

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
第一章 早期傳統醫療暨原住民醫療	019
第一節 早期原住民的藥草資源	020
早期的原住民醫療	020
屏東熱帶地緣的醫藥生物資源	022
第二節 西方宗教在原住民地區的醫療發展	026
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
第二章 傳統醫療與民間療法	029
第一節 傳統漢醫的醫療發展	030
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
第二節 民俗醫療	040
民俗療法的定義與發展	040
養生療法	040
按摩療法與針灸	041
第三節 民間信仰與醫療行為	042
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
第三章 西式醫療照護的引入	047
第一節 西醫的發展	048
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 第一所專治小兒痲痺的「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痲痺症病童使用，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痲瘋病院，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

健康與醫療

|| 第八章 || 健康社區

愛・編織
屏東幸福社區網
2010.12/4六
08:00~17:00
屏東縣中正藝術館

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；⁴⁴³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。⁴⁴⁴

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。⁴⁴⁵

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。⁴⁴⁶

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

⁴⁴³ 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。

⁴⁴⁴ 葉至誠，2010，《社區工作與社區發展》，臺北市：秀威資訊科技。頁297。

⁴⁴⁵ 葉至誠，2010，《社區工作與社區發展》，臺北市：秀威資訊科技。頁297。

⁴⁴⁶ 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。⁴⁴⁷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⁴⁴⁸

	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力，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，但鄉內仍有的頭蟲。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。⁴⁴⁹

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

⁴⁴⁷ 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。

⁴⁴⁸ 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。

⁴⁴⁹ 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。⁴⁵⁰

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。⁴⁵¹

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。⁴⁵²

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。⁴⁵³

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。⁴⁵⁴

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	1.接受預防注射	1.個人或團體中尋找病例	1.完全治療	1.生理、
2.提高生活水準	2.注意個人衛生	2.實施篩檢	2.住院診治	心理及社會
3.良好營養	3.利用環境衛生知識	3.選擇性檢查；其目的是：	3.居家照顧及療養	適應、發揮最大能力
4.正當的休閒和運動	4.職業傷害的保護	A.預防和治療疾病的進行	4.防止病情惡化及限制殘障、死亡	2.職能復健
5.良好的就業及工作環境	5.意外預防	B.預防病源傳播		3.完全就業
6.正常發展個性	6.給予特殊營養	C.預防合併症出現		4.長期照護
7.改善環境衛生	7.避免接觸致癌物質	D.減少殘障可能性		
8.婚姻指導、性教育	8.慎防過敏原接觸			
9.遺傳優生	9.高危險群的照顧			
10.定期體檢				

⁴⁵⁰ 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。

⁴⁵¹ 三地門鄉衛生所主任謝德貴醫師訪問稿。（陸銘澤訪問）

⁴⁵² 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。

⁴⁵³ 屏東基督教醫院院長余廣亮醫師訪問稿。（李瑞娥訪問）

⁴⁵⁴ 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。⁴⁵⁵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。⁴⁵⁶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；⁴⁵⁷1054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。⁴⁵⁸

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。⁴⁵⁹

⁴⁵⁵ 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。

⁴⁵⁶ 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。

⁴⁵⁷ 高雄醫學大學，2009，《醫療與奉獻》，高雄市：高雄醫學大學。頁164。

⁴⁵⁸ 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。

⁴⁵⁹ 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有訂特約，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；⁴⁶⁰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。⁴⁶¹

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。⁴⁶²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⁴⁶³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

⁴⁶⁰ 三地門鄉衛生所謝德貴醫師訪談稿。（陸銘澤訪問）

⁴⁶¹ 護理師鍾美玲女士訪問稿。（李瑞娥訪問）

⁴⁶² 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。

⁴⁶³ 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。⁴⁶⁴

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；⁴⁶⁵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。⁴⁶⁶

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。⁴⁶⁷

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、譖妄症、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）。⁴⁶⁸

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！⁴⁶⁹

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之程度的照顧措施，讓其可保有自尊、自主及獨立

⁴⁶⁴ 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。

⁴⁶⁵ 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。

⁴⁶⁶ 高雄醫學大學，2009，《醫療與奉獻》，高雄市：高雄醫學大學。頁128-129。

⁴⁶⁷ 屏東基督教醫院前院長卓德松醫生。（李瑞娥訪問）

⁴⁶⁸ 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。

⁴⁶⁹ 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。⁴⁷⁰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。⁴⁷¹

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。⁴⁷²

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，做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。

⁴⁷⁰ 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。

⁴⁷¹ 屏東基督教醫院院長余廣亮醫生訪問稿。（李瑞娥訪問）

⁴⁷² 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。⁴⁷³

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。⁴⁷⁴

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。⁴⁷⁵

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%；⁴⁷⁶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

⁴⁷³ 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。

⁴⁷⁴ 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。

⁴⁷⁵ 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。

⁴⁷⁶ 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。⁴⁷⁷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。⁴⁷⁸

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，其中最高紀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。⁴⁷⁹

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。⁴⁸¹

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。⁴⁸²健保的利弊發展有待時間的考驗。

⁴⁷⁷ 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。

⁴⁷⁸ 鄭宗武醫師訪問稿。（陸銘澤訪問）

⁴⁷⁹ 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。

⁴⁸⁰ 屏東縣醫師公會理事長李昭仁醫師訪問稿。（李瑞娥訪問）

⁴⁸¹ 鄭宗武醫師訪問稿。（陸銘澤訪問）

⁴⁸² 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。