

評介猪飼周平
《病院の世紀の理論》
Book Review:Ikai Shuhei's The Theory of the
Hospital Century

鈴木 哲造* (Tetsuzo Suzuki)

書 名：病院の世紀の理論
作 者：猪飼 周平 (Ikai Shuhei)
出 版 社：東京，有斐閣
出版時間：2010年3月31日
頁 數：330頁

壹

猪飼周平1971年出生，畢業於東京大學經濟學部，完成東京大學經濟學研究科碩士及博士課程之後，歷任佐賀大學經濟學部副教授、Oxford Brookes University 客座教授，現任一橋大學社會學研究科副教授。研究領域以醫療政策、社會政策、社會福利及比較醫療史為主，先後發表〈日本における醫師のキャリア：醫局制度における日本の醫師卒後教育の構造分析〉、〈明治期日本における開業醫集團の成立〉、〈近代日本醫療史における開業醫の意義〉、〈近代日本における病床概念の意味轉換〉等論文。¹

* 國立臺灣師範大學歷史學系博士班研究生。

¹ 〈日本における醫師のキャリア：醫局制度における日本の醫師卒後教育の構造分析〉（《季刊社會保障研究》，第36卷第2號，2000年）、〈明治期日本における開業醫集團の成立〉（《大原社會問題研究所雜誌》，第511號，2001年）、〈近代日本醫療史における開業醫の意義〉（佐口和郎・中川清編，《福祉社會の歴史：傳統と變容》，ミネルヴァ書房，2005年）、〈近代日本における病床概念の意味轉換〉（川越修・鈴木晃仁編，《分別される生命》，法政大學出版局，2008年）。

本書係以上述研究成果為基礎，證明作者所構思的「醫院世紀理論」(The Theory of the Hospital Century)；同時，對今後醫療史、醫療政策、醫療社會學及社會政策等諸領域的研究者，提出有用且值得檢討的有趣觀點。該書之構成如下：

- 序章 對於醫院世紀之構想
- 第一章 醫院世紀理論
- 第二章 所有原理型醫療制度的雛型—明治時期日本開業醫之形成
- 第三章 專科醫師化的日本醫師—20世紀前期日本醫師的學經歷
- 第四章 「醫療社會化」運動的時代—20世紀前期日本醫師的地理分布
- 第五章 開業醫的經濟基礎與公共性—20世紀前期日本開業醫的醫院經營
- 第六章 醫院世紀之終結—健康戰略轉換的時代
- 第七章 以治療為目的的病床—20世紀日本病床之變遷
- 第八章 醫局制度的形成與其變遷

「醫院世紀」及「醫院世紀理論」為何？根據作者的主張，20世紀包含日本的醫學先進地區所成立的醫療供給制度，規範了其後各國醫療發展之過程，在此意義上，將20世紀定義為「醫院世紀」。而「醫院世紀」中的醫療供給制度模式相關理論則稱為「醫院世紀理論」。

19世紀後半期以降，醫學知識和醫療技術加速累積。20世紀初，隨著一般認定醫學知識和醫療技術具有一定的治癒能力，該世紀成為歷史上社會對「治療」與「治療醫學」期待和信任最高的時代。加以此一期待又促使醫療供給制度之重組。結果，進一步機能分工為一次醫療(primary care)和二次醫療(secondary care)，所謂「醫院」(hospital)的社會制度轉為承擔後者之機能。²

「醫院世紀理論」係說明20世紀醫療供給制度之形成與模式的歷史理論。同時，亦包含三個假設：第一，20世紀初期成立的醫療供給制度最終漸趨於日、英、美三國哪一個模式；第二，「醫院世紀」的醫療供給制度模式維持了整個20世紀；第三，20世紀已過之今日，「醫院世紀」亦正邁向終結，醫療供給制度歷經一個世紀才迎向大轉換期。本書透過證明上述假設，試圖提出能夠說明醫療制度現狀的醫

² 19世紀在歐洲各國及美國可以看到醫院一定程度之發展。但是並沒有像20世紀醫院那樣的高度治療機能。實際上，當時醫院是比較貧窮的病人得到飲食和休息的地方，以20世紀的標準來說，不是醫療施設，而是福利施設。19世紀與20世紀之交，醫院產生意義上的轉換，此後醫院改為收容所有階層病人的二次醫療的據點。

療史，並提示今日所需的醫療政策之展望，以及合適的制度設計之歷史意義。

貳

第一章討論現代³的日、英、美醫療供給制度的形成過程，主要從一次醫療和二次醫療、病床開放性（openness of hospital beds）、醫師培育制度等各方面，說明日、英、美三國之差異；同時，提出醫療供給制度的三個原理：英國醫療供給制度係「身份原理」（principle of status）；美國為「開放原理」（principle of openness）；日本為「所有原理」（principle of property）。

英國醫療供給制度的特徵是一般醫師（general practitioner）在診所負責一次醫療，專科醫師（specialist）在醫院負責二次醫療，醫師身份之差別在於一次醫療和二次醫療的機能分工，作者稱之為「身份原理」。英國醫師自醫學校畢業後的實習階段即必須選擇成為專科醫師或一般醫師。專科醫師和一般醫師的差別，因其後職業生涯而不同，前者具高度的臨床能力和專業性，後者則無。至於病患的就診模式，除了緊急狀況外，病患需先前往診所接受一般醫師診察，一般醫師按病情輕重程度向醫院轉介，才接受專科醫師診療。

美國醫療供給制度的特徵是醫師之間沒有身份的差別，只有專科醫師擔任一次醫療和二次醫療。通常醫學校畢業後，醫師統一住院實習（residency），取得專科醫師資格，大部分醫師不僅成為開設診所的專科醫師（office-based specialist），也確保使用附近醫院的權利。亦即是醫師判斷病患必須在醫院接受治療時，讓病患到合作的醫院入院，在該院繼續擔任病患的主治醫師。之所以稱為「開放原理」，蓋因醫院對開業醫開放病床，而開業醫則因具高度專業能力而可利用病床進行治療。英國醫院未對一般醫師開放病床，一般醫師也不具備使用病床的能力。

日本醫療供給制度與美國相同，專科醫師擔任一次醫療和二次醫療。一般來說，醫師大學畢業後進入「醫局」，⁴先在大學附屬醫院及其合作醫院累積臨床經驗後而開業。日本的特徵是雖然開業醫具有高度專業能力，但醫院未對開業醫開放病床。結果，不少開業醫自己經營醫院和有病床診所。⁵醫院通常設置接納一般門

³ 在此的「現代」是指近年來醫療制度巨大變動前的時期。

⁴ 「醫局制度」係以統一大學醫學部臨床講座與大學附屬醫院診療科的「醫局」為骨幹，具有人事、教育、研究及臨床機能的非正式制度。向來，大部分醫師取得醫師執照後擔任醫局員，在醫局控制下，長期輪流在大學附屬醫院及其附近醫院累積臨床經驗。醫局組織由教授、副教授、講師、助手、研究員、醫員、研究生、實習醫師及附近醫院專職醫師構成，形成以教授為頂端的金字塔結構。

⁵ 根據現行日本醫療法，有20張以上病床的醫療設施稱為醫院，未滿者稱為診所。

診病患的門診部門，因此醫院和診所間一次醫療和二次醫療的機能分工並不明確。作者將設有門診部門和病床的大小醫院及有病床診所皆獨立擔任一次醫療和二次醫療稱之為「所有原理」。關於病患就診模式，病患初診時可以選擇醫院或有病床及無病床診所任一個，住院時也可以直接住醫院或有病床診所，因此非常富有多樣性。

涵蓋前述醫療供給制度的「醫院世紀論理」於20世紀初期成立，其基本形態於20世紀始終維持。第二章至第五章探討近代日本醫療供給制度的形成過程，證明其具有「所有原理」的條件。指出目前近代日本醫療史將今日醫療容貌描述為已達歷史頂端之看法有待商榷，而應以「醫院世紀理論」取代該歷史觀。

近代日本醫療史之研究，尤其是關於醫療供給制度，自1960年代佐口卓及川上武等人出版專著後，⁶幾乎一無進展。尤有甚者，上述研究不過是1930年代「醫療社會化」論點的翻版，已約80年未重新評價。「醫療社會化」的論點主要在於批判開業醫，認為開業醫係以營利而存在，因此是反公共的，主張必須以公共供給制度取代之。1930年代隨著日本資本主義陷入僵局，醫師們更加強其營利性格，離開農村地區而引起「醫療荒廢」，「醫療社會化」論因之而生。佐口及川上之議論，基於1960年代所引起的各種醫療問題肇因於「醫療社會化」之失敗，而認為其根源在於開業醫的營利性和日本資本主義體制。

作者對上述本乎「醫療社會化」的歷史觀，以「醫院世紀理論」予以反駁，先以第二章到第五章之討論確認近代日本醫療供給制度具有「所有原理」的條件。「所有原理」的首要條件係醫師以具高度臨床能力的專科醫師構成。1874年制定的醫制，是醫療供給制度劃時代的法令，繼續承認江戶時期以來的開業醫（大部分是漢醫）以醫術開業，同時，將日後新培育的醫師限定於西醫。明治政府設置大學、醫學專門學校及醫術開業考試的醫師培育途徑，致力於以西醫取代漢醫。但是，承認大學及醫專的雙元醫師培育機關結構與不需學歷而為醫師的醫術開業考試，導致不斷產生學經歷不同的醫師，此一傾向自然異於「所有原理」的所有醫師形成能力平等之特徵。

一般來說，醫師臨床能力係由學習醫學知識和累積臨床經驗而具備。戰前日本，醫學知識之學習由各級學校提供，而臨床經驗之蓄積則無明確的制度。明治時期，帝國大學醫科大學畢業生可獲得在大學附屬醫院及公立醫院等工作的機會，而不少醫專畢業生及考上醫術開業考試的醫師幾乎未有醫院工作經驗即開業。1916年

⁶ 佐口卓，《醫療の社會化》（東京：勁草書房，1964年）；川上武，《現代日本醫療史》（東京：勁草書房，1965年）。

廢除醫術開業考試，加以原則上當醫師必須要大學或醫專畢業。1910年代至1920年代增設帝國大學和官公立醫專及部分私立醫專升格為醫科大學，此一背景縮小了醫師間的學歷差距，加以大學畢業後在該校附屬醫院等設施累積一定臨床經驗的醫師逐漸普及。私立醫專畢業生亦仿照大學畢業生，出現加強在該校附屬醫院等設施累積臨床經驗的傾向。

「所有原理」的第二條件乃是有上述臨床經驗的專科醫師成為擔任一次醫療的開業醫且本身診所擁有病床，例如1910年代到1930年代開業醫所開設的私立醫院在一般醫院中約佔九成，在一般病床中約佔七、八成。由此可知，私立醫院是日本醫療供給制度的中心。此一結構之形成係「醫院世紀」形成前就存在的兩個現象所促成：其一，公立醫院不活躍；其二，醫學士加入開業醫部門。

1870年代公立醫院係以普及西方醫學為目的，各地方政府積極推動設立。1888年達223所，迨至1908年銳減為96所，其主要原因在於地方財政脆弱，公立醫院被要求採取獨立核算制，導致出現赤字的醫院逐漸被淘汰。此時，公立醫院幾乎放棄診療貧窮者等之慈善工作，改為收取和私立醫院相等或更高的藥價及住院費。

1880年代，帝國大學醫科大學醫學士畢業生位居醫界最高層，大部分任職大學、軍隊、公立醫院等官公立機關。1890年代以降，公立醫院減少且官立機關之官職漸呈飽和狀態，因此醫學士逐漸投入開業醫；迨至1920年代中期陸續增設帝國大學醫學部及成立官公私立醫科大學，更加速此一趨勢之發展。

其結果，20世紀前半期日本適合二次醫療的人力資源不斷流入開業醫部門，開設醫院，其原因在於經營醫院可以獲利。作者利用一橋大學統計情報中心典藏的1922-1939年「戶數割稅資料」算出開業醫的所得而加以分析。⁷例如，以1931年和1934年平均所得來看，經營醫院的開業醫所得在市為10,537圓、町為4,490圓、村為5,388圓，未經營業醫院的開業醫所得分別為5,547圓、2,697圓、2,120圓。

作者根據日本醫療供給制度選擇「所有原理」的歷史背景，批判本乎「醫療社會化」論點的近代日本醫療史。如上所述，「醫療社會化」論點係按醫療供給主體的公私區別判斷其有無公共性，那麼20世紀前期滿足人們期待的醫療究竟如何？作者從以下三個觀點進行討論：其一，醫療設施是否在自己身邊的「接近可能性」（accessibility）；其二，是否以可以負擔購買費而享用醫療服務的「購買可能性」（affordability）；其三，是否供給高品質醫療的「醫療水平」（quality）。

從「接近可能性」的觀點來看，由於私立醫院數量及病床數量遠多於公立醫

⁷ 戰前日本戶數割稅以市町村單位課稅，按每戶所得推算應納稅額。「戶數割稅資料」收錄係依戰後行政單位14市及17村戶數割稅的證書，利用該資料可知所得或必須納稅的所得。

院，⁸以及私立醫院較公立醫院平均分佈於市、町、村地區，所以私立醫院才相對符合當時醫療要求的公共利益。整體來看，雖然醫師有聚集於都市地區的傾向，但實際上1920年代到1930年代農村地區醫師數量並未減少反而稍微增加。顯示1930年代主張「醫療社會化」者對農村地區「醫療荒廢」之認識自始即不正確。若由「購買可能性」觀點來看，私立醫院和公立醫院都必需靠診療收入支應其開銷，因此不處於可以考慮「購買可能性」的經營環境。從「醫療水平」的觀點來看，公立醫院本身儘管供給量有其侷限，但較私立醫院備有更充實的診療科、設備及病床，因而扮演各地域核心醫院的角色。

總的來說，公立醫院和私立醫院處於機能分工的關係，蓋因兩者並立且至少對財力充足的人們保證醫療之普及和高品質。

迎向「醫院世紀」的終結暗示著由「醫院世紀」所規定的醫療供給制度重編。第六章到第八章檢討日本醫療供給制度轉變為統一預防、醫療及老年人福利的「綜合醫療制度」（Comprehensive Care System）的展望。促使「醫院世紀」結束的動力在於社會對「治療」及「治療醫學」期待相對變小，因此醫療供給制度的目標從治療移到生活品質（Quality of life：QOL）。治療價值下降的背景乃是疾病結構的轉變和長壽化的現象，人們因營養狀態的改善及醫學的進步等而變得更長壽，而且一面帶著一旦罹患就難根治的生活方式病與伴隨疾病及老化的障礙，一面則是不得不活下去，治療醫學對這樣疾病及障礙僅能發揮有限的作用。

「醫院世紀」結束導致保健服務擔負更重要的作用，以及健康概念的轉變。社會對治療醫學的期待下降，相對的，提高治療外的方法之地位。改善日常生活以預防疾病的意義相對變大為現象之一；同時，健康概念從治療醫學卓越的20世紀「認定沒有患病之事」改變為「最大限度確保按照身心狀態的生活品質之狀態」，醫療的主要現場從醫院移到家中。因此，向來以治療為中心的醫療制度變成維持生活品質的輔助性制度之一，並形成統一實施預防、醫療及老年人福利的「綜合醫療制度」。

醫院雖屬於「綜合醫療制度」的一部分，但其存在感相對降低，而出現期待設立只收容重病和急症病患的「急症醫院」（acute hospital）之傾向。近年來，先進的急症醫院投入龐大人力和物力，成為備有高度診療機能的醫院，其現場必須有高度專業知識和技術的醫師；加以2004年4月起規定醫學生畢業後必修臨床實習。因此，可以看到戰後日本醫局制度作為畢業後的教育核心制度已逐漸走向解體。醫局

⁸ 例如1935年末公立醫院數量101所、病床數量10,192張，私立醫院分別為2,714所、68,908張，參見《衛生局年報》（東京：內務省衛生局，1937年），頁214、218。

制度爲了將臨床經驗平均分配給醫局員，而採醫局員輪流在大學附屬醫院及附近醫院等醫療設施蓄積臨床經驗。但屬於醫局的醫師因醫局之規定，也有必要在未必能有效得到所需病例的醫院工作，其成熟速度遠較在美國畢業後實習課程等所培育的醫師遲緩。大學畢業後臨床實習爲必修，醫師必須在含急症醫院的臨床實習醫院實習兩年，這些醫院亦提供已完成臨床實習者的後期實習課程。醫師們可利用此一磨練專業性臨床技能的機會，不見得有必要屬於醫局。其結果，造成大學附屬醫院醫局員不足，醫局乃呼籲派到合作醫院的醫師返回大學。相反的，造成與醫局合作的醫院出現醫師嚴重不足的現象。

總之，在「綜合醫療制度」中，向來是醫療供給制度支配者的醫師變成在受限的領域內（急症醫院等）工作，其權威遂有局限於部分地方的可能性。

參

以上爲本書內容之概要。本書的意義大致大致有三：第一，作者以國際比較的觀點將日本醫療供給制度置於世界史框架中。國際比較時最重要的在於確保比較的可能性，因此，作者提出一次醫療和二次醫療、一般醫師和專科醫師、診所和醫院、病床開放性等基準，指出日本與英、美兩國醫療供給制度完全不同。明確地指出日本醫療供給制度之特徵，成功地提示今後設計醫療制度時的真知灼見。

第二，作者將日、英、美醫療供給制度組成「醫院世紀理論」。此一「醫院世紀理論」引發研究者之興趣，並提出犀利的問題。今後可望批判地利用「醫院世紀理論」以考察各國醫療供給制度。

第三，作者實際運用「醫院世紀理論」，重建近代日本醫療史。換句話說，重新評價向來對開業醫「反公共的存在」之研究。作者比較公私立醫療設施的地理分佈和經營方針後，指出「醫療社會化」論點之錯誤，指出開業醫才是醫療供給主體中最具公共性者，實爲嶄新且值得討論的看法。此外，又製作開業醫所得數據庫，⁹利用該數據闡明開業醫經營醫院的實況。向來關於開業醫所得仍不清楚，因此，該數據對推進近代日本醫療史之研究有所貢獻。

然而，不容否認的，「醫院世紀理論」在其理論化過程將各種事物現象抽象化。「醫院世紀理論」的構成要素是醫師和醫院及診所，不包括病患、醫師外的醫療關係者、醫院及診所外的醫療相關組織、地域社會及行政等。亦即是「醫院世紀

⁹ 本書第五章有依據開業醫學經歷、有無經營醫院、開業地區算出所得的「醫師所得數據庫」，係瞭解開業醫經營狀態非常有用的資料。

理論」可以呈現醫療供給面具備何種經歷的醫師在醫院及診所中之實況，卻無法說明醫療需求面病患利用和治療之狀況，醫院和診所與護士、藥劑師、技師等醫療關係者，以及藥房、製藥公司、醫療機械公司等組織之有機聯繫，醫療供給對地域社會之影響，醫療供給與行政之關係等。此外，在「醫院世紀理論」中的醫師不含齒科醫師，也未考慮專科醫師因專業領域（內科、外科、小兒科、耳鼻喉科、眼科等）不同所產生的醫療供給形態之差別。

值得注意的，「醫院世紀理論」所呈現的醫療供給制度之各原理並非歷史現象而是以現代素材所構成。而且，既然其命題為20世紀初期成立而存在長達一世紀的醫療供給制度，實有必要描述符合其命題的歷史圖像，有選擇性地取捨歷史現象。

接著，關於以「醫院世紀理論」論述日本之醫療制度時，令人感到疑問之處。「所有原理」的特色為醫師具有相同的能力和醫師均為具備高度臨床能力的專科醫師。作者認為1910年代至1920年代增設帝大醫學部和醫專升格為大學而縮小醫師學歷差距，同時，所有醫師均獲得在醫院工作的機會，成為承擔二次醫療的專科醫師。果真如此，則有兩個問題。其一，20世紀前期醫師是否具有均質能力的問題。由於戰前醫學教育制度始終係大學和醫專雙元結構，1920年代起大學數量增加，並陸續新設醫專，1930年之際，醫學教育設施有帝大醫學部5所、官公私立醫科大學12所、私立醫專9所。¹⁰依學經歷的變化來看，1930年大學醫科畢業者11,465人、醫專畢業者24,347人、考試及格者12,197人；1940年分別為25,451人、31,551人、7,993人。¹¹由此可知，戰前日本醫師社會主要由不同學經歷的三個集團所構成，原則上大學與高等學校相連結，醫專與中學校相連結，大學之課程異於醫專，明顯的，兩者所具備的基礎醫學知識有所差距。

其二，專科醫師之概念模糊。現今日、英、美各國係根據畢業資格之差別和專科醫師認定制度定義專科醫師，但戰前日本未有此一制度。雖然作者將大學及醫專畢業後在該校附屬醫院累積臨床經驗而具備二次醫療能力的醫師定義為專科醫師，但此一判斷標準顯然欠缺明確。蓋因考試及格醫師的臨床能力有不確定性，加上大學和醫專畢業生所累積的醫學知識有所差距，導致其臨床能力亦產生差距。

「所有原理」的另一特色為專科醫師開設醫院或有病床診所，負責一次醫療和

¹⁰ 帝大醫學部有東京、京都、九州、東北、北海道5所，官立醫科大學有千葉、岡山、金澤、長崎、新潟、熊本6所，公立醫科大學有京都、大阪、愛知3所，私立醫科大學有東京慈惠會醫科大學、日本醫科大學、慶應義塾大學醫學部3所，私立醫專有東京女子醫學專門學校、東京醫學專門學校、日本大學專門部醫學科、帝國女子醫學藥學專門學校、大阪高等醫學專門學校、昭和醫學專門學校、九州醫學專門學校、岩手醫學專門學校、大阪女子高等醫學專門學校9所。

¹¹ 厚生省醫務局，《醫制百年史》，資料編，東京：ぎょうせい，頁575。

二次醫療。雖然具備高度臨床能力的專科醫師屬於開業醫部門，經營醫院或有病床診所，提供一次醫療和二次醫療，且根據其數量和地理分布顯示其公共性相對高；但是，當時仍有不少開業醫未能提供二次醫療。例如1940年底可提供一次醫療和二次醫療的私立醫療設施有私立醫院3,085所、有病床診所10,115所，只提供一次醫療的無病床診所所有28,700所。¹²換言之，儘管當時專科醫師具有「所有原理」之特色，但仍約有七成僅提供一次醫療，有待檢討者乃是無病床診所之病患如何接受二次醫療或是否接受二次醫療的課題。

「醫院世紀理論」用來探討日本醫療史，最困難的在於必須將戰前的醫師概括為專科醫師。向來研究者將當時醫師社會評價為「學歷主義統治之世界」，係以學歷作為階層化之標準。¹³此一學歷順序依次為醫學博士⇒醫學士⇒醫專畢業生⇒考試及格醫師，規定了醫師的社會聲望，學歷差別亦顯示醫學知識和技能高低。由於戰前雙元結構的醫學教育制度不斷產生學歷不同的醫師且與考試及格的醫師勢均力敵，因此，將如此的醫師結構概括為專科醫師而展開討論是相當困難的。戰前以學歷差別階層化的醫師培育制度似乎反而較接近英國的制度吧。

關於醫師能力的均質化，1948年7月制定的「醫師法」規定醫師為國家醫師考試及格者，原則上報考資格限制為大學畢業生，對均質化之進展有很大的影響。然而，本書幾乎未探討20世紀後半期醫療供給制度之動向，或許1940年代後期以降實施的醫療及醫學教育政策更可明顯呈現作者所理論化的日本醫療供給制度之特色。

最後，若以「醫院世紀理論」來看近代臺灣醫療供給制度，根據本書設定的分類，近代臺灣及韓國的醫療供給制度與日本相似，均可歸類為「所有原理」。不容否認的，日本殖民統治對近代臺灣、韓國醫療供給制度之形成有相當的影響，雖然戰後臺灣的醫療供給制度轉而漸受美國的影響，¹⁴不過迄至目前日治時期所建立的制度仍然有相當程度持續地存在。總之，「醫院世紀理論」是以一次醫療和二次醫療、一般醫師和專科醫師、診所和醫院及病床開放性等國際比較基準，討論20世紀日、英、美等國醫療供給制度之新理論。若採用上述基準，以及作者探討醫療供給的公共性時所提出的「接近可能性」、「購買可能性」、「醫療水平」等觀點，相信即可將臺灣醫療供給制度現狀置於國際醫療制度發展趨勢中討論，從而開闢臺灣

¹² 《昭和十五年衛生年報》，東京：厚生省人口局，1943年，頁101～102・頁106。「醫院」、「有病床診所」及「無床診所」根據1933年8月公布的診療所取締規則，病床10張以上醫療設施為「醫院」，病床10張未滿醫療設施為「有病床診所」，未備有病床的醫療設施為「無床診所」。

¹³ 天野郁夫，《學歷の社會史—教育と日本の近代—》，東京：新潮社，1992年，頁242。

¹⁴ 詳閱劉鴻德，《在醫療行政與醫學專業之間：邱仕榮及其同時代的臺大醫院與臺灣醫學》，台北：國立編譯館，2010年。

醫療史研究的新方向。