

「満洲国」における医療統制について

趙 曉 紅

はじめに

1. 医療統制にいたる前史
2. 公営医療制度採用の原因とその条件
3. 医療統制の具体的措置

おわりに

はじめに

植民地政府は、植民地社会がそれまで蓄積していた在来医療とも交錯しながら、近代西洋医学を基礎とする医療、衛生事業を植民地社会に強制した。その目的は、植民する側の身体、健康を守ることにあった。そのため植民地社会に介入し、病院や医学院を開設し、公衆衛生事業を推進した（飯島渉『マラリアと帝国』、東京大学出版会、2005、8頁）。時代や地域によって政府の医療・衛生事業への介入のあり方やその程度には差異があった（同上7頁）。「満洲国」¹⁾においては医学・衛生学の戦争動員は1930年代半ばから本格化した戦時体制の確立の一環であった（同上174頁）。このような戦争動員の一部分をなすものに、医療に対する統制があると筆者は考える。「満洲国」建国後、どのような措置をとって、医療に対して統制したか。このことを明らかにすることは、医学・衛生学の戦争動員の全体像の一端を明らかにすることができるだろう。「満洲国」における医療統制情況の探究は「満洲国」戦時体制と植民地統治の特徴と本質を明らかにすることへの重要な過程であると考ええる。

「満洲国」に関わる研究は近年多岐にわたり展開されつつあるが、満洲における医療統制について正面から論じた研究はまだ少ない。近代中国につき、飯島渉は、ペストを主として、近代中国における伝染病の流行状況及びその背景を明らかにしながら、近代中国は伝染病の流行に対して、衛生の「制度化」の過程を明らかにした。同時に、衛生の「制度化」は近代中国の歴史にどのような意味を持っているのか、社会の変容にどのような影響を与えるのかを分析した（飯島渉『ペストと近代中国』、研文出版、2000）。満洲につき、飯島

渉は『マラリアと帝国』の中で、マラリアを中心にして、近代日本の植民医学・帝国医療がどのような役割を果たしたのかを台湾、満州、そして沖縄などの地域を取り上げ検討した。「満洲国」の成立と日本戦時体制の整備は満州の医療、衛生事業を大きく変化させた。医学・衛生学生の戦争動員の中で、医学生による満州各地での衛生事態調査が実施された。開拓医学は、関東州や満鉄附属地などでの日本人の健康の維持の段階から1930年代半ば以後、満州移民のための研究として明確に再編されたことなどを分析した。しかし、医療統制の具体的な政策と措置について、飯島はまだ深く触れなかった。沈潔の『「満洲国」社会事業史』（ミネルヴァ書房、1996）および論文「『満洲国』社会事業の展開—衛生事業を中心に」（『社会事業史研究』第31号、2003年12月）の中では、「満洲国」の医療衛生政策の時期区分とそこでの変化が強調されているものの、その変化の内容や展開に関してはさほど具体的なレベルで取り上げられておらず、不十分であると考えられる。例えば、医療技術人材等の統制のため行われた速成医学教育の状況については言及されていない。また医療の公営制度の実施についてはその原因と条件にまでおよんで分析する必要がある。官公立医療機関として国立病院、公立病院と福民診療所の拡張についてもより具体的に分析する必要がある。さらに、医療物資の統制の具体的な内容もあらかず必要がある。

このような状況に鑑み、本稿ではまず「満洲国」の医療衛生に対する統制の原因と条件について分析を行う。次に、医療衛生の統制の実態について、人的要素としての医療技術者、物的要素としての医療施設、医療関係の組織統合力としての医療行政権という、医療に関わる三本柱から分析して、「満洲国」は具体的にどのような措置によって、医療に対し強力な統制を行ったかという点を明らかにしたいと思う。

1. 医療統制にいたる前史

(1)「満洲国」成立以前の衛生行政の概況

20世紀初頭の中国においては、光緒新政における制度改革の中で、衛生の「制度化」が開始された（飯島『ペストと近代中国』55頁）。義和団戦争時期、天津は、八カ国連合軍に占領され、占領行政機構として天津都統衙門が成立され、そのもとで、さまざまな衛生事業が展開された。1902年に天津衛生総局が設置された。天津衛生総局は、近代中国における最初の衛生行政機構であり、占領行政での衛生事業を継承したものであった（同上70—72頁）。天津の衛生事業を起点とした制度改革は、次第に全国的に拡大されつつあったと考えられる（R.Rogaski, *Hygienic modernity*, 1996, University of California, p.206.）。1910から1911年の満州における肺ペストの流行に対して、奉天には、奉天全省防疫総局、北京には臨時防疫事務局が設置された（飯島『ペストと近代中国』165頁）。1917から1918年における山西省を中心とした肺ペストの流行への対応を契機として、1919年3月に中央防疫処が北京に設立され、北京の衛生事業に積極的に関与するとともに、全国的な衛生事業の展開を志向した。しかし、中央防疫処は、内務部衛生司の付属機関として位置づけられ、

行政機関としての性格を持ち得なかったことから、衛生事業の展開には大きな問題をかかえていた。こうした問題を解決すべく設立されたのが、1925年5月設立された北京公共衛生事務所であった（同上230頁）。1927年4月、国民政府は、内政部に衛生司を設置し、10月、衛生部に昇格させた。1928年12月11日「全国衛生行政系統大綱」を制定し、衛生部を行政院のもとに置き、各省に民政庁の管轄する衛生処、特別市に衛生局、各市・県に衛生局をそれぞれ設置ことなどが規定した（同上291頁）。中央から省・特別市、市・県にいたる一元的な衛生行政系統の整備を志向していた（『申報』1928年12月14日）。1930年、東北各省の民政庁の下で衛生科が設立され始め、各県では公安局から、各村では巡捕から人が派遣され、衛生的な防疫の仕事に従事した。これが東北における衛生関連の行政の発端となった²⁾。

(2)「満洲国」成立と衛生事業への着手

1931年9月、満州事変を起こして中国東北部を占領した関東軍は、翌年3月、清朝最後の皇帝だった宣統帝溥儀を執政として建国を宣言した。「満洲国」の成立当初から、すでに衛生事業は重要な政策として位置づけられている。その原因には、次の4点が考えられる。一、日本内地の衛生事業の影響を強く受けていたこと。二、日本の植民地支配政策の中では「国家衛生」を強く打ち出す傾向があったこと。三、欧米諸国の挑戦に対峙する方針が採られたこと。四、満州の住民は、以前から伝染病や地方病に苦しみ、伝染病の蔓延というのはこの地域にとって極めて大きな脅威であったからである³⁾。1933年、「満洲国」の衛生司は保健機関として、緊急に実現すべき医療方針を出した。具体的な内容は以下の通りである。

- ・ 地方衛生機関の充実。五ヶ年計画を以て、各省ならびに興安省の都合五ヶ所に、医師、薬剤師、獣医師事務職員を衛生指導員とした。また、各省に細菌衛生試験室を附属させ、各県にも衛生係員を置き、地方機関として機能を発揮させた。
- ・ 医療の社会的普及。国立病院を各所に設置し、五ヶ年計画を以て、全国170ヶ所に公医を配置し診療ならびに公衆衛生関係事項を施行する。
- ・ 伝染病予防機関の充実。中央に伝染病予防機関として衛生技術場を設立し、予防用器具の製造、薬品の格納、防疫従事者の訓練等を行う⁴⁾。

「満洲国」成立初期に定められた以上の三大医療政策からは、社会治安と社会問題の解決という目的が垣間見える。盧溝橋事件の後、「満洲国」は日中戦争に巻き込まれ、衛生医療の方針は戦時国防体制を支えるための「健民・人的資源の確保」に転換した。日本国内は次第にファシズムへの道を突き進み、個人主義に代わって国家主義が台頭していく。医療体制に対する統制強化が行われた際、日本医療界における「開業医制度」は、国家主義の浸透を阻害する要因となった。そのため「満洲国」においては医療体制に対する統制強化が図られ、第一に国家主義を基礎とした「公営医療制度」の実施が強調されることとなる。

2. 公営医療制度採用の原因とその条件

(1) 日本国内の教訓を踏まえて

では、日本国内の開業医制度とはどのようなものであったのか。川上武の『現代日本医療史—開業医制の変遷』によって、日本国内の開業制度の状況を一瞥しよう。

日本では明治維新により、富国強兵のために西洋の文物が積極的に導入され始めた。医学医療においても例外ではなく、西洋医学を根幹とする医道を確認し、あわせて、開業医制が始められ次第に確立していった⁵⁾。1906年、医師法の制定や医師会の成立により、やがて開業医制は黄金時代を迎えるにいたる一方で、1907年ごろには、一般医師が人民から遊離するようになったという厳しい医療者批判が生まれ、「医弊」という言葉が社会問題となっていた⁶⁾。日露戦争と第一次大戦を経て、医療の社会化が問題化される時期と軌を一にして、黄金期を迎えていた開業医制は次第に没落へとむかうこととなった⁷⁾。日中戦争勃発後、戦時体制にともなって厚生行政が戦力増強に不可欠なものとなり、健兵健民政策は国策の一つとなる。しかし既存の医療制度（開業医制）は健兵健民政策遂行の障害となりつつあった。第一に、薬価と診察料が医師会により決定されることに端を発した医療報酬をめぐる医師会とのトラブルが、政府の疾病保険の普及を妨げる要因となっていた。第二に、健兵健民政策は壮丁の体位向上を本来の目的としていたために、病気になってからの治療よりも、疾病の予防や健民修練に重点が置かれていたが、医療一辺倒の開業医制にはこれに応える条件を欠いていた。このため、健兵健民政策を遂行するためには、開業医制の抑圧と統制が重大な課題となっていたのである⁸⁾。

開業医制の基本的特徴は「自由に医業経営を開業できること、および商品としての医療を提供する限り、営利性をもつこと」の二点にある⁹⁾。満州事変後、日本が次第にファシズムへの傾斜を強めるとともに、個人主義に代わって国家主義が台頭し、医療体制に対しても統制強化が行われた時、日本医療界の開業制度は国家主義にとっての阻害要因の一つとなっていったのである¹⁰⁾。しかし一方で、日本における開業医制度の受容期間の長さにより、一旦出来上がった基礎を即座に転換することは困難であるというのである。

では、「満洲国」にはどのような医療制度を採用すべきか。当時の「満洲国」社会事業界の活動家である浦城満之助は以下のように論じている。

世界の国々では夫々其の国に適した医療制度を採って居りますが、日本では開業医制度を以て根本的な医療制度といたしております。これに反しまして、我が満洲国では根本方針としては、公医制度を採ってゐる¹¹⁾。

浦城は、日本と違って、「満洲国」が自らに適した根本的な医療体制としての公医制度を採用すべきと述べた。

こうした日本国内における苦い経験を参酌することにより、「満洲国」の医療体制に対する統制強化と、国家主義を基礎とした公営医療制度の実施が強調されることとなった。

民生部事務官の成田彦政は、「私的医療即ち開業制度に依って国民の多数人が合理的に医療に浴し得るならば、その国の医療制度は開業医制度を根幹とすべく、これに反して公的医療即ち国営又は公営制度に依って国民の多数人が最も合理的医療に浴し得るならば、その国の医療制度は国営制度又は公営制度を根幹とするものであらねばならぬ」と述べた¹²⁾。つまり、医療制度の根幹として、国民の大多数が医療という恩恵に浴しうるという論調によって、その国家主義的・統制主義的な強化集中が最も理想的な医療制度の状態として考えられている。そして「医療制度の終局の目標は医療の国営主義をその到達すべき理想線とするものである」¹³⁾とされ、上述のように、最終的に「満洲国」における医療制度の終局の目標は国営主義に求められることとなったのである。

(2)「満洲国」医療公営制度実施における有利な条件

前節で述べたように、「満洲国」で医療の公営制度実施にあたっては、日本国内での開業制度に対する反省が踏まえられているのと同時に、「満洲国」内においてはその実現にとって有利な条件も備わっていた。

ソヴェートにおいてネップ実施以降、国営制度が地方団体経営に変更されたという経験も勘案され、「満洲国」は地方団体営のかたちでの公営主義に基づく医療制度を根幹とすべきであるということが志向されている。

地方団体経営の医療機関は地方における医療の中核的存在たらしめ、清新活潑なる医療発動の原動地、医療王道精神の発源地たらしめねばならぬものであるから、公営主義に基づく医療制度を根幹とせねばならぬ理由が、この国においては社会政策的にも存在するものである¹⁴⁾。

「満洲国」においては、国民の医療は国家の事務ではなく地方の事務としていた。しかし、その管理は国家が直接掌握していた。医療に要する経費を国費から支給するという方針を採用せず、地方住民の医療は地方団体が管轄し、地方団体の自力発展が企図され、不足分を国家からの補助によって補うというかたちで、地方団体経営の医療機関の設置が促進されてきた。こうした政策によって、国家の財政負担を軽減する一方で、「満洲国」においては以前より地方行政の官治的色彩が強く、このこともまた地方団体経営の医療実施にあたって有利な点であると考えられた。

特に満洲国における地方行政は官治的色彩強く、その医療従事者の身分も亦官吏たるの地位を有するが故に、人的交流もありて克く適材を適所に配し医療遂行の圓滑が期しえられ、所謂国営主義の長所を遺憾なく発揮せしむることかできるものである¹⁵⁾。

さらに、「満洲国における官公営制度及開業医制度が現存するが国内の文化地域を除き、まだ制度的には何れの制度が根幹をなしてゐるかが確定されて居らぬ現況である」¹⁶⁾とあることからわかるように、「満洲国」では、基本となる医療制度はまだ確定されていないという状況にあった。西洋医や医療機関の絶対数も少なく、しかも大都市に偏在していた。このような医療衛生体制の遅れた状態は、国家の統制に有利な条件を提供した。医師・

漢医¹⁷⁾などの補習教育、助産士・看護婦の養成などを通して国家統制が介入しやすい状況があったためである。

以上のように、「満州事変」勃発に伴う侵略戦争の拡大につれて、国家による全人民の統制の一環として、医療も国家に組み込まれていった。自由な医業経営と営利性追求といった日本の開業医制度の諸特徴は、日本国内においてもすでに批判が出されており、様々な変革が試みられつつあった。こうした日本国内での教訓を踏まえ、さらに時局の要請もあって、「満洲国」では成立当初より、医療統制のための公営制度がすでに考案されていた。当時の満洲には、根幹となる医療制度は存在しておらず、さらに、満洲の地方行政における官治志向もあって、地方団体経営による医療団体の設置と統制が比較的行きやすい状況であった。こうした日本国内からの経験の波及と「満洲国」内部における有利な条件とによって、「満洲国」での医療衛生統制としての公営制度が導入、実施されていくことになった。

3. 医療統制の具体的措置

「満洲国」における医療統制の具体的措置は、人的要素としての医療技術者、物的要素としての医療施設、医療関係の組織統合力としての医療行政権という医療の三つの側面すべてにわたって展開されている。ここでは、「満洲国」における医療の統制の実態に関して、この三側面のそれぞれについて、具体的に分析していきたい。

(1) 人的要素

医療実施者として医療に携わる人間は、医療体制中最も重要な要素であることは言うまでもない。「満洲国」では、近代医学を修得している者は極めて少なく、大半は近代医学教育を受けたことのない漢医であった。しかも、医師の多くは大都市に集中していた。このような状況において、「満洲国」は医療教育機関の整備には特に意を用いてきた。同時に、既存の医師、漢医、薬剤師、産婆等の改造、利用、統制を考えなければならなかった。

1) 医学人材育成の統制

完全な保健行政の確立のためには医学教育施設の整備が必要であった。しかし、満洲における教育施設は非常に少なく、設備も不完備なものであった。医療関係者の中で近代医学を修得している者も少なく、大部分は伝統的な漢医であった。医療に携わる人材の養成とその統制のために、「満洲国」では、接収した学校施設の整備・改善、医科大学の新設、限地医師考試（「活動地域を限定された医師」の試験）、漢医の講習と再登録、歯科医師・薬剤師の検定等を逐次実行し、また、看護婦、助産士の養成にもそれぞれ留意した。

新京医科大学（国立）：1929年吉林医学校として創設され、1935年吉林国立医院附属医学校（修業年限四年）と改称、さらに1937年新京医学校と改められ、ついで1938年1月新京医科大学として国立大学に昇格した。卒業年限は予科一年、本科四年であった。なお、同大学には附設薬剤師養成所があった。修業年限は三年、1944年度から新京医大予科専門

部と改編された。

哈爾濱医科大学（国立）：1926年9月医学博士閻德潤が滨江医科専門学校として設立して、「満州事変」後も認可され存続。1938年、「満洲国」政府の大学令によって国立医科大学に昇格し、同時に、校長は日本人の植村秀一に変わった。医学部以外に歯科医学部が附設される。これは「満洲国」のただ一つの歯科医師育成機関であった¹⁸⁾。1939年、国立哈爾濱医科大学に改編された。修業年限は予科一年、本科四年であったが、歯科医学部を併置し、その修業年限は三年であった。

佳木斯医科大学（国立）：日本の移民政策に伴い、1940年、佳木斯医科大学が新設された。予科一年、本科三年で各族とも予科一年に入学することになっていたが、実際は、佳木斯医科大学の教職員及び学生は全部日本人であり、他の民族の者はいなかった¹⁹⁾。

国立医科大学の他に、「満洲国」には満州医科大学及び盛京医科大学があった。

満州医科大学：この大学の前身は、1911年、日本の専門学校令による専門学校として南満医学堂という名前で創立された。1922年の廃校と同時に、日本の大学令による満州医科大学として新たに創立され、満鉄によって経営された。満州医大は日本内地の医大と同様の内容を完備していた²⁰⁾。東北地方で規模が最も大きい学府であった。本科、予科、医学専門部と医薬専門部の四部に分かれていた。学制は予科三年、本科四年であった。医学専門部は満州系の人のために開設されたものであり、その他の本科、予科及び薬学専門部に在籍する満州系学生数は極めて少なかった²¹⁾。別に日本専門学校令による薬学専門部と、満系学生を入学させる医学専門部を併置していた。

盛京医科大学：1911年私立奉天医科専門学校として創立され、1932年7月認定学校となる。1939年2月に盛京医科大学と改称。国民高等学校修了程度を入学資格とする四年制大学であった。

以上の医科教育以外に、特別の目的を持って作られた医学校もあった。例えば、開拓地医師養成のため、開拓医学院が成立された。また、占領軍の健康を維持すること目的とした陸軍軍医学校があった。

開拓医学院：開拓地医師養成を目標に新設されたもので、1940年、龍井・齊々哈爾・哈爾濱の三ヶ所に設置された。1943年4月、哈爾濱開拓医学院は北安に移転。修業年限は各々二年であった。卒業時、開拓地医師の資格が与えられ、開拓地の保健衛生事業を担当させられた。

陸軍軍医学校：1933年7月創立で、予科二年・本科四年、入学資格は国民高等学校ならびに日本の中等学校四年修了以上となっていた。

看護婦助産士養成所は、公立と私立を合わせて二十数所に及んでいた。

公立看護婦養成所：新京特別市立医院附属（助産士を含む）、吉林・北安・黒河・熱河各省立医院附属、東満総省立間島医院ならびに龍井医院附属、興安医院附属、哈爾濱・四平（助産士を含む）・齊々哈爾（同上）各市立医院附属ならびに撫順市立婦人病院附属の

各養成所があった。修業年限は二年（撫順は三年）であった。

私立看護婦養成所：満州赤十字社経営のものに哈爾濱、錦州両看護婦養成所があり、満鉄経営のものに新京・哈爾濱・齊々哈爾看護婦養成所、阜新鑛業所附属看護婦養成所があり、吉林人造石油株式会社経営のものに同社吉林病院附属看護婦養成所があった。修業年限は満鉄の哈爾濱看護婦養成所の三年を除き、他はすべて二年としていた。

私立助産士学校：満州赤十字社新京助産士学校ならびに吉林濟仁・奉天同善堂²²⁾ 両助産士学校があり、修業年限は同善堂が二年、他は三年としていた。

戦局の拡大につれて陸海軍軍医の需要が急激に増大し、それまでの医師や医療機関を国家統制の下におくだけでは軍の要請に応ずることができなくなった。しかも、「満洲国」には、国内の漢医の数は年々漸減する一方で、国際関係の緊迫が増し西洋医が流出していく状況になった。民衆の医療条件はもっと厳しくなった。以上のような医療人員の深刻な不足の状況に鑑み、「満洲国」においては、成立後、従来の医学校を接収、改善し、利用した。また、新しい医学校も設立された。このようにして「満洲国」の医育方針としては、単に学理の探求に偏るのではなく、主として実地診療の医師の養成を主眼としていた。学制は短縮され、ほとんどの場合、本科四年ないし三年、予科は一年、開拓医学院は二年、看護婦養成所もほとんど二年の修業年限になっており、実践的な医療人員の養成が重視された。さらに1939年度より医師の自給自足をはかり、新京及び哈爾濱の両医科大学に、卒業後一定期間指定場所で勤務することを条件とした奨学貸給費生を入学させ、僻地への医療機関の普及をねらっていた²³⁾。これらの学校はすべてその設立・運営期間は短かったが、衛生関連の専門的人材の育成がそれぞれの領域で幾らかは実行された。吉林省の統計では、中華人民共和国成立以前の半世紀余りのあいだに、総計で、医科大学生500名、中等の医療・看護の専門人員1500人が養成されている²⁴⁾。

2) 医師、歯科医師、薬剤士、産婆の統制

① 「満洲国」初期における西洋医及び漢方医調査

医療機関の素質の向上と統制をはかるため、一方では医育機関および医院、薬局等の改善が行われ、他方では合理的な医師法、歯科医師法、薬剤師法、産婆取締規則等の制定が行われている。このとき、「満洲国」では成立当初、まず医師、歯科医師、薬剤師、産婆、看護人等に対する履歴、開業状況、分布状況等に関する調査を、地方官署に命じて実施させている。

この調査報告によれば、「満州人」の医師数は、満州医大、奉天医専等より各々卒業生約200人を出し、同善堂医専からは約200名余の卒業生、哈爾濱医専より40人、吉林学校より27人の卒業生があった。この他の学校出身者で満州において営業する医師と、徒弟上りの者などを合わせれば、「満州人」西洋医の数は約600名に上っている。さらに、満鉄附属地その他の日本人、ロシア人などの外国人医師を合わせれば、満州全体で西洋医は約千余名を数えた²⁵⁾。

以下、満州における各医学校卒業者の1933年における統計を示す²⁶⁾。

学校別	卒業生数	在満数
満州医大	日人 478	272
	満人 276	219
	計 754	491
奉天医専	満人 247	247 (推定)
遼陽医学堂	同 279	279 (推定)
同善堂医専	同 221	221 (推定)
哈爾濱医専	同 41	41 (推定)
吉林医学校	同 27	27
合計	1569	1306 (推定)

次の表は、1925年前後の各国における人口当たりの医師の割合をまとめたものである。

国別	年代	人口(万人)に対する 医者の比率	国別	年代	人口(万人)に対する 医者の比率
ソ連	1925	1.7	ブルガリア	1925	2.6
ドイツ	1925	6.6	フィンランド	1924	2.2
フランス	1926	5.9	デンマーク	1924	6.5
ポーランド	1925	2.5	ノルウェー	1924	5.5
チェコスロバキア	1925	4.6	米 国	1925	13.0
ハンガリー	1925	7.1	カナダ	1924	8.1
ベルギー	1924	6.0	南 亞 聯 邦	1925	3.7
オランダ	1925	5.6	日 本	1925	7.3
オーストリア	1925	2.3	中 華 民 国	1930	西医 0.2
スウェーデン	1925	3.2			漢医(推定) 4.5
ギリシア	1924	4.7	満 洲 国	1933	西医 0.3
					漢医(推定) 3.5

(『満州国民政年報』第一次、503-504頁より作成)

上記の表を見れば、「満洲国」における西洋医数の貧弱さは一目瞭然であり、漢方医を加えてようやく列国の水準に到達できるという状態であった。しかしながら漢方医についても、その素質は「医者」とは認めがたい者も多いと報告されている。

1933年1月に調査した「満洲国」の医師、歯科医師、産婆、薬剤師数を表にすると下のようになる。

漢 医	3418	旧式産婆	1083	歯 科 医	326
西 医	1015	薬 剤 師	403	新式産婆	557

備考：一、調査地域：奉天省13県、黒竜江省14県、東省特別区、新京特別市。
二、上記表以外、新京特別市の産婆17(新旧不詳)、東省特別市区の産婆8(新旧不詳)²⁷⁾。

「満洲国」成立以前の当地では、医師は自由開業医療の状況であり、また漢方医の分布とその確定の難しさを考えれば、統計の実施・集計作業は極めて困難であったことが予想

される。そのため、この統計データのうち、ことに漢方医の数については、実際よりもかなり少なめに算出されているのではないかと推測するが、しかし上記のデータからみた限りにおいても、いわゆる旧式の医者として漢医や産婆の人数のほうが、近代医学教育を受けた西洋医師よりもはるかに多数であったことがわかる。そのうえ、従来「満洲国」で医師と呼ばれている者の中には、近代医学を修めた西洋医と漢方医学を習得した漢医との二つがあり、そのうち漢方医は西洋医の「約8倍」²⁸⁾という多数を占めている。しかも漢方医の存在は、従来からの「満洲国」住民の生活とも緊密に関係しており、また簡単に廃止することも不可能であるため、漢医の素質向上に善処し、さらに漢医試験を実施して、それを医師として登用することとなった²⁹⁾。こうして、正規の医学教育を修了した西洋医以外に、漢方医の改造と再教育を通じた利用は、「満洲国」における医師補充の重要な来源となったのである。

②医療従事者への関係法規

医師、歯科医師、薬剤師、産婆、看護人等の医療従事者の統制に関して、中華民国政府においてもそれぞれを対象とした管理法規は存在したが、現実にはこれらの条文にほとんど実効性はなく、実際には少しの統一もないまま放任されていた。「満洲国」政府は、これら医療関係者の素質の向上を統制に期待して、1936年11月の「医師法」公布を初めとして、「漢医法」「歯科医師法」「薬剤師法」などを制定公布した。新法制定以降は、従来の有資格開業者に対し、すべて新法に依拠して選別し再認可していた。

医師：1936年11月、「医師法」が公布された。この法は医師としての資格を定めるものである。施行の際に、従来より官の許可を受け現に医術による診療を業とする者に対しては、既得権保護の見地より、経過的にいわゆる「従前開業医師」として認め、限地的・期限つきという条件で医術の開業を認めた。

漢医：漢医法公布前における漢医の扱いは「医師」と同様であったが、漢医の中には「家伝医」や「徒弟医」とも呼べるような者も多く存在し、その素質には大きな問題があった。しかし漢医はもともと中国古代から固有の医術を習得して現代に至ったもので、民衆の生活と密接な関係があるため、その撲滅策をとるよりもむしろ、漢医本来の医術を行わせるのと同時に、将来にわたって漢医の素質向上を図り、国民保健に貢献させるほうがよいと考えられた。こうして1936年11月、「漢医法」を公布した。漢医は漢医試験の合格者であって、官の認可を受け診療を行っているものであると規定された。

歯科医師：「満洲国」成立当初、歯科医師の取締に関しては、民国時代に公布された「取締鑲牙章程」が援用されたが、1937年4月15日「歯科医師法」が制定公布された。「鑲牙営業」と歯科医師の業務範囲を明確にして、取締を徹底する必要上、1937年5月5日「鑲牙営業取締規則」が制定された。「鑲牙営業」の業務範囲を規定し、歯科医師との区分徹底を行わせた。

医師・歯科医師・薬剤師及び漢医試験：「満洲国」における医師・歯科医師及び薬剤師

の養成機関は極めて少なく、この人材不足を緩和する方途として、1937年3月13日には「医師考試令」が、1938年7月13日には「歯科医師考試令」及び「薬剤師考試令」が制定公布された。これらの法令による試験とは、この種の技術・知識を有する民間の人材を検定し、認許資格を与えようとするものである。さらに「満洲国」においては、漢医の養成機関はなく、国内の漢医の数は年々漸減する一方で、国際関係の緊迫が増し西洋医が流出していく状況下において、一般の住民の漢医に対する依存度はますます増加した。このため、漢医の素質の良否が国民保健に与える影響は重大であると考えられ、西洋医学の常識を有する優秀な漢医を育成し、漢医の素質の向上と必要数の補充のために、1941年8月1日「漢医考試令」および「漢医考試令施行細則」が制定公布され、実施された³⁰⁾。

国民医療法と医療団体系：戦争の激化に伴って、従来医師、歯科医及び漢医法等の内容は概ね監察取締の域を脱せず、その内容も自由主義、個人主義的であって、現下の国策と相反する嫌いがあったと考えられた。そして、「満洲国」政府は1943年国民医療制度刷新要綱を決定、1944年5月、国民医療法を公布して、実施した。同法によれば「国民医療適正を期し国民体力の向上を期す」とし、新たに医師法、歯科医師法、漢医法はこれに統合し、医師として保健国策に一層寄与させた。国民医療法の公布は国民保健に関する「人的資源」を重視するという国家の積極的態度を明らかにした。さらに、1944年9月、国民医療法と密接な関係にある医療団体系を制定、公布、実施した。医療団体系は、従来医師、歯科医師及び漢医などの団体としてそれぞれ医師会、歯科医師会及び漢医会があったのであるが、いずれも任意団体にすぎず、国家の要綱に従わないものがあった。そこで、新たに医師会、歯科医師及び漢医会を設立し、法人資格を付与、国家の強力な統制の下にこれを運営し、医療及び保健指導に改良発達を図り、国民体力の向上に関する国策に協力させ、さらに防空救護に関しても全面的に参入させることになった³¹⁾。この法規の制定と実施は、医療に携わる人材と団体の統制を一層強化したことを示している。

3) 医師等の統制の実際

次に、ここまで述べてきた医師等の統制は、数値の上でどのように見えているかを確認しよう。

まず、1937年から1939年の医師と歯科医師の免許試験状況³²⁾を表にすると、次の通りである。

種別	1937年		1938年		1939年	
	応試者	及格者	応試者	及格者	応試者	及格者
医師	302	6	169	5	176	9
歯科医師	—	—	85	8	61	8

免許試験は非常に難しく、合格者は非常に少なかった。試験に合格していないにもかかわらず、自分で勝手に医者をする者には、100～150円の罰金が科せられ、処罰された³³⁾。

漢医の境遇はだんだん厳しいものとなった。例えば、1936年11月26日公布された「漢医法」は、漢医たらしとする者は五年以上実地において、漢医術を習得し、かつ漢医試験に合格し主管大臣の許可を受けることが必要であると規定した³⁴⁾。このようないろいろな法規を制定公布し、かつ試験を実施することにより、医療を業とする者、特に従来自由開業していた漢医に対して統制を強化した。

では、医者数は実際にどう推移していたかを表に示す。

種別	年	1935年	1936年	1937年	1938年	1939年
西 医		2497	2105	2510	4519	4668
漢 医		10317	9618	17375	19600	18389
歯科医師		—	—	274	653	798
薬 剤 師		—	—	551	700	—

（『満州年鑑』 3,415頁、同4,402-403頁、同5,365頁、『民生年鑑』 4、89頁より作成）

1938年の調査における数字は、1933年のものと比較すると、医師の数は4.5倍、漢医の数は5.7倍となり、歯科医師と薬剤師の数も各々2倍、1.7倍くらい増加した。漢医はほとんど辺鄙なところに分布していたため、具体的な統計は容易ではなかったと思われるが、その数は1933年の3418人から1935年の10317人、1937年の17375人まで増えた。このように増えた数字の背景には、詳細な調査が可能となったという要素があることを考えなければならぬ。また、1937年の数字と1938年の数字を比べれば、西洋医の人数は2倍近くに増えたのに対し、漢医はあまり変わらなかった。しかも、1940年には、西洋、歯科医師数は増加したにもかかわらず、漢医数は若干減少している。こうした状況は調査の難易度の違いという要素以外に、厳しくなった医師の試験と認可と密接な関係があると考えられる。1937年から1938年までの間に西洋医の人数は著しく増えた。しかも、西洋医は主に都市に分布していたから、統計は相対的に簡単だった。そして、増えた西洋医は主に新しく養成された医療人材と考えられた。西洋医は増加したが、正規の学校を卒業した人数は多くなく、しかも、大部分は鉄道沿線の都市と町で集中して開業した³⁵⁾。一方、漢医の人数ははるかに西洋医人数より多く、しかも低いレベルの民衆の生活と密接に関連していたため管理を強化した。漢医に対しては制限すると同時に利用するという政策をとって、多くは「限地医」の形式をとって、農村の郷・鎮で分散させて医療を行わせたのである。

(2) 物的要素

人の要素としての医療従事者を医療のソフト条件とすると、医療機関は物の要素としてのハード条件といえる。医療機関の統制の主なもの、医療機関の基礎としての公医制度の実施によって、公医診療所を整備し、官公立病院を作ることであると考える。

1) 公医診療所と福民診療所

満州の公医制度は、満鉄が1914年に創始した³⁶⁾。「満洲国」成立後、公医制度によって

医療制度不存在の僻遠の地に医療の普及を計ることは重要国策の一つであった。1933年、公医医療制度が樹立され、五ヶ年をもって一県一公医の原則のもとに、急速に医療機関の普及と医療の社会化を企図するに至った³⁷⁾。

公医はその性質上非営利であり、国家的な仁術の使命のため、国家が一定限度の生活保証を行い、かつ診療器具などを貸与して公衆保健確保の責務を負わせていた³⁸⁾。公医の医業地は、県旗長の指定した地とされた。しかも、その年度の配置個所は省長の申請に基づいて、民生部によって決定し、県に配属して勤務させた。公医は地方衛生行政官署の補助機関として、貧困患者及び行路病者の施療と芸妓、酌婦等の健康診断及び治療、その他県旗長から特に命ぜられた衛生行政事務を担当していた。即ち、公医は所在行政官署長の指揮をうけ、衛生行政執行上の補翼機関として一般診療の他、公衆衛生に関する指導、調査ならびに衛生警察事務に従事した。公医は官の補助を受けて医業を営む者であるが、その医業から生ずる収入は自己の所得であった。しかし、その診察料、手術料、薬価を定めるには県旗長の許可を要した。公医の薬価報酬をいたずらに高価にさせないためであった。貧民に対しては、予算範囲内で施療券を発行して公医の診療を受けることとした³⁹⁾。公医の身分は、当初は民政部大臣の直属となっており、民生部の囑託として直接民政部から派遣されていたが、1937年から身分関係を県旗の囑託として移管することとなった⁴⁰⁾。

① 移民地公医と一般公医

公医には移民地公医と一般公医とがあった。前者は日本移民団駐在医師を所在県の公医として囑託するが、この場合、公医規則の適用に当たって種々の制限をうける。この移民地公医に対して衛生行政事務を命ずる際は移民団の衛生事務に支障を来たさぬ場合に限定されている。しかし、移民地付近の住民は、一般公医に対すると同様にこの公医に対しても施療費を委託してある関係から、その範囲内の施療も受けることができた⁴¹⁾。

② 福民診療所と公医との関係

福民診療所というのは、福民奨券（宝くじ）発行の益金をもって建設された診療所であった。福民奨券発行の目的の一つに、僻趨の地に診療所を建設して、疾病治療の便に供することがあった。その診療所と公医制度との関係を密接にして、地方住民に対する診療上の効果を増大するため、公医の診療所として利用させたのである。福民診療所はこれを基礎として地方公立医院の建設を促進するものとして計画された⁴²⁾。

③ 公医及び福民診療所の配置状況

以上述べた公医と福民診療所の配置数とその状況を詳しく見てみよう。1933年から1938年までの公医と福民診療所の配置数は次の通りである。

年 別	1933年	1934年	1935年	1936年	1937年	1938年
公 医	29	51	74	103	135	148
福民診療所	—	6	16	27	58	76

(『民生年鑑』、92-93頁より作成)

1938年3月末までの公医及び福民診療所の配置状況は次の通りである。

県旗数	公 医				計	福民診療所 設置県旗数
	一般公医	移民地公医	元朝鮮人居留民会嘱託医	満鉄引退公医		
200	148	54	93	5	300	75

（『民生年鑑』、1-4、17-18頁より作成）

以上の表によると、1938年の公医配置県は148カ所にのぼった。1933年の29カ所よりかなり発展していたことがわかる。しかも、公医の形式も多様化し、少なくとも1938年には一般公医以外、移民地公医、元朝鮮人居留民会嘱託医と満鉄引退公医も設立されたことがわかる。

要するに、公医は非営利にして、国家が一定限度の生活保証を行い、かつ診療器具などを貸与して公衆保健確保の責務を負わせた。公医の任免は省長の認可によった。そして所在の地の行政官署長の指揮をうけ、衛生行政執行上の補翼機関として一般診療の他、公衆衛生に関する指導、調査ならびに衛生警察事務に従事した。このような公医制度の実施により、政府が直接医師を統制するようになった。これは戦時体制下の国家主義、全体主義への転換を示しており、そのために統制が強化されたといえよう。

2) 官公立医院の設置

公医制度の実施と並んで「満洲国」が着手したのは官公立医院の設置であった。官公立医院は保健政策実施の中核をなすものであるが、「満洲国」成立後初めて地方遠隔地の民衆に至るまで新国家の施策の恩典に浴し、そして保健政策を急速に樹立させ完成させることを意図したものであった。まず公医制度に着手、次いで1934年9月14日「国立医院官制」を公布して、官公立医院の整備に着手したのであった。1940年11月1日には「国立医院官制」にかわって「公立医院令」が公布され、官公立医院の経営はこの法令によって統制されることとなった⁴³⁾。

①国立医院

国立医院とは、「満洲国」政府により直接経営される病院である。地方医療の充実と振興のために国立医院を重要都市に建設し、これを中枢医療機関として付近一帯の群小医療機関の枢軸とするために国家が直接経営管理することが成立当初は必須の情勢にあった。1934年9月14日国立医院官制を公布し、吉林国立医院、哈爾濱国立医院、承德国立医院の三つの国立医院を創設した⁴⁴⁾。1938年6月国立医院官制により改変された国立医院は民生部大臣の管理に属し疾病の診察を行った。医院の名称及び位置は民生部大臣が定め、医院の職員は薦任或いは委任制であった⁴⁵⁾。国立医院の医療報酬の大綱は政府がこれを定めて、その細目だけが医院長に委ねられていた。これは薬価に対する統制の意図に基づくものであった。国立医院の薬価とその他の医院の薬価は日本国内における薬価を規準とし

たものであった⁴⁶⁾。

②公立病院

公立病院とは、地方政府により経営され、「満洲国」政府が統一的に統制する病院である。新京特別市、市、県、旗⁴⁷⁾はそれぞれ地方住民の医療のために診療機関として設置した。1940年11月、公立病院令を公布した。それによると、公立病院と称するのは、省が費用を負担し、新京特別市の市、県または旗が設立して維持する病院である。公立病院は、国民体位及び社会衛生の向上ならびに疾病の診療に関する事項を司り、助産士または看護婦の養成も担った。また、県においては、公医を母体として、また福民診療所を基礎として県立病院の設置が促進されていた。公立病院は各県に二、三あり、地方医療機関の中心をなしていた⁴⁸⁾。

以下に官公立医療機関の設置状況を見てみよう。

年 別	1935年	1937年	1940年	1944年
国立病院数	3	4	4	—
市県立病院数	20	22	50	193
省立病院数	—	—	—	10

(『満洲年鑑』 3,415頁、同5,365頁、『満洲国現勢』 7,520頁、『満洲開発四十年』 補巻165頁より作成)

以上の表を見れば、官公立医療機関の数は増加し、発展していたことがわかる。特に公立病院は1935年から1944年の間に10倍近くに増加しており、地方の中心かつ重要な医療設備になった。

1937年1月1日から、国立病院、戒煙所、公医がそれぞれ地方へ移管されるに至った。国立病院の実体がこの時から省へ移管され、公立病院となった。こうして公立病院は全般にかなり整備された。1944年になると市県旗立病院は193カ所（この中には精神病病院、特殊婦人病院及び伝染病院を含む）に達した。しかも、公立病院の任務は単に疾病の診療にとどまらず、国民の体位向上・社会衛生の改善をあくまですることになった。それ以外に、助産婦、看護婦の養成も行った。つまり、人的資源を確保することは、産業の開発、国防の強化、民生の振興と共に「満洲国」の基本政策になったのであった⁴⁹⁾。

3) 医療物資の統制

医療物資は国民の保健上不可欠の重要物資であり、この確保は緊要事項に属するのであるが、「満洲国」においてはあまり生産されておらず、そのほとんど日本または第三国からの輸入に依存していた。日中戦争勃発後、これら物資の需要が急激に高まり、これに対処するため、1940年6月20日「物価及物資統制法」を制定、続いて薬品法の一部改正を行い、これら物資に対する生産・輸入・配給及び価額の統制を実施した⁵⁰⁾。

①医療品類統制

1940年11月の國務院会議において決定された医薬品統制要綱に基づき、製造及び輸入業

者と小売業者をもって「満州中央医薬品統制組合」と「地区医薬品配給統制組合」および「医薬品小売組合」が1940年末にそれぞれ結成された。1941年2月上旬より医薬品の計画配給を実施し、更に1941年9月12日「医薬品配給統制規則」を公布して、配給統制品目の指定・配給系統及び配給方法に関して規定した。

その後、配給統制を強化するため、上記の地区統制組合を廃止し、関係業者に「満州医薬品配給統制株式会社」を設立させたが、さらに時局の進展に伴い、医薬品供給力増加を図るとともに、この統制を一層整備強化するため、1943年3月12日の国务院会議において「医薬品統制改善方策要項」を決定した。これに基づき「満州中央医薬品組合」を解散させて、その事務を「満州医薬品配給統制株式会社」および「満州製薬統制組合」に引継がせた。また、「満州医薬品生産株式会社」を設立するとともに、「地方小売組合」を事業統制組合法に基づく「配給統制地方組合」に改組させて生産・輸出入及び配給の機構を整備した。なお、医薬品と医療器械器具の製造、輸出及び輸入、配給などを法制化し強力な統制を実施するため、薬品法その他関係法令を改制撤廃及び制定した⁵¹⁾。

「医薬品類統制改善方策要綱」をまとめると次の通りである。医薬品類の製造を業とする者は民生部大臣の許可をうけさせた。医薬品類中、国民保健上最も緊急な品目の重点的生産を更に一層徹底させた。民生部大臣が特に必要と認めた時は業者に対し医薬品類の品目数量を示し、これの製造を命じるものとした。医薬品類の輸出および輸入を業とする者は民生部大臣の許可をうけさせて、その都度品目数量についても民生部大臣の許可をうけさせた。医薬品類の輸入および輸出は満州医薬品配給統制株式会社をして一元的に統制させた。医薬品類中、重要に配給統制を行う必要があると認めたときは民生部大臣がその品目を指定し、配給統制するものとした。配薬統制品は配給会社による一元的に配給させた。生産会社及配給統制会社は民生部大臣、小売組合は省長の監督を受けるものとした⁵²⁾。

②漢薬の統制

漢薬の輸出の統制を図るとともに、その輸出増進を図るため、国内に営業所を有する漢薬の輸出業者に、1940年末営口で「満州漢薬輸出統制組合」を結成させた。また、漢薬の必要量を確保する目的の下に漢薬の満州と関東州⁵³⁾における輸入業者に、1941年3月満州と関東州一体の「満州漢薬輸入統制組合」を結成させて、漢薬の需給調整に努力を払った。しかし、さらに完全な配給を試みるためには、漢薬資源の保護育成開発を図ることはもちろん、生産・集荷・輸入及び配給を一元的に統制する機関の必要が認められたため、1942年4月満州と関東州における漢薬の集荷業者・集荷団体・輸出入業者・輸出入団体・販売業者団体に、満州と関東州一体の「満州漢薬統制中央会」を結成させた。さらに漢薬統制組合の結成を図るため、1943年2月25日民生・興農・経済の各部及び関東局の協議によって「漢薬統制機関整備要綱」を決定した。「満州漢薬統制中央会」は1943年4月に事業統制を組合法に則って行い、「満州漢薬中央統制組合」に改組し、漢薬の集荷・輸出入及び配給を業とする者とその団体を組合に加入させた⁵⁴⁾。

「漢薬統制機関整備要綱」をまとめると次の通りである。洋薬（人参・杏仁・甘草を除く）の開発・保護育成・集荷輸出入ならびに配給の統制機関として民生部大臣の監督指導の下に満州洋薬中央統制組合（以下、中央統制組合と称する）が設立された。中央統制組合は漢薬の集荷・輸出入及び配給を業とする者またはその団体をもって組織し、以下の三部を置いた。第一部は漢薬の集荷を業とする者及びその団体をもって組織するもの、第二部は漢薬の輸出入を業とする者をもって組織するもの、第三部は漢薬の配給を業とする者及びその団体をもって組織するものであった。中央統制組合には理事長一名、常務理事一名、理事及び監事若干名を置き、民生部大臣により任命された⁵⁵⁾。

③医療器械器具統制

医療器械器具類の必要量を確保し、配給の円滑・価額の適正を計る必要上、1940年8月「医科器械器具統制要綱」を定め、同年11月輸入業者をもって「満州医科器械中央統制組合」を結成させた。これを三部からなり、第一部は一般医科器械器具、第二部は歯科機械及び材料、第三部は保健衛生材料の輸入業者をもって組織した。1941年7月第二部組合員である歯科器材輸入業者を統合して、「満州歯科器材株式会社」を設立させて、生産・輸入及び配給を一元的に統制する機関とした。その後、理科機械確保の必要に迫られ、1941年8月、上記組合に理科器械の輸入業者を加え、その名称を「満州医理科器械中央統制組合」と改称し、更に1943年4月事業統制組合法に基づく統制組合に改組された⁵⁶⁾。

「医科器械器具統制要綱」をまとめると次の通りである。満州医科器械中央統制組合（以下、組合と称する）は、政府の監督指導の下に医科器械器具の輸入を一元的に行う統制機関であった。組合には理事及び監事を置き、選任は民生部大臣の承認を受けさせた。機械器具の国内製造に関しては、本組合が販売機関を指定し、販売価格を公定させた⁵⁷⁾。

日中戦争の進展とともに医療物資の需求がますます増大し、戦争の熾烈化に伴い、医療物資の統制が強化された。医薬品、漢薬品と医療器械器具の生産・輸出入・配給などは統制機関により一元化されて、戦争統制の体制に巻き込まれた。

(3)医療行政権の統制

医療行政権とは医療関係の組織統合能力というべきものである。「満洲国」は種々の医療機関の増設及び廃止などを通じて医療行政権に対する統制の強化をあらわしていた。

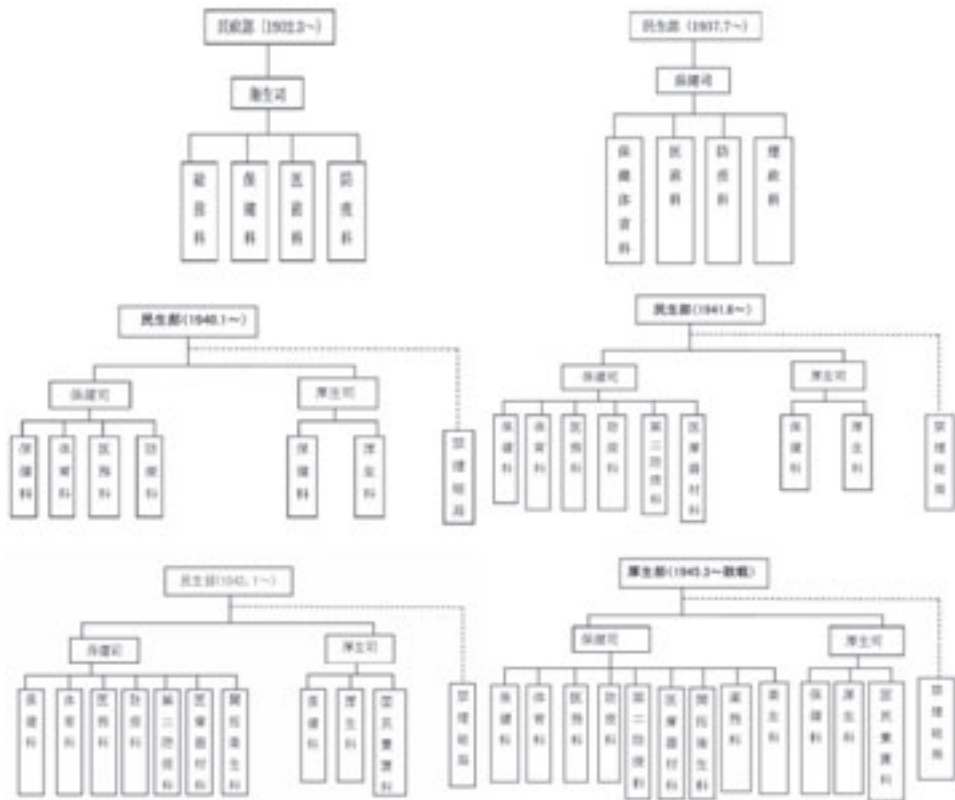
国民の保健の問題は、国力の消長を支配する重大なことであるので、政府は「満洲国」成立とともに旧来の無統制で無施策な状況を一掃して、新国家としての健全な衛生行政を確立すべく様々に施策した。即ち1932年3月9日国务院各部官制の公布に当たり、中央機関として民政部総長（後に大臣）の下、民政部に衛生司を設け、保健・医務・防疫の三科を置き、さらに1934年総務科を増設し、新国家衛生行政の樹立に乗り出したのであった⁵⁸⁾。1937年7月、行政機構の全面的改革に伴い、医療衛生行政を一元化して、民政部は廃止された。衛生司主管の業務は新設された民生部の所管に移されて、保健司と改称された。そして、民生部保健司は医務科、防疫科、保健体育科の三部により構成された。続いて同

年12月1日、治外法権撤廃を機に、医務科中の一分股であった阿片股を改廃し、煙政科を新設した。煙政科の設置は、戦争の発展とともに「人的資源」が重視され、従って阿片政策も強化されたことを反映している。また、日本から「満洲国」への大量移民政策に従って、移民衛生を考えなければならなかったため、保健体育科に移民衛生股が増設された。次いで1940年1月、阿片行政を一層強化するために、煙政科は廃止されて、民生部の外局として禁煙総局を設置し、衛生行政事務が完全に遂行されることとなった⁵⁹⁾。同時に保健司の保健体育科は保健科と体育科に二分して、保健、医務、体育、防疫の四科とし助長、警察両方面の衛生行政を担当させた。民生部ははじめ教育、社会、保健の三司からなっていたが、民生政策の重要性に鑑み、1940年1月1日から、教育、厚生、労務、保健の四司となった⁶⁰⁾。1941年8月、保健司には第二防疫科と医療器材科が増設された。1943年には保健司に新たに開拓衛生科が、厚生司に国民養護科がそれぞれ加えられた。開拓衛生科は開拓地の医療保健衛生の全般を掌る⁶¹⁾。1945年3月、民生部は厚生部と改称され、保健司には薬政と衛生の二科が加えられた。厚生司には保健科、厚生科、養護科の三科があり、保健衛生のほか生活援助も管轄していた⁶²⁾。

地方衛生行政機関としては、各省警務庁（興安各省は警務科）に衛生科を置き管掌させた。1938年12月、衛生行政を強化するため、警務庁管轄下の衛生行政が廃止され、民政庁（民政庁のない省では開拓庁）に保健科を設置し、衛生行政全般にわたり同科が引き継いで処理することとなった。省以下の市、県、旗では警察庁、警察署等において処理された⁶³⁾。

こうして衛生行政の機関は繰り返し拡充され、「満洲国」の衛生行政が徐々に組織された。全体的流れを見ると、1937年の「九・一八事変」以後、「満洲国」の地方レベルの医療機関はあまり変わらなかったが、中央レベルの医療機関は、時局によって頻繁に変わったことがわかる。「満洲国」成立初期、衛生行政は終始警察・治安とつながって実施された。日中戦争勃発後、衛生行政は健民保健・人的資源の保護を中心とした戦時国防体制の衛生行政に転換されていった。また医療機関の改廃と拡充を通じて、医療衛生行政権が強化された。

「満洲国」医療行政の沿革図



おわりに

一般的に、医療は三つの支柱によって成り立っている。人的要素としての医療技術者、物的要素としての医療施設、医療関係の組織統合力としての医療行政権という三つである。医療はこの三要素の結合力の優越性によって、その効用を発揮し得るものである。

満州事変後、日本国内は次第にファシズムへの道を暴走し、個人主義に代わって国家主義が台頭した。医療体制に対する統制の強化を行った時、日本医療界の開業制度は国家主義の実行を阻害した。日本国内の開業医制度の教訓を基に、「満洲国」では成立後まず医療公営制度が国家の根幹的な医療制度として確立された。張作霖、張学良時代は、医療衛生の面で当時東北地方より進んでいた関内⁶⁴⁾の文化的影響を受けていたため、奉天市でまず衛生的な法規を公布し、衛生に関する展覧会と講演及び衛生運動を行って、衛生の思想を普及させることをねらったのである。管見する限りでは東北の衛生運動史上の初めての記録であり、同様に東北の都市の衛生的な始まりであったといえよう⁶⁵⁾。しかし東北地方全体にみれば、近代医学は東北地方に広く普及したといえる状況ではなかった。医療技

術者即ち医師、漢医、歯科医師、薬剤師の資格、職能に関する医事制度は、医療制度の発展向上との関係において、最も緊密で重要な関係をもつが、東北地方では近代医学を修得している者は極めて少なく、ほとんどは近代医学教育を受けなかった漢医であった。しかも、医師はほとんど大都会に偏在していた。このような状況を把握し、戦時の一般医務人員の需求急増の実情に鑑み、医療教育機関を整備していたずらに学理の攻究にかたよることを避け、学制教育も短縮し、専ら実地診療の医師の養成が主眼とされた。同時に、現有の医師、漢医、薬剤師、産婆等の改造、利用、統制がなされた。しかし、「満洲国」時代は全体的に言えば、漢医の排斥と西洋医の発展という政策をとった。したがって、この時期に漢方医の発展の速度は鈍り、西洋医は著しい発展をとげて、都市と町の医療の重要で大きな力となった。1936年「満洲国」で公布された医師法は日本医師法より医師の公共性及び社会性を一段と強調していた。「満洲国」の医療技術者は戦時体制の下に強力に統制された。医療の発展は、ハード条件としての医療機関の完備が不可欠である。「満洲国」では公的な医療機関を実施させる制度の基礎として公医制度が採用された。公医は「満洲国」において最も広い地域に分布する医療機関であった。地域的にみて公医が比較的普遍性に富んでいたのに対し、官立医院が重点的であることは当然であった。そして、公医制度の実施と並んで官公立病院を整備した。「満洲国」の時期、公立病院はかなり発展した。しかし、公医であれ官公立病院であれ、その運営はすべて政府のコントロールの下に行われた。戦争の熾烈化に伴い、医療物資の統制も強化された。医薬品、漢薬品と医療器械器具の生産・輸出入・配給などが一元的に統制機関により統制された。

以上に述べた通り、「満洲国」における医療の人的な要素と物的な要素が戦争に奉仕する道具としての役割を果たさなければならなかったことは日中戦争の推移から考えて否定できないことであろうと思われる。また、人的要素と物的要素の統制の実施と医療行政権の強化を切り離して考えることもできない。「満洲国」は、時期により、戦時の需要に従って、種々の新たな医療機関の増設及び従来の機関の廃止を実施した。こうした医療機関の変化に、「満洲国」の医療行政権に対する統制の強化があらわれていると考えられる。以上の医療技術者と医療施設及び医療行政権という三つの側面から、「満洲国」は医療に対する統制措置を強化する目的を達成したのである。

注

- 1) 戦前の日本が現在の中国東北地方に立てた傀儡政権を括弧つきで「満洲国」と表記し、その他の場合、資料によって洲と州が混用されていることが多くあるので、一律に、満州、と表記した。
- 2) 『東北暦年衛生工作要覧』（上冊）、東北人民政府衛生部、1950、84頁。
- 3) 沈潔「『満洲国』社会事業の展開—衛生事業を中心に」、『社会事業史研究』31、2003、83-85頁参照。
- 4) 満洲国通信社編『満洲国現勢』2、1935、復刻版、153頁。

- 5) 川上武『現代日本医療史－開業医制の変遷』、勁草書房、1980、91-163頁。
- 6) 上掲川上『現代日本医療史』、231-243頁。
- 7) 上掲川上『現代日本医療史』、327-332頁。
- 8) 上掲川上『現代日本医療史』、449-450頁。
- 9) 上掲川上『現代日本医療史』、8頁。
- 10) 沈潔『「満洲国」社会事業史』、ミネルヴァ書房、1996、268頁。
- 11) 浦城満之助「今日の救療問題」、『仁愛』3-2、1941、18頁。
- 12) 成田彦政「満洲国に於ける医療制度と将来の動向」(下)、『民生』1-5、20-21頁。
- 13) 上掲成田「満洲国に於ける医療制度と将来の動向」(下)、21頁。
- 14) 上掲成田「満洲国に於ける医療制度と将来の動向」(下)、22-23頁。
- 15) 上掲成田「満洲国に於ける医療制度と将来の動向」(下)、22頁。
- 16) 上掲成田「満洲国に於ける医療制度と将来の動向」(下)、21頁。
- 17) ここでいう「医師」とは西洋医学の医師、「漢医」とは中国の伝統的な医術を行う者を指す。
- 18) 『医学報告書』東北科技学会、1945、13頁。
- 19) 上掲『医学報告書』、14頁。
- 20) 『満州国民政年報』(第一次)、1933、500頁。
- 21) 上掲『医学報告書』、18頁。
- 22) 1881年、民間の郷紳らの提唱で成立されたが、その後官府からの指導と助成を受け官民共同で経営する救済事業機構になった。
- 23) 『満洲国現勢』6、1939、復刻版、101頁。
- 24) 吉林省地方誌編纂委員会編『吉林省志』巻40／衛生誌、2005、598-599頁。
- 25) 『満州国民政年報』(第一次)、502頁。
- 26) 『満州国民政年報』(第一次)、503頁。
- 27) 『満州国民政年報』(第一次)、504-505頁。
- 28) 『満州年鑑』11、286頁。ここには「約8倍」と記されているが、その根拠となった統計数字は記されていない。しかし、漢方医が西洋医よりも数多く存在したことを反映した表現であると考えてよい。
- 29) 満洲文化協会編『満州年鑑』11、1945、復刻版、286頁。
- 30) 民政部保健司編『満洲国衛生概要』、1944、10-12頁。
- 31) 『満州年鑑』11、1945、286頁。
- 32) 満州帝国民政部『民生年鑑』3、東亜印書局、1939年、87頁。
- 33) 上掲『吉林省志』巻40、217頁。
- 34) 『民生年鑑』4、1943年、89頁。
- 35) 瀋陽衛生局『瀋陽衛生』、1950、5頁。
- 36) 大蔵公望『満洲開発四十年史』補巻、謙光社、1965、155頁。
- 37) 成田彦政『満洲国に於ける医療制度と将来の動向』(上)、『民生』1-4、14頁。
- 38) 上掲『満洲国衛生概要』、16頁。
- 39) 上掲成田『満洲国に於ける医療制度と将来の動向』(上)、15頁。
- 40) 上掲『満洲国衛生概要』、16-17頁。

- 41) 上掲成田『満洲国に於ける医療制度と将来の動向』（上）、16頁。
- 42) 上掲成田『満洲国に於ける医療制度と将来の動向』（上）、16-17頁。
- 43) 上掲『満洲国衛生概要』、17-18頁。
- 44) 上掲成田『満洲国に於ける医療制度と将来の動向』（上）、18頁。
- 45) 上掲『満洲国衛生概要』、89頁。
- 46) 上掲成田『満洲国に於ける医療制度と将来の動向』（上）、19頁。
- 47) 主にモンゴル族などの少数民族が住むところの行政単位。日本の市・郡に相当。
- 48) 上掲成田『満洲国に於ける医療制度と将来の動向』（上）、19-20頁。
- 49) 上掲浦城満之助「今日の救療問題」、261頁。
- 50) 上掲『満洲国衛生概要』、52頁。
- 51) 上掲『満洲国衛生概要』、52頁。
- 52) 上掲『満洲国衛生概要』、53-57頁。
- 53) 遼東半島南西端にあった日本の租借地。
- 54) 上掲『満洲国衛生概要』、57-58頁。
- 55) 上掲『満洲国衛生概要』、58-59頁。
- 56) 上掲『満洲国衛生概要』、59頁。
- 57) 上掲『満洲国衛生概要』、59-60頁。
- 58) 上掲『満洲国衛生概要』、3頁。
- 59) 『満洲帝国概覧』、1940、127頁。
- 60) 『満洲国現勢』9、1943、177頁。
- 61) 『満州年鑑』11、1945、285頁。
- 62) 上掲浦城満之助「今日の救療問題」、252頁。
- 63) 上掲『民政年鑑』4、83頁。
- 64) 山海関以南の中国の地区。
- 65) 『東北暦年衛生工作要覧』（上冊）、東北人民政府衛生部、1950年、84頁。

付記

本稿は平成18年度「魅力ある大学院教育」イニシアティブ採択課題「実践的北東アジア研究者の養成プログラム」による成果の一部である。

キーワード 「満洲国」 医療 統制

(ZHAO Xiaohong)