



白色恐怖時期政治受難者醫生群像

調查研究暨展示腳本計畫

結案報告書



主辦單位：國家人權博物館籌備處
執行單位：國立臺灣師範大學

計畫主持人：范燕秋

協同主持人：陳翠蓮

研究顧問：許雪姬

紀錄片攝製：江志康、陳育青、楊仁佐

計畫助理：林立婷、盧巧茹

民國103年 11月 5日

**白色恐怖時期政治受難者醫生群像調查研究暨展示腳本計畫
結案報告目錄**

第壹部 基礎調查研究

| | |
|----------------------------------|----|
| 第一章 緒論 | 3 |
| 一、計畫緣起 | 3 |
| 二、工作項目及內容 | 5 |
| (一) 基礎調查研究 | 5 |
| (二) 展示腳本規劃 | 6 |
| 三、研究範圍及歷史視野 | 6 |
| | |
| 第二章 日治時期現代醫學教育與臺灣醫師的公共參與 | 10 |
| 一、殖民地現代醫學教育的發展 | 10 |
| 二、臺灣醫師公共參與的出現 | 13 |
| 三、多元政治思潮與反殖民運動路線的分歧 | 15 |
| 四、戰爭世代、認同徬徨與祖國意識 | 16 |
| | |
| 第三章 戰後初期臺灣衛生體系的接收與醫學教育的轉折 | 20 |
| 一、戰後初期臺灣與醫學衛生接收工作 | 20 |
| (一) 衛生機構的接收 | 20 |
| (二) 臺大醫學院與附屬醫院之接收 | 24 |
| 二、戰後初期重大醫療衛生事件 | 29 |
| (一) 臺大醫院罷診事件 | 29 |
| (二) 戰後疫病爆發與蔓延 | 33 |
| 三、二二八事件中的醫師 | 36 |
| 四、醫學教育的轉折與發展 | 40 |
| (一) 臺大醫學院醫學教育變革 | 40 |
| (二) 國防醫學院遷臺 | 42 |
| (三) 私立醫學院校之設立 | 44 |
| (四) 原住民醫師的培養 | 47 |
| | |
| 第四章 戰後中國共產黨在臺組織發展與破獲 | 49 |
| 一、臺灣省工作委員會的建立與二二八事件後的發展 | 49 |
| 二、中共省工委會之破獲、重建與瓦解 | 52 |
| 三、省工委會殘餘案件與其他中共案件 | 55 |
| | |
| 第五章 白色恐怖案件中的醫師群像 | 58 |
| 一、臺北市工作委員會案中的醫師 | 58 |

| | |
|-----------------|-----|
| 二、學生工作委員會案中的醫師 | 70 |
| 三、麻豆支部案中的醫師 | 75 |
| 四、燕巢支部案中的醫師 | 77 |
| 五、國防醫學院醫學生案 | 79 |
| 六、山地工作委員會案中的醫師 | 83 |
| 七、原住民菁英整肅案中的醫師 | 88 |
| 八、陳中統案件 | 99 |
| 九、臺灣山地獨立運動案中的醫師 | 108 |

| | |
|---------------|-----|
| 第六章 結論 | 114 |
|---------------|-----|

| | |
|-------------------|-----|
| 第貳部 展示脚本規劃 | 118 |
|-------------------|-----|

| | |
|----------------|-----|
| (一) 展示目的 | 118 |
| (二) 展示概念 | 118 |
| (三) 展示方式建議 | 119 |
| (四) 展覽架構一覽表 | 120 |
| (五) 展示企劃單元素材摘要 | 122 |
| (六) 展示企劃單元素材摘要 | 122 |
| (七) 展示地點建議 | 148 |
| (八) 展示規劃建議 | 149 |
| (九) 展示經費預算 | 149 |

| | |
|-----------------------------------|-----|
| 圖版(1) 一九四六年台大醫院罷診事件 | 153 |
| 圖版(2) 戰後初期醫療與公衛事件 戰後初期疫病蔓延 | 177 |
| 圖版(3) 白色恐怖案件中的醫師群像 二二八事件、陳篡地醫師 | 213 |
| 圖版(4) 中共台灣省工作委員會台北市工作委員會案 | 235 |
| 圖版(5) 中共台灣省工作委員會學生工作委員會案 | 284 |
| 圖版(6) 白色恐怖案件中的醫師群像 麻豆案 | 312 |
| 圖版(7) 白色恐怖案件中的醫師群像 黃溫恭案 | 318 |
| 圖版(8) 白色恐怖案件中的醫師群像 國防醫學院學生案 | 334 |
| 圖版(9) 山地工作委員會案中的醫師 | 358 |
| 圖版(10) 白色恐怖案件中的醫師群像 原住民菁英整肅案件中的醫師 | 380 |
| 圖版(11) 白色恐怖案件中的醫師群像 陳中統案 | 413 |
| 圖版(12) 山地獨立運動案中的醫師 | 441 |

附錄

第壹部 基礎調查研究

第一章 緒論

一、計畫緣起

1950 年代初，國民黨政府在國共內戰失敗、撤退臺灣之後，為鞏固臺灣內部統治，展開全面整肅異己的行動，造成許多的政治迫害案件。依據相關統計顯示，1950 年代爆發的白色恐怖政治案件中，以 1949 年至 1954 年期間為最多，總計 192 件，占 1950 年代所有政治案件的 87%，幾乎每年都有百人以上的政治犯遭到處決，成為臺灣人權史上最黑暗的一頁。¹在這些政治案件之中，特別值得注意的是兩件以知識份子為主的案件，一是「臺北市工作委員會案」，另一是「學生工作委員會案」；這兩案件連續兩日內槍決 14 人及 11 人，被槍決者的平均年齡、前案約 32 歲，後案約 25 歲，大部分都是受過高等教育的知識份子，其中不少是醫師。為何這些醫師成為白色恐怖政治的受難者？這些醫師多數出生、成長於日本殖民中後期，受日本殖民所引進的新式（現代）醫學教育，同時於戰後初期進入醫學服務的階段。在 1945 年臺灣歷經政權轉移、時代變動之中，這群醫師在從事醫學專業之餘，關心時局與社會，或實際投入政治活動，因而成為國民黨政府鎮壓對象，甚至犧牲寶貴的生命。究竟如何理解戰後初期醫師對於公共事務的關懷、參與？原本在醫學專業領域發展的醫師為何以及如何參與政治活動？以及醫師從事非醫學領域的政治活動，又是否有其時代意義？這些成為梳理受難醫師歷史的問題重點。

探討白色恐怖時期政治受難醫師的歷史，有必要從戰後臺灣政治史、特別是白色恐怖政治史的角度，探尋醫師涉入相關案件的動態，發掘醫師涉入政治案件的原委、內涵以及其時代意義。而這樣的研究主題也面對一些基本問題，首先是白色恐怖究竟是指何時、或哪一段時期？以及白色恐怖政治案件研究的困難問題。

¹歐素瑛，〈從二二八到白色恐怖－以李媽兜案為例〉《臺灣史研究》15：2（2008,6），頁 137。許進發，〈左傾知識青年的肅清〉，收錄於張炎憲、陳美蓉主編，《戒嚴時期白色恐怖與轉型正義論文集》（臺北市：臺灣歷史學會，2009），頁 116-118。

依據學者研究分析：白色恐怖的開端大多數是以 1949 年 5 月 20 日實施戒嚴為起點。不過，二二八事件之後就持續發生民眾反抗與政府的鎮壓事件，如四六事件，就發生在戒嚴之前。因此，很難以實行戒嚴為白色恐怖為開端。至於白色恐怖的結束，一般認為是 1987 年 7 月解除戒嚴；但當時國民黨政府仍然繼續進行監控，剝奪言論思想的自由，至 1992 年刑法一百條修訂之後，言論思想自由才獲得保障。因此，白色恐怖時期的下限恐應該再向後延伸。

有關白色恐怖政治案件研究，實存在多方面的困難，首先是被捕者身份認定困難與案情釐清不易，因當時政府多以「知匪不報」或參加「匪黨組織」，逮捕反對者，加以刑求逼供，造成冤情者甚多。其次，是資料檔案彙整困難，原因是同一案件資料可能分散在、不同機關，或者因結案先後有別而被分割為數案，有時難以得知案件的全貌。再者，是案件數量不明以及逮捕人數難以估計，依據 2005 年 7 月國防部提出「戒嚴時期叛亂暨匪諜審判案件」報告，合計遭受審判有 27,350 人，剔除重複後計有 16,132 人。若依據「戒嚴時期不當叛亂暨匪諜審判案件補償基金會」公佈，至 2009 年 6 月 30 日為止申請補償者，共計有 8,767 人。但實際被捕人數究竟多少人，至今仍沒有定論。²面對這些研究的難題，為探尋這時期政治受難醫師群像，有必要廣泛蒐尋相關基礎檔案資料，並運用相關研究成果進行研究分析，釐清白色恐怖時期醫師涉入政治案件的原委、內涵，進而深究其時代意義。

本研究的目標有三，一、調查研究臺灣白色恐怖時期政治受難醫師群像，探討白色恐怖政治受難醫師的歷史，以及他們的生命故事所彰顯的時代意義和價值。二、進行主題式的基礎調查研究，以及展示腳本規劃，作為臺灣白色恐怖時期政治受難醫師群像展示製作的基礎。三、厚植國家人權博物館人權調查研究成果，以達成研究、展示及人權教育的目的。

² 張炎憲，〈白色恐怖與轉型正義〉，頁 7-11。林正慧，〈1950 年代親共或左翼政治案件〉，《戒嚴時期白色恐怖與轉型正義論文集》，頁 169-173。

二、工作項目及內容

本研究以白色恐怖時期政治受難醫師群像為主題，工作內容包含二大部分，一是基礎調查研究，二是展示腳本規劃。這兩大項工作內容重點，以及先後的關連，分別說明如下：

（一）基礎調查研究

如前項分析所論，戰後臺灣政治史所謂白色恐怖時期，大抵在 1949 年 5 月實施戒嚴之前已然展開，並持續至解嚴之後的 1990 年代初。在這段長達 40 餘年的白色恐怖歷史，究竟有多少醫師因政治案件而遭遇劫難，也就是白色恐怖受難醫師名單為何，這是本計畫調查研究擬釐清的首要問題。如前文論及，白色恐怖政治案件研究有其困難之處，案件數量不明，以及逮捕人數難以估計；不過，伴隨晚近臺灣民主化的發展，政府對於政治人權的重視，藉由「戒嚴時期不當叛亂暨匪諜審判案件補償基金會」所完成的受難者申請補償作業，可取得比較完整的白色恐怖受難醫師名單，提供本計畫調查的依據及研究的起點。

在初步取得、建立受難醫師名單之後，重要的是探討這些醫師涉及的政治案件類型、發生的時代背景、原因，以及政治案件推演過程、結果以及連帶的影響。其中，所謂政治案件的類型，如前文分析所知，1950 年代的政治案件類型受中共影響甚深；然而 1960 年代之後，案件類型已然改變，轉變為以臺灣獨立運動案件為主。而且，在 1950 年代初期政治案件最多的時期，其間也出現不同類型的政治案件，即包含學生為主體、以及原住民政治菁英為主體的不同案件類型。而所謂政治案件的影響，也可能是多方面，包括：對於個人、家族、醫學專業、甚至是族群或國家等，皆值得進行個別分析討論。整體上，對於這些醫師涉及的政治案件類型進行系統性的討論分析，不僅在深究臺灣戰後政治史的發展特色，也在梳理這些受難醫師生命故事所彰顯的時代意義，即重新理解他們如何在困厄而嚴峻的時代，依然堅持個人理想或理念，以個人生命的熱情在灰暗的時代所綻放的光芒與希望；藉此，以表彰這群醫師的生命故事所彰顯的時代意義和價值。

另一重要問題是政治案件對於受難醫師及其家族的影響，這點是基於轉型正義的觀點，關切這些在政治案件受難之後，即劫後餘生的醫師或者他們的家族如何存續以及生活的問題，包括晚近臺灣民主化發展之後，受難醫師及其家族如何

爭取應有的權利與尊重等延續性的政治議題。

綜合而言，本計畫基礎調查研究的內容重點包含三方面，一是建置白色恐怖受難醫師名單，二是涉案醫師相關政治案件、類型，分析這些案件類型發生的時代背景、原因、案件過程以及連帶的影響。三是政治案件對於受難醫師以及其家族的影響、結果、後續狀況。

（二）展示腳本規劃

基本上，任何議題的展示企劃，都是建立在完整而有深度的調查研究成果，本計畫對於政治受難醫師群像的展示腳本規劃，也必須依據前項基礎調查研究成果，提出相關主題展示腳本計畫。不過，必須注意的是：博物館展示是以具體的物件、以及視覺圖像或影像為媒介，因此在前項基礎調查研究階段，必須留意收集展示主題相關的物件、或影像，以備後續展示規劃之運用。本計畫對於展示腳本規劃、或展示企劃，亦是運用基礎調查研究成果，釐清以及設定展示目的、規劃展示主軸(故事)，提出展示詮釋內容建議及規劃，並且搭配相關文物或圖說。

本計畫主題為獨特的歷史議題，透過博物館展示教育活動，所欲彰顯的人權價值意義，值得進一步申論。白色恐怖受難醫師的歷史是戰後臺灣白色恐怖政治史的一環，其實也是臺灣社會「集體創傷」的歷史；對於這段歷史創傷的重新挖掘、深究，甚至公開展示歷史的創傷，必然面對為何挖掘歷史創傷，以及展示「創傷」的問題。誠如相關研究者所論，社會集體創傷類型的博物館展示，其意義有大我與小我兩個層次的意義，前者指：透過博物館展示的種種再現機制與儀式活動，得以再建構與傳承，成為國家民族的集體記憶；而後者指：透過對於創傷之理解與詮釋，可以達到重新建構認知結構的效用，藉以協助受創者以正面的方式來賦予創傷可理解、有意義，進而建立自尊而積極的人生觀。³

尤其，當集體創傷之規模大到影響國家社會之命運，且牽涉到不同族群或團體的相異或相互衝突的觀點與詮釋之時，不斷重複討論與詮釋就成為必要。這時，在博物館展示創傷歷史的過程，即是讓所有相關參與者進行溝通與對話，包括受難者、受難家屬、研究者、觀覽者，因此使事件產生新的理解與共識，包括道德社群的形成、集體記憶的形塑、生命共同體的凝聚。⁴要言之，臺灣白色恐怖歷

³陳佳利，《被展示的傷口：記憶與創傷的博物館筆記》（臺北：典藏，2007），頁 50-51。

⁴陳佳利，《被展示的傷口：記憶與創傷的博物館筆記》，頁 49、52。

史是臺灣歷史的一部分，也是臺灣人共同的精神資產，⁵藉由歷史議題展示所開拓的多元聲音與坦誠對話，方能促進國民全體普遍的理解與共識，以及深化此一議題所欲彰顯的人權價值。

三、研究範圍及歷史視野

戰後臺灣建立起嚴密的「戡亂/戒嚴體制」，是威權統治的基礎。因國共內戰蔓延，國民政府於 1947 年 7 月發布「總動員令」，國民大會並在 1948 年 4 月通過〈動員戡亂時期臨時條款〉，凍結〈中華民國憲法〉第三十九條發布戒嚴、第四十三條緊急命令之條文規定。⁶1949 年 5 月 19 日，臺灣省政府主席兼警備總司令陳誠宣告臺灣全省戒嚴，依據〈戒嚴法〉實施軍事統治。戒嚴之下，非軍人卻受軍事審判，一般人民的言論、思想、出版、結社、集會、遊行、通信、遷徙等基本自由，遭受莫大危害。⁷

本研究所稱「白色恐怖時期」，即是在「戡亂/戒嚴體制」之下，因相關法令及統治手段所造成的恐怖統治型態。在〈動員戡亂時期臨時條款〉與〈戒嚴令〉的基礎上，政府當局為了對付共產黨，於 1949 年 6 月公布〈懲治叛亂條例〉，該法第二條第一項(簡稱二條一)將刑法中的內亂罪加重為唯一死刑，⁸是對付政治犯最主要的、令人聞之色變的法律依據。其次，統治當局建立包括調查局、情報局、臺灣省警備總司令部等特務機關，進行複式交錯的社會監視系統；以監聽、郵件檢、製造黑名單等種種手段，控制臺灣社會。又於 1950 年 6 月頒布〈戡亂時期檢肅匪諜條例〉，設立獎金制度、鼓勵人民「檢舉匪諜」；又以連坐法處分知情不報者，形成人民之間相互監視的機制，嚴刑與利誘雙線並行，嚴重挑戰人性極限。

白色恐怖時期，臺灣社會人人如驚弓之鳥，在趨吉避害的考量下，人們為了自我保護，不得不保持戒心、彼此提防，人際之間應有的善意、信任、合作、情誼等關係遭到破壞與摧殘。戒嚴時期，大街小巷張貼「檢舉匪諜、人人有責」、「小心匪諜就在你身邊」、「知匪不報、與匪同罪」的標語，時時提醒人們相互監視，

⁵曾建元，〈不信青春喚不回、不容青史盡成灰〉，收錄於陳英泰，《回憶：見證白色恐怖（上）》（臺北：唐山，2005），頁 15。

⁶國民大會秘書處編印，《第一屆國民大會實錄第一編》（臺北：國民大會秘書處，1961），頁 268。

⁷國史館編，《戰後臺灣民主運動史料彙編（一）從戒嚴到解嚴》（臺北：國史館，2000），頁 44-46。

⁸國史館編，《戰後臺灣民主運動史料彙編（一）從戒嚴到解嚴》，頁 25-31。

形成「人人心中都有一個小警總」的自我檢查社會氛圍。⁹

1987年臺灣解嚴，依據1989年法務部代表陳守煌在立法院所做的報告，戒嚴時期38年間，一般人民而受軍事審判案件高達29,407件，¹⁰其中有許多即是政治案件。1991年李登輝總統宣布終止動員戡亂，〈動員戡亂時期臨時條款〉、〈懲治叛亂條例〉、〈戡亂時期檢肅匪諜條例〉等惡法始廢止；但是〈刑法一百條〉依舊有效，1991年「獨立臺灣會事件」陳正然、廖偉程等人仍因政治主張遭到逮捕。直到1992年〈刑法一百條〉修訂，言論思想自由才獲得保障，臺灣的白色恐怖終於結束。因此，本研究以1949年戒嚴起，至1992年〈刑法一百條〉修訂，為白色恐怖期間的時間起訖，探討此期間臺灣島內醫師所受政治案件之侵害。在此定義下，於海外從事反對運動的醫師並不納入研究範圍。

至於本研究的主題對象「醫師」或「醫生」，由於臺灣清代以來是以漢人閩客族群為主體的社會，一般對於醫療專業者稱為：I-Sing，發音為：醫生，¹¹或者受日語影響而稱之為：先生，發音為：sen-sei。不過，以臺灣近代醫療史而言，日治時期對於受西方（現代）醫學教育而有開業資格者，稱為「醫師」；對於臺灣原有的傳統漢醫，則稱為「醫生」。1945年之後，臺灣近代醫療體系歷經從德日式轉向美式醫學，加上醫療系統發展的多元化，無論漢醫或西醫、都稱為醫師，至多加上醫療專業分工的稱呼，如：中醫師、牙醫師等。由於本研究的主題時間以戰後為主，因此行文統一用詞為：醫師。

為探討戰後白色恐怖政治案件中受難醫師的歷史，本研究認為有必要採取宏觀的歷史視野，以及重視案件的歷史脈絡。在臺灣近代史上，受現代醫學教育的臺灣醫師參與政治活動，源起於日本殖民中期、1920年代；而且，1950年代白色恐怖受難醫師大多出生在日本殖民中期，1910年代或1920年代，即是所謂「戰爭的世代」，他們正是從殖民政府為戰爭動員而施行皇民化（日本化）政策，而後轉向國民黨政府接收之後、著重「去日本化」以及「中國化」的時代轉折階段。因此，為釐清從日治末期至戰後初期醫師社群的行動與心理轉折，本研究的分析

⁹ 陳翠蓮，〈臺灣戒嚴時期的特務統治與白色恐怖氛圍〉，收入張炎憲等編，《戒嚴時期白色恐怖與轉型正義論文集》（臺北：吳三連臺灣史料基金會，2009），頁43-70。

¹⁰ 李敖，〈安全局機密文件—歷年辦理匪案彙編序〉，收入國家安全局編，《安全局機密文件--歷年匪案彙編(上)》（臺北：李敖出版社，1991），頁5。編，《安全局機密文件--歷年匪案彙編(上)》（臺北：李敖出版社，1991），頁5。

¹¹ 陳君愷的研究以日治臺灣醫生社會地位為主題，在緒論開宗明義說明研究對象「醫生」的發音與由來，參考：陳君愷，《日治時期臺灣醫生社會地位之研究》（臺北：國立臺灣師範大學臺灣史研究所，1992），頁1。

架構依序有三個層次，首先、追溯戰前臺灣醫師公共參與的緣起以及其歷史轉折，其次、探討戰後初期從國民黨政府接收至二二八事件過程，臺灣醫師社群的行動及其心理轉折。再者，探討十個政治案件中的醫師受難的原委及結果，進行受難醫師的政治案件分析；最後，則總結研究的成果與發現。

第二章 日治時期現代醫學教育與臺灣醫師的公共參與

探討戰後初期臺灣醫師何以參與公共事務，首先必須瞭解這群醫師如何養成。就臺灣現代醫學史的角度，1945 年之後、受現代醫學（modern medicine or modern western medicine）的醫師有兩種可能的來源，其一是 1895 年日本治臺之後，接受殖民地現代醫學教育培育、養成的醫師，主要來自臺灣總督府醫學校創立，歷經臺灣總督府醫學專門學校，以至臺北帝國大學醫學部，此一殖民地醫學教育系統畢業者；以及少數前往日本帝國境內取得醫學專業資格者，包括日本本國或其他所屬殖民地取得醫師資格者。其二是 1912 年中華民國成立之後，在中國建立、發展的醫學教育體制，並於 1949 年 10 月伴隨國民政府遷臺，從中國移轉來臺的醫學院校。其中，從臺灣近現代歷史連貫的角度，必先了解戰前臺灣本土醫師培養的由來，以及他們參與公共事務的緣起。

一、殖民地現代醫學教育的發展

1895 年日本領臺之初，日軍遭遇傳染病流行的嚴重衝擊，¹²以及 1896 年臺灣總督府（以下簡稱：總督府）民政施行之後，隨即面臨鼠疫入侵的挑戰；也因此，傳染病問題成為日本治臺必須克服的首要問題。總督府為有效控制臺灣風土疫病問題，自始重視現代醫療衛生的建制，其中首要是設置醫院和公醫制度，並從日本本國募集醫師來臺，從事醫療衛生工作。不過，依據總督府衛生顧問後藤新平的規劃，認為醫學校才是衛生制度完成的原動力；¹³其中理由如山口秀高開辦殖民地醫學教育所言，「在臺灣推展文明的醫術，基於人種的情感，日籍醫師絕非臺籍所能及；但傳統醫師又缺乏近代醫學知識，流弊頗大」。「日籍醫師因臺灣風土的關係，無法長久留任；養成臺人醫士，既可接替日本醫師之職，又可扮演輸入日本文明的角色」。¹⁴因此，1897 年 3 月，山口氏首先於臺北醫院試辦「土人醫師養成所」，開始推行新式醫學教育。1899 年 3 月，總督府公布「臺灣總督府醫學校」官制，正式開辦新式醫學教育。此外，總督府為確立臺灣近代醫療體制，1901 年將傳統醫師納入醫業管理，並不再核發證照，全面壓制傳統漢醫發展，因此使漢醫人數逐年遞減。

¹²征臺日軍自 1895 年 5 月至 11 月為止，戰死者 164 人，負傷 515 人，病歿者 4624 人，罹病者 26094 人，傳染病患死者人數遠超過戰役傷亡，而且疾病患者以傳染病為主。

¹³鶴見祐輔，《後藤新平傳第二卷》（東京：後藤新平伯傳記編纂會，1937），頁 370。

¹⁴臺北醫專編，《創立廿五周年紀念祝賀記事》（臺北：臺北醫專，1925），頁 1-4。

就殖民地新式醫學教育而言，總督府醫學校的學程規劃，是招收公學校畢業生，施以五年（預科一年、本科四年）的醫學課程訓練，約略等於中學程度。這種規劃是自始將臺籍醫師定位在擔任日籍醫師輔助的角色，符合以日本人為優先的殖民醫學體制。同時，由於在臺灣傳統社會醫師的地位不高，願意習醫者不多，醫學校最初招生尚有困難。其後，總督府經由各種管道說服臺灣社會上層階級，以及提供就讀獎勵方案，至1905年以降醫學校入學考試趨於競爭激烈，醫學校逐漸成為有志升學的青年競相投考的目標。從殖民地教育觀之，日治前期總督府開放、提供臺人的中等以上教育管道，僅有培養教師的「國語學校」（師範教育）以及培養醫師的「醫學校」兩種；而且，醫學校在學期間所享有的優厚待遇，以及畢業後的出路和發展，又都超過師範教育畢業者甚多，因此醫學校成為臺灣的最高學府，也是培養臺灣菁英的搖籃。1910年代以降，學習醫學成為臺灣優秀青年最佳的出路，不僅獲得上層社會的普遍支持，也形成臺灣人競相習醫的風氣。

15

日治中期之後的醫學教育發展，首先因應日本南進政策的啟動，以及在臺日本人子弟增加，1918年新設置「臺灣總督府醫學校醫學專門部」，專招收日籍學生；1919年，改稱臺灣總督府醫學專門學校，預科由一年制改為四年制，僅招收三年，至1922年廢止。1922年，新臺灣教育令頒布，中等以上學校實施日臺共學，總督府醫學專門學校兼收日臺籍學生。1927年（昭和 2年），總督府醫學專門學校改稱「臺北醫學專門學校」。1922年 4月，因高等學校令公佈，而設立「臺灣總督府臺北高等學校」，學制包括尋常科四年、高等科三年（文科、理科），目標為大學預備學校。1928年，臺北帝國大學成立，即為容納臺北高等學校第一屆畢業生。至1936年，臺北帝國大學設置醫學部，醫學教育發展至大學階段；同時，原有的臺北醫專與臺北帝國大學醫學部並置，改稱臺北帝國大學附屬醫學專門部。

表2-1和表2-2，分別統計醫專和帝國大學醫學部歷屆畢業生，依據其中種族別（日人、臺人）統計顯示：1922年起、歷年以來醫專學生人數，除少數幾年之外，日籍醫學生人數大多高於臺籍，至1945年為止學生總數日籍也多於臺籍。同樣的，帝國大學醫學部醫學生人數除少數3、4年之外，日籍學生多數高於臺籍，至1945年為止的學生總數日籍也多於臺籍。換言之，這種日臺籍醫學生人數的差異，反映殖民地高等教育長期存在的種族差別待遇問題。

¹⁵ 「醫學校學生異動、畢業人數」，《臺灣總督府醫學專門學校一覽》（臺北：總督府醫專，大正 9 年），頁 153。吳文星，《日據時期臺灣社會領導階層之研究》（臺北：正中，1993），頁 99。

表2-1：總督府醫專和臺北醫專畢業生一覽(1922,3－1945,10)

| | | | | | | | | | | | | | |
|----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 年代 | 1922 | 1923 | 1924 | 1925 | 1926 | 1927 | 1928 | 1929 | 1930 | 1931 | 1932 | 1933 | 1934 |
| 日人 | 10 | 18 | 22 | 24 | 29 | 28 | 26 | 27 | 18 | 46 | 44 | 40 | 31 |
| 臺人 | 1 | 1 | 1 | 2 | 5 | 4 | 30 | 36 | 42 | 24 | 21 | 27 | 42 |
| 合計 | 11 | 19 | 23 | 26 | 34 | 32 | 56 | 63 | 60 | 70 | 65 | 67 | 73 |

| | | | | | | | | | | | | | |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 1935 | 1936 | 1937 | 1938 | 1939 | 1940 | 1941 | 1941 | 1942 | 1943 | 1944 | 1945 | 1945 | 合計 |
| 38 | 23 | 39 | 35 | 33 | 18 | 17 | 18 | 26 | 40 | 42 | 48 | 41 | 771 |
| 42 | 37 | 35 | 37 | 38 | 24 | 19 | 53 | 21 | 28 | 25 | 27 | 30 | 652 |
| 70 | 60 | 74 | 72 | 71 | 42 | 36 | 71 | 47 | 68 | 67 | 75 | 71 | 1423 |

說明：由於1936年臺北帝國大學醫學部成立，1937年起臺北醫專畢業生改制為「臺北帝國大學附屬專門醫學部」第一屆畢業生。資料來源：林吉崇，《臺大醫院百年史（上）》，頁93。

表2-2：臺北帝國大學醫學部學生一覽(入學年代1936,3－1945)

| | | | | | | | | | | | | |
|----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-----|
| 年代 | 1936 | 1937 | 1938 | 1939 | 1940 | 1941 | 1942 | 1942 | 1943 | 1944 | 1945 | 總計 |
| 日人 | 23 | 18 | 23 | 12 | 14 | 4 | 28 | 14 | 29 | 29 | 51 | 245 |
| 臺人 | 14 | 22 | 11 | 27 | 12 | 11 | 10 | 24 | 30 | 35 | 32 | 228 |
| 合計 | 37 | 40 | 34 | 39 | 26 | 15 | 38 | 38 | 59 | 64 | 83 | 473 |

資料來源：林吉崇，《臺大醫院百年史（上）》（臺北：臺大醫學院，1997），頁95。

至於殖民地醫學教育培養的人才，畢業後的就業動向，以總督府醫學校畢業生而言，迄至1919年為止，醫學校總計培養544位臺籍醫師。在任職動態上，除最初實習的一、二年任職官立醫院及公醫之外，僅少數進入官公立醫院，而以獨立開業者最多，少部分隨日本國家力量擴張而活躍於海外。¹⁶亦即醫學校畢業生多數成為分布各地的開業醫，若任職總督府醫院醫療部門，亦形成日籍和臺籍醫師上下階級分工的特色。換言之，殖民地醫師的資格終究不同於殖民母國，突顯殖民地醫學教育的差別待遇。而且，總督府醫學校畢業醫師在日本本國並無開業資格，除非參加及通過日本的醫師資格考試。至1936年，臺北帝國大學醫學部成立之後，帝大醫學部畢業獲得「醫學士」學位，才不受開業地點的限制。¹⁷

¹⁶ 〈畢業生任職統計〉《臺灣總督府醫學專門學校一覽》，大正11年（1922），頁162。

¹⁷ 有關醫學校畢業醫師的任職資格問題，參考：范燕秋，〈從臺灣總督府檔案看日治時期的公共衛生〉《疫病、醫學與殖民現代性：日治臺灣醫學史》（臺北：稻鄉，2010再版），頁137-147。

二、臺灣醫師公共參與的出現

殖民地醫學教育雖存在差別待遇問題，然對於1895年日本治臺之後出生的世代而言，醫師以醫療專業而獨立開業，無論因收入豐而有自主性，或因醫療救人而獲得尊敬，皆使得醫師社會地位大為提高。而且，臺灣醫師多數在家鄉開業、服務，在從事醫療和改善衛生工作之餘，開始廣泛的參與地方社會、政治公共事務，更使得醫師進入社會領導階層。在1910年代臺灣社會領導階層之中，醫師身份者佔23.8%；至1930年代，仍佔19.7%，醫師誠然是臺灣社會領導階層的中堅。

18

由以上觀之，臺灣醫師專業地位的形成，以及醫師社會地位的提高，是來自日本殖民體制的設計。而1920年代，臺灣醫師開始投入反殖民政治運動，也與身處殖民體制內、感受殖民的差別待遇有密切關係。依據賴和醫師在〈高木友枝先生〉一文說明，他是聽過後藤新平的訓話之後而有所覺醒；即後藤新平言：「本島人諸君要自己省察，我們只有二十餘年對於帝國忠誠的歷史，所以不要奢望，若權利待遇有些不似內地人，不宜就說不平。」這番合理化殖民體制的訓話，刺激賴和的反思是：「向來我們大家都以為是沐在一視同仁的皇恩之下，不感到有何等的差別，經過後藤的一番訓誡才會自省」。¹⁹另依據韓石泉醫師的自述，他自醫學校畢業後任職於臺南醫院四年，期間「職務為醫務助手，其上有醫官補、醫官、醫長，權限劃明。他僅抄處方、檢查、問病歷，並不擔任治療工作，因此缺乏興趣。最後他要求醫院院長明石真隆，讓他主持一部分病房之病人」。「然日人醫員中，對此嘖有煩言，日本護士心存輕視者有之，抗不遵命者有之。余之處境頗為局促」。「當時民族主義漸漸露骨，在院內，臺人職員與日本人職員有對立形勢」。²⁰在此，可見臺灣醫師對於殖民體制差別待遇有所覺醒，以及深受時代新思潮的啟發與鼓舞，因而投入反殖民政治運動。當時臺灣醫師參與政治運動的盛況，參加人數之多，固然是指標之一，更重要的是擔任組織領導以及理論指導者的角色。²¹

首先，1921年10月17日「臺灣文化協會」之成立，即是由醫學校畢業生李應章、蔣渭水、吳海水等人所發起、推動，以促進臺灣文化發達為宗旨目標，為1920年代島內反殖民政治運動之開端。至1927年臺灣文化協會分裂為止，臺籍醫師是

¹⁸吳文星，《日據時期臺灣社會領導階層之研究》，頁151-157。陳君愷，《日治時期臺灣醫生社會地位之研究》（臺北：臺灣師範大學專刊（22）1992），頁28、53。

¹⁹李南衡主編，《日據下臺灣新文學（一）賴和先生全集》（臺北：明潭，1979），頁263。

²⁰韓石泉參與政治運動，先後擔任臺灣文化協會臺南支部幹部及臺灣民眾黨中央委員。韓石泉，《六十回憶錄》，（臺南：作者自印，1956），頁25-26。

²¹陳君愷，《日治時期臺灣醫生社會地位之研究》，頁136。

該組織活動的主要成員，在歷年負責實際活動的理事之中，醫師約佔總數30%，以及負責監督會務的評議員約佔五分之一；積極參與各種文化啟蒙工作，擔任通俗講習會、夏季學校以及文化講演會講師。同時，在臺灣議會請願運動的相關組織如臺灣議會期成同盟會，醫師亦佔有高達34%的人數比例。²²

1927年1月3日，臺灣文化協會召開的臨時會因左派勢力主導，造成內部的分裂。同年7月蔣渭水醫師領銜另行組成政治團體「臺灣民眾黨」，先前文化協會醫師除少數留在「新文協」之外，多數加入民眾黨，為數多達40餘人，除擔任該黨各地支部的核心幹部之外，並擔任政治、經濟、勞農等委員會委員，如王受祿、楊金虎、陳金波、韓石泉、李應章。當時民眾黨亦深受社會主義思潮的影響，致力於組織、指導勞農團體，1928年2月協助成立「臺灣工友總聯盟」。至於分裂後的新文化協會，積極投入無產階級運動，與1926年10月成立的臺灣農民組合建立合作關係，共同對抗殖民當局；在新文協組織活動中，醫師亦扮演要角。依據相關研究顯示：至1931年底為止，參與反殖民政治運動的醫師至少有116人，當時臺籍醫師僅1100多人，即參與者比例約為十分之一。²³

值得申論的是：臺灣醫師投入政治運動的時代意義。就政治與醫學的關聯而言，醫師從事反殖民政治運動，其意義可從兩方面觀之，其一是扮演民族醫師（national physicians）的角色，即所謂「上醫醫國」，醫師投入反殖民的抗爭活動，他們所醫治的不再僅是個別的患者，而是診斷及批判殖民體制，發掘臺灣社會遭遇的殖民壓制與不公，並且從文化啟蒙、社會和政治運動各方面著手，醫治臺灣人群體的病痛，試圖改善殖民地社會的地位。這時，醫師的位置已然提昇至民族醫師的角色。其二是社會醫學的實踐，德國細胞生理學家 Rudolph Virchow 開創社會醫學概念，他認為醫學者若欲有效改善群體的生活與健康狀況，不能侷限於個人生理、病理層次，而必須面對及處理更大的社會和政治結構問題，甚至有必要投入政治場域、影響決策。同樣的，日治時期臺灣醫師投入反殖民政治運動，無論為臺灣人群體健康而發起反鴉片特許運動，或者在農民運動中為農民爭取經濟利益，皆展現實踐社會醫學的意義。²⁴儘管在戰後初期，臺灣醫師所面對的政

²²陳慈玉，〈地方菁英在 1920 年代臺灣農民運動中的角色－以李應章和簡吉為例〉《地方菁英與臺灣農民運動》（臺北：中央研究院臺灣史研究所：2009），頁 127-159。陳君愷，《日治時期臺灣醫生社會地位之研究》，頁 138。

²³依據陳君愷的研究統計，這樣比例是保守的計算，不少正在日本習醫者並未核計於其中。陳君愷，《日治時期臺灣醫生社會地位之研究》，頁 140-143、152。

²⁴范燕秋，〈臺灣新世代知識份子與蔣渭水醫生〉《疫病、醫學與殖民現代性：日治臺灣醫學史》，頁 110-115。Dorothy

治局勢已有所不同，但就政治與醫學的關連而言，醫師的公共參與仍含有這兩層重大的意義。

三、多元政治思潮與反殖民運動路線的分歧

1920 年代臺灣醫師參與公共事務另一重要現象，是政治思想與路線的多元分歧，間接的後續影響則是：在戰後初期臺灣醫師公共參與的多面相，即從投入體制內的改革、如透過民意代表選舉參與公共事務，以至從事體制外的革命、如二二八事件中採取的武力抗爭，或二二八事件之後的思想左傾。然而，由於戰後初期臺灣經歷急遽的政局變動，醫師無論持有何種政治思想與立場，都極可能面臨嚴厲的考驗，甚至誤蹈陷阱而遭遇劫難。

基本上，1920 年代臺灣島內反殖民政治運動的思想來源，乃是日本帝國中心東京的臺灣留學生。即由於大正民主期的東京作為知識傳播中心，不僅吸引亞洲各國、殖民地青年前來學習，也提供反帝國、反殖民人士經驗交換與組織集結的機會；臺灣留學生也在此與東亞各國和殖民地青年連結、合作。²⁵其實，大正期日本國內主流思想是立憲主義、溫和自由主義、基督教人道主義，這些日本知識界人士關心殖民地統治問題，對帝國的同化主義、武斷統治有所批評，要求給予殖民地自治、自主等緩衝空間，其目的在持續保有日本帝國的殖民地統治。因此，臺灣留學生從事政治運動結交的主要對象，是立憲主義者為主的政界人士、人道主義者為主的教會人士、自由主義為主的殖民政策學者，議會設置請願運動的論述、主張即吸收日本主流政治思潮，要求改善殖民地統治。至 1920 年代後期，日本的社會主義、共產主義日益活躍，並呼應共產國際的殖民地民族自決論，重視殖民地問題；伴隨這波大正期政治思潮的轉變，臺灣留學生政治運動也趨於左傾，並影響到臺灣島內政治運動團體的分合，直接的反映是 1927 年臺灣文化協會內部分裂，左派勢力開始主導該組織運作。1920 年代臺灣政治運動的發展，可說是日本國內政治思潮與運動的延長，呈現從自由主義往共產主義的轉變；而且，臺灣留學生不分左右派，儘可能擴大聯合對象，形成跨國合作的現象。²⁶

即在大正期日本政治思潮影響之下，臺灣醫師的政治理念與運動路線如何，

Porter and Roy Porter, "What was Social Medicine? An Historiographical Essay", *Journal of Historical Sociology*, Vol.1

No.1, 1988.3, pp.95-96.

²⁵陳翠蓮，〈大正民主與臺灣留日學生〉《師大臺灣史學報》6：2013.12，頁 56。

²⁶陳翠蓮，〈大正民主與臺灣留日學生〉，頁 53-100。陳翠蓮，〈自治主義的進路與侷限〉《臺灣人的抵抗與認同》（臺北市：曹永和文教基金會、遠流），2008.08.，頁 37-85。

以蔣渭水、李應章為例，略加考察。首先，蔣渭水為臺灣文化協會的發起人之一，以設立讀報社、舉辦通俗講習會、舉行文化講演會等，積極推動文化運動。不過，1927年「文協」左傾之後，蔣渭水脫離文協，另行籌組、成立「臺灣民眾黨」，或足以反映蔣渭水這時的政治思想尚維持溫和、中庸的色彩。然而，民眾黨成立之後，蔣渭水的政治思想亦日益左傾，反映在1928年2月民眾黨協助「臺灣工友總聯盟」成立，支持農工階級運動，造成民眾黨內部的再度分裂。在此，可見蔣渭水的政治理念與運動路線的多元變動。²⁷其次，李應章也是臺灣文化協會的發起人，以及農民運動領導人。他在總督府醫學校習醫時，受到五四運動影響，經常閱讀《新青年》等進步刊物，並曾與醫學校同學赴中國革命根據地廣州旅行。1921年3月，李應章自總督府醫學校畢業，在家鄉二林開業，隨即參加臺灣文化協會，並投入農民運動。1925年6月，成立二林蔗農組合，同年10月領導二林蔗農向糖廠爭取權益，而引發衝突事件，因此以騷亂罪被處禁錮八個月；出獄後，仍持續投入當地的蔗農抗爭。1932年，因遭到總督府通緝而轉赴廈門行醫，並加入中國共產黨。其後，再前往上海，邊行醫邊、從事革命活動。李應章戰後仍留在中國，成為「臺灣民主自治同盟」要員，最後客死異鄉。²⁸

要言之，蔣渭水和李應章兩人的政治思想與運動路線，不僅反映臺灣島內反殖民運動受日本政治思潮變化的影響，也可見深受「祖國意識」的影響而產生的連結與行動。而這種對於「祖先之國」中國的向心力及思慕之情，²⁹到了「戰爭世代」也就更為迫切而濃厚了。

四、戰爭世代、認同徬徨與祖國意識

1920年代臺灣醫師投入反殖民運動，固然如前所述、是殖民的差別待遇與歧視所激發的覺醒，其實、也與祖國意識有密切的關係。所謂的祖國意識，其中重要成分是漢民族文化認同所激發的意識，也就是文化認同因素。對於日治後期、即「戰爭世代」的臺灣醫師而言，當日本發動戰爭、積極侵略中國之際，身處時代夾縫中的臺灣人，其身份與認同就更為曖昧不明。以臺南醫師吳新榮為例，他

²⁷有關蔣渭水與臺灣民眾黨之研究，參考：簡炯仁，《臺灣民眾黨》（臺北：稻鄉，1991）。黃煌雄，《臺灣的先知先覺者：蔣渭水傳》（臺北：輝煌，1976）。

²⁸陳慈玉，〈地方菁英在1920年代臺灣農民運動中的角色—以李應章和簡吉為例〉《地方菁英與臺灣農民運動》，頁152、153。

²⁹日治時期臺灣人「祖國意識」的由來，葉榮鐘的回憶是由於日人歧視與欺凌壓迫激發出來的，即日本人的殖民政策所激發的。在二次大戰時期，對於中國有實際觀察的吳濁流，亦有類似的描述。葉榮鐘，《小屋大車集》（臺中：中央書局，1977），頁24。吳濁流，《無花果》（臺北：前衛出版社，1988），頁40。

在日記中密切關注當時中國政治局勢，以及記錄中日戰爭爆發之後，中國在外侮侵略之下面臨的危機，透露對中國命運深切的關懷。³⁰

基本上，日治時期臺灣醫師公共參與有其「世代差異」，所謂世代差異是以日本治臺五十年的時間，大抵可區別為三個世代，1920 年代從事反殖民運動的醫師因生於 1895 年日本佔領臺灣前後，屬於第二個世代；相較而言，1950 年白色恐怖受難者醫師出生在日本殖民中期、1910 年代或 1920 年代，則屬於第三個世代，也就是「戰爭的世代」。³¹不同世代的醫師除家庭和個人特質因素之外，最大的不同即是身處的時代環境有別，所面對的時代問題或困境亦有所差異。而「戰爭的世代」，在醫學教育上是以受帝國大學醫學部高等教育為主，他們歷經從日本殖民末期轉向戰後臺灣的新政局，身處的時代環境正是歷經日本殖民政府為戰爭動員而施行皇民化（日本化）政策，至 1945 年之後國民黨政府接收之後，轉向「去日本化」以及「中國化」政策變動。身處於這樣的時代動盪，當時臺灣醫師的政治認同、祖國意識呈現另一種樣態，這可以吳思漢、葉盛吉、郭琇琮三人為例加以說明。

吳思漢，原名吳調和，1924 年生，臺南白河人。父吳勻為臺南師範學校畢業，任白河公學校訓導 13 年，後轉任漢藥藥種商。吳調和於 1931 年進入白河公學校就讀，1937 年考進臺南州立第二中學（臺南二中），1941 年 4 月、以臺南二中四年級生，跨級考進臺北高等學校高等科理科乙類；1943 年，以高校二年級再度跨級考上京都帝國大學醫學部。然而，吳調和在面臨可能被徵召入伍，充當日本軍醫的情勢之下，決定放棄京都帝大醫學部學業，前往中國參加「祖國抗戰」組織；因此，透過結識同校的中國留學生，以實現潛返中國的計畫。1944 年 4 月初，他從日本京都出發，隻身穿越朝鮮半島，過鴨綠江，潛入東北、華北淪陷區，再突破前線封鎖，深入中國內地，最後終於抵達重慶，投身抗日戰爭的行列。1945 年之後，吳調和從重慶回來，已改名為吳思漢，在新生報工作、擔任記者。1945 年 12 月 19 日起，他以日文在《臺灣新生報》發表一篇主題為〈思慕祖國不遠千里：一臺灣青年的歸國記〉的文章，³²一共連載七天，詳述為參加「祖國」的抗日戰爭，不惜放棄京都帝大醫學部學業，隻身前往中國的曲折歷程。

³⁰相關研究參考陳君愷，《日治時期臺灣醫生社會地位之研究》，頁 156-157。陳翠蓮，〈想像與認同：臺灣人的祖國印象〉《臺灣人的抵抗與認同》，頁 179-222、257。

³¹ 有關日本治臺五十年間，運用「世代」概念區分，區別為三個世代，其中第一個世代是指：生於晚清而受中國傳統文化影響較大者。相關討論參考：周婉窈，《海行兮的年代：日本殖民統治末期臺灣史論集》（臺北市：允晨文化，2003，頁 1-13。陳翠蓮，《臺灣人的抵抗與認同》，頁 228。

³²吳思漢，〈祖國慕日て千里近し：一台灣青年の歸國記（一）〉《臺灣新生報》民國 34 年 12 月 19 日第 56 號。

在戰後不久，臺灣對中國的熱情尚未冷卻，這篇文章感動了無數的讀者，尤其在知識青年間盛傳他的故事，吳思漢成了當時的傳奇人物。³³

葉盛吉，臺南人。1930年，就讀臺南新營公學校，1936年考進臺南州立第一中學；1941年前往日本投考岡山第六高校，未考取，轉考臺北帝大預科，亦失敗；這時改名為葉山達雄。1943年，考進日本東北地區的仙臺第二高校，這時產生認同徬徨與追尋，因閱讀王昶雄文學作品「奔流」反思自我認同問題，認為成為真正日本人之前、先成為真正臺灣人，對於自我認同產生雙重的確認。對於當時日本發動的戰爭，葉盛吉受日本戰爭宣傳的影響，認為東亞戰爭是一場聖戰，日本的使命在解放大東亞民族，並深信英美國家會被擊敗。1944年8月至1945年初，就讀高校理科時期被徵調，派往宮城軍火藥工廠勞動，接觸到有反戰思想的日本軍官，造成思想新的覺醒；同時，深受仙臺第二高校同學楊威理的影響，向楊威理學習中文，並借閱三民主義、中國近代思想史等書，以及抄寫中國國民黨黨歌，傾向中國認同。1945年3年，考入東京帝國大學醫學部；二次大戰之後，轉學就讀臺大醫學院畢業。要言之，醫學生的葉盛吉從接受日本同化，轉到認同臺灣，但又存有中國民族認同，歷經多重自我認同的變化。³⁴

郭琇琮，臺北士林人，1918年生於富裕的士紳家庭，先後就讀以培育日人子弟為主的樺山小學校以及臺北一中，1938年考入臺北高等學校高等科理科甲類。1941年臺北高校畢業之後，因懷抱科學救國的理想，一度前往東京，考取東京工業大學，但經濟困難，只好返臺，而後進入臺北帝國大學醫學部就讀。在臺北帝大醫學部期間，受來自中國、教授北京話的徐征影響，一度前往中國旅行考察；同時，參加帶有反日性質的「士林協志會」。1944年，與醫學部同學蔡忠恕成立反日學生組織被捕，被判拘禁百餘日；而他的好友蔡忠恕因此病死於獄中。³⁵

綜合以上，就這三位戰爭世代醫學生的經歷，顯示他們並未因日本殖民末期、皇民化政策之施行，造成確定的日本化認同取向，反而在時代的變局、認同的徬徨追尋之中，強化其臺灣與中國的雙重認同。即由於皇民化政策並未減弱「戰爭世代」的祖國意識，才足以解釋1945年10月國民政府接收臺灣之際，臺灣人為何歡欣鼓舞的熱烈歡迎祖國軍隊的到來。然而，不久之後，「戰爭世代」開始反

³³藍博洲，《尋找祖國三千里》（臺北：臺灣人民出版社，2010），頁31-104。

³⁴陳翠蓮，《臺灣人的抵抗與認同》，頁264-272。

³⁵藍博洲，《消失的臺灣醫界良心：五〇年代白色恐怖下受難的高貴靈魂》，臺北：INK印刻，2005，頁12-104。

對國民黨政府，或者投身中共地下黨組織；原因是國民政府接收之後的失政，以及二二八事件的軍事鎮壓，迫使當時知識菁英重新選擇其政治路線的結果。³⁶換言之，1950 年代臺灣醫師之所以涉入白色恐怖政治案件，重要原因是從日治末期、至戰後初期的政局變動，特別是 1947 年二二八事件及其鎮壓，當時知識菁英在事件衝擊之下、所經歷的心理轉折與行動。

³⁶這方面的討論最具體的政治案件為：學生工作委員會案，參考：許進發，〈左傾知識青年的肅清：學生工作委員會案〉，收入張炎憲等編，《戒嚴時期白色恐怖與轉型正義論文集》，頁 128-131。陳翠蓮，《臺灣人的抵抗與認同》，頁 385。