

チェルニコワ O.IO.

1905～1945年における北サハリンと樺太における 医療の状況に関する比較分析

樺太における医療システムの状況に関する資料は、その全容を正確に理解するには十分ではない。この問題に関する基本的な情報源は、サハリン州国立文書館に所蔵されている『樺太庁施政三十年史』の翻訳である。南サハリンの歴史に関わる、この書物には樺太庁の三十年間の時期における病院数、医療関係者の人数などについての統計資料が含まれているだけである。北サハリンに関する情報源の方が多い。さまざまな議事録、決定、報告、決議などが資料として保存されているが、その多くは1925～1945年の時期に関わるものである。それに先行する20年間の時期の北サハリンに関する資料は多くはない。

南サハリンにおける日本の医療システムは、樺太庁が1907年に設立され、その内部に第一部、第二部が設置されたことに伴って形成され始めた。第一部には警務課が置かれ、医療、保健も担当した。大泊（コルサコフ）、豊原（ウラジミロフカ、ユジノ・サハリンスク）、真岡（ホルムスク）などの重要な居住地には、樺太庁の支所が置かれ、支所長は警務を担当し、保健、医療も担当した。支所において、こうした機能を担当するために一つないし二つの係が置かれた。この保健、医療担当のシステムは1909年、1911年、1913年、1918年、1927年に実施された行政機構改革のたびに変更された。しかし、根本的システムは不変であり、樺太の医療機関は警務担当部局の監督の下に置かれてきた¹。

日本によって設立された最初の病院は1907年4月に大泊と豊原に開設され、支所が真岡に開設された。1908年10月には、樺太の行政中心地が大泊から豊原に移転したことに伴い、庁立病院は豊原に移転し、大泊と真岡が支所とされた。1916年には支所が廃止され、二つの都市には独立の病院が開設された。このように医療サービスの改善が図られ、看護婦、助産婦の育成にも努力が図られた²。

ほぼ同時期に二種類の医療機関が形成された。庁立などの公立医療機関と民間の医療機関である。民間医療機関には、私立の各種医療機関（私立病院、助産院など）の他に、企業などの経営する病院・診療所も含まれる³。

庁立病院の置かれている市街地を除く、各地域で開業する医師はそれぞれ担当する地域を定められ、患者の治療以外にも、伝染病の予防、検疫、予防注射、娼婦・女給の定期健診などを実施することが義務付けられていた。

1931年10月12日には、管内における医療の向上と医療・保健の発展を目的とする樺太医師会

¹ ГАСО. Ф. 1170. Оп. 1. Д. 40. С. 151. 『補注』参照。

² Там же, С. 152. 『補注』参照。

³ Мошенский А. А., Золотухин И. Л. Очерки истории здравоохранения Сахалинской области. Владивосток, 1995. С. 125.

が設立された。1935年には都市および郡部の医師、約200人が会員となった⁴。

北サハリンでは、医療・保健制度の変化は、全国規模の歴史の転換によってもたらされた。1917年の十月革命は新しい国家—ソ連邦の形成の根拠を生み出した。1918年7月11日、レーニンは保健人民委員会の設置に関するロシア連邦共和国人民委員会会議決定に署名した。この人民委員会はサハリン島北部における医療も担当した。内戦が始まり、国際的な軍事情勢もきわめて深刻であったなかで、ロシア共産党（ボ）は緩衝国家としての極東共和国の設立を決定した。極東共和国政府は1920年11月11日に、共和国内のすべての医療衛生機関、獣医学機関、バクテリア研究所、疱瘡接種所、移民用や鉄道局・汽船局、鉱山企業、軍事組織が所有する衛生列車や病院船を極東共和国保健省に移管する決定を行った。極東共和国保健省が設置された後、郡単位の保健局が設置された。医療関係社の養成のために一連の措置が執られ、薬剤師や看護婦の養成講座も設立された⁵。

極東における内戦が終結した後には、極東における緩衝国家としての極東共和国の必要性はなくなった。1922年11月には極東共和国人民会議は共和国の解散決議案を採択した。共和国保健省は極東革命委員会の保健部に改組された。北サハリンは保健部の対象地域には入らなかった。なぜなら、この時期には北サハリンは日本軍によって占領されていたからである。

1925年に保健部長に任命された И. Н. プリュタチは、北サハリンのリュコフスコエ村には1920年まで外来診療所と小規模な入院施設を持つ診療所が存在し、医師1名、薬剤助手2名、助産婦1名が勤務していたと述べている。同時期にデルビンスコエ、アド・トイモヴォ、オノルの各集落には准医師の診療所があった。日本軍が占領すると、これらの診療機関は活動を停止した。リュコフスコエ村の診療施設と薬局は日本軍部隊が接收し、衛戍病院として利用した。1925年には、医療関係者で残っていたのは個人で薬局を運営していた薬剤助手2名のみであった。リュコフスコエ村の衛戍病院はロシア人住民の診療も行っていた⁶。

サハリン島最北部のリュブノフスク郷では事態はいっそう深刻であった。というのは、この地域は北サハリンの中心地であったアレクサンドロフスクとの交通の手段がまったくなかったからである。1920年以前には、ドミトリエヴォ・グリゴリエフスコエ村が郷の中心地であったが、この集落には准医師診療所が1箇所あるのみだった。日本軍による占領とともに、この診療所は閉鎖された。しかし、准医師は個人で1922年までは開業していた。その後は、郷にはいかなる医療機関もなく、住民はオハ油田で開業していた日本人医師の診察を受けるか、あるいは、月に1～2回やってくる日本の軍医を頼るしかなかった⁷。

新しい医療機関を組織する動きは、日本の官憲から北サハリンを受領するソ連中央執行委員会の全権委員会の活動の過程においてであった。1925年5月9日には、サハリン革命委員会は、全ソ中央執行委員会第二期総会の執行委員会の組織の簡素化に関する決定に基づいて、それ

⁴ ГАСО. Ф. 1170. Оп. 1. Д. 40. С. 152. 『補注』参照。

⁵ Мошенский А. А., Золотухин И. Л. Указ. соч. С. 70-76.

⁶ Мошенский А. А., Золотухин И. Л. Указ. соч. С. 80.

⁷ Там же. С. 81.

までの人民保健部、教育部、住宅公共サービス部、社会保障部を統合して総務部を設置した⁸。

1925年6月2日、サハリン革命委員会は、その会議においてサハリン島における医療・保健のソビエト型システムの組織に関わる一連の措置を講じる問題を討議した。以下のような医療・保健機関のネットワークを設置することが決まった。アレクサンドロフスクに20病床の病院、リュコフスコエに15病床の病院を設置する。アド・トイモヴォ、オノル、ドミトリエヴォ・グリゴリエフスコエの3集落に診療区を設置する（医師の不足から、それぞれの地区を薬剤助手が担当する⁹）。全文のカッコ内の補足が示すように、新しい医療システムを形成する上で直面した問題の一つは、機能を持った専門家が不足していることだった。1926～1927年には、革命委員会は何度も医療・保健システムの問題を取り上げている。デルピンスコエ村に准医師診療所を、アレクサンドロフスク港に検疫所を設けること、管内の医療施設建設の3カ年計画を定めたこと、先住民に対して医療サービスを提供することなどが、この時期に決定されている¹⁰。

樺太については利用できる資料から以下のことが明らかとなる。すなわち、1920年代から30年代にかけて、移民の流入で人口が増加し（1920年の人口は10万6000人、1925年20万4000人、1936年32万1000人¹¹）、樺太庁は医師や中級の医療技能者の不足に直面した。

1930年代半ばには、樺太では、それ以前と同様、豊原、大泊、真岡に3つの樺太庁立病院があり、医師29名を含む109人の医療職員が働き、104病床を有していた。主な診療科は内科、外科、小児科、眼科である。1934年には、樺太全体で医師202人、歯科医師58人、助産婦104人が働いていた¹²。

他方、北サハリンでは、南樺太ほどの増加率ではないが、1930年代に人口が増えた。1925年にはサハリン島北部の人口は1万0200人で、1936年には6万8600人となった¹³。

1934年のサハリン州の医療機関の状況は以下の通りであった。病院—13、診療所—2、准医師・助産婦診療所—19、バクテリア試験室—1、消毒室—1。医師は61人。すべての医療機関の病床数は356であった¹⁴。

以上の数字から、樺太でも北サハリンでも免許を持った医師の数をはじめ、医療関係者の不足に直面しており、双方の行政機関ともこうした状況を改善することをめざしていた。

豊原、大泊、真岡の庁立病院では、助産婦と看護婦を育成する2年間の教育コースが設けられ、これらの資格を得たい希望者は入学試験と卒業試験を受験する必要があった。また、中級医療職を対象とする毎年の資格試験の制度も設けられていた。地域によっては助産婦の資格保

⁸ Там же. С. 79.

⁹ Социалистическое строительство на Сахалине (1925-1945гг.). Сборник документов и материалов. Южно-Сахалинск, 1967. С. 25-26.

¹⁰ Мошенский А. А. Золотухин И. Л. Указ. соч. С. 82-83.

¹¹ Микушина В. П. Японский Южный Сахалин (Карафутто). // Сборник краеведческих статей. № 8. С. 12.

¹² Экономика Сахалина. / Под ред. Бок Зи Коу, Высокова М. С. Южно-Сахалинск, 2003. С. 82.

¹³ Там же. С. 52.

¹⁴ Мошенский А. А., Золотухин И. Л. Указ. соч. С. 90-91.

持者がおらず、住民にとって不都合であったので、そうした地域に関しては、資格は持っていない者も経験のある者が助産婦として働くことが認められていた。また、医師や歯科医師がいない地域もあり、地域住民にとって大きな不便をもたらしていた。そこで、こうした地域については、医師、歯科医師について、免許を持っていない者に対して時期を限った開業許可が与えられることもあった。

日本のほかの地域と同様に、樺太でも、免許を持った医師のほかに、民間療法による治療を行う者が少なくなかった。按摩、針治療、鍼灸などである。針・灸治療を行うには許可が必要であった。また、按摩については許可が不必要で「経験のない者」が治療に当たることも少なくなかったため、樺太庁は1931年に、按摩に関する資格試験を導入した。また、1932年には、針・灸についても規則が改定され、許可を得るためには資格試験を受験することが定められた¹⁵。

北サハリンが国内他地域から孤立していたことから、高い技能を持った医療サービスを供給する上で、多くの問題があった。例えばリュブノフスク地区では、神経科、眼科などは、それを専門としない医療スタッフが治療に当たっていた。1925年には、専門職が不足していることから、病院の主任医師や地区担当医師のポストに薬剤助手を当てることを余儀なくされた。そこで、革命委員会は極東保健部に対して、北サハリンの病院に免許を持っている医療スタッフを派遣するよう要請した。特に眼科医がいないことは、先住民族の間で眼病が蔓延していたことから深刻な問題であった。革命前の極東地域には、医師を含む医療部門の専門家を養成する高等・中等教育機関は存在していなかった。1924年11月1日、ウラジオストクに4年制の准医師・助産婦養成学校が開設された。また、同地には1925年1月に2.5年制の薬剤助手養成学校も開設された。さらに、1930年10月には、極東医学校での授業が始められた¹⁶。

樺太の病院への医薬品の供給は樺太庁の監督下で行われていた。樺太庁の警務部（警務課）職員あるいは病院の薬剤師のなかから、医薬品の供給に関する監査官が任命された。また、警察署は毎月、病院の薬剤部や薬局について査察を行い、使用することが不適切な薬品が処方あるいは販売されていないかどうかを検査した。樺太で用いられる薬剤の多くは日本から、特に東京と札幌から供給されていた。薬局では地元産の薬草を使った浸剤などの薬品も販売された。製紙産業が発展すると、医療機関や薬局が必要とする医療用酒精がすべて地元で供給されるようになった。薬剤を製造し販売する資格は薬剤師、開業医師のほかに、薬品の製造・販売のしかるべき経験を有する薬局主にも認められた。1934年には規則の改定が行われて、薬品の製造・販売を行う薬局主は樺太庁の許可を必要とすることになった。1934年以前には、こうした許可は経験の有無を調べて、経験のある者に与えられていたが、1920年代の末からは申請者が急増した。そのなかには、不適切な薬剤を製造・販売することで問題を引き起こす者もいたため、資格試験制度が導入されたのである。樺太庁長官は毒薬や劇薬、さらに麻薬の販売を認可する権限を持っていた。しかし、麻薬の販売は樺太ではほとんど行われなかった。医

¹⁵ ГАСО. Ф. 1170. Оп. 1. Д. 40. С. 153. 『補注』参照。

¹⁶ Мошенский А. А., Золотухин И. Л. Указ. соч. С. 82-102.

薬用に必要な麻薬は、その他の医薬品と同様に、日本から移入されていた。薬局に関する厳しい監督は、麻薬の非合法的な製造や流通が存在していたことによるものである。非合法にケシを栽培し、アヘンを製造して日本各地で販売する事例があったからである¹⁷。

日本軍による占領が終了した後の北サハリンにおける、新しい医療・保健システムの設立は、事実上、白紙の状態から始まった。すべての医療品を新たに入手する必要がある。医薬品、医療器具などである。ベッドやシーツ類までウラジオストクから運ばれてきた。1925～26年には医療機関のために8万8900ルーブルが支出されたが、これはサハリン管区の全予算の16.9%を占めていた¹⁸。

樺太の集落における衛生状態には問題が少なくなかった。1920年代から30年代にかけての人口急増のなかで、衛生環境の整備が間に合わなかったからである。とはいえ、樺太における衛生環境は、ソビエト権力の下での北サハリンと比較すれば、より本格的に整えられていた。1930年代半ばには、豊原、大泊、真岡、本斗（ネヴェリスク）、泊居（トマリ）、野田（チェーホフ）などの市街地で公営上水道が稼動していた。上水道のない居住地の住民は、井戸水、湧泉水、河川水を利用していった。樺太庁の管内では、衛生医による水質検査がおこなわれるようになっていた。時としては住民の側から、樺太庁の担当部局に水質検査を依頼することもあった。また有力者が水道建設を提案することもあった。豊原、真岡、大泊、落合（ドリンスク）、知取（マカロフ）等では下水道の建設も行われた¹⁹。こうした措置によって樺太のもっとも主要な都市での衛生状況はかなりの程度改善された。地方自治体や警察によって食肉、乳製品、魚介類などの厳しい食品検査がおこなわれ、家畜の飼養施設・市場・屠殺場などで衛生規則が遵守されているかどうかの検査もおこなわれた。

北サハリンでは衛生状況はかなり劣っていた。1938年4月27日付けの州委員会ビューローの「州内における医療・保健の状況に関する」決定では、居住地に置ける衛生環境が危機的な状況にあると指摘されている。どの町村にも浄化槽はなく、水源地周辺における衛生保持の措置は取られていない。また、ほとんどの食品加工施設や食堂などの衛生状態は劣悪である。保健衛生担当部局による定期検査はおこなわれていない²⁰。

1945年の戦争が始まる時期まで、南北両サハリンの医療・保健システムにはほとんど変化はなかった。南サハリンでの戦争終結後の最初の数ヶ月間には、衛生環境を整備することがソビエト軍司令部や民生署の最大の課題であったといつてよい。都市や村落の状況や残留している日本人の人口の調査、工業企業、運輸施設の資産調査と並んで、医療機関などの社会施設の現状調査がおこなわれた。

終戦直後の時期には、以前と同様に、医療機関は私立機関（病院、療養所、診療所など）と公立機関（樺太庁立、市町村立）とからなっていた。1945年7月～8月に内地への疎開がおこ

¹⁷ ГАСО. Ф. 1170. Оп. 1. Д. 40. С. 153-154. 『補注』参照。

¹⁸ Мошенский А. А., Золотухин И. Л. Указ. соч. С. 83.

¹⁹ ГАСО. Ф. 1170. Оп. 1. Д. 40. С.155. 『補注』参照。

²⁰ Мошенский А. А., Золотухин И. Л. Указ. соч. С. 98.

なわれた時期に、医療関係者の一部も樺太を離れたと考えられる。それに伴って私立の医療機関の一部は閉鎖された。樺太庁から民生署が受け取った、必ずしも完全ではないデータによると、1945年11月1日現在で南サハリンには日本人医師が160人おり、48の病院（病床数は約2,000）が活動していた。このうち、約25～30%が私立の病院あるいは療養所であった。

日本の医療機関は、1946年1月1日以降にソ連の医療・保健機関に引き渡されたが、この移管はおよそ2段階に分けることができる。まず、1946年1月に南サハリン州保健局は、それまで樺太庁の所管していた5つの病院（310病床）を管轄下に置き、1946年4月からは、主として製紙企業や石炭企業が所有していた病院（18箇所、360病床）の移管を実施した。ソ連邦保健省の指示により、1946年には30病院（360病床）と40診療所が私立のまま維持された。

ソ連側に移管された病院はいずれも老朽化した一階建てのものであり、本格的な修繕と設備の更新を必要としていた。スチーム暖房を備えていたのは全病院の20%に過ぎなかった。医療設備（レントゲン室、物理療法設備、外科手術設備など）のほとんどは老朽化しているか、あるいはソ連の設備と大きく異なり、更新なしにはソ連の専門化が利用できなかった。

日本の病院での患者の処遇は、日本独自の特徴や伝統のせいでソ連での処遇とは大きく異なっていた。例えば、都市部の病院でもベッドのうち鉄製のものは20～30%に過ぎなかった。ソ連側の担当者は移管された病院でシーツなどのリネン類を見つけることができなかった。もともと存在していなかったのである。患者に対する給食システムも存在しなかった。以前は、患者は日本の病院に入院する時に、蒲団や食器、食品を自分で持ってきた。また、家族が付き添いをおこなうのが通例だった²¹。

以上で紹介した資料を分析することによって、次のような結論を導くことができる。すなわち、来たサハリンでも樺太でも、1930年代に医療・保健システムが築かれた。北サハリンではすべての医療機関が国有であったのに対して、南部では公立機関と同時に私立機関も機能していた。南北双方で、住民や医療スタッフが直面していた問題は多くの点で共通していた。高い技能を持つ医師の不足であり、医師や看護婦の負担が大きかったことであり、集落における衛生状態の抱える問題であった。1905年の段階ではサハリンの北部においても、南部においても、ほとんど医療機関が存在していなかった（南サハリンではコルサコフに100病床の療養所が一箇所、コルサコフとウラジミロフカにそれぞれ准医師のいる診療所1箇所と陸軍診療所が2箇所。北サハリンでは、アレクサンドロフスクに合計200病床の療養所が二箇所、トゥイモスクに100病床の診療所と准医師診療所が5箇所）。こうした状況から出発して、日本側もロシア側もその後の時期に、それぞれの地域において医療・保健機関のネットワークを形成することができたという点を指摘しておく必要がある。

荒井信雄訳

²¹ Мошенский А. А., Золотухин И. Л. Указ. соч. С. 127-129.