

淡江大學歷史學系碩士在職專班
碩士論文

指導教授：張素玢 博士

藥品宅急便—「寄藥包」之研究

研究生：吳秋儒 撰

中華民國 100 年 6 月

歷史

學系

研究所 碩士在職專班

吳秋儒

君所提之論文

藥品宅急便—「寄藥包」之研究

經本委員會審議，認為符合碩士資格標準。

學位考試委員會 主任委員

施志沒 (簽章)

委員

周尊賢

張素芳

中華民國

100 年 5 月 27

日

論文名稱：藥品宅急便—「寄藥包」之研究

頁數：123

校系所組別：淡江大學歷史學系(研究所)碩士在職專班

畢業時間及提要別：99 學年度第二學期碩士學位論文提要

研究生：吳秋儒

指導教授：張素玢博士

論文提要內容：

日治時期總督府透過國家力量扶植西醫，自此臺灣成為以西醫藥為主體的醫療張本，總督府透過種種手段刻意限縮傳統漢醫的發展，造成西醫醫權高度擴張，漢醫人數日漸萎縮。傳統漢醫藥受限於漢醫人數的驟減，似乎失去臺灣的醫療市場，但臺灣漢藥店數於日治時期明顯仍高居不下，原因乃日本傳統生藥材在 1891 年《日本藥局方》改版中，以摻雜科學製程及經驗效果的混和標準成為合法藥品，即「科學漢方」，從此漢藥穿上科學製劑的外衣生存下來且更受歡迎。根據日本 1907 年「藥品營業並藥品取締則」修正案，臺灣傳統漢藥舖、藥房與藥局取得與成藥製造商一樣合法成立藥廠的依據，日後以規模不大的家庭製藥工廠模式經營，但實際上藥品製造僅侷限於成藥或分裝從日本運來的藥品原料。

昭和年間，日本藥商杉澤榮貫堂將富山縣的『先用後利』賣藥制度引進臺灣，1940 年代彰化地區有一批人受雇於杉澤榮貫堂，在全臺各地配置藥品，此為臺灣人將日本「家庭配置」改稱為「寄藥包」的肇始。戰後彰化伸港柯氏家族承繼日人留下來的家庭配置事業，陸續成立長安堂、永生堂、正長生等製藥廠，並藉由聘請外務員（又稱寄藥包仔）以寄售藥包的方式推銷藥品。藥廠與外務員兩者間的雇庸關係造就「寄藥包」的興起，寄藥包仔經由藥廠的訓練後取得「外務員證」，並憑此證至全臺寄售藥包，戰後儼然成為藥廠販售藥品的重要通路。

日治時期「寄藥包」在臺灣似乎是遊走於法律邊緣的藥品銷售管道，總督府曾透過衛生警察試圖管控民間的成藥銷售，但效果顯然有限，官方雖然訂有相關規定，寄藥包仍因為價格較低廉、具便利性、效用不比西醫用藥差，反而更受大眾歡迎。戰後「寄藥包」主要提供合格藥廠製造的家庭藥，影響所及使臺灣民眾養成生病時先以自療為主，求診為輔的醫療習性。

目前留存下來的藥包袋封面大部分是臺灣省衛生處許可，證明寄藥包約在臺灣省衛生處總管全臺衛生事業的時期最為興盛。1970 年代以降，由於藥政管理漸入正軌、製藥產業政策緊縮及藥局與私人診所大量增加，民眾對於醫療的需求日漸脫離「寄藥包」的服務，1995 年全民健保開辦後，更使「寄藥包」失去競爭優勢成為夕陽產業。「寄藥包」適時填補戰後政府推展公共衛生的空窗期，並深深影響臺灣民眾的藥品消費文化與用藥習慣。

當「寄藥包」已成為大多數臺灣民眾的回憶時，本論文除了釐清「寄藥包」在臺灣的興起與沒落的歷程，也為「寄藥包」在特定時空下的歷史意義留下註記。

關鍵字：家庭配置、寄藥包、外務員、成藥、藥廠

Key word : Household Medicine Kit; Medicine Kit;Salespeople;Over-The-Counter;
Pharmaceutical Company

Name of Institute : Graduate Institute of History,Tamkang University

Graduate date : June 2011

Degree Conferred : Master

Name of student : Chiu-Ju Wu

Advisor : Prof.Su-Bing Chang

Abstract :

The General Governors in Taiwan supported western medicine with nationwide resource during Japanese occupation, establishing a medical system prioritizing western medicine. The General Governors purposefully oppressed the development of Chinese medicine by all means, resulting in the overexpansion of western medicine and the decline in the number of Chinese medicine practitioners.

Traditional Chinese medicine seemed to lose its market in Taiwan due to the sudden decline in the number of Chinese medicine practitioners while the amount of Chinese medicine stores remained high during Japanese occupation because Chinese medicine became more popular for it was crowned as scientific preparation after Japanese raw medicinal material was listed as eligible medicine in the revision of "The Pharmacopoeia of Japan" in 1891 under the criteria mixing the application of scientific manufacturing and empirical efficacy. In accordance with the revision of "Regulation of Business and Ban on Medicine" in Japan in 1907, traditional Chinese medicine stores, drug stores, and pharmacies in Taiwan were eligible to set up pharmaceutical companies as the manufactures for over-the-counter. Afterwards, these pharmaceutical companies operated on a small scale in the pattern of family-based pharmaceutical factory. However, medicine manufacturing was actually limited to over-the-counter or the sub-packaging of medicinal raw material shipped from Japan.

During the Showa Era, Japanese drug manufacturers, RongGuanSugisawa Tang, introduced the medicine distribution system of "pay after use" into Taiwan. In the 1940s, a group of people were employed in Changhua by RongGuanSugisawa Tang to distribute its medicine all over Taiwan, which initiated the system of "medicine kit" transformed from the "household medicine kit" in Japan. After

YungShenTang and ChengChangSheng. They also hired salespeople (also known as “medicine kit guys”) to promote their medicine by the medicine kit system.

The employment of salespeople by pharmaceutical companies resulted in the popularity of “medicine kit”. A medicine kit guy got the “salesperson license” after receiving training from a pharmaceutical company, selling medicine kits to clients around Taiwan with this license. This became the major channel for pharmaceutical companies after World War Two.

The “medicine kit” seemed to be a medicine distribution channel on the edge of law during Japanese occupation. Although the General Governors tried to control the distribution of over-the-counter among the general public by health policeman, the effect was obviously limited. Against official regulations, medicine kit was quite popular among the general public for its cheap price, convenience and comparable efficacy with western medicine. Most “medicine kits” provided medicine for families from eligible pharmaceutical companies after World War Two, which cultivated the habit of Taiwanese to treat illnesses by oneself before going to a doctor.

The covers of medicine packages preserved until now were printed with the permission from Taiwan Provincial Health Department, indicating that “medicine kit” was most popular during the time when Taiwan Provincial Health Department was in charge of all health affairs in Taiwan. From 1970s, people needed other medical services rather than “medicine kit” because of the more sophisticated regulations of pharmaceutical affairs, the tightening of policies on the pharmaceutical industry and the rapid increase in the number of private clinics. “Medicine kit” further lost its competitiveness and became a sunset industry after National Health Insurance started in 1995. “Medicine kit” functioned during the window period of public health promotion by the government after World War Two, influencing substantially the consuming culture and taking habits of medicine for Taiwanese.

As “medicine kit” has become a memory for most Taiwanese, this study clarifies its history from rise to disappearance and notes the existence of “medicine kit” in the specific time of history.

感謝辭

登高必自卑，行遠必自邇。雖然有中文的底子，但是步入史學研究總覺得隔行如隔山，單憑對歷史的一股熱忱是不夠的，經過學術殿堂的洗禮之後，方才明白，憧憬往往遇見真實而幻滅，以前真是以管窺天，以蠡測海。常勸誡自己行百里路半九十，未來雖在前方不遠處，沒有恆心與毅力的，一切仍舊空談。拿到了入場券並不代表就一帆風順，五年來我戰戰兢兢，雖不敢說夙夜匪懈，但腦海裡無時無刻不浮現我的論文，構想、佈線、矛盾、衝突、再重來，當口試結束的當下，我告訴自己，有志者事竟成。

指導教授張素玢老師所開的課從來就不輕鬆，每個星期總有讀不完的 paper，有時候還要田野考察，整整兩年操練下來，功夫果然進步神速，然而當要把所學幻化成論文研究時，問題接踵而至，題目呢？史料準備充足了嗎？訪談的對象在哪兒？還好，我很幸運，老師總是在我航向茫茫大海時，適時點上一盞明燈，老師對於我的期待，我點滴在心頭，嚴謹的學術研究是老師的基本要求，希望我的論文沒有辜負老師太多。

研究的過程裡有太多需要感謝的人，父親吳文樟一直是我找尋外務員的 GPS，弟弟吳建成陪我上國圖不下數十次，周深煙先生提供我寄藥包的寶貴知識及相關證件，長安化學工業的柯耀輝先生告訴我藥廠的訊息，台南的立康中草藥文化館提供我拍攝眾多的藥包袋及藥品，學長黃如輝總是一通電話便陪我上山下海，謝謝一路上幫助過我的人，包括我採訪過、幫助我查資料的、給予我鼓勵的。

我還必須要謝謝我的牽手—慧玲，沒有你日夜辛勞的操持家務，我就無法放心完成學業，也希望我的兩個寶貝—虹儀及書睿，在往後的人生道路要像爸爸一樣，堅持到底永不放棄。最後我要將此篇論文獻給故鄉—彰化縣所有曾經擔任寄藥包的前輩，感謝你們為這塊土地所做的一切。

藥品宅急便—「寄藥包」之研究

目錄

第一章 緒論	1
第二章 臺灣的醫藥發展	7
第一節 日治時期近代醫療體系的移植	7
第二節 西藥的發展	14
第三節 本土製藥產業的發展	20
第三章 直銷式販售—「寄藥包」的興起與發展	34
第一節 藥品寄售方式興起的背景	35
第二節 藥包行銷方式的發展	47
第四章 寄藥包對臺灣人用藥習慣的影響	74
第一節 藥包的內容分析	74
第二節 民間的賣藥文化	81
第三節 寄藥包的影響	85
第五章 「寄藥包」的沒落	88
第一節 藥政管理正軌化	88
第二節 戰後製藥產業的管理	91
第三節 醫療設施日漸普及	98
第六章 結論	103
附錄一 甲類成藥基準表	107
附錄二 乙類成藥基準表	113
附錄三 臺灣歷年重大醫藥紀事	115
參考文獻	118

表目次

表 2-1	日治時期主要臺資製藥廠及相關業務	28
表 3-1	臺北市內官立病院與私立醫院藥價表	41
表 3-2	臺北市藥店的藥價	42
表 3-3	日治時期臺灣成藥價格概況	43
表 3-4	戰後初期省屬醫療機構名稱、設備	44
表 3-5	1950 年臺灣私立醫院診所統計	45
表 3-6	1957~1973 年臺灣省藥房藥舖家數順位表	48
表 3-7	柯氏家族藥廠經營分佈表	56
表 3-8	經辦家庭留置成藥固有成方製劑服務員證（格式）	69
表 5-1	歷年華僑回國投資設廠製藥情形	95
表 5-2	1954~1996 年西藥商數量統計表	99



圖目次

圖 2-1	西醫與漢醫及公醫人數的消長.....	12
圖 2-2	日治時期藥種商人數統計圖.....	17
圖 2-3	日治時期臺灣漢醫、漢藥店數量變動圖.....	19
圖 2-4	日治時期開業藥劑師統計圖.....	22
圖 2-5	日治時期臺灣經營成藥製造販賣及行商人數統計圖.....	24
圖 2-6	日治時期臺灣藥品輸入統計圖.....	25
圖 2-7	日治時期製造非處方藥與處方藥人數統計圖.....	26
圖 2-8	臺灣製藥工廠歷年家數統計圖.....	30
圖 2-9	戰後西藥進口耗用外匯統計圖.....	32
圖 2-10	戰後臺灣省藥品販賣業者統計圖.....	33
圖 3-1	「臺北州警察衛生展覽會」(1924) 藥品展覽圖片.....	37
圖 3-2	劉麗玉畫作「古早味～寄藥包」1999.11.....	40
圖 3-3	1947 年臺灣省衛生人員分布圖.....	46
圖 3-4	內部織編的藥袋.....	51
圖 3-5	墨綠色大藥袋裡的藥品.....	52
圖 3-6	勝利牌鐵馬與刻有紅字的墨綠色大藥袋.....	52
圖 3-7	大日本政府許可的藥品包裝.....	53
圖 3-8	臺灣省衛生處許可的藥袋.....	53
圖 3-9	臺灣總督府認可的藥袋.....	54
圖 3-10	中華民國衛生署許可的藥袋.....	54
圖 3-11	慈生堂藥房藥包袋.....	57
圖 3-12	瑞昇堂藥袋背面 (配置個數記).....	59
圖 3-13	東榮製藥藥袋背面 (配置個數記).....	59
圖 3-14	應安堂製藥廠〈寄藥收金明細表〉藥品價格.....	60
圖 3-15	瑞昇堂製藥廠藥袋背面.....	60
圖 3-16	東榮製藥廠藥袋背面食物禁忌圖.....	60
圖 3-17	厚生製藥廠藥袋.....	62
圖 3-18	阿不倒牌風熱散藥包反面.....	62
圖 3-19	阿不倒牌風熱散藥包正面.....	62
圖 3-20	瑞昇堂製藥廠出品的藥包.....	63
圖 3-21	臺中應安堂藥袋 (八卦藥廠).....	65
圖 3-22	嘉義應安堂藥袋.....	65
圖 3-23	1960 年外務員證正反面.....	68

圖 3-24 1967 年推銷員手冊	68
圖 3-25 1967 年推銷員證	68
圖 3-26 寄藥包仔的記帳簿封面	72
圖 3-27 寄藥包仔的記帳簿內頁	72
圖 4-1 東榮製藥配置個數記	77
圖 4-2 東榮虎球標喘息散成藥藥品仿單標簽粘貼表	77
圖 4-3 東榮三仙膏成藥藥品仿單標簽粘貼表	78
圖 4-4 東榮孩兒疳癩藥散成藥藥品仿單標簽粘貼表	79
圖 4-5 應安堂百應膏藥品許可證字號「內衛成製字第 1903 號」	80
圖 4-6 英森嬰兒散許可證字號「衛署成製字第 2507 號」	81
圖 4-7 現今藥包的部分內容	85
圖 5-1 1972 年藥廠推銷員證	91
圖 5-2 永生堂藥包袋	93
圖 5-3 澎湖二坎漢藥館藥袋(復刻版)	97



第一章 緒論

一、研究旨趣

藥品的存在由來已久，我國自古即以中藥治療疾病，而中藥的販售由於其系源自於動、植物、尤其以草、木居多，因為略加處理之後，形狀改變亦不大，故凡具中藥基本常識者皆能販售，清代臺灣所用藥品只有中藥，¹大部分的中藥都由大陸運來，臺灣自行產製者微乎其微，政府早先也無任何藥品販賣之規定。日治初期臺灣仍沿用中藥，爾後又有新式的西藥傳入，於是藥品之販賣及製造始漸受重視。

臺灣在日治時期，並未有培養藥學人才之教育機構，在藥品販賣方面，由受過正規藥學教育者開設之藥局很少，從業人員多半是熟諳藥性之藥商，臺灣在日治時代五十年間，除了中藥材的炮製外，可說幾無現代製藥工業的存在，所需藥品大部分仰賴日本及其他國家輸入供應，而日本對臺的政策即「工業日本，農業臺灣」，故臺灣只栽培原料藥如樟腦、金雞納及古柯等植物均運往日本製造後，再運銷臺灣。也因此臺灣本土人士開設藥廠者很少，有些藥劑師開設之藥局附設小型製藥所，亦皆屬家庭式，設備簡陋不堪，所製造者也多為成藥或分裝從日本運來之原料藥。

戰後初期，臺灣一般經濟情況不佳，原有小型家庭式藥廠，承襲日治時期以製造家庭用藥和成藥為主，但是其所製造的藥品種類仍相當有限，主要之醫療用藥仍十分缺乏必需仰賴進口。政府有鑑於醫療藥品缺乏，影響國民健康甚巨，自民國四十二年起，在「建設臺灣，發展工業」政策下，積極鼓勵設立製藥廠，以求國內藥品能自給自足，故逐年有新藥廠之成立。²依照工廠設立及登記規則規定，規模及資本額較大之藥廠需向經濟部或臺灣省建設廳登記，規模較小之藥廠則按小型工廠向當地縣市政府登記。故小型藥廠，在民國四十年代後期至五十年代初期如雨後春筍般設立，只是大部分藥廠僅朝向一般家庭用藥生產，全賴廣告宣傳銷售。因此臺灣藥品的發展成為筆者注意的面向，在沒有健保的時代，民眾對於成藥的依賴往往更甚於醫療院所，單價相對低廉的成藥，反而常在發燒、頭痛、牙痛、生理痛、胃腸不適等症狀發揮一針見效的效果，也因為這種救急藥品的功用，產生所謂的「家庭平安常備良藥」，成為民眾在生病治療的重要依託。由於醫與藥的關係著實緊密，在尚未釐清寄藥包的販售歷史之前，先行探討醫療的

¹ 清末臺灣開港通商後，傳教士及海關醫員曾將少數西藥品利用於臺灣人的醫療上，但整體而言，廣大的臺灣民眾仍是以傳統中醫藥為主。

² 衛生署編，《臺灣地區公共衛生發展史卷二》（臺北：衛生署，1995），頁714。

發展是必要的，因為西洋傳入的新式藥品在日治時期的確因為殖民政府的刻意扶持，終究改變了臺灣人民的用藥習慣。

依前所述，本文將探討的主題「寄藥包」即是在日治時期官方極力推行西式醫療進而改變臺民用藥習慣下的產物，在新式藥品進入臺灣之後，藥品販賣的通路甚多，其中「寄藥包」這項行業在早期醫藥不甚發達的臺灣，曾經是民眾獲得醫療藥品的重要管道之一，然而當寄藥包仔不再駝負著藥箱來回穿梭於鄉間小路，這種近似宅急便的賣藥方式，終究還是隨著社會經濟的變遷成為過往的歷史。文中牽涉到許多名詞，如中醫、漢醫和中藥、漢藥等，因應不同時代背景名稱會隨之變動，為使行文更貼近流暢，筆者不硬性統一。本文將探討「寄藥包」的起源和興盛背景？為何藥包能深入人心成為家家戶戶必備的物品？臺灣製藥發展與寄藥包的連結為何？這些俗稱「寄藥包仔」的從業人員與當時的藥廠又有何關連？而寄藥包的行業又為何成為夕陽產業，至今幾乎已不復見，這些都是本論文想要釐清的問題。

二、研究回顧

有關寄藥包行業的探討，是歷史學界甚少討論到的主題，前人著作有限，資料多散見於報章雜誌，學界最多著墨的研究莫過於「醫藥關係」的共同探討，或是日治時期的衛生政策，日治時期的醫療史研究更是成果豐碩。就日治時期的醫療史而言，臺大醫院在百年懷舊的一連串慶祝活動中出版《臺大醫院百年懷舊》與《臺大醫院一百年》，³整理出許多醫學校學生的回憶，有關總督府醫學校的發展過程有著鉅細靡遺的介紹。另外林吉崇所編的《臺大醫學院百年院史》中，⁴詳細蒐集整理了臺大醫學院之校務發展與課程資料，使吾人得以窺見醫學教育過往的真實情景。此外文史工作者也對臺灣醫療史進行相關的整理與引介，如莊永明《臺灣醫療史：以臺大醫院為主軸》⁵、陳永興《臺灣醫療發展史》⁶、洪有錫翻譯小田俊郎所著《臺灣醫學 50 年》⁷，以及《臺灣史料研究》第八期臺灣醫學史專刊⁸，以上著作多關注於臺灣醫療史的發展情況。此外在日治時期的公共衛生政策方面，范燕秋發表了一系列有關日本殖民公共衛生政策的討論，⁹其在〈新醫學在

³ 戴東原等編，《臺大醫院百年懷舊》（臺北市：臺大醫院，1995）。

⁴ 林吉崇，《臺大醫院百年院史（上）》（臺北市：臺大醫院，1997）。

⁵ 莊永明，《臺灣醫療史：以臺大醫院為主軸》（臺北市：遠流，1998）。

⁶ 陳永興，《臺灣醫療發展史》（臺北市：月旦出版社，1997）。

⁷ 小田俊郎著，洪有錫譯，《臺灣醫學 50 年》（臺北市：前衛出版社，1995）。

⁸ 《臺灣史料研究》8（臺北：吳三連文教基金會，1996）。

⁹ 1995-1998 年間范燕秋陸續發表數篇與日治時期衛生政策相關的文章，范燕秋，〈日治前期臺灣公共衛生之形成（1895-1920）〉，《思與言》33:2（1995.6），頁 212-258。范燕秋，〈鼠疫與臺灣之公共衛生（1896-1917）〉，《國立中央圖書館臺灣分館館刊》1:3（1995.3），頁 59-84。范燕秋，〈醫

臺灣的實踐 1898-1906—從後藤新平《國家衛生原理》談起〉一文中，指出後藤新平對臺灣公衛政策與醫學發展的重要性，並描述其思想及作為。事實上，醫學教育乃由國家所扶持，又認為培養新西醫人才是衛生制度得以完成的動力，此研究讓吾人得以窺見後藤新平以何種理念促成醫學教育的出現，又有何種政策目的。殖民醫學的討論方面，劉士永在〈1930 年代以前日治時期臺灣醫學特質〉¹⁰一文中，將比較世界史的方法引進臺灣醫學史的研究中，此文指出在醫學教育方面，日本國內與臺灣的醫學教育發展模式迥然相異，日本國內較早發展出完整的三級制醫學教育，以提供臨床與實驗醫學之不同需求，但臺灣在殖民統治下，多以臨床實用為主。同時劉士永亦點出殖民醫學教育雖然培養出西醫師，但在種種政策的限制下，使臺灣醫師增加的比例不及人口成長的速度，臺灣的醫療需求並未因西式醫學教育的出現而得到滿足。

劉士永在〈日治時期臺灣醫藥關係管窺〉對於臺灣醫藥分業的前因敘述詳盡¹¹，他提出臺灣藥業無法與醫業分庭抗禮的主因是，日本殖民政府為讓西醫扮演臺灣醫療體系的主角，將藥劑師的藥品調劑權讓與醫師，使得西醫調劑權與診斷權合一，這雖是對於當時醫療資源匱乏時期的權宜之計，但也造成臺灣的藥劑師在先天不良（無臺灣本土藥學教育），後天失調（製藥產業受日本壟斷）下，一直無法發展屬於臺灣本土的藥業，尤其更是促使臺灣形成醫師執業醫藥不分的習慣，也改變了民眾就醫求藥的偏好，當然在培植西醫的過程也確實對於傳統漢醫造成相當程度的打壓。

若討論到「藥」的主題，卻少有藥品販賣歷史的研究，多數文章的論述常針對近代藥品與民眾消費行為的關係做探討。在日治時期藥品的論述方面，梁瓈尹《臺灣日日新：老藥品的故事》一書中¹²透過日治時期臺灣日日新報的報導，介紹了日治時期流傳至今的許多老藥品的故事，也針對藥品本身做效能分析，並翔實敘述了當時藥品廣告介紹藥品的手法對於民眾購藥的意願及影響，但梁瓈尹並未對藥品的販賣通路做解釋，純粹陳述老藥品的來龍去脈。江秀彥在〈臺灣藥業發展中國家角色之分析〉¹³一文中以藥業發展相關政經歷史時程為主軸；討論臺灣各時期國家政經變遷對於藥業發展的影響，其對政府的相關藥政與藥業多所著墨，但對於寄藥包的行業僅以體制外的醫療事業做簡單的陳述，對於其真正的起源及

學與殖民擴張—以日治時期臺灣瘧疾研究為例〉，《新史學》7:3 (1996.9)，頁 133-173。范燕秋，〈新醫學在臺灣的實踐(1898-1906)—從後藤新平《國家衛生原理》談起〉，《新史學》9:3 (1998.9)。

¹⁰ 劉士永，〈一九三〇年代以前日治時期臺灣醫學特質〉，《臺灣史研究》4:1 (1999.4)，頁 97-148。

¹¹ 劉士永，〈日治時期臺灣醫藥關係管窺〉，未刊稿。

¹² 梁瓈尹，《臺灣日日新：老藥品的故事》(臺北：臺灣書房，2007)。

¹³ 江秀彥，〈臺灣藥業發展中國家角色之分析〉(高雄：中山大學政治研究所碩士在職專班碩士論文，2006)。

脈絡仍顯得模糊。皮國立《臺灣日日新：當中藥碰上西藥》¹⁴書中也引用日治時期發行量最大的報紙—臺灣日日新報的，其綜合裡頭各式各樣藥品廣告，將日治時期中西藥品的醫療與消費文化、疾病與身體認知加以整裡，透過醫藥廣告得以瞭解當時的社會生活與藥品文化之間的連結，此書提供每種藥品產生的背景原因，尤其對廣告的圖像與當時的醫療文化做深切的描繪，也引領筆者對於近代醫藥發展有更進一步的認識，然皮國立和梁瓈尹一樣並未對藥品的販賣通路做解釋。

另外歐怡涵認為日治時期現代醫療引入臺灣後，總督府特別重視制訂衛生政策處理人命關天的衛生醫療問題，在〈日治時期臺灣藥業網路—以藥業從業人員與藥品使用者為主的討論〉文中，¹⁵其認為總督府在針對衛生或疫病問題時，提出對策，其中一項執行層面便是對藥物使用的管理。該文對於總督府如何進行藥品管制及新式藥品隨著西式醫療進入臺灣社會後又形成何種型態的製造、流通、銷售網路提出深切的見解，尤其在日治時期的藥品製造與販賣及消費者端的反應與選擇，歐怡涵建構出日治時期臺灣藥商與消費者之間的聯繫網絡，但其中於販賣通路僅止於藥房或藥局端的討論。

針對寄藥包曾提出相關探討的文章，學術論文方面有有陳瑞芸的〈「空中藥房」—醫療消費文化之場域分析〉，¹⁶陳瑞芸將寄藥包置於臺灣醫療消費文化的歷史脈絡與文化價值下作討論，他指出寄藥包是廣播賣藥節目形成之前臺灣眾多傳統醫療消費文化中的支脈之一，並對於寄藥包產生的時空背景、實施方式及特性作了簡略的討論，但是他僅對寄藥包作粗淺的介紹與認識，對於其真正的源流及在日治時期和戰後是如何在臺灣發展，作者並沒有作清楚的交代。另陳志昌〈台灣民間食禁文化之研究—以「食物相剋中毒圖解」為討論中心〉，¹⁷從民俗醫療的角度切入寄藥包袋的背面—食物禁忌知識（食物禁忌圖），他也針對寄藥包的歷史發展脈絡做一簡單的檢視，同時將寄藥包沒落的因素作初略的陳述，並對臺灣民間的醫藥關係提出論證，但其對於「寄藥包仔」與戰後「製藥產業」的聯繫關係，尤其是這些仍然存活在世的「寄藥包仔」的親身經歷，缺乏更完整的剖析，殊為可惜。整體上，該文論證的核心為「食物相剋中毒圖解」，因此寄藥包成因及發展，作者大多點到為止。期刊雜誌方面則有黃金財〈童年記趣—挨家挨戶寄藥包〉¹⁸及郭麗娟〈全民記憶的年代—寄藥包〉¹⁹，兩篇文章都屬報導性質，但對於常民如何

¹⁴ 皮國立，《臺灣日日新：當中藥碰上西藥》（臺北市：臺灣書房，2008）。

¹⁵ 歐怡涵，〈日治時期臺灣藥業網路—以藥業從業人員與藥品使用者為主的討論〉（南投：暨南大學史研所碩士論文，2007）。

¹⁶ 陳瑞芸，〈「空中藥房」—醫療消費文化之場域分析〉（臺北：政大新聞研所博士論文，2008）。

¹⁷ 陳志昌，〈台灣民間食禁文化之研究—以「食物相剋中毒圖解」為討論中心〉（臺南：臺南大學台灣文化研究所碩士論文，2008）。

¹⁸ 黃金財，〈童年記趣—挨家挨戶寄藥包〉，《源雜誌》58（2006.7），頁80-83。

¹⁹ 郭麗娟著、鄭恆隆攝，〈全民記憶的年代-寄藥包〉，《光華雜誌》18（2006.6），頁69-78。

使用「寄藥包」的藥品、業務員如何經營及此行業的特色，兩篇文章都有約略的介紹。回顧過往的研究，對於寄藥包的討論文章甚少，但在建構寄藥包行業的形成背景時，過去的研究卻也同時提供不少筆者研究的基礎與廣大的思考面向。

三、研究取向與限制

本文的研究架構以藥品的販賣通路為主軸，輔以臺灣醫藥發展的關係，探討製藥產業之於寄藥包行業的歷史脈絡及其重要意義。在史料的運用方面，由於1960年衛生署成立之前，有關衛生行政的業務執行為臺灣省政府衛生處，故戰後省政府衛生處留有許多醫藥行政的相關檔案，筆者以臺灣省政府的公報、檔案或政府出版品為主，並佐以私人著作、報紙、網路、田野調查及口述訪談為輔。筆者在運用政府公報時發現，戰後臺灣省衛生處的藥政管理公告釐清了筆者口述訪談中的許多疑點，使筆者在經過相互比對後能建構出臺灣製藥產業的發展雛形，同時也將寄藥包與製藥產業作一清楚的闡述，也使筆者能約略勾勒出寄藥包行業在臺灣發展的梗概。

另由於寄藥包的許多文物散見於私人收藏，因此筆者在尋找照片做為佐證時，困難重重，而網路及報紙剛好成為補足論文資料時非常重要的依據，也因為目前僅存的寄藥包仔為數甚少，筆者在進行口述訪談時同樣遭遇極大的困境，但在製藥廠端的訪問倒是因為中部地區許多藥廠從業人員的協助，使筆者能從訪談成果提出許多與本研究有重要關連的論點，例如戰後的寄藥包確實是承繼日治時期源於日本本土的「家庭配置」，而中部地區的製藥廠如彰化正長生柯氏家族及臺中明通製藥，日治時期便開始經營「家庭配置」；本研究範圍似乎偏重臺灣中部地區，蓋因筆者本身地緣關係，然臺灣其他地區未必就沒有寄藥包的產業發展，但從本論文的成果觀之，戰後中部地區於寄藥包產業的發展仍有相當的代表性。

筆者著手本研究時遇到許多限制，如寄藥包的相關參考文獻相當稀少，所能找到之文史資料有限，另外，筆者並無法真正估衡出從事寄藥包行業的人數，只知道彰化海線地區如伸港、線西、和美等鄉鎮，戰後確實因製藥廠的地利之便，從事者甚多。因此筆者未能找出寄藥包從業人員的具體數據作一分析歸納，實是遺憾，筆者只能勉強應用口述訪談、網路及報章雜誌的記載，提出相關問題的論述，不足之處當有待日後再行加強。

四、章節安排

本文第一章為緒論，筆者在對於為何以寄藥包為研究主體作一清楚的闡述，且回顧以往研究來說明本論文的思考面向，並將本研究的取向及所遇到的限制提出說明。第二章「臺灣的醫藥發展」；首先探討總督府以西式近代醫療強勢取代臺

灣傳統的漢醫藥療法，在總督府強力的扶植下，西式醫療成為臺灣民眾就醫選擇的主體，接著分析日治時期漢醫如何隨著總督府的衛生政策而導致人數日漸縮減。再來探討近代西藥品的發展為何？又如何影響了日本本土的醫藥政策，漢藥此時看似式微，又是藉由何種方法影響日本的醫藥政策，進而轉型再造。而總督府的藥品販賣規定是如何影響臺灣本土的製藥產業，並分析其促使戰後私人製藥業興起的因素。

第三章「直銷式販售—『寄藥包』的興起與發展」；寄藥包源於日本的家庭配置，1930 年代傳入臺灣後，由於醫療院所藥品過於昂貴且戰後初期臺灣醫療資源不足，因此給予寄藥包行業發展的契機。本章先探討藥品寄售方式興起的背景，再析論藥包行銷在臺灣的發展，並將寄藥包行業的特色，寄藥包仔與製藥廠之間的關係及其銷售網絡作一清楚的剖析。

第四章「寄藥包對臺灣人用藥習慣的影響」；藥包的成份多屬成藥的範疇，時常是中西藥成份混合，製藥廠常以高級西漢方藥配合劑作為宣傳廣告，也常強調藥品的多功能治療效用。本章先探討藥包的內容為何？接著討論臺灣民間其他賣藥管道，進而闡述此種藥品消費文化對於日後臺灣民眾帶來怎樣的影響？

第五章「寄藥包的沒落」；寄藥包的行業在戰後初期開始興盛，但 1970 年代以後終究面臨困境，為探討寄藥包行業沒落的因素何在？筆者先從政府藥政管理著手，再討論戰後政府製藥產業政策的更迭及分析臺灣醫療水準日益提升所造成的影響，最後提出壓垮寄藥包行業的最後一根稻草—「全民健保」，希冀能釐清寄藥包消逝的原因。

第二章 臺灣的醫藥發展

1895 年臺灣割讓日本，臺灣的醫藥衛生在納入日本帝國的發展範疇後，自此有了非常迅速的發展。由於日本政府在領臺之役，傳染疾病的流行對其軍力的耗損遠甚於臺人的武裝反抗，因此為處理『疫病問題』，殖民政府以推動公共衛生、控制傳染病，作為殖民統治的優先工作。總督府藉由近代西式醫療體系改變試圖將漢醫藥剷除，影響所及，藥品製造與販賣的法律規定對臺灣傳統漢醫藥的發展形成阻礙，而臺灣本土的製藥產業雖然受到殖民政府的箝制，似乎只能從日本內地進口原料藥作加工或再製，但是拜日本本土漢藥界 1891 年起從《日本藥局方》的改制中獲得機會，即只要符合科學製程的漢藥得以成為醫師的處方用藥，臺灣本土的製藥界承其影響，漢方藥順勢取得再生的機會，而戰後臺灣百業蕭條，原有的小型家庭式製藥工廠，承襲日治時期以製造家庭用藥和成藥為主，當時有一些曾留學日本研習藥學的臺灣人，將日本所學的技術，引進臺灣，日後也陸續創辦了多家臺灣本土的民營製藥廠。

第一節 日治時期近代醫療體系的移植

「明治維新」係代表著日本擺脫過去幕府封建時代的現代化運動，「達爾文主義」的物競天擇論述，成為日本明治年間改造運動的思想泉源，亦即強調物種競爭、適者生存的觀念，然而這觀念又延伸為國家統治的親和性，以致形成「社會達爾文主義」的新論述，進而成為國家間彼此競爭的新理論。而德國係此理論實踐最為徹底的國家，日本在西化過程又承德國之影響，於是在其強化國家的優生人種主張下，從而開啟了國家衛生機能來確保大和民族的人種優越。甲午戰後，日本的殖民統治醫學論述甚囂塵上，後藤新平可為此論述之代表，1903 年 10 月在臺灣醫學會的第一次大會上，他即對與會的日籍醫學社群說：

我來本島赴任之際，欲將新領土的經營，置於生物學的基礎上，諸君亦有所認知。蓋此方針幾乎是世界所公認。即不能以生物進化的真理作為標準，特別是對現今進化達頂點的人類，最需要審慎研究。而最適合擔當此研究位置的就是醫學者。雙肩擔當本島經營的，是立志移往遙遠他鄉的母國人。.... 而研究戰勝風土的影響，增強人類抵抗力的方法，必求助於醫學。¹

也就是說，醫學保護了人種健康亦即保障國家統治，而殖民地是帝國擴張的成

¹ 引自范燕秋，〈新醫學在臺灣的實踐（1898-1906）—從後藤新平《國家衛生原理》談起〉，《新史學》9:3 (1998.9)，頁 50。

果，所以「臺灣醫學的發展自始即是日本殖民統治的一環」。²

一、西醫成為醫療服務的主體

就政體意識型態的特質而言，殖民主義可能是政府管理形式裡，獨裁傾向甚強的一種型態。因此，殖民政府在遂行其政策目標之時，不完全會顧慮施政中可能造成之傷害或不平等情況。日本政府在臺灣規劃的殖民醫療體系，因為殖民政體的獨斷特性，有顯著「獨尊西醫甚而造成藥業式微」的現象。大致來說，日本殖民臺灣期間（1895-1945）的醫療改革，特點是協助近代衛生、尤其是辨識與預防疾病更為有效的西式醫療系統。總督府為確立西式醫療系統，首先是建立西式醫療設施如醫院、公醫³；繼而創辦新式醫學教育「醫學校」，以及壓制臺灣傳統的醫療發展等。⁴1896年4月，總督府建立以衛生課為督導核心，輔以地方官廳警察課實際執行衛生政策，自此臺灣的衛生行政始由警察負責，又後藤新平基於國家衛生的原理，欲以國家的力量對臺灣人民建立嚴密的管控，於是銳意警察制度之改革，1901年警察本署設衛生課，地方廳設衛生係，⁵完整的衛生行政組織於焉形成，⁶臺灣的衛生網路受到嚴密的控管，屬於國家衛生一部份的醫療人員，理所當然成為管制的一部份。1920年代以前，日本殖民醫療系統的誕生，是以大量人命與政治自由之犧牲為代價。而1920年代晚期以後，則是以獨尊西醫、扶持私人開業醫為主體的醫療照護模式為主軸，相對地則是削弱漢醫及其他醫療專業之地位⁷，其以國家認可的證照制度奠定醫療人員的合法性，接續排除其他非總督府權力規範下的西醫師，唯有國家力量所扶持的才是正統醫師。於是政權在醫療中展現無可取代的重要性，也讓醫學校學生畢業後開業的合法性與正統性深受國家保障。醫權在臺灣高度發展的原因，除了臺籍菁英大量投入醫學專業以外，殖民政府在法規上的偏好，與臺灣藥業經營面臨的不平等競爭，似乎都是造成此等歷史現象的要素之一。

² 劉士永，〈一九三〇年代以前日治時期臺灣醫學特質〉，《臺灣史研究》4:1 (1999.4)，頁118。

³ 1896年後藤新平因應其鴉片政策而制訂公醫制度，任命公醫；規定其在指定區域開業，並負責一、傳染病預防；二、種痘；三、娼妓的健康檢查及疾病治療；四、奇特死傷的檢驗與診斷；五、傷患的救護；六、精神病患的監護；七、番人的診療與翻地的衛生事項。1940年，公醫的數量為：山地區域34人、平地區域257人，根據統計每人每日受診患者約34人。

⁴ 陳君愷，〈日治時期臺灣醫生社會地位之研究〉（臺北：國立臺灣師範大學歷史研究，1992）。

⁵ 「係」即「股」之意，衛生課在設置之初期，因經多次官制之修訂，或屬民政局、或隸民政部，時有更改未予固定，直至1901年乃決定隸屬於民政部警察本署。參見許錫慶編譯，《臺灣總督府公文類·衛生史料彙編(明治三十年一月至明治三十四年十二月)》(南投市：臺灣省文獻委員會，2001)。

⁶ 范燕秋，〈日治前期臺灣公共衛生之形成（1895-1920）〉，《思與言》33:2 (1995)，頁222。

⁷ Liu Shiyung, "Building a strong and healthy empire:the critical period of building colonial medicine in Taiwan", *Japanese Studies* 24:3(2004):301-314。

1896 年總督府制訂「臺灣醫業規則」揭蕩往後由國家法令介入的臺灣醫業政策，規定在臺灣經營醫業者須領有日本內務大臣之醫術開業准許狀或醫師許可證，或從臺灣總督府領有醫業准許證者，同時也附帶規定臺灣特殊狀況，山間僻地若無本規則所定資格者，亦得審查其技術，為限制地域、時期而暫准執業⁸。但當時殖民政府統治力所達地區有限，該規則僅能規範來臺執業的日本醫事人員。

臺灣在日治時期的正規醫學教育，發韌於 1897 年山口秀高所設的「土人醫師養成所」。起初它只是個短期密集訓練急救醫療的課程，一開始報名者並不多，山口秀高曾言：「向來在臺灣的醫師，及一般人所稱『醫生』這些人，其社會地位甚低，可說是位居最下層，他們所得的名譽和報酬都甚少，因此民間很少要當醫師者，甚至可以說是沒有。」⁹，以現今二十一世紀的角度來看，真的令人難以想像當時醫師這個行業並未受到臺灣社會的注目與歡迎。而該課程於 1902 年擴充為正式的醫學教育，在殖民政府刻意的扶植下，很快的 1905 年左右，醫學校考試競爭日漸激烈，錄取率驟降，杜聰明先生在回憶錄寫到：

醫學校聲望逐漸升高，畢業生在全島各地開業，診療成績很好，或一般人士尊敬及信用，優秀青年集中於學校，成為全島最優秀的學府。¹⁰

或許是因為醫師逐漸高昇的社會、經濟地位，臺灣青年在 1910 年以後，似乎渴望成為醫師，因此全臺的醫院總數在 1920 年代後戲劇化攀升。¹¹且在 1928 年醫學校逐步併入臺北帝國大學，成為日本帝國大學醫學教育的一部份，然而，從總督府醫學校起至臺北醫專時代估計大約佔殖民地三分之二強的歲月中，殖民政府的確為臺灣培育了不少的醫療人才，1909 年民間診所醫師有 154 人，1928 年增至 724 人，1942 年更是達到 1665 人。¹²總督府特意在臺灣建立近代衛生制度，在扶植西式醫療系統的另一個重要特點是西式醫療設施的建立如醫院、公醫等。總督府雖於 1895 年設立大日本病院（臺大醫院前身），當時卻不足以應付社會環境之所需，翌年 6 月在地方長官的要求下，分別於臺北縣淡水、基隆、新竹、宜蘭、臺中縣鹿港、苗栗、雲林、埔里社，臺南縣嘉義、鳳山、澎湖等地設立新式病院；於恆春、臺東設診療所；後歷經數度改制，至 1945 年時，共計基隆、宜蘭、新竹、臺中、嘉義、臺南、高雄、屏東、花蓮港廳、臺東、澎湖等十一所病院與花蓮港玉

⁸ 臺灣總督府，《臺灣總督府民政事務成績提要》，明治 29 年附錄府令第 6 號「臺灣醫業規則」，頁 241。

⁹ 在醫學校創立之前，醫師這個行業在臺灣社會的地位雖不如仕紳階級，但也不至於像山口秀高所講得如此低微，足見當時的統治者對於台灣傳統漢醫的鄙視，是如此可見一斑。山口秀高主講，韓俊良譯（1996），〈臺灣總督府醫學校成立之由來以及將來之企望〉，《臺灣史料研究》第 8 號，頁 49。

¹⁰ 杜聰明，《回憶錄》（臺北縣：龍文出版社，2001），頁 35、41。

¹¹ 衛生署編，《臺灣地區公共衛生發展史卷一》（臺北：衛生署，1995），頁 104-109。

¹² 臺灣省行政長官公署編，《臺灣省五十一年來統計提要》（臺北：臺灣省行政長官公署，1947），表 484。

里分院一所，¹³值得注意的是這些總督府所直接管轄的新式病院使臺灣公辦醫院普遍化，但卻都是屬於西式醫療的病院，且這系統裡頭因總督府的政策完全排除了漢醫。

二、漢醫日漸凋零

日治初期總督府鑑於臺人很少接受日籍醫師的治療，以及臺灣醫療設施不足的情況下，並未對傳統醫業加以規範。1897年總督府首次調查臺灣傳統醫業人數，區分為「洋醫」與「漢醫」兩類，¹⁴洋醫是指曾受西醫訓練者、即清末以來受教會醫院傳授醫事技術者，而漢醫又依其醫術水準區別為博通醫書，講究方脈者稱其「良醫」，共有21人。習儒又兼學醫術者為「儒醫」，共91人，握有祖傳秘方者稱「世醫」與稍具文字素養，由醫家傳授若干治病方法者的「時醫」，這兩者共934人，加上洋醫24名，屬於臺灣傳統醫業的人數總計1,070人。¹⁵以宜蘭地區為例，當時共計有「時醫」62人，而無其他種類醫生¹⁶，然而范燕秋認為此統計數字的正確性值得商榷。

殖民政府一開始即對漢醫相當的鄙視，在許多的地方皆透露出對漢醫的不以為然。當時擔任臺灣總督府醫學校第一任校長的山口秀高對於臺灣漢醫有一深刻的論斷，正可說明殖民政府官方的看法：

本島之所謂「醫生」者，到底算不算醫者？可不可託以寶貴人命？實不必明述，大家都很清楚。事實上，他們離生理、病理為何物都不知；最甚者，更有不識字者，他們只聽患者的陳述，便隨便捉一些草根樹皮塞給患者。他們雖稍向內地（日本）的漢醫，卻無法相提並論，實更為拙劣。勉強要比的話，就如內地的賣藥郎中。大家都十分瞭解，今日內地那些賣藥行為，是如何貽害我們的（日本人）社會，兩相比照，也就能夠想像這些臺灣的「醫生」造成了多大的危害。¹⁷

不可否認的，臺灣當時的確存在不少不學無術之漢醫，但是即使如此，當時臺灣人也未必覺得生病非找「西醫」不可，擁有一紙西醫證照並不代表就受臺灣人民的信任，相反的，既有觀念使得臺灣人並不能認同對大多數人來說算屬陌生的西醫治療方式，於是日本駐臺之中央衛生會會長曾指出這種狀況：

¹³ 陳永興，《臺灣醫療發展史》（臺北市：月旦出版社，1997），頁77。

¹⁴ 1897年，臺灣總督府以傳統分類作漢醫調查。參閱：臺灣總督府，《臺灣總督府民政事務成績提要》，明治30年度，頁105。

¹⁵ 關於醫生數量和分類見〈本島醫生取締と藥劑〉，《臺灣日日新報》，1901年，3月29日，版2，雜報。或〈漢醫規定〉，《臺灣日日新報》，1901年，6月13日，版3，島政。

¹⁶ 《臺灣總督府民政事務成績提要》，明治30年附錄府令第6號「臺灣醫生員數表」，頁105。

¹⁷ 山口秀高主講、韓良俊譯，〈臺灣總督府醫學校成立之由來以及將來之企望〉，《臺灣史料研究》8（臺北：吳三連臺灣史料基金會，1996），頁51。

在本島，所稱之醫生（漢醫）即從事患者之診斷及投劑者，本地（臺灣）人主要依賴彼等而接受疾病治療，其施術、藥方雖各自有異，但基於器性相通及治病養生之感情。本地人依賴一般醫生之心裡與對內地（日本）人開業醫（西醫）並無不同。然而先前業已發佈「臺灣醫業規則」，本島醫生幾無申請執照之意願，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，而一方面另公醫從事施藥治療，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（漢醫）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，以收統治之效。¹⁸

1900 年總督府為施行傳染病防治，決定加強傳統醫業者之管理，1901 年 7 月「臺灣醫生免許規則」府令第四七號公告。¹⁹ 規則內容說明本島醫生因為不被視為醫業經營者，全不受殖民政府過問；但為了管理之便，認為有必要給予正式且明確的規範。依此規則，發給醫生執照至同年年底，往後不再發給許可，在 1901 年底前，總督府先後至少舉行三次考試，以鑑定證照資格。²⁰ 1902 年申請醫生證照人數為 2,126 人，考試合格而給予執照者共 1,097 人，考試不合格但依然給予執照者 156 人，未經考試而給予執照者 650 人，共計 1,903 人得到證照。²¹ 總督府經由核發許可證的方式管理傳統醫者，一方面也限制其成長不再發給許可證，使得其自然的凋零，甚至凡領有許可證者僅准於當地執業，漢醫於是被放入國家管理證照制度下，並需接受公醫監督。總督府還要求醫院或公醫必需教導漢醫相關診療傳染病要旨，並且表示：

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關係，…且在衛生行政設施相關方面，應誘導其擔任輔佐性工作。²²

1902 年總督府指示各地方廳：凡獲得「醫生」許可證者必需組成「醫生會」，

¹⁸ 參見許錫慶編譯，《臺灣總督府公文類·衛生史料彙編（明治三十年一月至明治三十四年十二月）》，頁 60。

¹⁹ 「臺灣醫生免許規則」為日文規則原名，或翻譯為「臺灣醫生許可規則」，或翻譯為「臺灣醫生執照規則」乃因「免許」即為「執照」之意，本文為避免混淆，以當時公布名稱漢字為主。關於「臺灣醫生執照規則」詳細內容請參見許錫慶編譯，《臺灣總督府公文類·衛生史料彙編（明治三十四年十二月至明治三十七年十二月）》（南投市：國史館臺灣文獻館，2003），頁 91-96。

²⁰ 見〈醫生免許試驗〉、〈醫生試驗の結了と第二回の〉、〈第三回醫生試驗〉，《臺灣日日新報》，1901 年，12 月 8 日、10 日、24 日，版 2，雜報政。

²¹ 〈臺灣醫生免許數〉，《臺灣日日新報》，1902 年，5 月 30 日，版 2。

²² 此乃 1901 年 7 月「臺灣醫生免許規則」共告之要旨，內容請參見許錫慶編譯，《臺灣總督府公文類·衛生史料彙編（明治三十年一月至明治三十四年十二月）》，頁 91-96。

並在公醫指導下研習醫學。在總督府所公布的「醫生」往往有別於「醫師」，許多地方醫師是指總督府認可之合法西醫師，而醫生則是多指漢醫，另外非經總督府認可的洋醫如傳教士醫生，其地位如同漢醫，也被認為是醫生。「臺灣醫生免許規則」中，很清楚的將醫生置於醫師之下，原本傳統社會裡的漢醫生或是在先於殖民政府來臺的洋醫，竟然在殖民政府的新教育與法規規範之下變成西醫師的「徒弟」，要接受其誘導教育，總督府明顯將西醫角色抬高，矮化漢醫，並排除非國家培養的西醫師，除了「抑中揚西」的意味相當濃厚外，還隱含了醫療中「正統」西醫排他的優勢。值得注意的是：「臺灣醫業規則」、「臺灣醫生免許規則」等…，不管是這些與醫藥事業有關的規定，都沒有授與藥事教育給殖民地臺灣人民的規劃²³，且為助私人開業醫取得醫療市場中的獨佔地位，臺灣總督府一方面透過醫學教育與證照制度以確立西洋醫學的合法地位，並將漢醫貶抑成落伍的草藥治療師外，壓抑漢醫的結果是，私人開業的西醫師藉此減少許多的競爭對手，漢醫在日治時期的人數快速衰退。

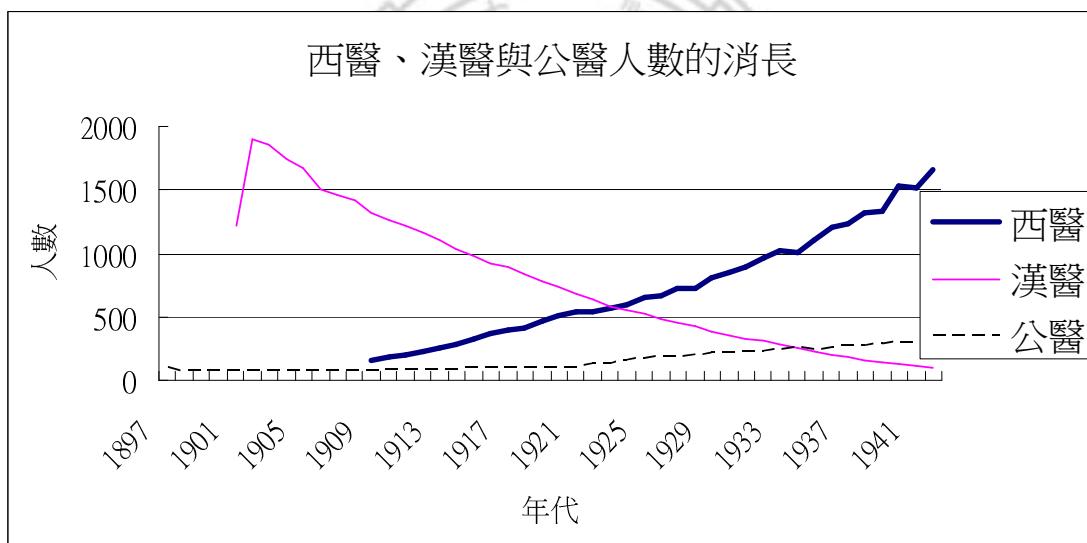


圖 2-1 西醫與漢醫及公醫人數的消長

資料來源：參考臺灣省行政長官公署編，《臺灣省五十一年來統計提要》，（臺北：臺灣省行政長官公署，1947），表 529。

說明：此處的西醫是專指在外私人開業的西醫師。

1902 年舉辦的漢醫師執照考試，是在殖民期間絕無僅有的一次。由圖 2-1 可見，傳統醫師在 1902 年漢醫證照給予後的高峰期還超過 2,000 人，到 1942 年卻銳減為不到 40 人。而傳統醫師亦出現被迫需換跑道轉而學習西醫，日治初期，某些漢醫在接受短期西醫訓練後，轉而以西洋醫學為本業擔任起公醫的角色。²⁴但大約

²³ 范佐勳編，《臺灣藥學史》（臺北：鄭氏藥學文教基金會，1991），頁 16-18。

²⁴ 以臺北 1908 年發生於葫蘆墩之鼠疫疫情為例，當地人即延請兼任公醫之名漢醫黃玉階、葉練金

到 1930 年代晚期，已有超過 90% 執行的臺灣醫師專執西醫業務，僅有低於 2% 的漢醫尚且提供漢醫療法；²⁵另外，據張笠雲研究，相較於漢醫的萎縮，屬於西方醫學範疇的醫師、牙醫師，以及助產士等人數卻是與日遽增，這係更凸顯中、西醫勢力之消長：如醫師由 1897 年的 259 位，到 1945 年則有 3,426 位；日本領臺初期並無齒科醫師，到 1909 年僅 4 位，1945 年則為 738 位；助產士和護士亦呈現出相類似的發展軌跡，助產士從 1897 年 9 位，到 1942 年則已有 2,159 位。²⁶這時的情形或許可以從葉榮鐘所憶述：「老一輩的漢醫凋零殆盡，後繼無人，已經是一般人公認無可避免的趨勢。」²⁷大抵而言，漢西醫數量的交換，意味著臺灣民眾即使仍習慣傳統漢藥，但在現實條件的轉變下，也無可選擇，西醫師此時藉由國家深入社會，從教育和法律制度上，鞏固了其絕對的優勢地位並獨佔了整個臺灣的合法醫療市場。

而實際上漢醫如此的快速削弱，除了強大的殖民權力介入外，漢醫原本並非臺灣社會的有力的專業團體也是主要因素之一。總督府的國家權力在不受專業團體的挑戰下，輕易的塑造出全新的西醫階層，再加上總督府一開始便積極拉攏上層階級的政策，當時的確是扶植西醫的成功策略。日治初期總督府當時即拉攏具有醫療技術並且受到民眾信賴的漢醫，使其成為總督府推展政令與西方醫學教育的利器。當時著名的漢醫黃玉階²⁸（1850-1918）領得漢醫證照之事，便被殖民政府於《臺灣日日新報》的〈漢醫及第〉中大肆宣傳。²⁹被管制規範於國家權力之下的漢醫，到 1920 年代末期即因為自然淘汰和證照限制人數銳減，面對具有合法執照又人數日漸增加的西醫競爭下，漢醫界於 1925 年曾有股反動的力量企圖作最後的掙扎，漢醫界是年循日本國內皇漢醫道復活運動的支流，發起了「臺灣皇漢醫復活運動」。明治維新後面臨政府以西醫為主流的醫學的漸次逼迫，日本漢醫團體因為具有一定勢力，得起身與政府作對抗，然相較與日本本土漢醫界的奮力主動，臺灣漢醫卻只能依附於日本漢醫界蟻蜉撼樹做一番困獸之鬥。雖然臺灣漢醫界發行《漢文皇漢醫界》報導會務推動情形、發表復興漢醫言論、介紹相關醫藥書報與漢醫學理研究，希冀殖民政府的醫學政策下，為漢醫爭取生存空間。而早在 1898 年臺灣適逢鼠疫流行，臺北地區的紳商百餘人就曾經提出維護漢醫的要求；³⁰1930

等人由臺北南下協助防治。參見〈明治 41 年 1908，舊三月十二日〉及〈舊四月二十四日〉條，收於張麗俊著，許雪姬、洪秋芬編纂解讀，《水竹居主人日記》卷二（臺北：中央研究院近代史研究所，2000），頁 33 與 40。

²⁵ 1906 年的比例是 1,312:1，而 1940 年則是 1,101:1。見劉士永，〈一九三〇年代以前日治時期臺灣醫學的特質〉，《臺灣史研究》4:1(1997)，頁 127-129。

²⁶ 張笠雲，〈醫療與社會—醫療社會學的探索〉（臺北：巨流圖書，2001），頁 181。

²⁷ 葉榮鐘，《臺灣民族運動史》（臺北：自立晚報社，1971），頁 324。

²⁸ 黃玉階被認為是大稻埕地區的著名漢醫，杜聰明，《回憶錄》（臺北：杜聰明博士講學基金會，1982），頁 41。

²⁹ 〈漢醫及第〉，《臺灣日日新報》，1902 年，1 月 24 日，版 4。此篇文章是以漢文所報導。

³⁰ 參見許錫慶編譯，《臺灣總督府公文類·衛生史料彙編》（明治二十九年四月至明治二十九年十二

年更在日人漢醫南拜山氏來臺宣揚漢醫復興，一度帶領臺人有志之士發起維護地位不高的漢醫，參與人數一度達 16,000 人。³¹但這種努力依舊拯救不了漢醫江河日下的頹勢³²，在殖民政府強力管理的介入之下，傳統醫生面臨了難以挽回的沒落命運。

第二節 西藥的發展

從我國的製藥史籍來看，如神農本草經、本草綱目、本草備要，很顯然早期的藥品材料多以植物為主，即今日所謂的藥用植物，其次是一些動物及少許的礦物。十九世紀下半葉隨著外人大量來華，西藥開始經由醫療傳教士或外國醫士在通商口岸的行醫傳入臺灣，當然這種有機合成的藥物多生產於外國。

一、西藥的崛起

十九世紀末葉，整個歐美世界在藥品方面歷經一場驟變。這場巨大轉變的中心主要二：一是起源於大西洋兩岸的藥業公司，二是起源於日耳曼地區的藥廠，前者知名者包括加拿大威廉士醫生藥局（DR Williams Medicine Co.）、美國兜安氏西藥公司（Faster McClellan Co.）、英國寶威大藥行（Burroughs Wellcome & Co.）等。³³其創辦人多是具有藥師背景的賣藥郎中（patent medicine men），靠一些祕方起家。本來在英、美等國，知識界本就對賣藥郎中一直抱持鄙視的態度，認為他們所賣的獨門成藥成分不明、價錢過高，且常誇大其詞為其產品推銷。英美藥業公司的獨門成藥藉由百貨公司、連鎖店、成藥、圖像廣告的興起，趁勢建立跨國式的企業王國，不僅成功擺脫過去醫界對賣藥郎中的鄙視，更建立一套不惜重金的促銷手法，大量運用平面媒體、印刷單張、醫藥手冊、衛生小書等，直接針對一般民眾，為其產品進行推廣。³⁴

另一方面，歐洲以德國為大本營，興起一批專門生產處方藥的藥廠，這些藥

月)》(南投市：臺灣省文獻委員會，2000)，頁 288-290。

³¹ 鄭志敏輯錄，《日治時期《臺灣民報》醫藥衛生史料輯錄》(臺北：國立中國醫藥研究所，2004)，頁 429。

³² 關於漢醫復興可參考林佳潔，〈西醫與漢藥—臺灣第一位醫學博士杜聰明（1803-1986）〉(臺北：臺灣大學歷史所碩士論文，2002)，頁 55-56。史料可見如：〈設立漢醫言論機關〉，《臺灣日日新報》，1925 年，11 月 28 日，版 4。〈東洋醫道會請願制定漢醫試驗續報 全國請願書二十五日彙齊〉，《臺灣日日新報》，1929 年，1 月 25 日，版 4。

³³ 有關威廉士醫生藥局與寶威大藥行的草創過程，參見 Lori Loeb, "George Fulford and Victorian Patent Medicine: Quack Mercenaries or Smilesian Entrepreneurs?" *Canadian Bulletin of Medical History* 16, 1999, pp.125-145; Gilbert Macdonald, *One Hundred Years Wellcome 1880-1980: In Pursuit of Excellence* (London: Wellcome Foundation, 1980), pp.5-31.

³⁴ 張寧，〈阿司匹靈在中國—民國時期中國新藥業與德國拜耳藥廠間的商標訴訟〉，《中央研究院近代史研究所集刊》59 (臺北：中央研究院近代史研究所，1995)。

品與成藥不同，須經醫生處方，再行於藥房配製，且多半採用代表成分的學名，以供具有醫藥常識的人審視。³⁵由於這些藥品的銷售，完全仰賴醫師使用，醫界向來厭惡過度宣傳的銷售手法，所以德國藥廠走的路線與英、美等國大相逕庭，這同時也與當時德國化學工業興起有密切關連。日耳曼地區工業革命起步比英、美晚，遲至 1871 年才出現統一的政府，但是新成立的德國政府有一項其他歐洲國家難望其項背的資產—「科學訓練」。德國的海德堡和弗萊堡（Freiburg）大學是歐洲最早設立實驗室的大學，在十九世紀下半葉，德國的自然科學已執全球之牛耳，特別是化學。德國的實驗室陸續分解出氯氣、糖精、人造絲及液態氧，人才在學校與企業間往來，使得剛萌芽的化學工業先後研發出化學肥料、炸藥、肥皂、玻璃、人造纖維，以及合成顏料；顏料工業正是近代製藥業的基石所在。³⁶

當顏料工業發展至一定程度後，科學家逐漸發現這些化學元素還具有藥用價值，於是促使顏料廠轉而涉足製藥業。最早一批從實驗室合成出來的藥品為退熱、止痛劑，原來當時歐洲的傳染病最後常使病人高燒不退，而當時用於治療的解熱劑，如奎寧（提煉自秘魯的金雞納樹）或水楊酸（提煉自柳樹皮），不是原料取得不易就是有嚴重的副作用。1886 年，兩位亞爾薩斯的實習醫生意外發現，原本用來製造顏料的乙醯苯胺（acetanilid）有退熱、鎮痛效果。這項新發現使顏料廠很快的注意到並且爭取其製造權，最後卡勒公司（Kalle&Company）獲得勝利，卡勒公司在取得製造權後以「安替芬布林」（Antifebrin）一名，作為新藥商標，並以此在醫界推銷，只要醫生開的是「安替芬布林」，藥房便不能用其他廠商生產的乙醯苯胺代替，此舉不僅可有效阻止對手瓜分市場，顏料廠投資開發新藥的意願因此大增。³⁷

在西藥崛起的過程中，拜耳顏料廠恭逢其盛日後發展成為跨國製藥業的巨擘。拜耳公司（Friedrich Bayer & Company）最早成立於 1863 年，是日耳曼地區最早成立的顏料公司之一，其創辦人拜耳（Friedrich Bayer）和威斯考特（Johann Friedrich Weskott）是兩名顏料商人，原本經營天然的染料，後來跨足合成顏料。草創初期，公司規模甚小，且採取土法煉鋼，把不同東西混合在一起，盼能找出新的顏色，所以當時他們並無所謂化學合成的概念。直到 1880 年拜耳去世，由其女婿拉姆普（Carl Rumff）接班掌管公司，翌年公司重新命名為「拜耳顏料廠」（Farbenfabriken vormals Friedrich Bayer & Company）。此時期拜耳事業搖搖欲墜，為挽救頽勢，拉姆普找來三名剛取得博士學位的畢業生為其開發新的顏料，結果其中一名叫杜斯貝格（Carl Duisberg）的博士，發現含氯染料「剛果紅」（Congo red）的新工序，這項發現使得

³⁵ Charles C. Mann and Mark L. Plummer, *The Aspirin Wars: Money, Medicine, and 100 Years of Rampant Competition* (New York: Alfred A. Knopf, 1991), p.33.

³⁶ Charles C. Mann and Mark L. Plummer, *The Aspirin Wars*, p.18.

³⁷ Charles C. Mann and Mark L. Plummer, *The Aspirin Wars*, p.21-23.

拜耳顏料廠轉虧為盈。拉姆普有感於研發的重要，決定招募化學人才，在杜斯貝格的指導下開發新產品，此一方針日後成為拜耳顏料廠稱霸藥品市場的重大利器。³⁸是年，杜斯貝格擔任研發部門的負責人，此時正值兩位亞爾薩斯的實習醫生意外發現乙醯苯胺的藥用價值，目睹卡勒公司大發利市，杜斯貝格於是決定研發類似的解熱鎮痛劑。1888 年，拜耳果然在顏料的廢棄物提煉出乙醯對氨基苯乙醚（acetophenetidin），藥效與乙醯苯胺類似，但毒性更小；仿效卡勒公司的作法，拜耳公司將之命名為「非那昔丁」(Phenacetin)，緊接著次年，歐美爆發流行性感冒，拜耳因而賺進暴利，於是自此開始搭大規模增建廠房及實驗室，全力驅策團隊大步邁向新藥之研究。1897 年拜耳以水楊酸為基礎，進一步合成醋柳酸(acetylsalicylic acid)；該藥水汗水楊酸療效相同，一樣具有鎮痛、解熱的效果，而且完全沒有水楊酸反胃與耳鳴的副作用。拜耳在命名時因考慮到繡線菊含有水楊醛 (Salicylaldehyde)，而水楊醛氧化後可產生水楊酸，遂以繡線菊的拉丁名稱命名新藥—「阿司匹靈」(Aspirin)。³⁹據張寧研究，德國拜耳公司在民國時期還曾經因阿司匹靈與中國上海的新藥業有一場精彩的商標爭訟。⁴⁰是以，過去一個半世紀，歐美在製藥業方面經歷了一場持續性的巨大變化。藥品由原先的少量、手工、區域性的生產，轉變成有標準工序的機器製造。隨著提煉技術的日新月異，新的藥品不斷被合成、發現，其成分也從複方轉向單方。為了替大量生產的藥品，尋求廣大的消費市場，歐美藥廠於是逐步向外擴展，並以藥效迅速、服用方便等特色征服其他地區的消費者，其結果是大幅改變了全球各地的用藥習慣，甚而重塑一般民眾對於身體、疾病的看法，同時使今日新藥的開發幾乎為少數幾個跨國大廠所壟斷，當然臺灣無法自外於此股洪流，尤其受日本殖民之後，西醫完全把持住整個醫療市場，西藥在臺灣的市場當然更形擴大，只不過，在殖民政府的政策執行下，日本本土的製藥才是影響臺灣藥品市場的重要因素。

二、漢藥的式微與轉型

中藥過去曾主宰整個東亞，包含臺灣與日本在內的地區長達數世紀之久；大約到二十世紀，西藥才因為西醫成為東亞國家的醫療主體之後，於是漸次取代漢醫藥而獨領風騷。臺灣固承中國內地移民之影響，漢醫藥一直是臺灣民眾醫療的主要抉擇，臺灣接觸西藥，最早應在 1865 年隨著英國長老教會的傳教士所引進，但是西藥品及西藥觀念在臺灣廣泛普及當屬日治時期。甲午戰後，臺灣成為日本的殖民地，日本在明治維新之後以德國為仿效的對象，當時德國先進的醫學及教育

³⁸ Charles C. Mann and Mark L. Plummer, *The Aspirin Wars*, p.18-21.

³⁹ Charles C. Mann and Mark L. Plummer, *The Aspirin Wars*, p.23-27.

⁴⁰ 張寧，〈阿司匹靈在中國一民國時期中國新藥業與德國拜耳藥廠間的商標訴訟〉，《中央研究院近代史研究所集刊》59（臺北：中央研究院近代史研究所，1995）。

在日本國內強烈渴望西化的氛圍下，被完全的移植到日本，當然臺灣之為日本殖民地，更是受此風潮影響。臺灣在日本殖民的五十年間，從以漢醫藥為主的醫療方式逐漸被改弦易轍，日後徹頭徹尾成為以西醫西藥為主的醫療張本，影響所及，時至今日仍是如此。

總督府在臺灣推展近代化醫療衛生事業的同時，也嚴格執行管理傳統的漢醫、漢藥店的營業事務，更由於其出自甲午戰勝的優越心態，由蔑視中國更轉而輕視漢醫漢藥，在日治時期總督府刻意扶植西醫打壓漢醫，前文也已述及，至此不再贅述。在販賣藥品的管理方面，1896 年總督府訂頒「臺灣藥劑師、藥種商、製藥者取締規則」，並於 1900 年公布「臺灣藥品取締規則」，並飭由地方廳制定「臺灣藥劑師、藥種商、製藥者取締規則施行細則」，分別自行管理。⁴¹臺灣漢藥商在日治時期屬於藥種商，藥種商包含販賣漢藥及西藥，而在西醫藥不甚普及的當時，藥種商絕大部分都是臺灣籍所經營的漢藥商。⁴²

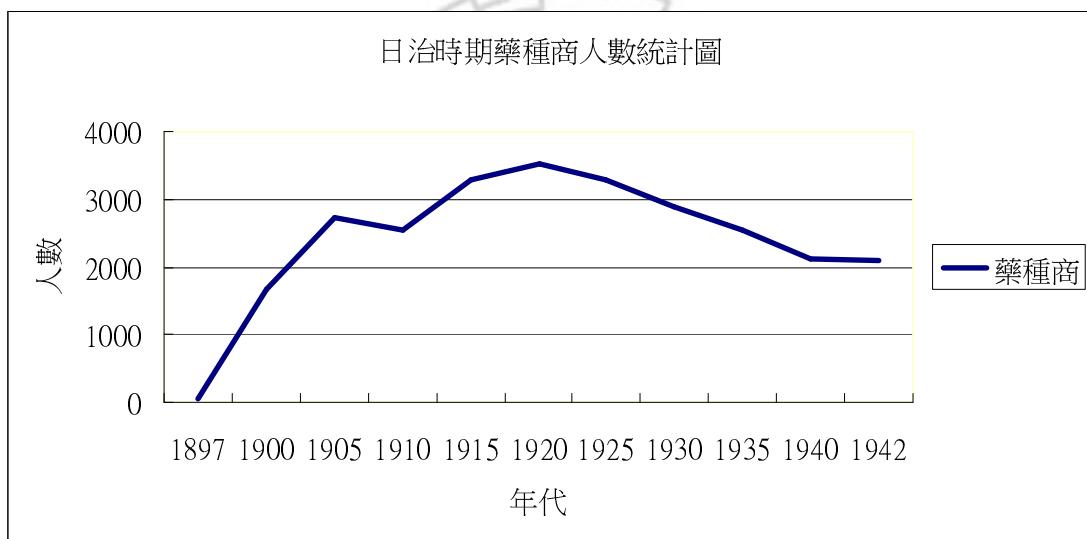


圖 2-2 日治時期藥種商人數統計圖

資料來源：參考臺灣省行政長官公署編，《臺灣省五十一年來統計提要》，表 484。

說明：按該提要將「藥種商」改稱為「藥品商」，而藥種商多是臺灣籍漢藥商，所以將藥種商人數視為漢藥店數亦無不可。

臺灣的漢藥商在日治時期屬於藥種商，其分為兩種，一為批發商，一般稱之生藥商；一為零售商，一般稱熟藥商，即俗稱之漢藥舖。其間雖然有漢醫師兼營漢藥舖，但大部分漢藥販售皆屬漢藥舖所獨立販賣。有根據 1920 年年底統計，當時臺灣藥種商多達 3,511 家，其中由臺灣籍所經營者計 3,303 家，⁴³大部分為漢藥商，

⁴¹ 范佐勳編，《臺灣藥學史》，頁 16-18。

⁴² 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（一）》，（臺北：行政院衛生署，1995），頁 72。

⁴³ 范佐勳編，《臺灣藥學史》，頁 16-17。

後來因漢方醫逐年減少，且總督府對於漢藥商亦採取逐漸淘汰政策，不再發給許可，至 1940 年臺灣藥種商人數為 2,130 家，⁴⁴而臺籍漢藥商的人數則為僅餘 1,681 家。⁴⁵有趣的是，參照圖 2-2 後，發現雖然總督府以政策執行，有計畫的淘汰漢醫，而漢醫人數的確在 1942 年僅存 97 人，這樣人數驟減的結果似乎並不影響漢藥的販售，經營漢藥舖的家數其實並沒有跟著漢醫人數銳減，反倒是在日治末期仍呈現穩定的多數。也就是說，大多數的臺灣人，當時並無經濟能力去接受並不普及的西醫西藥，再者漢醫漢藥文化仍深植於一般人的生活習慣中，要立即抹滅臺灣人的就醫習慣誠屬不易。百姓求助於漢藥店的情況可以從 1930 年 11 月的《臺灣民報》得到印證：

「漢藥店近年來獲利不少，也是眾所皆知的事情。…除了桂膠、鹿茸等高貴藥品外，普通的藥方大概比西藥便宜許多。而且近年來各漢藥店多有無免許的醫師，秘密為患者診脈下藥，既不接受謝儀，又多有見效。雖多有危險，但對於無產階級的患者，或無力負擔高貴醫藥費用者有用。這也是漢藥店繁盛的原因，漢藥店除了一些高貴的藥材，多是以無產階級為顧客。」⁴⁶

另 1929 年《臺灣民日日新報》亦報導：

「年來本島內臺人西醫開業者日增，漢方醫師漸減，病人多趨於西藥，雖然生齒日繁，生計日迫，而西藥奇貴，中人以下難得醫，以故服用漢藥者仍夥。臺灣本年向中華採購藥材，價達三百萬圓。若以關稅合算之，當不下五百萬圓。所辦藥品，廣東、廣西二省佔多。四川所產多滋補君臣之高價藥。大抵寒帶出涼劑、熱帶出燥劑。臺北一年間消費 200 餘萬圓，十中六七轉售地方云。」⁴⁷

民眾的醫療需求，很顯然的並不因總督府的刻意排斥漢醫而有所改變，民眾以其所需及自身的經濟能力，選擇適合的醫療服務，因此儘管沒有詳細的文字紀錄，由市場上的實際需要，日治時期應存在不少密醫與地下販藥情形。⁴⁸

⁴⁴ 臺灣省行政長官公署編，《臺灣省五十一年來統計提要》，表 484。

⁴⁵ 范佐勳編，《臺灣藥學史》，頁 17。

⁴⁶ 〈對醫藥減價運動的批評〉，《臺灣民報》第 340 號，1930 年 11 月 22 日。

⁴⁷ 〈漢藥消費一年五百萬圓多採自川粵〉，《臺灣日日新報》第 10659 號，1929 年 12 月 19 日，第四版。

⁴⁸ 參閱朱德蘭，〈日治時期臺灣的中藥材貿易〉，《臺灣商業傳統論文集》（臺北：中央研究院臺灣史研究所籌備處，1999），頁 241-251。

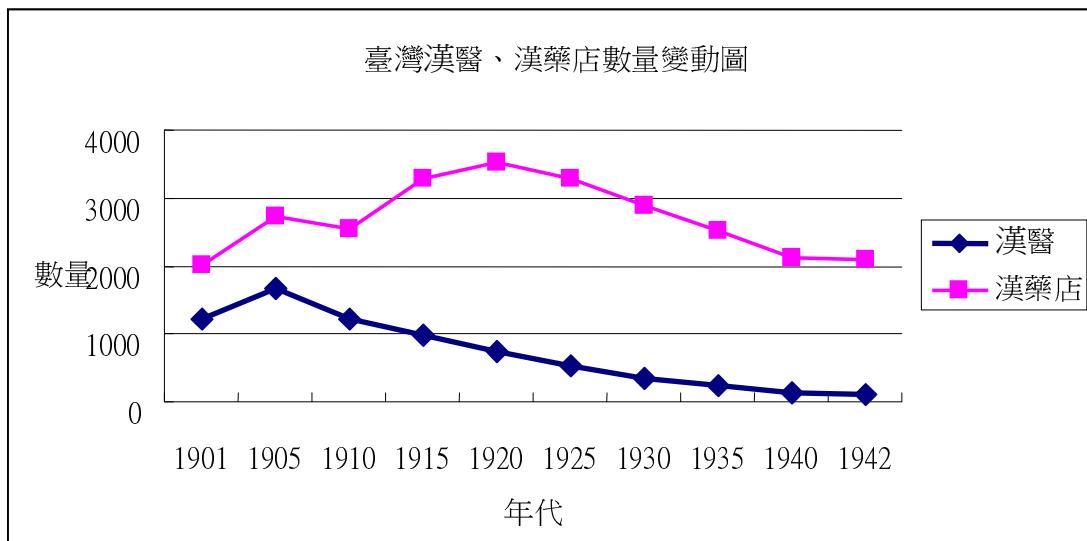


圖 2-3 日治時期臺灣漢醫、漢藥店數量變動圖

資料來源：參考臺灣省行政長官公署編，《臺灣省五十一年來統計提要》，表 484。

綜合上述，漢醫漢藥在日治時期受到十分嚴峻的挑戰，但是漢藥明顯並未因此而屈居下風，這跟整個日本本土製藥界致力於漢藥品的轉型有很大的關係。「漢藥」在戰前按日本國內的慣例稱之為「生藥」，指的是除了近代化學藥物以外，純粹由天然動植物或礦物構成的藥材，亦即拉丁學科名稱 *Pharmacognosia* 所涵蓋之範圍。⁴⁹販賣包含生藥在內之所有營業單位，則因販售內容與執業的資格，而區分為「藥局」與「藥房」。日本在江戶時代以前販售藥品的單位只有一個，統稱「藥舖」，但在 1874 年《醫制》公布後，為區隔新式販賣藥物與傳統生藥舖之關係，所以限定具合格藥劑師開立者稱「藥局」，其餘沿用江戶時代之舊例稱為「藥舖」或藥店。⁵⁰第一次世界大戰後，日本的本土草本生藥界因為留學德國受過現代植物學與藥理訓練的第一代生藥家返鄉，並著手使用德國所學習到的化學技術大量產製藥物，於是傳統漢方才因為生藥學的發展緣故露出一現生機。大抵來說，直至 1940 年代，德國製藥界的生產規準，都是日本本土包含殖民地臺灣生產各式藥品，甚至是日後所謂「科學漢方」的重要基準。⁵¹

1886 年日本公布初版的《日本藥局方》，其內容幾乎是德文藥典 *Deutsches Arzneibuch* 的日文複製版。⁵²接著《日本藥局方》在 1891 年改版，大幅修正了西方

⁴⁹ 清水藤太郎，《日本藥學史》(東京：南山堂，1971)，頁 270-271。

⁵⁰ 恩田重信，〈第一編 藥局經營〉，《歐米藥制註釋》(東京：印刷株式會社，1922)，頁 1-100。

⁵¹ Koji Yamakawa, "Historical sketch of modern pharmaceutical science and technology(Part3).From the second half of the 19th century to World War I ,”*Yalushigaku Zasshi*.30:1(1995):1(abstract).

⁵² 恩田重信，《歐米藥制註釋》，頁 40-41。

對於藥用植物的分類，並且將許多傳統生藥材涵蓋其中。⁵³日本藥典第二版使用新的分類標準，將藥品分為三個類別：〈基礎藥物〉、〈非處方的健康藥物〉以及〈草本藥物〉。此次改版將日後稱為科學漢方者歸為合法藥品，並列入官方制定之藥典中，且科學漢方不僅僅出現在〈草本藥物〉的項下，同時也以成藥或再製藥的形式登錄於其他兩項分類之中。所以今日我們所熟知的西方對於處方藥品及成藥的分野，自 1891 年起從《日本藥局方》中消失；取而代之的是摻雜了科學製程及經驗效果的混和標準。只要符合這兩項標準之一，皆能成為醫師處方或藥劑師販售的合法藥品。

是故，在 1891 年《日本藥局方》的改版之下，漢藥以科學漢方之名在日本獲得正式的法理空間，對於西藥品及日本扶持西醫政策的步步進逼之下，漢醫藥順勢找到了一個救亡圖存的機會，從日治時期臺灣日日新報中大篇幅的醫療廣告中，我們不難發現，許多漢方的確穿上科學製劑的合法外衣而生存下來。⁵⁴

第三節 本土製藥產業的發展

日本殖民臺灣時間所塑造的醫療體系，明顯具有「獨尊醫學、藥業式微」的現象，醫權日後在臺灣高度發展的結果，造成殖民政府在法規上有所偏頗，臺灣藥業經營經常面臨不平等的競爭；再加上藥學教育與藥師執業政策的缺乏及搖擺，在日治時期，正規的藥學教育從未列入醫學教育的規劃考量中，總督府更從未開辦任何藥學訓練與執照考試，以致當時的臺灣藥劑師難以在沒正式訓練和執照的情況下維持專業形象，反而扮演常演藥品推銷員的角色，⁵⁵更遑論設立具規模的製藥工廠，因此臺灣的製藥業早期即面臨十分嚴峻的景況。

一、藥品製造販賣的法律規定

臺灣早期既無藥劑師養成機構，亦無藥劑師考試制度，對於藥劑師及藥品藥商之管理及經許可，日人皆依 1896 年 6 月，臺灣總督府訂頒「臺灣藥劑師、藥種商、製藥者取締規則」。此規則即日治時期臺灣總督府管理臺灣藥事相關人員的根本法條，法條詳細界定何為藥劑師、藥種商及製藥者：

藥劑師得從事藥品之製造及販賣。藥種商為從事藥品販賣者稱之。製藥者乃從事藥品製造而兼販賣自製藥品者稱之。⁵⁶

⁵³ Hajime Yamada, "The development of modern Japanese pharmaceutical industry (Part3):from 1886 to 1906,coinciding with the era between the institution and issue of Japanese Pharmacopoeia first edition with third edition (JP I -JP III)" *Yakuushigaku Zasshi*.27:2(1992):p83-89.

⁵⁴ 皮國立，《臺灣日日新：當中藥碰上西藥》（臺北市：臺灣書房，2008），頁 10-29。

⁵⁵ 范佐勳編，《臺灣藥學史》，頁 11 與 16。

⁵⁶ 李騰嶽，《臺灣省通志稿·政事志衛生篇》（臺北：臺灣省文獻委員會，1953），頁 102。

當時之製藥者以今日來看，指的應是製造處方藥（或稱原料藥）的人，值得注意的是向地方官廳登記為製藥者的人數並不多，直至 1942 年的統計，全臺製藥者登記的僅 41 人而已，⁵⁷足見日治時期原料藥製造者不多，本土製藥廠更是稀少，所有原料藥品幾乎得仰賴日本藥廠提供，且該法令並未規定藥劑師的資格與質能，緊接著總督府於 1900 年 9 月，公布「臺灣藥品取締規則」，⁵⁸飭由各地方廳制定「臺灣藥劑師、藥種商、製藥者取締規則」施行細則，分別自行管理。其後 1925 年 4 月，訂頒「藥劑師法」，根據藥劑師法第一條規定：「藥劑師係依醫師、齒科醫師、或獸醫師之處方而調劑者。又規定藥劑師得製造藥品及販賣。」⁵⁹同法第二條對於藥劑師的資格也有相關規定：「1.依大學令之大學修習藥學：得稱學士者，畢業官公立藥學專門學校，醫科大學附屬藥學專門部或醫學專門學校者，或畢業於文部大臣認為有同等以上學力而予以指定學校者。2.藥劑師考試及格。3.畢業於外國學校或在外國得有藥劑師之執照適合於命定之規則者。」⁶⁰

藥劑師法對於藥劑師雖然有上述之資格認定，然而總督府的醫學教育始終沒有藥學相關科系的設置，更無舉辦藥劑師資格認定的考試，故臺灣人想取得藥劑師資格，大多遠赴日本藥學專門科系或學校畢業來取得資格，而且當時的藥劑師執照，並非經由國家考試，而是必須畢業於藥學專門科系或學校，畢業後再以畢業證書來申請「藥劑師」執照。日治時期臺灣藥劑師執業人數 1897 年計 30 人，當時並無統計在外開業的藥劑師人數，1909 年全臺藥劑師執業人數僅 41 人，且是年才有在外開業的藥劑師之統計資料，但人數仍然稀少僅 11 人而已，僅佔總人數的 27%，直到 1942 年臺灣藥劑師已達 355 人，在外開業的人數成長至 257 人，幾乎達全臺藥劑師人數的 70%。然而總的來說，整個日治時期的藥劑師人數與西醫師人數來相比，人數上的差距甚大，總督府在扶植西醫的過程中，的確完全忽視藥劑師的人才培養，是以造成這樣的結果。

⁵⁷ 臺灣省行政長官公署編，《臺灣省五十一年來統計提要》，表 484。製藥者係從事製造藥品而兼販賣自製之藥品者。製藥如欲開業，需事先呈請地方廳之許可後始准開業。

⁵⁸ 范佐勳編，《臺灣藥學史》，頁 16。

⁵⁹ 李騰嶽，《臺灣省通志稿·政事志衛生篇》，頁 104-105。

⁶⁰ 范佐勳編，《臺灣藥學史》，頁 16。

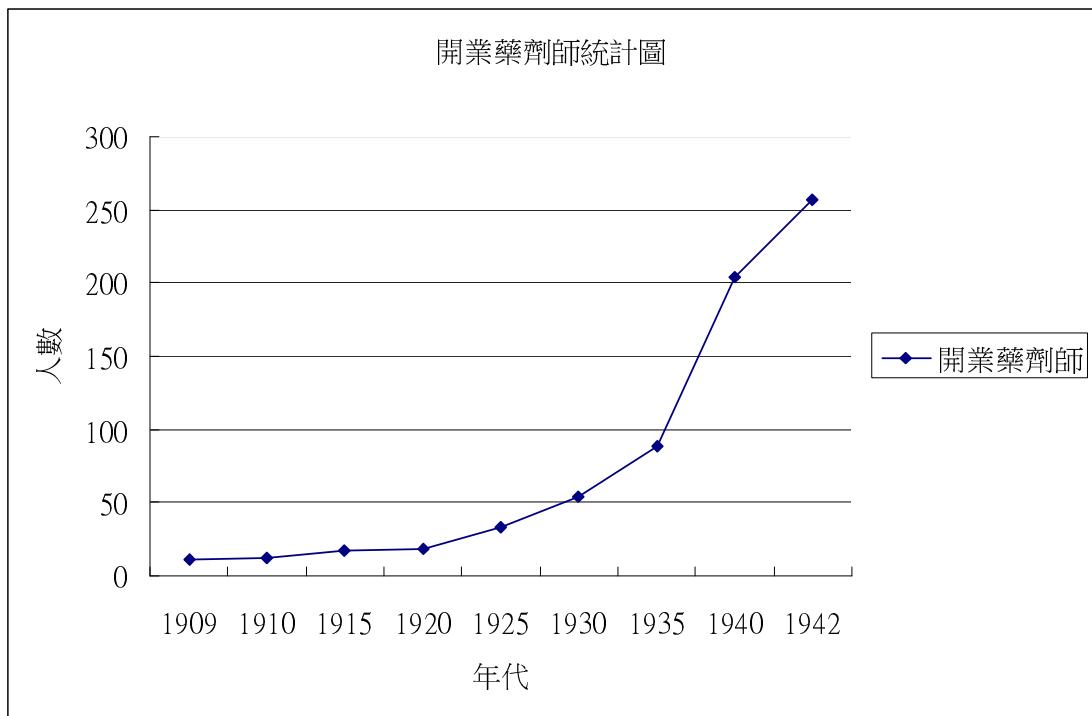


圖 2-4 日治時期開業藥劑師統計圖

資料來源：參考臺灣省行政長官公署編，《臺灣省五十一年來統計提要》，表 484 自行繪製。

「藥劑師法」第五條規定：「若非藥劑師不得以販賣或授與之目的而行調劑。又定藥劑師以販賣或授與之目的而調劑者，應於藥局行之。」⁶¹

故必須要取得藥劑師資格者才可以調製藥品，也只有藥劑師才能開設藥局。而日治時期，「藥局」與「藥房」其實並不相同，當時法令明確指出「藥局」為「藥師」所主持，在法令上具有特別權力，藥師與非藥師地位相差很大。藥師所主持的「藥局」所有藥品皆可販賣，而一般人所開設的「藥房」則僅能賣「便藥」(即成藥)，不得販售注射等醫藥品。換句話說，法律給予藥劑師主持「藥局」來調劑與販售藥品的專業地位，而一般的「藥房」僅能以「藥種商」的地位販賣一般成藥。

二、日治時期的製藥產業

臺灣總督府於 1900 年頒佈「臺灣藥品取締規則」，第一條規定：「供醫療之用藥品，其形狀品質有日本藥典記載者，須適合於同藥典之記載。而其為同藥典所無者，則須適合其所依據之外國藥典。」⁶²第二條規定：「前條之藥品，若非經內

⁶¹ 范佐勳編，《臺灣藥學史》，頁 16。

⁶² 李騰嶽，《臺灣省通志稿·政事志衛生篇》，頁 112-113。

務省試驗所或臺灣總督府中央研究所之試驗封緘者，不得販賣與授與」⁶³之後，總督府為管理成藥，遂於 1912 年頒佈「臺灣賣藥營業取締規則」，所謂須「賣藥」即今日之「成藥」。該規則針對成藥製造業、或經營輸入、移入及販賣成藥者詳加規範。成藥製造業者欲發行所製成藥時，容器內須附加用法、用量及效能說明書，並將自己姓名、商號、營業地點及成藥名稱、定價，標明而封緘之。關於成藥之效能，不論以文書、語言或其他任何方法，除說明其得有許可事項外，不得誇張而公示之。關於成藥廣告、或賣藥容器、或包皮（包裝）、或添附於成藥、或不添附之說明書等，不得刊載下列諸事項：「1.暗示避孕或墮胎之記事。2.虛偽誇張之證明、或謂有醫師等為保證效能，使世人易生誤解之記事。3.暗示醫治為無效、或暗以誹謗醫師之記事。」⁶⁴

然，日治時期最大報紙《臺灣日日新報》藥品廣告欄內，會發現不少廣告都會印上某某醫師、某某學士、某某醫學博士推薦等字樣，足見當時的廣告似乎有遊走法律邊緣之嫌，而臺灣在始終無自己的製藥工業下，幾乎僅能掩日本人之鼻息，除了依賴日本的進口外，臺灣本身幾乎只能發展從事成藥調製的小型家庭工廠，值得注意的是，製藥業在日治時期人數最多不過 59 人，⁶⁵根據《臺灣省五十一年來統計提要》，成藥製造者則在 1933 年達到高峰，數量為 1,073 人，⁶⁶也就是說，日治時期製藥者完全無法與成藥製造的人數相比，除了總督府不支持臺灣本土藥學教育之外，再加上日本本土製藥的傾銷也是原因之一，另外成藥調製的門檻較低，且並不需要藥劑師掛名經營，是故，大量的成藥製造商以較低的經營成本取得了廣大的消費市場，再結合成藥販賣者的廣大通路⁶⁷，於是成為臺灣民眾日常生活必備的家庭藥。

⁶³ 李騰嶽，《臺灣省通志稿·政事志衛生篇》，頁 113。關於臺灣藥品試驗封緘，最初在總督府製藥所辦理，1909 年 3 月後，因為設置中央研究所，於是廢除製藥所，並將藥品試驗封緘有關事務移於中央研究所管理。

⁶⁴ 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（一）》，（臺北：行政院衛生署，1995），頁 74。

⁶⁵ 根據臺灣省行政長官公署編《臺灣省五十一年來統計提要》，表 484，日治時期製藥者人數最高峯出現 1918 年 59 人，直至 1942 年人數也只不過 41 人而已。

⁶⁶ 臺灣省行政長官公署編，《臺灣省五十一年來統計提要》，表 529。

⁶⁷ 根據臺灣省行政長官公署編《臺灣省五十一年來統計提要》，表 484，日治時期成藥販賣人數 1912 年有 1433 人，直至 1942 年已成長至 6619 人，是以成藥販賣人數的與日遽增與民眾對於西藥品的接受度，應該有很大的正相關。

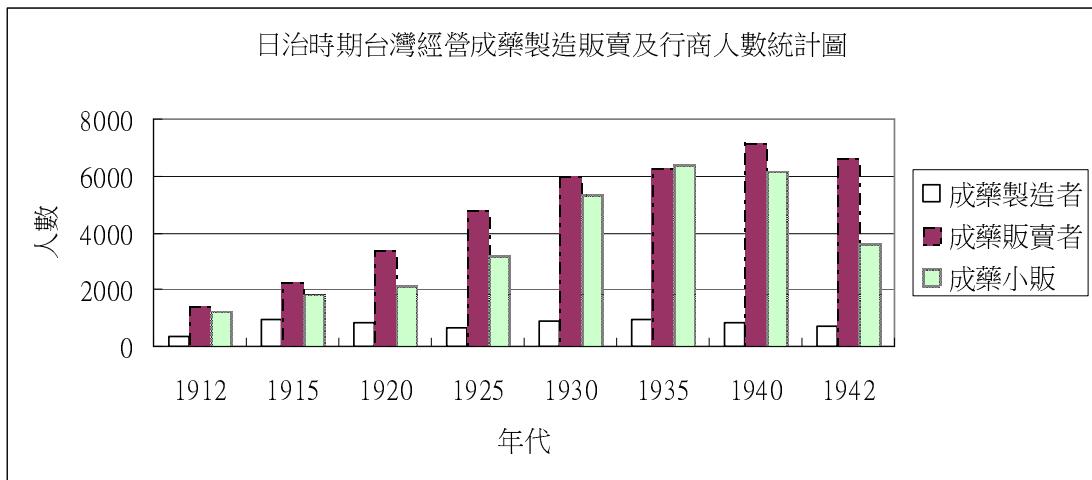


圖 2-5 日治時期臺灣經營成藥製造販賣及行商人數統計圖

資料來源：參考臺灣省行政長官公署編，《臺灣省五十一年來統計提要》，表 529。

不論是診所用藥，抑或藥局與藥房販售的處方藥或成藥，乃至於草藥店轉型而來的科學漢方成藥及寄藥包行業，日治時期臺灣家庭代工式的製藥工業，在資本市場佔有量上完全無法與日商大廠相比。1921 年由日本輸入金額為 4,204,959 元，由其他國家輸入金額為 3,405,578 元，自此以後由其他國家輸入金額一直維持在 1921 年的數額上下，但由日本輸入的金額卻扶搖直上，1926 年 5,101,282 元，1933 年 7,030,999 元，1936 年 10,452,297 元，1939 年 21,610,437 元。1943 年由其他國家輸入金額萎縮至 2,243,045 元左右，但由日本輸入金額同年度卻已達 29,169,625 元，足足增加十數倍之多。⁶⁸

⁶⁸ 臺灣省行政長官公署編，《臺灣省五十一年來統計提要》，表 325-1 及 325-2。

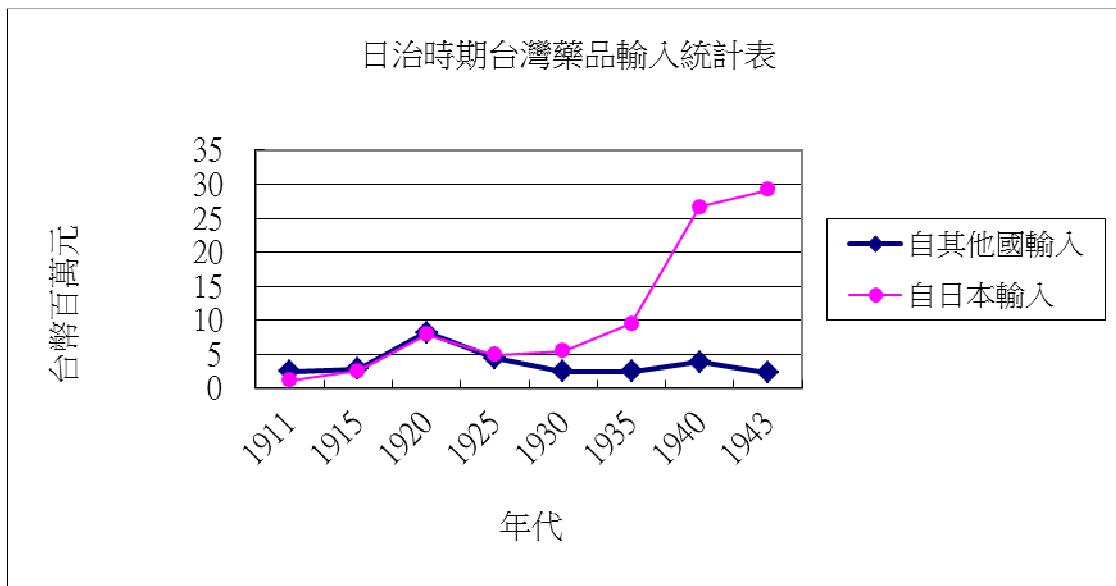


圖 2-6 日治時期臺灣藥品輸入統計圖

資料來源：參考自臺灣省行政長官公署編，《臺灣省五十一年來統計提要》，表 325-1 與表 325-2。

因此 1921 年以後由日本輸入臺灣的藥品金額超越其他國家，到 1930 年代以後日本輸入藥物壟斷臺灣用藥市場的情況十分明顯，這趨勢恰與日本國內製藥工業承第一次世界大戰而發展，至 1920 年代逐漸奠定實力的趨勢發展相符合，是以臺灣由日輸入藥物金額隨之增長實不足怪。相較於臺灣製藥廠商的發展大概是以緩步擴張為主，本土製藥業由 1912 年的 390 家（5 家處方藥製造及 385 家成藥製造），到 1933 年擴張至最高家數之 1,094 家（21 家處方藥製造及 1,073 家成藥製造），到 1942 年又衰退到 775 家（41 家處方藥製造、734 家成藥製造）。⁶⁹ 不管如何，臺灣本土製藥業雖然受到日輸入藥品的競爭，但終究還是走出自己的一片天，也為戰後奠下一定的基礎。

⁶⁹ 臺灣省行政長官公署編，《臺灣省五十一年來統計提要》，表 529。

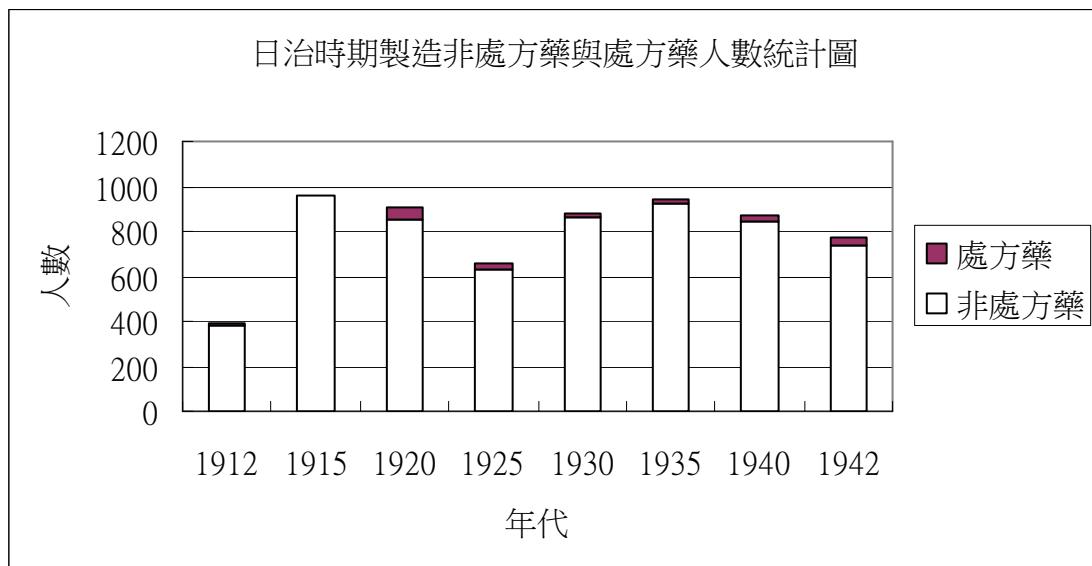


圖 2-7 日治時期製造非處方藥與處方藥人數統計圖

資料來源：參考臺灣省行政長官公署編，《臺灣省五十一年來統計提要》，表 529。

說明：按該表製藥者指的即是處方藥製造人數，而成藥製造者指的則是非處方藥的製造人數。

但伴隨著臺灣人口增長與經濟條件改善，臺灣社會對藥品需求顯然是上升的，而製藥業的緩步成長似乎無法跟上這個需求。根據《臺灣省五十一年來統計提要》，以成藥販售量作為臺灣社會對藥品需求指標後計算發現，臺灣的製藥工業在 1912 年尚能滿足近三成的用藥需求量，1933 年反而降到一成六，而 1943 年更只剩下一成一。⁷⁰ 1930 年代以後因科學漢方與軍需藥品所帶來製藥業與藥業市場的擴張，其實在提振臺灣藥業發展上影響不大，頂多只能視為拾日本大藥廠之小惠而已。

日治時期殖民政府大量培植西式醫療人才，使得醫療市場逐漸擴張。同時臺灣醫療私有制也漸成形，提供醫療服務的主要機構，包括診所、藥局在內，多不免集中於城市或都市周邊地區。醫療資源由於交通因素，分布的狀況極度不平均，鄉間病患或許並不容易得到合格醫療院所的專業照顧，然而傳統醫學或草藥卻因其便利、低價的特質，成為西醫資源不足地區的主要替代選擇。1921 年，臺灣的草藥行（含藥房、生藥成藥販售處）的總家數為 2,666 間；在此同時，藥局還約略有 2,782 家之譜。此後因應 1920 年代中期以後臺灣人口快速增長、醫藥需求增加，草藥行成長極為快速，反而是藥局數量居然出現減少之局面。以 1942 年為例，規模

⁷⁰ 事實上，實際成藥販售應該只能代表「被滿足」的用藥需求，真正因無力購買醫療與藥物的潛在需求，應該要更大許多。只是礙於缺乏有效的直接資料及間接推論依據，此處暫時只用成藥販售量做指標。資料來源參見臺灣省行政長官公署編，《臺灣省五十一年來統計提要》，表 529。

大小不一的草藥行總數達到 10,238 間，是同時期 2,070 間藥局的五倍之多。⁷¹根據日本 1907 年「藥品營業並藥品取締則」修正案，⁷²臺灣傳統漢藥店與一般成藥製造商，雖然產品定位各不相同，但終究獲得合法成立本土成藥製藥廠的依據。隨著 1930 年間，民眾對一般成藥的需求上升，一般成藥如科學漢方與葡萄糖、魚肝油等製劑，遂成為臺灣當時製藥廠的主要產品。⁷³雖然本土的生藥製藥廠也是此等情況的受惠者之一，但真正造成臺灣生藥市場擴大也是最大受益者的，則當屬日本國內的生藥界。因為殖民地臺灣的製藥廠多屬小規模的家庭式工業，主要業務也只多半是製造家庭用藥和成藥為主，⁷⁴其中或許還有不少製劑是摻雜了日本進口藥物的再製造。⁷⁵更重要的是，日本製藥界在 1920 年代以後興起科學漢方風潮，不僅讓日本自製的漢方成藥成為日常用藥的新寵，而且也有列入當時醫師處方的機會。臺灣醫藥界承日本之影響，自是無法自外於這股風潮。

1891 年《日本藥局方》修訂版允許草本藥品成為合法的處方藥物，接下來的二十年間，《日本藥局方》漸次增加各種傳統草藥的種類品名。相對的，各式各樣受到《日本藥局方》認可的漢方藥材，也逐步出現在醫師處方參考書與藥師的藥品參考資料。或許受到消費市場擴大的影響，日本主要的製藥公司如高田、鹽野義、山之內等，也都在此新興領域裡投注鉅額開發資金，開發新漢方，並尋求官訂藥典的認可。然而，當時不論醫界或藥界，對於怎樣的漢方才能算是〈科學漢方〉，似乎並沒有一套清楚的標準存在。唯一依據似乎是製程材料必需被列入《日本藥局方》，且製造過程必需符合「科學的」製作過程——這常指的是製藥過程中「必須」使用化學萃取與精鍊的程序。⁷⁶他們所研製的生藥成藥除部分供應診所作為處方藥或西藥替代藥品外，藥局或藥店亦作為一般性家庭藥品出售。從傳統生藥轉型而來的科學漢方，一則受惠於《日本藥局方》給予他合法處方藥地位，二來由於民眾需要此類藥品代替昂貴之西方進口藥品，臺灣家庭藥（非處方藥）製藥廠數量從 1912 年的 385 家、1927 年的 839 家，到 1933 年爬升到顛峰，計有 1,073 家。⁷⁷其中比較值得注意的是，根據《臺灣省五十一年來統計提要》所見，從 1902-1916 年臺灣家庭藥製藥廠數量快速增長，此時期除少數日人來臺設廠外，多數應屬藥

⁷¹ 臺灣省行政長官公署編，《臺灣省五十一年來統計提要》，表 529。該表之藥品商統計數量指的即是藥局數，又成藥販賣指的則是藥房，另成藥小販則是指生藥成藥販售處。

⁷² 島田昌碩，《判斷書例附醫事法令》（東京：南江堂，1916），頁 330-337。

⁷³ 范佐勳編，《臺灣藥學史》，頁 196-197。

⁷⁴ 范佐勳編，《臺灣藥學史》，頁 195。

⁷⁵ 以醫療與護理上常用的葡萄糖而言，在泰東化工公司自製成功以前，臺灣的葡萄糖皆屬進口品。醫藥新聞社編，《臺灣醫藥新聞總覽》（臺北：醫藥新聞社，1972），頁 610。

⁷⁶ 遠田裕正，《近代漢方》（東京：醫道の日本社，2001），頁 52-53。

⁷⁷ 臺灣省行政長官公署編，《臺灣省五十一年來統計提要》，表 529。

種商為因應漢醫萎縮，而設立的小型製藥廠，⁷⁸就其實際尚難稱為「科學漢方」，最多只是「包裝生藥材」而已。

漢方藥材與成藥販售持續萎縮，部分西藥局與藥房雖分設小型製藥所，但總體規模甚小，⁷⁹尚不足以抵銷整個臺灣製藥工業在日治初期衰退的速度。類似於日本國內的情況，臺灣製藥工業的轉機亦出現在第一次世界大戰後，幾個大型日資製藥藥會社來臺設立分社或植物栽培園並進行製作，⁸⁰臺灣本地的製藥廠數才開始有比較明顯的增加。之前處於勉強維持的漢方製藥所也因應時局，開始生產漢方成藥。此後，更因應南進政策需要，而有另一波以軍需工業為名的製藥工業再發展。⁸¹

表 2-1 日治時期主要臺資製藥廠及相關業務

製藥廠	創設日期	設廠位置	主藥業務
三元藥行	1927	宜蘭縣	一般製劑
東西製藥廠	1922	臺北市	一般、中藥製劑
臺灣葡萄糖	1940	臺北市	葡萄糖液
厚生製藥廠	1939	彰化市	一般、中藥製劑
龍泰製藥廠	1941	彰化市	一般製劑
三和藥廠	1942	彰化市	一般、中藥製劑
顏財製藥廠	1929	彰化縣	中藥製劑
神聖製藥廠	1932	彰化縣	中藥製劑
德安藥房	1932	彰化縣	中藥製劑
逢茂堂老藥舖	1931	臺南市	中藥製劑
關東製藥廠	1943	臺南縣	中藥製劑
仁安堂製藥廠	1943	臺南縣	中藥製劑
五洲製藥廠	1940	高雄縣	一般製劑

資料來源：醫藥新聞社編，〈臺北市製藥工業調查表〉及〈臺灣省製藥工業調查表〉，《臺灣醫療衛生總覽》（臺北：醫藥新聞社，1972），頁 966-1008。

說明：上表資料僅限於原資料上有註明設立時間者。上表「中藥製劑」為原表之分類名稱，但是以其藥品實際內容來看，以「科學漢方」稱呼之亦可。

科學漢方成藥似乎也和魚肝油此類的營養補充品般，趁勢擴張其在臺生產與銷售。此時，製造科學漢方早已不限於之前日本已具規模的製藥工廠，連原本臺

⁷⁸ 范佐勳編，《臺灣藥學史》，頁 17。

⁷⁹ 丁玉鑫，〈臺灣製藥工業概況〉，《臺灣醫療衛生總覽》（臺北：醫藥新聞社，1972），頁 578。

⁸⁰ 丁玉鑫，〈臺灣製藥工業概況〉，頁 579。

⁸¹ 二次大戰期間，日本藥廠受日軍委託，來臺設立分廠製造若干醫藥品供應戰區，計有臺灣武田藥品會社等十三個藥物機構。范佐勳編，《臺灣藥學史》，頁 29。

灣製造家庭用藥的廠商亦投身於此。⁸²由上表 2-1 可見，日治時期臺灣成藥業以一般家庭常備藥為主，而且科學漢方成藥尤為大宗。表 2-1 裡的東西藥房製藥廠，1922 年創設於臺北市，由陳作霖家族創立，是本省最早由正式藥師創設的藥廠。另臺灣葡萄糖工業股份有限公司為吳全文創立於 1940 年，當時民間只能以麥芽用澱粉製飴，該公司以更進步的化學方法，將澱粉加水分解，擬造純粹葡萄糖，1941 年每日生產粗葡萄糖約 7~8 噸，精緻葡萄糖約 0.5 噸。⁸³

三、戰後私人製藥業的興起

根據日本 1907 年「藥品營業並藥品取締則」修正案，⁸⁴臺灣傳統漢藥店與一般成藥製造商，雖然產品定位各不相同，但終究獲得合法成立本土成藥製藥廠的依據。又根據《臺灣省五十一年來統計提要》所見，從 1902-1916 年臺灣家庭藥製藥廠數量快速增長，此時期除少數日人來臺設廠外，多數應屬藥種商為因應漢醫萎縮，而設立的小型製藥廠，⁸⁵就其實際尚難稱為「科學漢方」，最多只是「包裝生藥材」而已。也因此本省人開設藥廠者很少，有些藥劑師開設之藥局附設小型製藥所，亦皆屬家庭形式，設備簡陋，所製造者均為成藥或分裝從日本運來的藥品原料。

二次大戰期間，日本政府因應戰地醫藥品的急迫需求，委託臺灣武田藥品會社、臺灣生藥會社、化研生藥會社、熱帶化學工業會社、化學藥品會社、鹽野義製藥會社、醫療品生產會社、木材製藥會社、南進公司、臺灣醫療物資會社、資生堂藥舖、烏來製藥工廠、星規那產業株式會社等十三個藥物機構來臺設立分廠，⁸⁶其中較具規模的僅武田製藥株式會社在苗栗設廠製造酒石酸及其他製劑及臺灣生藥會社在新營設廠提煉古柯鹼，其他均為臨時性的小工廠。戰後，上述十三個藥物機構，由行政長官公署接收後，成立一個臺灣醫療物品公司，旋因資金有限，四年之後宣告裁撤。⁸⁷

戰後臺灣百業蕭條，原有的小型家庭式製藥工廠，承襲日治時期以製造家庭用藥和成藥為主，所致藥品種類非常有限，當時有一些曾留學日本研習藥學的臺灣人，將日本所學的技術，引進臺灣，創辦了臺灣早期的民營製藥廠，1945-1946

⁸² 就民國 36 年臺灣省衛生處公務報告所見，至少當時送檢的鎮痛解熱漢方成藥中，就有八成是在臺灣製造的產品，其中還有部分是日系成藥的仿冒品，參見《臺灣省政府公報》，民國 36 年夏季第五十二期及冬季三十九期。

⁸³ 范佐勳編，《臺灣藥學史》，頁 196。

⁸⁴ 島田昌碩，《判斷書例附醫事法令》，頁 330-337。

⁸⁵ 范佐勳編，《臺灣藥學史》，頁 17。

⁸⁶ 二次大戰期間，日本藥廠受日軍委託，來臺設立分廠製造若干醫藥品供應戰區，計有臺灣武田藥品會社等十三個藥物機構。范佐勳編，《臺灣藥學史》，頁 29。

⁸⁷ 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（一）》，頁 271-277。

年間，已有 6 家藥廠設立，分別是維和公司化學工廠、五星製藥廠、南光新藥廠、中國藥材公司、恒信化學製藥廠及信東兩合公司製藥廠。⁸⁸

醫療用藥仍有賴進口，所以耗費大量的外匯。但此間，魚肝油製造業卻一枝獨秀，⁸⁹1945 年創立的維和公司其所製造的「雙帆魚肝油球」，在當時銷售市場上家喻戶曉的魚肝油品牌。1946 年臺灣魚肝油之產量為 41,658 公斤，1948 年增到 113,308 公斤，歷年最高產量以 1952 年最高達 673,275 公斤。⁹⁰然而除於肝油外其他藥品均甚不足，政府鑑於醫療藥品缺乏，影響國民健康甚巨，自 1953 年起，在「建設臺灣，發展工業」政策下，積極鼓勵設置藥廠，以求藥品達到自給自足的目標，故逐年有新藥廠之設立。依照規定規模及資本額較大之藥廠需向經濟部或臺灣省建設廳登記，規模較小之藥廠則按小型工廠向當地縣市政府登記。故小型

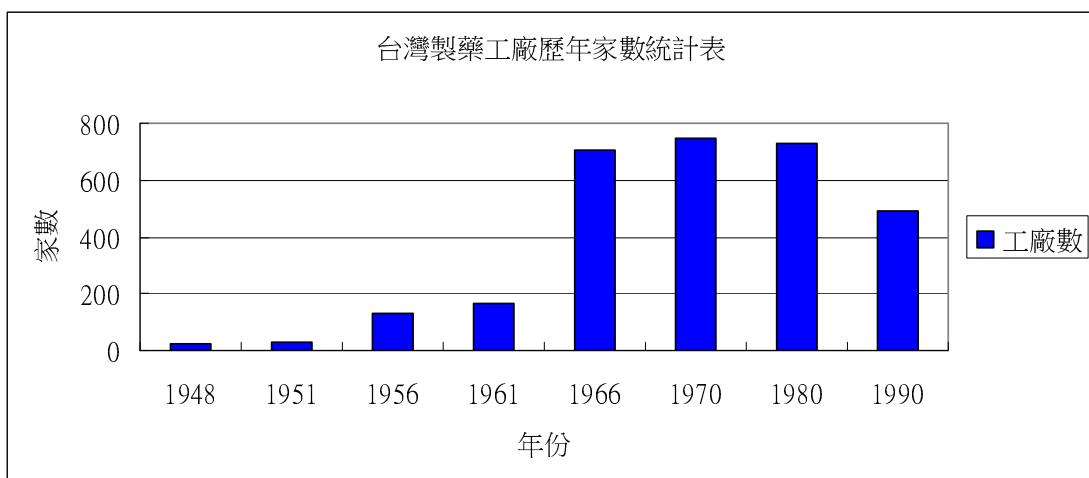


圖 2-8 臺灣製藥工廠歷年家數統計圖

資料來源：依據行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（二）》，（臺北：行政院衛生署，1995），頁 717 及依據行政院衛生署、臺灣省政府衛生處、臺北市衛生局、高雄市衛生局編印，《中華民國 69、79 年衛生統計一、公務統計》製表。

說明：按該表年份第一組為 1948~1950，筆者為讓讀者較為清楚比對，故簡略為最早年份。

藥廠，在 1950 年代後期至 1960 年代初期如雨後春筍般產生，惟大部分朝向一般性家庭用藥生產。⁹¹按圖 2-8 統計，1948 年臺灣製藥工廠僅 24 家左右，1956 年成長至 128 家，1961 年 167 家，1966 年已激增至 705 家，1970 年更達到 749 家，就當

⁸⁸ 范佐勳編，《臺灣藥學史》，頁 198。

⁸⁹ 戰後，臺灣魚肝油產量甚豐，計有協隆興維他命廠、三生骨肝油廠、維和公司、東洋化學廠等，相繼投入魚肝油之提煉，當時上海方面的製藥廠，還紛紛向臺灣訂購魚肝油。參閱行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（二）》（臺北：行政院衛生署，1995），頁 713-714。

⁹⁰ 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（二）》，頁 714。

⁹¹ 戰後初期，大多數的藥廠，僅能將原料藥加工而成製劑，其產品則以補血滋養、健胃整腸，傷風感冒、風濕酸痛、皮膚藥膏、魚肝油、維他命…等藥品製劑或成藥居多。

時而言，藥廠數大幅增加的結果，造成品質參差不齊對國民健康產生巨大之影響，有鑑於此，政府乃採取幾項措施進行輔導。首先，經濟部工礦組為進一步明瞭本省製藥業設備實際情況，乃邀請省衛生處、建設廳、衛生試驗所、國防醫學院、臺灣大學及專家，組織製藥工業調查團，⁹²於 1959 年 7 月至 8 月前往臺灣省各縣市從事實際調查，調查對象為臺灣區製藥工業同業公會會員之藥廠及各縣市政府或省建設廳登記有案之藥廠共 177 家，審查結果將藥廠分為五類，甲級：藥廠技術及設備尚合製藥工廠標準；乙級：藥廠技術及設備，稍加改進後，可符合製藥工廠設備標準；丙級：藥廠技術及設備應予徹底充實與改善，以符合製藥工廠設備標準；丁級：藥廠情況欠佳；戊級：藥廠情況惡劣。⁹³根據調查結果，第一次符合甲級標準的有 12 家，乙級有 23 家，餘為丙級及丙級以下，1961 年經複查結果甲級廠增至 23 家，乙級廠則增至 80 家，足見評鑑結果頗具成效。其次 1960 年 1 月臺灣省政府公布「臺灣省製藥工廠設廠標準」，使製藥業有所遵循，主管機關對製藥廠之審核亦有所依據，同年 9 月內政部公布「取締偽藥劣藥禁藥辦法」，對於藥品之品質再行把關。政府一連串的措施使製藥工業的水準不斷提升，品質管制亦趨嚴密，也為爾後 GMP 制度紮下深厚的根基。

本土製藥在戰後仍承襲日治時期小型家庭式工廠，以製造家庭用藥和成藥為主，所製造者多為非處方藥的結果，使得醫療用處方藥非常缺乏，大多數藥品仍以進口為主，1951 年西藥進口耗用外匯 5,928,000 美元，1966 年達到 10,443,000 美元，1970 年更達到 11,332,000 美元，以 1970 年的新臺幣兌換美元的匯率 1：40 來計算，約合新臺幣 4.5 億左右，但是，臺灣的製藥工業並非沒有其銷售市場，若再以 1971 年為例，據臺灣區製藥工業公會統計該年度進口西藥約 5 億臺幣，但臺灣本土製藥當年度銷售量卻有臺幣 15 億餘元，換句話說，臺灣本身的製藥工業仍有一定的消費群，而且應當有為數不少的製藥廠撐起這一片廣大的消費市場，只是所生產的藥物大多是家庭用成藥為主。⁹⁴

⁹² 1957 年美援會為明瞭本省製藥廠設備及生產情形，邀請 Glenn Holder 顧問來臺調查，據其調查報告洋洋灑灑列出約二十條缺點，引起相關單位之重視，於是乃有經濟部工礦組製藥工業調查團。

⁹³ 范佐勳編，《臺灣藥學史》，頁 200-201。

⁹⁴ 1959 年經濟部工礦組組織製藥工業調查團欲進一步瞭解當時製藥業設備實際情況，調查出當時臺灣區製藥工業同業公會會員之藥廠及各縣市政府或省建設廳登記有案之藥廠共 177 家。

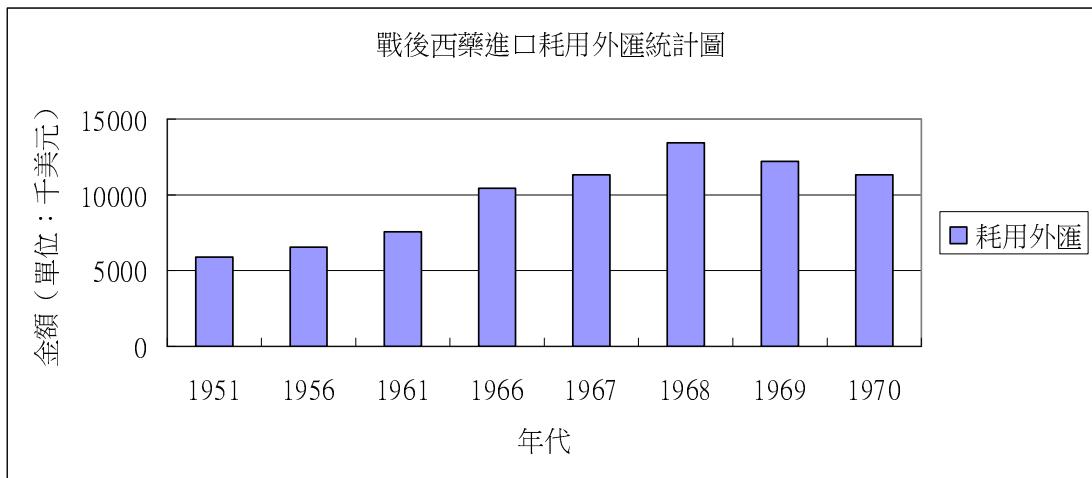


圖 2-9 戰後西藥進口耗用外匯統計圖

資料來源：參考行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（二）》，頁 723 自行繪製。

1947 年臺灣省行政長官公署訂頒「臺灣省管理藥商辦法」單行法規，作為管理各類藥商的依據，並依此將所有藥品販賣業者重新歸納及調整，其作用有二：一、繳驗舊照，按領新照。二、對各類藥商執業範圍予以規定。1950 年，又應業界要求舉辦測驗並設立短期訓練班，給予受訓結業人員「臨時」的資格，⁹⁵於是導致臺灣藥商達九類之多，分別為：西藥商、西藥種商、臨時西藥種商、中藥商、中藥種商、臨時中藥商、成藥調製商、藥品零售商、成藥攤販等，⁹⁶其中僅西藥商及中藥商可以自設藥廠製造藥品，而成藥調製商領有許可證可製造成藥外，其餘 6 類的藥商皆僅能從事藥品販賣而已。

依圖 2-10 戰後臺灣省藥品販賣業者統計圖可知，成藥調製商歷年人數皆很少，1959 年最多也僅 199 家而已，在 1970 年之後便沒有其統計資料，而臺灣省的西藥商家數在 1967 年達到最高峰，有 3,013 家，西藥商數量皆一直維持兩千家左右；再比對中藥商的人數，其在 1961 年達到 1,030 家的高峰，而歷年數量皆在一千家以下。因此據圖 2-10 我們可以推知，臺灣本土的製藥廠還是以西藥製造為主，所以西藥商家數一直居高不下。

⁹⁵ 1950 年縣市政府辦理熟諳中藥人員測驗，合格者准為「臨時中藥商」，經營販賣中藥；並舉辦短期西藥訓練班，受訓結業者准其為「臨時西藥種商」，經營販賣西藥。

⁹⁶ 有關九類藥商的分類、具備條件、營業範圍，參閱行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（二）》，頁 718-719。

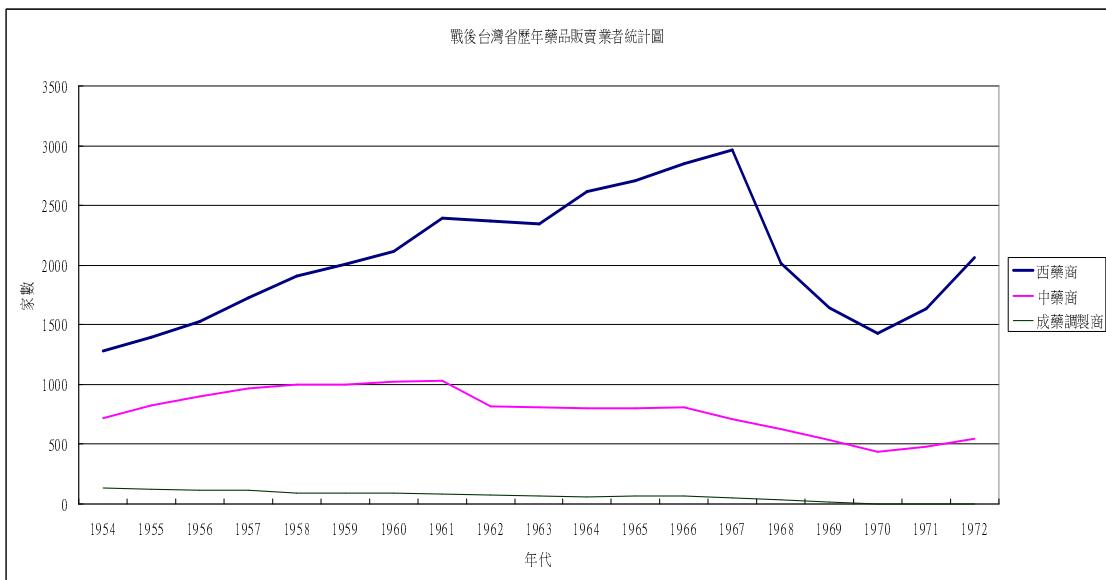


圖 2-10 戰後臺灣省藥品販賣業者統計圖

資料來源：參考臺灣省政府衛生處，《臺灣省衛生統計要覽 1954～1972》。



第三章 直銷式販售—「寄藥包」的興起與發展

日治時期有效藥品及製造原料受制於日人之手，不免影響到臺灣用藥人的選擇，以及形成臺灣醫師與藥師必需仰賴先進日本製藥的印象。但造成臺灣醫藥專業形象懸殊的原因，卻是種種殖民法令和醫療實際操作上的影響。由於殖民地法規制訂的延遲與限制，日治時期臺灣藥師的地位及數量一直無法與醫師相抗衡。這不僅是因為臺灣殖民醫學教育體系中完全缺乏藥師訓練所致，有人亦認為這是由於合法傳統草藥店經營模式隨漢醫數量衰退而沒落的緣故。¹日治時期臺灣醫藥權力關係的落差遠大於日本國內。儘管有1891年《日本藥局方》的改版修訂，允許草本藥品成為合法處方藥物，但這樣的改變若無足夠的專業藥師以及資本雄厚的製藥業者存在，仍舊無法支應實際用藥需求的科學漢方，更遑論完全替代價格昂貴的進口西藥。

日治時期的臺灣藥師雖在1920年代中期以後，逐漸取得合法執業地位而有職業團體的態勢，然而和在臺醫師數量相比，藥師人數尚少，²且無教育訓練機制存在，發展科學漢方與一般成藥所需之專業藥理基礎實無由存在。尤有甚之，醫療人力的不足加上臺灣社會實際的醫療需求，致令許多藥事專業人員從事不合法的醫療行為。儘管這些藥事人員仍可謂秉持善念行事，但畢竟違法，只得遊走於警察與官廳的禁令之中，「寄藥包」因此在某種層次面上彌補了民間醫療資源不足的困窘。所謂「寄藥包」或稱「藥品宅急便」、「行動藥房」，指的就是製藥廠商將一些家庭常備藥品放在外觀就像大紙袋一樣的藥袋中，民眾如有需要，業務員就將藥包寄放在民眾家裡，每過一段時間業務員會到民眾家結帳，民眾多稱呼其為「寄藥仔」，帳款是依據民眾用掉多少藥品才算多少錢，業務員並且會定期到民眾家裡檢查藥，包內之藥品是否過期，取走過期者並且補入新貨。「寄藥包」興起於1930年代，戰後發展成臺灣民眾相當依賴的醫療管道，直至1970年代初期開始逐漸呈現頹勢，近年來有關寄藥包的報導仍時有所聞，但比之全盛時期仍有天壤之別。「寄藥包」這個行業，在醫療貧困且交通資源缺乏的當時，某種程度提供了不少家庭民眾日常健康上的照顧。

¹ 范佐勳編，《臺灣藥學史》，頁17。

² 按1942年資料顯示，臺灣全島計有醫師2827名（含漢醫及齒科醫師），但僅有355名合格藥師（含在醫院服務及私人開設藥局者）。臺灣省行政長官公署編，《臺灣省五十一年來統計提要》，表484。

第一節 藥品寄售方式興起的背景

清代臺灣民眾可以於漢藥舖就地尋求醫師問診並同時抓藥回家煎煮服用，但是在日治時期由於近代西式醫療的引進，新式的藥品因更甚漢藥的方便服用，迅速的征服臺灣民眾的心，有鑑於此，日本本土的賣藥界源源不斷的將新式藥品輸入臺灣，當然民眾可以透過藥房或藥局而購得所需藥品，但是日治時期以至戰後初期臺灣售藥管道仍不甚普及，民眾購買藥品，此時有一種特殊的購藥管道—「寄藥包」，這種特殊的藥品販售方式是如何傳入臺灣？其興起的原因為何呢？緊接著下文繼續作探討。

一、家戶配售式行銷傳入臺灣

日文所謂的「賣藥」即「成藥」，日本自古的醫藥即深受中國之影響，近代以前一向以漢方為主，但是到了江戶時期，也開始發展出自己的醫學思想，由於江戶時期日本都市漸形擴大且貿易發達，日本的藥物與同時期的中國相比逐漸的產生了質變，以現存的史料來看江戶時期的賣藥業空前繁榮，單從其留下的豐富廣告，³就明顯展現出與中國完全不同的風貌。

日本很早就以「賣藥」的成藥作為國民簡易治療藥，一般咸認最早的賣藥起於鎌倉時期，乃源自出身於中國，最後定居於小田原的陳外郎『透頂香』，而到了江戶末期，賣藥產業更是大幅興盛起來。⁴江戶時期賣藥業的興隆其實與德川幕府的態度有著密切的關係。德川家康對於醫藥非常關注，他在退隱之後潛心研究醫藥的相關知識，於駿府城內設製藥所，製造急救藥等藥品，當時所留下的記載有著許多藥方的名稱，如神明膏、萬病圓、烏犀圓、八味圓等。眾所皆知，德川家康在臨終前所服用的藥物正是其親手製作，久能山東照宮所珍藏的德川家康遺物中，有著為數甚多的玻璃藥瓶、青瓷乳鉢、乳棒、以及醫書《和劑局方》等物。⁵

值得注意的是不管來自中國的漢方或源自日本本土的和方，自古皆早已存在，然而其多在家族或師徒之間以「秘方」的形式流傳下來。武士等出身高貴的名門往往有祖上傳來的「家傳藥」，由於是「秘方」，所以外人並無法輕易得知內

³ 按學者研究，日本的廣告是到了德川時代方始成熟發展，同時也立即反映在新興的賣藥行業中。

⁴ 元朝順帝時臺州（浙江）人陳延祐任禮部員外郎，精通醫術，明滅元後遠走海外，於1368年移居日本築前博多，並以官名的後半部「外郎」為姓，人稱陳外郎。1404年其子陳大年從中國帶回「透頂香」（一名靈寶丹，又名外郎藥據稱能祛痰），自此其子孫開創京都外郎家，以販賣「透頂香」為生。1504年大年曾孫宇野定治應北條早雲之邀移居小田原城，成為「小田原外郎」的元祖，此時期開始一般學者咸認為最早的賣藥（今之家庭藥）時期。天野宏，《藥文化往來》（東京：青蛙房，1992），頁22-27。

⁵ 張哲嘉，〈從賣藥廣告所見的江戶文化〉，《2004 財團法人交流協會日臺交流センター歴史研究者交流事業報告書》（臺北：財團法人交流協會，2005）。

容。而德川家康卻打破這個習慣，他以將軍的尊貴身份，擁有蒐集全國各地「秘方」的良好條件，與前人所不同的是，他將蒐羅到的秘方積極公開。德川家康所想的是以政府的力量製作成藥廣為流傳，使人民因而得以受惠，且目的顯然並不是牟利，反而獎勵民間藥界利用幕府所掌握的秘方，製造藥品發售。清水藤太郎在《日本藥學史》即對幕府的賣藥獎勵給予極高的評價，也因此在幕府積極的援助下，對於民眾來說十分便利的賣藥，也就在江戶時期興盛了起來。⁶

江戶時期「越中富山的賣藥」最為人所熟知，富山賣藥的販售方法被稱為「先用後利」，指的是營業者每年先派遣行商到全日本各地，這些行商又被暱稱為「賣藥人」，他們將各種成藥配送至一戶戶的人家，讓居民可以隨時服用，等到次年行商再度尋訪到該處的時候，只收取已被服用的藥品價錢，同時把吃剩的藥品帶走，送還位於富山的出品者，代之以新的藥品，如此年復一年，成為固定的商業習慣。⁷按照這樣的銷售方法，營業者必須準備營業額三倍的配置成藥。這是一種非常重視信用的交易，而且資金周轉的壓力很大，⁸因此積極開拓新客戶非常重要。

富山賣藥首創全日本「先用後利」的賣藥制度，在那時醫療制度不完善的年代，擔負照顧老百姓健康的重責。1876年創立的日本廣貫堂，在其資料館內仍展示著從前的製藥程序、製藥工具、賣藥用的柳行李（賣藥箱）等。⁹廣貫堂於日治時期仍活躍於臺灣與對岸的廈門，據漢文日日新報記載，1905年臺南廣貫堂主要以販賣西藥為主，當年的營業額達四萬圓，¹⁰尤其是廈門廣貫堂，其所販售之寶丹、奇神丹、健胃散、薄荷冰等，頗著療效，銷售日廣。¹¹

臺灣的藥種商¹²在日治時期即相當活躍，以臺南藥種商而言，西藥及漢藥皆有銷售，銷路大概以濁水以南七廳及彰化澎湖諸郡。洋藥（西藥）的小賣商由內地人設立的有愛生堂、廣貫堂、養元堂、資生堂等，營業額多則十數萬圓，少則數千圓；本島人經營者以顏堂煌最具規模。而漢藥的小賣商則多由本島人設立，如吳維宗、陳日新、黃澄川、烏達慶、潭兆榮、黃澄芳、邱條傾、吳道源、魏迺坤、

⁶ 清水藤太郎，《日本藥學史》，（東京：南山堂，1971）。

⁷ 富山縣賣藥同業組合，《富山縣賣藥同業組合沿革史》（富山市：富山縣賣藥同業組合，1942），頁21。

⁸ 賣藥業者因為獨特的手法和手腕獲得了巨大的資金。明治時代（1868-1912），以積蓄的資本投資包括金融機構，水力發電和鐵路、製造業等建立現代產業的基石。

⁹ 引自廣貫堂網站 <http://www.koukandou.net/info/siryoukan.html> 2010.1.3。

¹⁰ 廣貫堂的支店眾多，通常支店名稱會將負責人姓氏置於前頭，例如臺南的支店稱為「中川廣貫堂」。

¹¹ 〈鶯江雁音 擬開藥舖〉，《漢文臺灣日日新報》，1906年10月11日，第三版。

¹² 日治時期的藥種商所販賣的商品不只藥品（漢藥與西藥），包括日常生活中會使用到的物品，藥店都有販賣，如化妝品、吳服、清涼飲料冰似乎變成一種另類的雜貨店，特別是和化學相關的產品，在藥店都能購得，例如爆竹、火藥等，藥種商甚至可以販賣彩票並保險代理，臺南的中川廣貫堂於1906年開始發行彩票，曾造成一時的轟動。

蘇鹽、林文賢等，營業額多則六萬餘圓，少則數千圓。¹³

1921年6月，臺灣藥友會在臺北市新公園的音樂堂附近，圍起約1500坪土地，發起「藥事衛生展覽會」，¹⁴欲藉此展覽來普及一般民眾的藥事衛生觀念，藥品在展覽會中被宣傳成國民日常生活中不可或缺且極其簡易的治療方法。生病接受醫生診療，服藥之後，消除病痛，說來似乎很容易，但是實際執行起來並非如此簡單，特別是山間海邊交通偏遠之處，民眾們根本找不到醫生，更遑論開藥服用，



圖 3-1 「臺北州警察衛生展覽會」(1924) 藥品展覽圖片

圖片說明：右上角有一幅斗大的「家庭藥品」海報，足見當時家庭用藥已廣泛應用於民間。

圖片來源：中央研究院臺灣史研究所圖像資料庫，標題為「藥品、滋養及衛生品室／一部」，

出版品名為《臺北州警察衛生展覽會寫真帖》，典藏編號 T0156P0011-0166-000。

因此這次的展覽特別將家庭用藥羅列於展場中，有關家庭衛生的展出品總數約有100餘種，這應該是家庭用藥首次出現在臺灣的展覽之中，展覽的目的當然是提倡使用新式藥品，然而，筆者推斷家庭用藥在此之前，應早已深入民間。¹⁵

日治時期的藥種商中有一種角色，稱為「賣藥行商」(無店面者)，行商販售藥品的方法，除了攜帶手風琴等樂器外，會以車或自行背藥箱四處販賣，本島人賣藥行商主要是活動於大稻埕、艋舺、新庄、枋橋、士林、錫口等地，本島行商所販賣的藥品，大部分是漢方的藥品和日本內地製藥品，而他們所賣藥的對象大多是醫院和醫師。¹⁶除此之外販賣對象直接針對消費大眾的，一般咸認約在昭和年

¹³ 〈臺南藥商及銷路〉，《漢文臺灣日日新報》，1905年9月22日，第四版。

¹⁴ 而遺憾的是，此次的展覽會筆者並沒有找到相關的圖片可供參考，筆者只能以大正13年(1924)12月15日舉行的「臺北州警察衛生展覽會」中的展覽圖片為例，展覽會中將藥品分類為家庭藥品和衛生課試驗分析之食品、藥品，筆者希冀能以此彰顯家庭用藥在衛生展覽中所可能呈現的形式。

¹⁵ 所展藥品大概可分為一般藥品413項、漢藥377項與家庭用藥131項。衛生課報，〈藥事衛生展覽會〉，《臺灣時報》，時報類，大正10年6月，頁112-113。

¹⁶ 〈賣藥行商〉，《臺灣日日新報》，第2226號，明治42年3月5日，第五版。

間（1926 年後），有日商積極介入臺灣的醫藥消費市場。¹⁷臺灣日日新報曾報導一則有關日本藥商至臺灣本島配送家庭常備藥的消息；1929 年 2 月 7 日臺灣日日新報報導，標題為「賣藥行蹤可疑，新竹郡正取調中」：

自稱富山縣渭川町日本製藥社特派員高橋宗竹，帶一本島人為通譯自二、三月前，在新竹街各戶配置藥袋，謂欲廣告杉澤榮貫堂製造仁光印¹⁸家庭常備藥各種，二三日前復至檢查藥袋，問先日所購買之藥用完否？如有使用，即時索取金錢…。

王世慶曾於「民間宗教儀式之檢討」研討會中評論：

至昭和十二、三年中日戰爭發生前後，當時台灣各街庄家家戶戶的客廳或房間巷路常見三種東西：一為戶口牌（當時稱家甲牌），二為民曆春牛圖，三為成藥寄放袋，由此也可窺見其流通之普遍情形。¹⁹

王世慶所言的「成藥寄放袋」指的就是「寄藥包」，時間段限明白指出是中日戰爭前後（1937 年），因此昭和年間臺灣各街庄間，寄藥包行業確實已十分普遍。對照臺灣日日新報及王世慶的口述評論，筆者推測昭和年間（1926 年）日本富山縣藥商到新竹配置藥袋至中日戰爭爆發時（1937 年），這十年左右的時間寄藥包於臺灣各街庄開始流行，所以證明此時間應當是一般學者所推測家庭配置傳入臺灣的時期沒錯，而報導還指出配置的藥品產製杉澤榮貫堂，且二至三個月後會再登門檢查藥袋並收取使用後的費用，這與內地的家庭配置制度完全如出一轍，而筆者推測，配置網路當不只新竹而已，應該遍及全臺各地才是。

杉澤榮貫堂派員至臺灣配置家庭常備藥，起初四處配置藥袋都需帶通譯，後來杉澤榮貫堂便聘請臺灣本地人並訓練他們成為旗下的配置員。而據筆者調查，約 1940 年左右，當時彰化縣伸港鄉人柯呈聰（叔）與柯木村（姪）受顧日商杉澤榮貫堂於臺中州的直營店，這應該就是臺灣人「寄藥包」的濫觴，他們以仿效日本富山的賣藥方式，自日本製藥產地富山縣購入一般民眾經常服用的西藥（內含漢藥配方），例如感冒藥、腸胃藥等，將其分別包裝，附上訂購藥單，聘請臺灣人挨家挨戶發送至臺灣各個鄉村，臺灣民眾可以先收藥後付款，平均每隔三至六個

¹⁷ 根據王世慶 1996 年 10 月 3 日於中央研究院中山社會科學研究所口述，約在昭和初期，有日商積極的介入臺灣的醫藥消費市場，指的即是日本富山縣「先用後利」的賣藥方式。收入於朱德蘭，〈日治時期臺灣的中藥材貿易〉，《臺灣商業傳統論文集》（臺北：中央研究院臺灣史研究所籌備處，1999），頁 105-159。

¹⁸ 「仁光」印記的藥包袋封面是杉澤榮貫堂的商標，戰後柯氏家族接收其留下的家庭配置事業，臺灣正長生的「大仁」商標及長安堂配置部的「仁光」專用商標，除商標名稱都與「仁光」相似外，商標圖像都同樣是戴白帽，繫紅色領帶，著藍色西裝筆挺的外務員像，與日本的家庭配置人員打扮幾乎如出一轍。

¹⁹ 收錄於王世慶，評論呂理政、莊英章，〈臺灣現行農民曆使用之檢討〉，《民間宗教儀式之檢討研究會論文集》（臺北：中國民族學會，1985），頁 124-125。

月固定巡迴一次，消費者付賬的同時可以訂購新藥，²⁰當時稱此經營方式為「家庭配置」，日商銷售的這種方便的藥品俗稱為「成藥」或「便藥」，日後又被稱為「家庭平安藥」或「家庭常備藥品」，而販賣藥品的藥廠推銷員在日治時期則俗稱「配置員」，戰後有人稱他「賣藥郎」、「送藥生」、「賣藥仔」、「寄藥仔」、「寄藥包仔」，也因為成藥藥效佳且服務周到，故對傳統藥效較慢並需長期服用的漢藥市場帶來衝擊，當時成藥是受到消費者怎樣看待呢？由以下的幾則詩詞我們不難看出，成藥的藥效的確受到民間普遍的肯定，1941 年吟稿合刊詩報社登出新港鄉勵吟社針對賣藥所作的詩。

人岸云：

為丸為散總堪珍，登錄商標製造人；謾笑求售陳市上，卻能對症效如神。

又王慶雲這樣寫到：

韓康事業未為貧，調和君臣論假真；具有良劑堪壽世，人多爭購往來頻。

莊川成亦寫到：

懸壺高掛有仁人，患者無分富與貧；十載江湖皆鬻德，一劑便可復精神。

21

總督府在新式藥品推展上不遺餘力的結果，促使了民眾對於成藥療效的肯定，進而影響了家庭常備藥的市場漸次擴大，日後也扭轉臺灣人用藥的習慣，甚至取而代之成為臺灣藥品市場獨霸的地位。而值得注意的是，不管是當時受顧於日本藥商的臺灣人將日本人所遺留下來的寄藥包事業接續營運，或本身早已具藥房以及藥局背景的人，戰後這些人先後在臺中、彰化地區創辦製藥廠，臺中地區以明通製藥社²²與中美製藥社²³（非彰化之中美兄弟製藥）以及應安堂最為有名，彰化地區則以伸港鄉溪底村柯氏家族成立之藥廠聲譽最為卓著，如長生堂、長安堂、正長生、木村藥化等，值得注意的是，這些藥廠的成立起先都是以家庭配置起家，也就是說不管他們有沒有具備藥劑師的背景，這些藥廠的前身都曾以製造成藥進行配置作為銷售通路，而逐漸的，這些製藥廠的陸續創立、成長、茁壯，也促使戰後臺灣寄藥包業績蒸蒸日上，達至顛峰。²⁴

²⁰ 根據王世慶 1996 年 10 月 3 日於中央研究院中山社會科學研究所口述。收入於朱德蘭，〈日治時期臺灣的中藥材貿易〉，《臺灣商業傳統論文集》（臺北：中央研究院臺灣史研究所籌備處，1999），頁 105-159。

²¹ 吟稿合刊詩報社，〈鄉勵吟社-賣藥〉，《詩報》（臺灣：吟稿合刊詩報社，1941），頁 20。

²² 1938 年張日通先生創立日通藥房於臺中水崛頭，以“葫蘆”作為公司標記，1947 年移址臺中市平等街，設立明通製藥社，1961 年興建今臺中市復興路之廠房。臺灣光復初期，明通即以「愛兒菜」透過家庭配置網路聞名全臺。

²³ 中美製藥家庭配置社於民國 55 年申請變更牌號為中美製藥社，當時負責人為張松柏，地址在臺中市西屯區光明路 104 號，張松柏乃明通製藥社張日通先生之胞弟，所以中美製藥社是明通製藥社關係企業之一。

²⁴ 正長生製藥柯建安董事長提供。吳秋儒，〈柯建安訪談記錄（民國 25 年生）〉，訪問地點：彰化



圖 3-2 劉麗玉畫作「古早味～寄藥包」1999.11

圖片說明：這是老一輩民眾對於「寄藥包」所存在腦海中最鮮明的印象，相信至今仍記憶猶新吧！
圖片來源：劉麗玉提供。

二、醫療院所西藥過於昂貴

日治時期西藥才開始從日本大量輸入臺灣，遲至二次大戰期間日本廠商為戰爭所需才在臺設廠生產葡萄糖、奎寧等戰爭醫療物品，此為臺灣本地西藥製造工業發展之濫觴。西藥品至今在臺灣廣受歡迎，背後原因與日治時期殖民政府強力扶持西醫有很大的關連性，然而臺灣民眾對於西藥品一開始其實持保留的態度，探其原因大概有二，一為民眾對於傳統漢藥的信任度仍高於西藥品；二為西藥品的價格太貴，非一般民眾所能負擔。先就原因一而言，日治時期以至戰後，漢藥房一直是臺灣民間醫療資源普遍不足下，民眾主要的醫療選擇，當時漢藥房以中草藥療疾治病，不管有無漢醫職照，均是民眾買藥甚至求醫的重要處所，其業者也往往被民眾尊稱為「先生」。再就原因二論，日治時期發刊的《臺灣民報》²⁵記載

縣和美鎮正長生製藥廠，時間：2010.4.6。

²⁵ 《臺灣民報》創刊於大正九年（1920），初名《臺灣青年》，又易名為《臺灣》、《臺灣民報》、《臺灣新民報》。其出刊期從半月刊、旬刊、週刊到日刊，編印發行地由東京移反臺灣，更在全島多處分設支局，成為本島人的發言臺。1937年（昭和十二年），中日戰爭爆發，令禁刊中文稿。

著臺灣民眾對當時藥價太貴的報導，甚而引起許多的抗爭活動。1930年10月11日《臺灣民報》報導：

竹山郡竹山文協及農組兩支部、在該郡下開始醫藥減價運動、去九月二十二日晚在張庚申的私宅開藥價降下對策打合會、是夜參會者十餘名。當夜選任張庚申外二名為起草委員。翌日晚仍在同所開竹山文協支部臨時委員會、是夜出席委員六名。會員十餘名、各委員熱烈討論、當場決議議案四條如左。(一)九月二十四日提出陳情書三十九條向郡下諸醫界求諒解。(二)委囑交涉委員十名。(三)組織宣傳隊。(四)開藥料降價講演會。交涉委員數名去二十五日在竹山寺內諸醫界交涉並向郡下連續交涉。聞醫師方面亦很諒解、不日中或可降價亦未可知云。²⁶

根據此報導，當時診所藥價的確太貴，民眾負擔不起，於是民眾組織委員會與官廳及醫界交涉。不久，全臺各地紛紛要求藥價降減，一時之間全島蔚為風潮。對於民眾們的要求，臺北市醫師會對於醫藥減價運動的回應是：

醫師會向來規定的藥價比內地人醫師有兩成的便宜、若論暴利、卻非是我們的。²⁷

臺北市醫師會的回應很顯然是站在與內地人醫師²⁸對立的角度作比較，而一般病院的藥價到底是如何呢？1930年10月11日《臺灣民報》在醫藥盛唱減價之時，曾將臺北市內官立病院與私立醫院所規定的藥價揭出以供參考。

表 3-1 臺北市內官立病院與私立醫院藥價表

醫院名稱\花費	大人(內用藥臺日份)	小兒(內用藥臺日份)	六〇六注射	初診料
臺北內地人醫師會	25 錢	25 錢	8 圓	？
臺北臺灣人醫師會	20 錢	15 錢	6 圓至 8 圓	50 錢
臺北病院	20 錢	15 錢	6 圓	？
赤十字病院	6 錢	6 錢	4 圓 50 錢	？
如水社附屬醫院	7 錢 5 厘	7 錢 5 厘	3 圓	？
林本源博愛病院	10 錢	10 錢	4 圓	？
共濟醫院	7 錢	7 錢	3 圓	？

資料來源：筆者依據《臺灣民報》，昭和五年十月十一日，第334號製表。

說明：表格中「？」代表數字不明或報導上無記載；「六〇六注射」是治療梅毒的注射劑。日治時期幣制，拾厘為一錢，拾錢為一角，拾角為一圓。

1941年，又迫其易名為《興南新聞》。1944年，更迫之與他報合併，終至消逝，刊行二十五年的《臺灣民報》，係日治時期臺灣極為重要的刊物。

²⁶ 《臺灣民報》，昭和五年十月十一日，第334號。

²⁷ 《臺灣民報》，昭和五年十月十一日，第334號。

²⁸ 內地人醫師在這裡指的是日本籍醫師，日治時期大多以「內地」為「日本國土」的代稱。

從表 3-1 很明顯的可以觀察到，內地人醫師會收費是最高的，不管是在大人、小兒或六〇六注射收費皆超過其他的醫療院所，反而，私人醫院的藥價與公立醫院比較起來約足足少了二分之一的價錢，於是乎，私人醫院在這波醫藥減價運動更是成為主角，且動見觀瞻。傳統醫師一直被認為必須具備仁心仁術拯救世人，這跟傳統的漢醫給臺灣民眾的印象大致如此有著密切關係，但殖民政府以西醫大量取代漢醫之後，臺灣民眾對於西醫師的要求，仍不脫舊有之觀念，認為醫師之道乃懸壺濟世，不當有賺錢營利之念頭。當然仔細研究就醫的費用時我們就不難發現，西醫師在收取醫療費用時，其實是診療費夾雜著醫藥費，甚而還加上住院費，這跟殖民政府賦予西式醫療院所可以醫藥合一，醫師既同時看診又可以開藥給病人服用有很大的關係。1920 年代賴和在彰化市仔尾執業時，楊達先生於〈憶賴和先生〉一文中說：「有些病人請賴醫師賒下藥錢。但對於看來根本不可能還錢的病人，是連賬都不記的…即使記了帳目，如果到年終，他卻把帳本付之一炬，不再追收」。而賴和看病所收的診療費大約四十錢，其中明顯已含藥品費，但是付不出錢的人還是很多。²⁹醫藥不分的情況深深影響戰後的臺灣，現行的醫藥分業，也是在藥師公會不斷的爭取，在近十年國內才真正實施。

藥價既然太貴，少數一般的民間醫療院所本著社會良心的精神也跟著降價，1930 年 12 月 1 日新開幕的新竹博愛醫院醫藥費用概以半價為標準，³⁰此舉完全是體念一般人醫藥費負擔過重，然而這樣的醫院畢竟是少數，一般的普通開業醫仍然收著很貴的醫藥費，當時的輿論甚至有主張醫藥販賣公有化，且醫療事業一律官營或公辦，³¹當然事實的發展並非如此。從表 3-2 中可以得知，當時候臺北市藥店的藥價也相當貴，藥商當時號稱以西方醫學技術製作漢方本草藥品，從批發價和實際販售的價格比較起來，藥商賺取的利潤算是十分豐厚，但也同時害苦了一般的老百姓。

表 3-2 臺北市藥店的藥價

藥名	中將湯	太田胃散	仁丹	大學目藥	千金丹	龍角散	健腦丸	ボスピ	カオール
定價	1 圓	20 錢	1 圓	20 錢	10 錢	1 圓	1 圓	1 圓	1 圓
批發價	66 錢	11.2 錢	68 錢	11.6 錢	4 錢	60 錢	60 錢	56 錢	70 錢

資料來源：筆者依據《臺灣民報》，昭和五年十一月八日製表。

當時藥品到底有多貴，我們可以從 1929 年至 1931 年間民間長梗米與紅甘薯價格變動略知一二。1929 年，一般民眾較能接受的稻米等級長梗米 1 升約 19-26

²⁹ 賴恒顏，〈我的祖父賴雲先生〉，《賴和研究資料彙編（上）》（彰化：彰化縣立文化中心，1994），頁 18-20。

³⁰ 《臺灣民報》，昭和五年十月十一日，第 342 號。

³¹ 《臺灣民報》，昭和五年十月十一日，第 342~344 號。

錢、紅甘薯 1 臺斤約 3~4 錢。³²1930 年長梗米 1 升約 17~22 錢，紅甘薯 1 臺斤約 2~4 錢。³³1931 年長梗米 1 升 11~15 錢，紅甘薯 1 臺斤約 2~8 錢。³⁴和食品價格相比較，藥品的價格的確是民眾們沈重的負擔。

1930 年自日本東京藥科大學學成回臺的張國周藥師，³⁵起初興高采烈，滿以為一朝學成，可以為故鄉服務，不料事與願違，當時臺灣社會仍為傳統漢藥市場，西藥市場乏人問津，他還向臺南州衛生課長力爭藥局可兼營漢藥，於是遂領得漢藥商執照，同時開創往後藥師可兼營漢藥的先例。留日回臺的藥劑師，竟然無法專營西藥，還得爭取漢藥商執照，真是令人不解。推回到當時的社會情況，我們也不難發覺，民眾對於西藥價太貴的抗爭其實是有著脈絡可循的，因為 1930 年適逢世界經濟面臨著大蕭條，無獨有偶，臺灣各地亦因景況不好，一般民眾，尤其是中產階級以下生活愈加貧困，一旦染病，幾乎被昂貴的醫藥費逼得喘不過氣，於是傳統漢藥成為其中一種選擇，抑或社會輿論開始倡設實費醫療病院及要求藥價降減，而成為響應全島的風潮。如此一來，民眾為了節省開支，自行購買方便的成藥成了另一種選擇，於是日治時期家庭成藥逐漸為廣大的民眾所接受，並開啟了寄藥包的輝煌時代。

表 3-3 日治時期臺灣成藥價格概況

藥名	資生堂製「寒熱散」	龍角散	面速力達母	眼藥水
年代	1908	1933	1942	1942
價格	2 日份 6 包 10 錢	四日份 30 錢	25、45、90 錢	25 錢、45 錢

資料來源：筆者依據《臺灣日日新報》，第 0826、0410、0314、0313 號製表。

三、戰後臺灣醫療資源欠缺

戰後，臺灣醫療資源極度欠缺，以民眾就醫取藥而言，當時候應屬省立醫院提供的醫療服務最為完善，戰前隸屬於臺灣總督府之醫院計有基隆、宜蘭、新竹、臺中、嘉義、臺南、高雄、屏東、臺東、花蓮港、澎湖等病院，及松山療養所、樂生院、養神院等十四所。屬於警務局者有臺北更生院屬於專賣局者有共濟組合醫院一所，屬於臺灣保健協會者有臺北保健館一所。自戰後政府陸續接管上述各醫療機構，並一律改為省立。³⁶

³² 臺灣總督府官房調查課編，《臺灣總督府三十三統計書》，1931 年，頁 471。

³³ 臺灣總督府官房調查課編，《臺灣總督府三十四統計書》，1932 年，頁 453。

³⁴ 臺灣總督府官房調查課編，《臺灣總督府三十五統計書》，1933 年，頁 463。

³⁵ 張國周藥師學成回臺後歷任「臺南州生藥配給株式會社常務取締役」、「臺灣生藥統制株式會社技師」，戰後擔任首任「臺灣省行政長官公署衛生局第四課課長」、「省立臺北醫院藥房主任」，同時也是藥劑師執照第一號，後於民國 41 年辭去公務人員資格，專心朝製藥產業發展。

³⁶ 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（二）》，頁 592-593。

表 3-4 戰後初期省屬醫療機構名稱、設備

名稱	省立共濟醫院	省立基隆醫院	省立宜蘭醫院	省立新竹醫院	省立臺中醫院	省立嘉義醫院	省立臺南醫院	省立高雄醫院	省立屏東醫院	省立澎湖醫院	省立臺東醫院	省立花蓮醫院暨玉里分院	省立松山療養院	省立樂生療養院	省立錫口療養院	省立臺北保健館院	省立臺北戒煙所
醫生數	10人	8人	7人	11人	21人	10人	21人	14人	12人	5人	10人	10人	7人	6人	9人	4人	5人
護士數	25人	19人	26人	31人	62人	23人	62人	17人	24人	13人	22人	25人	21人	21人	40人	7人	10人
病床數	60	85	92	94	200	162	195	215	120	60	57	77	134	1137	134	0	500

資料來源：筆者依據行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（二）》，頁 592-593 製表。

而至 1947 年 1 月，又接管前日本赤十字社臺灣支部醫院，改辦為省立臺北醫院，同年 6 月併同省立共濟醫院改辦為省立臺北醫院城南分院。1949 年 8 月又再接管前日人私設迎產婦人科醫院，改辦為省立臺北婦產科醫院，據統計迄至 1949 年 8 月止，計接管日人之醫療機構改組為省立醫院者共計十九所，其中一所改組為分院。就今日而言，臺灣醫師與民眾的比例大約是每一名醫師服務 606 名民眾，³⁷但是 1947 年全省只有西醫 2,948 人，該年度總人口 6,495,099 人，大約每 2,203 人分配到一名醫師。³⁸又就表 3-4 省立醫院的醫生數，總計才 170 位，根本無法提供民眾之所需。

³⁷ 2009 年臺灣醫師人數為 37970 人，資料來源參考中華民國醫師公會網站 <http://www.tma.tw/stats/stats6.asp> 2010.3.12。

³⁸ 人口數引自內政部戶政司全球資訊網 http://www.iris.gov.tw/version96/stpeqr_01_04.html

2010.4.1。醫師數是指西醫而言，並不包含牙醫，引自臺灣省政府衛生處編印，《臺灣省衛生統計要覽（1947）》。

表 3-5 1950 年臺灣私立醫院診所統計

縣市別	臺北縣	基隆市	新竹縣	新竹市	臺中縣	臺中市	臺南縣	彰化市	高雄縣
醫院	0	0	0	0	0	0	0	1	0
診所	215	62	231	69	488	77	557	54	283
縣市別	嘉義市	臺東縣	臺南市	花蓮縣	高雄市	澎湖縣	屏東市	臺北市	合計
醫院	2	0	3	0	0	0	0	3	13
診所	124	24	135	41	144	15	68	383	2,980

資料來源：參考行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（二）》，頁 602 製表。

臺灣省衛生處於 1947 年的《臺灣省衛生統計要覽》中，繪製一張當時臺灣省衛生人員的分佈圖，如圖 3-3，圖中清楚顯示，戰後初期每位醫生所服務的民眾人數比，人口較集中的縣市如臺北市、臺中市、彰化市、臺南市、嘉義市等大約在 1：500 至 1：1,000 之間，離島偏遠的行政區如臺東縣、澎湖縣則在 1：6,000 至 1：7,500 之間；從圖 3-3 中更可明顯看出，戰後初期臺灣省藥劑師在澎湖縣、臺東縣、花蓮縣的服務民眾人數比約在 1：35,000 至 1：45,000。因此整體而言，戰後初期民眾在醫療資源的獲得是十分匱乏的。

再談到私立醫療院所，戰後初期各縣市的私人醫療機構同樣是稀少的，民眾就醫之困難真是可見一斑，表 3-5 顯示 1950 年私人醫院也才 13 家，私人診所 2,980 家看似很多，但放大到與人口總數作比較時，我們發現，臺灣省衛生統計要覽於 1950 年底，統計全臺醫師總共 3,415 人，而當時總人口數 7,554,399 人，³⁹也就是說相當於每 2,212 人才分配一名醫師，更遑論醫療資源各縣市分配並不平均。而就在此情況下，相對的民眾在選擇大型醫院就診時，選擇性不多，因為醫院數真是屈指可數，直至 1970 年省府衛生處所管轄的綜合醫院共計也只有 15 所，分院 2 所。⁴⁰

總而言之，戰前或戰後不管是公立醫院或者是私人醫療院所根本就不敷臺灣民眾的需求，醫院既然不多，醫生當然也少，反映在與人口數的比較下，全臺的醫生數量上明顯是不足，民眾無法順利的到醫療院所就醫取藥時，尋求其他治療身體的管道當然就應運而生，特別在日治時期殖民政府建立以醫領藥的政策，醫生就近取得藥品的調劑權後，民眾就診後順道取得藥品服用，看似方便，但實際的情形卻是醫生數根本就不足以負荷人民對於藥品的需求，也因此自日治時期以降，民間便有藥品之需，「寄藥包」正好提供了民眾獲得藥品的蹊徑。有別於一

³⁹ 引自內政部戶政司全球資訊網 http://www.ris.gov.tw/version96/stpeqr_01_04.html 2010.4.1。

⁴⁰ 省衛生處時期共有省立醫院 15 所，分院 2 所。分別是：省立基隆醫院（以下省立刪去）、臺北醫院（中興醫院前身）、新竹醫院、臺中醫院、彰化醫院、中興醫院、嘉義醫院、臺南醫院、旗山醫院、澎湖醫院、屏東醫院、臺東醫院、花蓮醫院、宜蘭醫院、高雄醫院（民生醫院前身），屏東醫院恆春分院、花蓮醫院玉里分院。

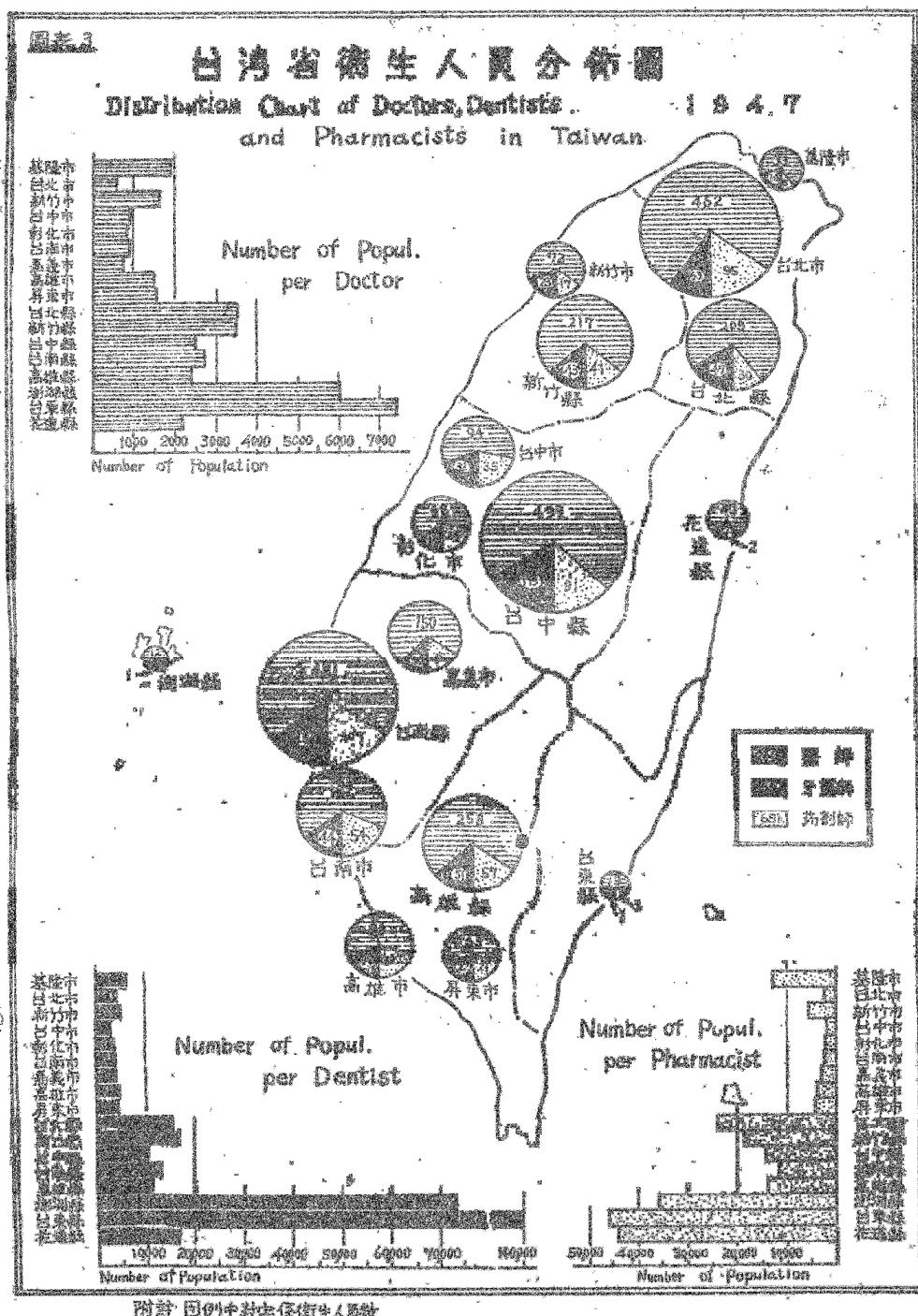


圖 3-3 1947 年臺灣省衛生人員分佈圖

圖片來源：臺灣省政府衛生處，《臺灣省衛生統計要覽民國 36 年》。

般的固定式店面的藥局或藥舖，這有如行動藥房，更像現今宅急便的藥品販售方式，正好適時的填補戰後政府在醫療上的空窗期，接下來我們將探討，「寄藥包」的販售方式，是如何滿足民眾藥品的需求，並成為戰後家喻戶曉的藥品販售管道。

第二節 藥包行銷方式的發展

日治時期臺灣的藥品多產自日本內地，按日治時期發行量最大的臺灣日日新報所刊載，從其琳瑯滿目的藥品廣告內容，我們即可發現，不管內服或外用，臺灣的藥品絕大部分產自日本是不容懷疑的，而就在此時期，臺灣本土的製藥業者似乎只能拾人牙慧，業者只能從日本內地進口原料藥，做一些家庭式藥品的分裝或再製，而另一種以開藥房然後代理日本的藥品做販售的臺灣人亦不在少數，如丸三大藥房、屈臣氏大藥房等。當然也有少數如洪木火（厚生製藥）、陳茂通（乾元藥行）及張國周（資生中西藥局）等開設自己的藥局或藥房自行製藥，爾後甚至成立製藥廠，但畢竟為數甚少。戰後，寄藥包的藥品開始在政府大力鼓勵本土藥業發展下，藥廠脫離日本的束縛開始自行製造，並推銷販售，其販售內容大部分是成藥，⁴¹而此時期寄藥包的行業是如何在臺灣發展起來，其特色及與藥廠之間的關係又如何？還有藥包的銷售網路到底是怎樣？下文將陸續探討。

一、寄藥包的興盛

1950年以前，臺灣的製藥機構僅有日人遺留的十幾處，前面章節我們已經討論過。1950年以後，由於臺灣政治局勢逐漸穩固，民間的投資意願提升，至1956年止，藥廠數目遽增至128家，⁴²其生產的種類包括原料藥品、成藥、一般治療用藥、抗生素分裝等。當時政府尚未對製藥制訂相關之法令，製藥工業自由發展，不受限制，除了少數稍具規模外，大多數類屬家庭工廠，廠房設備簡陋，品管不佳。由於投資少、利潤高，其目標多著重於產量是否提高。此時的製藥工業猶如大地渾沌之初，呈現混亂局勢。⁴³

成藥的利潤尤佳，家庭工廠式的成藥製造成為戰後初期民眾藥品取得的主要供應者，寄藥包因此開始蓬勃。寄藥包又稱家庭配置，在戰後開始盛行，其主要依附著下游的製劑業，也就是許多的家庭製藥廠，他們有可能是領有製藥許可證的藥房或藥局，一般來說，此時期臺灣的製藥工廠因為以製造低成本的學名藥為

⁴¹ 即使有中藥，當時的藥廠也多將中藥方劑提煉濃縮加工成顆粒劑、散劑或其他吸藥劑型，稱之為科學化中藥。

⁴² 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（二）》（臺北：行政院衛生署，1995），頁717。

⁴³ 臺灣經濟研究雜誌社，《製藥工業》（臺北市：臺灣經濟研究雜誌社社，1989）。

主，⁴⁴所以製藥廠可說四處林立。因當時並無今日藥房與藥局連鎖店便利的銷售管道，而製藥廠為求將藥品能銷售至各地，於是便雇用銷售員為其推銷，而此銷售市場到底是如何？再探究藥廠與市場的供需情況，筆者發現家庭製藥廠的區域分佈與人口的密集度關係甚大。

以彰化縣為例，1957 年的統計資料顯示（如表 3-6），當年度臺灣的藥房藥舖家數共 11,870 家，最多的是臺北市有 1,386 家，其次彰化縣有 1,353 家，其中彰化縣於 1960 年甚至以 1,547 家超越臺北市的 1,538 家，所以彰化縣早期與臺北市皆存在著很多的藥房與藥舖。歷年彰化縣的藥房與藥舖的經營家數皆位居第一或第二，可見彰化縣一直有如此的產業傳統與聚落形成，因此日後增資設置製藥廠，這或可解釋彰化的藥廠為數眾多，也影響到寄藥包的盛行。

表 3-6 1957~1973 年臺灣省藥房藥舖家數順位表

年度	總家數	順位	縣市	家數	年度	總家數	順位	縣市	家數
1957	118,70	第一	臺北市	1,386	1965	14,895	第一	彰化縣	1,451
		第二	彰化縣	1,353			第二	臺北市	1,437
		第三	嘉義縣	856			第三	嘉義縣	1,319
		第四	臺南縣	797			第四	臺南縣	1,098
		第五	高雄市	773			第五	高雄縣	977
1958	12,771	第一	臺北市	1,462	1966	15,217	第一	彰化縣	1,499
		第二	彰化縣	1,398			第二	臺北市	1,484
		第三	嘉義縣	909			第三	嘉義縣	1,319
		第四	臺南縣	863			第四	臺南縣	1,120
		第五	高雄市	870			第五	高雄市	990
1959	12,644	第一	臺北市	1,497	1968	14,518	第一	彰化縣	1,575
		第二	彰化縣	1,447			第二	嘉義縣	1,307
		第三	嘉義縣	952			第三	高雄市	1,154
		第四	高雄市	896			第四	臺南縣	1,149
		第五	臺南縣	854			第五	高雄縣	1,009
1960	13,345	第一	彰化縣	1,547	1969	13,714	第一	彰化縣	1,575
		第二	臺北市	1,538			第二	嘉義縣	1,283
		第三	嘉義縣	982			第三	臺南縣	1,032

⁴⁴ 專利藥有一定的專利期限，專利期限過後，一般藥廠皆可取得過期的專利藥製造許可，此時統稱專利過期的藥為學名藥。專利藥廠即原開發藥廠，主要從事醫藥品的開發，擁有專利權，通常以較高的藥價收回研發的成本。學名藥廠乃指專利藥品過期後，推出與專利藥品化學組成成分相同之藥品的藥廠稱之。

		第四	高雄縣	881			第四	高雄縣	1,001
		第五	高雄市	864			第五	高雄市	957
1961	13,564	第一	臺北市	1,568	1970		第一	彰化縣	1,453
		第二	彰化縣	1,561			第二	嘉義縣	1,179
		第三	嘉義縣	989		13,211	第三	臺南縣	1,043
		第四	高雄縣	928			第四	高雄市	1,016
		第五	高雄市	922			第五	高雄縣	987
1962	13,648	第一	彰化縣	1,439	1971		第一	彰化縣	1,412
		第二	嘉義縣	1,259			第二	嘉義縣	1,181
		第三	臺北市	1,149		13,094	第三	臺南縣	1,158
		第四	臺南縣	1,019			第四	高雄市	994
		第五	高雄市	833			第五	高雄縣	925
1963	13,751	第一	彰化縣	1,456	1972		第一	彰化縣	1,452
		第二	嘉義縣	1,283			第二	臺南縣	1,127
		第三	臺北市	1,137		13,398	第三	嘉義縣	1,020
		第四	臺南縣	1,047			第四	高雄市	1,017
		第五	高雄市	860			第五	高雄縣	951
1964	14,691	第一	彰化縣	1,434	1973		第一	彰化縣	1,442
		第二	臺北市	1,368			第二	臺南縣	1,130
		第三	嘉義縣	1,306		13,721	第三	高雄市	1,081
		第四	臺南縣	1,074			第四	嘉義縣	1,045
		第五	高雄縣	944			第五	高雄縣	958

資料來源：筆者依據臺灣省政府衛生處編印，《臺灣省衛生統計要覽（1957-1973）》製表。

說明：1967 年資料不詳，並 1967 年臺北市升格為直轄市，故 1968 年後，順位表即無臺北市。

戰後，臺灣製藥業受到日治時期現代西藥品的影響，跟著產生質變，許多較現代化的藥廠陸續成立，其實這些藥廠多有其藥房抑或藥劑師的背景，日後轉型為一般成藥或中藥製劑的現代藥廠，如 1851 年王水龍於彰化城設立「福安堂藥舖」，1924 年改為福安堂藥房，日時期取得藥商執照，將自製藥品申請許可證向外地藥房四處推銷販售，1972 年更名為福安製藥廠，現成為 GMP 藥廠於 2003 年改為「福安科技製藥股份有限公司」。另 1936 年由林金枝創立的「中米藥房」早期經營成藥販賣，1947 年更名為「中美製藥廠」，專門生產各式西藥；而臺中地區的張日通先生於 1938 年創立日通堂藥房於臺中水崛頭，1947 年移址臺中市平等

街設立明通製藥社，也就是日後的明通化學製藥；⁴⁵另 1930 年畢業於日本東京藥科大學的張國周藥師，於該年底在臺南州白金町開設「資生中西藥局」，戰後於臺北三橋町正式設立「資生製藥廠」，1952 年再改名為「張國周製藥廠」。同樣的日治時期留日藥師洪木火先生於彰化市成立「厚生藥局」，後因擴展業務及設備需要改組為「厚生製藥股份有限公司」。當然前文也已提過，不具藥房背景而以家庭配置起家的長安化學工業、正長生化學製藥與木村藥化在眾多製藥廠皆具備藥房與藥劑師背景的情形下，更顯得獨樹一幟。

寄藥包的興盛與早期臺灣衛生條件不佳，及醫院、藥局並不普遍有關，從日本引進的寄藥包行業，之所以能在臺灣落地生根，且能夠發展至 1970 年代，當時的交通不便及醫藥匱乏都提供了這種號稱送藥到府，類似行動藥房抑或宅急便服務方式，有一個蓬勃發展的機會，2010 年花蓮舉辦「花蓮港廳設置百年古物特展」，曾展出寄藥包的相關物品，足見寄藥包在早期的確成為臺灣重要的日常醫療系統。

寄藥包的興盛大抵與臺灣省衛生處執掌臺灣衛生事業的年代相仿，1949 年國府播遷來臺之初，中央衛生主管機關「衛生部」縮減為「衛生司」，隸屬內政部，至 1971 年為止，省衛生處實質上綜理全臺各項公共衛生及醫療計畫，實質上是臺灣最高衛生行政主管機關。1971 年 3 月 17 日行政院衛生署成立，內政部衛生司隨之撤銷，衛生署也取代省衛生處主導統籌臺灣衛生行政。寄藥包興盛的時代中央管理者理應是臺灣省衛生處責無旁貸，但當時藥政管理的相關法令並不完備，於是寄藥包這種在現代被認為用藥常識低落，藥品品質低劣難以把關的行業，因為管理者鬆散的制度下，廣為流傳於全臺各地，一直到 1970 年 8 月中央公佈實施「藥物藥商處理法」，明訂藥物、藥商、藥局等藥事之各種管理規則，及依法刑處之罰責，藥政管理才開始較具效力，而拜主管機關法令之不完備，寄藥包自成一格為 1950 年至 1970 年間臺灣醫療服務的主流。

二、「寄藥包」的特色

家庭配置在戰後是以藥廠為主要經營者，為了推展業務，於是訓練許多的外務員為其推銷（即寄藥包仔）藥廠本身產製的家庭平安藥，外務員參加藥廠的職業講習，並經過筆試及口試，訓練合格後，藥廠會為其申請「外務員證」，這證件代表推銷員具備藥品的使用知識，並能為民眾做藥品的充分說明，且隨時接受衛生單位之監督，在法令並不完備的當時，藥廠或者臺灣區製藥工業同業公會向臺灣省衛生處提出申請，就一定會有「外務員證」，故「外務員證」相當程度其實是

⁴⁵ 明通製藥其實有很多關係企業，為了稅務及行銷策略的考量，早期臺中地區的中美製藥家庭配置社後來於民國 55 年更名為中美製藥社，其與明通製藥乃係出同門，兩家的負責人乃兄弟關係。



圖 3-4 內部籐編的藥袋

圖片來源：引自〈自由新聞網-保健宅配 施
松林寄藥半世紀〉，林國賢攝
2010.11.20。

藥廠本身自行認定即可。⁴⁶「藥包」的販售具有眾多獨特的形式，包括：

（1）生財工具

「寄藥包」最主要的生財工具當然是藥箱跟交通工具，1960 年代，藥箱有用木材或者籐編而成的箱子，高度約一尺，長度約二尺，裡面間隔三層，放著家庭常用成藥，琳瑯滿目，應有盡有，外面再罩上預防淋雨的帆布袋，後期則以墨綠色的厚帆布袋當藥箱，而上面還註明『寄藥包』的紅色大字，除作為顯

著的標誌，亦有鴻運當頭的象徵意義。

另外，交通工具方面，當年的「富士牌霸王號」、「勝利牌」腳踏車皆曾擔負運送藥箱的工作，還需領有執照並鑲上車牌號碼，後來以騎摩托車為代步工具，為了承載 70~80 公斤的藥品，在鄉下的碎石子路或黃泥路，還要得小心重心不穩，藥品散落一地，最怕的是玻璃瓶裝的藥水破損。近來代步工具又提升到箱型車，承載的東西可就更多，只可惜寄藥包現今也已經不盛行。

⁴⁶ 藥廠既申請外務員證，就必須負責藥品的品質管制，當與消費者產生藥品糾紛時，藥廠必須承擔全部的責任。吳秋儒，〈周深煙訪談記錄（民國 20 年生）〉，訪問地點：彰化縣伸港鄉，時間：2011.1.8。



圖 3-5 墨綠色大藥袋裡的藥品

圖片來源：引自〈年代印象之古早寄藥包〉，
KJ's 攝 2008.5.8。



圖 3-6 勝利牌鐵馬與刻有紅字的墨綠色大藥袋

圖片來源：黃金財，《臺灣懷舊之旅》（臺北：時報文化，1998）。

（2）藥袋封面

大藥包袋是用一個八開厚的大紙袋，斜角穿孔用線斜掛在家裡的牆壁上，商場競爭的結果，往往一個家庭被掛上了兩、三個不同廠牌的藥袋。⁴⁷根據從事此行業已有五十多年經驗的外務員—李弘雄，他表示「寄藥包」從日治時期開始，藥包袋上須印製著『總督府許可』或『大日本政府認可』的字樣，⁴⁸而戰後則改為『臺灣省衛生處許可』，1971 年省衛生處業務改隸行政院衛生署後，藥包袋上又改為『衛生署許可』，直到現在依然如此。

⁴⁷ 參照寄藥包-二郎的部落格

<http://tw.myblog.yahoo.com/jw!PiOQzw6RGBLQumEjXbTEIXydiaY-/article?mid=3111 2010.7.7。>

⁴⁸ 參照黃金財，〈童年記趣-挨家挨戶寄藥包〉，《源》58（2006.7），頁 80-83。



圖 3-7 大日本政府許可的藥品包裝

圖片來源：《聯合報》15 版（記者王一中），
1995. 9. 10。



圖 3-8 臺灣省衛生處許可的藥袋

圖片來源：吳秋儒攝 2010.1.30，立康中草
藥文化館收藏。

1960 年代寄藥包的印刷是簡單的傳統雙色印刷，藥包袋較小；1960～1970 年代交界，彩色印刷成為主流；1970 年代末期的寄藥包不僅彩色印刷更精美，圖案也更加漂亮。藥袋的封面其實就可以探知寄藥包過去的歷史，筆者發現，彰化地區有些藥廠在藥包袋外會有“賣藥元祖”這四個字出現，經筆者調查，這些藥袋大多來自於前文彰化縣伸港鄉溪底村柯氏家族所出產，由此可知，彰化地區在日本家庭配置制度，轉變成寄藥包這樣的販賣藥品模式，應該具有關鍵的歷史地位。



圖 3-9 臺灣總督府認可的藥袋

圖片來源：吳秋儒攝 2011.1.12，吳秋儒收藏。



圖 3-10 中華民國衛生署許可的藥袋

圖片來源：吳秋儒攝 2009.4.11，李益顯提供。

經筆者調查有四家藥廠所生產的藥袋都生產於臺灣省衛生處時期，在下方製藥廠的名稱下面或右側，藥袋正面都不約而同的出現“賣藥元祖”四個字，⁴⁹令人納悶的是為何這四家藥廠都自稱“賣藥元祖”？難道出現仿冒品嗎？經筆者深入調查，原來他們都出自同一個家族，且都同時在日治末期受聘於日本杉澤榮貫堂藥業株式會社做家庭配置的外務員，所以大家都可以自稱為“賣藥元祖”。起初柯氏家族三兄弟中，老大柯財的大兒子柯呈聰與老二柯樹的孫子柯木村最先受聘於日本杉澤榮貫堂藥業株式會社，⁵⁰後來太平戰爭爆發後，因為受聘於日本人的臺灣男丁可以不被徵召至南洋做軍俠，⁵¹所以他們便拉攏很多親戚朋友進入日本杉澤

⁴⁹ 圖 3-8 彰化健民製藥廠的藥包袋封面也出現「賣藥元祖」四個字，該藥廠戰後初期十分活躍，老一輩的外務員曾代理該廠的薄荷錠及小兒奇應散，礙於資料有限，只知該創辦人並非柯氏家族成員，因此筆者推測他可能也曾受雇於日本杉澤榮貫堂，所以他也可自稱「賣藥元祖」，目前健民製藥廠所留下的騎白馬藥包袋封面是柯氏家族以外唯一印上「賣藥元祖」。

⁵⁰ 吳秋儒，〈柯耀輝訪談記錄（民國 38 年生）〉，訪問地點：彰化縣福興工業區長安化學工業，時間：2010.7.15。

⁵¹ 1937 年中日戰爭爆發後，總督府開始在臺灣徵用軍俠，以擔負軍中雜役。按當時受雇於日本人或從事軍需工業者如伐木工、棉被商、賣藥行商等的確可以不必接受徵召。太平洋戰爭爆發（1941 年 12 月 8 日）後，1942 年至 1944 年間，日人以「陸軍特別志願兵」、「海軍特別志願兵」及「高砂義勇隊」的名義，陸續在臺實施志願兵制度，雖美其名稱為志願兵，但其實絕大部分是強迫。1945 年初日本為補充兵員，修改了《選舉法》，使臺灣人同日本人皆可參加帝國議會的選舉，並且正式在臺灣全面徵兵。

榮貫堂藥業株式會社，至於詳細人數，目前並無法得知，只知道現今彰化伸港、線西及和美地區很多人在戰後成為寄藥包仔，這應該跟柯氏家族有密切的關係。

柯財與柯樹兩脈，在戰後，都承繼日本杉澤榮貫堂藥業株式會社所留下來家庭配置藥品的業務，他們成立藥廠繼續經營家庭配置藥品，據資料顯示以“寄藥包”的稱呼來取代“家庭配置”應該就在這個時期開始，不過許多老外務員仍稱自己做的是家庭配置。柯財這一脈成立了長安堂製藥廠，1970年長安堂製藥廠申請藥商營業執照為「省衛製西中製第012號」，⁵²當時的負責人是柯呈聰，而柯呈聰、柯金泉、柯壽堂三兄弟陸續經營長安堂製藥廠，1978年變更商號為長安化學工業股份有限公司，並從彰化市陳稜里永興街9號，搬到福興工業區現址，當年的藥廠負責人為柯金泉。⁵³2010年7月所舉辦的臺北電影節，導演鐘溪榕所拍的紀錄片「寄藥包 (The Deliver Man)」描寫其父親一生從事藥廠外務員的寄藥包工作，這部片子的預告片一開頭便出現長安化學工業股份有限公司的字樣在藥品紙箱上，因此長安化學工業目前還是提供寄藥包仔藥品做販賣。⁵⁴

柯氏家族經營藥廠的人數，比起柯財，柯樹這一脈子孫所經營藥廠的人數可就更多了。柯樹有三個兒子，前文所提到柯木村其實是其長子柯本的兒子，起初他們所經營的藥廠稱為正長生化學製藥，其申請藥商營業執照為「省衛製西中製第025號」，⁵⁵一開始的負責人即為柯木村，1971年，變更商號為臺灣正長生製藥廠，1977年又變更商號為正長生化學製藥股份有限公司，至1979年則是個轉捩點，那一年柯木村獨立門戶，於員林創立木村藥化企業股份有限公司，而正長生化學製藥股份有限公司則變更商號為正長生化學製藥，並由其兄弟柯木榮、柯木董、柯木田等繼續經營，目前的負責人柯建安則是柯木榮之子。

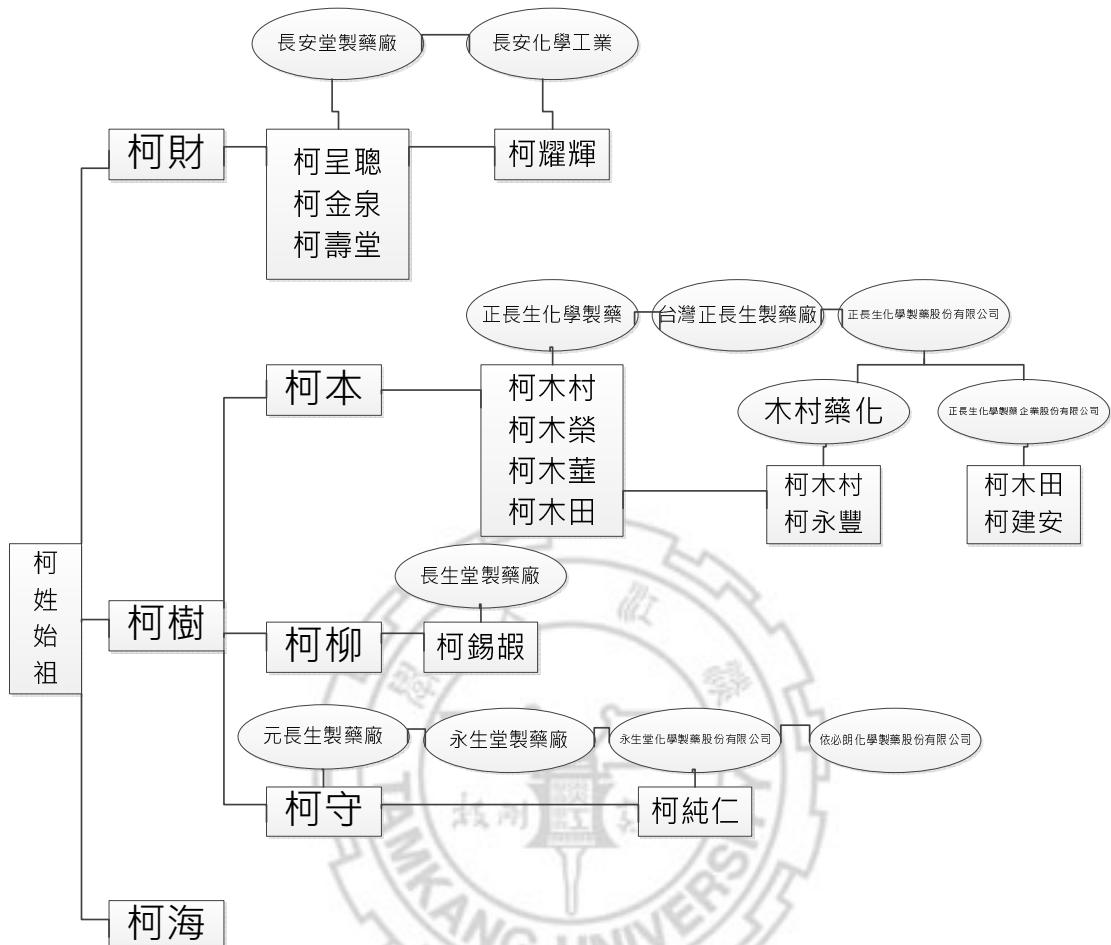
⁵² 《臺灣省政府公報》，民國59年夏季第二十五期。

⁵³ 《臺灣省政府公報》，民國67年秋季第四十二期。

⁵⁴ 吳秋儒，〈柯耀輝訪談記錄（民國38年生）〉，訪問地點：彰化縣福興工業區長安化學工業，時間：2010.7.15。長安化學工業目前負責人是柯耀輝先生，他是柯壽堂的兒子，在筆者做田野調查時，柯耀輝先生解決了我不少的疑惑，而當筆者提問寄藥包相關問題時，他都與筆者侃侃而談，如數家珍，並提供我許多資料，是一位非常熱心的老紳士。

⁵⁵ 《臺灣省政府公報》，民國59年夏季第二十五期。

表 3-7 柯氏家族藥廠經營分佈表



資料來源：筆者依文自行繪製。

說 明：1979 年依必朗買下永生堂的經營權，故依必朗已不屬柯氏家族經營。

另柯樹的二兒子柯柳這一脈則由柯柳的兒子柯錫嘏創立長生堂製藥廠，其 1970 年申請藥商營業執照為「省衛製西中製第 023 號」，⁵⁶柯樹的三兒子柯守這一脈則創設元長生製藥廠，1966 年變更商號為永生堂製藥廠，1970 年申請藥商營業執照為「省衛製西中製第 029 號」，1972 年又變更商號為永生堂化學製藥股份有限公司，當時由其子柯純仁擔任藥廠負責人，1979 年頂讓給現在的依必朗化學製藥股份有限公司。總的來說，柯氏家族於戰後在彰化地區所創立的眾多藥廠有別於臺灣其他藥廠創辦人多具備藥劑師資格，反而是以家庭配置起家，他們不僅見證了臺灣戰後藥廠經營的辛酸苦澀，開創並參與了寄藥包的蓬勃發展的時代。

製藥廠出現的先後，其實在藥袋上也可以推知出，早期藥廠在藥袋封面的電話號碼只有三或四碼如，永生堂製藥廠電話 589；長生堂製藥廠電話 2412；臺灣正長

⁵⁶ 《臺灣省政府公報》，民國 59 年夏季第四十二期。

生製藥廠電話 2492，而後期的製藥廠不僅電話號碼一大串，且都改寫在藥袋背面了。藥袋封面一定會述明藥廠商標是經濟部中央標準局商標註冊證第 000 號，通常還會有一些標語如：「家庭平安良藥」、「常備平安」、「博士方劑」、「家庭常備，平安良藥」、「高級家庭藥」、「常備平安應便藥」、「醫學博士 000 推薦」、⁵⁷「高貴西漢藥配合」、「調劑確實，問心無愧」、「闔家平安」…等等，由上述標語，筆者發現“平安”這兩個字使用頻繁，代表當時家庭成藥就是要讓消費者達到平安健康的目標。

藥袋封面也會幫政府宣傳政策口號，如長安堂製藥廠的藥袋封面就寫上「互助合作生產競賽」；彰化健民製藥廠則在藥袋封面寫上「健康以固國本，民強而展鴻鵠」；達摩牌藥袋有「健康報國」的標語；永生堂製藥廠的藥包袋還出現「國家



圖 3-11 慈生堂藥房藥包袋
圖片來源：吳秋儒攝 2011.2.23，吳秋儒收藏。

至上、民族至上」的愛國標語，慈生堂藥房的藥袋封面甚至有「右側通行無危險，稅金早完有光榮」的交通安全與國民繳稅義務的標語，很明顯的，藥袋封面不僅

⁵⁷ 健民製藥廠的白馬藥包袋封面即有黃瑞傳醫學博士推薦，明治 33 年黃瑞傳出生於高雄市北野町，乃日治時期高雄第一位醫學博士，戰後擔任高雄市衛生院首任院長。曾黃瑞錦是健民藥廠民國 69 年的負責人，與黃瑞傳兩者之間應是親戚關係。《臺灣省政府公報》，民國 69 年夏季第三期。

具商標宣傳的效果，它還可以是政府宣傳政策的最佳利器。

1973 年行政院衛生署公布「成藥及固有成方製劑管理辦法」後，藥袋封面甚至被要求必須刊載留置成藥固有成方製劑袋或箱注意事項：（1）使用本袋藥品前請詳細查閱「效能」、「用法」、「用量」等。（2）藥品如有變色、沈澱、發霉或潮濕情形，不可使用。（3）未用完之藥品請妥予放回原袋。（4）本藥袋應置於不被日曬、雨淋，及不易為兒童所獲取之處所。（5）發現無許可字號，或有偽藥劣藥嫌疑者，得送請衛生局或衛生所查核。（6）廠商派來工作人員，未配戴服務證者，應予拒絕。（7）服用留置藥品未見功效，或有不良反應，速請醫師診治。⁵⁸因此政府在管理寄藥包的配置藥袋時，也努力的為民眾做層層的把關，足見國家的藥政在逐漸步入正軌之後，保障民眾的健康是政府也是藥廠不容旁貸的責任。

（3）藥袋的背面

藥袋的背面在早期是黑白的，後期則各家藥廠都以彩色印製。而所有藥袋的背面都會有一個表格，表格的名稱有很多，應安堂稱「藥品收金明細表」，⁵⁹新明通藥行稱「訂購表」，長安堂稱「預藥個數記」，正長生稱「配置明細記錄」，而瑞昇堂與東榮製藥廠都稱作「配置個數記」，因此簡單的說這就是計算藥包用量的計數表，而從「配置」這兩個字的出現，則再次印證：臺灣的寄藥包與日本的家庭配置淵源甚深。表格最上頭是主治功能，然後下面對照藥品名稱，有的會在藥名前冠上藥廠名稱，有的則不，例如明通製藥與東榮製藥都沒有在藥品前冠上藥廠名稱，例如東榮製藥的藥名：主治頭痛齒痛神經痛—平痛丹；主治四時急症嘔瀉—濟眾水。

另外瑞昇堂、長安堂與正長生製藥出產的藥品則多冠上藥廠名稱，例如正長生製藥廠出產的藥品：主治小兒感冒—正長生小兒風藥；主治外傷火傷—正長生金靈油；主治肚痛止瀉—正長生整腸丸。值得注意的是大部分主治功能都是利用一行約七八個字即敘述完症狀，但應安堂製藥廠和明通製藥則是將主治功能用一長串文字來表示，例如應安堂製藥廠：消化不良，胃酸過多，食慾不進—胃散、感冒嗽，四季嗽，喘息嗽—咳嗽散；明通製藥：中暑胃腹絞痛卒倒吐瀉宿醉嘔吐—神藥、胃痛胃腸絞痛消化不良—黑藥丸。

藥品名稱下方則是藥品的單價，有盒裝、瓶裝、包裝等三種不同的價格應安堂的神藥一瓶 6 元，胃散一包 8 元，紅妙膏一盒則為 6 元，據筆者目前所查資料，應安堂是所有藥包袋上直接將價錢標上的藥廠，因為其他各家都沒標價，推測應該是藥品價格會有波動，所以為避免爭議，藥廠多不標價格，而以寄藥包仔收錢

⁵⁸ 「成藥及固有成方製劑管理辦法」，參照《臺灣省政府公報》，民國 61 年夏季第三十一期。

⁵⁹ 應安堂製藥廠地址在臺中市北區中正路 408 號，民國 59 年申請西藥商營業執照為省衛製西字第一八五號，民國 74 年結束營業。《臺灣省政府公報》，民國 74 年秋季第二十三期。

時告知，但是藥品的價錢也不會高到消費者無法接受的地步。

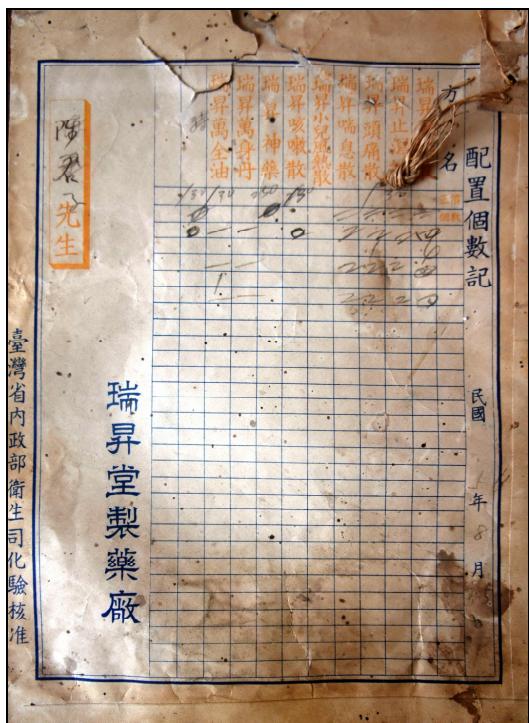


圖 3-12 瑞昇堂藥袋背面（配置個數記）

圖片來源：吳秋儒攝 2009. 12. 29，臺北市鄉土教育中心-臺灣醫療的發展。

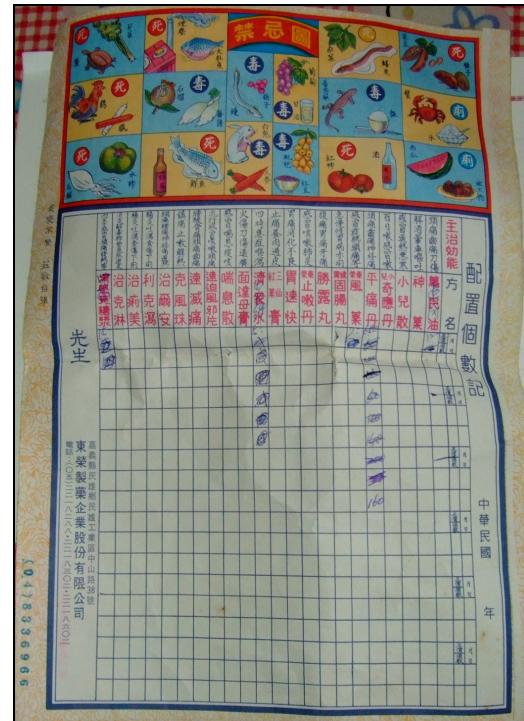


圖 3-13 東榮製藥藥袋背面（配置個數記）

圖片來源：吳秋儒攝 2009. 4. 11，李益顯提供。

藥包袋背面還有一項幾乎每家藥廠都會印製上去的一「食物禁忌圖」(見圖3-16)，跟一般農民曆一樣，為防止民眾食物中毒，將食物禁忌表印製在藥袋背面，這成為各家藥廠維護民眾健康最有利的廣告宣傳。而有一家藥廠並沒有「食物禁忌一覽表」，瑞昇堂藥廠反而將生病時症狀的圖像標示在藥袋背面，如下痢則露屁股蹲廁、咳嗽則老人作勢咳嗽、頭痛及牙痛則西裝男面露痛苦表情摸頭或摸臉龐、腹痛則是婦人捧腹。⁶⁰足見因應需求，在戰後初期，生動的圖像更顯示出藥廠照顧消費者健康的用心良苦。

⁶⁰ 臺南麻豆瑞昇堂製藥廠是臺灣很早的家庭配置藥廠，負責人林髡傳於民國 51 年撤銷臨時成藥許可執照，結束營業。《臺灣省政府公報》，民國 51 年第 4506 卷。



圖 3-14 應安堂製藥廠〈寄藥收金明細表〉藥品價格

圖片來源：吳秋儒攝 2010.12.29，臺北市鄉土教育中心-臺灣醫療的發展。



圖 3-15 瑞昇堂製藥廠藥袋背面

圖片來源：吳秋儒攝 2011.2.23，吳秋儒收藏。



圖 3-16 東榮製藥廠藥袋背面食物禁忌圖

圖片來源：吳秋儒攝 2009.4.11，李益顯提供。

(4) 以圖代字，按圖索驥

藥廠為推廣家庭平安藥，在早期文盲眾多的情況下，無不在外部藥袋與內部藥包品上利用許多的象徵式符號以圖代字，期以提高民眾對產品的辨識度和認同度。就好像今日許多手機或電腦桌面上的功能圖案，希望讓消費者在操作使用上能更順利的應用其產品，今日的圖像式思考應用，其實在寄藥包行業中老早就盛行。

例如外部藥袋，藥袋封面其實還充滿在地的特色，而各製藥廠的商標也成為消費者認明其所信任製藥廠的重要憑藉，例如彰化厚生製藥廠的藥袋封面，就以彰化著名地標八卦山大佛為封面；臺南富大製藥也以府城名勝赤崁樓作為藥袋封面；嘉義的東榮製藥因標榜其產品的商標為虎球標，所以封面以一隻老虎腳下踩著地球；瑞昇堂製藥廠以麒麟作為品牌商標；人體牌就以人體模型做為封面；長安堂則用臺灣寶島地圖；飛虎牌商標封面則代表永和製藥廠製造；以葫蘆當商標作為藥袋封面則是明通化學製藥秉著「懸壺濟世，維護健康」的宗旨所出品，⁶¹明通化學製藥甚至把暢銷的藥品明通神藥、明通治痛丹等直接放在藥袋封面，以及屏東鳳陽府存心堂達摩牌不僅以禪宗達摩祖師的肖像作為品牌封面，更直接寫上最暢銷的藥品名稱—「達摩養肺寶」。諸如此類，廠商無不絞盡腦汁在藥袋封面上大做文章，為的就是吸引消費者能夠讓其藥包配置在家中。

厚生製藥所出產的大藥袋以神像—八卦山大佛為圖案，（見圖 3-17）想借用宗教力量為藥效掛保證，當然也代表大藥袋的出產地來自彰化地區。另外，又瑞昇堂以傳統年節祥獸—麒麟作為其品牌的標誌、臺南富大製藥也以府城名勝—赤崁樓、達摩牌的達摩祖師、長春藥廠的丹鳳，諸如此類，藥廠利用圖像式思考以各地名勝、宗教人物、動物祥獸等大量圖案標示在藥袋外部，其實只有一個目的，那就是吸引顧客的目光，並達到提升品牌的知名度。

不僅如此，藥廠在每件藥品上面還會繪上讓人一目了然可供辨識的病症圖案，避免知識水準不高者用錯藥。大致上，日治時期的藥包並不會有太精彩的圖案，但會有類似黑白漫畫的手法，告訴民眾藥包的功用，例如北日本製藥公司（阿不倒牌）出產的風熱散，藥包正面以不倒翁的圖案為標誌，（見圖 3-18）藥包反面即以黑白漫畫，（見圖 3-19）標示給民眾瞭解該藥包能治療的病症，圖示甚是清楚，讓人能一目了然。

⁶¹ 明通製藥家庭配置社於民國五十五年藥廠變更牌號為明通化學製藥股份有限公司，參見《臺灣省政府公報》，民國 55 年秋季第五十二期。明通其實有多家的子公司，業務同樣都是配置成藥，如治痛單股份有限公司、壺盧標股份有限公司…等。

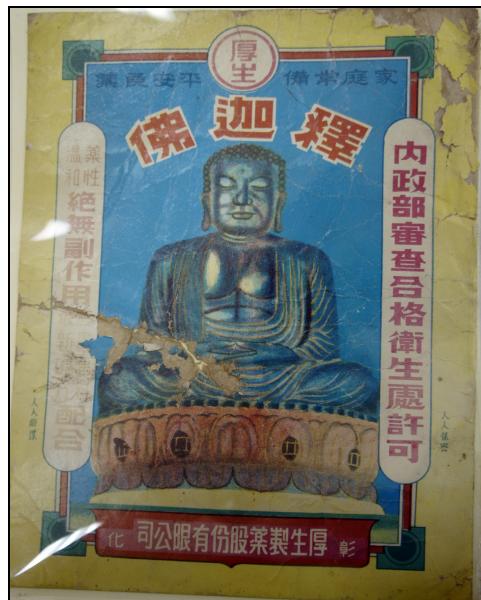


圖 3-17 厚生製藥廠藥袋

圖片來源：吳秋儒攝 2010.1.30，立康中草藥文化館收藏。



圖 3-18 阿不倒牌風熱散藥包反面

圖片來源：引自〈二郎的部落格〉，陳星二攝

2009.6.1，陳星二提供。

圖 3-19 阿不倒牌風熱散藥包正面

圖片來源：引自〈二郎的部落格〉，陳星二攝

2009.6.1，陳星二提供。

記者楊文琳還曾為此特色在《中華日報》下了這樣一個標題『古早寄藥包展，

好有醫思一看圖識藥通俗辨識法成特殊文化』，她指出早期民眾大多不識字，看不懂藥名，藥廠特別設計通俗的辨識方法，像是咳嗽藥就在藥袋外排畫上三個並排圖「一隻蝦、一隻烏龜、一把掃帚」，以閩南語發音就是哮喘病（黑咾少），讓



圖 3-20 瑞昇堂製藥廠出品的藥包

圖片來源：吳秋儒攝 2011. 2. 23，吳秋儒收藏。

民眾不致發生用錯藥的情形。⁶²而若是退燒藥，會畫一個人躺在床上頭部還敷著一袋大冰塊。從藥包外的圖片提示，我們不難發現藥商們的巧思，為了使藥包生意興隆，他們創造出這樣令人一眼看去便瞭解藥品所治療的症狀，真是方便又實在。

（5）濃厚的人情味

由於藥廠競爭激烈，而且每戶人家也不一定單用某一種藥廠的產品。臺南佳里地區 2005 年仍有寄藥包，年逾七旬的老阿嬤吳秀蘭指出，在 1960~1970 年代，畢生務農的家中曾有 5、6 位藥廠業務員到她家裡「寄藥包」，當時這行業非常競爭。⁶³而寄藥包仔除了按時補充新藥品與收費等職責外，最重要的工作就是推銷，從推銷的過程裡，「社會人」的處世哲學及做生意的技巧，無不累積寄藥包仔豐富的社會經驗。在那艱困的年代，特別是居於海口附近的住戶，經濟狀況不會太好，如果碰上手頭較緊的家庭，他們會視情況通融付款的期限。於是細心觀察並記錄不同客戶家中的狀況，也是寄藥包仔工作是否順利的重要關鍵，如收錢時機的拿捏，就必須考量客戶的職業環境。像是農戶要趁稻穀收成時前往收帳；若有子女在工廠上班的家庭，就利用月初工廠發薪水的時候結算；家境艱難的家庭，甚至一年才結算一次，有時候遇到手頭不寬裕的客戶，甚至有以整袋白米或整隻雞鴨代償

⁶² 《中華日報》21 版（記者 楊文琳），2001.10.24。

⁶³ 《臺灣日報》16 版（記者 邱仁武），2005.8.27。

藥品費用。

如果寄藥包仔服務親切，加上藥效良好口碑甚佳，客戶不僅對待如家人，跟著大家族一起用餐是常有的事，甚至臨時出遠門怕寄藥包仔來收錢時不在家，於是將藥錢事先放在藥袋裡，然後大門虛掩，讓寄藥包仔自行進入家中，有的消費者更是安心的把家中鑰匙交給他補換藥品，還會幫忙介紹其他客戶。彰化縣線西人楊生寶回憶到，1959年，他服務的範圍許多地方沒有公車到達，千里迢迢騎腳踏車到達屏東的鵝鑾鼻、滿州、九棚等時，往往天色已昏暗，此時只得借宿當地客戶的家，為了報答，總是免收他們的用藥費。⁶⁴然而，寄藥包仔秉持著客戶至上的服務理念，往往需因應過年期間醫療院所不看診的緣故，會為民眾準備些藥品以備不時之需，每年農曆年前是送貨旺季，甚至沒時間和家人圍爐吃年夜飯，有時大年初一，客戶一通電話，寄藥包仔也會出門送藥。

早期寄藥包仔都是步行，或以腳踏車作為代步工具，因為多是服務偏遠地區，所以步行者可能都必須花上好幾天甚至幾個月都在各地配置，因為久久才來一次，鄉下人都有一種有朋自遠方來不亦樂乎的待客之道，寄藥包仔往往與顧客間建立深厚的情感成為了好朋友，至今臺灣仍有一些繼承家業的中年人和仍不肯退休的寄藥包仔在全臺各地配置家庭藥，甚至有些孝順的中年人還特地利用假日帶著老父親四處去寄藥包，目的無非是陪著長輩去探望老朋友，如今「寄藥包」除了稍稍還帶有那麼一點商業利益外，剩下的大部分應該都是滿滿的人情味吧！前文提到的自由時報報導，文章內容的主角陳花漢指出：

這些客戶大多在鄉下，許多都是跟他一樣白髮蒼蒼，還有人行動不便，其中還有一開始送藥就認識的客戶，可說是四十多年的老朋友，送藥就是「門嘴鼓」時間，說東說西相當熱鬧。⁶⁵

因此寄藥包這門行業似乎從過去到現在都緊緊抓住顧客與業者之間的心，儘管時空環境已驟變，彼此之間卻仍緊繫著一股濃濃的人情味，打個招呼並噓寒問暖一番，再對照今日稍嫌冷淡的社會關係，寄藥包行業的供需之間帶出滿是舊社會裡溫暖的情感。

(6) 薪水優渥足以成為家庭支柱

寄藥包算不算是個風光賺錢的行業呢？通常薪水高的行業，來應徵者也較多。

民眾日報曾報導：

陳重信，是一位「寄藥包人」，民國 18 年生，臺灣光復第二年，當時他 17 歲便去應徵百人選一的『八卦』藥廠外務員，當時的社會根本不時興

⁶⁴ 吳秋儒，〈楊生寶訪談記錄（民國 31 年生）〉，訪問地點：彰化縣線西鄉，時間：2011.4.3。

⁶⁵ 陳美年（寄藥包 那個騎鐵馬的老外務員）報導，2004.12.21，引自自由新聞網 <http://www.libertytimes.com.tw/2004/r-s/r-s041026-2.htm> 2009.6.25。

什麼西藥房，而是由外務員挨家挨戶的去「寄藥包」。他說，在光復前後的那個年代，腳踏車是沒幾個人買得起，而他不到二十歲的年齡便擁有一輛，實在是心滿意足……。⁶⁶

果如上述的話，藥廠外務員當時應該是一份搶手的工作，而且寄藥包如果經營得善，絕對可以稱得上是賺錢的行業，當時寄藥包的待遇應該可以改善的一個貧窮家庭經濟。有趣的是全臺各地的製藥廠有些名字是相同的，就如同每個縣市都會有中山國小或中正國小一樣，就筆者的研究發現，確實全臺的製藥廠有些名稱是相同的，但會冠上地區名稱以示區別，例如嘉義就有另一家應安堂的存在，但從其寄放在各地的藥袋上，即可辨認出兩家藥廠並不相同，而嘉義的這一家似乎有抄襲商標之嫌，因為『八卦』一直是臺中應安堂的商號標誌。



圖 3-21 臺中應安堂藥袋（八卦藥廠）

圖片來源：吳秋儒攝 2011.1.23，太平古農莊
文物館收藏。



圖 3-22 嘉義應安堂藥袋

圖片來源：吳秋儒攝 2011.2.23，吳秋儒
收藏。

以前文所提到的黃慶為例，當他的堂兄弟賺到大錢，換了拉風的摩托車，再想想 1960 年代，家裡有一臺摩托車，跟有一臺電視機，想必都是十分光榮的一件事吧！就好像起大厝，這都是光耀門楣的大事。鹿港黃長生 1929 年生，在 1948 年時應徵長生製藥廠的外務，繼而在臺南三葉製藥做出成績，因此機緣與寄藥包

⁶⁶ 《民眾日報》27 版（記者 白棟樑），1996.10.25。報導中指稱該藥廠為「八卦」藥廠，座落在臺中市五權路與中港路交叉口附近，筆者推測，該藥廠應該就是應安堂製藥廠，曾經當過外務員的人常以「八卦藥廠」稱呼臺中應安堂製藥廠，蓋因其產製的藥包袋以八卦為標誌。

結下不解之緣，續至 1980 年代左右，全家七口大小就靠他寄藥包的業務，一兼扛起家庭重擔。⁶⁷

家住臺中太平的黃友吉指出，1959 年他開始成為寄藥包的外務員，1961 年即賺到錢，金額多少他不便有說明，只知道他當時買了一臺義大利進口的 150CC 偉士牌摩托車，並且不再挨家挨戶寄藥包，反而提昇層次，成為大批發商代理藥廠生產的藥品，寄藥包仔多向他購買藥品，例如明通治痛丹、正記消痔丸，他曾經代理過明通製藥、應安堂藥廠、長安堂藥廠及正長生藥廠的藥品，因此筆者推測張友吉應該曾以寄藥包致富。⁶⁸

到底當時物價水準及一般老百姓的薪資所得是如何？1954 年，米一臺斤 1 元，豬肉一斤 3 元；1961 年，公務員月薪約 300-400 元，織襪工廠員工月薪 700 元，一臺偉士牌進口摩托車要價新臺幣二萬元，公務員必須要連續四年不吃不喝才買的起一臺偉士牌摩托車，因此寄藥包仔當時所能賺到的錢應該是相當豐厚。

然而並不是每一個寄藥包仔都能賺到錢，陳重信感慨的提到：寄藥包能讓他餬口一輩子，藥廠的良心製藥是主因之一。但是好的藥品沒有好的外務員亦是無濟於事。在陳重信的生涯裡，他看到很多年輕人在這個行業崛起又驟落，有的是在藥包中動手腳，有的帳目不清，人們吃過幾次虧，上過幾次當後，便不再受騙，而且山區口耳相傳的速度極快，當一個人口碑不佳時，立刻傳遍。⁶⁹

三、藥廠與「行走藥商」的關係

寄藥包仔四處賣藥的走賣方式，似乎是「行走藥商」，就好像前文所提到日治時期的賣藥行商，只不過賣藥的對象不相同，但是，前文有提過臺灣的寄藥包制度來自於日本的家庭配置，所以戰後初期寄藥包仔是附屬在藥廠底下，他們多是直接受聘於藥廠，自由時報陳美年有這麼一則報導：

居住在桃園年縣平鎮市福林里的陳花漢今年 70 歲，民國 56 年應徵應安堂製藥廠配藥外務員，當時 28 歲，他每天將準備送達的藥膏、藥散、藥水等成藥依序放入重達 20 公斤的墨綠色帆布藥袋，前五年騎著腳踏車，後來改成騎摩托車，當時客戶至少兩千多人，由於每個客戶約 40 天收費一次，每天需跑上百公里為四十幾個客戶服務，……除平鎮外，他的足跡遍布平鎮、中壢、楊梅、新屋、觀音、八德、大溪，甚至到了

⁶⁷ 參照〈經點藥包達人-玄天上帝的使者〉，引自龔仔の影像脈絡部落格
<http://blog.yam.com/lukang280/article/20250034> 2010.1.12。

⁶⁸ 筆者訪談張友吉先生時，他已將所收藏的文物捐給太平古農莊文物館，那台藍色 150cc 的偉士牌至今仍展示於文物館裡。吳秋儒，〈張友吉訪談記錄（民國 30 年生）〉，訪問地點：臺中縣太平市，時間：2011.1.23。

⁶⁹ 陳重信當時被藥廠劃分責任區為今日臺中太平地區。

新竹縣新豐。⁷⁰

此則報導充分說明了陳花漢自始自終，只有為應安堂製藥廠服務，所以他屬於直接受聘於藥廠的外務員，因此這些人的「外務員證」上必定會註明其所屬藥廠，當然各家藥廠「外務員證」都不盡相同，但一定需有主管機關臺灣省衛生處的大印，⁷¹及藥廠名稱、所屬縣市、以及服務員的大名，而且為了取信消費者，還會註記上『該員確係本藥廠為外務員擔任本廠之成藥販賣及家庭配置業務屬實無訛』，例如圖 3-23 彰化新港鄉老長生製藥廠的外務員證⁷²，上面即標記上述之字眼，因此筆者推測當時應該有很多無照的外務員，而且該證有效期間是 1960 年 3 月 1 日至 8 月 31 日，只有半年的有效期，筆者曾訪問該證件所有人周深煙，質疑其年限是否過短造成不便，但他指出，政府規定藥廠每半年須換照，而藥廠為推銷業務，這是因應法令規定所必須做的，藥廠雖然覺得不便，還是必須依照法令行事。⁷³再看圖 3-23 外務員證須知，第一條即明示「外務員不需藥商攤販執照」，換句話說，外務員證就是合法的販賣執照。

有些製藥廠如新明通藥行也會給外務員『推銷員手冊』，（見圖 3-24）裡面不外乎就是記載使用藥品的基本常識，以利外務員推銷藥品。據筆者研究，概括來講外務員證並沒有一定形式，而有些外務員證還需經由製藥公會的認證，1967 年新明通藥行幫「推銷員」蔡進興申請了一張服務證，（見圖 3-25）上面就有臺中市新藥商業同業公會的背書。而衛生署 1971 年掌管臺灣衛生事業後，對於藥廠所製造的藥品及推銷員本身的管理，都逐漸步入的軌道。1973 年 4 月 11 日行政院衛生署公布「成藥及固有成方製劑管理辦法」後，以「服務員證」來說，衛生署明文規定其正面與背面的標準形式如表 3-8⁷⁴。

⁷⁰ 陳美年（寄藥包 那個騎鐵馬的老外務員）報導，2004.12.21，引自自由新聞網 <http://www.libertytimes.com.tw/2004/r-s/r-s041026-2.htm> 2009.6.25。

⁷¹ 民國 60 年後，主管機關由臺灣省衛生處改為行政院衛生署。

⁷² 民國 48 年 7 月 1 日改制伸港鄉，而該外務員證確實為民國 49 年製作，但民間私人藥廠的證件格式還沒立刻改變，所以仍以新港鄉自稱。

⁷³ 吳秋儒，〈周深煙訪談記錄（民國 20 年生）〉，訪問地點：彰化縣伸港鄉，時間：2011.1.8。

⁷⁴ 「成藥及固有成方製劑管理辦法」，參照《臺灣省政府公報》，民國 61 年夏季第三十一期。



圖 3-23 1960 年外務員證正反面

圖片來源：吳秋儒攝 2011.1.8，周深煙提供。



圖 3-24 1967 年推銷員手冊

圖片來源：引自〈年代印象之古早寄藥包〉，
KJ's 摄 2008.5.8，KJ's 提供。



圖 3-25 1967 年推銷員證

圖片來源：郭麗娟著、鄭恆隆攝，〈全民記憶
的年代-寄藥包〉，《光華雜誌》18
(2006.6)。

表 3-8 經辦家庭留置成藥固有成方製劑服務員證（格式）

正 面		背 面	
中華民國 發 證員服務（稱名商廠製造製品藥） 字第 號		十 公 分 面	
姓名： 粘貼服務員 (半身正面相片)		% 注意事項 % 一、服務員執行工作時，必須佩 帶本證。 二、留置在用戶之藥品至少每三 個月巡檢一次。巡檢時應於 藥品留置袋（箱）註明日期 簽名或蓋章。 三、裝盛藥品之袋或箱應懸置在 安全適當之處。 四、不得向住戶強行置銷。 五、不得將任何成藥固有成方製 劑拆封散售、沿途設攤販賣 及施行醫療行為。	
加蓋廠商及 負責人印章		年 月 日	

資料來源：〈成藥及固有成方製劑管理辦法〉，《臺灣省政府公報》，民國 61 年夏季第三十一期。

是故寄藥包仔與藥廠之間是共生的雇主關係，藥廠既要訓練他們，也要提供他們充足的藥品去販售，戰後初期寄藥包仔屬於藥廠直營的家庭配置。根據成立已七十餘年的臺中明通製藥廠林正男經理表示，藥廠經營「寄藥包」業務，大致分為附近地區的「區域行銷」，和到外縣市駐點拓展業務的「公司外派」。「公司外派」的寄藥包仔有時候礙於藥廠的要求，只能選擇外縣市偏僻的地方寄藥包，因為熱門或離家近的地點早就被其他業務員捷足先登了，為了避免自己人相互惡性競爭，藥廠會自行分配業務範圍，往往後到者被迫到更遠的地方去拓展業務，例如 1965 年，彰化線西鄉民楊生寶到彰化市陳稜路上的長生堂藥廠洽談合作事宜；不過，藥廠只剩高雄縣大樹鄉還有客戶可出售，⁷⁵由此證明，「公司外派」的寄藥包仔，有時真的必須離鄉背井到外縣市去駐點放藥包。

但是據筆者調查大約在 1960 年代左右，⁷⁶寄藥包仔這些藥廠所聘僱的外務員，有一部份人開始逐漸自立門戶成為藥品通路商，也就是說他們開始向藥廠批貨，然後自行去全臺各地配置，明德不新部落格山中傳奇篇曾有這段記載：

⁷⁵ 長生堂當時本就擁有高雄縣大樹鄉的銷售網路，楊生寶民國 54 年應是受雇長生堂藥廠外派的業務員。吳秋儒，〈楊生寶訪談記錄（民國 31 年生）〉，訪問地點：彰化縣線西鄉，時間：2011.4.3。

⁷⁶ 吳秋儒，〈柯耀輝訪談記錄（民國 38 年生）〉，訪問地點：彰化縣福興工業區長安化學工業，時間：2010.7.15。

慶仔，出生在彰化和美傳統的農村，家族人丁興旺，排行第三柱大房老四。……民國 48 年八七水災肆虐之後，一貧如洗，整個村子幾乎沒以一戶不窮。八七水災那一年慶仔剛滿 20 歲，恰好幾個堂兄弟學起了做生意，俗稱「寄藥包」，意即寄放藥品於窮鄉僻壤。民國五十幾年當時醫療不發達，尤其在偏遠地區或是大部分窮人沒錢看醫生，他們從藥廠批發來成藥，經交涉後寄放各村長、代表、酋長或頭目的處所供緊急醫療，每隔一段時間補充藥品並結帳。⁷⁷

筆者在訪問彰化線西楊生寶先生時，他指出 1966 年開始，他不再受雇於長生堂藥廠，他成為長生堂藥品的批發商，並且以相當的權利金將長生堂在高雄縣大樹鄉的經營權買下，於是直到 1974 年楊生寶結束寄藥包生意，他的寄藥包地點一直都是在高雄縣大樹鄉。⁷⁸

由上文可知，寄藥包仔 1960 年代便自藥廠批發成藥來賣，因此推測他們當時已逐漸成為藥品的販賣通路，有點像今日的大盤商。當然，他們可能同時進用好幾家藥廠的藥品進行家庭配置，之前他們與藥廠是六四分帳，⁷⁹有一點必須提到的是，這些寄藥包仔仍然必須依靠藥廠發給其一張「外務員證」，或者他們根本就是無照營業。但 1960 年代之後，這些寄藥包仔除了取得藥品成本之外，其他的賣藥利潤都必須自負盈虧，此時當然就考驗寄藥包仔各自的經營手法，也因此，為廣為招攬用戶，開拓營業據點，許多同行間的競爭便更加激烈，於是就會附贈客戶一些實用又成本不高的日長生活小物品，如印有藥廠或主要品牌藥品名稱的扇子、農民曆、竹柄或塑膠柄圓扇，還得自備玩具或禮物帶給育有幼兒的家庭，例如色彩繽紛的氣球、布袋戲玩偶、玻璃珠等，以示友好，並藉此博取顧客歡心，長期累積下來是一筆為數不小的開支，而且除了印有藥廠廣告的贈品外，其他贈品藥廠多不支給，只能自行吸收。

四、藥包的銷售網絡

臺灣的醫療資源由於城鄉差距產生不普及的現象，城市的醫療資源似乎理當勝過於鄉村，藥局、醫院及診所總是聚集在市中心，甚至藥廠本身位置也多座落於交通便利的市區，例如彰化市的長生堂、長安堂藥廠起家的地方就在彰化市區的陳稜路，臺中明通製藥廠則位在復興路上。但寄藥包屬於移動式的藥品販賣，經營利基來自於送藥到府的貼心服務，城市當然不是寄藥包的販售範圍。寄藥包

⁷⁷ 明德不新，〈山中傳奇〉，引自明德不新部落格 <http://blog.xuite.net/oldcorp/blog/28712585> 2010.5.12。

⁷⁸ 楊生寶同時還批發健民藥廠、長安堂及正長生等藥廠所生產的藥品。吳秋儒，〈楊生寶訪談記錄（民國 31 年生）〉，訪問地點：彰化縣線西鄉，時間：2011.4.3。

⁷⁹ 參考〈寄藥包仔〉網頁 <http://140.130.199.203/poutzu/Pou8-6.htm> 2009.2.27。

的銷售網路大致以偏遠鄉間為主，如農村、海邊、山區部落，只要是生病後很難立刻找到醫師的地方，都有寄藥包仔的蹤跡，報導人周深煙說，寄藥包仔全省各地都能配送，最遠他曾經配送過美濃甚至宜蘭，還曾經申請入山證進入原住民部落。⁸⁰

另一位報導人黃慶，他加入寄藥包行業晚於其他堂兄弟，只好選擇更加偏僻的鄉鎮，例如南投國姓、埔里、霧社一帶，1969 年甚至將業務向更深山推展到廬山與清境一代，尤其是清境的七個榮民眷村，很快的就打進其中較具規模的博望、仁愛、忠孝等聚落。

嘉義有一位還在寄藥包的劉老先生指出，以前只要一進入嘉義太和山區就要在那住一個星期，直到放完藥包才回家。⁸¹另一位現年七十五歲家住嘉義朴子的黃老伯，他指出，其寄藥包的範圍，主要以沿海地區如朴子、東石、三條崙、臺西、東勢厝、十張犁等地為主，一個月配送三十庄，平均一天收一庄，也就是每一個月至同一村莊補充並結算費用。通常單趟路程在二、三小時以內的，就住在家裡，而較遠處的庄頭，則由老闆騎機車載著藥品，領著五、六個僱員合租於當地的村落，大約用五、六天的時間，把附近庄頭全部收齊，由於這份工作需要長時間騎乘腳踏車，體力耗費量龐大，所以從事寄藥包的工作幾乎全為男性。

寄藥包的銷售網絡大部分是醫療系統達不到的地方，所以臺灣的山區、海邊幾乎都是他們販售的範圍，彰化楊生寶 1959 年曾經在基隆山區寄藥包，當時公車是他的交通工具，一天的極限大約能寄送 15 戶左右。每一戶都會有一張配置卡，內容會標示戶主姓名、巡視日期、各式藥品的置賣數，⁸²以利日後結帳用，為能迅速尋找到配置戶，配置卡左下角會標示「方向」，當時並不會註記詳細的戶籍地址，通常都以簡單的方位敘述，如某某廟後方、某大榕樹下、某重要路口轉角、當地某重要商店附近。圖 3-26 的封面顯示，嘉義縣梅山鄉也是寄藥包的經營範圍，封面顯示雙溪村，可見他們的帳簿都是以村為單位，而他們通稱梅山線，筆者推測，對於外縣市的寄藥包仔，他們有些販售網路是以公路局或各縣市客運的公車路線為主，因此梅山線應該是指嘉義市至梅山鄉沿線，各鄉鎮公車能到達的地方都是。

⁸⁰ 吳秋儒，〈周深煙訪談記錄（民國 20 年生）〉，訪問地點：彰化縣伸港鄉，時間：2009.8.17。

⁸¹ 吳瑞興（即將消失的行業～嘉義山區寄藥包服務 看見農人情味）報導，2007.10.9，引自今日新聞網 <http://wwwnownews.com/2007/10/09/124-2169492.htm> 2010.6.30。

⁸² 「置」指的是寄放在用戶家的藥品量，「賣」指的是用戶已使用的藥品量。

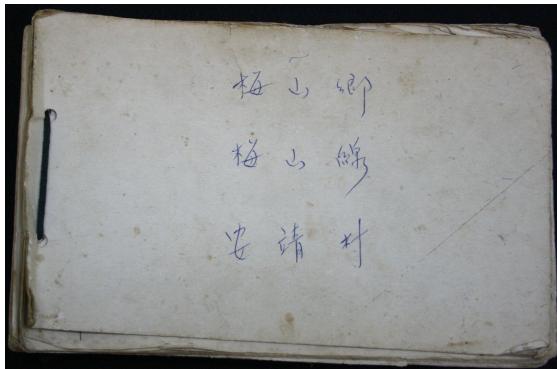


圖 3-26 寄藥包仔的記帳簿封面

圖片來源：吳秋儒攝 2011.2.28，立康中草藥文化館收藏。

圖 3-27 寄藥包仔的記帳簿內頁

圖片來源：吳秋儒攝 2011.2.23，吳秋儒收藏。

鹿港黃長生回想當時年輕時坐火車至斗六開始拿著藥包挨家挨戶配藥配置個數記，補放藥包，1961~1989 年他都經營藥包業務，因早年生活水準仍低落，行動藥包盛行於鄉村偏遠地區。黃長生指出，嘉義大埔、竹崎、高雄阿蓮、臺南白河，他都放過藥包。⁸³據記者曾年有報導，小時候他居住在鄉下，因為地處偏遠，交通不便，整個村子只有一個西醫診所，如果半夜肚子痛、小孩感冒發燒、老人家咳嗽氣喘、或跌倒擦傷，他們只好仰賴客家人稱「放藥包」的家庭醫師，為他們準備的大藥袋，而且幾乎村子裡每一戶人家都會放一些藥品應急。⁸⁴

有部分的寄藥包仔由於所寄放藥包太過偏遠，反而會需再藉由山地部落頭目家中或是當地籤仔店做為民眾取藥的中繼站，而這時寄藥包仔可能必須付點租金給這些中繼站，或者可能以免費的藥包來抵用租金，彰化線西鄉民楊生寶回憶 1960 年他受雇於黃金條，當時他們一組五人，連同藥袋及腳踏車一起從彰化火車站寄送到屏東九曲堂，然後再從九曲堂騎腳踏車到九棚、滿州、鵝鑾鼻一帶寄藥包，因當地較為偏僻，常常到達時就已經天黑，所以他們於當地有合作戶，條件就是免收他用藥費。⁸⁵他同時指出，一個月出外寄送，一個月回家整備藥品，寄藥包仔的經營極限大概就是一千人（戶），足見寄藥包的經營網絡並無法太廣，一個人負責兩三個鄉鎮，業務量恐就不堪負荷。

寄藥包的配送網路遍佈全臺各地，但是各支線由於同業競爭的結果大部分都互不隸屬，各自發展的結果，聰明的商人也曾利用這樣子的銷售網，經營其他的

⁸³ 參照〈經點藥包達人-玄天上帝的使者〉，引自龔仔の影像脈絡部落格
<http://blog.yam.com/lukang280/article/20250034> 2010.1.12。

⁸⁴ 《民眾日報》民俗圖錄專欄（記者 曾年有），1993.4.25。

⁸⁵ 吳秋儒，〈楊生寶訪談記錄（民國 31 年生）〉，訪問地點：彰化縣線西鄉，時間：2011.4.3。

產業，例如淡水三協成餅舖 1935 年時就曾經利用寄藥包的配送網路在淡水南勢埔、北新庄的店仔頭鋪貨寄賣，以此作為推銷糕餅的通路，同時也使得三協成餅舖在淡水地區打響了名號。戰後寄藥包的銷售網路更因為交通工具的進步而擴展出更大的銷售範圍，但強調偏遠地區的服務一向都是寄藥包的宗旨，自始至終從沒改變過。



第四章 寄藥包對臺灣人用藥習慣的影響

早期臺灣民眾獲得藥品的管道多來自傳統漢醫，因此中藥材的熬煮成為常民身體療癒上的首選，日治時期臺灣總督府刻意以西醫取代漢醫，當然新式的西藥品也跟著逐漸取代傳統漢藥。但在 1891 年《日本藥局方》改版後強調經過科學製程成的漢藥成份亦可成為醫生之處方用藥後，新式藥品方便服用的製劑開始征服人心，這些廣受民眾喜愛的成藥製劑其實大部分都中、西藥成份夾雜，換句話說，臺灣日日新報廣告欄上的藥品絕大部分已受《日本藥局方》改版的影響，因此藥品早已跳脫西藥與中藥的絕對區別，影響所及，戰後不管是藥廠或藥房所生產的加工成藥及家庭藥，其藥品成份多有中、西藥成份混和的情形，而寄藥包的藥品成藥居多，因此藥包裡的成藥也同樣有中、西藥成份混雜的情形。

第一節 藥包的內容分析

為了維護一般民眾的健康及管理，擔任「寄藥包仔」，都是經過藥廠的檢驗才取得政府的許可認證，因此他們必須具備有關的醫學保健常識，在巡迴各寄藥包家庭時，更成為他們最貼心的醫藥健康顧問，並因而建立起互信與互助的良好關係。我國藥物藥商管理法對藥品所下的定義全文如下：「本法所稱藥品，係指下列各款之一之原料藥、製劑及成藥。1.載於中華藥典或其他各國藥典，公定之國家處方集或該補充典集之藥品；2.未載於前款，但使用診斷、治療、減輕或預防人類疾病之藥品；3.其他足以影響人類身體結構及生理機態之藥品；4.用以調配前三款所列的藥品。」¹ 目前，人們將用來治療疾病的化合物稱之為「藥品」，由於生物的結構及活動的能量都源自於化學物質，因此基本上生命現象是極其複雜的物理、化學現象。當其中任何構造或作用產生了偏差，疾病就發生了。藥物就是用以校正這些偏差，使身體內化學作用恢復正常的化學物質。

根據臺灣區製藥工業同業公會資料，一般而言製藥產業包括原料藥（含中間體）、中藥、西藥相關產業及產品。西藥製劑又區分為處方藥與非處方藥，處方藥有心血管、抗感染、消化系統、神經系統、呼吸系統、肌肉骨骼、內分泌及抗癌用藥等；非處方藥則泛指指示用藥及甲、乙類成藥如維生素、營養補充劑、止咳、感冒用藥、止痛劑、皮膚用保護治療劑與消化系統用藥及固有成方製劑，而寄藥包的藥品應數後者—非處方藥。

整體製藥產業可由上、中、下游分別討論之。(1) 上游：上游為製備藥物的

¹ 臺灣經濟研究雜誌社，《製藥工業》（臺北市：臺灣經濟研究雜誌社社，1992）。

原材料。西藥的原材料包括天然物及一般化學品，主要由化學方法合成，或由半合成法製備，其他尚有植物、礦物、動物器官及微生物菌種與相關組織細胞獲得。中藥的上游主要以植物及少部分動物、礦物做為原料。然而由於近年來生物技術的進展，利用基因轉殖方式，以組織培養技術或直接培養植物或飼養動物來生產藥物，可說是上游藥物生產技術之一大突破。² (2) 中游：中游主要為原料工業及中藥材加工業。原料藥工業絕大多數為有機化學工業，依來源的不同而有不同的生產方式。由天然物取得者，除了原料的製備如發酵培養外，主要製程技術在萃取、分離及純化。由一般化學品製備者，主要製程技術為複雜的有機合成及分離純化。由遺傳工程製備者，則有純化與回收製劑工程等。中藥材的加工則以藥用植物加工、炮製為主。(3) 下游：下游為製劑業，主要是將原料藥加上製劑輔料，如賦型劑、崩散劑、黏著劑、潤滑劑、乳化劑等，加工成方便使用的劑型。中藥方面除可依傳統方法將中藥材加工成膏、丸、散、酊、片等外，將中藥方劑提煉濃縮加工成顆粒劑、散劑或其他西藥劑型，則稱之為科學化中藥³。

經營寄藥包的製藥業者應屬於下游的製劑業，而寄藥包裡的成藥成分到底如何？劉士永認為 1891 年《日本藥局方》的改版修訂，允許草本藥品成為合法的處方藥物；也給予科學漢方發展的空間，表現在臺灣，正式臺民利用「寄藥包」執行醫術，以及普遍對於科學中藥的想像。⁴因此日治時期臺灣以科學漢方為主的家庭常備藥，首先被醫師列入處方用藥，既然含有中藥成份的藥品都成為西醫師的處方用藥，影響所及，寄藥包的藥品內容很明顯的同時夾雜了中藥或者西藥的成份，也就是說我們現今稱之為成藥的藥品，其成份內容早已不能武斷的以中藥或者西藥的二分法來分類。其實 1973 年 4 月 11 日行政院衛生署公布「成藥及固有成方製劑管理辦法」於第一章總則第二條即說明：

本辦法所稱成藥係指原料藥經加工調製，不用其原名稱，其摻入之麻醉藥品、毒劇藥品，不超過中央衛生主管機關所規定之限量，作用緩和、無積蓄性、耐久儲存，使用簡便，不待醫生指示即可供治療疾病用者。⁵

並且將甲類與乙類的成藥基準表明訂十分清楚，大抵而言甲類共分十六種劑別，如解熱鎮痛劑、鎮咳祛痰劑、胃腸劑、緩下劑（瀉藥）、驅蟲劑、營養劑、眼藥液劑、漱口劑、浣腸劑、外用皮膚藥……等，而每一劑別都有明訂主要成分，如緩下劑的主要成份為大黃 (Rheum)、蘆薈 (Aloe)、麻子仁 (Linum)、杏仁 (苦 Armeniaca Amara、甜 Armeniaca Dulcis)、番瀉葉 (Senna)，並將主要效能也列於後，如便秘、習慣性便秘、慢性便秘，又如驅蟲劑的主要成分為海人酸 (Kainic Acid)、山道年

² 莊正民、趙必孝，〈臺灣製藥工業國際化策略〉，《臺灣銀行季刊》43:3 (1992)，頁 45-50。

³ 臺灣經濟研究院，《中華民國化學工業年鑑 84 年版》(臺北市：臺灣經濟研究院，1995)，頁 367。

⁴ 劉士永，〈日治時期臺灣醫藥關係管窺〉，未刊稿。

⁵ 「成藥及固有成方製劑管理辦法」，參照《臺灣省政府公報》，民國 61 年夏季第三十一期。

(Santonin)、二乙烯二胺 (Piperazine)、海人草 (Digenea)、使君子 (Combretaceae)、石榴皮 (Cranatum)，⁶而其主要效能為蛔蟲、蟓蟲、十二指腸蟲、條蟲之驅除。乙類則共含五種劑別，分別是清涼劑、外用軟油膏類、外用撒布劑、養毛髮劑、含藥酒類。其中外用軟油膏類其主要成分為樟腦 (Camphor)、薄荷油 (Mentho Oil)、多綠油 (Methyl Salicylate)、丁香油 (Eugenol)，⁷其主要效能為治療切傷、刀傷、創傷、火傷、蟲咬傷、頭暈。

筆者試著描繪出成藥成分的梗概，即寄藥包裡的成藥內容應不脫「成藥及固有成方製劑管理辦法」中甲類與乙類的成份規範，換言之，寄藥包裡的藥品成份，必須要符合甲乙類的成分要素，它才能合法販售，而其成份已趨複雜，且很難簡單的以西藥或中藥的二分法區分之。以下透過東榮製藥向省府申請成藥藥品的仿單，以瞭解成藥的審核過程是如何？

東榮製藥工廠在 1968 年欲變更十七種成藥藥品之標籤，於是將此十七種成藥藥品之仿單送至臺灣省衛生試驗所會驗，⁸而經查所送之藥品成藥仿單標籤內容諸多不符規定，所以被要求退回更正，並重印送所核備。依所送之成藥藥品仿單標簽黏貼表對照東榮製藥寄藥包之藥袋背面之配置個數記，其藥品名稱幾乎完全相同，而成藥藥品仿單標簽粘貼表除「藥品名稱」，更是詳記「申請人姓名」、「臨時許可證號碼」，試驗所並在該仿單上直接將錯誤糾正並更改，就如同小學生的作業簿上，密密麻麻都是老師批改的痕跡，從重量若干、字體更正、症狀名稱矯正、文字順序、標籤遺漏、字號漏填、用法錯誤…等，諸多缺失皆被要求改正。而仿單裡的藥品成份也有被稍微修正，但細究其成份不管是中文翻譯或英文書寫，其內容皆符合前述甲、乙類基準表，以下就東榮製藥的配置個數記與 1968 年欲變更十七種成藥藥品之標簽所呈送之仿單作一對照分析：

⁶ 以上屬「甲類成藥基準表」，請參閱《臺灣省政府公報》，民國 61 年夏季第三十一期。

⁷ 以上屬「乙類成藥基準表」，請參閱《臺灣省政府公報》，民國 61 年夏季第三十一期。

⁸ 「臺灣省立衛生試驗所」日治時期前身為「熱帶醫學研究所」，因應時代不同，執掌及歸屬多所變動。民國 37 年二月修正臺灣省立衛生試驗所組織規程，隸屬臺灣省政府，受衛生處及中央衛生實驗院之監督指揮；民國 41 年九月修正組織規程改為「臺灣省衛生試驗所」，又民國 47 年因行政院精簡機構，將內政部中央衛生實驗院之相關藥品檢驗研究部分及藥物食品檢驗室裁撤臺灣省衛生試驗所，內設生物製品檢定課、寄生蟲學課、衛生化學課、藥物課、細菌病理課等，因而使全國藥物食品檢驗工作集中，建立檢驗制度，推展藥品檢驗業務。



圖 4-1 東榮製藥配置個數記

圖片來源：吳秋儒攝 2011.1.23，李益顯提供。

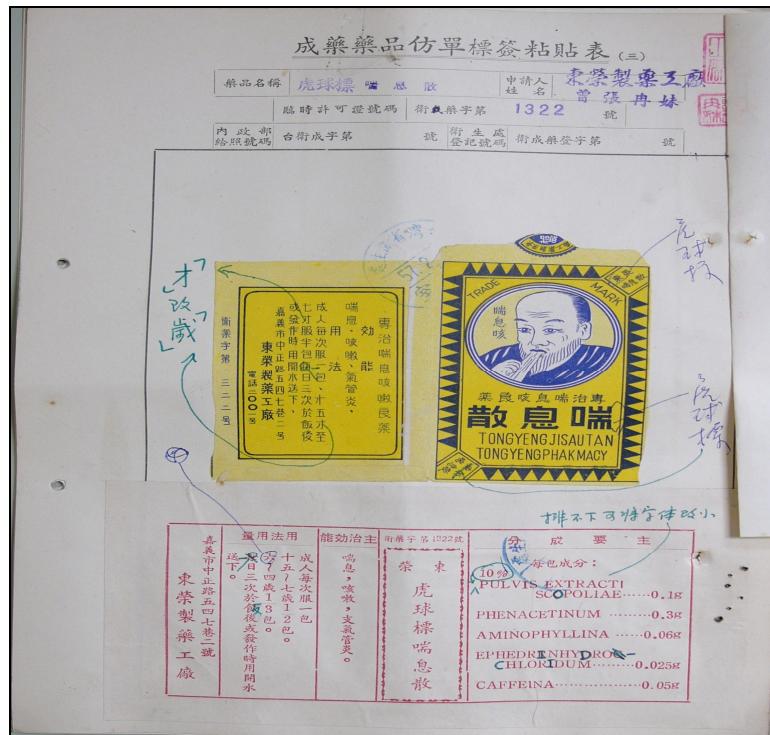


圖 4-2 東榮虎球標喘息散成藥藥品仿單標簽粘貼表

圖片來源：吳秋儒攝 2009.7.10，「臺灣省衛生處檔案・成藥管理」(檔案編號 162·2·16)。

東榮製藥於 1968 年所送檢之藥品仿單中與圖 4-1 配置個數記共計有利克瀉、

治克淋、治痢美、喘息散、小兒奇應丹、三仙紅藥膏、速滅痛、速迫風邪片等八種成藥相同，⁹再分析其仿單中之標籤成分都是用英文字母呈現，以喘息散為例，主要成分为 Extract Scopoliae (東莨菪浸膏)、Ephedrine (麻黃鹼)、Phenacetin (非那西汀)、Aminophylline (支氣管擴張劑)、Caffeine (咖啡鹼)，其中咖啡鹼、麻黃鹼與非那西汀屬於甲類成藥（二）鎮咳祛痰劑，而東莨菪浸膏則屬於甲類成藥（三）胃腸藥劑。¹⁰

另以三仙膏為例，其成份皆以中文字表示分別為明礬、黃石脂（黃軟石蠟）、樟腦、氧化鋅、蜂臘（蜂蜜），而明礬屬於甲類成藥（十二）外用制汗劑，黃石脂及氧化鋅則屬於甲類成藥（十四）脫毛劑，而蜂臘與樟腦分別屬於乙類成藥（一）清涼劑與乙類成藥（二）外用軟油膏類。¹¹



圖 4-3 東榮三仙膏成藥藥品仿單標簽粘貼表

圖片來源：吳秋儒攝 2009.7.10，「臺灣省衛生處檔案・成藥管理」（檔案編號 162・2・16）。

⁹ 仿單中的這八種成藥在圖 4-1 出現，代表其在民國 98 年時仍是寄藥包時常應用的成藥。

¹⁰ 臺灣文獻館藏，《臺灣省衛生處檔案・成藥管理》檔案編號 164.2.16，民國 57 年。

¹¹ 臺灣文獻館藏，《臺灣省衛生處檔案・成藥管理》檔案編號 164.2.16，民國 57 年。

所以，筆者歸納東榮製藥的成藥成份大都符合「成藥及固有成方製劑管理辦法」中甲、乙類成藥基準表的規範，有些成份標示使用英文字，有些則以中文顯示，而且成藥成份甲、乙類不拘，也就是說同一種成藥包含了甲類或乙類成藥基準。再探詢非屬於配置個數記裡的成藥，同樣亦符合「成藥及固有成方製劑管理辦法」中甲、乙類成藥基準表的規範，以東榮孩兒疳癩菜散為例，其成份以英文字母標示分別為 Santonin (山道年)、Kainic Acid (海人酸)、Piperazine (二乙烯二胺) 及 Lactose (乳酸菌製劑)，其中山道年、海人酸、二乙烯二胺皆屬於甲類成藥（五）驅蟲劑，而乳酸菌製劑則屬於甲類成藥（三）胃腸藥劑。¹²



圖 4-4 東榮孩兒疳癩菜散成藥藥品仿單標簽粘貼表

圖片來源：吳秋儒攝 2009.7.10，「臺灣省衛生處檔案・成藥管理」（檔案編號 162・2・16）。

除東榮製藥所製造的成藥外，目前市面上許多沿用很久的藥品也大多是成藥，而這些以往也都是藥包袋裡常見的藥品，例如具健胃整腸、治療水瀉、腸炎等止瀉特效的「正露丸」俗稱「臭藥丸」，其成份主要有木榴油、黃柏、兒茶、甘草、陳皮等藥材，其實這些成份幾乎皆為中藥，也都屬甲類或乙類成藥成份，再

¹² 臺灣文獻館藏，《臺灣省衛生處檔案・成藥管理》檔案編號 164.2.16，民國 57 年。

試觀許多人兒時的回憶「黑研標驚風散」其成份為膽南星、川貝母、天麻、蟬脫、牛黃、麝香等，幾乎清一色為中藥成份，但也同樣符合甲類或乙類成藥的成份規範，而眾多藥廠所製造的成藥只要符合藥典的成份規範都可以申請上市販賣，因此藥廠所生產的藥品大多名稱類似但藥效相近，例如以「神藥」為例，明通、應安堂、正長生、瑞昇堂、東榮製藥皆有生產，而應安堂的淨路丸與明通黑藥丸及東榮製藥的勝露丸指的都是「征露丸」，其他藥品如小兒驚風散、胃散、喘息散、面達母膏（今之面速力達母）、咳嗽散、止瀉散、紅藥膏、驅風油、萬金油、薄荷膏等，各藥廠所製，品名幾乎大同小異，療效也幾乎相同。

藥品的許可證在 1970 年以前屬內政部衛生司所管轄，因此每項藥品都有其申請的許可證字號，尤其是寄藥包裡的成藥，一定都是內衛成製字第○○○○號，如應安堂的百應膏藥品許可證字號為內衛成製字第 1903 號，而『內』字指的是內政部，1970 年以前臺灣省衛生處為實質管理機關，因此也常見省去『內』字的成藥，如明通神藥的藥品許可證字號為衛成製字第 1501 號，另外有時也會再省略『字第』兩個字，如長安堂神藥的藥品許可證字號為內衛成製 1459 號。1970 年行政院衛生署取代臺灣省衛生處掌管全臺衛生事業後，寄藥包裡的成藥許可證字號也隨之改為衛署成製字第○○○○號，例如英森製藥所的英森嬰兒散藥品許可證字號為衛署成製字第 2507 號，值得注意的是，雖然 1970 年為臺灣省衛生處與行政院衛生署掌管全臺衛生的分水嶺，但是藥品許可證 1970 年後卻可沿用，長安堂神藥的



圖 4-5 應安堂百應膏藥品許可證字號「內衛成製字第 1903 號」

圖片來源：吳秋儒攝 2011.1.23，太平古農莊文物館收藏。



圖 4-6 英森嬰兒散許可證字號「衛署成製字第 2507 號」

圖片來源：吳秋儒攝 2011.2.24，吳秋儒收藏。

藥品許可證字號一直到 1981 年才被衛生署註銷，¹³也就是說只要藥廠合法取得的藥品許可證字號，一經主管機關核可上市，就算是今日 2011 年仍舊可以在市面上繼續販售。

總括來說，寄藥包裡頭的成藥大多是家庭用藥，就如同現在家家戶戶皆有的醫藥箱一樣，它對民眾提供緊急的醫療需求，也在某種程度彌補偏遠地區的醫療不足，很明顯的藥品多是胃腸、止痛、感冒、消炎、解熱等相關用藥，在找不到醫生的緊急時刻，這些家庭常備藥著實發揮了相當的治療功效。

第二節 民間的賣藥文化

早期民眾獲得醫療的方式，通常都藉助漢醫把脈或祖傳秘方，如草藥、方劑，抑或求神問卜，爻藥籤吃香灰。及至日治時期在殖民政府大力推行新式西醫療法後，新式藥品有別於傳統的漢藥熬煮，便利的服用方式迅速征服了臺灣民眾的心。

前面章節已談過日治時期的「賣藥」即我們現在所稱的「成藥」，而對於便利的藥品又統稱為「便藥」，當時官方對於販售藥品的人統稱「配置賣藥者」或「配藥仔」，當時總督府在《警察官福建語講習教材》有許多針對配置賣藥者的福建語教材：

¹³ 《臺灣省政府公報》，民國 70 年秋季第三十期。

1. 你配藥仔俾人試用、亦無請許可。就配給人。如此那能用得。2. 你講伊暫時叫你為伊闔腳手的。如此算亦是賣藥仔的。3. 亦無鑑札、亦無許可證、絕對沒使得賣藥。4. 此腳箱仔內、有封住的藥仔此多。這是怎樣。…7. 或是自內地、或是自支那那彼邊配來。要住臺灣賣、總著照規矩有請輸入移入的許可即能使得。8. 尚亦彼個藥仔的見本合許可證的謄本、著提去衙門手續即能用得。9. 若無此個規則隨便配給人。就著罰。¹⁴

從教材內容可以瞭解，總督府所謂的配置賣藥者以福建話稱做「配藥仔」、「賣藥仔」，這應該就是戰後臺灣人統稱的「寄藥仔」，總督府對於賣藥是有所管控的，沒有執照與許可是不被允許販賣的，違規者必須受到官方的懲罰，而藥品多來自於中國及日本。¹⁵而臺灣語通信研究會在 1941 年 4 月 15 日出刊的《語苑》，在其〈第二十九課賣藥取締〉對於「賣藥」及其內容與用法做了詳細的說明：

1. 此個「賣藥」就是合便便在賣的藥仔的事情、頂幫我已經有講喇。…3. 藥仔創便便寫彼個用法數量效力俾稱彩人看能曉得、住藥店在賣的普通藥、號做「賣藥」。4. 此「賣藥」彼內面亦有藥膏、亦有藥粉、亦有藥水、亦有煎的幾款喇。5. 此號合便在賣的藥仔是有人破病免俾醫生看、厝內的人知講彼是什麼病、著食什麼藥仔、就能好、及去藥店買彼來食。…12. 尚想要將藥仔住店賣也是提出來賣、著寫藥名對該地的郡守也是警察署長入稟請許可即能用得。……¹⁶

從前述得知，有別於傳統漢藥的服用方式，成藥在當時給民眾的觀感是具方便性的，官方也訂定許多成藥的相關規定如用法、數量、效力等，雖然一再強調需官方許可才能在藥店販賣，但是很顯然的，民間無申請官方許可私自販賣的情況相當普遍，否則就不必列為講習教材一直對民眾宣導，更由此可以合理推測，民眾對於方便服用的成藥接受度甚高，儘管一開始這種方便的成藥販賣似乎以上不了臺面的方式流傳於臺灣民間，如此也可能是促成「寄藥包」從非法的販賣後來卻興起於臺灣的原因之一。

成藥的銷售在臺灣時常依附在現今大部分份人認為非法的管道，例如賣藥團、地下電臺等，所以用現在的觀點來看，這些販售管道並不合法，且顯得用藥知識與醫療水準都不夠。以賣藥團為例，早期臺灣的藥品推銷都是以所謂的「王祿仔仙」打拳頭賣膏藥為銷售手段，起初所賣的大多為怯傷藥、補藥、婦科、胃

¹⁴ 不著撰人，〈配置賣藥者に對して〉，《語苑》8（臺灣：臺灣語通信研究會，1936），頁 18-20。

¹⁵ 上海在 1853 年即有老德記西藥房出現，由於西藥業效速利厚，所以很快便吸引華商投入，1927 年更成立上海新藥業公會，足見中國大陸的西藥發展比之日治時期的臺灣顯而易見的進步甚多，因此中國的藥品於昭和年代出口至臺灣也是意料中之事。參閱上海市醫藥公司、上海市工商行政管理局、上海社會科學院經濟研究所編著，《上海近代西藥行業史》（上海：上海社會科學院出版社，1988）。

¹⁶ 不著撰人，〈第二十九課 賣藥取締（續）〉，《語苑》4（臺灣：臺灣語通信研究會，1941），頁 37-42。

腸軀蟲等漢方成藥，後來才慢慢加入西藥成藥，這個賣藥系統後來演變出綜藝團、康樂隊、夜市的清涼歌舞秀或遊覽車上的健康說明等各種形式，包攬電臺時段做節目賣藥及電視廣告也可看作是此一類型的延伸。有線電視開放後更進化包下整個節目，聘用影視名人充當現代「王祿仔仙」以上販賣藥品的方式並無專業醫學知識，有的只有口耳相傳，街頭巷議，經由「王祿仔仙」的鼓吹扇動，影響所及，使臺灣人養成愛聽廣告、愛吃藥、信偏方、喝感冒藥水等便宜行事的特殊醫療習性。

在傳統賣藥文化中，「王祿仔仙」與「賣藥團」以提供各式表演並結合銷售藥品活動取勝，在臺灣其存在甚至比「寄藥包」更久遠。¹⁷清末臺北的淡水河流域因清廷的開港貿易，逐漸聚集許多的貿易商，當時大稻埕和艋舺是臺北地區藥商的最大集中地，藥商為了推銷藥品，啟用廉價的歌仔演唱者，穿村過莊跑江湖賣藥，¹⁸賣藥仔靠嘴巴吃飯，因此賣藥仔又被稱為王祿仔仙。日治時期，這些集中於大稻埕迪化街和艋舺蕃薯市街附近的大藥商，更大力催生這樣的賣藥團，¹⁹戰後賣藥團在臺灣進而變成藥品的行銷通路之一。仔細分辨，「王祿仔仙」其實是販售各種商品小販的總稱，有可能是個人或團體進行銷售，藥品只是其販賣的眾多項目之一，而且臺灣民間大多將「王祿仔仙」作負面思考，就類似於招搖撞騙的「江湖郎中」，他們的專長為結合表演來促銷藥品，透過村莊、市集與廟會中的各式演出吸引人潮，賣藥成為其最終的目的。對照「王祿仔仙」而言，「賣藥團」就只是以團體形式單純的進行藥品的銷售，然而臺灣民間經常將「賣藥團」視同「王祿仔仙」以表演和誇大不實的方式帶動藥品的銷售量，而且最容易看到其蹤影的地點就是在村莊、市集與廟會裡。

與「寄藥包仔」一樣，「王祿仔仙」和「賣藥團」與製藥廠商之間關係緊密，不是接受製藥廠直接雇用便是向其批貨來銷售，而其相異之處在於，這些個人或團體賣藥者，並未接受藥廠給予的基本醫藥訓練，有別於「寄藥包仔」的寄附藥包賺取差額，他們既不是漢藥舖或草藥舖經營者，基本上他們沒有店面，也不販賣生藥，而是以直銷式的手法銷售成藥及科學中藥的漢方藥劑，如膏、丸、散、丹、汁，劉秀庭認為，這些藥品真正符合衛生稽查單位安檢者少，合格的藥品多由大廠生產，所以這些賣藥團所販售的多半是坊間小廠自己研製的密藥，品質可

¹⁷ 早在唐宋時期，民間便已出現以賣藝為生的「路岐人」，他們屬經常流動表演於江湖的藝人。他們於瓦舍（宋朝以後提供娛樂與買賣雜貨的市場）、廟會與街頭巷尾的空地上打拳耍槍舞刀、說書、變魔術等，並且於賣藝過程中向圍觀民眾索取賞金、或販賣雜貨包括藥品做為報酬。

¹⁸ 賣藥仔邊唱歌仔調邊推銷藥品，這種歌仔調和早期傳自大陸的歌仔調並不同，是臺灣賣藥時期產生的新曲調，人們稱這種歌仔調為賣藥仔調，又稱為江湖調（跑江湖）、勸世調（勸世歌詞），而賣藥仔有業績的壓力，光靠歌仔調是不夠的，於是結合歷久不衰最具煽情效果的車鼓戲，後來發展成落地掃，落地掃因偶然機會登上舞臺而演變成老歌仔戲，此即歌仔戲的前身。

¹⁹ 參考《rose224336的網誌部落格》，<http://blog.udn.com/rose224336/3540216> 2010.5.27。

謂良莠不齊。²⁰

有關賣藥團的記載，郭麗娟在針對臺灣歌謠研究時，曾以作曲家蘇桐為題，寫了一篇〈開花等待蝴蝶群-恃才傲物的歌謠作曲家蘇桐〉來探討蘇桐跨越戰前與戰後的作曲人生，文章內容揭露了臺灣歌謠創作因應時勢以賣藥為生的歷史。文中指出 1949 年，臺南廣慶堂藥房為宣傳自製的漢方中藥「高家種丸子」，便商請蘇桐（洋琴）、陳冠華（板胡）加入，成員還有陳去（鼓琴）、牽治（原為勝利唱片女歌星，主唱「海邊風」）和一個十二歲的小女孩阿麗。剛開始一行人全臺巡迴表演兼賣藥赴，1956 年還曾遠澎湖，停留約一年後，推銷成績並不理想，便決定回臺北，白天在艋舺龍山寺口，晚上便移至大圓環。²¹由此推測，賣藥團的確存在於戰後的臺灣，不僅限於本島，離島澎湖同樣有賣藥團的蹤跡，且所販賣的藥品當時多以中成藥為主，而他們幕後的大老闆便是藥廠。

劉秀庭分析，賣藥團之銷售內容大致可分為四種，(1) 小手頭：小手頭又稱「幼秀仔」，包括一般家庭成藥、美容用品及糖果零食，諸如：薄荷錠、藥膏、蛔蟲藥、目藥、白花油、面霜、金柑仔糖、梅仔餅、鹹橄欖粉、鵝鴨菜、愛兒菜…等；(2) 補劑：補劑則多以男女養陰壯陽及全身各器官調理的藥品為主，諸如：姑嫂丸、中將湯、四物丸、種子丸、補心丹、十全大補湯、明目地黃丸；(3) 散、丸、丹、吊膏：針對症狀具備較強療效或緩解作用的藥品，如：寒散、咳嗽散、風濕丸、消癢丸、虎骨膏、火箭膏、蜈蚣膏、六神丹、胃散…等；(4) 補汁：補筋骨、治下消的藥湯，如：十全大補酒、龜鹿二仙膠、虎骨酒…等。其中小手頭的藥品一般而言單價低，少有大的賣藥團以他們為主打商品，但是也是有純以薄利多銷的小團體，以割貨的方式向民眾兜售，其所賣藥品有些是小藥廠所研製的密藥，由於這些藥品多數未經過衛生檢驗，藥品的品質良莠不齊，由時甚至連賣藥團的成員也不敢服用；而規模較大的賣藥團，由於分紅利的人數眾多，故常賣單價較高的藥品，如補藥、傷藥等，這些團體通常與藥廠長期訂有口頭約，有的直接向藥廠割貨，自行分裝、包裝、命名，利潤自訂，也接受藥廠聘請，長期為該廠產品廣告，每月可領固定津貼，年終還有額外獎金的計算，如上述蘇桐所屬的賣藥團與臺南廣慶堂藥房的合作，而實際上也不乏藥廠自己經營劇團來推銷藥品的如劉文和、黃連發等藥廠。²²大的賣藥團所販售的藥品多來自於大藥廠，其產製的藥品都是符合衛生規定的合法藥品。

²⁰ 劉秀庭，〈「賣藥團」——一個另類歌仔戲班的研究〉（臺北：國立藝術學院傳統藝術研究所碩士論文，1998），頁 17-26。

²¹ 郭麗娟，〈臺灣歌謠-開花等待蝴蝶群-恃才傲物的歌謠作曲家蘇桐〉，《源》43（臺北：臺灣綜合研究院，2003），頁 4-11。

²² 劉秀庭，〈「賣藥團」——一個另類歌仔戲班的研究〉（臺北：國立藝術學院傳統藝術研究所碩士論文，1998），頁 17-26。

從以上資料歸納之，賣藥團是一種臺灣歷史悠久的動態廣告文化，帶著濃厚的商業氣息，賣藥為其最終的目地。1920 年代之前的活動方式大概不脫打拳頭賣膏藥與江湖走唱兩種，日治後期出現較大場面的說唱賣藥團，戰後，隨著臺灣社會百業俱興而日漸蓬勃，1950 年代後期，內臺戲不景氣，大量流出的戲曲藝人將集體式的動態表演下放到公園、廣場、穀埕、廟口，更以歌仔戲為壓軸表演取代了唱念的藥品廣告方式，藥商為了推展業務，無形中也成為這種臺灣特殊的賣藥文化的幕後推手。

第三節 寄藥包的影響

「寄藥包」在當年的時空背景之下，的確有其生存空間及迫切的需要因素，也因而造福不少窮鄉僻壤及偏遠郊外地區的家庭。尤其三更半夜時分，發生高燒腹瀉，外傷等症狀，可以應急派上用場，減輕病痛的折磨及心理負擔，著實維護不少民眾的健康，也為當時的醫療體系貢獻匪淺。筆者曾訪問到彰化線西下犁村的李先生夫婦，兩個七十多歲的老伴至今仍是寄藥包的愛用者，他們家現在還有嘉義東榮製藥的藥袋，裡頭有一劑「鎮痛散」的成藥，專治頭痛發燒神經痛的症狀，老人家因為居住在農村，又三更半夜也不好麻煩兒孫，於是藥袋裡頭的家庭平安藥成為臨時救急的選擇，他們認為，療效真的很好，左鄰右舍都如此肯定。²³



圖 4-7 現今藥包的部分內容

圖片來源：吳秋儒攝 2011.1.23，吳秋儒收藏

「寄藥包」主要提供常民合格藥廠製造的萬用藥、常備藥，讓民眾得以應付

²³ 吳秋儒，〈李益顯訪談記錄（民國 27 年生）〉，訪問地點：彰化縣線西鄉，時間：2009.4.11。

日常微恙，與「賣藥團」、「王祿仔仙」相比，娛樂性明顯不夠，但是在用藥安全以及兼顧身心得醫療服務方面，卻明顯勝於後兩者。多數臺灣民眾對於用藥的觀念，很多是建立在「寄藥包」的服務上，寄藥包仔寄放藥包時，同時指導了民眾用藥的時刻及準則，甚至藥包外以圖像式的引導告訴不識字的民眾，頭痛、感冒、胃痛、燒燙傷、創傷該服用或外敷何種藥品。而其中萬用藥的觀念對於日後臺灣人的用藥習慣影響更是重大，以現今的用藥觀點，每一種藥都有他的副作用，以『感冒』為例，醫師診斷感冒多對症下藥，漸進控制症狀，當身體產生足夠之抗體，殺死病毒，感冒即痊癒。然而感冒的症狀各不相同如咳嗽、流鼻水、鼻塞、發燒、頭痛，而寄藥包裡所提供的成藥，多是將所有症狀一網打盡，與醫生的對症下藥明顯不同，之後臺灣民眾於是養成一種生病即自行至藥局買藥服用的習慣，當然為一勞永逸，藥局多提供療效眾多的藥品，意圖以一種藥品解決所有可能發生的症狀，寄藥包裡的藥品療效也多是如此廣泛，加上其強調藥效溫和，無副作用，以致於民眾們逐漸養成愛服成藥的習慣。

年長一輩的臺灣民眾多有使用大藥袋裡藥品的回憶，例如小時候趁四下無人，挖開蠟嘴，偷吃被小孩視為珍貴的零食，涼涼甜甜的帶有鹹橄欖味的胃散;²⁴大人為治小孩癩痢頭，將其額頭貼上圓吊膏；或者被蚊蟲咬傷時，阿嬤立刻將紅藥膏擦滿小腿上，遠看就像紅豆冰；晚上嬰兒哭鬧不停時，長輩立刻遞來的驚風散；經常，小孩喊著肚子痛時，爸爸立刻將強胃散和著開水服下；因此，臺灣民眾逐漸養成一種服藥的習慣：即瀉肚子就吃正露丸，流鼻涕喝感冒糖漿，頭痛時喝著既嗆又辣的濟眾水。小時候，筆者阿嬤常會在太陽穴上擦一種健民藥廠生產的木裝五鶴標薄荷錠，其療效是用來治頭暈，甚至抹於鼻前以提神，更多時候抹在肚臍上治療肚子痛，薄荷錠甚至可以治療蚊蟲咬傷，真是十足的萬用藥。

寄藥包至今仍影響我們甚深，例如今日家家戶戶幾乎都會備用許多基本的家庭成藥，如面速力達母、征露丸、綠油精、白花油、萬金油、胃散這些藥品其實早就出現在寄藥包的大藥袋裡，沿用至今仍廣受歡迎。

寄藥包影響臺灣民眾養成生病後通常先以自療為主，求診為輔的特殊醫療習性，小病服用成藥，大病時，才尋求醫師協助。寄藥包是將各類藥品組合放置在民眾家中，由民眾自行依身體狀況判定符合藥袋中註明的效能或主治症狀，再行選擇服用何種藥品。於服用寄藥包中的藥品之後，民眾依據自覺是否有療效語病情是否惡化，而進一步決定是否向醫師求診。也就是說寄藥包其實賦予常民一種在醫療過程中相當大的自療權力，並保留常民相當彈性的選擇用藥空間，包含用不用藥、何時用藥、用何種藥等，也形成一種自療考量通常優先於求診的一種特

²⁴ 作家林清玄回憶兒時，家中牆上掛一個大藥包，裡面有綠瓶子的胃散，葫蘆形狀，當時物資匱乏，孩童們沒什麼零嘴，總覺得胃散的味道很好，一口吞進喉嚨，「心涼脾肚開」，一股涼氣衝進腹內，好不舒爽。林清玄，〈胃散〉，《打開心內的窗有聲書》（臺北：圓神出版社，2007）。

殊醫療文化。

總括來說寄藥包裡的藥品成份須符合符合 1973 年衛生署制訂「成藥及固有成方製劑管理辦法」中所規定的甲類與乙類基準，也就是說藥品主要以成藥為主，而藥品多具有廣泛的治療效果，因此藥廠經常誇大藥品的效用，而各藥廠藉由外務員寄放的藥品通常都是雷同的藥品，也就是說只要符合藥典或者「成藥及固有成方製劑管理辦法」中所規定的甲類與乙類基準，雖然治療相同的症狀，但各家藥廠所生產的藥品名稱及成份也都大同小異，而藥包的成分已不再只是單純的西藥或中藥，它可能同時混用，但民眾對於藥包的效用仍然是深信不疑，透過寄藥包仔簡單的藥包服用說明，再加上自身的經驗，臺灣民眾在身體微恙時常自行選購成藥作為優先的治療考量。



第五章 「寄藥包」的沒落

寄藥包之所以成為許多臺灣人的回憶是否有脈絡可循？這是本論文相當關注的問題。其興盛的年代大約介於戰後至 1971 年行政院衛生署取代臺灣省衛生處掌管臺灣的衛生事業後（1945～1971），1970 年代初期是重要的轉捩點，寄藥包此時期開始由盛轉衰，如此特殊的藥品販售管道，終究還是抵不過時代的洪流成為歷史的追憶。筆者已於前面章節分析出，戰後「寄藥包」為何成為臺灣民眾獲得藥品的重要管道，接著筆者試著從政府藥政管理、製藥政策及醫療藥品的普及著手，希冀能客觀的探討出其真正沒落的原因。

第一節 藥政管理正軌化

隨著時代的進步，醫藥發達和知識普及的結果，人們比較信任專業醫師，也更有醫藥常識，加上政府一直灌輸人民一「少吃成藥」，是故寄藥包的行業逐漸消失。寄藥包的行業蘊藏著濃濃的人情味，不過隨著醫療法規的修改，這個行業卻成了遊走法律邊緣的違法行業。嘉義縣衛生局藥物課長吳美英說：「需要醫師處方箋的用藥，可能涉嫌違反醫療法，還有藥師法等規則。」¹2003 年，自由時報報導：新竹橫山鄉內灣村仍有十餘戶左右的民眾還在使用寄藥包，村民若有身體不適，又懶得出遠門就醫，就會從藥包裡取藥服用，而當地的衛生單位則表示，寄藥包大都是成藥，因此衛生所無法可管，他們只能呼籲民眾要注意服藥安全，看藥品是否變質及有效期限，以免服錯藥，但最好還是到醫院接受診療較保險，因為藥品的有效期限會受到較嚴格的把關。²值得注意的是，政府在推動醫療保健現代化時，其實慢慢在否定先前的政策，似乎有昨是今非的情況。

所謂的無法可管並不表示政府完全不顧民眾的性命安危，而是賣藥商人總能趁法律模糊不明時，將其藥品推銷給民眾而不受處罰，雖然民眾有些風險，但是使用成藥治療小病卻早已成為臺灣民眾的用藥習慣，只是隨著政府藥政管理漸趨完備之後，成藥不再能隨意被販賣，商人無從鑽法律漏洞，因此對依賴成藥配送的「寄藥包」行業，造成莫大的衝擊，所以寄藥包行業的沒落與政府藥政管理的上軌道關係重大。

1929 年中華民國政府早已頒佈「管理藥商規則」，當時臺灣正處日本殖民時期，法令並無法及於臺灣，戰後之初又因日治時期留下來的相關規定與國民政府

¹ 吳瑞興（即將消失的行業～嘉義山區寄藥包服務 看見濃農人情味）報導，2007.10.9，引自今日新聞網 <http://wwwnownews.com/2007/10/09/124-2169492.htm> 2010.6.30。

² 《自由時報》18 版（記者彭日鏡），2003.4.21。

頒佈的「管理藥商規則」有很大的出入，致難以適用。當時實際上掌管整個臺灣的衛生事業的臺灣省衛生處，不得已，於1947年訂頒「臺灣省管理藥商辦法」單行法規，將所有藥品販賣業者重新歸納及調整。1950年又應業界要求責由各縣市設立短期訓練班，給予受訓結業人員為臨時西藥種商資格，開此先例後，又受輿論壓力舉辦熟諳中藥人員測驗，合格者給予臨時中藥種商資格，³因而臺灣藥商達九類之多，⁴其主要原因是當時藥事專業人員不足，而以甄選或訓練方式養成，具有藥品知識者，充作藥品管理員，是為權宜措施，依我國藥商管理法規之規定，經營藥品販賣業者，分中藥與西藥兩個系統如：(1) 西藥販賣業者：經營西藥之批發、零售、輸入、輸出及調劑，除成藥外不得兼售中藥。應聘專任藥劑師管理藥品；但不售賣麻醉藥品及零售毒劇藥品者，得聘任專業藥劑生代之。(2) 中藥販賣業者：經營中藥之批發、零售、輸入、輸出及調劑，除成藥外不得兼售西藥。應聘中醫師或熟諳藥性人員管理藥品。(3) 成藥販賣業者：以零售中、西成藥為限，不得經營藥品之批發、零售、調配、配方、製造、輸入及輸出，並不得買賣麻醉藥品及毒劇藥品。有意思的是不管是西藥販賣業者、中藥販賣業者或成藥販賣業者都可以販賣成藥，而成藥不僅是寄藥包的主要販售藥品又是民眾們自由購置藥品的大宗，因此不管是中藥成藥或是西藥成藥都允許被任何系統的藥商販賣。

至於寄藥包的業者是否有販賣執照？基本上寄藥包業者屬於販售的通路系統，他們的上游（製藥廠）也許是領有中、西藥商執照或成藥調製商的藥品製造許可證，因為他們依附於藥廠，所以並不需要任何販賣執照，只需要有藥廠的外務員證即可。⁵但筆者推斷，在寄藥包業者開始自立門戶成為類似大盤商或個體戶的藥品販售業者時，他們應該領有藥品零售商的執照，⁶抑或無照營業的可能也不在少數。⁷話說回來，如此多種類的藥商並非就代表政府的藥政管理非常完備，礙

³ 當時藥政管理並不周延，1950年臺灣省政府規定「中藥商申請給照時，其所有調劑配方之店夥，應取得領有執照之同業商店二家，保證其確有從事中藥業三年以上之經驗，並熟諳藥性之保證書，呈請縣市政府核發執照」，1950年至1954年間，對於熟諳藥性人員之稽核，乃據此發給臨時中藥商執照。1954年起為求客觀公平，臺灣省各縣市政府乃分別依其轄區之需要，舉辦熟諳藥性人員之簡單測驗，依此發給臨時中藥商執照，是該類人員測驗之始。

⁴ 九類藥商分別為西藥商、西藥種商、臨時西藥種商、中藥商、中藥種商、臨時中藥商、成藥調製商、藥品零售商及成藥攤販。有關九類藥商的分類、具備條件、營業範圍，參閱行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（二）》，頁718-719。

⁵ 周深煙指出寄藥包仔取得外務員證便可以合法四處寄放藥包，通常藥廠為推銷業務，外務員證取得並非難事，而若是藥品出現問題，藥廠反而要負擔全部的責任。吳秋儒，〈周深煙訪談記錄（民國20年生）〉，訪問地點：彰化縣伸港鄉，時間：2009.8.17。

⁶ 依臺灣省管理藥商辦法規定，需從事藥業三年以上，具有證明文件，而領得執照。

⁷ 彰化縣伸港鄉的周深煙先生提到，臺灣省衛生處礙於人力不足，對於外務員的稽核其實無法落實，起出是依附藥廠而獲得外務員證，而後來藥商工會的認證亦可，但更多的是鑽漏洞無照營業的寄藥包仔出現，素質不齊常為人詬病。吳秋儒，〈周深煙訪談記錄（民國20年生）〉，訪問地點：彰化縣伸港鄉，時間：2009.8.17。

於藥事專業人員不足及社會狀況的轉變，藥品販賣管理當時漏洞百出，因此「無照藥商」反而有增加的趨勢，而寄藥包行業在藥政管理鬆散，且在當時的時空背景下日益興盛。

但 1970 年代以後政府在藥政管理上陸續有積極的作為，1970 年 8 月省府再公布「藥物藥商管理法」期能解決藥商問題，促使藥政管理步入正軌，但旋於該年底被內政部指示「前臺灣省政府依地方單行法規發給執照之各種藥商的管理，藥物藥商管理法內無明文規定者，在衛生署未成立以前似應暫緩處理」，可見如何整頓原依照地方單行法規發給執照之特殊藥商，是當時所面臨的難題。直到 1971 年衛生署成立後，於 1973 年訂就「藥商整頓方案」，循照藥物藥商管理法之精神，謀求情理兼顧之解決途徑，而視各種藥商之不同性質，以分期分區方式，逐步予以輔導改進，促使達成符合中央法規之規定，其不能改進者，則分別按期限予以淘汰。⁸

1974 年起九大類的藥商計有中藥種商、臨時西藥商、臨時中藥商及成藥調製商消失在衛生統計中，細究其原因乃是，「藥商整頓方案」公布後，使原中藥種商及臨時中藥商完成換發中藥販賣業藥商許可執照，從 1973 年的衛生統計資料顯示當年度中藥種商還有 458 家，臨時中藥商 6,360 家，中藥商 876 家，但 1974 年前二類藥商消失，中藥商卻暴增至 7,207 家，直至 1988 年，資料皆顯示中藥商的家數大約都在七千家上下，而寄藥包裡的成藥有很大部分屬於中藥成藥，在中藥商被政府整頓完成後，推測寄藥包行業的發展當然也受到成藥來源的限制。他們所販售的藥品既來自合法的藥商製造，之前非法藥商的藥品當然不能販售，在此情形下，寄藥包的經營當然就更受侷限，無法像之前法令不完備時任意販售藥品，寄藥包的行業勢必要面臨淘汰。

筆者於田野訪談時發現，許多的寄藥包仔後來皆因具備醫藥常識而考取藥劑生。1959 年曾受聘於臺中應安堂寄藥包的張友吉指出，1961 年他開始成為藥品批發的大盤商，當時他代理「正字消痔丸」成為臺南以南各縣市的總經銷商，因為當時他並沒有販賣藥品的執照，一直到 1971 年，他才就讀大仁藥專並考取藥劑生執照，進而變成藥品販賣的合法批發商。⁹因此有些受聘為藥廠的推銷員，在取得合法的販賣執照後，其所販賣的對象便因此跳脫寄藥包的層次，轉而以藥商、衛生醫療機構、醫院診所及政府准予登記維兼受藥物者，也就是說他們不再經營寄藥包行業。周深煙指出寄藥包只能販賣『衛署成製字第○○○○號』的藥品，也就是俗稱成字號的藥品；藥劑生或者具執照的藥廠推銷員反而可以再販賣『衛署藥製字第○○○○號』的藥品，也就是俗稱藥字號的藥品¹⁰

⁸ 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（二）》，頁 718-720。

⁹ 吳秋儒，〈張友吉訪談記錄（民國 30 年生）〉，訪問地點：臺中縣太平市，時間：2011.1.23。

¹⁰ 吳秋儒，〈周深煙訪談記錄（民國 20 年生）〉，訪問地點：彰化縣伸港鄉，時間：2011.1.8。



圖 5-1 1972 年藥廠推銷員證

圖片來源：吳秋儒攝 2011.1.8，周深煙提供。

不過在政府舉出醫藥法規表示該行業違法之時，卻未檢討政府並沒有照顧偏遠地區民眾的醫療，而造成藥品違法販售的狀況。也許以現代醫學角度而言，未經準確的診斷，投石問藥，似乎對健康沒有保障，但是，在當年物資極端缺乏的情況，這行業的方便性及實用性，是民眾接受並肯定的原因。

第二節 戰後製藥產業的管理

一個人一生當中必經生、老、病、死，藥品在身體有病痛時扮演了重要且關鍵的角色，是人類防治疾病，增進健康的有利武器。藥品包括天然藥、化學和成藥、與生技藥品在內，皆能有效預防、診斷及治療人類疾病，由此可知製藥產業在人類生活中佔有相當重要的地位。

而自日治時期以來，傷風感冒、普通流感或一些腸胃炎、皮膚病等等，對一般臺灣民眾而言，對付這些惱人又常見的疾病，最好的方法便是自行買些藥物來解決，因此戰後民間製藥工業蓬勃發展，民眾在自我尋求藥物解決身體疾病的同時，政府對於製藥廠的管控便成為保障民眾身體健康的重要議題。

臺灣本土製藥工業在政府不穩定的政策，以及業者不求進步的短程發展下緩慢成長。由於社會大眾的誤解，將高度品質技術之工業視為低投資高利潤之行業，致業者家數眾多，成為世界上製藥廠密度最高的國家。又因政府過去對進口藥品一向採開放式的管理，形成製藥廠多、進口商多、藥品公司多、品牌多、藥房多

之局面。¹¹然而寄藥包的興衰與製藥產業的榮枯有著密不可分的關連性，尤其政府在藥政與藥業皆並未上軌道的時期，製藥廠數以千計，寄藥包的行業依附著製藥廠更是興盛，戰後初期，對於藥品的需求限度在於其能治病即可，在法令並不完備的情況下，不管是藥廠製造或家庭式私造，大部分以抗生素、維他命、營養劑、感冒藥為主，¹²由於投資少、利潤高，其目標皆重於產量，¹³成藥的製造當時大行其道，而一個藥房可買相關的設備自行製造加工，透過寄藥包的通路進入廣大的臺灣偏遠鄉村，這些藥房因為藥品需求增加，漸而變成家庭式小藥廠，而這些藥房也因營業額增加而正式向衛生署登記成為法定藥廠。¹⁴臺灣藥品買賣本就十分自由，病人可不經藥師處方，隨時隨地購用藥品，各藥商遂向消費者直接推銷，報紙、電視廣告，多以宣傳推銷藥品為主，臺灣藥業市場因而特別繁榮，同時也增加了管理上之困難。

也因為製藥工業直接關係國民健康甚巨，政府對於該項工業採取了一連串的輔導與整頓，使得競爭激烈的藥品市場步入正軌，為廣大的消費者提供了一個健康用藥的環境。在政府接連提出管制措施後，產生許多符合現代化標準的製藥廠，逐漸導正民眾模糊的醫藥知識。然而，許多製藥工廠，尤其是提供寄藥包的製藥廠，由於本身的生存條件本就依附著模糊不清的法令，若是無法及時改善體質以符合政府的新規定，通常這些藥廠就漸漸被淘汰，這是政府所樂見的狀況，到底政府對藥業重要的輔導與整頓措施作為何？

臺灣製藥工業在戰後迄今，共進行二次重大改革，第一次可當追溯至前工業委員會於1955年所舉辦的藥廠調查，1957年復聘請美國藥業專家 Mr. Glenn Holder 來臺考察，1959年經濟部工礦計畫聯繫組會同各有關機關開始進行大規模的調查，¹⁵1961年復請美國藥品品質管制專家 Dr. C. W. Sondern 參加調查，這連續的普查最大的重點在對藥廠的設備與品管水準是否合於國家標準，政府將藥廠分成

¹¹ 劉秋生，〈當前國人製藥工業所面臨的問題〉，《藥學雜誌》1:1 (1984.4)，頁 17-20。

¹² 1961-1966 年臺灣的藥品銷售金額以抗生素維他命及營養劑所佔金額最高。參閱周學中，〈臺灣之製藥工業〉，《臺灣銀行季刊》19:1 (1968.3)，頁 138。感冒藥則以解熱鎮痛鎮痙劑與鎮咳祛痰抗喘劑產量最多。

¹³ 值得注意的是，臺灣當時藥廠家數雖多，加工能力龐大，惟因銷路未開，估計其運用效率僅及設備能力 30~40%。其中藥工廠，一年開工日期，估計平均不及一個月，全年閒置者，恐為數亦在不少。

¹⁴ 陳宏賓，〈臺灣西藥市場〉，《藥學雜誌》7:1 (1991.3)，頁 27-28。

¹⁵ 依據 1959 年調查，當時辦有工廠登記之藥廠，既有 177 家，但領有製藥許可證而未辦工廠登記之製藥業者，則多至 800 餘家。而在登記 177 家藥廠中，亦僅有數家略具規模，極大多數均屬設備簡陋，更無品質管制可言。參閱周學中，〈臺灣之製藥工業〉，《臺灣銀行季刊》19:1 (1968.3)，頁 146。



圖 5-2 永生堂藥包袋

圖片來源：吳秋儒攝 2010.12.28，吳秋儒收藏。

甲、乙、丙三級，並取締不合格的藥廠，而此分級的法源依據係參照 1960 年 1 月所公佈之「臺灣省製藥工廠設廠標準」¹⁶。彰化永生堂製藥廠以「木蘭從軍」為主題的藥包袋封面恰可解釋政府在製藥產業政策上進行第一次重大改革的努力。當時永生堂製藥廠以符合「經濟部工礦計畫聯繫組藥廠檢查合格」的字眼註記在藥

¹⁶ 1960 年 1 月 23 日臺灣省政府公佈「臺灣省製藥工廠設廠標準」，使製藥業有所遵循，主管機關對製藥廠之審核亦有所依據。其分級定義如下：甲級—管理及設備均能符合設廠標準者；乙級—設備接近標準，品質管制仍須加強者；不合格—不符合設廠標準者。

包袋封面（見圖 5-2），這說明了永生堂製藥廠符合 1960 年「臺灣省製藥工廠設廠標準」，至於藥廠到底是符合甲或乙級，目前資料有限並不得而知。而也因為如此，正好說明製藥廠在政府製藥政策改變時必須立刻做出與時俱進的變通，否則常被迫走被淘汰一途，當然符合製藥工廠設廠標準，也是藥廠推銷藥品最好的宣傳方式。

政府也同時依據 1960 年九月所公佈之「臺灣省取締偽藥劣藥禁藥辦法」及其附帶的「補充規定」逕行取締不合格的藥廠。以 1962 年為例，當年度共普查及複查 774 家藥廠，甲級 56 家，乙級 604 家，也就是說不合格的藥廠有 114 家，在政府陸續祭出嚴格的管控措施後，許多藥廠面臨被淘汰的命運，也由於政府對製藥分及的實施和加強對藥廠監督的成效，1968 年總計共淘汰 250 多家藥廠。據統計 1968 年 3 月臺灣共有藥廠 700 餘家，藥商 15,000 餘家，在人口中分佈之密度，約每 17,000 人口，有一家藥廠；800 人有一家藥房；分佈密度之高，堪為世界各國之冠。¹⁷而在 1954 年政府訂定「外國人投資條例」亦鼓勵外國人來臺投資設廠，¹⁸1960 年初期相繼有美國人投資的臺灣氯氯公司及輝瑞臺灣大藥廠，其中當屬日本人來臺投資為數最多，計有臺灣森下仁丹公司、臺灣武田藥品工業公司、臺灣田邊製藥公司、臺灣藤澤藥品公司、臺灣山之內製藥公司、臺灣大日本製藥公司、臺灣鹽野義製藥公司等，以上這些公司多是以西藥一般製劑的製造為主。而除外商來臺投資之外，亦有為數不少的華僑來臺投資設廠，1968 年共有 17 家，多係以加工行銷較久之中藥成藥，一般均屬中小型藥廠，而以香港華僑為最多。自 1960 年外匯貿易審議委員會決定管制中藥成藥進口後，為導致華僑來臺投資設廠之主要原因，惟以產品種類甚少，多以輔助治療性藥品，歷年華僑回國投資設廠製藥其所產製的藥品在臺灣其實大多可歸類於家庭常備藥品，這些成藥過往都是臺灣民眾常用的藥品。

¹⁷ 周學中，〈臺灣之製藥工業〉，《臺灣銀行季刊》19:1 (1968.3)，頁 131-149。

¹⁸ 1954 年 7 月經濟部華僑及外國人投資審議委員會公布「外國人投資條例」，其要點如下：(1) 臺灣所需要之生產或製造事業。(2) 有外銷市場者。(3) 有助於重要工礦交通事業之發展與改進者。(4) 其他有助於臺灣經濟或社會事業之發展與改進者。藥廠投資大體係依據第(1)、(2)兩款審核。

表 5-1 歷年華僑回國投資設廠製藥情形

廠名	製劑種類	廠名	製劑種類
虎豹兄弟臺灣分公司（港）	萬金油、八卦丹、虎油	和興百花油廠（新）	百花油
均隆公司（星馬）	百中驅風油	位元堂藥廠公司（港）	養隱丸、調經丸
梁介福藥廠公司（港）	斧標驅風油	李眾聖堂臺廠（港）	保濟丸
二天堂公司臺灣廠（港）	二天油	仁安堂藥廠（港）	海藻加工
何濟公藥行	濟眾水	中汶製藥廠（婆羅洲）	百花油
臺灣聯華藥業公司	獅虎油	天壽堂藥行臺廠（港）	海狗丸、調經丸
臺灣唐拾義藥廠	治痛丹、久咳丸、疳癩散	天喜公司（港）	補腎丸、調經丸
宏興鵝鴨業臺廠	鵝鴨菜	王老吉臺廠（港）	涼茶
耀華施德之臺廠	濟眾水		

資料來源：周學中，〈臺灣之製藥工業〉，《臺灣銀行季刊》19:1 (1968.3)，頁 147。

自 1960 年代初期以分級制度輔導藥廠以後，事隔多年皆未有新的措施。由於藥廠數目逐漸增多，製藥界所需人力無法充足供應，除外資廠外，各藥廠所產製之藥品又多相似。因此藥品市場競爭漸趨激烈，外商挾其產品之優勢及強大的行銷能力，成為公立醫院及重視藥品品質和品牌形象的醫院及診所的主要供應者。這些醫療院所中除注輸液外，多採用外商藥品，一般的醫療院所則多因考慮成本考量，以使用國產藥品居多，而仔細推究，有將近百分之九十以上的本土藥廠是一般的醫療院所藥品的供應者，但銷售金額僅佔總藥品市場的百分之五十以下，可見競爭劇烈，以致藥價下滑利潤微薄。按 1975 年臺灣製藥工業各家藥廠所投資資本統計，投資 5,000 萬元以上者 3 家，投資 1,000~4,999 萬元 32 家，500~999 萬元者 21 家，100~499 萬元者 102 家，59~99 萬元者 129 家，10~49 萬元者 141 家，10 萬元以下者 361 家，¹⁹可見國內製藥工廠以小額資本為多，於是藥廠在人力及資金不足之下，逐漸有些藥廠只求利潤不再重視品質，而同時期國際間對藥廠之品質要求卻不斷提高，如美國在 1970 年代開始有全面品質管理之概念及措施，終而政府又出手推行 GMP 制度，以管理落入惡劣競爭的國內藥業。²⁰

臺灣製藥工業的第二次改革，便是 GMP 認證制度，²¹當時規定凡未取得 GMP 藥廠資格者，不得再產製任何藥品。1982 年 5 月 26 日政府公佈「優良藥品製造

¹⁹ 楊志暉，〈臺灣之製藥工業〉，《臺灣銀行季刊》26:1 (1975.3)，頁 133。

²⁰ 范佐勳編，《臺灣藥學史》，(臺北：鄭氏藥學文教基金會，1991)，頁 202-204。

²¹ 政府當時為輔導國內製藥工業，期望製造技術及品管均能有所提升，遂於 1980 年 9 月成立「發展製藥工業聯合輔導小組」。由政務委員李國鼎先生督導，並由「經濟部、衛生署及國科會」各有關單位，遴派專業人員共同組成。1981 年 8 月，召開「製藥工業輔導會議」，於會中決議推動「優良藥品製造標準小組」，並責由「經濟部工業局主辦，衛生署會同辦理」，同時亦將動物用藥品納入實施範圍，並於 1982 年 5 月 26 日公布「優良藥品製造標準」，簡稱 GMP。

標準」(Good Manufacturing Practice, 簡稱 GMP)，該標準是由行政院衛生署同經濟部工業局訂定，約定五年內完成全面實施 GMP，對西藥製劑廠採強迫實施。按照規定，凡是領有工廠登記的製藥工廠，必須在發佈日起兩年半內，完成其現有許可證的製造規範，否則不得申請新製劑的查驗登記，並自發佈日起五年內完成 GMP 之規定，否則停止現有製劑許可證之展延。當時本土的藥廠大多未取得 GMP 廠的認證，為符合新政策的要求，本土製藥業者在資金有限的情況下，或舉債、或處置閒置資產，投資近二百億元之資金，進行覓地興建、擴建廠房、引進自動化生產設備或增添技術人員等因應措施，試圖於政府所規定的期限，1987 年第一批 GMP 藥廠審核通過，臺灣成為亞洲第二個全面實施製藥工業「優良藥品製造標準」之國家。經由此次產業結構的調整，藥廠之家數，由五百餘家減至二百餘家，部分廠商因未能或無力達成政府之要求者，則付出相當鉅額之遣散費而結束，而本土的藥廠經過此次的整頓後，無論在設備、人員、品管、軟體與硬體等各方面都有明顯的改善。GMP 制度的實施，一方面不僅提升了藥品的品質，也使得藥品的產能大為增加。

而藥品 GMP 制度實施後，國內製藥工業並非就一帆風順，當時普遍仍遭遇到許多問題：(一) 國人投資廠的利潤始終無法和外資廠競爭，原因為國產品多為俗名藥，又極少做研究開發，廠家之間生產類似產品的情形很多，導致在市場上惡性競爭，以低價取勝，因此利潤仍偏低，資金無法累積，更無法投資做研究開發。(二) 國人投資廠往往一家產製產品的種類太品多，每種產甚難達到經濟生產規模。(三) 製藥廠在實施 GMP 之後，為了儘速回收其投資成本，產量大增，但國內市場有限，國外市場又無法及時拓展，造成供過於求。再加上不實施 GMP 之工廠出清存貨，市場愈顯紊亂。(四) 藥廠缺乏高層次的專業與研究人才，在製劑與原料藥的研究開發無法予以突破。²²

製藥工業雖歷經了兩次的淘汰，但是激烈的競爭卻沒有減緩過，因國內藥廠的同質性頗高，多屬中、小規模的成藥製造廠，²³生產規模本就不具效益，所生產的藥品種類繁多且劑型重疊情形嚴重，可以留存下來的都是體質不錯或是具備研發能力的公司。因此廠家多、規模小、競爭慘烈是我國製藥工業的特色，而且國內藥廠普遍分佈在北、中、南部，東部及離島由於交通不便，藥廠甚少。但筆者發現，因為家庭式的製藥廠門檻並不高，離島地區未必就沒有製藥廠，資料顯示澎湖西嶼二坎漢藥館，也曾做起販售藥包的生意。

²² 不著撰人，〈製藥工業〉，《78 年版化學工業年鑑》(臺北市：臺灣經濟研究雜誌社，1989)，頁 365-371。

²³ 多數的藥廠並沒有研發的能力，但都可取得過期的專利藥製造許可，此時統稱專利過期的藥為學名藥，大部分的成藥都屬於學名藥，因此常產生同樣是治療感冒，但一家廠商製造出一百種自有品牌的感冒藥，而其成份其實大同小異。



圖 5-3 澎湖二崁漢藥館藥袋(復刻版)

圖片來源：引自《6331370 的網誌部落格》，慕松攝 2008.6.21，慕松提供。

儘管目前並無足夠資料顯示東部及離島地區的寄藥包行業過去很興盛，但是注重偏遠地區的藥品配送本就是寄藥包行業存在的理由，報導人周深煙表示，有些深山地區還必須申請甲種入山證才能進入去寄藥包，而宜蘭、美濃地區都曾是他的經營範圍，²⁴所以筆者以有限的資料判斷，西部地區的製藥廠一定也依循著寄藥包的通路，將藥品推銷到東部及離島地區（見圖 5-3），只是因為這些地方人口稀少沒留下太多的紀錄，再說，製藥工業所製造的成藥是寄藥包所販賣藥品的大宗，尤其是胃腸藥、感冒藥、止痛劑、口腔喉嚨製劑等，²⁵足見兩者的依存關係極高，而由這些占廣大市場市場的主力藥品，也可看出過去臺灣民眾對於成藥的接受度其實是很高的。

另外據筆者研究，早期寄藥包之所以盛行，與藥廠選擇此通路推銷藥品有很高的關連性，而從依附藥廠到後來藥廠漸漸以藥局或診所作為銷售管道，更是造成寄藥包沒落的主要原因，因為在製藥廠被政府一直限定營運資格，且不斷提高設廠門檻的同時，製藥廠早已無力經營寄藥包且藉由其通路來銷售自家的藥品，而又由於藥局與診所的不斷開設，民眾在取得藥品更加便利的情況下，寄藥包的

²⁴ 吳秋儒，〈周深煙訪談記錄（民國 20 年生）〉，訪問地點：彰化縣伸港鄉，時間：2009.8.17。

²⁵ 不著撰人，〈製藥工業〉，《81 年版化學工業年鑑》（臺北市：臺灣經濟研究雜誌社，1992），頁 332。

沒落似乎就無法避免了。

第三節 醫療設施日漸普及

民眾在身體遇到病痛時，一定先找離住處最近的醫療管道尋求救助。戰後民眾最方便的方式莫過於服用「藥包」裡的家庭常備藥。1970～1980 年代，臺灣由專業醫師及藥師所主持的診所、藥局陸續在鄉間開設起來，「寄藥包」當然不敵有專業人士背書的診所與藥局，於是，民眾們的醫療需求逐漸脫離「寄藥包」的服務，轉而從住家附近診所與藥局尋求醫療，在省政府衛生處時代（1971 年以前）並沒有統計私人診所的數量，²⁶但以藥局而言，依照 1947 年公布的「臺灣省藥商管理辦法」，藥局經營需有西藥商執照方准營業，²⁷而從 1954 年臺灣省衛生處開始有西藥商相關統計資料出現（見表 5-2），1954 年臺灣西藥商有 1,283 家，1956 年 1,523 家，1961 年 2,397 家，1965 年 2,850 家，1970 年 2,637 家，1973 年 3,900 家，資料顯示從 1954 至 1973 年將近 20 年間，西藥商的家數呈現緩慢的成長，而從 1974 年開始西藥商家數成快速成長，幾乎年年累積上千家，1979 年甚至到達 10,245 家，1984 年到達 14,024 家之後，²⁸直到 1996 年都一直維持在此數字上下，²⁹由以上數據得知，藥局在 1970 至 1980 年代大概開設了上萬家，而寄藥包行業的開始走下坡恰巧就與藥局大量增加的年代相吻合，因此筆者推測，當衛生署開始掌管全臺地區的衛生事業後（1971 年），大約十年間，大量開設的藥局成為民眾們獲得藥品的主要管道，就寄藥包一開始即強調的便利性而言，住家附近的藥局正好就以更便利的因素幾乎完全取代了寄藥包舊有的消費市場。

²⁶ 民國 35 年至民國 42 年有關藥政管理統計資料，均付闕如，殆至民國 43 年始有藥政衛生統計，而臺灣省衛生統計提要自民國 43 年起也才開始有有關藥政衛生的統計。參閱行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（二）》，頁 712。

²⁷ 此處的藥局包含一般民間所稱的藥房，他們之間的差異在於有無藥師主持，西藥商的範圍當然包括藥局及藥房。

²⁸ 行政院衛生署、臺灣省政府衛生處、臺北市衛生局、高雄市衛生局編印，《中華民國 80 年衛生統計一、公務統計》。

²⁹ 行政院衛生署、臺灣省政府衛生處、臺北市衛生局、高雄市衛生局編印，《中華民國 85 年衛生統計一、公務統計》。

表 5-2 1954~1996 年西藥商數量統計表

年度	西藥商數	年度	西藥商數	年度	西藥商數
1954 年	1,283	1967 年	2,964	1980 年	11,296
1955 年	1,395	1968 年	2,995	1981 年	12,214
1956 年	1,523	1969 年	2,694	1982 年	12,974
1957 年	1,727	1970 年	2,637	1983 年	13,497
1958 年	1,904	1971 年	2,995	1984 年	14,024
1959 年	2,003	1972 年	3,475	1985 年	14,213
1960 年	2,111	1973 年	3,900	1986 年	14,220
1961 年	2,397	1974 年	4,720	1987 年	14,341
1962 年	2,365	1975 年	6,238	1988 年	14,474
1963 年	2,342	1976 年	7,232	1989 年	14,362
1964 年	2,615	1977 年	7,904	1990 年	14,002
1965 年	2,704	1978 年	8,803	1991 年	14,000
1966 年	2,850	1979 年	10,245	1996 年	14,001

資料來源：依據行政院衛生署、臺灣省政府衛生處、臺北市衛生局、高雄市衛生局編印，《中華民國 80 、90 年衛生統計 一、公務統計》製表。

另一項影響寄藥包行業生存的因素則是醫療設施的普及。若以民眾就醫是否便利做為指標，診所不斷的開設則是另一個取代寄藥包行業的原因之一，當然到診所看診，醫生所收的錢包含看診費及藥品費，以上我們姑且不談，³⁰但純就便利性而言，當診所就在住家隔壁，民眾就醫當然更加方便，臺灣的診所數量直至 1971 年才有完整的統計資料，1971 年臺灣私人診所有 6,338 家，1976 年 8,563 家，1981 年成長至 1,0158 家，之後則呈現緩慢的成長，1986 年 11,202 家，1991 年的統計數量則為 12,640 家，³¹由此可知，1970 年代到 1980 年代臺灣的診所數量幾乎成長一倍，而恰巧寄藥包行業就在此時期開始走下坡，換言之，診所的大量出現也壓縮了寄藥包的藥品販賣市場，到診所就醫既有醫師專業的診療，又可以順便拿藥，其便利性不言可喻，故診所的大量出現改變民眾獲得藥品的習慣與管道，寄藥包不再是民眾取得藥品的最佳途徑。

戰後政府在法定傳染病的防治上成績是有目共睹的，鼠疫雖曾於 1946 年至

³⁰ 私人診所具有診療權又具備藥品調劑權，在現今衛生署強調醫藥分業的時代，看似不可思議，但是臺灣在脫離日本殖民時代後，有許多當時的權宜措施也因循下來，其原因在前面章節已討論過，在此不做贅述。當然醫師培養人數要夠多才能大量開業，但這並不是本文所討論的重點，筆者的重點在於診所不可取代的便利性。

³¹ 行政院衛生署、臺灣省政府衛生處、臺北市衛生局、高雄市衛生局編印，《中華民國 60-80 年衛生統計 一、公務統計》。

1947 年發生病例，但 1948 年即完全絕跡；天花則於 1946 至 1954 年，每年均有病例發生，1955 年後完全撲滅；狂犬病於 1948 年至 1958 年連續猖獗十一年，但於 1959 年也被撲滅；而危害較嚴重的霍亂，直至 1962 年副霍亂大流行被撲滅後，1963 年後即未再有病例報告，³²也就是說，戰後政府努力的提升了臺灣的公共衛生以及國民健康水準，國民平均壽命的延長就是明顯的一個例子。1950 年男性平均壽命為 52.9 歲，女性 56.32 歲，到 1987 年男性為 71.09 歲，女性則為 76.31 歲。平均壽命的提高使得老年人口比例也逐漸提高。1950 年，65 歲以上人口佔 2.53%，到了 1987 年時為 5.54%，³³由於老年人口的增加，醫療服務的需求也將因而增加。就農村地區而言，老年人口比例相對提高，使得原本醫療資源分配較為短缺的農村更加嚴重，老年人礙於行動不方便，或居住在距離醫院診所較遠的鄉村，因此寄藥包的行業至今仍有極為少數依然為這些年老者服務著。

寄藥包一開始即非常強調偏遠地區的服務，而 1983 年，政府相繼開始在各鄉鎮衛生所設立群醫中心，這也是直接衝擊「寄藥包」販售方式的原因之一。依據 1940 年行政院制訂公佈的「縣各級衛生組織大綱」³⁴規定鄉鎮設置衛生所，推動地方公共衛生事業，落實衛生計畫與政策在地方施行，保障全民健康，並且在當時中國農業復興聯合委員會與美援的雙重援助下，衛生所自 1945 年開始設置到 1960 年期間，從 15 所擴增至 360 所，形成一個「衛生所網絡」，這是衛生行政組織發展的第一個里程碑。³⁵衛生所在臺灣公共衛生史上貢獻卓著，例如霍亂、痢疾、破傷風、鼠疫、瘧疾、砂眼等急性傳染病的控制，以及結核病防治；推行卡介苗預防接種，家庭計畫的推行等，都是透過衛生所的公衛醫生、護士和保健員，下鄉挨家挨戶的拜訪及宣導，協助政府推動各項公共衛生的重要政策，使得衛生政策得以落實到地方，使民眾健康獲得基本的保障。³⁶

1970 年代，財團法人投資臺灣醫療產業，許多大型私人醫療機構興起，³⁷就醫療技術的角度，衛生所完全比不上，再加上這些私人醫療機構以高薪吸引，使得各地衛生所主任相繼離職，到醫院受僱或自行開業的人越來越多，一時之間衛生所大缺醫師，而又因其本身醫療技術不如醫院醫師的問題，因而衛生所的醫療

³² 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（一）》，頁 380。

³³ 行政院衛生署、臺灣省政府衛生處、臺北市衛生局、高雄市衛生局編印，《中華民國 76 年衛生統計一、公務統計》。

³⁴ 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（一）》，頁 271-277。

³⁵ 江東亮，《醫療保健政策-臺灣經驗》（臺北：巨流圖書公司，1999）。

³⁶ 江東亮，〈健康與公共衛生的歷史〉，《公共衛生學（上冊）》（臺北：陳拱北預防醫學基金會，1997）。

³⁷ 在 1972 年馬偕醫院實行醫師費制度後，醫院醫師收入增加，帶給衛生所醫師極大的誘因，一時之間卻造成四分之一的衛生所鬧醫師荒。參閱臺灣省衛生處編印，《飛躍 50 年邁向 21 世紀-臺灣省公共衛生特刊》，1995。

功能屢受質疑。有鑑於此，政府在 1983 年積極推動「群體醫療執業中心」以解決各鄉鎮衛生所醫師荒的問題，一開始試辦 12 所群體醫療執業中心，其最終的目是更期望能提升衛生所的醫療功能。「群體醫療執業中心」是一項特殊的公共衛生政策，其利用衛生所原本的設備、人力及衛生署補助每間衛生所一百五十萬元的醫療設備費用，重新改造衛生所醫療門診，並且與醫院合作，由醫院派遣醫師前往群體醫療執業中心支援衛生所醫療門診，加強衛生所的門診功能，據統計 1995 年底各鄉鎮已成立共 175 間的群體醫療執業中心。³⁸

綜上所述，政府以群體醫療執業中心的政策，確實提高偏遠地區的醫療水準，當各鄉鎮的衛生所提供了民眾一個值得信任的診療之處，偏鄉的民眾很快地便將各群體醫療執業中心視為其獲得醫療服務的處所，取得治療身體的藥品變的方便以後，無形中壓縮了有藥品宅急便著稱的「寄藥包」行業。據聯合報 1984 年 8 月 2 日第二版報導，開辦一年的群體醫療執業中心，每一個月的門診病患約有一千五百人，比過去衛生所求診的病人多了五、六倍，足見當時的群體醫療執業中心的確成為民眾的依靠，這也說明了，當民眾越容易取得藥品，「寄藥包」行業越式微，更何況「寄藥包」的營業範圍就是偏遠鄉鎮。

另一個值得注意的是，政府在社會保險的努力，似乎亦是影響寄藥包行業邁沒落的因素之一。根據柯木興對「社會保險」的定義是：「政府為推行社會政策，應用保險技術，採用強制方式，對於全體國民或多數國民遭遇生、老、病、死、傷、殘疾失業等特定危險事故時，提供保險給付，以保障最低收入安全及基本醫療照顧為目的的一種社會福利措施。」³⁹臺灣最早的社會保險當屬 1950 年的「勞保」，臺灣省政府於 1950 年先行頒佈「勞工保險法」，此單行法規規定，保險費負擔的負擔比為，被保險人負擔百分之二十、業主負擔百分之六十、臺灣省政府則補助百分之二十，給付項目分為傷害、殘廢、生育、死亡、老年五種。⁴⁰

柯木興認為此為我國實施強制性社會保險的舉始，同時也是我國社會保險制度出現職域保險與綜合保險的開端，⁴¹而由於「勞工保險法」係屬臺灣省政府的單行法規，故 1958 年立法院再行通過「勞工保險條例」以代替省政府的單行法規成為勞工保險的母法，其保險給付的項目為生育、疾病、傷害、殘廢、老年、死亡等六種；1958 年政府同時頒佈「公務員保險法」也就是所謂的「公保」，該法明訂被保險人負擔 35%，政府負擔 65%，給付的項目則為生育、疾病、傷害、殘

³⁸ 臺灣省衛生處編印，《飛躍 50 年邁向 21 世紀-臺灣省公共衛生特刊》，1995。

³⁹ 柯木興，《社會保險》（臺北：中國社會保險學會，2002）。

⁴⁰ 臺灣省勞工保險管理委員會，《臺灣省勞工保險實施概況》，（南投：臺灣省政府新聞處編印，1950）。

⁴¹ 爾後，勞工保險便逐步擴充納保對象；1951 年公布「臺灣省職業工人保險辦法」、1953 年省政府公布「臺灣省漁民保險辦法」、1956 年臺灣省政府便與蔗農簽訂「臺灣省蔗農保險約定書」，以上皆屬勞工保險的範圍。

廢、養老、死亡、眷屬喪葬七種，原則上「勞保」與「公保」對於民眾「疾病」的照顧上多所保障，尤其是民眾以較低的自負額獲得較高的醫療照顧。尤其民眾於醫療上除診療費外，藥品的服用應占大部分的醫療費用，故政府在陸續推出的「勞保」與「公保」後，不僅分擔民眾在藥品需求方面的部分花費，民眾在生病就醫時有了保險的給付後，當然就不用再額外花錢購買藥品服用，以較低的費用可以獲得便利的藥品服務，一定程度上打擊了民間寄藥包的行業，尤其保險在疾病的照護上更兼具醫療上專業服務，獲得民眾的認可是可想而知的。

而 1995 年政府正式開辦「全民健保」更是壓垮「寄藥包」的最後一根稻草，在全民健保實施之前，我國已有 13 種與健康保險有關的制度，據統計 1992 年底時，全臺灣已有 54.1% 的人享有健康保險，但基於下列三點原因（1）仍有九百多萬將近半數的人口沒有健康保險的保障；（2）虧損情形相當嚴重；（3）醫療浪費與濫用時有所聞等，故政府決定推行全民健保，此制度具有五大目標：（1）提供全體國民同等之醫療服務；（2）整合現行各種保險制度，以統一事權，降低行政成本；（3）有效利用醫療資源，減少浪費；（4）建立健全之財務制度，以免重蹈公勞農保虧損之覆轍；（5）提升醫療品質，促使醫療資源合理分布，以增進國民健康，⁴²對於目標達成與否，因與本文談論內容無關，故尚且不論，但是在其實行細則上，將全體民眾皆納入保險則是一大福音，雖然全民健保仍要求民眾需有部分負擔，即就診時需要自負部分醫療費用，也就是說民眾就醫只要負擔少許的掛號費（一般診所 50 元）與診療費，總計一百元左右，如此少量的負擔即享有醫師專業的服務和有效的醫療藥品服用，民眾在取得藥品更加方便下，一張健保卡就享有高品質的醫療服務，到醫院診所看診比之寄藥包而言，更加受到歡迎。民眾就在如此更輕易可以獲得藥品的制度下，生病必找醫生，以寄藥包自療的情況不再，家庭寄放的「便藥」，無人問津，家庭配藥員，只好收回藥袋，紛紛改行，「寄藥包」這行業遂成為歷史名詞。

又全民健保實施後民眾的就醫便利性增加，醫藥品市場快速成長，但也造成醫療費用支出大幅增加，政府為減輕財政負擔，因此希望合理、有效控制醫療費用增加的幅度，因而實施藥價基準法也就是逐年調降藥品健保給付，及減少藥品的健保給付品項，遂被認為是可抑制健保支出的良方，製藥廠的生存空間也因此再度被壓縮，經營環境更顯艱難，製藥廠既難以生存，當然便阻斷了寄藥包的供貨來源，經由前文的探討，很明顯地兩者是唇亡齒寒，既共榮亦共枯，然而寄藥包行業也非就此消失，它仍舊有經營空間，例如經濟發展不足且藥房也不夠的地方，⁴³但所留存下來的寄藥包仔的確所剩無多。

⁴² 《中央日報》03 版（徐立德），1995.6.22。

⁴³ 筆者所訪問家住彰化縣西的李益顯先生，目前家裡仍寄放有東榮製藥的藥袋，至今他還在使用裡面的藥品，寄藥包仔也會定期來換藥且收取帳款。

第六章 結論

相較於清代常民慣用的漢醫藥而言，臺灣民眾在日治時期對於藥品有了嶄新的認識，原因乃殖民政府透過強而有力的統治力量，刻意的扶植西醫與西藥。日本政府在扶植的過程提出許多有利的論述，如社會達爾文主義，主張醫學（西醫）保護了人種健康，亦即保障國家統治，而殖民地是帝國的擴張成果，便以此為本。日本政府在臺灣規劃的殖民醫療體系有著很明顯的「重醫輕藥」，且壓制臺灣傳統漢醫藥，也因此總督府建立西式醫院、公醫制度甚至創辦西醫學教育學校，以上種種手段皆輔以國家的力量對臺灣人民建立嚴密的管控，這其中警察制度可說是其嚴厲手段的最佳佐證。

總督府為壓制傳統漢醫藥，首先於 1896 年制訂「臺灣醫業規則」，爾後據此法令，醫權（西醫）在臺灣得以高度發展，甚而促使臺籍菁英大量投入醫學專業，其影響力至今仍在。又總督府在法規上的偏好，無形中使得漢醫日漸減少，醫業凌駕於藥業之上；總督府自始便鄙視傳統的漢醫藥並且意圖打壓，總督府醫學校第一任校長一山口秀高甚至認為漢醫不過就是將草根樹皮塞給患者，比之日本內地的漢醫更是無法相提並論，當醫學校的校長都如此鄙視臺灣傳統的漢醫藥時，其所制訂的法令必定是對於漢醫藥十分不利。

果不其然，1901 年總督府制訂「臺灣醫生免許規則」，美其名為符合政府管理之方便，其實是要限制其成長，日治五十年間，總督府也僅在 1902 年舉辦絕無僅有的一次漢醫師執照考試，總督府採取自然淘汰的方式直至 1942 年，臺灣的漢醫僅存不到四十人。漢醫在日治時期人數快速的消退很明顯受到強大的殖民權力介入，而西醫此時趁勢而起，藉由國家深入社會，從教育和法律制度上，鞏固了其絕對的優勢地位並獨佔了整個臺灣的合法醫療市場。然而漢醫也曾意圖收回醫療的主導權，但終究是不敵殖民政府的力量，但是在臺灣民間，西醫藥並非就是民眾為一的選擇，經常，普羅大眾生病之後，看漢醫服漢藥仍是他們最佳的選擇。

西藥並非單純指從西方傳入的藥品，正確的界定應該是指有機合成的藥物，有別於漢醫以天然植物、礦物入藥，以及還要經過熬煮成湯，西藥的方便使用很顯然具備一定的優勢。雖然西醫西藥看似取得絕對的優勢，但民間的需求顯示在數據上並非如此，漢醫人數雖銳減，可臺灣民眾使用漢醫藥意願仍高，從《臺灣省五十一年來統計提要》發現，1901 年～1942 年臺灣漢藥店的家數一直維持在 2,000 家以上，換句話說，大多數的臺灣人，也還願意相信深植於心的傳統漢醫藥。

當然整個漢藥界面對西醫藥排山倒海的攻勢，並沒有就此顯露頹勢，相反的，日本內地的草本生藥界急思對抗之道，在 1891 年《日本藥局方》改版中，致力修

正西方對於藥用植物的分類，將許多傳統生藥材涵蓋其中，自此摻雜了科學製程及經驗效果的混和標準，使得所謂的「科學漢方」成為合法藥品，且成為醫師處方或藥劑師販售的合法藥品。自此我們所熟知西方對於處方藥品及成藥品之分野，從《日本藥局方》中消失，從日治時期臺灣日日新報中大篇幅的醫療廣告，我們看到了漢藥穿上科學製劑的外衣之後，合法的生存下來，而且反而更受臺灣民眾歡迎。

日治時期藥品的製造仍需要符合法律之規定，但當時並無藥事專業人才如「藥劑師」的教育訓練，臺灣民眾如果要學習藥學知識必須至日本內地，而以在日本所獲得的文憑向臺灣總督府申請「藥劑師」執照。然而取得「藥劑師」執照似乎無助於其開業，因為法令鬆散，藥劑師所開設的藥局又多面臨藥種商經營的藥房、藥舖的競爭，加上西醫師又取得藥品的調劑權，而且藥劑師又也無足夠的資本經營製藥廠，直至 1942 年合格的藥劑師不過 355 人，是故藥劑師在日治時期始終面臨生存的競爭。

藥劑師既沒有大規模製造藥品的能力，臺灣本土的製藥廠根本無從設立，甚至談不上成立製藥工業，藥品在日治時期幾多從日本進口，臺灣本身僅能拾人牙慧從事成藥調製的小型家庭工廠，又因為成藥調製門檻低，又不需要藥劑師掛名經營，因而使得大量的成藥製造商取得廣大的消費市場。根據日本 1907 年「藥品營業並藥品取締則」修正案，臺灣傳統漢藥店與一般成藥製造商雖然產品定位各不相同，但同樣取得成立合法成藥製藥廠的依據，也因此臺灣本土製藥廠的雛形漸趨清楚。換句話說，臺灣的本土藥廠多數屬於早期的藥房、藥局甚至是漢藥店，他們以規模不大的小型家庭工廠的模式經營，但實際上藥品製造僅侷限於成藥或分裝從日本運來的藥品原料。

日本在江戶末期，德川幕府積極獎勵民間藥界利用幕府所掌握秘方，製造成藥販售，因此賣藥產業因而大幅興盛起來，這其中『越中富山的賣藥』首創「先用後利」的獨特賣藥制度，又稱之為「家庭配置」。富山賣藥每年先派遣行商到全日本各地，這些行商又被暱稱為「賣藥人」，他們將各種成藥配送至一戶戶的人家，讓居民可以隨時服用，等到次年行商再度尋訪到該處的時候，只收取已被服用的藥品價錢，同時把吃剩的藥品帶走送還位居富山的出品者，代之以新製的藥品，如此年復一年，成為固定的商業習慣。日治時期的「賣藥」即我們現在所稱的「成藥」，對於便利的藥品又統稱為「便藥」，當時官方對於販售藥品的人統稱「配置賣藥者」或「配藥仔」。總督府編定很多福建語的講習教材透過衛生警察以向民眾解說「配置賣藥者」所販賣的「便藥」必須符合總督府的規定，否則不合法便會遭受取締，這些「配置賣藥者」就是戰後臺灣人統稱的「寄藥包仔」。

昭和年間（1929 年），日本藥商杉澤榮貫堂至新竹配置藥袋，「家庭配置」正式引進臺灣，其藥品來源當然是從日本進口。1940 年代左右，當時臺灣彰化有一

批人受僱於日本杉澤榮貢堂，他們在全臺各地進行藥品家庭配置的服務，這應該是後來臺灣人稱之為「寄藥包」行業的濫觴。據筆者研究，戰後中部地區有許多製藥廠正是以寄藥包起家，其中彰化伸港的柯氏家族承繼日人留下的家庭配置事業，在戰後初期陸續成立製藥廠如長安堂、永生堂、正長生等製藥廠，並藉由聘請外務員寄售藥包的方式推銷藥品，他們生產的藥包袋不約而同都聲明自己是『賣藥元祖』，由於當時臺灣醫療資源欠缺醫院、藥局並不普遍，醫療院所的藥品亦昂貴，各地區之間的交通連結網還未建立，因此寄藥包行業在戰後初期適時彌補了民眾在醫療上的需求，再加上寄藥包強調偏遠地區的藥品服務，於是造就寄藥包的行業在戰後蓬勃發展。筆者由藥包袋封面分析發現在各年代分別有不同的管裡機構，大致而言日治時期需大日本政府或臺灣總督府許可，戰後至 1971 年需臺灣省衛生處許可，1971 年後則需行政院衛生署許可。

寄藥包的興盛，時間斷限恰與臺灣省衛生處掌管全臺衛生事業的時期相仿，從留存下來的藥包袋封面絕大比例是寫著臺灣省衛生處許可，便證明寄藥包的行業興盛於戰後至 1971 年。寄藥包有許多特色，諸如圖像式的藥包使用解說、駝負墨綠色的大紅字帆布袋、上山下海強調偏遠地區的藥品宅急便，其中很特別的是擔任此工作者幾乎都是男性，原因應該是此行業需負重達數十公斤的藥品，甚至經常連續出外夜宿數十天，所以在筆者的研究過程中發現寄藥包似乎成為男性專屬的行業。

藥廠與外務員兩者間的雇庸關係造就了「寄藥包」的興起，外務員經由藥廠的訓練後，透過藥廠或經由製藥同業公會向臺灣省衛生處申請外務員證，寄藥包仔才能四處寄售藥包，藥廠聘請的外務員就是臺灣民間所稱的「寄藥包仔」，而戰後寄藥包儼然成為藥廠販售藥品的重要通路。

藥包袋裡頭的藥品通常都是各藥廠所製造的成字號藥品，戰後初期許多家庭式的工廠如藥舖、藥房、藥館及藥局，只要符合藥典的規範取得成藥的製造許可證，這些小型製藥工廠便能聘請外務員販售藥包。製造藥品的藥廠多屬於製劑業，主要是將原料加上製劑輔料，如賦型劑、崩散劑、黏著劑、潤滑劑、乳化劑等，加工成方便使用的劑型。筆者從 1968 年東榮製藥廠申請變更成藥的仿單中分析指出，寄藥包所販賣的成藥成分多符合 1973 年衛生署制訂「成藥及固有成方製劑管理辦法」中所規定的甲類與乙類基準，研究結果顯示，寄藥包裡成藥的成分已不能武斷的以中藥或西藥的二分法區分，它可能中西藥成份同時混合併用。

寄藥包在臺灣興盛的時間約介於 1930 年～1970 年之間，1970 年代以後沒落的原因筆者分析有三：藥政管理漸入正軌、戰後製藥產業政策日趨嚴謹、醫療水準日漸提升。戰後初期政府在藥政管理上只能依賴臺灣省衛生處所製定的單行法規予以規範，但礙於民情及藥事專業人員不足，因此常出現政府退讓的情形，因此也就使得藥商種類越來越多，1973 年衛生署訂就「藥商整頓方案」後，藥商種類

縮減藥品來源便受到控制，整頓的結果，合法的藥商才能販售藥品，寄藥包的經營受到法律侷限，無法像之前法令不完備時任意販售藥品，寄藥包的行業勢因而面臨淘汰。另外，戰後民間製藥工業蓬勃發展，但多僅是小家庭式的製藥工廠，製藥能力及製藥規模都較低，對於民眾健康的安全，政府努力的在製藥產業政策下足功夫，藉由兩次的重大改革，第一次是 1960 年頒佈「臺灣省製藥工廠設廠標準」，將製藥廠限縮家數，且輔導分級並取締；第二次是 1982 年公佈「優良藥品製造標準」(Good Manufacturing Practice，簡稱 GMP)，留存下來的都是體質不錯或是具備研發能力的公司。

藥廠早先選擇寄藥包的通路推銷藥品，到後來藥廠漸漸以藥局或診所作為銷售管道，也是造成寄藥包沒落的原因之一。因為在製藥廠被政府一直限定營運資格，且不斷提高設廠門檻的同時，製藥廠早已無力經營寄藥包且藉由其通路來銷售自家的藥品，又由於藥局與診所的不斷開設，民眾在取得藥品更加便利的情況下，寄藥包的行業早已注定沒落的命運。

研究顯示，1970 年至 1980 年間，臺灣藥局大量增加，民眾對於醫療的需求逐漸脫離「寄藥包」的服務，轉而就近於鄰里間大量開設的診所與藥局尋求醫療，「寄藥包」不敵由專業藥師與醫師的競爭，兩者大量壓縮寄藥包的販賣市場，寄藥包過去所強調的便利性幾乎完全消失，因此政府在普及民眾醫療需求的同時，無形中使得寄藥包的行業漸趨沒落。

總括來說就在衛生署正式掌管全臺衛生事業後，努力為民眾健康把關的結果，造成寄藥包的行業日漸沒落。1995 年政府開辦全民健保後更是致命一擊，寄藥包自此成為夕陽產業，至今只剩零星的寄藥包仔還在臺灣鄉間繼續為民眾的健康做服務。寄藥包行業是台灣常民生活史的一部份，它記錄民眾的藥品消費文化，在臺灣公共衛生尚未健全的時候，它彌補政府醫藥衛生的不足，寄藥包存在於台灣社會的歷史價值應當被重視。現今有許多人以為寄藥包是個落伍的行業，所具備的健康常識更是落後，他們以今論古妄下斷言，認為寄藥包是種過去的、不入流的藥品販售管道，殊不知，「寄藥包」於戰後確實有其存在的時代背景與需要。更有人以為以圖示服藥方式於藥包外的經營方式是文盲時代的表徵，但社會的發展不就是從無到有，從簡到繁，又由繁歸簡？君不見今日時下年輕人最喜愛的電腦及手機，其快速功能鍵不也是圖像思考的邏輯，再論藥品配送到府的經營方法，與現在的宅急便，又有何不同呢？2011 年初，一則新聞報導，其標題為「市立醫院處方領藥宅配到府超方便」一完全免費，保證藥品與醫院完全相同，今日預約，明天藥師準時送達，不滿意可拒收。這豈不是現代轉型的「寄藥包」，「寄藥包」再次復位！

附錄一

甲類成藥基準表

(《臺灣省政府公報》，民國 61 年夏季第三十一期。)

劑別	主要成分	主要效能
(一)解熱鎮痛劑	乙醯水楊酸(Acetylsalicylic Acid) 咖啡鹼(Caffeine) 非那西汀(Phenacetin) 索比林(Sulpyrin) 匹拉比特魯(Pyrabital) 氯芬尼拉明(Chlorpheniramine) 汎司(Acetaminophen) 水楊酸胺(Salicylamide) 乙氧基卡鑑(Ethoxybenzamide) 溴滑利尿素(Bromvalerylurea) 葛根(Pueraria) 麻黃(Ephedra) 升麻(Cimicifugae) 柴胡(Bupleurum) 桂皮(Cinnamomum) 芍藥(Paeonia) 大棗(Zizyphus) 生薑(Zingiber) 甘草(Glycyrrhiza) 桔梗(Platycodon) 白芷(Angelica Glaurao)	感冒、頭痛、解熱、鎮痛、風濕病、神經痛、齒痛、咽喉病、肩痛、鼻塞、流鼻水。
(二)鎮咳祛痰劑	氯化銨(Ammonium Chloride) 麻黃鹼(Ephedrine) 咖啡鹼(Caffeine) 非那西汀(Phenacetin) 索比林(Sulpyrin) 安息香酸鈉(Sodium Benzoate) 東莨菪素(Extract Scopolia) 愈創木酚(Guaiacol) 諾司卡賓(Noscapine) 磷酸可待因(Codeine phosphate) 美遠志(Senega)	咳嗽、感冒支氣管炎引起之咳嗽、咯痰、咽喉炎引起之咳嗽。

	氯芬尼拉明(Chlorpheniramine) 松節油(Oleum Terebinthine) 杏仁(苦杏仁 Armeniaca Amara 、 甜杏仁 Armeniaca Dulcis) 遠志(Polygala) 小茴香(Foeniculum) 桔梗(Platycodon) 野櫻皮(Prunus Serotina) 車前子(Plantaginis) 麻黃(Ephedra) 麥門冬(Ophiopogon) 桑白皮(Morus) 半夏(Pinellia) 紫蘇(Perilla) 厚朴(Magnolia) 茯苓(Hoelen) 柴胡(Bupleurum) 陳皮(Citri Nobilis Cortex) 石膏(Cypsum Fibrosum)
(三)胃腸藥劑	酵母(Yeast) 氢氧化鋁(Aluminum Hydroxide) 硅酸鋁(Aluminium Silicate) 碳酸鎂(Magnesium Carbonate) 碳酸鉍或硝酸鉍(Bismuth Carbonate or Nitrate) 碳酸鈣(Calcium Carbonate) 縮水蘋果酸氯芬尼拉明 (Chlorpheniraamine Maleate) 二苯胺明(Diphenhydramine) 碳酸氫鈉(Sodium Bicarbonate) 澱粉酵素(Amylase) 東莨菪浸膏(Extract Scopoliae) 木馏油(Creosote) 苦木(Picrasma) 當藥(Swertiae Herba) 薄荷腦(Menthol) 黃連鹼(Coptisine) 乳酸菌製劑(Lactic Acid Preparation)

	顛茄葉(Belladonna) 黃柏(Phellodendra) 白朮(Atractylodes Ovata) 蒼朮(Atractylodes Lancea) 龍膽(Gentiana) 砂仁(Amomum Zanthioides) 黃連(Coptis) 甘草(Glycyrrhiza) 吳茱萸(Evodia Rutacecarps) 蘆薈(Aloe) 大黃(Rheum) 丁香(Caryophyllum) 陳皮(Citri Nobilis) 人參(Ginseng) 藿香(Agastache Rugosa) 茯苓(Hoelen) 半夏(Pinellia) 熊膽(Fel Ursi) 小茴香(Foeniculum) 澤瀉(Alisma) 牡蠣(Ostreae Testa) 延胡索(Corydalis Tuber) 硫酸鎂(Magnesium Sulfate) 蓖麻子油(Castor Oil) 氯化鈉(Sodium Chloride) 氧化鎂(Magnesium Oxide)	
(四)緩下劑(瀉藥)	大黃(Rheum) 蘆薈(Aloe) 麻子仁(Linum) 杏仁(苦 Armeniaca Amara 、甜 Armeniaca Dulcis) 番瀉葉(Senna)	便秘、習慣性便秘、慢性便秘。
(五)驅蟲劑	海人酸(Kainic Acid) 山道年(Santonin) 二乙烯二胺(Piperazine) 海人草(Digenea) 使君子(Combretaceae) 石榴皮(Cranatum)	蛔蟲、蟓蟲、十二脂腸蟲、 絛蟲之驅除。
(六)營養劑	檸檬酸鐵銨(Ferric Ammonium Citrate)	蛋白質之補給、食慾增進、 營養補給、貧血。

	礦物質(Mineral) 氨基酸製劑(Amino Acid Prep.) 魚肝油(Cod Liver Oil) 人參(Ginseng) 當歸(Angelica) 川芎(Cnidii Rhizoma) 五加皮(Acanthopanaxis Cortex) 山藥(Dioscorea) 大棗(Zizyphus) 女魚子(Ligustrum Lucidum) 維生素 B1, B2, B6 類 鐵劑(Iron Prep.)	
(七)眼藥液劑	硫酸鋅(Zinc Sulfate) 阿克利諾兒(Acrinol) 氯化鈉(Sodium Chloride) 硼酸(Boric Acid) 硼砂(Borax) 小茴香油(Oleum Foeniculum) 黃連鹼(Coptisine) 樟腦(Camphor) 薄荷(Menthol) 龍膽(Borneol) 黃連(Coptis) 蜂蜜(Mel) 小茴香(Foeniculum)	結膜炎、眼瞼緣炎、淚囊炎。 。
(八)漱口劑	阿克利諾兒(Acrinol) 硼酸(Boric Acid) 碳酸氫鈉(Sodium Bicarbonate)	漱口：口內消毒。
(九)浣腸劑	甘油(Glycerin) 氯化鈉(Sodium Chloride) 液體石蠟(Paraffin Liguid)	便秘、習慣性便秘、慢性便秘。
(十)外用皮膚藥	氧化鋅(Zinc Oxide) 阿克利諾兒(Acrinol) 苯甲酸鈉(Sodium Benzoate) 魚肝油(Cod Liver Oil) 苯甲酸(Benzoic Acid) 硼酸(Boric Acid) 硫黃(Sulfur) 甘油(Glycerin)	濕疹、癩皮、膿，凍傷、創傷、汗疹、止痒。

	硼砂(Borax) 水楊酸(Salicylic Acid) 紅汞(Mercurochrome) 植物油(Vegetable Oil) 抗組織胺(Antihistamine) 龍膽紫(Gentiana Violet) 樟腦(Camphor) 薄荷油(Menthol Oil) 對氨基苯甲酸乙酯 (Ethyl-P-Aminobenzoate) 冬綠油(Methyl Salicylate) 紫草(Lithospermum Erythrorhizon) 當歸(Angelica) 丁香油(Oleum Caryophylli) 桂皮油(Oleum Cinnamomi) 雷鎖辛(Resorcinol) 蓖麻油(Castor Oil) 甲烯藍(Methylene Blue) 碘溶液(Iodine Solution) 碘化鉀(Pot Iodide) 甘油(Glycerin)	
(十一)外用殺菌劑	硫黃(Sulfur) 硼酸(Boric Acid) 明礬(Alum) 3% 雙氧水 2% 紅汞水 1% 紫藥水 2.5% 稀碘酒 1% 黃藥水 以上包裝都 60ml 以下。	外用殺菌、消毒。
(十二)外用制汗劑	福馬林(Formalin) 水楊酸(Salicylic Acid) 明礬(Alum) 氧化鋅(Zinc Oxide) 薄荷腦(Menthol) 醋酸鋁(Aluminum Acetate) 硼酸(Boric Acid)	制汗
(十三)硬膏劑	水楊酸(Salicylic Acid) 硫酸銅(Cup. Sulfate)	疗、水泡、腫傷。

	東莨菪浸膏(Ext Scopoliae) 氧化鉛(Lead Oxide) 松脂(Resina Pini)	
(十四)脫毛劑 (脫毛為目的之外用劑，劑型原則上軟膏劑)	硫化鋅(Barium Sulfide) 硫化鈉(Sodium Sulfide) 氫氧化鋇(Strontium Hydroxide) 氫氧化鉀(Potassium Hydroxide) 氫氧化鈉(Sodium Hydroxide) 硫醇基乙酸鈉(Thioglycolate Sodium) 硫化鈣(Calcium Sulfide) 氧化鋅(Zinc Oxide) 黃軟石蠟(Petrolatum) 白陶土(Kaolin) 滑石粉(Talc) 澱粉(Starch), etc.	除毛
(十五)婦人科藥劑	鞣酸(Tannic Acid) 當歸(Angelica) 芍藥(Paeonia) 川芎(Cnidii Rhizoma) 地黃(Rehmanniae Rhizoma) 白朮(Atractylodes Ovata) 澤瀉(Alisma) 人參(Ginseng) 桂皮(Cinnamomum) 甘草(Glycyrrhiza) 茯苓(Hoelen) 牡丹皮(Paeonia Moutan) 桃仁(Prunus Persica)	貧血、赤白帶、月經不順、產前產後調養、頭痛、頭暈、下腹痛、安胎、月經困難、腰部寒冷、瘀血、更年期障礙。
(十六)小兒科藥劑	茴香(Foeniculum) 大黃(Rheum) 硫酸鎂(Mag Sulfate) 牛黃(Benzoar Oriental) 麝香(Moschus) 蟾酥(Bufo Bufo) 沉香(Aquilaria Agallocha) 人參(Ginseng) 乳酸菌(Lactobacteria) 滋養糖(Saccharum Amyl)	消化不良、綠便、小兒夜哭。

附錄二 乙類成藥基準表

(《臺灣省政府公報》，民國 61 年夏季第三十一期。)

劑別	主要成分	主要效能
(一)清涼劑	乙醚(Ether) 氯丁醇(Chlorobutanol) 蜂蜜(Mel) 葉綠素(Chlorophyll) 阿仙草 砂仁(Amomum Xanthioides) 薄荷腦(Menthol) 豆蔻(Elettaria Cardamomum) 甘草(Glycyrrhiza) 小茴香(Foenlculum) 人參(Ginseng) 木香(Inula Helenium) 丁香(Caryophyllus) 桂皮(Cinnamomum) 樟腦(Camphor) 龍腦(Borneal) 芍藥(Paeonia) 山椒(Xanthoxylum Piperitum) 生薑(Zingiber)	胃痛、嘔吐、口臭、清涼、中暑、吐瀉、暈車、暈船、腹痛。
(二)外用軟油膏類	樟腦(Camphor) 薄荷油(Menthol Oil) 多綠油(Methyl Salicylate) 丁香油(Eugenol)	切傷、刀傷、創傷、火傷、蟲咬傷、頭暈。
(三)外用撒布劑	桂皮油(Oleum Cassiae) 白陶土(Kaolin) 碳酸鋅(Zinc Carbonate) 碳酸鎂(Magnesium Carbonate) 滑石粉(Talc) 澱粉(Starch) 硼酸(Boric Acid)	防止體臭、止癢、吸著、收斂。
(四)養毛髮劑 (脫毛之防止)	水楊酸(Salicylic Acid) 雷鎖辛(Resorcinol)	育毛、薄毛、圓形脫毛症、止癢、預防脫毛、促進發毛、養

、育毛為目的之外用劑 ，劑型原則 上液劑為準)	醇(Alcohol) 甘油(Glycerin) 蓖麻油(Castor Oil) 石炭酸(Phenol) 薄荷腦(Menthol) 抗組織胺(Antihistamine)	毛、脂漏治療(皮脂漏)
(五)含藥酒類		



附錄三 臺灣歷年重大醫藥紀事

1874

日本公布「醫制」，醫療乃營利行為，醫師得收取診療費（移自西洋、醫藥分業）

1883

日本「醫師免許規則」，規範漢醫資格

1884

第一次修訂「醫制」，刪除醫藥分業，開業醫得兼設藥局

1886

日本公布《日本藥局方》

1891

《日本藥局方》改版

1896.6

總督府制訂「臺灣藥劑師、藥種商、製藥者取締規則」，規定外國藥物進口至少必需符合該國藥典明治二十九年六月府令第十號

1896

「臺灣公醫規則」

1896

總督府制訂「臺灣醫業規則」，漢醫不得自稱醫師，日人西醫獨佔取得合法地位

總督府訂頒「臺灣藥劑師、藥種商、製藥者取締規則」

1897

舊慣調查，總督府將漢醫區分為四類

1897

山口秀高「土人醫師養成所」，短期密集醫護訓練

1899

「臺灣總督府醫學校官制」，本科四年，預科一年

1900.9

「臺灣藥品取締規則」，及由地方廳制訂該規則的施行細則

1901.7

總督府發佈「臺灣醫生免許規則」，取締漢醫，要求同年底前登記，逾者加以取締

1902

「土人醫師養成所」擴充為正式的醫學教育

1902

日治時期唯一漢醫師執照考試

- 1907
日本「藥品營業並藥品取締則」修正案
- 1912
總督府頒佈「臺灣賣藥營業取締規則」
- 1925.4
訂頒「藥劑師法」
- 1928
「土人醫師養成所」逐步併入臺北帝國大學
- 1928
勒令 158 號施行藥劑師法
- 1929
內政部頒佈「管理藥商規則」，但法令僅止於大陸地區
- 1929.3
公布「臺灣藥劑師法」施行規則
- 1935.3
地方州政府「臺灣藥劑師法」施行細則
- 1943.11
「藥事法」一般開業醫得兼設藥局，自行調劑給藥
- 1947
臺灣省行政長官公署訂頒「臺灣省管理藥商辦法」單行法規
- 1950
臺灣省政府頒佈「勞工保險法」單行法規
- 1958
立法院通過「勞工保險條例」
行政院頒佈「公務員保險法」
- 1960.1
臺灣省政府公布「臺灣省製藥工廠設廠標準」
- 1960.9
內政部公布「取締偽藥劣藥禁藥辦法」
- 1970
內政部公布「藥物藥商管理法」
- 1973
衛生署公布「成藥及固有成方製劑管理辦法」
衛生署訂定「藥商整頓方案」
- 1982

行政院公佈「優良藥品製造標準（GMP）」

1995

行政院開辦「全民健保」

「醫藥分業」



參考文獻

一、檔案

- 行政院衛生署、臺灣省政府衛生處、臺北市衛生局、高雄市衛生局編印，《中華民國 60-80 年衛生統計 一、公務統計》。
- 臺灣總督府，《臺灣總督府民政事務成績提要》，明治 29 年～明治 30 年。
- 臺灣總督府官房調查課編，《臺灣總督府三十三～三十五統計書》，1931 年～1933 年。
- 臺灣省行政長官公署編，《臺灣省五十一年來統計提要》（臺北：臺灣省行政長官公署，1947）。
- 臺灣省政府衛生處，《臺灣省衛生統計要覽民國 36 年～62 年》。
- 《臺灣省衛生處檔案・成藥管理》164.2.16，民國 57 年。
- 《臺灣省政府公報》，民國 36 年～70 年。

二、專書

- 小田俊郎著，洪有錫譯，《臺灣醫學 50 年》（臺北市：前衛出版社，1995）。
- 上海市醫藥公司、上海市工商行政管理局、上海社會科學院經濟研究所編著，《上海近代西藥行業史》（上海：上海社會科學院出版社，1988）。
- 天野宏，《藥文化往來》（東京：青蛙房，1992）。
- 皮國立，《臺灣日日新：當中藥碰上西藥》（臺北市：臺灣書房，2008）。
- 杜聰明，《回憶錄》（臺北縣：龍文出版社，2001）。
- 李騰嶽，《臺灣省通志稿・政事志衛生篇》（臺北：臺灣省文獻委員會，1953）。
- 林吉崇，《臺大醫院百年院史（上）》（臺北市：臺大醫院，1997）。
- 范佐勳編，《臺灣藥學史》（臺北：鄭氏藥學文教基金會，1991）。
- 柯木興，《社會保險》（臺北：中國社會保險學會，2002）。
- 島田昌碩，《判斷書例附醫事法令》（東京：南江堂，1916）。
- 莊永明，《臺灣醫療史：以臺大醫院為主軸》（臺北市：遠流，1998）。
- 陳永興，《臺灣醫療發展史》（臺北市：月旦出版社，1997）。
- 陳君愷，《日治時期臺灣醫生社會地位之研究》（臺北：國立臺灣師範大學歷史研究，1992）。
- 許錫慶編譯，《臺灣總督府公文類・衛生史料彙編（明治二十九年四月至明治二十九年十二月）》（南投市：臺灣省文獻委員會，2000）。
- 許錫慶編譯，《臺灣總督府公文類・衛生史料彙編（明治三十年一月至明治三十四

- 年十二月)》(南投市：臺灣省文獻委員會，2001)。
- 許錫慶編譯，《臺灣總督府公文類·衛生史料彙編(明治三十四年十二月至明治三十七年十二月)》(南投市：國史館臺灣文獻館，2003)。
- 清水藤太郎，《日本藥學史》(東京：南山堂，1971)。
- 張麗俊著，許雪姬、洪秋芬編纂解讀，《水竹居主人日記》卷二(臺北：中央研究院近代史研究所，2000)。
- 張笠雲，《醫療與社會—醫療社會學的探索》(臺北：巨流圖書，2001)。
- 梁瓈尹，《臺灣日日新：老藥品的故事》(臺北：臺灣書房，2007)。
- 富山縣賣藥同業組合，《富山縣賣藥同業組合沿革史》(富山市：富山縣賣藥同業組合，1942)。
- 臺灣經濟研究雜誌社，《製藥工業》(臺北市：臺灣經濟研究雜誌社社，1989)。
- 臺灣經濟研究雜誌社，《製藥工業》(臺北市：臺灣經濟研究雜誌社社，1992)。
- 臺灣經濟研究院，《中華民國化學工業年鑑 84 年版》(臺北市：臺灣經濟研究院，1995)。
- 臺灣省衛生處編印，《飛躍 50 年邁向 21 世紀-臺灣省公共衛生特刊》，1995。
- 黃金財，《臺灣懷舊之旅》(臺北：時報文化，1998)。
- 葉榮鐘，《臺灣民族運動史》(臺北：自立晚報社，1971)。
- 衛生署編，《臺灣地區公共衛生發展史卷一、二》(臺北：衛生署，1995)。
- 遠田裕正，《近代漢方》(東京：醫道の日本社，2001)。
- 鄭志敏輯錄，《日治時期《臺灣民報》醫藥衛生史料輯錄》(臺北：國立中國醫藥研究所，2004)。
- 戴東原等編，《臺大醫院百年懷舊》(臺北市：臺大醫院，1995)。
- 醫藥新聞社編，《臺灣醫藥新聞總覽》(臺北：醫藥新聞社，1972)。

三、期刊論文

- 丁玉鑫，〈臺灣製藥工業概況〉，《臺灣醫療衛生總覽》(臺北：醫藥新聞社，1972)，頁 578-579。
- 王世慶，評論呂理政、莊英章，〈臺灣現行農民曆使用之檢討〉，《民間宗教儀式之檢討研究會論文集》(臺北：中國民族學會，1985)，頁 124-125。
- 山口秀高主講，韓俊良譯(1996)，〈臺灣總督府醫學校成立之由來以及將來之企望〉，《臺灣史料研究》第 8 號，頁 49-51。
- 不著撰人，〈配置賣藥者に對して〉，《語苑》8(臺灣：臺灣語通信研究會，1936)，頁 18-20。
- 不著撰人，〈第二十九課 賣藥取締(續)〉，《語苑》4(臺灣：臺灣語通信研究會，

- 1941），頁 37-42。
- 不著撰人，〈製藥工業〉，《78 年版化學工業年鑑》（臺北市：臺灣經濟研究雜誌社，1989），頁 365-371。
- 不著撰人，〈製藥工業〉，《81 年版化學工業年鑑》（臺北市：臺灣經濟研究雜誌社，1992），頁 317-334。
- 江秀彥，〈臺灣藥業發展中國家角色之分析〉（高雄：中山大學政治研究所碩士在職專班碩士論文，2006）。
- 朱德蘭，〈日治時期臺灣的中藥材貿易〉，《臺灣商業傳統論文集》（臺北：中央研究院臺灣史研究所籌備處，1999），頁 105-159、241-251。
- 林佳潔，〈西醫與漢藥—臺灣第一位醫學博士杜聰明（1803-1986）〉（臺北：臺灣大學歷史所碩士論文，2002）。
- 林清玄，〈胃散〉，《打開心內的窗有聲書》（臺北：圓神出版社，2007）。
- 周學中，〈臺灣之製藥工業〉，《臺灣銀行季刊》19:1（1968.3），頁 131-149。
- 范燕秋，〈日治前期臺灣公共衛生之形成（1895-1920）〉，《思與言》33:2（1995.6），頁 212-258。
- 范燕秋，〈鼠疫與臺灣之公共衛生（1896-1917）〉，《國立中央圖書館臺灣分館館刊》1:3（1995.3），頁 59-84。
- 范燕秋，〈醫學與殖民擴張—以日治時期臺灣瘧疾研究為例〉，《新史學》7:3（1996.9），頁 133-173。
- 范燕秋，〈新醫學在臺灣的實踐（1898-1906）—從後藤新平《國家衛生原理》談起〉，《新史學》9:3（1998.9），頁 49-86。
- 恩田重信，〈第一編 藥局經營〉，《歐米藥制註釋》（東京：印刷株式會社，1922），頁 1-100。
- 莊正民、趙必孝，〈臺灣製藥工業國際化策略〉，《臺灣銀行季刊》43:3（1992），頁 45-50。
- 陳瑞芸，〈「空中藥房」—醫療消費文化之場域分析〉（臺北：政大新聞研所博士論文，2008）。
- 陳志昌，〈台灣民間食禁文化之研究—以「食物相剋中毒圖解」為討論中心〉（臺南：臺南大學台灣文化研究所碩士論文，2008）。
- 陳宏賓，〈臺灣西藥市場〉，《藥學雜誌》7:1（1991.3），頁 27-28。
- 張寧，〈阿司匹靈在中國—民國時期中國新藥業與德國拜耳藥廠間的商標訴訟〉，《中央研究院近代史研究所集刊》59（臺北：中央研究院近代史研究所，1995），頁 97-154。
- 張哲嘉，〈從賣藥廣告所見的江戶文化〉，《2004 財團法人交流協會日臺交流センターハーフ歴史研究者交流事業報告書》（臺北：財團法人交流協會，2005），頁

1-18。

- 郭麗娟，〈臺灣歌謠-開花等待蝴蝶群-恃才傲物的歌謠作曲家蘇桐〉，《源》43（臺北：臺灣綜合研究院，2003），頁5-11。
- 黃金財，〈童年記趣—挨家挨戶寄藥包〉，《源雜誌》58（2006.7），頁80-83。
- 楊志暉，〈臺灣之製藥工業〉，《臺灣銀行季刊》26:1（1975.3），頁131-139。
- 歐怡涵，〈日治時期臺灣藥業網路—以藥業從業人員與藥品使用者為主的討論〉（南投：暨南大學史研所碩士論文，2007）。
- 郭麗娟著、鄭恆隆攝，〈全民記憶的年代—寄藥包〉，《光華雜誌》18（2006.6），頁69-78。
- 賴恒顏，〈我的祖父懶雲先生〉，《賴和研究資料彙編（上）》（彰化：彰化縣立文化中心，1994），頁18-20。
- 劉秋生，〈當前國人製藥工業所面臨的問題〉，《藥學雜誌》1:1（1984.4），頁17-20。
- 劉秀庭，〈「賣藥團」—一個另類歌仔戲班的研究〉（臺北：國立藝術學院傳統藝術研究所碩士論文，1998），頁17-26。
- 劉士永，〈一九三〇年代以前日治時期臺灣醫學特質〉，《臺灣史研究》4:1（1999.4），頁97-148。
- 劉士永，〈日治時期臺灣醫藥關係管窺〉，未刊稿。
- 醫藥新聞社編，〈臺北市製藥工業調查表〉及〈臺灣省製藥工業調查表〉，《臺灣醫療衛生總覽》（臺北：醫藥新聞社，1972），頁966-1008。

四、英文資料

- Gilbert Macdonald,
1980 *One Hundred Years Wellcome 1880-1980: In Pursuit of Excellence*,
London: Wellcome Foundation, pp5-31.
- Charles C.Mann and Mark L.Plummer,
1991 *The Aspirin Wars: Money, Medicine, and 100 Years of Rampant Competition*, New York: Alfred A.Knopf.
- Liu Shiyung,
Building a strong and healthy empire: the critical period of building colonial medicine in Taiwan, *Japanese Studies* 24:3(2004), pp301-314.
- Loeb Lori,
George Fulford and Victorian Patent Medicine: Quack Mercenaries or Smilesian Entrepreneurs?, *Canadian Bulletin of Medicinal History* 16 (1999), pp125-145.

Koji Yamakawa,

Historical sketch of modern pharmaceutical science and technology(Part3).From the second half of the 19th century to World War I ,*Yalushigaku Zasshi*.30:1 (1995):1(abstract).

Hajime Yamada,

The development of modern Japanese pharmaceutical industry (Part3):from 1886 to 1906,coinciding with the era between the institution and issue of Japanese Pharmacopoeia first edition with third edition (JP I -JP III),*Yalushigaku Zasshi*.27:2(1992),pp83-89.

五、報紙

《中華日報》，2001年。

《中央日報》，1995年。

《自由時報》，2003年。

《民眾日報》，1993年～1996年。

《詩報》，1941年。

《臺灣日日新報》，1901年～1929年。

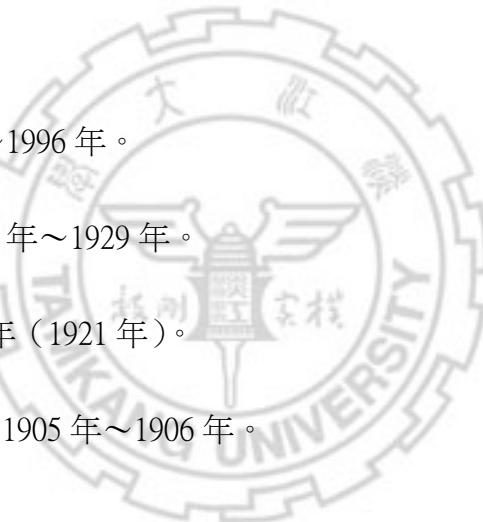
《臺灣民報》，1930年。

《臺灣時報》，大正10年（1921年）。

《臺灣日報》，2005年。

《漢文臺灣日日新報》，1905年～1906年。

《聯合報》，1995年



六、網路資料

中央銀行全球資訊網，2009.11.3 下載，

<http://www.cbc.gov.tw/ct.asp?xItem=966&CtNode=520>。

中央研究院臺灣史研究所圖像資料庫，2010.12.22 下載，

<https://db1n.sinica.edu.tw/textdb/visualImg1/display/hygiene/01.htm>。

廣貫堂網站，2010.1.3 下載，

<http://www.koukandou.net/info/siryoukan.html>。

內政部戶政司全球資訊網，2010.4.1 下載，

http://www.ris.gov.tw/version96/stpeqr_01_04.html。

今日新聞網，2010.6.30 下載，

<http://wwwnownews.com/2007/10/09/124-2169492.htm>。

自由新聞網，2010.11.11 下載，

<http://www.libertytimes.com.tw/2010/new/nov/10/today-center3.htm>。
年代印象之古早寄藥包，2010.9.8 下載，
<http://www.wretch.cc/blog/kj721231/12082962>。
明德不新部落格，2010.5.12 下載，
<http://blog.xuite.net/oldcorp/blog/28712585>。
寄藥包-二郎的部落格，2010.12.21 下載，
[http://140.130.199.203/poutzu/Pou8-6.htm](http://tw.myblog.yahoo.com/jw!PiOQzw6RGBLQumEjXbTEIXy whole page content is obscured by a large watermark of the National Kaohsiung Normal University seal, which is circular with the university's name in Chinese and English.mid=3111。
寄藥包仔網頁，2009.2.27 下載，
<a href=)。
龔仔の影像脈絡部落格，2010.1.12 下載，
<http://blog.yam.com/lukang280/article/20250034>。
rose224336 的網誌部落格，2010.2.27 下載，
<http://blog.udn.com/rose224336/3540216>。
rachel 的生活部落格，2010.10.28 下載，
<http://tw.myblog.yahoo.com/lovestar-0923/>。
6331370 的網誌部落格，2010.12.16 下載，
<http://blog.udn.com/article/trackback.jsp?uid=6331370&aid=2027243>。

七、口述資料

吳秋儒，〈李益顯訪談記錄（民國 27 年生）〉，訪問地點：彰化縣線西鄉，時間：
2009.4.11。
吳秋儒，〈柯耀輝訪談記錄（民國 38 年生）〉，訪問地點：彰化縣福興工業區長安
化學工業，時間：2010.7.15。
吳秋儒，〈柯建安訪談記錄（民國 25 年生）〉，訪問地點：彰化縣和美鎮正長生製
藥廠，時間：2010.4.6。
吳秋儒，〈周深煙訪談記錄（民國 20 年生）〉，訪問地點：彰化縣伸港鄉，時間：
2011.1.8。
吳秋儒，〈張友吉訪談記錄（民國 30 年生）〉，訪問地點：臺中縣太平市，時間：
2011.1.23。
吳秋儒，〈楊生寶訪談記錄（民國 31 年生）〉，訪問地點：彰化縣線西鄉，時間：
2011.4.3。