

碩 士 學 位 論 文  
指 導 教 授 姜 秉 植

# 일제하 한국에서의 전염병 발생과 대책

Medical Policy Against Infectious Disease  
in Korea Under Japanese Colonization

2 0 0 6 年

漢 城 大 學 校 大 學 院  
史 學 科  
韓 國 史 專 攻  
鄭 珉 在

碩 士 學 位 論 文  
指 導 教 授 姜 秉 植

# 일제하 한국에서의 전염병 발생과 대책

Medical Policy Against Infectious Disease  
in Korea Under Japanese Colonization

위 論文을 文學 碩士學位論文으로 提出함

2 0 0 5 年 12 月

漢城大學校 大學院

史 學 科

韓 國 史 專 攻

鄭 珉 在

鄭 珉 在의 文學 碩士學位 論文을 認定함

2 0 0 5 年 12 月

심사 위원장\_\_\_\_\_ (인)

심 사 위 원\_\_\_\_\_ (인)

심 사 위 원\_\_\_\_\_ (인)

## 국 문 초 록

이 논문은 개항이후 근대적 의학체계의 도입과 일제시기(1920년대까지) 식민지 의학체계의 내용에 대해 전염병을 중심으로 다루었다. 개항 이후 ‘부국강병’이라는 국가적 목적을 달성하기 위해 서양의 과학기술, 특히 의학은 주요 수용대상의 하나로 인정 받았다. 당시 한국의 전통적인 보건의료 체제에서 가장 큰 문제점은 바로 전염병으로 인한 인구감소였다. 그리하여 전염병을 예방하여 국력의 원천이라 할 수 있는 국민 건강을 확보한다는 차원에서 근대적 위생개념이 도입되었다.

근대적 의학체계의 도입을 적극 주장했던 것은 개화파들에 의해서였는데 특히 유길준은 근대 보건의료, 위생사업과 관련된 매우 구체적인 방안을 제시하였다. 그 결과 조선의 위생행정을 담당할 중앙기관으로 위생국이 설치되었으며 위생경찰제도가 마련되었다. 또, 1895년 콜레라 유행시 방역법규가 제정되고 서양의사들로 구성된 방역위원회가 구성되기도 하였다.

이러한 과정을 거쳐 대한제국시기에는 기존의 한의학에 대한 비판이 제기되면서 서양의학이 전면적으로 수용되었다. 그러나 한편으로는 조선인의 체질에는 한의학이 서양의학보다 더 효과적이라는 주장이 제기되어 각 의학의 장점을 살리고자 노력하였다.

1905년 이후 일제가 한국침략을 본격화하면서 한국의 의료분야는 커다란 변화를 맞이하게 되었다. 전통적인 한의학이 공식의료에서 완전히 배제되고 경찰과 헌병에 의해 무단적인 방역활동이 이루어졌다. 이러한 방역활동은 전염병 관리라는 미명하에 식민지 권력이 경찰력을 통하여 한국인의 각 가정에까지 미치게 되었음을 의미하는 것이다.

이와 같이 의생규칙을 반포하여 한의사를 정식 의사가 아닌 의사의 보조인력으로 규정하고 위생경찰 활동을 통해 조선인을 통제해 나가던 총독부는 회유책으로 관립병원을 증설하여 ‘의료혜택’을 확대했다. 그러나 이와 같은 ‘의료혜택’에도 불구하고 식민지 시기 위생·방역 사업의 중심에 있었던 것은 어디까지나 경찰이었다. 이것은 총독부의 방역사업이

각 개인의 권리를 제한하고 통제하는 수단으로 진행되었음을 잘 드러내는 것이다.

식민체제라는 특수한 상황에서 많은 예산이 드는 방역시설의 확충은 어려웠다. 때문에 위생경찰제도와 같이 공권력을 이용하는 것이 적은 비용으로 전염병을 예방하며 보다 철저하게 피지배층을 통제하고 감시할 수 있다는 점에서 더 바람직했던 것이다.

# 목 차

## 국문 초록

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| I. 序 論 .....                  | 1  |
| II. 근대의학 수용과 전염병 문제의 대두 ..... | 7  |
| 1. 근대위생론의 등장과 서양식 병원설립 .....  | 7  |
| 2. 위생론의 전개와 방역활동 .....        | 17 |
| III. 통감부시대의 전염병 대책 .....      | 26 |
| 1. 동인회 활동 .....               | 26 |
| 2. 위생경찰제도 실시와 위생사업 .....      | 28 |
| IV. 일제하 전염병의 발생과 의료정책 .....   | 39 |
| 1. 풍토병 연구와 8종 전염병 발생실태 .....  | 39 |
| 2. 의료기관의 설립과 관련법제의 정비 .....   | 57 |
| 3. 위생경찰제도 .....               | 64 |
| V. 結 論 .....                  | 68 |
| 참고 문헌 .....                   | 71 |
| ABSTRACT .....                | 77 |

## 표 목 차

|                                                      |    |
|------------------------------------------------------|----|
| <표 1> 日本官費 .....                                     | 15 |
| <표 2> 1907-1910년 대한의원 이용환자 수 .....                   | 30 |
| <표 3> 전염병 환자 및 사망자 .....                             | 42 |
| <표 4> 전염병 환자 대 사망률 .....                             | 44 |
| <표 5> 콜레라 환자수와 치사율 .....                             | 47 |
| <표 6> 이질 환자수와 치사율 .....                              | 48 |
| <표 7> 장티푸스 환자수와 치사율 .....                            | 49 |
| <표 8> 파라티푸스 환자수와 치사율 .....                           | 50 |
| <표 9> 천연두 환자수와 치사율 .....                             | 51 |
| <표 10> 발진티푸스 환자수와 치사율 .....                          | 52 |
| <표 11> 성홍열 환자수와 치사율 .....                            | 53 |
| <표 12> 디프테리아 환자수와 치사율 .....                          | 54 |
| <표 13> 1910년~1929년까지의<br>한국인 8종 전염병 치사율(%) .....     | 55 |
| <표 14> 1910년~1929년까지의<br>한국인 8종 전염병 환자발생 비율(%) ..... | 55 |
| <표 15> 도(道) 자혜의원 직원 .....                            | 58 |
| <표 16> 도자혜의원 순회진료 .....                              | 59 |
| <표 17> 위생기관 .....                                    | 60 |

## I. 序 論

1876년 강화도 조약(朝日修好條規)을 기점으로 조선은 대내외적으로 새로운 국면을 맞이하게 된다. 오랜 기간 동북아시아의 질서로서 중화사상을 사상적인 기반으로 하는 조공체제의 붕괴와 이를 대체하는 새로운 질서인 조약체제에 조선이 편입되게 된 것이다. 이는 곧 국외적으로는 서양주도의 근대적 세계질서 전반에 조선이 등장하게 됨을 의미하는 것이며, 국내적으로는 조선사회가 서양화로의 변혁을 강요당하는 것이기도 했다. 이 시기 국내의 지식인들은 개화와 보수 또는 수구의 각기 다른 흐름을 형성하면서 이러한 변화에 대응하고 있었다.

이러한 다양한 세력들 중 가장 능동적이고 적극적으로 서양문화의 흐름을 맞이한 쪽은 역시 개화파라고 불리우는 김옥균, 박영효, 유길준 등의 소장관료들이었다. 이들에게 있어 서양문물의 도입은 부국강병의 목적을 이루기 위한 반드시 필요한 도구이면서 기회이기도 했다. 당시 이러한 서양문물의 도입에서 가장 시급하다고 보여진 것 중 가장 주목받는 것이 바로 근대의료체계의 확립이다. 서양식 근대의료체계의 확립은 곧 국가부강의 원천이라 할 수 있는 인적자원(國家人的資源)의 안정적 확보를 가능하게 하고 이를 통해 개화세력이 원하는 부국강병을 이룰 수 있다고 믿었기 때문이다.

1차적으로 서양의 근대화를 수용하는데 성공했다고 평가받는 일본현지에서 수신사나 신사유람단 등의 형식을 빌어 견학의 기회를 얻은 소장관료들은 그곳에서 부국강병을 위한 서구식 제도 등을 견학하였다. 그리고 이를 바탕으로 정부중심의 ‘위로부터의 개혁’을 통해 자체적으로 이루어 가려고 노력하였다. 이때 이들이 받아들인 위생개념은 서구의 것을 그대로 모방한 것이 아니라 서양에서 일본으로 이식된 ‘위생개념’을 다시 우리 식으로 바꾸어 수용하려 한 것이었다.

개화파들의 의료체계 근대화 노력은 단순히 근대사적인 측면에서만 의미를 가지는 것은 아니다. 동서고금을 막론하고 질병의 발생, 특히나 전염병의 창궐은 국가의 인구감소라는 측면 이외에 엄청난 사회적 파급효과를



가져온다는 것에 주목할 필요가 있다. 가장 좋은 예 중 하나로 중세유럽의 흐름을 바꾸어 놓은 페스트(Pest)를 들 수 있다. 또한 19세기 조선시대의 각종 민란의 사회적 배경으로 빠짐없이 지적되는 것이 바로 역병(疫病)이기도 하다.<sup>1)</sup>

이러한 측면에서 볼때 구한말의 지식인들과 개화적 성향의 인물들이 서양적 의료체계에 매료되고 이를 확립하기 위한 노력을 경주하려 한 것은 너무도 당연한 일이라고 할 수 있다. 그러나 이러한 자주적인 노력은 일제의 침략 정책에 의해 좌절되는 모습을 보인다. 일본이 조선침략과정에서 자국의 문명적 우수성을 과시하고 조선의 후진성을 강조하는 징표로서 양의학을 내세웠기 때문이다. 조선의 의료수준은 매우 ‘후진적’ 이므로 자신들의 ‘선진적’ 서양 의학을 통하여 문명개화(文明開化)를 지도하겠다는 것이 일본이 말하는 조선 ‘보호’의 명분이었다.

한일병합(韓日併合) 이후, 일제는 각 지방을 중심으로 위생경찰제도(衛生警察制度)를 확립시켜 나가게 되는데 이는 식민지 권력의 지배력 강화를 주목적으로 하는 것이었다. 외견상 식민지 시대 조선의 의료수준은 분명 구한말의 그것에 비해 월등히 높은 것처럼 보인다. 그러나 일제가 근대적 의료체계를 통해 얻어진 효과를 천황의 은혜로 선전하였고 이를 통해 식민통치 강화와 식민지 인적자원 확보를 이루어나가는 정책적 수단으로 이용해 나갔다는 점 또한 부인하기 어렵다.

사회적인 측면 외에 개인적인 측면에서도 질병으로 인해 고통 받던 자신의 몸이 낫는다는 것은 일제의 의도가 무엇이든 간에 그것을 받아들이는 사람에게 있어 ‘질병과 고통으로부터의 해방’을 의미하는 것이다. 바꾸어 말하면, 식민지 권력과 통제를 자신이 직접 몸으로 체험할 수 있는 상황에 직면하게 되는 것이다. 이에 대해서는 “몸이 겪는 질병과 고통은 철저하게 개인적인 경험이지만, 언제나 사회적으로 공유되는 것이고, 동시

---

1) 이 시기 조선에서 맹위를 떨친 전염병은 콜레라였는데 1821년 처음 발병한 이래 1858년에는 이 병으로 무려 50여만 명이 사망하였다. 뒤이어 기근 발생 등으로 인해 사회적 혼란이 가중되어 ‘진주민란’, ‘홍경래의 난’ 등 19세기 민란의 한 원인이 되었다. (신동원, 『호열자 조선을 급습하다』, 역사비평사, 2004; 「조선말의 콜레라 유행-1821~1910」, 『한국 과학사학회지』 제11권 11호, 1989; 이규근, 「조선후기 질병사 연구」: 『조선왕조실록』의 전염병 발생 기록을 중심으로, 『국사관논총』 96집, 2001; 조 광, 「19세기 민란의 사회적 배경」, 『한국근현대사논문선집』, 농민(11), 삼귀문화사, 2000).

에 권력 관계에 의해 좌우되는 정치성을 갖는다”는 견해에 주목할 필요가 있다.<sup>2)</sup> 이처럼 의학은 집단의 문제이면서 동시에 사회를 구성하는 개 개인의 생활과 직결되는 것이기도 하다. 그러므로 식민지 시기 의학에 대한 연구는 바로 식민지배의 내용과 성격에 대한 구체적인 자료가 될 수 있으며 이러한 의미에서 학계에서는 그동안 다양한 방향의 연구가 진행되어 왔다.

한국 의학사에 대한 선행 연구는 1962년 미키 사카에(三木榮)의 『조선 의학사 및 질병사』에서 볼 수 있다. 개항 전후 시기부터 일제 강점기 이전 시기까지의 서양의학의 도입을 상세히 정리하면서 조선에서 서양 의학은 통감부가 들어선 이후에 일본인에 의해 발달되었다는 점을 지적하고 있다. 이러한 주장은 주로 일본인 연구자들에 의해 제기된 것이 많았다.

이와는 달리 한국 의학사 연구를 주도한 김두중(金斗鍾)은 일본인이 한국 의학의 발전에 기여했다는 것을 부정하면서 대신 개신교 선교사들에 의한 의료선교를 통해 우리나라 근대 의학이 발전한 것으로 파악하였다.<sup>3)</sup> 또한 서정민(徐正敏), 이광린(李光麟), 이만열(李萬烈), 이춘란(李春蘭) 등도 의료선교가 한국 개신교사에는 물론이고 한국 근대사와 의학사에 공헌했음을 강조하고 있다.<sup>4)</sup> 이러한 논점은 서양의학 수용과정에서 개신교 선교사들의 역할을 강조함으로써 일제가 우리나라 근대의학에 미친 영향을 축소하려는 의도를 내포한 것이었다.

그런데 위의 일본인과 개신교 선교사들의 역할을 강조한 연구들은 두 가지 측면에서 비판을 받았다. 하나는 서양의학이 곧 ‘근대의학’이고 절대선(絶對善)으로 간주될 수 있는가 하는 문제이며, 다른 하나는 의료선교

2) 이는 어느 사회에서든 질병으로 인해 육체적·정신적 고통을 받는 한 인간의 몸을 통제하고 관리하는 것은 권력이 한 사회의 구성원들을 관리하고 스스로를 유지하기 위한 가장 효과적인 수단이라는 것이다. (김윤성, 「개항기 개신교 의료선교와 몸에 대한 인식틀의 ‘근대적’ 전환」, 서울대학교 석사학위논문, 1994, pp.10~14).

3) 김두중, 『韓國醫學 發展에 대한 歐美 및 西南方 醫學의 影響』, 한국연구도서관, 1960; 『韓國醫學史』(全), 탐구당, 1981.

4) 서정민, 『제중원과 초기 한국기독교』, 연세대학교출판부, 2003; 이광린, 『올리버 알 에비슨의 생애-한국 근대 서양 의학과 근대 교육의 개척자』, 연세대학교 출판부, 1992; 이만열, 「기독교 선교 초기의 의료사업」, 『동방학지』 제46~48 합집, 연세대학교 국학연구원, 1985; 「한말 미국계 의료선교를 통한 서양의학의 수용」, 『국사관논총』 3집, 국사편찬위원회, 1989; 「한국기독교의료사」, 아카넷, 2003; 이춘란, 「한국에 있어서의 미국 선교 의료활동」, 『梨大史苑』 10집, 1972.

와 일본인 의료는 조선인들의 위생을 위한 순수목적 이외에 각자의 또 다른 목표에 충실한 성격을 지녔으므로 그들의 활동이 한국 의료보건의사의 주체가 될 수 없다는 문제이다.<sup>5)</sup> 이러한 논점은 홍순원의 『조선보건사』에서 볼 수 있는데,<sup>6)</sup> 기존의 연구들이 거의 다루지 못했던 조선 후기와 일제시대 그리고 해방이후의 의료체계변천 과정에 중점을 두고 있다. 그는 의료의 제국주의적 속성에 주목하여 선교의료는 ‘자선을 가장한 미제의 종교의학적 침투책동’이며, 일본은 ‘친선’과 ‘원조’의 가면을 쓰고 오히려 우리나라의 근대적 의학교육과 의학기술발전을 억제하였다는 주장을 드러내고 있다.

그리고 신동원(申東源), 이인숙(李仁淑)은 국왕과 정부의 서양제도 수용 노력에 대하여 다루고 있으며<sup>7)</sup> 김형석(金亨錫), 박형우(朴潁雨), 여인석(呂寅碩), 이광린, 주진오(朱鎭五) 등은 한국정부를 주체로 한 제중원 운영에 대하여 살펴보았다.<sup>8)</sup> 이꽃메는 1876년 개항 이후부터 1910년 까지의 우두법 실시에 관하여 한국인을 중심으로 상세히 논하였다.<sup>9)</sup> 이러한 연구는 우리나라 근대의학의 자주적 발전론을 강조하며 개항 이후 근대 의학의 수용을 위한 정부의 노력이나 한의학의 변화를 살펴본 연구라 하겠다.

또한, 김승태(金承台), 박윤재(朴潤栽), 신동원 등은 식민지배라는 측면에 주목하여 조선에서 이루어진 서양의료의 침략성에 대하여 논하였는데,<sup>10)</sup> 식민지라는 특수한 상황으로 인한 피해의식을 강조하여 일제에 의

5) 신동원, 앞의 논문, pp.6~7.

6) 홍순원, 『조선보건사』, 청년세대. 1981 ; 1989.

7) 신동원, 「공립의원 제중원, 1885-1894」, 『한국문화』 16집, 1995 ; 이인숙, 「독립신문 논설에 나타난 체육·위생사상연구」, 이화여대 석사학위논문, 1983.

8) 김형석, 「한말 한국인에 의한 서양의학 수용」, 『국사관논총』 5집, 1989; 박형우, 「조선개항 이후의 서양의학 도입-의학교육을 중심으로」, 『동방학지』 104집, 1999; 여인석, 「조선개항 이후 한의의 동태」, 『동방학지』 104집, 1999 ; 이광린, 「제중원 연구」, 『한국개화사의 제문제』, 일조각, 1986; 주진오, 「서양의학의 수용과 제중원-세브란스」, 『역사비평』 38집, 1997.

9) 이꽃메, 「한국의 우두법 도입과 실시에 관한 연구-1876년에서 1910년까지를 중심으로」, 서울대학교 석사학위논문, 1993.

10) 김승태, 「일본을 통한 서양의학의 수용과 그 성격」, 『국사관논총』 6집, 1989 ; 박윤재, 「1910년대 초 일제의 페스트 방역활동과 조선 지배」, 『한국사의 구조와 전개』, 해안, 2000 ; 「한말·일제 초 근대적 의학체계의 형성과 식민 지배」, 연세대학교 박사학위논문, 200 ; 박윤재·박형우, 「한말·일제 초 의사의 창립과 조선 지배」, 『연세의사학』 14, 2001 ; 신동원, 「일제의 보건의료 정책 및 한국인의 건강상태에 관한 연구」, 서울대학교 석사학위논문, 1986.

해 불가항력적으로 수용된 근대의학의 침략적 성격을 조명한 것이다. 앞에서 언급했듯이 일제는 우리나라를 식민지화하는 과정에서 조선인 인구의 양적(量的) 관리 측면으로 전염병에 대한 방역(防疫)을 강조한 위생제도를 시행했다. 이것은 일제시기의 의료체계는 인간을 위한 순수한 목적의 의료체계라기 보다는 획일적인 관리가 가능한 통제를 목표로 하는 의료체계였음을 알 수 있다.

그러나 이 모든 연구들은 대부분 통제와 감시라는 식민지의 보편적 특성에만 주목하여 한국인, 일본인, 선교사 중 누가 한국의 근대의학 발전에 가장 큰 기여를 하였는가의 문제에만 초점을 맞추고 있다. 따라서 식민지 시기 전염병의 실태와 의료체계가 실제로 어떤 상황으로 진행되고 전개되었는가에 대한 자료를 통한 세밀한 분석은 미흡한 상황이다. 이에 본 논문에서는 일제시기에 수용된 서양의 근대의학이 일본의 식민화 정책을 위한 침략적 성격을 갖는다는 것을 주지하면서, 식민지 시기 전염병과 의학체계의 실제적 상황을 면밀히 분석해 보고자한다. 특히 일제 초기 조선총독부의 통계자료와 당시의 각종 신문 등을 이용하여 의학을 통한 침략적 지배의 실제적인 모습을 좀 더 과학적으로 분석해 보도록 하겠다.

본 논문은 개항 이후부터 일제 식민지 시기인 1920년대 까지를 다루고자 한다. 그것은 일제가 1910년대에 식민지 지배정책을 수립하고 체계화하였으며 그 시기동안 운용되어 정립된 의학체계가 1920년대까지도 커다란 변화 없이 그대로 이어지기 때문이다. 1930년대에 들어서면 일제의 관심은 조선보다는 대륙으로 돌려지게 되며 이에 따라 한반도에 대한 식민 통치는 대륙에서의 전쟁수행을 위한 정책들에 초점이 맞춰지게 된다. 따라서 대륙침략을 본격화한 1930년대 이후의 전시체제기와 그 이전 시기들은 식민지 정책면에서 근본적인 차이를 보일 수밖에 없으며 이에 대해서는 별도의 논의가 필요하다.

먼저 2장에서는 구한말 서양의학의 수용과 의료체계에 대하여 살펴보고자 한다. 그것은 개항 이후 부국강병을 위한 근대화 정책의 일환으로 서양의학이 수용되고 위생개념이 도입되면서 전통적인 한의학이 배제되고 인구관리를 위한 의료체계가 이 시기에 나타났기 때문이다. 통감부시기 이전까지 조선은 자주적인 입장에서 근대 의학을 수용하기 위해 노력하였

으나 1905년 이후 반식민지라는 특수한 상황으로 인해 그 노력은 수포로 돌아가게 되었다.

3장에서는 동인회(同仁會)활동에 대해 알아보고 통감부(統監府)시기 일제 서양의학의 조선 침투에 대하여 살펴보려 한다. 즉, 통감부의 위생 및 의료활동에 대해 알아봄으로써 식민지 통치를 위한 의학체계가 과연 어떠한 과정을 거쳐 성립되었는가를 살펴볼 것이다.

4장에서는 일제 초 전염병의 발생과 의료체계에 대해 살펴보고자 한다. 일제는 식민통치를 위한 수단으로 조선의 전염병과 지역별 풍토병(지방병)에 관한 체계적인 관리를 실시하였다. 각 지역에 대한 전염병과 풍토병의 통계를 내고, 전염병을 막기 위해서 지방에 의료기관을 설립하고, 위생경찰제도를 시행하여 대민(對民) 통제를 본격화 하였다. 1876년 개항 이후 을사보호조약(乙巳保護條約)이 체결되고 통감부시기를 거쳐 1910년대 조선총독부의 지배 하에 들어서면 병원, 교육기관, 행정기구, 각종 법령들이 나타나게 된다. 당시의 법령과 조선총독부에서 실시했던 통계자료들과 당시의 각종 신문자료들을 통해 위생경찰제가 일반민중들에게 어떠한 모습으로 다가왔는가를 파악하고자 한다.

## II. 근대의학 수용과 전염병 문제의 대두

### 1. 근대위생론의 등장과 서양식 병원 설립

개항이후 약육강식(弱肉強食)의 근대적 세계질서 속에 편입된 조선은 근대화를 위한 국가적 목표로 부국강병(富國強兵)을 추진하였는데 이때 나타난 것이 바로 동도서기론(東道西器論)이다. ‘동도’(東道), 즉 우리의 전통적 가치관을 그대로 고수하면서 ‘서기’(西器), 즉 근대 서양의 과학 기술을 수용하고자 하는 개혁론이 대두된 것이다. ‘서기’로 통칭된 것은 대체로 농업(農業), 공업(工業), 광업(鑛業), 상업(商業)과 같이 경제적·군사적 생산력을 높일 수 있는 서양의 기술들<sup>11)</sup>이었는데 서양의학 역시 부국강병을 위한 주요 기술의 하나로 주목받았다.

1880년을 전후하여 김옥균(金玉均), 박영효(朴泳孝), 유길준(兪吉濬) 등 개화파 관료들은 수신사(修信使)와 신사유람단(紳士遊覽團)으로 파견되어 명치유신(明治維新)이래 의학 분야를 포함한 일본의 근대적 성과들을 견학할 수 있었다. 이들은 서양식 보건의료, 위생제도에 커다란 관심을 보이며 우리나라에도 도입할 것을 적극 주장하였다. 1881년 신사유람단으로 일본을 다녀온 박정양(朴定陽)은 단순한 견문을 넘어서 상세한 일본의 보건의료, 위생제도를 조사하여 다음과 같이 기록하였다.

위생국이라는 것은 일본인이 소위 백성을 위해 위생을 전담해서 설립한 것으로 내무성에는 위생국(衛生局)을 두고, 부현(府縣)에는 위생과(衛生課)를 두며, 군구(郡區)에는 위생관(衛生吏)을 두고, 정촌(町村)에는 위생위원(衛生委員)을 두어서, 이로써 인민(人民) 위생의 중요한 임무를 협의하고 정한다. 그리고 또한 위생회를 설립하여 내무성 안에 두고 중앙위원회라고 말하며 각 부현에 두어 지방위생회라고 한다. 모임을 매월 한 회로 정해서 통상회(通常會)라고 하고, 유사시에 별도로 세워 임시회(臨時會)라고 한다.<sup>12)</sup>

11) 이광린, 「개화사상연구」, 『한국개화사연구』, 1999, pp.54~61.

일본을 방문하여 위생제도 등 근대 문물을 시찰한 사신들의 보고는 조선정가에 새로운 움직임을 불러일으켰다. 이 새로운 변화를 ‘개화’ (開化)<sup>13)</sup>라 하는데 앞서의 ‘동도서기’와는 근본적인 차이가 있었다. 동도서기론이 우리의 전통적인 제도나 사상은 유지한 채 서양의 과학기술만을 받아들이자는 것이었다면 개화론은 우리의 전통적 가치관에 대한 회의(懷疑)를 밑바탕에 깔고 있었다. 따라서 개화론자 들은 과학기술뿐만 아니라 서양의 사상, 제도 등에 대해서도 지대한 관심을 가졌다.<sup>14)</sup> 당시 조선정부 내에서는 위정척사파(衛正斥邪派)와 개화파(開化派)간에 격렬한 논쟁이 벌어지고 있었는데 고종은 적극적인 개혁을 모색하고자 1882년 윤음(綸音)을 내려 사회개혁안의 제출을 요구하였다. 이에 호응하여 그해 12월까지 무려 100여 명이 상소(上疏)를 올렸으나 그 중 1/6에 해당하는 17명만이 진보적이고 혁신적인 개혁안을 제시하였다.<sup>15)</sup> 이들 개화 상소에서 서양의학은 부국강병을 위한 주요 수용대상으로 인정되었다. 박기중(朴淇鍾)은 9월 5일 올린 상소에서 ‘의약(醫藥)은 묘방(妙方)이고 신술(神術)이어서 참으로 부강하는 도리에 유익하니 반드시 시행해야 한다’ 고 주장하였다.<sup>16)</sup> 한 달 뒤인 10월에는 변옥(卞鑾)이 상소를 올려 ‘의학의 오묘한 이치는 인도(人道)에 해롭지 않고 백성들의 생업에 보탬이 되는 것이니 배워 본받을만하다’ 고 하였다.<sup>17)</sup> 개화 상소에서 이와 같이 서양의학의 채용이 주장되었던 것은 바로 ‘부국강병’의 달성을 위해서였다. 국가 생산력 증진과 군사력의 유지·강화를 위해서는 인적자원(人的資源)이 뒷받침되어야 하고 이를 위해서는 국가를 구성하는 국민의 양적·질적 관리가 체계적으로 이루어져야 하기 때문이다. 1884년 5월 5일자 『한성순보』(漢

12) 한국학문헌연구소 편, 『박정양전집』 5, 아세아문화사, 1984, p.93.

13) 이광린(李光麟)에 의하면 ‘개화’ (開化)라는 말은 1870년대~1880년대에 일본에서 유행했던 ‘문명개화’ (文明開化)에서 비롯되었다. 개항 후 우리나라의 많은 지식인들이 일본을 왕래하면서 차츰 한국에 전파되었는데 임오군란 이후부터 유행어처럼 한국사회에 통용되었다. (이광린, 『한국 개화사연구』, 일조각, 1999, pp.35~42).

14) 박성래, 「개화기의 과학 수용」, 『근현대 한국사회의 과학』, 김영식, 김근배 편, 창작과 비평사, 1998, p.25.

15) 이광린, 앞의 책, pp.51~62.

16) 『承政院日記』 高宗 19년 9월 5일.

17) 『承政院日記』 高宗 19년 10월 7일.

城旬報)의 기사에서도 국민 개개인의 건강 확보를 위한 위생개념<sup>18)</sup>이 새롭게 부각되기 시작하였다.<sup>19)</sup>

당시 개화파들은 인구수(人口數)의 많고 적음이 문명국(文明國)과 야만국(野蠻國)을 나누는 기준이 된다는 문명관(文明觀)을 가지고 있었다.<sup>20)</sup> 이는 바꾸어 말하면 ‘국가 부강의 원천은 인구’라는 것인데 이럴 경우 가장 큰 문제는 전염병 발생으로 인한 인구의 감소였다. 개화파들이 위생 개혁론을 전개시키는데 있어 이론적 기초가 되었던 것은 장기설(瘴氣說)로 인구밀집으로 인한 환경악화가 전염병을 일으키는 주원인이라는 질병관(疾病觀)이었다.<sup>21)</sup> 이 이론은 세균설(細菌說)이 확립되기 이전까지 동서양을 막론하고 정설(定說)로 받아들여지고 있었기 때문에 개화파들은 환경 개선을 위한 치도사업(治道事業)의 실시를 주장하였다. 김옥균의 「치도약론」(治道略論)을 보면 개화파들이 주장한 위생론의 내용을 상세히 알 수 있다.

그러나 각각의 절실하고도 중요한 정치(政治)와 기술(技術)을 찾아보면 첫째는 위생이요, 둘째는 농상(農桑)이요, 세째는 도로인데 이 세가지는 비록 아시아주의 성현들이 나라를 다스리던 법도로 보더라도 어길 수 없는 것이다. (중략) 10년 동안 괴역(怪疫)과 여역(癘疫)이 여름과 가을 사이에 창궐하여 한 사람이 병에 걸리면 수많은 사람이 전염되어 죽는데 죽는 사람들은 대부분 장정들이다. 이것은 거처가 불결하고 음식(飮食)에 절제가 없어서일 뿐만 아니라 더러운 물건이 거리에 쌓여서 독한 기운의 영향을 받기 때문이다. (중략) 『오늘날 우리나라의 급선무(急先務)는 흥농정책(興農政策)만한 것이 없는데 흥농을 진작하는 요점은 농토를 거두는데 있으니 농토 거두기를 부지런히 한다면 거리의 오물은 자연히 없어질 것이고, 오물이 제거되면 전염병은 자연 사라질 것이다. 가령 농무(農務)가 올바르게 이행되어도 도로의 운송(運送)이 불편하다면 하동(河東)의 곡

18) 본래 위생이란 용어는 나가요 센사이(長與專齋)에 의해 새롭게 의미 부여된 것으로 국가가 국민의 건강을 보호하기 위해 국민의 생활 전반에 걸쳐 적극적인 개입을 시행한다는 의미가 내재되어 있다. (박윤재, 「양생에서 위생으로」, 『사회와 역사』, 통권 63집, 2003, pp.36~37).

19) 「萬國衛生會」, 『漢城旬報』 제20호, 1884. 5. 5.

20) 박영효(朴泳孝)는 「내정개혁에 관한 건백서」에서 일본은 수십 년 동안 위생법을 시행함으로써 인구가 번성하였고, 그에 따라 융성하게 되었다고 판단하고 있다. (박윤재, 앞의 책, p.31).

21) 허정, 『에세이 의료한국사』, 한울, 1995, pp.96~97; 신동원, 『호열자 조선을 습격하다』, 역사비평사, 2005, pp.41~42.



식을 하내(河內)로 옮길 수가 없을 것이니 이것이 바로 치도(治道)의 법을 선무(先務)로 삼는 이유이다』(중략) 『바꿀 수 없는 위생(衛生)과 농상(農桑)과 치도(治道)는 고금(古今) 천하(天下)의 정법(正法)이다. (중략) 우리 나라의 부강한 정책은 사실상 여기에서부터 시작되는 것이다』<sup>22)</sup>

이와 같이 ‘부국을 위한 위생’, ‘위생을 위한 치도’가 강조되기 시작하면서 한 개인의 질병, 그 중에서도 특히 전염병은 타인과 사회를 병들게 할 수 있다는 점에서 국가가 개인의 생활에 간섭할 수 있는 명분을 얻게 되었다. 김옥균 등 개화파들은 ‘치도’를 위해 치도국(治道局)을 설치하고 순검(巡檢)을 두어 국가가 각 개인을 직접 규율하는 강력한 위생사업의 추진을 건의하였다.<sup>23)</sup> 이러한 의사경찰(醫事警察, Medical Police), 혹은 위생경찰(衛生警察) 개념은 원래 오스트리아의 의사 볼프강 토마스라우(Wolfgang Tomas Lau)에 의해 창안되어 독일에서 더욱 발전된 형태로 나타났다.<sup>24)</sup> 요한 페터 프랑크(Johann Peter Frank)는 『종합적인 의료경찰제도』(System einer Vollständigen Medicinischen Polizey)에서 의사경찰의 중요한 역할을 크게 셋으로 나누었다. 우선 첫 번째로, 인구 증가를 계속 유지하고, 두 번째로, 보건위생의 증진을 위해 필요한 법률적 제도를 확립하며, 마지막으로 이를 수행하기 위해 의사와 다른 보건인력을 확보하는 것이다.<sup>25)</sup>

주의할 점은 이러한 의사경찰 개념에서는 국민의 위생문제와 건강을 국가가 책임져야 할 기본적 권리와 의무로 파악하는 것이 아니라 국가의 부를 증대시키기 위한 도구로써 파악한다는 것이다. 국가의 사회통제 기능을 강화해야 한다고 주장하며 위생경찰 개념을 가장 중시하였던 국가는 독일(당시 프로시아)이었고 근대화 과정에서 다방면에 걸쳐 일본은 독일의 것을 모방하고 있었다. 이는 보건의료 부문에 있어서도 예외가 아니었는데 일본이 독일의학의 영향을 받은 이유는 다음의 세 가지로 요약될 수

22) 「治道略論」, 『漢城旬報』 제26호, 1884. 7. 3.

23) 「治道略則」, 위와 같음.

24) 의사경찰의 개념은 독일에서는 널리 받아들여진데 반해, 프랑스에서는 적극적으로 수용되지 않았다. (이종찬, 「근대 서양의학의 역사적 성격과 구조」, 『서양의학의 두 얼굴』, 한울, 1992, p.50, 재인용).

25) 같은 책, pp.47~53.

있다. 우선 당시 독일의 의학이 세계최고 수준이었고, 메이지 유신 이전부터 독일 의학이 이미 일본에 들어와 정착하고 있었으며 마지막으로 독일 출신 네덜란드 의사인 지볼트(Philipp Franz von Siebold)가 일본의 보건 의료정책에 상당한 영향을 끼쳤음을 들 수 있다.<sup>26)</sup>

일본이 독일을 통하여 위생경찰 개념을 도입했다면 조선은 일본을 통하여 이 개념을 받아들였고 이러한 서양의료제도가 점차 도입되면서 전통의 료제도의 변화 또한 불가피하게 이루어지게 되었다. 그러한 변화는 먼저 1882년 불필요한 정부기구 축소와 개편이라는 명목 하에 활인서(活人署)와 혜민서(惠民署)의 혁파로 나타났다. 초기에 서양의학 수용이 현실화되지 못했던 것은 재정마련과 인적 기반 확보의 어려움 등 현실적인 문제점들을 고려하지 않을 수 없었기 때문이었으나 1884년 갑신정변(甲申政變)이 일어나면서 상황이 바뀌게 되었다. 당시 고종의 신임을 얻고 있던 민영익(閔泳翊)의 부상을 의사 자격으로 한국에 와 있던 알렌(Horace N. Allen, 安連)<sup>27)</sup>이 치료해줌으로써 서양의학의 신비스러운 효과가 알려진 것이다. 서양의학의 효과가 알려져 많은 환자들이 알렌에게 몰려오자 그는 서양의학술을 한국인들에게 시술하기 위해 근대식 병원의 설립을 결심하였다. 확실히 대민(對民) 의료 기관이었던 혜민서와 활인서의 혁파<sup>28)</sup> 이후 알렌이 지적한 바와 같이 왕권의 위상 강화를 위한 구료기관(救療機關)의 설립은 꼭 필요한 것이었다. 그는 「병원건설안」(病院建設案)에서 “

26) 지볼트는 1823년부터 1830년까지 일본에 머물면서 서양의학술을 보급하였고 『日本』이라는 책을 통하여 일본을 비롯한 극동지역의 자연과 문물(文物)을 유럽사회에 소개하였다. 이 책의 출간은 일본이 유럽에 알려지는 계기가 되었고 그로인해 일본의 근대화도 그만큼 빨라졌다고 평가받고 있다. (고영근, 「지볼트의 한국기록 연구」, 『동양학』, 19집, 1989, p.2; 신동원, 『호열자』, p.64~66).

27) 당시 조선에는 선교사의 입국이 허용되지 않았기 때문에 알렌은 공사관 소속 의사의 신분으로 한국에 왔다. 실제로 고종은 미국공사 푸트(Lucius H. Foote, 福德)로부터 알렌의 임명을 보고받을 때 그가 ‘선교사가 아니라 의사’라고 하자 이를 수용하였다. (이만열, 『한국 기독교 의료사』, 아카넷, 2003, pp.34~35).

28) 대민의료를 담당했던 혜민서와 활인서가 없어진 반면 왕실의료를 담당했던 전의감(典醫監)과 내의원(內醫院)은 개항 이후에도 명칭을 바꾸어 가면서 존속하여 국왕과 왕실에 대한 의료 활동을 계속했다. 갑오경장(甲午更張) 이후에 전의감은 내의원에 통합되었다. 내의원은 전의사(典醫司)로 이름이 바뀌었고, 광무년간부터는 태의원(太醫院)으로 바뀌었다가 순종 때부터 시종원(侍從院)으로 바뀌었다. 이러한 변화는 왕실의료를 축소시키는 과정에서 발생한 것이며 일본의 침략이 노골화되어 국권침탈로 왕실이 쇠퇴하면서 내의원의 기능도 약화된 것이다. (여인석, 「조선개항 이후 한의의 동태」, 『동방학지』 104권, 1999, pp.292~293).

병원시설을 갖추게 된다면 이는 장차 조선청년들에게 서양의학 및 공중위생학을 가르치는 교육기관이 될 것”이라는 점을 명시하고 있다. 또한 근대적인 ‘조선왕실병원’ (朝鮮王室病院, His Corean Majesty’s Hospital)의 설립으로 왕실의 위상이 높아질 것이라는 견해를 나타내고 있다.<sup>29)</sup>

고종은 근대적 개혁이 왕권의 상실 혹은 약화를 의미하는 것이 아닌 한 반대하지 않았으며<sup>30)</sup> 병원의 건립이 강력한 왕권의 확립에 도움을 줄 수 있다는 판단이 서자 설립을 적극 지원하였다. 그리하여 활인서와 혜민서의 기능을 부활하는 차원에서<sup>31)</sup> 1885년 4월에 우리나라 최초의 서양식 병원인 광혜원(廣惠院, The Royal Korean Hospital 또는 The Government Hospital)이 개원되었다. 광혜원은 ‘널리 은혜를 베푸는 집’이라는 뜻을 갖고 있었으나 개원 후 2주가 채 못 되어 ‘많은 사람을 구하는 집’이라는 뜻의 제중원(濟衆院, House of Universal Helpfulness)<sup>32)</sup>으로 개명되었다. 새 병원의 운영은 일본 공사관 부속 의사인 카이로세 도시코(海瀨敏行)가 기초한 12개 조의 「광혜원 규칙」에 따랐다. 「광혜원 규칙」은 혁파된 혜민서나 활인서의 전통을 계승한 것으로 알렌 역시 “조선에는 병원과 유사한 기관이 수백 년 동안 존재해왔다”고 지적하고 있다.<sup>33)</sup> 약값을 병이 나은 경우에만 지불하는 것 또한 기존의 관행을 그대로 따르는 것이었다.<sup>34)</sup> 제중원은 단순히 구료기관의 성격만을 가진 것은 아니었다. 이는 알렌의 건의안에도 잘 나타나는 것으로 서양의학 수용의 궁극적인 목표는 바로 의료인력의 양성이었던 것이다. 제중원의 개설 후 1년 동안 환자는 모두 10,460명<sup>35)</sup>이었으며 이에 고무된 선교사들은 병원

29) H. N. 알렌, 김원모 역, 『알렌의 일기』, 단국대학교 출판부, 2004, pp.48~50.

30) 주진오, 「한국 근대 집권, 관료세력의 민족문제 인식과 대응」, 『역사와 현실』 1집, 1989, p.33.

31) 『高宗實錄』, 高宗 22年(1885). 2. 29.

32) 박형우는 제중원을 ‘국립’이라고 표현하는 것에 대해 이의를 제기하였는데 그 이유는 왕립, 국립, 혹은 정부의 병원이라는 표현은 사용되었으나 당시의 어떤 사료에도 제중원을 ‘국립’이라고 표현한 경우가 없었다는 것이다. 이와 같은 국립이라는 호칭은 국립서울대학병원과 제중원을 연결시키려는 의도에서 비롯되었다고 보고 있다. (박형우, 「한국 근대의학 도입사의 쟁점」, 『연세의사학』, 2권 1호, 1998, pp.89~90).

33) 박형우·여인석, 「제중원 일차년도 보고서」, 『연세의사학』 3권 1호, 1999. p.11.

34) H. N. 알렌, 신복룡 역, 『조선건문기』, 집문당, 1999, p.184.

35) 이 가운데 400여 명이 외과적 치료를 받았으며 알렌이 다룬 질병 중 가장 흔한 것은 학질이었

설립 첫 해인 1885년 4월부터 원래의 구상대로 한국인들을 상대로 의학교육을 시작하였다. 알렌과 헤론(John W. Heron)이 의술을 가르치고 언더우드(Horace G. Underwood)가 물리, 화학, 영어를 가르쳤다.<sup>36)</sup> 그러나 더 체계적인 의학교육을 위해 의학교의 설립이 필요하다고 판단한 알렌은 제반 설비를 위한 경비 및 외과 기구 구입을 위한 경비를 조선 정부에 요청하였다. 제중원 운영이 어느 정도 체계를 갖추고 의학교육을 시작하게 되자 1886년 2월, 「광혜원 규칙」을 대신할 「공립의원규칙」(公立醫院規則)이 새로 제정되기도 하였다.

마침내 1886년 3월 29일 경쟁시험을 거쳐 16명의 학생을 선발하여 의사양성 과정을 시작하였다. 이들 중 성적이 우수한 12명의 학생들은 과정을 끝낸 후, 주사(主事) 직책을 가진 정부 관리로 등용될 예정이었다. 그리고 한 명은 한국 해군의 첫 군함이 취역하게 되면 군의관으로써 근무할 예정이었다.<sup>37)</sup> 당시 주사는 판임관(判任官, 正7~9품)에 해당하는 직책으로 이러한 직위를 정부에서 주겠다는 것은 의학교 출신자들을 우대하려는 것이었다.<sup>38)</sup> 그러나 제중원의 의학교육은 1887년 알렌이 주미 한국공사관 서기관으로 임명되어 제중원을 떠나게 되고, 1890년에는 헤론이 이질에 걸려 사망하면서 1893년 에비슨(O. R. Avison)이 원장으로 부임하기 전까지 파행적으로 운영되었다. 제중원 운영권은 1894년 9월부터 에비슨의 주도로 미 선교부로 이관되어 서양의학교육이 재개되었다. 따라서 제중원은 1885년 4월부터 1894년 9월까지 대략 10년간 조선 정부의 공립의원으로서 운영된 것이다. 그리고 이러한 제중원의 활동은 바로 의료선교를 통한 기독교 복음 전파가 주 목적이었다.

제중원이 의료선교를 통한 미국으로부터의 서양의학 수용이라면 다른 하나는 급속한 근대화 추진과 함께 자신들의 영향력을 조선에 확대시키려던 일본으로부터의 수용이다. 본래 일본은 포르투갈의 예수회 선교사들을 통해서 서양의학을 처음 접하였고 도쿠가와 막부(德川家康 幕府) 시기에는

---

다. 다음으로는 매독과 천연두, 결핵, 나병 등도 많았다고 기록되어 있다. (이만열, 앞의 책, p.44).

36) 같은 책, p.46. 재인용.

37) 박형우·여인석, 앞의 논문, p.13.

38) 이광린, 「제중원 연구」, 『한국개화사의 제문제』, 일조각, 1986, p.133.

화란인(和蘭人)들을 통하여 서양의학을 수용하였다. 1774년 일본 최초로 서양 의학서인 『해체신서』(解體新書)가 번역·간행된 이래 독일인 지볼트의 활동 등을 통하여 1868년 메이지유신(明治維新)이후 일본의 서양의학 수용은 보다 폭넓게 전개되었다. 일본의 개방정책으로 인해 서양의학의 수입 통로가 영국·미국·독일 등으로 확대되었던 것이다. 특히 1869년 이후부터는 의학정책의 실무를 담당한 이와사 준(岩佐純), 사가라 지안(相良知安)에 의해 독일식 의학제도 채용이 공식화되었다. 이 같은 결정은 독일의 의학이 ‘탁월’ 하기도 하였지만 단순히 학술적인 우수성보다는 독일의 입헌군주제라는 정치체제가 일본과 유사했기 때문이다. 이는 메이지유신의 공신이며 후에 내무대신을 역임한 소에지마 다네오미(副島種臣)의 회고에서도 잘 나타난다. 그는 “국체상으로부터 보아도 미국과 같은 민주국가는 전연 우리나라와 맞지 않으며 (중략) 모든 일은 입헌군주국인 독일을 모방하는 것이 좋다”는 생각을 가지고 있었던 것이다.<sup>39)</sup>

이러한 일본의 근대 서양의학 수용은 실제적으로는 부국강병을 위한 군사적 필요에 의한 것이었다. 서양의학의 효용성이 가장 효과적으로 이용될 수 있는 분야가 바로 군대였던 것이다. 특히 전쟁에서 부상병들이 발생했을 때, 탄환의 적출, 마취법, 절단술 등 외과적 처치법에 있어 서양의학은 그 위력을 발휘했다. 따라서 군비확장과 함께 군의의 확대 역시 필수적이었다. 일본은 육·해군에 군의학교(軍醫學校)를 두어 조직적으로 군의를 양성하였으며 그 일부는 일본의 대외팽창과 함께 조선에도 파견되었다. 그리하여 1876년 강화도조약 체결 이후 일본은 각 항구의 개항과 함께 거류민들을 치료한다는 구실로 개항지(開港地)에 군의들이 진료하는 관립병원을 설치하였다. 이는 자신들의 현실적 필요 즉, 영사관 직원들을 포함한 거류민들의 치료를 담당할 의사가 필요했기 때문이며 한편으로는 한국인들에 의한 회유와 자신들의 선진문명과시를 위해서였다. 이러한 사실은 일본의 외무대승(外務大丞) 미야모토 고이치(宮本小一)의 의견서에도 잘 나타난다.

부산항에는 의관(醫官)을 두지 않으면 안 됩니다(부산은 벽지라서 의사

39) 박윤재, 앞의 책, p.53. 재인용.

가 없습니다). 일본인은 현재도 다수이고 후래 증식될 때는 병객(病客)이 따라서 많아지게 될 것입니다. (중략) 의관 중 능숙한 자를 6개월 정도 교체없이 작원 병원을 설치하여 근무시켜야 합니다. 이는 표면적으로는 일본인을 위한 일이지만 기실은 조선 인민을 회안(懷安)하고, 한편으로는 일본을 존숭(尊崇)하고 양망하는 마음을 일으키며, 한편으로는 그 국민 개화의 단서를 열기 위한 첩경이 될 것입니다. (중략) 아마 이 나라의 모든 일이 황폐하지 않음이 없지만 그 중 의도(醫道)가 더욱 심한 모양입니다. 그러므로 양과(洋科)·양약(洋藥)이라도 그것을 싫어하지 않고 치료를 구하며, 외과의 신속한 효과를 듣기에 이르러서는 가장 그들이 심복하는 바입니다. 그러므로 이 나라를 개화로 유도하는 첩경은 의술로부터가 좋지 않을까 생각하오니, 부디 정부는 이 비용을 아끼지 말고 의관을 부산에 둘 것을 바라 별지 두통의 서류를 보시도록 첨부합니다.<sup>40)</sup>

이러한 건의에 의하여 1877년 부산에 제생의원(濟生醫院)이 일본 외무성 직할로 설립되었고, 1880년 원산에 생생의원(生生醫院), 1883년 서울과 인천에 공사관의원(公使館醫院)이 설립되어 모두 4개의 병원이 운영되었다. 일본의 조선 진출에 대한 반일감정을 무마시키기 위하여 시행된 이러한 정책은 그들의 의도대로 상당한 효과를 거두었다.

1884년 7월 1일부터 1885년 6월 31일까지 경성의 공사관과 부산, 원산, 인천에 있는 영사관에 배정된 의원비를 살펴보면 아래의 표와 같다.

<표 1> 일본 공·영사관 의료비 배정실태(1884 ~ 1885)

|           | 총 비 용(円) | 의 원 비  | 비 율 |
|-----------|----------|--------|-----|
| 경 성 공 사 관 | 31,408   | 4,068  | 13% |
| 부 산 영 사 관 | 26,550   | 5,200  | 20% |
| 원 산 영 사 관 | 21,231   | 4,500  | 21% |
| 인 천 영 사 관 | 21,590   | 4,500  | 21% |
| 총 계       | 100,779  | 18,268 | 18% |

『漢城旬報』, 제35호, 1884년 9월 29일자 기사에서 발췌하여 작성함.

<표 1>에서와 같이 주한 일본공관 총비용의 18%를 의료비로 사용하고

40) 김승태, 「일본을 통한 서양의학의 수용과 그 성격」, 『국사관논총』 6집, 1989, p.229. 재인용.

있었다는 사실은 일본이 의료분야에 상당한 관심을 가지고 있었음을 보여주는 것이다. 이는 병원이 단순한 치료의 공간이 아니라 일본의 대조선 정책을 보조하는 정치적 역할을 담당하였음을 의미하는 것이다.<sup>41)</sup> 그러나 조선 진출을 위한 기반으로서의 관립병원의 위치는 1880년대 중반에 접어들면서 서서히 변화되었다. 일본정부가 긴축재정을 추진하였음에도 불구하고 1877년 발발한 세이난(西南)전쟁의 여파로 재정이 악화되어 인플레이션이 더욱 심해졌던 것이다. 이에 일본 외무성은 경비절감의 방법으로 조선의 각 개항장에 건립된 관립병원의 폐지를 결정하였다. 이 같은 결정이 이루어지게 된 배경에는 일본 국내사정뿐만 아니라 개항장의 조건 역시 변화하고 있었기 때문이었다. 일본정부는 거류민의 증가에 따른 무역의 발달로 국가의 지원 없이도 거류민이 비용을 부담하여 의사의 고용이나 병원을 건립하는 것이 가능하다는 생각을 하게 되었던 것이다. 1880년대 중반에 들어서면서 관립병원들은 거류민회가 운영하는 공립병원으로 변모되어갔다. 이는 1884년 갑신정변 이후 일본의 대조선 정책이 소극적인 형태로 바뀌는 정치상황과 일치하는 것이다. 그리고 조선인 회유를 위한 병원의 역할이 다시 주목받기 시작하는 것은 청일전쟁 승리로 조선침략이 본격화되는 1894년 이후부터이다.<sup>42)</sup>

위에서 살펴본 것과 같이 미국과 일본을 통하여 서양의학이 우리나라에 본격적으로 도입된 것은 1880년대 후반이었다. 이때 조선정부 내에서는 부국강병 차원에서 논의되던 위생론의 내용이 지석영, 박영효, 유길준 등에 의해 더욱 심화되었다.

41) 박윤재, 「1876~1904년 일본 관립병원의 설립과 활동에 관한 연구」, 『역사와 현실』 통권 42호, 2001, p.180.

42) 1895년 청·일전쟁에서 승리한 일본은 조선 내에서 영향력을 확대하기 위하여 한성병원(漢城病院)을 인수하였다. 한성병원의 회유수단 역시 조선인들을 무료, 저가로 치료해주면서 일본에 대한 호감을 갖게 하는 것이었다. 그러나 러·일전쟁에서 일본이 승리하여 조선에 대한 지배권이 명확해지면서 일본정부가 비용을 부담하고 군의들을 파견하여 운영되던 한성병원은 그 역할을 다하게 되었다. (박윤재, 앞의 책, pp.92~98).

## 2. 위생론의 전개와 방역활동

박영효, 유길준은 갑오개혁의 주요 정책담당자로 참여하여 위생행정을 위한 중앙기관으로 위생국이 설치되는데 지대한 공헌을 하였다. 이들 개화파들은 전통적인 양생론(養生論)의 연장선상에서 자신들의 위생론을 전개시켜나갔다. 지석영은 『신학신설』에서 “서국(西國)의 의학과 보신하는 이치가 옛적보다 나아서 역병이 옛적에 비해 적고 전염병으로 죽는 자 또한 옛적에 비하여 적다”<sup>43)</sup>고 하며 보신하는 방법으로 빛(光), 열(熱), 공기(空氣), 물(水), 음식(飮食), 운동(運動)의 여섯 가지를 제시하였다. 또한, 박영효는 일본에 망명해 있으면서 1888년 고종에게 내정개혁을 위한 건백서(建白書)를 올렸다. 그 중 「양생이건식인민」(養生以健殖人民)에서 양생의 개념에 대해 다음과 같이 말하고 있다.

양생이라는 것은 혈액을 보양하고 유통에 막힘이 없게 하여 신체를 왕성하고 건강하게 함이다. 그러므로 깨끗한 곳에 거처하고 더러운 곳은 피해서 절식하고 운동하는 것이 곧 양생의 기본이다. 이런 까닭에 그 큰 취지는 의식주 세 가지를 요체로 삼는다. 고로 의복은 그 추위와 더위를 막아 동상과 화상을 면하고, 음식은 배고픔과 배부름을 절제하여 마른고기를 면하고, 주거는 그 움직임을 편하게 하여 추위에 생기가 막히는 것을 면하게 한다. 체내에 혹 질병의 요인이 있거나, 체외에서 혹 오염의 침투가 있으면 바로 의약을 사용하여 그것을 다스려 이로써 체력이 튼튼하고 씩씩하며 몸과 마음이 크고 넓어져, 행복을 누리며 수명이 길어져 인구가 번성한다. 이는 문명국의 사람이 양생하는 까닭이다. 의복이 막지 못하여 동상과 화상을 입고, 음식이 절제되지 못하여 살이 마르고, 주거가 편하지 못하여 추위에 생기가 막히게 된다. 안으로는 질병이 잦고, 밖으로 오염물을 접하였는데도 의약의 다스림이 없으면 이로써 체력이 미미해지고 힘이 약해지며 정신이 혼미해지고 몸이 수척해져, 고생이 많아지고 수명이 짧아져 인구가 감소한다. 이는 야만국의 사람이 건강을 해치는 까닭이다.<sup>44)</sup>

의식주 조절을 통한 개인건강의 도모가 전통적인 양생론이라면 지석영

43) 대한의사학회, 『송촌 지석영』, 아카데미아, 1994, pp. 193~195.

44) 박영효, 「내정 개혁을 위한 건백서」, 『한국사 자료선집』 5, 일조각, 1980, p.58.



과 박영효가 주장한 양생의 개념 역시 기존의 흐름을 이어받았다고 할 수 있다. 그러나 양생의 궁극적인 지향이 인구의 번성이며 그것이 곧 문명의 상징이라는 것은 기존의 양생론에서는 볼 수 없었던 것이다. 따라서 양생이란 개인적인 문제에 국한되는 것이 아니라 국가적인 차원의 문제로 확대될 수밖에 없었다. 그리하여 박영효는 우두법의 실시, 청결사업 실시, 수도사업 실시 등 국가적 차원의 위생사업을 제시하였다.<sup>45)</sup> 그러나 박영효는 각종 위생사업의 내용만을 나열했을 뿐 사업추진을 위한 구체적인 방안은 제시하지 못하고 있다. 갑오개혁 이후 전개된 보건의료제도의 성격을 가장 잘 나타내고 있는 것은 바로 『서유견문』(西遊見聞)이다. 이 책에 나타난 근대 보건의료, 위생에 관한 내용은 매우 체계적이다. 유길준은 이 책에서 다음과 같이 말하고 있다.

사람의 생노병사는 우리 인간 세상의 자연적인 이치다. 그러나 사람으로서 이 세상에 살아 있는 동안 섭생하는 도를 근신하여, 질병에 걸리지 않고 강령한 복지를 누리는 것이 가장 요긴한 일의 하나다. 아버이를 섬기는 자가 이 일에 소홀하면 자식으로서의 도리를 닦지 않는 것이 되며, 임금을 섬기는 자가 이 일에 경솔하면 신하로서의 직분을 힘쓰지 않는 것이 되며, 어른과 정부가 이 일을 등한히 하면 어른과 정부로서의 책임을 다하지 않는 것이 되고 만다. (중략) 즉 한 사람에게는 그 사람으로서의 섭생법이 있으며, 한 집안에는 그 집안 특유의 섭생법이 있고, 한 나라에는 그 나라만의 섭생법이 있는 것이다.<sup>46)</sup>

이는 유길준이 섭생을 모든 개인의 책임, 더 나아가서는 사회와 국가의 책임으로 강조한 것이다. 그는 국가의 책임이 강조되는 것에 대하여 또 다음과 같이 역설하였다.

집과 도로를 깨끗이 하는 일 또한 섭생하는 일에 깊은 관계가 있는 사항이다. 사람의 질병이란 기운이나 혈액이 정상상태를 유지하지 못하는 데서 생기는 경우가 많지만, 또한 더러운 기운이 퍼지는 것으로 연유하는 경우도 적지 않다. (중략) 더러운 기운을 없애는 방법은 집 주변과 도로

---

45) 같은 책, pp.58~60.

46) 유길준, 채 훈 역, 『서유견문』, 대양서적, 1980, p.203.

의 청소를 깨끗이 하는 데 있고 또 주택 근처에 나무를 심는 일이 대단히 좋은 일이며, 또 목욕을 자주하는 것도 아주 좋은 일인 것이다. (중략) 한 사람의 섭생은 그 사람의 행실과 지식에 달려 있다고 할 수 있지만, 한 나라의 섭생은, 그 규모와 권위가 그 나라 정부에 달려 있기 때문에 정부가 그 직분을 수행하기 위하여 위생관계의 관청을 설립하며, 거기에 소요되는 비용은 국민들이 낸 세금으로 충당하되, 군·읍 등의 지방마다 이러한 기관이 골고루 다 갖추어져 있는 것이다. 도로를 깨끗하게 하는 일은 정부에서 하도록 되어 있으며, 그 밖에도 전염병이 유행하면 소독약을 뿌림으로써 예방하거나 환자를 옮길 때는 정부에서 환자 수송용의 차를 마련하여 호송하되, 소독약을 그 차에 뿌려서 더러운 기운이 통과하는 주위에 퍼지지 않도록 조치하기도 하는 것이다. 또 환자의 집이 큰 길가에 있어서 차들의 내왕하는 소리가 시끄러워 잠을 잘 수가 없을 것 같으면, 정부가 그 집 근처에 툇밥이 라든가, 가는 모래 같은 것을 뿌려 주기도 한다. 이러한 일들로 미루어 생각한다면 섭생하는 규칙의 주밀함과 구비된 양상을 깨달을 수 있을 듯하다.<sup>47)</sup>

여기에서 유길준이 특히 강조한 것은 양생과 위생개혁을 위해서는 국가의 개입이 반드시 필요하다는 것이었다. 그리하여 그는 위생에 관한 국가 권력의 강압적 성격에 대하여 다음과 같이 말하였다.

위생에 관한 규칙 또한 정부가 관계하는 것 가운데서 큰 조목의 하나다. 큰 도시의 인구 조밀한 곳이 깨끗하지 못하면 염병이라든가 괴상한 돌림병 같은 것이 항상 유행하며, 각종 홍역도 비록 사람의 열로 일어나거나 더러운 기운에 의해 일어나거나간에, 그러한 병균이 항상 들끓어 위험하기 그지없게 된다. 전염병이 우리 인간들에게 혹독한 재앙이 된다는 점에서는 전쟁에 의한 그것보다 훨씬 심하다. 정부가 위생에 관한 법령을 정하여 국민으로 하여금 지키게 하고, 만약 법을 지키는 데 소홀한 자가 있으면, 엄격한 법 조문으로 처단하여 도로와 집을 깨끗이 할 것 같으면, 충분히 전염병의 유행을 막을 수 있다. 이러한 일에 엄격한 법문을 적용한다 하여 혹 지나치다고 말할지 모르나, 기실은 위생관계법으로 형을 받는 그 사람 자신도, 전염병에 의한 재앙을 같이 면하게 되는 결과가 되는 것이다.<sup>48)</sup>

---

47) 같은 책, pp.204~205.

48) 같은 책, pp.135~136.

이것은 바꾸어 말하면, 위생과 전염병 방역을 위한 국가의 강압성은 공동체 전체를 위한 공동선이므로 이를 사회구성원인 국민 전체가 감수해야만 한다는 논리였다. 유길준은 국가적 차원에서 위생정책을 수행하는데 있어 법률과 함께 경찰을 강조하였다. 그가 생각한 “경찰의 근본 의의는 법이 마련한 질서를 파괴하거나 사회의 안녕을 방해하는 자가 있으면 몰아내는 것” 49)이었는데 따라서 행정경찰의 직무 중 하나로 “전염병의 예방법 및 소독법·종두(種痘) 등 기타 위생법에 관계되는 사항” 50)을 거론하였다. 국민의 건강을 보호하는 일이 경찰의 중요 임무 중 하나로 받아들여진 것이다. 위생과 관련한 위생경찰의 역할은 이미 1880년대 초반부터 주목받았으며 이것이 유길준의 논리에서도 그대로 나타났던 것이다. 이와 같이 유길준은 장기설에 입각한 병리관, 법률제도, 위생법규, 경찰제도 등의 내용을 모두 포괄하는 근대적 의학체계를 구상하였다. 그리고 갑오개혁 과정에서 이러한 노력은 결실을 맺게 되었다.

그 첫 번째 단계로는 체계적으로 위생행정을 담당할 위생국의 설치를 들 수 있다. 1894년 6월 28일(7월 30일) 조선정부는 중앙 행정기관이었던 전의감을 대체하는 새로운 기관으로 위생국을 설립하였다. 그리고 5년 뒤인 1899년 5월 위생국이 위생과와 의무과로 분과되면서 그 기능은 더욱 분명해졌다. 5월 25일 공포된 「내부분과규정중 개정안」(內部分課規程中改正案)을 보면 위생과와 의무과의 역할을 정확히 알 수 있다.

#### <위생과>

전염병·지방병의 예방과 종두, 기타 일체 공중위생에 관한 사무  
검역·정선에 관한 사항  
지방 위생에 관한 사항

#### <의무과>

의사·제약사의 업무 및 약품 판매의 관리와 검사에 관한 사항  
지방 병원에 관한 사항<sup>51)</sup>

---

49) 같은 책, p.190.

50) 같은 책, p.191.

51) 신동원, 『보건의료사』, p.198. 재인용.

이러한 위생국 체제는 1905년 2월까지 지속되면서 대한제국기 보건의료 제도의 전반적 기틀을 마련하였다. 위생국의 설치가 제도적인 측면에서의 중앙기구 탄생을 의미하는 것이라면 실무적인 측면에서 위생 관련 업무를 담당하는 기관은 경찰이었다. 경찰이 위생 사무를 담당하기 시작한 것은 1896년 부터이며 1902년에 개정된 관제에서는 서울, 경기 지방의 위생사무는 경무청에서, 각 도의 위생사무는 관찰사가 관장한 경찰 업무의 일환으로 시행되었다.<sup>52)</sup> 위생국이 설치되고 나서 첫 번째로 닦친 문제는 1895년 발병한 콜레라였다.<sup>53)</sup> 청일전쟁 중 만주에 출병한 일본군 사이에 콜레라가 번져서 이 전염병이 한국에도 영향을 끼칠지 모른다는 우려가 있었던 것이다. 실제로 6월 말 이후 콜레라는 평양을 휩쓸었고 곧 서울에도 침입하여 많은 사상자를 냈다. 당시 내부(內部)장관 유길준은 콜레라를 막기 위하여 「검역규칙」, 「호열자예방규칙」, 「호열자병소독규칙」, 「호열자병 예방과 소독집행규정」 등을 잇달아 반포하고 방역국을 조직하고 검역소를 설치하였다. 이에 따라 호열자, 즉 콜레라로 의심되는 환자가 발생하면 즉시 경찰서에 신고해야 했으며 경찰은 환자가 발견되는 즉시 소독을 시행하고 환자를 병원에 격리시켜야 했다. 그러나 당시 조선정부가 육성한 의료 인력이 존재하지 않는 상황 하에서 효율적인 방역이 이루어지기란 매우 어려웠다. 이에 조선정부는 의료선교사들과 각 개항지에서 활동 중인 일본인 의사들을 방역사업에 참여시키고자 1895년 「방역위원회」<sup>54)</sup>를 설치하였다. 당시 대부분의 조선인들은 콜레라를 막기 위하여 대문에 고양이 그림을 붙여 놓기도 하였는데 릴리어스 호튼 언더우드는 그 이유를 다음과 같이 기록하였다.

조선 사람들은 경련은 쥐가 다리를 감고 올라와서 가슴까지 이르게 되는 것이라고 믿기 때문에 콜레라를 「쥐 병」이라고 부른다. 따라서 그들은

52) 같은 책, p.199. 재인용.

53) 1895년에 유행한 콜레라는 1894년 만주의 대홍수와 밀접한 관련이 있다. (I. B. 비숍, 신복룡 역, 『조선과 그 이웃나라들』, 집문당, 2000, pp.186~192).

54) 콜레라 방역에 있어서 에비슨을 중심으로 서양인 의사들과 함께 「방역위원회」를 구성했던 일본인 의사들은 서양인 의사의 감독 하에 일하는 것에 불만을 갖고 철수해 남대문 부근에서 따로 일을 하였다. (이광린, 『올리버 알 에비슨의 생애』, 연세대학교 출판부, 1992, p.79).

고양이의 영혼에게 기도하며, 문에 종이 고양이를 매달며, 경련이 난 곳을 고양이 가족으로 문지른다.<sup>55)</sup>

때문에 에비슨이 위원장으로 임명된 「방역위원회」에서는 다음과 같은 내용의 공고를 붙여야만 했다.

#### <공 고>

콜레라는 악귀에 의해 발생되지 않습니다. 그것은 세균이라 불려지는 아주 작은 생물에 의해서 발병됩니다. 이 살아 있는 균이 우리 몸에 들어 오면 그 수가 급격히 증가하면서 병을 일으킵니다. 만약 당신이 콜레라를 원치 않는다면 균을 받아들이지 않아야 합니다. 지켜야 할 것은 음식을 반드시 끓이고 그 끓은 음식을 다시 감염 되기 전에 먹기만 하면 됩니다. 갓 끓인 숭늉을 마셔야 합니다. 찬물을 마실 때도 끓여서 깨끗한 병에 넣어 두어야 합니다. 언제 감염될지 모르니 식사 전에 반드시 손과 입안을 깨끗이 씻으십시오. 이상의 사항을 준수하면 콜레라에 걸리지 않습니다.<sup>56)</sup>

「방역위원회」는 콜레라 환자를 격리하기 위해 1895년 7월 동부 하도감(下都監) 피병원(避病院: 격리병원)과 서부 모화관(慕華館) 피병원을 설립하였다. 정확한 통계를 내기는 어려우나 하도감에서 치료를 받았던 사람은 총 135명, 사망자는 102명으로 치사율은 76% 정도였다. 모화관에서 치료를 받았던 사람은 총 173명, 사망자는 61명으로 치사율은 35% 정도였다. 이와 같이 치사율에서 차이가 나는 것은 조선정부가 직접 세운 하도감 피병원에 비해 선교회가 운영한 모화관 피병원이 시설면에서 비교적 좋은 상태를 유지했기 때문이다. 릴리어스 호튼 언더우드는 콜레라로 인한 조선인들의 고통에 대해 다음과 같이 생생한 기록을 남겼다.

이 당시의 전염병은 이제까지 내가 본 것 중에서 가장 절망적이고 치명적인 것이었으며 의약품도 최종적인 결말을 조금 지연시키는 것 이상의 효과가 없는 듯했다. 독소는 신경 중심 세포에 침투하여 모든 조직에

55) L. H. 언더우드, 신복룡·최수근 역, 『상투의 나라』, 집문당, 1999, p.174.

56) 이광린, 『에비슨의 생애』, pp.77~78. 재인용.

퍼진다. 근육은 심한 경련으로 조이고, 심장이 멎기도 하고, 극심하게 춥고 맥박이 희미해지고 정신이 오락가락하거나 또는 갑자기 아무런 증세도 나타나지 않다가 희생자가 되어 즉시 죽기도 한다. 전염병의 아주 심한 증상이 사라지고 구토와 고통이 없어지고 맥박이 거의 정상적으로 회복되어 환자가 거의 퇴원해도 좋을 정도가 된 후에 다시 알 수 없는 변화가 일어나 폐렴, 요독증(尿毒症) 또는 무시무시한 질병의 다른 후유증으로 불쌍한 희생자가 죽는 경우도 있다.<sup>57)</sup>

이 해에 콜레라로 인해 발생한 사망자 수는 수만 명 정도였을 것으로 짐작된다.<sup>58)</sup> 이것은 1821년 콜레라가 조선에서 처음 발병했을 때나 1859년 유행당시 40만 정도의 사망자를 낸 것보다는 규모가 작았다. 물론 이것을 단순히 방역 대책의 효과로만 보기는 어렵다. 어느 질병이건 유행이 거듭되면 이미 한번 병에 걸렸던 사람들이 늘어나게 되어 면역력이 생기기 때문에 유행의 기간도 짧아지고 사망자 수도 감소하기 때문이다. 그러나 한 가지 분명한 사실은 서양의사나 일본의사들에 의해 주요한 방역조치가 취해지기는 하였으나 그 이전의 어떤 시기에서도 이만큼 대규모적이며 체계적으로 방역 사업이 실시된 예가 없었다는 것이다. 갑오정권은 1896년 2월 아관파천(俄館播遷)으로 무너지고 근대적 의학체계를 위한 개혁은 광무정권으로 넘어가게 되었다. 1897년 대한제국기에 들어서면서 서양의학의 장점이 부각되는 동시에 한의학에 대한 비판론이 제기되기 시작하였다. 그리하여 『독립신문』에는 다음과 같은 사설이 실리기도 하였다.

못된 의원이란거슨 민간에 큰 화라 조선 사림이 의원 섯둑에 죽는 사림이 일년에 몇 천명이니 의원이 업서더면 이사림들이 이러케 죽을 리가 업는디 무심헌 의원에 학문 업는 약과 침섯둑에 불샹헌 인싱이 목숨을 만히 일허스니 엇지 불샹 헝지 안헝리요 외국셔는 사림이 의원이 되랴면 적어도 닐곱 희를 날마다 학교와 병원에서 각식 병을 눈으로 보고 다스리는 법을 공부헌 후에 대학교 교관들 압회서 시험을 지낸 후 다시 의원 노릇을 헝랴면 그동리 판윤 압회 가서 상등 의원들을 청헝야 다시 시험 헝야 그사림이 닌치 외치와 부인병들과 옹히 병들과 희산헝는디 관계 되는 학문과 화학과 약물학과 약몬드는 법을 다 시험을 지낸 후랴 판윤

57) L. H. 언더우드, 앞의 책, p.173.

58) 신동원, 『보건의료사』, p.164.

이 인가장을 해야 주어 비로쇼 민간에 나아가 의원 노릇을 하는 법이라 의원이 이학문들을 모르고 책을 보고 의원인체 하는 사람은 세계에 데일 위턱한 사람이라 근일에 들으니 쇼위 의원이라 하는 자들이 사람을 침을 주어 죽은 사람이 만히 잇다니 침이라 하는거슨 당초에 학문이 업는 물건이라 외국서는 의원이 사람의 살을 기계를 가지고 건드리랴면 그기계를 더운 물에 넋코 쓰려 그기계에 잇는 빅테리아(독물)가 다 죽은 뒤에 다시 약물에 너허 아쵸 넘너 업슨 후에 비로쇼 살도 베고 오장을 열고라도 다시 기워 먹면 그사람이 몇 날이 되야 도로 살아나는거시 묘리인즉 첫직 사람이 엇더케 싱긴거슬 알아 벼지 안홀 물건은 벼지 안코 쏘 벼는 기계와 손과 의복과 방과 각식 물건이 다 정히계 해야 빅테리아가 죽은 후에 아모 열이라도 흐거드면 당초에 사람이 죽는 법이 업는지라 조선의원은 첫직 사람이 엇더케 싱긴 것도 모로논거시 의원 공부 홀 췌에 죽은 사람을 히부 하나 하여 본 일이 업슨즉 엇지 각식 혈관과 신경과 오장 육부가 엇더케 노여시며 그것들이 다 무슴 직무를 하는 거신지 그중에 하나가 병이 들면 엇던 병증세가 싱기는지 화학을 모른즉 약이엇지 효험이 잇는지 약을 쓰면 그약이 엇더케 사람의 몸에 관계가 되는지 도모지 모르고 덤허 노코 약을 주며 덤허 노코 침을 주니 이거슨 곳 사람을 위턱히다가 집어 넋는거시라 정부에서 빅성을 위 해야 의학교와 병원은 아직 못 세워 주드릭도 데일 침주는 법을 금해야 불상한 목숨들이 살터이요<sup>59)</sup>

그러나 다른 한편으로는 조선인의 체질은 서양인과 다르므로 내과적 질환에 있어서는 한의학이 서양의학보다 효과적이라는 주장이 제기되기도 하였다.<sup>60)</sup> 이러한 상황 속에서 한의학 역시 내부적으로 변화를 모색하게 되었던 것이다. 이 시기 한의학은 서양식 의학교육과 같이 체계적인 의학교육과 함께 국가에 의한 시험, 면허 관리 등 제도적인 변화를 요구받았다.

앞서 언급했듯이 서양식 의학교육을 담당했던 제중원은 1894년 운영권이 미 북장로회 선교부로 이관되었다. 따라서 조선정부의 영향력이 사라진 상황에서 제중원의학교의 교육목표는 달라질 수밖에 없었다. 즉, 국가의 관리가 아닌 기독교적 소양을 갖춘 임상 의사를 육성하고자 했던 것이다. 이것은 바꾸어 말하면, 정부 차원에서 관할하는 의학교육기관이 존재

59) 「의원까닭에 죽는 목숨들」, 『독립신문』, 1896. 12. 1.

60) 「醫校說明」, 『皇城新聞』 1899. 5. 5; 「請設大韓醫學」, 『皇城新聞』 1904. 4. 18.

하지 않는다는 것이었다. 의학의 중요성이 강조되고 있던 상황에서 의학 교를 설립해야 한다는 주장은 민간차원에서도 요청되었다. 그리하여 1899년 지석영을 교장으로 하는 관립의학교가 개설되었다. 관립의학교의 졸업생은 졸업 후 정부의 관리로 임용될 예정이었으며 당시 서양의학과 한의학 사이의 논쟁은 반영되지 않은 채 서양의학만을 위주로 교육하였다. 그러나 대한제국기는 대민 구료기관으로 한의학이 중심이 된 광제원(廣濟院)이 설립된 것에서도 알 수 있듯이 한의학의 효용성이 지속적으로 제기되던 시기였다. 광제원의 치료대상은 주로 빈민들이었고 한의학 전공자들을 정식 의사로 인정하여 유예기간을 거쳐 의학교육을 받고 시험에 합격한 자들에게 의사 자격을 부여하도록 하였다.<sup>61)</sup>

또한 제중원이 서울에서만 진료를 실시한데 반해 광제원은 구료활동을 지방으로 확대해 나갔으며 1902년 콜레라가 유행하자 고종의 명에 따라 광제원 소속의 한의사들이 임시 방역위원으로 임명되기도 하였다. 이 임시위원들은 콜레라 유행지역에 파견되어 구료활동을 벌였다. 이는 대한제국시기 의학체계에서도 여전히 한의학에 대한 신뢰감이 높았음을 의미하는 것이다.

이와 같이 조선정부는 자주적인 입장에서 서양식 근대의학을 받아들이고 그것을 전통적인 한의학과 연계시켜 이를 통해 부국강병을 이루려고 하였다. 그러나 이러한 노력은 1905년이후 통감부 시기에 접어들면서 조선이 반식민지라는 특수한 상황에 놓이게 되면서 수포로 돌아가게 되었다. 그리고 통감부 시기에는 식민화에 목적을 둔 일제의 서양의학이 동인회를 앞세워 조선에 침투하게 된다.

---

61) 대한제국기에 한의학에 대한 신뢰가 여전히 높았다는 것을 보여주는 것은 1906년 한의학과 서양의학을 함께 교육하는 기관인 동제의학교(同濟醫學校)의 설립이다. (기창덕, 『한국근대의학교육사』, 아카데미아, 1995, p.406; 신동원, 『보건의료사』, pp.421~426).



### Ⅲ. 통감부시대의 전염병 대책

#### 1. 동인회(同仁會)의 활동

통감부의 주도 아래 이루어진 의학체계 재편과정에서 주요한 역할을 수행했던 것은 바로 동인회였다. 동인회는 원래 1902년 일본에서 결성된 의사단체로 일본의 국가적 이익 확보를 위해 1904년 러일전쟁 시기에도 경부철도 건설과정에 깊이 관여하였다. 공사 과정에서 발생하는 전염병과 부상자들의 치료를 위해 동인회에서 의사들을 파견했던 것이다. 이와 함께 동인회는 철도 중심지에 동인회 소속 병원들을 건립하기 시작하였다. 1906년 12월 평양동인의원이 나카무라 도미조(中村富藏)의 주도하에 개원하였고 그 2개월 뒤인 1907년 2월에는 대구동인의원이 후지나와 분준(藤縄文順)의 주도하에 설립되었다. 특히 대구는 경부철도의 중심이었으므로 경부철도회사는 대구동인의원에 5천원의 기부금을 내기도 하였다. 각 지역에 설립된 동인회의 일차적인 목표는 거류민의 진료였는데 이들이 안정적으로 조선생활에 적응하기 위해서 의료기관은 반드시 필요한 것이었다. 그러나 동인의원의 목표가 단순히 일본 거류민 진료에만 있었던 것은 아니다. 동인회는 스스로가 ‘일본 의술의 개척자’ 라는 생각을 가지고 있었으며 진료를 통하여 조선인들에게 ‘일본의 선진성을 부각시켜 일본의 조선진출을 보조한다’<sup>62)</sup>는 목적을 달성하고자 하였다.

동인회가 조선에서의 위생사업 가운데 가장 중요시 한 것은 바로 종두사업이었다. 종두사업은 본래 개항이후 지석영(池錫永)에 의해 조선에 본격적으로 도입되었는데<sup>63)</sup> 황현(黃玹)은 『매천야록』(梅泉野錄)에서 지석영에 대해 다음과 같이 말하고 있다.

---

62) 박윤재, 앞의 책, p.157. 재인용.

63) 개항 전후 조선에서 처음으로 우두를 시술한 사람은 이재하(李在夏)였으나 우두법과 관련하여 가장 중요한 인물은 지석영이라 할 수 있는데 이는 그가 우두법을 제도화하는데 많은 영향을 끼쳤기 때문이다. (신동원, 앞의 책, pp.59~60).

서울 살고 있는 지식영은 역관의 가정에서 태어나 한시를 익혔고 서화도 해설했다. 일본에 건너갔다가 우두를 배워왔는데 기묘년(1879년, 고종 16년)·경진년(1880년, 고종 17년) 사이에 서울시내에 국을 설치하여 외방에 사는 사람까지 우두법을 가르쳤다. 이에 따라 점차로 전국으로 퍼져나갔다.<sup>64)</sup>

지식영은 「우두신설」(牛痘新說)에서 우두법에 대하여 “그 법이 아주 신통하고 그 효과와 이로움이 아주 넓어, 세계 만국에서는 거의 보편화되지 않음이 없어 한 사람도 천연두로 죽는 이가 없으나, 오직 우리나라에서만 견문이 부족하여 이것을 연구하는 자가 드물다”<sup>65)</sup>하였다. 위에서 언급한 바와 같이 우두법은 접종액을 만들고 시술 방법을 익히는데 오랜 시간이 걸리지 않아 빠른 시간 내에 큰 효과를 볼 수 있었다. 당시 조선에서 천연두는 “사계절을 통해서 각지에 발생하고 때때로 유행하는 상태를 나타내기도 하여 거의 다 풍토병으로 보는 상황”이었다.<sup>66)</sup> 따라서 동인회는 조선 각지에 의사를 파견하고, 그들로 하여금 우두법을 실시하도록 하였다. 이와 같이 ‘한국을 의사위생상 문명으로 인도하는 것은 찬성할 수단’이었으므로 통감인 이토 히로부미(伊藤博文) 역시 동인회의 활동을 지지하였다.<sup>67)</sup> 또한, 동인회 소속 의사들은 조선인들의 ‘신망을 얻고 신용을 쌓기’ 위하여 조선인 환자에 대해서는 진찰료를 면제해주고, 약값과 치료비에 대해서는 일본인의 반액으로 감액하였으며 빈민에 대해서는 무료진료를 실시하였다.<sup>68)</sup> 이와 함께 동인의원은 자신들의 영향력을 확대시키기 위하여 서양의학을 교육하는 부속 의학교를 개설하기도 하였다. 물론 이것은 조선인 회유를 목적으로 하는 것이었으며 동인회는 통감부의 조선지배를 의학적 차원에서 지원하는 역할을 담당했던 것이다.

64) 황 현, 정동호 역, 『매천야록』, 꿈이 있는 집, 2005, p.62.

65) 대한의사학회, 앞의 책, p.179.

66) 『朝鮮總督府 施政年報』 3卷, 國學資料院, 1983, p.347.

67) 박윤재, 앞의 책, p.153. 재인용.

68) 같은 책, pp.157~158. 재인용.

## 2. 위생경찰제도 실시와 위생사업

동인회 활동과 함께 일본은 경찰과 헌병을 앞세워 강압적인 방역을 실시하였다. 1904년 러일전쟁에서 승리하면서 조선침략을 본격화한 일본은 ‘시정개선’(施政改善)이라는 미명하에 고문정치(顧問政治)를 실시하면서 한국내정에 깊이 관여하였다. 그리하여 대한제국의 경찰권을 장악하기 위해 경무고문으로 마루야마 시게토시(丸山重俊)를 고빙(雇聘)하였다. 이에 따라 경찰의 위생활동 내용은 크게 변하였다. 경찰의(警察醫)제도가 시행되고 경찰관서의 증가와 함께 경찰력 증강이 이루어지면서 보건, 방역 활동에 있어 경찰의 역할이 강조되었다. 각 지방에 설치된 경무고문부는 경무고문의를 배치하여 검역 등 위생경찰 사무뿐만 아니라 진료에도 종사하도록 하였다. 경무고문부에서는 고문의로 위생사무에 대한 전문적인 지식을 갖고 있는 의사를 원하였고 동인회에 의사들에 대한 추천을 요청하였다. 추천받은 경무고문의들의 임무는 경무고문부에 소속된 관리와 가족의 진료, 위생경찰과 관련된 업무를 담당하는 것이었다. 이 중 가장 우선적인 업무는 일본인 관리의 진료였으며 군의가 부속되지 않은 군대가 그 지역에 주둔할 경우 부대원들의 진료도 담당하였다.<sup>69)</sup>

1907년 체결된 <한일신협약>(정미 7조약)에 따라 경무고문을 경시총감(警視總監)으로 하고 각 도의 경무고문지부 보좌관을 각 도 경시(警視)로 임명하는 등 다수의 일본경찰관리가 한국정부에 임용되었다. 합병된 경찰조직을 보면 내부(内部)에 경무국(警務局)을 두고 내부대신의 직할 하에 경시청을 두며, 각 도에는 경찰서를 두었다. 이로써 통감부는 한국의 경찰권을 실질적으로 지휘·감독할 수 있게 되었으며 위생경찰의 호칭도 경무고문의에서 경찰의로 바뀌게 되었다. 경찰의로 명칭이 변경되면서 조선인 회유를 위하여 조선인에 대한 진료가 병행되었다. 그러나 위생개선을 위해 강제적으로 취해진 조치들과 각 경찰서를 중심으로 강제 시행된 중두는 조선인들의 반일감정을 자극하여 조선인 진료가 순조롭게 이루어질 수 없도록 하였다. 이에 따라 조선인의 반일감정을 악화시키기 위하여

---

69) 같은 책, p.170. 재인용.

통감부는 조선인을 일본인 관리와 동등하게 진료해주어야 한다는 훈령을 하달하고<sup>70)</sup> 도서지역에 순회진료를 실시하기도 하였다. 이러한 순회진료는 통감부 권력과 위생경찰의 영향력이 전국 각지에 미치고 있음을 의미하는 것이었다. 통감부는 조선인들의 위생인식이 너무 낮다는 판단 하에 위생 사무를 강제적으로 실행하지 않으면 안 된다는 인식을 가지고 있었다. 그리하여 위생경찰은 호구조사나 시찰을 통하여 불결한 장소가 없는지를 검사하고 위생조합의 설치, 운용 과정에 대해 반드시 경찰의 지도를 받도록 하였다. 이는 바꾸어 말하면 조선인들이 통감부에 의해 ‘위생’과 ‘청결’의 논리로 통제되고 있음을 의미하는 것이었다.

한편, 위생경찰제도의 정비를 통해 위생행정사무를 실질적으로 장악해 나가던 통감부는 이와 병행하여 중앙 의료기관의 개편을 시도하였다. 이에 따라 한국 정부의 광제원, 의학교 및 대한적십자병원을 통폐합시키고 대한의원이 창립되었다. 1907년 3월 반포된 대한의원 관제를 보면 대한의원을 의정부에 속하게 하고, 내부대신이 원장을 겸하도록 하며, 원장은 반드시 고문과 협의하여 병원사무를 진행하도록 하였다. 또한 내부에는 치료부, 교육부, 위생부를 두었는데 위생부는 종래 경무국 위생과가 담당하였던 각종 위생 관련 업무를 이관 받아 처리하게 되었다. 그러나 1907년 12월 관제 개정을 통하여 대한의원을 의정부 직속에서 내부대신 소관으로 한 등급 낮추고 위생부를 독립시켜 새로이 위생시험부를 창설하였다. 이 때문에 위생부에서 담당하던 의약인과 의약에 관한 조사, 전염병과 중두 사무, 검역·정선에 관한 조사, 위생회 및 지방 병원에 대한 조사 등에 대한 사무가 없어졌다. 대신 전염병과 기타 병원(病源)의 분석 및 치료 방법의 연구, 두묘(痘苗) 제조 등의 활동이 추가되었다.<sup>71)</sup> 이는 대한의원이 통감부의 의료부문 장악을 위해 임시적으로 위생행정, 구료, 교육을 통합한 형태의 편법적인 기관이었음을 반증하는 것이었다. 관제 개정을 통하여 대한의원의 성격은 단순한 치료, 교육, 연구 기관으로 그 성격이 바뀌게 되었다. 관제 개정에 따라 원장을 별도로 임명하고 형식상 내부대신의 감

---

70) 같은 책, p.172. 재인용.

71) 1909년에는 의학교육 업무가 부속 의학교로 이관되어 대한의원은 질병 치료를 전담하는 전문병원 체제로 바뀌게 되었다. (신동원, 앞의 책, pp. 352~353).

독을 받도록 하였다. 원장으로는 일본에서 동인회 부회장으로 활동하고 있던 사토 스스무(佐藤進)가 임명되었는데 이는 일본인에 의한 의료기관 장악을 의미하는 것이다.

사토 스스무는 대한의원 설립의 목적을 ‘한인 중 빈곤자를 시료하는 데’ 있다고 밝히고 있다.<sup>72)</sup> 대한의원이 설립되던 시기 통감부 통치정책의 기조는 즉각적인 합병이 아닌 점진적인 시정개선을 통하여 한국인의 거부감과 저항을 무마함으로써 궁극적으로는 한국을 합병하는데 있었다. 대한의원은 이러한 차원에서 조선인에 대한 진료를 통해 조선의 후진성을 인식시키고 통감부의 위상을 높이는 역할을 담당하였던 것이다.

한편 대한의원은 ‘시혜적 차원’에서 조선인들을 진료하는 것 외에도 식민지개척을 위해 조선에 온 일본인들의 진료에도 중점을 두었다. 대한의원이 건립된 이후 조선인과 일본인 환자의 인구 대비 이용률을 비교해 보면 ‘조선인을 위한’, ‘조선의 의술을 발전시키기 위한’ 대한의원 건립은 사실상 일본인들을 위한 것이었음을 알 수 있다.

<표 2> 1907~1910년 대한의원 이용환자 수

|     |     | 1907  | 1908  | 1909  | 1910  |
|-----|-----|-------|-------|-------|-------|
| 조선인 | 입 원 | 59    | 159   | 208   | 278   |
|     | 외 래 | 1,928 | 4,913 | 6,474 | 7,219 |
| 일본인 | 입 원 | 116   | 428   | 699   | 825   |
|     | 외 래 | 839   | 5,253 | 8,412 | 9,551 |

『朝鮮總督府統計年報』(1910年), p.504 에서 발췌하여 작성함.

1910년 당시 경기도에는 조선인 1,363,089명, 일본인 54,760명이 거주하고 있었다. 즉, 조선인 거주자의 0.6% 만이 대한의원을 이용한데 반해 일본인은 거주자의 19% 가 대한의원을 이용했던 것이다. 이와 같이 대한의원을 이용하는 조선인과 일본인이 차이가 나는 것은 첫째, 조선인이 일본에 대해 반감을 가지고 있어 일본인이 의사로 있는 대한의원의 이용을 기피했기 때문이다. 바꾸어 말하면 일본인이 의사로 있는 대한의원은 그만

72) 박윤재, 앞의 책, p.192. 재인용.

큰 일본인들이 이용하기에 용이했을 것이다. 둘째, 비싼 입원료 역시 조선인들이 대한의원을 쉽게 찾을 수 없도록 하였다. 대한의원이 조선인 회유를 위하여 생활 정도에 따라 무료, 혹은 감액 치료를 한다고 선전하고 있었으나 이는 매우 제한적이었다. 시료환자(施療患者) 자격을 얻기 위해서는 경찰서 등에서 발급하는 증명서가 필요했으며 그나마도 시료환자는 정원이 정해져 있었다. 1908년부터 1911년까지 대한의원(1910년 9월 이후부터 조선총독부의원으로 개칭)의 조선인 보통환자는 22,149명, 시료환자는 28,366명이며, 일본인 보통환자는 52,138명, 시료환자는 1,321명이었다.<sup>73)</sup> 즉, 조선인 시료환자는 전체환자의 56%를 차지했고 일본인 시료환자 비율은 전체환자의 2%에 불과했음을 알 수 있다.

시료환자에 대한 진료는 일본인이 한국인에 대해 ‘의료 혜택을 베풀어 준다’는 선전적인 측면이 강했기 때문에 구료를 받은 자들에게 ‘감상문’을 받아 이를 널리 선전하기도 하였다.<sup>74)</sup> 또한, 한국인 시료진물은 병원 본관에서 떨어진 의학교 안에 위치해 있는 등 일반환자와 다른 대우를 받았다. 이는 곧 ‘후진적인’ 한국의 의술을 ‘발전’ 시키기 위해 설립된 대한의원의 ‘전문적이고 현대적인’ 의료 혜택이 주로 일본인들을 위한 것이었으며 조선인의 경우는 ‘구료’ 차원에 머물고 있었음을 의미하는 것이다.

이처럼 대한의원설립과 각 지방에서의 위생경찰제도 시행으로 의학적 지배체제를 다져나가던 통감부는 경찰과 헌병을 동원하여 무단적인 방역 활동을 벌였는데 이는 1907년 유행한 콜레라 방역활동을 통해서도 알 수 있다. 같은 해, 2월 의주 지방에서 첫 콜레라 환자가 발생하는데 이어 한성과 부산, 인천, 평양 등지에서도 계속해서 환자가 발생하였다. 1907년에 유행한 콜레라로 전국적으로 376명의 환자가 발생<sup>75)</sup>했는데 이는 그다지 큰 피해는 아니었다. 그러나 이 당시 콜레라 방역은 그 발생규모에 비해 과잉적인 면이 있었다. 그것은 그 해 10월 16일 일본 황태자의 방한이 예정되어 있었기 때문이다. 황태자의 조선 방문은 통감부의 시정에 대한

73) 신동원, 『보건의료사』, pp.362~363. 재인용.

74) 같은 책, p. 362. 재인용.

75) 같은 책, p.405. 재인용.

평가와 연결되는 것이었으므로 통감부는 콜레라 방역에 총력을 기울였다.<sup>76)</sup> 방역사업에 대한 이토 통감의 생각은 다음과 같았다.

伊藤 통감은 일거에 이것을 박멸하는 것을 급무로 여기고, 10월 4일 경성 및 인천의 방역사무를 모두 長谷川 주차군사령관에게 일임하였다. 또 방역사무를 집행할 때는 모름지기 인권을 해하지 않는 한 계엄령으로 행하여도 무방하며, 비용 같은 것은 아끼지 말도록 하였다.<sup>77)</sup>

그리하여 10월 4일 이토 통감은 한국주차군사령관(韓國駐劄軍司令官) 하세가와 요시미치(長谷川好道)에게 방역에 관한 일체의 권한을 일임하였다. 하세가와 사령관은 즉각 13사단장인 오카자키 쇼조(岡崎生三)를 방역총장으로, 군의감(軍醫監) 후지타 쓰구아키(藤田嗣章)와 경무국장 마쓰이 시게루(松井茂)를 방역부총장으로 하는 방역위원회를 조직하였다.<sup>78)</sup> 이와 같이 방역총장에 군사령관이 임명되고 일본 군부가 중심이 되어 방역위원회가 구성되었다는 것은 이토 통감의 ‘인권을 해하지 않는 한’이라는 표현과는 달리 계엄령적인 군사적 방역활동이 실시되었음을 의미하는 것이다. 방역활동에 대해 좀 더 상세한 기록을 살펴보면 다음과 같다.

동일 군사령부에 방역 본부를 두고, 방역부서를 정하여, 각부에 위원장 및 위원을 두어, 丸山 경시총감을 경성 한인정, 三浦 이사관을 일본 거류지 및 용산, 信夫 이사관을 인천의 각 방역위원장으로 하여, 在京城 및 용산의 문무관아에도 각 위원장 및 위원을 두고, 방역방침 및 방역규정을 제정하여 이에 근거하여 신속 과감하게 방역사무를 집행하였다. 즉 악역 유행의 우려가 있는 지구에는 소독적 대청결법을 勵行하고 불량하다고 인정되는 우물은 일시 폐쇄하며, 혹은 석탄류를 투여하여 사용을 금하고, 일정기간 公費로 좋은 음료수를 공급하며, 가장 비위생적인 생활을 하여 도저히 자력으로 개선할 능력이 없다고 인정되는 자는 公費로 衣食을 주고, 군집·密居 혹은 불결한 생활을 하여 전혀 개선이 예상되지 않는 것은 일시 公費로 다른 곳에 이전시키고 위험하다고 인정되는 음식물의 판매

76) 박윤재, 앞의 책, p.198.

77) 김승태, 앞의 논문, p.246. 재인용.

78) 박윤재, 앞의 책, p.198. 재인용.

를 금하며, 불결한 음식점으로서 방역상 위험하다고 인정되는 것은 일시  
영업을 정지하게 하였다.<sup>79)</sup>

이러한 조치로 우물에 소독약을 풀거나 폐쇄하여 식수 부족현상이 일어  
났고 음식물 중 의심이 가는 것은 판매를 금지하여 식료품 공급이 중단되  
기도 하였다.<sup>80)</sup> 1909년의 콜레라 유행시에도 콜레라 방역은 역시 경찰이  
중심이 되어 시행되었다. 8월 중순부터 유행하기 시작하여 10월 7일까지  
1,652명의 환자가 발생했고 발병환자의 74%에 달하는 1,218명이 사망하였  
다. 특히 한성은 가장 많은 피해를 입어 1,103명의 환자가 발생해 그 중  
80%인 884명이 사망하였다.<sup>81)</sup> 이처럼 콜레라가 유행하자 한성과 인천의  
관공립학교는 휴학에 들어가기도 하였고<sup>82)</sup> 각 관공서는 업무시간을 단축  
하였다.<sup>83)</sup> 심지어 통감부 외사과(外事課) 관리 한명이 콜레라에 걸린 것  
으로 판명되어 임시 휴무에 들어간 일도 있었다.<sup>84)</sup> 9월 15일에는 경시총  
감 와카바야시 라이조(若林寶藏)의 이름으로 질병 환자 신고를 규정하였  
는데 만약 신고하지 않을 경우 처벌하는 내용을 담고 있었다. 규정은 다  
음과 같다.

어떤 병을 막론하고 환자가 있을 때에는 그 호주가 부재할 때에는 그  
가족이, 가족이 부재할 때에는 동거나 또는 가옥 관리자가 신속히 서면이  
나 구두로 경찰관서 또는 순사 파출소에 신고함이 가함. 토사나 급성하리  
(急性下痢)의 환자가 있을 때도 똑같음. 본령에 위반한 자는 10일 이하의  
구류 또는 10원 이하의 벌금에 처함.<sup>85)</sup>

경찰과 헌병이 중심이 되어 실시한 교통 차단, 환자 색출, 청결법 시행

79) 김승태, 앞의 논문, pp. 246~247. 재인용.

80) 「食水困難」, 『皇城新聞』 1907. 10. 8.

81) 신동원, 『보건의료사』, p.408. 재인용.

82) 「高校大清潔」, 『皇城新聞』 1909. 9. 19; 「因虎休學報告」, 『皇城新聞』 1909. 9. 22.

83) 「괴질쫓둑」, 『大韓每日申報』 1909. 9. 23.

84) 「統府虎患」, 『皇城新聞』 1909. 9. 22.

85) 신동원, 『보건의료사』, p.408. 재인용.



등 단속 위주의 방역활동은 전염병을 방지한다는 논리 하에 개인의 권리를 침해당했다. 그리하여 신문에 다음과 같은 기사가 나기도 했다.

근일에 호열자에 걸린 사람이 있으면 경시청에서 의사를 파송하여 진찰하고 치료하며 순사를 파송하여 교통을 두절하는 것은 전염병을 예방하는 것인데 여항(閭巷)에서 와전하기를 어떤 병자든지 피병원으로 여송(昇送) 한다 하여 이로 인해 소동이 일어나는 고로 어제 경시청에서 각서(署)로 신칙(申飭)하여 이러한 폐습을 금지하게 하고 각 연극장에 회집관광이 위생에 방해라 하여 이 또한 엄금한다더라.<sup>86)</sup>

경찰은 호구조사를 실시하고 일단 환자가 발생하면 그 집을 차단, 감시하여 집안 식구들조차 환자를 볼 수 없도록 하고 사망 시에는 즉시 소독 후 수구문 밖으로 내보내 문도록 하였다.<sup>87)</sup> 이처럼 개인의 권리를 침해하는 군사적 방역활동이 이루어지면서 주민들의 반감이 고조되어 발병사실을 숨기는 사례까지 생겨났다. 이는 피병원이 조선인들에게 신뢰감을 주지 못하기 때문이었는데 한 설사 환자가 피병원으로 강제 이송되어 생사를 알 수 없게 되는 일도 있었다.<sup>88)</sup> 또한 “대한의원의 의사와 간호사가 거의 대부분 일본인이었으므로 조선인 환자의 병을 치료하고 환자를 돌보는데 정성을 쏟지 않는다”<sup>89)</sup>는 불만을 가지고 있었다.

이와 같이 경찰이 중심이 되는 통감부의 비효율적이고 강제적인 방역활동은 민중의 반발을 사고 있었으며 그에 대한 대응책으로 민간의 참여를 유도하는 방법이 논의되었다. 그리하여 1907년 한성위생회(漢城衛生會)가 조직되어 내부차관을 회장으로 하고 경무국장, 대한의원장, 이사관(理事官) 외에도 윤덕영, 유길준 등이 회원으로 참여하였다. 이 중에서 윤덕영은 황실의 외척이며 한일합방 당시 일본에 적극적으로 협력한 대표적인 친일파였다. 반면 유길준은 친일적인 성향보다는 내부대신을 역임하면서 위생정책을 추진한 전력이 있어 회원으로 영입되었을 것이다. 한성위생회

86) 「醫廳申飭」, 『皇城新聞』 1909. 9. 23.

87) 「사러날 병인 잇슬가」, 『大韓每日申報』 1909. 9. 22.

88) 「하느님 맘소서」, 『大韓每日申報』 1909. 9. 23.

89) 「론설」, 『大韓每日申報』 1910. 2. 6.

가 조직된 근본적인 목적은 안정적인 식민지배를 위해서는 인구 감소와 민심의 동요를 막아야 하는데 이를 위해서는 정기적인 청결사업을 담당할 위생조직이 필수적이었기 때문이다. 당시 통감부에서는 한성위생회 설립 목적을 다음과 같이 말하고 있다.

무슨 까닭으로 경성에 이와 같은 설비를 할 것인가 라고 물음에 시골에는 이와 같은 위생의 필요가 없지만 시가에는 위생상 해로운 것이 산과 같으므로 유행병도 자연히 많다. 그러므로 경성에서 일본 시가를 따라 청결히 해도 한인 시가가 불결하면 유해한 것은 자연히 한인거리로부터 일본인 거리로 올 것이다. 한인 거리를 청결히 해도 지나(支那) 거리가 불결하면 같은 결과를 낳을 것이다. 그러므로 전체적으로 합의하여 위생을 도모할 수밖에 없다.<sup>90)</sup>

이는 바꾸어 말하면, 일본인의 건강을 위해서는 한국인과 중국인의 거주지를 청결하게 유지해야 한다는 것이다. 한성위생회는 바로 이러한 조치의 일환으로 조직되었던 것이다. <한성위생회 규약>을 살펴보면 다음과 같다.

- 제1조 한성위생회는 한성 및 부근의 지역 내에서 위생상태의 개선을 도모함을 목적으로 한다.
- 제2조 한성위생회의 사업에 필요한 비용은 한국정부의 보조금과 한성주재자에게서 징수하는 금액으로써 충당한다.
- 제3조 한성위생회에는 회장 및 평의원을 둔다. 회장은 내부차관으로 평의원은 아래에 제시한 자로서 이를 보충함. 내부 경무국장, 한국주탐군 군의부장, 경시총감, 경성이사청 이사관, 한성부윤, 경성거류민단장, 한성부민총대, 회장은 필요로 인정할 때 전항 이외에 평의원을 촉탁할 수 있다.
- 제4조 한성위생회에 실행위원 약간명을 두되 위원장은 경시총감으로서 이에 충당하고 위원은 경시 혹은 기사 및 한성주재자에서 회장이 이를 촉탁함.
- 제5조 평의원은 사업의 계획 및 비용의 징수에 관한 사항을 결정함.
- 제6조 위원은 평의원의 회의를 집행함.<sup>91)</sup>

90) 박윤재, 앞의 책, p.215. 재인용.

91) 기창덕, 「조선시대말 개명기의 의료(1)」, 『의사학』 제5권 제2호, 1996, p.181. 재인용.

한성위생회가 본격적인 사업을 시작한 것은 1908년 9월 16일로 종래 경성민단(京城民團)과 경시청에서 시행하던 경성지역의 제예사업(除穢事業)을 맡게 되었다.<sup>92)</sup> 한성위생회의 설립으로 경성에 거주하는 모든 주민들이 의무적으로 위생비를 납부하게 되면서 일본인들의 위생비 부담이 크게 줄어드는 결과를 낳았다. 또한 위생경찰의 역할이 한층 강화되었는데 이는 사업을 실질적으로 추진하는 실행위원장에 경시총감이 임명되고 위생회의 의결 사항을 경시청에서 시행했기 때문이다. 이에 따라 내부 위생국의 역할은 자연히 축소되었다. 구체적인 청결사무의 진행내용은 다음과 같다.

실행부에서는 경시총감을 위원장으로 하고 동청(同廳) 각 과장 급(及) 경성부 각 경찰서장 분서장을 위원으로 하며 기(其) 사업의 실행은 전(全)히 경찰관서에서 행하고 상(尙) 시민의 부담은 위생회비의 징수도 경찰관서에서 집행한 것이다.<sup>93)</sup>

위생회비의 징수는 물론이고 일상적인 청소인부의 감독 역시 경찰의 임무였으며 각 경찰서의 순사, 순사보가 이를 담당하였다. 그러나 기존에 무료로 이루어지던 분뇨처리에 대해 위생비를 징수하자 조선인들은 물론이고 일본인들 사이에서도 불만이 터져 나왔다. 그 구체적인 내용은 다음과 같다.

이제하늘일을 본즉 걸음장수의 똥쳐가는거슬 엄금하여 허다한 걸음장수가 걸음 한삼푼을 엇지못하고 성안 몇만집에서 모흐는 걸음을 위싱회사에서 모다 츠지하느도다. 과연 무슴빅생에게 혜택이되는 청결방법이 잇는가 듯고저하엿더니 이제하느바를 본즉 성년성외에 사는 인민에게 위싱비를 거두는디 령이 날마다 나미 독촉이 성화갸흐며 경찰관리가 돈니며 돈을 받치라 공갈하미 계견식지 겹을 내느도다. 전일에는 걸음장수가 날마다 똥을 처가더니 이제 위싱회사에서는 혼들에 혹 혼번 혹 두번씩 처가는고로 집집에서 똥이 산갸치싸이미 청결을 실시함이나니오 오예를 실시함이라하고 민원이 랑자하느도다. 오호-랴 이거시 위싱방법이며 이거

92) 「汚穢場 實施」, 『皇城新聞』 1908. 9. 10.

93) 박윤재, 앞의 책, p.219. 재인용.

시 위생회사인가 전에는 한성늬외 근처에 사는 허다흔 간난흔 빅성들이  
 쑥을 쳐다가 혹 걸음으로 풀기도하고 혹 밧헤 걸음도하여 이거스로 싱애  
 를 숨더니 위생회사가 설립된후로 몇천명 걸음장스가 싱업을 모다 일헛  
 스니 가련흔 더 빅성들이 무엇을하여 싱활하며 이썸아니라 전일에 걸음  
 장스들이 쑥을 쳐갈때에는 인민들이 돈흔풀을 허비치아니하고 쑥은 날마  
 다 밀니지 아니하고 쳐가더니 더 위생회사가 설립된후로는 소위 위생비  
 라흔 것을 집 띤간에 이전식을 강제로 거두어가니<sup>94)</sup>

이처럼 위생비는 철저히 받아가면서 위생사업은 제대로 시행하지 않자  
 세간에서는 “이는 위생(衛生)이 아니라 해생(害生)” 이라는 비판의 소리  
 가 높았다.<sup>95)</sup> 위생비가 체납되었을 경우 경찰이 각 가정을 방문하여 독촉  
 을 하고 심한 경우 “인민의 집에 돌입하여 가산집물(家産什物) 집행” 하  
 기도 하였다.<sup>96)</sup> 심지어 위생비를 내지 않았다가하여 70세의 노인을 군도(軍  
 刀)로 난타하고 안방으로 난입하여 임신한 며느리를 위협하는 등 그 폐해  
 가 컸다.<sup>97)</sup> 위생비가 부담능력이 없는 빈민들에게까지 청구되고 있어 원  
 성이 자자했으므로 한성위생회는 경시청에 빈민호수에 대한 조사를 의뢰  
 하기도 하였다.<sup>98)</sup>

뿐만 아니라 한성위생회는 수거한 분노를 일본인 사업자에게 넘기고 일  
 본인 사업자는 이를 다시 조선 농민에게 팔아 이득을 취하였다. 그리하여  
 『대한매일신보』에는 다음과 같은 기사가 실렸다.

이썸에 일인이 설립흔 걸음회사에서 그 기회를 르서 쑥 슈레로 분분히  
 성늬에 쑥을 모다 슈출하여 성밧기 농민에게 픈노도다. 이로브터 몇빅만  
 명 한국인의 쑥이 일인의 손으로 모다 넘어가서 몇천만석 걸음의 리익이  
 일인의 입으로 다 드러가되 일반한인들은 그 빅를 문지르며 곱으되 이속  
 에서 썻는 썻썻지도 일인의 소유가 되엇는가하고 허다흔 걸음장스들은  
 그 손을 부비며 곱으되 쑥흔바가리썻지 일인에게 빼앗겼다하며 성밧기  
 농민들은 더욱 탄식하여 곱으되 한국쑥이 일인의 입으로 이따 드러가되

94) 「위생회사」, 『大韓每日申報』 1908. 12. 15.

95) 「항설분운」, 『大韓每日申報』 1909. 6. 23.

96) 「민심분울」, 『大韓每日申報』 1909. 4. 3.

97) 「위생비독촉」, 『大韓每日申報』 1909. 4. 2. ; 「순사형패」, 『大韓每日申報』 1909. 4. 22.

98) 「빈한흔 백성도사」, 『大韓每日申報』 1909. 5. 13.

그 갑시 황금과 곱흐니 금년 이후에는 농스도 폐헛갯다헛고 (중략) 성년 인민은 무슴연고로 걸음회사에 쫘을주며 성밧기 걸음 장스는 무슴연고로 걸음회사에 쫘을 사서 쓰논고 이는 필연 그 걸음회사가 일인의 영업인즉 일인의 리를 누가 감히 썩아스리오헛야 이디경이되엿도다.<sup>99)</sup>

이는 조선의 분노마저 일본인에게 넘어가 그들의 이익을 위해 쓰이고 있음을 개탄한 것이다. 경찰이 이렇게 강제적인 방법으로 위생비를 징수한 것은 한성위생회 운영비가 거의 대부분 위생비 납부에 의해 충당되고 있었기 때문이다. 실제로 1908년~1910년까지 총수입에서 위생비가 차지하는 비율은 무려 88~93%에 달했다.<sup>100)</sup> 그러나 보다 중요한 목적은 주민통제를 강화하기 위한 것이었다. 즉, 조선시대에는 엄격한 내외구분으로 인해 친척이라 할지라도 남자는 결코 출입할 수 없었던 여성들만의 공간에 경찰이 ‘위생개선’이라는 명분으로 침입한 것이다. 이를 통하여 통감부 권력은 경찰력을 통하여 각 가정에까지 미치게 되었고 피지배 대상인 조선인들은 식민지 권력의 무서움을 몸소 체험하게 되었던 것이다.

통감부 시기는 1905년~1910년까지 불과 5년 동안으로 그 시기가 짧았으므로 본격적인 식민통치는 총독부 시기로 넘어가게 되었다. 특히 총독부 시기에는 통감부 시기와는 달리 장기적인 식민통치를 위하여 조선의 풍토병과 전염병에 대한 연구가 활발히 진행되었다.

---

99) 「한국걸음과 일본사람」, 『大韓每日申報』 1908. 10. 11.

100) 박윤재, 앞의 책, p.224. 재인용.

## IV. 일제하 전염병의 발생과 의료정책

### 1. 풍토병 연구와 8종 전염병 발생 실태

병합 후 총독부는 풍토병(지방병)과 전염병 예방에 많은 관심을 기울였다. 이는 조선에 거주하는 일본인들의 건강과 생명을 지키기 위함이었다. 다른 한편으로는 전염병이 노동력 감소의 주요한 원인이었기 때문에 전염병 유행으로 인한 인구감소를 막고자 하는 의도도 있었던 것이다. 1910년 총독부가 설치되자 대한의원은 조선총독부의원(朝鮮總督府醫院)으로 개칭되고 원장에 육군 군의부장 후지타 쓰구아키(藤田嗣章)가 임명되었다. 총독부 의원은 진료 외에도 조선의 전염병이나 풍토병 예방을 위한 연구를 진행했다. 당시 일본은 조선을 식민통치함에 있어 토착적인 위생환경 연구의 필요성을 절감하고 있었는데 그 중에서도 특히 전염병과 지방병(풍토병) 연구에 대한 중요성이 제기되었다. 즉, ‘그 병이 발생하는 경우에는 어떻게 하여 예방할 것인가, 어떻게 그것을 박멸할 것인가 하는 점까지 능히 연구해 둘 필요’가 있었던 것이다.<sup>101)</sup> 이 연구를 위해 1916년 5월 총독부의원에 전염병지방병연구과(傳染病地方病研究科)가 설치되었다. 이와 관련한 자세한 내용은 다음과 같다.

조선에서 지방병으로 주축이 되는 것은 페디스토마이고 말라리아, 십이지장충병, 재귀열, 나병, 기생충병 등이 순차적으로 그 뒤를 잇는다. 그 분포는 전도(全道)에 걸쳐서 있고 그 중에서도 페디스토마는 함경남도 남부 지방이 병독이 가장 농후한 지역이고 기타 각지에 산재해 있다. (중략) 또 십이지장충병 등도 각지에 환자가 존재해서 그 수효가 적지 않지만 일반 위생의 혁신과 함께 점차 감퇴 추세에 있다. 조선에서 지방병은 그 증상이 일본에서와 모양·상태가 달라서 특수한 연구가 필요하므로 금년 5월 총독부의원에서 이에 대한 조사·연구를 개시하였다.<sup>102)</sup>

101) 박윤재, 앞의 책, p.244. 재인용.

102) 『朝鮮總督府 施政年報』 5卷, 國學資料院, 1983, pp.319~320.

특히 조선의 풍토병(지방병) 중에서도 가장 광범위하게 퍼져있던 것은 페디스토마와 십이지장충 등 장내기생충(腸內寄生蟲)으로 페디스토마의 경우 치사율이 25%, 십이지장충은 10%에 달했다.<sup>103)</sup> 연구과 설치의 직접적인 계기가 된 것 역시 페디스토마에 대한 연구의 필요성 때문이었다. 그러나 당시까지 페디스토마에 대해서는 게와 민물고기가 2차 숙주로 작용한다는 것 외에는 거의 알려진 사실이 없었다. 당시 말라리아에는 키니네(kinine), 재귀열에는 비소제(arsenicals)와 같은 치료제가 효과가 있는 것으로 알려졌으나 페디스토마나 십이지장충의 경우 특별한 치료제가 없었던 것이다. 페디스토마 발병에 대한 구체적인 내용을 살펴보면 다음과 같다.

조선에서 주요한 지방병은 페디스토마인데 그 병은 명치 43년 충청남도 임천군(林川郡)에서 처음으로 발견되었고 그 이후 조사의 진보에 따라서 함경남도 고원(高原), 영흥(永興)의 두 군, 경기도 강화도, 평안남도 중화군(中和郡) 등에 다수의 환자가 있었고 그 밖의 지방에서도 병독이 침입된 마을이 적지 않음이 발견되었다. 페디스토마는 조선에서는 토질(土疾)이라 칭하는데, 유행은 좀 오래전에 수류(水流) 등의 관계로써 점차 광범위하게 전파되었다고 간주한다. 그런데도 조선 사람은 일반적으로 관습적인 질환이 되다보니 익숙해져 거의 개의치 않게 되어 완전히 자연의 유행에 방임하는 상황에 놓여 있다. 또한 그 병의 환자를 발견한 이래 경무관현으로 하여금 평소에 항상 위생 사상을 주입시키는데 노력함과 동시에 한편으로 국비를 할애하여 또는 지방 경제가 허락하는 한 음료수의 개량 기타 근본적인 예방시설을 힘써 확충하고 더욱이 금년 1월 이 병에 대한 응급처치 방법을 시달함과 동시에 한편으로는 유행 지방에 관한 조사 사항을 정하여 통일적인 조사를 시행하고 있는 중이다. 금년에 조사한 결과에 의하면 그 병 환자 또는 이환자(罹患者) 라고 인정될 만한 사람의 수효는 조선 전국을 통해서 호수(戶數) 3,895호, 인원 4,880명에 이르렀다.<sup>104)</sup>

실제로 조선인과 일본인 사망자의 주요 사망원인은 소화기병(消化器病) : 위·십이지장궤양, 식도질환, 만성간질환 및 간경변증 등), 신경계병(神

103) 신동원, 「일제의 보건의료 정책」, p.211. 재인용.

104) 『朝鮮總督府 施政年報』 3卷, 國學資料院, 1983, pp.370~371.

經系病 : 수막염, 뇌성마비, 간질 등), 호흡기병(呼吸器病 : 폐렴, 기관지염 등), 전염성병(傳染性病 : 콜레라, 이질, 천연두 등) 등이었다.<sup>105)</sup> 당시 조선의 위생 상태는 “위생시설이 극히 불완전하여 각종 전염병의 유행이 많고 특히 콜레라와 천연두 같은 병은 거의 해마다 유행을 보지 않을 수 없는 상황”<sup>106)</sup>이었다. 그러나 식민지 초기에는 확실한 치료제가 없었으므로 전염병에 대한 대책은 주로 예방에 집중될 수밖에 없었다. 그리하여 1915년 6월에 조선총독부제령(朝鮮總督府制令)제 2호로서 다음과 같은 전염병예방령(傳染病豫防令)을 발포(發布)하였다.

전염병의 예방에 관한 법규는 종래 구(舊) 한국 정부의 발포와 관련된 것과 원래 영사관(領事官) 또는 이사관(理事官)에서 내놓은 법규도 있어서 일본인·조선인의 구별에 따라 그 적용을 달리하게 되었고 규정의 내용 역시 각각 세세하게 다르므로 실시상 불편한 점이 적지 않기 때문에 금년 6월 제령으로서 전염병 예방령을, 같은 해 7월에 부령(府令)으로서 동령(同令)시행 규칙을 발포하고 금년 8월부터 실시하게 되었다. 이 부령에서 전염병이라고 칭하는 것은 일본의 예를 따라서 이를 콜레라·이질·장티푸스·파라티푸스·천연두·발진티푸스·성홍열·디프테리아·페스트의 9종으로 하고, 이외에 이 부령의 시행을 필요로 하는 전염병이 있을 때에는 총독이 이를 제정하게 하였다. 이 부령은 전염병이 유행하거나 또는 유행할 우려가 있는 경우에는 경무부장에게 전염병의 유사증세 혹은 보균자에 대하여 이 부령의 일부나 전부를 적용하게 하였다.<sup>107)</sup>

이에 따라 경무부장은 시가지 전부나 일부의 교통 차단, 인민의 격리·대중의 집합 제한, 금지·선박 기차 제조소 등에 의사 고용·우물 상하수도의 신설, 개조, 변경, 폐지 또는 사용정지·어로작업 유영(遊泳) 또는 물사용의 제한·취잡기 또는 건강진단·사체검안·청결방법·소독방법 기타 일정한 방역시설의 명령 또는 시행을 할 수 있었다.<sup>108)</sup> 또 방역상 필요한 때에는 선박, 기차 및 여객의 검역을 시행할 수 있었는데 이는 국외로부

105) 善生永助, 『朝鮮の人口研究』, 民俗苑, 1925; 1999년 영인본, p.197. ; 朝鮮總督府, 『朝鮮の人口現象』, 民俗苑, 1927; 1999년 영인본, p.396.

106) 『朝鮮總督府 施政年報』 3卷, 國學資料院, 1983, p.344.

107) 『朝鮮總督府 施政年報』 5卷, 國學資料院, 1983, pp.307~308.

108) 같은 책, p.308.



터 침입하는 전염병들을 막고 한국 내에서 발생하는 전염병을 박멸하기 위함이었다.

9종 전염병 중에서 페스트는 조선에 유행한 적이 없어 조선총독부조차도 “만주, 러시아령 지방에 인접하였는데도 불구하고 페스트 침입이 아직까지 전혀 없었음은 자랑할 만한 일”<sup>109)</sup>이라고 언급하고 있다.

<표 3> 전염병 환자 및 사망자

| 연도   | 콜레라    |        | 이질    |     | 장티푸스  |       | 파라티푸스 |    | 천연두    |       |
|------|--------|--------|-------|-----|-------|-------|-------|----|--------|-------|
|      | 환자     | 사망     | 환자    | 사망  | 환자    | 사망    | 환자    | 사망 | 환자     | 사망    |
| 1910 | 486    | 382    | 1,438 | 339 | 857   | 285   |       |    | 2,536  | 481   |
| 1911 | 4      | 2      | 1,418 | 327 | 1,258 | 305   | 22    | 1  | 3,762  | 551   |
| 1912 | 122    | 78     | 1,945 | 400 | 1,593 | 252   | 111   | 9  | 1,142  | 164   |
| 1913 | 1      | 1      | 1,388 | 309 | 1,956 | 373   | 234   | 28 | 226    | 35    |
| 1914 |        |        | 1,396 | 343 | 2,402 | 425   | 476   | 64 | 140    | 12    |
| 1915 | 1      | 1      | 1,344 | 316 | 2,596 | 415   | 380   | 29 | 48     | 8     |
| 1916 | 2,066  | 1,253  | 1,189 | 306 | 2,365 | 437   | 370   | 45 | 48     | 6     |
| 1917 |        | 1      | 2,097 | 574 | 2,403 | 501   | 372   | 37 | 49     | 6     |
| 1918 |        |        | 1,124 | 268 | 3,752 | 704   | 1,144 | 92 | 330    | 111   |
| 1919 | 16,915 | 11,533 | 1,492 | 401 | 3,123 | 655   | 643   | 90 | 2,140  | 700   |
| 1920 | 24,229 | 13,568 | 974   | 253 | 2,140 | 422   | 220   | 23 | 11,532 | 3,614 |
| 1921 | 1      | 1      | 978   | 311 | 2,535 | 485   | 300   | 33 | 8,316  | 2,527 |
| 1922 | 40     | 23     | 1,932 | 529 | 3,801 | 768   | 473   | 52 | 3,676  | 1,160 |
| 1923 |        |        | 1,195 | 296 | 2,839 | 541   | 314   | 30 | 3,722  | 1,120 |
| 1924 |        |        | 1,443 | 386 | 3,273 | 567   | 301   | 16 | 439    | 85    |
| 1925 | 6      | 5      | 2,030 | 488 | 5,006 | 906   | 474   | 66 | 699    | 170   |
| 1926 | 252    | 159    | 2,277 | 594 | 5,174 | 805   | 372   | 33 | 1,010  | 237   |
| 1927 |        |        | 3,291 | 750 | 4,762 | 700   | 461   | 58 | 627    | 149   |
| 1928 |        |        | 2,772 | 645 | 6,557 | 1,037 | 409   | 32 | 290    | 83    |
| 1929 | 18     | 15     | 3,347 | 742 | 6,324 | 1,039 | 359   | 32 | 523    | 126   |

109) 『朝鮮總督府 施政年報』 6卷, 國學資料院, 1983, p.284.

| 연도   | 발진티푸스 |     | 성홍열   |     | 디프테리아 |     | 합 계    |        |
|------|-------|-----|-------|-----|-------|-----|--------|--------|
|      | 환자    | 사망  | 환자    | 사망  | 환자    | 사망  | 환자     | 사망     |
| 1910 |       |     | 41    | 8   | 67    | 25  | 5,425  | 1,520  |
| 1911 | 6     | 2   | 44    | 1   | 90    | 37  | 6,604  | 1,226  |
| 1912 | 15    | 5   | 39    | 7   | 153   | 49  | 5,120  | 964    |
| 1913 | 8     | 2   | 70    | 13  | 185   | 44  | 4,068  | 805    |
| 1914 | 12    | 4   | 336   | 121 | 169   | 63  | 4,931  | 1,032  |
| 1915 | 24    | 4   | 614   | 156 | 336   | 112 | 5,343  | 1,041  |
| 1916 | 35    | 5   | 223   | 48  | 310   | 98  | 6,606  | 2,198  |
| 1917 | 98    | 3   | 232   | 31  | 366   | 113 | 5,617  | 1,266  |
| 1918 | 108   | 23  | 125   | 12  | 333   | 107 | 6,916  | 1,317  |
| 1919 | 836   | 119 | 137   | 28  | 273   | 73  | 25,559 | 13,599 |
| 1920 | 78    | 20  | 371   | 106 | 264   | 69  | 39,808 | 18,075 |
| 1921 | 73    | 18  | 717   | 209 | 238   | 93  | 13,158 | 3,677  |
| 1922 | 63    | 20  | 585   | 139 | 265   | 101 | 10,835 | 2,792  |
| 1923 | 27    | 6   | 1,008 | 242 | 420   | 141 | 9,525  | 2,376  |
| 1924 | 540   | 94  | 1,361 | 340 | 523   | 185 | 7,933  | 1,699  |
| 1925 | 225   | 34  | 734   | 158 | 514   | 203 | 9,705  | 2,041  |
| 1926 | 1,239 | 136 | 798   | 135 | 497   | 191 | 11,631 | 2,295  |
| 1927 | 952   | 84  | 904   | 179 | 607   | 223 | 11,700 | 2,201  |
| 1928 | 1,769 | 195 | 1,322 | 306 | 589   | 210 | 13,720 | 2,513  |
| 1929 | 1,164 | 128 | 1,606 | 345 | 823   | 313 | 14,316 | 2,831  |

『朝鮮總督府統計年報』(1910年: pp.502~514), (1911年: pp.458~474), (1912年: pp.584~600), (1913年: pp.421~447), (1914年: pp.367~398), (1915年: pp.396~434), (1916年: 420~464), (1917年: pp.456~505), (1918年: 508~559), (1919年: pp.372~402), (1920年: pp.34~83), (1921年: pp.31~71), (1922年: pp.48~92), (1924年: pp.48~93), (1925年: pp.391~429), (1926年: pp.392~430), (1927年: pp.375~412), (1928年: pp.383~422), (1929年: pp.394~419) 에서 발췌하여 작성함. (이하 <표 15> 까지 같음).

<표 3>을 보면 각 전염병 별 환자 및 사망자 수와 조선에서 자주 유행한 것은 콜레라·천연두·장티푸스·이질이었음을 알 수 있다. 또한 3.1운동이 일어났던 1919년에서 1920년에 걸쳐 전염병 환자 및 사망자가 급증했는데 이는 중국, 일본 지역으로부터 콜레라와 천연두가 유입되어 나타난 현상이다.<sup>110)</sup> 그 예로, 콜레라의 경우 1919년과 1920년 사이 2년간의 환자가 1910년에서 1929년 사이의 전체 환자의 93.2%, 사망자수의 92.9%의 높은 비율을 차지한다. 콜레라는 급성전염병 중에서도 가장 위험한 전염병의 하나로 천연두와 마찬가지로 검역(檢疫)을 통해 침입을 방지할 수

110) 같은 책, pp.285~286.

있다고 알려져있다.

<표 4> 전염병 환자 대 사망률

| 연도   | 콜레라  |      |      | 이질   |      |      | 장티푸스 |      |      | 파라티푸스 |      |     | 천연두  |      |      |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|------|-----|------|------|------|
|      | 조선인  | 일본인  | 외국인  | 조선인  | 일본인  | 외국인  | 조선인  | 일본인  | 외국인  | 조선인   | 일본인  | 외국인 | 조선인  | 일본인  | 외국인  |
| 1910 | 79.1 | 68.2 |      | 21.6 | 25.6 |      | 22.5 | 28.6 |      |       |      |     | 18.4 | 32.4 |      |
| 1911 |      | 50.2 |      | 25.1 | 22   |      | 20   | 27.1 |      | 9.1   | 0.0  |     | 14.2 | 29.4 |      |
| 1912 | 63.8 | 64.2 |      | 19.4 | 21   |      | 10.2 | 12.3 |      | 12.1  | 0.0  |     | 13.3 | 38.2 |      |
| 1913 | 100  |      |      | 25.8 | 20.5 | 50   | 11.2 | 22.7 | 50   | 11.4  | 12.5 |     | 15.4 | 20   | 0.0  |
| 1914 |      |      |      | 31   | 21.3 | 66.7 | 14.1 | 23.1 | 0.0  | 14.3  | 12.7 |     | 9.2  | 0.0  |      |
| 1915 | 100  |      |      | 41.1 | 16.3 | 40   | 15.3 | 16.5 | 22.2 | 7.2   | 7.6  | 20  | 17   | 0.0  |      |
| 1916 | 60.9 | 59.5 | 50   | 33.3 | 21.7 |      | 17   | 20.2 |      | 14.9  | 9.3  |     | 14.7 | 7.1  |      |
| 1917 |      |      |      | 39.9 | 19.8 | 23.5 | 19.8 | 22.6 | 50   | 6.9   | 13.7 |     | 20   | 4.3  | 0.0  |
| 1918 |      |      |      | 39   | 13.4 | 11.1 | 18.2 | 21.7 | 40   | 13.8  | 3.3  |     | 35.1 | 27.3 | 20   |
| 1919 | 68.2 | 65.8 | 57.7 | 34.5 | 23.9 | 0.0  | 21.3 | 20.5 | 0.0  | 13.6  | 15   |     | 35.9 | 21.6 | 0.0  |
| 1920 | 55.9 | 61.8 | 82.3 | 35   | 21.6 | 8.3  | 17.2 | 21.9 | 33.3 | 8.8   | 11.6 |     | 32.5 | 22.3 | 29.4 |
| 1921 | 100  |      |      | 39.3 | 26.6 | 33.3 | 18.3 | 20.4 |      | 9.1   | 13   |     | 30.8 | 23.5 |      |
| 1922 | 55.3 | 100  | 100  | 34.6 | 23.6 | 13.3 | 18.2 | 21.8 | 36.4 | 11.1  | 11   | 8.8 | 33   | 24   | 33.8 |
| 1923 |      |      |      | 31.2 | 20.9 | 6.7  | 17.9 | 20.6 | 33.3 | 7.7   | 10.9 |     | 30.8 | 18.6 | 33.3 |
| 1924 |      |      |      | 33.2 | 20.5 |      | 16.8 | 18.3 | 20   | 9.5   | 2.7  |     | 19.9 |      |      |
| 1925 | 83   |      |      | 25.8 | 22.9 | 25   | 17.2 | 20   | 12.5 | 13.4  | 14.7 |     | 24.8 | 16   | 33.3 |
| 1926 | 62.9 | 100  |      | 29.4 | 21.9 | 20   | 14.6 | 18.4 | 11.1 | 10.2  | 5.1  | 100 | 23.2 | 22.3 | 54.5 |
| 1927 |      |      |      | 25.9 | 18.5 | 55.6 | 13.9 | 17.2 | 33.3 | 14.4  | 10   |     | 23.7 | 25.9 |      |
| 1928 |      |      |      | 25.7 | 20.4 | 12.5 | 16   | 15.6 |      | 9.3   | 6    |     | 32.1 | 8.1  | 20   |
| 1929 | 23.3 |      |      | 24.2 | 19   | 21.7 | 16.3 | 16.5 | 50   | 9.7   | 7.9  |     | 24.6 | 16.6 |      |

| 연도   | 발진티푸스 |      |     | 성홍열  |      |      | 디프테리아 |      |      | 합 계  |      |      |
|------|-------|------|-----|------|------|------|-------|------|------|------|------|------|
|      | 조선인   | 일본인  | 외국인 | 조선인  | 일본인  | 외국인  | 조선인   | 일본인  | 외국인  | 조선인  | 일본인  | 외국인  |
| 1910 |       |      |     | 33.3 | 18.4 |      | 45.8  | 32.6 |      | 26.6 | 31.8 |      |
| 1911 | 50    | 25   |     | 14.3 |      |      | 70    | 32.9 |      | 16.2 | 34.2 |      |
| 1912 | 12.5  | 57.1 |     | 57.1 | 9.3  |      | 51    | 23   |      | 16.2 | 21.3 |      |
| 1913 | 25    | 25   |     | 53.3 | 9.3  | 0.0  | 42.4  | 19.7 |      | 17.8 | 20.9 | 36.4 |
| 1914 | 25    | 50   |     | 64.1 | 28   | 0.0  | 58.2  | 23.2 | 33.3 | 19.5 | 21.7 | 25   |
| 1915 | 18    |      |     | 43.6 | 18.4 | 0.0  | 43.2  | 26.2 | 0.0  | 23.2 | 16.7 | 23.8 |
| 1916 | 16    |      |     | 42.2 | 17.9 | 50   | 44.4  | 20.8 |      | 39.2 | 25.2 | 30   |
| 1917 | 3.7   |      |     | 29.4 | 6.8  | 0.0  | 46.4  | 21.6 | 0.0  | 25.5 | 19.4 | 21.4 |
| 1918 | 21.4  | 21.1 |     | 8    | 10.1 | 0.0  | 50    | 23.1 | 0.0  | 20.9 | 16.2 | 17.1 |
| 1919 | 14.7  | 12.2 | 0.0 | 57.1 | 11   |      | 40.9  | 17.3 | 0.0  | 57.9 | 24.1 | 37.5 |
| 1920 | 21.4  | 36.4 |     | 50   | 27.5 | 100  | 40.2  | 15.8 |      | 47.8 | 23.8 | 33.3 |
| 1921 | 29.3  | 71.4 |     | 42.1 | 26.5 | 28.6 | 49.6  | 28   |      | 9.3  | 23.2 | 10   |
| 1922 | 27.6  | 80   |     | 40   | 21.5 | 23.5 | 39.6  | 37   | 16.7 | 28.5 | 22.3 | 25.8 |
| 1923 | 25    | 18.2 |     | 35.3 | 22.2 | 37.5 | 45    | 21.1 | 33.3 | 27.4 | 20.5 | 25   |
| 1924 | 17.8  | 12.2 | 100 | 36.5 | 22.3 | 50   | 43.5  | 22.8 |      | 22.9 | 19.5 | 28.6 |
| 1925 | 15.4  | 12.5 |     | 48.8 | 18   | 33.3 | 50.3  | 19.2 |      | 21.7 | 19.8 | 23.5 |
| 1926 | 10.5  | 36.4 |     | 46.8 | 13.7 | 14.3 | 46.7  | 22.5 | 100  | 20.2 | 18.4 | 30.6 |
| 1927 | 8.7   | 18.8 |     | 38.3 | 15.5 | 50   | 46.8  | 18.7 |      | 19.4 | 17.4 | 38.9 |
| 1928 | 11.2  |      |     | 43.3 | 14.4 | 25   | 43.2  | 22.7 |      | 19.1 | 17.1 | 12.9 |
| 1929 | 11    | 10.3 |     | 38.5 | 17   | 20   | 48.1  | 16   | 100  | 21   | 17.2 | 24.2 |

<표 4>는 각 전염병에 대한 민족별 사망률로 이것을 보면 일본인은 초기에는 조선인에 비해 사망률이 높았으나 점차 감소하였음을 알 수 있고, 조선인은 1919년 57.9%, 1920년 47.8% 정도로 높은 것을 제외하면 그 나머지 기간동안 비슷한 수준이었다. 이는 전염병 예방정책이 별 실효를 거두지 못하였음을 의미하는 동시에 식민지 의료정책과 방역대책이 조선인 보다는 일본인 위주로 시행되었음을 입증하는 것이다.

그러나 한편으로 모든 전염병에 있어 조선인 사망률이 일본인 사망률보다 높은 것은 아니었다. 예를 들면 발진티푸스의 경우 일본인이 조선인에 비해 높은 사망률을 보이고 있다. 이는 민족적인 특성과도 관련이 있겠지만 일본인이 조선인에 비해 통계적 과실이 더 잘되었을 가능성도 부인할 수 없다. 조선인의 경우 질병에 걸리면 자가치료나 한의학 혹은 미신에 의존하는 경향이 있었으나 일본인은 근대식 의료설비가 갖추어진 병원에서 치료받는 것을 선호하였다. 즉, 의사들에 의해 발병자와 사망자 수가

파악되었기 때문에 전염병 발생통계가 조선인에 비해 훨씬 정확했다고 볼 수 있다.

성홍열의 경우 조기발견이 중요하며 환자와의 격리가 절대적으로 필요한 대표적 전염병인데 다른 질병에 비해 조선인이 일본인보다 높은 사망률을 보였음을 알 수 있다. 이를 통해 조선인이 일본인에 비해 성홍열 예방과 발병에 대한 사후대처가 미흡했음을 알 수 있다.

전염병 발생은 생활·영양상태와 밀접한 관련을 갖는 것으로 일제 식민 지배의 실상을 보여주는 자료라고 할 수 있다. 즉, 전염병 만연으로 인한 인구 감소와 사회적 혼란은 총독부 통치에 대한 비판의 근거가 될 수 있는 것이다. 따라서 각 전염병에 대한 발병자 수와 치사율을 살펴보고 일제시기 전염병이 얼마나 유행하였는가를 살펴보면 당시 식민지 한국의 실상을 파악할 수 있다. 각 전염병에 대한 환자수 및 치사율을 살펴보면 다음과 같다.

아래의 <표 5>를 보면 콜레라가 크게 유행한 해는 1910년, 1916년, 1919년, 1920년, 1926년임을 알 수 있다. 이는 콜레라가 크게 유행한 해에는 일제의 방역(防疫)활동이 그다지 실효를 거두지 못하였음을 의미하는 것이다. 콜레라가 크게 유행한 다섯해의 치명률을 살펴보면 1910년의 79.1%에서 1926년에는 62.9%로 다소 감소한 측면이 있기는 하지만 큰 변화를 찾아보기 힘들다.

한편, 일본인의 경우 한국인에 비해 상대적으로 적은 발병률을 보였음을 알 수 있다. 이것은 한국에 거주하는 일본인의 수가 한국인에 비해 적다는 것을 감안하더라도 엄청난 차이를 나타내는 것이다.

<표 5> 콜레라 환자수와 치사율

| 연도   | 한국인<br>환자수 | 한국인<br>사망자수 | 한국인<br>치사율 | 在朝鮮<br>일본인<br>환자수 | 在朝鮮<br>일본인<br>사망자수 | 在朝鮮<br>일본인<br>치사율 |
|------|------------|-------------|------------|-------------------|--------------------|-------------------|
| 1910 | 464        | 367         | 79.1 %     | 22                | 15                 | 68.2 %            |
| 1911 |            |             |            | 4                 | 2                  | 50 %              |
| 1912 | 72         | 46          | 63.9 %     | 50                | 32                 | 64 %              |
| 1913 | 1          | 1           | 100 %      |                   |                    |                   |
| 1914 |            |             |            |                   |                    |                   |
| 1915 | 1          | 1           | 100 %      |                   |                    |                   |
| 1916 | 1,680      | 1,022       | 60.8 %     | 384               | 230                | 59.9 %            |
| 1917 |            | *1          |            |                   |                    |                   |
| 1918 |            |             |            |                   |                    |                   |
| 1919 | 16,617     | 11,339      | 68.2 %     | 272               | 179                | 65.8 %            |
| 1920 | 24,045     | 13,453      | 55.9 %     | 178               | 110                | 61.8 %            |
| 1921 | 1          | 1           | 100 %      |                   |                    |                   |
| 1922 | 38         | 21          | 55.3 %     | 1                 | 1                  | 100 %             |
| 1923 |            |             |            |                   |                    |                   |
| 1924 |            |             |            |                   |                    |                   |
| 1925 | 6          | 5           | 83.3 %     |                   |                    |                   |
| 1926 | 248        | 156         | 62.9 %     | 3                 | 3                  | 100 %             |
| 1927 |            |             |            |                   |                    |                   |
| 1928 |            |             |            |                   |                    |                   |
| 1929 | 18         | 15          | 83.3 %     |                   |                    |                   |

(\*비고 : 1917년의 한국인 사망자 수는 오류로 보이나 원문에 나온 그대로 표기하였다).

아래의 <표 6>을 보면 이질의 발생환자수는 일본인들이 많았으나 치사율면에서는 오히려 한국인이 더 높았음을 알 수 있다. 이질은 일제시기 한국내의 일본인들에게 가장 높은 발병률을 보인 전염병으로 시간이 따라 치사율이 점차 감소하고 있음을 알 수 있다. 그러나 한국인의 경우 1913년 이후부터 치사율이 증가하고 있으며 1925년도 이후부터는 환자수도 급격히 증가하였다. 이질은 소화기계통의 전염병으로 발병자수와 치사율이 증가했다는 것은 일제의 식민통치가 본격화되면서 경제적 수탈로 인해 한국인들이 그만큼 열악한 식생활을 하고 있었음을 의미하는 것이다.

<표 6> 이질 환자수와 치사율

| 연도   | 한국인<br>환자수 | 한국인<br>사망자수 | 한국인<br>치사율 | 在朝鮮<br>일본인<br>환자수 | 在朝鮮<br>일본인<br>사망자수 | 在朝鮮<br>일본인<br>치사율 |
|------|------------|-------------|------------|-------------------|--------------------|-------------------|
| 1910 | 744        | 161         | 21.6 %     | 694               | 178                | 25.6 %            |
| 1911 | 479        | 120         | 25.1 %     | 939               | 207                | 22 %              |
| 1912 | 546        | 106         | 19.4 %     | 1,399             | 294                | 21 %              |
| 1913 | 454        | 117         | 25.8 %     | 932               | 191                | 20.5 %            |
| 1914 | 458        | 142         | 31 %       | 935               | 199                | 21.3 %            |
| 1915 | 384        | 158         | 41.1 %     | 955               | 156                | 16.3 %            |
| 1916 | 417        | 139         | 33.3 %     | 769               | 167                | 21.7 %            |
| 1917 | 784        | 313         | 39.9 %     | 1,296             | 257                | 19.8 %            |
| 1918 | 300        | 117         | 39 %       | 815               | 150                | 18.4 %            |
| 1919 | 426        | 147         | 34.5 %     | 1,061             | 254                | 23.9 %            |
| 1920 | 331        | 116         | 35 %       | 631               | 136                | 21.6 %            |
| 1921 | 400        | 157         | 39.3 %     | 575               | 153                | 26.6 %            |
| 1922 | 677        | 234         | 34.6 %     | 1,240             | 293                | 23.6 %            |
| 1923 | 475        | 148         | 31.2 %     | 705               | 147                | 20.9 %            |
| 1924 | 713        | 237         | 33.2 %     | 728               | 149                | 20.5 %            |
| 1925 | 1,120      | 289         | 25.8 %     | 906               | 198                | 21.9 %            |
| 1926 | 1,294      | 380         | 29.4 %     | 978               | 213                | 21.8 %            |
| 1927 | 1,856      | 481         | 25.9 %     | 1,426             | 264                | 18.5 %            |
| 1928 | 1,520      | 390         | 25.7 %     | 1,244             | 254                | 20.4 %            |
| 1929 | 1,985      | 482         | 24.3 %     | 1,339             | 255                | 19 %              |

아래의 <표 7>을 보면 한국인의 치명률이 일본인에 비해 다소 낮게 나타나고 있음을 알 수 있다. 식민지 시기 한국내 일본인들에게 이질과 함께 높은 발병률을 보였던 것이 바로 장티푸스였다. 장티푸스는 위생상태가 좋지 않은 후진국에서 특히 많이 발생하는 급성전염병이다. 한국인들은 물론 일본인들도 이 병에 많이 걸렸다는 것은 한국의 위생상태가 그만큼 열악했음을 의미하는 것이다. 한국인 발병자 수는 1914년 이후로 급증하였는데 일제시기 도시화에 따른 생활환경의 악화 때문으로 보인다. 또한 일본인의 경우는 1910년대에 비해 20년대에 접어들면서 치사율이 점차 감소하는 추세를 보이고 있다. 이는 일본인들이 한국에 거주하면서 면역

력이 증가되었을 가능성도 생각할 수 있으나 한편으로는 한국인에 비해 발달된 의료혜택을 받았기 때문으로도 볼 수 있다.

<표 7> 장티푸스 환자수와 치사율

| 연도   | 한국인<br>환자수 | 한국인<br>사망자수 | 한국인<br>치사율    | 在朝鮮<br>일본인<br>환자수 | 在朝鮮<br>일본인<br>사망자수 | 在朝鮮<br>일본인<br>치사율 |
|------|------------|-------------|---------------|-------------------|--------------------|-------------------|
| 1910 | 285        | 64          | <b>22.5 %</b> | 572               | 221                | <b>38.6 %</b>     |
| 1911 | 509        | 102         | <b>20 %</b>   | 749               | 203                | <b>27.1 %</b>     |
| 1912 | 617        | 63          | <b>10.2 %</b> | 976               | 189                | <b>19.4 %</b>     |
| 1913 | 700        | 86          | <b>12.3 %</b> | 1,250             | 284                | <b>22.7 %</b>     |
| 1914 | 1,445      | 204         | <b>14.1 %</b> | 955               | 221                | <b>23.1 %</b>     |
| 1915 | 1,306      | 201         | <b>15.4 %</b> | 1,282             | 212                | <b>16.5 %</b>     |
| 1916 | 1,282      | 218         | <b>17 %</b>   | 1,082             | 219                | <b>20.2 %</b>     |
| 1917 | 1,560      | 309         | <b>19.8 %</b> | 839               | 190                | <b>22.6 %</b>     |
| 1918 | 2,882      | 514         | <b>17.8 %</b> | 865               | 188                | <b>21.7 %</b>     |
| 1919 | 2,022      | 430         | <b>21.3 %</b> | 1,100             | 225                | <b>20.5 %</b>     |
| 1920 | 1,012      | 174         | <b>17.2 %</b> | 1,122             | 246                | <b>21.9 %</b>     |
| 1921 | 1,489      | 273         | <b>18.3 %</b> | 1,037             | 212                | <b>20.4 %</b>     |
| 1922 | 1,766      | 322         | <b>18.2 %</b> | 2,013             | 438                | <b>21.8 %</b>     |
| 1923 | 1,624      | 290         | <b>17.9 %</b> | 1,212             | 250                | <b>20.6 %</b>     |
| 1924 | 2,108      | 354         | <b>16.8 %</b> | 1,160             | 212                | <b>18.3 %</b>     |
| 1925 | 3,397      | 585         | <b>17.2 %</b> | 1,601             | 320                | <b>20 %</b>       |
| 1926 | 3,870      | 566         | <b>14.6 %</b> | 1,295             | 238                | <b>18.4 %</b>     |
| 1927 | 3,649      | 508         | <b>13.9 %</b> | 1,110             | 191                | <b>17.2 %</b>     |
| 1928 | 4,142      | 662         | <b>16 %</b>   | 2,407             | 375                | <b>15.6 %</b>     |
| 1929 | 4,570      | 748         | <b>16.4 %</b> | 1,752             | 290                | <b>16.6 %</b>     |



<표 8> 파라티푸스 환자수와 치사율

| 연도   | 한국인<br>환자수 | 한국인<br>사망자수 | 한국인<br>치사율 | 在朝鮮<br>일본인<br>환자수 | 在朝鮮<br>일본인<br>사망자수 | 在朝鮮<br>일본인<br>치사율 |
|------|------------|-------------|------------|-------------------|--------------------|-------------------|
| 1910 |            |             |            |                   |                    |                   |
| 1911 | 11         | 1           | 9.1 %      | 11                |                    |                   |
| 1912 | 74         | 9           | 12.2 %     | 37                |                    |                   |
| 1913 | 114        | 13          | 11.4 %     | 120               | 15                 | 12.5 %            |
| 1914 | 224        | 32          | 14.3 %     | 252               | 32                 | 12.7 %            |
| 1915 | 167        | 12          | 7.2 %      | 208               | 16                 | 7.7 %             |
| 1916 | 188        | 28          | 14.9 %     | 182               | 17                 | 9.3 %             |
| 1917 | 204        | 14          | 6.9 %      | 168               | 23                 | 13.7 %            |
| 1918 | 516        | 71          | 13.8 %     | 628               | 21                 | 3.3 %             |
| 1919 | 450        | 61          | 13.6 %     | 193               | 29                 | 15 %              |
| 1920 | 91         | 8           | 8.8 %      | 129               | 15                 | 11.6 %            |
| 1921 | 154        | 14          | 9.1 %      | 146               | 19                 | 13 %              |
| 1922 | 198        | 22          | 11.1 %     | 273               | 30                 | 11 %              |
| 1923 | 130        | 10          | 7.7 %      | 184               | 20                 | 10.9 %            |
| 1924 | 116        | 11          | 9.5 %      | 185               | 5                  | 2.7 %             |
| 1925 | 268        | 36          | 13.4 %     | 204               | 30                 | 14.7 %            |
| 1926 | 335        | 24          | 7.2 %      | 136               | 8                  | 5.9 %             |
| 1927 | 270        | 39          | 14.4 %     | 190               | 19                 | 10 %              |
| 1928 | 225        | 21          | 9.3 %      | 184               | 11                 | 6 %               |
| 1929 | 195        | 19          | 9.7 %      | 164               | 13                 | 7.9 %             |

<표 8>을 보면 파라티푸스는 다른 전염병에 비해 발병자 수와 사망자 수가 적음을 알 수 있다. 치사율도 다른 전염병에 비해 높지 않으며, 한국인과 일본인 치사율은 비슷한 추세를 보이고 있다. 소화기계 전염병으로 장티푸스와 유사한 증세를 보이는 파라티푸스가 한국에서 크게 유행하지 않았던 것은 한번 걸리면 평생 면역이 되는 병의 특징도 한 원인이었을 것이다. 다른 전염병과 마찬가지로 일본인의 경우 치사율이 차츰 감소하는 추세를 보이는데 이것은 역시 경제상태와 영양상태 등이 피지배민인 한국인들에 비해 더 좋았기 때문으로 생각된다.

<표 9> 천연두 환자수와 치사율

| 연도   | 한국인<br>환자수 | 한국인<br>사망자수 | 한국인<br>치사율 | 在朝鮮<br>일본인<br>환자수 | 在朝鮮<br>일본인<br>사망자수 | 在朝鮮<br>일본인<br>치사율 |
|------|------------|-------------|------------|-------------------|--------------------|-------------------|
| 1910 | 2,425      | 445         | 18.4 %     | 111               | 36                 | 32.4 %            |
| 1911 | 3,653      | 519         | 14.2 %     | 109               | 32                 | 29.4 %            |
| 1912 | 1,095      | 146         | 13.3 %     | 47                | 18                 | 38.3 %            |
| 1913 | 214        | 33          | 15.4 %     | 10                | 2                  | 20 %              |
| 1914 | 131        | 12          | 9.2 %      | 9                 |                    |                   |
| 1915 | 47         | 8           | 17 %       | 1                 |                    |                   |
| 1916 | 34         | 5           | 14.7 %     | 14                | 1                  | 7.1 %             |
| 1917 | 25         | 5           | 20 %       | 23                | 1                  | 4.3 %             |
| 1918 | 282        | 99          | 35.1 %     | 33                | 9                  | 27.3 %            |
| 1919 | 1,670      | 600         | 35.9 %     | 464               | 100                | 21.6 %            |
| 1920 | 10,224     | 3,321       | 32.5 %     | 1,291             | 288                | 22.3 %            |
| 1921 | 7,888      | 2,428       | 30.8 %     | 422               | 99                 | 23.5 %            |
| 1922 | 3,086      | 1,018       | 33 %       | 587               | 141                | 24 %              |
| 1923 | 3,509      | 1,080       | 30.8 %     | 210               | 39                 | 18.6 %            |
| 1924 | 428        | 85          | 19.9 %     | 9                 |                    |                   |
| 1925 | 628        | 156         | 24.8 %     | 56                | 9                  | 16.1 %            |
| 1926 | 905        | 210         | 23.2 %     | 94                | 21                 | 22.3 %            |
| 1927 | 599        | 142         | 23.7 %     | 27                | 7                  | 25.9 %            |
| 1928 | 243        | 78          | 32.1 %     | 37                | 3                  | 8.1 %             |
| 1929 | 491        | 121         | 24.6 %     | 30                | 5                  | 16.7 %            |

<표 9>를 보면 한국인 치사율은 1910년대에 비해 1920년대에 높아지고 있으며 일본인의 경우 식민지 초기에는 조선인보다 치사율이 높았으나 점차 감소하였음을 알 수 있다. 특히 1920년 무렵에 크게 유행하였다. 천연두는 콜레라와 마찬가지로 검역활동을 통해 어느정도 예방이 가능하며 일제 시기에는 종두를 보급하여 위생경찰이 강제적으로 예방접종을 실시하기도 하였다. 그럼에도 불구하고 한국인 발생자수나 치사율면에서 뚜렷한 감소가 나타나지 않는 것은 총독부가 선전하는 전염병 예방대책이 그다지 큰 효과를 거두지 못하였음을 의미하는 것이다.

<표 10> 발진티푸스 환자수와 치사율

| 연도   | 한국인<br>환자수 | 한국인<br>사망자수 | 한국인<br>치사율 | 在朝鮮<br>일본인<br>환자수 | 在朝鮮<br>일본인<br>사망자수 | 在朝鮮<br>일본인<br>치사율 |
|------|------------|-------------|------------|-------------------|--------------------|-------------------|
| 1910 |            |             |            |                   |                    |                   |
| 1911 | 2          | 1           | 50 %       | 4                 | 1                  | 25 %              |
| 1912 | 8          | 1           | 12.5 %     | 7                 | 4                  | 57.1 %            |
| 1913 | 4          | 1           | 25 %       | 4                 | 1                  | 25 %              |
| 1914 | 8          | 2           | 25 %       | 4                 | 2                  | 50 %              |
| 1915 | 22         | 4           | 18.2 %     | 2                 |                    |                   |
| 1916 | 31         | 5           | 16.1 %     | 4                 |                    |                   |
| 1917 | 81         | 3           | 3.7 %      | 17                |                    |                   |
| 1918 | 70         | 15          | 21.4 %     | 38                | 8                  | 21.1 %            |
| 1919 | 696        | 102         | 14.7 %     | 139               | 17                 | 12.2 %            |
| 1920 | 56         | 12          | 21.4 %     | 22                | 8                  | 36.4 %            |
| 1921 | 58         | 17          | 29.3 %     | 14                | 1                  | 7.1 %             |
| 1922 | 58         | 16          | 27.6 %     | 5                 | 4                  | 80 %              |
| 1923 | 16         | 4           | 25 %       | 11                | 2                  | 18.2 %            |
| 1924 | 490        | 87          | 17.8 %     | 49                | 6                  | 12.2 %            |
| 1925 | 208        | 32          | 15.4 %     | 16                | 2                  | 12.5 %            |
| 1926 | 1,216      | 128         | 10.5 %     | 22                | 8                  | 36.4 %            |
| 1927 | 936        | 81          | 8.7        | 16                | 3                  | 18.8 %            |
| 1928 | 1,739      | 195         | 11.2 %     | 29                |                    |                   |
| 1929 | 1,135      | 125         | 11 %       | 29                | 3                  | 10.3 %            |

<표 10>을 보면 한국인과 일본인 모두 1910년대에 비해 1920년대에 환자수가 증가했음을 알 수 있다. 특히 한국인의 경우 1914년에 비해 1915년에 3배이상 증가했다. 발진티푸스는 전쟁과 관계가 깊어 흔히 전쟁티푸스라고도 불리우는 전염병이다. 이것은 발진티푸스가 전장(戰場)과 같이 환경이 나쁜 곳에서 크게 유행하였기 때문이다. 따라서 한국인 발병자수가 1926년에 전년대비 약 6배에 달했다는 것은 위생을 강화하여 질병을 예방한다는 일본인들의 선전과는 달리 한국인들이 불결한 환경에 그대로 노출되어 있었음을 의미하는 것이다.

<표 11> 성홍열 환자수와 치사율

| 연도   | 한국인<br>환자수 | 한국인<br>사망자수 | 한국인<br>치사율 | 在朝鮮<br>일본인<br>환자수 | 在朝鮮<br>일본인<br>사망자수 | 在朝鮮<br>일본인<br>치사율 |
|------|------------|-------------|------------|-------------------|--------------------|-------------------|
| 1910 | 3          | 1           | 33.3 %     | 38                | 7                  | 18.4 %            |
| 1911 | 7          | 1           | 14.3 %     | 37                |                    |                   |
| 1912 | 7          | 4           | 57.1 %     | 32                | 3                  | 9.4 %             |
| 1913 | 15         | 8           | 53.3 %     | 54                | 5                  | 9.3 %             |
| 1914 | 78         | 50          | 64.1 %     | 254               | 71                 | 28 %              |
| 1915 | 172        | 75          | 43.6 %     | 440               | 81                 | 18.4 %            |
| 1916 | 26         | 11          | 42.3 %     | 193               | 35                 | 18.1 %            |
| 1917 | 68         | 20          | 29.4 %     | 162               | 11                 | 6.8 %             |
| 1918 | 25         | 2           | 8 %        | 99                | 10                 | 10.1 %            |
| 1919 | 28         | 16          | 57.1 %     | 109               | 12                 | 11 %              |
| 1920 | 14         | 7           | 50 %       | 356               | 98                 | 27.5 %            |
| 1921 | 121        | 51          | 42.1 %     | 589               | 156                | 26.5 %            |
| 1922 | 70         | 28          | 40 %       | 498               | 107                | 21.5 %            |
| 1923 | 116        | 41          | 35.3 %     | 876               | 195                | 22.3 %            |
| 1924 | 258        | 93          | 36 %       | 1,099             | 245                | 22.3 %            |
| 1925 | 82         | 40          | 48.8 %     | 649               | 117                | 18 %              |
| 1926 | 77         | 36          | 46.8 %     | 714               | 98                 | 13.7 %            |
| 1927 | 167        | 64          | 38.3 %     | 735               | 114                | 15.5 %            |
| 1928 | 261        | 113         | 43.5 %     | 1,057             | 192                | 18.2 %            |
| 1929 | 332        | 128         | 38.6 %     | 1,269             | 217                | 17.1 %            |

<표 11>을 보면 성홍열은 발병자 수는 많지 않으나 치사율은 높았음을 알 수 있다. 발진티푸스와 마찬가지로 1910년대에 비해 1920년대에 증가하는 추세를 보이고 있다. 한가지 특이한 점은 발생환자수는 일본인이 한국인에 비해 압도적으로 많았으나 치사율면에서는 한국인에 비해 낮다는 점이다. 호흡기성 질환인 성홍열의 발생이 증가하고 일본인에 비해 한국인의 치사율이 높았다는 것은 일본인에게 편중된 의료 혜택과 일제시기 도시화로 인한 환경 악화가 주원인으로 작용했을 것으로 생각된다.

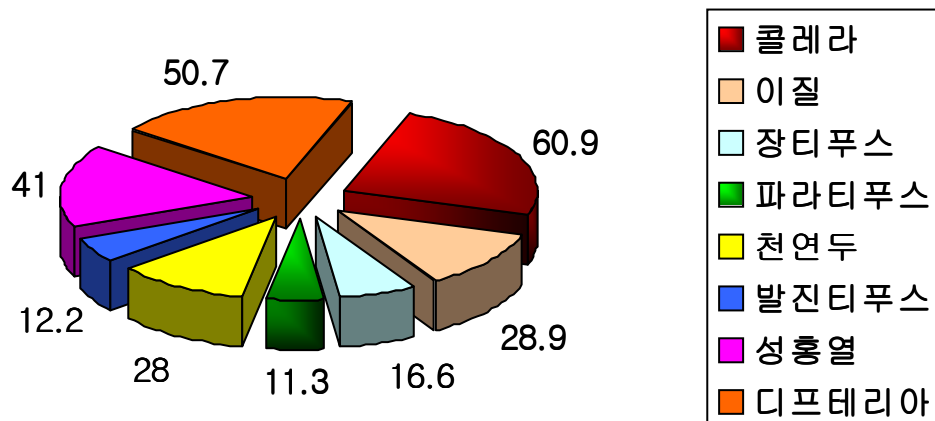
<표 12> 디프테리아 환자수와 치사율

| 연도   | 한국인<br>환자수 | 한국인<br>사망자수 | 한국인<br>치사율 | 在朝鮮<br>일본인<br>환자수 | 在朝鮮<br>일본인<br>사망자수 | 在朝鮮<br>일본인<br>치사율 |
|------|------------|-------------|------------|-------------------|--------------------|-------------------|
| 1910 | 24         | 11          | 45.8 %     | 43                | 14                 | 32.6 %            |
| 1911 | 20         | 14          | 70 %       | 70                | 23                 | 32.9 %            |
| 1912 | 49         | 25          | 51 %       | 104               | 24                 | 23.1 %            |
| 1913 | 33         | 14          | 42.4 %     | 152               | 30                 | 19.7 %            |
| 1914 | 67         | 39          | 58.2 %     | 99                | 23                 | 23.2 %            |
| 1915 | 141        | 61          | 43.3 %     | 194               | 51                 | 26.3 %            |
| 1916 | 142        | 63          | 44.4 %     | 168               | 35                 | 20.8 %            |
| 1917 | 140        | 65          | 46.4 %     | 222               | 48                 | 21.6 %            |
| 1918 | 116        | 58          | 50 %       | 212               | 49                 | 23.1 %            |
| 1919 | 110        | 45          | 40.9 %     | 162               | 28                 | 17.3 %            |
| 1920 | 112        | 45          | 40.2 %     | 152               | 24                 | 15.8 %            |
| 1921 | 127        | 63          | 49.6 %     | 107               | 30                 | 28 %              |
| 1922 | 159        | 63          | 39.6 %     | 100               | 37                 | 37 %              |
| 1923 | 218        | 98          | 45 %       | 199               | 42                 | 21.1 %            |
| 1924 | 317        | 138         | 43.5 %     | 206               | 47                 | 22.8 %            |
| 1925 | 336        | 169         | 50.3 %     | 177               | 34                 | 19.2 %            |
| 1926 | 323        | 151         | 46.7 %     | 173               | 39                 | 22.5 %            |
| 1927 | 391        | 183         | 46.8 %     | 214               | 40                 | 18.7 %            |
| 1928 | 372        | 160         | 43 %       | 216               | 49                 | 22.7 %            |
| 1929 | 561        | 270         | 48.1 %     | 261               | 42                 | 16.1 %            |

<표 12>를 보면 성홍열과 같은 소아전염병이며 환자발생 수는 많다고 볼 수 없으나 치사율이 대단히 높음을 알 수 있다. 일제시기 해마다 증가하는 추세를 보이고 있다. 치사율은 일본인이 한국인에 비해 현저히 낮고 일본인의 경우 환자수가 증가함에도 불구하고 치사율은 감소하는 추세이다. 이것은 다시말하면 아직 면역력이 없는 한국인 소아(小兒)들이 디프테리아의 위험에 그대로 노출되어 있음을 의미하는 것으로 식민지시기 산업화, 도시화에 따른 환경오염, 그로 인한 면역력 약화를 한 원인으로 생각해 볼 수 있다.

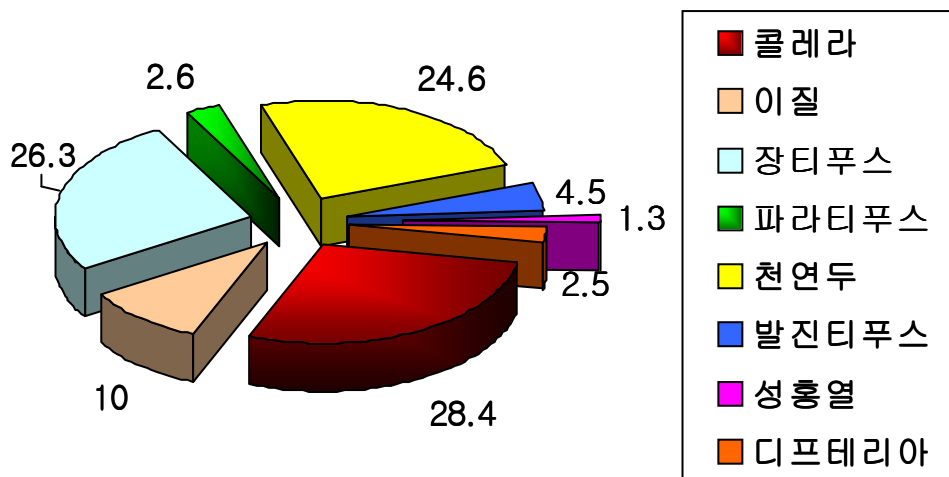
위의 표들을 종합하여 8종 전염병에 대한 치사율과 환자발생율을 그래

프로 나타내면 다음과 같다.



<표 13> 1910년~1929년까지의 한국인 8종 전염병 치사율(%)

<표 13>을 보면 8종 전염병 중 치사율이 가장 높았던 것은 콜레라였으며 그 다음으로 디프테리아, 성홍열, 이질, 천연두, 장티푸스, 발진티푸스, 파라티푸스의 순이었다. 콜레라의 경우 한번 유행하게 되면 치사율이 50%를 넘는 치명적인 전염병 이었다.



<표 14> 1910년~1929년까지의 한국인 8종 전염병 환자발생비율(%)

<표 14>를 보면 환자 발생비율 역시 콜레라가 가장 높았음을 알 수 있다. 그 다음으로는 장티푸스, 천연두, 이질, 발진티푸스, 파라티푸스, 디프테리아, 성홍열의 순이었다. 이와 같이 일제시기에 이질, 장티푸스와 같은 수인성 전염병(水人性 傳染病)이 유행했다는 것은 오물이나 수질관리가 제대로 이루어지지 않았음을 의미하는 것이다. 수인성 전염병과 함께 성홍열, 디프테리아, 천연두 등 호흡기성 전염병 역시 생활, 영양, 환경상태에 크게 영향을 받는 것으로 대체로 조선인이 일본인에 비해 더 많은 발병률을 보였다. 이에 대해서는 일제시기에 도시화가 진행되면서 환경상태가 악화되고 식민지 경제적 수탈로 인해 생활, 영양 상태가 악화된 것도 한 원인으로 볼 수 있다.

콜레라의 경우 자주 유행하지는 않았으나 한번 크게 유행하게 되면 사망자 수가 급증했다. 전염병이 유행하여 사망자 수가 급증한다는 것은 식민통치의 기반을 흔들리게 할 수 있었으므로 총독부는 방역사업에 특히 관심을 기울였다. 콜레라는 1919년과 1920년에 대유행을 보였는데 1929년에도 상해를 비롯해 오사카, 히로시마 등에서 유행할 조짐을 보이자 총독부는 그 예방을 위해 “해항검역(海港檢疫)·예방접종에 각별한 노력을 기울였다. 그러나 9월 14일 인천부(府) 부내에서 환자가 발생하자 경성에 까지 퍼질 것을 우려하여 신속하게 대응하여 예방시설 및 조치를 강구한 결과 유행을 일부지역에 국한시킨 것” 이었다.<sup>111)</sup> 그러나 방역활동이 제대로 이루어지지 못하여 병독이 조선에 유입되면 크게 유행하여 많은 사망자가 발생했다.

---

111) 『朝鮮總督府 施政年報』 14卷, 國學資料院, 1983, p.383.

## 2. 의료기관의 설립과 관련법제의 정비

앞에서 살펴본 바와 같이 총독부 하에서는 전염병이 창궐하면 어떠한 의료대책을 세웠으며 그 성격은 무엇인가? 그리고 전체적으로 보아 일제의 의료대책이 식민지 조선민중에게 가지는 의미는 무엇이었는가? 하는 점을 살펴보기로 하겠다. 이를 통해 일제하 ‘의료시혜’의 실상과 성격이 드러날 수 있기 때문이다.

중앙에 조선총독부의원이 있다면 지방에는 도자혜의원(道慈惠醫院)이 설립되어 식민지 의학체계 형성에 중요한 역할을 담당하고 있었다. 자혜의원은 1909년 러일전쟁 후 한국주차군이 창고에 있던 약 5만원 상당의 약품과 의료기구 등을 통감부에 이관함으로써 설립되었다. 처음에는 전주와 청주 두 도시에만 설립되었다가 1910년에는 수원을 비롯한 전국 11개 도시에 설립되었다. 자혜의원은 ‘자혜’라는 명칭에서 알 수 있듯이 무료진료를 통하여 민족적인 반감을 약화시키고 일본의 선진성을 부각시키고자 하는 목적을 가지고 있었다. 즉, 중앙에서 총독부의원이 담당했던 역할을 지방에서는 자혜의원이 대신하였던 것이다. 1909년~1910년 무렵은 대한제국의 주권이 일본으로 완전히 넘어가면서 의병활동 등 국권회복운동이 일본군에 의해 무자비하게 탄압받던 시기였다. 따라서 한국민의 반발을 무마시키고 일본의 시혜성을 강조하기 위해서는 자혜의원과 같은 구료기관 설립이 요구되었던 것이다.

일본인이 자혜의원에서 시료를 받기 위해서는 각 부군청(府郡廳), 헌병대, 경찰서, 거류민단, 학교조합 등의 증명을 받아야만 했으나 조선인의 경우 특별한 증명 없이도 무료진료가 가능했다.<sup>112)</sup>

---

112) 「慈惠院改正規程內容」, 『毎日申報』 1923. 4. 15.



<표 15> 도(道)자혜의원 직원

| 연도   | 원장<br>(소장) | 의장  | 의관  | 교관  |     | 사무관 | 약제관 | 의원  |     | 서기  |
|------|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|      | 일본인        | 일본인 | 일본인 | 조선인 | 일본인 | 일본인 | 일본인 | 조선인 | 일본인 | 일본인 |
| 1911 | 18         |     | 18  |     |     |     |     |     | 21  | 15  |
| 1912 | 18         |     | 18  |     |     |     |     |     | 21  | 15  |
| 1913 | 18         |     | 22  |     |     |     |     |     | 32  | 17  |
| 1914 | 18         |     | 22  |     |     |     |     |     | 34  | 18  |
| 1915 | 18         |     | 20  |     |     |     |     |     | 36  | 18  |
| 1916 | 19         |     | 22  |     |     |     |     |     | 37  | 19  |
| 1917 | 19         | 3   | 19  |     |     |     |     |     | 37  | 19  |
| 1918 | 19         | 4   | 18  |     |     |     |     | 8   | 53  | 21  |
| 1919 | 19         | 4   | 18  |     |     |     |     | 7   | 58  | 21  |
| 1920 | 20         | 4   | 18  |     |     |     |     | 9   | 48  | 20  |
| 1921 | 23         |     | 32  |     | 3   | 2   | 2   | 14  | 37  | 34  |
| 1922 | 25         |     | 36  |     | 3   | 2   | 2   | 25  | 59  | 37  |
| 1923 | 23         |     | 44  | 1   | 3   | 2   | 2   | 31  | 49  | 39  |
| 1924 | 27         |     | 42  | 2   | 3   | 2   | 2   | 35  | 49  | 35  |
| 1925 | 29         |     | 42  | 3   | 3   | 2   | 2   | 58  | 59  | 42  |
| 1926 | 29         |     | 41  | 4   | 2   | 2   | 2   | 33  | 52  | 39  |
| 1927 | 31         |     | 45  | 5   | 2   | 2   | 2   | 43  | 57  | 43  |
| 1928 | 31         |     | 58  | 4   | 2   | 2   | 2   | 36  | 46  | 43  |
| 1929 | 31         |     | 64  | 3   | 2   | 2   | 2   | 40  | 42  | 44  |

<표 15>는 각 도에 설립된 자혜의원 직원수를 집계한 것이다. 자혜의원의 원장과 의장은 모두 일본인이었으며 의원의 경우에도 조선인 의사가 채용되기 전인 1918년 이전까지는 일본인으로만 구성되었음을 알 수 있다. 1915년도까지 자혜의원은 전국의 18곳에 설립되었고 1916년에 소록도(小鹿島) 한 곳에만 증설되어 1919년도까지 그 수에 변동이 없었다.<sup>113)</sup> 그러나 1919년 3.1운동 이후 민중들의 반감이 거세지자 총독부는 문화정치를 표방하면서 자혜의원 증설을 통해 민심을 수습하려하였다. 1919년을 기점으로 점차 증가추세를 보이던 자혜의원은 1929년에는 31개로 늘어났다.<sup>114)</sup> 자혜의원의 증설이전에 지방민에 대한 의료범위를 확대시키고자 실시한 것이 바로 순회진료였다.

113) 자혜의원이 설립된 지역은 수원(水原), 청주(淸州), 공주(公州), 전주(全州), 광주(光州), 제주(濟州), 대구(大邱), 안동(安東), 진주(晉州), 해주(海州), 평양(平壤), 의주(義州), 초산(楚山), 춘천(春川), 강릉(江陵), 함흥(咸興), 경성(鏡城), 회령(會寧)의 18곳이다.

114) 추가로 설립된 13곳은 개성(開城), 군산(群山), 남원(南原), 순천(順天), 금천(金泉), 마산(馬山), 진남포(鎭南浦), 신의주(新義州), 강계(江界), 해산진(惠山鎭), 나남(羅南), 성진(城津), 간도(間島)에 설립되었다.

<표 16> 도자혜의원순회진료

| 연도   | 여행일수  | 환자수   |       |       |         | 합계    |         |         | 환자연인원  |         |         |
|------|-------|-------|-------|-------|---------|-------|---------|---------|--------|---------|---------|
|      |       | 일본인   |       | 조선인   |         | 합계    |         |         | 보통     | 시료      | 계       |
|      |       | 보통    | 시료    | 보통    | 시료      |       |         |         |        |         |         |
| 1913 | 2,605 | 1,866 | 311   | 345   | 118,721 | 2,214 | 119,034 | 121,248 | 11,712 | 638,257 | 649,969 |
| 1914 | 2,680 | 1,419 | 127   | 270   | 109,944 | 1,691 | 110,071 | 111,762 | 8,821  | 614,743 | 623,564 |
| 1915 | 2,553 | 1,413 | 81    | 338   | 126,488 | 1,751 | 126,770 | 128,521 | 8,652  | 688,342 | 696,994 |
| 1916 | 2,370 | 1,649 | 33    | 1,020 | 136,819 | 2,669 | 139,325 | 141,994 | 8,678  | 603,526 | 612,204 |
| 1917 | 2,021 | 1,478 | 58    | 561   | 117,740 | 2,041 | 120,026 | 122,067 | 6,643  | 555,701 | 562,344 |
| 1918 | 1,551 | 818   | 81    | 583   | 89,779  | 1,402 | 91,835  | 93,237  | 5,227  | 441,365 | 446,592 |
| 1919 | 1,345 | 647   | 190   | 387   | 73,290  | 1,035 | 74,276  | 75,311  | 3,464  | 392,127 | 395,591 |
| 1920 | 274   | 245   | 20    | 68    | 17,410  | 313   | 17,430  | 17,743  | 1,066  | 79,554  | 80,620  |
| 1921 | 101   | 111   | 20    | 155   | 4,998   | 267   | 5,018   | 5,285   | 1,040  | 26,101  | 27,141  |
| 1922 | 198   | 29    | 14    | 29    | 11,664  | 58    | 11,867  | 11,925  | 205    | 60,261  | 60,466  |
| 1923 | 196   | 162   | 1,102 | 208   | 15,995  | 370   | 17,672  | 18,042  | 1,122  | 62,273  | 63,395  |
| 1924 | 222   | 43    | 134   | 178   | 14,782  | 221   | 15,150  | 15,371  | 524    | 55,859  | 56,383  |
| 1925 | 130   | 124   | 87    | 275   | 10,179  | 399   | 10,266  | 10,665  | 1,295  | 34,801  | 36,096  |
| 1926 | 168   | 7     | 257   | 158   | 6,441   | 165   | 6,699   | 6,864   | 534    | 19,532  | 20,066  |
| 1927 | 178   | 204   | 76    | 324   | 12,857  | 528   | 12,934  | 13,462  | 2,591  | 30,199  | 32,790  |
| 1928 | 187   | 20    | 92    | 118   | 11,245  | 138   | 11,337  | 11,475  | 951    | 29,276  | 30,227  |
| 1929 | 151   | 194   | 75    | 536   | 9,774   | 731   | 9,849   | 10,580  | 2,908  | 36,393  | 39,301  |

순회진료가 최초로 실시된 것은 1912년 8월부터 시작되었는데 순회연수는 연 1~2회로 하고, 여러 개의 군마다 하나의 진료소를 두며 상황에 따라 한 진료소에서 1~3주일간 진료하는 형태였다.<sup>115)</sup> <표 14>를 보면 자혜의원이 전국 각 지역에 증설되기 전인 1910년대에 비해 증설 후인 1920년대에는 순회 일수가 대폭 줄었음을 알 수 있다. 환자수를 보면 조선인은 보통환자보다 시료환자수가 압도적으로 많았고 일본인의 경우 보통환자보다는 시료환자가 더 많았음을 알 수 있다.

식민지화 과정에서 총독부는 특히 총독부의원, 자혜의원과 같은 관·공립 병원을 집중 육성함으로써 의료부문을 직접적으로 관할하였다.

115) 『朝鮮總督府 施政年報』 4卷, 國學資料院, 1983, pp.379~380.

<표 17> 위생기관

| 연도   | 병원     |        |        |     |     |     |     | 의사    |     |     |       | 약종상    |     |     |        |
|------|--------|--------|--------|-----|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-------|--------|-----|-----|--------|
|      | 관<br>립 | 도<br>립 | 기<br>타 | 사립  |     |     | 합계  | 조선인   | 일본인 | 외국인 | 합계    | 조선인    | 일본인 | 외국인 | 합계     |
|      |        |        |        | 조선인 | 일본인 | 외국인 |     |       |     |     |       |        |     |     |        |
| 1910 | 14     |        | 3      | 14  | 85  | 9   | 125 | 1,342 | 345 | 25  | 1,712 | 2,551  | 303 | 6   | 2,860  |
| 1911 | 14     |        | 6      | 28  | 98  | 14  | 160 | 479   | 376 | 25  | 880   | 3,203  | 387 | 11  | 3,601  |
| 1912 | 19     |        | 3      | 15  | 88  | 20  | 145 | 72    | 353 | 32  | 457   | 4,848  | 427 | 5   | 5,280  |
| 1913 | 19     |        | 4      | 28  | 156 | 27  | 234 | 183   | 395 | 38  | 616   | 6,382  | 609 | 12  | 7,003  |
| 1914 | 19     |        | 4      | 19  | 98  | 24  | 164 | 144   | 464 | 33  | 641   | 7,601  | 524 | 20  | 8,145  |
| 1915 | 19     |        | 6      | 62  | 171 | 31  | 289 | 209   | 627 | 36  | 872   | 8,130  | 514 | 16  | 8,660  |
| 1916 | 20     |        | 5      | 47  | 180 | 31  | 283 | 233   | 667 | 32  | 932   | 8,434  | 532 | 23  | 8,989  |
| 1917 | 20     |        | 5      | 65  | 204 | 32  | 326 | 279   | 678 | 36  | 993   | 8,727  | 547 | 33  | 9,307  |
| 1918 | 20     |        | 5      | 95  | 211 | 31  | 362 | 351   | 648 | 35  | 1,034 | 8,692  | 538 | 20  | 9,250  |
| 1919 | 20     |        | 7      | 111 | 229 | 28  | 395 | 354   | 654 | 30  | 1,038 | 8,484  | 507 | 24  | 9,015  |
| 1920 | 20     |        | 7      | 18  | 71  | 23  | 139 | 402   | 604 | 29  | 1,035 | 9,726  | 535 | 23  | 10,284 |
| 1921 | 23     |        | 8      | 4   | 43  | 22  | 100 | 411   | 619 | 31  | 1,061 | 10,180 | 523 | 28  | 10,731 |
| 1922 | 25     |        | 7      | 7   | 41  | 20  | 100 | 468   | 659 | 32  | 1,159 | 10,508 | 521 | 19  | 11,048 |
| 1923 | 27     |        | 8      | 13  | 43  | 23  | 114 | 515   | 652 | 35  | 1,202 | 10,048 | 581 | 18  | 10,647 |
| 1924 | 27     |        | 10     | 11  | 37  | 22  | 107 | 577   | 666 | 32  | 1,275 | 10,302 | 535 | 28  | 10,865 |
| 1925 | 2      | 30     | 7      | 7   | 39  | 23  | 108 | 637   | 685 | 36  | 1,358 | 37     | 496 | 17  | 550    |
| 1926 | 3      | 26     | 9      | 6   | 37  | 22  | 103 | 703   | 708 | 39  | 1,450 | 777    | 492 | 7   | 1,276  |
| 1927 | 3      | 27     | 11     | 9   | 37  | 21  | 108 | 762   | 711 | 35  | 1,508 | 689    | 504 | 8   | 1,201  |
| 1928 | 4      | 29     | 10     | 9   | 42  | 20  | 114 | 806   | 786 | 30  | 1,622 | 195    | 532 | 7   | 734    |
| 1929 | 4      | 29     | 10     | 8   | 46  | 22  | 119 | 836   | 779 | 30  | 1,645 | 409    | 543 |     | 952    |

<표 17>은 1910년부터 1929년까지의 의료기관 및 관련종사자수를 집계한 것이다. 이 표를 보면 사립병원 숫자가 1910년 이후부터 폭발적인 증가추세를 보이다가 1920년대 들어서 대폭 감소했음을 알 수 있다. 이는 1919년 4월 발포된 「사립병원취체규칙」(私立病院取締規則)에서 그 원인을 찾을 수 있다. 우선 모든 사립병원들에 대하여 병상, 벽면, 목욕탕, 소독실, 취사장, 시체실, 변기, 하수구 등을 갖추도록 하였는데<sup>116)</sup> 이처럼 까다로운 조건 때문에 재정이 충분치 못한 여러 사립병원들은 문을 닫을 수밖에 없었던 것이다. 사립병원수가 크게 감소했다고는 하나 이 시기 의사수에 거의 변화가 없는 것으로 미루어 볼 때 이들 의사들은 관·공립 병원이나 도립병원으로 흡수되었을 것으로 생각된다. 이와 같은 사립병원의 감소는 일제시대 보건의료체제에서 민간부문이 차지하는 비중이 그다지

116) 박윤재, 신동원, 「일제하 사립 피병원 설립운동 연구」, 『의사학』 제7권 제1호, 1998, p.40. 재인용.

높지 않았음을 의미하는 것이다.

또 한 가지 특기할만한 점은 약품을 판매하는 약종상(藥種商)의 수가 1925년에 이르러 37명으로 대폭 감소한 것이다. 원래 약종상은 허가제로 경찰부에 이력서를 제출하기만 하면 되었으나 1923년부터 경찰부 위생과에 이력서를 제출하고 자격시험에 합격한 자에게만 허가를 내주는 것으로 방침을 바꾸었다.<sup>117)</sup> 물론 이것은 경기도지역에 한정된 것이었으나 시간이 경과하면서 다른 지역으로 확대되었을 가능성 역시 부인할 수 없다. 더욱이 이러한 조치는 식민지 초기부터 “약품 등에 관한 취체(取締)의 여행(勵行)과 함께 점차 건수를 증가하는 상황에 있고 그 이후 지금까지 중앙에서 시험기관의 정비에 힘써온” 총독부의 방침에 따른 것이었다.<sup>118)</sup> 의학 관련 법규의 제정은 의학체계의 내용들이 제도화되는 계기를 제공하고 행정사무 진행에 합법성을 부여한다는 점에서 중요한 의미를 지니고 있었기 때문이다.<sup>119)</sup>

약품에 대한 규정외에 시급한 제정이 필요했던 것은 의료인 관련 규칙이었다. ‘어떤 의료인을 의사로 간주할 것인가’에 대한 법규조차 제대로 갖추어지지 않은 상황에서 의사에 대한 관리와 단속이 잘 이루어질 수 없었던 것이다. 그리하여 1913년 11월 15일 ‘의사규칙’ (醫師規則)과 동시에 ‘치과의사규칙’ (齒科醫師規則), ‘공의규칙’ (公醫規則), ‘의생규칙’ (醫生規則)이 공포되었다. ‘의사규칙’에 의하면 의사란 일본 의사면허를 가진 자, 조선총독이 지정한 의학교를 졸업한 자, 조선총독이 정한 의사시험에 합격한 자로 정하였다. 즉, 일본에서 의사면허를 취득한 자를 제외하고는 조선총독이 인정하는 면허를 획득한 자만이 의사로서 인정받을 수 있었다. 이와 함께 ‘공의제도’의 자세한 내용을 살펴보면 다음과 같다.

의료기관 보급의 목적으로 종래 자격이 있는 의사의 개업을 장려하고 또 필요한 경찰서에 경찰의를 두는 한편 의술을 개업하게 한다. 뿐만 아니라 다수의 시가지에 새로운 의술의 혜택을 받는 일이 여전히 아주 적

117) 「藥局도 試驗制」, 『東亞日報』 1923. 4. 15.

118) 『朝鮮總督府 施政年報』 4卷, 國學資料院, 1983, p.211.

119) 박윤재, 앞의 책, p.302.

은 상황이기 때문에 새로이 공의제도를 설정하여 불비한 점을 보족(補足)할 필요를 인정하고 금년 11월 부령으로써 공의규칙을 발포하고 필요한 곳에 공의를 배치하였으며 그곳의 상황에 따라 상당한 수당을 급여하였고 배속지에 거주하여 의술을 개업하는 것을 본래의 취지로 삼았다. 또 관청의 지휘 아래에 의사 위생행정의 사무에 종사하게 함으로써 현재 의료기관의 충실한 개선을 도모하고 대정 3년 4월 1일부터 이를 시행하게 하였다.<sup>120)</sup>

여기에서 말하는 ‘필요한 곳’이란 의료기관이 부족한 촌읍으로 공의는 주로 개업의를 촉탁하였다.<sup>121)</sup> 공의는 본래 통감부시기에 있던 경찰의가 개칭된 것으로 경찰의에 비해 개업의로서의 역할이 더욱 강조되었다. 통감부시기의 경찰의가 의병토벌을 위해 각 지방에 파견된 경찰을 의료적으로 지원하는 조선침략의 보조수단이었던 총독부시기의 공의는 각 지방의 위생행정에 더욱 중점을 두었다.<sup>122)</sup>

‘공의규칙’과 함께 공포된 ‘의생규칙’에서 ‘의생’이란 재래의 한법의(漢法醫)를 말하는 것으로 총독부가 의사규칙을 제정한 가장 큰 목적은 ‘무자격 의사들’ 즉, “한 의사들과 유자격 의사들의 분계(分界)를 명확히 하기 위함”이었다.<sup>123)</sup> 한 의사를 정규의사가 아닌 의사의 보조인력인 의생으로 규정한 것은 통감부시기 이래로 계속 추진되었던 서양의학 일변도의 의료정책을 그대로 반영하는 것이었다. 의생규칙에 따라 의생면허는 20세 이상의 조선인으로 의생규칙이 시행되기 전 조선에서 2년 이상 의업에 종사한 자만을 대상으로 발급하였다. 그리고 부칙으로 3년 이상 의업을 수습한 자에 대해서는 한정된 지역에서 5년 이내의 시한부 면허를 발급받게 하였다. 이러한 조치에 대하여 후지타 총독부위원장은 “지금 우리 일본은 각국 의술의 장점만을 취(取)할 뿐 아니라 조선 의술의 장점까지 취하는 중인즉 결코 조선의 의술을 절멸(絶滅)하고자 함이 아니다”는 담화까지 발표하였다.<sup>124)</sup> 그럼에도 불구하고 한의계(漢醫界)에서는 “한의사

120) 『朝鮮總督府 施政年報』 4卷, 國學資料院, 1983, p.214.

121) 『朝鮮總督府 施政年報』 5卷, 國學資料院, 1983, pp.310~311.

122) 박윤재, 앞의 책, p.273~274.

123) 『朝鮮總督府 施政年報』 4卷, 國學資料院, 1983, p.215.

가 몇 년 지나지 않아 멸망할 것”이라는 비관론이 지배적이었다.<sup>125)</sup> 의생규칙의 내용을 살펴보면 현재 활동하고 있는 한의들에 대해서만, 그나마도 ‘한시적으로’ 의사자격을 인정하겠다는 것이 총독부의 기본방침임을 알 수 있다.

그러나 총독부 역시 조선민중에 대한 한의학의 영향력을 완전히 배제시킬 수는 없었다. “조선 재래의 의업자(醫業者)인 의생은 대체로 의술상 지식이 부족했지만 일반 조선인들 사이에서는 아직도 유일한 의료기관으로서 신뢰받고 있었던 것”이다.<sup>126)</sup> 보다 현실적인 이유로서 만약 총독부의 의지대로 한의사들을 도태시켰을 경우 그로 인해 의료 인력의 부족이 야기될 수 있었다. 이에 대한 내용을 좀 더 상세히 살펴보면 다음과 같다.

의료기관은 점차 증가하고 있지만 그 분포상황이 대부분 시가지에 편중되어 있고 지방에 있어서는 아직 드문 상태다. 의사의 개업 상황 역시 그와 같은 예를 보이고 있으므로 지방에 공의를 배치하고 외딴 지역에는 상당한 의술의 경험을 가진 자의 한지개업(限地開業 : 기한, 지역을 제한하여 일정한 구역 안에서만 하는 개업)을 인허해 줌으로써 그 부족을 보충하고 있다.<sup>127)</sup>

당시 한의는 “가전(家傳)에 의거하여 의업을 경영하는 자”가 많았으며 “그 업태는 대부분이 매약(賣藥)적 행위”를 하였는데 “양법약제(洋法藥劑)를 투용(投用)하는 자도 있어 환자를 위험에 빠뜨리는 일도 적지 않다”는 것이 총독부의 생각이었다. 그러나 “의료기관이 여전히 충분하지 못한 현시점에서 절대적으로 영업을 금지시키는 것은 지금의 사정과 맞지 않다는 점이 인정”되어 한의사 활용의 필요성이 제기되었다.<sup>128)</sup> 그리하여 의생들은 각 지역에서 실질적인 의료 인력으로 활동하였는데 총독부는 이들을 특히 “전염병 환자의 조기발견 기타 공중위생상 도움이 되도록”

124) 「新醫法에 對한 解惑」, 『每日申報』 1913. 11. 20.

125) 「醫師界에 對한 希望」, 『每日申報』 1913. 11. 21.

126) 『朝鮮總督府 施政年報』 5卷, 國學資料院, 1983, p.311  
「巡廻診療의 實施」, 『每日申報』 1913. 3. 11.

127) 『朝鮮總督府 施政年報』 5卷, 國學資料院, 1983, pp.320~321.

128) 『朝鮮總督府 施政年報』 4卷, 國學資料院, 1983, p.215.

이용하고자 하였다.<sup>129)</sup> 이처럼 총독부가 의생을 현실적인 의료인으로 인정한 것은 의생규칙의 발포가 조선의 의료상황을 고려하지 못한 시행착오적인 조치였음을 입증하는 것이다.

### 3. 위생경찰제도

통감부시기부터 정비되었던 경찰제도는 병합에 즈음하여 헌병이 경찰사무를 겸무하는 헌병경찰제로 정착되었다. 바로 1907년 10월 7일 ‘한국주차 헌병에 관한 건’ (칙령 323호) 제정이 그것인데 내용은 다음과 같다.

제1조 한국에 주차하는 헌병은 주로 치안유지에 관한 경찰을 장악하고 그 직무의 집행에 대하여는 통감에 예속하고 또 한국주차 군사령관의 지휘를 받아 겸하여 군사경찰을 장악한다.

제2조 헌병대 본부의 위치와 분대의 배치 및 그 管區는 통감이 이를 정한다.

제3조 통감은 필요에 際해 일시 헌병을 그 管外에 파견할 수 있다.

제4조 헌병의 복무에 관한 규정은 통감이 이를 정한다.

제5조 前諸條의 규정은 한국에 주차하는 헌병에 대해서는 條令에 의한다.<sup>130)</sup>

위의 내용에서 알 수 있듯이 이 조례는 치안유지를 명분으로 헌병이 경찰 업무를 장악하도록 한 것이다. 또, 병합직후인 1910년 10월 1일 칙령 제358호로 ‘조선총독부경찰관서관제’ (朝鮮總督府警察官署官制)가 공포되어 조선주둔 헌병사령관을 경무총감으로 임명하고 각 도의 헌병대장이 도(道)경찰부장을 겸임하였다. 식민지 조선의 경찰은 경찰 고유의 업무라 할 수 있는 치안유지 외에도 행정·사법·경제 등 거의 모든 분야에 걸쳐 개입할 수 있는 권한을 가지고 있었다. 식민지 헌병경찰의 역할을 살펴보면 다음과 같다.

---

129) 『朝鮮總督府 施政年報』 5卷, 國學資料院, 1983, p311.

130) 이연복, 『한민족독립운동사연구』, 국학자료원, 2004, p.367. 재인용.

- (1) 軍事警察 : 의병 토벌, 첩보 수집 등
- (2) 政治査察 : 신문지와 출판물 단속, 집회와 결사 단속, 종교 단속, 기부금 단속 등
- (3) 司法權 : 犯罪即決, 민사소송조정, 검사업무 대리, 집달리 업무, 호적사무 등
- (4) 經濟警察 : 납세독촉, 국경 세관 업무, 밀수입 단속, 국고금과 공금 경호, 부업·농사·산림·광업 등의 단속
- (5) 學事警察 : 학교 및 서당 시찰, 일어 보급 등
- (6) 外事警察 : 외국여권 교부, 일본행 노동자 및 재한중국인 노동자 단속, 체류금지자 단속, 국내외 거주이전 등
- (7) 助長行政 : 법령 보급, 납세의무 諭示, 농사식목 개량, 부업 장려 등
- (8) 衛生警察 : 종두 보급, 해로운 짐승박멸, 전염병 예방, 도살단속 등
- (9) 기타 : 해적 경계, 우편 호위, 도로 修築, 묘지 매장, 화장 단속, 강우량·수위 측량, 도박·무당·기생·매춘부·풍속 등 단속<sup>131)</sup>

이처럼 경찰이 막강한 권한을 갖게되면서 위생사무 역시 경찰에 집중되었는데 1911년 4월에는 내무부 위생과를 폐지하여 위생사무를 경무총감부로 일원화시켰다. 그것은 곧 향후 식민지 의학체계의 운영이 강압적인 단속 위주로 이루어질 것임을 암시하는 것이었다. 과거 대한제국시기에는 ‘국민 개개인의 건강이 곧 국력’으로 간주되었으나 식민지체제 하에서는 국민건강증진 보다는 ‘통제’와 ‘단속’이 주(主)가 된 것이다. 위생관련 사무를 경찰이 맡게되자 경무총감부나 각 도 경무부 주최로 위생강습회가 개최되었다. 이를 통해 경찰들이 각종 의학지식과 행정실무를 습득할 수 있도록 한 것인데 문제는 아무리 교육을 받는다 하더라도 전문적인 의학 지식이 부족한 경찰이 위생사무를 전담한다는데 있었다.<sup>132)</sup> 이에 따라 위생사무에 민간 전문가의 참여를 유도하기도하였다. 그러나 전문적인 의사

131) 김민철, 「식민지 조선의 경찰과 주민」, 『일제 식민지배의 구조와 성격』, 경인문화사, 2005, p.221. 재인용.

132) 일제시대 전 시기를 거쳐 한국인 경찰중 보통학교 졸업자가 차지하는 비중은 전체의 70~80%에 달하였고 일본인 경찰의 경우도 이와 크게 다를 바가 없었다. 학력수준이 그다지 높지 않았으므로 경찰관으로서 기본적인 자질을 갖추지 못한 경우가 많았다. (장 신, 「경찰제도의 확립과 식민지 국가권력의 일상침투」, 『일제의 식민지배와 일상생활』, 해안, 2004, pp.569~576).



와 의생은 위생사무와 관련하여 어디까지나 경찰의 지도를 받는 입장에 있었다. 이러한 현상은 특히 전염병 예방과 관련하여 두드러지게 나타났는데 의사와 의생은 경찰이 지시한 방역조치를 엄수할 것을 요구받았던 것이다.<sup>133)</sup> 총독부가 인구의 감소로 인한 노동력 손실을 막고 일본인 이주자들에게 전염병이 감염되는 것을 방지하기 위해 전염병 예방에 만전을 기하였음은 앞에서도 이미 언급한바 있다. 또다른 이유는 당시 한 국가의 문명 정도를 판단하는 기준으로 위생이 거론되고 있던 상황에서 전염병으로 인한 사망률의 증가는 총독부의 조선지배에 대한 비판의 근거가 될 수 있었던 것이다.<sup>134)</sup>

일단 전염병이 유행할 조짐이 보이면 음식물에 대한 주의와 소독조치가 내려졌다. 그리고 전염병 발병이 확인된 후에는 확산을 막기 위해 전염병 발생장소에 대한 출입을 금지하는 교통차단과 병독 감염의 우려가 있는 사람을 일정한 장소에 가두는 격리 조치를 행하였다. 전염병에 감염되면 그 피해가 한 사람에게만 미치는 것이 아니라 수십, 수백명, 더 나아가서는 국가전체에 미치기때문에 국민들은 경찰의 지시에 복종해야 한다는 것이 총독부의 논리였다. 공공성이 강조된 군사적 방역활동과정에서 개인의 권리는 무시당할 수 밖에 없었다. 경찰의 단속 위주의 업무 처리가 지나치게 일방적이었으므로 민중들은 왜 전염병이 발생하며, 전염병 보균자를 왜 격리시켜야 하는지 그 이유를 설명해줄 것을 요구하기도 하였다.<sup>135)</sup> 일반 민중들이 전염병에 대해 잘 모르고 방역활동에 대해 거부감을 나타낸 것과 마찬가지로 방역활동을 담당하는 경찰 역시 자신의 전문성에 대해 회의를 품고 있는 상황이었다. 즉, ‘경찰 가운데 위생사상을 가지고 있는 자는 거의 없다고 할 수 있는 상황’ 이었다.<sup>136)</sup> 이러한 상황에서 경찰이 민중들에게 위생사상을 전파하고 전염병을 예방, 단속하는 업무를 수행한다는 것은 논란의 여지가 있었던 것이다.

위생경찰제도가 위생상태 개선과 효과적인 방역활동을 위한 근본적인

133) 「북부서장의 훈시」, 『每日申報』 1914. 12. 8.

134) 박윤재, 앞의 책, p.356.

135) 「怪疾의 流行과 當局의 防疫」, 『東亞日報』 1920. 8. 21.

136) 박윤재, 앞의 책, pp.370.~371. 재인용.

대책이 될 수 없음은 당연한 것이었으나 예산문제로 인해 방역시설의 확충은 실현되기 어려웠다. 더구나 식민체제라는 특수한 상황에서 의료기관과 상하수도 설치와 같은 비용이 많이 드는 사업보다는 공권력을 이용하는 것이 적은 비용으로 보다 철저하게 피지배층을 통제하고 감시할 수 있다는 점에서 더 바람직했던 것이다.

## V. 結 論

개항 이후 새로운 ‘근대적’ 세계질서 속으로 편입된 조선은 동도서기적 부국강병을 추진하였다. 서양의 여러 과학기술 중에서도 특히 주목받은 것은 서양의학이었는데 그것은 국가 부강의 원천이라 할 수 있는 인적자원 확보를 위해 반드시 필요한 것이었다. 개화파들은 인구의 많고 적음이 곧 한 국가의 문명의 척도를 나타낸다고 보고 국민들의 건강 증진을 위한 서양의학의 위생개념 도입과 치도론을 주장하였다. 갑신정변 이후 고종의 전폭적인 지원으로 최초의 서양식 의료기관인 제중원이 설립되어 의학교육이 실시되기는 하였으나 오래 지속되지는 못했는데 이는 체계적인 서양의학 수용을 통한 제도적 개혁에까지 이르지 못한 것을 의미하는 것이다.

1880년대 후반에 접어들면 지석영, 박영효, 유길준 등이 전통적인 한의학보다는 서양의학에 중점을 두면서 그에 따라 국가적인 차원에서 위생사업을 전개할 것을 주장하였다. 이들 중 가장 구체적인 위생론을 전개한 것은 유길준으로, 그는 전염병 예방이라는 공공선을 위해서는 국가가 개인의 자유를 통제할 수 있으며 그 역할은 경찰이 맡아야 한다고 주장했다. 근대적 의학체제 형성을 위한 이러한 논의는 갑오개혁기에 구체화되었다. 내부 산하에 위생행정을 담당할 위생국이 설치되고 위생 관련 업무를 담당하기 위한 경찰의 역할이 강조된 것이다. 1895년 콜레라가 유행했을 당시 위생국의 통제 아래 방역위원회가 구성되었는데 이는 국가가 위생분야에 적극적으로 개입하는 계기가 되었다. 그러나 역시 갑오개혁기에도 근대적 의학체제 수립을 위해서는 꼭 필요한 전문의료인력의 양성은 이루어지지 못했다.

대한제국시기에는 우리나라 전통 한의학과 서양의학이 각각 다른 부분에서 효용성이 있다는 판단하에 두가지 의학을 모두 인정하였다. 그러나 점차 한의학에 대한 비판이 표면화되고 조선에서 일본의 영향력이 증대되면서 서양의학은 일본의 선진성을 조선인들에게 인식시키는 도구로써 이

용되게 되었다. 1905년부터 조선침략을 본격화한 일제는 자신들의 편의에 따라 의학체계를 재편해 나갔다. 그것은 대한의원, 동인의원과 같은 의료기관을 설립하여 조선인들을 시료해줌으로써 일제의 ‘시혜성’을 부각시킨다는 것이었다. 동인회는 통감부의 의학체계 재편과정에서 주요한 역할을 담당한 단체로 이들이 설립한 동인의원은 의료기관이 부족한 각 지방에 설립되어 일제의 지배력이 각 지방으로 침투하는데 공헌하였다. 아울러 1907년에는 서양의학의 전문화 경향을 강화시키기 위해 대한의원을 설립하였다. 대한의원은 대한제국시기 건립된 의학교, 광제원, 적십자 병원을 통폐합하여 만들어진 것으로 일본의 문명성을 상징하는 기관이었다.

통감부시기의 의료정책은 총독부시기에 들어서도 크게 변화되지 않았다. 총독부는 중앙에 총독부의원, 각 지방에 자혜의원을 설립하고 상대적으로 의료혜택을 받기 어려운 산간벽지에는 공의제를 실시하였다. 이는 무료진료를 통해 조선인들의 반감을 희석시키고자하는 의도에서 시행된 것이다. 그러나 다른 한편으로는 경찰이 위생업무를 전담하게 하여 질병을 예방한다는 미명하에 조선인들을 감시·통제하는 이중적 목표를 추구하였다. 특히 자혜의원 설립과 함께 통감부의 지원을 받으며 적극적인 활동을 벌이던 민간단체인 동인회가 배제되었는데 이것은 총독부 의료체계 운영과정에서 헌병과 경찰이 중심이 된 단속위주의 강압적 의료체계로 재편될 것임을 암시하는 것이다. 총독부의원이나 자혜의원과 같은 의료기관의 설립은 조선인 치료만을 목적으로 하지 않았으며 실질적으로는 일본인 식민거주자를 질병으로부터 보호하기 위한 성격이 강했다.

총독부는 의사규칙을 실시하여 서양의학 전공자만을 정식 의사로 인정하고 의생규칙을 통해 한의사를 의사가 아닌 의생으로 격하시켜 조선에 서양의학 중심의 의학체계 정립을 위한 법률적 근거를 마련하였다. 메이지 유신이후 서양의학 일변도의 정책을 추진한 일본의 경우를 그대로 적용한 것이다. 그러나 조선인들에게 있어 전통적인 한의학은 여전히 신뢰받고 있었고 이들을 완전히 도태시킬 경우 대체할 수 있는 의료인력이 절대적으로 부족하다는 판단하에 한학을 완전히 배제하지는 못했다. 총독부시기는 헌병경찰이 위생 관련 사무를 전담함에 따라 개인의 권리는 무시되었다. 총독부가 위생사무 분야에서 가장 관심을 기울인 것은 전염병

의 예방이었다. 전염병이 발병할 경우 그 피해가 국가전체에 미칠수 있다는 점에서 일반 민중들은 경찰이 지시하는 방역내용에 복종할 것을 강요 받았다. 바꾸어 말하면 이것은 총독부 권력에 대한 조선인들의 순응을 의미하는 것이었다. 식민지 전기간동안 공·관립 병원이 증설되고 관련 법률이 정비되었지만 조선인 개개인에 대한 적극적인 건강의 향상보다는 생명보호 차원의 아주 소극적인 행정만이 실시되었다.

전염병 발생상황을 보면 식민지시기 초기에는 8종 전염병으로 인한 일본인 사망자가 조선인 사망자보다 높았으나 해가 거듭될수록 차츰 감소하였다. 조선인은 1919년과 1920년에 47.8% 증가한 것을 제외하고는 식민지 기간동안 비슷한 발병률을 보였고 대부분의 전염병에 있어 조선인 발병률과 사망률이 일본인에 비해 높았다. 특히, 일제시기에 이질, 장티푸스와 같은 수인성 전염병(水人性 傳染病)이 유행했다는 것은 오물이나 수질관리가 제대로 이루어지지 않았음을 의미하는 것이다. 전염병의 유행은 생활, 영양, 환경상태에 크게 영향을 받는 것으로 대체로 조선인이 일본인에 비해 더 많은 발병률을 보였다. 이에 대해서는 일제시기에 도시화가 진행되면서 환경상태가 악화되고 식민지 경제적 수탈로 인해 생활, 영양 상태가 악화된 것도 한 원인으로 볼 수 있다.

8종 전염병 외에도 1918년에는 스페인 독감이 유행하여 한국에서도 조선인 740만명이 감염되고 이중에서 14만명이 사망했으며 일본인은 16만명의 환자가 발생하여 이중 1300명이 사망했다. 스페인 독감은 1918년 10월부터 이듬해 1월까지 만연했다. 이와같이 일본인에 비해 한국인 감염자와 사망자수가 압도적으로 많은 것은 생활여건이 개선되지 않았고, 의료혜택에서 상대적으로 소외된 때문으로 생각된다.

단지 외형적인 것만을 본다면 통감부시기부터 총독부시기에 이르기까지 중앙과 지방에 의료기관이 설립되고 의학교육기관이 정비되었으며 그와 관련한 법령의 공포로 의사 면허제가 실시되는 등 위생행정 사무의 체계화가 이루어졌다고 할 수 있다. 그러나 이것은 어디까지나 식민 지배의 유용성을 널리 알리고 국민 개개인을 식민지 권력의 울타리 안으로 편입시키기 위해 의학을 이용한 것이다.

## 참고 문헌

### 1. 자료

#### 1) 정부 간행물

『高宗實錄』 『承政院日記』 『朝鮮の人口現象』 『朝鮮總督府施政年報』  
『朝鮮總督府統計年報』

#### 2) 신문

『大韓每日申報』 『獨立新聞』 『東亞日報』 『每日新報』 『漢城旬報』 『漢城周報』 『皇城新聞』

#### 3) 일기 · 회고록

김기수 외, 김익수 역, 『修信使記錄』, 제주문화원, 1998.  
대한의사학회, 『송촌 지식영』, 아카데미아, 1994.  
박영호, 「내정 개혁을 위한 건백서」, 『한국사 자료선집』 5, 일조각, 1980.  
유길준, 채 훈 역, 『서유견문』, 대양서적, 1980.  
한국학문헌연구소 편, 『朴定陽全集』, 아세아문화사, 1984.  
황 현, 정동호 역, 『梅泉野錄』, 꿈이 있는 집, 2005.  
Allen, H. N, 신복룡 역, 『조선견문기』, 집문당, 1999.  
\_\_\_\_\_, 김원모 역, 『알렌의 일기』, 단국대학교 출판부, 2004.  
Bishop, I. B, 신복룡 역, 『조선과 그 이웃나라들』, 집문당, 2000.  
Underwood, L. H, 신복룡 · 최수근 공역, 『상투의 나라』, 집문당, 1999.

## 2. 연구서

### 1) 단행본

- 강창석, 『조선 통감부 연구』, 국학자료원, 1994.
- 고영근, 「지볼트의 한국기록 연구」, 『동양학』 19집, 1989.
- 기창덕, 『한국근대의학교육사』, 아카데미아, 1995.
- 김도형, 『대한제국기의 정치사상연구』, 지식산업사, 1994.
- 김두중, 『한국의학 발전에 대한 구미 및 서남방 의학의 영향』, 한국연구도서관, 1960.
- \_\_\_\_\_, 『한국의학사』, 탐구당, 1981.
- 김영식·김근배 편, 『근현대 한국사회의 과학』, 창작과비평사, 1998.
- 박윤재, 『한국 근대의학의 기원』, 해안, 2005.
- 박지향, 『일그러진 근대』, 푸른역사, 2003.
- 박형우, 『제중원』, 몸과 마음, 2002.
- 서정민, 『제중원과 초기 한국기독교』, 연세대학교 출판부, 2003.
- 송규진 외, 『통계로 본 한국근현대사』, 아연출판부, 2004.
- 신동원, 『한국근대보건의료사』, 한울, 1997.
- \_\_\_\_\_, 『호열자, 조선을 습격하다』, 2004.
- 윌리엄 H. 맥닐, 『전염병과 인류의 역사』, 허정 역, 한울, 2003.
- 이광린, 『올리버 알 에비슨의 생애-한국 근대 서양 의학과 근대 교육의 개척자』, 연세대학교 출판부, 1992.
- 이만열, 『한국기독교의료사』, 아카넷, 2003.
- 이연복, 『한민족 독립운동사연구』, 국학자료원, 2004.
- 토마스 매큐언, 서 일·박종연 공역, 『질병의 기원』, 동문선, 1996.
- 허 정, 『에세이 의료한국사』, 한울, 1995.
- \_\_\_\_\_, 『서양보건사』, 신광출판사, 1997.
- 헨리 지거리스트, 이희원 역, 『질병은 문명을 만든다』, 몸과 마음, 2005.
- 홍순원, 『조선보건사』, 청년세대, 1989.

善生永助, 『朝鮮の人口研究』, 민속원, 1999.

## 2) 논문

고미숙, 「『독립신문』에 나타난 ‘위생’ 담론의 배치」, 『근대계몽기 지식 개념의 수용과 그 변용』, 소명출판, 2005.

권태억, 「일제 식민통치의 기조」, 『일제 식민지배의 구조와 성격』, 경인문화사, 2005.

길진숙, 「『독립신문』·『매일신문』에 수용된 ‘문명/야만’ 담론의 의미 층위」, 『근대계몽기 지식 개념의 수용과 그 변용』, 소명출판, 2005.

김민철, 「식민지조선의 경찰과 주민」, 『일제 식민지배의 구조와 성격』, 경인문화사, 2005.

김승태, 「일본을 통한 서양의학의 수용과 그 성격」, 『국사관논총』 6, 1989.

김윤성, 「개항기 개신교 의료선교와 몸에 대한 인식틀의 ‘근대적 전환’」, 서울대학교 석사학위논문, 1994.

김형석, 「한말 한국인에 의한 서양의학 수용」, 『국사관논총』 5, 1989.

도면희, 「일제 식민통치기구의 초기 형성과정」, 『일제 식민통치연구 1: 1905-1910』, 백산서당, 1999.

박성래, 「한성순보와 한성주보의 근대과학 수용노력」, 『한국근현대사논문선집』 41, 삼귀문화사, 2001.

박윤재, 「1910년대 초 일제의 페스트 방역활동과 조선 지배」, 『한국사의 구조와 전개』, 혜안, 2000.

\_\_\_\_\_, 「1876-1904년 일본 관립병원의 설립과 활동에 관한 연구」, 『역사와 현실』 통권 42호, 2001.

\_\_\_\_\_, 「한말·일제 초 근대적 의학체계의 형성과 식민 지배」, 연세대학교 박사학위논문, 2002.

\_\_\_\_\_, 「양생에서 위생으로 : 개화파의 의학론과 근대 국가 건설」, 『사회와 역사』 통권 63집, 2003.



- \_\_\_\_\_, 「한말·일제 초 한성위생회의 활동과 식민 지배」, 『서울학연구』 22, 2004.
- \_\_\_\_\_, 「일제 초 의학교육기관의 정비와 임상의사의 양성」, 『의사학』 제 13권 제1호 (통권 24호), 2004.
- \_\_\_\_\_, 「한말·일제 초 방역법규의 반포와 방역체계의 형성」, 『일제의 식민지배와 일상생활』, 해안, 2004.
- 박윤재·박형우, 「한말·일제 초 의사회의 창립과 조선 지배」, 『연세의사학』 14, 2001.
- 박윤재·신동환, 「일제하 사립 피병원 설립운동 연구」, 『의사학』 12, 1998.
- 박형우, 「한국 근대의학 도입사의 쟁점」, 『연세의사학』 2권 1호, 1998.
- \_\_\_\_\_, 「조선개항 이후의 서양의학 도입-의학교육을 중심으로」, 『동방학지』 104집, 1999.
- 박형우·여인석, 「한국 근대의학 도입사의 쟁점」, 『연세의사학』 2권 1호, 1998.
- 박형우·여인석, 「제중원 일차년도 보고서」, 『연세의사학』 3권 1호, 1999.
- 신동원, 「일제의 보건의료 정책 및 한국인의 건강상태에 관한 연구」, 서울대학교 석사학위논문, 1986.
- \_\_\_\_\_, 「조선말의 콜레라 유행-1821~1910」, 『한국 과학사학회지』 제11권 11호, 1989.
- \_\_\_\_\_, 「한국 근대 보건의료제도의 탄생, 1876-1894」, 『과학과 철학』 6, 1995.
- \_\_\_\_\_, 「공립의원 제중원, 1885-1894」, 『한국문화』 16, 1995.
- 신동원·황상익, 「조선말기(1876-1910) 근대보건의료체제의 형성과정과 그 의미」, 『의사학』 9, 1996.
- 여인석, 「조선개항 이후 한의의 동태」, 『동방학지』 104집, 1999.
- 윤선자, 「조선총독부의 통치구조와 기구」, 『일제 식민지배의 구조와 성격』, 경인문화사, 2005.
- 이광린, 「제중원 연구」, 『한국개화사의 제문제』, 일조각, 1986.
- \_\_\_\_\_, 「개화사상연구」, 『한국 개화사연구』, 일조각, 1999.

- 이규근, 「조선후기 질병사 연구 : 『조선왕조실록』의 전염병 발생 기록을 중심으로」, 『국사관논총』 96, 2001.
- 이꽃메, 「한국의 우두법 도입과 실시에 관한 연구-1876년에서 1910년까지를 중심으로」, 서울대학교 석사학위논문, 1993.
- 이만열, 「기독교 선교 초기의 의료사업」, 『동방학지』 제46~48 합집, 연세대학교 국학연구원, 1985.
- \_\_\_\_\_, 「한말 미국계 의료선교를 통한 서양의학의 수용」, 『국사관논총』 3집, 1989.
- 이인숙, 「독립신문 논설에 나타난 체육·위생사상연구」, 이화여대 석사학위논문, 1983.
- 이종찬, 「근대 서양의학의 역사적 성격과 구조」, 『서양의학의 두 얼굴』, 한울, 1992.
- 이춘란, 「한국에 있어서의 미국 선교 의료활동」, 『이대사원』 10집, 1972.
- 장 신, 「경찰제도의 확립과 식민지 국가권력의 일상 침투」, 『일제의 식민 지배와 일상생활』, 해안, 2004.
- 정용화, 「문명개화론의 뒷 : 『윤치호일기』를 중심으로」, 『국제정치논총』 제41집 4호, 2001.
- 정혜경·김혜숙, 「1910년대 식민지조선에 구현된 위생정책」, 『일제의 식민지 지배정책과 매일신보-1910년대』, 두리미디어, 2005.
- 조 광, 「19세기 민란의 사회적 배경」, 『한국근현대사논문선집』 72, 삼귀문화사, 2003.
- 조형근, 「식민지체제와 의료적 규율화」, 『근대주체와 식민지 규율권력』, 문화과학사, 2003.
- 주진오, 「한국 근대 집권, 관료세력의 민족문제 인식과 대응」, 『역사와 현실』 1집, 1989.
- \_\_\_\_\_, 「서양의학의 수용과 제중원-세브란스」, 『역사비평』 38집, 1997.
- 허 정, 「우리 나라 중두법실시에 관계된 보건사적 고찰」, 『보건학논집』 제40호, 1987.
- 황상익, 「역사 속의 학부 “의학교”, 1899-1907」, 『한국과학사학회지』 제

22권 제2호, 2000.

\_\_\_\_\_, 「한의학과 서양 근대의학의 만남」, 『전통과 서구의 충돌』, 역사비평사, 2001.

# ABSTRACT

## Medical Policy Against Infectious Disease in Korea Under Japanese Colonization

Chung, Min Jae  
Major in Korean History  
Dept. of History  
Graduate School of  
Hansung University

This study refers to the introduction of modern health care system and the content of its development until the end of 1920 by mainly looking at infectious diseases. After opening the port, in order to achieve 'a wealthy country and a powerful army,' the technology, especially the modern health care from Western countries have been acknowledged as something we had to accept. The biggest problem at that time in Korean health care was the decrease in total population of the country because of the spread of infectious diseases. This is the beginning point how the modern health care concept has been introduced and adopted to prevent the further loss of total population from the infectious diseases.

The members of Civilized Party actively insisted to adopt the modern health care system that Yu Gil-Jun, one of the members discussed diseases, governmental agencies, and legislation toward the modern health care system. As a result, his effort was made to set up

better kind of institutions, such as the Sanitary Control Agency and also a Sanitary Control Policy. Further, in 1895, a law against the epidemics has set the force as well as a committee for prevention of cholera has been grouped by the doctors from the Western countries.

The appearance of critical discourse about Oriental medicine that had been a major part of Korean medical system characterize the medical discourse of the Great Han Empire. However, at the same time, for Korean people, Oriental medicine was believed to be worked better than that of Western that eventually, both respectively took their own advantages of rather than deprived of each other's field in Great Han Empire.

Since Japan actively started to invade Korea in 1905, there has been a huge change in Korean health care system. The traditional Korean medical study was totally ignored from the official medical system and activities for prevention of epidemics was enforced by the police and military. These activities can be interpreted as how the Japanese colonialism has spread out in Korea at that time under the name of the activities for prevention of epidemics through the power of police.

The Japanese government-general at first stated the sanitary rule of limiting the doctors of Korean medical as non-official ones but later they expected the medical service by establishing the Government Medical School. However, nevertheless of these efforts, police has been always at the center of both sanitary and prevention of epidemics industry. This simply shows how the prevention of epidemics activity from the Japanese government-general was used as a means of limiting each individual's right.

It was really hard to build the complete system for prevention of epidemics under the control of Japan considering its huge cost. That is why for the Japanese government-general, it made their job much

easier to control Koreans preventing infectious diseases with less cost using public power.