

重修

# 屏東縣志

健康與醫療



# CONTENTS

縣長序——重修《屏東縣志》的使命與意義	009
前鍾理和文教基金會董事長序——傳承與開創	010
著者序	011
緒論	013
<b>第一章 早期傳統醫療暨原住民醫療</b>	<b>019</b>
<b>第一節 早期原住民的藥草資源</b>	<b>020</b>
早期的原住民醫療	020
屏東熱帶地緣的醫藥生物資源	022
<b>第二節 西方宗教在原住民地區的醫療發展</b>	<b>026</b>
西方宗教與原住民巫師的衝突	026
教會醫院在原住民地區紮根	027
<b>第二章 傳統醫療與民間療法</b>	<b>029</b>
<b>第一節 傳統漢醫的醫療發展</b>	<b>030</b>
原始醫療時期的屏東	030
漢人移入後的漢醫	031
漢醫後續的發展	034
<b>第二節 民俗醫療</b>	<b>040</b>
民俗療法的定義與發展	040
養生療法	040
按摩療法與針灸	041
<b>第三節 民間信仰與醫療行為</b>	<b>042</b>
行醫的神明	042
寺廟神壇中的醫病儀式與藥籤	044
整合性醫療	046
<b>第三章 西式醫療照護的引入</b>	<b>047</b>
<b>第一節 西醫的發展</b>	<b>048</b>
日治前後期西醫發展	048
戰後署立屏東醫院的發展	054
教會醫院的醫療照護	058

第二節 護理健康照護 .....	060
屏東的護理發展 .....	060
繁雜的護理工作 .....	062
護理人員的就業現象 .....	063
第三節 助產接生服務 .....	064
產婆養成規定 .....	064
助產士和婦產科醫師的衝突 .....	066
產婆精神永留存 .....	066
第四節 西藥引入改變用藥習慣 .....	067
西藥在日治後成為主流 .....	067
走入民間的寄藥包 .....	069
醫藥分業與全民健保的衝擊 .....	069
多重的賣藥管道 .....	070
第四章 公共衛生與傳染病 .....	071
第一節 屏東縣公共衛生的發展 .....	072
屏東縣的公共衛生 .....	072
公共衛生防治及推行 .....	073
第二節 生活環境與習慣引發的疾病 .....	077
流行性腦脊髓膜炎 .....	078
霍亂 .....	079
天花 .....	080
結核病 .....	080
瘧疾 .....	082
小兒麻痺 .....	083
嗜伊紅性腦膜炎 .....	085
登革熱 .....	087
嚴重急性呼吸道症候群 (SARS) .....	088
H1N1 .....	089
愛滋病 .....	090
其他特殊疾病 .....	091

# CONTENTS

第五章 健康與疾病的觀念與行為 .....	094
第一節 屏東縣居民的主要死因 .....	095
臺灣居民的主要死因 .....	095
屏東縣歷年主要死因暨疾病變化 .....	099
第二節 屏東縣民眾的醫療行為 .....	114
縣民的主要醫療行為 .....	114
主要疾病的對應策略 .....	117
縣民生死觀念 .....	120
第六章 生活環境變遷的因應 .....	123
第一節 生活環境變遷帶來災害的因應 .....	124
天然環境災害的應對 .....	124
人為環境災害的處理 .....	129
人口與族群變遷之影響 .....	132
第二節 精神疾病帶來健康生活的威脅 .....	135
屏東的精神疾病醫療 .....	135
臺灣精神醫療政策與發展 .....	136
社區精神醫療 .....	138
憂鬱症與自殺 .....	140
第七章 醫療人員的培育 .....	141
第一節 醫療人員的培育 .....	142
屏東縣醫事人員養成背景 .....	142
醫護教育之重鎮 .....	148
第二節 地方有名望的醫師 .....	149
著名的醫師與診所 .....	149
早期醫師奉獻事蹟 .....	152

第八章 健康社區 .....	160
第一節 社區醫療體系的發展 .....	161
臺灣健康社區概況 .....	161
縣內健康社區工作概況 .....	162
全人醫療體系 .....	163
醫療網計畫 .....	165
第二節 高齡化社會的醫療發展 .....	166
高齡化社會趨勢的因應 .....	166
全民健康醫療保險 .....	168
第九章 屏東縣健康醫療的發展與展望 .....	170
第一節 屏東縣健康醫療的發展 .....	171
改善及平衡醫療資源 .....	171
屏東縣醫療健康的期待—“看病不過高屏溪” .....	173
第二節 屏東縣健康醫療的展望 .....	173
開創屏東醫療健康的國際地位 .....	174
規劃南台灣高齡者多元照顧產業園區 .....	175
屏東縣主要醫療機構一覽表 .....	177
屏東醫療年代紀述 .....	182
參考書目 .....	212
專書及論文 .....	212
網站 .....	218
報章雜誌 .....	221
索引 .....	222
著者簡介 .....	231
誌謝 .....	231

# CONTENTS

## 圖目錄

圖3-1 產婆卒業證書	064
圖3-2 產婆試驗合格證書	064
圖4-1 滿州國小H1N1新型流感專區網頁	090
圖5-1 日治時期九類死因變動趨勢圖	096
圖5-2 屏東縣近年來四大主要死因變化	119
圖7-1 日治時期屏東醫生養成地分布	143

## 照片目錄

照片1-1 原住民傳統醫療	021
照片1-2 三地門鄉衛生所主任謝德貴醫生	028
照片2-1 屏東中醫師會員證書	034
照片2-2 屏東市內富盛名的馬祖廟慈鳳宮	042
照片2-3 署立屏東醫院開辦整合醫療門診	046
照片3-1 1955年省立屏東醫院建築全貌（署立屏東醫院提供）	054
照片3-2 1947年6月9日省衛生處顏春輝處長至屏東醫院巡視合影	055
照片3-3 戰後首任屏東醫院院長李朝欽醫師（署立屏東醫院提供）	055
照片3-4 署立屏東醫院現況（署立屏東醫院提供）	056
照片3-5 屏東基督教醫院畢嘉士醫師在仁愛路宿舍治療結核病兒童，並設立全省第一所專治小兒麻痺的「兒童療養院」	059
照片3-6 屏東基督教醫院成立支架工廠自製支架供小兒麻痺症病童使用，讓孩子們可以站起來自行活動	059
照片3-7 屏東基督教醫院越洋延請專家來醫院指導脊椎側彎矯正手術，讓小兒麻痺患者得到最佳的治療，在當時更躋身為世界八個脊椎矯正中心之一	059
照片3-8 戰後屏東醫院首任護理主任曾賽珠女士（署立屏東醫院提供）	061
照片3-9 護理人員工作	063
照片4-1 圖為屏東市衛生所。	074
照片4-2 萬丹衛生所	074
照片4-3 來義衛生所	074
照片4-4 畢嘉士醫師先前服務的癲瘋病院，現由民間養護之家代管經營	084

照片4-5	畢嘉士醫師2010年回到屏基，曾受其照顧治療的患者趕來相聚 .....	084
照片6-1	陳鵬飛醫師及其診間 .....	136
照片6-2	1967年遷至此的養安診所，為屏東第一間精神科診治機構 .....	137
照片7-1	臺灣總督府醫學校畢業證書樣式（吳媽西醫師） .....	144
照片7-2	長崎醫科大學學位證書 .....	144
照片7-3	長崎醫科大學結業證書 .....	144
照片7-4	李慶樑醫師之子李昭仁醫師－屏東縣醫師公會理事長 .....	153
照片7-5	運動員的救星郭茂隆醫師 .....	154
照片7-6	滿是簽名球的診間 .....	154
照片7-7	郭茂隆醫師經中醫師特考及格取得的中醫師證書 .....	155
照片7-8	郭茂隆醫師在中國醫藥學院鍼灸研究中心的結業證書 .....	155

## 表目錄

表1-1	屏東原住民藥用植物研究史料表 .....	023
表1-2	吳永昌在屏東發現的藥用植物一覽表 .....	024
表1-3	屏東的排灣族醫療使用之草藥 .....	024
表2-1	屏東中醫利用率和全國利用率最高地區之數據表 .....	038
表2-2	屏東主要區域中醫利用率之數據表 .....	038
表2-3	屏東中醫醫療費用和全國最高地區之數據表 .....	038
表2-4	屏東主要區域中醫醫療費用之數據表 .....	039
表2-5	屏東縣內主祭保生大帝之廟宇一覽表 .....	043
表2-6	民俗療法的藥籤 .....	045
表3-1	日治時期屏東地區公醫分布表 .....	051
表3-2	日治時期屏東地區醫藥衛生機關分部概覽表 .....	052
表4-1	早期屏東縣居民及國小學童感染寄生蟲的狀況 .....	073
表4-2	屏東縣內各鄉鎮衛生所概述表 .....	075
表4-3	日治時期高雄州傳染病防治狀況表 .....	077
表4-4	臺灣每年瘧疾死亡率（1906-1942） .....	081

# CONTENTS

表4-5	台灣瘧疾研究所歷任所長及任期 .....	083
表4-6	2002-2007登革熱確定個案統計表 .....	087
表5-1	日治和戰後時期主要死因比較表 .....	097
表5-2	戰後歷年來台灣零歲平均餘命統計表 .....	097
表5-3	潮州郡罹患瘧疾死人數統計表 .....	100
表5-4	1986-2008年度 屏東和臺灣近幾年主要死因比較表 .....	102
表5-5	屏東縣例年人口數表 .....	112
表5-6	屏東縣山地離島地區「醫療給付效益提昇計畫」IDS成果表 .....	117
表6-1	屏東縣1911-2010年風災與水災紀錄 .....	125
表6-2	吳進喜整理之恆春一帶地震文獻表 .....	128
表6-3	1897-1981年恆春地區與臺灣各區地震損傷情況表 .....	128
表6-4	臺灣各時期主要的族群一覽表 .....	133
表6-5	屏東主要精神醫院一覽表 .....	137
表6-6	屏東縣精神醫療的專業人員表 .....	138
表6-7	國內五所公立精神科醫院及養護所的成本粗估 .....	138
表6-8	台灣大學附設醫院精神科歇斯底里患者減少狀況 .....	139
表7-1	1940、50年代屏東籍醫師學成回鄉開設診所一覽表 .....	150
表7-2	早期對屏東醫療付出奉獻的醫師簡述表 .....	156
表8-1	社區健康營造推動情形 .....	162
表8-2	全人照護預防模式表 .....	163
表8-3	長期照護的服務方式表 .....	167



## 重修《屏東縣志》的使命與意義

有感於屏東先賢以及全國各界的期許，縣政府文化處與鍾理和文教基金會共同召集了關心屏東認同發展與文化傳承的各方精英，展開歷年來規模最大的「重修屏東縣志」計劃。本計劃歷時 5 年，期間進行大規模的田野調查、口述歷史與文獻回顧，延續屏東的歷史沿流及搜尋保留史料殘闕，並以新時代的觀點與定義提供一部具可讀性、豐富性的多元生活文化交流與傳承的平台，以便凝聚屏東人意識、反映集體歷史記憶，厚植民主體制，繼往開來。

屏東原本為多元南島語族與華夏文明傳承的生活文化交流處所。西力東漸讓原本錯綜複雜的區域交通網絡更形險惡；閩客移民的海洋絲路，以及多元南島民族遷徙的歷史進程交錯，啟發西潮與周邊地域富國強兵的渴望，也帶來新的、規模日趨擴大的衝突或是新的交流形勢。屏東也在台灣與東北亞、東南亞、中國乃至於西方列強的和解與衝突經歷中，經歷不同階段不同的移民潮。本縣為此成為區域交流的關鍵樞紐，也促使歷任縣長投身台灣民主轉型的過程中，塑造出能夠包容多元文化與族群差異的新認同。

戰後的屏東縣志最早於 1965 年在張豐緒任縣長時出版，記載 1960 年代以前的屏東歷史與社會。1993 年蘇貞昌縣長任內陸續重修出版文教志、人物志和政事志選舉篇。緣此，本次修志除延續傳統志書編修技能與思維之外，同時進行大規模鄉賢文史採訪與當代人文社會學科田野調查資料。新編志書首率地方志風氣之先，細膩地共同傳承南島語族、荷蘭文獻、閩客移民、東洋風情、戰後流亡潮、以及晚近諸多來自東南亞的新移民的生活文化；它們將為下一代保留豐富無形資產，後而以多元的台灣文化為基礎，塑造由下而上以屏東為主體的世界觀。

重修屏東縣志的出版為新一輪的修志開啟了厚植與豐富在地史料努力新頁。在此感謝由中央研究院、各知名大學、研究機構與在地文史團隊所組成編修與輔導團隊共同的努力。他(她)們由舊志新學與諸多跨國的檔案記錄中，勾勒出宏觀屏東的地理歷史發展圖像，並以跨領域合作的方式共同完成我們這個時代全方位的地緣人文產業生活紀錄。我們的努力將成為日後鄉鎮志、村落社區志、部落族群志、河流景觀志、家族人物志、水陸交通志、生態環境志、災難與復原志等等，多元志書發展的重大基礎。尋先民之足跡，窮天地之奧妙，訪賢達於田野，還權力於庶人。在此謝謝大家帶給啟鴻與未來世世代代的屏東人，攸關屏東認同與方志學說更豐富的想像。

屏東縣縣長

曹啟鴻

2014年10月

## 傳承與開創

鍾理和文教基金會於97年7月承接了《屏東縣志》的重修工作，當初除了地緣和信賴的因緣外，成立了24年的鍾理和基金會，也認知到應該承擔某些文化公共事務的責任，因此接下了這份具有挑戰性的重擔，只是想盡點力回饋社會。

《屏東縣志》每20年重修一次，這次修撰，是二戰後的第三次修撰。以二戰後的臺灣史來看，20年可以說是一個概念上的斷代，每次修撰雖必然承接了某些傳統，但在不同的斷代，歷史的真實和對歷史理解的真實往往不盡相符。

歷史對人的效應，不斷累積而形成了效應的歷史，進而影響和型塑人們的詮釋觀點；因此解嚴後的臺灣社會，在權力、生產方式、文化語言和傳媒等參照體系下，在民主化和自由化的後殖民社會狀態下，這次的修撰，必然要面對社會結構變動的理解和詮釋上的翻動，產生某些迥異以往的敘述和論述。

我想每一個篇章的撰述者，都是該領域的專業研究者或豐富學養者，他們除了在文獻學的整理歸納外，還必需腳踏實地的從事田調和訪談，加以參証，因此也承受了身心的壓力和工作的重擔，而能夠在各自的領域，完成具有高度水平的文本，確實讓基金會的同仁們甚感敬佩。

這部縣志得以完成，應感謝縣政府及文化處協助，他（她）們任勞任怨，只為了讓縣志歷史更接近真實的呈現給縣民。

我們也想對鍾理和文教基金會前執行長黃慧明、陳秋坤教授和鍾鐵民兄，以及所有參與這項投文化工程的人和評審委員，表達謝意，因為大家的努力，終於凝結成每個篇章的心血。

前鍾理和文教基金會董事長

曾貴海

2014年10月

## 著者序

# 逆境中覓生路 屏東醫療生命力展現

本篇「健康醫療篇」，可說是包括了屏東醫療史、環境史、社會福利史及社區發展史等主題，使得本篇視野顧及整體的健康生活及社會福利脈絡，為地方誌中有關醫療篇章的內容開創不同的視野。

屏東位處臺灣最南端，狹長的地型為臺灣各市縣少有，此地形因腹地不大，加上有山險阻，開發不易，因而使得病菌滋生。而臺灣城市發展從北到南，在高雄似乎是個句點，再往南就難爭取到重大建設及資源，讓屏東醫療資源不足；這兩件事雪上加霜讓屏東健康及醫療環境處於不利地位。

雖然如此，屏東人還是展現韌性，靠著教會醫院引入醫療資源，還成為全臺治療小兒麻痺的重鎮；也因為屏東人在地關懷，有感於產婦接生條件不足，陸續創辦了醫護專科學校，成為全臺培育護理師及助產師的重要據點。雖然屏東沒有大型醫學中心，也沒有醫學院，但在各地學醫的屏東人，包括海外學成者，都一心回鄉貢獻所學，撐起屏東人的醫療職責，捍衛起家鄉百姓的健康。未來，臺灣邁入老年化社會，因環境偏遠而一直處於劣勢的屏東，反有可能因為其閒適的環境和清悠的空氣，成為臺灣養生村的重點區域，讓屏東在臺灣健康醫療史上地位進行一次大翻轉。

本篇將屏東人在逆境中自求生路並展現強勁生命力的歷程和發展做一簡述，畢竟從臺灣著史以來四百年間，健康生活及社會福利面向的書寫非一本著作可完整描述，加上屏東一直以來被視為偏遠地域，相關文獻不足，更別談醫療史的領域，因此本篇撰述不易，需透過不斷的田野訪查及從業者提供第一手資料，否則難呈現此篇。盼此篇的誕生，能使更多能者之士更深入研究探查，讓屏東健康醫療史料建構更為完整。

本篇的撰寫人包括陳順勝、李瑞娥、陸銘澤、與王秀紅，各有專長背景。陳順勝教授現為高雄長庚醫院名譽副院長，本身就是屏東林邊人，專注臺灣的醫療史多年，曾赴歐美考察有關馬雅各及萬巴德等曾來臺行醫醫師的文獻，對原住民醫療也有多篇研究報告。李瑞娥女士為美和科技大學專任教師，專注於屏東醫護及助產領域的口述歷史研究，透過她覓得了許多第一手資料，成為縣內醫療領域重要文獻。陸銘澤先生為文化領域工作者，參與臺灣醫療史研究、博物館規劃及經營等工作，由其文化背景進行研究、調查並落筆，讓本篇得以從整個健康醫療多領域的大架構脈絡中剖出。王秀紅教授是前衛生署長與護理學院院長，對公共衛生政策與護理的發展，有獨到的見解與歷練，對於屏東這兩方面的撰寫駕輕就熟。

本篇亦有幸能在縣內健康醫療領域的專家及學者幫忙下完成，期間成立了工作小組，小組成員幾乎包括了縣內重要醫療資源及文史工作的負責人，包括屏東縣衛生局、署立屏東醫院、屏東基督教醫院、東港安泰醫院、屏東縣醫師公會、屏東縣中醫師公會、屏東縣護理師護士公會、屏東縣藥師公會、財團法人蕭珍記文化藝術基金會、高雄醫學大學護理學院及輔英科技大學。參與專家學者包括王秀紅、李建廷、李昭仁、巫雲光、沈昇螢、黃文龍、黃淑珠、梁子安、鄭志敏、蘇清泉、蘇文光、鄭裕民及蕭永忠（依姓氏筆劃順序排列）等專家學者，沒有他們的參與，本篇難以如此完整，在此感謝他們。



謹誌  
2014年10月

重修

# 屏東縣志

## 健康與醫療

緒論



## 緒論

健康與醫療篇主要是呈現屏東縣醫療與健康的發展面貌，以醫療為經，歷史為緯作為撰述的架構，以概括性方式描繪早期與現代的健康醫療的情況，及未來的健康醫療發展展望，分九章描述：

### 第一章 早期傳統醫療暨原住民醫療

本章呈現早期的屏東縣醫療衛生與健康的面貌，包括早期的傳統原始醫療、早期原住民及後來移民之歷史發展。屏東縣民在早期開墾荒地時面臨了各式疾病，在束手無策的情況下，經常仰賴先前的信仰，乞求祖靈或是天上神明的庇佑，以致形成了各式因信仰所形成的醫療手法。早期屏東平原只有原住民的足跡，屏東的醫療維繫健康方式便以原住民的傳統療法為主，包括巫師、祖靈祭祀及草藥為主；原住民大都使用天然植物或心靈醫病，屏東屬於熱帶地緣擁有非常豐富的藥用資源，而運用最多的便是原住民，因為原住民的傳統知識和土地息息相關，其生活中不變的核心價值觀念便是土地、植物、動物和人群的統一和諧；這些植物普遍在原住民領地中獲得保護，這個現象在世界各地皆同，在全世界約有90%的藥用植物在原住民領地內；在日治時代，日本政府特別在恆春設立「恆春熱帶植物殖育場」，進行熱帶經濟植物移植試驗。十七世紀西方宗教開始影響屏東縣與原住民地區的生活，教會醫療開始在屏東地區紮根，1953年基督教行道會美國差會在屏東市創辦診所後，屏東便和基督教醫療結了不解之緣，這間診所在1963年9月正式命名為「屏東基督教醫院」；屏東基督教醫院以屏東市為據點，開始至部落照顧原住民，屏東基督教醫院後來成立「原住民健康促進中心」，持續支持專科醫師上山，並有系統地追蹤病人，包括複診、檢驗、用藥及衛教，也有原住民特別門診，並至山上接送病患；為了推動原住民傳統醫療文化的保存工作，「原住民傳統醫療文化暨健康推動中心」也成立，持續關懷原住民的健康。

### 第二章 傳統醫療與民間療法

本章主要是呈傳統漢醫的醫療發展與民間療法，及瞭解中醫及中藥房在屏東地區的發展狀況。漢人開始移入屏東後引進了傳統醫療，一般大眾就以漢醫漢方藥材作為健康醫療的保健，後來日本人統治臺灣後將西醫帶入臺灣，初期臺灣人很排斥西醫，戰後還想捨西醫就傳統醫療，但是在臺灣發生傳染病後情況便改變了，加上日本政府透過一系統的衛生醫療政策，不斷建立西式醫療院所及教育西醫知識，使得西醫獲得發展，而中醫則受到抑制，一直到在戰後才實施中醫和西醫雙軌並行的衛生政策，在西醫為世界主流的時代，傳統的中醫通常是當西醫未能治癒後所採行的補充醫療；由於中醫有異於西

醫的醫療手法，常以天然植物或是食補的方式治療，對講求養生的人來說，中醫就醫率高於西醫，而外傷和骨骼方面的疾病，中醫仍有其地位，尤其是相關中醫系所、醫院成立和中醫列入健保後，傳統中醫已走出自己的一片天。

### 第三章 西式醫療的引入

本章主要是呈現西式醫療在屏東地區的發展，包括西醫醫療機構、護理健康照護、助產士接生服務、及西藥引入後的西藥房經營發展。日本進行明治維新，學習西方的專業及科技，包括醫療，因緣際會日本把這項學習給帶入臺灣，透過政策讓人民漸漸轉傳統的漢醫和民俗醫療而就西方醫療，尤其是急性疾病，再加上國家在資源分配與教育投資的龐大支出，都強化了西醫在醫療體制上的地位，成立了屏東醫院；光復後，教會醫院開設醫院照顧病人，也進行醫學教育。其實，在日治前30年臺灣基督長老教會已在醫院收取學生教導現代醫學，包括學徒醫師及護理人員，教會醫院是臺灣醫療衛生現代化的播種者，在屏東縣，教會醫院的醫療照護佔了重要位置，屏東市的屏東基督教醫院及恆春的恆春基督教醫院，兩院擔起屏北及屏南兩大區塊的醫療資源。西醫引入後醫護人員的工作是值得關注的醫療領域，同時西醫改變了民眾的用藥習慣，早期由於看西醫的費用很高，雖然西式成藥不比傳統藥材低廉，但它的成效有「科學效力」，病人便會到西藥房買成藥治療，西藥房的生意非常熱門，雖然政府取締無證照的藥房，仍有不少藥局向藥劑師租借執照開業，因為藥局生意好；不過隨著1995年實施全民健保，這些藥局的生意便不好。而早期為產婦接生的助產士，在日本時代即受過專業訓練，戰後助產士依據助產士法持續有不少受專業訓練的助產人員取得國家證照，在婦產科醫師缺乏的時代，產婦的產前照護和接生工作全由助產士處理，隨著國家的政策助產士行業漸漸走入醫療歷史，但產婆精神永遠長存。

### 第四章 公共衛生與傳染病

本章主要是呈現縣內的傳染病與公共衛生防治工作發展。早期屏東的傳染病例非常多，包括寄生蟲，國小學童感染的鞭蟲、蛔蟲、鉤蟲、蟯蟲，流行性腦脊髓膜炎、小兒麻痺，及後來的霍亂、天花、肺結核、瘧疾、小兒麻痺、登革熱、SARS、腸病毒及H1N1等，這些疾病皆對屏東民眾帶來相當大的生命威脅；另外，由於屏東位於臺灣南端的臨海地區，而有一些特殊的疾病，例如恆春半島的地方性眼疾「蔥農黴菌性角膜炎」及由海洋弧菌引發的壞死性筋膜炎。政府為了積極推動地方的衛生業務，改善公共衛生環境，在各縣市設置衛生院，地方則先後成立衛生所，並積極推行醫療保健、防疫、環境衛生及加強衛生人員訓練、實施預防接種、舉辦學校衛生及衛生教育；鄉鎮衛生所成了最基層的衛生單位，可直接促進地方公共衛生的發展。

## 第五章 健康與疾病思想之行為

本章主要是探討屏東縣居民的主要死因及屏東縣民的醫療行為。根據2010年行政院衛生署公佈的2009年死亡統計資料，1951年至2010年臺灣十大死因包括惡性腫瘤、腦血管疾病、心臟疾病、糖尿病、事故傷害、慢性肝病及肝硬化、肺炎、腎炎和腎徵候群及腎性病變、自殺、支氣管炎和肺氣腫及氣喘，在1995年臺灣步入高齡化社會後，民眾生活型態改變，飲食西化後多肉食且少運動，造成此類心臟血管、糖尿病、腎臟病等慢性疾病的高昇，並引發癌症（惡性腫瘤）；更由於文明社會帶來相互競爭，產生適應社會不良的情況，因而引發自殺，再者隨著各項建築物及交通工具的發達，也造成大量的意外傷害；這些資料供縣民做好本身的醫療健康保健。當縣民有疾病時，最常就醫場所方便為考量，小病以鄰近的醫院為主，若遇嚴重的大病時，多數人都會選擇高雄醫學大學附設醫院，其次是屏東基督教醫院；一般感冒生病時大部以在家休息使其自然痊癒，或是到藥局買藥，或到鄰近小診所看病；若有意外災害、車禍、火傷等疾病就會送至屏東及高雄的大醫院，這樣的現象對距離外地大醫院有百公里遠的屏南區域居民非常的不方便。

## 第六章 生活環境變遷的因應

本章主要是探討屏東地區因為生活環境變遷帶來災害及政府與民眾的因應策略。屏東處在特殊地型環境經常引起天然災害，像是颱風，每年都為屏東帶來重大的天然災害，另外還有人為環境災害，如水資源污染、空氣污染，還有恆春半島上的核三廠，雖然核能電廠在節能減碳上效果卓著，同時在醫療方面，和高雄各大醫院有災難的合作關係，有相當的核災應變經驗，但民眾始終有種不定時炸彈存在的感覺。人類對生活環境的改善而使得人口持續增加，由於對公共衛生的重視，減少了疾病的發生，加上醫療科技的進步，人類的平均壽命愈來愈高，使得人口壓力愈來愈大；同時人類改善生活環境減少病源形成人口增加後，帶來了環境資源過度開發的現象，造成了地球生態的變化，也增加了人類的生存危機；人們為了求生存，傳統價值觀被推翻了，進而造成壓力影響人們的行為，當生存壓力無法處理時便累積轉變成精神疾病；最後，因為科技發達而使人類的平均壽命延長，屏東地區也進入高齡化社會，這些社會變遷所形成的生存危機都是屏東縣民應該瞭解的生活生態，以建立應有的因應態度。

## 第七章 醫療人員的培育

本章主要是呈現屏東地區的醫療人員培育發展及介紹地方有名望的醫師、著名醫師的診所。屏東縣內並沒有醫學中心及教學醫院，醫師養成皆需至外地學習，縣內醫師都在外地學成後回鄉或是從外地前來縣內服務；然而屏東卻是護理人員及助產人員養成的大本營，包括成立於東港的婦嬰助產職業學校（輔英科技大學）、美和護理專科學校



(美和科技大學)和慈惠護理助產高級職業學校(慈惠護理專科學校),還有培育藥師及護理人員的大仁藥學專科學校(大仁科技大學)。屏東地區有許多學醫的醫師學成後大多回鄉奉獻,不只在鄉里開設醫院診所回饋地方,更對地方的教育與文化工作有所貢獻,最熟悉的就是徐傍興醫師,在內埔鄉建立美和中學和美和護理專科後成為返鄉貢獻地方醫事教育與文化的典範,徐傍興醫師畢業於台北醫專,先後擔任台大醫學院教授兼醫院外科主任,被台灣的外科醫學界尊稱為「大將」;由於屏東縣早期醫師奉獻事蹟非常豐富,無法一一呈現其醫療事蹟,就以簡述表呈現為屏東地區付出醫療貢獻的醫師,但仍會有所遺漏而感遺憾。

## 第八章 健康社區

本章將探討屏東地區的社區醫療體發展與高齡化社會的醫療因應策施。就國家而言,保障國民身心健康是每個國家的基本責任,對每個國民而言,要求一個健康的生活環境及一個能保障身體健康的醫療體系,是每個國民的基本權利;而國民的健康便需從社區著手。世界衛生組織(WHO)先後提出「人人健康」、「健康促進的理念及原則」的觀念,主要便是著眼於社區環境的改善、培育民眾的能力、強調社區居民的權力、激勵社區的參與及有效的投入,以維護及促進社區成員的健康,也提出了「健康城市計畫」,期待醫療生態能深入社區,讓病患既能得到醫院高品質的醫療,又能儘早回到社區過著正常生活。臺灣為了改善農漁村的衛生與醫師不足及醫療資源集中在都市的現象,而實施了醫療網計畫,從1985年展開,每五年一期,第一期從1985-1990年到第四期2000-2004年,主要的工作都是在健全區域醫療系統、加強基層保健服務,以提昇醫療照護的品質;屏東縣為了配合衛生署推動的醫療資源垂直整合,推動了區域級醫院與高雄長庚醫院、高雄榮總、義大醫院等醫學中心及大型醫院的醫療資源整合,讓這些醫學中心的病患能轉至屏東地區醫院,而區域醫院的醫護人員也能到這些醫學中心進行在職訓練。屏東地區隨著疾病型態由傳染病轉為慢性和退化性疾病,健康社區成了因應此轉變的最好醫護方式,健康社區概念可以改善社區的生活型態,也可以透過健康社區的方式進行各項衛生教育宣導,以社區志工的力量建立健康社區生活。另外,屏東地區的高齡人口佔很高的比率,有關老人的醫療照護便成了非常重要的議題,許多需要長期照護的失能者或失智者,需要建立社區居家照護服務的工作。目前有許多學校與醫院機構都有提供居家護理服務,民眾向機構申請後經評估符合受案的條件,便會提供相關的居家護理供服務,像有高血壓病的慢性病的病人,出院的病人,身上插有鼻胃管、氣切插管(喉嚨)、導尿管的病人,經確認後,護理人員就會到家服務,這些都有健保醫療給付。

## 第九章 屏東縣的健康醫療發展與展望

本章主要是探討屏東縣的醫療健康發展期待。屏東因為地理環境的關係而有8個山地鄉，加上南北狹長的縣境，一直得靠著屏東醫院來支撐，使得醫療資源很難到達山地，後來有了恆春醫院進行山地巡迴醫療，再加上政府為了能改善醫療品質、降低醫療成本的目標，而推動了「整合性醫療照護系統」政策，屏東地區便藉著醫師與醫院間的資源整合提供更完整性的醫療照護；使得醫療系統無論在縱向的轉診制度及橫向的院際資源共享都得以落實，其間並加強基層醫師的持續教育，促進基層醫師、社區醫院與醫學中心的充分合作，以改善各地區的醫療資源。衛生署曾推動巡迴醫療的政策，各醫院都需認養醫療匱乏地方的醫療服務，每月需派專科醫師在固定時間到偏遠地區作巡迴醫療，同時提供衛教與親職教育宣導；「原住民健康促進會中心」也是整合醫療照顧的系統，這個系統是透過健保醫療費用的一部份對原住民提供特別的醫療。從縣內的醫療機構數量及分佈來看，要在南北長達112公里的狹長縣境維護屏東人的健康，確實有不足且不均的疑慮。屏東因地理與人文環境造就了特殊的醫療環境，以目前的機構規模、數量及配置，無法妥善照護縣民的健康，有必要在屏中地區設置一醫學中心級的醫療院所，以作為狹長地型中心的醫療點，如此才能有助於屏南地區居民獲得完善的醫療資源；所以屏東基督教醫院對醫院有個期盼，就是希望屏東基督教醫院將來能建立完整的醫療服務，讓屏東人能夠“看病不過高屏溪”，讓病人不必到高雄去看病，這也應該是屏東縣民對屏東醫療界的期待，期待屏東的醫療服務真的能讓縣民信任，而能“看病不過高屏溪”；另外，在全球化的時代，屏東基督教醫院一直都在從事國際醫療健康服務，到馬拉威、泰緬山區、緬甸、吉爾吉斯等國從事醫療健康服務，持續在國際建立醫療健康服務的地位，最後，在高齡化社會來臨的時代，屏東縣政府指示社會處在麟洛隘寮營區規劃了一處「高齡多元照護產業園區」作為屏東縣政府與醫療機構在醫療健康發展上的發展方向，以因應屏東縣高齡社會的來臨。

重修

# 屏東縣志

## 健康與醫療

第一章

早期傳統醫療暨原住民醫療



# 第一章 早期傳統醫療暨原住民醫療

## 第一節 早期原住民的藥草資源

傳統的原始醫學，一直以來都是醫學人類學研究的領域之一，其分支之一的民族醫學（Ethnomedicine），談的就是與疾病有關的信念和習俗。根據Hughes, Charles C.的說法，這些都是民俗化發展的產物，絕不是來源於現代醫學的概念範疇；被稱為醫學人類學之父的醫師兼民族學家Erwin Ackerknecht將原始醫學描述為「使用許多理性成分的原始巫術和宗教」。<sup>1</sup>如果要瞭解一個地區的醫療概念與現況的改變，必須先瞭解其原始醫療的情形，才能知道為何在現代西方醫學的強大壓力下，其仍能保有一定的社會信任度，而持續存在於現今社會。

因此，我們要瞭解屏東縣醫療衛生與健康的面貌，就必須探討其早期的傳統原始醫療、早期原住民及後來移民之歷史發展；早期開墾荒地時必會面臨各式疾病，在束手無策的情況下，勢必會仰賴先前的信仰，乞求祖靈或是天上神明的庇佑，以致形成各式因信仰所造就的各式醫療手法。屏東縣在漢人移民遷入時，原住民的醫療方式及行為便面臨挑戰，然後被強勢的漢文化同化與融合，因而形成更多元的醫療認知與行為，形成地方特有的醫療面貌。

### 早期的原住民醫療

在屏東的高山族原住民以排灣族、魯凱族及恆春阿美族為最主，屏東平原一帶最早屬於平埔族馬卡道歐系「鳳山八社」，鳳山八社包括塔樓社（今里港鄉塔樓、潮厝）、武洛社（今里港鄉茄冬村、載興村）、阿猴社（今屏東市）、上淡水社（今萬丹鄉社皮）、下淡水社（今萬丹鄉香社）、力力社（今崁頂鄉力社）、茄藤社（今南州鄉萬華村）及放索社（今林邊水利、田厝、崎鋒等村）。<sup>2</sup>

根據黃叔璥在「臺海使槎錄」中所提，屏東平原是一個「土多瘴氣，來往之（漢）人恆以疾病為憂」的地方；早期屏東平原只有原住民的足跡，又多有傳染病，因此早期屏東維繫健康的方式多以原住民的傳統療法為主，包括巫師、祖靈祭祀及草藥為主。<sup>3</sup>在屏東排灣族的巫醫往往是部落和神的中介者，是神的使者，要成為巫醫並沒有特定的身份背景，只要是女性即可，成為巫醫可要求舉行icjurug(巫醫的入門儀式之名稱)，往往有些體弱多病或是常有事故的女子，在參加此儀式後便改變體質，運勢也改變；在進行入門儀式之後，女子必須先等待先祖神靈贈與zaqu(通靈之珠)，第一顆通常稱做

<sup>1</sup> George M. Foster等著，陳華、黃新美譯，《醫學人類學》，頁72。

<sup>2</sup> 簡炯仁，1997，《屏東平原的開發與族群關係》，屏東：屏東縣立文化中心。頁64。

<sup>3</sup> 王嵩山，2001，《臺灣原住民的社會與文化》。頁174。

siilautlaut或是siiljizavljizav(試探之珠)，此時祖靈們會試探此女子是否適合做巫醫？被祖靈們認同之後才會在獲得其他的zaqu；擁有兩至三顆zaqu之後，就可以成為初級巫醫；通常初級巫醫會由一位老巫醫帶領，讓初級巫醫在一旁見習，而初級巫醫是否可以成為中級巫醫，則是由他的巫醫老師來決定。<sup>4</sup>

原住民除了巫醫外，還有另一種神的使者，稱為祭司(Paraaljay)，皆為男性擔任，祭司的選擇則需有2至3顆的zaqu，然後再可以進行ilingzejij(立祭司之儀式)，此儀式共為5天，祭司的候選者必須被關在主家中的一個房內，三餐皆由巫醫送至，其他人不准入內，需上廁所解手時，要用布蓋住頭部不能讓其他人看見他的面貌，也要避免蒼蠅接觸，在房裡也有一個臼，臼上擺放的是一個祭拜過的豬頭，豬頭的嘴需張著對向候選者，候選者在房內便要一直正眼直視豬頭；5天後通過儀式，便產生新的祭司，就必須跟著老祭司和巫醫學習祭司的工作，而祭司的主要工作是關於整個部落禍福吉凶的祭祀，任期也是終身的。<sup>5</sup>

排灣族裡的傳統醫療，至今在來義鄉仍可看的到，自祖先流傳下來的醫療方式，主要有巫師(心理治療)和獵人療法。目前來義鄉各村落都還有巫師存在，各村落最少都還有一位，主要工作是主持生命禮俗，平常會提供護身符給需要的人，同時會進行心靈治療。而目前來義鄉民的醫療行為，在生病時通常還是會選擇西醫診所看診，若是一直看不到，或是感覺被什麼東西卡到，托夢回魂，便會回來找巫婆進行傳統的醫療，也可以說是心理的治療。<sup>6</sup>



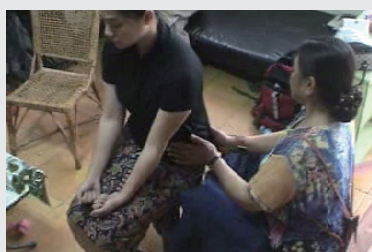
Pacevung(接風, 去邪)



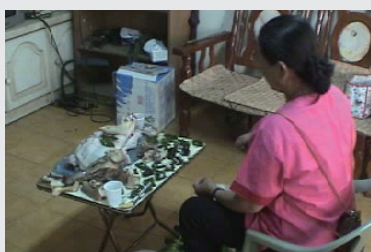
Paivadaq(問卜)



Paivadaq(問卜)



Palisi(治療)



Cengvulj(招魂)



Ilasuz/Isanalja(復元)

照片 1-1：原住民傳統醫療(尤振成提供)

<sup>4</sup> 尤振成、尤靖瑀，《原住民傳統醫療施行》，屏東基督教醫院提供之田野資料及本篇方振成訪談。

<sup>5</sup> 李莎莉；《排灣族》；國立台灣史前博物館 台灣原住民數位博物館計畫；2004。

[http://www.dmtip.gov.tw/FileUpload/interaction/e\\_images/%E6%8E%92%E7%81%A3%E6%97%8F%E7%BE%A4%E7%A0%94%E7%A9%B6.pdf](http://www.dmtip.gov.tw/FileUpload/interaction/e_images/%E6%8E%92%E7%81%A3%E6%97%8F%E7%BE%A4%E7%A0%94%E7%A9%B6.pdf)。(上網日期：2010/10/12)

<sup>6</sup> 來義鄉原住民生態環境保護登山協會理事長尤振成先生訪問稿。(陸銘澤訪問)

另一種獵人療法則是心靈受創的人，讓他入山進行打獵，和山神結合。<sup>7</sup>

在原住民的理念中，獵物是由山神來控制，當獵到獵物後，便會平安回來和部落裡的人一起分享。透過這份分享，大部份的人便會獲得心靈及心態的慰藉而獲得治療。<sup>8</sup>

早期原住民還被稱為蕃或山地人，原住民大都使用天然植物或心靈醫病；不同現在鄉內年輕人大都不需巫師慰藉，心靈的病都還是找精神科醫師。原住民的草藥及巫師，類似醫療人類學或是東方醫療的看法，這部份比較偏向禁忌，在鄉內目前也未有巫師，早期儀式各方面也和來義的排灣族不同，主要是排灣族分地區；各區風俗不見得相同，三地門屬北排灣，來義屬中排灣，另外獅子鄉和牡丹鄉是屬南排灣，在牡丹鄉有位董石牧師，他有座文物館放些巫婆使用的東西。原住民沒有一般漢人相信的靈及魂，只相信眼見，所以會接受天主教或基督教，在於能接受天堂和地獄的觀念，不相信輪迴，相信有上天的旨意，上天包括祖靈、諸神和上帝，也就是創造萬物者。<sup>9</sup>

我們來義鄉原住民還信巫婆，在慶典、結婚、生小孩、往生時都由巫婆主持，疾病方面看得比較少，看得見的病不會去看巫婆，像肝病這種文明病是不會去看的，會去看巫婆的病就是一些看不見的病，像家庭問題，或一些不知原因，看不見的疾病，做一些精神上醫療，就是給家庭祝福，類似風水師；至於其他的病就不如到屏東市的醫院來得快好，交通那麼方便，省得在那邊受苦。<sup>10</sup>

原住民常運用野生植物做為治病的處方，排灣族最常行之；屏東盛產的檳榔，可說是原住民社會最普遍拿來做祭祀的用品之一，排灣族人會將之壓碎，然後用汁來滴治眼疾，而科學藥理也證明檳榔汁可以驅逐條蟲、抗真菌及抗病毒等作用；漢人拿來包粽的月桃葉，它的根部會被排灣族人拿來治療熱病、腫痛和受傷；生薑根部則同樣被排灣族人用來治療頭痛、牙痛、腹痛、感冒、瘧疾、腫痛、毒蛇咬傷等疾病；也因為原住民廣為運用天然植物治病，因此在2000年出版的《臺灣原住民藥用植物彙編》中，便收錄了278種藥用植物。

### 屏東熱帶地緣的醫藥生物資源

世界上的藥用植物大都分佈在原始森林密佈的熱帶及亞熱帶，屏東地處熱帶，自有不少藥用的資源，也因此向日治時，日本政府特別在恆春設立「恆春熱帶植物殖育場」，<sup>12</sup>進行熱帶經濟植物移植試驗。

<sup>7</sup> 指大武山，根據森丑之助的說法，大武山是排灣族發祥之地，他們相信族人死後靈魂都會回到大武山頂永住，所以大武山是排灣族崇拜的靈峰。森丑之助著、楊南郡譯，《生蕃行腳 森丑之助的台灣探險》。頁254。

<sup>8</sup> 來義鄉原住民生態環境保護登山協會理事長尤振成先生訪問稿。（陸銘澤訪問）

<sup>9</sup> 三地門鄉衛生所謝德貴醫師訪談稿。（陸銘澤訪問）

<sup>10</sup> 護理師鍾美玲女士訪問稿。（李瑞娥訪問）

<sup>11</sup> 許木柱，2006，〈無形與有形 台灣原住民的兩大療法〉，《臺灣醫療四百年》，台北：經典。頁20-25。

<sup>12</sup> 現為林業試驗所恆春熱帶植物園。

這部份運用最多的便是原住民，因為原住民的傳統知識和土地息息相關，其生活中不變的核心價值觀念便是土地、植物、動物和人群的統一和諧；<sup>13</sup>這些植物普遍在原住民領地中獲得保護，這個現象在世界各地皆同，在全世界約有90%的孕有藥用植物的生態多樣性在原住民的領地內。<sup>14</sup>

林志忠先生整理了各時期有關原住民藥用植物的各項研究史料資料，這些史料都是至現地進行田野實訪，在屏東進行調查的大都是排灣和魯凱族部落，包括社頂、牡丹、霧臺、來義、筏灣和三地門等地（如表1-1）。

表1-1：屏東原住民藥用植物研究史料表

年代	作者	族群	地點	種類	說明
1918	瀧澤豐吉 岩松秋一	排灣 魯凱	屏東高雄	316	調查屏東高雄地區之排灣魯凱族植物語彙、疾病及利用方式
1995	王相華	排灣	屏東社頂	28	調查社頂一帶之植物利用
2001	潘富俊	排灣	屏東牡丹	11	植物利用清單普查
2003	郇月珠	魯凱	屏東霧臺	45	植物利用清單普查
2004	尤振成	排灣	屏東來義	1	古道植物利用研究
2004	蕭惠美 林志忠	排灣	屏東筏灣	40	藥用植物專論調查
2006	吳登杭	排灣	屏東來義	47	藥用植物專論調查
2006	白子芳	排灣	屏東三地門	39	植物利用清單普查

另外，根據高雄醫學大學天然藥物研究所吳永昌在2002年8及12月間至獅子鄉、霧台鄉及墾丁進行藥用植物的調查，發現在全台灣完成具有生物活性或民間常用之19種台灣特有藥用植物，其中1種屬於蕨類、3種裸子、9種被子雙子葉與6種被子單子葉植物共計19種。這19種植物包括台灣何首烏、桂竹、愛玉子、山黃皮、凹葉越橘、台灣杉、巒大杉、台灣百合、基隆山藥、台灣羊桃、台灣粗榧、台灣胡頹子、三奈、瓜葉馬兜鈴（青木香）、台灣藜蘆、台灣金狗毛蕨、長果月橘、台灣天南昇、台灣鼠李，其在屏東發現的植物有7種，如表1-2。<sup>15</sup>

<sup>13</sup> 蔡中涵，2001，〈原住民生藥植物保護與傳統巫醫〉，《原住民傳統醫療VS現代醫療》台北市：台灣原住民文教基金會。頁3。

<sup>14</sup> 三地門鄉衛生所謝德貴醫師訪談稿。（陸銘澤訪問）

<sup>15</sup> 吳永昌，1992，《台灣特有種植物與藥用資源調查研究》，年報期刊廿一期。

表1-2：吳永昌在屏東發現的藥用植物一覽表



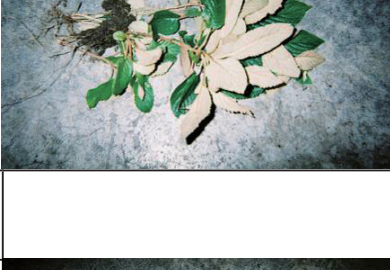

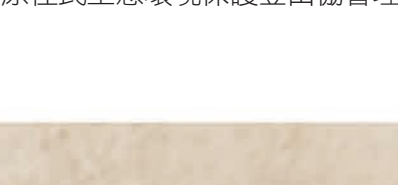
植物名稱	植物藥效	植物所在
台灣金狗毛蕨	補肝腎、治風濕痺病	排灣
台灣何首烏	藤治：驅風、鎮咳、怯痰、治風濕、咳嗽；葉治：感冒、敷刀傷。	恆春鎮墾丁
瓜葉馬兜鈴	根治毒蛇傷	三地鄉三地門
台灣鼠李	果實及根皮為瀉藥、利尿劑	恆春鎮南灣
台灣胡頹子	果實治腳氣；根及幹治風濕疼痛及跌打傷痛。	恆春鎮分水嶺
台灣百合	鱗莖清涼消毒，止咳；種子鎮咳。	霧台鄉阿禮、泰武鄉武威山、春日鄉浸水營、茶茶牙賴山；恆春鎮墾丁社頂、香蕉灣。
基隆山藥	根充山藥之原料	里港鄉、三地鄉三地門
三奈	根莖芳香健胃藥，治胸腹冷痛，寒濕吐瀉，蛀蟲牙痛。	屏東縣霧台鄉阿禮—小鬼湖、榛—霧台；瑪家鄉；泰武鄉泰武、北大武山入口—檜谷；春日鄉崁頂—力里、浸水營、大漢山；獅子鄉南迴公路、里龍山；滿洲鄉南仁山、南仁坑；牡丹鄉高士佛山。

另外，在尤振成、尤靖瑀的研究報告中，屏東的排灣族大都使用藥物治療外傷、跌打損傷並進行牙齒保健，如表1-3：

表1-3：屏東的排灣族醫療使用之草藥

病別	名稱	治療方法	植物相片
外傷	avawzjan	使用方法是將其嫩葉搗碎，敷在患部，可治療外傷或是皮膚龜裂。	
	ljayaz	可將其葉水煮，是治療酸痛、關節扭傷、骨折後復建的最佳良藥。或是將其枝切片切片曬乾後泡水喝，可以消除疲勞。	
	ljaljivuljivu	取其嫩葉搗碎後敷在患部，可治療皮膚龜裂。	
	qainguway	將其莖切口接觸蛇咬的傷口，可以吸除毒血。	
	saas	將其葉搗碎敷在患部，可治療刀傷。	



病別	名稱	治療方法	植物相片
	paliulj	取全株水煮敷在患部，可化膿。	
跌打損傷	livaleq	將其葉水煮後做成敷料，可治療肌肉酸痛。	
	ljamljam	將其根莖搗碎後用酒炒，包在zengla中敷在患部，可治療扭傷後復建，散瘀血。	
	pangalu	取其葉水煮，可消除疲勞。或是將葉片煮水後取其藥水沐浴，對於產後消炎效果極佳。	
	zengla	取其葉包敷料火烤，可治療肌肉酸痛。	
牙齒保健	alaylay	將其葉洗淨後放入口中咀嚼，可清潔口腔。	
	ljapalas	將全株水煮，使用其蒸氣，可治療蛀牙。	
	palidripilj	將其葉洗淨後放入口中咀嚼，可清潔口腔。	

資料來源：本圖文由屏東基督教醫院「台灣原住民傳統醫療文化暨健康推動中心」尤振成、尤靖瑀提供。

可知，屏東藥用資源大都集中在原住民區，而原住民會對藥用植物認識較深，除了居住的地理關係外，和獵人的傳統文化有很大關係。來義鄉原住民生態環境保護登山協會理

事長尤振成說：我小學六年級就獵到山豬，當了獵人，從獵物的過程中，我要去認識水源和各種植物，還需訓練用這些植物治病或是敷傷口，因此我便會認識一些藥用植物。<sup>16</sup>

## 第二節 西方宗教在原住民地區的醫療發展

### 西方宗教與原住民巫師的衝突

西方宗教對臺灣原住民的影響可以說是從十七世紀開始，最早可溯至1645年荷蘭人在臺南召集歸附的原住民頭目組織評議會，在此同時也進行基督教的傳佈，荷蘭當局為了避免造成不必要的困擾，直接用基督教喀爾文教派的牧師擔任政務員；<sup>17</sup>在信仰方面也強制信仰基督教，並廢除偶像，連進行醫療的女巫亦遭放逐。<sup>18</sup>

巫師巫婆在這種基督教社會裡生活，實在是與基督相遇，看見了基督，看見了上帝的大能、大力、權威，自然而然地失去了鬼附上身的能力。慢慢地，巫師巫婆的活動消失，達悟人信了耶穌以後，不再依靠巫師巫婆，不再聽他們胡說八道的演講，不再邀請巫師巫婆為他們的病人行法術…於是自己感到羞愧，只好悔改信耶穌，參與了教會的禮拜，成了基督徒，變成不再是巫師巫婆、行法術交鬼的人。<sup>19</sup>

在阿美族最古老的部落大巴壠，因為基督教及天主教的傳入，太巴壠的阿美族的醫療資源從巫醫的草藥及心理自然療法等傳統型態，改變為以各種外來醫療資源為主的醫療環境，這些醫療環境便是西醫。<sup>20</sup>一般族人認為教會中神父、傳道員或牧師並不會讓族人知道生病的原因及應如何具體做才能恢復健康。因此巫術在部落間還是有存在的必要，但是在面臨基督教和天主教的衝突時該如何面對？丁牧師訪問到一位排灣族已領洗巫師，在她受部落頭目之託，而重行巫術的說法：

你當巫婆的身分比當教友更早，是在領洗前就有的，巫婆是自己傳統的身分，而且是公開的，巫婆的工作不能停頓，部落裡還有許多人不信天主教，也不信基督教，如果他們要你用傳統的儀式，你就應該繼續當巫婆，如果你不答應，誰會降福他們的婚姻及新房子？誰會為病人及亡者禱告？<sup>21</sup>

後來，這位巫師去徵詢神父意見，給了可以繼續施行巫術，但只限非教友。而這位巫師一開始依神父意見，不過漸漸也協助教友，特別是認為天主教葬禮儀式太簡單，覺得不尊重亡者的教友；跟著有不少希望使用傳統習俗進行婚葬禮的村民和教友也希望他幫忙，從中可見傳統儀式在部落人心中仍有其不滅地位。<sup>22</sup>

<sup>16</sup> 來義鄉原住民生態環境保護登山協會理事長尤振成先生訪問稿。

<sup>17</sup> 李秀琴，〈有關台灣原住民、西洋宗教體系與傳教士的德文文獻〉，《台灣史研究》1，2，台北：中央研究院。頁131-140；

<sup>18</sup> 林衡道編，《臺灣史》。頁102。

<sup>19</sup> 董森永，2008，〈達悟族巫術與基督信仰相遇〉，《原住民巫術與基督宗教》，台北市：光啟文化。頁154-156。

<sup>20</sup> 林清盛，2008，〈阿美族巫醫與現代基督教靈醫〉，《原住民巫術與基督宗教》，台北市：光啟文化。頁162-165。

<sup>21</sup> 林丁立偉，2008，〈台灣原住民巫術牧靈神學反省〉，《原住民巫術與基督宗教》，台北市：光啟文化。頁169。

<sup>22</sup> 丁立偉，2008，〈台灣原住民巫術牧靈神學反省〉，《原住民巫術與基督宗教》。頁170。

## 教會醫療在原住民地區紮根

### 一、在原住民部落發展的西方宗教醫療

在日治時期，日本政府在初期因懷柔主義，在平地與蕃地相接地點都會設置撫墾署，以便處理蕃地綏撫及拓墾的事務，<sup>23</sup>在原住民部落設置公醫，一方面負責診療及衛生工作，另一方面則是為了監視及教化；此時期因日本政府限制傳教，甚至也禁止傳統的巫醫，原住民醫療呈現很長一段時間的殖民期行為，受制於公醫的診治；雖如此，卻改善了原住民的醫療環境，公醫制度的實行加強了各部落的醫療設施，也再加強深原住民日後接受西醫的心態。<sup>24</sup>

戰後日本人撤離，因戰事和重建都自顧不暇的國民政府，造成原住民的醫療嚴重缺乏，就在此時，西方宗教醫療再度影響原住民，最早是從信仰基督開始。在日本政府撤離臺灣後，三地門鄉鄉長歸順義率人來探訪許有才牧師，詢問道：「我們今後要敬拜什麼神？」因為日治時神社取代了原來社團聚集的地方；警察制度破壞了頭目、祭司的社會領導中心；效忠天皇更取代效忠頭目的意義；當一切都結束時，排灣族人失去了信仰中心，連早期的傳統都找不回來，基督教及天主教便從中取代，尤其是北區的排灣族，而南區排灣族因牡丹事件影響，較不相信外來宗教。<sup>25</sup>

同時期天主教也鼓勵培養各族的神父，設法將天主教與原住民傳統社會連結，因此天主教在1954~1960年間，讓70%的原住民改變信仰成為基督徒，可見原住民族對當時失去政治自主性，處於社會孤立及對戰後普遍存在的不安全感，多麼渴望有他人的幫助，天主教及基督教適時的站了出來。<sup>26</sup>

在接受天主及基督教後，原住民並不是就如此安然渡日，不少長老及頭目在信教後禁止了祭司的祭典，這個舉措引起了部落間不同信仰團體的分裂，特別是對本族主要傳統信仰的保存及流傳堅持的一派及贊成由新教或基督教儀式取代傳統信仰的另一派。<sup>27</sup>

### 二、服務原住民教會醫院紮根

在1953年基督教行道會美國差會的白信德（Dr. Signe Berg）在屏東市創辦畢士大診所後，屏東便和基督教醫療結了不解之緣，這間診所在1963年9月正式命名為「屏東基督教醫院」。

屏東基督教醫院雖在屏東市，卻也常至部落照顧原住民，從1957年起，當時的挪威籍醫師傅德蘭及畢嘉士醫師便與數位外籍宣教士醫護人員，至霧台、好茶及牡丹等山地部落進行義診，讓原住民說出：「屏基是我們的醫院」；由於之前的努力，屏東基督教醫院後來成立「原住民健康促進中心」，持續讓專科醫師上山，並有系統地追蹤病

<sup>23</sup> 森丑之助著、楊南郡譯，2000，《生蕃行腳 森丑之助的台灣探險》，台北：遠流。頁189。

<sup>24</sup> 陳永興，1996，〈被遺忘的原住民醫療〉，《台灣史料研究》8，37，台北：吳三連台灣史料基金會。

<sup>25</sup> 童春發，2001，《臺灣原住民史 排灣族史篇》，南投市：省文獻會。頁：164。

<sup>26</sup> 李秀琴；〈有關台灣原住民、西洋宗教體系與傳教士的德文文獻〉；《台灣史研究》。

<sup>27</sup> 李秀琴；〈有關台灣原住民、西洋宗教體系與傳教士的德文文獻〉；《台灣史研究》。

人，包括複診、檢驗、用藥及衛教，也有原住民特別門診，並至山上接送病患；為了推動原住民傳統醫療文化的保存工作，「原住民傳統醫療文化暨健康推動中心」也成立，持續關懷原住民的健康。<sup>28</sup>

我們來義鄉民很歡迎巡迴醫療車，部落的老人都以巡迴車為主，一個月會來一次吧！我媽就很熱衷到巡迴醫療車，常常期盼醫療車的來臨，她七十多歲了，都是一般的檢查，量血壓、抽血、驗尿等等，不是生病才去。<sup>29</sup>

政府早期為了改善山地偏遠地區醫療環境，曾實施原住民的公費醫學生的政策，醫學院畢業便需回鄉服務；三地門鄉衛生所謝德貴主任就是公費的醫院院畢業的醫師。

我是北醫公費生，早期北醫有山地醫專，需回鄉服務十年；我覺得公費醫師的制度很好，公費培養原住民醫師是成功的社會服務，讓沒有錢的原住民可以完成醫學教育，並回鄉服務，解決醫師普遍不願至原住民部落服務的。<sup>30</sup>



照片1-2：三地門鄉衛生所主任謝德貴醫生（陸銘澤攝）

民國68年至瑪家鄉衛生所服務，之後至霧台鄉服務；在民國72年時至衛生局擔任代理課長；75年便來到三地門鄉服務，至今已服務鄉梓近25年，中間曾幾度可能要離鄉，卻在每一個關卡都有事留下；會留下來，另一個原因是信念，當時一般人認為衛生所功能有限，在「不信衛生所做不好！」的信念下堅持留鄉服務；工作至今，從怎能無怨至豈能無怨，後至無怨無悔。<sup>31</sup>

目前原住民公費醫師制度已經跟過去不太相同，隨著大環境的改變，在醫療資源越來越充裕的情形下，原住民公費醫師制度也有了調整。

<sup>28</sup> 屏東基督教醫院網站；www.ptch.org.tw/\_private/history/historyindex.htm（上網日期2010/10/20）。

<sup>29</sup> 護理師鍾美玲女士訪問稿。（李瑞娥訪問）

<sup>30</sup> 三地門鄉衛生所主任謝德貴醫生訪談稿。（陸銘澤訪問）

<sup>31</sup> 三地門鄉衛生所主任謝德貴醫生訪談稿。（陸銘澤訪問）

重修

# 屏東縣志

## 健康與醫療

第二章

傳統醫療與民間療法



## 第二章 傳統醫療與民間療法

### 第一節 傳統漢醫的醫療發展

臺灣自1865年開放通商口岸後，西式醫療由傳教醫師帶入後，西醫便在台灣紮根，尤其在1895年至1945年的日治期間，讓西醫成為臺灣的醫療主流；而在此之前，臺灣便存在原住民傳統醫療和由漢人帶進的傳統醫療，這兩種傳統醫療在西醫轉為主流的發展下各有不同際遇。

原住民的傳統醫療，在原住民普遍接受教會（基督教及天主教）的情況下更加依賴西醫，傳統的醫療成為民俗禮儀，有關醫療祭儀的只有花蓮縣吉安鄉東昌村阿美族里漏部落巫師祭儀，原住民的傳統醫療可說是得在部落有心人士推動下才有機會持續保存下去。

而由漢人帶進的傳統醫療，雖仍無法取代西醫成為臺灣醫療主流，但仍佔有一席之地；因為相關組織的運作，使得漢人的傳統醫療在「中醫」、「國醫」的名稱下繼續為民眾治病。由於中醫有異於西醫的醫療手法，常以天然植物或是食補的方式治療，對講求養生的人來說，中醫就醫率高於西醫；另外在外傷和骨骼方面的疾病，漢醫仍有其地位，尤其是相關中醫系所、醫院成立和列入健保後，漢人的傳統醫療，以中醫之名走出自己的一片天。

總之，醫學發展至今，原住民醫療成為資產留存，醫療體系成為西方醫療、中式醫療（漢醫）及宗教民俗醫療三種範型在不同的時空環境裡影響著民眾的疾病觀，像是西方醫療被視為「科學性」的，據有支配性的影響力；中式醫療則為「傳統性」，處於試圖復興的階段；而民俗醫療則被冠以迷信和無知，處於一種被打壓的狀況，即使它被認定對疏解病人自責、減輕病人的壓力和提高痊癒的信心有所助益。<sup>32</sup>

中式醫療和西式醫療科學性最大不同，中式及民俗醫療也屬於普化性及散漫性，不像制度性宗教具有文典，而是以口傳或是附乩之後的書寫，所謂的經文也是虔信者缺乏學殖厚度的書寫；不管如何，中式暨民俗醫療可說是藉著一連串自然發生的天啟經驗而興起，不是仰賴任何宗教機構的維持；<sup>33</sup>這些醫療方法依然受到社會民眾的認同，甚至有許多非西醫所能醫治的療效。

#### 原始醫療時期的屏東

清代高拱乾在《台灣府志》中，有一段話提及南部的醫療衛生概況，可作為我們了解清治之前及早期的屏東地區衛生情況：

<sup>32</sup> 張苙雲，2003，《醫療與社會：醫療社會學的探索》，台北：巨流。頁52、93。

<sup>33</sup> 余德慧等，2006，《台灣巫宗教的心靈療遇》，台北市：心靈工坊文化。頁62-66。

台壤僻在東南，地勢最下，去中州最遠，故氣候與漳泉已不相同。大約暑多於寒恆十之七。……自府治至鳳山，氣候與台邑等，鳳山以南至下淡水等處，蚤夜東風盛發，及晡鬱熱，入夜寒涼，冷熱失宜。<sup>34</sup>

高屏溪過去稱做下淡水溪，所謂「鳳山以南至下淡水」，指的即是今日的屏東地區，是一個白天炎熱、夜晚寒涼的冷熱失宜之地，所以屏東在天然氣候上，對人體健康即極其不利；另外，余文儀在《續修台灣府志》中也說到：「南北淡水，均屬瘴鄉；南淡水之瘴，作熱寒，號跳發狂，治之得法，病後加謹即癒矣。」<sup>35</sup>胡適之的父親胡鐵花，在十九世紀末年奉命來台任官時，從屏東到台東的路上，一行人也飽受氣候與疾病之苦：

南路天氣早熱，東路水土尤惡，沿海沿山之路，煙瘴尤厲，從人得病，先後死亡已盡。……卑職往來於炎熱瘴癘之中，已六閱月，屢因感冒、腹痛、腹瀉，周身骨節疼痛，寒熱時作時退，漸難強自支持。<sup>36</sup>

凡此種種，翻閱清代的地方志資料，幾乎是俯拾即得，對於當時台灣的衛生狀況的描寫，負面居多；對於來臺的漢人官員與移民而言，屏東當然不是他們心目中適合人居的地方，這樣的衛生景況，也讓十九世紀來攻打屏東的日本軍隊，嘗盡苦頭。

## 漢人移入後的漢醫

### 一、漢醫初入臺灣

十七世紀以後，漢人逐漸進入臺灣，帶來宗教信仰的醫療手法，閩客人也帶來漢方醫療，漢醫成為臺灣傷病人主要醫療方法，而漢醫的傳入對平埔族人來說可說是漢化的過程。

臺灣在歷史上始終未受漢民族重視，明代以前未見漢人移入，主要原因可能是擔心當地的風土疾病。最早出現臺灣之說是在三國時孫權曾想攻佔臺灣，但被陸遜勸說：「萬里襲取，風波難測，民易水土，必致疾疫。」孫權問全琮，琮也說：「隔絕障海，水土氣毒，自古有之。兵入民出，必先疾病，轉相污染，往者懼不能及。」後來孫權不聽其言，果真士兵疫死十有八、九，權深悔之。<sup>37</sup>

根據康熙33年（1694年）高拱乾編的《臺灣府志》記載，最早到臺灣的漢人，是明宣德間的太監王三保，因舟下西洋，行近閩海，被大風所吹，飄到臺灣來；書中記載他在鳳山縣淡水社（現屏東縣境內）投藥於水中，若土番有患病者，在此水中洗澡即可痊癒，王三保離臺時，還帶走數種藥草返國；漢人首次大量移民，約為明朝天啟元年（1621）顏思齊及鄭芝龍入臺開墾後，尤其是鄭芝龍提議給予金錢及農作，使漳、泉地方的人士紛紛赴臺開墾。<sup>38</sup>

在荷據及明鄭時期，屏東平原仍為平埔族人為主要住民，因漢人多擔心此地的疾

<sup>34</sup> 高拱乾，《台灣府志》卷七〈風土志〉。頁647-649。

<sup>35</sup> 余文儀，《續修台灣府志》，頁504。

<sup>36</sup> 轉引自《台灣公共衛生發展史》，頁26。

<sup>37</sup> 陳壽，《三國志》，卷五十八〈吳書·陸遜傳〉。頁1350。

<sup>38</sup> 林衡道編，1990，《臺灣史》。頁62。

病，因此並未大量移民，只有在明鄭時期時被當做流放罪犯之的地方；<sup>39</sup>一直到清朝入主臺灣後，屏東平原仍無漢人足跡，黃叔璥在《臺海使槎錄》說：「自歸版圖後，<sup>40</sup>淡水（屏東平原）等處亦無（漢）人蹤。<sup>41</sup>」在施琅向康熙皇帝上「臺灣棄留疏」，清廷才正視管理臺灣的問題；本來要大開臺灣海峽的海禁，卻因為施琅「論開海禁疏」擔心開放後不易管理，因此請求嚴禁渡臺，需渡臺者需申請地方原籍照單（類似今之護照），且不可攜帶家眷。受影響最大便是鄰近臺灣且急需尋求更大土地討生活的福建及廣東一帶居民。<sup>42</sup>

雖然清廷大禁福建及廣東兩地人渡臺，但仍有不少人冒險渡海，臺灣俗語曾說：「六死、三留、一回頭」，意思就是十個人渡臺，只有約三分之一的人成功，其他都會在海中遇難，能到臺灣再回來的只有一人，「唐山過臺灣，心肝結歸丸」也是描述這些漢人為了更好生活而渡臺的複雜情況。<sup>43</sup>

約從十八世紀開始，才有大量的漢人移民入臺，《臺海使槎錄》提及：「羅漢內門、外門田，皆大傑顛社地也。康熙42年（1703），臺（臺灣縣）、諸（諸羅縣）民人招汀州屬縣民墾治，自後往來漸眾」。1703年因中土的人口壓力，使得來自閩粵籍的人士大批往臺灣移民，造成1710年以後的臺灣的大移民潮；<sup>44</sup>而除了人口壓力外，最大的關鍵可能還是當初主張海禁的施琅於1696年3月21日亡故所致，包括來自廣東的客家人，如臺灣府志所提：「將軍施琅之世，嚴禁粵中惠潮之民，不許渡臺，蓋惡惠潮之地，數為海盜淵藪，而積習未忘也。琅沒漸弛其禁，惠潮民乃得越渡」。<sup>45</sup>

## 二、漢醫的觀點

大量的閩粵移民來臺後，整個臺灣的醫療生態有了較大的轉變，最明顯的是，漢醫漸成為醫療消費市場的主流，漢醫與販賣中藥的店舖便是當時的醫療中心。<sup>46</sup>所謂的漢醫便是傳承自古老中國的醫療，基本上漢醫的病理與治療準則是「陰陽調和」及「扶虛補損」；<sup>47</sup>其中以《黃帝內經·素問》而著稱，根據Veith, Ilza, trans的研究，這本書是在漢朝才出現，也就是約西元前202年至221年左右，可能是在中國最早的朝代中便以口傳流傳下來；而中國的傳統醫學反映了中國人宇宙觀，例如陰氣和陽氣持續相互作用，貫穿於一切自然現象，包括人體的結構和功能之中，陰陽在體內的平衡是身體健康的基礎；Croizier, Ralph C.也認為：「將疾病看做主要是由於外部或內部，體質和精神的原

<sup>39</sup> 簡炯仁，1997，《屏東平原的開發與族群關係》，屏東：屏東縣立文化中心。頁7。

<sup>40</sup> 清朝於1684年（康熙23年）歸於版圖，將臺灣劃為一府三縣，隸屬於福建省。

府治設於東安坊（今臺南市），以明鄭之舊天興州改為諸羅縣；祈萬年州為臺灣、鳳山二縣。

<sup>41</sup> 簡炯仁，1997，《屏東平原的開發與族群關係》。頁7。

<sup>42</sup> 林銜道編，1990，《臺灣史》。頁290。

<sup>43</sup> 戴寶村；《唐山過臺灣》；www.tces.chc.edu.tw/center1/taiwan/h/h3/h33/h333.html（上網日期2010/8/4）

<sup>44</sup> 簡炯仁，1997，《屏東平原的開發與族群關係》。頁116。

<sup>45</sup> 高拱乾，1993，《臺灣府志》，臺灣省歷史文獻叢刊，臺灣省文獻委員會翻印：南投。

<sup>46</sup> 蔡明坤、王淑慧，2006〈戰後內埔客家地區中藥房初探〉《屏東客家醫療史·移民與文獻論文集》屏東：美和技術學院。頁58。

<sup>47</sup> 劉士永，2006，〈中醫的衰微與科學化〉，《臺灣醫療四百年》，台北：經典。頁34-37。



因所導致損害的和諧原理，是後來中醫學的中心思想。」<sup>48</sup>

漢醫也常論「醫者意也」，說明醫學理論的神秘性、治療方法的靈活性及醫家的悟性，都以一個「意」字來體現，一種「可以意會，難以言傳」的學問；傳統中醫強調的「意」，非單純的注意力，而是指醫學為一深奧的學問，其中以診脈和用藥最難，治病時不能墨守成規，需發揮聰明才智，才可以辨識疾病並找到適合的治療方法。<sup>49</sup>

另一位人類學家Eugene N. Anderson提及中國的醫學因為食物的營養價值觀念而發揮作用，漢醫的特色亦在於醫藥分離，中醫師先為病人把脈，針對症狀開藥方，請病人再至中藥鋪拿藥，因而造成中藥鋪林立；不過早期漢醫不多，因此大部份還是以占卜祈禳等方式來治病。<sup>50</sup>根據陳夢林《諸羅縣志·卷八·風俗志·氣篇》中論：「俗尚巫，疾病則令禳之；又有非僧、非道、名客仔師、攜一撮米，往占病者，謂之米卦，稱說鬼神；鄉人為所愚，倩貼符行法而禱於神；鼓角喧天，竟夜而罷。病未癒，費已三、五金矣。不特邪說惑人，亦糜財之一竇也。」從中可見一二。<sup>51</sup>

### 三、漢醫做為原住民文化接觸的過程

臺灣原住民面對漢人壓境，最後在康熙末年至咸豐年間，平埔族人因閩客移民造成聚落飽和，再加上無力和漢人競爭，<sup>52</sup>閩客人來臺灣居住後，一些未離開的平埔族人便在清政府一系列的漢化政策下漸融入漢人的生活，也影響了屏東的醫療生態。

這些漢化改變，當然也影響到居於此的平埔族人醫療觀念和行為；其最主要觀念就是藉由宗教儀式和藥草及食療來治病，也可以說是自然療法及超自然療法。所謂自然療法大都屬於經驗式傳承，可說是「傳統療法」，其療法包括草藥、藥膳、藥浴、蜂針、接骨、推拿、氣功、針灸、刮痧及拔罐等；超自然療法即與宗教信仰有關可說是「宗教療法」，尋求身體、靈魂、人際關係，甚至整體社群改善的宗教儀式性治療，此部份包括咒符、咒語、符水、祭祀、拜神、靈療、觀乩童、扶乩、觀落陰、牽尪姨、祭星、補運、蓋運、進花園、謝外方、送流蝦、做獅及收驚。<sup>53</sup>

## 漢醫後續的發展

### 一、西醫主流下的中醫角色

日本人將西醫帶入臺灣初期，臺灣人還很排斥西醫，甚至在戰後還想捨西醫就傳統

<sup>48</sup> George M. Foster等著，陳華、黃新美譯，1992，《醫學人類學》。頁89。

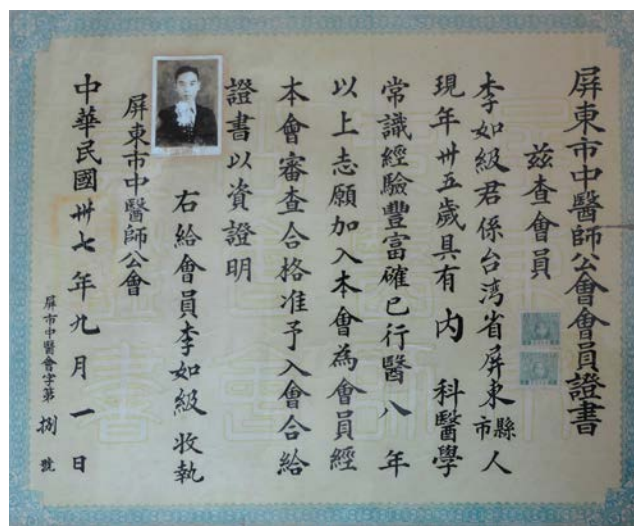
<sup>49</sup> 廖育群，2003，《醫者意也：認識中國傳統醫學》，臺北市：東大。頁44-47。

<sup>50</sup> 陳志昌2008《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》國立台南大學臺灣文化研究所碩士論文，未出版。頁6。

<sup>51</sup> 張珣，2006，〈魂魄與疾病 台灣民俗醫療的人觀〉，《臺灣醫療四百年》，台北：經典。頁38-41。

<sup>52</sup> 根據施添福的研究，清廷和其代表的地方官僚體系，透過重課及重役雙重剝削，因而創造漢人在屏東平原立足的機會。林正慧，2008，《六堆客家與清代屏東平原》，台北：遠流。頁100。

醫療，但是在臺灣發生傳染病後情況便改變了。根據吳新榮在震瀛回憶錄中的記載：天花、霍亂等樣樣的傳染病，大流行於全省，這樣和光復同時帶來的瘟病，都是夢鴿所未曾見過的东西；而且一般人都誤信光復是復古，把科學和醫生都放在一邊，而捧木偶和乩童來做老祖公，因之下層階級的受災者不計其數。<sup>54</sup>



照2-1：屏東中醫師會員證書

日本政府透過一系統的衛生醫療政策，不斷建立西式醫療院所及教育西醫知識，使得西醫獲得發展，而中醫則受到抑制，一直到在戰後才實施中醫和西醫雙軌並行的衛生政策；但在大環境已形成的情況下，包括醫學教育（西醫校為主流）、民眾就醫觀念、勞保政策及普及度，西醫已在台灣根深柢固，民眾的就醫意向以西醫為主，甚至出現了中醫存廢的問題。陳恭炎先生於1948年臺灣剛由國民黨接手時，因政府單局並未重視中醫的發展，因此遠赴南京向中央政府請願，如願讓中醫師的檢覆考試得以恢復，陳醫師因此也受聘為台灣考銓處中醫師檢覆委員會委員，使得中醫藥界人士可以參加中醫師特種考試，中醫藥的命脈得以延續；衛生署成立後，陳醫師對台灣中醫藥教育最重要的貢獻便是於1958年和覃勤、陳固共同創立中國醫藥大學的前身—中國醫藥學院，讓中醫藥醫學日漸發展。<sup>55</sup>所以中醫藥在醫療發展上有其重要的地位。

在民國初期的某一年3月17日，當局受西化影響，考慮中醫的存廢，在當天將進行一場會議做決定，經陳立夫、陳果夫努力下，會同中醫界領袖，取得蔣介石同意，讓中醫留存下來！因此每年的3月17日便定為國醫節；台灣的中醫在目前發展下，在製藥方面可說是比中國強，且有GNP及像順天堂和港香蘭等國際的中醫製藥廠，走向國際化。中醫教育要從中國醫藥大學成立開始，創辦人就是第一任的屏東中醫師公會理事長陳恭炎，陳醫師在1948年和前輩覃勤及陳固共創中國醫藥大學，使台灣開始培養中醫師，延續中醫命脈；在此之前中醫出現20年的斷層。<sup>56</sup>

在西醫為世界主流時代，傳統的中醫通常是當西醫未能治癒後所採行的補充醫療。根據郝宏恕的綜合分析臺灣民眾就醫特色有：<sup>57</sup>

<sup>53</sup> 楊翎著，2002，《台灣民俗醫療---漢人信仰篇》，台中：自然科學博館。頁65。

<sup>54</sup> 吳新榮，1989，《震瀛回憶錄》，台北：前衛。頁202-203。

<sup>55</sup> 陳榮宗，2008，〈知父莫若子-追思本校創辦人 陳恭炎中醫師〉，《中醫醫藥大學50週年特刊》。台中：中國醫藥大學。頁7

<sup>56</sup> 前屏東縣中醫師公會理事長巫雲光訪問稿。(陸銘澤訪問)

<sup>57</sup> 廖郝宏恕，〈民眾對中醫藥之認知態度及消費行為特質之研究〉。<http://tcam.ccmp.gov.tw/infomation/file/92/2-01.PDF> (上網日期：2010/12/20)

- 1、利用中醫次數及費用最高為「脫臼，扭傷及拉傷」。
- 2、利用中醫藥療法，男性高於女性，患病部位以肌肉骨骼神經系統佔第一位，年紀愈大者愈偏向中醫；而教育程度愈高者，對中醫認知愈多，相對的對中醫藥行為意向愈為負向。至於年齡愈老的病人、初診或無醫療保險之患者，求診教學醫院中醫部為多。
- 3、一般人對中醫的觀念大都是藥效慢但能治本，和西醫藥效快但只能治標不同。
- 4、年齡愈輕，對中醫醫療知識越高越傾向採用中醫醫療。

從這些面向的特性來看，中醫在骨骼肌肉傷痛、疾病治本及體質調理部份會較信賴中醫；然而台灣的西醫顯然在醫療上高於中醫的位置。其實中醫及西醫在醫療上應該是可以相符相承的：

有些過敏的病患，長期都在醫療的病患，我會建議去看中醫來改變體質；我覺得西醫和中醫在醫療上是相輔相承的，譬如老人免疫系統差，還有癌症重病的人，應該可藉由中藥來調養身體，有些醫院會併用西醫和中醫。<sup>58</sup>

我們在非洲醫療時若把所有西醫搬到非洲成本便很高，然而非洲已有很傳統的醫療，他們使用很多草藥；像馬拉威有很多愛滋病患者，而治療愛滋病的藥物是很昂貴的，愛滋病它有很多症狀，有味口差，食慾不好，拉肚子，我們很難找到一種藥物來治療它控制它，我們發現當地有一種草藥可以治療拉肚子，這些病人有拉肚子時便可用這些草藥醫治減緩病情；另外像中國針灸止吐有效，美國就利用這個原理發明了止吐帶，放在針灸的穴道；確實有人在將傳統醫療和現代醫療結合起來應用與研究。<sup>59</sup>

如果病人需要檢查細部症狀，需要一些數據就是需要西醫，或是有急症，還是要開刀，這可能比較有效；有些慢性病，或是說不出那裡不舒服的病症，我會建議病人去看中醫；中藥加入科學觀念的研發後變得非常有價值，像香港的科學中藥；我很佩服中藥，但有些中醫師若配合不上科學的發展水準的話就會被淘汰；現在馬光中醫院就水準非常好，裡面的醫師非常有水準，經營的非常好已經擴展到大陸開分院了。<sup>60</sup>

這樣的特性造就了屏東及臺灣特有的醫療面貌，讓西醫和傳統民俗醫療同時發展，這和其他西方國家面對西醫潮流普遍放棄傳統醫療的情況有所不同，一方面是民間所需，另一方是政策使然，這部份確實是屏東及臺灣醫療生態中值得期許的地方—即使西醫已成主流，傳統中醫仍在醫療上佔有其地位。

<sup>58</sup> 屏東基督教醫院前院長卓德松醫生訪問稿。(李瑞娥訪問)

<sup>59</sup> 屏東基督教醫院院長余廣亮醫師訪問稿。(李瑞娥訪問)

<sup>60</sup> 屏東縣醫師公會理事長李昭仁醫師訪問稿。(李瑞娥訪問)

## 二、日治時的中醫政策

日治後，日人為了有效管理中醫師，以府令第四十七號訂頒臺灣醫生免許規則，並舉辦一次考試，透過考試由各地方廳頒予醫生資格許可證，未考上者不得從醫。當時有1,097人及格，另有未經考試而給與許可的650人，亦有雖考試不及格，但乃同情給予許可的156人，全數有1,903人；這批人因故或老廢都不得再補，以致到1945年日人離開為止，持中醫師業務許可者僅存數十人。<sup>61</sup>而在中醫1,070人當中，博通醫書講究方脈有良醫之稱者有29人；儒者而從事醫療稱儒醫者91人；稱操有秘方為祖傳世醫者97人；稍有文字素養，從醫家傳習多少方劑稱時醫者829人。其他還包括從外國教會學習一些西醫者24人。<sup>62</sup>

漢醫在日治時期雖然被限制，但相關的草藥及中藥仍繼續存在，甚至還在台灣民報刊登廣告，這現象在1920-1930年代尤為明顯，即使沒有行醫資格，中藥店員也會看病開藥。<sup>63</sup>

## 三、早期縣內的中醫藥生態

中醫在早期是以中藥房的形態呈現，從清領、日治、戰後一直發展至今，中藥房的創辦有祖傳、師徒相授和承接三種類型，在早期藥材大都從中國而來，而中藥製成包括清洗、烘乾、切片、製粉、包藥等，空間除了藥房外，還有製藥、曬藥及儲藏的地方。根據1920年的統計，臺灣的藥種商達3,511家，臺灣人經營的就有3,303家，且大都是中藥商；之後中藥房隨著西醫成為主流，中藥房不得行醫，再加上野生動物保育法及藥事法設限、全民健保施行、中藥人才專門學校缺乏、夜市超商販售中藥材競爭等，中藥房因而沒落。<sup>64</sup>

南部地區中醫的醫療服務率高於北部，而30年前看西醫不容易，醫院和醫師都在都市，鄉下人只能就近看病，因此可以看出屏東人就醫習慣和就醫可近性有很大的關係（鄉下有農保）。民國70年左右對全台灣中醫發展很關鍵，因為中醫開始納入保險，保險制度為中醫奠定基礎，使中醫師都有穩定的收入，也使中醫得以順利發展。<sup>65</sup>

## 四、縣民中醫的就醫習慣

目前全台灣中醫一年服務人數近4000萬人次，約有200億的醫療金額，而屏東中醫利用率屬全國前者，目前全屏東有128位中醫師，73間診所，不過醫院中只有屏東基督教醫院和署立屏東醫院有附設中醫。<sup>66</sup>

<sup>61</sup> 李騰嶽原修、莊金德增修，《台灣省通誌》卷三〈政事志·衛生篇〉，頁359-360。

<sup>62</sup> 張苙雲，2003，《醫療與社會：醫療社會學的探索》，頁176。

<sup>63</sup> 傅大為，2005，《亞細亞的新身體》，台北：群學。頁363。

<sup>64</sup> 蔡明坤、王淑慧2006〈戰後內埔客家地區中藥房初探〉《屏東客家醫療史·移民與文獻論文集》屏東：美和技術學院。頁57。

<sup>65</sup> 屏東縣中醫師公會前理事長巫雲光訪問稿。（陸銘澤訪問）

<sup>66</sup> 於2009年開辦結合中醫及西醫的整合醫療門診。

民國90年在馬光中醫院當中醫師，早期大部都是看傷科，後來到馬光潮洲分院，潮洲看中醫的大部都是老人，也是看傷科的比較多，我什麼方式都嘗試過，像放血、拔罐等民俗療法；現在大部份看內科、慢性病比較多，有時是西醫看不好，或是肌肉酸痛的啦，最近自律精神失調、憂慮的病人逐漸增多，看這個症狀的病人有逐漸增加的現象，這是和以前較不同的地方。<sup>67</sup>

屏東中醫雖然紮根許久，但利用率並不算高，尤其是原住民部落，幾乎不見中醫診所，只在瑪家鄉三和村可見到幾間；<sup>68</sup>可能是中醫採用的大都和原住民傳統醫療相類似，不過跌倒或是骨頭的疾狀大都還是會選擇去看中醫；<sup>69</sup>我會看中醫的，像腳扭到了，我就去看中醫針灸，針灸紮一下隔天就好了，如果西醫的話就是吃止痛、消炎的藥，需要一段時間，我不吃止痛藥的，我的工作就是腎臟血液透析，就是洗腎部門，止痛藥對腎臟不好，我不讓止痛藥物進入身體，我情願以外力治療，像中醫針灸，不做侵入性治療。<sup>70</sup>

## 五、健保後的中醫使用率

在強勢的西醫主流下，中醫在屏東縣陷於低迷，不過在1995年中醫開始納入健保，保險制度為中醫奠定基礎，使中醫師都有穩定的收入，也使中醫得以順利發展。

屏東的中醫診所在納入健保後便穩定發展，和未納入健保前差距很大，最明顯的例子是屏東目前最大且最早的中醫醫院「華富中醫醫院」，在中醫未成為保險對象前，幾乎一天只有十幾個人來看診，也面臨了停業危機，在納入保險後，現在一天最多曾在一千人看診。<sup>71</sup>

在馬光中醫院當中醫師時，一個門診，看40人左右；現在自己開業，每個月會有誤差大約看40-50人，算一算和在馬光中醫院的收入差不多，我不要求賺得多，這樣的收入就很好了。<sup>72</sup>

中醫納入保險比起西醫晚了許多，臺灣雖然採行中、西醫雙軌並行的醫療政策，不過在醫政及教育，推動上仍是重西醫輕中醫，相關保險亦是，其中以西醫為主的勞工保險在1950年便開始實施，卻直到1978年才試辦中醫傷科給付；從1958年公務人員保險法實施後，也是至1988年才開辦中醫門診給付，且一直到1995年全民健保才將中醫門診醫療全面納入特約給付。在多次的權益之爭下，政府辦理健保時便將中醫納入，在確定各項給付的會議上，為了維持權益，由當時健保局總經理葉金川主持的會議上，中醫師全聯會代表來了六人，相對其他西醫醫院協會、西醫全聯會及牙醫全聯會都只有一人；

<sup>67</sup> 弘光堂中醫診所劉英嬌醫師訪問稿。（李瑞娥訪問）

<sup>68</sup> 三地門鄉衛生所所長謝德貴訪問稿。（陸銘澤訪問）

<sup>69</sup> 來義鄉原住民生態環境保護登山協會理事長尤振成先生訪問稿。（陸銘澤訪問）

<sup>70</sup> 護理師鍾美玲女士訪問稿。（李瑞娥訪問）

<sup>71</sup> 屏東縣中醫師公會前理事長巫雲光醫師訪問稿。（陸銘澤訪問）

<sup>72</sup> 弘光堂中醫診所劉英嬌醫師訪問稿。（李瑞娥訪問）

<sup>73</sup> 陳神發2009〈我參與中醫事務經過之所見〉《高雄市中醫師公會創會60週年紀念專輯》高雄市：高雄市中醫師公會。頁93-94。

在不斷努力爭取下，最後才得以取得中醫藥費醫一日30元，診察費比照西醫的條件。<sup>73</sup>

根據表2-1和表2-2屏東縣內主要的市鎮中醫利用率，在2000年時屏東市為1.229次、潮州是1.371次、東港是1.359次、恆春為0.800次，高樹則為0.964次；以1997年至2000年的平均值來看，屏東市為1.213次、潮州是1.249次、東港是1.223次、恆春為1.023次，高樹則為0.945次。其中潮州是逐年上昇，東港在2000年也上昇，其他屏東、恆春和高樹都下滑，以恆春最嚴重，利用率從1999年的1.193滑至隔年的0.800次。<sup>74</sup>

2000年健保保險對象每人每年中醫平均利用率，女性、40歲到70歲、非原住民、居住在中度都市化之市鎮者、慢性病患者、居住於中醫師資源豐富及西醫師資源較少之地區者，其中醫門診利用率顯著較高；同時中醫門診利用率的地域性差異甚大，且個人特質、疾病狀態及地區中醫資源均會影響中醫門診利用率。<sup>75</sup>

表2-1：屏東中醫利用率和全國利用率最高地區之數據表

醫療區域	1997年	1998年	1999年	2000年	平均值
台中	2.028	2.197	2.135	2.118	2.120
屏東	1.100	1.166	1.275	1.244	1.197

資料來源：李丞華、周穎政；《全民健保中醫門診利用率及影響因素分析》；中醫年報期刊廿一期。頁：310。

表2-2：屏東主要區域中醫利用率之數據表

醫療區域	1997年	1998年	1999年	2000年	平均值
屏東市	1.084	1.126	1.412	1.229	1.213
潮州鎮	1.196	1.208	1.221	1.371	1.249
東港鎮	1.104	1.283	1.145	1.359	1.223
恆春鎮	1.020	1.085	1.193	0.800	1.023
高樹鄉	0.913	0.881	1.019	0.964	0.945

資料來源：李丞華、周穎政；《全民健保中醫門診利用率及影響因素分析》；中醫年報期刊廿一期。頁：313。

從表2-3和表2-4中，可以知道每人每年中醫門診費用，屏東縣在1997年至2000年的平均費用為545元，在全國17個醫療區中排名第八，最高的台中為962元；屏東縣在此方面是呈現逐年增加的趨勢，在屏東各區域中，潮州最高為607元，其次是屏東市的547元。

表2-3：屏東中醫醫療費用和全國最高地區之數據表

醫療區域	1997年	1998年	1999年	2000年	平均值
台中	884	979	977	1009	962
屏東	472	516	586	605	545

資料來源：李丞華、周穎政；《全民健保中醫門診利用率及影響因素分析》；中醫年報期刊廿一期。頁：317。

<sup>74</sup> 李丞華、周穎政，〈全民健保中醫門診利用率及其影響因素分析〉。

<http://tcam.ccm.gov.tw/information/file/92/2-03.PDF>（上網日期：2010/12/20）。

<sup>75</sup> 李丞華、周穎政、陳龍生、張鴻仁，2004，〈臺灣公共衛生雜誌〉，23卷，2期，頁100-107

<sup>76</sup> 張琪等十人，2007，〈六堆地區客家醫療發展口述歷史（二）〉，行政院客委會補助大學校院發展客家學術機構成果報告書，屏東縣：美和科技大學。頁66。

表2-4：屏東主要區域中醫醫療費用之數據表

醫療區域	1997年	1998年	1999年	2000年	平均值
屏東市	465	503	635	586	547
潮州鎮	557	560	617	693	607
東港鎮	440	541	508	649	535
恆春鎮	447	462	531	395	459
高樹鄉	355	396	471	509	434

資料來源：李丞華、周穎政；《全民健保中醫門診利用率及影響因素分析》；中醫年報期刊廿一期。頁：320。

## 六、屏東縣中藥房生態

早期中藥房的生意很好做，醫所、診所，不像現在有勞健保，當時去醫院去看病都要自費，所以願意來買中藥的人比較多，現在醫院診所多了，又有健保給付，中藥房的生意就很不好做了。<sup>76</sup>

中藥房是持藥商執照，但不能進行醫療，一般常見有中藥房在做診斷，主要是老一輩的習慣，通常中藥房都是家族傳承，在中醫有保險後，藥房慢慢式微<sup>77</sup>。現在生意很差，我做過很多的工作來補充家計，但還是要做下去，加減有收入，大部份都慢性病來買藥，像肝病，愛喝酒的人常有肝的問題，就買中藥回去調養；以前的人在冬至時都會買八珍、四物回家燉補，生意非常好，現在營養那麼好了，那裡還有人要買？中藥店無法再傳承下了，經營真的困難。<sup>78</sup>

## 七、漢藥材西醫化

日本在1881年制定《醫制》，在第四十一條修正後及《日本藥局方》修訂之後，傳統草藥可以合法的列為處方，尤其在1910年後期，因為歐戰進口藥品匱乏，加上以生化分析為基礎的現代植物學引入日本，民間對傳統漢方也持續信賴，使傳統漢方成為西藥的替代品。<sup>79</sup>

日治時期在台灣進行這方面的研究最有心得要算是杜聰明，他參考東京帝國大學醫科大學助教授朝比泰彥的技術，利用現代化分析和萃取有效成分等手法，針對傳統藥方裡的生藥材進行化學及藥理分析，一度分析常山和柴胡的成分，希望找出代替奎寧的藥品；到了1920年開始，科學漢方不斷推出，例如仁丹（口腔清新劑）、中將湯（女性滋補藥品）和龍角散（咳嗽藥粉）等藥品推出，還在廣告中附以帝大或醫博科學研究、實驗證明有效等字句。<sup>80</sup>杜聰明和他的門生持續的研究，例如提出苦參子、魚藤、八角蓮、麻黃、木瓜葉和鴉膽子等有效成分和作用，尤其是有效地從木瓜葉萃取出治療阿米巴痢疾的重要成分，可有效殺死赤痢原蟲。<sup>81</sup>

<sup>77</sup> 屏東縣中醫師公會前理事長巫雲光醫師訪問稿。（陸銘澤訪問）

<sup>78</sup> 中藥老闆娘鍾洪娣女士訪問稿。（李瑞娥訪問）

<sup>79</sup> 劉士永，2008，〈日治時期台灣醫藥關係管窺〉，《從醫療看中國史》，台北：聯經。頁527-528。

<sup>80</sup> 劉士永，2008，〈日治時期台灣醫藥關係管窺〉，《從醫療看中國史》，台北：聯經。頁529。

<sup>81</sup> 楊玉齡，2002，《一代醫人杜聰明》，台北：天下遠見。頁157。

現在有人利用實證醫學分析草藥那些部份有用，為什麼有用，然後帶回去給現代醫學去把這些療效實證的證據呈現出來，這些可從CAM網頁看到已有很多的研究成果出來了，<sup>82</sup>其實，中藥加入科學觀念的研發後變得非常有價值，像香港的科學中藥就非常有名，有效果。<sup>83</sup>

現在一般人比較沒有時間，看中醫的話吃藥粉、科學中藥的比較多，沒有時間煎藥草，但是中藥房還是可以買到藥材，只是不能開藥方而已。

## 第二節 民俗醫療

### 民俗療法的定義與發展

民俗療法根據張珣教授看法，認為有狹義及廣義之分，狹義的民俗療法是指「非西方科學的」，包括土著（當地人）自行發展出來的一套固定而完整的信仰與行為。廣義則是包含宗教醫療，亦即西醫、中醫以外，民眾使用的醫療都可包括。亦即包括自然療法及超自然療法，如草藥、氣功、推拿、拔罐、江湖郎中的秘方等自然療法及乩童、扶乩、觀落陰、算命、看相、卜卦、摸骨、收驚、米卦、風水、抽運詩、抽藥籤、拜神、符水等宗教療法。<sup>84</sup>

民俗醫療包括「健身」、「治病」、「問事」、「解厄」及「祈福」；「健身」方面，民俗醫療不只是治疾病，是更關心個體的健康與長壽；「治病」方面則認為民俗醫療本質上是文化治療，而非生理治療，尤其是對慢性疾病及心理和精神方面的疾病更需如此；「問事」方面即是透過巫術祝由療法、神算命理療法等，以神聖的語言和技術，提供民眾在未卜命運中尋找出路，以奧秘的術數推算或靈驗的神奇感應來解除迷惑和撫慰悲傷；「解厄」則是經由信仰的神聖力量，以未卜先知的超能力預先為人解除災厄；「祈福」屬於積極面，追求個體與社會整體和諧的穩定力量，為生命存在的求優手段，實現生活優化的理想願望。民俗療法的發展有其社會背景與需求，當然如果使用不當，就可能造成醫療問題。<sup>85</sup>

曾有一位婦人抱了剛往生的小孩給他看，全身發黑，問她為什麼不早帶來給他看？婦人說是聽長輩要求籤喝符水，沒想到會如此！很多民俗療法的用藥都是含汞、鉛和重金屬，對人體絕對有害，像是八寶粉、黑柑仔標、白仔藥、收驚藥、神明藥、奇應丸（漢方中醫）等，都因有重金屬而被列入禁藥。<sup>86</sup>

<sup>82</sup> 屏東基督教醫院院長余廣亮醫師訪問稿。（李瑞娥訪問）

<sup>83</sup> 屏東縣醫師公會理事長李昭仁醫師訪問稿。（李瑞娥訪問）

<sup>84</sup> 孫淑華，2006，〈屏東市媽祖廟籤文之研究〉，國立高雄師範大學回流中文碩士班論文，未出版。頁69-70。

<sup>85</sup> 鄭志明，2004，《宗教與民俗醫療》，台北市：大元書局。頁49-54。

<sup>86</sup> 鄭宗武醫師訪問稿。（陸銘澤訪問）



## 養生療法

傳統療法中，講求養生療法，例如保健外功的養生術，養生術常見於臺灣的民俗療法，門派很多，大致分為內功及外功；內功常與各種宗教修持方法結合，外功則是民俗醫療的主流。外功有「五禽戲」、「八段錦」及「易筋經」等，這些都是模仿禽獸動作而發展出來的功法；武術、太極拳亦是，其中太極拳被認為有通津血益筋骨，溫肌肉充皮膚，可達到按摩導引與保健療病的功效，對治療神經、循環、呼吸、消化、關節、肢體等方面的疾病甚為有效。<sup>87</sup>

傳統中醫及民俗醫療都頗為重視食療，並有「醫食同源」的觀念，認為食物都是藥物，在飲食上注意，便能防止疾病侵入，也稱為「食養」；食物一方面可以預防疾病，例如「採補」，以吸取外在的營養資源來補虛養命與治病護身；例如常民生活中常燉煮中藥湯來調氣血養身，產婦做月子的食譜中也常用當歸、川芎、紅棗、黃耆及桂枝等中藥材搭配主食的雞或魚來燉煮，另針對疾病也可透過食物醫治，像是針對健脾胃、潤肺益肝、補血益氣、補腎壯陽等。<sup>88</sup>

民俗醫療中為了避免引發疾病而有忌口的食物，稱為「食禁」，也就是所謂「病從口入」的觀念，且食物間也常有相剋作用，兩相食用會造成身體的負擔，而引發疾病；在民俗傳統醫療中便有「食物相剋中毒圖解」，一般經濟狀況較差或是醫療資源缺乏的民眾，為了避免造成不適或疾病，多會相信此圖解，以免禍從口入，又得花上一筆醫藥費。<sup>89</sup>

## 按摩療法與針灸

民俗療法還有一些按摩療法，例如捏脊療法、刮治療法、捧擊療法、拔火罐療法、熱熨療法、貼敷療法、指壓療法、腳底療法等，原理大致相同，藉由外力來幫助舒筋活絡，宣通氣血。針灸是屬於按摩療法的進階，也是身體外部療法的一種，利用針灸來疏通經絡，亦被視為漢人傳統醫療的一部份。<sup>90</sup>

推拿或針灸，通常會針對病症的部位進行舒緩的動作，通常就是施於熱能，如此常能治癒一些病症，而西醫針對此病症大都是拉扯和給予止痛藥，沒有探求病源及人體肌能，反而造成許多副作用，因此民間療法仍在臺灣社會留存。<sup>91</sup>

現在許多中醫師都採用新式的手彈式灸針，曾任屏東縣中醫師公會理事長的郭茂隆醫師認為：

新式的手彈式灸針對針灸醫技有相當程度的影響，畢竟針灸的針插下去，還需針對每個人的體質和穴位，用轉動的方式調整及再深入，如此才會有酸麻的效果也才會有療效，因此我堅持兒子持續採用傳統的針，只要在治療前用酒精擦拭就可避免感染的疑慮。<sup>92</sup>

<sup>87</sup> 鄭志明，2006，〈臺灣民間宗教民俗醫療的現象分析〉，《文化台灣 卷三》，北縣：大道文化。頁11-18。

<sup>88</sup> 鄭志明，2006，〈臺灣民間宗教民俗醫療的現象分析〉，《文化台灣 卷三》。頁18-19。

<sup>89</sup> 鄭志明，2006，〈臺灣民間宗教民俗醫療的現象分析〉，《文化台灣 卷三》。頁18-19。

<sup>90</sup> 鄭志明，2006，〈臺灣民間宗教民俗醫療的現象分析〉，《文化台灣 卷三》。頁12。

<sup>91</sup> 郭茂隆醫師訪問稿。（陸銘澤訪問）

<sup>92</sup> 郭茂隆醫師訪問稿。（陸銘澤訪問）

### 第三節 民間信仰與醫療行為

渡海來臺的前民們，因為有渡海和瘴癘瘟疫的恐懼，都會隨身帶著故鄉的香火或神像來求平安，這些香火和神像都是以移民者的家鄉神居多，而這些家鄉神便成為現今臺灣各樣的寺廟，也成為地方社會凝聚的力量；廟宇因此不只是信仰文化所在，也是休閒聚會場所，也成為醫治疾病，尋求心靈安慰的處所。<sup>93</sup>

宗教成為醫療場所，可謂宗教療法，指的是一種求助神佛、抽籤問卜、收驚及童乩等療法，一般宗教醫療會發展，在於傳教需要及基於全人的觀念，要照顧心理，也要照顧身體，因而發展出醫治的方法。<sup>94</sup>

#### 行醫的神明

來臺的閩粵河洛及客家人，普遍相信靈魂的觀念，人的生病和傷痛是因為觸怒鬼神；不過若是刀傷、外傷還不致如此，若是久病不癒，如重病、不明原因的病，醫師無法處理的病便會認為和魂魄及鬼神有關。<sup>95</sup>一般宗



照2-2：屏東市內富盛名的馬祖廟慈鳳宮(陸銘澤攝)

教醫療認為會行醫的神明包括王爺、保生大帝、保儀尊王。

王爺是臺灣民間對瘟神的俗稱，可說是台灣最普遍的民間信仰，從神明的職能來看，王爺本身具有醫神的性格。根據劉枝萬的研究，王爺信仰有六階段的演變，首先是死於瘟疫的厲鬼，再成為取締疫鬼、除暴安良的瘟神、再變為海神、醫神、保境安民之神，最後成為萬能之神；王爺會成為取締疫鬼的瘟神，和放流王船的習俗有關，可以說放流王船就是送瘟的儀式，將乘海船帶來疫源的疫鬼送回疫鬼之巢，對瘟神的觀念也由是疫鬼本身逐漸轉變為疫鬼的管理者，而此一角色的轉變，便被視為是可醫病的神能。<sup>96</sup>

屏東縣內最有名的王爺廟即是東港的東隆宮，內奉祀「溫府王爺」，最著名的即是迎王祭典，這項祭典三年一次，每次為期八天，大致上有十三項程序來進行，包括「角頭職務的輪任」、「造王船」、「中軍府安座」、「進表」、「設置代天府」、「請

<sup>93</sup> 黃勝雄，2005，〈族群分布對台灣地域空間發展的影響〉，《文化生活圈與文化產業》，台北市：詹氏。頁33。

<sup>94</sup> 孫淑華，2006，〈屏東市媽祖廟籤文之研究〉，國立高雄師範大學回流中文碩士班論文，未出版。頁70。

<sup>95</sup> 張珣，2006，〈魂魄與疾病——台灣民俗醫療的人觀〉，《臺灣醫療四百年》，台北：經典。頁38-41。

<sup>96</sup> 謝貴文，〈從神明的治病敘述看民間信仰中的醫療文化——以高雄市為例〉，《高市文獻》。頁38-39。

王」、「過火」、「出巡繞境」、「祀王」、「遷船」、「和瘟押煞」、「宴王」、「送王」等。<sup>97</sup>

保生大帝相傳在1661年鄭成功擊退荷蘭人時，在保生大帝籤中就有多種消炎藥，如豬母草、龍吐珠等用以治療紅毛槍傷；在邱年永所著《臺灣寺廟藥籤考釋》中，便是以保安宮藥籤簿為範本，考證了保生大帝藥籤系統中的每一味藥，從中考證出許多藥方及藥劑是出自於中國許多傳統醫典，包括漢代《傷寒論》、宋朝《和劑局方》、金元《脾胃論》、明清《醫方集解》及《本草綱目》和《食性本草》等醫典。<sup>99</sup>

縣內目前主祭保生大帝的廟宇約有13座，如表2-5。傳說中保生大帝治癒一隻黑色猛虎，後來便成了黑虎將軍，因長期追隨保生大帝，黑虎將軍亦有治病的神能。<sup>100</sup>

早期看診（民60-70年）很多屏東人都是先求神問卜，或是先找漢方中醫，沒效後再投西醫；大都是去拜保生大帝，甚至還分科，光是藥籤就有分科開處方，像是眼科、內科等，藥方還包括女人乾掉的奶水留在乳頭上的殘渣塊。雖然有不少人仍相信民俗療法，西醫仍算是目前主流，從有關醫療病理的問題，電視上訪談的幾乎還是找醫師來看出。<sup>101</sup>

表2-5：屏東縣內主祭保生大帝之廟宇一覽表

廟宇名稱	教別	所在地	地址
保安宮	道教	車城鄉	保力村褒忠路38號
保生大帝宮	道教	里港鄉	潮厝村84號
萬壽宮	道教	佳冬鄉	燄溫村炯興路1號
北勢寮保安宮	道教	枋寮鄉	中寮村保安路215號
大潭保安宮	道教	東港鎮	大潭里十七之一號
屏東覺世堂	道教	屏東市	華山里華山街50巷10號
慈和宮	道教	屏東市	玉成里大成路4號
龍虎宮	道教	屏東市	溝美里和洋巷32號
水仙宮	道教	萬丹鄉	水仙村9-1號
保全宮	道教	萬丹鄉	萬全村成功街二段157號
保安宮	道教	萬丹鄉	四維村頂本縣八之八號
水底寮保安宮	道教	枋寮鄉	人和村三民路260巷18號
天眼龍井堂	道教	東港鎮	大潭里20號

資料來源：屏東寺廟資訊網（<http://139.175.13.20/pthgtemple/search/index.htm>）

<sup>97</sup> 東港東隆宮網站；<http://www.66.org.tw/index.htm>（上網日期2010/9/2）。

<sup>98</sup> 蔡銘雄，2009，〈消失中的民俗醫療－「藥籤」在台灣社會發展初探〉，東海大學宗教研究所碩士論文，未出版。頁22。

<sup>99</sup> 陳鈺淑，2011，〈屏東縣琉球鄉碧雲寺的籤詩信仰文化研究〉，國立屏東教育大學中國語文學系碩士論文。未出版。頁6。

<sup>100</sup> 謝貴文，〈從神明的治病敘述看民間信仰中的醫療文化－以高雄市為例〉，《高市文獻》。頁40。

<sup>101</sup> 鄭宗武醫師訪問稿。（陸銘澤訪問）

## 寺廟神壇中的醫病儀式與藥籤

### 一、乩童的醫療職事

在屏東其他各類寺廟神壇也常見各式的醫病儀式，包括祭解和收驚。根據《潮州鎮誌》講述，在該鎮一般的收驚都較為簡單，僅有收魂，因此稱為「小收」，若依據法主公教法師的方式，再加上行祭煞儀式，而用具又多且複雜的，便叫做「大收」。<sup>102</sup>

請乩童做法也是趕走病魔的方式，童乩在臺灣社會的主要職事之一便是醫療，有些甚至以專治疾病而聞名，而乩童的主要守護神也是上述有治病神蹟的王爺、關帝聖君等；<sup>103</sup>乩童屬於臺灣的巫覡，其中女的稱巫，男的稱覡，巫覡大都屬於職業性，以巫術來通神明，召神附身，能卜吉凶治疾病。<sup>104</sup>

童乩能治癒的疾病，人類學家宋和認為主要是慢性而無生命威脅的疾病、隨著時間進展而自行痊癒的疾病和心理不滿或人際關係失調引起的身心症等三類；童乩所醫好的大都是家庭或是家族人際關係上所誘發心理衝突所導致的身心疾病，不可能醫好因細菌或外傷所引起的疾病；可以說童乩代表一種社會文化的治療模式。<sup>105</sup>

童乩關於醫療的的施術包括問神治病、保胎保兒、落地府領回病人的魂魄；對童乩來說，因病昏迷不醒，是人的元神與鬼魂糾纏所導致，所有疾病都是無主家神、遊路將軍、無嗣孤魂、前世父母、毒驚婆姐、山神土地、天狗、白虎、五鬼、太歲、煞神作祟，在天界、地界及水界充滿了各類的鬼魂煞神，人只有沖犯便會造成病症。<sup>106</sup>

### 二、向神明求藥籤

早期患病者通常會來向祖先或神明開藥方，也就是大家常聽說的求藥籤。藥籤可說是從1661年鄭成功據臺後便成為主要醫療手法，一直到1995年實施全民健保時才被嚴厲制止；藥籤來臺源由據說可能是1661年前後鄭成功登陸澎湖及臺南時，隨隊士兵由故鄉福建省滄縣白礁或青礁地區寺廟慈濟東宮或西宮之藥籤隨身攜帶渡海來臺，成為臺灣主要的宗教醫療習俗；<sup>107</sup>臺灣的藥籤來源大致可分為呂祖藥籤、華佗藥籤、保生大帝藥籤、東嶽大帝藥籤、天上聖母藥籤、關聖帝君籤、觀世音菩薩籤、佛祖籤等。<sup>108</sup>

藥籤在取藥時，有可能藥方和病症不相符，藥店便會請病人再去問一次神明，早期藥籤鼎盛時，藥店老闆也常兼做醫師，也避免神明開的藥方無益於治療，成為此類病

<sup>102</sup> 陳秋坤等著，1998，《潮州鎮誌》，屏東：潮州鎮公所。頁536。

<sup>103</sup> 謝貴文，〈從神明的治病敘述看民間信仰中的醫療文化—以高雄市為例〉，《高市文獻》。頁41。

<sup>104</sup> 童乩的起源據說是在元世祖忽必烈時，但也有說法是早在唐朝以前就有了。臺灣常見的童乩無論老少大小都只有頭結紅布巾、穿便褲、腰下繫龍虎裙，而上身穿著紅色的八卦兜，俗稱「兜仔」，藉以象徵是神的憑依者，替身傳諭，可進行驅邪驅病的巫術，而擔任童乩的人，在潮州民間認為是八字較輕者，因為他們的靈波和神靈的一致，通常都較為敏感，且有異於常人的性格，具有被神附本的特質。陳秋坤等著，1998，《潮州鎮誌》，屏東：潮州鎮公所。頁541。

<sup>105</sup> 蔡銘雄，2009，〈消失中的民俗醫療—「藥籤」在臺灣社會發展初探〉，東海大學宗教研究所碩士論文，未出版。頁29。

<sup>106</sup> 陳秋坤等著，1998，《潮州鎮誌》，屏東：潮州鎮公所。頁549。

<sup>107</sup> 蔡銘雄，2009，〈消失中的民俗醫療—「藥籤」在臺灣社會發展初探〉，東海大學宗教研究所碩士論文，未出版。頁45。

<sup>108</sup> 楊翎著，2002，《台灣民俗醫療—漢人信仰篇》。頁77。

人用藥安全的把關者。<sup>109</sup>一般來說，藥方多為簡單的草藥，就算沒法治病也不會傷害身體，一般認為藥籤治療大都屬於心理作用。<sup>110</sup>

屏東縣內各廟宇的藥籤，在1999年由市公所行文禁止使用後漸消失，不過一般民眾仍可透過擲筊杯的方式與神明溝通，再至廟附近的中藥房抓藥；以屏東市內富盛名的馬祖廟慈鳳宮為例，信徒皆會至「德安中藥房」「必生好中藥房」抓藥，這兩間藥房也都保存著媽祖廟藥籤的處方；其中大人藥籤有120首、小兒藥籤60首、眼科84首，而屏東市郊的長治鄉天后宮其60首藥籤，和慈鳳宮內容是一樣的。<sup>111</sup>其各科藥籤各舉一，如表2-6。

表2-6：民俗療法的藥籤

科別	次序	內容
大人	第一首	灶心土一錢、雞蛋殼一個、風蔥一支、心七條、水煎服
小兒	第一首	大黃、黑丑、白丑、洋參、海南各等分、共末每服少許蜜水調服，有力者用人參
眼	第二首	元參、枝子、乙厘、羚羊絲各一錢、黃芩一錢、丹皮一錢、京芥、防風、甘草各六分、水碗煎五分。

在琉球鄉的碧雲寺，主神信仰是觀世音菩薩，藥籤系統分為「大人科」及「小兒科」兩大科別；其中大人科有120首，小兒科有60首；求藥籤分為「代人求籤」及「本人問診」兩種；代人求籤需行跪拜五體投地禮，並說明病狀，本人問診則需貼三柱香並說明病狀，之後將香置於手脈處，以香診脈；再詢問菩薩是否願意指示藥方？再擲筊求藥籤、藥方及劑量，最後再至藥鋪抓藥。<sup>112</sup>

根據中國醫藥學大學查訪全台的寺廟，收集了各寺廟的藥籤，將其分為八個系統，發現每一系統與所祀主神並無絕對的關係，而每一系統所載藥籤內容，可能因為不同寺廟，而在數目、種類及內容上有差異；這項研究還發現有帶毒的雄黃及屬保育動物的犀牛角、虎骨及雄膽，也發現有管制藥物罌粟殼及危險物舊鐵釘和紋銀等內容的藥籤，不過在寺廟中的善書並未發現有毒藥物及保育動物。<sup>113</sup>

在閩客的漢人移入臺灣後對超自然的宗教信仰非常篤信，藥籤文化呈現臺灣人早期醫藥不發達年代的普遍複向就醫方式，當看西醫無效時，希望從民俗及宗教醫療尋求力量，讓自己從疾病中解脫。

<sup>109</sup> 陳潮宗，〈中醫師看寺廟藥籤〉，<http://www.drchen.com.tw/beautyhealth/a122.htm>。（上網日期2010/10/8）

<sup>110</sup> 謝貴文，〈從神明的治病敘述看民間信仰中的醫療文化－以高雄市為例〉，《高市文獻》。頁50。

<sup>111</sup> 孫淑華，2006，〈屏東市媽祖廟籤文之研究〉，國立高雄師範大學回流中文碩士班論文，未出版。頁54。

<sup>112</sup> 陳鈺淑，2011〈屏東縣琉球鄉碧雲寺的籤詩信仰文化研究〉，國立屏東教育大學中國語文學系碩士論文。未出版。頁51-53。

<sup>113</sup> 張永勳等，1989〈臺灣地區寺廟藥籤現況之調查研究〉；《年報期刊十八期》。

## 整合性醫療

臺灣最早開辦輔助暨整合醫學中心是臺大醫院於2009年4月開辦，將運動、中草藥、芳療及靈性醫療等替代性療法搭配原有的西醫做治療；署立屏東醫院則為2009年7月陸續開辦，包括營養、芳香療法及運動等衛教課程。至2010年2月署屏再開辦整合醫療門診，醫療項目包括代謝症候群（肥胖、高血壓、高血脂、高血糖）、頭痛、減重、倦怠及失眠等，當時署立屏東醫院整合醫學中心創辦人也是院長的李建廷醫師表示，在整合醫療的門診裡，陸續引進靜坐、催眠、氣功、色彩、音樂療法、能量醫療等另類醫療課程，不過這些課程無法由健保給付，患者必須自費；署屏也將結合內外科與放射腫瘤科，增設癌症整合醫療，除了正規的治療外，將搭配營養、情緒和運動的治療，將整合醫療朝向癌症治療發展；署立屏東醫院復建科主任李志明說明，在整合醫療門診求診最多是頭痛和失眠，整合醫療會先找出病因，再搭配藥物和輔助替代性的另類療法，來刺激並促進個人身體內天生健癒的潛能；而這些輔助的另類醫療包括傳統中醫、針灸、藥膳、整脊、推拿按摩、營養醫學、功能醫學、分子矯正醫學、自然療法、斷食、大腸水療、酵素療法、飲食療法、靜坐、冥想、氣功、催眠、瑜珈、花精療法、音樂療法、磁場療法、同類療法和人智醫學等。<sup>114</sup>



照2-3：署立屏東醫院開辦整合醫療門診(陸銘澤攝)

鑑於癌症連續蟬聯國人十大死因之首，署立屏東醫院近來特別引進最新的醫療儀器及技術，致力於癌症治療領域，所以署屏整合醫療門診主要診療項目，除原有的代謝症候群（肥胖、高血壓、高血脂、高血糖）、頭痛、減重、倦怠、失眠外，將結合內外科與放射腫瘤科增設癌症整合醫療---這也是癌症治療的新趨勢，署立屏東醫院更積極推行整合醫療暨健康生活促進計劃，開辦整合醫療進階課程－健康機能活化進階班，內容包括機能活化指導課程、能量醫學儀器檢測、智慧型HUR機能訓練及體適能促進訓練；以更實證精密的儀器檢測、更切近生活的進階機能課程，由專業治療人員指導，結合整合醫學觀念，讓參加的民眾了解自身生理及心理狀態，進而獲得身心靈更健康更活力！<sup>115</sup>

這類的整合醫療在歐、美、日等先進國家都有相關的另類醫學醫療及研究機構設立，美國125所醫學院中，就有76所有另類醫療的授課，28所直接開設「整合醫學」的課程。<sup>116</sup>

這類的整合醫療在歐、美、日等先進國家都有相關的另類醫學醫療及研究機構設立，美國125所醫學院中，就有76所有另類醫療的授課，28所直接開設「整合醫學」的課程。<sup>116</sup>

<sup>114</sup> 郭芷瑄，〈另類療法 署屏開辦整合醫療門診〉，中央社，2010.2.25。

<http://n.yam.com/cna/healthy/201002/20100225586452.html>（上網日期：2012/2/3）。

<sup>115</sup> 李惠堂屏東報導，〈署屏醫院整合醫療朝世界主流〉，大紀元，2010.2.25。

<http://www.epochtimes.com/b5/10/2/25/n2828361.htm>（上網日期：2012/7/21）。

<sup>116</sup> 郭芷瑄，〈另類療法 署屏開辦整合醫療門診〉，中央社，2010.2.25。

<http://n.yam.com/cna/healthy/201002/20100225586452.html>（上網日期：2012/2/3）。

重修

# 屏東縣志

## 健康與醫療

第三章

西式醫療照護的引入



## 第三章 西式醫療照護的引入

### 第一節 西醫的發展

日本進行明治維新，學習西方的專業及科技，包括醫療，因緣際會日本把這項學習給帶入臺灣，透過政策讓人民漸漸轉傳統的漢醫和民俗醫療而就西方醫療，尤其是急性疾病，再加上國家在資源分配與教育投資的龐大支出，都強化了西醫在醫療體制上的地位；西式醫療一開始由教會引入，日人設立診所醫院後更加確立，不過西式醫療帶入臺灣初期，一般百姓受惠較少，因為不論是外國船醫或是日本設立的醫院，主要服務對象還是富人和在臺日本人，一般百姓很難進入，這也使得日本治臺五十年間，在臺日人的死亡率比起內地還低。<sup>117</sup>

戰後國民政府順應世界趨勢，持續實施西醫的教育政策，對於中醫則採行放任的態度，因而讓西醫更為獨大，臺灣的公私立醫院數從1915年至1939年從71家成長至284家，以私人醫院及診所增加最多；至2001年時臺灣已有637家醫院及17,628家診所；而西式醫療機構發展，在近年數量減少，病床數卻提高，從中可見各醫院規模擴大；醫療機構及醫事人員受科層化影響，醫師紛往大醫院，自己開業減少，1982年有54.6%(7,104位)的醫師從事基層醫療工作，即自行開業和服務於衛生所，平均每位基層醫師服務人口為2,598人，但在1990年降至38.2%(7,605位)，平均每位基層醫師服務人口為2,677人；醫師增加了七千人，但基層醫師才增加500人。<sup>118</sup>

一般來說，醫學院和醫學中心（教學醫院）都集中在都市程度較高的地區，在「教學醫師－醫師人力－診所」因人脈和養成環境成為一種連帶關係下，造成醫療集中在都市的現象；而屏東位於台灣最南端，教會傳教醫療也視屏東如山區等遍遠地區，至戰後1953年才設置診所，而醫學中心則一直到現在都尚未成立，整個醫療體系仍需依附高雄地區，屏東縣的醫療資源始終跟不上鄰近地區。

#### 日治前後期西醫發展

##### 一、西醫隨宣教醫療傳入

早在十七世紀荷蘭時期便有短暫的西醫傳入，1625年當荷蘭人佔領台南安平時，身為醫師的Dr. Maarten Sonk便自封為省長，此人應該就是歷史上有紀錄的第一位進入臺

<sup>117</sup> 張苙雲，2003，《醫療與社會：醫療社會學的探索》，台北：巨流。

<sup>118</sup> 張苙雲，2003，《醫療與社會：醫療社會學的探索》，台北：巨流。頁296。



灣的西醫師；之後荷蘭軍醫、東印度公司的醫師及傳教醫師相繼進入臺灣；<sup>119</sup>他們在安平及台南建設醫院並傳教，也訓練疾病慰問師（Zieckentrooster）來充教化員，後因瘧疾盛行造成荷蘭醫師離臺，使得西醫未能打下根基。<sup>120</sup>

1865年首位帶進傳教的是來自長老教會，出生蘇格蘭的馬雅各（James Laidlaw Maxwell, M.D.），他本身也是醫師，先在當時的台灣首府台南的看西街設醫館並傳教，後招致漢醫的反對而只待了20天；之後來到只有2000人的海邊村落旗後（今高雄旗津；當時和屏東縣春日鄉同屬清領時之臺灣府鳳山縣）<sup>121</sup>，在1865年7月中旬租用一間民房，利用客廳，平日為當地住民進行醫療；<sup>122</sup>台灣的西洋醫學就此展開。

## 二、日本人的屏東經驗

根據當年的隨行軍醫落合泰藏的日誌所載，他們進兵到車城，已經是個較為進步的都市，當地是平埔族與漢人商旅混居之地，所見的衛生狀況是：

街道很不乾淨，豬糞堆在路旁，天熱的時候發出惡臭，而且泥土黏滑寸步難行，因此流行風土病，最多的是瘧疾。地方的風俗是嗜嚼檳榔，其方法是把檳榔用青葉包後加點石灰，有訪客時以此招待，猶如外國人的香煙。由於這個原因，牙齒與嘴唇因而染成褐色。他們說，蓋因當地多瘴癘氣，吃檳榔來去毒。此地有不少泥沼污澤，水氣混於空氣中，用檳榔來預防熱毒，並非沒有道理。<sup>123</sup>

由於天氣炎熱，多數來自溫冷地帶的日本人，都沒辦法忍受當地的高溫與傳染病，紛紛病倒，每一百名健康士兵會發生274.6次(的病狀)，每一百名病患者痊癒者92.6人，死亡者2.4」。<sup>124</sup>這樣的慘痛經驗，當然會讓日本人對於屏東乃至全台灣的風土氣候與疾病狀況，有著深刻的印象。

當時日軍在社寮南方龜山新營區設置龜山基地醫院，由陸軍二等軍醫正桑田衡平擔任院長，這間醫院是在由後勤總部軍官平野負責監督興建的營區營房中，選定幾間草房做為醫院院舍；隨軍進行採訪的美國記者愛德華·豪士（Edward H. House）記載：「每位病患大致對日本軍醫的技術評價極高…，連來探望的所有英國船舶上的醫生，對傷患的衣物、居住環境、醫療待遇，也甚為稱道。」<sup>125</sup>這也有可能是日軍最早在屏東地區設立的醫療機構，可惜它並不對一般臺灣民眾開放。

1895年的乙未征台之役，許多軍官都是同時參與過牡丹社事件者，但對於臺灣的衛生狀況，依舊是無能為力；在短短不到半年的全臺征服戰役中，根據日方的統計資料，日軍戰死者僅164人，但是病亡的人數卻高達4642人，其中又以受到瘧疾侵襲致死

<sup>119</sup> 陳順勝，2002。〈日據前的西方醫療及其對台灣醫學之影響〉，《科技博物Vol.6/No.4》，高雄；國立科學工藝博物館。頁67。

<sup>120</sup> 李欣芬，1988，《基督教與台灣醫療衛生的現代化—以彰化基督教醫院為中心之探討》。國立臺灣師範大學歷史研究所碩士論文，未出版。頁166。

<sup>121</sup> 林衡道主編，1990，《臺灣史》，南投：臺灣省文獻委員會。

<sup>122</sup> 莊永明，1998，《台灣醫療史—以台大醫院為主軸》，臺北市：遠流。頁35。

<sup>123</sup> 落合泰藏原著、賴麟徵譯，1995《明治七年牡丹社事件醫誌(下)》，刊於第《台灣史料研究》第六號。頁116-117。

<sup>124</sup> 落合泰藏原著、賴麟徵譯，1995《明治七年牡丹社事件醫誌(下)》，刊於第《台灣史料研究》第六號。頁116-117。

<sup>125</sup> Edward H. House著、陳政三譯，2008，《征臺紀事 牡丹社事件始末》。台北：台灣書房。頁182。

者最多，連領軍的北白川宮能久親王都未能倖免。<sup>126</sup>因此，日本在正式治台之後，改善台灣的衛生與醫藥狀況，便成了新的殖民者如何在這個島上長居久安的重要課題，必須立即有效解決醫療健康問題。

### 三、日治時代的醫療組織發展

馬雅各開西醫診所後，沒多久，清政府和日本進行甲午戰爭，大清帝國敗戰，在1895年4月17日簽定馬關條約，臺灣及附屬島嶼全歸日本統治，日本因明治維新全面西化，將原以漢醫為主的臺灣社會，日漸轉變成西式醫療，也帶進衛生行政及西式醫院等機構與設施，可以說是在日治以前無衛生行政可言；<sup>127</sup>日治時才開始有系統的進行西式醫療衛生建設，建立中央與地方的衛生行政及機構組織。

日治時期的中央的衛生機關為總督府警務局內之衛生課，執掌保健、醫務、鴉片和防疫等事宜；地方則為各州廳警務部內之衛生課係，屏東日治初期是屬於高雄州，在州之警察部衛生課所管轄，而高雄州另設有屏東市役所及潮州、東港、恆春等郡役所，在市役所下設有衛生課，在郡役所下設置警察課及衛生係，以建立衛生制度；<sup>128</sup>在日本時代的基層衛生工作有保健員，進行基層的衛生宣導工作，如肺病流行期間，有很多人沒有到醫院治療及隔離，保健員的工作就是必須每一家每一家的訪問，了解那一家有人染了肺病，便要強迫他們去治療、隔離。<sup>129</sup>中央和地方的衛生課皆附在警察體系之下來執行，是日治時期最特別的地方，而醫療資源也集中在市郡中心。<sup>130</sup>

日治時期對於醫師資格認定主要以西醫為主，先是在1896年公布臺灣醫業規則，以領有日本內務大臣所簽發的醫師開業准許狀、醫師准許證或是由總督府領有醫業准許證者為限，且附有限地開業的規定；一直到1916年公佈醫師令才更改，改以醫師法為準，資格包括畢業於總督府所指定之官立公立醫學校者、畢業於總督府醫學校者和總督所指定之考試及格者。另有在外國學校畢業或是有醫生執照的日本國民且於總督府規定資格相符者，及領有內務大臣之醫師准許證者亦得為醫師。<sup>131</sup>

### 四、日治時期屏東官設醫療設施

臺灣總督府立屏東病院前身是設立於1896年的臺灣總督府鳳山病院，是於1910年將前鳳山病院院舍資材撤移而建，更名為阿緱病院。當時的院址即今中央市場所在地，院舍為板屋木椽，規模簡陋；<sup>132</sup>後遷至現署立屏東醫院院址（自由路270號），基地面積有8,668坪，是由王進成等15人捐贈，建築物有811坪；<sup>133</sup>在1920年正式更名為台灣

<sup>126</sup> 莊永明，《台灣醫療史—以台大醫院為主軸》，頁68。

<sup>127</sup> 李騰嶽原修、莊金德增修，1971，《台灣省通誌》卷三〈政事志·衛生篇〉，南投：臺灣省文獻會。頁15。

<sup>128</sup> 李騰嶽原修、莊金德增修，1971，《台灣省通誌》卷三〈政事志·衛生篇〉。頁48。

<sup>129</sup> 李瑞娥，2012〈屏東鄉間的醫療發展—助產士與藥房老闆娘口述醫療事跡〉，《屏東文獻 15》，屏東縣政府文化處。頁95。

<sup>130</sup> 引自臺灣總督府警務局編：《臺灣衛生要覽》（臺北：該局，1925），頁70。

<sup>131</sup> 李騰嶽原修、莊金德增修，1971，《台灣省通誌》卷三〈政事志·衛生篇〉。頁552-553。

<sup>132</sup> 屏東縣醫師公會第20屆理事會編，2008，《屏東醫師公會60周年誌》，屏東：屏醫師公會。頁52。

<sup>133</sup> 李騰嶽原修、莊金德增修，1971，《台灣省通誌》卷三〈政事志·衛生篇〉。頁95。

總督府屏東醫院。<sup>134</sup>由於屏東醫院的成立，將西式醫療組織機構的觀念帶入屏東，尤其在日本政治抑制漢醫的政府驅動下，屏東醫療機構漸漸步入西化。

在日治時期，屏東醫院因其官方性質，所以前往就診者，多為內地人或較有資產之台灣人，且因地理關係，若非居住在屏東市接者，較難接近；此一狀況，在全台灣普遍都存在，為謀補救此種鄉村地區無醫可就的醫療資源缺乏問題，總督府遂依據明治四十年所訂「台灣公醫規則」，實施公醫制度；公醫並非官吏，但由總督任命，並領有津貼，在當地開業，負責當地公共衛生及醫事一般事宜；另有上下水道之清潔改善、傳染病、流行病、地方病的檢疫與預防、種牛痘、衛生消毒、各國民學校的學生體檢、屍體檢查、公園衛生、鴉片、貧民醫療與醫事統計、人民死亡診斷開具死亡診斷書，據以埋葬及註銷戶籍登記等均為相關業務。<sup>135</sup>

屏東地區除了屏東市、東港街、恆春與潮州等四個街庄之外，其他多半屬於鄉村無醫之地區，所以公醫之設置，極其必要，截至昭和十四年末(1939)的統計，屏東地區的公醫分布情形如表3-1：

表3-1：日治時期屏東地區公醫分布表

郡市名	駐在地	受持區域(服務範圍)
屏東郡	長興庄	長興庄
	里港庄	里港庄
	塩埔庄	塩埔庄
	九塊庄	九塊庄
	高樹庄	高樹庄
潮州郡	潮州街	潮州街、萬巒庄
	新埤庄	新埤庄
	內埔庄(內埔)	內埔庄(老埤、犁頭標、番子厝、隘寮等除外)、竹田庄
	內埔庄(老埤)	內埔庄、老埤、犁頭標、番子厝、隘寮)
	枋寮庄	枋寮庄
	枋山庄	枋山庄
東港郡	東港街	東港街
	新園庄	新園庄
	林邊庄	林邊庄
	萬丹庄	萬丹庄
	佳冬庄	佳冬庄
	琉球庄	琉球庄

<sup>134</sup> 古福祥纂修，1971，《屏東縣志》，屏東：屏東縣文獻委員會。頁17。

<sup>135</sup> 只野典男編，1928，《台灣內地醫事藥事法典》，台北：醫事藥事法典刊行會。頁48-51

郡市名	駐在地	受持區域(服務範圍)
恆春郡	恆春庄	恆春庄
	車城庄	車城庄
	滿州庄	滿州庄

資料來源：高雄州廳編，1985，《高雄州管內概況及事務概要(昭和十四年)》，頁175-176，台北：成文出版社。

### 五、私人醫療機構

屏東醫院雖然設備較好、醫師的水平也較高，但因為醫員多為日本人，收費也較高；一般台灣人看病，若非找傳統的漢醫或漢藥房，也是傾向於找就近便利的私人醫院或診所的醫師，而婦女生產則是找產婆，這些輔助官方醫院的附屬醫療機構，對於照顧屏東人的生命健康方面的貢獻，也是不容忽視。<sup>136</sup>

以當時的統計數字來看，屏東的官方醫院始終只有屏東醫院一所，但是私人的開業醫、齒科醫、藥劑師、產婆等則有增加趨勢，茲將屏東各地相關醫業人員的分布情形如表3-2。

表3-2：日治時期屏東地區醫藥衛生機關分部概覽表

		官公立醫院	私立醫院	公醫	開業醫	齒科醫	醫生	藥劑師	產婆	藥種商
昭和三年 (1928)	屏東	1	2	3	23	5	6	2	39	55
	潮州			4	15		4		21	45
	東港			4	20	2	6		27	63
	恆春			3	6	1			3	9
昭和四年 (1929)	屏東	1	2	4	30	7	5	2	42	49
	潮州			4	14	2	4		21	43
	東港			4	19	1	6		30	57
	恆春			2	4	2			3	7
昭和五年 (1930)	屏東	1	2	3	31	10	3	2	47	46
	潮州			4	15	2	4		22	40
	東港			4	21	2	5	1	45	55
	恆春			3	6	2			3	6

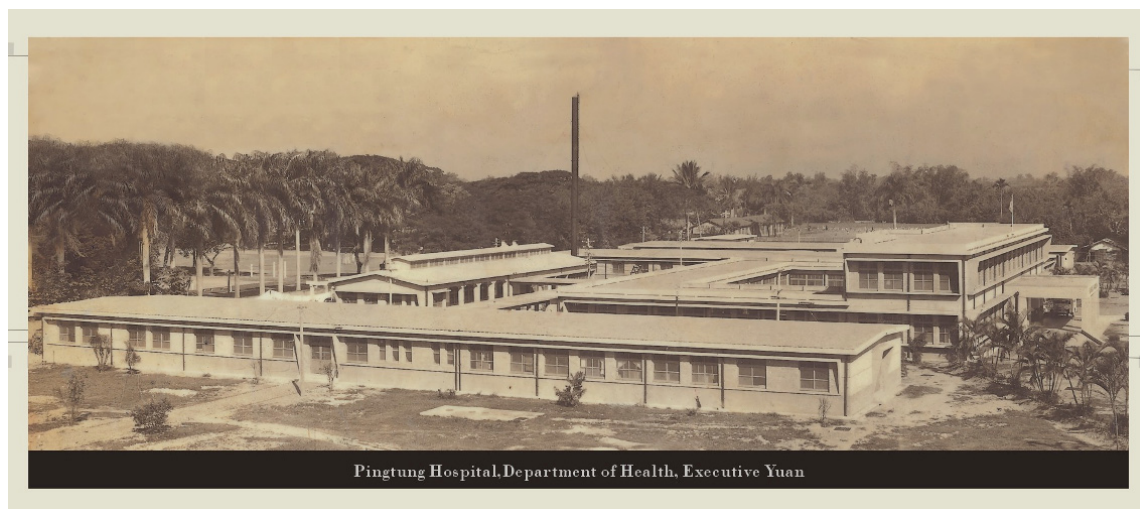
<sup>136</sup> 如屏東人曾勤華曾記錄他在1923年時，因罹患宗鶴膝風（關節炎）住進屏東病院二等病房，每日租金和膳食及醫療費便要日幣二元，半年就花了500多元，當時可換稻穀約一萬五千台斤。引自曾純純，2006，〈從六堆鄉賢著作看屏東縣客家地區戰前的醫療發展〉，收入《屏東客家醫療史·移民與文獻論文集》，屏東：美和技術學院。頁44。

		官公立 醫院	私立 醫院	公醫	開業醫	齒科醫	醫生	藥劑師	產婆	藥種商
昭和 六年 (1931)	屏東	1	4	4	27	10	2	2	47	47
	潮州		1	4	10	2	4		22	40
	東港			4	20	1	5	1	45	50
	恆春			2	2	1			4	7
昭和 七年 (1932)	屏東	1	4	3	19	9	2	4	41	46
	潮州		1	4	11	3	4		24	40
	東港			4	22	1	6	6	40	52
	恆春			3	2	1			6	7
昭和 八年 (1933)	屏東	2	6	3	21	11	2	3	46	22
	潮州			5	10	3	4		27	36
	東港			4	21	3	6	4	39	48
	恆春			3	1	1			7	6
昭和 九年 (1934)	屏東	2	5	4	22	9	2	3	48	45
	潮州			7	11	3	4		27	36
	東港			4	21	3	5	3	42	47
	恆春			4	1	1			6	5
昭和 十年 (1935)	屏東	2	5	5	24	11	2	3	53	40
	潮州			6	15	3	3		27	39
	東港			4	23	5	5	3	43	44
	恆春			4	1	1			6	5
昭和 十一年 (1936)	屏東	1	6	5	27	13	1	3	59	39
	潮州			7	17	2	3		29	36
	東港			4	23	5	5	2	39	43
	恆春			4	1	1			6	5
昭和 十二年 (1937)	屏東	1	4	7	28	12	1	7	64	34
	潮州			7	15	4	3	1	24	34
	東港			5	22	6	5	1	41	41
	恆春			4	2	1			9	4
昭和 十三年 (1938)	屏東	1	7	7	33	11	1	8	54	30
	潮州			6	19	4	3	6	24	27
	東港			6	22	8	4	2	34	36
	恆春			4	2	1		2	8	4

從表3-2中可以發現幾個屏東地區的醫療現象，而這些現象，有的甚至時至今日猶未完全改觀；其一，屏東的官公立醫院極少，廣大的在地人口僅有一所官立的屏東醫院，其他的均需仰賴公醫與開業醫師，顯見殖民當局對於屏東地區的醫療資源不足現象，始終未予重視與謀求改善。其次，醫療資源之不足已是嚴重，更嚴重的是醫療資源的分佈不均，開業醫雖多，但多數分佈在人口數較多的屏北地區，尤其是屏東郡及東港郡所獲的資源較多；第三，較之一般開業醫更少的是開業的牙醫師，不只是醫療資源貧乏的恆春郡，長年缺乏合格的牙醫師開業，其他較為繁華的屏東郡市與東港郡等地，牙醫師也不足5人；可見當時如果牙齒有問題的話，恐怕只能自求多福或者向不合格的牙醫師求助。

### 戰後署立屏東醫院的發展

日治時期即已成立的屏東醫院。戰後由省政府撥款，並配合美援補助重建，台灣省行政長官公署衛生局於1945年11月派李朝欽接收屏東醫院並任院長，院內設內科、外科、小兒科、婦產科、耳鼻咽喉科、眼科、牙科、藥劑室、護理室、人事室、主計室、X光室、檢驗室及總務室；總病床數在民國50年為122床，在當時僅次於嘉義和臺南醫院。<sup>137</sup>



照片3-1：1955年省立屏東醫院建築全貌（署立屏東醫院提供）

<sup>137</sup> 行政院衛生署編輯，1995，《臺灣地區公共衛生發展史(二)》，台北：行政院衛生署。頁620-621。



照片3-2：1947年6月9日省衛生處顏春輝處長至屏東醫院巡視合影，執帽者為顏春輝處長，其左為院長李朝欽博士（署立屏東醫院提供）



照片3-3：戰後首任屏東醫院院長李朝欽醫師（署立屏東醫院提供）

屏東醫院造就不少為民奉獻的醫師，尤其是在李朝欽博士及劉紹興博士在擔任院長期間開創門診的盛況。當時內科有耳熟能詳的「大小董」，就是主任董清課醫師（日本東北帝大畢業，曾任臺大門診室主任）及他的侄子董延葭醫師；來自臺大的戴揚輝醫師，之後和其子及媳婦共同設立戴胃腸科，還有留日回臺的江清耀醫師（今江俊逸耳鼻喉科）、陳春益醫師、邱魁雄醫師和心臟內科專才陳俊壽醫師、黃華南醫師、陳慶源醫師（曾在高樹開設同慶診所，後因故移民日本），葉慶崇醫師（在福建路開設葉心臟科，後移民美國，不幸在高速公路車禍喪生）等，這些醫師開創了屏東醫界的新猶。<sup>138</sup>

當時的內科醫局有晨會巡房的傳統，也會邀請地方上開業的醫師一起討論病例，X光室和檢驗室也有從臺大受訓回來的陳慶瑞技術師和陳耀堂檢驗師配合，對病情診斷帶來相當的幫助；這樣的傳統和技術，讓屏東在60年代後期至80年代初期遭遇地域性疾病，例如高樹、里港、山地常出現的嗜伊紅性腦膜炎（處理蝸牛不慎間手口感染到廣東住血線蟲），沿海區零星的霍亂病例（船是由菲律賓、馬來西亞、大陸沿海帶菌回

<sup>138</sup> 行政院衛生署屏東醫院院史資料，署立屏東醫院院內資料，未出版。

來)，及糞便中的霍亂弧菌等都能勝任應付。<sup>139</sup>

屏東醫院外科也聚集不少人才，包括葛承家、吳振還、劉敏祥等醫師，師出名校，後繼的台大幫如陳海國、高東輝、戴鐵雄、吳兩端等醫師都為屏醫建立了好口碑；而高東輝和戴鐵雄兩位醫師還南下到恆春分院支援，其後的楊文振、蔡文佑、羅秀雄、李俊德等醫師也都固守屏醫外科好長一段時間，直到陳清軒院長時代與人愛醫院合作的模式被引進，外科業務才稍有改變。

在小兒科方面，自李朝欽院長以來，有張伯濂醫師（在潮州開業）、林富卿醫師（在屏市中正路開業）、許和清醫師、蕭昭元醫師（林森路開設養元小兒科）、黃榮耀醫師（在中正路開業，擔任過四任公會理事長）、楊文夫醫師（在民族路邊開業）、林景星醫師（在鳳山市開業）、李國宏醫師（在林森路開業）、陳家玉醫師（後轉到中山醫學院，並任院長職務）、陳武元醫師（高醫兒科教授，後在林森路開設元和醫診所）、蔡長禧醫師（在民生路開業）、李品宜醫師（在台南市開業）、林瑛豐醫師（後轉到東港輔英醫院，後在東港開業）、邱統凡醫師（後為內埔衛生所主任）、林淑敏主任（由高雄榮總轉任）等，這些醫師離職後在外開業都有好口碑。

婦產科方面由鄭錦城副院長傳承下來，有劉德正、許有來、王式增、黃玉清、張添榮、楊衍俊、康維邦、鄭英傑、林榮津、劉榮一、林曉晃、魏福茂、吳桂荻等醫師，他們多數離職後都在外開業，仍舊是婦產科界的中堅份子；耳鼻喉科仍有前輩林和興醫師還在執業中，一代奇才蔣中山醫師則移民日本，其他的界內同仁大都在屏市開業，如江俊逸、姜志群、許勝勛、紀宏彬等醫師，眼科先進鄭炳陽、謝維石已過世，後繼的高克明、陳南元、李弘志、盧富美、林重志等醫師大都在縣內執業，業績也都很好。



照片3-4：署立屏東醫院現況（署立屏東醫院提供）

<sup>139</sup> 行政院衛生署屏東醫院院史資料，署立屏東醫院院內資料，未出版。



屏東縣現有醫療機構634家，其中醫院37家，診所597家，平均每一家醫療機構服務面積4.38平方公里，服務人口數1,434人，每萬人醫療機構數6.13家，另有藥商1,712家；屏東縣許可床五十床以上醫院包括：行政院衛生署屏東醫院、財團法人屏東基督教醫院、安泰醫院、國軍高雄總醫院屏東分院、寶健醫院、國仁醫院、安和醫院、育生醫院、人愛醫院、民眾醫院、財團法人恆春基督教醫院、行政院衛生署屏東醫院恆春分院、輔英技術學院附設李澤醫院、枋寮醫院、六愛醫院、全民醫院、行政院國軍退除役官兵輔導委員會龍泉榮民醫院、小康醫院等。<sup>140</sup>

屏東最早設立的醫院即是前述的屏東醫院，跟著是民國1949年6月成立的高雄縣立恆春醫院，在1951年隨同行政區域改為屏東縣立恆春醫院，隔年的11月再改屬為省立屏東醫院恆春分院；<sup>141</sup>後來因該院地處墾丁國家公園，長期肩負恆春半島居民及墾丁國家公園遊客緊急救護責任，在各級長官及多位地方民代士紳努力下，於民國2007年5月2日正式升格為「行政院衛生署恆春旅遊醫院」。

國軍高雄總醫院屏東分院早期是從湖南成立，於民國38年（1949年）遷至虎尾，後於隔年奉命改組成立屏東空軍醫院，之後曾更名為「國軍第八一五醫院」，在民國1998年正式使用現名至今，該院在民國2008年病床數已有151床，設有內科、外科、婦產科、眼科、小兒科、牙科、精神科、復健室等科，並有一般急性病床、呼吸治療病房、護理之家等住院服務。<sup>142</sup>

後來成立的醫院是由挪威基督教協力公會捐資興建的「屏東基督教醫院」，創始於1953年，病患遍及金門、馬公及台灣各地，以醫療疾病濟助貧困，並協助普及衛生教育為目的，該院在小兒麻痺診治上貢獻良多，尤其為了避免讓這些患者在受教時遭遇困難，乃於1963年9月成立勝利兒童之家，專門收留經過矯正可以讀書的學童，該院「有錢能看病，沒有錢也能看病」的設立主旨，讓不少原住民、大陳義胞、雲南義胞及其他貧若病患得到醫療的幫助。<sup>143</sup>

1957年7月1日成立的龍泉醫院，全名為「行政院國軍退除役官兵輔導委員會龍泉榮民醫院」，前身是龍泉榮譽國民之家，初期名為「龍泉榮民肺結核醫院」，由於村民對此名稱產生恐懼，因而在9月更名為「台灣龍泉榮民醫院」，在1963年4月1日再改稱為「行政院國軍退除役官兵就業輔導委員會龍泉榮民醫院」，現名是在1966年所更改。<sup>144</sup>1960年之後，屏東陸續成立私立醫院，包括1964年成立的另一間教會醫院「恆春基督教醫院」、1987年成立的國仁醫院、1992年成立的私立安泰醫院、1994年成立的寶健醫院、1995年成立的安和婦幼醫院及人愛醫院、民眾醫院、輔英科技大學附設醫院、枋寮醫院、茂隆醫院、屏安醫院等。<sup>145</sup>

<sup>140</sup> 屏東縣政府所屬網站[http://invest.ptg.gov.tw/CmsShow.aspx?ID=15&LinkType=3&C\\_ID=10](http://invest.ptg.gov.tw/CmsShow.aspx?ID=15&LinkType=3&C_ID=10)（上網日期2010/3/22）

<sup>141</sup> 古福祥纂修，1971，《屏東縣志》，屏東：屏東縣文獻委員會。頁15。

<sup>142</sup> 屏東縣醫師公會第20屆理事會編，2008，《屏東醫師公會60周年誌》，屏東：屏醫師公會。頁80。

<sup>143</sup> 古福祥纂修，1971，《屏東縣志》，屏東：屏東縣文獻委員會。頁22。

<sup>144</sup> 屏東縣醫師公會第20屆理事會編，2008，《屏東醫師公會60周年誌》，屏東：屏醫師公會。頁67。

<sup>145</sup> 各公私立醫院簡述可見附表。

## 教會醫院的醫療照護

教會醫院在臺灣醫療一直佔有重要地位，在日治時三間私立醫院全是基督教長老教會的醫院，包括台南新樓醫院、彰化基督教醫院及淡水的馬偕醫院；這些基督教醫院不僅為民眾治病並和政府合作進行熱帶流行病防制及戒除吸食鴉片，甚至連一般醫院難收容的痲瘋病（又稱癩病）也積極進行收容及醫治，例如傳教醫師戴仁壽便努力奔走在1934年成立專門醫治痲瘋病患的「樂山園」。<sup>146</sup>

教會醫院除了開設醫院照顧病人，也會進行醫學教育，例如承續馬雅各創設打狗醫館的慕德醫院便開辦醫學教育，成為臺灣第一間進行醫學教育的場所；<sup>147</sup>前述三間醫院也都有收取學生教導現代醫學的情形，包括學徒醫師及護理人員，可以說在日治前30年（1905年），是臺灣基督長老教會現代醫學的時代，也可說教會醫院是日治前臺灣醫療衛生現代化的播種者。<sup>148</sup>在屏東縣，教會醫院的醫療照護佔了重要位置，屏東市的屏東基督教醫院及恆春的恆春基督教醫院，兩院擔起屏北及屏南兩大區塊醫療資源提供的重要角色。

### 一、小兒麻痺治療領先全臺的屏東基督教醫院

屏東基督教醫院最早是由美國差會宣教士白信德醫師於1953年在屏東市中正路租屋創辦「基督教畢士大診所」開始，於1956年更名為「基督教診所」，最後在1963年在大連路新建醫療大樓，正式更名為「基督教醫院」，1965年奉准成立「財團法人屏東基督教醫院」。

屏東基督教醫院在山地巡迴醫療、痲瘋病人救治、結核病、小兒麻痺的治療上，不僅造福在地屏東人，也嘉惠全台各地病患；其中結核病、小兒麻痺的治療在臺灣創造了醫療先例。

屏東基督教醫院從傳教士到屏東一開始就是投入原住民的醫療，（民國102年是六十年週年的院慶），那時傳教士照顧很多肺結核病患的住院問題，他們安排住在小兒的病房，那些病患竟然傳染小兒麻痺，因為那時剛好小兒麻痺大流行，後來他們就積極聯絡國外的小兒麻痺專科醫生，向美國相關醫院聯絡專門醫生，印象中屏東基督教醫院是台灣第一個引進小兒麻痺醫療的醫院，那時原本照護肺結核的醫護人員就轉為照護小兒麻痺病患，完全免費醫療。

我剛來（民國74年）屏基時還有一點點痲瘋病的病人，其實傳教士來台灣時最先就是照顧肺結核、痲瘋病及其他傳染病的病人，在民國48年時小兒麻痺非常流行就轉為小兒麻痺病病患服務。<sup>149</sup>

屏東縣政府正好開辦肢體殘障特殊班，仁愛國小就成為臺灣第一個開啟特殊教育的學校；為了妥善照顧這些病患，屏東基督教醫院的附設兒童療養院在1961年落成啟用，

<sup>146</sup> 張苙雲，2003，《醫療與社會：醫療社會學的探索》。頁167。

<sup>147</sup> 莊永明，1998，《台灣醫療史—以台大醫院為主軸》，臺北市：遠流：頁39。

<sup>148</sup> 張苙雲，2003，《醫療與社會：醫療社會學的探索》。頁174。

<sup>149</sup> 屏東基督教醫院前院卓德松醫師訪問稿。（李瑞娥訪問）



照片3-5：屏東基督教醫院畢嘉士醫師在仁愛路宿舍治療結核病兒童，並設立全省第一所專治小兒麻痺的「兒童療養院」（照片由屏東基督教醫院提供）。



照片3-6：屏東基督教醫院成立支架工廠自製支架供小兒麻痺症病童使用，讓孩子們可以站起來自行活動（照片由屏東基督教醫院提供）。



照片3-7：屏東基督教醫院越洋延請專家來醫院指導脊椎側彎矯正手術，讓小兒麻痺患者得到最佳的治療，在當時更躋身為世界八個脊椎矯正中心之一（照片由屏東基督教醫院提供）。

同時照顧小兒麻痺及結核病病童；屏東基督教醫院對小兒麻痺後遺症—脊椎側彎的問題，畢嘉士醫師特別在1975年至夏威夷延請骨科醫師來臺灣指導脊椎固定手術，之後亦請香港骨科醫師來指導；<sup>150</sup>這些種種事蹟奠定了屏東基督教醫院在屏東和臺灣醫界的地位。

另外，2002年7月1日屏東基督教醫院也接受外交部委託，派駐醫療團至前邦交國馬拉威，因馬拉威在全國一千萬人口中，只有不到10位在當地受過訓練的專科醫師（外科4名、婦女會2名、小兒科2名及牙科1名），且當地健康指數很差，平均餘命只有37.1歲，主要死因為傳染性疾病，如AIDS、TB、Malaria、Pneumonia、Diarrhea及營養不良等，從中可見屏東基督教醫院所面臨的挑戰；但在「哪裡有需要，就往哪裡去」的精神下，屏基投入這塊醫療待開發的地區，將馬拉威視為新的宣教工場，並企圖把Mzuzu中央醫院轉化成為熱帶醫學的訓練中心；<sup>151</sup>至2008年因和馬拉威斷交為止，陸續推展「血庫計畫」、「接

<sup>150</sup> 賈佩芳，2010，《愛的種子—畢嘉士醫師的佳美腳蹤》。屏東：屏東基督教醫院。頁6-13。

<sup>151</sup> 陳志成、蔡朝仁、劉侃、簡肇明，2003，〈屏基接手台灣駐馬拉威醫療團 開啟醫療外交新里程〉，《醫療傳愛無國界 屏基感恩五十年》，屏東：屏東基督教醫院。頁82-83。

生婆訓練」、「巡迴醫療」及「愛滋病彩虹門診」。<sup>152</sup>

恆春基督教醫院因處屏東最南端，附近盡是山區，因此山區醫療成為他們最主要的服務，由於早年交通不便，進行山區義診遇到相當多的麻煩。早年曾任護理長的芬蘭籍馬立娜女士回憶：<sup>153</sup>

當時醫療隊的足跡遍踏各處，最遠曾到春日鄉靠近七佳附近的南和（一百公里外）。記得有一次是個颱風天，下大雨，山洪爆發。醫療隊的成員下來推車，在洪水中涉水危行，經歷了一場所謂的水路之險。

恆春基督教醫院除了到山區義診外，各種孤苦無依的傷殘病患也都是恆基要照顧的對象，像是被遺棄的痲瘋病患，醫師護士們會為他們清洗及包紮上藥；如今恆基在眾人努力下已有一棟六層樓的百床醫療大樓，也添置了各式新型的精密儀器，同時進行公共衛生教育宣導及心理健康輔導、社區健康照護、獨居老人關懷、送餐及老人日托站、新台灣移民女性生活關懷、生活照應及新移民女性第二代—新台灣之子學童課業輔導、原鄉部落的兒童教育課輔等事工，成為恆春半島居民生活安心的最大的慰藉。<sup>154</sup>

## 第二節 護理健康照護

護理人員可說是醫療體系中少不了的支柱，其專業是一門原始且科學的事業，從母親對子女與家屬的呵護，發展到社會大眾的照護，其間充滿著愛與責任；早期的護理工作可說是宗教活動行為，有組織的護理工作起源於中世紀，羅馬天主教會對十字軍傷兵的照護開始，當時有寡婦會、童貞女會、女執事、修道院等組織，讓護理工作也組織化及社會化；<sup>155</sup>而全世界最早的護理學校，也是在戰時進行傷兵護理的南丁格爾（Florence Nightingale）所創，同時也以她的生日5月12日為護士節。<sup>156</sup>臺灣的護理發展便在日治時期開始發展。

### 屏東的護理發展

臺灣的近代護理發展可說在日治時期逐一展開，其肇始於1895年日本治臺後「大日本台灣病院」創設（台大醫院前身），為台灣公立醫院之始；為了服務病患，在同年7月便選派醫師10人、藥劑師9人和護士20人來台開始醫護工作；此後在1898年台北病院制定「看護婦養成內規」，為台灣有系統護理訓練的開始；<sup>157</sup>之後各地病院設置看護婦養成所，而教會醫院亦投入看護婦的培育，如1901年馬雅各二世及其夫人為台南新樓醫院成立助產士及看護婦訓練所，成為西方醫學在台的第一所護理訓練所。<sup>158</sup>

<sup>152</sup> 卓德松，2008，〈屏東人口中的阿都仔病院—屏東基督教醫院〉，《屏東醫師公會60周年誌》，屏東：屏東醫師公會。頁42。

<sup>153</sup> 黃健榮，2008，〈恆基歷史及成長故事〉，《屏東醫師公會60周年誌》，屏東：屏東醫師公會。頁73-77。

<sup>154</sup> 黃健榮，2008，〈恆基歷史及成長故事〉，《屏東醫師公會60周年誌》，屏東：屏東醫師公會。頁73-77。

<sup>155</sup> 張芙美，2008，《台灣護理學史》，臺北市：華杏。頁28。

<sup>156</sup> 張芙美，2008，《台灣護理學史》，臺北市：華杏。頁49。

<sup>157</sup> 行政院衛生署健康照護處，2006，《95年度護理人文與倫理專案計畫成果報告書》，南投：衛生署未出版。頁5。

<sup>158</sup> 台灣基督長老教會歷史委員會編，1995，《臺灣基督長老教會百年史》，台南市：台灣基督長老教會。頁109。

對臺灣護理人員培訓影響深遠的是1923年10月12日，日本總督府以府令第七十二號公布「臺灣總督府醫院看護婦、助產婦講習所規則」，在臺北與臺南醫院內附設看護婦、助產婦講習所，可分別授以看護婦科或助產婦科的課程，並明定其開設的人事與設備標準及學員的成績操行考核事項，為公立醫院護理助產合科教育的開始；之後在1924年為提升臺籍看護婦水準，以府令第18號公布「看護婦規則」，詳列了看護婦的業務內涵、資格取得、考試事項及免許消失等，為臺灣的看護婦管理首度作出明確的規範。<sup>159</sup>

1924年5月30日，除了原臺北及臺南醫院外，另增列包括屏東及基隆、宜蘭、臺中、嘉義、臺東等醫院可附設看護婦講習所，屏東正式納入看護婦養成的範圍之內。而根據1924年日本人統計，所有醫院養成的110人中，畢業於屏東醫院的看護婦有7人，最多為日本紅十字會臺灣支部的37人。<sup>160</sup>

另在1929年12月29日明訂臺北、臺中及臺南醫院可設置「看護婦、助產婦講習所」，合科訓練看護婦與助產婦，其他包括屏東在內，另有基隆、高雄、嘉義、宜蘭及臺東醫院等，則是附設「看護婦講習所」，各醫院內可依需要設置看護婦科或助產婦科，從事學科與技術的教習。<sup>161</sup>

1939年屏東醫院看護婦講習所，首度公告招募講習生，當時的所長是中川雅夫，募集人員資格在年齡方面需為14歲以上，25歲以下，學歷則需有高等小學校或公學校高等科畢業，或是高等女學校第二學年以上及所長認可的同等學歷，主要參考的在學成績包括國語、作文和算術等科；應考還需有保證人，並附上志願書；<sup>162</sup>因日治結束，1945年2月21日在屏東及其他各地醫院看護婦講習所的聯合招生，成為日治時期最後一次。<sup>163</sup>

戰後屏東護理發展可說和屏東醫院有密切關係，畢竟屏東醫院是戰後初期屏東唯一較具規模的醫院，因而產生許多為屏東護理付出奉獻的事蹟；戰後屏東醫院首位護理主任為曾賽珠女士，她可說是對屏東護理發展關鍵的人物；曾女士早期在日本人中川雅夫開設的私人醫院服務，服務10年後便至臺灣總督府臺南醫院攻讀助產士2年，由於當時有於大型醫院服



照片3-8：戰後屏東醫院首任護理主任曾賽珠女士（署立屏東醫院提供）

<sup>159</sup> 府報第三千百六十號，大正十三年二月十四日，臺灣總督府。

<sup>160</sup> 李騰嶽原修、莊金德增修，《台灣省通誌》卷三〈政事志·衛生篇〉。頁42。

<sup>161</sup> 府報第八百五十三號。府令第七十二號改正「臺灣總督府醫院看護婦、助產婦講習所規則」。

<sup>162</sup> 府報第三千五百十三號。昭和十四年二月二十三日。臺灣總督府。

<sup>163</sup> 臺灣總督府官報第九百五號。昭和二十年二月二十一日。臺灣總督府。

務三年便可檢定護士資格，因此這段期間，曾女士同時取得護士和助產士資格；後來中川雅夫院長之子中川雅美成為總督府屏東醫院院長，曾女士便轉至屏東醫院擔任護士兼助產士。<sup>164</sup>

戰後曾女士成為屏東醫院首任護理主任，當時院內有20幾位護士，此時臺灣省政府安排美國的護士針對院內護士進行三個月的訓練，從此建立如三班制、鋪床、洗澡及衛教等制度；由於當時屏東病人的知識水準較低，缺乏衛生常識，因此受訓後的護士在曾女士帶領下便為民眾進行衛生教育，面對這些貧苦民眾，護士們常拿自己作的木屐給民眾穿戴，也會煮一些海鮮給民眾吃；<sup>165</sup>在1996年屏東醫院推動護理人員進階制度，建立臨床路徑，為護理人員的專業邁前一步，1997年則成立居家護理，2007年陳枝梅擔任屏東醫院護理主任後，成立長期照護部，為屏東護理照顧寫下新頁。

### 繁雜的護理工作

護理的工作非常繁雜尤其在戰後初期一切克簡，許多工作都落在護理人員身上，曾任屏東基督教醫院護理部督導的莊惠如回憶：

屏東基督教醫院還是小醫院時，那時候的急診室，堪稱克難。護理人員好像無敵鐵金剛，身兼數職，一面照顧三床（滿床數）的加護病床病患，一面拉長耳朵，聽到病患按急診電鈴，必須拿著鑰匙，打開門鎖，拉開鐵門，迎接病患進入急診室，協助利用（四角號碼）查病歷，量生命徵象、問病史、寫紀錄，再打電話將值班醫師從睡夢中叫醒，接著摸黑到病歷室拿病歷，協助醫師看診，後續作治療，可返家病患，協助算醫藥費，收取醫藥費，再到藥局協助藥師包藥，向病患衛教藥物用法，護送病患出急診大門，再將大門關上上鎖。<sup>166</sup>

事實上，護理工作至今仍繁雜且工時長，除了照顧病人還要準備評鑑用的相關文件資料。

年輕護士離開的原因，就是要寫報告、進階問題、準備評鑑資料、和病人接觸沒經驗，大概不到一年就走了，如果處理病人的能力比較弱、溝通能力低，如果不能適應就走了；護理人員是責任制，這個班如果沒有做好，本來工作8小時可交班的，可能就要處理好才能交班，下班時間就延遲了；我民國85年開始當護士到現在有16年，在洗腎部門九年了，當一般的護士是很辛苦的工作，要上大夜班。<sup>167</sup>

後來衛生署醫事處處長石崇良回應，將會把「護病比」納入醫院評鑑標準；<sup>168</sup>不過，近年來台灣各大醫院的護理人員還是缺得非常多，肇因於護理工作非常辛苦。

有些醫院關了將近一百個病床，因為缺了一、二百個護理人員；屏東基督教醫院和輔英、大仁有簽約，護理人員大都來自這些學校，很幸運，我們有這兩家護理

<sup>164</sup> 署立屏東醫院院內資料，〈護理史〉。

<sup>165</sup> 署立屏東醫院院內資料，〈護理史〉。

<sup>166</sup> 莊惠如，2003，〈一路走來·始終如一〉，《醫療傳愛無國界 屏基感恩五十年》，屏東：屏東基督教醫院。頁109。

<sup>167</sup> 護理師鍾美玲女士訪問稿。（李瑞娥訪問）

<sup>168</sup> 管嫻媛，2011，〈護理師：超時工作 簡直賣命〉，中國時報，5月11日。

學校，所以不缺護理人員，很多醫院都缺很多護理人員，但是我們還好缺得不多，大概二十幾個人員；不過還是要很小心，因為缺護理人員的醫院為了爭取足夠的人員就會調高薪資，就會引起角力。評鑑制度對人力要求很高，這樣的話，我們的護理人員還是會被吸走；屏東基督教醫院的護理人員的流動率在全國比起來不算大，因為她們（護理長）花了很多心血在護理人員身上。<sup>169</sup>

護理人員的超工時及事務雜，也讓不少護理人員離開護理工作，造成新進人員一直進來，而資深的護理人員除了照顧病人外，還要帶領新手，<sup>170</sup>護理人員的處境，也使得2011年國際護理師節前，前衛生署署長楊志良還點名醫院應將盈餘多聘護理人員及改善薪資；<sup>171</sup>護理學系畢業的學生，有很多人就算拿到護理執照也不一定就會從事護理工作。

護理學校畢業的學生從學校到醫院臨床的鴻溝非常的大，這會造成新護理人員的心理壓力，因為學校所學的東西跟不上醫療上所發展的新事務；有些學生到醫院後無法聯接學校所學的，有時就會離開醫院，甚至永遠離開護理的工作；在台灣拿到證照的護理人員，跟實際從事護理工作的人比起來，離開工作的大概超過一半以上。<sup>172</sup>

### 護理人員的就業現象

護理人員的工作繁重及工時超時，護理人員還需面對高階低就的現況，屏東縣在2010年8月19日訂定「屏東縣高級中等以下學校護理師、護士及營養師員額編制要點」單行法規，將新進校護「護理師缺」一律降調為「護士缺」任用；在當時屏東有160名護理師（約八成）的職缺，尤其在2013年後國家考試便無護士編制，如此將



照片3-9：護理人員工作繁雜且辛苦(圖為屏東基督教醫院提供)

面臨專業不受尊重的問題。不過這一切肇因於縣政財源，為了可以晉用更多校護來照顧國中小學生，在「校校有校護」的目標下而擬定此單行法，但面對各界聲音，此單行法也已廢止。<sup>173</sup>

雖然護理人員待遇受到質疑，回顧在日治時期，護理人員還被視為一項好職業，像是臺灣民報在「臺灣各界的職業婦人介紹」專題中，圖文並茂的介紹看護婦，文中說看護婦的職業是「女子高貴的天職，是病者唯一的好伴侶。」<sup>174</sup>其實護理人員除了在醫院從事護理工作外，還是可以參加高普考當公務人員，另外還可從事醫學美容等等相關的工作。

<sup>169</sup> 屏東基督教醫院前院長卓德松醫生訪問稿。(李瑞娥訪問)

<sup>170</sup> 張怡雅，2011，〈護理人力M型化〉，中國時報，第A15版，5月8日。

<sup>171</sup> 邱俐穎、張翠芬，2011〈點名長庚、彰基、中國醫大附醫 盈餘猛擴充 楊志良批三醫院〉，中國時報，第A1版，5月12日。

<sup>172</sup> 屏東基督教醫院前院長卓德松醫生訪問稿。(李瑞娥訪問)

<sup>173</sup> 吳江泉，2011，〈校護開「護士缺」屏縣府遭糾正〉，中國時報，C3，4月19日。

<sup>174</sup> 臺灣民報第二百九十四號，頁12。1930年1月1日。

### 第三節 助產士接生服務

助產士在民間有多種稱呼，包括穩婆、產婆、接生婆、老娘婆、撿子婆、生子婆等，在日治時期初稱為助產婦，後改稱為產婆，<sup>175</sup>早期的產婆也稱為「土大夫」，主要是其沒有接受正規的訓練及政府發放合格的執照，只憑著技高人膽大的經驗；<sup>176</sup>這現象要在日治時才改善。臺灣民報曾為文說助人生產的產婆是最為獨立自由的職業，因產婆不同於看護婦(護士)，在進行接生工作可獨自完成，不像看護婦在養成時只是做為醫師的助手，因此地位較看護婦高些，不過得「先講習然後受檢定」。<sup>177</sup>我們可從文獻中理解助產士接生的發展過程。

#### 產婆養成規定

在臺灣的產婆都是從日本來臺及開業，如1896年日籍的產婆松平維知子曾在報紙刊登開業廣告，是臺灣史上首見的合格產婆開業廣告。<sup>178</sup>在1907年7月4日總督府制定「臺灣總督府助產婦講習生規程」，才正式進入助產婦養成時代。規程明定以總督府醫院為助產婦正式養成機構，講習時間為一年半，分成豫(預)科半年、本科一年；<sup>179</sup>產婆資格在日治時的1899年7月18日以敕令第三百四十五號公布的「產婆規則」中明定：產婆須是年滿二十歲以上之女子，於產婆名簿登錄者，資格的取得需受一年以上教育並通過產婆試驗，以妊婦、產婦或胎兒、新生兒的處置為其執業範圍。<sup>180</sup>

日本時期，我當時參加產婆講習的人員，講習一年就可以參加產婆的考試，考試通過以後拿到「卒業證書」及「產婆試驗合格證書」（如圖3-1, 3-2），就可

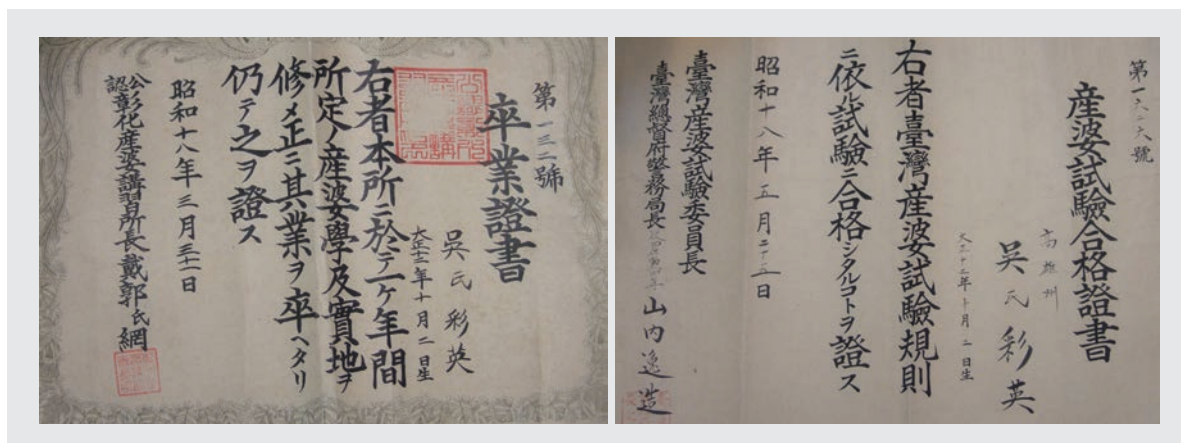


圖3-1(左)：產婆卒業證書；3-2(右)：試驗合格證書（吳彩英女士提供，李瑞娥翻照）

<sup>175</sup> 張芙美，2008，《台灣護理學史》，臺北市：華杏。頁98。

<sup>176</sup> 李霖，2001，《台灣鄉土行業》，台北縣：稻田。頁53。

<sup>177</sup> 臺灣民報第二百九十八號，頁七，1930年(昭和5年)1月29日。

<sup>178</sup> 臺灣新報第八十一號，頁一，1896年(明治29年)12月9日。

<sup>179</sup> 府報第二千二百二十五號，1907年(明治40年)7月4日。臺灣總督府。

<sup>180</sup> 官報第四千八百四十四號。1899(明治32年)7月19日。

<sup>181</sup> 助產士吳彩英女士訪問稿。(李瑞娥訪問)



以當產婆幫人接生了；光復以後，民國35年政府重新認證登記拿到助產士臨時證書；民國37年再經過助產士考試及格後發『助產士考試及格證書』，民國40年再經過助產士考試，通過後才發正式『助產士證書』；產婆必須參加助產士考試，通過後拿到助產士證書才能執業，後來又規定要參加一個月的助產士開業訓練班結業並通過考試後才能再執業，到了民國67年政府又規定助產士執業要申請開業執照，所以我就又申請了開業執照證明書。<sup>181</sup>

私立的產婆學校及產婆講習所規則在1912年6月18日以内務省令第九號公布「私立產婆學校產婆講習所指定規則」進行規範；<sup>182</sup>由於各地對於產婆的管理不一，在1923年總督府再以府令第七十號公布「臺灣產婆規則」，更明確規定產婆執業法定資格的取得方式與停業處份原則；而領有產婆免許者，得專任處理妊娠婦女及胎兒生產事務。<sup>183</sup>為了增加產婦的普及率，臺灣總督府設立「公設產婆」，可藉此取代無照產婆、補充產婆人數並提升產婆素質，在1940年時，全臺包括屏東，各街、庄計有公設產婆319處；而公設產婆所需材料都由街、庄及役場配給，以免費接生為原則，只有少部份是論件計酬。<sup>184</sup>

日本時代為了培養產婆就在台北、台中、彰化等地設有「產婆講習所」，在台灣培養了不少產婆，產婆是日本的稱呼，「卒業證書」所載的機關是「彰化產婆講習所」；<sup>185</sup>

助產士能成為獨佔的接生人，亦因為當時醫師的人數太少，人力上不可能主導執行耗時的接生工作。<sup>186</sup>

日本時代（1930）曾宣導產婆的職業不但可以維持生計的獨立，甚且是很有趣味的事；…每年台灣總督府於二月及十月兩回開始檢定試驗，經過這種檢定及格者才可給免許狀，得了免許狀就可自由開業，這種職業是清閒而且有利的，每月最多可得百餘圓，最少也有數十圓的收入；因為台灣人對產婆還欠理解，大部分生產所用的產婆，隨便叫個隣居的經產的老媽子，草草就可了事，怪不得台灣人的出生兒的死亡率之多；然而社會進化兼以科學昌明，台灣亦漸受其洗禮，此後產婆的需要也漸增加了；<sup>187</sup>人很多，一班有五六十個喔，各地都有，只要想學就可以來。<sup>188</sup>

從民國50年代中期，政府不但以取締密醫等法律途徑來淘汰不合格接生人員，更提出了「獎勵助產士下鄉條例」，希望能「確保婦女生育健康，降低產婦死亡率」（台灣省政府，民65，第十四章，頁19），所以政府那時對在鄉下執業的助產士就是「獎勵」一輛腳踏車、產包，與兩年的房租補助。

光復後，我開始為人接生，那時有向衛生所申請腳踏車，我都是騎腳踏車去接生；當時在家接生並沒有什麼設備，就是在家裡的床上墊個「油紙」，以避免產

<sup>182</sup> 官報第八千六百九十八號，1912年（明治45年）6月18日。

<sup>183</sup> 府報號外，1923年（大正12年）10月12日，臺灣總督府。

<sup>184</sup> 李騰嶽原修、莊金德增修，《台灣省通誌》卷三〈政事志·衛生篇〉。頁44。

<sup>185</sup> 助產士吳彩英女士訪問稿。（李瑞娥訪問）

<sup>186</sup> 吳嘉苓，2000。〈醫療專業、性別與國家：台灣助產士興衰的社會學分析〉。台灣社會學研究：4期，頁191-268。台北：國立台灣大學社會研究所。

<sup>187</sup> 鄭志敏輯錄，2004，〈日治時期—醫藥衛生史料輯錄〉（台灣民生報），頁350-351，台北：中醫研究所。

<sup>188</sup> 游鑑明，1993，〈日據時期臺灣的產婆〉，《近年中國婦女史研究》，1，頁55。

<sup>189</sup> 助產士吳彩英女士訪問稿。（李瑞娥訪問）

婦排出的血污染床；另外就是產婆的「產包」包括斷臍帶用的剪刀、消毒用的藥、綁臍帶的繩子，處理肚臍的器具要完全消毒、傷口要消毒。<sup>189</sup>

### 助產士和婦產科醫師的衝突

助產士和產科醫師之間有很微妙的關係，日本從1896年便推行婦產科教育，不過因當時臺灣婦女未有找醫師接生的觀念，而且民風保守，婦產科被認為毫無前途可言，因此選此科的醫學校畢業生少之又少，也使得至1915年時，總督府醫學校已有的364名畢業生，選擇婦產科的不到百分之一；而當時新樓醫院院長顏振聲醫師說：「本島的婦人在生產很辛苦，不喜歡親近男醫師，寧願死亡，不肯受醫治」。也因此屏東出身的臺籍首位正式婦產科醫師黃登雲醫師，在1907年助產所講習班開辦時，雖負責訓練助產士，自己卻改當公醫。<sup>190</sup>

1902年臺北廳發佈「產婆約束章程」，明確規範產婆和醫師的責任，文中明定：「產婆者，於妊婦、產婦、褥婦或胎兒、生兒認有異常各情之時，即行告知家人，令其請醫生以診治，絕不得自處，但臨時救急事宜，不在此限。」從中得知正常產交由助產士，異常產則為醫師處理。<sup>191</sup>

我（陳林盡妹）如果遇到胎位不正時先看自己能不能處理，如果真的無法處理，就會請產家送去給醫生處理，那時候大部份是送到佳佐請林羹香醫師處理。<sup>192</sup>

接生時，如果發現產婦難產有問題時，便會趕快叫產婦的家人去請醫師來處理，那時我大部份都是請屏東市的醫師來支援，但是這樣的機會很少，一般都是我處理就可以了，因為一般人不喜歡讓男醫師接生；有時候因為家裡沒錢，也不會去請醫生來。<sup>193</sup>

戰後助產士依據助產士法持續有不少受專業訓練的助產人員取得國家證照，由於當時政策鼓勵助產士下鄉，婦產科醫師又少，產婦的產前照護和接生工作全由助產士處理；不過隨著醫院整建擴編，還有大量中國移民，再加上外省婦女不信任在地產婆，在多為軍公教身份享有公養保的優惠下，紛轉往醫院婦產科。<sup>194</sup>

依據行政院衛生署民國87年的統計資料，在民國61年，醫師接生率首次超過助產士，到了民國72年，助產士的接生率僅有15.7%，到了民國86年在台灣出生的三十三萬嬰兒中，助產士接生不達五百名，接生率僅0.13%；<sup>195</sup>助產士的接生工作便逐漸消失了。

### 產婆精神永留存

助產士沒落，但縣內留有不少當年付出心力，為鄉民接生的產婆動人故事；像是於

<sup>190</sup> 李瑞娥，2012〈屏東鄉間的醫療發展—助產士與藥房老闆娘口述醫療事跡〉《屏東文獻15》屏東縣政府文化處。頁100。

<sup>191</sup> 李瑞娥，2012〈屏東鄉間的醫療發展—助產士與藥房老闆娘口述醫療事跡〉《屏東文獻15》屏東縣政府文化處。頁100。

<sup>192</sup> 柳秀英等八人，2006，《屏東縣客家地區戰後醫療發展口述歷史》，行政院客委會補助大學校院發展客家學術機構成果報告書，頁53，屏東縣：美和科技大學。頁81。

<sup>193</sup> 助產士吳彩英女士訪問稿。（李瑞娥訪問）

<sup>194</sup> 傅大為，2005，《亞細亞的新身體》，台北：群學。頁149-150。

<sup>195</sup> 吳嘉苓，2000。〈醫療專業、性別與國家：台灣助產士興衰的社會學分析〉。台灣社會學研究：4期，頁191-268。台北：國立台灣大學社會學研究所。

<sup>196</sup> 林和生，2010，〈陳林盡妹 助產40年接生6000人〉，中國時報，第C2版，11月1日。

20年代出生的陳林盡妹，她曾幫助超過六千人接生，早年因為家貧而選擇不收任何學費的「助產學校」就讀，在臺大醫學院的前身臺北帝國大學附屬醫院產婆養成班畢業後便返回家鄉萬巒服務鄉里，從25歲進入衛生所擔任助產士，一做就是40年。由於當時只有她一位助產士，有時她一個晚上要跑4、5個地方，平均一個月要幫2、30人接生，當年她自己生完小孩，月子都來不及做滿，聽到有人將生產就趕去接生；由於陳林盡妹退休後仍參與公益活動，深受鄉民敬重，因而獲選為萬巒鄉長青楷模。<sup>196</sup>

其他例子多不勝數，讓產婆精神永駐可以瞭解從台灣光復之後，助產士在屏東地區擁有專業的醫療位置，助產士在追求傳宗接代的中國社會扮演重要的任務，助產士在醫療史上佔有非常重要的地位。

#### 第四節 西藥引入改變用藥習慣

在日治後，日本政府在臺於1925年頒訂藥劑師法，又於1943年公布藥事法，讓一般開業醫師可兼開藥局自行調藥，<sup>197</sup>尤其為顧及病患之便利及減輕醫療費用，醫藥始終一家，看病一定要拿藥成為習慣；西式成藥也許不完全比傳統藥材低廉，但它的成效有「科學效力」背書。<sup>198</sup>這種現象一直延續到戰後，直至1997年實施醫藥分業才有改變的契機。

##### 西藥在日治後成為主流

西藥的傳入可說是由馬雅各來臺宣教行醫帶入，西藥入臺初期並不順遂，馬雅各的診所被當地人稱是「殺人煉藥」，稱是殺害漢人、挖眼睛、取腦髓製藥，讓馬雅各成了不受歡迎人物，還需衙門保護，最後被民眾包圍、拆醫館，這間在台南看西街的醫館才存在二十幾天便被迫關閉。<sup>199</sup>

日治後總督府訂定各項藥事法，最早為1896年6月以府令第十號訂頒的臺灣藥劑師、藥種商、製藥者取締規則，1900年9月再以律令第十七號公布臺灣藥品取締規則，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，分別自行管制；在1929年勒令施行藥劑師法，從此所謂的「藥」便以西藥為主，行藥最主要是調劑者，日治後稱為藥劑師，在日治前臺灣未有藥劑師的養成機關，因此藥劑師法逐規定各項資格，包括在合法藥學校畢業者，另參與藥劑師考試及格，藥劑師除了依醫師處方做調劑外，亦得製造藥品並販賣；日治西式醫療幾乎成為醫藥同業，但在當時的漢醫仍為醫、藥分業制，中醫師在診斷後開藥方，請看診人至藥鋪配藥，在當時的中藥商概分為兩

<sup>197</sup> 李騰嶽原修、莊金德增修，《台灣省通誌》卷三〈政事志·衛生篇〉，頁360-361。

<sup>198</sup> 劉士永，2008，〈日治時期台灣醫藥關係管窺〉，《從醫療看中國史》，台北：聯經。頁522。

<sup>199</sup> 莊永明，1998，《臺灣醫療史：以臺大醫院為主軸》，台北市：遠流。頁34。

<sup>200</sup> 李騰嶽原修、莊金德增修，《台灣省通誌》卷三〈政事志·衛生篇〉。頁363-372。

種，一為批發，稱為生藥商，另一為零售，稱為熟藥店，也就是所謂的中藥鋪。<sup>200</sup>

在「工業日本，農業臺灣」的政策下，臺灣的用藥皆是將原料運往日本製藥後再銷回臺灣；<sup>201</sup>在1931年因為軍事需要的南進政策才設廠前，臺灣只有小規模的家庭式製藥廠，也都以製造家庭用藥和成藥為主，一直都沒有大型製藥廠和人才，多所仰賴日本；<sup>202</sup>由於漢醫萎縮，一般認為相對刺激及毒性較強的西藥，將較為溫和、滋補且對特殊疾病有療效的漢方成為製藥主要成份，而這段時間也有臺資的製藥廠出現，包括三元藥行（宜蘭縣）、厚生製藥廠（彰化市）、三和藥廠（彰化市）、龍泰製藥廠（彰化市）等。<sup>203</sup>

西式醫療挾著十九世紀的科學知識，加諸臺灣成為日本明治維新西化的實驗場，傳統醫療包括中醫和民俗醫療在臺灣漸漸式微，但西醫的高診療費及藥價，也限制了它的發展，形成都集中在都市的現象，這樣也阻礙了民眾對西式醫療的運用與認知，因此使得相對較為便宜及流於鄉間的傳統醫療得以生存。其中《台灣日日新報》一篇報導可一窺一二：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，中人以下難得就醫，以故服用漢藥者仍夥。查臺灣本年中向中華採辦藥材。<sup>204</sup>

戰後傳統中醫解禁，不過醫政尚未上軌道，密醫得以橫行，1975年行政院宣佈實施取締無證照的醫療相關工作者，包括密醫、西藥房及助產士，在醫療體系證照化與專業化的策略之下，許多沒有執照的西藥商及密醫便歇業。雖然如此，屏東當時仍有不少藥局還是向藥劑師租借執照開業，有時還幫藥劑師繳會費及年費，因為藥局生意好，這樣還可賺錢。<sup>205</sup>不過隨著1995年實施全民健保，這些藥局的生意便不好。

健保實施以後西藥房經營是每況愈下，生意愈來愈糟；藥房如果要生存的話就是要賣奶粉、紙尿褲，要不然就是要申請健保處方箋，如果沒有配合這樣的趨勢的話，就無法生存；再加上最近「健康食品法」公布，導致一些健康食品並非一定要在藥房販賣，一般超商及大賣場、電台直銷都可販售。藥房就是靠健保處方箋，但是健保局有很多規定，非常繁瑣，讓一般的社區藥局不能接受。<sup>206</sup>

我們家在屏東市已開業五十幾年的；健保後生意是有影響，只是我們沒有請人幫忙，都是自己在做就還過得去，我們只賣在地的客人；我先前有申請健保給藥，現在已經沒有了，因為常常跑出去處理健保業務就變得很麻煩。<sup>207</sup>

<sup>201</sup> 陳志昌，2008，《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》，國立臺南大學臺灣文化研究所碩士論文，未出版。頁35。

<sup>202</sup> 劉士永，2008，《日治時期台灣醫藥關係管窺》，《從醫療看中國史》，台北：聯經。頁513。

<sup>203</sup> 劉士永，2008，《日治時期台灣醫藥關係管窺》，《從醫療看中國史》，台北：聯經。頁513。

<sup>204</sup> 陳志昌，2008，《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》。頁39。

<sup>205</sup> 李瑞娥，2012〈屏東鄉間的醫療發展－助產士與藥房老闆娘口述醫療事跡〉《屏東文獻 15》屏東縣政府文化處。頁106。

<sup>206</sup> 武璋藥局何武璋先生訪問稿。(李瑞娥訪問)

<sup>207</sup> 樹生藥局老闆娘沈宛秀女士訪問稿。(李瑞娥訪問)

<sup>208</sup> 柳秀英等八人，2006，《屏東縣客家地區戰後醫療發展口述歷史》，行政院客委會補助大學校院發展客家學術機構

### 走入民間的寄藥包

寄藥包是日治時期從日本引進，主要是早期鄉下醫療資源缺乏且交通不便，有些業務員向藥廠批發成藥，然後深入家庭，先將一定數量的藥品寄放在使用者的家中，再定期依實際使用的數量予以結帳，不足的部份再給予補足。戰後到六十年代左右一般家庭都有寄放藥包，懸掛在明顯的牆壁上，寄放藥包是由藥廠的外務員將薄荷丸（油）、五分珠、葫蘆牌胃腸藥等成藥放進藥袋，並註明藥物名稱及數量，再供給民眾有需要時使用，通常是晚上突發病痛時應急。<sup>208</sup>

隨著交通便利及藥店林立且深入鄉間，寄藥包在現在社會中已難見到，只可能有一些鄉間尚可見到，例如雲林虎尾一位施松林先生，至今仍定期為客戶送藥包，只是客戶從早期的七、八百戶，到現在只剩下二、三十個點，尤其是現在實施醫藥分業，藥也不能亂賣。<sup>209</sup>

### 醫藥分業與全民健保的衝擊

1995年實施的醫藥分業影響臺灣人就醫習慣，也深深影響醫藥之間的競合。所謂醫藥分業，根據衛生署的定義是醫師與藥事人員各司其職的專業分工合作方式，原則是醫師處方而不調劑，藥師調劑而不處方。<sup>210</sup>

醫藥分業好處在於使醫師可花更多時間專注於診療，診所可節省藥局人力及設施，而所開的藥，透過藥師可進行再次確認；另外一直重醫輕藥的觀念也會改善，藥師有較多的執業空間並發揮專業知識；不過醫藥分業還是牽動從日治時期漸培養出來的習慣及利益關係，針對藥物調劑權歸屬，各方展開論戰甚至走上街頭，政府因而實施分階段「雙軌制」醫藥分業，在實施醫藥分業的地區診所，可以聘請藥事人員調劑，或交付處方給民眾到特約藥局調劑，由民眾自由選擇。<sup>211</sup>

醫藥分業考驗著民眾的認知與習慣，一般的診療所執行的業務幾乎涵蓋了所有主要的醫療業務，在消費金額差異不大的情況下，醫療診所可提供的多樣化服務，又有無形的診斷與照護，確實不是一般藥局和成藥藥房所能相比；而且醫院、診所醫師大量購置調劑用藥成本可再降，相較於藥局或藥房成藥僅能依進價成本加碼販售，醫師有較大的藥價空間。<sup>212</sup>

民國84年醫藥分業後，規定每個藥局都要有執照的藥劑師，所以藥劑師地位升高了，薪水調到五、六萬元左右，因為藥劑師很難找；其實醫藥分業對藥劑師也有利的，不完全是有害處的；有個朋友在醫院當藥師，一個月有3-5萬的薪水，很

成果報告書，屏東縣：美和科技大學。頁53。

<sup>209</sup> 林國賢，2010，〈保健宅配 施松林寄藥半世紀〉，自由時報，11月10日。

<sup>210</sup> 行政院衛生署，2007，《全民健康保險實施二年評估報告》。台北市：衛生署。

<sup>211</sup> 蔡昭華，2002，《從醫藥分業探討基層醫療診所藥師之角色》，國立中山大學人力資源管理研究所碩士論文，未出版。頁7-9。

<sup>212</sup> 劉士永，2008，〈日治時期台灣醫藥關係管窺〉，《從醫療看中國史》，台北：聯經。頁525。

<sup>213</sup> 弘光堂中醫診所劉英嬌醫師訪問稿。(李瑞娥訪問)

穩定；自己開藥局的話，可能也有6萬左右的收入，但是就是要整天耗在店裡。<sup>213</sup>

林淼塘醫師認為鄉下醫病關係建立在互信度上，不在健保局的一大堆規定與設備；健保制把醫師弄得忙碌不堪，醫病關係搞壞，再加上強調病患看清楚藥袋上藥物名稱與數量明細的一再宣傳，以及藥物有什麼副作用，媒體報導醫師A健保，鄉下人比較老實，於是不再信任醫師，導致勞民傷財，因為病人來看病是完全信任醫師，全權交給醫師處理；健保實施後病患看診只需再交掛號費，病人數因而增加了，以前鄉下老醫師空閒時間多，現在醫師的多餘時間通通奉獻給健保局，肇因於健保局規定診所要有藥劑師，診療費又低，診所報表行政工作繁雜，處理瑣碎業務需花費許多時間。<sup>214</sup>整體而言，二代健保是讓醫生可以與醫生群或醫院結合，可以把看診模式轉變成長期管理病人而不只是單純的幫病人看病，讓患者建立長遠且固定醫院或醫生看診的習慣。<sup>215</sup>

### 多重的賣藥管道

賣藥除了早期寄藥包外，現在已發展成電視及廣播賣藥，電視賣藥因法令問題，多以健康節目的型態呈現，類似置入性行銷方式，透過主持人及邀請的醫師、健康達人或是患者上節目，由醫師及健康達人針對特定病情進行介紹，再輔以病患服用後效果證言，以達到推廣目的。另一種廣播賣藥可說是最為風行且歷史久遠，因廣播收聽門檻低，且比電視早誕生。台灣的廣播第一聲，是在1925年，日本政府為了慶祝統治台灣30年而舉辦的「始政三十周年紀念展覽會」中發出，當時遞信局舉辦為期10天的試音播送；其後陸續進行各式的實驗播送，一直到1931年台北放送局成立，同年並成立「台灣放送協會」，台灣廣播才正式進入廣播的時代。<sup>216</sup>

限於法令的規定，不管是電視或廣播的賣藥，通常都不是「治癒疾病的西藥處方」，而是「養生保健的中藥」，而以健康的議題來連接所販賣藥品，成為節目最基本的型態；而且透過call in和主持人對談，讓聽眾感受到對病情關懷，使病人聽眾獲得無法從醫師身上取得的安全感。因此主持人是否是醫藥專業人員變的並不重要，重要的是主持人對閱聽人表達的關懷之意。<sup>217</sup>

節目型態是以call in為主軸，並播放閱聽人愛聽的歌曲，有時會和call in進來的聽眾聊很久，引起其他聽友吃味，也想和她聊一聊；「和聽眾分享喜怒哀樂已經成為我生命中不可或缺的一部份。」；節目中也會安排營養師，雖然會花很多錢，但算是對民眾的回饋，因為每天賣藥的成效不錯，每月約有四、五十萬的業績，雖然是商業行為，又不是醫師，但主持人還是會為聽眾的健康把關。<sup>218</sup>

<sup>214</sup> 張琪等十人，2007，《六堆地區客家醫療發展口述歷史（二）》，行政院客委會補助大學校院發展客家學術機構成果報告書，屏東縣：美和科技大學。頁82。

<sup>215</sup> 屏東縣醫師公會，2012.6，《屏東縣醫師公會會訊，李建廷局長專訪，第2版面》，屏東縣：屏東縣醫師公會編輯。

<sup>216</sup> 程佳惠，2004，《台灣史上第一大博覽會》，台北：遠流。

<sup>217</sup> 陳婷玉、王舜偉，2006，〈愚昧無知或享受參與？廣播賣藥節目的閱聽人分析〉，《傳播與管理研究》，5(2)。

<sup>218</sup> 王舜偉、孫彬訓、顏琪昌，2001〈諱疾忌醫的神醫華陀？—廣播賣藥節目分析初探〉《傳播與管理研究》1(1)頁154-171。

重修

# 屏東縣志

## 健康與醫療

第四章

公共衛生與傳染病

屏東縣  
醫院

上午 08:00—12:00

## 第四章 公共衛生與傳染病

### 第一節 公共衛生的發展

臺灣的公共衛生面臨愈來愈多的挑戰，包括老年人口快速上升，但家庭及社區互相照護功能卻日益衰減、民眾醫療保健服務需求快速增加，但政府財政卻日益緊縮、經濟快速成長，但經濟開發與社會，文化及生態環境衝突日益擴大。<sup>219</sup>

根據前衛生署署長楊志良在2003年提出《健康照護體系再造的本土經驗》一文中，將戰後臺灣健康照護體系發展分為四個時期，分別為：<sup>220</sup>

- 一、前公共衛生時期（1945-1970）。
- 二、醫療體系發展時期（1970-1984）。
- 三、健康照護體系整合期（1985-1994）。
- 四、健康照護服務與財務整合期（1995迄今）。

其中第一階段便是以衛生工作做為手段，藉以促進經濟發展與社會安定，提供民眾低成本高效益的防疫保健措施；公共衛生和疾病的關係密切，環境不乾淨將引發各式寄生蟲，而寄生蟲則是主要疾病的媒介，因此，公共衛生是疾病防制最重要的工作。

#### 屏東縣的公共衛生

戰後屏東醫師黃雲登從1940年8月18日至1942年7月2日針對萬丹居民進行糞便檢查，統計後發現寄生蟲總感染率達96.5%，在蠕蟲類中，感染率依次為蛔蟲96.0%、鞭蟲87.7%、蟯蟲0.8%、橫川氏吸蟲0.2%、東方毛線蟲0.09%、中華吸肝蟲0.07%、糞小桿線蟲0.04%及薑片蟲0.03%；<sup>221</sup>在民國55年便奉調到省立屏東醫院恆春分院的戴鐵雄醫師提到在恆春的二個山地鄉成為肺結核及蛔蟲的溫泉鄉，因為缺乏醫療人員，加上衛生環境及衛生常識與習的欠缺，小孩蛔蟲罹患率蠻高，挺著裝滿蛔蟲的「大肚子」小孩到處可見。<sup>222</sup>

戰後生活條件陸續改善，不同的研究陸續進行，包括針對屏東的原住民及國小學童，其中發現1980年滿州學童的感染率鞭蟲為55.8%、蛔蟲為33%、鉤蟲37.9%(試管濾紙培養法檢查)、蟯蟲為28.3%(玻璃膠帶肛圍擦拭法檢查)；各項檢查數據如表4-1。

從表4-1中數據得知，戰後至80年代所有寄生蟲寄生比例皆降低，都在30%以下，唯一例外是1983-84年針三地鄉學童的測蛔蟲比例偏高為61.3%；另於1980年針對滿州鄉學童鞭蟲檢驗則有58.8%。

<sup>219</sup> 戴桂英等作，《2020健康國民白皮書》，臺北市：衛生署、竹南鎮：國家衛生研究院。頁54。

<sup>220</sup> 李明亮總編輯，2004，《全國衛生醫療政策會議總結報告書》，臺北市：國家衛生研究院。頁：279。

<sup>221</sup> 劉翠溶、劉士永、顧雅文，2008，〈以寄生蟲病做為二十世紀台灣環境變遷的一項指標：初步探討〉，《自然與人為互動：環境史研究的視角》，台北市：中央研究院。頁544。

<sup>222</sup> 屏東縣醫師公會第20屆理監事會編《屏東縣醫師公會60周年誌》，高雄：春暉出版社。頁168-170。



表4-1：早期屏東縣居民及國小學童感染寄生蟲的狀況

年份	地點	受檢者	受檢人數	蛔蟲	鞭蟲	鉤蟲	蟯蟲	痢疾阿米巴	大腸阿米巴	梨形鞭毛蟲
1921-27	屏東郡	平地農村	2,292	42.2	6.7	13.5	0	--	--	--
1940-42	萬丹庄	居民	16,619	96.0	87.7	29.5	0.8	--	--	--
1940-42	萬丹	局民	16,619	--	--	--	--	7.6	9.4	5.5
1943	東港郡	7校學童	3,610	93.5	91.4	8.1	0.5	--	--	--
1943	東港郡	7校學童	3610	--	--	--	--	8.6	10.9	7.3
1956	屏東縣	學童	--	73.6	45.9	18.3	--	--	--	--
1962	屏東縣	居民	--	81.7	34.6	43.0	--	--	--	--
1971	三地門	原住民	127	20.4	64	63	--	--	--	--
1971	三地鄉	原住民	127	--	--	--	--	3.2	20.4	7.1
1980	滿州鄉	學童	1,193	33.0	58.8	37.9	28.3	--	--	--
1982-83	屏東縣	12校學童	96	5.2	28.1	2.1	--	--	--	--
1983-84	霧台鄉	學童	90	16.7	20.0	0	--	--	--	--
1983-84	三地鄉	學童	106	61.3	36.8	0	--	--	--	--
1983-84	三地鄉	學童	106	--	--	--	--	0	9.4	0
1987-88	來義鄉	學童	379	1.6	9.5	0	--	--	--	--
1987-88	竹園村	村民	677	0	0.8	3.7	--	--	--	--
1987-88	頭崙村	村民	843	0	0.2	1.0	--	--	--	--
1987-88	新田村	村民	806	0	0.4	1.1	--	--	--	--
1987-88	來義鄉	學童	379	--	--	--	--	0	0.5	0.3

資料來源：劉翠溶、劉士永、顧雅文，2008，〈以寄生蟲病做為二十世紀台灣環境變遷的一項指標：初步探討〉，《自然與人為互動：環境史研究的視角》，台北市：中央研究院。頁576-578。

### 公共衛生防治及推行

政府為能積極推動地方的衛生業務，改善公共衛生環境，在各縣市設置衛生院，地方則先後成立衛生所，並積極推行醫療保健、防疫、環境衛生及加強衛生人員訓練、實施預防接種、舉辦學校衛生及衛生教育；鄉鎮衛生所是最基層的衛生單位，可直接促進地方公共衛生的發展。

戰後初期，1947年屏東市即是該年成立衛生所16縣市之一，在屏東市成立衛生院，組織包括醫政、防疫、保健和總務各股，下轄位於萬丹的衛生所、溝尾里的市立傳染醫院及屏東市、萬丹、長治和九如異區聯合的瘧疾防治所；戰後國民政府接收臺灣後，將日治時期屬於警務單位管轄的衛生單位加以改制，省級的衛生單位由行政長官公署民政處下設衛生局，掌理全臺灣的衛生行政業務；各縣市則分設衛生院，掌理各該縣市之衛生行政業務。<sup>223</sup>

<sup>223</sup> 李騰嶽原修、莊金德增修，1971，《台灣省通誌》卷三〈政事志·衛生篇〉。頁8。

我考上保健員以後，分發在高雄的保健館上班，高雄保健館負責高雄地區的衛生保健工作，當時肺病很流行，保健員的工作就是必須去每家訪問，了解那一家有人染了肺病，便必須強迫他們去治療、隔離；光復後，保健館就改為現在的衛生所，當時的保健員後來成為衛生所的職員。<sup>224</sup>

我（林美香）在日本取得醫師執照後回來台灣就接任萬巒衛生所的主任，做了九年主任；除了在衛生所看診外，還常常要到外地去做教育訓練工作，那時衛生所還有一項很重要的工作，就是防治瘧疾，當時叫做「撲瘧計畫」，那個時候衛生所還特別指派一位員工擔任防瘧疾員，專門承辦防瘧的業務；如果在看診的時候，碰到發燒的病患，就一定要進行採血，還要登錄名冊，連同所採的血片，一起送到衛生局做化驗；因為那個時候鄉下的衛生環境條件比較差，所以衛生所還要做環境衛生的宣傳，稽查員也要到外面的公共場所去做檢查和宣導的工作，每個月都整理防的成果報告送衛生局。<sup>225</sup>

衛生所長期以來的工作重點不但為地方社區作健康管理，也為基層公共衛生把關，包括保健業務，如婦幼衛生、優生保健及家庭計畫、代售保險套、中老年病防治、衛生教育、安全教育、社區健康檢查及防疫業務。屏東縣內的33個鄉鎮市皆已設立衛生所。詳細設置情形如表4-2。



照4-1：政府為能積極推動地方的衛生業務，改善公共衛生環境，在各縣市設置衛生院，地方則先後成立衛生所，圖為屏東市衛生所。(陸銘澤攝)



照4-2：萬丹衛生所。(陸銘澤攝)



照4-3：來義衛生所。(陸銘澤攝)

<sup>224</sup> 助產士吳彩英女士訪問稿。(李瑞娥訪問)

<sup>225</sup> 柳秀英等八人，2006，《屏東縣客家地區戰後醫療發展口述歷史》，行政院客委會補助大學校院發展客家學術機構成果報告書，頁53，屏東縣：美和科技大學。頁86。

表4-2：屏東縣內各鄉鎮衛生所概述表

衛生所名稱	成立日期	簡述
潮州鎮衛生所	1951 3	<p><b>歷史：</b>衛生所的廳舍是由當時的鎮長蘇明利提供自己的私宅，給衛生所作為辦公室使用。依當時規定，潮州鎮衛生所隸屬於屏東縣衛生院，並受鎮長的督促，來辦理各項衛生保健工作。由於借自民房（今之建基路）改用的廳舍，不能配合業務的推展。民國42年5月，承蒙農復會撥款12萬元，鎮公所提供125坪的建地，在今之延平路與永坤路口建造辦公廳舍。直到民國49年，中央為加強地方自治之實施，將各縣之衛生院，改制為衛生局，並將各鄉鎮衛生所人員隸屬於鄉鎮公所，受鄉鎮長之指揮監督。潮州鎮衛生所人員隸屬鎮公所之編制，業務費用也由鎮公所編列，門診業務收入全部繳交鎮公所公庫，為年度歲入預算。直到民國63年7月，為加強衛生局之指揮監督功能，才將衛生所又改隸屬於屏東縣衛生局。由於潮州鎮繁榮發展快速，遂於民國75年6月發包動工，到民國79年12月1日遷入新的辦公廳舍—潮州鎮永坤路107號。</p> <p><b>服務項目：</b>包括一般門診、疫苗接種、嬰兒健診、婦女癌症抹片檢查、產前檢查等。</p> <p><b>管理人員變遷：</b>首位主任為林永元醫師。</p>
恆春鎮衛生所	1949 12.20	<p><b>歷史：</b>成立之初因無廳舍，租用南門路63號民宅營運，至民國40年遷至山腳路縣立恆春醫院宿舍辦公。民國42年第一任主任尤進來醫師鑑於寄人籬下辦公不便，便提供南門街68號私有房屋做為新址。在恆春醫院改為省立屏東醫院恆春分院後，時省政府衛生處鑑於院址廳舍陳舊，及為了確定醫療與行政業務，將醫療業務交由恆春分院負責，衛生行政由衛生所負責，並建新廳舍。民國52年底新廳舍完工後，便再遷至恆春分院內辦公。後因衛生署鑑於院、所在同一棟房屋辦公有礙保健宗旨，因而撥出150坪以上空地，興建2層樓建坪90坪之辦公大樓，於69年元月正式遷入。</p> <p><b>管理人員變遷：</b>首任主任為尤進來（1949-不詳），之後為沈乃恭、張秋湖、龔萬進（1972-1987）、張明和（1987-1991）、何宏榮（1991-1993）、尤恆榮（1993-1994）、辜麗勤（1994.4-1994.10）、郭仁雄（1994.10-）</p>
里港鄉衛生所	1951 3	<p><b>歷史：</b>在農村復興委員會支持下該局設立，初期縣政府將其定位為「保健」單位，必須兼顧學校衛生、婦幼保健以及防疫工作，因此未能全日服務病患（醫師上午上班，下午辦理衛生所工作），遭到鄉民質疑，鄉民建議，在不妨礙保健防疫工作之外，將門診和其他工作時間分開處理，但未獲同意。</p>
高樹鄉衛生所	1951 5	<p><b>歷史：</b>在經費不足情況下，推行全鄉衛生業務，民國67年編制有主任醫師1名、保健員5名、助產士5名、工友1名，以負責全鄉民眾之醫療、防疫、保健等工作。</p>
竹田鄉衛生所	1950	<p><b>服務項目：</b>該所除一般門診工作外，推行個人保健衛生、各種疾病預防、維護婦幼嬰兒健康、家庭生育計畫及推行公共環境衛生等工作。</p>
萬丹鄉衛生所	1947 6	<p><b>歷史：</b>成立之初名為萬丹區衛生所，設在萬丹分駐所後面，民國39年改為萬丹衛生所，民國42年由農復會補助，於現址建辦公廳舍。後原有廳舍不夠使用，於民國84年10月進駐新大樓。</p>
新埤鄉衛生所	1951 4	<p><b>歷史：</b>該所創辦之初為設在三山國王廟旁舊鄉公所內的一角做為辦公室，創立時行政指揮權屬於屏東縣衛生院，其後在民國42年改建新辦公廳，民國63年起衛生所行政指揮權再歸回屏東縣衛生局。</p> <p><b>管理人員變遷：</b>首位主任為林澄香，之後為張伯熹、向仁村、譚俊明、林焱塘及王士仁。</p>

衛生所名稱	成立日期	簡述
林邊鄉衛生所	1950 7.1	<p><b>歷史：</b>林邊鄉衛生所於鄉公所後進房成立，為辦理一般衛生行政，並附設門診部，於每日上午為鄉民診治疾病。民國40年10月行政區域調整，林邊鄉衛生所更隸為屏東縣，一切人事及經費皆由屏東縣府管轄。民國45年間承省縣府農復會等單位撥款，鄉公所撥地興建新辦公廳舍，於民國45年7月遷入新廳舍辦公。在民國50年7月本衛生所再次奉令改隸屬林邊鄉公所指揮監督，直到民國63年7月中央為求事權統一，重將鄉衛生所歸縣衛生局管轄。</p> <p><b>服務項目：</b>周一至周六，上午一般民眾及公保、勞保門診。項目包括產前檢查、家庭訪視、成年病門診、嬰幼兒門診、家計門診、肝病門診、性病門診及家庭門診。</p> <p><b>管理人員變遷：</b>蔡永正（1950-1955）、阮豐慶（1955-1964）、曾見（1964-1974）、姚載清（1974-1975）、甘嘉肇（1975.5-1975.11）、曾見（1975-1976）、朱聯堅（1976.4-1976.8）、曾見（1976.8-1976.12）、謝文章（1976.12-1977）、曾見（1977-1978）、魏茂林（1978-）</p>
琉球鄉衛生所	1951 2	<p><b>歷史：</b>琉球鄉衛生所在本福村中山路1巷3號創設，為向農會借倉庫一角，修改為辦公室。民國50年行政指揮權由屏東縣衛生局改屬於琉球鄉公所。民國62年鄉公所編27萬元預算興建新辦公室，於5月遷入（本福村中山路51號）。民國63年行政指揮權再次歸由屏東縣衛生局。民國77年增建門診大樓，78年11月省政府補助經費建造救護船（慈福號）。民國84年省衛生處提供經費興建醫療大樓。</p> <p><b>服務項目：</b>民國79年省政府衛生處關懷偏遠地區民眾醫療，特准該所比照「群體醫療執業中心」開辦。該所編制員額為主任兼醫師1名、醫師1名、公共衛生護士1名、助產士1名、保健員1名、檢驗員1名、工友1名、慢性病護佐1名、群醫約僱護士1名、約僱駕駛1名（民國95年）。從民國88年起，陸續尋求當時的輔英技術學院附屬醫院、屏東醫院恆春分院、東港安泰醫院的醫師支援看診。民國70年琉球鄉發現全台第一件登革熱病例，90%以上鄉民染病，該局擔醫療及掃除病媒蚊之重任。</p> <p><b>管理人員變遷：</b>首位主任為陳金頓（1951-1952），依序為許清法（1952-1953）、陳炯明（1953-1992）及洪國清（1992）。</p>
車城鄉衛生所	1950 10	<p><b>歷史：</b>成立之初名為「車城鄉保健協會」，其後改名為「屏東縣車城鄉衛生所」，暫借鄉公所處辦公。</p>
牡丹鄉衛生所	1947	<p><b>歷史：</b>牡丹鄉衛生所在民國38年7月，由農復會補助興建磚瓦木造辦公廳一棟，民國48年7月，省衛生處、縣政府、鄉公所補助建辦公廳一處。民國50年7月，改隸於鄉公所指揮監督。民國63年改隸為縣衛生局管轄。民國69年再新建病房及醫生宿舍一棟，又於民國77年12月，承上級補助，拆除老舊木造辦公廳，改建為鋼筋水泥三層之辦公大樓，並於民國78年年底竣工使用。</p> <p><b>服務項目：</b>牡丹鄉衛生所設於石門村，於牡丹村、東源村、旭海村、高士村、四林村均設有衛生室，各村衛生室各有公共衛生護士負責助診事宜。牡丹鄉因屬遍遠之山地鄉，境內醫療資源相當缺乏，牡丹鄉衛生所門診大概僅為一般小病、小傷，在該所就醫及一般體檢外，大部份重病傷患直接到恆春地區就醫。衛生所歷年來皆配合政府政策，辦理健康檢查、接種防疫、結核病防治、家庭計劃及衛生常識之推廣等。</p> <p><b>管理人員變遷：</b>首任所長由施木（1947-1954）擔任，之後陸續為李明家（1954-1956）、林銳（1956-1958）、章才廉（1961-1961）、陳秀月（1963-不詳）、陳秀月（1969-1973）、潘貴林（1973-1980）、陳惠中（1980-1984）、董森（1986-）</p>

衛生所名稱	成立日期	簡述
滿州鄉衛生所	1949 10 12	<p><b>歷史：</b>該所現建築為民國78年7月5日完工啟用，同時開辦群體醫療執業中心。另外在長樂、港仔村也分別成立衛生室，提供醫療服務。其主要工作有宣導家庭計畫、協助醫療工作、傳染病預防及治療、衛生政令之宣導、疾病之預防及治療等業務。醫療設備計有X光機、心電圖、牙科設備、超音波掃瞄器、顯微鏡、自動吸痰器、全套自動復甦器、胎心器、投影機、幻燈機等。</p> <p><b>服務項目：</b>醫師執業時間為上午9時至5時、下午2時至5時，星期六下午及星期日休息，凡重病患者須進一步診療者，得轉診後送至高雄醫學大學就醫。該鄉公所自民國76年實施全民健保工作及綜合保健業務，針對優生保健、婦女癌症防治、托兒所幼稚園之健康管理、家庭計劃、產前產後訪視、嬰幼兒健康管理、中老年病防治（高血壓、糖尿病、心臟病、精神病、結核病等）個案管理與家庭訪視、菸害防治、視力保健、口腔衛生、學校衛生等衛生教育宣導。</p> <p><b>管理人員變遷：</b>歷任主任依任期順序為：梁明德（1949-1960）、李光遠（1951-1974）、魏茂林（1974-1976）、陳景祈（1977-1979）、陳恆耀（1980-1981）、廖績（1981-1983）、陳恆耀（1984-1989）、陳秀月（1989-）。</p>

資料來源：李騰嶽原修、莊金德增修，《台灣省通誌》卷三〈政事志·衛生篇〉，頁78。

## 第二節 生活環境與習慣引發的疾病

屏東縣因公共衛生所引發的傳染疾病，從日治前後至今包括流行性腦脊髓膜炎、小兒麻痺、霍亂、天花、肺結核、瘧疾、登革熱、SARS、腸病毒及H1N1等，這些疾病皆對屏東人帶來相當大的生命威脅，我們可從表4-3瞭解這些傳染病對屏東人的生活影響。

這些病症在戰後陸續因疫苗的發明而受控制，反倒是因生活習慣調整、工業發展造成環境破壞及全球各地交流頻繁，而引發的各類新菌產生了許多新時代的疾病，例如AIDS、SARS及H1N1等；同時，隨著時代變遷，與外界交通頻繁後，因生活型態和飲食習慣改變而造成的癌症、腦血管疾病、高血壓及糖尿病隨著出現了，還有一些因環境因素所造成的環境病及職業病；加上臺灣社會邁入高齡化社會後，慢性疾病更成為屏東常見的疾病之一；最後，由於屏東地處台灣最南端，因其地理特性所產生的一些特有病症，如蔥農黴菌性角膜炎及由海洋弧菌引發的壞死性筋膜炎。本章根據各病症做一概述。

表4-3：日治時期高雄州<sup>226</sup>傳染病防治狀況表

類別年度	天花		霍亂		傷寒		副傷寒		赤痢		猩紅熱		白喉		流行性腦脊髓膜炎	
	患	死	患	死	患	死	患	死	患	死	患	死	患	死	患	死
1920	-	-	362	238	129	23	-	-	50	3	-	-	7	2	2	-
1921	-	-	-	-	133	16	-	-	45	2	1		10	4	29	

<sup>226</sup> 日治時期高雄州包括今屏東縣、高雄市及澎湖縣等行政區域。

類別 年度	天花		霍亂		傷寒		副傷寒		赤痢		猩紅熱		白喉		流行性 腦脊髓膜炎	
	患	死	患	死	患	死	患	死	患	死	患	死	患	死	患	死
1922	93	14	-	-	108	14	-	-	45	1			22	5	21	13
1923	-	-	-	-	53	12	-	-	41	5	3		16	4	24	15
1924	-	-	-	-	116	16	-	-	69	9	-	-	17	9	13	10
1925	8	2	-	-	45	7	-	-	12		-	-	19	5	7	4
1926	2	1	-	-	79	16	9	1	5	1	-	-	13	3	23	13
1927	-	-	-	-	79	15	7	1	8	3	-	-	21	4	10	6
1928	-	-	-	-	114	21	14	1	5	1	-	-	17	-	6	4
1929	-	-	-	-	127	24	8	1	8	3	-	-	14	7	18	14
1930	14	1	-	-	141	29	36	2	5		-	-	22	10	4	4
1931	1	-	-	-	180	38	20	2	1	1	1	-	19	10	2	1
1932	1	-	-	-	90	17	15	1	14		1	-	18	3	-	-
1933	-	-	-	-	93	25	5	1	25	6	1	-	36	14	-	-
1934	-	-	-	-	170	43	5	-	18	8	4	-	49	20	4	4
1935	-	-	-	-	192	51	7	-	9	2	3	2	44	16	9	3
1936	2	-	-	-	162	56	1	-	15	6	1	-	74	22	55	37
1937	-	-	-	-	192	48	4	1	28	5	6	-	67	14	24	7
1938	-	-	-	-	261	58	13	2	43	5	4	1	82	20	32	18
1939	-	-	-	-	323	83	23	3	58	10	7	-	83	33	83	46
1940	-	-	-	-	448	78	9	1	34	9	5	-	147	36	59	53
1941	-	-	3	1	471	86	18	-	80	20	6	-	225	59	98	34
1942	-	-	7	-	232	64	20	-	52	6	1	-	293	62	91	27

資料來源：鼠疫及班疹傷寒自1920後便未發生案例。鄭志敏，2004，〈二二八事件前高屏地區的傳染病防治-以霍亂與天花為中心的探討〉。《臺灣文獻》55(2)：頁253。

### 流行性腦脊髓膜炎

戰後初期，1947年屏東市即是該年成立衛生所16縣市之一，在屏東市成立衛生院，組織包括醫政、防疫、保健和總務各股，下轄位於萬丹的衛生所、溝尾里的市立傳染醫院及屏東市、萬丹、長治和九如異區聯合的瘧疾防治所；戰後國民政府接收臺灣後，將日治時期屬於警務單位管轄的衛生單位加以改制，省級的衛生單位由行政長官公署民政處下設衛生局，掌理全臺灣的衛生行政業務；各縣市則分設衛生院，掌理各該縣市之衛生行政業務。<sup>227</sup>

流行性腦脊髓膜炎於日治時期的1919年至1926年和1933年至1946年有兩段大流

<sup>227</sup> 疾病管制局全球資訊網，2011，流行性腦脊髓膜炎。

[http://www.cdc.gov.tw/sp.asp?xdurl=disease/disease\\_content.asp&id=764&mp=1&ctnode=1498](http://www.cdc.gov.tw/sp.asp?xdurl=disease/disease_content.asp&id=764&mp=1&ctnode=1498)。（上網日期：2011/3/8）

行期，在1947年開始下降，至2010年左右，約仍有20-40例的病例。在屏東所屬的高雄州亦是如此，尤其是在1932及1933兩年未發生案例後，從1934年流行期每年劇增，至1942年時已達91人（見表4-3）。戰後持續有案發生，在鄭志敏為文轉述情形如下：1946年1月傳出屏東及高雄等地第一例的流行性腦脊髓膜炎患者，在2月時屏東有6人患病，其中1人死亡，到2月中旬時，據省立屏東醫院院長李朝欽向省衛生局所做的報告稱，屏東方面雖續有該病之病患發生，但一經治療皆已痊癒，主要可能是拜特效藥「Sulfa」的庇佑；當時屬於高雄縣的潮州鎮，也傳出一名輪胎廠工人被判為真性腦膜炎而遭隔離的消息，讓當地民眾深感恐慌。<sup>228</sup>

目前此病症藉由疫苗來控制，並進行病例通報，發現病例者需在24小時以內通報當地衛生主管機關，通報後便需進行隔離，持續吸呼道隔離至少至抗生素治療開始後24小時，並針對病人活動區域進行消毒。<sup>229</sup>

### 霍亂

霍亂是一種急性腸病，經由水或食物傳染的傳染病<sup>230</sup>，即一般人稱為瘟疫的疾病，傳染性非常強，在很短的時間內便會致死，如在1942年當時被調任在萬丹指定工場的曾勤華曾記述：「一旦被傳染十有九死，僅只一星期，萬丹鄉為該病而死者即有十數人之多；唯有注射預防針，注意飲食預為提防。」而當時的處置方式，為將患者送醫院隔離，死者火葬。<sup>231</sup>

霍亂在1920年即由日本政府控制住，未有重大災情，不過在戰後維繫臺灣衛生健康的醫事機構及人員陸續返日，而大量官員和軍民也隨國民政府來臺，在政府交接之際，已控制住的環境衛生及行之有年的防疫措施再次失控，尤其是在環境髒亂、水質不潔而容易孳生的霍亂弧菌，在此情況下再次復生，為臺灣帶來霍亂病情，造成重大災害，在1946年竟有3,809例患者，死亡約2,210人，死亡率達58.2%。<sup>232</sup>

屏東市發生中醫師隱瞞患者病情未據實呈報，以致未能在第一時間內控制，尤其是其患者吐瀉穢物皆被倒入水溝且流向圳內，偏偏圳內的蛤仔又是當地好捕生吃的食物，疫情又一發不可收拾，五天內便有54人患病，且死亡14人；偏偏屏東市民對霍亂認定為「運命論」，只信神佛喝香灰，亦或找巫師求救，不願施打預防針和進醫院隔離，就算進院隔離還是會發生病患脫逃事件，如屏東市一位任職於高雄土地整理處屏東分處的沈姓職員，他在8月10日趁看護不注意，從隔離的安生醫院逃脫，這一連串的原因，讓病情更難控制。<sup>233</sup>

<sup>228</sup> 鄭志敏，2004，〈二二八事件前高屏地區的傳染病防治-以霍亂與天花為中心的探討〉。《臺灣文獻》55(2)。頁255。

<sup>229</sup> 疾病管制局全球資訊網，2011，流行性腦脊髓膜炎。

[http://www.cdc.gov.tw/sp.asp?xdurl=disease/disease\\_content.asp&id=764&mp=1&ctnode=1498](http://www.cdc.gov.tw/sp.asp?xdurl=disease/disease_content.asp&id=764&mp=1&ctnode=1498)。（上網日期：2011/3/8）

<sup>230</sup> 詹長權，2006，〈卷九 社會志·衛生與健康篇〉。《臺灣全志》。南投：臺灣文獻館。頁51。

<sup>231</sup> 曾純純，2006，〈從六堆鄉賢著作看屏東縣客家地區戰前的醫療發展〉，

《屏東客家醫療史·移民與文獻論文集》，屏東：美和技術學院。頁48。

<sup>232</sup> 詹長權，2006，〈卷九 社會志·衛生與健康篇〉。《臺灣全志》。南投：臺灣文獻館。頁：52。

<sup>233</sup> 鄭志敏，2004，〈二二八事件前高屏地區的傳染病防治-以霍亂與天花為中心的探討〉。頁260。

戰後初期國民政府針對霍亂病情採用了預防注射、嚴禁魚貝販賣，屍體火化也禁止漁民出海捕漁，尋獲者一律焚毀，和日治時期日本政府除了施打疫苗及屍體火化外，另會進行海港檢疫、病患送入隔壁病房、患家消毒，並針對市售海鮮、飲食店及供應處實施嚴格檢查或停賣，也會對民眾進行衛生常識宣導，也鼓勵民眾驅除蒼蠅、清掃廁所；國民政府一直到事態擴大才進行南部防疫緊急會議，做出疫例報告、檢驗診斷、隔離、檢疫、消毒、特效治療、衛生教育、環境衛生、預防注射及病源調查等十大工作項目。後來屏東市政府也實行以工代賑，召集貧民從事疫區衛生工程修健工作，如水溝清理、道路修整、糞便消毒等，後發予麵粉，終在疫情獲得控制。<sup>234</sup>

### 天花

天花是一種過濾性病毒，帶來高死亡率及癒後嚴重的後遺症，傳染途徑是透過接觸、空氣及被污染的器物傳染。在日治時期日本對此特別重視，領臺隔年立即實施「臺灣種痘規則」，規定每年2至4月定期種痘。屏東於1947年成為天花受害最嚴重的一年，高屏地區患者總數為1,536人，死亡總數為609人，皆為全臺最高，其中屏東市患者263人，死亡有108人。<sup>235</sup>臺灣在1955年後便未再有天花病例發生，較世界衛生組織於1977年10月26日在非洲索馬利亞發現最後一個報告病例早了20餘年；雖然臺灣天花絕跡，但仍持續進行牛痘疫苗的接種，直至1980年世界衛生組織宣告全球絕跡在停止接種。<sup>236</sup>

### 結核病

結核病是一種慢性傳染病，由結核桿菌感染所造成的，結核病可以發生在人體任何器官或組織，如淋巴結、腦膜、胸膜、腎臟、骨骼、皮膚、消化道、泌尿生殖道等，主要傳染途徑為飛沫傳染。在臺灣比較常見的肺外結核是淋巴結核及骨結核，其次為結核性腦膜炎；肺外結核的發生率遠比肺結核來得低，結核病可藉由飛沫傳染，帶菌的結核病患者常在吐痰或藉在公共場所講話、咳嗽、唱歌或大笑時產生的飛沫排出結核菌造成傳染，防不甚防。<sup>237</sup>

在1944年以前沒有抗結核的藥物，因此得了結核病，除了躺在床上休息，無法出門工作且需吃營養的食物，便只能順其自然等待死亡，因而被稱為「富貴病」；<sup>238</sup>隨著抗結核藥物的出現，結核病死亡率才得以控制。<sup>239</sup>結核病在屏東縣的結核病發生率，過去皆為全國前三名，也常為十大死因之一，每年平均死亡人數在130人左右，在1991年至2000年十年間總計有991人因結核病死亡，到了2000年至2008年間降低至376人。<sup>240</sup>

<sup>234</sup> 鄭志敏，2004，〈二二八事件前高屏地區的傳染病防治-以霍亂與天花為中心的探討〉。頁280。

<sup>235</sup> 鄭志敏，2004，〈二二八事件前高屏地區的傳染病防治-以霍亂與天花為中心的探討〉。頁262-267。

<sup>236</sup> 廖俊亨等，2007，《公共衛生風華雲湧：百件衛生重要檔案選輯》，臺北市：衛生署等。頁219。

<sup>237</sup> 疾病管制局全球資訊網，2011，傳染病防治工作手冊。

<http://www.cdc.gov.tw/ct.asp?xItem=6480&ctNode=1733&mp=1>。（上網日期：2011/3/8）。

<sup>238</sup> 詹長權，2006，〈卷九 社會志：衛生與健康篇〉。《臺灣全志》。南投：臺灣文獻館。頁68。

<sup>239</sup> 廖麗娟，1992，〈臺灣省慢性開放性肺結核病人之追蹤研究〉，《傳染病防治》第二輯。頁58。

<sup>240</sup> 屏東縣政府，2008，《屏東縣統計要覽 第五十九期》。屏東：屏東縣政府。頁41。



在2006年時屏東結核病患約有1,500名，發生率為全國前五名，當年也造成縣內82人死亡，因此衛生局採用「都治計畫」（DOTS計畫），在各鄉鎮進用30位社區關懷員，再搭配社區人力，對結核病患採取人盯人的方式；縣衛生局設有慢性病防治所，每週會有三位胸腔科醫師駐診，另有一位感染專科醫師，同時投入千萬元，陸續雇用關懷員，由關懷員和病患約定監測時間及地點，每天固定監測病患服藥情況，不服從者將被強制送醫；<sup>241</sup>從隔年死亡人數降至53人，每十萬人口死亡率從9.15降至8.80，而2008年退出十大死因的數字來看，相關措施發揮了成效。<sup>242</sup>

另外，因為結核病治療時程長，通常需要6個月以上的持續治療，且會因抗結核藥物伴隨皮疹、搔癢等過敏反應或噁心、嘔吐、視神經炎、關節痛等毒性反應，影響病患治療意願，也因為全民健保後考量方便性，結核病大都在一般醫療院所治療，品質不一的結果也讓確診率降低，治療失敗案例進而轉為多重抗藥性結核病(Multidrug-resistanTB, MDR TB)。<sup>243</sup>

臺灣由於多重抗藥性結核病案例不斷升高，考量病患散佈各地，且各地醫療院所多未有治療此病患的能力，因此衛生署疾病管制局便建置「多重抗藥性結核病醫療照護體系」，以論件計酬的方式提供資源，建立一個專門又集中的醫療照護體系；此計畫在2007年5月1日展開，分為台北區、北區、中區、南區及高高屏區、東區；其中南區及高高屏區為「衛生署胸腔病團隊」，署立屏東醫院及東港輔英醫院為團隊之中，配合上述的都治工作，給予「送藥到手、服藥入口、吃完再走」的服務。<sup>244</sup>

表4-4：臺灣每年瘧疾死亡率（1906-1942）

年代	人口	瘧疾死亡人數	每萬人死亡率
1906	2,993,200	10,582	35.4
1907	3,010,700	11,715	38.7
1908	3,031,300	11,740	38.7
1909	3,046,600	10,333	33.9
1910	3,090,600	9,104	29.5
1911	3,138,800	7,949	25.0
1912	3,181,400	6,909	21.7
1913	3,238,000	6,572	20.3
1914	3,285,100	8,885	27.0
1915	3,319,300	13,350	40.2
1916	3,334,000	11,346	34.0
1917	3,375,400	9,726	28.8

<sup>241</sup> 人間福報，2006，〈防治肺結核 屏東緊迫盯人〉，2006年5月1日。

<sup>242</sup> 屏東縣政府，2008，《屏東縣統計要覽 第五十九期》。屏東：屏東縣政府。頁41。

<sup>243</sup> 黃淑華等，2009〈我國多重抗藥性結核病醫療照護體系介紹〉《疫情報導 二十五卷2期》台北市：衛生署疾病管制局。頁87。

<sup>244</sup> 黃淑華等，2009〈我國多重抗藥性結核病醫療照護體系介紹〉《疫情報導 二十五卷2期》台北市：衛生署疾病管制局。頁87。

年代	人口	瘧疾死亡人數	每萬人死亡率
1918	3,404,100	8,292	24.4
1919	3,434,700	8,106	23.6
1920	3,460,000	7,760	22.4
1921	3,522,600	7,070	20.1
1922	3,574,000	8,916	24.9
1923	3,648,400	7,164	19.6
1924	3,709,500	7,935	21.4
1925	3,784,000	6,508	17.2
1926	3,847,000	5,758	14.9
1927	3,962,400	5,083	12.8
1928	4,048,500	4,346	10.7
1929	4,135,700	4,025	9.7
1930	4,266,100	2,844	6.7
1931	4,347,700	2,991	6.9
1932	4,483,500	3,335	7.4
1933	4,629,600	3,021	6.5
1934	4,745,300	3,107	6.5
1935	4,859,200	3,782	7.8
1936	4,996,900	3,337	6.7
1937	5,102,700	3,716	7.3
1938	5,250,000	3,729	7.1
1939	5,380,500	3,931	7.3
1940	5,540,200	3,761	6.8
1941	5,705,100	3,359	5.9
1942	5,792,000	5,882	10.2

資料來源：森下薰，1976

## 瘧疾

臺灣地處副熱帶，氣溫、濕度都很高，且夏季漫長，加上豐沛的雨水，到處積水潮濕，草木叢生，容易滋生蚊蟲病媒，造成疾病流行，尤其是瘧疾，瘧疾可以說明台灣早期最嚴重的疾病，森下薰所著的「流行病學與瘧疾防治」記載：「瘧疾是1906年至1911年排名第一的死亡原因。」明治42年（1909年）台灣總督府召開防遏瘧疾會議，大正二年（1913年），頒訂瘧疾防遏規則，並設立瘧疾防遏所；1915年，當時全臺人口有331萬9300人，因罹患瘧疾而死亡的有1萬3350人，死亡率達每萬人之40.2為最高，如表4-4所示。

二次戰後，日治時期設立的216處的瘧疾防遏所也暫時關閉，但每年的瘧疾病患仍多達百萬以上，1947年初，根據針對臺灣北、中、南部完成的抽樣調查顯示，學童身上瘧原陽性達20%至40%，以此推估，染病人數應有120萬人；1951年臺灣和世界衛生組織簽署為期4年的「瘧疾防治計畫聯合作業協定」，隔年便展開全面撲瘧作業；除了

例行性對病患給予藥物治療外，第一年先將大規模噴灑殺蟲劑的作業標準化，並以屏東潮州及高雄旗山為先驅計畫的實驗區域，第二年則為推廣防瘧作業，一直到1956年噴藥作業遍及全臺。<sup>245</sup>

瘧疾流行時我剛好在中學階段，我爸爸有在治療，但我不太有印象，那時從萬巒到恒春半島非常的嚴重，撲滅瘧疾最有效的是由高醫謝獻臣醫師所主持的潮州熱帶防治中心；那時每個月每家都撒DDT（那時還沒有禁止使用），整個房子都撒得白白的，謝教授所主持熱帶防治中心對瘧疾的撲滅非常有功勞。<sup>246</sup>

瘧病發作時會忽冷忽熱，每天發作一到二次，發作時間大概四分鐘到一小時；我大概都是早上十點發作，發作時全身顫抖，根本沒辦法坐在椅子上，老師就叫我們到操場躺著，那個時候，每天操場上都會躺著幾十個感染瘧疾的學生。<sup>247</sup>

1955年11月1日，台灣獲得世界衛生組織之證明書，正式列入瘧疾根除地區的名單。同年12月4日，世界衛生組織總署副署長席格爾（Milton P. Siegel）博士將正式的登錄證書交給內政部長連震東先生；1969年4月1日，台灣瘧疾研究所遷到台北市南港大樓辦公，台灣省政府鑑於防瘧工作績效良好，瘧疾不再構成公共衛生的問題，同時為借重防瘧工作人員，加強其他熱帶病防治工作的推行，乃於1974年12月16日，將台灣省瘧疾研究所改名為台灣傳染病研究所。<sup>248</sup>

撲瘧發展總計有四期；包括1946年至1951年止的「準備期」、1952年至1957年止的「攻擊期（亦稱防治期）」、1958年至1964年止的「肅清期（亦稱監視期）」及1965年至今的保全期，其歷任所長及任期如表4-5。

表4-5：台灣瘧疾研究所歷任所長及任期

任別	所長姓名	任期
第一任	顏春輝	民國37年7月至42年3月（以衛生處長兼任）
第二任	梁鑛祺	民國42年3月至45年9月
第三任	陳政德	民國45年9月至48年10月
第四任	陳萬益	民國48年10月至52年4月
第五任	莊徵華	民國52年4月至54年4月
第六任	曾柏村	民國54年4月至63年12月

資料來源：詹長權，2006，〈卷九社會志·衛生與健康篇〉。《臺灣全志》。南投：臺灣文獻館。頁49。

### 小兒麻痺

小兒麻痺是由小兒麻痺病毒感染引起，主要是透過糞便及口腔途徑傳染，若在流行時，口沫便可造成傳染，臺灣在1955年被列入報告傳染病，1964年全面接種沙賓疫

<sup>245</sup> 詹長權，2006，〈卷九 社會志·衛生與健康篇〉。《臺灣全志》。南投：臺灣文獻館。頁49。

<sup>246</sup> 屏東縣醫師公會理事長李昭仁醫訪問稿。（李瑞娥訪問）

<sup>247</sup> 張琪等十人，2007，《六堆地區客家醫療發展口述歷史（二）》，屏東縣：美和科技大學。頁23。

<sup>248</sup> 詹長權，2006，〈卷九 社會志·衛生與健康篇〉。《臺灣全志》。南投：臺灣文獻館。頁49

苗，小兒麻痺曾一度受到控制，但在1982年6月又大流行，當年報告病例有1,042例，其中98例死亡；<sup>249</sup>經檢討是因為預防接種不全。<sup>250</sup>



照片4-4：畢嘉士醫師先前服務位居高雄天祥路上的痲瘋病院，現由民間養護之家代管經營（陸銘澤攝）



照片4-5：畢嘉士醫師2010年回到屏東基督教醫院，曾受其照顧治療的患者趕來相聚（陸銘澤攝）

小兒麻痺在1964年沙賓疫苗尚未全面接種時，患者和醫師面臨相當堅苦的環境，在1959年左右，病人沒有藥可治療，醫師一切只能乾著急，以致不少病患痛苦死亡，輕微的也得遭逢肢體麻痺的摧殘，來自挪威並服務於屏東基督教醫院的畢嘉士醫師，讓臺灣小兒麻痺治療帶來轉機，畢嘉士醫師：

<sup>249</sup> 詹長權，2006，〈卷九 社會志·衛生與健康篇〉。《臺灣全志》。南投：臺灣文獻館。頁53。

<sup>250</sup> 廖俊亨等，2007，《公共衛生風華雲湧：百件衛生重要檔案選輯》，臺北市：衛生署等。頁224。

小兒麻痺對臺灣幼童成長帶來的傷害很重，我曾親向世界衛生組織要求疫苗，但並沒有成功，後來只好透過關係向製造疫苗的美國藥廠爭取，最後終於如願，也讓屏東基督教醫院從1962年起從美國進口沙賓疫苗，並免費幫助屏東4,000名孩童接種，這是臺灣地區第一次大規模接種小兒麻痺疫苗。<sup>251</sup>

雖然照顧了他們的生活，但小兒麻痺病患的後遺症很多，最大的問題就是脊椎變形側彎，讓畢醫師也是頭痛不已，不過有一次畢醫師在路上見到曾就診的病患背部竟然由彎曲變成挺直，一問才知道原來是在美國動了手術；畢醫師便在1975年親自到夏威夷延請骨科專家來臺指導後背脊椎固定手術，在國外內醫師合作下，十年來為病患動了近900次手術，有462人受惠。<sup>252</sup>

畢醫師的德行讓很多受他照顧的患者都存感恩之心，大家也視他如父稱他為畢爸爸。2010年畢醫師回臺，便有不少人前來歡聚，政大中文系主任高桂惠出生時左腳萎縮，後來不但被畢醫師矯正，也成為體育好手，大學還是壘球隊及排球隊員。「我一定要親自向畢爸爸道謝！畢爸爸為我開刀，治療費只收20元，減輕父親負擔。」高桂惠感動地說。<sup>253</sup>

臺灣陸續在「小兒麻痺預防接種計畫」及「幼兒口服小兒麻痺疫苗全面接種活動」後，達成藉由群體免疫的方式，消滅環境中小兒麻痺野生株病毒，截斷傳染源；最後在1999年完成根除工作，並獲世界衛生組織認可。<sup>254</sup>

### 嗜伊紅性腦膜炎

嗜伊紅性腦膜炎(Eosinophilic meningitis)是由廣東住血線蟲(*Angiostrongylus cantonensis*)發育中的幼蟲會侵入人類中樞神經系統所引起，會造成血腦障壁(Blood-brain barrier, BBB)破壞，神經細胞脫髓鞘(Demyelination) (Hwang et al., 1993)及小腦浦金氏細胞(Purkinje cells)喪失、損傷、有空泡等。常見的症狀有頭痛、噁心、嘔吐、嗜睡及發燒等，有時會出現頸部強直、視覺障礙及昏迷等神經症狀，對人類性命會造成嚴重威脅。<sup>255</sup>

嗜伊紅性腦膜炎另一名稱為廣東住血病，其終宿主為鼠類，第一期幼蟲隨老鼠的糞便進入土壤，在軟體動物包括蝸牛及蛞蝓等體內發育成第三期幼蟲，最後經由食入而感染人；第三期幼蟲在體內會移行至腦部；已發現的住血線蟲屬種類多，其中有兩種會感染人類，包括*A. cantonensis*及*A. costaricensis*。在臺灣已證明可自然感染的鼠類為褐鼠、刺鼠、白腹鼠、鬼鼠及黑鼠；這些鼠分布甚廣，包括屏東在內，藉由老鼠群聚時相互叮咬及傳染將病菌散開，傳播的疾病包括鼠性斑疹傷寒及條蟲病等。<sup>256</sup>

有關嗜伊紅性腦膜炎的醫治非常有經驗的鄭宗武醫師，約民國57年畢業於中山醫學大學，他回憶說當年指導教授林燦煌，在沒有任何資料提供給他的情況下，請他自己準

<sup>251</sup> 廖俊亨等，2007，《公共衛生風華雲湧：百件衛生重要檔案選輯》，臺北市：衛生署等。頁224。

<sup>252</sup> 賈佩芳，2010，《愛的種子—畢嘉士醫師的佳美腳蹤》。屏東：屏東基督教醫院。頁13。

<sup>253</sup> 劉星君，2010，〈治好上千小兒麻痺 畢爸爸回來了〉。聯合報，3月28日。

<sup>254</sup> 廖俊亨等，2007，《公共衛生風華雲湧：百件衛生重要檔案選輯》，臺北市：衛生署等。頁242。

<sup>255</sup> 詹長權，2006，〈卷九 社會志·衛生與健康篇〉。《臺灣全志》。南投：臺灣文獻館。頁53。

<sup>256</sup> 廖俊亨等，2007，《公共衛生風華雲湧：百件衛生重要檔案選輯》，臺北市：衛生署等。頁224。

備畢業演講，講題是有關「廣東住血線蟲引起嗜伊紅性腦膜炎」的研究，一開始他很有氣這教授，因為沒提供任何資料，必須自己四處尋找資料，包括很多原文，還跑去衛生署，最後完成這場演講才順利畢業。

民國60年左右回屏東在中正路上開業，當時才30幾歲，開設小兒科診所；在診治病患過程當中，發現屏東很多腦膜炎的病症，各式都有，包括腦膜炎、細菌性腦膜炎、病毒性腦膜炎、寄生蟲腦膜炎等，這才驚覺怎麼都懂？原來是林教授當年的要求所使然，鄭醫師因而認定林教授是他的啟蒙教授。

屏東是腦膜炎好發地區，回鄉後，發現屏東會有那麼多的腦膜炎病患，應該是和環境有關，屏東是農業縣，養豬戶很多，公共衛生的條件並不好，尤其是屏東地區田裡都有很多蝸牛，貧窮的家庭都會捉來然後配上九層塔去炒，為了求美味，只炒七、八分熟，味道雖然好，卻在未全熟的情況下，讓寄居在蝸牛內的寄生蟲活著，在吃下肚後便轉寄居在人體內，因此鄭醫師發現很多病例都是吃蝸牛而來；為了治療這些小朋友，我必須抽脊髓液，藉此將寄生蟲抽出，但是屏東人不太願意抽，因為大家沒有相關的醫學觀念，怕抽了身體就垮了，或是會把靈魂抽出來！我開導他們，病患才應允，曾在一個小孩身上抽出近8、90隻的寄生蟲，原蟲放在裝了水的杯子可存活3天左右；觀察中發現，這些蟲都會沈澱在水下面，想想一般在抽脊髓液時，人都是趴著從背後抽取，如果照這些蟲的習性，牠們便都跑至腹部位置，如果是坐著，不就都跑到腰部位置？發覺這個現象後，便試著讓病患坐著抽脊髓液，然後從腰部抽取，果然一抽便是好幾十隻，便把這發現告訴其他醫師。<sup>257</sup>

鄭宗武醫師以非洲大蝸牛，廣東注血線蟲，和嗜伊紅性腦膜炎的研究名聞遐邇，不但拿到日本國立弘前大學醫學博士學位，還促成小兒科學會二次到屏東縣舉辦，他在二次醫學會中分別發表了60例的嗜伊紅性腦膜炎和300例麻瘋病例，個案數之多連台大都難以望其項背，多位教授都稱讚有加；鄭醫師談到他發明的以坐姿讓蟲體沉降，再捉到破紀錄的蟲數時，仍難掩得意之色。<sup>258</sup>

## 登革熱

臺灣本島在1965年瘧疾根除後，由節肢動物所傳染的疾病就未再大規模的流行，<sup>259</sup>但在1981年登革熱狂掃屏東，稱得上是屏東縣疫情最為嚴重的年份，當年爆發大流行的地區是小琉球，在1987及1995兩年在東港及屏東也發生小規模的流行；<sup>260</sup>登革熱及登革出血熱是一種再浮現傳染病，主要分佈在熱帶地區，為透過埃及斑蚊傳播的病毒性傳染病；而登革熱的發生和病媒蚊有密切的關係，常以人工容器為孳生源，異於瘧疾的病媒蚊是以稻田或溪流等廣泛水域，一般認為登革熱的防治主要在於孳生源的消除而非噴

<sup>257</sup> 鄭小兒科診所鄭宗武醫師訪問稿。（陸銘澤訪問）

<sup>258</sup> 屏東縣醫師公會第20屆理事會編，2008，《屏東醫師公會60周年誌》，屏東：屏醫師公會。頁99。

<sup>259</sup> 林純美、連日清、楊銘欽，1996，〈臺灣南部七縣市居民對登革熱防治的知識態度及行為之調查研究〉，《傳染病防治第三輯》，台北：省公共衛研所。頁20。

<sup>260</sup> 屏東縣醫師公會第20屆理事會編，2008，《屏東醫師公會60周年誌》，屏東：屏醫師公會。頁116。

灑殺蟲劑，另外便是進行大規模的宣導教育。<sup>261</sup>

在戰後平靜了一陣，在1981年於琉球鄉爆發第二型登革熱流行後便又再起，推測是由於漁民從菲律賓帶回病原而引起<sup>262</sup>。從1998年起疫情有增長的趨勢，終至在2002年再次爆發大流行，疫情從6月起源於高雄市的前鎮及鳳山一帶，逐漸擴散至屏東縣、臺南市，連外島的澎湖也淪陷，累計達5,336例病例，且造成21人死亡。在2004年屏東又發生流行，確定病例為336例，從中可見高屏地區在幾次登革熱大流行都無法倖免，甚至幾乎都是發源處，屏東和其他南部高雄市、高雄縣、臺南市、臺南縣嘉義市、嘉義縣可說是皆屬於登革熱好發地區。<sup>263</sup>

衛生署疾管局針對2004-2008年高高屏地區71個鄉鎮市區1,364村里的登革熱病媒蚊調查，不過屏東縣仍有85%鄉鎮市有埃及斑蚊分布，比起2003-2004的64%有提高的跡象，也是屏東需注意的地方；而病媒蚊存在地方主要在水溝、水塔、帆布、排水管、水桶、花瓶、底盤、水缸、輪胎、保利龍箱盤、塑膠籃、罐子、杯子、冰箱底盤及地下室等處。<sup>264</sup>

一直到現在，來求診的病患都是現在常有的腸病毒和登革熱，這方面的疾病在大眾媒體宣導下，民眾有一定的認知，是媒體對衛生教育的一些貢獻。<sup>265</sup>

在表4-6中，2002年屏東含本土及境外移入有384例，主要是受高雄前鎮、鳳山及五甲疫情帶入，2004年疫情則由屏東市長安里引發，至2005年1月才正式告終；而2004年屏東登革熱病例就佔了全國的63%，反倒是爆發大流行的高雄縣市受到控制，不過之後屏東疫情控制得宜，在2007年只有7例，引來當時的衛生署長侯盛茂一段話：「屏東縣這兩年為何能夠倖免於難？」<sup>266</sup>2009年至10月31日時，屏東登革熱病例則有26例，次於未合併前的高雄縣市240例、台北市28例及桃園縣的27例。<sup>267</sup>

表4-6：2002-2007登革熱確定個案統計表

年度	全國		高雄市		高雄縣		屏東縣	
	本土	境外移入	本土	境外移入	本土	境外移入	本土	境外移入
2002	5336	52	2832	2	1979	0	380	4
2003	86	59	58	4	13	2	12	5
2004	366	91	36	10	12	2	281	7
2005	202	104	92	7	44	1	4	8
2006	963	109	757	10	185	4	10	7
2007	1969	176	137	12	40	9	1	6

資料來源：屏東縣醫師公會第20屆理事會編，《屏東縣醫師公會60周年誌》，康啟杰〈登革熱防治的省思〉。

<sup>261</sup> 林純美等，1996，〈臺灣南部七縣市居民對登革熱防治的知識態度及行為之調查研究〉，《傳染病防治》第三輯。頁20。  
<sup>262</sup> 詹長權，2006，〈卷九 社會志·衛生與健康篇〉。《臺灣全志》。南投：臺灣文獻館。頁99。  
<sup>263</sup> 疾病管制局全球資訊網，2011，傳染病防治工作手冊。http://www.cdc.gov.tw/ct.asp?xItem=6454&ctNode=1733&mp=1。  
 （上網日期2011/3/9）。  
<sup>264</sup> 段延昌等，2009，〈2004-2008年高高屏登革熱病媒蚊密度調查分析〉，《疫情報導 二十五卷7期》。台北市：衛生署疾病管制局。頁424。  
<sup>265</sup> 鄭宗武醫師訪問稿。(陸銘澤訪問)  
<sup>266</sup> 屏東縣醫師公會第20屆理事會編，2008，《屏東縣醫師公會60周年誌》，屏東：屏醫師公會。頁117。  
<sup>267</sup> 行政院衛生署疾病管制局，2009，〈臺灣地區第二類法定傳染病確定病例同期比較表〉，《疫情報導 二十五卷第11期》。台北市：衛生署疾病管制局。頁742。

## 嚴重急性呼吸道症候群（SARS）

嚴重急性呼吸道症候群簡稱為SARS(Sevre Acute Respiratory Syndrome)，在2003年3月至6月底強烈威脅臺灣全島，讓臺灣一度考慮「全國淨空」的方案，被稱為SARS風暴；這場風暴從臺北首次發生感染病例，和平醫院封院事件讓全臺震驚，也感受其帶來的威脅，之後仁濟、中興、馬偕和台大等醫院也陸續淪陷並延燒至南部；會傳到南部主要是一位曾在仁濟醫院病患的林姓婦人回到屏東，又到高雄長庚急診就醫，因而引發長庚院內感染。<sup>268</sup>

南部發生病情後，由時任高屏地區健保局長的李建廷經理<sup>269</sup>聯繫時任高雄市衛生局長陳永興醫師，希望高高屏醫療網各醫院的院長能採取有效的行動，之後由時任高雄市長的謝長廷先生邀請陳局長擔任市府SARS防治應變小組副召集人，由市長擔任召集人；高高屏健保分局也召開19個醫療院所SARS防治對應會議，亦推陳永興局長擔任召集人，時任衛生署署長的陳建仁也邀他擔任高高屏地區的總指揮。<sup>270</sup>

陳永興醫師提出全民對抗SARS三道防線，第一道是負責照顧病患的醫療工作人員，這道防線為主要接觸病患者，且需負責照顧病患，是為最高危險群，第二道防線是在社區，任何與SARS通報個案有接觸的人，都需要被要求隔離觀察；還有來自SARS流行地區人士，返台亦需隔離觀察，第三道則是全民的參與，充分瞭解醫療衛生資訊，並每天量體溫，勤洗手，減少到醫療院所探病的機會並帶口罩。<sup>271</sup>

SARS期間，屏東醫院動員全院的醫護員工及感控小組立即參與多次相關研習，並同衛生局及衛生所全體員工進行講習和演練，同時間也設置隔離病房，並規劃發燒篩選中心、強化SARS防護措施，所有的病房皆設置在最高層的六樓，包括兩間負壓病房收容疑似個案，其他12間病房收發燒病患。而屏東SARS首名死亡病例發生在2003年5月14日，其間至宣告疫情結束為止，屏東醫院共收治179名發燒病患，其中27位向衛生局通報，15位向疾管局通報，疑似病例6位，可能病例為1位。<sup>272</sup>

屏東基督教醫院也成立「SARS防治小組」，下設醫療照護組、護理照護組、行政支援組、感染控制組，成員共十名；防治小組每日進行會議包括六A專責病房裡隔離區與觀察區的病人病情報告與討論，將一些病房轉為SARS病房；<sup>273</sup>另外主辦屏東市社區健康營造中心，面對防SARS，第一個工作就是和全市79個里的里長和里幹事開會，進行溝通尋求共識，並編寫社區防煞衛教及民眾宣導資訊，並推出「家庭防煞小天使」及

<sup>268</sup> 全國淨空為全國淨空十天，指將全國人員移動降至最低可能的程度。詳文可參考王令麟，2003，〈淨空十天 讓感染源全部曝光〉。聯合報，第A十五版，5月24日。

<sup>269</sup> 從2005後擔任署立屏東醫院院長，並於2011年就任屏東縣衛生局局長。

<sup>270</sup> 林世嘉，2005，《台灣省通誌》。台北：行政院衛生署。頁30。

<sup>271</sup> 陳永興，2003，〈建構全民對抗SARS的三道防線〉。台灣日報，第九版，5月17日。

<sup>272</sup> 屏東縣醫師公會第20屆理事會編，2008，《屏東醫師公會60周年誌》，屏東：屏東醫師公會。頁146-147。

<sup>273</sup> 卓德松、吳榮洲，2003〈勇敢迎對，危機管理〉《醫療傳愛無國界 屏基感恩五十年》屏東：屏東基督教醫院。頁132-133。

<sup>274</sup> 成亮，2003，〈運用社區健康營造的方法建構社區防SARS互助網〉，《醫療傳愛無國界 屏基感恩五十年》，屏東：屏東基督教醫院。頁130-131。



「社區愛心體溫測量站」行動方案，成功和屏東衛生局合作，做好防SARS的工作。<sup>274</sup>

## H1N1

H1N1新型流感在2009年陸續在美國西南部及墨西哥爆發，其為北美豬流感、北美禽流感、人類流感及歐亞豬流感病毒的四個基因片段組成，對Amantadine及Rimantadine等抗病毒藥物出現抗藥性，但對Tamiflu(oseltamivir)及Relenza(zanamivir)則不具抗藥性。<sup>275</sup>

H1N1新型流感，它的傳染途徑和季節性流感類似，主要是透過飛沫傳染與接觸傳染，成人在症狀出現前一天到發病後七天都有傳染性，兒童的可傳染期則較成人長；其症狀也和季節性流感類似，像是發燒、咳嗽、喉嚨痛、全身酸痛、頭痛、寒顫與疲勞等，有時會有腹瀉及嘔吐症狀。嚴重時會有肺炎併發症，甚至死亡。<sup>276</sup>

預防H1N1可施打疫苗，臺灣出現流感案例時，中央疫情指揮中心於2009年8月1日起開放300家流感抗病毒藥劑配置點，之後也納入健保給付。不過因疫苗副作用新聞不斷傳出，屏東也傳出疑似施打疫苗後往生的案例，雖後來證實非因疫苗死亡；<sup>277</sup>根據衛生局進行一項調整顯示，會施打疫苗的主要原因包括衛生局/所的衛教宣導、醫師建議、小孩容易生病怕被傳染及疫苗有效等；而不願施打的原因，最主要就是害怕疫苗的副作用，其他包括小孩生病無法施打、流感疫苗負面報導及不知道要施打等。<sup>278</sup>

事實上在1976年流感疫苗已被證實是安全的，它的主要成分為被殺死的非活性病毒，所以接種不會引起流感，雖然會有局部反應，如注射部位疼痛、紅腫，但很少產生如發燒之類的全身性反應；有副作用大都是肌肉痛；對於疫苗含汞的問題，流感疫苗所含的汞為硫柳汞（Thimerosal），是為了不讓疫苗受微生物污染的保存劑，在安全劑量範圍內，且此汞不會在人體累積且可被代謝。<sup>279</sup>

屏東各級學校網站皆設有防疫專區，讓學生們認識H1N1新型流感，做好勤洗手、長距、不碰、警覺、少去（公共場所）及掩口等預防措施，並定期進行防治會報。

除了人體會感染H1N1，豬同樣會感染，身為養豬大縣的屏東，自然採取相當的措施，包括舉辦防疫宣導會，針對養豬教導如何防範豬口蹄疫及H1N1新型流感。<sup>280</sup>

<sup>275</sup> 陳謝明君等，2009，〈台灣H1N1新型流感之因應暨最初61例確定病例之分析〉，《疫情報導 二十五卷8期》。台北市：衛生署疾病管制局。頁501。

<sup>276</sup> 簡郁珊等，2009，〈台灣H1N1新型流感前100例住院重症調查報告〉，《疫情報導 二十五卷第10期》。台北市：衛生署疾病管制局。

<sup>277</sup> 陳宗傑，2009，屏東何姓男子窒息死亡 排除注射H1N1新流感疫苗有關，<http://news.e2.com.tw/utf-8/2010-1/103146.htm>，（上網日期：2011/1/31）。

<sup>278</sup> 康啟杰等，2009，〈影響屏東地區主要照顧者對幼兒流感疫苗施打因素之探討〉，《疫情報導 二十五卷第12期》。台北市：衛生署疾病管制局。

<sup>279</sup> 康啟杰等，2009，〈影響屏東地區主要照顧者對幼兒流感疫苗施打因素之探討〉，《疫情報導 二十五卷第12期》。台北市：衛生署疾病管制局。<sup>274</sup>成亮，2003，〈運用社區健康營造的方法建構社區防SARS互助網〉，《醫療傳愛無國界 屏基感恩五十年》，屏東：屏東基督教醫院。頁130-131。

<sup>280</sup> 簡惠敏2009，防範H1N1新型流感養豬大縣屏東做好準備<http://tw.epochtimes.com/9/11/7/125703.htm>。（上網日期2011/1/31）。

H1N1新型流感，全球都嚴陣以待，除了施打疫苗外，提醒您和最心愛的家人，共同養成良好健康習慣，遠離病毒威脅。

### 使用克流感的正確知識

**勤洗**  
用肥皂勤洗手，搓洗超過二十秒

**長距**  
與人談話，保持一公尺以上的距離

**不碰**  
雙手不碰眼、口、鼻，避免病毒上身

**警覺**  
注意體溫變化，發燒立即戴口罩就醫

**少去**  
減少出入人潮擁擠的公共場所

**掩口**  
咳嗽、噴嚏，用手帕或衣袖掩口鼻  
咳嗽外出請戴口罩

**台灣克流感藥物儲備量相當充分**  
政府現已儲備足夠份量之克流感，並備有克流感原料藥，可隨時啟動自製，請國人安心。

**克流感是醫師處方用藥，勿自行購買**

- 絕大多數新型流感患者為輕症，不需特殊治療即可康復。
- 克流感為處方用藥，請依醫師診斷接受治療，勿自行服藥。

**克流感若濫用，可能產生抗藥性**  
未經醫師評估及診斷，不可使用克流感。如果毫無節制的使用克流感，有發生抗藥性病毒株的可能。

對抗H1N1新型流感  
關心別人，保護自己

中央疫情指揮中心  
www.h1n1.gov.tw

衛生署疾病管制局  
TAIWAN CDC  
疫情通報及諮詢專線：1922  
http://www.cdc.gov.tw

圖4-1：滿州國小H1N1新型流感專區網頁

資料來源：<http://mjhs.bexweb.tw/?Guid=78850370-00c2-184c-8750-b795bc7ad04f>

## 愛滋病

愛滋病病毒主要有性接觸、感染體液經非腸道感染及從母親傳到小孩的垂直感染等三個傳染途徑，形態包括同性戀及雙性戀和旅客或其他地區感染的血液製劑。愛滋病從感染至發病約為七至十年，在這段期間中，當病毒進入血流後，便會出現短暫類似傳染性單核球過多症（Infectious mononucleosis-like），之後便進入潛伏期，沒有症狀，但CD4淋巴球逐漸減少，病毒也可以侵襲中樞神經；之後CD4數量會降至每微升200至500，病患會有虛弱、厭食、疲憊、發燒、顫抖、失眠及體重下降等症狀，也會出現全身性淋巴腺腫大，最後CD4會降至每微升二百以下，病患便會出現免疫力相關疾病，例如腫瘤、癡呆症、血液功能衰退及耗竭症候群，心肌炎及腎臟病變。一旦發作，存活率不會超過18個月及兩年；目前可以施打疫苗來進行預防，不過刺激免疫力效用不佳，另一個就是預先治療，Zidovudine(AZT)和Didanocine(DDI)可以減緩進展至愛滋病的時間，進而延長存活率。<sup>281</sup>

愛滋病目前縣內衛生局透過發送保險套及性知識宣導來預防，一般人也認為擁抱和親吻就會感染，因此讓一位愛滋病縣民依此索取錢財及物資，否則便擁抱傳染病症。事實上愛滋病主要傳染途徑還是上述包括性行為、母子垂直感染或是共用針頭的血液居多。<sup>282</sup>

<sup>281</sup> 簡William R. Breakey原著，郭峰志主譯，《現代社區精神醫療：整合式心理衛生服務體系》，臺北：心理。頁458-459。

<sup>282</sup> 林和生，〈愛滋男橫行鄉里 挾病予取予求〉，2012年1月1日，中國時報，A10社會綜合版。

台灣的愛滋病大部份都來自藥物注射和同性戀；屏東監獄有一些愛滋病犯人，他們是吸毒被關起來的，吸毒到最嚴重時就是用注射才能滿足藥癮，以前他們會到西藥房買針筒，後來警察會守在賣針筒特別多的西藥房抓人，他們就不敢再去買，有人有針筒就用”分享”方式輪流使用，愛滋病就這樣相互的傳染；現在都使用何大一教授的「雞尾酒療法」治療，愛滋病在三到四種不同時期會轉變不同的基因，所以會對任何一種藥產生抗藥性，而何教授的治療方式就是在這轉變的關鍵點投入不同的藥物，目前有三種藥物，它不是治癒，而是控制它處在潛伏狀態，使人不致失去免疫力，要不然一個小感冒都可能失去生命；這個療法確實能有效控病情，但是花費非常貴，台灣健保有給付。<sup>283</sup>

### 其他特殊疾病

屏東位處臺灣南端又臨海，有一些特有的疾病，例如登革熱、瘧疾等，還有恆春半島特有的地方性眼疾「蔥農黴菌性角膜炎」及由海洋弧菌引發的壞死性筋膜炎。

#### 一、蔥農黴菌性角膜炎

蔥農黴菌性角膜炎是屏東恆春特有的疾病，主要是因落山風而起，恆春的落山風因強風吹刮，讓恆春的洋蔥成為品質和風味都佳的特產品，但強勁的風勢，讓洋蔥皮屑吹進眼睛，傷及眼角膜，嚴重者需要動眼角膜移植手術，否則有失明之慮。

根據高雄醫學大學及行政院勞工安全衛生研究所調查研究，證實肇因於恆春地區在洋蔥採收季節時，空氣中會出現高濃度的黴菌，加上落山風的強勁吹刮，助長了黴菌孢子隨著洋蔥外皮四散飛揚，一旦洋蔥外皮割傷了眼角膜，就會造成黴菌感染引起眼角膜的炎症病變。因此屏東縣衛生局針對此特性，對蔥農提出安全防護三步驟：1.戴防護眼鏡。2.不揉眼睛。3.若不慎眼睛有異物進入，先以乾淨冷水或眼藥水清洗眼睛，並馬上請眼科醫師處理。

#### 二、海洋弧菌引發的壞死性筋膜炎

海洋弧菌是革蘭氏陰性的海洋致病性弧菌（*Vibrio vulnificus*），生存於河、海交界之處，因海洋弧菌感染導致壞死性筋膜炎的病人，死亡率高達50%，如果因而休克，死亡率更達90%以上，如果不截肢便會死亡。不過一般人感染此病，情況不會太嚴重，如果肝功能不全、肝硬化、長期酗酒、糖尿病、慢性腎病及免疫力低下的患者，生食感染的海產或是遭魚具、魚刺刺傷，致感染該種細菌，情況就會相當危險。

<sup>283</sup> 屏東基督教醫院院長余廣亮醫師訪問稿。（李瑞娥訪問）

由於屏東縣屬於狹長的沿海地型，居民多以補魚或養殖業為主，平日也常會撈魚和至海邊嬉戲，這都增加感染此菌的機會，目前可用第三代抗生素和四環黴素治療，並加以積極徹底的外科清創手術。<sup>284</sup>

### 三、食物中毒

屏東曾發生多起食物中毒事件，其中引起大量病安傷害的是有毒的海洋生物所引起，而其毒素最重者首推河魨毒(Tetrodotoxin)，其次為麻痺性貝毒(Paralytic shellfish poisons, PSP)。河魨毒除了存在於河魨魚中，亦被發現存在於鰕虎魚、螺類、蟹類、海星等海洋生物中。但大部分的民眾均只知河魨有毒，卻不知其他水產品，例如某些種螺類亦含有河魨毒，而導致食中毒案件層出不窮的發生，甚至嚴重者中毒致死的事件。如枋寮及新園兩次中毒案。

「枋寮中毒案」是發生在1994年5月間，枋寮約有26人因吃了俗稱苦螺之織紋螺後，陸續出現嘔吐、頭暈、嘴麻和手麻等症狀，而送醫治療。有位71歲糖尿病患者因呼吸衰竭而住進加護病房觀察，所幸後來已康復。事後經追察，得知此次原因為螺體中含有河魨毒與少量麻痺性貝毒所導致，而中毒的螺類經鑑定為球織紋螺(Niotha clathrata)和正織紋螺(Zeuxis scalaris)。

「新園中毒事件」則為2002年2月20日一位吳姓漁民食用了自行捕獲的海螺，陸續感覺唇、舌、面、頸部有刺痛感，並有暈眩症狀而送醫急救且病情急速惡化，呼吸困難全身麻痺不醒人事，經醫院緊急插管治療於數天後出院。病患說當地漁民之前吃此螺皆無事，不知為何會如此？後此螺經分析為橙口榧螺(Oliva miniacea)、台灣榧螺(Oliva mustelina)與平瀨榧螺(Oliva hirasei)，毒量分別為149、35與58 MU/g，毒素主要蓄積於肌肉中。<sup>285</sup>

### 四、鉤端螺旋體病

鉤端螺旋體病(Leptospirosis)是由鉤端螺旋體(Leptospira interrogans)感染產生的感染症，幾乎所有哺乳類動物皆會經由傷口感染，主要宿主包括老鼠、犬隻、豬、牛、馬、羊等動物。動物感染鉤端螺旋體後，造成腎臟慢性感染，並且由尿液大量排菌，再經由尿液污染水及土壤，因此人類在進行農耕、下水道工程及採礦等工作中，或是從事包括游泳、露營及運動等戶外活動，便會經由皮膚及黏膜傷口因接觸到受動物尿液污染的土壤或水而得病。在臺灣是被歸為第四類法定傳染病；萬丹鄉因2009年莫拉克颱風造成大淹水，因而造成鉤端螺旋體病群聚，當年就有203個確定病例。<sup>286</sup>

<sup>284</sup> 屏東縣醫師公會第20屆理事會編，《屏東縣醫師公會60周年誌》，頁124-5。

<sup>285</sup> 蔡永祥，2011，台灣有毒螺類，<http://blog.yam.com/yht3609/article/26727902>。（上網日期2011/4/8）。

<sup>286</sup> 行政院衛生署疾病管制局網站，〈臺灣法定傳染病病例定義〉，<http://www.cdc.gov.tw/public/Data/08101614871.pdf>（上網日期：2011/4/8）

屏東鉤端螺旋體病病例在2009年為全國最多，至10月31日止有127例，和2008年同期的5例增加許多，和2009年全國第二多病例的高雄縣15例相差亦甚多。可見屏東是鉤端螺旋體病全臺的好發地區。<sup>287</sup>

---

<sup>287</sup> 行政院衛生署疾病管制局，2009，〈臺灣地區第四類法定傳染病確定病例同期比較表〉，  
《疫情報導 二十五卷第11期》。台北市；衛生署疾病管制局。頁748。

重修

# 屏東縣志

## 健康與醫療

第五章

健康與疾病的觀念與行為



## 第五章 健康與疾病的觀念與行為

### 第一節 屏東縣居民的主要死因

屏東縣位於臺灣最南端，南北狹長的地形造成屏北和屏南的醫療分配不平均，屏東被認為屬於醫療匱乏區，有重大疾病的病人大都往外地求醫。臺灣的死因的統計在1906年展開，主要是1905年10月臺灣總督府施行第一次臺灣臨時戶口調查的需要，同時也開始進行死因的統計；關於屏東地區的死因統計，這段時間尚未有獨立且完整的資料，一直到戰後才陸續建立完整的統計數據；根據2010年行政院衛生署公佈的2009年死亡統計資料，在2009年公佈的2008年十大死因，惡性腫瘤中的結腸和直腸癌成為癌症首位，各界便調整醫療政策，並注意國人的飲食。<sup>288</sup>這些資料供縣民做好本身的醫療健康保健。

#### 臺灣居民的主要死因

##### 一、日治時期

根據「臺灣省五十一年來統計提要」顯示，日治時期在1906年至1942年有統計數據的年份中，1906至1916間位於主要死因第一的皆為「不明原因」，主要在於醫療診斷技術尚未成熟，因而造成許多死因找不出病因，其中有很多應是屬需較先進技術方可診斷的傳染性疾病；另一個原因應是1906年間死亡診斷書由西醫開立的僅佔一成，其他皆由漢醫開立，但在1917年西醫開立死亡證明已達45%，診斷死因的技術也陸續加強。<sup>290</sup>

從1917年開始，肺炎成為台灣最大死因，日本治台之初深受其害的瘧疾則幾乎都在第二的位置；肺炎屬於感染發炎的病症，是指肺部的肺泡出現發炎的症狀，免疫力較差的人容易發病，在30年代抗生素發明後才得以控制；依據吳介尊將日治時期死因分為九大類，分別是傳染型疾病、呼吸系統疾病、腫瘍、消化系統疾病、嬰幼兒疾病、其他病因、病因未明、人為型疾病及退化型疾病。<sup>291</sup>

從圖5-1中可看出日治時期這九類疾病的變化，其中最明顯的變化有兩個，其一是1918及1920年呼吸系統疾病死亡項目出現劇烈的變化，主因在於該年度受西班牙大流感所致，全世界有2,164萬人死亡，根據臺灣省五十一年來統計提要中，屬於呼吸系統疾病的流行性感冒、支氣管炎、肺炎死亡人數有35,710人。另一個有明顯變化的是1935年的人為型疾病，主要是因為1935年4月21日發生重創新竹、臺中兩州的「土地地震」，當時造成3,422人死亡。<sup>292</sup>

<sup>288</sup> 王昶閔，2009，《結腸直腸癌 居癌症首位》，自由時報，3月14日，生活新聞版。

<sup>289</sup> 本資料取自電子書版本，網址為<http://twstudy.iis.sinica.edu.tw/twstatistic50/Hygiene.htm>。（上網時間2011/11/7）。

<sup>290</sup> 劉士永，《日治時期臺灣地區的疾病結構改變》，新史學，13（4）。頁165-208。

<sup>291</sup> 吳介尊，〈日治時代以來臺灣地區疾病轉型模式之探討〉，收於《2006年臺灣人口學會學術研討會》。頁9-10。

<sup>292</sup> 吳介尊，〈日治時代以來臺灣地區疾病轉型模式之探討〉，收於《2006年臺灣人口學會學術研討會》。頁9-10。

針對臺灣人的死因調查，日本政府也開始從醫療衛生政策上做改進，以強化臺灣人的生命，臺灣人的死亡率在1906年時是近千分之33，到了1940年代降為千分之20以下，零歲平均餘命也從1906年

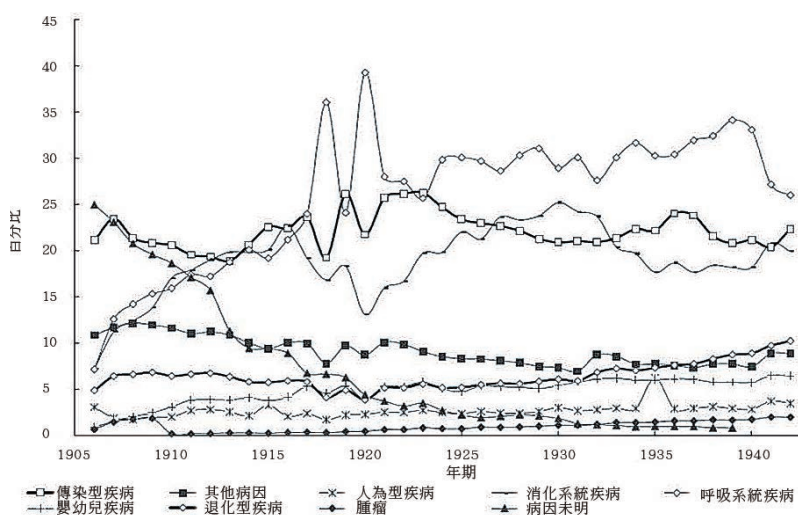


圖5-1：日治時期九類死因變動趨勢圖

資料來源：吳介尊，〈日治時代以來臺灣地區疾病轉型模式之探討〉

時的29.7歲升至1933年的45.2歲（男42.7歲、女47.7歲），之後1940年的44.8歲<sup>293</sup>和1964年時男性64.5歲及女性69.1歲；原住民<sup>294</sup>方面則呈現不同的數據，1933年男為9.8歲，女為13.5歲，1964則為男48.3歲和女52.2歲，和台灣地區其他族群的平均差距非常大。根據葛應欽先生的分析，原住民在意外傷害、自殺、肝硬化及肺結核、肺炎、及支氣管炎等傳染病較嚴重。<sup>295</sup>

## 二、戰後時期

戰後臺灣死因有了很明顯的變化，根據《中華民國公共衛生年報》顯示，1951年至2010年臺灣十大死因包括惡性腫瘤、腦血管疾病、心臟疾病、糖尿病、事故傷害、慢性肝病及肝硬化、肺炎、腎炎和腎徵候群及腎性病變、自殺、支氣管炎和肺氣腫及氣喘；

和日治時期相比，同列十大死因的只有肺炎和支氣管炎（表5-1），最明顯的區別在於戰後隨著生活水準提高，尤其在1995年臺灣步入高齡化社會，民眾生活型態改變，飲食西化後多肉食且少運動，造成此類心臟血管、糖尿病、腎臟病等慢性疾病的高昇，<sup>296</sup>並引發癌症（惡性腫瘤）；更由於文明社會帶來相互競爭，產生適應社會不良的情況，因而引發自殺，再者隨著各項建築物及交通工具的發達，也造成大量的意外傷害。

表5-1：日治和戰後時期主要死因比較表

日治時期	戰後時期
瘧疾	惡性腫瘤
肺炎	腦血管疾病

<sup>293</sup> 本資料取自電子書版本，網址為<http://twstudy.iis.sinica.edu.tw/twstastic50/Hygiene.htm>。（上網時間2011/11/7）。

<sup>294</sup> 指臺灣山地鄉與蘭嶼原住民。

<sup>295</sup> 葛應欽，2001〈原住民健康現況及其發展〉，《原住民傳統醫療VS現代醫療》，台北：財團法人台灣原住民文教基金會。頁109-127。

<sup>296</sup> 行政院衛生署，2008，《中華民國公共衛生年報》，台北：行政院衛生署。頁27。



日治時期	戰後時期
妊娠中毒	心臟疾病
非結核性呼吸道疾病	糖尿病
腹瀉腸炎	事故傷害
呼吸器結核	慢性肝病及肝硬化
胃腸潰瘍	肺炎
支氣管炎	腎炎和腎微候群及腎性病變
衰老	自殺
一般消化疾病	支氣管炎和肺氣腫及氣喘

資料來源：行政院衛生署，2008，《中華民國公共衛生年報》，台北：行政院衛生署。頁27。

死亡率下降與平均餘命不斷延長，也是影響臺灣疾病型態的因素之一，由日治時期的傳染性疾病轉為戰後以非傳染性疾病為主，<sup>297</sup>戰後臺灣的平均餘命顯著的增加，根據內政部統計處的統計，在1957年男性的零歲平均餘命是59.73歲，女性是63.25歲，此後便一直提高（表5-2），到2009年時男性為75.9歲，女性為82.5歲。根據衛生署國民健康局的研判，臺灣女性生命會比男性長有三個可能原因，第一是可能與男性工作壓力大、意外風險高有關，第二是菸、酒、檳榔使用率較女性高，第三則是男性普遍有病較晚就醫。<sup>298</sup>

在原住民方面，1970年時腦血管疾病死亡率增加，癌症以口腔癌、鼻咽癌、胃癌、肝癌為多，在1981年至1990年間主要死因以意外傷害、自殺、肝硬化及傳染病為最多。<sup>299</sup>

表5-2：戰後歷年來台灣零歲平均餘命統計表

年別Year	男性	女性
1957	59.73	63.25
1958	61.31	65.16
1959	61.88	65.91
1960	62.31	66.40
1961	62.64	67.18
1962	62.95	67.64
1963	63.90	68.29
1964	64.54	69.06
1965	65.10	69.71
1966	65.18	69.74

<sup>297</sup> 江東亮，1999，《醫療保健政策－臺灣經驗》，臺北市：巨流。頁36。

<sup>298</sup> 王昶閔2010，〈每13分10秒癌症奪走一條命〉，《自由時報》，6月4日，A17生活新聞。

<sup>299</sup> 本葛應欽，2001，〈原住民健康現況及其發展〉，《原住民傳統醫療VS現代醫療》，

年別Year	男性	女性
1967	65.31	69.87
1968	65.22	70.01
1969	66.34	70.89
1970	66.66	71.56
1971	67.19	72.08
1972	67.57	72.30
1973	67.57	72.48
1974	67.80	72.77
1975	68.27	73.42
1976	68.70	73.60
1977	68.69	73.85
1978	69.15	74.32
1979	69.36	74.47
1980	69.57	74.55
1981	69.74	74.64
1982	69.84	74.86
1983	69.90	75.08
1984	70.46	75.53
1985	70.82	75.81
1986	70.97	75.88
1987	71.09	76.31
1988	70.99	76.21
1989	71.10	76.47
1990	71.33	76.75
1996	72.38	78.05
1997	72.97	78.61
1998	73.12	78.93
1999	73.33	78.98
2000	73.83	79.56
2001	74.07	79.92
2002	74.58	80.24
2003	74.77	80.33
2004	74.68	80.75
2005	74.50	80.80
2006	74.86	81.41
2007	75.46	81.72
2008	75.59	81.94

年別Year	男性	女性
2009	75.9	82.5

資料來源：內政部統計處

### 屏東縣歷年主要死因暨疾病變化

城鄉的生活環境經常是造成健康差異的因素之一，鄉村的死亡率會比城市來得高，其主要原因包括鄉村缺乏醫療人員和醫療病床數，都市地區的營養和飲水供應狀況較佳，以及移入都市地區的人口較年輕等；<sup>300</sup>屬於農業鄉村的屏東縣，可能會面臨比城市來得多的健康挑戰。

#### 一、日治時期

日治後，對於傳染病便更加防範，治台隔年的1896便立即發佈《傳染病預防規則》，確認鼠疫、天花、霍亂、傷寒、腸傷寒、痢疾、白喉、猩紅熱等八種法定傳染病，並明訂防疫的基本措施，如設立檢疫站、隔離患者、阻斷交通路徑、屍體處置及醫師有彙報疫情之義務等；<sup>301</sup>其中死亡率達七成以上的鼠疫最為重視，在1896年臺灣便爆發第一次鼠疫大流行，此後臺灣也幾乎年年皆有鼠疫大流行，也驚動日本本土，雖進行各項防疫工作仍成效有限，究其因包括各地仍有匪賊，警察權未遍及全島、市街不潔且陰暗、居民普遍認為是神佛作祟、語言不通宣導不易及防疫工作者對此病不具防遏經驗等，所幸這情況在1901年因確立驅除鼠類並拆除不潔家屋、市區改正和隔離消毒等工作才漸有改善。<sup>302</sup>屏東在日治時期的主要死因，因該時期對死亡的統計均到郡為止，很少到有街庄的調查，在臺灣總督府警務局衛生課有一份針對恆春庄在1917至1921年的死亡原因統計中顯示，這五年平均死亡因素前五名分別是1.畸型、先天性質弱及幼兒固有疾病；2.肺炎及氣管支肺炎；3.流行性感冒。4.霍亂；5.其他疾病；其中流行性感冒是特例，在1919年恆春有183人死於流行性感冒。<sup>303</sup>針對瘧疾、甲狀腺、結核病和流行性腦脊髓膜炎感染情況概述於後。

#### (一) 瘧疾

瘧疾在日治時期造成全台灣13,350人死亡，潮州郡是屏東地區最盛行的地方之一，尤其是潮州庄和枋寮庄均被列入瘧疾預防地區，凡是被指定為預防地區的居民，每月都要施行抽血檢查一次，帶原者則施以藥物治療。為了防病媒蚊，地方政府重視環境的整

台北：財團法人台灣原住民文教基金會。頁109-127。

<sup>300</sup> 張苙雲，2003，《醫療與社會：醫療社會學的探索》，台北：巨流。頁46。

<sup>301</sup> 劉士永；〈「清潔」、「衛生」與「保健」-日治時期臺灣社會公共衛生觀念之轉變〉；《台灣史研究》8:1，41-88；台北：中央研究院；2001。

<sup>302</sup> 許錫慶，2000，〈明治時期臺灣總督府中央衛生行政組織之變革〉，《臺灣文獻史料整理研究學術研討會論文集》，南投：臺灣文獻會。頁170-171。

<sup>303</sup> 張永堂總編纂，1998，《恆春鎮志》，屏東：恆春鎮公所。頁3-188。

<sup>304</sup> 陳秋坤等著，1998，《潮州鎮誌》，屏東：潮州鎮公所，頁353。

理，並推動使用蚊帳；不過從1919年至1923年的數據來看，效果並不顯著（見表5-3）。

<sup>304</sup>因為瘧疾的可怕，且容易發生在臺灣南部，因而戰後在潮州成立了瘧疾研究所。

表5-3：潮州郡罹患瘧疾死人數統計表

類別／年別	出生	死亡	罹患瘧疾死亡人數	瘧疾死亡比率
1919	2,270	2,275	347	0.152
1920	2,404	2,333	287	0.123
1921	3,022	1,595	144	0.090
1922	2,908	1,960	242	0.123
1923	2,751	1,760	252	0.143

資料來源：《潮州鎮誌》，1998，潮州鎮公所。頁354。

## （二）甲狀腺腫

屏東地區於日治時期甲狀腺腫亦屬嚴重，甲狀腺腫是地方疾病，至20世紀初期為止，西方醫學仍認定甲狀腺腫是慢性傳染病，也被認為和呆矮症（Cretinism、Kretisms）有關，是一種身體及智力發育不全的病症，因骨骼及精神發育不良，造成侏儒、白痴、或兼聽力障礙及聾啞，也就是造成人種變質（退化、Degeneration）的問題；根據長野純藏執行全台灣甲狀腺腫流行分布調查，1911年屬於現屏東縣的阿緱及恆春，患有甲狀腺腫的人數，男生有126位，女生有527位，總計是653位，是當時台灣各地區第三多病例的地區，僅次於主要患區台中的785例和斗六的692例；而這項調查也顯示確與河流有密切關係，尤其是偏於山區地帶；關於呆矮症，也在阿緱發現不少由甲狀腺腫引起的白痴及發育不全者。<sup>305</sup>

## （三）結核病

結核病是日治時期主要的疾病，在日治前期臺灣總督府的疫病防治皆以風土病及傳染病為要務；結核的流行與個人健康狀況、地理與社會環境或感染途徑有關，以臺東廳最高，次為澎湖廳，第三為臺北州，而城市明顯高於郡支廳，北南部又較中部嚴重，根據曾田長宗的〈臺灣結核預防對策私案〉中「官設結核病床增加計劃書」中顯示，預計需要增加病床數最多者為高雄醫院（第三年度）、臺中醫院（第四年度）、臺南醫院（第四年度）等三間醫院各150床，屏東醫院被安排在第七年度，欲增加50床，是為較少者，且為最後階段的第七年度，可見屏東相較其他地區，肺結核病症較少。<sup>306</sup>

<sup>305</sup> 范燕秋著，2005，《疫病、醫學與殖民現代性—日治台灣醫學史》。頁28。

<sup>306</sup> 張淑卿，2006，〈日治時期臺灣的結核病防治政策與議論〉，《台灣史研究》13:1。頁51-97。

<sup>307</sup> 程佳惠，2004，《臺灣史上第一大博覽會：1935年魅力台灣SHOW》，臺北：遠流。頁70。

#### （四）流行性腦脊髓膜炎

流行性腦脊髓膜炎也是當時列入法定傳染病的疾病之一，主要危害腦脊髓膜，死亡率很高；這種病在臺灣這類溫帶及熱帶地區尤其好發，在冬及春兩季尤為盛。在1920年曾大肆流行，尤其是在裕仁皇太子來台視察前最為嚴重，在1935年台灣舉辦始政四十年台灣博覽會時又復發，以新竹和台中兩州最為嚴重，由於疫區地處中部，因此從台中州往下流傳，也來到屏東，對此台灣日日新報的時評大力呼籲，若不立即進行防疫，恐將波及台灣博覽會的進行，因為總督府衛生課展開全島防疫措施，透過「衛生週」的實施來教育民眾，並動員保甲、庄役場（鄉鎮公所）和學校等各團體，進行演講、發傳單、立宣傳看板、放映宣導影片、公醫免費衛生諮詢及預防注射等。<sup>307</sup>

#### 二、戰後時期

戰後隨著公共衛生環境的改善及工業化的發展，疾病型態轉型，1920年代傳染病死亡率開始下降，在1925-35年間即出現死因結構轉變的情況，開始轉為以非傳染性疾病為主的疾病。<sup>308</sup>

屏東在戰後從80年代開始，主要死因呈現和戰後臺灣大致相近的情況，從1992年開始惡性腫瘤都是排名第一；不過在1986年前屏東最多死亡原因是腦血管疾病，和臺灣總體死因較不同且特別的是，屏東在意外事故及不良影響於1988-1990連續三年皆為死因榜首，追究可能的原因應是在於交通工具應用；另屏東多山地，且山地醫療條件不佳，也是造成意外死亡提高的原因之一。<sup>309</sup>

屏東縣內有8個山地鄉（泰武鄉、春日鄉、三地門鄉、霧台鄉、瑪家鄉、牡丹鄉、來義鄉、獅子鄉），計有人口45,126人，為2009年時全縣人口879,746人的0.5%；<sup>310</sup>雖然比例不高，但從例年來主要死因人數皆在千人上下來看，山地鄉民的死因足以成為影響縣內死因數據的因素之一，其中事故傷害在山地鄉的死因中一直名列前茅，<sup>311</sup>也是造成屏東縣意外事故成為主要死因的因素之一。

另一方面屏東縣以農業為主體，在1991年時從事農林漁牧的人口佔44%，由於農業的特質，常有農藥的使用，因而農藥中毒事件時有所見，根據高樹鄉社區健康評估中顯示，高樹鄉鄉民有使用農藥安全防護者約80%，在中毒症狀上有15%的人曾發生過，在中毒後的緊急處理更是認知有限，大都以先喝鹽水然後送醫的方式救治，有些農民只在附近藥局先行購藥治療，<sup>312</sup>這也是造成意外死亡增加的原因之一。

<sup>308</sup> 劉士永，〈日治時期臺灣地區的流行病轉型及其成因初探〉，《疾病的歷史研討會》。

<sup>309</sup> 屏東縣政府，1991，衛生建設醫療的分析與建議，〈屏東縣綜合發展計畫網站〉，網址：<http://gisapsrv01.cpami.gov.tw/cpis/cprpts/pingtung/depart/mulu-12.htm>。（上網日期2011/6/28）

<sup>310</sup> 屏東縣政府民政處網站，〈屏東縣九十九年五月份現住人口數及戶數〉統計表，[http://www.pthg.gov.tw/plancab/FileDL\\_Detail.aspx?s=8119&n=13942](http://www.pthg.gov.tw/plancab/FileDL_Detail.aspx?s=8119&n=13942)（上網日期2011.6.28）

<sup>311</sup> 林克昭、林豐雄、胡杏佳、姚克明，1998，〈臺灣省山地及離島地區死亡率及死因之研究〉；《衛生行政第三輯》；台北：省公共衛研所。頁51-71。

<sup>312</sup> 屏東縣政府；衛生建設醫療的分析與建議；〈屏東縣綜合發展計畫網站〉。

<sup>313</sup> 屏東縣醫師公會第20屆理事會編，2008，《屏東縣醫師公會60周年誌》，屏東：屏東縣醫師公會。頁136。

從表5-4的1986-2008年度屏東和臺灣近幾年主要死因比較表，可以發現心臟疾病在屏東長期為死因前兩名，在1991年成為榜首，死亡人數都在800人左右；到了1994年才降到700人以下，此後一直下降，在1994年防治效果最好，已降至596人，不過隔年再次上昇達658人，此後便又一直上揚，在2008年再重回八百大關到841人；其他的死因方面，全臺灣從1997年就始終在十大死因之列的自殺，屏東在2000年才排入，人數始終未超過200人。

肺炎就較嚴重，在日治時期對臺灣人造成莫大傷害的肺炎，在屏東也有日漸升高的趨勢，1987年和1988年未入十大死因的肺炎，在1989年突增至175例，此後就一路上升，在2008年已有583例；此外較少列入全臺灣十大死因的肺結核和支氣管炎、肺氣腫及氣喘，屏東也都有近百人的案例，反而是始終在臺灣十大死因的高血壓，屏東從1998年後才進入十大死因。

表5-4：1986-2008年度 屏東和臺灣近幾年主要死因比較表（單位：人）

		惡性腫瘤	腦血管疾病	意外事故及 不良影響	心臟疾病	糖尿病	慢性肝病 及肝硬化
2008	全國	38,913(1)	10,663(3)	7,077(6)	15,726(2)	8,036(5)	4,917(8)
	千分比	1.69	0.46	0.31	0.68	0.35	0.21
	屏東	1,698(1)	558(4)	443(6)	841(2)	454(5)	354(8)
	千分比	1.92	0.63	0.5	0.95	0.51	0.40
2007	全國	40,306(1)	12,875(3)	7,130(5)	13,003(2)	10,231(4)	5,160(7)
	千分比	1.76	0.56	0.31	0.57	0.45	0.23
	屏東	1,885(1)	649(3)	477(5)	780(2)	645(4)	322(7)
	千分比	2.11	0.73	0.54	0.88	0.72	0.36
2006	全國	37,998(1)	12,596(2)	8,011(5)	12,283(3)	9,690(4)	5,049(7)
	千分比	1.67	0.55	0.35	0.54	0.43	0.22
	屏東	1,765(1)	679(2)	481(5)	674(3)	669(4)	315(7)
	千分比	1.97	0.76	0.54	0.752	0.747	0.35
2005	全國	37,222(1)	13,139(2)	8,365(5)	12,970(3)	10,501(4)	5,621(7)
	千分比	1.64	0.58	0.37	0.57	0.46	0.25
	屏東	1,703(1)	647(4)	553(5)	723(2)	705(3)	359(7)
	千分比	1.89	0.72	0.62	0.80	0.78	0.399

惡性腫瘤從1992年成為屏東死因的榜首後就未變動過，2008年死亡人數為1,698人，和1986的789人有一倍多的差距，而惡性腫瘤在近20年來也是位居山地鄉十大死因之首，而因山地鄉地處偏遠且交通不便，醫療資源貧乏，因慢性肝炎及肝硬化而死亡的人數比例，也以山地鄉居民較高。<sup>313</sup>

屏東縣疾病的演變從傳染病轉變為現代所謂的文明病，像肥胖，好像都沒有人在醫療肥胖症，其實這些肥胖的人將來到了中老年後都有可能會有慢性病，這是屏東這幾年來的疾病演變狀況。<sup>314</sup>

屏東的檳榔也成為惡性腫瘤的禍首之一由於嚼檳榔也是造成口腔癌的主要原因之一，<sup>315</sup>2008年屏東縣的口腔癌死亡人數是148人，死亡率為8.4%，高於該年度全台灣的平均死亡率7.6%；<sup>316</sup>屏東嚼檳榔成風，主要是氣候得宜，適合植種檳榔樹，因而造就廣大的嚼食檳榔人口。

腎炎腎徵候群及腎變性病	自殺	肺炎	肺結核結核病	支氣管炎、肺氣腫及氣喘	高血壓性疾病	敗血症
4,012(10)	4,128(9)	8,661(4)	...	...	...	...
0.17	0.18	0.38	...	...	...	...
201(9)	192(10)	583(3)	...	379(7)	...	...
0.23	0.22	0.66	...	0.43	...	...
5,099(8)	3,933(9)	5,895(6)	...	...	1,977(10)	...
0.22	0.17	0.26	...	...	0.09	...
335(6)	159(9)	297(8)	53(10)	...	...	...
0.38	0.18	0.33	0.08	...	...	...
4,712(8)	4,406(9)	5,396(6)	...	...	1,816(10)	...
0.21	0.19	0.23	...	...	0.08	...
281(8)	175(9)	329(6)	82(10)	...	...	...
0.31	0.20	0.37	0.09	...	...	...
4,822(8)	4,282(9)	5,687(6)	...	...	1,891(10)	...
0.21	0.19	0.25	...	...	0.08	...
362(6)	188(9)	343(8)	...	100(10)	...	...
0.40	0.21	0.38	...	0.11	...	...

		惡性腫瘤	腦血管疾病	意外事故及 不良影響	心臟疾病	糖尿病	慢性肝病 及肝硬化
2004	全國	36,357(1)	12,339(3)	8,452(5)	12,861(2)	9,191(4)	5,351(7)
	千分比	1.61	0.55	0.37	0.57	0.41	0.24
	屏東	1,723(1)	613(3)	553(5)	706(2)	586(4)	326(7)
	千分比	1.91	0.68	0.61	0.78	0.65	0.36
2003	全國	35,201(1)	12,404(2)	8,191(5)	11,785(3)	10,013(4)	5,185(6)
	千分比	1.56	0.55	0.36	0.52	0.44	0.23
	屏東	1,714(1)	683(3)	543(5)	694(2)	626(4)	307(6)
	千分比	1.90	0.76	0.60	0.76	0.69	0.34
2002	全國	34,342(1)	12,009(2)	8,489(5)	11,441(3)	8,818(4)	4,795(6)
	千分比	1.53	0.54	0.38	0.51	0.39	0.21
	屏東	1,549(1)	626(3)	512(5)	677(2)	621(4)	277(7)
	千分比	1.71	0.69	0.57	0.75	0.68	0.31
2001	全國	32,993(1)	13,141(2)	9,513(4)	11,003(3)	9,113(5)	5,239(6)
	千分比	1.48	0.59	0.43	0.49	0.41	0.24
	屏東	1,561(1)	660(2)	622(4)	631(3)	589(5)	319(6)
	千分比	1.71	0.73	0.68	0.69	0.64	0.35



腎炎腎徵候群 及腎變性病	自殺	肺炎	肺結核 結核病	支氣管炎、肺 氣腫及氣喘	高血壓性 疾病	敗血症
4,680(8)	3,468(9)	5,536(6)	...	...	1,806(10)	...
0.21	0.15	0.24	...	...	0.08	...
341(6)	159(9)	305(8)	93(10)	...	...	...
0.38	0.18	0.34	0.10	...	...	...
4,306(8)	3,195(9)	5,099(7)	...	...	1,844(10)	...
0.19	0.14	0.23	...	...	0.08	...
303(7)	144(10)	257(8)	148(9)	...	...	...
0.335	0.16	0.28	0.16	...	...	...
4,168(8)	3,053(9)	4,530(7)	...	...	1,947(10)	...
0.19	0.14	0.20	...	...	0.08	...
332(6)	141(9)	255(8)	...	122(10)	...	...
0.37	0.16	0.28	...	0.13	...	...
4,056(7)	2,781(9)	3,746(8)	...	...	1,766(10)	...
0.18	0.12	0.17	...	...	0.08	...
305(7)	136(9)	200(8)	...	131(10)	...	...
0.34	0.15	0.22	...	0.14	...	...

		惡性腫瘤	腦血管疾病	意外事故及 不良影響	心臟疾病	糖尿病	慢性肝病 及肝硬化
2000	全國	31,554(1)	13,332(2)	10,515(4)	10,552(3)	9,450(5)	5,174(6)
	千分比	1.42	0.60	0.47	0.48	0.43	0.23
	屏東	1,456(1)	662(2)	585(5)	602(4)	618(3)	316(6)
	千分比	1.60	0.73	0.64	0.66	0.68	0.35
1999	全國	29,784(1)	12,631(3)	12,960(2)	11,299(4)	9,023(5)	5,180(6)
	千分比	1.35	0.57	0.59	0.51	0.41	0.24
	屏東	1,350(1)	685(2)	664(4)	670(3)	609(5)	344(6)
	千分比	1.48	0.75	0.73	0.74	0.67	0.38
1998	全國	29,260(1)	12,705(2)	10,973(4)	11,030(3)	7,532(5)	4,940(6)
	千分比	1.34	0.58	0.50	0.51	0.35	0.23
	屏東	1,386(1)	674(2)	648(4)	658(3)	424(5)	318(6)
	千分比	1.52	0.74	0.71	0.72	0.46	0.35
1997	全國	29,011(1)	12,885(2)	11,297(3)	10,754(4)	7,500(5)	4,767(6)
	千分比	1.34	0.60	0.52	0.50	0.35	0.22
	屏東	1,313(1)	601(2)	597(3)	596(4)	452(5)	310(6)
	千分比	1.43	0.658	0.654	0.653	0.50	0.34

腎炎腎徵候群 及腎變性病	自殺	肺炎	肺結核 結核病	支氣管炎、肺 氣腫及氣喘	高血壓性 疾病	敗血症
3,872(7)	2,471(9)	3,302(8)	...	1604(10)	1,602(11)	...
0.18	0.11	0.15	...	0.07	0.07	...
243(7)	129(10)	227(8)	133(9)	...	...	...
.27	0.14	0.25	0.15	...	...	...
3,474(8)	2,281(9)	4,006(7)	...	...	1,856(10)	...
0.16	0.10	0.18	...	...	0.08	...
194(8)	...	247(7)	148(9)	132(10)	...	...
0.21	...	0.27	0.16	0.15	...	...
3,435(8)	2,177(10)	4,447(7)	...	...	2,273(9)	...
0.16	0.10	0.20	...	...	0.104	...
201(8)	...	279(7)	122(10)	140(9)	...	...
0.22	...	0.31	0.13	0.15	...	...
3,504(8)	2,172(10)	3,619(7)	...	...	2,611(9)	...
0.16	0.10	0.17	...	...	0.12	...
232(7)	...	223(8)	140(10)	...	187(9)	...
0.25	...	0.24	0.15	...	0.20	...

		惡性腫瘤	腦血管疾病	意外事故及 不良影響	心臟疾病	糖尿病	慢性肝病 及肝硬化
1996	全國	27,961(1)	13,994(2)	12,422(3)	11,273(4)	7,525(5)	4,610(6)
	千分比	1.30	0.65	0.58	0.53	0.35	0.22
	屏東	1,250(1)	755(2)	752(3)	700(4)	443(5)	331(6)
	千分比	1.37	0.83	0.82	0.77	0.49	0.36
1995	全國	25,841(1)	14,132(2)	12,983(3)	11,256(4)	7,225(5)	4,456(6)
	千分比	1.22	0.66	0.61	0.53	0.34	0.21
	屏東	1,164(1)	812(2)	786(3)	718(4)	456(5)	281(6)
	千分比	1.28	0.89	0.86	0.80	0.50	0.31
1994	全國	23,318(1)	13,658(2)	13,219(3)	12,005(4)	6,094(5)	4,163(6)
	千分比	1.11	0.64	0.63	0.57	0.29	0.20
	屏東	1,115(1)	756(2)	724(3)	723(4)	421(5)	266(6)
	千分比	1.23	0.83	0.797	0.796	0.46	0.29
1993	全國	22,319(1)	13,680(2)	13,270(3)	12,506(4)	5,367(5)	3,755(6)
	千分比	1.07	0.66	0.64	0.60	0.26	0.18
	屏東	1,064(1)	790(4)	800(3)	848(2)	389(5)	214(6)
	千分比	1.18	0.87	0.89	0.94	0.43	0.24

腎炎腎徵候群 及腎變性病	自殺	肺炎	肺結核 結核病	支氣管炎、肺 氣腫及氣喘	高血壓性 疾病	敗血症
3,547(7)	1,847(11)	3,200(8)	...	...	2,656(9)	...
0.17	0.09	0.15	...	...	0.12	...
221(7)	...	179(8)	146(10)	...	178(9)	...
0.24	...	0.196	0.16	...	0.195	...
3,519(7)	1,618(11)	3,070(8)	...	...	2,616(9)	...
0.17	0.08	0.14	...	...	0.12	...
222(7)	...	198(8)	145(9)	...	...	137(10)
0.24	...	0.22	0.16	...	...	0.15
3,211(7)	1,451(13)	2,890(8)	...	...	2,191(9)	...
0.15	0.07	0.14	...	...	0.10	...
199(7)	...	...	156(9)	157(8)	152(10)	...
0.20	...	...	0.172	0.173	0.167	...
2,859(7)	1,301(13)	2,815(8)	...	1,854(10)	2,285(9)	...
0.14	0.06	0.14	...	0.09	0.11	...
184(7)	...	163(8)	...	...	137(9)	134(10)
0.20	...	0.18	...	...	0.151	0.148

		惡性腫瘤	腦血管疾病	意外事故及 不良影響	心臟疾病	糖尿病	慢性肝病 及肝硬化
1992	全國	20,959(1)	14,325(2)	13,152(3)	12,993(4)	4,887(5)	3,748(6)
	千分比	1.02	0.69	0.64	0.63	0.24	0.18
	屏東	977(1)	767(4)	821(3)	881(2)	304(5)	232(6)
	千分比	1.09	0.85	0.91	0.98	0.34	0.26
1991	全國	19,630(1)	14,137(2)	13,636(3)	12,026(4)	4,210(5)	3,601(6)
	千分比	0.96	0.69	0.67	0.59	0.21	0.18
	屏東	773(3)	719(4)	803(2)	892(1)	191(6)	261(5)
	千分比	0.86	0.80	0.90	0.996	0.21	0.29
1990	全國	18,536(1)	14,174(2)	13,927(3)	11,505(4)	3,960(5)	3,606(6)
	千分比	0.92	0.70	0.69	0.57	0.20	0.18
	屏東	817(3)	728(4)	852(1)	820(2)	196(6)	204(5)
	千分比	0.917	0.82	0.96	0.92	0.22	0.23
1989	全國	18,878(1)	14,461(2)	14,047(3)	10,699(4)	3,868(5)	3,550(6)
	千分比	0.94	0.72	0.70	0.54	0.19	0.18
	屏東	878(2)	828(3)	887(1)	763(4)	245(5)	204(6)
	千分比	0.99	0.93	0.995	0.86	0.28	0.23

腎炎腎徵候群 及腎變性病	自殺	肺炎	肺結核 結核病	支氣管炎、肺 氣腫及氣喘	高血壓性 疾病	敗血症
2,935(7)	1,381(13)	2,907(8)	...	...	2,300(9)	...
0.14	0.07	0.14	...	...	0.11	...
207(7)	...	175(8)	...	139(10)	164(9)	...
0.23	...	0.19	...	0.15	0.18	...
2,527(8)	1,465(12)	2,644(7)	...	2176(11)	2,492(10)	...
0.12	0.07	0.13	...	0.11	0.12	...
147(7)	...	142(10)	146(8)	...	146(9)	...
0.164	...	0.158	0.163	...	0.163	...
2,304(10)	1,359(13)	3,358(7)	...	...	2,993(8)	...
0.11	0.07	0.17	...	...	0.15	...
...	...	178(7)	169(9)	160(10)	176(8)	...
...	...	0.20	0.19	0.18	0.197	...
2,094(10)	1,573(12)	2,946(8)	...	...	2,966(7)	...
0.11	0.08	0.15	...	...	0.15	...
180(8)	...	175(9)	...	198(7)	159(10)	...
0.20	...	0.197	...	0.22	0.18	...

		惡性腫瘤	腦血管疾病	意外事故及 不良影響	心臟疾病	糖尿病	慢性肝病 及肝硬化
1988	全國	18,233(1)	15,067(2)	13,730(3)	10,836(4)	3,883(5)	3,532(6)
	千分比	0.92	0.76	0.69	0.55	0.20	0.18
	屏東	826(3)	852(2)	895(1)	783(4)	243(6)	248(5)
	千分比	0.92	0.95	1.00	0.88	0.27	0.28
1987	全國	17,342(1)	14,476(2)	13,024(3)	11,209(4)	3,286(5)	3,260(6)
	千分比	0.89	0.74	0.67	0.57	0.17	0.167
	屏東	793(3)	828(1)	820(2)	769(4)	196(7)	227(5)
	千分比	0.88	0.92	0.915	0.86	0.22	0.25
1986	全國	16,559(1)	14,862(2)	12,187(3)	9953(4)	2,970(7)	3,218(6)
	千分比	0.85	0.77	0.63	0.51	0.15	0.17
	屏東	789(1)	732(4)	771(2)	737(3)	152(10)	196(6)
	千分比	0.89	0.81	0.86	0.82	0.168	0.22

表5-5：屏東縣例年人口數表

年度	1986	1987	1988	1989	1990	1991
全國	19,509,082	19,725,010	19,954,397	20,156,587	20,401,305	20,605,831
屏東	897,714	894,652	892,057	889,552	893,282	897,176
年度	1998	1999	2000	2001	2002	2003
全國	21,928,591	22,092,387	22,276,672	22,405,568	22,520,776	22,604,550
屏東	910,540	909,015	907,590	909,364	906,178	903,772



腎炎腎徵候群及腎變性病	自殺	肺炎	肺結核結核病	支氣管炎、肺氣腫及氣喘	高血壓性疾病	敗血症
2,064(10)	1,790(12)	2,588(9)	...	...	3,142(7)	...
0.10	0.09	0.13	...	...	0.16	...
132(10)	...	...	148(9)	185(8)	210(7)	...
0.15	...	...	0.17	0.21	0.24	...
2,113(10)	1,851(11)	2,434(9)	...	...	3,083(7)	...
0.11	0.09	0.12	...	...	0.16	...
150(10)	...	...	154(9)	191(8)	205(6)	...
0.167	...	...	0.17	0.21	0.23	...
2,134(11)	2,260(10)	2,378(9)	...	...	3,349(5)	...
0.11	0.12	0.12	...	...	0.17	...
...	...	153(9)	155(8)	184(7)	249(5)	...
...	...	0.17	0.17	0.20	0.28	...

括號內之數字為該年度排名。 2008年排名第七順位為慢性下呼吸道疾病(5,374人)。

1992	1993	1994	1995	1996	1997
20,802,622	20,995,416	21,177,874	21,357,431	21,525,433	21,742,815
901,491	906,428	909,110	911,843	912,850	913,764
2004	2005	2006	2007	2008	/
22,689,122	22,770,383	22,876,527	22,958,360	23,037,031	
900,199	898,300	893,544	889,563	884,838	

資料來源：屏東縣政府，《屏東縣統計要覽 第五十九期》，屏東：屏東縣政府；2008行政院衛生署，《歷年主要死亡原因死亡人數》。行政院主計處，2008，《中華民國統計年鑑 中華民國96年》，臺北：行政院主計處。

## 第二節 屏東縣民的醫療行為

### 縣民的主要醫療行為

#### 一、衛生所的醫療

臺灣地區屬偏遠地區的30個山地鄉、8個離島鄉，屏東就佔有9個（8個山地鄉及1個離島琉球鄉），且不僅是這些山地和離島鄉，不少鄉鎮也只有幾間診所，即使有醫院，也以小型醫院居多，<sup>317</sup>根據統計，2008年八個原住民鄉醫療機構合計只有32家，為全縣的4.89%，<sup>318</sup>因此鄉內相關倚重衛生所，<sup>319</sup>以霧台鄉而言，全鄉並沒有藥房，唯一的醫療場所就是衛生所，或是依賴巡迴醫療；若有較大的疾病大多是下山到屏東去就醫，但通常因為不方便，所以下山就診時通常是患病嚴重或是需要急救時，這種的情況在屏東的八個山地鄉中大致類似。<sup>320</sup>

民國61年高雄醫學院山醫專畢業時便到牡丹鄉衛生所擔任主任醫師，及屏東縣省立恆春分醫院小兒科主任華陳秋月醫師，退休後仍在牡丹鄉開義順診所。我想起幼時在泰雅部落巫婆為人治病的情形，但是我已接受現代西方醫學，就會勸導居民生病時就應該接受醫生治療，卻遭受很大的困難；另外當時宣導家庭節育計畫對衛生所來說是件很大的挑戰，因為當時兒童死亡率太高，大家都希望多生孩子以防萬一；還有寄生蟲、蛔蟲、條蟲、頭蝨等等，很有多孩子都有，尤其是頭蝨幾乎每一個孩子都有，就挨家挨戶發TTD。<sup>321</sup>

早期衛生所全部要到各村辦公打預防針，預先安排好，有小兒麻痺、麻疹、要打三合一疫苗，光復後有很多傳染病有瘧疾、霍亂、傷寒，因為農業社會，很忙碌，沒打到預防針時，我們就下班時到伙房（宗祠）補打；民國四五十年代有衛生所助產士，衛生觀念才比較好，有環境消毒、營養說明，還要宣傳家庭計劃；以前懷孕了不會去做檢查，衛生所會主動叫懷孕的人來做產前檢查，沒有時間來的我們就去找，白天不在，晚上再找，衛生所的家庭訪視，比門診重要。<sup>322</sup>如此便可瞭解衛生所在醫療資源缺乏的屏東的重要性。

#### 二、赴外地就醫現象頻繁

根據一項衛生署科技發展研究計畫的數據顯示，縣內因為各鄉鎮間的醫療資源分

<sup>314</sup> 屏東基督教醫院卓德松醫師訪問稿。（李瑞娥訪問）

<sup>315</sup> 魏怡嘉，2010，《青壯年殺手 口腔癌死亡年齡早於其他癌症》，自由時報，1月3日。

<sup>316</sup> 行政院衛生署；《民國98年縣市別死因統計》；[http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2\\_2.aspx?now\\_fod\\_list\\_no=11122&class\\_no=440&level\\_no=3](http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=11122&class_no=440&level_no=3)（上網日期2012/3/3）

<sup>317</sup> 曾茂雄，2002，《台灣地區農業縣醫院長期經營效率之探討—以屏東縣為例》高雄醫學大學碩士論文：未出版。頁12。

<sup>318</sup> 屏東縣政府編輯，2009，《屏東縣統計要覽 第五十九期》，屏東：屏東縣政府。

<sup>319</sup> 莊碧真，2003，《偏遠地區居民醫療需求及醫療利用之探討—以屏東縣滿州鄉為例》。頁19-20。

<sup>320</sup> 屏東縣政府，1991，衛生建設醫療的分析與建議，〈屏東縣綜合發展計畫網站〉，網址：<http://gisapsrv01.cpami.gov.tw/cpis/cprpts/pingtung/depart/mulu-12.htm>。

<sup>321</sup> 高雄醫學大學，2009，《醫療與奉獻》，高雄市：高雄醫學大學。頁157。

<sup>322</sup> 張琪等十人，2007，《六堆地區客家醫療發展口述歷史（二）》，行政院客委會補助大學校院發展客家學術機構成果報告書，屏東縣：美和科技大學。頁140-141。

<sup>323</sup> 藍忠孚，1988，《籌建台灣地區醫療網實施績效之評估研究，第一階段報告》，衛生署科技發展研究計畫。

配不均，從醫師人口比或是病床人口比的差異都不小，影響了民眾在醫療使用上的公平性；<sup>323</sup>根據屏東縣1991年綜合發展計畫中的《衛生建設醫療的分析與建議》資料顯示，縣內最常去的就醫場所是因為方便，希望所花的時間大概在6分鐘以內，而小病以鄰近的醫院為主，若遇嚴重的大病時，以高雄醫學大學附設醫院為最多人的選擇，其次是屏東基督教醫院；在其他醫療行為上，一般民眾在感冒生病時大部以在家休息使其自然痊癒，或是到藥局買藥，到發燒時才會至醫院就診，不過大都是鄰近的小診所；遭逢意外災害、車禍、火傷等疾病就會送至高雄或屏東及外地的大醫院，而這些緊急醫療的主要場所，為高雄長庚醫院及屏東基督教醫院。這樣的現象對距離外地大醫院有百公里遠的屏南區域居民甚為不方便。<sup>324</sup>

從這份報告中看出屏東人在面對大病和急病時主要選擇醫院不同，而屏東基督教醫院皆是第二多的選擇，反倒是歷史悠久的屏東醫院未獲重視；不過屏東醫院在和高雄醫學大學合作後漸建立好口碑。

2012年1月27日有「棒球國寶」之稱的曾紀恩先生因腦中風昏迷，家屬緊急送往屏東基督教醫院急救，急救後需至加護病房療養，但因屏基沒有加護病房床位，後急電鄰近高醫、長庚、榮總及義大醫院等較具規模的醫學中心及醫院，但因當時天氣寒冷病患甚多，同樣沒有床位，最後確定只有署立屏東醫院有床位；一開始家屬對署屏醫療環境質疑，後來瞭解和高醫合作，醫師都是從高醫來的才感放心，入院後對其之後的照料也表示肯定，亦未再轉院。<sup>325</sup>

從資料可以瞭解屏東醫療環境無法避免赴外地就診，小診所成了維繫醫療可近性的關鍵地位，也造成屏東地區醫院數和診所數的強大落差，1962年至1987年間診所數成長近一倍，約500家左右；而醫院數只約略成長；2008年時縣內的醫療機構有654家，其中醫院28家佔4.28%，診所626家，佔95.72%，其分佈以屏東市253家佔38.69%為最多，潮州鎮74家佔11.31%次之，東港鎮40家佔6.12%為第三位，平均每一醫療機構服務面積為4.24平方公里，服務人口數為1,353人，每萬人口醫療機構數為7.39家；<sup>326</sup>醫療資源可說是相當不足且分配不平均，屏東缺乏大型醫院，突顯醫療上的障礙，尤其是緊急性醫療。

### 三、原住民生活及居所形成普遍疾病

原住民由於生活方式及所居處所不同，原住民行為所造成異於平地人的疾病，包括飲酒、吸菸、吃檳榔；尤其是吃檳榔，15歲以上原住民嚼食檳榔盛行率達42%，高於台灣一般人口的10%，推測和習慣、缺少娛樂及傳統文化有關；<sup>327</sup>而原住民多居住在山區，空氣新鮮，活動空間廣大，相對容易造成意外事故。

<sup>324</sup> 屏東縣政府；《衛生建設醫療的分析與建議》；〈屏東縣綜合發展計畫〉。

<sup>325</sup> 曾紀恩先生家屬訪問稿。(陸銘澤訪問)

<sup>326</sup> 屏東縣政府編輯，《屏東縣統計要覽 第五十九期》。

<sup>327</sup> 葛應欽，2001，〈原住民健康現況及其發展〉，《原住民傳統醫療V S 現代醫療》，台北：財團法人台灣原住民文教基金會。頁109-127。

<sup>328</sup> 葛應欽2001〈原住民健康現況及其發展〉《原住民傳統醫療V S 現代醫療》台北：財團法人台灣原住民文教基金會。頁109-127。

另外，原住民也因血統因素而造成某種病例特別易得，例如痛風，原住民痛風的盛行率，40歲以上的男性為15%，女性則為5%，幾乎是世界之冠，根據一項針對原住民兒童的研究，發現其高尿酸血症即為一般兒童的2.5-6倍，可知與遺傳因素有關，最可能是X-連鎖遺傳，黃嘌呤-鳥糞嘌呤磷酸核糖轉移酵素（HPRT）基因突變導致酵素缺乏，加上喝酒及食用動物內臟，導致尿酸過量而引起痛風。<sup>328</sup>

原住民痛風的病例確實很多，他們本身的行為是差別，喜歡喝酒、吃肉，蔬菜吃得比較少，但是不管怎麼樣，在同年齡層的漢人痛風的也沒那麼高，才會有人想到會不會是基因的問題，但是還沒有確實的數據。<sup>329</sup>

早期原住民最多的病例是肺結核，現在山地衛生所承接很多原住民醫療，病重的則送到屏東基督教醫院，一般的診所接觸原住民病患比率較少；現代原住民的病例有肝病，因為常喝酒，還有關節炎，因工作過於勞累。<sup>330</sup>

原住民老人的病就是關節酸痛，因為工作太勞累了，每天上山工作，八九十歲還是上山工作；另外就是肝病，可能是愛喝酒吧，可是現代醫學已很進步，好像不應該治不好。<sup>331</sup>

### 主要疾病的對應策略

在日治之前，民眾健康皆以漢醫及民俗醫療為主，常以藥籤治病，之後基督教帶入了西醫，直到日本治理臺灣後治病便漸漸轉向以西醫為主。臺灣早期由於地方未開發，民風未開，許多對應疾病及死因的策略到日治時才推動；早在牡丹事件時，日本政府便清楚臺灣因環境及風土帶來的傳染病是多麼嚴重，因此當開始治理臺灣時便加強環境衛生，在始政後隔年（1896）便推出「臺灣傳染病預防規則」，並由英國人巴爾頓(W.K. Burton)來籌劃各項衛生工事。<sup>332</sup>

#### 一、日治時期的浴場及排水溝

在1921年日本統治者開始陸續推廣「公共浴場」、「建造排水溝」等個人衛生及環境清潔政策，以里港為例，配合街庄自治，里港庄役場（鄉公所）便設置了「公共簡易浴場」，主要在於供給中下收入的庄民洗滌身體兼治傳統疾病之用，不過在辦理初期，庄民不甚習慣，因而每天只有50人使用，雖一度因虧損而考慮廢置，但最後還是考量庄民的健康而持續。<sup>333</sup>

<sup>329</sup> 屏東基督教醫院院長余廣亮醫師訪問稿。（李瑞娥訪問）

<sup>330</sup> 屏東縣醫師公會理事長李昭仁醫師訪問稿。（李瑞娥訪問）

<sup>331</sup> 護理師鍾美玲女士訪問稿。（李瑞娥訪問）

<sup>332</sup> 劉士永，2001，〈「清潔」、「衛生」與「保健」-日治時期臺灣社會公共衛生觀念之轉變〉，《台灣史研究》8:1，台北：中央研究院。頁41-88。

<sup>333</sup> 陳秋坤總編，2003，《里港鄉志》，屏東：里港鄉公所。頁400。

另外，里港座役場在1925年也聘用兩名衛生苦力，每天負責清理溝渠及搬運垃圾，集中到過港村公墓堆放；為了預防瘧疾，庄役場在擴展街道時，預先設計下水溝，並定期清洗，在1937年東英汽車公司提供灑水車，作為街道清潔工具；為了預防疾病，鼓勵學校辦運動會，還為此建造一座網球場做為庄民訓練場所，並利用神社祭典的場合舉辦各類球賽；另一方面針對瘧疾、腦炎、肺結核等傳染病也編列預算，進行定期施藥，「公共便所」也獲重視，在1930年里港庄仍然沒有「公共便所」，為了避免寄生蟲及瘧疾等疾病散發，「公共便所」也在此時建置。<sup>334</sup>

## 二、地方醫院整合醫療

戰後初期因各項接收工作，造成防疫的空窗，公共衛生的政策以疾病防治為主，包括傳染病防治體系的建立，瘧疾和霍亂是重點，其中1948年由野外研究站改組為瘧疾防治所，1952年為求統一事權，將撲瘧中心遷至潮州鎮，1953年各家戶噴灑DDT，1960年在屏東的瘧疾患者已降至7名，1963不再有病例；霍亂由政府動員衛生機關大量的人力和物力進行檢疫措施，主要工作為厲行檢疫措施、改善環境衛生、加強飲用水消毒並實施全民霍亂預防注射，在1963年後霍亂便不曾發生。<sup>335</sup>

在社會變遷的影響下屏東的疾病也漸漸轉型了，衛生政策便進行調整，尤其是慢性疾病，以防治方式處理日漸增多的高血壓及糖尿病患者，藉由衛生所的護士進行個案管理，定期輔導吃藥和就診，並注意健康狀況；戰後初期於1966年設置的屏東縣立結核病防治所，則因結核病已有卡介苗控制，已改名為慢性病防治所。

針對縣內大醫院缺乏，遇急病及大病皆前往高雄的長庚醫院或是高醫附設醫院的情況，同時為增進醫療可近及便行性，縣內便進行地方醫院間的整合，1999年健保局高屏分局和屏東地區的屏東基督教醫院、安泰醫院、枋寮醫院、寶健醫院合作，在八個山地鄉及一個離島鄉實施「醫療給付效益提昇計畫」(IDS計畫)，整合合作醫院與當地衛生所之醫療資源，提供專科門診、轉診轉檢及全年無休的醫療服務，縮短醫療保健的城鄉差距，也建立地方衛生單位與民間醫療機構合作模式，詳細情形如表5-6。<sup>336</sup>

表5-6：屏東縣山地離島地區「醫療給付效益提昇計畫」IDS成果表

衛生所	合作醫院	辦理期間 (一年一約)	門診時間	IDS專科醫師支援93-95年	
				醫療次數	醫療人次
琉球鄉	安泰醫院	2007.1.1-12.31	24小時 (包括例假日及國定假日)	659	10,162

<sup>334</sup> 陳秋坤總編，2003，《里港鄉志》，屏東：里港鄉公所。頁401。

<sup>335</sup> 屏東縣政府，衛生建設醫療的分析與建議，〈屏東縣綜合發展計畫網站〉。

<sup>336</sup> 屏東縣醫師公會第20屆理事會編，《屏東縣醫師公會60周年誌》；p.137。

衛生所	合作醫院	辦理期間 (一年一約)	門診時間	IDS專科醫師支援93-95年	
				醫療次數	醫療人次
泰武鄉	安泰醫院	2007.1.1-12.31	星期一至五9:00-17:30 (星期六及日為24小時)	2,359	23,113
春日鄉	安泰醫院	2007.1.1-12.31	星期一至五9:00-17:30 (星期六及日為24小時)	721	3,885
三地門鄉	屏東基督教醫院	2007.1.1-12.31	24小時 (包括例假日及國定假日)	3,851	48,164
霧台鄉	屏東基督教醫院	2007.1.1-12.31	24小時 (包括例假日及國定假日)	2,318	32,053
瑪家鄉	屏東基督教醫院	2007.1.1-12.31	24小時 (包括例假日及國定假日)	2,443	38,875
牡丹鄉	屏東基督教醫院	2007.1.1-12.31	24小時 (包括例假日及國定假日)	1,461	39,823
來義鄉	寶健醫院	2007.1.1-12.31	24小時(包括例假日及國定假日;颱風天除外)	1,756	33,324
獅子鄉	枋寮醫院	2007.1.1-12.31	24小時 (包括例假日及國定假日)	1,810	25,964

資料來源：屏東縣醫師公會第20屆理事會編，《屏東縣醫師公會60周年誌》

### 三、主要死因疾病防治

屏東縣居民的死因（圖5-2），可見屏東近年來始終在前四名的惡性腫瘤、腦血管疾病、意外事故和心臟疾病死因變化，尤其是惡性腫瘤從1982年的738例增至2008年的1,698例，成長達230%；心臟疾病在1982年有487例，到了2008有841例，成長為172%。這兩個死因是屏東近年來成長最大的死因，腦血管疾病和意外事故則呈下降趨勢。

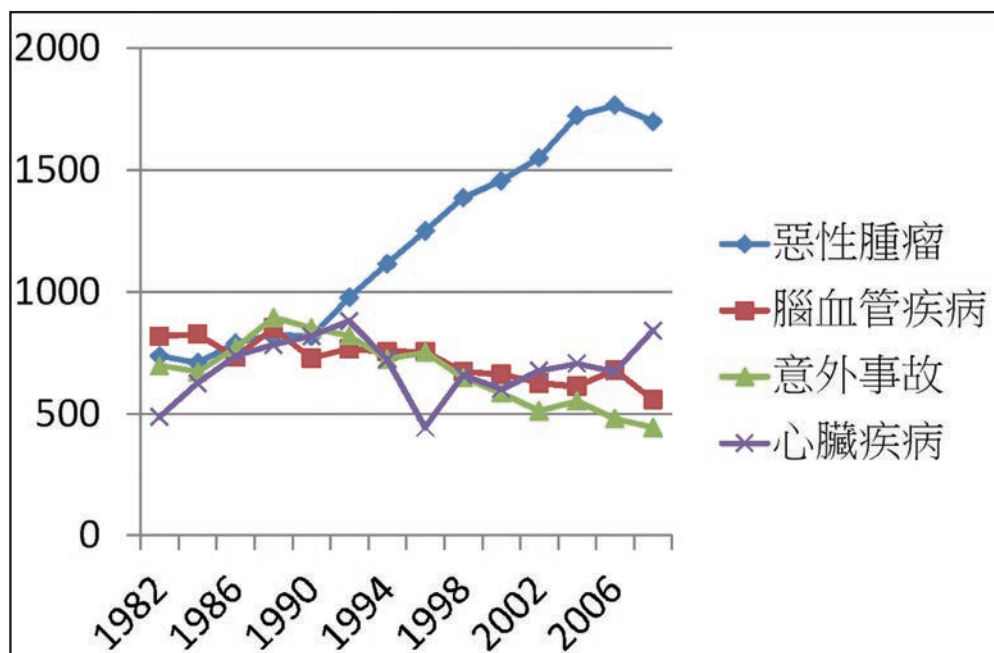


圖5-2：屏東縣近年來四大主要死因變化

資料來源：屏東基督教醫院網站。(上網日期2010/07/16)。

屏東縣針對居民死因推動縣內健康有關的縣醫事人員，在1982年時，屏東公私立醫療機構及其他醫療機構中的醫師有410人，中醫師有56人，而護理人員（包括護理師及護士）為319人；到了2008年時，已有西醫師1,028人，中醫師125人，護理人員則為4,453人；從中可見這26年間在醫師人員的成長，雖然抑止了傳染疾病的擴散，卻無法止住惡性腫瘤及腦血管疾病死因的成長；畢竟這部份疾病是臺灣共有現象，包括中央及地方皆推出各類政策因應，例如針對惡性腫瘤的防治，署立屏東醫院提供民眾進行癌症的免費篩檢，包括婦女乳房攝影檢查、子宮頸抹片檢查、口腔癌篩檢及大腸癌篩檢等；屏東基督教醫院也由血液腫瘤科整合，結合全院癌症診斷與治療相關科系，組成癌症診療團隊。<sup>337</sup>

以前的病現在都因科學進步發明了很多新藥而不再是問題，早期以氣喘病佔大宗需要長期治療，還有治療傳染病比較多，像瘧疾、肺結核、腦炎比較多，就是公共衛生有關的疾病，現在是治療富貴病，像三高之類的慢性病，還有肝炎，臺灣的B型肝炎曾經佔全世界的百分之二十多，現在已降到百分之十幾了；現在都有藥物可以治療了；以前好像都沒有重病，現在科學愈發達好像重症很多，像癌症不斷的攀升；那是以前沒有那麼多大醫院，醫療儀器也沒有那麼好，有很多病是檢查不出來的，有的人死掉時也不知道是什麼病因，有可能是癌症；現在所謂的三高所造成的糖尿病、高血壓、高血脂，生活愈好，病人愈多，肝病、糖尿病、高血壓這些病都要長期服藥，健保就應付不了了，這些病已年輕化了，都是肥胖造

<sup>337</sup> 屏東基督教醫院網站，<http://www.ptch.org.tw/ipfcc/index.html>。(上網日期2010/07/16)。

成的。肥胖和高血壓、高血脂、糖尿病有關，世界衛生組織已將肥胖正式成為一種病名，它有病名的編號，健保局對肥胖治療有給付，每個醫院都有減肥中心。

338

另外，意外事件方面，除了加強交通安全宣導及相關水土保持和中毒意外之外，對容易發生意外事件的山地離島地區，衛生署也進行相關醫療保健處理，例如山地居民醫療中心衛生所之重建及空間整修，內容包括醫療設備及汰換老舊救護車及巡迴醫療車，獅子鄉衛生所便是補助對象之一；其他尚包括保障山地離島地區居民健康及就醫權利、<sup>339</sup>遠距醫療及發展醫療資訊系統及醫療影像傳輸系統、部落民眾健康生活促進、充實醫療衛生人力與提升專業能力等，並補助屏東縣辦理山地離島地區地方醫療保健促進計畫及強化山地離島地區緊急醫療服務相關工作等。<sup>340</sup>

### 縣民生死觀念

臺灣的社會和國際上其他文化共通的地方就是對死後的信仰，習俗中普遍認為往生前一定要送回家，在家死亡，如此靈魂才能登天；對於意外事故無法在家中死亡者，他的靈魂被認為會無止無盡的漂流在陽界與陰界交接處。<sup>341</sup>在屏東縣地檢署擔任驗屍28年的羅秀雄外科醫師，認為醫師不是工作，是使命，司法界長期缺乏法醫及檢驗員，只有少數熱心醫師願意伸出援手，28年前我就接受了屏東地檢署請託擔任榮譽法醫工作，完全義務性質；這個工作和婦產科醫師多麼天差地別截然不同的經歷！！婦產科醫師往往和那些父母們一樣，充滿著期待迎接新生命的來到，而身為法醫的我，卻從一具具的屍體中，看到了一個個生命故事。<sup>342</sup>

#### 一、面臨生死的當下

面對生死，當親人絕症無法醫治，在臺灣通常不會把病情告知病人，希望親人能留有一絲希望過接下來的日子，但當病人發覺身體狀況一日日不適，形成家人和病患之間的拉鋸，將嚴重的病情與死亡的悲傷排除在意識之外，努力維持家族內的平靜。<sup>343</sup>

癌症是臺灣及屏東最大死因，病人和家屬聽到得癌症後，在臺灣生活習慣及傳統民俗想像下，認為可能造成患病的原因包括：吸菸、廚房或餐廳油煙、喝酒、喝太多含酒精飲料、吃太辣、吃太多燒烤食物、吃太多泡麵、太勞累、長期噴農藥、做黑手、風水地理不好、殺生太多、犯太歲、沖煞、流年不利及厲鬼纏身。<sup>344</sup>通常當西醫宣佈罹患癌

<sup>338</sup> 屏東縣醫師公會理事長李昭仁醫訪問稿。（李瑞娥訪問）

<sup>339</sup> 包括讓當地嚴重及緊急傷病患得到更適切的醫療照護，如空中救護品質。

<sup>340</sup> 行政院衛生署，2008，《中華民國公共衛生年報》，台北：行政院衛生署。頁79-81。

<sup>341</sup> 林憲著，王珮瑩譯，《文化精神醫學的贈物：從台灣到日本》，台北市：心靈工坊文化。頁118。

<sup>342</sup> 屏東縣醫師公會第20屆理監事會編《屏東縣醫師公會60周年誌》，高雄：春暉出版社。頁165-166。

<sup>343</sup> 林憲著，王珮瑩譯，《文化精神醫學的贈物：從台灣到日本》，台北市：心靈工坊文化。頁118。

<sup>344</sup> 許禮安，2007，《橫跨生死長河－病情世界的多重現象分析》，高雄市：張啟華文化藝術基金會。頁210。



症，患者家屬為了救治常會使用偏方，中醫草藥和民俗醫療的說詞可以讓他們有死裡逃生的希望；而且就算接受西醫治療，但化療等療程的花費驚人。<sup>345</sup>

傳統觀念總認為只要有一口氣在，再怎樣也要搶救，那怕是對病人身體有多大的傷害；慢慢醫療觀念進步，透過2000年時已立法「安寧緩和醫療條例」，在病人自主意願下，即可合法地不作心肺復甦急救勇敢面對死亡，而安寧病房的設置，讓再進行醫療還是無效的病患能尊嚴的走完人生。<sup>346</sup>

## 二、安寧病房

魏斯曼提出瀕死的四個時期，包括存在的困苦境況、緩和順應期、衰退惡化期及臨終期；其中困苦境況期是存在症狀呈現和診斷的期間，感受到生命威脅時而呈現出震驚、休克、恐懼、焦慮及否認的行為反應；緩和順應期時病人和家屬的心理反應會焦慮與沮喪起伏不定，時時出現否認和怨憤；衰退惡化期則是隨著疾病的惡化和治療的限制，使病人體能下降，藥物使用愈來愈多且需要更多的協助，病人多所沮喪，家屬及醫護人員也須面對病人的衰退和預期性死亡的哀傷；最後的臨終期治療的重心在症狀處理和舒適的維持，目標朝向維繫關係、安排餘生及完成遺志發展。<sup>347</sup>

安寧病房是進行安寧療護，由受過專業訓練的醫療團隊，提供「全人、全家、全程、全隊」的積極治療與照顧，藉此來提升病人的生活品質，有可能因此使生命延長，也讓延長的生命更有意義；其中「全人」是指對病患身體、心理和靈性的照顧；「全家」則是因為一人罹病全家受難，需給予支持及照顧；「全程」是指病人死亡前預期的哀傷及亡故後所做的哀傷輔導；最後「全隊」是指整個醫療團隊密切合作，包括醫師、護理人員、社工、靈性照顧人員及志工等，並視情況加入宗教師、心理師及藥劑師等；臺灣最早成立安寧病房的是台北馬偕醫院，於1990年2月成立，屏東最早成立安寧病房則是屏東基督教醫院，於2000年7月成立，病房名稱是「傳愛之家」；之後屬於佛教醫院的民眾醫院在2002年也成立了安寧病房，名為「一如病房」；而屏東基督教醫院和民眾醫院也都有安寧居家療護服務。<sup>348</sup>

## 三、喪葬處理及生命儀式

在1926年社會學家柏克（Bertram Puckle）認為喪葬習俗若是出自對死亡及亡者害怕的迷信，就會造成不合理或過分的鋪張；在臺灣的喪葬習俗似乎就反應了這點，通常臺灣社會的喪禮為儒教、道教和佛教合參，為搬鋪、入殮、出殯及除靈四大階段，搬鋪主要是人不能死在床上，否則會沖犯床母而不得超生，因此要移置大厝的祖廳等死；現

<sup>345</sup> 許禮安，2007，《橫跨生死長河－病情世界的多重現象分析》，高雄市：張啟華文化藝術基金會。頁171。

<sup>346</sup> 趙可式，2007，《安寧伴行》，台北市：天下遠見。頁71-72。

<sup>347</sup> 邱秀渝、董芳苑、楊麗齡、唐秀治等著，1995，《臨終護理》，台北市：匯華圖書。頁19-20。

<sup>348</sup> 趙可式，2007，《安寧伴行》，台北市：天下遠見。頁231-232。

在多數為在醫院死亡後再移至太平間，但臺灣習俗還是不希望在醫院及外地死亡，因此通常病人明明已死，親人仍要請救護車載回故居。<sup>349</sup>

入殮則是將屍體納棺的儀式，喪家以十二菜碗（六葷六素）祭祀死者以示告別，入殮後孝男孝女便著黑色孝服開始服喪。出殯就是移棺往墓地埋葬的禮儀，由道士團誦經，司祭者讀祭文，全體親友奠祭，之後由道士團領導孝男孝女繞棺木三圈，再繞棺發引前往墓地安葬；通常家庭喪禮的出殯行列，為了面子會講究排場，西式棺木配上總統式花車，再加上五子哭墓、西天取經等陣頭排場，成為臺灣葬儀的特色；最後的除靈則是喪家服喪期間，為協助亡靈順利移民陰間，需藉著道士進行「做旬」儀式，按七日一旬，需七七四十九日才算圓；在做七旬尾日時，需焚化大批銀紙（冥幣）、庫錢（陰間支票）與紙厝（靈厝）給亡靈在另一個世界享用。在最後儀式中，道士團會「做司公戲」（弄樓），讓喪家欣賞，藉以結束這漫長的四十九個服沮喪日，而後除靈。<sup>350</sup>

原住民的喪葬儀式就相對簡單，屏東排灣族的習俗，過世的人當天或第二天就要埋葬，不會像漢人要選日子，然後放在冰庫、殯儀館很久；就算最久也只會第三天就埋葬；通常過世當天會等冰庫來，因為排灣族傳統是要回到部落安葬，因此不管身處何方，一定會將遺體帶回部落，家屬皆留在部落守靈一晚，隔天便安葬。而安葬也是用傳統的石板棺，且有複葬的習俗，會和親人葬在一起。<sup>351</sup>

臺灣人一直有著傳統避談死亡的思想，也成為忌諱，如醫院和飯店不能有四樓（署立屏東醫院倒是無此禁忌），學校教育也少提及死亡教育。其實面對生死是人生很重要的課題，像是美國波士頓兒童博物館內就有一個死亡教育館，專門教導孩子死亡的觀念，透過動植物活的、成長的及死亡的標本，讓孩子知道所有生命都有死亡，將來能坦然面對它，而臺灣擁有自有的喪葬文化，這也反應了社會對死亡的態度，但少有進行死亡教育的機會。<sup>352</sup>

<sup>349</sup> 邱秀渝、董芳苑、楊麗齡、唐秀治等著，1995，《臨終護理》，台北市：匯華圖書。頁37-39。

<sup>350</sup> 邱秀渝、董芳苑、楊麗齡、唐秀治等著，1995，《臨終護理》，台北市：匯華圖書。頁37-39。

<sup>351</sup> 陳儀深，2011，《八八水災口述史：2009-2010災後重建訪問紀錄》，台北市：前衛。頁184。

<sup>352</sup> 趙可式，2007，《安寧伴行》，台北市：天下遠見。頁31。

重修

# 屏東縣志

## 健康與醫療

第六章

生活環境變遷的因應

## 第六章 生活環境變遷的因應

### 第一節 生活環境變遷帶來災害的因應

環境與人口族群和健康醫療密切相關，環境在於構成地球生態圈的各项組合元素，包括植物圈、動物圈以及自然資源如大氣層、陸地、地下土壤和水；<sup>353</sup>人類對生活環境的改善而使得人口持續增加，尤其是對公共衛生的重視，預防了疾病的發生，這方面包括了衛生知識、製藥技術等，再加上醫療科技的持斷進步，延長了平均壽命，而使得人口壓力愈來愈大；諷刺的是，在人類改善生活環境減少病源形成人口增加後，也帶來了環境資源的過渡開發，如石油及礦產，因而造成了空氣的污染、垃圾的累積，這種種因素造成地球生態的變化，也造成人類的生存危機。

環境傷害所引起的天然災害和人為災害，皆為屏東消耗大量的醫療資源，更造成大量的民眾傷亡。另外，屏東因臨近重工業區，亦屬農業縣，再加上新移民人口的增多，這種種的環境和族群變遷，所附加的生活壓力形成的精神疾病，及外來設施的核電廠所帶來的威脅，皆影響到屏東人民的健康生活；最後，因為科技發達而使人類的平均壽命延長，全球進入高齡化社會，這種種因素將改變及影響屏東縣的醫療生態和發展。

#### 天然環境災害的應對

屏東縣在特殊地型環境影響下，便經常引起天然災害，像是颱風和地震；臺灣位於大陸與大洋之間，孤懸外海，海陸性質相差懸殊，位於颱風經過之路徑，夏、秋是颱風侵襲最多的兩季，而屏東縣處於臺灣最南端，牡丹、滿州和恆春更是在臺灣尾，橫跨臺灣東西岸，因正位於臺灣最狹長之地形，大部份鄉鎮皆東臨中央山脈，西瀕臺灣海峽，當颱風形成時，常因屏障不足而造成重大災害，讓災傷更形擴大；另一方面臺灣位於西太平洋的地震帶上，屏東縣境內有鳳山、潮州、大梅及恆春等斷層，尤其是恆春半島的滿州、車城和恆春更是強震集中的地區，地震亦為屏東的天災；另外屏東位於臺灣最南端，陽光充沛，也形成各項日照傷害。這種種地理的特性，每年都為屏東帶來重大的天然災害。

#### 一、風災

風災帶來的災情大致有兩類，包括颱風所挾帶來的豪雨，這也是最典型的風災，例如2009年的莫拉克颱風，對屏東帶來莫大的產業損失及居民威脅。另一類則是梅雨季持續不斷的豪雨帶來的水災。根據滿州鄉志的記載，滿州鄉從1911年至1992年發生了20次的風災及水災，幾乎都帶來嚴重災情，<sup>354</sup>2012年8月24日天秤颱風于清晨5點10分在屏東的牡丹鄉登陸，7點30分左右于屏東枋山鄉附近出海，造成屏東南端鄉鎮嚴重的

<sup>353</sup> Jan Hancock著，謝明珊譯，2009，《人類與環境的權利：權利、倫理與法律》，新北市：韋伯文化國際。頁5。

<sup>354</sup> 熊金郎，1999，《滿州鄉志》。屏東：滿州鄉公所。頁82

災情。屏東從歷史紀載以來，例年颱風及其受災情形如表6-1。

表6-1：屏東縣1911-2010年風災與水災紀錄

發生時間	簡要災情
1911/8/26	颱風來襲，災情慘重。
1919/8/25	颱風來襲，房屋倒塌。
1920/9/3	颱風過境，災情慘重。
1948/9/6	9月5日晚上大暴風吹襲，不少房舍被吹翻。
1952/11/14	光復後最大一次颱風「貝絲」過境，不少房屋被吹倒，災情慘重。
1953/9/1	二十年來的大颱風「莉泰」晨四時侵襲恆春半島，災情慘重，恆滿公路被沖斷幾處。
1958	「溫妮」颱風來襲。
1959/8/30	「瓊恩」颱風接815震災來襲，過後引進強勁西南氣流，豪雨又成災。
1961/7/14	「艾爾西」颱風過境，災情慘重。
1961/9/14	強烈颱風「南施」過境，災情慘重。
1962/10/2	「黛納」颱風過境，到處連根拔起的大樹、折斷的電桿，房屋不少被吹倒，馬路多處被沖斷。
1965/6/18	強烈颱風「黛納」過境，災情慘重。
1968/9/16	「范迪」颱風清晨過境，大雨傾盆，水田被洪水淹沒。
1968/9/30	「艾琳」颱風過境。
1969/9/26	「艾爾西」颱風過境，災情嚴重。
1972/10/8	「娜拉」颱風侵襲，豪雨如注，房屋吹倒者眾，農作物損失嚴重。
1977/7	「薇拉」颱風來襲。
1977/7/27	「賽洛瑪」颱風過境兩次，災情嚴重。
1987/9/9	「傑魯得」颱風侵襲，風大雨大，災情嚴重。
1987/10/23-27	「琳恩」颱風在恆春西南方海上來回滯留，雖未登陸，但其環流影響造成豪雨。
1989/8/29	「碧西」颱風過境，災情嚴重。
1991/7/19	「艾美」颱風過境，災情嚴重。
1992/6/19	「歐馬」颱風過境，災情嚴重。
1994/8/4	「凱特林」颱風來襲。
1994/8/8	「道格」颱風來襲。
1995/8/30	「肯特」颱風來襲。
1995/9/22	「賴恩」颱風來襲。
1996/8/31	「賀伯」颱風過境，災情嚴重。24小時的降雨量達到世界紀錄的九成。造成全臺損失達300億元。
1997/8/18	「溫妮」颱風來襲。
2001/7/29	「桃芝」颱風滯留臺灣十小時，從花蓮登陸，路徑從中部橫切而過，全臺有103人死亡、111人失蹤及188人受傷。
	「納莉」颱風全臺有94人死亡、10人失蹤及265人受傷。

發生時間	簡要災情
2004/ 7/2	「敏督利」颱風來襲。高屏一帶山區連續三天都降下約五百毫米以上的雨量，稱為「七二水災」。總計全臺共造成33人死亡，20人受傷，12人失蹤，房屋毀損約六百餘戶，金額損失僅農林牧業就高達85億元以上。
2009/ 8/8	「莫拉克」颱風來襲。根據中央氣象局的統計，全臺造成681人死亡，18人失蹤，重傷4人，農損逾195億元。屏東亦是主要受災區域之一，其中以林邊及佳冬受害最嚴重。
2010/ 7/7	凡那比颱風9月18日，撤離大社、達來及德文部落。牡丹水庫由於水位過高洩洪。來往小琉球交通船於16時起停駛。9月19日，瑪家鄉瑪家測站19日雨量1079.5mm。屏東發生大停電，約10萬人受影響。而國立屏東科技大學一帶嚴重水浸及腹。台24線霧台山路多處出現坍方，而有洪水流下。高屏聯絡橋梁只剩台1線高屏大橋及福爾摩沙高速公路。

資料來源：滿洲鄉志；維基百科（<http://zh.wikipedia.org/zh-tw/Wikipedia:%E9%A6%96%E9%A1%B5>（上網時間：2011/1/6）

直接從屏東襲來的颱風，從1897年至2003年有18個，為西部最高，也就是說只要颱風是從西部成型，從屏東地區登陸的機會就很高；而東港、佳冬、枋寮屬嚴重地盤下陷區，<sup>355</sup>林邊因設自來水廠及台糖灌溉農場大量抽地下水，而造成地層下陷嚴重。<sup>356</sup>

近年來，屏東受害最深要算是2009年的莫拉克颱風，其對臺灣及屏東帶來莫大的災難，根據中央氣象局的統計，全臺造成681人死亡，18人失蹤，重傷4人，農損逾195億元；<sup>357</sup>其中以林邊及佳冬受害最嚴重，而根據「莫拉克颱風受災之民眾全民健保就醫協助延長方案」中所列受災嚴重地區除了上述地區外，另有內埔鄉、三地門鄉、高樹鄉、泰武鄉、獅子鄉、春日鄉、霧臺鄉、來義鄉、牡丹鄉、東港鎮及瑪家鄉，從中可知屏東災區已偏及全縣三分之一處；其中林邊、佳冬及東港淹水深度約達3公尺以上。<sup>358</sup>

莫拉克風災單日雨量最高落在縣內尾寮山，有1,403毫米，創下歷史新高，比起之前最高的1997年安珀颱風中花蓮布洛灣的1,222毫米還高。根據「莫拉克颱風災害應變處置報告第51報」<sup>359</sup>中顯示，屏東在此次災害中有21人死亡，24人失蹤，災情僅次於當時的高雄縣，死亡多為溺斃，亦有男子在屏東市濕地公園遭土石流淹沒；最引起全國震驚的是11日負責救援的空勤總隊直昇機在霧台山區墜機，3名組員張順發、黃鎂智及王宗立皆殉職。<sup>360</sup>

在受難最嚴重的佳冬及林邊，全鄉成為水鄉澤國，政府動用了國軍部份前來疏散受困民眾，慈濟更來了3,500名熱心的志工，來自各地區的慈濟醫院醫師也組成義診團，

<sup>355</sup> 林俊全，2004，《臺灣的天然災害》。臺北：遠足文化。頁77。

<sup>356</sup> 蕭銘祥主編，1996，《屏東縣鄉土史料》。南投：臺灣文獻會。頁290。

<sup>357</sup> 行政院莫拉克颱風災後重建推動委員會，2011，統計概覽。<http://88flood.www.gov.tw/work.php#8>。（上網日期2011/1/27）

<sup>358</sup> 國家災害防救科技中心，莫拉克颱風淹水問題探討及改善策略研擬。<http://www.ncDr.nat.gov.tw/upload/epaper/053.pdf>。（上網日期2011/1/27）。

<sup>359</sup> 資料統計截止時間為2009年8月21日上午7時。

<sup>360</sup> 中央災害應變中心，莫拉克颱風 災害應變處置報告 第51報。<http://info.gio.gov.tw/public/Attachment/98218235771.pdf>。（上網日期2011/1/27）。

成立醫療服務站，在林邊鄉中鄰村設站還不到2小時，就服務了近三、四十位居民。<sup>361</sup>

據台灣媒體報道，天秤颱風2012年8月24日清晨5時許從屏東牡丹登陸後，為恆春半島帶來驚人雨量，短短半天恆春雨量超過500毫米打破恆春地區69年來的降雨紀錄，威力不輸莫拉克；通往墾丁地區交通中斷；臺電枋山、恆春兩個變電所嚴重積水，至少三萬戶停電，據氣象預報中心課長陳怡良表示，恆春測站的雨量打破1943年6月13日，單日484.8毫米歷史紀錄，從早上7點到8點，時雨量更高達167.5毫米以上，也破了2005年9月23號，丹瑞颱風帶來156.5毫米的紀錄，造成恆春半島多處淹水，從臺26線車城分駐所以南，多處被水圍困，當地人車幾乎動彈不得。

## 二、地震

臺灣地處太平洋板塊、菲律賓板塊及歐亞大陸板塊的交會地帶，常受板塊擠壓作用引起地震，也因為地層屬於幼年不穩定地質，因此地震後常伴著地滑、山崩及土石流等災害。早在清代時，地方大吏便認為臺灣屬新地，地土鬆浮，因此常有地震；而臺灣確實在環太平洋地震帶上，是一個具有地槽和島弧雙重地質特性的島嶼，屬於活動性強且造山作用活躍的地區。<sup>362</sup>

臺灣的地震特質東西各有不同，東部地震常在外海且較深的地方，人口相對也比西部少，雖然次數多，且在1920年6月5日在花蓮有8.0規模的地震，但帶來的傷害未如西部大；西部地震主要發生在陸地上且較淺層，又加上人口聚集，和原有的沖積層土質鬆軟，因此每發生地震，帶來的傷害都非常大。<sup>363</sup>

恆春令人膽慄的地震，1959年8月15日下午6時，發生震央在恆春東南方海底的地震，為恆春地震，造成滿州鄉學校、官舍、民宅幾乎全毀，死傷數十人，是整個恆春半島災情最嚴重的地區，此地震發生才不久，於9月25日上午11時再發生規模四級的地震；<sup>364</sup>2006再發生百年來大地震，震央在比台灣島還早形成的恆春海脊，屬於古老的地層結構，為芮氏7.0級的地震，是自1902年以來第一次發生規模6以上的地震；此次地震造成恆春鎮正興家具行倒塌，有2人死亡，另恆春古城多棟樓房倒塌，核三廠也因震波造成二號反應爐警報響起，幸未釀災，但有三至四千戶電子中斷。<sup>365</sup>可參閱表6-2及表6-3之概述。

<sup>361</sup> 慈濟基金會，慈濟人醫人林邊 宣導衛教慎防疫。http://www.tzuchi.org.tw/index.php?option=com\_content&view=article&id=1433%3A2009-08-24-09-18-43&catid=139%3A2009-08-09-a&Itemid=523&lang=zh。（上網日期2011/1/26）。

<sup>362</sup> 莊吉發，2000，〈清代臺灣自然災害及賑災措施〉。

<sup>363</sup> 林俊全，2004，《臺灣的天然災害》。臺北：遠足文化。頁69。

<sup>364</sup> 熊金郎，1999，《滿州鄉志》。屏東：滿州鄉公所。頁81

<sup>365</sup> 維基百科，2011，2006年恆春地震。http://zh.wikipedia.org/wiki/2006%E5%B9%B4%E6%81%86%E6%98%A5%E5%9C%B0%E9%9C%87。（上網日期2011/1/26）。

表6-2：吳進喜整理之恆春一帶地震文獻表

年代	史料來源	描述情形
1786年 6、7月 間	《臺灣采訪冊》 〈祥異·地震〉	師聖胞姊適鄭其仁，遷居於鳳邑港東里之薑園莊。乾隆五十一年六月間，忽周圍十里內之地數震，外此無有也。當地震至，起居食息不寧，每晝夜凡數十次。至張布幔、蓋茅柵，露宿於車中，計一月有餘纔止。姊於十月回郡葬父，細述甚詳（所聞）。
1870年	伊能嘉矩 《大日本地名辭書續編》 〈臺灣·枋寮〉	同治九年大地震，肆街過半遭受破壞，且履受水災，住民多移居興隆里內水底寮莊及港東中里林仔邊地方，以致衰頹。
1882年 12月9日	《清代地震檔案史料》 〈閩浙總督何璟又片〉	上年十月十九日亥刻，福建省城陡然地震，頃刻即止，人民房屋幸無防礙。詎是日至十一月初三、四日，臺灣、臺北二府，均亦地震，時動時止，輕重有差。……恆春新城亦小有損裂。

表6-3：1897-1981年恆春地區與臺灣各區地震損傷情況表

地區	人口死傷			房屋毀損			
	死	傷	合計	全毀	半毀	破損	合計
恆春地區	17	78	95	1,236	1,405	141	2,782
北部地區	40	80	120	221	404	1,429	2,054
中部地區	3,375	12,616	15,991	20,104	14,076	31,524	65,704
花蓮地區	98	910	1,008	349	378	2,672	5,781
臺南地區	1,992	4,777	6,769	27,785	48,067	34,190	110,042
臺東地區	23	346	369	1,217	748	457	2,422
總計	5,545	18,807	24,352	50,912	65,078	70,413	188,785

※本表取自吳進喜，2000，〈臺灣災害性地震的時空分布〉。《臺灣文獻》51(1)：頁138。

### 三、紫外線傷害

屏東擁有全國最知名的度假盛地墾丁，卻也是紫外線危害的地域，一般紫外線對人類皮膚傷害最大，通常開始於青少年時期，經過10至20年的潛伏期，在40歲左右便會



好發皮膚癌，尤其是惡性黑色素腫瘤居多；此外紫外線也會在眼睛的水晶體皮質及後囊部位引起混濁現象，讓影像聚焦不良，視覺模糊，即為白內障；為此臺灣特別推動「紫外線指數」的預報制度，依據環保署及中央氣象局觀測站所在地的季節、日照強度及雲層等氣候條件，在新聞媒體上預報臺灣各地區隔日正午的紫外線強度，指數從0-15，分為微量級（0-2）、低量級（3-4）、中量級（5-6）、過量級（7-9）及危險級（10-15），在危險級直接曝曬12分鐘即可能導致皮膚灼傷，日積月累會形成皮膚癌；根據環保署統計，1999年至2003年間，臺灣夏季紫外線指數多在過量級以上，各月出現危險級天數超過60%的測站就包括高屏及恆春。<sup>366</sup>

## 人為環境災害的處理

### 一、水資源污染

水污染大致有兩種型態，一種是水中微生物引起的「傳染性疾病」，這是臺灣早期造成死亡的主因之一，例如痢疾、霍亂及傷寒等，現已因為公共衛生的改善及疫苗的研製而改善；另一種水污染型態是隨著不斷工業化發展而來「生物累積性」，這個生物累積就是指化學物質；臺灣水污染主要的來源大致從市鎮、工業及垃圾掩埋場而來，其中以工業最為嚴重；由於臺灣工廠多屬中小規模，因而缺少處理廢水的設備和人力，成為造成水污染的主要來源之一。<sup>367</sup>

#### （一）河川污染

根據環保署河川污染分類指標，綜合懸浮固體、生化需氧量、溶氧量及氨氮四項水質監測資料發現，在2004年末（稍）受污染長度比例為64%，嚴重污染為7.6%，其中流經屏東縣境內內埔鄉、萬巒鄉、竹田鄉、潮州鎮、崁頂鄉及東港鎮計六個鄉鎮的東港溪列為污染嚴重之河川，污染比例為13.58%；2009年縣內主要三條河川，包括高屏溪、東港溪及林邊溪，和六條次要河川（枋山、楓港、四重、保力、港口、率芒等溪）總長為406.4公里，其中未受污染的部份為267公里，占65.70%；餘為受污染部份，包括輕度污染為46.9公里，占11.54%、中度污染則為89.7公里，占22.07%及嚴重污染的部份則為2.8公里，占0.69%。<sup>368</sup>

#### （二）船隻觸礁造成水源污染事件

屏東海域狹長，水資源豐富，也推展水上活動，包括大鵬灣及墾丁，不過也因為臨海洋有許多船隻經過，若觸礁便會造成水源污染，例如在2001年1月14日希臘籍35,000噸貨輪「阿瑪斯號」擱淺於屏東鵝鑾鼻外海，在19日開始船身破裂漏油，環保署雖緊急

<sup>366</sup> 盧昭彰，2008，《環境·人·生活》，新北市：高立圖書有限公司。頁153-155。

<sup>367</sup> 盧昭彰，2008，《環境·人·生活》，新北市：高立圖書有限公司。頁54。

<sup>368</sup> 屏東縣政府，《屏東縣統計要覽 第六十期》，屏東：屏東縣政府。頁42。

進行清油措施，至6月12日整個工作結束止，共清理了油污917.42噸(包括岸際礁岩清洗551.02公噸，及輪上存油抽除計366.4公噸)清除受污染礁岩面積達6,987平方公尺，廢棄物清理量3,814立方公尺；此次事件全數由阿瑪斯輪船東賠償，計3億1,200餘萬元，其中包括一筆林木復育費用180萬元。<sup>369</sup>雖然獲賠償，但已造成環境生態及海洋生物的破壞及死亡。

### (三) 地下水污染

地下水污染也是嚴重的問題，屏東依賴地下水資源甚重，主要因為地表水如荖濃溪、隘寮溪、高屏溪、東港溪皆遭家庭、畜牧、工業廢水污染，有時還有在豐水期挾帶大量的泥沙，但地下水也因屏東地質多礫石層容易滲透，讓受污染的地表下滲進入地下水中，再加上一些垃圾掩埋場的污水及工業廢棄物溶液滲入，讓屏東的地下水亦遭污染，在部份地區地下水檢測出含有苯、酚等具致命劇毒的成分；由於地下水具有水層流通性，所有屬淺層地下水皆受污染，包括高樹、九如、里港、鹽埔、內埔、新埤、屏東市、萬丹、新園及東港皆有危機；此外在台糖及養殖等業大量抽取地下水，沿岸地層亦有下陷危機，加上盜採河沙，高屏溪、東港溪及林邊溪河口沙源不足，海岸逐步退縮，讓沿海地下水質鹽化，同時造成沿海土地鹽化及沙漠化的現象。<sup>370</sup>

地面土層污染引發對地下水水質恐慌最明顯的案例便是新園鄉及萬丹鄉交接處的赤山巖，當地在1996年間，被運泰公司非法棄置有害事業廢棄物，使其含重金屬污泥達38,000公噸，含汞污泥也有8,238公噸；其中汞含量高於廢清法相關規定的上限二六〇mg/kg的汞淤泥就有三千多噸；<sup>371</sup>這起事件便造成當地居民的恐慌，因為當時萬丹鄉尚未有自來水，飲用水完全仰賴地下水，而污泥必將滲入地下，造成地下水嚴重污染。附近村落居民便呈現慢性汞中毒症狀，如有幾位肝、肺癌患者；另在萬丹鄉灣內村、香社村等村落居民多人得了不知名的怪病和腎臟病、肺炎等。<sup>372</sup>

## 二、空氣污染

空氣污染大部份均發生在開放的大氣層中，大氣層是由各種氣體、少量液體及固體所混合而成，包覆在地球表面，隨著地表高度的不同，大氣層的溫度、壓力及所含氣體種類皆不同，可分為對流層、平流層、中氣層及熱氣層共四層；因中氣層和熱氣層離地表50公里以上，空氣稀薄且壓力小，所以發生空氣污染的主要範圍便在較低位置的對流層（離地表10公里之間）及平流層（離地表約10-50公里間）。除了以上四層外，大氣層

<sup>369</sup> 行政院環境保護署，海污案件處理。<http://www.epa.gov.tw/ch/aioshow.aspx?busin=235&path=10820&guid=843ba9bb-19f8-4500-910a-35330292f4e1&lang=zh-tw>。（上網日期2011/3/2）。

<sup>370</sup> 周克任，屏東環境與出路。[http://www.water.tku.edu.tw/sub93/frm\\_research/act\\_news\\_show.asp?id=6](http://www.water.tku.edu.tw/sub93/frm_research/act_news_show.asp?id=6)。（上網日期2011/3/2）。

<sup>371</sup> 行政院環境保護署，屏東縣赤山巖含汞污泥之處理說明。<http://ivy5.epa.gov.tw/enews/Newsdetail.asp?InputTime=0950809104610&MsgTypeName=%B7s%BBD%BDZ>。（上網日期2011/3/2）。

<sup>372</sup> 萬丹長老教會，汞污泥大事紀。<http://wantan.taccocity.com.tw/wantan/date/date25.htm>。（上網日期2011/3/2）。

中存在懸浮微粒；懸浮微粒由於在空氣中留存甚久，造成空氣的污染；人為造成的懸浮微粒包括建築工地的沙土揚塵、耕地和礦場的塵土、工業生產（煉鋼、水泥業、火力發電廠、垃圾焚化爐等）所排出的飛灰煙塵、汽機車輪胎和剎車來令磨損及化石燃燒不完全等；人類在平常的呼吸中便會吸入造成疾病，包括呼吸道疾病，如氣喘，心臟病及肺癌。<sup>373</sup>

### （一）工業廢氣

工業廢氣可說是造成屏東空氣污染最大因素，主要是屏東有包括屏南、內埔、屏東、里港等工業區，其中屏南工業區因多為重工業，污染最為嚴重。根據環保署在2006年的統計，鋼鐵熔融冶煉所排放的戴奧辛，佔台灣戴奧辛總量的80%以上，而致癌風險超出可接受值最高達8.8倍，尤其戴奧辛包括75種多氯聯苯結構式的化合物，燃燒或製造含氯物質時，會產生的無色、無味、毒性很強的脂溶性化學物質，會安存在動物脂肪內無法代謝，也因此會造成心血管疾病、高血壓、流產、死胎、畸型兒、女嬰多於男嬰、出生時重量不足、發育遲滯、呼吸道癌症和軟骨組織腫瘤等病症。<sup>374</sup>若體內戴奧辛濃度高者，會伴隨發生甲狀腺、血糖及膽固醇異常、孕婦流產或產下畸形兒、氯痤瘡以及肝癌的情形，甚至有可能會影響人類荷爾蒙。<sup>375</sup>

### （二）林園工業區之害

屏東縣鄰境的林園工業區對縣內空氣帶來不良的影響，園區內盡是化工工廠，包括中油第三與第四輕油裂解廠以及一個聯合廢水處理廠。因區內廠房常期排放工業廢水，甚至會逃避污水處理費及原定的合法排放量，利用午夜偷偷排放廢水至圳溝抵達外海，終至在1988年9月因連日豪雨，大量廢水排出，造成汕尾漁港內魚蝦大量死亡，因而在引發抗爭，稱為「林園事件」；林園工業區所排放的廢水，讓本來可在近海捕獲的虱目魚苗、螃蟹苗及草蝦苗所剩無幾，空氣中也有刺激、嗆鼻的氣味，地下水呈黃褐色，也無法養魚，大雨來時變成黑色，如果從海水撈起污泥將之引火便可點燃，人沾到海水，會造成臉部腫大，生黑點流膿的中毒現象。<sup>376</sup>

因此，環保署在新園鄉鹽洲國小內設立空氣品質監測站，主要是監測新園及東港一帶的空氣品質，在數據上經常會發現懸浮微粒濃度增高，空氣品質不佳，雖沒有證據證明，但民眾普遍認為是林園工業區所造成的現象，可見其對民眾所造成的環境影響。

<sup>373</sup> 萬丹長老教會，汞污泥大事紀。<http://wantan.tacocity.com.tw/wantan/date/date25.htm>。（上網日期2011/3/2）。

<sup>374</sup> 朱玉璽，2011，再見！！阿猴農業縣！！（反屏南煉鋼廠）。<http://e-info.org.tw/node/17590>。（上網日期2011/3/2）。

<sup>375</sup> 盧昭彰，2008，《環境·人·生活》，新北市：高立圖書有限公司。頁213-218。

<sup>376</sup> 行政院文化建設委員會，2011，林園事件—臺灣大百科全書。<http://jim1424.myweb.hinet.net/>。（上網日期2011/3/2）。

### （三）砂石車帶起塵煙

高屏溪上游的里港鄉，在荖濃溪和隘寮溪的交會處，一直以來都是南臺灣知名的砂石產地。在2009年莫拉克風災後，更夾帶驚人的2.5億萬立方公尺的土石量，初估要挖10年以上，至2011年底只完成約1/5；<sup>377</sup>水利署第七河川局依據莫拉克特別條例委託地方協助疏浚，而標售的砂石可做為自有財源，期限至2012年8月，到2011年為止這段期間，總計疏浚了640萬立方公尺的砂石，約可填滿兩棟101大樓，而來往的砂石車近50萬車次，也因為來往車次過多，造成沿陸塵煙四起，甚至出入影響了居民交通安全，居民普遍有「吃飯配砂」的感受，且有被砂石車包圍的恐怖感；不過如果河川不疏浚，生命財產一樣會受威脅，一切只好忍耐；由於有龐大的收益，時任鄉長的盧文瑞特別提出「補助生孩子、養孩子」的政策，提供鄉民生育及國中小學學雜費等補助，估計一年預算為6,600萬；資格只要是設籍滿一年，生第一胎2萬元，第二胎5萬元，第三胎8萬元，第四胎10萬元，另每胎有生育營養補助5,000元，期限至2012年為止；鄉長將居民的不適轉為生育補貼，成為全臺灣生育補助最優渥的鄉鎮，也盼人口流失嚴重的里港鄉，每年能為鄉里多增加約100個寶寶達300個。<sup>378</sup>

### 三、外來設施帶來安全恐懼

恆春半島上的核三廠因處度假盛地墾丁南灣附近，反成為屏東的地標；雖然核能電廠在節能減碳上效果卓著，但其帶來的威脅仍讓人擔心，尤其是核三廠跳機次數不斷，為目前台灣三座核能廠最高者，且發生過輻射廢水污染南灣海灘的事件；而核三廠排放的冷卻熱廢水，長期以來一直扮演珊瑚白化之殺手，民眾飲用更會引發畸形兒及腦瘤，令附近居民相當擔心，加上其安全問題，會不會發生如1986年烏克蘭車諾比核電廠爆炸或是2011年日本福島電廠因9級大地震導致核洩漏事故？讓民眾始終有種不定時炸彈存在的感覺。<sup>379</sup>

恆春鎮公所希望組成民間防災及救災體系，不過民眾對此積怨已久，認為核三廠在斷層帶，又只有屏鵝公路一條安全撤離路線，舉辦的核安說明會成為民眾發言表達不滿的場合。<sup>380</sup>

2012年2月27日，屏東發生芮氏六點一級的大地震，震央就在核三廠外的90公里的霧台鄉，當地震發生時便全面監控機房設備並派員巡視廠區各廠房、油槽及水槽等；核三廠的耐震度是0.4G，場內設有強震自動停機裝置，一旦震度超過0.2便會自動停機，而此次地震強度是0.0145G，在承受範圍內。<sup>381</sup>在醫療方面，核三廠和高雄各大醫院有災難合作關係，作為後送醫院，平日經常做演練，有相當的核災應變經驗。

<sup>377</sup> 翁禎霞，2012，〈每天吃飯配砂 鄉民心情很複雜〉，聯合報，1月12日，A9話題版。

<sup>378</sup> 翁禎霞，2012，〈點砂石成金 屏東里港鄉 生2胎，紅包5萬5〉，聯合報，1月12日，A9話題版。

<sup>379</sup> 周克任，2011，屏東環境與出路。[http://www.water.tku.edu.tw/sub93/frm\\_research/act\\_news\\_show.asp?id=6](http://www.water.tku.edu.tw/sub93/frm_research/act_news_show.asp?id=6)。（上網日期2011/3/2）。

<sup>380</sup> 潘建志，2011，〈恆春核安說明會 核三廠民怨意外重燃〉，9月10日，C2版高屏澎東新聞。

## 人口與族群變遷之影響

臺灣人口及族群與地理環境有密切的關係，生活環境會因水源和地形的限制而形成南、北聚落不同的樣貌。北部因為盆地地形，且屬沿海平原，多為溼地和叢林，不容易開墾，因此形成小規模的人口，成為「散村」的型態，大都在十來戶左右；南部則因為多為草原，比較容易開墾，且南部多乾旱，需挖深井，因此形成「集村」型態，多為百戶左右，且聚落彼此相距較遠，再加上南部入墾地和與原住民衝突，因而群居以便防禦。<sup>382</sup>如表6-4所示。

表6-4：臺灣各時期主要的族群一覽表

時期	清代移民時期 (-1895)	日治時期 (1895-1945)	民國政府遷台時期 (1945-1964)	現代化時期 (1964-)	
主要族群	閩南人（泉州籍） （漳州籍）	閩南人（泉州籍） （漳州籍）	閩南人 （本省人）	閩南人 （本省人）	閩南人 （本省人）
	客家人（粵籍）	客家人（粵籍）	客家人	客家人	客家人
	原住民（平埔族） （高山族）	原住民（高山族）	原住民（高山族）	原住民 （高山族）	原住民 （高山族）
	—	日本人	外省人	外省人	外省人
	—	—	—	—	新住民

資料來源：修改自黃勝雄，2005，〈族群分布對台灣地域空間發展的影響〉，《文化生活圈與文化產業》，台北市：詹氏。頁25。

這樣的南北差異，位於臺灣最南端屏東縣在南部特性上最為鮮明，尤其閩、客人紛爭時形成的六堆，更是促成屏東人口和族群的界域與劃分；不過這樣的畫分在已聚集2千多萬人口的莞爾臺灣已不復見，尤其交通發達及科技進步，地理的影響因素不復存在，南北聚落間存在的差異大都就是南部早期受荷蘭人「王田」與明鄭「官田」制度影響下所形成的同姓宗族集村；<sup>383</sup>現今隨著族群間的流動，南北差異日漸縮小了。

近年來，國際交流頻繁，臺灣社會形成了新一波的族群移動及變異，來自東南亞國家的外勞和新住民等族群，影響了臺灣及屏東既有的人口結構，進而影響醫療資源。

### 一、外勞

從工業革命後在大量生產及大量製造下，資本化現象愈發明確，在所需消費市場不斷擴大，工作產品需求日增的生活下形成了全球化現象；全球化出現了跨國公司，勞動市場就跟著全球化，資本化發展較為落後的地區，因為工作機會少勞力過剩，造就低工資；而資本化發展較先進的國家隨著經濟型態的轉變，工作型態逐漸轉為服務性質，以致

<sup>381</sup> 潘建志，2012，〈屏東強震 核三廠運作正常〉，2月27日，C2版南部都會。

<sup>382</sup> 曾旭正，2007，《台灣的社區營造》，新北市：遠足文化。頁28-29。

<sup>383</sup> 曾旭正，2007，《台灣的社區營造》，新北市：遠足文化。頁28-29。

造成傳統勞力短缺的現象。

在全球化的影響下，勞力過剩地區便轉向勞力短缺地區移民及從事工作；臺灣在產業型態漸轉為服務性質的趨勢下，便成為鄰近勞力過剩國家前來進行移民及工作的地方。根據勞委會職訓局在2011年9月底的統計，在台工作的外籍人士有41萬7844人，其中產業外籍勞工為22萬2029人，社福外勞則為19萬5815人。屏東外勞人口則為8,866人，其中產業外勞有3,642人，國籍以印尼的1,704人為最多，其次是越南(997人)、菲律賓(507人)及泰國(434人)；而社福外勞則有5,524人。國籍人數和產業外勞一樣，仍以印尼的3,859人為最多，其次是越南(731人)、菲律賓(607人)及泰國(27人)。

屏東的外勞人數在全臺各縣市中排名第12位，次於桃園縣(73,084人)、新北市(59,033人)、臺中市(56,374人)、臺北市(40,231人)、高雄市(30,394人)、臺南市(30,327人)、彰化縣(29,776人)、新竹縣(16,657人)、苗栗縣(13,990人)新竹市(10,532人)及雲林縣(9,828人)等；屏東縣人口在2010年時為873,509人，外勞人口所占比例為一成多，在2010時屏東縣的醫療機構數為652座，平均每一個醫療機構服務人數為1,340人；而平均的每一執業醫師服務人口數為731人，比起鄰近較先進高雄市的475人還多出近一倍，在縣內醫療服務捉襟見肘的情況下，勢必由高雄市分攤外勞的醫療需求。<sup>384</sup>

## 二、新住民

新住民可稱得上是臺灣專有名詞，主要是針對透過仲介交易而形成的跨國婚姻關係，其異國一方來臺居住便成為內政部統一定義下的新住民。新住民不同外勞，外勞居臺屬短期，且人數會隨政策調整而變動，新住民則成為臺灣居民的親屬，其下一代也成為新住民子女，也被稱為新臺灣之子。<sup>385</sup>

新住民和新臺灣之子每年不斷成長，之所以會用此名稱定位此一族群，主要是其已日漸形成臺灣本省人、客家人、外省人及原住民外，臺灣另一新興民族，甚至就要超越占2.21%原住民族群(2010年外籍新娘人數占臺灣總人口1.96%)。<sup>386</sup>根據內政部移民署及戶政司的統計，至2010年止臺灣的外籍和大陸、港澳地區配偶數為444,216人，原住民人口則為512,701人；而在2011年9月時，屏東的外籍和大陸、港澳地區配偶數為17,377人，占縣內人口的近2%。其中外籍配偶為7,446人，女性就有7,264人，占97.6%。在大陸、港澳地區配偶人數為2,689人，一樣幾乎是女性，為2,587人，占96.2%。

新住民本身對人口結構帶來影響外，其下一代的誕生亦對縣內帶來相當影響，尤其近來臺灣社會普遍因為社會福利和經濟條件限制，導致育子意願降低，形成出生率逐年降低的現象，反觀外籍新娘來臺有相當的比例就是傳宗接代，<sup>387</sup>因此形成這些新臺

<sup>384</sup> 翁廖元豪，〈全球化趨勢中婚姻移民之人權保障－全球化、台灣新國族主義、人權論述的關係〉。http://www.ntpu.edu.tw/pa/news/94news/attachment/950221/1-2.pdf (上網日期2011/11/3)。

<sup>385</sup> 王明輝〈外籍婚姻下的新台灣人〉http://tsa.sinica.edu.tw/Imform/file1/2003meeting/113010\_1.pdf (上網日期2011/11/3)。

<sup>386</sup> 內政部統計處資料，2010年原住民人口數。

<sup>387</sup> 鐘重發，2003〈臺灣男性擇娶外籍配偶之生活經驗研究〉，國立嘉義大學家庭教育研究所碩士論文，未發表。頁21。

灣之子加速成長。新住民子女就讀國小人數，在2010學年時全臺達148,610人，占全數1,519,746人的一成左右<sup>388</sup>。屏東縣就讀國小的新住民子女有6,459人，在全國縣市排行第10位，其中男生為3,323人，女生有3,136人；而霧臺、瑪家、春日、牡丹等鄉是臺灣少數沒有新住民的地方。<sup>389</sup>

新住民的醫療資訊可說大都是從服務站而來，且和新住民母國醫療方式、行為及認知皆有所不同，是各地醫療單位面對新住民所需面臨的挑戰；有研究也顯示，新住民母親不易取得醫療資訊，且家庭經濟不佳，造成子女先天不足和後天失調。<sup>390</sup>

服務站的設置是鑑於臺灣以婚姻移民名義的移入人口愈來愈多，為了提早讓這些移民早日習慣臺灣生活，特別在各縣市設置服務站，提供諮詢服務、轉介服務及關懷訪視等，對象主要為尚未歸化我國國籍或未取得身分證的外籍（含大陸及港澳）配偶；全臺灣共25個服務站，在2009年參與諮詢服務有45,435人次，和2007年的103,320人次有明顯的差距，且呈現逐年減少的現象，其中有關醫療服務的「醫療衛生」，服務人次為1,140人，占總數的2.5%，而轉介服務中，2009年有1,177人接受此服務，和2007年的761人有所提高，其中衛生保健機構的轉介人次有40人，比前兩年2007年及2008年的28人和36人都有提高。<sup>391</sup>

## 第二節 精神疾病帶來健康生活的威脅

### 屏東的精神疾病醫療

根據國際疾病分類系統分類標準，精神疾病分為兩大類，一是精神病（Psychotic disorders），例如精神分裂病、妄想性精神病、躁鬱病、器質性精神病、反應性精神病及其他精神病。這種是屬較嚴重的精神病，會有妄想、幻聽及言語、行為、情感上的症狀，對現實感及判斷力會有障礙；另一種是屬病較輕的非精神病性精神疾病（Non-psychotic disorders），如精神官能症、人格違常、智能不足等；這類病症是在心理與人際關係上發生障礙，現實感一切正常。<sup>392</sup>

目前全臺灣有四座公立精神療養院，包括桃園療養院、臺北市立療養院、玉里養護所及高雄凱旋醫院；臺灣到1986年進行「醫療保健計畫－籌建醫療網計畫」後才將精神醫療工作納入整體性醫療施政的策略之一，臺灣精神醫療政策才有一明確的發展方向<sup>393</sup>。而屏東第一家精神醫療機構是1951年由陳鵬飛醫師開設的養安神經精神科診所，陳醫師回憶到：

<sup>388</sup> 教育部統計處編，臺北：教育部[http://www.edu.tw/statistics/content.aspx?site\\_content\\_sn=8869](http://www.edu.tw/statistics/content.aspx?site_content_sn=8869)（上網日期：2012/3/6）。

<sup>389</sup> 林美琪，2011，〈屏東縣國小新住民家長親師溝通及相關問題之研究〉，國立屏東教育大學社會發展學系研究所碩士論文，未發表。頁14。

<sup>390</sup> 蔡銘津，2006，外籍配偶及其子女的適應問題與輔導。研習資訊，23(2)。頁103-109。

<sup>391</sup> 內政部統計處，2011，〈內政統計通報〉九十九年第二十三週，內政部統計處。[http://www.ris.gov.tw/version96/population\\_111.html](http://www.ris.gov.tw/version96/population_111.html)（上網日期：2011/11/15）。

<sup>392</sup> 行政院研究發展考核委員會編，《精神病患醫療服務體系之檢討》，臺北市：行政院研考會。頁7。

<sup>393</sup> 行政院研究發展考核委員會編，《精神病患醫療服務體系之檢討》，臺北市：行政院研考會。頁18-19。

我初中畢業就到台中慈惠靜和精神醫院擔任助手，後來自修取得醫師執照，就在哥哥在台南設立的精神病院擔任醫師，隔年26歲時來到屏東開業。我曾經治療一名被關在鐵籠裡有18年的精神疾病女子，我把她從台南接來後，免費供他吃住，半年後她逐漸恢復健康且出院，這個故事後來被拍成電影「瘋女十八年」。早期對待精神病患的方式大都是關在籠子，嚴重就被拷上腳鐐，我就是不斷安慰他們，給他們打針吃藥，我民國56年搬到這個地方；沒有錢治療的病人，我提供病患住院進行長期治療，醫療費就「意思意思」，或是就不收費。隨著年紀漸長，現在都看診風濕，痛風。我就是一句話「我不是名醫，只是期許自己是一個有耐心的良醫。」<sup>394</sup>



照片6-1：陳鵬飛醫師及其診間（陸銘澤攝）

### 臺灣的精神醫療政策與發展

臺灣一直以來未重視精神醫療，直到1984年連續發生了臺北市螢橋國小學童被精神病患潑硫酸及龍發堂非法收容精神病，才在1986年於衛生署醫政處設置「精神衛生科」，縣（市）政府衛生局及鄉鎮市區衛生所則需依「精神疾病防治工作計畫」設置精神衛生行政人員編制；<sup>395</sup>衛生署在同年規劃「精神疾病防治醫療網」，將臺灣分為七個責任區，分別為臺北地區、北部地區、中部地區、南部地區、東部地區、高雄地區及澎湖地區，並在每一地區指定一定精神科醫院，為精神醫療網的核心醫院；核心醫院工作目標在於統籌各轄區內精神醫療資源，結合醫政、社政、民政、警政、教育及諮商輔導、心理衛生及公共衛生等單位，建立精神醫療的轉介、照會制度，加強區內相關人員在職教育，宣導精神醫療正確觀念與知識。<sup>396</sup>

另於1974年由省衛生處訂定「臺灣省政府衛生處社區心理衛生中心設置原則」，陸續成立臺北、高雄、臺中及臺南心理衛生中心，並在1993年調整為北、中及南三區

<sup>394</sup> 養安診所陳鵬飛醫師訪問稿。（陸銘澤訪問）

<sup>395</sup> 行政院研究發展考核委員會編，《精神病患醫療服務體系之檢討》，臺北市：行政院研考會。頁：203。

<sup>396</sup> 行政院研究發展考核委員會編，《精神病患醫療服務體系之檢討》，臺北市：行政院研考會。頁109-110。



社區心理衛生中心；屏東歸屬於南部的臺南中心，進行心理衛生門診、推行學校心理衛生教育、社區心理衛生教育、統合心理衛生工作、輔導少年輔育院工作、支援學童心理輔導等心理衛生相關工作，



照片6-2：1967年遷至此的養安診所，為屏東第一間精神科診治機構（陸銘澤攝）

每一中心編制包括臨床或輔導心理學家、社會工作員、心理輔導員、心理衛生教育員、心理衛生護士及一位兼任精神科醫師等；<sup>397</sup>而屏東縣歸為高雄地區，核心醫院為凱旋醫院，其原為1960年由省政府設立的省立高雄療養院，於1984年配合高雄市改制更名為凱旋醫院。

屏東縣在2009年的精神病床有1,018床，其中有360床是急性病床，從2005年後便逐年增加，比起1999年962床增加56床。不過在2009年時，全縣只有屏東市、東港鎮、麟洛鄉、內埔鄉及新埤鄉有精神病床，其中以麟洛鄉的333床為最多（急性60床），內埔鄉的265床次之（急性80床），新埤鄉有220床（急性120床），屏東市則有180床（急性80床），東港鎮則有20床急性病床。<sup>398</sup>

屏東至2010年時開辦14個門診、1個急診、5個全日住院、4個強制住院、4個居家治療，在社區復健中心（含庇護性工作場）則有2家，實際服務人數為115人（許可服務人數為174人），康復之家為一家，實際使用床位數為57床（許可床位數為60床），精神護理之家同樣有一家，實際使用床數為47床（許可床位數為50床），如表6-5所示。

表6-5：屏東主要精神醫院一覽表（屏東縣衛生局醫政科提供）

醫院名	區域	醫療項目
屏東醫院	屏東市	門診、全日住院急診、日間留院、居家治療
屏東人愛綜合醫院	屏東市	門診、日間留院、居家治療
屏東醫院附設門診部	屏東市	門診
屏安醫院	麟洛鄉	門診、全日住院、急診
天仁醫院	內埔鄉	門診、全日住院、急診
龍泉榮民醫院	內埔鄉	門診、全日住院、急診、居家治療
財團法人迦樂醫院	新埤鄉	門診、全日住院、急診
屏東基督教醫院	屏東市	門診、日間留院
賴神經精神科診所	屏東市	門診
張開賢診所	東港鎮	門診

<sup>397</sup> 行政院研究發展考核委員會編，《精神病患醫療服務體系之檢討》，臺北市：行政院研考會。頁122。

<sup>398</sup> 屏東縣政府編輯，《屏東縣統計要覽 第六十期》，屏東：屏東縣政府，2010。頁296-297。

精神醫療的專業人員包括精神科醫師、精神科護理人員、職能治療人員、社會工作人員及臨床心理人員五類。另有藥師、醫事檢驗師及營養師。至2010年底全國精神醫療機構醫事人力專任為7,568人，兼任為433人；精神復健機構（含康復之家、社區復健中心及精神護理之家）包括醫師、護理人員、社會工作人員、臨床心理人員及職能治療人員，專任為1,099人，兼任有613人。屏東現有的精神醫療機構醫事人力中，專任為307人，兼任有14人，而精神復健機構專任為32人，兼任為19人。其名額如表6-6。

表6-6：屏東縣精神醫療的專業人員表

項目	精神醫療機構			精神復健機構（含康復之家、社區復健中心及精神護理之家）		
	總數	專任	兼任	總數	專任	兼任
專兼任						
醫師	46	40(4位非專科)	6(皆專科)	4	-	4(皆專科)
護理人員	222	222	-	13	5	8
社會工作人員	20	17	3	6	1	5
臨床心理人員	14	12	2	0	-	-
職能治療人員	19	16	3	4	2	2
專案管理	0	-	-	20	20	-
社區關懷照顧訪視	0	-	-	4	4	-
總數	321	307	14	51	32	19

資料來源：撰寫者依據行政院衛生署資料表號1610-00-01製作

### 社區精神醫療

現代精神醫療服務模式大致分為醫院服務及社區復健兩大類，醫院服務包括精神科門診、急診、日間留院、急性病床、加護病床、慢性病床等六種，社區復健服務由數所醫院小規模承辦，服務項目分為康復之家、居家治療、社區庇護性工作及社區復健中心等四項；社區醫療是趨勢，畢竟住院醫療成本非常大；<sup>399</sup>在1992年國內五所公立精神科醫院及養護所的成本粗估亦可看出其差異，如表6-7。

表6-7：國內五所公立精神科醫院及養護所的成本粗估

醫院名稱	編制床	開放床	預算數	每床每月
台北市立療養院	500	250	415,188	138,396
高雄市立凱旋醫院	800	710	313,897	36,842
桃園療養院	600	472	181,981	32,129
草屯療養院	550	550	256,894	38,923
玉里療養院	1800	1800	265,820	12,306

資料來源：行政院研究發展考核委員會編，《精神病患醫療服務體系之檢討》，臺北市：行政院研考會。頁226-227。

<sup>399</sup> 行政院研究發展考核委員會編，《精神病患醫療服務體系之檢討》，臺北市：行政院研考會。頁189。

1986年政府推動建立全國性區域精神醫療網工作「醫療保健計畫－籌建醫療網計畫」，具體措施為建立精神衛生行政組織、整建及增建精神醫療設施、加強基層精神醫療保健工作、推展康復之家、庇護性工作場、社區復健中心、居家治療、危機處理等；這些系列措施讓臺灣精神醫療政策逐漸重視社區醫療；而1990年公布施行「精神衛生法」，針對精神醫療體系進行規範，宣示精神醫療、精神復健及心理衛生保健三者並重，該年衛生署委託精神科醫院試辦「精神病患社區復健計畫」，讓臺灣進入社區復健的年代。<sup>400</sup>

面對精神醫療機構不足，事實上很多住院病患可以不需住院，可轉為社區導向的精神醫療；美國在1955年便推行「除機構化運動」，讓原住院的精神病患回歸社區，進而發展出「社區精神醫學」，藉由預防、治療及復健三個層面來幫助精神病患。<sup>401</sup>精神疾病和其他疾病不同，常帶有歧視，因此延誤就醫，以致成為家中或社區的不定時炸彈；這些精神病患經常因不接受門診及藥物治療，而導致復發，甚至發生悲劇。

一般來說，大量外來移入人口的社會國家，精神分裂症妄想性化症患者會有急速增加的傾向，尤其是在1960年代左右，在此之前臺灣才大量移入近兩百萬人口；從臺大醫院在1954至1985年間的精神疾病看診紀錄來看，戰後初期男性的歇斯底里案例比較多，至1980年代以後，情況改變，女性的歇斯底里患者為男性的四倍，歇斯底里在20世紀後半走入尾聲，症狀也隨著時代變遷而不同，如肌肉痙攣、四肢無力、筋絡僵直、喉頭閉塞、過度換氣、昏厥、顏面潮紅、忽哭忽笑等。<sup>402</sup>

表6-8：台灣大學附設醫院精神科歇斯底里患者減少狀況

年度	1954-60		1961-67		1968-74		1980-85	
歇斯底里患者								
男	326	3.49%	150	2.36%	139	1.82%	54	0.65%
女	378	9.68%	304	7.54%	419	6.33%	205	3.06%
合計	704	5.31%	454	4.35%	558	3.92%	259	1.73%
男女比	1:1.2		1:2.0		1:3.0		1:3.8	
全體精神科初診患者數								
男	9,342		6,361		7,630		8,286	
女	3,905		4,079		6,617		6,696	
合計	13,247		10,440		14,247		14,982	

資料來源：林憲著，王珮瑩譯，《文化精神醫學的贈物：從台灣到日本》，台北市：心靈工坊文化。頁：26。

<sup>400</sup> 行政院研究發展考核委員會編，《精神病患醫療服務體系之檢討》，臺北市：行政院研考會。序言。

<sup>401</sup> 行政院研究發展考核委員會編，《精神病患醫療服務體系之檢討》，臺北市：行政院研考會。頁3。

<sup>402</sup> 林憲著，王珮瑩譯，《文化精神醫學的贈物：從台灣到日本》，台北市：心靈工坊文化。頁：25-26。

## 憂鬱症與自殺

憂鬱症可說是自殺的源頭，憂鬱症的症狀包括自殺意念、自殺企圖、憂鬱及自責等，可以說憂鬱症和自殺有密切的關係；<sup>403</sup>而自殺在屏東是不可輕忽的問題。

屏東縣老人自殺的比率高，在台灣地區來說是高的，這是很嚴重的問題，防治老人自殺是很重要的議題，老人會認為自己反正已活那麼老了，死有什麼關係，何必再受苦，又拖累年輕人，他們和年輕人想法不同，不是遇到挫折，而是覺得活著沒意義了！<sup>404</sup>

流行病學顯示精神分裂症患者，自殺危險性比一般人高出二至三倍，最脆弱時期是在第一次住院治療後的前兩年；其他危險因子包括精神狀態突然惡化，出現教唆自殺的聽幻覺，社會孤立伴隨著精神狀態改變及自殺企圖，以及先前有自殺嚐試的病史。<sup>405</sup>

醫療環境隨時代的演進，皮膚科、牙科、骨科和精神科等變得非常熱門，精神科熱門是因為現代人壓力過大，憂鬱症患者處處見，求診的病患大增！<sup>406</sup>

事實上，臺灣憂鬱症現象比主要國家都來的低。根據臺大精神科胡海國教授的研究發現，和加拿大、韓國、紐西蘭及波多黎各相較，臺灣皆最低，最高的是紐西蘭，林憲教授認為這和臺灣的傳統信仰有關，臺灣傳統信仰混合佛教及道教關心人的本質、生命力、氣的充實等；再加上儒家思想強調個人修養，抑制一己之感情；<sup>407</sup>家庭組織的變遷也是影響精神情緒原因之一，在臺灣各居不同處所的親人皆會齊聚；精神分裂症很少在臺灣原住民之間發生，應是部落內民眾關係親密。<sup>408</sup>

我們原住民部落雖然外流人口很多，老人還是活得蠻快樂，部落很重視傳統，現在有很多部落年輕人在做協會的工作，對照顧老人和小孩做得很活絡，大部份是大學生都會照顧老人，在我們村莊老人並不會失落，雖有獨居老人，但協會的人都會關心他們。<sup>409</sup>

精神病患其治療期是漫長的，急性期可能要幾周或幾個月即可渡過，但完全康復需花上好幾年，這中間都會有無變化的高峰期，退步或復發；如果不有此認知，病患和家屬會對不如預期的結果感到氣餒。<sup>410</sup>

<sup>403</sup> 林憲著，王珮瑩譯，《文化精神醫學的贈物：從台灣到日本》，台北市：心靈工坊文化。頁：115。

<sup>404</sup> 屏東基督教醫院院長余廣亮醫師訪問稿。（李瑞娥訪問）

<sup>405</sup> William R. Breakey原著，郭峰志主譯，《現代社區精神醫療：整合式心理衛生服務體系》，臺北：心理。頁230。

<sup>406</sup> 鄭宗武醫師訪問稿。（陸銘澤訪問）

<sup>407</sup> 林憲著，王珮瑩譯，《文化精神醫學的贈物：從台灣到日本》，台北市：心靈工坊文化。頁：116。

<sup>408</sup> 林憲著，王珮瑩譯，《文化精神醫學的贈物：從台灣到日本》，台北市：心靈工坊文化。頁：150。

<sup>409</sup> 護理師鍾美玲女士訪問稿。（李瑞娥訪問）

<sup>410</sup> William R. Breakey原著，郭峰志主譯，《現代社區精神醫療：整合式心理衛生服務體系》，臺北：心理。頁234。

重修

# 屏東縣志

## 健康與醫療

第七章

醫療人員的培育



## 第七章 醫療人員的培育

### 第一節 醫療人員的培育

屏東縣內並沒有醫學中心及教學醫院，醫師養成皆需至外地學習，縣內醫師皆為在外地學成後回鄉或是從外地前來縣內服務；因地域關係，高雄醫學大學和屏東關係最為密切，不少有志成為醫師的縣民選擇就近學醫，更有不少外地人士就讀高醫後選擇至屏東開業、服務。

相對本地沒有醫師養成的環境，屏東可說是護理及助產人員養成的本營，包括成立於東港的婦嬰助產職業學校（現為輔英科技大學）、美和護理專科學校（現為美和科技大學）和慈惠護理助產高級職業學校（現為慈惠護理專科學校），從中培養了不少護理人員為全臺的醫療體系做出貢獻；另外也有培育藥師為主的大仁藥學專科學校（現為大仁科技大學），其校也有培養護理人員的護理系。

#### 屏東縣醫事人員養成背景

##### 一、西醫師

根據最主要的西醫師、中醫師、牙醫師、護理人員（包括護理師及護士）和藥劑師的學成背景中來看，在西醫師部份，根據2008年二十一屆醫師公會會員名冊，出身最多的為高雄醫學大學，其次為國防醫學大學，其他順序為中國醫藥大學、中山醫學大學和台灣大學醫學院等，另有台北醫學院、成大醫學院、慈濟大學、及長庚醫學院等；而在海外學成歸鄉服務的，包括巴拉圭醫學院、菲律賓醫學院、名古屋帝大醫專、阿根廷醫學院、澳洲醫學院、多明尼加大學、馬尼拉中央大學、尤金瑪利亞學、羅茲醫學大學及江西省立醫專；除了接受醫學教育取得醫師資格的背景外，另有甄訓合格、考試及格的醫師。

日治時期對醫師資格認定甚嚴，根據1916年公佈的臺灣醫師令施行規則中規定醫師准許資格，其中包括畢業於臺灣總督府醫學校<sup>411</sup>和畢業於外國學校或在外國得有醫師執照之日本國臣民；而在日治時主要的醫學教育機構便是總督府醫學校，總計1897年至1945年間，日治時的醫學教育培育了2,797位醫師，這些醫師大都四散至全臺各地開業。<sup>412</sup>

縣內老一輩醫師幾乎皆出身於臺灣總督府醫師考試合格，或畢業於臺北帝國大學醫學部（臺大醫學院）、臺北醫學專門學校（臺北帝大醫學專門部），除此之外便是赴日學醫歸國，這些日本醫學院包括日本大學醫學科專門部、名古屋醫科大學、長崎醫科大

<sup>411</sup> 前身為土人醫師養成所，之後陸續更換主管機關並更名為臺灣總督府醫學校、臺灣總督府臺北醫學專門學校、臺北帝國大學醫部，現臺大醫學院。

<sup>412</sup> 張苙雲，2003，《醫療與社會：醫療社會學的探索》，台北：巨流。頁175。

學、昭和醫學專門學校（昭和醫科大學）、熊本醫科大學附屬醫學專門部、戶山陸軍軍醫學校、日本醫科大學、東京興亞醫學館、京都帝國大學醫學專門部、九州高等醫學專門學校、帝國女子醫學藥學專門學校（東京東邦醫科大學）、東京醫學專門學校（東京醫科大學）、東京慈惠醫科大學、東京醫學齒學專門學校、東北帝國大學醫學部、金澤醫科大學、東洋醫學院、九州帝國大學醫學部、岩手醫學專門學校、京城醫學專門學校（朝鮮）、新京醫科大學（滿州）、京都府立醫科大學、滿州醫科大學（滿州）及平壤醫學專門學校（朝鮮）等。就其人數圖7-1。<sup>413</sup>

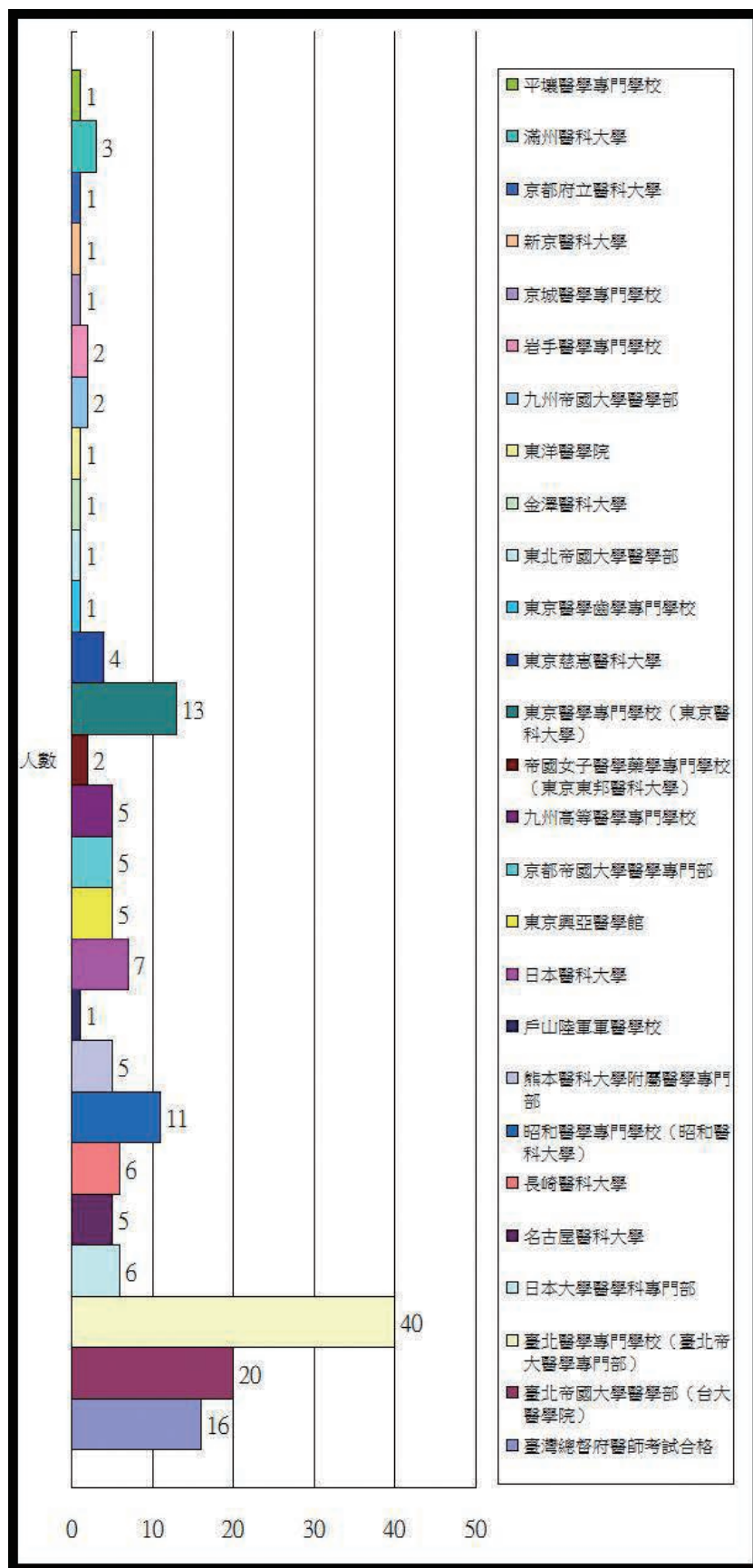
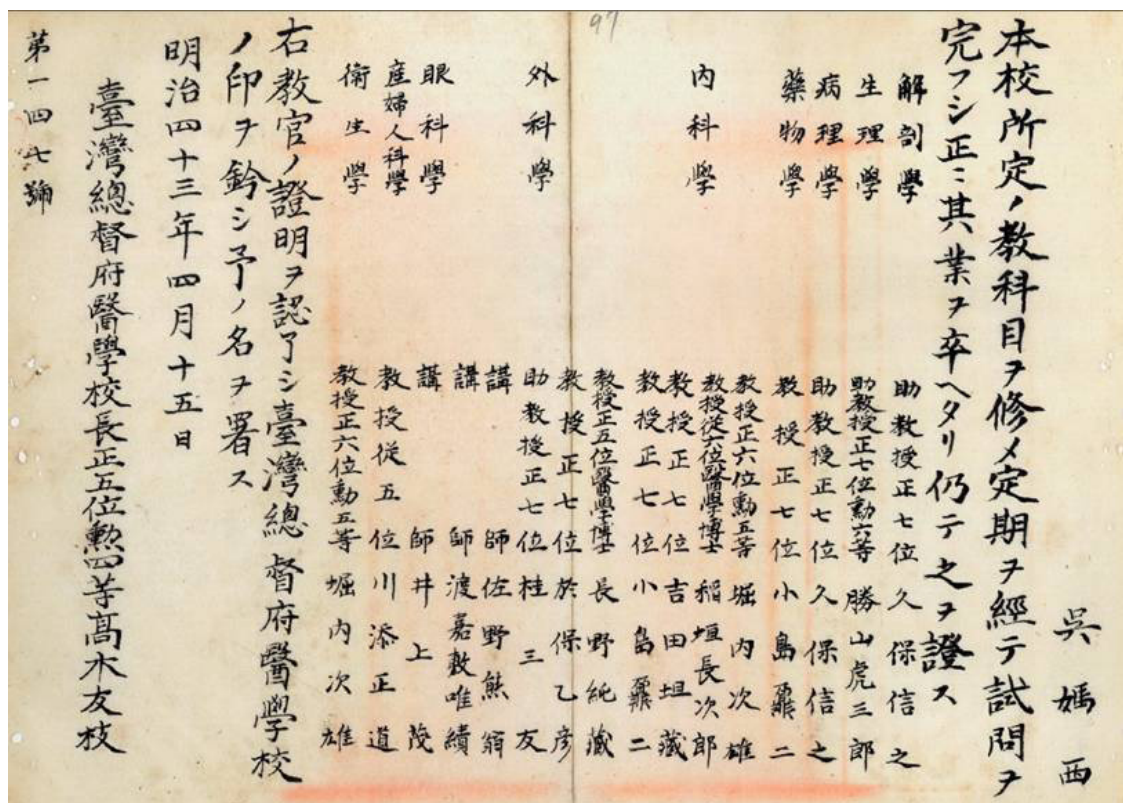


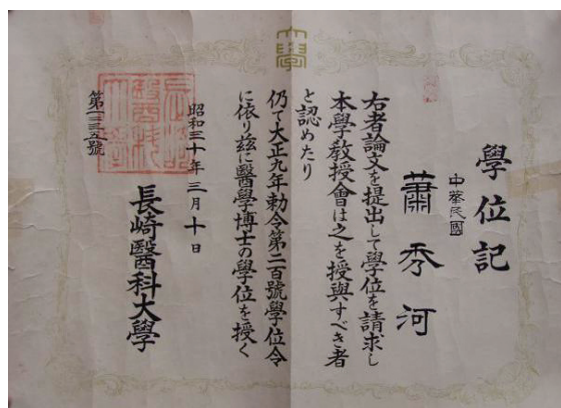
圖7-1：日治時期屏東醫生養成地分布

<sup>413</sup> 蔡承豪、李宗信、蕭景文，2011，〈臺灣熱帶醫學的始端：屏東近代醫療的足跡（1860-1945）〉，屏東縣：財團法人蕭珍記文化藝術基金會。未發表。



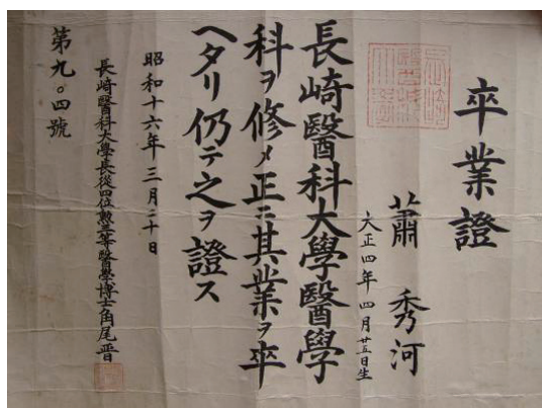
照片7-1：臺灣總督府醫學校畢業證書樣式（吳媽西醫師）

資料來源：「吳媽西醫業免許證下附ノ件」，收於國史館臺灣文獻館藏，《臺灣總督府公文類纂》，第1782冊第12號文。（由財團法人蕭珍記文化藝術基金會提供）



照片7-2：長崎醫科大學學位證書

圖片來源：蔡錫謙提供（由財團法人蕭珍記文化藝術基金會提供）



照片7-3：長崎醫科大學結業證書

圖片來源：蔡錫謙提供（由財團法人蕭珍記文化藝術基金會提供）

## 二、牙醫師

牙科在日治時期稱為齒科，當時臺灣並未設有牙科教育，只有總督府醫學校中在醫學教育課程中設置「齒科學」的課程；獨立的齒科醫療是在日治之初1906年由當時的臺北醫院外科部設「齒科治療室」創立後才出現，之後升格為「齒科治療部」；而獨立齒科教育之始則為戰後在時任臺大醫學院院長的杜聰明推動，直至1953年才成立牙醫系，但未併入醫科中，課程六年；戰後初期一切待整合，醫界亂象四起，為了解決無照行醫的問題，1946年7月7日將在大陸時期的「醫事人員甄訓辦法」用於臺灣施行，對



於齒科診所從事醫療業務人員，在期限內申請辦理「甄訓牙醫師」或「甄訓鑲牙生」的資格；辦法中言明需有三名牙醫師能證明其有三年以上行醫經驗者即發予執照，此後在1947年5月27日公佈「醫事人員甄訓辦法」，牙醫師有了認證的依據。<sup>414</sup>

當時貧困民眾為省醫療費而選擇這些密醫就診，另因教育程度不足且無法可管，民眾分不清「齒科診所」、「牙科診所」、「齒科鑲牙所」和「鑲牙齒模承造所」的差別，造成密醫盛行。加上當時牙科醫師為內政部衛生司管理，齒模工人管理單位是內政部勞工司，讓情況更加混亂，一直到1975年9月實施醫師法才獲控制。<sup>415</sup>

臺灣牙醫分佈以大都會為主，偏遠地區則相對稀少且分散，在1996年全臺灣的無牙醫村有69個，2005年時已降至38個。屏東縣在1996年時無牙醫的鄉鎮包括山地門、霧臺、瑪家、長治、泰武、來義、新埤、琉球、枋山、春日、獅子、車城、牡丹及滿州共13個鄉鎮。至2005年則只剩下山地門、瑪家、來義、新埤、枋山、春日、獅子、牡丹，反而增加了內埔、崁頂。最多牙醫師是屏東市，在1996年72位，2005年則有82位；除潮州及東港外，其他鄉鎮多在4位左右。總計縣內牙醫師，在1996年有74位，在2005年倍數成長至185位。<sup>416</sup>

### 三、中醫師

在西醫為主流的環境下，中醫師養成機構不若西醫多，醫療養成及取得大都是從中醫師特考、學士後中醫系及中醫系而來。2011年屏東中醫師公會134位會員中，藉由中醫師特考取得中醫師有77位，學士後中醫系畢業取得中醫師有47位，從中醫系畢業後取得者有8位，另有2位在194、50年代左右透過中醫檢核考取得的有2位資深醫師。

中醫非起源於屏東，卻是由屏東人帶來深遠的影響，最早進行中國醫藥教學的中國醫藥大學創辦人就是在屏東行醫的中醫師陳恭炎先生，他的父親陳坎是一位中醫師，他的兒子陳榮宗也是中醫師，一家人成為中醫世家，對台灣中醫發展帶來深遠的影響；其最大的影響是提昇中醫藥師的地位，及辦理中醫藥教育延續中醫教育的發展，讓屏東在台灣中醫發展史上保有重要地位。

中醫教育要從中國醫藥大學成立開始，創辦人就是第一任的屏東中醫師公會理事長陳恭炎醫師，陳醫師在1948年和前輩覃勤及陳固共創中國醫藥大學，使台灣開始培養中醫師，延續中醫命脈；目前只有中國醫藥大學有中醫系，其他新成立的長庚大學才剛有畢業生，因此縣內具學士及學士後中醫背景的中醫師幾乎皆是從中國醫藥大學中醫系畢業；而學士後中醫背景的中醫師，其在大學時大部份都是理化醫療相關科系，包括藥學、復健、生物科技、理工等。<sup>417</sup>

<sup>414</sup> 陳銘助，《臺灣牙醫史》，台北：中華民國牙醫師公會全國聯合會。頁102。

<sup>415</sup> 陳銘助，《臺灣牙醫史》，台北：中華民國牙醫師公會全國聯合會。頁103。

<sup>416</sup> 陳銘助，《臺灣牙醫史》，台北：中華民國牙醫師公會全國聯合會。頁173-179。

<sup>417</sup> 中醫師公會前理事長巫雲光中醫師訪問稿。(陸銘澤訪問)

#### 四、護理人員

在日治時期1924年臺灣總督府公佈「臺灣看護婦規則」，屏東醫院成為看護婦養成機構，早在1911年阿緞醫院時期便已制訂「看護婦養成規程」，主要以院內職員為主體，組成講師並展開護士的培訓。<sup>418</sup>屏東醫院募集的資格限定為14-25歲，需身體健全且品行端正；學歷至少要有高等小學校或公學校高等科畢業，或至少修畢高等女學校第二學年課程等具備同等學歷者；甄試則以高等小學校或公學校高等科的程度來舉行分科測驗，以國語（日語）、作文及算術為主。<sup>419</sup>

戰後屏東成為基層護理培育之鄉，2000年後這些基層護理教育的院校陸續改制，除了基層護理人員外，陸續培養不少的護理師。目前屏東縣有4,250位護士，護理師公會接獲多件投訴案，以要求護士兼做掃地、整理環境等工作最多，這種事情是小診所常見現象，有的護士不從因此被要求離職，還有診所揚言要扣執照或扣薪水，讓護士很困擾；護理師公會理事長賈佩芳說，根據調查，全國有20萬人領有護士執照，但是只有5成6從事護士工作；她說，護士照顧病患除工作外，還有情感的投入，就像母親照顧孩子一樣，這些不是金錢所能衡量，但是在健保的壓縮下，護士的待遇勢必又會受到影響，外界如果再不能給予更多的肯定與尊重，很難留住白衣天使的心；而美國等地鬧護士荒，當地已有醫院到台灣挖角，另外外商及台商在大陸開醫院，近來也有護士轉到大陸工作，賈佩芳估計至少有20%的護士已西進到大陸。<sup>420</sup>

近年來醫護人員的缺乏，長期都是台灣甚至是世界的共同問題；立委江惠貞曾在公聽會上表示，目前護理師執照的通過率低，可以考慮放寬核考標準，讓更多人進入醫護工作；屏東基督教醫院行政副院長賈佩芳受訪時則表示反對說，放寬核考標準並不適當，因為有照的人已經夠多；賈佩芳解釋說，考過執照的人數有近8萬人均未投身護理工作，當務之急是改善醫療環境，讓這些人願意重新從事醫護工作，而非放寬考核標準；她也說，不應開放外籍勞工進入醫療業，除了文化上的差異外，大多數的病患也不信任外籍勞工的醫護服務。<sup>421</sup>

現在政府準備開放外籍護士進來，這是不可以的，現在台灣不是沒有護士，而是只有三分之一有護理執照的人真的在從事工作，如果待遇及工作環境能改善的話，條件好的話，她們都還會回到護理的工作。<sup>422</sup>

#### 五、助產士

屏東可說是戰後臺灣助產士培育的重地，也是發源地。全國第一所私立的助產學

<sup>418</sup> 〈阿緞醫院看護養成規程認可〉，《臺灣總督府公文類纂》，第5343冊第18號文。

<sup>419</sup> 〈講習生募集〉，《府報》，第三千五百十三號，1939.2.23。

<sup>420</sup> 陳翁禎霞，2006〈社會不夠尊重 白衣天使留不住〉聯合新聞網 2006/05/11，[http://pro.udnjob.com/mag2/hr/printpage.jsp?f\\_ART\\_ID=23600](http://pro.udnjob.com/mag2/hr/printpage.jsp?f_ART_ID=23600) 2012/7/22。

<sup>421</sup> 蕭婉寧，2012，〈護士荒：執照難考 理論實務無法結合〉，台灣醒報，2012/4/20，<http://news.sina.com.tw/article/20120410/6447895.html> 2012/7/22。

<sup>422</sup> 屏東縣醫師公會理事長李昭仁醫訪問稿。（李瑞娥訪問）

校就是在屏東成立，為「婦嬰助產職業學校」，於1958年在東港成立，創辦人是當年「婦嬰醫院」的執業醫師張鵬圖，當年他才37歲；成立助產學校是因為在東港溪畔的鹽埔村有一名孕婦難產血流不止，他被警察告知前去處理時，第一眼見產婆滿手污黑，接生器材也竟然是一把生鏽的剪刀和一條破布，這個場景讓他感觸頗深，感受到鄉下缺乏設備完善的婦產科醫院，讓產婦由未受證的產婆用剪刀為嬰兒剪斷臍帶，再用破布代替棉花為產婦和嬰兒擦拭，造成產婦和嬰兒因破傷風死亡的比率相當高；他認為要改善此環境要由教育著手，因而激起張鵬圖設立助產學校的決心，之後「婦嬰助產職業學校」在1970年遷至大寮，經過改制，現為輔英科技大學。<sup>423</sup>

助產士教育因為助產士的沒落，連帶招生也受影響，培育助產士的護理助產學校及科系，全盛時期全臺約有20多家，所有掛名護理助產的學校，從八零年代起便陸續移除「助產」字樣只保留「護理」兩字；如前述最早成立的私立助產學校「婦嬰助產職業學校」，在1986年更名為「輔英護理專科學校」，另外在屏東的如「慈惠高級護理助產職業學校」在1991年更名為「慈惠高級護理職業學校」；一直到2011年時，全臺培育助產人員的教育機構只剩下輔英科技大學助產系及台北護理學院的護理助產研究所。<sup>424</sup>

## 六、藥劑師

日治時期的醫事教育只有醫師、護理人員及助產士；女性學醫、齒科和藥科必須赴日學習，而藥劑師執業是依據1896年6月府令第十號訂頒「臺灣藥劑師、藥種商、製藥者取締規則」，並在1900年以律令第十七號公布「臺灣藥品取締規則」，規定地方官廳得以制定「臺灣藥劑師、藥種商、製藥者取締規則」，<sup>425</sup>這項規則成為日治時期管理臺灣藥事人員的根本法條，對於藥事人員的定義在第一條便說明，藥劑師指的是從事藥製造及販賣；藥種商為藥品販賣者；製藥者為從事藥品製造而兼販賣自製藥品者。<sup>426</sup>

當時的藥劑師執照並不是透過國家考試通過，而是必須從藥學專門科系或學校畢業，再以畢業證書來申請藥劑師執照；而開設藥局賣藥和調劑藥品、製藥亦需具藥劑師資格方可為之；<sup>427</sup>因此取得藥劑師資格成為從事藥事工作最大的關鍵，臺灣遲至1953年由臺灣大學醫學院成立藥學系，才有了第一個專門訓練藥劑人才的機構，根據「臺灣五十年來統計提要」顯示，開辦之初的1897年全臺只有30名藥師，至1942年則有355名，其中府立醫院有藥師有42位，公立醫院有7位，政府機關則有48位，自行開業則有257位；屏東戰後藥劑師在1952年時僅有26位，其中藥劑師有22位，藥劑生4位，至2009年時已成長至1,020位，其中包括783位的藥劑師。<sup>428</sup>

<sup>423</sup> 鄭緯武，2009，〈鏽刀與破布 促成第一所私立助產學校〉，中國時報，第C1版，11月28日。

<sup>424</sup> 魏怡嘉、楊久瑩，2010，〈助產士 悄悄走進歷史〉，自由時報，第A3版，3月7日。

<sup>425</sup> 李騰嶽原修、莊金德增修，1971，《台灣省通誌》卷三〈政事志·衛生篇〉，南投：臺灣省文獻會。頁360。

<sup>426</sup> 李騰嶽原修、莊金德增修，1971，《台灣省通誌》卷三〈政事志·衛生篇〉。頁360-365。

<sup>427</sup> 梁璩尹，2009，《老藥品的故事》，台北市：台灣書房。頁4-7。

<sup>428</sup> 《臺灣省五十一年來統計提要》頁1250。

## 醫護教育之重鎮

屏東為全臺灣助產士、護理師、護士和藥劑師培育的重地，其中培育助產士的學校有全臺僅存，發源於東港的輔英科技大學助產系；而培育護理師及護士的學校有慈惠醫管理專科學校護理科、美和科技大學護理系、大仁科技大學護理系；藥劑師則有大仁科技大學的藥劑系與製藥科技研究所。

### 一、輔英科技大學助產系<sup>429</sup>

輔英科技大學起源於東港，助產系是在1999年奉准成立，隸屬於護理學院，是臺灣當時唯一大學層級的助產專業人才培育系所，為四技日間部，不過在2003年停招，此年改為招生二技日間部，並在2005年增設二技進修部及2006年招收二技進修在職專班。因受醫療環境影響，二技進修部及二技進修在職專班分別在2006及2009年停招，至2011年只剩日二技學生。

該系課程規劃以基礎醫學統合課程、基本能力與博雅涵養課程、專業相關課程、專業選修課程及核心課程為架構，再融入助產專業知識、助產實務工作的技能、多元文化照護能力、與人合作的能力及專業角色經營的能力等五大核心能力。學習的專業必修課程包括助產學、助產技術與照護、婦科護理學、助產專業導論與研討、家庭護理、助產倫理與法律、基礎醫學概論另有助產學實習課程；畢業時最少應修72學分。

### 二、慈惠醫護管理專科學校護理科<sup>430</sup>

慈惠醫護管理專科學校前身是在1964年成立的「慈惠護理助產高級職業學校」，於2000年改制成為專科學校；此年度招收五年制日間部護理科六班，隔年再加收護理科二專日間部、夜間部在職班及在職專班。護理科的教育目標在於「培養具專業能力，並讓病人、民眾與家屬信賴的專業護理人員」、「培育取得畢業證書的同時，也能取得護理師執照的專業人員」、「蘊育具備人文素養與專業倫理的護理人員」及「培植護理相關事業之專業人才，協助學生充分就業」。

其醫護課程規劃在一年級為基礎自然，包括生物、物理、化學和實作，二年級進入解剖學、生理學、微生物學、營養學、病理學、藥物學、膳食療養學、免疫學等。包括解剖學、生理學、微生物學的實務操作和基本護理學。第三學年則習得產科護理學、內外科護理學、兒科及老人護理學，也開始有中醫學、中藥的課程。第四學年新增精神衛生護理學、社區衛生護理學、長期照護護理學、急症護理學等，並開始進行相關學科的實習。最後一年學為重在實習，包括精神衛生、社區衛生和綜合實習等，更進行各類學科的研討。畢業前需完成核心通識52學分、分類通識22學分、專業必修(含實習)123學分及專業選修至少23學分。

<sup>429</sup> 輔英科技大學助產系網站，<http://mw.fy.edu.tw/> (上網日期2012/5/21)

<sup>430</sup> 蕭慈惠醫護管理專科學校網站[www.tzuhui.edu.tw/tzuhui/main.php?mod=custom\\_page&site\\_id=0&page\\_id=100](http://www.tzuhui.edu.tw/tzuhui/main.php?mod=custom_page&site_id=0&page_id=100)(上網日期2012/5/21)

### 三、美和科技大學護理科系<sup>431</sup>

美和科技大學護理系前身是「美和護理專科學校」，由徐傍興醫師所創辦，徐傍興為內埔客家人，從臺北醫專畢業後成為戰後臺大醫學院首任的外科主任，之後成立「徐外科醫院」，並擔任中山醫專校長，有感於家鄉學生讀高中需到高雄，來回要五個小時，因此有辦學的念頭，因而在1960年成立了美和中學，亦在1965年在隔壁創辦美和護理專科學校；1984年增設二專護理科。

學校後來陸續成立其他科系，於1990年更名為「美和護理管理專科學校」，在2000年改制為技術學院，並在2002年設立了第一所由學校機構附設的居家照護所，至2003年設立健康照護研究所。在校務不斷成長下，於2010年升格為「美和科技大學」。目前護理人員養成有研究所、四技、五專及二技等學制，是為屏東唯一有護理研究所學制，分醫護及社工兩組，課程主要在提昇學生健康照護的專業及研究能力，培養具批判性思考、專業倫理道德及知識的人員，因此課程多為研究方法、專題討論及相關領域的特論。

護理系部份，以四年制課程來說，包括了「基礎醫學」、「健康科學」、「護理行政」、「護理學及實習」、「健康促進」、「特殊照護」、「醫護管理」及「基礎醫學」等學科，系上主要的醫護課程，在「基礎醫學」包括了解剖、有機化學、生理學、生物化學、微免學、病理學、藥理學及臨床生化檢驗等。在「護理學及實習」則包括內外科護理學、身體評估、兒科、產科、精神衛生及社區護理學科及實習。在「特殊照護」方面，包括老人護理、長期照護、生命末期療護、重症護理及癌症護理等學科。

## 第二節 地方有名望的醫師

### 著名的醫師與診所

屏東早期便出了不少醫師，第一位正式接受西醫正規教育的是出身萬丹鄉的黃登雲醫師，他在1905年畢業於台灣總督府醫學校，是第四屆的畢業生，他在民國4、50年，以七十多歲的高齡在家鄉萬丹萬安村開設逐生醫院，內有產婦人科及內科。屏東第二位西醫同樣是萬丹，為新庄人的張山鐘先生，他是總督府醫學校第七屆畢業生（1908年畢業），後來以論文榮獲醫學博士學位；張山鍾醫師離開學校後先在東港開業，之後便回到故鄉萬丹新庄創設東瀛醫院，是屏東縣首民選縣長，他的長子張豐鐘從日本熊本醫科大學畢業，在屏東市開設張山鐘醫院；其三子便是曾任屏東縣長的張豐緒先生；張醫師在1919年於萬丹開設東瀛醫院，當時正是瘧疾流行期間，許多病患來此看診皆獲得療效，因而聲名遠播，遠在屏東市和高雄縣市的病患皆前來看診，還傳言醫院後方的古井水可治病，讓不少病患在看完病後再繞至後花園提井水和藥一同飲用。<sup>432</sup>

<sup>431</sup> 美和科技大學網站，mit7.meiho.edu.tw（上網日期2012/5/8）。

<sup>432</sup> 崇蘭社區發展協會，2010，《2010全國社區發展福利社區化觀摩會》，屏東：崇蘭社區發展

第三位西醫為吳媽西醫師，同樣是台灣總督府醫學校畢業，（1910年；第九屆），畢業後先在高雄州立醫院服務，之後至旗山鎮開業，後再回到故鄉屏東開設吳外科，業內、外及婦產科；他的三哥吳希揚在台南市舊樓醫館訓練後到潮州執業。吳媽西醫師的四兒子吳庭茂醫師，日據時代在青島醫專畢業，回來家鄉擔任屏東醫院內科主任。<sup>433</sup>在1940、50年代，陸續有從總督府醫學校及後來改制的台北醫學專門學校<sup>434</sup>、台北帝國大學附屬醫學專門部和日本畢業的屏東籍醫師回鄉開設診所，屏東籍醫師學成回鄉開設診所概述如表7-1。

表7-1：1940、50年代屏東籍醫師學成回鄉開設診所一覽表

診所名稱	開設醫師	畢業學校	特殊記述
安生醫院	尤進來（恆春）	台灣總督府醫學校第18屆畢業	
慈生醫院	郭生章（東港）	台灣總督府醫學校第19屆畢業	
敏生醫院	溫玉春（里港）	台灣總督府醫學校第22屆畢業	
堯章醫院	許白土（東港）	台灣總督府醫學校第24屆畢業	
宏德醫院	吳蘭儒（萬巒）	台灣總督府醫學校第25屆畢業	
楊協醫院	楊協（枋寮）	台灣總督府醫學校第25屆畢業	
三美醫院	洪約白（潮州）	台北醫專第5期(1926)畢業	洪約白醫師其子洪啟仁教授曾為台大心臟外科主任
敏生醫院	陳敏生（林邊）	台北醫專第5期(1926)畢業	陳敏生醫師第7個兒子陳少勳醫師為前高醫小兒外科主任；媳婦為趙美琴醫師為高醫小兒部主任；孫女陳怡慧醫師在家鄉開設欣生診所。
林醫院	林來癸（屏東市）	台北醫專第7期畢業	
河南醫院	邱福盛（屏東市）	台北醫專第8期畢業	
安美醫院	陳進茂（舊寮）	台北醫專第8期畢業	陳進茂醫師第2個兒子陳慶華曾任第五屆省立屏東醫院院長
李外科醫院	李慶樑	台北醫專第13期畢業	李慶樑醫師子李昭仁於原址開設李內科診所，擔任屏東縣醫師公會理事長多年。
曾眼科醫院	曾榮祥	台北醫專第13期畢業	
李朝欽小兒科	李朝欽（屏東市）	台北醫專第13期畢業	李朝欽醫師曾任第一屆省立屏東醫院院長
陳產婦人科醫院	陳新丙	台北醫專第14期畢業	

<sup>433</sup> 屏東縣醫師公會第20屆理事會編，2008，《屏東醫師公會60周年誌》，屏東：屏醫師公會。頁152。

<sup>434</sup> 簡稱台北醫專。

診所名稱	開設醫師	畢業學校	特殊記述
仁德醫院	郭福星	台北醫專第14期畢業	
昌南醫院	林克本	台北醫專第15期畢業	
張眼科醫院	張炎 (東港)	台北帝大附屬醫學專門部 第2屆畢業	
回春醫院	李明相 (又名張 明李)	台北帝大附屬醫學專門部 第3屆畢業	李明相醫師曾任屏東縣醫師公會 十、十一屆理事長,亦曾任立法 委員
蔡產婦人科	蔡則湘	日本慈惠會醫科大學畢業	
三省堂醫院	曾式麟	日本興亞醫學館畢業	
茂林醫院	郭茂林	日本昭和醫專畢業	
武井醫院 保生醫院	鄭燈蒞	日本名古屋醫科大學博士畢業	鄭燈蒞醫師曾任第三屆醫師公會 理事長
協和醫院	龔奇楠	日本熊本醫大畢業	
武森醫院	詳武森	名古屋醫大畢業	
林耳鼻喉科	林來先	日本九州帝大畢業	
林外科醫院	林捷癸	日本醫科大學畢業	
仁壽醫院	蘇春茂	日本醫科大學畢業	
春益醫院	陳春益	日本醫科大學畢業	
劉敏祥外科	劉敏祥	日本京都帝大醫學部畢業	劉敏祥醫師曾任省立高雄醫院外 科主任及屏東醫院外科主任
博仁醫院	張少齡	日本九州醫專畢業	
大安醫院	曾煥義	日本昭和醫專畢業	
江內科	江清耀	日本昭和醫專畢業	江清耀醫師大兒子在原址續開江 耳鼻咽喉科;二兒子開設標緻牙 科診所。
許有來產婦人科	許有來	日本昭和醫專畢業	
林耳鼻咽喉科	林河興	名古屋帝大醫專部畢業	
陳眼科醫院	陳新連	日本大學醫學科畢業	
寶樹醫院	謝權在	日本東京醫專畢業	
黃耳鼻 咽喉科醫院	黃金淮	日本昭和醫專畢業	
董內科	董清課	日本東北帝大畢業	
德正產婦人科	劉德正	日本東京醫專畢業	
英三內科醫院	謝英三	日本醫藥畢業	
仁和外科	范永拱	日本昭和醫專畢業	
陳耳鼻咽喉科醫 院院長	陳螢生	臺灣總督府醫學校	
竹田醫院院長	陳蘭珍	日本九州醫學專門學校畢業	

診所名稱	開設醫師	畢業學校	特殊記述
瑞昌診所	李瑞昌	京都帝國大學醫學專門部畢業	李瑞昌醫師之子李健文醫師在原址改名為竹田診所
	康嘉音	長崎醫大畢業	康嘉音醫師之子為前任衛生局局長康啟杰醫師
潮洲醫院院長	蕭秀利	東京慈惠會醫科大學	
佳禾醫院院長	黃佳禾	東京慈惠會醫科大學	

資料來源：屏東縣醫師公會60周年誌；陳國柱、連志成、林志華編，1958《臺灣省醫師名鑑》臺北：國際文化服務社，頁338-358；蔡承豪、李宗信、蕭景文《臺灣熱帶醫學的始端：屏東近代醫療的足跡》屏東：國藝會屏東醫療報告。

### 早期醫師奉獻事蹟

屏東醫師學成後多回鄉奉獻，創造鄉梓佳話，不只在鄉里開設醫院診所回饋地方，更對地方的教育與文化工作多所貢獻。徐傍興醫師是屏東出身的醫學精英，是返鄉貢獻地方醫事教育與文化的典範，被台灣的外科醫學界尊稱為「大將」。徐傍興是屏東內埔出身的在地客家人，1934年畢業於台北醫專，留任助教，之後以「台灣省地方性甲狀腺腫瘤疾病之研究」，榮獲日本帝國大醫學博士學位，先後擔任台大醫學院教授兼醫院外科主任。

任公職後在台北、高雄二地設徐外科醫院，嘉惠民眾，不久便成為聞名遐邇的外科醫學泰斗；徐博士深知十年樹木百年樹人的教育重要性，除在1955年協助陳啟川先生及杜聰明博士創立高雄醫學院外，1960年任中山醫專（中山醫學院前身）校長長達11年，之後為嘉惠地方子弟，1961年更返鄉在內埔創辦美和中學，日後成為台灣棒球國手的搖籃，徐傍興醫師與張鵬圖醫師大約在同時，都感到南部地區的合格護理人員嚴重欠缺，對於民眾的健康照護，有莫大的威脅，於是在1965年再創美和護理專科學校，算是南台灣最早成立的護專<sup>435</sup>，為台灣護理界培養出不少人才，與輔英並稱是南部護理界的並蒂蓮花。

另外，有位外科醫師李慶樑醫師是萬巒鄉人。因家境清寒，在艱苦中從萬巒國小畢業，本來家中沒有經濟能力讓他繼續升學，在當年的老師瀨尾重武鼓勵及資助下，帶著他和另一位同學林順昌報考高雄中學，最後也都如願考上，四年的求學期間，瀨尾先生長期資助學費及生活費，讓李醫師得以完成學業，也順利考上台北醫專。在1935年，李醫師從台北醫專畢業，先留在原校的附屬醫院外科繼續研究，四年後便回到故鄉屏東，向銀行借貸3000日元，在潮州開設李外科醫院，從此展開將近50年的開業醫師生涯；其間，因為1943年8月太平洋戰爭轉趨激烈，被徵召入伍成為軍醫，被派往所羅門群島，戰後隨同其他倖存的台籍士兵一同被美軍遣送回臺，回到家鄉後，將醫院改在屏

<sup>435</sup> 「客家電視台·大將徐傍興之愛」參自以下網頁：[http://www.hakkatv.org.tw/zhen\\_shan\\_mei/introduction.htm](http://www.hakkatv.org.tw/zhen_shan_mei/introduction.htm)。（上網日期：2011/8/29）



東市成立，1946年底李外科醫院於民權路<sup>436</sup>重新出發；因為有這段浩劫歸來的歷練，後來全力投入救人濟世及公益。<sup>437</sup>

我父親因為對體育的熱愛，將部份心力投入在體育和公益活動，獲得各界讚揚；例如擔任屏東縣田徑委員會主任委員、出資舉辦屏東縣首屆老人運動會，也出錢舉辦屏東首屆女子運動大會；擔任首任屏東慢跑協會理事長，在率領中華田徑隊赴美比賽時，還自掏腰包頒獎金給表現優異的選手。在公益方面，在1982年籌組屏東市老人會，除了個人捐出10萬元外，並親自到處募款，同年中華民國水上救生協會屏東分會成立，並接下理事長之職，後來參加全國水上救生活動因疲勞罹患肋膜炎併大量積水，造成往後數年呼吸窘迫的症狀，後來便因呼吸器官之病症病逝。<sup>438</sup>



照片7-4：李慶樑醫師之子李昭仁醫師-屏東縣醫師公會理事長（李瑞娥攝）

另外，屏東也出了一位全臺知名的「運動員救星」郭茂隆中醫師。不論是老一輩或是年輕球員，都非常依賴郭醫師的診治，不少旅美球員因手傷被當地隊醫評估要動手術，請假專程回臺灣找郭醫師「針」二下後便會恢復正常，幾位明星球員王建民、彭政閔等都曾被針過；連外國球員都慕名而來：在2011年球季，統一7-ELEVEn獅隊為爭奪總冠軍，讓隊中兩名有傷痛的洋投手帶去治療，其中一位主戰力投手格林，因鼠蹊部傷勢無法登場，郭醫師藉電力加強治療，療後效果讓格林說：「Better! Good! Thank you!」還比大姆指。

<sup>436</sup> 日治時期為井筒料理屋。

<sup>437</sup> 屏東縣醫師公會第20屆理事會編，2008，《屏東醫師公會60周年誌》，屏東：屏醫師公會。頁159。

「這些傷勢都和血路有關，因為血路不通，血凝結在一塊，加上沒好好休息持續運動，才會嚴重到要開刀，我只要問他們痛的地方在那，找到穴位，拿針一插，讓他們酸麻一下就好了！」<sup>439</sup>

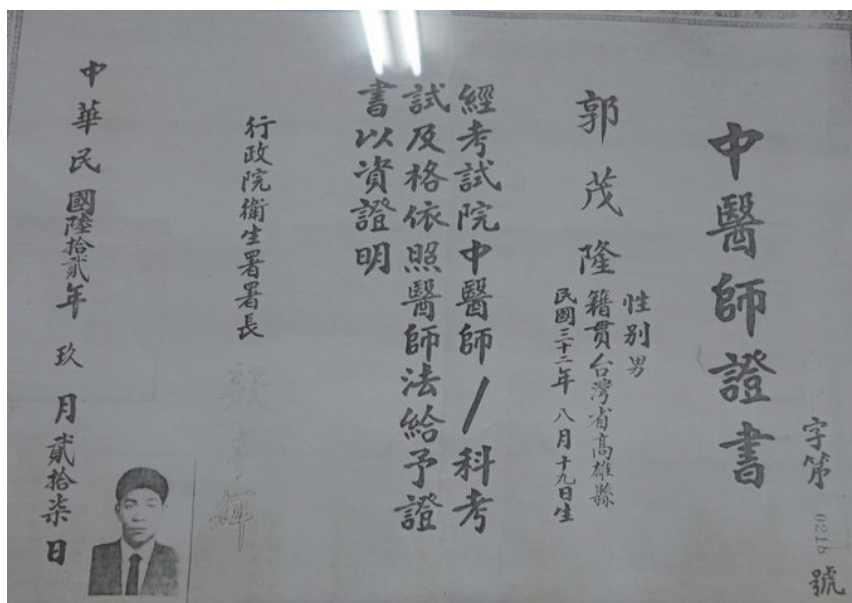
我是在1974年經中醫師特考及格取得中醫師證書，並在1976年從中國醫藥學院鍼灸研究中心第六期研究班結業，取得證書，並於1989年取得屏東縣政府的開業執照，在新園鄉開設「德隆中醫診所」，之前曾一度想在比較熱鬧且資源較多的高雄市開業，但因父親留下的名號及家鄉的盛情，還是留在屏東開業，每天來看診的人，不只是屏東在地人，從高雄來的最多，從中部和北部來的也不計其數。<sup>440</sup>



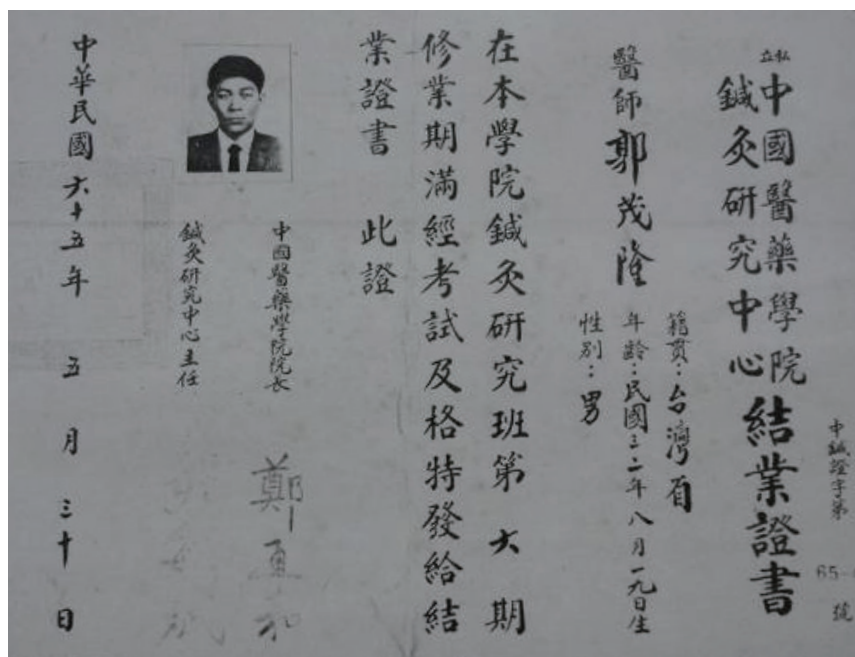
照片7-5(上)：運動員的救星郭茂隆醫師照片；7-6(下)：滿是簽名球的診間（陸銘澤攝）

<sup>438</sup> 屏東縣醫師公會理事長李昭仁醫師訪問稿。（李瑞娥訪問）

<sup>439</sup> 中醫師郭茂隆醫師訪問稿。（陸銘澤訪問）



照片7-7：郭茂隆醫師經中醫師特考及格取得的中醫師證書（陸銘澤翻攝）



照片7-8：郭茂隆醫師在中國醫藥學院鍼灸研究中心的結業證書（陸銘澤翻攝）

郭茂隆醫師曾幫助地方的棒球隊，早年和出生內埔的「棒球教父」曾紀恩先生就建立了良好情誼，當年曾紀恩先生帶領的美和棒球隊便常來找郭茂隆醫師接受治療；除了棒球員外，郭茂隆醫師也嘉惠不少體育國手，例如前中距離田徑好手鍾彩榮常受腿傷之苦，郭茂隆醫師治療後參加一次全中運榮獲兩面金牌，並因此取得保送大學甄試的資格，鍾選手感激之餘，便把其中一面金牌送給郭醫師；另外，郭茂隆醫師曾擔任1992巴塞隆納奧運棒球代表隊的隊醫。

郭茂隆醫師從事中醫最主要是受父親影響，從小就在父親中醫濟世的環境下成長，他也影響了下一代，他的兒子目前就讀中國醫藥大學學士後中醫，已學會了祖傳的醫療診斷學理，尤其是郭茂隆醫師最引以為傲的針灸，因此三代皆從事中醫。

表7-2：早期對屏東醫療有貢獻的醫師簡述表

姓名	簡歷
陳金頓 (琉球1914-1997)	戰後首位在琉球鄉開業之醫師，為德和診所。生於琉球鄉白沙尾，自高雄中學畢業後赴日本就讀東京醫科大學。畢業後回國，於高雄市開設慈愛醫院。1941年被徵召遠赴東南亞任軍醫，適逢戰亂，曾漂浮海上十多天，幸獲日軍艦援救又至西貢服役。1944年由西貢返台，返回故鄉(當時稱琉球嶼)開設德和診所，以醫術高超，遠近馳名，其中以內科及小兒科最為人稱道。曾任屏東縣黨部評議委員、第三屆琉球鄉鄉長、琉球區漁會理事長、飛馬輪船公司董事長、日陽企業公司董事長，為開發琉球漁市場產業與建設避風港努力不懈!
謝獻臣 (彰化1924-2000)	謝獻臣醫師本身為彰化人，但因其參與潮洲瘧疾研究所工作，成功完成撲瘧計畫，讓臺灣得以成為瘧疾根除地區。謝獻臣醫師是台大醫學院畢業，日本鹿兒島醫科大學博士，鑑於早年傳染病流行，他放棄當醫師，投入公共衛生及醫學教育的領域，在瘧疾研究所負責寄生蟲研究，也參與全島的撲瘧計畫，並受聘於聯合國世界衛生組織顧問，將此經驗帶至非洲，幫助非洲防治瘧疾及寄生蟲疾病。之後到高雄醫學院服務，擔任院長18年，任內提升了南台灣醫學教育及醫療品質。在1991年退休後，便轉任台北醫學院董事長及衛生署顧問等職務。
李朝欽	原籍為苗栗人，臺北醫事專門學校畢業，曾任臺北帝大醫學院講師、臺灣總督府立屏東醫院醫務長、臺灣省立屏東醫院院長、屏東縣醫師公會理事長等。在1945年2月提出「關於鬱熱及發熱的植物神經機能態度」及「小兒夏季熱之研究」論文，榮獲臺北帝大醫學博士學位 <sup>441</sup> ，因皮膚黝黑體格粗壯且動作敏捷，因而有「黑肉李」的綽號 <sup>442</sup> 。李醫師在擔任屏東醫院院長期間，因醫院建築簡陋老舊，對於醫師及需要靜養的病人都極為困擾。有鑑於此，向省政府提出補助計畫，希望能爭取土地擴建並改善醫療設備，經過努力後獲得同意，遷至新址。1957年李醫師退休，應地方需求，在屏東市開封街9號自設「李朝欽兒科醫院」，各地病患皆前來看診。1963年3月代表國家赴日參加東南亞醫學聯盟會議，提出學術演講，獲得各國讚譽，為國爭光!
蔡陳敏	935年琉球首位派任的公設產婆

<sup>440</sup> 中醫師郭茂隆醫師訪問稿。(陸銘澤訪問)

<sup>441</sup> 柯萬榮編，1963，《屏東縣大觀》，正氣青年新聞社：屏東。頁167。

<sup>442</sup> 屏東縣醫師公會第20屆理事會編，2008，《屏東醫師公會60周年誌》，屏東：屏東醫師公會。頁159。

姓名	簡歷
<p>陳施蕊 (1914-1987)</p>	<p>1914年9月10日生於彰化鹿港頂番婆區，台南光華初級中學畢業後赴日本就讀岩佐女子高等學校與昭和藥科大學，民國30年獲藥劑師國家考試及格。1939年與陳金頓縞夫妻，曾任屏東縣藥師公會理事長、台灣省藥師公會理事長、藥師公會全國聯合會常務理事，亦曾從政擔任台灣省第五、六屆省議會議員等。逝於1987年5月7日。</p>
<p>宇田薰</p>	<p>日本人，1840年生於日本鳥取縣日野郡大字村，父親為醫師，1910年擔任台灣總督府鐵道部醫務助手，之後任屏東醫院書記、阿猴廳衛生事務囑託、公醫事務囑託，1924年擔任琉球庄公醫，同年10月兼任琉球庄庄長。曾資助陳金頓至日本留學。</p>
<p>許新登 (1884-1969)</p>	<p>1884年10月9日生於屏東歸來。畢業於台南神學院。教過私塾，1938年擔任琉球基督教長老會牧師(該會創立於1880年)。光復後當選第一屆鄉民代表，1950年全省地方自治選舉，當選琉球鄉第一屆民選鄉長。自1931年至1961年，二度擔任琉球基督教長老教會牧師，並改籍琉球鄉上福村。許氏亦為中醫師，行醫腳步遍佈全島，民國58年11月18日歿於林邊鄉竹林村。</p>
<p>阮朝堪</p>	<p>竹仔腳人，阮選儒之長男，生於民國前20年12月22日，先後畢業於東港公學校、台灣總督府醫學校。1919年在竹仔腳開業，並任林邊庄助役、庄協議會員、竹仔腳公學校校醫、竹仔腳青年會長。民國14年入學於日本醫學專門學校研究，其後歷任庄協議會員、東港信用組合理事等職務，同時仍在竹仔腳開設病院，先生性溫厚篤實，對社會事業貢獻不。</p>
<p>洪吸 (1890-1968)</p>	<p>林邊村人，原籍為楓港，攻讀漢文3年，畢業於楓港公學校、台灣總督府醫學校，在基隆醫院見習一年，之後在林邊開設恆生醫院，懸壺濟世，並擔任林邊公學校校醫。其後歷任多屆庄協議會員、高雄州青果同業組合代議員、林邊信用組合監事、理事、高雄州水產會代議員。台灣光復後出任林邊鄉合作社理事主席、林邊鄉農會幹事長、高雄青果社理事、間接選舉第二任鄉長及直接民選第一任鄉長、鄉調解委員會委員、主席等職，先生性溫原篤實，殆有長者之風，熱心地方公益，貢獻甚鉅。</p>

姓名	簡歷
<p>陳敏生 (1898-1963)</p>	<p>中林村人，原籍為佳冬羌園，畢業於台灣總督府醫學專門學校，在台北醫院小兒科勤務二年多，其後在林邊開業敏生醫院懸壺濟世，並擔任林邊信用組合理事、昌隆公學校及林邊公學校校醫。戰後政府任命接管林邊庄，並擔任鄉長，其後擔任縣參議員及第一屆縣議員，連任多屆鄉調解委員會市席。</p>
<p>鄭吉慶 (1905-1982)</p>	<p>林邊村人，仍林邊望族。昔時名「福記」，鄭明安翁之長子。天賦聰穎，早年畢業於台中一中後，負笈東渡，在東京日本醫科大學學習醫。畢業後曾任母校附屬病院內科醫師。歸臺後任台南病院內科主治醫師。</p> <p>於1931年應地方人士之敦請，返鄉自設吉慶醫院，歷50餘年。病患被救活，挽回生命者眾多。凡貧困者免費施藥等不可勝數，並兼任公醫、林邊公學校校醫、鐵路囑託醫、林邊信用組合理事、農會常務監事、林邊國校家長會長、租佃調解委員、林邊民眾服務社理事長歷任數屆等公職。嗣為促進地方建設，反映輿論。曾任第三屆屏東縣議員、林邊鄉第五、六屆鄉長，政績卓著，對於慈善、教育、社會及公益之事，慷慨解囊，博得鄉民景仰，老幼稱呼「勝吉仙」。</p>
<p>張庚祥 (1892-1970)</p>	<p>內埔庄(今內埔鄉內埔村)人，生於1892年3月12日，卒於1970年4月3日。畢業於台灣總督府醫學校，任職花蓮港病院一年後，返回家鄉開業，院名為「清河醫院」。</p>
<p>劉丁雲 (1899-1971)</p>	<p>1899年生，卒於1971年，內埔鄉富田村人，12歲時在「懷仁堂中藥房」當學徒，由堂主徐蔭棠傳授醫術，並考取中醫師資格。20歲返回老北勢家開設「南昌藥鋪」，獨自經營中西醫藥。</p>
<p>林鼎乾 (1910-1991)</p>	<p>生於1910年，卒於1991年，內埔鄉東寧村人，1931年進入東京大學醫科，在1943年取得該校博士學位。在1956年受聘為東京大學名譽教授，成為台灣人第一位獲此最高榮譽者，1967年榮獲日本天皇頒授「勳三等旭日中綬章」。</p>

姓名	簡歷
邱丁興 (1926-2001)	生於1926年，卒於2001年，內埔鄉東寧村人，父親邱振亮是六堆客家庄早期名中醫接骨師，承襲祖先耆黃接骨整復之醫術，在長治崙上開業行醫濟世。
林逢香	大正6年（1917）生，為日本大學醫學專門部（昭和20年）畢業。據林醫師稱其於日本習醫時採用之語文為德文，因此其於診療單書寫語文亦為德文，可知當時日本於明治維新後由歐洲引進科學之狀況。其回臺後開業至民國84年歇業。其父林其芹進入當時之國語（日語）學校並成為教員，其後入赤十字醫院學習並成為限地醫，曾於林邊、潮州、新埔行醫，最後於觀音擔任公醫。
楊友香	生於1915年2月8日，佳冬鄉人。長崎大學醫學博士。原是專攻解剖學，後來改習眼科。畢業後在長崎大學附設醫院擔任眼科醫師。二次大戰期間，美軍猛烈轟炸長崎，當時本在東京讀書的彭明敏正要搭船前往長崎郊區的小漁村，去和在當地診所服務的哥哥彭明哲共同生活，所搭的船才要出港，即被盟軍投下的炸彈擊中，彭明敏勉強走到碼頭附近街上的小診所，當時楊友香擔任長崎大學救護隊醫師，率領緊急醫護隊來到診所時，彭明敏剛好看到他而呼救，他和救護人員為炸傷左手的彭明敏止血及包紮，並緊急送長崎市立醫院。彭明敏雖然左手被截肢，幸而保住性命，得以為臺灣民主運動奮鬥。 戰爭結束後，楊友香於1946年返臺，在林邊開設林邊眼科診所。診所原來是林邊鄉兩大酒家之一的朝日酒家，楊友香準備開業時，正逢酒家結束營業，他將酒家買下來整修，把執壺賣笑的地方改為懸壺濟世的診所。他的行醫歷程，可以寫成一部戰後臺灣眼科疾病流行的歷史。
楊成堃	日本朝鮮總督府京城醫學專門學校畢業。曾於民國35年擔任高雄縣參議員，並曾任屏東醫院眼科主任、高樹鄉鄉民代表、高樹鄉衛生所主任、屏東地方法院法醫、屏東縣衛生局局長等職
蕭秀河	屏東佳冬蕭家之後代，1937（昭和12）年畢業於臺北高等學校理科甲類畢業，同年進入日本國立長崎醫科大學醫學科就讀至1941（昭和16）年畢業，1955年時取得同校皮膚科醫學博士。蕭醫師於畢業後於該校擔任皮膚泌尿科助手，戰後回臺1946年於佳冬設立蕭醫院，1948年轉任佳冬衛生所主任兼醫師，2年後任職於徐外科醫院，1956年於高雄市開設蕭皮膚泌尿科診所，其後歷任職於日本福岡縣田川保健所、彰化楊肚門科婦產科診所、員林楊婦產科外科診所，期間曾於1985年回林邊開設蕭皮膚泌尿科診所。

資料來源：洪義詳主修，1996，《琉球鄉志》，屏東縣：屏縣琉球鄉公所；王紹卿、陳森祥、林封城主修，1997，《重修屏東縣志卷六 人物志》，屏東縣：屏東縣政府；熊金郎主修《滿州鄉志》，1999，屏東縣：中華綜合發展研究院；陳秋坤總編，2003，《里港鄉志》，屏東縣里港鄉：屏東縣里港鄉公所；陳秋坤召集人，1998，《潮州鎮誌》，屏東縣：屏東縣潮州鎮公所；黃聰榮主修，1985，《林邊鄉志》，屏東縣：屏東縣林邊鄉公所；陳梅卿總編纂，2000，《牡丹鄉志》，屏東縣：屏東縣牡丹鄉公所；張永堂總編纂，1998，《恆春鎮志》，屏東縣：屏東縣恆春鎮公所；屏東縣醫師公會第20屆理事會編，2008，《屏東縣醫師公會60周年誌》，屏東縣：屏東縣醫師公會；柯萬榮，1963《屏東縣大觀》，屏東縣：正氣青年新聞社；陳瑩霖主編，2009，《經典風華》，高雄市：高醫大；陳瑩霖主編2009，《醫療與奉獻》，高雄市：高醫大；蔡承豪等人，2006：臺灣熱帶醫學的始端：屏東近代醫療的足跡，《國藝會屏東醫療報告》；宋欣容，2000—訪楊友香醫師，《臺灣醫界》43卷2期；曾彩金總編纂，2001《六堆客家社會文化發展與變遷之研究》，屏東：財團法人六堆文化教育基金會。

重修

# 屏東縣志

## 健康與醫療

第八章

健康社區

愛·編織  
屏東幸福社區網  
2010.12/4  
08:00-17:00  
屏東縣中正路



## 第八章 健康社區

### 第一節 社區醫療體的發展

國家的國力評估，不只是看國家的財力、人力和武力，還要考慮國民的身心健康，連前美國總統羅斯福都說：「除非美國是一個身體健康的國家，否則美國不可能成為一個強盛的國家。」因此對國家而言，保障國民身心健康是每個國家的最基本責任，對每個國民而言，要求一個健康的生活環境及一個能保障身體健康的醫療體系，是每個國民的基本權利；<sup>443</sup>而國民的健康便從需從社區著手。

健康社區是世界衛生組織（WHO）在1978年提出「人人健康」（Health for All）口號，1984年提出「健康促進的理念及原則」中的觀念，是著眼於社區環境的改善、培育民眾的能力、強調社區居民的權力、激勵社區的參與及有效的投入，以維護及促進社區成員的健康；也為此提出「健康城市計畫（Healthy City Project）」，讓醫療生態更深入社區，讓病患一方面得到醫院高品質的醫療，更還病患儘早回到社區過著正常生活。<sup>444</sup>

臺灣隨著疾病型態由傳染病轉為慢性和退化性疾病，健康社區正是因應此轉變對病患最好的照護方式，這是健康社區主要的工作，健康社區在另一方面可以改善社區的生活型態，包括飲食不均衡、不愛運動、吸菸酗酒、嚼食檳榔及未接受健康檢查等，同時可以透過健康社區的方式進行各項衛生教育宣導，並以社區志工的力量，讓社區民眾重視健康，進而建立健康的社區生活。

#### 臺灣健康社區概況

臺灣目前的社區發展可說是多重在文化保存、環境保護或特定對象的福利推動，還未能以整體健康社區為重點；而目前工作又多為政府的社會部門主導，偏向社區照顧，缺乏跨部會合作，且財務也多由政府支持，民眾對社區發展共識尚不足。<sup>445</sup>

臺灣推動健康社區營造主要是依據1999-2000年的「國民保健三年計畫」，從此開始推動「社區健康營造三年計畫」，其間有健康飲食、健康體能、菸害防制、檳榔危害健康防制、個人衛生、安全用藥等六大參考議題；在2002年列入挑戰2008國家發展重點計畫中的「健康生活社區化」計畫；在2004年納入藥政處社區用藥安全健康營造及管制藥品管理局之藥物濫用防制宣導；2005年列入臺灣健康社區六星計畫社福醫療面向，由衛生局整合提案社區健康營造計畫，同時納入疾病管制局社區防疫網計畫。<sup>446</sup>

臺灣為推動社區健康營造，初期1999-2001年中央政府成立社區健康營造中心，2002-2003轉由地方衛生局的輔導小組，至2004年成立專案輔導團隊分區輔導，至

<sup>443</sup> 李明亮總編輯，2004，《全國衛生醫療政策會議總結報告書》，臺北市：國家衛生研究院。頁81。

<sup>444</sup> 葉至誠，2010，《社區工作與社區發展》，臺北市：秀威資訊科技。頁297。

<sup>445</sup> 葉至誠，2010，《社區工作與社區發展》，臺北市：秀威資訊科技。頁297。

<sup>446</sup> 戴桂英等作，2009，《2020健康國民白皮書》，臺北市：衛生署、竹南鎮：國家衛生研究院。頁55。

2005-2007年再由衛生局輔導計畫與整合提案，落實在各社區健康營造中心。<sup>447</sup>可從表8-1瞭解臺灣推動社區健康營造的情形。

表8-1：社區健康營造推動情形<sup>448</sup>

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
補助社區健康營造中心數	51	160	177	221	317	203	215	199
每一計畫補助經費	50萬	50-95萬	10-105萬	20-60萬	10-50萬	10-50萬	10-40萬	5-16萬
簽約情形	一次 三年	一次 三年	一次 三年	一次 三年	一次 三年	一次 三年	一次 一年	一次 一年

### 縣內健康社區工作概況

健康社區推動在平地和山地地區各有不同，尤其是醫療資源貧乏的山地鄉區最有切要，而衛生所的繁雜工作，可從三地門衛生所主任謝德貴醫師的訪談中瞭解：

在2011年時現有居民為7,557人，其中三地門村為1,700人，其他村大約為800人或500人。鄉內有四分之一是魯凱族，其他都是排灣族。衛生所人力有10人，包括兩位專任醫師，提供夜間緊急處理及假日全天診。工作主要有縣衛生局交代的工作，包括社區醫療需求、四大癌症篩檢（子宮癌、口腔癌、大腸癌、乳癌）、宣導周（進行四癌及中老年病的宣導）、衛生教育（衛生認知及行為的改變）、婦幼衛生（個人化的服務，包括產婦、嬰幼兒、產後憂鬱症等）及傳染病防治等工作。鄉內曾有900位患病者要追蹤，包括流感，還有以前沒有現在出現的AIDS，肺結核、肝病等，還有其他地方幾乎看不到，但鄉內仍有的頭蝨。衛生所的工作真的是無所不包。

另外，還有學生診療、戒菸宣導、緊急醫療，有時還要做水質檢測，也會有其他任務，像是縣運支援；這些工作都還好，算是專長內的工作，最頭痛是非所學的工作，像是衛生行政，所內的同仁都要兼行政職，例如護理長也要做會計，因為鄉內醫院診所不多，所內還需開立死亡證明。所內除了兩名專職醫師，平日和屏基合作安排專科門診，請專科醫師來駐診，鄉內醫療資源不多，三地門村內有三個診所，相較其他鄉內9個村都沒有診所，需要靠衛生所至各村進行巡迴醫療，一個禮拜從星期一至五都要到其他9個村進行巡迴醫療。<sup>449</sup>

屏東市針對健康社區概念成立了「健康社區聯盟」，主要是根據2005年政府核定的「建立社區照顧關懷據點實施計畫」，鼓勵民間團體設置社區照顧關懷據點，提供在地的初級預防照護服務，再依需要連結各級政府所推動的社區照顧、機構照顧

<sup>447</sup> 戴桂英等作，2009，《2020健康國民白皮書》，臺北市：衛生署、竹南鎮：國家衛生研究院。頁55。

<sup>448</sup> 戴桂英等作，2009，《2020健康國民白皮書》，臺北市：衛生署、竹南鎮：國家衛生研究院。頁57。

<sup>449</sup> 三地門鄉衛生所主任謝德貴醫師訪問稿。（陸銘澤訪問）

及居家服務等各項照顧措施；主要工作是串連成立社區關懷照顧據點的組織，有特定結合的社區醫療群醫師，另有不定期的健康講座，議題包括H1N1防治、預防保健篩檢、慢性病防治、健康飲食及體適能等，另進行每月一次社區志工專業培訓，共同推動社區健康促進工作。<sup>450</sup>

在鄉內推動社區健康營造，中央主管單位是衛生署健康照護處，藉此可以培育專業的助理，而社區醫療重在居家護理，因為醫院大都只讓你住幾天，出來之後就是社區醫療的工作；且在醫院因為是在別人的地盤，患者都會配合作息並進行檢查，居家醫療時，患者就會認為在自己家，自己的地盤，做什麼隨他高興，因此進行宣導和告知看診及檢查就較沒意願，所以推行社區健康營造可加強病人的配合意願。<sup>451</sup>

### 全人醫療體系

全人醫療體系其定義可說是指提供全人(包括生物、心理、社會及靈性等層面)、全民基本保健醫療(包括預防保健、疾病診治、長期照護及安寧照護)的照顧系統(從基層至二、三級醫療的整合)；全人照顧的目標可說是對任何一位病患的照顧必須達到深度與廣度兼備的境界；「全人」兩字可再細分縱及橫兩個面向；縱向代表一個的生命週期，包含生、老、病、死等；資訊來源包括家庭醫師所建立的個人健康紀錄及既往病歷，橫向的個人身、心、靈及家庭等各個層面，非僅有疾病。<sup>452</sup>

屏東基督教醫院的發展理念是全人服務，以病人為中心的服務，全人服務的概念來自挪威的醫療理念，關心身、心、靈的醫療服務。<sup>453</sup>

從預防層次不同而分類的全人照護，由Leavell and Clark在1965年發展出的預防模式，對於疾病的自然史提出特定介入策略，如表8-2。<sup>454</sup>

表8-2：全人照護預防模式表

促進健康	特殊保護	早期診斷/早期治療	限制殘障	復健
1.加強衛生教育 2.提高生活水準 3.良好營養 4.正當的休閒和運動 5.良好的就業及工作環境 6.正常發展個性 7.改善環境衛生 8.婚姻指導、性教育 9.遺傳優生 10.定期體檢	1.接受預防注射 2.注意個人衛生 3.利用環境衛生知識 4.職業傷害的保護 5.意外預防 6.給予特殊營養 7.避免接觸致癌物質 8.慎防過敏原接觸 9.高危險群的照顧	1.個人或團體中尋找病例 2.實施篩檢 3.選擇性檢查；其目的是： A.預防和治療疾病的進行 B.預防病源傳播 C.預防合併症出現 D.減少殘障可能性	1.完全治療 2.住院診治 3.居家照顧及療養 4.防止病情惡化及限制殘障、死亡	1.生理、心理及社會適應、發揮最大能力 2.職能復健 3.完全就業 4.長期照護

<sup>450</sup> 崇蘭社區發展協會，2010，《2010全國社區發展福利社區化觀摩會》，屏東：崇蘭社區發展協會。頁68-147。

<sup>451</sup> 三地門鄉衛生所主任謝德貴醫師訪問稿。(陸銘澤訪問)

<sup>452</sup> 李明亮總編輯，2004，《全國衛生醫療政策會議總結報告書》，臺北市：國家衛生研究院。頁215。

<sup>453</sup> 屏東基督教醫院院長余廣亮醫師訪問稿。(李瑞娥訪問)

<sup>454</sup> 李明亮總編輯，2004，《全國衛生醫療政策會議總結報告書》，臺北市：國家衛生研究院。頁217。

促進健康	特殊保護	早期診斷/早期治療	限制殘障	復健
第一級健康	第二級健康	第三級健康	第四級健康	第五級健康
第一段預防		第二段預防	第三段預防	
病理前期		病理期間		
無症狀期		臨床病徵		病後

根據2003年的全國衛生醫療政策會議總結報告書中分析，臺灣在健康醫療資源分配與健康預防級數的百分比中，三段預防為98%，其他二段預防為1%及一段預防為0.3%；可見預防的措施在分配上非常低弱，偏偏第一預防對全民健康貢獻可達64%，臺灣只提供不到1%的資源。<sup>455</sup>這種現象讓臺灣太晚發現癌症的病例，導致死亡率偏高，公共衛生體系無法發揮功效，雖然縣衛生局一直推動第一線的預防工作，如癌症篩檢等，但在資源不足的情況下，包括財務及人力，呈現非常有限的效果。

臺灣從1985年至2000年分三階段推展三級醫療網，一級醫療為各社區的診所，二級醫療則為地區醫院及區域醫院，三級醫療為醫學中心，但因民眾可以自由至各級醫療院所就醫，各家醫院都競相擴充門診，各級醫療之間的垂直分工及照會轉診制度無法建立，尤其大家迷信大醫院的名醫、各項檢查及設備等，造成分級紊亂。<sup>456</sup>屏北地區因臨近高雄市，可享有長庚、榮總及高醫等醫療中心資源，屏南地區的醫療資源較缺乏，因縣內的主要醫療機構都在偏北的屏東市。

前省立恆春醫院院長簡武正醫師回憶三十年前年恆春地區像樣的醫院只有省立醫院，及一家教會醫院，醫生大概只有三、四位，醫療資源相當缺乏；政府推行巡迴醫療時，我們那時就積極羅募醫師的人才，我們安排在星期五到固定的定點去做巡迴醫療，目的就是要去照顧一些偏遠地區，年紀比較老的人一些身體狀況；<sup>457</sup>1054年（民國43年），我（龔萬進醫師）接下屏東醫院恆春分院，恆春幅員遼，我堅持提供每週一次的巡迴門診，讓這些世居偏遠地區的鄉親也能得到最起碼的醫療照護；我一個人當好幾個人用，發燒咳嗽是老本行，外傷縫合、為產婦接生還是應付得來，可說是『萬醫通』，三不五時還要去驗屍。<sup>458</sup>

我（蘇宜輝院長）在枋寮醫院帶領的醫療團隊不分晝夜全天候24小時守護恆春半島民界的健康，並於民國九十一年與高雄長庚醫院簽訂醫作盟約，同時成立「急診照護中心」，搶救恆春半島的外傷患者之生命黃金時期，免除民南北就醫的奔波，節省社會成本，解決偏遠地區「無醫鄉」的困境，確保民眾的就醫權益；也推動IDS山地醫療整合服務，提供春日鄉、獅子鄉等衛生所每週全天候門診及夜間急診醫療服務並提供專科醫師的醫療服務，致力發展偏遠醫療。<sup>459</sup>

<sup>455</sup> 李明亮總編輯，2004，《全國衛生醫療政策會議總結報告書》，臺北市：國家衛生研究院。頁220。

<sup>456</sup> 李明亮總編輯，2004，《全國衛生醫療政策會議總結報告書》，臺北市：國家衛生研究院。頁229。

<sup>457</sup> 高雄醫學大學，2009，《醫療與奉獻》，高雄市：高雄醫學大學。頁164。

<sup>458</sup> 屏東縣醫師公會第20屆理監事會編，2008，《屏東縣醫師公會60周年誌》，高雄：春暉。頁172-173。

<sup>459</sup> 屏東縣醫師公會，2012，7月，《屏東縣醫師公會會訊第三版》，屏東縣：屏東縣醫師公會編輯。

2011年時屏東基督教醫院和三地門衛生所訂特約，在星期五會為來鄉進行原住民特別門診，屏東基督教醫院是一級後送醫院，二級後送醫院包括長庚、高醫及義大；其他醫療整合工作，包括民國83年基督教醫院整合性醫療及IDS送醫療到山；<sup>460</sup>我們來義鄉民很歡迎巡迴醫療車，部落的老人都以巡迴車為主，一個月會來一次吧！我媽就很熱衷到巡迴醫療車，常常期盼醫療車的來臨，都是一般的檢查，量血壓、抽血、驗尿等等，不是生病才去。<sup>461</sup>

臺灣專科醫療過度發展，分科化的結果造成醫療照護支離破碎，一般民眾缺乏主要照顧者來提供包括生物醫學和心理社會層面的所有健康問題的診治、諮詢和協調。<sup>462</sup>政府在健康照護體系積極朝向全人照護發展，整合性醫療已成國際趨勢，不同科別的聯合門診，可以避免重複投資及醫療資源浪費，同時也可改善醫師的工作及生活品質、降低個人經營的財務風險，更能參與社區健康營造活動。

### 醫療網計畫

臺灣為了加強農村衛生改善，改變農漁村醫師不足，及醫療資源多集中在都市的現象，希望能讓偏遠地區包括山地、離島、農漁業為主的鄉村都能擁有醫療資源及服務，因而實施醫療網計畫。醫療網計畫<sup>463</sup>從1985年下半年展開，每五年一期，第一期從1985-1990年，目標在促進醫療服務體系交流合作，建立分級醫療制度及提昇醫療水準，也配合經建會的區域發展，分成17個醫療區域，由醫學中心支援。

第二期則為1990-1995年，繼續以調節醫療資源的數量及分佈為主，由17個醫療區域進一步劃分為63個次區域，以檢討醫療資源的分布並設置醫療發展基金，藉以補貼建醫院診所的貸款利息，鼓勵醫師前往資源不足的次區域開設醫院及診所，並建立特殊醫療服務（包括山地離島及醫急醫療救護服務、醫療廢棄物及廢水處理及設護理之家）。

第三期則為1995-2000年，加強特殊醫療的部份，包括復健醫療、長期照護業務及精神醫療照護配合健保實施推動轉診健全醫療品質保證制度。第四期為2000-2004年，為健全區域醫療系統、加強基層保健服務、發揮醫療資源投資效益、醫事人力規劃與提昇專業素質、提昇及監督醫療照護品質，並推展臨床路徑及實證醫學制度、醫院品管圈、成立國家級災難醫療救護隊建立急診專科醫師制度、抗生素使用監測。

另外，屏東縣為了配合衛生署推動醫療資源垂直整合，縣內推動區域級醫院和臨近的高雄長庚醫院、高雄榮總、義大醫院等醫學中心及大型醫院進行醫療資源整合，一方面讓這些醫學中心的病患下轉至屏東的地區醫院，另一方面安排區域醫院醫護人員至這些醫學中心進行在職訓練；縣內和這些醫學中心及大醫院配合的愛仁醫院，都有這三家醫學中心派駐的醫師進行駐診，而三家醫學中心的專科主任也會說服不是急重症的病患

<sup>460</sup> 三地門鄉衛生所謝德貴醫師訪談稿。（陸銘澤訪問）

<sup>461</sup> 護理師鍾美玲女士訪問稿。（李瑞娥訪問）

<sup>462</sup> 李明亮總編輯，2004，《全國衛生醫療政策會議總結報告書》，臺北市：國家衛生研究院。頁259。

<sup>463</sup> 李明亮總編輯，2004，《全國衛生醫療政策會議總結報告書》，臺北市：國家衛生研究院。頁310。

下轉至愛仁醫院住院。<sup>464</sup>

## 第二節 高齡化社會的醫療發展

### 高齡化社會趨勢的因應

屏東縣65歲以上人口比率為12.6%，遠遠超過聯合國世界衛生組織定義成為老人人口7%的門檻，因此縣內的老人照護成為重要課題。縣內未有醫學中心級的醫院，區域醫院附設護理之家只有署立屏東醫院和基督教醫院，總計180床，2011年寶健醫院加入陣容，將原為300坪的保齡球館改建為六樓的護理之家，為屏東增加了259床；<sup>465</sup>署立屏東醫院前院長李建廷醫生在高雄醫學大學第二屆醫療貢獻獎頒獎中說到：我來到署立屏東醫院時才發現老人問題越來越嚴重，因為老人是弱勢，所以我就設了憶難忘，給失智老人用，這是台灣第一個以家庭觀念設在醫院的Group Home；這是家庭式的，失智老人可以生活在這裡，生活就是治療；我們開始在屏東的社區做老人關懷，也在家裡設老人關懷據站，準備照護老年人未來，社區老人可以動時就給他健康、心理上的關懷，讓老人可以在家裡，社區裡終老，等到不能動時非不得已才可能送到安養院；當老人要死時讓他品質好一點，臨終那段時間很短。<sup>466</sup>

高齡化社會有關老人醫療的問題，其實老人問題涵蓋範圍很廣；屏東縣政府近年來投入非常多資源在老人的醫護問題，因為老人人口佔了11~12%，這是很重要的問題，不管是護理之家，還是癌症、有重病的老人，在醫院治療後要回家需要人照顧，但是家人無法照顧，又還沒有到護理之家照顧的標準，這中間便需要有人照顧，所謂的「急性後期照顧」，這是很重要的問題。<sup>467</sup>

一般來說，老人常見的精神疾病包括精神分裂症、躁症、焦慮症、藥物濫用、癡呆症、譫妄症、智能不足、自殺（常是喪偶、非單身、分居或離婚者，慢性身體疾病與失落感）、持續哀傷（老年人會因為親人、朋友、認識的人死亡而有失落感，其治療方式常以支持與探索性的心理治療，合併短期、症狀為導向的藥物治療，如安眠藥）。<sup>468</sup>

屏東縣老人自殺的比率高，在台灣地區來說是高，這是很嚴重的問題，防治老人自殺是很重要的議題，老人會認為自己反正已活那麼老了，死有什麼關係，何必再受苦，又拖累年輕人，他們和年輕人想法不同，不是遇到挫折，而是覺得活著沒意義了！<sup>469</sup>

因此，高齡社會產生了長期照護的醫療觀念，長期照護是指對失能者或失智者，配合其功能或自我照顧能力所提供不同程度的照顧措施，讓其可保有自尊、自主及獨立

<sup>464</sup> 楊菁菁，〈醫療資源垂直整合—高屏成績亮眼〉，自由時報，2012.2.3，南部新聞版。

<sup>465</sup> 吳江泉，〈高齡人口多—屏東建飯店級護理之家〉，中國時報，2012.1.31，C2高屏澎東新聞。

<sup>466</sup> 高雄醫學大學，2009，《醫療與奉獻》，高雄市：高雄醫學大學。頁128-129。

<sup>467</sup> 屏東基督教醫院前院長卓德松醫生。（李瑞娥訪問）

<sup>468</sup> William R. Breakey原著，郭峰志主譯，《現代社區精神醫療：整合式心理衛生服務體系》，臺北：心理。頁426。

<sup>469</sup> 屏東基督教醫院院長余廣亮醫生訪問稿。（李瑞娥訪問）

性，或享有品質的生活；老人在家庭照護上對家庭最顯著的影響，就是造成家庭生活秩序的紊亂並減少對其他家人的關注，以致經常造成夫妻、親子關係的緊張，另外很可能兄弟姐妹因為照顧勞役負擔不均，而打壞了手足親情。<sup>470</sup>許多學校與醫院機構便配合政府建立社區居家照護服務的工作。

我們有居家護理服務，不一定是獨居老人，我們會評估，只要符合受案的條件，依疾病類別提供服務，像有高血壓病的慢性病的病人，如果只有血壓高時才來醫院的話，我們很難管理，病人會認為我們的醫療不好，居家護理就可瞭解病人用藥習慣和生活飲食習慣，居家護理就進到病人家裡進行醫療管理，使慢性病治療得到效果居家醫療服務就由護理人員處理，居家服務的成效很高，在台灣算是做得很好的醫院；我們會評估疾病的種類，如果是慢性病需要醫療服務，有送藥服務。<sup>471</sup>

美和科技大學為了配合學校與社區結合之發展目標，於民國91年3月開始收案。

我是美和科技大學居家護理所的特約醫師，每個月大概有30-40個的病例，有健保有給付，我的工作是在確認可以收為居家護理對象的病人，居家護理就是收案出院的病人，病人需要符合所謂「插三管」之其中一管的病人，「插三管」就是身上插有鼻胃管、氣切插管（喉嚨）、導尿管等三個管子的病人，只要身上插上其中的一個管子的病人經確認後，護理人員就會兩星期去換一次管子，如果家裡有褥瘡的病人，也可以去處理，這些病人是屬於甲級的居家護理病人。另外有些乙級的病人，像糖尿病，在家裡家人不知要怎樣護理，也可以申請，我們就會指導如何處理一些護理的工作，這些病人我每個月都要去診斷。<sup>472</sup>

根據衛生署的分類，長期照護的服務方式可分為居家式、社區式與機構式三種型態，如表8-3。

表8-3：長期照護的服務方式表

類型	分項	內容
居家式	家庭照護	將老年人留置在家，由家人或親友自行照顧，生活型態與周遭環境變動最小，情感、實物等相關支持網絡得以延續。此為臺灣目前最為普遍的照護型態。缺點是照顧人力會不足且缺乏專業性，對家庭關係會產生負面影響。
	老人居家服務（在宅服務）	指社政單位對低收入提供日常生活的照顧服務，包括洗澡、移動、家事服務、心理輔導等。藉此協助因身心受損致日常生活功能需他人協助的中低收入老人得到持續性的照顧。
	衛政單位所提供的居家照護	指將功能性障礙民眾所需服務輸送到家，使其仍可居住於原來熟悉的生活環境，以特定專業性醫療與護理服務為主。

<sup>470</sup> 李瑞娥，2010，〈生命教育—探索人生歷程的學習〉，台北：麗文出版社。頁176。

<sup>471</sup> 屏東基督教醫院院長余廣亮醫生訪問稿。（李瑞娥訪問）

<sup>472</sup> 美和科技大學居家護理所特約醫師謝任仁醫師訪問稿。（李瑞娥訪問）

類型	分項	內容
社區式	日間照顧 (日間托宅)	指社政單位對低收入戶老人日間的照顧服務，由地方政府辦理因工作而無法照顧老人之子女提供日間照顧服務。
	日間照護	由衛政單位提供，指接受照顧者仍居留於家中，只有部份時間前去接受治療與照顧。
機構式	機構式服務	提供入住者全天24小時的照顧，提供服務的範圍包括醫療、個人、社會生活與住宿照顧。其提供為全面性的服務，較能有專業性的服務內容，老年人的需求得以立即性滿足。缺點是此為團體式生活，且需脫離原生活的環境。

資料來源：高麗芷，2002，〈長期照護復健個案之定義與認定標準 法源依據、對象涵蓋範圍及統合多層次系統〉，《長期照護復健服務模式之探討》，台北市：國家衛生研究院。頁：31。

長期照護通常包括非正式性服務直接提供者，如家屬、親戚、朋友及鄰居，另一個是正式性服務直接提供者，需支付費用才能獲得，成員包括醫師、護理人員、復健人員、營養師、藥師及病患看護人員等；最後是支持性服務人員，為家事服務員、清潔人員及建築師等；這些人以環境整理清潔和改造間接服務受照護者。<sup>473</sup>

在家庭結構日漸改變的高齡化社會，老人的照護工作，不能單由家庭或個人來負擔，政府除了制定家庭照護服務政策外，更應制定政策鼓勵社區人士設置具有專業品質與社區居民需求的社區老人安養中心，使其兼具家庭照護的人性化照護與機構安養的專業化照護之功能。<sup>474</sup>

### 全民健康醫療保險

臺灣在1995年實施全民健康醫療保險，基本目標在於提供民眾適當醫療服務、有效利用醫療資源、減少國民就醫財務的障礙和促進國民健康。健保的費用主要由個人、雇主和政府三方面來負責，當初政府會推動全民健保，是著眼於貧病無依，無力繳保險費的弱勢族群也能獲得照顧，另外就是減輕因有較低的費率且保險給付的內容及服務項目日益增加而虧損的社會保險負擔，邀全體納稅人共同承擔，也可就此避免醫療資源浪費，由全民負擔成本後，醫療資源可望有效運用。<sup>475</sup>

全民健保實施後，健康保險的人數從1994年的1,217萬人增至2001年的2,165萬人，醫藥衛生所服務人數增加近80%；<sup>476</sup>健保執行初期是以「擴大受益人口，平衡保險財務，增加就醫方便性」為方向，實行十年後推廣到「提高醫療品質，節制醫療費用成長及照顧弱勢族群」為整體考量；不過自健保開辦以來，保險收入每年平均成長

<sup>473</sup> 林昭宏，2002，〈長期照護復健服務團隊之組成、資格認定與分工〉，《長期照護復健服務模式之探討》，台北市：國家衛生研究院。頁35。

<sup>474</sup> 林昭宏，2002，〈長期照護復健服務團隊之組成、資格認定與分工〉，《長期照護復健服務模式之探討》，台北市：國家衛生研究院。頁35。

<sup>475</sup> 李瑞娥，2010，〈生命教育—探索人生歷程的學習〉，台北：麗文出版社。頁184。

<sup>476</sup> 詹長權，2006，〈社會志 衛生與健康篇〉，《臺灣全志 卷九》，臺北：臺灣文獻館。190-191。



4.26%，但醫療費用支出平均每年成長為6.26%，實施三年以後便發生財務危機，另外也因為實施健保後，醫療市場的議價機制從自由轉向中央健康保險局管制，而民眾不管看那一種疾病類別都不論醫治成本，其部份負擔金額都一樣，無法反應成本；因為部份負擔金額不算高，造成醫療資源濫用，而且部份負擔分級差距不大，看大醫院或小醫院的部份負擔金額差不多，讓民眾連小病也到大醫院看，醫院分級的立意蕩然無存；健保實施下，同時造成醫師科別及專科醫師人才分佈的改變，由於支付的診療費不能反應醫師投入的多寡，許多診療費高、未健保給付項目多的科別及醫師人力便大幅成長，如復健科、皮膚科及牙科；而投入多卻診療費低的科別便不斷萎縮，尤其是外科。<sup>477</sup>在高齡少子化的社會，外科醫療的萎縮，小兒科醫療亦有相同的現象；就以民國60年左右便在屏東市開設小兒科診所的鄭宗武醫師為見證。

我先前每天的病患都很多，最高紀錄是民國81年曾經一天有495位病患，全盛時期有12位護士，每日平均有300多名病患來掛診，造成診所外聚集了四、五個賣玩具的攤販，還出現小偷；民國70-80年代是小兒科診所全盛時期，在80年代後整個小兒科診所便沒落了！那時候我從婦產科醫師那得知生育率愈來愈低，就知道他的小兒科將面臨挑戰；現在只有屏東基督教醫院與安和醫院有在接生小孩，連屏東醫院也沒有，大概是生小孩的人愈來愈少，醫院不願購買先進設備。<sup>478</sup>

1976年到1995年是屏東縣婦產科開業醫師的全盛期，可謂繁華似錦，門前車水馬龍，平均每一個醫師每月接生數大約50-60例，其中最高記錄是盧婦產科盧祈川醫師在龍年一年共接生420人次，當年台大醫學院附設醫院才接生4100人，可見盧醫師有多高超。<sup>479</sup>

屏東現在只有二三家醫院有接生，以前很有名的婦產科都轉型為婦科；480現在皮膚科、牙科、骨科和精神等科變熱門；皮膚科因為人愛美，整型、美白、治痘，且多無健保給付；精神科則因現代人壓力過大，憂鬱症患者處處見，求診的病患大增！隨著台灣老人化問題日漸浮現，骨科也慢慢受重視，漸漸熱門起來。<sup>481</sup>

1995年3月健保倉促實施，改變了醫療生態，不合理的支付標準改變了各專科及醫院經營方式，醫師治療病人的行為模式及病人的就醫習性亦改變了，而其中受傷最深的是醫師，尤其是婦產科醫師，目前各地均閒置一大群學有專精，經驗豐富的資深婦產科醫師，實在是社會資源的一大浪費。<sup>482</sup>健保的利弊發展有待時間的考驗。

<sup>477</sup> 詹長權，2006，〈社會志 衛生與健康篇〉，《臺灣全志 卷九》，臺北：臺灣文獻館。199。

<sup>478</sup> 鄭宗武醫師訪問稿。（陸銘澤訪問）

<sup>479</sup> 屏東縣醫師公會第20屆理監事會編，2008，〈屏東縣醫師公會60周年誌〉，頁94，高雄：春暉出版社。

<sup>480</sup> 屏東縣醫師公會理事長李昭仁醫師訪問稿。（李瑞娥訪問）

<sup>481</sup> 鄭宗武醫師訪問稿。（陸銘澤訪問）

<sup>482</sup> 屏東縣醫師公會第20屆理監事會編，2008，〈屏東縣醫師公會60周年誌〉，頁97，高雄：春暉出版社。

重修

# 屏東縣志

## 健康與醫療

第九章

屏東縣的健康醫療發展與展望



## 第九章 屏東縣的健康醫療發展與展望

### 第一節 屏東縣醫療健康的發展

屏東的疾病型態和醫療行為，因為地理和人文因素，呈現特有的風貌。從地理因素來看，因屏東多山，有多達8個山地鄉，從日治時期屏東就靠著屏東醫院來支撐南北狹長的縣境，使得醫療資源很難到達山地，幸好戰後有恆春醫院進行山地巡迴醫療，暫時舒緩了醫療健康的問題。

從縣內的醫療機構數量及分佈來看，要在南北長達112公里的狹長縣境維護屏東人的健康，確實有不足且不均的疑慮，尤其相較屏北地區因臨近高雄縣市而享用縣外大醫院的就醫便利性，屏南地區的醫療照護顯然偏低；以屏南大鎮恆春鎮為例，綜合醫院包括恆春旅遊醫院、信義基督教醫院、及私立南門外婦科醫院，餘為各私人診所及衛生所，而信義基督教醫院與台電簽有急救去污醫院合約，以針對核三廠員工之需求，加強輻傷醫護能力；這些醫院平日可應付恆春半島的醫療服務，但對旅遊旺季時便難應付。<sup>483</sup>屏東的醫療資源集中在四大市鎮，醫療機構在2008年為654家，平均每一醫療機構的服務人數為1,352.96人，相較全台各縣市算是偏高；這些單純的機構數據尚無法解釋屏東狹長地型特性所需的醫療照護；且相較屏北地區因臨近高雄市而享用縣外大醫院的就醫便利性，屏南地區的醫療照護便偏低。<sup>484</sup>

政府為了能改善醫療品質、降低醫療成本的目標便推動IDS（整合性醫療照護系統，Integrated Health Care Delivery System）政策，其基本精神是將控制醫療費用的工作轉嫁到醫療服務提供者身上，藉著醫師與醫院間的資源整合來提供連續性、完整性的醫療照護，使得醫療系統無論在縱向的轉診制度及橫向的院際資源共享皆得以落實，其間並加強基層醫師的持續教育，促進基層醫師、社區醫院與醫學中心的充分合作，以改善各地區的醫療資源。

最後，有關屏東縣醫療健康的展望，就以屏東基督教醫院跨文化與地域觀念的「開創屏東醫療國際地位」、屏東縣政府社會處所規劃的「高齡多元照護產業園區」作為屏東縣政府與醫療機構在醫療健康發展上的期許。

#### 改善及平衡醫療資源

屏東縣在人文方面包括客家、閩南、魯凱、排灣、大陸各省人士及新住民，不同的生活習慣造就不同的疾病特性，例如原住民因缺乏其他娛樂設施及活動，以致愛喝酒，加上居住地大都在山地，因此在肝癌、口腔癌和意外事故死亡的比例偏高。原住民居住

<sup>483</sup> 恆春鎮都市發展的分析與建議 <http://gisapsrv01.cpami.gov.tw/cpis/cprpts/pingtung/county/honchun/text.htm>（Vistied on 2010/7/14）。

<sup>484</sup> 相較服務機構較完善，如中市的人和首善地區台北市的871人都偏高，為全台灣第十四高。內政部統計處，《各縣市醫療資源重要指標》，<http://ebas1.ebas.gov.tw/pxweb/Dialog/statfile9.asp>（上網日期：2010/11/2）。

的山地村落，都是所謂「醫療資源缺乏區」及「醫療發展基金第一優先獎勵區」，在山地村落中，因醫師開業意願不高，且衛生所醫師配置有限（大部份為兩位），<sup>485</sup>因此，衛生署也推動了巡迴醫療的政策。有關衛生署推動巡迴醫療的政策，當時曾參與三地巡迴醫療服務的屏東基督教醫院前院長卓德松醫師回憶到：

我剛來時（民國74年）曾參加過巡迴醫療，到霧台、三地門、好茶（那時還沒有遷村）等十幾個村莊，那時一去就是三天，坐著巡迴醫療車，十幾個三地村莊巡迴一圈後才下山，那時好像是與展望會合作，展望會的傳教士長期住在深山裡為原住民服務，如果發現有肺結核的病人就會引介到醫院；那時一年巡迴一次，就是屏東縣所有的原住民鄉鎮跑一次，有好多醫生輪流，我去了一次，後來因為調動服務單位便沒有再參加。當時原住民的疾病就是老年人的酸痛，可能是年輕時常常背很重的東西在山裡上上下下，關節常常受到重力有關。<sup>486</sup>

IDS算是巡迴醫療的一種，另外一種就是醫療匱乏地方的服務，像塩埔，雖然距離屏東市很近，但是連一個診所都沒有；衛生署擬定「醫療匱乏地區補助辦法」，請各大醫院認養，屏東基督教醫院認養的是塩埔巡迴門診，其他醫院也都有認養的地區，這方面的效益其實是很低的，派醫師去，沒有人願意去，因為沒有幾個病人，那不是診所，但必需把所有的藥帶過去，所以藥師也要過去，還加上護理人員，那成本就非常高，所以後來就只派醫師和藥師去，這樣的話醫師就要做護理的工作，可是就只看了3個病人；而且病人也不滿意，他們看到醫師背個藥箱，看起來像個「草醫」一樣，便懷疑醫師的專業能力。<sup>487</sup>

然而，偏遠地區缺乏醫療資源仍需要巡迴醫療的服務。目前恆春基督教醫院山地巡迴醫療每月第三個星期日都固定至偏遠山區作巡迴醫療，同時提供衛教與親職教育宣導等；恆春基督教醫院每年要花費數佰萬元在山地巡迴醫療義診上，而這不敷成本的執著，已經做了53年。<sup>488</sup>

「原住民健康促進會中心」，這個的觀念是IDS整合醫療照顧給予治療系統，這個系統是透過健保醫療費用的一部份對原住民提供特別的醫療，原住民因為住在山上沒有像平地有這麼好的醫療照顧，可是要請好的醫療人員進去山上的話是沒有辦法的，所以政府就委託有興趣的醫院來承接這個業務，譬如屏東縣的山地鄉，我們就承接了三地門、瑪家、霧台三個鄉的醫療業務，他們原本就有建全的衛生所職員，大都是當地原住民的朋友，但是還有更偏遠的地區需要進去（醫療），還有他們大部份都是家庭醫療科，如果遇到專科疾病的話就要送到平地來醫治；所以IDS就是衛生所整合次專科醫生，我們會派次專科醫師到當地衛生所去門診，也訓練當地衛生所職員具有次專科的醫療技術進入更偏遠地區醫治，這

<sup>485</sup> 內政部統計處《各縣市醫療資源重要指標》<http://ebas1.ebas.gov.tw/pxweb/Dialog/statfile9.asp>（上網日期：2010/11/2）。

<sup>486</sup> 屏東基督教醫院前院長卓德松醫師訪問稿。（李瑞娥訪問）

<sup>487</sup> 屏東基督教醫院院長余廣亮醫師訪問稿。（李瑞娥訪問）

<sup>488</sup> 屏東基督教醫院院長余廣亮醫師訪問稿。（李瑞娥訪問）

個工作已有十年了，最近衛生署正檢討這個政策好不好？<sup>489</sup>

山地和都市不同，在70年時偏遠地區醫療不像現在方便，當時鄉內沒有前面那座橋，物質只能求自保；而原住民因地理、人文、偏遠差異造成資源不公；現在隨著道路開通交通發達，至屏東市約半小時可到達，轉二級醫院如義大近一小時，其他長庚、高醫亦一小時左右即可到達；就鄉民醫療狀況，很多是原住民村落特有的，像瑪家國中未婚生子的比率偏高，像常喝酒，而患有關節炎，痛風，其實並不是原住民天生如此，是受環境影響，地處偏僻，相關設施不如市區，又沒什麼娛樂，當然就有這些生活型態的病症出現。<sup>490</sup>

綜觀屏東的醫療健康，因地理與人文環境造就了特殊的醫療環境，但政府未針對這些特性而投入適切性的醫療資源，以屏東縣目前的機構規模、數量及配置，無法妥善照護縣民的健康，有必要在屏中地區設置一醫學中心級的醫療院所，以作為狹長地型中心的醫療點，如此才能有助於屏南地區居民獲得完善的醫療資源。

### 屏東縣醫療健康的期待——“看病不過高屏溪”

有關屏東縣醫療健康的展望與期許，就如屏東基督教醫院前院長卓德松醫師對屏東基督教醫院的期許一樣，就是將來屏東人可以“看病不過高屏溪”。

有關屏東基督教醫院的未來展望，醫院好像有個期盼就是希望屏東人將來能夠“看病不過高屏溪”，意思是屏東應該有個好醫院，讓屏東的病人能就地有完整醫療服務，不必到高雄去看病，因為大家都喜歡到有醫學研究中心的醫院看病。而區域型醫院要跨足醫學中心很難，因為醫學研究是很燒錢的；不過，最近衛生署好像要提供經費給屏東縣建立類似醫學研究的機構，因為一般民眾有比較嚴重的病時喜歡到有醫學中心的醫院看病才比較安心；近年來屏東縣有越來越多的醫院和高雄有醫學研究的醫院合作，醫生相互交流學習，屏基也有合作交流的醫院，其實早期就有這種情形，只是目前有越來越多的趨勢。<sup>491</sup>

期盼屏東縣政府及醫療機構能運用各種醫療資源為屏東縣居民的健康醫療服務，讓民眾相信生病了就能在本地醫院獲得滿意的醫療服務；期待在不久的未來，屏東縣居民真的能“看病不過高屏溪”。

## 第二節 屏東縣健康醫療的展望

屏東縣的健康醫療展望，一方面可以開展醫療的國際地位，一方面可從因應高齡化社會來著手，既有聯結全球化的醫療趨勢亦能關注在地的醫療需求。

<sup>489</sup> 三地門鄉衛生所謝德貴醫師訪談稿。（陸銘澤訪問）

<sup>490</sup> 屏東基督教醫院前院長卓德松醫師訪問稿。（李瑞娥訪問）

<sup>491</sup> 屏東基督教醫院前院長卓德松醫師訪問稿。（李瑞娥訪問）

## 開創屏東醫療健康的國際地位

開創屏東醫療健康國際地位的展望，我們就從屏東基督教醫院院長余廣亮醫師對屏東基督教醫院的展望來談談。

屏東基督教醫院在國際醫療上有很特殊的位置，衛生署及外交部都知道；我們以跨文化、跨地域的觀念從事醫療服務，不管原住民的醫療，或到非洲的醫療就是以跨文化、跨地域的理念為出發點；我們都有醫生在東南亞及非洲從事醫療服務，但是不以基督教的名義從事醫療服務，因為有些國家對基督教很敏感。

我們的醫療工作是做公共衛生，這樣才有辦法進入社區，如果想教育衛生觀念就需要社區醫院才能進行，所以發展社區醫院是我們努力的方向。當年在史瓦濟蘭時有10個國家的醫療團隊，但是我們是唯一做公共衛生的團隊，在馬拉威時也一樣；我們在馬拉威的醫療團隊就是建立「在地生根」的觀念，這樣才能獲得當地人的認同，而接受我們的服務，我們已在當地服務有十年了，目前我們仍有四位工作人員在當地機構服務，還有當地的工作人員一共有十幾位人員，算是中型的醫療機構。

我們在2002年到2008年間成立馬拉威醫療團，進駐姆祖祖醫院，成為第一個負責政府醫療團的民間組織，向聯合國國際組織全球國際醫療及外交部申請經費到馬拉威治療愛滋病，以治療愛滋病獲取當地政府與地方居民的信任後，再擴大到其他醫療及公共衛生；我們還到過史瓦濟蘭、泰緬山區、緬甸，有些地方我們的醫療行動是很隱秘的，像泰國金三角、緬甸有政治因素。有時不以宗教名義，因為有些國家對宗教很敏感，像吉爾吉斯是回教國家，我們就設立一個免費的醫療站，當地看醫生很貴，這個醫療站就可以幫助沒有錢看病的人；我們的醫療團隊會繼續為醫療缺乏地區的人民從事醫療服務。<sup>492</sup>

屏東基督教醫院將繼續進行國際醫療服務，同時便持續開創屏東醫療健康的國際地位；其醫療理念便是以社區醫院進行的公共衛生，這是基層的醫療工作，這樣才能讓社區居民有健康的生活。

## 規劃南台灣高齡者多元照顧產業園區

在高齡化社會老人最重要的需求是健康醫療、經濟安全、教育、休閒與娛樂、居住安養、心理及社會適應家庭關係支持之需求，而休閒活動的安排對老年社會生活占有相當重要的角色。

屏東有著四季如春的氣候，可以建立優質的國際級高齡照護醫療環境，以提供心靈醫療的陽光中心，或是讓老人有完善生活環境，一如美國及日本養生村的生活圈。養生村的觀念，主要是集合護理照護設備、休閒養生設備及其他生活照顧服務設備於一個

<sup>492</sup> 屏東基督教醫院院長余廣亮醫師訪問稿。（李瑞娥訪問）

類似校園的社區內；<sup>493</sup>目前臺灣有包括苗栗三義「潤福生活新象」、台南關廟「悠然山莊安養中心」、桃園龜山「長庚養生文化村」等類似的養生村，可與醫療服務及產業結合，發展出保險、休閒產業結合的新型態。<sup>494</sup>屏東地理環境及條件非常美好，適合打造一個國際級高齡照護醫療環境。

屏東縣政府社會處於民國100年委託美和學校財團法人美和科技大學社工系主任邱汝娜教授所主持的團隊規劃「南台灣高齡者多元照顧產業計畫」，其地點在麟洛隘寮營區。根據「南台灣高齡者多元照顧產業計畫」<sup>495</sup>，民國101年3月的規劃報告，其規劃概念簡述如下。

### 一、小型化、居家化、社區化、去機構化

- 1、園區提供給健康的長輩、需要生活協助的長輩及需要身體照護的長輩，所以空間將依不同的對象來規畫設置，尤其是失智長輩的照護。活動如社交活動、娛樂休閒、手工藝/電腦等課程、交通、美容、診療、諮商等。
- 2、配合當地風貌構成的主要特徵、元素來加以規劃。

### 二、有機農園的設置

- 1、使高齡者親近自然土地、體驗田園生活。促成高齡者之間的交流，互相請教種植方式等問題，種植活動可成為社交關係的媒介。
- 2、考慮自然及地形特性，以建立自然生態系多樣化為原則。

### 三、療癒花園的設置

- 1、利用照料花草植物的過程，作為身心復建的活動，營造人與植物的親近感，讓人情感有所依附。
- 2、有遮蔭、遮蔽，有隱密的休憩空間。
- 3、動線具串連性、方向性，指標明確。
- 4、適合不同弱勢者操作的花壇高度設計。
- 5、接近自然的景觀元素，減少硬鋪面，符合無障礙設計。

### 四、老人遊樂園區概念

- 1、規畫適當的運動及休憩設施，包括坐推器、轉輪、扭腰器、腰背按摩器、肩關節康復器、太空漫步等，提供舒緩疲勞及健身之用，讓銀髮族健康又樂活。
- 2、鄰近社區主要進出動線旁，結合在地社區公園，方便銀髮族呼朋引伴，帶動整個社區活力。

<sup>493</sup> 楊靜薰，2006，〈養生村住民生活型態之研究〉，亞洲大學經營管理研究所碩士論文，未出版。頁34。

<sup>494</sup> 陳俊雄，2006〈老人住宅公共政策中養生村與社區關懷據點之研究〉國立宜蘭大學建築研究所碩士論文，未出版。頁33。

<sup>495</sup> 修自美和科技大學社工系邱汝娜主任主持之〈南台灣高齡者多元照顧產業計畫期中報告〉。

- 3、提供舒適的戶外傢俱以及無障礙環境的設置。
- 4、設置適當的運動及休憩設施：包括坐推器、轉輪、扭腰器、腰背按摩器、肩關節康復器、太空漫步等，提供舒緩疲勞及健身之用，讓銀髮族健康又樂活。

#### 五、懷舊文化體驗園區--概念

- 1、利用閒置的空間設計成為社區居民、長者、外籍人員，可交流之據點。
- 2、運用一些物品或設計一些情境與活動，來引導老人回顧過去的生活。如：舊照片、聽老歌、民俗活動、製作工藝品等。
- 3、透過互動的懷舊活動來取代固定陳設，設計以飲食為主題，具有鄉土味的懷舊文化體驗，如農事、茶館、麵攤等。
- 4、販賣二手商品的社區二手公益店。

#### 六、老人寄宿學校--構想

- 1、包含退休準備學習中心及南台灣照顧者的訓練中心。
- 2、老人學習之總和概念：
  - (1)維持獨立自主的生活。
  - (2)享受生活的意義。
  - (3)學習未來生活的技巧。
  - (4)年輕時沒有機會學習的事情。

#### 七、遊學課程：結合屏東特色與休旅

- 1、農村體驗學習：有機農業/農耕。
- 2、休閒旅遊：觀光景點。
- 3、主題學習：客家及原住民文化。
- 4、大學體驗：結合鄰進大學之師資與空間、圖書、設備。



## 附錄一 屏東縣主要醫療機構一覽表

機構名稱	成立年代	機構簡介
醫院		
署立屏東醫院	1910 10/31	<p><b>使命：</b>屏東醫療資源缺乏,建立此醫院,使屏東地區接受完善醫療照護。</p> <p><b>歷史：</b>前身為日治時代的台灣總督府鳳山醫院,後從鳳山遷至屏東市區,更名為「阿猴病院」,從內、外兩科及檢驗室,擴充至現今20科(內、外、骨、兒、婦產、眼、復健、精神、泌尿、牙、放射、檢驗、皮膚、家醫、耳鼻喉、麻醉、心臟內、血液腫瘤、放射腫瘤、神經外)2室(急診及感控)。1993年獲評為地區型教學醫院。</p> <p><b>管理人員變遷：</b>戰後本院由台灣省行政長官公署接收,改稱為「省立屏東醫院」,首任院長為李朝欽博士,之後院長分別為由劉紹興博士、吳金鑾博士、李啟東醫師、陳慶華醫師、黃孝鏘醫師、王治邦醫師、林幸道醫師、盧建志醫師、陳清軒醫師、江易雄醫師。現任院長為李建廷醫師。</p>
行政院衛生署恆春旅遊醫院	1949 6/1	<p><b>使命：</b>在地人的病院，出外人的靠山。</p> <p><b>歷史：</b>台灣光復之後，恆春地方人士有感於區域內醫療資源貧瘠、無法提供民眾充足的醫療服務；而欲赴外地就醫，又因地處邊陲，需長途跋涉，不惟勞民傷財，更有延誤時效之虞。故在鎮籍葉登祺先生(時任高雄縣參議會議長)等人之積極爭取下，該分院遂於1949年6月1日正式成立，原名為『高雄縣立恆春醫院』。1951年由於台灣省行政區域調整，本分院先改隸為『屏東縣立恆春醫院』，隔年旋奉上級指示更名『台灣省立屏東醫院恆春分院』，1999年7月1日再因行政體制調整更名為『行政院衛生署屏東醫院恆春分院』。本院因長期肩負，恆春半島居民及墾丁國家公園遊客，緊急救護責任，在各級長官及多位地方民代士紳努力下，於2007年5月2日正式升格為『行政院衛生署恆春旅遊醫院』。</p> <p><b>管理人員變遷：</b>首任院長是郭金爐醫師，之後陸續為吳溪濤醫師、邱春桂醫師、龔萬進醫師、高東輝醫師、戴鐵雄醫師、許銀川醫師、李啟東醫師、雷永恩醫師、吳正男醫師、邱達海醫師、蔡善言醫師、簡武正醫師、康啟杰醫師、蔡光昭醫師、張世明醫師、吳彬安醫師。轉為恆春旅遊醫院後，首任院長為吳彬安醫師。</p>
國軍高雄總醫院屏東分院	1950 11/1	<p><b>使命：</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.負責鳳山以南、潮屏地區國軍官兵及眷屬之醫療及預防保健，支援地區醫療網及榮眷之醫療，並提供全民健保診療服務。</li> <li>2.負責作戰區傷患醫療及後送作業等任務。</li> <li>3.從事臨床及預防醫學學術研討。</li> <li>4.執行內科、外科、婦產科及護理臨床等專科訓練教學。</li> <li>5.執行國軍官兵年度體檢及軍事院校招生體檢業務。</li> <li>6.提供社區巡迴醫療及衛生教育服務。</li> </ol> <p><b>歷史：</b>該院於1938年10月10日在湖南衡陽成立醫務所，1943年2月1日遷駐四川成都為空軍醫院，政府遷台時亦轉駐雲林虎尾；1950年11月1日遷至屏東市中華路，1986年7月1日奉命更名為「國軍第八一五醫院」，1992年著手遷建工程，於1997年7月1日完工，並搬至現址(屏東市大湖路58巷22號)，1998年7月1日奉命更名為「國軍高雄總醫院屏東分院」，2006年7月1日組織調整更名為「國軍高雄總醫院附設屏東民眾診療服務處」迄今。</p>

機構名稱	成立年代	機構簡介
國軍高雄總醫院屏東分院	1950 11/1	<p><b>使命：</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>負責鳳山以南、潮屏地區國軍官兵及眷屬之醫療及預防保健，支援地區醫療網及榮眷之醫療，並提供全民健保診療服務。</li> <li>負責作戰區傷患醫療及後送作業等任務。</li> <li>從事臨床及預防醫學學術研討。</li> <li>執行內科、外科、婦產科及護理臨床等專科訓練教學。</li> <li>執行國軍官兵年度體檢及軍事院校招生體檢業務。</li> <li>提供社區巡迴醫療及衛生教育服務。</li> </ol> <p><b>歷史：</b>該院於1938年10月10日在湖南衡陽成立醫務所，1943年2月1日遷駐四川成都為空軍醫院，政府遷台時亦轉駐雲林虎尾；1950年11月1日遷至屏東市中華路，1986年7月1日奉命更名為「國軍第八一五醫院」，1992年著手遷建工程，於1997年7月1日完工，並搬至現址（屏東市大湖路58巷22號），1998年7月1日奉命更名為「國軍高雄總醫院屏東分院」，2006年7月1日組織調整更名為「國軍高雄總醫院附設屏東民眾診療服務處」迄今。</p>
屏東基督教醫院（私立）	1953 7	<p><b>使命：</b>「藉著神的愛與能力，經由醫療等服務，恢復人的健康與尊嚴。」</p> <p><b>歷史：</b>1953年基督教行道會美國差會的白信德（Dr. Stgne Berg）在屏東市創辦基督教畢士大診所，1956年時，行道會美國差會將診所贈送給挪威協力差會，挪威來的畢嘉士、傅德蘭醫師不辭辛勞地踏遍荒郊野嶺，展開山地巡迴醫療、痲瘋病人救治、肺結核病童住院及小兒麻痺治療，診所更名為「基督教診所」；1963年在大連路新建醫療大樓，正式更名為「基督教醫院」，1965年奉准成立「財團法人屏東基督教醫院」</p> <p>管理人員變遷:更名為基督教醫院後首任院長為傅德蘭醫師（1963）,1970年由白信德醫師擔任院長,之後為挪威協力公會宣教士潔使藍志堅先生（1973）、蔡朝仁醫師（1997）及張肇松醫師（2003）。</p>
行政院國軍退除役官兵輔導委員會龍泉榮民醫院	1957 7/1	<p><b>使命：</b>1.尊崇與照護榮民榮眷之身心健康。2.營造社區民眾優質安全溫馨的健康照護。3.培育優秀的醫療專業人員並善盡社會責任。4.建立員工敬業樂群及以院為榮的精神。</p> <p><b>歷史：</b>該院成立肇始於1957年7月1日奉命編組成立「龍泉榮民肺結核醫院」，同年9月1日更名為「台灣龍泉榮民醫院」，1966年11月1日定名為「行政院國軍退除役官兵輔導委員會龍泉榮民醫院」迄今。1986年納入「全國醫療網十年發展計劃」，陸續完成各項軟硬體建設。科別數從初期1973年的內、外二科，擴大為現今的18科，分別為一般內科、胸腔內科、腸胃科、腎臟科、家庭醫學科、高齡醫學科、一般外科、神經外科、泌尿外科、骨科、大腸直腸外科、復健科、精神科、兒童心智科、婦產科、小兒科、眼科、牙科等。該院於1990年、1993年、1996年相繼通過衛生署評鑑合格為「地區醫院」後，復於2005年通過評鑑升格為地區教學醫院;2008年通過新制醫院評鑑為合格地區醫院。</p> <p><b>管理人員變遷：</b>首任院長為蘇梅軒,在位近11年。之後院長分別為楊啟中（1968）、張文哲（1970）、宋醒民（1971）、倫仲萍（1973）、李宇山（1975）、何山（1975）、汪為民（1980）、李振瀛（1983）、郭清益（1985）、劉興中（1990）、葉中楊（1998）、張敏琪（2004）。</p>

機構名稱	成立年代	機構簡介
恆春基督教醫院（私立）	1964 2/4	<p><b>使命：</b>以「耶穌愛人如己」的精神，給予台灣尾居民身心靈的全人醫治。</p> <p><b>歷史：</b>基督教醫院(Hengchun Christian Hospital)是一群芬蘭宣教士來到恆春鎮設立。前身是1964年租屋設立的基督教診所，由屏東基督教醫院的醫師支援，每週看診兩天。1967年6月芬蘭差會(FMS)派宣教醫師、護士來恆春，即將恆春鎮上診所遷到恆春信義教會福音堂牧師宿舍，並成立『恆春基督教診所』，以張健昌醫師證書登記開業。1968年11月10日恆基遷到恆春信義教會福音堂旁新建的平房，並舉行『恆春基督教診所』落成典禮。至1976年正式登記『信義基督教財團法人醫院』；1979年芬蘭差會（FMS）同意中華醫藥傳道會（CCMM為路加傳道會的前身）經營管理恆春基督教醫院，為期五十年。1984年，更名為『財團法人信義基督教醫院』。</p> <p><b>管理人員變遷：</b>1968年『恆春基督教診所』由黃斯德醫師擔任第一任院長。1971年由邵樂美醫師擔任第二任院長。更名為醫院後，由蔡朝仁醫師接任院長；在中華醫藥傳道會經營後，由劉章田擔任院長。更名為『財團法人信義基督教醫院』後，蔡和興牧師擔任第一任董事長。同時由王榮德醫師接任院長。</p>
民眾醫院（私立）	1979 4	<p><b>使命：</b>提昇民眾身心靈的健康。</p> <p><b>歷史：</b>該院在1977年由退伍軍醫梁寶元醫師發起建院，由吳璞醫師擔任院長，邀集同好組成醫院；初期先在屏東市開封街租屋，設立內、外、X光及化驗科，之後邀請退伍的軍醫、護理、行政及同業好友認股並成立公司；不過公司在1998年解散，由卓女士買下，並於當年重新開幕。新開幕後隔年便評鑑為地區醫院，之後陸續成立護理之家、安寧病房、安寧居家療護等。</p> <p><b>管理人員變遷：</b>首任院長為吳璞醫師、繼任者為蔡慶全醫師；重新開幕後再由蔡慶全醫師擔任院長，2000年由張淑鳳醫師接任。</p>
枋寮醫院（私立）	1985 6	<p><b>歷史：</b>該院前身是「枋寮謝外科診所」，在1984年由蘇宜輝醫師接手，隔年6月改為醫院，稱為「枋寮內外科醫院」，病床數共30床。1989年變更為「枋寮醫院」，增加骨科、婦產科，病床數共50床，擔任屏東地區醫療網緊急救責任醫院之一，亦為恆春地區大量災難處理醫院之一。1990年第一次參加醫院評鑑通過為〔地區醫院〕。1991年6月經衛生署及腎臟科醫學會通過成立血液透析室，成為屏東地區第一家設立洗腎中心之醫院。自1991年起，每年洗腎室評鑑通過。同年八月與高雄捐血中心簽約合作成立血庫，供東港、潮州以南緊急供血醫務。1999年起，擔任屏東縣緊急醫療救護網恆春次區域之總推動召集醫院。目前一般病床92床，特殊病床-洗腎床26床，加護病房12床，急診觀察床7床。</p>

機構名稱	成立年代	機構簡介
國仁醫院 (私立)	1987	<p><b>使命：</b>仁心仁術;人人健康</p> <p><b>歷史：</b>該院成立於1987年，開業初期既定骨、外科為主要服務項目，2002年1月遷入至新醫療大樓（地下3樓；地上13樓）後擴大服務，病床數有348床，除原本骨、外科之外，又加入了內科、婦產科、小兒科、牙科等多項服務科別,同時電腦斷層掃描、乳房超音波攝影、碎石機等，至2008年時的規模已有14科。</p>
安泰醫院 (私立)	1992 10/25	<p><b>使命：</b>永續提供屏東鄉親優質、可近、安全的醫療服務，為鄉親健康努力打拼。</p> <p><b>歷史：</b>為有效改善偏遠地區醫療資源缺乏的窘境，並配合衛生署醫療網計畫，申請衛生署醫療發展基金獎勵及東港鎮殷實農戶蘇天生先生出資興建了安泰醫院。1992年10月25日，安泰醫院第一棟醫療大樓正式運作。同年11月10日開始承辦勞農保醫療業務，隔年6月與省衛生處簽訂醫療補助合約，開始承辦公保業務。1995年安泰醫院第二棟醫療大樓正式加入運作，1996年以創辦人之名成立財團法人蘇天生文教基金會，並於1997年8月升格為地區教學醫院;1998年參加加護病房評鑑通過乙級認定，獲選為屏東地區緊急醫療網總召集醫院。2000年通過了區域教學的評鑑。2005年3月再次通過區域教學醫院評鑑。2007年8月通過評鑑為新制醫院評鑑優等醫院及新制教學評鑑為合格醫院。2007年9月1日正式改制為安泰醫療社團法人安泰醫院。</p> <p><b>管理人員變遷：</b>創辦人為蘇天生先生,其子蘇清泉後擔任院長。</p>
寶建醫院 (私立)	1994 3/4	<p><b>使命：</b>提供以病人中心的醫療服務。發展社區健康照護。營造一個具有創造力、共同學習及成長的工作環境</p> <p><b>歷史：</b>陳森基醫師有感於屏東地區為一偏遠之縣市，醫療資源較為貧乏，對急重症之病患常有延醫誤時之憾，在屏東市北區鄰近機場創設「寶建醫院」。初期設立130床，以骨科、內科、外科等急重症科別為主，1997年擴建醫療大樓(A棟)，成為總床數達420床之綜合醫院，1998年8月通過地區教學醫院評鑑，2001年成立社區建康服務中心。2002年增建新的醫療大樓(C棟)及購置血管攝影儀，同年8月通過區域醫院評鑑，2004年推動以病人為中心之照護環境，成立病人安全委員會，負責病人就醫的環境安全。2007年11月1日改制為「寶建醫療社團法人寶建醫院」。</p> <p><b>管理人員變遷：</b>創辦人為陳森基醫師,亦為首任院長,接任院長為黃裕堯。</p>
茂隆骨科醫院 (私立)	1994 4	<p><b>歷史：</b>創辦人林茂隆初期成立茂隆骨科診所，在1997年6月擴充成為茂隆醫院，住院床數為30床。在2003年6月再興建第二棟大樓，隔年高壓氣艙正式使用。</p>

機構名稱	成立年代	機構簡介
安和婦幼醫院 (私立)	1995 9/7	<p><b>使命：</b>視病如親的服務、完善的醫療品質、安全的就醫環境。</p> <p><b>歷史：</b>屏東子弟劉正民醫師，本著服務鄉親的精神，率領一群高雄醫學院婦兒科的醫護菁英，於中正路創立屏東第一家婦幼專科醫院。在1998年10月31日擴大遷至新址(屏東市自由路598號)，為地下一層、地上十二層之建築物。除了硬體設備擴建，2010年擁有婦產科專科醫師10位、小兒科專科醫師4位、及護理、行政人員約100人。目前設婦產科三診、小兒科二診，並設有婦兒科之次專科門診，該院亦設立屏東縣市第一家經衛生局核定在案之產後護理機構(坐月子中心)。該院亦於2007年10月設立內埔門診部，2009年2月1日於潮州設立欣安禾婦幼科專科醫院。</p> <p><b>管理人員變遷：</b>創辦人為劉正民醫師，亦為該院院長。</p>
人愛醫院 (私立)		<p><b>歷史：</b>民國80年代曾是屏東市知名的外科醫院，2008年3月關門停業。</p> <p><b>管理人員變遷：</b>創院後經歷5任院長，創院院長為卓炳雄，後續院長分別為陳國昭、吳建民、許主培、黃泓斌接任。1999年間曾因財務危機、擴建問題歇業1年，寶建醫院一度接手。經後改組後由醫師許主培接任院長，最後一任院長為黃泓斌。</p>
屏安醫院 (私立)	1996 10	<p><b>歷史：</b>原為高雄醫學院借調至屏東醫院擔任精神科主任的黃文翔醫師，有鑑於屏東地區精神科總床數僅20床，經常求外援不力，有感於病患之需求，於是召集張益豪醫師、張書鳴醫師、陳泯東醫師等人，一起規劃興建該院，透過衛生署醫療發展基金使得該院在麟洛成立，初期便提供精神科急性病床50床及慢性65床。之後因慢性病患長期住院，需要更多的空間，同樣透過醫療發展基金成立大同院區，2000年6月啟用，使得全院床數急性病床達50床及慢性249床。在2003年12月又成立全屏東第一所精神科康復之家與精神科社區復健中心。</p>

## 附錄二 屏東醫療年代紀述

紀元	屏東醫療紀事	台灣醫療紀事	世界醫療紀事
西元前460			西方醫學之父，希波克拉底(Hippokrates of Kos)醫師誓詞(Hippocratic Oath)。
1493 明弘治6年		原住民居住各部落，傳統與宗教醫療。	瑞士醫師巴拉塞薩斯(Philippus Theophrastus Aureolus Bombastus von Hohenheim)批判了古希臘醫生Galen惡液質唯心學說，結束了醫學史上1500餘年的黑暗時代，人稱「藥學之父」。
1500 明弘治13年			瑞士醫師傑克納芙(Jacob Nufer)，實行第一次剖腹產。
1514明正德9年			帕黑(Ambroise Pare)著「外科醫療實例」。
1519明正德14年			1519~1522年麥哲倫(Ferdinand Magellan)環繞世界，加強了東西方文化的交流，許多藥物也由東方傳入歐洲。歐洲也開始使用美洲發現的金雞納。
1542明嘉靖21年		葡萄牙航海員出航台灣近海，讚美台灣為美麗之島Ilha Formosa。	
1543明、嘉靖22年			維薩裏(Andreas Vesulius)發表《人體構造論》，建立了人體解剖學。
1624明、天啟4年		1. 荷人佔據台灣，以安平為根據地，開拓打狗港(漁港)，打狗漁民移居漸多。 2. 荷向平埔族宣揚基督教，以羅馬拼音教其書寫。	
1625 明、天啟5年		荷治時期引進西洋醫學，撤離後消失。	
1628明、崇禎1年			英國醫學家哈維(William Harvey)出版《血液循環論》發表著作《心臟運動論》。

紀元	屏東醫療紀事	台灣醫療紀事	世界醫療紀事
1661 清、順治 18年		<p>1. 鄭成功登台，士兵水土不服，疾病大作，病者十之八九。</p> <p>2. 鄭成功登台，引入漢醫醫術。</p> <p>3. 荷蘭人統治台灣38年，一共有28位牧師到台灣，其中病死的有11位，得重病但未病死的有8位，病死率接近1/4，得病率接近7/10，得病死亡者超過六成。而到南部去的遠超過此數目，1651年時南部地方(一般是指放籙)的傳道師死亡，荷蘭人派一位新的宣教師前往，不久死亡，再派一位商人取代其位置，一個月後也死亡，因此17世紀的台灣，對荷蘭人來講，是個相當不適合人居住的地方<sup>496</sup>。【恆春鎮志(上)民87編】</p> <p>原住民的醫療是借助於巫師或大自然的力量。早期荷蘭人在台南附近對西拉亞族的調查，他們認為生病可能與神的發怒有關，需要透過巫師來與超自然溝通，巫師介於人神之間，可以作法讓人得病，也可以幫人治病。另外也相信大自然的溪水亦可治病<sup>497</sup>【恆春鎮志(上)民87編】</p> <p>漢人的醫療方式大略有兩種，一是求助於傳統的漢方，二是求助於大自然鬼神。傳統的漢藥重視食補，許多野生的動植物，均可拿來治病養身。【恆春鎮志(上)民87編】</p>	
1662 清、順治 19年	明鄭政府置天興、萬年兩縣，現屏東縣隸屬萬年縣。		
1670 清、康熙 9年			荷蘭李文侯 (Antony van Leeuwenhoek) 使用顯微鏡看微生物。
1682 清、康熙 21年		雞籠山大疫，時值疫氣盛行，訊守官兵，死者過半。	
1684 清、康熙 23年		台灣知縣沈朝聘建養濟院於台南府城，是當時唯一之社會救濟事業。	英國出版世界第一份醫學期刊 (Medicina Curiosa)。
1721 清、康熙 60年		台中瘴疫，將士疾病亡故者多	

<sup>496</sup> 屏引自恆春鎮志Ginsel, De Gereformeerde kerk op Formosa of de lotgevallen eener handelskerk onder de Oost-Indische-Compagnie, 1627-1662, 1931, Leiden, p.69.

<sup>497</sup> 另外有到溪裡沖洗以去病者，康熙24年出版，蔣毓英的〈台灣府志〉載云：嬰兒以冷水浴之。疾病不知醫，輒浴於河，言大士置藥於水中濟度諸番。康熙39年的〈裨海紀遊〉：「有病不知醫藥，為飲溪水則癒。婦人無冬夏，日浴於溪，浴必汲上流之水而歸。有病者浴益頻，孕婦始媿即攜兒赴浴；兒出痘，盡出其漿，復浴之，曰：『不若是，不愈也。』」

紀元	屏東醫療紀事	台灣醫療紀事	世界醫療紀事
1724清、 雍正2年			德國華倫海特(Daniel Gabriel Fahrenheit)發明水銀溫度計。
1736清、 乾隆		1736-1795年間，分別於彰化、台北萬華、新竹等地設置養濟院；其後尚有普濟堂、留養局、棲留所公私立機構，收養無人照顧之孤老殘廢疾患。	
1796清嘉 慶元年			英國人詹納(Edward Jenner)證明牛痘預防天花之效果。
1800清嘉 慶5年			義大利人伏打(Alessandro Volta)耳內放置金屬棒，連結電路，為首次人工電子耳。
1806清、 嘉慶11年			1.由鴉片提取嗎啡，開始從天然藥物中提取有效成分的作法，使藥物的精確研究成為可能，並開闢了工業製藥的途徑。 2.德國人菲利浦·波茲尼(Philip Bozzini)，發明內視鏡。
1816清嘉 慶21年			法國雷涅克(Rene Theophile Hyacinthe Laennec)發明聽診器。



紀元	屏東醫療紀事	台灣醫療紀事	世界醫療紀事
1831清道光11年			蘇格蘭植物學家羅伯特·布朗（Robert Brown）發現細胞核。
1846清道光25年			美國醫生摩頓(William Thomas Green Morton)首先使用乙醚麻醉拔牙。
1847清道光26年			1.辛普森(James Young Simpson)醫師在愛丁堡皇家醫院首先用氯仿於外科手術。 2.匈牙利人塞梅爾魏斯(Ignaz Semmelweis)發現醫務人員的不潔雙手和器械造成為褥熱。他要求用漂白粉水洗手，使死亡率大降。
1851清咸豐元年			德國人赫爾姆霍茨(Hermann von Helmholtz)發明眼底鏡。
1854清咸豐4年			克里米亞戰爭時，南丁格爾(Florence Nightingale)向英國軍方爭取在戰地開設醫院，為士兵提供醫療護理。
1856清、咸豐6年		大疫死者數千人，1857年，猶疫。	
1858清、咸豐8年			德國人菲爾紹（Rudolf Virchow）發表《細胞病理學》，綜合了細胞學說和個人病理研究成果。

紀元	屏東醫療紀事	台灣醫療紀事	世界醫療紀事
1859清 咸豐9 年			水楊酸鹽類解熱鎮痛藥合成成功。 達爾文(Charles Darwin)著『物種 起源』。
1860 清、咸 豐10年		英法聯軍佔北京，訂「北京條 約」，開放淡水、基隆、安平 港、打狗港為通商口岸。	英國南丁格爾創立護士學校 (Nightingale Nursing School)。
1865 清、同 治4年		英國基督教長老教會宣教師馬雅 各醫師(Dr. James L. Maxwell M. A. M. D.)抵台，6月16日於台灣 府西門外看西街租屋作為傳道醫 病之用。後因暴民擾動，遷移打 狗(高雄)旗後設立旗後醫館。 西方醫學由宣教師帶進台灣。 11月馬雅各醫師陪同安平海關 職員必麒麟(Mr. William. A. Pickering)前往崗子林、木柵— 內門宣道醫療，受該地平埔族大 歡迎。	1.醫學家貝爾納(Claude Bernard) 出版的《實驗醫學研究導論》一 書中，闡述了醫學研究中的對照 實驗研究方法，並介紹實證研究 原理，對後世產生很大影響。 2.英國人利斯特(Joseph Lister)， 受巴斯德的細菌致腐學說的 發，創用石炭酸處理傷口，繼而 用於術前消毒，使感染率大幅下 降。 孟德爾(Gregor Johann Mendel) 發表「孟德爾遺傳定律」。
1866 清、同 治5年		萬巴德醫師(Sir. Patrick Manson)應聘 為打狗海關醫員，服務來台外籍人 員並兼氣象報告及當地民眾醫療工 作，首創熱帶醫學研究，被尊稱為 「熱帶醫學之父」。9月下旬馬雅 各醫師在打狗禮拜堂的對面開設旗 後醫館。	
1868 清、同 治7年		2月25日馬雅各醫師回府城二老 口承租「許厝」大房舍重建醫 館、招收台灣人為助手，授簡單 西醫術為台灣人接受西醫教育之 開端。	德國人溫德利希(Carl August Wunderlich)出版了《病中的體 溫》一書，總結了近兩萬五千病 人的檢測記錄，奠定了體溫檢查 在臨床工作中的地位。

紀元	屏東醫療紀事	台灣醫療紀事	世界醫療紀事
1870 清、同治9年		英國人必麒麟到台灣中部大社介紹在該平埔族患者去台南受馬雅各醫師治療，是基督教傳到台灣中部之遠因。	
1871 清、同治10年		1.英國宣教師甘為霖牧師（Rev. William Campbell, D.D）來台，主辦彰化區宣教新計劃。 2.加拿大長老教會首任在台傳教士馬偕牧師（Rev. George Leslie Mackay）由打狗登台。 3.馬雅各醫師返回英國。 萬巴德醫師離開台灣轉往廈門，診所業務由灣醫師的弟弟萬大衛（David Manson）接手。	
1872 清、同治11年		馬偕牧師在淡水港上岸，是加拿大長老教會在台設教紀念日。	
1874 清、同治13年	日本人進兵瑯嶠牡丹社，清同治年間，日本人攻恆春，出兵牡丹社，軍事上雖然勝利，但是卻無法適應水土。 <sup>498</sup> 【恆春鎮志（上）民87編】		

<sup>498</sup> 根據故宮博物院出版，沈葆楨為寫之奏摺〈為續報倭情並將淮軍三起道台即南北開路郡誠砲壘各情形摺〉中提及，8月31日倭營到輪船一號…27日復到輪船一號..23日之船於28日駛歸，內載病兵七百餘人，人工三百餘人，…27日之船於9月2日駛歸，載病兵四百餘人…初10日四張告白云，新兵之至，仍替換舊，並無他意，各莊其安堵如故等語，其營中疫氣猶盛，死者日八九人或兩三人不等。病者邀醫診治，醫云，此水土不服所致，皆涕泣思歸，此近日倭營之情況也。

紀元	屏東醫療紀事	台灣醫療紀事	世界醫療紀事
1875 清、同治14年	日軍侵略恆春,病死累累。日本明治天皇特別雇用德國醫生到台灣急救,主要功能完全是為了醫治日本軍人病患,此舉可能是恆春最早的西式醫師。 <sup>499</sup> 【恆春鎮志(上)民87編】		
1876 清、光緒2年	牡丹事件日人離去後,清廷加緊開山撫番。不僅恆春設縣,而且大量鼓勵漢人移墾,首先設撫墾委員,由知縣兼理,總理一切番墾事務。下設幕友一人、司事一人、醫生一人,護勇六人。這是恆春地區首先出現的官方醫療機構。醫生主要工作是擔任番人及墾民的醫務。【恆春鎮志(上)民87編】		1876~1883年間德國人科赫 (Robert Koch) 先後發現和證實炭疽病、結核病和霍亂病的病原體。提出鑒定病原體的“科赫原則”。設計供純培養用的固體培養基,從而為細菌學奠定科學基礎。
1878 清、光緒4年		淡水海關林格醫師 (Dr. L.E. Ringer) 發現葡萄牙人肺蛭蟲病,為世界首例。	
1879清 光緒6年		馬偕牧師於淡水興建「偕醫館」	法國人張伯倫(Charles Chamberland),發明高壓蒸汽消毒手術器材,是為無菌手術之始。
1881 清、光緒7年		為紀念萬大衛醫師,各方人士集資於旗後建慕德紀念醫院(David Manson Memorial Hospital)	

<sup>499</sup> 藤井志津枝著,〈日本軍國主義的原型剖析—一八七—一八七四年台灣事件〉,頁174。

紀元	屏東醫療紀事	台灣醫療紀事	世界醫療紀事
1883 清、 光緒9年			德國實施勞工保險。 1883~1885年間法國人巴斯德(Louis Pasteur)發現炭疽傳播途徑，發現滅毒菌株的免疫作用，先後製成炭疽菌苗和狂犬疫苗並證實其效果，是為免疫學的開始。
1886 清、 光緒12年	因應台灣建省,設立撫墾總局總理台灣撫墾事務,恆春設撫墾局,局設總辦一人、委員一人、幕友兩人、司事四人、通事二至十人、局勇四至八人、醫生若干人。撫墾局規模大於撫墾委員時期,不過醫生功能減少,只限於擔任墾民醫務 <sup>500</sup> 【恆春鎮志(上)民87編】	首任巡撫劉銘傳在今台北市建立官醫局、官藥局、養病所，聘西醫漢生為醫官，免費醫療人民與士兵；為公立西醫醫院之創始。1891年因朝廷緊縮財政支出而廢置台灣官醫醫局等設施。	
1887清、 光緒13年		萬巴德醫師設立香港醫學院，孫文先生曾就讀習醫。	荷蘭人艾克曼(Christiaan Eijkman)發現糙米(內含維生素B1)可防治腳氣病。
1890 清、 光緒15年		甘為霖牧師陪同盧嘉敏醫師(Dr. Gavin Russell, M. D. C. M.)前往彰化地區，在大社籌設醫院做為該地的醫療傳道中心。	德國人貝林(Emil (Adolf) von Behring)和日本人北裏柴三郎發現白喉抗毒素，開創血清療法。
1891清、 光緒16年		英國宣教師宋忠堅牧師(Rev. Duncan Ferguson M.A.)到大社醫館訪問盧嘉敏醫師。	19世紀末阿斯匹林(Aspirin)研製成功。
1892清、 光緒17年		在大社醫館之盧嘉敏醫師患傷寒腸疾，被送至彰化。台南新樓醫館的安彼德醫師(Dr. Peter Anderson L. R. C. P. & S及涂醫師前來看護。7月3日，盧醫生不幸在轉送台南新樓醫館途中在嘉義殉職，時25歲。	俄國人伊凡諾夫斯基(Dmitry Iosifovich Ivanovsky)(1864~1920)發表研究煙草花葉病的論文，首次發現病毒。

<sup>500</sup> 伊能加矩〈大日本地名辭書續編第三台灣〉,頁256-276。

紀元	屏東醫療紀事	台灣醫療紀事	世界醫療紀事
1893 清、 光緒 18年			萬巴德醫師發現(蚊蟲傳播絲蟲病)，提出瘧疾由蚊蟲傳播的假說，並告知英國人羅斯(Ronald Ross)，羅斯於1898年證實之後並獲得諾貝爾獎。萬巴德醫師也因此成為熱帶病學的奠基人。
1895 清、 光緒 21年 日、 明治 28年	馬關條約簽訂,清廷割臺灣予日本。日本據臺,首設總督於善後局(前臺灣巡撫衙署)理政。【琉球鄉志民95編】。6月,日人施行軍政,分設臺北縣,臺灣民政支部(原臺灣縣),以及臺南民政支部(原臺南澎湖島廳),本縣當時隸屬於臺南民政支部鳳山出張所【琉球鄉志民95編】。	1. 蘭大衛醫師(Dr. David Landsborough)接替盧醫師、在彰化開設蘭醫館,彰化基督教醫院前身。 2. 台灣總督府總督官房下設衛生事務所主管台灣衛生事務。 3. 在中央於總督府民政局總務部設衛生課。在地方,官廳警察課設衛生係(股),由衛生警察負責採取強制措施,並在各地方以公醫、醫學校來組成台灣醫療制度的重心。【恆春鎮志(上)民87編】	1. 蘭大衛醫師(Dr. David Landsborough)接替盧醫師、在彰化開設蘭醫館,彰化基督教醫院前身。 2. 台灣總督府總督官房下設衛生事務所主管台灣衛生事務。 3. 在中央於總督府民政局總務部設衛生課。在地方,官廳警察課設衛生係(股),由衛生警察負責採取強制措施,並在各地方以公醫、醫學校來組成台灣醫療制度的重心。【恆春鎮志(上)民87編】 李鴻章、伊藤博文在下關春帆樓首次談判;清、日馬關條約簽署割台灣。 4. 德國人倫琴(Wilhelm Conrad Röntgen)發現x射線,迅即用於臨床診斷。
1896 日、 明治 29年	日人復施民政,分全臺為臺北、臺中、臺南三縣及澎湖島一廳。時本縣隸屬臺南縣鳳山支廳。【琉球鄉志民95編】。	1. 禁止鴉片由島外輸入。 2. 建新樓醫院。 3. 文武官員腳氣病頻傳,通告以糙米攝食。 4. 因天花流行勵行種痘。 5. 日本內務省衛生局長後藤新平,受聘為總督府衛生顧問來台做實地衛生調查。 6. 訂立船舶檢疫手續。 7. 10月22日,細菌學者岡田國太郎在東京醫學會上,發表台灣出現鼠疫。 8. 10月28日,於城外新起街與台北病院傳染病隔離室設百斯篤(鼠疫)避病院,稱「台北縣避病院」,是為台灣傳染病院之濫觴。	巴洛克塞(Scipione Riva-Rocci)發明脈波壓力計,是現代血壓計的雛型。

紀元	屏東醫療紀事	台灣醫療紀事	世界醫療紀事
		9.公佈「台灣公醫規則」,實施公醫 <sup>501</sup> 制度【牡丹鄉志民89編】 10.公佈台灣醫事規則,管理台灣醫業,規定欲開業者必須有日本內務大臣或台灣總督所頒發的許可,方能經營醫業,但在台灣山間偏遠地區,得審查其技術,以限地、期限而准其開業。【恆春鎮志(上)民87編】 11.日本在台灣實施公娼制度。【恆春鎮志(上)民87編】	
1897日、明治30年	4月,日人復改全臺為三縣三廳,本縣屬臺南縣。【琉球鄉志民95編】。	1.臺灣總督府創設台灣土人醫師養成所。 2.台北病院內設立醫學講習所為台灣公立近代醫學教育之濫觴。 3.台北病院內設看護婦養成所。 4.日本在台灣制定花柳病預防標準,開始健檢制度。【恆春鎮志(上)民87編】	德國哥基利安(Gustav Killian)發明支氣管鏡。
1898日、明治31年	4月,日人復改全臺為三縣三廳,本縣屬臺南縣。【琉球鄉志民95編】。	後藤新平改派為民政長官。	法國居禮夫人(Marie Sklodowska - Curie)發現鐳。
1899日、明治32年		1.設台灣總督府醫學校,台灣醫學正規教育之始。 2.成立台灣地方病及傳染病調查。 3.台灣下水道規則施行細則,於指定地域內施行。 4.公佈海港檢疫規則。	
1901日明治34年	日本人廢除地方三級制,改行「總督府、廳」之二級制,本縣隸屬於阿猴廳。【琉球鄉志民95編】。		1.德國細菌學家貝林(Emil Adolf von Behring)由於對血清療法,特別是抗白喉血清療法的研究而獲得首次頒發的諾貝爾生理學或醫學獎。 2.奧地利人蘭德施泰納(Karl Landsteiner)發現人類血型至少有A B O三種血型互不相容,奠定輸血療法的基礎。 3.奧地利人弗洛伊德(Sigmund Freud)著《夢的解析》,闡述了精神分析的理論。

<sup>501</sup> 公醫的設置思想源自後藤新平,他受德國「國家醫療」制度的影響,將公共衛生納入國家政策,以公醫做公共衛生第一線的工作者,如同西方傳教士一般做為殖民地拓展的先鋒(范燕秋,<日治初期台灣公共衛生的形成>頁230)。公醫雖非官吏,但由總督府任命,並有津貼,在當地開業,負責當地公共衛生及醫事一般事宜。上下水道之清潔改善、傳染病、流行病、地方病的檢疫與預防,種牛痘、衛生消毒、屍體檢查、公園衛生、鴉片、貧民醫療、衛生與醫事統計均為其相關業務(李騰嶽,頁60-61)。而公醫衛生事業的執行,必須配合衛生警察。日治時期衛生政策事由衛生警察推動,所有的醫療機關、公設產婆、食物檢查、上下水道的清潔、環境大掃除、垃圾清理、屠宰場、市場、花柳病、井戶等一般保健業務,以及傳染病、地方病的防疫工作皆由其處理,而且權力相當大,住家清潔的檢查、飲食衛生的取締外,尚干涉隨地便溺。

紀元	屏東醫療紀事	台灣醫療紀事	世界醫療紀事
1902 日、 明治 35年		1. 日本赤十字社正式在台北設立台灣支部，聘後藤平為支部長8月以醫學校為中心成立「台灣醫學會」，推選高木友枝擔任會長，9月「台灣醫學會雜誌」創刊。 2. 台南廳於台安平兩市實施捕鼠買收規則，台北廳亦仿倣之為推動防疫事務於衛生課內置臨時防疫事務官及防疫醫官。 3. 訂定「產婆養成規程」，推行產婆訓練，以醫學訓練的產婆逐漸取代傳統的穩婆，產婆取得合格證書後，可以在地方開業。【琉球鄉志95編】	英國人羅斯（Ronald Ross）在按蚊屬（Anopheles）蚊蟲胃腸道中發現瘧原蟲，瘧疾是由按蚊傳播的；奠定了瘧疾防治工作的基礎。獲得諾貝爾生理學或醫學獎。
1903 日、 明治 36年	12月7日恆春鎮德和里、蟬廣嘴庄、龍泉水庄、糠榔林庄等地均有豬疫流行，並禁止一切羊豬等出入。 <sup>502</sup> 【恆春鎮志(上)民87編】		荷蘭人愛因托芬(Willem Einthoven)利用自己發明的弦線電流計測量心電，制定導聯常規，奠定臨床心電圖學基礎。
1904 日、 明治 37年	因醫院數目不足，由醫院院長兼各地衛生顧問，鳳山醫院院長兼鳳山、恆春廳衛生顧問。 <sup>503</sup> 【恆春鎮志(上)民87編】		
1905 日、 明治 38年		1. 公佈大清潔法施行規則，分春秋兩次獎勵實施。 2. 第一次戶口普查。	
1906 日、 明治 39年		1. 嘉義大地震死千餘人2. 施行娼妓取締規則。 3. 施行台灣家屋建築規則。 4. 後藤新平卸任(繼為總督顧問)。 5. 總督府發佈「墓地火葬場及埋火葬取締規則」，明定其設置及管理辦法，強調墓地火葬場設置申請的必要，其地點必須無妨害衛生及公共設備，傳染病患死者必須葬於官方指定之墓地。【恆春鎮志(上)民87編】	1. 愛因斯坦（Albert Einstein）發表相對論。 2. 義大利組織學家高爾基（Camillo Golgi）及西班牙組織學家拉蒙卡摩爾（Santiago Ramon y Cajal），從事神經系統結構的研究，建立神經元結構的完整知識，確立神經元之間的關連。獲得諾貝爾生理學或醫學獎。

<sup>502</sup> 當時恆春廳長森尾曾公告加強警戒預防，其諭令如下：告諭事。照得牛疫事，獸疫中最可恐畏之事，人夙所知，於鄰接各廳下蔓延猖獗，必死撲殺之事無算，時慘狀已極，幸本廳下疫之發生未見，然不幸而一朝若此種至乎侵入，到處慘毒不可計知，不獨個人之損害而已，失墜產牛地之芳聲，引序阻害斯業之發達，不幸比是無過，大可深著戒心之方。今案查獸疫傳播之徑路，獸疫亦有其察之物，流行地轉賣他方，實貽貽然而此際流行地域出所不明之牛畜，飼牛、牛、牛等唆誘已低價，不保無奸商，加深警戒預防，上已須期遺憾汝等一體民人知悉。為此特諭。明治三十六年十月五日(恆春廳報告諭第四號)

<sup>503</sup> 范燕秋，〈日治初期台灣公共衛生-以防疫為中心之研究(1895-1920)〉師大碩士論文(83)頁47



紀元	屏東醫療紀事	台灣醫療紀事	世界醫療紀事
1907 日、 明治40年		台北病院看護養成所有台灣人入學，台灣人護理訓練之始台灣人口3,188,018人。	
1908日、 明治41年			德國醫學家艾利希(Ehrlich Paul)及俄國醫學家梅契尼科夫(Elie Metchnikoff)合成抗梅毒藥物606，開創了化學療法。獲得諾貝爾生理學或醫學獎。
1909 日、 明治42年	日人以臺地寧靖,產業漸興,遂併全臺20廳為12廳,本縣仍屬阿猴廳。【琉球鄉志民95編】。	黃玉階創斷髮會，獎勵剪除辮髮。	
1910 日、 明治43年	阿猴病院於10月31日成立(即為現之署立屏東醫院前身),由原台灣總督府鳳山病院舊廈拆遷而設立;初期只設內、外兩科。【屏東縣志-民60年編】	台北自來水廠竣工，是全台食用水衛生之開端設打狗自來水	
1911 日、 明治44年		10月10日辛亥革命成功，清朝結束。	英國實施全民健保
1912 日、 明治45年大 正元年(民 國元年)	阿猴病院增設眼科。【屏東縣志-民60年編】	台北馬偕醫院開幕，首任院長宋雅各醫師(James Young Ferguson)。	
1913 日、 大正2年		總督府公布瘧疾防遏規則。	世界第一台家用冰箱在芝加哥問世。
1914 日、 大正3年			1914年至1918年為第一次世界大戰。 奧地利醫學家巴拉尼(Robert Brny)從事內耳前庭的生理與病理研究。獲得諾貝爾生理學或醫學獎。
1916 日、 大正5年		公布「台灣醫師令」及「台灣齒科醫師令」。 4月1日起凡捕殺老鼠者，每隻給予日幣二錢獎金。	

紀元	屏東醫療紀事	台灣醫療紀事	世界醫療紀事
1917 日、 大正6年		戴仁壽醫師 (Dr.George Gushe Taylor) 及陳大鑼先生用羅馬拼音白話字編寫「內外科看護學 (The Principles and Practices of Nursing)」，全書達657頁。	
1918 日、 大正7年		鼠疫在台灣絕跡 <sup>504</sup> 【恆春鎮志(上)民87編】	美國由外科醫學會開始對醫院作評鑑。
1919 日、 大正8年	9月,全台改制,西部十廳盡廢,本縣改屬於高雄州東港郡。【琉球鄉志-民95編】。 阿猴病院增設婦產科【屏東縣志-民60年編】。		
1920 日、 大正9年 (民國9年)	阿猴病院正式更名為台灣總督府屏東病院。【屏東縣志-民60年編】	1. 莊媽江來打狗開業，是當時第一位台籍西醫。 2. 第三次人口普查。	
1921日、 大正10年 (民國10年)	1.里港鄉實施街庄自治,庄役場自籌經費,從事衛生環境改善事宜,最早討論的是設置「公共簡易浴場」。 <sup>505</sup> 【里港鄉誌-民92】 2.台灣總督府警務局衛生課從1917-21年調查恆春庄死亡原因,平均死亡因素的前五名分別是:1,畸形、先天性質弱及幼兒固有疾病。2.肺炎及氣管支肺炎。3.流行性感冒。4.霍亂。5.其他疾病。 <sup>506</sup> 【恆春鎮志(上)民87編】		邦廷 (Frederick Banting) 和別斯特 (Charles Best) 分離出胰島素。
1922 日、 大正11年		1. 設立高雄慈惠院，乃承襲清代醫療施藥之慈善機關。 2. 12月16日，杜聰明獲得日本京都帝國大學醫學博士，為台灣第一位醫學博士，也是台灣第一位博士。	1.英國生理學家希爾 (Archibald Vivian Hill) 從事肌肉產熱機制的研究。獲得諾貝爾生理學或醫學獎。 2.德國生理化學家邁爾霍夫 (Otto Fritz Meyerhof)，發現肌肉中的乳酸的生成及代謝途徑。獲得諾貝爾生理學或醫學獎。

<sup>504</sup> 陳君凱,〈日治時代台灣醫生社會地位之研究〉,師大歷史所專刊,22,頁38

<sup>505</sup> 公共簡易浴場其目的在於提供一個公共場所,供給中下收入庄民洗滌身體防兼治傳統疾病之用。

<sup>506</sup> 台灣總督府警務局衛生課,1926。

紀元	屏東醫療紀事	台灣醫療紀事	世界醫療紀事
1923 日、大 正12年			
1924 日、大 正13年	設置琉球庄1名公醫,由宇田薰擔任,直到日治結束。執掌工作有十項 <sup>507</sup> 【琉球鄉志民95編】。	台灣總督府公佈按摩術營業取締規則,規定需經考試或在州、廳行政首長指定的學校三家講習者方能執業 <sup>508</sup> 【恆春鎮志(上)民87編】	德國漢斯伯格(Hans Berger)利用腦電圖,他也是第一個來描述不同的波浪或節奏是存在於正常與異常腦
1925 日、大 正14年	里港庄役場注重街道衛生,開始聘用二名衛生苦力,每天負責清理溝渠,並搬運垃圾,集中到過港村公墓堆放。為預防瘧疾,庄役場亦預先設計下水溝,並編制預算定期清洗。【里港鄉誌-民92】		英國人費希爾(Sir Ronald Aylmer Fisher)出版《研究工作用數理統計方法》,連同1935年出版的《實驗設計》,對此後的醫學研究,特別是臨床藥效評價工作為生重大影響。他提出的重複、隨機、對照三大原則一直指導著現代研究。
1927日 昭和2 年		台灣總督府醫學專門學校改稱「台北醫學專門學校」。	奧地利精神病學家瓦格納姚萊格(Julius Wagner-Jauregg),發現瘧疾接種可治療麻痺性癡呆症。獲得諾貝爾生理學或醫學獎。
1928 日、昭 和3年 (民國17 年)	恆春庄花費200.00圓設置公共井戶一個,免除居民大半飲用河水、井水,促進衛生。 <sup>509</sup> 【恆春鎮志(上)民87編】		英國人弗萊明(Sir Alexander Fleming)發現盤尼西林。
1929 日、昭 和4年 (民國18 年)	屏東病院增設X光科【屏東縣志-民60年編】	1. 1月「鴉片令」改正,為對癮者漸漸治療以達根本戒除。 2. 8月13日為收容痲瘋病患,擇地新莊蓋設「樂生院」1930年10月1日落成。1945年12月改名「台灣省立樂生療養院」,2008年12月拆除。	1. 德國人福斯曼(Werner Forssmann)在自身試驗插入導管。 2. 荷蘭病理學家艾克曼(Christiaan Eijkman)發現抗神經炎維生素,提供腳氣病的真正起因及可能治療方法。獲得諾貝爾生理學或醫學獎。 英國生物學家霍普金斯(Frederick Gowland Hopkins)發現刺激生長的維生素。獲得諾貝爾生理學或醫學獎。

<sup>507</sup> 十項分別為1.上下水道(自來水與水溝)之清潔與改善。2.注意傳染病、流行病及地方病發生,並進行檢疫與預防工作。3.普及種痘。4.驅除細菌黴毒。5.救助醫療貧民。6.檢驗屍體。7.有關鴉片事項。8.有關公園衛生事項。9.有關中毒事項。10.有關衛生及醫事統計。

<sup>508</sup> 參考行政院衛生署編,〈台灣地區公共衛生發展史(一)〉頁48-65

<sup>509</sup> 〈高雄州管內概況及事務概要〉昭和4年,頁216。

紀元	屏東醫療紀事	台灣醫療紀事	世界醫療紀事
1930日、昭和5年（民國19年）		於台北市大稻埕設立鴉片癮者戒毒所—台北更生院。同時總督府各醫院亦附設戒毒所，收容癮者。	英國生理化學家薛靈頓（Charles Scott Sherrington）與阿德里安（Edgar Douglas Adrian）共同從事神經元功能的研究。獲得諾貝爾生理學或醫學獎。
1931日、昭和6年（民國20年）		秋季加拿大聯合教會李約翰醫師（Dr. John.Llew Little）和吳花蜜醫師（Dr. Flora M.Gauld）夫婦受英國母會派遣來台，接任台南新樓醫院院長，任內組織台灣第一個基督徒醫學會。	
1932日、昭和7年（民國21年）	琉球庄出現4家醫藥販賣商店。【琉球鄉志民95編】		德國動物學家斯潘曼（Hans Spemann）發現胚胎發育過程中，有器官導體（Organizer）會誘發器官的發生，首度證實細胞之間有交互作用。獲得諾貝爾生理學或醫學獎。
1933日、昭和8年（民國22年）	林邊庄管內狀況一覽簿所載：醫師8人、醫生1人、藥劑師2人、產婆12人、藥種商12人，總計35人。【林邊鄉志民74編】		1.美國醫學家摩爾根( Thomas Hunt Morgan)染色體在遺傳中的作用。 2.德國人羅斯卡(Ernst August Friedrich Ruska)發明電子顯微鏡。 3.1933~1938年間相繼出現的胰島素休克和電休克為主要精神障礙提供了比較有效的療法。
1934日、昭和9年（民國23年）	高雄慈惠醫院囑託醫師一名巡迴琉球協助地方醫療工作,受診療有200人次。【琉球鄉志民95編】		
1935日、昭和10年（民國24年）	琉球庄公設產婆正式設置,名為蔡陳敏。每年編列預算約486日圓,免費為地方服務。【琉球鄉志民95編】	關刀山大地震，造成重大傷亡。	

紀元	屏東醫療紀事	台灣醫療紀事	世界醫療紀事
1936 日、昭和11年 (民國25年)	恆春郡的醫院調查中,計有博德醫院(負責人林新教為公醫)、佐藤醫院(負責人為佐藤廣之進,為公醫)、原醫院(負責人為原豐熊,該院位置當時屬恆春鎮,現屬車城鄉)、安生醫院(負責人為尤進來,現南門醫院原址)、恆春醫院(負責人為許燦淵)、齒科醫院(負責人為別役義文)、齒科醫院(負責人為市原孝)、齒科(負責人為郭生音)等。 <sup>510</sup> 【恆春鎮志(上)民87編】	台灣總督府台北醫學專門學校改製成為「台北帝國大學附屬醫學專門部」。	英國醫學家戴爾(Henry Hallett Dale)與德國藥學家羅伊(Otto Loewi)共同發現傳遞神經衝動的化學傳導物質。獲得諾貝爾生理學或醫學獎。
1937 日、昭和12年 (民國26年)	屏東病院增設小兒科。【屏東縣志-民60年編】 東英汽車公司提供一輛灑水車,作為里港鄉街道清潔工具。【里港鄉誌-民92】		
1938 日、昭和13年 (民國27年)			美國使用放射線碘治療甲狀腺腫。 比利時生理學家海曼斯(Corneille Jean Francois Heymans)發現頸動脈竇與主動脈的收縮與擴張機制可調節呼吸作用。獲得諾貝爾生理學或醫學獎。
1939 日、昭和14年 (民國28年)			1.瑞士化學家彌勒(Hermann Paul Müller)合成DDT,這是世界上第一個強有力的殺蟲劑,在消滅蟲媒控制傳染方面曾起重大作用。 1939年至1945年為第二次世界大戰。
1940 日、昭和15年 (民國29年)	根據恆春街要覽所調查恆春街的醫療衛生設施包括:產婆2名(無產房設備)、傳染病管理所、衛生組合聯合會、部落衛生組合7處、火葬場、藥種商4處及藥局2處。【恆春鎮志(上)民87編】		
1941 日、昭和16年 (民國30年)		台灣保健協會設立台灣保健館,為附近居民改善衛生,是台灣公共衛生之濫觴。	1.日軍偷襲美國太平洋海基地珍珠港,掀起太平洋戰爭。 2.美國人理查茲和庫爾南(Dickinson Woodruff Richards & Andr Frederic Cournand)改進心導管術,並用於臨床。

<sup>510</sup> 引自恆春案內志及台灣總督府職員錄(昭和11年)

紀元	屏東醫療紀事	台灣醫療紀事	世界醫療紀事
1942 日、昭和17年 (民國31年)		6月「熱帶醫學會」在台北帝大醫學部舉行成立大會，並發行「熱帶醫學雜誌」。	1.1942~1943年間荷蘭醫師科爾夫(Willem Johan Kolff)用血透析法(人工腎)幫助病人渡過急性腎功能衰竭。 2.埃爾利希(Paul Ehrlich)發現烷化劑氮芥的抗癌作用，是為癌瘤化學療法的開始。
1943 日、昭和18年 (民國32年)		公布「台灣醫師令」及「台灣齒科醫師會令」施行藥事法改訂「台灣藥品取締規則」。	
1944 日、昭和19年 (民國33年)		多所醫院被炸，赤十字醫院則因屋頂的赤十字而倖免，台大醫院則被迫遷移	美國生理事學家厄蘭格(Joseph Erlanger)及加塞(Herbert Spencer Gasser)共同發現單一神經纖維具有高度分化的功能。獲得諾貝爾生理學或醫學獎。
1945 日、昭和20年 (民國34年)	日本宣佈戰敗，台灣光復。 【屏東縣志-60年編】本縣隸屬於高雄縣。【琉球鄉志-民95編】。 台灣省行政長官公署衛生局於11月派李朝欽接收屏東醫院並任院長，院內設內科、外科、小兒科、婦產科、耳鼻喉科、眼科、牙科、藥劑室、護理室、人事室、主計室、X光室、檢驗室及總務室。【屏東縣志-民60年編】	1.臺灣光復，在日本臺籍醫師與醫學生相繼回臺台北帝大醫學部附屬醫院改稱為國立台灣大學醫學院第一附屬醫院，杜聰明為首任院長台北赤十字醫院改為第二附屬醫院。 2.台灣光復後，衛生機關隸屬行政長官公署民政處衛生局，省以下各縣市設衛生院或衛生股，管理地方衛生行政。【琉球鄉志95編】	1.8月14日，日皇裕仁下詔：日本放棄台灣，結束50年日本殖民統治。 8月15日，日本投降。 2.由弗洛里(Howard Walter Florey)和錢恩(Ernst Boris Chain)提取出青黴素，並進行臨床實驗取得成功。獲得諾貝爾生理學或醫學獎。
1946 、民國35年	11月，美國洛克菲勒基金會於屏東潮州成立瘧疾研究中心，乃台灣省瘧疾研究所前身屏東市衛生院於5月成立。 【屏東縣志-民60年編】 泰武鄉衛生所於6月成立。 【屏東縣志-民60年編】 春日鄉衛生所於11月26日成立。 【屏東縣志-民60年編】		

紀元	屏東醫療紀事	台灣醫療紀事	世界醫療紀事
1946 、 民 國 35 年	<p>瑪家鄉衛生所於9月1日成立,首位主任為劉全德。【屏東縣志-民60年編】</p> <p>霧台鄉衛生所於12月1日成立,首位主任為杜樹茂。【屏東縣志-民60年編】</p> <p>獅子鄉衛生所於12月1日成立,首位主任為李文來。【屏東縣志-民60年編】</p> <p>里港鄉首屆鄉民代表會主席溫玉春醫師指出鄉民性病患者頗多,瘧疾患者比例也相當高。【里港鄉誌-民92】</p>		
1947 、 民 國 36 年	<p>枋山鄉衛生所於12月成立。【屏東縣志-民60年編】</p> <p>三地鄉衛生所於5月1日成立,首位主任為鄭勇明。【屏東縣志-民60年編】</p> <p>來義鄉衛生所於6月1日成立。【屏東縣志-民60年編】</p> <p>屏東醫院1月獲得救濟總署補助,增設木造二樓護士宿舍及禮堂。【屏東縣志-民60年編】</p> <p>里港鄉若干鄉民感染天花【里港鄉誌-民92】</p> <p>牡丹鄉衛生所成立,首任所長為施木先。【牡丹鄉志,民89編】</p>	<p>1.台中、高雄各地流行天花。</p> <p>2.11月28日,世界紅十字會台灣分會成立,蔡培火為會長杜聰明為副會長。</p> <p>3.台灣省衛生處成立,首任處長為顏春輝。</p>	
1948 、 民 國 37 年	<p>長治鄉衛生所於6月成立。【屏東縣志-民60年編】</p> <p>春日鄉12月在各村設置衛生室。【屏東縣志-民60年編】</p> <p>九如鄉衛生所於7月1日成立,首位主任為盧榮源。【屏東縣志-民60年編】</p> <p>萬丹鄉衛生所於7月1日成立,首位主任為李芳全。【屏東縣志-民60年編】</p> <p>屏東醫院接收北勢頭愛生醫院做為傳染病房。【屏東縣志-民60年編】</p>	<p>1.9月1日世界衛生組(WHO)正式成立,台灣為發起國之一。</p> <p>2.美國門諾會海外救濟總會派遣專業醫護教士組成「山地巡迴醫療工作隊」,以花蓮為基地,在台灣各個原住民部落定期巡迴醫療服務,是「門諾醫院」地前身。</p> <p>3.公佈「台灣各縣市衛生機關組織規程」。【琉球鄉志95編】</p>	

紀元	屏東醫療紀事	台灣醫療紀事	世界醫療紀事
1949 民國 38年	<p>6月恆春醫院成立,屬高雄縣。據說是由當時的高雄縣議會議長葉登祺向省府申請到的。<sup>511</sup>【恆春鎮志(上)民87編】</p> <p>牡丹鄉衛生所於8月1日成立,同時各村設衛生室。?【屏東縣志-民60年編】</p> <p>萬巒鄉衛生所於8月1日成立。【屏東縣志-民60年編】</p> <p>滿洲鄉衛生所於10月12日成立。首任主任為梁明【屏東縣志-民60年編】</p> <p>恆春鎮衛生所於12月20日成立。【屏東縣志-民60年編】</p>	<p>1. 國防醫學院隨政府遷台至台北。</p> <p>2..中華農村復興聯合會遷台，利用美援加強醫療保健服務、急性傳染病防治、婦幼衛生與家庭計劃等。</p> <p>3.高雄港油輪爆炸，死傷約三百人。</p>	<p>1.瑞士醫師,生理學家赫斯(Walter Rudolf Hess)發現間腦為體內所有器官的協調中樞。獲得諾貝爾生理學或醫學獎。</p> <p>2.葡萄牙神經學家莫尼茲(Egas Moniz)發現前額葉白質切除術可治療某些精神病。獲得諾貝爾生理學或醫學獎。</p> <p>polio病毒之疫苗開始在人體組織培養，並於50年代中期發展出有效的vaccine。</p>
1950 民國 39年	<p>車城鄉衛生所於3月成立。【屏東縣志-民60年編】</p> <p>林邊鄉及內埔鄉衛生所於7月1日成立。【屏東縣志-民60年編】</p> <p>東港鎮衛生所於9月1日成立。【屏東縣志-民60年編】</p> <p>枋寮鄉衛生所於4月1日成立,首位主任為洪榮譽。【屏東縣志-60年編】</p> <p>崁頂鄉衛生所於7月1日成立,首位主任為章才廉。【屏東縣志-民60年編】</p> <p>滿州鄉衛生所設立。【滿州鄉志-民88年4月編】</p> <p>屏東醫院傳染病房移交給屏東空軍醫院。【屏東縣志-民60年編】</p>	<p>3月1日勞工保險開始實施。</p>	<p>英國發明呼吸器 1950~1951年間，超音波開始用於臨床診斷。</p>

<sup>511</sup> 楊雅慧,〈阮的心內化〉台北縣文化中心,1996,頁229



紀元	屏東醫療紀事	台灣醫療紀事	世界醫療紀事
1951 民國 40年	<p>恆春醫院因行政區域變更,改為屏東縣立恆春醫院,6月增設內科、外科【恆春鎮志(上)民87編】</p> <p>潮洲鎮及里港鄉衛生所於3月成立。【屏東縣志-民60年編】</p> <p>新埤鄉衛生所於4月成立。【屏東縣志-民60年編】</p> <p>南州鄉(原名溪州)衛生所於6月成立。【屏東縣志-民60年編】</p> <p>塩埔鄉衛生所於8月20日成立。【屏東縣志-民60年編】</p> <p>高樹鄉衛生所於2月24日成立,首位主任為楊成堃。【屏東縣志-民60年編】</p> <p>竹田鄉衛生所於4月16日成立,首位主任為黃坤鑑。【屏東縣志-民60年編】</p> <p>新園鄉衛生所於5月1日成立,首位主任為薛仁川。【屏東縣志-民60年編】</p>		<p>1.加拿大發明鈷60放射線治療。</p> <p>2.美國醫院評鑑聯合會(JCAH)成立,統合了由各醫學會分別作醫院評鑑的評鑑工作。</p>
1952 民國 41年	<p>麟洛鄉衛生所於7月1日成立。【屏東縣志-民60年編】</p> <p>屏東醫院增設急診室,5月增設山胞病房,專供病患住院之用。【屏東縣志-民60年編】</p> <p>屏東醫院11月奉令接收縣立恆春醫院,改該院為附屬之恆春分院,恆春醫院增設婦產科。【屏東縣志-民60年編】【恆春鎮志(上)民87編】</p>	<p>1. 4月25日「台灣醫界通訊」創刊(1952-1955),為「台灣醫界」雜誌的前身。</p> <p>2. 7月17日,總統夫人宋美齡暨中外名流,發起組織「台灣防癆協會」。</p>	<p>德國發明核子醫學放射線同位數掃描</p>

紀元	屏東醫療紀事	台灣醫療紀事	世界醫療紀事
1953 民國 42年	<p>屏東市衛生所於5月1日成立。 【屏東縣志-民60年編】</p> <p>屏東醫院現地不敷使用，獲省府核准遷建，建築經費為新台幣615萬，餘由屏東市公所以郊區公地交換，另撥地價差額及建料折價共計210萬元，另美援會撥365萬；省府補助40萬。 【屏東縣志-民60年編】</p>		<p>1.DNA雙螺旋模型問世，揭開了遺傳的奧秘，遺傳學和分子生物學迅速發展。</p> <p>2.美國吉本(John Heysham Gibbon Jr.)第一個用完全心肺分流術為病人作手術閉合心房缺損取得成功。</p> <p>3.1953~1957年間美國人沙克(Jonas E. Salk)和沙賓(Albert B.Sabin)分別研製出注射的和口服的小兒麻痺症疫苗，實驗證明效果良好。</p>
1954 民國 43年	<p>屏東醫院新址第一期7月開工，建築門診部、病房三棟、廚房、洗衣室、太平間及水電設備。【屏東縣志-民60年編】</p>	<p>7月，杜聰明創辦私立高雄醫學院。</p>	<p>1.瑞典發明心臟超音波。</p> <p>2.首例腎移植在美國波士頓完成。</p>
1955 民國 44年	<p>屏東醫院新址第一期工程5月完工。【屏東縣志-民60年編】</p> <p>屏東醫院第二期工程6月開工，建築護士宿舍，職員宿舍，其中職員宿舍及庭園設備於12月竣工。【屏東縣志-民60年編】</p> <p>屏東醫院舊址11月1日火災，文件付之一炬。【屏東縣志-民60年編】</p> <p>屏東醫院於11月5日正式在新院舍辦公。【屏東縣志-民60年編】</p>		
1956 民國 45年	<p>里港鄉地方人士反映，本鄉各村鼠疫橫行，造成嚴重鼠害。 【里港鄉誌-民92】</p> <p>7月林邊鄉衛生所遷入新廳舍辦公。【林邊鄉志民74編】</p>		

紀元	屏東醫療紀事	台灣醫療紀事	世界醫療紀事
1957 民國46年	屏東醫院第二任院長劉紹興於11月接任。【屏東縣志-民60年編】里港國小和載興國小學生約有三分之一感染流行性感冒。 <sup>512</sup> 【里港鄉誌-民92】	挪威宣教士畢嘉士(Olav Bjorgaas)醫師創立高雄基督教診所專門收治痲瘋病患	1. 德裔美國人英格拉姆(Vernon M.Ingram)分析鎌狀細胞貧血病人的血紅蛋白，發現與正常相比較只差一個氨基酸，這是分子醫學的一個里程碑。 2. 科學家Djourno和Eyries首次使用電極刺激聽覺神經，聽見背景聲音。 醫療科技儀器製造商美敦利(Medtronic)發明心臟節律器。
1958 民國47年		1. 2月15日「台灣醫界」創刊。 2. 省政府委託高雄醫學院附設「台灣省山地醫師醫學專修科」，畢業後取得醫師資格，由省政府分發至山地衛生機構服務十年。 3. 中國醫藥學院成立。	
1960 民國49年		台灣西南部產鹽地區發現烏腳病。 台北醫學院成立。 中山牙醫專科學校成立。	
1961 民國50年		3月3日，公務員保險全面實施，開始辦理免費體檢。	William House醫師成功植入人工電子耳。

<sup>512</sup> 此次流行性感冒由於人數眾多，校方為避免進一步惡化，宣佈停課4天，其他各種補習班也宣布暫停上課。大約同一時期，衛生單位在里港全鄉各村噴灑DDT防止瘧疾進一步侵害人體。1960年代初期，里港鄉每年約有30多位肺結核患者。這些跡象顯示1950年代政權轉移階段，里港鄉衛生環境仍然處於不甚健康的狀態。

紀元	屏東醫療紀事	台灣醫療紀事	世界醫療紀事
1962 民國51年	<p>衛生局婦幼衛生工作統計,產前門診2012人;產後門診985人;兒童健康門診2054人;接生2212人;家庭訪視件數810。【屏東縣志-民60年編】</p> <p>屏東醫院10月開工增建住院醫師宿舍及倉庫。【屏東縣志-民60年編】</p> <p>屏東醫院於12月新建恆春分院院舍。【屏東縣志-民60年編】</p>		全省霍亂疫區解除,世界衛生組織正式宣佈台灣,是「無疫區」。
1963 民國52年	<p>衛生局婦幼衛生工作統計,產前門診2090人;產後門診1140人;兒童健康門診2140人;接生2231人;家庭訪視件數812。【屏東縣志-民60年編】</p> <p>屏東醫院增建之住院醫師宿舍及倉庫於2月完工。【屏東縣志-民60年編】</p> <p>屏東醫院恆春分院院舍增建工程6月完工。【屏東縣志-民60年編】</p> <p>滿州鄉衛生所原隸屬鄉公所,改隸為屏東縣衛生局。【滿州鄉志-民88年4月編】</p>	台灣省政府頒布「山地行政改進方案」,內規定調整山地衛生所編制員額,養成山地醫護人員、充實山地衛生教育及改進山地衛生。	
1964 民國53年	<p>衛生局婦幼衛生工作統計,產前門診2013人;產後門診1259人;兒童健康門診2184人;接生2352人;家庭訪視件數9012。【屏東縣志-民60年編】</p> <p>屏東醫院第三任院長吳金鑾於5月接任。【屏東縣志-民60年編】</p>		
1965 民國54年	<p>衛生局婦幼衛生工作統計,產前門診2232人;產後門診1260人;兒童健康門診3816人;接生3200人;家庭訪視件數9124。【屏東縣志-民60年編】</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1月27日,第一座眼庫在高雄醫學院成立。</li> <li>2. 4月8日,聯合國「人口年鑑」顯示,台灣的出生率及一般生育率居世界首位。</li> <li>3. 5月28日,世界衛生組織承認台灣瘧疾完全撲滅。</li> </ol>	

紀元	屏東醫療紀事	台灣醫療紀事	世界醫療紀事
1966 民國 55年	衛生局婦幼衛生工作統計,產前門診2280人;產後門診1056人;兒童健康門診14560人;接生5088人;家庭訪視件數10412。【屏東縣志-民60年編】	1. 7月1日,台灣全面開始實施食鹽加碘,以防甲狀腺腫症。 2. 8月,日本腦炎於全省流行。	
1967 民國 56年	衛生局婦幼衛生工作統計,產前門診2485人;產後門診1272人;兒童健康門診15560人;接生5085人;家庭訪視件數30121。【屏東縣志-民60年編】		瑞典神經生理學家格拉尼特(Ragnar Granit)、美國生理學家哈特蘭(Haldan Keffer Hartline)及美國生理化學家沃爾德(George Wald)從事眼部視覺發生過程的生理與化學研究。獲得諾貝爾生理學或醫學獎。
1968 民國 57年	恆春基督教診所在恆春鎮恆西路成立,是芬蘭信義會的宣教士,計畫從事醫療傳道工作而設立的醫療傳道中心。【恆春鎮志(上)民87編】 特種營業健康檢查,針對一般營業受檢人數966人,梅毒5人,其他病症137人,患病率為14.18%。 妓女戶受檢人數680人,梅毒1人,淋病31人,患病率4.71%。【屏東縣志-民60年編】 衛生局婦幼衛生工作統計,產前門診6541人;產後門診2121人;兒童健康門診17203人;接生5015人;家庭訪視件數36410。【屏東縣志-民60年編】	台大醫院完成台灣首例腎臟移植	加拿大實施全民健保
1969 民國 58	特種營業健康檢查,針對一般營業受檢人數2752人,梅毒33人,淋病37人,其他病症310人,患病率為13.80%。【屏東縣志-民60年編】 妓女戶受檢人數806人,梅毒1人,淋病30人,其他22人,患病率6.57%。【屏東縣志-民60年編】	11月13日,內政部禁用家庭用DDT。	
1970 民國 59年			英國生理學家卡茲(Bernard Katz)、瑞典生理學家奧伊勒(Ulf von Euler)及美國藥理學家愛梭羅德(Julius Axelrod)共同發現神經末梢的傳導物質,以及這些物質如何貯存,釋放與失去活性。獲得諾貝爾生理學或醫學獎。

紀元	屏東醫療紀事	台灣醫療紀事	世界醫療紀事
1970 民國 59年			英國生理學家卡茲 (Bernard Katz)、瑞典生理學家奧伊勒 (Ulf von Euler) 及美國藥理學家愛梭羅德 (Julius Axelrod) 共同發現神經末梢的傳導物質，以及這些物質如何貯存，釋放與失去活性。獲得諾貝爾生理學或醫學獎。
1971 民國 60年		1. 3月17日，行政院衛生署成立，首任署長為顏春輝。 2. 6月16日，台灣家庭計畫推行委員會推「兩個孩子恰恰好」口號。 3. 10月25日，台灣退出聯合國。	
1972 民國 61年		1. 5月2日，省政府宣布在台南縣北門成立「烏腳病防治中心」。 2. 世界衛生組織席次為中共取代，我國正式退出。	英國電子工程師郝殷斯費 (Godfrey N. Hounsfield) 發明電腦斷層。
1974 民國 63年		1. 1月10日，省立台中醫院首次發現連體嬰兒，後經台大醫院完成分割手術。 2. 德國沙利竇邁度藥品發現畸形兒出生。	
1975 民國 64年		9月11日，新醫師法公佈施行。 國立陽明醫學院成立。	阿根廷人米爾斯坦 (César Milstein) 和德意志人科勒 (Georges Jean Franz Kohler) 創用雜交瘤方法製造單克隆抗體，此法現廣泛用於科研和臨床診斷。
1976 民國 65年	恆春基督教診所更名為恆春基督教醫院【恆春鎮志(上)民87編】	台北長庚醫院開幕。	美國醫學家布盧姆伯格 (Baruch Samuel Blumberg) 發現乙型肝炎病毒。
1978 民國 67年		教育部會同衛生署訂定「教學醫院最低設置標準」，開始辦理教學醫院評鑑。 林口長庚醫院開幕。	史戴普脫 (Patrick Christopher Steptoe) 和愛德華茲 (Robert Geoffrey Edwards) 首次用體外受精後回植的方法培育出第一例“試管嬰兒”。
1979 民國 68年	恆春基督教醫院面臨經營危機，由中華醫藥傳道會 (CCMM) 支援經營至今。 【恆春鎮志(上)民87編】	台大醫院完成台灣第一例連體嬰分割。	美國醫學家柯馬克 (Allan M. Cormack) 及英國醫學家郝殷斯費 (Godfrey N. Hounsfield) 發明發展電腦斷層攝影術。獲得諾貝爾生理學或醫學獎。

紀元	屏東醫療紀事	台灣醫療紀事	世界醫療紀事
1980 民國 69年		12月25日，「加強B型肝炎防治計畫」開始實施。	
1981 民國 70年	琉球鄉發生全台第一例登革熱病例。患者人數高達90%以上。【琉球鄉志-民95編】	衛生署核准肝炎疫苗在台灣接種。	1.1981年發現的愛滋病，於1983年由法國人蒙塔尼埃（Luc Montagnier）分離出第一株病原體。美國人加洛證明它同1978年發現的人類T細胞白血病毒近緣，同為逆轉錄病毒，並於1984年制出特異血清。 2.美國動物學博士史派利（Roger W. Sperry）、加拿大神經生理學家休伯爾（David H. Hubel）及瑞典神經生理學家維瑟爾（Torsten N. Wiesel）發現大腦左右半球的功能有異，腦部視覺系統的資訊處理研究。獲得諾貝爾生理學或醫學獎。
1983 民國 72年		7月1日起，衛生署在十二鄉鎮陸續開辦群體醫療執業中心，並自2月1日起基層社區設立基層保健服務中心。 國立成功大學增設醫學院。	
1984 民國 73年		B型肝炎預防注射實施計劃自7月起開始辦理。 林口長庚醫院完成亞洲首例成功的肝臟移植手術	1.美國FDA正式核准販售3M/House耳蝸。 2.在澳洲Clark及同事發展了多頻道耳蝸植入，成為最普遍使用之方式。（核式多頻道人工耳蝸植入）
1985 民國 74年		農民健康保險開始試辦。1988年10月25日，台灣地區全面試辦農保。 衛生署證實我國首宗愛滋病例。 長庚醫院完成亞洲首例人工電子耳植入手術。 台北榮總順利誕生台灣第一位試管嬰兒。	

紀元	屏東醫療紀事	台灣醫療紀事	世界醫療紀事
1986 民國 75年		高雄長庚醫院開幕。	美國凡得比 (Vanderbilt) 大學教授柯恩 (Stanley Cohen) 與李維蒙塔希尼 (Rita Levi-Montalcini) 共同發現生長因子與上皮細胞生長因子。獲得諾貝爾生理學或醫學獎。
1987 民國 76年		1. 11月，衛生署證實已經四十年不流行之登革熱在南部出現。 2. 10月開放大陸探親。 3. 台大醫院完成台灣首例心臟移植。 4. 長庚大學醫學系設立。	
1988 民國 77年		5月26日，衛生署正式實施國產製藥GMP制度。	
1988 民國 77年	滿州鄉衛生局配合新大樓落成，開辦群體醫療執業中心【滿州鄉志-民88年4月編】。		
1990 民國 79年		榮民總醫院高雄分院開幕。 「後天免疫缺乏症狀群防治條例」公佈，愛滋病列入法定傳染病。 首創「偏遠地區醫療奉獻獎」，次年改為「醫療奉獻獎」。	
1991 民國 80年		1. 4月28日，長庚醫院成立國內第一個器官捐贈中心。 2. 5月24日，衛生署決定強制建立傳染病監視網。	德國醫學家內爾(Ervin Neher) 及塞克曼(Bert Sakmann)發明小片膜電壓鉗技術，研究證明離子通道的存在和作用機轉。獲得諾貝爾生理學或醫學獎。
1992 民國 81年		1. 台灣醫界聯盟成立。 2. 8月台灣首棟幅射屋事件。台北市「民生別墅」係幅射鋼筋建築物，居民長期暴露於低劑量幅射中，影響人體安全。	



紀元	屏東醫療紀事	台灣醫療紀事	世界醫療紀事
1993 民國 82年		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 7月2日，行政院通過修正麻醉藥品管理條例，規定事發前勒戒斷癮者免刑。</li> <li>2. 10月慈濟基金會台灣地區骨髓捐贈資料中心成立。</li> </ol>	
1994 民國 83年		<p>高雄長庚醫院完成全國首例活體肝臟移植手術。</p> <p>私立慈濟醫院成立。</p> <p>輔仁大學醫學系設立。</p>	
1995 民國 84年		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1月1日，中央健康保險局正式成立，3月1日全民健保開辦。</li> <li>2. 5月13日，台灣出現「漢他病毒」。</li> <li>3. 5月30日台灣地區總人口數2130萬人，人口密度每平方公里592人，在全球千萬人口以上國家中，排名第二。</li> </ol>	
1996 民國 85年	<p>琉球鄉實施推動垃圾減量及資源回收工作【琉球鄉志-民95編】</p> <p>10月,依台灣省政府衛生處社區衛生促進委員會章程成立恆春鎮社區衛生促進委員會,其宗旨為協助政府推展社區衛生教育與社區保健醫療,會址設於恆春鎮衛生所,其主要任務為:1.社區醫療。2.衛生保健。3.衛生宣導。4.衛生建議。5.觀摩活動。6.捐募財物。7,其他有關之社區衛生活動。【恆春鎮志(上)民87編】</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 國家衛生研究院成立。</li> <li>2. 第一屆民選總統、副總統為國民黨李登輝、連戰。</li> <li>3. 全台第一座合法醫療廢棄物焚化爐誕生。</li> </ol>	
1997 民國 86年	<p>琉球鄉衛生所醫療大樓完工<sup>513</sup>。【琉球鄉志-民95編】</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 3月1日，北、高兩市開始實施醫藥分業。</li> <li>2. 3月，十縣出現豬隻口蹄疫，政府緊急撲滅疫情，豬肉全面停止口，嚴禁病豬流入面。何大一博士發表「雞尾酒療法」，治療愛滋病。</li> </ol>	<p>美國神經科醫師布魯希納（Stanley B. Prusiner）發現新病原體Prions蛋白，此蛋白與賈庫氏病(CJD)有關。獲得諾貝爾生理學或醫學獎。</p>

紀元	屏東醫療紀事	台灣醫療紀事	世界醫療紀事
1999 民國 88年		台灣中部發生7.3級「九二一集集大地震」，死亡人數近3000人。	無國界醫師組織獲諾貝爾和平獎。
2000 民國 89年		3月18日，第十屆總統大選，民進黨候選人陳水扁先生當選，政黨輪替。	人類基因圖譜(genomes)公布，十八國科學家共同參予，解開 97% 密碼，其中85%定序完成，為醫學開啟全新時代。
2001 民國 90年	琉球鄉焚化爐3月2日驗收完工(87年12月25日開工)。 【琉球鄉志-民95編】		
2002 民國 91年			
2003 民國 92年	琉球鄉灰渣掩埋廠4月30日完工。 【琉球鄉志-民95編】	1.台大醫院證實勤姓夫婦感(SARS)，為台灣第一例SARS病例。 2.高雄長庚院外移入SARS，內科部林永祥醫師抗斃捐軀，政府表彰建議入高雄忠烈祠。	由廣東省開始爆發SARS，之後蔓延到香港、亞洲及全世界
2005 民國 94年		國家衛生研究院由胎盤幹細胞成功培植出神經細胞。	

<sup>513</sup> 琉球鄉衛生所醫療大樓為地上四樓,地下一樓設計,每層樓118坪,總計590坪,地下一樓為停車場及電氣室,一樓為藥局、掛號室、內外科診察室各一間、觀察室、X光室;二樓為牙科室、婦產科診療室、產房、手術室及嬰兒室、檢驗室;三樓為洗腎室及病房;四樓為套房式醫師宿舍。

## 參考書目 專書及論文

- 丁立偉，2008，〈台灣原住民巫術牧靈神學反省〉，《原住民巫術與基督宗教》，台北市：光啟文化。
- 小田俊郎著，洪有錫譯，1995，《台灣醫學五十年》，臺北：前衛。
- 尹章義，2008，《萬巒鄉志》。屏東：萬巒鄉公所。
- 王嵩山，2001，《臺灣原住民的社會與文化》，台北市：聯經。
- 王瑞瑤，2002，〈長期照護復健個案之定義與認定標準〉，《長期照護復健服務模式之探討》，台北市：國家衛生研究院。
- 王舜偉、孫彬訓、顏琪昌，2001，〈諱疾忌醫的神醫華陀？—廣播賣藥節目分析初探〉，《傳播與管理研究》，1(1)。
- 王凱淞，2006，《環境病媒管制策略》，新北市：新文京開發。
- 皮國立，2009，《當中藥碰上西藥》，台北市：台灣書房。
- 只野典男編，1928，《台灣內地醫事藥事法典》，台北：醫事藥事法典刊行會。
- 成亮，2003，〈運用社區健康營造的方法建構社區防SARS互助網〉，《醫療傳愛無國界 屏東感恩五十年》，屏東：屏東基督教醫院。
- 江東亮，1999，《醫療保健政策—臺灣經驗》，臺北市：巨流。
- 行政院主計處，2008，《中華民國統計年鑑 中華民國96年》，臺北：行政院主計處。
- 行政院衛生署疾病管制局，2009，〈臺灣地區第四類法定傳染病確定病例同期比較表〉，《疫情報導 二十五卷第11期》。台北市；衛生署疾病管制局。
- 行政院衛生署疾病管制局，2009，〈臺灣地區第二類法定傳染病確定病例同期比較表〉，《疫情報導 二十五卷第11期》。台北市；衛生署疾病管制局。
- 行政院衛生署，2007，《全民健康保險實施二年評估報告》。台北市：衛生署。
- 行政院衛生署編輯，1995，《臺灣地區公共衛生發展史(二)》，台北：行政院衛生署。
- 行政院衛生署疾病管制局編，2005，《台灣瘧疾根除四十週年紀念展導覽手冊》，臺北市：衛生署疾管局。
- 行政院研究發展考核委員會編，《精神病患醫療服務體系之檢討》，臺北市：行政院研考會。
- 行政院衛生署，〈精神衛生行政工作執行成果表〉，表號1650-02-01
- 行政院衛生署健康照護處，2006《95年度護理人文與倫理專案計畫成果報告書》南投：衛生署未出版。
- 阮玉梅等，1997，《公共衛生護理學》，臺北縣：啟英文化。
- 吳進喜，2000，〈臺灣災害性地震的時空分布〉。《臺灣文獻》51(1)。
- 吳永昌，1992，《台灣特有種植物與藥用資源調查研究》，年報期刊廿一期。
- 吳新榮，1989，《震瀛回憶錄》，台北：前衛。

- 吳介尊，〈日治時代以來臺灣地區疾病轉型模式之探討〉，收於《2006年臺灣人口學會學術研討會》。
- 吳嘉苓，2000。〈醫療專業、性別與國家：台灣助產士興衰的社會學分析〉。台灣社會學研究：4期，頁191-268。台北：國立台灣大學社會研究所。
- 李瑞娥，2010，〈生命教育－探索人生歷程的學習〉，台北：麗文出版社。
- 李騰嶽原修、莊金德增修，1971，《台灣省通誌》卷三〈政事志·衛生篇〉，南投：臺灣省文獻會。
- 李霖，2001，《台灣鄉土行業》，台北縣：稻田。
- 李秀琴，〈有關台灣原住民、西洋宗教體系與傳教士的德文文獻〉，《台灣史研究》1，2，台北：中央研究院。
- 李欣芬，1988，《基督教與台灣醫療衛生的現代化－以彰化基督教醫院為中心之探討》。國立臺灣師範大學歷史研究所碩士論文，未出版。
- 李瑞娥，2012，〈屏東鄉間的醫療發展－助產士與藥房老闆娘口述醫療事跡〉，《屏東文獻15》，屏東縣政府文化處。
- 李明亮總編輯，2004，《全國衛生醫療政策會議總結報告書》，臺北市：國家衛生研究院。
- 林俊全，2004，《臺灣的天然災害》。臺北：遠足文化。
- 林美琪，2011，〈屏東縣國小新住民家長親師溝通及相關問題之研究〉，國立屏東教育大學社會發展學系研究所碩士論文，未發表。
- 林純美、連日清、楊銘欽，1996，〈臺灣南部七縣市居民對登革熱防治的知識態度及行為之調查研究〉，《傳染病防治第三輯》，台北：省公共衛研所。
- 林衡道編，1990，《臺灣史》，南投：臺灣省文獻委員會。
- 林衡道編，1990，《臺灣史》，台北市：眾文圖書。
- 林昭宏，2002，〈長期照護復健服務團隊之組成、資格認定與分工〉，《長期照護復健服務模式之探討》，台北市：國家衛生研究院。
- 林清盛，2008，〈阿美族巫醫與現代基督教靈醫〉，《原住民巫術與基督宗教》，台北市：光啟文化。
- 林正慧，2008，《六堆客家與清代屏東平原》，台北：遠流。
- 林世嘉，2005，《台灣省通誌》。台北：行政院衛生署。
- 林克焯、林豐雄、胡杏佳、姚克明，1998，〈臺灣省山地及離島地區死亡率及死因之研究〉；《衛生行政第三輯》；台北：省公共衛研所。
- 林憲著，王珮瑩譯，《文化精神醫學的贈物：從台灣到日本》，台北市：心靈工坊文化。
- 邱秀渝、董芳苑、楊麗齡、唐秀治等著，1995，《臨終護理》，台北市：匯華圖書。
- 忠孚，1988《籌建台灣地區醫療網實施績效之評估研究，第一階段報告》，衛生署科技發展研究計畫。

- 卓德松，2008，〈屏東人口中的阿都仔病院－屏東基督教醫院〉，《屏東醫師公會60周年誌》，屏東：屏東醫師公會。
- 卓德松、吳榮洲，2003，〈勇敢迎對，危機管理〉，《醫療傳愛無國界 屏基感恩五十年》，屏東：屏東基督教醫院。
- 官報第四千八百十四號。1899(明治32年)7月19日。
- 官報第八千六百九十八號，1912年(明治45年)6月18日。
- 府報號外，1923年(大正12年)10月12日，臺灣總督府。
- 府報第三千百六十號，大正十三年二月十四日，臺灣總督府。
- 府報第三千五百十三號。昭和十四年二月二十三日。臺灣總督府。
- 府報第二千二百二十五號，1907年(明治40年)7月4日。臺灣總督府。
- 余德慧等，2006，《台灣巫宗教的心靈療遇》，台北市：心靈工坊文化。
- 屏東縣醫師公會第20屆理事會編，2008，《屏東醫師公會60周年誌》，屏東：屏醫師公會。高拱乾，《台灣府志》卷七〈風土志〉。
- 屏東縣政府，2008，《屏東縣統計要覽 第五十九期》。屏東：屏東縣政府。
- 柳秀英等八人，2006，《屏東縣客家地區戰後醫療發展口述歷史》，行政院客委會補助大學校院發展客家學術機構成果報告書，頁53，屏東縣：美和科技大學。頁81。
- 高雄州警務部衛生課，1935，《高雄州衛生要覽(昭和十年)》，高雄：田村庄五郎印刷發行。
- 高拱乾，1993，《臺灣府志》，臺灣省歷史文獻叢刊，臺灣省文獻委員會翻印：南投。
- 梁瓊尹，2009，《老藥品的故事》，台北市：台灣書房。
- 崇蘭社區發展協會，2010《2010全國社區發展福利社區化觀摩會》屏東：崇蘭社區發展協會。
- 許木柱，2006，〈無形與有形 台灣原住民的兩大療法〉，《臺灣醫療四百年》，台北：經典。
- 程佳惠，2004，《台灣史上第一大博覽會》，台北：遠流。
- 范燕秋著，2005，《疫病、醫學與殖民現代性－日治台灣醫學史》，臺北：稻鄉。
- 段延昌等，2009，〈2004-2008年高高屏登革熱病媒蚊密度調查分析〉，《疫情報導 二十五卷7期》。台北市：衛生署疾病管制局。
- 許錫慶，2000，〈明治時期臺灣總督府中央衛生行政組織之變革〉，《臺灣文獻史料整理研究學術研討會論文集》，南投：臺灣文獻會。
- 許禮安，2007《橫跨生死長河－病情世界的多重現象分析》高雄市：張啟華文化藝術基金會。
- 康啟杰等，2009，〈影響屏東地區主要照顧者對幼兒流感疫苗施打因素之探討〉，《疫情報導 二十五卷第12期》。台北市；衛生署疾病管制局。
- 陳秋坤總編，2003，《里港鄉志》，屏東：里港鄉公所。
- 陳銘助，《臺灣牙醫史》，台北：中華民國牙醫師公會全國聯合會。〈阿緱醫院看護養成規程認可〉，《臺灣總督府公文類纂》，第5343冊第18 號文。
- 陳儀深，2011，《八八水災口述史：2009-2010災後重建訪問紀錄》，台北市：前衛。

陳永興，2003，〈建構全民對抗SARS的三道防線〉。台灣日報，第九版，5月17日。

陳婷玉、王舜偉，2006〈愚昧無知或享受參與？廣播賣藥節目的閱聽人分析〉《傳播與管理研究》5(2)。

陳志成、蔡朝仁、劉侃、簡肇明，2003，〈屏基接手台灣駐馬拉威醫療團—開啟醫療外交新里程〉，《醫療傳愛無國界—屏基感恩五十年》，屏東：屏東基督教醫院。

陳秋坤等著，1998，《潮州鎮誌》，屏東：潮州鎮公所。

陳順勝，2002。〈日據前的西方醫療及其對台灣醫學之影響〉，《科技博物

陳榮宗，2008，〈知父莫若子—追思本校創辦人 陳恭炎中醫師〉，《中醫醫藥大學50週年特刊》。台中：中國醫藥大學。

陳華、黃新美譯，1992，《醫學人類學》—George M. Foster等著，台北：桂冠。

陳俊雄，2006，〈老人住宅公共政策中養生村與社區關懷據點之研究〉，國立宜蘭大學建築研究所碩士論文，未出版。

陳志榮，1999，《基督宗教中宗教與醫療的關係初探》，養生、醫療與宗教研討會。

陳永興，1996，〈被遺忘的原住民醫療〉，《台灣史料研究》8，37，台北：吳三連台灣史料基金會。

陳壽，《三國志》，卷五十八〈吳書·陸遜傳〉。

陳志昌，2008，《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》，國立台南大學臺灣文化研究所碩士論文，未出版。

陳神發，2009，〈我參與中醫事務經過之所見〉，《高雄市中醫師公會創會60週年紀念專輯》，高雄市：高雄市中醫師公會。

陳鈺淑，2011，〈屏東縣琉球鄉碧雲寺的籤詩信仰文化研究〉，國立屏東教育大學中國語文學系碩士論文。未出版。

陳金田譯，1997，《理蕃誌稿》，南投市：臺灣省文獻委員。

曾純純，2006，〈從六堆鄉賢著作看屏東縣客家地區戰前的醫療發展〉，《屏東客家醫療史·移民與文獻論文集》，屏東：美和技術學院。

曾旭正，2007，《台灣的社區營造》，新北市：遠足文化。

曾茂雄，2002，《台灣地區農業縣醫院長期經營效率之探討—以屏東縣為例》，高雄醫學大學碩士論文：未出版。

黃淑華等，2009，〈我國多重抗藥性結核病醫療照護體系介紹〉，《疫情報導 二十五卷2期》。台北市：衛生署疾病管制局。

黃健榮，2008，〈恆基歷史及成長故事〉，《屏東醫師公會60周年誌》，屏東：屏醫師公會。

黃斌峰，2002，〈日治時期台南地區近代醫療衛生事業之研究〉，台中：東海大學歷史所碩士論文。

- 黃福祥，2010，〈社團法人屏東縣中醫師公會沿革史〉，《第二十二屆第二次會員大會大會手冊》。屏東：社團法人屏東縣中醫師公會。
- 黃勝雄，2005〈族群分布對台灣地域空間發展的影響〉，《文化生活圈與文化產業》，台北市：詹氏。
- 落合泰藏著 賴麟徵譯，1995，〈明治七年牡丹社事件醫誌（下）〉，《台灣史料研究》第6期，台北市：吳三連台灣史料基金會。
- 莊吉發，2000，〈清代臺灣自然災害及賑災措施〉。《臺灣文獻》51(1)。
- 莊永明，1998，《台灣醫療史—以台大醫院為主軸》，臺北市：遠流。
- 莊惠如，2003，〈一路走來·始終如一〉《醫療傳愛無國界屏基感恩五十年》屏東：屏東基督教醫院。
- 莊碧真，2003，《偏遠地區居民醫療需求及醫療利用之探討-以屏東縣滿州鄉為例》，高雄醫學大學碩士論文，未出版。
- 森丑之助著、楊南郡譯，2000，《生蕃行腳 森丑之助的台灣探險》，台北市：遠流。
- 童春發，2001，《臺灣原住民史 排灣族史篇》，南投市：省文獻會。
- 張苙雲，2003，《醫療與社會：醫療社會學的探索》，台北：巨流。
- 張珣，2006，〈魂魄與疾病 台灣民俗醫療的人觀〉，《臺灣醫療四百年》，台北：經典。
- 張芙美，2008，《台灣護理學史》，臺北市：華杏。
- 張永堂總編纂，1998，《恆春鎮志》，屏東：恆春鎮公所。
- 張淑卿，2006〈日治時期臺灣的結核病防治政策與議論〉，《台灣史研究》13:1，台北：中央研究院。
- 張琪等十人，2007，《六堆地區客家醫療發展口述歷史（二）》，行政院客委會補助大學校院發展客家學術機構成果報告書，屏東縣：美和科技大學。
- 張明志，2008，《安寧藝術》，台北：天下。
- 郭麗娟，2006，〈全民記憶的年代—寄藥包〉，《光華畫報六月號》光華畫報雜誌社：台北市。
- 郭峰志主譯，《現代社區精神醫療：整合式心理衛生服務體系》，William R. Breakey原著，臺北；心理。
- 趙可式，2007，《安寧伴行》，台北市：天下遠見。
- 董森永，2008，〈達悟族巫術與基督信仰相遇〉，《原住民巫術與基督宗教》，台北市：光啟文化。
- 孫淑華，2006〈屏東市媽祖廟籤文之研究〉國立高雄師範大學回流中文碩士班論文，未出版。
- 傅大為，2005，《亞細亞的新身體》，台北：群學。
- 傅偉勳，1993，《死亡的尊嚴與生命的尊嚴：從臨終精神醫學到現代生死學》，台北市：正中書局。
- 葉至誠，2010，《社區工作與社區發展》，臺北市：秀威資訊科技。

- 楊國德，2002，〈長期照護復健服務團隊之組成、資格認定與分工〉，《長期照護復健服務模式之探討》，台北市：國家衛生研究院。
- 楊玉齡，2002，《一代醫人杜聰明》，台北：天下遠見。
- 楊翎著，2002，《台灣民俗醫療---漢人信仰篇》，台中：自然科學博館。
- 楊靜薰，2006，〈養生村住民生活型態之研究〉亞洲大學經營管理研究所碩士論文，未出版。
- 蔡昭華，2002，《從醫藥分業探討基層醫療診所藥師之角色》，國立中山大學人力資源管理研究所碩士論文，未出版。
- 蔡明坤、王淑慧，2006，〈戰後內埔客家地區中藥房初探〉，《屏東客家醫療史· 移民與文獻論文集》，屏東：美和技術學院。
- 蔡中涵，2001，〈原住民生藥植物保護與傳統巫醫〉，《原住民傳統醫療VS現代醫療》，台北市：台灣原住民文教基金會。
- 蔡銘雄，2009，〈消失中的民俗醫療－「藥籤」在台灣社會發展初探〉，東海大學宗教研究所碩士論文，未出版。
- 蔡銘津，2006，外籍配偶及其子女的適應問題與輔導。研習資訊，23(2)。
- William R. Breakey原著，郭峰志主譯，《現代社區精神醫療：整合式心理衛生服務體系》，臺北；心理。
- 蔡承豪、李宗信、蕭景文，2011，〈臺灣熱帶醫學的始端：屏東近代醫療的足跡（1860-1945）〉，屏東縣：財團法人蕭珍記文化藝術基金會。未發表。
- 〈講習生募集〉，《府報》，第三千五百十三號，1939.2.23。
- 廖俊亨等，2007，《公共衛生風華雲湧：百件衛生重要檔案選輯》，臺北市：衛生署等。
- 廖麗娟，1992，〈臺灣省慢性開放性肺結核病人之追蹤研究〉，《傳染病防治》第二輯。
- 廖榮利，1991，《醫療社會工作》，臺北市：巨流。
- 廖育群，2003，《醫者意也：認識中國傳統醫學》，臺北市：東大。
- 熊金郎，1999，《滿州鄉志》。屏東：滿州鄉公所。
- 簡郁珊等，2009，〈台灣H1N1新型流感前100例住院重症調查報告〉，《疫情報導 二十五卷第10期》。台北市：衛生署疾病管制局。
- 簡炯仁，1997《屏東平原的開發與族群關係》，屏東：屏東縣立文化中心。
- 賈佩芳，2010《愛的種子—畢嘉士醫師的佳美腳蹤》。屏東：屏東基督教醫院。
- 鄭志明，2004《宗教與民俗醫療》，台北市：大元書局。
- 鄭志明，2006〈臺灣民間宗教民俗醫療的現象分析〉《文化台灣 卷三》，北縣：大道文化。
- 鄭志敏，2004〈二二八事件前高屏地區的傳染病防治-以霍亂與天花為中心的探討〉《臺灣文獻》55(2)。
- 臺灣總督府警務局編：《臺灣衛生要覽》（臺北：該局，1925）。
- 臺灣總督府官報第九百五號。昭和二十年二月二十一日。臺灣總督府。



臺灣民報第二百九十四號，頁12。1930年1月1日。

臺灣基督長老教會歷史委員會編，1995，《臺灣基督長老教會百年史》，台南市：台灣基督長老教會。

臺灣民報第二百九十八號，頁七，1930年(昭和5年)1月29日。

盧昭彰，2008，《環境·人·生活》，新北市：高立圖書有限公司。

劉士永，2006，〈中醫的衰微與科學化〉，《臺灣醫療四百年》，台北：經典

劉士永，2008，〈日治時期台灣醫藥關係管窺〉，《從醫療看中國史》，台北：聯經。

劉翠溶、劉士永、顧雅文，2008，〈以寄生蟲病做為二十世紀台灣環境變遷的一項指標：初步探討〉，《自然與人為互動：環境史研究的視角》，台北市：中央研究院。

劉士永，2001，〈「清潔」、「衛生」與「保健」-日治時期臺灣社會公共衛生觀念之轉變〉，《台灣史研究》8:1，台北：中央研究院。

戴桂英等作，《2020健康國民白皮書》，臺北市：衛生署、竹南鎮：國家衛生研究院。

謝貴文，2010.3，〈從神明的治病敘述看民間信仰中的醫療文化—以高雄市為例〉，《高市文獻》，高雄：高雄市文獻委員會。

謝明君等，2009，〈台灣H1N1新型流感之因應暨最初61例確定病例之分析〉，《疫情報導二十五卷8期》。台北市：衛生署疾病管制局。

謝明珊譯，2009《人類與環境的權利：權利、倫理與法律》，Jan Hancock著，新北市：韋伯文化國際。

蕭銘祥主編，1996，《屏東縣鄉土史料》。南投：臺灣文獻會。

鐘重發，2003，〈臺灣男性擇娶外籍配偶之生活經驗研究〉，國立嘉義大學家庭教育研究所碩士論文，未發表。

蘇義峰，2003，《發現屏東—真愛屏東》。屏東：屏東市阿猴城城鄉綜合發展研究協會。

## 網頁

中央災害應變中心，莫拉克颱風 災害應變處置報告 第51報。

<http://info.gio.gov.tw/public/Attachment/98218235771.pdf>。（上網日期2011/1/27）。

中央社，屏東校園H1N1施打率 只剩五成，

<http://news.cts.com.tw/cna/life/200912/200912250374775.html>。（上網日期：2011/1/31）。

中央社，2009，抗H1N1心理 屏東鳳梨銷售量增1/3，

<http://dailynews.sina.com/bg/tw/twlocal/cna/20090507/0232238070.html>，（上網日期2011/1/31）。

內政部統計處，《各縣市醫療資源重要指標》

<http://ebas1.ebas.gov.tw/pxweb/Dialog/statfile9.asp>（上網日期：2010/11/2）。

內政部統計處，《各縣市醫療資源重要指標》

<http://ebas1.ebas.gov.tw/pxweb/Dialog/statfile9.asp>（上網日期：2010/11/2）。

內政部統計處，2011，〈內政統計通報〉九十九年第二十三週，內政部統計處。

[http://www.ris.gov.tw/version96/population\\_111.html](http://www.ris.gov.tw/version96/population_111.html)（上網日期：2011/11/15）。

文建會，〈龍發堂〉，台灣大百科全書網站，文建會；《台灣大百科全書》

<http://taiwanpedia.culture.tw/web/content?ID=2080>。（上網日期2010/10/8）

大仁科技大學網站

[163.24.211.52/nursing/introduce\\_2.html](http://163.24.211.52/nursing/introduce_2.html)（上網日期2011/10/14）。

王明輝，〈外籍婚姻下的新台灣人〉

[http://tsa.sinica.edu.tw/lmform/file1/2003meeting/113010\\_1.pdf](http://tsa.sinica.edu.tw/lmform/file1/2003meeting/113010_1.pdf)，（上網日期2011/11/3）。

行政院衛生署網站

[http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2\\_p01.aspx?class\\_no=188&now\\_fod\\_list\\_no=&level\\_no=&doc\\_no=50399](http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_p01.aspx?class_no=188&now_fod_list_no=&level_no=&doc_no=50399)（上網日期2010/3/21）。

行政院環境保護署，海污案件處理。

<http://www.epa.gov.tw/ch/aioshow.aspx?busin=235&path=10820&guid=843ba9bb-19f8-4500-910a-35330292f4e1&lang=zh-tw>。（上網日期2011/3/2）。

行政院環境保護署，屏東縣赤山巖含汞污泥之處理說明。

<http://ivy5.epa.gov.tw/enews/Newsdetail.asp?InputTime=0950809104610&MsgTypeName=%B7s%BBD%BDZ>。（上網日期2011/3/2）。

行政院衛生署網站，《98年死因統計記者會-民國98年死因結果分析》。

<http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DisplayStatisticFile.aspx?d=75923&s=1>（上網時間2011/11/7）

行政院衛生署；《民國98年縣市別死因統計》

[http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2\\_2.aspx?now\\_fod\\_list\\_no=11122&class\\_no=440&level\\_no=3](http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=11122&class_no=440&level_no=3)（上網日期2012/3/3）

行政院莫拉克颱風災後重建推動委員會，2011，統計概覽。

<http://88flood.www.gov.tw/work.php#8>。（上網日期2011/1/27）

行政院文化建設委員會，2011，林園事件－臺灣大百科全書。

<http://jim1424.myweb.hinet.net/>。（上網日期2011/3/2）。

朱玉璽，2011，再見！！阿猴農業縣！！（反屏東煉鋼廠）。

<http://e-info.org.tw/node/17590>。（上網日期2011/3/2）。

李莎莉；《排灣族》；國立台灣史前博物館 台灣原住民數位博物館計畫；2004。

[http://www.dmtip.gov.tw/FileUpload/interaction/e\\_images/%E6%8E%92%E7%81%A3%E6%97%8F%E7%BE%A4%E7%A0%94%E7%A9%B6.pdf](http://www.dmtip.gov.tw/FileUpload/interaction/e_images/%E6%8E%92%E7%81%A3%E6%97%8F%E7%BE%A4%E7%A0%94%E7%A9%B6.pdf)。（上網日期2010/10/12）

李丞華、周穎政，〈全民健保中醫門診利用率及其影響因素分析〉。

<http://tcam.ccmp.gov.tw/infomation/file/92/2-03.PDF>（上網日期：2010/12/20）

美和科技大學網站 [mit7.meiho.edu.tw](http://mit7.meiho.edu.tw)（上網日期2011/10/8）。

周克任，屏東環境與出路。

[http://www.water.tku.edu.tw/sub93/frm\\_research/act\\_news\\_show.asp?id=6](http://www.water.tku.edu.tw/sub93/frm_research/act_news_show.asp?id=6)。（上網日期2011/3/2）。

林志忠；《原住民藥用植物沿革》；屏東基督教醫院。

[http://www.ptch.org.tw/\\_private/ttam/%E5%8E%9F%E4%BD%8F%E6%B0%91%E8%97%A5%E7%94%A8%E6%A4%8D%E7%89%A9%E6%B2%BF%E9%9D%A9.htm](http://www.ptch.org.tw/_private/ttam/%E5%8E%9F%E4%BD%8F%E6%B0%91%E8%97%A5%E7%94%A8%E6%A4%8D%E7%89%A9%E6%B2%BF%E9%9D%A9.htm)（上網日期2010/10/12）。

東港東隆官網站； <http://www.66.org.tw/index.htm>（上網日期2010/9/2）。

<http://taiwanpedia.culture.tw/web/content?ID=2084>（查詢日期：2011/12/14）

「客家電視台·大將徐傍興之愛」，參自以下網頁：

[http://www.hakkatv.org.tw/zhen\\_shan\\_mei/introduction.htm](http://www.hakkatv.org.tw/zhen_shan_mei/introduction.htm)。（上網日期：2011/8/29）

屏東基督教醫院網站；

[www.ptch.org.tw/\\_private/history/historyindex.htm](http://www.ptch.org.tw/_private/history/historyindex.htm)（上網日期2010/10/20）。

屏東縣政府所屬網站

[http://invest.pthg.gov.tw/CmsShow.aspx?ID=15&LinkType=3&C\\_ID=10](http://invest.pthg.gov.tw/CmsShow.aspx?ID=15&LinkType=3&C_ID=10)（上網日期2010/3/22）

屏東縣政府，2009，屏東縣政府衛生局辦理H1N1疫苗預約到府接種服務。

<http://www.cna.com.tw/postwrite/cvpread.aspx?ID=49710>，（上網日期：2011/1/31）。

屏東縣政府，1991，衛生建設醫療的分析與建議，〈屏東縣綜合發展計畫網站〉，網址：

<http://gisapsrv01.cpami.gov.tw/cpis/cprpts/pingtung/depart/mulu-12.htm>。（上網日期2011/6/28）

屏東縣政府民政處網站，《屏東縣九十九年五月份現住人口數及戶數》統計表，

[http://www.pthg.gov.tw/plancab/FileDL\\_Detail.aspx?s=8119&n=13942](http://www.pthg.gov.tw/plancab/FileDL_Detail.aspx?s=8119&n=13942)（上網日期2011.6.28）

教育部統計處編，臺北：教育部。

[http://www.edu.tw/statistics/content.aspx?site\\_content\\_sn=8869](http://www.edu.tw/statistics/content.aspx?site_content_sn=8869)（上網日期：2012/3/6）。

郝宏恕，〈民眾對中醫藥之認知態度及消費行為特質之研究〉。

<http://tcam.ccmp.gov.tw/infomation/file/92/2-01.PDF>（上網日期：2010/12/20）

陳潮宗，《中醫師看寺廟藥籤》，

<http://www.drchen.com.tw/beautyhealth/a122.htm>。（上網日期2010/10/8）

陳宗傑，2009，屏東何姓男子窒息死亡 排除注射H1N1新流感疫苗有關，

<http://news.e2.com.tw/utf-8/2010-1/103146.htm>，（上網日期：2011/1/31）。

郭芷瑄，〈另類療法 署屏開辦整合醫療門診〉，中央社，2010.2.25。

<http://n.yam.com/cna/healthy/201002/20100225586452.html>（上網日期：2012/2/3）。

萬丹長老教會，汞污泥大事紀。

<http://wantan.tacocity.com.tw/wantan/date/date25.htm>。（上網日期2011/3/2）。

慈惠醫護管理專科學校網站，

[www.tzuhui.edu.tw/tzuhui/main.php?mod=custom\\_page&site\\_id=0&page\\_id=100](http://www.tzuhui.edu.tw/tzuhui/main.php?mod=custom_page&site_id=0&page_id=100)(上網日期2011/10/21)

疾病管制局全球資訊網，2011，流行性腦脊髓膜炎。

[http://www.cdc.gov.tw/sp.asp?xdurl=disease/disease\\_content.asp&id=764&mp=1&ctnode=1498](http://www.cdc.gov.tw/sp.asp?xdurl=disease/disease_content.asp&id=764&mp=1&ctnode=1498)。（上網日期：2011/3/8）。

疾病管制局全球資訊網，2011，傳染病防治工作手冊。

<http://www.cdc.gov.tw/ct.asp?xItem=6480&ctNode=1733&mp=1>。（上網日期：2011/3/8）。

臺灣醫事檢驗學會，2011，醫檢小百科。

[http://www.labmed.org.tw/knowledge\\_1.ASP?mno=26](http://www.labmed.org.tw/knowledge_1.ASP?mno=26)。（上網日期：2011/3/7）。

簡惠敏，2009，防範H1N1新型流感 養豬大縣屏東做好準備，

<http://tw.epochtimes.com/9/11/7/125703.htm>。（上網日期2011/1/31）。

蔡永祥，2011，台灣有毒螺類，

<http://blog.yam.com/yht3609/article/26727902>。（上網日期2011/4/8）。

臺灣省五十一年來統計提要電子書版本，網址為

<http://twstudy.iis.sinica.edu.tw/twstatistic50/Hygiene.htm>。（上網時間2011/11/7）。

國家災害防救科技中心，莫拉克颱風淹水問題探討及改善策略研擬。

<http://www.ncDr.nat.gov.tw/upload/epaper/053.pdf>。（上網日期2011/1/27）。

慈濟基金會，慈濟人醫人林邊 宣導衛教慎防疫。

[http://www.tzuchi.org.tw/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1433%3A2009-08-24-09-18-43&catid=139%3A2009-08-09-a&Itemid=523&lang=zh](http://www.tzuchi.org.tw/index.php?option=com_content&view=article&id=1433%3A2009-08-24-09-18-43&catid=139%3A2009-08-09-a&Itemid=523&lang=zh)。（上網日期2011/1/26）。

維基百科，2011，2006年恆春地震。

<http://zh.wikipedia.org/wiki/2006%E5%B9%B4%E6%81%86%E6%98%A5%E5%9C%B0%E9%9C%87>。（上網日期2011/1/26）。

廖元豪，〈全球化趨勢中婚姻移民之人權保障－全球化、台灣新國族主義、人權論述的關係〉。

<http://www.ntpu.edu.tw/pa/news/94news/attachment/950221/1-2.pdf>（上網日期2011/11/3）。

戴寶村；《唐山過臺灣》；

[www.tces.chc.edu.tw/center1/taiwan/h/h3/h33/h333.html](http://www.tces.chc.edu.tw/center1/taiwan/h/h3/h33/h333.html)（上網日期2010/8/4）

## 報章雜誌

- 于國欽，〈台灣生育率全球最低〉，工商時報，2010.1.9。
- 王令麟，2003，〈淨空十天 讓感染源全部曝光〉。聯合報，第A十五版，5月24日。
- 王昶閔，2009，〈結腸直腸癌 居癌症首位〉，自由時報，3月14日，生活新聞版。
- 王昶閔2010，〈每13分10秒癌症奪走一條命〉，《自由時報》，6月4日，A17生活新聞。
- 中國時報，2012，〈龍發堂合法化有解〉，1月12日C2版高屏澎東新聞。
- 吳江泉，〈高齡人口多 屏東建飯店級護理之家〉，中國時報，2012.1.31，C2高屏澎東新聞。
- 吳江泉，2011，〈校護開「護士缺」屏縣府遭糾正〉，中國時報，C3，4月19日。
- 邱俐穎、張翠芬，2011，〈點名長庚、彰基、中國醫大附醫 盈餘猛擴充 楊志良批三醫院〉，中國時報，第A1版，5月12日。
- 何榮幸編輯，〈永籤搏杯 盼神明指點迷津〉，《拜拜一百年》，中國時報 A6 綜合新聞，2010.8.27。
- 林和生，〈頭目今嫁女 重現排灣族婚禮〉，中國時報 C1版 南部都會運動，2010.11.6。
- 林和生，2010，〈陳林盡妹 助產40年接生6000人〉，中國時報，第C2版，11月1日。
- 林國賢，2010，〈保健宅配 施松林寄藥半世紀〉，自由時報，11月10日。人間福報，2006，〈防治肺結核 屏東緊迫盯人〉，2006年5月1日。
- 林和生，〈愛滋男橫行鄉里 挾病予取予求〉，2012年1月1日，中國時報，A10社會綜合版。
- 梁景雄，2003，〈為何醫院院內感染如此嚴重？〉。自由時報，第十九版，5月24日。
- 管婺媛，2011，〈護理師：超時工作 簡直賣命〉，中國時報，5月11日。
- 翁禎霞，2012，〈每天吃飯配砂 鄉民心情很複雜〉，聯合報，1月12日，A9話題版。
- 翁禎霞，2012，〈點砂石成金 屏東里港鄉 生2胎，紅包5萬5〉，聯合報，1月12日，A9話題版。
- 張晴川，〈醫腐醫敗〉，《臺灣民報》，第345號1931年1月1日。
- 張怡雅，2011，〈護理人力M型化〉，中國時報，第A15版，5月8日。
- 黃奕潔，2010，〈溫柔生產 需要她一臂之力〉，中國時報，第A12版，4月24日。
- 潘建志，2011，〈恆春核安說明會 核三廠民怨意外重燃〉，9月10日，C2版高屏澎東新聞。
- 潘建志，2012，〈屏東強震 核三廠運作正常〉，2月27日，C2版南部都會。
- 楊菁菁，〈醫療資源垂直整合 高屏成績亮眼〉，自由時報，2012.2.3，南部新聞版。
- 劉星君，2010，〈治好上千小兒麻痺 畢爸爸回來了〉。聯合報，3月28日。
- 鄭緯武，2009，〈鏽刀與破布 促成第一所私立助產學校〉，中國時報，第C1版，11月28日。
- 魏怡嘉、楊久瑩，2010，〈助產士 悄悄走進歷史〉，自由時報，第A3版，3月7日。
- 魏怡嘉、楊久瑩，2010，〈助產士 悄悄走進歷史〉，自由時報，第A3版，3月7日。
- 魏怡嘉，2010，〈青壯年殺手 口腔癌死亡年齡早於其他癌症〉，自由時報，1月.3日。

## 索引

## 0畫

- AIDS ..... 077  
 B型肝炎 ..... 119  
 DDT ..... 083  
 H1N1 ..... 015,077  
 IDS ..... 171  
 IDS計畫 ..... 118  
 SARS ..... 015,077,088  
 X光室 ..... 054  
 X光機 ..... 077  
 X-連鎖遺傳 ..... 116

## 2畫

- 二代健保 ..... 070  
 二級醫院 ..... 173  
 人為災害 ..... 124  
 人為型疾病 ..... 095  
 人為環境災害 ..... 129  
 八角蓮 ..... 039  
 八珍 ..... 039  
 八寶粉 ..... 040

## 3畫

- 三合一疫苗 ..... 114  
 三段預防 ..... 164  
 三級醫療網 ..... 164  
 口腔衛生 ..... 077  
 口腔癌 ..... 114  
 口腔癌篩檢 ..... 119  
 大人藥籤 ..... 045  
 大仁科技大學 ..... 018,142

- 大仁科技大學的藥劑系與製藥科研究所 ... 148  
 大仁科技大學護理系 ..... 148  
 大腸癌 ..... 162  
 大腸癌篩檢 ..... 119  
 子宮頸抹片檢查 ..... 119  
 小兒麻痺 ..... 015,057  
 小兒藥籤 ..... 045  
 山地巡迴醫療 ..... 018,058  
 山地離島地區 ..... 120  
 工業廢氣 ..... 131

## 4畫

- 中川雅夫 ..... 061  
 中國醫藥學院 ..... 034  
 中醫 ..... 030  
 中醫使用率 ..... 037  
 中醫和西醫雙軌並行 ..... 014  
 中醫師特考 ..... 145  
 中醫師特種考試 ..... 034  
 中醫院 ..... 037  
 中藥房 ..... 036  
 中藥房生態 ..... 039  
 中藥鋪 ..... 033  
 公共便所 ..... 117  
 公共浴場 ..... 117  
 公共衛生 ..... 015,072  
 公費醫師 ..... 028  
 公醫 ..... 027  
 化療 ..... 121

天后宮 .....	045	生命儀式 .....	122
天花 .....	015,034,077	生態環境 .....	072
天然災害 .....	016,124	生藥商 .....	068
天然植物 .....	022	甲狀腺 .....	099
天然藥物研究 .....	027	白內障 .....	129
心理輔導員 .....	137	白信德醫師 .....	058
心理衛生教育 .....	136	白喉 .....	077
心電圖 .....	077	皮膚癌 .....	129
心臟病 .....	077	穴位 .....	041
心靈醫病 .....	022		
手彈式針灸 .....	041		
支氣管炎 .....	016,095	<b>6畫</b>	
文字素養 .....	036	乩童 .....	044
日本醫院 .....	142	全人醫療體系 .....	163
日治時代 .....	050	全民健保 .....	068
木瓜葉 .....	039	全民健康醫療保險 .....	168
止吐帶 .....	035	同性戀 .....	091
止痛藥 .....	037,041	地下水汙染 .....	130
水資源汙染 .....	016,129	地盤下陷區 .....	126
牙醫系 .....	144	地震 .....	127
牛痘疫苗 .....	080	多氯聯苯 .....	131
王三保 .....	032	安寧緩和醫療條例 .....	121
王爺 .....	042	安養院 .....	166
世界衛生組織 .....	017,161	成藥 .....	068
		有貢獻的醫師 .....	156
<b>5畫</b>		死亡教育 .....	122
代謝症候群 .....	046	死亡率 .....	099
冬至 .....	039	死亡診斷書 .....	051,095
台灣公醫規則 .....	051	江湖郎中 .....	040
外勞 .....	133	米卦 .....	040
失智老人 .....	166	老人自殺 .....	140,166
平均餘命 .....	096	老人寄宿學校 .....	176
本草綱目 .....	043	老人遊樂園 .....	175
民俗療法 .....	036	老人醫療 .....	166

- 老人關懷 ..... 166
- 自律神經失調 ..... 037
- 自動吸痰器 ..... 077
- 自殺 ..... 096
- 自然療法 ..... 033,040
- 行政院衛生署恆春旅遊醫院 ..... 057
- 西洋醫學 ..... 049
- 西醫 ..... 034,048
- 西藥房 ..... 015,068
- 7畫**
- 助產婦講習所 ..... 061
- 何大一教授 ..... 091
- 免疫力 ..... 091
- 免疫系統 ..... 035
- 助產士 ..... 015,064
- 吳媽西醫師 ..... 144,150
- 吸毒 ..... 091
- 妊娠中毒 ..... 097
- 尿酸 ..... 116
- 巡迴醫療 ..... 115
- 巡迴醫療車 ..... 028,172
- 巫師 ..... 020
- 巫覡 ..... 044
- 巫醫 ..... 020
- 把脈 ..... 033
- 抗生素 ..... 165
- 李建廷醫師 ..... 046
- 李朝欽 ..... 054
- 李慶樑醫師 ..... 152
- 杜聰明 ..... 039
- 沙賓疫苗 ..... 085
- 肝病 ..... 039
- 肝硬化 ..... 016,096
- 赤痢原蟲 ..... 039
- 防治瘧疾 ..... 074
- 防疫保健措施 ..... 072
- 8畫**
- 呼吸道癌症 ..... 131
- 奇應丸 ..... 040
- 姆祖祖醫院 ..... 174
- 宗教療法 ..... 040
- 宗教醫療 ..... 042
- 居家服務 ..... 167
- 居家治療 ..... 137
- 居家照護 ..... 017
- 居家療護服務 ..... 121
- 居家醫療 ..... 163
- 居家護理 ..... 163
- 性接觸 ..... 090
- 抽藥籤 ..... 040
- 拔罐 ..... 036,040
- 放流王船 ..... 042
- 放射性腫瘤科 ..... 046
- 東方毛線蟲 ..... 072
- 東印度公司 ..... 049
- 東隆宮 ..... 042
- 枋寮醫院 ..... 164
- 河川汙染 ..... 129
- 法醫 ..... 120
- 社區老人安養中心 ..... 168
- 社區志工專業培訓 ..... 163
- 社區防疫網計畫 ..... 161
- 社區居家照顧服務 ..... 167
- 社區健康照護 ..... 060
- 社區健康營造三年計畫 ..... 161



社區復健中心 .....	137	恆春熱帶植物殖育場 .....	014
社區照顧關懷據點實施計畫 .....	162	施琅 .....	032
社區醫院 .....	174	洗腎 .....	037
社區醫療 .....	162	洗腎部門 .....	062
社區醫療發展 .....	017	流行性感冒 .....	095
社會工作人員 .....	137	流行性腦脊髓膜炎 .....	077
空氣汙染 .....	130	流產 .....	131
肥胖治療 .....	120	疫苗接種 .....	075
肺炎 .....	016,095	看病不過高屏溪 .....	018,173
肺氣腫 .....	096	看護婦 .....	060
肺病 .....	050	看護婦訓練所 .....	060
虎骨 .....	045	看護婦規則 .....	061
長老教會 .....	049	看護婦養成所 .....	060
長期照顧 .....	167	科學中藥 .....	035
阿米巴痢疾 .....	039	科學漢方 .....	039
阿猴病院 .....	050	美和科技大學 .....	017,142
		美和科技大學護理系 .....	148
		胎心器 .....	077
		苦參子 .....	039
		軍醫 .....	049
		音樂療法 .....	046
		食性本草 .....	043
		食物中毒 .....	092
		食物相剋中毒圖解 .....	041
		食禁 .....	041
		食養 .....	041
		原住民健康促進中心 .....	014,027
		原住民健康促進會中心 .....	172
		原住民醫療 .....	020
		唐山過台灣 .....	032
		家庭計畫 .....	074,076
		師徒相授 .....	036
		徐傍興醫師 .....	018,152
		核能電廠 .....	132
<b>9畫</b>			
侵入性治療 .....	037		
保生大帝 .....	042		
保健員 .....	050		
保健館 .....	074		
保儀尊王 .....	042		
保險套 .....	074		
信義基督教醫院 .....	171		
信德 .....	027		
南丁格爾 .....	060		
南門外婦科醫院 .....	171		
垂直感染 .....	090		
屏東基督教醫院 .....	014,027		
屏東縣醫師公會 .....	152		
屏東醫院恆春分院 .....	164		
急性後期照顧 .....	166		

氣切插管	017,167
氣喘	096
海洋弧菌	077
疾病防制	072
病媒蚊	076
祖靈祭祀	020

## 10畫

耗竭症候群	091
能量醫學儀器	046
脊椎側彎	059
草藥	020
退化型疾病	095
送藥服務	167
針灸	033,035
除機構化運動	139
馬力娜	060
馬拉威	059
馬拉威醫療團	174
馬祖廟	045
馬雅各	049
馬關條約	050
骨科醫師	059
高血壓	077
高齡化社會	017,166
高齡少子化	169
高齡多元照護產業園區	018,171

## 11畫

偏方	121
做月子	041
健保	037
健保局	070
健保處方箋	068
健保醫療給付	017
健康社區	018,161
健康社區聯盟	162
健康食品法	068
健康醫療	014
健脾胃	041
區域型醫院	173
國民的身心健康	161
國民保健三年計畫	161
國軍高雄總醫院屏東分院	057
國際醫療上	174
國際醫療健康服務	018
國際護理師節	063
基因	091
基因突變	116
婦女乳房攝影檢查	119
婦女癌症抹片檢查	075
婦產科	169
婦嬰助產職業學校	147
寄生蟲	072,115
寄藥包	069
密醫	065,068
專業化照顧	168
張山鍾醫師	149
掛號費	070
教會醫療	027
教學醫院	048,142
條蟲	115

產前檢查	075	痛風	116
產後憂鬱症	162	登革熱	015,076
產婆	015,052	紫外線傷害	128
產婆約束章程	066	結核病	058
產婆精神永留存	066	結核病防治	076
產婆養成規定	064	腎性病變	096
產婆講習所	065	腎炎	016
畢嘉士醫師	027	腎臟血液透析	037
第一預防	164	著名醫師的診所	016
荷爾蒙	131	蛔蟲	015,072
莫拉克颱風	126	視力保健	077
軟骨組織腫瘤	131	診脈	033
郭茂隆中醫師	041,153	診療費	070
陰陽調和	032	評鑑制度	063
陳恭炎	034	超自然療法	040
陳鵬飛醫師	135	超音波	077
魚藤	039	開業准許狀	050
麻黃	039	雄黃	045
麻痺性貝毒	092	雄膽	045
		飲食療法	046
		黃耆	041
		黃登雲醫師	149
		黃嘌呤	116
		黑柑仔標	040
<b>12畫</b>			
勝利兒童之家	057	<b>13畫</b>	
勞保政策	034	傳染性疾病	095
復健人員	168	傳教醫師	049
復健科	169	傳統原始醫療	014
復甦器	077	傳統療法	020
惡性腫瘤	016,096	傳統醫療	030
插三管	167	嗜伊紅性腦膜炎	055,085
曾寶珠女士	061	意外傷害	096
氣痙瘡	131		
滋補藥品	039		
犀牛角	045		
猩紅熱	077,099		

- 愛滋病.....035
- 愛滋病病毒.....090
- 慈惠醫管理專科學校護理科.....148
- 慈惠護理專科學校.....017,142
- 慈鳳宮.....045
- 新住民.....133
- 新園中毒事件.....092
- 歇斯底里.....139
- 當歸.....041
- 畸形兒.....131
- 痲瘋病.....058
- 禁藥.....040
- 署立屏東醫院.....046
- 群體醫療執業中心.....076
- 腦瘤.....132
- 腸病毒.....015,077
- 農保.....036
- 農藥中毒.....101
- 過濾性病毒.....080
- 鉤端螺旋體病.....093
- 鉤蟲.....072
- 隔離.....050
- 電視賣藥.....070
- 鼠疫.....099
- 14畫**
- 慢性汞中毒症狀.....130
- 慢性病.....039
- 慢性病防治所.....118
- 漢醫.....032
- 瘧疾.....049
- 瘧疾防治所.....117
- 瘧疾防治計畫聯.....082
- 合作業協定.....083
- 瘧疾研究所.....083
- 種牛痘.....051
- 精神分裂.....135
- 精神病.....077
- 精神病患社區復健計畫.....139
- 精神衛生法.....139
- 精神醫療.....136
- 臺大醫院.....046
- 臺大醫學院.....142
- 臺灣基督長老教會.....015
- 臺灣產婆規則.....065
- 臺灣藥品取締規則.....147
- 遠距醫療.....120
- 鼻胃管.....017,167
- 劉枝萬.....042
- 劉紹興.....055
- 廣東注血線蟲.....086
- 廣播賣藥.....070
- 憂鬱症.....140
- 撲瘧計畫.....074
- 樂山園.....058
- 潤肺.....041
- 潮州鎮誌.....044
- 熟藥店.....068
- 癩神.....042
- 稽查員.....074
- 蔥農黴菌性角膜炎.....015,077
- 衛生所.....048,073
- 衛生署.....034
- 豬母草.....043
- 鄭宗武醫師.....086
- 鄭芝龍.....032

**15畫**

養生療法 .....041  
 養安神經精神科診所 .....135  
 鴉片 .....051  
 齒科醫 .....052  
 齒科鑲牙所 .....145

**16畫**

學士後中醫 .....145  
 導尿管 .....017,167  
 整合性醫療 .....046  
 整合性醫療照護系統 .....018  
 橫川氏吸蟲 .....072  
 獨居老人 .....060,140  
 瘴癘瘟疫 .....042  
 糖尿病 .....016,077  
 霍亂 .....034,056,077  
 霍亂弧菌 .....056  
 頭蝨 .....115  
 鴨膽子 .....039  
 龍吐珠 .....043  
 龍泉榮民醫院 .....057  
 龜山基地醫院 .....049

**17畫**

優生保健 .....074  
 戴奧辛 .....131  
 燥鬱病 .....135  
 環境傷害 .....124  
 療義診 .....172  
 療癒花園 .....175  
 癌症 .....046  
 總督府醫學校 .....142  
 聯合國國際組織全球國際醫療 .....174

臨床心理人員 .....138  
 薑片蟲 .....072  
 職能治療人 .....138

**18畫**

蟻蟲 .....072  
 醫方集解 .....043  
 醫事人員甄訓辦法 .....145  
 醫食同源 .....041  
 醫師法 .....050  
 醫師准許證 .....050  
 醫師執照 .....142  
 醫師處方 .....069  
 醫師資格 .....142  
 醫院品管圈 .....165  
 醫學中心 .....048  
 醫學美容 .....063  
 醫療人員的培育 .....016  
 醫療生態 .....169  
 醫療服務 .....174  
 醫療發展基金第一優先獎勵區 .....172  
 醫療資源 .....050  
 醫療資源垂直整合 .....017,165  
 醫療資源浪費 .....168  
 醫療資源缺乏區 .....172  
 醫療匱乏區 .....095  
 醫療網計畫 .....017  
 醫藥分業 .....067  
 雞尾酒療法 .....091  
 鞭蟲 .....015,072  
 壞死性筋膜炎 .....015,077  
 懷舊文化體驗園區 .....176  
 癡呆症 .....166  
 羅秀雄外科醫師 .....120

藥方 .....	033
藥用植物.....	022
藥物注射.....	091
藥物濫用防制 .....	161
藥師調劑.....	069
藥商執照.....	039
藥理分析.....	039
藥劑師 .....	052,147
藥膳 .....	033
藥癮 .....	091
藥籤 .....	043
關節痠痛.....	116

**20畫**

緊急性醫療 .....	116
-------------	-----

**21畫**

護士 .....	060
護士荒.....	146
護校 .....	063
護理人員.....	058
護理之家.....	166
護理長 .....	060,063
護理師 .....	063
護理師公會 .....	146
護理訓練所 .....	060
護理學系 .....	063

**22畫**

體適能 .....	163
靈性醫療 .....	046
鑲牙齒模承造所 .....	145

## 著者簡介

### 陳順勝

屏東林邊人，高雄醫學院醫學研究所博士，於倫敦大學神經醫學研究所及紐約 Montefiore Medical Center 擔任研究員。經歷包括長庚大學醫學系神經醫學教授、台灣神經學會理事長、台杏文教基金會董事長、高雄長庚醫院神經內科主治醫師及台灣醫學史學會理事長。現任高雄長庚名譽副院長及臺灣醫學史學會理事長。著作包括期刊論文201篇，其他論文及著作29篇。

### 李瑞娥

屏東竹田人，國立高雄師範大學成人教育所博士，目前為美和科技大學通識教育中心專任教師；個人因對生命及其故事有興趣，而研究及發表了內埔、萬巒、竹田地區戰後客家醫療發展口述歷史研究報告書、屏東鄉間醫療發展及生命教育等數十篇論文及專書。

### 陸銘澤

高雄岡山人，國立台南藝術大學博物館研究所畢，曾任台灣醫療史料文物中心行銷組長、高雄綠環境館館長、高雄市第二社區大學校務主任。現任台灣文博創意協會理事長及台北大巨蛋台灣棒球博物館典藏顧問。著有《SURPRISE！博物館》、《棒球樂事》等書。

## 誌謝

王秀紅、李昭仁、沈昇螢、蘇文光、黃淑珠、巫雲光、蘇清泉、李建廷、梁子安、蕭永忠、黃文龍、鄭志敏、鄭裕民等醫護界及歷史領域專家學者擔任工作小組顧問。

國家圖書館出版品預行編目(CIP)資料

重修屏東縣志：健康與醫療 / 陳順勝, 李瑞娥, 陸銘澤著. -- 屏東市：屏縣府, 民103.11  
面；21X29.7公分  
ISBN 978-986-03-9753-6(平裝附光碟片)  
ISBN 978-986-03-9754-3(精裝附光碟片)  
1.方志 2.屏東縣

733.9/135.1

102026381

# 重修 屏東縣志

## 健康與醫療

發行人：曹啟鴻

著者：李瑞娥、陳順勝、陸銘澤（依姓氏筆畫排序）

審查委員：余安邦、阮忠仁、林淑鈴、徐正光、徐芬春、浦忠成、童元昭、楊翠、廖瑞銘、蔡篤堅、鄭先祐（依姓氏筆畫排序）

出版機關：屏東縣政府

地址：90001屏東市自由路527號

編印單位：屏東縣政府文化處

地址：90054屏東市大連路69號

電話：08 - 7360330

出版日期：民國103年11月

企劃執行：邱永順

美術監製：林顯彰

設計編輯：許淑菁、李冠融、楊惠芳、莊一弘、游文宏、林詩儒、陳維珊、黃雅純

排版監製：博麗彩色印刷股份有限公司

地址：高雄市三民區鼎仁街8號

電話：(07) 3423800

傳真：(07) 3474417

平裝定價：450元

精裝定價：500元

展售處：五南文化廣場（全省五南文化廣場）<http://www.wunanbooks.com.tw>

國家書店（松江門市）<http://www.govbooks.com.tw>

版權所有 · 翻印必究

平裝 GPN：1010301942 ISBN 978-986-03-9753-6

精裝 GPN：1010301960 ISBN 978-986-03-9754-3

### 著作權管理訊息

著作財產權人：屏東縣政府文化處

本書保留所有權利，欲利用本書全部或部分內容者，須徵求著作財產權人同意或書面授權

請洽屏東縣政府文化處（電話：08-7360330）