

《師大臺灣史學報》
第6期 頁181-230
2013年12月
國立臺灣師範大學臺史所

從機構隔離至在地門診治療 - 以澎湖地區癩病防治為例(1930-1990)*

范燕秋*

摘要

在臺灣近代史上，澎湖島以「癩病」流行地為官方所注意。日本治臺時期，當殖民政府展開癩病調查之後，澎湖島癩病流行問題，隨即為官方所注意。1930年，臺灣總督府設置癩療養所樂生院，展開癩病隔離管控；至1945年為止，樂生院收容隔離患者的來源，澎湖廳患者人數比例居於高位。1945年二次大戰之後，伴隨癩病政策轉型的展開，澎湖地方癩病管控開始有所轉變。1950年代美援衛生計畫展開之後，教會組織臺灣痲瘋救濟協會的美籍醫師厚士瑞（Dr. Richard Hofstra）及護士白寶珠（Miss Marjorie Bly）前往澎湖，展開一項地方門診醫療的試驗性計畫，隨即創設地方門診治療所—馬公特別皮膚科診療所。自此，馬公特別皮膚科診所不僅是教會醫療在澎湖的典

*本文初稿發表於2013年10月20日、澎湖研究第十三屆學術研討會，感謝劉士永教授於會中的評論，及本刊兩位匿名審查人提供的寶貴意見。

**國立臺灣師範大學臺灣史研究所副教授。

範，也是戰後臺灣漢生病政策轉型的範例。

關鍵詞：澎湖、癩病、漢生病、樂生療養院、臺灣癩瘋救濟協會、
白寶珠、馬公特別皮膚科診療所

一、前言

在臺灣近代史上，澎湖島嶼被認定是癩病流行之地。¹亦即日本殖民當局藉由癩病調查紀錄，顯現地方癩病流行問題，作為介入管控癩病問題的依據。1930年起，伴隨癩病預防措施在臺灣之展開，正式以公權力強制隔離、管控患者，但地方的癩病污名亦因此加重。1950年代以來，白寶珠（Miss Marjorie Bly, 1919-2008）來到澎湖馬公，成立馬公特別皮膚科診療所，她所面對即是被多重偏見所污名化的疾病。面對艱困的醫療環境，白寶珠如何完成戰後癩病門診治療「在地化」的工作，成為了解地方疾病史重要的一頁。依據筆者前往澎湖的實地考察所知，白寶珠基於在當地照顧病者的經驗，深感疾病污名及社會偏見之深固，在完成階段性工作、退休的前夕，為了保護患者個人身分，希望就此讓這群人（名字）的疾病標籤消失，而將病歷資料燒毀。1960年代以來，白寶珠所主持的馬公特別皮膚科門診，正是協力國家癩病管控的醫護人員。然而，她處理患者資料之審慎，以及癩病照護的特有經歷，彰顯澎湖地區癩病防治史的重要一頁。²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。³

本文探討澎湖地區癩病防治史，就地方史的角度，有助於重新梳理這段歷史在地方史志的意義。同時，馬公特別皮膚科診所為戰後臺灣癩病政策轉

¹ 癩病或稱癩瘋病，是人類社會古老的疾病，也是一種緩慢傳染的疾病，由於罹患者發病所造成的身體傷殘，使多數社會對它持有偏見，並造成疾病污名問題。在歷史文獻中，這疾病名稱頗為分歧，中國傳統醫書以病症特徵而稱為「癩瘋」；在西方近代醫學文獻，以及戰前日本殖民政府稱之為「癩病」（leprosy）。另，由於1870年代挪威醫師漢生（Dr. Gerhard Armauer Hansen）發現癩病的病原桿菌，為表彰漢生醫師的發現，以及減少疾病污名問題，醫學界倡議改稱漢生病（Hansen's Disease）。由於本文為歷史研究，疾病名稱儘量維持不同時期文獻的稱法。

² 2007年7月底，筆者為執行一項癩病史研究計畫，跟隨兩位高雄教會的朋友前往澎湖，探望臥病多年、高齡88歲的白寶珠女士這位澎湖人稱道的「白阿姨」，1955年初來這裡的「白姑娘」，歷經半世紀奉獻於病患醫療照顧，而今成為白髮蒼蒼的「白婆婆」。這項癩病史計畫是由臺灣師範大學學術研究計畫所支持的研究活動。參考：范燕秋，〈樂生院癩病史料整理與分析（2）成果報告〉，國立臺灣師範大學2006年新進教師專題研究計畫，計畫期程：2006.08-2007.07。

³ 參考：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（2009,3），頁87-120。

型的範例，因此也是觀察戰後癩病政策轉型的重要一面。本文為深入解析澎湖地區癩病相關歷史，⁴參酌臺灣近代相關研究成果，⁵著重澎湖地區近代以來的癩病管控措施，進而闡明白寶珠與馬公特別皮膚科診療所的歷史地位。

二、尋找風土疫病記錄：澎湖群島為癩病盛行之地？

探討澎湖地區癩病史，面對的首要問題是：為何澎湖島嶼是癩病盛行之地？這個答案可從兩方面加以探尋，其一是世界癩病史記錄，其二就澎湖島嶼特有的地理位置。首先，依據世界癩病史的流行病學研究，癩病流行呈現特殊的分布現象，即是島嶼或海岸地帶。依據西方醫學史家的研究，至西方中古時代為止，癩病在西方世界的分布極為廣泛，最北可能延伸到北極圈，如北歐的挪威。從中世紀墓葬廣泛調查證據，顯示癩病在農村盛行高於城鎮；但當城鎮規模發展，癩病則逐次消失。至於島嶼或海岸附近的癩病流行，早期推論誤認為是一種魚飼料所導致；比較合理的解釋是癩病傳染力低，以及它與貧困、營養缺乏有關，造成它向內陸地區緩慢的蔓延。另外，流行病學分析指出：相關微生物「結核分枝桿菌」限制癩病桿菌的交叉免疫力，影響癩病長期分布和發病率；因此，當大城市出現、人口密度增加，結核病蔓延，相對即促成癩病流行下降。以當今癩病盛行的西非地區為例，癩病隨著農村與城市的距離而增加；但結核病伴隨城市人口密度，相對的急劇增加，證實癩病流行的生物學原因。⁶

4 在晚近編撰完成的澎湖地方志書，對於癩病史議題僅一筆帶過，甚為可惜。本文認為有必要重新梳理這項疾病史在地方史志的意義。參考：許雪姬總編纂，謝國興編纂，謝國興、唐君嫻撰述，《續修澎湖縣志·卷九衛生志》，澎湖：澎湖縣政府，2005，頁22、143。

5 受到晚近樂生院區保存運動的影響，漢生病政策史及其中涉及的人權議題有不少相關研究。這些研究成果，提供澎湖癩病史研究脈絡性的基礎。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: 115-124。芹澤良子，〈ハンセン病医療をめぐる政策と伝道：日本統治期臺灣における事例から〉，《歴史学研究》834: 2007, 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, 87-120。范燕秋，〈臺灣的美援醫療、防癩政策變動與患者人權問題1945-1960s〉，《臺灣史研究》，16: 4 (2010.3)，頁115-160。

6 Leprosy (Hansen's Disease), The Cambridge Historical Dictionary of Disease. Retrieved from http://www.credoreference.com/entry/cupdisease/leprosy_hansen_s_disease. J.N. Hays, The burdens

依據世界癩病史經驗，同樣可考察、理解中國地區癩病流行史。即中國癩病盛行地多數是沿著東部、東南海岸地區，就臺灣的相關而言，早期漢人移民的來源地為中國東南地區的福建、廣東兩地，這些地區正是癩病盛行之地。⁷就此推論可知臺灣癩病感染人口以漢人為主，應是早期閩粵漢人移民從原鄉帶來的癩病病例。⁸中國大陸此一區域性的癩病盛行因素，使澎湖島嶼難以避免的，成為癩病盛行之地。

其次，澎湖島嶼特有的地理位置，也使這地區成為癩病盛行之地。即澎湖島嶼位於中國東南沿海交通的樞紐位置，為早期漢人移民往來臺灣本島必經之地，也是漢人癩病患者落腳之地。澎湖島位居閩臺航線的重要指標位置，從廈門航行出海後一定時可看見澎湖的花嶼、貓嶼或西嶼，如此航線才是正確，可知澎湖在閩臺航線上具有指標的作用。在以風帆航海的時代，澎湖島也是絕佳的避風港、飲水補給站，欲前往臺灣有時必須在澎湖等候風向。⁹同時，澎湖向西可控制與其互為犄角的廈門，向東屏蔽臺灣，為東南沿海海防的關鍵位置，以及臺灣防務的前哨站。至清代中期為止，臺灣的政治經濟中心位於臺南，澎湖和臺南距離很近，因此澎湖等於臺灣的前門，成為臺灣防務的前哨站。¹⁰

上述關於澎湖地區癩病流行病學分析，著重長時期以及區域比較的考察，突顯澎湖在臺灣癩病史的特有位置。然而，癩病緩慢感染的特性，以及其疾病致命性低，而且傳統社會無法明確掌握此病症；早期澎湖島癩病

of Disease: Epidemics and Human Response in Western History, New Brunswick, N.J. : Rutgers University Press, c1998, pp. 20-29。

- 7 有關中國華南地區為癩病流行地區，相關研究成果參考：梁其姿和蔣竹山的研究。蔣竹山，〈明清華南地區有關癩瘋病的民間療法〉，《大陸雜誌》90：4（1995）。梁其姿，〈中國麻風病概念演變的歷史〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》70：2（1999.6），頁399-438。
- 8 上川豐，〈臺灣總督府の救癩事業回顧〉，《レブラ》第21卷第5-6號昭和27年9—11月。本文是上川院長於1946年自臺灣返回日本之際所寫的癩病防治歷史回顧，分前後兩篇發表。他引用多位日本學者的調查研究，說明臺灣原住民、特別是住在山區者並未有此惡疾，而是伴隨荷蘭人、閩粵人渡臺而輸入，是近三百年來的事情，尤其自明清時代閩粵人移住而逐漸帶入。
- 9 楊麗祝，〈清代澎湖海難事件之探討〉，《澎湖開拓史學術研討會實錄—西臺古堡建堡暨媽宮城建城一百週年》（澎湖，民78、6），頁275—76。
- 10 郭貴明，〈西臺古堡修護保存計劃補遺〉，《澎湖開拓史學術研討會實錄—西臺古堡建堡暨媽宮城建城一百週年》，頁51—61。

傳染如何，或病例人數多少，全然未明，澎湖地方志亦缺乏相關紀錄。

¹¹ 1895 年日本治臺之後，澎湖島嶼建立殖民近代醫療衛生系統，以及日本癩病管制的影響，澎湖島嶼的癩病紀錄才正式出現。

1895 年初，日軍佔領澎湖期間發生霍亂流行，造成日軍嚴重傷亡的慘況，促使澎湖島廳重視公共衛生設施。而且，日本治臺之後，隨即在澎湖媽宮設置軍港澎湖島成為軍事要地，也是日本帝國的南門鎖鑰；¹² 近代醫療衛生設施則成為當地殖民行政不可或缺的基礎。1897 年，澎湖島廳開始建立地區醫療系統，並以傳染病防治為重點。其中，首要是以廳治媽宮城為中心，向城外各澳鄉推展環境清潔掃除活動。其次，新設傳染病隔離機關「避病院」及「驅黴院」。¹³ 繼之，建制近代醫療制度，包括醫院與公醫之設置。

1896 年 5 月，臺灣總督府公佈臺北及中南部三所主要病院位置，以及准許地方廳治所在設置病院。1897 年 1 月，澎湖島廳在清代左營游擊署舊址，興建媽宮病院，同年 5 月完工。1897 年 6 月，地方制度調整，澎湖島廳改為澎湖廳，廳下設有辨務署；媽宮病院改稱「澎湖醫院」。

¹⁴ 1898 年 6 月，澎湖醫院脫離廳的管轄，轉隸屬臺灣總督府，成為澎湖島獨立的官廳機構，可與其他官廳直接交涉，地位大為提高。而且，府立澎湖醫院以充實的設備和醫療人員，提供當地日人醫療需求為重點，並協助維護地區公共衛生的職務，以穩固地區殖民的基礎。相較於府立醫院主要

¹¹ 依據筆者查閱清代至日治初期編輯的澎湖地方志，如《澎湖志略》《澎湖廳志》《澎湖風土記》《澎湖事情》等，皆欠缺有關癩病的記載。

¹² 要港部司令官是以海軍中將任之，直隸天皇，受臺灣總督區處，擔任本港防禦及附近海岸海面的警備；承海軍大臣之命，掌理軍政，受佐世保鎮守府司令長官區處，掌理艦政及兵事。又有修理工廠，修理艦船兵器。要塞司令官，以陸軍少將任之，隸屬臺灣總督，擔任要塞防禦。井田麟鹿，《澎湖風土記》（東京，明治 43 年），頁 1、頁 65。

¹³ 「驅黴院」之設置與防治性病有關，如官廳指出：驅梅院是公共衛生上必須伴隨公娼而設置者，而官方決定由各該業者集金設置，屋舍是由官方提供。「驅梅院」固然與日本「公娼制」有關，然而似乎也是因媽宮軍港之設置，而更重視性病防治。從當時地方官廳新登記澎湖的「內地人」職業，藝妓、娼妓佔極高比例。「明治 30 年澎湖島廳行政事務及管內概況報告」（1897 年 2 月至 5 月官廳報告）。

¹⁴ 明治 30 年 2 月病院營繕因事中止，4 月上旬再興建。5 月開始有媽宮病院患者數統計。「明治 30 年澎湖島廳行政事務及管內概況報告」。

提供日本人醫療服務，公醫與臺民關係較為密切。¹⁵因公醫在殖民地的定位為公共衛生第一線工作者，與地方警察行政相輔相成，推展地方公共衛生事務。1896年6月，總督府制定臺灣公醫規則，預定配置公醫150人；其中，澎湖島廳編制名額4人，但實際僅配置3人，這是為施行臺灣鴉片漸禁政策而設置。¹⁶1899年1月，總督府公佈臺灣公醫規則，規定公醫必須在轄區內執行公共衛生及醫療工作，包括：飲水和下水道改良，留意傳染病、流行病及地方病等，施行檢疫與預防工作；普及種痘、防治梅毒、救療貧民、驗屍，以及公園、學校、街道、飲食等衛生，治療鴉片和中毒，執行醫事衛生統計，以及從事衛生調查研究等。¹⁷

1897年，澎湖廳最初配置公醫三人，分別在媽宮、吉貝、小池角等三地；至1900年，增加網垵一地，共計公醫四人，其配置及轄區如表一，分別配置在澎湖廳及其支廳所在地。¹⁸1899年起，澎湖廳公醫組成公醫會，推促及落實公醫各項職務。¹⁹1900年，澎湖公醫例行的事務報告包括月報及年報，特別是月報詳細記載地方疾病調查和衛生工作成果，其中要項為：種痘、鼠疫、砂眼、鴉片等，這些才是當時公醫的要務。在個別、零星的報告中，開始有公醫提及癩病，值得進一步討論。²⁰

15 後藤新平創設「公醫制度」的用意，是設置醫師以代替傳教士，扮演國家拓殖的先驅，傳播近代文明醫療的角色。相關研究參考：范燕秋，〈新醫學在臺灣的實踐（1899-1906）—從後藤新平《國家衛生原理》談起〉，李尚仁主編，《帝國與現代醫學》，臺北：聯經，2008，10，頁19-53。

16 主要規定一切鴉片由政府專賣，及由政府指定之醫師診斷（公醫），對認為鴉片煙癮者給予執照，特准購買鴉片吸食。「臺灣鴉片令」「臺灣鴉片令施行規則」。

17 〈臺灣公醫規則〉，《臺灣總督府府報》第443號（明治32年1月15日）府令第3號。

18 主要問題在於澎湖大小島嶼眾多，其間交通或天候皆影響公醫職務，尤其以網垵問題較為嚴重。網垵公醫屢次更換，或因公醫健康受損辭職，而造成職務中斷。如澎湖廳長提出報告指出：媽宮公醫秋元（最初在網垵）因罹患肝臟潰瘍入院治療，頗為危險。又網垵公醫前日內地轉地療養之後提出辭呈，因此去年12月及今年1月報告未提出。1904年，澎湖官廳因網垵公醫維持困難而廢止之，改設置限地開業醫，並將公醫事務委託警察醫。「明治34年10月、12月公醫公眾衛生及醫事月報」《臺灣總督府公文類纂》明治35年15年保存第六卷第六門衛生公醫。

19 1899年6月，澎湖廳公醫即組成的「公醫會」，並制定「澎湖廳公醫會則」，明定包括：事務所設置於媽宮，協議討論公醫業務兼專研調查衛生醫事等事項。〈澎湖廳公醫會則報告〉，《總督府檔案，明治32年15年保存追加第六卷第六門衛生公醫。

20 「明治33年公醫年報」《臺灣總督府公文類纂》明治34年15年保存第九卷第六門衛生公醫。

表一、澎湖廳公醫配置概況

公醫	管區	澳名
中島久	直轄廳 澎湖島及附屬島嶼	東西澳、時裡澳、林投澳、鼎灣澳
真鍋房次郎	大赤崁支廳 白沙島及附屬島嶼	瓦硯澳、鎮海澳、赤崁鄉、通梁澳、吉貝澳
曾以忠	小池角支廳 漁翁島及附屬島嶼	西嶼澳
佐藤乾	網垵支廳 八罩島及附屬島嶼	網垵澳、水垵澳

資料來源：「廳下在勤公醫受持區域 件」《臺灣總督府公文類纂》明治 42 年 15 年保存第三卷第三門警察第九類醫師藥劑及產婆。

依據1900年（明治33）12月網垵公醫秋元譽喜報告，提及檢驗癩病患者屍體一名，並指出當地癩病患者可能有兩三名，但他們並未就醫，這次遇到患者死亡，才得知患死者慘狀。報告也說明當地甚為忌避這種疾病，患者獨居另一間小石屋，家族即使親近也不交談，僅每日送食物給患者；待其生命自然終了，即將屍體運往無人島遺棄。而且，患者死亡之際，全鄉十幾天不炊煮飯食，而僅群聚在一間廟宇，取飯食之便；其原因是鄉人迷信癩病是乘著穢氣、炊煙而傳染給人。²¹

1901年（明治34）9月，小池角公醫中島久也提出相關報告，說明他利用鄉內士紳、耆老集會場合，宣導癩病預防法之事。該演說值得注意的重點，首先是將癩病界定為：各種疾病之中最惡者，為眾人所嫌惡，甚至親離子

²¹ 〈明治 33 年 12 月公醫報告（公共衛生及醫事月報澎湖廳網垵在勤公醫秋元譽喜報告）〉，〈總督府檔案〉，明治 34 年 15 年保存追加第六卷第六門衛生公醫明治 34 年 5.7。

散、流落街頭。同時，指出當今歐洲文明國家對於此惡疾，講求從根源撲滅的方法，因此患者人數減少。其次，認為當時癩患者較多的國家，包括清國、日本以及朝鮮；他依據日本國調查癩患者比例，認為澎湖癩患者人口比超過日本三倍之多，患者數必然不少。再者，認為澎湖人對於癩病處理有兩大問題，一是迷信，二是不利於預防法，後者是指：這些患者流落街頭，不利於疾病管控。最後，提出預防的重點為：隔離患者，留意患者濃汁污染的衣物，不用的衣物立即燒掉；患者日用品與他人區分，患者就醫治療，以及設置大規模癩病院、隔離患者。²²這項報告強調癩病的嚴重性，以及癩病隔離預防，反映當時日本管控癩病問題的動態。

其實，當時日本重視癩病問題有其歷史背景，即十九世紀末國際社會視癩病為亞洲、有色人種的疾病，使癩病成為落後、不文明的象徵。而日本明治維新之後，以學習西方國家文明、進步為目標，國內癩患者又不少，促使其重視癩病問題管控；清除「癩病國」的污名，成為現代國家建構的一環。1897年，日本派遣醫學專家參加柏林國際癩病會議，並接受會議建議，即：癩病為傳染疾病而有必要加以隔離。1900年，日本內務省首次施行全國癩病人數調查，為癩病隔離政策設定基礎。²³換言之，1900年澎湖公醫報告癩病一事、確實反映日本相關的動態。1901年公醫中島久宣導癩病預防，也是連動的作為。

1900年之後，澎湖島嶼癩病風俗不僅為公醫所注意和批判，也引發殖民地司法系統的留意。依據1912年7月官方報紙報導「沉溺癩病」一事，指出澎湖虎井鄉某戶長妻係八罩島人，結婚數十年，突然罹患癩病，為鄉人所畏忌。及至戶長妻病重已奄奄一息，地方人士慫恿這位戶長，以小船載將妻送往遠處「水葬」。地方警吏得知此事後，逮捕該戶長父子到案，以及證實為

²² 他每兩個月一次在各鄉召開，儘量以簡易的衛生談話，以開啟本島民的衛生觀念。這是9月15日在竹營灣鄉舉行的第一次衛生講話會，主題「癩病預防法」。與會者包括書房教師、鄉長、澳甲鄉老其他有志者等5、60人。〈明治34年9月分公醫公眾衛生及醫事月報〉，《臺灣總督府公文類纂》明治34年15年保存第九卷第六門衛生公醫。

²³ 山本俊一，《增補日本らい史》，日本東京：東京大學，1997，頁129—133。

當地保正的主張，因而將這些人等送往法院起訴、處置，以警戒效尤。²⁴

姑且不論日本殖民近代醫療與司法系統，如何看待癩病風俗；澎湖地方漢人社會自有癩病管控之道。在中國傳統醫書中，癩病稱為「厲/癘/癩」、「大風」、「惡風」，且因病症造成的皮膚知覺喪失而稱為「癩瘋」，也因病症造成面容毀傷而稱為「天刑病」。有關癩瘋的病因，中國醫書早期出現「風」、「蟲」兩種解釋，至明清時代則以「蟲」說明「傳染」和「遺傳」兩種病因概念。明代中期以來，在癩瘋盛行的東南地區社會開始設置「癩瘋病院」，對患者加以收容救濟及隔離的傳統。²⁵清代澎湖地方可能有收容及救濟患者的設施，唯地方志並未留下明確的相關記錄。

日治初期，在臺灣從事人類學調查的學者伊能嘉矩，也注意漢人這項疾病風俗，並以人類學觀點持平的加以考察。依據他的研究指出：「癩」通稱為「癘」，為一種惡疾而被人忌避。他以澎湖島嶼為例，說明一般人避之唯恐不及。患者被隔離於小島，由家族每日送食物，至患者死亡為止。而且，喪禮簡化，或送往遠隔的無人島安葬；地方上迷信癩患者好煙（隨煙移動），若癩患者死亡，全鄉皆不生火煮食，至少兩、三天，至多十餘天。該研究結論指出：由於漢人有如此的迷信，即使衛生觀念低也能減少癩病感染的危害。²⁶換言之，伊能嘉矩分析癩病迷信是一種防癩機制，仍有實際的防癩成效。

要言之，1900年以降日本殖民政府所引進近代醫療，開始留意澎湖的癩病及其風俗問題。然而，日治初期總督府衛生政策著重急性傳染病控制，並未正視慢性傳染病如癩病問題，各地方癩病調查尚未全面展開，澎湖癩病盛行狀況如何，亦處於未明狀態。1920年代，日本治臺政策轉向內地延長主

²⁴ 〈澎湖島通信：沉溺癩病〉，《臺灣日日新報》1912年（明治45）7月30日第6版。

²⁵ 梁其姿，〈中國麻風病概念演變的歷史〉《中央研究院歷史語言研究所集刊》，70：2（1999.6），頁399-433。

²⁶ 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。

義，以及總督府決定施行癩病隔離措施；自此，殖民當局施行廣泛的地方癩病調查，確立癩病問題處理的方針，亦成為殖民地衛生行政的課題。

三、近代殖民體制下的澎湖癩病患者：癩病控制政策與患者隔離的機構化

1920年代後期，臺灣總督府決定施行癩病隔離措施，主要原因是教會醫療、特別是戴仁壽的積極行動，構成殖民施政的壓力。當時日本癩病控制方法是設置隔離療養所，對患者施行隔離治療、以減少傳染，殖民地臺灣的癩病管控大抵是沿用日本本國措施。日本施行癩病隔離政策的背景，固然受到國際癩病會議的影響，以及癩病治療尚未有特效藥；更重要理由是當時日本將癩病視為「國辱病」，以根除「癩病國」的污名做為國家施政的課題。²⁷

1926年，臺灣總督確立施行癩病隔離措施，在新莊頂坡角設置隔離機構「樂生療養院」（簡稱樂生院）。1930年12月，樂生院正式營運，開始收容隔離患者。依據殖民當局對於療養所的初步規劃，最初沿用1909年日本癩病預防法，以隔離、收容流浪患者為主要對象，院區收容量為一百人。總督府為確立樂生院運作成效，聘請日本癩病醫療專家、也是京都帝國大學醫學博士上川豐來臺主持院務。1931年4月，日本修正先前癩病預防法，改為全面的絕對隔離政策；1934年10月，臺灣亦延用日本新的癩病隔離法規，採取絕對隔離措施，與日本帝國中心同步發展。²⁸

1930年殖民地臺灣癩病政策的施行，對於澎湖地方癩病史而言，具有兩項重大的意義。其一是澎湖地方癩病患者成為殖民行政調查、掌控的對

²⁷ 相關討論參考：王文基、王珮瑩，〈隔離與調查－樂生院與日治臺灣的癩病醫學研究〉，《新史學》20卷1期：2009,3，頁61-123。范燕秋，〈臺灣近代漢生病政策的變遷－結構鑲嵌與創造轉化之考察〉《多元鑲嵌與創造轉化：臺灣公共衛生百年史》，臺北：遠流，2011,10，頁275-314。

²⁸ 上川豐，〈法律癩預防法に就て〉，《臺灣社會事業の友》，74（1935.1），頁152-158。

象，患者數量統計因此出現，雖不見得有所謂「正確」的數據，然澎湖島嶼的癩病流行狀況趨於明朗化。其二是相較於地方社會傳統將患者孤立或放逐於島嶼的隔離習俗，殖民當局則是透過衛生警察系統，將發現患者「遣送」至遙遠的本島北部，也就是臺北州新莊郡「樂生院」隔離收容。從傳統的孤立、至殖民近代的機構隔離，兩者不同之處是民間採取隱蔽式處置，而國家公權力則採行公然的監禁措施。對於患者及其家屬而言，這兩種方式所造成的影響雖有所不同，尤以後者、近代國家權力介入的衝擊較大，對於疾病污名化也較為嚴重。對於深究澎湖地方癩病史，這兩個層次有必要進一步說明。

首先，有關澎湖地方癩病統計，殖民當局為掌握癩病這個人口群體，主要藉由三種管道，包括：衛生警察的地方人口調查，1920年代保健衛生調查，以及1930年代樂生院醫師執行癩病流行病學調查。其中，〈表二〉是警察所執行的歷次癩患者調查，1900年至1939年為止共執行9次調查，1930年防癩法施行之前，30年之間僅執行4次，法規施行之後9年間執行5次。〈表二〉著重患者種族別統計，有必要參照其他資料，瞭解歷次調查之中澎湖地方患者人數。依據1910年官方報紙報導，第一次全臺癩病調查發現患者總數810人，當時地方行政以「廳」為單位，各廳患者數量分別為：臺北101人、新竹62人、臺中95人、嘉義127人、臺南197人、阿緱74人、澎湖58人等；顯示除臺北為例外之外，南部地區患者較多，澎湖患者人數亦不少。²⁹1920年代，地方行政調整為五州三廳制之後，由衛生警察調查各地癩患者數如〈表三〉1930年7月、即是樂生院開院之前，官方為準備同年底樂生院收容隔離患者的實務調查，包括各種族患者的地區別及性別差異；其中，可見地區別統計以臺北456人、臺南303人、高雄103人等三州人數最多，地方廳則以澎湖廳54人為最多。

29 〈全島癩病概數〉，《漢文臺灣日日新報》1910年（明治43）5月7日第5版。

從機構隔離至在地門診治療 - 以澎湖地區癩病防治為例(1930-1990)

表二、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

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6月)。

表三、1930年7月臺灣癩患調查

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	21	55				34	21	55
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	322	1,022	13	10	23	733	351	1,084

資料來源：石井保・〈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10。

其次，1920年代地方州廳的保健衛生調查，是沿用日本本國保健衛生調查措施，日本於1916年開始進行調查；臺灣則1920年9月地方制度調整，確立州廳制度後展開，目的是掌握地方疾病和衛生問題，做為施行公共衛生的依據。地方保健調查選擇小範圍的街庄，動員地方衛生警察系統，深入發掘地方衛生問題。³⁰澎湖廳先後於1929年（昭和4）、1930年（昭和5）及1931年（昭和6）施行，即在癩病預防法施行前後，癩病調查結果與發現如表四。

表四、澎湖廳保健衛生調查有關癩病一項

回次/地點	皮膚癩		結節癩		神經癩		合計		
	男	女	男	女	男	女	男	女	計
1 西湖庄	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2 白沙庄	0	0	1	0	0	0	1	0	1
3 西嶼庄	3	1	1	2	3	3	7	6	33
合計	3	1	2	2	3	3	8	6	14

資料來源：澎湖廳，《澎湖廳保健衛生調查書「總括篇」》，1933年[昭和8年3月31日]，頁58。

依據上表可見，該廳第一次選擇的調查地為湖西庄，並未發現癩患者；第二次調查地白沙庄，僅發現癩患者男性1人，病型為結節癩，佔人口的0.3%。第三次調查地為西嶼庄，發現癩患者男性8人、女性6人，共計13人，病型包含結節癩、神經癩及皮膚癩三種，以神經癩6人佔多數，患者佔當地人口比為3.1%，為流行地區。其中，病型分類之一「皮膚癩」、不同於其後所稱的「斑紋癩」，顯示當時日本醫學界對癩病分類仍有分歧。另保健調查要項包括癩病風俗，其中記載指出：當地人稱癩病為天刑病，因害怕罹患癩病而

³⁰ 各州警察部置衛生課、廳警務局置衛生係掌理地方衛生行政。臺灣總督府警務局衛生課，《保健衛生調查要項》（臺北：臺灣總督府警務局衛生課，1923）。

有忌避患者之風俗。而且，住民缺乏衛生認知而產生疾病迷信，既不知患者生活中感染，也不知傳染途徑；以及患者欠缺自覺而任意接觸健康者，有散播傳染的危險。³¹ 這是殖民當局鋪陳臺人癩病傳染的威脅，強化管控正當性的論法。

再者，樂生院醫師執行地方流行病學調查，是為彌補警吏調查癩病的疏漏或誤判，以及1934年（昭和9）臺灣施行絕對隔離措施，為掌握癩病患者人數，評估樂生院內部設施和空間擴充問題。1930年代後期，臺灣癩預防協會積極推動，由樂生院醫師前往癩病主要流行地進行流行學調查。³² 其中，醫長賴尚和率領醫師前往澎湖廳進行癩病調查，以及癩病患者家族流行病學調查，總計包括97家族、614人。據此，賴尚和發表調查研究成果，指出澎湖廳癩病盛行情況如〈表五〉，比較該廳與五州患者家族癩病調查，顯示澎湖家族患者發現率高達千分之21.2，高出其他五州發現率甚多。另〈表六〉西部主要癩病地區調查，顯示流行偏高的地區包括：高雄州癩病發現率千分之1.8，以及澎湖廳的千分之1。³³

賴尚和亦指出：1936年以來澎湖廳所發現的癩患者人數，加上樂生院收容隔離的患者，總計患者145人；去除死亡者48人，目前（1943）患者總數97人；相較於1930年澎湖廳患者總數54人，顯示患者數大幅增加。以當時澎湖廳總人口數68,520人為基準，癩病流行率為千分之1.4。至於地區分布如〈表七〉，以馬公、西嶼兩地患者較多。賴尚和又比較兩項調查的患者發現率，即〈表五〉與〈表六〉合併比較，兩者發現率比較如〈表八〉，可知澎湖廳患者家族調查發現比高達1：21.2，顯示家族內感染問題最為嚴重。³⁴ 然而，

31 澎湖廳，《澎湖廳保健衛生調查書「總括篇」》，1933年[昭和8年3月31日]，頁8、58。

32 施行癩病調查地點包括臺北州五結庄、臺南州上山庄和臺南市安平、澎湖等地。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（1936），頁2869-2872。上川豐、賴尚和、佐藤忠夫、馬嶋四郎、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（1937），頁2795-2797。上川豐、廣瀨秋濤、佐藤忠夫、馬嶋四郎、椎原龍夫，〈臺灣五州下ニ於ケル患者ノ家族檢診成績〉《レブラ》13（1942），頁25。

33 廣瀨秋濤，〈澎湖廳下ニ於ケル癩患者ノ家族檢診〉《臺灣醫學會雜誌》42（1943），頁110-112。

34 廣瀨秋濤，〈澎湖廳下ニ於ケル癩患者ノ家族檢診〉，頁112。

為何該廳這問題較為嚴重？這問題、賴尚和並未分析，但就當時資料看來，應該與地方自然環境、或者疾病風俗有關。

要言之，1920年代以來因殖民當局重視癩病問題，各地方州廳開始執行癩病調查；就澎湖廳癩病調查統計，顯示該廳為癩病盛行之地。而樂生院醫師所進行的地方流行病學研究，亦突顯澎湖地方的癩病流行，以及家族內感染之嚴重。此外，另一現象是癩病患者統計變動不定，其原因除癩病診斷不易之外，澎湖地方忌諱癩病的傳統，以及警察系統強制隔離患者，皆加重癩病污名化，因而造成患者的隱匿，也增加患者統計的困難。

表五、澎湖廳與臺灣西部五州患者家族調查

州廳別	受檢人員	發現患者	千分率
臺北	1513	9	5.9
新竹	366	1	2.7
臺中	431	2	4.6
臺南	1885	15	8.0
高雄	911	11	12.1
澎湖	614	13	21.2

資料來源：廣瀨秋濤，〈澎湖廳下二於ケル癩患者ノ家族檢診〉《臺灣醫學會雜誌》42（1943），頁111。

表六、臺灣西部地方癩病調查

州廳別	受檢人員	發現患者	千分率
臺北（五結庄）	6124	2	0.3

從機構隔離至在地門診治療 - 以澎湖地區癩病防治為例(1930-1990)

臺南（山上,安平）	11904	7	0.6
高雄（車城,旗後）	14047	25	1.8
澎湖（馬公）	13664	13	1.0

資料來源：廣瀨秋濤，〈澎湖廳下ニ於ケル癩患者ノ家族檢診〉，《臺灣醫學會雜誌》42（1943），頁111。

表七、1930年代後期澎湖廳癩病患者分佈

地區	總數	死亡	殘存
馬公	60	19	41
西嶼	36	14	22
白沙	22	5	17
望安	21	7	14
湖西	6	3	3
合計	145	48	97

資料來源：廣瀨秋濤，〈澎湖廳下ニ於ケル癩患者ノ家族檢診〉，《臺灣醫學會雜誌》42（1943），頁112。

表八、地方癩病與家族癩病調查比較

州廳別	地方癩病調查	家族癩病調查	發現率比
臺北州	0.3	5.9	1: 19.7
臺南州	0.6	8.0	1: 13.0
高雄州	1.8	12.1	1: 6.7

澎湖廳	1.0	21.2	1: 21.2
-----	-----	------	---------

資料來源：廣瀨秋濤，〈澎湖廳下ニ於ケル癩患者ノ家族檢診〉《臺灣醫學會雜誌》42 (1943)，頁 112。

對於澎湖地方癩病史而言，1930年總督府施行癩病隔離政策的重要一面，是地方警吏調查發現患者之後，將其運送至樂生院隔離治療。相較於地方社會傳統孤立或放逐患者，1930年標誌著澎湖癩病史進入殖民的近代醫療經驗。其中，關鍵問題是當地人對於官方隔離措施反應如何？究竟多少患者遠離家鄉，入院隔離治療？以及是否有治癒返鄉者，或多數最終老死於異鄉—樂生院？

基本上，殖民當局最初的隔離措施是以流浪患者為對象，尚未採取強制隔離方式，而著重宣傳、勸誘入院。至於政策措施宣傳的重點，則是樂生院建築宏偉的外觀，以及院內新穎的醫療設施等。樂生院早期的文宣即以澎湖廳為案例，說明該廳某患者原本認為與社會隔離，如同宣告死亡一般恐怖，即使官員誠懇勸誘，仍感不安。但當他看到經由全島官廳宣傳的樂生院印刷品，驚訝於它的壯觀，以及文化設施與待遇圓滿，肯定生活將有重大改變，因而決定入院治療。³⁵ 這種文宣敘述雖不乏官方宣傳口吻，但也反映殖民當局將樂生院定位為文明醫療，提供有利的衣食生活費用，以吸引患者入院治療。對於初期官方收容隔離的對象—無家可歸、貧弱的患者而言，或許有其宣傳效用。

1934年癩病法規修正為絕對強制隔離之後，情況就有所不同。依據1935年（昭和10）7月報紙報導，澎湖廳總計有癩病患者70餘人，廳警務部這次將十名患者以船隻送往臺北治療所（樂生院）隔離治療，其餘患者亦將陸續送往臺北。就在這次患者運送期間，兩名患者趁夜脫逃。為此，負責此事的警

³⁵ 依據樂生院年報刊載官方編列統計的患者經費，主要開支包括：食費、治療費以及衣服費三項。此外，年報亦指出這位患者向患友詳報院內狀況，邀他們趕快入院，以免人滿而來不及入院。樂生院，《樂生院年報五、六年》，樂生院，昭和7年（1932），頁12、35。

吏藉著報端發言，試圖加強宣傳，使社會瞭解這項制度的用意。³⁶其實，警察系統採行強制隔離，必然造成民眾對於癩病的疑懼，患者逃脫亦在所難免。然而，由於癩病隔離法的施行，地方廳警察搜查、網羅癩患者為例行工作；尤其，每年6月底為日本全國癩預防日（6月25日），地方警察例行的事務即是網羅及強制遣送患者入院隔離。³⁷

另一方面就樂生院運作的角度，當地方廳持續將患者送來入院，院區空間及設施即面對必須擴充的問題。依據〈表九〉歷年樂生院入院患者統計，顯示1931年、創院滿一年已達到應有容量的103人，然該院最初設定的收容量為一百人。1935年，即修法後施行絕對隔離的第二年，入院者呈倍數增加，達223人，其後入院患者數持續大幅增加。依據1936年官方說明，指出：樂生院收容患者達340餘人，因而以經費23萬圓，增建患者收容室4座，足以增加收容100人。除收容量擴充之外，殖民當局仍宣傳樂生院內設施完備，為患者良好的住院療養環境，如：官方以澎湖作為宣傳案例，強調「澎湖島此疾患更甚，院內有種種慰問設施，天刑病者一人是院，恰如於絕處逢生，皆得感激度日」。³⁸

再如表九所示，1937年、1938年樂生院入院患者每年以200人以上增加，殖民當局不得不再擴充院內設施擴充。為此，總督府採用社會動員方式，募集相關社會資源。1933年6月，官方成立臺灣癩預防協會，目標在協助防癩宣導以及促進相關預防設施。該協會成立之後，推動仿照日本設置小型療養所「十坪住宅運動」，在減輕官方經費負擔的情況之下，有效擴充樂生院療

36 〈手を焼かされる澎湖の癩患者 臺北療所に收容〉，《臺灣日日新報》1935年（昭和10）7月7日第〈けふ癩預防の日 癩浄化に島民の協力を望む〉，《臺灣日日新報》1939年（昭和14）6月25日第7版。〈澎湖廳下から癩患者一掃 十七名を病院に收容〉，《臺灣日日新報》1939年（昭和14）6月29日第5版。9版。

37 〈けふ癩預防の日 癩浄化に島民の協力を望む〉，《臺灣日日新報》1939年（昭和14）6月25日第7版。〈澎湖廳下から癩患者一掃 十七名を病院に收容〉，《臺灣日日新報》1939年（昭和14）6月29日第5版。

38 該報導說明：樂生院每年計畫增加收容一百名，總數以一千人為目標，因依據近期調查已知臺灣的癩患者約有1200人。〈癩療養所増建院舎 明春得再收容百名 將來以收容千名為目標〉，《臺灣日日新報》1936年（昭和11）10月19日第9版。

養空間。如〈表十〉樂生院十坪住宅設置，顯示1930年代後期、各地社團或個人捐贈的小型住宅，在院區陸續完成。其中，澎湖廳西嶼庄庄民捐贈一棟，以當地島嶼命名為「漁翁舍」，1937年4月落成使用，佔地20坪，可容納10人居住。對照前述的、地方保健衛生調查（如表四）發現，西嶼庄為癩病患者最多之地，發現患者13人。另依據賴尚和相關調查統計（如表七），西嶼庄僅次於馬公，發現患者達22人。就此而言，西嶼庄捐贈患者住宅，標記當年澎湖地方疾病的區域特徵，也傳達澎湖廳住民對於遠赴「他鄉」隔離的鄉親、一種支援。即使在二十一世紀的今日，在樂生院內可見「漁翁舍」這棟住宅，遺留當年澎湖地方疾病史的印記。

1930年代初期，伴隨殖民當局癩病控制趨於嚴密，澎湖廳入院隔離患者人數逐漸增加。依據〈表九〉1930年至1943年樂生院入院者籍別統計，包括地方州廳及國籍別分類統計，可見歷年澎湖廳患者入院人數變動；即自1931年，第一批澎湖廳患者13人入院，至1935年仍維持患者13人，同年該廳患者總數為79人，可知入院比例不算太高。³⁹ 1937年，該廳入院患者驟增至66人；1938年，入院者再增加至74人，同年澎湖廳癩患者總數仍是79人，⁴⁰ 顯示90%以上澎湖地方患者被強制送至樂生院隔離。1939年至1943年，歷年澎湖廳入院患者維持六、七十人。上表之中，患者性別數量差異甚大，歷年男性患者數遠多於女性，約有一倍之多。1931年患者男性8人、女性5人，1937年男性42人、女性24人，其後大抵維持如此的性別比例。

〈表九〉可見澎湖廳歷年入院人數，但無法得知住院患者的異動狀況，即澎湖籍患者入院隔離之後，究竟多少人（病）死於樂生院，或者是否有其他異動如逃離院區之事？依據〈表十一〉樂生院澎湖籍住院患者異動一覽，特別最後一欄、1930年至1943年患者異動情形，可見1943年年初該廳住院者男性39人、女性19人，總計58人，當年新收容患者、包括新入和再入患者男性2

³⁹ 澎湖廳警務課，《昭和十年度澎湖廳衛生概況》，該廳，1936年[昭和11年6月20日]，頁28。

⁴⁰ 澎湖廳警務課，《昭和十三年度澎湖廳衛生概況》，該廳，1938年[昭和13年6月20日]，頁37。

人，因此當年收容該廳患者總計60人。但合計樂生院開院以來、至1943年為止，該廳入院患者數包括男性79人、女性36人，總計為115人；相對的，開院以來入院者死亡者包括男性27人、女性16人，總計43人，即入院後死亡患者佔所有入院者近三分之一弱，數量不少，這群人就是客死「異鄉」而未能返歸的澎湖人。

至於在患者異動方面，該院分類項目包括：死亡、逃走、無病毒傳播危險「退院」、交還扶養義務者、診斷為「非癩」患者以及其他等六項。其中，所謂交還扶養者，應是指未成年患者；「其他」一項，則是無法歸類前五項者，但含意不明。1930年至1943年樂生院患者異動情況，以前述的、「死亡」一項人數最多，即43人；其次是「逃走」一項，包括男性13人、女性1人，總計14人，佔患者總數的十分之一強。第三項患者數雖少、但頗為重要者，是診斷為「非癩」而退院者，依據1940年之前的統計，包括男、女各1人，總計2人；但1943年「非癩」僅女性1人，男性患者1人歸類在其他一項，顯示統計略有疑點。總之，澎湖籍入院隔離患者之異動，以死亡和逃走為主，因誤診而出院者僅2人；至於治癒、即無病毒傳播危險「退院」者，一位都沒有，這也證實樂生院成為入院者終生隔離、療養的機構。患者除死亡之外，異動佔最多者為「逃走」一項，顯示儘管殖民當局一再宣稱如何充實樂生院設施，以利住院者生活圓滿；但實際上，對於遠離家鄉的澎湖籍入院者而言，其間所承受的身心衝擊遠超過院內安穩生活所能彌補的。更何況，監禁式的隔離扭曲人類基本需求與權利，也必然引發「抵抗」。

針對患者異動「逃亡」問題，殖民當局亦留意此事，並設法改善問題。依據1939年樂生院內檢討患者療養生活問題，其中一項針對近期逃亡的患者一百人，調查從收容到逃走的時間，而以三個月內逃走者最多，共73人；半年以上逃走者，仍有2人。不過，逃走患者絕大多數仍再度入院隔離，再度收

容方式包括自動歸院者42人，警察逮捕收容者58人。⁴¹換言之，所謂再度收容即是以警察逮捕、強制收容為主的作法。至於院方檢討患者逃走的原因，主要是強制收容以及擔心家中事務所致，因此重視運用各種改善方法，包括充實院內設施、給予適當指導、使外部人同情和理解患者，以及使患者家族了解癩病傳染性等，儘量使患者安住院區。⁴²

從患者本身認知的角度，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，人們因此害怕此種疾病，患者也認知自己是被恐懼的對象。癩病的恐懼及負面印象被增強，這即癩病污名化的結果，對患者產生雙面的影響。一方面社會排除患者，迫使其逃開社會，再度進入療養所以減輕心理的壓力；另一方面院區提供患者日常生活的各種資源，以及醫療設施，也將其拉回隔離療養所。⁴³就社會排斥與隔離機構拉力的雙重作用之下，患者最終接受定住樂生院的命運，他（她）們的身份/認同也因此歷經殖民近代（colonial modernity）的轉換。

澎湖地方癩病患者身份/認同所經歷的殖民近代變動，是指相較於傳統社會患者被孤立或放逐，殖民當局沿用日本本國、採取絕對隔離措施，地方患者因此遠離鄉里而進入「機構」隔離。而且，殖民當局為使樂生院成為住院者終生隔離、療養之地，充實生活與醫療的各種設施，使院區具備完整的生活機能，希望「患者（應該）將這狹隘的療養所當成自己的社會，以及安住的天地」。⁴⁴當澎湖地方患者終於適應、定住於樂生院區，則他（她）們的身份/認同達成殖民者所預期的目標，即不僅是樂生院機構化的屬民（subject），也是具有近代主體（subject）的癩病患者。

41 福留榮，〈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（1939），頁31-32。

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

43 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.

44 上川豐，〈內臺癩病觀の異同〉，《臺灣社會事業の友》，頁18-19。

從機構隔離至在地門診治療 - 以澎湖地區癩病防治為例(1930-1990)

表九、1930年至1943年樂生院入院者籍別統計

年度	臺北	新竹	臺中	臺南	高雄	澎湖 男/女	花蓮	臺東	外國	朝鮮	日本	總計
1930	2 0,2										4	6
1931	38	5	6	17	10	13 8/5			3		9	103
1935	99	10	9	28	28	13 8/5	5		8		23	223
1937	117	28	29	91	67	66 42/24	1		9		35	443
1938	165	33	30	197	76	74 49/25	3	1	12		37	628
1939	180	42	41	190	86	68 45/23	10	1	17		45	680
1940	176	38	41	167	70	69 45/24	10		17		47	635
1941	160	33	44	150	71	73 51/22	3		19	1	45	599
1942	142	30	59	179	88	71 48/23	4		20	2	52	647
1943	161	30	46	177	87	71 46/25	4		22	2	53	653

資料來源：臺灣總督府癩療養所樂生院編，「現在患者本籍地別表」，〈年報〉昭和5年至18年。

表十、樂生院十坪住宅設置概況

住宅名稱	坪數	收容員額	完工時間	捐贈者姓名
------	----	------	------	-------

光山舍	10	5	1935.8.30	山本榮喜（臺北市）
雙愛舍	10	5	1936.7.25	上川雪枝、賴連子（院長及醫長妻）
喜一舍	10	5	1937.4.30	平戶喜代治（基隆市）
漁翁舍	20	10	1937.4.30	澎湖廳西嶼庄庄民全體
嘉義舍	70	35	1937.5.30	嘉義市方面委員助成會
（未定）	10	5	1937.5.10 始	臺北市財團法人臺灣婦人慈善會
東高雄寮	42.25	18	1937.5.20 始	高雄州
西高雄寮	30.25	12		高雄市
（未定）	10	5		洪存義（臺北市）
計		100		

資料來源：（府衛生課）櫻井憲三・〈癩と十坪住宅運動〉・《社會事業の友》第103號、昭和12年6月・頁17-20。

表十一、歷年樂生院澎湖籍住院患者異動一覽

年度	性別	收容患者數			開院以來	異動（當年、或者開院以來）							現在 年末
		年初	年中	合計		死亡	逃走	退所	扶養	非癩	其他	總計	
1931	男		7	7	7	1	1					2	5
	女		4	4	4								4
	合計		11	11	11	1	1					2	9
1932	男	5		5	7	1	1					2	5
	女	4		4	4								4
	合計	9		9	11	1	1					2	9
1935	男	3	6	9	13	4	1					5	8
	女	3	2	5	6	1						1	5
	合計	6	8	14	19	5	1					6	13

從機構隔離至在地門診治療 - 以澎湖地區癩病防治為例(1930-1990)

1930 1937	男	19	18	37	46	10	2			1		13	33
	女	13	9	22	26	6				1		7	19
	合計	32	27	59	72	16	2			2		20	52
1930 1939	男	40	6	46	66	18	5			1		24	42
	女	21	1	22	32	11				1		12	20
	合計	61	7	68	98	29	5			2		36	63
1930 1941	男	42	5	47	76	23	8			1		32	44
	女	21	1	22	36	15				1		16	20
	合計	63	6	69	112	38	8			2		48	64
1930 1943	男	39	2	41	79	27	13	1			1	42	37
	女	19		19	36	16	1			1		18	18
	合計	58	2	60	115	43	14	1		1	1	60	55

資料來源：臺灣總督府癩療養所樂生院編，「樂生院住院患者異動一覽」，〈樂生院年報〉昭和5年至昭和18年。

四、戰後癩病政策轉型在澎湖的實踐：白寶珠與馬公特別皮膚科診療所

1940年代初期，澎湖地方不少癩患者因收容隔離，而定住在樂生院區。然而，1945年日本殖民時代結束，臺灣經歷政權轉移，戰前癩病隔離政策亦面對新時代的挑戰。尤其，因1940年代後期國際癩病醫療有重大進展，即發現磺胺藥劑（sulfones）治療癩病的成效，尤其戴普松（Dapsone或稱為DDS）治療效果良好，價格又便宜，為各國普遍採用，癩病也從無法治癒轉向可以治癒；國際間，開始倡議隔離僅限於「開放性」患者，這般作法推促癩病隔離政策必須有所變革。

對於1945年之後的臺灣，癩病新進醫療以及政策變革，導因於1950年代

美援時代來臨，美援影下相關衛生計畫帶來的癩病政策轉型。⁴⁵ 然而，戰後臺灣癩病政策轉型，無論就國家政策或者澎湖地方，實際面臨許多挑戰與考驗，其過程亦頗為曲折而漫長。

至1950年代為止，臺灣的癩病隔離政策並未有明確的變革，原因之一是政權轉移所造成的政局及社會不穩定。另一重要因素是戰前日本癩病「強制隔離」措施成為政策遺產，在政權轉移的過渡仍深具影響力。1949年2月政府所公布的「臺灣省癩瘋病預防規則」，正是沿用戰前舊法規，以強制收容隔離癩病患者為主要措施。⁴⁶ 戰後初期癩病強制隔離措施的延續，反映在〈表十二〉1960年樂生院住院患者籍貫統計，顯示住院者總數997人之中，澎湖籍患者共計59人，就各縣患者人數排列第四，以地方人口比而言，人數應是位居首位；而且，這樣的患者數接近日治末期澎湖的住院者，反映政策延續的關連。

表十二、1960年10月樂生院住院患者籍貫統計

省別	縣別	民患		軍患	合計	%
		男	女			
臺灣	臺北縣	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

⁴⁵ 參考相關研究：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（2009.3），頁 87-120。

⁴⁶ 甚至，省政府為「繼續維持癩病防治事業的運作」，於 1948（民國 37）年 7 月再度發動強制隔離措施，由縣市衛生院調查轄區內未收容的患者，凡發現患者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。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。相關研究參考范燕秋，〈臺灣的美援醫療、防癩政策變動：與患者人權問題 1945-1960s〉，《臺灣史研究》，16：4（2010.3），頁 115-160。

從機構隔離至在地門診治療 - 以澎湖地區癩病防治為例(1930-1990)

	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
	合計	299	143	9	451	45.24
	外省人	85	18	442	545	54.66
	外國人	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〉，1960.12，頁 80。

二十世紀以來，多數國家採行患者隔離措施之後，政策轉變最大的困難在取消隔離療養所，以及將患者重新整合到社區或回歸社會。事實上，不少患者仍留置療養所，成為新進防治計劃的負擔。⁴⁷同樣的，戰後臺灣在政權轉移中，癩病政策變動面臨更為複雜的情勢。如〈表十二〉患者籍貫包括外省人，而且佔住院者總數54.66%，可知從中國大陸撤退來臺的軍民，成為樂生

⁴⁷ Hajime Sato and Minoru Narita, "Politics of Leprosy Segregation in Japan," pp. 2529-2539。

院住患者主要群體。

無論如何，1950年代臺灣因美援時代來臨，美援衛生計畫開始介入癩病處理，將癩病隔離政策推向轉型的階段。所謂防癩政策轉型是基於戰後癩病化學治療進展，國際間癩病防治重點轉向患者早期發現、早期治療，以及加強門診和居家治療；傳染患者仍被准許以自願方式住院，只是暫時性的安置，患者越早出院越好。⁴⁸ 據此，癩病政策轉型關鍵在建立各地門診治療單位，以及隔離療養所（即樂生院）性質轉向醫療及教育等多功能角色。因此，在地方、如澎湖縣也就有必要設置癩病門診治療所，提供患者居家、在地治療，使其不必再遠赴樂生院入院治療。1955年4月，美籍醫師厚士瑞（Dr. Richard Hofstra）及護士白寶珠遠赴澎湖，實驗癩病門診醫療計畫，這項在地、門診治療設施因而得以實現。

表十三、1960年10月樂生院住院患者籍貫統計

機構名稱	診療單位/創設時間	負責人
臺北馬偕醫院	皮膚科門診 1954	趙榮發醫師
馬公澎湖醫院	馬公診療所 1955.4	白寶珠護士 Miss Marjorie Bly
臺南診療所	臺南診療所 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	嘉義診所 1957	施文子醫師
彰化診所	與彰化基督教醫院合作 1958	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）。

⁴⁸ Zachary Gussow, *Leprosy, Racism, and Public Health: Social Policy in Chronic Disease Control* (Boulder: Westview Press, 1989), p. 6。

如〈表十三〉臺灣痲瘋救濟協會（簡稱TLRA）開設的診療所，⁴⁹皆稱為「特別皮膚科門診」，是為避免疾病名稱造成的烙印及社會偏見。⁵⁰TLRA這個教會門診醫療系統並非憑空而來，而是整合來自戰前臺灣教會醫療傳統，特別是戴仁壽醫師（Dr. Gushue-Taylor）投入癩病醫療，⁵¹加上因應時代變動、被迫從中國轉來臺灣的教會人士，再與政府衛生部門的美援資源、經費密切結合而建立。1955年5月，省衛生處召開防癩會議後，開始設置公立醫院癩病門診治療；相較而言，教會組織TLRA則比公立機構更早設立，如上表可見馬偕醫院皮膚科門診因地利而最早設立；⁵²至於地方診療所，則以澎湖馬公診療所為首創。

當時TLRA選擇優先在澎湖馬公設置診療所，一方面是來自戰前殖民政府留下的癩病調查紀錄，另一方面是教會人士用心的考量。早在1950年孫理蓮牧師娘進入樂生院救治患者之後，發現不少病患嚴重來自澎湖，因而向教會提議組織醫療隊前往設置醫療中心，及早幫助他們在家鄉就醫。1955年初，TLRA在省衛生處與農復會的支持之下，美籍醫師厚士瑞及護士白寶珠前往澎湖，試驗門診醫療。在評估當地民眾的反應之後，白寶珠決定在馬公當地建立醫療中心，由教會醫師定期輪流擔任顧問及監督，因而發展成為地方門診

49 臺灣痲瘋救濟協會（Taiwan Leprosy Relief Association, TLRA）設置的背景，是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）等四位牧師隨即於同年秋天發起，以紀念和繼承戴仁壽醫師照顧癩病患者的志業而成立。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。郭維租主編，〈臺灣痲瘋救濟協會四十週年紀念冊〉，臺北：臺灣痲瘋救濟協會，1994，頁1-5、11-17。

50 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病患者服務〉，《聯合報》，民國55年6月11日，第12版。另，筆者訪問趙榮發醫師，他也有類似的解釋。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。

51 有關戴仁壽醫師（Dr. Gushue-Taylor）從事癩病醫療的歷史，相關研究參考王文基等董芳苑的論著。王文基，〈癩病園裡異鄉人：戴仁壽與臺灣醫療宣教〉，《古今論衡》9（2003年7月），頁116-124。董芳苑，〈臺灣痲瘋救濟之父：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。

52 有關教會組織TLRA參與戰後癩病防治工作的動態，參考：范燕秋，〈臺灣的美援醫療、防癩政策變動：與患者人權問題1945-1960s〉，《臺灣史研究》，16：4（2010.3），頁139-140。

治療所。⁵³

關於白寶珠 (Miss Marjorie Bly) 來臺，及投入癩病照護的經過，依據她的自述：當初來臺灣服務是受到孫理蓮的邀約。白寶珠的父母親是美國福音信義會的宣教士，最初在中國河南省傳教；1919年她在河南出生，1941年自美國的大學畢業之後，接受三年護理教育，1946年再度前往中國宣教，但因中國政局不穩定而返回美國。1952年11月，白寶珠選擇來臺灣服務，途中前往香港大學病理學教授施欽仁 (Dr. Skinsnes) 拜訪，施欽仁正好接到孫理蓮的求援信，希望找一位護士協助她的計畫，包括每週一次探訪新莊的「樂生療養院」。⁵⁴ 白寶珠接受施醫師的建議，加入孫理蓮照顧漢生病患的行列，最初兩年在馬偕醫院與樂生療養院工作；期間，她也觀察到身體殘缺與嚴重失能的患者主要來自澎湖。1955年初，與美籍醫師厚士瑞在澎湖展開實驗性醫療之後，隨即發展成為地方門診治療所，也是往後長達半世紀教會醫療在澎湖的典範。⁵⁵

依據1950年代報導，顯示白寶珠在澎湖從事繁重的醫療照顧工作。她每天從早到晚工作不息，乘小船冒風浪道澎湖附近各小島去，深入農村訪問，找尋患者。為克服當地漁農民的懷疑，經歷許多抗拒與困難，才說服他們協助將患者找出來，指導他們如何休養、服藥。而後，定期約集他們到馬公的信義會禮拜堂，並由自臺北遠道趕來的厚士瑞醫師，為他們進一步檢查診治。若臺北兩個療養所有空床位，她也勸說和協助一些患者前往臺北療養。然而，地方人不太願意前往臺北，雖然澎湖有不少漁船往來高雄和臺南，但很少遠到臺北。因此，她認為若能在南部設立一個療養所，比較容易說服他

⁵³ 〈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。

⁵⁴ 有關孫理蓮進入樂生院救助漢生病患者，以及她在戰後臺灣傳道醫療的重要性，參考李貞德的研究。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):2005，95-151。

⁵⁵ 余玉梅主編，《臺灣推動進階護理的典範－白寶珠女士》，臺北：道真護理教育研究所，2010，頁106-116。

們前往療養。⁵⁶其實，這段報導記錄白寶珠最初執行患者照顧的概況，也提供討論當時癩病政策轉型運作的實例。

其中，首要的重點是教會醫療、TLRA特別皮膚科診所，在癩病政策轉型的功能角色。如前文所述，癩病政策轉型關鍵在各地門診治療單位的建立；在1950年代政府規劃癩病政策轉型之際，教會人士即積極參與其中，並藉著TLRA做為組織的整合平臺，協調分工投入創設各地特別皮膚科診所。⁵⁷如〈表十三〉所示，這些診療所選定的地點正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的積極角色，教會醫療的投入為政策轉型奠定基礎。白寶珠所主持的馬公特別皮膚科門診，確實是當時政府推動防癩政策轉型的一環。這也足以解釋1956年她得以說服省立澎湖醫院高層，將「特別皮膚科門診」附設在醫院X光部門暗室改建的診間，並在醫院庭院增設一間候診間。⁵⁸

其次，是白寶珠明確落實癩病防治「在地」思考及行動。當時政策對於癩病開放性患者之處理，建議送往臺北的樂生院與樂山院兩間療養所，暫時隔離治療，待治癒即出院返家；然而，澎湖當地人不願意離家治療，僅希望就近於高雄、臺南醫治。於是，如〈表十三〉TLRA於1956年分別有高雄、臺南診療所成立，前者由挪威籍醫師畢嘉士（Dr. Olav Bjorgas）主持，後者由美籍護士鄧路德（Miss Ruth Duncan）創設，這兩間診所皆附設暫時住院醫療設施；其中，臺南診所於1960年代由日籍醫師犀川一夫擔任主要醫療工作，曾定期協助馬公診所醫療工作。這些在地的癩病醫療推展，成為戰後癩病政策轉型順利完成的關鍵。

再者，白寶珠所開創的馬公特別皮膚科診所，1962年起成為政府癩病防治工作的一環，並展開長達半世紀以上地方癩病患者照顧、以及公共衛生工作。1961年，省衛生處癩病防治委員會決議為避免防治工作重複，臺中以南

⁵⁶ 〈美籍的白寶珠小姐獻身防治癩瘋工作〉，《聯合報》民國45年6月25日第3版。

⁵⁷ 范燕秋，〈臺灣的美援醫療、防癩政策變動：與患者人權問題 1945-1960s〉，頁140。

⁵⁸ 余玉梅主編，〈臺灣推動進階護理的典範—白寶珠女士〉，頁116。

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。⁵⁹在此，亦確立馬公特別皮膚科診所在地方癩病防治史的重要地位。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。1960年代初，以門診治療為重點的新政策，其執行概況如〈表十四〉。上表顯示兩個公私立隔離療養機構，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，合計官方掌握患者人數為3,288人。至於門診治療患者的分布，除樂生院之外，以中南部占多數，馬公治療患者亦高達206人，實際遠多於戰前日本殖民時期的地方患者數；其中，有菌者為70人。即使依據新法規，澎湖的這些人仍可能暫時收容隔離於樂生院，卻因馬公診所得以居家治療，能在家生活、工作，顯示政策轉型的重大意義。

表十四、1963年6月臺灣省癩病療養院及門診所患者統計 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	基隆	18	10	8	17	9	8	1	1	0	18	13	5

⁵⁹ 臺灣癩瘋救濟協會編，《臺灣癩瘋救濟協會 1961 年報告》（臺北：臺灣癩瘋救濟協會，1962），頁 6-7；Taiwan Leprosy Relief Association (T.L.R.A.), Taiwan Leprosy Relief Association AnnualReport 1961 (Taipei: T.L.R.A., 1962), pp.6-7.

從機構隔離至在地門診治療 - 以澎湖地區癩病防治為例(1930-1990)

系統	臺北	91	65	26	81	58	23	10	7	3	91	70	21
	馬偕	191	153	8	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	0	14
	彰化	77	51	26	69	46	23	8	5	3	77	5	42
	嘉義	158	108	50	148	102	46	10	6	4	158	7	101
	臺南	319	203	89	305	221	84	14	9	5	319	20	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。

儘管馬公診所是政府癩病防治工作的一環，然而白寶珠對於癩病患者之醫療照顧，實有別於一般公共衛生工作，也遠超過一般醫療門診工作。馬公

診所既是臺灣痲瘋救濟協會（TLRA）所屬單位，其運作亦秉持傳道醫療的精神。依據1960年代TLRA簡介指出：「各診所之間都以基督的愛互相聯繫，不是在形式上的組織相互聯絡，而是本著基督的愛心及服事基督的精神，為痲瘋病患者服務。為拯救不幸患者的身體與靈魂而努力。」⁶⁰因此，白寶珠對於診療工作設定的目標是：「幫助被拒絕的患者得以被接納，並且在他們的家庭與社會成為有責任、有貢獻，活躍的公民。」具體而言，她將診療工作重點設定在四方面，一是痲瘋病醫療工作，探訪尋找患者、發現疑似者；二是輔導重建工作，爭取社會福利、鼓勵患者自助；三是痲瘋病教育工作，包括對病患、對病患家屬以及對社會公眾的教育；四是傳道工作，包括：個人及公眾佈道、門診佈道、家庭佈道、鄉村佈道等。這是以患者為中心而擴及家庭、社區，以及兼顧疾病醫療、心靈重建以至社會教育的全人關懷。⁶¹

實際上，依據白寶珠在澎湖的診療工作，發現醫療問題比較容易解決，最艱難的問題是當地民風普遍排斥患者，患者難以見容於社會。患者除身心衝擊之外，有極大的經濟壓力，除非有家庭作為後盾，否則在沒有工作機會的情況，常陷入生計的困頓。而且，當地因戰前強制隔離措施，以及傳統社會根深蒂固觀念的影響，癩病門診不容易納入一般醫院計畫。為克服這些問題，她採取一些方法與原則。首先是改善患者就醫的隱密，請求省立澎湖醫院一樓設立擁有獨立門戶的診療室「馬公特別皮膚科」，患者可以獨立進出，不再擔心外人的眼光。不久，又加蓋一間候診室，保護患者就醫的隱密性。其次，改善患者經濟與生活，向所屬教會貸款，購買家畜如雞豬給病患眷養，以維持其生計，待經濟改善後再歸還。再者，不容許外人探聽任何有關患者的資料，嚴密保護患者，以免傷害與病人之間不易建立起來的默契和情感。此外，重視漢生病教育，即改變疾病觀念與認知，特別是從學童著

⁶⁰ 1960年代 TLRA 簡介主要工作包括：醫療工作，即患者治療，一律免費。收養工作，社會服務，傳福音工作；以及重建工作，即施行矯正手術、物理治療、心理治療及舉辦各種職業訓練等。

⁶¹ 本段資料為白寶珠的助手潘錦章提供說明。范燕秋，〈樂生院癩病史料整理與分析：新任教師專題計畫研究成果報告〉，國立臺灣師範大學臺灣史研究所，2007。

手，她認為學童不僅可將新知與觀念帶回家庭，當學童成長之後，就可能改變當地的未來。因此，她前往各離島小學演講，教導學童認識漢生病，教導如何發現病患、協助病患就醫以及和他們相處等。⁶²

從漢生病醫療的角度，白寶珠所採取的各項方法是適切而重要的。即：唯有克服患者就醫的心理障礙，門診治療才可能跨出第一步，而患者心理最大的障礙就是疾病偏見與污名，保障就醫的隱密性至少可減少疾病偏見的干擾。而且，依據癩病醫學研究，癩病的發病與患者身體機能貧弱或營養不足有關，這就關係患者經濟能力以及生活的穩定與否，因此協助患者生計與生活，是強化其疾病免疫力的最好方法。白寶珠的這些努力，實際轉化為門診治療的工作成效。

1960年代以降，馬公特別皮膚科門診運作概況可以〈表十五〉至〈表十七〉三項統計說明之。其中，〈表十五〉顯示1987年為止教會醫療9個特別皮膚科門診歷年發現患者統計，可見澎湖馬公診所至1970年代為止每年發現患者最多37人、最少8人，1980年代發現患者降至個位數；相較於其他診所，唯有臺南、高雄兩地診所發現患者之多可以相比。對於白寶珠前述的、必須克服當地漁農民的懷疑、抗拒，才可能找到患者；1960年代，馬公診所每年找到二、三十名患者，誠然並非容易之事。其次，〈表十六〉1987年為止、歷年教會診療所治療患者統計，馬公診所從1960年診療166人，至1975年達最多患者的375人，歷年診療約二、三百人。相較於戰前澎湖地方患者統計，患者數累計最多為一百餘人；戰後教會門診發現患者，則遠超過戰前者、達375人，可見不採取強制收容，減少民眾對癩病的疑慮與抗拒，相對的比較容易發現患者，患者亦比較願意就醫。

再如〈表十七〉各縣市每萬人癩病患者率統計，僅以澎湖縣比較臺北、臺南以及高雄三個主要縣市癩病患者率，可見澎湖縣患者率遠高於其他縣

⁶² 同上。另參考：梁妃儀、陳怡霏、蔡篤堅主編，〈潘錦章先生與白寶珠女士〉《漢生病人照顧者人物傳》（臺北：衛生署，2008.2），頁38-45。

市，而且其間的差距甚大。即使是地方流行率向來甚高的臺南、高雄，其罹患率在萬分之十以下，但澎湖罹患率歷年超過萬分之二十，1970年代中期更高達萬分之四十。這樣的地方患者率有何意義？若依據戰前殖民當局的地方癩病統計，顯示當時施行強制隔離措施，可能造成患者隱匿，壓抑癩病罹患發現率。1950年代以來，癩病政策轉向開放門診，白寶珠主持地方門診致力於尋找患者，可能發現較多患者，這點與前述〈表十六〉1970年代中期治療患者人數增加一致。因此，從1960年代的罹患率萬分之二十，至1970年代達高峰的萬分之四十，這應該不是實際罹患率的增加，而是發現或願意就醫人數增加的結果。

表十五、1960年-1987年私立教會韓森病門診發現患者統計

年代	樂山	馬偕	臺中	彰化	嘉義	臺南	澎湖	高雄/屏東	
1960	1	15	6	14	22	21	25	30	
1961	0	25	5	15	18	25	30	50	
1962	8	31	4	13	20	33	37	98	
1963	0	11	7	16	11	43	24	52	
1964	0	3	3	19	9	48	31	36	
1965	1	22	3	9	0	28	16	24	
1966	0	22	0	15	11	44	43	23	
1967	0	32	0	13	6	50	37	57	
1968	0	34	3	14	29	33	14	85	
1969	0	32	3	2	12	13	18	22	
1970	0	24	2	14	2	13	8	19	
1971	1	17	3	4	7	12	8	33	
1972	0	13	3	5	0	23	18	22	

從機構隔離至在地門診治療 - 以澎湖地區癩病防治為例(1930-1990)

1973	0	11	3	6	0	10	13	29	
1974	2	14	0	1	1	2	11	8	16
1975	0	15	0	0	0	3	8	0	11
1976	0	11	0	1	0	7	5	0	17
1977	0	11	3	4	0	3	7	0	15
1978	0	14	2	5	0	1	1	0	5
1979	0	9	1	1	0	4	2	0	10
1980	0	0	0	1	0	10	1	0	10
1981	0	10	0	3	0	2	2	0	6
1982	0	13	0	0	0	0	2	0	8
1983	0	13	0	0	0	1	1	0	8
1984	0	6	0	0	0	0	0	0	8
1985	0	4	0	0	0	2	4	0	7
1986	0	8	0	0	0	1	3	0	1
1987	0	5	0	0	0	2	2	0	3

資料來源：臺灣省立樂生療養院編，《韓森病防治統計報告》，臺北：樂生療養院，1988，頁30。

表十六、1960年-1987年臺灣私立教會韓森病患者統計

年代	馬偕	臺中	彰化	嘉義	臺南	澎湖	高雄/屏東	總計
1960	110	8	58	101	244	166	295	982
1964	195	34	99	184	325	224	496	1557
1965	221	45	103	164	345	242	523	1643
1969	340	50	143	237	422	341	676	2209
1970	365	53	156	251	428	342	708	2359
1974	438	53	170	246	447	370	676	2519

1975	452	52	167	0	446	375	690	118	2300
1978	484	86	52	0	131	349	519	116	1737
1979	502	99	52	0	200	326	492	116	1787
1982	498	88	50	0	202	285	451	114	1674
1983	510	88	49	0	200	279	455	93	1673
1987	520		45	0	199	268	397	87	1600

資料來源：臺灣省立樂生療養院編，《韓森病防治統計報告》，臺北：樂生療養院，1988，頁23、24。

表十七、臺灣省歷年三個主要縣市每萬人韓森病患者率統計

年代	臺北市	高 雄 市	澎 湖 縣	臺 北 縣	高 雄 縣	臺 南 市	臺 南 縣	21 縣 市 平均
1960	4.41	5.76	22.90	3.52	3.12	5.59	2.12	2.68
1961	4.32	5.80	33.79	3.59	3.08	5.62	2.14	2.71
1962	4.55	6.20	26.21	4.02	3.50	6.06	2.16	2.74
1963	4.65	6.46	27.73	4.18	3.69	6.28	2.28	2.86
1964	4.67	6.44	29.79	4.17	3.95	6.51	2.44	2.96
1965	4.59	6.43	30.53	4.11	4.00	6.55	2.46	2.99
1966	4.58	6.30	33.55	4.01	4.05	6.74	2.63	3.06
1967	6.51	6.39	35.16	3.90	4.33	6.86	2.90	3.14
1968	3.18	6.13	36.32	4.27	4.51	6.76	2.99	3.22
1969	3.76	5.83	35.83	3.67	4.34	6.55	2.87	3.15
1970	3.64	5.53	35.94	3.99	4.48	6.41	2.82	3.10
1971	3.56	5.40	36.64	3.88	4.44	6.35	2.75	3.10
1972	3.74	5.27	37.11	3.77	4.43	6.44	2.81	3.09
1973	3.45	5.12	38.83	3.57	4.39	6.38	2.86	3.07

從機構隔離至在地門診治療 - 以澎湖地區癩病防治為例(1930-1990)

1974	3.34	5.00	39.84	3.44	4.25	6.22	2.78	3.03
1975	3.44	4.92	40.28	3.32	4.20	6.13	2.77	3.03
1976	3.36	4.82	40.39	3.11	3.97	5.86	2.74	2.97
1977	3.36	4.78	40.92	2.94	3.93	5.80	2.85	2.94
1978	2.93	4.36	36.01	2.63	3.51	5.12	2.73	2.65
1979	2.92	3.85	34.79	2.45	3.63	4.98	2.78	2.57
1980	2.80	4.09	35.34	2.24	2.83	4.93	2.78	2.47
1981	2.70	3.99	34.07	2.23	2.73	4.76	2.81	2.41
1982	2.55	3.88	33.85	2.05	2.68	4.56	2.85	2.31
1983	2.29	3.46	26.81	3.22	2.34	4.28	2.79	2.25
1984	2.22	3.39	26.94	3.08	2.29	4.21	2.74	2.21
1985	2.15	3.25	27.38	2.92	2.21	4.17	2.71	2.15
1986	2.11	3.06	27.15	2.84	2.14	4.13	2.72	2.10
1987	2.08	3.02	27.07	2.69	2.14	4.06	2.72	2.04

資料來源：臺灣省立樂生療養院編，《韓森病防治統計報告》，臺北：樂生療養院，1988，頁 25-27。

其次，戰後癩病治療的推展並非平順。儘管1950年代癩病化學治療、即DDS口服治療簡便而有效，這固然促成癩病政策的轉型；然而，DDS推廣運用後不久，即發現其有抗藥性問題。1960年代，國際醫學界持續尋找最佳的治癩藥物，先後發現有效藥物，即癩必寧（Clofazimine）克服DDS抗藥性問題，且有高度殺菌作用；以及立復黴素（Rifampicin），證實對各種病型癩病都有良效，並能在短時間內殺死癩桿菌。⁶³換言之，1960、70年代癩病治療成效緩慢，各地癩病患者率無法快速降低，是必然的現象。不過，1980年代其

⁶³ 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。

他縣市罹患率降到萬分之五以下，澎湖仍是萬分之27.07，澎湖罹患率居高不下，仍屬其中的特例。可能的原因如前述白寶珠所言，門診工作最艱難的問題是當地民風普遍排斥患者，以及患者本身亦不願承認是患者，如何使其願意接受與面對，工作人員必須有加倍的耐心與毅力。⁶⁴

儘管如此，1980年白寶珠回顧在澎湖從事癩病工作26年的過程，提出：由於在地治療工作的推展，她肯定至1980年為止，澎湖的癩病已經被控制。她在歷史回顧中，首先指出1955年起在澎湖展開診療工作的前五年，預估會有50個漢生病人，但實際在1959年時已達142人；同時，也預估在未來5或10年內、即至1969年漢生病問題可以被控制。不過，她在1980年時，確定癩病的情況已經被控制。同時，她也分析澎湖癩病問題逐漸被控制的原因，包括：門診治療的建立、密集的家戶調查以及相關患者治療、學童卡介苗預防接種、患者家庭兒童DDS預防性治療，地方社會經濟的改善以及現代化的發展等。⁶⁵

1980年代中期，另一項重要的國際性癩病醫療協力，讓臺灣的癩病控制得以有效完成。即1984年臺灣獲得日本世川保健紀念財團資助，衛生署指派TLRA執行秘書蕭東浩以及屏東基督教醫院院長翁瑞亨醫師，前往菲律賓Reonaldwood Research Center接受有關世界衛生組織(WHO)複方化學治療(MDT)的訓練，回國後擬定臺灣麻瘋救濟協會第一個五年計劃。1985年7月起實施此計畫，由教會各地門診治療所配合執行，治療中的病人隨即從1984年1377人，減少至1993年的238人。期間，新發現患者數自最高數量的44人，降至1991年1人。第一個五年度於1990年結束，但因效果顯著，因此計畫仍持續執行。換言之，WHO最新治療方法，效果顯著，每年所發現的病人人數明顯減少。⁶⁶

⁶⁴ 梁妃儀、陳怡霏、蔡篤堅主編，《漢生病人照顧者人物傳》，頁42-43。

⁶⁵ 本文為 M. I Bly 的回顧文，收錄於余玉梅主編，《臺灣推動進階護理的典範—白寶珠女士》，頁126-141。

⁶⁶ 蕭東浩，〈臺灣麻瘋救濟協會第一個五年計劃實施成果〉，郭維祖主編，《臺灣麻瘋救濟協會四十週年紀念冊》，頁29-30。

五、結論

綜觀澎湖近代癩病史，澎湖島嶼被認定是癩病流行之地，日本殖民當局藉由癩病調查紀錄「再現」地方癩病流行問題，並以公權力強制隔離、管控患者，但癩病污名亦隨之加重。相較於澎湖傳統社會中，癩病患者被孤立或放逐，殖民當局沿用日本本國、採取絕對隔離措施，地方患者因此遠離鄉里而進入「機構」隔離。而且，殖民當局為使樂生院成為住院者終生隔離、療養之地，充實生活與醫療的各種設施，使院區具備完整的生活機能。當澎湖地方患者終於適應、定住於樂生院區，則他（她）們的身份/認同達成殖民者所預期的目標，不僅是樂生院機構化的屬民（subject），也是具有近代主體（subject）的癩病患者。

1950年代，白寶珠前往澎湖馬公，成立馬公特別皮膚科診療所，所面對的即是被多重偏見所污名化的疾病問題。面對如此艱困的醫療環境，白寶珠以加倍的耐心與毅力，實踐癩病門診治療「在地化」的工作。即由於癩病門診治療的建立，密集的家戶調查以及相關患者治療，學童卡介苗預防接種，患者家庭兒童DDS預防性治療，地方社會經濟的改善以及現代化的發展等，1980年起、澎湖的癩病逐漸被控制。1985年，由於國際性癩病醫療協力，世界衛生組織複方化學治療（WHO、MDT）的展開，地方癩病醫療真正有效的完成。整體而言，白寶珠主持的馬公特別皮膚科診所，締造地方疾病防治史重要業績 不僅是教會醫療在澎湖的典範，也是戰後臺灣漢生病政策轉型的範例。

1994年，白寶珠因從事漢生病照顧長達40年而獲頒第四屆醫療奉獻獎，她曾經多次推辭該獎的推薦，即使得獎仍婉拒媒體採訪，原因是擔心澎湖患者的隱私與不願他們受到二次傷害。這次，她藉著頒獎而透過媒體傳達一貫的理念，即「癩瘋病患是有希望的、能醫療的，不是可怕的。他們仍能和一

般人一樣的結婚、生下漂亮的孩子。」⁶⁷1980年，白寶珠的文章再次重申類似的理念，即「自始，我們致力於專注於整體的思考，患者的全人，他的整個家庭、他們與整個村落、整個社區、縣以及國家的關係，患者是一個人，一個有潛在生產力、有貢獻的公民。」⁶⁸就秉持這樣的人權意識，白寶珠以及她的工作夥伴，才可能克服累積百年以上重層的疾病偏見與污名，讓這群患者恢復正常人的生活與尊嚴。

67 〈醫療奉獻獎得主白寶珠：只要信，不要怕〉，《聯合報》民國 45 年 6 月 25 日第 3 版。余玉梅主編，《臺灣推動進階護理的典範—白寶珠女士》，頁 24。

68 余玉梅主編，《臺灣推動進階護理的典範—白寶珠女士》，頁 139。

引用書目

《臺灣日日新報》

《聯合報》

Y.I.生（伊能嘉矩）

- 1907 〈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，頁147-148。

上川豐

- 1935 〈法律癩預防法に就て〉，《社會事業の友》，74：152-158。
1940 〈臺灣の癩と南支那の癩〉，《社會事業の友》，127。
1952 〈臺灣總督府の救癩事業回顧〉，《レブラ》第21卷第5-6號。

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》35：2869-2872。

上川豐、賴尚和、佐藤忠夫、馬嶋四郎、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：
2795-2797。

上川豐、廣瀨秋濤、佐藤忠夫、馬嶋四郎、椎原龍夫

- 1942 〈臺灣五州下ニ於ケル患家檢診成績〉《レブラ》13：25。

山本俊一

- 1997 《增補日本らい史》。東京：東京大學。

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。

王文基、王珮瑩

- 2009 〈隔離與調查－樂生院與日治臺灣的癩病醫學研究〉，《新史學》20
(1)：61-123。

石井保

- 1931 〈臺灣に於ける癩に就て〉，《社會事業の友》，27。
- 井田麟鹿
- 1911 《澎湖風土記》。東京：以文館。
- 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。
- 余玉梅主編
- 2010 《臺灣推動進階護理的典範－白寶珠女士》。臺北：道真護理教育研究所。
- 芹澤良子
- 2007 〈ハンセン病医療をめぐる政策と伝道：日本統治期臺灣における事例から〉，《歴史学研究》834：27-36。
- 胡舜之
- 1981 《公共衛生：Hansen's Disease》。臺北：省立樂生療養院。
- 范燕秋
- 2007 〈樂生院癩病史料整理與分析：新任教師專題計畫研究成果報告〉，國立臺灣師範大學臺灣史研究所。
- 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。
- 2008 〈新醫學在臺灣的實踐（1899-1906）－從後藤新平《國家衛生原理》談起〉，李尚仁主編，《帝國與現代醫學》，頁19-53。臺北：聯經出版。
- 2010 〈臺灣的美援醫療、防癩政策變動與患者人權問題1945-1960s〉，《臺灣史研究》，16（4）：115-160。
- 2011 〈臺灣近代漢生病政策的變遷－結構鑲嵌與創造轉化之考察〉《多元鑲嵌與創造轉化：臺灣公共衛生百年史》，頁275-314。臺北：遠流出版。
- 范燕秋主訪
- 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。
- 許雪姬總編纂

從機構隔離至在地門診治療 - 以澎湖地區癩病防治為例(1930-1990)

- 2005 《續修澎湖縣志·卷九衛生志》。澎湖：澎湖縣政府。
- 郭維租主編
- 1994 《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。
- 梁其姿
- 1999 〈中國麻風病概念演變的歷史〉《中央研究院歷史語言研究所集刊》，70（2）：399-433。
- 梁妃儀、陳怡霏、蔡篤堅主編
- 2008 〈潘錦章先生與白寶珠女士〉，《漢生病人照顧者人物傳》。臺北：衛生署。
- 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。
- 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。
- 董芳苑
- 2002 〈臺灣癩瘋救濟之父：戴仁壽博士〉，《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。
- 澎湖廳警務課
- 1936 《昭和十年度澎湖廳衛生概況》，昭和11年6月20日。
- 澎湖廳警務課
- 1938 《昭和十三年度澎湖廳衛生概況》，昭和13年6月20日。
- 澎湖廳
- 1933 《澎湖廳保健衛生調查書總括篇》，昭和8年3月31日。
- 澎湖縣政府文化局編
- 1989 《澎湖開拓史學術研討會實錄－西臺古堡建堡暨媽宮城建城一百週年》。澎湖：澎湖縣政府文化局。
- 蔣竹山
- 1995 〈明清華南地區有關癩瘋病的民間療法〉，《大陸雜誌》90（4）。

臺灣總督府警務局衛生課

1923 《保健衛生調查要項》。臺北：臺灣總督府警務局衛生課。

臺灣總督府癩療養所樂生院編

《樂生院年報》昭和5年－昭和18年。

臺灣省立樂生療養院編

1960 《臺灣省立樂生療養院三十週年紀念特刊》

1963 《癩病防治十年》

臺灣痲瘋救濟協會編

1959 《臺灣痲瘋救濟協會1958年報告》。臺北：臺灣痲瘋救濟協會。

1962 《臺灣痲瘋救濟協會1961年報告》。臺北：臺灣痲瘋救濟協會。

廣瀨秋濤

1943 〈澎湖廳下ニ於ケル癩患者ノ家族檢診〉，《臺灣醫學會雜誌》42：110-112。

櫻井憲三

1937 〈癩と十坪住宅運動〉，《社會事業の友》103：17-20。

Gussow, Zachary Leprosy.

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

Hays, J.N.

1989 *The burdens of disease: epidemics and human response in western history*. New Brunswick, N.J. : Rutgers University Press.

Hajime Sato and Minoru Narita.

2003 “Politics of Leprosy Segregation in Japan: The Emergence, Transformation and Abolition of the Patient Segregation Policy,” *Social Science and Medicine* 56(12) : 2529-2539.

Leprosy (Hansen’s Disease).

The Cambridge Historical Dictionary of Disease.

http://www.credreference.com/entry/cupdisease/leprosy_hansen_s_disease

Shepard, Charles C.

從機構隔離至在地門診治療 - 以澎湖地區癩病防治為例(1930-1990)

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.

Bulletin of Taiwan Historical Research,
NTNU No6, pp.181-230, December 2013

From the "Institutional Isolation" to "Local Outpatient Therapy"
— A Case Study of Penghu Leprosy Control (1930-1990)

Yen-Chiou Fan

Abstract

In the modern history of Taiwan, Penghu Island was officially noticed by the problem of leprosy endemic. When the colonial government launched leprosy investigations in colonial Taiwan, then pay attention to leprosy endemic in Penghu Island. In 1930, the colonial government founded Lo-sheng Leprosarium, to implement leprosy control measures. Until 1945, the isolated inpatients in Lo-sheng Leprosarium were in high proportion from Penghu Island. Since post World War II, with the transformation of leprosy policy, institutional isolation of Penghu patients began to change. Since the 1950s, when USAID health programs launched, American physicians Dr. Richard Hofstra and Miss Marjorie Bly went to Penghu Island, to practice a local medical clinic program. And they then created a local outpatient clinic –Ma-gong special dermatology clinic. Since then, this clinic is not only a missionary medical model in Penghu, but also a paradigm of policy transformation of Hansen disease in post-World War II Taiwan.

Keywords: Penghu Island, leprosy, Hansen disease, Lo-sheng Leprosarium,

從機構隔離至在地門診治療 - 以澎湖地區癩病防治為例(1930-1990)

TLRA., Miss Marjorie Bly, Ma-gong special dermatology clinic.

