

癩病療養所與患者身分的建構： 日治時代臺灣的癩病社會史*

范燕秋**

摘 要

本文關切癩病 (leprosy) 這種身體的疾病，為何以及如何成為個人自我認同或社會身分的重要來源；並以臺灣近代癩病歷史為討論主軸，採取疾病「社會建構論」的觀點，考察形塑癩病患者身分的社會環境，包括現代（西方）醫學體制、衛生政策、教會醫療、癩病療養所等多重因素如何運作，以及如何形塑患者認同／社會身分的變遷。本文的發現可歸納為三點：一，在臺灣近代癩病史上，患者身分建構的重要起點是在日本治臺之後；二，由於患者進入兩種全控機構，一種是西方教會醫療及信仰組織的療養所「樂山園」，另一種屬於日本殖民政府的現代療養機構「樂生院」，因此對他的身分／認同產生重大的規制及限縮作用；三，患者本身真實而個人的生命經驗，也具有形塑自我身分的力量。

關鍵字：癩病療養所、疾病社會身分、日治時代臺灣、全控機構、樂生療養院、樂山園

* 本文初稿發表於國立中央圖書館臺灣分館及國立臺灣師範大學臺灣史研究所主辦，「殖民與現代性國際學術研討會」（臺北：國立中央圖書館臺灣分館，2008年11月7-8日）。筆者感謝劉士永教授對初稿的評論，以及兩位匿名審查人的詳盡指正。本文為國科會計畫研究成果，編號：NSC94-2411-H-011-007。

** 國立臺灣師範大學臺灣史研究所副教授

來稿日期：2008年12月8日；通過刊登：2009年3月2日。

- 一、前言
 - 二、疾病身分從模糊、未定到固定化：近代癩病污名的開端
 - 三、教會療養所對患者身分的形塑：戴仁壽與樂山園的治理
 - 四、「樂生院」作為全控機構的運作與身分形塑
 - 五、治療新藥、政策轉變與患者的自主認同
 - 六、結論：被範限的患者身分／認同
-

一、前言

在人類疾病史上，很少有疾病如癩病一般，¹ 成為個人持續而深固的社會身分或認同（identity）。癩病（leprosy）作為一種生物性、身體的疾病，卻成為個人自我認同或社會身分之一，這件事本身就值得深究。基本上，患者對於癩病的認同現象，涉及癩病被特殊化及污名化的過程；對於這種特殊現象，社會學家 Erving Goffman 以《污名》（Stigma）一書提出開創性的研究，清楚指出污名化是一種「社會建構」（social construction）的過程。² 其後，不少研究者運用這種觀點提出進一步研究，比如 Gussow 和 Tracy 從國家政策的角度的論證「癩病」在歐美殖民霸權與現代西方醫學的共謀之下，被附加「種族」的意義，即「有色人種」

¹ 「癩病」這一疾病名稱，在歷史文獻上，戰前日本殖民政府文書資料皆稱為「癩病」，在中國傳統漢文資料則稱為「麻瘋」，因此 1945 年以來臺灣政府或民間資料使用「癩病」或者「麻瘋病」兩種稱法。最近，因患者人權運動的影響，官方稱法改為「漢生病」。

² 社會學家 Goffman 在他的名著「污名（stigma）——關於被污名身份／認同整飾的筆記」一書，指出“stigma”一詞源自希臘文，意指暴露某人道德異常或低劣身份的身體符徵，或是身體的烙印，標示某人為奴隸、罪犯或叛徒，成為眾人迴避的對象，這個概念預設被污名對象是「可見的」（visible）。然而，Goffman 的著作就在解構這種預設，提出污名屬性與客觀表徵之間並不見得有視覺可掌握或確定的對應關係，也就是提出一種「社會建構」的觀點。Erving Goffman, *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity* (N.Y.: Simon and Schuster, 1963), pp.11-57.

好發的疫病，使其成為國家行政介入處理的對象，也因此造成癩病的污名化。³

另有研究者從宗教的角度，探討西方基督教傳統癩病具有救贖與博愛的特殊意涵，以及在歐美殖民地，教會組織代理癩病醫療絕大多數的工作，包括施行癩病診療，以及開設「癩病院」收容患者；⁴ 但同時，癩病療養所作為一種全控機構（total institution）也是贏得患者改信基督教的絕佳場所，教會獲得大量的福音人口。⁵ 不過，患者也如同聖經故事之中的癩人（leper），被賦予疾病社會形象所伴隨的污名特徵與性質。⁶ 此外，Anderson 的研究也是就隔離機構（institution）本身的特殊性，他以美國在殖民地菲律賓的癩療養所 Culion 島為案例，探討在機構內如何實驗殖民地公民權。⁷

另一個較為獨特的研究取向，是以患者為中心的角度，Silla 以非洲馬利的癩病患者為案例，探討人類普遍的疾病經驗上，患者個人身體的生理變化與個人身

³ Zachary Gussow & George S. Tracy, "Stigma and the Leprosy Phenomenon: The Social History of a Disease in the Nineteenth and Twentieth Centuries," *Bulletin of the History of Medicine* 44: 5 (Sept./ Oct., 1970), pp. 425-449; Zachary Gussow, *Leprosy, Racism, and Public Health: Social Policy in Chronic Disease Control* (Boulder: Westview Press, 1989), pp. 1-25.

⁴ Sanjiv Kakar, "Leprosy in British India, 1860-1940: Colonial Politics and Missionary Medicine," *Medical History* 40: 2 (April, 1996), pp. 216-218.

⁵ Goffman 對「全控機構」的定義是：為一個居住及工作的地方，同住的許多人從更廣的社會被區隔一段可察覺的時間，而導致一種封閉而被正式管理的生活。但他的研究是針對西方現代社會，因西方社會一般個人睡覺、運動、工作是在不同的地方進行，也與不同夥伴為伍，又沒有全盤的理性計畫。因此，社會學家 Davies 試圖修正 Goffman 的觀點，將此一概念運用在非西方，以及早期社會狀況。他著重在分類（classify）全控機構之差異，及分析其牽涉的內部運作，以至機構與外部社會的關係。Erving Goffman, *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates* (Garden City, N.Y.: Anchor Books, 1961), pp. 3-12; Christie Davies "Goffman's Concept of the Total Institution: Criticisms and Revisions," *Human Studies* 12: 1/ 2 (June, 1989), p. 83, p. 90.

⁶ 從 Worboys 等討論幾個歐洲殖民地由教會設立癩病療養所的個案研究，可見類似的現象。Michael Worboys, "The Colonial World as Mission and Mandate: Leprosy and Empire, 1900-1940," *Osiris* 15 (2001), pp. 207-218; Sanjiv Kakar, "Leprosy in British India, 1860-1940," pp. 215-230; Megan Vaughan, "Without the Camp: Institutions and Identities in the Colonial History of Leprosy," in Megan Vaughan, *Curing Their Ills: Colonial Power and African Illness* (Stanford, Calif.: Stanford University Press, 1991), pp. 77-99; Rita Smith Kipp, The Evangelical Uses of Leprosy, *Social Science and Medicine* 39:2 (July, 1994), pp. 165-178. Josep Bernabeu-Mestre and Teresa Ballester-Artigues, Disease as a Metaphorical Resource: The Fontilles Philanthropic Initiative in the Fight Against Leprosy, 1901-1932, *Social History of Medicine* 17: 3 (December, 2004), pp. 409-421.

⁷ Anderson 認為 1920 年代國際癩病治療在新藥研發所帶來的樂觀主義，是這種實驗出現的重要背景因素，實驗的目的是經由創造衛生、復原的公民主體，忘卻「無家可歸」的癩病身分。Warwick Anderson, Leprosy and Citizenship, *Position* 6:3 (1998), pp. 707-730.

分／認同變動的關連；⁸ 以及在癩病機構形塑患者的集體認同之外，患者本身也足以賦予自我經驗高度個人化的意義，因此他們也具有集體行動的能力，集結在一起以控制他們自身多元的身分。⁹

綜合這些研究觀之，患者社會身分／認同顯然受到多元歷史因素的影響，從衛生政策、現代醫療機構或制度、宗教組織以至患者的自主性等。對於本文的討論而言，這些研究提示形塑患者社會身分／認同的多重因素，及其身分／認同的多元或可能性；然而，在臺灣近代癩病歷史上，不同的歷史因素如何運作，以及是否或如何造成患者認同／身分的變遷，仍是有待探討的議題。本文所謂身分或認同（identity）是指基於一套特殊性質的自我概念或界定，如生物外觀、性別、職業、宗教等可與他人分享的。個人身分是多重的、也可能重複而變動的，主要是依據實際外在情境的需要，但每種身分皆有其複雜的社會意義；本文所欲探討的是癩病患者如何成為個人的身分／認同之一，而且，這項身分又比其他身分更具有支配個人的力量。本文也採取疾病「社會建構論」的觀點，著重探討生產這種身分的社會環境，以及如何造成其身分／認同的變動。¹⁰

在臺灣近代癩病史上，患者身分建構的重要起點在日本治臺之後；無論就現代（西方）醫學體制在臺灣之建立，或者衛生政策介入癩病處理，以至「癩病療養所」之設置等，這些攸關其疾病身分建構的社會環境，都是在日治之後逐步完備。「癩療養所樂生院」（以下簡稱：樂生院）於1930年12月開放營運，是日本殖民政府（臺灣總督府）收容癩患、施行隔離措施的唯一機構。1945年之後，該機構延續部分原有的功能，迄今（2008）仍有痊癒者居住於此地，成為理解患者身分／認同問題的重要場所。本文討論以日治時期癩病防治政策為主軸，但為追蹤患者身分的後續變化，也論及戰後政策變革的相應關係。本文對於資料運用，

⁸ Eric Silla, *People Are Not The Same : Leprosy and Identity in Twentieth-Century Mali* (Portsmouth, N.H.: Heinemann, 1998), pp. 1-27.

⁹ Tumelo Tsikoane, "Book Review: People Are Not the Same: Leprosy and Identity in 20th-Century Mali Review," *The International Journal of African Historical Studies*, 31: 1(1998), pp. 120-122; Mthobeli Guma, "Reviewed work(s):People Are Not the Same: Leprosy and Identity in Twentieth-Century Mali," *Canadian Journal of African Studies*, 32: 3(1998), pp. 640-642.

¹⁰ Silla 認為為了解某種身分（認同）如何比較其他類社會性的授權個人，必須研究他們發展的特有歷史情境。Eric Silla, *People Are Not The Same*, p. 17.

除歷史文獻、相關研究之外，¹¹ 也採用患者的口述資料，目的在深究患者自我身分／認同的一面。

二、疾病身分從模糊、未定到固定化： 近代癩病污名的開端

癩病是人類古老的疾病，古來東西方社會不乏癩病的紀錄，其患者遭遇的對待因所處的社會文化環境而異，但不見得存在嚴重的污名問題。由於癩病發病對於人體的摧殘，在早期缺乏有效治療藥物的時代，造成患者顏面或肢體傷殘而容易遭受排斥，或者因貧困而流落於社會邊緣；也由於患者這種困窘的處境，東西方社會皆出現過收容患者的慈善機構，以救濟患者及減少社會問題之發生。¹² 儘管如此，在十九世紀細菌學理論建立之前，受到疾病診斷技術的限制，文獻紀錄所謂的癩病缺乏明確的界定，往往僅依據患者身體外表徵狀來識別，也因此混雜其他不同的皮膚疾病。¹³ 在日本治臺之前，臺灣社會存在的所謂癩病現象，也有類似的狀況。

首先，就臺灣的癩病來源，原住的南島民族並未有這類患者的紀錄，而是華南閩粵地區原本為癩病較多之地；明清之後因漢人大量移居臺灣，伴隨漢人移入

¹¹ 相關研究參考：陳威彬，〈近代臺灣的癩病與療養：以樂生療養院為主軸〉（新竹：國立清華大學歷史研究所碩士論文，2001）；王文基，〈癩病園裡的異鄉人：戴仁壽與臺灣醫療宣教〉，《古今論衡》9（2003年7月），頁115-124；范燕秋，〈近代臺灣的癩病療養所與疫病隔離空間〉，收於范燕秋，《疫病醫學與殖民現代性：日治臺灣醫學史》（臺北：稻鄉出版社，2005），頁179-227。芹澤良子，〈ハシ病医療をめぐる政策と伝道：日本統治期台湾における事例から〉，《歴史学研究》834（2007年11月），頁27-36。Wen-Ji Wang（王文基），“Laying out a Model Village”: George Gushue-Taylor and Missionary Leprosy Work in Colonial Taiwan,” *East Asian Science, Technology and Society: An International Journal* 1: 1(2007), pp. 111-133.

¹² Waxler 研究指出：癩病的污名化並非普遍存在所有的人類社會。在某些社會，癩病是一種平常的疾病，許多家庭認為這只是一種使人衰弱，但必須容忍的疾病，因此患者住在家中，並能維持婚姻；但也有些社會，患者被迫離婚，甚至被迫離開家庭，而流落街頭成成乞丐。Waxler 的研究結論是：人類對於癩病的態度，主要根源於疾病存在的社會及文化本身。至於 Navon 回顧歷史上不同社會對癩病的污名化及社會偏見，提出類似的觀點。Nancy E. Waxler, “Learning to be a leper,” pp. 169-194. Liora Navon, “Beggars, Metaphors, and Stigma: A Missing Link in the Social History of Leprosy,” *Social History of Medicine* 11: 1 (1998) , pp.90-91.

¹³ 對於癩病與其他皮膚疾病混雜的狀況，李騰嶽醫師有完整的說明。李騰嶽纂修，《臺灣省通志稿：卷三政事志衛生篇》（臺北：臺灣省文獻委員會，1953），第二冊，頁146。

之後才出現的。¹⁴ 也因此，清代臺灣漢人社會沿襲明清以來，閩粵地區對於癩病的觀感以及安置患者的方法。漢人社會稱癩病為「麻風」或「癩哥」(Thái ko)，前者是因中國傳統醫書以癩病的症狀之一是失去感覺神經，即描述「神經麻痺」的稱呼；後者是指被人討厭的疾病。另一種對於惡疾的普遍觀點，認為是上天懲罰的結果，因此稱為「天刑病」。這類患者往往因「無藥可治，父母棄之，里黨絕之，流離道路」，即流離失所、孤苦無依；對於這類殘疾的流浪漢，清朝官方的「恤政」、即社會救濟事業之中，設有「養濟院」，作為收容養護的場所。1684年清帝國將臺灣納入版圖之後，清廷曾設置三所「養濟院」，其中收容多少癩患者，不得而知。¹⁵

1736年，彰化知縣秦士望在八卦山下設置「養濟院」，專門收養「麻風殘疾之人」；可能是流浪癩患增加，使地方官員重視此一社會問題，而有此機構之設置。依據當時史籍記載：「士望見而憫之，慮其感染，建養濟院於八卦山麓以居之，旁及廢疾之人，養之醫之，民稱善政」¹⁶。在此文句之中，傳達兩項重要訊息：一是當時已有癩病傳染的概念，若依據明清兩代醫書對於麻瘋的病因，已提出「毒」或「蟲」兩種感染概念，¹⁷ 臺灣民間也有「癩蟲」傳染的說法。¹⁸ 二是「旁及廢疾之人」，可見這場所並非麻瘋專門機構。其後，清朝官方在臺灣各地所設置的社會救濟設施；其間，可能兼收容一些癩患者。¹⁹ 總而言之，至晚清臺灣，癩病的身分是模糊而不確定的。

1895年日本統治臺灣之後，由於時代新的知識／權力運作，癩病身分開始明

¹⁴ 宮原敦 1910年代在原住民部落進行調查的結果。宮原敦，〈臺灣の養濟院（癩人收容隔離所）〉，《臺灣社會事業の友》27（昭和6年[1931]2月），頁139-144。上川豐（臺灣總督府癩療養所樂生院院長、醫學博士），〈臺灣總督府の救癩事業回顧〉，《レブラ》21:5（昭和27年[1952]9月），頁197-198。

¹⁵ 梁其姿，〈中國癩瘋病概念演變的歷史〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》70:2（1999年6月），頁399-410。陳威彬，〈近代臺灣的癩病與療養〉，頁10-15。

¹⁶ 連橫，〈臺灣通史〉（南投：臺灣省文獻委員會，1992），複刻本，頁941。

¹⁷ 梁其姿，〈中國癩瘋病概念演變的歷史〉，頁399-438。

¹⁸ Y.I.生（伊能嘉矩），〈臺灣の漢人に見らるる癩病に對する迷信〉，《東京人類學會雜誌》22:250（明治40年[1907]1月20日），頁147-148。

¹⁹ 1880年代臺灣社會救濟設施17所，其中5所為養濟院，承襲彰化養濟院，收容癩患，由官費和地方士紳義捐來維持，救濟的對象除癩患者之外，兼及院外貧困者。1895年日本治臺之初，社會救濟設施暫時停頓，唯一例外是臺北養濟院。1899年9月，總督府運用日本皇室下賜的「慈惠救濟資金」，合併臺北養濟院、同善堂及育嬰堂三所，設立「臺北仁濟院」，救助孤獨廢疾的貧民，命名為「慈惠院」，但是收容癩患者之事並未被提及。宮原敦，〈臺灣の養濟院（癩人收容隔離所）〉，頁139-144。

朗化，但也因此蒙上特殊的意識形態外衣。首先，十九世紀後期西方實驗室醫學、細菌學的發展，癩病在細菌學理論、即單一致病論的實驗之下，疾病身分變得可以被掌握。1873、1874年，挪威醫師韓生（Dr. G. A. Hansen）發現癩桿菌（*Mycobacterium leprae*），確知其病原菌，證實為慢性傳染疾病。不過，韓生發現癩病原菌的過程，出現不符細菌學理論的現象，即細菌的動物試驗及純培養呈陰性反應，引發癩病是體質遺傳或傳染病的爭議。²⁰ 1897年，西方國家於柏林召開第一次國際癩病會議，仍確認韓生的癩病「傳染說」，並倡議設置「隔離療養所」，以減少感染。當時日本明治政府既已取法西方醫學，派學者參加此次會議，也接受會議的決議。1900年，日本內務省首次施行癩患者人數調查；²¹ 同時，臺灣總督府也運用警察系統，施行首次的全臺癩病調查，總計發現患者811人。²² 1901年，臺北醫院醫師青木大勇彙集府立醫院門診的癩患者資料，推估臺灣的癩患者人數，認為癩患者佔門診患者0.95%強，以症狀嚴重的「結節癩」居多，²³ 足以威脅在臺日本人（內地人）的健康，倡議設置癩病院。²⁴ 換言之，日籍醫師既有能力、也認為必須運用西方醫學，來掌控模糊不定的癩病身分。

其次，十九世紀後期歐美國家因應帝國擴張及殖民的需要，將「癩病」加上了種族的因素，是導致癩病特殊化及污名的開端。至十六世紀為止，癩病在歐洲人心理已不甚重要。然而，1860、1870年代，國際上發生幾件重大的癩病事件，提高歐洲人對於癩病的注意；其中，夏威夷癩病流行事件強化歐洲人對癩病的負

²⁰ 十九世紀西方科學醫學的細菌學革命（the bacteriological revolution），著名的「科霍原則」包括：一，微生物體應該在每一個別的疾病被發現。二，它應該能在實驗室做純系的培養。三，當它被注入實驗動物體內，應該導致同樣的疾病。四，在生病的實驗動物體內必須找到同樣的微生物，且能在實驗室做純系的培養。Bonnie Bullough & George Rosen, *Preventive Medicine in the United States 1900-1990: Trends and Interpretations* (Canton, MA: Science History Publication, 1992), pp. 3-4; Roy Porter 著、王道還譯，《醫學簡史》（臺北：商周出版公司，2005），頁134-135。

²¹ 山本俊一，《日本らい史》（東京：東京大学出版会，1997），增補版，頁15-22。

²² 中村不羈兒（臺北州社會事業主事），〈臺灣に癩療養所の設置せらるるまで〉，《臺灣社會事業の友》27（昭和6年[1931]2月），頁149-158。

²³ 青木文章提出臺灣人「結節癩」的比例高，但並未詳加說明，無法確認是否就是癩腫型。感謝審查人引用另一篇文章論證結節癩是 *Mycobacterium lepromatosis* 引發的 diffuse lepromatous leprosy。參考菅井竹吉（保養院醫長），〈癩結節ノ軟化及ビ化膿ニ就テ〉，《臺灣醫學會雜誌》9: 97（1910），頁1422。

²⁴ 青木依據臺灣住民的人口比例推算，推估臺灣的癩患者實數是28,800人，比較當時總督府調查人數811人，超過甚多。但殖民政府並未立即回應他的主張。青木大勇（長崎皮膚科病院長），〈癩院設置の必要を論ず〉，《臺灣醫事雜誌》3: 6/7（1901年2-8月），頁1-10。

面觀感，認為中國人及印度人、黑人等黃黑人種是癩病盛行的主要人口群。歐美白人擔心在海外活動被感染，以及癩病從殖民地傳回母國的威脅，開始在本國及殖民地施行癩病檢疫及隔離措施，施行公共衛生的控制模式。²⁵ 至於作為黃色人種的國家日本，也是西方國家視為癩病流行的地區，癩病是落後而不文明的疾病象徵，明治政府以追求西方國家文明進步為目標，如何控制癩病、清除「癩病國」的污名，就成為國家建構的課題。二十世紀初，日本將癩病防治納入國家衛生政策的範圍，並在本國建立防治措施，而後開始注意殖民地朝鮮、臺灣的癩病問題。

要言之，「癩病」在西方現代醫學和帝國擴張及殖民主義的共謀之下，開始披上特殊種族的、落後而不文明的疾病外衣。然而，儘管日本在臺灣的殖民醫學具備掌握癩病身分的知識／權力，但至 1930 年為止，總督府並未設置隔離療養所，也尚未直接對患者施行身分／認同的規訓。就日本殖民主義的立場，日治初期殖民政府忙於急性傳染病的處理，未介入處理慢性的癩病，顯然是合理的。由於日本癩病政策在殖民地施行的遲緩，早在晚清進入臺灣社會的教會醫療，因此有較大的參與空間；而且，癩病在基督教福音傳播的作用，使西方教會人士早在日治之初就投入癩病診療工作。

三、教會療養所對患者身分的形塑： 戴仁壽與樂山園的治理

在 1930 年日本殖民政府介入癩病處理之前，教會組織投入癩病醫療的概況如表一，由此可知以臺南新樓醫院為創始，彰化基督教醫院、臺北馬偕醫院等先後開設癩病專門門診。其中，歷史最久的臺南新樓醫院於 1901 年起，由第 3 任院長 Dr. Maxwell 開辦癩病門診；1911 年，第 4 任院長戴仁壽 (Dr. Gushue-Taylor)

²⁵ 國際上所發生的三大癩病事件是：1860 年代夏威夷爆發癩病流行，1873 至 1874 年韓生醫師 (Dr. G. A. Hansen) 發現癩桿菌 (*Mycobacterium leprae*)，以及 1874 年比利時神父 Damien 因照顧夏威夷癩患而感染癩病於 1889 年死亡。當時國際在母國或殖民地施行癩病檢疫或隔離所，比如：挪威於 1885 年、新南威爾斯於 1890 年、南非好望角殖民地於 1892 年、錫蘭於 1901 年、加拿大於 1906 年，美國本土於 1894 年在路易斯安那州設立 Carville 療養所、1901 年又在殖民地菲律賓指定 Culion 島為隔離所。Zachary Gussow & George S. Tracy, "Stigma and the Leprosy Phenomenon," pp. 430-435.

醫師接任之後，持續癩病診療工作。²⁶ 至於彰化基督教醫院，早在 1917 年起開辦癩病專門診療。另臺北馬偕醫院，1925 年 2 月新任醫院院長戴仁壽開設癩病門診；1927 年另闢建診療空間，設癩病專門治療所，至 1929 年為止治療患者達五千人次以上。²⁷

表一 日治時期臺灣癩病診療機構

機構及負責者	開始時間	診療方式	成效
臺南新樓醫院	1901年起	門診、1923年建專用診療室 1931年每週一、六兩次門診	1929年治療人次1,520人。 1931-1933門診53、25、21人
彰化基督教醫院 (蘭大衛)	1917年6月起	門診、1926年建專用診療室 每週一次(週六)門診	1927年起患者10人以內，診 療次數二至三百人。
馬偕醫院戴仁壽	1925年、1927年日本 國庫補助二分之一	門診、1927年於雙連教會教 堂設診療所，每週兩次門診	1929年患門診者男156人、女 47人，治療人次5,285人。
臺灣總督府 樂生院(上川豐)	1927年起興建1930 年12月開放	營建費33萬、總建坪數1,104 坪，可收容一百人，門診50人	救療浮浪癩患者，其次貧困 及一般癩患者。
樂山園 (戴仁壽)	1931年籌設、1934 年3月30日落成開放	收容輕症患者，規律生活作 息、工作及營養增強抵抗力	志願入院，短期收容，痊癒 出院返家。

資料來源：石井保（府前警務局長），〈臺灣に於ける癩に就て〉，《臺灣社會事業の友》27（昭和6年[1931]2月），頁6-10。李騰嶽纂修，《臺灣省通志稿：卷三政事志衛生篇》，第二冊，頁153-155。

從上表可知，戴仁壽醫師在初期的教會診療工作扮演舉足輕重的角色。²⁸ 他除開設癩病門診之外，也積極籌設「癩病療養所」；1925 年，向總會設在英國倫敦的「癩病傳教團」(Mission to Lepers, 簡稱 MTL) 提出興建容納 50 人的小型療養所計畫，²⁹ 但未被總會接受。1927 年，他轉而購買醫院對面的雙連教會教堂，

²⁶ 臺灣基督長老教會新樓醫院編，〈本院の沿革〉，收於編者，《南大臺南基督教新樓醫院便覽》（臺南：編者，昭和 11 年[1936]），頁 1。

²⁷ 李騰嶽纂修，《臺灣省通志稿：卷三政事志衛生篇》，第二冊，頁 153-155。

²⁸ 有關戴仁壽相關研究參考王文基，〈癩病園裡異鄉人：戴仁壽與臺灣醫療宣教〉，頁 116-124。董芳苑，〈臺灣癩瘋救濟之父：戴仁壽博士〉，收於胡健國主編，《20 世紀臺灣歷史與人物：第六屆中華民國史專題論文集》（臺北：國史館，2002），頁 337-364。芹澤良子，〈ハンセン病医療をめぐる政策と伝道：日本統治期台湾における事例から〉，頁 27-36。

²⁹ Mission to Lepers 原稿翻譯成「癩病防治會」，主要引用臺灣本地長老教會的譯文，如 Taiwan Mission to Lepers 譯成「臺灣救癩協會」或「臺灣癩病防治會」，審查人指出無法傳達該組織的原意，本文因此統一修正為「癩病傳教團」。參考趙榮發，〈TLRA 40 週年回顧〉，收於臺灣癩瘋救濟協會編，《臺灣癩瘋救濟協會四十週年紀念冊》（臺北：臺灣癩瘋救濟協會，1994），頁 14-17。

改建為癩病專門診療所。同時，他籌設療養所的行動並未停止，並引發殖民當局的重視。1926年至1927年，官方支援他籌設療養所的行動；1928年官方選用戴仁壽看中的地點「新莊頂坡角」作為「樂生院」建地。³⁰ 至於戴氏籌設的療養所，1931年才定案於淡水八里設置「樂山園」，1934年3月30日該園闢建完成、開放。³¹

重要的是：由於教會醫療、特別是戴仁壽的積極行動，構成日本殖民當局一定程度的壓力，促成官方防癩政策之展開。這點，從日本醫學者光田健輔向總督府的建言，以及官方闢建癩療養所的時間，皆可獲得證實。³² 就此觀之，同屬於西方現代醫療體系的「教會醫療」與「殖民醫療」兩者之間，存在既合作又競爭的關係。這也引發另一問題是：對於患者的身分／認同之形塑，兩者有何差異？

首先，欲了解教會醫療處理癩病的特點，也是戴仁壽籌設癩病療養所的用意，必先釐清「癩病」在西方教會史的特殊意義，以及近代西方教會再度以癩病作為傳教媒介的背景。基本上，西方教會本有運用「癩病」傳播福音的傳統，中世紀以來教會藉由聖經故事，以照顧癩患者來闡揚耶穌基督仁慈博愛的精神；不過，癩病的負面印象也因教會而延續。十九世紀後期，教會人士再度選擇癩病為救治重點，其意義及廣泛影響，又非中古時代所能比擬的；這時，傳教運動乘著

³⁰ 有關戴仁壽與樂生院選址的關連，在戴氏寫給英國倫敦總會「癩病傳教團」的信件，可得證實。「Negotiations with Government have been continuous and with such success that while Government is anxious that our scheme go ahead, they have decided on a Government leper colony for 100 beds—and what is disturbing us is that they have decided to build it on the site which I discovered and asked for, and I am to hunt for another site.」(LMI 118/5, G. Gushue-Taylor to W. H. P. Anderson, Mission to Lepers, London, 05/02/1929)。本件史料為王文基教授於英國所收集的檔案，感謝他慷慨提供本件史料。The Leprosy Mission international Archives 與 The Presbyterian Church of England Archives。

³¹ 1926年至1927年臺灣總督府資助戴氏前往亞洲各地考察，包括考察日本和朝鮮的癩療養所。1928年4月，戴氏選擇新莊頂坡角為籌建療養所的地點；同年10月，總督府仍准許戴氏進行籌款活動。1929年3月至1930年，戴氏為籌款而展開海外募捐活動，總督府支助其旅費；其間，臺灣總督卻指定頂坡角為樂生療養院院址。總督府營繕課向臺北州交涉頂坡角土地買收之事是1928年8月，是戴氏選擇該地點之後，積極整建院區為1929、1930年。芹澤良子，〈ハンセン病医療をめぐる政策と伝道：日本統治期台湾における事例から〉，頁27-36。〈買收土地整理に関する件〉，《臺灣總督府公文類纂》（昭和3年[1928]），檔號11278-22。

³² 戴仁壽的教會醫療如何構成官方政策的壓力，在芹澤良子的文章有深入而具說服力的討論。1925年光田健輔向臺灣總督提出殖民地癩病預防意見，以朝鮮總督府經驗，指出外國傳教士對於癩病醫療、影響人心甚鉅，希望臺灣總督府能重視，並取而代之。日本合併朝鮮雖晚於臺灣，但早在1916年就設置慈惠醫院，收容流浪癩患。參考芹澤良子，〈ハンセン病医療をめぐる政策と伝道：日本統治期台湾における事例から〉，頁27-36。藤野豊，《「いのち」の近代史：「民族浄化」の名のもとに迫害されたハンセン病患者》（京都：かもがわ出版，2001），頁355-356。

西方國家帝國擴張及殖民主義的風帆前進。在殖民地，癩病是一種持久的危害，成為落後、低劣及污穢的象徵。依據新的細菌學理論，癩病成為熱帶疾病之一，強化它虛構的傳染性；也因此，傳教士發現它新的宗教用途，即癩患者極端受苦，癩病傳染性高，照顧患者是冒著生命危險、服務人世間最不幸的人群，救贖癩患成為體現基督博愛精神的典型。³³

就此，癩患成為教會預期改造，接受新宗教的目標群體。癩病並非一種威脅生命的急性疾病，患者得以延續長久的生命；而且，在療養所之內進行患者之控制為其他機構所不及，照顧癩患成為傳播福音的絕佳機會。1874年，英國教會人士成立「癩病傳教團」，就專注於這個目標群體，並伴隨教會在海外傳教活動，發展成國際性組織。1914年，該組織工作遍及全球各地，並參與學術性國際癩病會議，以及影響各國政府的癩病政策。³⁴ 戴仁壽在臺灣從事的癩病醫療工作，也屬於此一國際組織活動的一環，特別在經費方面的募集與援助方面。

戴仁壽設置「樂山園」及其運作方式，也必須置於時代脈絡加以理解。1920年代初，戴仁壽再度來臺灣，攜帶當時新進的治癩藥物「大風子油」(Chaulmoogra oil)，並向臺灣總督提出籌建容納兩百人療養所計劃。³⁵ 其原因是在1923年第三屆國際癩病會議(Strasbourg, France)之中，醫學界提出以大風子油施行皮下注射的治療效力，倡議對患者採取「相對隔離」措施，也就是承認癩病隔離預防為前提，採取緩和而周詳的設施。³⁶ 戴仁壽是在此一新進醫療法出現的年代，主張籌設「療養所」，除提供「大風子油」醫療之外，加強營養、新鮮空氣、日光、

³³ Rita Smith Kipp, "The Evangelical Uses of Leprosy," p. 168; Zachary Gussow, *Leprosy, Racism, and Public Health*, p. 21.

³⁴ 十九世紀末新帝國主義的發展也伴隨宗教與愛國主義的復興，當英帝國擴張以及鞏固其殖民地之際，海外宣教運動也強化其自己的小王國。英國印度殖民政府尋求解決癩病問題之際，癩病傳教團隨即將活動範圍擴充至印度殖民地；1893年，印度癩病傳教團(Mission to Lepers in India)因工作範圍擴及中國和日本，更名為印度及東方癩病傳教團(Mission to Lepers in India and the East)。Staneley G. Browne, "The Leprosy Mission: A Century of Service," *Leprosy Review* 45: 2 (1974), pp.166-167; Zachary Gussow, *Leprosy, Racism, and Public Health*, p. 203, pp.205-208.

³⁵ 1918年戴仁壽離開新樓醫院返回英國，原因是他的妻子健康狀況不佳。臺灣基督長老教會新樓醫院編，〈本院の沿革〉，頁1。

³⁶ 十九世紀末期，歐洲各國為因應、處理癩病流行問題，組成定期的國際癩病會議，協議相關醫療與公共衛生措施。前兩次會議是1897年第一屆在柏林(Berlin, Germany)、1909年第二屆在卑爾根(Bergen, Norway)，癩病處理以患者隔離為基本方針。所謂「相對隔離」措施，是對比於日本在1930年10月確立的「絕對隔離」，即強制隔離、根絕癩病的措施。山本俊一，《日本らい史》，頁84-85。

規律運動、身體衛生等提高個人免疫力的措施，使治療發揮實際的效用。對於療養所設置的主張，戴仁壽堅持教會醫療在地方上的差異與特殊需要的表徵。³⁷

至於「樂山園」的運作，基於教會醫療的終極目的在宗教信仰，該園的治理也不例外。以西方國家在非洲殖民的經驗，教會作為西方殖民勢力的代理者，癩療養所多數由教會管理，其運作類似全控機構（total institution），入所患者成為新的信仰人口群，在院內所形塑的患者身分擬似外部的社會身分。³⁸ 其實，樂山園發揮類似的作用；³⁹ 唯一不同而重要者，是在歐洲殖民地、教會醫療與殖民政權建立共謀的關係，然而在臺灣，西方教會醫療與日本殖民當局的關係並非如此，而是如本文所述，既合作又競爭的複雜關係，某種程度反映日本帝國與西方殖民帝國之間的多重政治關係。

1934年，在樂山園落成而營運之後，與官方機構「樂生療養院」也略有區隔，主要收治輕症患者，預定收容量為80人；而且，入園方式採取自願而非強制的隔離，園區生活著重自足與自治，以及治療痊癒可出院返家。⁴⁰ 依據戴仁壽的構想，樂山園並非醫院而是像一個社區，四個人一小間共同居住的房舍如同自己的「家」；日常生活以工作、勞動及學習為核心，目的在「工作治療」，協助患者身體及精神的鍛鍊，也有助於經濟自足與自立，符合自治與自養的宗教倫理。換言之，「樂山園」所欲建構的是西方現代及基督教文明的示範村，藉著醫療與宗教密切結合的生活環境，使患者獲得身體療癒和宗教啟蒙的雙重作用；當痊癒者返家，又可將園區養成的生活及理念擴散至社會。不過，這些構想實際進行並不順利，除了因殖民政府刻意貶低及忽視樂山園，使入園人數無法提高之外；機構的工作倫理也不全然為患者所接受，以致1939年發生10名患者因不滿勞務而離開園區的事件。⁴¹

³⁷ 王文基，〈癩病園裡的異鄉人：戴仁壽與臺灣醫療宣教〉，頁118-19。

³⁸ Rita Smith Kipp, "The Evangelical Uses of Leprosy," p. 168; Josep Bernabeu-Mestre and Teresa Ballester-Artigues, "Disease as a Metaphorical Resource," pp. 409-421.

³⁹ 依據前文註解7，Goffman對total Institute的定義，樂山園仍是全控機構。如審查人指正：樂山園的「工作治療」從西方精神醫療史來看，本來就是規訓的一種，樂山園也有患者入院過程及生活的作息表，以及視癩病為帝國主義脈絡下傳道醫療的「新宗教用途」。作者感謝審查人指出這個重要現象，也接受審查人的論點。參考：Christie Davies "Goffman's Concept of the Total Institution," pp. 77-95。

⁴⁰ 王文基，〈癩病園裡的異鄉人：戴仁壽與臺灣醫療宣教〉，頁124。

⁴¹ 戴仁壽建立社區型的療養概念及園區治理特性，參考王文基的研究。戴仁壽，〈樂山園に就て〉，《臺

儘管如此，樂山園作為全控機構的類型之一，在形塑患者身分／認同上，仍有其獨特的作用。園區集體生活的宗教規訓，患者身分擬似教會自治組織的成員。樂山園的病患之中，基督徒比例甚高，1939年達到79%，⁴²可證實在形塑宗教身分／認同的效用。入園者在改信基督教之後，或轉成教會長老與執事，被訓練協助監督與管教院民；以及在工作治療的規劃之中，從事醫護、農畜產業、木工或手工製造等各種職業身分。入園者多數是輕症患者，以及伴隨1930年代癩病類型及其診斷技術的進展，⁴³他們預期出院的可能性高，其宗教身分／認同也可能流動。依據筆者訪談的相關人士，即有入園者治癒出院之後，轉而投身教會醫護或服務工作，包括協助癩病門診治療工作，⁴⁴證實宗教性社會身分流動的現象。

1940年，戴仁壽在殖民當局的壓力下，被迫離開臺灣而返回加拿大。就此可見，在日本帝國之內，日本殖民權勢終究不是西方教會權力所能抗衡，對於癩病社會身分的形塑，殖民力量也勝過其他。這並非單一的歷史現象，而是反映日本政府與西方國家的政治關係；兩者在癩病醫療的競合關係，是更大的國際政治的一個縮影。

四、「樂生院」作為全控機構的運作與身分形塑

如前文所述，癩病對於「黃色人種」的近代國家日本而言，有其恥辱的政治意涵。二十世紀初，1905年日本在日俄戰爭戰勝之後，已然進入世界第一等強國之

灣社會事業の友》57（昭和8年[1933]8月），頁45-49。王文基，〈癩病園裡的異鄉人：戴仁壽與臺灣醫療宣教〉，頁120-123。Wen-Ji Wang（王文基），“‘Laying out a Model Village’,” pp. 111-133.

⁴² 王文基，〈癩病園裡的異鄉人：戴仁壽與臺灣醫療宣教〉，頁123-124。

⁴³ 1938年第4次國際癩病會議在開羅（Cairo, Egypt）舉行，決議確認癩病類型及其診斷技術的進展。即區別出兩種極端的類型：類結核型、癩腫型，後者是主要傳染類型（及邊緣型），因此、類結核型及未定型（indeterminate case）已不必要隔離。防癩傾向院外門診治療，不須隔離而解除控制，也可減少住院機構的花費。Becheli L. M., “Advance in Leprosy Control in the Last 100 Years,” *International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases* 41: 3 (1973), pp288-289.

⁴⁴ 在1945年之後，癩病醫療的化學治療更有效治癒患者，在樂山園或樂生院信仰基督教者治癒出院之後，不少轉向教會醫護工作，服務於地區性的門診治療工作。實例如：近年報紙報導痊癒者林澄輝於1950年至1985年，在臺南設立「臨安癩瘋照顧中心」；以及筆者在樂生院區訪問的W太太，以及訪問過院外的P先生，兩人曾進入樂山園接受治療，其後長期從事教會的服務性工作。

列，對於國內癩病問題無法坐視不管，決心制定相關立法。不過，因戰後經濟負擔的壓力，延至 1907 年公佈「有關癩病預防之件」，僅針對流浪癩患者，採取收容隔離措施。⁴⁵ 至於殖民地臺灣，1930 年 12 月總督府闢建療養所「樂生院」完成，開始收容患者，預定收容量為一百人，也是引用 1907 年日本癩病預防措施，以收容流浪患者為目標。

日本帝國防癩政策從殖民母國到殖民地台灣，皆是以收容貧病而流落街頭的患者為主要對象，這不僅在改善流浪患者所造成的社會觀瞻問題，也具有追趕歐美國家進步，宣示人道及文明進程的政治意義。當時樂生院創院院長上川豐公開宣示，說明政策執行的做法，即：

癩救濟事業是小官多年來致力之處，經營的方針排除所謂患者絕對強制隔離主義，從人類愛的觀點，施行溫情、採取人道的隔離，以至誠努力達成本院的使命。……」。⁴⁶（粗體字為作者標示）

以上敘述並非只是官方說詞而已，而是表明他承擔職務的態度，並顯示樂生院早期與教會救癩相近的作法。1917 年，上川豐從長崎醫專畢業，任職熊本九州療養所（現今：惠風園），並跟隨青木大勇研究大風子油療法。⁴⁷ 上川豐受到青木的影響，主張「非絕對隔離」，因此於樂生院兼開設門診治療。（參考「表二」）⁴⁸ 1920 年之際，青木大勇與上川豐兩人仍屬於跟隨國際潮流的醫療者。

⁴⁵ 沢野雅樹，《癩者の生：文明開化の条件としての》（東京：青弓社，1994），頁 61-75。藤野豊，《日本ファッションと優生思想》（京都：かもがわ出版，1998），頁 63。

⁴⁶ 〈癩療養所樂生院盛大に落成式を舉行〉、〈上川院長の式辭〉，《台灣日日新報》，昭和 5 年[1930]12 月 13 日，第 11015 號第 7 版。

⁴⁷ 青木氏曾任職臺灣，最早發表臺灣癩病調查。返回日本之後，因經營長崎皮膚科病院、以門診治療為中心，對癩病有新的思考，認同國際癩病醫療的新發展；因此認為必須改善收容隔離法，凡沒有傳染危險的癩應予以解放，以及重視早期診斷及早期治療的機構等。青木大勇，〈癩の預防撲滅法に關する改善意見〉，《臺灣社會事業の友》27（昭和 6 年[1931] 2 月），頁 155-156。清水寬、平田勝政，〈補卷七：解説〉，《近現代日本ハソセン病問題資料集成·補卷七：台灣におけるハソセン病政策》（東京：不二出版，2005），頁 4-5。

⁴⁸ 1926 年上川豐在《日本公眾保健協會》雜誌第 2 卷第 11 號發表〈關於作為癩預防策之癩患者隔離方法之一私見追加〉，這時他與老師同樣屬於國際派的理念。在〈樂生院的使命〉一文也可見他引用第三次國際癩病會議的主張。然而，當他知道 1931 年「癩預防法」制定、其後順從臺灣總督府的方針，這種國際派的思考就沒有再度清楚說明。清水寬、平田勝政，〈補卷七：解説〉，頁 5。上川豐，〈樂生院的使命〉，《臺灣時報》136（昭和 7 年[1932] 1 月），頁 6-7。

1931年4月，日本制定、公佈「癩預防法」，明訂包括：防癩經費來源增加、限制癩患者職業、加強檢疫與病例報告、管控私人機構等，啟動全面強制的收容以及「絕對隔離」的政策。⁴⁹ 1934年6月，臺灣總督府沿用日本國內「癩預防法」，⁵⁰ 樂生院也進入「絕對隔離」的階段。儘管上川豐面對政策轉向，並未提出異議，但至日本治臺結束為止，他在順應官方的政策之餘，似乎仍維持某種執行的彈性空間。⁵¹ 依據表五，可知樂生院長期存在門診治療一項，雖然歷年人數不多，至多達14人，但維持至1940年為止，反映上川豐於癩病醫療上的師承。

從衛生法規對疾病污名化的影響觀之，誠如學者指出：防治法規確立國家權力介入個人生活，及身體管理的正當性，也是對人權侵害的合法性；但同時也是生產社會偏見的源頭。癩病防治法成為癩病污名化的重要根源。⁵² 基本上，防治法確立癩病患者作為國家衛生政策處理的對象，國家不僅具有「合法」的權力動員行政資源，依據防治法要點予以「正當」的處理之；而且，又以現代（西方）科學醫學作為權力的論據，就更具有權威性。同時，國家權力運作於兩個不同的層次：一是社會的、鉅觀的生物政治層次，二是個人身體的、微觀的生命控制層次；據此，癩病受害者（患者）的身分受到這兩種層次的力量內外夾擊，殖民當局對於患者身分的形塑，其規模以及其宰制力量也因此遠非教會醫療所能企及。

以鉅觀的生物政治層次而言，日本殖民當局為掌握癩病這個人口群，是以衛生警察進行全面的人口調查，或者在1920年代藉著「保健衛生調查」的名義，配合醫師的專業而進行地區性深入的衛生調查。至1930年代，更是由樂生院本

⁴⁹ 1907年日本癩預防的要點包括：醫師對癩患有報告的義務，官方對患者住處應消毒預防，對流浪患者給予收容療養，救護費由被救護者或扶養義務人負擔，及國庫對道府縣療養所提供1/6至1/2補助等。1931年「癩預防法」修改為：療養所入所資格擴張，入所費及臨時救護費全額由國庫或道府縣負擔；禁止患者從事有傳播病菌之虞的職業，對患者及其家族給予生活費補助，醫師及癩預防事務者有守密的義務，監督私立療養所，及對醫師違反病例報告義務者加重罰金。上川豐，〈法律癩預防法に就て〉，《臺灣社會事業の友》74（昭和10年[1935]1月），頁152-158。（本文另在昭和7年[1932]1-3月《臺灣警察時報》發表）；山本俊一，《日本らい史》，頁127。

⁵⁰ 近現代資料刊行會計畫編集，〈癩預防法台湾施行に関する法令〉，《植民地社会事業関係資料集：台湾編19救療事業——ハンセン病政策(1)》（東京：近現代資料刊行會，1999），頁135。

⁵¹ 日本學者對於上川豐的歷史評價，認為他在1934年之後即選擇順從官方絕對隔離政策。不過，本文爬梳上川氏的醫學傳承及樂生院患者統計長期維持「門診」一項，研判他在殖民政策執行上的權宜性。日本學者討論參考：清水寬、平田勝政，〈補卷七：解説〉，頁4-5。

⁵² 參考大谷藤郎，〈らい予防法廃止の歴史：愛は打ち克ち城壁崩れ陥ちぬ〉（東京：勁草書房，2001）；山本俊一，《日本らい史》。

身的癩病專家進行地區性的流行病學調查。⁵³ 據此，殖民地癩病人口群的樣態也越來越清晰，包括它的數量、質量及其異動。如〈表三〉是衛生警察執行的「歷次臺灣癩患者數調查」，可知 1900 年至 1939 年為止總共執行 9 次調查，1930 年公佈防癩法之前，長達 30 年之間僅執行 4 次，公佈之後 9 年間執行 5 次。其中，殖民地癩患者包括內地人（日本人）、本島人（臺灣人）、外國人（華僑或中華民國人）；患者數及其歷次變化，可知本島人患者最多，除 1930 年 7 月調查為 1,029 人，其餘歷次大多是 700 餘人；至於內地人，人數雖相對較少，但從最初 8 人、增加至 1930 年的 39 人，難怪引發殖民當局的注意；另外國人，則從 6 人增加至 1930 年的 16 人。從上表兩項統計，即比較前次的增減及人口萬人比，約略可知癩病流行的變動。

〈表四〉為 1930 年 7 月警察執行的詳細調查，是官方為準備同年 12 月樂生院開始收容患者的實務調查，包括各種族患者的地區別及性別差異，患者多數是男性，在總數 1,084 人之中，男性 733 人、女性 351 人，女性僅男性的 2/1；不過，內地人之中女性患者卻與男性相近，是 19 人對 20 人，極可能引發殖民當局的注意。就地區別而言，臺北州、臺南州、高雄州及澎湖廳等患者人數較多，因此日本官員重視患者集中臺北市街的狀況，⁵⁴ 以及進行相關地區的流行病學調查。尤其，1931 年起日本政府採取癩病絕對隔離政策，目標設定在將所有患者收容隔離於療養所，患者人數統計或推估也更顯重要。因此，幾位日本癩病專家分別推估臺灣患者人數，從數千以至數萬；依據上川豐的推估，認為至少在兩三千人以上，並指出樂生院的收容量相對極為有限。⁵⁵

基於臺灣癩患人口數的這類推估，1934 年臺灣沿用日本「癩預防法」之後，地方官廳也如同其國內「無癩運動」，開始廣泛的強制搜捕患者，造成社會恐懼的氣氛。殖民當局灌輸公眾癩病是可怕的傳染病，驅使患者進入療養院，人們也因此害怕此種疾病；患者也察覺自己是被恐懼的對象，對癩病的恐懼及負面印象

⁵³ 參考上川豐、賴尚和、佐藤忠夫、馬嶋四郎，〈近海部落ノ癩調查成績〉，《臺灣醫學會雜誌》35: 381（昭和 11 年[1936]），頁 2869-2872。上川豐、賴尚和、馬嶋四郎、佐藤忠夫、市川修三，〈高雄、臺南兩州下ニ於ケル癩調查成績〉，《臺灣醫學會雜誌》36: 393（昭和 12 年[1937]），頁 2795-2797。

⁵⁴ 上川豐，〈內臺癩病觀の異同〉，《臺灣社會事業の友》67（昭和 9 年[1934] 6 月），頁 18-19。

⁵⁵ 上川豐，〈臺灣に於ける癩病人が果して幾千人あるでしょうか〉，《臺灣社會事業の友》27（昭和 6 年[1931] 2 月），頁 110-111；上川豐，〈樂生院の使命〉，頁 4-5。

或污名被增強。癩病一旦被污名化，即產生雙向的影響，一方面促使社會排除患者，將其送進療養所，另一方面患者被迫脫離社會，逃避至療養所以減輕心理的壓力。⁵⁶ 要言之，政策在鉅觀的生物政治層次運作，不僅有效掌握癩病這個人口群「癩患者」，使其成為一種集體意識運作的基礎，也導致社會對於癩病患者的普遍疑懼，而將其被動或主動排除、或逃離社會「外部」，而進入療養所之內。

其次，政策運作在個人身體、微觀的生命控制層次，最重要的是患者進入療養所的過程，以及機構的內部管理對患者進行的身分／認同的規訓。樂生院歷經短暫的相對隔離，但絕大部分是「絕對隔離」階段；患者既多數被強制帶進機構，嚴格管控其在院內的生活作息，並以長期或終生隔離為目標，因此使樂生院成為典型的「全控機構」。

從樂生院的運作方式，確實可見全控機構的許多特點。首先，患者入院經過核准過程（admission procedures），這至少包括消毒、指導規定、分派住所，以及個人身分紀錄如近身照相、戶口或身家紀錄等，⁵⁷ 目的在使新入院者「修整」為符合機構行政及例行運作的「客體」，並藉此削減個人先前的多種自我身分，使其可能轉變成為院內新的分類成員。其次，院內生活必遵行院方規劃的「作息表」，包括醫療、勞動工作、教育、娛樂等各種生活作息。再者，進出機構被嚴格的管控，未經核准而任意出院者（或逃走者）將被處罰；尤其，1934年臺灣的沿用日本1931年修訂的「癩預防法」，授給警察及療養所所長更大的行政裁量權，使入院者行動遭受嚴厲的管控或懲戒。⁵⁸ 此外，入院者被限制或阻斷家族或親友的聯繫，造成其自我身分與角色嚴重縮減或者被剝奪，甚至人生發展的重要階段如受教育、結婚、生育等，不是受到限制、就是完全被剝奪。⁵⁹

不僅如此，樂生院的運作為完成顯著、外部目標，即徹底隔離患者之外；又輔以內在、潛藏的目標及策略，即入院者（患者）被賦予三種特定的身分，包括：

⁵⁶ Hajime Sato and Minoru Narita, "Politics of Leprosy Segregation in Japan: The Emergence, Transformation and Abolition of the Patient Segregation Policy," *Social Science and Medicine* 56: 12 (June, 2003), pp. 2529-2539.

⁵⁷ 樂生院作為西方現代醫療機構，有一套明確的患者管理制度及醫療記錄，因此留存包括病歷表及患者身分帳等院史資料。

⁵⁸ 這是指伴隨1934年「癩預防法」在臺灣公佈施行，其施行細則之中包含「臺灣總督府癩療養所患者懲戒檢束規定」一項。

⁵⁹ Erving Goffman, *Asylum: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmate*, pp.14-28.

醫療實驗的對象、道德改造的目標以及殖民支配的客體。⁶⁰ 院長上川豐在樂生院營運之初，開宗明義說明「樂生院的使命」如下：

樂生院的使命是為根絕此國辱病，實現真正的文化國。……將臺灣全部癩患隔離在療養院，終生斷絕他們與一般健康者的接觸。……不僅醫療其身體、也救濟其精神，使療養院成為唯一安住地，讓他們在此安心快樂地度過一生……才能將本島從此病魔徹底解救。⁶¹（粗體為作者標示）

換言之，癩病為日本的「國辱病」，能否根除癩病是攸關國家顏面的「政治」議題；以及癩病攸關文化或文明程度，根除癩病才能成就為文明國家。關於臺灣「本島人」的癩病問題，上川豐認為是「文化」落後所造成；他認為臺灣本島人因文化落後，對於癩病的觀念頗為閒散、毫無防範心理，比如癩患同坐一起吃飯或分吃食物，以及癩患自由出入市集、買賣雜物，或從事其他各種職業，這些都有傳染的危險。而防範危險的方法，是培養民眾的癩病知識。為預防、根絕癩病，必須將所有患者絕對隔離，以國家經濟狀況，必須動員全國民眾作為後援。⁶²

由於隔離療養所的營運為政策的核心事務，為使療養院成為安住地，則患者醫療與精神救濟兩者兼備。因此，樂生院區充實患者醫療及生活所需的各種設施，如設置內外科、眼科、放射線科等，提供大風子油治療以及其他合併症；各項生活設施如浴場、廚房、禮拜堂、學園、運動場，及養雞場、菜圃、戲台等，提供日常生活、宗教、教育、勞動、娛樂等設施。⁶³ 其他重要活動如養豬、養雞、耕作及看護等勞動工作，以及放映電影或舉辦慰問會等。⁶⁴ 換言之，療養所建構

⁶⁰ Tumelo Tsikoane, "Book Review: People Are Not the Same," pp. 120-122.

⁶¹ 上川豐，〈樂生院の使命〉，頁3。

⁶² 他認為這個社會運動的目標包括：推促完成隔離、救療所有癩患者的設施，使民眾具備關於癩病的知識與理解，對患者救濟、安慰以及善導，對患者家族採取救濟及開放的態度，癩患者孩童的安置問題，以及獎勵癩病醫學、社會學的研究等。上川豐，〈癩預防根絕事業と社會性運動〉，《臺灣社會事業の友》27（昭和6年[1931]2月），頁112-121。

⁶³ 1931年底為例，院內設置內科、外科、眼科、放射線科等，由醫長（院長）、醫官、醫官補、調劑手、護士長、護士等14人負責治療工作；以大風子油為注射藥劑，兼用內服藥及補充營養劑等，而其他各科疾病則採取對症療法。臺灣總督府樂生院編，〈臺灣總督府樂生院昭和五、六年統計年報〉（臺北：編者，昭和7年[1932]），正文前、照片資料。

⁶⁴ 李維湘（樂生院醫員），〈樂生院の現狀に就て〉，《臺灣社會事業の友》27（昭和6年[1931]2月），頁190-192；另參考范燕秋，〈近代臺灣的癩病療養所與疫病隔離空間〉，頁198-200。

一個這群患者集體生活的社區，並透過職務分工及調解身心的活動，使其安定居住於院區。

樂生院方所設定的目標，其運作的成效如何？從樂生院內的醫療設施，⁶⁵ 以及患者醫療和生活安排來看，⁶⁶ 可證實樂生院是兼重實驗治療的研究機構，其治療成果如表四。大風子油是當時唯一有效的癲治療藥，表五統計 1930 年至 1939 年之間，施行該療法患者 542 個病例。依據上川豐的說明是：臺灣的癲患者症狀輕微的居多數，對於治療的反應指數為 6 至 7，較日本本國為佳，有效者達 56.6%。不過，樂生院在 9 年之間新收患者 1,200 多人，有效退院者 56 人，其中復原良好者又僅 42 人，再發入院者有 11 人。他的結論是：癲病初期診斷為輕症者，充分看護、治療，就能獲得有效治療；然而，末期重症患者，則無法治癒。⁶⁷ 就這結果觀之，患者痊癒出院的比例甚低，實際上，患者被實踐的是「醫療實驗的對象」。

此外，院內生活另一重要的活動是「勞動治療」，這點類似教會療養所「工作治療」的宗教規訓。從院方的論述觀之，這是日本療養所對患者進行道德改造的一種方式。依據日本癲病專家光田健輔的規劃，是在園內建構「家族主義的樂園」，勞動與工作是園區重要的事務，因此稱為「勞動治療」。他認為：工作可使患者感受到樂趣，忘掉疾病的憂愁，也有少許收入；而且，輕症者協助看護重症者，建立互助合作的關係，足以改造其人生觀。⁶⁸ 不過，從院內運作的實務觀之，由於療養所工作人力有限，有效運用患者本身的勞動力，又是院務營運得以順暢的重要方法。⁶⁹

⁶⁵ 臺灣總督府樂生院編，《臺灣總督府樂生院昭和五、六年統計年報》，頁 36。

⁶⁶ 依據院內生活的安排，早上為治療時間，下午專注於各種勞動與工作。李維湘，〈樂生院の現状に就て〉，頁 190-92。

⁶⁷ 上川豐，〈癲治療法の現況〉（第 13 回日本癲學會特別演講），《レブラ》11（昭和 15 年[1940]），頁 25-27。

⁶⁸ 這是對於日本防癲政策影響最大的光田健輔醫師所提出的。光田氏在 1930 年、擔任日本第一所國立癲療養所「愛生園」院長之際，就其先前的實務經驗提出建構療養所完整的構想，並運用在愛生園。他提出療養所作為「家族主義的樂園」主要有五大信條：一，職員與患者的融合精神，二，互助精神，三，犧牲奉獻的精神，四，廢除虛禮的精神，五，共誓建立園區的發展。光田健輔，《愛生園日記》（東京：每日新聞，昭和 33 年[1958]），頁 59、144-148。

⁶⁹ 不過，這也造成另一問題是低廉的人力剝削，以及過度勞動使病情惡化。這是日本學者追究日本防癲政策造成的人權侵害問題之一，在臺灣樂生院的情況如何，有待進一步探究。臺灣總督府樂生療養院編，《樂生院年報五、六年》，頁 41-46。清水寬，〈植民地台湾におけるハンセン病政策と実態〉，收於永岡正己監修，《植民地社会事業関係資料集・台湾編》（東京：近現代資料刊行会，2001），別冊（解説），頁 172-173。

樂生院內的勞動治療，其意義也是如此。即在安慰患者無聊，防止不善發生；在涵養園藝農業趣味之中，鍛鍊身體健康，產品由院方買收，一舉兩得。當時院內工作，包括患者總代表和副總代表、住宅和病棟管理、協助教學、醫療藥劑雜役、理髮、洗衣物、繃帶雜役、糞尿處理及種菜和養雞、豬等。為建立患者相互支援關係，住所空間安排是：男、女區別，每棟內部以隔間區分，每室約住 20 人；病棟內區隔為 8 小間，分別供給重症者、日人和臺人年少者等，其中一間為看護人室，供一般患者看護重症患者之用。⁷⁰ 其中，院內日、臺籍患者居住空間區別，反映殖民地社會的人群結構。

至於患者精神生活，則反映患者成為文化改造的目標，以及殖民支配的客體。對於院內「非內地人」患者，上川豐的觀感是：最初入院患者多數為流浪乞食者，也是未受教育者；「向來中國人、本島人（臺人）最好賭博」，而且「猜忌心重」。因此，提供娛樂和精神安慰，以減少逃脫和賭博，如臺灣歌仔戲、活動寫真（電影）、新聞雜誌、留聲機等，以及獎勵園藝、耕作；或者聘請名人、牧師講話說教，給予宗教信仰自由等。另施行簡易教育，1931 年 3 月起針對兒童和有意願者，以涵養日語和給予安慰為主旨，使用公學校讀本如算數、寫字、圖畫等為教科書，由懂得臺語的患者教授之。1932 年 4 月，設立「樂生學園」，使這些教學規制化。⁷¹

另一項精神生活在規訓日本帝國意識，這項操作透過院內日語教育，以及樂生院獲得日本皇室、特別是皇太后的關愛及經費支援。日本皇太后每年頒給療養所「恩賜」資金，或對其任職者獎勵和患者慰問，以至頒賜「安慰患者」詩歌等。⁷² 這些作法另一深層的用意，在換取患者回報「皇恩」，包括鼓勵患者接受隔離或節育措施，視為報效國家民族的作為，如同軍人出征是保鄉衛國的神聖使命一般。⁷³ 同時，藉由特定的命名如「恩賜紀念運動場」、「恩賜治療室」、

⁷⁰ 臺灣總督府樂生院編，《臺灣總督府樂生院昭和五、六年統計年報》，頁 39。

⁷¹ 依據院方統計臺人（本島人）宗教信仰，其說法是：多數仍依循舊慣、信仰神佛，或為迷信所支配。《臺灣總督府樂生院昭和五、六年統計年報》，頁 39-45。清水寬，〈殖民地台灣におけるハンセン病政策と実態〉，頁 176。

⁷² 關屋貞三（前宮內次官），《皇太后陛下の御仁慈と癩預防事業》（東京：財團法人癩預防協會，昭和 10 年[1935]），頁 2-3。

⁷³ 1920 年代以來，光田健輔為日本癩病根絕問題獻策，提供重要的理論與實務的經驗，影響甚鉅。藤野豊，《日本ファシズムと医療：ハンセン病をめぐる実証的研究》（東京：岩波書店，1993），頁 100-123。

皇太后御賜「御碑歌」，促使患者在感謝皇恩之餘，強化從社會隔離、到完成癲病淨化的使命；藉此，持續強化其社會身分／認同，⁷⁴ 成為帝國的忠實良民。

以上，殖民權力藉著院內活動，持續規訓患者個人身體及精神，其運作也並非全然順暢，而是如樂山園一般產生某種抵抗。如〈表二〉樂生院歷年收容患者之中，以「異動」一項可供參考。以 1939 年為例，院方檢討患者逃走問題，就近期逃走的患者一百人所作調查，從收容到逃走的時間概況，以三個月內逃走者最多共 73 人，半年以上逃走者仍有 2 人。至於逃走的原因，主要是因強制收容以及擔心家中事務。其後，這些患者被再度收容的方式，包括自動歸院者 42 人，警察逮捕收容者 58 人，⁷⁵ 顯示自動歸院的比例頗高。其實，患者逃出之後面臨兩種壓力，一是外部社會環境的排斥，另一是警察取締、逮捕的威脅，最終還是「回歸」樂生院。但表二患者的異動，歷年持續有所增加，可知患者的「抵抗」透過「權力」的縫隙紓解，主權者無法全然如願。

從樂生院入院者在戰後的動向觀之，又可見殖民權力對於患者身分／認同建構難以忽視的影響。當日本殖民時代結束，樂生院方控制突然消失，患者雖可以返回原鄉居住，然本地的臺灣人不少是選擇留在院區生活；或者有人一度返鄉，又因無法適應而再度返回院區居住。殖民當局最初設定「以樂生院為患者終生居住地」，似乎獲得一定程度的實踐。同時，患者在療養所內因職務分工而產生的職業身分，包括被分配的職務如洗衣、照護，或者因院區發展而新產生的工作如經營磚窯廠，在戰後成為她／他們選擇的職業身分之一。⁷⁶ 甚至，從二十世紀末、跨越到二十一世紀之初，患者身分成為樂生院民集體行動、進行社會抗爭的依據，更證實殖民權力對於患者身分形塑的深遠影響。

⁷⁴ 即包括：「恩賜紀念運動場」、「恩賜治療室」、貞明皇太后御賜安慰患者詩歌（1932）、日本國家神道信仰「神社」等，以及種植皇太后贈送的風樹。清水寬，〈植民地台湾におけるハンセン病政策と実態〉，頁 206。

⁷⁵ 院方對於患者逃走之事，提出的改善方法包括：充實院內設施、給予適當指導、使外部人同情理解患者，及使癲家族了解癲病的傳染性等，最終在使患者能安住院區。福留榮，〈癲患者より受ける相談と癲患者の家族なるが故の悩み〉，《臺灣社會事業の友》127（昭和 14 年[1939]），頁 31-32。堀江生，〈癲患者はなぜ逃げたりするか〉，《臺灣社會事業の友》127（昭和 14 年[1939]），頁 44-47。

⁷⁶ 這是作者 2004 年夏季在院區進行訪談所得知的許多案例。

表二 府立樂生療養院歷年收容患者

年代	定員	診療別	年初	收容	異動	年終	年代	定員	診別	年初	收容	異動	年終
1930	100	住院		6		6	1937	427	住院	354	159	70	433
		門診							門診	2	7	5	4
1931	100	住院	6	140	43	103	1938	587	住院	443	270	85	628
		門診		2		2			門診	4	7		11
1932	100	住院	103	38	27	114	1939	700	住院	628	125	73	680
		門診	2	1	2	1			門診	11	2		13
1933	115	住院	114	26	22	118	1940	700	住院	680	64	109	635
		門診	1	2	1	2			門診	13	2	1	14
1934	115	住院	118	18	19	117	1941	700	住院	635	81	117	599
		門診	2	7	1	8	1942	700	住院	599	140	92	647
1935	227	住院	117	138	32	223	1943	700	住院	647	112	106	653
		門診	8	2	4	6	1944	700	住院	653	63	140	576
1936	327	住院	223	205	74	354	1945	700	住院	576	62	196	442
		門診	6	6	6	6	1946	(移交後)					

資料來源：李騰嶽纂修，《臺灣省通誌稿：卷三政事志衛生篇》，第一冊，頁 211-213。

表三 歷次臺灣癩患者數調查

調查年度	內地人	本島人	外國人	合計	與前次比較	人口萬人比
1900	8	797	6	811		2.56
1918	13	624	4	641	-170	1.80
1926	9	731	16	756	+115	1.86
1929	5	632		637	-119	
1930、7	39	1029	16	1084	+447	2.43
1935、7	33	792	25	850	-234	1.60
1936、12	46	759	22	827	-23	1.52
1938、12	45	776	21	842	+15	1.47
1939	51	761	20	832	-10	1.41

說明：內地人為日本人，本島人為臺灣人。

資料來源：上川豐，〈臺灣の癩と南支那の癩〉，《臺灣社會事業の友》127(昭和14年[1939]6月)，頁10。

表四 1930年7月臺灣癲患調查

州廳別	內地人			本島人			其他			合計		
	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計
臺北市	18	18	36	280	140	420				298	158	456
新竹州				34						34		34
臺中州	1	1	2	64	15	79				65	16	81
臺南州				202	95	297	5	1	6	207	96	303
高雄州				74	29	103				74	29	103
花蓮港廳	1		1	8	3	11	1		1	10	3	13
臺東廳				2	1	3	7	9	16	9	10	19
澎湖廳				36	18	54				36	18	54
合計	20	19	39	700	323	1,023	13	10	23	733	351	1,084

說明：1930年石井保擔任總督府警務局長，負責執行此調查工作。又，內地人為日本人，本島人為臺灣人

資料來源：石井保，〈台灣に於ける癲に就て〉，《台灣社會事業の友》27（昭和6年[1931]2月），頁10。

表五 樂生院大風子油治療成績(一)

病型	斑紋癲						神經癲						結節癲						合計			
	有效			無效			合計	有效			無效			合計	有效			無效			合計	
	著	輕	稍	無	惡	著		輕	稍	無	惡	著	輕		稍	無	惡					
例數	5	13	5	5	4	32	29	81	6	58	22	196	37	117	75	71	75	314	542			
%	71.9			28.1			59.2			40.8			53.5			46.5				100		

樂生院大風子油治療成績(二)

治療結果	有效			無效	
	顯著	改善	稍改善	未變	惡化
例數	37	117	14	71	75
合計	307			235	
%	56.6			43.4	

資料來源：上川豐，〈癲治療法の現況〉，《レプラ》，第11卷（昭和15年[1940]），頁25。

五、治療新藥、政策轉變與患者的自主認同

相較於 1945 年之前，各種社會政治力量交織於癩病的場域；1945 年之後，基於國際癩病藥物的研發與進展，患者作為疾病載體的生物特徵成為政策的核心，戰前絕對隔離政策在新時代因此被檢討修正，防癩政策轉向門診、開放措施，原先被特殊化、污名化的癩患群體也有可能逐漸回歸、消融於社會，患者的身分也歷經另一次重大變遷。不過，由於戰後臺灣歷經政權轉移，政局動盪不安，以及政策制定遲緩的影響，這樣的轉變過程極為緩慢。

1940 年代初期，美國醫師 Guy H. Faget 以原本研發為治療結核病的 Sulfones（磺胺類藥劑）Promin，轉而試驗治療 Carville 癩療養所患者而產生重大醫療成效；這是韓生氏發現癩桿菌以來，對癩病控制影響最大的另一件大事，帶動癩病治療革命性的發展。⁷⁷ 1950 年代，國際上廣泛運用 Sulfones 包括 Promin、DDS（Diamino Diphenyl Sulfone）之後，在醫療院所進行早期診斷與化學治療，成為癩病控制的主要措施，隔離療養所的重要性大為減低。然而，多數國家採行患者隔離措施之後，政策轉變所面對的最大困難在於如何取消隔離療養所，以及將患者重新整合到社區或回歸社會。實際上，不少患者仍留置療養所，造成癩病防治計劃的沉重負擔。⁷⁸ 1945 年之後，臺灣因歷經政權轉移，癩病處理面臨更為複雜的情勢。

1945 年 8 月日本殖民時代結束，同年 10 月國民政府代表盟軍接收臺灣；當時臺灣因政局動盪的影響，防癩政策停留在戰前絕對隔離的階段。1949 年 2 月，

⁷⁷ Sulfones 磺胺類藥劑於 1908 年德國化學家 Forman 和 Witmann 兩人所合成，是以治療結核病而早已被研發。其後，運用於治療癩病乃是 1941 年 Faget 在 Carville 癩療養所開始進行的試驗治療，並於 1943 年發表其研究成效。從癩病防治百年史的角度，1940 年待後期化學治療的進展最重要的意義是使原來「無法治療」的疾病轉向「可以治療」，也因此具有此里程碑的地位。此外，作者感謝審查意見補充指出：「單一使用 dapsone 時，患者會很快出現抗藥作用。新的希望寄託於 rifampicin 與 clofazimine，這兩種藥物普遍的應用於臨床治療則是 1960-70 年代之事。」。Becheli L. M., "Advance in Leprosy Control in the Last 100 Years," pp.285-297; Charles C. Shepard, "Experimental Chemotherapy in Leprosy Then and Now," *International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases* 41: 3 (June, 1973), pp. 307-319.

⁷⁸ Hajime Sato and Minoru Narita, "Politics of Leprosy Segregation in Japan," pp. 2529-2539。

省政府公佈「臺灣省癩瘋病預防規則」，沿用戰前舊法規，以強制收容隔離患者為主要措施。⁷⁹ 從中國大陸先後來臺的軍民，發現不少癩病患者，也被強制收容於樂生院，加上戰前被隔離的患者，收容人數最多時達一千餘人。樂生院成為新、舊癩患者混雜居住的院區。

1962 年，臺灣因應國際新局而廢止強制收容，改採門診、開放措施。⁸⁰ 這時防癩工作的重點，首要在全臺各地設置癩病門診，加強早期診斷發現、早期治療，其次針對樂生院癩病痊癒者，協助其回歸社區。實際上，政府部門在這兩方面都面臨不少困難，前者問題在於衛生經費與癩病診療醫人才的不足。之前於 1954 年，臺灣癩瘋救濟協會（Taiwan Leprosy Relief Association）成立，以繼承戴仁壽醫師對於癩病患者的關懷與醫療為宗旨，⁸¹ 成立之後、隨即在臺灣各地陸續設置特別皮膚科門診，適時協助防癩政策朝向門診開放的轉型。

1960 年代，樂生院院方協助痊癒者回歸家庭、社會，部分痊癒者順利返鄉，然不少患者終究因「麻瘋」的污名，被迫再度返回樂生院，居住在院區。在當時開放、門診的政策之下，樂生院對於患者監控逐漸放鬆，其康復者進入社會活動的也越頻繁；不少住院者以樂生院為家園，在身體機能允許的情況之下，早出晚歸，自力更生、謀求生計。同時，戰後初期各宗教團體，先是延續戰前運作基礎的基督教、佛教，以及戰後進入院區的天主教，是提供院民物質與精神生活的重要支援、力量，也是戰後的患者及其痊癒者得以安住院區的因素。

總之，1960 年代以來，臺灣癩病防治政策轉型為門診、開放之後，患者診療就醫經由兩個管道，一是各地、特別是臺灣癩病救濟協會所主持的門診或小型療養所，這群主要是居家治療的患者；另一是樂生院，這裡以較長期的治療或住院為主，當各地發現新病例，若是開放性患者仍然送到樂生院，「暫時」住院就醫。儘管國際上癩病醫療新藥不斷有所進展，但是由於癩病緩慢發病、以及必須長期治療的特性，使得這兩個管道登記的患者人數，遞減速度極為緩慢。

⁷⁹ 〈臺灣省癩瘋病防治規則〉（中華民國 38 年 2 月 12 日，參捌、丑文府綜法字第 9034 號），《臺灣省政府公報》春字第 36 期（1949），頁 483。

⁸⁰ 臺灣省立樂生療養院編，《臺灣省立樂生療養院機關誌》（臺北：臺灣省立樂生療養院，1996），頁 25-26。

⁸¹ 臺灣癩瘋救濟協會，其前身為成立於 1932 年的臺灣癩病傳教團（即「臺灣救癩協會」，Taiwan Mission to Leper，簡稱 TML），TML 由戴仁壽醫師發起、創立。

至 1990 年代，各地門診管理的患者，以及集中居住於樂生院的患者，為數仍然不少；不過，由於臺灣的癩病流行率已然降低，新病例也不多，臺灣社會已不太注意這群人的存在。依據官方癩病統計資料，1992 年臺灣癩病新發現病例為 17 人，樂生院收容人數為 611 人，全國列管人數是 3,576 人。其中，樂生院顯然仍是患者集中居住的社區，不少患者居住於院區長達半個世紀以上，形成獨特的生活形貌，以及遺世獨立的社群。

二十世紀末，標榜著國家重大工程的捷運機場以公共利益的名義，開始準備全面進駐此院區，取代樂生院入院者長期居住的家園。1990 年代初期，新莊線捷運工程規劃的階段，樂生院區仍居住約四百多位無法返歸社會的院民，這件事實並未受到政府有關部門充分的重視，因此貿然被設置為捷運「維修機場」用地，樂生院必須讓出絕大多數的空間，院民也將被迫搬入新環境「醫療大樓」。最初，院民在歷經抗爭無效之後，原已宿命的接受官方政策安排；不過，在跨越新世紀（二十一世紀）之初，承接 1990 年代以來臺灣社區主義的發展，終於有社區團體及學者驚覺樂生院遭遇的悲運，為「搶救樂生院」而奔走、請願。2002 年春季，社區團體發動第一波搶救行動，以至 2003 年底開始，新一波的搶救運動發動之後，蔚為豐沛的社會力量，持續至今（2009）。

藉著這波「搶救樂生院」的社區運動，樂生院入院者有機會站出來對社會發言，患者自我的聲音得以傳達出來。他們藉著訴說作為癩患者的特殊遭遇，從身體的病痛、到所承受的社會偏見與歧視，希望獲取社會的理解與支持，增強抵抗不合理政策的力量與籌碼。在此，癩患者獨特的生命故事，成為患者自我認同、增強自信的憑藉；病患本身真實而個人的生命經驗，同樣具有形塑自我身分的力量。此外，從樂生院的近百年史觀之，儘管患者在不同時期或不同因素而被收容入院，這個院區成為集體意識形成及運作的基礎；在這個院區存續面臨危機之際，這群人運用這個集體意識爭取他們的權利，試圖穩固他們自己的生活。他們是在疾病經驗的共通點（commonality）轉化為院區／社區（community）動員的力量。⁸²

⁸² Eric Silla, *People Are Not the Same*, p. 27, 189.

六、結語：被範限的患者身分／認同

在臺灣近代癲病歷史上，患者身分的建構顯然來自四種社會和政治力量的激盪與作用，包括近代國家公共衛生、教會組織與宗教信仰、現代醫療機構「療癢所」、患者的自我認同等。這些力量主要在日本治臺之後，開始發揮其形塑患者認同的作用，並在臺灣特有的政治及社會環境之下，持續影響癲病患者的身分／認同；越是晚近的階段，患者自我形塑的可能性更高。

在癲病患者身分因現代醫療介入，而逐漸明確的過程，這群人又成為兩種「全控機構」管理的對象，一種是代表基督教會及醫療組織的機構「樂山園」，另一種屬於日本殖民政府的西式醫療機構「樂生院」。這兩者作為「全控機構」的特性略有差異，因此對患者身分形塑，其效應也略有不同。依據社會學家對於全控機構的「類型」分析，所依據的三項主要指標是：機構的開放或封閉特性、外顯的目標、入院者順從模式。其中，外顯的目標可能包括：完成外在工作如軍事或經濟的目的、隔離本身就是目的、以改造入院者為目標，至於入院者順從模式可能有：強迫或壓制、因規範或倫理、獲得報酬或利益。若以這些指標加以分析，樂山園在機構性質屬於介於開放與封閉之間的「中間型」，外顯目的是進行宗教信念的改造，而入院者的順從模式是規範的或倫理的；相對的，樂生院屬封閉型機構，目的除隔離本身之外，也加入「改造」患者的政治意識形塑，順從模式則混合著壓制與給予報酬。⁸³

就全控機構的類型而言，儘管「樂山園」和「樂生院」兩者略有差異，然而癲病患者在「進出」這兩個機構的過程，其原本在一般社會生活可能產生的多重身分／認同，遭受嚴重的規制及限縮。樂生院以絕對隔離、封閉的運作，在療養所空間內部，重新建構屬於患者生活的隔絕社區，其間先剝去、排除先前社會生活的各種身分／認同，而後賦予在新社區之內特定的身分／認同。另一者，樂山

⁸³ 這段討論引用 Davies 的分析觀點，他對於全控機構的特性，在機構開放與封閉類型之間，加入一種較有彈性的中間型 (intermediate category)，作者認為「樂山園」即屬於中間類型。Christie Davies, "Goffman's Concept of the Total Institution, p. 83, p. 90.

園對於患者的進出園區較為彈性，然而透過現代醫療及宗教信念的規訓，重新塑造入院者的生活型態或價值信念，也規制其身分／認同的方向。在這兩種機構的規訓之下，共通的交集仍是患者的特殊身分，這也成為跨越政權變動，以及時代更迭，這群人特定社會身分的重要來源。

由於戰後臺灣政權轉移所造成的政局動盪不安，以及政策開放變革的遲緩，患者群體回歸、消融於社會，其轉變極為緩慢。二十世紀末，標榜著國家重大工程的捷運機場以公共利益的名義，欲全面進駐、取代樂生院區；跨越新世紀之初，當社區團體及學者起而為「搶救樂生院」而奔走、請願之際，樂生院不同世代的入院者也站出來發言，陳述作為患者的特殊人生遭遇，以增強抵抗不合理政策的力量與籌碼。此時，樂生院入院者所召喚的不僅是真實的個人生命經驗，也提醒這個院區所凝聚的臺灣近百年來癩病的社會歷史。戰前日本殖民當局運用國家權力，對癩病控制發揮社會的、鉅觀的生物政治，以及對個人身體的、微觀的生命控制。這種現代權力的基礎在於科學醫學知識，以及運作於社會生活及個人的自我認知，因此形成持續性、生產性的效力。這種近代權力不僅形塑患者身分／認同，也具有授權這群人集體行動的力量。

二十一世紀之初，以「搶救樂生院」的社區運動為起點，接續帶動的是患者人權運動。這群曾經是癩病的受害者也展開持續的「復權運動」，藉著自主的陳述他們多元的社會身分，包括：文學家、畫家、宗教服務者、社會運動者等，重新界定自我的認同及人生信念價值。而且，這群人的「復權運動」仍方興未艾。

引用書目

《臺灣日日新報》，昭和5年[1930]12月13日，第11015號第7版。

《臺灣總督府公文類纂》

Roy Porter (著)、王道還 (譯)

2005 《醫學簡史》。臺北：商周出版公司。

Y. I. 生 (伊能嘉矩)

1908 〈臺灣の漢人に見らるる癩病に對する迷信〉，《東京人類學會雜誌》22(250): 147-148。

上川豐

1931 〈臺灣に於ける癩病人が果して幾千人あるでしょうか〉，《臺灣社會事業の友》27: 110-111。

1931 〈癩預防根絶事業と社會性運動〉，《臺灣社會事業の友》27: 112-121。

1932 〈樂生院の使命〉，《臺灣時報》136: 6-7。

1934 〈内臺癩病觀の異同〉，《臺灣社會事業の友》67: 18-19。

1935 〈法律癩預防法に就て〉，《臺灣社會事業の友》74: 152-158。

1939 〈臺灣の癩と南支那の癩〉，《臺灣社會事業の友》127: 2-12。

1940 〈癩治療法の現況〉(第13回日本癩學會特別演講)，《レプラ》11: 25-27。

1952 〈臺灣總督府の救癩事業回顧〉，《レプラ》21(5): 197-198。

上川豐、賴尚和、佐藤忠夫、馬嶋四郎

1936 〈近海部落ノ癩調査成績〉，《臺灣醫學會雜誌》35(381): 2869-2872。

上川豐、賴尚和、馬嶋四郎、佐藤忠夫、市川修三

1937 〈高雄、臺南兩州下ニ於ケル癩調査成績〉，《臺灣醫學會雜誌》36(393): 2795-2797。

大谷藤郎

2001 《らい予防法廃止の歴史：愛は打ち克ち城壁崩れ陥ちぬ》。東京：勁草書房。

山本俊一

1997 《日本らい史》，増補版。東京：東京大学出版会。

中村不羈兒

1931 〈臺灣に癩療養所の設置せらるるまで〉，《臺灣社會事業の友》27: 149-158。

王文基

2003 〈癩病園裡的異鄉人：戴仁壽與臺灣醫療宣教〉，《古今論衡》9: 116-124。

石井保

1931 〈臺灣に於ける癩に就て〉，《臺灣社會事業の友》27: 6-10。

光田健輔

1958 《愛生園日記》。東京：毎日新聞。

沢野雅樹

1994 《癩者の生：文明開化の条件としての》。東京：青弓社。

李維湘

1931 〈樂生院の現状に就て〉，《臺灣社會事業の友》27: 190-192。

李騰嶽（纂修）

1953 《臺灣省通志稿：卷三政事志衛生篇》，第二冊。臺北：臺灣省文獻委員會。

芹澤良子

2007 〈ハンセン病医療をめぐる政策と伝道：日本統治期台湾における事例から〉，《歴史学研究》834: 27-36。

近現代資料刊行会（計画編集）

1999 〈癩豫防法台湾施行に関する法令〉，《植民地社会事業関係資料集：台湾編 19 救療事業——ハンセン病政策(1)》，頁 135。東京：近現代資料刊行会。

青木大勇

1901 〈癩院設置の必要を論ず〉，《臺灣醫事雜誌》3(6/7): 1-10。

1931 〈癩の預防撲滅法に關する改善意見〉，《臺灣社會事業の友》27: 155-156。

范燕秋

2005 〈近代臺灣的癩病療養所與疫病隔離空間〉，收於范燕秋，《疫病醫學與殖民現代性：日治臺灣醫學史》，頁 179-227。臺北：稻鄉出版社。

宮原敦

1931 〈臺灣の養濟院（癩人收容隔離所）〉，《臺灣社會事業の友》27: 139-144。

梁其姿

1999 〈中國癩瘋病概念演變的歷史〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》70(2): 399-438。

清水寬

2001 〈植民地台湾におけるハンセン病政策と実態〉，收於永岡正己監修，《植民地社会事業関係資料集・台湾編》，別冊（解説），頁 172-173。東京：近現代資料刊行会。

清水寬、平田勝政（編）

2005 〈補卷七：解説〉，《近現代日本ハンセン病問題資料集成・補卷七：台湾におけるハンセン病政策》，頁 4-5。東京：不二出版。

連橫

1992 《臺灣通史》。南投：臺灣省文獻委員會。

陳威彬

2001 〈近代臺灣的癩病與療養：以樂生療養院為主軸〉。新竹：國立清華大學歷史研究所碩士論文。

堀江生

1939 〈癩患者はなぜ逃げたりするか〉，《臺灣社會事業の友》127: 44-47。

菅井竹吉

1910 〈癩結節ノ軟化及ビ化膿ニ就テ〉，《臺灣醫學會雜誌》9(97): 1422。

董芳苑

- 2002 〈臺灣癩瘋救濟之父：戴仁壽博士〉，收於胡健國主編，《20世紀臺灣歷史與人物：第六屆中華民國史專題論文集》，頁337-364。臺北：國史館。

趙榮發

- 1994 〈TLRA40週年回顧〉，收於臺灣癩瘋救濟協會編，《臺灣癩瘋救濟協會四十週年紀念冊》，頁14-17。臺北：臺灣癩瘋救濟協會。

福留榮

- 1939 〈癩患者より受ける相談と癩患者の家族なるが故の悩み〉，《臺灣社會事業の友》127: 31-32。

臺灣省立樂生療養院（編）

- 1996 《臺灣省立樂生療養院機關誌》。臺北：臺灣省立樂生療養院。

臺灣省政府（編）

- 1949 〈臺灣省癩瘋病防治規則〉，《臺灣省政府公報》春(36): 483。

臺灣基督長老教會新樓醫院（編）

- 1936 《南大臺南基督教新樓醫院便覽》。臺南：臺灣基督長老教會新樓醫院。

臺灣總督府樂生院（編）

- 1932 《臺灣總督府樂生院昭和五、六年統計年報》。臺北：臺灣總督府樂生院。

戴仁壽

- 1933 〈樂山園に就て〉，《臺灣社會事業の友》57: 45-49。

藤野豊

- 1993 《日本ファシズムと医療：ハンセン病をめぐる実証的研究》。東京：岩波書店。
1998 《日本ファシズムと優生思想》。京都：かもがわ出版。
2001 《「いのち」の近代史：「民族浄化」の名のもとに迫害されたハンセン病患者》。京都：かもがわ出版。

關屋貞三

- 1935 《皇太后陛下の御仁慈と癩預防事業》，頁2-3。東京：財團法人癩預防協會。

Anderson, Warwick

- 1998 “Leprosy and Citizenship.” *Position* 6(3): 707-730.

Bernabeu-Mestre, Josep & Teresa Ballester-Artigues

- 2004 “Disease as a Metaphorical Resource: The Fontilles Philanthropic Initiative in the Fight Against Leprosy, 1901-1932.” *Social History of Medicine* 17(3): 409-421.

Browne, Staneley G.

- 1974 “The Leprosy Mission: A Century of Service.” *Leprosy Review* 45(2): 166-169.

Bullough, Bonnie & George Rosen

- 1992 *Preventive Medicine in the United States 1900-1990: Trends and Interpretations*. Canton, MA: Science History Publication.

Davies, Christie

- 1989 "Goffman's Concept of the Total Institution: Criticisms and Revisions." *Human Studies* 12(1/ 2): 77-95.

Goffman, Erving

- 1961 *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Garden City, N.Y.: Anchor Books.
- 1963 *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. N.Y.: Simon and Schuster.

Guma, Mthobeli

- 1998 "Reviewed work(s): People Are Not the Same: Leprosy and Identity in Twentieth-Century Mali." *Canadian Journal of African Studies* 32(3): 640-642.

Gussow, Zachary

- 1989 *Leprosy, Racism, and Public Health: Social Policy in Chronic Disease Control*. Boulder: Westview Press.

Gussow, Zachary & George S. Tracy

- 1970 "Stigma and the Leprosy Phenomenon: The Social History of a Disease in the Nineteenth and Twentieth Centuries." *Bulletin of the History of Medicine* 44(5): 425-449.

Kakar, Sanjiv

- 1996 "Leprosy in British India, 1860-1940: Colonial Politics and Missionary Medicine." *Medical History* 40(2): 215-230.

Kipp, Rita Smith

- 1994 "The Evangelical Uses of Leprosy." *Social Science and Medicine* 39(2): 165-178.

M., Becheli L.

- 1973 "Advance in Leprosy Control in the Last 100 Years." *International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases* 41(3): 285-297.

Navon, Liora

- 1998 "Beggars, Metaphors, and Stigma: A Missing Link in the Social History of Leprosy." *Social History of Medicine* 11(1): 89-105.

Sato, Hajime & Minoru Narita

- 2003 "Politics of Leprosy Segregation in Japan: The Emergence, Transformation and Abolition of the Patient Segregation Policy." *Social Science and Medicine* 56: 2529-2539.

Shepard, Charles C.

- 1973 "Experimental Chemotherapy in Leprosy Then and Now." *International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases* 41(3): 307-319.

Silla, Eric

- 1998 *People Are Not the Same: Leprosy and Identity in Twentieth-Century Mali*. Portsmouth, N.H.: Heinemann.

Tsikoane, Tumelo

- 1998 “Book Review: People Are Not the Same: Leprosy and Identity in 20th-Century Mali.” *The International Journal of African Historical Studies* 31(1): 120-122.

Vaughan, Megan

- 1991 “Without the Camp: Institutions and Identities in the Colonial History of Leprosy.” In Megan Vaughan, *Curing Their Ills: Colonial Power and African Illness*, pp. 77-99. Stanford, Calif.: Stanford University Press.

Wang, Wen-Ji 王文基

- 2007 “‘Laying out a Model Village’: George Gushue-Taylor and Missionary Leprosy Work in Colonial Taiwan.” *East Asian Science, Technology, and Society: An International Journal* 1(1): 111-133.

Waxler, Nancy E.

- 1981 “Learning to be a Leper: A Case Study in the Social Construction of Illness.” In Elliot G. Mishler, et al., *Social Contexts of Health, Illness, and Patient Care*, pp. 169-194. Cambridge, N.Y.: Cambridge University Press.

Worboys, Michael

- 2001 “The Colonial World as Mission and Mandate: Leprosy and Empire, 1900-1940.” *Osiris* 15: 207-218.

Leprosarium and Social Identity of Leprosy Patients: The Social History of Leprosy in Colonial Taiwan

Yen-chiou Fan

ABSTRACT

This article explores why and how the self-identity and social identity of leprosy patients were established from the disease, leprosy, itself. Examining the history of leprosy in Japanese colonial Taiwan from the social constructivist perspective, this article further analyzes the social conditions that shaped the identity of disease sufferers over the years. These multi-facet social conditions including the modern (western) medical system, public health policy, missionary medical service, and the founding of leprosarium interacted to account for the formation and transformation of leprosy patients' self-identity and social identity. This study concluded with three main points. First, in the modern history of leprosy in Taiwan, the social identity of leprosy patients was formed only after Japanese rule. Second, most leprosy patients were transferred to two main kinds of institutions. One was run by the Japanese colonial government, like the Lo-Shen Leprosarium; and the other was administered by western missionaries or religious organizations, like the Happy Mountain Colony. The type of institution in which leprosy patients were resettled defined and determined largely their social identity. Finally, leprosy patients' own personal life experience constituted a major force behind the shaping of their own identity.

Keywords: leprosarium, social identity of disease, Japanese colonial Taiwan, total institution, Lo-Shen Leprosarium, Happy Mountain Colony