■ 민족문화연구 제112호(2026.08.31.), 고려대학교 민족문화연구원, pp.203-233.
http://doi.org/10.17948/kcs.2026..112.203

일본 제국의회 회의록 속 한방의학과 조선 의생(醫生)*
—1890년대 일본과 1910-1920년대 조선을 중심으로—

전정민(全廷敏)**

목 차

1. 머리말
2. 한방의학에 대한 일본의 시선
3. 의생규칙의 등장과 차별적 편입
4. 의생, 임시적 존재의 고착화
5. 맺음말

국문초록

본 연구는 일본 제국의회 회의록을 검토하여 전통의학에 대한 의회 구성원들의 인식과 식민지 조선의 의생(醫生)을 둘러싼 그들의 견해를 살펴보고자 한 것이다. 이에 1890년대 일본의 한방의학 존폐 논쟁과 1910-1920년대 식민지 조선의 예산 심의에 이르는 속기록을 인류학적 현장으로 삼아 그 속에서 오간 의원들의 발화를 분석하였다. 회의록 곳곳에서 의생은 변칙, 임시수단, 자격미달과 같은 어휘로 거듭하여 규정되고 있었다. 제도적 예외성, 기능적 한시성, 전문성의 결핍이라는 서로 다른 차원의 논리가 어휘들 속에 내포되어 의생의 존재를 주변화한 것으로 해석된다. 나아가 의사 수의 절대적 부족과 재정적 한계라는 구조적 제약은 의생의 자연소멸을 어렵게 만들었다. 의생은 언젠가 사라져야 하면서도 대체할 수 없다는 모순적 지위 속에서 차별적 제도로 편입된 것이다. 1895년 일본에서 부결된 가면허 조항의 논리가 대만을 거쳐 조선의 「의생규칙」으로 제도화되는 과정은 일본이 표방한 보편적 근대성이 의사와 의생이라는 위계성을 띠는 차등 구조로 나타났음을 보여준다. 이처럼 지배 엘리트들의

* 이 논문은 2025년 자생의료재단의 지원을 받아 수행된 연구임.
** 인하대 석・박사통합과정 수료.

발화를 검토하는 작업은 권력이 제도를 구성하고 정당화해 나가는 담론의 형성 과정을 객관화함으로써 식민지 근대화론 이면에 잠재된 차별의 구조를 드러내는 데 기여할 수 있다는 점에서 학술적 의의를 지닌다.

주제어: 제국의회 회의록, 전통의학, 식민지 위생, 의생, 담론분석

1. 머리말

1890년대 일본에서 한방의학의 존재는 국가적 수치이자 시대착오적 구습으로 여겨졌다.[1] 불평등조약을 개정하고 문명국으로서의 위상을 입증해야 했던 메이지 정부에게 전통의학 계승을 요구하는 목소리는 과학의 대척점에 놓인 주장으로 간주될 뿐이었다. 한편, 한방의 면허 발급이 끝내 거부된 일본과 달리 1913년 식민지 조선에서는 전통의학 종사자에게 '의생(醫生)'이라는 별도의 자격을 부여하게 된다. 공적인 의료제도에 의생을 편입하는 예외적인 조치가 단행된 것이다.

실제로 연구자들은 조선총독부 문서, 법령, 관보 등에 기초하여 이와 같은 차이를 해명하기 위해 노력해 왔다. 특히 조선총독부의 재정 부족과 의료 인력난으로 대표되는 구조적 한계, 제도 운영의 실상, 그리고 통치 체제 내부에 나타난 균열에 주목하여 식민지 지배의 의도와 결과를 밝히는 데 유의미한 성과를 거두었다. 의생의 일상과 경험을 구체적으로 조명하는 미시적인 접근들이 축적되고 있는 것 또한 중요한 학술적 진전이라 할 수 있다. 이러한 과정에서 의생 제도는 서양의학을 유일한 정통으로 규정하면서도 조선총독부의 열악한 현실을 타개하기 위한 타협책으로 이해되어 왔다.[2] 그러나

1) 에도시대 중기 이후 일본 전통의학을 가리키는 명칭으로는 한방(漢方)을 비롯하여 메이지기 논의 속에서 황한의학(皇漢醫學), 화한의학(和漢醫學), 동양의학(東洋醫學), 한방의학(漢方醫學) 등 다양한 표기가 사용되었다. 본문에서 인용하는 제국의회 회의록만 보더라도 이러한 명칭들이 혼용되어 사용되고 있음을 확인할 수 있다. 본고에서는 일본 전통의학을 지칭할 때 비교적 널리 사용되는 표현이라는 점을 감안하여 인용문의 번역 또는 명칭 자체를 논의하는 경우를 제외하고 '한방의학'으로 통칭하고자 한다. 조기호, 『일본 한방의학을 말하다』, 군자출판사, 2008, 295면.

2) 재정적 구조적 한계에 대해서는 문명기, 「대만·조선총독부의 초기 재정 비교연구 - '식민제국'

식민 통치의 구조적 한계로 제도의 필요성(why)을 설명하는 것과 당시 일본 정부가 공적 공간에서 제도의 정당성(how)을 주장하는 근거를 살펴보는 것은 서로 다른 분석적 층위라는 점을 고려해야 할 것이다. 본고에서는 이러한 문제의식에 기초하여 일본『제국의회 회의록(帝国議会会議録)』에 주목해 보고자 한다.[3)]

당시 제국의회는 입법기관이자 일본이 입헌정치와 근대 법체계를 갖추었음을 과시하는 무대로 활용되었다. 의회에서 발화된 내용은 정책을 결정하는 실무적인 기능을 넘어 서구의 시선을 내면화하고 열강이 승인하는 근대성을 연기하는 성격을 띤다. 회의록을 살펴보면 가감 없이 기술된 의회 구성원들의 담화 내용을 확인할 수 있다. 의원들의 질의응답, 비판과 변론, 때로는 야유와 웃음까지 담아내고 있다. 이처럼 회의록이 의원들의 논쟁과 선택의 과정을 기록하고 있다는 점에서 인류학적 현장(field)으로도 이해할 수 있다.[4)]

일본의 식민지 통치역량과 관련하여 -」,『중국근현대사연구』44, 중국근현대사학회, 2009, 91-113면; 문명기,「대만·조선의 '식민지근대'의 격차 - 경찰 부문의 비교를 통하여」,『중국근현대사연구』59, 중국근현대사학회, 2013a, 69-99면; 문명기,「식민지 '문명화'의 격차와 그 함의 -의료부문의 비교를 통해 보는 대만·조선의 '식민지근대'-」,『한국학연구』46, 고려대 한국학연구소, 2013b, 33-69면을, 의사 부족 문제에 대해서는 박윤재,「일제의 한의학 정책과 조선 지배」,『의사학』17-1, 대한의사학회, 2008, 75-86면, 제도 운영의 실제와 식민권력 내부의 균열에 대해서는 박지현,「식민지기 醫生 제도와 정책의 운영 -『醫療關係法制例規綴』 중 의생 관련 조선총독부 공문서를 중심으로」,『대동문화연구』106, 성균관대 대동문화연구원, 2019, 317-343면; 박지현,「식민지기 醫生을 둘러싼 식민권력의 통치 기술과 전략 -의생의 선발시험과 교육, 평가, 단체를 중심으로-」,『민족문화논총』82, 민족문화연구소, 2022, 385-417면을, 식민지적 타협책으로 의생제도를 해석한 논의로는 신동원,「1910년대 일제의 보건의료 정책 -한의학 정책을 중심으로-」,『한국문화』30, 서울대 규장각한국학연구원, 2002, 333-370면을, 의생의 구체적 활동과 정체성에 대해서는 박지현,「유교 지식인 해악 김광진의 醫生 활동과 그 의미: 식민지기 의생의 정체성 및 의료 문화와 관련하여」,『역사학보』229, 역사학회, 2016, 157-185면 등을 참조할 수 있다.

3) 일본 제국의회는 1889년 제정된『메이지헌법(明治憲法)』에 따라 1890년에 발족한 일본 최초 근대 의회이자 입법기관이다. 의회 구성 및 기능에 관한 구체적인 내용은 김봉식,「제국의회 중의원의 기능」,『일본어문학』4, 일본어문학회, 1997, 49-68면 참조.

4) 일본 국립국회도서관이 소장한 제국의회 회의록 디지털 컬렉션은 1890년 11월에 개회한 제1회 의회부터 1947년 3월 제92회 의회까지 전 회기 기록을 포괄한다. 온라인 검색시스템(帝国議会会議録検索システム, https://teikokugikai-i.ndl.go.jp/)을 통해 텍스트 또는 이미지로 열람이 가능하다. 본고에서 인용한 회의록은 위 사이트로부터 참조하였으며 각 인용문별 출처와 발언 번호를 각주에 밝힌다. 원문이 고정된 아카이브임을 고려하여 개별 검색일자는 생략한다. 또한 원문의 한국어 번역 초안 작성에는 생성형 AI Google Gemini를 보조적으로 활용하였다. 번역문은 저자가 원문과 대조하여 검토 및 수정하였다.

물론 제국의회 의원들의 발화가 현지의 실상을 있는 그대로 보여주는 것은 아니다. 의생제도의 경우 조선총독부령에 의해 시행된 것으로 제국의회는 예산 심의 과정에서 제도의 존속과 운용 방향을 평가하고 승인하는 데 머물렀기 때문이다. 하지만 정치적 공론장에서 오간 발화가 식민지 통치의 방향을 가늠하게 한다는 점에서 회의록은 고유한 사료적 가치를 지닌다.[5)]

이에 제국의회라는 한정된 정치적 공론장에서 당대 문명의 척도로 인식되던 위생 문제가 어떤 맥락으로 소환되고 논쟁되어 왔는지 1890년대 일본과 1910-1920년대 식민지 조선을 중심으로 살펴보고자 한다. 제국의회 회의록을 통해 살펴보고자 하는 '담론'이란 문명화라는 정치적 명분을 표방하는 과정에서 직면한 곤란함을 처리하고 정당화하기 위해 동원했던 언어적 통치 기술을 의미한다. 불평등한 위계질서를 자연스러운 것으로 수용하게 만드는 이데올로기적 실천(ideological practice)이자 지배 엘리트가 사회적 모순을 은폐하기 위해 구사하는 정당화 전략으로서 텍스트를 파악하려는 시도이다.

우선, 다양한 사회적 배경을 가진 발언자들이 제국의회라는 공간에서 어떤 어휘를 선택하여 사용하는지 주목하고자 한다. 나아가 의생의 자격 문제가 제도적 차원에서 다뤄지는 과정을 분석하여 일본과 식민지 조선 사이에 어떤 위계가 있었는지 이해하고자 한다. 물론 두 시기 발화에서 유사점이 확인된다 하더라도 그것이 곧 정책의 연속성을 의미한다고 보기에는 어려움이 따른다. 다만 일본에서 형성된 보편적 의료 기준이 식민지 조선에 어떤 방식으로 차등 적용되었는지 논의해 보아야 할 것이다.

---

5) 최근에는 제국의회 회의록의 중요성에 주목하여 예산위원회나 특별회계법 심의과정 분석을 통해 조선통치에 대한 의회의 감시기능을 살펴보고, 재조일본인 중의원 의원의 정치적 브로커 역할, 조선은행권 성격 확장과정 등과 같은 정치·경제적 쟁점을 규명하는 등 식민지 통치사 연구에 적극적으로 활용되고 있다. 전성현, 「식민자와 조선-일제시기 大池忠助의 지역성과 '식민자'로서의 위상」, 『한국민족문화』 49, 한국민족문화연구소, 2013, 271-316면; 이형식, 「1910년대 일본제국의회 중의원과 조선통치」, 『사총』 82, 역사연구소, 2014, 213-245면; 김윤희, 「1910년대 일본제국의회 속기록에 나타난 조선은행(권)의 성격, 팽창과 위험의 연쇄」, 『한일관계사연구』 47, 한일관계사학회, 2014, 131-165면; 하지영, 「1920년대 전반기 군산의 일본인 阪上貞信의 제국의회 진출과 활동」, 『석당논총』 81, 석당학술원, 2021, 61-99면; 이동훈, 「마키야마 고조(牧山耕藏)의 '다이쇼(大正) 데모크라시'」, 『석당논총』 82, 석당학술원, 2022, 413-439면 참조.

2. 한방의학에 대한 일본의 시선

메이지 정부에게 방역과 위생은 공중보건이라는 차원을 넘어선 문제였다. 전국적으로 확산된 콜레라 대유행 속에서 위생국을 신설하고 위기에 대처하는 능력은 근대 국가로서의 존립 자격을 가늠하는 척도이자 부국강병을 이룩하기 위한 필수조건이었다.[6] 상하수도 설치나 검역이 물리적인 인프라 구축 문제라면 구습의 존폐여부는 근대 과학의 정당성과 직결된 지식과 권력의 문제였기 때문이다. 이러한 맥락 속에서 한방의학에 대한 처리 방식이 구체화되었다.[7]

일본 근대 의료제도에서 한방의학이 밀려나게 된 것은 1874년 8월에 공포된 「의제(醫制)」로부터이다. 서양의학을 국가의료 표준으로 삼는다는 방침 아래 1875년부터 「의술개업시험(醫術開業試験)」이 지방단위로 실시되기 시작했다. 이후 1883년 「의사면허규칙(醫師免許規則)」을 통해 물리, 화학, 해부학 등 서양의학의 7과목을 시험과목으로 규정함으로써 한방의들의 신규 배출 통로가 차단되었다. 기존 개업의들에게는 경과조치가 적용되어 당장의 생존권은 유예되었으나 이는 곧 후계 양성의 단절을 의미했다. 한방의학을 급진적으로 탄압하기보다는 시간의 흐름 속에 토착 지식을 가두어 자연도태를 유도하고자 한 것이다. 그 결과 의사(醫師)란 서양의학 교육을 이수하고 국가시험에 합격한 자를 의미하게 되었고, 경험적 전승에 의존해 온 한방의는 점차 합법적 범주 밖으로 밀려날 수밖에 없는 구조적 모순에 직면했다.[8]

---

6) 현재의 위생(hygiene)은 대체로 청결을 뜻하지만 근대의 위생은 국민의 체력을 기르고 질병의 예방과 치료에 전념한다는 의미이다. 김정란, 「불안과 불확실성의 시대: 19세기 콜레라 대유행과 21세기 코로나19 팬데믹」, 『해양유산』 12-2, 국립해양박물관, 2020, 15면.

7) 근대 일본에서 한방의학이 처한 위상 변화와 그 역사를 다룬 연구로는 深川晨堂, 『漢洋医学鬪争史』 復刻版, 医聖社, 1981이 대표적이다. 이 외로는 山田光胤, 「日本漢方医学の伝承と系譜」, 『日本東洋医学雑誌』 46-4, 1996, 505-518면; 「東アジア伝統医学に於ける日本漢方」, 『日本東洋医学雑誌』 50-2, 1999, 201-213면; 大塚恭男, 「東洋医学の歴史と現代」, 『日本東洋医学雑誌』 47-1, 1996a, 5-11면; 『東洋医学』, 東京: 岩波書店, 1996b를 참조.

8) 厚生省医務局(編), 『医制百年史』, 記述編·資料編, 東京: ぎょうせい, 1976; 瀧澤利行, 「明治初期医師養成教育と衛生観」, 『日本医史学雑誌』 38-4, 1992, 583-602면.

이후 1890년 제국의회가 개설되면서 전통의학 옹호론자들은 공식적인 정치적 공간에서 불평등한 구조에 대해 항변할 수 있는 기회를 얻게 되었다. 1892년 6월 11일 제3회 제국의회 중의원 본회의 제25호에 시오타 오쿠조(鹽田奥造) 외 12인이 제출한 「의사면허규칙 개정 법률안(醫師免許規則改正法律案)」이 상정되었다.[9] 법안 제1조는 '동양의술 또는 서양의술을 닦고 의술 개업 시험을 치러 내무대신으로부터 개업 면허를 얻은 자'를 의사로 정의하여 두 계통의 의학을 제도적으로 병존시키고자 한 것이었다. 청원대표 시오타의 발언은 당시 옹호론의 논거 구조를 집약적으로 보여준다.

> 거슬러 올라가 황한의의 지금까지를 돌이켜 보면 거의 역사적으로 보더라도 천여 년 이래 오늘에 이르기까지 연면히 계속되어 지장 없이 있어 온 것입니다. (…) 한 사람이 줄어들면 그 한 명만큼 하루아침에 영영 잃게 되는 셈입니다. 언젠가 어느 해에는 자연히 소멸되고 말 것입니다. (…) 그런데 이를 다만 하나의 의업규칙이라는 것을 가지고 곧 천여 년을 이어 온 이 업을 방해한다는 것에 이르러서는 결코 허용할 수 없는 것입니다. (…) 소위 우승열패의 이 진리를 인위적으로 법률을 통해 폐지해 버린다는 것은 아무래도 정부가 해야 할 일이 아닐 것이며 법률로써 규정할 것이 아닐 것입니다. (…) 생존경쟁의 발달 과정에서 이 길 기력이 있다면 충분히 연구하는 것이 좋습니다. (…) 만약 이 황한의라는 것이 정말로 우리나라의 풍속을 해치거나 장래를 어지럽히는 것이라면 주저할 것 없이 단연코 폐지하는 것이 좋을 것이며, 폐지를 결정하는 데 여러분은 주저해서는 안 됩니다. 하지만 저는 아직 오늘에 있어서 폐지해야 할 필요를 보지 못하였습니다.[10]

---

9) 『제국의회 회의록』에 따르면 '황한의도 계속의 청원(皇漢醫道繼續ノ請願)'은 1892년 6월 7일 제3회 제국의회 중의원 본회의 제21호에서 처음 언급되었다. 안건 상정이 순연되는 사이 이튿날 본회의(제22호)에서 시오타 외 12인이 「의사면허규칙 개정 법률안」을 제출하였다. 개정안의 1독회는 앞선 청원안과 함께 의사일정에 포함되었으나 거듭된 연기 끝에 6월 11일에 이르러서야 비로소 심의가 이뤄졌다. 당일 제4안(개정 법률안), 제5안(청원안)을 병합하여 심리하자는 제안이 있었으나 최종적으로는 채택되지 못한 채 제4안에 국한하여 논의가 이뤄졌다.

10) 「第3回 帝國議會 衆議院 本會議 速記錄」 第25号(1892.6.11) #065. "溯ッテ皇漢醫ノ是迄ノコトヲ考ヘテ見マスレバ殆ド歷史ノ上カラ見マシテモ、千年餘リヨリ今日ニ至ル迄連綿繼續シテ差支ナクアッタモノデアル (…) 一人缺レバ一人ハ一朝ニシテ失フ譯デアル何時ノ年カ自然ニ消滅ニナッテ仕舞フト云フノデアル (…) 然ルニ之ヲシテ唯一ツノ醫業規則ト云フモノヲ以テ、卽チ千有餘年ヤリ來ッタ所ノ此業ヲ妨害スルト云フコトニ至ッテハ決シテ之ハ許スベカラザルモノデアル (…) 所謂優勝劣敗ノ此眞理ヲ、人爲的ヲ以テ法律ノ上カラ之ヲ廢除シテ仕舞フト云フ樣ナコトハドウモ政府タル者ノ爲スベキコトデハアリマスマイ法律ヲ

해당 발언에서 특히 주목되는 것은 한방의학의 자연스러운 소멸과 생존경쟁에 대한 언급이다. 한방의학이 '언젠가 어느 해에는 자연히 소멸되고 말 것'이라는 표현은 일견 현행제도에 대한 패배의 자인처럼 들린다. 그러나 문맥상 이는 소멸을 숙명으로 받아들인 것이 아니라 현행 규칙을 방치할 경우 도래할 결과에 대한 경고로 읽힌다. 발언의 후반부에서 '정말로 우리나라의 풍속을 해치거나 장래를 어지럽히는 것이라면 주저할 것 없이 단연코 폐지하는 것이 좋을 것이다'고 선제적으로 양보한 뒤, '폐지할 필요를 보지 못했다'는 소극적 부정으로 귀결한다. 요컨대 시오타의 논거는 공정한 경쟁 기회를 요구하는 데까지는 이르렀으나 서양과학과 맞설 수 있는 학문적 동등성을 논증하는 수준에는 미치지 못했던 것이다. 이는 서양의학 도입을 주장하는 의원들의 날선 공세 앞에서 여실히 드러났다. 특히 하세가와 타이(長谷川泰)의 지적은 전통의학의 구조적 약점을 정면으로 파고들었다.

> 한법의라는 것은 크게 셋으로 나뉩니다. 제가 설명하지 않아도 제출자께서는 물론 알고 계실 것입니다. 첫째는 고의법가, 둘째는 후세법, 셋째는 절충가입니다. 그래서 한법의 시험을 마련하려면 고의법가, 절충가, 후세가 각각에 맞춰 세 가지로 나누어 실시할 복안이십니까?[11]

이에 대해 시오타가 답을 얼버무리자 장내에서는 실소가 터져 나왔다. 서양의학은 국가가 통제하고 측정할 수 있는 표준화된 교과체계를 갖추고 있었지만, 한방의학은 학파에 따라 처방원리와 이론이 분기되어 있어 국가시험의 단일한 기준을 세우기 어려웠다. 근대 국가가 요구하는 지식의 표준화를 전통의학 내부의 학문적 분열이 충족시키지 못한 것이다. 한편 법안의 옹호가

以テ規定スルモノデハアリマスマイ（…）其生存競爭ノ發達ノ上カラ打勝ツ氣力ガアルナラバ十分ニ究スルガ宜シイ（…）若シ之ガ皇漢醫ト云フモノガ如何ニモ我國ノ風俗ヲ破ルトカ、或ハ我國ノ將來ヲ亂ルモノデアルト云フモノデアッタナラバ何ゾ躊躇スルコトナク斷然廢スルガ宜シイ廢スル事ニ決シテ諸君ハ躊躇シテハナリマセヌ、ケレドモ私ハマダ今日ニ於テ廢スルト云フ必要ヲ見マセヌ”

11)「第3回 帝國議會 衆議院 本會議 速記錄」第25号(1892.6.11) #094. “漢法醫者ト申シマスモノハ大體三ニ成ッテ居リマスソレハ本員ガ講釋ヲ待タズ、提出者ハ無論御存ジデアリマセウ、一ハ古醫法家、二ハ後世法、第三ハ折衷家デアッテ古醫法家ハ絕對的、後世家ハーソレデ漢法醫者ノ試驗ヲ設ケルニハ古醫法家ノ試驗、折衷家ノ試驗、後世家ノ試驗ト丁度三ツニ立テル御見込デアリマスカ”

비전문가인 정치인에 의해 대변되고 반대론은 의학 전문가에 의해 주도되었다는 구도 자체가 이 논쟁이 동등한 인식론적 기반 위에서 이루어지지 않았음을 시사한다. 결국 1892년 6월의 논의는 특별위원회로 회부되었다.[12]

같은 해 12월 12일 제4회 제국의회 중의원 본회의 제10호에서 야마다 타이조 외 12명이 제출한 「의사면허규칙 개정 법률안」에 대한 제1독회가 개시되었다.[13] 야마다의 옹호론은 시오타와 유사한 논거를 반복하면서도 차이를 보인다.

> 또한 실제에 있어서 보면 과연 서양의 의술은 우리보다 우수하다는 것은 의심할 여지가 없을 것입니다. 우리가 열등하다는 것은 틀림없는 사실일 것입니다. 그러나 국토와 인정, 풍속이 다른 법입니다. (…) 학술의 우열이 있음은 틀림없겠으나 (…) 단지 저것은 우월하고 이것은 열등하기 때문에 이를 폐멸한다는 것은 논리에 맞지 않을 뿐만 아니라 실제에도 맞지 않다고 믿습니다.[14]

시오타가 학술의 우열 여부를 판단하길 거부한 것과 달리 야마다는 서양의학의 우위를 명시적으로 인정했다. 대등한 경쟁을 요구하던 입장에서 후퇴하여 풍토적 특수성에 기대어 예외적 존속을 구하는 방어적 논리로 전환한 것이다. 이는 옹호론자들조차 서양의학 중심의 지배 담론을 이미 일정 부분 내면화하고 있었음을 시사한다. 이에 대해 하세가와는 한방의학의 범주적 정당성 자체를 추궁하고 나섰다.

---

12) 특별위원회는 법안의 성격과 내용을 검토하여 신중한 심사가 필요한 경우 조직된다. 본회의 의장의 검토 아래 특별위원이 지명된다. 村瀬信一, 『帝国議会: 「戦前民主主義」の五七年』, 東京: 講談社, 2015, 47-50면. 제3회 제국의회 중의원 본회의 제26호(1892.6.13)에서 시오타 오쿠조, 하세가와 등 9명이 특별위원으로 지명되었으나 공개된 회의록에서 위원회 심의기록은 확인할 수 없었다.

13) 본 개정안은 제4회 제국의회 중의원 본회의 제4호(1892.12.5)에서 제출된 것으로 확인된다. 이어 본회의 제7호(1892.12.8)를 통해 다음날 의사일정으로 공표되었으나 9일과 10일에도 심의되지 못한 채 차일피일 미루어졌다. 결국 제출 일주일여 만에 1독회가 개시되었다.

14) 「第4回 帝国議会 衆議院 本会議」 第10號(1892.12.12) #194. "又實際ニ於キマシテ見マシタナラバ成程西洋ノ醫術ハ我ニ優レルト云フコトハ疑ナイコトデアリマセウ、我レ劣レリト云フコトハ相違ナイコトデアリマセウ、去リナガラ國土人情風俗ノ異ナルアル (…) 學術ノ優劣ノアルニハ相違アリマスマイケレドモ (…) 獨リ彼ハ優リ彼ハ劣ルガ故ニ之ヲ廢滅スルト云フノハ論理ニ當ラザルノミナラズ、實際ニ於テ當ラヌト信ズル"

> 제출자가 말하는 대로라면 동양의가 개업시험을 치르더라도 서양 약을 마음대로 쓸 수 있고, 실제로 마음대로 쓴다는 것입니다. 그렇게 되면 동양의라고 명칭만 바꾸었을 뿐, 그 실체를 실제로 분석하면 동양의가 아닙니다. 예를 들어 3할은 동양, 7할은 서양식이라면 애써 마련한 제도가 휴지조각이 되고 맙니다. 그것은 어떠합니까?15)

그의 추궁은 시험의 실현 가능성이라는 기술적 차원에서 범주 자체의 존립 가능성이라는 차원으로 이동하고 있다. 실제 진료에서 서양약을 7할이나 사용하는 의사를 동양의로 분류하는 것은 명칭과 실체의 괴리를 제도화하는 것에 다름없다는 논리였다. 서양의학 교육기관인 제생학사(濟生學舍)와 관련된 하세가와 타이가 한방의들의 진료 실상에 정통했다는 사실은 양측 발화자가 놓인 위치의 비대칭성을 단적으로 보여준다. 야마다는 이를 말장난에 불과하다며 답변을 회피했으나, 하세가와는 사실이 그러하다고 단정했다. 같은 날 정부 측의 공식 입장이 표명되었다. 내무성 소속 정부위원 와타나베 치아키(渡邊千秋)가 다음과 같이 발언했다.

> 정부는 부득이 본 안건에 반대하며 동의를 표할 수 없습니다. (…) 정부의 안중에는 오직 일본 의사가 있을 뿐이지, 동양 의술 혹은 서양 의술이라는 것은 존재하지 않습니다. (…) 아시다시피 의학은 참으로 일신우일신하는 실학으로서 진리를 탐구하며 나아가는 것입니다. 결코 일본의 골동품 보존 같은 것과는 그 이유를 크게 달리합니다.16)

---

15)「第4回 帝国議会 衆議院 本会議」第10号(1892.12.12) #221. “提出者ガ言ハレル通リダト、東洋醫、開開業試驗ヲ受ケテモ西洋藥ヲ勝手ニ使ヒ得ル、勝手ニ使フト云フノデアル、サウスルト東洋醫ト斯ウ名稱ヲ變ヘテアリマスケレドモ其實々際分析スルト東洋醫デ無イ例ヘバ三分東洋七分西洋、折角設ケタ所ガ反古ニナッテ仕舞フ、ソレハドウデス”

16)「第4回 帝国議会 衆議院 本会議 速記錄」第10号(1892.12.12) #232. “政府ハ已ムヲ得ス此本案ニ反對ヲ致シテ同意ヲ表スルコトガ出來マセヌ (…) 單ニ政府ノ眼中ニハ日本醫師アルノミデ、決シテ是ハ東洋醫術或ハ西洋醫術ト云フモノハ有リマセヌ (…) 御承知ノ通リ醫學ハ誠ニ今ハ日進ノ勢デアリマシテ實學デアッテ眞理ヲ講究シツヽ進ムモノデアル、決シテ日本ニアル或ハ其古物保存トカ云フ樣ナモノトハ其理由ヲ大ニ異ニシテ居ルモノデアラウト考ヘマス”

이는 개별 의원의 견해가 아니라 행정부가 밝힌 국가의 공식 입장이었다. '일본에는 의사만 있을 뿐'이라는 발언은 동양의학과 서양의학이라는 범주 구분 자체를 국가 차원에서 부정한 것이다. 그러나 동서의 구분이 없다는 것은 서양의학만이 의학이라는 전제 위에서 발화된 것이다. 옹호론이 전제한 '동양의술 대 서양의술'이라는 이항 대립의 구도 자체가 성립할 수 없게 됨으로써 논쟁의 토대를 제거하는 효과를 가져왔다. 나아가 한방의학을 '골동품 보존'과 동렬에 놓은 것은 한방의학을 현재의 의료가 아닌 과거의 유물로 시간적으로 격리시키는 수사라고 볼 수 있다.

1893년 2월 14일 제4회 제국의회 중의원 의사면허규칙 개정 법률안 위원회 제1호에서 문부성 정부위원 쿠보타 유즈루(久保田譲)는 한층 명확한 언어로 한방의학의 자격을 부정했다.

> 한방의학으로 오늘날의 완전한 의사 업무를 수행하는 면허를 부여하는 것에 대해서는 불충분하다고 종래 인정해 왔습니다. 향후라 할지라도 이 학문으로 의사가 배출될 수 있을지 어떨지는 아직 인정할 수 없습니다.[17]

'불충분하다고 인정해왔다'는 쿠보타의 발언은 불충분함의 근거를 제시한 것이 아니라 판단 자체를 기정사실로 전제한 것이다. 같은 위원회에서 내무성 위생국장 고토 신페이(後藤新平)는 법의학 감정, 전염병 예방, 국가위생 행정이라는 세 측면에서 한방의학의 불충분함을 논증했으나 이 논거 역시 서양의학의 학과 체계를 판단 기준으로 전제하고 있었다. 권위 있는 지식의 원천이 서양의학에 독점되어 있는 한 한방의학의 가치를 증명해야 할 입증 책임은 전적으로 옹호론 측에 전가될 수밖에 없었던 것이다.

이후 1893년 12월 제5회 제국의회에서도 동일한 법안을 제출하여 특별위원회에 회부되었다. 1894년 12월 제8회 제국의회 중의원 본회의 제1호에

17) 「第4回 帝国議会 衆議院 医師免許規制改正法律案委員会」 第1号(1893.2.14) #006. "此漢方醫學デ今日ノ完全ナル醫者ノ業務ヲ執ル所ノ免許ヲ與ヘルト云フコトニハ不十分デアルト云フコトハ從來認メテ居リマシタノデ (…) 今後ト雖モ文部省デハ此學問デ必ズ醫者ガ出來ルカドウカト云フコトハ未ダ認メルコトガ出來マセヌ"

도다 쿠마히코(戶田熊彦) 외 5명에 의해 개정안이 다시 상정되었고, 이전과 비슷한 구조의 논쟁이 되풀이되었다. 1895년 1월 18일 1독회에서 도다는 시험규칙이 서양의술 쪽으로 편성되어 있어 한방의의 합격이 원천적으로 불가능한 구조임을 다음과 같이 지적했다.

> 지금 그 의사면허 시험규칙을 읽어보면 오직 서양의술 쪽으로 기울어진 시험규칙입니다. 그래서 황한의도자에게는 ('간단히 부탁합니다'라고 외치는 자 있음) 매년 시험을 치르더라도 한 명의 합격자도 없다는 것은 처음부터 분명한 일이었습니다.[18]

1883년 10월 「의사면허규칙」이 시행된 이래 12년간 한방의 합격자가 단 한 명도 나오지 않았다는 사실은 시험이 자격 검증이 아니라 사실상의 진입 차단 장치로 기능하고 있었음을 의미한다. 표면적으로는 공정한 시험이지만 실질적으로는 한방의를 배제하는 구조였던 것이다. 해당 법안은 특별위원회에 회부되었다.

이후 1월 31일 제8회 제국의회 중의원 본회의 제20호에서는 특별위원장 야마다가 위원회의 경과를 보고하며 위원회에서 본안을 부결하기로 결정했다고 전했다. 이어 소수의견 보고자로서 찬성 측의 오쓰 준이치로(大津淳一郎)가 연단에 올라 위원회 다수파의 부결 논리를 다음과 같이 소개했다.

> 이를 위원회에서 부결한 이유는 첫째로 의술에 동양과 서양의 구별이 없다는 것이고, 또 하나는 이 동양의술이라는 것이 있다 하더라도 여기에 소위 7과목이라 하는 생리학과 기타 화학 같은 것이 갖추어져 있지 않다는 것이었습니다. (…) 이론상으로는 동서의 차별이 없다고 말하고 있습니다만, 사실에 있어서는 가로글자로 배운 의사와 세로글자로 배운 의사의 구별이 있어 현재 전국 4만 명 중 2만 7천 명 가량이 세로글자로 배운 의사입니다. (…) 4만 명 중 2만 7천 명이나 되는 이 의사들과 함께 3천 년 동안 동양에서 이어져 온 의술을 이대로 법률로써 때려 부수어 버린다는 것은 천만부당한 일이라고 믿습니다. 이것이 바로 우리 소수자의 의견으로서 보고드리는 바입니다. [19]

---

18) 「第8回 帝國議會 衆議院 本會議 速記錄」 第11号(1895.1.18) #055. "試驗規則デアリマスル、ソレデ皇漢醫道者ニ取リマシテハ(「簡單ニ願ヒマス」ト呼フ者アリ)各年試驗致シマシテモ是レハ一人ノ及第ナキハ始ヨリ分リ切ッタコトデアリマス"

오쓰 준이치로의 반박에서 주목할 것은 '이론상으로는 동서 구별이 없다고 하면서 사실상 구별이 존재한다'는 점을 들어 반대론의 논리적 모순을 지적한 대목이다. 그러나 이는 현행제도의 모순을 폭로하는 데까지는 이르렀으나 한방의학의 고유한 학문적 가치를 적극적으로 논증하는 단계로는 나아가지 못했다. 여러 차례 개정 법률안 제출과 논의를 거쳤음에도 한방의학을 정당화하는 대안적 담론을 끝내 구성하지 못한 것이다. 한편 위원회 다수파가 부결 근거로 내세운 '의술에 동서 구별이 없다'는 논리는 보편적 기준의 존재를 전제하지만, 그 기준이 누구에 의해 설정되었는지는 묻고 있지 않다. 기준 설정의 권력이 은폐된 채 마치 의학에 자연적으로 내재하는 기준이 있는 것처럼 제시된 것이다.

이어지는 반대 토론에서 자유당 소속의원인 코무로 슈에이(小室重弘)는 동양의술이라는 범주 자체를 부정하며 이러한 논리를 명료하게 표현했다.

> 일본 의사의 학문의 이치가 있다는 것도 알고 있습니다. 그런데 그 사이에 두 가지 성격의 학문적 이치가 있다는 것이 무슨 의미인지 알 수 없습니다. 여러분, 일본 군대에 일본의 병법이 있었다 한들, 오늘날 나팔을 분다고 해서 저것은 서양의 병법이라 하고, 크루프포를 쏜다고 해서 서양의 군대라고 누가 말하겠습니까? (…) 우리는 오늘날의 한방의사라는 사람들이 오늘날의 의학으로 삼을 만한 가치가 없다고 믿습니다. 시험 삼아 이 사람들에게 생리학이 어떤 것인지, 조직학이 어떤 것인지, 해부학이 어떤 것인지, 재판의학이 어떤 것인지 물어보았더니 한방의들이 우리에게 많은 서적을 가져와 보여주었습니다. 그러나 오늘날의 일본에 적용해야 할 19세기 의학으로서 우리나라에 존재해야 할 의학인가 하면 그렇지 않습니다. (…) 3천년 동안 한방의가 일본에 공을 세웠으니 오늘날 없애는 것은 안됐다는 것은 대단히 은혜롭고 인정 깊은 생각이겠습니다. 그러나 저는 한방의라는 것이 지금까지 3천년 동안 일본에 공을 세워 왔다면, 정말로 공이 있었던 것이라면 기념비라도 세우거나 골동품 박물관에 비치하면 충분히 만족할 수 있으리라 생각합니다.[20]

---

19)「第8回 帝國議會 衆議院 本會議 速記錄」第20号(1895.1.31) #117. "是ヲ委員會ニ於テ否決致シマシタ理由、一ハ醫術ニ東洋ト西洋トノ區別ハナイ、又今一ツハ此東洋醫術ト云フモノガアルトシタ所デ、是ニハ所謂七科ト云フヤウナ生理其他化學ト云フヤウナモノガ備ッテ居ラナイ (…) 理窟ノ上ニハ東西ノ差別ハナイト云フテ居リマスガ、事實ニ於テハ横ノ文字ヲ以テ習覺エタ醫者ハ、縦ノ文字ヲ以テ習覺エタ醫者トノ別ガアルノデ現ニ全國四万人ノ醫者ノ中ニハ二万七千人バカリ縦ノ文字ヲ以テ習覺エタ醫者デアル (…) 四万人ノ中二万七千人モアル此醫者ヲ以テ三千年來東洋ニ仕來リタル醫術ヲ此儘ニ法律ヲ以テ叩潰シテ仕舞フト云フコトハ不道理千万ト信ジマス、是ガ則チ吾ニガ少數者ノ意見ト致シマシテ"

그는 의술을 군대에 비유하며 서양의학의 도입을 정당화했다. 군대의 본질이 무기의 기원이 아니라 그것을 사용하는 주체에 있듯이 의학도 마찬가지라는 것이다. 이러한 논리 아래에서 한방의학은 별도의 범주로서 존재할 이유를 상실한다. 나아가 '19세기 의학'이라는 표현에는 시간의 흐름에 따른 진보라는 전제가 내포되어 있다. 코무로가 한방의에게 물어보라고 열거한 생리학, 조직학, 해부학, 재판의학은 다름 아닌 1883년 「의사면허규칙」이 규정한 시험 과목들이다. 요컨대 서양의학의 기준으로 한방의학을 평가하고 그 기준에 미달한다고 판정하는 것은 순환논리에 가깝다. 그러나 이러한 논리적 공백은 적어도 반대론의 진영에서는 전혀 문제시되지 않았던 것이다. 전통의학을 골동품 박물관에 전시할 오브제로 비유한 것 역시 역사적 공헌을 인정하면서도 현재의 의료 체계로부터 배제하기 위한 수사로 이해할 수 있다.

[표 1] 제국의회 한방의학 논쟁의 담론구조 (1892-1895)

구분	옹호론	반대론
주요 발화자	시오타, 야마다, 도다, 오쓰	하세가와, 와타나베 쿠보타, 코무로
핵심가치	전통, 풍토, 실용	과학, 문명, 표준화
의학의 근거	역사적 실천을 통한 검증	과학적 기초학문을 통한 검증
시험제도	동서의술별 시험	단일 표준 시험
전통의학의 지위	서양의학과 병존	과거의 유물로 격리

20) 「第8回 帝國議會 衆議院 本會議 速記錄」 第20号(1895.1.31) #129. "此間ニ二タ色ノ學理ガアルト云フコトハドウ云フコトデゴザイマセウカ分ラナイ諸君軍隊-日本ノ軍隊ニ日本ノ兵法ガゴザイマシタナラバ今日喇叭ヲ吹クカラ彼ハ西洋ノ兵法ダ、くるッぷヲ擊ツカラ西洋ノ軍隊デアルト誰ガ言ヒマス (…) 私共今ノ漢方醫ト云フ人達ガ今日ノ醫學ニスルダケノ價ガナイト云フコトヲ信ジテ居ル試ニ此人達ニ向ッテ生理學ハドウ云フモノデアル、組織學ハドウ云フモノデアル、解剖學ハドウ云フモノデアル、裁判醫學ハドウ云フモノデアルカト云フタナラバ漢方醫ハ吾ニニモ澤山書物ヲ持ッテ來テ見セマシタガ之ヲ以テ今日ノ日本ニ適用スベキ十九世紀ニ於ケル醫學トシテ我邦ニ存在スベキ醫學デアルカト云フトサウデナイ (…) 三千年來漢方醫ガ日本ニ功ヲ爲シタカラ今日潰スコトハ氣ノ毒ダーソレハ大層御恩惠ノ御情ケ深イ御考デゴザリマセウガサウ云フモノナラバ私ハ漢方醫ト云フモノガ今マデ三千年來日本ニ功ヲ爲シテ來タナラバー功ガアッタモノデアルナラバ記念碑デモ建テルトカ古物館ニ備ヘタナラバ、隨分滿足ガ出來ヤウト思フ"

토론 종결 후 표결은 예상을 뒤집었다. 2독회 개회 결의가 다수로 가결되어 즉시 2독회가 열렸다. 이후 수정안이 부결되고 원안 제1조-제10조에 대한 기명 투표가 실시되었다. 그 결과는 총수 187명 중 찬성 94명, 반대 93명이었다. 불과 1표 차이로 법안은 2독회를 통과했다. 제11조-제15조 또한 다수의 의견으로 가결되었다. 이 과정에서 호시 도루(星亨)는 제16조 심의에서 수정안을 제출하며 '소위 동양의술이란 지나(중국)의술을 의미하는 것이니 지나로부터 얻게 되는 새 영토야말로 가장 적합할 것'이라며 한방의학의 제도적 허용을 비꼬았다.[21] 전통의학이 일본에서는 비과학적이라는 이유로 배제되면서도 새로 획득한 영토에서는 허용될 수 있다는 발상이 이미 의회 안에 출현하고 있었던 것이다.

결국 「의사면허규칙 개정 법률안」은 1895년 2월 6일 3독회에서 무기명 투표에 부쳐졌다. 총 투표수 181명 중 찬성 76명, 반대 105명으로 법안은 부결되었다. 1892년 제3회 제국의회에서 처음 제출된 이래 제4회, 제5회, 제8회에 걸친 네 차례의 법안 개정 시도는 이로써 의회에서 퇴장했다. 옹호론이 일정한 지지를 확보하고 있었음에도 최종적으로 관철되지 못한 것은 이들이 현실적 필요나 수적 우위에만 호소했을 뿐, 한방의학을 독자적 지식체계로 정당화하는 논거를 제시하지 못했기 때문으로 생각된다. 반면 반대론은 동서의 구분 자체를 부정하고 표준화된 시험 기준을 요구하며 전통의학을 구시대적 유물로 격리하는 수사를 동원했고 이러한 논리는 정부의 공식 입장으로 수렴되었다. 제국의회라는 공간 속 논쟁의 방향은 결국 '근대 과학의 보편성'이라는 프레임으로 기울게 된 것이다. 흥미로운 대목은 부결된 법안의 이면이다. 법안에는 '의사가 부족한 지역에서는 시험을 거치지 않고 가면허를 수여할 수 있다'는 조항이 포함되어 있었다.[22] 당시에는 과학적 기준의

21) 「第8回 帝國議會 衆議院 本會議 速記錄」 第20号(1895.1.31) #181. "所謂東洋醫術ト云フコトデアル、委シク言フト支那ノ醫術デアル、支那ノ醫術デアルナラバ、此度支那ヨリ得ル所ノ新領地ニハ最モ適當ナルモノデアル"

22) 해당 예외 조항의 제안은 제3회 법안 제5조에 처음 등장하여 제4회부터는 제6조로 재편되는데, 의사(醫師/醫士)가 부족한 지역(醫師ニ乏シキ地)에서 부현지사의 보고에 따라 시험을 거치지 않아도 이력을 심사하여 가면허를 취득할 수 있다(假開業免狀)는 공통사항을 포함하고 있다.

예외를 허용하는 제안이 폐기되었다. 그러나 호시가 '새 영토'를 거론하며 조소했던 발상은 일본의 팽창과 함께 곧 현실이 되었다. 청일전쟁의 결과로 영유하게 된 대만에서 총독부는 1901년 7월 「대만의생면허규칙(臺灣醫生免許規則)」을 공포하여 전통의학 종사자를 의생으로 편입하였고, 그로부터 12년 뒤 조선에서도 같은 명칭의 제도가 시행되었다. 일본에서 부결된 예외의 논리가 제국의 판도가 확장되는 과정을 따라 대만을 거쳐 조선에 순차적으로 도입된 것이다.[23]

3. 의생규칙의 등장과 차별적 편입

1913년 11월 15일 조선총독부가 공포한 「의사규칙(醫師規則)」과 「의생규칙」은 식민지 조선의 의료체계를 의사와 의생이라는 위계적 이원구조로 재편하겠다는 총독부의 의지를 법제화한 것이다.[24] 과학적 기준 미달이라는 동일한 전제가 왜 식민지에서는 상이한 제도적 결과를 낳았는지에 대해서는 구체적으로 검토해볼 필요성이 제기된다.

1912년 제국의회에서는 이미 식민지 의료정책의 기본 방향이 논의되고 있었다. 2월 6일 개최된 제28회 제국의회 중의원 예산위원회 제7분과는 조선총독부, 대만총독부, 관동도독부, 사할린청의 예산안을 심의하는 자리였다. 회의 서두에서 분과장 나가 하루토(長晴登)는 식민지에 대해 아는 바가 적다고 토로하며 논의를 시작한다. 식민지의 구체적 실정에 대한 지식이 결여된 상태에서 진행된 논의는 현지 상황에 대한 면밀한 검토보다는 일본에서 확립된 인식 틀에 의존할 수밖에 없는 구조적 한계를 내포하고 있었다. 이런 상

23) 의생면허 신청기한은 1901년 12월 31일까지였으며 이후 추가신청을 받지 않았다는 점에서 조선과 차이를 보인다. 조선에서는 1914년 면허를 받은 의생이 최초이자 마지막 영구면허자이지만 신규 면허자를 추가 모집했다. 「臺灣醫生免許規則」 대만총독부령 제47호, 『臺灣總督府報』, 1901.7.23; 신동원, 앞의 글, 359면. 대만 의생제도에 관한 담론의 검토는 별도의 지면을 요하는 과제이므로 후속연구로 남겨두고자 한다.

24) 「醫師規則」 조선총독부령 제100호 및 「醫生規則」 조선총독부령 제102호, 『朝鮮總督府官報』, 1913.11.15 참조.

황에서도 예산을 심의하고 정책 방향을 논의할 수 있었던 것은 식민지에 대한 판단 기준이 문명과 위생이라는 추상적 당위에 근거했기 때문일 것이다. 도쿄제국대학 출신의 위생학자 야마네 쇼지(山根正次)는 다음과 같이 문명화의 압력을 대변한다.

> 전 무엇보다도 위생 상태 개선이 식민 정책을 하는 데 핵심적 요건이라고 믿습니다. (…) 조선에서 다른 지역으로 조금만 가 봐도 의사를 찾기 아주 어렵다는 점입니다. 실제 일본인인데도 내지의사에게 진료 받지 못해 죽는 사례가 숱하게 있습니다. 이를테면 일본인이 조선으로 이주해서 아내를 데리고 간다고 합시다. 그런데 아내가 임신이라도 하면 분만을 맡길 산파도 없고, 의사도 없습니다. (…) 물론 자혜의원이라는 것이 합병 때부터 있었다고 들었습니다. 그러나 그것은 도청이 들어선 도시 근처 주민 정도가 혜택받을 뿐, 그 외 지역 사람들은 소외되어 있습니다. (…) 의사 배치, 산파 배치, 의생·산파 양성 등 그런 방향에 예산을 더 써야 한다고 봅니다. 그것이야말로 식민정책의 첫 번째 필수 조건이 아닐까 생각합니다.[25]

'위생상태 개선'을 식민정책의 핵심 조건으로 규정한 것은 의료정책이 식민 지배의 정당성을 확보하고 일본인 이주민의 안전한 정착을 돕는 통치 기술이었음을 명시적으로 드러낸다. 주목할 점은 야마네가 조선의 의료상황을 묘사하는 방식이다. 그는 조선에서 의사를 찾기 아주 어렵다고 단언하는데, 여기서 의사란 서양의학을 전공한 내지의사만을 의미한다. 당시 조선에서 이미 수천 명의 전통의학 종사자들이 활동하고 있었음에도 의사라는 범주로부터 배제된 것이다. 동서의학의 구별이 무의미하며 오직 과학적 의학만이 존

25)「第28回 帝国議会 衆議院 予算委員第七分科 (朝鮮総督府、台湾総督府、関東都督府及樺太庁)」第6号 (1912.2.6) #006. "私ハ衛生狀況ヲ良クスルト云フコトガ、非常ニ大切ナルコトデアラウト思フ (…) 朝鮮カラ其他ノ地方ヘ往ッテ見ルト醫者ノ不自由ハ實ニ甚シイモノデアル、日本人デ內地ノ醫者ニ掛ラズシテ死ヌル者が澤山アルノデアル (…) 日本ノ人ガ彼ノ地ニ行ッテ妻ヲ携帶センカ、妻ヲ携帶シテ行クト子供ガ出來ル、妊娠ニナッタ時ニハ之ヲ產ミヤウガナイ、產婆ハ居ラヌ醫者ハ居ラヌ (…) 慈惠醫院ト云フモノガ、合併當時カラ出來テ居ルケレドモ、是ハ道廳ヲ置カレテ居ル處バカリガ御恩惠ニ浴スルコトガ出來テ、僅カ其附近ノ人民バカリデアル (…) 醫者ヲ配付スルトカ產婆ヲ配付スルトカ、醫生ヲ養成スルトカ產婆ヲ養成スルト云フ御考ニナッテ、其方ニ金ヲ使ハナケレバナラヌト思フ、是ガ卽チ一番ノ要件デアラウト思ヒマス"

재한다는 담론이 식민지에도 관철되고 있었던 것이다. 그러나 일본에서 이 논리가 한방의학의 자연소멸을 방치하는 것으로 귀결되었다면 식민지 조선에서는 다른 방향으로 작동했다. 실제로 그가 의생과 산파를 예산을 투입해 양성해야 할 대상으로 거론한 것은 서양의학 유일주의 원칙과 의료인력 부족이라는 현실 사이의 간극을 인력 양성으로 메우려는 시도로 생각된다. 다만 산파의 경우 일본에서 이미 면허 체계를 갖춘 인력이었던 것과 달리 의생은 과도기적 인력으로 여겨졌다. 정규 의사의 공백이 메워질 때까지 활용할 임시 자원이므로 교육과 감독의 대상으로서만 존재 가치를 인정받은 것이다. 이러한 요청에 대해 조선총독부의 정무총감 아라이 겐타로(荒井賢太郎)는 다음과 같이 답변한다.

> 방금 말씀하신 조선총독에게 바라는 점에 대해서는 총독부도 앞으로 재정상 범위가 허락하는 한도 내에서 그 시설들을 점차적으로 확충해 나갈 생각을 갖고 있습니다.[26]

아라이의 답변은 야마네의 제안에 원칙적으로 동의하면서도 '재정상의 여유'라는 경제적 논리 뒤로 결정을 유보하는 전형적인 관료적 수사를 보여준다. '허락하는 한도 내에서'나 '점차적으로'와 같은 표현은 즉각적인 정책 집행과 투자의지가 부재함을 함축하고 있다. 당시 일본에서는 1875년 이후 기존 한방의에게 의사 범주 안에서 영구면허를 부여하되 신규면허를 차단하는 방식으로 소멸을 유도하였고 서양의사 수가 증가하면서 이 정책은 성공을 거두었다. 이토 히로부미가 1908년 한국통감 시절 '일본에서도 4만여 명의 한방의들이 있지만 양의의 수가 증가해서 정부에서 의술 개업을 감독한 이래 한방의 자제들이 모두 서양의술을 연구하고자 한다'고 회고했듯이[27], 일본에서는 서양의사의 양적 성장이 자연소멸이라는 담론을 현실로 뒷받침해주었

---

26) 「第28回 帝国議会 衆議院 予算委員第七分科 (朝鮮総督府、台湾総督府、関東都督府及樺太庁)」 第6号 (1912.2.6) #007. "唯今ノ朝鮮總督ニ對スル御希望ニ對シテハ、總督府ハ將來財源ノ許ス範圍ニ於テ、其施設ヲ進メテ行カウト云フ考ヲ持ッテ居リマス"

27) 金正明(編), 『日韓外交資料集成』, 東京: 巖南堂書店, 1962, 180-181면.

다. 그러나 조선에서는 서양의사가 절대적으로 부족하여 일본과 같은 방식을 적용할 수 없었던 것이다.

「의생규칙」 공포 당시인 1913년 조선의 양의는 616명에 불과했다. 의사 1인당 담당인구는 26,088명으로 같은 해 대만의 7,483명에 비해 3.5배나 열악한 수준이었다.[28] 한편 총독부가 공식적으로 파악한 한의사는 약 1,800명이었으나 1914년 실제 의생 면허를 교부받은 자는 5,827명에 달하여 당초 예상을 크게 상회했다.[29] 의사 대 의생 비율이 약 1:9에 달한 것이다. 이러한 압도적인 수적 불균형 속에서 의생이라는 별도의 범주는 일본의 자연소멸 담론을 유지하면서도 식민지의 현실적 필요에 대응하기 위한 제도적인 타협으로 기능했다.[30] 1912년 제국의회에서 확인된 이중적 담론은 1895년 부결된 가면허 조항과 1901년 대만에서 먼저 제도화된 의생 면허의 연장선에 있는 것으로, 1913년 조선에서 공포된 「의생규칙」에서도 유사한 논리 구조로 나타난다. 물론 제국의회가 총독부령에 직접적 입법권을 행사한 것은 아니지만 예산 심의 과정에서 표출된 담론이 식민지 정책의 정당화 논리로 공유되었음을 보여준다.

총독부가 제정한 규칙의 핵심 구조를 살펴보면 제국의회에서 논의된 문명이라는 이상과 빈곤이라는 현실의 괴리가 어떻게 제도적 타협점을 찾았는지 확인할 수 있다. 같은 해, 같은 날에 공포된 「의사규칙」과 「의생규칙」은 자격 요건에서부터 현격한 차이가 있다. 의사의 경우 의학교 졸업이나 국가시험 합격이라는 근대적 학력을 요구한 반면 의생은 조선인으로서 20세 이상이면서 2년 이상의 의업경험만을 요구하였다.[31] 이는 의생을 의사와 동등한 의료인으로 인정하는 것이 아니라 전문성이 결여된 하위 범주로 규정하여 서양의학 체계 아래 종속시키려는 의도를 명확히 한다. 면허 발급 주체에서도 위계는 분명히 드러난다. 의사 면허는 조선총독이 발급한 반면 의생 면허는 경무총장이 발급하였다.[32] 의생이 경찰 관할 하에 놓였

28) 문명기, 앞의 글, 2013b, 62면.
29) 박윤재, 『한국 근대의학의 기원』, 혜안, 2005, 317-318면.
30) 신동원, 앞의 글, 363-364면.
31) 「醫師規則」 제3조-제5조 및 「醫生規則」 제2조 참조.

다는 것은 단순한 행정 편의의 문제가 아니다. 위생사무가 경찰행정의 일부로 편제되어 있었다는 것을 고려하더라도 의료 전문가로서 행정 수반의 직접 승인을 받은 의사와 달리 의생이 단속과 감시를 일차적 기능으로 하는 경찰 기구의 관리 아래 놓였다는 사실은 양자에 대한 통제의 성격이 비대칭적이었음을 보여준다. 이러한 위계적 설정은 나아가 자연소멸의 제도화로 이어진다. 총독부는 기존 의업자 기득권은 인정하되 신규 면허 발급을 차단하거나 당분간의 한시적 면허만을 허용함으로써 시간 경과에 따른 의생 집단의 점진적 해체를 구조화하였다.[33] 나아가 법령에 내재된 의도적인 모호성은 이러한 배제 논리를 완성한다. 의생의 업무 범위를 침묵 속에 남겨둠으로써 한의학을 독자적인 지식체계로 인정하지 않겠다는 권력의지를 드러낸 것이다.

그러나 의생규칙 시행 과정에서 원래의 입법 의도와는 상당한 괴리가 발생하였다. 총독부는 1914년 1월 1일부터 의생규칙을 발효하면서 3월 말까지 면허신청을 완료하려 했으나 기한 내 신청자 수는 약 3천 명에 불과했다. 많은 한의가 의사에서 의생으로 지위가 격하된 것을 불쾌하게 여겨 면허 등록을 주저했던 것이다.[34] 이러한 집단적 거부는 총독부 의생 정책에 수정을 강제했다. 1914년 4월 이후 신청 기한이 연장되었고 의생면허 심사 기준도 완화되는 경향을 보였다. 결국 의생규칙은 전통의학 종사자들을 제도권 안으로 끌어들이되 그들의 지위를 정규 범주보다 낮게 설정함으로써 통제하는 방식이었다. 이는 단순한 배제도 완전한 통합도 아닌 차별적 편입의 형태였다. 그러나 임시적 조치로 설계된 의생규칙은 시간이 흐를수록 점점 고착화되었다. 이 과정에서 식민권력이 이러한 간극을 어떠한 담론적 기제를 통해 정당화했는지 구체적으로 살펴보아야 할 것이다.

---

32)「醫師規則」 제2조 및「醫生規則」 제7조 참조.
33)「醫生規則」 제1조와 부칙 제2항 참조.
34) 신동원, 앞의 글, 358면.

4. 의생, 임시적 존재의 고착화

1919년 3·1운동은 조선총독부 통치의 근본적 전환을 요구하는 계기가 되었다. 이듬해 제국의회 중의원 조선의원 및 제생원 특별회계법 중 개정법률안 위원회 제2호가 개최되었다. 1919년 콜레라 대유행을 계기로 식민지 의료체계의 취약성이 집중 거론되었고 조선총독부 위생행정에 대한 비판적 질의로 이어졌다.[35] 이 자리에서 마키야마 고조(牧山耕藏) 의원은 의료 확충을 동화정책의 핵심 수단으로 규정하며 '신식의술을 배운 자'에 의한 진료를 '최고의 인정(仁政)'이라 표현했다. 의료를 피식민자의 권리로 인정하지 않고 통치자의 시혜로 위치시키는 수사였다.[36]

또한 마키야마는 총독부의원이나 제생원과 같은 의료시설이 도심에 치우쳐 있다는 점을 지적하며 지방 의료문제에 대한 구체적인 정책에 대해 질의한다. 이에 대해 오쓰카 정부위원은 다음과 같이 답변했다.

> 조선의 위생 상태가 지극히 미숙하다는 것은 말씀하신 대로입니다. (…) 자격 있는 정규 의사는 1,150명에 미치지 못하고 그 밖에 한방의사가 약 5,737명이 있습니다. 합해서 6,880명 정도가 조선 내 '의사'로 활동하는 셈입니다. (…) 조선인의 건강을 지키고 그들의 행복을 증진시키는 데에도, 또 일본의 문화적 시설을 그들에게 철저히 이식하는 면에서도, 의료 기관의 확충은 지극히 중요하다고 정부도 확신하고 있습니다.[37]

---

35) 조선총독부 재무국장 가와우치야마 라쿠조(河内山樂三)와 참사관 오쓰카 쓰네사부로(大塚常三郎)가 정부위원으로 출석했다. 같은 자리에서 야마네는 군의의 보직 독점과 '칼을 찬 진료'의 폐해에 대한 비판을 제기하기도 했다. 마키야마의 경우 군의의 전문성 부족을 근거로 총독부의원이 식민지 최고 의료기관으로 제 역할을 할 수 있도록 개편을 요구하기도 했다.

36) 마키야마는 정우회(政友会) 소속 조선공론사(朝鮮公論社)를 경영한 조선통이었다. 언론사의 정보망과 조선사회의 인적 네트워크를 이용해 의회에서 활발히 활동하며 재조일본인 사회의 창구 역할을 수행했다. 이형식, 앞의 글, 2014, 238-239면; 이동훈, 앞의 글, 2022, 415-417면 참조.

37) 「第42回 帝国議会 衆議院 朝鮮医院及済生院特別会計法中改正法律案委員会」 第2号(1920.2.14) #017. "朝鮮ニ於キマスル衛生狀態ノ極メテ幼稚ナルコトハ唯=御話ノアリマシタ通リデアリマス (…) 正式ノ資格ヲ持ッテ居ル醫者ハ千百五十人ニ足リマセヌ、其外ニ約五千七百三十七人ト云フ從來ノ漢法醫ガアリマス、合セマシテ六千八百八十人バカリノ醫者ガ居ル譯デアリマス、將來ハ朝鮮人ノ健康ヲ保持シ彼等ノ幸福ヲ增進スル上カラ見マシテモ、亦日本ノ文化的施設ヲ彼等ニ徹底シマスル上ニ於キマシテモ、醫療機關ノ擴張ト云フコトハ極メテ必要デアルト云フコトハ、政府ニ於テモ之ヲ確信致シテ居リマシテ"

오쓰카의 답변에서 '자격 있는 정규 의사'와 '한방 의사'는 명확히 구분된다. 정규 의사 1,150명과 한방 의사 5,737명이라는 수치의 병렬은 양자를 동등한 의료인으로 제시하는 것처럼 보이지만, '자격 있는'이라는 수식어가 정규 의사에게만 부여됨으로써 한방 의사는 자격이 불완전한 존재로 암묵적으로 위계화된다. 이어지는 질의에서 이 위계는 더욱 구체화된다. 콘도 다츠지(近藤達兒) 의원이 '자격 있는 의사'의 기준을 묻자 오쓰카는 '내지의 의사법에 따라 자격을 취득한 자'라고 답변했다.[38] 일본의 의사법이 자격의 기준으로 제시됨으로써 그 기준에 부합하지 않는 한방 의사는 구조적으로 '자격 미달'의 위치에 놓이게 되는 것이다. 이어 콘도 의원은 한법의사의 성격에 대해 추가적으로 질의했다.

> 또 한 가지 묻겠습니다. 그 이외에 '5천 몇 명'이라고 하신 종래 한법의사 보조비라는 명목이 있다고 하셨는데 여기서 말한 한법의사라는 것은 조선에서 전통의술을 해 오던 분들인 거죠? 그 내용에 대해 좀 더 묻고 싶습니다. 혹시 이 안에는 (정식)개업 자격 없이 임시로 개업한 이들도 포함되어 있는 건지 자세히 여쭙고 싶습니다.[39]

이에 대해 오쓰카는 의생 5,425명과 나머지 한지개업의를 구분하면서 의생의 장래에 대해 다음과 같이 답변했다.

> 한지개업의는 앞으로 크게 늘 것 같지 않습니다. 의생에 관해서는 종래 한법의료를 해 오던 이들을 인정해 주겠다는 방침이었는데, 만약 그 의생이 사망하거나 뭔가 변동이 생기면 그 뒤를 잇는 자격 있는 의사를 보충하기 곤란한 실정입니다. 그 지방에서는 부득이하게 아주 적은 수라도 보충적으로 의생을 인정하고 있지만 그 수 이상으로 늘어나는 일은 거의 없을 것이라 봅니다. 당분간 이를 인정해 주지 않으면 내지 출신 개업의가 가더라도 도저히 성립이 안 됩니다. 그 지방 사람들은 의사 기관을 전혀 갖지 못하게 될 테니 어쩔 수 없이 보완적으로 인정하는 것입니다.[40]

---

38) 내지의 의사법에 따라 자격을 취득한 자 외로는 조선에 있는 의학전문학교 졸업생 및 조선인 중 의사시험에 합격한 자를 의미한다.

39) 「第42回 帝国議会 衆議院 朝鮮医院及済生院特別会計法中改正法律案委員会」 第2号(1920.2.14) #039. "尙ホ伺ヒマスガ、此外ニ五千幾ラデスカ、從來ノ漢法醫補助費ト一云フノガアリマス、是ハ朝鮮ニ於ケル從來ノ漢法醫ノ意味デアルト考ヘテ居リマスガ、此內容ヲ少シク御伺シテ置キタイ、此中ニハ開業醫ノ資格ナクテ、臨時開業ノヤウナ者ガ含マシテ居ルナラバ、是等ノ事モ詳シク御伺シテ置キタイ"

40) 「第42回 帝国議会 衆議院 朝鮮医院及済生院特別会計法中改正法律案委員会」 第2号(1920.2.14) #042.

의생의 존재는 적극적으로 긍정된 것이 아니라 정규 의사의 결핍이 해소될 때까지만 잠정적으로 용인되는 것이었다. 의생이 어떤 의술을 행하는지, 그 의술이 주민의 건강에 어떤 기여를 하는지는 전혀 논의되지 않았다. 특히 '보완적으로 인정한다'는 표현은 의생의 제도적 위치를 단적으로 규정하고 있다. 정규 의료 체계의 구성원이 아니라 의사의 부재를 메우는 보조적인 존재로서만 가치를 부여받은 것이다.

1921년 2월 17일 제44회 제국의회 중의원「조선의원 및 제생원 특별회계법 중 개정법률안 위원회」에서 의생에 대한 담론은 한층 구체적인 형태로 전개되었다. 조선 내 관립병원 13개소의 신설과 기존 자혜의원 확충을 위한 예산을 심의하는 자리였다. 의료 인프라 확대라는 의제 속에서 의생의 제도적 위치가 정면으로 거론된 것이다. 위원회에서 주마 고마루(中馬興丸) 의원은 식민지 의료가 갖는 정치적 의미를 다음과 같이 규정했다.

> 옛날부터 세계 각국이 문화가 뒤진 민족을 문명 보유 쪽이 개척할 때 의학이 늘 선구 역할을 했습니다. 일본의 근대 문명 역시 네덜란드 의학이 앞장섰듯 새로운 식으로 민을 달래고 싶다면 역시 의사 기관이 앞장서는 것이 매우 편리한 수단이 아닐까 생각합니다.[41]

주마는 의학이 식민통치에서 선구적인 역할을 한다고 규정했다. 의료시설의 확충은 그 자체가 목적이 아니라 식민지 민중을 회유하기 위한 통치 수단으로 제시된 것이다. 특히 '문화가 뒤진 민족을 문명 보유 쪽이 개척한다'는

"限地開業醫ハ今後ハ餘リ殖エナイト思フテ居リマス、醫生ニ付キマシテハ從來ノ漢法營業ヲヤッテ居リマシタ者ヲ認メルト云フ方針デアリマシタガ、此醫生ガ死ニマシタリ何カシマシタ場合ニ、後ノ資格アル醫者ノ補充ガ出來マセヌノデアリマス、其地方デハ已ムナク極ク少數デゴザイマスガ、補充的ニ認メテ居リマス、併シ此數以上ニハ出ルコトハ殆ドアルマイト思ヒマス、當分ノ間補充ヲ認メマセヌト、內地ノ開業醫ガ參リマシテモ、ソレハ到底成立チマセヌ、其地方ノ人ハ全ク醫師ノ機關ヲ缺クト云フ事ニナリマスノデ、已ムヲ得ズ之ヲ補充的ニ認メテ居リマス"

41)「第44回 帝国議会 衆議院 朝鮮医院及済生院特別会計法中改正法律案委員会」第1号(1921.2.17) #009. "從來此世界各國ニ於テ文化ノ遲レテ居ル人民ヲ、文明ヲ持ッテ居ル方カラ之ヲ開發シテ行クト云フノニハ、何時デモ醫學ガ先驅ニナッテ居ル日本ノ新文明モ矢張和蘭ノ醫學ガ先驅ヲ爲シテ居ル新附ノ民ヲ懷クルニハドウシテモ醫者ガ率先シテ其機關ニナルト云フ事ガ最モ便利ナ方法ダト自分ハ考ヘテ居ル"

표현은 식민지를 미개한 타자로 바라보는 전형적인 지배담론의 수사라고 할 수 있다. 또한 네덜란드 의학의 비유는 일본이 서구 의학을 수용하여 근대화한 경험을 조선에 투사하여 지배를 정당화하려는 논리로 해석된다. 주마 의원은 이어지는 약가, 순회진료, 공의제도 등에 관한 질의를 거친 뒤 의생 문제를 직접 거론한다.

> 의생에 대해 여쭙겠습니다. 대대로 의업을 이어온 조선인이 있는데 이들에게 현재 의사 자격이 부여되지 않는 것으로 알고 있습니다. 그런데 아직 일본인 공의도 배치되지 않은 곳에서 한지개업으로 실제 의사 역할을 하고 있습니다. 그런데 차츰 공의가 늘고 병원이 신설되면 의생의 생계 문제가 발생하여 직업을 잃게 될 터인데 참으로 가엽게 느껴집니다. 이에 대해 의생의 자손을 관비로 총독부 전문학교에 입학시키는 것은 어떻겠습니까. 입학할 수 없을 정도로 능력이 부족한 자는 어쩔 수 없겠지만 상당한 교육을 받을 자격이 있는 자만이라도 관비로 입학시켜 의업을 하게 하는 것이 가장 필요한 문제를 해결하는 적절한 방법이라고 생각합니다만 이에 대해 무언가 생각하고 계신 바가 있습니까?42)

의생의 생계 위협을 안타까운 일이라고 표현하면서도 그가 제시한 해법은 전통의학 자체의 존속이 아니라 의생 자손을 서양의학 전문학교에 입학시키는 것이었다. 의생을 동정하는 시선조차 서양의학 유일주의라는 전제 안에서 작동하고 있다는 것을 보여주는 대목이다. 이에 대해 오쓰카 정부위원은 다음과 같이 답변했다.

---

42)「第44回 帝国議会 衆議院 朝鮮医院及済生院特別会計法中改正法律案委員会」第1号(1921.2.17) #019. “醫生ノコトニ付テ承リマス、先祖代代醫者ヲシテ居ル朝鮮人ガアリマシテ、只今デハ醫師トシテノ資格ハ與ヘテ居ラナイヤウニ聞イテ居リマスガ、所ガマダ日本ノ公醫モ出來テ居ラナイ所ニハソレガ限地開業トシテ實際醫者ヲヤッテ居ルノデスガ、追ニ公醫ガ殖エ病院ガ新設サレルト、醫生ノ衣食問題ガ起ッテ其職ヲ失フト云フコトハ氣ノ毒ニ感ジマスガソレニ付テ醫生ノ子孫ヲ官費ヲ以テ總督府ノ專門學校ニ入レルヤウナコトヲシテ-入學モ出來ナイ、頭腦ノ惡イ者ハ仕方ガアリマセヌガ相當ニ育ヲ受ケル資格ノアル者ダケハ官費デ入學サセテ醫業ヲヤラセルコトハ最モ必要ナル問題ヲ解決スルニ適當ナ方法ト思ヒマスガ、サウ云フコトニ付テ何カ御考ヲシテ居ラレマスカ”

> 의생은 현재 약 6,000명에 육박합니다. 이에 비해 정식 의사는 관청 봉직자와 개업의를 합쳐 1,000명입니다. 오늘날의 상황에서는 의생을 인정하지 않을 수 없습니다. 조선에서는 의사규칙 외에 의생규칙이 따로 있어 그 규칙 아래 업무를 영위하도록 되어 있습니다. 하지만 의생은 본래 변칙적인 것이므로 새로이 이러한 자의 영업을 인정하는 것은 신중해야 합니다. 그래서 새로 영업을 시작하는 자에게는 5년 기한을 두어 그 사이 공부하여 시험을 치르게 하고 있습니다. 이는 시세의 진보와 함께 점차 사라질 것입니다. 한꺼번에 실업 사태가 일어나는 것은 아니므로 특별히 이를 위한 실업 문제가 발생하지는 않을 것이며, 현재 영업자는 종신 업무가 가능하나 그 수는 점차 줄어들 것입니다. 가능하다면 관비로 우수한 인재를 양성하는 것은 적절한 일이겠지만, 의생의 자손에 한정하여 관비로 교육한다는 생각은 현재로서는 갖고 있지 않습니다.43)

오쓰카는 의생을 '변칙'으로 정의했다. 변칙이란 정상적인 규칙에서 벗어난 예외적 상태를 의미한다. 의생에게 법적 지위를 부여하는 「의생규칙」이 별도로 존재했지만, 식민권력에 의해 '변칙'으로 명명되는 순간 이들은 정규 의료 체계의 구성원이 아닌 예외적 존재로 고정된다. 동시에 '시세의 진보와 함께 점차 사라질 것'이라며 의생의 소멸을 자연스러운 역사적 흐름으로 제시했다. 현재 영업자는 종신 가능하지만 후속이 줄어들 것이라는 발언은 신규 면허 억제에 의한 점진적 소멸정책을 드러낸다. 또한 의생 자손에 대한 관비 교육을 거부한 것은 의생 집단의 세대 간 재생산 고리를 제도적으로 차단하려는 의도를 시사한다.44)

---

43) 「第44回 帝国議会 衆議院 朝鮮医院及済生院特別会計法中改正法律案委員会」 第1号(1921.2.17) #020. "醫生ハ只今約六千人近ク居リマス之ニ對シテ正式ノ醫者ガ官廳奉職者開業醫ヲ合セテ千人居リマスガ、今日ノ狀態デハ醫生ヲ認メナイ譯ニ往カナイト思ヒマス、朝鮮ニ於テハ醫師規則ノ外ニ醫生規則ガアリマシテ其規則ノ下ニ業務ヲ營ムコトニナッテ居リマス、ケレドモ醫生ハ固ヨリ變則ノモノデアリマスカラ、新ニ斯ウ云フ者ノ營業ヲ認ムルト云フコトハ考モノデアリマスカラ、新ニ營業ヲ始メル者ハ五年ノ年期ヲ劃シテ、其間ニ勉强シテ試驗ヲ受ケサセルヤウニシテ居リマスケレドモ是ハ時勢ノ進歩ト共ニ段ニ消エテ行キマス、一時ニ失業スルコトハナイノデアリマスカラ、特ニ之ガ爲メニ失業問題ガ起ルコトハナイト思ヒマス現在ノ者ハ終生其業務ガ出來ル、サウシテ其人達ハ段ニ減ルノデアリマス、出來ルコトナラバ官費ヲ以ヲ俊才ヲ養フコトハ適當ナコトデアリマスガ單リ醫者ノミニ限ラズ、失職問題ヲ離レテモ朝鮮ニ於テハサウ云フコトニスルノハ適當ト考ヘテ居リマス、內地ニ官費デ留學サセテ居ル生徒ガアリマス、ケレドモ醫生ノ子孫ニ限ッテ官費ヲ以テニ育スルト云フ考ハ、今ノ所ハ持ッテ居リマセヌ"

44) 같은 해 3월 1일 제44회 제국의회 귀족원 조선의원 및 제생원 특별회계법 중 개정법률안 특별위원회 제1호에서도 의료기관 확충이 조선 개발의 필수사항으로 거론되었다. 위원장 사네요시

1922년 2월 3일 개최된 제45회 제국의회 중의원 예산위원회에서 의생에 대한 담론은 다른 각도에서 구체화되었다. 조선 총독 사이토 마코토(齋藤實)는 의생제도의 본질을 다음과 같이 규정했다.[45]

> 되도록 조선인을 양성하여 조선인을 의사로 만들고 조선인 의사를 되도록 많이 만들어 내는 것도 하나의 방법입니다. 아직 당장의 손길이 충분히 미치지 못하기 때문에 예전에 한법의사라 불리던 이들을 시험하여 의생이라는 명칭으로 각지에서 영업을 허가하고 있는 실정입니다. 물론 이런 식의 고식적인 방법으로 계속 가서는 안 됩니다. 앞으로 공중위생 사업을 더 충실히 하고 싶은데 그것도 꽤 많은 경비가 들어가는 문제입니다. 그렇기 때문에 점진적으로 진행해 나가지 않으면 안 됩니다.[46]

여기서 의생은 정규 의료 체계가 확립되기 전까지만 존재하는 과도기적 존재인 '고식적인 방법'으로 규정되었다. 의생이라는 명칭으로 영업을 허가한다는 표현은 의생이 실질적 의료인이 아니라 행정적 편의에 의해 부여된 임시 자격임을 함축한다. 조선인 의사 양성이 대안으로 제시되었으나 이는 서양의학 교육을 받은 정규 의사를 의미했다. 의생의 자손을 의생으로 양성하는 것, 즉 전통의학 계승 체계를 공식화하는 방안은 적극적으로 고려되지 않았다. 사이토는 의생제도의 한계를 인식하면서도 재정적 제약을 들어 점진적 개선만을 약속했다. 그러나 희망과 현실 사이의 괴리 속에서 '임시적 존재'로 규정된 의생에 대한 의존은 오히려 고착화되어 갔다.

1925년 2월 7일 개최된 제50회 제국의회 중의원 예산위원회에서는 외국인 선교병원이 풍부한 재원으로 조선인의 민심을 사고 반면 총독부 의료기

야스스미(實吉安純)가 의생 소멸 이후 필요한 현대의사 수를 묻자 오쓰카는 전통의 6,300명을 서양의사 4,000여 명으로 대체할 수 있다고 산정했다.

45) 조선총독부에서는 총독을 비롯한 재무국장 가와우치야마 라쿠조와 식산국장 니시무라 야스요시(西村保吉)가 출석했다.

46) 「第45回 帝国議会 衆議院 予算委員第三分科 (大蔵省所管)」 第1号(1922.2.3) #041. "朝鮮人ヲ成ベク澤山醫者ニ作ッテヤルト云フコトモ一ツノ方法デアル、今日ニ於テハマダンコマデ十分手ガ屆キマセヌカラ、所謂昔ノ漢法醫者ヲ試驗ヲシテ、醫生ト云フ名ニ於テ各地ニ許シテ居ルヤウナ譯デアリマス、是ハ中ニ斯シナ姑息ナ事デハイカヌノデアリマスカラ、將來衞生事業ニ付キマシテハ十分ヤリタイノデアリマスガ、是モ非常ニ經費ヲ要スル問題デアリマス、爰ニ、徐々ニ致サナケレバナラヌ"

관의 환자는 줄어들고 있다는 지적이 제기되었다. 이러한 맥락에서 조선총독부 재무국장 쿠사마 히데오(草間秀雄)는 의사회(醫師會) 설립에 관한 질의에 다음과 같이 답변했다.

> 다음은 의사회에 관한 사항입니다. 조선에는 아시는 바와 같이 자격을 갖춘 의사와 더불어 의생이라 하여 자격이 충분치 않으나 연혁상 의료업에 종사해온 자들도 상당히 많습니다. 그래서 내지처럼 의사회와 같은 단체를 설립하여 그들을 강제로 가입하게 하여 규율을 적용하는 것은 현시점에서 어렵다고 판단됩니다. 향후 흐름에 따라 소위 자격을 갖춘 자만이 의사가 되는 때가 온다면 내지와 마찬가지로 의사회를 둘 수 있겠지만 지금으로서는 무리가 있다고 봅니다.[47]

이 발언의 일차적 맥락은 의사회 설립의 불가능성을 해명하는 데 있다. 그러나 그 해명이 성립하기 위해 전제하고 있는 것은 의생이 정규 의사와 동등한 전문 직업인이 아니라는 인식이다. '자격미달'이라는 수사는 의생을 의사회라는 근대적 직능 체계에 포함시킬 수 없는 존재로 규정하는 효과를 갖는다. 일본과의 비교는 조선 의료환경이 표준에 미달한다는 것을 전제하고 있으며 그 원인이 다름 아닌 의생의 잔존에 있다고 지목한 것이다.

이처럼 1920년대 제국의회에서 의생을 지칭하는 어휘는 '보완적 존재', '변칙', '임시수단', '자격미달' 등 다양하게 표현되었다. 그러나 그 기저에는 의생이 정규 의료인이 아니라는 동일한 전제가 관통하고 있었다. 이러한 표현은 의생의 존재를 축소하고 주변화하는 과정에서 제도적 예외성, 기능적 한시성, 전문성의 결핍이라는 서로 다른 차원에서 표출된 결과로 이해된다. 그러나 그들이 예고한 것처럼 의생의 소멸은 실현되지 않았다. 1920년 의생의 수가 5,376명에서 1925년 4,915명으로 다소 감소하는 추세를 보였으

47) 「第50回 帝国議会 衆議院 予算委員第三分科(大蔵省所管)」 第5号(1925.2.7) #003. "ソレカラ醫師會ノコトデアリマスガ、朝鮮ニハ御存ジノ通リ資格ヲ有チマシタ醫者ト、ソレカラ醫生ナドト申シマシテ、資格ノ十分デナイ沿革上醫師ノ職業ヲヤッテ居ル者モ隨分多イノデアリマシテ、隨テ內地同樣ニ其醫師會ト云フヤウナモノヲ設ケテサウシテ相當ニ拘束ヲスルト云フコトハ、現在ノ狀態デハ中ニムヅカシイヤウニ思フノデアリマス、何レ時日ノ經過ニ依リマシテ、所謂資格ノ有ル者ノミガ醫師ニナルト云フヤウナ曉ニ於テハ、內地同樣ノ醫師會ト云フモノモ出來マスケレドモ、現在ノ狀態デハサウ云フヤウナ嚴格ナ規約ニ依ッテ拘束スルト云フコトハムヅカシイカト思ッテ居リマス"

나[48] 이는 동년도 정규 의사(1,358명)에 비해 여전히 3배를 상회했다. 의생들은 급격히 사라지지 않았고 의생시험 또한 1944년까지 시행되었다.[49] 제국의회에서 의생은 언제든 사라져야 할 예외적 존재로 규정되었으나 현실에서는 열악한 의료 인프라 속에서 없어서는 안 될 존재였다. 당국의 전망과 달리 의생은 여전히 식민지 의료의 저변을 지탱하는 절대다수로서 건재했던 것이다. 의생에 대한 변칙과 임시라는 규정과 지속적인 의존 사이의 간극은 보편성을 표방한 근대의학 담론이 통치의 비용과 효율에 따라 차등적으로 적용된 결과로 이해된다.

5. 맺음말

제국의회 회의록은 법안 및 예산 심의 과정을 담고 있어 제도의 존속과 방향을 평가하기까지 동원된 발화 사이의 얽힘을 관찰할 수 있는 현장이다. 의원 간 질의와 응답, 비판과 변론이 기록된 텍스트 속에서 1890년대 일본의 전통의학 담론과 1910-1920년대 식민지 조선의 의생제도를 둘러싼 발화를 비교하여 검토하는 것이 본 연구의 출발점이다. 시공간의 변동에 따라 전통의학에 대한 시선과 위치가 달라지는 궤적을 살펴보고자 한 것이다.

1890년대 일본에서는 한방의학 존속 여부를 둘러싸고 대립이 발생했으나 과학적 기초 결여를 근거로 한 반대론이 의회 표결에서 우위를 점했다. 이러한 논쟁은 보편적 의료기준을 마련하는 과정이라고 할 수 있다. 일본에서 부결된 가면허 조항 핵심논리가 대만을 거쳐 조선에서는 「의생규칙」이라는 제도적 형태로 나타나게 된 것이다. 그 배경에는 의사 수의 절대적 부족이라는 의료 공백이 놓여 있었다. 제국의회 예산 심의에서 반복적으로 확인된 재정적 한계는 자연소멸 담론의 실현을 구조적으로 불가능하게 만든 것으로 보인다. 의생은 언젠가 사라져야 할 존재이자 역설적으로 대체 불가능한 존재라

48) 문명기, 앞의 글, 2013b, 61면.
49) 박지현, 앞의 글, 2016, 158면.

는 모순적 지위 속에서 차별적으로 제도에 편입된 것이라고 할 수 있다. 요컨대 제국이 표방한 보편적 근대성은 식민지에서 의사와 의생이라는 위계성을 띠는 차등 구조로 나타난 것이다.

물론 의회라는 한정된 공간에서 발생하는 담화를 관찰한다는 점에서 식민지 의료체제와 얽혀 있는 모든 이들의 입장을 온전히 조명할 수는 없을 것이다. 제국의회 회의록 그 자체가 지배 엘리트의 발화를 담은 것으로, 특히 본고에서 다룬 시기에는 의생의 목소리나 조선어 매체를 통한 대항담론이 의원들의 시야 너머에 있었기 때문이다. 더욱이 담론의 유사성과 정책 집행의 연속성 사이의 관계를 직접적으로 설명하기에는 많은 어려움이 따른다. 다만 본 회의록이 지배권력의 사고와 판단을 여과 없이 드러내는 사료인 만큼 식민지 의료사 연구에서 식민통치 논리의 정당화 과정을 객관화하는 유의미한 단초가 되기를 바란다.

▮ 참고문헌

1. 1차 자료
『帝国議会会議録』
『朝鮮總督府官報』
『臺灣總督府報』

2. 논저
김봉식, 「제국의회 중의원의 기능」, 『일본어문학』 4, 일본어문학회, 1997.
김윤희, 「1910년대 일본제국의회 속기록에 나타난 조선은행(권)의 성격, 팽창과 위험의 연쇄」, 『한일관계사연구』 47, 한일관계사학회, 2014.
김정란, 「불안과 불확실성의 시대: 19세기 콜레라 대유행과 21세기 코로나19 팬데믹」, 『해양유산』 12-2, 국립해양박물관, 2020.
문명기, 「대만·조선총독부의 초기 재정 비교연구 - '식민제국' 일본의 식민지 통치역량과 관련하여 -」, 『중국근현대사연구』 44, 중국근현대사학회, 2009.
_____, 「대만·조선의 '식민지근대'의 격차 - 경찰 부문의 비교를 통하여」, 『중국근현대사연구』 59, 중국근현대사학회, 2013a.
_____, 「식민지 '문명화'의 격차와 그 함의 -의료부문의 비교를 통해 보는 대만·조선의 '식민지근대'-」, 『한국학연구』 46, 고려대 한국학연구소, 2013b.
박윤재, 『한국 근대의학의 기원』, 혜안, 2005.
_____, 「일제의 한의학 정책과 조선 지배」, 『의사학』 17-1, 대한의사학회, 2008.
박지현, 「유교 지식인 해악 김광진의 醫生 활동과 그 의미: 식민지기 의생의 정체성 및 의료 문화와 관련하여」, 『역사학보』 229, 역사학회, 2016.
_____, 「식민지기 醫生 제도와 정책의 운영 -『醫療關係法制例規綴』 중 의생 관련 조선총독부 공문서를 중심으로」, 『대동문화연구』 106, 성균관대 대동문화연구원, 2019.
_____, 「식민지기 醫生을 둘러싼 식민권력의 통치 기술과 전략 - 의생의 선발시험과 교육, 평가, 단체를 중심으로 -」, 『민족문화논총』 82, 민족문화연구소, 2022.
신동원, 「1910년대 일제의 보건의료 정책 -한의학 정책을 중심으로-」, 『한국문화』 30, 서울대 규장각한국학연구원, 2002.
이동훈, 「마키야마 고조(牧山耕藏)의 '다이쇼(大正) 데모크라시'」, 『석당논총』 82, 석당학술원, 2022.
이형식, 「1910년대 일본제국의회 중의원과 조선통치」, 『사총』 82, 역사연구소, 2014.
전성현, 「식민자와 조선-일제시기 大池忠助의 지역성과 '식민자'로서의 위상」, 『한국민족문화』 49, 한국민족문화연구소, 2013.
조기호, 『일본 한방의학을 말하다』, 군자출판사, 2008.
하지영, 「1920년대 전반기 군산의 일본인 阪上貞信의 제국의회 진출과 활동」, 『석당논총』 81, 석당학술원, 2021.

金正明(編),『日韓外交資料集成』, 東京: 巖南堂書店, 1962.
瀧澤利行,「明治初期医師養成教育と衛生観」,『日本医史学雑誌』38-4, 1992.
大塚恭男,「東洋医学の歴史と現代」,『日本東洋医学雑誌』47-1, 1996a.
_____,『東洋医学』, 東京: 岩波書店, 1996b.
山田光胤,「日本漢方医学の伝承と系譜」,『日本東洋医学雑誌』46-4, 1996.
_____,「東アジア伝統医学に於ける日本漢方」,『日本東洋医学雑誌』50-2, 1999.
深川晨堂,『漢洋医学闘争史』復刻版, 医聖社, 1981.
村瀬信一,『帝国議会:「戦前民主主義」の五七年』, 東京: 講談社, 2015.
厚生省医務局(編),『医制百年史』記述編·資料編, 東京: ぎょうせい, 1976.

【Abstract】

Debates on Traditional Medicine and Colonial *Uisaeng* in the Japanese Imperial Diet

Jeon, Jeong-min*

This study examines the Japanese Imperial Diet proceedings to trace how the metropolit an discourse of exclusion against traditional medicine underwent a logical transformation in its transplantation to colonial Korea, culminating in the legitimation of the *uisaeng* (醫生) system. To this end, stenographic records ranging from the debates on the survival of *kanpō* medicine in 1890s Japan to the budget deliberations on colonial Korea in the 1910s-1920s are treated as an anthropological field through which the utterances of Diet members are analysed. The analysis reveals a recurrent framing of *uisaeng* in terms such as 'anomaly', 'temporary expedient', and 'underqualified', interpreted here as the product of distinct yet overlapping logics of exclusion, namely institutional exceptionality, functional temporality, and professional deficiency, which together marginalised their very existence. The acute shortage of licensed physicians and persistent fiscal constraints rendered the discourse of natural extinction structurally unattainable. *Uisaeng* were thus incorporated into the institutional framework on discriminatory terms, under a paradoxical status, as entities destined to disappear yet impossible to replace. The logic of the provisional licence clause rejected in Japan in 1895 was institutionalised by way of Taiwan into the Uisaeng Regulations of colonial Korea, demonstrating that the universal modernity professed by Japan materialised as a hierarchically differentiated structure of physicians and *uisaeng*. By objectifying the discursive processes through which ruling elites constructed and legitimated colonial institutions, this work seeks to expose the structures of discrimination latent beneath the rhetoric of colonial modernisation.

Keywords: Imperial Diet Proceedings, Traditional Medicine, Colonial Hygiene, Uisaeng, Discourse Analysis

접수일: 2026.06.30. ‖ 심사일: 2026.08.07. ‖ 게재확정일: 2026.08.14.

* Ph.D. Student, Inha Univ.