

國立臺灣大學法律學院法律學研究所



碩士論文

Department of Law

College of Law

National Taiwan University

Master Thesis

台灣現代法制對傷科推拿傳統的規範態度

The Attitude Toward Traditional Osteo-Traumatology  
in the Taiwanese Modern Law

林傳勝

Chung-Sheng Lin

指導教授：王泰升 博士

Advisor: Tay-Sheng Wang, Ph.D.

中華民國 102 年 7 月

July, 2013

## 謝辭



這一篇論文的完成，要感謝本文的指導教授王泰升老師、忠孝日語劉文恒老師、法鼓山的楊蓓老師，感謝這三位老師，讓我在研究所四年的期間，找到我對生命的溫度。

學歷史可以做什麼？很多史書及史學家都曾提出許多不同的答案，但我自己的答案是：認識自己的生命。

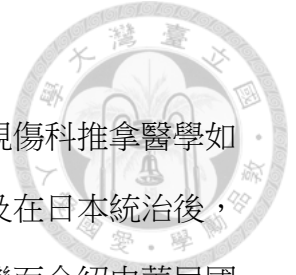
在台灣的教育環境中，其實非常欠缺對於「人」的認識，在功利主義、文憑主義，或者應該說賺錢至上的社會價值下，人是很不安的，我們很害怕做出不符主流價值的行為，過著不符合主流價值的生活，但你仔細去問，什麼是主流價值，又會發現好像就是大家做什麼，我就做什麼，即使有人脫軌演出，他們表面上叛逆，內心深處仍然恐懼與別人存在差異，這種對自我的「疑」，對生活環境的「疑」，其實一直存在於我們的生命之中，只是一直沒有機會好好的去認識它，我們從來沒有問過自己在這個當下為什麼會生氣，為什麼會高興，我們也沒有認真的去思考過「人」活著的意義是為了什麼？ 你由何而來？ 又往何處去？

而要回答「你/我」活著的意義為何？ 史學是一個很好的途徑，當我迷惘之時，我曾不斷的思考，我究竟是個什麼樣的人，想了很久，我才發現它不能用一個斷句來回答，因為我的生命是由許多無數的片段所組成，它只能用敘事來回答，在研究所生涯的前兩年，我不斷的在爬梳自己的生命史，快樂的事、悲傷的事，就像楊蓓老師說的，人要學會看顧自己的過去，你才能跟自己好好的相處，知曉了由何而來，方能知向何處去。

之所以會寫下這一本論文，其實也是對自己生命經驗中的一個「疑」提出交代，若說史學的價值在於找回不為人知的「過去」，那麼法律人的價值就在為這樣的「過去」說幾句公道話，也許將來出社會會遭遇許多不能說真話的時候，但至少在這相對單純的學生生涯，能留下些許的衷心之言。

在後兩年的論文寫作過程中，雖然遭遇許許多多的挫折與無奈，還好有許多夥伴相陪，感謝你們，感謝生命中有你們，我的一生中存在許多的貴人，也期待自己將來能成為別人的貴人。

# 摘要



本文由醫療史及法律史的角度，依時間的脈絡性編排，呈現傷科推拿醫學如何建立發展，並形成漢人的醫療傳統，進而傳入台灣土地，以及在日本統治後，首次遭遇現代法制的規範下，傷科推拿傳統面臨的轉型問題，繼而介紹中華民國法制施行於台灣後，傷科推拿傳統如何走入現今之困境。

本文共計六章，第一章「緒論」先說明本文之研究動機與問題意識、依次介紹研究方法、文獻回顧及論文架構。

自第二章「台灣漢人的傷科推拿」起，說明傷科推拿作為中醫醫學的一環，其發展與中原文化和漢人文化密不可分，在傳統中國，醫學有其發展之社會背景、脈絡性及國家管制體系，傷科推拿於其中亦深受影響，同時在此一環境下，傷科推拿又形塑出自身的醫療特殊性，並隨時間的流動，深植於漢民族的醫療習慣中。十七世紀時，漢人隨荷蘭人、西班牙人、鄭氏王朝、清朝的腳步進入台灣，在移民的同時，也將原鄉的社會文化、風俗民情、生活習慣、醫療體系一併移植於台灣土地，中醫醫學與傷科推拿亦隨之落地生根，而其所面對的國家管制，仍然維持在傳統中國的樣貌，官府並不介入民間的醫療事務。

第三章「日治時期的台灣傷科推拿發展」，則自 1895 年起，說明台灣成為日本帝國的領土後，總督府即開始有計畫的引進來自近代西方的法制，以進行殖民統治，總督府一方面建立現代衛生制度、西醫醫療體系，一方面進行對中醫與傳統醫療的管制、改造與消滅。在傳統醫療與現代型法律的碰撞之下，本文由總督府檔案、法院判決及其他民間史料，切入觀察漢人傷科推拿傳統面臨到衝擊之餘，與其他傳統醫學相較下，所存在的管制異同性，以及傷科推拿在總督府政策下轉型的可能。

第四章「中華民國時期的台灣傷科推拿發展」，先由民國時代中國談起，說明中華民國政府來台傳統醫學與西方醫學在中國之衝突，以及法制規範的發展，次第說明在 1945 年第二次世界大戰結束後，中華民國法制開始施用於台灣，原先奄奄一息的中醫如何重新復甦，以及同樣引進近代西方法制的中華民國，於中央政府遷台後如何面臨現代化、西醫化的醫療體制與傳統醫療的衝突問題，而傷科推拿在傳統醫療與中醫的光譜間，所遭遇到因「人」而異的行為區分困境。

第五章「當今推拿技術員的法律管制」，講述中醫診所內推拿技術員的起源以及法律管制、醫療糾紛的相關問題，並進一步說明民國 99 年時，衛生署公告中醫診所內之傷科推拿助理必須限期退出診所後，此一政策的改變引發諸多議題的探討，其包含傷科推拿助理的工作權、民俗醫療的管制以及醫事專業執照建立等等的問題。

第六章結論，將結合先前數章的鋪陳，深入探討傷科推拿作為傳統醫療的一環，長久存在於民間社會，國家作為管制者，究竟存在何種規範態度，並思索這樣的規範態度，是否有助於解決傷科推拿的管制問題。

#### 關鍵字

中醫、傷科推拿、法律史、拳頭師、漢醫、推拿技術員、醫療管制

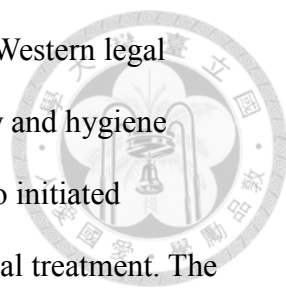
## Abstract

This essay provides historical approach of legal system and medicine to discuss the development of Osteo-traumatology. Relying on chronological order, the discussion begins with the nascent stage of Osteo-traumatology, followed by its transmission to Taiwan. Resting upon its struggle against the modern legal system . The essay further indicates the challenges posed by Japanese colonial government. Finally, the essay reveals how Osteo-traumatology finds itself in such situation in response to the regulation of law by the ROC government.

The essay contains six chapters in total. The first chapter specifies the research interest along with the bibliography, research methods and the overall structure of the six substantive chapters.

The second chapter will cover the practice of Osteo-traumatology performed by the Hans in Taiwan, elaborating the intimate and inseparable relation between Han culture and the Osteo-traumatology as it became an essential part of the Han-medicine. In China, medicine evolves with social context and national regulation, so does Osteo-traumatology. Under such circumstance, the uniqueness of Osteo-traumatology thus had been shaped. As time went on, the association of Ossteo-traumatology within medical treatment was deeply ingrained in Hans' mind. Through many shifts in power, from Dutch and Spanish period、Zheng Dynasty to Ch'ing Empire?,\_in Seventeenth century, there came Hans. The Hans introduced their own social, political cultural trend to Taiwan. The medical system had been transmitted as well. Han medicine and Osteo-traumatology also found its place in Taiwan. The regulation of medicine had been maintained as that of in China, without being regulated by the officials.

The third chapter, “Osteo-traumatology development in Taiwan during Japanese



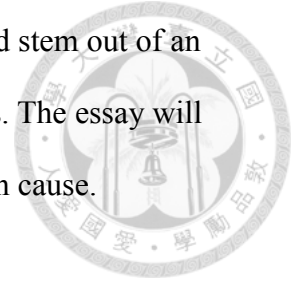
colonial period” lays out the Taiwan Sotokufu’s plans of launching Western legal systems to reign over the island. While establishing modern sanitary and hygiene systems and forming Western medical system, Taiwan Sotokufu also initiated regulatory actions to extinguish Han medicine and traditional medical treatment. The context will explore the discrepancy between Osteo-traumatology and other traditional medicine under the regulation of Taiwan Sotokufu through Taiwan Sotokufu files 、 court judgments and other non-official documentations. Furthermore, discussion of possible transformation in response to the Taiwan Sotokufu policy is also being included.

The fourth chapter, “The development of Osteo-traumatology under the rule of ROC government”, first begins with evolvement in China after 1911, illustrating the clash between Western medicine and traditional medicine and the development of law. Then the essay addresses the resurgence of Han Medicine during the period the enactment of ROC law in Taiwan(roughly at the end of World War II). Lastly, it depicts how the KMT government handled the conflicts between the modernized/westernized medical systems and traditional medical treatments with the ROC law, which was on the basis of Western legal system.

The fifth chapter includes the discourse of current Osteo-traumatology practitioners, detailing its origin, regulation and its related malpractice. Taking a step forward, this chapter exemplifies that the practice of Osteo-traumatology formally be excluded from the Han medical clinic after the announcement made by Department of Health in 2000. Many issues arose of such change, such as the Right to work of Osteo-traumatological assistants... the issuance of medical license and so on.

The last chapter summarizes the aforementioned problems in previous chapters, delving into more to discuss the attitude toward Osteo-traumatological and clarifying

the attitude of the regulator, here, the Officials. The policy should stem out of an attempt to solve the problems, rather than creating new problems. The essay will analyze whether the regulation/norm would help the such cause.



**Keywords :**

Chinese medical doctor, Osteo-traumatology, Legal history, martial art master, Tai-na technician, Medical regulation.

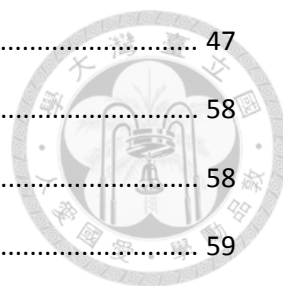


# 目錄

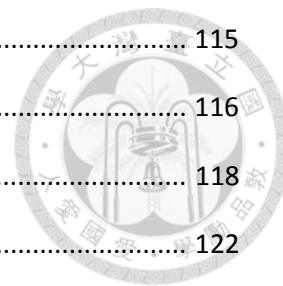


第一章、緒論.....	1
第一節、研究動機與問題意識.....	1
第二節、研究方法與素材.....	2
一、研究方法與限制.....	2
第三節、文獻回顧.....	4
第二章、台灣漢人的傷科推拿傳統.....	7
第一節、傳統中醫醫政體系的形成與流變.....	8
一、醫事制度的形成.....	8
第二節、傳統中國的醫事人才培育模式.....	18
一、官方醫學教育.....	18
二、民間醫學教育.....	19
第三節、傳統中醫傷科推拿醫學的發展流變.....	21
一、名詞用語流變.....	21
二、適應症與治療手法流變.....	22
三、治療思想與用藥.....	28
第四節、台灣漢人傷科推拿傳統的建立.....	31
一、概述.....	31
二、清治台灣的醫政制度.....	31
三、清治台灣民間醫療樣貌.....	32
四、清治台灣傷科推拿樣貌.....	35
第五節、小結.....	38
第三章、日治時期的台灣傷科推拿發展.....	41
第一節、日治台灣的醫政制度.....	41
一、衛生行政制度的設立.....	41
二、現代化醫學教育的建立.....	44
三、現代化醫院的建立.....	46

四、醫療產業管制 .....	47
第二節、日治時期傷科推拿的發展與管制 .....	58
一、日本政府對中西醫的差異管制政策 .....	58
二、傷科推拿從業者的管制面貌 .....	59
第三節、小結 .....	69
第四章、中華民國時期的台灣傷科推拿發展 .....	71
第一節、民國時期的中醫傷科推拿(1911-1949) .....	71
一、概述 .....	71
二、大陸時期醫政制度發展 .....	71
三、中西醫衝突 .....	75
四、民國時代中國的傷科推拿樣貌 .....	81
五、小結 .....	85
第二節、台灣戰後的傷科推拿發展(1945 至今) .....	87
一、台灣戰後醫政制度發展 .....	87
二、醫師法的修法問題 .....	89
三、傷科推拿的管理問題與證照制度 .....	96
第四節、國術館及武館傷科推拿技藝的傳承與執業樣貌 .....	102
一、家傳與拜師為主的技藝傳承 .....	102
三、與現代（西方）醫學教育的差異 .....	103
第五節 小結 .....	103
第五章、當今對推拿技術員的法律管制 .....	105
第一節、推拿技術員的培育與執業樣貌 .....	105
一、轉向的開始 .....	105
二、不同背景人員的加入 .....	105
三、多元的培育管道與知識體系的轉向 .....	106
第二節、推拿技術員與中醫師的共生關係 .....	106
第三節、走向民俗調理的推拿管理 .....	109



第四節、專業證照建立的呼聲 .....	115
第五節、傷科推拿走向何方? .....	116
第六章、結論 .....	118
附錄一：台灣醫業規則 .....	122
附錄二：台灣醫生免許規則 .....	124
附錄三：臺灣藥劑師藥種商製藥業者取締規則 .....	126
附錄四：臺灣藥品取締規則 .....	128
附錄五：西醫條例 .....	131
附錄六：中醫條例 .....	134
參考文獻 .....	136



# 第一章、緒論

## 第一節、研究動機與問題意識

2010年4月1日時行政院衛生署公告<sup>1</sup>：現有中醫診所中不具醫事人員身份的推拿助理，其施行的「民俗調理」必須和醫師所為的「傷科推拿」診斷有清楚的區分，亦即非由醫師所為的「傷科推拿」並不得申請健保給付，且為避免民眾混淆，從事「民俗調理」的推拿助理不得與診所共同經營。並進一步在同年4月15日公告「民俗調理之管理規定事項」明訂：單純對人施以傳統之推拿、按摩、指壓、刮痧、腳底按摩、收驚、神符、香灰、拔罐、氣功與內功等方式或使用民間習用的外敷藥物、外敷生草藥與藥洗，統稱為「民俗調理」，不得宣稱醫療效能<sup>2</sup>。

此一政策的改變使民眾原本可在中醫診所接受的傷科推拿服務，即將退出醫療診所，但長期以合作關係存在的中醫師與傷科推拿助理對此紛紛表達出不滿的聲音，甚至聯袂上街頭抗議為何過去可以「合法」存在，爾今卻不能繼續存在，衛生署僅以一紙解釋函令即命令他們離開診所，且無任何配套措施，無疑是剝奪他們的工作權、生存權，直接影響全國近萬名推拿助理的生計。

最後在從業人員的壓力及相關人士溝通協調下，衛生署方於2010年6月4日宣佈只要「醫療行為」與「民俗調理」的執行區域、動線配置有所區隔，即仍得於2012年4月30日前容留原有之民俗調理人員執行調理業務，亦即給予兩年

---

<sup>1</sup>行政院衛生署97年7月18日衛署醫字第0970029781號函：「推拿行為仍應由中醫師為之，或指示各該醫事人員，依其專門職業法律之規定協處理。」及97年9月18日衛署醫字第0970082157號函：「中醫診所對於病人所執行者係醫療行為或民俗調理，屬於一種專業判斷，由行為之中醫師於病歷上詳實記載，又兩者之執行及其作業動線，亦應有所區隔，以免混淆。」此二函示於民國97年作成，暫容推拿助理留於中醫診所，但衛生署於民國99年3月3日又發出衛署醫字0990200648號函示推翻先前函示之見解，不再保留模糊，要求推拿助理退出中醫診所（參「中醫總額支付委員會」99年第1次臨時委員會議紀錄99.1.14，「中醫總額支付委員會」99年第2次委員會議紀錄99.5.20）。

<sup>2</sup> <傷科推拿屬於醫療行為 推拿師不得執行>《中時健康網》，2010年6月29日，網址：<http://health.chinatimes.com/contents.aspx?cid=5.61&id=10796> 最後瀏覽日期：2010年12月3日。

的緩衝期<sup>3</sup>。在兩年期限即將屆滿時，於立法院所舉辦之「中醫診所推拿師何去何從？」公聽會中，衛生署一度打算延續原有之「同址但區隔」政策<sup>4</sup>，但最終仍維持傷科推拿助理必須退出醫療診所的決議，並要求遵守「八不二要」原則<sup>5</sup>，而將退出緩衝期則延至 2012 年 12 月 31 日<sup>6</sup>。

但問題是中醫推拿助理為何無法在現行的法制架構下存在？傷科推拿作為台灣醫療傳統的一環，長期存在於這塊土地的醫療體系之中，然而跟隨時代的變遷、社會的轉變以及政權的移轉，它們由「合法」走向「非法」，由「官方」落入「民間」，「傷科推拿行為」既與中醫發展間有密不可分的關係，曾經它是國家醫療的一環，爾後卻又遁入民間，在過去的社會環境及醫療制度中，它究竟有什麼樣的面貌，其如何形成一種學術、職業的體系，以及在政權變遷歷程中究竟不同的政府對其管制上存在何種差異，而使其走向衰落？不同的從業角色在此一變遷中又受到何種影響？最後才走到我們今天所面臨的問題。我們才能進一步思考今日的管制措置存在著何種規範態度？進而省思其是否達到了原初的目的：為民眾的健康把關？

## 第二節、研究方法與素材

### 一、研究方法與限制

本文採取之研究方法為「法律史學」的研究方法。法律制度的存在往往植基於社會問題，法律史的研究不可能脫離經驗事實的脈絡而單獨探討規範層面的改

<sup>3</sup> 99.6.4 衛署醫字第 0990067697 號

<sup>4</sup> <又能「推」了！非中醫 推拿師仍可整復推拿>，《NOWnews 今日新聞網》，2012 年 4 月 16 日，網址：<http://www.nownews.com/2012/04/16/327-2804934.htm> 最後瀏覽日期：2012 年 7 月 28 日。

<sup>5</sup> 「八不」為：不得從事醫療行為、不得從事醫療廣告、不得為易讓人誤認具有醫療效能的建議或宣傳、不得申報健保費、不得從事藥品調劑、不得販賣藥品或醫療器材、不得以不正當方法招攬客人、執業場所不得與醫療機構同一地址；「二要」為：要穿與醫事人員不同衣服、要配戴「傳統整復推拿人員」識別證。

<sup>6</sup> <推拿也要漲？！衛署定案 推拿人員明年撤離中醫診所>，《NOWnews 今日新聞網》，2012 年 4 月 26 日，網址：<http://www.nownews.com/2012/04/26/91-2808453.htm> 最後瀏覽日期：2012 年 7 月 28 日。

變，因此透過史學的取徑，建構出法律規範所根植的歷史與社會脈絡，使研究者深入理解過去法律規範存在之背景事實，方能進一步考察法律規範如何向後形塑新的社會脈絡，進而思考法律規範存在之意義與改變的可能性<sup>7</sup>。



由於本文所討論的核心在於「中醫傷科推拿工作者」在台灣史上的發展及其所面臨的挑戰，因此需從歷史的角度先剖析此一行業的發展脈絡，分析過往的推拿工作者存在於何種社會環境，其次說明現代型國家法律與此一工作者之間產生何種衝突與矛盾，面對此一困境，本文試圖從歷史資料與法律制度中進行解構分析，找出管制政策的規範問題。

## 二、研究範圍

### (1). 時間範圍：

歷史的分期必須有其研究上的意義，而資料搜尋的時間範圍本文將以台灣之發展為主軸，分為清治時期以前、日治時期、中華民國時期三大部分，其中清治時期以前屬於漢人傷科推拿傳統建立由來之說明，而日治時期與中華民國時期則說明傷科推拿傳統與現代法律制度間的問題，最後因此一議題仍屬正在進行的歷史問題，故將資料搜集之時點止於 2013 年 4 月。

### (2). 資料範圍：

因囿於資料取得之困難性，本文所使用之素材優先使用下列各類公開出版品，日後取得其他預算及時間後，再進一步擬定田野調查計劃，進行更深入之研究。

#### (1) 行政機關函示及政府檔案、統計資料

---

<sup>7</sup> 王泰升，《具有歷史思維的法學》〔台北市：王泰升出版，2010 年〕，頁 365-371。

- (2) 法院判決(民事、行政、刑事)
- (3) 職業公會出版書籍、文章
- (4) 新聞報導、媒體投書
- (5) 論文、學術文章
- (6) 私人文書及文學作品
- (7) 已出版之田野調查紀錄(口述歷史訪談、問卷等)



### 第三節、文獻回顧

傷科推拿問題，雖非晚近才發生的社會議題，但由於過往的爭議經常與其他民俗傳統醫療同時發生，因此傷科推拿的問題主體性並不鮮明，加以傷科推拿屬於中醫內之一學門，且其發展過程中又與武術有所相關，是以在探討此一議題時，專論性的著作較為缺乏，故僅能由民俗傳統醫療、中醫、武術、法律等幾類範圍較大之著作進行文獻回顧。

#### (1). 醫學史學專書

首先，李經緯、林昭庚等教授所著《中國醫學通史-古代卷》<sup>8</sup>一書，清楚整理清代以前的中醫發展以及醫政管理制度之建構，並詳細介紹中醫各分科於不同朝代間之發展內容，有助於釐清傷科推拿醫術過往的發展流變。而馬伯英教授所著《中國醫學文化史-上下冊》<sup>9</sup>，內容介紹中醫的醫學文化內涵與知識體系的建構。《傷科集成-上下冊》<sup>10</sup>與《中國推拿百科全書》<sup>11</sup>二書則以傷科推拿為中心，介紹傷科推拿之醫家、書籍以及各類醫療技巧和用途，有助研究者理解傷科推拿

<sup>8</sup> 李經緯、林昭庚等，《中國醫學通史-古代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000年〕

<sup>9</sup> 馬伯英，《中國醫學文化史-上冊》〔上海市：上海人民出版社，2010年〕，《中國醫學文化史-下冊》〔上海市：上海人民出版社，2010年〕

<sup>10</sup> 丁繼華、余瀛鰲、施杞等，《傷科集成-上冊》〔北京市：人民衛生出版社，1999年〕，《傷科集成-下冊》〔北京市：人民衛生出版社，1999年〕

<sup>11</sup> 駱仲遙、駱仲達、駱仲達等，《中國推拿百科全書》〔北京市：人民衛生出版社，2009年〕

於醫療上之效果。此外，《日治時期之台灣中醫》<sup>12</sup>清楚介紹日治時期(含)以前之台灣中醫的發展背景與脈絡，有助於理解中醫隨漢民移入台灣後，面臨何種環境上之特殊性，以及日治時期後所遭遇的發展問題。



## (2). 醫療與法律史類專書

《日治臺灣醫療公衛五十年》<sup>13</sup>一書說明了，日本政府統治台灣後所推行的一系列醫療現代化的政策，其內容包含衛生環境的改善、公醫制度的建立、現代西醫學校的創設以及醫事管制政策等等，有助於理解日治時期整體的衛生醫療政策。而《中國醫政史上的大革命》<sup>14</sup>一書則介紹，自民國創立後，中華民國醫政法制的流變，該書尤其著重中華民國中央政府遷台後，在醫事管理上的重要變遷，以及醫療法 28 條修法後所牽動的臺灣醫療管制問題，其徵引不少立法史料，有助理解當時之國會運作與利益折衝之過程。《醫療法律—醫療倫理論中醫推拿法制》<sup>15</sup>一書，屬最近完成之著作，其內容完整收集近二十餘年與中醫推拿管制相關之衛生法令與行政函示，詳盡介紹各國與推拿有關之醫療制度，並從各方角度剖析台灣傷科推拿存在之規範問題，最後提出我國可建立之中醫推拿法制。

## (3). 學術論文

喻淑蘭碩士所著〈醫療專業的變遷與互動--以中醫傷科醫師、國術館拳頭師傅與推拿技術員為例〉<sup>16</sup>論文，完整介紹傷科推拿在台灣近三十年的發展概況，其內容說明了傷科醫師、國術館拳頭師、推拿技術員三者之養成上、執業型態上、以及專業素養上之差異性、並提出傳統醫療從業者轉型之可能性建議。孫迺翊教

---

<sup>12</sup> 林昭庚、陳光偉、周珮琪，《日治時期之台灣中醫》〔台北市：國立中國醫藥研究所，2011年〕

<sup>13</sup> 張秀蓉編註，《日治臺灣醫療公衛五十年》〔臺北市：國立臺灣大學出版中心，2012年〕

<sup>14</sup> 吳基福，《中國醫政史上的大革命》〔台北市：中華民國醫師公會全國聯合會，1980年〕

<sup>15</sup> 王國治、王國成、王國士，《醫療法律—醫療倫理論中醫推拿法制》〔臺北市：翰蘆圖書出版公司，2012年〕

<sup>16</sup> 喻淑蘭，〈醫療專業的變遷與互動--以中醫傷科醫師、國術館拳頭師傅與推拿技術員為例〉，國立臺灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文，1999年。



授、張桐銳教授所著〈按摩業開放後管理之法制建構規劃〉<sup>17</sup>報告，內容雖針對按摩業開放後之法制問題所作成，然其中仍旁及現行法制中對於傷科推拿、民俗調理、按摩等三者所存在的管制模糊與立法衝突的問題，值得作為中醫推拿法制建構的參考。

以上的文獻，初步描繪了傷科推拿在傳統中國的發展歷史，包含在學術上的建構、醫療制度的形成與管制、從業人士的樣貌及培養模式等特點，並進一步幫助研究者釐清台灣在清治時期、日治時期、中華民國時期等三個年代，國家對於醫療管制的面貌，以及在日治與中華民國時，醫事法律的建構過程與內涵，還有隨之而來的衝突問題。但上述文獻並未以傷科推拿作為一主體來思索其與西方醫學、現代法律間的衝突矛盾，因此本文試圖以傷科推拿為核心，探究傳統醫療與現代法律究竟存在何種規範問題。

---

<sup>17</sup> 孫迺翊、張桐銳，〈按摩業開放後管理之法制建構規劃〉，台北：中華民國行政院勞委會職訓局委託專題研究計劃，2010年7月。

## 第二章、台灣漢人的傷科推拿傳統



醫療源自於人對自我身心療癒的需求，古時神農氏嚐百草，乃因人體所生之病痛除了人體天生自我的免疫療癒外，還需要外物、外力來加強治療的效果。而人之身體受到外來的傷害，在生存意念上本來就會尋找治療的方法，這是生物生存的自我本能，例如人體受到物體撞傷或者遭受他人、獸類的攻擊，就會對瘀傷部位予以按撫，試圖減輕疼痛，遭咬傷、割傷、穿刺傷等等而出血，則以自力或以外物阻其出血。經時間、經驗逐漸積累的，因受傷之輕重深淺不同，受傷原因之差異，人們開始試著採取不同的治療方法，並反覆試驗及推敲其有效性，長期下來，就發展出一套有體系的醫療方式<sup>1</sup>。傷科推拿的發展脈絡中，與中醫具有密不可分的關係，其理論基礎多半來自於當時的醫家典籍，再透過施術者自身的經驗加以歸納、總結，隨時間的演進逐漸納入中醫理論的一環，進而建立傷科推拿的學科理論。

繼而透過歷史脈絡的爬梳，我們將要探討，傷科推拿形成的過程中，國家制度所扮演的角色，及其對社會、人民的影響，本部份將從國家制度、施術者的養成、醫療特色等等幾個的角度來切入，初步整理出傷科推拿在過往時代中究竟如何形成漢人的醫療傳統，以及這樣的醫療傳統如何隨漢人移民走入台灣社會，而發展出台灣本地的漢人傷科推拿傳統。

---

<sup>1</sup> 張拙夫，《中醫傷科學》〔台北市：正中書局，1978年〕，頁1。馬伯英，《中國醫學文化史-上冊》〔上海市：上海人民出版社，2010年〕，頁148-151。

## 第一節、傳統中醫醫政體系的形成與流變

### 一、醫事制度的形成



#### (1) 隋唐以前

醫療技術的發展，除了民間本身的發展外，政府(官方)往往是重要的推手，在早期的封建社會，官方醫療機構經常是為皇家、官員等上層人士所服務，因此容易擁有較多的資源去引導醫學的發展，因此，探究各朝代的醫政制度即對傷科推拿研究有不可或缺的重要性。

中國最早建立的醫療機構，依目前文獻可見於《周禮》，在周朝，其官方醫療分科主要分為四種：① 食醫，管理王公貴族飲食而設。② 疾醫，相當於現代之內科醫生，除為王室服務外，也為百姓看診。③ 瘍醫，相當於現在的外科醫生，主要負責各種膿瘍、潰瘍、金創、骨折等病症。④ 獸醫，主要治療家畜所生之疾病。以當時的醫療分工來看，其中的瘍醫所負責的病症內容，即與現今的傷科推拿有所相關<sup>2</sup>。

而在周朝的醫療管制上，據《周禮·天官》載：「醫師，掌醫之政令，聚毒藥以共醫事。凡邦之有疾病者，疢瘍者造焉，則使醫分而治之。歲終則稽其醫事，以制其食，十全為上，十失一次之，十失二次之，十失三次之，十失四為下……。」可知當時的醫藥行政與律令，由醫師所管，兼及醫藥用品的供應保管，並且每年對醫生進行考核，醫政制度上已有初步的架構<sup>3</sup>。

但隨後之秦、漢、晉三朝，雖在政府體制中有專責之醫事機構，但於架構中

<sup>2</sup> 史仲序，《中國醫學史》（台北市：國立編譯館、正中書局，1988年），頁309-310。

<sup>3</sup> 李經緯、林昭庚等，《中國醫學通史-古代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000年〕，頁44-45。馬伯英，《中國醫學文化史-上冊》〔上海市：上海人民出版社，2010年〕，頁359-360。賈得道，《中國醫學史略》〔山西省：人民出版社，1979年〕，頁19。

並未細分出傷科推拿相關的醫事分科<sup>4</sup>，直至南北朝時期之北周，其醫官分類方較為精細，分設有太醫、小醫、瘍醫、醫正、食醫、主藥、獸醫等七種，其中包含與傷科推拿相關的瘍醫，並分有不同等級，例如瘍醫就分有瘍醫上士、瘍醫中士、瘍醫下士，顯見由北周一朝開始逐漸走向專業分工的趨勢<sup>5</sup>。



## (2) 隋唐時期

### 1. 隋朝制度

於隋朝與醫療體系相關的政府機構有尚藥局、尚食局、藥藏局、太醫署等，以職掌事務及架構區分，基本上尚藥局、尚食局兩機構，主要就是為照顧皇帝身體健康所存在的，尚藥局隸屬於門下省，其主要職責是為皇帝合和御藥及診斷方脈，人員配置上設有典御 2 人、侍御醫 4 人、直長 4 人、醫師 40 人、主藥 4 人、藥童 24 人、按摩師 120 人。而尚食局亦隸屬於門下省，主要職責在於管理皇帝的飲食，人員配置上設有典御 2 人、直長 4 人、食醫 4 人，食醫主要的工作在依照時令節氣的不同，為皇帝搭配飲食，使四時五味和齊所宜。

藥藏局則為東宮的下屬機構，主要職責在照顧皇太子的身體健康，藥藏局職能上與尚藥局並無二致，但人員編制上小於尚藥局，設置有藥藏監、丞各二人、侍醫 4 人。其餘諸皇子在則配有典醫丞為其掌管醫事。

太醫院在從屬上為太常寺所屬的機構，隋代太醫院同時具有兩種功能，一方面是國家管理醫療的組織，另一方面也擔負教育工作。人員配置上有太醫令 2 人、丞 2 人、主藥 2 人、醫師 200 人、醫生 120 人、藥園師 2 人、醫博士 2 人、助教 2 人、按摩博士 2 人、咒禁博士 2 人。之後在煬帝時期又增設醫監 5 人、醫

<sup>4</sup> 李經緯、林昭庚等，《中國醫學通史-古代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000 年〕，頁 115-117，169-173。

<sup>5</sup> 李經緯、林昭庚等，《中國醫學通史-古代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000 年〕，頁 171-172。

正 10 人。太醫令掌諸醫療之法，以及太醫署之政令，丞為其副手。分科上有醫、按摩、咒禁三科，由博士、助教擔任教學工作，而醫師、醫正、醫工之工作主要在為人診治疾病<sup>6</sup>。



整體而言，隋朝的醫療制度較之先前諸代，有幾項重要的特色，首先是對醫療分科的重視，除承繼北周部份的制度外，又劃分出按摩、咒禁二科，其次對醫療事務的管理劃分更加的細緻，官方醫事人員數量也較以往龐大，這有助於專業分工以及醫療研究的進行，第三是對醫療教育的擴大，官方博士及助教制度的建立，改變以往依賴民間師徒培育的單一性。


## 2. 唐朝制度

唐朝制度上多沿襲隋朝的典章制度，醫療體系上同樣有尚藥局、尚食局、藥藏局、太醫署等，此外還有更完善的地方醫事制度。唐朝尚藥局在人員配置上有奉御 2 人、直長 4 人、侍御醫 4 人、主藥 12 人、藥童 30 人、司醫 4 人、醫佐 8 人、按摩師 4 人、咒禁師 4 人、合口脂匠 2 人，職能上主要為皇帝身體健康所服務，尚藥奉御必須為皇帝合和御藥，並紀錄皇帝的用藥以及用藥前必須先試嚐藥物，而主藥、藥童則負責藥物的管理與製作，侍御醫、司醫、按摩師、咒禁師等人則是提供皇帝各類醫療服務，合口脂匠主要在為皇家調配唇膏、胭脂。在尚食局方面，設有奉御 2 人、直長 5 人、食醫 8 人、主管皇帝飲食，職能大致與隋同。

唐朝藥藏局較之隋朝，人員編制較多，設有藥藏郎、丞各 2 人，書令史 1 人，書吏 2 人，侍醫 4 人，典藥 9 人，掌固 6 人，藥僮 18 人，職能與隋朝同，在管理皇太子的身體健康，為縮小版之尚藥局。

---

<sup>6</sup> 李經緯、林昭庚等，《中國醫學通史-古代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000 年〕，頁 229-232。



唐太醫署承隋制，主要負責醫政管理及教育工作，人員配置上有太醫令 2 人、丞 2 人、醫監 4 人、醫正 8 人、醫師 20 人、醫工 100 人、醫生 40 人、典學 2 人以及藥園師 2 人、藥生 8 人等。此外，太醫署下設立四科，醫、針、按摩、咒禁，針科為唐所新設。醫科備有博士、助教各 1 人，另有醫師、醫工輔助掌教醫生。針科有博士、助教各 1 人，掌教針生。按摩科設有博士 1 人、按摩師 4 人、按摩工 16 人、按摩生 15 人(唐初為 30 人，貞觀年間減為 15 人)，由按摩師及按摩工協助博士指導按摩生。咒禁科亦置博士 1 人，以咒禁師、咒禁工輔其教導咒禁生。其人材選拔登用比照當時的國子監制度，入學後須定期接受考核必須對相應的學習內容精熟，由博士每月一試，太醫令、丞每季一試，太常丞年終一試，考核通過者可替補任官。

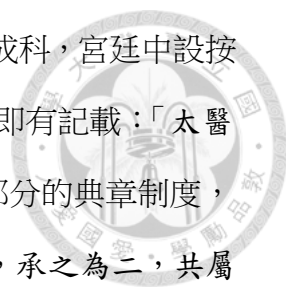
在地方上，唐朝規定京兆、河南、太原等府設醫學博士 1 人，助教 1 人，學生 20 人。大都督府設醫學博士 1 人，助教 1 人，學生 15 人。中都督府設醫學博士 1 人，學生 15 人。下都督府設醫學博士 1 人，助教 1 人，學生 12 人。上州設醫學博士 1 人，助教 1 人，學生 15 人。中州設醫學博士 1 人，助教 1 人，學生 12 人。下州設醫學博士 1 人，助教 1 人，學生 10 人。此處所設之醫療博士，主要肩負地方醫療及教學的職務，而醫學生則是負有巡迴地方進行治療的任務<sup>7</sup>。

整體觀之，唐朝醫事制度較之隋朝更為完備，除人事制度有些許增刪外，中央與地方在編制上的人員是遠高於隋朝，同時，在醫療分工上也更為精細，醫事分科由原有的三科增加針科為四科，並且在人才培育上建立較為完整的考核制度，使人才選用上不再如過往般仰賴民間，並且保持一定的水準。

### 3. 按摩獨立成科

---

<sup>7</sup> 李經緯、林昭庚等，《中國醫學通史-古代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000 年〕，頁 229-232。



在官方醫學上，傷科推拿首次在官方的醫療體系之中獨立成科，宮廷中設按摩科為隋朝首創，並授予「博士」之職，此於隋代《百官志》即有記載：「太醫院有主藥二人……按摩博士二人。」，隨後的唐朝，承襲隋朝部分的典章制度，亦設有按摩博士，《舊唐書·職官志》曰：「太醫院掌醫療之法，承之為二，共屬有四，……三曰按摩，皆以博士教之。」，《新唐書·百官志》亦載：「……令掌醫療之法，其屬有四：：一曰醫師，二曰針師，三曰按摩師，四曰咒禁師。皆教以博士，考試登用如國子監。醫師、醫正、醫工療病，書其全之多少為考課。……有府二人，史四人……按摩工五十六人，按摩生十五人……按摩博士一人，按摩師四人，並從九品下。掌教導引之法以除疾，損傷折跌者，正之」，以及《唐六典》所述：「按摩博士一人，從九品下；（崔實《政論》雲：“熊經鳥伸，延年之術。”故華佗有五禽之戲，魏文有五推之鍛。《仙經》雲：“戶樞不朽，流水不腐。”謂欲使骨節調利，血脈宣通，即其事也。隋太醫有按摩博士二人，皇朝因之。貞觀中，減置一人……按摩博士掌教按摩生以消息導引之法，以除人八疾：一曰風，二曰寒，三曰暑，四曰濕，五曰饑，六曰飽，七曰勞，八曰逸。凡人支、節、府、藏積而疾生，導而宣之，使內疾不留，外邪不入。若損傷折跌者，以法正之。」由此可見，於隋唐時期的醫療制度，對於按摩已獨立設科並有完整的編制，而得以進行有組織的教學，除了基礎知識以外，按摩博士在按摩師及按摩工的輔助下，傳授按摩生導引之法以除疾，以及有關創傷骨折的治療，這代表於隋唐時代起，傷科推拿的重要程度已達獨立之必要，且在醫事已發展出個別的理論範疇。

### (3) 兩宋

宋代醫事制度沿襲唐制但略有更動，其將醫療行政與醫事教育分離。由翰林醫官院掌管醫政，醫療人才的培育則由太醫局負責。而藥政管理則由尚藥局及御藥院統籌，主要仍為皇室及官方需求所服務，同時宋代也設有尚食局管理皇帝的飲食。



翰林醫官院權責上掌管供奉朝廷醫藥，並對皇室、朝臣疾病以及在軍隊、學校、民間有疫疾時派遣醫官處理。醫官院初期在編制上有醫官使、副使各二人，共同處理院內事物，其下再設直院四人，尚藥奉御六人以及醫官、醫學、祇候不定數，醫官院員額歷經不同皇帝而有所增減，少時僅四十三人，多時有上千位醫事人員。

而翰林醫官的錄用，挑選四十歲以上，經考試本科經義或方脈用藥，以通六七分倚以上者為合格。之後為增加醫術精良之醫官，亦曾詔命文武大臣由各州縣的民間醫士中保舉人才，經初試合格者參加次年省試，合格者五中取一，給帖補充習醫生，二次省試，亦五中取一，成績八通者補翰林醫學，六通者補祇候。此外，宋代在地方州郡上亦設有醫官，依地方層級不同，配置 1 人~10 人不等的醫官，錄用方式以其所習方書試義十道，五通即為合格<sup>8</sup>。

在醫學教育部份，北宋時期嘉祐五年(西元 1060 年)以總數 120 人為限，分九科，各科名額不等，招收年齡 15 歲以上者，使其在太醫局聽讀一年後，經考試合格即可成為正式學生。王安石變法後，將太醫局另外獨立，置提舉及局判、管勾官，局判由知醫者擔任，掌管醫學教育。同時並將招收名額增加為 300 人，採取「三舍升試法」分級教學，外舍(低年級)200 人，內舍(中年級)60 人，上舍(高年級)40 人，且將醫事分科為方脈、針、瘍三科，方脈科包含大小方脈及風科，針科包含針、灸、口齒、咽喉、眼、耳，瘍科則包含瘡腫、折傷、金瘡、書禁，傷科推拿即屬於瘍科的範疇。對於太醫局學生之考核，宋代仿隋唐制，每月一私試，每年一公試，成績分為優、平、否，依成績升降其舍等，並使學生醫治病患，視療效予以成績，低下者予以懲罰甚至退學，十分重視人才培育的品質。同時在

---

<sup>8</sup> 李經緯、林昭庚等，《中國醫學通史-古代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000 年〕，頁 318-319。



地方州、縣亦仿太醫局模式，設立地方醫學，同樣有分科，惟人數上多者不過十人，寡者為七人<sup>9</sup>。



嗣後，太醫局再度改制，正式分為九科，為大方脈、風科、小方脈、眼、瘡腫兼折瘍、產科、口齒兼咽喉科、鍼兼灸科、金鏃兼書禁科。其中「瘡腫兼折瘍」之「折瘍」，「金鏃兼書禁」之「金鏃」，均屬傷科推拿的範圍。而過去在隋唐的醫事分類上，接骨及按摩經常劃為一科，現在將其分別設立，可能是醫術演進上，有更細緻的專業分工<sup>10</sup>。但也有可能是按摩科受重視的程度降低，因而將其納入其他醫科之中<sup>11</sup>。

#### (4) 元朝

元朝之醫事機構可分為太醫院、典醫監以及御藥院，太醫院為元朝最高醫事機構，惟不具有醫學教育功能，其職權主掌宮內醫藥事宜，組織上配置有院使 12 名、同知 2 名、儉院 2 名、同儉 2 名、院判 2 名、經歷 2 名、都事 2 名、照磨兼承發架閣庫名 1、令史 8 名、譯史 2 名、知印 2 名、通事 2 名、宣使 7 名。典醫監，主要負責供進東宮太子的用藥，配置有魯花赤 2 名、卿 3 名、太監 2 名、丞 2 名、經歷 1 名、知事 1 名、吏屬凡 18 名。御藥院，主要職掌地方及藩國進貢之藥品，並負責藥物的製作以及煮藥的任務，人員配置上有魯花赤 1 名、大使 2 名、副使 3 名、直長 1 名、都監 2 名。

元朝之醫事分科，原先為十三科，分別是：大方脈科、小方脈科、雜醫科、風科、產科、眼科、口齒科、咽喉科、正骨科、金瘡腫科、針灸科、祝由科、禁科。之後才又合併為十科，分別為：大方脈雜醫科、小方脈科、風科、產科兼婦

<sup>9</sup> 李經緯、林昭庚等《中國醫學通史-古代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000 年〕，頁 321-322。

<sup>10</sup> 張拙夫，《中醫傷科學》（台北市：正中書局，1978 年），頁 8。

<sup>11</sup> 李經緯、林昭庚等《中國醫學通史-古代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000 年〕，頁 364。

人雜病、眼科、口齒兼咽喉科、正骨兼金鏃科、瘡腫科、針灸科、祝由書禁科。其中傷科推拿相關醫事，係由正骨兼金鏃科所掌。



元朝之醫學教育主要設於地方，由朝廷依地方等級路、州、縣設置教授、學錄、學正、學諭等，學生來源主要由醫戶、醫藥業主子弟或一般良家子弟中薦取。入學後需學習《素問》、《難經》、《神農本草經》等，再進分科訓練，並定期進行考核<sup>12</sup>。

## (5) 明朝

明朝的醫事機構主要為太醫院、御藥局、御藥房、東宮典藥局以及地方上的惠民藥局等。明代太醫院主要職責在於管理皇室、王公大臣、文武百官以及外邦使節的醫療事務，此外還擔負教育、選考、派遣醫士和藥物管理的工作。組織設計上，明永樂年間，太醫院分設北京、南京兩地。開國之初，太醫院設有院使、院判、同知、典簿等職。洪武十四年後改為太醫令 1 人、太醫丞 1 人、吏目 1 人、御醫 4 人。洪武二十二年再將太醫令改為院使，太醫丞改為院判。明永樂年間，北京太醫院設有院使 1 人、院判 2 人、御醫 18 人，南京太醫院僅設院判、吏目各 1 人。嗣後隆慶五年，北京太醫院又改設御醫 10 人，吏目 10 人，下設醫官、醫生、醫士不定數。

藥事管理上，在太醫院中設有生藥庫，有正副大使各 1 人，負責管理由各地入庫的藥物，而御藥局則負責監制御用的藥物及管理收藏名貴藥材，設有御奉 2 人、直長 2 人、藥童 10 人。御藥房則由內廷太監掌管，與御藥局共同負責皇帝用藥<sup>13</sup>。

<sup>12</sup> 李經緯、林昭庚等《中國醫學通史-古代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000 年〕，頁 401-403。

<sup>13</sup> 李經緯、林昭庚等《中國醫學通史-古代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000 年〕，頁 483-485。



在醫事分科上，明初，官方醫療體系主要以太醫院為首分為十三科，明史《百官志》：「大方脈、小方脈、婦人、瘡瘍、針灸、眼科、口齒、咽喉、接骨、傷寒、金鏃、按摩、祝由」，其中與傷科推拿有關的為接骨、金鏃、按摩等三科，而在隆慶五年之後又改為十一科，明史《百官志》：「大方脈、小方脈、婦人、外科、針灸、眼、口齒、咽喉、傷寒、正骨、痘疹」，其中接骨、金鏃、按摩三科被整入正骨科。當時太醫院要求御醫必須各專一科，隆慶五年時，太醫院有御醫、吏目共 20 人，每科由一到數名不等之御醫或吏目掌管，再各自下屬醫士、醫生不定數，其數目為：大方脈 5 人、傷寒 4 人、小方脈 2 人、婦人 2 人、口齒、咽喉、瘡瘍、正骨、痘疹、眼科、針灸各 1 人，下屬之醫士、醫生共約 70 人<sup>14</sup>。因此到明朝中晚期時，傷科推拿是歸於正骨科之中。

人才培養方面，明朝沿襲元制，將戶口分為軍、民、醫、儒、灶、僧、道、匠等等，規定各戶必須子襲父業，因此，醫戶之子孫即須世代行醫，而醫戶於民代之社會地位地下，與樂工、廚師、工匠等類似，經常有逃戶之情形，稍有資力者即託官府改籍，醫籍在中央由太醫院管理，三年清查一次，是故，明代之醫事人員主要由各世襲醫戶所出，被選入太醫院學習者稱為醫丁，依太醫院所分十三科進行教學，並定期考核，合格者可充任醫生、醫士。但明朝並非僅依賴太醫院培養之醫士，其仍有訪取民間醫者之舉<sup>15</sup>。

## (6) 清朝

清朝官方醫事機構主要有太醫院、御藥房、藥庫。太醫院主要職能在為帝后

<sup>14</sup> 李經緯、林昭庚等《中國醫學通史-古代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000 年〕，頁 484。駱仲遙、駱仲達、駱仲達等，《中國推拿百科全書》，（北京市：人民衛生出版社，2009 年），頁 8。

<sup>15</sup> 李經緯、林昭庚等《中國醫學通史-古代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000 年〕，頁 486-488。

及王宮大臣提供醫療服務，同時擔負其他醫藥管理事務。太醫院在人員配置上設有院使 1 人、左右院判各 1 人、御醫 10 人、吏目 30 人、醫士 40 人、醫生 20 人、切造醫生 20 人。御藥房主要的工作則是處理宮內所需的藥物，以及加工各類藥物，所製出之藥皆須登記備查。而藥庫則負責儲存、收解各地提供之藥材，由醫士中派任二員負責管理<sup>16</sup>。

在醫事分科方面，清朝在立國之初，承明之制，亦將太醫院分為十一科：「大方脈、小方脈、傷寒、婦人、瘡瘍、鍼灸、眼、口齒、咽喉、正骨、痘疹等」。嘉慶二年，將痘疹納入小方脈，口齒咽喉併為一科，為九科。嘉慶六年，將正骨科劃由上駟院蒙古醫兼充，成為八科。道光二年，廢止針灸科，剩為七科。同治二年，又改為大方脈、小方脈、外科、眼科、口齒咽喉科，共五科。直至光緒末年兩江總督端方另訂考試之法將原有分科改為：「內科、外科、女科、幼科、產科、痘科、眼科、牙科等八科」，可看出在清代傷科推拿沿襲明制仍被歸於正骨科之中，而在晚期因西醫東漸的浪潮下，方退出官方醫學的範疇。

醫學教育方面，清朝由太醫院負責主要的醫療人才培育，其自御醫或吏目中選派優秀者擔任教習，其分為內教習及外教習二類，內教習教授藥房太監學習醫書。外教習則教授太醫院教習廳內之學生及醫官子弟，一般學習三年期滿，若經考試合格可稱為醫士，若未通過則須留院再考，而學習內容主要為《內經》、《本草綱目》、《傷寒論》、《金匱要略》、《醫宗金鑒》等書。在地方上，清朝也開辦醫學，但規模遠小於中央，雍正年間，曾命各省巡撫，考試所屬醫生，優者可命為醫學官教習，府、州、縣習醫人經過考試，優者可授吏目、醫士之職<sup>17</sup>。

<sup>16</sup> 李經緯、林昭庚等《中國醫學通史-古代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000 年〕，頁 574-575。

<sup>17</sup> 李經緯、林昭庚等《中國醫學通史-古代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000 年〕，頁 576-577。



## 第二節、傳統中國的醫事人才培育模式

### 一、官方醫學教育

#### (1). 提供官方需求的醫學教育

由前述國家醫政制度可知，官方醫政體系主要在為皇室及政府機構所服務，官方醫學教育之目的地亦在於提供人才予皇室及政府機構，正因如此，其人才培養之數量往往僅足官方之需求，無法顧及民間醫療的需要<sup>18</sup>，在隋唐以前，醫療人才較為仰賴民間培育或者由知識份子自學，當時知名醫家多為民間所出<sup>19</sup>，直至南朝劉宋後，官方醫學教育才正式成立<sup>20</sup>，並於隋唐時期形成定制，醫事人才培育數也大幅上升，並開始有分科教育，學而優時得以入太醫院或其他官方醫事機構任職<sup>21</sup>，管理皇室及王公大臣的身體健康以及國家的防治疫病工作。

#### (2). 學校制的官方教育

隋唐以前，醫學教育多仰賴師徒制與家傳制，然而此一模式到了隋唐時期開始有所改變，官方需用的醫療人才由民間徵召轉向官辦學校教育，同時為了滿足治理上的需要，地方上也同步開辦醫學教育，其主要有三大特色：1.基礎教學同一 2.分科教育 3.定期考核。此種方式下，可使教學內容及培養過程較為齊一，讓學生習得共同之內容，盡可能避免掉師徒制與家傳制所可能出現的差異性與藏私問題，二來透過定期考核可使訓練之醫療人才具有相當水準，避免良莠不齊的情況發生，如此一來，方能穩定提供人才予國家機構使用<sup>22</sup>。在此背景下，傷科

<sup>18</sup> 朱德明等，《杭州醫療史》，（北京市：中醫古籍出版社，2007年），頁76。

<sup>19</sup> 李經緯、林昭庚等《中國醫學通史-古代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000年〕，頁110-114、164-168。賈得道，《中國醫學史略》〔山西省：人民出版社，1979年〕，頁85-97。

<sup>20</sup> 李經緯、林昭庚等《中國醫學通史-古代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000年〕，頁173。

<sup>21</sup> 李經緯、林昭庚等《中國醫學通史-古代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000年〕，頁229-237，318-319，401-402，483-485，574-576。

<sup>22</sup> 史蘭華等，《中國傳統醫學史》，（北京市：科學出版社，1996年），頁137-139，151-155。

推拿在隋朝正式成為按摩科後，也開始由官方教育培育人才。



## 二、民間醫學教育

### (1). 師徒制與家傳制

在官方醫學教育以外，民間醫學教育主要依靠師徒制與家傳制<sup>23</sup>，例如漢時郭玉、程高即為師徒關係，三國時名醫吳普、樊阿、李當之等人皆是華陀的弟子<sup>24</sup>。在魏晉南北朝時期即有許多傳醫世家，東海徐氏即為世代醫業的名家<sup>25</sup>，名醫陶弘景，其父親及祖父亦皆習醫，南北朝北魏醫家李修及其父兄亦均習醫<sup>26</sup>。宋時唐慎微、龐安時、楊介、張渙、王繼先、楊士瀛、陳自明等皆為傳醫世家<sup>27</sup>。元、明之時，因採匠戶制度，必須子襲父業，被劃為醫戶者，非經官府許可不得轉籍，形成硬性的家傳制，這使得世代為醫的比例大幅上升，但明朝醫戶之社會地位不高，常有逃戶或託官改籍的現象產生<sup>28</sup>。至清朝雖不再延續明朝政策，但民間仍然以師徒制與家傳制為培養醫才之主流。

然而在佛道盛行的中國，道觀與佛寺因具有較良好的知識環境，修行之人為閱讀典籍，識字能力遠較一般百姓高，加上修行之餘經常修習功夫強身練體，並以濟世助人為念，因此方外之人往往也是行醫之人，例如道家名醫晉代葛洪、北宋馬志、明朝飛霞道人、佛家名醫鑿真、蘭道人等，皆是此一背景下所培養出的醫家，而此類醫家經常有特殊之醫學理論與非佛道者存在差異，其多半結合佛、道宗教思想所發展出，透過宗教的平台，也間接建立了醫才培育的管道。

<sup>23</sup> 史蘭華等，《中國傳統醫學史》，（北京市：科學出版社，1996年），頁100-101。

<sup>24</sup> 賈得道，《中國醫學史略》〔山西省：人民出版社，1979年〕，頁90-92。

<sup>25</sup> 李經緯、林昭庚等《中國醫學通史-古代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000年〕，頁172-173。

<sup>26</sup> 李經緯、林昭庚等《中國醫學通史-古代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000年〕，頁222-224。

<sup>27</sup> 李經緯、林昭庚等《中國醫學通史-古代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000年〕，頁385-397。

<sup>28</sup> 李經緯、林昭庚等《中國醫學通史-古代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000年〕，頁486-487。



## (2). 與武術、軍旅結合的傷科推拿

武術的發展史上，早期的武術主要是人們為防身健體而發展出一些肢體動作，嗣後，為了格鬥與戰爭的需要，才逐漸將此類動作精緻化進而形成武術。一方面，古人研究武術如何能有效率的傷人，另一方面，武術上的切搓，乃至於格鬥與戰爭經常使人體損傷，故而，才逐漸發展出傷科醫術，習武人士與軍人對於肌肉骨骼的認識遠較一般人為高，經常也扮演醫治肌肉骨骼疾病的角色。

在傳統中國，武術流派多而紛雜，其中對於傷科醫術較有研究的即為少林武術，相傳少林僧人最初習武的目地在於健身、護寺，但在朝代更替時，社會動蕩不安，方外之人也難以倖免，因而逐漸將武術外傳，一來助人防身健體、二來得以醫己醫人，在千餘年的積累流傳下形成少林傷科，其內容包含有內外損傷治療、點穴療法、正骨、理筋、夾縛、氣功等等，皆對傷科推拿有所影響<sup>29</sup>。並留下許多相關著作，諸如：《少林寺傷科秘方》、《少林寺跌打損傷奇驗全方》、《少林跌打內外傷秘方》、《少林寺跌打急救方》等十餘本，可見少林武術與傷科醫術的結合<sup>30</sup>。

此外，在戰爭時期，軍隊士卒經常會發生金瘡、箭傷、跌打墜馬、斷骨、筋骨肌肉等外傷，進而在訓練軍隊時往往會教導外傷的緊急處理，包含接骨、去瘡、止血、上藥、包紮，長期累積之下也形成兵科傷方，例如：軍中第一方、出箭方、金槍出血方、急救良方、治刀箭傷方等<sup>31</sup>，並研製出許多便於攜帶的成藥配方，利於軍隊在野外缺醫少藥之地使用，諸如：接骨君臣散、行血歸經散、活血止痛散、順氣散、護心七厘散、通導散、接骨丹、接骨九煉丹、接骨膏等<sup>32</sup>都是常見的外傷用藥，而在相關傷科醫事著作上，不同於其他由習醫儒生所寫成，許多都

<sup>29</sup> 丁繼華、余瀛鰲、施杞等，《傷科集成-上冊》〔北京市：人民衛生出版社，1999年〕，頁737-739。

<sup>30</sup> 丁繼華、余瀛鰲、施杞等，《傷科集成-上冊》〔北京市：人民衛生出版社，1999年〕，頁1101-1102。

<sup>31</sup> 同前註。

<sup>32</sup> 丁繼華、余瀛鰲、施杞等，《傷科集成-上冊》〔北京市：人民衛生出版社，1999年〕，頁1105-1135。

是由將領或武職文官著成，如明朝張時徹(兵部尚書)《急救良方》、武之望(陝西總督)《濟陽綱目》、張介賓(紹興衛指揮)《景岳全書》、張勇(甘肅提督)《方以類聚》、鄭之龍(總兵)《金瘡跌打接骨藥性秘書》等等，內容上較為注重治療實用性，多介紹外傷種類以及相應的治療手法與藥物，理論性內容較少，為其特色<sup>33</sup>。整體而言，傷科推拿在民間的發展往往與武術、軍隊密不可分，一則此兩類人士的數量遠遠超過一般傳統的儒醫，民眾較容易接觸，二則他們對於骨骼肌肉的認識多來自於實際的經驗累積(練武、健身、作戰)，因此在實效性上亦有所長。

### 第三節、傳統中醫傷科推拿醫學的發展流變

#### 一、名詞用語流變

在中國歷史上自先秦以來即存在許多對傷科推拿的記載，其有稱之按摩、導引、按蹻等等。在春秋戰國以前，主要的描述用語，可見於《史記·扁鵲倉公列傳》：「……上古之時，醫有俞跗，治病不以湯液醴灑，鑿石撝引，案扞毒熨，一撥見病之應，因五藏之輸，乃割皮解肌，訣脈結筋，搦髓腦，揲荒，爪幕，湔浣腸胃，漱滌五藏，練精易形……」，又《黃帝內經·素問·異法方宜論》：「……中央者，其地平以濕，天地所以生萬物也眾，其民食雜而不勞，故其病多痿厥寒熱，其治宜導引按蹻，故導引按蹻者，亦從中央出也……」<sup>34</sup>其中所言之「撝引案扞」、「按蹻」，皆為當時按摩推拿之術法，亦為治傷恆用之方法。而「按摩」一詞最早則是出現在《黃帝內經》書中，《黃帝內經·九針論》：「……形樂志苦，病生於脈，治之以灸制。形苦志樂，病生於筋，治之以熨引。形樂志樂，病生於肉，治之以針石。形苦志芳，病生於咽喝，治之以甘藥。形數驚恐，筋脈不通，病生於不仁，治之以按摩醒藥。是調形。……」<sup>35</sup>，可知

<sup>33</sup> 丁繼華、余瀛鰲、施杞等，《傷科集成-上冊》〔北京市：人民衛生出版社，1999年〕，頁1100-1180。

<sup>34</sup> 丁繼華、余瀛鰲、施杞等，《中國醫學文化史-上冊》〔上海市：上海人民出版社，2010年〕，頁157。張拙夫，《中醫傷科學》(台北市：正中書局，1978年)，頁2。

<sup>35</sup> 李經緯、林昭庚等《中國醫學通史-古代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000年〕，頁44-45。



在隋唐以前，主要是以擣引、導引、案抃、按摩、按蹻等語作為主要用語。

傳統中國在隋唐以後，隨著官方醫事分科設立按摩科，按摩一詞成為傷科推拿主要的稱呼，當時的按摩科所負責之醫療範圍並非現今所認知的表層皮膚肌肉的按摩，其包含了跌打損傷以其他類可以用手法治療的疾病，《新唐書·百官志》：「…按摩博士掌教消息導引之法以除疾病，損傷折跌者，正之…」，此時醫療上多以按摩稱呼之，嗣後到了明朝，在早先多以「按摩」、「導引」等詞所描述的傷科推拿，在明朝時方出現以「推拿」一詞來稱呼，目前可見之文獻，「推拿」一詞最早是在明朝醫家張四維所著的《醫門秘旨》書中<sup>36</sup>。

## 二、適應症與治療手法流變

### (1). 養生與避病

推拿按摩的主要特色之一在於「治未病」的理念，重視以按摩的手法來達到避病的效果。在春秋戰國時期以後，宗教或養生方面經常把推拿作為健身與延年益壽的主要方法之一。晉代葛洪《抱朴子·內篇·遐覽》內有提到《按摩導引經·十卷》，可惜已佚失。但此書在南北朝時代的陶弘景所著的《養性延命錄》中，曾轉錄《按摩導引經·十卷》裡頭部份浴面保健按摩法的內容：「清旦未起，啄齒二七，閉目握固，漱滿唾，三咽氣。尋閉而不息，自極，極乃徐徐出氣，滿三止。便起，狼踞鴟顧，左右自搖曳，不息，自極複三，便起下床，握固不息，頓踵三還，上一手，下一手，亦不息，自極三。又叉手項上，左右自了戾，不息，複三。又伸兩足及叉手前卻，自極複三。皆當朝暮為之，能數尤善。平旦以兩掌相摩令熱，熨眼三過；次又以指按[目四]（眦），令人目明。……又法摩手令熱，以摩面，從上至下，去邪氣，令人面上有光彩。又法摩手令熱，摩身體，從上至下，名曰乾浴，令人勝風寒、時氣熱、頭痛、百病皆除。……」完整描述出以按

<sup>36</sup> 駱仲遙、駱仲達、駱仲達等，《中國推拿百科全書》，（北京市：人民衛生出版社，2009年），頁9。

摩手法進行保健的功能。



隋唐之時又引進其他按摩手法，隋太醫巢元方在《諸病源候論》的總論裡的末卷，詳記養生方及按摩導引之法。唐孫思邈的《備急千金要方》介紹有「老子按摩法」、「天竺國按摩法」等，並提出十種新的推拿技法，以及把兒科疾病推拿治療進行系統性的整理，該書中也介紹了不少以按摩養生的想法，如在《備急千金要方·養生》中提及：「按摩日三遍，一月後百病並除，行及奔馬，此是養身之法。」<sup>37</sup>

宋元時期時認為透過導引之法有助於行血氣，利關節，辟除外邪，使其不能入身，可強身健體，方法上經常使用鼓腹淘氣、導引按蹻、摩手熨目等等，又如在知名的養生著作《保生要錄》，作者依據華陀之理念，編創出一套包含，挽弓、拓石、築拳、擺臀、顧首、轉腰、洗手、摩面等動作的導引按摩法<sup>38</sup>，以及其他諸如程大昌的《演繁露》：「醫有按摩，按者以手掐按病處也，摩者揉搓之也」。洪萬的《夷堅志》：「噓吹、按摩」。張道安的《養生要訣》裡則介紹：「熱摩兩足心及臍下」等養生按摩法。宋朝陳直著、元朝鄒鉉續補的《壽親養老新書》提到：「以手握趾，一手按摩……無酸弱病之疾」，該書中也提倡許多有助老人延年益壽之養生法。此外，道家張君房的《雲笈七籤》、佛家法賢釋的《延壽經》以及當時流行的《道藏》等書也對導引按摩法有相關介紹<sup>39</sup>。

明朝的發展主要可側重於四方面：養生、傷科、小兒推拿、推拿正骨手法、。養生方面，如洪武十二年，朱權所著《養生心法》內即收有仙術修養術、八段錦導引法、導引圖等，並結合中醫腎氣、命門相火、臟腑等學說，增加了摩腎、按

<sup>37</sup> 駱仲遙、駱仲達、駱仲達等，《中國推拿百科全書》，（北京市：人民衛生出版社，2009年），頁7

<sup>38</sup> 李經緯、林昭庚等《中國醫學通史-古代卷》（北京市：上海人民衛生出版社，2000年），頁326。

<sup>39</sup> 駱仲遙、駱仲達、駱仲達等，《中國推拿百科全書》，（北京市：人民衛生出版社，2009年），頁7-8。

夾脊、按腹等手法。其中的八段錦法，因發展坐功，簡化了導引術，而能與中醫的經絡學說相結合，因而為後世許多養生著作所收錄。此外，還有《遵生八牋》、《古今養生錄》、《新刻養生導引法》、《修齡要旨》、《仙傳四十九仙方》、《修真捷徑之導引術》等書也廣為流傳，其中，《新刻養生導引法》一書對前代養生導引法為一總結，除分述中風、風痺、心腹痛、霍亂、腰痛、腳氣、淋、痔等各類疾病的導引法，並載有蛤蟆行氣法、魚鱉行氣法、彭祖谷仙臥引法、寧先生導引行氣法、王子喬八種導引法、五禽戲法等<sup>40</sup>。而《修真捷徑之導引術》一書則是結合穴位按摩，透過穴道與按摩手法的搭配達到養生保健的效果<sup>41</sup>。

清朝延續明朝經驗，將按摩術分為動功、靜功，清朝醫家多將靜功按摩術用於養生，如孟日寅所著《養生鑒要》、張映漢所著《尊生導養編》等皆為當時知名的養生著作，介紹每日兩次行功，由頭、頸背、胸腹、外腎、四肢等穴位進行搓摩，使氣血得以流暢通行，進而達到避病的效果<sup>42</sup>。

正因此一發展脈絡，推拿按摩至今在東亞地區及台灣社會，仍然廣泛的被使用在身體保健、養生等方面，其衍生的運用包含現在常見的盲人按摩、腳底按摩、保健推拿等，皆為按摩手法所出。

## (2). 外傷骨折及相關肌肉疾病

在外傷骨折的相關疾病的部份，秦漢以前已開始對骨骼系統與解剖生理學有初步的認識，這在《黃帝內經》中的《素問》篇、《靈樞》篇皆有相關的記載<sup>43</sup>。當時的按橋、案扞(推拿按摩)是一種以手法為主，在體表施行治療，藉由刺激

<sup>40</sup> 駱仲遙、駱仲達、駱仲達等，《中國推拿百科全書》，（北京市：人民衛生出版社，2009年），頁8。

<sup>41</sup> 李經緯、林昭庚等《中國醫學通史-古代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000年〕，頁492。

<sup>42</sup> 李經緯、林昭庚等《中國醫學通史-古代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000年〕，頁621。

<sup>43</sup> 李經緯、林昭庚等《中國醫學通史-古代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000年〕，頁77。

身體特定部位來達到疾病的醫治與預防，其主要應用在經絡氣血不順、外傷、勞傷等症狀，以勞傷為例在《黃帝內經·素問·刺腰痛篇》：「衡絡之脈，令人腰痛，不可以俯仰，仰則恐仆。得之舉重傷腰，衡絡絕，惡血歸之。」即指出外傷瘀血引起腰痛不能俯仰的情況。

秦漢時期，由考古發現西漢時的《導引圖》中可知，當時導引的具體方法，從此類圖片中所示治痺、厥者可看到當時人們已運用鍛鍊腰背肌及關節的功能以治療腰痛和關節痺痛。而名醫華佗認為導引練功對使血脈流通、並利蹄足，強調引挽腰體、動諸關節對骨關節及肌肉疾病治療有所幫助，同時也對身體保健有益處。治療方法上除使用前述方法外，此一時代還輔以針灸及藥熨，華佗即善於針灸治腰痛，而有關藥熨，在《治病百方》中所載，以當歸、川芎、丹皮、桂、漏蘆椒等藥與酒同煮，「背痛者臥藥當出血久瘥」。可知當時對於肌肉及關節的疾病是有多種療法<sup>44</sup>。

魏晉時，針對外傷骨折的問題，葛洪的《肘後備急方》首次記載顛頷關節脫位口內整復手法，骨折用小夾板固定法，進而開拓了骨折脫位後採用手法復位與局部外固定的歷史<sup>45</sup>。

到了隋唐時期，對於外傷骨折的認識就更為完整，在外傷的情況中，常見的有開放性創傷以及開放性骨折，針對開放性創傷，通常使用止血、清創縫合的手段，而在骨折的部份，當時的傷科名家蔭道人將骨折分為可用手法整復及不可用手法整復兩類。其對於一般骨骼脫位，認為能純以整復手法復位，而骨折的情況，則視受傷情形，以麻醉、清創、復位、固定、練功以及內外用藥的方式來治療病

<sup>44</sup> 李經緯、林昭庚等《中國醫學通史-古代卷》（北京市：上海人民衛生出版社，2000年），頁135。

<sup>45</sup> 丁繼華、余瀛鰲、施杞等，《傷科集成·上冊》（北京市：人民衛生出版社，1999年），頁6。

患，並提出十四種主要正骨手法及方藥<sup>46</sup>。而一般肌肉、關節疾病，隋唐的醫家認為痺痛多因氣血不足、風寒溼邪所引起，或在骨折脫位後因瘀血不清、經絡空虛、外邪侵犯所致，而腰痛則可能因腰寒、風寒、勞傷、外傷、溼邪所引起，對於此類筋骨痺痛，多以針灸藥熨溫浴搭配按摩手法以及活血去風溼藥方來加以治療，而腰腿疼痛的症狀則以導引按摩法來去除病根<sup>47</sup>。

宋元時，隨著時間及經驗的累積，對於人體骨骼肌肉的認識也大量增加，對於創傷的救治自然有所進步，在開放性創傷上，仍沿用隋唐時期的處理方法，先剔除異物，以鹽水清洗傷口，再以藥物包覆傷處。而在骨折、脫臼等類型的創傷，原則上採復位的方式處理，予以接筋續骨、消腫舒筋，使骨、關節、肌肉能回復至未傷前的狀態。元朝危亦林所著的《世醫得效方》中記載了許多骨傷科疾患的治療方法，並發明「杵撐法」、「架梯法」的整復肩關節脫位，橈骨下端骨折復位，踝部骨折脫位復位採用端提擠按的反向復位法，髌關節前脫位採用懸吊復位法<sup>48</sup>。此外，《回回藥方》一書也對於骨折脫位的類型有詳細的分類，包含肩關節、肘關節、髌關節、膝關節、腳踝關節、脊椎骨、鎖骨、頸椎骨、肱骨等，並提出相應的治療方法，其對於骨折治療之基本原則有三：復位、外固定、內外用藥，例如書中有介紹骨折之治療方法：「一者扯拽，二者拴縛。拴者且至兩邊相合還舊跡」即是復位概念的呈現，復位時常以徒手法整復，而在固定上多以木板、布匹來加以輔助，之後再以外敷內服藥物幫助治療<sup>49</sup>。

明朝時對外傷骨折的處理仍分為內治、外治兩大部份，在內治部份，相當重視氣血的運行，當時醫家異遠真人在其所著《跌損妙方》認為跌打損傷之症，病

<sup>46</sup> 李經緯、林昭庚等《中國醫學通史-古代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000年〕，頁253。史蘭華等，《中國傳統醫學史》，（北京市：科學出版社，1996年），頁129。

<sup>47</sup> 李經緯、林昭庚等《中國醫學通史-古代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000年〕，頁254。

<sup>48</sup> 丁繼華、余瀛鰲、施杞等，《傷科集成·上冊》（北京市：人民衛生出版社，1999年），頁7。

<sup>49</sup> 史蘭華等，《中國傳統醫學史》，（北京市：科學出版社，1996年），頁177-179。《中國醫學通史-古代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000年〕，頁429-432。

機為氣血不流行，強調以行氣活血散瘀法來治療，而《瘍醫大全》亦主張，外傷骨折在內治上應當以活血去瘀為先，血不活則瘀難消去，瘀不去則骨不能接。而在外治法的部份，醫書《普濟方》對各類骨折及脫位治療有詳盡的分類描述，其針對不同身體部位的骨折、脫位，諸如肱骨骨折、股骨骨折、髖關節脫位、膝關節脫位等等，都有相應的治療手法介紹，並視需要給予固定包紮及外敷藥物<sup>50</sup>。

在清朝，對於外傷骨折的診斷及治療方法有相當大的精進，清朝廷組織吳謙等人編纂《醫宗金鑒》一書中的《正骨心法要旨》即強調推拿復位前，必須以手法詳加檢查：「雖在肉裡，以手捫之，自悉其情。……蓋正骨者，須心明手巧，既知其病情，復善用手法，然後治自多效……是則手法者，誠正骨之首務哉。」並提出所謂傷科八法：「摸、接、端、提、按、摩、推、拿」，對治療手法的作用及臨床經驗有相當的描述：「夫手法者，謂以兩手安置所傷筋骨，使仍復於舊也」、「一旦臨症，機觸于外，巧生于內，手隨心轉，法從手出」，且針對不同的骨折疾病，都有提供相應的治療手法<sup>51</sup>。此外，清代知名的骨傷醫書還有錢秀昌所著《傷科補要》以及胡廷光的《傷科匯纂》，皆可反應當時推拿手法在骨傷相關疾病中的運用<sup>52</sup>。

在此一發展脈絡中可知，傷科推拿在外傷處理的運用上，有相當深遠的歷史，早期因治療經驗的不足與藥物應用的限制，能治療的疾病多為肌肉相關之問題，但隨時代的演進與經驗的積累，逐漸摸索出骨骼疾病的治療術，建立傷科推拿中的正骨手法，以及骨折的醫治方法，在明清之後，其手法又更加精進完整，此即日後台灣傷科推拿的醫者，擅於外傷骨骼疾病處理之由來。

<sup>50</sup> 李經緯、林昭庚等《中國醫學通史-古代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000年〕，頁526-527。

<sup>51</sup> 李經緯、林昭庚等《中國醫學通史-古代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000年〕，頁617-620。

<sup>52</sup> 李經緯、林昭庚等《中國醫學通史-古代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000年〕，頁621。



### (3). 內傷(氣血不順)

早期的按橋、案扞(推拿按摩)即有應用在經絡氣血不順的問題，在中醫理論中，氣血不順形成瘀，就是一種內傷的情況，容易引發身體的其他問題，對此類經絡不通、氣血不順的問題，當時認為可以按摩手法開通閉塞，導引陰陽舒緩症狀，如在《黃帝內經·素問·血氣行志篇》：「形數驚恐，經絡不通，病生於不仁。治之以按摩醪藥。」以及《黃帝內經·素問·舉痛論》：「寒氣客于背俞之脈則脈泣，脈泣則血虛，血虛則痛，其俞注於心，故相引而痛。按之則熱氣至，熱氣至則痛止矣。」即可說明推拿手法的運用

到了隋唐時期，當時認為一般創傷可能導致失血與瘀血，而因墜落所受的損傷，或者跌打損傷，皆可能發生「敗血壅滯」、「瘀血不散」的情形，甚而有局部腫痛的現象，因此，醫家會依受傷的情形不同，由傷口的情狀、分泌物、部位來判斷是否有內傷的情況，並針對此類的瘀、腫，採取外敷內治的治療手段，例如在藺道人所著《理傷續斷方》一書中，便根據不同的傷害，提出以藥物及手法來達到，攻下逐瘀、行氣活血、養氣活血、活血壯筋、補腎健骨的治療原則<sup>53</sup>。

傳統中醫對內傷治療的經驗，也影響到日後台灣傷科推拿醫者的治療思想，他們從事外傷治療的同時，對於內傷的處理也十分重視，亦講求行氣活血、以藥攻瘀的治療方法<sup>54</sup>。

## 三、治療思想與用藥

### (1). 內外兼治

<sup>53</sup> 李經緯、林昭庚等《中國醫學通史-古代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000年〕，頁253。

<sup>54</sup> 林美容、謝庭輝，《一代武師羅乾章：同義堂師祖阿乾師及其武術傳承》（台北市：台灣古籍出版有限公司，2007年），頁269-291。

最早在春秋戰國時，《內經》一書就強調的內外兼治，當時除使用按搗、案扞等純粹性外力治療外，經常視不同症狀會搭配洗浴、外敷包紮、追蝕、切開排膿、發汗等方式予以治療，在《五十二病方》書中所載，以前述方法處理好患處後，經常會再搭以內服的丹、散及外用的膏、酒等藥物來進行治療，止血止痛、散瘀消腫，例如當時會以脂肪、酒、醋、乳汁、膽汁、甚至水銀等物調和成藥劑<sup>55</sup>。

## (2). 去瘀活血

於秦漢以前，已相當普遍的運用酒及部份藥物來作為外傷止痛、麻醉的藥物。在秦漢之際，傷科用藥最主要的發展在於麻沸湯的產生，三國時代名醫華佗研究出麻醉方法，這使得骨骼外傷的處理能使用更具療效的手段。<sup>56</sup>另外在《五十二病方》、《治病百方》、《神農本草經》的記載，當時之用藥發展，療效上已不止於止血、止痛，還進步到消散潰膿、生肌收口的作用，例如其中所載之「千金膏藥」及「治淤方」等皆有此種功效。而東漢醫家張仲景亦有使用「王不留行散」以內服外敷的形式，來治療金瘡，並建立去瘀活血的醫療原則。

## (3). 外敷膏藥

在外用藥物使用方面，中醫針對不同的症狀需求，會輔以不同的藥物治療，在《肘後備急方》一書中寫到，對於創傷昏死的病患，需採取外用止血，內服生津液、活血化瘀藥來搶救。而通常一般外傷都會先進行傷口處理。若傷口有腫痛發熱的現象，《肘後備急方》主張以鹽水、煮蔥白、板藍水清洗傷口，倘再嚴重至化膿，則主張以藥水清洗後，外敷黃蓮、黃柏為主藥的藥膏。此外，晉代葛洪針對筋骨痺痛症狀的治療，多以溫經活血的藥方內治，並使用針灸療法，再輔以「摩膏」、「莽草膏」、「丹蔘膏」等外用膏藥醫治。

<sup>55</sup> 李經緯、林昭庚等《中國醫學通史-古代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000年〕，頁77-80。

<sup>56</sup> 李經緯、林昭庚等《中國醫學通史-古代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000年〕，頁132-134。





進而在隋唐時期，外敷膏藥的使用進一步發展出膏摩，亦即在人體體表上施行按摩手法時，塗上中藥製成的膏藥，成為一種介質，其可防止患者的表皮的破損，又可增加治療效果，並舒緩疼痛。膏摩所使用的方劑主要使用桂、附、辛、椒、姜、芎、歸、芷、白朮、接骨草、蔥白、五加皮、桑白皮、松節、樟木節等物混製而成，對於跌打損傷、瘀血止痛皆有直接的效果，而施術所用的膏藥種類也相當的多，例如有：莽草膏、丹蔘膏、烏頭膏、野葛膏、陳元膏、木防己膏等，可以對不同症狀予以治療<sup>57</sup>。

宋朝時還有所謂的淋熨、帖癩，係以溫熱的藥物敷於患處，使其痛苦緩解，其目地在於達到活血化瘀、養血舒筋、培元補腎<sup>58</sup>。可見隨著時間與經驗的積累，外敷藥物的使用也有不同的變化。

#### (4). 內服藥物

在此類藥物的使用，傳統中醫主要有成藥類的丸、散、餅、曲，以及一般常見的湯藥諸如酒、油膏、藥漿、湯等<sup>59</sup>，通常會視疾病症狀的不同，給予不同的藥方，而在傷科推拿常見的疾病症狀，例如一般創傷、筋骨痺痛、跌打損傷等，可能會搭配四物湯、補中益氣湯等湯藥，或者七厘散、飛龍奪命丹、地盤紫金丹等丹散類藥物，以達活氣血去瘀傷的效果<sup>60</sup>。

#### (5). 輔助器具

輔助器具的使用，多在外傷骨折、脫臼的情況，處理上除了推拿手法的運用

<sup>57</sup> 李經緯、林昭庚等《中國醫學通史-古代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000年〕，頁264。

<sup>58</sup> 李經緯、林昭庚等《中國醫學通史-古代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000年〕，頁355-356。

<sup>59</sup> 史蘭華等，《中國傳統醫學史》，（北京市：科學出版社，1996年），頁44。

<sup>60</sup> 李經緯、林昭庚等《中國醫學通史-古代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000年〕，頁527。

使其復位外，經常會再搭配木板、布匹、軟絹等物來達到固定的目的地，使患處不易位移<sup>61</sup>。



## 第四節、台灣漢人傷科推拿傳統的建立

### 一、概述

自十七世紀以來，持續數百年處於移墾社會的台灣在穿著、飲食、住居、風俗慣習、醫療等等無不由其原鄉帶過黑水溝，福建、廣東等省所流傳的醫療模式亦隨之引進，作為清朝統治下的一環，台灣的衛生醫療環境，事實上延續了官方與移民所帶來的典章制度與醫療習慣，同時，移民入台後，又必須面對在地特有的疾病問題，而使傷科推拿發展出不同的樣貌。例如，台灣一地既屬移民社會，隨開墾的需要，住民間的衝突，筋骨損傷的疾病大量的發生，傷科推拿本身所醫治的疾病大多是筋骨傷痛類疾病，但傳統儒醫所提供的醫療服務卻不足以支應，當時除少數於縣城坐堂的大夫外，鄉野間民人的醫療需求往往仰賴游方郎中或者所謂走江湖、賣膏藥的武師，他們既身負武藝、又提供醫療服務，也在移民社會中開館授徒，扮演安定地方的角色。學武之人相較於熟讀醫書的知識份子，更是擅於此道的佼佼者。

### 二、清治台灣的醫政制度

清朝的醫政管理歸屬於太醫院，其職能如本章第一節所述，較注重於皇室成員與王公大臣的疾病醫療，以及各地的役病管理，但地方上並無專責的醫事機構，僅在醫學教育上，於省設有官醫學，由醫學官教習掌理，府設正科、州設典科、縣設訓科，各一人<sup>62</sup>。但因臺灣在光緒十三年(1887年)方獨立建省，此前隸屬於

<sup>61</sup> 李經緯、林昭庚等《中國醫學通史-古代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000年〕，頁527。

<sup>62</sup> 李經緯、林昭庚等《中國醫學通史-古代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000年〕，頁576-577。臺灣省文獻委員會，《重修臺灣省通志卷七—政治衛生篇(第一冊)》〔南投縣：臺灣省文獻委員會，1995年〕，頁12。

福建省，當時台地並無官醫學，僅有府、廳、縣等地方機關與民間設立「養濟院」、「普濟堂」、「留養局」、「棲流所」等社會救濟機構，但官方仍無專業的醫事衛生機構<sup>63</sup>。

時至光緒十二年(1886年)，方由巡撫劉銘傳設立官醫局、官藥局以及養病院，其中官醫局以候補知縣為總理，聘用西人為醫官，以醫療民人及兵勇之疾病，性質上偏向新式醫院，然而，直至割讓台灣予日本以前，官方所能提供之醫療服務仍不足應付人民之需求，同時未建立醫學教育，提供醫事人才，對於民眾從事醫療事業並無任何管制，自然也無現今所稱之藥政管理<sup>64</sup>。

### 三、清治台灣民間醫療樣貌

#### (1). 傳統中醫醫療

在台灣生活的民眾除原住民外，多為自中國東南沿海移民而來之漢人，漢人的醫療選擇中，發展最完整、最有體系性者即為傳統漢醫，隨移民而來的傳統漢醫就在台灣落地生根，當時的漢醫多是識字的知識份子，在台灣被認為是上九流的職業<sup>65</sup>，然而，傳統漢醫在台灣行醫者卻相當稀少，主要原因有二，一、台灣早期屬於移民社會，文風並不興盛，移民者多是在原鄉難以生活者，自然談不上讀書識字。二、當時的漢醫，除家學所傳外，經常是能讀懂醫書的儒生，其多半仍在科舉上能有所建業，對他們而言來台並無誘因。而來台行醫之人，有專職於醫業者，亦有從事儒學教育之餘從事醫業者，但清治兩百年間，行醫人數之消長，並無詳細資料可考<sup>66</sup>。

<sup>63</sup> 臺灣省文獻委員會，《重修臺灣省通志卷七一政治衛生篇(第一冊)》〔南投縣：臺灣省文獻委員會，1995年〕，頁19-20。

<sup>64</sup> 臺灣省文獻委員會，《重修臺灣省通志卷七一政治衛生篇(第一冊)》〔南投縣：臺灣省文獻委員會，1995年〕，頁20-21。

<sup>65</sup> 片岡巖著、陳金田譯，《臺灣風俗誌》(臺北市：眾文圖書，1990年)，頁146。師爺、醫生、畫工、地理師、卜卦、相命、和尚、司公(道士)、琴師等九類為上九流職業。

<sup>66</sup> 臺灣省文獻委員會，《重修臺灣省通志卷七一政治衛生篇(第一冊)》〔南投縣：臺灣省文獻委員會，1995年〕，頁355。

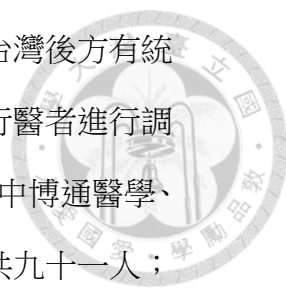
而漢醫的培養傳承，由於官方醫事教育的欠缺，其養成多依賴家傳及師徒制之方式，許多漢醫先以行醫多年者為師，學習醫籍如《黃帝內經》、《傷寒論》、《本草書》等，學成後方許出師。又或者在藥舖從學徒做起，學習藥材及處方知識，再從事醫療工作，亦有自行讀習醫書成醫者，但並非所有人都是嚴格意義的漢醫，或者受過完整而嚴謹的醫學訓練，無師自通或久病成良醫，亦可能成為醫療工作者，例如有部份人只是專門治療外傷骨折症狀的接骨師，或熟識草藥知識的草藥先生，或對嬰兒、產婦疾病有些許認識的產婆<sup>67</sup>。在清末時，來台傳道並從事醫療事業的馬偕就曾經留下他對台灣本地醫療的觀察：

「不要以為台灣沒有醫生，此地有許多醫生，縱使其醫術並非科學的，但確實有趣，且具研究價值。此地並無公設之醫學校，沒有考試，也沒有學位。習慣就是法，成效就是唯一的文憑（按：能醫治病患就是醫生）。一個平常人對自己或他人作些實驗而獲得某些藥材的醫藥價值，或從老醫生學習，或讀醫藥書、抄錄重要的部分、學習理論到相當程度，都可自設診所行醫。甚至患過病的人，試用過很多藥料，領悟到治病的一些知識，也就為別人開藥方。藥旁的店員，時常看醫生所來的藥方配藥，也許自己也給別人開藥方。在其他行業失敗的人，或只買了一堆藥方就開業做醫生。但他必須具有知識及機靈，否則就會失去病家之信用與惠顧。」<sup>68</sup>

可見在當時，社會所認知的「醫生」並非現今嚴格意義下之醫生，通常是針對民眾的疾病能提出有效醫療方法者，皆能成為「醫生」，但從醫者的素質往往良莠不齊，民眾即成為醫療品質最直接的把關者。

<sup>67</sup> 林昭庚、陳光偉、周珮琪，《日治時期之台灣中醫》〔台北市：國立中國醫藥研究所，2011年〕，頁169、204-205。

<sup>68</sup> 賴永祥，《教會史話(三)》〔台南市：人光出版社，1995年〕，頁79-80。



實際上，真正能成為具有相當水準的漢醫者，在日本取得台灣後方有統計資料可考，台灣總督府曾在明治三十年底(1897年)針對中醫行醫者進行調查統計，當時由台灣總督府認定為漢醫者計有一千零七十人。其中博通醫學、講究方脈有良之稱者共二十九人；以儒者從事醫療而稱儒醫者共九十一人；稱採有秘方為祖傳世醫者共九十七人；稍有文字修養從醫家傳習若干方劑時醫者八百二十九人；其他由外國教會習得西醫術者二十四人<sup>69</sup>，以清光緒十九年(1893年)所載之台灣人口約為兩百六十萬人，日明治三十一年(1905年)的人口統計約為三百零三萬人來看，醫師人口比約兩千五百人至三千人方能分配到一名漢醫，比例上並不高，這也反應出，清治下台灣社會的醫療需求必須仰賴其他民俗醫療來加以補足。

## (2). 民俗醫療

民俗醫療被認為是一種面對疾病的方法，尤其是指民眾所使用經驗的、不成文的、由當地文化風俗特色孕育出來的醫療觀念與行為，它是當地社會文化的產物，與當地的生活方式習習相關。其醫療方法欠缺學理、系統，內容相當零散，甚至包含宗教與超自然的內容，它由民眾本身經驗積累、透過世代相傳的方式延續，雖然有知其然不知其所以然的一面，但它卻根深蒂固的融入民眾生活，當出現某種疾病就會採取對應的醫療方式<sup>70</sup>。

在清治台灣，常見的民俗療法包含：收驚、問神、偏方秘方、算命卜卦、觀落陰、喝符水、祭解、藥籤、扶乩、地攤膏藥等<sup>71</sup>，斯時台灣民人生病時，經常求助於與信仰有關的民俗療法，他們認為生病是被不乾淨的東西所沖煞，因此透過乩童、尪姨、師公等人，請示神明如何破解，使身上的疾病痊癒。又或者向神

<sup>69</sup> 臺灣省文獻委員會，《重修臺灣省通志卷七一政治衛生篇(第一冊)》〔南投縣：臺灣省文獻委員會，1995年〕，頁355。

<sup>70</sup> 張珣，《疾病與文化》(臺北市：稻鄉出版社，1994年)，頁95。

<sup>71</sup> 張珣，《疾病與文化》(臺北市：稻鄉出版社，1994年)，頁95、101。林昭庚、陳光偉、周珮琪，《日治時期的台灣中醫》〔台北市：國立中國醫藥研究所，2011年〕，頁169。

明請求藥方，亦即所謂的「藥籤」，諸如呂祖、華陀、保生大帝、東嶽大帝、關聖帝君、天上聖母、佛祖等等台灣常見的神明廟宇，皆是尋求藥籤的對象，它並非由中醫以人力的方式判斷疾病，完全以擲茭取得藥籤，依上頭所載之藥方抓藥治療，這樣的治療方式以現代醫療角度來看，其實具有相當大的危險性，但實際上，藥籤的內容並非一般偏方，其所載藥方多由中醫醫書所出，同時，透過信仰所為之治療，對於病人的精神層次也有一定程度的穩定效果<sup>72</sup>。因此，在台灣這樣處處有廟宇的環境，民俗醫療與信仰結合，在缺乏傳統中醫的情形下，扮演起醫療疾病的角色。

#### 四、清治台灣傷科推拿樣貌

##### (1).處於傳統中醫與民俗醫療之間

由傷科推拿的發展史來看，傷科推拿毋寧是中醫學裡的一科分科，其醫治理論亦與中醫理論密不可分，由本章前三節的發展史中可知，傷科推拿可運用的疾病問題相當廣泛，而運用此一治療術的從業人員亦不限於傳統的漢醫，也包含其他非傳統的醫事人員，例如：軍人、武術家以及走方醫、鈴醫之類的遊方郎中等，在清治台灣時期，擅於傷科推拿的中醫師並不常見，反而是在民間基層遊走的武師、遊方郎中較常見到使用傷科推拿術，因此，此類人在清治台灣反倒是研究傷科推拿發展不可缺少的對象。

##### (2).走方醫(走街仔仙、青草先)

清治台灣時，因儒醫數量相當稀少，這使得台灣民間存在一群四方遊走的走方醫，他們手持搖鈴或敲打竹板，以吸引民眾的目光，而走方醫多半只掌握一兩種祖傳秘方或民間療法，可能是針灸、草藥、拔牙、拔罐、推拿或者販售其他成藥、外用方藥，也因多未曾受過傳統醫家訓練，所能醫治的疾病相當有限，但醫

<sup>72</sup> 林昭庚、陳光偉、周珮琪，《日治時期的台灣中醫》〔台北市：國立中國醫藥研究所，2011年〕，頁 169-186。

療效果卻未必較差，同時在診金的收取上亦相對低廉。走方醫的醫療技術，多依靠師徒口授或者祖傳秘方，偏重經驗性的累積，相對不注重基礎的醫理知識，但台灣早期的走街仔仙中，較有知識者亦會將醫治心得或醫方書寫成書，並帶有台灣當地的疾病和醫藥特色，走街仔仙的存在可說補充清代台灣民間醫療資源的不足<sup>73</sup>。

### (3).唐山過台灣的武師(拳頭師)

台灣社會的武師主要是源自於中國大陸，而從大陸流傳過來的武師可分為早期與晚期。早期來台的人民，大多是來自漳州與泉州，之後才是廣東，早在十七世紀荷蘭人領有台灣時，就有漢人移民入台開墾，由澎湖島延伸至台南安平一帶，後經鄭治時期至清治時期，移民逐漸增加。由於福建移民到台灣的百姓，生活困苦，常常因土地、水源等問題起摩擦，甚至演變成族群械鬥，更嚴重則是發生反政府民變，在清治的二百一十二年間，單就官方有記載之部份，即發生四十二次民變、二十八次械鬥，其他小規模的衝突更是不計其數<sup>74</sup>。因此各個村莊為了保鄉衛民，皆有鄉團組織，並由唐山延聘拳頭師傅前來教拳，武館即成為當時的自衛訓練機構<sup>75</sup>，台灣早期武師，主要可以分為兩個祖派，一支發源於浙江省少林寺，稱之為「少林派」，另一支則是源自於安徽省鳳陽府，稱之為「鳳陽派」<sup>76</sup>，他們由福建、廣東來台後，開設武館收徒授藝，並且從事跌打損傷的醫療工作<sup>77</sup>。

#### 1. 武師的行醫樣貌

<sup>73</sup> 林昭庚、陳光偉、周珮琪，《日治時期之台灣中醫》〔台北市：國立中國醫藥研究所，2011年〕，頁 248-256。李文旭，〈《走街會心錄》與清初閩台走街醫學〉，《中華醫史雜誌》，第 25 卷第 1 期，頁 52-54，1995 年 1 月。片岡巖著、陳金田譯，《臺灣風俗誌》（臺北市：眾文圖書，1990 年），頁 78-79。

<sup>74</sup> 臺灣省文獻委員會，《重修臺灣省通志卷三一住民志人口篇》〔南投縣：臺灣省文獻委員會，1995 年〕，頁 131-137。

<sup>75</sup> 廖丑，《西螺七嵌開拓史》（台北市：前衛出版社，1998 年），頁 186-187。

<sup>76</sup> 片岡巖著、陳金田譯，《臺灣風俗誌》（臺北市：眾文圖書，1990 年），頁 178-179。

<sup>77</sup> 臺灣省文獻委員會，《重修臺灣省通志卷三一住民志生活篇》〔南投縣：臺灣省文獻委員會，1995 年〕，頁 119。

昔日台灣各地習武風氣興盛，來台武師的樣貌也不盡相同，有的是來台開宗立派延續師門，有的是由台灣本地仕紳延聘來台組織鄉團擔任教頭，也有是唐山謀生不易來台灣找尋機會，主要工作是以教拳維生，但並非所有來台的武師皆有能力立即開館，部份武師一地換過一地四處教拳，並以江湖賣藝(王祿仔仙)的形式兼做一些小生意，販賣雜貨、茶葉、藥品等等的生活用品，其中又以藥品最為常見<sup>78</sup>。

當時，習武之人都會傳習或自行鑽研傷療技術及膏藥、丸散和藥洗的配置，一方面可以自救，調理筋脈使血路暢通，增進功力，另一方面則可救人，早期醫療設備不足，民眾遇到有人受傷或扭傷時，均會找拳頭師傅予以推拿、正骨治療。而其中之佼佼者，不僅會推拿正骨，甚至還略懂傳統醫理及相關的藥理知識<sup>79</sup>，例如清末時，有位武師羅乾章，就有一本祖傳的「藥簿」，其內容主要為傷科、外科的藥方，同時也有一部份內科、婦科、小兒科、眼科的藥方。傷科的藥方中包含了針對跌打損傷、接骨、酸痛症的藥方，也有常見的治傷七厘散、藥酒、藥丸、藥膏、藥洗等各類內服、外用的成藥。

可見在當時，即使是武師醫治的疾病範圍也不限於一般的傷科、外科，其他的疑難雜症及內科也會是求助的範圍。而在傷科疾病的治療，除了使用外方(膏類、藥洗)、更搭配內方(丸、丹、散、湯藥)以達到完整的治療效果<sup>80</sup>，相當符合傳統中醫理論內外兼治的醫學思想。故在清治台灣部分拳頭師傅受人尊敬，地位崇高，人們會尊稱為 OO 師<sup>81</sup>。但也有一部份武師學藝不精，以武術表演為賣點，自行製作丸散膏藥販賣，而療效卻不甚良好，因而被民間稱為「王祿仔」(江湖

<sup>78</sup> 林美容、謝庭輝，《一代武師羅乾章：同義堂師祖阿乾師及其武術傳承》(台北市：台灣古籍出版有限公司，2007年)，頁3-11。

<sup>79</sup> 廖丑，《西螺七崁開拓史》(台北市：前衛出版社，1998年)，頁186。

<sup>80</sup> 林美容、謝庭輝，《一代武師羅乾章：同義堂師祖阿乾師及其武術傳承》(台北市：台灣古籍出版有限公司，2007年)，頁269-290。

<sup>81</sup> 當時台灣對於專業者稱「師」之人有以職業為區分，例如石灰師、算盤師、棉被師、剃頭師等，有以姓名稱之，如：金萬師(詹金萬)、明崙師(陳明崙)等，亦有以別名、小名或綽號稱之，如：阿鳳師、蕊師、二高師、大鼻師、宜師、阿基師等。



賣藝)，以欺騙無知民眾維生，並無真正的武藝與醫術<sup>82</sup>。



## 2. 武師的醫術傳承

一般而言，當時的武師對外教傳武術功夫，同樣是採家傳制與師徒制兩種方式，在武學的傳承上，經常有所謂「藏步」的情況，師傅在功夫上留一手，以免有教會徒弟餓死師傅的情況，只有自家人才能習得完整的武學知識。同樣的情況也存在於武師的醫術傳承，其所擁有的醫藥知識多半不外傳，或者只外傳一小部份，核心部份唯有自家人能習得，這也使得良好的醫藥知識，反因為不符合個人或家族利益，而無法將其向外流傳，甚至發生失傳的狀況，變相阻礙了醫藥知識進步。

但也有武師並不藏私，甚至要求門徒必須先習文後習武，以濟世救人之心立性，方能習武<sup>83</sup>，在開館授徒的同時，亦將醫藥知識完全傳授，其中包含可使練武事半功倍的補藥、傷藥、以及醫治一般民眾的醫藥<sup>84</sup>，這樣的傳承方式多少說明了當時傷科推拿的從事人員，在培養上有相當大的個體差異以及醫療方法的不確定性。

## 第五節、小結

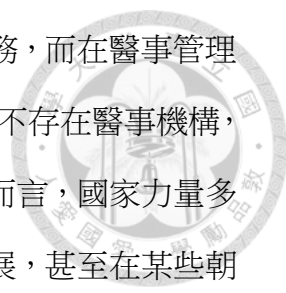
### (1). 不存在現代意義醫事管理的官方醫政體制

由各朝代的醫政體制發展中，可以看出官方醫事機構存在的目的主要是為了優先滿足皇室與官員的醫療需求，以及擔負國家醫療政策的推行，因此對於醫事人員的培養、管理、醫療知識的發展、醫藥的管理，皆是圍繞在此二目地進行，繼而在醫政體制的架構上，也形成重皇室、輕百姓、重中央、輕地方的現象，皇室成員及官員往往能享有完整的醫療資源、尤以皇帝為核心，皆設有專門醫事機

<sup>82</sup> 片岡巖著、陳金田譯，《臺灣風俗誌》（臺北市：眾文圖書，1990年），頁178-179。

<sup>83</sup> 廖丑，《西螺七崁開拓史》（台北市：前衛出版社，1998年），頁186-187。

<sup>84</sup> 林美容、謝庭輝，《一代武師羅乾章：同義堂師祖阿乾師及其武術傳承》（台北市：台灣古籍出版有限公司，2007年），頁269-271。



構為其服務，對於民間僅部分朝代設有惠民局提供民眾醫療服務，而在醫事管理上，經常只有中央政府層級方有專業的醫事機構，地方層級幾乎不存在醫事機構，僅有在發生疫病時，方設有臨時性的醫療機構。對於傳統中國而言，國家力量多半運用在皇權的維繫，因此不影響皇權的事務，多任其自由發展，甚至在某些朝代還認為「無為」就是最好的管理，這也使得國家力量僅在有限的範圍內影響民間的醫事發展。直言之，傳統中國並不存在現代意義的醫事管理，只要不產生人命死傷、不影響皇權，民人從事醫療事業可說是幾無限制。

## (2). 多元運用與多元參與的傷科推拿

傷科推拿在傳統中國，一直存在雙重的多元性，一是從業者的多元，二是治療運用的多元，在從業者部份，由於官方對醫事管制的態度較為鬆散，因此從事醫業一事，除元、明二代有醫戶制度的管控外，原則上任何民人皆可從事，這也形成民間存在儒醫、走方郎中、僧、道、軍、武、賣藥郎、產婆等各式不同種類的醫業工作者，皆可能從事肌肉骨骼疾病的治療。另一方面，傷科推拿的治療運用，在傳統中國不僅用於肌肉骨骼疾病的治療，它同時也運用在養生、疾病預防、兒童疾病、婦女生產等方面。而因雙重多元性的存在，這也使得傷科推拿在日後與現代法制遭遇時，面臨到轉型的困境。

## (3). 承繼於傳統中國的台灣醫療

台灣漢人多由中國東南沿海移民而來，移民的同時他們往往也移植了在原鄉的典章制度、生活習慣以及醫療習慣，清治時期，台灣一地亦複製了當時大清帝國各省的統治模式，官府對於公共衛生以及醫療的管制政策是處於放任的狀態，完全由民間自行發展，僅有在因應部份官方需求時(上層統治者、軍隊、防役)，方開始進行有限度的衛生建設，這也使得台灣的民間醫療始終處在傳統漢醫、民俗療法、迷信療法混雜的狀態。

而當時台灣民間，由自學醫書的知識份子(例如：秀才、童生)或部份藥堂培養出來的大夫以及鄉野間的遊方郎中(道、僧)所構成的漢醫醫療，基本上也是由傳統中國所移植而來，然而因台灣地處邊陲之故，傳統儒醫往往不願來台，使得台灣漢醫遠遠無法滿足民眾的醫療需求，反而，因台灣長期被視為叛亂頻仍地區，且民間衝突不斷，多有軍人、武人來台，由其所出身的拳頭師傅，在骨骼、肌肉等身體構造的認識勝於漢醫與民俗療法，因此在肌肉、骨骼這一塊無法被滿足的醫療需求，就恰巧由這一群「拳頭師傅」來加以擔綱、填補，進而形成台灣本地傷科推拿工作者的先驅。

### 第三章、日治時期的台灣傷科推拿發展

日本政府自馬關條約簽訂，於 1895 年正式接收台灣成為日本領土，在取得第一塊海外殖民地後，如何治理台灣成為日本政府的一大難題，台灣本地特殊的風土疫癘，是日本政府在殖民之前所必須先克服的問題，因此對台灣衛生環境、醫療條件的調查就成為重要的第一步。同時，日本在明治維新後導入西方的醫事衛生制度，不論在公共衛生方面，或者醫政管理制度，乃至於醫學教育、藥事管理逐次引進歐美制度(尤以德國為重)，1869 年日本創立國內首家西醫學校、1873 年明治政府成立醫務局、1875 年內務省設立衛生局，1876 年開始實施國家醫術開業試驗(以西醫學科為考試內容)、1883 年公佈「醫師免許規則」，並規範漢醫資格，允許兩萬多名漢方醫可繼續施行醫療行為，但僅止於這一代不得傳承，使其自然消滅，以達全面實施西醫制度的目的<sup>1</sup>。這也使得日本在改革過程中，面臨到傳統與現代的衝突，也包含在醫學上對漢方醫療的壓制，而這樣的經驗隨著台灣成為殖民地後，在改造台灣，使台灣脫離「蠻荒、落後」走向「現代化、西方化」的過程中，台灣的傳統醫學亦遭逢嚴厲的挑戰，而作為傳統醫學一環的傷科推拿自然無法置身事外<sup>2</sup>。

#### 第一節、日治台灣的醫政制度

##### 一、衛生行政制度的設立

日本政府在接收台灣不久後，即開始進行衛生建設。明治 28 年(1895 年)7 月時在總督官房下設衛生事務總長，主管台灣衛生事務<sup>3</sup>。但在同年 8 月因全島仍處於軍政狀態之故，遂將衛生事務管理一分為二，保健衛生由民政局內務部警

<sup>1</sup> 林吉崇，《台大醫學院百年院史(上)日治時期》(台北市：國立台灣大學醫學院，1997 年)，頁 20。

<sup>2</sup> 李尚仁主編，范燕秋著，《帝國與現代醫學》(第一章：新醫學在台灣的實踐)台北市：聯經出版社，2008 年)，頁 19-28。范燕秋，《疾病、醫學與殖民現代性：日治台灣醫學史》(新北市：稻鄉出版社，2005 年)，頁 66-69。

<sup>3</sup> 日本外務省條約局編，《外地法制誌 5(日本統治下 50 年の台湾)》(東京都：文生書局，平成 2 年)，頁 142。

察課掌管，醫事衛生由陸軍軍部掌管。明治 29 年(1896 年)因戰事大致底定，遂於該年三月除軍隊衛生外之業務，皆交由民政局主管，根據當時「民政局總務部處務規程」係於民政局總務部內設衛生課，課之下分設保健掛、醫務掛、庶務掛。並依該規程第十六條規定，保健掛之職掌業務如下：

- 一、傳染病、地方病及船舶檢疫相關事項。
- 二、種痘、梅毒檢查及中毒相關事項。
- 三、墓地埋葬、火葬相關事項。
- 四、溫泉場相關事項。
- 五、鴉片管理相關事項。
- 六、飲料食物及食用色素相關事項。
- 七、衛生工程及清潔法相關事項。
- 八、牛豬、其他家畜飼養相關事項。
- 九、其他一般衛生相關事項。

第十七條規定，醫務掛職掌之業務如下：

- 一、醫師、藥劑師、產婆等業務相關事項。
- 二、藥品、成藥管理事項。
- 三、病院、解剖及救護相關事項。
- 四、衛生統計及報告相關事項。

之後日本政府為加強衛生防疫工作，配合警察制度，便於明治 34 年(1901 年)時將衛生課改隸民政部警察本署，明治 44 年(1911 年)時警察本署改制為警務局，仍設有衛生課，而隨著台灣地域的統治日趨穩定，總督府的衛生建設逐漸完善，相關衛生事務的管理範圍亦大幅增加，至昭和 7 年(1932 年)時，衛生課所職



掌之業務已更動為：<sup>4</sup>

- 一、傳染病、地方病防治相關事項。
- 二、保健衛生相關事項。
- 三、海港檢疫相關事項。
- 四、上水、下水及市區、港灣之衛生計劃相關事項。
- 五、醫制及藥制相關事項。
- 六、官立醫院相關事項。
- 七、取締鴉片及其他代用品相關事項。
- 八、濟生會及其他施藥相關事項。
- 九、熱帶醫學研究所之衛生行政相關事項。
- 十、醫藥品及衛生資料之配給統制相關事項。
- 十一、牛乳及乳製品之配給統制相關事項。

而在地方衛生行政部份，經數次地方制度變動後，臺灣地方行政組織改為臺北、新竹、臺中、臺南、高雄等五州，以及臺東、花蓮港、澎湖等三廳，在州內的警務部設衛生課，在廳內的警務課中設衛生係，掌理地方的衛生行政。各州的衛生課長以地方技師擔任，其下置有衛生技師、衛生技手、警察醫，各廳的衛生係則設有警察醫與衛生技手<sup>5</sup>。

可見日本政府對衛生醫療的行政措施、不再限於早期所重視的疾病防役與公共衛生、醫藥制度問題，對於醫學研究、社會救濟、衛生教育以及食品管理也開始有所涉入。其中對於傷科推拿較為相關的制度建立和醫療管制，主要體現在西醫學校、醫療證照制度的建立、以及藥物管制、總督府重西醫輕漢醫的醫療政策。

<sup>4</sup> 臺灣總督府警務局衛生課，《臺灣衛生要覽》（臺北市：臺灣總督府，昭和 7 年），頁 27-28。臺灣省文獻委員會，《重修臺灣省通志卷七一政治衛生篇(第一冊)》〔南投縣：臺灣省文獻委員會，1995 年〕，頁 32-35。

<sup>5</sup> 臺灣總督府警務局衛生課，《臺灣衛生要覽》（臺北市：臺灣總督府，昭和 7 年），頁 29。

## 二、現代化醫學教育的建立

有鑑於台灣本地衛生環境不良，大量缺乏受過西式醫療教育的醫事人員，當時主政者深切感受到，要使台灣衛生制度能夠建立，勢必要推動西式醫療教育，但因臺灣之基礎教育機構仍未普設，進而影響高等教育範疇的醫科教育設立，在折衷之下，最早先是於明治 30 年(1897 年)，在台北病院以醫學講習所名義招生，第一屆共有三十餘人參加，雖院方提供宿舍、飲食、免學費以及發放零用金，但學生不慣寄宿生活，逐漸退學，一年後僅餘五名學生。隔年(明治 31 年)4 月再招收三十餘名學生，一年後也僅餘十人，辦學效果不甚理想。

直到明治 31 年 3 月(1898 年)，後藤新平來台接任第三任民政長官，方擬定設立醫學校之政策，並於明治 32 年(1899 年)3 月 31 日正式發佈敕令 95 號，亦即臺灣總督府醫學校官制，4 月 1 日發佈人事令，由山口秀高出任臺灣總督府台北醫院院長兼醫學校校長<sup>6</sup>，當時的山口校長對於醫學校成立有著這樣的期許：

「…臺灣位處瘴癘之地，但醫事衛生卻極為落後，故盼望培育傑出醫師以了解日新月異的醫學之傑出醫生，並輸入日本之文明。是故，政府計劃在全島各地建立堂皇的病院，配置多名公醫，以啟迪新附之民，此乃眾所周知之事，然而不論病院或公醫，都尚未遍及全島各地，這是由於如欲提供新王土三百萬住民充足的文明醫者，需要大量的醫者。…」

摘自〔1899 年總督府醫學校開學典禮山口秀高校長演講稿〕<sup>7</sup>

山口校長認為即使缺乏基礎教育，以認知到這並非常態的做法，且有眾多批評者認為醫學校政策過於躁進，其仍抱持必須培育出優秀醫者的態度：

<sup>6</sup> 林吉崇，《台大醫學院百年院史(上)日治時期》(台北市：國立台灣大學醫學院，2012 年)，頁 426-431。

<sup>7</sup> 張秀蓉，《日治臺灣醫療公衛五十年》(台北市：國立台灣大學出版中心，1997 年)，頁 427。



「…在本校，教授幾乎未受過普通教育，僅略懂日語的土人學生短短一年的預科學科後，就一舉灌輸學生醫學這一門專門學問，實非常規。但即使是變則，也是勢非得已。若不採取此資變則，非十年，二十年之後，不可能培育出土人醫師。雖然並不充分，但比起今日的臺灣醫師，即所謂的醫生要優秀許多。換言之，培育不致毒害民眾的醫者，能夠理解天地萬物細微末節之醫者，當今應該感到滿足，不，是必須感到滿足。…」

摘自〔1899年總督府醫學校開學典禮山口秀高校長演講稿〕<sup>8</sup>

因此在諸多不利的條件下，醫學校初期在招生也必須有所折衷，在明治36年(1903年)以前由各地方長官推薦即可錄用，明治36年(1903年)後已有公學校畢業生，始有入學考試，食宿方面皆由學校公費提供<sup>9</sup>，此時的總督府醫學校為五年制的學校，其本科教學內容共有二十四科<sup>10</sup>，學習範圍相當廣泛，學生需經過一年預科四年醫學本科的訓練，方可畢業投入醫療事業<sup>11</sup>。

大正7年(1918年)時，醫學校昇格為臺灣總督府醫學校醫學專門部，隔年改稱為「台灣總督府醫學專門學校」，並增加教員若干，本科教學科目與醫學校時期相比並無差異。至昭和2年(1927年)時再次更名為「台北醫學專門學校」<sup>12</sup>，昭和9年(1934年)正式升格為台北帝國大學醫學部及附屬醫學專門部，此時的醫學專門部係延續台北醫學專門學校的制度課程，而帝國大學醫學部則為一般大學

<sup>8</sup> 張秀蓉，《日治臺灣醫療公衛五十年》(台北市：國立台灣大學出版中心，1997年)，頁427。

<sup>9</sup> 林吉崇，《台大醫學院百年院史(上)日治時期》(台北市：國立台灣大學醫學院，2012年)，頁32-33。

<sup>10</sup> 科目包含：修身、國語、數學、外語、物理學、化學、解剖學、生理學、醫化學、衛生學、細菌學、病理學、藥物學、內科學、外科學、皮膚病學、花柳病學、耳鼻喉學、眼科學、產科學、婦人科學、精神病學、法醫學、小兒科學、齒科學、體操等。

<sup>11</sup> 臺灣省文獻委員會，《重修臺灣省通志卷七一政治衛生篇(第一冊)》(南投縣：臺灣省文獻委員會，1995年)，頁1344-1346。

<sup>12</sup> 林吉崇，《台大醫學院百年院史(上)日治時期》(台北市：國立台灣大學醫學院，1997年)，頁40。



之課程設計，學生皆已受過三年之高等學校教育，因此減去許多基礎類課程，如修身、國語、數學、外語一類之課程，而增加泌尿器科、口腔外科、放射線治療學及醫事法則等專業課程<sup>13</sup>。在日治的五十年間，總督府逐步增加醫學校的規模與人數，畢業學生人數由前六年每年不到 10 人<sup>14</sup>，至日治末期醫專與帝大醫學部合計每年之畢業生約有百人之多，其中台籍與日籍學生比例約在 1:1.3 之間<sup>15</sup>，同時也有部份臺灣人在高等學校畢業後，即直接前往內地(日本)求學，整體而言，總督府對於西式醫療教育的建設，為台灣現代化醫療提供大量的人才。

### 三、現代化醫院的建立

台灣最早的西式醫院，係由傳教士所建立，日軍入台後，明治 28 年(1895 年)6 月即在台北大稻埕設立臺灣病院，為日本政府在本島最早設置的醫療機構，隨著日軍往南平定反抗勢力，便陸續在台灣各地設立醫療機構，明治 29 年(1896 年)時已在台北、台中、台南三地設置醫院，並在地方官員要求下，於各縣樞要之地設置診療所或分院。明治 31 年(1898 年)起，除原有台北、台中、台南三地醫院外，又在基隆、宜蘭、新竹、嘉義、高雄、屏東、臺東、花蓮港、澎湖等九地設置醫院，而總督府所設之醫院無一例外皆為西式醫院，當時各醫院內所設之醫療分科整理如下<sup>16</sup>：

醫院	臺北	基隆	宜蘭	新竹	臺中	嘉義	臺南	高雄	屏東	臺東	花蓮港	澎湖
內科	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

<sup>13</sup> 林吉崇，《台大醫學院百年院史(上)日治時期》(台北市：國立台灣大學醫學院，1997 年)，頁 73。

<sup>14</sup> 早期畢業學生人數少，影響的因素主要在於台灣人不諳日語，基礎教育仍未普及，同時在觀念上對於傳統醫療的信任度仍高於西醫。

<sup>15</sup> 林吉崇，《台大醫學院百年院史(上)日治時期》(台北市：國立台灣大學醫學院，1997 年)，頁 88-95。

<sup>16</sup> 臺灣總督府警務局衛生課，《臺灣衛生要覽》(台北市：臺灣總督府警務局衛生課，1932 年)，頁 45-49。

外科	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
眼科	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
小兒科	○	X	X	X	X	X	○	X	X	X	X	X
產婦人科	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
耳鼻科	○	X	X	X	X	X	○	X	X	X	X	X
皮梅毒	○	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
齒科	○	X	X	X	X	X	○	X	X	X	X	X
整型外科	○	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
理學的治療科	○	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

整理自《台灣衛生要覽》

在昭和年間，各地醫院的共同分科主要以内科、外科、眼科、產婦人科等四科為主，其餘分科僅有臺南、臺北方有設置，又以臺北醫院最為完整，而由醫療分科的內容來看，與先前的醫學教育內容是相當一致的，同時也有意排除了傳統醫學的位置。

#### 四、醫療產業管制

總督府在臺灣施行政務之初，就已開始著手於法制的建立，在公共衛生建設方面，除硬體部份以外，總督府亦陸續制定相關法規，其中就醫療產業部份，自明治 29 年(1896 年)起，總督府就接續發佈了：

〔府令第六號：臺灣醫業規則〕

〔府令第八號：臺灣公醫規則〕

〔府令第十號：臺灣藥劑師藥商製藥業者取締規則〕

明治 31 年(1898 年)發佈：

〔敕令第一一一號：臺灣總督府醫院官制〕

〔府令第四十一號：臺灣公醫候補生規則〕

明治 33 年(1900 年)發佈：

〔律令第十七號：臺灣藥品取締規則〕

明治 34 年(1901 年)發佈：



〔府令第四十七號：臺灣醫生免許規則〕

大正元年(1912年)發佈：

〔府令第十六號：臺灣成藥營業取締規則〕

大正5年(1916年)發佈：

〔律令第一號：臺灣醫師令〕

〔律令第二號：臺灣齒科醫師令〕

以上種種醫藥管制相關的法律，這也使得我們可以透過法規內容窺見總督府對醫藥從業人員管制手段，以及如何以法律來引導醫業發展的方向。

#### (1). 醫業管制

在明治29年(1896年)首先發佈的臺灣醫業規則就已要求醫師<sup>17</sup>必須持有許可證方可開業行醫，並且開業時需向地方官廳申報，官方在特定情形下得停止或禁止其開業，對於未持有許可證而行醫者處以自由刑或罰金，其規則<sup>18</sup>重要內容如下：

「明治二十九年五月二十八日

府令第六號

臺灣醫業規則

第一條

醫師係指由內務大臣發給醫術開業許可證者及由民政局長發給醫業許可證者。

第四條

醫業許可證僅限在臺灣及澎湖島有效，且得特別註明限定之區域。


第十一條

未領有醫業許可證或於醫業許可區域外行醫業者，處二十五日以下之輕禁錮或二十五圓以下之罰金。

」

<sup>17</sup> 在日治時期，醫師係指稱西醫，醫生則指臺地之漢醫。

<sup>18</sup> 臺灣醫業規則完整內容參見附錄一。



從規則的內容來看，總督府在殖民之初就嚴格的管控民眾從事醫療事業，醫師資格僅限於日本內務大臣或台灣總督府民政局認可者，同時該醫業許可證具有行醫之地域限制，對於無資格行醫及地域外行醫者皆有罰則，在明治 29 年(1896 年)7 月頒佈後，據總督府檔案記載，隨即接到不少申請醫業許可證之案件，然而經調查，總督府認為申請者中並無人擁有充分學識、技能而得以獲準開業，僅有一位日籍平民獲得限地開業許可證<sup>19</sup>。而在隔年，總督府再次議決醫生從事醫業的問題，結果仍維持需經官方同意<sup>20</sup>。事實上，在明治 30 年(1897 年)7 月為止，於地方上開業之醫師數，台北縣十二人，臺中縣二人，宜蘭廳一人<sup>21</sup>，顯見總督府對開業許可證審查之嚴格。醫業規則公佈當時臺灣總督府醫學校仍未開辦，最早的醫學講習所也是在明治 30 年(1897 年)方招收第一批學生，嚴格來說，當時僅有從內地來臺的日籍醫師，方有可能取得開業許可證，臺籍醫生(漢醫)仍難以取得。

但這樣的規定對臺灣民間從事傳統醫療工作之人，並無太大的影響，隨日本政府而來的內地醫師完全無法滿足臺灣的醫療需求，故而醫事限制執行上有所困難，合法醫事人員不足的問題，直到明治 34 年(1901 年)發佈臺灣醫生免許規則以及辦理醫生資格檢定，方稍有緩解<sup>22</sup>。

而到大正 5 年(1916 年)時，隨著台灣逐漸穩定，部份日本內地法制也漸次以敕令之方式施行於台灣，在醫業管制方面，總督府公佈了臺灣醫師令及臺灣齒科醫師令，而依據臺灣醫師令第一條，日本醫師法除部份條文外，即施行於臺灣，

---

<sup>19</sup> 許錫慶編譯，《臺灣總督府公文類纂衛生史料彙編一(明治 29 年 4 月至 29 年 12 月)》(南投縣：臺灣省文獻委員會，2000 年)，頁 34。

<sup>20</sup> 許錫慶編譯，《臺灣總督府公文類纂衛生史料彙編二(明治 30 年 1 月至 30 年 12 月)》(南投縣：臺灣省文獻委員會，2000 年)，頁 88。

<sup>21</sup> 許錫慶編譯，《臺灣總督府公文類纂衛生史料彙編一(明治 29 年 4 月至 29 年 12 月)》(南投縣：臺灣省文獻委員會，2000 年)，頁 150-151。

<sup>22</sup> 臺灣總督府編，《臺灣總督府事務成績提要-八》(台北市：成文出版社有限公司，1985 年)，頁 100-102。

其中就執照取得、無照行醫的相關規定即比照日本醫師法<sup>23</sup>。



## (2). 漢醫調查與臺灣漢醫管制

殖民初期，苦於鼠疫以及其他傳染病的臺灣總督府，為了解決醫療人力不足、語言障礙、就醫習慣、臺人對日醫不信任的問題，總督府內部在明治 30 年(1897 年)時就曾提出讓本島醫生配合公衛政策，給予醫業臨時證照的建議案：

「在本島，所稱之醫生即從事患者之診斷及投劑者，本地人主要依賴彼等而接受疾病治療，其施術、藥方雖各自有異，但基於氣性相通及治病養生之感情，本地人依賴一般醫生之心理與對內地人開業醫並無不同。然而，先前業已發布臺灣醫業規則，本島醫生幾無申請醫師執照之意願，當時對於本地人按照以往方式接受診療一事暫時不予過問，而一方面令公醫施藥治療，儘可能接受內地人之醫療，無奈由於因襲已久，尚未能驟然脫離窠臼，接受內地醫師之診療者尤其稀少，彼等執意將生命委交醫生手中，此一現況雖是難擋之勢，但在日新月異之今日，若對此完全置之不理，則在取締上不便之處甚多。故而於今之際，希望能對本地人所稱之醫生舉行簡易試驗，並依其成績發給醫業臨時執照，已收統制之效。

右項建議係依本會之決議為之。

台灣中央衛生會會長」<sup>24</sup>

從建議案中不難看出總督府在公衛政策推行困難的壓力，總督府也深知臺人的醫療習慣難以在短期改變，因此臺地醫生的管制政策開始有些鬆動，這也促使總督府進行漢醫調查，明治 30 年(1897 年)時，由總督府認定為漢醫者計有一千零七十人。其中博通醫學、講究方脈有良之稱者共二十九人；以儒者從事醫療而

<sup>23</sup> 臺灣總督府警務局衛生課，《臺灣衛生要覽》(台北市：臺灣總督府警務局衛生課，1932 年)，頁 89-90。

<sup>24</sup> 許錫慶編譯，《臺灣總督府公文類纂衛生史料彙編二(明治 30 年 1 月至 30 年 12 月)》(南投縣：臺灣省文獻委員會，2001 年)，頁 60。

稱儒醫者共九十一人；稱採有秘方為祖傳世醫者共九十七人；稍有文字修養從醫家傳習若干方劑時醫者八百二十九人；其他由外國教會習得西醫術者二十四人<sup>25</sup>，雖已進行統計調查，但總督府對於傳統漢醫的管制政策仍未定調，直至明治 34 年(1901 年)中總督府方決定進行一次性資格考試給予免許證，此後即不再舉辦考試，當時總督府係考慮將臺灣漢醫納為公衛體系之一環，協助處理傳染病防治的事宜，並由公醫及醫師來對醫生進行指導，明治 34 年(1901 年)6 月總督府即對各地醫院發出通告<sup>26</sup>：

「                    通告案

今以府令第    號發布臺灣醫生執照規則，因醫生一向不被視為醫業經營者，在取締上有欠缺統一之嫌，故今有必要網羅之，一面給予正式許可，一面加以取締，除須具有規則第二條所載資格外，應依左列各項處理，特此通告。

年   月   日                                    民政長官                    此致

- 一、對品性不良者及聾啞、眼盲、文盲者當然不可許之，且應儘量避免浮濫，僅對認為適合從事醫業者發給執照。
- 二、針對有執照之醫生，應訂定方法使其知悉醫業相關必要規程。
- 三、為期領有執照之醫生，特別在診療傳染病患者時不致有疏漏情事，應隨時訂定適宜日期召集並委託醫院或公醫教導其有關要旨。
- 四、應讓領有執照之醫生與醫師、公醫保持密切聯絡，自然養成對之信賴之習慣，醫師應常誘導、指示醫生，保持等同師徒之關係，當然不得有業務上相互誹謗之行為，且在衛生行政設施相關方面，應誘導其擔任輔佐性工作。

<sup>25</sup> 臺灣省文獻委員會，《重修臺灣省通志卷七一政治衛生篇(第一冊)》〔南投縣：臺灣省文獻委員會，1995 年〕，頁 355。

<sup>26</sup> 許錫慶編譯，《臺灣總督府公文類纂衛生史料彙編三(明治 34 年 12 月至 37 年 12 月)》〔南投縣：臺灣省文獻委員會，2003 年〕，頁 96。

在通告中，總督府透露出一面予以漢醫合法化、一面進行嚴格管理的意圖，除了在資格給予上進行嚴格篩選外，對於行醫有關之事務也將進行指導，並要求醫生配合衛生政策，將臺灣醫生置於醫師與公醫之下的輔助地位。同年七月，總督府發佈府令四十七號的臺灣醫生免許規則來規範臺灣漢醫，其規則<sup>27</sup>重要內容如下：

「明治三十四年七月二十三日

府令第四十七號

### 臺灣醫生免許規則

#### 第一條

醫師係依此規則取得地方長官之許可，在其轄區內從事醫業者。

#### 第二條

具有左列資格者於申請醫生免許證時，應檢具履歷書向地方長官提出申請。

- 一、本島人且已成年者。
- 二、本規則施行以前在本島從事醫生業之人

#### 第三條

地方長官認為前條之申請者適任醫業者，得核發醫生免許證。

#### 第九條

關於醫生之醫術受臺灣公醫監督。

#### 第十一條

限於明治三十四年十二月三十一日前，依此規則核發醫生免許證。

」<sup>28</sup>

由規則內容中不難看出，總督府對於擁有免許證的漢醫是採取限地執業、受公醫監督的方式來進行管理，並設下免許證的取得資格以及取得期限，僅有規則施行前在台灣行醫之人方具資格，同時，明治 34 年(1901 年)底以後即不再發出新的醫生免許證。

<sup>27</sup> 臺灣醫生免許規則完整內容參見附錄二。

<sup>28</sup> 張秀蓉編註，《日治臺灣醫療公衛五十年》（臺北市：國立臺灣大學出版中心，2012 年），頁 330-331。



隨後在明治 34 年(1901 年)12 月的考試中，申請應試者共有兩千一百二十六人，其中依考試結果及格者為一千零九十七人，另外未經考試而給予免許証者為六百五十人，考試不及格但仍發予免許証者為一百五十六人，隔年六月斗六廳又特別發給二十五人免許証，總計下，總督府共發出一千九百二十八份免許証，其中之六百五十人未經考試而直接發給，乃因部份年長且有相當聲望之漢醫，擔心參試落榜而影響聲譽，是故不參加考試，但總督府仍發給許可証，而落榜又發給証書之一百五十六人，則可能是總督府考量其他因素，所採取之特別發給<sup>29</sup>。

此一考試結果所發出的醫生免許數量較之四年前所進行之漢醫調查數要高出許多，可能的原因有二，其一是明治 30 年(1897 年)臺灣各地仍然處於不穩定狀態，調查工作有所遺漏，其二則是總督府試圖放寬數量以增加公衛防疫之人員。然而終其統治之五十年，總督府皆未再辦理臺灣醫生之考試，到昭和五年(1930 年)時，擁有免許證之漢醫因死亡和其他原因人數已激減 82%，僅餘不超過三百五十四人<sup>30</sup>，到昭和十七年(1942 年)時，已不足百人<sup>31</sup>，這也說明了總督府如同日本內地所採之方針，打算讓漢醫自然淘汰。

### (3). 藥業管制

領台之初，臺灣總督府即開始著手藥業及藥品的管制，明治 29 年(1896 年)，伴隨臺灣醫業規則及臺灣公醫規則之後，發布府令第十號的臺灣藥劑師藥種商製藥業者取締規則，節錄部份內容<sup>32</sup>如下：

「明治二十九年六月十日

府令第十號

<sup>29</sup> 臺灣總督府編，《臺灣總督府事務成績提要-八》(台北市：成文出版社有限公司，1985 年)，頁 100-102。

<sup>30</sup> 臺灣總督府警務局衛生課，《臺灣衛生要覽》(台北市：臺灣總督府警務局衛生課，1932 年)，頁 95-96。

<sup>31</sup> 臺灣省行政長官公署統計室編，《臺灣省五十一年來統計提要》(台北市：臺灣省行政長官公署統計室，1946 年)，頁 1249。

<sup>32</sup> 臺灣藥劑師藥種商製藥業者取締規則完整內容參見附錄三。



## 臺灣藥劑師藥種商製藥業者取締規則

### 第一條

藥劑師係指依據醫師之處方籤調配藥劑者。

藥劑師得從事藥品之製造與販賣。

藥種商係指從事藥品販賣者。

製藥者係指僅從事藥品製造並販賣自製藥品者。

### 第二條

藥劑師應持有內務大臣核發之藥劑師免狀，或臺灣總督核發之藥劑師免許証。

藥劑師欲開業時，應決定開業處所，檢具執照向地方廳提出申請。

### 第五條

未獲官方許可而執行藥劑師業務者，或違反第四條者，處二十五日以下之輕禁錮或二十五圓以下之罰金。

違法第二條第二項及第三條規定者，處十日以下之拘留或科以壹圓九十五錢以下之罰鍰。

」

由規則中可知，總督府首先針對藥劑的製造、販賣、發給之「人」進行管制，並將藥業分為藥劑師、藥種商以及製藥者等三種對象，其中藥劑師多在為醫師調劑處方，工作性質較屬於西醫的技術人員，因此有半數的藥劑師在總督府設立的醫院奉職，另外一半則在外開業成立藥局<sup>33</sup>，並協助警察官吏取締不良藥品<sup>34</sup>。

而藥種商則主要在進行藥物的進口與販賣，與藥劑師最大的差別在於藥種商只能販賣所謂的「成藥」，而藥劑師則可以進行調劑<sup>35</sup>。總督府在發給免許時會

<sup>33</sup> 梁瓊伊，《臺灣日日新老藥品的故事》（台北市：臺灣書房出版有限公司，2007年），頁5-7。

<sup>34</sup> 臺灣總督府警務局衛生課，《臺灣衛生要覽》（台北市：臺灣總督府警務局衛生課，1932年），頁105-107。

<sup>35</sup> 梁瓊伊，《臺灣日日新老藥品的故事》（台北市：臺灣書房出版有限公司，2007年），頁7-8。



對藥種商的藥物知識進行測驗，其中藥種商又可分為洋藥種商及漢藥種商，前者主要在銷售西醫用藥，後者則為傳統中藥，在大正九年(1920年)時，於各地官廳所登記之藥種商多達三千三百餘家，比例上以漢藥種商為多，然而在趨勢上則是洋藥種商緩步增加，漢藥種商日漸減少，昭和五年(1930年)時的統計，藥種商統共有兩千八百九十九家，其中兩百七十五家為洋藥種商(9.4%)，兩千六百二十四家為漢藥種商(90.5%)，在洋藥種商中約有七成為日本人所經營，僅三成為臺灣人，漢藥種商則高達 98.3%由臺灣人所經營，日本人及外國人僅佔 1.7%。這樣的現象，多少可說明臺灣漢人的用藥習慣在日治中期，仍然偏向漢藥的使用<sup>36</sup>。

在製藥業方面，由於涉及資本與技術的因素，早期臺灣的從事者相當稀少，明治 44 年(1911 年)時，僅有三名日本人及一位臺灣人取得許可，大正 13 年(1924 年)時，增加為日本人十二位及臺灣人五位，昭和 5 年(1930 年)時，日本人增為十七人，臺人則減為三人，而發出之許可多數集中於臺北州<sup>37</sup>。

隨後在藥品管制上，法制的制定稍晚於臺灣藥劑師藥種商製藥業者取締規則，總督府在明治 33 年(1900 年)9 月 1 日方公布臺灣藥品取締規則，節錄部分內容<sup>38</sup>如下：

「明治三十三年九月一日

律令第十七號

臺灣藥品取締規則

第二條

前條之藥品，若未受內務省管轄之衛生試驗所或臺灣總督府製藥所檢驗經密封處理者，不得販賣或授與。

第六條

<sup>36</sup> 臺灣總督府警務局衛生課，《臺灣衛生要覽》(台北市：臺灣總督府警務局衛生課，1932 年)，頁 108-109。

<sup>37</sup> 臺灣總督府警務局衛生課，《臺灣衛生要覽》(台北市：臺灣總督府警務局衛生課，1932 年)，頁 112。

<sup>38</sup> 臺灣藥品取締規則完整內容參見附錄四。

除藥劑師或醫師依醫師處方籤給予患者之毒藥及劇藥〔劇藥是性質猛烈的藥，藥理作用僅次於毒藥〕外，若非醫師、藥劑師、藥商、製藥業者，不得持有、買賣、授受毒藥及劇藥。

供學術、工業、營業用途，或作為預防傳染病之消毒藥，不受前項規定限制。

#### 第七條

符合前條第二項之毒藥及劇藥，使用者應出示記載藥名、數量、使用目的、日期、住址、姓名、職業，並加蓋印章之證明，始得以進行買賣或授受。

前項證書應自其記載日期起保存十年。

醫師、藥劑師、藥商、製藥業者之間販賣及授受毒藥及劇藥，無需辦理本條第一項之手續，僅出示證明即可。

#### 第八條

非藥劑師不得拆封毒藥及劇藥零售。

#### 第十條

毒藥及劇藥的容器或包裝紙上，除應依第五條標記藥名外，毒藥應標示「毒」字，劇藥應標示「劇」字。

#### 第十七條

違反第一條第二項、第二條、第六條第一項、第七條第一項、第八條者，科十圓以上，一百圓以下罰金。

違反第七條第二項、第九條、第十條、第十一條者，科兩圓以上，二十圓以下罰金。

違反第三條、第五條、第十二條者，科一圓以上，一圓九十五錢以下科料。

」

由規則內容中可以看出，總督府對於藥品加以分類，並要求在外包裝上加上特定標示及注明儲藏方法，非由特定醫事人員或藥商即不得開予一般民眾，另一方面，總督府也開始進行藥品檢查，在臺灣設立三所檢查場，包括有臺灣總督府

中央研究所(臺北)、臺中藥品試驗支所(臺中)、臺南藥品試驗支所(臺南)，檢查工作由藥劑師會同警察官吏、衛生官吏巡視藥品販賣、製造以及儲藏方法，對於不符規定者，予以開罰，但實際運作上，多以勸導為主，開罰件數較少，然而在總督府之紀錄中，不良藥品以漢藥居多<sup>39</sup>。

然而在臺灣，漢人對於疾病醫療的慣習，有自行求藥的傾向，因此也帶動藥物的製造與販賣，同時在西方醫學引進臺灣後，成藥的輸入亦開始增加，從事藥品銷售及再製的民眾數量大增，連帶的用藥問題亦層出不窮，原先在明治 29 年(1896 年)施行的臺灣藥劑師藥種商製藥業者取締規則以及明治 34 年(1901 年)施行的臺灣藥品取締規則，內容已然不敷管制所需，致使總督府在大正元年(1912 年)又另外制定府令第十六號的臺灣賣藥營業取締規則以及府令第十七號的臺灣賣藥類似品取締規則，這兩項規則主要在規範的是小賣、行商以及加工製藥的三類人，要求必須取得許可證，並有許多營業管制措施，包含廣告、標示、營業場所、行政登記等等，不符合者予以罰金處分<sup>40</sup>，於總督府記載之資料，從事此三類藥品事業之人數，自大正元年(1912 年)起，即呈現成長之趨勢：

	賣藥製造業(人)	賣藥販賣業(人)	賣藥行商(人)
大正元年	385	1433	1233
大正六年	864	3214	2221
大正十一年	857	3586	2280
昭和元年	731	5593	3535
昭和五年	861	6002	5358
昭和九年	1060	6783	6352
昭和十三年	876	6564	6672
昭和十七年	734	6619	3619

(摘自《臺灣省五十一年來統計提要》頁 1352)

(昭和五年 以販售人別區分)

<sup>39</sup> 臺灣總督府警務局衛生課，《臺灣衛生要覽》(台北市：臺灣總督府警務局衛生課，1932 年)，頁 105-108。

<sup>40</sup> 臺灣總督府警務局衛生課，《臺灣衛生要覽》(台北市：臺灣總督府警務局衛生課，1932 年)，頁 113-114。

種類	賣藥製造業			賣藥販賣業				賣藥行商			
	內地人	本島人	總計	內地人	本島人	外國人	總計	內地人	本島人	外國人	總計
人數	142	695	837	733	5300	25	6058	257	5095	6	5358

(摘自《臺灣衛生要覽》頁 114)

從數據資料中顯示，從事藥品販賣相關職業，臺灣人佔有相當高的比率，總督府一方面透過執照發予進行管制，一方面也對於不合法者，以行政罰則加以規制，相較於清治時期的放任狀態，總督府以行政手段更加有效的滲透入民眾的衛生生活，這也是臺灣醫藥走入現代國家體制的開始。

## 第二節、日治時期傷科推拿的發展與管制

### 一、日本政府對中西醫的差異管制政策

如同前部分所述，日本政府在 1883 年公佈「醫師免許規則」後，即有計劃的使日本漢方醫自然消滅，而這樣的政策態度也同樣展現在殖民地的臺灣，事實上，以日本政府欲將臺灣建設為現代化公共衛生環境，舊有的衛生醫療模式反而成為一種阻礙，另一方面，則是接受西方醫學教育者，對於漢方醫學的「不科學性」而產生的不信任，而臺灣傳統醫療的問題，更加深總督府以西方醫學取代傳漢方醫學的決心，這在明治 32 年(1899 年)時，臺灣總督府醫學校開學典禮，山口秀高校長之致詞中即可窺見：

「本島所謂醫生為何等人物？是否可視為醫者？是否能將寶貴的生命託付於彼？毋需敝人再次述說，各位已十分了解。他們不僅不了解生理、病理為何，更低劣者甚至目不識丁，僅聽聞患者之敘述，便隨意給予草根樹皮。更進一步說，他們與內地的漢方醫根本是天差地遠，比起後者更為低劣。勉強來說，他們相當於內地的賣藥郎中。今日內地的賣藥郎中是如何的毒害世人，各位已十分了解，因此臺灣醫生的危險可想而知。…」

摘自〔1899年總督府醫學校開學典禮山口秀高校長演講稿〕<sup>41</sup>

因此在總督府醫學校建立前後，總督府便已著手進行臺灣醫生的調查，並在明治34年(1901年)進行臺灣醫生資格考試，共有一千九百二十八人及格，且如同日本內地之政策，採自然淘汰方式，使臺灣醫生消滅，是故，總督府在統治的五十年期間，相較於西方醫學制度的建構(包含教育、產業、政策、法律)，對於漢方醫學即以消極管制的方式處理，自然也無可能將漢方醫學的理論加以整理，並建立學校教育培養人才，這也使得原先在清治時期就已相對落後於中國大陸的漢方醫學，在進入日治時期後，又面臨被消滅的危機。但作為漢方醫學一環的傷科推拿以及其從業者，一方面因漢方醫學的打壓而受影響外，卻也因日本內地對針灸、按摩以及柔道整復術的重視，而有轉化的契機。

## 二、傷科推拿從業者的管制面貌

在前章第四節曾提及，運用傷科推拿此一治療術的從業人員並不限於傳統的漢醫，也包含其他非傳統的醫事人員，例如：軍人、武術家以及走方醫、鈴醫之類的遊方郎中等，事實上，傷科推拿雖然是傳統中醫的分科之一，但在缺醫少藥的清治臺灣，專業分科並沒有真正的建立過，一位傳統醫者可能可以醫治許多不同種類的疾病，這也造成一個肌肉骨傷的疾病，不同職業樣貌的醫者皆可以提供治療，唯一的差別只有醫治的效果。因此不同身份的從業者，在總督府不同的政策下，即有不相同的問題。

### (1). 密醫與非密醫的分殊

原先可能從事傷科推拿醫療的漢醫、走方醫、鈴醫，在明治34年(1901年)的臺灣醫生考試後，若正式取得醫生執照，則可以繼續從事醫療業務，反之，依臺灣醫業規則、臺灣醫生免許規則以及台灣醫生取締規則，將形成無照行醫的現象，此時，可能會面臨處二十五日以下之輕禁錮或二十五圓以下之罰金(臺灣醫

<sup>41</sup> 張秀蓉，《日治臺灣醫療公衛五十年》(台北市：國立台灣大學出版中心，1997年)，頁427。

業規則十一條參照<sup>42</sup>），而大正 5 年(1916 年)後，日本醫師法部份施行於台灣，依照日本醫師法第十一條規定，可處五百圓以下罰金。同時，當這群醫療從業者再給予患者藥物時，又形成無照給藥的問題，亦即違反臺灣藥劑師藥種商製藥業者取締規則以及臺灣藥品取締規則，同樣的，也會面臨輕禁錮與罰金的處分<sup>43</sup>。

在昭和 4 年(1929 年)時，離明治 34 年(1901 年)的醫生考試已有二十七年之久，擁有免許的漢醫早已日漸凋零，全臺僅存不足四百人，在當時的臺北街頭，漢藥店有一兩百家，但有漢醫免許之業者，不過數十店<sup>44</sup>，然而被抓獲者，多半被處以罰金了事<sup>45</sup>。事實上除了漢藥店以外，臺灣社會還存在一群，無固定地點出沒且數量遠多於藥房、藥店的賣藥行商、賣藥小販，他們即是清治時期的賣藥郎中、走街仙的轉型，他們身帶藥物四處兜售，或者是藥商在偏遠地區「寄藥物」的小販，在販售藥物的同時都必須判斷該藥物是否能解決病患之症狀，久而久之，其行為即與醫生所為的「診察」行為相同<sup>46</sup>，畢竟，販售藥物時若不能判斷購買者所患疾病，又何以能「對症下藥」呢<sup>47</sup>？因此當時社會上的確存在大量為人診斷、開藥、販藥的無照密醫。

---

<sup>42</sup> 臺灣醫業規則第十一條：

未領有醫業許可證或於醫業許可區域外行醫業者，處二十五日以下之輕禁錮或二十五圓以下之罰金。

<sup>43</sup> 臺灣藥劑師藥種商製藥業者取締規則第五條：

未獲官方許可而執行藥劑師業務者，或違反第四條者，處二十五日以下之輕禁錮或二十五圓以下之罰金。

臺灣藥品取締規則第六條：

除藥劑師或醫師依醫師處方籤給予患者之毒藥及劇藥〔劇藥是性質猛烈的藥，藥理作用僅次於毒藥〕外，若非醫師、藥劑師、藥商、製藥業者，不得持有、買賣、授受毒藥及劇藥。

臺灣藥品取締規則第十七條：

違反第一條第二項、第二條、第六條第一項、第七條第一項、第八條者，科十圓以上，一百圓以下罰金。

<sup>44</sup> 〈密醫的取締嚴厲〉，昭和 4 年 10 月 6 日/臺灣民報/02 版/。

<sup>45</sup> 〈密醫被檢舉 處罰二十金〉，昭和 6 年 10 月 10 日/臺灣民報/08-09 版/。

<sup>46</sup> 劉士永，〈日治時期台灣醫藥關係管窺〉，李建民編，《從醫療看中國史》(台北：聯經書店，2008 年)，頁 497-537。

<sup>47</sup> 片岡巖著、陳金田譯，《臺灣風俗誌》(臺北市：眾文圖書，1990 年)，頁 78-79。

雖然總督府嚴加取締密醫，但仍難以遏止無照行醫的狀況，明治 34 年(1901 年)後，許多未取得醫生許可者，仍然繼續行醫，尤其在大正 5 年(1916 年)台灣醫師令及台灣齒科醫師令公佈後，總督府即得援用日本醫師法及齒科醫師法來進行醫業管制，在當時，對於無照行醫的密醫，總督府主要是透過警察與法院來進行取締，其中大部份的密醫案件都是由「犯罪即決」的模式進行處理，在日本領台的第二年，總督府即以律令發佈「該當拘留或科料之刑之犯罪即決例」，允許憲兵警察官得就 10 日以內之拘留或 1 元 95 錢以下科料之刑之罪無須經由法院審判即予即決。

到明治 37 年(1904 年)時，總督府繼而發佈「犯罪即決例」將即決權範圍擴張，除原有之「該當拘留或科料之刑之罪」以外，又增列 (1)「應科處主刑三個月以下重禁錮之賭博罪」、(2)「應科處主刑三個月以下重禁錮或 100 元以下罰金之違反行政諸規則之罪」等二類型之罪<sup>48</sup>。同時總督府又另發佈「罰金及笞刑處分例」規定凡台灣人(及中國人) (1) 主刑應處以三個月以下重禁錮，或(2) 主刑或從刑應科以 100 元以下罰金，且在台無一定住所或無資產者，或(3) 應處以拘留或科料，得將其宣告刑換成笞刑，三個月以下重禁錮，亦得換刑為罰金<sup>49</sup>。

因此無論是日治前期的臺灣醫業規則、台灣醫生取締規則以及大正 5 年(1916 年)後的醫師法、齒科醫師法中所規定的輕禁錮及罰金內容，皆符合犯罪即決例所容許之即決範圍，故而在管制的比例上，有大量的案件皆由警察機關即決處理，但也因屬即決案件之故，其違法之詳細原因內容，往往難以窺知。

反而少部份進入法院的案件中，因判決中需清楚記載人、事、時、地、物，故能知悉當時密醫的行醫樣貌，在日治時期臺灣總督府法院檔案中，即收有七百

<sup>48</sup> 王泰升，《臺灣法律史概論》(臺北市：元照出版有限公司，2009 年)，頁 213-214。

<sup>49</sup> 王泰升，《台灣日治時期的法律改革》(臺北市：聯經出版社，1999 年)，頁 262-263。雲野修治，《實務資料-犯罪即決》(臺北市：臺灣警察協會，1923 年)，頁 144-145。



餘件違反醫師法及齒科醫師法的密醫案件，其中所記載之密醫行醫樣貌相當廣泛，其包括拔牙<sup>50</sup>、眼疾<sup>51</sup>、精神病<sup>52</sup>、感冒<sup>53</sup>、腹痛、痔疾<sup>54</sup>、梅毒<sup>55</sup>、皮膚病<sup>56</sup>等，以及為人切除身體患部腫物<sup>57</sup>、推拿<sup>58</sup>、接骨<sup>59</sup>、醫治脫臼<sup>60</sup>等外科手術，還有販賣祖傳密方<sup>61</sup>、膏藥<sup>62</sup>、成藥、注射、灌腸<sup>63</sup>、抓藥等行為，皆為處罰的樣態，但依前述二法之規定，法院僅能處以罰金，惟有在當事人繳納不出罰金時，方得以刑法 18 條將罰金折算為拘禁，每一圓折算一日，可見，即便無力繳納罰金，密醫仍得以自由刑替代。

長期無解的密醫問題，也表示總督府的管制政策，並無法阻止臺灣人向無照醫生求醫問藥的情況，雖然總督府在各地設立西式病院後，語言溝通障礙以及對本島人、內地人的歧視問題，即使到日治中期，仍無法妥善解決<sup>64</sup>，而另一方面則是西醫收費過高的問題，西醫的診金與藥費高出臺灣醫生至少一倍以上<sup>65</sup>，若是與密醫相比則收費差距更加懸殊，造成收入不高的民眾只能購買低價成藥，或找尋「吃藥看症」但「紅包」隨意的密醫<sup>66</sup>，這也促成了後來發生的醫藥減價運動，訴求平民收費的醫療<sup>67</sup>。

<sup>50</sup> 臺北地方法院昭和 11 年 3898 號判決。

<sup>51</sup> 臺北地方法院昭和 11 年 4957 號判決。臺北地方法院昭和 11 年 1719 號判決。

<sup>52</sup> 臺中地方法院大正 8 年 1067 號判決。

<sup>53</sup> 臺中地方法院昭和 5 年 3985 號判決。

<sup>54</sup> 臺中地方法院昭和 6 年 4155 號判決。

<sup>55</sup> 臺北地方法院昭和 10 年 7352 號判決。

<sup>56</sup> 臺北地方法院昭和 10 年 3243 號判決。

<sup>57</sup> 臺中地方法院昭和 6 年 2035 號判決。

<sup>58</sup> 臺中地方法院昭和 6 年 3518 號判決。

<sup>59</sup> 臺中地方法院昭和 11 年 3183 號判決。

<sup>60</sup> 臺中地方法院昭和 10 年 3558 號判決。

<sup>61</sup> 臺中地方法院昭和 11 年 3183 號判決。

<sup>62</sup> 臺中地方法院昭和 9 年 777 號判決、臺中地方法院昭和 9 年 3725 號判決。

<sup>63</sup> 臺中地方法院昭和 4 年 3137 號判決。

<sup>64</sup> 〈官立醫院的患者差別待遇 臺人生命果不值錢？〉，昭和 4 年 8 月 25 日/臺灣民報/04 版/。

<sup>65</sup> 丁崑健，〈日治時期漢醫政策初探—醫生資格檢定考試〉，生活科學學報，頁 101，2009 年，頁 101。

<sup>66</sup> 〈由社會政策上談談對醫療問題的管見(一)〉，昭和 5 年 12 月 6 日/臺灣民報/11 版/。

<sup>67</sup> 〈全島各地續出的醫藥減價運動 臺北醫師會也在考慮 工友總聯盟將起運動〉，昭和 5 年 10 月 11 日/臺灣民報/2 版/。

仔細省思密醫的問題，其實還是在於供給與需求的面向，民眾收入完全無法負擔高價的西醫，且整體醫療的質與量並無法跟上民間的需求，而傳統漢醫也並非毫無效果，加上罰則並不嚴重，即使是拘禁或笞刑，也不過是打幾下、關個幾天了事，有資力者還可以繳納罰金替代，這使得無照漢(密)醫禁而不絕，顯示無照行醫仍然有利可圖。

## (2). 武館的管制與武師的行醫樣貌

### 1. 武館的管制

清治兩百餘年間各種械鬥與大小亂事不斷，使得台灣地方民眾習於練武自保，進而產生大量的地方鄉團組織，鄉團存在之作用除了保境安民外，也形成地方擁有武力的現象，而在日軍接收台灣之時，此類保衛地方的鄉團組織以及領頭的武師即為抗日勢力之一股<sup>68</sup>，使日本政府在底定全台後，將教授民眾武術的武館視為是不安定因素之一，造成各地治安不穩定，加以嚴格控管<sup>69</sup>。

有文獻指出，在日治時期，武館種類分為明館與暗館，明館指舞龍、舞獅、宋江陣等，暗館則稱為功夫館，是於晚上閉門於「門口程」偷偷教授功夫，因規定不許人練，不許掛牌，因此導致拳頭師傅分散流落，且因明治 39 年(1906 年)日本政府制定「浮浪者取締規則」，凡被認為是「危險人物」隨時逮捕。學武者或拳頭師傅，唯恐被牽連入罪，紛紛棄武<sup>70</sup>。但事實上，此一時期仍有武師持續傳承武術，四處雲遊授徒<sup>71</sup>，並從事接骨、整復等治療跌打損傷的工作<sup>72</sup>，並未

<sup>68</sup> 片岡巖著、陳金田譯，《臺灣風俗誌》(臺北市：眾文圖書，1990 年)，頁 178。

<sup>69</sup> 廖丑，《西螺七崁開拓史》(台北市：前衛出版社，1998 年)，頁 192-194。

<sup>70</sup> 喻淑蘭，〈醫療專業的變遷與互動--以中醫傷科醫師、國術館拳頭師傅與推拿技術員為例〉，國立臺灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文，頁 24-25，民國 87 年。樊政治；蘇士博；李宜芳；莊嘉仁，〈臺灣區地方國術發展史專題研究〉，台北：中華民國國術總會八十五年度委託專題研究計劃，頁 234，83 年 3 月。

<sup>71</sup> 林美容、謝庭輝，《一代武師羅乾章：同義堂師祖阿乾師及其武術傳承》(台北市：台灣古籍出版有限公司，2007 年)，頁 24。

<sup>72</sup> 陳三郎，〈七欠武術流派分佈普查與流變研究〉，國立雲林科技大學初期研究暨推展客家文化計畫，頁 29，2009 年。

完全遭總督府禁絕。

## 2. 拳頭師的行醫樣貌

日治時期的拳頭師，如同清代一般，以一地走過一地的方式四處傳武賣藥，在未闖出名聲之地，可能先以江湖賣藝的形式，諸如：舞龍舞獅、歌唱、表演武術吸引當地民眾注意，隨後介紹家傳秘方的傷藥，甚至將徒弟或同伴的手弄脫臼，當場接骨上藥，使民眾信服<sup>73</sup>。而行醫，實屬拳頭師之副業，由於當時教武雖為拳頭師的本行，但徒弟未必皆有資力供養，因此販售祖傳秘方以及看病即成為拳頭師的收入來源之一，在日本人的觀察中，拳頭師即是「青草先」的一種，他們就是無醫生執照的外科醫生，運用祖傳秘方或搗碎的青草貼在患部，甚至會切開患部進行小手術以及接骨<sup>74</sup>。然而藥品的療效與拳頭師的素質一直存有良莠不齊的現象，甚至有拳頭師並不以傳館為目的，僅為謀利販賣不良藥品，還以吟唱淫穢歌曲的方式吸引民眾販售膏藥<sup>75</sup>。

但拳頭師之中亦不乏武、醫皆優的佼佼者，前段清治時期所提的武師羅乾章即是橫跨清治、日治兩代的人物，亦可為日治時期拳頭師行醫的代表，其早期受聘為護院武師，之後則在臺灣中部地區傳武<sup>76</sup>。在日治的前十餘年間，除授武之餘，亦教授徒弟草藥、中醫方面的學問，並傳有一本「藥簿」，其內容主要為傷科、外科的藥方，同時也有一部份內科、婦科、小兒科、眼科的藥方。傷科的藥方中包含了針對跌打損傷、接骨、酸痛症的藥方，也有常見的治傷七厘散、藥酒、藥丸、藥膏、藥洗等各類內服、外用的成藥等<sup>77</sup>。此外在中部西螺地區，亦有武師廖太郎對外傷、骨科醫療有相當的研究，諸如脫臼、骨斷、跌傷、撲傷、刀傷、

<sup>73</sup> 劉波，《台灣武術四百年發展史》（台北市：逸文武術文化有限公司，2011年），頁228-229。

<sup>74</sup> 片岡巖著、陳金田譯，《臺灣風俗誌》（臺北市：眾文圖書，1990年），頁78-79。

<sup>75</sup> 〈打拳賣膏藥 勿唱淫穢歌曲〉，昭和4年6月16日/臺灣民報/06版/。

<sup>76</sup> 林美容、謝庭輝，《一代武師羅乾章：同義堂師祖阿乾師及其武術傳承》（台北市：台灣古籍出版有限公司，2007年），頁8-11。

<sup>77</sup> 林美容、謝庭輝，《一代武師羅乾章：同義堂師祖阿乾師及其武術傳承》（台北市：台灣古籍出版有限公司，2007年），頁269-290。

火傷以及皮膚病等內外傷病症，都有獨門特效藥配方<sup>78</sup>。由此可見，在日治時期，拳頭師的醫療方式，並不僅止於一般所認知的接骨、跌打損傷，更包含內外用藥物的使用，實際上即與一般的漢醫幾無差異。



與清治時期相比，拳頭師的行醫樣貌並無太大的改變，然而所面臨的國家管制規範卻是遠多於前時，除身為武藝傳承者可能受到「治安」方面的監控外，在身為醫者時，也要受到「醫事法規」的管控，但作為醫者時的多元樣貌，理論上是難以容於法規對醫事分工所為的「切割」，亦即同時身兼武師、傷科推拿醫者、漢醫、藥劑師的拳頭師，是極可能遭受總督府的行政取締。然而當時的拳頭師，是否曾因醫療行為而受警察處罰，目前史料仍未得見，然而武師羅乾章的徒弟中，卻有因不服日警而遭拘留十九天之人，但違警之因無法確定是否因醫療行為所致<sup>79</sup>。

而日治法院判決部份，雖有部份判決顯示有密醫為病患切除身體患部腫物<sup>80</sup>、推拿<sup>81</sup>、接骨<sup>82</sup>、醫治脫臼<sup>83</sup>以及販賣祖傳密方<sup>84</sup>、膏藥<sup>85</sup>、成藥，但因判決內容中，並未顯示從事密醫者本身是否兼具其他身份、職業，是故論者仍無法斷言拳頭師亦曾受醫師法以台灣藥品取締規則之懲罰，僅能推論，其行為內容確實是違反當時的法規範。

### (3). 日本柔道整復術、按摩術的導入

在日治時期，總督府引進了日本的按摩術，明治 36 年(1903 年)，台北醫院將按摩工作附屬於外科部，開始治療。當時日本政府對於按摩術、柔道整復術、

<sup>78</sup> 廖丑，《西螺七嵌開拓史》（台北市：前衛出版社，1998 年），頁 200-201。

<sup>79</sup> 林美容、謝庭輝，《一代武師羅乾章：同義堂師祖阿乾師及其武術傳承》（台北市：台灣古籍出版有限公司，2007 年），頁 24。

<sup>80</sup> 臺中地方法院昭和 6 年 2035 號判決。

<sup>81</sup> 臺中地方法院昭和 6 年 3518 號判決。

<sup>82</sup> 臺中地方法院昭和 11 年 3183 號判決。

<sup>83</sup> 臺中地方法院昭和 10 年 3558 號判決。

<sup>84</sup> 臺中地方法院昭和 11 年 3183 號判決。

<sup>85</sup> 臺中地方法院昭和 9 年 777 號判決、臺中地方法院昭和 9 年 3725 號判決。

接骨術等本屬於漢醫的分科，都當成醫療事業加以明文管理，不過並不認為施術的人是一般的醫事人員<sup>86</sup>。



關於按摩術經營者，本來只有地方官署營業取締規則中有規定，並且表示沒有適宜的方法來取締，可是因為日本人開業者逐漸增加，並隨著台北、台南兩州開始設立州立盲啞學校，台灣人子弟陸續畢業，至此開業情勢增強之下，為使許可資格統一，便於大正 13 年（1924 年）發佈府令第二十號「按摩術經營取締規則」，將按摩及柔道整復術、接骨術等以「準用」之方式納入此規則管理，須經地方機關發給按摩術、柔道整復術等免許證始能營業。依照新規定，按摩資格需有知事或廳長等來執行按摩考試，且需為按摩術的指定學校畢業(臺北州立盲啞學校、臺南州立盲啞學校)或於講習所修業者方能取得。按摩術經營取締規則中的考試分為甲種與乙種，甲種考試必須修習四年以上的按摩術方可參加，而乙種考試則僅限於修習兩年以上按摩術的盲人方可參加，當時的考試內容主要為：

甲種考試：

- (一) 人體構造及主要器官之機能。
- (二) 按摩方式及身體各部之按摩術。
- (三) 消毒法大意。
- (四) 按摩術之實地表演。

乙種考試：

- (一) 按摩術之實地表演。
- (二) 就甲種考試科目簡易考試之。
- (三)

在取得免許資格後，其仍受地方機官監督，於特定情況下，可停止或取消該

---

<sup>86</sup> 喻淑蘭，〈醫療專業的變遷與互動--以中醫傷科醫師、國術館拳頭師傅與推拿技術員為例〉，國立臺灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文，頁 24，民國 87 年。莊永明，《台灣醫療史》，頁 180-181，民國 87 年。

免許。依當時法令，按摩術指定範圍規定以按摩人體為限，不得對脫臼或骨折之人進行治療，違反者可處百圓以下之罰金，但在醫師同意之下所為者不在此限。

日治五十年間，總督府早於明治 32 年（1899 年）時，即對接骨業、按摩術的從業人數進行統計，而柔道整復術業則遲於昭和 4 年（1929 年）始有統計資料：

	柔道整復術 (人)			接骨業(人)			按摩業(人)		
	日本 人	台灣 人	總計	日本 人	台灣 人	總計	日本 人	台灣 人	總計
1899 年				5	7	12	14		14
1900 年				1	3	4	25	1	26
1901 年				2	2	4	22	1	23
1902 年				2		2	55	8	63
1903 年					1	1	46	7	53
1904 年					1	1	63	5	68
1905 年					1	1	61	8	69
1906 年					1	1	57	26	83
1907 年					1	1	69	39	108
1908 年				1	2	3	64	43	107
1909 年				1	3	4	76	44	120
1910 年				1	8	9	78	56	134
1911 年				2	12	14	97	58	155
1912 年				1	6	7	109	83	192
1913 年				4	4	8	130	79	209
1914 年				3	6	9	133	89	222
1915 年				4	6	10	139	96	235
1916 年				4	5	9	133	107	240
1917 年				3	4	7	118	124	242
1918 年				3	2	5	104	121	225
1919 年				3	3	6	107	163	270
1920 年				2	6	8	101	179	280
1921 年				2	7	9	105	204	309
1922 年				3	7	10	70	225	295
1923 年				5	9	14	82	259	341

1924年			2	3	5	100	270	370	
1925年			4	5	9	100	268	368	
1926年			3	10	13	147	174	321	
1927年			2	14	16	85	236	321	
1928年			34	20	54	80	250	330	
1929年	2		2	5	8	13	79	260	339
	柔道整復術(人)			接骨業(人)			按摩業(人)		
	內地人	本島人	總計	內地人	本島人	總計	內地人	本島人	總計
1930年	17	1	18	3	13	16	92	309	401
1931年				1	1	2	56	118	174
1932年	28	1	29	1	13	14	98	345	443
1933年	29	1	30	1	13	14	142	322	464
1934年	29	3	32	1	11	12	103	364	467
1935年	29	7	36	1	13	14	92	370	462
1936年	30	8	38	1	14	15	92	392	484
1937年	31	8	39	2	13	15	94	397	491
1938年	33	8	41	2	14	16	94	400	494
1939年	33	8	41	2	13	15	86	415	501
1940年	33	8	41	1	14	15	125	462	587
1941年	32	9	41	4	16	20	102	468	470
1942年	35	10	45	1	9	10	107	502	609

(整理自《臺灣總督府統計書》<sup>87</sup>)

由統計資料來看，日治五十年間從事柔道整復術及接骨業之人數可說相當稀少，一方面乃因柔道整復術係以日本武術為主體所衍生出的醫療技巧，從業及消費之人自然以日本人居多，但日本人在臺灣的人口數本就不多，從業者相應也較為稀少。而接骨業則是因總督府在政策上即不鼓勵從事之故，所以從業人數亦相當稀少，在從事之族群上以台灣人較多，總督府曾一度打算僅對按摩術營業取締規則施行前已執業者，才給予免許資格<sup>88</sup>，但日後仍因其他理由而繼續核發。

<sup>87</sup> 臺灣總督府，《臺灣總督府統計書 3-46》(台北市：臺灣總督官房統計課，1897-1942年)

<sup>88</sup> 臺灣總督府警務局衛生課，《臺灣衛生要覽》(台北市：臺灣總督府警務局衛生課，1932年)，頁103。

反觀在按摩術的從業人數上，因內地盲啞學校畢業生、按摩業者以及臺北州立盲啞學校、臺南州立盲啞學校兩校成立後，陸續有人投入按摩術的經營，因此從業人數逐年攀升，但在當時仍然有許多臺地盲人是在無免許的狀態下從事按摩業，主要原因還是在於，部份盲人不諳日語、相關基礎醫療知識不足(例如無法說出全身骨骼名稱)，甚至無能力找到教授推薦(被推薦者事後需奉上大額謝禮金)，因而無法通過考試取得免許<sup>89</sup>，這也使得他們在社會上的弱勢處境更加被邊緣化。

### 第三節、小結

#### (1). 傳統醫療走入西方醫療

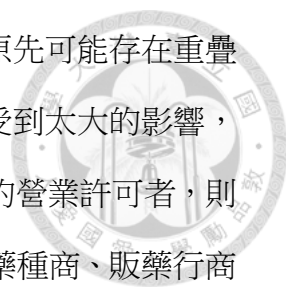
由從未管制醫療產業的清帝國，走到進入現代化國家管制體系的日本帝國，使台灣傳統醫療從業者面臨到「轉型」的困境，一方面總督府以國家力量推動醫療型態轉向西方醫療的「積極」，一方面則是國家政策上對傳統醫療管制但不扶植的「消極」，在領台之初，總督府即無意過度挑戰臺灣人的固有生活方式，因此對於台灣人的醫療習慣也是採取相同的態度，在可容許的限度內，允許其繼續存在，一部份加以改造，使其融入總督府建構的西方醫療體系，一部份則由時間加以自然淘汰，並藉由法制的建構來進行「合法」、「不合法」的醫療區分，用以管制傳統醫療產業。

#### (2). 傳統醫療「重疊性」走入「專業分類」

在台灣的传统醫療中，行醫樣態本身就具有多元性，以本文欲討論的傷科推拿從業者來說，他們可能是漢醫、走方醫(走街仙)、武師、藥販(王祿仔)，其身份跟醫療行為本就存在重疊性，漢醫、走方醫、武師、藥販皆可能會進行疾病判斷、治療、給予藥物，同時在醫療時也未限定於特定疾病範圍，只有醫者本身能

<sup>89</sup> 〈南北署取締按摩 盲人叫苦連天〉，昭和 3 年 10 月 14 日/臺灣民報/06 版/。





力限制之問題，但在總督府開始對醫療產業進行「分類」後，原先可能存在重疊性，即開始受到切割，對於取得免許的漢醫而言，原則上並未受到太大的影響，然而其他未取得醫生資格，或改登記為柔道整復、接骨、按摩的營業許可者，則面臨非於醫師監督下，不得進行特定醫療行為，又或者登記為藥種商、販藥行商時，則僅能販售特定種類之成藥，此種情形下，從事傷科推拿的醫者，若維持舊有的行醫樣貌，就意味著無法符合總督府所設定出的「專業分類」框架，進而落入違法狀態，成為所謂的密醫。

### (3). 傷科推拿的傳統醫者--邊緣中的邊緣

傷科推拿自清代中期以後，逐漸不再為官方醫科(正骨)之一，而其在臺灣一地的發展，也因儒醫與武夫之別，較不為傳統漢醫所重視，在傳統中醫內雖為分支但非為主流，到了日治時期，又面臨西方醫學的衝擊與政策壓迫。即使在日本內地極力保存了鍼、灸、按摩、接骨、柔道整復術等傳統醫學，卻也因語言之阻礙、政策偏見的影響下，使得臺灣傷科推拿的從業者無法利用既有法制，轉型為法體制下容許存在的傳統醫者，由清帝國的「放任」走向日本帝國「管制」，原處於傳統中醫體系邊緣的傷科推拿，更顯邊緣。

## 第四章、中華民國時期的台灣傷科推拿發展

### 第一節、民國時期的中醫傷科推拿(1911-1949)

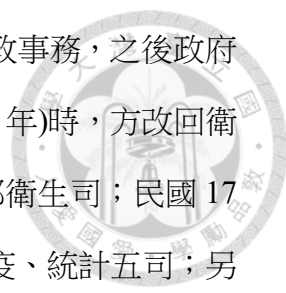
#### 一、概述

台灣傷科推拿的習慣傳承與法律管制，除先前清治時期與日治時期的繼受外，同時也因 1945 年底國民政府的接收，依據當時長官公署署法字三十六號(布告)，台灣自 1945 年 10 月 25 日起納入中華民國版圖，中華民國的六法體系亦施行於台灣，至此，台灣開始受到民國時期中國的醫療習慣與法律制度所影響<sup>1</sup>，因此在爬梳台灣現代法制對於傷科推拿傳統的規範態度時，便不得不討論民國時期中國的傷科推拿樣貌，以及清朝走向中華民國時，其由傳統官僚帝制轉向現代化國家的過程中，所帶來的醫事管理轉變。事實上，在清末之時，清朝已如日暮西沉，其原有制度上對於醫生的訓練選拔，已呈現有名無實的狀態，清政府雖在最後十年有意改制，但許多模仿西方制度的衛生政策僅短暫施行或不及施行，即因走入民國時代而告停止，然而在民國建立後，各地軍閥紛起內戰不斷，北洋政府施政期間之衛生建設仍舊有限，直至國民政府北伐成功後，完成國家名義上之統一後，方開始有計劃性的進行衛生政策，並召開中央衛生會議，試圖對整體國家衛生政策，包含衛生設施、衛生醫事法規、醫學教育等部份，進行現代化、西方化的建構，但在建構的過程中，國民政府同樣也面臨到西醫與中醫間的衝突，在短短的三十八年間，就發生了兩次廢止中醫運動，更深遠的來說，這其實是舊有的醫療體系在走向西方公共衛生醫療體系的過程中，無法避免的問題。而中西醫的衝突下，不可避免也影響到傷科推拿在醫療體系中要如何存續的難題。

#### 二、大陸時期醫政制度發展

##### (1). 衛生行政主管機關

<sup>1</sup> 王泰升，《臺灣法的斷裂與延續》（臺北市：元照出版有限公司，2002 年）頁 20-24。



民國元年(1912年)時，設有內政部衛生司掌理全國衛生行政事務，之後政府由南京遷北京，便改為內務部警政司衛生科，於民國五年(1916年)時，方改回衛生司。民國16年(1927年)，國民政府奠都南京，仍然為內政部衛生司；民國17年(1928年)，改設衛生部，衛生部內設總務、醫政、保健、防疫、統計五司；另設中央衛生委員會為設計審議機構。民國20年(1931年)又改為衛生署，隸屬於內政部，內設總務、醫政、保健三科。民國29年(1940年)，衛生署改隸行政院，組織擴大，署內設醫政、保健、防疫、總務等四處。民國34年(1945年)冬季，衛生署從重慶隨同行政院遷回南京。民國36年(1947年)春季，衛生署改為衛生部，組織擴大，內設醫政、保健、防疫、地方衛生、葯政、總務等司。在此38年期間，中華民國衛生主管機關之組織，雖說變動頻繁，然而，全國的醫政管理以及政策提出仍由此一專責機構所掌理<sup>2</sup>。

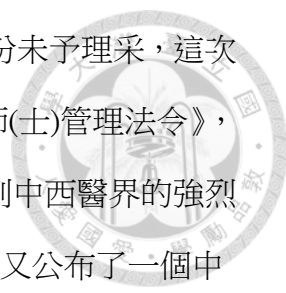
## (2). 醫藥管理及衛生法規

北洋政府時期，尚未建立起醫藥管理制度，也沒有完善的衛生行政系統，如醫學學術、醫學教育、醫師管理歸教育部；公共衛生歸內政部警察總署；公共防疫和海關檢疫歸外交部。此外，由國外教會開辦的醫學教育和醫療機構又有各自獨立的系統，也不受北洋政府的管轄。因此，醫藥衛生管理處於鬆散狀態，各行其事，以致於矛盾重重。另外由於軍閥割據、內戰不絕，經濟凋弊，政府無暇顧及衛生工作，衛生司亦甚少實際工作。

醫藥管理方面。民國4年(1915年)，中醫界提出國家應實行統一的醫藥管理的建議，北洋政府未予採納。但同年10月北洋政府內政部頒布了一個《管理藥商章程》，規定藥店、賣藥行商、製藥者均應遵循此章程。章程涉及藥商的執照管理、葯士的資格管理、藥物的劑型、處方用藥和毒劇藥的管理以及處罰規定等30條。民國5年(1916年)，北洋政府採納了中華民國醫藥學會湯爾和的建議，開

---

<sup>2</sup> 鄭曼青、林品石，《中華醫藥學史》(台北市：台灣商務印書館股份有限公司，1982年)，頁338-339。



始進行第一次全國醫藥狀況的調查。調查表格發出后，大多省份未予理采，這次調查以失敗告終。民國 11 年(1922 年)5 月，北洋政府頒布了《醫師(士)管理法令》，但因規定頗嚴、且醫師開業登記費高，《法令》剛一公布就遭到中西醫界的強烈反對，北洋政府只得收回成命。民國 14 年(1925 年)，北洋政府又公布了一個中醫《醫士管理規則》，對中醫開業醫生要求較寬，照顧到了廣大中醫開業者的利益。然而，當該規則發布時北洋政府已危在旦夕，亦無法付諸實施了。

南京政府成立后，衛生部民國 17 年(1928 年)12 月公布了一個試行的衛生法規《衛生行政系統大綱》，同時還公布了一些有關傳染病預防、環境衛生管理、食品衛生管理法規。民國 18 年(1929 年)時並針對醫療人員的管理，公佈了一系列的暫行條例，其包含「醫師暫行條例」、「藥劑師暫行條例」、「助產士條例」、「規定舊醫案原則」等，民國 20 年(1931 年)將「醫師暫行條例」改為「西醫條例」，民國 22 年(1933 年)12 月通過「中醫條例」，並於民國 25 年(1936 年)正式公佈「中醫條例」<sup>3</sup>。民國 32 年(1943 年)時國民參政會通過參政員孔庚等提出中西醫待遇平等的議案，立法院便將「西醫條例」與「中醫條例」合併為「醫師法」。

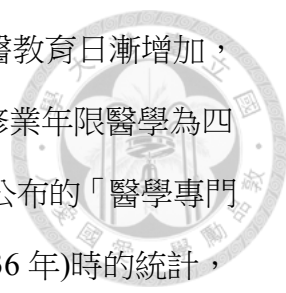
直至民國 37 年(1948 年)時，據統計，國民政府先後頒布了有關衛生行政方面的法規條例 19 個；醫政管理方面的 36 個；葯政方面的 13 個；防疫方面的 10 個；公共衛生方面的 16 個；醫學教育方面的 12 個；婦幼衛生方面的 4 個；紅十字會方面的 6 個。然而這些法規、條例因戰亂及其他主客觀條件無法配合之故，僅在部分地區發揮過一定的作用。

### (3). 醫學教育

清末之時，中國除本身擁有之中醫外，西洋醫學亦隨外國人來華而傳入，鴉片戰後逐漸在各地租界建立西式醫院，早先是使用中國人作為醫療助手，之後便

---

<sup>3</sup> 國史館，《中華民國史社會志(初稿)下》(新北市：國史館，1999 年)，頁 559-561。



陸續設立教會學校、醫學校以培育西醫人才。民國成立後，西醫教育日漸增加，當時教育部公布「大學規程」，將醫科分為醫學、藥學二門，修業年限醫學為四年、藥學為三年，而其他公私立醫學專門學校則按照教育部所公布的「醫學專門學校規程」以及「藥學專門學校規程」辦理。在民國 25 年(1936 年)時的統計，當時全國的醫校有 33 所，其中國立醫校 5 所，軍醫學校 5 所，省立醫校 7 所，私立醫校 19 所。

而中醫方面，自民國初年起亦創辦不少醫校，包含民國 6 年(1917 年)上海中醫專門學校、民國 7 年(1918 年)上海神州醫藥專門學校、民國 8 年(1919 年)山西中醫改進研究會創立專門醫學校，以及隨後設立的上海中國醫學院、蘇州國醫學校、北平醫藥學校、華北國醫學院、四川國醫學院、成都中醫學校、山東歷城共和醫道大學、廣東光漢中醫藥專門學校、浙江中醫專門學校、浙江蘭溪中醫專門學校、浙江紹興的倫德中醫專門學校等皆為當時知名之中醫學校<sup>4</sup>，在民國初年至 38 年止前後陸續創設之中醫學校有六十餘所，若將講習社計入，則不下百家<sup>5</sup>，惟獨當時國家醫學教育政策偏向西醫，因此所設立之中醫學校皆為私立學校。

醫藥衛生考試方面，國民政府奠都南京後，考試院即頒佈高等考試藥師考試條例、高等考試西醫師考試條例、高等考試衛生行政人員考試條例等<sup>6</sup>，但因國民政府控制區域僅限於長江中下游地區之故，專技證照考試的相關法規雖建立，但由考試取得合格證照者仍然不多，民間依然存在大量無執照從醫者，之後又因中日戰爭爆發，更使醫藥衛生考試推動困難，民國 29 年(1940 年)因中日戰爭日漸擴大，為增加合格醫師數量，故而增設醫師甄別辦法以變通錄取醫師，此一權

<sup>4</sup> 國史館，《中華民國史社會志(初稿)下》(新北市：國史館，1999 年)，頁 578-579。

<sup>5</sup> 鄧鐵濤、程之范，《中國醫學通史-近代卷》(北京市：上海人民衛生出版社，2000 年)，頁 233-244。

<sup>6</sup> 鄭曼青、林品石，《中華醫藥學史》(台北市：台灣商務印書館股份有限公司，1982 年)，頁 340-341。

宜辦法，以及其他檢覈管道，也為後來的醫事改革埋下隱患<sup>7</sup>。



### 三、中西醫衝突

#### (1). 第一次廢止中醫爭議

民國元年，北洋政府教育部以中西醫「致難兼採」為由，在新頒佈的《中華民國教育新法令》，其中醫藥兩門課程均漏列中醫藥。隔年，教育部公佈大學規程，大學共分文、理、法、商、工、農、醫七類，醫類分醫學與藥學，都沒有把中醫藥列入其內。等同將中醫排除於醫學教育系統之外，此即為近代史上著名的「教育系統漏列中醫案」，這也揭開了第一次廢止中醫運動之序曲<sup>8</sup>。

民國2年(1913年)，教育總長汪大燮提出廢除中醫中藥，在接見京師醫學會代表時，公然表示：“余決意今後廢去中醫，不用中藥。”這使得全國各地中醫團體發起聯合請願，欲求北洋政府改變政策，但最後只得到北洋政府以將來會另行頒佈中醫醫藥專門規程為由，未接受請願團之要求，使得此次請願運動以失敗告終<sup>9</sup>。

#### (2). 第二次廢止中醫爭議

民國18年(1929年)2月，國民政府召開第一次中央衛生會議，會議中西醫全國公會理事長余雲岫提出「廢止舊醫以掃除醫藥衛生之障礙案」，其內容主要基於四點理由主張廢除：一、中醫理論皆屬空構，無事實可支持。二、中醫脈法出自緯候之學，屬無稽之談。三、中醫無法預防疾病，判定病類。四、中醫病原

<sup>7</sup> 國史館，《中華民國史社會志(初稿)下》(新北市：國史館，1999年)，頁565。

<sup>8</sup> 奚霞，〈民國時期中醫廢立之爭〉，《炎黃春秋》，第8期，頁66，2004年。

<sup>9</sup> 鄭曼青、林品石，《中華醫藥學史》(台北市：台灣商務印書館股份有限公司，1982年)，頁385-386。

學說阻礙科學化發展。余氏認為，舊醫一日不除，民眾思想一日不變，新醫事業一日不能向上，衛生行政一日不能進展。此案提出後，引起中醫界一陣譁然，上海中醫協會聞訊率先通電反對，隨後全國 17 省市，242 個中醫團體，281 名團體雲集上海，於 3 月 17 日開會，成立全國醫藥團體總聯合會，組成赴京請願團，要求國民政府取消議案，衛生部迫於輿論，方承諾此項議案雖經通過，但暫不予執行，使第二次廢止爭議又告擱置<sup>10</sup>。不久後，教育、衛生二部通令將中醫學校改為傳習所，中醫院改為醫室，又禁止中醫參用西械西藥，此舉再次引發中醫界反對之浪潮，最後國民政府在壓力下，方於同年 12 月撤銷此類法令公告，但中西醫之衝突仍未停歇<sup>11</sup>。

民國 19 年(1930 年)5 月，中央政治會議中七名委員提議：「請援國術館例，設立國醫館，以科學方法整理中醫學術，並為中藥之研究……」，當時僅決議出：「國醫應整理研究改良，其辦法交由國民政府決定」。

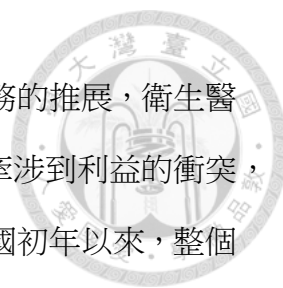
民國 20 年(1931 年)2 月，中醫界為免地位漸遭邊緣化，遂於上海召開臨時代表大會，共有 17 省市以及南洋地區等 223 個團體，457 位代表參加，其主張中西醫應獲平等待遇，中醫參加衛生行政，中醫藥改稱國醫國藥，編纂中醫藥字典及教科書等。民國 20 年(1931 年)3 月，中醫界又在中央國術館舉行國醫館籌備大會，8 月時國醫館正式成立<sup>12</sup>，此時中西醫之衝突正式轉向行政管理權與法律層面。

### (3). 西醫條例與中醫條例之爭與醫師法之設立

<sup>10</sup> 鄭曼青、林品石，《中華醫藥學史》（台北市：台灣商務印書館股份有限公司，1982 年），頁 386-388。奚霞，〈民國時期中醫廢立之爭〉，《炎黃春秋》，第 8 期，頁 67，2004 年。

<sup>11</sup> 鄭曼青、林品石，《中華醫藥學史》（台北市：台灣商務印書館股份有限公司，1982 年），頁 388。奚霞，〈民國時期中醫廢立之爭〉，《炎黃春秋》，第 8 期，頁 68，2004 年。

<sup>12</sup> 鄭曼青、林品石，《中華醫藥學史》（台北市：台灣商務印書館股份有限公司，1982 年），頁 388。奚霞，〈民國時期中醫廢立之爭〉，《炎黃春秋》，第 8 期，頁 68，2004 年。



事實上，在國民政府取代北洋政府後，即開始著手內政事務的推展，衛生醫事法規的整理與建立亦其中重要的一環，然而法規的內容往往牽涉到利益的衝突，與醫師資格相關的法規，即成為當時中西醫衝突的戰場，由民國初年以來，整個中國的社會氛圍多傾向於破舊向新，加以西醫勢力較中醫為強的情形下，醫師資格法規即由西醫先行一步，在國醫館成立前一年，即民國 19 年(1930 年)5 月，國民政府發布西醫條例，其內容主要在規範西醫資格之取得、管理西醫行為以及處罰措施，以下僅摘錄部份內容<sup>13</sup>：

#### 「西醫條例

##### 第一條

凡年在二十五歲以上具有下(左)列資格之一者經考試或檢定合格給予證書後得執行西醫業務：

- 一、國立或經立案之公私立醫學專門學校以上畢業得有證書者。
- 二、教育部承認之國外醫學專門學校以上畢業得有證書者。
- 三、外國人在各該國政府得有醫生證書經外交部證明者。

##### 第二條

凡現在執行業務之西醫合於第一條各款之一者在考試或檢定未舉行時得繼續執行業務。

##### 第十六條

本條例施行後凡未領證書或停止執行業務者概不得擅自執行業務違者得由該管官署處以三百圓以下之罰金。

##### 第十八條

西醫違反本條例之規定時除已定有制裁者外得由該管官署處以五十圓以下之罰金其因業務觸犯刑法時應交法院究理。

<sup>13</sup> 西醫條例完整內容參見附錄五。





## 第十九條

凡畢業於不合第一條第一第二兩款規定之學校或由醫院出身在同一地方執行業務三年以上經衛生部查核其學術經驗認為足勝西醫之任給予證明書者得應西醫考試或檢定在考試或檢定未舉行時準用第二條之規定。

## 第二十條

本條例施行日期以命令定之。

14

從西醫條例中可以看出國民政府對於西醫資格取得是以兩個關卡作為篩選，首先是第一條的特定醫事學校畢業，二是西醫考試，在未舉辦考試前，係以條例第二條準許符合第一條資格之人得繼續執行業務，而對於第一條資格以外之醫事人員，則以第十九條準用第二條規定得繼續執行業務，對於無照擅自執行醫師業務者，則以第十六條處以三百圓以下之罰金。其中，不難看出幾個因應當時社會環境的折衷，事實上，依當時中國之教育及衛生條件，西醫數量仍難以滿足數億人口之需要，若立即施行西醫條例，將產生大量密醫的問題，因此一方面儘量放寬取得西醫資格之方式，其二，在考試未舉辦前允許現行醫事人員暫行業務，其三，針對無照行醫者不以自由刑而以罰金處置，同時考量整體社會現況未必能立即實施西醫條例的情況下，在條例公布後，施行日期仍交由主管機關另行決定。

但縱使西醫條例仍未馬上施行，其公布已然引起中醫界的警覺，由於條例中所管制的醫事人員完全屬於西醫，而將來舉辦之考試或檢定亦屬西醫之內容，對於中醫部分毫無相關，有朝一日條例施行，目前暫許行醫的中醫將不再有合法身分，且亦無取得合法身分之可能，因此在民國 22 年(1933 年)時，中醫界即商請委員於中央政治會議提案制定「國醫條例」，經決議後發交立法院審查，然而在立法院通過後確遲未公布，直到民國 25 年(1936 年)1 月，國民政府方公布中醫

<sup>14</sup> 國民政府文官處印鑄局，《中華民國國民政府公報-39 冊-482 號》（南京市：國民政府文官處印鑄局公報發行所，1930 年），頁 7-8。

條例，摘錄部份內容<sup>15</sup>如下：



## 「中醫條例

### 第一條

在考試院舉行中醫考試以前，凡年滿二十五歲，且具有下(左)列資格之一者，經內政部審查合格，給予證書後，得執行中醫業務：

- 一、曾經中央或省、市政府中醫考試或甄別合格得有證書者。
- 二、曾經中央或省、市政府發給行醫執照者。
- 三、在中醫學校畢業得有證書者。
- 四、曾執行中醫業務五年以上者。

前項審查規則，由內政部定之。

### 第二條

凡現在執行業務之中醫，在未經內政部審查前，得暫行繼續執行業務。

### 第七條

西醫條例第四條、第六條、第七條、第十條、第十一條、第十三條、第十五條及第十七條之規定，於中醫準用之。

### 第八條

受停止執行業務處分之中醫，擅自執行業務者，該管當地官署得處以一百圓以下之罰鍰。

### 第九條

中醫違反本條例之規定時，除已有制裁者外，該管當地官署得處以五十圓以下之罰鍰。其因業務觸犯刑法時，應交法院辦理。

### 第十條

本條例自公布日施行。

」<sup>16</sup>

<sup>15</sup> 中醫條例完整內容參見附錄六。

<sup>16</sup> 國民政府文官處印鑄局，《中華民國國民政府公報-103 冊-1952 號》（南京市：國民政府文官處



中醫條例之內容與西醫條例相比，除條文數較少外(部份條文直接準用西醫條例)，最主要還是在於「醫師」資格取得之差異，由於中醫在當時由學校培養出身者，所佔比例甚低，因此大多得透過中央或地方機關進行甄別審查，使得民國 25 年(1936 年)1 月條例公布後，表面上中醫在國內的行醫地位暫獲保障，然而在後續中醫執業資格的審查權與管理權上，確引發其他爭議問題，依該條例之內容，主管機關應為內政部，但《中醫條例》公布不久後，衛生署即訂定「中醫審查規則」，行使中醫的資格審查權，該審查規則之內容較中醫條例嚴苛，造成中醫界的不滿，嗣後，行政院為統一事權便於中央政治會議上提議於衛生署中設立中醫部門，但因先前對衛生署之不信任，故而主張仍由內政部主管，在經過將近十一個月的請願、折衝後，最終以修改《衛生署組織法》之方式，於其中設立中醫委員會，並修正《中醫條例》，將資格審查之權能置於衛生署中醫委員會<sup>17</sup>。至此中西醫的條例問題，方告一段落。

事實上在中西醫條例及其他醫事人員法律通過後，醫事人員依法需先向衛生署請領執照後，方能執行業務。隨後在民國 26 年(1937 年)進入中日戰爭時期，由於戰爭的發生，使得原先國府所規劃之醫事人員管制計劃頓時大亂，考試亦難以舉行。截至民國 31 年(1942 年)底，於衛生署登記在案之西醫師總數不過 11850 人，而中醫師經審查合格者也僅有 4713 人，數量上相當不足，在進入戰爭狀態後，國民政府有感於醫師數過少，早已在民國 29 年(1940 年)時另外增設醫師甄別辦法，放寬標準增加醫師數量，應甄者只要在指定醫藥衛生或軍醫機關服務六個月以上，成績優良，經醫師甄別委員審查合格者，即發給甄別醫師證書，得執行醫師業務，至民國 31 年(1942 年)底止，共有 1066 人登記甄別，其中 480 人取

---

印鑄局公報發行所，1936 年)，頁 1。

<sup>17</sup> 鄧鐵濤、程之范，《中國醫學通史-近代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000 年〕，頁 168-169。

得合格證<sup>18</sup>。這一類在戰爭期間所甄別的醫師以及軍隊所自行招募之醫官，即成為日後在臺灣，醫師法改革所面臨的問題之一。



至於醫師法的立法部分，係於民國 31 年(1942 年)時，衛生署擬定「醫師法」草案送入立法院，但原草案中，並未將中醫資格列入，後經立法院一番討論修改後，方置入中醫條文，在民國 32 年(1943 年)8 月時通過，其內容主要將原先之中西醫條例合併，並另外加入醫師公會之條文，共有四十條，這也是目前台灣所使用的醫師法最早的雛型。

#### 四、民國時代中國的傷科推拿樣貌

##### (1) 傳統中醫體系

###### 1. 由官方醫學落為民間醫療

在清代早期時的官方醫療中原仍有正骨科，但到了中晚期以後隨著醫療改制及西醫東漸以後，傷科推拿即退出官方醫療體系的範疇，而進入民國後，太醫院不復存在，政府角色亦有所轉換，不論是早期的北洋政府或後期的國民政府，都傾向扶植新(西)式醫療，並以此為基礎來規劃教育政策以及管理醫事衛生環境，這使得原先在官方民間皆有一定地位的傳統中醫，完全遁入民間，且開始面臨西方醫學的競爭。

###### 2. 人才培育模式

在清末之時，傳統中醫的培養來源分為官方跟民間，官方部份主要為清代太醫院，同治年間時在太醫院內設醫學館專司醫學教育，光緒年間，又於京師大學堂成立後設立醫學堂，但官方所培養之人才數僅佔從醫人口中的極少數，傳統中

<sup>18</sup> 張研、孫燕京，《民國史料叢刊—史地·年鑒》〔鄭州市：大象出版社，2009 年〕，頁 403-405。

醫仍多仰賴民間的養成<sup>19</sup>。在當時民間並無所謂的醫學校，中醫的傳承主要採師徒傳授的型態，其學生來源相當多元，可能是自家子女、親戚，或者非親非故之外徒，傳承自家子女者的醫學世家不在少數，教學上以醫書、醫案、草藥知識為主，但也因各個醫家培育之方式略有差異，使中醫之能力容易參差不齊。

進入民國後，隨著新式教育興起，中醫學堂與中醫學校開始如雨後春筍般冒出，並逐漸有改革人士提出統一教材及分科教程之建議，例如民國元年(1912年)在上海成立之神州醫學傳習所，便將教程分為普通科及專門科目，普通科包含：內經、難經、傷寒、雜病、本草，專門科目則有：內科、外科、婦科、兒科、針灸科、眼科、喉科等，但此時各地學校之學制及教學內容仍未一致，直到民國18年(1929年)7月在上海召開全國中醫教材編輯會議後，方對統一教材及課程有一致性的方向，民國22年(1933年)時，中央國醫館公佈《中央國醫館整理國醫藥學術標準大綱》，初步將中醫學分為基礎學科及應用學科兩類，其中基礎學科包含：解剖生理學、衛生學、病理學、診斷學、藥物學、處方學、醫學史，應用學科則包含：內科學、外科學、婦科學、兒科學、眼科學、喉科學、齒科學、針灸科學、按摩科學、正骨科學、花柳科學、法醫科學<sup>20</sup>。標準大綱公佈後，各校課綱仍存在些許差異，但整體已趨向一致，而在學校教育中，與傷科推拿相關的課程，主要是按摩與正骨，因此已有部分傷科推拿從業者透過此種方式培養而出。

### 3. 行醫樣貌

由於清政府對於醫事人員管理相當鬆散，且對民間的從醫人員不曾進行分類統計，直到民國後才對醫事人員有所統計，然而僅針對領有官方執照者始有檔案

<sup>19</sup> 鄧鐵濤、程之范，《中國醫學通史-近代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000年〕，頁195-197。

<sup>20</sup> 鄧鐵濤、程之范，《中國醫學通史-近代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000年〕，頁213-220。

紀錄，其於皆為民間資料，據民國 23 年(1934 年)時的民間統計，28 個大型城市當中約有中醫師一萬兩千餘人，而全國約四十萬名從事傳統中醫的醫事人員<sup>21</sup>，然而在此類紀錄對於中醫師的分科並無詳細的人數記載，故僅能由個別專精於傷科的中醫師資料中，一窺其行醫樣貌。

斯時，專攻跌打損傷等疾病的傷科中醫並不多，從事者經常也習練武術，治療手段上以手法為主，並輔以藥物治療及武術鍛練來進行後續復健，手法針對不同症狀可分為筋傷手法及骨折手法，藥物治療則是常見的外用膏藥、敷貼等，並搭配內服藥方以增進療效，部份醫家若學有兼長，還會輔以針灸療法來協助治療，而有規模較大之傷科醫院，在當時為增加骨骼疾病判斷的準確度，引進 X 光機，以提升治療水準<sup>22</sup>。可以說，民國時代中國的中醫治療理念，基本上與過去所強調的內外兼治、整體調理等思想並無二致，並開始與西方醫學有所交流<sup>23</sup>。

而從事傷科的中醫，對於外傷肌肉骨骼的疾病最為了解，因此也在內外戰爭不斷的民國時期中，成為軍隊所極力延攬的對象，經常擔任軍隊中教導一般兵員救護知識的講師，甚至就直接聘為上級軍醫，負責戰地救傷及統籌醫療事務的管理，當時還著有一些緊急醫傷之書籍，例如《國醫軍陣傷科學概要》等書，可看出傷科中醫對急救醫療之著墨<sup>24</sup>。

## (2) 傳統武術體系

### 1. 中央國術館的創立

民國 17 年(1918 年)，南京國民政府在李烈鈞、馮玉祥、鈕永建、蔡元培、

<sup>21</sup> 鄧鐵濤、程之范，《中國醫學通史-近代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000 年〕，頁 172-173。

<sup>22</sup> 朱德明等，《杭州醫藥史》〔北京市：中醫古籍出版社，2007 年〕，頁 192-193。

<sup>23</sup> 鄧鐵濤、程之范，《中國醫學通史-近代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000 年〕，頁 271-291。

<sup>24</sup> 朱德明等，《杭州醫藥史》〔北京市：中醫古籍出版社，2007 年〕，頁 192-193。鄧鐵濤、程之范，《中國醫學通史-近代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000 年〕，頁 271-291。

于右任等人之建議下在南京設立中央國術館，並在全國各地設立省、市級國術館以及縣級國術館，以推廣傳承中國武術。「國術」一詞乃是「中國武術」的簡稱，在此之前，中國各地因時代、地區、風俗的不同、對於武術也有不同的稱呼。如北方人稱之為「把式」，而南方人稱之為「拳頭」<sup>25</sup>。中央國術館成立後，便由首任館長張之江向政府申請統稱為「國術」，此即為日後在台灣隨處可見的國術館名稱之由來<sup>26</sup>。

中央國術館為主管武術的國民政府中央行政機構，性質上較偏向體育組織，早先因門派之見欲分設少林、武當兩門制，之後為避免門派鬥爭，方改設理事會、監事會，並設置館長、副館長、顧問、教務處、總務處等行政組織。在課程方面，中央國術館所教授之內容相當廣闊，其包含少林查拳、彈腿、八極、劈掛、八卦、形意、六合、太極、六合八法、摔跤、拳擊、日本劈劍刺槍、醉拳、猴拳、新武術等項目，並針對不同年齡及程度之學生，分設有教授班、師範班、練習班、青年班、少年班。

也因國術館之成立目的在強身健體、傳承發揚中華武術，這使得由中央國術館或各地國術館所培養之學員，在修業完畢後往往選擇開館傳承武術或者投身軍旅，在中日戰爭期間，就有不少學員未結業完畢，即投赴前線<sup>27</sup>，日後部分武師以軍人身份輾轉隨政府來台，在台退伍後便紛紛開設國術館。

## 2. 武師的行醫樣貌

民國時代武師在拜師學武之初，即必需對人體有所認識，當時的武學修練方法延續清代之習慣，分為內功與外功，外功就是一般所熟知的拳、腳、刀、槍等，為學習外功，習武者首先就要認識人體各種肌肉、骨骼、關節，一方面是為了要

<sup>25</sup> 蔡敏忠等，〈學校國術教材系統規劃研究〉，國立體育學院，頁 13-14，1994 年。

<sup>26</sup> 劉波，《台灣武術四百年發展史》〔台北市：逸文武術文化有限公司，2011 年〕，頁 172-173。

<sup>27</sup> 劉波，《台灣武術四百年發展史》〔台北市：逸文武術文化有限公司，2011 年〕，頁 174-176。

自我鍛鍊，在練武時針對不同的技法要鍛鍊不同的肌肉骨骼部位，而另一方面則是為了要傷敵之用，當武師熟知人體上較脆弱的部位時，自然容易一招斃敵，是故，民國武師在學武同時也要學習跌打損傷治法，其針對的症狀包含內傷、外傷、骨折脫臼、鎗彈傷等，一般外傷、骨折脫臼、通常多以手法復位，並以內服、外用藥方治療，此時期常見的藥物包含有金鎗散、止血散、生肌散、保骨丹、接骨方、整骨方、拔鎗子方、跌打青腫藥洗、治傷膏帖、跌打藥酒等<sup>28</sup>。而內功部份，則是學習氣功和打坐一類的功法以及人體穴道知識。

在這樣的養成背景下，武師於民國時代中國自然時常扮演肌肉骨骼疾病醫治者的角色，然而有趣的是，因這一群武者同時具備了兩種身份，一為武者，二為醫者，這也使他們在民國時，面臨傳統醫療遭受衝擊時，得以另外的身份，繼續留存。

## 五、小結

### (1) 傳統醫療走入西方醫療

清政府在八國聯軍後的最後十年，雖力求君主立憲，試圖移植改進西方制度，然而一切法制仍在籌備階段，即為中華民國所取代，斯時，求新求變向西方看潮的浪潮在民國初年是愈加劇烈，不斷襲向整個中國社會，這使得醫療體制亦無法置身事外，對於醫療產業的管制日趨嚴格，然而國家政策對傳統醫療與西方醫療在態度上確有極大的差異，這可以從幾個方面加以觀察，一是現代化公共衛生制度的建立，需要搭配西醫的知識體系與管理架構，以用於防止傳染病及環境疾病，自然使得國家資源的投注偏向西醫，二是高等教育體制，全力移植西方科學，部分激進人士甚至主張應廢除舊式教育，因此在學術圈和人才培養上，也不利傳統醫學。

---

<sup>28</sup> 萬籟聲，《武術匯宗》〔台北市：臺灣商務印書館股份有限公司，1982年〕，頁320-337。





## (2) 證照制度立法形成衝突場域

進入現代法制國家後，法律成為國家政策推行的誠命，自然成為各方利益競逐的場域，由於中國在民初之時軍閥混戰，醫療管理政策上普遍處於各行其事、有法無管的狀態，因此談不上管制的問題，到了民國 17 年(1928 年)國民政府北伐統一後，內戰稍歇，國家法制開始真正建構施行，而中西醫的衝突才亮到檯面上，從中西醫條例的制定過程及法規內容，不難看出對中西醫的差異態度，西醫條例先於中醫條例制定，而中醫條例在制定過程中遭遇醫師資格取得的爭議，對於多數非由正規學校生產的「中醫」，究竟該如何評價他們的醫術，由誰來評價他們是否有足夠能力取得醫生資格，這背後所隱藏的問題，其實就是中醫要走入現代法律管制中所面臨的轉型困難，而證照制度立法只是一個呈現的舞台。

## (3) 傷科推拿從業者「國醫」與「國術」的兩樣情

從第二章起本文即說明，傷科推拿從業者的多元性，不但傳統中醫從事、民間武者、軍人往往也有從事的慣習，然而到了民國時代中國，國民政府對於「國醫」與「國術」的態度確是兩樣情，相較於國民政府對於「國醫」的消極態度，國民政府對於「國術」的推廣則不遺餘力，一是因當時處於冷兵器剛過渡到熱兵器的時期，二則為國家處於內外戰爭不斷的狀態，而必須拉攏武人，同時藉由武術的推廣來強化民族自信心，這也使得具有武者身份的傷科推拿從業者，雖然在輕中醫、重西醫、強調正規西醫醫療的環境下，得以另外的身分繼續存留。

## 第二節、台灣戰後的傷科推拿發展(1945 至今)



### 一、台灣戰後醫政制度發展

#### (1). 衛生行政主管機關

中華民國在民國 36 年(1947 年)底行憲後，即於中央設立衛生部，其下分設有醫政司、防役司、保健司、地方衛生司、藥政司、總務司，其中有關醫事人員的登記、給證事項以及業務督導事項，係由醫政司所掌理，藥物的使用管理、登記、查驗，藥商的給證管理則由藥政司負責<sup>29</sup>。

台灣方面，由於接收之初係成立行政長官公署，組織架構上與同時期其他地區所採的省政府不同，衛生事務由行政長官公署民政處辦理，至民國 36 年 5 月後體制改為省政府，方由省衛生處辦理，因此台灣的醫政事務管理主要由省府負責<sup>30</sup>。

民國 38 年(1949 年)中央政府遷臺後，全國衛生行政之管理，初於內政部中設衛生司掌理，其他業務因編制及預算不足之故，多委由臺灣省政府辦理，直到民國 60 年(1971 年)時，方正式成立行政院衛生署，其下設有醫政處、藥政處、食品衛生處、防役處、保健處、企劃室、秘書室，其中醫事人員的登記、給證事項以及執業管理監督事項由醫政處掌理，藥物的使用管理、登記、查驗，藥商的給證管理則由藥政處負責<sup>31</sup>。

在地方部份，省政府下設衛生處，主要在管理下轄之省立醫院、初級人員衛

<sup>29</sup> 臺灣省文獻委員會，《重修臺灣省通志卷七一政治衛生篇(第一冊)》〔南投縣：臺灣省文獻委員會，1995 年〕，頁 89-92。

<sup>30</sup> 臺灣省文獻委員會，《重修臺灣省通志卷七一政治衛生篇(第一冊)》〔南投縣：臺灣省文獻委員會，1995 年〕，頁 101-120。

<sup>31</sup> 臺灣省文獻委員會，《重修臺灣省通志卷七一政治衛生篇(第一冊)》〔南投縣：臺灣省文獻委員會，1995 年〕，頁 95-97。

生所、衛生材料廠、及其他衛生機關包括各縣、省轄市之衛生局，而直轄市則設有衛生局。<sup>32</sup>地方機關對於醫事人員僅有管理權責，不涉及發照給證事務，而藥品部分亦只有檢驗、管理權責。



因此與本文所討論議題相關的醫師法、醫師法施行細則、中醫師檢覈辦法、醫師人員甄訓辦法、醫事人員檢覈辦法、國術損傷接骨技術員辦法以及各項藥物管理法規之主管機關即為衛生署。

## (2). 醫學教育

戰後初期，台灣在醫學教育方面，主要承接日本政府所留下之機構，包含臺北帝國大學醫學院的臺大醫學院及附屬醫專等培育醫師之學校，以及各地醫院之護士養成所，在傷科推拿教育方面，則是接手台灣總督府所留下之台北、台南兩所盲啞學校，培育按摩人員，此四年期間由於中國各地陷入國共內戰，因此對於台灣的醫學教育，主要仍維持日人所留，並無太多改變。

中央政府遷臺之初，在可控制的臺澎金馬地區，醫學教育院所僅有前身為臺北帝國大學醫學院的臺大醫學院及附屬醫專<sup>33</sup>，還有隨政府遷台的國防醫學院<sup>34</sup>，之後方陸續於民國 43 年(1954 年)設立私立高雄醫學院<sup>35</sup>，民國 47 年(1958 年)設立私立台北醫學院<sup>36</sup>以及私立中國醫藥學院<sup>37</sup>，民國 49 年(1960 年)設立私立中山醫學

<sup>32</sup> 臺灣省文獻委員會，《重修臺灣省通志卷七一政治衛生篇(第一冊)》〔南投縣：臺灣省文獻委員會，1995 年〕，頁 101-120。

<sup>33</sup> 臺灣省文獻委員會，《重修臺灣省通志卷七一政治衛生篇(第二冊)》〔南投縣：臺灣省文獻委員會，1995 年〕，頁 1360-1363。

<sup>34</sup> 臺灣省文獻委員會，《重修臺灣省通志卷七一政治衛生篇(第二冊)》〔南投縣：臺灣省文獻委員會，1995 年〕，頁 1642-1643。

<sup>35</sup> 臺灣省文獻委員會，《重修臺灣省通志卷七一政治衛生篇(第二冊)》〔南投縣：臺灣省文獻委員會，1995 年〕，頁 1404-1405。

<sup>36</sup> 臺灣省文獻委員會，《重修臺灣省通志卷七一政治衛生篇(第二冊)》〔南投縣：臺灣省文獻委員會，1995 年〕，頁 1419-1420。

<sup>37</sup> 臺灣省文獻委員會，《重修臺灣省通志卷七一政治衛生篇(第二冊)》〔南投縣：臺灣省文獻委員會，1995 年〕，頁 1431-1433。

院<sup>38</sup>，民國 64 年(1975 年)設立國立陽明醫學院<sup>39</sup>等，至民國 85 年(1996 年)以前，國內就維持 7 所醫學院，其中 6 所為(3 所國立、3 所私立)西醫體系，1 所為(私立)中醫體系。



此七所醫學院內部主要設有醫學系、牙醫學系、藥學系、護理學系、醫事技術學系、復健學系、公共衛生學系等，其中醫學系需就讀七年、牙醫學系為六年，其他學系為四年方可畢業，而醫學系及牙醫系於畢業後需另行參加國家考試始能取得醫師證書。

醫事輔助人員部分，早期分別在台北、台中、台南三地設立省立台北醫事職業學校、省立台中高級護理助產職業學校、省立台南高級護理職業學校，主要在培植一般衛生護理人員、公共衛生護理人員以及助產士<sup>40</sup>。

此時有關傷科推拿之學校教育，除接手台灣總督府所留下之台北、台南兩所盲啞學校外，就僅有私立中國醫藥學院醫學系之課程中設有傷科學，其中盲啞學校主要為輔導盲生習得按摩手法以進入就業市場，並未招收明眼人學習按摩，而中國醫藥學院則是在學生畢業後，得於分科時選擇成為傷科中醫，惟人數並不多，因此當時明眼人若欲學習傷科推拿，幾乎沒有學校管道。

## 二、醫師法的修法問題

### (1). 合法醫事人員能力參差不齊的醫療環境

如前章所述，在日治時期總督府雖力圖增加西醫醫事人員，然而在人口增長

<sup>38</sup> 臺灣省文獻委員會，《重修臺灣省通志卷七一政治衛生篇(第二冊)》〔南投縣：臺灣省文獻委員會，1995 年〕，頁 1446-1447。

<sup>39</sup> 臺灣省文獻委員會，《重修臺灣省通志卷七一政治衛生篇(第二冊)》〔南投縣：臺灣省文獻委員會，1995 年〕，頁 1458-1459。

<sup>40</sup> 臺灣省文獻委員會，《重修臺灣省通志卷七一政治衛生篇(第二冊)》〔南投縣：臺灣省文獻委員會，1995 年〕，頁 1463-1472。

以及合法漢醫消滅速度快於總督府醫學院培養醫師的情形下<sup>41</sup>，台灣受過正規醫學教育訓練之醫事人員始終趕不上民間之需求，加以西醫藥費較高、民眾難以負擔，進而造成民間一直存在有非醫事人員販賣藥物以及從事傳統醫療，或者以密醫身份進行西醫的療法<sup>42</sup>，而到了中華民國接收臺灣後，此一問題仍未獲得解決。

在民國 34 年(1945 年)10 月 25 日起，中華民國法律施行於臺灣<sup>43</sup>，在醫療方面，民國 32 年(1943 年)所頒行的醫師法也就一體施行於臺灣，當時的社會狀況因政權交接而較為混亂，在國民政府接手總督府所留下之衛生行政制度及醫療管理體系的過渡期間，民間傳統醫療便趁勢而起，而在總督府自然消滅政策下，幾乎奄奄一息的台灣漢醫，也開始依據醫師法第三條第三款規定申請檢覈取得中醫師資格：

「醫師法第三條：

中醫具有左列資格之一者，亦得應醫師檢覈：

- 一、曾向中央主管官署或省市政府領有合格證書或行醫執照者。
- 二、在中醫學校修習醫學並經實習成績優良，得有畢業證書者。
- 三、曾執行中醫業務五年以上卓著聲望者

一時之間，許多台灣漢醫便於報刊上刊登「銘謝某某名醫」作為「卓著聲望」的證明，以此方式向主管機關申請，試圖取得中醫師資格<sup>44</sup>。這也造成當時中醫師資格管理上的混亂。

<sup>41</sup> 張秀蓉編註，《日治臺灣醫療公衛五十年》(臺北市：國立臺灣大學出版中心，2012 年)頁 447。

<sup>42</sup> 丁崑健，〈日治時期漢醫政策初探—醫生資格檢定考試〉，生活科學學報，頁 101，2009 年，頁 100-104。

<sup>43</sup> 王泰升，《臺灣法的斷裂與延續》(臺北市：元照出版有限公司，2002 年)頁 20-21。

<sup>44</sup> 吳基福，《中國醫政史上的大革命》(台北市：中華民國醫師公會全國聯合會，1980 年)，頁 17-19。

在中日戰爭以前，合法醫師不足的問題，亦不斷困擾著國民政府，戰爭期間，即為了增加醫師而臨時設置醫師甄別辦法，對日作戰勝利後的國民政府，因有感於各省醫療人員不足，在原有的醫師考覈制度外，又另設醫師人員甄訓辦法，其內容主要規定：「凡在大陸淪陷地區執行業務有年未具法定資格之醫事人員，應依本法參加甄訓，以取得醫師資格；前項甄訓之辦理，以一次為限」，此一辦法的施行，同樣使西醫師得以類似醫師法第三條第三款的模式，取得醫師資格，只要在各省稍具經驗，不論年齡、學歷，只需繳交保證書及資歷證明一張，即可取得甄訓醫師資格。總計由民國 36 年(1947 年)公布起，自 42 年(1953 年)止，共甄別了九百五十位醫師。

事實上，在中央政府遷臺後的三、四年，為了重新整理醫事人員資格，即有大量檢覈醫師之情形：

年 別	醫 師		中 醫 師	
	人 數	累 計 人 數	人 數	累 計 人 數
民國 39 年	1110	1110	781	781
民國 40 年	2574	3684	556	1337
民國 41 年	1365	5049	318	1655
民國 42 年	394	5443	100	1755
民國 43 年	215	5658	106	1861
民國 44 年	236	5894	40	1901
民國 45 年	215	6109	146	2047

資料來源：衛生署 臺灣歷年醫事人員核準給證人數及累計人數

中央政府播遷來台後，只要符合醫師法第二條之情形：

「對於具有左列資格之一者，前條考試得以檢覈行之：

- 一、公文或經教育部立案或承認之國內外專科以上學校，修習醫學並經實習成績優良，得有畢業證書者。
- 二、在外國政府領有醫師證書經衛生署認可者。

前項檢覈辦法，由考試院會同行政院定之。」



即可驗發醫師證予臺灣本省醫師以及外省來台的醫師，以及一部份透過前述醫師人員甄訓辦法申請醫師資格者，而中醫則是以醫師法第三條的情形處理。這造成了幾個問題，包含西醫執業者來源本身就存在差異，中醫者缺乏學校教育者較多，民間培育品質落差大，使得早期臺灣合格的醫事人員就存在參差不齊的現象。

## (2). 密醫問題的管制

在國民政府接收台灣後，日治時期已存在的密醫問題並未因此消散，反而因合格醫事人員培養過慢且素質參差不齊、國家行政管制力度下降、以及法規罰則輕微等原因，使得密醫現象在一九七零年代以前與日治時期相比，有過之而無不及，據早期的文獻指出，台灣存在的密醫約有近萬，公然行醫者亦大有人在，擅自開立猛藥、毒藥、興奮劑、抗生素、注射藥品等<sup>45</sup>，當時密醫的類型其實也相當多樣化，有自稱祖傳密方的江湖郎中販售藥物、在醫療診所當過助手者或檢定不合格的「醫師」為人看診注射、無照產婆為人接生、打拳賣藥的武師為人拔牙接骨、打胎密醫、廟宇藥籤、乩童開藥、神壇鎮煞等，皆為戰後存在於台灣社會的民俗療法。

密醫問題在日治時期即是禁而難絕，在戰後政權移轉予中華民國後，持續陷入內戰問題的國民政府，並無多餘的資源與心力投入民生建設，更遑論醫療問題的改革，加以接收台灣後，行政長官公署與省政府之行政管制效率遠不如總督府，致使民間密醫問題，仍然懸而未決。而中央政府播遷來台後，早期亦注重軍政，一段期間後，兩岸局勢稍微和緩，方有餘力介入民政，此時醫療管理的問題方浮

<sup>45</sup> 吳基福，《中國醫政史上的大革命》〔台北市：中華民國醫師公會全國聯合會，1980年〕，頁17-19。

上檯面，其中密醫的處理即成為重要問題之一。



斯時，密醫的存在原因主要有三，其一，是民眾的醫療慣習使然，部份民眾習於使用民俗療法，其二，是私立醫院收費過高，公立醫院則是難以排到醫師看診，其三，密醫是服務到府、收費較低，且部份密醫確實有醫術，醫療效果未必劣於合格醫療院所<sup>46</sup>。

而在法律管制方面，在民國 32 年(1943 年)將中西醫條例整併為醫師法後，醫界對於民國 32 年版醫師法的醫療管制始終存在著批評聲浪，除了前述對醫事人員資格給予標準不一的問題外，就醫療行為管制取締也感到不滿，依民國 32 年版醫師法的內容，對於無照行醫者的取締，係以醫師法第 26 條予以處罰：

「凡醫師未經領有醫師證書或未加入醫師公會擅自開業者，由衛生主管官署科以參百圓以下罰鍰。」(民國 37 年 12 月 3 日修正)

由此規定來看，無照行醫者，基本上只有受到輕微的行政罰鍰，嚇阻效果相當有限，除非有致人死傷的情況，方需論以刑事責任，然而刑事責任部份，對於有照無照的醫師，皆為一體適用。甚至有文獻指出，民國 46 年(1957 年)時行政法院見解認為，密醫並非醫師，因此衛生單位不得以醫師法 26 條開罰<sup>47</sup>，但此一說法並不符合最高行政法院 46 年判字第 33 號判例之見解，依該判例內容所指，密醫仍為醫師法 26 條的處罰客體。但即使密醫成為 26 條之處罰客體，處罰輕微，加上執行力有限，使得現有法律仍難以解決密醫問題。這樣的情況也進一步蘊釀了醫師法的修正芻議。

<sup>46</sup> 〈談密醫〉，1954-01-04/聯合報/03 版/。

<sup>47</sup> 吳基福，《中國醫政史上的大革命》〔台北市：中華民國醫師公會全國聯合會，1980 年〕，頁 19。



### (3). 非醫事人員為醫療行為的刑法化

因前述醫師資格取得及前節所述之密醫問題存在，自民國 44 年(1955 年)起，省政府衛生處、台灣省醫師公會、司法行政部、內政部衛生司等單位即陸續對醫師法的修改提出參考意見，其中就非醫師者擅施醫療行為的部份，省衛生處建議增訂<sup>48</sup>：

「非醫師擅施醫療行為者，處六個月以上二年以下有期徒刑、拘役或三百元以上一千元以下罰金，其藥械沒收之。」(第 26 條)

內政部衛生司於民國 48 年(1959 年)則主張修改醫師法第 26 條及第 28 條為<sup>49</sup>：

「醫師未經領有開業執照，或未加入醫師公會擅自開業者，由地方衛生主管官署處以五百元以下罰鍰。」(第 26 條)

「凡不合於本法第一條規定，擅自經營醫療業務者，處六個月以下有期徒刑或拘役，其藥械並沒收之；但在公立醫療機構醫師指定下實習之醫科學生與護士、助產士或臨時施行急救者不在此限。其違犯前條之規定致人於傷害或死亡並加重處罰」(第 28 條)

由內政部衛生司及省衛生處的草案可看出，對於密醫醫療行為的刑法管制是一致的，然而兩相對照下，省府草案顯較內政部嚴厲，以當時刑法 41 條之規定：

「犯最重本刑為三年以下有期徒刑之刑之罪，而受六月以下有期徒刑或拘役之宣告，因身體、教育、職業或家庭之關係，執行顯有困難者，得以一元以上、三元以下折算一日，易科罰金。」，換言之，內政部草案在有特殊情形的情況下，即

<sup>48</sup> 吳基福，《中國醫政史上的大革命》〔台北市：中華民國醫師公會全國聯合會，1980 年〕，頁 29。

<sup>49</sup> 吳基福，《中國醫政史上的大革命》〔台北市：中華民國醫師公會全國聯合會，1980 年〕，頁 34。

可易科罰金，那麼在實質運作上，等同回到先前由衛生主管機關僅對密醫課以罰鍰的現象，這也使得衛生司所提出的草案引起醫界不少的質疑<sup>50</sup>。

另一方面，無照醫療行為的刑事處罰化也引起退除役軍醫及其他醫事人員的恐慌，事實上在當時軍隊中存在許多因應戰爭時期所需，而以短期訓練班、速成班等模式所訓練出的醫事相關人員，此類人士在退役後，往往從事密醫，此外還包含諸如鑲牙生、齒模技術工、接骨拳頭師、無照密醫等等存在於民間，從事涉及醫療行為的醫事、非醫事人員皆紛紛向立法院請願，這也造成醫師法 28 條的修法討論上一直存在許多正反意見<sup>51</sup>，拖延多年而遲遲無法定案。嗣後在民國 56 年(1967 年)通過，但因退役軍醫逾千人，未能及趕及辦理檢覈，遂於醫師法 43 條規定，將施行日期交由行政院以命令決定，最終於民國 64 年(1975 年)公佈實施<sup>52</sup>，其中最為關鍵的醫師法第二十八條修正，其條文如下：

「未取得合法醫師資格擅自執行醫療業務者，處一年以上三年以下有期徒刑，得併科二千元以上五千元以下罰金，其所使用之藥械沒收之。但在中央衛生主管機關認可之實習醫院醫師指導下實習之醫科學生、護士、助產士或臨時施行急救者，不在此限。(第一項)

犯前項之罪因而致人傷害或死亡者，應依刑法加重其刑二分之一，並負損害賠償之責。(第二項)」

在將近二十年的研擬、討論後，臺灣的無照醫療行為管制確定由行政罰走向刑法化，伴隨此一條款通過，政府針對許多未能透過學校教育取得醫師資格者，

<sup>50</sup> 吳基福，《中國醫政史上的大革命》〔台北市：中華民國醫師公會全國聯合會，1980 年〕，頁 35。

<sup>51</sup> 吳基福，《中國醫政史上的大革命》〔台北市：中華民國醫師公會全國聯合會，1980 年〕，頁 56-142。

<sup>52</sup> 軍醫除役是否繼續具有醫事人員資格爭議未決導致醫師法施行日未定，參見行政院衛生署醫師法修正沿革網站資料，[http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2\\_p01.aspx?class\\_no=25&now\\_fod\\_list\\_no=9009&level\\_no=2&doc\\_no=7005](http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_p01.aspx?class_no=25&now_fod_list_no=9009&level_no=2&doc_no=7005) 最後瀏覽日期 2011 年 6 月 22 日。

又另行頒佈「特考條例」予以特別處理，而其中與本文所欲討論之傷科推拿有關部份，即為國術損傷接骨技術員管理辦法。



事實上，在醫師法此次後，有關各類民間傳統醫療的管制，都逸脫不了「醫療行為」的定義問題，這也涉及到日後對於傷科推拿從業者所為之行為，是否為醫療行為之爭議。

### 三、傷科推拿的管理問題與證照制度

#### (1). 民間證照與官方證照

民國 34 年(1945 年)底國民政府正式接收台灣，且帶入民國時代中國所發展出來的「國術」概念。在民國 38 年(1949 年)中華民國中央政府遷台後，即有不少國術好手於軍隊中隨政府來台，國軍之中，原有中國各地國術館、武館的武師，在退伍後陸續於民間自行創辦私人國術組織，並沿用國術館之名稱來命名，而相對於此類隨政府來台者，台灣當地社會由清治時期、日治時期所存續下來的各式武館亦存在於各個角落。

在中央政府播遷來台後，台灣省國術會於民國 40 年(1951 年)成立，當時傷科「證明書」的收入是國術會主要經濟來源，而取得此證明書為拳頭師傅從事損傷接骨之重要文件。教授國術之人因本身習武對身體骨骼有完整的認識，通常對於一般民眾的跌打損傷都能提供有效的醫療，除了一般外傷之外，對於日治時期法規所禁止的脫臼與接骨，中華民國法令雖有醫師法 26 條加以禁止，但因台灣從事此類醫療行為罰則甚輕，且政府衛生管制執行力，宥於諸多因素而未力行，使得當時台灣許多的武館及國術館皆從事傷科推拿之事業，而台灣省國術會所發給之證書，並非官方所核準職業許可，而是民間團體所給予的一項「認證」。而

官方證照部份，僅在地方衛生院(局)發有接骨執照，事實上早期政府對於此類從業人員，並無太多積極性的管制與管理。

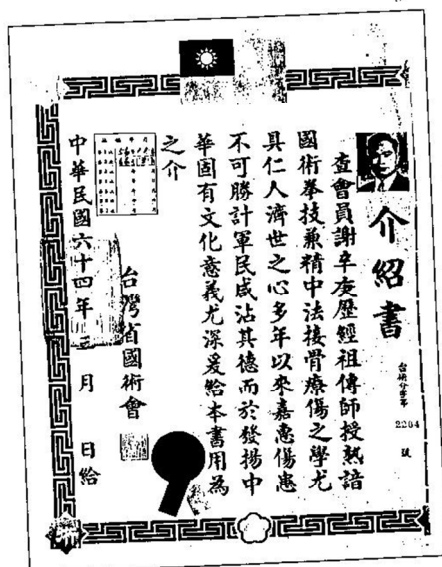
8 當代台灣國術史料彙編·第一輯



(圖 5)

圖為民國四十一年台灣省國術會頒發之證明書，該證明書原為服務會員而頒發，後因遭人指責而將證明書改稱介紹書，但介紹書文字敘述與證明書大同小異。

(國家級教練傅松南先生提供)



圖為台灣省國術會用以取代早期傷科證明書之所演生而出之「介紹書」。

該介紹書除台灣省國術會有提供外，其他如中華民國國術會下屬之各單項委員會亦有提供介紹書供會員使用。

(國際級裁判謝辛庚先生提供)

(圖 6)

嗣後，在民國 56 年(1967 年)版醫師法的通過下，醫師法 28 條的設置完全將非醫事人員排除於醫療業務之外，對於原從事跌打損傷、接骨、治療脫臼的武館、

國術館而言，無疑是斷絕其生路。



因此為減少衝擊，衛生署遂訂頒「國術損傷接骨技術員管理辦法」，接受原領有縣（市）衛生院（局）接骨執照或於民國 56 年(1967 年)6 月 2 日前取得台灣省國術會會員證之人，皆得依本辦法向衛生署申請登記，請領國術損傷接骨技術員登記證。衛生署便於民國 64 年(1975 年)至民國 65 年(1976 年)間，共核發了三千餘張接骨技術員證，至今未再補發。截至民國 100 年(2011 年)底，仍於衛生署登記執業之國術損傷接骨技術員僅餘 1227 人。而該辦法中所定義之技術員為依中醫師指示從事國術損傷接骨整復之人員<sup>53</sup>，由此可知，衛生署所訂出的過渡辦法並非放任國術損傷人員在一段期間內仍得自由執業，乃是在「中醫師」的監督之下，繼續從事接骨整復業務，但不得施行注射或交付內服藥品<sup>54</sup>。

因此未領得前述技術證的相關從業人員並不得施行跌打損傷、接骨、脫臼等醫療行為。自此辦法施行起，衛生署又陸續針對各機關及民眾的函詢，將禁止範圍更加明確化，包含消除瘀血<sup>55</sup>、病理按摩<sup>56</sup>、替人推拿、解決風濕痛、關節酸痛及扭筋、閃腰等跌打損傷<sup>57</sup>等皆被認為屬於醫療行為，同時亦不得調製用來塗抹於患部的膏藥，到後來衛生署直接申明國術館非屬醫療機構<sup>58</sup>。簡而言之，傳統上拳頭師傅只要不具醫師身份或非在醫師指示下施療之接骨技術員，在法律上完全不能公開為民眾進行診療。

## (2). 傷科推拿的執業亂象

事實上，不論是否具有接骨技術員證書，坊間仍然存在大量的國術館、武館

<sup>53</sup>國術損傷接骨技術員管理辦法第三條參照。

<sup>54</sup>國術損傷接骨技術員管理辦法第八條參照。

<sup>55</sup>行政院衛生署 73.2.16.衛署醫字第 466193 號函

<sup>56</sup>行政院衛生署 73.2.23.衛署醫字第 470438 號函

<sup>57</sup>行政院衛生署 75.8.30.衛署醫字第 615049 號函

<sup>58</sup>行政院衛生署 79.8.10.衛署醫字第 893570 號函

為民眾進行損傷接骨、推拿等傷科醫療行為，且多數拳頭師傅都是在沒有中醫師的指示陪同下，獨立為民眾診療，僅有少部分人具有中醫師資格屬於合法執業。

而除了傳統上以手法配合藥酒推拿、外敷膏藥等方式治療外，有部分國術館師傅更以針灸、電療、拔罐等方法，配合給予病患服用中藥丸（粉），此類丸藥多被國術館師傅宣稱為祖傳秘方，但實際上卻是摻雜有西藥成分，其中更有不肖者加入俗稱「美國仙丹」的類固醇製成，影響民眾健康<sup>59</sup>。

在消費者文教基金會成立後，曾分別在民國 74 年(1985 年)、民國 79 年(1990 年)對坊間中醫診所、中藥、蔘藥行、國術館、接骨所、青草藥店、毒蛇店、中藥廠製造的成藥、地攤以及國外攜入者等進行抽查，治療用途以風溼性關節炎最多，過敏性鼻炎為次，化驗風溼鎮痛類藥中發現最多的「苯基布他松」，以及在氣喘、過敏性鼻炎類藥中發現很多的副腎皮質荷爾蒙「培尼皮質醇」，都是作用非常劇烈的醫師處方藥，這些藥在初服有迅速鎮痛、消炎、止喘的神效，但副作用也極強，譬如「苯基布他松」會造成水腫、消化道潰瘍及造血機能破壞等；「培尼皮質醇」會造成水腫、骨質疏鬆及消化性潰瘍等。其中有不少接骨所、國術館，皆被驗出摻雜西藥或禁藥<sup>60</sup>。

對於在執業及用藥上的管理跟限制，相關從業人員亦曾向政府要求改變，在民國 76 年(1987 年)底就曾和其他自醫療法修正實施前即存在的「無照行醫人員」，一同向衛生署請願陳情使他們能夠合法化，或者暫緩取締他們的醫療行為，但衛生署對此事仍表達堅定立場，認為無照行醫就是「密醫」，違法者將面臨處以罰金或有期徒刑，希望此類人員切勿以身試法<sup>61</sup>。

<sup>59</sup> 蘇士博，〈台灣地區國術館現況分析〉，《中華民國體育學會體育學報》，第十六輯，頁 170-171，1993 年 12 月。

<sup>60</sup> 〈化驗五百件中藥製劑 過半數含西藥成份〉，1985-01-18/聯合報/03 版/。

〈抽驗自行調製中藥藥劑發現二成有問題〉，1985-05-04/聯合報/05 版/。

〈消基會測試 驚人發現 中藥含西藥高達三成八〉，1990-06-12/聯合報/05 版/生活。

<sup>61</sup> 〈無照行醫人員即是密醫 官員表示不可能合法化〉，1987-10-12/聯合報/03 版/。



### (3). 正骨師立法推動與 1990 年代起的法律管制轉變

自民國 64 年(1975 年)發出三千餘張接骨技術員證後，許多民間從事傷科推拿的國術館及接骨所事實上都處於無照營業狀態，一方面是當時申請期限僅有三個月，許多人未及申請，二方面是當時部份國術館武師係加入地方縣市之國術會，而非省國術會，因此在 64 年(1975 年)時未能申請取得技術員證，這使得這些國術館陸續遭到以密醫取締。

而另一方面，合格取得接骨技術員證者則是面臨，不得施行注射及交付內服藥物之問題，如同前述，除部份不肖經營者，開立違法西藥外，以先前章節所提台灣傷科推拿之醫事傳統，多半是外用內服藥物同時使用，國術損傷接骨技術員管理辦法第 8 條規定：「接骨技術員不得施行注射或交付內服藥品」，違法者依同辦法第 9 條將以醫師法 28 條規定處罰，並撤銷其登記，此舉形同切斷此一醫事傳統，加以私下開藥者屢遭取締，且衛生署拒絕讓接骨技術員以醫師法第三條第三款檢覈成為中醫師的情況下<sup>62</sup>，國術團體遂試圖推動正骨師法的立法及國術損傷接骨技術員管理辦法的修正<sup>63</sup>。由民國 73 年起，在立法院便陸續有委員提案正骨師法，以及對衛生署質詢有關管理國術傷科推拿的問題<sup>64</sup>。之後 8 年間，質詢問題持續圍繞在管理辦法中從業行為的放寬、接骨技術員證補發、中醫師檢覈及正骨師法等四部份，然而衛生署之立場確十分堅定，在立法院函覆中一再表明

<sup>62</sup> 立法院公報，第 73 卷，第 30 期，第 125-126 頁。

<sup>63</sup> 立法院公報，第 73 卷，第 100 期，第 88 頁。

<sup>64</sup> 立法院公報，第 74 卷，第 38 期，第 145-146 頁。第 76 卷，第 24 期，第 64-65 頁。第 76 卷，第 26 期，第 79-83 頁。第 76 卷，第 28 期，第 100-105 頁。第 76 卷，第 33 期，第 44-45 頁。第 76 卷，第 52 期，第 74-76 頁。第 77 卷，第 21 期，第 87-89 頁。第 77 卷，第 95 期，第 221-222 頁。第 78 卷，第 17 期，第 134 頁。第 78 卷，第 31 期，第 153 頁。第 78 卷，第 37 期，第 109-110 頁。第 79 卷，第 20 期，第 112-113 頁。第 79 卷，第 21 期，第 70 頁。第 79 卷，第 22 期，第 62 頁。第 79 卷，第 22 期，第 194 頁。第 79 卷，第 22 期，第 195 頁。第 79 卷，第 35 期，第 144 頁。第 79 卷，第 39 期，第 121-122 頁。第 80 卷，第 91 期，第 295-296 頁。第 81 卷，第 34 期，第 99-100 頁。第 76 卷，第 33 期，第 44-45 頁。第 81 卷，第 35 期，第 166-167 頁。第 81 卷，第 33 期，第 124-126 頁。第 81 卷，第 52 期，第 186 頁。第 82 卷，第 23 期，第 223-224 頁。

國術損傷接骨技術員管理辦法是醫師法修法後的過渡措施，不宜再放寬從業範圍<sup>65</sup>，補發接骨技術員證一事則是屢遭衛生署拖延<sup>66</sup>，而正骨師法若通過將觸及醫師法所規定的醫師醫療業務範圍，故亦為衛生署所拒<sup>67</sup>，對此類傷科推拿從業者進行中醫師檢覈，衛生署則以已有中醫師特考為由拒絕<sup>68</sup>，面臨多年來民間國術團體的請願及民意代表壓力<sup>69</sup>下，衛生署終於不得不出些許讓步。

民國 82 年(1993 年)底，衛生署始放寬對傷科推拿行為的管制，原因在於除傷科推拿行為外傳統上有許多非屬正規醫療的民俗療法存在於台灣社會中，先前以醫療法所劃下醫療行為禁地，事實上造成許多認定上的麻煩，例如收驚、氣功、刮痧等是否亦屬醫療行為等問題、皆造成取締人員及法院在認事用法上的兩難，衛生署遂公告：

**衛署醫字第 82075656 號函釋（1993.11.19）**

「一、不列入醫療管理之行為如左：

（一）未涉及接骨或交付內藥品，而以傳統之推拿方法，或使用民間習用之外敷膏藥、外敷生草藥與藥洗，對運動跌打損傷所為之處置行為。

（二）未使用儀器，未交付或使用藥品，或未有侵入性，而以傳統習用方式，對人體疾病所為之處置行為。如藉按摩、指壓、刮痧、腳底按摩、收驚、神符、香灰、拔罐、氣功與內功之功術等方式，對人體疾病所為之處置行為。

二、前項不列入醫療管理之行為，除標示其項目外，依醫療法第五十九條規定，不得為醫療廣告。」

<sup>65</sup> 立法院公報，第 74 卷，第 23 期，第 117-118 頁。第 78 卷，第 51 期，第 74-75 頁。

<sup>66</sup> 立法院公報，第 79 卷，第 30 期，第 71-72 頁。第 79 卷，第 47 期，第 81-82 頁。

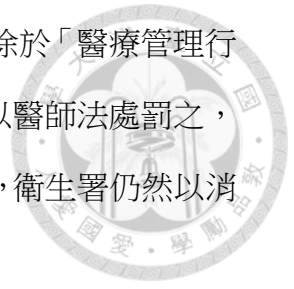
<sup>67</sup> 立法院公報，第 76 卷，第 41 期，第 102 頁。

<sup>68</sup> 立法院公報，第 81 卷，第 53 期，第 163 頁。

<sup>69</sup> 立法院公報，第 82 卷，第 27 期，第 223 頁。第 82 卷，第 57 期，第 261-262 頁。



此一函釋將未進行接骨、交付內服藥物的傷科推拿方法排除於「醫療管理行為」之外，實質上容許業者繼續從事，只要不宣稱療效，則不以醫師法處罰之，但此一放寬並未完全解決民眾在使用此類民俗療法的安全疑慮，衛生署仍然以消極管制的態度在處理民俗醫療的問題。



## 第四節、國術館及武館傷科推拿技藝的傳承與執業樣貌

### 一、家傳與拜師為主的技藝傳承

傷科推拿技藝的傳承主要以拜師與家傳為核心，早期到武館拜師學藝主要以學習武術為主，治療跌打損傷、接骨的技藝學習乃是附隨武藝而來，因此學習方式與學武的歷程相當類似，徒弟必須跟隨在師傅身旁以「耳濡目染」的方式主動學習，由師傅為病人診療的過程以及自身與病人的接觸過程中，較好的培育方式是從小時候就開始去摸索，逐漸的去累積經驗，整體來說並沒有一套完整的學習教材，其知識體系在分類上源自於中醫。<sup>70</sup>在這樣的養成方式下，學習者與教授者的學歷則顯得相對不重要，1990年代後有田野統計，在該調查中國術館負責人的學歷以小學畢業為主佔 42.5%、國、高中次之各佔 20%、大專以上者 8%、無學歷或私塾則約 6%<sup>71</sup>。

又因多以拜師學藝的方式進行知識傳承，不能避免的師傅常會「偷藏步」，以免出現教會徒弟餓死師傅的情形，多半只有家傳的形式下較能完整學到上一代的功夫，但父祖輩的手藝下一代也未必願意繼續傳承，因此經常產生知識體系的斷層。而同業間又因同行相忌的緣故，使得這項傳統技藝無法藉由交流來加以精

<sup>70</sup>喻淑蘭，〈醫療專業的變遷與互動--以中醫傷科醫師、國術館拳頭師傅與推拿技術員為例〉，國立臺灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文，頁 39-43，民國 87 年。莊永明，《台灣醫療史》，頁 180-181，民國 87 年。

<sup>71</sup>蘇士博，〈台灣地區國術館現況分析〉，《中華民國體育學會體育學報》，第十六輯，頁 170，1993 年 12 月。

進、深化。



## 二、執業型態

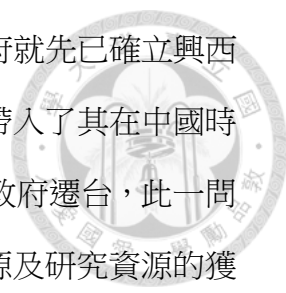
來國術館看推拿的人，年齡上以中老年人為主，職業則不分士農工商皆大有人在，但以農工階層之人較多，此類人因職業的緣故，較容易在肌肉骨骼上受到損傷，因而對此方面的醫療需求較高。而在收費上亦無一定之標準，以目前的口述文獻來看，可分為全民健保開辦前後兩個時期，開辦前較無中醫傷科診所的競爭，多在 100 元到 500 元之間，又因病況及師傅的知名度不同，亦可能收到上千元之多，但在開辦後，因中醫傷科診所的競爭，病人數及收入皆有下降。在施療用藥上，依病況的不同並非單純的僅以肌肉按摩方式治療，搥、矯、放筋、解筋路、放血路等技法皆可能使用到，如有骨骼移位的情形，還會用到「接骨」的手法。而用藥上，多以外敷膏藥為主，各家國術館都有所謂的祖傳秘方，內服藥物則以丸散、傳統漢方、藥酒等等為主。

## 三、與現代（西方）醫學教育的差異

從以上的敘述可知，國術館推拿工作者的養成與技藝的傳承，西方醫學所建構的學院教育與知識生產體系顯然大相逕庭，一般醫學院學生由考試篩選後，必須經過 6-7 年的學院教育，通過國家考試後再到醫療院所實習，並藉由醫院與醫學院的結合累積大量的臨床經驗，再透過實驗室研究及科學技術進行醫療知識的成長，並藉由國家力量來強化此一體系的運行，反觀國術館的醫療體系，處於一個鬆散、未經整合的狀態，由民間力量自力運行，加以欠缺一個完整的知識體系與驗證，經常出現治療上有療效，但推拿師傅卻未必知曉何以有療效。

## 第五節 小結

### (1). 中西醫衝突問題難解



在台灣歷史的兩個現代型政權軸線上，日治時期台灣總督府就先已確立興西醫滅漢醫之政策方針，在二戰之後，接續之中華民國政府，也帶入了其在中國時即存在已久的中西醫之衝突問題，即使大陸地區淪陷後，中央政府遷台，此一問題仍然在台灣延續發生，這也使得中醫在學術的建構、教育資源及研究資源的獲取，皆不如西醫，進而影響中醫內部各分科的發展，加以中醫—傳統醫療經常被「不科學」、「落後」的刻板印象所束縛，自然也影響其發展性。

## (2). 傷科推拿教育建立的困難

事實上，欲穩定產出一定水準之醫事人員，勢必要透過學校教育模式，然而傷科推拿從業人員在過往的培養，嚴重仰賴師徒制及家傳制，加以國家未能建立專業證照制度，且亦無資源投入的情形下，使得學校教育難以建立，進而陷入惡性循環的困境，亦即因無法提供穩定水準之人員，而產生從業者良莠不齊的現象，因良莠不齊的現象產生各類醫療糾紛與亂象，繼而將其污名化，但又因民眾對其有需求存在，而允許其以折衷之方式存留於社會，最後其品質仍然無法提升，管理問題仍然存在。



## 第五章、當今對推拿技術員的法律管制

### 第一節、推拿技術員的培育與執業樣貌

#### 一、轉向的開始

不同於前述國術館的體系早期以推廣武術為核心要務，行醫救人為次，到了 1990 年代以傷科推拿為服務核心的推拿技術員逐漸興起，除了時代改變學習武術之人口不復以往興盛、西方醫學在治療骨傷科疾病有其限制外，更重要的是國民醫療保險的興起，自中央政府遷台後，陸續針對軍人、公教人員、勞工、農民等開辦職業保險，在就醫時大部份費用都可由保險給付，被保險人僅需負擔部份費用。尤其在民國 82 年(1991 年)前後，公、勞保全面開放中醫給付，因此在中醫院與中醫診所等有傷骨科單位就醫即可獲得醫療給付。

民國 84 年(1995 年)以前縱然有各類的職業保險及商業保險，但仍有大部份的民眾未受到社會保險的覆蓋，尤其是 15 歲以下的兒少及 65 歲以上的老年人，導致有因病而貧的現象發生，故而在全民健保開辦後將此類族群納入社會保險的保障範圍後，使得中醫傷骨科的看診市場逐漸擴大。其主要原因在於青少年及老年本身就屬於容易發生肌肉、骨骼、關節的問題，同時在健保開辦後，就醫成本大幅降低，通常只要五十元、一百元的掛號費，健保卡蓋一格就可以看六次，與收費動輒三百元、五百元的國術館相比便宜許多，經濟負擔能力較低的兒少、老人年口較能負擔的起<sup>1</sup>。

#### 二、不同背景人員的加入

由 1980 年代起，社會整體環境的改變，不同於以往國術館的師徒制與家學

---

<sup>1</sup>喻淑蘭，〈醫療專業的變遷與互動--以中醫傷科醫師、國術館拳頭師傅與推拿技術員為例〉，國立臺灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文，頁 76，民國 87 年。

傳承，推拿技術員的產生與拳頭師傅已不盡相同，其人員的學識背景主要有幾種類型：第一類是國術館拳頭師傅轉化而來的。第二類是西醫復健科治療人員。第三類是民間組織或團體短期訓練而來。第四類是醫療院所自行招考及培養，供中醫傷科市場所需。第五類是原有醫療院所內的工作人員轉業擔任，如：配藥人員、掛號人員。此五種類型的產生，可看出一個轉型方向：從事傷科推拿工作者，不再以具有武術背景為必要，同時也有具西醫知識背景者轉入<sup>2</sup>。

### 三、多元的培育管道與知識體系的轉向

由於肌肉骨骼醫療市場的大量需求，對人員的需求孔急，因此相應而生許多培訓管道，除了向原有的國術館拳頭師傅、資深推拿人員拜師外、亦有透過閱讀書籍、錄影帶等方式學習知識，或者參加民間組織團體所舉辦的短期訓練班（三到六個月），甚至到知識體系較為完整的中國大陸進修，之後再透過醫療場上與病人的互動「做中學」。而因培訓管道及人員背景的多元化後，原本僅依賴中醫體系與經驗的知識體系亦產生變化，在培訓的過程中亦納入西醫的知識，例如：骨骼、肌肉、神經、解剖等，以及 X 光片的判讀，部分推拿技術員傾向認為自己的知識體系是「西醫為主」、「中醫為輔」，以西醫的知識，中醫的手法來治療病患<sup>3</sup>。

## 第二節、推拿技術員與中醫師的共生關係

台灣傷科醫師的主要來源來自於台中的中國醫藥學院，由於台灣中醫師的培養過程與西醫相當類似，先透過理論學習再進到教學醫院實習，但此一培育過程仍然不足以使醫師應付醫療實務的需求，通常傷科醫師還是得自行到民間「拜師

<sup>2</sup>喻淑蘭，〈醫療專業的變遷與互動--以中醫傷科醫師、國術館拳頭師傅與推拿技術員為例〉，國立臺灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文，頁 73-75，民國 87 年。

<sup>3</sup>喻淑蘭，〈醫療專業的變遷與互動--以中醫傷科醫師、國術館拳頭師傅與推拿技術員為例〉，國立臺灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文，頁 81-87，民國 87 年。

學藝」，更遑論其他科別的中醫師，根本不具有傷科推拿的技術，尤其是實際操作部分。加上為病人進行肌肉骨骼的推拿相當消耗體力，一天看診三十名病患就達到醫師體力所能負荷的極限（醫師體力難與練武出身的拳頭師傅相比），對於苦讀醫學院出身的醫師而言從事傷科推拿毫無經濟上的誘因<sup>4</sup>。因此中醫診所便大量聘入推拿技術員，先由中醫師進行看診，再由推拿技術員執行身體上的診療，這樣的分工型態使中醫師與推拿技術員形成共生狀態，而產生這種共生狀態的另一個主因在於法規上的限制。

由先前民國 82 年(1993 年)衛署醫字第 82075656 號函釋可知，非醫事人員所能從事的民俗療法有限，在推拿技術員部分，只能使用傳統的推拿手法，以外敷膏藥、藥洗對運動跌打損傷做處置，不能為針灸、電療、接骨、交付內服藥物等行為，而與中醫師合作的結果，等於將此塊法律不允許的區塊完全補足。但衛生署對於此種共生狀態的態度，早期處於反對的立場，後期則傾向漠視同意，從民國 82 年(1993 年)至民國 88 年(1999 年)止在函釋見解上可看出衛生署立場之反覆：

**行政院衛生署 82.6.30.衛署醫字第 8234145 號函：**

中醫醫院涉及僱用學徒，從事傷科醫療業務乙案，將影響整體中醫形象，應請加強約束會員，並避免觸犯醫師法第二十八條及違反醫療法第八十一條之規定。

**行政院衛生署 86.04.22. 衛署醫字第 86017498 號函：**

---

<sup>4</sup>喻淑蘭，〈醫療專業的變遷與互動--以中醫傷科醫師、國術館拳頭師傅與推拿技術員為例〉，國立臺灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文，頁 116-119，民國 87 年。

主旨：邇來查獲多家中醫醫院（診所）涉有容留未具合法中醫師資格人員為病人從事推拿按摩行為情事，有違醫師法、醫療法規定，請加強督促，並轉知所轄各中醫醫療機構自律，俾免觸犯法令。



說明：

一、未取得合法醫師資格者，不得擅自執行醫療業務，為醫師法第二十八條所規定。至於本署八十二年十一月十九日衛署醫字第八二〇七五六五六號公告（如附件）不列入醫療管理之行為事項，雖包括「未涉及接骨或交付內服藥品而以傳統之推拿手法對運動跌打損傷所為之處置」，惟該公告係為兼顧現況，避免該等情況動輒受醫師法第二十八條所定徒刑處罰之權宜規定，但仍禁止其為醫療廣告，以避免誤導民眾。中醫醫院或診所係醫療機構，其為病人從事推拿按摩，仍應由中醫師親自為之，否則不得謂為中醫醫院（診所）。

行政院衛生署 86.08.14. 衛署醫字第 86045460 號函：

主旨：中醫醫療機構為病人從事推拿業務，應由中醫師或由醫事人員於中醫師指示下為之，請查照轉知所屬各會員。

行政院衛生署 86.12.12. 衛署醫字第 86067958 號函：

主旨：中醫醫療院所為病人從事推拿業務，非由中醫師親自為之者，全民健康保險不予給付，復請查照。

說明：一、復貴局 86 年 11 月 17 日健保醫字第 86029766 號函。

二、本案經 86 年 11 月 20 日本署中醫藥委員會第七次委員會議決議：「為保障中醫醫療品質，應由中醫師親自執行傷科處置，始可申請健保給付，建議健保局提高現行傷科處置給付標準」。

行政院衛生署 88.07.29. 衛署醫字第 88037674 號函：

「中醫醫療院所之中醫師於診治病人後，認須施行推拿者，該推拿行為仍應由中醫師為之，但經中醫師執行按法、揉法、擦法、抖法等推拿手法後，其後續推拿手法，得由助理人員依在場執行推拿之中醫師指示為之……。」

5

至民國 88 年(1999 年)的函釋止，衛生署的態度從不允許推拿技術員存在於中醫診所之中，且傷科推拿行為必須由中醫師完成方有健保給付，轉向將推拿技術員的行為「包含」入中醫師的醫療行為中，在中醫師的指示下完成後續行為，此一見解形同默認推拿人員存在於中醫診所之中，最後形成前述之共生狀態，毋寧說這是衛生署留下的一個模糊空間，不曾跳出醫師法第 28 條醫療行為必須由醫事人員為之的原則。

但事實上，中醫師除傷科出身者外，根本無施用傷科推拿之能力，縱為傷科出身之醫師亦非必有能力執行推拿手法，最後形成醫師先為初步的看診後，後續的推拿行為是完全交給推拿技術員獨立判斷，完全無法發揮醫師把關的功能。

### 第三節、走向民俗調理推拿管理

然而此種衛生署見解與醫療實務執行上的落差，在「相安無事」十年後，終於被監察院所提出之糾正案所打破，民國 99 年(2010 年)3 月 3 日，監察院針對衛生署在民國 82 年時將民俗調理行為不列入醫療管理以及長期對民俗調理之安全及品質不進行把關一事把關提出糾正案，其重要內容擷取如下<sup>6</sup>：

衛生署自 82 年起即將不宣稱療效之民俗調理行為不列入醫療管理，實質上已放任民俗調理從業人員執業之行為，而產生之現象包括：

<sup>5</sup> 王國成、詹鎮榮、戴承杰，〈論衛生署歷年推拿函釋之法律爭議〉，《北台灣中醫醫學雜誌》，頁 102，第二卷第一期，2010 年 6 月。此一函釋於植根資料庫及衛生署網站已查詢不到。

<sup>6</sup> 監察院 099 財正 0011 號糾正案。





- 「
1. 對於坊間林立之刮痧、推拿、腳底按摩機構家數及從業人員數自未予蒐集資料進行統計分析，當無法瞭解民俗調理行為於國內實施之現況。
  2. 對於民俗調理機構之設立標準、人員訓練均未訂有相關之規範，執業品質參差。
  3. 對於業者有無以民俗調理行為之名卻執行實質醫療行為之實，目前未有機制進行主動查察，僅於發生糾紛後介入處理。
  4. 對於坊間民俗調理課程或從業人員資格未予認證或核發證書、證照，間團體自行核發之證明，從醫事法規管理角度而言，尚無具法律 效力，惟相關民俗調理團體引用衛生署字號發給所屬會員證書，亦僅去函內政部予以輔導，或要求相關團體刪除引用字號，卻仍有誤導民眾之虞。
  5. 對於民俗調理行為不承認係醫療行為之原因在於其缺乏科學根據證明具有療效，然多年來卻未針對其效用及安全性，進行科學實證分析證明，使相關爭議始終未能釐清。」

事實上，監察院之糾正案並非無的放矢，由於衛生署缺乏事前的把關，使得因推拿而生的民俗調理糾紛層出不窮，尤其是中醫診所以外的接骨所、國術館、整復所等，常因治療不當導致病人病症加劇，民眾事後除進行民刑事告訴外，還會向檢察官舉報施療者為密醫，有案例如下<sup>7</sup>：

---

<sup>7</sup> 由於案件數量及種類繁多，故以部份個案例示。

案號	主文	節錄事實
1. 臺灣高雄地方法院刑事判決 99 年度醫訴字第 2 號：使用器具非以人力為人推拿	洪 00 未取得合法醫師資格，擅自執行醫療業務，處有期徒刑壹年陸月。未扣案之自製不鏽鋼推拿棒肆支、頸腰部牽引機壹台，均沒收。	…以自製之不鏽鋼推拿棒肆支輪流抵在黃 00 之腰椎兩側部位按壓而執行醫療業務，詎黃桂香經診療後非但未見好轉，經前往醫院檢查竟發現腰椎荐椎及左臀部軟組織有多處瘀腫、左下腹疝氣等症狀，憤而向高雄市政府衛生局檢舉…。
2. 臺灣高雄地方法院刑事判決 99 年度醫訴字第 6 號：針灸、電療、判讀 X 光片皆屬醫療行為。	林 00 犯醫師法第二十八條第一項前段之非法執行醫療業務罪，處有期徒刑壹年。未扣案電療儀器、已使用過之針灸針頭，均沒收。	…在「聖曆中醫」診間內，先後為前來求診之劉 00、蔡 00 判讀 X 光片，為朱 00、歐 00、蔡 00 以貼片連接儀器後通電之方式施行電療，以及為蔡芳偉進行針灸等醫療行為，而擅自執行醫療業務。嗣高雄市政府衛生局接獲民眾檢舉…。
3. 臺灣高雄地方法院刑事判決 96 年度訴字第 2722 號：開立內服藥物(偽藥)予推拿病人	主文：乙○○明知為偽藥而販賣，處有期徒刑陸月；減為有期徒刑參月。緩刑貳年。	…未經主管機關核准製造含有「Chlordia zepoxide、Ibuprofen、Methylprednisolone、Acetaminophen 及 Caffeine」等西藥成分之偽藥，販售予丙○○服用。嗣於 95 年 1 月 18 日，丙○○因懷疑上開中藥摻有西藥成分，向台灣高雄地方法院檢察署提出告訴…。

<p>4. 臺灣士林地方 法院刑事判決 94 年度簡上字第 36 號：推拿行為致傷 害</p>	<p>主 文：上訴駁 回。(整復師無罪)</p>	<p>…劉 00 整復前，劉 00 即告知羅 00… 其肩膀、脖子不適，脖子無法轉動， 羅 00 亦發現劉 00 脖子僵直，頭低垂， 而知劉 00 頸部受傷，竟於為其整復推 拿時，貿然牽引、轉動劉 00 之脖子， 劉 00 因羅 00 不當之施力而頸部疼 痛、肩膀及手臂麻痺，羅 00 經劉 00 告知上情，旋停止對劉 00 之脖子施 力。劉 00 返家後，仍持續疼痛無法躺 臥，驚覺有異陸續前往國立台灣大學 醫學院附設醫院、博仁綜合醫院及台 安醫院診治，始發現其因羅 00 之整復 而致生第一、二節頸椎韌帶斷裂滑脫 之傷害。……</p>
<p>5. 臺灣臺中地方 法院民事判決 97 年度醫字第 22 號：推拿行為致人 身傷害</p>	<p>主 文：被告應給 付原告新台幣參 拾玖萬陸仟柒佰 伍拾玖元…</p>	<p>…原告因頸部推落枕，於 95 年 9 月 14 日中午經友人吳 00 介紹，至被告於台 中市西屯路 2 段 208 巷 10 之 7 號經營 之「世尊漢人堂」看診，被告觸診後 直接將原告頸椎左右轉動，原告隨即 感覺頸椎一陣劇痛，似被電壓電到， 麻痛感覺流竄全身，無法動彈…原告 嗣即轉往中國醫藥大學附設醫院（下 稱中國醫大附醫）急救，經該醫院以 核磁共振檢查發現原告頸椎間盤第 5、6、7 節突出合併神經壓迫，致原告</p>

		<p>無法動彈產生劇痛，並於 95 年 11 月 15 日施行椎間盤切除及支架內固定骨融合手術，而於同年月 18 日出院。惟術後約半年，原告上半身仍常感麻痺，無法靈活活動，甚至處於無知覺狀態，導致日常生活不便……因而向被告請求損害賠償。</p>
--	--	--

由前述之司法判決可知，台灣民間在監察院糾正案提出之前即存在許多類似的推拿醫療問題，衛生署醫字第 82075656 號函釋（1993.11.19）雖某程度放寬對推拿行為的管制，但坊間各類從事推拿之業者的逾越醫師法 28 條規定的行為仍層出不窮，包含使用器具、電療、針灸、判讀 X 光片，甚至交付藥物等，此外，又因推拿業者本身素質參差不齊，經常發生治療施作不當或給予不合格藥物，進而衍生出許多糾紛，然而中醫診所部份，亦有同樣之醫療糾紛問題，但中醫診所係因中醫師、護理人員、傷科推拿助理三者所組成，推拿助理違反醫師法之情況較少。

**1. 臺灣高雄地方法院民事判決**

**96 年度醫字第 3 號**

**推拿助理施作不當致傷案**

主文：被告應連帶給付原告新台幣壹佰伍拾參萬柒仟伍佰陸拾捌元及自民國九十六年一月三十日起至清償日止按週年利率百分之五計算之利息。

事實：…經掛號而由被告丁○○問診，診後被告丁○○乃指示被告甲○○為伊作頸部推拿以舒緩頭痛症狀，詎被告丁○○於被告甲○○對伊施作推拿之際並未在場督導而任之駿隨意進行醫療行為，結果伊竟因被告甲○○不當之推拿、施壓，當場造成頭暈目眩、四肢無力、臉色蒼白，然被告丁○○、甲○○見狀竟猶未做任何急救處理，反而指示伊在該診所內休息……，次日晨，王○○認為情況有異，堅持將伊轉診至長庚紀念醫院高雄分院，才查出伊受有急性腦幹塞、右側椎動脈剝離、左手尺神經病變（於手肘）等症，經在該院神經內科病房住院治療 88 天（含加護病房 18 天）始得出院返家，迄今仍留下已無法完全恢復之「部分神經障礙，包括構音與吞嚥困難，平衡感不佳，聲音沙啞」等症，今被告甲○○並未持有醫療證照卻仍執行醫療業務，且因不當推拿而對伊造成永久性傷害，其自應負侵權行為責任，而被告丁○○於被告甲○○施作推拿之際未在場督導致生上情，其於此亦有過失，且應負不完全給付之責，另被告丙○○係被告丁○○、甲○○之僱用人，其未盡監督及理之責，自應與其等共負連帶損害賠償責任…。

從上述案例可看出衛生署的數十年來消極管制政策下，確實存在許多推拿業者的管理問題，然而在監察院的糾正案後，衛生署所做出的回應措施是先要求中醫診所推拿助理由原先在診所內動線區隔改為限期退出診所<sup>8</sup>，隨後公告 82 年的函釋停止適用<sup>9</sup>，並訂出「推拿等民俗調理之管理規定事項」其內容如下：

一、單純對人施以傳統之推拿、按摩、指壓、刮痧、腳底按摩、收驚、神符、香灰、拔罐、氣功與內功等方式，或使用民間習用之外敷膏藥、外敷生草藥、或藥洗，所為之民俗調理行為，不得宣稱醫療效能。

二、前項行為如以廣告宣稱醫療效能，依醫療法第八十四條、第八十七條等

<sup>8</sup> 行政院衛生署 99.03.03. 衛署醫字第 0990200648 號函。

<sup>9</sup> 行政院衛生署 99.03.15. 衛署醫字第 0990200635 號函。

有關規定處分。

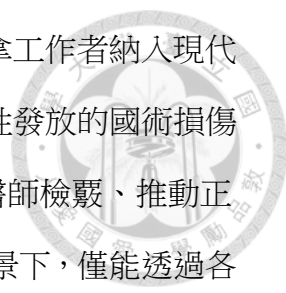
事實上衛生署此一管理規定事項，不過是以另一種形式重申醫字第 82075656 號函釋的內容，而要求推拿助理退出中醫診所，亦僅達到醫療診所內醫療行為與民俗調理之管理區分，實質上應該加強管理的推拿行為以及在民間大量開業的民俗調理業者，皆繼續以舊有的管制模式消極放任，只要不宣稱療效就不觸犯法令，導致的結果就是由「民眾」的身體健康來檢驗此類「醫事人員」的能力與適格性，並無助於達成監察院所提出的改善要求。

#### 第四節、專業證照建立的呼聲

事實上，傷科推拿作為漢方醫學的一環，在過去數千年中早已跟隨文化交流，散佈於整個東亞文化圈中，而以中國為核心，週遭的港澳地區、日本、馬來西亞皆針對傷科推拿等此類傳統醫學，建立官方的訓練課程以及專業證照的考試制度，但對於取得證照者所能從事之醫事行為範圍仍存有許多差異性，在中國，其設有保健按摩師證照考試，並分有初、中、高三級，取得證照後可從事保健按摩、康復按摩及運動按摩等工作。在馬來西亞，早期對於傳統醫學採取自生自滅的放任政策，近來則積極開辦中醫經絡推拿課程，培養中醫推拿師<sup>10</sup>。在日本，設有培育針灸師、柔道整復師的專門學校，不限制入學年齡，經 2~4 年之學校教育後，可取得柔道整復師證照，取得證照者多自行開設整骨院，亦有進入醫院服務者，但依日本柔道整復師法規定，整復師不得進行外科手術及交付藥物(第 16 條)，並且，除醫師同意之情形下，不得進行脫臼及骨折的處理，但緊急情況不在此限(第 17 條)，可見在日本，傷科推拿從業者的培養體系及法制管理，已有相當之基礎。

反觀台灣，對於民間大量從事推拿的工作者，早在民國 64 年(1975 年)醫師

<sup>10</sup> 王國治、王國成、王國士《醫療法律—醫療倫理論中醫推拿法制》(臺北市：翰蘆圖書出版公司，2012 年)，頁 103-109。



法修正以前，即有許多民間團體不斷提出各種方案，試圖將推拿工作者納入現代醫事法制中，最後僅得到國術損傷接骨技術員管理辦法及一次性發放的國術損傷接骨技術員證，民國 64 年之後，民間團體又陸續請願開放中醫師檢覈、推動正骨師法以及其他類型的專業醫事證照考試皆無法如願，於此背景下，僅能透過各種民俗療法協會及傳統整復推拿師職業工會等自辦教育課程、考試、發給證照，政府機關方面僅內政部於民國 84 年(1995 年)10 月 19 日戶字 8404361 號函文將此類從業人員劃為「傳統整復員」，但整復員由民間團體所取得之證照並非衛生署及考試院所認可之醫事證照<sup>11</sup>。業務執行範圍亦僅以早先衛生署醫字第 82075656 號函釋及晚近推拿等民俗調理之管理規定事項加以規範，對比之下，我國政府對於傷科推拿傳統的規範態度明顯消極。因此在本次要求推拿助理退出中醫診所中，所引發一連串推拿工作者之抗議，再次出現建立傷科推拿專業證照的呼聲，相較東亞各國制度，政府對於人才培育模式、傷科推拿證照取得制度、業務執行範圍、業務管理等等方向，皆存在極大的改善空間。

## 第五節、傷科推拿走向何方？

中醫診所內推拿技術員的興起，有其歷史的巧合，亦有政策因素之使然，早期國術館、武堂收徒以習武為主習醫為輔，然而在時代變遷下，習武者日漸減少，國術館、武堂收入主要依賴傷科推拿，因此國術館、武堂經營模式隨之反轉，民國 84 年(1995 年)後，全民健保開辦，以及國內中醫診所的大量增加，低價的看診費和穩定的收入，一方面吸引了民眾就醫，另一方面也使推拿技術員應運而生，加以法令對於醫療行為的限制，僅能從事推拿行為的推拿技術員，便與可以看診、使用儀器、判讀 X 光片、開立藥物的中醫師相結合，存活在法制的灰色地帶，而這樣的合作模式，卻也巧妙的符合台灣過去數百年來，民眾所習慣的傷科推拿

---

<sup>11</sup> 王國治、王國成、王國士《醫療法律—醫療倫理論中醫推拿法制》(臺北市：翰蘆圖書出版公司，2012 年)，頁 113。

傳統治療樣貌。



此次衛生署所重申的醫療行為與民俗調理區分，對比 82 年(1993 年)民俗療法不列入醫療行為管理的宣稱來看，新出爐的管理規則似乎沒有任何改變，衛生署只是換個說法而已，但影響最大的還是來自於衛生署於 99 年(2010 年)6 月 4 日所公佈的函釋，針對中醫診所中的推拿助理，就各診所只要有區隔「醫療行為」和「民俗調理」的執行與動線，在不擴張現有設備的情形下，可在民國 101 年(2012 年)4 月 30 日以前繼續經營<sup>12</sup>，嗣後又因相關團體的壓力，將緩衝期延至民國 101 年(2012 年)底，然而在民國 101 年(2012 年)後，坊間許多中醫診所陸續將原診所隔壁之店面租下，改為民俗調理場所，外觀上已符合衛生署之要求，但實際運作上中醫診所與民俗調理的經營仍然隸屬於同一經營者，情況與先前醫藥分業之問題相當類似。最終，衛生署若未為其他管制政策上的改變，實質問題(醫療品質把關)仍將存在，屆時，我們只是繼續活在一個「不宣稱療效」的謊言世界中。

那麼，傷科推拿傳統究竟應走向何方？ 本文認為國家應針對傷科推拿相關行業建立專業證照，理由非僅於從業人員之工作權應受保障，民眾的醫療品質應該受到國家「積極保障」，長期的放任政策下，從事推拿醫療者素質良莠不齊，訓練養成因人、因際遇而異，民間團體雖有認證制度，但公信力仍有疑慮，民眾根本無力判斷，因此應該由政府重新建立一套教、考、訓、用的過程，使此一醫療產業走入常軌中，才能實質保障醫療品質，至於現有從業人員之工作權保障，亦不應以就地合法化的方式為之，或僅以形式之考試予以認證，應在適當之緩衝期內，由政府辦理一定年限之訓練、進修課程，輔導取得證照，實質性的保障民眾的醫療權益，如此方能符合現代型國家以國家力量進行管制的正當性。

<sup>12</sup> 99.6.4 衛署醫字第 0990067697 號函。



## 第六章、結論



2010年，衛生署以醫療行為與民俗調理行為必須區分為由，要求傷科推拿助理必須退出中醫診所，過去「合法」存在於中醫診所的推拿助理，如今確成為「不合法」的存在，其所面臨的困境，事實上就是傷科推拿傳統，在醫療管制及社會背景流變下，與現代法制間所生的衝突問題，而本文即打算由傷科推拿與國家法制的發展脈絡，來爬梳國家對於傷科推拿傳統的規範態度。

由歷史的發展脈絡中，我們可以探知醫療的存在始終來自於人對於醫療的需求，傷科推拿作為中醫醫學的一環，以時間角度來看，其深植於漢人文化中達數千年之久，若以空間分佈的角度看，其隨漢民族文化的外傳，散佈於整個東亞社會。在醫療史的發展過程中，我們可以看到傷科推拿隨中醫知識體系的演進，逐漸成為中醫的一個分科，並與中醫的醫療體系相互結合、運用，它雖有分科，但確不是一個單獨使用的醫療方法，在漢人的醫療習慣及中醫的醫療模式中，行醫者對病人望、聞、問、切，運用傷科推拿手法，使用外敷、內服藥物，皆為習以為常之事。在醫事管理方面，除涉及皇權統治的醫療事務外，原則上並不存在現代意義的醫事管理，加以民間社會中除中醫以外，一直存在其他多元的醫療方法，因此從事醫業者亦存在著多元的樣貌。

這樣的醫療傳統，亦隨著漢人移民帶入台灣土地，漢人移民在原鄉中面臨疾病所尋求的醫療對象、方法，在此處亦同樣複製，當民眾遭遇疾病時，台灣民間亦有漢醫、走方醫、拳頭師、民俗醫療等提供醫療服務，而作為帝國邊陲、叛亂無常、文風不興的台灣，較為缺乏屬於知識份子的漢醫，反而因大量駐軍和地方民團之故，存在許多習武出身的拳頭師，擁有武術背景的拳頭師在十六世紀起的兩百餘年間，在肌肉骨骼疾病方面，扮演相當吃重的角色，其以雲遊四海的方式，標榜祖傳秘方、演示武藝的方法招徠看客，為人治療肌肉骨骼疾病，在醫藥缺乏

的當時，拳頭師所提供的醫療有效性，逐漸形成台灣人有肌肉骨骼疾病就找拳頭師父的醫療習慣。



「不要以為台灣沒有醫生，此地有許多醫生，縱使其醫術並非科學的，但確實有趣，且具研究價值。此地並無公設之醫學校，沒有考試，也沒有學位。習慣就是法，成效就是唯一的文憑（按：能醫治病患就是醫生）。一個平常人對自己或他人作些實驗而獲得某些藥材的醫藥價值，或從老醫生學習，或讀醫藥書、抄錄重要的部分、學習理論到相當程度，都可自設診所行醫。甚至患過病的人，試用過很多藥料，領悟到治病的一些知識，也就為別人開藥方。藥旁的店員，時常看醫生所來的藥方配藥，也許自己也給別人開藥方。在其他行業失敗的人，或只買了一堆藥方就開業做醫生。但他必須具有知識及機靈，否則就會失去病家之信用與惠顧。」-----馬階<sup>1</sup>

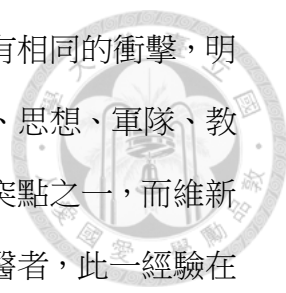
「本島所謂醫生為何等人物？是否可視為醫者？是否能將寶貴的生命託付於彼？毋需敝人再次述說，各位已十分了解。他們不僅不了解生理、病理為何，更低劣者甚至目不識丁，僅聽聞患者之敘述，便隨意給予草根樹皮。更進一步說，他們與內地的漢方醫根本是天差地遠，比起後者更為低劣。勉強來說，他們相當於內地的賣藥郎中。今日內地的賣藥郎中是如何的毒害世人，各位已十分了解，因此臺灣醫生的危險可想而知。…」-----山口秀高<sup>2</sup>

---

這些醫療傳統與習慣，在台灣成為日本帝國殖民地後，即開始遭遇現代化的衝擊，一方面是西醫與中醫的衝突，另一方面是現代型國家對於醫療事業管制的衝突，這樣的問題並非只存在於台灣一地，在十九世紀起，全世界的殖民地都存

<sup>1</sup> 賴永祥，《教會史話(三)》〔台南市：人光出版社，1995年〕，頁79-80。


<sup>2</sup> 張秀蓉，《日治臺灣醫療公衛五十年》（台北市：國立台灣大學出版中心，1997年），頁427。



在同樣的難題，在東亞國家中與台灣相連結的中國與日本，亦有相同的衝擊，明治維新時，開始導入西方政治體制的日本政府，在經濟、文化、思想、軍隊、教育、醫療等等皆以西方為尊，傳統醫療與西方醫療自然成為衝突點之一，而維新政策下，日本政府選擇以自然消滅的模式，來處理傳統醫療的醫者，此一經驗在1895年日本接收台灣後，亦被運用在台灣傳統醫療的處理，除了壓制傳統漢醫以外，更因對殖民地治安的控管，而嚴厲管制台灣武師，使得台灣從事傷科推拿的醫者，無形中受到雙重的壓迫。但從傳教士馬階與山口秀高校長的不同視角中，究竟傳統醫療是否真是如此的落後不堪甚至毫無價值，我想這是值得思索的問題。同時期，繼清朝而起的中華民國，雖面臨軍閥割據、內戰頻仍的問題，但在政府體制、經濟、文化、思想、軍隊、教育、醫療等方面的改革亦以西方國家為藍底，這使得清末所遺留的傳統醫療，在中國社會中也與日本相同，面臨西方醫療與現代型國家法制間的衝突問題，由民國初年起所陸續引發的中西醫之爭的問題外，在中華民國中央政府遷台後，陸續爭執的傳統醫療管理問題，皆是現代法制與傳統醫療衝突的典型。

而從清代漢醫無法醫治的骨骼肌肉疾病，人們找到拳頭師，在日治、國治時期西醫所不擅長或無法解決的疾病，人們回頭找漢醫、民俗療法，傳統醫療本身並非毫無風險性，但不可否認的是傳統療法確實有其效用在，民眾與傳統醫療間亦存在文化上及生活上的依存性。然而進入現代型國家後，國家開始以法律對醫療事業開始進行多目的地的管制，包含公共衛生、醫療業務、證照制度等，傳統醫療在管制的介入下亦面臨轉型的難題，在未有學院教育、現代科學的支持發展，欲將其醫療品質提升至現代醫療所要求之水準，確實仍然存在一段距離，而傷科推拿在如此的背景下，不斷在法規範的縫隙中尋找生存的空間。

仔細省思醫事管制規範的核心目的應在於國家必須為民眾把關醫療品質，醫療行為涉及身體生命，所以禁止不具醫事人員身份之人不得從事醫療行為，這是



國家介入醫療事業唯一的正當性所在。但自日治時期以來，無論日本總督府或中華民國政府，整體管制政策訂定上的核心思想，卻是偏向消極管制，前者對於台灣漢醫採自然消滅政策，並以其他法規限制人民從事醫業，但從不對於傳統醫學予以輔導轉型，而後者雖維持中醫的存續，但對於從事傷科推拿從業者亦採自然消滅政策，近年來，中華民國政府在法律管制上雖稍有放寬，然而對於此類從業人員從未進行整體規劃性的輔導管理，僅將其歸類至民俗調理事項，此舉看似一勞永逸，完全忽略民眾之醫療權益，以及否定傳統醫學的存在價值，這裡不禁要問？中華民國政府的所作所為，與其所定位為帝國主義殖民者的日本總督府相比，在規範態度上究竟存在多少差異性？

# 附錄一：台灣醫業規則

「明治二十九年五月二十八日



## 第一條

醫師係指由內務大臣發給醫術開業許可證者及由民政局長發給醫業許可證者。

## 第二條

持有內務大臣發給醫術開業許可證者欲開業時，應選定開業場所，並在五日內檢具該許可證申報該管地方廳。

## 第三條

申請發給醫業許可證者，應檢具醫術相關履歷書經由該管地方廳向民政局提出。

## 第四條

醫業許可證僅限在臺灣及澎湖島有效，且得特別註明限定之區域。

## 第五條

請領醫業許可證者於獲准發給之時應繳納手續費五圓。

## 第六條

更換或請求再度發給醫業許可證者，應繳納手續費壹圓。

## 第七條

持有內務省之許可證者廢止開業時，應向地方廳申報。

## 第八條

醫師若犯下醫業有關之罪行或有不正當行為時，民政局得命其停止或禁止其開業。

## 第九條

對於受到第八條規定之禁止醫業處分者，該管地方廳應立即收回其許可證並交回民政局長，若係停止開業處分，則應於許可證背面註明停業期間為若干年若干月若干日，加蓋廳印後發交本人。

第十條

受內務大臣處以禁止或停止開業處分者，其開業資格即告失效，或在該期間失效。



第十一條

未領有醫業許可證或於醫業許可區域外行醫業者，處二十五日以下之輕禁錮或二十五圓以下之罰金。

第十二條

違反第二條者，處一圓九拾五錢之罰鍰。

第十三條

知事及島司得訂立醫師管理細則。

第十四條

本規則自明治二十九年七月一日起施行。

」

資料來源：許錫慶編譯，《臺灣總督府公文類纂衛生史料彙編一(明治 29 年 4 月至 29 年 12 月)》(南投縣：臺灣省文獻委員會，2000 年)頁 110、張秀蓉編註，《日治臺灣醫療公衛五十年》〔臺北市：國立臺灣大學出版中心，2012 年〕頁 321-322。臺灣總督府官報資料庫。

# 附錄二：台灣醫生免許規則

「明治三十四年七月二十三日

府令第四十七號



## 第一條

醫師係依此規則取得地方長官之許可，在其轄區內從事醫業者。

## 第二條

具有左列資格者於申請醫生免許證時，應檢具履歷書向地方長官提出申請。

三、本島人且已成年者。

四、本規則施行以前在本島從事醫生業之人

## 第三條

地方長官認為前條之申請者適任醫業者，得核發醫生免許証。

## 第四條

損毀、遺失醫生免許証或更改姓名時，應向地方官廳申請補發或更改。

## 第五條

申請醫生免許証經核可者，應於請領時繳納手續費三圓。

## 第六條

申請補發或更改醫生免許証者應繳納手續費五十錢。

## 第七條

若有和醫生本業相關之犯罪或不正當行為時，地方長官可停止或禁止其執業。

## 第八條

地方長官依第七條執行禁止執業處分時，地方長官應立即收回免許証；受停止執業處分者，應於其免許証背面註明停止執業期間，加蓋廳印後交付本人。

## 第九條

關於醫生之醫術受臺灣公醫監督。

## 第十條

醫生取締相關規定由地方長官經臺灣總督同意後訂定之。

第十一條

限於明治三十四年十二月三十一日前，依此規則核發醫生免許証。



資料來源：張秀蓉編註，《日治臺灣醫療公衛五十年》〔臺北市：國立臺灣大學出版中心，2012年〕頁330-331。臺灣總督府官報資料庫。



# 附錄三：臺灣藥劑師藥種商製藥業者 取締規則



「明治二十九年六月十日

府令第十號

## 第一條

藥劑師係指依據醫師之處方籤調配藥劑者。

藥劑師得從事藥品之製造與販賣。

藥種商係指從事藥品販賣者。

製藥者係指僅從事藥品製造並販賣自製藥品者。

## 第二條

藥劑師應持有內務大臣核發之藥劑師免狀，或臺灣總督核發之藥劑師免許証。

藥劑師欲開業時，應決定開業處所，檢具執照向地方廳提出申請。

## 第三條

欲申請藥劑師免許証者，應檢具履歷表，經地方廳向臺灣總督府提出申請。

經核可者，應於請領藥劑師免許証時繳納手續費三圓。申請換發或補發者，應繳納手續費六十錢。

## 第四條

藥商及製藥業者欲開業時，應向地方廳申請核準登記，取得開業執照。

## 第五條

未獲官方許可而執行藥劑師業務者，或違反第四條者，處二十五日以下之輕禁錮或二十五圓以下之罰金。

違法第二條第二項及第三條規定者，處十日以下之拘留或科以壹圓九十五錢以下之罰鍰。

## 第六條

知事及島司得訂定本規則之施行細則。

第七條

本規則自明治 29 年 7 月 1 日起施行。



資料來源：張秀蓉編註，《日治臺灣醫療公衛五十年》〔臺北市：國立臺灣大學出版中心，2012 年〕頁 327。臺灣總督府官報資料庫。

# 附錄四：臺灣藥品取締規則

「明治三十三年九月一日

律令第十七號



## 第一條

醫療藥品之品質，應符合日本藥局方〔日本官方出版的藥典，記載藥品的品質與規格〕記載之規定。日本藥局方未記載者，應符合當地外國藥局方之規定。

未記載於任何藥局方之新藥，應受內務省管轄之衛生試驗所檢驗，並紀錄其檢驗結果。

## 第二條

前條之藥品，若未受內務省管轄之衛生試驗所或臺灣總督府製藥所檢驗經密封處理者，不得販賣或授與。

## 第三條

日本藥局方及外國藥局方中特別註明儲藏法之藥品，應依該儲藏法存放。

## 第四條

除日本藥局方及外國藥局方記載之儲藏法外，若臺灣總督另訂定其他相關規定，應依循之。

## 第五條

藥品容器或包裝紙上，應以假名或漢字標記其藥名。亦可併用拉丁文或其他外文標記。

## 第六條

除藥劑師或醫師依醫師處方籤給予患者之毒藥及劇藥〔劇藥是性質猛烈的藥，藥理作用僅次於毒藥〕外，若非醫師、藥劑師、藥商、製藥業者，不得持有、買賣、授受毒藥及劇藥。

供學術、工業、營業用途，或作為預防傳染病之消毒藥，不受前項規定限制。

## 第七條

符合前條第二項之毒藥及劇藥，使用者應出示記載藥名、數量、使用目的、日期、住址、姓名、職業，並加蓋印章之證明，始得以進行買賣或授受。

前項證書應自其記載日期起保存十年。

醫師、藥劑師、藥商、製藥業者之間販賣及授受毒藥及劇藥，無需辦理本條第一項之手續，僅出示證明即可。

#### 第八條

非藥劑師不得拆封毒藥及劇藥零售。

#### 第九條

毒藥及劇藥應和其他藥品有所區隔，毒藥應儲藏於可上鎖之處。

#### 第十條

毒藥及劇藥的容器或包裝紙上，除應依第五條標記藥名外，毒藥應標示「毒」字，劇藥應標示「劇」字。

#### 第十一條

毒藥及劇藥之處方籤上，應具調劑者之印，並自其記載日期起保存十年。

#### 第十二條

欲販售工業用藥品，應於容器上標示「工業用」之文字，並與醫療用品分開儲存。

#### 第十三條

毒藥及劇藥之種類項目由臺灣總督訂定。

#### 第十四條

臺灣總督應置監視員，使之巡視藥品製造、販賣、保存及使用場所。

#### 第十五條

監視員於檢查過程中消耗之藥品，不得請求補償。

#### 第十六條

本規則有關醫師之規定，亦適用獸醫。

#### 第十七條

違反第一條第二項、第二條、第六條第一項、第七條第一項、第八條者，科十圓

以上，一百圓以下罰金。

違反第七條第二項、第九條、第十條、第十一條者，科兩圓以上，二十圓以下罰金。

違反第三條、第五條、第十二條者，科一圓以上，一圓九十五錢以下科料。

#### 第十八條

此規則自明治 34 年 1 月 1 日開始施行。

資料來源：張秀蓉編註，《日治臺灣醫療公衛五十年》〔臺北市：國立臺灣大學出版中心，2012 年〕頁 328-330。臺灣總督府官報資料庫。



# 附錄五：西醫條例



「

## 第一條

凡年在二十五歲以上具有下(左)列資格之一者經考試或檢定合格給予證書後得執行西醫業務：

- 一、國立或經立案之公私立醫學專門學校以上畢業得有證書者。
- 二、教育部承認之國外醫學專門學校以上畢業得有證書者。
- 三、外國人在各該國政府得有醫生證書經外交部證明者。

## 第二條

凡現在執行業務之西醫合於第一條各款之一者在考試或檢定未舉行時得繼續執行業務。

## 第三條

在考試或檢定舉行後凡西醫欲在某處執行業務應向該管官署呈驗證書請求登記。

## 第四條

西醫之開業歇業復業或移轉死亡等事應於十日內由本人或其關係人向該管官署報告。

## 第五條

西醫非親自診察不得施行治療開給方劑或交付診斷書，非親自檢驗屍體不得交付死亡診斷書或死產證明書。

前項死亡診斷書及死產證明書之程式由衛生部定之。

## 第六條

西醫執行業務時應備治療記錄記載病人姓名年齡性別職業病名病歷及醫法。

前項治療記錄應保存三年。

## 第七條



西醫處方時應記明下(左)列事項

- 一、自己姓名地址並蓋章或簽字。
- 二、病人姓名年齡藥名藥量用法及年月日。

#### 第 八 條

西醫交付藥劑時應於容器或紙包上將用法病人姓名及自己姓名或診治所逐一註明。

#### 第 九 條

西醫如診斷傳染病人或檢驗傳染病之死體時應指示消毒方法並應向主管官署據實報告。

應報告之傳染病種類依傳染病預防條例之規定。

#### 第 十 條

西醫當檢查死體或死產認為有犯罪嫌疑之情形時應於四十八小時內向該管官署報告。

#### 第 十一 條

西醫應負填具診斷書檢案書或死產證明書之義務但有正當理由得拒絕之。

#### 第 十二 條

西醫關於其業務不得登載或散布虛偽誇張之廣告。

#### 第 十三 條

西醫除關於正當治療外不得濫用鴉片嗎啡等毒質藥品。

#### 第 十四 條

西醫關於審判上公安上及預防疾病等事有接受該管法院公安局所或行政官署委託負責協助之義務。

#### 第 十五 條

西醫於業務上行為不正當或精神有異狀時該管官署得停止其執行業務。

#### 第 十六 條

本條例施行後凡未領證書或停止執行業務者概不得擅自執行業務違者得由該管

官署處以三百圓以下之罰金。

#### 第十七條

西醫受停止執行業務之處分者應將證書送由該管官署記載停止理由及期限於該證書背面。

該管官署於前項記載完畢後仍將證書交還。

#### 第十八條

西醫違反本條例之規定時除已定有制裁者外得由該管官署處以五十圓以下之罰金其因業務觸犯刑法時應交法院究理。

#### 第十九條

凡畢業於不合第一條第一第二兩款規定之學校或由醫院出身在同一地方執行業務三年以上經衛生部查核其學術經驗認為足勝西醫之任給予證明書者得應西醫考試或檢定在考試或檢定未舉行時準用第二條之規定。

#### 第二十條

本條例施行日期以命令定之。

資料來源：國民政府文官處印鑄局，《中華民國國民政府公報-39 冊-482 號》（南京市：國民政府文官處印鑄局公報發行所，1930 年），頁 7-8。





# 附錄六：中醫條例



「

## 第一條

在考試院舉行中醫考試以前，凡年滿二十五歲，且具有下(左)列資格之一者，經內政部審查合格，給予證書後，得執行中醫業務：

- 一、曾經中央或省、市政府中醫考試或甄別合格得有證書者。
- 二、曾經中央或省、市政府發給行醫執照者。
- 三、在中醫學校畢業得有證書者。
- 四、曾執行中醫業務五年以上者。

前項審查規則，由內政部定之。

## 第二條

凡現在執行業務之中醫，在未經內政部審查前，得暫行繼續執行業務。

## 第三條

凡經審查合格之中醫，欲在某處執行業務，應向該管當地官署呈驗證書，請求登記。

## 第四條

中醫非親自診察，不得施行治療，開給方劑，或交付診斷證書。非親自檢驗屍體，不得交付死亡診斷書，或死產證明書。

前項死亡診斷書及死產證明書之程式，由內政部定之。

## 第五條

中醫如診斷傳染病人，或檢驗傳染病之死體時，應指示消毒方法，並應向該管當地官署或自治機關據實報告。

## 第六條

中醫關於審判上、公安上及預防疾病等事，有接受該管法院、公安局所及其他行政官署或自治機關委託負責協助之義務。

## 第 七 條

西醫條例第四條、第六條、第七條、第十條、第十一條、第十三條、第十五條及第十七條之規定，於中醫準用之。



## 第 八 條

受停止執行業務處分之中醫，擅自執行業務者，該管當地官署得處以一百圓以下之罰鍰。

## 第 九 條

中醫違反本條例之規定時，除已有制裁者外，該管當地官署得處以五十圓以下之罰鍰。其因業務觸犯刑法時，應交法院辦理。

## 第 十 條

本條例自公布日施行。

」

資料來源：國民政府文官處印鑄局，《中華民國國民政府公報-103 冊-1952 號》（南京市：國民政府文官處印鑄局公報發行所，1936 年），頁 1。

# 參考文獻



## 一、中文文獻

### (一)專書

丁繼華、余瀛鰲、施杞等，《傷科集成-上冊》〔北京市：人民衛生出版社，1999年〕

丁繼華、余瀛鰲、施杞等，《傷科集成-下冊》〔北京市：人民衛生出版社，1999年〕

片岡巖著、陳金田譯，《臺灣風俗誌》〔臺北市：眾文圖書，1990年〕

王泰升，《具有歷史思維的法學》〔台北市：王泰升出版，2010年〕

王泰升，《臺灣法律史概論》〔臺北市：元照出版有限公司，2009年〕

王泰升，《台灣日治時期的法律改革》〔臺北市：聯經出版社，1999年〕

王泰升，《臺灣法的斷裂與延續》〔臺北市：元照出版有限公司，2002年〕

王國治、王國成、王國士，《醫療法律—醫療倫理論中醫推拿法制》，〔臺北市：翰蘆圖書出版公司，2012年〕

史仲序，《中國醫學史》〔台北市：國立編譯館、正中書局，1988年〕

朱德明等，《杭州醫藥史》，〔北京市：中醫古籍出版社，2007年〕

李經緯、林昭庚等，《中國醫學通史-古代卷》〔北京市：上海人民衛生出版社，2000年〕

李尚仁主編，范燕秋著，《帝國與現代醫學》〈第一章：新醫學在台灣的實踐〉〔台北市：聯經出版社，2008年〕

吳基福，《中國醫政史上的大革命》，〔台北市：中華民國醫師公會全國聯合會，1980年〕

林昭庚、陳光偉、周珮琪，《日治時期之台灣中醫》〔台北市：國立中國醫藥研究所，2011年〕

林美容、謝庭輝，《一代武師羅乾章：同義堂師祖阿乾師及其武術傳承》〔台北市：台灣古籍出版有限公司，2007年〕

林吉崇，《台大醫學院百年院史(上)日治時期》〔台北市：國立台灣大學醫學院，1997年〕

張研、孫燕京，《民國史料叢刊—史地·年鑒》，〔鄭州市：大象出版社，2009年〕

張拙夫，《中醫傷科學》〔台北市：正中書局，1978年〕

張珣，《疾病與文化》〔臺北市：稻鄉出版社，1994年〕

張秀蓉編註，《日治臺灣醫療公衛五十年》〔臺北市：國立臺灣大學出版中心，2012年〕

范燕秋，《疾病、醫學與殖民現代性：日治台灣醫學史》〔新北市：稻鄉出版社，2005年〕

莊永明，《台灣醫療史》，〔台北市：遠流事業出版股份有限公司，1998年〕

馬伯英，《中國醫學文化史-上冊》〔上海市：上海人民出版社，2010年〕

馬伯英，《中國醫學文化史-下冊》〔上海市：上海人民出版社，2010年〕

孫樹椿、趙文海等，《中醫骨傷科學》〔北京市：中國中醫藥出版社，2005年〕

梁瓊伊，《臺灣日日新老藥品的故事》〔台北市：臺灣書房出版有限公司，2007年〕

國史館，《中華民國史社會志(初稿)下》，〔新北市：國史館，1999年〕

許錫慶編譯，《臺灣總督府公文類纂衛生史料彙編一(明治29年4月至29年12月)》〔南投縣：臺灣省文獻委員會，2000年〕

許錫慶編譯，《臺灣總督府公文類纂衛生史料彙編二(明治30年1月至30年12月)》  
〔南投縣：臺灣省文獻委員會，2001年〕

賈得道，《中國醫學史略》〔山西省：人民出版社，1979年〕

萬籟聲，《武術匯宗》，〔台北市：臺灣商務印書館股份有限公司，1982年〕

臺灣省文獻委員會，《重修臺灣省通志卷七一政治衛生篇(第一冊)》〔南投縣：  
臺灣省文獻委員會，1995年〕

臺灣省文獻委員會，《重修臺灣省通志卷七一政治衛生篇(第二冊)》〔南投縣：  
臺灣省文獻委員會，1995年〕

臺灣省文獻委員會，《重修臺灣省通志卷三一住民志人口篇》〔南投縣：臺灣省  
文獻委員會，1995年〕

臺灣省文獻委員會，《重修臺灣省通志卷三一住民志生活篇》〔南投縣：臺灣省  
文獻委員會，1995年〕

廖丑，《西螺七嵌開拓史》〔台北市：前衛出版社，1998年〕

劉波，《台灣武術四百年發展史》，〔台北市：逸文武術文化有限公司，2011年〕

鄭曼青、林品石，《中華醫藥學史》〔台北市：台灣商務印書館股份有限公司，  
1982年〕

賴永祥，《教會史話(三)》〔台南市：人光出版社，1995年〕

駱仲遙、駱仲達、駱仲達等，《中國推拿百科全書》〔北京市：人民衛生出版社，  
2009年〕

鄧鐵濤、程之范，《中國醫學通史-近代卷》，〔北京市：上海人民衛生出版社，  
2000年〕



## (二)論文



丁崑健，〈日治時期漢醫政策初探---醫生資格檢定考試〉，生活科學學報，2009年。

奚霞，〈民國時期中醫廢立之爭〉，《炎黃春秋》，第8期，2004年。

劉士永，〈日治時期台灣醫藥關係管窺〉，李建民編，《從醫療看中國史》，(台北：聯經書店，2008年)

蘇士博，〈台灣地區國術館現況分析〉，《中華民國體育學會體育學報》，第十六輯，1993年12月。

## (三)學位論文或研究計劃

孫迺翊、張桐銳，〈按摩業開放後管理之法制建構規劃〉，台北:中華民國行政院勞委會職訓局委託專題研究計劃，2010年7月。

陳三郎，〈七欠武術流派分佈普查與流變研究〉，國立雲林科技大學初期研究暨推展客家文化計畫，2009年。

喻淑蘭，〈醫療專業的變遷與互動--以中醫傷科醫師、國術館拳頭師傅與推拿技術員為例〉，國立臺灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文，1999年。

樊政治、蘇士博、李宜芳、莊嘉仁，〈臺灣區地方國術發展史專題研究〉，台北:中華民國國術總會八十五年度委託專題研究計劃，1994年3月。

蔡敏忠等，〈學校國術教材系統規劃研究〉，國立體育學院，1994年。

## 二、外文文獻

### (一)書籍

日本外務省條約局編，《外地法制誌 5(日本統治下 50 年の台湾)》〔東京都：文

生書局，平成 2 年〕



傅維康、吳鴻洲、川井正久等，《中国醫學の歴史》〔市川市：東洋學術出版社，  
1997 年〕

雲野修治，《實務資料-犯罪即決》（臺北市：臺灣警察協會，1923 年）

臺灣總督府編，《臺灣總督府事務成績提要-八》〔台北市：成文出版社有限公司，  
1985 年〕

臺灣總督府警務局衛生課，《臺灣衛生要覽》〔臺北市：臺灣總督府，昭和 7 年〕

臺灣總督府警務局衛生課，《臺灣の衛生》〔臺北市：臺灣總督府，昭和 7 年〕

### 三、資料庫

日治時期法院檔案資料庫

[http://tccra.lib.ntu.edu.tw/tccra\\_develop/](http://tccra.lib.ntu.edu.tw/tccra_develop/)

立法院議事系統

<http://lis.ly.gov.tw/ttscgi/ttsweb?@0:0:1:/disk1/lg/lgmeet@@0.9028525114987915>

台灣民報電子資料庫

<http://tm.lib.ntu.edu.tw/>

台灣法實證資料庫

<http://tadels.law.ntu.edu.tw/>

台灣總督府官報資料庫

<http://db2.lib.nccu.edu.tw/view/>

植根資料庫

<http://www.rootlaw.com.tw/>

聯合知識庫

<http://udndata.com/>

