

## <論 説>

# 植民地期朝鮮農村における衛生・医療事業の展開

## ——「植民地的近代性」に関する試論——

松 本 武 祝

### はじめに

植民地期における朝鮮社会の性格規定をめぐる<sup>(1)</sup>は、その封建性を主張する立場と近代性を主張する立場とが、今日なお併存している。前者は、植民地権力の暴力的な収奪性を強調する立論と結びつく傾向が強い。それに対して後者の場合には、近代的な物的インフラストラクチャーや諸制度の導入およびそれにとともなう社会的分業の深化や生産力の伸長といった論点が主たる分析対象となっている。筆者自身は、理論的には、基本的に後者の立場に立っている。

ただし、「日本による植民地統治が朝鮮の近代化を促進した」といった主張を通じて植民地支配を正当化しようとする独善的な議論に対して、後者の立論は、その根拠を与えかねない危うさをはらんでいる。後者の立場に立つ研究者は、この点に関して、十分に自覚的でなければならない。

植民地支配正当化論に与することなしに植民地社会の近代性を説く、という戦略的な立場に立とうとするとき、キム＝ジンキュン・チョン＝グンシク両氏による論点整理は、傾聴に値する<sup>(2)</sup>。両氏は、植民地期および解放後に関する歴史研究を大きく3つの論調に区分する。すなわち、第一には、植民地近代化論に代表される、植民地期、解放後をともに肯定的に論ずる論調、第二には、植民地収奪論に代表される、植民地期を否定的に、解放後を肯定的に論ずる論調、そして第三には、植民地期、解放後いずれをも否定的に論ずる論調である。そして、第一と第二の論調は、一見対立しているものの、「近代化」を肯定的に捉えているという点では実は共通している、と指摘する。両氏は、第三の論調を

支持しつつ、近代性のもつむしろ否定的な性質に注目すること、そして、解放後の近代化過程で現れている否定的現象の歴史的起源を植民地期に探ること、の重要性を強調するのである（16～18頁）。

近代性の否定的性質というとき、両氏は、かつてフーコーが近代に固有の身体管理技術として主題的に論じた「規律」の問題を主要な論点として取り上げる。すなわち、家族制度、学校、工場、病院など植民地期に導入された近代的諸制度が、朝鮮人の日常生活において「規律権力」の作用する場として機能することによって、朝鮮人の身体を強く拘束してゆく過程に注目するのである（23～26頁）。そして、かかる問題意識にもとづいて、両氏の編集による著書のなかでは、学校、工場、医療（病院）、家庭、軍隊といった具体的な場に関する共同研究が行われている。

この小論の課題との関わりでは、それらの論文の中で、とくにチョ＝ヒョン<sup>(3)</sup>ゲン氏の医療に関する分析が興味深い。チョ論文は、植民地期の医療制度が、認識論的地平、日常の生活様式および国家的制度という3つのレベルにおいて「新しい人間」を作り出していった過程を析出し、その「新しい人間」はつねに国家の医療体系のミクロな網の目の中で観察と統制の対象となったと論じている。氏の視角は体系的であり、植民地期朝鮮の医療制度を分析する上で有用である。

そして氏は、そうした一連の過程を「医療化」と規定し、朝鮮においては植民地であったがために「医療化」が一層強力に進展していった点を最後に強調している（216～217頁）。冒頭で述べた筆者の問題意識に照らして、きわめて示唆的な結論となっている。

ところで、チョ論文では、「近代的規律化のメカニズムを作動」させる場として病院、学校および家庭という3つの装置が取り上げ、それぞれの装置内でのミクロな権力の作用過程を具体的に分析している。しかし、その場合、これら3つの装置による「規律化」の効果にはその強度と広がりにおいて格差が存在したことが配慮されなければならなかったと考える。すなわち、強度という点では、病院＞学校＞家庭という順位が、広がりという点ではその逆の順位が想

定できるのである。

前二者の場合、患者および児童生徒それ自体の「規律化」の場としては強力な効果をもたらしたことはチョ論文の指摘するとおりであろう。ただし、申東源氏<sup>(4)</sup>が強調するように、植民地期の保健医療事業は在朝日本人および一部階層の朝鮮人のための保健医療体系に留まっていた点が大きな特徴であったこと(88頁)を考慮に入れるべきである。とりわけこの小論が対象とする農村部においては、以下で改めて分析するように、病院など近代的医療機関の利用度はきわめて低水準であった。

また、教育を契機とする「規律化」に関しても、第一に、初等学校教育が本格化するの<sup>(5)</sup>は1930年代以降のことであり、しかも農村部ではそれが一層遅れたと考えられることを勘案する必要がある。そして第二に、児童生徒の学校内での新しい生活様式が直接的に家庭にまで伝達されるわけではなく、家庭での生活様式の変化は、社会教育など成人を対象とした教育の効果と相まってはじめてもたらされたと考えるべきであろう。

チョ論文は、「規律化」の契機として、これらの装置の他に、衛生警察、地方行政機関あるいは衛生組合といった監視と統制のための諸制度にも注目している。上記の諸装置とこれらの諸制度が相互にどのように関わり合いながら、個々の朝鮮人に「規律化」を促したのかを分析することが、課題として残されていると考える。

申論文が強調したように、近代的医療機関の普及度の限定性に植民地としての特性を見出すことができるとすれば、人口構成上では大半を占めながら近代的医療機関からはより一層疎外されていた農村部は最も端的な分析対象となりうる。以下では、まず農村部における近代的医療機関の希薄性について確認する。次いで、監視・統制のための諸制度が農村部においてどのようなかたちで導入されていたのかを明らかにする。最後に、それらの制度が実際にいかなる効果をもたらしたのか、その効果は近代的医療機関の希薄性という特性と相まって農村住民の「規律化」過程にいかなる特徴をもたらしたのかを考察する。それをもって、植民地に固有な近代性に関するひとつの試論としたい。

## 第1章 農村部における医療機関の分布状況

## 1) 病院

植民地期朝鮮における病院は、設立運営主体別に、総督府が設立運営する官立、道地方費によって運営される道立<sup>(6)</sup>、府面立および私立の4種類に分類された。道立病院および府面立病院をあわせて公立病院と総称する場合もあった。なお、私立病院は、1919年制定の「私立病院取締規則」および「私立病院構造設備標準」に基づいて総督府から運営上の規制を受けていた。

表-1に示したように、官公立病院は1920年代以降急速にその数を増やし

表-1 医療機関数の推移

		1915 年	1920 年	1930 年	1940 年
医師	朝鮮人	209( 66)	402( 94)	921(229)	1,918( 551)
	日本人	627(156)	604(155)	796(261)	1,269( 485)
	外国人	36( 8)	29( 11)	32( 12)	10( 2)
	合計	872(230)	1,035(260)	1,749(502)	3,197(1,038)
	京畿構成比	26.4%	25.1%	28.7%	32.5%
現地開業医	朝鮮人	—	5( 1)	116( 23)	365( 15)
	日本人	74( 5)	70( 3)	89( 5)	65( 5)
	外国人	7( 0)	1( 0)	13( 3)	6( 0)
	合計	81( 5)	76( 4)	218( 31)	436( 20)
	京畿構成比	6.2%	5.3%	14.2%	4.6%
医生	朝鮮人	5,804(736)	5,376(615)	4,594(484)	3,604( 324)
	京畿構成比	12.7%	11.4%	10.5%	9.0%
官公立病院		27( 3)	27( 4)	44( 8)	56( 11)
	京畿構成比	11.1%	14.8%	18.2%	19.6%
私立病院	朝鮮人	62( 53)	18( 4)	8( 4)	20( 5)
	日本人	171(102)	71( 25)	47( 29)	63( 30)
	外国人	31( 5)	23( 3)	24( 3)	22( 3)
	合計	264(160)	112( 32)	79( 36)	105( 38)
	京畿構成比	60.6%	28.6%	45.6%	33.3%

＜資料＞朝鮮総督府『朝鮮総督府統計年報』各年版より作成。

＜注1＞（ ）内は京畿道での数値を示す。

＜注2＞「京畿構成比」とは、朝鮮全体の数値に占める京畿道の数値の構成比を表す（％）。



<sup>(7)</sup> ている。そしてその間、京畿道に立地する官公立病院数の比率が若干ずつ増大していつている。ただし、私立病院の場合と比較すれば、その比率はかなり小さく、地方での立地が相対的に進展していたといえることができる。

なお、1928年時点での「官庁奉職」医師数400名のうち、その半数に近い191名が京畿道在住であった。<sup>(8)</sup> 官公立病院数での比率を大幅に上回っていることから、京畿道の官公立病院の規模が、他道に立地するそれに比べて際だって大きかったことを示唆している。

私立病院の場合、病院数の増減の激しさがひとつの特徴となっている。少し細かくいうと、1919年まで急増していった病院数（ピーク時には私立病院数368）が、以後、1922年の68にまで急減した。<sup>(9)</sup> その後の数年間は70程度で推移し、20年代末に至ってふたたび増加に転じた。

私立病院の民族別の構成に注目すると、日本人経営による病院がつねに過半を占めていた。日本人病院は、京畿道への集中度が高い点でも特徴的である（以上、表-1）。これらの病院は、京城在住の日本人を対象に病院経営をおこなっていたと推察される。朝鮮人経営の私立病院は、日本人や外国人のそれ（後者は、基本的にミッション系のものであった）に比べて、1920年代の病院数の落ち込み幅が大きかった。病院の経営規模が零細であったために、上記の法令の影響がもっとも深刻であったことによると考えられる。

## 2) 医 師

1913年に総督府は、「医師規則」を制定して医師の資格とその義務を定めた。以後、同規則第1条により、京城医学専門学校その他朝鮮総督の指定した医学学校の卒業者あるいは朝鮮総督の定めた医師試験の合格者など以外は、医師免許を得ることができなくなった。

表-1に示したように、医師の総数は、1915年から40年の間に3倍以上に急増している。ただし、府部と郡部の間には、医師の分布状況に大きな隔たりがあった。すなわち、1926年現在、医師ひとり当たりの平均人口は、府部の1,870名に対して郡部はその約13倍に当たる24,408名であった。<sup>(10)</sup> しかも、京畿道に

開業する医師の比率は、年を追うごとに徐々に上昇しており（表－1を参照）、植民地期を通じて府部への集中が進行していたことが窺える。

総督府は、「僻陬の地では…医師は未だ充分普及して居ない<sup>(11)</sup>」という認識にもとづき、「医師規則」第1条の規定に該当しない者でも、当分の間は履歴と技両を審査して地域と期間を限定して医業の免許を与えることによって（「医師規則」付則）、「僻陬の地」での医師の確保を図った。それらは「現地開業医」と呼ばれた。表－1に示したように、現地開業医数は、医師数を上回る速度で増加している。また、京畿道への集中度は医師のそれに比べて格段に低いことから、郡部を中心に、という地域的な配置に関する総督府の政策意図が実現していたことが窺える。

同様に総督府は、「朝鮮の僻陬地村落では医師の分布が希薄<sup>(12)</sup>」という問題意識から、「医師規則」とともに、同じく1913年に「公医規則」を制定している。公医は、公衆衛生を主とする公務に服することを前提に開業を認められた医師で（公務に対しては手当が支給される）、「僻陬ノ地ニシテ比較的人口ガ多ク然モ医療機関絶無ノ地ニ配置<sup>(13)</sup>」された。公医の数もまた、1915年に187名、28年に332名、そして38年には500名と、急増している。28年現在の公医332名中、京畿道開業者は20名（6.0%）に留まっており、現地開業医同様に、総督府の政策意図の反映を読みとることができる。なお、表－1の医師数には公医数も含まれている<sup>(14)</sup>。公医を除外した場合には、京畿道在住の医師の比率が本表の数値を上回ることが容易に想像される。

### 3) 医 生

以上言及した3種類の医師は、いずれも基本的には近代的医学に基づいて医療行為をおこなっていた。これらの医師の他にも、植民地期朝鮮には朝鮮の伝統的な医学を修得して医療行為をおこなう人々＝漢医が存在した。総督府は「医師規則」制定と同時に「医生規則」を制定し、これら漢医に「医生」という呼称を付して、規制の対象とした（以下、便宜上カッコを略す）。

医生ひとり当たり人口（1926年）は、府部では1,639名と、医師のそれ（前掲）

とほぼ同水準であるのに対して、郡部では4,020名と医師のその約6分の1となっている。<sup>(15)</sup>府部・郡部間の格差も、医師のそれ(1:13)に比べて、1:2.5と格段に小さい。医師は、郡部での医療機関として重要な位置を占めていたことが確認できる。

なお、1937年の江原道での調査によると、道内邑面176のうち、医師(現地開業医を含む)の開業している邑面は67(38.1%)であるのに対して、医師の開業している邑面は154(87.5%)に及んでいる。<sup>(16)</sup>医師が農村部においても広く分布していたことを示している。

ところで「医師規則」は、同規則発布前に2年以上医業に従事していた満20歳以上の朝鮮人に対して「医師」の免許を交付する、と規定している。本令によって医師の世代間での再生産は、事実上不可能となったことになる。

ただし、「朝鮮では医師の数が非常に少く、之が為僻陬の村落では医治を受けることの出来ない者が少なくない」<sup>(17)</sup>という判断から、総督府は1919年に本令を改訂し、当分の間3年以上医師に就いて医術を修得した朝鮮人のなかで適当な者には5年以内の期限を付して医師免許を与えることで、医師の世代間再生産の道を若干だけ確保することとした(「医師規則」付則)。なお、医師免許出願に際しては「僻陬ノ地」を選定しておきながら、免許交付後に「人口稠密ナル都市」に集中するという傾向が生じたため、<sup>(18)</sup>総督府は本令を再度改訂し、上記付則に「地域ヲ定メ」という語句を挿入して、「僻陬ノ地」における医師の確保を試みている。

しかし、現実には、表-1に示したように、医師の数は一貫して減少している。1940年の医師数は15年のその約3分の2の水準に留まっているのである。「医師規則」発令による医師の世代間再生産の狭隘化にともなう高齢化の進行こそが、医師減少の基本的な要因であったと考えられる。

## 第2章 農村部における医療機関の利用状況

前章での分析から、植民地期朝鮮の医療機関に関する主たる論点として、①病院や医師という近代的医学を体現した医療機関が急速に拡充されていった

が、それは都市部を中心に立地していた、②農村部では伝統医学の担い手である漢医＝医師が主たる医療機関であったが、その数は減少しつつあった、③農村部での医療の量的・質的限界を補うために、総督府は現地開業医や公医といった制度を政策的に導入した、という3点を確認した。

以下では、これらの医療機関の利用状況に関して、とくに農村部に焦点を当てて、分析を試みる。

### 1) 病院の利用状況

まず、官道立病院における患者数の推移から見てゆく（表－2）。当該病院の患者は、通常の来院患者（入院と外来）および巡回患者とに大きく分けられる。また、それぞれが、普通（一般患者）と施療（窮民患者）とに区分されている<sup>(19)</sup>。

朝鮮人の患者総数は、1910年代前半に急増して10年代中葉にひとつのピークを迎えた。以後急減に転じ、20年代後半期には停滞的に推移している。そして、30年代にはいると、再び急増していった。他方、日本人の場合は、当初は朝鮮人患者数を大幅に下回っていたものの、以後ほぼコンスタントに増加してゆき、20年代末～30年代初には朝鮮人を上回った。その後も増加が続くが、朝鮮人側の伸びがより急速であったため、以後ふたたび朝鮮人を下回るようになる。30年代末にはかなりの差が生じている。とはいえ、総人口数に対する比率からいえば、日本人の利用度が圧倒的に高かったことは、いうまでもない<sup>(20)</sup>。

10年代中葉における朝鮮人患者数のピーク期の特徴として、巡回患者の多さを挙げることができる。そしてそれら巡回患者の大部分が施療患者によって占められていた。来院による施療患者数の推移を全期間にわたって追うことはできないが、1914年の場合、朝鮮人来院患者約299万人のうち、93%にあたる約277万人が施療患者であった<sup>(21)</sup>。同年だけにとどまらず、このピーク期を通じて施療による来院患者数の比率が高かったと推察される。

10年代中葉のピークの要因として、巡回診療あるいは施療といった総督府による政策的配慮の効果を挙げることができると考える。そうした配慮が10年代末に消極化したことが、以後、20年代を通じての朝鮮人患者数の急減・停滞

表一 官道立病院における医師数と患者数および法定急性伝染病患者数の推移

年次	医師数		日本人患者数(1,000 人)				朝鮮人患者数(1,000 人)				法定急性伝染病患者	
	総数	朝鮮人	入院・ 外来	巡回 施療	合計	入院・ 外来	巡回 施療	合計	総数	日本人比率		
1910	25	0	12.2		12.2	41.9		41.9	5,425	27.3%		
1911	28	0	53.8		53.8	187.0		187.0	6,604	29.1		
1912	57	0	79.2	0.6 0.1	79.8	198.6	24.7 24.4	223.3	5,120	51.8		
1913	72	0	89.0	2.2 0.3	91.1	211.1	119.1 118.7	330.1	4,057	62.2		
1914	74	0	81.4	1.5 0.1	83.0	299.4	110.2 109.9	409.6	4,919	51.0		
1915	74	0	85.4	1.5 0.1	86.9	130.7	126.8 126.5	257.5	5,322	57.9		
1916	78	0	86.4	1.7 0.0	88.1	308.1	137.8 136.8	445.9	6,596	42.4		
1917	78	0	92.8	1.5 0.1	94.4	322.5	118.3 117.7	440.8	5,589	48.8		
1918	102	8	92.9	0.9 0.1	93.8	282.8	90.4 89.8	373.2	6,881	69.1		
1919	106	7	95.5	0.8 0.2	96.4	264.5	73.7 73.3	338.2	25,519	13.7		
1920	99	9	104.7	0.3 0.0	105.0	171.3	17.5 17.4	188.8	39,766	9.8		
1921	106	14	108.4	0.1 0.0	108.5	165.6	5.2 5.0	170.7	13,128	22.0		
1922	143	25	111.1	0.0 0.0	11.2	182.8	11.7 11.7	194.5	10,769	43.8		
1923	148	32	123.5	1.3 1.1	124.8	188.2	16.2 16.0	204.4	9,485	35.8		
1924	155	37	120.3	0.2 0.1	120.5	160.6	15.0 14.8	175.6	7,919	43.6		
1925	191	61	115.4	0.2 0.1	115.6	126.3	10.5 10.2	136.8	9,671	37.4		
1926	159	37	139.4	0.3 0.3	139.7	126.7	6.6 6.4	133.3	11,595	29.5		
1927	181	48	138.0	0.3 0.1	138.3	140.1	13.2 12.9	153.3	11,682	32.0		
1928	175	40	148.7	0.1 0.1	148.9	129.6	11.4 11.2	141.0	13,688	37.9		
1929	180	43	147.8	0.3 0.1	148.1	137.4	10.3 9.8	147.7	14,283	34.1		
1930	188	40	163.8	0.1 0.0	163.9	134.6	8.8 8.6	143.4	15,876	28.2		
1931	212	51	138.6	0.0 0.0	138.6	119.4	9.8 9.7	129.2	15,131	32.9		
1932	231	58	169.1	0.0 0.0	169.2	145.5	20.1 20.0	165.6	16,766	33.7		
1933	224	55	184.9	0.1 0.1	185.0	165.6	21.5 21.4	187.1	20,507	26.8		
1934	353	82	250.9	0.0 0.0	250.9	250.7	31.0 31.0	281.6	13,661	32.8		
1935	301	64	275.1	0.1 0.1	275.2	261.9	17.3 17.3	279.2	17,649	32.8		
1936	305	55	230.0	0.0 0.0	230.1	256.8	25.4 25.4	282.3	17,843	31.6		
1937	309	62	274.2	0.0 0.0	274.3	329.2	9.2 9.2	338.4	14,681	35.0		
1938	349	73	334.4	0.0 0.0	334.5	389.7	11.2 11.2	400.9	15,631	35.7		
1939	355	74	359.4	0.0 0.0	359.4	468.3	15.6 15.6	483.9	19,814	35.7		
1940	310	71		0.0 0.0			6.3 6.3		25,284	28.2		

<資料> 朝鮮総督府『朝鮮総督府統計年報』各年版より作成。

<注1> 医師数は、院長・医官・医員の総数。

<注2> 朝鮮人医師数および巡回施療患者数は内数。

<注3> 空欄は資料なし。



を招いたと推察される。ただし、そうした政策転換の理由は、不明である。

30年代の朝鮮人患者の再急増の要因として、総督府による上のような政策的配慮があったかどうかを確認できる資料は、今のところ入手できていない。江原道に関しては、部分的な統計資料が得られる。それによると、道内の3道立病院の1933～36年間で<sup>(22)</sup>の来院患者に占める施療患者の比率は、33年以降17.5%、21.1%、19.7%、18.3%であった。上記1914年の朝鮮全体での数値と比較するとかなり低水準である。朝鮮全体においても、巡回診療の規模自体が10年代中葉と比較して格段に縮小していることを勘案すれば（表－2参照）、政策的配慮がふたたび積極化した可能性は低いと考えられる。朝鮮人患者の急増は、基本的には普通患者の増加によってもたらされたものと考えられるのである。

ところで、1933年に発行されたある著作では、総督府の医療制度に批判的な立場から、「もし朝鮮官公医療機関で全部朝鮮人医師を聘用することになれば、その機関を利用する朝鮮人患者がどれ程増えるだろう。言葉が通じない医師と、また生活様式を異にする医師と接触することほどなじまず不快なことはない<sup>(23)</sup>」という指摘がなされている。官道立病院に朝鮮人医師が雇用されるようになったのは、1918年のことであった（表－2）。その後、朝鮮人医師は、その絶対数は増加したものの、医師総数の4分の1～5分の1程度を占めるに留まった。こうした状況は、上のコメントの指摘するとおり、官道立病院朝鮮人患者の増加を抑制する効果をもたらしたと考えられる。

とはいえ、30年代に入ると、上で確認したように、朝鮮人患者数が急増しており、その伸び率は、官道立病院所属の朝鮮人医師数のそれを明らかに上回っている。朝鮮人医師数の少なさが、朝鮮人の病院利用にとって絶対的な障壁となっていたとは必ずしも言えない（朝鮮人の日本語修得を前提とするが）。

ただしここで、朝鮮人の場合は、男性患者数が女性のそれを圧倒的に上回っており、後者は前者の6割前後の水準に留まっていた点は、確認されなければならない（1916年以降の男女別患者数が『朝鮮総督府統計年報』に掲載されている）。日本人の場合、女性がほぼ一貫して男性を若干上回るという傾向を有していた



のとは対照的である。朝鮮人家庭における強固な家父長的な秩序意識を、その要因として指摘することも可能である。それ以上に、「生活様式を異にする」異民族＝日本人の医師（そのほとんどが男性であったと推察される）に診察を受けることへの抵抗感が男性よりも女性の方がより強烈であったことが、より規定的な要因であったのではないだろうか。朝鮮人医師の少なさが朝鮮人女性の病院利用にとっては障壁となっていたといえることができる。

## 2) 農村部における医療機関の利用状況

表－3 には、江原道における道立病院および公医の患者数の推移を掲げた。当時、同道には、春川（1910 年開院）、江陵（1912 年開院）および鉄原（1931 年開院）の 3 道立病院が存在した。他方、公医は年々その数が増え、36 年には 45 名に達している。ひとつの郡に平均して 2 名以上の公医が、また、平均して 3.9 邑面<sup>(24)</sup>に対してひとりの公医が、配置されていたことになる。

官道立病院の患者数が 30 年代に増加した点はすでに確認したが、本表の江原道の場合も、34 年を例外に、ほぼ順調に患者数を伸ばしている。官道立病院の患者数増加が、都市部居住者と農村部居住者のいずれによってもたらされたのかを分析する手だてではない。ただし、道立病院が基本的には立地郡の中心都市に位置していたこと、20 年代以降は巡回診療による患者数水準が低位であることを勘案すれば、主として都市部および一部の近郊農村の居住者の動向に

表－3 江原道における道立病院および公医の朝鮮人患者数推移

		1933 年	1934 年	1935 年	1936 年
道立 3 病院	普通来院	82,844	73,909	87,783	90,896
	施療来院	17,591	15,612	17,334	16,633
	来院合計	100,435	89,521	105,117	107,529
	巡回路合計	2,805	1,692	2,137	1,771
公医	普通来院	57,437	63,846	66,444	74,197
	施療来院	7,080	6,409	6,925	9,055
	来院合計	64,517	70,255	73,369	83,252

<資料>江原道衛生課『江原道衛生要覧』1937 年、115～119 頁および 130～139 頁より作成。

<注>「来院」は入院および外来患者の和。

よってもたらされた、というのが常識的な推測であろう。

さて、表－3に関して注目すべきは、道立病院来院患者数の伸びを上回って公医来院患者数が増大している点である。前者に対する後者の比率は、1933年には64%であったのが、36年には77%に達している。道立病院と比較して、公医のほうが農村部により近接するかたちで開業していたと考えられる。農村部における近代的医療機関という点では、公医は道立病院よりも貢献度が高かったといえる。この限りでは、病院や開業医の農村部での不足という問題を公医（および現地開業医）の配置によって解消しようとした総督府の政策は、一定程度の「成果」を挙げたといえることができる。

なお、全羅北道（1932年現在）および江原道（1937年現在）の公医名簿を見ると、それぞれ28名・39名のうち、日本人と判断される人物は12名・2名であった。<sup>(25)</sup> 両道で日本人比率にかなりの差が生じており、この2例だけから他道の状況を推し量ることは困難である。ただし、少なくとも官道立病院医師との比較においては朝鮮人の比率がいずれの道においても高かったと推察される。先に述べた「生活様式」に関わる障壁が、その分低かったと考えられるのである。

ところで、農村地域においては、近代的医療機関以上に、伝統的な医療機関である医師の分布が濃密であったことを前節で確認した。ただし、医師の患者数に関する統計資料は入手できていない。以下では、ある村落に関する調査資料（1930年調査）を材料にして、農村部における医師の利用状況を推測する。

表－4の対象村落である邱井里は、江原道江陵郡南部の邱井面のほぼ中央に位置し、江陵邑からは「一里余」の距離にある。<sup>(26)</sup> なお、江陵邑には、先述のように道立病院が立地している。

調査農家30戸のうちで、病院への入通院経験者を有する農家と医師の診療経験者を有する農家をあわせても、7戸と、全体の4分の1にも達していない。なお、前者の戸数の方が多いのは、道立病院までの近距離性というこの村落の立地条件に負うところが大きいと考えられる。これに対して医師の診療経験者を有する農家は9割弱に及んでいる。階層別に分類すると、とくに収入別上位

表一 4 江陵郡邱井面邱井里住民の医療体験（のべ戸数）

収入別	医 生	病 院	医 師	そ の 他
下位10戸	7 戸	1 戸	—	病気なし 1 戸, 不明 1 戸
中位10戸	9 戸	1 戸	—	病気なし 1 戸, 巫女 1 戸
上位10戸	10 戸	3 戸	2 戸	
合 計	26 戸	5 戸	2 戸	病気なし 2 戸, 巫女 1 戸, 不明 1 戸

＜資料＞朝鮮総督府『生活状態調査（其三）江陵郡』1931 年，309～407 頁より作成。

＜注 1＞資料中の「漢医」「漢法医」を医生に分類した。

＜注 2＞資料中の「医者」「洋医」を医師に分類した。

10 戸において病院・医師を利用した経験を有する農家数が多くなっている。かかる階層性の要因としては、なによりも医療費支払い能力の格差を挙げることができよう。<sup>(27)</sup>ただし、同時に、それら上位階層もすべての農家が医生の診療をも経験している。

先に表一 1 に示したように、朝鮮の総医生数は、1930 年には、15 年に比して 2 割以上減少していた。とはいえ、30 年時点においても、農村部で近代的医療機関を利用していたのは上層農に限られており、依然として医生が医療機関として圧倒的に重要な役割を果たしていたといえる。30 年以降、医生数はもう一段減少し、他方、官道立病院や公医の患者数は急伸する。その間、農村居住者の近代的医療機関の利用度は確実に高まりを見せたであろう。とはいえ、医生による医療を駆逐するまでには至らず、植民地期を通じて医生は農村における医療機関として最も重要な役割を果たし続けていた、と考えられる。医生数での京畿道構成比の減少（前掲表一 1）は、この傾向の間接的な現れであろう。

ところで、上の江陵近郊の村落は、医療機関の立地という点ではかなり恵まれた環境にあったと思われる。同じ江原道の 1936 年の調査によると、同年同道における死亡者約 3 万 5 千名に対する、生前に医師あるいは医生の治療を全く受けずに死亡した者の見込み数の比率は、道全体で 22% に達している。そして、道内 22 の所管警察署別に比較すると、最大 51% に対して最小 8%，6 署で 30% を越えるなど、地域別の格差が目につく。<sup>(28)</sup>窮乏による医療費負担能力の欠如あるいは医療機関そのものの不在によって、近代的医療どころか伝統的医療

さえも利用しえない住民が農村地域に大量に存在していたことを示唆している。

### 第3章 農村部における防疫事業の特徴

1915年に総督府は「伝染病予防令」を制定している。本令では、コレラなど9の急性伝染病を対象として(1924年に1種追加)、その患者や死体および関連する家屋や地域に対する様々な措置に関しての規定をおこなっている。

前掲表-2に示したように、法定急性伝染病の患者数は、1920年前後の突出した数年間を除けば、植民地期を通じてほぼコンスタントに増加傾向をたどっている。ただし、この傾向のうちで、どの程度を患者それ自体の増加として、のこりのどの程度を患者の発見率の上昇として理解するのかに関しては、にわかには判断が付かない。

本表から、患者数に占める日本人の比率が3割を越える年次が多かったことがわかる。日本人の患者発見率が朝鮮人のそれを上回っていたであろうことを勘案して、割り引いて考えなければならないが、それでも上述の人口構成比をはるかに上回っていたのは確実である。植民地に居住する支配民族の生命を脅かし、かつ被支配民族社会を不安に陥れる伝染病に対して、総督府は何らかの対策を実施せざるを得なかったのである。しかもその強力な伝染性という特性ゆえに、伝染病対策は体系的な制度を備えていなければならない。総督府が、「伝染病予防令」に基づいて、防疫事業を朝鮮全域にわたって展開していこうとした所以である。

ところで、伝染病防疫においては患者の早期発見が重要な課題となる。この点に関して総督府は、「朝鮮ハ未タ衛生思想発達セス為ニ一家族中ニ伝染病患者アレハ之ヲ隠匿スルカ如キ悪習迷信等ヲ脱セサル」という認識を前提として、「取締ノ任ニ当ル警察官ハ常ニ道途ノ風説売薬ノ販路授受等ニ注意」するよう<sup>(30)</sup>に指示している。さらに警察官は、単独あるいは検疫医に同行して「検病的戸口調査」を実施することになっていた。<sup>(31)</sup>伝染病患者の発見に際しては、警察官が果たすべき役割が大きかったのである。

表－5には、伝染病患者の発見方法を3年次にわたって掲げてある。この表からは、検病的戸口調査によって発見される患者の比率が減少し、かわって医師の届け出による患者の比率が増加して<sup>(32)</sup>いっていることが読みとれる。以後の変化を明確に示してくれる数値は入手できていないが、江原道について1936年の調査に関する数値が判明する。それによると、検病的戸口調査の結果、法定伝染病と判明した患者が531名おり、それは同年の総患者数1,074名の<sup>(33)</sup>49.4%に相当する。この数値が一般化できるとすれば、戸口調査によって発見される伝染病患者の比率は、1920年代中葉以降は下げ止まりないしは若干の上昇反転傾向に転じたことになる。

なお、表－5における医師と医生の数値(1925・26年平均)には約5倍の開きが出ている。前章で見た医療機関としての利用度からすると、医生の貢献度はきわめて低い印象を受ける。医生は、伝染病発見者としては十分な機能を果たしていなかったと思われるのである。この点に関連して、1919年のコレラ流行の際に総督府は、患者発見方法に関して、医生は「医学ノ知識浅薄ニシテ殆ン

表－5 伝染病発見者の構成比(%)

	1916年 (コレラ)	1919年 (コレラ)	1925・26年 平均
戸口調査	65.3	58.9	34.7
他人申告	14.7	16.9	—
医師届出	8.8	12.8	49.0
医生届出	—	—	10.0
家人届出	6.2	10.9	—
その他	5.2	0.5	6.3
合計	100.0	100.0	100.0

<資料>伊藤賢三・原親雄「大正五年朝鮮ニ於ケル虎列拉流行ニ就テ」『朝鮮医学会雑誌』第20号、1918年、41～42頁、朝鮮総督府『大正八年虎列刺病防疫誌』1920年、143～144頁および朝鮮総督府前掲『朝鮮衛生要覧』120頁より作成。

<注1>1916・1919両年の場合、「船中」での発見事例は除外した。

<注2>1925・26年平均の資料には、朝鮮人・日本人別の構成比のみが記載されている。両年次の伝染病平均患者数に構成比を乗じて発見方法別患者数の実数を推算した上で、構成比を算出した。

<注3>—印は、資料なし。

ト信頼スルニ足ラズ<sup>(34)</sup>」という評価を下している。近代的医療機関と比較して医生の伝染病に対する科学的知識が低水準に留まっていたのは事実であろう。ただし、この点ばかりではなく、地域社会の構成員でもある医生にとっての、患者やその家族の意向を無視して患者発見の通告を行うこと自体の困難性にも留意する必要がある。

表－6が端的に示すように、伝染病患者発見方法が府部と郡部ではかなり異なっている。前者では医師による発見がほとんどであるのに対し、後者では医師による発見の比率が相対的に低く、かわって検病ないし医生による発見の比率が高くなっている。この対比は、日本人と朝鮮人との比較においても成立する。郡部の朝鮮人の場合、検病・医生による発見の比率は一層高かったことを示唆している。

なお、腸チフスに関しては、都市－農村間の相違を日本のそれと比較することができる。医師による発見比率は、朝鮮の場合は府部94.4%、郡部31.8%であったのに対して、日本の場合は市部93.3%、郡部84.0%であった。日本では都市－農村間での相違がほとんどなかったのに対して、朝鮮では大きな相違が存在したという点で対照的である。朝鮮農村部だけが医師による発見の比率が極端に低く（医生による発見の比率14.7%を加えても46.5%に留まり、なお低水準である）、その分、検病に依存する比率が高かったのである。<sup>(35)</sup>

ところで、都市－農村間の相違については、伝染病の療養方法に関しても日本と朝鮮との対照性を見出すことができる。再び腸チフスの事例であるが、朝鮮の場合、病院病舎で治療を受ける患者の比率が、府部で95.6%（残りは自宅療

表－6 地域別・民族別の伝染病発見方法（1925・26年平均）

単位：%

	医 師	医 生	検 病	そ の 他	合 計
府部	89.6	1.2	8.2	1.0	100.0
郡部	35.9	12.9	43.2	8.0	100.0
朝鮮人	25.1	14.8	51.1	9.0	100.0
日本人	96.6	0.5	2.0	0.9	100.0

＜資料＞朝鮮総督府前掲『朝鮮衛生要覧』120頁より算出。



養一以下同様)、郡部で 27.1%であったのが、日本の場合は市部 93.6%、郡部 78.3%であった。<sup>(36)</sup>上の発見方法と同様に、療養方法に関しても、朝鮮の郡部だけが極端に病院病舎の比率が低く、その分自宅療養の比率が大きかったのである。

伝染病患者の治療のために病院には隔離病棟が設けられたほか、地域ごとに隔離病舎が設置されていた。ただし、後者に関しては、「現在隔離病舎ハ三十二個所アルモ何レモ偏僻ノ地域ニ設置セラレ患者ハ勿論家族ニ在リテモ入舎ヲ嫌忌シ引イテ患者隠蔽ノ素因トモナリ、加之管理当ヲ得ザルモノアリテ全ク荒廃ニ委スルノ状態」(全北)あるいは「隔離病舎ハ現在二〇ヶ所…アルモ既ニ建物腐朽シ又ハ狭隘ヲ感シ新築修繕ヲ要スルモノ数カ所アリ」(慶北)といった報告がなされる情況にあつた。<sup>(37)</sup>

伝染病患者発見方法に占める検病的戸口調査の比率が継続して高かった背景のひとつとして、こうした隔離病舎の不備にともなう「患者隠蔽」傾向の助長——とにく農村部におけるそれ——を挙げることができよう。なお、伝染病患者収容先の構成比(1926・27年平均)は、自宅 62.5%、官公立病院 25.1%、私立病院 6.0%そして隔離病舎 6.4%であった。自宅以外の収容先で隔離病舎の占める比率は 16%にとどまっている。<sup>(38)</sup>

これまでの論点を朝鮮農村に関してまとめると、伝染病の防疫と治療において医療機関が担った役割は限定的であった、ということになる。ただし、ここで留意しておきたいのは、にもかかわらず、総督府による伝染病防疫事業が、朝鮮農村住民が近代的医療技術と接触する契機となっていた、という点である。

すなわち、まず、警察官および医師によって行われた検病的戸口調査それ自体が、近代的医療技術の観点にもとづく診察行為であった。ちなみに、『警察教科書』中の「衛生警察」の項には「各種伝染病予防心得」が掲載されており、病原、細菌の抵抗力、症状および予防上の心得が説明されている。警察官は、こうした医学知識にもとづいて戸口調査を行ったと考えられる。<sup>(39)</sup>

なお、先にも紹介した江原道の 1936 年戸口調査の場合、のべ調査人数は約

205万人と、当時の江原道総人口153万人を34%も上回っている。そして、被調査者の0.4%に当たる7,995人が容疑患者と判断された。この数値は、当年の伝染病患者数1,074人の8倍弱に相当する。そして、そのうちの6.6% (531名)<sup>(40)</sup>が伝染病患者と診断されている。戸口調査自体は問診などの簡単なものであったと思われるが、容疑患者と判断された場合は、より精密な検査が実施されたであろう。江原道の数値を目安に推測すれば、朝鮮全体で伝染病患者が1万5千～2万人程度発生していた1930年代には、毎年12～16万人に及ぶ人々が容疑患者としての検査を受けていたことになる。

警察官や医師との接触、検査対象となることおよび感染・発症そして隔離への恐怖といった諸局面で味わう非日常性ゆえに、検病戸口調査は、近代的医療技術に接する機会の乏しかった農村住民にとってはとりわけ印象深い出来事になったと考えられる。

さらに、実際に伝染病患者が発見された場合には、その患者が利用していた家財や家屋あるいはその周辺地域を対象として綿密な清掃や消毒が、警察官や地方官吏の指示の下に実施されていた。その際に使用される機材や薬品あるいは担当官吏の服装などの見聞もまた、農村住民が近代的医学に関する知識や技術と具体的に接する契機となっていたと考えらるのである。

## 第4章 衛生に関する「啓蒙」事業の展開

### 1) 地方行政機関による「啓蒙」事業

道地方費衛生費には毎年「衛生思想普及費」が計上されており、道や府郡による衛生博覧会や活動写真会・講習会の開催を通じて、衛生思想の「啓蒙」が試みられた。この点に関して江原道の報告書は、「一般住民の衛生思想低級なる為予防注射を忌避し又使用河水の飲用を為し若は伝染病患者を隠蔽し其の死体を密葬する者少からず、又は医療を等閑視して迷信的治療をなすもの等ありて一般衛生行政上支障を来す事例に乏しからず、故に常時衛生思想の普及開発を計るは刻下の急務なり<sup>(41)</sup>」と指摘している。地方行政機関による衛生思想普及事業では、伝染病予防・防疫活動の奨励および近代的医療機関利用の慫慂に主眼

が置かれていたといえる。

表－7 は、1920～28 年間に『東亜日報』紙上に掲載された道および府郡による衛生思想普及事業の一覧である。<sup>(42)</sup> 道主催事業、府郡主催事業それぞれが報道される頻度は、ほぼ同程度であった。なお、このほかに面主催の事業が報道されているが、<sup>(43)</sup> 3 事例と極めて少数に留まっている。

まず、府郡主催の事業の特徴に注目すると、第一に、警察署主催のものが 29 事例と、全体 43 事例の 67% を占めていた点を挙げることができる。伝染病防疫に関して警察官が固有の役割を果たしていたことを前章で指摘したが、伝染病に関する「啓蒙」事業に対しても警察組織が積極的に関与しようとしていたことがわかる。そして第二には、郡内を巡回開催した 4 事例を除いた 39 事例の中で、府および邑所在地での開催が 25 事例（64%）あり、都市部において重点的に開催されていたことを指摘できる（府邑は 1938 年現在）。第三に、事業内容としては、活動写真（一部幻燈を含む－以下同様）上映が 25 事例でもっとも多く、衛生展覧会開催、講演会がそれぞれ 16 事例、11 事例でそれに次いでいる。

ところで、事業内容に関しては、府郡の事業と道のそれとは類似している。すなわち、道の事業 41 事例においても、活動写真上映が 29 事例で最も多く、衛生展覧会 22 事例がそれに次いでいるのである。道の事業のうち 14 事例で道内を巡回開催している。本表で府郡主催として扱われている事業のうちのかなりの部分が、実は、道主催による巡回開催の一環であった可能性が高い。なお、道の事業では講演会は 4 事例にとどまり、府郡の事業に比べて相対的に少数である。講演会のように予算上比較的に小規模な事業が府郡独自の事業として開催されたと思われる。

京畿道では、1923～28 年に毎年 6～10 面において衛生博覧会および活動写真会を開催している（その前後の年次については不明）。この 6 ヶ年間に、道内 21 府郡すべてが少なくとも 1 つの開催地を有している。また慶尚北道では、1937 年には 2 郡で衛生展覧会を、12 郡 17 個所で衛生活動写真会を開催している。さらに江原道では、1936 年には 14 郡においてのべ 28 回にわたって衛生活動写真会を開催している。江原道の場合、7 郡においてのべ 117 回の衛生講話会が

表一 7 道および府郡による衛生思想普及事業一覧（1920～28年）

道主催		府郡主催（慈恵／道立病院を含む）	
no.	開催年次・道名	no.	開催年次・府郡名
1	20 咸南 B 巡回	1	20 仁川府 BC
2	20 全北 B	2	20 元山府 B
3	20 全北 B 巡回	3	21 晋州警察署 B
4	21 慶北 A 巡回	4	21 光州郡 AB
5	21 京畿 A	5	21 統営郡 B
6	21 慶南 B	6	21 沙里院警察署 C
7	21 平北 BC	7	21 元山警察署 C
8	21 平北 BC	8	21 永柔郡 C
9	21 咸北 C	9	21 大田郡 BC 巡回
10	21 咸南 AB	10	22 陝山警察署・面 B 道後援
11	21 慶北 AB	11	22 京城府 B
12	22 慶南 B 河東群・署・面後援	12	22 馬山警察署 B
13	22 全南 B	13	22 浦項警察署 B
14	22 京畿 A	14	22 晋州警察署 B
15	22 忠南 A 巡回	15	22 裡里警察署 B
16	22 慶北 B	16	22 仁川府庁・警察署 B
17	22 慶北 B 巡回	17	22 江華郡 BC 巡回・
18	22 京畿道・龍山警察署 B	18	22 裡里警察署 A 益山面後援
19	22 黄海 AB 巡回	19	22 高敞警察署 AB 郡庁後援
20	22 忠南 B 巡回	20	23 京城府 BD
21	22 慶北 A 巡回	21	23 春山警察署 D
22	22 黄海 AB	22	23 馬山警察署 A
23	22 黄海 AB	23	23 沙里院警察署 BC
24	22 黄海 A	24	23 定州警察署・定州面 BCD
25	22 江原 B	25	23 公州警察署 A
26	22 慶北 AB 巡回	26	23 沙里院警察署 A
27	22 全南 A	27	23 載寧警察署 A
28	23 黄海 A 巡回	28	23 楊州郡庁・警察署 AB
29	23 京畿 A 巡回	29	23 博川警察署 A
30	23 京畿 AB 巡回	30	23 中和郡庁・警察署 AB 巡回
31	23 京畿 B 楊平警察署後援	31	24 濟州警察署 BC 巡回
32	24 京畿道・仁川府・署 AB	32	24 成川警察署 D
33	24 京畿道・江華警察署 AB	33	24 大邱慈恵病院 A
34	24 京畿 A 巡回	34	25 釜山府 A
35	24 慶北 B	35	25 梁山郡 C
36	24 平南 B	36	25 都成府 D
37	25 咸南 B	37	25 京畿道開城病院 AB
38	25 咸南 AB	38	25 中和警察署 AB
39	25 京畿 AB 巡回	39	25 碧潼警察署 A
40	27 忠南 A	40	26 利原警察署 AB
41	27 江原 BC	41	26 端川郡庁・警察署 AB
		42	27 龍山警察署 BC
		43	27 成川警察署 A

<資料>『東亜日報』より作成。

<注1>記号の意味は次の通り。A；衛生展覧会，B；活動写真会（幻燈を含む）  
C；講演会，D；宣伝ビラ配布

<注2>「巡回」とは，地域内を巡回して活動を行うことを意味する。

<注3>記事の初出順に掲載した。

開催されたことも報告されている<sup>(44)</sup>。

府郡の事業の場合、新聞紙上には、上述のように都市部での開催が主として取り上げられていた。しかし、道の事業として巡回開催された場合には、開催地はかならずしも都市部に限定されていたわけではなく、農村部においても頻繁に実施されていたといえることができる。また、事例数は多くないが、郡主催の事業の中にも巡回開催のものが存在しており、その場合、農村部を中心として開催されていたと考えられる。

ところで、上の京畿道の場合、開催日2日間での入場者数は、衛生展覧会で300～4,500名、活動写真会で1,300～4,700名であったという。慶尚北道の場合には、2回の衛生展覧会の入場者数は1,720名と9,000名、活動写真会のそれは平均すると約2,500名であった。また、江原道の場合は活動写真会、講話それぞれの平均入場者数が、約1,200名と93名であった<sup>(45)</sup>。これらのイベントがかなりの集客力を有していたことが窺える。「東亜日報」の記事においても、しばしば「盛況」というコメントが付されている。

衛生展覧会での展示品に関しては、「各般患者の模型」「伝染病人模型、細菌」といった記述から、その内容が窺える<sup>(46)</sup>。それらは、まさに「恐怖と好奇の視覚メディア」<sup>(47)</sup>としての機能を担っていたといえる。また、活動写真会の場合、その内容もさることながら、活動写真それ自体が娯楽性を有していたといえることができる。これらの催し物が「盛況」となりえた背景には、こうした事情があったと考えられる。

## 2) 民間団体による「啓蒙」事業

『東亜日報』紙上には、上述のような地方行政機関による衛生思想普及事業だけでなく、民間団体による「啓蒙」事業についても頻繁に記事が掲載されている。1920～28年間の記事をまとめると表-8のようになる。

この表から読みとれる特徴として、以下の4点を挙げることができる。第一に、57事例の中で府邑を開催地とする事業が35であり、巡回開催の5事例を除外した52事例の67%を占めている点である。府郡主催の事業の中に占める

表一 8 民間団体による衛生に関する「啓蒙」活動 (1920~28 年)

no.	開催年次・団体名	no.	開催年次・団体名
1	20 元山医師会C青年会・東亜日報支局後援	34	24 京城医専「有隣会」C
2	20 私立朝陽学校職員 C	35	25 茂山青年会 C 東亜日報支局後援
3	20 永興青年倶楽部 C	36	25 鉄山基督教青年会 C
4	20 平壤箕城医師会 BC	37	25 利原青年会 D
5	20 朝鮮労働共済会大邱支局 C	38	25 京城医専「有隣会」C 巡回
6	21 京城医友倶楽部 C 東亜日報後援巡回	39	25 鎮南浦外地留学生学友会 C
7	21 東亜日報水原支局 C	40	26 南監理教会鉄原礼拝堂 C
8	21 龍岩浦有志 C	41	26 龜浦青年会 C
9	21 定平青年会 C	42	26 靈光青年会 C
10	21 平北龍川楊市留学生 C 巡回	43	26 平壤衛生彙報社・平壤私立医学講習所C
11	21 東萊青年倶楽部 C	44	27 義州基督教青年会 C
12	21 金海青年会 C	45	27 江界基督教青年会 C
13	21 東亜日報고양支局 C	46	27 全州西門外幼稚園姉母会 C
14	21 城津済東病院 A	47	27 全州苗浦商友会 C
15	22 潭陽青年会 C 巡回	48	27 全州南門外幼稚園 C
16	22 開城忠橋 엠릿 青年会 C	49	27 木浦青湖医師会 C
17	22 釜山青年会衛生部 D	50	27 載寧女子同窓会 C
18	22 延安口法青年会 BC	51	27 江陵 성덕 少年会 C 성덕 青年会後援
19	22 元山基督教教育青年会 C	52	27 龍山楊市東亜日報支局 C
20	22 大阪仁丹本舗 A 巡回	53	27 全州大正町大同農会 C
21	22 永康青年会 C	54	28 黄州基督教青年勉勵会 C
22	22 鎮南浦新興里監理教会 C	55	28 釜山基督教青年会 C
23	22 麻浦青年会 C	56	28 水原「三月会」C
24	22 平壤柳町監理教会 C	57	28 東亜日報礼山支局 C
25	22 鎮南浦基督教青年会 C		
26	22 日本赤十字社朝鮮支部 A		
27	22 木浦基督教青年会 C		
28	23 群山府働光青年会 C		
29	23 元山青年会 C		
30	23 東萊面「月一会」C		
31	23 鉄原天道教少年会 D		
32	23 平壤南山町耶蘇教会平信徒会 C		
33	23 朝安面青年会 B		

＜資料＞『東亜日報』より作成。

＜注1＞記号および「巡回」の意は、表一7に同じ。

＜注2＞記事の初出順に掲載した。

＜注3＞口は文字判読不能。



府邑を開催地とする事例の比率とほぼ一致している。民間団体による事業もまた、府郡によるそれと同様に、都市部を中心として開催されていたことが確認できるのである。

第二に、青年会などの青年団体主催（宗教団体系の青少年団体も含む）による事業が少なくとも 27 事例（47%）に上っている点である。三・一運動とその後のいわゆる「文化政治」の開始を契機として 1920 年代初に朝鮮各地で青年会が組織されて、当時の「文化運動」を担っていった。それら青年会は、実力養成・文化向上を目標とし、具体的には、智・徳・体育の修養を課題として掲げていた。<sup>(48)</sup>衛生に関する「啓蒙」事業も、青年会活動におけるそうした課題の一環として位置づけられていたと考えられる。<sup>(49)</sup>

第三に、少なくとも 7 事例（うち 4 事例が青年会主催）が公立普通学校で（No. 8, 12, 21, 23, 30, 35, 36）、2 事例が面事務所で（No. 13, 57）行事を開催しており、それらに関しては、地方行政機関との間に協力関係が存在したことが窺える点である。同時期には、衛生思想普及事業における地方行政機関と青年会などの民間団体との協力関係をより明確に示す記事が『東亜日報』紙上にいくつか掲載されている。<sup>(50)</sup>衛生思想の普及という目的に関する限り、地方行政機関の思惑と民間団体の目的意識とは重なり合っていた。すくなくとも、民間団体による活動を積極的に阻止する理由は、地方行政機関側にはなかったといえる。なお、青年会に関しては、当時の一般的な状況として、総督府は青年会運動を体制内化しようと試みており、他方青年会は、その「改良主義」的性格ゆえに、かかる総督府の試みを受け入れてゆく傾向が強かったといわれている。<sup>(51)</sup>

最後に第四に、具体的な活動としては、50 事例すなわち全事例の 88% が講演会を開催しているという点である。地方行政機関が頻繁に実施していた衛生展覧会や活動写真会ごく少数の例外的な事例に限られていた。民間団体の場合、財政的な裏付けのある後者とは異なって、比較的に低予算で実施できる活動が選択されていたと考えられる。

ところで、1920 年代初の「文化運動」においては、「農村改良が朝鮮文化建設

<sup>(52)</sup>の出発点」と捉えられるほどに、農村での活動が重視されていた。上記第一点で確認したように、本表に表れた限りでは、民間団体による「啓蒙」活動は農村部よりもむしろ都市部において活発に展開されていた。ただし、本表の中でも、No. 2；「農民向け」の講演会（1920年7月18日付）、No. 33；面内14洞での巡回衛生幻灯写真会（1923年10月1日付）、No. 53；「農村婦女」対象の講演会（1927年9月29日付）など、農村・農民を直接対象とした活動の存在が、少数ながら確認できる。『東亜日報』では報道されない末端での小規模な活動まで含めれば、民間レベルでの「啓蒙」活動は、農村部においてもかなりの広がりを持っていたと考えられる。

1925年12月には、朝鮮農民社の機関誌『朝鮮農民』が創刊されるが、創刊号以後1926年にかけて5次にわたって「衛生講座」が連載されている（第1巻第1号、第2巻第1号、同第4号、同第10号および同第12号）。本誌それ自体による衛生思想の普及効果は限定的なものであったであろう。しかし、当時の農民団体の衛生・医療問題に関する関心の高さを、ここから読みとることができる。

## 第5章 衛生事業を契機とした農村の組織化

前章では、地方行政機関や民間団体による衛生思想に関する「啓蒙」活動が、都市部ばかりでなく農村部においても展開されていたことを確認した。展覧会や活動写真における視覚的表現は、農村住民をして、疾病に関する既往の直接的経験や伝聞を再確認させ、その恐ろしさ——とりわけ伝染病のそれ——を体感させるという点で、十分に効果的であったと考えられる。それにとどまらず、それらの催し物や講演を通じて、農村住民は、それら疾病の原因、および、それが予防可能であることを理解したはずである。かくてこれらの「啓蒙」活動を通じて、農村住民は、生活環境に関わる衛生活動に対して強く動機付けられる契機を与えられたといえる。

ただし、これら「啓蒙」活動の効果自体は、一過的なものに留まってしまう可能性が高い。地方行政機関や民間団体は、当然ながら、「啓蒙」活動を繰り返し実施することによって農村住民の「動機付け」を維持しようとした。それに

とどまらず、これとは異なる手法を用いて、地方行政機関は農村における恒常的な衛生事業の展開を試みることになる。村落レベルでの農村住民の組織化という手法がそれである。

全羅北道では、「模範部落設置標準及実行事項」を制定して、1929年から「模範衛生部落」の指定を開始している。1932年までの4年間の実績は、140村落<sup>(53)</sup>（1郡当たり平均14村落）に及んでいる。同時期の他道における政策は不明であるが、「模範部落」に関する1930年の調査によると、総計257事例のうち「衛生組合」が組織されていたのは6事例（うち4事例が全北）に留まっている<sup>(54)</sup>ことから、「模範衛生部落」指定事業それ自体は、全北以外ではそれほど積極的に展開されなかったことが窺える。

ただし、それら257事例の中で「衛生思想普及函養」を奨励事項として掲げているのが10道の30事例（12%）に及んでいる。なお、そのうち全北だけで8事例（全北28事例の29%）を占めており、ここでも全北当局の「模範衛生部落」政策の影響が読みとれる。<sup>(55)</sup>「模範衛生部落」という制度それ自体の展開は限定されたものであったが、村落レベルでの衛生事業一般はそれよりは広い範囲で展開されていたということが出来る。

さらに、各道2事例ずつ総計26事例の「模範部落」の活動内容を具体的に紹介した同じく1930年の資料によると、その54%に当たる14事例において何らかの衛生事業が実施されていた。<sup>(56)</sup>衛生事業は、村落レベルにおいて——少なくとも「模範部落」において——は、一般的な事業であったということが出来る。

この資料にもとづいて、村落レベルでの衛生事業を紹介すると、表-9のようである。井戸改修、便所改良、共同浴場、掃除といった事業が報告されている。伝染病予防のための清潔の保持・向上がこれらの事業の主たる目的であったことが窺える。伝染病予防と関連して、2村落で種痘が取り上げられている。

これらの事業は、前掲全羅北道「模範部落設置標準及実行事項」に示された「実行項目」とほぼ重なっている。村落は、地方行政機関が提示したメニューの中から、それぞれの地域の事情に応じて事業を選択的に実施していったと思われる。また、2つの村落で衛生に関する講演ないし講話が実施されており、

表一 9 「模範部落」における衛生関連事業

洞里名	事業内容
周南洞（京畿）	家庭の清潔整頓（婦人会）
墨坊里（忠北）	井戸改修・設置
連守洞（忠北）	便所改良，共同井戸設置
葛山里（忠南）	衛生講話会（婦人会），改良井戸設置
鳳岩里（忠南）	井戸の清潔保全
大明里（全北）	保安組合（伝染病獣疫予防，迷信打破）
大車里（全北）	部落浄化，便所改良
桃林里（全南）	種痘，清潔，井戸設置
秀陽里（全南）	種痘，井戸改修
鳳山洞（慶北）	講演講話，共同井戸改修，ハエ駆除
新泉里（慶南）	共同井戸設置，便所改良，掃除（定期清潔）
花園洞（平南）	月例清潔
翠屏里（江原）	共同井戸設置，共同浴場設置
紫南洞（咸北）	便所改良

＜資料＞朝鮮総督府内務局社会課『優良部落事績』1930年より作成。

前章で論じた「啓蒙」活動が村落レベルにまで及んでいたことが確認できる。

それでは，これらの事業が実際どの程度の実績を挙げたのか。それを明らかにする資料はほとんど入手できていない。唯一，井戸改修に関する資料が断片的に残されているだけである。以下では，それらの資料を手がかりに，村落レベルでの衛生事業の進捗状況を推察したい。

共同井戸に関しては，「模範井戸」掘削奨励のために道地方費から補助金が支出されていた。京畿道の場合，1912～24年の13年間に，全道249面の90%にあたる223面において総計406個所の共同井戸が掘削されている。慶尚北道では，1922～37年の16年間に総計で131個所で掘削が行われた。あるいは江原道では，1923～1934年の12年間に総計228個所で共同井戸が新設されている。<sup>(57)</sup> 道ごとに実績に関して若干の差違はあるものの，いずれも，平均すれば面ごとに1～2個所というレベルに留まっており，文字どおり「模範」としての域を脱するものではなかったといえる。

「百年清河を待つに等しく効果少きを痛感」した江原道当局は，1935年度に方針を転換している。すなわち，まず，警察署所在地の邑面に補助金を支給し

て井戸枠製造に必要な器具（型枠、鉄板、シャベルなど）を購入させ、それを各面に順番で貸与する。そして各面では、警察官・邑面吏員の指導の下、井戸使用者による資材（セメント砂利など）の共同購入と共同出役を慫慂することで共同井戸の改修・新設を図ろうという手法を採用したのである。事業費の軽減と「井戸に対する愛好心」の強化が、その効果として想定されていた<sup>(58)</sup>。

慶尚北道では、1935年の警察署長会議において、井戸の改修・新設事業が「農山漁村振興運動ニ対スル警察ノ措置トシテ最適切ナル施設」であるという認識に達している<sup>(59)</sup>。農山漁村振興運動との関連でいえば、全羅南道においても、当該運動の一環として1934年に警察部長による各警察署長宛の通牒「衛生模範部落ニ関スル件」が出されており、通牒末尾には「井戸及屋形設計図」「模範的井戸断面図」が添付されている<sup>(60)</sup>。あるいは、当該運動の「指導者」と「部落中堅人物」の事例をそれぞれ各道2名ずつ紹介している報告書によると、総計52事例の中には、「更生指導部落」の事業として共同井戸の改修・新設を実施した事例が7つ（13%）報告されている<sup>(61)</sup>。

朝鮮総督府『施政三十年史』では、南次郎総督赴任後に共同井戸改修に対する補助事業の「指導方針を助成主義より自力更生主義に改め」たと記述されている<sup>(62)</sup>。「自力更生主義」という表現から推察すると、当該事業が農山漁村振興運動と関連づけられ、しかも、同時期の江原道で採られた手法がそうであったように、地方行政機関からの若干の物的補助と監督に村落ごとの資材・資金と労働力とを結合させることによって井戸の改修・新設を推進するという手法が、一部の道にとどまらず朝鮮全域で採用されていたと考えられるのである<sup>(63)</sup>。

江原道での1935年度から37年8月まで、すなわち約2年半での実績は、新規掘削506箇所、在来井戸改修466箇所の総計972箇所であった<sup>(64)</sup>。先述の同道における「模範井戸」の実績と比較すれば、事業進捗の速度が段違いに速くなっていることがわかる。ちなみに、1936年現在、同道には共同井戸（地方費補助を受けたもの334箇所を除く）が7,095箇所存在しており、上の事業数だけでその14%に該当する<sup>(65)</sup>。

総督府は、朝鮮全体で72,065の「部落」を対象として「地方改良に関する施



設状況」(1937年5月現在)を調査している。それは、12項目にわたって、それら「施設」の有無を「部落」ごとに調べるものであった。「改良井戸」を有する「部落」数は35,774(50%)に及んでおり、他の11項目いずれよりも高い数値となっている。ちなみに、第2位は「国旗掲揚塔」の33,047、第3位は「共同婚葬用具」の31,217であった。<sup>(66)</sup>

江原道の場合、4,681調査「部落」のうちで「改良井戸」を有するのは1,711(37%)であった。「模範井戸」補助事業および35年以降の助成事業が各「部落」ひとつずつ実施されたと仮定すると、後者の972個所だけで「改良井戸」を有する「部落」の57%に、前者の299個所(使用できるもののみ)との合計1,271個所は、「改良井戸」を有する「部落」の74%に相当することになる。<sup>(67)</sup>「改良井戸」の普及を促した政策、とりわけ1935年を前後する時期に各道において採用されていった共同井戸新設・改修のための助成事業が効果的であったことが確認できる。

なお、残りの26%の「部落」は、行政による補助や助成を受けずに、村落独自の事業として「改良井戸」の設置を行っていたことになる。行政や民間団体による「啓蒙」を契機として、あるいは近接する「模範井戸」の影響を受けて、村落が独自に井戸の改良事業に取り組む動きがすでに部分的に存在していたと考えられる。そして、35年に道による助成事業が開始されることによって、その動きが広範化していったと捉えておきたい。

ところで、先に紹介したように、35年前後から開始された助成事業においては、資金・資材や労働力は村落内部で調達しなければならなかった。農村住民は、いかなる動機付けによって、それらの負担をしてまで「改良井戸」の新設・改修を実行していたのであろうか。以下、2点を指摘してみたい。

第一には、「改良井戸」のもつ衛生上のメリットを農村住民が理解するようになったという点である。先に論じたように、限定的ながらも近代的な医療行為を経験する機会が増大していったこと、戸口調査など防疫検査の被験者となる機会が増えたこと、そして行政や民間団体によって衛生に関する「啓蒙」活動が展開されたことによって、疾病とりわけ伝染病の発生原因とその予防法につ



いての科学的知識が、農村住民の間にも広がっていった。かくて、疾病予防のために「改良井戸」が不可欠であることを、農村住民が広く認識するようになったのである。逆に、「改良井戸」の普及事業が成果を挙げたことが、30年代後半の農村部において、衛生に関する知識が広く共有されるに至っていたことを例証しているといえることができる。

この点がいわば必要条件であったとすれば、第二に、十分条件として、普及事業が具体的に遂行された村落という場が持っていた機能について言及しなければならない。伝染病は、文字どおり「伝染」という外部性を有している。日常的な面接性によって関係づけられている村落内での人間関係において、伝染病の「発生源」となることは、きわめて心理的負担の重い出来事であったであろう。それゆえに、衛生知識の普及＝予防可能性認識の共有は、一面では村落構成員をして、個人レベルでの日常生活の「規律化」を促すことになる<sup>(68)</sup>。そして他面では、「発生源」を村落の領域から排除しようとする力を発生させる。そのひとつの現れが、構成員全体による「改良井戸」事業であったといえることができるのである<sup>(69)</sup>。

なお、慶尚南道蔚山近郊のある村落を対象とした調査(1936年)によると、当該村落には飲用水用井戸が10個存在したが、そのうち7つが個人所有(朝鮮人4、日本人3)、3つが共同井戸であった。共同井戸のひとつは使用されておらず、他の2つはそれぞれ「主として中層次いで下層の使用する」、そして「主として下層農家の使用に属している」井戸であった。これらの記述から、個人井戸は上層農家が所有し、中下層農民のみが共同井戸を利用していたと考えられる<sup>(70)</sup>。こういったケースでは、共同井戸の改良に際しては、その受益者と費用負担者との間にズレが生じることになる。すなわち、経費負担は上農層ほど重かった可能性が高いの<sup>(71)</sup>に対して、主たる受益者は下層農家であったことになるのである。

村落上農層は、他の階層と比較して、近代的医療機関の利用経験が多く、また子弟を学校に通学させている割合も多かった。したがって、それらの機会を通じて、近代的な衛生医療知識に接する度合いも高かったといえる。上層農は、

その分だけ、自分への伝染を予防するという個人的な動機付けが強かったと考えられる。ただし、伝染病が有する「外部性」ゆえに、上層農のそうした個人的利害と村落「有志」としての役割期待、すなわち村落から伝染病の発生源を排除するための事業に積極的に関与すること<sup>(72)</sup>とは、結果として、矛盾なく両立することになる。村落上層農が共同井戸の改良事業に対する資金提供に応じていった所以である。

## おわりに

植民地期朝鮮農村における医療制度の特徴として第一に挙げるべきは、近代的医療機関の利用度の低位さという点であった。植民地期を通じて病院や医師の数は増大していったが、それらは主として都市部に配置され、農村部ではそれらの施設の分布自体が希薄であった。

加えて、大半の農村住民にとっては、近代的医療機関での医療費は、禁止的なほどに高額であった。総督府は巡回診療や施療といった手法を採用したが、温情主義の域を脱するものではなかった。農民を対象とする社会保険制度が導入されることはなかったのである。農村部は、物的にも制度的にも、近代的医療機関から疎外されていたといえることができる。

視点を変えると、植民地期の朝鮮農村は病院・医師という「規律権力」の装置から相対的に自由であったことになる。とはいえ、朝鮮農村が衛生・医療分野での「規律権力」総体から自由であったわけでは決してなかった。

主に警察組織によって担われた防疫事業、あるいは地方行政機関や民間団体によって実施された衛生に関する「啓蒙」事業は、広く農村部をも対象としていた。それらの事業に際して経験した恐怖や好奇の感覚、あるいはそれらの事業を介して伝達された科学的知識は、日常生活の「規律化」を促すに充分なだけの動機付けを農村住民に与えたのである。

ところで、病院など近代的装置を介しての「規律化」は、その装置内での経験の蓄積を通じた無意識の裡の強制として作用する。朝鮮農村では、そうした経験が希薄なまま、衛生・疾病に関する感覚や知識だけが説得力を持って浸透

していった。この点こそが、植民地的状況としての最も重要な特徴であったと考える。そしてその場合、「規律化」は無意識の裡の強制としてではなく、むしろ個人レベルでの内省的な自己啓発、あるいは家族や村落という人間関係を契機とする相互の啓発というかたちで発現してゆくことになる。

植民地期には、社会進化論的な発想に立脚して、個々の朝鮮人の「実力養成」の総和が朝鮮民族の「実力養成」をもたらし、それが将来の独立達成につながるという戦略、すなわちいわゆる「実力養成運動論」が、民族運動論のなかで有力な一潮流を形成していた。内省的な自己／相互啓発という農村住民の心性は、この運動論と親和的であったといえる。逆に、近代的医療機関からの疎外、衛生・医療分野における感覚や知識のみの浸透という農村での状況が、「実力養成運動論」が広く受け入れられてゆく社会的背景のひとつとなっていたということもできる。

総督府や地方行政機関は、村落レベルでのこうした「規律化」の動きを上から組織化することによって、農村部での衛生事業を効率的に推進していこうとした。共同井戸の改修事業に見られるように、地方行政機関は、わずかなイニシャル・コストを負担するだけで朝鮮農村住民の動員に「成功」したのである。

#### 註

- (1) 金鴻植「朝鮮土地調査事業」의 歴史的意義」金鴻植ほか『조선토지조사사업의 연구』민음사, 1997年からは、両者間の論争の激しさが窺える。
- (2) 김진균・정근식「식민지체제와 근대적 규율」김진균・정근식編著『근대주체와 식민지 규율권력』문화과학사, 1997年。
- (3) 조형근「식민지체제와 의료적 규율화」同上書所収。
- (4) 申東源「日帝의 保健医療 정책 및 한국인의 健康 상태에 관한 연구」ソウル大学修士論文, 1986年。
- (5) 1930年時点で、普通学校への推定男子就学率は24.2%であり、1940年に52.7%と初めて50%を越える(古川宣子「日帝時代 普通学校体制의 成立」ソウル大学博士論文, 1996年, 145頁を参照)。
- (6) 従来官立であった慈恵医院が、1925年に道地方費による運営に移管された。
- (7) ちなみに、1940年時点での官公立病院の内訳は、官立4、道立43、府面立9であり、病院数では道立病院が4分の3以上を占めていた(朝鮮総督府『朝鮮総督府統計

- 年報』1940年版, 320頁による)。
- (8) 朝鮮総督府『朝鮮衛生要覧』1929年, 31~32頁より算出。
  - (9) 前述のように, 1919年に私立病院に関する法令が2本制定されており, それがこの急減の基本的な要因となったと考える。
  - (10) 前掲『朝鮮衛生要覧』119頁より引用。
  - (11) 朝鮮総督府警務局『昭和十五年朝鮮警察概要』1941年, 140頁より引用。
  - (12) 同上書, 138頁より引用。
  - (13) 前掲『朝鮮衛生要覧』36頁より引用。
  - (14) 以上の公医に関する数値は, 朝鮮総督府『朝鮮総督府統計年報』1915年版, 前掲『朝鮮衛生要覧』36~37頁および前掲『昭和十五年朝鮮警察概要』138頁より引用(道地方費による公医を含む)。
  - (15) 前掲『朝鮮衛生要覧』119頁より算出。
  - (16) 江原道衛生課『江原道衛生要覧』1937年, 146~147頁より算出。
  - (17) 前掲『昭和十五年朝鮮警察概要』139頁より引用。
  - (18) 以上, 前掲『朝鮮衛生要覧』38頁より引用。
  - (19) 同上書, 17頁を参照。
  - (20) 総人口に占める在朝日本人々口の比率は2~3%であった(前掲『朝鮮総督府統計年報』各年版による)。
  - (21) 前掲『朝鮮総督府統計年報』1914年版より算出。1916年版以降, 同『年報』にはこの数値は掲載されていない。
  - (22) 前掲『江原道衛生要覧』115頁より算出。
  - (23) 李如星・金世鎔『数字朝鮮研究』第4輯, 世光社, 1933年, 142頁より引用。
  - (24) 前掲『江原道衛生要覧』126頁参照。江原道は21郡, 5邑171面により構成されていた(同2頁)。
  - (25) 全羅北道『全北之衛生』1932年, 46~47頁および前掲『江原道衛生要覧』121~123頁を参照。
  - (26) 朝鮮総督府『生活状態調査(其三)江陵郡』1931年, 304頁を参照。
  - (27) 病院医療費の高額性に関しては, 申東源前掲論文, 149~151頁を参照。
  - (28) 以上, 前掲『江原道衛生要覧』148~149頁を参照。
  - (29) 1919年と20年には, 患者数がそれぞれ17千人・24千人におよんだコレラの流行があった。また, 1920年と21年には天然痘が流行し, 患者はそれぞれ11千人・8千人を超えた(以上, 前掲『朝鮮総督府統計年報』各年版による)。
  - (30) 以上, 朝鮮総督府警察官講習所『警察教科書』1924年, 「衛生警察」33頁より引用。
  - (31) 「検病的戸口調査」に関する法令上の規定は未見。1919年コレラ流行の際の報告事例での記述に基づいている(朝鮮総督府『大正八年虎列刺病防疫誌』1920年, 142頁を参照)。

- (32) ただし、1916・19両年がコレラに関する数値であるのに対して、第3年次は法定伝染病全般に関する数値であることに留意しなければならない。コレラに対しては他の伝染病よりも強力な防疫体制がひかれたであろうことを勘案すれば、上の傾向は割り引いて考えなければならない。
- (33) 前掲『江原道衛生要覧』351頁より算出。
- (34) 前掲『大正八年虎列刺病防疫誌』141頁より引用。
- (35) 前掲『朝鮮衛生要覧』121頁を参照。朝鮮の数値は、1925・26年の平均値、日本のそれは1920年の数値。
- (36) 同上書、124頁を参照。朝鮮の数値は1925・26年の平均値、日本のそれは1916～20年の平均値。
- (37) 以上、前掲『全北之衛生』123～124頁および慶尚北道衛生課『昭和十二年度慶北衛生の概要』1938年、6頁より引用。
- (38) 前掲『朝鮮衛生要覧』124～125頁を参照。
- (39) 前掲『警察教科書』「衛生警察」61～78頁を参照。
- (40) 前掲『江原道衛生要覧』352～368頁より算出。
- (41) 同上書、368頁より引用。
- (42) 東亜日報社『東亜日報索引』1977年、第1～3巻の「保健・衛生」項目にもとづいて、原文に当たった。28年までに限定した積極的な理由はない。時間的および誌面上の制限による。
- (43) 大渚面（1924年）、桂南面（24年）、霊泉面（25年）の3事例。
- (44) (45) 以上、京畿道『道地方費事業ノ概況』1929年、150～152頁、前掲『慶北衛生の概要』188～189頁および前掲『江原道衛生要覧』368～369頁を参照。
- (46) 以上、『東亜日報』1922年10月11日付（黄海道の事例）および同1922年6月17日付（忠南の事例）より引用。
- (47) 小野芳朗『＜清潔＞の近代』講談社、1997年、148頁より引用。なお、1922年の大阪仁丹本舗による衛生展覧会では「梅毒等諸般中毒の病状を模形陳列」しようとしたところ、警察署による検査の結果「風俗を紊乱させる」ものがあることから陳列が禁止されたという（『東亜日報』1922年7月18日・7月23日付より引用）。性的関心を引くような展示品も少なくなかったのであろう。
- (48) 以上、朴賛勝『한국근대 정치사상사 연구』역사비평사、1992年、224～226頁を参照。
- (49) 表－8の事例 No. 56「三月会」主催の衛生講演会において、新幹会幹部らからの「衛生よりもパンを」といった意味の質問が続出して講演会が混乱に陥ったという（『東亜日報』1928年7月31日付を参照）。「改良主義」的な「文化運動」を担ったいわゆる「民族主義右派」とそれに対する「民族主義左派」あるいは社会主義者の路線の対立が、衛生問題に対する取り組みにも反映していたことを示唆する記事として



興味深い。

- (50) 東亜日報水原支局主催，水原面後援による衛生講演会（1922年4月21日付），京畿道主催，利川郡庁・同警察署および利川青年会後援による衛生展覧会・活動写真会（1922年10月27日付），高原警察署・下鉢面・高原青年会共催による宣伝ビラ配布（1923年6月5日付）あるいは慶尚南道主催，東亜日報分局および「当地青年会」後援による活動写真会（1926年6月25日付）といった記事がそれである。
- (51) 朴賛勝前掲書，242～243頁を参照。
- (52) 同上書，221頁より引用。
- (53) 以上，前掲『全北之衛生』209～215頁を参照。
- (54) 朝鮮総督府『朝鮮の聚落』中篇，1933年，173頁を参照。
- (55) 同上書，168～169頁を参照。
- (56) 朝鮮総督府内務局社会課『優良部落事績』1930年を参照。
- (57) 以上，京畿道前掲『道地方費事業ノ概況』147頁，前掲『慶北衛生の概要』182頁および前掲『江原道衛生要覧』55頁を参照。
- (58) 以上，前掲『江原道衛生要覧』333～334頁を参照。
- (59) 前掲『慶北衛生の概要』19頁を参照。
- (60) 全羅南道『農山漁村振興事務便覧』1935年，106～112頁を参照。
- (61) 朝鮮総督府『農山漁村振興功績者名鑑』1937年，15,37,50,118,128,135,173頁を参照。
- (62) 朝鮮総督府『施政三十年史』1940年，859頁より引用。
- (63) 註(61)の7事例のなかには，「部落民の拠金」（15頁）あるいは「共同出役」（37頁）によって「共同井戸」を設置したという報告があり，事業内容の一端が窺える。
- (64) 前掲『江原道衛生要覧』334頁を参照。
- (65) 同上書，57～58頁を参照。
- (66) 以上，朝鮮総督府学務局社会教育課『朝鮮社会教化要覧』1937年，48～50頁を参照。
- (67) それぞれの事業内においても，また両事業間においても「部落」内での重複が考えられるので，この数値は過大評価の可能性が高い。ただし他方では，「改良井戸」には共同井戸ばかりではなく個人用の井戸も含まれている可能性があり，この点では過小評価となっている可能性もある。
- (68) 実際には，個人の最も基本的な生活単位である家庭を場として「規律化」が進展していったと考えられる。「はじめに」で言及した学校教育を契機とする児童生徒の「規律化」も，家庭内でのこうした変化と相まって初めて効果が生じた，と捉えておきたい。
- (69) この排除の力は，一旦患者が発生した場合にその患者自身を排斥する方向に作用することにもなりうる。先述の全羅北道「模範衛生部落」の「実行事項」のひとつと

して、「自己部落内ハ勿論、他部落ニ伝染病患者又ハ獣疫発生ノ聞込アリタルトキハ速ニ最寄駐在所、若ハ所轄警察署ヘ内報セシムルコト」（前掲『全北之衛生』212頁）と規定してある。村落構成員の心情を防疫事業に利用しようとする当局の意図が窺える。

- (70) 朝鮮農村社会衛生調査会編『朝鮮の農村衛生』岩波書店、1940年、121～123頁を参照。ただし、江原道江陵郡の事例（前掲『生活状態調査（其三）江陵郡』）では調査農家30戸すべてが共同井戸を利用している。井戸の利用状況は、地域によってかなりの差が生じていたようである。
- (71) 全羅北道「模範衛生部落」の事業に関しては「多額ノ経費ヲ要スルモノヲ避ケ…」と規定しつつも「但シ篤志家ノ拠出アル場合ハ此ノ限ニ非ズ」と付け加えている。村落「有志」による資金提供が当初より想定されていたのである（前掲『全北之衛生』210頁を参照）。なお、実際に、「有志の義捐金」によって共同井戸改修を行った事例が報告されている（前掲『優良部落事績』178頁を参照）。
- (72) 村落「有志」に関しては、拙書『植民地権力と朝鮮農民』社会評論社、1998年を参照。