

戦後「岩手の医療」における「医療と保険の一体化」

中村 一成

1. 課題と対象

本稿の課題は、戦後日本の医療システムを再検討する手掛かりとして、「岩手の医療」の展開過程を検討することである。

戦後医療の取り組みの中で、「岩手の医療」は全国的にも注目され参照される存在であった。今日において多少なりとも医療問題に関心のある人々にとっては、このことは意外に思われるかもしれない。というのも、2000年代に入って広く社会問題として認知されるようになった「地域医療の崩壊」現象のなかで、岩手県内各地の事例がとりわけ数多く紹介されるようになってきているからである。岩手県内の「医療崩壊」現象は、2011年3月11日に起こった東日本大震災の甚大な被害に遭った後の、三陸沿岸地域の医療環境の実情が改めて示すことになった。

もっとも、岩手県地域が医療の困難に直面してきたのは近年に始まったことではなく、近代以来ほぼ一貫した傾向であった。そうしたなか、1930年代から1950年代にかけて岩手の人々が医療を獲得するために取り組んだ方法、それが「岩手の医療」だったのである。そして戦後「岩手の医療」を推し進めるうえで、戦前・戦時における経験は決定的な意味を持った。本稿では、戦前・戦時の岩手の医療運動を踏まえ、戦後の「岩手の医療」の展開と、その意義と限界を明らかにしていく。

この際、同様の問題関心を持った先行研究として高岡裕之による論文がある¹。同論文では

文献資料をもとに大きな枠組みが描かれる一方で、実証研究の余地が大きく残されている。本稿では可能な限り実証的に「岩手の医療」を検討していきたい。

ところで「岩手の医療」という言葉が用いられる場合、それが指し示していた内容は必ずしも一様ではない。そこでは、全国でいち早く全県普及を達成した国民健康保険の設立運動であるとか、県立病院の広範なネットワーク、あるいは沢内村（現和賀町）における老人医療無料化の取り組みなど、様々な特徴がそれぞれ断片的に注目を集めてきたように思われる。とはいえ、「岩手の医療」は歴史的に形成されてきた固有の医療文化であった、ということができる。それは岩手県という、医療経営にとって条件が厳しい地区を多く抱える広大な地域で、人々が医療を獲得しようとする努力を集積させて形成されてきたものであった²。

それでは、そうした「岩手の医療」はどのように形成されてきたのであろうか。そのキーワードは、「医療と保険の一体化」あるいは「医療と保健の一体化」である。「医療と保険の一体化」とは、医療保険があっても十分な医療供給すなわち病院や診療所が存在せず、事実上受診が叶わないという地域において、医療費支払い機構である保険者自身が医療施設を運営して医療供給を確保することを意味している。また「医療と保健の一体化」とは、疾病の発病に対して事後的に対応せざるを得ない医療の限界を踏まえ、そもそも疾病を発病しなくて済むように事前予防的な保健活動を重視し、(医療と

保険が一体化した) 保険者と被保険者の有機的結合がその活動主体となることを意味している。この場合医療従事者は、事後的な治療によって収益を上げることがを目的に活動するのではなく、保険者による雇用のもと、治療だけではなく保健活動に従事することによって、被保険者たる地域住民の発病を防止することを主たる目的として活動することになる。このようにして「儲けなくてもよい医療」を実現することが、「医療と保険の一体化」「医療と保健の一体化」を目指した「岩手の医療」の理念であった。

もちろんこうしたことは抽象的な理念類型であり、歴史具体的な存在形態としては、戦前は産業組合組織による医療利用組合、戦後は市町村による国民健康保険事業を県レベルで統括した国民健康保険団体連合会(国保連)が、こう

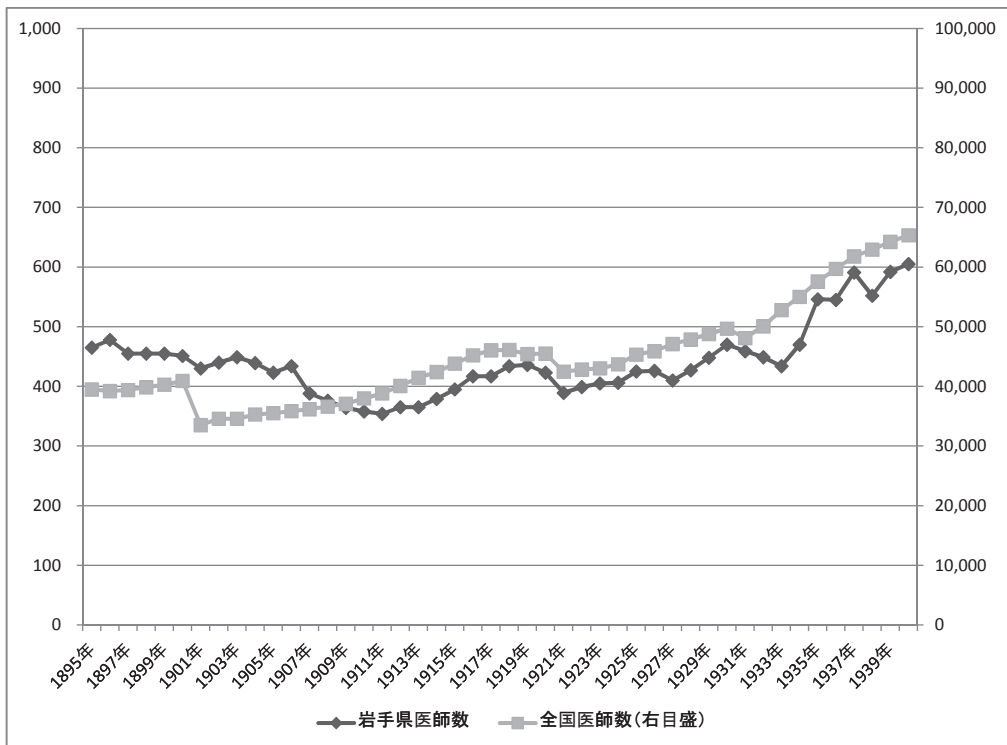
した理念の実現を目指して活発な活動を行った。本稿では、そうした活動の展開過程およびその歴史的意義と限界について明らかにしていきたい。

2. 近代岩手県の医療環境

さて、これまで「医療」という言葉を特に説明なく使用してきたが、本稿ではさしあたりこれを、近代西洋医学を修めた医師を中心とし、診療所や病院の機能を通じて疾病・障害の治療に当たる医療システム、と位置付ける³。こうした意味での医療の普及状況を最も端的に示す指標は、医師数の変化である。

【図表1】は1895年以降の全国および岩手県地域における医師数の推移である。ここからは、

【図表1】 医師数(岩手県、全国)



(出典)『衛生局年報』(内務省衛生局)および『岩手県統計書』(岩手県)各年次より作成。

(注)「全国医師数」については、1901・1919・1931各年において医師名簿整理が行われたほか、1922年において神奈川県が含まれない。

明治期後半において岩手県では早くも医師が減少していることがわかる。そして大正初期を底として、その後は緩やかな増加傾向を示すものの、1930年代初めまで500人を超えることがなかった。1934年以降になってようやく医師数は増加のペースを上げることになるが、全国では1901年以降医師数はほぼ一貫して増加していたから、これは特異な現象と見なければならぬ。

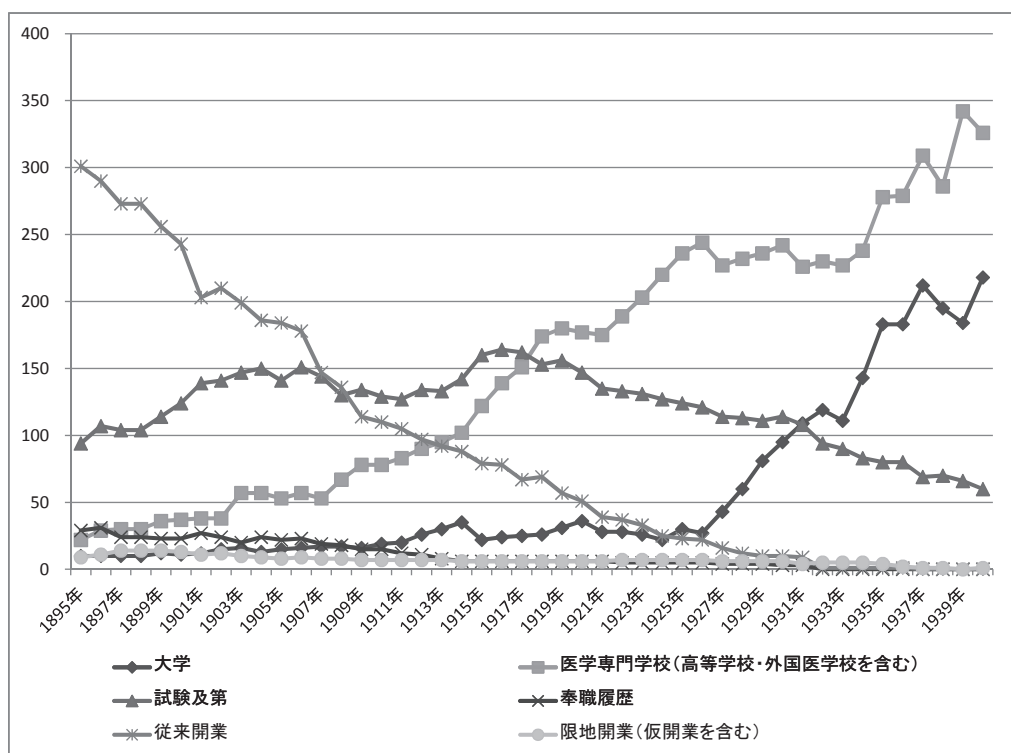
医師数の変化を、その養成経路別に分析することの重要性を示したのは猪飼周平であった⁴。猪飼に倣って岩手県の医師数を資格取得別に整理したのが【図表2】である。

これによると、明治後半期の岩手県における医師数の減少をもたらしているのは、「従来開業医」の急速な減少であることがわかる。従来開業医とは、明治期に近代医学に基づいた医療

制度を医制として定めた明治政府によって、その時点で既に医師として活動していたことを要件として、一代限りの医業免許を与えられた医師たちである。彼らが年を追うごとに徐々に医業から引退していったことが、従来開業医の減少として表れているのである。このことは、近世以来の漢方・蘭方に依拠する医師たちが退場し、その位置が近代西洋医学を修めた新たな医師たちによって置き換えられていく状況を示している。

問題は、従来開業医に取って代わるべき新たな医師たちの登場が岩手県では停滞していた、ということであった。全国で従来開業医の減少を補ったのは、まずは「試験及第医」であった。彼らは新たに医師資格要件となった医術開業試験に合格することで医業免許を獲得した医師たちであるが、岩手県ではこの医師たちの数が長

【図表2】 資格別医師数（岩手県）



〈出典〉『岩手県統計書』（岩手県）各年次より作成。

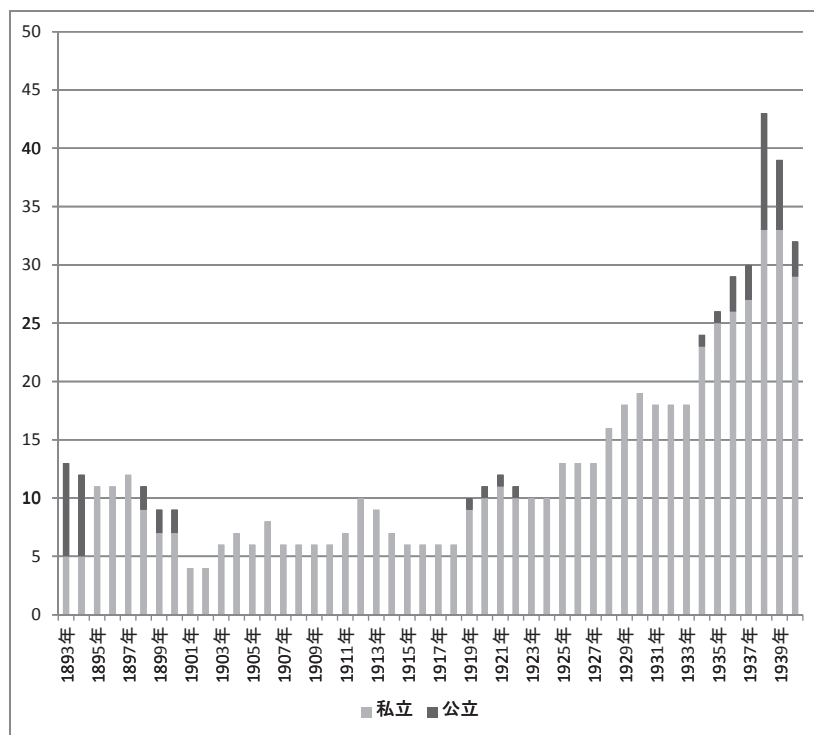
らく 120～150 人程度で推移し、従来開業医の減少を十分に補うことができなかったのである。

また医術開業試験は 1916 年に打ち切れ、それ以降医師の資格取得経路は医師養成学校（医学専門学校、大学医学部）に限られることになった。このうち、当初多くの医師を養成したのは医学専門学校（医専）である。岩手県でも第一次大戦終結直後の一時期を除けば、医専卒医師は 1910 年代から 1920 年半ばまでほぼ一貫して増加傾向にあった。しかし大卒医師は 1920 年代まで 30 人前後で横ばいに推移した。この時期まで、新たに大学を出た医師は岩手県にはほとんど見向きもしなかったのである。試験及第医や大卒医師の参入が停滞したことや、医専卒医師の増加ペースが遅れ気味だったことは、岩手県における近代医療の普及が全国よりも遅れていたことを示している。

ところが 1927 年以降、岩手県の大卒医師は急速に増加するようになった。大卒医師は昭和恐慌期に若干減少するものの、1930 年代半ばにはさらに増加のスピードを速めることになった。そして 1920 年代半ば以降横ばい傾向にあった医専卒医師数も、1930 年代半ばに再び増加傾向に転じることになる。このことは、1930 年代半ばが岩手県における医師普及の一つの転機になっていたことを示している。その転機とは、産業組合による医療利用組合の病院が急速に岩手県に広まったことであった。そして戦後「岩手の医療」の原型が作られたのは、この 1930 年代のことだったのである。

それは病院の普及状況に象徴的に表れている。**【図表 3】**によると、明治期半ばから後半にかけて 10 を割り込んだ岩手県の病院数は、第一次大戦期から増加傾向に転じ、1930 年代には

【図表 3】 岩手県病院数推移



〈出典〉『岩手県統計書』（岩手県）各年次より作成。

25を超えるようになる。この急速な病院数の増加は、大きな視点で見ると猪飼周平の言う「病院の世紀」（医療実践の場が病院を中心とするようになる時代）としての20世紀の動向に沿ったものであると言えるかもしれない。ただし注目しなければならないのは、そうした岩手県における「医療の病院化」を可能にした主体と構造であろう。なぜなら、岩手県における「医療の病院化」は、全国の動向よりも遅れたものだったからである。「医療の病院化」はなぜ岩手県では遅れたのか、あるいはそのような遅れが生じる要因があったにもかかわらず、岩手県でも「医療の病院化」が1930年代に入って進展するのはなぜか、ということが問われなければならない。

近代医療を修めた医師や病院の普及が岩手県で遅れた要因としては、医業経営が困難な地域が多いという事情に加え、都市の医専・大学で医学を修めた医師たちが、農山村地域を忌避して都市部での就業を選好したことが指摘されてきた⁵。加えて、医療実践の中心的な場が病院に移行しつつあった20世紀初頭の時期において、医師がより多く就業する病院が都市部に多く立地したことに注目する猪飼周平の議論⁶は、広大な農山村地域を抱える岩手県において医師・病院数の相対的な停滞をもたらす背景の説明として説得的である。

それを踏まえるならば、1930年代の岩手県において病院が急増したのはなぜか、という問いはなおのこと重要である。それは、そこにこそ農山村地域が医療普及の制約を突破する仕組みが表されているからである。

3. 戦前・戦時の岩手県における病院の急増

(1) 医療利用組合による病院医療供給

こうした医療環境の厳しい岩手県の農山漁村において、1930年代に生まれてくる医療供給を担おうとする新たな取り組みが、産業組合による医療利用組合⁷であった。

産業組合とは、「信用（金融）」「購買（共同購入）」「販売（共同販売）」「利用（生産・生活施設の共同利用）」の四種事業を行う協同組合である。1900年の産業組合法公布によって信用事業を中心に各地で設立されていたが、1930年代になって農山漁村経済更生運動の中で全国的な普及と拡充が急速に進んだ。そして医療利用組合とは、産業組合の四種事業のうち利用事業として医療施設を設立し、組合員の共同利用に供する事業およびその組織のことを意味している。

医療利用組合による医療供給が初めて試みられたのは、1919年の島根県鹿足郡青原村産業組合でのことであった⁸が、それ以降西日本および中部日本で断続的に発足した医療利用組合の医療施設は、そのすべてが小規模な診療所に過ぎないものであった。しかし、1929年に青森市で購買利用組合東青病院⁹が発足して、東北地方にも医療利用組合運動が押し寄せることとなり、それとともに産業組合組織が診療所にとどまらず病院をも設立する事例が相次ぐことになる。

岩手県における医療利用組合の嚆矢は、気仙郡矢作村産業組合の矢作診療所（1930年開設）、および東磐井郡奥玉村産業組合の奥玉診療所（1931年開設）である。これらは医療利用組合の初期形態とされるものであり、先述の四種事業を行う町村単位の産業組合の一事業として医療利用事業を行うものである。

矢作信用購買販売利用組合は1927年8月に製糸事業と木炭を中心に事業を開始した組合であった。事業が順調なことから村内に医療施設がないことから、隣接する高田町の開業医と同組合が診療契約を結び、1930年4月より毎週1回出張診療を実施することとした。設備は組合事務所の一部を診療室としており、産婆および看護婦1名が常駐するものの、「所謂簡易診療所であった」¹⁰。当初3ヶ年のうち2年は医療事業

において赤字を出しているが、「所謂四種事業兼営の妙味」すなわち医療事業以外の組合事業の黒字でこれを相殺し、「毎年相当の剰余金を見つあった」とされている¹¹。

奥玉信用購買販売利用組合は1922年3月に設立された。奥玉村には開業医がいたが、その死後は無医村となっていたため、同組合が1931年2月に医療事業を開設したものである。ここでは矢作村の場合と異なり、独立の医療設備を

【図表4】奥玉奥玉診療所および東磐井郡医師会診療費比較（1936年度、単位円）

	奥玉診療所	東磐井郡医師会
1. 診察料		
自宅診察料	0.50	0.50～2.00
往診料	2.00	2.00～5.00
体格検査料	1.00	1.00
肢体検査料	1.00	2.00～5.00
2. 薬価		
水散丸錠剤（1日）	0.18	0.20
頓服薬（1回）	0.15	0.15
含嗽薬（1剤）	0.18	0.20
膏薬（1剤）	0.18	0.20
罨法薬（1剤）	0.18	0.20
吸入薬（1剤）	0.18	0.20
洗浄薬（1剤）	0.18	0.20
尿道注入薬（1剤）	0.18	0.20
塗布薬（1剤）	0.18	0.20
座薬（1個）	0.09	0.10
点耳薬（1剤）	0.18	0.20
点眼薬（1剤）	0.18	
巴布（1剤）	0.18	0.20
3. 手術料及手入料		
注射料（1回）	0.50～1.00	0.50～1.00
膣及子宮洗浄（1回）	0.30～0.50	0.30～0.50
膀胱洗浄（1回）	0.30～0.50	0.30～0.50
尿道洗浄（1回）	0.30～0.50	0.30～0.50
耳鼻咽喉に関する手入料（1回）	0.20～0.50	0.20～0.50
洗眼料（1回）	0.15～0.30	0.15～0.30
灌腸料（1回）	0.50	0.50
外科手入料（1回）	0.20～2.00	0.20～2.00
手術料（1回）	0.50～	0.50～
4. 書類作成料		
普通診断書料（1通）	0.50	0.50～2.00
死亡診断書料及死体検案書料（1通）	1.00	0.50～1.00

〈出典〉「事業報告書」（保証責任奥玉信用購買販売利用組合、1937年5月18日、岩手県庁所蔵）より作成。

（注）奥玉診療所の規程に項目があるもののみ。同診療所の規程では「外は医師会料金規程に拠る」とされている。

持って医師1名¹²を常置する診療所として事業が行われた。しかし医療事業収支をめぐる状況は矢作村の場合と同様であり、当初3ヶ年は毎年損失を出している。しかしそれはやはり他の組合事業の利益により相殺され、「四種兼営組合が持つ総合的作用に依って尋常の計画に於ては成り立たない医療施設を為し得る産業組合の社会的重要性を如実に物語るもの」¹³と評価されている。

さらに奥玉診療所で特徴的なことは、地域の医師会である東磐井郡医師会の協定料金よりも低廉な医療を供給していたことである。【図表4】によると、手術など処置を伴う診療行為については医師会とほぼ違いがないが、薬価については医師会料金よりも若干低めに診療費を設定していることが分かる。これは初期医療利用組合運動と重なるようにして取り組まれていた「実費診療」という理念が反映しているものと思われる¹⁴。奥玉診療所の医療事業収支赤字は、このことも踏まえて評価しなければならない。

このように、矢作・奥玉両診療所は産業組合の諸事業の一環として医療事業を行い、収支を組合事業全体で総合することによって低廉な医療を地域に供給することを可能にしていた。しかし、矢作診療所は産業組合の製糸所の一室において、気仙郡高田町の開業医による週1回の

出張診療が行われていたに過ぎないし、奥玉診療所は常設の診療所であったものの、【図表5】によるとその診療内容は投薬が中心であり、入院治療を特徴とする病院医療とは異なる診療所レベルの医療にとどまっていた。

しかし、矢作・奥玉両診療所の開設後、医療利用組合の仕組みによって病院医療を供給しようとする試みが、岩手県内で続々と起こってくる。まずは1933年に盛岡市で購買利用組合盛岡病院が開設され、岩手県の医療利用組合の組織的経営の中核を形成する。その後1934年から1936年にかけて、磐井（西磐井郡一関町）、気仙（気仙郡盛町）、東山（東磐井郡千厩町）、釜石共済（上閉伊郡釜石町）、胆沢（胆沢郡水沢町）、江刺（江刺郡岩谷堂町）、九戸（九戸郡久慈町）、宮古共済（下閉伊郡宮古町）、気仙郡南（気仙郡気仙町）の各病院が、広区域医療利用組合の組織を基盤に開設された。

広区域医療利用組合というのは、病院開設地の市や町の境界を越え、周辺町村（概ね郡の範囲）の住民をも組合員の対象として出資を募り、医療施設を開設し運営していく産業組合である¹⁵。しかしながら、広区域医療利用組合は経営に困難を生じることが多く、さらに1930年代には農山漁村経済更生運動と産業組合拡充運動の文脈から町村単位の産業組合の確立が推進された¹⁶こともあり、農林省および県当局は広区域医療利用組合を単位産業組合の連合会に改組する指導方針を強めた。その結果、1936年10月に岩手県医薬購買販売利用組合連合会（以下、医薬連と略）が成立する¹⁷。

医薬連はその後岩手県信用組合連合会および岩手県購買販売利用組合連合会との合併によって、1941年4月に誕生した岩手県信用購買販売利用組合連合会（通称「県産連」）に吸収され、さらに産業組合や農会などを統合した戦時農業団体統制によって1943年12月に発足した岩手

【図表5】 奥玉信用購買販売利用組合医療利用事業診療内容別利用料

(1936年度、単位円)

投薬料	191.32
注射料	16.00
処置料	12.70
往診料	66.70
その他	6.50
合計	293.22

〈出典〉「事業報告書」（保証責任奥玉信用購買販売利用組合、1937年5月18日、岩手県庁所蔵）より作成。

県農業会に引き継がれた。産業組合の病院や診療所も組織統合に伴って所属と経営が変遷したが、この間医療事業は一貫して継続され、さらに新たな医療施設の開設もなされた。医薬連のもとでは伊保内（九戸郡伊保内村、開設当時は診療所）、大槌（上閉伊郡大槌町）、遠野（上閉伊郡遠野町）の各病院が、県産連のもとでは福岡（二戸郡福岡町）、軽米（九戸郡軽米町、開設当時は診療所）、山田（下閉伊郡山田町）の病院が開設されている。診療所も医薬連、県産連、農業会の各段階で次々に新設された。

敗戦後の占領政策に伴い農業会は解体されることになるが、この時点で県内各地に多数の病院・診療所を開設していた農業会医療施設について、その受け皿となる組織をどうするかが重大な問題となった。農業会の解散を受けて農業協同組合法による農協が設立されるが、新しい農協は農民の職域団体であるとして、住民全体に関わる医療事業を農協に移管することに対する疑義が強まったのである。そのため、1948年6月の県下農協組合長会議において、岩手県厚生農業協同組合連合会（以下、厚生連と略）の設立が決議された。このことによって、同年9月厚生連が発足し¹⁸、農業会から17病院、37診療所を借用して経営を担うことになった。しかし、後述する「県有医療施設経営形態問題」の中で農業会医療施設をどのように経営していくかという問題も主題とされ、医薬連以来の人物たちが議論の中心にいたために、厚生連医療施設は遅かれ早かれさらに大きな経営主体に統合されることが想定されていた。しかし、その後の展開については次節で検討することにする。

(2) 旧県立医療施設・日本医療団

その前に、戦後「岩手の医療」に連なるもう一つの病院形成過程について押さえておきたい。岩手県では明治期前半に公立病院が叢生した

ものの、1887年の17病院をピークとして1900年までには全て廃止されてしまい、それ以降県内の医療供給は、1920年代までは10ヶ所前後の私立病院のほかは開業医の診療所のみで依拠していた¹⁹。しかし1930年代になると、先述のように産業組合の診療所と病院が設立され始めるだけでなく、昭和恐慌および凶作による農村地域の疲弊を背景として県行政としても社会政策を一定程度推進せざるを得なくなり、その一環として医療供給にも乗り出すことになるのである。

県行政では1931年には世田米（気仙郡世田米町）、一戸（二戸郡一戸町）各県立診療所を開設し、これらをそれぞれ1942年、1944年に県立病院として拡張した。そのほか、1933年に県立種市診療所（九戸郡種市村）を、1937年に小国（下閉伊郡小国村）、川口（岩手郡川口村）、田頭（岩手郡田頭村）、渋民（岩手郡渋民村）、米里（江刺郡米里村）、谷内（和賀郡谷内村）各県立診療所を、1939年には御返地（二戸郡御返地村）、金田一（二戸郡金田一村）、六原（和賀郡岩崎村）各県立診療所を開設した。しかしその後、県内医療施設の普及という課題は、県行政から日本医療団に委ねられることになった。

日本医療団とは、戦時期体制下で医療機関の分布是正と医療の普及を目指して1942年に設立された政府全額出資の特殊法人である。その活動計画では、全国に600以上の病院と結核療養所を体系的に整備することが目指された。しかしその方法はほとんど既存医療施設の統合によるものとされ、新設する場合も既存の建物設備を転用し、医療要員も統合予定施設の要員を再配置するなど、全体として既存の医療資源に依存するものであった²⁰。日本医療団の地域における活動実態は未だ不明な点が多く、岩手県におけるその活動も史料の制約が大きいため詳

細を明らかにすることは難しい。そのため、ここでは岩手県における日本医療団医療施設の設立状況を概説的に述べるにとどまらざるを得ない²¹。

岩手県においても日本医療団の施設整備は既存施設の統合に重点が置かれ、1944年には宮古市（1941年に市制施行）および東磐井郡千厩町で私立病院を買収して簡易結核療養所である奨健寮を開設し、翌年一般病院に転換した。また、同年には和賀郡黒沢尻町で私立病院を買収して和賀病院を開設したほか、【図表6】に見られるように敗戦後の1946年まで県内各地

で病院や診療所、奨健寮を開設した。この中には、建物を新築して開設した病院や診療所もあるが、やはり多くが既存の病院や他業種施設を買収または借入れて医療施設に転用していることが特徴である。とりわけ1944～1945年に開設した施設は温泉旅館や貸座敷業、料理店など、戦時下で「遊休施設」とみなされた施設を転用しているが、これは日本医療団本部の方針を反映したものであった。このようにして日本医療団岩手県支部では、確認できる限りにおいて7病院、11診療所、5奨健寮、3産院、2療養所を開設した。

【図表6】日本医療団岩手県支部医療施設

種別	名称	所在地	統合・開設経緯
病院	宮古地方病院	宮古市	私立病院を買収（1944年）
病院	千厩地方病院	東磐井郡千厩町	私立病院を買収（1944年）
病院	和賀病院	和賀郡黒沢尻町	私立病院を買収（1944年）
病院	大迫病院	稗貫郡大迫町	料理店を買収移築（1945年）
病院	土沢地方病院	和賀郡土沢町	新築（1946年）
病院	大原地方病院	東磐井郡大原町	新築（1946年）
病院	一関産婦人科病院	西磐井郡一関町	（1946年）
診療所	江釣子診療所	和賀郡江釣子村	建物を借入れ（1945年）
診療所	吉里吉里診療所	上閉伊郡大槌町	建物を借入れ（1945年）
診療所	重茂診療所	下閉伊郡重茂村	建物を借入れ（1945年）
診療所	平泉診療所	西磐井郡平泉村	（1945年）
診療所	田頭診療所	岩手郡田頭村	新築（1946年）
診療所	黄海診療所	東磐井郡黄海村	建物を借入れ（1946年）
診療所	矢作診療所	気仙郡矢作村	建物を借入れ（1946年）
診療所	普代診療所	下閉伊郡普代村	建物を借入れ（1946年）
診療所	佐比内診療所	紫波郡佐比内村	建物を借入れ（1946年）
診療所	奥玉診療所	東磐井郡奥玉村	建物を借入れ（1946年）
診療所	安渡診療所	上閉伊郡大槌町	（1946年）
産院	花巻産院	稗貫郡花巻町	貸座敷業建物を買収（1944年）
産院	久慈産院	九戸郡久慈町	料理店を買収（1944年）
産院	杜陵産院	盛岡市	借入れ（1946年）
療養所	大沢温泉療養所	稗貫郡湯口村	温泉旅館を借入れ（1945年）
療養所	花巻療養所	稗貫郡花巻町	新築（1946年）
奨健寮	金田一奨健寮	二戸郡金田一村	温泉旅館を買収（1944年）
奨健寮	繫奨健寮	岩手郡御所村	温泉旅館を借入れ（1945年）
奨健寮	和賀奨健寮	和賀郡黒沢尻町	料理店を買収（1945年）
奨健寮	気仙奨健寮	気仙郡盛町	料理店を買収（1945年）
奨健寮	宮古奨健寮	宮古市	買収（1946年）

〈出典〉『岩手県立病院三十年のあゆみ』（岩手県医療局、1981年）より作成。

日本医療団は敗戦後解体されることになる²²が、その際結核療養所は国に移管、そのほか一般医療施設は都道府県に移管されることとなった²³。岩手県では開設された施設の多くが借入れに依拠していたため返還の必要から閉鎖するものも多かったが、それでも1948年3月には6病院7診療所が県に移管された。これらは旧県立医療施設とともに、岩手県国民健康保険団体連合会（以下、国保連と略）²⁴に経営委託されることになる。

4. 「県営医療」の発足

(1) 戦後の岩手県における医療機関整備

それでは次に、これまで述べてきた戦前・戦時の岩手県における医療の展開を踏まえて、戦後における「岩手の医療」の形成過程をみていこう。

戦後日本の医療機関整備の特徴は、何よりも病院を整備することにあった。問題は、そうした病院整備がいかなる主体によって進められたのか、という点にある。もとより地域によって歴史的背景が異なることもあり、その過程は一樣ではない。とはいえ、1950年代半ばまでの病院整備は、戦前・戦時期以来の病院の系譜を前提として、その発展形態をとる場合が多い、ということは言えそうである。他方、1950年代後半から1960年代以降になると、医療金融公庫の設立といった政策を背景として、私的医療機関による病院設立が増加する。しかしながらそうした新しい病院は、1950年代半ばまでに形成された病院群の配置を前提として、それらとの競争を織り込みながら設立されざるを得なかったのである。したがって、病院設立を中心とする戦後医療機関整備の基盤は、敗戦から1950年代半ばまでに形成されたと見るべきであろう。

【図表7】は、1951年の経営主体別病院数を都道府県別に示している。これによると、各都道府県のなかで「個人立」病院、すなわち開業医の設立によるものと従来見なされてきた病院が優位なのは21の県にわたり最多であり、全国平均でもこの設置主体が最も大きな割合を占めている。しかし一方で、「国立・都道府県立・市町村立」の病院が最も優位なのは10の道県に及んでいる。

さらに、19の都府県では「法人立」が最も大きな割合を占めているが、このカテゴリーには私的医療機関と公的医療機関が混在している。1950年の医療法改正によって医療法人制度が創設され²⁵、この時期開業医が設立した病院の一部は法人化を進めつつあった。他方、医療利用組合を起源とする病院群は、戦時経済団体統制で農業会に統合されたのち、農業会の解体を受けて厚生農業協同組合連合会（厚生連）へ移行しつつあった。こうした病院群も「法人立」のカテゴリーに含まれており、例えば秋田県では「法人立」19病院のうち9病院が厚生連病院であり、1951年に公的医療機関指定を受けている²⁶。また新潟県においても、日本医療団解体後発足した新潟県立病院群とは別に、医療利用組合病院を統合した農業会の解散を受けて新潟県生産農業協同組合連合会が病院群を形成しており、「法人立」24病院のうち12病院が同連合会の病院であった²⁷。要するに、「法人立」病院については個別に検討しなければその性格を理解することができないのである。

そして「個人立」病院についても、統計上は医師が個人で設立した病院として把握される事例において、地域社会の様々な支援や介入によって病院が設立されている事例があり得る²⁸。したがって、戦後の医療供給が専ら私的医療機関に依存してきたとする既存の日本医療史研究における通説は、地域的差異を組み込んで修正

【図表 7】 設立主体別病院数および構成比（1951 年）

実数	総数	国立 * 1	都道府 県立	市町村立 その他	法人立 * 2	個人立	構成比	国立・都道府 県立・市町村立	法人立	個人立
全国	3,796	391	209	445	1,306	1,445	全国	27.5%	34.4%	38.1%
北海道	277	23	18	61	93	82	北海道	36.8%	33.6%	29.6%
青森	44	10	1	7	19	7	青森	40.9%	43.2%	15.9%
岩手	62	5	25	12	14	6	岩手	67.7%	22.6%	9.7%
宮城	88	12	1	14	20	41	宮城	30.7%	22.7%	46.6%
秋田	42	5	2	7	19	9	秋田	33.3%	45.2%	21.4%
山形	36	4	1	9	12	10	山形	38.9%	33.3%	27.8%
福島	70	5	10	3	21	31	福島	25.7%	30.0%	44.3%
茨城	76	6	1	1	34	34	茨城	10.5%	44.7%	44.7%
栃木	53	6	0	5	23	19	栃木	20.8%	43.4%	35.8%
群馬	47	8	1	4	18	16	群馬	27.7%	38.3%	34.0%
埼玉	128	4	0	7	21	96	埼玉	8.6%	16.4%	75.0%
千葉	121	13	1	8	40	59	千葉	18.2%	33.1%	48.8%
東京	309	27	21	8	130	123	東京	18.1%	42.1%	39.8%
神奈川	127	9	6	9	65	38	神奈川	18.9%	51.2%	29.9%
新潟	86	13	13	3	24	23	新潟	33.7%	27.9%	26.7%
富山	57	3	3	8	15	28	富山	24.6%	26.3%	49.1%
石川	69	11	2	6	19	31	石川	27.5%	27.5%	44.9%
福井	32	4	3	3	7	15	福井	31.3%	21.9%	46.9%
山梨	24	2	3	4	11	4	山梨	37.5%	45.8%	16.7%
長野	83	10	4	3	31	35	長野	20.5%	37.3%	42.2%
岐阜	63	7	5	12	19	20	岐阜	38.1%	30.2%	31.7%
静岡	72	13	1	13	29	16	静岡	37.5%	40.3%	22.2%
愛知	190	14	4	30	58	84	愛知	25.3%	30.5%	44.2%
三重	76	7	7	9	16	37	三重	30.3%	21.1%	48.7%
滋賀	30	4	1	9	11	5	滋賀	46.7%	36.7%	16.7%
京都	98	11	6	6	48	27	京都	23.5%	49.0%	27.6%
大阪	207	13	3	35	87	69	大阪	24.6%	42.0%	33.3%
兵庫	154	14	7	26	46	61	兵庫	30.5%	29.9%	39.6%
奈良	22	3	3	1	9	6	奈良	31.8%	40.9%	27.3%
和歌山	29	4	1	12	8	4	和歌山	58.6%	27.6%	13.8%
鳥取	19	7	2	2	6	2	鳥取	57.9%	31.6%	10.5%
島根	25	4	1	3	8	9	島根	32.0%	32.0%	36.0%
岡山	94	8	2	17	16	51	岡山	28.7%	17.0%	54.3%
広島	108	11	11	8	27	51	広島	27.8%	25.0%	47.2%
山口	86	10	5	11	38	22	山口	30.2%	44.2%	25.6%
徳島	35	5	0	7	14	9	徳島	34.3%	40.0%	25.7%
香川	47	6	4	3	19	15	香川	27.7%	40.4%	31.9%
愛媛	50	4	4	8	17	17	愛媛	32.0%	34.0%	34.0%
高知	42	2	4	4	7	25	高知	23.8%	16.7%	59.5%
福岡	168	20	4	14	74	56	福岡	22.6%	44.0%	33.3%
佐賀	60	6	2	5	17	30	佐賀	21.7%	28.3%	50.0%
長崎	67	9	3	11	27	17	長崎	34.3%	40.3%	25.4%
熊本	80	11	1	8	24	36	熊本	25.0%	30.0%	45.0%
大分	37	7	3	2	8	17	大分	32.4%	21.6%	45.9%
宮崎	48	3	4	3	20	18	宮崎	20.8%	41.7%	37.5%
鹿児島	58	8	5	4	7	34	鹿児島	29.3%	12.1%	58.6%

〈出典〉『昭和 26 年 医療施設調査』（厚生省大臣官房統計調査部、1953 年）38～39 頁より作成。沖縄県は原資料において除外されている。

（注）「国立」には、陸海軍病院を主たる前身とする国立病院（厚生省所管）、国立大学医学部の附属病院（文部省所管）の他、通信病院や印刷局病院などが含まれる。「法人立」には、公益法人病院、医療法人病院、会社附属病院、特殊法人病院などが含まれ、私的医療機関と公的医療機関が混在している。

されなければならない。

さて、こうしたなかで岩手県の大きな特徴は地方公共団体立病院、すなわち県立病院および市町村立病院が占める割合が、全国でも際立って高いことである。岩手県では62病院のうち県立25病院、市町村立12病院であり、地方公共団体立病院が合わせて59.7%を占めている。このことは、戦後岩手県の医療供給が県行政および市町村行政に大きく依存していたことを意味している。

前節でみてきた戦前・戦時の医薬連→県産連→農業会の系譜に連なる病院建設運動や、日本医療団による医療機関整備と、戦後1951年段階における地方公共団体立病院（いわゆる「公立病院」）の圧倒的な存在とは、いったいどのような関係にあるのであろうか。

行論を先取りすれば、戦前・戦時に急速に増加した岩手県の病院は、そのほとんどが県行政によって統合され、1950年に「県営医療」が発足することになる。これが戦後岩手県における「公立病院」の比重の大きさの主要な理由である。しかしそれだけでは、市町村立病院もまた12ヶ所も存在していたことの説明にはならない。実は「県営医療」発足に至る過程の岩手県においては様々な医療構想が存在し、その中で大きな役割を果たした岩手県国民健康保険団体連合会（以下、「国保連」と略）が戦後「岩手の医療」のもう一つの柱を形成するのである。12の市町村立病院は、そうした国民健康保険の取り組みの中で国保直営病院として残存したもののなのである。

(2) 国保連のあゆみと県有医療施設の代行経営

国保連は1941年12月に発足したが、発足時の理事長は県学務部長の鈴木直巳、専務理事は県社会課長の細谷健治が就任し、事務所も県庁社会課内に置かれるなど、当初は県行政の外郭

団体としての性格が強かった²⁹。しかし敗戦後の1946年5月、第1回国民健康保険大会の決議により規約を全面改正し、最高意思決定機関を代議員制から（全国国民健康保険組合による）総会に改めるとともに、役員改選を行って鷹木嘉右衛門（紫波郡水分村長）を理事長に選出した³⁰。

岩手県の敗戦前における国民健康保険は産業組合による代行を軸として展開したことに特徴があり、1944年時点で盛岡市および釜石市を除く全市町村に普及した国民健康保険226組合のうち、市町村が実施する普通組合は50組合にとどまるのに対し、産業組合から事業を継承した農業会による代行組合は174組合にもものぼった³¹。第1回国民健康保険大会があった1946年の時点でも218組合が存続しており、その大部分は未だ農業会による代行組合であったとみられる。したがって、県内における全ての国民健康保険組合による総会が国保連の最高意思決定機関となったことは、国保連の主導権を農業会が握ることを意味した。また、この大会で理事長に選出された鷹木嘉右衛門は、戦前から戦時にかけて水分村信用購買販売利用組合の組合長、医薬連総務理事、県農業会常務などを歴任した岩手県における産業組合—農業会のリーダーの一人であった³²。つまり、第1回国民健康保険大会を契機として、国保連は県行政から自立し、医療利用組合の流れを汲む独自の医療事業の推進主体として再出発したのである。

さらにこの大会では、「国民健康保険組合が医療機関を自ら持って被保険者に十分に医療を給付することを決議した」³³。1930年代の医療利用組合運動の中では、「医療と保険の一体化」という医療構想が主張され、それは「医療施設を運営する産業組合が国民健康保険組合も運営する」という方法、すなわち医療利用組合による国保代行組合によって実現されたのであった。

敗戦後改めて国民健康保険組合が医療機関を自ら持つとの決議がなされたことは、「医療と保険の一体化」という医療構想が国保連に継承されたことを示している。戦前の医療利用組合運動の系譜は、その担い手においても医療構想においても、戦後の国保連に引き継がれたのである。

さて、こうした「医療と保険の一体化」構想を実現すべく、国保連は1947年度事業計画において次のような「医療共同管理」方針を提起した。

岩手県内に於ける医療機関の無政府的散在は民衆の医療保健の目的に到達する上の一大障害に外ならず、民衆の医療に叶ふべき医療の在り方は医療の社会化過程として医療の社会体系への絶えざる運動のみが忠実にこれを指向するものと信ずる。

よって岩手県立病院診療所、日本医療団医療施設、赤十字病院、済生会病院、岩手県農業会病院等の公的性格を有する医療施設のより社会化の方向を今後の任務とすべきに在り、これ等医療経営者と岩手県国民健康保険組合連合会との一体々制をとり岩手県医療共同管理委員会を結成し、百二十万の県民が等しき医療の機会の確保を図るものとする。(傍点一引用者)³⁴

これは「公的性格を有する医療施設」すなわち公的医療機関³⁵と国保連の「一体々制」により、「医療と保険の一体化」を目指す構想であった。そこでは運営方針として、医療共同管理委員会が「診療報酬単価（国保との関係）を決定」し「決算及負担は総合する」ことが提起された³⁶。すなわち、全県の国保および傘下医療機関が診療報酬の決定に参加するとともに、戦前の医薬連以来の経験を引き継いで経営条件

の地域的差異を全県単位で相殺することで、岩手県における医療の全県的な発達を図ろうとしたのである。

ここで重要なことは、医療需要側の国保と医療供給側の病院・診療所が同一組織となって診療報酬の決定に携わることである。このことによって、需要側から見て過剰な診療を抑制して医療費の節減を図るとともに、供給側が診療報酬の減少につながりかねない予防・保健活動を積極的に行うことができる程度の診療報酬を確保することが可能になると考えられたからである。こうした仕組みを全県的につくろうとしていたのが、1940年代後半における国保連構想であった。

とはいえ、こうした構想を俄かに実現することはやはり困難であった。国保連は1948年4月より日本医療団の医療機関、同年5月より県立医療機関の経営代行をそれぞれ開始したが、同年度の事業報告書では次のような総括をせざるを得なかった。

保険と医療機関の一体化の実質的運営形態の確立については施設従業員町村国保共に医療保健一体化の理念に透徹を欠けるやの感もありさらに町村国保組合の経済上の不振は単なる一点単価の引下等に終始した感があり、一、二の施設委員会を除き施設の運営に対しては自らの医療施設としての協力に遺憾と思はれるものもないではなかった。³⁷

すなわち、医療需要側（国保）と供給側（医療機関）の経営上の利害相反は、組織を統一したからといって直ちに解消されるものではなかったのである。

また、国保連の1948年度決算においては、帳簿上の収支は276万5,699円43銭の黒字となったが、キャッシュフローでは404万円余り

の未収金があるため、差引約128万円の現金不足という状態であった³⁸。未収金の内訳は社保243万円、国保89万円、一般72万円となっており、社保すなわち健康保険組合および共済組合に加入する患者分が過半を占めていた。したがって、各国保組合と国保連経営医療機関が一体化しただけでは解消できない、他の公的医療保険制度の再建という問題も大きかったということがわかる。「医療と保険の一体化」という理念は、国保連が医療機関の経営を担ったことで、その課題がより浮き彫りになっていたと言えよう。

そうした課題に対し、国保連は経営する医療機関を拡大することで対応しようとした。それが「県有医療施設経営形態」に関わる問題である。

5. 「県有医療施設経営形態」問題と「県営医療」の発足

前節までに見てきた病院・診療所設立の系譜は、その多くが1950年に県立病院・診療所として統合されることになり、戦後「岩手の医療」のイメージの一面を形成する「県営医療」が成立することになる。しかしその過程においては、いくつかの対抗する医療構想をもとに激しい議論が交わされていた³⁹。

すでに1946年5月の大会において、国保連は県内公的医療機関を国保連が経営管理すること、さらに全ての町村に国保直営診療所を設置することを方針として決議していた。当初この方針については、県行政および県議会、県農業会、日本医療団岩手県支部なども意見が一致し、1947年7月には岩手県医療保健対策委員会が発足して具体化が進んでいた。しかし同年12月に農業協同組合法が施行されたことにより、医療利用組合以来の系譜を持つ県農業会の医療施設は、先述のように厚生連の立ち上げという別の枠組みで処理されることとなった。このため県農業会の医療施設の統合は先送りすることにし、旧来の県立医療施設（2病院、12診療所）および日本医療団の医療施設（6病院、9診療所）を、1948年4～5月より国保連が経営することになったのである⁴⁰。

他方、農業協同組合の発足に伴い県農業会は1948年11月に解散したが、1億数千万円に上る農業会医療施設群の評価額を負担してこれを譲受する受け皿は俄かには見出しがたく、その清算は先送りせざるを得なかった。しかし医療施設の経営は継続する必要があったため、当面の経営に専念する組織として厚生連が設立されることになったのである。しかしこれはあくまで暫定措置であり、県農業会の清算を進めるなかでその医療施設群の処分は避けがたく、県行政がこれを買収するよう求める声が増大した。

これを受けて県行政は県農業会医療施設を買収を本格的に検討し始めることになる。しかしこの場合、買収施設は17病院、24診療所にも及び、国保連に経営委託している8病院19診療所と併せて一大医療施設群が誕生することになる。特に病院については病院数においても病床数においても県下病院の8割近くを県が所有することになるため、県農業会医療施設の買収問題は、その後の県有医療施設の経営形態をどうするかという問題を必然的に惹起することになったのである。

県農業会医療施設の県行政による買収は、1949年秋から本格的に進行し始めた。同年12月には、買収後の経営構想として「公的医療機関設置運営要綱案」が副知事から厚生連および国保連に提示された。この案には、県農業会の医療施設は県が直接譲受し、国保連に経営委託している従来の県有医療施設と統合した上で、県立病院及び県立診療所とすること、その経営

は「社団法人岩手県立病院代行協会（仮称）」なる法人を設立して代行させること、その社団法人の理事は県衛生部長をはじめ県幹部が務め、社員は県立病院・診療所の長に限られること、などが盛り込まれており、ほかにも県行政の強い関与を定める内容であった。これに対し厚生連では役員・従業員ともに「余りにも官僚支配の色彩が強い」ために猛反対し、副知事はこれを白紙撤回せざるを得なかった。

県農業会医療施設を県行政が買収するにもかかわらず、その経営を県が直接担うのではなく、外部に経営委託することが当初から想定されていたのには理由がある。新たな県立医療施設群の経営形態をめぐるこうした諸構想には、大きく二つの争点があった。一つは本稿で何度も指摘してきた「医療と保険の一体化」である。いま一つは「医療の民主化」と呼ばれる争点である。「民主化」は占領期に広範な領域で用いられたキーワードであったが、1950年の岩手県において用いられた「医療の民主化」とは、「官僚的な医療経営の排除」を意味していた。これは具体的には、患者の都合や地域社会の要望よりも、個別医療施設の独立採算を優先するような経営態度を排除・改善するよう求めるスローガンであったと思われる。

「医療の民主化」を求める声の高まりにより、三つの系譜を統合する一大医療施設群を県が所有することは積極的に推進されたにもかかわらず、その経営を県直営とすることには広範な批判が存在した。国保連や厚生連が「医療の民主化」を求めて国保連代行を主張した上に、県医師会も経営を外部団体の財団法人に委託する構想を主張したのであった。

さらに県直営には、現場の医療従事者からも大きな抵抗が生じるようになった。というのも、国保連経営の医療施設と厚生連経営の医療施設とでは給与体系が大きく異なっていたからであ

る。しかもこれらを県直営とした場合には、医師も含む医療従事者を一般の県職員と同じ給与体系で遇する可能性があり、その場合医療従事者側では大幅な給与の引下げになることも、現場の強い抵抗を引き起こした。この中でももちろん従業員自身の待遇維持要求が大きな位置を占めていたが、それに加えて、待遇の大幅切り下げによって医師が流出してしまうことを危惧する論調もあった。そのため、県行政をはじめとする諸勢力は、県直営ではない経営形態を模索しなければならなかったのである。

翌1950年2月には、臨時県議会において県農業会医療施設の買収が決議され、その売買契約が締結された。このため経営形態の決定は差し迫った問題となり、同年3月には公的医療機関運営準備委員会が設立された。その委員は県行政幹部、厚生連幹部、厚生連従業員組合幹部、国保連幹部、国保連従業員組合幹部、県医師会幹部、県議会議員などで構成され、この場において戦後岩手県における県立医療施設群をめぐる諸構想が対抗することになった。

国保連および厚生連は、戦前医療利用組合運動以来の「医療と保険の一体化」理念を実現すべく、1948年時点では実現できなかった県農業会施設の国保連代行経営への組み入れを図って、県立医療施設群の経営を一括して国保連に代行委託するよう猛烈な運動を開始した。

他方、県行政は新たな社団法人案を提起した。そこでは、国保実施団体や農業協同組合、あるいは県立病院・診療所の従業員などの代表者にも社員の資格を開放するほか、県の関与を財産管理や会計処理にとどめるなど、当初の社団法人案よりも厚生連や国保連に大きく譲歩するものであった。

しかし、岩手県医師会は厚生連や国保連とは利害を異にしていた。開業医の利害を強く反映していた県医師会は、国保連主導の「医療と保

険の一体化」路線によって、既存の開業医が患者を奪われることを危惧していたのである。そのため県医師会は、新しく形成される県立医療施設群の経営はむしろ国保連から分離し、新たに財団法人を設立して独立採算の医療機関として経営することを主張した。さらにその財団法人の理事には「関係病院長その他の医師の有資格者を配する必要がある」として、県立医療施設群の経営において医師の影響力を強化する要求を行う一方で、「但し町村国民健康保険直営診療所の如き末梢医療機関は格外であって問題の外にあることは勿論である」とし、経営形態問題を限定する態度をとった。これは国保連の「医療と保険の一体化」路線における県立病院と国保直営診療所の連携構想を念頭に、両者の分断を主張するものであって、明らかに新しい県立医療施設群への国保連の関与を牽制するものであった⁴¹。

しかし、各郡農業協同組合協議会や各郡町村長会などからは、やはり国保連代行案を主張する意見書が相次いで提出された。農業協同組合協議会の意見書では、「保険と医療の一体的運営を確立すること」「農、漁業組合の経営参加」「経営の官僚化を排除すること」などが要求されたほか、町村長会の意見書では「国保事業と医療施設経営を直結せしむることは即ち国保をして自らの健康を自ら管理せしむる理想体系」であるとして、「医療と保険の一体化」および「医療と保健の一体化」の理念にもとづいて、国保連が新たな県有医療施設群を一括経営することが求められたのである。

その後、国保連代行を求める請願・陳情が町村議長会や県下農協大会からなされるなど、国保連代行案は全県的に支持を集める情勢となった。しかしこうして熱を帯びる国保連を中心とする運動に対し、県議会の主要勢力であった自由党議員たちは冷淡であり、県医師会と同調し

て国保連代行案を牽制した。当時の県議会では国保連理事長である佐藤公一が副議長を務め、戦前医療利用組合運動の指導者の一人であった千葉七郎が議員（社会党）を務めるなど、国保連・厚生連側に立つ勢力も一定程度いたものの、そうした勢力はあくまで少数派であった。

そうしたなか、県農業会医療施設の買収資金を調達するために大蔵省資金運用部との折衝を行ってきた県行政側から、県が買収するのに経営を外部委託するのでは大蔵省の理解を得られないとの情報もたらされた。一連の県有医療施設経営問題は、県農業会医療施設の県による買収を前提として議論されてきた以上、その根底が崩されかねない情勢に各勢力は浮足立った。県医師会は県直営もやむなしとの態度をとったが、国保連・厚生連は逆に大蔵省の意向を再確認し県直営でなければ買収資金の調達を大蔵省が認可しないというのは確定情報ではないことを県行政につきつけた。

このように情勢が二転三転するなか、公的医療機関運営準備委員会の議論は国保連代行案に傾いていった。そこで改めて拡大する県有医療施設群を国保連が代行経営する意向があるかどうかを国保連内部で検討することとなった。しかしここで、国保連理事長であった佐藤公一は唐突に従来の方針を転換し、大蔵省の意向を付度した形で当面県直営もやむなしとして国保連の意向を固めてしまったのである。

戦前医療利用組合運動以来、岩手県における「医療と保険の一体化」を強力に指導してきた佐藤公一の土壇場でのこのような変節は、後々まで非難されるほど大きな出来事であった。戦前には県の産業組合主任官であり、戦時期には日本医療団岩手県支部長を務めるなど、官僚や中央政府の意向に近い立場から運動を指導してきた経験を持つ佐藤は、この時大蔵省の意向とそれに抵抗することが困難な県行政の立場を運

動側としては最もよく理解し得る人物だったのであろう。そのことが、運動側には「裏切り」「変節」ととられるような行動をとった大きな理由であったと思われる。しかしこのことによって、三つの系譜を持つ医療施設群は県立病院・診療所として統合されることとなり、それぞれの施設が存在する地域における医療供給に、県行政が直接責任を負う体制が形成されたのである。こうして戦後「岩手の医療」の大きな特徴である「県営医療」が発足することになった。そしてこのことは、医療利用組合医療施設や日本医療団医療施設が市町村に移管され、医療供給の責任が各々の自治体に分散してしまった青森県などとは大きく異なる特徴であった。

だが、このようにして「医療」すなわち県立病院群と「保険」すなわち国保との一体化が挫折したことにより、県立病院群に対する各国保組合からの診療報酬の未払いという形で問題が噴出した。1952年4月、国保連に対して岩手県医療局長名で「国保診療報酬未収金の納入方督促に就て」という文書が発せられた。そこでは「保険と医療の有機的運営を促進すべく貴会保険事業には常時積極的な協力を惜まず、強化の方途にまい進し来つた次第で御座いますが、一般的な経済不況を反映して未収医療費は逐次増大し国保の未就額に至つては二月末日現在三千四百九十四万七千余円に達し本局の事業運営は勿論決算にも重大なる支障を招来しつつある現況で御座います」、「如何せん本運動は国保団体の絶大なる協力なくしては到底成果を期しえない」などと、「医療と保険の一体化」の理念を引き合いに出しつつ診療報酬入金の督促がなされた⁴²。

この問題から見るに、この時点における岩手県内の各国保組合の経営基盤は、「医療と保険の一体化」を全県的に展開するにはあまりにも脆弱であった。その背景には、国保組合の収入

である被保険者による国保保険料の未納があった。1950年11月に発足した「県営医療」において、翌1951年3月時点における全収益の37%を国保による診療報酬支払いが占めていたが、他方で国保による診療報酬未払金は県営医療未収金の実に50%を占めていたのである⁴³。これでは仮に県立病院群の経営が国保連に代行委託されたとしても、その経営は少なくとも短期的には大きな困難に直面したことであろう。

それでは次に、そうした戦後岩手県における国民健康保険の展開過程を見ていこう。

6. 国民健康保険の全県普及とその後の課題

(1) 戦後岩手国保の展開過程

これまで述べてきたように、敗戦以前の岩手県における国民健康保険は産業組合による代行を中心に普及していく方針がとられ、1944年時点で産業組合の後を受けた農業会による代行組合174、市町村が行う普通組合50、漁業会による代行組合1、特別組合1、計226組合となり、盛岡市および釜石市を除く県内全市町村に普及をみた。

ところが戦時下においては一般に経済事情が窮迫したほか、農業会では戦時経済統制が本来業務となり、国民健康保険事業は等閑視される傾向があるなど事業が停滞するようになった。さらに、敗戦後農業会が解体され農業協同組合に改組される際には大幅な業務の見直しが生じ、戦時下で事業が停滞していた国民健康保険事業が廃止されたり、給付内容が悪化したりする事例が相次いだ。

また1948年には、国民健康保険法第3次改正によって国民健康保険は原則として市町村が実施することとされた。このことによって、戦前以来岩手県における国民健康保険普及を担って

きた産業組合による代行の潮流は、その歴史的役割を終えることになる。しかし、この段階では市町村に国民健康保険の実施義務はなかったため、農業会による代行組合が消滅してもすぐに市町村が国民健康保険を実施しない場合が多く、県内の国民健康保険団体数は1947年には161、翌1948年には129へと急減した⁴⁴。

しかし産業組合代行時代の経験とスタッフは市町村と国保連に継承され、全国で最も早い国民健康保険の全県普及や、10割給付に代表される給付内容の向上、さらには保健活動の展開といった、戦後の岩手県における国民健康保険活動の推進力となっていく。そうしたスタッフの事例として、平賀三五郎という人物の歩みを簡単に見てみよう。

平賀は、戦時期には岩手郡太田村の宰郷産業組合に勤務していた。同組合では、理事者と村当局との協議の上で1942年10月より国民健康保険の代行事業を行うことになり、平賀がその事務を担当することになった。しかし、信用・購買・販売・利用といった通常の産業組合の事務とはまったく異なる仕事であったため、当初は村民への普及よりも平賀自身が仕事の内容を飲み込むことが大変であった。そうした中、県や国保連、さらには先進組合より実務指導が行われ、平賀の仕事も軌道に乗るようになる。その後同村の国民健康保険は、農業会、農業協同組合へと事業主体が変わり、1950年8月より村の公営に移行した。平賀はこの間、徴用・応召で村を離れたが、1946年2月の復員後直ちに復職して国保の担当を続け、1955年4月に同村が盛岡市と合併した後も盛岡市役所太田支所に勤務を続けた⁴⁵。

戦後の岩手県における国保の復興と全県普及という「先進性」は、産業組合代行時代から現場の実務を担った平賀のような人物たちがその基底において支えていた。そしてその推進力は、

医療利用組合の設立から産業組合による国保代行という戦前の「医療の社会化運動」のリーダーたちが国保連の中枢に入り、強力な指導を行ったことであったと思われる。その筆頭は、戦前の岩手県庁にあって産業組合主任官として岩手県の医療利用組合運動を指導し、戦後は国保連理事長として国保普及に尽力した佐藤公一であった。「県有医療機関経営形態」問題では土壇場で大きな妥協に踏み切った佐藤であったが、その後は国保連の理事長として強力なリーダーシップを発揮し、国保の全県普及および10割給付の普及に邁進することになる。佐藤としては、国保連が県立病院群を掌握することによる「医療と保険の一体化」路線が「県営医療」の発足によって半ば挫折してしまった以上、各市町村国保における10割給付によって「医療と保険の一体化」を図る路線に転換せざるを得なかった。

ところで、戦時下において県内で国民健康保険が導入されなかったのは盛岡市と釜石市のみであったが、戦後もこの両市における国保導入には都市特有の困難が立ちはだかった⁴⁶。

盛岡市では、1950年に市行政が国保実施の可否を市議会に諮り、市議会では準備委員会で国保実施の是非が議論された。そこでは賛否両論が交わされたが、反対意見の中心は保険料負担の問題、とりわけ保険料未納への危惧であった。他県の市部の事例によると、保険料の未納が多いため市財政の赤字の原因となる、2割程度の国庫負担があればよいがそれを市が負担するのは難しい、というのが国保導入反対論の主張であった⁴⁷。

確かにこの時期全国的に市部の保険料徴収率は低調であり、なかには都市部であっても旧町内会の地域的紐帯を生かして95%以上の高い徴収率を実現した事例もあった⁴⁸が、多くの市部では70%前後の徴収率にとどまっていた。

したがって、盛岡市における国保導入反対論には一定の論拠があったといつてよい。

しかし、市議会議員、地区担当員、民生委員、有識者等からなる国民健康保険実施準備委員会は、1951年12月に「相扶共済の理念に基づき、進んで国保事業を興し、疾病・障害を原因として経済的破綻を来す事前にこれを救済するの道を開き、市民の生活救護の一日も早からんことを願い、緊急実施の必要を痛感する」「この際、この制度の速やかなる実施を招来し、文化国家としての再建に協力するとともに、市民の生活安定に寄与するの意識に徹しなければならない」とする答申をし、市行政はこれを受けて国保実施準備を本格化させた。結局盛岡市は1953年11月の市議会において国保実施を決定し、翌1954年2月より盛岡市国民健康保険が発足することになった⁴⁹。

釜石市では、工業都市に固有の条件が国保導入の制約となっていた。すなわち、同市人口の4割以上が釜石鉱山を経営する富士製鉄の従業員とその家族であり、その人々は富士製鉄健康保険組合に加入していたため、国保への加入をしないばかりか、市財政による国保への拠出からは利益を得ない立場にあった⁵⁰。

盛岡市が国保実施に踏み切ったため、釜石市でも1955年までには国保事業を開始するが、保険料収納率は80.1%、過年度滞納分を合わせると65%（1967年度）などと低迷していたため、毎年度赤字決算を続けることになった。一般会計も赤字であったため、釜石市では1968年度に収納率の向上を前提としつつ38%もの保険税増税提案をせざるを得なかったほどである⁵¹。

とはいえ、戦前から国保を実施したことのない盛岡・釜石両市が国保事業を開始したことに触発され、他の財政力が弱く国保未実施のままだった町村も続々と事業を開始したことによって、岩手県は全国で最も早い1955年に全

市町村での国民健康保険実施（＝「県民皆保険」）を達成することになった。

(2) 国保全県普及後の課題とその限界

国民健康保険が全県で実施されることになったとはいえ、戦前以来追求してきた「医療と保険の一体化」が「県営医療」の発足によって困難となってしまった状況において、「岩手の医療」はいかなる方向を目指していたのであろうか。国保全県普及を強力に指導してきた国保連の議論からそれを探っておこう。

国保全県普及を目前にして、国保連理事長の佐藤公一はその後の課題を鋭く提起した。すなわち、国保の給付率の問題、保険料収納率の問題、保健活動の問題、そして医療機関の問題である⁵²。

まず給付率の問題について、佐藤は国保事業を単に実施するだけではなく、「百パーセント普及から百パーセント給付へ」として10割給付の全県普及を求めた。全県普及が達成された1955年の時点で、10割給付を実施しているのは53町村、7割給付であったのは17町村であり（いずれも町村合併前）、大多数の国保は未だ5割給付にとどまっていた。しかも給付除外規程などを加味すれば実質5割を切る給付水準の国保が依然として多く、給付率を改善して10割給付にまで進むことが今後の大きな課題として示された。

次に保険料収納率の問題であるが、これについて佐藤は「市町村の国保課が整備されて」きた一方で、「目下の状況ではかえってお役所化の傾向が濃厚」であり、「むしろこじんまりした村であった頃の方がそうした方面の努力が見られたような感じがなくてもいい」と辛辣な見方をしていた⁵³。これには1950年代半ばに全国的に進展した市町村合併、いわゆる「昭和の大合併」が大きく関係している。市町村合併に

よって国保がカバーする地域が拡大するにつれて、国保担当者と住民との距離が開いていく状況を佐藤は危惧していた。「本県のような民衆の経済力が低い地域では、ただ単に一片の納税告知書だけで収納できる筈はないので」、国保担当者だけではなく役場内各系の協力はもちろん、婦人会、青年団、農業協同組合、部落実行組合などとの協力が必要とされたのである。

さらに保健活動については、国保の使命達成のためには疾病予防や健康増進の活動が求められるが、現状の「保険税をあつめて医者払うだけに終始している如き、全く遺憾に堪えない」と佐藤の認識は非常に厳しい。このままでは上昇する医療費に追いつけなくなると危機感を抱く佐藤は、国保直営診療所に期待を寄せる。直診は「当分診療行為が大部分を占めている実情ではあろうけれど、考え方としては多分に保健所的性格を濃厚に持つべきもの」なのであった。そして直診の保健活動を住民に浸透させるためには、保健婦が不可欠の存在である。直診医師と保健婦および保健委員が一体となって市町村を単位とした住民保健活動を進めることが、今後の国保に必要とされた。

また佐藤は、直診が保健活動に傾斜することを求める一方で、地区ごとに中心的な医療機関が必要であることを主張する。すなわち地区病院を本院とし、国保直診を分院とする関係を構築することを求めているのであるが、これは明らかに戦前の医業連および戦時期の日本医療団医療体系の経験を再現することを狙ったものであった。これに加えて「地区病院もまた保険者の直営たることが理想型態なのである」として、県立病院の経営移管を求めた。1950年の「県営医療」発足時には、国保連代行路線を断念し県直営もやむなしとした佐藤は、その後も戦前以来の病院と国保との一体経営による「医療と保険の一体化」理念を手放したわけではなかつ

たのである。

そうした理念は、実は一部地域で実現を見ていたことには留意しなければならない。それは、気仙郡を中心に普及しつつあった特定医療機関についての10割給付という取り組みである⁵⁴。

これは同郡日頃市村が先鞭をつけたものであるが、村内の国保被保険者が国保直営診療所を受診した場合の費用を全て国保から支出することによって、国保患者の窓口払いをなくす仕組みである。このことによって患者の早期受診が期待できるとともに、診療所の側においても（出来高払いの場合に生じ得るような）必要以上の濃厚診療が抑制されることになる。さらに県立気仙病院とも定額診療契約を締結することによって、ここでも国保患者の窓口払いをなくすことにした。これによって重い患者は直診から病院に送ることが可能になるとともに、定額であるがゆえに国保から支出する医療費を抑制することができる仕組みが作られたのである。

こうしたことが可能であった制度的な背景は、旧国民健康保険法においては国保と医療機関が個別に保険診療契約を取り結ぶ自由契約制になっていたことである。そのため、国保側と医療機関側が合意すれば上記のように特別な契約をすることが可能だったのである。

しかし、1958年に新国民健康保険法が成立することによって、その前提条件は失われることになる。同法では従来自由契約制から保険医療機関の指定制度への変更がなされ⁵⁵、一律に定められた保険診療内容を医療機関側が受け入れて保険医療機関となる仕組みに変更された。このため、個々の市町村国保にとっては保険診療の内容に関する裁量がなくなってしまったのである。

またこの際、給付率についても原則5割給付という一律の基準が全国に適用されることとなった。これはナショナルミニマムとして5割

給付を全市町村に義務付ける措置であったが、このことは5割を超える給付を行っていた国保にとっては給付率を引き下げさせられる結果をもたらした。そのため、気仙郡を中心に広がりつつあった岩手県における10割給付の取り組みもまた後退を余儀なくされたのである⁵⁶。

7. おわりに

「医療と保険の一体化」あるいは「医療と保健の一体化」に尽力してきた岩手県における戦前医療利用組合運動や戦後国保運動の指導者たちは、1950年代末から1970年代にかけて「岩手の医療」のあり方に対して厳しい目を注いでいた。すなわち、「県営医療」が独立採算主義に陥ってしまい、各地の国保直営診療所との連携が保険の面でも保健の面でも分断されてしまっていると批判的に見ていたのである⁵⁷。

「医療と保険の一体化」「医療と保健の一体化」を目指した岩手県における戦前医療利用組合運動や戦後国保運動の理念に照らしてみれば、1950年の「県営医療」の発足はその制度的基盤の形成にとって障害となったと評価せざるを得ない。しかし他方、戦後日本の医療体制のもとで岩手県の「県営医療」が果たした役割は適切に評価する必要があると思われる。というのは、広大かつ人口が散在する岩手県のような地域において、とりわけ農山漁村地域に拠点の医療施設を供給し続けることができたのは、曲がりなりにも県行政が全県を範囲とする医療供給の責任を引き受けざるを得ない「県営医療」の体制がもたらした結果だったからである。戦後日本で急速に進行した病院医療の発展のもとで、医療施設および設備の近代化投資を大規模に支えるためには、県財政の枠組みは必要であったと思われる。

こうした点について、ある県立病院長は

1959年の段階において「^(ママ)三一病院の施設が見違える程改善されたことは県の財政力によるもので、農協や国保連の力ではできない相談だ。医師も安定したし、待遇も岩手医大や日赤よりもよい。予防医学的活動などということは理想ではあるが、いまのところ治療の万全が第一です。とくに病院の経営が確立するまではそれに専念すべきである」⁵⁸と述べている。戦前・戦時以来の老朽施設が次々と近代化されていくことや、安定的な待遇を得られることは、現場の医療従事者にとっては何より歓迎すべきことであっただろう。戦前医療利用組合運動の指導者であった高橋新太郎でさえ、「八億の設備資金を投じ全県下に三一病院四〇〇〇床の普及をみたことは、県の財政力によることは否定されない」「^(ママ)個々の施設に必ずしも独採を強制しておらず、五〇床以下の病院はもちろん、三分の一の病院は赤字を必至とする環境にある関係もあり、総合経済で全体をカバーする方針であることは、厚生連の場合と変りがない」⁵⁹と評価せざるを得なかったのである。したがって、戦後岩手県の医療供給に果たした「県営医療」の役割は、積極的に評価しなければならない。

と同時に、国保運動勢力が批判した「医療と保険」あるいは「医療と保健」の分断を固定化したという問題は、戦後岩手県における「県営医療」の限界として適切に位置付ける必要があるだろう。

さて、21世紀に入り「地域医療の崩壊」が全国的に問題化するなか、岩手県でも「県営医療」の縮小再編が現実のものとして進行している。病院の統廃合や診療所への格下げによって、高度医療や救急医療の拠点を集約化する政策動向が着々と実行されている。これは県財政の困難だけでなく、医師をはじめとする医療従事者数の絶対的不足および地域的偏在という差し迫った問題に対する不可避の対応という面が少

なくない。さらに岩手県では、東日本大震災によって壊滅的な被害を蒙った沿岸部の医療の再構築という新たな課題まで抱え込むことになった。

しかしながら、こうした困難な現状においてこそ、「医療と保険の一体化」「医療と保健の一体化」という戦前以来「岩手の医療」が追及してきた理念を想起し、新たな医療システムの構築に反映することが求められるのではなかろうか。

¹ 高岡裕之「近現代日本の地域医療と岩手の医療保健運動」(大門正克ほか編『「生存」の東北史 歴史から問う3・11』大月書店、2013年)。

² それを端的に表現しているのは、雑誌『岩手の保健』(岩手県国民健康保険団体連合会発行)の編集者として高い評価を得ていた大牟羅良へのインタビューである。「『岩手の医療』はとりもどせるか 大牟羅良氏に聞く」(朝日新聞社編『朝日市民教室—日本の医療7 どう医療をよくするか』朝日新聞社、1973年)189~190頁において、大牟羅は「医療の商品性、営利性を否定し、病人の多くなることを望まない医療」を「岩手の医療」の特徴として挙げている。

³ 「医療」と他の傷病への対処方法との関係については、中村一成「戦前・戦時の都市民衆と医療—東京市の事例から—」(『民衆史研究』第75号、2008年5月)を参照。

⁴ 猪飼周平『病院の世紀の理論』(有斐閣、2010年)。

⁵ こうした状況は戦後になっても変わっていなかった例として、土田守「どうして田舎に医者はいないのか」(岩手県地域医療研究会編『いわての保健活動の歩み』岩手県国民健康保険団体連合会、1972年)269~274頁を参照。

⁶ 前掲、猪飼『病院の世紀の理論』第4章。

⁷ 医療利用組合についての研究は多いが、ここではさしあたり高橋新太郎が執筆した『協同組合を中心とする日本農民医療運動史 前編通史』(全国厚生連、1968年)、および長年の研究を集大成した青木郁夫『医療利用組合運動と

保健国策』(高菅出版、2017年)を挙げるにとどめる。

⁸ 青原村産業組合が医療利用組合の嚆矢であることは様々な文献が言及することであるが、同組合のその後や、同地域における医療供給を総合的に明らかにする研究はこれまでなかった。その課題を検討したものとして、中村一成「近代日本の農山村における病院医療供給と地域社会—名望家から産業組合へ—」(『歴史と経済』第134号、2017年1月)を参照。

⁹ 東青病院については、さしあたり川内淳史「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—」(『大原社会問題研究所雑誌』(第630号、2011年4月)を参照。

¹⁰ 『岩手医薬連医療施設概要』(保証責任岩手県医薬販売購買利用組合連合会、1941年)7頁。

¹¹ 同前。

¹² 当初の医師が誰であったかは不明であるが、1936年2月13日には成澤茂(1918年仙台医専卒)が赴任している。「事業報告書」(保証責任奥玉信用購買販売利用組合、1937年5月18日、岩手県庁所蔵)。

¹³ 前掲、『岩手医薬連医療施設概要』8頁。

¹⁴ 「実費診療」の理念については、さしあたり高岡裕之「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、1993年2月)を参照。

¹⁵ 広区域医療利用組合の多くは、「信用」「購買」「販売」「利用」の四種事業のうち、医療施設の「利用」事業と医薬品の「購買」事業を兼営することから、「購買利用組合」の組織をとった。

¹⁶ 農山漁村経済更生運動と産業組合拡充運動についての研究は多いが、ここではさしあたり大門正克『近代日本と農村社会』(日本経済評論社、1994年)、森武麿『戦時日本農村社会の研究』(東京大学出版会、1999年)を参照。

¹⁷ 広区域医療利用組合と医療利用組合連合会の組織形態を発展段階的に捉える見方については、前掲『協同組合を中心とする日本農民医療運動史 前編・通史』第3~5章を参照。

¹⁸ 『岩手県農業協同組合史』(同編纂委員会、1969年)330~331頁。

¹⁹ 【図表3】および『岩手県史 第10巻 近代

- 篇5] (岩手県、1965年) 999～1110頁。
- ²⁰ 中村一成「日本医療団と「公的医療機関」」(『年報・日本現代史』第11号、2006年5月) 329～330頁。
- ²¹ 以下の日本医療団および旧県立医療施設についての記述は、とくに断らない限り『岩手県立病院三十年のあゆみ』(岩手県医療局、1981年)による。同書は各県立病院から詳細な資料を集めて執筆された大著であるが、その原資料は所在不明となっている。
- ²² 日本医療団の解体過程とそこに現れた戦後医療の諸構想については、高岡裕之「占領下医療「民主化」の原像—日本医療団の解体過程—」(プランゲ文庫展記録集編集委員会編『占領期の言論・出版と文化—(プランゲ文庫)展・シンポジウムの記録』早稲田大学・立命館大学、2000年)を参照。
- ²³ 日本医療団医療施設の県移管過程について、新潟県における事例を扱った前掲、中村一成「日本医療団と「公的医療機関」」を参照。
- ²⁴ 国保連は1941年12月の発足当初は岩手県国民健康保険組合連合会と称したが、1948年の国民健康保険法改正により、同年7月に岩手県国民健康保険団体連合会と改称した。『岩手の国保五十年史』(岩手県国民健康保険団体連合会、1988年)392頁。本稿での表記はいずれも「国保連」として統一する。
- ²⁵ 『厚生省五十年史 記述篇』(厚生問題研究会、1988年)679～680頁。
- ²⁶ 『秋田県厚生連三十年事業史』(秋田県厚生農業協同組合連合会、1982年)101～103頁。
- ²⁷ 『年史』(新潟県厚生農業協同組合連合会、1985年)77頁。新潟県生産農業協同組合連合会は1952年に新潟県厚生農業協同組合連合会となる。
- ²⁸ さしあたり、長野県下伊那郡飯田町における私立飯田病院が移転拡張する際、郡範囲で広く出資を募ったほか、移転拡張事業そのものも地域の有力者が実務を担っていた事例を扱った中村一成「疾病・医療と飯田病院」(飯田市歴史研究所編『飯田・上飯田の歴史(下)』飯田市教育委員会、2013年)を参照。
- ²⁹ 『岩手国保十五年のあゆみ』(岩手県国民健康保険団体連合会、1953年)22～23頁。なお、同資料は1930年代以降の岩手の医療運動および医療政策をリードした佐藤公一により執筆・編集されたものであり、貴重な証言を多く含んでいる。
- ³⁰ 同前、7頁。
- ³¹ このほか、漁業組合による代行組合および特別組合(警察官吏家族国民健康保険組合)がそれぞれ一つずつあった。前掲『岩手国保十五年のあゆみ』7頁。
- ³² 『岩手県医薬連医療施設概要』(保障責任岩手県医薬購買販売利用組合連合会、1941年)25頁。前掲『岩手県農業協同組合史』183頁。
- ³³ 「昭和二十二年度事業計画書」(岩手県国民健康保険団体連合会所蔵)。
- ³⁴ 同前。
- ³⁵ 「公的医療機関」は、法的には1948年に公布された医療法において規定され、その開設者としては都道府県・市町村のほかに、1951年に日本赤十字社、済生会、厚生連などが告示された。『厚生省五十年史 記述篇』(厚生問題研究会、1988年)684～686頁。敗戦直後から1950年代前半にかけて、厚生省は医療機関整備にあたって「公的医療機関」を重視する方針をとっていた。
- ³⁶ 前掲、「昭和二十二年度事業計画書」。
- ³⁷ 岩手県国民健康保険団体連合会「昭和二十三年度事業報告書」(岩手県国民健康保険団体連合会所蔵)。
- ³⁸ 同前。
- ³⁹ その経緯は厚生連によって「県有医療機関問題経過概況書」としてまとめられた(前掲『岩手県立病院三十年の歩み』24～60頁に収録)。同資料は県立病院に統合される医療機関群をめぐるこの間の動向を、厚生連の立場からではあるが時系列でまとめた貴重な資料である。
- ⁴⁰ 「第一五回通常総会資料」1951年7月30日(岩手県国民健康保険団体連合会所蔵)。
- ⁴¹ 前掲、「県有医療機関問題経過概況書」。
- ⁴² 『岩手国保情報』第32号、1952年4月20日(岩手県国民健康保険団体連合会所蔵)。
- ⁴³ 『岩手国保情報』第31号、1951年6月30日(岩手県国民健康保険団体連合会所蔵)。
- ⁴⁴ 『岩手の国保 十五年の回顧』(岩手県国民健康保険団体連合会、1953年)12～13頁。

- ⁴⁵ 『社会保障の星 岩手国保の歩んだ道』（岩手県国民健康保険団体連合会、1955年）46～48頁。
- ⁴⁶ 国民健康保険導入に際して生じる都市特有の困難については、名古屋市の事例に即して検討した中村一成「『国民皆保険』の形成と大都市国民健康保険一名古屋市の事例から一」（『同時代史研究』第7号、2014年11月）を参照。
- ⁴⁷ 『国保情報』第34号、1952年7月、2頁。
- ⁴⁸ 神奈川県小田原市の事例を扱った、中村一成「地域と医療」（森武磨編『1950年代と地域社会—神奈川県小田原地域を対象として—』現代資料出版、2009年）を参照。
- ⁴⁹ 『岩手の国保四十年史』（岩手県国民健康保険団体連合会、1978年）140～147頁。
- ⁵⁰ 前掲『国保情報』第34号、3頁。
- ⁵¹ 前掲『岩手の国保四十年史』185～187頁。
- ⁵² 佐藤公一「国保普及百パーセント 達成後の仕事」（『社会保障の星』第47号、1955年3月）。
- ⁵³ 佐藤公一「国保一〇〇%普及に当って 去来する感懐」（『岩手の保健』第42号、1955年11月）。
- ⁵⁴ 前掲『岩手の国保四十年史』45～50頁。
- ⁵⁵ 『厚生省五十年史 記述篇』（厚生問題研究会、1988年）1291頁。
- ⁵⁶ もっとも法条文上は、保険者は政令の定めるところにより条例で一部負担金の負担割合を引き下げ、給付率の向上を図ることができるとされていた。同前書1294頁。したがって、新法によって岩手県の10割給付には強制的に終止符が打たれてしまった、という歴史認識は一旦留保した上で、10割給付を存続させるだけの保険財政基盤が実際にあったのか否か、という視点から10割給付を実施していた個別の国保を分析する研究が今後求められる。
- ⁵⁷ 高橋新太郎『岩手県における厚生連医療施設県営移管後の概況』（協同組合経営研究所、1959年）。大牟羅良・菊地武雄『荒廃する農村と医療』（岩波書店、1971年）。前掲、「『岩手の医療』はとりもどせるか 大牟羅良氏に聞く」。
- ⁵⁸ 前掲、高橋『岩手県における厚生連医療施設県営移管後の概況』31頁。
- ⁵⁹ 同前、32頁。