

臺灣的美援醫療、防癩政策變動與 患者人權問題，1945 至 1960 年代*

范燕秋**

摘 要

本文為臺灣醫療史的研究，係從戰後「美援醫療」的角度切入，運用樂生院機構內部史料，探討戰後臺灣漢生病政策為何以及如何轉變；目的在補足這段歷史研究的空白，並追究政策變革之中存在的人權問題。本文的研究指出：戰後臺灣漢生病政策轉型並非順理成章之事。至 1950 年代中期，戰前日本強制隔離措施成為一種政策遺產，在政權轉移的過渡期持續運作。其後，因美援衛生計畫的介入，以及國際教會組織的協力，始啟動政策變革。1960 年代初，臺灣漢生病處理無論在醫療專業人才的養成，或醫療技術的更新，以至門診治療系統之建立，可見美式醫療的形成。同時，由國際教會組織設立的臺灣癩瘋救濟協會，也運用美援衛生計畫的基礎，投入在地的門診治療系統，以實踐其「醫療傳道」的任務。本文的研究也指出：在美援時代結束之際，樂生院住院患者遭受「醫療實驗」造成的傷害，說明美援醫療所形構的醫學知識／權力關係，也使這群患者承受另一種健康的風險，成為戰後臺灣人權歷史的負面紀錄。

關鍵詞：戰後臺灣、美援醫療、防癩政策、患者人權、臺灣癩瘋救濟協會

* 本文初稿發表於國史館主辦的「中華民國政府遷臺 60 週年學術研討會」，2009 年 12 月 7-8 日。作者感謝兩位匿名審查人提供貴重的修改意見。

** 國立臺灣師範大學臺灣史研究所副教授兼所長

來稿日期：2010 年 1 月 5 日；通過刊登：2010 年 3 月 31 日。

- 一、前言：從美援談起
- 二、戰後初期臺灣的防癩政策與日本殖民政策遺產
- 三、美援與防癩政策變動的時代環境
- 四、美援、國際癩病組織與防癩政策轉型
- 五、政策轉型後的樂生院及患者人權問題：內部管理與醫療實驗
- 六、結論：防癩從澎湖的開始與落幕

一、前言：從美援談起

1945年8月，日本在臺灣的殖民統治結束，同年10月中華民國政府受盟軍委託派官員來臺接收，為戰後臺灣的政權轉移拉開序幕。1949年年底，國民黨政府因國共鬥爭失敗而撤退來臺，1950年6月因韓戰爆發，美國介入東亞政局，並協助穩固臺灣內外部情勢，開啟長達十五年美援的時代（1950-1965）。¹ 從臺灣醫療史的角度，美援進入臺灣，影響了戰前「德日式」醫學轉向戰後「美式」的醫學典範。² 如此重大的醫學體系的變動，對於日治以來的「癩病」政策是否有所影響，³ 是值得探究的問題。

¹ 本文基於美援是以達到臺灣的經濟安定、自給自足為目標，而經濟援助從1951年至1965年為止，前後共達15年，每年金額維持在一億美元左右，因此採用此一分期。趙既昌，《美援的運用》（臺北：聯經出版事業股份有限公司，1985），頁1。文馨瑩，《經濟奇蹟的背後：臺灣美援經驗的政經分析（1951-1965）》（臺北：自立晚報社文化出版部，1990），頁43。

² 「典範」（paradigm）一辭是引用孔恩在《科學革命的結構》一書所提出的概念，泛指一個科學理論的定律、所使用的儀器、方法論、世界觀等。參考Thomas S. Kuhn（孔恩）著、程樹德等譯，《科學革命的結構》（臺北：遠流出版事業股份有限公司，1994），頁91-100。另有關戰後初期臺灣醫學典範的轉變請參考：郭文華，〈美援下的衛生政策：1960年代臺灣家庭計畫的探討〉，《臺灣社會研究季刊》32（1998年12月），頁39-82；黃文弘，〈政經架構、典範碰撞與知識位移：臺灣醫學典範轉折的系譜溯源〉（臺北：國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文，2001）；張淑卿，〈防癩體系與監控技術：臺灣結核病史研究（1945-1970s）〉（新竹：國立清華大學歷史研究所博士論文，2004）。

³ 「漢生病」（Hansen's Disease）這一疾病名稱，最初是因發現其病原菌的挪威醫師漢生（Gerhard Henrik

由於當時美援的主要目的與策略是軍事援助為主、經濟援助為輔，以達到經濟安定、自給自足的目標。因此，早期對於美援的研究大多從經濟或資本的角度，討論美援對於臺灣政經發展的影響。近年來，由於美援檔案的開放、利用，學者從許多不同的角度，探討美援對於臺灣各方面的影響，其中有關醫療衛生方面的研究明確指出：美援對於戰後臺灣衛生政策發揮關鍵性的作用。⁴ 而「美援衛生計畫」確實也列出「癩病」一項，⁵ 顯示美援衛生計畫如何處理癩病，是一個有待探討的問題。

同時，探討戰後臺灣的防癩政策如何，必須理解其中基本的歷史課題是：政策的延續或斷裂問題。由於臺灣的防癩政策源起於 1930 年，由日本殖民政府（臺灣總督府）所制定；最初延用日本癩病隔離法規，並於 1934 年修改為強制隔離政策。因此，1950 年代美援衛生計畫如何影響癩病政策，即涉及能否改變戰前政策的問題，也就是政策的延續或斷裂問題。

本文除作為醫療史研究之外，也是關切現代社會議題的一項研究。由於新莊線捷運維修機廠選址於臺灣現存唯一的漢生病療養所「樂生院」，以致引發於 2004 年開始之該院區的古蹟保存運動。⁶ 這場社會運動所帶出來的重要議題，是臺灣的漢生病政策歷史，以及一群弱勢者因此遭受疾病污名的歷史。本文從戰後臺灣接受美援的角度切入，運用樂生院機構內部史料，⁷ 探討戰後臺灣防癩政策為何

Hansen) 而得名。在臺灣的歷史文獻上，戰前日本殖民政府文書資料皆稱為「癩病」，在中國傳統漢醫文獻則稱為「麻瘋」，因此 1945 年以來臺灣政府或民間使用的是「癩病」或「麻瘋病」(癩瘋病) 這兩種稱法。最近因患者人權運動的影響，政府衛生法規的法定名稱改為「漢生病」。本文為進行歷史研究，以歷史資料原文用法為原則，因此本文中多數使用「癩病」一詞。

⁴ 楊翠華，〈美援對臺灣的衛生計畫與醫療體制之形塑〉，《中央研究院近代史研究所集刊》62 (2008 年 12 月)，頁 91-139。

⁵ 這項衛生計畫的來源，是 1953 年 5 月美國美援總署派遣專家來臺考察之後所作的建議事項，被美援會（行政院美援運用委員會、Council for United States Aid, CUSA 1948-1963）重視而翻譯成中文，並轉送各相關單位參考。楊翠華，〈美援對臺灣的衛生計畫與醫療體制之形塑〉，頁 97。“U. S. AID Health Program”（美援衛生計畫），中央研究院近代史研究所檔案館收藏「經合會」（行政院國際經濟合作發展委員會）檔案，總卷「改善公共衛生各項計畫案」，檔號 36-11-003-001，頁 410。

⁶ 這運動在持續多年後，於 2008 年促成漢生病病人補償條例的立法及施行。有關這場社會運動的肇始以及初期發展，參考潘佩君、范燕秋，〈「樂生療養院保存運動」的影像紀要〉，《臺灣社會研究季刊》，59 (2005 年 9 月)，頁 259-314。

⁷ 范燕秋，〈樂生院癩病史料整理與分析 (I)〉（行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告：NSC94-2411-H-011-007-，2006）。

以及如何轉變；目的在補足這段歷史研究的空白，⁸ 也在追究政策變革之中存在的人權問題，藉此呼應臺灣現代社會對於漢病人權的關懷。

二、戰後初期臺灣的防癩政策與日本殖民政策遺產

在臺灣近代史上，臺灣總督府以沿用日本癩病法規而制定癩病政策；不過，這項政策並未伴隨 1945 年日本殖民時代結束而終結。若從政策的大方向觀之，自 1945 年 10 月美軍授權國民黨政府派員接收臺灣為起始，至 1960 年為止，臺灣的癩病政策並未有明確的變革。若推究其中可能的原因，一方面由於政權轉移所造成的政局及社會的不穩定，使相關政策處於停滯不明的階段；但另一方面似乎是戰前日本的癩病「強制隔離」措施成為一種「政策遺產」(legacy of policy)，在政權轉移的過渡期仍具有極大的影響力所致。

就二十世紀前期癩病國際醫療觀之，1930 年代以來，歐美國家對於癩病控制因應醫療技術的進展，採取相對開放而人道的措施。1938 年，在埃及開羅召開第四次國際癩病會議，會中討論基於癩病類型及其診斷技術的進展，建議從人性與經濟的觀點，對於患者儘量採取院外門診治療方式，不須隔離而解除控制，以減少住院機構的龐大花費。⁹ 然而，對於日本帝國及其所轄的殖民地而言，由於日本帝國政治意識的強化，亦即民族優生概念的抬頭，¹⁰ 以及二次大戰國際間日德與英美兩大陣營國家的敵對關係，日本帝國採取患者「絕對隔離」政策，不僅偏離國際醫療的方向，對於 1940 年代癩病新藥的研發也尚且不知。¹¹

⁸ 就目前為止，臺灣漢生病政策歷史的研究，比較缺乏的是戰後部分。相關研究請參考陳威彬，〈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）；范燕秋，〈近代臺灣的癩病療養所與疫病隔離空間〉，《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（2007 年 11 月），頁 27-36；范燕秋，〈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〉《臺灣史研究》15: 4（2008 年 12 月），頁 87-120。

⁹ 第四屆會議確認：經由癩反應測驗 (lepromin test) 獲得的癩病分類，區別出兩種極端的類型——類結核型 (tuberculoid type) 與癩腫型，並確認後者（及邊緣型）是主要傳染類型，因此類結核型以及未定型 (indeterminate case) 已不必要隔離。Becheli L. M., "Advance in Leprosy Control in the Last 100 Years," *International Journal of Leprosy and other Mycobacterial Diseases* 41: 3 (July-September 1973), pp.288-289.

¹⁰ 這是指種族優生的概念影響癩病政策上，絕對隔離及「斷種」的措施。相關討論請參考藤野豐，《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，2001），頁 83-85、236-252。

¹¹ 二十世紀上半，日本參加國際性癩病醫療衛生活動，從積極參加到脫離國際活動的過程。參考芹澤良

1940 年代中期，磺胺藥劑（sulfones）治療成效被發現，成為漢生氏發現癩桿菌以來，對於癩病控制影響最大的事情，癩病從無法治療轉向可以治療的發展階段。1941 年，美國 Carville 癩療養所開始實驗普羅敏（Promin）治療，並於 1943 年發表有效治療的成果。繼之，研究者將其運用於「未定型」及癩腫患者，成效同樣顯著。1946 至 1947 年間，Cochrane 在印度和奈及利亞試驗戴普松（Dapsone，英國藥典名稱，WHO 稱之為 DDS），治療效果良好，價格又便宜，因此為各國普遍採用。1948 年，在古巴哈瓦那（Havana）召開的第五屆國際癩病會議，發表磺胺藥劑戴普松的治療原則，以及提出僅需要隔離「開放性」患者的主張。繼之，1953 年，在西班牙馬德里召開的第六屆國際癩病會議，以及 WHO 組成的癩病專家委員會，¹² 皆確認磺胺藥劑的治療效用，以及第一代藥劑 DDS 使用的成效良好，施藥簡單及藥價便宜，適合普遍的運用；同時，預防隔離法也被廣泛檢討。¹³

相較於 1940 年代國際醫療的進展，戰後初期臺灣的癩病患者處境，顯然停留在承受「政策遺產」的階段。所謂政策遺產，是指過去政策的結果決定後續政策的發展；在癩病防治上，也就是戰前日本強制隔離政策有其延續的影響力。具體言之，1949 年 2 月臺灣省政府公布「臺灣省癩瘋病預防規則」，即是沿用戰前舊法規，以強制收容隔離癩病患者為主要措施。¹⁴ 在這項規章發布之前，臺灣省政府為「繼續維持癩病防治事業的運作」，於 1948（民國 37）年 7 月 21 日通令

子，〈ハンセン病予防基準の確立——国際連盟保健機関による取り組みを中心として：1925-1931 年〉，收於范燕秋編，《東亞近代漢生病政策與醫療人權論文集》（臺北：國立臺灣師範大學臺灣史研究所，出版中）；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), p. 2532.

¹² 1948 年，世界衛生組織（WHO）成立後，開始積極協調國際醫療衛生事務；1952 年，WHO 組成癩病專家委員會，研議國際癩病醫療衛生事宜。同年召開的第一次癩病專家委員會，確認癩病區分為「開放性」與「非開放性」患者兩類型，認為隔離應僅用於前者。Becheli L. M., "Advance in Leprosy Control in the Last 100 Years," pp.290-291.

¹³ 基本上，在 1963 年第八次國際癩病會議的討論中，承認 DDS（Dapsone）對於嚴重癩病案例的成效低，也促使其他藥物進一步研發。Editorials, "Are We Satisfied with Sulphonides for Treatment of Leprosy," *Leprosy Review* 26: 4 (1955), pp. 135-139; Becheli L. M., "Advance in Leprosy Control in the Last 100 Years," p.291; Zachary Gussow, *Leprosy, Racism, and Public Health: Social Policy in Chronic Disease Control* (Boulder: Westview Press, 1989), p. 6。

¹⁴ 當時政府部門紀錄也坦承這個法規係沿用日治時期臺灣總督府公布之舊規，參考自《臺灣省政府公報》38 年春字第 36 期，頁 483，參捌丑文府綜法字第九〇三四號，民國 38 年 2 月 12 日，「臺灣省癩瘋病預防規則」。省立樂生療養院編，《臺灣省立樂生療養院三十週年紀念特刊》（臺北：省立樂生療養院，1960），頁 29。

各縣市衛生院，調查其轄區內未收容的患者，結果發現自樂生院逃離者 138 人，疑似患者以及未收容的新病例 105 人，總計 243 人。隨即由樂生院派收容專車，由地方警力協助，將病患強制送往樂生院隔離收容。¹⁵

表一、1945 年接收之後樂生院住院患者人數異動表

年別	前年 留院	本年 新收	總數	出院人數別								年底留院	
				治癒		死亡		事故		合計		人數	%
				人數	%	人數	%	人數	%	人數	%		
1945	576	62	638	1	0.16	122	19.12	73	11.44	196	30.72	442	69.28
1946	442	26	468	1	0.21	40	8.55	135	28.85	176	37.61	292	62.39
1947	292	26	318	4	1.26	11	3.46	48	15.09	63	19.81	255	80.19
1948	255	124	379	15	3.96	21	5.54	3	0.79	39	10.29	340	89.71
1949	340	55	395	5	1.27	22	5.56	3	0.76	30	7.59	365	92.41
1950	365	79	444	7	1.57	12	2.70	1	0.23	20	4.50	424	95.50
1951	424	112	536	11	2.05	27	5.04	3	0.56	41	7.65	495	92.35
1952	495	206	701	8	1.14	34	4.85	13	1.86	55	7.85	646	92.15
1953	646	99	745	8	1.07	22	2.95	63	8.46	93	12.48	652	87.52
1954	652	138	790	31	3.92	18	2.03	26	3.29	73	9.24	717	90.76
1955	717	122	839	11	1.31	9	1.07	4	0.48	24	2.86	815	97.14
1956	815	71	886	6	0.68	14	1.58	5	0.56	25	2.82	861	97.18
1957	861	108	969	26	2.69	14	1.44	4	0.41	44	4.54	925	95.46
1958	915	145	1,070	33	3.08	9	0.84	13	1.22	55	5.14	1,015	94.86
1959	1,015	88	1,102	64	5.80	8	0.73	4	0.36	76	6.89	1,027	93.11

說明：本表統計自 1945 年 10 月 20 日接收開始，至 1959 年 10 月底為止。本表出院統計之一「事故」，並未具體說明原因，極可能包含逃走或不假外出。

資料來源：省立樂生療養院編，《臺灣省立樂生療養院年刊》（臺北：編者，1959），頁 11。

依據官方資料顯示，1948 年省府發動這次類似戰前日本「無癩（縣）運動」，四處搜捕患者的行動，主要原因是 1946 年 3 月官方派員接收樂生院之後，院內管理狀況不理想，警衛人數又不足，加上院內醫療與生活每況愈下，以致病患逃出者甚多。如表一 1950 年代樂生院住院患者人數異動，顯示 1945、1946 兩年院內患者「死亡」人數分別是 122 人、40 人，情況甚為悲慘；同時，這兩年因「事故」出院的分別是 73 人、135 人，可能顯示「逃出」人數之多。因此，至 1947 年樂生院收容人數達歷年最低點，成為 318 人。在如此情況之下，省府決定加強癩病控制措施。對於這樣的舊政策持續運作，其原因有必要進一步探究。

¹⁵ 《臺灣省政府公報》37 年秋字第 19 期，頁 249，臺衛三七午馬一字第四三四六號，民國 37 年 7 月 21 日，「臺灣省衛生處代電：電為已飭省立樂生療養院辦理該縣市未收容之癩瘋患者檢驗，該集中費用由該院負擔」。

為何臺灣停在承受政策遺產的階段？由於所謂政策遺產是一種系統性的偏見，它涉及先前法令規則制定所建立的觀念認知、機構人員，以及接受法令權威的患者以及社會大眾。¹⁶ 因此，政策制度運作有其慣性，其運作所造成的疾病認知或污名一旦形成，也就難以驟然消失，除非提出新的制度措施取代之，以及發起革新的社會教育活動，否則它將依照既有的制度慣性而持續運作。舉例言之，依據表二歷任樂生院院長，可知 1946 年接收樂生院之後，至 1950 年代初，前四位院長是臺灣本地醫師，他們以受日本現代醫學教育的背景，承接戰前臺灣的防癩體制，在尚未接收到國際癩病醫療新知之前，自然習慣於扮演癩病控制的角色。當時負責接收事宜的院長吳文龍，面對患者離開院區一事，提出的解決方案就是：在「本院內外建籬笆或鐵絲網以防患者出入」。¹⁷

表二、歷任樂生療養院院長

順次	院長姓名	任期	學經歷	備註
1	上川豐	1930.12-1945.12	日本廣島縣、長崎醫學專門學校畢業、1930 年取得醫學博士、8 月癩療所囑託、10 月任所長兼樂生院長，後專任院長	創院及日治時代
2	賴尚和	1945.12-1946.03	京都帝國大學醫學博士、臺灣大學公共衛生研究所教授	戰後首任、代理院長
3	吳文龍	1946.03-1947.06	嘉義、臺灣總督府醫學學校畢業、辭職	
4	楊仁壽	1947.06-1950.12	臺南人、臺灣總督府醫學專門學校，因政治事件而遭免職。	妻為戰前臺灣共產黨員，1950 年因白色恐怖案件，兩人皆被逮捕入獄。出獄後不久過世。
5	劉明恕	1950.12-1952.03	臺南人、青島東亞醫科學院、免職	
6	陳文資	1952.03-1953.12	臺中、醫學專校、調職	
7	陳宗釜	1954.01-1966.05	江西永新、巴黎大學醫學專校	任職最久、長達 12 年，任上重病死亡。
8	游天翔	1966.05-1974.01	浙江平陽、東京帝國大學醫學部眼科	卸職
9	陸希超	1974.01-1986.08	江蘇泰興、國防醫學院醫科、海軍少將軍醫處長轉任	退休
10	曾君實	1986.08-1990.05	湖南長沙、臺大醫學院	調職

資料來源：新高新報社編，《臺灣紳士名鑑》（臺北：編者，1937），頁 114；興南新聞社編，《臺灣人士鑑》（臺北：編者，1943），頁 126、陳京川、省立樂生療養院編，《臺灣省立樂生療養院機關誌》（臺北：編者，1996）。

¹⁶ 對於此種政策遺產發揮的作用，日本學者運用行動者（actors）概念，分析立法者、政府官員、癩病專家、患者、社會大眾等五種角色在阻止政策變革的角色與作用。Hajime Sato and Minoru Narita, “Politics of Leprosy Segregation in Japan,” pp. 2529-2539.

¹⁷ 〈樂生院接收迄今工作報告及未來計畫〉，引自劉集成，《樂生療養院志》（臺北：臺北縣政府文化局，2004），頁 86。

不過，在 1945 年臺灣的政權轉移之後，舊制度運作也面臨一些新的挑戰，促使其面對更新的問題。如表三所示，以 1960 年為止樂生院患者住院年數統計，可知 1945 年之後入院患者族群結構與戰前截然不同。戰前以臺籍和日籍人口為主，戰後從中國來臺民眾及軍隊之中，發現不少癩病患者，也被強制收容於樂生院，該院患者組成因此改變。依據表三統計，1946 年僅收容 1 名軍患，1949、1950、1951 這三年分別收容軍患 4 人、17 人、36 人。1950 年代，軍患人數更急遽增加。然而，軍患收容人數增加，隨即衍生院區管理的嚴重問題，不僅不同「省籍」患者之間可能發生衝突，臺籍院長甚至遭受暴力的威脅。¹⁸ 換言之，樂生院內部患者結構改變，反映外部政治環境的遽變，戰前日本殖民醫學的控制基礎與效率已然無法維持，院長同樣面臨威脅的情況之下，舊制度如何有效運作也成為問題。

此外，相較於戰前殖民政府是以優厚的社會政治資源，維持樂生院的適度運作，¹⁹ 戰後之初樂生院的醫護人員缺乏，經費、藥品也極為不足，稱不上是醫療機構，許多患者因生活條件太差而逃走。不只如此，軍患收容人數增加之後，暴力事件層出不窮。²⁰ 依據一位 1949 年被收容的患者陳述：當年樂生院就像「人間地獄」，吃不飽、穿不暖、睡不好，每一張床都有臭蟲蟲子，夜裡咬得人無法安眠，病痛更無藥醫治，真是苦不堪言。不知有多少人忍受不了神經痛而走上絕路，自殺的事件時有所聞。²¹

1949 年底，因樂生院陸續傳出患者自殺事件，院內基督教會牧師幾次向美籍孫理蓮牧師 (Mrs. Lillian R. Dickson) 尋求協助。孫理蓮先偕同教友探訪院區，了解院內患者衣食不足及醫藥缺乏的慘況之後，首先於院內設立臨時診所，提供醫療救助；繼之，從美國募款，購買營養品及生活物資分發給患者。1951 年，她考量樂生院患者所生的兒女，為減輕幼兒感染之疑慮，成立育幼院「安樂之家」；1952 年在患者出資部分及美加教友聯合捐助之下，於院內新建基督教堂；1953

¹⁸ 依據趙榮發醫師的口述訪談紀錄，訪問時間：2009/10/27，15:00-17:00，地點：馬偕紀念醫院會議室，影音紀錄：楊仁佐導演。1950 年，楊仁壽院長因政治案件被逮捕入獄，也是外部環境劇變的實例。

¹⁹ 王文基對於樂山園的研究指出，1943 年該園患者逃離園區轉赴樂生院隔離，原因就是基於樂生院患者待遇相較優於樂山園。此事或足以作為例證之一。另樂生院 25 週年紀念特刊也有類似的說明。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 6 月)，頁 115-124。

²⁰ 劉集成，〈樂生療養院志〉，頁 87-88。

²¹ 張瓊齡編，〈寒森歲月：棲蓮精舍四十週年紀念文輯〉(臺北：樂生療養院棲蓮精舍，1994)，頁 47。

年，又考量治癒者的職業訓練問題，再度返回美國籌措資金，為院民建立「職業治療室」。²² 從孫理蓮救助患者的時間及背景，顯示來自美國的影響早已透過非正式的、基督教的慈善救濟，進入樂生院區、影響患者的生活。

表三、樂生院病人住院年數統計表（1960 年 10 月統計）

入院年度	住院年數	民患（本國）		民患（外國）	軍患（男）	合計	%
		男	女				
1931	30	2	2			4	0.40
1932	29						
1933	28						
1934	27		2			2	0.20
1935	26	3	1			4	0.40
1936	25	9	6			15	1.51
1937	24	6	5			11	1.10
1938	23	18	6			24	2.41
1939	22	7	4			11	1.10
1940	21	2	4			6	0.60
1941	20	5	7			12	1.20
1942	19	5	6			11	1.10
1943	18	3	7			10	1.00
1944	17	4	2			6	0.60
1945	16		1			1	0.10
1946	15	5			1	6	0.60
1947	14	11	5			16	1.61
1948	13	40	8			48	4.82
1949	12	14	3		4	21	2.11
1950	11	19	3		17	39	3.91
1951	10	11	8		36	55	5.52
1952	9	52	21	1	26	100	10.03
1953	8	10	9		29	48	4.82
1954	7	24	4		53	81	8.12
1955	6	25	11		47	83	8.33
1956	5	13	3		25	41	4.11
1957	4	15	5		55	75	7.52
1958	3	26	14		70	110	11.03
1959	2	23	7		51	81	8.12
1960,10	1	32	7		37	76	7.62
合計		384	161	1	451	997	100
%		38.51	16.15	0.10	45.24	100	100

資料來源：省立樂生療養院編，《臺灣省立樂生療養院三十週年紀念特刊》，頁 81。

²² 孫理蓮於 1927 年隨夫孫雅各牧師來臺，在教會醫療機構馬偕醫院接觸過癩病患者。戰後 1947 年再度來臺，以「宣教」為職志，積極從事醫療傳教工作，首先以原住民山地部落為救助對象。1949 年起，則開始關注樂生院患者面臨的醫療與生活問題。關於孫理蓮救濟弱勢族群之事蹟，可參考李貞德，〈從師母到女宣：孫理蓮在戰後臺灣的醫療傳道經驗〉，《新史學》16:2（2005 年 6 月），頁 95-151。

三、美援與防癩政策變動的時代環境

1950年6月，由於韓戰爆發，東亞國際政治出現新局勢，美國開始支持國民黨政府立足臺灣，臺灣正式進入美援的時代。所謂美援的主要用意，是美國透過軍事及經濟援助的方式，增強臺灣防衛的力量，以及穩定臺灣社會。²³ 至於美援對於醫療衛生方面的援助，依據當時美援對臺主管機關「美國共同安全總署駐華分署（Mutual Security Agency, Mission to China）」（簡稱：安全分署、MSM/C）所提示的公共衛生援助政策，其宣示的要點有二：（一）計畫本身需對軍力有重大貢獻；（二）對於影響或有助於經濟安定之因素具有決定之力量。亦即衛生計畫仍以國防、經濟安定為目的。²⁴ 在此原則之下，癩病如何被列入衛生計畫的考量範疇，值得進一步探究。

在美援衛生計畫之中，對於漢生病（癩病）一項說明如下：

按實情而言，癩瘋雖尚不足構成一主要之衛生問題，但以此疾具有對於社會宗教以及道德上之複雜性，故注意及之。臺灣估計有癩瘋病患五千人，各項診療設施尚未達標準，以致形成有關民眾之一主要問題。現已著手對病人確切設法予以治療。²⁵

就以上文件的意思，癩病並非基於軍力或經濟的現實因素而被重視，而是基於比較抽象的宗教及道德的因素。然而，事實果真僅是如此嗎？文中所謂「著手對病人確切設法予以治療」（toward a realistic approach to care and treatment of these patients），又有何具體的行動？其實，如果從美國方面的立場，對於癩病關

²³ 楊翠華，〈美援技術協助：戰後臺灣工業化開端的一個側面〉，收於陳永發主編，《兩岸分途：冷戰初期的政經發展》（臺北：中央研究院近代史研究所，2006），頁264。

²⁴ “U. S. AID Health Program”（美援衛生計畫）。

²⁵ 原文：「Although this disease (leprosy) may not present a major health problem in the true sense of the word, it has been selected for attention because of its social, religious, and morale implication. There are estimated 5,000 persons in Taiwan suffering from Hansen's Disease. Facilities for their care are so substandard as to create a real problem in the population. Beginnings have been made toward a realistic approach to care and treatment of these patients.」本文件中文由當時政府官員翻譯，提供各部門施政之參考。“U. S. AID Health Program”（美援衛生計畫）。

注其宗教與道德問題，確實有其時代性的因素。即 1950 年代初由於癩病化學治療帶來的新的情勢，國際癩病組織開始倡議新的防癩措施，以及呼籲重視患者的基本人權。1953 年，癩病救治會（Mission to Lepers，簡稱 MTL）提倡早期發現、早期治療以及加強門診，作為癩病防治的重點。這個組織是十九世紀以來源起於英國，在非西方各地從事癩病救治的宗教團體。²⁶ 繼之，1954 年法國律師、也是慈善家的 Raoul Follereau（1903-1977）發起「世界癩病日」，呼籲世人關懷癩病患者，重視他們回歸社會、參與社會的權益。1958 年，在東京召開的第七屆國際癩病會議中，建議將癩病正名為「漢生病」（Hansen's Disease），並提出應廢除強制隔離及不適當住院安排。主要理由是強制隔離造成許多的難題，包括：患者害怕被隔離而造成防治的困難、公共財產的浪費、家庭本身的解組、疾病污名化將造成患者適應社會的困難、病人分類的不公平與不人道、患者無法再整合到社會，以及疾病社會偏見的持久化等問題。1959 年 WHO 癩病專家會議及 1963 年第八屆國際癩病會議，皆重申應廢除強制隔離。²⁷

從 1950 年代國際癩病醫療及患者人權的動態觀之，癩病深繫人類社會複雜的道德與宗教問題，確實已被提出。不過，姑且不論國際癩病醫療的人道議題，若回到當時臺灣社會政治的現實，防癩政策改變的內在動力卻是有關「軍力」及「經濟」問題，這點有必要就「舊法規」運作所面對的問題加以考察。表四「民國 40 至 41 年度樂生院收容案卷」整理前述 1949 年「癩瘋病預防規則」公布之後，樂生院執行強制收容之往來公文。如本表所示，兩年間歷經劉明恕、陳文資兩位院長（對照表二），從發文及受文單位，可見戰後臺灣公共衛生體系之建立已然異於戰前殖民地附屬於警察系統的衛生單位。戰後初期係以省衛生處為衛生行政核心，加上地方縣市衛生院、所以及專責機構的樂生院，構成防癩運作系統。

²⁶ 「癩病救治會」（Mission to Lepers，簡稱 MTL）於 1874 年由英國教會人士創立，其後伴隨大英國海外殖民活動，該組織亦迅速擴充為國際性組織。英國印度殖民政府尋求解決癩病問題之際，該組織隨即擴充至印度；1893 年，印度癩病救治會（Mission to Lepers in India）工作範圍擴及中國和日本，更名為印度及東方癩病救治會（Mission to Lepers in India and the East），二十世紀之後這個團體也直接影響臺灣，其代表性人物即是加拿大籍的戴仁壽醫師。Stanley G. Browne, "The Leprosy Mission: A Century of Service," *Leprosy Review* 45: 2 (June 1974), pp. 166-169; Zachary Gussow, *Leprosy, Racism, and Public Health*, pp. 203、205-208.

²⁷ Becheli L. M., "Advance in Leprosy Control in the Last 100 Years," pp. 285-306.

表四、民國 40 至 41 年度樂生院收容案卷

年度	發文單位	受文單位	事由(摘取重要內文)	日期	院長
40-1	省立樂生療養院	豐原警察局	為貴隊員○○○身染真性癩瘋病，因有虞病毒傳播希祈飭令來院隔離治療由	40,1,18	劉明恕
2	高雄衛生院	衛生處長	電為本縣發現癩瘋新患者兩名，請查核收容由	40,1,28	
3	省衛生處長	樂生療養院	據高雄衛生院電報該縣發現癩瘋患者兩名，特電希迅予統籌收容由	40,02,2	
4	樂生療養院	臺中縣衛生院	為電覆○○○癩瘋患者於本月 28 日送到彰化站交由本院專車運回	40,4,21	
5	樂生療養院	衛生處長	為電復收容花蓮新患者○○乙名經動態表在案由	40,4,26	
6	高雄衛生院	衛生處、樂生院	電為本縣癩瘋患者收容情形請查核由	40,5,7	
7	屏東縣衛生院	樂生療養院	電送本縣未押送癩瘋病患者名冊請查照辦理	40,5,5	
8	樂生療養院	衛生處	為本院派員到中南部收容患者 27 名報核由	40,5,7	
9	衛生處	樂生療養院	據臺南市衛生院電報該市癩瘋患者情形電予知悉由	40,5,12	
10	屏東縣衛生院	潮州鎮衛生所、樂生療養院	○○○經檢出為癩瘋陽性反應悉派員勸誘自動前往樂生院治療，並將辦理情形具報	40,5,25	
11	省衛生處	樂生療養院	准澎湖縣政府電請收容該縣癩瘋患者等由，轉希遵照由	40,6,28	
12	陸海空軍第一總醫院	樂生療養院	電請收療癩瘋病員○○○由	40,7,6	
13	雲林縣衛生院	樂生療養院	電覆關於護送癩瘋患者前往貴院旅費是否由貴院負擔	40,7,12	
14	屏東縣衛生院	省立樂生療養院	電送本縣新發現癩瘋病患者名冊請查照辦理	40,9,3	
41-1	聯合勤務總司令	臺灣省衛生處	請轉飭樂生療養院擴大收容軍人病患由	41,4,9	陳文資
2	樂生療養院	衛生處顏處長	電復擴大收容須新建病房並檢具計算書二份，呈請簽核	41,4,19	
3	金門軍管區行政公署	樂生療養院	為函請惠告本島住院癩瘋病患者如何救濟由		
4	樂生療養院	金門軍管區行政公署	電復本院住院患者由	41,4,18	
5	省衛生處	樂生療養院	聯勤總部請先收容癩瘋病人 11 名希知照由	41,5,6	
6	樂生療養院	聯勤總部	電復本院目前實無法先行收容癩瘋病人由	41,5,9	
7	省衛生處	聯勤總部	為設法擴大收容寄醫軍人癩瘋病一案	41,4,28	
8	樂生療養院	雲林縣衛生院	匯送收押患者旅費由	41,10,4	
9	樂生療養院	高雄鐵路局	由高雄北上第一列車另掛專車運送癩瘋患者由	41,9,19	

資料來源：「一般行政類」，樂生院癩瘋史料，2005。

不過，若考察這個衛生系統執行「癩瘋病預防規則」之狀況，則可知存在沿用慣習、陳舊的部分。即包括：沿用戰前癩病隔離政策，在疾病處理上僅以「真性」或「非癩」作為收容隔離與否的依據，真性患者雖然可能包含「非開放型」或「開放型」，但國際醫療推促的新分類尚未被採用；而且，在地方衛生單位執行患者調查或收容之際，經常是會同當地警察分局，並使用類似「逮捕犯人」般的詞彙「押送」一詞；在運送患者的過程，更是以「另掛專車」以防蔓延。這些都對於此疾病持續予以特殊化及污名化。

值得注意的是，表四 41 年度（1952）聯合勤務總司令部、省衛生處及樂生院之間，針對「樂生療養院擴大收容軍人病患」一案公文往來所進行的討論。其中，該表 41-1 軍方「聯勤總部」首先行文給衛生處，其要點如下：

對於軍人癩瘋病患收容事宜，本部意見如次：一、查本部現無癩瘋病院之設置，現以經費拮据亦無設院可能，惟癩瘋病係屬惡性傳染病，如此項軍患散留部隊不但影響士氣且極易妨礙地方人民健康（據報現待收容者已有 8 人）。二、復查樂生療養院配置圖所載房舍甚多，請貴處轉飭該院儘量設法擴展收容軍人病患。至於該院所需軍患醫藥費、竹床、被服等已經本部軍醫署於 41 年 3 月 27 日以……代電通知樂生療養院辦理有案。（底線為筆者所加）

在上述公文之中，聯勤總部也附加說明透過第一總醫院（1958 年改稱「三軍總醫院」調查樂生療養院最大容量，並經樂生療養院回覆：「以本院現有病房最大容量只能收容民眾 500 名、軍患 100 名，現本院已收軍患 111 名，已超出預計數目，今後如有軍患請自行設法收容。」²⁸ 如此堅定的回絕軍方。也因此，聯勤總部才又以電文給省衛生處，請其以上級單位要求（飭令）樂生院設法擴展收容軍人病患。

對於軍方如此的請求，從表四 41-2 及從 41-4 至 41-7 的多達五件公文，尤其可見樂生院明確而堅定的立場。即在樂生院方面，以「電復擴大收容須新建病房並檢具計算書二份」一文回覆，除說明該院所有病房均已住滿、無法再行收容之

²⁸ 公文發文單位：聯合勤務總司令，受文單位：臺灣省衛生處，副本：樂生療養院。事由：「請轉飭樂生療養院擴大收容軍人病患由」。發文日期：民國 41 年 4 月 9 日，字號：(41) 頤順字第 10768 號。駐地：臺北市。「樂生院癩病史料一般行政類」。

外，強調現任軍人患者日益增加，如欲擴大收容必須重建病房，因此提出新建病房經費總計 22 萬 6 千元之預算表。²⁹ 繼之，樂生院隨即又面對省衛生處轉達、詢問收容第一總醫院登記待轉的軍患者 11 人，而樂生院依然回覆：「本院病房均已住滿，實無法先行收容，必俟重建病房之後才有床位可供住用，始可收容。」³⁰ 其立場可見一斑。同時，處長顏春輝以「為設法擴大收容寄醫軍人癲瘋病一案」為文，向聯勤總部提問指出：「擴建病房……揆諸目前省方財政困難，勢屬無法負擔，是否可由貴部撥款補助辦理。」³¹ 於是之故，由美援提供軍方經費在樂生院區加蓋軍患的新房舍，於同年展開。

總之，1950 年代美援介入癲病處理的開端，在於 1952 年起由美援提供經費在樂生院增建、擴大院舍，以收容逐漸增多的軍患，顯示美援介入癲病議題，並非僅是人道的因素，而是與支援國民黨政府、穩定其軍力有關。然而，樂生院院舍的增建、擴充仍無法徹底解決患者收容問題，尤其當軍患人數劇增，收容軍患尚嫌不足，臺灣各地患者收容問題隨即凸顯出來。因此，如何有效運用防癲資源，即成為政策變革的重要考量。這點有必要從樂生院住院患者結構的變化，再加以分析、證實。

依據表三樂生院患者住院年數統計，可見 1951 年以降「歷年」該院收容「軍患」遠高於「民患」人數，每年新入軍患 20 多人、1958 年更高達 70 人。另對照表五、表六，樂生院病人籍貫（縣別）、省別（亦有國別）及性別統計，顯示住院軍患占 45.24%、民患占 54.76%；但臺灣本地籍占 45.24%、外省籍占 54.66 以及一位來自琉球的外國人占 0.1%；在性別上，合計民患與軍患的男性占 83.75%，女性占 16.15%。換言之，1950 年代以來的樂生院住院者呈現的特殊人口結構為：男性占絕大多數比例，軍患比例占近乎二分之一，以及外省籍占較高比例等。

同時，依據前述的表一，顯示 1950 年代住院患者人數迅速增加：從 1951 年的 536 人，至 1959 年的 1,102 人，即在 9 年之內患者人數增加一倍，其中關鍵的

²⁹ 公文發文單位：樂生療養院，受文單位：衛生處顏處長。事由：「電復擴大收容須新建病房並檢具計算書二份，呈請簽核……由」。發文日期：民國 41 年 4 月 19 日，樂生總字 398 號。「樂生院癲病史料一般行政類」。

³⁰ 公文發文單位：樂生療養院，受文單位：聯勤總司令部。事由：「電復本院目前實無法先行收容癲瘋病人由」。發文日期：民國 41 年 5 月 9 日，樂生總字 494 號。「樂生院癲病史料一般行政類」。

³¹ 公文發文單位：臺灣省政府衛生處（處長顏春輝），受文單位：聯勤總司令部。事由：「為設法擴大收容寄醫軍人癲瘋病一案請查照由」。發文日期：民國 41 年 4 月 28 日。「樂生院癲病史料一般行政類」。

因素即是軍患收容人數之遽增。換言之，1950 年代以來，樂生院已然成為安置軍患的重要場所。然而，樂生院住院患者人數漸增，隨即面對的是該院區房舍病床容量的問題。1952 年至 1955 年，由美援會補助樂生院增建病房 6 棟，添置 200 張床位；至 1956 年為止，總計病床數為 925 床。³² 核對表一，可知 1956 年該院住院人數為 886 人，但 1957 年增至 969 人，1958 年增達 1,070 人，顯見房舍增建趕不上收容患者之增加。因此，樂生院實際面對各地尚未收容以及無法收容的患者之問題。

表五、住院病人籍貫及性別統計表（1960 年 10 月統計）

國別	省別	民患			軍患 (男)	合計	%
		男	女	合計			
本國	臺灣	299	143	442	9	451	45.24
	廣東	18	1	19	117	136	13.64
	福建	37	12	49	50	99	9.98
	山東	11	2	13	51	64	6.42
	江蘇	4	1	5	27	32	3.21
	廣西	1		1	31	32	3.21
	湖南	1	1	2	29	31	3.11
	江西	2		2	28	30	3.01
	四川	1		1	28	29	2.91
	浙江	4		4	14	18	1.81
	貴州				16	16	1.61
	雲南	1		1	12	13	1.30
	安徽	3		3	8	11	1.10
	陝西				9	9	0.90
	湖北	1	1	2	5	7	0.70
	河南	1		1	6	7	0.70
	山西				4	4	0.40
	河北				3	3	0.30
	甘肅				2	2	0.20
	西康				1	1	0.10
遼寧				1	1	0.10	
外國	琉球	1		1		1	0.10
合計		385	161	546	451	997	100
%		38.61	16.15	54.76	45.24	100	100

資料來源：省立樂生療養院編，《臺灣省立樂生療養院三十週年紀念特刊》，頁 79。

³² 這是依據樂生院內部文書，以樂生院便箋記載的資料。參考中華民國年鑑社編，《中華民國年鑑（四十七年度）》（臺北：編者，1958），頁 527，第五節衛生行政，一、醫療衛生業務。

表六、本省（臺灣本地）住院病人籍貫統計表（1960年10月統計）

省別	縣別	民患		軍患 (男)	合計	%
		男	女			
臺灣	臺北	69	33	2	104	10.43
	高雄	55	31	1	87	8.73
	臺南	49	21	1	71	7.12
	澎湖	34	25		59	5.92
	宜蘭	13	7		20	2.01
	屏東	16	2	1	19	1.91
	嘉義	16	1		17	1.71
	彰化	9	4	2	15	1.51
	雲林	10	3		13	1.30
	臺中	10	2	1	13	1.30
	新竹	3	6		9	0.90
	桃園	5	3		8	0.80
	花蓮	6	2		8	0.80
	臺東	2	1	1	4	0.40
	南投	2	1		3	0.30
苗栗		1		1	0.10	
本省	計	299	143	9	451	45.24
外省		85	18	442	545	54.66
外國	琉球	1			1	0.10
合計		385	161	451	997	100
%		38.61	16.15	45.24	100	100

資料來源：省立樂生療養院編，《臺灣省立樂生療養院三十週年紀念特刊》，頁80。

1956年5月，一群院外癩病患者以公開聯名的方式向報社投書，控訴樂生院不收治他們。該件投書內容如下：

編輯先生：我等是一群經檢驗確係患有傳染性之癩瘋病人，曾自動請求臺灣省立樂生療養院收醫我們，可是我們遭受了拒絕，希望貴報本以往為民服務之精神問題，根據我們所提左列的問題，請樂生醫院答覆：

(一)政府專設治療特種病之醫院，但對檢驗屬實，有傳染性之本病患者，拒絕收醫，而仍放任其重歸社會，於理未合。(二)病者既為傳染，醫院有責隔離，既設之隔離醫院而不執行隔離有傳染性之病患，樂生醫院的責任是什麼？(三)樂生醫院專治癩瘋病為對象，但癩瘋病患求醫而不收，樂生醫院究竟要收什麼樣的病患？(四)根據省訂癩瘋病患管理條例，「病患有接受治療之義務，樂生醫院有無條件收醫本病患者之責任」，樂生醫院為何不實踐其責任？(五)我賢明政府已經設立醫院收容

開放性的癩瘋病，豈有限制名額之理？樂生醫院負責人所說：「名額已滿，不能收容」的話，顯係欺人。³³

針對以上院外患者指控，樂生院院方也以投書回覆如下：

(一)政府核定本院免費收容額五百病床早已告滿，不得不停止收容。(二)本院雖負隔離有傳染癩瘋病人之責，奈一切限於經費預算，祇能在法令規定範圍以內盡其職責。(三)本院當然以收治癩瘋病人為對象。(四)鄧君等指責本院不實踐其責任，本院未便默認，但謹能對鄧君等表示深切同情與誠摯歉意而已。(五)本院經一再呈請層峰擴增病床，惟迄今尚未奉准，有案可稽，非本院負責人空言搪塞也。³⁴（底線為筆者所加）

以上說明，儘管與美援增建房舍的數量略有差距，仍凸顯患者收容及相關經費嚴重不足的窘境。

總之，1940 年代末臺灣沿用戰前癩病隔離措施，至 1950 年代初由於新移入患者持續增加，加上原有患者安置的問題，樂生院患者收容問題日趨嚴重。為改善軍患收容問題，美援開始提供經費資源，於樂生院內增建房舍，擴大患者收容量。然而，依據既定的患者隔離措施，樂生院院區終究無法負荷。此時，解決患者收容的現實問題，也是符合時代潮流的做法，即是改變舊政策、推動政策轉型。依據趙榮發醫師的觀察，臺灣的癩病強制收容於 1955 年取消，原因之一是樂生院本身無法提供足夠的病床給申請入院的患者。³⁵ 其實，從以下的分析可知：趙榮發基於他個人啟動樂生院門診治療之經驗，將他在該院開設癩病門診視為「強制收容取消」的年代，然實際上若以防治法規為依據，其年代更晚。不過，他這項觀察的意義不僅在於指出取消強制收容的時間以及原因，更重要的是提出如何取消強制收容，即如何建立一套新措施取代舊制度，而其運作成效又如何之問題？

³³ 大家談，〈一群癩瘋患者、樂生醫院為何不收〉，《聯合報》，民國 45 年 5 月 8 日，第 3 版。

³⁴ 樂生醫院，〈函覆讀者本(四五)年五月八日貴報大家談登載鄧火明君等十二人聯名質問本院為何不收癩瘋病人〉，《聯合報》，民國 45 年 5 月 14 日，第 3 版。

³⁵ 他於 1953 年起擔任樂生院預防科主任兩年，因此是他的親身經歷。Y. F. Chao (趙榮發，馬偕紀念醫院)，"The Leprosy Problems in Taiwan," *Leprosy Review* 39: 3 (July 1968), pp. 107-109.

四、美援、國際癩病組織與防癩政策轉型

1950年代以來臺灣的防癩政策，在美援衛生計畫的影響以及軍方積極介入之下，進入政策轉型的階段。基本上，國際廣泛運用磺胺藥劑之後，癩病防治的重點在於早期發現、早期治療，以及加強門診和居家治療。至於療養所的角色，則限制在特殊醫療或社會因素（social indication），如處理患者嚴重的癩反應及其他併發症，執行外科手術和生理復健，以及作為研究和訓練的中心等。因此患者越早出院越好。在醫療診所進行早期診斷與化學治療，成為癩病控制的主要措施；傳染性患者仍被准許以自願的方式，留在隔離療養所，但只是暫時性的安置。³⁶然而在臺灣，是否也建立門診治療設施取代療養所的地位？

依據當時趙榮發醫師評估指出，臺灣欠缺訓練有素的癩病學者與皮膚科醫師，故妨礙此疾病的控制。許多皮膚疾病的患者去看所謂皮膚科門診（skin clinics），不專業的醫師很容易誤判，無法辨識癩病的皮膚疾病。地方醫師及教會醫院一般門診無法提供癩患者治療。他認為改善問題的方法，是將診療所設在城市，配置訓練良好醫師、充足的診斷設備和治療設施，也遠離鄉村地區人民的偏見。³⁷

1950年代，美援衛生計畫對於癩病之重視，首要的反應在選送醫師出國訓練，以充實新的醫療技術。首先被選派出國的，是任職教會醫院，即馬偕紀念醫院的趙榮發。³⁸美援選派技術人員出國於1951年開始執行，1952年才制定明確辦法。該辦法規定，出國訓練時間以一年為限，歸國後必須在原機關服務兩年以上且一切訓練計畫均以「實習」為重心，目的在使受訓人員習得的知識及技能於返臺之後能立刻應用。³⁹1952年7月，趙榮發由馬偕紀念醫院推薦，前往香港

³⁶ Becheli L. M., "Advance in Leprosy Control in the Last 100 Years," p. 291.

³⁷ Y. F. Chao, "The Leprosy Problems in Taiwan," p. 108.

³⁸ 趙榮發任職馬偕醫院而被選派出國，這點應該與戴仁壽醫師有關。戰前戴仁壽投入癩病醫療工作及其創辦樂山園的發展，可參考王文基，〈癩病園裡的異鄉人〉，頁116-124；芹澤洋子，〈ハンセン病医療をめぐる政策と伝道〉，頁27-36。

³⁹ 美援技術協助訓練計畫1951年開始辦理，由美國安全分署、(行政院)美援會、農復會等推派代表7人組成，名為「美援技術協助委員會」。美援技術協助方式分為三類：一，延聘美籍專家來臺；二，選送技術及管理人員出國接受訓練；三，第三國訓練、對外提供技術協助。1952年，確定選送技術人員出國辦法，對於候選人資格、訓練期限、申請手續、甄選過程、參加人之義務及出國前訓練、保薦資格、訓練期限、申請手續、甄選過程、參加人之義務及出國前訓練、保薦機關之責任義務等皆有條文規定。楊翠華，〈美援技術協助〉，頁261-292。

大學以及香港癩瘋協會所屬的療養院進修一年，接受皮膚科專業訓練。⁴⁰

為何趙榮發是前往「英國屬地」香港進修，而非美援技術合作的通例「美國」大學？依據趙榮發的說明指出：由於 1949 年中國大陸赤化所造成的難民潮進入香港，難民之中有為數不少的癩病患者，香港當局因應這種情勢，設立一個新的療養所加以收容治療，並配合香港大學進行醫療研究。也因此，前往該地對於學習經營一個新的療養所，助益甚大。⁴¹ 而「新」療養所另一層含意，是採用國際癩病醫療新的「門診治療」措施。當時香港當局對於癩病的對策，是由英國教會組織癩病救治會（MTL）主導，一方面在「喜靈洲」這島嶼設置療養所，另一方面在各「保健所」內設置有關癩病的門診，稱為「皮膚病診療所」，處理一般皮膚病、性病及癩病。同時，派專門醫師從事定期巡迴診療。這個巡迴移動班除醫師之外，也加入檢查技師與個案工作者，在醫師診察之後進行患者生活輔導，並給予必要的援助。⁴² 就此而言，趙榮發在此進修就有多重的意義，包括：考察收治中國籍患者為主的療養所，運用國際新進的門診治療和巡迴診療，以及重視患者生活的協助等。同時，西方教會組織癩病救治會（MTL）延續戰前的發展，也再度影響臺灣。

1953 年 7 月，趙榮發從香港返臺後，隨即進入樂生療養院服務，擔任預防科主任。依據美援會的相關規定，他大約服務兩年（1954-1955），也為戰後樂生院的門診治療開創新的一頁。⁴³ 總括而言，由於美援提供化學新藥 DDS 治療，趙榮發開創兩項紀錄，其一是展開地方性癩病流行病學調查；其二是在樂生院開辦癩病門診治療。

⁴⁰ 梁妃儀、陳怡霈、蔡篤堅，《漢生病照顧者人物傳》（臺北：行政院衛生署，2008），頁 4-14。

⁴¹ 依據趙醫師口述，他原希望去英國或加拿大，但因明有德牧師希望他就近去香港進修而有此安排。此外，由趙醫師提供的個人經歷資料顯示，他去香港大學的進修所獲得的獎學金是由美援對臺主管機關「美國共同安全總署駐華分署」Mutual Security Agency(MSA), Mission to China，簡稱「安全分署」，以及中國農村復興委員會 Joint Commission on Rural Reconstruction，簡稱「農復會」(JCRR) 共同提供。范燕秋主訪，〈趙榮發醫師訪談影音紀錄〉。

⁴² 這些觀察紀錄來自日本醫師犀川一夫的親身經歷，他在 1950 年代後期前往香港考察的實地見聞。該書寫到：「楊陵祥醫師在此從事定期巡迴，施行漢生病診療，我每天一起搭乘汽車，巡迴各保健所學習外來診療所」。犀川一夫，《門は開かれて：らい醫の悲願——四十年の道》（東京：みすず書房，1989），頁 150-151。

⁴³ 趙榮發在樂生院擔任預防科主任，同時也在馬偕醫院開設特別皮膚科門診，時間為每週二、四下午。在樂生服務滿兩年之後，院方雖極力挽留，但他還是繼續一段時間之後才完全離開。

流行病學調查是為了解癩病患者人數及其分布，以便規劃處理辦法或增設醫院收容。1953年9月，農復會及省衛生處研商決定，趙榮發率領「癩瘋病調查工作隊」3人，選定以流行率高的澎湖為首要目標，進行為期一個半月的調查。⁴⁴ 調查的主要結果包括：發現新病例37人，其中須住院治療者27人；新舊病患總數201人，以當地人口比例言，罹患率甚高；而若比較1935年的同樣調查，更顯示患者未見減少，反而尚在相對增加之中。在此次調查之中，也發現部分患者遷移至臺灣南部各地，因此調查隊受命前往，以執行徹底的追蹤調查。⁴⁵ 此外，由於部分患者不願意離開澎湖，促使官方考慮在當地優先設置門診治療所，⁴⁶ 因而促成美籍護士白寶珠（Miss Marjorie Bly）於1955年初前往澎湖設置「治療站」一事。⁴⁷

其次，樂生院開辦「門診」是從1954年3月開始，至1955年9月底為止，累計門診人數417人。其中346例為患者，71例為非患者；患者除部分收容住院之外，門診部以新藥治療，大多數成效良好。基於此一成果，院方於1955年的特刊呼應國際專家的觀點，認為基於防治成效、人道、經費、醫學知識、疾病特性等各種原因，開放門診治療是必要的，也是合乎時代進步的做法。⁴⁸

就在趙榮發任職樂生院的同年，該機構也更換一位軍職出身的院長。如前文分析，基於1950年代以來軍隊中的癩病患者問題，政府當局，特別是軍方也積極介入癩病防治，具體行動是1953年12月陳宗鑿接掌樂生院院長一職。從表二可知，這位院長為江西籍，軍醫系統出身，而且信仰基督教，任期自1954年1月至1966年5月為止，長達12年之久。他之接任院長，除反映戰後國民黨政府用人的特性，即以「外省籍」為重之外，無論就個人宗教信仰，或基於住院軍患

⁴⁴ 〈防治本省癩瘋病，決組隊調查患者；下週起先在澎湖進行，預定四十五天可完成〉，《聯合報》，民國42年9月4日，第3版。

⁴⁵ 〈癩瘋病調查隊抵澎調查病情〉，《聯合報》，民國42年9月11日，第4版；〈澎湖癩瘋病患者已有二百餘人，調查隊初步工作告竣、發現患病率迄未減低〉，《聯合報》，民國42年10月18日，第4版。

⁴⁶ 根據報導指出：「目前澎湖籍癩瘋患者，除已送樂生療養院及淡水樂山醫院醫治外，尚有廿餘人不願離開家庭。治療站設立旨在使此批患者獲得在家治療機會，故採巡迴前往各患者家中診治施藥，不收分文。」〈澎湖將設立癩瘋治療站〉，《聯合報》，民國44年8月27日，第5版。

⁴⁷ 有關白寶珠在澎湖設置「治療站」一事，其背景因素頗多，本文以下有進一步分析。

⁴⁸ 門診人數417人，其中346例為患者、71例為非患者；346例之中，由樂生院收容住院的191人，由門診部使用農復會及樂生院的新藥治療67人，另88人在家治療。省立樂生療養院編，《臺灣省立樂生療養院廿五周年特刊》（臺北：省立樂生療養院，1955），頁35-37。

比例高所衍生的問題，如軍人醫療以及院內頻發的暴力問題等角度觀之，由軍方人士掌理樂生院不僅是適切的，同時也是現實考量的結果。

陳宗鑿就任之初，面臨的最大難題就是院內「有組織之黑社會」，即軍患同鄉結黨對職員暴力相向，間或有欺壓院民的事故。對此，陳宗鑿以出身軍方的背景，整飭軍患紀律，包括 1956 年將違法者送往軍方特別設置的「瑞芳禁閉室」，由樂生院醫師按時前往治療；1958 年召集衛生和警政相關單位召開「住院不法患者處理辦法會議」。1966 年，為便於處置與醫治犯罪之病患，在院內設置「樂生分監」。為解決院區人力不足問題，採取病區自治辦法，建立患者自治組織，強化院內生活機能如公炊、公膳等。⁴⁹

在加強樂生院內部管理的同時，陳宗鑿似乎負有更重大的任務，即是推動防癩政策的轉型。附錄一是整理 1950 年代為主的樂生院大事紀，可見歷年該院的人事活動與國際相關組織、人士的密切關聯，呈顯美援衛生計畫有關癩病處理的方向及進展。從醫療史的角度觀之，其中即涉及戰前日式醫療改換成美式醫療的過程，即癩病處理從「封閉、隔離」轉向「門診、開放」的過程。其間，樂生院試圖調整其功能、角色，即不再扮演患者長住的家園，而是患者暫時療養的處所，並以處理特殊醫療或社會徵候⁵⁰為主，比如當患者發生嚴重的癩反應及其他併發症，或執行其外科手術和生理復健，以及作為研究和訓練的中心。從附錄一的大事紀之中，我們能不能觀察到樂生院如何或是否完成醫療典範的轉移？值得進一步分析。

首先，是美援「技術協助」對於防癩政策轉型的重大影響。如附錄一所示，1954 年 1 月陳宗鑿就任之初，邀請英國防癩協會秘書 Mr. Miller 及香港癩瘋院長 Dr. Fraser 討論樂生院改革。基本上，美援技術協助包括：延聘外國專家顧問、派

⁴⁹ 省立樂生療養院編，《臺灣省立樂生療養院三十週年紀念特刊》，頁 23-29、57-58。劉集成，《樂生療養院志》，頁 91-92。

⁵⁰ 所謂社會徵候 (social indication)，意指：患者雖然治癒卻依舊居住在療養所，其原因是社會環境（如偏見）所造成。此觀點出自 Becheli L. M., "Advance in Leprosy Control in the Last 100 Years," p.291。以臺灣而言，依據犀川一夫醫師的考察，樂生院住院患者治癒後卻很難出院的原因有三：一，社會對於癩病存在強烈的傳統偏見與污名。二，退役軍人患者來自中國大陸，因此沒有家族及家庭。三，入院者 62% 有身體殘缺。Dr K. Saikawa (WHO Medical Officer), "Leprosy Control Project: Final Report (China 0045-E), Regional Office For The Western Pacific," World Health Organization 26 April 1971, p.4.

專人出國進修，以及作為第三國訓練的地點、對外提供技術協助等三方面；⁵¹ 從附錄一資料，顯示這三方面對於樂生院皆有所影響。在延聘外國專家方面，陳宗鑿針對院務改革，除請教香港的英國教會人士之外，1955 年聘請美國改革教會的厚士瑞醫師（Dr. Richard Hofstra）擔任醫師顧問。其實，厚士瑞醫師的來歷不可小覷，他既是「臺灣癩瘋救濟協會」創辦人之一，也是最早前往澎湖開設「特殊皮膚科門診」的醫師，對於防癩政策轉型影響甚大。⁵²

此外，日籍醫師也扮演要角，特別是愛生園外科醫師犀川一夫。1957 年 5 月，犀川氏應邀來臺演講，在樂生院示範患者復健（rehabilitation）矯治手術，在當時臺灣是一項開創的醫療活動。⁵³ 從當時新聞媒體所留下的詳盡報導，即他巡迴臺灣各地醫療機構，以及至澎湖的行程，可見這項醫療技術所引發的矚目與重視。⁵⁴ 至於美援在其他方面的技術協助，則包括陳宗鑿前往日本療養所考察，或 1957 年底樂生院胡舜之醫師赴香港喜靈洲醫院進修，以及韓國、日本及東南亞國家的衛生官員來樂生院考察。整體而言，美援的技術協助對於癩病的影響，首先在政策導向上，其次是相關的醫療技術，而後則進行東亞國家間的經驗交流，或向東南亞國家展示防癩成果。

其次，是美援協助樂生院充實醫療設施，以及改善生活環境。美援衛生計畫主要原則之一，就是重視醫療設備與積極去除病源之環境。附錄一可見相關的發展。首先，在 1954 年，除軍醫署新建軍患病舍落成之外，美國安全分署（MSM/C）、農復會（JCRR）和行政院美援會等機構，頻繁在院區勘查新建病舍。⁵⁵ 1955 年，

⁵¹ 楊翠華，〈美援技術協助〉，頁 266-267。

⁵² 明有德，〈本會歷史文獻：第一年度（1956）年度報告〉，收於郭維租主編，《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 11-12。

⁵³ 犀川醫師於回憶錄提及，昭和 32 年（1957）春，樂生院院長陳宗鑿透過日本厚生省聯絡，前往日本療養所愛生園考察一週，他負責每天陪同解說該園化學療法科漢生病治療狀況，以及在外科見習矯正手術。由於當時臺灣尚未有這類的矯治醫療，因此陳宗鑿對此非常感興趣。翌年（1958），他隨即因臺灣醫學會邀請來臺演講，並示範矯治手術。其實，比對犀川醫師的回憶錄與當時臺灣新聞報導，顯示這些事都發生在同一年（1957）。犀川一夫，《門は開かれて》，頁 140-142。

⁵⁴ 相關報導內文：邀請日本長島愛生園犀川博士來臺，指導神經手腳矯治及光田反應器之製造與使用技術。全省各縣市衛生院、省立醫院均應派員參加講習。行程：5/12 來臺，5/13-18 樂生院講習會，5/19 臺中、臺灣醫學會演講，5/20 日月潭，5/21 嘉義，5/22 臺南，5/23 高雄，5/24 澎湖，5/25-26 臺北。〈癩瘋病專家犀川抵臺〉，《聯合報》，民國 46 年 5 月 20 日，第 3 版；〈犀川博士定期講演〉，《中國時報》，民國 46 年 5 月 23 日，第 3 版；犀川一夫，〈台湾の癩事情について〉，《長島紀要》第 4 號別冊（1957 年 10 月），頁 35-37。

⁵⁵ 有關美援衛生政策與計畫，由美國共同安全總署駐華分署（Mutual Security Agency, Mission to China

又有「陳院長與美援會技正會商建築第二期工程事宜」。事實上，美援補助工程興建與醫療典範的轉移有關，原因是在工程興建的背後常與美國專家顧問參訪之後的建議與指導有關。⁵⁶ 從附錄一可見，在美籍專家的建議指導之下，樂生院重視新建病舍的醫療分科與特殊疾病的分類處理，如結核或性病、癩病治癒之後的復健矯治，以及為其回歸社會而準備的「職業治療」等，這些與戰前日式醫療觀念技術有極大的不同，⁵⁷ 當時醫院「病歷」的變革似乎也反映這樣的變動。⁵⁸ 然而，在醫療設備更新的過程，樂生院似乎存在另一該機構無法克服的問題，即缺乏足夠的醫療人才以善用醫療設備資源。為此，監察機關甚至提出樂生院相關的糾正案。⁵⁹

再者，在美援協助之下建構防癩政策轉型的基礎設施和癩病門診治療系統。如附錄一可見，1955 年 5 月，省衛生處召開防癩會議之後，決定在臺北市雙園衛生局開辦門診；同年 10 月，樂生院長與該院顧問厚士瑞醫師商決在彰化、臺南、嘉義、高雄、屏東、澎湖等地基督教會醫院設置癩病門診部。此時間點不僅證實趙榮發醫師的觀察，也顯示以美國籍為首之教會人士的協助。不過，教會這個門診醫療系統並非憑空而來，而是來自戰前臺灣的教會醫療傳統，因時代的變動而與美援密切結合的結果。從教會醫療的立場，也可說是教會組織善用美援的力量。

簡稱：安全分署、MSM/C) 與中國農村復興委員會 (Joint Commission on Rural Reconstruction, 簡稱：農復會、JCRR) 密切配合，JCRR 鄉村衛生組組長許世鉅與安全分署公共衛生組長共同推行各項援助計畫，美援會居中協調美援單位與政府機關之運作，所協調的不僅直接的美援經費，更包含其他相關衛生組織，如聯合國兒童基金會 (UNICEF)、WHO、ABMAC 美國在華醫藥促進會等，這些組織在樂生院的新設施上也可見參與的動態。另有關醫院設備更新與美式醫學建立之關係，可參考楊翠華，〈美援對臺灣的衛生計畫與醫療體制之形塑〉，頁 95-96。

⁵⁶ 楊翠華，〈美援對臺灣的衛生計畫與醫療體制之形塑〉，頁 106-108。

⁵⁷ 針對其中的重大差異，犀川一夫醫師根據 1953 年參加在印度舉行的國際癩病會議之經驗，對此有深切的體會與具體的描述。他認為這次會議顯示與日本防癩政策的極大不同，重點在於重視漢生化學治療，以及引進積極的外科整型或重建手術，致力於恢復患者的人權、促進其復歸社會、消除社會偏見等。而且，強調將漢生病特殊醫療編入一般醫療的整合性概念。犀川一夫，〈門は開かれて〉，頁 125-127。

⁵⁸ 依據筆者對於樂生院內部患者病歷資料整理，發現這批資料絕大多數是 1960 年之前，可能的原因是該機構為配合癩病防治法規修改，將患者病歷表格全面更新。范燕秋，〈樂生院癩病史料整理與分析〉。

⁵⁹ 1957 年 5 月，監察院內政委員會對樂生院提出的糾正案，提出四項事例如下：一，臺灣省政府對於該院收容癩病人數額予以五百名之限制，二，該院既無精神病房之設備，亦無生產教育之設施，僅作消極之醫藥治療，全院患者均有幾分精神病，自殺者時有所聞；三，該院醫師待遇與普通其他各病院相同，故醫師極難羅致；四，省立樂生療養院年來由美援購入新式 X 光機一具，又由美援購贈予電氣消毒鍋一具，總價不下二十萬元，乃以裝置電氣無款為詞棄置不用，不唯未收醫療之效果且轉瞬將成為廢物。〈樂生療養院措施不當監察院提糾正案〉，《聯合報》，民國 46 年 5 月 1 日，第 3 版。

不少研究指出，癩病在西方教會史有其特殊的宗教意義，而日治時期臺灣的教會組織早以癩病患者照顧作為醫療傳道的重點，尤其以戴仁壽醫師及其創辦的「樂山園」扮演核心的角色，影響了殖民政府的防癩政策。⁶⁰ 不過，歷經二次大戰至 1945 年之後的國際政局變動，教會組織成員有極大的改變。戰後初期，由於中國共產黨對於宗教自由之壓迫，不少外國傳教士轉而來臺灣傳教。1950 年 7 月，因韓戰爆發、美國艦隊協防臺灣之後，臺海局勢的穩定，外國傳教士認為臺灣是在遠東發展傳道工作的地方，來臺傳教士日漸增多，遠超過戰前傳教人數，且以美國籍占最多數。⁶¹ 其後，由於 1954 年 4 月戴仁壽於離臺的旅途中，突然病逝於日本，外國宣教士明有德 (Rev. Hugh MacMillan) 等四位牧師遂於同年秋天發起、組成「臺灣癩瘋救濟協會」(Taiwan Leprosy Relief Association, TLRA)，以紀念和繼承戴仁壽醫師照顧癩病患者的志業。⁶² 此後，不同國籍或時間來臺的外國宣教士，在 TLRA 的名義之下，從事癩病醫療工作，並因應化學治療新時代的來臨，以「特別皮膚科門診」為工作重點。

1955 年，TLRA 的醫護人員前往癩病流行率高的地方「澎湖」，開辦第一個皮膚科診療所。當時 TLRA 以「澎湖」為首選有幾個原因。首先，最早是孫理蓮牧師娘進入樂生院去救治患者之後，發現比較嚴重的癩病患者大部分從澎湖來，因此她向教會提議組織醫療隊前往設置醫療中心，及早幫助病人在家鄉就醫。其次，1954 年趙榮發醫師依據樂生院內部病歷資料，發現澎湖籍的患者甚多而前往進行流行病學調查，再度證實當地癩病問題之嚴重。1955 年初，TLRA 在省衛生處與農復會的支持之下，由美籍醫師厚士瑞及護士白寶珠前往澎湖，設計一項門診醫療的試驗性計畫。在評估當地民眾的反應之後，白寶珠在馬公當地建立醫療中心，由教會醫師定期任顧問及監督。⁶³

⁶⁰ 參考范燕秋，〈癩病療養所與患者身分的建構〉，頁 87-120；王文基，〈癩病園裡的異鄉人〉，頁 116-124；芹澤良子，〈ハンセン病医療をめぐる政策と伝道〉，頁 27-36。

⁶¹ 1954 年外國籍傳教士 297 名，美國籍為 227 名，占 70% 以上。董顯光，〈基督教在臺灣的發展〉（臺北：作者自印，1970），頁 66-71。

⁶² 1953 年 12 月，戴仁壽醫師為處理樂山園的土地問題第二次來臺，翌年 4 月離臺返國。TLRA 發起人包括：明有德、孫雅各 (James Dickson)、魏德光 (Arne Sovik)、厚士瑞四人。戴仁壽醫師病逝於 1954 年 4 月 23 日，同年秋天，明有德牧師等發起設置 TLRA，1955 年 3 月召開第一次籌備會，1956 年 10 月 28 日正式成立。郭維租主編，〈臺灣癩瘋救濟協會四十週年紀念冊〉，頁 1-5、11-17。

⁶³ 〈澎湖特別皮膚科診所簡介〉，收於郭維租主編，〈臺灣癩瘋救濟協會四十週年紀念冊〉，頁 44。

表七、臺灣痲瘋救濟協會特殊皮膚科門診

教會機構	癩病診療單位	負責人
臺北馬偕醫院	診療所 1954	趙榮發醫師
馬公澎湖醫院	馬公診療所 1955	白寶珠護士 Miss Marjorie Bly
臺南診療所	臺南市安平路 1956	鄧路德護士 Miss Ruth Duncan
高雄傳染病醫院	高雄診療所 1956	畢嘉士醫師 Dr. Olav Bjorgas
嘉義診所	嘉義市 1957	施文子醫師
彰化診所	(與彰化基督教醫院合作)	Mr. Nils Tjersland

資料來源：臺灣痲瘋救濟協會編，《臺灣痲瘋救濟協會 1958 年報告》（臺北：臺灣痲瘋救濟協會，1959）。

依據表七以 1958 年為例說明 TLRA 開設診療所的概況。教會診療所皆稱為特別皮膚科門診，這是為避免疾病名稱造成的烙印及社會偏見。⁶⁴ 其中，馬偕醫院由美國改革教會厚士瑞醫師開創，1953 年趙榮發從香港進修返臺之後承接其職務。澎湖於 1955 年在馬公的省立澎湖醫院附設診療所，由美籍護士白寶珠主持。臺南於 1956 年 12 月由美籍護士鄧路德 (Miss Ruth Duncan) 創設；高雄則於 1956 年 10 月設置「基督教診所」，由挪威籍醫師畢嘉士 (Dr. Olav Bjorgas) 主持。嘉義於 1957 年 11 月，由鄧路德創設，施文子醫師負責；彰化診所於 1958 年設立，挪威籍 Mr. Nils Tjersland 主持，與彰化基督教醫院合作等等。就診療所選定的地點，是癩病流行率偏高之處，顯示教會醫療在擔負防癩政策轉型上的積極角色，⁶⁵ 而各診所設置的時間同時也是教會皮膚科診療所建立之時間，⁶⁶ 教會的投入為政策轉型奠定基礎。

其實，美援衛生計畫的影響除醫療制度、加強樂生院醫療設施及門診治療系統之外，包括推動防癩政策轉型，以及設定政策執行的評估標準。1959 年，省衛

⁶⁴ 有關「特別皮膚科門診」這個名稱的由來，犀川一夫醫師於 1950、1960 年代來臺協助癩病醫療，即曾指出使用「皮膚診所」等字樣，是為幫助消除社會偏見，爭取容許癩病患者在一般醫院或健康中心接受門診治療。〈今世並無絕症 自有妙手回春 日人犀川一夫博士來臺願終生為癩瘋患者服務〉，《聯合報》，民國 55 年 6 月 11 日，第 12 版。另，筆者訪問趙榮發醫師時，他特別解釋了此事。參考范燕秋主訪，〈趙榮發醫師訪談影音紀錄〉，訪問時間：2009/10/27，15:00-17:00，地點：馬偕紀念醫院會議室，影音紀錄：楊仁佐導演。

⁶⁵ 依據趙榮發醫師的分析，以 1968 年樂生院年報統計，全臺治療患者總計 4,204 人，流行率為萬分之 3.18。患者的區域分布變異很大，如：澎湖縣萬分之 35.16、高雄市萬分之 6.86、臺南市萬分之 6.39、臺北市萬分之 4.51，而南投縣僅有萬分之 0.78。郭維祖主編，《臺灣痲瘋救濟協會四十週年紀念冊》，頁 35-50。Y. F. Chao, "The Leprosy Problems in Taiwan," p.109.

⁶⁶ 在防癩政策上，政府與教會的合作關係及其進展，在臺灣痲瘋救濟協會的年度報告有比較詳細具體的說明。研究者若僅查閱官方資料，比較難發現這個歷史脈絡。如劉集成就認為基督教臺灣癩病救濟協會 (TLRA) 與官方的癩病門診同時出現。劉集成，《樂生療養院志》，頁 147。

生處成立「臺灣省癩病防治委員會」，以策劃及推行癩病防治工作。在組織成員方面，除主委為陳宗鑿之外，委員和顧問網羅國內外醫學及公共衛生專家，包括癩病醫學專家賴尚和、農復會主委許世鉅、軍醫署長楊文達、TLRA 會長明有德及陳登科等 9 人；顧問包括駐美代表董顯光（教會人士）、臺大醫院院長魏火曜、張智康、許子秋（省衛生處）；TLRA 醫師包括施文子、Dr. R. L. Cherry 以及艾福瀾（Dr. Myles. E. Efteland）等 8 人。同時，該組織規程要點，也將防癩工作的層級提高至省衛生處，確立樂生療養院作為防治執行的核心機構，以及賦予該委員會協調省立醫療院所協助防癩的權力。⁶⁷

在委員會成立之後，其主要行動有以下兩項。首先，是 1960 年於各地衛生局建立和擴大癩病門診工作，即先後於臺北、基隆、新竹、苗栗、宜蘭等地區衛生局設立特殊皮膚科門診。1961 年，該委員會決定為避免防治工作重複，臺中以南不再增設新的皮膚科診所，而由 TLRA 在大城市所建立的幾個診所代替。⁶⁸ 此外，為使事權統一，方便患者就診，TLRA 開設的特別皮膚科門診由該委員會輔導指揮。

其次，是掌握臺灣的癩病患者人數，以建立防治成效的評估標準。為此，樂生院執行兩方面工作。其一是進行巡迴診療，即 1960 年 7 月起，在農復會和 WHO 聯合國兒童基金會協助之下，樂生院派出兩組巡迴診療隊，以 4 年時間巡迴診療全臺 21 縣市，對癩病患者以期早期發現、早期治療。其二是 1961 年起，將全臺各地癩病資料納入管理體系，紀錄由樂生院統一建卡管理。也因此，戰後臺灣自 1962 年起才建立比較正確的癩病患者統計。⁶⁹

1962 年 3 月，省衛生處修訂公布「臺灣省癩病防治規則」，廢止先前強制隔離措施，改採開放、門診治療為重點，成為 1950 年代以來政策轉型的重要結果。為執行新的防癩法規，如附錄一 1959 年所見，同年 12 月樂生院開辦防治工作訓練班，調訓醫療衛生人員，加強各地門診病例之發現；以及就社會教育方面，舉

⁶⁷ 省立樂生療養院編，《臺灣省立樂生療養院三十週年紀念特刊》，頁 38-39；陳京川、省立樂生療養院編，《臺灣省立樂生療養院機關誌》，頁 25-26；Lo-Sheng Leprosarium, "Outline of Project Proposal for Prevention & Treatment of Leprosy on Taiwan," in Zong-ying Chen ed., *General Report in Commemoration of its Thirtieth Anniversary* (Taipei: Lo-Sheng Leprosarium, 1960), pp.16-25.

⁶⁸ 臺灣痲瘋救濟協會編，《臺灣痲瘋救濟協會 1961 年報告》（臺北：臺灣痲瘋救濟協會，1962），頁 6-7；Taiwan Leprosy Relief Association (T.L.R.A.), *Taiwan Leprosy Relief Association Annual Report 1961* (Taipei: T.L.R.A., 1962), pp.6-7.

⁶⁹ Y. F. Chao, "The Leprosy Problems in Taiwan," p. 108.

辦癩病講習會，推廣癩病知識。⁷⁰ 此後，防癩工作的重點有二：首先，透過全臺各地醫療衛生系統，特別是癩病防治委員會統轄下的各地特別皮膚科門診或診療所，進行早期診斷、發現，早期治療；其次，樂生院收容、治療「開放性」患者，一旦痊癒即協助其回歸社會。

表八、臺灣省癩病療養院及各門診所現有患者統計表(1963 年 6 月)

單位：人

	項目	患者人數			成人			兒童			細菌檢察			
		人數	合	男	女	合	男	女	合	男	女	○	+	-
療養院	樂生	1,056		889	167	1,038	881	157	18	8	10	1,056	243	813
	樂山	49		48	1	49	48	1	0	0	0	49	49	0
	合計	1,105		937	198	1,087	929	158	18	8	10	1,105	292	813
門診系統	基隆	18		10	8	17	9	8	1	1	0	18	13	5
	臺北	91		65	26	81	58	23	10	7	3	91	70	21
	馬偕	191		153	38	184	150	34	7	3	4	191	46	145
	樂生	599		554	45	594	552	42	5	2	3	599	232	367
	宜蘭	24		19	5	22	17	5	2	2	0	24	13	11
	新竹	12		10	2	12	10	2	0	0	0	12	7	5
	苗栗	22		15	7	22	15	7	0	0	0	22	12	10
	臺中	24		19	5	24	19	5	0	0	0	24	10	14
	彰化	77		51	26	69	46	23	8	5	3	77	35	42
	嘉義	158		108	50	148	102	46	10	6	4	158	57	101
	臺南	319		203	89	305	221	84	14	9	5	319	120	199
	高雄	442		309	133	411	294	117	31	15	16	442	189	253
	馬公	206		117	89	182	108	74	24	9	15	206	70	136
	合計	2,183		1,660	523	2,071	1,601	470	112	59	53	2,183	874	1,309
	總計	3,288		2,599	691	2,158	2,530	628	130	67	63	3,288	1,166	2,122

資料來源：省立樂生療養院編，《癩病防治十年》（臺北：省立樂生療養院，1963），頁 39。

1960 年代初，新政策執行的概況於表八可見其一斑。本表顯示樂生院與樂山園兩個公私立收容療養機構，以及在各地的門診治療設施包括 6 個教會所屬及 7 個官方所屬共計 13 個門診治療單位，總計隔離治療者 1,105 人、門診治療者 2,183 人，合計防癩系統掌握的患者人數為 3,288 人。上表之中細菌檢查一項，顯示樂山園收容患者 49 人，全部屬「有菌者」，即依據新防治法規的基本精神，全屬於應該收容者；至於樂生院收容 1,056 人，其中有菌者 243 人、無菌者多達 813 人，

⁷⁰ 這是針對各地開業醫、中小學教師、體衛教師、村里幹事等所舉辦的癩病講習會。1969 年，教育部曾將癩病知識與圖片編入國中健康教育課本。陳京川、省立樂生療養院編，《臺灣省立樂生療養院機關誌》，頁 25-26。

其中無菌者雖不必然是痊癒者，但也反映住院患者回歸社會之不易。至於門診治療患者的分布，從表八可見除樂生院之外，以中南部占多數，高雄診療所治療患者更高達 442 人，證實 TLRA 的門診醫療確實重要。此外，門診治療的患者 2,183 人之中，有菌者多達 874 人，這些可能被收容隔離於樂生院的患者，因新法規而得以居家治療，顯示政策轉型的重大意義。

綜上所述，戰後臺灣的癩病處理在美援衛生計畫協助之下，1960 年代初歷經政策的變革，無論在醫療專業人才的訓練，或者患者治療系統之建立，都顯見從日本政策遺產轉向美式醫療的發展。自此，臺灣防癩工作的重點在兩方面：首先，透過全臺各地醫療衛生系統，尤其是「癩病防治委員會」統轄下的各地特別皮膚科門診或診療所，加強早期診斷發現，早期治療；其次，樂生院對開放性患者暫時收容、治療，一旦痊癒之後，即協助其回歸社會。然而，就在防癩制度轉向美式醫療型態之際，樂生院所承接的殖民政策遺產是否徹底根除，以及能否有效處理痊癒者回歸社會，這些問題仍有很大的疑點。

五、政策轉型後的樂生院及患者人權問題： 內部管理與醫療實驗

誠如前文分析，1950 年代由於癩病化學治療的進展，國際組織開始倡議新的防治措施，呼籲重視患者的基本人權，特別是他們回歸社會、參與社會活動的權益。因此，癩病防治的重點在早期發現、早期治療，以及加強門診、居家治療；療養所的角色，則限於特殊醫療或社會徵候，執行外科手術和生理復健，以及作為研究和訓練的中心；患者則以儘早出院為佳。⁷¹ 然而，從近代防癩史觀之，多數國家一旦採行隔離政策之後，面對的挑戰即在如何取消療養所，將患者重新整合到社會，其結果經常是患者仍留置於療養所，成為防治計畫的沉重負擔。⁷² 其實戰後初期，臺灣也經歷了類似的過程。

1957 年年底，樂生院住院患者百餘人聯名在報紙投書，公開控訴該院陳院長「專制獨裁、不顧病患死活」，凸顯所謂「痊癒者」回歸社會問題之複雜。他們

⁷¹ Becheli L. M., "Advance in Leprosy Control in the Last 100 Years," pp. 285-306.

⁷² Hajime Sato and Minoru Narita, "Politics of Leprosy Segregation in Japan," pp. 2529-2539.

指責該院「最近宣布，百餘位沒有細菌潛伏者，勒令出院之措施，為盲目缺德的舉動」。其請願書說明指出：

這些被勒令出院者，十指脫落者也有，斷足鋸腿者有……，這種奇形怪狀的人被逐出院之後，家人不退避三舍才怪，況這群人之中，已住院 20 多年，父母亡故，無家可歸者有之，……無法謀生者有之……。⁷³

針對以上批評，樂生院院方的處置是：回函給報社，請其刊登更正函，說明這是「無傳染性患者蓄意逗留，深恐出院者所為」。該院執行政府法令，「凡無傳染性者應勒令出院，況且該院是治療機構而非養老院」。⁷⁴

儘管樂生院方如此回應，然若檢視當時社會對於癩病痊癒者的態度，可知樂生院住民所言並非虛妄。同年 2、3 月，樂生院住院軍患痊癒之後的安置問題早已浮現，並盛傳將以鄰近的桃園大溪一帶，作為痊癒軍人屯墾的農場。此一消息傳開之後，立即引發大溪鎮民的反彈，並選派代表向政府部門陳情，堅決反對其設置。此事也因此不了了之。⁷⁵ 其後，遲至 1962 年 9 月才由退輔會創設屯墾區，安置非開放性癩病榮民，地點在蘇澳，稱為「和平墾殖隊」，由蘇澳榮民醫院負責管理，1980 年改稱「花蓮榮家和平堂」。似此軍方欲安置痊癒軍患出院即已如此棘手，那麼一般入院者因身體殘缺、有後遺症而無法謀生，或者因社會關係斷絕而無家可歸者，勒令其回歸社會，誠然有其加倍困難之處。

1950 年代後期，樂生院收治患者日益增加，而且部分痊癒者無法回歸社會，如何管理住院患者成為重要問題。1958 年 3 月，樂生院制定「住院患者管理辦法」，⁷⁶ 作為院內管理的依據；其條文內容清楚反映這個機構的性質，也就是尚

⁷³ 本則報導：「……請願書指出民國 43 年冬，自陳院長接任以來，辦事一反前例，專制獨裁、不顧病患死活，……。具名控訴的癩瘋病患者林石頭、吳江才、陳明獻等百餘人，部分為澎湖人，因此縣議會甚表重視，已送請政府處理。……」〈樂生療養院如是云云：一群癩瘋病患投書揭發內幕，醫師不顧死活毫無醫德，甚至陳屍數日尚且不知〉，《聯合報》，民國 46 年 12 月 23 日，南部版。

⁷⁴ 這批示來自院方本身留下的紀錄。

⁷⁵ 〈癩瘋病已去，屯墾好莊田，200 人將赴大溪，夏榮光牧師將攝影片〉，《聯合報》，民國 46 年 2 月 27 日，第 5 版。〈大溪鎮反對設癩瘋病院，推定 5 人將來北陳情〉，《聯合報》，民國 46 年 2 月 28 日，第 5 版。〈大溪鎮民反對設立癩瘋病院，到處陳情深恐傳染，婦聯會曾表示同意〉，《聯合報》，民國 46 年 3 月 18 日，第 5 版。

⁷⁶ 共有 24 條，奉省衛生處 47.04.03 衛三字第 785 號令簽奉，省府批示准予修正。〈臺灣省立樂生療養院住院患者管理辦法〉，「樂生院癩病史料一般類」。

未脫離戰前隔離療養所的特性。整體上，住院管理辦法共計有 24 項條文，其後又附有一般注意事項 25 條和醫療事項 7 條；其中，一般注意事項第一條內容如下：

本院是專門收容開放性癲瘋病人的省立療養院。凡是開放性的癲瘋病人，可以住院治療，治癒以後，合乎出院標準者應即出院，不可以本院作為長期養老的居留地。且長期養老居留本院，並不是一件榮譽的事。⁷⁷

所謂「專門收容開放性癲瘋病人」，證實本辦法與當時籌備中、1960 年之後的新政策或新法規密切關連。就此而言，本辦法對樂生院所收治管理的患者，影響可謂深遠。

就條文內容觀之，依據該管理辦法的規定，如「第 3 條：不得擅自遷移」，「8：不得向院外任何人買賣物品」；「9：攜有之現金或其他貴重物品等，得申請院方代為保管」；「10：非經請假獲准，不得擅自外出，違者議處」；「12：請假不歸或私自潛逃者，除通知原籍縣市政府查緝外，並報請治安機關通緝，寄醫軍患報請軍法機關追緝」；「13：男女患者如同意結合，得於雙方病情許可時申請在院內同居，但須遵從勸告實行節育」；「14：患者死亡或出生嬰兒夭折，屍體一律火葬，如本院因學術需要研究者有加以病理解剖之權」；「18：住院軍民患者得由院方調查其體力技能，指導從事各項作業及護理工作」；「22：違犯院規時，視其情節輕重得依照左列各款加以懲處，1、申誡。2、服勞役。3、減少救濟品、慰勞品之配給。4、禁閉。」總之，這些規定幾乎與戰前的隔離法規類似，同樣限制患者人身自由、人格權利，以及對患者有要求勞動、施予懲戒以及宰制生死的大權。

至於本辦法附加的一般注意事項，有類似而更細密的行為規制。如「第 12 條：如遇選舉，要踴躍團結參加投票，以保持本院歷次地方各項選舉最高投票率之光榮紀錄。」；「18：要在合作社購物，在院內理髮室理髮，不可在街上交易」；「20：與外界接觸時，必須經過指導所」。其中有關住院患者的選舉權，如核對附錄一樂生院年表，可知是以 1955 年陳院長為他們辦理個人身分證為起點，1956 年 5 月旋即因臺北縣新莊鎮長選舉，而在院內設置投票所，使患者正式行使「公民權」。然而上述注意事項之如此要求凸顯了院方試圖控制患者公民權之行使。這

⁷⁷ 〈臺灣省立樂生療養院住院患者管理辦法〉，「樂生院癲病史料一般類」。

點正如院民所抱怨的：他們雖有投票權，但院方總指定投票的人選，這真是「有人權、但沒主權」。⁷⁸

依據樂生院的「住院患者管理辦法」，在如此封閉而控制的住院環境之中，院方對患者所施予的各種醫療藥物擁有絕對的正當性及合法性，即使其中有可能造成患者身體的嚴重傷害，住院者似乎也沒有抵抗的能力。1950 年代以來，藉著美援新式醫療的引進，因醫療不當造成住院者傷害的事例層出不窮。

首先，就新藥治療而言，樂生院在 1953 年美援機構「農復會」送來 DDS 試用，正式引進 DDS 治療。當時因人多藥少，只能以抽籤方式服用。而且，由於最初的 DDS 劑量是英國醫師根據非洲土人的體質而制定，藥性太強不適合臺灣人，因此有人因服用的藥劑過量而致死。⁷⁹ 部分患者求好心切，以為多服用一些，病況可加速痊癒，故造成服用過量的情形。也有承受不了神經痛折磨的患者，故意囤積藥劑量，再一舉吞服自殺。⁸⁰ 院方在對劑量及藥效欠缺理解與掌握的情況下，在治療過程調整劑量，易造成患者癩反應嚴重，以及身體的後遺症。住院患者在試用新藥之初，付出悲慘的代價。

1950 年代後期，在國際癩病醫療新知的影響之下，為了協助痊癒者回歸社會，為患者施行矯正及整形的復健手術盛行一時。當時樂生院為執行這類手術，首先延聘國外醫療專家，即日籍外科醫師犀川一夫示範相關技術。之後又派遣胡舜之醫師前往香港進修，研習相關技術，成為該院內這方面的外科專家。依據附錄一的樂生院大年表及前文討論，這類手術以 1957 年 5 月日籍外科醫師犀川一夫來臺，示範脫眉補植術為起點；1959 年，犀川氏再度為中南部癩病患者作矯正及整形手術，此時胡舜之醫師已研習返國，因此協同參與手術。然而，依據樂生院住院者口述得知，不少人對於胡舜之醫師的醫療技術缺乏信心，有住院者寧可

⁷⁸ 范燕秋，〈院民口述訪談稿〉（未刊稿），訪談時間：2009/11/06 16:50-18:30，地點：樂生院新大樓，受訪者：黃伯母、黃阿伯。

⁷⁹ 依據院志記載，樂生院最初使用 DDS 之用量，乃按 Lowe 氏於 1950 年發表在西非使用之方法，後來發現病人發生嚴重的癩瘋反應及其他副作用頗多，於是依據 Lowe 氏於 1951 年發表之經驗酌減其用量。病人發生嚴重癩瘋反應者漸減少，但仍有不少輕度癩瘋反應，1960 年 8 月 1 日起再參考 R. G. Cochrane, ed., *Leprosy in Theory and Practice* (Bristol [Eng.] J. Wright, 1959) 再減低用量，求安全有效。省立樂生療養院編，《臺灣省立樂生療養院三十週年紀念特刊》，頁 4-5。〈本省癩瘋病醫療概況〉，收於張瓊齡編，《寒森歲月》，頁 168。

⁸⁰ 張瓊齡編，《寒森歲月》，頁 63。

請假到院外，由 TLRA 診療所的醫師施行復健手術。⁸¹ 就此觀之，由於樂生院內部醫療技術及人員素質不佳，如何造成住院者身心的傷害，成為院民口述訪談另一重要議題。

1965 年夏季，樂生院內發生另一件嚴重的醫療實驗疏失。這件醫療實驗開始於陳宗鑿院長任職期間，由胡舜之醫師為部分住院患者施打美國海軍第二醫學研究所（U. S. Naval Medical Research Unit No.2, NAMRU-2）提供的實驗性醫療針劑。在經過半年多之後，受試者陸續產生身體痛苦反應，包括病況加劇、神經疼痛、外傷加劇等。1966 年 7 月，受試者在身體承受痛苦的情況下，偕同部分住院者總計 50 人聯名向法院方請願，要求「對曾經接受實驗之患者給予悉心醫治，以維護健康而減輕痛苦」。當時樂生院新院長游天祥上任不久，除採取各種安撫措施之外，⁸² 與樂生院關係良好，受患者信賴的日籍醫師犀川一夫也被聘請出面處理。也因此，在犀川醫師的回憶錄之中，對於此一事件留下重要而完整的歷史見證，即：

在臺北市內，有美國海軍第二醫學研究所，其熱帶病研究部當時正在研究漢生病，1968 年研究所的某位美籍醫師為了研究，而與樂生院醫師聯絡，試驗住院者某種免疫反應。但是，其後約半數患者產生發熱、併發神經痛的反應，其中也出現因為運動麻痺而造成手指彎曲的情況。為此，患者憤怒而發生要求兩位醫師賠償的騷動。當研究所的美籍醫師打電話給我，知道此事之初，我也很驚訝，認為這是輕率的事。電話中，他拜託，無論如何希望我能協助平撫這件事。我急忙去樂生院所見，患者們正激動要殺兩位醫師。游院長也極力請求我收拾事態。幸好，1958 年我首次訪問臺灣時，與樂生院入院者藉著治療而有密切交往，獲得入院者的信賴，因此能很快的協商。……費心治療的結果，因有效的治好反應，而使患者的憤怒平靜下來。漢生病的研究，這時尚是無法使用動物實驗的時代，不得不直接試驗於患者，然研究者即使想嘗試各種研究，若思考患者人權，有妨礙的研究仍不能不嚴加慎重。⁸³（底線為筆者所加）

⁸¹ TLRA 信件資料，「樂生院癩病史料一般類」。

⁸² 〈報告，民國五十五年七月四日於本院〉，「樂生院癩病史料一般類」。

⁸³ 犀川一夫，《門は開かれて》，頁 234-244。

以上，犀川醫師的紀錄除時間（1968 年應該是 1966 年）有誤差之外，⁸⁴ 完整的說明事件發生的原委，以及他處理事件的經歷與評斷。而他所言的「樂生院醫師」，就是指胡舜之醫師。在這件醫療實驗事件中，承受身心傷害的受試者，他們經歷與感受又如何？其中一位當事人的陳述如下：

那時，美軍醫學研究所送來的實驗針劑，由胡舜之醫師為院民注射試驗針劑，他有說是試驗的。……他如何選擇院民注射者，我並不清楚，有可能是看病歷選也說不定。第一梯次總計至少 20 人以上受試，其中有人可能施打兩次，結果每個人的反應不太一樣，多數結果都很差。我好像聽人說注射後身體變差，就不敢再注射。後來，我的腳部也爆發外傷，很久都沒好。……那時胡醫師說：這研究是對阮好的。而且，阮也不敢不順從。我有受騙的感覺，我們好像是人家的白老鼠。（p.s. 筆者結束訪談之際，她再度強調：我們像是白老鼠。……）⁸⁵（底線為筆者所加）

誠如這位當事人所言，住院患者「不敢不順從」院方。也有不少院民提出相關的證詞是：院方的醫療經常是強制的，院方最常使用的威脅方式，是退院或者扣減伙食。在無法（立即）回歸社會，而必須暫居於此封閉而被宰制的體制內，住院患者唯有聽命的順從而已。

如何看待或理解美援時代即將結束所發生的「人體醫療實驗」事件？首先，如犀川醫師所言，當時無法先以動物實驗進行癩病醫學研究，原因是癩病桿菌無法在人體外成功培植。1941 年，Guy Henry Faget（1891-1947）在美國癩療養所對患者試驗普羅敏化學治療以來，國際癩病醫療之推進，某種程度是仰賴人體醫藥實驗；這點也反映在 1953 年樂生院引進 DDS，必須在患者醫療試用的過程調整劑量。就此而言，美軍第二醫學研究所醫師提供醫療針劑，為實驗患者「某種免疫反應」，也可能是癩病醫療實驗「失敗」的案例。

若這次事件無法歸咎於人體醫療實驗，另一重要的角度也如犀川醫師所言：人權的思考。換言之，這是未顧慮人權的「人權損害事件」。即使是如此，仍必

⁸⁴ 由於個人的記憶有限，這種時間的錯誤常會發生，也因此需要多元查證。在史學上「孤證不立」也是這個道理。

⁸⁵ 范燕秋，〈院民口述訪談稿〉（未刊稿），訪談時間：2009/11/06 16:50-18:30，地點：樂生院新大樓，受訪者：陳伯母。

須追問的是：對於樂生院患者而言，究竟何種社會情境或權力結構導致這樣的人權損害？從相關研究顯示，封閉性的全控機構如監獄、隔離療養所等對於犯人或患者，因機構內部特殊的權力關係，最容易造成人權的疑慮或傷害。⁸⁶ 如前文分析所示，1960年前後、樂生院成為封閉而具有宰制權力的機構，對於這機構住院患者而言，國際醫學研究倫理規範的要項——保障受試者基於自主的同意權，⁸⁷ 根本是一種奢侈的概念。就此而言，樂生院機構特性本身，是造成這次人權損害事件的場所背景。

不過，另一不可忽視的面相是美援衛生計畫所形構的醫學知識／權力結構，亦即這次事件發動「主體」研究機構——美國海軍第二醫學研究所（NAMRU-2）所代表的權力及位階，以及它如何透過其知識／權力的代理人，進行支配性的醫學研究。首先，就機構的性質而言，NAMRU-2 是美國海軍為支援海外作戰，預防地區性疾病對戰力的影響，於 1955 年在臺灣美國雙方政府同意之下成立，並將總部設在臺北市臺大醫學院校區。它當然屬美援的相關機構。其次，依據犀川醫師的回憶，事件的脈絡是：NAMRU-2 熱帶病研究部為研究癩病，找樂生院醫師（胡舜之）協助之後，立即找到受試對象，也獲得研究協助、代理其執行。此外，當時正在發展中的國際醫學研究倫理，有另一項重要的規範，也就是由獨立機關對研究風險進行控管。然而以當時臺灣的醫學界而言，能否或如何成立獨立機關？以及樂生院醫師是否有如此認知？這恐怕都是問題。在此更深層的問題，是臺灣對於美國的依賴關係：美臺之間不平等的權力關係，恐怕也使此一事件難以避免。

其實，NAMRU-2 進行的這項醫療研究，從國際癩病醫療的角度，有另一值得注意的面相：1950 年代以來癩病醫藥研究面對的重要議題，是患者使用 DDS 產生的抗藥性問題。從 1954 年由英國 Dr Vincent Barry 團隊合成「癩必寧」（Clofazimine）最初作為結核病藥物，1959 年轉運用於治療癩病，不僅克服 DDS

⁸⁶ Jonathan D. Moreno, *Is There an Ethicist in the House?: on the Cutting Edge of Bioethics* (Bloomington: Indiana University Press, 2005), pp.136-144.

⁸⁷ 有關當代醫學研究倫理的發展，約在 1960-1970 年代逐漸成形，美國遲至 1974 年才將「紐倫堡法則」（Nuremberg Code）所揭示的研究倫理轉化為國內法。國際醫學研究倫理規範所包含的兩大主軸：保障受試者基於自主的同意權，以及由獨立機關對研究風險進行控管。參考：邱文聰，〈樂生院醫學知識生產活動對本土研究倫理的意涵〉，收於范燕秋編，《東亞近代漢生病政策與醫療人權論文集》，出版中。

抗藥性問題，而且有高度殺菌作用；1962 年，Browne 和 Hogerzeil 在奈及利亞研究證實 Clofazimine 治療癩腫瘤型有效。1968 年，由瑞士藥廠 Ciba-geigy 製造的「立復黴素」(Rifampicin)，證實對各種類型癩病都具良效，並能在短時間內殺死癩桿菌。⁸⁸ 換言之，1960 年代正是癩病醫藥研發進展快速的年代。這時 NAMRU-2 挾帶美援衛生計畫執行之便，投入亞洲地區熱帶病「癩病」之研究，以樂生院為試驗場所，或許正是試圖在國際癩病醫藥研究上再創造新的紀錄，但樂生院的受試者則成為國際醫學知識生產的標本。

1965 年，樂生院住院患者「人體醫療實驗」所造成的傷害，為美援時代的結束留下註腳。此事件說明美援醫療體制的另一重要的面相，即美援衛生計畫所形構的醫學知識／權力結構，也就是美臺之間所建立的特殊的權力關係，可能使臺灣社會承受另一種健康的風險或身體的宰制。即使進入「後美援時代」，⁸⁹ 美臺雙方合作的醫學研究計畫，仍有研究者選定以樂生院患者為受試對象，其中依然存在研究者與受試者極為不平等而宰制性的權力關係。

即 1967 年 7 月，國防醫學院韓韶華教授與美國華盛頓大學、國家衛生研究院合作，進行為期三年的一項有關「細胞免疫機轉」的研究計畫，而以樂生院患者作為受試對象，目的在藉由癩病患者的免疫反應來了解細胞免疫的機轉。就如相關研究所指出的，這是「非治療性的人體實驗」。⁹⁰ 這次研究計畫較為不同的，是美國國家衛生研究院要求符合國際醫學研究倫理規範，即需要受試者同意及醫院人體試驗審查報告。若依據研究者本人對此事的陳述：「同意書沒問題，我事先就已準備。但醫院沒有人體試驗委員會，臺灣也未有先例。幸好盧院長支持，……臨時組織一個人體試驗審議委員會……」。⁹¹ 若對照前文分析，樂生院住院患者

⁸⁸ 胡舜之，《公共衛生：Hansen's Disease》(臺北：省立樂生療養院，1981)，頁 135-137；Charles C. Shepard, "Experimental Chemotherapy in Leprosy Then and Now," *International Journal of Leprosy* 41:3 (July-September 1973), pp. 307-319；Robert R. Jacobson, "Treatment," in Robert C. Hastings ed., *Leprosy* (Longman Group UK Limited, 1985), pp. 193-202.

⁸⁹ 有關「後美援時代」，指連接美援後期而延續至美援結束之後的處理措施。相關實例討論，請參考劉鴻德，〈邱任榮與臺大醫院(1964-1972)：兼論後美援時代的醫療與臺灣社會〉，《臺灣文獻》59: 4(2008 年 12 月)，頁 401-466。

⁹⁰ 有關這次樂生院患者人體實驗計畫，邱文聰已進行開創性研究。參考邱文聰，〈樂生院醫學知識生產活動對本土研究倫理的意涵〉，頁 10-11。

⁹¹ 依據韓韶華口述說明，衛生署於 1986 年 6 月 13 日才公布作業辦法，規範人體實驗。韓韶華口述，喻蓉蓉訪問，喻蓉蓉、藍玉人記錄整理，《臺灣免疫學拓荒者：韓韶華先生訪談錄》(臺北：國史館，2004)，頁 148-153。

「不敢不順從」院方，則研究者所謂「沒問題」的同意書，當然還是有問題。而醫院臨時組成的審議委員會，是否發揮實質的意義？誠然存在極大的疑問。

六、結論：防癩從澎湖的開始與落幕

2007年7月底，筆者為執行癩病史研究計畫，跟隨兩位高雄教會的朋友前往澎湖，探望臥病多年，88歲高齡的白寶珠女士。這位澎湖人稱道的「白阿姨」，從1955年初來這裡的「白姑娘」，歷經半世紀為病患醫療奉獻，而今成為白髮蒼蒼的「白婆婆」。基於在當地從事癩病診療的經驗，深感疾病污名及社會偏見之深固，她在完成階段工作，退休的前夕，為了保護患者個人身分而將所有病歷資料燒毀，希望就此讓這群人（名字）從麻瘋病的標籤消失。⁹² 從戰後臺灣癩病史觀之，她的行動象徵著戰後防癩工作從澎湖的開始與落幕，以及政策從「機構隔離」轉向「在地治療」的成功。

從本文的討論觀之，戰後臺灣防癩政策轉型並非平順而自然，也非順理成章，而是在美援的時代，特別是美援衛生計畫的基礎，以及國際教會組織的協力，才有啟動的可能性。至少從戰後初期至1962年為止，戰前日本強制隔離措施成為一種政策遺產，在政權轉移的過度期持續運作，顯示當時的癩病政策是延續而非斷裂的。由於政策遺產是一種系統性的偏見，當政策運作所造成的疾病認知或污名一旦形成，就難以驟然消失，除非提出新的制度措施取代之，否則它將依照既有的制度慣性而持續運作。這也是1949年2月政府仍公布「臺灣省麻瘋病預防規則」，沿用戰前舊法規，再度強制收容隔離癩病患者的主要原因。

1950年代美援介入癩病處理的開端，在於1952年起提供經費在樂生院增建、擴大院舍，收容逐漸增多的軍患。然而，樂生院院舍的增建、擴充仍無法徹底解決患者收容問題。尤其，當軍方患者人數劇增，樂生院欲收容軍患尚嫌不足，各地患者收容問題隨即呈顯出來。若依據既有的患者隔離政策，樂生院空間、設施終究無法負荷。從當時防癩機構所面臨的這些現實問題，顯示美援介入癩病處

⁹² 白寶珠2008年4月於澎湖馬公過世。根據她的醫療助手潘先生的口述指出，她在幾年前退休之際，決定燒毀所有患者病歷資料。范燕秋主訪，〈潘錦章先生訪談稿〉（未刊稿），訪談時間：2007/7/30，地點：澎湖馬公。

理的背景，並非僅是人道的因素，而與支援國民黨政府、穩定其軍力有關。對於當時政府部門而言，解決軍患收容問題的根本辦法，也是在美援的支持之下改變舊政策、推動政策轉型。換言之，即使沒有美援，當初機構隔離政策可能因無法容納所有患者而被迫停止；但其究竟是否或如何終結，因歷史無法假設，實不得而知。不過，由於美援衛生計畫之介入，將政策導向符合當時國際醫療發展的方向，確立政策向門診治療轉型之展開。

而美援衛生計畫對於癩病處理，首要是選送醫師出國訓練，充實癩病新醫療知識技術。1954 年初，樂生院新任院長陳宗鑿就任之後，對於防癩政策轉型有比較完整的規畫，包括透過美援技術協助如：延聘外國專家顧問、派專人出國進修以及作為第三國訓練的地點，充實樂生院內部醫療設施，以及建立新政策運作的基礎設施「門診治療系統」。其後，從成立臺灣省癩病防治委員會策劃及推行防治工作，至建立防治成效的評估標準，如巡迴診療及全臺病歷資料統一建卡管理，癩病政策轉型終告底定。整體而言，1960 年代初，臺灣防癩歷經政策的變革，無論在醫療專業人才的養成，或透過醫院興建工程更新醫療技術觀念，以至癩病門診治療系統之建立，大抵可見美式醫療的形成。

另一方面，國際教會組織承續近代以來西方教會從事的癩病救治，並運用美援衛生計畫的新動向，力圖實踐其「醫療傳道」的任務。這點反映在 1950 年孫理蓮進入樂生院救助患者，當時防癩尚停頓於政策遺產階段，基督教會的慈善救濟，早已進入樂生院區協助危難的患者。1954 年，「臺灣癩瘋救濟協會」之成立，適度的整合國際教會組織之資源與人力，投入在地的（local）門診治療系統。包括 1955 年厚士瑞醫師偕同白寶珠前往澎湖，創開在地的門診治療所，以及他藉著擔任樂生院顧問而促使 TLRA 在門診治療上擔任重要角色。依據 TLRA 組織內部資料顯示，國際教會組織自有其籌措經費及人才的管道，但透過 TLRA 這個組織平臺與政府部門合作，在協助防癩工作之餘，得以發揮「醫療傳道」效用。⁹³

整體而言，1962 年 3 月省衛生處修訂公布「臺灣省癩病防治規則」，標誌臺灣戰後癩病政策的轉型，以及美式醫療在政策轉型所發揮的效力。然而，美式醫療對於臺灣也產生另一負面的影響。1965 年，美援時代結束之際，樂生院住院患

⁹³ TLRA 經費資源募集概況，參考該組織 1956 年起發行的年度報告。從該組織發行的年度報告或 1994 年出版的四十年回顧，可窺知其中醫療傳道的意義。

者「醫療實驗」所造成的傷害，說明美援醫療體制所形構的醫學知識／權力關係，即臺灣依賴美國特殊權力關係，也使臺灣社會承受另一種健康的風險。即使進入「後美援時代」，美臺雙方合作的醫學研究計畫，而以樂生院住院患者為受試對象者，仍有後續的研究議題，其中依然存在不平等的權力關係。當然，在這樣的事例之中，仍有必要面對的是：為何 1960 年代美國本土逐漸形成的醫學研究論理無法透過美式醫療影響臺灣？這是否意味著美援之影響僅及於師法美式制度的「形式」而不及於其「實質」？這問題可能涉及戰前日本殖民醫學如何的轉化，本文暫且無法深究。

事實上，戰後防癩政策轉型是否徹底，也是有疑問的。其中，最大問題在於 1962 年以降，樂生院應該暫時收治「開放性」患者，她／他們一旦痊癒之後，即應回歸社會。然而，由於樂生院收治患者包含戰前或戰後初期入院者，都可能因缺乏化學治療或者實驗性治療而造成身體殘缺，因此即使克服癩桿菌、治癒癩病，這些所謂痊癒者能否或如何回歸社會，都是極大的難題。若加上當時社會，癩病污名化仍然嚴重，回歸社會的問題就更為複雜。當住院者無法返歸社會家庭，接著所衍生的就是住院管理的問題。從近期的樂生院院民訪談紀錄，⁹⁴ 實證樂生院內部管理長期存在各種不合理、不人道的對待，成為戰後臺灣人權歷史另類的負面教材，也是研究者應該正視的歷史紀錄。當然，若檢視戰後不少國家在終結癩病隔離政策上，同樣也歷經曲折而漫長的過程；⁹⁵ 相對來說，臺灣雖在政策改變的時間點並未算遲緩，但終究必須面對政策執行留下的各種負面紀錄。

⁹⁴ 2005 年臺灣人權促進會為了替樂生院民提出「人權損害的國家賠償訴訟」，因此進行為期約半年持續而廣泛的院民口述訪談。其後，清華大學碩士生陳歆怡也曾引用這些訪談資料撰寫碩士論文，參考陳歆怡《監獄或家？：臺灣癩瘋病患者的隔離生涯與自我重建》（新竹：國立清華大學社會學研究所碩士論文，2006）。

⁹⁵ 比如日本與美國於戰後漢生病處理上，為取消隔離療養所同樣歷時甚久。相關研究參考 Zachary Gussow, *Leprosy, Racism, and Public Health*, pp. 151-175; Hajime Sato and Minoru Narita, "Politics of Leprosy Segregation in Japan," pp. 2529-2539.

附錄一、樂生院與國際醫療相關活動年表 1949-1960s

年代	事件
1949	公佈臺灣省麻瘋預防規則，沿用戰前強制隔離措施。
1950	孫理蓮牧師娘 (Mrs. Lillian R. Dickson) 到樂生院協助病患醫療與生活
1952	戴仁壽醫師返臺處理樂山園產權事宜，並主持樂生院禮拜堂的奠基禮拜。 10/5 基督教信徒興建「聖望禮拜堂」、落成啟用。
1953	經由美援、引進 DDS。 12 月陳宗瑩就任院長。
1954	<ol style="list-style-type: none"> 1/ 實施住院患者技能調查。邀請英國防癩協會秘書 Mr. Miller 及香港麻瘋院長 Dr. Fraser 等對本院改革之討論。 2/ 省建設聯工程總隊測勘修建水管工程。 3/ 省衛生處顏春輝處長和農復會衛生組許世鉅主任偕美國軍醫 G. Sunmon 參觀。軍醫署新建軍患病舍落成。本院設置門診。 戴仁壽醫師來院參觀，並討論與樂山園合作事宜。 4/ 護理改為三班輪值制。與安全分署商議修建本院房舍。 5/23 佛教信眾自建「棲蓮精舍」落成。安全分署衛生組商議修建房舍。 安全分署及省立基隆醫院院長復商修建病舍事宜。 6/ 安全分署護理組參觀。 臺大公衛班學員及醫學院醫務人員參觀，為外界醫護衛生人員參觀之始。 7/ 挪威籍醫師畢嘉士 (Dr. Olav Bjorgas) 夫婦及護士兩名來院服務。 8/ 陸軍總司令部軍醫處長偕美籍軍醫顧問參觀。本院水道修建開工。 陳宗瑩院長應美國國外業務分署之邀，赴香港考察麻瘋防治事業。 9/ 美援藥材會撥贈 Stibophen 一批。美國大使夫人參觀。 10/ 肺病患者另行遷住，以免混居。性病防治中心派員驗血。 11/ 退役榮患病癒出院。將學園舍改為臨時結核病舍。安全分署、省衛生處、結核防治中心、基隆醫院等商議建築肺病病舍及新建小型醫院病房病舍等計畫。職業治療工場開幕。
1955	<ol style="list-style-type: none"> 1/ 省衛生處與安全分署、基隆醫院及樂生院商議建築本院房舍。 2/ 長老教會厚士瑞醫師來院商討本島防癩工作，聘為本院醫師顧問。 農復會衛生組商議住院患者節育之事。 邀請醫學界、立監委、臺大醫學院、衛生機關等來院參加防癩座談。 3/ 農復會畜牧組外籍主任參觀。孫理蓮牧師娘邀省衛生處長、農復會衛生組、樂生院長及其顧問等商議防癩工作。 5/12 省衛生處開防癩會議，在臺北市雙園衛生局開辦門診。 6/ 夏威夷衛生處長由農復會衛生組、中央衛生實驗院長陪同參觀及演講 7/ 美援會技正陪同安全分署衛生及護理組勘查新建病舍基地。 8/ 陳宗瑩院長與美援會技正會商建築第二期工程事宜。 9/ WHO 性病防治主任醫師 Dr. Florich 參觀。 10/13 與厚士瑞顧問商決在彰化、臺南、嘉義、高雄、屏東、澎湖等地基督教會醫院設置癩病門診部。樂生院民辦理身分證。

	11/ 美國哈佛大學教授 Dr. Gamble 參觀並贈避孕藥兩打。聯合國社會服務部 Miss Rannch 參觀。WHO 癩病專家 Dr. Ziaquitto 參觀。
1956	1/ 華亞之聲牧師及大陸救災總會捐款修復禮堂。 3/ 日本療養所及厚生省官員參觀。 4/ WHO 東南亞區公署長及其駐臺性病顧問參觀。 美醫藥援華會主席參觀。 5/ 改選臺北縣新莊鎮長，本院禮堂特設投票櫃，患者始有公民權。 韓國保健社會部醫師來院考察。 8/ WHO 東南亞區公署駐臺顧問來院攝製病情資料。 10/ 臺北國際婦女會捐款設重病房完工使用。 11/ 本院派醫師胡舜之赴澎湖西嶼鄉檢查病患 4,535 人，發現患者 8 人。
1957	3/ 胡舜之赴澎湖西嶼鄉進行第二期病患檢查共 3,892 人，發現患者 9 人。 4/ 聯合國經濟考察團參觀。臺大護理學院畢業生來院實習。改選省議員及縣長，本院設投票櫃。 5/ 日本愛生園外科醫師犀川一夫來院做矯形示範。安全分署視察來院查看自來水供應情形。癩瘋講習會由犀川博士主講，並示範脫眉補植術。 6/ 行政院退輔會蔣經國委員偕軍醫署楊文達署長參觀。 7/ 退輔會於本院新建 100 床病舍一棟完工。病舍達 42 棟。 9/ WHO 西太平洋公共衛生考察團參觀。 12/ 派本院醫師胡舜之赴香港喜靈洲癩病醫院進修。 本院醫護檢驗員 4 人組隊赴金門檢診。
1958	1/ 選舉臺北縣議員，患者投票率 96% 強。 5/ 本院醫師應臺灣癩瘋救濟協會之請，為中南部癩病患者作矯正及整形手術。 住院患者投票選舉里長及鎮民代表。 香港喜靈洲癩病院院長參觀。 7/ 退輔會贈金黴素等藥品及器材 81 件，計值新臺幣 36 萬餘元。 本院邀集軍醫署、退輔會、國防部等單位商決軍榮患收容及健癒復原等問題。 11/ 香港大學病理系教授施仁欽 (Dr. Skinsnes) 及美國海軍醫學研究所流行科主任葛雷遜醫師參觀。陳宗瑩院長赴日本出席國際癩病會議。 12/ 法籍癩病專家、也是「世界癩病日」發起人 Mr. Follereau 夫婦，以及英籍癩病權威學者 Dr. Muir 來院參觀。
1959	4/ 臺北國際婦女會派員洽商捐款興建職業治療工場事宜。 邀請軍醫署、國防部、退輔會舉行「商討寄醫軍榮患收容管理會議」。 4/10 本院醫師胡舜之協同日本癩病專家犀川一夫為中南部癩病患者作矯正及整形手術。韓國保健館館長來訪。 5/ 夏威夷癩病醫院醫師參觀。 7/ 本院患者一律參加公膳。本院病患救助會成立，首次開會。 8/ 農復會畜牧生產組會商本院建築養殖場事宜。 9/11 慈光職業治療室落成。 10/3 成立臺灣省癩病防治委員會，在臺北市衛生院舉行第一次會議。由陳宗瑩兼該會主委，到會委員許世鉅、賴尚和、陳登科、張武虎、明有德、艾福瀾 (Myles. E. Efteland) 等。 12/ 本省醫護人員防癩講習班第 1 期醫師班開課。 本省醫護人員防癩講習班第 1 期護士班開課。

1960	<p>2/ 省醫護人員防癩講習班第 2 期醫師班開課。 本省醫護人員防癩講習班第 2 期護士班開課。</p> <p>3/ 省醫護人員防癩講習班第 3 期醫師班開課。 本省醫護人員防癩講習班第 3 期護士班開課。</p> <p>4/ 本省醫護人員防癩講習班第 4 期醫師班開課。 本省醫護人員防癩講習班第 4 期護士班開課。</p> <p>5/ 本省醫護人員防癩講習班第 5 期醫師班開課。 本省醫護人員防癩講習班第 5 期護士班開課。</p> <p>6/ 本省醫護人員防癩講習班第 6 期醫師班開課。 本省醫護人員防癩講習班第 6 期護士班開課。 為擴大癩病巡迴檢診，並加強就地治療工作，邀請臺北、基隆兩市及臺北、苗栗、新竹三縣各衛生院院長開會議決於各縣市設特別皮膚病門診。</p> <p>10/ 省衛生處來院指導籌備 11 月「癩病防治宣傳月」。 新建患者福利社完工。</p>
1961	<p>1/ 第五屆縣議員選舉，患者投票。</p> <p>3/ 院長赴美考察各大癩病院設備與行政。</p> <p>5/ 韓國醫師 3 人參觀。</p> <p>6/ 美國海軍軍醫第二研究所醫師送 1 患者來院檢查。</p> <p>8/ 韓國醫師、泰國衛生部長參觀。</p> <p>9/ 韓國醫師、泰國衛生部長參觀。</p>
1962	<p>3/ 公佈「臺灣省癩病防治規則」，廢止強制隔離、改為門診治療方式。</p> <p>9/ 退輔會設置墾區、安置非開放性癩病榮民，由蘇澳榮民醫院管理，稱和平墾殖隊，為榮患痊癒轉業之始。1980 年改為花蓮榮家和平堂。</p> <p>12/ 黎巴嫩衛生部秘書參觀。日本岡山大學醫學部整形外科等參觀。 美國慈善團體捐建「怡園」，作為院區精神病患居住之用。</p>
1963	<p>3/ 美國熱帶病第二研究所 Dr. Fresh 及中國海軍軍醫參觀。聯合國復健專家參觀。本院兼預防科主任胡舜之赴大阪發表演說及參觀療養所。</p> <p>4/ 癩病防治講習班檢驗員開始上課。</p> <p>9/ WHO 傳染病管理處長來臺考察癩病患者傷殘重建工作，舉行檢討會。</p> <p>10/ 泰國國立癩病院院長參觀。日本防癩協會西村博士來訪。</p>
1965	<p>收容患者達 1,118 人。天主教「威廉聖堂」落成。省衛生處舉辦癩病防治工作人員訓練。施行「癩病防治十年計畫」。</p>
1966	<p>成立「樂生分監」，監禁判刑癩患。外科醫師犀川一夫為樂生院及各地癩患施行手足以及面部矯正手術（1966-67）。盲人病房啟用。</p>
1968	<p>樂生院與國防醫學院和榮民總醫院合作癩病免疫學研究。</p>

資料來源：樂生療養院編，《臺灣省立樂生療養院廿五周年特刊》，頁 56-68；省立樂生療養院編，《臺灣省立樂生療養院三十週年紀念特刊》，頁 39-72。

引用書目

Dr K. Saikawa (WHO Medical Officer), "Leprosy Control Project: Final Report (China 0045-E), Regional Office For The Western Pacific," World Health Organization 26 April 1971, p.1-21.

「樂生院癩病史料一般類」。

《中國時報》，民國 46 年。

《聯合報》，民國 42-46 年。

中央研究院近代史研究所檔案館收藏，"U. S. AID Health Program" (美援衛生計畫)，「經合會」(行政院國際經濟合作發展委員會) 檔案，總卷「改善公共衛生各項計畫案」，1954。

Kuhn, Thomas S. (著)、程樹德(等譯)

1994 《科學革命的結構》。臺北：遠流出版事業股份有限公司。

中華民國年鑑社(編)

1958 《中華民國年鑑(四十七年度)》。臺北：中華民國年鑑社。

文馨瑩

1990 《經濟奇蹟的背後：臺灣美援經驗的政經分析(1951-1965)》。臺北：自立晚報社文化出版部。

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: 115-124。

李貞德

2005 〈從師母到女宣：孫理蓮在戰後臺灣的醫療傳道經驗〉，《新史學》16(2): 95-151。

明有德

1994 〈本會歷史文獻：第一年度(1956)年度報告〉，收於郭維租編，《臺灣癩瘋救濟協會四十週年紀念冊》，頁 11-12。臺北：臺灣癩瘋救濟協會。

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。

2009 〈ハンセン病予防基準の確立——国際連盟保健機関による取り組みを中心として：1925-1931年〉，收於范燕秋編，《東亞近代漢生病政策與醫療人權論文集》，出版中。臺北：國立臺灣師範大學臺灣史研究所。

邱文聰

2009 〈樂生院醫學知識生產活動對本土研究倫理的意涵〉，收於范燕秋編，《東亞近代漢生病政策與醫療人權論文集》，出版中。臺北：國立臺灣師範大學臺灣史研究所。

省立樂生療養院(編)

1955 《臺灣省立樂生療養院廿五周年特刊》。臺北：省立樂生療養院。

1959 《臺灣省立樂生療養院年刊》。臺北：省立樂生療養院。

1960 《臺灣省立樂生療養院三十週年紀念特刊》。臺北：省立樂生療養院。

1963 《癩病防治十年》。臺北：省立樂生療養院。

胡舜之（編）

1980 《公共衛生：Hansen's Disease》。新莊：省立樂生療養院。

范燕秋

2005 〈近代臺灣的癩病療養所與疫病隔離空間〉，收於范燕秋著，《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。

2006 〈樂生院癩病史料整理與分析〉，國科會計畫 NSC94-2411-H-011-007-2005,8-2006,7。

2008 〈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〉《臺灣史研究》15(4): 87-120。

范燕秋（主訪）

2007 〈潘錦章先生訪談稿〉（未刊稿）。訪談時間：2007/7/30，地點：澎湖馬公。

2009 〈院民口述訪談稿〉（未刊稿）。訪談時間：2009/11/06，16:50-18:30，地點：樂生院新大樓，受訪者：陳伯母。

2009 〈院民口述訪談稿〉（未刊稿）。訪談時間：2009/11/06，16:50-18:30，地點：樂生院新大樓，受訪者：黃伯母、黃阿伯。

2009 〈趙榮發醫師訪談影音紀錄〉。訪問時間：2009/10/27，15:00-17:00，地點：馬偕紀念醫院會議室，影音紀錄：楊仁佐導演。

張淑卿

2004 〈防癆體系與監控技術：臺灣結核病史研究（1945-1970s）〉。新竹：國立清華大學歷史研究所博士論文。

張瓊齡（編）

1994 《寒森歲月：棲蓮精舍四十週年紀念文輯》。臺北：樂生療養院棲蓮精舍。

梁妃儀、陳怡霏、蔡篤堅

2008 《漢生病照顧者人物傳》。臺北：行政院衛生署。

郭文華

1998 〈美援下的衛生政策：1960 年代臺灣家庭計畫的探討〉，《臺灣社會研究季刊》32: 39-82。

郭維租（主編）

1994 《臺灣癩癩救濟協會四十週年紀念冊》。臺北：臺灣癩癩救濟協會。

陳京川、省立樂生療養院（編）

1996 《臺灣省立樂生療養院機關誌》。臺北：省立樂生療養院。

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。

陳啟怡

2006 《監獄或家？：臺灣癩癩病患者的隔離生涯與自我重建》。新竹：國立清華大學社會學研究所碩士論文。

犀川一夫

1957 〈台湾の癩事情について〉，《長島紀要》4: 35-37。

1989 《門は開かれて：らい醫の悲願——四十年の道》。東京：みすず書房。

黃文弘

2001 〈政經架構、典範碰撞與知識位移：臺灣醫學典範轉折的系譜溯源〉。臺北：國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文。

楊翠華

- 2006 〈美援技術協助：戰後臺灣工業化開端的一個側面〉，收於陳永發主編，《兩岸分途：冷戰初期的政經發展》，頁 261-292。臺北：中央研究院近代史研究所。
- 2008 〈美援對臺灣的衛生計畫與醫療體制之形塑〉，《中央研究院近代史研究所集刊》62: 91-139。

董顯光

- 1970 《其督教在臺灣的發展》。臺北：作者自印。

臺灣痲瘋救濟協會（編）

- 1962 《臺灣痲瘋救濟協會 1961 年報告》。臺北：臺灣痲瘋救濟協會。

趙既昌

- 1985 《美援的運用》。臺北：聯經出版事業股份有限公司。

劉集成

- 2004 《樂生療養院志》。臺北：臺北縣文化局。

劉鴻德

- 2008 〈邱仕榮與臺大醫院（1964-1972）：兼論後美援時代的醫療與臺灣社會〉，《臺灣文獻》59(4): 401-466。

樂生醫院

- 1956 〈函覆讀者本(四五)年五月八日貴報大家談登載鄧火明君等十二人聯名質問本院為何不收痲瘋病人〉，《聯合報》，1956 年 5 月 14 日，第 3 版。

潘佩君、范燕秋

- 2005 〈「樂生療養院保存運動」的影像紀要〉，《臺灣社會研究季刊》59: 259-314。

韓韶華（口述），喻蓉蓉（訪問），喻蓉蓉、藍玉人（記錄整理）

- 2004 《臺灣免疫學拓荒者》。臺北：國史館。

藤野豊

- 2001 《日本ファシズムと医療：ハンセン病をめぐる實證的研究》。東京：岩波書店。

Becheli, L. M.

- 1973 “Advance in Leprosy Control in the Last 100 Years.” *International Journal of Leprosy* 41(3): 285-297.

Browne, Stanley G.

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

Chao, Y. F. (趙榮發，馬偕紀念醫院)

- 1968 “The Leprosy Problems in Taiwan.” *Leprosy Review* 39(3): 107-109.

Editorials

- 1955 “Are We Satisfied with Sulphones for Treatment of Leprosy.” *Leprosy Review* 26(4): 135-139.

Gussow, Zachary

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

Jacobson, Robert R.

- 1985 “Treatment.” In Robert C. Hastings ed., *Leprosy*, pp. 193-202. Longman Group UK Limited.

Leprosarium, Lo-Sheng

- 1960 "Outline of Project Proposal for Prevention & Treatment of Leprosy on Taiwan." In Zong-ying Chen ed., *General Report in Commemoration of its Thirtieth Anniversary*, pp.16-25. Taipei: Lo-Sheng Leprosarium.

Moreno, Jonathan D.

- 2005 *Is There an Ethicist in the House?: on the Cutting Edge of Bioethics*. Bloomington: Indiana University Press.

Sato, Hajime and Minoru Narita

- 2005 "Politics of leprosy segregation in Japan: the emergence, transformation and abolition of the patient segregation policy." *Social Science and Medicine* 56(12): 2529-2539.

Shepard, Charles C.

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

Taiwan Leprosy Relief Association (T.L.R.A.)

- 1962 *Taiwan Leprosy Relief Association Annual Report 1961*. Taipei: T.L.R.A.

US Aid Medicine, Hansen's Disease Control Policy, and Patients' Rights in Taiwan (1945-1960s)

Yen-chiou Fan

ABSTRACT

From the perspective of USAid medicine in Taiwan after the Second World War and using the archives of Lo Sheng Leprosarium, this article on medical history of Taiwan explored the policy changes for control of Hansen's disease and the reasons behind such changes. The study aimed to make up for the gaps in the history of that era and examined the human rights issues involved in the policy changes. It should be pointed out that the post-war policy changes for Hansen's disease control were neither a natural development nor a logical transformation.

During the colonial era, the Japanese had adopted a policy of forced segregation for people suffering from Hansen's disease. Such policy was still implemented during the transfer of sovereignty and persisted till the mid 1950s. Thereafter, both the introduction of health programs under USAid medicine and the involvement of international church organizations led to policy changes. Treatment of Hansen's disease patients in the early 1960s evidenced the rise of USAid medicine in Taiwan in terms of training of medical professionals, advances in medical technology, as well as establishment of the out-patient system. On the other hand, the Taiwan Leprosy Relief Association set up by international church organizations put into practice their vocation of "medical missionary" by providing outpatient treatment in line with USAid health programs. The research also highlighted the harm done to the inpatients of Lo Sheng Leprosarium in the "medical experiment" when USAid medicine terminated. The relationship between power and medical knowledge under US-aid medicine not only subjected the Hansen's disease sufferers to such health risks and left an infamous patients' rights record in the post-war history of Taiwan

Keywords: Post-WWII Taiwan, USAid medicine, Hansen's Disease Control Policy, Patients' Rights, Taiwan Leprosy Relief Association (TLRA)