

2015 年 6 月 25 日（木）

## 日帝植民地期は朝鮮人の健康にどのような影響を及ぼしたのか ——植民地近代化論の虚と実——

講演者：黄 尚翼  
（ソウル大学医科大学人文医学教室教授）

報告者：李 恩 子  
（関西学院大学国際学部准教授）

2015 年 6 月 25 日（木）にソウル大学医科大学人文医学教室所属の黄 尚翼（Hwang SangIk）教授を招き「日帝植民地期朝鮮における保健医療」というテーマの公開講演会を開催した。司会には国際学部教授である平岩俊司先生にご協力をいただいた。

参加者は 70 名を超え、図書館ホールの定員 100 名までには及ばなかったが多様な層（学生、国際学部教員や他学部教員、学外からの一般人）の参加者で埋まった。講演は当時の朝鮮人、日本人、そして台湾の例なども含めた詳細な保健医療に関するデータをパワーポイントで示しながら展開された。そして、講演後に限られた時間ではあったが積極的な質疑があり、通訳をはさんでいたにもかかわらず議論が続きは盛会に終わった。講演内容は当日、優れた通訳をしてくださった神山美奈子氏（関西学院大学博士課程）と洪伊杓氏（京都大学博士課程）が講演発表の原稿の全訳をしてくださったのでそれを掲載する。

### 序

日帝植民地期において朝鮮人の生活水準は改善されたのか、あるいは悪化したのか。最近、韓国では主に経済（史）学者たちがこれに関して論争を行って来た<sup>1)</sup>。いわゆる「日帝植民地近代化論争」である。しかし、この論議には限界と問題点が内在している。彼らが使用した経済指標のほとんどは、朝鮮人と日本人が区別されておらず、朝鮮人の生活水準向上を判断するためには様々な仮定と前提が必要であり、そのような仮定と前提によってその解釈も大きく変わってくるという点である。

日帝植民地期における朝鮮において、経済成長があったことはある程度認められている。しかし、その分配様相によって朝鮮人の生活水準が向上した可能性もある反面、特に変化がなかった可能性もあり、むしろ悪化したと解釈することもできるのである。

これに反して、人口と保健衛生に関する指標は、朝鮮人と日本人が大部分区別されているため、朝鮮人の事情を直接知ることができ、日本人との比較も可能であるという長所がある。また、経済、社会、文化、政治的な変化は身体と健康に影響を与えるという点においても<sup>2)</sup>、人口と保健衛生に関する資料は格別な意味を持つ。これによって、1960 年代と 70 年代に、主に人口学者によって日帝植民地時代における朝鮮人の人口変動、出生力、死亡力、死亡原因などに関する研究は少なくなかった<sup>3)</sup>。

1) この論争の代表的な著作として以下のものを挙げるができる。許粹烈（増補版）「開発なき開発－日帝下朝鮮経済開発の現象と本質」、2011 年、銀杏木；金洛年（編）「韓国の長期統計：国民計定 1911-2010」、2012 年、ソウル大学校出版文化院；李榮薫「混乱と幻像の歴史的時空－許粹烈の『日帝初期 朝鮮の農業』に答える」、経済史学 53（2012）143-182；許粹烈「想像と事実－李榮薫教授の批評に回答する」、経済史学 54（2013）167-216。

2) 身体と健康上の変化を研究することで、経済、社会、文化、政治の変化を読み取ることができる。

3) 代表的な著書及び論文として以下を参照された。金哲「韓国の人口と経済」、1965 年、岩波書店；Kim Yun

研究者によって研究結果には差が生じるが、日帝植民地時代を通して朝鮮人の人口は持続的に増加し、それは主に死亡率の減少に起因するということが研究者たちにおいて共通する研究結果である。これは日帝植民地時代における人口変遷（demographic transition）モデルの第2段階（多産多死型から多産少死型へ変化）に至ったことを意味する。

しかし、そのような変化が日帝植民地時代にはじめて現われたのか、あるいは、より早い時期、例えば1880年代または90年代に現われたのかという問題は明らかになっていない。したがって、今後これに関する研究が必要になると考える<sup>4)</sup>。

前述した研究者たちは、ほとんどが日帝植民地時代における朝鮮人の死亡率減少の主要因として伝染病死亡率の減少を挙げ、またそれは全般的な生活水準の向上というよりも近代的な衛生施設と医療の拡大に起因すると主張する。

本論考では、そのような主張が妥当性を持つのかについて検討する。また、広く使われる「保健指標」(health index)の中で、日帝植民地時代における朝鮮人の健康状態を最もよく示す指標を確認し、その指標を通して朝鮮人の健康水準の変化を把握することとする。そして、法定伝染病の発生率と死亡率、月別死亡率の変化推移を分析し、次いで健康水準に影響を及ぼす栄養状態(カロリー摂取量)、衛生施設(上水道)の普及、医療人材及び医療機関の変化状況などを考察する。すなわち、保健医療の実態を通して日帝植民地時代における朝鮮民衆の生活水準とその変化を把握するものである。

## 1. 活用資料

日帝植民地時代の最も基本的な統計資料は、朝鮮総督府が毎年発行した『朝鮮総督府統計年報』(1910-1943年)である。この資料は、正確性においてある程度の問題があるが、日帝植民地時代における時系列的な変化を確実に知るためには唯一の資料と言える<sup>5)</sup>。したがって、本論考においてもこれを中心に考察し、その他の資料である今日の人口センサス資料にあたる『朝鮮国勢調査報告』(1925、1930、1935、1940年)と、『朝鮮人口動態統計』(1938-41年)、『朝鮮防疫統計』(1934-41年)、金洛年(編)『韓国の長期統計：国民計定1911-2010』、「国家統計ポータル」(<http://kosis.kr/>)などを活用した。そして、日本と台湾を比較するため、『日本帝国統計年鑑』(1912、17、22、26年)、『日本長期統計総覧』(1999年)、『台湾総督府統計書』(1910-39年)などを参照、利用した。

## 2. 健康水準と健康指標

国民、あるいは市、道民などの人口集団の健康水準を示す代表的な「健康指標」(health index、保健指標)として、「平均寿命」(出生時の期待余命、life expectancy at birth, LE)、「嬰兒死亡率」(infant mortality rate, IMR)、「比例死亡指数」(proportional mortality indicator, PMI)などがある。健康指標を見ると、国家及び地域に暮している人々の健康水準を把握でき、国家間、地域間、時代別の比較も可能になる。また健康指標は、医療水準及びその配分の程度だけではなく、所得水準、教育水準、産業化の程度などをも反映する「総合成績表」である。すなわち、健康指標を通して特定の国家と地域の総合的な

ㄴ (金鍊) The population of Korea 1910-1945, 1966年, Ph. D. Thesis at the Australian National University; Chang Yunshik (張潤植), Population in early modernization: Korea, 1967年, Ph. D. Thesis at Princeton University; 石南国「韓国の人口増加の分析」, 1972年, 勁草書房; Kwon Taihwan (權泰煥), Demography of Korea-Population change and its components 1925-1966, 1977年, Seoul National University Press.

4) 族譜と行旅死亡者等を対象にした研究がこの問題に対する示唆を与える可能性がある。Choi Seong-Jin and Daniel Schwekendiek, "The biological standard of living in colonial Korea, 1910-1945", Economics and Human Biology 7 (2009) 259-264; Kim Duol and Park Heejin, "Measuring living standards from the lowest: Height of the male Hangryu deceased in colonial Korea", Explorations in Economic History 48 (2011) 590-599 参照。

5) 朝鮮総督府が毎年発行した朝鮮総督府施政年報も類似する特性を持つが、資料の規模から統計年報に大きく及ばない。

水準と発展の程度を知ることができる。したがって、日帝植民地時代の健康指標を正確に分析できれば、その時期の朝鮮人の健康水準だけではなく朝鮮社会の全般的な発展に関する情報も把握できる。

今日において、統計調査方法の発達と安定した行政力によって一部を除外して、大部分の国で正確な健康指標を算出できる。しかし、20 世紀の上半期だけをみても、先進国を除外すると信頼性の高い健康指標を作成することは不可能であった。日帝植民地時代の朝鮮も同じである。朝鮮総督府は、1910 年から朝鮮全域で出生数、死亡数、死亡原因、患者数など、人口及び健康と関連のある資料を朝鮮人と日本人（内地人）、外国人を区分して調査し、毎年『朝鮮総督府統計年報』にその結果を掲載した。しかし、当時もその調査値の正確性と信頼性は高くないと理解されていた。当局（総督府）は、正確性と信頼性が低い理由の大部分が、朝鮮人の無知と怠惰にあるとした。事実上、朝鮮人の多くが新しい調査に慣れていなかった点、日本政府に対する反感と抵抗、慣習<sup>6)</sup>などの理由で、正確な統計の作成が困難であったことは確かである。

一方、1925 年から 5 年の間隔で実施された「国勢調査」（人口センサス）資料の正確性と信頼性は、前述した日常的な調査資料に比べ、より高いレベルの統計として評価されてきた。しかし、国勢調査は、出生率と死亡率などの実態と変化を把握するための人口動態の調査ではなかった。したがって、人口移動の規模を一定の流れとして仮定した上で出生と死亡を推計するので、粗出生率と粗死亡率に対しては比較的信頼性のある情報を与えるが、平均寿命と嬰兒死亡率の計算には他の前提と仮定が必要になる。また「国勢調査」は、1925 年から実施されたためそれ以前の時期に関する直接的な情報は与えられないという限界と制約がある。

### 3. 日帝植民地時代における健康指標と健康水準

#### 3.1 平均寿命と嬰兒死亡率

当時の京城帝国大学医学部衛生学教室の崔義楹<sup>チュヘイヨン</sup>は、指導教授である水島治夫の先行研究と 1 次から 3 次までの「国勢調査資料」を利用して、「1926-30 年」及び「1931-35 年」の生命表を各々補完、作成してそれぞれの平均寿命と嬰兒死亡率を導き出した（表 1）。この研究によると、朝鮮人は「1926-30 年」と「1931-35 年」の間に、平均寿命と嬰兒死亡率に改善が見られたが、同じ時期における朝鮮居住の日本人と比較すると、二つの項目すべてにおいて明らかに低い値を示した。

以後、石南国は崔義楹、Bureau of Statistics などの研究と調査結果を活用し、日帝植民地時代の全期間にわたる（1906-42 年）平均寿命を作成した（表 2）。石によれば、朝鮮人の平均寿命は韓国併合直前の数値 23.53 歳から 1942 年の 44.94 歳まで、21 歳というほぼ二倍にまで増えた。石が作成した平均寿

表 1 朝鮮人と日本人の平均寿命（出生時の期待余命）と嬰兒死亡率

民族／性別	平均寿命（歳）		嬰兒死亡率（千名当）	
	1926-30 年	1931-35 年	1926-30 年	1931-35 年
朝鮮人男児	32.39	36.30	252.17	206.60
朝鮮人女児	34.88	38.53	230.09	200.10
朝鮮居住の日本人男児	44.52	46.18	74.28	64.00
朝鮮居住の日本人女児	45.03	47.70	67.28	56.35

資料出処：崔義楹、朝鮮住民ノ生命表、第一回生命表（昭和元－五年）ノ補充及び第二回（昭和六－十年）精細生命表、朝鮮醫學會雑誌 第 29 卷 11 號（1939 年 11 月）68-108.

6) 慣習的に出生申告を遅らせる場合が多く、それによって申告前に死亡する嬰幼兒は、出生と死亡集計から漏落されることがよく起こった。また、伝統的に「数え年」と「満」の違いから誤った記録もすくなくない。このようなことは 1950 年代まで続いている。

表 2 朝鮮人の平均寿命 (1906-42 年)

朝鮮人の出生時における期待余命 (歳)			
	総数	男子	女子
1906-10 年	23.53	22.62	24.44
1911-15 年	25.01	24.01	26.00
1916-20 年	27.01	25.83	28.18
1921-25 年	29.57	28.29	30.84
1926-30 年	33.64	32.39	34.88
1931-35 年	37.42	36.30	38.53
1936-40 年	42.62	40.58	44.66
1938-42 年	43.80	42.50	45.00
1942 年	44.94	42.81	47.07

資料出処：石南国 (1972). 韓国の人口増加の分析. 勁草書房, 114 頁.

表 3 日本人の平均寿命 (1891-1936 年)

日本人の出生時における期待余命 (歳)			
	総数	男子	女子
1891-98 年	43.55	42.80	44.30
1899-03 年	44.41	43.97	44.85
1909-13 年	44.49	44.25	44.73
1921-25 年	42.63	42.06	43.20
1926-30 年	45.68	44.82	46.54
1935-36 年	48.28	46.92	49.63

資料出処：日本長期統計 (1999 年)

表 4 朝鮮人の平均寿命 (出生時における期待余命) と嬰兒死亡率

	平均寿命 (歳)			嬰兒死亡率 (千名当)		
	女兒	男兒	総数	女兒	男兒	総数
1925-30 年	37.19	37.85	37.53	188.36	184.21	186.23
1930-35 年	40.05	40.37	40.21	171.01	166.80	168.85
1935-40 年	41.67	40.41	41.03	160.80	166.50	163.72
1940-45 年	44.75	42.03	43.36	142.14	155.71	149.09

資料出処：Tai Hwan Kwon (1977). Demography of Korea – Population change and its components 1925-1966. Seoul National University Press.

命の変化の信頼性が高いとすると、日帝植民地における朝鮮人の健康水準は画期的に改善されたと言える。しかし、石が計算した 1926 年以前の平均寿命は、1926-30、1931-35 年の数値を利用した「外挿法」(extrapolation) で導き出したものであるため、石自らも正確性についてそれほど信頼することができなかった。

また、統計的な正確性と信頼性が、朝鮮と比較して高かった当時の日本 (内地) に居住する日本人の平均寿命 (表 3) の変化と比較してみても、石の推定値は説得力に欠ける。すなわち、朝鮮人の平均寿命の増加は日本人を圧倒しており、すべての条件においてこれは可能ではなかったと考えられる。

一方、権泰換は「<sup>クワンテファン</sup>graduated survival ratios」及び「north model」という人口統計学的方法で、植民

地時代の多様な資料を利用し、1925-30 年から 1940-45 年までの生命表を作成、平均寿命と嬰兒死亡率を算出した。表 4 は、権が「graduated survival ratios」という方法を用いて得た朝鮮人の平均寿命と嬰兒死亡率である。

最新の人口統計学的方法を使って得た権のデータが、崔義楹や石南国などと比べて信頼性が高いということは確かである。しかし、それも多く的前提と仮定を用いた「推定値」という問題点があり、1925 年以前の状況については何の情報もないという限界がある。

### 3.2 比例死亡指数

今ではあまり使われないが、平均寿命と嬰兒死亡率を正確に算出することのできる、1957 年に世界保健機構（WHO）統計研究部責任者スワロップ（Swaroop, Satya）とチームの同僚である上村（Uemura, Kazuo）が開発した「比例死亡指数」（proportional mortality indicator, PMI）は、様々な長所を持っている。比例死亡指数は、年間総死亡者 100 名当 50 歳以上の死亡者数を意味する（ $PMI = 100 \times \text{年間 50 歳以上の死亡者数} / \text{年間総死亡者数}$ ）。要するに、比例死亡指数は年間総死亡者数と 50 歳以上の死亡者数さえ分かれば簡単に算出でき、人口集団、例えば一国家の健康水準と国家間の健康水準の差を忠実に反映させる非常に有効な健康指標である。スワロップと植村の比較調査によると、比例死亡指数は平均寿命、嬰兒死亡率、粗死亡率など既存のいかなる健康指標よりも識別力がずっと高い<sup>7)</sup>。かつ年間総死亡者数と 50 歳以上の死亡者数だけで計算できるので、統計調査力量が乏しい途上国でも使用できるという長所もある。

日帝植民地時代の朝鮮では、1910 年から 37 年までの年間総死亡者数と年令別（5 歳または 10 歳間隔）死亡者数が朝鮮人、日本人、外国人別に集計され「朝鮮総督府統計年報」に載せられた。比例死亡指数を算出する原資料が 1910 年から 37 年まで残されている。問題はその資料の正確性と信頼性だ。特に、問題になるのは朝鮮人の低い死亡申告率である。

表 5 朝鮮人、台湾人、日本人の比例死亡指数（1910-37 年）

年度	朝鮮人	台湾人	日本人	年度	朝鮮人	台湾人	日本人
1910	26.1	22.4	33.8	1924	26.9	22.0	34.8
1911	25.1	21.8	33.7	1925	28.2	22.0	34.5
1912	29.9	22.3	34.3	1926	27.7	22.6	34.8
1913	27.4	21.8	34.0	1927	28.9	21.6	35.1
1914	27.2	21.6	33.8	1928	27.3	20.7	35.6
1915	25.2	21.9	33.5	1929	26.7	22.1	35.6
1916	25.8	22.5	34.5	1930	28.4	21.7	36.9
1917	25.3	23.2	34.5	1931	28.3	20.8	37.0
1918	25.2	19.0	32.1	1932	25.4	22.3	36.7
1919	24.0	21.7	32.4	1933	29.2	23.0	37.3
1920	24.6	19.6	31.0	1934	28.5	21.9	37.8
1921	24.9	20.6	33.5	1935	27.4	23.0	37.9
1922	26.4	21.5	33.9	1936	29.3	23.0	38.8
1923	26.2	23.6	33.1	1937	29.4	23.3	37.9

資料出処：〈朝鮮総督府統計年報〉〈台湾総督府統計書〉〈日本帝国統計年鑑〉

7) Swaroop & Uemura (1957). Proportional mortality of 50 years and above. Bulletin of the World Health Organization 17: 439-481.

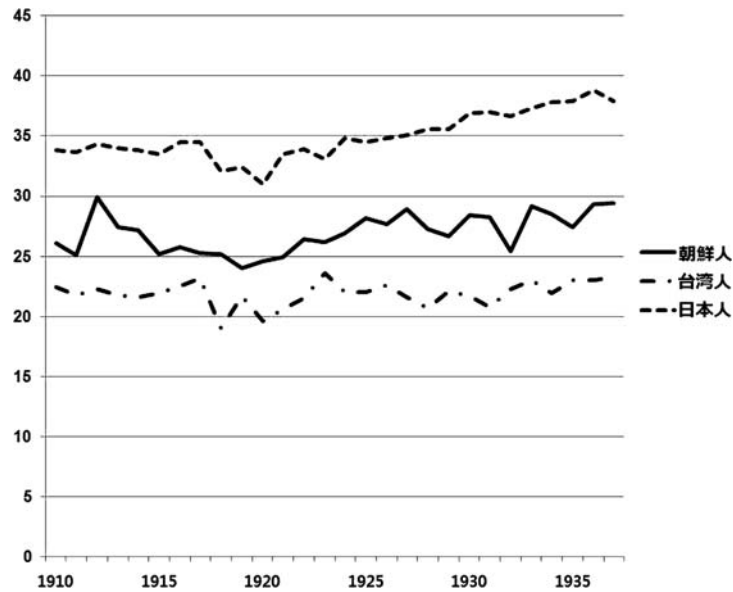


図1 朝鮮人、台湾人、日本人の比例死亡指数（1910-37年）

資料出処：〈朝鮮総督府統計年報〉〈台湾総督府統計書〉〈日本帝国統計年鑑〉

1910年代上半期には申告率が50%にも及ばなかったためその値は推定になる。日帝植民地時代の全期間において嬰（幼）児死亡申告が特に低かったと考えられるが、その他の年令層では年令による死亡申告率の差は大きくなかったと考えられる。したがって、嬰（幼）児死亡率は申告値と実際の値の差が非常に大きい、比例死亡指数は死亡申告率が低いとしても、それによる誤差が比較的等しく分散しているため、実際との差がそれほど大きくないと考えられる。

朝鮮総督府、台湾総督府、日本統計庁が作成した年令別死亡者資料を使って、朝鮮人、台湾人、日本人（本土）の比例死亡指数を計算してみると、表5のようになり、図1はそれをグラフで表したものである。資料が共通して残っている1910年から37年までの比例死亡指数は、朝鮮人25～30、台湾人20～25、日本人30～40にとどまり、朝鮮人、台湾人、日本人の差は全時期にかけて明瞭である。また、朝鮮人と台湾人は、1925年以後にも増減を繰り返した反面、日本人は絶えず増加した。要するに、朝鮮人と台湾人は、1910年から37年の間に比例死亡指数及びそれを通して見た健康水準の改善がほとんどなかった反面、日本人は小幅向上した。

### 3.3 法定伝染病の患者数と死亡者数

図2をみると、朝鮮総督府が把握する法定伝染病患者数は、朝鮮人に比べて日本人（朝鮮居住）が圧倒的に多かった。10倍を大きく上回っている。これは朝鮮人患者が実際に少なかったのではなく、ともに把握できなかったためだ。

総督府は保健医療分野において、法定伝染病予防と管理に最大の努力を惜しまず、またそれだけ大きな成果をおさめたと自負した<sup>8)</sup>。しかし、実状はそうではなかった。日本人患者数はほとんど減ることなく（本国の日本人より全期間4倍ほど多かった）、朝鮮人患者は（1918-19年のインフルエンザ患者と1919-20年のコレラ患者を除いて）大部分初めから把握すらされなかった<sup>9)</sup>。患者規模も全く把握で

8) 朝鮮総督府施政年報各年度。

9) 図2と図3から、1919年と1920年に朝鮮人患者と死亡者が大きなピークを見せているが、これはコレラ患者数と死亡者数を把握していたからである。台湾（1918年と1919年）も同様。

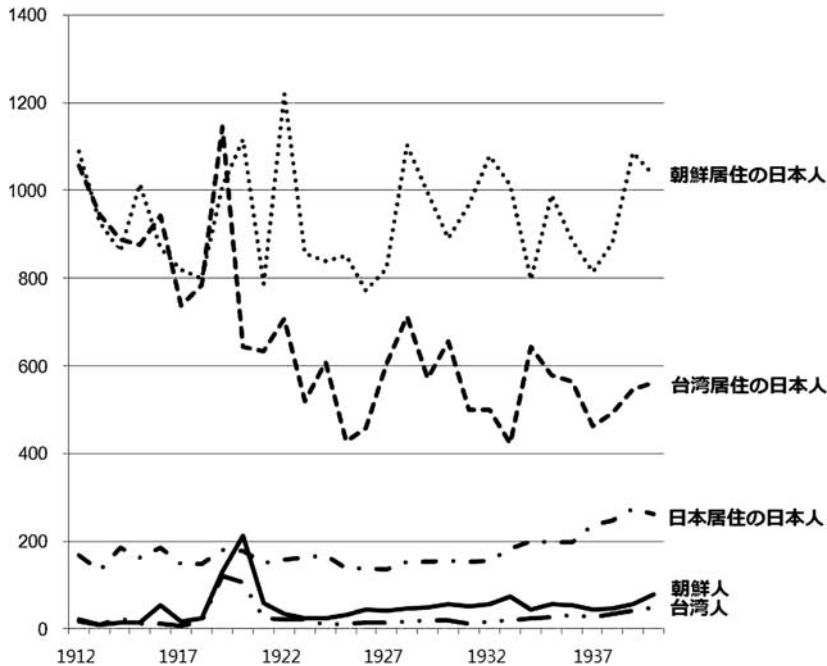


図2 朝鮮、台湾、日本の人口10万名当りの法定伝染病の患者数  
資料出処：〈朝鮮総督府統計年報〉〈台湾総督府統計書〉〈日本帝国統計年鑑〉

きない状況で、適切な対策を期待するということはナンセンスであった。つまり、総督府の宣伝とは異なり、朝鮮人は伝染病予防と管理において完全に疎外されていた。

総督府は、伝染病の実態をまともに把握できない問題の重要な理由として、朝鮮人の近代的な衛生に対する無知、当局に対する非協力、医療関係者（特に医師）の無能と怠慢を挙げた。しかし、総督府が朝鮮を30年以上統治した主体であるからには、そのような理由は弁明に過ぎない。

このような現象は台湾も同様であった。台湾人の法定伝染病患者は、ほとんど把握されず、台湾に居住する日本人も朝鮮居住の日本人よりはましであったが、日本本国よりは多くの人が伝染病に苦しんだ<sup>10)</sup>。朝鮮と台湾に居住する日本人の伝染病発病率が短期間において本国より高いという結果であれば、現地の風土に適応できなかったため、と解釈する余地があるものの、これは全期間にわたって現れた。

法定伝染病による死亡者数も似通った様相を見せた。（図3）この期間の後期になると少し良くなったが、朝鮮と台湾に居住する日本人は本国の日本人より法定伝染病による死亡者がずっと多かった。また、法定伝染病による朝鮮人、台湾人の死亡者数は、ほとんど把握されていない。日本当局が伝染病の予防と管理に総力を傾けた1918～20年のパンデミック期にも、当局によって把握された朝鮮人死亡者数は、日本人死亡者数にはほど遠く及ばなかった。

表6は、日帝植民地時代朝鮮のコレラ患者数と死亡者数を表している。筆者は、1919-20年のコレラ大流行期の調査結果は正確性及び信頼性が非常に高いと考える。それだけ総督府当局がコレラの拡散を防止するために実態の把握に努力を傾けたからである<sup>11)</sup>。また、この数値が日帝植民地時代の朝鮮人が経験した法定伝染病の実態を把握する唯一の資料として、これを根拠に他の法定伝染病患者、死亡者数

10) 台湾人の場合、痘瘡（天然痘）は例外だった。台湾総督府は台湾人と台湾居住の日本人の痘瘡について管理していた。

11) その結果、日本本土はコレラの流行を避けることができた。

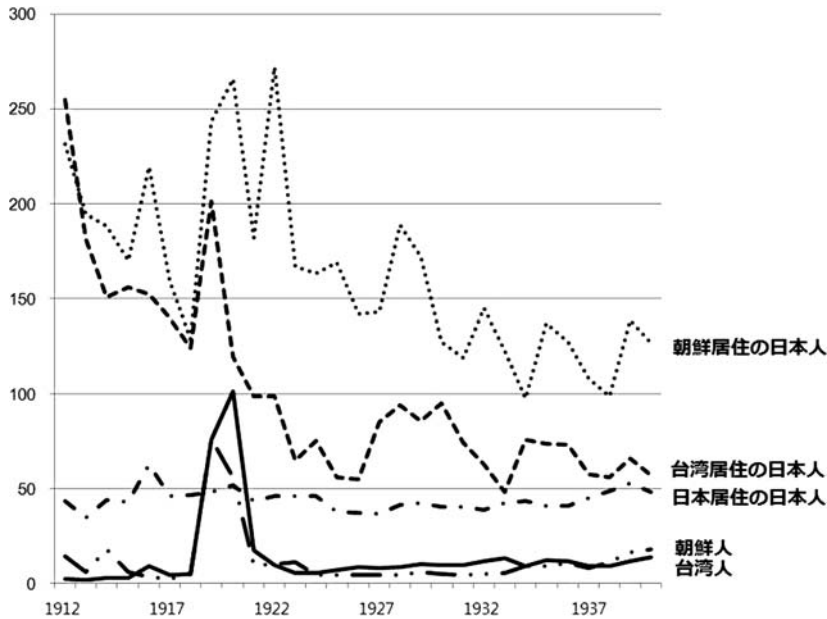


図3 朝鮮、台湾、日本の人口10万名当りの法定伝染病の死者数  
資料出処：〈朝鮮総督府統計年報〉〈台湾総督府統計書〉〈日本帝国統計年鑑〉

表6 コレラ患者、死亡者、致命率

	患者				死亡者				致命率 (朝鮮人)	致命率 (日本人)
	朝鮮人	10 万名當	日本人	10 万名當	朝鮮人	10 万名當	日本人	10 万名當		
1915	1	0	0	0	1	0	0	0	100	
1916	1680	10	384	120	1022	6	230	72	61	60
1919	16617	99	272	78	11339	68	179	52	68	66
1920	24035	142	178	51	13453	80	110	32	56	62
1921	1	0	0	0	1	0	0	0	100	
1922	38	0	1	0	21	0	1	0	55	100
1925	6	0	0	0	5	0	0	0	83	
1928	248	1	3	1	156	1	3	1	63	100
1929	18	0	0	0	15	0	0	0	83	
1932	67	0	3	13	6	0	2	0	54	67
1937	0	0	1	0	0	0	1	0		100
1938	50	0	0	0	32	0	0	0	64	
	42761		842		26081		526		61	62

資料出処：〈朝鮮総督府統計年報〉〈大正8年虎列刺病防疫誌〉〈大正9年コレラ病防疫誌〉

を制限的にでも類推することができると考える。

一方、表6から1916年の朝鮮人患者数、死亡者数には疑いが残る。日本人に比べて10万名当りの患者数、死亡者数がすべて12分の1に過ぎないからだ。1916年のコレラ流行に関してさらに綿密な調査が必要である。

つまり、日帝植民地時代における朝鮮人の法定伝染病被害は、直接的には把握できない。朝鮮総督府



### 植民地朝鮮における法定伝染病の発生様相

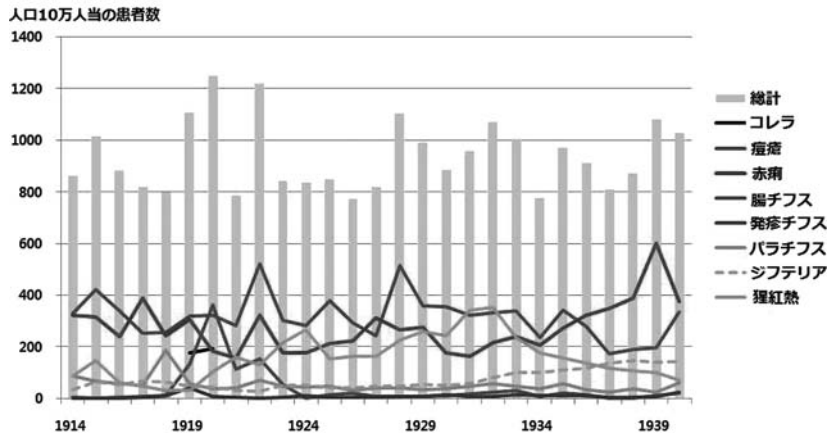


図4 朝鮮居住の日本人患者数にみる法定伝染病の発生  
資料出处：〈朝鮮総督府統計年報〉〈朝鮮防疫統計〉

### 植民地朝鮮における法定伝染病の発生様相

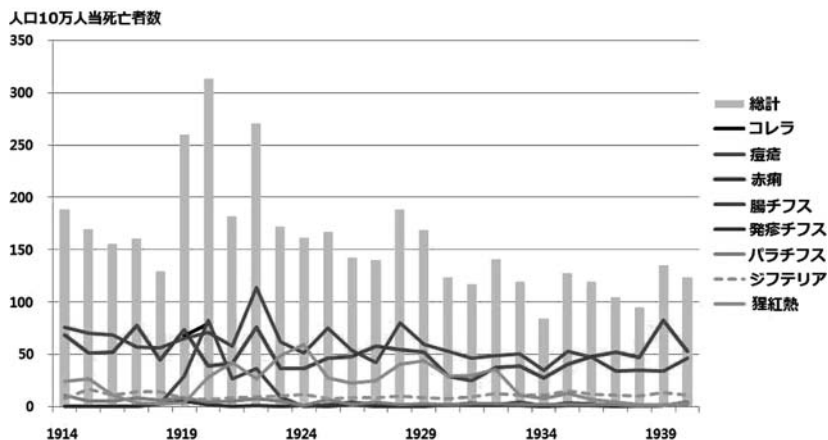


図5 朝鮮居住の日本人死亡者数を通して見た法定伝染病の発生  
資料出处：〈朝鮮総督府統計年報〉〈朝鮮防疫統計〉

が把握していた朝鮮人患者数、死亡者数は、1919-20年のコレラの流行を除外し、何ら意味を持つことができない。今では朝鮮に居住した日本人患者数、死亡者数を通して朝鮮人の被害状況を間接的に類推することが唯一の方法と考えられる。図4と図5は、それぞれ日帝植民地朝鮮の日本人法定伝染病患者数と死亡者数の変化を示している。

#### 3.4 月別死亡率

食糧事情が窮乏する国家と地域では、季節によって死亡率の増減がみられる。すなわち、食糧が不足する時期（朝鮮の場合は春窮期）に月別死亡率が増加し、春の収穫が終わった後に死亡率が再び減少する傾向がある。日帝植民地時代の朝鮮人にはこのような現象が明らかにみられ（図6）、一方で、朝鮮に居住する日本人にはこのような様相はほとんどみられない（図7）。

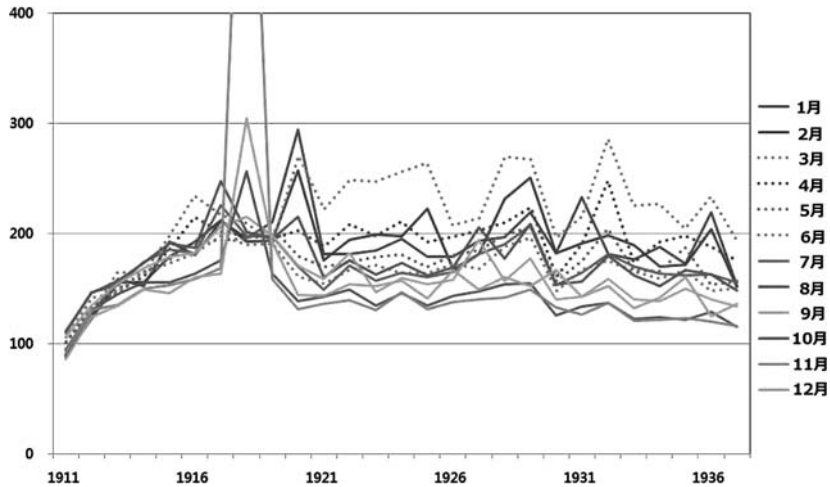


図 6 朝鮮人の月別死亡率（1910-1937 年）

資料出処：〈朝鮮総督府統計年報〉

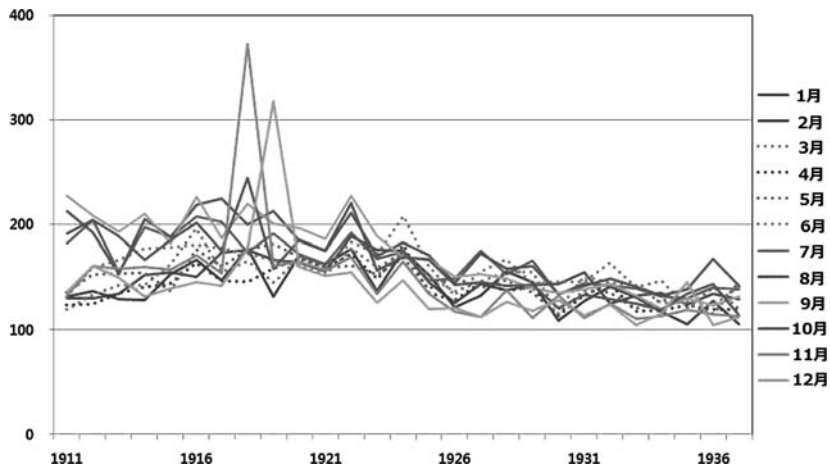


図 7 朝鮮居住の日本人の月別死亡率（1910-1937 年）

資料出処：〈朝鮮総督府統計年報〉

つまり、朝鮮人は朝鮮居住の日本人と異なり春窮期に食糧不足で死亡率が増加する前近代的な現象から脱することができなかった。このような現象は日帝植民地時代全期間にみられる。

#### 4. 健康水準に影響を及ぼす諸要因

栄養状態改善を含めた生活水準の向上、上下水道普及と住宅改良等の衛生環境の改善、医学の発達と医療事業の拡大を健康水準改善の主要な要因として言及できる。

それでは、日帝植民地時代の朝鮮人にとってこのような要因はどう影響していたのか。カロリー摂取量、上水道普及の程度、医療人材数と官立及び道立医院の利用度の順で検討してみる。

##### 4.1 カロリー摂取量の変化

「図 8」は、穀物と芋類（じゃがいもやさつまいも）による 1 日のカロリー摂取量の変化を示してい

る<sup>12)</sup>。日帝植民地時代後期になるほどカロリー摂取量が減少している。カロリー摂取の主要原料は、穀物と芋類だが、その他の食品によるカロリー摂取もある。しかし、穀物と芋類以外の食品によるカロリー摂取量を示す資料がないため、図9には年間食料品費（1935年価格）の変化を表示した。図をみる

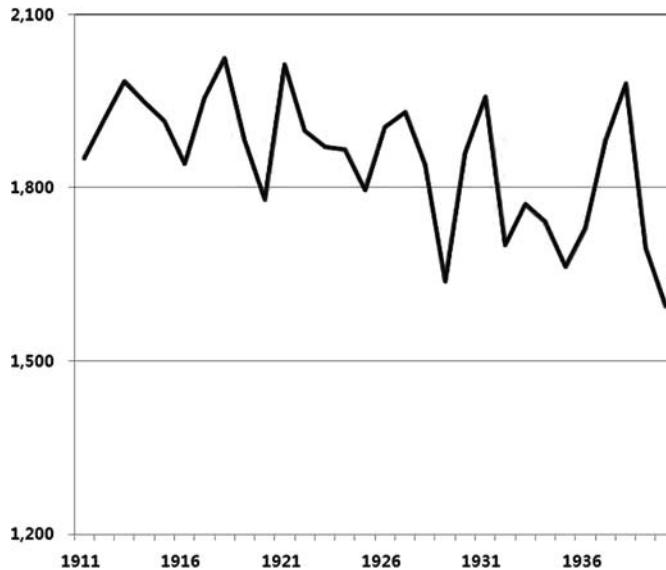


図8 穀物と薯類による1日のカロリー摂取量<sup>13)</sup>

資料出処：金洛年（編），韓国の長期統計：国民計定 1911-2010, 611 頁.

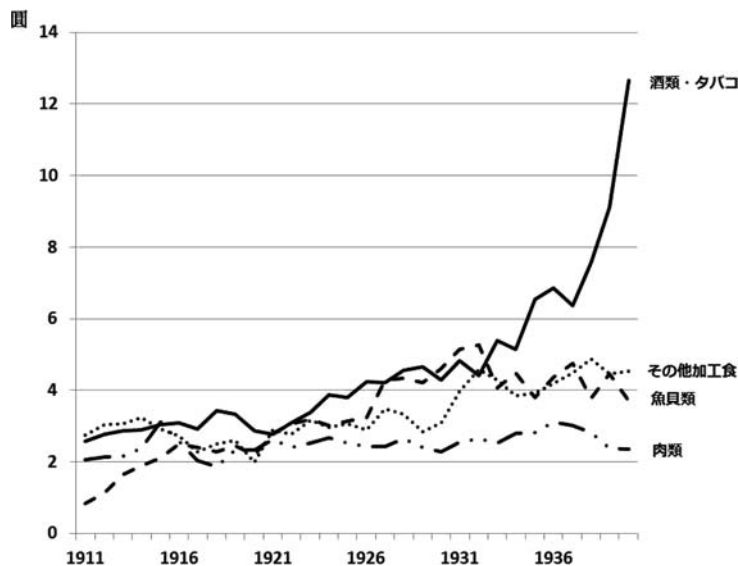


図9 一人当たりの年間食料品費（円、1935年の価格）

資料出処：金洛年（編），韓国の長期統計：国民計定 1911-2010, 608 頁。

12) 穀物と芋類の総消費量を人口数で割って計算したもの。

13) 図8と図9は、日本人とその他の外国人も含めた資料だが、日帝植民地時代において始終朝鮮人が朝鮮全体人口の97%以上を占めていたので、朝鮮人に関する資料としてみなしても特別無理はないだろう。

と、穀類以外の食料品費の中で酒類煙草費だけが増加し、肉類、魚貝類、その他加工食の食料品費はわずかな増加を見せただけである。

つまり、日帝植民地時代の朝鮮人の栄養状態は徐々に悪化した可能性はあるが、改善されたという傾向はない。したがって、近代初めに西ヨーロッパ諸国において死亡率減少と健康水準向上の最も重要な要因としてあげられる栄養状態改善は、日帝植民地朝鮮の場合には該当しないと考えられる。

#### 4.2 上水道普及状況

「図 10」から確認できるように、日帝植民地時代を通して衛生的な上水道普及は絶えず増加した。もちろん日本人世帯でも上水供給を受けることができなかった場合もあり、また初期から衛生的な上水供給を受けた朝鮮人もあったが、上水供給はほとんどが都市居住の日本人を中心に成り立っていた。たとえばすべての上水供給が朝鮮人世帯にのみ与えられたと仮定しても、1939 年現在で 412 万余の朝鮮人世帯のうち上水供給を受けることのできる比率は、7% にも満たない<sup>14)</sup>。つまり、絶対多数の朝鮮人は衛生的な上水の恩恵を受けることができなかった。井戸の改良効果などに関しては今後さらに研究されなければならないだろう。

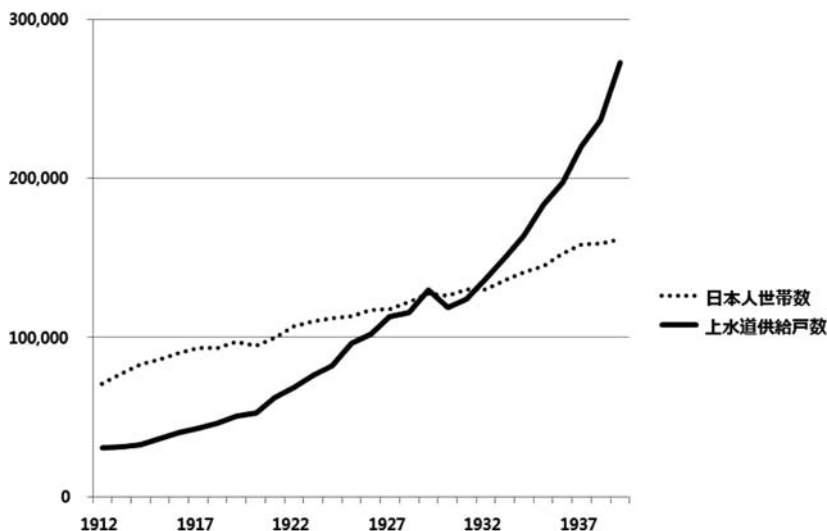


図 10 上水道給水の戸数と日本人の世帯数<sup>15)</sup>

資料出処：〈朝鮮総督府統計年報〉

#### 4.3 医療人材数と官立医院及び道立医院の利用度

日本は日帝植民地時代に医学校を設立<sup>16)</sup>し朝鮮人医師を輩出するなど、官立及び道立医院を増設しながら朝鮮人に医療の恩恵を拡大したとした。そう日本が語ったように、日帝植民地時代において朝鮮人が受けた医療の恩恵は増えたのだろうか。

14) 上水道供給が、日本人居住地域を中心に施行されたことを考えると、実際その半分である 3% 余りであっただろう。

15) 戸数を算出できない時期があり、一貫性を維持するため世帯数で示した。戸数と世帯数は特に違いがみられない。

16) 韓国併合以前、官立一校、私立一校であった医学校が、1940 年には官立二校（京城医学専門学校と京城帝国大学医学部）、道立二校（大邱医学専門学校と平壤医学専門学校）、私立二校（セブランス医学専門学校と京城女子医学専門学校）に増えた。

近代西洋医学教育を受けた朝鮮人医師の数は、韓国併合前には 100 名未満、1943 年には 2618 名と 30 倍ほど増えた。しかし、医師一人当たりの朝鮮人人口は 1943 年にも 9800 余名にもなり、朝鮮に居住する日本人医師 1194 名を合わせると、医師一人当たりの朝鮮人人口は 6700 余名と少し下がる<sup>17)</sup>。一方、事実上、日帝植民地時代に多くの朝鮮人の健康状態を管理した伝統医療者、すなわち医生<sup>18)</sup>の数は徐々に減った。したがって、時期が経過しながら多くの朝鮮人は医療の恩恵を受けるどころかむしろ医療によってさらに疎外されていった。

朝鮮に居住する日本人は、医師の数において本国の日本人よりも良い環境にあった。一方、朝鮮人は日増しに医療者の助けを受けることができなくなった。医師及び医生一人当たりの朝鮮人人口は、併合初期で 2500 名、末期には 3600 名ほどとなり増加していった（図 11）。朝鮮人の医療環境は改善されないままさらに悪化していったのである。台湾の場合、1930 年頃までは朝鮮と類似する様相を見せたが、それ以降は漸次事情が改善され、朝鮮と台湾は異なる面を見せている。

このように、朝鮮人の医療状況がさらに悪化していったにもかかわらず、朝鮮総督府が朝鮮人医療者を増加させる措置を取ることはなく、飽和状態にある日本人医師を量産する方針を固守した。その結果、朝鮮で医師資格を得た日本人医師が日本本土、満洲、中国等に出ていく「頭脳流出（brain drainage）」現象さえ起きた。

朝鮮総督府が朝鮮内の保健医療と関連する重要な事業として、官立及び道立医院の増設と支援拡大があった。このような措置のおかげで、これら医療機関の外来患者と入院患者は徐々に増加した。しか

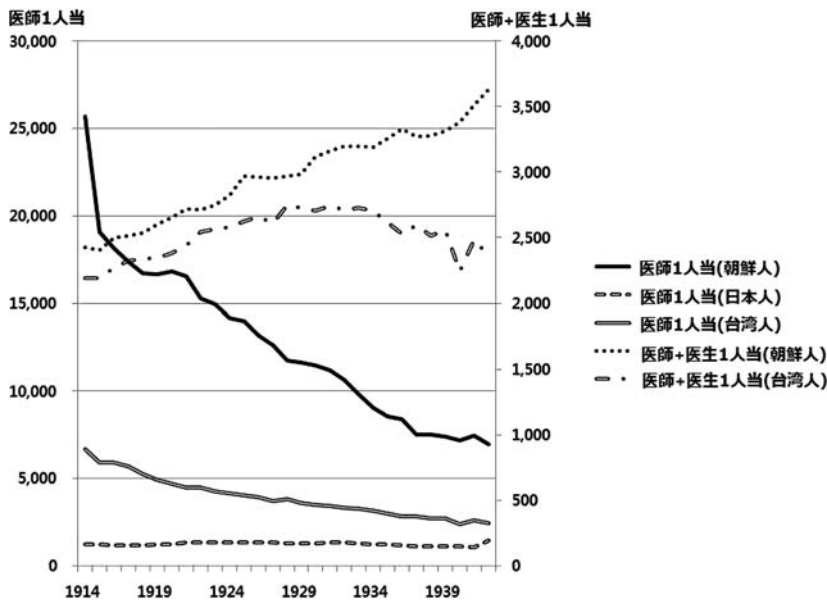


図 11 医療者（医師および医生）一人当たりの人口<sup>19)</sup>

資料出處：〈朝鮮総督府統計年報〉〈台湾総督府統計書〉〈日本帝国統計年鑑〉

17) 一部の朝鮮人が日本人医師の診療を受けたが、それは例外的であった。したがって、医師一人当たりの朝鮮人人口は 6700 名よりは 9800 名により近かった。

18) 日本では 1870 年代から伝統医療者の再生産を禁止したが、医師としての資格は近代式医学教育を受けた人とまったく同じく認定した。一方、台湾と朝鮮では総督府当局の措置によって伝統医療者は「医生」に降格し、再生産も禁止された。医生は死亡あるいは年令増加によって消滅する運命であった。

19) 医師一人当たりの朝鮮人人口は、日本人医師を含めた数値である。実際にはこのグラフでみるよりも事情がより劣悪であった。

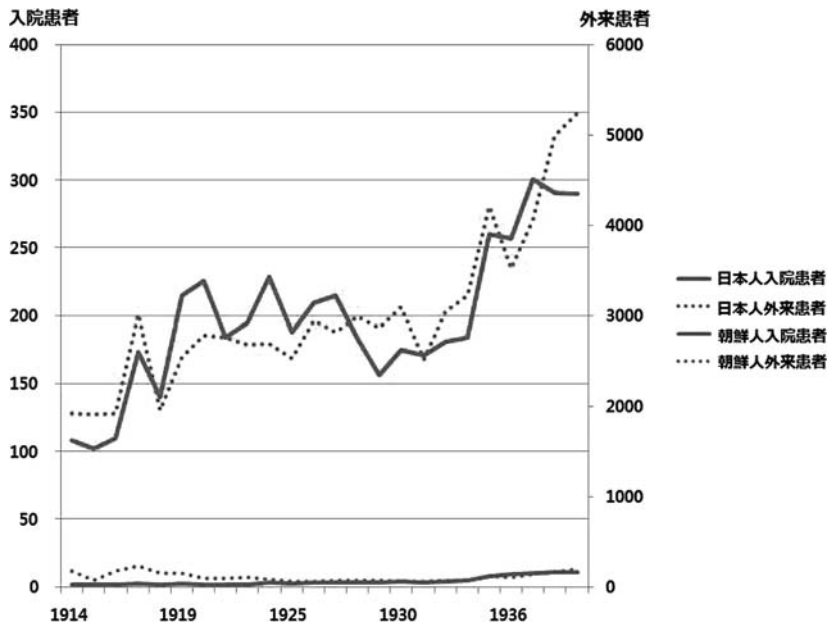


図 12 人口一人当たりの官立及び道立医院の利用者数  
資料出処：〈朝鮮総督府統計年報〉〈朝鮮総督府施政年報〉

し、図 12 にあるように、利用者は日本人が圧倒的多数を占め、朝鮮人利用者数は非常に僅かであり、これは時期を経てもほとんど変わらなかった。日帝植民地政策は、「朝鮮人のために」、「朝鮮に近代式医療を普及するために」、「朝鮮の文明開化のために」多くの医療機関を建設したとしているが、実際日本人のための医療機関であるだけであった。大部分の朝鮮人は納税によって朝鮮内の官立及び道立医療機関設置と運営のための費用を負担しただけでその恩恵を受けることはほとんどできなかった。

## 結

以上考察したように、日帝植民地時代における朝鮮人の健康水準をよく示す健康指標は、比例死亡指数によって考えられる。日帝植民地時代の全時期にわたって平均寿命と嬰兒死亡率を算出できる資料はほとんどなく、正確性と信頼性に疑問が残る。その中で、この時期に最も信頼できる比例死亡指数によって示される朝鮮人の健康水準は、日帝植民地時代の間ほとんど向上しなかったと言える。

また、既往の研究とは異なり、朝鮮人の伝染病死亡率が下がったという根拠を見つけることができない。確認できる事実、朝鮮総督府が朝鮮人の伝染病発生被害についてほとんど把握していなかったという点だ。言い換えれば、日本当局は当時、日帝植民地朝鮮の最大の保健医療問題であった朝鮮人の伝染病を初めから放置した。栄養状態、衛生施設、医療環境等、保健医療及び衛生と関連するすべての面において、朝鮮人よりもはるかに良い環境にあった朝鮮居住の日本人でさえ伝染病の脅威から決して自由ではなかった。朝鮮居住の日本人の（法定）伝染病死亡率は、1920 年代から徐々に減少していったが、伝染病発病率はほとんど変化がなかったのである。

また、朝鮮人月別死亡率が春期に大きく増加しているが、これは朝鮮社会が春窮期の食糧不足とそれによる死亡率増加という前近代的モデルから脱することができなかった事実がよく表れている。

日帝植民地時代の朝鮮人にとって、カロリー摂取、水道普及、医療利用等、死亡率減少及び健康水

準向上に関連する要因が改善されたという根拠も見出すことができない。むしろ、そのような要因が悪化を引き起こしたという証拠が様々に見出される。

つまり、日帝植民地時代は日本による韓国併合とその後の日本による宣伝とは異なり、朝鮮人の見地から考える時、保健医療面において改善された点を見つけることができない停滞の時期であったと言える。

(翻訳) 洪 伊杓 (京都大学大学院文学研究科博士後期課程)  
神山美奈子 (関西学院大学大学院神学研究科博士後期課程)