

評介范燕秋著《疾病、醫學與殖民 現代性——日治台灣醫學史》

鈴木 哲造*

作者：范燕秋

書名：疾病、醫學與殖民現代性——日治台灣醫學史

出版：台北：稻鄉出版社，2005年3月

頁數：292頁

一、前言

近年來，日台研究者雙方已逐漸重視日治時期台灣的醫療和衛生問題。以日本代表性的研究而言，如見市雅俊所提出的「帝國醫療」¹與飯島涉衛生「制度化」的討論²，揭示了此一問題的研

* 國立臺灣師範大學歷史學系博士生。

¹ 見市雅俊指出疾病與醫療的歷史研究是近代批判中最尖銳的領域，作為批判視角之架構，提倡「開發原病」與「帝國醫療」。「開發原病」係關注農業開發破壞自然環境，而副產品便是疾病的異常發生之現象，它是對起源於西洋的經濟開發→生活水準的提升→增進健康，這樣美麗的公式提出疑問。歐洲所推行的殖民地化進展過程中，人類社會與自然社會之間的平衡被破壞，導致疾病異常發生，一部文明的進步史同時也是疾病增加的歷史。因此，面對疾病又格外亮眼的是「帝國醫療＝近代西洋醫學」。對被殖民者來說，「帝國醫療」就像特效藥一樣，對疾病極為有效，遂加以接受。因此，論者指出「疾病對策為殖民地統治的重要一環，或許是比有形的政治權力之行使更為重要的權力機制」。見市雅俊，〈第一章 病氣と醫療の世界史—開發原病と帝國醫療をめぐる—〉，見市雅俊、齋藤修、脇村孝平、飯島涉編，《疾病・開發・帝國醫療 アジアにおける病氣と醫療の歴史学》（東京：

究架構，指出殖民地統治政策下醫療、衛生政策的重要性。

至於台灣的研究，如關於殖民地統治初期的衛生、社會條件之整備、東京帝國大學工科大学擔任衛生工學的英籍教師巴爾頓（Burton, W. K.）的事蹟等較為人所熟知。對於巴爾頓的研究已有呂哲奇的研究，清楚地指出受到後藤新平的推薦而成為台灣總督府顧問的巴爾頓，先後前往上海、香港及新加坡等地考察，調查上下水道及傳染病發生時住屋的處理方法等，根據考察結果而規劃出台北上下水道等的建設計畫，該計畫並得到台灣總督府的採用³。

關於總督府醫學校，有陳君愷《日治期台灣醫生社會的地位之研究》。該研究詳細追蹤總督府醫學校畢業生之動向，極具啟發性。陳氏指出醫學校扮演「新科舉」的角色，由此誕生新的階層。而該校學生肩負著台灣的反殖民主義運動，乃是迄今台灣的社會秩序與「台灣意識」形成的基礎⁴。

為彌補上述研究之不足，另有范燕秋一系列的作品產生：藉由探討台灣總督府對鼠疫和瘧疾等傳染病之對策，以究明衛生事業的基礎－保甲制度－之整備，以及因應傳染病對策的衛生組合組織化之進展⁵。

東京大學出版會，2001），頁3-44。

² 飯島涉所提倡的衛生「制度化」是透過由國家將醫療衛生事業當做統治行為編入行政，將個人身體規律化。在日本，其常以「近代化過程」為人所理解。指出「醫療、衛生事業是國家最積極介入運作的分野，尤其衛生事業的確立因與個人身體有關，而成為社會的組織化、「身體的規律化」等統治機構再編成的契機。飯島涉，《ベストと近代中國—衛生の「制度化」と社會変容—》（東京：研文出版，2000）；同氏，〈問題提起—「帝國」の「眼差し」・「しかけ」—〉，《史潮》，44號（1998）。

³ 呂哲奇，〈日治初期台北市的衛生水道工程建設事業—以日治初期衛生工程顧問技師巴爾登（Willam Kinninmond Burton;バルトン）之研究為中心〉，中華民國台灣史蹟研究中心等，《全國大專青年台灣史論文研討會會議資料》，1998。

⁴ 陳君愷，《日治時期台灣醫生社會地位之研究》，國立師範大學歷史研究所專刊（22）（台北：國立台灣師範大學，1992.10）。

⁵ 范燕秋，〈鼠疫與台灣之公共衛生（1896-1917）〉，《國立中央圖書館臺灣分館館行》，1卷3期（1995）；同氏，〈日據前期台灣之公共衛生—以防疫為中心之研究（1895-1920）〉（台北：國立台灣師範大學歷史研究所碩士論文，1994）。

在前述的研究趨勢中，本書是范氏迄今研究成果之論文集（除第一章及第七章外，皆已報告或發表），即有關日治時期台灣傳染病和醫學的「台灣醫學史」。

因此，本書所涉及的面向很廣。包括「殖民者日本人如何在台灣維持健康的優越性」、「台灣醫師如何運用社會醫學爭取台灣人的政治權力；日本帝國中央掌控台灣殖民行政的動態」、「殖民地衛生基層行政的運作動態；處於社會弱勢的特殊群如癩病患者以及泰雅族群」、「如何在殖民政府強力介入管理的過程」、「形塑特有的身分認同以及造成文化變遷」等。作者謂本書之目的是藉由闡明上述課題，以究明日治時期醫學活動所帶來的「殖民現代性」。

本書的結構包含：導論及七篇論文，內容針對醫療、衛生等問題進行廣泛討論。本文將以概述的方式探討各章的內容，再針對書中的研究成果提出若干問題及評論，最後於結論中提出後續的研究建議。

二、摘要

第一章〈導論：醫學與殖民現代性〉回顧了台灣史研究動向中，醫學史迄今的研究動向和成果。1990年代，研究者首先注意到「殖民醫學（colonial medicine）」的探討。論述焦點是（1）近代醫學為何、以及在殖民地台灣制度化地展開；（2）作為日本帝國的工具（tool of empire），「醫學」如何被使用；（3）醫學如何影響台灣社會文化的變遷。

然而，這些討論卻面臨一些研究的限制及難以克服的問題，例如：（1）絕大多數的史料是殖民者所留下來的，記錄著殖民統治的輝煌事蹟；（2）由於「殖民醫學」是殖民者所引進，現代醫學亦是為保障殖民者的健康而推展，因此論述的起點或主體往往是殖民者日本人；（3）可能偏重殖民政府單向的輸入、強制性灌輸的一面，而較難兼顧台灣社會的回應與動態；（4）將醫學視為「帝國的工具」，易側重醫學的技術與政治面，而缺乏社會文化

面的探討；（5）現代醫學戰勝疫病的科學形象，易使人肯定其進步與文明的價值，而忽略批判其中深層結構性的問題。

作者指出，為克服此一課題，需要新史料的挖掘與發現，以及對上述研究觀點的反省，其並主張引進「後殖民」、「殖民現代性」的觀點進行討論。「後殖民」的觀點是將近代科技和醫學視為「帝國的工具」，探討其對社會、文化和政治等各方面的影響。科技並非單純、單向的轉移過程，而是一系列跨文化的交換與相互作用⁶。「殖民現代性」則是突破傳統的帝國主義論及現代化論，指出「現代性」是東亞地區特有的歷史經驗，並強調引進「現代性」的過程與在地傳統社會文化間的互動關係⁷。

作者主張利用「後殖民」、「殖民現代性」的觀點打破殖民/被殖民二元對立的概念，不能僅重視來自殖民者單向的塑造，而必須探討台灣社會文化的變動過程。此外，「殖民醫學」並不同於殖民母國的醫學，而是在移殖的過程中與殖民地產生許多互動關係，因此發展出殖民醫學的地方性或混雜的特色。

第二章〈熱帶風土馴化、日本帝國醫學與殖民地人種論〉聚焦於日本「熱帶醫學」的發展過程。日本作為後進的帝國主義國家，其如何將包涵在西方人殖民經驗中的「熱帶風土馴化」概念引入，以保護殖民者的健康。

1895 年，日清戰爭結果讓日本取得台灣。但因為當時的日本社會及學界都將台灣視為「瘴癘之地」，因此開發台灣的第一要務即是改造台灣，使台灣成為適宜居住的地區。作為解決方法所

⁶ David Arnold, *Science Technology and Medicine in Colonial India*, Cambridge University Press, 2000。劉士永，〈大衛阿諾〔David J. Arnold〕與後殖民醫學〉，《當代》，52期（2001）。

⁷ 所謂「現代性」，簡言之，是指西方現代社會生活的特質。西方「現代性」的傳統是從歐洲中古末期以降封建體制逐漸解體之後被形塑出來的。在西方現代性浮現的過程中，伴隨著新興資產階級的產生及茁壯。資產階級在經濟上建構了資本主義體制；在政治上、建立了代議民主；在思想上、提供新的世界觀與人性論，並勾畫出「現代文明」的遠景。其後、由於西方國家勢力的擴張，現代性傳播到世界其他地區，形成全地球性的現象。黃瑞祺，〈現代性的省察〉，《台灣社會學刊》，19期（1996）。

依據的理論，而採用了西方列強「熱帶風土馴化」的經驗。

「熱帶風土馴化」即西方人在非洲地區的殖民地所面臨，對熱帶氣候與環境適應上的問題。該課題是日本人究竟如何馴化熱帶氣候。為此，醫學、衛生學者們積極對台灣的熱帶風土特性、傳染病、地方病、社會風俗等進行研究和調查。隨著日人與台人的差異不斷被強調，亦釀成熱帶氣候將使日本人「退化」的危機感。

然而，當時日本雖深深地受西方熱帶殖民經驗的影響，卻試圖超越西方的限制。例如，當時台灣總督府衛生課長高木友枝分析台灣的「瘴癘蠻雨」，指出習慣或適應熱帶氣候之重要性，並提出適應熱帶氣候的三個條件：（1）人種因素：接近台灣的九州人最適合；（2）個人體質因素：20 歲到 30 歲最佳；（3）衛生措施：必需改善及注意建築方式、衣服、運動、飲食、睡眠等⁸。

作者亦指出：（1）根據 1905 年台灣的人口調查，「內地人」57,309 名當中，第一名是熊本縣的 5,305 人，佔總數 9.1%，整體而言則以九州人最多。（2）此一傾向於日本統治期間皆延續。（3）總督府在花蓮廳的三個村落所實施的「第一次官營移民（1909-1917）」中，以福岡縣最多，由此可「證實日人殖民考量熱帶風土馴化的人種、以及個人體質因素」。

其後是有關日本人兒童與台灣人兒童體格及發育差異的討論。透過檢視《台灣學校衛生》、《台灣統計協會雜誌》、《台灣教育會雜誌》、《台灣教育》等報章雜誌的論文，進行在台日人兒童、台人兒童及母國的日本人兒童的比較，並與「灣生」⁹作對照。

其結果，在台日本人與「灣生」兒童的體格皆優於台灣兒童，但次於母國的日本人兒童，其發育與母國日本人接近的程度被作為「風土馴化」的標準。此外，作者提到「灣生」的自我認

⁸ 高木友枝，〈衛生上より観たる台灣〉，《台灣統計協會雜誌》20期（1906）。

⁹ 「灣生」是在台灣出生的日本人。1937年在台日本人學生53,908人中，「灣生」有41,721人，佔77.4%，換言之，以「灣生」的發育情形為「風土馴化」的標準。

同與台灣人及母國日本人皆不同，處於動搖的狀態。被置於母國日本人和台灣人之間的「灣生」，從熱帶風土產生的問題，導致其精神與心理上的劣等感。

1930 年代，因日本的南進政策，使適應熱帶風土的問題成為日本當局者最重視的問題之一。中央政府將台灣置於「南進基地」的定位，注意到在台日人「風土馴化」的經驗。而台灣總督府為應付此一需要，亦積極展開熱帶醫學研究。1936 年，台北帝大設立醫學部；1939 年，中央研究所衛生部改組為「熱帶醫學研究所」，附屬於台北帝大。作者指出，上述的研究機關導出「日本民族比歐美白人對熱帶氣候有更好的適應能力」之結論，因此成為「大東亞共榮圈思想」的理論根據。

最後，作者指出「熱帶風土馴化」的理論實踐：（1）強化日本人的自我認同。（2）相關發展殖民地人種論。（3）熱帶醫學與生物統計確立了殖民者文明、進步的地位。而「熱帶風土馴化」的理論意義是：（1）戰勝大自然的挑戰，也就是克服熱帶風土的挑戰，維護在台日本人的健康狀態；（2）強調殖民地社會的文明程度低落，成為改善社會的論據；（3）證實日本人具有優於歐美國家的熱帶殖民能力。

第三章〈日治台灣醫學的精神傳承：本土醫學傳統之建立〉，討論「殖民醫學」如何適應地方的情形與環境，以及如何影響「本土醫學」的發展。作者主張欲探討日本「殖民醫學」下台灣醫學發展的契機及其特色，利用「後殖民」、「帝國的工具有」等概念是極有效的辦法。此外，日治時期台灣醫學的傳承必然會面對「殖民近代醫學」如何轉化到「台灣本土醫學」的問題。因此必需闡明在「殖民醫學」的影響與搖動之下，台灣社會如何創新「本土醫學」的傳統。

作者首先概述日治時期台灣醫療及衛生行政整備之前，近代日本醫療及衛生行政的確立過程。由此導出：（1）日本醫學及衛生學的發展深受德國影響；（2）台灣衛生警察制度以 1893 年所確立的日本衛生警察制度為模型等兩點結論。

其次，作者指出作為台灣醫學的發展與衛生設備展開的特徵，「殖民醫學」的觀點亦包含在內。「殖民醫學」以日本的殖民需要為基礎，以保護在台日人的健康狀態為主要目的。作者以市街衛生採取種族區隔的方式呈現「殖民醫學」的特性作為根據，指出 1890 年代以降，根據種族劃分居住地成為西方人的熱帶殖民地城市結構的通例。而日本人殖民者相當重視西方人的熱帶殖民地經驗，因此對日本人與台灣人的居住區域採取隔離辦法以維護日本人的健康。

再從比較死亡率說明「殖民醫學」的特性。台灣人與在台日本人、母國日本人的死亡率相較顯示，在台日本人的死亡率低於台灣人，甚至低於母國日本人，可見在台日本人受很好的保護。

日本在台灣推進的近代醫學亦具有「殖民醫學」的特性。為了保護日本人的健康，殖民地的科學研究注重實用科學；關於醫學，則以瘧疾研究為熱帶醫學研究的主要部分，再者，日本的醫學研究者持有「帝國的眼光（imperial eyes）」，身為殖民者，其背負將殖民地文明化或近代化的使命。反之，台灣人醫師因為被賦予傳播文明醫療的任務而從事臨床醫療的開業醫。

1920 年代以降，台灣人醫師致力於使近代醫學符合台灣人、而非僅殖民政權本身的需要。殖民者壟斷醫學研究是「殖民醫學」特徵之一，但 1922 年杜聰明擔任中央研究所教授之職，打破了日本學者壟斷醫學研究的局面。

隨著「社會衛生」意識的發達，總督府培養產婆的同時，亦設置收容鴉片癮者的「更生院（1930）」、癩患者的「樂生院（1930）」，以及收容精神病患者的「養神院（1935）」等相關防治機構，因此造成衛生人員的增加。關於鴉片，由台灣人醫師參與反鴉片吸食運動與對鴉片癮者的積極醫治，可見台灣人醫師如何致力於使近代醫學符合台灣人的需求。

杜聰明對鴉片的研究及其對台人研究者積極的培育，使鴉片研究成為台灣人醫學者的發展之路。作者指出杜聰明因致力於台灣毒蛇、漢藥及阿片等課題之研究，顯然立足於「台灣本土」，

而塑造出「台灣本土醫學研究」的重要傳統。

第四章〈台灣新世代知識份子與蔣渭水醫師〉利用「世代」¹⁰、「社會醫學」及「民族醫師」等概念進行探討。「民族醫師」是新時代健康概念的代言人，此外，醫學亦是殖民社會追求文明的力量。

1920 年代的「乙未世代」新知識分子因為受到日本教育及 20 世紀初期日本大正民主思潮的影響，而具有多元思想。他們成為台灣民族運動的主要原動力。許多醫師參與台灣的民族運動，其中代表性的人物是蔣渭水。既然醫師作為「民族醫師」，在台灣的民族運動中位居領導的先鋒，作者自然對醫師在台灣民族運動中所扮演的角色給與積極的評價。而此亦是醫師實踐「社會醫學」的結果。「社會醫學」意指醫師不僅治療患者，還治療或診斷社會面臨殖民地統治的暴政和不公的觀點。

第五章〈從台灣總督府檔案看日治時期的公共衛生〉及第六章〈由「水竹居主人日記」看殖民地公共衛生之運作〉分別利用「台灣總督府公文類纂」和「水竹居主人日記」探究台灣總督府醫療及衛生政策如何影響台灣社會。

此兩種史料的立場截然不同，前者有關國家、殖民地政治核心及殖民者日本人，後者則純粹是私人的、地方社會的以及被殖民者台灣人的紀錄。因此得以檢證殖民行政管理的全面性，以及滲透民間社會與生活的細緻之處。

於第五章中，作者言及「台灣總督府公文類纂」中有關醫療和衛生史料的性質、數量，以及利用該史料擴大研究領域的可能性。作者首先概述「台灣總督府公文類纂」的結構後，再簡單地

¹⁰ 有關日治時期「世代」的區分，參酌周婉窈的討論。她的討論雖是依據 George H. Kerr 在 *Formosa Licensed Revolution and Home Rule Movement 1895-1945* 一書的「世代架構」，但也提出一些修正與補充。總之，她指出的三個世代：首先是老一代、他們於割台時已經成年、也是傳統社會孕育出來的人；其次是乙未新世代（1895 年是乙未年），生於割台前幾年，接受新式教育，但還與舊時代有接觸；最後是戰爭的世代，他們在二次大戰期間度過青少年，大多接受日式教育。周婉窈，《日據時代台灣議會設置請願運動》（台北：自立出版社，1989），頁 23-24。

整理有關醫療及衛生史料。其指出統治初期文件分類的「衛生門」中，有關「鼠疫」的史料非常多，由此可知統治初期總督府衛生政策的中心即是「鼠族」對策。

其次，有關台籍醫師在海外開業時的資格問題，作者利用「台灣總督府公文類纂」進行初步分析。首先指出台灣總督府醫學校畢業生的資格不可在本島以外的地區（如內地等）開業。但他們因具有醫師的技術，且會說日本語和中國語，而為住在海外的日本人所需。當他們在關東州、馬來半島或蘭領印度等地開業時，雖有能力卻因資格之限制而無法開業，台灣總督府因此反覆與各相關機構對此一問題進行協議。作者即介紹當時總督府與關東都督府、外務省、內務省及蘭領印度政府協議的情況與解決資格問題的過程。

除上述課題外，使用「台灣總督府公文類纂」亦可導出「究竟促使台灣醫師向外發展的動力為何？個人的動機因素為何？或是殖民地政府適度的宣傳規劃？」等新的研究課題。雖然「台灣總督府公文類纂」是總督府與各官廳或官員間對話的記錄，能夠將真實的歷史脈絡提供給研究者，但因公文書性質之限制，其無法提供事件之全貌，而需補充其他相關史料。

第六章利用「水竹居主人日記」描繪衛生政策的執行情形與台灣社會的實際反應。作者利用日記內容闡明「地方商紳」改變傳統習慣、配合公共衛生新思想的過程，以及台灣社會面臨傳染病的衝擊與社會變遷。「水竹居主人日記」是漢人社會精英階層的「張麗俊」自 1906 年至 1937 年的日記。其自 1899 年到 1918 年間擔任殖民地基層行政保甲組織南坑第一保的「保正」。該日記不僅是迄今台灣「保正」所留存下來的唯一史料，亦是由被殖民者的台灣人所記錄的資料，因此史料的價值非常高。

作者利用該日記檢證張麗俊擔任「保正」期間的衛生活動及 1908 年葫蘆墩鼠疫流行時的實態。關於衛生活動，有預防天花的「種痘」措施。本章內容闡明了迄今不為人知的「種痘」過程。如執行「種痘」之際，保內子女被召集到「保正事務所」，而實

施「種痘」的人員是公醫、警吏、漢醫跟保正，進行接種的人是漢醫，鑑定「善感」或「不善感」的人員是警吏，記錄接種人員統計的人員是保正等。被排除「漢醫」竟執行接種，實令人深感興趣，作者亦指出總督府採取拉攏「漢醫」到新衛生活動的「新舊醫療文化揉合的方式」以貫徹行政之執行，相對的，「漢醫」也積極接受新時代的衛生活動。

從「日記」也可以了解鼠疫流行之際實施防治工作的情況。作者提到：（1）保正的防治活動是基層的部分；（2）因鼠疫流行對地方社會造成很大的衝擊，「地方商紳」社會往往積極地參與公共衛生；（3）利用「漢醫」參與防治活動，以抑制台灣人對衛生措施的反抗；（4）地方士紳對警吏進行強制性的檢疫及隔離措施抱持著悲憤的心情。此外，作者指出總督府為了成功防治傳染病而不得不依靠地方「精英」的協助，同時傳統社會亦逐漸轉向與公共衛生新思想協力合作，兩方面的調適使衛生組織有效發揮作用。

第七章〈近代台灣的癩病療養與疫病隔離空間〉論述「樂生院」扮演療養癩病空間的角色與癩病患者主體的形塑。形塑癩病患者是通過公共衛生的社會動員，總督府藉由強而有力的社會動員企圖使癩病污名化，以從社會排除癩病患者，另一方面，卻充實樂生院內的生活機能。作者試圖闡明在兩方面的力量作用下，儘管癩患者被規則所束縛，卻接受樂生院作為其安居終生的家園，亦即形成癩病患者的主體。

癩病是人類自古以來的疾病，1860 年代夏威夷爆發癩病流行及 1874 年 Dr. Armauer Hansen 發現癩桿菌，引發西方人對癩病極大的注意。西方人認為癩病是慢性傳染病，在黃、黑種人之間廣泛流行。特別是夏威夷實行強制隔離與大眾檢疫。19 世紀末期是癩病污名化的過程，日本也被西洋諸國視為癩病的流行地區。

明治維新後，日本以趕上歐美國家的文明及國力為目標，因而將其被認為是癩病流行疫區一事視為不文明的象徵，也是一種「國恥」。是以如何控制癩病、清除「癩病國」的污名，即成為

日本國家發展的重要課題。至於殖民地台灣的癩病流行情況，雖有 1901 年台北醫院醫師青木大勇發現台灣癩病患者的統計值較日本、德國、美國等地偏高¹¹，但當時總督府正展開急性傳染病鼠疫之防治，而無暇整治慢性傳染病。

1930 年，總督府由樂生院開始展開癩病防治之對策。總督府基本的癩病對策即向大眾宣導癩病的知識，換言之，也就是污名化癩病。透過衛生警察的檢疫、對癩病患者進行逮捕及監禁等措施與舉動，在社會全體釀成對癩病患者的恐懼與歧視患者及其家人的氣氛。同時樂生院則致力於充實各種生活機能及增強院區的管理，以強化患者定住院區的意願。

在這兩種力量角力與推拉之下，「癩病患者接受樂生院作為其安住的家園」。加上戰後發明癩病特效藥，癩病成為能夠完全治癒的疾病，但癩病患者卻不從樂生院返歸鄉里，而這也就是殖民地政府對癩病的對策所形成「癩患者主體」的結果。

第八章〈疾病、邊緣族群與文明化的身體—以宜蘭泰雅族為例（1895—1945）〉論述傳染病與「泰雅族群」歷史、文化的變遷關係。作者首先以泰雅族已適應台灣的环境及建立適度的文化機制作為前提。泰雅族傳統的「出草」防疫與禁忌防疫，看似迷信的宗教信仰，實際上卻是從自然的經驗中產生。例如：泰雅族部落擴散分佈於高山地區，也是依據自然經驗獲得的知識合理發展的結果。

但是，殖民地政府為了開發山林而把「出草」視為蕃害、野蠻，試圖根除之。1905 年以降，佐久間左馬太推動理蕃計劃，日警的鎮壓可能不是泰雅族歸順的直接因素，而是泰雅族遭遇到各種疫病的侵襲，削弱了該群族的力量。

這些新的疫病問題主要來自兩方面，一者是殖民政府建立的交通系統，將文明地區的疾病導向山地部落；另一者是總督府以集團移住及水田耕作作為「文明化」泰雅族的主要政策，使許多

¹¹ 青木大勇，〈癩院設置の必要を論ず〉，《台灣醫事雜誌》，第3編第6號（1901.2）、第7號（1901.8）。

傳染病因此被帶到山地。疾病不僅削弱泰雅族人的健康，同時，新的疾病已無法靠傳統文化機制加以解決，而必須仰賴更多外來的文明系統，因此對該族群的歷史文化變遷造成很大的影響。

三、評論

本書被稱為日治時期關於台灣傳染病與醫學的「台灣醫學史」，研究課題涉及許多面向，由各章所導出的結論對日治時期台灣醫療或衛生史上頗具意義。然而，筆者仍有必要指出該書結構上的問題和缺點，以及論證過程中的一些問題點及錯誤之處。本節即以批判的角度檢視本書的論證過程和研究成果。

首先，結構方面的缺點是有「導論」卻沒有「結論」，可推測其原因應為各章內容獨立、缺乏聯貫性之故。不可否認，本書正如作者所說的「透過這些主題以及不同層面、試圖闡明日治醫學活動所展現的殖民現代性」，各章皆致力於究明「殖民現代性」。然而對於各章所導出的「殖民現代性」之間究竟有何關連？作者卻沒有進一步論述。

其次，作者在各章中引進各式各樣的觀點進行議論，包括「殖民醫學」、「殖民現代性」、「後殖民」、「世代」、「社會醫學」及「民族醫師」等概念。這些概念確實有利於將自我的理論一般化，但使用概念所導出的結論必然會朝向特定方向，亦會使作者在有意無意間片面揀選史料，一旦概念被推翻，會立刻喪失論文存在的意義，此對研究者而言，乃眾所周知的事實。

作者在第三章以「後殖民」、「帝國的工具」及「殖民醫學」等概念開展其論述。按照作者的定義，「殖民醫學」是基於日本殖民的需要，以保護在台日本人的健康為主要目的。其並指出台灣醫學進展與衛生設施充實的特徵中包含著「殖民醫學」的觀點，根據種族劃分居住地區方式即為「殖民醫學」之象徵。作者的根據是 1890 年代以降，依種族劃分居住地區已成為西方人熱帶殖民地城市結構的通例。而日本人又相當重視西方人的熱帶殖民地經驗，自然採取隔離日本人與台灣人居住區域的方法以維護

日本人的健康。

此處的問題是，作者僅以「日本殖民者重視西方人的熱帶殖民地經驗」的立論作為根據，卻未提出實際的證據。Philip D. Curtin 從非洲熱帶地區的事例證實依種族區別居住地可維護殖民者的健康¹²，David Arnold 在「*Science Technology and Medicine in Colonial India*」中，以「後殖民」和「帝國的武器」的概念探究英國在印度的醫療政策，但他們所導出的「熱帶風土馴化」之議論是否直接適用於日本在台灣的統治政策，乃是一大問題。

例如印度與台灣相比，印度是廣闊的陸塊，富有多樣性的文化、社會。而台灣基本上是漢民族社會，其規模與印度不能相比。再比較衛生政策，印度殖民統治當局為了避免疾病，將當地民衆與殖民者完全隔絕，英國人到了夏天會移住到高地居住區（hill station），反觀台灣則透過警察及保甲將行政組織深入到社會末端¹³。

此外，作者還從死亡率的比較說明「殖民醫學」的特性。其指出在台日本人的死亡率低於台灣人，甚至低於母國的日本人，而推論在台日人受到非常好的保護。然而，筆者對此立論亦不得不抱持疑問，因為這可能只是居住地區的問題。的確，在台日人大多住在城市地區。城市地區人口集中，必然會有較完備的醫療設施，若僅比較在城市地區的死亡率，恐怕日人與台人的死亡率相差無幾。

而在台日人的死亡率低於母國亦不能簡單論斷成在台日人受非常好的保護。由於日本農村的醫療機構不足，提高了整體死亡率。即使是現代的日本亦有相同的傾向¹⁴：醫師與醫療機關都往城

¹² Philip D. Curtin, "Medical Knowledge and Urban Planning in Tropical Africa" pp.594-613.

¹³ 此外，從「間接統治」與「同化主義」的日英殖民地主義比較論亦可瞭解。脇村孝平，〈殖民地統治と公衆衛生—インドと台湾—〉，《思想》，878期（1997.8）。

¹⁴ 例如說，「日本厚生労働省醫政局醫事課」在2005年5月19日開了「醫師の需給に関する検討會」指出「由於保護地區醫療的許多醫生也將屆臨退休，在有的地區也沒有醫生……醫生氣質改變了，覺得不想去人口稀少的地帶。在地方大學醫院的醫生也不足，沒有醫生到相關醫院去的餘力」，此現狀認識之下，討論關於醫生集中

市地區集中。

領台之初開展台灣公醫制度的主要目的是為了與基層行政機關取得聯繫，基本上是將醫師分派到沒有醫生的地區。設置之初，公醫負有對台灣人進行施療的義務，並沒有區分日台人，反倒是台灣人不信任日人公醫而不想接受治療。不過，透過增加台人醫師與將台人醫師轉用為公醫的政策，提高了公醫治療台人患者的總數¹⁵。

另外，年齡結構亦是需被探討的重要因素。例如，以 1905 年所實施的第一屆臨時戶口調查的年齡別人口比率來看，在台日人總數為 57,335 名。零歲到十五歲 10,790 名（大約 19%）、十六歲到六十歲 46,085 名（大約 80%）、六十一歲以上 458 名（大約 1%），為老年階層非常少的人口結構；再者，十六歲到四十歲總計 38,810 名，青壯年階層佔整體的大約 68%¹⁶。由此可知，在台日人的死亡率必然較低。

「殖民醫學」的前提是：「以殖民者的健康為優先考量，因此公共衛生也呈現特有的偏向」，透過上述的例證可知，未詳查社會實際的狀況即貿然利用此概念下結論，具有相當大的危險性，亦顯示「殖民醫學」理論框架的限制。

再如作者指出「殖民醫學」把台人醫師當作「臨床醫」，擔任地方的開業醫，而打破日本學者壟斷醫學研究的局面是杜聰明一系列的研究成果與積極培養研究者，又提到杜氏研究的阿片、漢藥、毒蛇等內容立足於「台灣本土」，造成所謂「台灣本土醫學研究」的重要傳統。由於「台灣本土醫學研究」的形成過程從戰後殖民地解放延續到國民黨時代，是一非常有趣的課題。

於城市與在地方醫生不足的解決策。<http://www.mhlw.go.jp/index.html>（日本厚生勞動省主頁）。

¹⁵ 參閱拙稿，〈台灣總督府の衛生政策と台灣公醫〉，《法學研究論集》，25號（2005.3）；拙稿，〈台灣總督府の醫療政策—台灣公醫制度の形成過程とその殖民地的性格〉，《東アジア近代史》，第9號（2006.3）。

¹⁶ 臨時台灣戶口調查部，《明治三十八年 臨時台灣戶口調查集計原表（全島之部）》（台北：該部，1907），頁2-5。

然而筆者以為，此一形成過程不單純出於杜氏的出現與其後的研究成果。統治之初，日人醫師即致力於治療鴉片癮者及毒蛇等研究課題。被配置在沒有醫生地區的台灣公醫，根據規定，其掌理事項包括「關於阿片之事」，許多關於阿片癮者治療的研究成果在《台灣醫事雜誌》發表。如台北縣公醫西鎮發表〈阿片癮者ノ治療卑見〉¹⁷、台中縣公醫氏家匡介發表「一二ノ阿片癮者治療日誌」¹⁸、台南縣公醫岡田次太郎發表「阿片政策ニ對スル公醫ノ難感」¹⁹等。總而言之，這些日人研究者對所謂「台灣本土醫學研究」領域的關心顯示吾人必須思考「台灣本土醫學研究」的形成過程與日人醫師之間的相互關係。

接著，筆者欲檢證作者在第二章所提出的「熱帶風土馴化」理論。作者從「熱帶風土馴化」理論導出三點結論：（1）該理論是為了保護在台日人的健康而存在；（2）該理論與「灣生」的自我認同相關；（3）該理論成為大東亞共榮圈思想理論的根據，因此主張該理論帶來非常廣範的影響。

關於第一點，「熱帶風土馴化」理論本身是為了解決「殖民者在殖民地如何保持健康」的問題，那麼，該理論必然是朝向保持日本人健康的理論，此無庸置疑。至於第二、三點則是非常有趣的論點，今後透過各種補充資料，可期待開展此一新領域。作者檢視「熱帶風土馴化」的各種理論，應對理論本質的部分進行評價，強調日人與台人差異的「熱帶風土馴化」理論在有識者中釀成作為日本人的自我認同與對台灣人的差別意識。

然而在此必須指出，作者對「熱帶風土馴化」的議論僅僅是理論上的問題，或不過是在「有識者」之間所議論的問題而已。有關該理論反映在社會的事例，作者提出高木所提倡九州人易適應熱帶氣候的日本人移民的人種論，並從在台日本人及官營移民中九州人很多來論證「日人殖民考量熱帶風土馴化的人種，以及

¹⁷ 《台灣醫事雜誌》，第2編第5號（1900.5）。

¹⁸ 同上，第3編第1號（1901.1）。

¹⁹ 同上，第3編終號（1901.9）。

個人體質因素」，然而，這個結論卻是錯誤的。

首先是事實的錯認。在 33 頁表三「1905 年台灣人口調查內地人原籍地」中，作者將「廣島」人與「愛知」人錯認為「九州人」，因此 33 頁作者所指出的「在 1930 年、1935 年前五順位都是九州人」的論述也不能成立。由表四「在台內地人出身府縣別順位」可知 1930 年及 1935 年「廣島」皆為第四名²⁰，這個致命的錯誤正好成為作者理論根據薄弱的證明。

然而，就算在日本人移民總數的比率中九州人佔多數，是否就能視為考慮風土馴化因素的結果？此不能不說是草率的判斷。筆者認為根本原因是九州本身是不利於工業及商業發展的窮困地區²¹，另從廣島、東京的移民總數亦多，可推論移住者應是以來自交通便利的地區為多。總而言之，難以說是實踐高木的理論。

第四章作者從「世代」的概念提出「乙未世代」具有多元的思想、「乙未世代」的蔣渭水等許多醫師實踐「社會醫學」，而成為「民族醫師」，參與台灣的民族運動，扮演領導的角色等。充其量不過是對先行研究的概述²²，並未超越既有的研究成果。

第五章作者提出利用「台灣總督府公文類纂」擴大醫療、衛生等研究領域的可能性。作者先整理醫療、衛生相關史料、闡明

²⁰ 其他、還有一些小錯誤，如「高木友枝」寫成「高木有枝」（頁31）、「持地六三郎」寫成「持第六三郎」（頁36）。

²¹ 例如 Edwin 對日本人移民到朝鮮的問題指出：事實上，移民到韓國的人數只佔日本移民北海道以及南、北美洲的一部份。日本移民潮開始於1880、1890年代以及二十世紀的第二個十年。多數的移民是來自日本北邊的九州以及西南邊的本州的窮困農夫。這些地區在明治年間並不利於工業以及商業的發展。日本在日清戰爭與日俄戰爭之間的經濟衰微年代，這些失業且不具有熟練技術的農民，因此必須面臨沒有希望的未來。一些日本領導者看到藉由移民的策略，可以解決因為人口增長以及失業農民所造成國家動盪不安的情形。如井上馨提出：「為了避免讓國家承受因為人口增加的痛苦以及艱困」所以提出創辦東洋拓殖會社從事海外移民的計畫。Edwin H Gragert "LANDOWNERSHIP UNDER COLONIAL RULE -Korea's Japanese Experience, 1900-1935" University of Hawaii Press; 1994、頁55。

²² 作為代表性的研究而言，有陳君愷，《日治時期台灣醫生社會地位之研究》；Ming-cheng M "Doctors within Borders: Profession, Ethnicity, and Modernity in Colonial Taiwan" University of California Press; (August 5, 2002)等。其他，作為探討包含醫師的台灣人社會領導層總體的形成過程，有吳文星，《日據時期台灣社會領導階層之研究》（台北：正中書局，1992）。

台灣統治初期是以鼠疫對策為主要的衛生政策後，再初步探討台人醫師在海外開業之際所面臨醫師資格問題的解決過程。最後，作者提出「究竟推促台灣醫師向外發展的動力為何？個人的動機因素為何？或是殖民地政府的適度宣傳規劃？」等問題，確實是今後應進一步探討的重要課題。惜作者未對「台灣總督府公文類纂」重要特性之一的「文書量」作一說明。

「台灣總督府公文類纂」文書量經明治期逐漸減少，此乃因台灣總督權限縮小與台灣總督府權限移轉到地方行政官廳之故。既是以簡化台灣總督府的行政事務為目的而將權限移轉到地方行政廳，必然會減少台灣總督府文書量²³。

醫療、衛生關係史料自然受其影響。以極端的例子為證，在明治 30（1897）年「永久保存」的「衛生門」文書總數是 87 條，而昭和 18（1943）年僅有 2 條²⁴。換言之，權限大幅度移轉到地方廳的大正 9（1920）年以降，因地方廳處理大部分的醫療、衛生關係文書不再送交台灣總督府，因此基本上，只有本府處理的有關醫療、衛生的「府令」或「律令」的發佈及修改文書才會編纂到「台灣總督府公文類纂」中。

由上可知，欲透過「台灣總督府公文類纂」研究日治時期台灣的醫療、衛生政策時，在明治期可以詳細地闡明政策決定過程，而在大正、昭和期，卻難以了解全貌。對此需要研究者努力挖掘保存於各州的「州文書」及「地方廳文書」等才有突破的可能。台灣研究者挖掘史料的努力由第六章所介紹的「水竹居主人日記」即可了解。

作者在第六章利用「水竹居主人日記」，打破迄今偏向制度

²³ 台灣總督府權限越來越縮小的過程如下：1919年「台灣總督府官制改正」與1920年「台灣總督府地方官官制改正」，台灣總督府權限大幅度被移轉到地方官廳；1942年閣議通過了「行政簡素化及內外地一元化」，在同年修改「台灣總督府官制」、內閣總理大臣及各省大臣對台灣總督成為個別有監督權的關係。檜山幸夫，〈台灣總督府の職務權限と台灣總督府機構〉，檜山幸夫編，《台灣總督府文書の史料學的研究—日本近代公文書學研究序說—》（東京：ゆまに書房，2003）。

²⁴ <http://sotokufu.sinica.edu.tw/sotokufu/>。

面而忽略實際執行面的研究成果，同時對「衛生政策之執行」與「社會的回應」之政策與實際兩方面作探討。此研究描繪出當地民眾在面對種痘、鼠疫對策與動員的執行時的情感，可說為台灣「醫學史」帶來相當大的成果。

第七章開展有關癩病患者主體形成的議論，指出殖民地政府對癩病的污名化、民眾的教化與衛生警察的檢疫、逮捕或監禁癩病患者等措施，造成了「癩患者主體」。內容雖以樂生院內的患者主體之形成過程為主題，卻以在《台灣醫事雜誌》、《台灣醫學界雜誌》、《台灣社會事業の友》、《樂生院年報》等報章雜誌刊登的記事與論文為依據，完全缺乏患者—亦即主體—本身的資料。因此本文基本上只論述到患者被關進樂生院的過程，也就是患者主體外的狀況而已。作者對「癩患者接受樂生院作為其安住的家園」的「癩患者主體」所提出之證據只有施予癩患者的外在壓力與「戰後癩患者不從樂生院返歸鄉里」而已，由此令人對「癩患者主體」之形成感到缺少論述上的說服力。蓋論述主體之形成，不可缺少患者顯露本身感情的內在性資料。

第八章以泰雅族為例，從對一系列殖民主義的開發→流行疫病→接受近代醫療來證實疾病對民族歷史文化的變遷與對「文明化」的影響極為深遠。此理論與「帝國醫療」有共通之處，乃是目前研究殖民地醫療、衛生史的常用架構²⁵，本文可說是這個理論的研究成果之一。

四、結論

根據上述的摘要與檢討，筆者擬提出今後可能的研究課題與展望作為本文的結論。作者的研究跨及醫學、衛生等多樣課題，顯示此一研究領域可以無限擴大。本書指出關於近代醫學的許多理論和現象與台灣「近代化」密切相關，透過制度與實際面的結合，可建立新的台灣「醫學史」。

²⁵ 以最近研究成果，例如：顧雅文，〈殖民地期台灣における開發とマラリアの流行—作られた「惡環境」—〉，《社會經濟史學》，70-5（2005.1）。

筆者認為作者對研究的基本態度是透過醫療、衛生探討「台灣人意識形成」的可能性。為此，作者透過各章強調「殖民醫學」及醫療、衛生政策帶來日本人與台灣人的差異化與差別待遇，積極承認杜聰明的事蹟，以及肯定蔣渭水等「民族醫師」扮演領導的角色。此外，還為了克服資料限制所造成的殖民者之單向觀點，而利用「後殖民」、「殖民現代性」及「殖民醫學」等概念進行探究，整體而言，全書都在強調台灣社會文化變動過程的重要性。然而，由於過度強調日本人與台灣人的差異及台灣人醫師如何貢獻台灣社會，使全書在論理上缺少連貫性。

根據上述作者的研究及其他相關的研究成果，提出今後的研究課題，第一、不拘泥於「後殖民」、「殖民現代性」及「殖民醫學」等概念，而建立更證實主義的台灣「醫學史」。基本上，「後殖民」、「殖民現代性」及「殖民醫學」等概念是批判殖民地主義的理論。該理論強調殖民者與被殖民者的差異及差別待遇，為了證實殖民地乖僻的近代化及不得不接受其近代化的被殖民者的悲哀，再延伸到被殖民者如何超越進而轉化為自己的東西的過程。本書處處散見作者利用當時有識者的言論套用此一理論，乃至貿然斷定實際的情況亦如理論般的單純。

第二，作者與其他相關的研究都提到殖民地台灣醫療及衛生政策的外圍與若干特質，然而，闡明政策的本質與執行、當地民眾的反應等實證性的研究仍然不多，亟需進一步探討。為此首先要積極利用「台灣總督府公文類纂」及「水竹居主人日記」等公私文書史料，自不待言。

抽離台灣政策的特質，比較日本母國及日本控制下的關東州、朝鮮、樺太及南洋群島的醫療、衛生政策，應是有效的比較研究方法。舉例而言，台灣公醫制度在日本國內並不存在，之後日本在各殖民地實施的制度，亦具有該殖民地的特徵²⁶。透過台灣與日本帝國其他殖民地在制度面、運用面上的比較探討應能更了

²⁶ 拙稿，〈台灣總督府の衛生政策と台灣公醫〉。

解台灣醫療、衛生政策的特質。

第三，台灣總督府的衛生行政是如何形成的呢？此一根本的問題亦是有待進一步研究的課題。例如，中央衛生行政組織和地方衛生行政組織制度的形成過程及其變遷，中央和地方的權力關係，以及各機關扮種何種角色。再者，傳染病流行之際，是誰實際上對台灣住民行使到何種程度的權力，關於執行政策的制度化與行政組織構造，向來的研究亦仍無清楚的交待。

此外，與此相關的還有警察在衛生行政上所扮演的角色，可用「衛生警察」的概念囊括。但「衛生警察」本身的制度化過程尚不清楚，「衛生警察」可行使權力至何種程度、實際活動狀況如何等皆尚未解明。警察行政在日治時期有其非常重要的角色是眾所周知之事，但是自台灣總督府警務局編纂《台灣總督府警察沿革誌》²⁷以來，並未有研究直接以日治時期警察行政的形成過程作為課題之研究。而且由於《台灣總督府警察沿革誌》屬於官方出版品，亦有再好好檢討之必要。

第四個研究課題是，根植於近代醫學和衛生學且呈現出普遍性的「衛生」規範，如何地將之普及於台灣人，其實有許多中介措施。例如：（1）透過傳染病對策當中的檢疫性戶口調查、隔離等；（2）以警察力量強制進行「污物掃除」等強制性舉措；（3）將台灣人強制加入、附予義務的地域性組織－保甲制度；（4）平時由巡迴警察官進行衛生上之說諭²⁸；（5）行政機關和公醫召開的衛生講話會；（6）進入大正時期後透過當時十分活潑的幻燈會及衛生展覽會等，來進行衛生思想的普及活動。此外，一般被認為最具成效的是透過學校教育對台灣人兒童灌輸衛生觀

²⁷ 台灣總督府警務局編，《台灣總督府警察沿革誌》，第1編－第3編（台北：該局，1934-1942）。

²⁸ 例如：明治30（1897）年的〈警察半年報〉（一月～六月）中，有所謂的〈說諭事件〉，其中的一個項目就是〈衛生上ノ說諭〉。台北縣的外勤警察官對台灣住民進行〈衛生上ノ說諭〉之次數，六個月達4萬次以上。《臺灣總督府公文類纂》，〈明治三十年自一月至六月警察半年報〉，1898年1月1日，第4554冊，第11號，十五年保存。

念，他們回到家庭當中所引起的社會性影響是十分深遠的。若能明瞭以上這些衛生思想普及活動之實況，就能導出台灣社會對於台灣總督府衛生政策的接受情況。本研究的第三項研究課題就是要究明以上這些衛生思想普及活動中的媒介及其運作實況，並探討台灣社會對於衛生政策的接受情形。

