

# 日據時期台灣的醫政關係

Medical and Politics Relation of Taiwan during Japanese Occupation

葉永文

Yun-Wen Yeh, Ph .D.

中山醫學大學醫學社會學暨社會工作學系

Department of Medical Sociology and Social Work , Chung Shan Medical University

## 摘要

綜觀台灣過去的歷史，民間力量一直是「醫政關係」中的主體，國家力量較少介入或是根本缺席，然而日本據台後，由於國家力量的強行介入而轉轍了這種關係。這是台灣醫學發展的關鍵性轉變，西方醫學因此趁勢興起。

台灣日據時期的「醫政關係」，在殖民統治下係屬「以政領醫」的景象，醫學淪於附屬性、工具性的角色，但同時也在這般景象下，建立起台灣現代醫學的根基，這皆展現出殖民醫學的特殊性。為探討這般特殊性，本文以「統治論述」、「政策佈署」、「權力展示」做為三條可切入的視角，來觀察日本殖民者對這時期「醫政關係」的看法、設計、及作為，以便歸整出「以政領醫」的整體觀；再者，針對這時期的「醫師」角色，本文亦從「醫療政治化」和「政治醫療化」兩面向，來陳述它的特殊與複雜。

## 關鍵字

日據時期、醫政關係、醫療政治化、政治醫療化、統治



# 日據時期台灣的醫政關係

## 壹、前言

十六世紀，葡萄牙人行經台灣西岸而望見這一片群山秀麗的土地時，不禁驚呼「福爾摩沙」(Ilha Formosa：美麗之島)來標定她的美貌，這是未經文明的自然美貌。然而，由於地處熱帶溼雨的氣候情景，這片充滿綠蔭的美麗之島也是充斥瘴癘之疾的險地。所以此般「美麗/危險」的島上景觀，自然成了早期台灣移民開發史的特質，從而亦可顯現出先民墾殖過程中的艱難苦境。

因此綜觀史冊所載，自台灣進入歷史時期<sup>1</sup>以降，便一直存有著對抗瘴癘風險的事跡。如荷西時期便有洋醫隨著帝國船隊來台，而鄭氏治台時期亦有為外國商行服務的洋醫；另外隨著漢人移民的擴展，渡台的漢醫也日益增多。這皆呈現了殖民或移民醫療的重要性。更甚而，清領時期劉銘傳即曾在台灣辦理官設醫院，以軍民之別，分置官醫局與台北病院<sup>2</sup>，其間亦有雇用西醫 Dr.Hanssen 為診療島民之官吏，開啓政府介入醫療之濫觴，不過後來因財政窘困而於翌年停辦。

是故，台灣醫療的發展截至清領時期係皆屬於民間力量的展示，而以傳統漢醫和民俗醫療為主軸，亦即以陰陽調和的草藥治療及神明信仰的宗教治療為主體。另外，西方醫療體系也藉由傳教士帶進了島內，成了輔助傳教與消解民慮的重要利器，諸如《台灣基督長老教會百年史》所載：

自從宣教活動的開始，無論在南或北，山地或平地，醫療傳道確實是宣教活動中的一個主要部門。在極大多數情況下，福音的傳入往往是藉醫療而開始進行的。因醫療的事工往往有助於排除本地人對宣教師及基督教的偏見與反感，獲得不少人的感謝與思念，而這些都是直接地或間接地有助於傳教之工。<sup>3</sup>

可見西方醫療的傳入係與基督宗教在台灣信仰發展有關，特別是在這塊充滿風土疾病的瘴癘之地，「利用醫療服務是傳播福音的最好方式」<sup>4</sup>。

相對於傳統的漢方醫療，以細菌論為導向的西方醫療體系早已成為當今的醫學楚翹。因此在清領時期，自 1865 年由英國來台傳教的馬雅各(James L. Maxwell)

<sup>1</sup> 依台灣歷史之分期，一般皆以有無文字之「史前時期」和「歷史時期」作區分，進而謂稱荷西統治台灣階段為「歷史時期」的開啓。可參見黃秀政、張勝彥、吳文星(2002)，《臺灣史》，台北：五南圖書公司，頁 13。

<sup>2</sup> 依連橫在《臺灣通史》卷二十一之〈鄉治志〉中所載：「臺北官醫局：在臺北城內考棚。光緒十二年，巡撫劉銘傳設，以候補知縣為總理。招聘西人為醫生，以醫人民之病，不收其費，並設官藥局於內。臺北病院：亦在考棚。光緒十二年，巡撫劉銘傳設，以醫兵勇之病。」參見連橫(1994)，《臺灣通史》，台北：眾文圖書公司，頁 563。

<sup>3</sup> 台灣基督長老教會總會(1984)，《台灣基督長老教會百年史》，台北：台灣基督長老教會總會，頁 24。

<sup>4</sup> 陳永興(1997)，《台灣醫療發展史》，台北：月旦出版社，頁 49。

至 1895 年清政府割台為止的三十年間，一般認為是現代醫療在台灣的萌芽與奠基期，或可謂為「傳教士醫療期」<sup>5</sup>。此間，除馬雅各停留於台灣南部宣教外，屬於加拿大長老教會的馬偕(George L. Macay)也於 1871 年來台並隨後於台灣北部宣教與從事診療事務；爾後在 1885 年時，英國蘇格蘭長老教會的蘭大衛醫師(David Landsborough)亦來台並赴任於台灣中部。至此，台灣的傳教網絡和醫療網絡便在島上扎下了根基，這可從續存於日據時期的台灣三大私立醫院—南部的新樓醫院、北部的馬偕醫院、中部的彰化基督教醫院—看出。

在教會醫療階段中，西方傳教士致力於傳輸島民的現代醫學觀，而為能擴大醫療宣導，便必須透過新式學校與初步的醫學教育來培養本地的漢人學徒，以協助其醫療和宣教工作，也因此便播下了台灣現代醫學的種子<sup>6</sup>，從而形構了一批新的本土現代醫療人才。此般的教會醫學教育模式，直至日據時期依然承續，並在日本統治初期之醫療人員不足情況下提供了「限地醫」需求，這種情景可由蘭大衛之子，蘭大弼(David Landsborough IV)的口述歷史中探知，他指出當時「家父在醫院裡訓練一些年青人成為醫生。他們通過日本人的考試後，就成為限地醫。」<sup>7</sup>可見教會醫療體系多少填補了台灣清領時期國家醫療的空窗期。

於此觀之，在日據以前的台灣醫政關係中，由於政府權力的缺席或極為微弱，導致了民間醫療勢力的盛行，漢方醫療和民俗醫療各行其道，而教會醫療更挾其科學之優位而趁勢興起。這般多元醫療體系的放任與競爭景象，也造成彼此間的破壞與攻擊，如傳統醫療被指為缺乏科學訓練、無根據、迷信的惡醫，教會醫療則受「紅毛醫生用支解人體做藥」之謠言而遭群眾攻擊和拆屋<sup>8</sup>。此端衝突的不絕於耳亦已影響醫療之術的進展。然由於島上的瘴癘之氣依舊以及移民導致新疾病的入侵，所謂「鬼界之島」成為外來者對它的另一個標定<sup>9</sup>，亦即流行疫情的可怕著實讓外來者遭受宛如煉獄般的經歷，特別是對入侵者而言。領台初期的日軍即曾嘗到了這般苦果。

<sup>5</sup> 杜聰明在 1959 年發表的「臺灣醫學教育發展史」中，即將臺灣醫學史分為五期：1.原始醫學期：1544 年以前。2.瘧疾流行期：1544 年至 1865 年。3.傳教士醫療期：1865 年至 1895 年。4.日據時期：1895 年至 1945 年。5.中國醫藥期：1945 年起。參見陳勝崑(1978)，《近代醫學在中國》，台北：當代醫學雜誌社，頁 126-7。

<sup>6</sup> 參見臺灣省文獻委員會(1993)，《重修臺灣省通志·卷六·文教學校教育篇》，臺灣省文獻委員會，頁 201-6。

<sup>7</sup> 參見劉翠溶、劉士永等譯，《蘭大弼醫生口述歷史》(2002)，中央研究院台灣史研究所籌備處，頁 11。另外，蘭大弼亦指出這是一種學徒制，這些限地醫邊做邊學，在四、五年後，他們可以自己開業。全上，頁 95。「限地醫」即指只能於特定時期、地點行醫的醫師。其申請允許之條件限制為：(1)限於該地方無現行開業之有資格醫師者。(2)離該地日里三里以內，無現行開業之有資格醫師者。(3)三年以內，無有資格醫師開業之可期待者。(4)一期以三年為限。參見臺灣省文獻委員會(1995)，《重修臺灣省通志·卷七·政治志衛生篇》，臺灣省文獻委員會，頁 231。

<sup>8</sup> 參見陳永興(1997)，《台灣醫療發展史》，頁 56。

<sup>9</sup> 參見竹越與三郎(1905)，《臺灣統治志》，東京市：博文館，頁 468。

## 貳、醫政統治

1874年的「牡丹社事件」，入台的日軍約有5990人，然罹病者卻高達16049人次，這種平均每人2~3次的罹病情形，直讓隨行的軍醫感受深刻，如落合泰藏即指稱「幾乎全軍生病」，而且「連醫官都病倒」<sup>10</sup>；1895年之割台前的二十二天(3月23日)，日軍進取澎湖列島，短短四天即折損近千人，且幾乎「全軍覆沒」<sup>11</sup>，其間絕大部分死於罹病而葬於朝陽門外七星埔，成為怨死異鄉的枉客；領台後，為平定島民的頑強抵抗而開啓了全島性的壓制戰端，據載從1895年5月26日至12月15日止，日軍受傷者515人、戰死者164人，而罹病者卻有26994人、病死者4622人<sup>12</sup>，其中就死傷病亡的比例來說，病死者即為戰死者的約三十倍，而罹病者更超過受傷者五十倍之多，這其間，著名的北白川宮能久親王據稱亦死於罹病。

這般慘痛的殖民代價，已使殖民者認識到殖民的障礙不在於可見的人，而在於不可見的瘴癘，也就是整個征服過程中，可見的反抗軍避之不及，而不可見的風土瘴癘卻充斥其間，結果讓日軍的身體無可招架而潰不成軍。因此在遭遇不斷反抗的島民和風土疾病的衝擊下，殖民政府中甚至興起了台灣棄留問題的論述風潮，其間有人主張驅逐所有台灣島民或使島民轉入日本籍，更甚而，亦有建議將台灣以一億圓代價賣給中國或外國的論述出現<sup>13</sup>。然為南進政策之擴張性考量，台灣著實成了「日本第一個殖民地」而被留下來了，而接下來之統治所關切的首要之務，便是台灣的醫療衛生問題。

所以可預見地，醫政關係將是日據時期台灣殖民統治中的一項重要課題，特別是治理台灣這塊瘴癘之地，更需要醫療衛生的支持與介入，舉凡醫療論述、醫療政策和醫療權力的施展，亦或醫院組織、醫療人才和醫學研究的扎根，都與殖民統治之思惟息息相關。底下，本文將以統治論述、政策佈署、權力展示等三條軸線來探討日據時期的醫政關係：統治論述即關注於殖民者對醫政關係的看法；政策佈署即著眼於殖民者在醫政關係上的設計；而權力展示係直指殖民者在醫政關係中的作為。

當然，殖民統治的基本邏輯皆為「由上而下」的治理模式，本文亦以此模式來看待台灣的日據時期，因此在論證探索上較強調「統治理由」的偏向，而少陳述民間勢力的反擊。這部分會在下節中呈現，以凸顯殖民過程底所存有的一些不可預期。

<sup>10</sup> 參見莊永明(1998)，《台灣醫學史》，台北：遠流出版，頁57。

<sup>11</sup> 小田俊郎(2000)，《台灣醫學五十年》，洪有錫譯，台北：前衛出版社，頁4。

<sup>12</sup> 全上，頁6。

<sup>13</sup> 這便是所謂的「一億圓賣出論」。參見矢內原忠雄(2002)，《日本帝國主義下之台灣》，周憲文譯，台北：海峽學術出版社，頁8。

## 一、統治論述

自 1868 年「明治維新」後，日本邁入了近代天皇體制並強化王權統治的基礎，相伴隨來的國家神道，更使其「政治」價值凌駕了所有的價值體系，並使統治轉向中央集權化。<sup>14</sup>而這般政治集權的情境，更易於其殖民地中展現出來，對此，有學者即由比較醫學在日本殖民帝國形塑過程中的地位時，指出在靖國神社做為日本信仰之中心下，醫學可視為是天皇權力的延伸，而就殖民屬地的醫學來說，更「僅是個附屬於天皇主權並促其擴張的統治策略」<sup>15</sup>。也就是說，醫學保護了人種健康亦即是保障了國家統治，而殖民地是帝國擴張的成果，所以可預見地，「台灣醫學的發展自始即是日本殖民統治的一環」<sup>16</sup>。

「明治維新」係代表著日本擺脫過去幕府封建的一場現代化運動，西方思想成為這般改造運動的泉源。而當時的西方思想是籠罩於「達爾文主義」的物競天擇之論述中，亦即強調生物學上物種競爭、適者生存的觀念，然這觀念又嫁接於國家統治的親和性，以致形成「社會達爾文主義」的新論述，成為國家間彼此競爭的理論典範。這一西方的理論範型，實踐上係以當時的德國最為徹底，而在其強化國家優生的人種主張下，竟也體現了國勢的強盛。因此做為西化過程的一份子，日本當然必吸取進如此之觀點，從而開啓了國家衛生機能來確保其大和民族的人種優越。

就主張殖民醫學之統治而言，後藤新平可謂為該論述之代表。1903 年 10 月在一場台灣醫學會的第一次大會上，他即對與會的日籍醫學社群說：

我來本島赴任之際，欲將新領土的經營，置於生物學的基礎上，諸君亦有所認知。蓋此方針幾乎是世界所公認。即不能不以生物進化的真理作為標準，特別是對現今進化達頂點的人類，最需要審慎研究。而最適合擔當此研究位置的就是醫學者。雙肩擔當本島經營的，是立志移往遙遠他鄉的母國人。....而研究戰勝風土的影響，增強人類抵抗力的方法，必求助於醫學。<sup>17</sup>

言談中之「生物學的基礎」、「生物進化的真理」等論述，即已揭示出後藤新平在殖民統治上的意欲，也顯見其所承受之西方生物典範思潮的影響，而擔綱此典範論述的，即是醫學。

後藤新平的這般論述，其實在治台之前即可從他受德國學者影響所撰寫的《國家衛生原理》一書中顯見，該書即是主張一種生物學概念的國家觀，強調「晚

<sup>14</sup> R.Bellah(1994)，《德川宗教》，王曉山、戴茸譯，香港：牛津大學出版社，頁 17。

<sup>15</sup> 蔡篤堅等(2001)，《實踐醫學人文的可能》，台北：唐山出版社，頁 89。

<sup>16</sup> 劉士永(1997)，〈一九三〇年代以前日治時期臺灣醫學的特質〉，《臺灣史研究》第 4 卷第 1 期，頁 118。

<sup>17</sup> 引自范燕秋(1998)，〈新醫學在臺灣的實踐(1898—1906)——從後藤新平《國家衛生原理》談起〉，《新史學》第 9 卷第 3 期，頁 50。

近國家學的基礎必藉取生物學說」、「國家實為至高的人體，至尊的有機體，生物學說亦轉而為此國家衛生原理的起源」、以及「國家的身體是國土，國家的精神是人民，國家的神識是元首，國家的命令是憲法：國家的行為是實務，即是行政」等觀點<sup>18</sup>，這著實是生物有機論的統治化移植，把國家擬人化而凸顯其功能性之運用，從而著重部分之間的關係和各部分對整體的貢獻，亦即以國家為主體的中央控制機能，來強化統治各部門中彼此的緊密連帶景象，並以人體衛生為隱喻，來彰明醫學對國體健康的重要性。

於是在此般生物醫學科技的模擬下，所謂對殖民統治的「生物學原則」即被提出來了。也就是說，立足於生物學基礎的西方醫學所著重之有機體的特殊性、情境性與科學性，被轉化成一種殖民統治的原則：即採行符映統治對象的特殊性原則；順應殖民地風土的施政措施原則；及強化科學過程的治理原則。<sup>19</sup>而在如此的扣連中，醫療衛生不再只是個人的事務，而是國家統治的要務；風土疾病不再只是個人生亡的問題，而是關連到國家力量的展示及整體存亡的問題。特別是殖民初期在日軍征討過程中所遭遇到的台灣風土疾病和非衛生場景，慘烈的病亡狀況已使殖民當局不得不重視島上的疾病研究與醫療問題。

1898年，後藤新平以一篇「台灣統治救急策」為文所提出革新台政之方案，而獲日本當局任命為總督府民政長官，他便指出「問題沒有經過探究，不宜預先聲明一定的政策，因為政策是依時、地、情境，講究順應的方式來推展，所以須待適度的明確調查之後才確立。」同時認為要重視殖民地舊慣習俗和氣候風土，實行科學調查，採行順應民情的措施，策劃、推動政令，才是「施政之法」<sup>20</sup>。而這種施政論述，即成為日後後藤新平在殖民地上的實踐依據，包括培育島內醫療人才、普及全台衛生醫療設施、健全流行疾病的防疫措施、禁止鴉片吸食政策等等，從而打造了台灣現代化醫療圖像。

由此可見，日據時期的醫政關係呈現出一種「以政領醫」的場景，或至少是醫療被接軌於殖民統治的一環，進而透過國家醫學衛生的佈局，將台灣納入醫療化(medicalization)的控制過程中。於是乎，對台灣的統治便充滿著醫學論述的氛圍，甚至是產生了如同宗教般的意象。事實上，後藤新平即是有著如此的看法，如他在1901年公醫會上的演講中，就明確地指出「醫學/宗教」這樣的對比。他認為西方帝國殖民的策略，皆以宗教做為其統治的根源，並透過義理之教化來進行文化的侵吞，然「診治疾病也是統一人心的策略之一」且「絕不比前者效果差」<sup>21</sup>，況且西方宗教殖民過程也尚需施行醫療為輔助，方能收取成效。

這樣的論述，引導後藤新平直接揭示用醫學取代宗教的看法，因為在國家衛

<sup>18</sup> 全上，52-6。

<sup>19</sup> 參見鶴見祐輔(1943)，《後藤新平傳·臺灣統治篇》，東京都：太平洋協會出版部，頁24-42。

<sup>20</sup> 參見莊永明(1998)，《台灣醫學史》，頁211。

<sup>21</sup> 小田俊郎(2000)，《台灣醫學五十年》，頁49。

生的義理之下，醫學亦具有和扮演著與宗教同樣的功能，成為信仰的替代品，而且更具有文化傳輸的效用，像公醫便有如傳教士般的角色扮演，他說「公醫是地方公共衛生第一線工作者，猶如西方傳教士一般，扮演國家拓殖先驅、文明傳播者的角色；與地方警察行政並肩推展公共衛生」<sup>22</sup>。可見醫學在塑造人種健康的同時，對被殖民者在日本文化薰陶後之心靈健康上，亦存有莫大的影響，況且這般傳輸景象，亦象徵著「優越—低俗」、「先進—落後」的人種與文化差異之對照，以致殖民統治的正當性便在醫療教化的過程中賦予其理所當然之意涵，而推高了具階級分化的「同化主義」或「內地延長主義」之幻境擬樣。

是故，為呈現殖民地之人種間的差異及保障大和人種的優越，經由高漲的政治價值貫穿下，台灣被醫療化了，包括熱帶醫學研究、醫療網建構、醫療人口調查、甚至設置警察醫務職事等等，以一種密網式的由上而下散撒，並再由下而上的收取，形塑出從中央到地方之上下層級監視的醫療網絡，而構造現代化醫學工程圖景。所以台灣醫療衛生的發展係與殖民統治息息相關，其高壓氛圍更橫互了整個日據時期，這是國家介入的強橫性，一切的醫學論述均以政治價值為依歸，並且承受其定義與指揮。

所以台灣醫療衛生的主體性係繫於殖民統治的需要，而非以殖民地本身為考量，舉凡醫學研究取向、醫院設置地點、或「抑中揚西」之醫療偏向等等，在在凸顯出殖民當局的政治意欲，就以最令當局膽寒的鼠疫和虐疾等島上風土疫情來看，便有人指出：

.... 總督府之所以積極對抗鼠疫，乃因鼠疫害人不分臺灣人或日本人，當災情危及到日本人時，為了自保，殖民地政府自然會採取較積極的對策。關於這一點，我們可以從臺南縣官廳對疫情輕忽而臺北縣則如臨大敵的態度上找到蛛絲馬跡，其他的佐證尚包括諸如將病院設在日本人集中的地區，對日本人提供較多的醫療資源。<sup>23</sup>

這即是差別統治的殖民論述，而以殖民者為醫學論述主體。且人種的健康保障了政治征服的持續性，以致殖民地醫學必須配合及經受國家政治所導向。

當然，這般政治導向的醫學景象更可由殖民後期的戰爭動員情境中展現出來。譬如醫學佈署方面，1939年為了日軍戰力之考量，醫師必須服應軍醫部活動而致力於瘧疾研究，甚至後來為配合戰況需要，產婦科及小兒科醫師亦必須轉任其專業科別，而以外科或內科為主，「因為軍部認為產婦人科及小兒科與戰爭

<sup>22</sup> 引自范燕秋(1998)，〈新醫學在臺灣的實踐(1898—1906)—從後藤新平《國家衛生原理》談起〉，頁 68。

<sup>23</sup> 許錫慶 編譯(2000)，《臺灣總督府公文類纂衛生史料彙編(明治二十九年四月至明治二十九年十二月)》，台灣省文獻委員會，頁 179。

沒有關係，所以要廢掉」<sup>24</sup>；醫療動員方面，1941年為適應戰爭需要，帝國大學醫學部混亂其學制而縮短畢業年限，以要求醫學生提早動員來參加戰事，而民間醫師也因應戰時醫療救護體制之需，於1942年組成台灣奉公醫師團遠赴戰地服務，甚至1945年時，「好不容易考上台北帝國大學醫學部預科、醫學專門部或高等學校，等待入學的『新生』，沒有成為學生，而是馬上被編入軍隊當『新兵』，根本沒有上課。」<sup>25</sup>

可見在日據時期政治價值為優位的醫政關係底，已形構成殖民地「以政領醫」的統治論述，因此相較於清領時期國家力量在醫學領域中的缺席，殖民統治之國家權力的展示，在政治建構、控制、利用醫學的圖像上係可顯見出更為地徹底。這般徹底的情形亦可由統治當局在其殖民過程中，相關的法令規章等政策佈署底彰顯出來，而此依然是一種由上而下的政治構局。

## 二、政策佈署

明治二十八年，因為甲午戰爭，台灣變成日本的領土。條約一簽訂，日本政府馬上針對佔領政策及統治方針做規劃，最後依據台灣的現況，整理出三點當務之急，那就是衛生、阿片、盜匪等三個問題。由於甲午戰爭剛剛大獲全勝，所以對於整頓盜匪這一項，日本政府信心滿滿，但是對於其餘的兩項，就感到相當棘手。<sup>26</sup>

日本治台後，台灣的衛生及鴉片問題一直是殖民當局認為有損國體健康的兩大窘境，這亦顯示出傳統中國與大和民族間的人種差異，致使日人領台後必須著力於自身人種優越的保障以及去除掉殖民地人種的惡習。因此始政的第三天當局即宣布組織「衛生委員會」，第四天在台北城外大稻埕千秋街設立了「大日本台灣病院」，而始政三月後即開始部分管制鴉片的吸食。

就「衛生」問題的處置而言，1895年7月在台灣總督府總督官房設衛生事務所，主掌台灣衛生事務，並分由內務部警察課和陸軍軍部管理，隔年「六三法」頒布後，衛生事務轉由民政局衛生課負責，並於地方官廳警察課設衛生係，1901年衛生課隸屬民政部警察本署。爾後雖有調整<sup>27</sup>，但基本上已由警察負起實際的衛生行政之責，以強制管理的方式推展衛生事務<sup>28</sup>。這種衛生事務與警察業務的結合，除了彰顯殖民地醫政控制的統治目標外，亦因警察網絡在地方分布的毛細化，使得衛生事務於強勢公權力的護衛下能貫穿島民的日常生活。1896年之警

<sup>24</sup> 參見莊永明(1998)，《台灣醫學史》，頁137, 338。

<sup>25</sup> 全上，頁134-5, 324-7。

<sup>26</sup> 湖島克弘(2001)，《杜聰明與阿片試食官》，黃蔡玉珠等譯，台北：玉山社出版，頁37-8。

<sup>27</sup> 譬如1909年即會因地方官制的改變而廢除警察本署，以致衛生課移屬內務局，而1911年又在警察本署的復置下，衛生課再度歸建。

<sup>28</sup> 參見鷲巢敦哉(1938)，《臺灣警察四十年史話》，台北：鷲巢敦哉，頁388。



察醫的設置而使衛生事務與警察業務得以合一化，便是落實醫政控制最好的說明，因為這些警察醫「肩負行政使命，幫助警察醫療、行政警察、司法警察之行政業務，辦理警察醫療工作。警察醫的權限大，尤其當疫病流行時，凡疑似患者或病死者檢診，均由其決定。」<sup>29</sup>

除此之外，在警察業務的協助下，衛生事務亦與保甲組織結合來深入地方基層，以連座方式強制各家戶的健康與衛生管理。根據 1903 年 6 月所制定的「保甲條例施行細則標準」，其「保甲規約」中便包含有傳染病預防、戒除鴉片吸食、預防蟲害獸疫、勞動服務等，足見衛生行政已成爲社區安全工作的重要構成<sup>30</sup>。所以，日據時期的衛生事務在警政組織的勾連運作底，係呈現出殖民當局就防疫工作上的政策佈局，一種既全面性又個別化的治理手法。

就「鴉片」問題的處置而言，自 1895 年後藤新平擔任總督府衛生顧問後，便提出有關鴉片政策的意見書，於是該年 9 月開始禁止軍人軍屬吸食鴉片，翌年 2 月又嚴禁輸入鴉片，而到了 1897 年 2 月即正式公布台灣鴉片令，自此鴉片成了官府專賣的第一個商品，並藉以控制煙癮者與限制新吸食者，直至 1930 年方才修訂鴉片令，以便「對有煙癮者施以治療讓他戒煙」<sup>31</sup>。這係爲漸近主義式的控制策略，也是後藤新平在殖民政治考量下的權衡性做法，莊永明對此即指出兩點可能性的說明<sup>32</sup>：

1. 如果採嚴禁措施，勢必招來吸食者的抵抗，由此採行鎮壓行動，統治當局恐怕要動員兩個師團的兵力，經常駐防台灣。
- 2 如果採漸禁而專賣制度的話，則年收專賣利益將達兩百四十萬圓以上，當時日本據有台灣後，軍事費用及各項開支浩繁，仰賴日本本土的補助，如有這筆收益，以爲財政上的挹注，可說極具吸引力。

此便是一項統治策略上的考量，也相當符映其「生物學原則」和「台灣統治救急策」中的治理論述。

後藤新平擔任日本內務省衛生局長時，曾於 1896 年 6 月來台視察各地衛生與鴉片使用的實況，其間並針對鴉片問題提出相應的政策規劃，鑑於殖民初期從事住民診療的醫師寥少與各地合格的醫師數量分佈不均，從而指陳「欲實行斯案時，須於各地方配置醫師三百人；而對於急要地方須先配置其半數一百五十人。」

<sup>29</sup> 陳永興(1997)，《台灣醫療發展史》，頁 79。關於警察醫的設置情形，依據明治二十九年七月份的衛生業務報告中所載，因爲受限於當年的預算，所以初期「僅在縣廳所在地特別設置警察醫兼監獄醫，其他地方則煮託公醫視職務繁簡每月支付適當津貼。」參見許錫慶 編譯(2000)，《臺灣總督府公文類纂衛生史料彙編(明治二十九年四月至明治二十九年十二月)》，頁 35。

<sup>30</sup> 參見鈴木斗人(不詳)，《臺灣 保甲制度》，臺灣：鈴木斗人，頁 10。

<sup>31</sup> 參見小田俊郎(2000)，《台灣醫學五十年》，頁 39。

<sup>32</sup> 莊永明(1998)，《台灣醫學史》，頁 152-3。

<sup>33</sup>來解決鴉片癮者的處置問題。而這一主張卻也促使公醫制度的出現，以致該月當局即以總督府令公布了「台灣公醫規則」，進行對島上公醫制度的規劃與運作。

依據明治二十九年六月份的衛生業務報告中所記，公醫除規定須在指定區域內開業，並且得負責一、自來水、下水之清潔改良事宜；二、傳染病預防；三、普及種痘；四、防治梅毒；五、醫療貧民；六、檢驗屍體；七、鴉片相關事務；八、公園衛生相關事宜；九、中毒相關事務；十、衛生及醫事統計相關事務。<sup>34</sup>由此可知，公醫的任務係以殖民地之整體健康醫療為要務，包含「衛生」與「鴉片」醫療，因此它與警察行政便存有一種唇齒相依的關係，如陳金生所言稱「台灣的醫政組織是基礎警察單位(分駐所)與『公醫』相輔相成的制度。這種『公醫』如位於都市者即由公立病院台警察醫(法醫)擔任，其他鄉鎮則委託當地開業醫擔任『囑託公醫』，對山間僻地即以分發的限地醫兼任公醫。」<sup>35</sup>是以，就政策佈署的統治邏輯而論，公醫與警察的這般「蜜與鞭」關係，係已展現出國家意志的貫徹強度。

除了「衛生」與「鴉片」政策外，在日據時期的醫政關係中，對於「醫事法規」和「醫學教育」層面亦是政策佈署的要項，因為這關連到殖民地生物學統治的構成與實踐，也符合殖民母國以西醫為本的國體健康論述。

關於「醫事法規」的政策佈署，1896年5月所頒布的「台灣醫業規則」可謂為第一個規範醫業的條例。據台初期，島上風土疾病四起且數度疫癘大作，因此醫療資源的需求便益顯急迫，然當時島上的醫療體系以傳統醫業為主體，而日人來台從業的醫者也良莠不齊，導致殖民當局開始制定管理要務，整治島上的醫療資源。「台灣醫業規則」基本上係隱含著以西醫為本的政策精神，其間規定凡業中醫者應先申請登記才能准許為醫生，但不得稱為醫師，因為醫師之名係專屬西醫，而此分類亦深具了「抑中揚西」的醫業偏向；另外，此規則也是為讓一些日本土法煉鋼的西醫們能來台執業的合法性根據<sup>36</sup>，以使之取得醫師資格證書，此般扶植西醫之做法隱然可揭。

這種「抑中揚西」的醫業偏向，在1901年7月所頒布的「台灣醫生免許規則」中完全地被彰顯出來，因為依此規則，全台從事漢醫及所謂以秘方執行醫業行為者皆被嚴格要求限於該年十二月底前應向警察機關登記，否則期限一到則對於沒有登記立案或新養成的漢醫或其他從事傳統醫業者，一律加以嚴格取締且絕

<sup>33</sup> 引自陳永興(1997)，《台灣醫療發展史》，頁157。

<sup>34</sup> 參見許錫慶編譯(2000)，《臺灣總督府公文類纂衛生史料彙編(明治二十九年四月至明治二十九年十二月)》，頁23-5。

<sup>35</sup> 陳金生(1997)，〈「日治時代台灣醫療制度」的回憶—以台灣乙種醫師制度為主(下)〉，《台灣史料研究》第9號，頁126。

<sup>36</sup> 陳金生指出，當時日本的「醫師法」還未公布，且西醫的業事人員尚屬青黃不接的階段，然為了在台灣貫徹西醫為本的新醫療制度政策，所以政策「先行」以讓來台的日人西醫取得合法地位。參見陳金生(1996)，〈「日治時代台灣醫療制度」的回憶—以台灣乙種醫師制度為主(上)〉，《台灣史料研究》第8號，頁22。

不寬待<sup>37</sup>。更甚者，根據此一規則所舉辦的資格認證考試只行一次，之後便不再辦理，這亦導致漢醫因老殘死亡的逐年減少，同時被以所培育之西醫者來取代之。如此情景無怪乎早有人指出，「管理漢醫，實施西方醫療的政策，也是殖民政府施政的一項重要環節。」<sup>38</sup>

隨著殖民地醫學教育的醫療人才養成，當局於 1916 年 1 月訂定「台灣醫師令」來重新規範醫師資格，依據其第二條第一項所定之准許資格為：一、畢業於台灣總督所指定之官立或公立學校者；二、畢業於台灣總督府醫學校者；三、及格於台灣總督所指定之考試者；四、畢業外國學校或在外國得有醫師執照之日本國臣民，而適合於台灣總督所定者；除此之外，領有內務臣之醫師准許者，不拘前項所定，得為醫師。<sup>39</sup>至此，台灣生物醫學之範型已在這法令中奠立了基礎，顯見國家介入殖民地醫學的模式係獲具成果，然這般成果又於戰爭時期再度強化，而且是更加展現國家統治的政策佈署。1942 年 11 月廢止「醫師令」並同時公佈「國民醫療法施行細則」，自此而後，醫師與其他醫療有關人員皆被置諸戰時體制的管制之下，並規定醫學校畢業後須再經一年以上之診療修練，始有領取醫師證書之資格。<sup>40</sup>這般規定足見台灣醫政關係的統治化模態，政治價值早已融入醫學的政策佈署中。

此外就「醫學教育」的政策佈署論之，殖民初期「統治者或基於自身醫療上的需要，或為墾殖台灣的便利，對醫生的培養一向極為熱心」<sup>41</sup>，所以 1897 年便於台北病院辦理「醫學講習所」(又稱「土人醫師養成所」)，而以培育本島人醫師為目的，招生對象包括國語傳習所畢業生、漢醫出生的醫生、藥店的子弟等<sup>42</sup>。然由於當時醫生的社會地位不高，以致報名者寥寥無幾，如推動此講習所的山口秀高即曾言，「向來在台灣醫師，及一般所稱『醫生』這些人，其社會地位甚低，可說是位居最下層，他們所得的名譽和報酬都甚少，因此民間很少自願要當醫師者，甚至可以說沒有。」<sup>43</sup>

因此為讓講習所能夠持續運行，除了制定相關入學公費補助的措施外，亦透過傳教士協助勸募台人子弟入學，所以創辦初期也以傳教士的弟子入學比例為多。然為何殖民當局不大力召入日人醫師而採行培育土人醫師為目標呢？其實這亦與殖民統治策略有關，如山口秀高就曾指出日人醫師因島內風土關係常致無法久留，所以培養台人醫師即成為替代目標，這係「台灣原本是如此瘴癘之地，其

<sup>37</sup> 參見許錫慶 編譯(2000)，《臺灣總督府公文類纂衛生史料彙編(明治二十九年四月至明治二十九年十二月)》，頁 238。

<sup>38</sup> 莊永明(1998)，《台灣醫學史》，頁 173。

<sup>39</sup> 臺灣省文獻委員會(1995)，《重修臺灣省通志·卷七·政治志衛生篇》，頁 230。

<sup>40</sup> 全上，頁 232。

<sup>41</sup> 陳永興(1997)，《台灣醫療發展史》，頁 98。

<sup>42</sup> 參見小田俊郎(2000)，《台灣醫學五十年》，頁 63。

<sup>43</sup> 山口秀高主講，韓良俊譯(1996)，〈台灣總督府醫學校成立之由來以及將來之企望〉，《台灣史料研究》第 8 號，頁 49。

醫事衛生又極落後，應該有通曉進步之現代醫學的醫師，同時也可輸入日本的文明，這是總督府所考慮的。」<sup>44</sup>可見這又是一項政治價值在醫學教育上的實務性體現。

1899年當局制定總督府醫學校官制，設置台灣總督府醫學校並於5月1日正式授課，這係為台灣正規醫學教育之濫觴。在隨後所發布之「醫學校規則」中，第一條即說明其設立主旨，稱「台灣總督府醫學校為授予本島人醫學教育，養成醫師之處。」此亦是延續著過去培養土人醫師之目標，同時也意含日人來台人數的窘態。不過這種情形隨著時間推進與殖民地穩定而有所改變，居台日人也日漸增繁。於是1918年醫學校根據專門學校令設專科部，轉向以招收日人子弟為目標，而1919年總督府更明揭同化主義的施政方針，根據差別原則頒布「台灣教育令」以強化對殖民地的控制<sup>45</sup>。

結果，為配合「台灣教育令」，總督府旋即發布醫學專門部規則修正案，將醫學校改稱為「醫學專門學校」，其間在府令第三十號的修正案中亦明訂專門部係為「教育內地人男子有志於在台灣內外執行醫師業務者而設」<sup>46</sup>。這就是人種差別的殖民統治之政策佈署，儘管日後(1922年)在「日台共學」的新方針下轉轍了這種差別的醫學教育對待，但這也是基於為消滅當時國際民族主義高漲之影響下的政策妥協，這可在入學後的日台學生人數比例上看出，此般情景即使到了1935年台北帝國大學新設醫學部之時，入學人數的差異比例也依然如此。

總之，依循殖民統治論述而來的政策佈署，明顯地呈示出政治優位的「醫政關係」，也因此在這般國體與人種差異治理的觀照下，一種由上而下的權力展示便成了台灣殖民政治的可預期。

### 三、權力展示

權力展示係指殖民者在醫政關係中的作為，亦可顯現殖民統治的強勢及力道。就針對風土疾病中之瘧疾和鼠疫等防疫過程來看，1913年4月總督府便公佈瘧疾防止規則，包括全面撲滅蚊蟲，對流行區域居民採行放血，如為帶原蟲者則強制服藥；而1896年10月台北發生鼠疫流行，當局亦採取一連串的規定與措施，包括遭受鼠疫感染之家戶皆須於門口貼上黃色紙條以示標明，而來台船舶若有鼠疫侵擾則須舉起黃旗並停泊港外，並且嚴格規定因鼠疫死亡者之埋葬須深入地平線下一丈等等；甚至後來更透過保甲制度令住民義務捕鼠，如不幸大流行時更將「全村予以焚燒」<sup>47</sup>。

然此種如臨大敵般的大張旗鼓作為，卻使習慣於瘴癘籠罩下的島民產生反感

<sup>44</sup> 全上，頁49。

<sup>45</sup> 吳文星(1982)，〈日據時期台灣的教育與社會領導階層之塑造〉，《歷史學報》第10期，頁370。

<sup>46</sup> 參見莊永明(1998)，《台灣醫學史》，頁283-4。

<sup>47</sup> 參見陳永興(1997)，《台灣醫療發展史》，頁73-7。

與怨言，並認為這是一種殖民暴政而與當局關係日漸緊張和對立，於是各式逃避、抗拒檢疫的場景便層出不窮。這種情形就有學者指出：

臺灣人常會隱匿病情，甚至將染上鼠疫致死者偽報為溺死或自殺，這充分顯示出臺灣人對統治者的不信任及強烈抗拒感。何況，若是誠實報官，不但住屋會被迫消毒，健康者也必須被送到健康者隔離所，而且住家的對外交通也會受到封鎖，如此一來，在隔離期間，一家生計便受到嚴重影響。另一方面，也由於對西洋醫學的不信任，所以寧可接受傳統的漢醫療法或求助於神佛，害怕一旦去到病院反倒送了命。基於這般複雜的心理狀態，臺灣人自然不肯配合殖民地政府的種種防疫措施。<sup>48</sup>

可見在衛生防疫的認知上存有明顯的日台人差異，但是這也反映出殖民者的醫學本位立場，如劉士永所稱這係為「高度中央化的公共衛生體系、強制性極高的衛生警察制度、甚至以日本移民為優先的防疫政策」<sup>49</sup>。而此般本位立場在 1898 年的明治五月份衛生課業務報告中就已顯現出來，如該報告中之附件第九號〈關於令臺灣警察官實習傳染病預防方法要旨之建議〉中即載：

...民眾之所以對其忌避，固然是因未能認知其中事實，但亦得歸因於主其事之警察官吏未能通曉消毒主旨，只知以一篇法令條文作依據從事之，不問患者家庭之營業生計如何，亦不問家屋之大小、廁所之結構、井水之情況如何，千篇一律皆撒以石灰而污損四處，而衣服、金屬等因此受污損者亦不在少數，或者將瀕死之病者抬出至今其在半路上斷氣等，其混亂情形與費用甚為巨大，但對消毒病毒潛伏地之目的卻往往力有未逮，此非警官之罪，而是所謂的「未教民而使戰之」，縱然以往在警官之教科中有該項目，但苟非以實地教習為主眼，則不能得其要領。....<sup>50</sup>

由此可知，在這以日人醫學本位的衛生防疫活動下，殖民當局的權力展示，係意含著對優勢人種的態度以及對劣勢人種的規訓與壓制。

此外就鴉片問題的權力展示來看，這係為國體健康的論述考量，儘管當局對鴉片禁止政策的推行意志勃勃，但在統治利益的考量下卻將權力轉移到另一面向。有人指出殖民當局的鴉片漸進政策，其實是著眼於鴉片專賣有利財政收益的高度挹注效果以及減輕日本對殖民地的負擔，因此可視為是「毒化台民的一種政策」<sup>51</sup>，而此般政策也成為後來島上社會運動者的批評標靶。1927 年台灣民眾黨

<sup>48</sup> 許錫慶 編譯(2000)，《臺灣總督府公文類纂衛生史料彙編(明治二十九年四月至明治二十九年十二月)》，頁 179。

<sup>49</sup> 劉士永(1997)，〈一九三〇年代以前日治時期臺灣醫學的特質〉，頁 138。

<sup>50</sup> 許錫慶 編譯(2001)，《臺灣總督府公文類纂衛生史料彙編(明治三十年一月至明治三十四年十二月)》，台灣省文獻委員會，頁 76。

<sup>51</sup> 參見黃昭堂(1994)，《臺灣總督府》，黃英哲譯，台北：前衛，頁 84-5。

成立後，旋即針對這種鴉片官賣與吸食特許問題，指出這和葡萄牙當局為在澳門徵稅而允許人民賭博的榨取政策一樣，都將徒留歷史臭名於後世，而在其遞交給總督府的抗議書內容中，亦直言「總督府假借人道主義名義所實施的漸減政策，以及對於吸食者的認可，其實都是為求增加阿片的稅收。這是非人道的政策，更是違反國際正義的行為。」<sup>52</sup>

這即是壓迫性權力作為的轉轍，用以指向劣質人種健康損害的鼓勵與放任，進而保障殖民優位人種的秀異(distinction)，即使殖民者中有對該鴉片政策之不同意見，然主張嚴禁鴉片者的理由竟亦有「以便榨取殖民地的廉價勞動力」<sup>53</sup>之說。可見殖民地下人種差異的層級關係，其「禁」或「漸禁」的鴉片述說已讓階級剝削成為各具正當性的統治理由。這是一場殖民權力的展示，勝敗關係早已預定，鴉片問題的正反處理方式皆然。

當然，殖民者在相關的防疫活動與鴉片癮者處理，係皆建基於西方生物醫學的範型上，以致對島上傳統醫療的診治過程即存有層級差異的鄙視性看法，像是山口秀高對傳統漢醫就曾發表如此的觀點：

本島之所謂「醫生」者，到底算不算醫者？可不可以託以寶貴的人命？實不必明述，大家都很清楚。事實上，他們連生理、病理為何物都不知；最甚者，更有不識字者，他們只聽患者的陳訴，便隨便捉一些草根樹皮塞給患者。....<sup>54</sup>

這顯然意味傳統醫療的迷信無知，以及對人種健康的危險，因此必須要對其管制，所以「台灣醫業規則」的頒布部分亦肇因於此。然而，該規則似乎無法發揮對漢醫的管制效果，以致當時的台灣中央衛生會會長便對殖民當局提出一建議案，內容大致為：

在本島，所稱之醫生即從事患者之診斷及投劑者，本地人主要依賴彼等而接受疾病治療，其施術、藥方雖各自有異，但基於氣性相通及治病養生之感情，本地人倚賴一般醫生之心理與對內地人開業醫並無不同。然而，先前業已發布臺灣醫業規則，本島醫生幾無申請醫師執照之意願，當時對於本地人按照以往方式接受診療一事暫時不予過問，....但在日新月異之今日，若對此完全置之不理，則在取締上不便之處甚多。故而於今之際，希望能對本地人所稱之醫生舉行簡易試驗，並依其成績發給醫業臨時

<sup>52</sup> 湖島克弘(2001)，《杜聰明與阿片試食官》，頁 218。據載，1899 年總督府的鴉片收益即有四百二十五萬圓，佔了總稅收的 43%；而到了 1911 年，雖然鴉片癮的人數由當初的十六萬九千人減少為九萬兩千人，但是鴉片收入卻增加到五百五十萬圓；而且一直到 1928 年，鴉片收入都是呈現成長的趨勢。全上，頁 251。

<sup>53</sup> 參見莊永明(1998)，《台灣醫學史》，頁 220。

<sup>54</sup> 山口秀高主講，韓良俊譯(1996)，〈台灣總督府醫學學校成立之由來以及將來之企望〉，頁 51。

執照，以收統制之效。<sup>55</sup>

此建議內容，係以「統制」的論點陳述之，並試圖強化當局對傳統醫療的權力控制。而如此論點，亦必然與後來用以壓制漢醫發展的「台灣醫師免許規則」之出現高度相關。

「台灣醫師免許規則」基本上是一項對漢醫的權力規範，雖是賦予了漢醫醫療的正當性，但卻只執行一次的執業資格考試，致使日據時期具認證的漢醫，從1901年之1223人逐年下降至1942年之97人<sup>56</sup>。這種情形或可如當時的葉榮鐘所憶述：「老一輩的中醫師凋零殆盡，後繼無人，已經是一般人公認無可避免的趨勢。」<sup>57</sup>可見權力展示下的漢醫場景，宛如武士悲歌而大都敗戰倒地，即使存活下來的，依然逃不過西方醫學的整治，而淪為從屬性的邊緣地位。如早先1901年5月16日的府令第四七號關於「台灣醫生執業規則」的擬稿中，其間通告案的第四項即稱「應讓領有執照之醫生與醫師、公醫保持密切聯絡，自然養成對之信賴之習慣，醫師應常誘導、指示醫生，保持等同師徒之關係，當然不得有業務上互相誹謗之行爲，且在衛生行政設施相關方面，應誘導其擔任輔佐性工作。」<sup>58</sup>此係已標定了漢醫的「受教」角色，並賦予公醫對它的指導權力，是故到了1920年7月殖民當局即因對公醫職權的修訂，而正式規定其第八條「對區內漢醫負監督之責」<sup>59</sup>。

除對漢醫的權力展示外，教會醫療同樣也是被整治的一環。殖民初期鑒於西醫人員的缺乏，當局係以放任的態度對待並視之為西醫範型的補充，然這種「先利用後剷除」的統治手法，在1930年左右因島內醫學教育的養成而漸形彰顯，此後除了限制教會醫院之師徒制的醫生承襲外，更以「限地醫」的規範來禁止教會醫生於都市執業<sup>60</sup>。最後，因戰爭時期的影響，當局更迫使醫療傳教士退出醫院，如1936年3月蘭大衛醫師正式告別了彰化基督教醫院而返回英國便是一例，這是殖民當局透過醫學教育之政策佈署所對教會醫學的一種權力展示，其絕對的排除機制造就出強勢的殖民醫學。

<sup>55</sup> 參見許錫慶 編譯(2001)，《臺灣總督府公文類纂衛生史料彙編(明治三十年一月至明治三十四年十二月)》，頁60。該建議案被列於明治四月份衛生課業務報告中之附件第六號。

<sup>56</sup> 參見臺灣省行政長官公署統計室編(1946)，《臺灣省五十一年來(民國前十七年至民國三十四年)統計提要》，臺灣省行政長官公署統計室，頁1249。另外，據張芷雲所研究，相較於漢醫的萎縮，屬於西方醫學範疇的醫師、牙醫師，以及助產士等人數卻與日遽增，這係更凸顯出中、西醫勢力之消長：如醫師人數由1897年的259位，到1942年的2241位，而1945年時則有3426位；日本領台後數年並沒有齒科醫師，到1909年只有4位，1942年時有567位，1945年則為738位；助產士和護士亦呈現出類似發展軌跡，助產士的人數由1897年的9位，到1942年的2159位。參見張芷雲(2001)，《醫療與社會—醫療社會學的探索》，台北：巨流圖書，頁181。

<sup>57</sup> 葉榮鐘(1983)，《台灣民族運動史》，台北：自立晚報社，頁324-5。

<sup>58</sup> 參見許錫慶 編譯(2001)，《臺灣總督府公文類纂衛生史料彙編(明治三十年一月至明治三十四年十二月)》，頁239。

<sup>59</sup> 莊永明(1998)，《台灣醫學史》，頁160。

<sup>60</sup> 參見張芷雲(2001)，《醫療與社會—醫療社會學的探索》，頁173-4。

然而殖民醫學本身所具有的殖民屬性，卻亦在發展過程底自陷殖民政治的權力關係中，諸如醫業選擇、醫學教育及醫師使命皆被深具人種差異的政治價值所浸染。醫業選擇便是殖民地人種差異的最佳顯現，誠如矢內原忠雄所言：

... 台灣人中不乏具有開業能力的資產家，不過以醫師為自由業，不須仰賴政府機關及資本家之聘雇，尤其是官界及實業界的出路，全為日本人所壟斷，乃是驅使台灣人知識份子競相習醫之主要原因。<sup>61</sup>

也就是說，為保證殖民統治的持續性而採取與殖民母國的差別教育，以致相關啓迪民智的法政及社會科別是不被允許的，且無能為官而只可從事技術職務勞動的島民，為突破殖民教育的愚民封鎖，醫業選擇便成了最好的一條路。

再者，醫學教育也滲入了統治的權力展示，如「倫理」與「修身」課程的強調即意涵著一種臣民教化的政治價值，以重視國民精神及順從、誠實、勞動等美德，並「訓練學生在日常生活中培養一種秩序感和對於日本皇帝的忠孝心」<sup>62</sup>。這種內部服從性格的養成，亦使當局在教育過程中所採行的人種差別對待成了理所當然，像是醫學校附設醫院不在官設的台北醫院，而是在日本紅十字病院，且臨床實習教育盡是在設備簡陋的救濟院或收容所執行，此係因人種差異的權力行使所致。吉田坦藏即對此情景有所記述：

醫學校的學生皆為台灣人，大約二十名左右，校舍係鄉下小學規模的木造建築物。台北病院雖很早設立，但因醫學校的學生均為台灣人，所以未獲准在以日本病人為主的該院實習。他們在「台北仁濟院」和「行路病者收容所」實習，... 站在沒有椅子、狹小、不清潔的地方，一邊診療病人，一邊進行臨床講解。病床都極為骯髒，因為缺乏護士，以致於不僅骯髒，而且常常有生命危險。<sup>63</sup>

最後，由於醫師具有擔負國體健康和文化傳輸之使命，因此必須服從殖民統治的權力展現，而這種使命亦在戰爭動員時期更被當局強力要求。醫師、醫學生皆是被動員的對象，若有不從，則權力制裁即會在違反者的身上殘暴地體現。如台北帝國大學醫學部的蔡忠恕，便於 1944 年被指因「陰謀叛國」而慘死，而其他醫學生則有因案被囚或被認為有抗日傾向入獄；又如醫師吳海水、陳江山等，即因 1942 年的鳳山事件、東港事件被判處徒刑，甚至有醫師因「始政紀念日」不懸掛日旗而被視為「國敵」下獄之情事<sup>64</sup>。此類事例，不勝枚舉。這足見日據時期殖民當局的相關權力作為，隨著統治深化和政策強橫的首尾一貫，早已成為

<sup>61</sup> 矢內原忠雄(1963)，《矢內原忠雄全集》第二卷，東京都：岩波，頁 291。

<sup>62</sup> 呂紹理(1999)，《日治時期台灣社會的生活作息》，台北：遠流出版，頁 80。

<sup>63</sup> 引自小田俊郎(2000)，《台灣醫學五十年》，頁 68-9。

<sup>64</sup> 參見莊永明(1998)，《台灣醫學史》，頁 330-2。



「醫政關係」中由上而下的固有準則。

### 參、醫政新貴—醫師

在人種與國體健康的統治論述下，經由閉鎖性的政策佈署和強勢性的權力展示，殖民地現代醫療體系已被構造成形。而其間，一批龐大的社會新貴亦被培育出來並獲得新的階級定位，同時轉轍了過去對島上領導階層的舊認知，他們擔綱著一個新時代的醫政變局，在這變局中既被規範塑造但又獲具主體，既是當局所意圖的一種社會控制機制但卻常又非預期性的淪為反抗當局的推手，他們的出現係標示著殖民統治的吊軌，因為殖民教育讓他們得以新生。他們即是醫師。

所以，日據時期的「醫政關係」雖在殖民處境下存有著政治優位的景象，但不可否認，權力施展必然意含著反抗現象的存在，儘管反抗力道在殖民者面前如此地脆弱不堪。底下，本文將以「醫療政治化」和「政治醫療化」兩面向，來檢視醫師於日據時期醫政統治中的關係糾纏。

#### 一、「醫療政治化」

在生物醫學範型的殖民統治原則下，台灣現代醫療體系發展自始便存有強烈的政治性意涵，特別是醫師所具備的政治屬性，山口秀高即言及可為扮演輸入日本文明之角色。然由於初期日人醫師來台不多，因此培育台人醫師便成為急務，就此而言，當時的殖民者亦有認為基於人種的情感，在島上推展文明的醫術，日籍醫師絕非台籍所能及，但因傳統醫生缺乏近代醫學知識，所以培育台籍醫師便成了當時醫療制度設計的要項之一<sup>65</sup>。

醫學講習所是培育台人醫師的第一個機制，為期二年但招生情況不良，甚至連後來的醫學校初期招生亦頗為困難，有學者言稱這係因當時台灣醫師的傳統社會地位不高，導致願意習醫者不多<sup>66</sup>。為使醫學統治目標得以進行，當局亦採取食宿免費及公費優待等手段，試圖吸納窮困的島民子弟前來就讀。於是，隨著習醫者的日漸增加，在供過於求情況下便採行考試方式來取人，更甚者，亦規定須公學校畢業生方具報考資格。所以隨著社會風氣的益漸開明，醫師的社會地位也普遍地提高，以致入學呈現趨之若鶩的現象，而翻轉了過去招生不足的醫學窘境。這種習醫之風潮，亦可由 1910 年留學日本之選擇習醫者佔五分之二學生數中看出<sup>67</sup>。

是故，台灣醫學校不但在殖民差別統治之下成為島上的最高教育學府，也成為島民子弟吸取學識的最愛，可見當時醫學校係為聚合島內英才之地，且畢業生

<sup>65</sup> 參見竹越與三郎(1905)，《臺灣統治志》，東京市：博文館，頁 474-6。

<sup>66</sup> 陳君愷(1992)，《日治時期臺灣醫生社會地位之研究》，師大專刊 22，頁 15。

<sup>67</sup> 據陳永興所指，該習醫風潮亦可推斷是此時期台灣醫學校錄取率低，反之較易考入日本醫學校，因此富家子弟大多被送往日本習醫。參見陳永興(1997)，《台灣醫療發展史》，頁 70-1。

也為後來民間醫界的耆老。而隨著醫學專門學校及帝國大學醫學部的啟動，培養出來的醫師不但是社會中的新知識份子，更是當時政治領導階層的中堅成員<sup>68</sup>。這已然符合殖民統治的醫政佈署，亦即對台人醫師的養成以及新式菁英地位的形塑，促使一種層級監控的統治結構得以落實到島民的日常生活，無怪乎有人指出日據時期的醫學教育，係「是培育醫師來取代傳統的仕紳階級，作為統治台灣社會的媒介」<sup>69</sup>，以達到重塑社會控制機能之效果。

由此可見，殖民當局的醫政統治是兼具人種衛生及國體健康之職志，而醫師便是主要的擔綱者，它既是由殖民地醫政關係所形塑，同時也在參與形構殖民地的醫政關係。另外，亦有學者從左派的角度來解讀台人醫師所被賦予的政治職能，如日本立教大學教授戴國輝就說：

後藤在台灣開辦醫學校的目的，不是在搞慈善事業，更不是為了台灣島民的真正健康、福利來辦的。他的真正目的在於為日本資本家準備健康的投資地，為資本家提供既健康又高效率的勞動等，卻非靠台灣人醫生不可，...(試想)，「瘴癘之地」有何資本家肯前來投資？若殖民地的基層勞動力統統是病弱不堪者，要從何種人的勞動來榨取剩餘價值呢？<sup>70</sup>

當然這是另一層次的政治詮釋，不過亦可彰顯出殖民統治的「醫療政治化」意涵。

總之，醫師作為殖民者與被殖民者之間的中介性角色，意味著統治意志的貫徹與深化，而透過台人醫師的在地性影響，其由上而下的治理鏈索即可被連結起來。因此為能徹底地建立這般的掌控機制，醫學教育的效能便必須被擴散與強化，甚至是提高醫學教育的水平以滿足和收編島內的知識菁英，從而避免留學島外歸來菁英的政治干擾，這情形就如同莊永明所指出，「日本政府所以願意在殖民地開辦大學，除了藉此培養經營殖民地的日本人才之外，更重要的，則是想以此收容殖民地青年，以免他們赴日本內地或外國留學後，受到反日或赤化思想影響，危及殖民統治...」。然而這樣的防制是否有效係可待觀察。但是，此亦反映出醫師養成的政治性考量，也說明了在醫師身上所存有的「醫療政治化」景象。

## 二、「政治醫療化」

平實而論，殖民統治過程底的人種差異早已預含階級剝削的可能性，而醫學教育的培養亦可造就出新思惟的知識菁英，所以其對自身所處的殖民階級情景便存有比一般島民更強烈的受剝削感，於是，台人醫師所扮演的角色即不只是順服於統治的舵手，在人種區辨的歸屬上，亦可能擔負起反抗殖民壓迫的啓蒙事工。

蔣渭水即是台人醫師裡最熱衷投入啓蒙事工的知識份子，且為喚起島民的民

<sup>68</sup> 參見吳文星(1982)，〈日據時期台灣的教育與社會領導階層之塑造〉，頁 373。

<sup>69</sup> 蔡篤堅等(2001)，《實踐醫學人文的可能》，頁 15。

<sup>70</sup> 引自莊永明(1998)，《台灣醫學史》，頁 249-50。

族自覺而孜孜不倦地投入各種社會運動中。針對島民對自身人種被階級矮化而無知的病態傾向，他便曾以醫師的口吻訴說台灣人生病了，且病得不輕。而為診治這樣的病根，他與島內的一些有識之士於 1921 年共創了「台灣文化協會」以開動島民的啓智工作，隨後他在《台灣民報》五週年紀念專號上發表〈五個年的我〉，其間他又以醫師的語氣言及：

....但當時台灣人卻已病入膏肓，無力負此一歷史使命，於是創設台灣文化協會，以造就肩負此等使命的人才之責。當時，台灣人罹患「知識的營養不良症」，文化運動是該病對症下藥唯一的原因療法，文化協會就是專門講究並施行原因療法的機關。<sup>71</sup>

另外，在台灣文化協會於該年年底所出版的第一號《會報》中，蔣渭水又發表一篇以診斷書為文體的〈臨床講義〉一文，摘要如下<sup>72</sup>：

患者：台灣

姓名：台灣島

一、年齡：移籍現住址已有二十七歲。

二、原籍：中華民國福建省台灣道。

三、現住所：日本帝國台灣總督府。

四、職業...五、遺傳...六、素質...七、既往症...

八、現症：道德頹廢，人心澆漓，物欲旺盛，精神生活貧瘠，風俗醜陋，迷信深固，頑迷不悟，罔顧衛生，智慮淺薄，不知永久大計，只圖眼前小利，墮落怠惰，腐敗、卑屈、怠慢、虛榮、寡廉鮮恥、四肢倦怠、情氣滿滿、意氣消沉、了無生氣。

九、主訴：頭痛、眩暈、腹內飢餓感。

十、預斷：.....

綜上觀之，此皆是以醫學語言道出當下的政治實境，且充分顯露出這位醫師「政治醫療化」的純熟言說造詣。當然，該政治的醫學化彩妝並不停頓於此景，而是進一步地展現在將政治問題與醫療問題相結合的實踐過程中，如抗議殖民當局的鴉片政策便是一例。1927 年 7 月在「台灣民眾黨」的成立大會上，包括蔣渭水等醫師們以及其他有識之士，便大力反對當局公開販售鴉片殘害島民，而 1929 年該黨更寫信發給國際鴉片組織以公佈台灣的鴉片販賣情況，結果因國際社群的壓力而終於迫使殖民當局採行積極禁絕之承諾<sup>73</sup>。這亦是「政治醫療化」下的反抗成果，而在 1929 年 1 月當局宣布「新鴉片令」後，杜聰明醫師旋即於

<sup>71</sup> 引自簡炯仁(2001)，《台灣民眾黨》，台北：稻香出版社，頁 20。

<sup>72</sup> 引自黃煌雄(1992)，《蔣渭水傳》，台北：前衛出版社，頁 204。

<sup>73</sup> 參見陳永興(1997)，《台灣醫療發展史》，頁 83-4。

台北市大稻埕成立「台北更生院」以進行島民煙癮斷絕。

由此可見，殖民地社會運動漸成爲醫師這類高級知識份子與菁英群所能展現其人種主體的舞台，特別是在他們所具有之社會領導階層的象徵性意義下，這種身份團體的自我認同更亦使他們將其知識貢獻於民族啓蒙的抗日過程中，而此般情景皆可由醫師參與當時台灣各項社會運動的人數比例底看出。譬如 1921 年 10 月成立的「台灣文化協會」，其間 47 名主要幹部中，醫生即佔了 12 名而將近四分之一<sup>74</sup>；同樣地，該年「台灣議會設置請願運動」如火如荼進行時，醫生亦佔了當時 95 位關係人物的四分之一<sup>75</sup>；而 1923 年 1 月「台灣議會期成同盟」的總數 46 位參與者中，醫生就佔了 18 位而比例高達四成左右<sup>76</sup>；在同年 12 月「治警事件」上被檢肅、扣押、傳訊的所有人士中，屬於醫生之被告就有蔣渭水、石煥長、林篤勳、石錫勳、韓石泉、吳海水等六位，亦即佔 18 位被告中的三分之一<sup>77</sup>。

細察此等醫界對殖民地社會運動這般的熱情投入，意涵該參與者係本著醫師救人濟世情懷轉化成救族醫國理念的一場社會實踐，事實上諸如蔣渭水等即是孫文的信徒及三民主義的追隨者，這亦標示著「政治醫療化」的醫旨傳承，進而深化島內醫師的自我使命感。

所以，就日據時期「醫政關係」下之權力展示而言，儘管由上而下的統治論述及政策佈署框定了島民人種的劣勢觀，然而這被框定的劣勢觀卻也激起了島上知識份子的反抗感應，並且以自由度高的醫師最受影響。於是伴隨殖民者政治實踐的逐漸深化，醫師的醫學實踐亦隨之茁生，這便是醫師同時承受「醫療政治化」與「政治醫療化」的內外衝突景象，並且也反映出殖民情境底島內醫師角色的特殊與複雜。

## 肆、結語

觀閱日據時期以前的台灣「醫政關係」，除了清領末期劉銘傳所設置的官醫局和病院外，皆屬民間醫療導向的醫政展現，而國家勢力的介入卻幾乎付之闕如，可說數百年來台灣的醫療景象呈顯出放任的自由色彩。這種雪泥鴻爪的境況促使傳統醫療異彩紛放，成爲島民人種健康的普遍依存附賴，直到西方醫療跟隨傳教士入台，才激化起民間診治的競逐勢態。然而隨著台灣被割予日本淪爲帝國殖民的屬地，國家醫療的強力介入扭轉了台灣醫療景象的放任與多元觀，以致「醫政關係」改變了長期以來的地方性導向形態，於是一種由上而下的醫政統治展開

<sup>74</sup> 參見楊碧川(1996)，《日據時代台灣人反抗史》，台北：稻香出版社，頁 124-6。

<sup>75</sup> 參見周婉窈(1989)，《日據時代的臺灣議會設置請願運動》，台北：自立報系文化出版部，頁 210-23。

<sup>76</sup> 參見陳永興(1997)，《台灣醫療發展史》，頁 89。

<sup>77</sup> 參見楊碧川(1996)，《日據時代台灣人反抗史》，頁 117-8。

了它對台灣醫學的重塑和影響。

日據時期的「醫政關係」在政治價值高漲的境況下呈現出以政領醫的圖像，這圖像係可經由殖民者對此關係的看法、設計、及作為中凸顯出來。就「統治論述」而言，在生物醫學導向所引出的人種和國體健康之主張底，殖民當局以醫學論述來作為經營台灣的統治理念，從而強調生物進化論述的人種差異觀，以使殖民統治獲具正當性，因此，殖民者的人種優越便有著指導劣質人種之職責，並且在象徵皇權延伸的土地上得以強制性地保證國體的健康。再者就「政策佈署」而言，鑒於生物醫學導向的主張，採行西方醫學的治理模態便成為殖民當局的施政依據，致使醫務法制規典的產出淪為排除的構造，以對傳統醫療及教會醫療產生排除或制約之效果，這係為統治的策略佈局，而在這局勢中即自動地鋪陳出合法性界定，並成了殖民地人種差異的規範指標。最後就「權力展示」而言，依據規範的合法鋪陳，統治的暴戾性便在法令的護衛下表露無遺，諸如對防疫、鴉片問題或醫療本身等，於人種差異上的種種壓迫性作為已然成為有效統治的宣告，這是政治價值在人種醫療上的最直接體現，特別是在戰爭動員階段，政治的強橫更能於一種無法的狀態中保證統治的效能。

由此可知，藉由「統治論述」、「政策佈署」及「權力展示」等觀注視角，日據時期的「醫政關係」係可被首尾一貫地完整呈現出來，同時也可彰顯台灣殖民統治的特殊圖像。在這圖像中，往常不受重視的醫師卻成了當紅的醫政新貴，其出現既屬非預期又屬刻意的殖民地醫政統治之產物，並且承受著「醫療政治化」與「政治醫療化」在其身上交錯。在「醫療政治化」方面，鑒於生物醫學成為統治原理以及殖民地的人種差異策略，醫師被有計劃地培養成大和文明的傳輸者，並且受菁英教育的改造來取代傳統士紳階級，以試圖重構新的社會控制，這係殖民者把醫學轉化為政治控制之目的，而擔綱此職責的即是醫師。在「政治醫療化」方面，經由殖民者有意的醫學菁英教育，醫師在島內知識份子的位階上亦獲具主體意志，且可自省地反思人種差異的剝削處境，以致容易產生對殖民者的抗拒與質疑，進而用其所學來啓迪民智，這係醫師把政治轉化為醫學救人的實踐，亦是在為殖民地社會做診斷與下處方。

是以，日據時期的醫療議題即是統治議題，台灣現代醫學的誕生自始就與殖民情境劃不清關係，而這般「醫政關係」中的兩造並非對等的主體，在政治價值至上的狀態底，「以政領醫」的層級階序早已不言而喻。

