化路線の進展にともない、名望家による支配（秩序）は末端の伝統的民衆世界へと浸透していく。筒井正夫はこの時期において「地域支配者層は、議会・政党を通じた地域利益の獲得・分配と、国家諸機関・諸団体による国民の諸側面にわたる組織化を通じて、『地域公共の利益』『国民の福利』に貢献する姿を示し、もって自らの名望を再生産し、支配の正当性を中下層民に示していった」とし、中下層民に対する合意による支配である「名望家支配」が形成されるとする⁽⁵³⁾。すなわち、こうした名望家支配（秩序）では支配の合意形成が「地域公共の利益」「国民の福利」といった公共的性格を帯びつつ行われている。本稿ではこうした名望家秩序のもとでの公共性のあり方を「名望家的公共性」と呼ぶ。すなわち日清・日露戦後以後の名望家秩序は、広域的かつ「名望家的公共性」による社会的合意のもとで成立していたものと言える。

しかしこうした名望家秩序は、1923（大正12）年の郡制廃止および1926（大正15）年の郡役所廃止により変容を遂げる。その画期となったのが経済更生運動であった。大門は、前述のような経済更生運動の展開による農村社会の再編・組織化の結果、地域社会において「行政村レベルの公共性」すなわち「近代的公共性」が再編・定着していくと論じる⁽⁵⁴⁾。すなわち経済更生運動の展開過程とは、小作農民の台頭と地主的土地所有の後退によってもたらされる社会的平準化と「近代的公共性」の再編・定着による、農村社会における「大衆社会」への転形状況を示すものであると言えよう。

しかしながら東北農村における経済更生運動の展開は低調であったことは、従来の研究でも指摘されている⁽⁵⁵⁾。実際、青森県における経済更生運動の展開についても「実質は低利資金や各種補助金を獲得し得るものと、肥料商、米穀商、りんご商の支配を脱し得るものゝみにしか恩恵が与えられず終わった」⁽⁵⁶⁾と、経済更生運動が低調なものであったことが指摘されている。すなわち当該期青森県農村社会においては、経済更生運動の低調さにより「行政村レベルの公共性」の再編・定着が進まず、その結果、当該期の「大衆社会」への転形局面は、残存する名望家秩序のもとでの公

(53) 筒井正夫「農村の変貌と名望家」坂野潤治ほか編『シリーズ日本近現代史2－資本主義と「自由主義」』岩波書店、1993年、249頁。

(54) 前掲大門『近代日本と農村社会』37－38、365頁。大門は日清・日露戦後期に以来、部落が持っていた自治的共同関係の一部を行政村が吸収・再編し、近代国家を支える末端行政にふさわしい「近代的公共性」の創出をめざされたとする。さらに第一次大戦後の農村社会において、行政村を規定していた階層と「いえ」が変容し、行政村レベルの「近代的公共性」が新しい担い手をふくめて再編・定着したとしている。

(55) 森武麿『戦時日本農村社会の研究』東京大学出版会、1999年、194頁など。

(56) 『青森県農地改革史』農地委員会青森県協議会、1952年、230頁。

共性、すなわち「名望家的公共性」の再編によってなされたものであったと理解することができよう。このことは、前述の通り「旧8市」への人口集中という形で進行した青森県の「都市化」の過程とパラレルに進行したことを考えると、当該期の（広域的）名望家秩序の再編は、「近代的公共性」の未成熟のままに、「名望家的公共性」の再編を通じた都市-農村を一体的に包摂する広域的「地域社会」の形成をもたらした。したがって青森県における高度医療の供給が「広域的医療圏」の創出によって行われた背景には、このような広域的「地域社会」形成の過程が密接に関連していると言えよう。

おわりに

以上、本稿では青森県における医療組合、特に広区域単営組合の嚆矢である東青病院の設立・展開過程を中心に検討することにより、広区域単営組合の存立形態についての分析を行ってきた。

青森県において都市化の進展とともにあらわれる高度医療への欲求への対応として出現した広区域単営組合であったが、同時に高度医療供給の方法として創出された「広域的医療圏」の実現は、名望家秩序の再編過程によって形成される都市-農村一体の広域的「地域社会」の形成によってもたらされたものであった。すなわち、こうした広域的「地域社会」の形成は、青森県における「大衆社会」への移行の形態を示すものであるが、同時にこうしたことが名望家秩序の「解体」ではなく「再編」によってもたらされているということ自体、矛盾をはらまずにはいられないものであった。すなわち、ここに示される「地域社会」の形成と、そのもとでの医療供給体制である広区域単営組合という形態は、当該期における「都市」（高度医療への欲求）と「農村」（名望家秩序の残存）との矛盾のもとに現れた、「大衆社会」への移行局面における妥協的産物として位置付けられると言えよう。

こうしたことは、医療組合の進展にともない、広区域単営組合に代わって連合会組織が主流となっていく過程に新たな示唆を与えることになる。『日本農民医療運動史』においては広区域単営組合の持つ限界性について、「医療機関（組合）対大衆（組合員）の直接的つながりをもち、組合員に対する医療が比較的密接となり、病院への親しめる特長はもったけれども、村の組合と組合員とのような観念（隣保相扶の意識—引用者）が発生しなかったのが多かった」⁽⁵⁷⁾と、広区域単営組合が人びとの高度医療への欲求を満たすことになった反面、隣保相扶に基づく協同組合の精神から乖離した存在であったと位置付けられる。こうしたことから発展段階論においては、広区域単営組合という「団体発展の根本原則を無視した便宜主義的組織であって、いわゆる相互組織の実質が備わらなかった」形態から、「組合員の間に相互組織と伝統的な血縁関係とによって結合した隣保扶助の社会意識」の存在する町村産業組合を基盤にすることで、「組合を通じて合理的に聯合施設と結びつき、隣保共助の精神的訓練とその効果に資す」ことができる連合会組織への発展の道筋として、広区域単営組合から連合会組織への移行を跡付けている⁽⁵⁸⁾。

(57) 前掲『日本農民医療運動史』225－226頁。

(58) 前掲『日本農民医療運動史』220－226頁。

しかし問題は、なぜ広区域単営組合から連合会組織へと移行せねばならなかったのかという点である。このことは行論で明らかにした通り、広区域単営組合が「大衆社会」への妥協的移行形態であったことと関連している。すなわち日本における「大衆社会」への移行の条件として「近代的公共性」の再編・定着があったとするならば、医療組合の展開もまた、「近代的公共性」を基軸としたものとして構想されねばならない。そして町村産業組合を基礎とする連合会組織こそが、それを実現する方策であったとすることができる。すなわち広区域単営組合の先進地域である青森県が、連合会組織への移行において低調⁽⁵⁹⁾さを示す理由は、名望家秩序の残存・再編による「名望家的公共性」の強固さと、それに対する「近代的公共性」の脆弱さとに起因する、まさに広区域単営組合が先進的に行われたが故であると言えるであろう。その意味で、青森県における「名望家的公共性」のもとでの広区域単営組合とは、日本社会の「大衆社会」への転形期に出現した、些か早すぎる試みであったとすることができるのではなかろうか⁽⁶⁰⁾。

（かわうち・あつし 関西学院大学大学院研究員）

(59) 青森県内の医療組合で連合会へと改組したのは西北病院（1939年2月）が唯一である。これは国民健康保険法実施（1938年）にともなう「代行組合」設置のための措置であるが（青木郁夫「医療利用組合と国民健康保険・再考—国民健康保険代行業を巡って（下）」『日本医療経済学会会報』29巻2号，2010年6月），1945年3月末現在で青森県内の代行組合数は僅かに1組合と、低調に終わっている（前掲『日本農民医療運動史』336頁）。

(60) なお今後の展望として、青森県における「広域的医療圏」のその後に関して付け加える。1970（昭和45）年に厚生省病院管理研究所長の吉田幸雄より「青森県市町村立病院再編計画試案」が発表される（『青森県下市立病院二十五年史』青森県下市立病院二十五年史編纂委員会，1982年）。この吉田試案は、当時の青森県における勤務医不足に対応する公立病院再編計画であり、県内を6グループに分割し、各グループ内の自治体病院を基幹病院-地区病院-分院（診療所）へと組織化するというものであった。これは1985（昭和60）年の医療法第一次改正の際に都道府県に義務付けられた医療計画＝「医療圏」の設定を先取りするものであったと言えるが、ここで「基幹病院」とされる自治体病院は、医療組合が低調であった下北地区のむつ総合病院以外、全て広区域単営組合として設立されたものであった。すなわちこのことは、広区域単営組合が整備した「広域的医療圏」を、県-市町村の関係で再び実現しようとするものであったと言える。このことから青森県における医療組合の展開過程により生み出された「広域的医療圏」は、その後の地域社会における医療供給体制の根幹として位置付けられるものであったと言えるが、同時にそれは「近代的公共性」の十全な成長の下ではじめて機能するものであったと考えられる。こうした点のさらなる検討については、今後の課題としたい。