

特244

663



* 0035453000 *

0035453-000

特244-663

産業組合運動と国民健康保険

産業組合中央会

昭和12

AGD

719

特244

663

叢書第廿九輯

產業組合運動と國民健康保險

產業組合中央會

特 244
663



産業組合運動と國民健康保險

目次

第一 緒言	一
第二 醫療社會化の原理	一
(一) 資本主義の缺陷と貧困	一
(二) 貧困は死亡率を増加す	七
(三) 醫療社會化の必要性	九
(四) 醫療社會化の中心組織としての國民健康保險	一三
第二 國際的に見たる國民健康保險制度の解説	一四
(イ) 總説	一四



二

(ロ)	保険者(保険機関)と其の管理	一五
(ハ)	被保険者	一八
(ニ)	財源	一九
(ホ)	保険給付	二一
(ヘ)	保健施設	二四
(ト)	醫師との關係	二五

第三
新らしく制定される國民健康保險制度と
産業組合

(1)	保險の目的	二七
(2)	國民健康保險組合	二八
(3)	産業組合と國民健康保險	三一
(イ)	産業組合代行に依る諸利益	三一

(ロ)	國民健康保險と醫療組合の將來	三五
(ハ)	國民健康保險と産業組合の大衆化	三七
(ニ)	開業醫の杞憂	三九
(4)	被保険者	四三
(5)	財源	四四
(6)	保険給付	五〇
(7)	保健施設	五三
(8)	審査、斡旋、訴願及訴訟	五四
(9)	結語	五四

緒言

全産業組合運動の熱烈なる支持にも拘はらず日本醫師會の幹部諸氏（全醫師の總意ではあり得ないと思ふ）の反對に依つて、國民健康保險の産業組合代行を許す規定であつた筈の國民健康保險法原案第九條（營利を目的とせざる社團法人は命令の定むる所に依り地方長官の許可を受け組合の事業を行ふことを得）が削除され、附則に依つて昭和十二年三月三十一日現在醫療事業を行つて居る醫療利用組合が國民健康保險組合の事業を代行し得ることゝなりました。

しかし、私共農村の實情を知る者にとつては、第九條の削除如何に拘はらず、今度の國民健康保險法を實施しようとするれば實際には、農村としては矢張産業組合を基礎として行ふより外に道は無いのだと思ひます。

私は社會保險調査會の臨時委員として、本法の草案審議に參與致しましたので、よ

く知つて居るのでありますが、最初の原案には、第九條は無く、特別國民健康保險組合が『同種の業務に従事する者、同一の事業に使用せらるる者、其他共同の利害を有する者、を以て、組合員とすること』となつて居たのを、私共が其の中の『共同の利害を有する者』の組織する特別國民健康保險組合を、産業組合農民組合、労働組合、其他商業組合、工業組合等々の互助組合を基礎として組織することにし度い。特に農村を對照とした場合には、實際には産業組合を基礎として組織することにして貰ひ度いと内務省に希望したのでした。

私共が内務省原案を見て最も憂慮致しましたのは私共が最初に主張したやうに、現行労働者健康保險と等しく、労働者健康保險の雇主に該當する地主が保險料の半額以上を負擔し、國庫が一組合員當二圓まで補助し、貧農の保險料負擔が免除に近い程輕減されれば別ですが、内務省案の如く貧農たる組合員も亦保險料を負擔しなければならぬとすれば、現物は有つても、現金に乏しい農村では、最先に困るのは保險料の

徴收であることとあります。

若し之を四種の産業組合を基礎として行ふことになれば、保險料を農産物を以て納め、其の農産物は販賣組合の農業倉庫に保管して置いて市場の情勢に應じて適當に賣捌くことが出来る。納付農産物の貯藏期間に之を資金化するには信用組合を利用することが出来る。又四種産業組合の剩餘金を保險料に廻すことも出来る。保險給付を受けなかつた者に對する保險料一部拂戻しの如きは其儘産業組合の經營技術であり、第一産業組合を基礎とすれば事務所の新設費や人件費の節約が出来るだけでも大いに有利であると考へたのでした、是れ私共が國民健康保險を産業組合を基礎として行ふことが産業組合大衆化の重大なる契機であり、また斯くすることが眞に國民健康保險を大衆の互助組織として生命あらしむる所以であるといふ大局的見地よりのみならず現實的見地から産業組合基礎を主張した所以なのでした。

大藏省も亦此點に就ては農村の租稅徴收の實績に顧みて私共と同じ様な心配をして

居られました。ところが、本法案の豫算が大蔵省へ廻りました折に、内務省の説明中に産業組合代行といふことが無かつた爲めに、大蔵省は原案のまゝでは實行不可能であるといふ見地から、豫算の査定を肯んじなかつたのです。

其處へ私共が参りました、産業組合を基礎として行ふ旨を御説明申上げて豫算の査定を通して頂くやう御願ひし大蔵省の御理解を得たのでした。

恐らく原法案に第九條が加はり、社會局保険部が『國民健康保険制度案の要旨』中に『收穫時期に保険料を徴収することゝするも、或は現物を以て保険料を納付せしむることゝするも、固より差支ない』と説明して居るのは、其の結果であります。

ところが一度此の法案が議會にかゝるや、日本醫師會の幹部諸氏の心得違ひの反對に會つて、第九條が削除され、昭和十二年三月三十一日現在の醫療利用組合のみが代りし得ることゝなりましたが、しかし第九條の削除如何に拘はらず農村の實情に變りが無く、全農家の七四%が既に産業組合に包容されて居り、農業倉庫の殆んど全部と

言つても良い位の大多數が販賣組合に依つて經營され居り、農村の經濟生活が何等かの形で、産業組合と關係の有る今日に於ては實際には、農村の國民健康保険組合は、産業組合を利用しなければ經營の確立は出来ずまい。

ですから私共はたとへ日本醫師會の幹部諸氏の策動に依つて、國民健康保険法案が法文の上で變曲され、片輪になつたにしても、實地の上で國民健康保険を眞に農民大衆の利益に合致せしめるために、産業組合の組織を役立たせて参りませう。

フランスに於ては一九二八年に國民健康保険法が制定されましたが、共済組合、農業團體、商工業代表者、醫師會、特に共済組合の大反對が起つた結果、施行に先立つて、三回に亘つて修正案を議會に提出せざるを得なくなり、一九三〇年に初めて實施致しました。

私共は農民大衆を背景として居るのですから、たとへ議會に於て第九條が削除されても私共が信念を以て進む限り、實施に産業組合を基礎として國民健康保険を行ふ時

は來ると思ひます。

昭和十二年三月二十六日

賀川豊彦

産業組合運動と國民健康保険

賀川豊彦

第一 醫療社會化の原理

(1) 資本主義の缺陷と貧困

昔は稼ぐに追いつく貧乏無しと申しましたが、今日では稼ぐに追いつく貧乏有りどころか、稼ぐを追い越す貧乏有りです。今日の無産者は怠けて貧乏して居るのではなく、實に正當な報酬を得て勤勉に勞働することを切望する善良な心の持主でさへも、資本主義社會組織の根本が、個人的營利を目的とし、相互扶助を原則として居ない爲めに、或は低賃銀に甘んじ、或は失業することを餘儀なくされ、貧困に苦しめられて

居るのです。

たとへ軍需工業や、輸出産業の或るものを中心として起つた景気ではあつても、産業界では昭和七年末以來景気が回復し、特に昨今は好景気が傳へられ、物價は奔騰して居ります。それにも拘はず失業者は減少したと言つても、内務省社會局調査では昭和十一年六月現在調査人口七百八十萬人中三十四萬五千人（失業率四・四二%）有ります。ところが昭和五年社會局調べ失業者三十六萬二千人の當時、上田貞次郎博士の推定失業者数は二百三十七萬人でしたから、此の率で行くと、右の昭和十一年六月の失業者數も、之を何倍かせねばならぬことになるわけです。日銀勞働統計並に東洋經濟新報社調の昭和六年以降昭和十一年九月までの統計に就て見ますのに、就職者が多少増加したから、勤勞者全體の得る賃銀總支拂高指數は増加し、實收賃銀指數も最近微騰しましたが、個々の勤勞者の得る定額賃銀の指數も實收賃銀指數を小賣物價指數で割つた實質賃銀指數もむしろ低下して居ります。最近賃銀値上の要求が各方面に起

つて居りますのは、此の事實を反撥して居るのです。

若し此の失業、此の低賃銀が勤勞者や俸給生活者の怠慢や、社會全體の人の經濟生活が低下した爲めに起つて居るものであるなら、勤勞生活者の怠慢を詰責し、若しくは之に我慢をしろと訓戒すれば良いのですが、一方斯ういふ失業、低賃銀を前にして資本家のトラストやカルテルは高物價維持又は釣上げの爲めに生産制限を行つて居ります。例へば紡績は現在三五%、人絹三五%（昭和十二年三月現在）、石灰窒素四〇%（昭和十一年十二月現在）、過燐酸石灰四六%（昭和十一年十二月現在）、洋灰六三%（昭和十二年二月現在）の繰業短縮を行つて居り乍ら、昭和十一年度上期の對平均拂込濟資本利益率を見ると、紡績は三〇・一%（調査社數一〇）、人絹二八・六%（三社）、化學工業は一九・四%、洋灰一八・五%の利益を擧げて居ります。（日本經濟年報第二十六輯に依る）

即ち今日では無産勤勞者の窮乏は無論例外はありませんが、原則として無産勤勞者自

身の怠慢でも、社會全體の經濟的窮乏の爲めでもなく、資本主義社會の缺陷の爲めであり、それは社會の罪であり、社會の責任であります。

此のことは獨り工業都市の勞働者や俸給生活者のみに關することではありません。資本主義の矛盾は運輸、通信機關の發達と貨幣經濟の發達と共に農村へ浸透して参ります。農林省の調査に依れば、昭和二——六年の平均平常年度の米作の五六・二%、小麥の五六%が販賣されて居り、繭は殆ど其の全部が販賣され、其他農業生産物の相當部分が市場經濟化されて居ります。

一方農産物の工業化が始まつて参りまして從來農家で生産してゐた木綿織、シャツ、味噌、醬油等の營利的に有利なものから工場生産化され、絹に就ても、絹布、生絲等の有利な部分から工場生産化され、現在は最も不利な繭だけが農家の事業として残つて居ります。それすら、人絹、ステープルファイバー等の進出に依つて多少に拘はらず其領域を犯されて参りませう。

今日農村工業化が叫ばれて居りますが、それも産業組合側の農村工業化は、農民自體の手に依つて農村を更生せしむる方法として行はれるものであり、若し生命保險を協同組合化し、之と信用組合とを組合せて長期協同組合金融の基礎を確立し得るなら其途は開けて來るものと信じます。

しかし同じ農村の工業化でも資本家側の農村の工業化は農村の勢力が安いので、農村に工場を設けて利益の増進を計らうとするので、新手の搾取手段とも考へ得るので

す。

何れにしても資本主義經濟が農村へ浸透して参りまして、農村は自給自足的相互扶助的生産より、段々營利主義經濟へ入つて参ります。

それが資本主義の發展時代には農産物の漸騰により、農村を富ますかの如く見えませんが、獨占資本主義の時代へ入りますと、獨占的支配力を有し、且つ保存に便なる工業生産品よりも、農産物の價格が缺狀をなして低下して來る傾向があります。日本勸

業銀行の『米價に關する調査』に依りますと、大正十一年から昭和十年までの十四ヶ年間に、八ヶ年まで米の生産費が庭先相場を割つて居ります。農家負債或は四十五億と言ひ、或は六十億と言ふ農村窮乏の根因は甚だ深いのであります。

農村の地主の中には、眞に村全體の爲めを思ひ、其の農産物に依つて得た資力を以て、農村の爲めに盡す人も有りませうが、唯自己一身の利益の爲めに、其資本を商工業に投資するのが有利と見れば商工業に投資するやうな人も少くはありません。地主中には、むしろ此種の人の方が多いのではないのでせうか、一方小作人には半農、半労働者の人が多いのが現状であります。

私は之を救ふ一つの方法として、立體農業を説いて参りましたが、立體農業も窮極は農村の總ての住民が産業組合の精神に目覺め、土地の協同組合化にまで進まねば、其效用の大部分が減殺されてしまひます。

と致しますと昔と違つて、今日無産労働者の貧乏の原因は多くの場合、本人の怠慢

よりも、社會の缺陷に在ります。其爲めに無産労働者は貧乏の苦痛を舐めさせられるのみならず、生命を縮めて居るのであります。

(ロ) 貧困は死亡を増加す

例へば東京市が昭和七年三月に行つた調査に依れば、富裕階級の住んで居る麴町區(方面地區外のみ)では昭和五年現住人口千人に對して九人六分しか死んでゐないのに、無産地區である本所區の第四方面地區では十九人二分、即ち丁度二倍死んで居ります。之を還境に對する抵抗力の弱い乳兒の死亡率に就て見ると、麴町區(方面地區外)の現住人口千人に就き二人一分四厘に對して、本所區の第四方面地區では八人三分、即ち約四倍であります。

農村と都市とを比較して見ますと、健康地帯である筈の農村が反つて都市よりも死亡率が多く、大正十四年乃至昭和九年間の平均死亡率市部が現住人口千人に就き一六・

九四人であるのに對して、郡部は一九・七三人であります。

其原因は榮養の不十分、衛生施設や醫療の機會に恵まれないこと、衛生思想の缺如、工業都市へ働きに出た農村子女で病氣に罹つた者の歸村、其の爲めの病氣の傳播等々、悉く其原因は貧困に歸せられるのであります。

最近の内務省社會局調査(昭和九年四月一日現在)に依れば、都市に於ては人口一萬人に就き、醫師一〇・一人であるのに對し、町村に於ては四・五人に過ぎず、醫師の居ない町村は約三千四百町村に達し、全國一萬二千に近い市町村の約三割を占めて居ります。又他の調査に依れば昭和十一年五月末現在の全國の無醫村三、二四三、此の總人口は八、一八七、七七一人であり、其の中約三分一は出張巡回診療が有りますが、三分二は出張巡回診療さへ有りません。之は農村の窮乏を示すものに外ならないと思ひます。

一方各地に於て行はれた貧困調査を見ますに、疾病、負傷、廢疾等の爲めに貧困に陥つた者は全體の三〇%乃至四〇%、甚だしいのに至つては六五%を占めて居るといふ驚く可き事實が示されて居ります。

洵に今日の社會に於ては、無産者にとつては貧と病と死とは相互に原因であり、結果であります。而かも昭和十年度の死亡率千人に就き米の一〇・〇人、獨の一〇・九人、英の一二・〇人、伊の二三・八人、佛の一五・一人に對し我國の死亡率は一六・八人であつて、諸外國に比して著しく高率であるのみならず、死亡率低下の傾向も亦遅々として居るのであります。正しき社會生活の原理が相互扶助に在る限り、之を救ふことは社會の義務であり、特に日本國に於て然りてあります。

(ハ) 醫療社會化の妥當性

斯ういふ見地から見ますと醫療といふものは、本來社會醫療である可きもので、營利主義的個人的企業であつてはならないと思ひます。

それ故に諸外國に於きましては、今日既に醫業は何等かの形で社會化され、營利主義的開業醫といふものは特種的存在となつて居るのです。

例へば英國に於ては、救貧法に依る醫療が非常に發達して居り、一九二九年に於ける救貧法に依る病院數はイングランド及ウェルスのみで七二三、病床數は二二〇、二三五に達して居ります。中産階級以下として救貧法の適用を受けず、而かも醫療費の負擔能力の十分でない者のためには、宗教的又は篤志的病院が有り、一九二九年に於ける篤志病院數は八四七、病床數は五〇、四六〇であります。而かも是等は近時醫療組合組織又は保險組織が加味されつゝあります。しかし勤勞階級の醫療を行ひつゝある最も重大なものは強制々度の國民健康保險組合であります。斯く英國では中産階級以下の人々は何等かの社會的醫療施設に於て診療を受けて居り、私費患者の多くは富裕階級であつて、其診療を受ける病院を Hospital と呼ばず Nursing home (看護院) と言つて居ります。

米國は文明國中國民健康保險の施行されてゐない殆ど唯一の國であるが、一九二八年に於て、聯邦政府、州、郡、市町村の如き行政官廳の管理する病院數は一、八一三公認病院總數の二六%、教會共濟組合、其他非營利團體の經營する病院數は二、六〇四、公認病院總數の三八%を占め、専ら營利を目的とする私立病院數は二、四三五、公認病院總數の三六%に過ぎません。

佛蘭西に於ては中産階級以下の醫療組織としては救貧制度と國民健康保險制度であります。一九二八年に於ける救貧制度の病院數は巴里八七、地方一、〇七三、病床數二二二、二〇六であり、重症又は隔離患者を除く外、施療、有料の差別を設けず、看護婦すら施療如何を知らない位です。

獨逸の病院の大部分は公立病院であります。一九二七年の病床十一以上を有する一般病院數三、八〇二中、公立病院數二、九六四(七八%)、此の病床數三二四、〇一九に對して私立病院は八三八(二二%)病床數四四、三一〇に過ぎません。而かも私立病院の

率は漸減の傾向に在ります。而してドイツは國民健康保險(強制々度)生誕の地です。丁抹では國立病院を除く殆ど總ての病院は公共團體に依つて設立維持されて居り、病院の醫師は專屬醫、又は半開業、半勤務の醫員として勤務し、病院の構内に居住して他の患者の診療も行ひますが主として病院の醫療に従事し、入院料は患者の資力に應じて定めます。國民健康保險は準強制です。

瑞典に於ても病院の大多數は國家及公共團體の補助を得て經營されて居り、諸縣及大都市は夫々病院を設立して居ります。一九二八年に於ける官公立病床數約四四、〇〇〇に對し、私立病院は僅々三、三〇〇で一割にも當りません。國民健康保險は任意制です。

ソヴェート聯邦では總ての醫療施設は國營であり、従つて國民健康保險の醫療も亦國家の保健人民委員部に依つて經營されて居る醫療機關が行つて居ります。國民健康保險は強制々度です。

(二) 醫療社會化の中樞組織としての 國民健康保險

斯くの如く諸外國に於ては、醫療は何等かの形に於て社會化されて居ります。其中米國を除いた諸文明國に於て、醫療社會化の根幹的組織を成しつゝあるものは、國民健康保險制度であります。

既に醫療の社會化が當然である以上、受療に當つて稍もすれば患者を卑屈な氣持に陥れる救貧法や慈善病院よりも、受療者自身に依つて管理されたる國民健康保險制度の適當なるは明らかであり、官公營の諸醫療施設の如きも、國民健康保險制度を基礎として、之を行つて始めて官僚化の弊より免れ得るでありませう。

國民健康保險制度は、一八八三年ドイツに於て創設されて以來各國の倣ふところとなり、米國を除いた殆ど總ての文明國に於て、何等かの形に於て實施されて居り、本

邦に於ても工場、鑛山、運輸事業の従業員に對する「健康保險」(強制々度)は昭和二年以來實施されて居ります。

今度新らしく立法され、近く實施されんとする「國民健康保險」は右「健康保險」から除外されて居る農山漁村の住民並に中小商工業者の傷病、分娩、死亡等を保險せんとするものであります。其の制度の内容を申上げる前に、今日世界に行はれて居る國民健康保險制度一般の概容を、各國制度の例に就て御説明申上げて置きませう。

第二 國際的に見たる國民健康保險制度の解説

(イ) 總 説

國民健康保險は一つの國家的制度として、國民中の無産勤勞者の傷病、出産、死亡等の場合に之に醫療の助産又は埋葬等に要する費用の全部又は大部分を無料で支給す

ることを其の主たる職能として居り、之を保險給付と申して居ります。此の點に於ては救貧法(救護法)と似て居るやうであります。之が救貧法と違ふのは、救貧法の如く所謂救濟事業ではなく、原則として被保險者即ち醫療又は助産の給付を受ける者の互助組織であり、従つてたとへ保險給付の費用が全額被保險者の雇主又は國庫から出る場合でも、それは雇主や國庫が所謂慈善事業として恵むのではなく、社會的責任として被保險者に代つて保險料を負擔すると理解さるべきものであります。従つて國民健康保險では、無産者の貧困の原因が社會組織の缺陷にあり、之を救ふことは社會的責任であるといふ點がハッキリとして居り、救貧法の場合の如く醫療又は助産の給付を受ける者が卑屈な氣持にならなくとも濟むのであります。

(ロ) 保險者(保險機關)と其の管理

では國民健康保險を行ふ者は誰であるかといふに英國では政府の公認せる共濟組合

集金組合（埋葬を保險する共済組合）産業組合、労働組合、並に保險會社等が國民健康保險組合を經營して居り、組合は原則として被保險者の自治であります。但し國民健康保險組合（公認組合）は金錢給付（手當金）のみを取扱ひ、被保險者の自治ですが、醫療、助産等の給付は州（州邑を含む以下之に倣ふ）の被保險者代表（五分三）州會代表（五分一）地方州醫業委員會代表（二名）州の任命する醫師一名、保險大臣の任命する者に依つて構成されて居る保險委員會が取扱つて居ります。

フランスでは共済組合、労働組合、農業保險組合、農業相互再保險組合等の民衆の自主的團體が經營し、（初級金庫）之に加入しない者を地域を單位とした縣金庫に加入せしめて居り、組合の管理は被保險者及び其の雇主の外に醫師代表が加はります。オーストラリア、ベルギー等でも公認共済組合が國民健康保險を行つて居ります。デンマークでも共済組合を基礎として國民健康保險が作られたのでありますが、現行法では、市町村の行政區域を單位とする地域金庫、同一の職業、事業又は企業を單位と

して組織される職業金庫との二種になつて居ります。其管理は被保險者の自治です。

ドイツには地域を單位とした一般地區疾病金庫並に地方疾病金庫（農業、巡業労働家庭労働）事業疾病金庫、同業組合疾病金庫、代用金庫等有るが、代用金庫は一九〇九年四月一日以前に登記された組合員一千名以上の共済組合を基礎としたものです。

組合の管理は地區疾病金庫並に地方疾病金庫では終身官たる組合長が管理上的一切の權限を持つて居るが、其下に各同數の被保險者並に雇主代表と、醫師一名、州、都市、其他關係地方當局の代表者一名を以て構成する諮問委員會が有ります。被保險者及雇主代表を任命する者は監督官廳であり、労働戦線又は地方農民指導者と相談の上決定するものであります。

日本の工場、鑛山、運輸従業員の現行『健康保險』（以下『健康保險』と記す）では被保險者三百名以上の事業では、事業内に健康保險組合が設立され得ることになつて居り、組合の管理は被保險者と雇主とから各同數の代表を出して構成して居る組合會

並に理事會に依つて行はれて居ります。其他の事業、即ち小企業の被傭者の保険は政府が管掌し、道府縣（東京は警視廳）で事務を取り扱つて居ります。

ソヴェト聯邦では社會保険全部が労働組合に依つて管掌されて居ります。

一般に地域單位の組合は國家又は地方當局が設立し、事業を單位とした組合は労働者と雇主の協議に基き、雇主が設立する場合が多いやうです。互助組合が國民健康保険組合を經營する場合に就ては申上げるまでもありますまい。又一般に被保険者と雇主と共同管理の場合には代表數は保険料負擔額の割合に依つて定められることが多いやうです。

(ハ) 被 保 險 者

被保険者即ち傷病、分娩、死亡等の保険事故の起きた場合醫療や助産、埋葬等の給付を受ける者は各國とも主として被傭肉體労働者（農業労働者をも含む）であり、多

くの國では一定収入限度以内の俸給生活者（職員階級）も亦被保険者となつて居ります。獨立労働者、自作農、小商工業者も保険されますが、強制保険國に於ても是等は任意被保険者であることが通例です。（後項参照）

肉體労働者の場合には賃銀高に制限を設けないのが普通であります。職員階級には日本の『健康保険』では年收千二百圓、英國は年收二百五十磅、ドイツは年收三千六百マーク以下といふやうに、制限が設けられて居ります。フランスでは從來肉體、非肉體労働を向はず一萬五千法以下でしたが、一九三六年八月の改正で一九三七年七月より同年一杯は一萬八千フラン以下に引上げられました。

(ニ) 財 源

傷病、分娩、死亡等に際して國民健康保険で、醫療、助産、埋葬等の費用の全部又は大部分を無料に給付すると、其の費用は一體誰が出すのかと申しますと、ソヴェー

ト聯邦を除く、殆ど總ての國では、保險財源は被保險者、竝に被保險者の雇主、國家又は市町村が醸出して居ります。

被保險者と雇主の醸出する保險料は、金額で決定される場合と、被保險者の標準報酬（被保險者の恒常的收入を幾つかの標準等級に分類したものに對する一定割合で算出する場合と）があります。例へば英國では男子は一週九片の保險料を被保險者、雇主が折半して分擔し、女子は被保險者四片、雇主四片半であり、ドイツでは原則として標準報酬の六%を被保險者と雇主が半分宛分擔し、フランスでは平均八%を被保險者と雇主が半分宛分擔し、之に國庫の補助が加はります。日本では工場、鑛山運輸業従業員の『健康保險』の保險料は健康保險組合で定めるが但し原則として被保險者と雇主の折半です。但し被保險者の負擔は報酬日額の三%を超えてはならない。若し三%を超える場合は其超過額は雇主が負擔しなければなりません。小額の報酬を受けて居る被保險者の場合は雇主の負擔を増額することが出來、又組合の規約を以て雇主の

負擔率を増加することも出來ます。昭和九年の統計に依れば三四九の健康保險組合中一五二組合で雇主が半額以上を負擔して居りました。現在政府管掌の『健康保險』では、原則として報酬日額一圓に就き被保險者、雇主各二錢宛、石炭山では雇主五錢、被保險者三錢となつて居ります。

(ホ) 保險給付

斯うして集めた金で、被保險者が傷病、出産、死亡等の保險事故に罹つた場合、之に保險給付を行ふのですが、給付には醫療、助産等を給付する現物給付と、疾病手當金の如き現金給付とがあります。昔は現金給付が多かつたのですが、近時は現物給付に重點が置かれるやうになつて參りました。

疾病の際の醫療給付は、オランダ、アイルランド自由國等では行ひませんが、其他の諸國では殆ど總ての國で行つて居ります。

醫療給付には一般に資格期間を設けず保険加入と同時に受給資格を生じます。但しデンマークでは災害に基く疾病の場合は加入と同時に醫療給付が行はれますが、普通の疾病は組合加入後六週間（出産は十箇月後）に受給資格を生じます。

醫療にはドイツ、フランス、日本等の如く法定給付中に専門醫の診療を含む場合とイギリスの如く法定給付中には専門醫の診療を含まない場合とがあります。但し英國では専門醫は財政の餘裕の有る場合に附加給付として給付致します。

醫療給付の期間は英國竝にソヴェート聯邦では傷病が癒るまで支給され、デンマークでは法律上期間の規定はありません。日本の『健康保険』は最長百六十日間、ドイツは原則として二十六週で、定款に依つて一箇年まで延長が出来、フランスは六箇月それ以後は癈疾保険で醫療を與へます。

醫療給付に當つて、フランスでは被保険者は報酬等級七級に分けられて居る中第一級及第二級の者は醫療費の一五%、其他は二〇%を負担し、又全部の者が藥劑費の一

五%を負担致しますが、日、英、丁、竝にソヴェート聯邦等では原則として斯かる被保険者の負擔制度はありません。

紙數がありませんから、出産、死亡等の場合の給付の説明は省略致しますが（是等の詳細に就いては、賀川豊彦、山崎勉治共著『國民健康保険と産業組合』—東京成美堂出版—を御覽下さい）唯死亡給付は殆ど總ての國では一時金であります。

疾病手當金といふのは、疾病中の生活費を補助するために支給されるもので、勞働不能の場合に支給されるのを常とし、英國では疾病手當金を貰ふのには組合員となつてから二十六週間、デンマークでは六週間経過した後でなければなりません。多くの國では斯かる資格期間を設けて居りません。給付金額は日本『健康保険』では標準及報酬日額の六割を最長百八十日間、ドイツ、フランスは標準報酬日額の半額を二十六週間支給し、英國では保険加入一〇四週間以上の男は各週十五志、獨身女十二志有夫女十志です。一〇三週以内の者は男九志、女七志六片を二十六週間支給し、其後

も勞働不能の者は治癒又は死亡まで右の半額を支給します。

初期の時代の疾病保険では保険給付を受ける資格の有る者は正規の被保険者に限られてゐましたが、近時家族にも醫療、助産等の給付をすることが一般的傾向となりつゝあります。但し日本の『健康保険』は家族給付を行つてゐません。

(へ) 保険施設

國民健康保険は單に、既に傷病に罹つた者の醫療を行ふことのみが目的でなく、更に積極的に、傷病に罹らない先に之を豫防し、國民の體位を向上せしむることに依つて、國民生活の幸福を増進することが目的であるのみならず、それに依つて罹病率を少くし、従つて保険給付額を低減して保険經濟をも有利にすることが出來ますので、各國に於て、早期診断所、健康相談所、療養所、靜養所、衛生展覽會、保健衛生に關する講演、映畫、パンフレット、ポスター、運動設備等種々なる保険施設を行ひ、開

業醫制度では出來ない豫防醫學に努力して居ります。

(ト) 醫師との關係

國民健康保険と醫師との關係に就ても、各國それぞれ趣きを異にして居りますが、大別して(1)英、佛等の如く醫師免許を有する者は特別の事由の無い限り何人と雖も保険名簿に登録して、保険醫となることが出來、被保険者は其中から自由に自分のかゝる醫師を選択し得る自由選擇主義と、(2)被保険者(保険組合、其他保険機關)又は其の聯合體が、醫師の團體と診療條件を協定し、此の條件を承認する者を保険醫とし、被保険者は此の保険醫中より自分のかゝる保険醫を選ぶ團體自由選擇主義、又は團體契約主義と、(3)被保険者自ら病院又は診療所を經營して専屬の醫師を設け、又は一定の開業醫を保險組合の囑託醫とする被保険者の醫師撰擇主義とに大別することが出來ませう。開業醫は第一の制度を主張し國民健康保険組合は第三を選ばんとし、開業醫と國民

健康保険組合との間に争が起つた例が世界の國民健康保険史上少くありません。第二の制度は兩者の妥協の結果選ばれる場合が有ります。例へばドイツの如きがそれです。以上は國民健康保険といふものゝ性質を各國の例に就て解説したのですが、では此の制度に依つて實際に勤勞大衆の保健の上に如何なる影響を與へたかと申しますのに紙數が無いから詳論をするわけには参りませんが、一九三六年十月八日英國の保險委員會全國協會の年大會に於て行はれた保健大臣の演説に依れば、一九一三年以來國民健康保険實施の結果、英國の一般的死亡率か千人に就て一三・二人から九・四人に減少し、幼兒の死亡率は出生千に對し一〇六から一九三五年の六四に減少、更に演説當時五七に減じて居り、本邦の現行『健康保険』に於ける被保險者一人當埋葬件數、政府管掌は昭和二年〇・〇〇七、同三、四、五、六年〇・〇〇八、同七、八年〇・〇〇七、同九年〇・〇〇八と一高一低して居るが、組合管掌は昭和二年〇・〇〇七、同三、四、五年〇・〇〇八、六年〇・〇〇七、同七、八、九年〇・〇〇六と漸減して居ることに依つて其一

端を知り得るであらう。

第三 新らしく制定される國民健康保険制度 と産業組合

(1) 保険の目的

今回施行される國民健康保険制度の原案は、内務省が立案し、社會保險調査會で審議したもので、私も社會保險調査會臨時委員として審議に參與したのでありますが、本制度では工場、鑛山、運輸事業の従業員を對稱として居る現行『健康保険』に漏れて居る一般勤勞者即ち農山漁村居住民及中小商工業者自由業者等の健康保険を目的として居るものであり。

國民健康保険法案第一條は『國民健康保険は相扶共濟の精神に則り、疾病、負傷、

分娩又は死亡に關し、保險給付を爲すを目的とするものとす』と規定して居ります。

(2) 國民健康保險組合

保險者即保險を運営する機關は自治的團體たる國民健康保險組合であります。

國民健康保險組合には普通國民健康保險組合と特別國民健康保險組合とがあり、普通國民健康保險組合は原則として市町村を區域として、其の區域内の世帯主を以て組織し、特別國民健康保險組合は同一の事業又は同種の業務に従事する者を以て組織致します。特別國民健康保險組合組合員の範圍は組合の定款を以て任意に定めるのです。従つて實際には普通國民健康保險組合（以下普通組合と略稱）は郡部に特別國民健康保險組合（以下特別組合と略稱）は市部に多く設立されるやうになりませう。

組合を設立するには、發起人が規約を作り、組合員たらんとする者の同意を得て、地方長官の認可を受けるのでありますが、普通組合、特別組合共に其設立も組合加入

も原則として任意であります。しかし普通組合では、其區域たる市町村内の組合員たる資格を有する者三分二以上が組合へ加入した場合、地方長官が必要有りと認めれば残りの三分一の者を強制的に組合加入せしむることが出来ます。又組合は事業に支障なき限り被保險者でない者に對して一定の利用料を取つて組合の施設の員外利用を許すことが出来ます。

組合の管理は決議機關たる組合會と、執行機關たる理事會に依つて行はれますが、組合會議員は組合員の互選であり、理事は特別の事由ある時は地方長官の認可を得て組合員外より選任することも出来ますが、原則として、組合會に於て、組合員中より選任するものであり、理事長は理事の互選であります。従つて組合の管理は原則として組合員の自治であります。

但し普通組合に於ては、特別の事由無き限り、理事中に關係市町村長又は其の委任を受けた吏員を加へ、之を理事長とすることになつて居ります。

組合及組合の事業を行ふ法人は、其共同の目的を達成する爲めに、聯合して國民健康保險組合聯合會を作ることが出來ます。聯合會は公法人です。此聯合會に依つて、單獨組合では十分に行ふことの出來ない完備せる醫療や研究施設教育事業等を行ふことが出來ませう。

又内務省では經濟力に乏しい町村に對しては、特に多く補助金を與へる方針の由であるから、各町村間に於ける經濟力の相違より來る保險負擔の不均衡は、之に依つて多少緩和し得ると思ひますが、しかし市町村單位では、例へば流行病等の爲めに、特定の市町村の罹病率が特に多かつたやうな場合に保險經濟が脅かされる恐れが有ります。是等に對しては聯合會で再保險をすれば良いと思ひます。即ち各組合が其年の收入保險料の何パーセントかを保險料として聯合會へ納めて置き、若し其年の實際保險給付額が豫定給付額を超過したなら其超過額の何割かを聯合會で保險することにすれば良いと思ひます。聯合會の再保險に依つて得る剩餘金は、之を共同の施設に利用し

又は其一部を聯合會へ保險金の負擔を掛けなかつた組合へ其の納付保險料額に應じて拂戻せば良いでせう。

(3) 産業組合と國民健康保險

社會保險調査會に於て、私共の主張致しました意見の中で容れられなかつたもの少くなく、自己の微力を反省させられて居るのでありますが、此の産業組合に依る國民健康保險の代行も亦私が主張し、而かも私共の意見が變曲されたもの、一つであります。

イ 産業組合代行に依る諸利益

日本醫師會の反對に依つて第七十議會に於て削除されました國民健康保險法原案の第九條に『營利を目的とせざる社團法人は命令の定むる所に依り、地方長官の許可を受け、組合の事業を行ふことを得』とあるのは、元來主として此の産業組合に依る國

民健康保険の代行を意味して居つたのです。ところが日本醫師會の反對に遭つて段々内容が歪められて参りました。

社會局保険部は『國民健康保険制度案の要旨』の中に斯う書いて居ります。

『保険の經營者としては上述の如く、國民健康保険組合に之を限つて居るのであるが、農村等の實情に鑑み、醫療保護施設としての醫療利用組合の活動は之を無視することの出来ないものであり、又組合員の醫療保護を目的とした施設である點に於て、本制度を略其の目的とする所と同じくするものがあるので、若し全町村加入の形態を有せる醫療利用組合が、其の組合員及世帯員に對し組合の診療機關のみならず、廣く一般の診療機關に付て選擇の自由を與へることとするならば、特に其の同じ町村内に於て二重に國民健康保険組合を設立せずとも、此の醫療利用組合に國民健康保険の事業を行ふことを許可することに依つて、本制度の目的を充分に達することを得るものと考へるのである。従つて本制度に於ては、醫療利用組合即ち醫療設備の利用を目的

とする産業組合が、一定の條件に該當する場合に於ては、監督官廳の許可を受けて、國民健康保険組合の事業を行ふことを得ること、即ち其の組合員より保険料を徴收し組合員及世帯員の傷病等の場合に保険給付を爲すことを得ることを認めて居る』と。此の狭められた醫療組合の代行さへも、日本醫師會の執拗なる反對に依つて第九條が削除された結果『昭和十二年三月三十一日現在醫療事業を行つて居る醫療利用組合』に限られることとなりました。

國民健康保険法案の審議に當つて、私共が考へましたのは、窮乏して居る農山漁村而かも現金に乏しい農山漁村に於て國民健康保険を行はうとする場合、國庫、道府縣市町村又は地主其他の富裕者が保険費用の殆ど全額近くを負擔するなら別ですが、そうでない限り保険料徴收、組合經營の實際から申しまして、何うしても産業組合を基礎としなければ、實地には殆ど不可能に近いのではないかといふことです。農林省は勿論大藏省でも租稅徴收の實績に顧みて此點を非常に心配して居られました。

しかし若し産業組合を基礎として国民健康保険を行ふなら、今日産業組合の大多數は四種兼營ですから緒言に於て詳論致しました通り、保険料の徴收には販賣組合信用組合を利用し、保険料を農産物其他の現物を以て納付せしめて、之を資金化する便利が有り、又産業組合の剩餘金を本事業に繰入れることに依つて保険料を低減することが出来ます。醫療設備は之を利用組合として行ひ、醫藥又は醫療器具購入は購買組合を利用することが出来ます。

国民健康保険法案の中に『一定期間保険給付を受ける者の無かつた世帯の組合員に對して其の期間の保険料の一部を拂戻す事を得る』ことが規定されて居りますが（第二十六條）是れなどは全くロツチデール式産業組合の方法を取り入れたもので、産業組合に代行せしむることに依つて其の効果を十分に發揮し得るでありませう。

特に産業組合は既に互助的精神に基く組合經營の訓練を持つて居りますから、不眞面目なる組合員と、不眞面目なる醫師の結托に依つて生ずる人爲的危険を防ぎ、保険

經濟を確立することは比較的容易であると思ひます。第一既に産業組合といふ組織が存在して居るのに、それと同一主旨に基く国民健康保険を、同一地域に二重の設備費をかけて別個に設立する手は無いのです。

国民健康保険組合聯合會を組織するにしても、既存の産業組合の聯合組織を利用し得る便宜が有ります。それ故に私共はたとへ第七十議會に於て、既記第九條が削除されても、飽くまでも單に醫療組合だけでなく、四種産業組合それ自體に国民健康保険を代行せしむることを主張せざるを得ないのであります。

□ 国民健康保険と醫療組合の將來

茲に国民健康保険組合が出来るかと醫療組合が潰れやしないかといふ杞憂を抱く人があります。

成程素人目に考へると、さうてありますけれども、保険組合が開業醫と契約した場合には内務省が豫定して居る、一年一人平均五圓の醫療費は取り切りてあります。それ

で五人家族であれば二十五圓支拂ふ事になります。これは開業醫が自己所有の病院を使用し、諸器具、諸設備費に對する使用量を見積るから一人當五圓と考へても安いと主張するであります。然るに今迄の經驗によれば、醫療組合が數千人、數萬人の組合員を得て、數萬圓、數十萬圓の經費をかけて病院を經營すると一家族當り約五人として僅か十一圓そこ／＼であります。即ち開業醫に支拂ふ費用の半分にもつかない僅少な金額で済むのであります。そこで考へねばならぬことは、毎月の保険料の外に約十圓を多く支出して病院の設備をしてしまふか、その金額を始末して保険料を多く拂ふかといふ問題であります。醫療組合の設備に拂ふ金は現金拂ひて物を買ふやうなものであります。その設備をしないで高い保険料を拂ふものは「つけ」で物を買ふやうなものであります。で醫療組合を基礎にして國民健康保險組合を作る者は自治的にやれるために、開業醫と契約して保險組合を作るものに比較して、一年間に支出する金額が半分位で済ませる譯であります。假りに同額を支拂ふとしても他人に搾取され

たといふ氣持は起らないのであります。

また現存する醫療組合へ、醫療組合員でない國民健康保險の被保險者が治療を受けに行つた場合には、恐らく醫療組合は開業醫と同額の料金を申受けるであります。若し其人が醫療組合員になればそれよりも何割か安い料金で保險醫療給付が受けられるのです。

従つて將來現存の醫療組合病院全部が、國民健康保險組合病院に變つてしまふことがあつても醫療組合病院が國民健康保險組合のために壓迫されて、その儘破産するといふやうなことは起らないのです。

ハ 國民健康保險と産業組合の大衆化

唯産業組合は今日非常に發展して居るとは言へ、昭和十二年用『産業組合同年鑑』に依れば昭和十年度には全農家の七四%が産業組合に加入して居り、昭和九年度の産業組合員總數五、五〇五、八九七人、内農業者組合員數三、八七四、〇四〇人で全國農家に

對する農業者組合員數の割合は六九・〇%であります。之を各縣に就て見るに長野縣の九八%を最高として九〇%を越えるものに、秋田、富山、鳥取、島根、愛媛が有ります。最低は沖繩の二二%です。従つて農家中なほ産業組合員たらざる者若干有り、産業組合を基礎にしても、全農家に國民健康保險を及ぼすことは出来ないといふ意見もありませうが、しかし國民健康保險組合では員外利用を許し得るから、それと同じやうに、産業組合でも國民健康保險に就ては、員外利用を許し得るやうにして貰へば良いと思ひます。其中に産業組合も大體全農家を包容し得る程度にまで發達するてありませうし、又發達せしめねばならぬと思ひます。

一方之を産業組合運動の立場から申しますなら、産業組合を基礎として國民健康保險を行ふことは産業組合大衆化の重大なる契機となります。

私共は多年産業組合運動の大衆化を叫んで参りました。しかし乍ら、現在の如く四種の産業組合のみでは、眞に産業組合を大衆化することは困難であります。特に現在

の如く財的信用の無い者は事實上利用出来ない信用組合中心のまゝで、産業組合を大衆化することは非常に困難であります。

ところが、前章で御説明申上げました如く、國民健康保險制度は原則として勤勞大衆の傷病、出産、死亡等を保險することを目的として居るものであり、是等の保險事故の母體である身體は、如何なる無產者と雖も皆一つ宛持つて居り、且つ狂人でない限り誰でも醫療に對する意見や希望は有りますから、産業組合に依て國民健康保險組合が行はれば、少くとも此の部門に於ては産業組合は大衆化されますし、それを通じて他の部門の産業組合をも大衆化に導くことが出来ます。

四種産業組合中大衆化の最も困難なる信用組合さえも、國民健康保險と結合することに依つて實際に勤勞大衆のお役に立つことになりませう。

二 開業醫の杞憂

ところが此の産業組合に依る國民健康保險の代行といふことに對して、開業醫諸君

が非常に反對して居られますが之は全く認識の誤謬に基くものであると思ひます。

申すまでも無く産業組合は日本醫師會の如き醫師のみの團體と異り、如何なる職業の人と雖も、産業組合の目的に賛成の人は之を包容して行くので、現に産業組合員の職業別構成を見るに、昭和十年の産業組合員五、八二四、四九六八、中農業七〇・五%、林業〇・二%、工業四・〇%、商業一一・〇%、水産業二・四%、其他一一・九%であり、「其他」の實人員数は六五六、〇〇〇人てありますが、此中には醫師も、辯護士も、文士も、僧侶も、牧師も入つて居るのであります。産業組合が醫師の加入を拒絶したなどいふことは、獨り日本のみならず世界の産業組合運動史上嘗て無いことであり、反對に産業組合運動の優れたる指導者の中に如何に醫師が多く含まれて居ることでありませうか。

而して産業組合の目的とする所は一言にして言へば、相互扶助の原則に基いて、國民全體の生活の安定を計ることにあるのですから、此の産業組合が國民健康保険を代

行することに依つて、眞面目な開業醫諸氏の生活を脅威するなどといふ道理が有り得よう筈がありません。

産業組合は一般醫師に對しても保険醫療を囑託し之に對して醫療利用組合の經驗に基き正當な報酬を支拂ひます。而かも既に經營といふものに就達して居る産業組合に依つて國民健康保険が經營されれば、新らしく別個の國民健康保険組合を組織する場合に比して、經營の確立が容易でありますから、従つて醫師に對する報酬の支拂ひも健實となります。

此の事は聯合會に就ても同様であります。既に存在する産業組合の全國的地方的聯合會を利用すれば、國民健康保険組合聯合會の設立は容易であり、早く聯合組織が確立されれば、される程、從來學的研究の機會に恵まれなかつた一般醫師、特に地方醫師諸君も亦研究の機會を與へられます。

唯國民健康保険は制度其物の本質上、無産勤勞者の傷病に依る生活破綻を救ふこと

を主要目的として居るのでありますから、此の制度を利用することに依つて巨利を貪つて、富豪にならうといふ野望は捨て、欲しいと思ひます。若し醫師が斯かる不純な氣持から不當な營利を計らうとする場合、産業組合が社會正義の立場から之に對して制肘を加へることは有り得ると思ひます。しかし、之に對しては日本醫師會と雖も社會公共の利益を計ることを目的とする公法人である限り反對は出來ない筈であると思ひます。

要するに開業醫諸氏が産業組合の代行に反對してゐるのは、産業組合に對する認識の誤謬か、又は一部の利己的なる特權階級的醫師の策動に誤まられて居るものであると思ひます。

社會正義を解する醫師ならば産業組合代行に反對するどころか、むしろ自ら産業組合運動の陣頭に立つて、産業組合の代行を促進し、醫療の社會化に努力す可きであると思ひます。

(4) 被 保 險 者

本制度では組合員と被保險者とを區別し、國民健康保險組合を組織し、組合に對して保險料の支拂其他の義務を負ふ者を組合員とし、傷病、分娩、死亡等の際に組合から所定の給付を受ける者を被保險者と致します。

被保險者となる者は組合員及其家族の者であります。必ずしも家族を包括して被保險者とする必要はなく、組合員の家族を被保險者とするか否かは、各組合が、それ／＼の組合の實情に應じて定款を以て任意に定めることになつて居ります。

但し、(1)『健康保險』(工場、鑛山、運輸業従業員)の被保險者、(2)他の組合又は組合の事業を行ふ法人の被保險者、(3)特別の事由ある者にして規約を以て定むる者は之を被保險としないのであります。

(5) 財 源

保険に要する必要は原則として之を組合員から徴收致します。國民健康保険は無産勤勞者の傷病、分娩、死亡等を保険することを主目的とするものではありませんが、無産者の貧困の原因は社會的缺陷に在り、社會的責任であるとの見地から、被保険者の雇主や國家が保険料の一部又は全部を負擔することは各國の例であり、本邦の工場、鑛山、運輸事業の従業員の『健康保険』に於ても、雇主が保険料の半額以上を負擔し國庫が一割補助して居ることに就ては前章に於て申上げました。本國民健康保険に於ても亦、雇主負擔に該當す可き部分を誰か負擔す可きであり、そしてそれは農村に於ては地主（不在地主を含む）に負擔せしむ可きであると考え、社會保險調査會に於て、地主に少くとも保険料の半額を負擔せしむるか、若しくは賛助會員制を設け、地主其他の富裕者を加入せしめ、之に高率の保険料を負擔せしむ可きであることを主張

致しましたところ、後者が通過致しまして、賛助會員制を設けることが出来ること、になりました。

一方特別の事由有る者には保険料を減免し、又は其の徴收を猶豫することが出来ます。

又一定期間保険給付を受けなかつた世帯の組合員に對しては、其期間の保険料の一部を拂戻すことが出来ます。是れ先づ市價に準じて賣り、剩餘金を購買高に應じて拂戻す所謂ロッヂデール式産業組合經營原則を取入れたものであり、本制度の一つの特色を爲すであります。

保険料の額、徴收の方法及減免其他保険料に關する事項は、各組合が定款を以て任意に定めることとなつて居ります。従つて農山漁村では收穫時に纏めて保険料を徴收することも、現物納入の制を認めることも各組合の自由です。

保険料其他國民健康保険法に規定されて居る徴收金を滞納する者の有る場合、組合

の請求が有れば市町村は市町村税の例に依つて、之を處分致します。此場合組合は徵收金額の四分を市町村に納めなければなりません。しかし此の方法は實地には餘り用ゐない方が良いと思ひます。

今内務省が指導して、昭和十年十一月以來試みに本制度を實施して居る埼玉縣越ヶ谷の順正會で實際に行つて居るのを見ますと、納税組合を基礎として本制度に依る組合を組織し、納税組合に非る者も希望に依つて加入させることゝなつて居りますが、保険料は戸數割を標準として、左の如く二十二等級に分けて居ります。

戸數割税額	保険料(月)	一箇年一戸當
0.50	0.30	3.60
1.00	0.40	4.80
2.00	0.50	6.00
3.00	0.60	7.20

4.00	0.70	8.40
5.00	0.80	9.60
6.00	0.90	10.80
7.00	1.10	13.20
8.00	1.20	14.40
9.00	1.30	15.60
10.00	1.40	16.80
12.00	1.50	18.00
15.00	1.70	20.40
17.00	1.80	21.60
20.00	2.00	24.00
30.00	2.50	30.00

五〇〇〇	三〇〇	三六〇〇
七〇〇〇	三・五〇	四三〇〇
一〇〇〇〇	四〇〇	四八〇〇
一五〇〇〇	四・二〇	五〇四〇
二〇〇〇〇	四・五〇	五四〇〇
二〇〇〇〇を 超ゆるもの	五・〇〇	六〇〇〇

順正會の理事は次年度よりは納税額三〇圓以下の階級の保険料を低下し、納税額五〇圓以上の者の保険料を引上げるつもりであると言つて居りましたが、大體納税額五〇圓以上の者を賛助會員に該當するものと見て良いのかと思ひます。

なほ一世帯に於て五人以上の家族を有する者は、家族一人を増す毎に月額保険料四圓以上の者は二十錢、一圓以上の者は十錢、それ以下の者は五錢宛割増金を徴收することゝなつて居ります。

保険料納入の方法は納税組合を十五區に分け、一區を更に二組乃至五組合計五十組に分け、富裕者は月掛け、貧困者は日掛けとし、月掛けの方は區長又は組幹事が集金する。日掛け即ち貧困者の場合は、組幹事が五日目毎に日掛箱を其の所屬組合員に廻し、之に税金と共に保険料を入れて貰ふ。箱は幹事の家から出て幹事の家へ戻つて参ります。それを集めて、區長に渡しますと、區長は六日目毎に税金だけを組合長の名義で銀行へ預金し、順正會の會費（保険料）は毎月二十五日に纏めて順正會の庶務會計に渡すことになつてゐます。

本制度の保険財源としては、組合員の保険料の外に、國民健康保険組合は療養の給付に要する費用の一部を、保険給付を受ける者（給付を受ける者が組合員でない場合には、其者の屬して居る世帯の組合員）に負擔させることが出來ます。又國庫、道府縣及市町村は組合並に組合の事業を行ふ法人に對して補助金を交付することが出來ま

すが、國庫補助に就ては、初年度には被保険者一人當年平均保険費用五圓と見て、其二割即ち一圓を補助することになつて居ります。一般年度には一割の補助の豫定であると聞いて居ります。私共は最低一人當補助金二圓を主張したのでした。が通りませんでした。之はもつと増額をして欲しいと思ひます。

(6) 保 險 給 付

本制度に於ける保険給付は疾病及負傷に對しては療養給付、分娩に對しては助産の給付、死亡に對しては葬祭の給付であり、疾病手當金の給付は認めて居りません。特別の事由有る組合は助産又は葬祭の給付を行はないことも出来ます。

又組合は監督官廳の認可を受けて前記の保険事故に就て、療養、助産、葬祭以外の給付をも行ふことが出来ますが、しかし遺族年金、廢疾、養老等に關する給付は未だ認められて居りません。

特別の事由ある組合は、定款を以て、療養、助産、葬祭等の給付の代りに、其費用を現金で給付することゝすることも出来ますし、又原則として療養、助産、葬祭を給付する組合も、必要に應じて臨時に是等を現金を以て給付することも出来ます。

以上の範圍内に置きましては、保険給付の種類、範圍、支給期間及支給額、醫療組織、其他保険給付に關して必要なる事項は、各組合がそれ／＼組合の實情に應じて、定款を以て任意に定めることが出来ます。

之を既記越ヶ谷順正會で行つて居る實例に就て見ますと、醫療給付には左のものが含まれて居ります。

1 往診、宅診及處方箋。但し健康診断は含みません。又往診の車馬賃は組合員の負擔です。

2 藥劑又は治療材料。但し體溫計、吸入器、水枕、水囊、其他之に類する治療用材料は含みません。

3 入院診療。但し食費を除き一日金二圓以内とし、看護、移送は含みません。

4 處置、手術、其他の治療。但し義眼、義手、義足、矯正眼鏡、整形美容手術、温泉、鑛泉、轉地竝に榮養療法は含みません。

5 處方箋に依る藥劑。但し賣藥の給付は致しません。

以上の給付を受けるに就て、入院治療及一回の費用十圓を趣ゆる處置手術、其他の治療を受ける場合には豫め組合の承認を得なければなりません。

療養給付の期間は、同一の疾病、負傷及之に因つて發した疾病について、給付開始の日から病氣が療るまでです。出産には三圓を給付し、死亡に對する給付は未だ行つてゐません。

組合員の費用一部負擔は

A 内科、外科、其他一般

1 處方箋に依る藥劑の交付費用の二割

2 診察及通常の診療藥劑處置手術等費用の二割

3 入院治療及特別處置、手術の場合は費用の五割

B 齒科

治療一齒一回五錢、拔牙、乳齒五錢、同前齒五錢、同臼齒十錢、消炎手術十錢、セメント充填十錢、頓服内服藥一劑二錢、含嗽劑等三錢、金冠義齒等自費

以上の一部負擔金竝に往診の車馬賃は病家たる組合員が直接醫師に支拂ふことになつて居ります。

醫師は越ヶ谷町竝に附近町村の醫師全部を囑託醫として居ります。

(7) 保健施設

組合は積極的被保險者の疾病の豫防、健康の保持増進を計るために、(1)疾病又は負傷の豫防に關する施設、(2)健康診断に關する施設、(3)保養に關する施設、(4)其他の保

健施設を行ふことが出来ます。それが同時に保険事故を減少せしめ、保険経済を確立する所以でもあることは前章で述べた通りです。

(8) 審査、斡旋、訴願及訴訟

保険給付に關する決定に不明ある者の爲めに審査を行ひ、組合（又は組合の事業を行ふ法人）又は組合聯合會と醫療機關との間に保険契約に關して起る紛争の解決の斡旋をする爲めに、道府縣に國民健康保険委員會を設置することが出来ます。又組合の行つた保険料其他の徴收金の賦課、徴收の處分又は滞納處分に不服のある者は訴願又は行政訴訟を行ふことが出来ます。

(9) 結 語

以上は國民健康保険制度の概要であります。此制度を農村に行はふとする場合、實

地には多くの困難が有るのではないか。特に利己的な地主の居る村では、任意制では實施困難なのではないかといふ意見も有りますが、しかし既に、既述の順正會のみならず、山形縣最上郡角川村の角川村保健組合（昭和十一年四月一日設立）愛知縣東春日井郡守山町の大森隣保事業組合（昭和十一年三月設立）同額田郡形埜村の形埜隣保事業組合（昭和十一年四月一日設立）同西加茂郡藤岡村の藤岡村隣保事業組合（昭和十一年六月設立）岐阜縣土岐郡大湫村の大湫村濟生保險組合（昭和十一年六月十八日設立）熊本縣天草郡中村の柳浦醫療組合（昭和七年十一月一日）同玉名郡八幡村の八幡村保健組合（昭和十一年七月十五日創立）福岡縣宗像郡上西郷村に於ける類似組合二個（設立年月不明、何れも七、八十年前ならむ）埼玉縣廳員共濟組合（昭和十一年九月二日設立）山梨縣北巨摩郡武川村信購販利組合の健康保險共濟事業（昭和十二年三月一日設立）等に於て實地に試みられて相當の成績を擧げて居るのであり、たとへ原則として任意制であつても、農村では隣保互助の精神が發達して居り、村の道德的

制裁が強いから、此の制度が農民一般の利益になるといふことになれば自然に強制力を生じて來ると思ひます。特に産業組合を基礎として之を行ふことになれば、論者の抱くが如き不安の多くは除去されるものと思ひます。

しかし私は本制度を決して完全なものとは思つて居りません。社會保險調査會で私が主張致しました意見それ自體でさえ、賛助組合員制、聯合會等に就ては不完全乍ら容れましたが、例へば産業組合基礎、國庫補助金の増額等に就ては、私共の意見は十分通つて居ないのでありまして、賛助組合制に就ても、之を實地に生かす爲めには、なほ多くの努力を要すると思ひます。それ故に私共は法制の上にも、制度の上にも、本制度を一層完全ならしむる爲めに、今後も不斷の努力をして行かねばならぬと思ひます。

特に繰り返し申します如く、本制度はたとへ第七十議會に於て第九條が削除されても、實地には産業組合を基礎としなければ確立し得ないものであり、之を産業組合運

動の立場から見れば産業組合運動大衆化の重大なる契機を爲すものであつて、産業組合運動をして單なる商業的部面に於ける相互扶助のみでなく、全生活上の相互扶助に向つて、一步前進せしむる重大使命を有するものであります。私共は産業組合運動をして眞に人類相愛の大道へ進ましむる大なる推進力たらしむるために、本制度の大成に努力致しませう。

389
527

昭和十二年四月五日印刷
昭和十二年四月拾日發行

定價金拾貳錢
郵稅不要

不許
複製

著者兼
發行者

千石興太郎
東京市麴町區有樂町一丁目九番地

印刷者

室野井武
東京市京橋區西八丁堀三ノ七

印刷所

不二印刷社分社
東京市京橋區西八丁堀三ノ七

發行所

產業組合中央會

東京市麴町區有樂町一丁目九番地
振替貯金口座東京四七二四番

