

# 走過百年風華

衛生福利部

## 衛生福利部所屬醫院轉型紀實







# 走過百年風華

衛生福利部

## 衛生福利部所屬醫院轉型紀實

衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會所屬醫院——作



# 目錄

---

## 005 —— 序言

006	時代巨輪下的公立醫院體系發展	邱文達部長／衛生福利部
007	關懷弱勢守護健康，永續發展全人醫療	許銘能常務次長／衛生福利部
008	傳承歷史，再現風華	李懋華執行長／衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會
009	見證署醫歷史	林慶豐院長／衛生福利部樂生療養院
010	百年署醫，風華無限	李孟智院長／衛生福利部臺中醫院
011	國立醫院世紀大轉變	林水龍院長／衛生福利部臺北醫院
012	基層醫療衛生的守護者	徐永年院長／衛生福利部桃園醫院
013	綜合大學在署醫轉型的角色	江漢聲校長／輔仁大學
014	公共責任與專業使命的傳承	蔡篤堅教授／臺北醫學大學

---

## 017 —— 前言

### 023 —— 第一章 漢生病與署醫轉型的遠景

024	第一節 前言
024	第二節 揭開漢生病神秘面紗
024	第三節 漢生病於臺灣現況
025	第四節 全國唯一漢生病療養機構——樂生療養院
031	第五節 漢生病病人權保障與補償條例
033	第六節 樂生療養院抗爭事件紀要
033	第七節 漢生醫療園區之規劃及人權委員會緣起
033	第八節 臺灣漢生病防治及人權推動之政策演進
035	第九節 樂生療養院的優良照護
036	第十節 未來展望
037	第十一節 結語

### 039 —— 第二章 TB防治的過去、現在與未來

040	第一節 前言
040	第二節 結核病治療體系更迭
041	第三節 結核病政策
041	第四節 署立醫院在結核病治療的角色
044	第五節 結核病教學示範中心暨後送中心
044	第六節 結語

### 049 —— 第三章 精神醫療與公共衛生

050	第一節 精神醫療與照護發展
065	第二節 物質濫用篇：藥、酒癮的介入與治療

### 083 —— 第四章 偏鄉與離島醫療的使命

084	第一節 偏鄉醫療
101	第二節 離島醫療
110	第三節 未來展望

---



---

## 113 —— 第五章 全人整合醫療

- 114 第一節 緣起
- 114 第二節 背景說明
- 115 第三節 推動「病人為中心」全人整合照護模式
- 131 第四節 結論

## 133 —— 第六章 漸凍人照護的示範與實踐

- 134 第一節 緣起
- 135 第二節 漸凍人病房特色
- 139 第三節 服務分析
- 140 第四節 漸凍人照護未來展望

## 143 —— 第七章 老人照護園區

- 144 第一節 緣起
- 144 第二節 老人照顧模式現況
- 148 第三節 各衛生福利部所屬醫院建構老人照護園區特色
- 163 第四節 未來展望

## 165 —— 第八章 邁向國際醫療

- 166 第一節 前言
- 169 第二節 國際醫療衛生人員訓練
- 181 第三節 國際醫療援助與服務
- 192 第四節 十年的耕耘——獲得各界肯定及感謝與未來展望

## 195 —— 結語和展望

---

## 201 —— 歷史沿革、大事記

- |          |            |
|----------|------------|
| 202 基隆醫院 | 232 屏東醫院   |
| 205 臺北醫院 | 235 恆春旅遊醫院 |
| 207 桃園醫院 | 237 花蓮醫院   |
| 210 苗栗醫院 | 239 臺東醫院   |
| 211 豐原醫院 | 241 澎湖醫院   |
| 214 臺中醫院 | 243 金門醫院   |
| 216 彰化醫院 | 245 八里療養院  |
| 218 南投醫院 | 248 桃園療養院  |
| 220 嘉義醫院 | 250 草屯療養院  |
| 222 朴子醫院 | 253 嘉南療養院  |
| 225 新營醫院 | 256 玉里醫院   |
| 227 臺南醫院 | 259 樂生療養院  |
| 229 旗山醫院 | 262 胸腔病院   |
-



---

...

# 序言

# 時代巨輪下的公立醫院體系發展

大環境劇變，雖讓醫療產業面臨更嚴峻的挑戰，卻也為醫療服務轉型與創新發展帶來契機。醫療專業人員面對這種挑戰，如何引領百年歷史的公立醫院重新塑造價值、開創新局，守護民眾健康，已成為衛生福利部所屬醫院責無旁貸的責任及使命。

我國公立醫院體系歷經百年演變，肩負偏鄉離島醫療及公共衛生政策的執行，擎起我國精神醫療大旗，提供從漢生病、漸凍人到失智失能等弱勢族群的照顧，做好傳染病、核災等特殊疾病防治及類似塑化劑健康諮詢等公共安全的維護，開辦急性後期(中期照護)醫療照護，同時推出中低收入戶民眾健康管理計畫，長期照護體系轉型與社會福利體系的整合，鋪好在地老化政策的基礎。

近年來，面對醫療產業環境快速變遷及競爭的多重挑戰，公立醫院面臨重大考驗與轉型改革契機，除了積極提升經營管理績效之外，也透過各醫院的策略聯盟，人力及資源的交流與共享，積極推動醫院功能重建。在現行健保體制下，公立醫院也力行有效管理與節流措施，提升院內醫療品質，加強院際醫療資源交流整合，增進本部所屬各醫院區域合作功能，強化緊急救護機制，擴大國際醫療合作及重視人才培訓工作，重塑公立醫院藍海發展契機。

本部所屬醫院走過百年風華，始終扮演社區基層民眾健康守護者的角色，積極提升醫療照護品質，為國人健康把關，一步一腳印地寫下臺灣公共衛生歷史奇蹟。今藉由同仁們共同完成《走過百年風華——衛生福利部所屬醫院轉型紀實》專書的出版，除肯定同仁們費心記錄各醫院特色的辛勞外，也感受到大家為傳承歷史使命與光榮的決心。

我深切期許本部各所屬醫院未來能秉持「行公義、好憐憫」的核心價值，關懷弱勢族群、提供全人醫療照護、強化管理、提高競爭力、樹立優質醫療品質形象，贏得民眾良好口碑，更要積極營造病人安全的照護環境，同時提升病人就醫的可近性，讓民眾都能夠感受到「厝邊好醫師、社區好醫院」的體貼和溫馨，每個國人都能夠活得更長久、更健康、更幸福。



邱文達部長  
衛生福利部



# 關懷弱勢守護健康，永續發展全人醫療

衛生福利部的成立，對於衛生醫療與社會福利的整合，以應大環境的鉅變，具有劃時代的意義。而肩負臺灣公共衛生、預防保健使命，以及引領基層醫療先驅的署立醫院，也跟著進行百年來最大的蛻變與轉型，延續關懷弱勢、守護健康為職志，以健全我國永續全人醫療發展的基石。

署立醫院過往不僅擔任臺灣防疫尖兵、社會醫學發展以及醫療人權守護的重要推手，也是推動醫療人性化的先趨；舉凡推動母嬰親善醫院、參與社區健康營造、推動預防保健、協助設立病友團體、進而推展健康促進醫院等，在這些發展過程中，不但提升醫院與民眾的緊密關係，也讓民眾學習健康自主管理，而病友們也學會彼此關懷、相互勉勵的氛圍。同時，也支援衛生所，並與社區醫院及基層診所合作，在社區中佈建更為廣泛的預防保健服務網絡，讓醫療服務更能貼近民眾，不但滿足民眾的醫療需求，也提升其健康意識及自主的雙贏局面。

面對醫療資源分布不均的情境，署立醫院在就醫便利、醫療普及與健康責任的推動上，所投入的心力與資源從不間斷，不論是癌症防治、健康促進、營養諮詢、菸害防制、慢性病持續照護與早期療育等方面，都扮演著健康政策推動與執行者的關鍵角色。積極運用健康行銷的概念，教育民眾控制飲食、均衡營養、維持運動及健康減重的重要性，促使民眾培養自我健康照護的正確意識與養成良好的生活習慣。

近年來，署立醫院在醫療照護上，以全方位的品質管理，落實推展對病患的關懷服務，營造一個以「病人價值」為導向的全人醫療環境。如今升格成為衛生福利部立醫院之後，同仁們在繁重的業務下促成《走過百年風華——衛生福利部所屬醫院轉型紀實》專書的出版，將百年來守護民眾健康戮力不懈的足跡記錄成冊，作為傳承專業使命的重要見證，特此嘉勉！同時也期許同仁們在我國面對少子高齡化的衝擊下，能成為長期照護與中期照護模式發展的領頭羊，並在既已奠立的優良臺灣經驗下，積極參與國際醫療，為部立醫院開創醫療衛生發展的全新格局，拓展未來經營亞洲乃至於全球的宏遠志向。



許銘能常務次長

衛生福利部

## 傳承歷史，再現風華

保障民眾的就醫權益，提供好的醫療品質及照顧弱勢病患，一直是署立醫院的經營方針。在引用企業化經營的精神及採取多元化經營的策略之下，已為署立醫院注入了一股新的活力，並提升了服務品質與績效；署立醫院除了扮演社區醫院及執行公共衛生政策的角色，提供民眾最可信賴的醫療服務，也持續進行署立醫院體制內的改革，我們在配合地方需求及保障民眾就醫權益的前提下，推動組織再造，引進企業化的經營活力，採多元化的經營策略，並逐年降低公務經費補助，期望能改善醫院經營體質，提升服務品質與績效。

原本隸屬臺灣省的36家醫療機構，經組織改造後改隸衛生署立醫院，由中部辦公室成立了醫院管理委員會及區域聯盟，再經組織或功能合併後成為26家署立醫院，其中很多是百年以上歷史的醫院，包括20家一般綜合醫院及6家特殊及精神療養院等，為了照顧如癩病、精神疾病、結核病患或偏遠離島地區居民等弱勢團體，擔任國家衛生政策的執行先導者及預防醫學的推動者，這些公立醫院幾乎可以說是民眾健康的守護神。

隨著醫療環境變遷以及企業化經營的財團法人醫院快速成長，使國內醫療市場高度競爭，連帶使得署立醫院扮演的角色面臨重要考驗與轉型。設立聯合採購中心；重新定義各醫院核心任務；精進弱勢族群及偏鄉醫療；面對未來高齡化社會的挑戰，發展中長期及全人整合的醫療照護模式；建置醫療品質監測系統，推動磁吸醫院，研擬人才留用計畫；平衡醫療資源，由都會型醫院負責支援離島與偏遠地區醫院，積極參與國際醫療。以上作為，就是期望能夠再造清廉效能之署醫，重拾民眾信心，並以主動走出醫院的方式，提供便捷貼心之社區醫療照護。

此次我們出版《走過百年風華——衛生福利部所屬醫院轉型紀實》專書，就是希望把各署立醫院轉型的發展歷史過程與積極成為現代社區健康守護者的面貌，呈現給社會及民眾，我也以署立醫院醫院管理委員會執行長的身分向各位推薦這本書，期望我們繼續努力實現署立醫院現代營運願景，成為國家公共衛生的推動者，穩健邁入健康的廿一世紀，讓署立醫院風華再現。祝福大家身心靈健康、都有安寧美好的健康生活。



李懋華執行長

衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會

# 見證署醫歷史

衛生署的施政願景是「落實品質、提升效率、關懷弱勢、均衡資源」，主要使命則在於「促進及保護全民健康福祉」。但由於衛生業務經緯萬端，所以必須不斷改革，方能與時俱進，符合社會期待。

二十多年前在幾個省立醫院服務時，在快速的醫療環境變遷與挑戰下，這些百年老店的醫院因為沒有積極地面對，讓原本是地方的「大病院」變為門可羅雀、過門不入的公立醫院，後來經過署立醫院轉型後，才成為有競爭力的社區「好病院」，在在顯示重塑署醫形象、提振品質效能的重要性。當然早期署立醫院對地方的醫療服務扮演著相當重要的角色，可以說是臺灣醫療衛生的重要基礎，在照顧精神疾病、癩病、結核病患者或偏遠離島地區居民等弱勢團體更是不遺餘力，不但是民眾最可信賴的醫療提供者，也是執行國家公共衛生政策的貢獻者。隨著國內醫療市場高度競爭及醫療資源、公務預算有限的情況下，連帶使得署立醫院的角色必須面臨多元化以及其他嚴峻的考驗。署立醫院的轉型在衛生署持續的改革下，開始雖然有些困難及挑戰，但我們已經看到變革後的績效與成果，讓署醫繼續在臺灣公共衛生歷史上仍然扮演重要的角色。

在衛生署邱文達署長及醫管會李懋華執行長的督促下，我擔任了醫管會行銷企劃組召集人，結合各署立醫院一起打造署立醫院的形象，共同行銷署立醫院的優質醫療並且提升民眾對署醫的信任。此次我們結合各署立醫院的力量，出版此本《走過百年風華——衛生福利部所屬醫院轉型紀實》專書，除了記載署醫的轉型歷史，更要讓社會大眾看到署醫、接受署醫進而肯定署醫。希望本書讓署醫「凡走過的必留下痕跡」，讓署立醫院繼續寫現代公共衛生的歷史，為全國民眾的健康打拼，一起實踐健康促進及保護全民健康福祉之使命。



林慶豐院長

衛生福利部樂生療養院

# 百年署醫，風華無限

署立醫院百年來，除遂行公醫照護弱勢、平衡醫療資源、推行社區醫療暨保健業務、處理緊急醫療救護與疫情防衛，以及配合各層級衛生主管機關之任務外，更造就了無數珍貴的紀錄與特色，甚而影響了整個臺灣醫療之進展。諸如全國第一組軌道式中央實驗室，即創建於臺中醫院，藥品及衛材聯標與其配套雲端資訊化管理亦由署立醫院系統率先啟動，成為公立機構聯標案的成功範例。

有關署醫特色不勝枚舉，除本書所羅列各公立醫院過去一向投入較多心力的公共衛生、傳染病防治及偏鄉離島醫療外，臺中醫院特別被賦予建構完整老年照護園區的歷史使命。在歷任院長及同仁攜手努力下，目前已打造一個團隊，包含著社區健康營造和預防保健服務、建構高齡友善醫院、另創長青整合性門診、整合式衛教暨個案管理中心、高齡友善急性住院、長期照護中心、居家照護所、安寧緩和共照等服務，且獲獎無數。2012年起並由衛生署醫院管理委員會特指派臺中醫院研議開辦中期照護(Intermediate care)計畫，此乃就現有的護理及健康照護下、以護理之家為基礎的中期照護試辦照護計畫，精進為以醫院為基礎的中期照護，於2013年7月由當時衛生署許副署長銘能為臺中醫院揭幕中期照護示範病房，並有來自全國署立醫院代表參與觀摩研習，此勢必將於短期內成為衛生福利部各醫院之重點工作項目。臺中醫院為領航老年照護任務，並選送院內同仁赴英國、日本及美國參與會議、考察及接受教育訓練，期使臺中醫院及衛生福利部各醫院能與世界主流相結合，由於我國快速老化社會，同時伴隨著老年照護的殷切需求，英國的中期照護系統、日本的長照保險及長期照護體系、美國論人計酬式的完整老人照護系統(PACE)等，均可作為參考藍圖。以上相關議題，於本書相關章節中皆有論述。

2013年7月23日起，衛生署所屬醫院經組織改造為衛生福利部各醫院，將肩負更多的公醫任務，包括衛政與社政之整合，其任務將更具挑戰性，但在昔日百年署醫所建構完整體系和優良傳統，以及全體同仁攜手努力下，將再創造更多特色醫療，造福全國民眾。



李孟智院長

衛生福利部臺中醫院



# 國立醫院世紀大轉變

一百多年來，在全國衛生醫療史中，衛生福利部所屬醫院扮演著舉足輕重的角色。戰前主要負責地方基層醫療照護，現今，身為國家衛生主管機關直屬醫療機構，體系內含 20 家地區性綜合醫院、4 所精神科療養院、1 所胸腔病院，及過去以照護漢生病患著稱的樂生療養院。無論是建構全國醫療網路、落實感染病防治，或推動公共衛生及預防醫學，一路支持、配合國家衛生政策，擔任全民健康之守護者。

全民健保實施後，公立醫院之經營備受挑戰，醫療市場的競爭不再僅是就醫成本的考量，公立醫院原先的價格優勢不再，加上近年來中央政府財政赤字不斷增加，用於醫療之預算日益減少，退撫金卻逐年增加，以至公立醫院必須面對極度艱難的生存挑戰。

我初接任嘉義朴子醫院院長時，適逢全民健保開辦之 1995 年。在擔任臺南醫院院長期間，並以「自立自強、公辦公營」的全新理念創辦臺南醫院新化分院，期間由於組織的成功再造並且提升營運績效，獲頒 2003 年行政院經建會「法制再造國家級獎章」業務改造組「金釜獎」。爾後，接任嘉義醫院院長、醫管會執行長，到現任的臺北醫院院長，一路走來，對所屬醫院有很深的情感及體認，深知唯有整合體系內的醫療，形成一股團隊的力量，在彼此互信、互助、互補的情況下，才能全面提升品質、強化創新管理、進而發展醫院特色，關懷弱勢。並同時能以病人為中心、視病猶親，重視民眾的感受，實踐對民眾的承諾，才能拉高醫院的競爭力，達成永續經營與發展。

本書如實記錄衛生福利部所屬醫院，一世紀以來的演進。從落實公共政策、照顧弱勢族群、緊急醫療救援、醫療品質提升到推動醫學教育使各個面相得以呈現，包括美沙冬替代療法、藥癮復健、精神醫療、漢生病、肺結核防治、漸凍人、離島及偏鄉醫療、國際醫療等等。

書籍編撰過程中，衛生署已升格為衛生福利部，整合原社會福利部門，讓福利與醫療衛生能有更完善的連結。面對未來的各項挑戰，我們更須謹記身上所背負社會責任之重擔，在有限的資源及日益減少的預算補助下，不僅對內須持續精進醫療專業、提升醫療品質，建立安全、溫馨、便捷的醫療作業環境，對外更須配合國家政策發展方向，盡力發揮公醫價值、照護弱勢族群，扛起各項疾病防治之任務，發展醫院特色，以照護全民健康為職志，持續努力。



林水龍院長

衛生福利部臺北醫院

# 基層醫療衛生的守護者

物換星移，雖然在體制上從省立醫院到署立醫院，再到目前衛生福利部所屬醫院；不變的是，這群堅守基層、善盡公醫責任的醫護同仁們，所提供民眾醫療服務的這份熱忱。

目前衛生福利部所屬醫院有26家醫院，遍及本島城鄉與金馬，員工總數近一萬三千人，每日認真執行國家衛生政策與公立醫院的使命，此時，正面臨組織與任務的調整，人員更迭的轉捩點。然而過去的歷史不能被遺忘，尤其是署立醫院時期也正處於國內醫療與政治環境快速變遷，民眾權益意識高漲的年代；如此情況下，醫院的同仁們依然同心協力，克盡職守，此外，也創造了不少的特色作為，值得被記錄下來，作為臺灣醫療與公衛發展史上的重要一頁，這也是本書的價值所在。

身為一位公費醫師與醫院管理者，有幸能在署立醫院的系統內，見證它的發展，參與它的改革。希望我們這一代人的努力，能留給未來承續的人一些見賢思齊的感動。我能夠大聲地說：「不虛此行」。



徐永年院長

衛生福利部桃園醫院

# 綜合大學在署醫轉型的角色

最近，由於輔大和樂生療養院建教合作，林慶豐院長邀請我為《走過百年風華——衛生福利部所屬醫院轉型紀實》這本書寫序，這實在是不敢當。我個人的理念一直認為臺灣的社區醫療、特色醫療應該和政府、學術界做緊密的結合，所以輔大以往就和署立臺北醫院、署立桃園醫院、新北市立三重醫院、桃園療養院、八里療養院等有很好的合作關係。未來，我們希望能繼續發展這樣的合作關係，而這種署醫轉型的方向，相信將使臺灣醫療擁有更美好的明天。

輔仁大學是臺灣唯一的天主教綜合大學，有27,000名學生，11個學院、49個系、48個碩士班、23個碩士在職專班、11個博士班、進修部16學系(含學程)及二年制護理在職專班(夜間學制)，過去和署立醫療單位的合作是相當多面向的，除了醫學院系的服務、教學、研究之外，像社工、管理、營養、景觀、應美、織品、傳播、法律、宗教等等，各系所都有相關醫療的合作案，也提供醫療和行政進修的機會，更值得一提的是，輔大的使命特色是服務學習、生命倫理教育以及國際化，這更使我們早就和署立醫療機構工作在一起，例如我們的谷寒松神父和學生社團醒新社，長期為樂生病人提供醫療服務，這不僅是畢業校友們津津樂道的美好回憶，同時也將此這愛心一脈相傳給學弟妹。

如今，輔大畢業的醫生和醫療人員遍布臺灣醫界，輔大附設醫院也已開工，輔大未來是臺灣醫界重要的一分子，當然更有責任和義務與轉型的署立醫療單位全面地合作。我們將扮演更多、更關鍵的角色，也期盼得到這樣的機會，讓綜合大學的社會參與成為臺灣社會的一個新典範。



江漢聲校長  
輔仁大學

# 公共責任與專業使命的傳承

有感於署立醫院的專業使命以及國人的期許，衛生福利部醫管會與富有醫學史傳承特殊責任的樂生療養院，共同召集了關心署立醫院發展與衛生福利志業傳承的署立醫院菁英，展開有關自身醫院發展與專業傳承的資料收集與歷史整理計畫。本計畫因應衛生福利部轉型，特別以一年的時間，由各醫院關心醫學史發展的專業同仁進行大規模的田野調查、口述歷史與文獻回顧，為的就是能夠延續署立醫院的歷史及避免史料殘闕，並以繼往開來的觀點來定義，於是本書不但是具有可讀性、豐富性，並可說是署立醫院歷史文化交流與專業使命傳承的平臺。藉此凝聚國人的健康醫療保健意識，反映署醫引領時代變革與我國公共衛生發展的集體歷史記憶，以便健全我國衛生福利體制，繼往開來。

原本為省立醫院的署立醫院，建立於日治時期，目的在於改善臺灣的公共衛生環境並提供醫療照護，是我國醫療衛生發展的重要基礎。戰後更成為我國衛生醫療體系發展的基石，支援衛生所與偏遠地區醫療的發展，我國之所以有傲視全世界的醫療公共衛生成就，其所奠立的重要基礎，的確是不可或缺的關鍵。隨著國民健康水平的提高，這些醫院的公共衛生功能部分不被重視，可是在面對SARS危機之後，署立醫院的重要性重新為國人所體認。但日趨競爭的醫療環境下，署立醫院正是屬於較為不利的社區與區域醫院的層次，加上業務上要求財務自主的壓力，如何兼顧衛生與醫療使命，是署立醫院經營上的重大難題。國庫對人事補助費，從2001年到2012年已經減少了56%，但署立醫院的績效卻成長了46.27%，社會使命卻不曾偏廢。

在衛生署即將轉型成為衛生福利部之前，署醫同仁有感於缺乏專書來作為我國署立醫院歷史記憶傳承的媒介，若假手沒有醫療背景的歷史學家，又害怕曠日費時，而不容易呈現署立醫院的時代精神。在李懋華執行長的號召下，尋找本人作為顧問，以群策群力的方式來留下署立醫院轉型前的歷史紀錄，並希望藉此提醒國人公共衛生以及相關史料經驗傳承的重要性。我國素來就有地方志書中涵蓋醫療篇的作法，這是源自《山海經》的華夏文明的瑰寶，也是歷代以來在地認同形塑的重要基礎，但署立醫院有非常高的公共衛生貢獻以及發展的特色，卻從來沒有志書來記錄。這些署醫同仁的努力，可說是彰顯臺灣核心價值所在，也凸顯署醫過往如何彰顯臺灣醫療衛生



蔡篤堅教授  
臺北醫學大學



---

努力的核心價值，也對導引民眾了解我國醫療體系乃至於署立醫院的特殊使命與功能，有著非凡的貢獻。緣此，我必須對在百忙專業工作中仍然願意抽空協助乃至參與本書撰寫的署醫工作同仁致上最高的敬意，本書的出版也為署立醫院培育了眾多有能力從事歷史文獻整理、撰寫與考證的人才。本書完成〈漢生病與署醫轉型的遠景〉、〈TB防治的過去、現在與未來〉、〈精神醫療與公共衛生〉、〈偏鄉與離島醫療的使命〉、〈全人整合醫療〉、〈漸凍人照護的示範與實踐〉、〈老人照護園區〉和〈邁向國際醫療〉等八大章節，同時進行大規模醫療影像收集，為下一代保留豐富無形資產，以多元的臺灣醫療衛生文化為基礎，由下而上塑造以署立醫院為主體的世界觀。本書的出版，除了作為一個時代劇變中，醫療衛生價值延續的努力之外，更期待將來能夠讓衛生福利部醫院誌或是署立醫院史的編纂著，獲得更大的支持，讓國人能夠鑑往知來，為我國未來衛生福利發展的遠景，奠立厚實的思想與行動基礎，以營造邁向未來的標的，共同努力！



---

# 前言

...

2013年衛生福利部成立，我國的署立醫院也升格為衛生福利部醫院，肩負署立醫院繼往開來的功能。署立醫院的前身是36家省立醫院，由臺灣省衛生處負責，1999年7月1日精省後，省立醫療機構即隸屬於行政院衛生署。誠如衛生福利部邱文達部長所言：「署立醫院前身是36家的省立醫院，走過臺灣公共衛生、醫療發展史的滄桑，見證那一段艱難的歷史，隨時代變遷與經濟政策的改變，再加上最近發生的採購弊案等，署立醫院正面臨前所未有的挑戰，因此，需要做一次整體的變革，改變署立醫院在現今醫療體系的定位。」<sup>1</sup>衛生福利部成立之後，原任臺北醫學大學校長的邱文達署長榮任部長，署立醫院也藉此展現改革的初步成果，在變動的時代中，持續負起國民健康責任的使命。

在精省後，國家社會巨變轉型的過程中，署立醫院最大的困境就是妾身未明。原先由中部辦公室接管，2011年受邀擔任醫管會執行長迄今的李懋華醫師說明：「中部辦公室是實施暫行條例，因此就不能再用這個名字，但26家醫院還是要有人在管，所以就成立一個任務編組的，行政院衛生署立醫院管理委員會，就是這個任務編組。」<sup>2</sup>由於任務編組之故，因此醫管會的執行長及副執行長都是兼任職，正式的職缺都是放在醫院。精省前後原先36家省立醫院，中間有些醫院透過整併、委託其他體系經營，共有26家醫院與5家院區：包括6家都會型醫院（臺北、桃園、臺南各有1家院區）、7家特殊型醫院（如玉里醫院有5個園區）；以及13家偏遠離島型醫院（花蓮、臺東各有1家院區）。從省立醫院至署立醫院時代，最大的改變是整個「公務預算、人事補助費的縮減」。過去省政府時代，執行各項業務，還有些補助經費可以預支，但精省以後，國庫僅補助人事經費。此外，自2003年立法院決議，署立醫院人事補助費每年將減少10%。在這種情形下，李執行長指出：「我們看到國庫對人事補助費，從2001年到2012年已經減少了56%。但署立醫院的績

效卻成長了46.27%。由此可見這段時間，署立醫院還一直在精進它的經營管理模式。」

省政府時代，各項政策透過省政府下達，然而，署立醫院改成中央接管後，不似過往，現在署立醫院需直接承接衛生署下令之重要政策，所肩負的公共衛生及醫療的責任較以往更來得重。李執行長語重心長的說：「從精省以後我們責任更重了……整個公務政策、包括醫療都是我們的責任。尤其有的縣只有一個醫院是我們的，當然是我們要負責。」因此像是較偏遠的地區，例如恆春、金門、澎湖等等，署立醫院就變成最重要的角色。而像許多醫院避之唯恐不及的傳染病防治工作，署立醫院亦要一肩扛下，執行長說：「現在傳染病防治，全國22家，13家放在署立醫院。等於署立醫院的病床數，占了全國61%，等於說傳染病床數，第一個丟就是丟署立醫院。」此外像是戒毒、照顧弱勢，中低收入戶、特殊疾病例如精神病、漸凍人、失智老人，以及容易變成呆帳的家暴、路倒病人等等，亦成為署立醫院重要的任務之一。率先由署立醫院帶動執行的十大任務如下：

### 一、偏遠離島地區之醫療及公共政策之執行

署立醫院肩負偏遠離島地區醫療需求，26家署立醫院中，有三分之二位於偏遠離島地區（13家），或具特殊功能任務（7家），對偏遠離島之醫療及公共衛生的推展至為重要。

### 二、為我國精神醫療之重鎮

署立醫院中有5家大型精神專科醫院，床位數約占全國34%，並提供公費養護床1,943床，是全國最大的精神醫療服務網。

### 三、協助法務部全力投入戒毒、反毒工作，前往監獄看診支援

署立醫院自2006年3月起開辦美沙冬替代療法服



務，共有24家醫院辦理，根據統計，美沙冬治療90%以上均在署立醫院進行。自2006年開辦至2012年底，已服務4,954,593人次，對臺灣地區愛滋病防治產生舉世震驚的成效，並對治安維護有很大的幫助。<sup>3</sup>

#### 四、傳染病之防治

被CDC(疾病管制局，現為疾病管制署)指定為傳染病應變醫院，全國有22家，其中13家是署立醫院總床數占全國61%，擔負全國大部份防疫第一線工作。

#### 五、配合政策，開立特別門診

配合政府政策，開設包括核災、H1N1、H7N9、塑化劑健康諮詢門診、類流感、順丁烯二酸諮詢門診等。

#### 六、關懷弱勢族群之醫療照顧

1. 漸凍人照護病房：全國只有3家醫院提供漸凍人照護病房，此3家醫院中，就有臺中、臺南兩家署立醫院的體系。於2012年1月成立迄今，臺中醫院服務45人，臺南醫院服務29人。
2. 失智失能社區照護：2011年8月起，共23家署立醫院開辦。其他如家暴、性侵、收路倒遊民、關懷獨居老人等等，容易變成呆帳的弱勢族群，署立醫院也提供照顧，這些費用則由各醫院盈餘中，抽出一部分的社福基金來支應。

#### 七、急性後期(中期照護)之醫療照顧

於2013年8月起，共有18家署立醫院全面開辦，此不但具有銜接急性醫療與長期照護政策規劃的重要前瞻性，同時也是全人持續招呼體系發展的關鍵政策，署立醫院再度扮演臺灣醫療衛生史上領頭羊的角色。

#### 八、特殊疾病之醫療照顧

這項目有兩項非常重要的特色，首先是全國唯一

的漢生病治療中心——樂生醫院肩負全臺漢生病的治療。其次是全國唯一的結核病防治醫院——胸腔病院對全國結核病十年減害計畫的推動有重大助益，這些疾病的全責照護是署立醫院歷經時代變革所樹立的重要特色。

#### 九、醫療影像判讀中心(IRC)

偏遠地區醫療影像交換系統及影像判讀中心，由7家署立醫院的18位放射科專科醫師協助國內山地離島19家衛生所及14家地區型醫院組成，免費協助19家山地離島衛生所及14家偏遠地區醫院的所有醫療影像判讀影像，有效紓解偏遠離島地區放射科醫師不足及緊急醫療具判讀時效的需求。

#### 十、中低收入戶民眾健康管理計畫

自2012年開始於臺中、旗山醫院試辦，2013年共有16家醫院開辦。全臺灣各縣市的署立醫院，針對中低收入戶，做健康的個案管理。透過健保局提供個案資料，主動去訪視並詢問是否有醫療的需求，甚至追蹤成人健檢，積極保障弱勢人口群的健康權。

以上十大責任均由署立醫院肩負，實非易事，主要是精省後，署立醫院不再受省政府管轄，隸屬於衛生署，更是直接肩負起政府重大公共衛生政策之責任。但在精省後，立法院決議逐年削減署立醫院人事費的補助。隨著責任增加，經費卻逐漸減少的同時，如何提供醫院績效以增加收入，成為署立醫院重要的任務。李懋華執行長認為署立醫院面臨的困境如下：一、國庫對人事費補助減少，但退休撫卹的費用支出增加；二、以中小型醫院為主，規模不夠大，相較於醫學中心，較無競爭力；三、由於普遍規模都不大，較難進行整合。也因此，強化營運管理績效，必須擬定指標，88個指標涵蓋公共衛生政策、健保、評鑑、營運等等，定期檢討。同時成立8個任務小組，指派

各醫院擔任召集人，訂立查核指標，並定期召開會議，進行檢討與跨院交流，分別為醫療品質、研教人力、行銷企劃、資財營繕、健保事務、營運績效、資訊及公費生工作共8組，實現自我管理，每一組由一個院長做組長。過程中，期許每一家醫院都有自己的特色，來肩負社會的責任，並與在地其他醫療機構進行整合，成為署醫保留社會的使命，但仍兼顧收支損益平衡的良方。

可是這轉型的過程不僅艱苦，也全然不順利，尤其財務自主的過程中，採購法不合時宜的情況下，冤案與弊端因時而生，對署醫造成重大的打擊。此外，劇烈轉型過程中，新營醫院北門分院大火等事件，更是讓署立醫院飽受責難。如何維繫歷年來署立醫院對偏遠離島地區、公共衛生任務及特殊專科醫療的貢獻，而後符合新的社會期待，更是衛生福利部成立後，持續改革的目標，希望署立醫院能成功轉型，結合社會福利體系與資源，在未來高齡化社會開創另一片藍海。<sup>4</sup>

李懋華執行長誠心地期許每個署立醫院「雖然不大，但要有自己的特色」。要在某個方面是全國最好的，自然人家會尊敬。」執行長進一步舉例：

臺中醫院有漸凍人病房，哪個醫院有？該重視吧！臺中醫院護理之家195床，全國最好的護理之家。對不對？大醫學中心，不見得比我好。那豐原醫院拿過醫藥品質獎，是全國最多的嘛！國家品質獎什麼獎拿最多，它的品質可以作為全國的模範。基隆醫院有一個官方郵輪的國際醫療，那是唯一的……它那國際醫療是一個小時內就要完成診療，因為你船(停)靠進來，民眾下去後，病患留下來要看病，因為船可能3個小時就會開走，船支整個來1個小時，然後它回去要再整理，接新的客人，所以它只給我們1個小時的時間來看病，報告要馬上出來，我們必須要從一個

編組專門應付這個國際觀光郵輪的醫療。這個我們做得到啊，收費又便宜……所以每個醫院(規模)不大，可是呢，有非我不可的特色。<sup>5</sup>

為了協助各個醫院達成此目的，衛生署召開短中長期計畫審查會議，考量醫院地理位置、規模、評鑑結果與地方民眾需求等，將署醫各院區分為區域型醫院、地區型醫院、特殊專科型醫院及離島型醫院，分別為：

1. 區域型醫院(基隆、臺北、桃園、豐原、臺中、彰化、臺南、屏東)：以急重症為主，老人及長照為輔。
2. 地區型醫院(苗栗、南投、嘉義、朴子、新營、恆春旅遊、花蓮、臺東)：以老人長照為主，急重症為輔。
3. 離島型醫院(金門、澎湖)：發展急重症、在地醫療服務。
4. 特殊專科型醫院(精神療養院、樂生療養院、胸腔病院)：依各專科規劃發展各自特色。

而各院又依照自己的特色來發展，包括：

1. IRB(人體試驗委員會)：嘉南療養院、桃園、臺中醫院。
2. 臨床技能中心：桃園醫院。
3. 中期照護服務：屏東(示範醫院)、基隆、桃園、苗栗、豐原、南投、朴子醫院等18家。
4. 漸凍人照護：臺中(示範醫院)、臺南醫院。
5. 失智失能社區照護：臺中(示範醫院)、基隆、苗栗、南投、朴子、旗山、草療、嘉療、恆春、澎湖醫院等23家。
6. 長期照護示範中心：臺中醫院。
7. 品質管理示範中心：豐原醫院。
8. 國際醫學訓練中心：臺北醫院。
9. 中低收入戶民眾健康管理計畫：臺中醫院等18家醫院。

10. 國際觀光遊輪醫療服務：基隆醫院。

11. 藥癮社區治療示範中心：草屯療養院。

有鑑於我國已邁入高齡化社會，是故，從急性至慢性完整醫療照護體系的聯結至為重要。而由急性進入亞急性(中期)，在進入長期照護的服務中，中期照護無疑扮演了關鍵性的角色。如何協助急性病患生活機能之恢復，避免過早入住長照機構或再住院，以節省社會及健保資源，2013年8月起18家署立醫院全面開辦。當時衛生署所屬18家醫院，自8月1日起建立中期照護服務模式試辦計畫，集合醫療、護理、社工、復健等跨團隊專家，建構客製化老人照護軟體及團隊，提供銜接急性醫療期過後、還不適宜直接進入長期照護系統的中期照護服務。<sup>6</sup>李執行長舉例說明中期照護的重要性：

中風的病人住在醫院21天以後，急性期過。那健保認為他這個已經都沒有住院的必要了。病人要去哪裡？回家嗎？但回家後家人怎麼會照顧？他還在一邊癱瘓，護理之家因為沒有醫師也不會照顧。如此發展中期照護，連結急性、慢性，中間這一塊。讓透過復健還會恢復功能的人，能夠住在這個地方來。<sup>7</sup>

李執行長進一步說明：「也就是說讓透過復健還能恢復功能的人，放在中期照護這一塊……這類病人包括中風病人、車禍外傷或腦部手術等等需要一段復健期的病人，不可能一直放在急性病房，那健保怎麼受得了，回家你也不可能做啊，就可以放在中期照護。」署立醫院推動中期照護模式，希望做一個全國的模式，以協助亞急性病患生活機能回復，避免過早入住長照機構或反覆再住院。此外，23家署立醫院自8月1日起，全國執行失智失能社區照護，因11家署醫於2011年即開始推動，至今總計篩檢3,286人次、收案1,530人、照顧者支持團體及衛教宣導計11,048人次。

值得一提的是，署立臺中醫院因提供長期照護經驗豐富，是本署長期照護示範中心，並與臺南醫院規劃漸凍人照護服務，卓有成效。<sup>8</sup>為求繼往開來，延續署立醫院的價值，協助國人更了解往後衛生福利部醫院重要的歷史使命，以共創未來，本書以〈漢生病與醫署轉型的遠景〉、〈TB防治的過去、現在與未來〉、〈精神醫療與公共衛生〉、〈偏鄉與離島醫療的使命〉、〈全人整合醫療〉、〈漸凍人照護的示範與實踐〉、〈老人照護園區〉和〈邁向國際醫療〉等八大章節，來呈現我國署立醫院無可取代的歷史角色，並且展望我國未來社會福利政策發展的關鍵地位。

#### 註解

1. 邱文達，〈署立醫院的變革〉，《常春月刊》，第364期，2013年7月，頁20-22。
2. 李懋華執行長訪談稿，2013年9月5日。
3. 同註1。
4. 同註1。
5. 同註2。
6. 同註1。
7. 同註2。
8. 同註1。



---

## 第一章

# 漢生病與 署醫轉型的 遠景

## 第一節 前言

從人類的疾病史來看，漢生病（俗稱癩瘋病、癩病、或稱韓森氏病）在人類社會是一種很古老的疾病，在西元前已發生於世界各地，《聖經》及《論語》都有關於漢生病的紀錄。最古早記錄可查到漢生病是約三千年以前，來自於古代文明的China、Egypt及India地方；第一例漢生病記載則出現在西元前600年的印度宗教典籍中，描述了病人手指和腳趾喪失感覺的症狀。當時的病人往往受到殘酷對待，被遺棄在荒野中任其自生自滅，甚至被燒死。兩千多年前在中國也有類似記載，如《黃帝內經·素問·長刺節論》：「病大風，骨節重，須眉墮，名曰大風。刺肌肉為故，汗出百日，刺骨髓，汗出百日，凡二百日，須眉生而止鍼。」冉耕，孔子七十二弟子之一，孔子曾對他有「斯人也而有斯疾也，斯人也而有斯疾也！」的感嘆。至於耶路撒冷王國國王——鮑德溫四世，也是終其一生戴著面具的漢病患者。自古漢生病友就是躲在陰暗角落，深怕為人所知，自我封閉以及遭到社會排除，極為弱勢。

## 第二節 揭開漢生病神秘面紗

挪威學者Hansen於1873年發現漢生病，漢生病在醫學名詞上稱Leprosy，由漢生桿菌所引起，藉由通過破損的皮膚和呼吸道進入人體，主要傷害皮膚、粘膜和周圍神經，也能侵害深層組織和器官。尤其是上呼吸道黏膜、眼、肝、睪丸、肌肉和骨骼，早期症狀為四肢暴露部分或顏面呈現淡白、淡灰或紅色斑點、斑塊或小結節，病灶處知覺麻木。人類對漢生桿菌的易感性很不一致，一般兒童較成人易感，而病例多為20歲以上的成人，男性病例多於女性病例。全世界90%的人對此菌有自然免疫力，為一種慢性溫和而不容易傳染的皮膚病，而且不會遺傳。這樣的病患在世界範圍內流行很廣，估計約有病人約1,000萬人左右，主要

分布於亞洲、非洲及拉丁美洲。

漢生病按五級分類法分為：結核樣型漢生(TT)、界線類偏結核樣型漢生(BT)、中間界線類漢生(BB)、界線類偏瘤型漢生(BL)、瘤型漢生(LL)。各類漢生病的早期階段為未定類漢生(I)。在漢生病的慢性過程中，漢生病人可突發症狀活躍，出現新皮損，伴惡寒、發熱等急性或亞急性症狀，這種變態反應性現象稱為漢生反應。若缺乏醫療，漢生病會造成知覺麻木，最後喪失肌肉控制力和手腳殘障，其有效的治療及控制也要到1940年代後期，才發現「普羅命(Promin)、地阿松(Diasone)、或二胺苯砒(Dapsone)」磺胺類化學劑以及其誘導劑才告成功。目前，安全有效的藥物和治療方法，一般會選用氨苯砒、利福平、苯丙砒和丙硫異煙胺等對漢生病患者進行聯合化療，或採用免疫療法對病人進行治療。對漢生反應，則可選用酞咪呱啉酮、腎上腺皮質素等進行治療。反應停(沙利度胺)對漢生病患者的自身免疫癥狀有治療作用(在抗生素殺死漢生桿菌後，免疫系統攻擊死去的細菌，同時也攻擊人體自身)。

近年來，由於研究了解加上醫藥的突破發展，漢生病感染的致病率很低(不到10%)，且90%以上的成年人可以產生免疫，施打卡介苗也能提供相當的保護力。不但患者不必強制隔離，早期診斷、早期治療可以確實有效的殺死漢生桿菌，遏止病症的傳播，還有機會完全治癒，而不會讓患者在外觀及功能上留下後遺症。

## 第三節 漢生病於臺灣現況

臺灣目前漢生病的發病率約為0.05人／每100,000人，也就是每百萬人平均不到一個人感染，發病率相當的低，遠比其他傳染病(如結核病)低許多，且以境外移入之個案為主。由於臺灣完備的漢生病防治措施(少菌型漢生病[PB型])，服藥六個月完治，追蹤五



年；多菌型漢生病〔MB型〕，服藥一年完治，追蹤五年；完治後如病灶仍未消失，可由醫師決定給予適度延長治療），使得臺灣目前的漢生病友多為無病菌的狀態；除因殘障或年老之患者，現仍居住在新北市新莊區的衛生福利部（前行政院衛生署）樂生療養院（以下簡稱樂生療養院）（截至2013年9月底為止，178人）照護之外，其餘約有932人，均已居家療養，由樂生療養院及轄區衛生所每年定期巡迴檢查及居家訪視。

目前漢生病雖然感染與發病率極低，且多屬境外移入，但仍需依《傳染病防治法》列管防治，然因個案數少，易造成新進醫師與醫事人員在採檢、判讀、診斷或治療上及公共衛生人員的防治工作困難，因此相關教育訓練相當重要。其次，依據《漢生病病人人權保障及補償條例》，漢生病病患不因其目前居住地致其人權與醫療權益有所不同，故居家療養病友之醫療與健康權實仍須加以保障。

#### 第四節 全國唯一漢生病療養機構——樂生療養院

醫院創建於1930年（日本昭和五年），最初命名為「臺灣總督府癩病療養樂生院」，是日治時期強制收容癩病（俗稱瘋病、韓森氏病，現稱漢生病）病患之場所，為臺灣第一所公立漢生病防治與強制隔離機構。百年前，癩病特效藥尚未問世，加上對癩病的不了解，早年被誤認為無藥可治且高傳染病的瘟疫，所以，遵循了在柏林舉行的「第一屆國際癩病會議」（The First International Leprosy Conference, Berlin, 1897）的建議，採行「強制收容，絕對隔離」政策。為了讓病患遠離人群、不受他人異樣眼光還能擁有安棲之所，樂生療養院不僅依當時癩病療養所的制度加以管理外，其建築也與病患生活關係密切，能滿足病患食、衣、住及育樂的需求，原僅住宅三棟，收容百名患者，後因日本政府確實執行強制措施，且國民政府延續該強制

隔離政策，至使病患愈來愈多，陸續擴建病舍至六十多幢，有近千張病床，儼然是個小型社會。院內有一碑立於1947年，為當年院長吳文龍所題「以院作家、大德曰生」，正是當時隔離政策的寫照。

##### 一、樂生療養院的重要人物——丁德貞修女

在隔離政策以及民眾無法接納的時期，照護漢生病院民是具有愛心，並能克服眾人異樣眼光才能夠做到的。丁德貞修女（西班牙語：Elvira Valentin Martin，1922年12月12日-2012年12月10日），生於西班牙科爾多瓦，天主教耶穌孝女會修女，在高中畢業後，就加入天主教孝女會，成為修女。1945年，奉派至中國安徽省安績縣傳教，在當地孤兒院照顧孤兒。1953年，來到臺灣，在竹東照顧孤兒。1962年，開始照顧樂生療養院中的漢生病患，她總是帶著如陽光般燦爛的笑容，擁抱著院民，並親吻額頭說「妳好漂亮」，是院民心中的善良美麗天使。丁修女每次來到樂生療養院，先巡視全院的病區、病房，探訪每個院民，嘘寒問暖，幫助他們抹身、沐浴、清理環境等雜務工作，必要時還贈送衣物給院民。樂生療養院區原來的土地面積約三十公頃，步行全院區探訪各病舍，需要費時一個上午。下午的時間都到重（急）病房去替病患抹身、洗澡，曾有位名叫阿茶的女性患友，且患有重病及身心障礙，有些院民就討厭她或嫌惡她，但丁修女說：「她是我的上帝！」

她把辛苦當做快樂，她把工作當做遊戲，她視錢財如廢物，認為金錢財物是給需要的人，所以經常把別人送給她的財物轉送給醫院或院民。在1960年代生活困苦的時候，療養院院民經常接受天主教會及神父、修女他們的財物等接濟。

丁修女畢生奉獻漢生病患，於2005年為臺灣第十五屆醫療奉獻獎得主。晚年罹患巴金森氏症，失智，臥病在床。她長期在臺灣奉獻，因馬偕計畫領有永久居留證及健保卡，教友曾積極為她申請中華民國國籍

及身分證，但因臺灣法律規定，修女長期臥病，無法回西班牙辦理放棄國籍手續，政府並未核准。她沒有親人在臺灣，也無法申請政府長期照護，只能由教友照料。2012年，經報紙報導此事後，政府宣布，適用馬偕計畫的外國人，皆可申請長期資源，讓丁修女可以申請照護。2012年12月10日清晨，丁修女安詳辭世。

## 二、樂生療養院的重要人物——谷寒松神父

谷寒松神父於1933年出生，自稱是奧地利阿爾卑斯山最美麗的山谷中的原住民。1952年10月的一個下午，在神父小修院的生涯中，參與一場為「全世界的福傳工作祈禱」的祈禱會，當他聽到一句話「為受迫害的中國教會祈禱」時，聖神立刻感動了他，他強烈地感受到自己的聖召是：「為中國服務。」以後的修道生命，這項召喚越來越強烈（圖1-1）。

1961年被派遣來臺，9月23日在臺灣基隆港登陸。1963-1967年到菲律賓碧瑤神學院研讀神學。1967-1968年回臺灣完成第三年初學，1968年赴歐洲繼續完成神學研讀。此時，神父於1970-1972年在羅馬聖經學院得到聖經學碩士學位。1972-1974年於羅馬額我略大學得到神學博士學位。學業完成後，立刻回到輔仁大學神學院擔任教職。由於博士論文為《實踐在系統神學方法中的角色》，因此，畢生的神學研究生涯中，致力

於思考如何將「理論性的學術工作」與「實踐性的牧靈工作」，做一個完美的結合。

1975年在李明德神父的邀請下，第一次造訪樂生療養院，那時院中大約有八百多位病人。在感恩彌撒後，大家一起拜訪病人，進入「怡園」的特殊病房。當他目睹12名嚴重漢生病及精神病患，他們手腳殘缺、目光呆滯分別擠在不到一坪的空間時，感受到了巨大的震撼。回到神學院跪在天主的臺前祈禱，從憤怒中向天主提出哭訴：「我完全不贊成！一個人感染漢生病已經夠可憐了，為什麼還讓他們得精神病？」半個小時過去，眼淚流乾了，谷神父聽到心靈深處的聲音，好似主在說話：「谷神父你去吧！你能做就做，其他交給我管，因為我是主。」

在此來自於上主的清晰召喚與派遣的恩寵下，與樂生療養院的佛教棲蓮精舍團體及聖望長老教會團體，共同協助漢生病患之身、心、靈的服務工作。同時，也敦促院方改善病人的生活品質，加強軟、硬體的醫療設施，更有效地服務於漢生病患，至今三十年不曾間斷過。

谷寒松神父有感於樂生療養院的病友們在晚年安養、安寧看護上所需要的費用龐大，於2004年12月由捷運補償金內撥款600萬元，設立專戶，交由中國癲癇服務協會託管。1997年谷神父前往中國大陸考察，才發現海峽對岸偏遠山區的漢生病患，正過著三十年前臺灣漢生病患相同的日子。在谷神父的帶動下，將臺灣對漢生病患的照顧經驗，帶去中國。為了讓大眾去除對漢生病的懼怕心理，除辦音樂會宣講、介紹漢生病給一般的社會人士認識外，也走進大學校園演講，不只是讓年輕一代的學生認識漢生病為何，也教導青年人如何去關懷、奉獻真愛。不單是守護漢生病患，也將大愛投注在包括原住民及外籍勞工等弱勢族群身上。中華希望展翼協會與樂生療養院，2013年11月12日，舉辦為古寒松神父慶祝八十壽暨奉獻漢生病院民三十八周年的活動，感念他的奉獻，古神父表

1-1 樂生療養院林慶豐院長與谷寒松神父。





1-2 戴仁壽醫師與病人合影。



1-3 永遠的牧師娘——孫理蓮牧師娘。

示他的生日與國父誕辰是同一天，是他的母親太愛中國了，天主也安排他來兩岸奉獻照護漢生病患。

### 三、樂生療養院的重要人物——孫理蓮牧師娘

樂生療養院的院民，經歷隔離與社會家庭無法接納的痛苦，在最絕望的時候唯有信仰可以解救他的危難。因此樂生療養院內三大宗教，先後設教、建堂。這是在全國所有醫療院所絕無僅有的特殊現象。最先設教和建堂的是基督教聖望教會，其次是佛教棲蓮精舍，最後設教建堂的是天主教聖威廉堂。

1930年樂生療養院成立，同年10月收容第一批病患。1937年基督教設立聖望教會。因當初沒有建堂，教會聚會都利用空曠場所，或和佛教共同使用一個空屋，中間用布幔隔開。到了1939年，由有「臺灣麻瘋救濟之父」之稱的加拿大籍戴仁壽博士，捐出口幣5,500元，要在樂生療養院內建造一座禮拜堂，但因當時日籍衛生部長不同意而作罷（圖1-2）。

次年，二次世界大戰爆發，戴仁壽博士被控以外

國間諜罪名，予以驅逐出境。這期間，聖望教會有來自美國的孫理蓮牧師娘，她是跟隨先生孫雅各牧師來臺灣宣教，二戰爆發被迫離開。直到臺灣光復，1947年再度來臺。那是光復初期，百廢待舉的年代。當她知悉樂生療養院有病患自殺及無奈的悲涼，震撼了她的心靈，她告訴自己：「我要去！我必須去！」她邁進了被社會遺忘的禁地——樂生療養院。她來樂生療養院的時候都會帶一兩位醫護人員——一方面醫療服務，一方面也帶來神職人員作信仰治療。同時一發現問題，便馬上設法解決，她發現院民普遍營養不良便寫信回國募款和募集奶粉，僱用專人沖泡牛奶，每天清晨，每間病舍都有一大桶熱牛奶。當她發現病患情緒不穩，又有病患自殺，了解這個事件的原由後，發現是因為與外界隔絕，心靈空虛，孫牧師娘馬上設立圖書館、播音室，每一病舍都有擴音器，將音樂、民歌、福音傳送到每個角落，連重病房都收聽得到。同時孫牧師娘還向美國新聞處要求，每週來樂生療養院放一場電影，供六百多位院民觀賞（圖1-3）。





1-4



1-5



1-6

1-4 興建中的聖望教堂。

1-5 懇親會。

1-6 孫雅各紀念館及孫理蓮牧師娘銅像。

孫牧師娘為了病人心靈有所寄託，登高一呼，募款建造禮拜堂，於1952年4月由戴仁壽博士及孫牧師娘共同奠基，於同年10月建堂完成，一百多個院民擠進了禮拜堂。講臺上坐滿了貴賓，由院民組成男女聖歌隊，獻唱快樂聖詩（圖1-4）。

孫牧師娘如同天使一般，只要病患想要什麼她都可以辦得到。後來病患人數越來越多，院方無法容納，尤其是兒童及病況輕微的要求居家療養，家屬都不願意領回。孫牧師娘向美援總部爭取到一大筆經費，蓋了七棟病舍，建造盲人病舍——主恩舍、精神病舍——怡園。後來又蓋了工藝舍、男女希望之家、兒童舍等。

孫牧師娘對兒童特別關懷，她將樂生療養院內兒童的照片寄往美國，請美國家庭認養，每年都有書信、禮物、金錢來往，目前院內65歲以下的院民，很多都是當時被認養的兒童。

另外值得一提的是：孫牧師娘會代為養育病患子女。只要病患夫婦一生下孩子，立刻抱去寄養在「安樂之家」。因當時並不能確定漢生病是否會傳染，父母與子女分離，是一件不得不如此的作法。但每兩個月，孫牧師娘都會把那些平安、健康、茁壯的孩子帶來，坐在禮拜堂講臺上，讓父母親在臺下觀望、聆聽、訴說孩子們的點點滴滴（圖1-5）。

後來，孫牧師娘收容的孩子越來越多，嬰兒被送

到「安樂之家」；稍長後，送到「慈愛之家」。院民子女被收容的有一百多位，培養到初、高中，甚至於大學，成年後都在各行各業奮鬥，成為社會有用的人。有的甚至獲得碩、博士學位，為國家的重要人才。孫牧師娘每個禮拜都在樂生療養院度過，和院民生活在一起，因為她心中有愛，並不懼怕疾病傳染。

孫牧師娘於1973年蒙主恩召，享年82歲，安息於臺灣神學院。

聖望教會感恩於孫牧師娘，特於禮拜堂旁建立紀念館，並在館前聳立孫牧師娘銅像一座，永久紀念這一位偉人，讓其形象更深入於每一位院民心中（圖1-6）。

#### 四、樂生療養院的發展情形

聖望教會設教、建堂後，會眾人數約二百餘人，主日禮拜分國、臺語同時進行。聖詩班分國、臺語及兒童詩班，並由院民組成管樂隊，遇逢節日、婚喪喜慶熱鬧非凡。年輕較為健康的院民，組成各類球隊，以增強體力。教會各種建築物，都由院民抬土、搬運。一磚一瓦都有會友的血汗。知識程度較高的院民，則組成文藝工作隊，定期出版刊物、繪製壁報（圖1-7）。

每主日講道牧師都聘請國內外名牧來主理。遇有外籍牧師用英語證道，聖望教會會友中有位蒲姓弟兄精通英語，便由他擔任翻譯，他還為教會翻譯了多本

英文刊物。

這段時間可謂聖望教會的全盛時代。聖望教會是為樂生療養院院民所設，教會會眾和院民是一體的，是樂生創造了聖望教會，而聖望教會以聖靈再創樂生的生命。

時代的巨輪隨著歲月流轉，一瞬間，院民的平均年齡已逾75歲，聖望設教也已達七十個年頭，麥帥曾說：「老兵不死，只會凋零。」現在聖望教會眾不僅是院民及他們的後代，還有社區的居民也來教會敬拜上帝。更值得告慰的是，迴龍院區開幕後，敬拜上帝的人數有日漸增加趨勢。因此，在即將整修禮拜堂的同時，順便擴大容量，以便接納更多的信徒加入聖望的大家庭。

聖望教會數十年來，在上帝的帶領下，賜恩給樂生療養院(圖1-8)。

另外院民金義楨口述，1952年聖望教堂獻堂，蓮

友宋金緣問：「人家的天堂蓋好了，我們的極樂世界在哪裡？」觸動了院民的心，於是菲律賓華僑張文彬捐款3,000菲幣，還有院民省吃儉用，胼手胝足親自建造佛堂，土是一擔一擔的從山上被挑過來把地填平、墊高。大家都在幫忙，有的人手不好，就用沒了手的手臂提水上工地，但物資也缺，提水的水桶是用鐵絲串起臉盆克難製成的；要搬磚的話，一些兩手都沒有的病患，就用兩臂夾著一塊磚，一塊塊的搬上來。棲蓮精舍於1954年5月23日舉行落成，經雪公老師命名為「棲蓮精舍」。並恭請章嘉大師親臨主持。精舍裡面有對聯：「身若阿羅漢，心似須菩提」，是院民以及工作人員，在遇到困難與挫折時，能讓身心寧靜的地方(圖1-9、1-10)。

1982年特效藥的問世，加上醫療發達與資訊流通，漢生病謎樣的面紗已被掀起，威脅也已遠去，於2002年增設「迴龍門診部」擴展醫療服務方向，考量舊



1-7



1-8



1-9



1-10

- 1-7 會眾人數眾多。
- 1-8 整修過後的禮拜堂。
- 1-9 棲蓮精舍信徒唱誦經文。
- 1-10 棲蓮精舍。



有院舍的殘破與醫療設備不足，於是，在關閉遷移、都市更新、交通建設及醫療資源等議題中，政府決定捷運計畫與樂生療養院整建合併進行之折衷方案，包括興建大樓及臺北捷運新莊線迴龍站與機廠工程，2002年新大樓開工，於2005年完成，落成兩棟相互連

1-11 迴龍門診部。

1-12 王字型醫療辦公室。

1-13 樂生療養院院長關懷漢生病人。



1-11



1-12



1-13

結的樂生療養院迴龍院區(圖 1-11)。

由於部分院民憂心安置措施，及社會關注樂生療養院文化資產保存聲浪不斷，行政院公共工程委員會於2007年5月30日召集「臺北捷運新莊機廠樂生療養院保存方案」研商會議決議，以樂生療養院漢生院區(即舊院區)保留最多原則，原地保留39棟建物，一棟原地重建，拆除六棟，九棟建物納入園區整體規劃，進行擇要重建(圖 1-12)。

2008年7月立法院通過《漢生病病人人權保障及補償條例》，同年8月總統公布，並正式更名為漢生病(原本俗稱麻瘋病)，2009年2月12日行政院院長代政府向院民發布道歉文。2009年由臺北縣政府(現為新北市政府)指定為文化景觀與歷史建築，並獲行政院文化建設委員會遴選為臺灣世界文化遺產潛力點之一。

現任林慶豐院長於2012年1月就任以來，將醫院使命定為「強化漢生病的認同與照護」，針對漢生病患，特別安排專業醫療及照護人員，並協助院民生活照護。不但有慶生會、節慶活動，也定期團康、旅遊觀光，院方也負擔醫療照顧，每年提供免費健康檢查、殘障輔具及用具、特製矯正鞋、義肢和代步車、看護費、全口假牙、助聽器等，全方位且無微不至的照護院民，以提供205位院民妥善、完整的身心靈分級照護(圖 1-13)。

對外的使命為「營造社區全方位優質醫療」，即抱持「以顧客服務為導向」的觀念，積極的走入社區，與鄰近學校、醫療院所簽訂合作備忘錄，進行學術及醫療交流；2012年4月舉辦新北市醫師公會會員聯誼交流會，5月與輔仁大學進行教學研究合作計畫，並同時與龍華科技大學進行學術醫療交流，希望透過水平整合機制，結合大迴龍地區醫療聯絡網，以建立快速、優質的轉診制度來服務民眾。

目前，樂生療養院分為二院區(院區空照圖與配置圖，如圖 1-14、1-15)。療養院區座落於臺北捷運新莊線迴龍站附近，為一至二層平房院舍，因地形分布又



1-14 樂生療養院院區圖。

1-15 現階段樂生療養院院區配置圖。



1-15

分為兩區塊：平地房舍及山區(即所謂舊院區)，為提供舊院區院民便利醫療、復健及傷口護理，特於山區設有醫護中心；而迴龍院區則隸屬於桃園縣，為兩棟八層樓之現代大樓，包括急性醫療大樓(193床)及慢性養護大樓(300床)，前者提供社區居民及漢生病院民急重症醫療、住院與一般門診，後者則提供漢生病院民居住(現有106位居住)及漢生病門診。

### 第五節 漢生病病患人權保障與補償條例

由於早期對於漢生病所知有限，加以其臨床上之症狀會出現皮膚病變及神經肥厚現象，面容及手足容

易產生變形，日本政府於殖民臺灣期間，乃採取集中強制隔離治療政策，臺灣光復初期，亦無其他明確防癩政策，政府仍沿用日治時期之管理措施，直至1962年3月17日訂定《臺灣省癩(癩瘋)病防治規則》(其後修正為《臺灣省癩病防治規則》)後，始宣示防治之政策及目標，取消強制隔離措施，並要求不得加以歧視。唯因無積極之作為，加以缺乏有效之藥物及治療方式，其病人面容手足變形未曾稍減，受社會之歧視仍深。遲至1982年間，世界衛生組織確認治療之有效藥物引進臺灣後，國內才開啟防治新里程，國人開始對於此一病症有較正確之認識，病人長期遭受之汙名化及身心受創之痛苦，始較為緩解。樂生療養院也不再



新收容治療之漢生病患。

2004年政府在交通建設與醫療資源的考量下，著手規劃樂生療養院整建計畫，並希望將漢生病院民遷到後山坡的新建醫療大樓，原已談妥搬遷條件為支付特別救濟金3,608萬元，但是時值學運與社運蓬勃發展，漢生人權議題開始受到重視。尤其是2005年10月25日，日本東京地方法院判決，臺灣25名光復前被隔離的漢生病病患要求賠償勝訴，每人獲賠約二百餘萬元，同日總統府也發布新聞稿指出，將研議如何從人權保障及照顧弱勢出發，對過去臺灣地區病患做出相關補償救濟措施。於是前述遷移安置計畫產生變數，難以解決。故2005年7月新醫療大樓依原訂計畫完工時，當時雖有161位院民遷入，卻仍有50位院民不願遷入。

爾後，衛生署於11月草擬《癩患補償暫行條例》草案，經過一連串討論與修正後送交行政院，行政院則於2006年3月1日院會通過《漢生病病人補償條例》草案，3月3日送立法院審查。在此同時，民間與社運團體亦展開行動，鼓吹立法院推動《臺灣漢生人權保障條例》。雖經多方努力，《漢生病病人補償條例》草案仍於2007年12月20日黨團協商未果。

歷經四任行政院長，樂生療養院事件仍抗爭不斷。直到2008年經衛生署努力，並將漢生病病患補償條例列為優先法案，7月18日才終於通過《漢生病病患人權保障及補償條例》，該條例共十三條，主條文係對於漢生病病患之補償及保障方式，如回復名譽、給予補償（撫慰）金、確保病患醫療與安養權益，及漢生醫療園區之規劃等。而回復名譽又含正名（政府需將「麻瘋（癩）病」修正為「漢生病」）、公開道歉、追悼亡者及漢生病知識宣導與社會教育等。並在三讀通過時，附帶四項決議：

1. 成立漢生病病患人權保障及推動小組。
2. 漢生病患補償（撫慰）金之通知及審查時間。
3. 積極推動漢生醫療園區規劃與設立，並委託進

行漢生病公共衛生史研究調查。

4. 文建會進行「樂生院區」整體規劃及文化資產保存工作。

而目前此條例各項條款及附帶決議均已執行，於2011年1月31日已積極完成各項決議事項，於2008年10月24日公告「麻瘋（癩）病」修正為「漢生病」，並全面函請各部會修正所掌法規及行政命令所列病名，並正式讓罹患漢生病之民眾回復名譽，於2008年12月24日辦理追悼法會，每年並舉辦法會及追思禮拜各一次。此外，政府首度於2009年2月12日由劉前院長於行政院第3131次院會公開道歉聲明書。除回復名譽，將漢生病正名外，全民教育是刻不容緩的，落實漢生病知識宣導及社會教育，衛生署樂生療養院於2008年9至12月製作宣導折頁，並分發至各縣市衛生局所、公立醫療機構及相關之醫療院所，另衛生署疾病管制局於2008年12月15日函送單張至各縣市衛生局及臺大醫院等單位，協助宣導漢生病防治。

衛生署衛生教育推動委員會於2008年12月25日函請教育部、各署立醫院及縣市衛生局，轉知各級學校協助宣導。2009年2月4日由醫事處函請縣市政府衛生局、醫師、牙醫師與中醫師公會全聯會及相關醫學會，將「漢生病正確知識」列入醫學倫理或醫學課程。樂生療養院林慶豐院長更投身公共衛生教育，至各醫院與大學，進行演講漢生病教育去汙名化課程440小時，樂生療養院及各醫院、醫事與護理公（工）會辦理漢生病認識講座共約72小時，部分課程置於網站供電子學習，並積極辦理各項漢生病研討會及研習會共11場。

樂生療養院院區房舍具有衛生署傳染病防治、漢生病的公共衛生重要史蹟，融合醫療人權、公共衛生、歷史古蹟之活教材，為教育宣導的最佳題材。2008至2013年，國內外於樂生療養院實地參訪人次約為5,600人次，有陽明醫學大學醫學系學生，及輔大服務學習學程學生，每年定期之社會醫學課程實習，臺北市立聯合醫院每年約每兩個月，派送醫師進行畢

業後一般醫學訓練計畫之社區醫學訓練，其餘含醫學士及護生、社會醫學及醫學人文課程實習、大學及機關社團、國外宗教、關懷及漢生病團體及亞洲醫學生等。2013年林慶豐院長更積極與長庚大學、明治科技大學、輔仁大學醫學院簽約合作，輔大醫學系學生在葉炳強主任的帶領，來樂生療養院學習病患溝通及醫學倫理教育。

衛生署除對罹患漢生病民眾回復名譽，另外給予補償及撫慰，於2008年8月15日至2013年8月14日，受理曾經罹漢生病之民眾補償申請，於樂生療養院居住之漢生病院民，自2008年12月8日開始，陸續完成補償金發放，至今共292人已領取，每人20萬至364萬元不等，總金額約為5億元。另居家療養之曾經罹患漢生病民眾，自2009年3月開始分批撥付，至今946人已領取，每人20萬至280萬元不等，總金額約2.3億元。

## 第六節 樂生療養院抗爭事件紀要

### 一、樂生療養院爭議經過——潛伏期(表1-1)

時間	事件
1994.07	配合國家重大建設「捷運新莊線」，規劃樂生療養院整建計畫——遷至後山坡新建醫療大樓
1999.08	奉准辦理樂生療養院整建工程——定址西南角新建醫療大樓
2002.09	發放救濟金每人4萬元、搬遷救濟金每人8,000元及地上物自建補償費
2002.12	新醫療大樓動工

### 二、樂生療養院爭議經過——爭議期(表1-2)

時間	事件
2005.10	25名患友向日求償勝訴(每人約800萬日元)
2006.03	《漢生病病人補償條例》草案送立法院審查
2007.05	公共工程委員會召開「樂生保留方案評估」結案會議：保留樂生療養院39棟建物，10棟則異地重建或重組
2007.12	《漢生病病人補償條例》草案協商未通過
2005-2007	歷任四位行政院長仍抗爭不斷

### 三、樂生療養院爭議經過——解決期(表1-3)

時間	事件
2008.05.20	衛生署將漢生病病患補償條例列為第一優先法案
2008.06.15	衛生署撥款7,022萬元發包修繕續住區
2008.07.18	立法院通過《漢生病病人人權保障及補償條例》
2008.08.13	總統明令公布《漢生病病人人權保障及補償條例》
2008.12.03	樂生療養院舊院區、待修區及拆遷區13位院民全數遷移至續住區
2008.12.05	272位樂生療養院民補償金發放完畢
2008.12.18	拆遷區舊靈骨塔1,300位往生院民骨灰安置於新靈骨塔
2008.12.24	舉行追悼法會
2009.02.12	行政院院長於行政院院會公開聲明，向漢生病病患道歉

## 第七節 漢生醫療園區之規劃及人權委員會緣起

在各界關心樂生療養院保留議題之下，初步由文建會規劃，2009年9月開始由本署主政。規劃方向在近程部分以院民安住為主，中程則以成立人權森林公園及臺灣醫療史料館為方向，長程目標則為轉型成文化產業，如休閒公園或慢性病照護區。另外成立漢生病病人人權保障及推動小組，由三位政府代表(衛生署及文建會)與四位人權、文史、法學及宗教之專家學者，連同經漢生病之樂生療養院院民與居家療養病友選舉，所產生之四位病患代表組成。綜上，《漢生病病人人權保障及補償條例》各項工作陸續完成，文史調查、漢生醫療園區規劃及樂生療養院區規劃與經營管理等工作，屬法律規定必辦事務，且對於臺灣醫療與公衛史的保存、呈現相當具有意義。

## 第八節 臺灣漢生病防治及人權推動之政策演進

20世紀開始，世界各國都非常重視熱帶地區漢生病問題。1901年，英籍長老教會傳教士馬雅各醫師

(James L. Maxwell)首先在臺南新樓醫院開設漢生病特別門診，而長老教會也陸續在所屬的彰化基督教醫院、臺北馬偕醫院開立「癩瘋病特別門診」，而以臺北馬偕醫院所治療的漢生病病患人數最多。同年，日本學者青木大勇呼籲，應在臺灣興建「癩病療養所」，當時的西方醫學界也認為，有效防治漢生病必須先防止病菌散布，再用藥物治療病患，因而提出「隔離」的新見解。不過在那時，所有教會醫院均只對病患使用大風子藥劑進行治療，而沒有進行隔離。事實上，最早出現「隔離」字眼是在1907年日本所通過的《癩病預防法》部分內容中，但未有實質措施；直到1926年(昭和元年)，戴仁壽醫師提出興建療養所的想法，隔年亦向臺灣總督府提議建立樂生療養院的構想。總督山上滿之進接受後，選擇臺北州及新竹州交界的「頂坡角」(亦即今新北市新莊區與桃園龜山鄉交界處之塔寮坑，今因迴龍寺而改名為迴龍)為興建位置，並編列總工程經費330,000日圓，以三年時間(1930年)完成「臺灣總督府癩病療養所樂生院」的興建。然樂山園卻因當地部分居民反對而困難重重，經尋求民間協助與募款、日本政府補助2.5萬日圓後，最後也在1934年(昭和9年)落成。

樂生療養院啟用之初，僅四名男患、兩名女患，隨後藉宣導並發行《臺灣總督府癩病療養所樂生院案內》小冊，以讓臺灣民眾了解樂生療養院與漢生病治療，加上各地醫院強制醫療通報、警察搜索住所及地方行政系統之強制送醫機制，使入院病患急速增加，並達收容上限之100位病患！在1944年開始接收八里樂山園的病患，病患人數達到442人。

當時，樂生療養院的醫療功能分做三大部分，一是為外來病人(未確定但疑似患病者及初期輕症患者)診斷並施以治療，其二為確定漢生病者進行治療，第三則是因漢生病所引起的皮膚潰瘍、手足殘缺、眼炎與神經痛等外在病徵進行治療，以舒緩患者病痛。至於治療方式，無論住院或外來病患，均以

大風子製劑為藥，進行患部之注射、塗敷或口服治療。然而大風子製劑的療效並不十分顯著，治療時間也需數年，病人常因不耐或無力負擔藥費，抑或是副作用而停藥，加上療效並不十分理想，也不徹底，且易致復發，所以樂生療養院中常見年長病患多有肢體殘障的情況。

日治時期的住院病患不僅在醫療、居住、飲食及生活用品可以完全免費，比起當時臺灣一般民間的生活物資，不僅正常且更好之外，在工作、娛樂及宗教信仰方面，日本政府也相當鼓勵，工作部分主要是自給自足的生產，或服務性質的工作；而娛樂部分，除了由樂生療養院院方主動提供或邀請表演外，患者與員工同樂或競賽，也是院方既有的支持性政策；至於宗教活動，則因佛教與基督教有較強的活動力，故這兩類宗教活動較受支持。而日本總督府也透過樂生療養院員工所組成的「樂生院慰安會」，協助院方辦理各項娛樂或宗教活動及「樂生學園」，「樂生學園」最主要的功能，是輔導院中的兒童與青少年，以補學校教育之不足。

二次世界大戰連連，直至1952年開始試用由農復會引進、國際上新採用的特效藥DDS(Diamino-Diphenyl Sulfone)，在漢生病治療方面邁進一大步，也開啟根治之可能，唯數量少需抽籤決定服用資格，導致濫用與囤積狀況；而其強烈的副作用，甚有「漢生病反應」——症狀突然大爆發，漢生桿菌數量急增，短時間可能全身長滿結節而致面目全非，身體極度不適，使得常有病人拒絕服藥。當時常傳病人為求早日康復，或早死脫生，而大量服藥送命之不幸事件。

此時，漢生病防治政策仍延續日治時期的隔離措施：強制病患入院、以鐵絲網防止病患脫逃，及劃分病患區與行政區，並加設消毒藥水之分區水溝，甚至連嬰兒出生後，也需立刻與父母親隔離，由教會育幼院領養，直至長成後才能回到父母身邊。至於日治時期各項法規，如《癩病預防法》、《癩病預防法施行細



則》及《癩病防治在臺灣的施行細則》均廢止，但沿用舊規而修正為《臺灣省癩瘋病預防規則》，該規則與1951年修正的《省立樂生療養院住院病人管理辦法》一樣，均維持消毒及結紮等帶有歧視性質的限制措施，與規範緊急通報系統外，並禁止患者或嫌疑者從事職業；對於病患遭強制收容致其家屬無生活能力者，則由縣市政府酌予救濟，受強制收容患者之醫療管理及生活費用，則由臺灣省政府負責。

1953年，漢生病防治與樂生療養院院民照護工作，接受美援及日援的例子相當多，但大致上而言，經費以個人協助居多，當時除了樂生療養院環境與管理獲得改善外，政府也開始採用新藥治療，及修正強制收容與隔離措施，並於1956年展開巡迴檢診隊到各地進行漢生病患巡迴檢診，並由臺灣省政府衛生處於1959年成立的「臺灣省癩病防治委員會」指導下，進行一連串《癩病防治法》與「癩瘋病防治十年計畫」之修正與實施。值此，社會對漢生病的觀念因著臺灣公共衛生措施的推展，逐漸有了改觀，1954年拆除鐵絲網與消毒水溝後，並首次開放治癒病患出院，隔年樂生療養院也開放社會人士參觀，並鼓勵病癒及無傳染性病患外出及返家，或重回社會找工作，同時廢除病患結婚需結紮之陋規，政府也在1956年5月20日臺北縣鄉鎮選舉中，還給樂生療養院病患選舉權。返家及重回職場的院民，若無法順利適應社會或取得工作者，仍會回到樂生療養院生活，依賴院方成立的「職業治療室」(專門指導病患職業工作，如園藝、畜牧、縫紉、土木水泥、理髮、廚藝、樂器表演、洗衣及看護等工作)習得一技之長，有些病患並將作品對外銷售；有些院民也自行開設磚窯與蚊帳工廠，或到基督教會的職業治療室做手工，或是利用自己演奏樂器的技能，支援院方慶典活動，賺取微薄薪水。另有些院民也開設小吃攤和賣菜攤，樂生療養院內曾有過商店、木工廠、理髮廳、菜市場、小吃部等，及提供院民就業的蚊帳廠、磚窯等，儼然成為一個小型社會。

## 第九節 樂生療養院的優良照護

### 一、實施分級照護，獲得生策會SNQ品質標章

樂生療養院的醫療照護直到21世紀初，才開始擴充並展現專業，尤其是2002年「迴龍門診部」對外成立，及2005年醫療新大樓完工後，更提供漢生病院民優質的醫療服務品質，且醫療設備亦更新穎，院方實施分級照護。

分級照護制度，主要是因應漢生病院民居住區域不僅在新大樓，還包括組合屋及村落與平房式的舊院區，分布遼闊，樂生療養院必須依醫療專業及院民個別之生理、心理與知能等狀況，提供分區、分級照護與照護人力，並機動性評估需求，調整各區之照護人力。除了專人、專職、專科之分級照護制度外，也盡可能提供完整的醫療照護，包括十五種專科科別門診、居家長期照護、洗腎室及專屬復健、慢性病床與醫療服務，並負擔院民緊急醫療、重症醫療之費用。此外尚有每年免費健康檢查、免費殘障輔具及用具、特製矯正鞋、義肢及代步車，並補助看護費用、全口假牙及助聽器等。

漢生病分級照護品質，在外界關注下，漢生病照護及復健醫護團隊於2010、2011年，連續兩年獲得國家品質標章肯定，足以證明樂生療養院為國家級的機構，具有國家級品質。

### 二、落實生活照護

院民生活照護，主要是安適安養為主，目前約有九十多位醫事及照護人員，協助院民生活照護，並有輔導員、工友、保全定時巡視院區，協助院民生活起居。院方也提供福利服務，慶生會、年節慶祝活動、定期團康活動、旅遊觀光及衣服、棉被定期發送。而房屋維修、燈具、水電瓦斯費也均由院方支付。同時，樂生療養院並定時提供戶外春秋旅遊、下午茶及卡拉OK歡唱會，還有休閒設備供娛樂活動，及社會

1-16 林寶玉護理師做的創意耶誕樹。

1-17 榮獲衛生福利部健康促進醫院創意計畫健康平權類優等獎。

1-18 榮獲衛生福利部健康促進醫院創意計畫志工運用類優等獎。



1-16



1-17



1-18

團體進行關懷活動與表演。遇有院民亡故，則由院方處理喪葬事宜。此外，政府也補助院民零用金，每人每月10,000元，並補撥經費讓院方整修院舍、設施、園藝美化及維護院區清潔與安全。至於伙食部分，營養師則依院民個別需求，予以調配三餐，並由院方補助營養補充或治療費用。

### 三、抗生素化成聖誕樹獲CNN報導

樂生療養院創立至今已有83年歷史，更以「營造社區全方位優質醫療」為使命，也希望透過此方式，除了讓員工知道回收再利用的目的外，更要讓社區民眾知道聖誕節的意義是傳播愛與祝福。

負責照顧漢生病人的姚貽玲護理非常的用心，每回使用完的大小小小色彩繽紛的抗生素針劑瓶蓋，運用兒童發展的原理，可以讓漢生病人分類分色及組合，刺激日益萎縮的手部末梢神經與肌肉，同時能活化腦部使退化減緩。她說，在樂生服務七年來，我們始終不把漢生病院民當作病人，而是當作家人，我們希望他們快樂活得有尊嚴。

樂生療養院護理師林寶玉則思考，耶誕節時，如何讓這些漢生病家人過個充滿愛的節日，望著這些色彩繽紛的抗生素瓶蓋，以及橘紅色胰島素空針的針套，結合馬賽克瓷磚拼貼的發想，於是乎這棵充滿繽紛色彩的聖誕樹就此誕生了，期望這棵愛的聖誕樹，能為院民帶來祝福帶來愛，這張散播在FACEBOOK的聖誕樹，意外被CNN記者發現，報導護理人員用心照護院民的巧思(圖1-16)。

紛色彩的聖誕樹就此誕生了，期望這棵愛的聖誕樹，能為院民帶來祝福帶來愛，這張散播在FACEBOOK的聖誕樹，意外被CNN記者發現，報導護理人員用心照護院民的巧思(圖1-16)。

### 四、落實使命與願景，獲得健康促進優等獎

落實醫院使命「強化漢生病的認同與照護」，獲得2013年衛生福利部健康促進醫院創意計畫健康平權類——「建立弱勢族群健康照護模式——漢生病患者健康促進計畫」(圖1-17)，及志工運用類——「從封閉隔離到積極社會參與」優等獎(圖1-18)，在林慶豐院長的帶領下，樂生療養院秉持關懷病患、體貼民眾之信念，提供優質醫療服務品質及環境，來服務擴大的社區民眾及漢生病院民。

## 第十節 未來展望

目前樂生療養院除了善盡社區醫療服務責任外，對於漢生病院民照護與防治工作，也竭盡所能，配合政府之公共衛生與照顧弱勢團體之政策繼續執行，唯自2009年9月1日公共工程委員會召開「研商行政院交議樂生療養院保存院區整體規劃案成果報告及樂生療養院拆遷重建配置優先方案，暨後續相關業務主政機

關事宜」之會議決議，樂生園區規劃執行之主政機關為衛生署，故衛生署及樂生療養院除醫院營運、醫療服務與品質及公共衛生業務外，又需關注文化保存、歷史重整、修繕重建(組)、古蹟修復與維護，及園區建設與永續經營等非醫療專業工作，又如何兼顧上開各項議題並維持一貫主張——持續漢生病院民照護，讓人倍感壓力與挑戰。

### 一、世界文化遺址潛力點

在樂生療養院，處處可見漢生醫療與防治措施之烙印，足以見證臺灣漢生病醫療、公共衛生、傳染病隔離治療之連貫歷史。臺北縣(今為新北市)政府已於2009年登錄該院為文化景觀與歷史建築，而行政院文化建設委員會，也遴選該院院區為臺灣17處世界遺產潛力點之一。文建會已完成樂生園區保存規劃建議案，及指定該院區為臺灣17處世界遺產潛力點之一，該案之建議針對園區發展方向及建物保留之建議，除尚須細部規劃與執行，以讓漢生醫療史能有更完整、具體的呈現外，更需納入新莊地區發展及迴龍社區民眾之共識，才能永續經營漢生醫療園區及樂生園區。

### 二、樂生園區整體發展

為樂生園區整體發展，含漢生醫療園區、人權森林

公園、臺灣醫療史料館及長期照護等功能，預計2020年完成啟用。漢生醫療園區的規劃涵蓋院民療養區及迴龍醫療區，執行要項有：規劃院舍修復維護、長期照護區規劃與活化經營，提升漢生病醫療與安養、漢生病防治以及推展社區醫療，以及長期照護專區啟用。漢生醫療史料館的設置及啟用，規劃與匯集展場資料，總體營運評估並建立經營管理模式。漢生人權紀念公園，採逐步開放及落實經營管理(圖1-19)。

## 第十一節 結語

樂生療養院為肩負漢生病防治療養與社區健康的國家責任，從日治時期的隔離治療，經歷了八十三年十四任院長，由現任林慶豐院長的帶領，在保存歷史，以及積極推動醫療人權及社區參與的期待下，於2012年積極推動，將原本的迴龍站溯本清源，爭取到車站內到站牆標示「迴龍／樂生站」。優良的漢生病及復健醫療照護品質，連續兩年得到國家品質標章肯定，落實使命與願景，照顧漢生病院民，獲得健康促進醫院志工運用，及健康平權類優等獎兩項殊榮，促進民眾與院民社區融合，積極發展漢生園區，未來成為大臺北地區的新地標，樂生療養院已從悲情隔離走向積極的社會參與，堪稱世界漢生病照護典範。



1-19 漢生園區發展草圖。



---

## 第二章

# TB 防治的 過去、現在與未來



## 第一節 前言

結核病(TB)一直是臺灣最嚴重的傳染疾病之一，根據統計，我國2010年仍將近13,237名的新案數，其個案數比所有其他傳染疾病總和還多，不但危害民眾健康及生命，耗損社會生產力，更會影響國家競爭力及國際形象。根據疾病管制局在2012年臺灣結核病防治年報指出，結核病目前仍是臺灣法定傳染病確定個案及死亡數最多的傳染病，唯自從2005年開始實行結核病十年減半計畫後，以2005年當基底值計算發生數(率)變動幅度，2005-2011年發生數下降23.3%，發生率下降24.8%。不論是結核病的發生率或死亡率，均有逐年下降之趨勢。

## 第二節 結核病治療體系更迭

日治時期對結核病原採消極之療養措施，1915年於臺北市設置「錫口養生院」直屬總督府，1925年「臺北錫口養生院」改名「松山療養所」(光復後改為臺灣省立松山療養院)，隨後因結核病流行猖獗，於1950年改制為臺灣省立結核病防治院，並陸續於臺南、嘉義及臺中設置分院，形成防癆系統之骨幹，辦理結核病門診及防治工作，自此結束了一個純為臨床休養的消極時代，走入了新的里程碑(圖2-1、2-2、2-3、2-4、2-5)。

1967年，臺灣省衛生處防癆委員會與4所結核病防治院合併，成立「臺灣省防癆局」，開始與臺大醫院

2-1 X光片判讀：早期醫師藉太陽光輔助判讀X光片。(臺灣省立嘉義結核病防治院時期，1958年)

2-2 衛生教育：早期工作人員對民眾衛生教育。(臺灣省立結核病防治院時期，1950年)

2-3 衛教宣導：早期工作人員沿街廣播鼓勵民眾接X光檢查。(臺灣省立結核病防治院時期，1950年)

2-4 醫師看診：早期嘉義防治院門診情形。(臺灣省立結核病防治院時期，1950-1958年)

2-5 病房照護：1959年，護理人員為住院病患施打針劑之情形。(臺灣省立臺南結核病防治院時期)



2-1



2-2



2-3



2-4



2-5



2-6 臺灣結核病防治發展史。

2-6

長期醫療合作，不斷提升醫療品質，將公共衛生與臨床醫療緊密結合，負責臺灣結核病之預防、治療、研究、策畫、示範與教育訓練等工作。由於時代變遷，中老年慢性疾病之嚴重性，逐漸取代了急性傳染病，成為重要之公共衛生問題，1989年，配合國家政策改制為「臺灣省慢性病防治局」，各地「結核病防治院」亦更名為「慢性病防治院」，改組後兼辦中老年疾病(高血壓、糖尿病等)之防治工作，唯仍以結核病防治工作為重點。1999年配合精省，「臺灣省慢性病防治局」更名為「行政院衛生署慢性病防治局」，下轄衛生署臺中、嘉義及臺南慢性病防治院。之後為提升防治品質與結合整體工作成效，採公共衛生與醫療業務分流之原則，重新架構結核病防治體系，於2001年將結核病防治之公共衛生業務移交「行政院衛生署疾病管制局」掌理。2002年，「慢性病防治局」與所屬分院整併更名為「行政院衛生署胸腔病院」，並搬遷至原臺南分院院區。持續配合衛生署、健保局、國健局、疾病管制局等政策推行，不遺餘力，並提高服務效率性、便捷性及研發性之能力，修改各項服務流程、改善服務態度、注重病患安全。發揮胸腔專科醫院所長，辦理結核病臨床醫療、檢驗、教學、研究及結核病人照護等各項業務(圖2-6)。

臺灣地區結核病人治療方式及醫師處方及病人管理上，每個治療機構有相當大的歧異性，造成病人流動性大，治癒率不易提高；現今衛生署疾管局為加強多

重抗藥性結核病的治療與管理，規劃建構結核病專責治療的醫療團隊，增加結核病人完治率及減少失落率。

### 第三節 結核病政策

結核病一直是臺灣最嚴重的傳染病，不但危害民眾健康、耗損社會生產力，更嚴重影響國家競爭力及國際形象。有鑑於此，疾病管制局於2006年奉行政院之命，核定「結核病十年減半全民動員計畫」，期以更積極主動之防治作為，達成結核病十年減半之目標。多重抗藥性肺結核病於2007年之前，臺灣約有600-800人，且分散於六十多家醫療院所治療，而這些醫療院所卻大都未具備治療此類病患之能力，多重抗藥性結核若未能有效解決，勢將影響結核病防治工作成效。疾病管制局建構完整的結核病診療網、迅捷的結核病檢驗網、強化結核病公衛網絡管理體系，及持續加強人才培育等重要施政，且針對多重抗藥性結核病推行「建構MDR結核病醫療照護體系」計畫，提供整合資源，建立專門的、集中的醫療照護體系，加強多重抗藥性結核病患治療與管理，增加完治率及減少失落率，以有效控制MDR結核病疫情。

### 第四節 署立醫院在結核病治療的角色

由於結核病治療的時間長，結核菌的生長代謝極為緩慢，而結核病治療方法需合併兩種以上的藥物，以持續六到九個月的藥物療程方式，遵循這項治療原則，且一旦發病則需盡全力治療，它必需結合疾病管制局、醫師、個案管理師、各衛生局(所)、地段護士、關懷員、社會工作人員等諸多力量；做好預防結核病的感染，需有良好的個案管理系統，其相關作業包括：收案、管理、衛教、治療成效評估及追蹤、配合政策執行等。除完整的醫療及公衛體系團隊外，個案管理的運作，更是當中不可或缺的一環。

根據結核病之流行病學 2009 年的統計，全國結核病例中，以花蓮縣居冠，臺東縣及屏東縣則分居二、三名，顯見結核病好發於偏鄉及醫療資源較為貧乏的縣市。花蓮醫院為花蓮地區傳染病防治醫療網應變醫院，隔離病房自製「結核病人衛教手冊」，搭配「肺結核病人出院計畫護理指導執行評值表」二版，適用於確診結核病之新案及舊案。評值結果顯示：衛教前初評結果平均達成率 85.5%（圖 2-7）。

臺東醫院肩負東部地區各醫療院所之肺結核個案後送治療的工作，設置有負壓隔離病房共 8 間，提供病患全人化的健全醫療照顧。此外，臺東醫院正積極成立臺東地區第一座 PCR 實驗室，就近匯集臺東地區的疑似個案，及早因應爭取治療時效，以落實醫療保健政策及守護偏鄉、低收、山地及離島民眾健康的基本初衷。屏東醫院 2006 年 3 月設置標準負壓隔離病房 9 床，簡易式隔離病床 18 床，並配置有胸腔內科專任醫師、感管師等專業醫療團隊；自 2008 年起收治個案數由 47 人至 2012 年 102 人，每年約有 90 位個案在屏東醫院接受治療，標準式負壓隔離病房占床率均達 70% 以上。地處偏遠的恆春旅遊醫院，自 2011 年起由醫管會推動醫學中心胸腔專科醫師下鄉看診，並參與社區醫療群、牡丹鄉 IDS 醫療，執行滿州鄉醫療資源缺乏地區巡迴醫療等，減少偏遠地區民眾舟車勞頓就醫之

苦，提升看診人數。

桃園醫院的負壓隔離病房共 20 床（14 間），針對腎臟衰竭病患，負壓隔離病房亦設有洗腎設備；至於結核病合併重症之病患，加護病房亦設有負壓隔離床以供臨床照護使用，自 2007 年 5 月同為多重抗藥性結核病醫療團隊（MDR-TB 團隊）之一，於 2012 年獲國家品質標章認證（圖 2-8）。

苗栗醫院針對結核病個案給予生理、心理、社會多元評估，透過個案管理模式，對於初次診斷個案特別加強疾病介紹、衛生教育、副作用提醒及處理方式、規則服藥重要性等衛教及支持系統評估，定期追蹤個案服藥及回診情形。以 2012 年為例，新案通報共 70 人，排除個案 13 人，確診個案 57 人，完成治療個案數 21 人。

臺中醫院為中區結核病後送中心，每年接受來自醫學中心、區域醫院、地區醫院及公衛系統轉介的治療困難、副作用或合併慢性病個案，轉介個案占全院管理個案總數的六成，顯現臺中醫院的專業能力與口碑，受中部各級醫院及民眾肯定。

2006 年臺中醫院承接「建構多重抗藥性（MDR）結核病醫療照護體系」計畫前，已是中部地區收治人數最多的 MDR-TB 專責醫院，同時是臺中縣市首要結核病強制隔離及疑似結核病外勞確診機構。在硬體設施方面擁有 17 房共 31 床負壓隔離病床，含保護性負壓隔離病房，提供暴力、自殘或自殺傾向的結核病患一個安全的隔離空間，此外更設有 20 房共 30 床的負壓隔離加護病床，為亞洲最早設置接近 P3 實驗室等級負壓加護病房，不僅提供結核病重症優質照護環境、更參與各種急性呼吸道傳染疾病（SARS、H7N9）防治。在服務方面，提供結核病「全人整合醫療照護」，結合各科醫師尋求對病患最佳的治療方式，同時致力結合地方公共衛生與關懷團體，提供專業、溫馨、持續、即時的整合性醫療照護，臺中醫院結核病醫療照護品質也榮獲 SNQ 國家品質標章，及醫療品質獎（HQIC）認證肯定。



2-7

2-7 花蓮醫院感染症隔離病房。



2-8

2-8 桃園醫院國家品質標章認證。





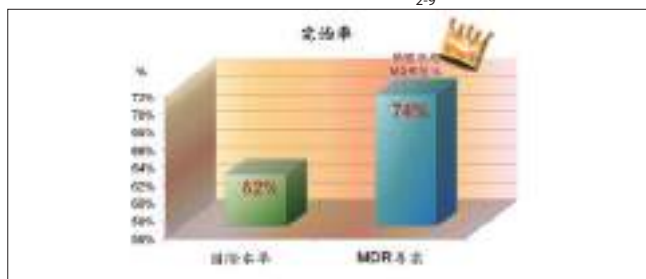
2-9



2-10



2-11



2-12



2-13



2-14

2-9 負壓隔離病房——嘉義醫院。

2-10 負壓隔離病房——臺東醫院。

2-11 胸腔病院照護團隊。

2-12 胸腔病院 MDR-TB 完治率優於國際水準。

2-13、2-14 胸腔病院 MDR-TB 醫療照護團隊榮獲 SNQ 國家品質標章。

彰化醫院設立 MDR-TB 醫療照護團隊，彰化醫院同臺中醫院，以車隊管理形式進行結核病之都治治療，涵蓋範圍包括：中彰投、苗栗及雲林地區，並深入全國結核病發病率最高的山地鄉——南投縣仁愛鄉和信義鄉，將個案失落率降至 0.6% 以下。

嘉義醫院設置負壓病房 17 間 24 床，備有現代化相關設備，內設有 24 小時監視器，監視病患於負壓病室內的動態，並配合政府政策為「傳染病防治醫療網」及「結核病後送專責醫院」。

新營醫院感染管控室每年定期辦理結核病防治教育訓練課程，藉由教育訓練過程，提升及建立各人員結核病防治概念，亦由結核病個案師與胸腔科醫師，共同進行結核病人用藥及病情討論，提供病人用藥諮詢、疾病衛教、回診聯繫等，確實進行結核病人個案管理，並與鄰近地區衛生所公衛端建立良好聯繫機制及共同管理個案，以期病人能確實服用抗結核藥物及早期治療。

旗山醫院負責旗山、美濃及高雄山區民眾的傳染病預防保健及防治重任，自 2003 年起即設有負壓隔離病房 16 床，每年聘用合格廠商前來檢測負壓病房，並改善負壓病房硬體設施及動線，使民眾能更安心的來醫院就診。

金門醫院亦曾於 2011 年 8 月 5 日配合紅十字會，接收經小三通路徑轉送開放性肺結核邱姓遊民，協助找尋臺灣家人及返臺安頓診療處，並於新北市社會局及衛生局多方溝通，才得以接續返臺後治療(圖 2-9、2-10)。

胸腔病院以「病人為中心」為最高治療理念，針對南臺灣多重抗藥性結核病人，設立 MDR-TB 團隊專責收治臺灣地區治療複雜、期程漫長的多重抗藥性結核病人，提供防疫公衛端之需求與鏈結，協助國內有效抑制結核病的疫情。治療成果達到 74% 完治率，優於國際間 62% 完治率，並獲得 SNQ 國家品質標章認證的肯定(圖 2-11、2-12、2-13、2-14)。

## 第五節 結核病教學示範中心暨後送中心

署立醫院教學示範中心的成立，不僅積極營造優質的醫院結核病防治示範及教學環境，更號召結核病防治生力軍的加入，培訓各級結核病防治專業人才，也落實結核病防治與照護的相關教育常識之推廣。

為配合國家結核病十年減半政策推動，胸腔病院及臺中醫院堅守於國內結核病治療與防疫的重要責任，發展為「結核病教學示範中心暨後送中心」，擁有多位胸腔內科專科醫師，致力於結核病及胸腔疾病的治療，加上專業護理人員、個管師、社工師等人員，建構全國性結核及胸腔疾病照護的優質團隊；且實施人性化照護並設置良好隔離病房，胸腔病院更建造公園式戶外庭園之療癒環境（圖 2-15、2-16）。

身為全國唯一的公立結核專科醫院，胸腔病院擁有串連快速篩檢、快速診斷、即時治療的完整防疫與治療網絡。胸腔病院設有符合國際級標準（P2<sup>+</sup>級）的結核菌檢驗室，並持續經疾病管制局認證為「區域級參考實驗室」，亦為全國唯二「二線藥敏」及「TB 群聚事

件」測試機構，提供完整分枝桿菌菌種抹片、藥敏、鑑定及抗藥性檢驗的服務，承擔南臺灣地區（雲、嘉、南、高、屏）結核菌的代檢業務，發展結核菌代檢網服務家數為 121 家，結核菌代檢量占全國約一成、代檢署立醫院量約六成；此外，醫院積極引進新式診斷技術如 QuantiFERON、Genotype 等，以提升檢驗品質及能力。除胸腔病院外，桃園醫院結核病防治教學中心實驗室自 2007 年 7 月 1 日起即為疾病管制局認證之「區域級參考實驗室」。上述兩院臨床上準確與快速的鑑定對於 TB 及早偵測、有效治療，對於減少病源散布，扮演相當重要的角色。目前已有數種分子生物檢測方法研發中，其訴求皆具有較高準確度並兼具有耗時短等好處，其中以聚合酶連鎖反應（polymerase chain reaction, PCR）法較為成熟且普遍運用（圖 2-17、2-18、2-19）。

為落實行政院衛生署「結核病十年減半計畫」，胸腔病院針對醫療資源缺乏的山地鄉等偏遠地區、矯正機關與結核病患親密接觸等高發病危險族群，提供胸部 X 光巡迴檢查服務，並快速提出診斷報告，確實篩檢出高危險族群的病人，2009 年巡檢發現結核病之發現率為 95/100,000，已高出我國平均發現率 58/100,000 的表現；另配合衛生署「抗結核二線藥物倉儲管理及配送業務」，即時供應充足的第二線抗結核藥物，讓病友得到適切的醫療服務，使臺灣有能力治療 MDR-TB 病人的醫院無後顧之憂，使我國結核病防治工作能持續有效執行。且積極建構「結核病教學示範中心暨後送中心」，為臺灣地區推動結核病治療與防疫的重鎮。



2-15

2-15 結核病教學示範中心暨後送中心——胸腔病院。

2-16 政府出版品（結核病治療案例集）——胸腔病院。



2-16

## 第六節 結語

結核病是一種由結核桿菌引起的疾病，傳播途徑為空氣傳染，於曝露情況下，約有 30% 的人會受到感染，被感染者約有 10% 的人會發病，其中一半的人，會在感染後的兩年內發病，另一半的人，則終其一生



2-17



2-18



2-19

2-17 結核菌區域級實驗室——胸腔病院。

2-18 負壓實驗室——胸腔病院。

2-19 分子生物實驗室——胸腔病院。

均有可能會發病。2010年，我國的結核病盛行率推估值為97人／100,000人口，不但危害民眾健康，更影響國家競爭力及國際形象。近年來因患者未按規定服藥或者醫師診斷因素所造成的多重抗藥性結核病，更是國家防疫政策的重點關注所在。結核病的預防與治療，具高度的專業性及特殊性，除了醫療團隊人員的參與，專業人員更需不斷地再教育以精進專業能力，提供個案更完善的服務品質。身為署立醫院應持續落實結核病防治公醫責任，極力照護知識之推廣。更希望在有限經費下，持續發展衛教工具多元化，加強病人對藥物認識，減少中斷率，進而提升完治率，以達衛生署公共衛生之防疫目標。

近年結核病治療失敗的原因很多，多重抗藥性結核是很重要的因素，常因患者未按規服藥或者醫師診斷因素所造成的多重抗藥性結核病，更是國家防疫政策的重點關注所在。結核病的預防與治療，具高度的專業性及特殊性，除了醫療團隊人員的參與，專業人員更需不斷地再教育以精進專業能力，提供個案更完善的服務品質。身為署立醫院應持續落實結核病防治公醫責任，極力照護知識之推廣。更希望在有限經費下，持續發展衛教工具多元化，加強病人對藥物認識，減少中斷率，進而提升完治率，以達衛生署公共衛生之防疫目標。

### 一、胸腔病院故事——我與阿伯的秘密約會

剛見到阿伯，他坐在醫院的長椅上等著我們，憂愁的臉上透露著些許的憤怒與落寞，阿伯從檢驗確定開始，就一直不相信他會得此疾病，一定是驗錯了，怎麼可能是他？即使現在完成治療了還是堅信如此，只好歸咎於「運途差」。

阿伯在地方上很活躍，是個知名人士，深怕被人知道後，會被帶著異樣眼光看待，即使是自己的子女也不敢讓他們知道，可是又不得不配合吃藥，萬一曝光怎麼辦？這些問題一直困擾著他。所以一開始阿伯的態度很「低調」，遮遮掩掩到衛生所吃藥。自從知道阿伯的擔心後，除了安慰他不用愁，再保證我會陪他渡過這個難關，請他儘管放寬心，把「它」當成我們之間的緣分，讓我們一同去面對，人生在世難免會有一些考驗，何不快樂樂的，因為高興是一天，憂愁也是一天，十八個月很快就會過去的。

阿伯因為伯母的關係（伯母很氣阿伯被通報，還要吃那麼久的藥，萬一被左鄰右舍知道了很丟臉），一方面又跟我不熟，不想讓我去他家裡，要求早上還是在衛生所的樓上服藥、打針，下午外面走動的人較少，就選在外面吃（地點隨早上吩咐決定），如此過了不久，阿伯就說，早上衛生所來來去去的人多，每每都會碰到熟人，碰久了都會問他為何天天去衛生所？答久了也心虛到不知如何回答，所以想換個地方服藥，



就改到陸橋下的旁邊，吃了幾天還是覺得不妥，又換到工業區的附近，如此反覆換了幾個地方後，仍然有問題，因為早上在外面太容易遇到熟識的人，幾番琢磨研究之後，還是送藥到他家比較方便，阿伯也不用一路上東閃西躲的，雖然已相處一段時日，較為熟悉了，但阿伯仍然不是很放心，一再吩咐要我到他家時，一定要小心，不要被人看到，尤其是左鄰右舍（阿伯的兄弟也住在旁邊），所以每次進到阿伯家的巷口時，總是很緊張，看四下無人時，才敢進到阿伯家（常常要繞上好幾次才得以進入）。

剛與伯母認識時，她很緊張也不是很友善，總是抱怨一堆，我也只是笑笑的在一旁傾聽（唸了快兩個月），阿伯也深受老婆的影響，一再地哀嘆說，要不是當初陪伯母去看診，也就不會順便去做「痰檢」，更不會被驗到痰陽性，想當年他「年輕」時，身體好得很（勇壯似頭牛），也不可能會得此病，只能說「歹運」。我告訴阿伯說，不是「運途差」是「運氣好」，可以早期發現早期治療，病也好得快，要是拖到很嚴重時才發現可不得了，在古時候甚至還無藥可醫呢，應該感謝才對，阿伯似乎有點聽得下去，也不再那麼的哀怨，這時他才真正有點心情愉悅，放下心來吃藥（其實阿伯每次唸歸唸，吃藥檢查可是很認真，經常主動要求驗這驗那的，數據出來還要與我研究半天，深怕有個閃失就糟了）。

阿伯因子女均已成家，無人留在身邊，只與老伴兩人相依為命，平常阿伯都會在早上到公所去泡茶聊天（因阿伯是老人會會長，廟宇的總幹事），順便辦一些事情，現在因為吃藥的關係，只好換成我去他家泡茶聊天（一聊就聊了十個多月），話題圍繞著阿伯從小到大、結婚、生子、小孩結婚，孫子有幾個，個個成就非凡。而阿伯多才多藝，又會彈琴教唱歌，地方上遍滿學生，他又熱心公益，還參與廟的一些運作活動，常要帶隊出遊和比賽，生活可真是忙碌得很，聊到後面伯母忍不住也加入「聊天的行列」，每每欲罷不

能，期間因鄰居很奇怪說為何常有位「小姐」去他家，問我是誰，嚇得又改在外面，後來又想念我去的日子，又改回去。為了應付鄰居親友的詢問，總要給個說法，剛開始我教他們說我是來拉保險的，所以才會常來，後來因阿伯有太多友人在從事此行業，搞得有點緊張，又改口說我是他大兒子以前在臺南的鄰居，所以才會常來拜訪。

之後伯母肩部開刀，術後手部需做復健，她不想上醫院，我充當按摩師幫她做按揉熱敷，每次需要一小時左右，期間又碰到來訪友人問起我是誰？所以囉！我又晉級成「乾女兒」。下午服藥因均選在外面的田邊、路邊、冷飲店，連廟旁的停車處均去過，最常去的地方是阿伯的田裡，伯母常帶我摘葫蘆瓜，還有許多自種的菜蔬、水果，也教我如何種菜、除蟲等，快樂的時光總是過得特別快，咻一下就到完治時間了，連阿伯都笑說，想數個饅頭都來不及細數，時間就到了，真快（可不是嗎！）。

認識阿伯是我的福氣與緣分（珍惜每個當下），從這些日子的相處，與阿伯及伯母成了很親的「親人」，我多了兩位「父母」的關懷，他們則多了一位「嘮叨」又「瘋癲快樂」的女兒，服藥期間的每一天充滿了驚奇與喜樂，雖然阿伯有肢體上的不適，但卻成了阿伯、伯母與我之間共同秘密與回憶，即使現在已經不用再送藥去，阿伯也常來電要我過去坐坐，阿伯說沒我去的日子還真不習慣呢！

很高興能有這個機會從事為人服務的工作，和個案從關懷員一病患關係成為永遠的朋友，看著他們從大家懼怕的、唯恐避之不及的結核患者至健康痊癒者，能高高興興在人群中抬頭挺胸做他們想做的事。幫助每一個個案完成治療就是我最高興的事，從他們身上我學到好多的東西，雖然現在沒有醫病關係，但是現在我們都是很好的朋友，有空就會到他們家裡串串門子，彼此關懷。相信隨著時間的累積，我也會有更多的朋友，看著蔚藍的天空，我的心中充滿喜悅與感恩。

## 二、彰化醫院故事二——不可能的任務之「廣泛抗藥性結核病」之治療經驗

「把她關在這裡，和送進監獄有什麼不一樣！」妞妞的母親生氣又不捨地到負壓隔離病房咆哮、謾罵！

這位從小患有遺傳性糖尿病，得要靠著注射胰島素過一輩子，但年僅十七歲正值花樣年華的小女生——妞妞，自從四年前某醫院給了她另一個診斷：「慢性開放性肺結核」之後，她像被判了無期徒刑一樣，不再是個無憂無慮的女孩。

從此，在學校的同學與朋友間，她都沒有獲得真正的快樂！甚至遭到校方的暗示，希望她不要再到學校上課。於是她就這樣一直轉學、休學、以肄業身分四處打零工過日子。面對衛生所提供的肺結核都治治療卻一直反抗、逃避、甚至躲藏……

2012年秋天，經過疾病管制局及彰化醫院醫療團隊討論後，決定對妞妞重啟治療，並安排入住南彰化肺結核後送中心——彰化醫院負壓隔離病房。在住院初期，妞妞的母親因為不捨女兒被隔離治療，曾到醫院與醫師及護理人員爭執，經過醫護團隊積極溝通及協助，並多次與案母進行治療過程解釋，並積極爭取國外研究之新藥試用，說服妞妞與媽媽接受治療，並且讓她們對治癒重燃希望。妞妞的家人終於從憤怒轉而感激，並樂見妞妞能再次治療；因妞妞與護理人員的年紀相近，護理人員盡量以同理心和她說明以打開她的心防，嘗試配合治療。她曾因服藥後不適及住院時間過長，以致於出現鬧脾氣、哭泣、不說話、不配合藥物注射等情緒反應，透過護理人員的互動及醫護團隊的鼓勵與安撫，讓妞妞對自己的人生重新燃起希望，目前已願意接受治療，而且令人振奮的是她的痰液檢查也已轉陰性，未來也將計畫安排胸腔外科手術，期盼她可以重新回歸屬於自己的人生。

妞妞這一個特殊個案的治療過程，對彰化醫院醫護團隊而言，是一項很大的挑戰！因為她是目前臺灣第一位使用該肺結核新藥物的治療者，團隊十分擔心

妞妞因為治療過程帶來前所未知的副作用，相當細心地每日監測她身體任何反應或不適，目前這樣令人雀躍的結果，對於個案及醫療團隊是一個很大的鼓勵，也讓妞妞及醫護團隊有信心面對未來的挑戰。目前，妞妞繼續接受治療中，期待經過MDR醫護團隊的努力，幫助這位小女孩，可以昂首面對自己未來燦爛的人生。

## 三、新營醫院故事三

八十二歲阿公，結核病管理個案，行動緩慢不便需拐杖使用及協助攙扶，雙耳重聽。

因服藥有副作用，經衛生所轉介來院進行治療。初來胸腔科門診間由媳婦陪同，醫師問道：「阿公你阿吃藥後甘ㄟ戈冒汗？」阿公：「你說什……（臺語道）」醫師：「問你吃藥啊後有哪裡不爽快沒？」（臺語）」阿公：「ㄟ又……安啦……（臺語道）……」

個管師：「阿公你這次的藥要照三餐分開來吃再吃看看，有什麼問題再跟我說……我會打電話加你關心……（臺語）」看完門診，由其媳婦攙扶步出診間，個管師亦在旁扶持，經批價領完藥物後，協助確認藥物無誤，並親自將今日早上應服用之藥物量取出，及協助倒一杯溫開水後，「阿公，這藥你現在先吃下去……（親視服藥）」「阿公阿你等一下怎麼回去？」阿公道：「我騎機車載我媳婦……（臺語）」個管師：「啊……你騎機車載媳婦？你的腳不是不方便？」（臺語）」阿公：「嘿啦……阿沒她不會騎車啦……嘛沒人載……（臺語）」個管師頓時間訝然外，內心一陣心酸憐惜……

管理過許多病人，亦看過病人們不同的家庭故事，在此時，亦只能靜靜協助陪同攙扶阿公慢慢走出大門，看著他安全騎上機車，戴上安全帽並載媳婦緩慢的離開，在離開時個管師亦不忘叮嚀：「車騎卡慢欸……注意安全喔……（臺語）」。



---

## 第三章

# 精神醫療與 公共衛生



衛生福利部所屬醫院(前行政院衛生署所屬醫院)之精神醫療在近六十年的公共衛生發展歷程中，由最早以維護治安為主的精神病人收容養護，逐漸到精神疾病的治療與心理健康的預防。在這個歷程中有二個面向具有重大影響力，一為精神醫療與照護發展，另一個則是「物質濫用」，包括藥、酒癮的介入與治療。

### 第一節 精神醫療與照護發展

2012年，衛生福利部所屬醫院(簡稱衛福部所屬醫院)精神科開放床位共計6,328床，占全臺精神科床位的30%，將近三分之一，所屬醫院在精神醫療的投入與貢獻有目共睹。

臺灣早期對精神病人的處理方式以隔離、監禁為主，日治時代精神醫學的發展主要為司法導向，當時針對疑似精神病犯罪者之精神狀態做評估，在精神防治政策上，主要採「監護」措施，在收容安置部份，精神病人則常與乞丐、遊民等同住一處，當時處置仍以社會治安與濟貧為出發點。1934年，臺灣總督府於臺北創設「養神院」，為臺灣第一家公立精神病院，1945年11月臺灣光復後，「養神院」歸省政府管理，

3-1 1934年養神院。臺灣第一家公立精神專科醫院，桃園療養院前身；資料來源：桃園療養院。



3-1

並改名為「臺灣省立錫口療養院」，開設精神病床134床，之後再遷移至桃園，此為行政院衛福部桃園療養院前身(圖3-1)。

1984年發生螢橋國小潑硫酸事件，震驚社會，精神醫療與心理衛生健康逐漸被重視。加上民間許多安置機構，對精神病人不人道的對待方式逐漸被揭露，尤其是1990年的「龍發堂事件」更是喧騰一時。政府除了積極安排這些精神病人轉往精神專科醫院長期治療之外，精神病人的照護也逐漸由「收容養護」性質轉到積極的「醫療處置」。

隨著「去機構化」的醫療趨勢，社區復健模式逐漸拓展，除了門診、急診、急性及慢性全日住院、日間留院之外，各社區復健中心、康復之家廣設，居家治療也漸漸發展，精神醫療復健模式日益完整。2000年臺灣發生五十年來最嚴重的天災——九二一集集大地震，2009年又發生重創臺灣的莫拉克風災，災難心理衛生備受重視，加上社會環境改變，精神醫療的面向更為多元化，服務對象由成人逐漸拓展到兒童、青少年及老人等，服務領域也由精神醫療機構內拓展到社區，包括災難心理衛生、自殺防治、成癮防治、家暴、性侵害防治、司法精神醫療等公共衛生一至三級預防服務模式。

衛福部所屬醫院從最初的134床，擴展至2012年6,328床，占全臺精神病床位21,149床的30%，社區復健床位710床，占全國8,267床的9%。經過六十餘年的努力，全國各縣市的衛福部所屬醫院，皆設有精神醫療服務，據守基層，提供可近性、在地化的精神醫療服務與心理衛生及健康倡導，可謂「遍地開花」，深獲民眾讚賞。

#### 一、六〇年代

為消滅貧窮，擴大精神病人照護版圖，收容安置床位急速擴增，衛福部所屬精神專科醫院(當時為省立醫院)「照顧弱勢」角色鮮明。



3-2



3-3



3-4

3-2、3-3、3-4 玉里萬寧農場為全國最大、且唯一自給自足之庇護性農場；資料來源：玉里醫院。

### （一）玉里模式

過去精神病人多發生在中、下階層家庭，與貧窮交互作用，形成惡性循環；因為長期醫療負擔，常使家庭經濟無法負荷而崩潰，或有將病人遺棄之情形，引發社會問題。1957年10月，陸軍第六療養大隊及宜蘭療養所，在花蓮玉里鎮併編為「臺灣玉里榮民醫院」，由最初老舊的國民兵訓練營地，逐漸拓展相關的產業治療，設置農、漁、牧、手工藝及書畫班等，並成立實驗農場，另設置忠孝分院及池上、海端、瑞源、志學、源城五墾區安置榮民患者。依此經驗，1965年玉里榮民醫院協助臺灣省政府成立「玉里養護所」及「萬寧作業治療中心」，專責收治擾亂社會治安的精神病人，且逐漸與省立花蓮醫院玉里分院組成群體醫療中心。玉里鎮以自成一格的生活型態，結合產業治療，讓精神病人在此擁有一個相對簡易的一般社區生活，逐漸與社區形成合而為一的生命體，精神醫療界把這樣的經驗，綜合歸納成一個簡單的稱謂，稱之為「玉里模式」。

### （二）小康計畫

1971年，臺灣省政府統計全國約有2,000名精神病人，當時推估一個精神病人的治療期間大約三個月，因此一個病床一年可治療四個病人，只要全國有150個床位，4年內就可解決因精神疾病所導致的貧窮問題，因此省政府分別在桃園療養院、高雄療養

院二家省立精神療養院，各增設30床及120床作為治療之用。次年省政府執行「小康計畫」，重點在消滅貧窮、建立安和樂利的社會，而「貧民人數必須降低」的工作目標，也成為當時縣市政府村里幹事最大的壓力來源，協助貧民精神病人就醫成為村里幹事的重要責任，因此150床的小康病床很快就額滿。在精神病人治療的過程中也發現了新的議題，原來這些被轉送的貧民精神病人都是慢性病人，無法契合當初以急性發作病人為設計的三個月治療期程規劃，慢性精神病人的治療速度，不足以反應消滅貧窮的目標，為加速計畫目標的達成，省立玉里養護所、高雄療養院分別增開800床及300床。另在六〇、七〇年代，許多無家可歸者、智障者、失智老人及疑似精神異常遊民，大都收容至警政單位附設之遊民收容所養護，但是精神病人在收容所內，僅能獲得基本的生活照顧，無法得到積極性的治療，致使病情難有改善，因此基於遊民的醫療權益，各縣市政府開始將遊民精神病人轉至精神醫院治療，而治療費用則由縣市政府社會局貧民施醫的經費支應。此段時期，弱勢、貧民精神病人的公費收容床位數急速增加，但在精神醫療模式上，屬傳統的「療養」性質。

此階段的精神復健模式，可以玉里醫院萬寧復健農場為代表。玉里醫院萬寧復健農場於1969年設立，為玉里最早成立之精神病人庇護性工作訓練場，農場占地37公頃，種植稻作面積約為33公頃、水果蔬菜區

約為2.8公頃、其餘為辦公室、碾米廠、烘乾機房、倉庫等，目前萬寧復健農場也是全國最大，且自給自足之庇護性農場。農場自產的良質米，供應醫院2,500位住民每日食用，另外製有愛心優質行銷米，以推廣病人復健成效。精神病人因疾病的影響導致整體功能退化、職業功能缺損，因此藉由復健農場的設立，提供病人農藝復健，透過接受農藝技巧訓練、與大自然接觸、規律的生活作息，促使病人症狀與情緒穩定、學習職業技能，而病人努力工作後所生產的成品，也提供了病患成就感，在此過程中同時獲得自尊與自信（圖3-2、3-3、3-4）。

### （三）感人小故事：謝謝給我一個家

徐伯伯自1976年就收治於玉里醫院，至今長達三十七年，於二年前被診斷出有癌症病變，目前以安寧照護的模式住在玉里醫院一般科病房。徐伯伯雖無家人，但一直都十分樂觀的面對自己的病況，多次表示想為自己的生日舉辦慶生會。玉里醫院特別在他生日當天準備了蛋糕、豬腳麵線及他最愛喝的珍珠奶茶，並在孫院長及各醫療同仁、病友的歌聲及掌聲中，徐伯伯許下心願，身為壽星的他心中充滿喜悅及感動的說：「對許多長期住院的病患，玉里醫院就是我們的家，這裡的工作人員就像我們的家人，彼此有特別深厚的感情，今天可能是我人生最後一次過生日，感謝你們陪我度過。」

## 二、七〇年代

推展精神醫療網，衛福部所屬醫院（當時為省立醫院）擔任重要核心角色，精神醫療在各縣市「遍地開花」，就醫可近性大增，照護模式從傳統的「收容療養」逐漸轉成積極性的「精神醫療」。

### （一）精神醫療網

早期臺灣省的公立精神病院只有省立高雄療養

院、桃園療養院及玉里養護所三家，服務量能不足以完全收治精神病人，加上高雄療養院於1984年改隸為高雄市政府，並更名為高雄市立凱旋醫院，省政府於是逐步規劃在北、中、南三區增設公立精神療養機構，1983年省立草屯療養院、1990年桃園療養院八里分院（1998年升格為八里療養院）、1998年嘉南療養院陸續掛牌營運。另因政府精省，1999年各省立醫院均改制為行政院衛生署所屬醫院，因應各縣市精神醫療的需要，除籌建精神專科醫院之外，也陸續在各縣市的署立醫院中設置急性、慢性精神病房與日間病房。1987年6月新營醫院精神科成立，是臺南市溪北區最早成立精神科慢性復健病床的地區醫院，對北臺南的精神科醫療發展扮演相當重要的角色；旗山醫院也自1991年9月開設精神科門診，並逐步拓展精神醫療之急性病房20床，慢性病房100床，除是旗山地區唯一具備精神醫療的公立醫院，也是旗美九區精神緊急醫療主要後送醫院；離島的澎湖醫院、金門醫院也分別於1988年、1997年開辦精神醫療服務，並逐漸擴展為具急性、慢性住院與日間留院之醫療規模，為離島鄉親提供在地化的服務，使該區的精神病人毋須奔波至臺灣本島就醫。

1984年發生螢橋國小37位師生被潑硫酸事件，震驚社會，精神醫療與心理衛生健康逐漸被重視。1986年行政院衛生署（目前改制為衛生福利部）推動醫療保健計畫，其中建置精神疾病防治網為重要業務的一環。當時精神醫療網區域輔導計畫的實施，目的在建構完整之精神醫療體系，均衡各地區醫療資源發展、醫事人力與設施，全面提升醫療品質。從計畫實施初期，省立桃園療養院、草屯療養院、玉里醫院、八里療養院乃至後期的嘉南療養院等精神專科醫院，就積極參與醫療網的推動，在北區、中區、南區、高屏區、東區等區域，擔任該區之核心醫院或協辦醫院，並與轄區衛生局、精神照護機構及相關專業團體合作，建立區域性精神醫療網絡、發展精神醫療專業服





3-5 精神醫療網架構。

3-5

務，並辦理區域內相關精神醫療教育訓練工作，成效斐然（圖3-5）。

目前各區在精神醫療的轉介照會、緊急醫療、強制就醫、出院病人社區追蹤，乃至與警消、民政等網絡的連結與合作等，均有標準作業流程與模式可遵循，衛福部所屬醫院在各區精神醫療網的推展上，有莫大的助益，可謂為精神醫療網的幕後英雄。

## （二）積極的醫療處置

1990年10月22日聯合報批露「龍發堂事件」，文中報導龍發堂因經費不足，設備簡陋，導致所收容的六、七十名精神病人過著悲慘生活，不但地面布滿尿水等汙物，所食飯菜與餿水無異，報導中提及對病人的不人道待遇，引發衛生署以及省衛生處的極度關切，其他民間機構對精神病人的不當照護方式也陸續被揭露，而政府在積極安排這些精神病人轉往醫院治療的過程中，遭到機構、家屬莫大的阻力，甚至有立委民代等介入，龍發堂事件喧騰一時。當時省立醫院的公醫使命角色，成為該些病人優先安排的最佳選擇，龍發堂、大千堂、嘉義博愛仁愛之家等被家屬以賣斷方式收容的精神病人，陸續轉往當時的玉里養護所、草屯療養院、桃園療養院等省立醫院安置收容。

此事件的發展在類型上雖然仍以「收容養護」為主，但在實質內涵上，已逐漸轉變為積極的「醫療處置」。精神病人的照護，除了療養之外，積極的醫療與復健模式的介入，成為照護的主軸。1990年12月《精神衛生法》頒定，更讓精神病人的治療與復健有實質的法律規範，精神醫療模式逐漸重視復健因子，且朝向社區化發展，不再如同以往與社會有很大的隔閡，而走向多元復健的豐富境地。

## （三）感人小故事：社工師，我要捐款社服基金

憶銘（化名）30歲時被送到南部收容機構，他說那一段日子真是痛苦不堪，那裡的管理方式不太人性，每兩週就要被理一次光頭，不能留自己喜愛的髮型，一律穿著綠色的制服，腰間綁著鍊子，跟其他病友綁在一塊兒，行動非常不自由；憶銘好幾次逃跑回家，都又被父親送回去，後果竟是慘遭機構的管理人員在他的腳上施打軟骨劑，導致於有兩、三年的時間得坐著輪椅，無法起身行走。

1991年政府為了讓住在收容機構的這些精神病人獲得更妥善的治療與照顧，憶銘幸運的便被安排到草屯療養院住院，憶銘表示當初還是坐著輪椅入院的，經過幾年雙腳才逐漸康復，一轉眼便住了二十多個年頭。在草屯療養院的前幾年，憶銘也想過要逃回家，在醫院工作人員協助下，憶銘有短暫出院回家適應的機會一解鄉愁，才減少憶銘不告而別的念頭，加上病房平日有固定外出、外宿的天數，憶銘可以自行搭車回家，他想家之苦得以紓解，更願意好好接受復健治療。

憶銘在院內從事復健工作，從代工廠做手工開始，不斷進步到在院內科室協助行政庶務，難能可貴的是，憶銘每個月都會捐出部分工作所得到醫院的社服基金幫助貧困的病人，他說自己曾接受過草屯療養院社服基金的幫助，所以他想回饋醫院，盡自己微薄之力，幫助同樣都是生病的病友們。憶銘回顧生病多年來的心路歷程，他說生病讓他不方便主動聯絡以前



的同學，曾心灰意冷的認為人生沒有希望，就要這樣在醫院度過一生。但是從事復健工作後，讓他有機會可以認識其他的病友，保持人際上的互動，而且工作讓他生活有規律、有重心，因而對生命又有了新的體認與期待。

### 三、八〇年代

因應去機構化潮流，衛生署推動社區復健試辦計畫，衛福部所屬醫院（省立醫院）領先開辦，精神病人社區融合逐漸成形，各種復健模式與職業訓練紛紛展開，開創精神病人豐富多元的復健樣貌。

#### （一）社區復健計畫

七〇年代末至八〇年代初，政府開始推動並試辦精神病人社區復健計畫，鼓勵醫院開辦社區復健中心、康復之家及精神居家治療等業務，各公立精神專科醫院均紛紛響應。草屯療養院、八里療養院、玉里醫院等在初期即積極設立社區復健中心與康復之家，嘉南療養院與桃園療養院也逐步跟上，目前各衛福部精神專科醫院在社區中均設有精神復健機構，逐漸由醫院的治療模式發展到社區復健模式。由於社會大眾對於精神病人在社區中活動或居住，仍有擔心、排斥，社區抵抗力大，社區復健中心或康復之家的設立，並不容易。以草屯療養院為例，試辦時期是租用同為精神科醫師在臺中閒置的房舍，才順利解決場地的問題；草屯第一康復之家與第二康復之家的設立，則是因為提供代工貨源的老闆熟稔病人狀況才願意出租，這是運用人脈的結果，而後期易居康復之家、草屯及大里社區復健中心的成立，則是在籌備前期，就花了很多的時間與社區居民「搏感情」，在社區辦理音樂會、肢體潛能開發、健康講座，甚至社區清潔志工服務等，漸進式的增加與社區居民的互動頻率，透過接觸，降低居民的疑慮，才逐漸被接納，得以穩定運作。

#### （二）多元的復健模式

社區復健計畫的開展，也開拓了精神病人多元的復健模式，復健的場域不再只侷限於醫院內，各衛福部精神專科醫院開始積極拓展病人的職業復健模式，各具特色。例如八里療養院與嘉南療養院積極營造「復元友善環境」，其中八里係以好體力、補腦力、抗壓力、專注力、自主力、融合力、樂活力、吸引力、涵養力、生產力之「康復十力」概念，協助病人突破疾病的限制，並以園藝治療打造病人的希望花園，辦理各項創意活動如櫻花季藝文活動等，讓精神病人享有快樂、有意義、有涵養的生活，更重要的是傳達一個理念，那就是精神疾病是可以「康復」，他們可以從被照護、被給予的角色，重新回到家庭及社區，變成照護他人及可以付出的人；嘉南療養院則將復健技巧及復元環境營造等連結至全院各科室，推動全院皆為復健場域氛圍，希望讓所有接受服務的病人均感受到「充權」與「尊重」，且以企業經營概念，將所有工作訓練坊統整為「愛の集團」，融合企業經營概念，提供仿社會化環境，提升病人社會行為復健成效；玉里醫院因地理位置與院區分散的特殊性，加上收治人數高達2,600名病人，以長期照護概念將「復健生活化」的精神融入病人的復健工作，每月提供約1,000個職缺作為病人職業訓練之用，且推動「住民自治」，鼓勵院區住民參與生活相關事項的討論與決議、醫院部分委員會也增設住民代表，讓住民充分參與院方與病人相關之政策與執行，另推動「自組社團」，以促進病人的團體歸屬感與休閒活動自主權；桃園療養院與草屯療養院，則以分階分級的方式進行病人的職能復健，依病人的能力提供不同階段的職能訓練，並透過個別化且連續性的服務，協助病人工作能力與技巧的進步。

衛福部精神專科醫院，依各自的歷史脈絡、病人特性與在地特質，發展多元化的精神復健模式，從急性病房、復健病房、日間病房、社區復健中心、康復之家，甚至門診，都有創新的復健或職業重建模式介



3-6



3-7



3-8



3-9

3-6 桃園療養院職能訓練——洗車班；資料來源：桃園療養院。

3-7 八里療養院學員作品；資料來源：八里療養院。

3-8 草屯療養院五階——中餐工作；資料來源：草屯療養院。

3-9 桃園療養院日間型精神復健機構——美食工作坊；資料來源：桃園療養院。

入，不僅以院內的資源提供服務，也與社政、勞政及民間機構連結，積極辦理精障者之職業輔導評量、職業訓練、庇護性就業、支持性就業、職務再設計等相關轉銜就業機制，以協助病人穩定工作，成功就業，並逐步回歸社區。目前在各院均可見到各種職類的訓練與推展，除了過去較具勞務性質的代工場、清潔隊、洗車場(圖3-6)、洗衣坊等類別之外，烘焙、中餐、園藝等較具技術性且須考照的職訓類別也持續進行中，布包、手工皂等工藝品的創作(圖3-7)，小書坊或二手交流商店的經營，早餐、午餐或麵包(圖3-8)、糕點、咖啡、茶飲等食品、飲料的製作與販賣，在各院中隨處可見(圖3-9)，衛福部所屬醫院在復健與訓練方面的投注與努力，有目共睹。草屯療養院在2004年以此獲得行政院經建會第五屆法制再造工作圈「業務改造組」銀斧獎、2005年成功輔導就業之病友亦獲得「第一屆全國精障者傑出就業獎」火鳳凰第一名，嘉南療養院、桃園療養院與玉里醫院的精神復健模式，分別獲得2005、2008、2011年國家生技醫療產業策進會「SNQ國家品質標章」認證，八里療養院則於2009年至2013年連續5年，榮獲新北市勞工局身心障礙職業訓

練服務評鑑績優甲等獎。此些得獎榮耀與認證，再三證明衛福部所屬醫院的精神醫療與復健模式有實質的品質保證，足為同界之楷模。

### (三) 感人小故事

#### 1. 掃出一片燦爛天空

麗麗(化名)生病前在賣場擔任收銀員，2001年發病後四年間，曾兩度住院治療，並參加院內美食工作坊，以及精緻花藝禮品設計班的職業訓練。2004年，由就業輔導員轉介到民營郵局擔任內勤人員；隔年，她通過院內庇護性清潔隊的甄選，並擔任考勤組長；一年多後，開始配合外展工作，到社區擔任清潔及資源回收的工作。去年年初參加院內身障員工的甄選，正式成為醫院的員工，並與另一位病友搭合作，負責院內二樓行政區域的清潔工作。工作初期，麗麗面對壓力往往不知所措，但在醫護團隊的引導下，現在已學會不同的紓壓方式，積極進取的生活態度，把握每個學習的機會，讓她在不同的職場中不斷累積、成長。個性隨和的她，與同事相處融洽，更願意主動關心他人，她珍惜眼前的幸福，期許自己能不再依賴家

人給予經濟上的支持，獨立生活。陽光依舊，麗麗看到自己的目標，她相信明天會更好！

## 2. 今天叫我第一名

從他奮鬥的人生，讓我們得到了啟示，只要透過正確的醫療與協助，每位精神障礙者，都有機會可以成為傲人的千里馬。

「獲得第一屆『2005金鳳凰獎』的得主是……草屯療養院陳一宏(化名)！」當主持人宣布的那一刻，看著陳一宏興奮的跑上舞臺，並且高喊「我來自草屯療養院」的同時，我的眼淚隨即奪眶而出，這份榮耀再次證明：一件事的發展確實需要許多人的不懈努力與犧牲，才能成就其價值。

「2005金鳳凰獎」的目的是為了尋找淬鍊後浴火重生的金鳳凰，期望為他們的努力給予掌聲，並藉由他們的經驗分享與正面形象，拋磚引玉，開發更多的就業機會、去除不必要的汙名化，讓更多的精神障礙朋友，能開啟自己的就業之門。

「2005金鳳凰獎」在競爭激烈下，終於產生十位傑出就業精神障礙者，及12位雇用精神障礙者之優良雇主，他們來自臺灣各角落，不管是入圍或是得獎，對他們而言，都是至高無上的肯定，不僅表示他們與眾不同，更證明他們存在的價值。草屯療養院推薦的陳一宏不僅入圍全國十大傑出就業病友，更一舉奪下「2005金鳳凰獎」，也就是全國第一名，他的獲獎，不僅證明他的能力，也更肯定草屯療養院醫療團隊的實力，也讓在場的我備感榮耀。

一宏曾經活在自己的世界裡，因為父親的眼淚，他開始接受治療及復健，在症狀穩定及各項功能提升後，醫療團隊轉介他至工業區從事木頭傢俱噴漆工作將近七年，一直到2005年6月公司轉移至越南才終止；這突然的狀況非但沒讓一宏失去生活重心，反而讓他更積極尋找另一片天空，由於市場上工作機會不多，因此在過程中一宏只能擔任短期的臨時工，例如：冷氣機的清潔技師、包子店的販售員、公寓大廈

的清潔工等，這些工作雖然都只是暫時性的，但他卻常以堅定且詼諧的口吻告訴我們：「別擔心，天將降大任於斯人也，必先苦其心志，勞其筋骨……」

由於他的知足與正向的人生態度，很快的就找到一份製作麵包的工作，雖然工作非常辛苦，他仍秉持「認真工作、快樂學習」的理念，努力在職場上打拼，獲得同事及老闆極高的評價；但好景不常，公司因故暫停營業，讓一宏再度失業，不過樂觀積極的他，不因打擊而消沉，反而利用空檔學習大貨車駕駛並且順利取得執照，讓人不禁讚嘆他的生涯規劃能力，雖然生病，表現得卻比一般人更樂觀積極。「天公疼好人」，一直想進入大餐廳工作的一宏，透過治療師的推薦，終於如願以償到某大餐廳發揮所長，雖然目前大部分的時間皆在外場服務，僅少許時間進入廚房內部協助，他卻能把握機會拼命學習，有志氣的一宏深信，只要肯吃苦，有一天一定能當上大廚師。我們也深信他一定能做得到。

值得一提的是，一宏深知拼命培養專長的重要性，在工作之餘不僅努力取得中餐丙級證照，更積極朝中餐乙級證照的目標邁進，以期許自己擁有更優勢的就業條件。喜歡游泳的他，也參與救生員訓練，定期擔任水域安全志工，也因此享受助人的成長與快樂。他深刻體會到「天生我材必有用」的涵義，陳一宏精彩豐富的人生，足以為眾人的楷模。

從他奮鬥的人生，我們得到了啟示，每位精神障礙者，只要透過正確的醫療與協助，都有機會可以成為傲人的千里馬，期盼社會能有更多的伯樂，開發他們的潛力，讓千里馬能奮蹄奔騰、開創未來。

## 四、九〇年代

九二一集集大地震，開啟政府對災難及創傷心理衛生的重視；莫拉克八八風災，衛福部所屬醫院(當時為衛生署所屬醫院)守護地方，短期內迅速動員、整合，在實做中學習，累積本土經驗，支援國際友邦。



### (一) 災難心理衛生與復健

1999年9月21日凌晨1時47分臺灣發生芮氏7.3的集集大地震，造成全臺2,415人死亡，29人失蹤，萬餘人受傷，10萬多戶房屋嚴重受損，是臺灣近五十年來傷亡、損失最慘重的天災。

草屯療養院因地處重災區，當日凌晨緊急將住院病人安置停車場，但由於餘震不斷，醫院多處建築物出現裂痕，七百多位病人露宿戶外，吃喝拉撒都要兼顧，當時只能優先考慮到病人的食衣住行，根本無暇兼顧他們的心理狀況。為使病人有較好的醫療照顧環境，醫護、醫事團隊不分角色，在當時的陳快樂院長、鄭若瑟副院長的帶領下，分批隨同病人南遷至新建未久的嘉南療養院三週，並提供持續性的照護。草屯療養院本身為受災醫院，員工中也不乏受災戶，但卻能發揮在地草根韌性，九二一地震發生的第一個月，除了安頓好院內住院病人，隔日也立即在戶外搭立帳棚持續提供門診服務(圖3-10)，使各項門診、急診及住院業務在短期內陸續就緒之外，身為中區精神醫療網的核心醫院，也開始思考可以為同樣是重災區的在地鄉親做些什麼。於是，同年11月正式成立「創傷心理復健中心」，以臨時編組的方式，投注10名全職護理人員，50名醫師、心理師、社工師、職能治療師等兼職人員，分為成人組與兒青組，積極展開社區心理復健服務(圖3-11)。當時除了在院內開辦災難心理衛生諮詢門診，同時也在各醫療站、物資發放站、帳篷區、避難所等處，進行災後心理衛生諮詢；災難三個月後，更在縣內各鄉鎮衛生所、組合屋及社區定點等，進行各項心理復健與精神醫療相關服務。這主動踏出的一大步，不但是人親土親的表徵，也為衛福部所屬醫院在災後心理衛生及復健社區服務模式，奠下良好基礎。

地震隔年(2000年)6月23日，草屯療養院接受衛生署(衛福部)指定，在草屯舊圖書館附近，租賃水利會7層樓之整棟建築，成立「南投區災難心理衛生服務

中心」，負責全南投縣16鄉鎮心理復健工作。以院內「創傷心理復健中心」當做基石，優先轉調有實戰經驗的工作同仁協助中心的發展，再向外增聘人才。這是臺灣心理衛生首度以災難復健為主而設立的機構，主要針對南投縣災後創傷高危險群，包括失親、重傷及兒童、老人、身心障礙及組合屋居民等，進行一年後的追蹤關懷評估及訪視。憑藉著微薄的經驗，許多同仁在此貢獻出他們的「第一次」，第一次到偏遠的鄉鎮家訪、第一次被拒絕、第一次陪喪子的媽媽流眼淚、第一次上廣播電臺、第一次遇到橋斷路斷、第一次擔任重覆自殺個案的個案管理、第一次面對夫妻爭執不下的窘境、第一次聽到個案說謝謝、第一次看到個案

3-10 九二一地震當天草屯療養院於戶外持續提供門診服務。

3-11 九二一地震草屯療養院提供受災學校兒童服務。



3-10



3-11



的努力與韌力等。

為了讓中心去除災難的悲情標籤，賦予正向希望的意涵，2001年1月中心正式更名為「南投區心理衛生服務中心」。且因應南投縣幅員廣大，以致心理衛生的推廣與外展服務推展不易的困境，2001年7月及12月，分別在竹山及埔里地區成立分站，以提供可近性的在地服務，紮根社區。此段期間，分別由當時兒童精神科陳俊鶯主任、鄭若瑟副院長擔任第二任、第三任及第四任的中心主任，在他們的帶領下，逐步建立明確的服務模式與內容，如創傷個案之接案流程及處遇模式，社區及校園心理衛生宣導、志工團體及資源網路連結、教育訓練工作等多項方案，另在自殺防治、心理衛生問題之篩檢與需求調查及相關之研究分析等面向都確立了良好的機制可供檢閱。隨著時間的轉移，九二一災民服務需求遞減，中心服務對象也逐漸由九二一地震受災心理創傷高危險群，漸漸拓展到自殺個案(含家屬)、其他災難心理受創者及社區民眾有心理健康問題需求者個案(如受家暴、受性侵害、人為意外傷害等個案)的服務。

草屯療養院承接「南投區心理衛生服務中心」專案計畫，從2000年6月成立至2005年12月結束，五年半內累積了上萬名個案之服務經驗。在自殺防治工作方面，除了建置自殺行為通報系統，提供自殺已遂家屬的哀慟輔導及自殺行為個案的諮商輔導外，也建置了轄區中自殺防治轉介照會、教育宣導等功能的關懷網絡，由當時南投縣自殺死亡率明顯下降，可知中心的服務成效斐然。雖然專案計畫只有短短的五年半，但卻留下極為珍貴的工作經驗與模式。

桃園療養院則在1999年9月21日地震後隔日，即接獲衛生署(衛福部)指示，派遣醫療團隊至災區從事心理復健工作，俟當地精神醫療院所接替後續工作後，於1999年9月底撤回醫療團隊，此為急性創傷期之心理重建工作。1999年11月，即展開對災民的心理復健服務，至2000年6月底計畫結束。該院所負責地

區為臺中縣和平鄉之大安溪線的自由與達觀兩村災民的心理復健服務，除定期和醫師討論困難個案之處理之外，另外於臺中縣和平鄉自由與達觀兩國小舉辦老師之團體衛教與治療，使老師能了解地震對本身及兒童的影響，並請老師以問卷來篩檢高危險群之學童，再由該院兒童精神科專業人員以個別輔導之方法來幫助學童心理復健。

9月21日這慌亂的一夜，除了開啟了重大災難後住院精神病人的危機處理模式之外，也開啟了衛生署(衛福部)對災難及創傷心理衛生的重視。九二一集集大地震之後，衛福部精神專科醫院陸陸續續累積了不少災難或心理復健的相關經驗，在之後的許多大型災難中發揮了實質的效用。2000年10月新加坡航空因颱風能見度不佳，誤闖封閉跑道，致起飛時起火燃燒，造成79名乘客和4名機組員罹難的新航空難，桃園療養院立即調派支援人員二人一組，於中正機場及桃園殯儀館各設一個定點服務站，提供罹難者家屬心理諮商的服務，另承接桃竹苗地區空難之受傷者、罹難者家屬及新航員工之心理復健工作。2002年5月25日桃園飛往香港的華航班機，在澎湖馬公外海墜毀，造成225位乘客及機組人員罹難的重大空難事件，2003年3月阿里山小火車翻覆的意外事件，2003年4、5月間的SARS事件，2004年7月造成中南部地區嚴重水災的敏督利颱風，2004年8月造成新竹縣五峰鄉桃山村多戶人家慘遭土石流掩埋、四千多人撤離家園的艾莉颱風，一直到2009年8月，造成高雄甲仙小林村部落遭土石流滅村、將近700人罹難的莫拉克颱風(八八風災)，均有衛福部所屬醫院動員前往進行災難心理衛生協助(圖3-12、3-13)。尤其是八八風災，是繼九二一地震後，最嚴重的天災，在近九二一地震十周年時發生，也勾起許多災民的傷痛回憶，玉里醫院於第一時間即派醫療團隊包括醫師、護理師、心理師及社工師前往嚴重受創的臺東縣金峰鄉嘉蘭村提供醫療支援，當時臺東縣介達國小成立災害緊急應變中心，共收容



3-12



3-13



3-14



3-15

3-12 嘉南療養院至莫拉克災區設關懷站；資料來源：嘉南療養院。

3-13 玉里醫院醫師傾聽莫拉克災民心聲；資料來源：玉里醫院。

3-14 四川汶川地震，八里療養院鄭若瑟院長於甘肅地區演講；資料來源：八里療養院。

3-15 完成本土化的《災難心理衛生教材手冊》，由張達人院長獻書；資料來源：草屯療養院。

了149人，玉里醫院醫療團隊連續幾天在災區看診，協助治療災民因重大事件之衝擊所引發後續心理創傷亦提供專業諮詢與支持，衛福部嘉南療養院、草屯療養院、玉里醫院、旗山醫院等具地緣關係的醫院，也均在初期即投入緊急心理救援的行列，也積極地承接後續較長期的災後心理重建計畫。

2009年8月莫拉克颱風重創臺東縣金峰鄉，太麻里溪帶來的泥沙沖跨淹沒沿岸之房子，鄉公所課長也無家可歸了，他強忍悲傷忙著救災，但看到玉里醫院陳醫師時他再也忍不住創痛，陳醫師耐心親切的傾聽

他的故事並予支持。

## （二）國際災難心理衛生救援

衛福部所屬醫院在這幾次大災難中的積極投入，也逐漸累積成本土的災難心理復健模式，並且透過承接九二一地震五周年、十周年等研討會的機會，將經驗發表、傳承。因近年來，國內外災難頻傳，所屬醫院也積極參與國際災難心理衛生救援，如2004年12月的南亞大海嘯、2008年厄瓜多爾水災及四川汶川大地震等（圖3-14）。所屬醫院憑藉著豐富的經驗，在衛生



署(衛福部)的委託之下，於2007年協助建置國際災難心理衛生救援服務模式，並完成中英文版之「國際災難心理衛生救援工作手冊」，2012年緊接著完成臺灣本土的「災難心理衛生教材手冊」，並協助完成種子教師訓練(圖3-15)。

### (三) 感人小故事：前進四川震災區，重建災民新生路

問：「最近睡得怎麼樣？」

答：「睡不著、就是睡不著」。

問：「回到發生地震的地方，會不會感到害怕？」

答：「怕嘛，就是怕」。

2008年10月的初秋，一位頭髮斑白、衣著樸實灰衣的老婦，用著濃厚四川口音回應著八里療養院心理師的問題，地點是在中國四川省北川某鎮裡，一個龐大的板房(組合屋)區。自從5月12日汶川大地震後，約兩萬名的受災者遷至此，八里療養院醫療團隊義無反顧地前進地震重災區進行人道醫療救援服務。

雖然老婦的四川口音常讓心理師不容易聽清楚她想要陳述的內容，但在她布滿皺紋的臉上顯現的不安神色、焦躁與驚慌的語氣，仍讓心理師一眼認出是災難的後遺症之一——災難情結下的創傷。八里療養院的醫療團隊深知，創傷帶來的急性壓力，往往讓受災者的身體與心理處在「持續緊繃」狀態，影響人們日常生活作息、睡眠狀態等等。因此八里療養院的醫療團隊中前院長鄭若瑟醫師及臨床心理科主任李維庭臨床心理師在進駐板房區之前，就著手重新改寫「腹式呼吸法」，配合當地的文化民情，發展「一、三、一、三、九」口訣的「吐納放鬆法」(一，萬念放空，神定於一；三，深長吸氣，默數到三；一，氣留丹田，停住一秒；三，輕鬆吐氣，心數三下；九，三三得九，連做九回)，並現學當地四川口音，而在稍後的災難救援接觸時，就「現場教學」傳授給受災者，以讓受災者先有一個能自行穩定心身的有效方法。

當聽到八里療養院醫療團隊親切地詢問受災者及



3-16 四川汶川地震，八里療養院前進災區於當地組合屋看診；資料來源：八里療養院。

其家人狀況的時候，淚水就不自主地流下來，然後接著開始放聲大哭。並在心理師的專心傾聽及情緒同理下，受災者積聚在心身上的災難苦痛得以抒發後，拱手表達：「謝謝您的關心！」有些人則在翌日，再次來到八里療養院醫療團隊所設的醫療站，對「吐納放鬆法」的教導表達感謝，因為明顯地改善了他們的睡眠(圖3-16)。

## 五、九〇年代後期

衛福部所屬醫院(當時為衛生署所屬醫院)跳脫過去只著重在精神醫療的情形，逐步走入社區，開展多元化、跨域化的整合性服務，並強化自殺防治策略與作為，落實家暴與性侵害處遇服務。

### (一) 精神醫療多元化

重大災難帶給衛福部所屬醫院的，不只是經驗的學習與知識的累積，更難為可貴的是社區心理衛生外展的進行及社區心理健康促進的開展，衛福部精神專科醫院跳脫過去只著重在精神病人的治療與復健的情形。加上社會環境的變遷，精神醫療的面向更為多元化，精神病人連續性照顧、高齡化社會、自殺、憂鬱症、物質濫用、家庭暴力及災難心理衛生等問題逐漸凸顯。各衛福部精神專科醫院，配合2009至2012年

第六期醫療網「新世代健康領航計畫」，均義不容辭地投入相關心理衛生事項之推動，各精神科專科醫院大都擔任各區精神疾病防治醫療網的核心或重要協助醫院，結合各區所屬縣市的精神醫療資源，辦理各項區域性協調聯繫會議，並結合衛政、醫療、警政、消防、社政、勞政、教育等機關參與精神醫療網工作，整合精神醫療、精神復健及心理衛生相關資源，確實執行衛生署(衛福部)指定之精神醫療網重點工作，持續推動區域性心理健康及精神醫療網絡，與衛生局合作，輔導區域內精神照護機構提升精神照護服務，並發展各項心理健康及精神醫療專業服務及其他特色服務，促進民眾心理健康。

除此之外，所屬醫院也積極承接社區精神病人關懷訪視計畫，與精神分裂症個案管理等精神疾病業務，成立精神分裂症健康照護團隊，運用個案管理模式，針對領有重大傷病卡之精神分裂症(ICD-9-CM 295)患者進行諮商輔導。且也開始協助一些特殊性業務，如自殺關懷訪視業務及自殺防治工作，針對自殺高危險群及重度憂鬱症個案，協助區域內縣市衛生局建立追蹤、訪視、轉介服務機制及辦理相關教育訓練與宣導活動；災難心理衛生業務，如莫拉克風災的災民訪視與心理重建工作，以強化區域內災難心理衛生應變及照護能力，並辦理災難醫學及緊急醫療等教育訓練課程；另積極參與家暴、性侵害防治工作，除辦理家暴、性侵害加害人處遇之外，也協助強化區域內家庭暴力、性侵害加害人與被害人之間之精神照會機制，暴力危險評估及身心治療輔導品質，並辦理相關之教育訓練。自2006年2月，由桃園療養院最早開始實施美沙冬替代療法，各衛福部所屬醫院也陸續加入辦理，並支援司法戒治單位的藥癮戒治醫療評估，以及監所內之相關團體心理治療及反毒與傳染疾病衛生教育宣導等。

在精神醫療網絡的建構部份，衛福部所屬醫院也有創新的作為。精神障礙者能回歸社區成為生產性的角色是精神復健的終極目標，但是大多數精神障礙者

在復健過程中卻因遭逢重重困難，而無法順利達成目標，為了協助精神障礙病友突破困境，草屯療養院首先在中區建構了「精神復健人力銀行」。2010年底經過探究困境之原因，發現中區有16家精神復健機構的共同難題，主要為病友之就業機會開發困難，且製作之復健商品亦有產銷問題，而造成這些問題主要是因為：(1)精神復健機構習慣以單打獨鬥的方式來開發工作機會及產銷復健商品。(2)復健機構間的聯繫非常貧乏，薄弱的互動及機構的封閉，嚴重影響機構間資源分享、交流與發展。為了讓病友實現夢想、機構永續經營，在努力放大資源效益並超越現有價值的想法下，草屯療養院建置全國首創的、跨組織的「精神復健機構人力銀行」，希望透過網絡的建構，達到機構之間「您好、我好、大家好」之境界。主要的作為有：(1)整合臺中、彰化、南投28家精神復健機構，共同以「病人優先」為核心理念，形成最大之合力。(2)利用網路資源共享平臺，無私分享資源，逐步實現病友就業夢想。目前北區臺北市立聯合醫院松德院區附設之精神復健機構、行政院衛生署八里療養院附設之精神復健機構也陸續加入，範疇拓展至北部。使用者只需透過網站「地圖搜尋系統」，便能在短短數秒中查詢到各精神復健機構詳盡介紹，且建置產品虛擬展示空間，機構可將生產的復健商品放置「產品展示」，使用者藉由網站查詢系統，可迅速搜尋到產品資訊，不出門也能購買復健商品做愛心；另發展24小時快速資訊發送系統，在網站自動內建「媒合信功能」，企業雇主及社區機構可隨時發布就業資訊，快速傳到各機構窗口信箱內，機構工作人員迅速掌握第一手就業資訊，推選適合人選。此平臺的建立，成功地整合臺北市立聯合醫院松德院區附設精神復健機構、行政院衛生署八里療養院附設精神復健機構，及中彰投精神復健機構，讓機構、平臺、社區民眾都可零距離互動。藉由「精神復健人力銀行」達到機構競爭者同盟、跨機構資訊流通與同步、開闢產銷新視野，以「突破現況」打破





3-17

3-17 精神復健機構人力銀行網頁。



3-18

3-18 精神復健人力銀行商標。

傳統創造機構間互利雙贏局面，機構間願意嘗試並無私分享經驗，是網路平臺整合精神復健機構之最大意義。人力銀行目前只是一個開端，透過機構間更多互動與激盪下，未來勢必能帶來更多的復健價值(圖3-17、3-18)。

## (二)各級預防及長期照護服務

衛福部所屬各精神專科醫院經過數十年來的蛻變，各次專科已蓬勃發展，積極提供各級預防及長期照護服務，營造友善健康支持環境，以促進全民身心健康為提供各類型的病人專業精神醫療服務，各衛福部精神專科醫院也陸續依各精神醫療專長設置「一般、心身、兒青、老人、藥癮、司法、社區」等精神醫療次專科，以團隊醫療方式，提供門診、急診、住院、居家治療及社區心理健康促進等服務，由過去單純精神疾病、腦神經症狀等醫療，逐步拓展到心因性身心治療、情緒障礙、適應困難、物質濫用、兒童心智發展

疾患及老人失智等治療。服務對象由成人逐漸拓展到兒童、青少年及老人等，服務領域也由精神醫療機構內拓展到社區，包括災難心理衛生、自殺防治、成癮防治、家暴、性侵害防治、司法精神醫療等公共衛生一至三級預防服務模式。桃園療養院的兒童青少年服務，嘉南療養院的老人失智服務，草屯療養院的成癮治療性社區，也都獲得「SNQ國家品質標章」認證。

衛福部所屬醫院在兒童青少年精神衛生服務面向，以醫療專業提供兒童、青少年之發展、情緒行為問題及精神醫療的診斷與治療，包括早期療育、人際互動團體治療、受保護兒童評估、司法精神鑑定與校園心理衛生諮詢等，並透過系統化的療育計畫，矯治發展遲緩及自閉症等兒童之發展障礙，促進其語言溝通、認知及社會人際及生活自理等領域發展，同時提供家長心理支持及相關資源，以協助及提供全面成長所需的支持性與整體性之心理社會學習環境，提升其在家庭、學校及社會的適應能力，增進日常生活技能、人際關係的處理及個人適才適所的潛能。目前桃園療養院每週提供25個門診診次，是全國最具規模及品質的兒童青少年團隊，另外也針對青少年辦理日間留院，收治13-23歲之精神疾病個案，以個案回歸學校或職業訓練為主要復健目標(圖3-19、3-20)。

根據統計資料，直至2010年6月底，全國共有1,089所長期照護及安養機構，其中僅約有30家提供日間照護服務；此現狀乃因老年失智症病人常因為出現難以處理之行為問題，造成大多數的照護機構視活動自如、身體健康、但是具有精神與行為問題之失智老人為拒絕往來戶。追根究底，最重要的原因是，一般的安養照護機構缺乏有系統、有效率的治療模式。衛福部所屬醫院在老人精神醫療部份不遺餘力，除了將老人憂鬱症之防治納入各院之自殺防治網絡之外，鑑於罹患失智症人數的比例會隨老人人口增加而急遽攀升，各所屬醫院均設置有失智門診，以減緩病人退化的速度，提升病人生活品質，減輕家屬照顧負擔。且



3-19



3-20

3-19 桃園療養院兒童門診。

3-20 桃園療養院兒童青少年日間——人際互動團體。

3-21 嘉南療養院榮獲2012年高齡友善健康照護機構認證；資料來源：嘉南療養院。



3-21

因為失智症是一慢性退化疾病，病人的認知功能與日常生活能力會隨著病程進展日益減退，倚賴家屬照顧的程度也逐漸增加，造成照顧家屬身心極大的負擔，日間照顧可提供失智症的家庭照顧者所需的暫時性休息，使照顧者保持身體和心理上的健康，讓他們有能力持續在家中照顧失智長者，據此，嘉南療養院與草屯療養院特別設置有失智老人日間病房，藉由醫師、護理師、社工師、心理師及職能治療師團體合作提供治療性活動，包括現實導向、懷舊治療、感官刺激活動、芳香療法、音樂治療、藝術、娛樂等等來加以改善、減緩症狀的惡化，均獲得家屬的讚美與肯定（圖 3-21）。

在精神疾病的長期照護部份，因應持續性與整合性照護需求增加，依 2013 年 7 月底的統計資料顯示，全國精神護理之家計有 30 家，開放床位數達 2,562 床。其中，衛福部所屬精神專科醫院就設立了 780

床，占近三成，用以收容精神疾病分類中之第五類、第六類之無家可歸或慢性化、無復健潛能，須長期收容養護之精神病人。另外玉里醫院及草屯療養院也在衛生署（衛福部）的政策規劃下，針對低收入戶之重度精神疾病個案提供公費養護床 1,597 床，以建構精神病人長期照護完整的服務體系。

### （三）感人小故事

#### 1. 車票在手，回家不愁

下午 3 點鐘當第一班車長者踏出老年日間病房（又稱老人健康房）搭車返家，每日從此刻開始，好多戲碼即將上演，長者們一一停止參加活動，開始出現四處遊走搜索出口、焦慮不安、表情愁苦，重複問話：這邊有路可以出去嗎？哪裡有門可以出去？太陽下山了我要回家，車子來了沒？書包趕快給我要回家了，開

門車子走了我回不了家，幾點了？還有幾分鐘？車子來了沒……

面對長者們上述種種現象，工作人員放下手邊工作，耐心陪伴引導且不厭其煩的一再告訴長者，他是搭乘幾點幾分的第幾班車。每天此時刻的戲碼均重複演出，工作人員應接不暇，而長者們的行為、表情更顯現出焦慮與不安。因此，工作團隊腦力激盪，以懷舊治療方式改造環境，在病房內營造一活動公車候車站，候車站製作復古的公路局圓形候車站牌及車票，站牌上可張貼班次及時間。

環境改造建立完成後，安排長者們一星期每天一次懷舊敘事之旅，引導長者回憶搭乘公車的經驗，搭乘過程需有哪些細節——搭乘地點、車子班次、時間、車票及到站地點等，再一一的介紹所營造的公車候車站、圓形候車站牌、車票、班次、時間及司機、車掌小姐（隨車照服員）。緊接著兩星期試行，活動公車候車站於每天下午2點50分準時登場，工作人員依長者搭乘班次、搭乘時間發給車票，在候車站處等候車掌小姐帶領搭車回家，候車站處的電視安排放映長者們喜愛觀賞的歌仔戲。試行期間長者們會注意病房內時鐘上的時間，在候車站手握車票，候車中觀看歌仔戲，集中注意力專注的神情，個個都是迷人的長者。

從2012年7月2日經由腦力激盪，營造活動公車候車站，經由公車懷舊敘事之旅到試行，執行過程中長者們降低遊走、焦慮不安及重複問話等情形，且在候車中發現長者們會相互交談「你搭的班次、幾點鐘的車、要回到哪裡？有拿車票了嗎？」增進彼此互動，亦可專注參與活動進行及學習到察看時間。由此可見，「車票在手，回家不愁」之介入方案，改善長者因擔心回不了家，所產生焦慮不安及遊走等行為，增進老年日間病房照護品質。目前仍持續執行，期此方案之成果經驗分享，可提供其他失智症日間照護機構參考。

## 2. 六十歲香香快樂拿畫筆

香香今年已六十多歲，是一位幼兒童時期引起的

精神症狀患者。一場高燒燒壞了香香的智能及語言表達能力，他的父親曾經帶著香香到處尋找就學機會，啟聰學校以條件不符而未能申請入學。五十多年的歲月匆匆過去，香香的人生除了吃、睡、看電視和偶爾隨家人外出，大部分的時間總是待在家中。某年秋天，家屬於報紙上看到嘉南療養院提供的老人日間留院服務之資訊，隔天家屬便載著香香至醫院就診，院區的開闊、寧靜與清新令人一見鍾情，家的溫馨與專業的水準是理想的身心寄託處。從此，香香的生活轉了一個大彎，除了例行醫療照顧外，還有畫圖、遊戲等課程，每個星期一至星期五是她最快樂、最興奮的日子。她似一塊璞玉，「嘉療」每天為它琢磨打光，綻放豐富的色彩，沉寂半個世紀之久的生命在「嘉療」甦醒開放。

## 六、未來展望

衛福部所屬醫院的精神醫療從早期政策的配合到目前社會責任的驅使，各家醫院都發展出各自的特色模式，進展神速。唯隨著醫療的國際化，衛福部精神專科醫院也不遑多讓，積極加入國際交流網絡，開創國際視野，朝向國際化前進。

衛福部精神科專科醫院自2009年開始與臺北醫學大學醫學人文研究所蔡篤堅教授合作，參與「東南亞區域共同研究暨培訓型國際合作計畫」。除了共同主辦相關的國際研討會之外，2011年，桃園療養院、八里療養院、草屯療養院、玉里醫院等七家國內公立精神專科醫院與泰國曼谷的Srithanya Hospital及Somdet Chaopraya Hospital等四家醫院，針對社區精神復健體系發展研究合作，彼此之間有實質的訪問與交流。

2012年在臺北醫學大學蔡篤堅教授的主持之下，桃園療養院、草屯療養院在內的四家公立精神專科教學醫院，聯合向衛福部提出「國際社區精神醫學與心理衛生人才培訓與合作研究平臺建置計畫」的補助計畫。



此五年計畫以臺北醫學大學為支援中心，整合我國相關社政與衛政資源，並連結各大學與相關精神專科教學醫院，包括衛福部所屬的精神療養院，至少四家建立教學研究與人才培訓平臺。其主要目的在協助培訓我國社區精神復健與心理衛生國際合作之交流人才，建構臺灣成為東南亞之專業人才培訓中心，同時協助適當之精神專科醫院成為具特色之全國支援訓練中心，促使各院發展適宜與國際進行比較研究之強項議題，並透過與東南亞各國之互訪與交流，建立實質合作關係，為政府相關的心理衛生處建構智庫網絡，並強化政策形塑與反饋機制。

目前桃園療養院及臺北醫學大學，於2013年2月28日已與清邁的頂尖兒童醫院Rajanagarindra Institute of Child Development簽訂簽署合作備忘錄，後續將發展與印尼的合作關係，而八里療養院、玉里醫院、嘉南療養院、草屯療養院等衛福部所屬精神專科醫院，也將陸續與泰國相關部門或醫院展開各項比較研究。雖然目前只是國際化的開端，但各衛福部精神專科醫院在服務經驗、醫療品質與國際視野上均有一定的能力與程度，相信未來必能繼續擴大與東南亞國家及其他國際機構、專家之交流合作，以提高我國國際能見度（圖3-22）。

3-22 前桃園療養院陳快樂院長與泰國Rajanagarindra Institute of Child Development簽署合作備忘錄；資料來源：桃園療養院。



## 七、總結

衛福部所屬醫院的精神醫療從建立之初，便與社會脈動緊緊相連。在數十年的服務中，努力打破「因貧而病，因病而貧」的循環，在公共衛生服務中扮演了重要角色。

近幾年來，衛福部所屬醫院的精神醫療，除了傳統醫療之外，也走出醫院，進入社區，並為社會安全、長期照護、各種精神疾病防治付出更多的心力。服務之外，在研究與教學上，也積極地參與規劃，並加入國內與國際的合作與交流，開創視野，這些努力的過程，獲得許多的榮耀，也贏得各方的肯定。2013年7月23日之後，衛生署與內政部合併改制為衛生福利部，衛生署所屬醫院也隨之改隸，精神醫療在原有的良好基礎下，有更多的發揮空間，但也將面臨更多的挑戰，期待新紀元的開展，國內精神醫療可提供更好的服務與創新模式，持續朝向永續經營發展。

## 第二節 物質濫用篇：藥、酒癮的介入與治療

所謂「物質成癮」包含有「藥物」及「酒精」濫用，它是一種疾病，亦為變遷社會及建構安全社會時最易凸顯之重要問題。臺灣的物質成癮問題一直存在，近年來由於社會開放，成癮物質的濫用、甚至依賴，恐將造成嚴重的國人身心健康問題。自1990年代以來，除一級毒品「海洛因」為成癮性極高的物質之外，另有一級毒品包括「古柯鹼」、二級毒品包括「安非他命」、「大麻」、「搖頭丸」、三級毒品例如「K他命」、及某些安眠藥等，以及混用各種毒品、新興毒品的問題，都呈現越來越嚴重的趨勢。而濫用成癮物質恐併發感染症、肝腎功能不良、精神疾病等生理疾病。在2003年開始的HIV帶原於靜脈毒癮者大量增加的疫情，更讓行政院宣示2005年至2008年為反毒作戰年。物質成癮的問題也包括法律問題與教育問題等，全國各部會也都投入了相當多的資源進行成癮的戒治。而在諸多成



癮物質當中，「酒」卻也是現代人最容易取得的濫用物質之一，它往往易造成生理及精神方面的疾病，也容易合併有其他合法或非法成癮物質之濫用，更會引發家庭功能障礙及社會安全問題。衛生福利部所屬醫院深知該問題對國人身心影響甚鉅，自2005年起亦陸續推動辦理各項藥酒癮相關戒治服務。

有鑒於成癮行為是一種大腦疾病，通常治療相當困難，即便如此，仍也容易演變成慢性化的病程及多次復發。而此類患者很多為「非自願」案主，造成個案本身、家庭、以及社會許多問題與負擔，隨著醫療戒治模式的引入及法務相關部門的配合，在制度面與實務面，精神醫學界都更有機會進行更多的醫療戒治服務。而在戒治處所（包括勒戒處所以及戒治所）醫療介入以支援方式進行，法務部門開始出現的基於「除刑不除罪」的觀念，給成癮個案自願選擇進行醫療戒治換取撤銷假釋觀護、緩起訴等處分，也出現更多類似「自願」案主的治療需求。

即使個案本人為自願求助，其治療的持續率以及治療的成效，也往往需要各種專業人力積極的追蹤、關懷，以及專業工作者本身的個案管理技巧，才能有效提供服務，這些都是需要耗費大量人力，含括有醫師、護理師、藥師、心理師、社工師及職能治療師等專業人力，其成本之高是一般私人醫院不願投入的。然而，衛生福利部所屬醫院之公醫使命為促進全民之健康與福祉，致力於永續發展之社會責任，健全醫療服務與關懷弱勢，積極推動如替代療法減害計畫、非海洛因醫療戒治服務計畫、法務部矯正部門戒治所之戒治醫療整合計畫、發展社區輔導追蹤及治療性社區模式計畫以及飲酒減量醫療戒治服務等，在各醫院的共同努力投入之下展現良好成果。另藉由藥物鑑驗，強化藥物濫用之通報、檢驗、分析、毒性評估等重要資訊蒐集，建構本土之藥物濫用基礎資料庫，強化毒品源頭之先驅化學品管控措施，防止流供製造毒品，建立國內藥品施用管控與早期預警機制，強化國內反

毒基礎的資源，提升檢驗品質，擴充濫用藥物尿液檢驗能力，包括提供新興濫用藥物之標準品，提供各政府檢驗單位及認可檢驗機構進行毒品比對，期能及時發現新興濫用藥物，作為政府防制政策參考，並降低因濫用引發之家庭、社會治安問題，提供以「人」為本的醫療服務，減少社會成本支出，增進國人身心健康。

### 一、藥物濫用——藥癮戒治服務

藥物濫用已成為當前人類社會的嚴重問題，世界各國莫不致力於防堵及遏止其危害。本國自毒品危害防治條例實施後，對毒品使用者施以觀察勒戒和強制戒治的處遇，再犯仍然居高不下。法務部戒治所目前雖有醫療專業人員員額編制，但皆未能進用足夠醫療專業人員，也未有完備之醫療措施，實際上運作仍需要醫療單位支援合作，因此行政院衛生署（改制後為衛生福利部）積極以醫療模式支援各戒治所。自2006年衛生署召開戒治醫療資源整合事宜會議後，桃園療養院與八里療養院加入臺北立市聯合醫院松德院區戒治醫療整合計畫與新店戒治所共同組成戒治醫療整合團隊，此後醫療團隊與新店戒治所內專業人員合作無間，戮力於戒治醫療整合計畫之推行。

另為因應「藥物濫用」全球化及新興藥物複雜化趨勢，「毒品鑑驗」之結果更是毒品罪犯能否成立之重要證據，除鑑驗過程與作業必須非常嚴謹外，鑑驗人員亦需經過嚴格訓練，故大多數由政府檢驗機構負責。目前毒品鑑驗以尿液檢驗為主，頭髮檢驗為輔，由於現代檢驗科技之進步，任何毒品均可驗出，且還可追溯數個月，甚至數年的用藥歷史。另外，以海洛因成癮為例，能終生完全戒除的比率低於10%。根據桃園療養院調查1999年出監所個案794人，追蹤至2004年，共有67.9%再因毒品案入獄，其中海洛因患者則高達八成。<sup>1</sup>目前許多醫療院所都有提供戒癮治療（Detoxification）服務，也是毒癮患者的需求。海洛因毒

癮患者治療以替代療法最為有效，美沙冬替代療法較單純社會心理治療模式療效高出三倍以上。<sup>2</sup>然而並非所有個案願意接受替代療法模式，而且安非他命毒癮患者沒有替代療法可用。「治療性社區」模式(Therapeutic community)成效也相當卓著，國內主要以宗教團體提供此服務，例如晨曦會、主愛之家等等。個案管理模式(Case management)不但可以整合以上多種的醫療模式，轉銜各種治療。而提供長期持續性服務的本身就有治療的效果，這樣的治療方式的普及性可以最高，達到「毒癮治療，一個也不能少」的理想。我國自2005年起，在精神醫療專業共同努力之下，積極推動前開所述各項物質濫用之醫療戒治服務模式，以下就衛生福利部所屬醫院不惜醫療服務成本中所推動美沙冬減害計畫及發展社區輔導追蹤及治療性社區模式計畫等分述之。

### (一)美沙冬替代療法——助海洛因成癮者度過人生寒冬

#### 1. 前言

海洛因(Heroin)是種非常容易上癮的毒品，全世界有數百萬的成癮者。海洛因不僅戕害許多民眾的身心、更造成無數家庭的破碎、甚至間接造成愛滋病(AIDS)的盛行，可謂人類社會的一大毒瘤。

過去曾有吸毒無法自拔的癮君子說過：「海洛因是沒有希望之人的最後希望。」但在短暫欣快感之後，癮君子將面對的是極度難受的戒斷症狀(Withdrawal symptoms)以及無止境的空虛與絕望，讓許多想要洗心革面、遠離毒品的人，卻只能不斷重蹈覆轍、不斷感到挫折和前途無「亮」。但這一切，在1937年美沙冬(Methadone)被德國科學家發明後，一切就逐漸改觀了，在醫師的規則督促下，美沙冬能夠協助癮君子逐步戒除毒癮，讓他們的未來重新充滿希望與光明。而臺灣的署立醫院(改制後為衛福部所屬醫院)，正是臺灣美沙冬替代療法的幕後大功臣。以下就逐一介紹海洛因之危害和美沙冬替代療法之演進。

#### 2. 海洛因造成社會治安危害

2006年時，臺灣毒品氾濫、社會問題頻傳，當時違反毒品危害防治條例而遭起訴的人數高達28,842人，而監守所中更有超過五成是毒癮犯，而染上毒癮人數逐年不斷攀升，造成對個人、家庭與社會的重大危害。

在社會治安方面，經統計至少有一半的犯罪是染上毒癮的民眾造成。而毒癮者也常構成犯罪幫派的核心，甚至也藉由中輟生滲透校園，造成許多青年學子荒廢課業、價值觀扭曲，最終沉淪於毒品的漩渦之中。

#### 3. 海洛因是愛滋病的傳播媒介

愛滋病，又稱「後天免疫缺乏症候群(AIDS)」，是目前醫學尚沒有方法可以根治的慢性疾病，也因此被稱為是「二十一世紀的黑死病」。世界衛生組織(WHO)，也把愛滋病、憂鬱症和癌症病列為認為二十一世紀的三大疾病。

臺灣在2001年時，許多毒癮者利用針頭來靜脈注射海洛因，導致愛滋病毒藉此快速傳播。2002年時，臺灣約200人左右罹患愛滋病，到2004年時已經增加到1,400多人，短短的三年間，患者暴增七倍之多。2005年時，發現有超過80%的愛滋病患者是使用靜脈注射的毒癮者，其中大部分是因為共用針具而互相感染，對公共衛生危害甚鉅。

#### 4. 海洛因造成家庭破碎、社會動盪

在家庭社會方面，海洛因毒癮者常因吸毒而無法穩定工作，除此之外，尚需要花費大量金錢來購買毒品，導致經濟生活受到嚴重影響，甚至有的毒癮者因為籌錢困難，進而造成家暴、竊盜以及搶劫等社會事件，許多配偶因此離婚、子女被社會局安置，而家庭破碎之後，毒癮者感到孤立與絕望，更陷入毒癮的泥淖而無法自拔。

#### 5. 海洛因成癮者就醫不易

依照臺灣法規，使用海洛因屬於重大違法行為，民眾對這些毒品成癮者也常投以異樣或排斥的眼光，

更視他們為「罪犯」，部分醫療院所也因此較不願意從事相關治療活動，導致海洛因成癮者的就醫意願降低。加上全民健保未給付毒品的藥癮治療，患者必須負擔為數不小的醫療費用，因此過去的相關治療一直延宕而難以發展，直至署立醫院(改制後為衛福部所屬醫院)踏出了臺灣治療海洛因成癮的第一步。

#### 6. 衛生福利部所屬醫院的貢獻

為支持衛生福利部政策，協助疾病管制署突破困難，各衛福部所屬醫院積極發展並大力推動「美沙冬替代療法」。2006年時，一開始在四個縣市開始試辦，當初主導的醫院包含桃園療養院及嘉南療養院，而由於成效顯著，在短暫兩年內快速擴展，之後繼續推廣迄2012年底全國已有102家醫療院所提供替代療法，包含79家醫療院所，23個衛星給藥點，其中有21家醫療院所是由衛福部所屬醫院或療養院承辦美沙冬替代療法，而涵蓋的治療區域包括了全臺灣和金門、澎湖等離島。迄今已經累積治療約22,600位海洛因成癮者，於2012年底時統計，接受美沙冬治療者約10,000人，其中約3,000人是在部立所屬的醫院接受治療，所以每家所屬醫院服務的個案數平均約143人，高於其他醫療院所的平均約121人。且其中桃園療養院一家醫院就有約1,000人接受治療，占所屬醫院的三分之一，全國的十分之一，即使在國際上，都是很大的美沙冬維持治療中心，吸引許多國外專家學者與政府官員等人士前來參訪研討。桃園療養院由於成效卓越，現在更成為藥癮治療核心醫院，也成立了獨立的成癮治療科，還提供多種藥癮治療模式、治療教學以及從事相關之研究計畫。

若沒有衛福部所屬醫院身先士卒，全力支持並率先開辦替代療法，藥癮患者的治療應很難有成效，且相關的愛滋疫情等更會失去控制。所幸前有衛福部所屬醫院的開拓，後有其他醫院見賢思齊的跟進辦理，並配合相關的衛教宣導與針具交換等等計畫，結合政府、醫院與民間團體的力量，一同努力推展，才能把

藥癮與愛滋的疫情快速控制下來。

#### 7. 衛生福利部所屬醫院提供之服務

衛福部所屬醫院在2006年初首創臺灣美沙冬替代療法戒癮模式，影響層面深且廣。

對毒癮者的服務措施方面，提供安全的就醫環境，以美沙冬藥物治療個案戒癮症狀，加強對藥癮戒治及愛滋病防治的認識，並提供心理輔導、家庭關係協調及提供就業資源轉介，結合民間慈善團體，協助毒癮者所面臨的家庭重建、人際關係及職場困境等問題，讓毒癮者經由治療後，重拾光明快樂人生。

對家屬的協助措施方面，提供家屬相關衛教，以增進對毒癮戒治的了解，並協助毒癮者接受治療，提升對毒癮者的接納程度。

對社會大眾的教育方面，由藥癮工作人員兼任反毒大使，至監獄機關及各級學校宣導正確的戒癮觀念，接受電子及平面媒體訪問，促進社會大眾對美沙冬治療的了解，並呼籲各界支持鼓勵毒癮者接受治療。

與司法矯治機構的合作方面，運用地檢署緩起訴金補助美沙冬藥癮治療，進入戒治所提供美沙冬替代療法，並協助毒癮更生人出所後轉銜至醫療單位接受美沙冬治療。也配合政府相關政策，並積極提出便於毒癮者治療的方案。因為毒癮殘害個人的身體、心理與人際關係，藥物只能夠處理一部分的問題。為此，在治療過程中，部立醫院陸續提出愛滋個案管理師計畫，以提升藥癮服務品質，並實施藥癮治療可近性計畫補助戒癮費用，減輕經濟負擔，俾毒癮者可持續回診治療，以維持治療之有效性(圖3-23)。

另外，更拓展醫療機構服務措施。其中衛生福利部桃園療養院及嘉南療養院，係建置臺灣美沙冬替代療法服務模式辦的兩家醫院，故應當時衛生署疾管局(改制後為衛生福利部22疾病管制署)要求代訓其他相關醫療院所同仁，製作美沙冬替代療法教學錄影帶提供友院參酌，在制訂標準化流程時，除加強專業人員經驗外，亦考慮外界對毒癮者之觀感，曾多次與警政



單位協調，減少治療時的干擾，以提供專業、溫馨及安全的治療環境。

在建置本土海洛因毒癮者美沙冬替代療法模式方面，衛福部所屬醫院首創臺灣美沙冬戒癮及個案管理師治療模式，創新建置美沙冬醫療系統，以美沙冬藥物治療，輔以社工師協助毒癮者處理家庭、人際、就業、居住等問題，並配以專任個案管理師，督促其服藥及定期回診。創新液體測量分注器，精確給予液態美沙冬。建立完善的美沙冬管制藥品的保管模式。

在個案管理方面，衛福部所屬醫院創新建置電腦個案管理、相片管理、開立處方、給藥與追蹤等系統：為達到節省時間、人力，降低成本，並保持正確與精確，因此採用電腦程式來管理治療個案。整合藥物處方劑量的輸入、紀錄，在給藥時能正確給予醫師所開之處方劑量。因為美沙冬屬於二級管制藥品，依規定需確認領藥個案身分，拿取個人證件及查驗證件需花費約2分鐘時間，而相片辨識系統僅需約5秒鐘。

提供美沙冬替代療法教育訓練及觀摩學習，培訓專業人才。衛福部所屬醫院提供醫療人員美沙冬替代療法教育訓練，協助衛生福利部疾病管制署製作教學光碟錄影帶，作為執行美沙冬替代療法的參考教材。

成效方面：首先，有效減少毒癮個案使用海洛因之頻率。依據衛生福利部所屬醫院之研究結果，治療三個月後，個案每日海洛因使用次數從每日3.34次降至0.29次。治療三個月後個案每月平均海洛因花費從六萬餘元降至八千元。其次，提升毒癮個案社會功能與生活品質方面，治療三個月後，個案就業率從43.65%提升至75.39%，每月平均收入從兩萬元增加到兩萬九千元，社會功能提升3%，健康情形提升5.5%，心理調適能力提升5%。因此，須爭取政府資源之投入，就業服務站設點，以媒合工作，提升毒癮者就業率。最後，健康方面，減少血液傳染疾病（愛滋病毒與C型肝炎）傳染，根據統計數據顯示，全國2006年愛滋病人數相較2005年降低26.3%。



3-23



3-24

3-23 美沙冬替代療法服務。

3-24 桃園療養院辦理藥癮愛滋減害成效佳，國際交流多。

臺灣美沙冬治療經驗，成為國際標竿，衛福部所屬醫院率先開辦美沙冬替代療法，第一家開辦的醫院桃園療養院也是國際標竿醫院，辦理藥癮愛滋減害成效獲得國際一致的推崇，來自18個國家，160名國際學者來訪；過程中，亦辦理國際研討會4場，增加臺灣美沙冬替代療法之國際知名度（圖3-24、3-25）。

## 8. 結論

自2006年2月10日，桃園療養院首度對毒癮者進行了第一次的美沙冬替代療法以來，迄今全國已有23家衛福部所屬醫院提供美沙冬替代療法，造福許多海洛因成癮者，協助他們戒除毒癮、改善不適與加強回歸社會能力。另外，美沙冬替代療法也降低了愛滋病





3-25 桃園療養院辦理藥癮愛滋減害成效佳，國際交流多。

3-25

與肝炎等傳染病的傳播，實為社會一大福音。

但根據統計，臺灣目前約有十萬名海洛因成癮者，而有參與美沙冬替代療法的成癮者目前尚不及8%，仍賴於政府的資源投入以及各醫療院所的配合。此外，司法體系也可以斟酌是否要對海洛因成癮者實施「替代療法」的緩起訴制度，給予這些成癮者一個改過自新的機會。

圖3-26中我們可以看到在2004年，愛滋新增個案數快速增加，其中以共用針具感染者增加幅度最大。2005年政府積極籌畫美沙冬替代療法計畫，2006年初開始計畫，有效反轉共用針具感染者數目激增的趨勢，並且在往後的幾年持續減少新增共用針具感染者數目。

全國參與美沙冬替代療法的人數，隨著計畫的推廣而快速激增，在2007年底已經突破每天一萬人參與。至2008年中達到高峰(圖3-27)，而衛福部所屬醫院的

治療人數到2012年底，約占總人數的三成(圖3-28)。

## 9. 感人小故事

### (1) 一位藥癮者的自白

「我本人是海洛因的成癮者，在還沒有接觸海洛因之前，與一般的人一樣有夢想，有信心的人，每天朝九晚五辛勤的工作，薪資雖然不是很多，但是也足夠每月的開銷，也總是告訴自己前途是光亮的。

也許是交友廣闊，朋友之中形形色色，其中有吃藥朋友，起初與吃藥的朋友只能說是點頭之交而已。但是久而久之大家也越來越熟，幾位較聊得來朋友聚在一起，有吃藥的朋友也就不忌諱的抽起來了，而且也朋友之間傳來傳去，不曾抽過的也有的也加入了，純粹是好玩加上一點的好奇。說實話那種感覺真的討厭。而後偶爾又抽過了幾次，慢慢的感覺就不再這麼難過了，反倒是漸漸的喜歡這種暈或說茫吧！當我想

到這想法時，我自己就知道『完了，自己上癮了。』

沾惹上毒品就算是家財萬貫、金山銀山也是很快的就被敗盡，但是重點是無法正常的工作。但是海洛因令人敬畏的地方就是時間到了不管你身在何處，正在做何事，不管你是何種身分，在海洛因的控制之下，一視同仁、無大小漢(臺語)，就是在它要發作時，清楚明白的告訴你『我來了，我在這裡，別想不理我。』而且是用很極端的方式，讓你身體難過，再不去理會它，它就會漸漸的展現它的威力，讓你無法招架

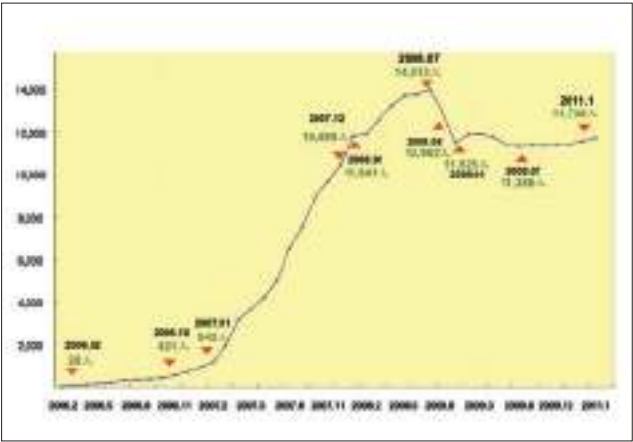
直到你妥協為止。真的，別對它產生好奇。

為了湊錢買藥，很多人就開始偷搶拐騙，更嚴重的就去搶，總之為了買藥什麼事都敢做，眼中只有錢與藥，女人有的就用身體去換，有時你可以發現，為什麼這位女生年齡輕、身材好到可以參加選美比賽，可是身邊的男人卻是長的非常抱歉，但是卻是她口中的『老公』，聽起來真的很噁心，但是沒有辦法，就是被藥給控制了。身不由己啊！

當我徬徨無助時，在朋友的口中得知在署立醫院



3-26



3-27



3-28

- 3-26 替代療法成效——藥癮愛滋傳染比率大幅度下滑。
- 3-27 臺灣美沙冬替代療法進展，署立醫院占總人數四分之一強。
- 3-28 在所有已經開辦美沙冬替代療法的醫療院所中，衛福部所屬醫院共有23家，約占全臺灣的四分之一。



有海洛因成癮者接受美沙冬替代療法，對於毒品已經非常厭倦的我立刻接受治療，原本對自己的人生已經不再有希望，發現美沙冬政策真的是我們在大海中迷失的一盞明燈，指引我回到人生的正途，也讓我重新找到失去已久的親情，與家人朋友漸漸的又建立了我的信用與責任感，以前總是認為責任感是一個很重的包袱，現在卻覺得是一種幸福、被人相信、依靠、是多麼美好的一件事！美沙冬替代療法救了我的人生和家庭。我感謝政府沒有放棄我們這些社會邊緣人，反而想盡辦法幫助我們，心中的感謝不完。再來就是我們靠自己回饋國家和家人。真的感謝不完，僅用紙筆到此段落擱筆。」

（以上文章中所述之「署立醫院」因應組織改制稱為「衛生福利部所屬醫院」）

## （2）快樂天堂

人不輕狂枉少年，或許是許多年輕人的心聲，然而，輕狂的代價，有時卻往往是許多人無法承受的傷痛。30歲的小楓曾經是一個外向、愛玩、靜不下來的年輕女生，就像時下年輕人一般玩樂、泡夜店，幾乎就是他們生活的全部。以下是一位藥癮者的自白：

「為了賺取更多的金錢，及滿足自己的虛榮心，在朋友介紹下，我到酒店上班，過著紙醉金迷，燈紅酒綠的生活，在這裡認識施用毒品的男友，在他的慫恿下，開始使用毒品，一開始時那種『茫』的滋味，讓我以為找到了快樂天堂，卻從此落入毒品的深淵，進而越陷越深。後來更因毒品案而入監服刑，在監所篩檢中驗出愛滋病，才知道因為沒有清潔的觀念，與他人共用稀釋液，被傳染愛滋病。我一開始不敢相信，認為自己一定是在作夢，自己怎會染上愛滋病。出獄後在朋友邀約下，繼續藉由毒品來麻醉自己。

最後毒癮侵蝕我的身體，亦屢受毒癮發作時，不停流眼淚、打哈欠，又吐又拉，全身痠痛如萬蟻穿心的痛苦折磨，難過到在地上打滾。每當清醒時就告訴自己要戒毒、要離開毒品，但毒品的誘惑及毒癮發作

時那種痛苦，就勝過了一切的良知。

直到有一天，我把毒品準備好，當毒品一針打進了我的血管，我的眼淚開始掉下來。我突然驚覺毒品雖解決肉體需要，但內心深處的懊悔和頹喪更是苦不堪言，天人交戰的日子已經摧折我美好的青春。我必須要改變，但是只靠我自己能做得嗎？直到聽說有『美沙冬』這種替代療法的方式，就這樣抱著死馬當活馬醫的心態，姑且一試。最後在媽媽親情鼓勵下，自己也發誓不想再受毒品控制，所以我決定堅強面對，定期追蹤愛滋病並接受美沙冬替代療法的幫助來減輕毒癮。

自從來到臺南醫院替代療法，剛開始以為會和一般診所的『解藥』一樣，效果不大，但喝了以後才發現不但緩和了我身體的難過，也大幅降低對海洛因的欲望。

參加團體心理治療，這裡專業的醫療團隊給我很多有關戒毒、愛滋病知識，還有生理、心理、社會支持的相關協助，也有完整且持續性的專業服務。每次門診時醫師都提供心理會談、諮商，讓我知道在治療當中，需要恆心和耐心才能完全戒除毒癮。醫護人員也像朋友一樣噓寒問暖的關心和支持我，時常打電話提醒我喝藥時間，及關心我日常生活狀況，讓我倍感窩心。終於，我可以過著不再使用毒品的生活，只要每天到醫院服用『美沙冬』，就可以過著跟一般人一樣的生活。現在我已找到了正當的工作，重新回歸社會，擺脫毒品的控制，找回我生命的美好價值。臺南醫院替代療法的醫療團隊，我要說聲謝謝你，讓我逐漸走向光明的大道，迎向嶄新的未來，這才是我真正的快樂天堂！」

反毒是一項持續性、全面性的工作。美沙冬替代療法開辦以來，幫助了許多的病友，恢復正常的生活。曾有病友說：還好有美沙冬救了我，不然我的一生就這樣完了。歷史告訴我們，反毒絕不是一件簡單的工作，也不是短短數日就能看到美好成果的任務。

因此，在此要大聲疾呼：「革命尚未成功，同志仍需努力！」讓我們共同為「無毒家園」的理想繼續打拼！

## （二）無毒家園——茄荖山莊，全國第一家藥癮復健治療性社區

### 1. 前言

依據美國NIDA (National Institution on Drug Abuse)於1999年10月所發表*Principles of Drug Addiction Treatment*指出成癮治療包括：醫療解毒、門診戒毒、美沙冬替代療法、短期住院治療、長期居住性的戒毒治療(治療性社區)以及司法體系內的戒治。而藥癮治療性社區的治療方式是國外研究認為最有效的治療模式，亦即對吸毒者進行長期居住性的戒毒復健治療，以心理社會的方法介入，讓吸毒者經由認知行為的改變，達到成功戒治的效果。

行政院衛生署草屯療養院(後改制為衛生福利部草屯療養院)茄荖山莊就是運作藥癮治療性社區的戒毒治療模式，讓一群成癮者，在完全不使用藥物的情況下，24小時生活在一起，藉由生活中遭遇的困難或挫折，使居民有機會將其成癮思考與行為模式表現出來，經由同儕間的支持與相互學習，並透過專業人員的引導與挑戰，逐漸改變成癮思考與行為模式，使其能康復回歸社區，由社會治安的威脅者，變成社會生產的貢獻者。

### 2. 「醫療」與「法制」攜手合作，「舊監獄」變成「無毒家園」

藥癮治療性社區——茄荖山莊的治療方式為全國首創。為達到資源的有效運用與整合，且在社區中興建戒毒所，居民反彈大且須耗時數年緩不濟急。草屯療養院秉持「公醫使命，照顧弱勢」的精神，毅然決然肩負起成立全國第一家長期毒癮治療性社區的重任，提出發展新治療模式的計畫，利用院區旁原隸屬於法務部臺中監獄廢棄的草屯分監，以閒置空間開辦此一創新治療模式。2006年更排除萬難爭取衛生署(改制後為衛生福利部)及法務部的支持，僅用45個工作

天，即將原來荒煙漫草廢棄的臺中監獄——草屯分監，完成修繕工程，並命名為「茄荖山莊」。自此，「茄荖山莊」成為國內第一也是目前唯一的長期毒癮治療性社區，也開啟了醫療與司法合作的里程碑，共同為解決國內毒癮問題而攜手努力。

### 3. 茄荖山莊的服務模式

茄荖山莊中常用的治療主要有認知行為治療、個別心理治療、團體心理治療及家族治療等，讓成員自我覺察到自身的問題，試圖重建成員的心理機轉及行為模式，使成癮者脫離成癮藥物及改變行為，提升身心的健康狀態。這些觀念與理論不只是在團體課程中傳達，也落實在山莊生活中，讓居民了解正確生活的觀點，例如：表現適當的社會化行為、維持個人衛生及乾淨的生活空間、遵守合理的權威及停止使用藥物、為自己及山莊負責任、盡義務等；也讓成員體會山莊的價值與精神，包括：包容、尊重、互助、反思、負責及中庸之道等，以孕育山莊成員共有的戒毒共識，建立新的生活模式，達成建構無毒家園的目標。在「茄荖山莊」成立之前國內沒有以醫療為主的長期居住性戒毒機構，因此「茄荖山莊」的成立深具意義，它彌補了國內成癮治療模式的不足，也開創了國內社會心理成癮治療新的里程。

### 4. 服務目標——連續性且個別化的治療模式，降低毒癮再犯率

茄荖山莊期許能提供有效的治療，解決毒癮者根本的問題，也解決家庭及社會因吸毒所面臨的問題。因此，山莊的服務目標如下：

#### （1）提供毒癮者個別化且連續性之全人復健戒毒治療

茄荖山莊收治的成員從17歲到58歲，施用的成癮物質包括海洛英、安非他命、搖頭丸、K他命與酒精等，其中大多數的成員都有多重藥物濫用的問題，如此複雜且身體、心理問題交錯的狀況，無法單靠國內現行的戒癮模式解決，因為無論是門診戒毒、短期住院治療及美沙冬替代療法，皆著重於生理問題的解



決，缺少心理和社會觀點的介入治療，而「茄荖山莊」的長期居住治療模式，正可填補此不足。山莊依改變歷程讓成員能以「問題聚焦」的方式進行個別化及連續性的復健治療，以改變成癮者的生活方式(全人康復 Whole person recovery)，而如此全面性的戒毒復健計畫，強調生理、心理、社會、靈性的改變。

#### (2) 降低毒癮者的再犯率

長期以來，毒癮者被視為心理治療領域中最困難的個案，改變與復原的過程漫長且充滿了挑戰。雖然從毒品使用者說：「一日沾毒，終生戒毒。」可以深深感受到每個毒癮者都想戒毒，但是也都難以掙脫毒品的控制。依據法務部2011年的統計，毒品案件判決有罪再犯比率為81.9%，這是個驚人的數字，也與國外文獻相仿。茄荖山莊了解到國內毒品戒治的瓶頸與困難，將降低毒品再犯率列為重要目標。

#### (3) 修復並重建破碎的家庭關係

在毒品戒治服務的過程中，看過許多毒癮病人信誓旦旦的保證不會再去使用毒品，但常卻發現病人一再身陷囹圄，會感受到自己的無力及挫折；同時，也更能體會毒癮者家屬「次次盼望，次次失望」的期待與痛苦，因為家人是最難割捨的負擔。因此，山莊的計畫是適時的透過專業人員的協助，提升居民與其家屬的互動方式，改善互動的技巧，增進彼此對於戒癮觀念的認知，達成在山莊時就可以改變與家人互動的狀況，離莊之後與家人一起努力，降低藥物濫用復發的機會。

#### (4) 重新就業以回歸正常的社會生活

毒癮者多半在年輕時就已經中輟學業，而且長期反覆進出監所，所以在草屯療養院臨床資料中發現，長期無業或不穩定工作是毒癮者普遍的現象，如何讓入住山莊的居民可以在治療後順利復歸社會，就業的轉銜是治療階段後期最重要的處遇。而且，相關研究也指出，穩定的工作不僅可以提升家庭互動的品質，也提升家庭的支持，並能降低用藥渴求與降低復發的意向，是戒癮者最重要的保護因子。<sup>3</sup>故山莊最終的服

務目標，是提升居民的工作動機，培養工作習慣與態度，提供職業訓練或就業的轉介，進行就業的支持與輔導，這些均有助於居民離莊後回歸正常的社會生活。

#### 5. 治療特色

茄荖山莊的治療強調完全戒除(abstinence)的觀念，它的治療哲學在於進行「全人的改變」，認為「戒毒的工作並非僅止於讓個案停止吸毒；而是使其具備生存技巧及能力，得以處理生活上所遭遇之各種問題，並恢復正常的生活型態，唯有如此，才能達到完全戒毒的目標。」

治療的工具就是「社區」，「在社區生活」就是治療的方法。居民透過結構性及非結構性的互動方式，去了解自我的態度、感知與行為。藉由社區安排的各種團體、活動及同儕的影響，增進居民的戒毒動機，發展出個人自我覺察、問題處理、人際互動及自我管理 etc. 等技能，最終能促進自我效能的提升與社會規範的內化，並經由全面性的認知改變、行為塑造、職業重建及離開社區後的持續關懷照顧，協助戒毒者維持終生不用毒的生活。全國首創茄荖山莊全方位治療的服務方式、治療特色如下：

##### (1) 透過資源整合解決毒癮問題

透過法務部與衛生署(改制後為衛生福利部)進行跨部會的整合，司法與醫療合作共同提出因應對策，法務部提供閒置已久的臺中監獄——草屯分監，作為戒毒治療性社區「茄荖山莊」設置場地；當時的衛生署則以「發展藥癮治療性社區模式計畫」專案補助場地修繕、專業人員訓練及營運經費；臺灣更生保護會南投分會則提供生活費用補助給入住茄荖山莊的戒癮治療者，減少戒癮者及其家庭的經濟負擔，增強留莊治療之意願。由草屯療養院組織成癮治療多元的專業團隊，共同發展治療性社區的戒毒治療模式，並進行計畫性的治療方案規劃與推展。

##### (2) 創新藥癮治療性社區的運作模型，落實全人治療的精神

茄萇山莊治療團隊經過無數次的團隊會議，不斷的比較與討論，解析國內醫療、司法戒治與宗教治療模式的差異，擷取其中的優點，創新整合成現行茄萇山莊戒毒治療性社區的本土治療運作模型(圖3-29)，此模型具有創新的戒癮歷程與獨特的介入方法，能有效的展現茄萇山莊的核心價值——一個以個案為中心的治療計畫。從入住開始就介入治療機制，持續傳達山莊的治療精神，這樣才能扭轉毒癮者的物質濫用問題，及生活形態問題有關的各種負向思考及行為，以成癮治療的觀點來看，這才是需要治療的根本病因，使用毒品、衝動傷人都只是症狀之一。在了解毒癮者背後的真正成癮因素，才能體會「全人治療」對毒癮者的重要性。

這樣二十四小時的治療方式雖然極具功效，但是運作困難度高，毒癮者在入住期間會經歷許多負面的思考及不當的行為，會影響個人及他人治療的成效，因此山莊是強調管理與治療並重的治療模式。為何會強調管理？因為不論是文獻或是茄萇山莊的經驗，居民心理的安全是個人維持戒毒的關鍵，唯有讓居民理解山莊是一個有清楚界線、限制與規範的社區，才能消除居民心理的不確定與不安全感，發展出對山莊的信任關係。因此，山莊將創設以來累積的寶貴本土化臨床經驗、社區制度、規範及相關運作注意事項，在治療團隊討論後制定標準的臨床操作指引，並集結這些資料編纂成臺灣第一本《治療性社區指導手冊》。這本指導手冊代表的意義重大，是以國外實證經驗進行、依本土文化所修正產生，也代表茄萇山莊的本土治療模式可以被複製與傳承，讓臺灣可以有更多的「茄萇山莊」。

(3) 承擔自我恢復的責任，互相提攜成長

茄萇山莊的居民是由同樣都有成癮問題的戒癮者所組成，所有居民都屬同儕，而在山莊的治療中「同儕」是改變的最重要媒介，同儕間相互影響，被計畫性的設計朝向增強正確生活、常規的遵守與正向價值觀的建立，並學習如何有效的在社會健康的生活。山莊



3-29 本土化創新治療性社區運作模型圖。

創設「生活輔導員制度」，安排成熟的戒癮者成為新進居民的生活輔導員，落實同儕互助的治療理念，並經由同儕傳遞山莊的治療文化，也有助於促進新進居民正常社會化與心理的改變。而生活輔導員也能體會到「能夠幫助別人戒毒，自己才能得到復原」的意義，經過對新進居民負責任的照顧、關心與支持的過程，將得到利他效益的回饋，與更堅定的戒毒信念灌注，達到正向提升、互助共榮的山莊文化。

另外，山莊也強調自己去承擔復原的責任與義務，所以稱呼為居民而不是病人，因此山莊運作是以居民的自治與自我管理為目標，而治療團隊以輔導居民為導向，居民與治療團隊都是山莊的一分子。當居民認同、融入山莊，把山莊當成自己的家，會主動提出各種有利山莊生活改善的建議，例如：山莊空地的再利用，被居民用來種菜、養雞、挖掘池塘造景。除了上述活動被自主性的整合到山莊的運作外，居民每週會一同合作製作便當販賣，從行銷、購買食材、烹煮、便當包裝、販售、營收計算等皆由居民分工負

責，這也逐漸成為山莊生活的例行工作。居民更進一步將山莊所有工作執行作詳細的組織分工，主動建立團體生活運作的組織架構，分為：文書組、財務組、設施組、餐飲組、育樂組、行銷組與輔導組。居民經歷山莊的生活學習，藉此獲得成就感，重新建立自尊及提升自我的效能，並能在參與的過程中體驗和練習克服挫折，體悟「生活即是治療」的山莊特有治療經驗。

6. 治療成果：離莊後平均6個月再犯率為13.7%，離莊後6個月內的就業率為57.3%

#### (1) 治療服務量

茄荖山莊自2006年成立以來，積極推動與司法體系、社福單位與學術界等外部資源的結合，致力於提升團隊的專業治療能力與累積豐富的臨床經驗，隨著治療成效的展現，進入茄荖山莊的治療服務人口逐年成長。2007年創立時全年只治療1,880人日，2011年已增加至9,913人日，成長逾五倍。

#### (2) 轉介成功率與治療成效

茄荖山莊創立初期轉介的來源幾乎全來自於司法單位的轉介，經執行創新行銷模式，讓更多的民眾認識茄荖山莊戒毒的資源後；自行聯繫山莊前來進行入住評估的比例顯著增加，轉介來源也逐漸呈現多元的管道。至2011年的統計，茄荖山莊轉介來源，自行前來已占26%，其他非司法單位轉介占12%，但仍以各縣市地檢署的轉介占最大量占62%。另外，隨著治療團隊專業能力的提升、臨床經驗的累積與轉介機制的建立成熟，轉介成功率自2007年的22%大幅提升至2011年的43.8%。而這些緩起訴個案的治療成效，截至2012年6月共有31名緩起訴個案入住山莊接受治療，目前尚有9名居民在山莊接受治療中。22名離莊居民當中有15名有穩定工作，5名無業狀態，2名已再犯，計有68%的緩起訴離莊個案可以穩定工作，顯示茄荖山莊執行緩起訴及保護管束戒毒治療的成效相當卓越。

#### (3) 毒癮青少年返校復學成果

茄荖山莊的「全人復健」計畫，不只提供成年有

職業訓練的計畫，對於毒癮青少年也提供返校復學計畫。依據入住資料統計顯示，入莊的19位青少年當中有85%的比例教育程度只有國中學歷，考量進入山莊戒毒將中斷學業的學習，不利於將來重返社會與尋找工作。因此，山莊特別商請院內具備數學、英文與國文教育專長的志工，每週各一次至山莊為青少年上課，為青少年返回學校作準備，2012年度已經有2名青少年在南投縣某職業學校註冊復學，放學後再返回山莊居住繼續接受治療。另外，戒治後離莊回歸家庭正常工作或就學共計10名青少年，成功率高達71%。

#### (4) 離莊後復健方案維持戒毒療效之成果

茄荖山莊在2012年創立「離莊後復健方案」，為了更進一步輔導離莊後的個案，避免個案再度迷失自我。因此，在山莊戒治超過半年以上且狀況穩定的離莊個案，願意每週至少一次返回山莊進行支持性諮商、生活輔導並接受驗尿機制者，就會納入離莊後復健方案，進行離莊後持續的照顧服務。截至2012年6月30日為止，共有7位居民進入離莊後復健方案，除1位居民再度復發外；其餘6位居民皆維持穩定的工作，穩定就業比率高達86%，其中有4位工作超過半年，2位超過三個月。顯示茄荖山莊治療結束後提供的後續照顧服務，對於持續維持戒毒療效具高度效果。

#### (5) 茄荖山莊開放戒毒治療觀摩交流成果

茄荖山莊在設立後就開放國內教育、衛生、司法及學術等單位參訪。自2007年創立以來至2011年的統計，累計有344場／7,392人至山莊觀摩交流。透過每次的參訪，交流毒品防治的觀念，並安排居民分享吸毒與戒毒心路的歷程，期對來莊參訪的人有所收穫，一起為建構居住社區無毒的家園努力；居民透過分享得到堅定戒毒的力量，山莊居民幹部也參與參訪過程，透過與外界一次又一次的交流，更加確立努力的方向。

#### (6) 司法再犯率

探究毒癮者的治療成效，司法「再犯」是評量個



案是否維持毒品戒治的最直接的證據。根據茄荖山莊2007年至2011年的追蹤統計(表3-1)，追蹤全部離莊居民共計153位，治療天數小於90天者有84位，治療天數大於90天有69位，進行長達6個月的追蹤，整體半年追蹤的再犯率為13.7%。治療天數小於90天者，離莊後再度使用毒品被司法單位逮捕有18位，再犯率為21.4%；治療天數大於90天者離莊後再度使用毒品被司法單位逮捕有3位，再犯率為4.3%；進行上述兩組治療天數的再犯率差異比較，在統計上具顯著的差異( $P < 0.05$ )。顯示在茄荖山莊治療的時間越長，治療的效果也相對的提高。

#### (7) 離莊後工作率

居民在治療狀況穩定且完成幹部的行為模範訓練後，就會安排返回社會前的職業訓練與就業輔導；離莊後會由治療團隊專責人員定期且持續地追蹤個案離莊後的狀況，確認個案返家後對生活與工作的適應情形，必要時並予以支持性諮商與資源轉介。2007年至

2011年的統計(表3-2)，追蹤全部離莊居民共計153位，進行長達6個月的追蹤，結果顯示離莊後6個月內的就業率為57.33%，也就是有86位居民返家後能夠穩定的工作，持續維持戒毒的生活。

#### 7. 總結

茄荖山莊藉由社區的方法對住民進行全面性的認知改變、行為塑造、職業重建及離開社區後的持續關懷照顧，協助戒毒者維持不用毒品的生活。山莊在開辦之初，即將服務定位如下：(1)運用醫療團隊專長，首創全國本土創新藥癮全人治療戒毒模式；(2)跨部會之整合合作——解決吸毒者的社會問題與公共衛生議題(圖3-30)；(3)建構無毒的戒毒家園，成為全國吸毒者最具效益的治療性社區及示範中心。經過六年努力，茄荖山莊之治療性社區運作已具規模與成熟，分別在2008年得到全國反毒有功「毒品戒治」團體獎、2009年以「建構無毒家園」榮獲第十屆醫療品質獎主題改善類銅獎(圖3-31)，以及2011年得到全國反毒有功「防毒監控」團體獎，2013年「全人醫療藥癮治療性社區——茄荖山莊」榮獲SNQ國家品質標章，為全國第一家藥癮治療服務獲頒這項標章的醫療機構。經由不斷推廣，並與各縣市地檢署溝通，雙方也建立密切的轉介合作關係，2009年本治療模式成為司法毒癮緩起訴治療認可的治療選項之一，2010年亦開始收治保護管束的毒癮青少年。來自各界的肯定與榮耀，行政院衛生署草屯療養院茄荖山莊，將繼續努力提供優質與創新的服務，以創造更多成功的案例。

表3-1 茄荖山莊各年度離莊再犯率統計表

年度	追蹤人數	治療天數 > 90 天		治療天數 < 90	
		人數	6個月再犯人數	人數	6個月再犯人數
2007年	10	5	1	5	0
2008年	16	9	0	7	3
2009年	37	11	0	26	7
2010年	39	16	1	23	6
2011年	51	28	1	23	2
合計	153	69	3	84	18

註：平均6個月的再犯率為13.7%。

表3-2 茄荖山莊各年度離莊後6個月的就業統計表

年度	追蹤人數	就業工作人數
2007年	10	7
2008年	16	9
2009年	37	26
2010年	39	14
2011年	51	30
合計	153	86

註：離莊後6個月內的就業率為57.33%。

## 二、酒精濫用——飲酒減量治療服務

### (一) 前言

在臺灣，飲酒被視為宴客之道，在祭祀和廟會中也有敬酒的儀式，朋友相聚及社交機會的增加，無論是否熟識，飲酒的機會也大大的提升。建築業的保力達B加米酒被視為可增強工作的耐力與體力。而在早期臺灣經濟起飛的階段，就有藉由應酬的方式來「談生意」





3-30



3-31

3-30 2006年9月12日衛生署與法務部於茄荖山莊理辦簽約記者會。

3-31 茄荖山莊團隊之驕傲——醫療品質獎。

的方法，甚至認為「不會喝酒就不能做生意」或透過喝酒展現「真男人的氣魄」，不喝就是不夠朋友，使得飲酒的行為被賦予了更上綱的人際意義。另曾經有媒體評論，酒不僅是文化，是價值，更是具有權力意涵的一種符號，以法國紅酒為例，顏色如血般的紅酒，除了被視為精力的象徵外，也代表了權力意志。<sup>4</sup>而就文化的觀點來看，酒精可以促進關係、釋放壓力，甚至具有暫時突破社會規範與角色限制的功能。

但在世界衛生組織（WHO）2011年發行的「酒與健康」報告中卻指出，每年大約有250萬人的因酒精濫用而死亡，另在15至59歲的年輕人中，「酒精」則是最主要的致死因子。依據衛生署（現為衛生福利部）2012年10大死因統計前三名為惡性腫瘤、心臟疾病、腦血管疾病均與「酒精」有直接相關，而據估計臺灣每年因

酒精濫用所造成的相關財務損失更高達三千億以上。酒精的濫用除了引起生理疾病，嚴重者甚至會導致死亡，酒癮問題更是容易引發暴力及憂鬱、自殺等精神疾病症狀產生。在某些精神疾患合併酒癮或是其他物質濫用患者當中，暴力通常是個必須關注的問題。<sup>5</sup>暴力行為如殺人、攻擊、家庭暴力會使得整個家庭跟社會遭受相當的痛苦及付出相當的代價。具有暴力問題的病人，其起初進入到了治療體系，可能是為了尋求處理其酒癮或者物質濫用的問題、情緒的疾患或是其他形式的精神方面的疾病，這些病人通常無法認知他們暴力是最需要改變的問題，而進入治療只是把它當成處理來自於家庭、司法系統或者照顧者等外在壓力的結果。

酒精成癮盛行率，美國在1990年的精神疾病流行病學轄區研究資料顯示，13.8% 成人一生中某段時間會有酒精性精神病或酒精濫用問題，而男性與女性酒精性精神病患者比例為3：1。酒精性精神病患者因大量或長期飲酒，會明顯出現耐受性或戒斷症狀，若達DSM-IV診斷準則酒精戒斷(Alcohol Withdrawal)或酒精中毒(Alcohol Intoxication)標準，一般是認為需要接受治療。一般酒精戒斷病程：最典型症狀是發生在停酒後6到8小時的顫抖，接著8到24小時可能會出現一些暫時性的精神病症狀或癲癇發作，在72小時內可能會出現震顫性譫妄(delirium tremens)，震顫性譫妄為一內科急症，可能會併發肺炎、腎臟及肝臟疾病、或心衰竭而導致死亡，死亡率高。

酒癮的患者，很多為「非自願案主」，即使成癮已造成很多個案本身、家庭、以及社會許多問題與負擔，其本身戒治動機及病識感仍不足，加上目前臺灣全民健康保險並未將戒酒治療納入給付範圍，有些酒癮或酒精濫用之個案，因失業或經濟因素等而未能享有健保，致使其無法至醫療機構接受完整醫療或戒治服務，將可能引發家庭暴力等功能障礙及社會安全問題，故若能協助濫用者節制飲酒甚至戒酒，不但能促

進個案身心健康，更能有效減少社會成本。

八里療養院在2006年5月起，即開始發展「非自願案主」的治療策略，並結合與法務單位的合作經驗，積極發展成癮個案的社區追蹤服務及個案管理。目前針對海洛因成癮患者之替代療法、二三級毒品成癮患者的非海洛因醫療戒治等，均以「個案管理」的方式，針對自願或非自願案主提供更積極主動的全面康復治療模式。有鑑於使得酒精濫用／成癮造成之健康與社會問題，為避免類似個案因經濟或動機因素，因而退縮放棄治療，特與新北市政府衛生局合作辦理飲酒減量治療，而草屯療養院也辦理「整合住院酒精性精神病治療模式」，及各所屬醫療精神科門診亦都提供飲酒減量之治療服務，期以改善社區需求個案之飲酒行為、身心狀況及家庭關係，進而增進國民之身心健康，避免持續性飲酒行為造成之高風險家庭及社區滋擾事件，俾防不幸情事再度發生。

## (二) 飲酒減量醫療戒治服務模式

由於戒酒初期易有酒精戒斷症狀，如幻聽、癲癇、發抖、焦慮不安及生理徵象異常等，若沒有適當治療，致死率甚至可高達20%，然戒酒成功的三大元素包括「動機」、「戒斷治療」及「後續追蹤」等。而在求診時醫師診斷為酒精濫用／成癮患者，將進行門診評估、診療、團體治療、個案追蹤等。對於接受治療的個案，也將進行主動個案追蹤，以電話訪視方式評估並提供適當就醫資訊。當個案於此管理系統中逐漸了解並接受醫療協助，即可提高就醫的意願，以及避免中斷治療。治療將採用動機加強的認知行為治療，個別心理治療或團體心理治療或視個案狀況同時並行，另外配合管理建檔、電話訪視評估、電話追蹤，提供復健及社會資源轉介，如勞工局就業諮詢、民間組織戒癮服務等。治療團隊人力包括如下：

1. 精神科專科醫師：評估診斷及治療，並接受電話相關臨床諮詢。



2. 護理人員：負責個案管理及個別團體衛教工作。
3. 社工師：提供家屬團體／個別會談。
4. 心理師：提供個案團體／個別治療。
5. 職能治療師：提供職能評估、就業轉介等工作。
6. 檢驗師：負責相關採血檢驗。

### (三)社區輔導追蹤計畫模式

參見圖 3-32。

### (四)家庭暴力加害人處遇服務計畫

臺灣自家庭暴力防治法正式立法施行後，明定家庭暴力加害人處遇包括精神治療、戒癮治療、心理輔導、認知教育輔導等。而「戒癮治療」獨立列於其他處遇之外，可見「酗酒」議題是家暴事件中需要特別面對的問題。家庭暴力加害人之處遇計畫的目的，是在於減少危險情境的產生、防治其暴力再犯，並提供施暴者適當的治療、輔導或教育課程，以協助其無效的衝動控制、情緒管理、偏差精神狀態，或扭曲的認知行為模式，以有助於加害人重建其與家庭成員之和諧家庭關係。有70%的家庭暴力加害人「經常出現」飲酒問題，顯示家庭暴力加害人的飲酒行為與其暴力事件

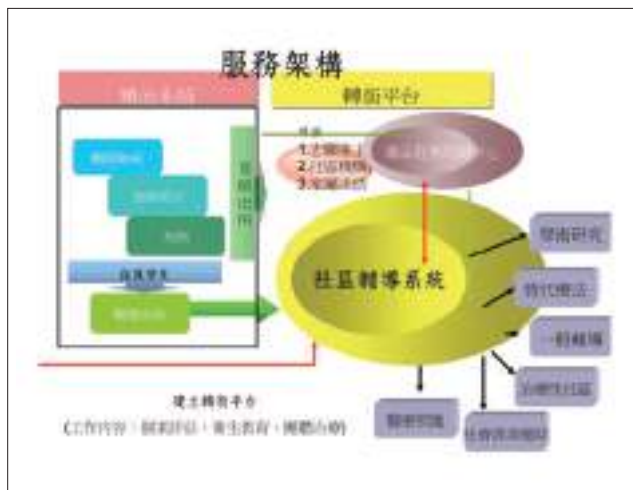
的 識障礙。而有些施虐者是藉著喝酒之去抑制化來壯膽，做其平常不敢做的行為，或藉著喝酒為理由來合理化其行使暴力行為的正當性，進而造成家庭及社會的傷害。<sup>6, 7, 8, 9, 10</sup>

根據行政院衛生署（現改制為衛生福利部）的統計資料顯示，家庭暴力加害人處遇安排戒癮治療者占比例為全部的29%。對於曾經出現過暴力的家庭而言，酒精是一種重要的因子，它促使環境出現一個會再發生暴力的氛圍，當暴力在酒後出現，飲酒之後的「醉酒狀態」也常成為暴力的藉口。而參加家庭暴力加害人處遇「戒癮治療」或「戒酒教育」之成員，在經驗每週約2小時的處遇之後，必須重返其平時所經驗的社區環境，即往返於對酒精的「新知識」與「舊文化」之中，此歷程對其飲酒行為帶來一個動態的改變經驗。戒癮治療已由精神醫療體系發展相對應的治療模式，針對為數不少的加害人建立「戒酒教育」團體治療的模式，以非成癮之同質性加害人組成團體，採支持性的團體心理治療方式，在團體中分享處境的共通性，共同改善酒精的問題，以協助他們離開酒精影響，而有效地能減少暴力行為的出現。<sup>11, 12</sup>

### (五)感人小故事：家庭暴力加害人處遇計畫——開啟一扇窗<sup>13</sup>

勝華說：「再也沒有比這更爛的家庭了」。他來到了週四的家庭暴力加害人團體，已沒有了之前的埋怨與憤慨，雖然有點茫然，但帶著一臉平靜：「這幾天，我看到我兒子了。」保護令下來以後，勝華已經半年沒有回家，也沒有機會看到小孩，這個青少年的兒子現在和媽媽住在一起，媽媽受到酒癮問題的挾制，根本就沒有能力照顧兒子。團體中的其他人帶著好奇與羨慕：「不是不能回家嗎？」「對，我沒有回家，但我想一個不會違反保護令的辦法，我決定要救我的兒子、我的家庭。」勝華已經兩個月沒喝酒了。二十年來，喝酒一直是他放鬆身心的方式。過去，酒精曾帶

3-32 八里療養院社區輔導追蹤計畫模式。





給他歡樂、人際關係、工作機會……但曾幾何時，它變成穿腸毒藥，傷害了自己與家人。勝華平靜的說：「我兒子每天都會固定在那兒等公車上學，我都是一早就去公車站等他，公車來了以後，我再去工作。」就這樣，經過了四天。「兒子有看到我，但沒叫我、也沒有跟我說話，但沒關係，總要有人能救我的家庭吧！」眾人一片靜默。沒有人可以保證這個家可以回得來，但卻彼此感染了一種奇特的篤定。

多年以來，每週兩個小時，這個團體中總是承載太多的故事，有時候，這些故事會沉重地令人消受不了。男人們很少說故事，他們總是自己活在故事裡。他們從小就被教導要用做與承擔來表現自己，為了成為一個「有用的人」，他們知道必須透過「做些什麼」，來讓事情在控制之內。直到有一天，一張保護令宣判了他們傷了人，他們才發現自己從來不了解家人，更令人心痛的是，自己也不曾被了解。

「這一週，我和我老婆一起出去走走，好久沒有這樣了。」明承過去曾在家用球棒打壞客廳所有的傢俱，「我當時整個抓狂，所有人都不聽我的。」經過十週的團體之後，「我現在才知道，老婆受到多大的驚嚇，並不是所有的事情都可以過去就算了，要自己去收拾。」所有的家庭暴力事件都有一段複雜的過往，每一個家庭故事都是從好的開始，多年以後演變成令人心痛的結果。在這個遍布傷痕的時機，我們陪他們走一段路，透過處遇團體，嘗試為參與者開一扇窗，重啟一個美好的開始。

#### 註釋

1. 江淑娟、張景瑞、孫效儒、陳炯旭、詹宏裕、陳為堅，〈男海洛因勒戒犯之再犯率的危險因子〉，《台灣精神醫學》，第20期，2006，頁32-43。
2. Mattick RP, Kimber J, Breen C, Davoli M, 'Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid', The Cochrane Library, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. (Cochrane Review)
3. 王振宇，《藥物濫用者家庭支持、用藥渴求與復發意向之研

究》，2010年，暨南國際大學社會政策與社會工作學系所，碩士論文。

4. 張瓊方，〈作夥乎乾啦——台灣酒文化〉，《台灣光華雜誌》，6卷，頁66-71。摘自網路資料：<http://www.taiwan-panorama.com>，2010年9月8日。
5. Salloum IM, Daley DC, Cornelius JR, Kirisci L, Thase ME., 'Disproportionate lethality in psychiatric patients with concurrent alcohol and cocaine abuse', Am J Psychiatry. 1996 Jul; 153(7), pp. 953-5.
6. Bennett LW, Tolman RM, Rogalski CJ, Srinivasaraghavan J., 'Domestic abuse by male alcohol and drug addicts', Violence Vict. 1994 Winter 9(4), pp.359-68.
7. D.N Kyriacou, D Anglin, E Taliaferro et al., 'Risk factors for injury to women from domestic violence against women', N Engl J Med, 1999, 341(25), pp. 1892-1898.
8. McRae S. 'Familial abuse: a multifaceted problem', CMAJ. 1998 Apr 7; 158(7), pp. 867-8.
9. Vest JR, Catlin TK, Chen JJ, Brownson RC, 'Multistate analysis of factors associated with intimate partner violence', *American Journal of Preventive Medicine*, 2002, Volume 22(3), pp.156-164.
10. 董時叡、王淳妍，〈社交性飲酒價值觀：臺灣基層農業推廣工作者之分析〉，《應用心理研究》，第23期，2004年秋，頁223-248。
11. 陳筱萍、周煌智、吳慈恩、黃志中等，〈裁定前鑑定家庭暴力相對人特徵與施暴的心理社會歸因〉，《中華輔導學報》，16期，2004年，頁149-181。
12. 黃志中、吳慈恩、陳筱萍、周煌智等，〈家庭暴力加害人處遇之「無酒害教育團體」方案〉，《社區發展季刊》，109期，2005年，頁500-514。
13. 陳怡青，〈從社會環境與文化價值的觀點談飲酒與家庭暴力——以一個參與「家庭暴力加害人戒酒教育團體」的成員來論述〉，《亞洲家庭暴力與性侵害期刊》，第7卷第1期，2011年，頁1-12。



---

## 第四章

# 偏鄉與離島 醫療的使命



偏鄉與離島地區，除因山脈及地域阻隔之外，城鄉發展資源差異更造成這些地區醫療資源缺乏、設備老舊，以及人力不足等現象，無法提供完善醫療照護服務，其醫療發展之困境實無法與其他地區所比擬。也因環境特殊、地區遼闊、交通不便，醫療專業人員羅致不易，加上醫療設備老舊不完備，以及當地居民的生活型態、風俗習慣、經濟環境及就業情況較差，導致許多健康與公共衛生的問題難以解決。而偏遠與離島地區之醫療資源，往往僅能依賴當地衛生所，而更為偏遠的部落及離島地區，僅依靠衛生所人員到衛生室或以巡迴醫療方式進行診療，人力物力之匱乏與任務之艱鉅，可想而知。因此偏鄉居民的健康狀況或醫療資源需要大量的外來支援，提升醫療照顧服務品質、促進醫療資源合理分布，是政府歷年來重視醫療人權的重要施政方針，而執行的重責，則非中央政府所管轄的醫院莫屬。

## 第一節 偏鄉醫療

### 一、偏鄉醫療政策

提升全民健康幸福感、追求施政品質、善盡社會責任、強化績效與作為、創造全民最大利益與福祉，是過去衛生署的職責，更是今日衛生福利部施政的重要方向。我國衛生醫療及公共衛生成就，雖屢受國際讚譽，但是偏鄉地區醫療資源分配正義及弱勢照護問題，仍需思考整體健康、醫療照護、預防保健等之需求及挑戰，特別針對偏鄉地區醫療，規劃各項政策方針，以提供一個幸福、健康、完善的健康照護體系，因此要推動有益健康的公共政策，以充實設備、醫療照護、醫事人力及健康促進四大項作為改善方向。

政府於1998年起陸續推動專案試辦計畫，以加強導入鄉外的醫療資源，如轉診後送服務、菸酒檳榔的防治，及落實健保改革等，衛生署更積極配合推行，為改善偏遠地區及山地離居民的醫療，1999年11月

起，全國48個山地離島地區（29個山地鄉、19個離島鄉）全數納入，提供戶籍設於山地離島地區之42餘萬民眾醫療服務納入「山地離島地區醫療給付效益提升計畫」（Integrated Delivery System, IDS），由當時署立醫院承接計畫，並與地方基層醫療機構衛生所，共同組成醫療合作團隊，提供主動醫療保健服務，全面改善山地離島地區居民的健康狀況。

另外為了加強對弱勢族群的關懷與照護，體現社會正義及健康人權，針對部分山地離島、偏遠地區的醫療資源不足與就醫不方便問題，衛生署採取全面挹注資源策略，包括補充及增加當地現有醫療資源，以及將外部醫療資源送入山地離島及偏遠地區等，改善其急重症以及婦兒科醫療品質、建構急重症照護網，並透過空中轉診、遠距醫療及巡迴醫療等行動門診方式，提高離島及偏鄉地區醫療的可近性，以達就醫資源合理分配之政策目標。

## 二、醫院服務模式

為了提升偏遠地區醫療服務，政府提供執行專科醫療、急性醫療、預防保健服務、慢性病個案照護、巡迴醫療、胸部X光照射巡迴篩檢服務、觀光地區急診醫療站、居家照護轉診後送、假日夜間待診及值班，以提高山地鄉醫療可近性，將醫療服務主動送入原鄉地區，提供該地區其他部落巡迴醫療及保健服務，讓當地居民能夠得到更妥適的醫療照顧；達到「哪裡有需要，醫療服務就送到那裡」的服務精神。經過多年的努力已頗有績效，民眾就醫的便利性已獲得改善。

## 三、衛生福利部所屬醫院的貢獻

經過多年衛福部及各所屬醫院的努力已然有所成就，目前由花蓮醫院、臺東醫院、屏東醫院、朴子醫院、南投醫院、新營醫院、旗山醫院、苗栗醫院、恆春旅遊醫院、草屯療養院、玉里醫院及胸腔病院都積極參與執行相關醫療服務模式，這些努力遍及全國各地。

### (一)花蓮醫院

以臺灣東部花蓮豐濱鄉為例，鄉內的醫療資源主要為當地衛生所，花蓮醫院豐濱分院自1997年成立，即以積極精神深入社區部落拜訪各村村民，了解其真正醫療需求，最後決定以最貼近居民的巡迴醫療方式，偕同熟悉原住民語言之同仁至豐濱鄉各部落，以定時定點巡迴醫療服務為居民服務。車子到不了的地方，就以徒步的方式前進，走遍豐濱鄉各角落。

目前巡迴醫療服務地點，含括豐濱鄉五個村落(包括磯崎村、新社村、八里灣部落、港口部落、靜浦部落)(圖4-1)，2009年起更深入至臺東縣長濱鄉樟原部落及南溪部落。為了解決部落居民生病沒有錢不敢看病的狀況，對於清寒及貧困的病人，更積極爭取社

會資源補助，讓部落居民不會因缺錢無法看病，而錯失醫療救治良機。在巡迴醫療團隊共同體認下，覺得做部落原鄉巡迴醫療是最有價值的事(圖4-2、4-3)，因為在鄉民真誠、樂天的笑容下，我們才能找回屬於醫療人員那顆原本柔軟的心，再次迎接不同的生命挑戰。經過十餘年的努力付出，豐濱分院終於2011年12月獲行政院衛生署中央健康保險局頒發「100年社區醫療服務獎」(圖4-4)，也是對這項便民政策的肯定與鼓舞。

花蓮醫院豐濱原住民分院配合部落舉辦大型健康宣導活動，提升部落住民健康觀念，使其建立自主性的健康管理。以定期方式至豐濱鄉內4所學校提供衛教宣導活動，利用生動活潑的教學模式與學員互動，



4-1



4-2



4-3



4-4

- 4-1 豐濱巡迴醫療點。
- 4-2 巡迴醫療照。
- 4-3 風災過後巡迴路更艱辛。
- 4-4 獲頒社區醫療服務獎。



- 4-5 校園部落衛教宣導。  
4-6 豐濱鄉巡迴X光篩檢。  
4-7 東方報深度報導。



4-5



4-6



4-7

達到衛教宣導目的。從小落實紮根的教育理念，進而促進整個家庭、社區的成長。並號召部落同胞參與急難救助訓練，讓急救種子人員在部落深根，為守護族人的生命與健康盡一份心力。同時並結合了豐濱鄉衛生所及肝病防治學術基金會辦理「豐濱鄉整合式篩檢服務」。活動內容包含：1.成人健康檢查。2.口腔癌篩檢。3.大腸癌篩檢。4.子宮抹片檢查。5.免費肝炎及肝癌檢驗。6.花蓮縣長者健檢服務。7.衛教宣導活動(圖4-5)。藉由整合式篩檢服務時派車接送、並鼓勵部落裡的長者接受基本的身體檢查，發現有疾病可以即時治療，落實長者慢性疾病追蹤，除了保障部落居民健康外，亦藉由事前疾病預防工作，以節省政府需額外付出的醫療資源。另豐濱分院積極配合政府政策，參與2009年H1N1新型流感疫苗接種工作，全鄉施打率高達70%，並獲衛生署頒發「醫院表率獎」殊榮。

針對花蓮縣結核病高危險團體及高發病地區進行篩檢，期望主動發現病人、早期發現病人，以早期治療方式阻斷傳染源。故積極規劃出動X光巡迴車深入各部落及村里，針對鄉親進行免費的胸部X光檢查(圖4-6)，2012年偏鄉巡迴了600次、共照射29,431人次，篩檢疑似病患並進一步追蹤治療。如此一來，提升民眾自我認知及預防能力，達到早期發現早期治療，逐步達成「結核病十年減半」之目標，是醫院承接的使命；全體同仁均念茲在茲，戮力以赴，必完成交付任務。

豐濱鄉地處花蓮縣東海岸觀光景點要道，1997年開辦豐濱分院以來，即肩負著上級交付之政策性任務，以照顧偏遠地區民眾之健康福祉，保障東海岸沿線遊客緊急救護之重責大任，並成為東海岸地區門急診醫療及後送花蓮市區各大醫院前之醫療急救院所。



花蓮東海岸風景優美，為近年來兩岸開放觀光旅遊後大陸觀光團必經的景點，每天都有上萬的觀光客在此旅遊。2012年2月及9月即發生二次重大翻車交通事故，其中2月17日大陸京劇交流團遊覽車於花東海岸臺11線43公里新社路段發生翻覆意外，分院立即啟動大量傷患救護機制投入搶救行動，於最短時間內將20名傷患進行緊急處理後，並分別轉送該院及其他醫院急救，獲得花蓮縣衛生局及各界肯定，真正落實了分院創立的目標(圖4-7)。

花蓮縣為觀光大縣，其中以秀姑巒溪泛舟最受青年學子的喜愛，每年暑假觀光客及泛舟遊客遽增，在考量遊客安全的前提下，積極向衛生署醫事處爭取設置秀姑巒溪觀光地區急救醫療站，醫事處於2009年同意花蓮醫院承辦「秀姑巒溪觀光地區急救醫療」計畫，提供安全的旅遊環境，於2009年承辦迄今已4年，不僅提供泛舟遊客緊急傷病之處理，保障泛舟遊客生命安全外，更提供奇美部落及靜浦部落居民一般醫療服務，獲得觀光界及遊客一致的好評，希望能持續執行本項計畫，達成安全旅遊的目標。

## (二)臺東醫院

臺東地區屬於全國醫療資源困乏地區，其中的偏

遠地區醫療資源更是嚴重不足。為了秉持「就醫不便的偏鄉，就是我們要去的地方」的信念，臺東醫院——這座位於花東海岸線上唯一大型醫院，持續提升成功分院的醫療能量，不但增加腎臟、糖尿病科門診、更成立「成功海景護理之家」、提供成功長濱地區唯一24小時緊急醫療服務機構等等，都是臺東醫院醫療的積極作為。

2012年底臺東醫院分別於成功鎮、臺東市及大武鄉——臺東縣北中南三地舉辦「婦女及兒童健康促進活動」，就近提供偏遠地區低收入戶婦女及兒童免費的身體健檢服務(圖4-8)，並主動追蹤異常個案，提供掛號與就醫補助，三地共計259人參與，體現了臺東醫院積極捍衛臺東地區偏鄉與弱勢民眾健康的決心(圖4-9)。自2012年9月起陸續在成功鎮豐田社區及都歷社區開設一般內科及小兒科巡迴醫療，每月開設8個診次，由臺東醫院李醫師及鐘醫師共同為偏遠地區居民健康把關、提供醫療服務，2012年9-12月共計服務225人次，不讓距離成為健康的原罪。

成功醫療次區域位於臺東縣境北端，地形狹長，為花東海岸線之中央偏南，背山面海，中心點成功鎮為該區最大鄉鎮及漁業中心，鄰近三仙臺、八仙洞、東河橋等觀光景點，經濟結構以漁、農業為主，居民

4-8 這裡雖然交通不便，物質缺乏，但是這群孩子卻擁有最真的笑容。

4-9 不論在任何一個角落或小小的空地都可為當地民眾帶來衛教新知。



4-8



4-9

平均生活水準較低，老年人口比率偏高，亦多弱勢族群，當地只有開業醫師且僅提供一般科門診，居民遇有緊急傷病即需舟車勞頓費時轉送，因而延誤治療時有所聞，成功分院之設置除大幅改善偏遠地區緊急醫療資源缺乏之困境，同時也提升成功地區民眾就醫之可近性。另承接辦理的「綠島鄉空中轉診業務」，更是每日排定具有ACLS或ETTC訓練合格之醫護人員輪值待命，能夠於白天20分鐘內、夜間30分鐘內派遣至少一名醫護人員隨空勤隊進入綠島鄉負責隨機護送病患，2013年1月開辦以來已經成功協助兩位綠島急重症病人回臺就醫。

### （三）屏東醫院

屏東醫院自2009年以來，即在偏遠的牡丹鄉提供整體醫療健保服務，一年來每月提供平均23診次的醫療門診服務，增進五千名鄉民就醫的可近性與便利性，用心守護居民健康，民眾滿意度逾八成，成功縮短醫療服務的城鄉差距。牡丹鄉為屏東縣最南端的山地鄉，地處偏遠，各村距離屏東市都在一百公里以上，對外交通僅二村落有客運通行；全鄉五千名鄉民

的醫療健保服務，由屏東醫院承作衛生署中央健保局「屏東縣牡丹鄉醫療給付效益提升計畫」，配合以醫療整合經營模式(山地離島IDS計畫)，有效改善原住民鄉的醫療需求。依鄉民醫療需求，每月提供平均23診次的專科醫療門診服務，走進偏遠的牡丹鄉，為鄉民爭取診治的黃金期，民眾滿意度達80.3%，全面提升醫療及健康照護管理品質，推動醫療在地化，達成人人有健保，個個享醫療，對整體醫療資源分配有實質上的貢獻。2011年2月至2012年12月於九如鄉及萬巒鄉辦理巡迴醫療，共服務看診884人，衛教服務含九如鄉衛教33場次、1380人次，萬巒鄉衛教28場次、1,320人次。

另於2010年3月開始承接屏東縣政府委託之居家服務，秉持全人照護垂直整合的理念深入所服務的家庭，提供長輩居家生活的協助，使長輩能在熟悉的環境中維持其原來的生活習慣與模式，並同時享有家人的親情與關懷，並提供主要照顧者支持與關懷，紓緩沉重的照顧負擔。連續三年榮獲屏東縣政府居家服務評鑑優等，亦獲得服務長輩及家屬的滿意及信任，將持續秉持醫院尊重生命、全人照顧之精神，提供多



4-10



4-11



4-12



4-13

4-10 到宅關懷服務。

4-11 協助長輩問題解決。

4-12 到宅指導用藥。

4-13 協助掛診與關懷。



元、連續優質的服務，協助政府推動長期照顧服務，落實身心障礙者之居家照顧與高齡長者之在地老化，增進失能者獨立生活能力並提升生活品質(圖 4-10、4-11、4-12、4-13)。

屏東醫院在配合衛生署的政策願景之下，與醫學中心建教合作，不斷的精進提升醫療品質，達到精緻醫療以均衡地區醫療資源，尤其是地處臺灣南端的屏東地區有七成多是山地地區，普遍醫療資源不足，在資源不均、不患寡的情況下，盡所能的主動深入偏遠地區從預防保健治療照護到居家，提供全人系統的照護。

#### (四) 朴子醫院

朴子醫院主要提供服務範圍以嘉西地區沿海鄉鎮：朴子、東石、布袋、義竹、鹿草、六腳、太保等七鄉鎮居民為主，人口數約20萬人，截至2012年12月，其平均老年人口比為18.65%，占全臺之冠，朴子醫院遂於2000年起配合政府政策，致力發展長期照護及著重社區醫療。嘉西地區總人口數199,104人，65歲以上35,260人，老年人口占總人口的18.65%，

相較於全國老年人口比11.15%以及嘉義縣老年人口比16.04%，均高出許多，可見朴子醫院服務區域人口老化情形明顯，因此十分需要在地化醫療。醫療的服務及發展在嘉義偏鄉沿海地區是相當有限，尤其全東石鄉目前沒有任何中醫診所或是醫院附設中醫門診進駐，只有民間私人經營的草藥店，為提供正確的中醫藥知識，推廣醫療照護範圍，減少民眾濫服中草藥或電臺成藥情形，並增進當地居民尋求中醫治療之可近性，改善老年人口多且交通不便造成的醫療空窗，自2010年3月起朴子醫院中醫科特配合中醫門診總額醫療資源缺乏地區巡迴醫療服務計畫，在東石鄉港墘村東石鄉農會辦公室設點，服務當地民眾，2010-2012年承辦東石鄉中醫巡迴醫療服務，共計服務127診次、1,203人次。

為提供嘉西沿海地區民眾完整的在地化醫療服務，落實「社區的好醫院，厝邊的好醫生」，長期以來深耕社區，由社區營造中心主要辦理相關活動，如：結合社區協助辦理社區、校園相關健康講座、衛教宣導、戒菸班、戒癮班、減重班、糖尿病病友會等；辦理社區民眾健康檢查篩檢，如：腹部超音波檢查、骨



4-14 朴子醫院協助風災救援。



質密度檢查、口腔癌篩檢、大腸癌篩檢等，使得民眾能早期發現早期治療。另與衛生所或衛生局或各機關單位合作，提供民眾服務；或是結合社區或校園進行各項健康講座或活動等；也提供相關醫療健康資訊諮詢及衛教；門診設有衛教室，其衛教師協助疾病相關及健康諮詢問題服務。藉由單位跑馬燈、網頁公告、公布欄以及透過里鄰長等方式傳達，使員工及社區民眾獲知健康相關訊息。

朴子醫院兼負公醫使命從未間斷，鄰近之東石布袋地區，長期以來遇豪雨風災造成水患之苦，並與嘉義縣衛生局在密切的合作之下，派出醫護團隊對前往災區進行緊急醫療救護(圖4-14)，一直秉持成為沿海地區民眾醫療保健守護之願景，在歷任院長兢兢業業之領導及同仁之努力，長期以來頗受鄉親之支持與肯定，其間醫療資源之增減，復以配合政府醫療政策及社區鄉親之需求，將經營型態朝長期照護及著重社區醫療發展，以落實在地化醫療，持續為偏鄉醫療盡一份心力。有感貫徹政府醫療照護之責任，同仁共同期許以「鄉親為中心」的服務承諾，發揮「社區好醫院・厝邊好醫生」的公醫角色，成為中南部模範老人友善醫院，建立公立老人友善醫院之形象已深植民心。

院，建立公立老人友善醫院之形象已深植民心。

### (五)南投醫院

南投醫院一直以在地化醫療默默為南投鄉親提供優質之醫療服務，近年來更致力於社區民眾健康的追求，並將「成為社區民眾健康的守護者」列為發展之目標。為達此目標，南投醫院努力爭取為南投地區健康促進醫院；在內部，改善員工工作環境、成立各式社團、舉辦員工與社區運動會，鼓勵提倡運動風氣，提升員工幸福感，讓醫院成為一個健康的組織；在外部，以社區醫學中心為推動核心，深入偏鄉與社區舉辦「巡迴醫療」、「社區義診及衛教活動」等等，積極鼓勵民眾的參與及投入，培養及建立社區民眾健康自主管理概念，提高社區醫療水準，讓社區成為一個健康的前哨站。透過院內、外各種不同專業領域的合作，使醫院的員工、病人及社區民眾共同參與健康促進活動。

除了在地居民之外，由於山地與離島的觀光客多，配合衛生署「緊急醫療資源不足地區改善獎勵計畫」，與在地醫院互相合作，提供民眾與遊客緊急醫療需求，以設立「觀光地區急診醫療站」、「夜間假日救護



4-15



4-16



4-17

4-15 2011.12.27 信義鄉羅娜村義診參與同仁大合照。

4-16 2011.12.27 信義鄉羅娜村義診院長與孩童進行有獎徵答活動。

4-17 2011.11.29 信義鄉神木村短劇衛教活動。

4-18 2010.6.29 信義鄉地利村牙科義診。

4-19 居家護理狀況。



4-18



4-19



4-20 嶺南里中醫巡迴醫療情形。



4-21 中醫科醫師進行中醫義診諮詢。



4-22 內科醫師進行義診諮詢。

站」，確保這些地區24小時照護服務不中斷，提供合歡山雪季、日月潭觀光地區、清境農場及新中橫救護及急診醫療服務。

為照顧偏遠醫療缺乏地區的民眾，南投醫院從2009年起即帶領團隊深入南投縣信義鄉無醫村落(圖4-15、4-16、4-17、4-18)更要求同仁針對山區幼小的學童，提供衛生教育及人身保護知識之傳達。社區醫學中心陸續獲南投縣衛生局、國民健康局頒發健康促進整合計畫之「無檳榔社區」、「銀髮族健康久久」優等獎勵。詹醫秘個人更獲2009年度「臺灣醫療典範獎」殊榮。醫療團隊持續不定期提供醫療人力及資源服務中寮鄉、信義鄉無醫村義診及鹿谷鄉巡迴醫療，彌補當地醫療資源不足之困境，提升醫療服務之可近性及醫療服務品質。服務過程中深刻感受到社區民眾與原住民朋友的樂天與熱情，長期的耕耘已陸續見成效。

因應臺灣逐漸進入高齡化社會，致力於配合政府積極推動「長期照護服務法」及「長期照護保險」，並依據「老人福利機構設立標準」，提供家庭式的溫馨就醫安養環境，使就養老人在生活及照顧服務都享有尊嚴(圖4-19)。

#### (六)新營醫院

新營醫院東山區位於臺南市東北邊，嶺南里位於東山區東南邊鄰近烏山頭水庫，地處山區，主要以南99線公路為社區的主要聯外道路，鄰近幾個里如東原、青山等同樣地處山區交通不便，離最近的白河區

的中醫診所約30-40分鐘車程，東山區設有衛生所，另有五家開業西醫診所且集中在市區，但目前並無牙醫及中醫師長駐於此。新營醫院自2009年起即進入臺南縣東山鄉進行中醫義診，為當地民眾提供中醫諮詢、衛教及治療，讓原本沒有中醫的東山鄉民獲得中醫的醫療資源，但由於義診的醫療形式無法滿足當地民眾長期的醫療需求，當地年輕族群人口外流，造成社區人口結構老化嚴重；又因地處偏遠山區，就醫相當不便，使得當地民眾不能像平地都會區民眾享受到全民健保帶來的便利，為能夠使當地民眾也能受到完善的中醫醫療照顧，因此希望藉由長期固定的外展醫療深入該地區，提供優質的中醫服務給當地民眾。經向中醫師全聯會以及南區健保局提出申請並審核通過後，自2011年4月起新營醫院中醫科團隊即以每週固定兩個診次，於東山區嶺南里開始進行中醫醫療服務(圖4-20)。在醫療資源貧瘠的偏遠地區，提供完整的門診服務並將中醫醫療引進，加強了疾病之預防及治療，並避免民眾因就醫不便而導致病情加重，無形中即減少醫療資源不必要的浪費。

新營醫院針對社區民眾辦理各項活動，提供偏遠地區民眾之身體健康及保健醫療知識，照顧偏遠地區民眾醫療照護，提升生活品質，營造健康溫馨的社區生活環境，落實醫療保健服務。

##### 1. 關懷獨居老人義診

由院長帶領醫院醫療團隊，於每月至各里社區或



獨居老人家中，進行血壓血糖、用藥、居家環境等義診關懷(圖4-21、4-22)。

## 2. 衛教活動

門診衛教活動分為個別衛教、團體衛教、病友團體活動。個別衛教有糖尿病、高血壓、B型、C型肝炎、氣喘、戒菸等；團體衛教則依現行醫院推動之主題安排每月至少二次，其中包括：糖尿病居家照護、吸菸之危害、健康減重等(圖4-23、4-24、4-25)。

## 3. 病友團體活動

就診病人以慢性病居多，而糖尿病、高血壓病人占多數，因此，為照顧更多糖尿病及糖尿病前期病人，自2002年成立「糖尿病病友會」，並命名為「甜蜜健康聯誼會」，邀請血糖控制良好的病友，擔任會長、副會長之任務，活動內容為常規的檢測身高、體重、腰圍、血壓、血糖及安排講座、實作課程，且會安排分組活動及分組報告，讓病友一起分享疾病控制心得(圖4-26)。

## 4. 居家照護

自創辦居家照護業務以來，對住院病人提供出院後繼續性、完整性的醫療照護，使病人及家屬更有安全感，減輕醫療費用、時間及人力負擔，且能維持

家庭的完整性，希望能擴大為民服務，滿足社區民眾之需求。使不需要住院，但仍需要醫療與護理的個案能獲得溫暖、安全與舒適的居家照護。故致力於協助各案自我照顧的能力，將照顧延伸到社區，使其能享有家中的溫暖生活，同時亦減輕家屬、病患之經濟負擔，協助患者獲得連續性、完整性的醫療照護。同時發展工作人員獨特功能及角色，評估個案需求以適時轉介臺南市社會福利長期照護管理中心，減輕主要照顧者負荷及滿足個案照顧上之需求。期望市府長照管理中心，能結合在地衛生所之公共衛生護理人員，針對居家護理所服務項目(如管路更換和照護指導)在職訓練，使居家照護的服務能遍及每一個偏遠角落，並減輕個案、家屬的負擔。

## (七) 旗山醫院

旗山醫院創立於1950年，當時鑒於旗山地處偏遠，鄰近醫療資源極為缺乏，為便利居民就醫而設立。高雄市旗山地區涵蓋了旗山、美濃、內門、杉林、甲仙、六龜等河洛、客家鄉鎮及三民、桃源、茂林等山地村落等共九區，約十五萬人口，多元族群、人文薈



4-23



4-24



4-25



4-26

4-23 衛教師進行足底檢查。

4-24 營養師進行營養諮詢。

4-25 衛教師擔任團衛講師。

4-26 一起分享疾病控制心得。





4-27 居家復健。



4-28 居家護理。



4-29 巡迴服務。

萃，形成特有的社區型態。旗山醫院位處旗山地區的交通要衝，歷來車水馬龍，成為當地居民、鄰近駐軍、學子和旅客健康的最佳守護者，是為旗山地區唯一的公立醫院、唯一具備精神醫療的醫院，也是高雄市心理衛生防治網、糖尿病共同照護網、緊急醫療網、感染症防治網等責任醫院。

高雄市旗山地區屬於醫療資源缺乏之偏遠地區，幅員廣大山地居多，一般民眾常有交通不便利、就醫困難的問題，而經過八八風災的洗禮，旗山醫院仍持續公醫使命，透過進入社區發展醫療方式，來「啟動」健康管理，期盼「旗」山醫院足「跡」踏遍北高雄九區。

為使偏鄉弱勢民眾能有完善醫療照護，以改善減低身體病痛與提升生活品質，家人減少照顧負荷，旗山醫院另有社區弱勢專車服務，接送洗腎與復健患者、協助弱勢患者順利就醫。

為交通不便地區民眾提供可近性醫療服務，善盡公立醫院角色，深入偏鄉社區、辦理社區義診服務及衛教活動，以協助提升社區長輩與身心障礙患者對疾病的認知，進而調整其生活形態，因此每年在院內及社區辦理 150-200 場衛教活動，以促進民眾生活健康、增進健康知識。

為整備長期照顧服務，以六龜與桃源長期照顧服務據點，承接本署「偏遠地區(含山地離島)設置在地且社區化長期照護服務據點計畫」，發展高雄市六龜

與桃源區長期照護在地與偏遠畫地照顧模式，由長期照顧評估專員評估社區長者長期照顧需求，另有復健科職能與物理治療師進行職能與物理之社區與居家復健。

2011 年開始旗山醫院更承接高雄市政府衛生局居家營養與居家復健(圖 4-27)，接受高雄市衛生局長期照顧管理中心轉介居家營養個案與居家復健，前者主要服務內容為身體評估、營養衛教及食物實地製作，讓透過居家營養師能親至失能與獨居長者家中，讓個案能有更好的營養醫療照護。而居家復健主要提供無法外出接受積極性復健治療的失能個案，藉由居家物理治療師及職能治療師直接至個案家服務，提供鄉親可近性、便利性之服務，促進其日常生活獨立自主能力，藉以提升個案生活品質。

旗山醫院並於 2012 年初開辦居家護理(圖 4-28)，為協助個案及家屬維持家庭完整及保持家庭功能、提早給予個別性、切合個案及家屬需要之醫護照護及相關諮詢，以期能讓家屬知道照顧方式，並減少疾病的擴展、提供醫護專業人員共同提供延續照顧服務。而 2012 年 3 月旗山醫院更承辦高雄市政府社會局委託居家照顧服務，主要提供服務內容為協助失能老人與身心障礙者進行家庭及日常生活照顧服務及身體照顧服務，使服務對象因為居家服務的介入能獲得更好的生活品質及減輕主要照顧者的壓力(圖 4-29)。



4-30



4-31



4-32

4-30 居家服務員服務南庄鄉百歲人瑞個案。

4-31 雪見遊憩區遊客中心(雪霸管理處提供)。

4-32 雪見遊客及巡山員急救訓練。

#### (八)苗栗醫院

苗栗醫院為苗栗縣境內唯一的公立醫院，一直以來都以社區型醫院作為定位，雖然不像一般醫學中心，有很充份的醫療設備及人力，有讓人趨之若鶩的能量，為了彌補其差距，便以更真誠的態度去貼近社區民眾，了解民眾的需要；也藉著預防醫學的力量，提供各類免費的篩檢及衛教，提升民眾自我關心的意願，做到早期發現早期治療。另有提供居家照護的服務，在照護過程中，也指導家屬或看護幫病人護理的技巧，減輕病患家人在照顧上的壓力。因此，在苗栗縣境內持續從事社區關懷及巡迴醫療之活動，在社區裡提供巡迴醫療、社區義診及衛教活動、居家照護、觀光地區急診醫療站及緊急醫療救護等服務項目。

苗栗醫院2012年5月起至同年12月，提供縣內貧困獨居之身心障礙者及獨居老人送餐服務，每月第四週之週五由醫院餐廳提供1天1次餐食，每月服務人次為41至45人次，共計服務314人次。當時除送餐服務外，並提供該獨居老人相關營養諮詢、健康關懷等，在端午節、中秋節邀請志工製作粽子及月餅，分送獨居老人共享節慶，開啟苗栗醫院對於長期照顧——居家服務的開端(圖4-30)。而後，為了更深入社區，落實社區長者的服務及需求提供，自2013年起接受苗栗縣政府長期照護管理中心委託，承接本縣內苗栗市、南庄鄉、獅潭鄉、泰安鄉四區域的居家服務。

雪霸國家公園「雪見遊客中心假日急診醫療站」於2009年9月13日正式啟用，旅遊旺季時，雪霸國家公園雪見地區假日上山遊客，每季可達四、五千人，且鑒於地處偏遠，醫療資源缺乏，為提升進入國家公園遊客的旅遊健康與品質，倡導觀光旅遊醫學健康，苗栗縣政府衛生局積極向行政院衛生署爭取補助經費，由苗栗醫院承辦、雪霸國家公園管理處協助提供場地，於雪見遊客中心設立觀光地區假日急診醫療站，提供假日期間上山遊客及附近居民可近性的急診醫療服務。為加強當地當地員工及巡山員緊急救護能力，辦理雪見遊憩區員工、巡山員、之急救訓練外，並於遊客中心辦理遊客之急救訓練。透過系列課程內容講座提升當地員工危機處理能力，能在重大災情發生之際，醫護人員尚未進駐之前，搶救黃金時刻，將傷亡降低，並讓遊客於休閒遊玩之際，吸收急救常識，在急難時刻發揮自救，以降低傷害。辦理成果豐碩。2009年至2012年期間，在雪見遊客中心(圖4-31)及梅園國小，共辦理了13場次的急救訓練，總共訓練了318人次，而訓練的對象不僅是雪見遊客中心的員工，還包括了梅園村的村民及當地的遊客，其中在2009年6月及7月，還辦理了CPR的訓練及簡易包紮和傷患的搬運，讓雪見的工作人員可以接受更完整的急救訓練(圖4-32)，讓他們可以在非假日期間，協助受傷的遊客做初步的處理後再送醫。



### (九)恆春旅遊醫院

恆春半島位於臺灣島的南端，轄區內有恆春鎮、牡丹鄉、獅子鄉、車城鄉、滿州鄉、枋山鄉等六鄉鎮，幅員廣大，地形狹長、聚落分散。恆春半島面積達829平方公里，約為臺北市的三倍大，總人口數約六萬三千人，其中恆春鎮(位於最南端)為本半島唯一行政區，距離屏東生活圈中心(屏東市)約有一百公里。人口老化、年輕人口外流是偏鄉地區常見的問題，恆春地區也不例外，轄內除地區醫院外只有小型診所，居民要到區域醫院，車程往返常要耗費數小時，也錯過了黃金醫療時間，因此，恆春旅遊醫院在地之角色定位，除假日應付遊客臨時醫療需求外，也負責照顧偏鄉地區居民的健康，也是公共衛生政策執行者。

為提升恆春居民就醫可近性，恆春旅遊醫院服務科別陸續增加，以符合地方民眾之需求，目前是恆春地區專科別最齊全的醫院，偏鄉的醫療資源問題，關鍵往往是沒有讓醫生留下來的誘因，在都會區生活機能好、人口集中，總收入遠高於人口負成長的偏鄉，多數醫師仍會選擇離開，尤其是有專科醫師資格的醫師。長期以來，對當地醫療資源匱乏的偏遠地區，恆春旅遊醫院於原民鄉共同承作IDS、每週二次偏鄉巡迴醫療、每月一至二次社區義診、癌症篩檢及關懷獨

居老人(圖4-33、4-34)，還增加了衛教課程，居民反應熱烈，重點在於給當地民眾直接與尊重的關懷，發揮醫療團隊的良能。

巡迴醫療及義診對於偏遠地區來說，主動深入偏鄉照顧行動不便及貧病交迫居民，猶如小型行動醫院，能當場診斷、檢測，常見疾病亦可現場配發藥品，如遇重大疾病者，可以直接轉介做後續治療，使在地居民可享有與都會區較相近之就醫權益，發揮偏遠地區公立醫院之功能，提供在地區民眾及往來旅客全天候24小時醫療服務，增進偏遠地區居民醫療照護可近性，提高民眾就醫滿意度，以提升偏鄉地區醫療服務品質。

恆春旅遊醫院是衛生福利部所屬醫院中編制最小的，這些年來深耕於恆春半島，肩負偏遠地區社會責任，在中央與地方衛生主管機關，及各級民意代表的努力下，醫院也力求進步，也正是全體同仁努力的方向，守護臺灣最南端民眾及旅遊人口的健康，目前是恆春地區專科別最齊全的醫院，除了積極延攬專科人才外，也增加軟、硬體設備，相繼成立生理檢查中心，提供胃鏡、大腸鏡、全身超音波、神經功能測速等檢查及增加職能治療服務項目，期望帶給民眾更優質、便利的醫療照護與環境品質。

4-33 歲末寒冬關懷弱勢義診活動。

4-34 探訪獨居老人。



4-33



4-34



### (十) 草屯療養院

草屯療養院自2000年起加入南投縣信義鄉與仁愛鄉之偏鄉精神醫療服務，從「精神科山地巡迴醫療服務」為開端，2004年1月因地緣關係，仁愛鄉精神醫療服務改由埔里基督教醫院服務。十餘年間草屯療養院提供偏鄉精神醫療服務包括：每月一次門診治療、個案追蹤管理服務、24小時危機處理，若有需要住院時協助安排住院、職能訓練與資源轉介、每月一次團體衛教提供疾病知能及每半年一次座談會分享家屬照顧經驗及宣洩情緒的機會，以提升家屬照顧能力。每年提供精神醫療服務人次從2002年600多人次，提升到1,300多人次，病人門診遵從性從89%提升至92%，家屬滿意度從2007年的87%提升至94%，成效顯著。

常常，天未亮，負責信義鄉個案管理與居家治療護理師，便要開著居家訪視專用車到120-150公里外山地鄉探訪病人(圖4-35、4-36)。像今天，居家護理師鄭可馨要訪7位病人，訪完天暮已黑，而下山的路並不好走，返回的路程要近二個小時，但她卻覺得很安心，因為今天訪視的病人，精神症狀都穩定，也能規

律服藥。可馨是居家訪視護理師，也是個案管理師，同時也協助山地鄉的危機處置，24小時隨時待命，雖然辛苦，但與偏鄉衛生所公共衛生醫護人員連結，協助精神疾病緊急醫療處置，將精神醫療資源送進偏鄉，她覺得很有意義，每週除了上山四天外，還會協助草屯療養院每月一次的山地巡迴醫療，分別在信義鄉的衛生所及潭南、久美、地利等衛生室駐點醫療，由醫師、護理、藥師等組成的團隊，提供定點精神醫療服務。晨上山、入夜下山，是偏鄉服務常見的事，但服務團隊並不以為苦，將醫療服務輸送到偏遠地區，減少病人與家屬的負擔，是草屯療養院的公醫使命，也是醫療服務的價值呈現。

山地鄉的精神病人，常常合併酒癮問題，加上山地自由不受拘束的文化，病人常常未規律返診與服藥，家人也難提供很好的協助。草屯療養院提供山地巡迴醫療與居家訪視的進駐，使偏遠山區嚴重精神疾病之病人與家屬、及一般民眾能獲得可近性、連續性、完整性、整合性的精神醫療照顧，以降低精神疾病復發率，並提升病人及其家庭生活品質，為偏鄉的

4-35 2004年7月1日敏都利颱風肆虐，中南部水災慘重，造成32人死亡13人失蹤。署立草屯療養院護理師前往山地鄉居家訪視。

4-36 前往山地鄉居家訪視途中遇大量土石擋道。



4-35



4-36

心理衛生及精神醫療貢獻心力，得到病人、家屬及合作機構的一致好評，也真正發揮了草屯療養院的公醫價值。

#### （十一）玉里醫院

玉里醫院座落在花蓮縣南區，距離花蓮市、臺東市約有九十公里之遙，是全臺規模最大的精神科專科教學醫院。成立迄今已46年，一直秉持「以人為本」的核心價值，努力不懈的提供全國慢性精神病患最完善之長期醫療照護，也積極投入社區關懷服務，玉里醫院自詡不只是醫療院所，更以照顧弱勢及偏鄉民眾身心健康之福祉為首要使命。

為發揮公醫角色並提升署醫形象，配合政府政策推展弱勢族群關懷與照護，體現社會正義及健康人權，針對醫療資源不足、就醫不方便的偏遠地區如花蓮縣富里鄉萬寧村，玉里醫院於萬寧院區特別開設門診，除精神科及內科外，並視當地民眾需要提供復健治療及牙醫服務。除此之外，自2009年起每年擬定社區關懷計畫，由醫護人員、社工、藥師、復健學員、志工組成小隊，並結合社政資源共同積極走入社區，關心社區老弱貧病的獨居老人與弱勢族群，陸續推出獨居老人送餐計畫、「溫情宅配333」及「溫心部落關懷情」行動方案。2011年起更進入偏遠部落，透過結合原住民老人日托站、社區發展協會等地組織，就近關心在地老人及其家庭，不但辦理老人憂鬱及親子教養議題的衛教，並由社區轉介獨居及需關懷的弱勢長者進行個別關懷訪視。2012年結合衛生署獨居老人送餐及健康照護計畫，推展「部落健康玉醫守護」行動方案，將愛及較充足的醫療人力、資源送到臺193線道上的偏遠部落，彌補當地醫療提供不足之困境，增加醫療服務之可近性及提升醫療服務品質。此計畫執行成果除深獲服務使用者98%滿意度的肯定，更榮獲衛生署所屬醫院「獨居老人照護服務」成果發表競賽特殊醫院優等獎之殊榮。2013年持續進行偏遠地區健康照

護計畫，將服務更深入部落的獨居長者，規劃符合部落原住民長者需求的服務。

「社區的好醫院，厝邊的好鄰居」一直都是我們努力的目標之一。玉里醫院成立以來與花蓮南區地方共同成長，早已是社區的一分子。用心深耕並守護偏遠民眾的醫療需要，配合政府大力推動社區醫院的概念及活動，「希望醫院能不僅是醫療治病的場所，也是一個社區健康促進及疾病預防的中心」；有鑒於此，玉里醫院設立社區發展、公共關係暨衛生教育委員會，全心共同推動醫院與社區的聯繫及各項社區健康促進及疾病預防工作，承諾社區「用心把每一件事做到最好」，當社區的好鄰居。

花蓮縣有許多偏鄉及山地部落是非常需要醫療資源的進駐協助，因此玉里醫院定期安排不同的醫療團隊深入偏遠社區及山地部落進行義診服務、提供衛教演講及健康諮詢活動等，期望能提供民眾更優質的醫療資源，並適時的發現問題轉診治療，確保健康。如玉里、萬寧、東豐、松浦、樂合等社區的定期舉辦社區衛生教育活動，卓溪社區則是舉辦身體復健治療，安排專業的物理治療師走入部落協助居民復健及諮詢，2010年至2012年共進行116場次活動。另每年舉辦多元主題的大型社區健康月活動，透過結合社區機關團體及資源，進行民眾健檢、衛教宣導、心理諮商及各類健走、園遊會等健康促進活動，迄今參與人數已超過2,000人。

玉里醫院神經內科、牙科、家醫科、復健治療師、護理人員、社工等醫療團隊在花蓮最南的富里鄉，結合在地老人會，安排神經關節檢查、口腔檢查、女性醫療等義診。另2009年起進入臺193縣道上資源較不易輸送的的原住民偏遠部落，包括松浦里的滿自然、瑪谷達瑋部落、觀音里觀音部落、東豐里的鐵份部落、樂合里的樂合部落、安通部落等，進行健康諮詢及義診，從中主動發覺並同時接受當地社區組織（老人日間關懷站、教會、社區發展協會）轉介，更





4-37



4-38



4-39



4-40



4-41



4-42

4-37 感控師到學校教導小朋友正確的洗手方式以預防腸病毒等傳染疾病。

4-38 玉里醫院在富里鄉辦理關懷銀髮族身心健康活動，讓銀髮寶貝們了解如何吃的健康又營養。

4-39 志工到部落的老人日托站帶領長者們一同做健康操，鼓勵長者踏出家門參與活動，減少因老化所產生的憂鬱及生理病痛。

4-40 每年定期舉辦「社區健康月」系列活動，以不同的主題走入社區舉辦活動，藉此拉近醫院與社區之關係，深獲地方肯定。

4-41 醫療團隊人員認真地回答每位前來參與社區健康促進活動的長者們問題，並為他們做簡易的健康測量、心理健康及失智篩檢。

4-42 山地鄉學校巡迴X光服務。

從中找到當地部落志工加入協助長者服務的行列，使服務能從點、線，擴大到面的服務(圖4-37、4-38、4-39、4-40、4-41)。

## (十二)胸腔病院

胸腔病院為胸腔專科醫院，提供民眾一般內科、胸腔內科、感染科診療服務；為提供民眾及住院病患全人照顧，另開設中醫科、家醫科、職業醫學科及神經科醫療服務，提供在地居民就醫可近性。

1951年初期，在世界衛生組織及聯合國兒童基金會協助下，胸腔病院成立了X光巡迴隊，對於醫療資源不足的地區、高危險族群或結核病個案接觸者，X光巡迴車都發揮極大功能。為落實行政院衛生署「結核病十年減半計畫」，針對醫療資源缺乏的山地鄉等偏遠地區，矯正機關與結核病患親密接觸等高發病危險

族群，提供胸部X光巡迴檢查服務，充分發揮可用資源，並快速提出診斷報告(圖4-42)。

在過去醫療資源匱乏的時代，巡迴篩檢在個案發現上扮演相當重要的角色，胸腔病院多年來持續配合疾管局照射之胸部X光、洗片及判讀，經驗豐富，亦具多年社區巡迴醫療、學校團體篩檢經驗，目前X光巡迴車的工作重點主要放在團體篩檢上，為特定對象(如監獄、安養院、山地鄉)作篩檢，到這些地方進行篩檢會有一定程度的風險在，胸腔病院具備標準化的作業程序以保持篩檢一定的品質，真正達成篩檢的功效，確實篩檢出高度危險的病人。

在社區行動醫療部分，以社區親善服務、社區義診提供社區學校、機關、團體健檢及衛教宣導，每月定期深入社區辦理義診，並配合衛生單位的公共衛生網絡，透過出院計畫、居家照顧、轉診等社區服務，



協助偏遠衛生所防治結核病，有效掌握病人行蹤。確保民眾免於胸腔疾病之恐懼，不斷努力追求最新的醫療知識與診療方法，構築一個與現代最新醫療進程相適應，結合公共衛生醫療體系，建置全國結核病診治研究中心。

成為結核病診療與教學研究之領航者，這是根深蒂固於員工內心深處的中心思想。如此獨特的定位，更堅定醫院的服務熱忱，出動X光巡迴車時，相信在專業的引領下，能帶給民眾更優質的醫療服務。目前與衛生局及衛生所社區公共衛生照護體系充分結合，有效掌握肺結核病高危險群，即時派出X光巡迴車到場為群體接觸者進行胸部X光檢查，並於一週內提出具診斷報告資料。速度之快、效率之高，加上優良的照護團隊，建立起重重把關的肺結核防護網，提供民眾最放心的診療環境。此外也經常性辦理學校及社區團體胸部X光檢查，並且結合鄰近學校、衛生局所及社區資源網絡，每年辦理衛生防疫、社區健康促進、健康主題宣導活動，增進民眾預防保健知能，並落實偏鄉行動醫療服務，深耕社區，以達到醫療資源的可近性、可受性，營造健康社區。

## 四、醫院故事

### （一）花蓮醫院故事——視病猶親

有位七十幾歲的老阿嬤，因年輕的家屬都在外地工作，阿嬤獨自一人住在豐濱鄉部落裡，某日因煮水洗澡不甚被熱水燙傷小腿部位，老人家相信部落裡流傳傳統的古法治療方式，用尿液浸濕衣物敷在燙傷傷口上，導致傷口感染變成蜂窩性組織炎。因阿嬤為花蓮醫院豐濱分院巡迴醫療的老病人，於巡迴醫療時段，阿嬤並沒有如往常現身看診，致醫師及護理人員不放心，於巡迴醫療結束後趨車前往阿嬤家中訪視，才發現阿嬤的燒燙傷如此嚴重。要帶阿嬤回豐濱分院住院照顧，阿嬤考量住院費用及家中無人等等因素，堅持不肯隨醫療人員回院治療。經醫療團隊七嘴八舌

討論後，護理人員說「她如同我自己阿嬤，我志願每天幫她換藥」。往後的日子，護理人員果然每天利用下班時間，自己開車前往阿嬤家中為阿嬤換藥，在護理人員貼心的照顧下，阿嬤的傷口很快的康復了。

聽到上則故事感觸良深，或許一般民眾不像醫護人員一樣具有專業的醫學知識，所以在面對醫療情況時會不知所措。又，部落的長者至今還相信並沿用祖輩流傳下來的古老療法，讓人感到錯愕。城市與偏鄉醫療資源差距、老一輩與年輕一輩觀念衝突、正統醫療與古法醫療的競合在部落裡同時存在；所以醫護人員必須能設身處地、能將心比心的站在她們的立場去考量，才能多為她們做些什麼。醫療不只是醫治病人的病痛，也應該包含撫慰病人的心，並考量病人周遭環境，以同理心去解決他們面臨困境。

### （二）新營醫院故事

開車走在蜿蜒的山路上，關掉冷氣搖下車窗吹著自然涼風，每個星期都要走一趟，享受這都市繁華所沒有的天然氣味，在臺南東山這一個盛產龍眼與柑橘的山區角落，實踐與這裡和善好客里民的一個約定；胡阿嬤看到我總是笑瞇瞇的，叫到她進來看診，總問她頭暈好點麼？老人家總是苦笑著說：「老症頭了，吃藥就好一點」，也總說：「又忘了今天是禮拜三要來拿藥，我兒子從臺北打電話來問我今天去拿藥沒？才想起來。」後頭總接著說：「我兒子說這位醫師人很好要趕緊去給他看。」我笑著回答：「你兒子又沒有看過我，怎麼知道我人好不好？」阿嬤回答：「上次我兒子放假回來有給你看過啊，他咳嗽吃你的藥就好了啊，他告訴我：『阿母這個醫師人很好，要記得給他看。』」說真到我早已不記得他兒子的容貌，但是離家遊子關心母親健康卻又不能時常在旁服侍的心情，卻一直在我心中迴盪，久久不散！每次看著阿嬤瘦弱稍有駝背的身影離開，心裡想著下禮拜他的兒子一樣會打電話給在老家的母親：「阿母，記得去拿藥喔。」

### （三）恆春旅遊醫院故事——在社區角落重拾光明的阿嬤

尋常的日子，巡迴醫療小組來到滿州里德這個小村落，一如往常的服務鄉民及獨居長者，在長廊的角落裡不經意看到一位阿嬤，用膠帶貼著自己的眼皮，醫護人員心中充滿著好奇，向前去關注，當醫護人員詢問阿嬤為什麼眼皮上要貼著膠帶？阿嬤氣沖沖的說道：「我一人包車從恆春遠到高雄的眼科就診，光是幾千塊的車錢就籌了很久，結果到高雄，眼科醫師請我改看其他科，而且要到恆春鎮上就醫太不方便、路途太遠，叫車去看醫生很貴。」於是家中兩個老人家束手無策都不知該如何處理，也搞不清楚到底要看哪科的醫師，左思右想索性用膠帶將下垂的眼皮固定住，才不會影響她的視線。

當場巡迴醫療小組的成員，將阿嬤的情形牢記在心，回到醫院後，幫阿嬤尋找相關的醫療資源、就診訊息，每週一次的偏鄉醫療服務，將這些訊息帶回去給阿嬤，並請醫師到村裡去評估，免阿嬤舟車勞頓，最終在曾院長及外科葉醫師支持下，幫阿嬤割雙眼皮，終於解決了長期生活不便的問題。

社區義診時再度見阿嬤，阿嬤很開心，笑咪咪的頻頻向我們醫療團隊道謝，說她現在的生活方便多了，家人也不用擔心她會絆倒，放下心中大石頭。

醫護人員們拍拍阿嬤肩膀，牽住阿嬤的手，稱讚阿嬤割雙眼皮後變得更漂亮，氣色更好，阿嬤不好意思，臉蛋微微紅起，一邊搖搖手說：「捺無、捺無（臺語）。」我想那就是世上最美麗的女人。

### （四）臺東醫院故事

林先生，獨居未婚、無固定工作、經濟收入不定，於2012年11月分因腎衰竭入住臺東醫院，唯一的家人（哥哥）定居在桃園，多年未聯繫。住院期間醫療團隊給予完整的醫療照護；也不斷地協尋家屬、聘請專人看護照顧、申請耗材費用的補助，協助辦理福利

身分，結合醫療、福利等資源，落實照顧弱勢的公醫責任。

2013年2月初林先生因病情惡化，轉入呼吸照護病房，數次發出病危通知但兄長皆未出面。雖然家屬放棄病人置之不理，但醫院不離不棄，持續整合團隊的力量共同維護其獲得妥善醫療與人性尊嚴的權利，社服室更不間斷的以電話追蹤關懷其兄長，也多次協助將醫療相關說明書以郵寄方式轉達給兄長，期盼能動之以情，讓兄長回來探視林先生。雖然最後兄弟仍未能見上一面，但兄長最終還是回來辦理林先生的後事，在家屬無法出面處裡的過程裡，我們的協助及不放棄，不僅是協助病患、也是協助家屬，更是協助一個家庭。

在醫療的崗位上，秉持著用愛心、關心、同理心守護鄉親的健康，是醫院的責任，也是醫院全體同仁莫大的榮幸。

### （五）旗山醫院故事

林小弟出生時就因為缺氧窒息導致有中風合併左側肢體功能障礙，在2006年間到醫院復健科就診，經醫師診察後就斷斷續續接受復健療程。林小弟是一位個性非常開朗活潑的小弟弟，喜歡棒球等球類運動，治療期間曾提及喜歡陳金鋒及林智勝等明星球員。

2010年底因緣際會下，前職棒徐生明總教練因父親來院就診之故，教練的母親給了我一顆徐總教練的簽名球，當時林小弟看了非常的羨慕，並希望有機會能請我幫他要一顆簽名球，但他曾經的口頭願望也因為時間而淡淡遺忘。

2012年6月19日在泰利颱風侵臺的前一天，新聞播報「六龜大雨國中學生疑撿鞋溺斃」新聞畫面時，畫面家屬似乎眼熟。隔天到醫院上班時就接到同事的電話說林小弟走了，瞬間明白昨晚的新聞事件就是在醫院接受復健治療那天真活潑的林小弟。

林小弟的離開對於正在治療他的同事無疑是心理

一大衝擊，隔天復健科同事便開車至六龜為他上香，也帶了預備教他運球的籃球給他。剛好醫院也邀請徐生明總教練來院演講，一直淡忘那曾經的口頭願望瞬間浮現，因此特地聯繫徐生明總教練並取得徐教練及陳金鋒簽名球，於告別式前送上簽名球，才完成了林小弟生前的願望。

#### （六）南投醫院故事

南投醫院位於南投縣，地處醫療資源缺乏鄉鎮。除了持續緊急重症醫療及特殊（洗腎、呼吸）治療外，也不定期提供醫療人力及資源中寮鄉、信義鄉無醫村義診，鹿谷鄉巡迴醫療，及各項救災醫療服務，彌補當地醫療提供不足之困境，增加醫療服務之可近性，提升醫療服務品質。

八八風災時，通往南投信義鄉的道路中斷。南投醫院急診室洪世昌主任，在第一時間，背著重達5公斤的醫療包，不顧道路坍方的危險，爬山涉水徒步進入山區，冒著被落石擊中的風險，深入南投信義鄉神木村東埔部落，為與外隔絕的村民看病。醫療包裡裝的都是慢性病和急救用藥等，當東埔居民一看到他，反應相當熱烈，尤其對山中罹患慢性病老年人來說，更是珍貴，不致於因風災而加重病情，無法得到妥善照護，且洪主任持續在部落診療，俟救護直升機空送醫院，其他替代醫療人員後才離去。南投醫院為公立醫院，負有配合國家醫療衛生政策使命，尤其是偏遠地區的醫療服務。在天災發生時，展現醫護人員為病患犧牲奉獻的偉大情操。

### 第二節 離島醫療

臺灣共有368個鄉鎮市區，其中有19個鄉鎮位於離島地區，分別屬於5個縣，居民人口數達二十二萬多人。這些地區受限於地理位置、生活機能 and 交通條件，比較難以吸引醫事人員前往執業，相較於臺灣本

島醫療資源明顯不足。離島醫療市場屬於淺碟型，因為人口數量少，交通不便，加上民眾對醫療照顧期望甚高，在經濟成本考量下，較少私立醫院願意投入這個小市場，因此離島民眾醫療照護需求與政府公共衛生政策，端賴公立醫院提供與執行，保障基本生命人權。另外，離島醫療資源受醫療機構規模、醫師羅致困難及醫事人力質量分布不均等因素影響，無法完全滿足地區民眾醫療需求。目前解決偏遠地區和離島地區居民醫療需求的方式有二種，包括行動式巡迴醫療與建置全天候快速的轉運系統。

所謂行動式巡迴醫療，即利用醫療車或船開往偏遠山區或小島，車上有藥品和簡單醫療設備，這方式對慢性病照護可發揮一定功效，但若遇有急重症發生，則無法提供適切的診治工作，這些急重症患者仍必須克服交通上的距離送到醫療設備人力較完善的醫院，這也是居住在離島的居民就醫最大的困難，常因運送的時間而延誤治療黃金時間。而建置全天候快速的轉運系統，例如直升機，興建連結大、小島嶼之間的橋樑等，以快速交通工具來克服就醫距離的障礙，爭取黃金救治時期，但直升機囿於天候和起降場所，並非皆可飛行，另外在價格成本上亦十分昂貴，非一般民眾所能負擔。

目前較大型的離島醫院多為公立醫院，由政府架起防疫和醫療保健的網絡，目前衛生福利部轄下的離島醫院計有衛生福利部澎湖醫院及衛生福利部金門醫院。

#### 一、澎湖醫院

澎湖醫院創設於1895年6月（圖4-43），為最早創立的衛生福利部（前行政院衛生署）所屬醫院，原稱「澎湖島病院」，隸屬於日治時代的澎湖廳，利用清領時期廟宇權充院舍，設有內、外科。當時為澎湖民眾信任及依賴的醫院，民眾稱為「大病院」。1945年臺灣光復後，改為「臺灣省立澎湖醫院」。1958年7月拆



除木造舊院舍，在原地改建鋼筋混凝土水泥空心磚院舍，並於1959年6月4日落成(圖4-44)，由美援補助充實設備，復於1987年6月增建二樓病房並於翌年2月完工正式啟用。1999年7月1日因精省之故，更名為「行政院衛生署澎湖醫院」迄今。澎湖醫院位處馬公市中心，濱臨港口車船交通便捷，占地約一甲，另有安宅院區約兩千餘坪於1982年7月籌建，為當時臺灣省唯一的離島醫院，2004年1月又於現址增建精神療養大樓一棟，目前已啟用116床精神科病房，全院總病床數233床，前寮院區護理之家49床。

為了整合澎湖當地的醫療資源，原隸屬於衛生福

利部(前行政院衛生署)的澎湖醫院，依據2002年行政院「公立醫院多元化經營專案小組」第三次會議決議，2004年5月1日起委託三軍總醫院經營(圖4-45)。2005年10月13日住院醫療服務由中正院區遷入前寮里「衛生署醫療大樓」，定位為澎湖地區急重症醫療中心，而中正院區定位為門診院區，則改為提供一般門診醫療、復健治療、洗腎及簡易的急診服務，實際邁入澎湖醫療整合作業初階。2006年9月1日起澎湖醫院及三總澎湖分院同樣由吳清平院長掌理(圖4-46)，並自2007年8月起二院全面整合，包含內、外科醫師聯合值班、護理長相互支援及調動、強化衛生署醫療大

4-43 1895年木造宿舍。

4-44 1958年建造，歷經整修，於2008年舊院區拆除新建醫療大樓，目前僅保留署澎湖舊大門及地下防空洞，並列為澎湖縣歷史建物。

4-45 委託三軍總醫院經營。

4-46 澎湖兩大醫院吳清平院長履新。



4-43



4-44



4-45



4-46

樓急重症及行政中心、中正院區急診室簡易化等方面之整合。澎湖醫院因委託經營案，原中正院區醫療大樓改建工程，配合醫療資源整合重新調整規劃，但因當時鋼筋物料大漲，工程歷經九次流標，遂於2007年7月完成發包，於原地點旁基地興建一棟醫療大樓(圖4-47)，並將其定位為門診大樓，提供一般門診醫療及護理之家，工程於2009年3月完成驗收取得部分使用執照，並於同年5月完成門診醫療業務搬遷。澎湖醫院委託三軍總醫院經營約五年，最後因二院整合期間因遭遇人事、會計、法規困難，地方意見領袖意見分陳，2009年6月30日恢復自主經營回歸衛福部，澎

4-47 新建門診醫療大樓。

4-48 美籍護理師白寶珠女士。

4-49 美籍護理師白寶珠女士為澎湖居民看診情形。

4-50 美籍護理師白寶珠女士借用澎湖醫院成立特別皮膚科門診。

湖醫院立刻著手修繕中正院區部份病房與特殊單位，將住院醫療由前寮院區搬回中正院區，而護理之家則因醫療空間不足繼續留置於前寮院區。為了恢復自主經營，衛福部除了補助澎湖醫院各項硬體設施、醫療設備外，要求各所屬醫院無薪支援各科醫療醫師，以提升醫療服務能量，而澎湖醫院醫院本身也積極提升行政、醫療人員專業度，展開另一個新的里程碑。

在醫療保健服務方面，除了一般醫療外，為服務澎湖當地麻瘋病患，1992年美籍護理師白寶珠女士(圖4-48)借用澎湖醫院成立特別皮膚科門診(圖4-49、4-50)，白女士來澎湖服務麻瘋病患者前後54年，並曾



4-47



4-48



4-49



4-50



於2007年4月1日獲頒國家最高榮譽「紫色大綬景星」勳章，白女士2008年4月8日在澎湖醫院護理之家辭世，成為澎湖醫院永遠的白阿姨。另外，為解決澎湖縣各離島居民的基層醫療需求，1995年打造完成一艘長25公尺的醫療船「澎醫壹號」(圖4-51、4-52)，定時、定點為二、三級離島提供醫療服務，雖然受限於天候與季節因素影響，醫療船僅能在每年3月至10月期間巡迴醫療，且因醫療船上僅能提供一般科與牙科，服務有限，最後移撥他縣市使用，但服務期間仍對於離島民眾的基層醫療帶來莫大的方便性。2003年4月離島面臨了SARS疫情的威脅，澎湖醫院肩負照護及後送感染SARS病患的重責(圖4-53)，因不排除爆發院內感染的可能性，澎湖縣為了防堵SARS入侵，除了馬公之外，澎湖的二級離島，採取封島或半封島措施，拒絕遊客進入。

澎湖縣為臺灣唯一的島縣，醫療資源匱乏，縣內人口老化問題嚴重，雖有醫學中心就地支援，但病情

嚴重者仍需空中後送至臺灣就診，在符合緊急醫療救護原則，必須掌握黃金處置時效以免危急生命，立即轉送至高雄地區醫學中心治療。此外，澎湖縣因醫療資源受醫療機構規模、醫師羅致困難及醫事人力質量分布不均等因素影響，無法完全滿足民眾需求，澎湖醫院為提升在地醫療救護能力，積極爭取中央補助及專科醫師支援，以充實醫療人力與設備(圖4-54)並降低空中緊急後送率，近四年來空中後送人數已逐年下降。另外，針對無法處理之急重症病患，建立轉診後送協調機制，若確定島內無法處理後，由衛福部空中轉診審核中心審核後，立即聯繫高雄地區之醫學中心安排後送，讓急重症病患能迅速獲得適切醫療，待病患病情穩定後，可經醫師評估再轉介回當地醫院繼續治療或追蹤。另外，為克服離島民眾就醫的地理障礙，澎湖醫院也建置遠距醫療視訊會診，與澎湖地區各離島(如員貝、吉貝、將軍、七美、望安等)及高雄榮民總醫院多點遠距醫療視訊會診，透過建立之醫



4-51



4-52



4-53



4-54

4-51 醫療船「澎醫壹號」。

4-52 「澎醫壹號」醫療船為二、三級離島提供醫療服務。

4-53 SARS期間消毒防治與船隻後送病患。

4-54 全澎第1臺64切電腦斷層掃描儀。





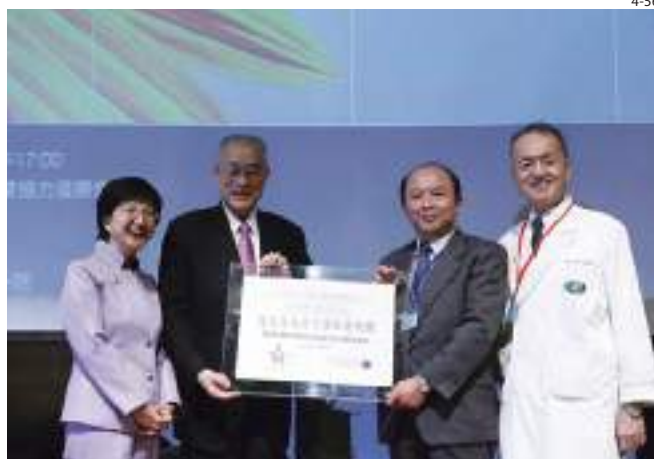
4-55



4-56



4-57



4-58

4-55 遠距照護及教學。

4-56 護理之家。

4-57 每月辦理 20-30 場社區醫療活動、衛教宣導講座等。

4-58 2012 年獲 WHO HPH 認證。

療服務網路、縮短空間距離與增加時間之可利用性、平衡城鄉醫療資源分布不均，提升醫療服務品質。另外，每月至少辦理一場遠距視訊醫事人員繼續教育訓練課程，以提升學識專業之水準；定時召開討論會針對特殊病例研商、檢討，以達雙方專業技能之進步(圖 4-55)。

在精神衛生醫療方面，澎湖醫院除了公立醫院疾病醫療照護外，也扮演在澎湖地區執行公共政策的任務。目前是島上唯一有精神科急、慢性照護病房的醫院，設有急性病床 36 床，慢性病床 80 床，提供離島完

整的精神疾病醫療業務。另外，2007 年 11 月起成為唯一提供美沙冬替代療法之醫院，有助於煙毒癮患者遠離毒害，逐漸恢復其生活和工作功能。在長期照護方面，有優質的護理之家照護團隊提供完整的跨團隊專業照護服務及喘息服務。包括家庭化、人性化的膳食服務、聯結社區資源，使住民融入在地生活、重視住民生活品質，定期舉辦康樂活動等(圖 4-56)。

在預防醫學與保健方面，除了辦理子宮頸癌篩檢、乳癌篩檢、口腔癌篩檢、大腸癌篩檢四癌健康篩檢，提高癌症篩檢涵蓋率，落實陽性個案追蹤管理(圖



4-59 2012年榮獲無菸醫院銀獎。

4-60 2012年榮獲減重績優醫院。

4-61 獨居長者服務及住院關懷協助。

4-62 與醫學中心建立合作計畫。

4-57)，也提供中小學學童健康檢查以促進學童之健康外及不定期辦理登革熱宣導及防疫、塑化劑衛教及諮詢，流感、H1N1等免費疫苗預防接種，並積極參與防疫工作，達到避災、離災，優於防災、救災效果。除此以外，澎湖醫院也積極成為健康促進醫院，推動五大健康促進行動策略及各項子計畫(圖4-58)，包含無菸醫院(圖4-59)，高齡友善醫院、減重(圖4-60)及各項社團活動，除了民眾健康維護，也重視職場健康促進議題。

除此之外，為執行為衛福部照顧獨居老人的政策，

2012年起提供獨居老人(榮民)關懷訪視(圖4-61)、送物資、健康管理、居家訪視與精神居家照護，減少家屬奔波及社會成本。另外，在社區健康營造也支援澎湖監獄、老人之家、西嶼及湖西復健中心，以提供受刑人、老年人就醫之方便性。此外，為因應澎湖離島的觀光推動，澎湖醫院亦支援泳渡澎湖灣、全國運動會之帆船競賽等大型活動，提供參與民眾醫療救護後援。

為能持續提升偏遠離島地區之急重症醫療品質，衛福部積極推動澎湖離島多項政策如「醫學中心支援



計畫」(圖4-62)、「心血管照護中心之成立與運作之計畫」等，羅致專業人才以提供急重症醫療服務，為澎湖鄉親提供完善之醫療照護，並落實在地化醫療政策。未來澎湖醫院將持續朝逐步求新求變，重視「紀律、品質、績效」，講求「正確、正義、正直」的行政規範。另外，在醫療業務方面，除強化急重症醫療效能、落實在地醫療的目標(病人不動醫師動)，提升化療成效、增建房舍與購置先進儀器以外，並加強與衛生局、三總分院、本縣開業醫師及臺灣本島區域級醫院的密切合作關係，共同建構優質的醫療環境，降低病患轉診後送率，徹底解決鄉親就醫問題。

## 二、金門醫院

金門地區過去長期處於軍管狀態，民風保守，思想較封閉，醫療資源也較缺乏，2005年因應國軍精進案政策，軍醫院裁撤，金門民眾更頓失60年來的長期醫療支助。另外，因境內無大型醫學中心，也較缺乏相關之專科醫療人才，若遇急重症、新生兒疾病照護及超出醫院服務量能之病人，需轉診至臺灣本島醫學中心治療，無法於短時間內及時轉送就醫，就醫可近

性受限。金門醫院目前為金門當地僅有的一家醫院，除衛生所及一般診所外，尚無其他較大型醫療機構提供醫療服務。金門醫院以「執行政府衛生政策，提供優質醫療服務」為宗旨，針對社區醫療需求提供醫療服務，落實公立醫院角色。金門醫院屬地區醫院層級，除肩負金門縣居民及小三通旅客健康守護的責任，亦扮演金門醫療網中心的重要角色。另外，在兩岸三地開放小三通後，經商及觀光往來人數逐年增加，因中國大陸目前仍為某些傳染病流行地區，而金門縣位於臺灣與中國大陸間之交通樞紐，金門醫院為大陸防疫的第一關，在配合疾病防疫業務上，擔任前線防疫守門員的重要位置(圖4-63)。

為改善偏遠地區醫療設施，充足在地之醫療照顧，衛生福利部編列預算，並由金門縣政府提供土地，共同興建醫療大樓，改善金門醫院硬體設施。精神科大樓於2012年年底啟用，綜合醫療大樓於2013年4月分竣工，並預定於2013年底啟用，預計新購核磁共振造影(MRI)、電腦斷層掃描儀(CT)、肌電圖檢查儀、透視X光機、4D婦科超音波、眼科532雷射等儀器，屆時將大規模更新金門醫院硬體建築及醫療設備

4-63 金門醫院地理位置圖。

4-64 總統馬英九在2012年11月11日抵達金門，親臨金門醫院了解現況與新建醫療大樓工程進度。



4-63



4-64





4-65



4-66



4-67



4-68



4-69

- 4-65 「居家照護」活動。
- 4-66 「預防醫療」活動。
- 4-67 下鄉執行整合式篩檢。
- 4-68 下鄉執行整合式篩檢。
- 4-69 醫學中心支援醫療業務。

(圖 4-64)。

金門醫院在以「強化服務品質、落實醫療在地化」為前提下，持續營造「追求病人安全照護」之醫療服務文化，執行健康促進與疾病篩檢，如「癌症篩檢與治療」、「預防醫療」及「居家照護」等，皆是必需肩負之診療責任，以期達成「在地之全人照護目標」(圖 4-65、4-66、4-67、4-68、4-69)。為提升離島醫療服務品質，金門醫院加強與醫學中心合作，持續邀聘醫學中心級名醫抵金門診療，滿足金門民眾的醫療需求、強化醫病關係及醫院形象。另外，也與臺北榮民總醫

院共同合作執行「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫(簡稱IDS計畫)」，設置轉診病患服務單一窗口，協助病患辦理轉診至臺北榮民總醫院就醫。

另外，為照顧離島中的離島，金門醫院也在烈嶼鄉(小金門)開辦一般門、住診、復健治療、血液透析等業務，提供一般內科、外科、婦產科、小兒科、牙科、眼科、耳鼻喉科、復健科等門診，提供10床一般病床及6床洗腎床服務烈嶼病患，減少病患舟車勞頓之苦(圖 4-70、4-71)。

在公共衛生防疫政策執行上，金門醫院曾經配

4-70 照顧離島中的離島。

4-71 於烈嶼鄉(小金門)開辦血液透析服務。

4-72 傳染病防治醫療網桌上演練。

4-73 發燒篩檢站。



4-70



4-71



4-72



4-73



合紅十字會，接收經小三通路徑轉送開放性肺結核遊民病患，協助找尋臺灣家人及返臺安頓，診療並與新北市社會局及衛生局多方溝通，接續返臺後治療。另外，也提供診療潛伏性治療孩童，免費提供新生兒卡介苗疫苗接種，無償配合及協助衛生局結核病之相關業務(圖4-72、4-73)。

除此以外，金門地區領有慢性精神疾病身心障礙手冊者共約有450人，比例和臺灣本島相仿，以實際長住人口計算，比例高於臺灣本島，顯見精神醫療在金門離島的重要性。金門醫院向日葵(精神科)大樓(圖4-74)設有精神急性、慢性病房、日間留院，除提供身心科住院、美沙冬治療外，一樓大廳更設有由康復商店，提供康復病友工作復健機會，協助精障弱勢病友復健回歸社會。

金門醫院未來將持續提升醫療品質，促進公共衛生，並積極羅致醫療機構體系之醫療精英蒞院服務，以提升急重症醫療照護能力與服務品質、逐年降低急重症病人轉出比率、落實醫療在地化，提升金門地區

民眾對金門醫院緊急醫療服務的滿意度，朝提升至區域醫療水準而努力。

### 第三節 未來展望

偏遠地區因地理環境特殊，無法吸引醫護人員前往執業，導致醫療資源普遍缺乏，為了滿足當地民眾醫療需要，衛福部為改善偏遠離島醫療，每年均有編列預算實施「山地離島地區醫療給付效益提升計畫(Integrated Delivery System，簡稱IDS)」等多項政策，服務內容涵蓋急重症醫療照護、專科醫療照護、遠距會診、醫事人員教育訓練、轉診轉院服務等項目。希望藉由導入鄉外健保醫療資源，協調整合醫療院所及山地離島地區衛生所，共組醫療合作團隊，以分工合作的方式及責任制度的觀念，全面改善山地離島地區整體健保醫療服務品質。

此外，也希望藉由多項整合性計畫，能有效提高鄉民就醫的可近性和品質，並進而由保健層面的篩檢

4-74 新建向日葵大樓啟用典禮。

4-75 此為澎湖醫院公共藝術品，代表澎湖醫院救護先鋒團隊在澎湖縣守護健康、平安角色。(由醫師、護理、行政擬人化海豚代表)



4-74



4-75



和健康檢查工作，促進鄉民健康讓當地居民得到更完善的醫療照護。並積極培訓當地優秀人才學成後返鄉服務，以滿足當地居民基本的專科醫療照護服務。逐步提升離島地區醫療水準及醫療品質，落實醫療在地化，降低縣外醫療比例，建立民眾對在地醫療服務之信心。

### 一、澎湖醫院故事一

從臺中來到被稱為「世界最美麗海灣」遊玩的年輕小夥子蘇先生，無預警地突然發生強烈胸痛，緊急被送至署澎急診室，經過詳細檢查與評估後，確定是「急性心肌梗塞」，病人陷入強烈的恐懼及痛苦中，而在臺灣本島的家人更急得像熱鍋上螞蟻，卻什麼也幫不上忙。醫師確定須緊急空中後送，而急診室這邊一面穩定病人的心臟功能，急著辦理、連繫繁瑣空中後送手續外，另一面還要照顧、安撫病人及家屬情緒。經過分秒必爭後送過程，醫師護士陪同上了直升機，嚴密監控及穩定病人的生命徵象，著陸後再轉送救護車，終於順利後送至醫學中心，現在的他，擋下了死神之手，又開始人生另一旅程！目前澎湖醫院為了能在地，能就地進行心導管治療，正積極成立心導管室中，希望在專業的醫療系統下，讓更多人獲得完善的醫療！（圖4-75）

### 二、澎湖醫院故事二

空中後送醫療過程有時是充滿了預想不到的曲折過程，但醫療人員的盡心照護，病患的病情端峰迴路轉，重現生機。這是一個腎衰竭病人的真實故事，其因心肌梗塞搭乘直升機後送，卻因高齡體弱，器官衰竭等因素病情惡化，醫學中心醫師建議返澎安寧照護，返鄉時又因氣候差，從屏東輾轉往臺南奇美醫院，隔日才搭C130軍機回澎湖，回澎後因為蔡醫師細心、用心、不放棄精神，阿嬤最後轉至普通病房，再次與子女共享天倫！家屬從傷心、無助到希望，到感謝，字句間透露出的感激與認同，就是醫護人員最大成就。

### 三、金門醫院故事

62年次的傅仰賢醫師於陽明醫學院畢業後，進入榮總服務，因為喜歡金門的生活型態，因此放棄臺北高薪的工作自動申請來金門服務，從此免去了署立金門醫院腎臟科一個禮拜、一個月換一個新醫生的窘境。

傅仰賢醫師決定來金門長駐，大大嘉惠了金門地區鄉親，病友們表示，以前換一個醫生就要換另一種藥，且又要熟悉另一個醫生，這種不便終於解除了，醫病的關係得以建立。而總是溫和笑臉待人的傅仰賢醫師，也讓無助的洗腎病友們安心，傅仰賢醫師以院為家，視病猶親，隨和待人的態度，更讓金門地區鄉親們灰色的心境，寬心不少。

以下是一則傅仰賢醫師在金門醫院服務期間，病患家屬於商業周刊所寫的一封信：

親愛的傅醫師 仰賢先生：

2009年5月29日清晨，在您慈悲而專業的判斷下，准許家母以「緊急醫療後送」返臺，終於完成母親的願望：「不管在任何時間、任何情況下，都要回到自己的家鄉。」

5月間，我帶領社區老人會鄉親，到福建、廣東客家莊一遊，母親韓鍾員妹不慎跌倒傷及後腦，因傷重於大陸緊急搶救數日。當時，一心只想：儘速將母親送回臺灣。

自金門返臺途中，顛簸飛行，幸好有您隨行，親自以那濟世救人的雙手，扶著家母的頭部，避免再受傷害。在您專業、細膩、周到而又富有愛心的照料下，家母平安返臺。身為家屬，至為感激！

返臺後，家母因傷重於6月17日辭世。在召開家庭治喪會議時，提及您親自雙手照護母親頭部二個多小時的事實，家屬均感佩激動不已，我們感恩在心，未曾或忘！鄉野之人無以為報，謹致謝函一紙，敬表誠摯謝意。

敬祝 安康



## 第五章

# 全人整合 醫療

徐永年、李孟智



## 第一節 緣起

「以病人為中心」的醫療照護模式，一直以來均為衛生福利部（前行政院衛生署）及各醫院所重視及追求。隨著資訊化與全球化的變遷，民眾對於醫療服務非僅止於傳統的需求，傳統「父權模式」的醫療服務，已不符民眾醫療需要。因此，為滿足民眾的期待，提供更完整的醫療服務，網絡式（整合性）的醫療照護模式逐漸形成，即在臨床醫療照護過程中，提供跨專業領域的醫療服務，同時將病人或其家屬納為醫療團隊成員之一，使其能在醫療資訊充足的情況下，共同參與臨床醫療決策。

「全人整合醫療」乃分析評估病人可能的臨床風險，對不同風險等級之病人給予不同照護模式，並且提供主動預警的網絡式醫療照護模式，為病人打造「量身訂製」的醫療過程。網絡式醫療照護模式最主要的照護對象為醫療高風險的住院病人，所有病人入院後，在其住院過程中，醫護人員藉由觀察病人病情的變化、病人及家屬對於治療的滿意度，隨時更新整合照護通報系統。

臺中醫院及桃園醫院分別於2005年及2010年開始成立「全人整合醫療中心」。「全人整合醫療中心」乃於2005年由臺中醫院當時的徐永年院長在全國首創及推動，成效極佳，後應邀於國內學會發表經驗，引起醫界回響，各醫院紛紛邀請演講及到院參訪。後於2009年7月受到中央健保署中區分局（前中央健保局中區分局）的邀請並發表新照護模式，中央健保署開始鼓勵中區醫院發展整合醫療並給予品質獎勵，至2010年至2011年第三季共有27家醫院加入，兩年內收治個案有15,047人。由此可見，「全人整合照護模式」不但保障病人及家屬就醫過程權益，更對醫病關係改善及現行醫療環境發展極具貢獻。

## 第二節 背景說明

### 一、當前醫療面臨醫療困境，以病人為中心整合醫療服務實施有其必要性

#### （一）病人需求與醫療服務間出現落差：「以疾病為中心」與「以病人為中心」孰重？

醫學之父希波克拉底（Hippocrates）提出以「以病人為中心的醫療」觀點，然而在現今醫療體系中卻漸行漸遠。醫院所提供的服務與病患需求之間存在著差距與隔閡，目前的醫療大多以「疾病為中心」，目標在治療疾病、緩解症狀、延長生命；醫療資訊以權威式單向輸出，醫師主觀決定提供資訊的內容與方式；會診轉介侷限於專業片斷的界面，治療目標偏重科學處置結果的量化價值，疾病診治程序由醫師全權決定。正如歐斯勒（Dr. Osler）認為「如果忽略了病人的生活品質，醫學就變成商業」。

#### （二）醫療錯誤與病人安全議題

第二個困境是醫療錯誤與病人安全，隨著醫療進步與發展，更多專業人員加入，犯錯的機率隨著增加，犯錯的嚴重度也加劇，美國IOM（Institute of Medicine）在2000年發表「犯錯是人性——建構安全醫療體系」報告中也提出醫療錯誤，每年造成多達四萬九千至九萬八千人死亡，解決的方法是必須先有醫療體系的組織再造，因而改變目前的醫療制度，才可能讓醫療人員在適當的舞臺上發揮所能，提供完全又具品質與效率的醫療服務。

#### （三）醫病關係間的緊張，醫療糾紛日益趨增

第三個困境是醫護人員揮之不去的惡夢——醫療糾紛，近來醫學注重專業訓練，醫院採用論件計酬制，醫療決策大多依賴一位醫師，在這種環境下，醫師雖有良好的訓練及專業知識，縱使醫護團隊盡心盡力，但因醫療狀況存在許多未知的變數，是故，仍然會有忽

略或意外發生造成不良結果，影響病人安全。醫護人員都以臨淵履冰的心態照顧病人，深怕一時疏忽產生遺憾，但醫護人員都明白，並非只有發生「醫療錯誤」時才會引起醫療糾紛，有時醫療過程在專業上無任何失誤，也仍會產生不良醫病關係所衍生的醫療糾紛，特別是病人或家屬接受到錯誤的訊息產生認知錯誤，或是在正常的醫療過程中產生併發症或意外時，可能會引發嚴重的醫療糾紛。醫病之間如果發生溝通不良，就算改進醫療設備與技術也無法避免醫療糾紛的困境。

## 二、因應多重疾病共病性之需求

從1970年代開始，新一代的現代化醫療服務逐漸在先進國家及後來的新興國家中建置起來，這些國家的人民平均餘命大幅增加。然而，在40年後的今日，隨著現代的醫療環境改變，我們在臨床上可以發現越來越多的病人罹患多重疾病(multi-morbidity)，意味病人同時罹患有兩種或兩種以上之慢性疾病，也意味著病人的疾病複雜度(Diseases Complexity)增加、醫療資源的耗用超乎原有的預期。

這對原本以單一疾病所設計的醫療服務體系及專科醫師制度，帶來巨大的衝擊。這樣的衝擊來自於兩個主要的原因。一、人口的老化：使得罹患多重疾病的人口數快速增加，而醫療資源的耗用則以對數的趨勢急遽擴大。因此，醫療體系被迫必須以更有效率的方式處理更多的病人。二、醫療服務工業化：醫療服務體系的分科制度及專科醫師制度，是以單一型態疾病為主，再加上健保制度的存在，更要求醫院及醫療工作人員必須依照審定過的臨床指引照顧病人——而這些指引也是以單一型態疾病為主。再者，很多新藥物、新醫療技術的開發，亦以單一疾病做考量，在臨床試驗階段，根本未考量多重疾病的病人。故在單一化、標準化的醫療服務體系，已如工業生產線一般，無法應付，病人被迫必須在多個專科或醫院之間尋求醫療服務，這導致重複、沒有效率、不適當的治療。

許多研究已指出，同樣的治療，在多重疾病病人的身上，顯現的治療效果卻是比較差的。對於多重疾病共病性的病人，因為必須投入更多的醫療人力及資源，使得醫療體系在財政及資源耗用的負擔沉重，同時也造成醫療人力相對匱乏。有些研究更指出，多重共病性的照顧，經常讓相關醫護人員陷入缺乏自信、孤單沒有支援的情境之中。

## 第三節 推動「病人為中心」全人整合照護模式

臺中醫院及桃園醫院分別於2005年及2010年成立全人整合醫療中心，在病人住院的過程中，以病人為中心、擬定合宜之醫療計畫，提供生理、心理、社會及心靈層面等全人的醫療照護。全人整合醫療透過通報與臨床風險分析系統不斷對病人進行風險預判分析，目的在預防及提早供給最適合病人的醫療照護，以降低臨床醫療風險，避免當病人有不可挽回的醫療事故時，才開始無效且又充滿醫病衝突的危機處理。以下將以臺中醫院及桃園醫院之全人醫療整合模式運作及特色逐一介紹。

### 一、臺中醫院

臺中醫院全人整合醫療團隊的特色乃是凝聚各醫療專業人員與病人及家屬之共識，為住院病人量身訂製專屬、全面而持續性的醫療服務，以真正地落實「病人為中心」之醫療照護理念。臺中醫院整合性醫療照護係指以病人為中心、擬定合宜之醫療計畫，提供生理、心理、社會及心靈層面之全人醫療照護。為因應多元化的醫療需求，百年歷史的臺中醫院秉持以「提供鄉親溫馨、安心的照護環境，為民眾健康把關的優質醫療服務」為使命。其特色如下文所述。

#### (一)醫療照護多重把關——資源整合，全面照護

臺中醫院於2005年開始推展「病人為中心」的整

合照護模式，讓病人及家屬參與治療決策，提供一個協調性、持續性、整合性的醫療照護服務，滿足病人完全「一次購足」的跨團隊醫療照護需求(圖5-1)，故成立「住院全人整合醫療照護小組」及「住院全人訪視小組」，整合團隊，結合中外醫療照護模式包括如迅速反應系統、重症照護團隊、多科整合癌症照護等。運作期間，整合醫療小組配合醫院年度策略方針，透過網路系統線上通報機制，以即時評估、即早啟動為整合醫療照護的基礎。並結合疾病個管師與出院準備服務小組，自住院至回歸社區，皆藉由疾病管理及個案管理概念，提供病人、家屬全面且完整的診療照護計畫。並於2008年因應特殊疾病或醫療照護需求，成立23項深化疾病整合照護團隊(圖5-2)。

## (二)多元化通報及啟動機制

臺中醫院整合醫療照護小組藉由多重管道(圖5-3)，針對全院住院病人品質訪視及顧客意見、醫療抱怨或爭議、聯合晨會以及醫療品質討論會等方式，適時反應全

院住院病人醫療照護的問題，或亟待跨團隊支援改善的議題，經全人整合小組會議討論後，列入通報項目。召開整合醫療討論會議，提供顧客及醫療科室需求，並滿足以病人為中心的全人醫療照護，截至2013年1月共有14項通報類別(含16項次類別)(圖5-4)。

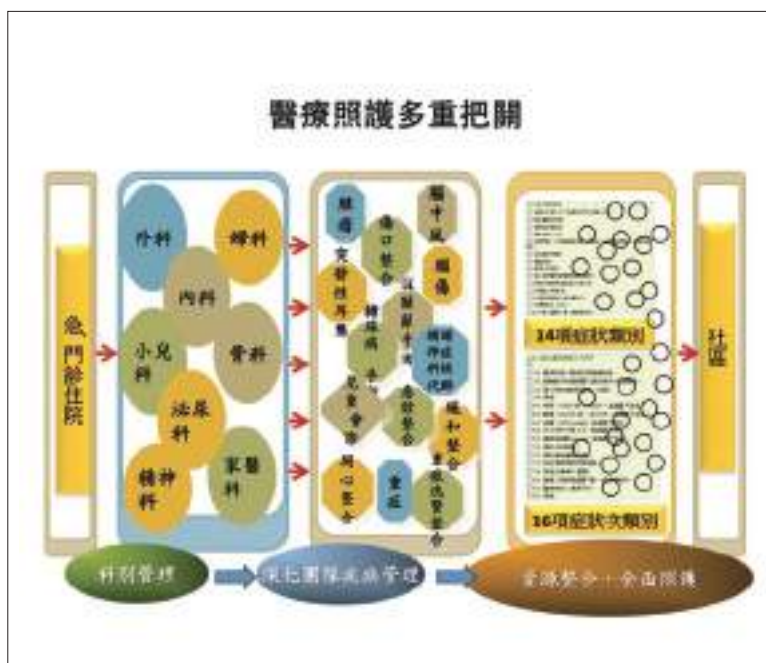
## (三)住院全人整合導入教學領域

傳統上以專門疾病照護為主的醫療，並無法符合真正以病人為中心的照護，其中如多重疾病，個人身心靈、社會、以及家庭需求更是傳統醫療照護無法兼顧的困境。真正以病人為中心的全人醫療，應該是讓醫護團隊成員能夠及早認知學習「共同目標、共享知識及相互尊重」的概念。年輕的醫療人員透過的實務運作，學習團隊如何協調彼此工作，以達到解決病人所有問題之目標，這是其他醫療機構不易學習到的領域。

臺中醫院整合醫療小組自2011年起，與教學病房跨團隊教學結合。近三年共有650人次的年輕醫師參與整合醫療討論會議。整合照護團隊會帶領住院醫師

5-1 三重保單、完整保障。

5-2 臺中醫院深化疾病團隊。

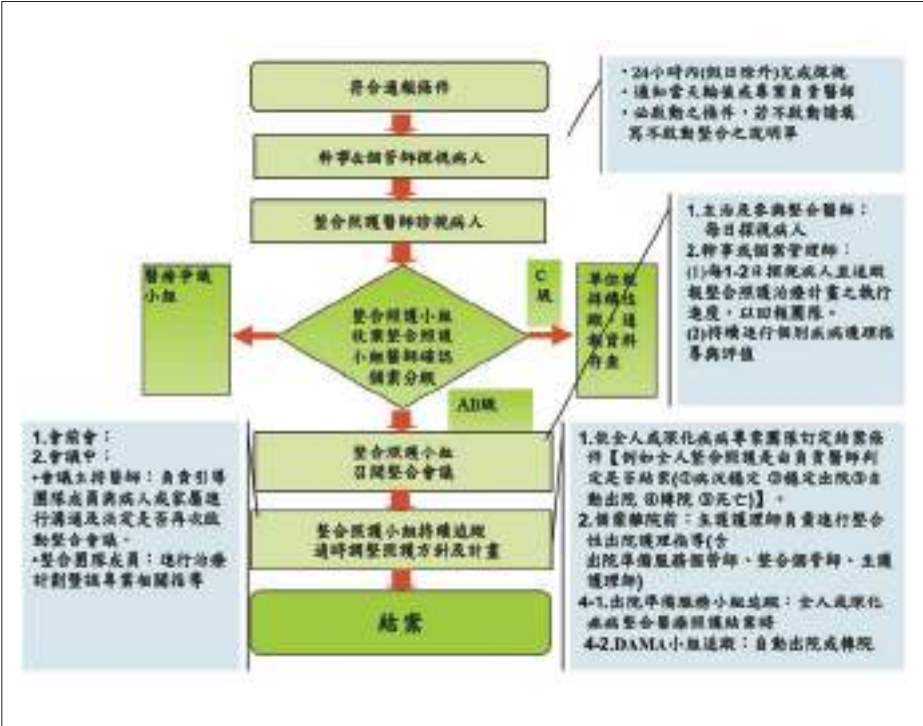


5-1

疾病深化整合 照護團隊共23個團隊
腫瘤整合照護
乳癌整合照護改善專案
高風險大腸癌患者整合性照護
遠三胸腔腫塊整合照護模式
神經結合科糖尿病整合照護
退化婦士骨盆腔腫瘤整合運作
緩和照護多團隊資源整合專案報告
落實住院中疼痛病患整合照護專案
整合性傷口照護流程專案
重症整合專案
重症洗腎整合
兒童整合性照護專案
腦傷照護整合個案
退化腦中風整合照護專案
糖尿病住院手術病患血糖控制改善專案
急診求援整合性照護
65歲以上關節手術患者整合團隊
精神科急院急代辦處候群整合照護
開心整合照護
陽性膀胱癌整合照護改善專案
癌症整合專案
侵入性肺炎整合性照護
突發性耳聾整合照護個案

5-2





5-3 全人整合通報流程圖。

5-4 臺中醫院全人整合醫療照護通報。

1. <input type="checkbox"/> 發燒>3天, 且病情仍不明;發燒≥6天。	7. <input type="checkbox"/> 醫師求援:
2. <input type="checkbox"/> 非計畫重送手術室。	7-1 <input type="checkbox"/> 急診分科爭議
3. <input type="checkbox"/> 需外科共同照護:	7-2 <input type="checkbox"/> 兩科爭議(醫師互換)
3-1 <input type="checkbox"/> 轉科病人需他科照護協助者	7-3 <input type="checkbox"/> 院主書使用裁定有爭議
3-2 <input type="checkbox"/> 需胸腔外科協助開刀(急切除外)或治療者	7-4 <input type="checkbox"/> 其他(含漸動人個案)
3-3 <input type="checkbox"/> 需小兒科協助照護者(<14歲)	8. <input type="checkbox"/> 護理人員求援
3-4 <input type="checkbox"/> 其他	8-1 <input type="checkbox"/> 護理人員發現或置不妥, 且溝通無效
4. <input type="checkbox"/> 會診科別≥3科。	8-2 <input type="checkbox"/> 醫師與病人溝通不良
5. <input type="checkbox"/> 住院天數>14天者(肺結核患者、復健病人、呼吸器治療病人、精神科病人除外)	8-3 <input type="checkbox"/> 其他
6. <input type="checkbox"/> 生命徵象不穩定:	9. <input type="checkbox"/> 病人或家屬有強烈醫療照護而惡事件
6-1 <input type="checkbox"/> 呼吸<5次/分 或>36次/分, 且處置不充足	10. <input type="checkbox"/> 門診手術或門診檢查後24小時入院。
6-2 <input type="checkbox"/> 脈搏<40次/分 或>140次/分, 且處置不充足	11. <input type="checkbox"/> 門急診14天再入院。
6-3 <input type="checkbox"/> 血壓<70/50mmHg, 且處置不充足	12. <input type="checkbox"/> ER轉至病房3小時內轉至ICU。
6-4 <input type="checkbox"/> GCS突然下降2分, 且處置不充足	13. <input type="checkbox"/> 非預期CPR (ROSC)。
6-5 <input type="checkbox"/> 重複性抽搐(seizure), 且處置不充足	14. <input type="checkbox"/> ICU病人需轉RCC者(排除胸內病人)。

或PGY學員，及其他醫事及護理人員在會議中就病人的疾病分析、診斷、治療及倫理議題(病情告知、醫療考量、生活品質考量等)、後續治療照護計畫等議題討論與分享，藉此實際醫病互動過程中，確實提升了年輕醫師的教學品質。

(四)全人整合結合實證醫學(EBM)

自2010年開始，臺中醫院整合醫療照護團隊更結合實證醫學中心，依據整合醫療會議中負責醫師、院務會議報告案例的分析，提出具團隊或跨科室團隊討論之個案，進入實證醫學討論。依臨床個案問題，由

實證醫學中心領導團隊成員，搜尋相關文獻，檢視此案例醫療處置準則，並於實證醫學討論會中分享，藉此提升團隊醫療處置能力，並增加主治醫師及病人接受醫療照護的信心。

### (五) 團隊醫療服務品質照護成效分析(指標系統)

臺中醫院整合醫療照護小組透過自我監測指標，以確保全人整合團隊之品質。自我監測指標分為服務品質、醫療品質及風險管理等三面向共 11 項。臺中醫院近三年執行全人整合服務成效，敘述如下：

#### 1. 服務品質

臺中醫院在全人整合通報及收案率，遠高於健保署中區各醫院 1% 的平均值。且顧客對醫院跨科整合服務高度肯定，近三年接受整合照護個案服務滿意度均達 90% 以上。

##### (1) 全人整合通報及收案率

全人整合通報及收案率(當月全人整合通報數[收案數]／全院住院人數[人次])／100%，排除疾病整合通報數及收案數，臺中醫院近三年全人整合通報率平均約在 10% 左右，而實際收案啟動率逐年提升，以 2012 年為例，約為 2.7%，與健保署中區醫院的平均值 1% 對比起來，相對地較高。

##### (2) 顧客滿意度

以顧客滿意度來看，經相關單位滿意度調查報告顯示近三年接受整合照護個案服務滿意度均達 90% 以上，顯示醫院所提供的高品質跨團隊整合醫療服務得到高度的肯定。

#### 2. 醫療品質

臺中醫院整合收案照護病人病情複雜，病況嚴重性偏高。回顧 2010 年至 2012 年，納入住院全人整合照護的個案平均 CMI 值為 1.5584，平均住院天數為 13.41 天，醫院收案病人疾病的嚴重度與複雜性較一般住院病人更為顯著。

經過臺中醫院全人整合醫療照護專案推動近三年

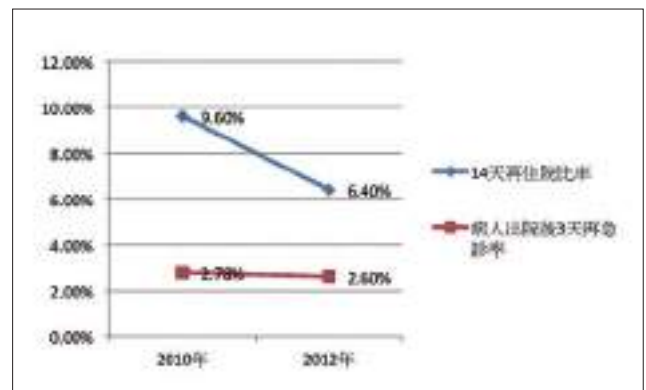
的努力後，收案病人出院後 3 天再急診率由 2.78% 下降為 2.6%，14 天再住院比率由 9.6% 下降至 6.4% (圖 5-5)，表示整體複雜與重症病人的照護品質獲得明顯的改善，同時也減少不必要的醫療浪費。

#### 3. 風險管理

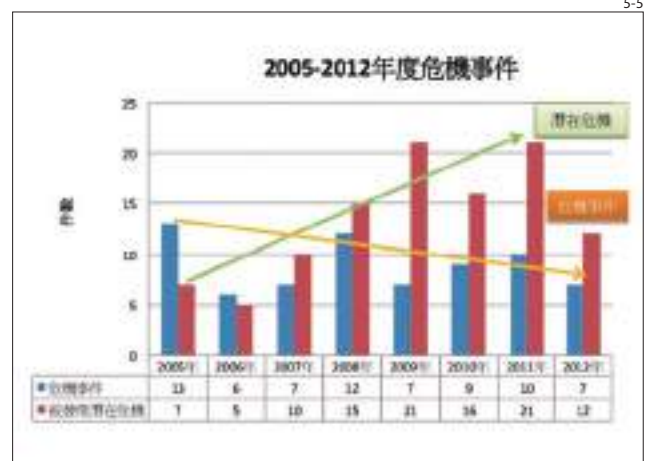
臺中醫院住院全人整合照護小組經由「整合醫療線上通報系統」，及「全人訪視小組」每週定期訪視的機制，確實能夠及早發現高風險病人，以利通報整合醫療小組負責醫師能即時啟動跨團隊整合醫療，提供病人或家屬面對面說明醫療處置決策。經溝通後形成的共識，確實降低了醫病資訊的不對稱性，增進醫病溝通，證明強化風險管理確實是有效的策略。2005 年整合醫療小組協助醫療處置至今的成效分析顯示，全院

5-5 臺中醫院 2010-2012 年整合病患 3 天急診率及 14 天再入院。

5-6 臺中醫院年度危機事件。



5-5



5-6

被發現潛在危機事件逐年上升，顯示通報文化已經逐漸養成，相對來說，真正發生的危機事件卻愈趨於穩定(圖 5-6)，這在消費意識抬頭的巨變年代，整合性照護制度的確成為改善醫病關係的有效工具。

#### (六) 建立相互尊重、彼此協調的文化

臺中醫院住院全人整合醫療服務需跨科室及各領域的團隊支援，合作文化養成需要時間與正向回饋的累積。成立初期收案條件中「需兩科共同照護」與「顧客爭議與抱怨」約各占 23%，「醫師及護理人員求援」只占 10%，顯示初期團隊只是消極地解決複雜的病人歸屬與糾紛，但 2012 年「醫師及護理人員求援」的比率則已達啟動照護個案的 45.7% (圖 5-7)。

同時，醫院內部顧客的滿意度逐年上升(圖 5-8)，顯示醫院同仁愈來愈願意投入這項全人整合照護模式，此乃組織文化建立的重要突破。實務上，近年來全院約 98% 的主治醫師均曾參與全人整合照護醫療計畫。

由此可見，以病人為中心的全人整合服務團隊醫療，已深植全體醫護人員的心中。同仁確信團隊合作可以發揮最大效能，藉由共同的目標、分享的知識及相互尊重的關係，能夠獲得良好的溝通，並且協調彼此工作。此舉不僅可以讓醫療同仁從單打獨鬥或觀望態度，轉而選擇肯定跨團隊的合作，更可提升全面的醫療品質，減輕醫療同仁面對家屬或同儕壓力之負擔。

#### (七) 深獲社會及醫療同儕肯定

臺中醫院執行全人整合醫療照護，歷經多年耕耘，不僅獲得內部及外部肯定，也透過參加國內外學術研討會的發表。迄今至少發表海報 15 篇及口頭報告 5 篇，並多次受邀至各醫療院所進行「全人整合照護經驗分享」。為有效推動臺中醫院全人整合照護制度，包括 11 家醫學中心與區域教學醫院都曾至臺中醫院標竿學習整合醫療運作模式。

臺中醫院辦理全人整合醫療照護，成效斐然，有鑑

於臺中醫院所提供高品質全人整合醫療的加值服務，確符合顧客與全民健保醫療之需求，2009 年 7 月中央健康保險署中區業務組率先提出「住院全人整合醫療服務」，並列入品質指標獎勵。2011 年受醫策會邀約至「醫院評鑑委員共識研討會」中分享，同年榮獲健保署頒發「提升全民健保醫療照護服務品質感謝狀」。

臺中醫院「住院全人整合醫療照護小組」運作是結合麥可波特(M. E. Porter)之「整合服務」及梅約醫學中心以「病人為中心」的概念，因應社會需要而改變。透過醫療團隊的溝通協調與意見整合，住院病人經科別

5-7 臺中醫院 2005-2012 年全人整合服務醫護求援比率趨勢圖。

5-8 臺中醫院 2010-2012 年內部顧客滿意度。



5-7



5-8



管理—疾病管理—醫療資源整合等多重醫療照護機制把關，擬定合宜完善的整合照護計畫，重視團隊專業精進與學習。全人整合照護經驗能提升良好的醫病關係、醫療照護品質及顧客滿意度，將「視病猶親」的理念真正落實至各醫療角落，期望未來能從醫院到社區提供垂直性整合醫療照護，提升更高品質的醫療照護水準。發揮臺中醫院院花——桂花所象徵「凝聚芬芳」之特色，形成新的醫院文化氣象。

## 二、桃園醫院

桃園醫院在2010年1月成立「全人整合醫療中心及品質訪視小組」負責此項業務，希望經由訪視更貼近病人需求。同年2月即成立「全人整合醫療團隊」，設召集人一名，由副院長擔任；專任幹事一名，由資深護理師擔任，並且建立電腦通報系統，希望透過通報系統發現需要服務的病人，期許團隊不只從醫療人員管理資源整合的角度來處理病人問題，而能進一步轉換成「以病人為中心」，兼顧病人生理、心理、靈性層面，並解決病人環境與社會問題。該年3月，針對病人疾病複雜性與加入次級預防醫學的角度，成立「深化疾病整合照護團隊」，2011年10月增加自動出院(Discharge Against Medical Advice, 簡稱DAMA)病人後續追蹤服務流程。至2012年，桃園醫院已經成立16個照護團隊。

2012年，桃園醫院的全人整合醫療中心針對過去兩年所收集的資料，開始進行資料探勘，研究發展病人風險評估系統，預計於2013年8月開始於雲端系統進行系統有效性測試與調整。2013年與臺北科技大學及中臺科技大學共同執行兩項國科會研究計畫。

### (一)跨專業整合醫療及多專科醫療服務

#### 1. 多專科醫療服務(Multi-disciplinary)

目前醫院的醫療服務，是以多專科醫療服務(Multi-disciplinary)為主，也就是說，藉由多科會診的方式，

處理病人多重疾病的問題。尤其是在遭遇急性疾病時，各個慢性疾病的專科醫師，大多會被找來會診病人，提供意見。然而，專科醫師之間，很少見面交換意見，而是留下文書會診資料，最後還是留給主治醫師及病人或家屬單獨地做決策。不僅專科醫師之間無法面對面溝通，各個參與治療的護理人員、藥師、心理師、復健師、社工師、放射線師等牽涉病人治療的人員，也只能獨自治療。研究已發現，這不但對新進的醫療人員帶來極大的挫折，而且也容易發生醫療疏失。

醫院常以病例討論會、死亡及併發症病例討論會等臨床會議，促進各個專科之間的彼此了解和溝通，同時兼具繼續教育的意義。但因為專科醫師往往忙碌而由其他人代替出席，使得這些會議成果十分有限。

#### 2. 跨專業整合醫療團隊服務(Inter-disciplinary)

跨專業整合醫療團隊服務(Inter-disciplinary)，源自於第二次世界大戰時，羅斯福總統的社區醫療服務計畫，希望藉由各個專業之間的同時對話，提升對於社區慢性病人的照護品質。自1990年起，由於病人的複雜度增加、醫療人力的增加比不上病人的增加、醫療經營效益的需求提升、對於醫療品質的要求提高，在許多國家開始引進跨專業的整合醫療團隊服務模式，不僅包括各個專科醫師，亦包含護理師、藥師、社工師等相關治療專家，病人及家屬，藉由面對面的溝通與討論，讓主治醫師、病人及家屬獲得充分的資訊，以協助他們做臨床決策，尤其在疾病之間有所衝突，或治療之間有兩難時，面對面溝通或許會較容易獲得適合的臨床決策。

但是，跨專業整合醫療團隊服務模式也有許多挑戰，例如召集大家開會比較不容易、成本較高、專業之間難以充分信任、隨著病情的改變，醫療團隊亦會不斷改變。

### (二)全人整合醫療中心與網絡式醫療照護模式

因此，在當前的衝擊之下，如何跨專業進行臨床

決策及治療，以及如何落實真正的以病人為中心之醫療服務？如何能進一步提升醫療服務體系的效能，以應付疾病的複雜度及急遽增加的病人？這是當前醫療服務體系最需要處理的問題。

對醫院來說，多重疾病的病人意味著高醫療風險及高資源耗用，因此需要合適的制度來整合對病人的照護，為了解決上述提及目前醫療的困境，減少醫療錯誤與減少不良溝通發生，醫院組織內必須建立系統性機制來偵測並發現這些情況，及時改變並補救這些情況。桃園醫院為解決上述問題應此設立「全人整合醫療中心」，希望藉由發展新的照護模式，提供病人身體、心理、社會甚至靈性上的完全照護，同時解決目前醫療環境所面臨的困境。

在過去的研究中發現住院病人75%可透過臨床路徑(Chain Model)確保品質，15%病人需要透過個案管理進行多專科照護(深化整合照護Hub-Model)，5%病人需要跨專業共同照護(網絡式照護Web-Model)，不同照護模式比較可參考表5-1。

表 5-1 不同照護模式特性比較表

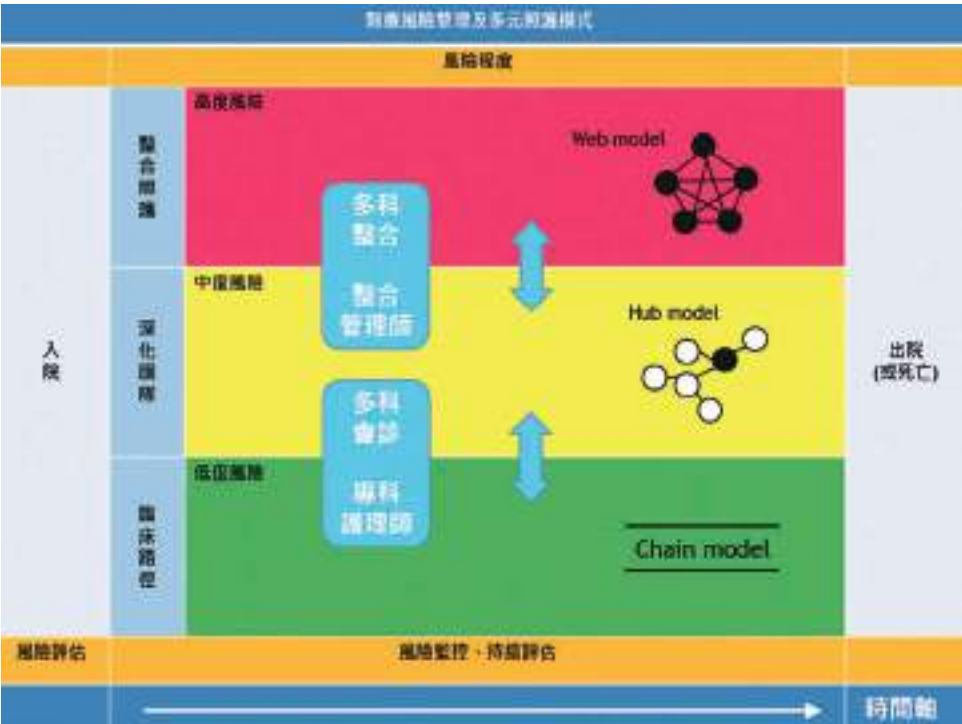
	一般模式 Chain Model	多專科模式 Hub Model	網絡式模式 Web model
照護模式	臨床路徑	個案管理	整合照護團隊
溝通方式	單一專科	跨科會診	跨專業整合
照護過程可預測度	高	低	無法預測
團隊人員共識程度	高	中	低

全人整合醫療中心透過通報系統及品質訪視，收集病人臨床資訊進行研判分級，將不同等級的病人，進行不同模式的照護，其中高風險病人由全人整合醫療中心啟動網絡式醫療照護模式，在第一時間主動提供預警式處置，可以確保醫療品質提升病人安全(圖5-9)。

1. 全人整合醫療中心主要任務

(1)藉由組織再造系統性規劃與執行，建立以病人為中心的醫療環境，使各臨床單位依病人的狀態整合各專業和服務，並達到良好溝通。

(2)以照護週期(cycle of care)為中心，組織醫療照護團隊，成立深化疾病整合照護團隊，目標從傳統的



5-9

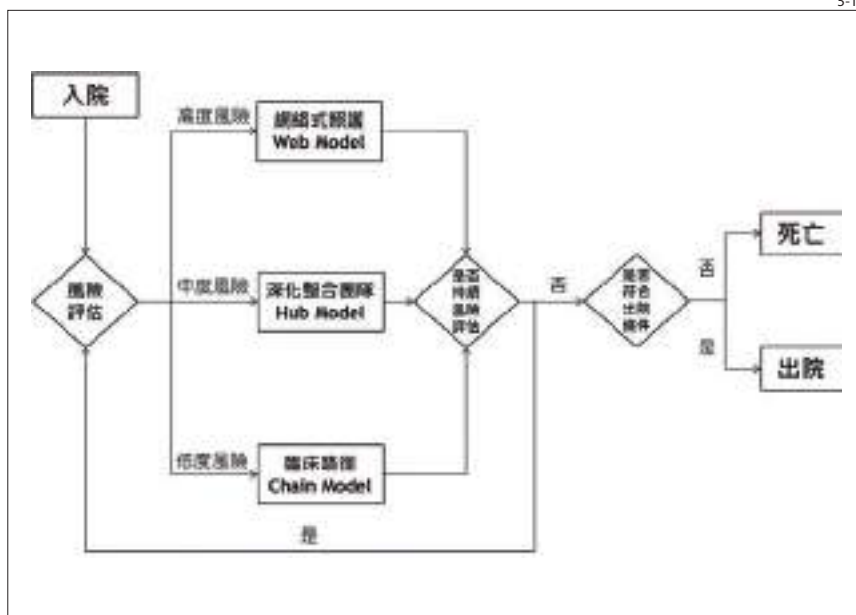
5-9 醫療風險管理及多元照護模式。

5-10 建構醫院安全的天羅地網。

5-11 全人整合醫療中心照護流程圖。



5-10



5-11

醫療效率提升，轉化成如何減少後端醫療照護。

(3)藉由團隊的良好運作，累積經驗創造良性循環，建立以病人為中心，病人安全文化與提升醫療品質，降低臨床醫療風險，同時建構全院病人安全網絡，確保病人安全(圖 5-10)。

## 2. 醫療高風險病患定義

因為網路式醫療照護需要院方投入更多的資源，因此必須將資源應用在最需要的病人上，也就是在醫療上承受高風險的病人。我們對於醫療高風險的病人，定義包含下列：

(1) 臨床病情較嚴重或預期可能較嚴重之病人

病人的病情較嚴重，可能會發生住院中死亡，或者可能需要加護病房照護的病人，這些病人在病情上是相對較為嚴重的病人。

(2) 醫病之間溝通不良之病人

醫病之間的溝通不良，已經被很多研究認為是病人安全事件的主要原因之一。

(3) 罹患多種疾病的病人(Multimorbidity)

多重疾病之病人，需要更多的醫療資源，同時也需要不同專科之間提供整合性的服務，尤其不同專科之間，醫療建議及方向，可能會發生衝突，使病人及



家屬無所適從，因此更需要更多專科之間的合作，提供整合性的服務。是故，全人整合中心在醫院內成為非常重要的一環。

### (三)全人整合中心主要服務目標

全人整合醫療中心主要服務對象是全體住院病人，尤其是具醫療高風險的住院病人。也就是說，住院病人一旦入院之後，藉由醫護人員觀察病人病情的變化，病人及其家屬對於醫院治療的滿意度，並根據客觀的全人整合醫療照護指標，不斷預判分析風險，評估病患可能會面臨之醫療風險，並對不同風險等級的病人進行不同照護模式，提供最適合病人的醫療照護，同時降低臨床醫療風險，提升病人安全，全人整合醫療照護流程如圖 5-11。

進行風險評估的目的，在於希望能預防及提早或及時處置病人安全事件，假若病人若有不可挽回的事故時，可避免事後無效且充滿醫病衝突的危機處理。

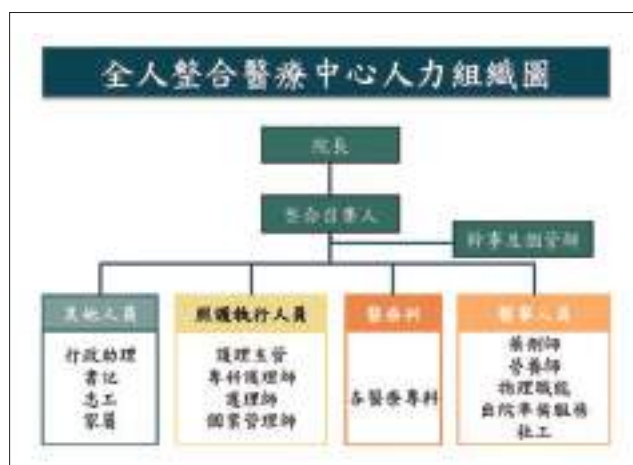
一旦住院病人可能是醫療高風險，符合網絡式醫療照護等級時，全人整合醫療中心會監控病人病情的進展。如確認病情發展，無法符合醫師、病人或家屬的預期時，全人整合醫療中心將協調各相關專科醫師、護理師、及各醫療專業人員，整合醫院現有的資源，協助負責的主治醫師，擴大照護的層面，提供最適合病人的醫療照護，同時降低臨床醫療風險，提升病人安全。

#### 1. 全人整合中心人力結構

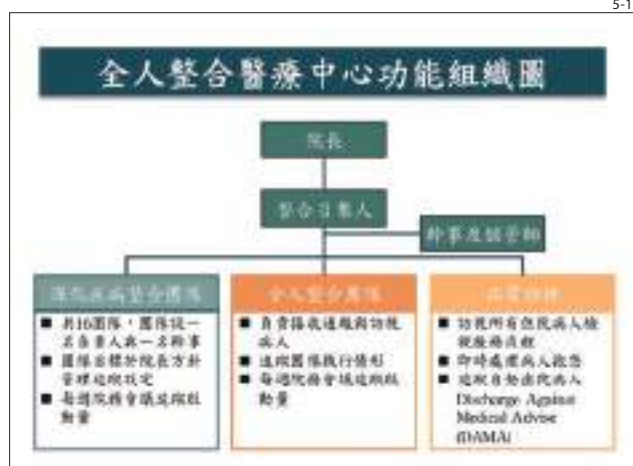
網絡式醫療照護模式是必須由全院工作人員共同參與的醫療照護模式，沒有良好的病情評估及通報系統，就沒有辦法及時找出需要網絡式醫療照護的病人。

目前桃園醫院全人整合醫療中心設有召集人一名、專任幹事二名，另有品質訪視小組七名及十五個深化疾病整合照護團隊(請參考組織圖[圖 5-12]，功能組織圖[圖 5-13])。

成立至今經由訪談院內同仁、臨床訪視結果，每



5-12



5-13

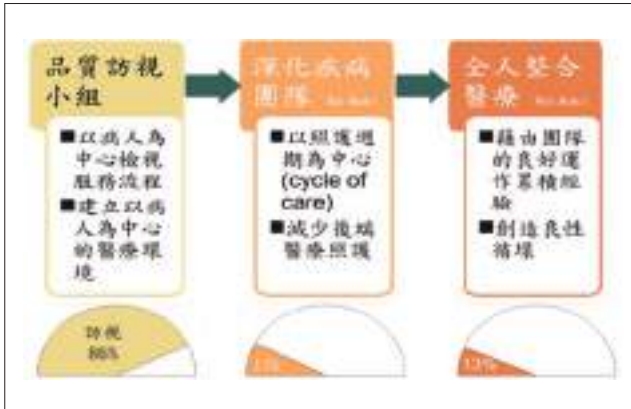
5-12 全人整合醫療中心人力組織圖。

5-13 全人整合醫療中心功能組織圖。

週院務會議討論，追蹤全院各單位通報件數，持續修改通報條件及調整操作流程。透過全院方針管理，調整深化疾病整合照護團隊，系統地提供新的醫療照護模式，營造以病人為中心的醫療環境，同時建立組織文化。希望藉由此醫療照護模式，建立以病人為中心的照護服務，採行合理且制度化的標準流程，加強病人及其家屬的參與度，降低醫療糾紛與提升服務滿意程度，整體服務過程如圖 5-14，目前醫院住院病人有 86% 會受到品質訪視，當中 15% 由多團隊照護，13% 接受網絡式照護模式。

#### 2. 特色及創新性

現代化的醫療服務，必須由病人安全為出發點，



5-14 全人整合醫療照護與一般醫療模式比較。

病人安全能達到，才能談及醫療品質及機構經營的效率。因此，如何提升病人安全，並將病人安全的過程轉化成醫療品質的提升及經營效率的改善，是醫療機

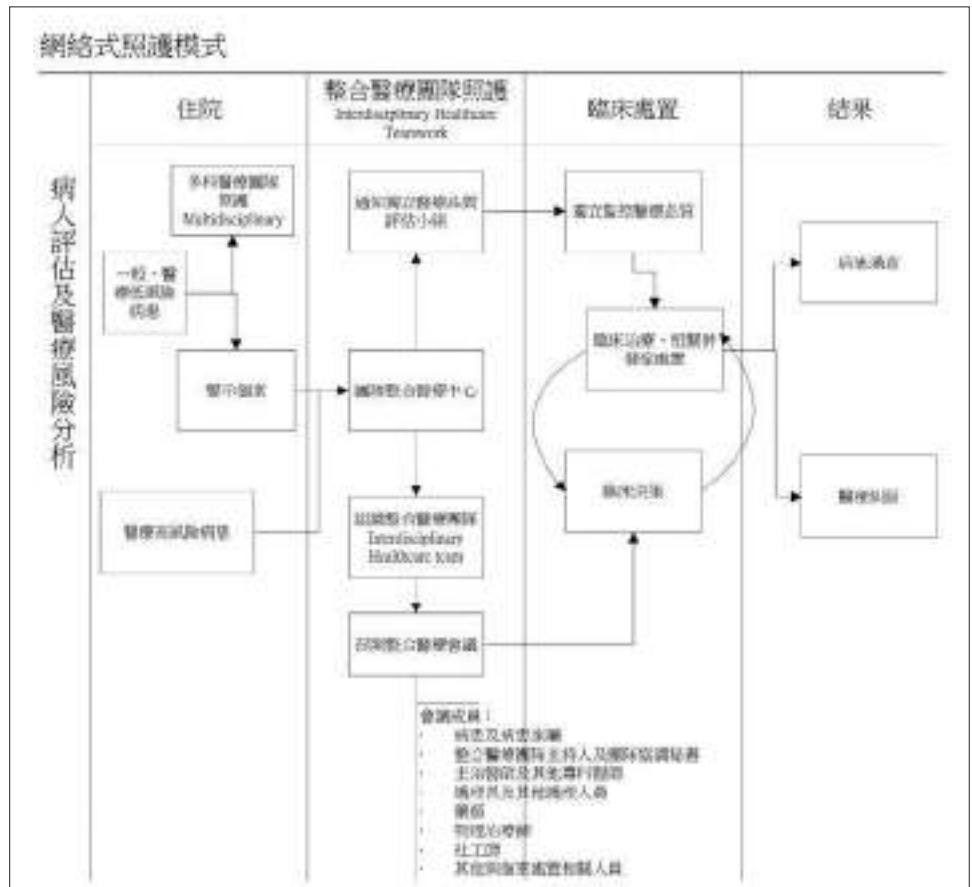
構現今最主要的議題之一。本照護模式的特色為綜合運用下列團隊運作與病人安全理論，發展出一套具體可行的風險評估模式、照護步驟與照護模式。最主要特色為：第一線醫護人員主動通報並經過系統性的分析找出高風險病人，及早發現、及早處置。全人整合醫療照護的運作模式如圖5-15：

#### (1) 確認病人所面臨之醫療風險

由醫師及其照護團隊，確認病人的疾病狀態、主要的醫療或照護上的問題，並將問題通報全人整合醫療中心，協助研判是否進行網絡式醫療照護模式。

#### (2) 建立網絡式醫療照護模式

整合醫療中心協調相關之專科醫師，進行跨專科面對面溝通，並協同醫療照護。專科醫師面對面討論病情，在繁忙的現今醫療服務體制下，並非一件容易



5-15 桃園醫院網絡式醫療照護模式。

(二)通報類別

**【全人整合醫療通報】**

- ☐ 1. 不明原因發燒(BT>38度)>3天
- ☐ 2. 使用抗生素超過一週且BT>38度
- ☐ 4. 會診>=3科(不含社服、出產、營養師)
- ☐ 5. 住院>14天無出院計劃(復健科、TB、早產、HIV、RCC、RCW、安寧、ICU需除外)
- ☐ 6. 生命徵象不穩定
- ☐ 7. 醫師求援
- ☐ 8. 護理人員求援
- ☐ 9. 病人或家屬有強烈醫療抱怨事件
- ☐ 10. 病情惡化轉ICU或非預期性CPR且恢復心跳者
- ☐ 11. 非計劃性14天內再入院
- ☐ 12. 病人不願再出院者
- ☐ 13. 門診手術或檢查後24小時內非計劃住院者
- ☐ 14. 手術病人無法如期開刀者
- ☐ 15. DRG異常個案

只能點于選項，非系統問題...

**【全人整合醫療通報】次類別**

- ☐ 6-1. 呼吸<5次/分或36次/分，且處置不充足
- ☐ 6-2. 脈搏<40次/分或140次/分，且處置不充足
- ☐ 6-3. 血壓<70/50 mmHg，且處置不充足
- ☐ 6-4. GCS突然下降2分，且處置不充足
- ☐ 6-5. 重複性抽搐(seizure)，且處置不充足
- ☐ 7-1. 用藥爭議
- ☐ 7-2. 抗生素使用瓶定有爭議
- ☐ 7-3. 建議本件分類為
- ☐ 7-4. 建議共同照護類別
- ☐ 7-5. 其他
- ☐ 8-1. 護理人員發現處置不對，且溝通無效
- ☐ 8-2. 醫師與病人溝通不良
- ☐ 8-3. 其他
- ☐ 11-1. 病況同前
- ☐ 11-2. 病況不同
- ☐ 11-3. 前次出院日期
- ☐ 14-1. 內科因素
- ☐ 14-2. 流程因素

5-16 全人整合醫療通報系統畫面圖。

5-16

的事情，必須要院方以醫院政策的方式，鼓勵醫師參與，尤其面對多重疾病的病人時，有些醫療的建議是會相互衝突的，唯有面對面的相互討論，才能避免成為傳話式的溝通，減少彼此誤解的機會。

### (3) 品質訪視小組監控醫療過程

有時候病人會礙於對醫護人員的尊重或對醫院環境的不熟悉，無法主動表達出本身遭遇的問題。因此，由全人整合醫療中心幹事收集新入院病人名單，安排訪視醫師於新入院病人三日內，進行病人品質訪視，著重於醫療服務流程與就醫環境品質，全人整合醫療中心會依照問題急迫性與種類進行處理，並將問題彙整每週呈報院長，並交給相關單位與企劃中心解決問題。

### (4) 病人為中心的醫療決策

網絡式醫療照護模式會在整合醫療會議之中邀請病人或其家屬和醫護人員共同參與醫療決策會議，面

對面討論並形成共識。過去很多醫療的建議可能會彼此衝突，讓病人及其家屬陷於兩難之中，難以下定治療的決定。藉由與各科醫師同時面對面的溝通，讓病人及其家屬了解各個治療方式的優劣得失，協助病人充分了解自己的病情及可能的預後，讓病人能做最後的治療決定。

### (5) 病人及其家屬成為醫療團隊的一員

在醫療決策之後，醫療團隊依共同照護計畫實施，並監控治療成果。由於病人充分了解自己的治療時程及可能的預後，也會協助醫護同仁進行治療。

### (6) 定期修正通報條件

目前全人整合通報條件及通報系統畫面如表5-2、圖5-16，更加入雲端語意網(semantic)、本體論(ontology)、分類器及機器學習發展，臨床風險評估系統，期望可以更有效率評估病人臨床風險。

全人整合醫療中心所提供的照護與一般照護差



表 5-2 網絡式醫療照護通報條件 2012/01 第三版

1 醫師求援	1-1 兩科爭議 1-2 抗生素使用裁定有爭議 1-3 病情需要團隊共同解釋 1-4 需他科共同照護 1-5 其他
2 護理人員求援	2-1 護理人員發現處置不對且溝通無效 2-2 醫師與病人溝通不良 2-3 其他
3 住院 > 14 天無出院計畫	
4 已會出準仍不願出院者	
5 病患或家屬有抱怨事件	5-1 醫療 5-2 環境 5-3 流程 5-4 溝通 5-5 態度
6 病情惡化轉 ICU	
7 需精神科共同照護	7-1 桃療轉入 7-2 有精神科病史 7-3 藥癮 7-4 酒癮
8 其他人員求援	8-1 醫療處置不足 8-2 環境 8-3 流程 8-4 溝通

別如圖 5-17，無論病人來源為門診、轉診、急診，全人整合醫療中心提供以病人為中心量身訂製的醫療過程，並主動發現問題、評估風險，提供網絡式醫療照護，有系統地提供團隊溝通機制，主動發現風險，早期危機處理，避免醫療風險，提高病人安全。

同時全人整合醫療中心成員具有資料探勘與設計決策系統能力，可以將風險評估系統全面網路化與自動化，此風險評估與決策系統應為國內首創，世界上也極少於臨床全面施行。

#### (四) 執行管理與結果

##### 1. 執行面

經由通報系統篩檢出高風險且需要網絡式醫療照護的病人之後，由團隊介入照護。透過通報系統幹事在接獲通報後，先進行資料收集、訪視病人，最後向召集人報告並討論，針對需要啟動網絡式醫療照護的病人，依病情決定需參與照護的次專科醫師、醫療人員(含營養師、衛教師、復健師等)與病人和家屬共同召開會議。病人及家屬，將聽取團隊成員對病情的說明與意見，共同決定對病人最合適的治療方式，同時擬定治療計畫。會後各次專科與團隊成員持續對病人進行評估與治療，每日訪視病人並適時調整治療計畫，進行溝通直至結案，結案與否則由負責醫師判定。

整個過程由個管師監督與掌握進度，隨時與召集人聯繫，如果有需要則再次召開整合會議，過程中團隊的目標一致，但不再只侷限於治療疾病或減少死亡率的量化數據，而是由病人、家屬及團隊共同決定符合病人最大利益及維護病人尊嚴的選擇。

##### 2. 管理面

全人整合醫療中心依據制定之照護模式設定照護目標，建立常規管理指標，包括：各單位通報率、啟動率、深化團隊個案數及病人滿意度等閾值如表 5-3。並將深化疾病整合照護團隊目標列入各科室年度方針管理，當指標異於閾值則進行檢討，提出改善方案。

5-17 全人整合醫療照護與一般醫療模式比較。

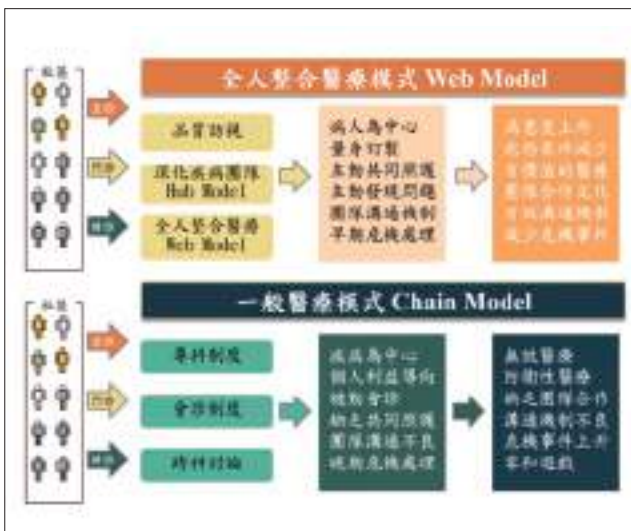


表 5-3 全人整合醫療中心監測指標

指標名稱	分子／分母	閾值	頻次
通報率	分子：當月通報件數	> 30%	週
	分母：當月入院人數		
啟動率	分子：當月啟動件數	> 20%	週
	分母：當月通報件數		
病房單位通報數	NA	NA	週
深化疾病個案數	NA	NA	週
病患滿意度	NA	> 90	年

在實際執行上，特別強調提升全人整合醫療通報：

#### (1) 全面宣導網絡式醫療照護模式

每週於院長主持全院各科室主管參加的院務會議中，報告執行情況與面臨的問題。每月於全院醫務會議中報告全人整合醫療中心業務執行情況，及全院同仁配合改善事項。

#### (2) 全院新進人員教育訓練

增加全人整合醫療中心學習課程。

#### (3) 透過科室科務會議宣導：由科主任負責宣導。

#### (4) 修改通報條件及作業系統：提高友善性與可近性。

#### (5) 每季院長主持方針管理：增設單位主管管理選項，及增設團隊管理師，充分掌握單位整合進度。

### 3. 結果面

#### (1) 安全性方面

及早確認高風險病患，讓主治醫師及醫院，可以及時提供病人所需的醫療服務及投入必要的資源。促進專科醫師與醫療團隊成員間的合作，藉由面對面的討論，提供病人及其家屬，參與醫療決策，減少醫病之間溝通的落差。

依據桃園醫院初步分析實施成效，對於不良醫療事件防處成效，最明顯的是危機案件通報件數雖增加，但顧客抱怨件數下降31%，醫療爭議案件下降94%（圖 5-18）；醫療糾紛賠償金額更大幅下降99%（圖 5-19）。2011年全年病人醫療糾紛案件2件；其中一件只看過一次急診，另一件為手術併發症，2012年的一件只看過一次急診。

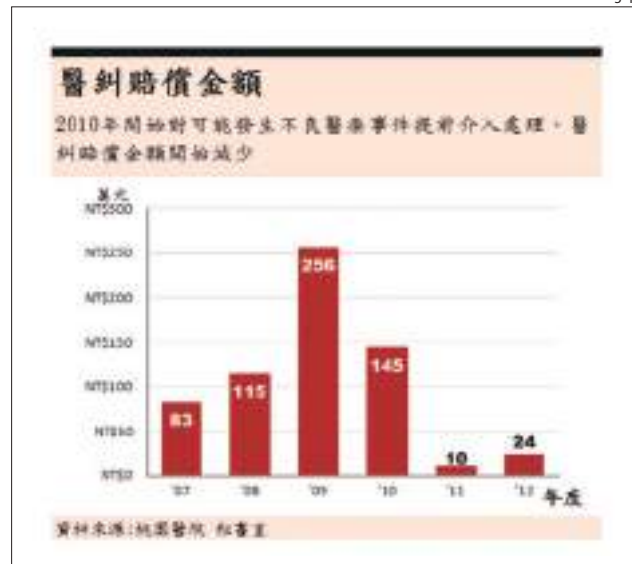
在醫護人員求援機制和團隊醫療合作下，處理許多複雜與困難的情況，只有相當低的失敗率，倘若仍有錯誤發生，亦能使錯誤不易造成傷害或減少後遺症。全人整合醫療中心至2013年3月共啟動照護1058人。從啟動個案資料中，可發現啟動個案病情嚴重度（CMI）比一般病人高，住院日數較一般病人長，這些病人在過去沒有網絡式醫療照護，必定衍生不少問

5-18 2007年至2012年醫糾事件與預防處理事件數。

5-19 2007年至2012年醫糾事件賠償金額。



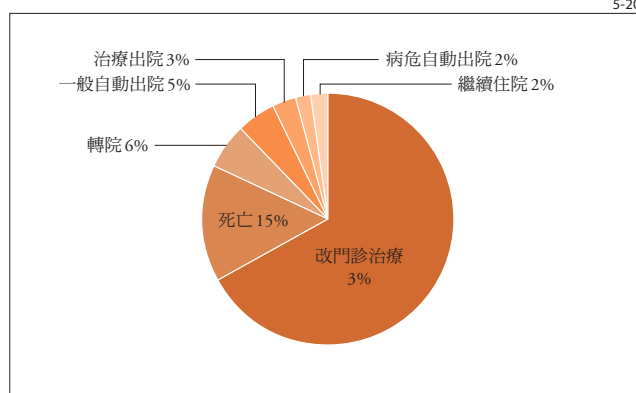
5-18



5-19



5-20



5-21

5-20 網絡式醫療照護通報率與啟動率。

5-21 網絡式醫療照護啟動個案歸轉情形。

表 5-4 網絡式醫療照護啟動個案統計表(n=401)

	平均數	標準差	最小值	最大值
年齡	62.0	1.097	1	97
住院日數(天)	21.4 <sup>a</sup>	0.866	1	111
醫療費用(元)	137,545	6,593	6,794	819,690
CaseMixIndex (CMI)	1.634 <sup>b</sup>	0.055	0.252	6.028
Base Rate (元)	42,398 <sup>c</sup>	1,029	16,546	230,772

<sup>a</sup> P=.000, SD95%CI (12.69,16.10)  
<sup>b</sup> P=.000, SD95%CI (0.536,0.752)  
<sup>c</sup> P=.001, 95%SDCI (1372,5424)  
 資料來源：桃園醫院病歷室

題，或許因為如此，病人與家屬接受網絡式醫療照護模式後，不但抱怨少，滿意度也大幅提升。

整體而言，桃園醫院成立全人整醫療中心提供預警式網絡醫療照護模式後，對不良醫療事件的防範具有明顯的效果，可以幫助克服當前醫療環境的困境。

## (2) 服務質量方面

### (i) 管理指標

實施至目前，通報率方面，平均每月通報件數約占每月住院人數之26%，啟動團隊照護人數約占通報人數之21%。於成立初期全院對整合照護尚未養成通報文化，藉由每週監測病房通報個案數，鼓勵全院通報，目前已逐漸養成文化(圖5-20)。

### (ii) 啟動個案分析

從2010年2月至2013年3月「網絡式醫療照護」共啟動個案1058案；啟動級數A級占0.1%，B級占12.4%，醫糾個案占0.04%，而個案轉歸如圖5-21。

統計分析資料如表5-4。網絡式醫療照護個案疾病嚴重度(CMI)、醫療資源耗用度(Base Rate)、住院日數都較桃園醫院一般病人高，死亡率也高達15%。可以推測這些病人確實需要特別的照護模式，如果在目前的醫療環境下，這群病人應該無法得到應有的照顧與應有的生活品質及醫療品質。

## 4. 啟動網絡式照護原因的分析

桃園醫院針對啟動網絡式照護個案啟動來源進行分析如下(圖5-22、5-23、5-24)：

### (1) 2010年

2010年需兩科以上共同照護(含多科會診)占32%，為最主要啟動原因；其次是會診大於三科占18%。

### (2) 2011年

2011年醫師求援占29%，為最主要啟動原因，其次是與護理人員求援占19%。

### (3) 2012年

2012年醫師求援占79%最高，其次是精神科共照61%。





5-22



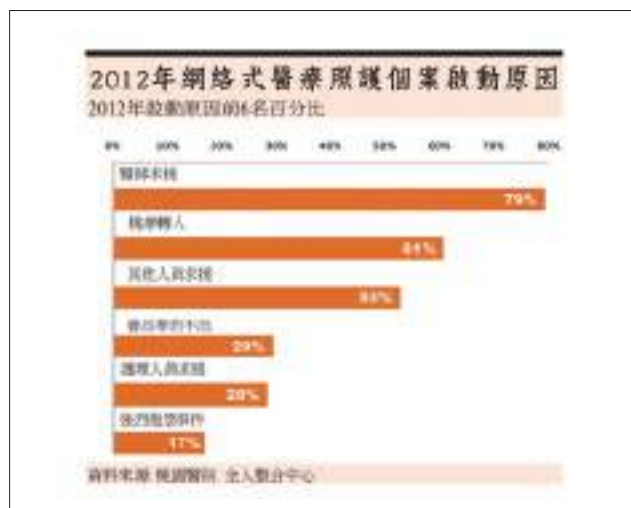
5-23

5-22 2010年網絡式醫療照護個案啟動原因。

5-23 2011年網絡式醫療照護個案啟動原因。

全人整合醫療中心成立初期必須依靠制式的規定如會診科別數、住院日數、發燒日數等條件，來發現需要網絡式醫療照護的病人，實施一年後團隊成員開始發現團隊合作的優點與功能，開始實施時最大的阻力是醫師，轉變成為主要通報者與啟動原因，從通報原因的變化可以看到醫院團隊合作文化與病人為中心醫療文化的形成。

這些通報案件中有不少是危機事件，若未早期處理必定會造成病人傷害，另外醫師與其他醫療人員在面對有疑慮或有巨大決策壓力時也會求援，利用團隊力量來解決個人所面臨的問題，不但可減輕個人壓力，也可減少因溝通不良與醫療錯誤而產生的醫療糾紛。



5-24



5-25

5-24 2012年網絡式醫療照護個案啟動原因。

5-25 2007年至2011年門診、急診、住院病人滿意度。

### (五)病人滿意度

透過網絡式醫療照護及品質訪視小組的運作，桃園醫院門診病人滿意度由2009年的78.4%上升到2011年的96.3%，急診病人滿意度由2009年的82%上升到2011年的93.3%，住院病人滿意度由2009年的87.8%上升到2011年97.3%，顯示桃園醫院整體服務品質逐年進步(圖5-25)。2012年病人滿意度調查因衛生署醫管會統一辦理改變調查方式與內容，所以未列入比較，整體而言調查結果病人對醫療層面滿意度仍高。

全人整合醫療中心病人滿意度調查滿分為5分，2011年及2012接受過網絡式醫療照護及品質訪視小組服務之病人，滿意度都維持在4.2分以上，其中對參與



5-26



5-27

5-26 2011年至2012年參與網路式醫療照護病人滿意度。

5-27 2010年至2012年病人抱怨與讚美案件數。

醫療討論、多科共同照護、醫師及護理師態度等，病人滿意度都較一般照護模式滿意度高(圖 5-26)。

另外，研究指出病人抱怨與讚美案件數與醫療品質是呈現正相關，彼此關聯極大，自成立全人整合醫療中心以來，病人讚美案件數逐年提升，抱怨案件數逐年遞減，可見醫療品質水準獲得病人肯定(圖 5-27)。

### 1. 正負面效果

在全人整合醫療運作的過程中，雖然醫療團隊得到來自病人與家屬的正向回饋。但這樣的制度從啟動到執行，都是對傳統醫療模式的重大變革。過去文獻中，跨科團隊的類似問題，也出現在醫療團隊的運作中，如：專科的介入無一致性，造成照護上的困擾；過度頻繁的通報，造成人力的疲乏；紊亂的轉介系

統；疾病的多元性造成治療的選擇不一致；醫師的工作量以及病人存活率變異很大等，尤其是挑戰醫師的權威，傳統醫師的角色具有高度專業與高度承諾的特質，而這樣的特質有可能成為團隊介入的障礙。我們設定整合醫療通報方式中，賦予護理人員發現問題、主動求援的任務，或多或少有些監督與防微杜漸的意味，這對醫師的權威而言是一種挑戰，需要時間相互磨合。

整個機制要能成功施行，除了領導者的堅持與支持外，整個組織的文化改變是成功的關鍵。以桃園醫院為例，過去三年，該院全人整合醫療中心建立的文化核心如表 5-5。其中最重要的是醫師必須明白，雖然多數的醫療決策都必須依賴醫師專業，但要減少錯誤發生與不良溝通，單靠醫師是無法完成。因此不論任何階層的醫療人員對醫療過程所提出議題與求援，醫師都必須敞開心胸接納，同時組織也必須扁平化，

表 5-5 全人整合醫療核心文化

價值	• 病人是最重要的目標，為了病人可以動用一切必須的資源
	• 知道可能發生的「失敗」，比過去的「成功」重要
信念	• 病人安全與醫療品質必須主動處理才能達成
	• 過程、常規和個人的專業技能對病人安全的貢獻一樣重要
組織	• 在組織中不論階層都可提出有關病人安全的議題，對不明確的指示都可提出挑戰
	• 求救是必須經常發生且被鼓勵，求救是不分階層與資歷
	• 詳盡的溝通是必須的
	• 資深者必須聆聽資淺者的意見，資淺者必須向上報告並且不受階層限制
結構與程序	• 醫療決策由最有經驗和對病人最了解的人員決定
	• 團隊成員的組成不論階層與工作種類
	• 團隊成員的訊息傳遞要有制式規定，並且需有效率，團隊成員必須能隨時掌握現況與資訊
	• 成員的工作壓力與負荷必須被重視
	• 對類似工作可擬定標準步驟
	• 使用計畫表與檢查表
訓練	• 討論每個個案並且從中學習

讓任何醫療人員都可對病人安全問題直接提出問題。另外適當調整組織結構與程序也是必要的，包括決策者、團隊訊息的傳遞、成員工作壓力與負擔以及標準流程的擬定，這些都是支持全人整合醫療可以長期運行的重要因素。

## 2. 社會評價

從桃園醫院開始推行網絡式醫療照護，門診整合醫療團隊連續二年獲得健保局頒獎，2011年為全國唯一獲獎醫院，不僅如此，各院紛紛邀約到院演講或到桃園醫院標竿學習，2012年，衛福部指定桃園醫院辦理全人整合醫療標竿學習課程，提供他院學習觀摩。

### (六)相關研究成果及應用(包括學術論文發表)

全人整合醫療中心除每天服務臨床病人，提供以病人為中心的網絡式醫療照護外，同時建立電腦化通報系統及網絡式醫療照護模式，也著手分析新的照護模式效益，及如何將照護模式推廣，除應邀演講外，也舉辦研討會，全人整合醫療中心成員除具有醫學專長外，成員中也有醫學工程、公共衛生、及流行病學專長，具有自行撰寫軟體的能力。

目前除了桃園醫院使用的系統外(圖5-28、5-29)，醫院同仁也於國內外相關學會發表推行經驗與成果，目前全人整合醫療中心與德國Muenster大學、臺北科技大學和中臺科技大學正在進行系統研發計畫。

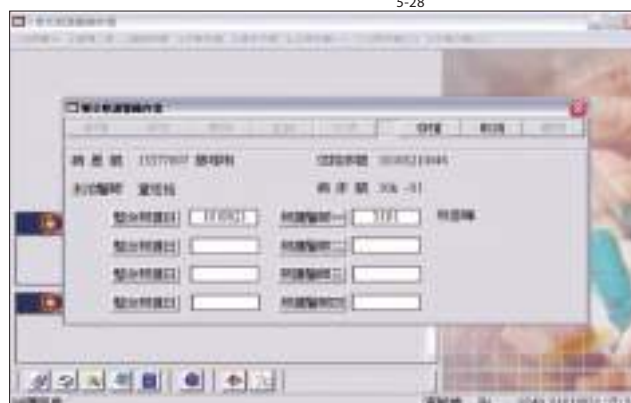
全人整合醫療中心主要成員共發表9篇中英文論文發表與2項國科會進行中的研究計畫。

## 第四節 結論

全人整合醫療中心乃執行營造以病人為中心，並符合目前醫療環境的新照護模式。此正符合策略大師麥可波特針對醫療議題所提出「整合服務」(integrated practice unit)的概念相符，包括：要建立有效率、高價值的醫療照護系統，不能靠漸進式的改善，必須要進



5-28



5-29

5-28 全人整合照護作業系統。

5-29 全人整合照護個案管理系統。

行組織再造，醫療組織需以病人為中心，依病人的健康狀態整合各個專業和服務。

以病人為中心的「全人整合服務」從衛福部所屬醫院臺中醫院及桃園醫院分別於2005年及2010年開始執行，全人整合服務文化營造由醫院組織內部，由上往下紮根，院長及一級主管傾全院之資源全力推動，再由下向上發芽，希望播下全人整合醫療文化的種子，使全院對這樣的價值觀產生認同，以使全人整合醫療中心可以長期運行所產生的整合效益。

最重要的是，衛生福利部所屬醫院於2005年創設全人整合創新照護模式，並將此創新照護模式推廣臺灣各級醫院，提升住院病人醫療品質以及降低臨床風險，乃是病人、病人家屬及醫院三贏局面。





---

## 第六章

# 漸凍人照護的 示範與實踐

1995年下半年，41年次的陳銀雪突然右手無法施力發動汽車，之後雙腳也出現無力感，診斷後發現自己罹患漸凍人，當時被醫師宣判只能活兩年。現在的銀雪，雖然肢體無法行動，只能仰賴看護照顧，但樂觀的她，卻是每天坐在電腦前10小時，用左腳拇指操控電腦和網友哈拉、激勵病友勇敢走出來。

發病已十八年的陳銀雪，原是大學中醫系教授，丈夫是牙醫師張鈞堯。張鈞堯說，妻子目前只剩腳趾可打電腦，白天甚至要依賴呼吸器幫助呼吸順暢，但在家人全力照護下，發病後還能坐輪椅陪他環遊世界，甚至搭機到各國參與漸凍人病友會議，現在陳銀雪更積極爭取在臺中市成立「漸凍人家園」，讓病友擁有更佳的照護環境。

漸凍人陳銀雪曾以一句「我是永遠監禁的，你們是有刑期的」話語，激勵許多獄中服刑的獄友、學途中迷失墮落的孩子，鼓勵他們重新找回自己與家人相處的快樂時光。

臺中醫院為罕見疾病肌肉萎縮性側索硬化症患者——俗稱「漸凍人」——設置專門病房，於2012年1月13日舉行揭牌儀式。臺中市副市長蔡炳坤表示，感謝漸凍人陳銀雪及丈夫張鈞堯醫師，在推動中臺灣成立「曙光病房」所付出的心力。張鈞堯表示，陳銀雪現在是居家照護，但有許多漸凍人家庭無法負擔24小時看護，「曙光病房」一定可以嘉惠許多患者家庭。臺中醫院表示，「曙光病房」除設有復健病房及盥洗室外，更在病房內設置了專為漸凍人患者設計的電腦資訊室「雲端室」，患者住院期間可透過視訊與家人連繫。（資料來源：《大紀元》，2012年1月13日，黃玉燕報導）

## 第一節 緣起

衛生福利部（前行政院衛生署）看見漸凍人病患的需要，積極規劃設置漸凍人專屬病房。運動神經元疾病（Motor Neuron Disease, MND）俗稱「漸凍人」，又稱肌

萎縮性脊髓側索硬化症（Amyotrophic Lateral Sclerosis, ALS）。這是一種進行性的運動神經萎縮症，會造成漸進性的肌肉萎縮失能。罹病後通常在三到五年內從行動不便、口齒不清、吞嚥困難，漸漸變成四肢癱瘓，最後呼吸衰竭，但是心智依然正常、意識仍舊清楚。此病好發於40至60歲，大約每10萬人中就有2個人可能患病，男女罹患的比例約為1.6：1，臺灣每年新增約100位病人，以此推論全國約有八百多位病人，女性存活率稍高於男性；約百分之十的病人有家族史。

由實證醫學也證實漸凍人的照護，需要完整、經驗豐富的醫療照護團隊介入，才能夠提供全方位的照護，增進病人的生活品質，讓病人及家屬安然面對生命終點。因此，漸凍人的醫療照護對家庭及社會都是一個必須嚴肅面對的課題。然，在2006年之前，臺灣還沒有一家醫院針對漸凍人病患需求，成立專屬病房提供照護，當有病患被診斷出罕見疾病運動神經元疾病時，病患及其家屬總在全國各家醫院到處求診，但一般病房設備常不符漸凍人病患所需。至2006年10月，臺北市立聯合醫院忠孝院區成立全國第一間漸凍人專屬照護中心「祈翔病房」，「祈翔」為「祈盼飛翔」，具有融化漸凍及祈盼飛翔之意。

臺北市立聯合醫院忠孝院區「祈翔病房」共有36床。病房設備因應病患的特殊需求而比照加護病房設備，安裝不斷電系統、無線網路及監視設備，以隨時觀察病人狀況。讓這些特殊病人有適當的地方安置，獲得適切照護。

有鑑於漸凍人照護需求與一般病人不同，而全臺僅有臺北市立聯合醫院忠孝院區設有漸凍人專屬病房，中南部付諸闕如，在立委、漸凍人病友及相關單位向衛生福利部爭取，希望比照臺北市立聯合醫院忠孝院區於國內中部、南部各設一「漸凍人醫療照護專區」，以使中南部漸凍人患者獲得適當照護。衛生福利部（前行政院衛生署）在考量罕見疾病漸凍人的照護需求，於2011年3月指定臺中醫院及臺南醫院成立籌建





6-1



6-2



6-3

6-1 臺南醫院漸凍人之家。

6-2 臺中醫院漸凍人專屬病房「曙光照護中心」。

6-3 於病情討論室對每個住院病人召開跨團隊整合會議。

運動神經元疾病中區臨床照護專區，2011年8月撥款補助衛生福利部臺中醫院八百萬與臺南醫院六百萬來設立「漸凍人病房」照護專區。並實地參訪臺北市立聯合醫院忠孝院區「祈翔病房」，及舉辦「漸凍人多元全程照顧服務研習活動」。

臺中醫院及臺南醫院因應中南部罕見疾病漸凍人病患之需求，善盡公立醫院社會責任，在衛生福利部、所在縣市政府及漸凍人協會共同努力支持下，終於分別在2012年1月13日及2012年10月23日，於臺中醫院設置漸凍人專屬病房「曙光照護中心」20床及於臺南醫院設置「漸凍人之家」10床，先後開幕啟用，開啟中、南部地區漸凍人專屬病房，造福中、南部地區病友，提供罹患漸凍人病患的醫療照護服務(圖6-1、6-2)。

臺中醫院為漸凍人專屬病房的命名為「曙光照護中心」，其創意來源為漸凍人的疾病，是慢慢進展至全癱的情況，但患者的意識清楚，宛如被困在黑暗之中。故，希望照護中心能為此罕見疾病的照護及家屬，帶來一線曙光，因而命名之。

## 第二節 漸凍人病房特色

### 一、提供整合式醫療照護模式

漸凍人照護是以病人為中心，依病人的疾病需

求，提供跨科、跨團隊之整合醫療照護。醫療團隊包括神經內科、胸腔內科、腸胃內科、泌尿科、復健科、眼科、耳鼻喉科、牙科等專科醫師；照護團隊包括護理師、個案管理師、呼吸治療師、復健師、營養師、社工人員、志工(圖6-3)。

對每一位漸凍人在住院期間，都會啟動全人整合會議，召集相關科別的醫師及照護單位，以簡報方式說明與討論病情，讓病患與家屬能夠與醫護人員在同一平臺上面對面溝通，解決資訊不對等的焦慮，及有參與醫療照護計畫決定的權力。如此不再是以往單科、單方向的治療方式，以期對病患及家屬做到面面俱到的關懷與照顧。而當病患病程發展到末期時，醫療團隊即會結合安寧醫療團隊介入，共同照護。

### 二、從醫院至社區無縫接軌的服務

每一位入住病患住院期間，醫院內整合性醫療團隊提供協助，同時考量返家後之照顧，希望不論在疾病適應上、情緒上或儀器租借上或相關社會福利申請等，均可獲得協助，故針對新診斷病人或病人住院時，均會主動知會「漸凍人協會」社工人員，由協會人員或病友主動至院關懷病人及其家屬，鼓勵病人加入協會後，協會於病人出院後，亦會不定期至家中訪視及關懷、提供服務。醫院聯結漸凍人協會，讓病人及家屬可獲得從醫院至社區無縫接軌的服務。

### 三、針對病患不同病程發展期程，提供不同照護計畫

針對漸凍人在各種疾病階段不同的醫療照護需求，而規劃不同照護計畫：

1. 在症狀開始期：積極復健，適當營養補充。
2. 生活困難期：電動床、呼叫鈴等可簡單自我操控設備。
3. 吞嚥困難期：學習溝通板使用，建立管灌餵食（鼻胃管或胃造口）。
4. 呼吸困難期：侵襲或非侵襲性呼吸器、咳嗽機、拍痰器、眼動阿春。

針對漸凍人各種疾病程度及階段，需要不同特殊輔具或醫療儀器協助，漸凍人需要的輔助儀器可分四類：

1. 呼吸輔助類：如非侵襲性呼吸器、侵襲性呼吸器、咳嗽機、拍痰器。
2. 緊急醫療器材：如急救車及電擊器、生理監視器。
3. 基本病房設備：如電動床、氧氣及抽痰設備、呼叫鈴。
4. 溝通工具：包括溝通板、眼動阿春、遠端視訊設備（圖6-4、6-5、6-6）。

其中，溝通工具對病患及其家屬乃是重要的，當病患隨著病程的發展，肢體及口語逐漸最後全身無法動彈或運用時，透過其眼睛使用的眼動阿春等輔具，

可表達其醫療需求、與人溝通、休閒或上網社交等。

### 四、客製化環境與空間規劃

以臺中醫院「曙光照護中心」為例，依病人需要，特將病房規劃為七區：（圖6-7）

1. 曙光病房入口及漸凍人創作作品長廊（圖6-8）。
2. 病情解釋及會議室：獨立空間，透明隔間減少壓迫感，配備電腦及投影設備，方便討論及病情說明。
3. 交誼廳及佛堂：備有舒適沙發及大尺寸液晶電視及大螢幕投影設備（圖6-9、6-10）。
4. 病房區：有健保二人房三間、雙人房七間、單人房五間，每間都有無障礙之衛浴設備、大尺寸液晶電視及光線充足之大扇窗戶。
5. 雲端室：貼心的人性化關懷，專為漸凍人設計的電腦資訊室，病人住院期間也可透過視訊與家人連繫，除可稍解鄉愁外，也讓無法到院照顧的家人看見病人的近況。病人出院後可利用此設備進行視訊整合門診（圖6-11）。
6. 沐浴室：包括準備室、水療按摩浴缸、簡便沖澡臺、油壓式病人搬動及升降設備。全部的空間都可控制室內溫度、避免受寒（圖6-12）。
7. 多功能復健及心靈灌溉室：有後傾式輪椅、可練習直立之站立式輪椅、手腳活動練習器，還

6-4 溝通板。

6-5 眼動阿春。

6-6 遠端視訊設備。



6-4



6-5



6-6



6-7



6-8



6-9



6-10



6-11



6-12



6-13

6-7 曙光病房平面圖。

6-8 漸凍人創作作品長廊。

6-9 交誼廳。

6-10 莊嚴的佛堂。

6-11 雲端室。

6-12 舒適的沐浴室。

6-13 多功能復健及心靈灌溉室。



有心靈灌溉區、和可以作為音樂療癒等活動場地(圖6-13)。

而臺南醫院「漸凍人之家」在環境設計上亦考量漸凍人之需求，環境均有無障礙設施、無線網路，預留電動輪椅行走與家屬、親友陪伴時的空間，水療按摩洗澡機、移位機、手腳練習器等生活照護所需之相關器材。空間寬敞、採光良好的休憩、社交聯誼空間。儘可能讓住院者保有生活、社會與人際上的各種參與機會，以降低無形中產生的心理封閉或自我隔離。另外，臺南醫院採整合性照護模式，結合神經內科、胸腔科、復健科、腸胃科、泌尿科、營養、護理、社工、呼吸治療等專業團隊，以期對病患做到面面俱到的關懷與照顧。

## 五、交流與推展

針對漸凍人疾病，定期舉辦醫護研討會及照護者工作坊，由於醫療科技日新月異，漸凍人的診斷與治療，也隨時有新的方向。臺中醫院及臺南醫院定期舉辦醫護研討會，增加醫療新知及照護技巧(圖6-14、6-15)。同時為了與國際接軌，積極與國外漸凍人協會做經驗交流，以提升照護漸凍人之品質及推展(圖6-16)。

另外，臺中醫院及臺南醫院透過舉辦公益活動，推廣民眾對漸凍人疾病的認識，如配合節慶辦理相關活動，在母親節、父親節、中秋節、聖誕節等佳節辦理病房活動，與漸凍人協會共同辦理「畫漸凍為見動，用愛揮灑精彩人生」畫展，讓更多民眾了解認識漸凍人疾病。另外設計相關主題讓病友及家屬參與，藉由活



6-14



6-15



6-16

6-14 中區漸凍人照護醫護研討會。

6-15 臺南醫院漸凍人之家於2012年2月辦理漸凍人多元全程照顧服務研習活動。

6-16 國際漸凍人協會主席(冰島)至臺中醫院曙光病房參訪及經驗交流。

6-17 臺中醫院舉辦漸凍人畫展，擴大宣導漸凍人疾病。

6-18 臺中醫院佛教祈福法會、病友間心靈關懷活動。



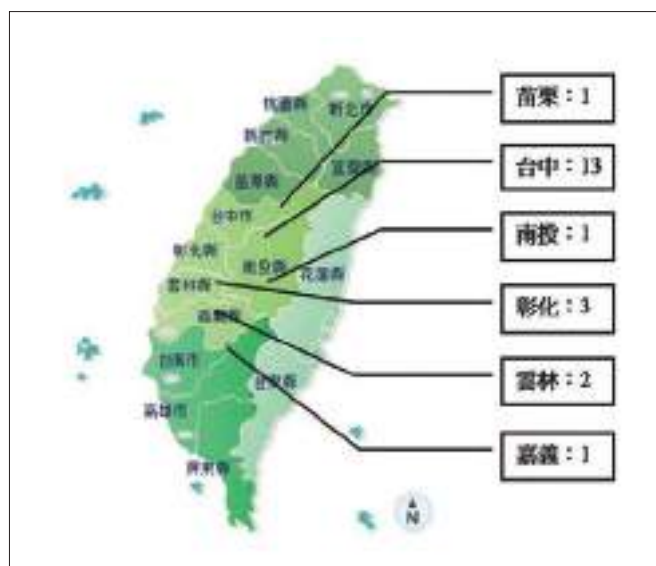
6-17



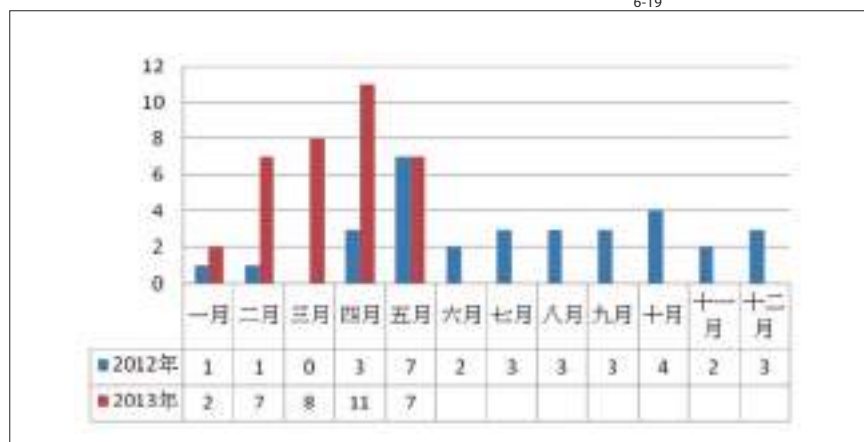
6-18



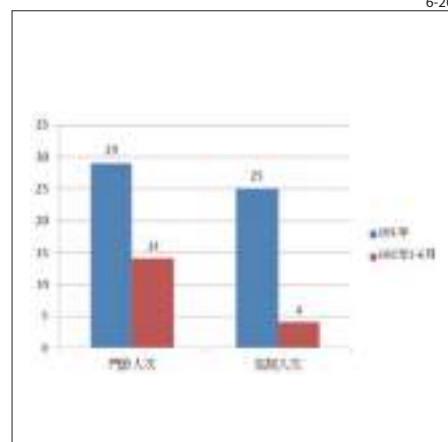
6-19



6-20



6-21



6-22

6-19 至2012年全臺灣有健保登錄的漸凍人，分北、中、南三區的分布。

6-20 臺中醫院曙光病房收治漸凍人之各縣市分布圖。

6-21 臺中醫院曙光病房收治漸凍人之人次。

6-22 臺南醫院曙光病房收治漸凍人之人次。

動引領病友與家屬互動，讓漸凍人在有限生命中，還能擁有值得珍惜的感人時光(圖6-17、6-18)。

### 第三節 服務分析

至2012年止，在健保署登錄為漸凍人的個案約有400人，以北區為多，共有224人，中區有75人，南區則有69人。其全省分布人數如圖6-19。

臺中醫院「曙光照護中心」自2012年1月起開始提供漸凍人急性醫療照護。至2013年6月止，共有21人曾經入院接受治療，其依各縣市的分布如圖6-20。因為此疾病有逐漸退化的情形，因此漸凍人病情是逐漸加劇的，所以一半以上的病人會有反覆入院的情況，因此總住院人次達到71人次(圖6-21)。

而臺南醫院漸凍人之家自2012年1月成立至今，針對漸凍人病人已提供門診服務43人次；住院服務29

人次(圖6-22)。

## 第四節 漸凍人照護未來展望

### 一、近程目標

#### (一)個人化全方位健康監測

定期做包含營養(體重、BMI、上臂圍MAC、小腿圍)、呼吸功能評估(FVC、FEV1及Pimax、肺功能評估問卷)。

#### (二)病人及家屬心理輔導

住院初期由神經科醫師做完整的病情說明及臨床處置建議，心理師及社工作定期床邊訪視，視需要時轉介或照會身心科醫師。

#### (三)安寧介入

對於末期病人，拒絕無效醫療個案，可轉介安寧居家。強調症狀處理及舒適護理，給予心理支持，靈性關懷。

#### (四)社區聯結

定期安排社區講座、或參加廣播節目，介紹漸凍

人疾病，加強社會大眾認知。辦理支持性團體活動，提供醫療新知與照護經驗分享。

#### (五)定期辦理醫護講座

邀請有經驗的相關人員授課，提升照護品質。

### 二、中長程目標

#### (一)建置漸凍人專屬家屋

根據漸凍人協會調查，病人及家屬最希望的照護環境是成立家屋的形式。目前的曙光照護中心或漸凍人之家為急性照護單位，幫助病友解決最迫切的醫療照護問題，待病情穩定後必須回歸社區或長期照護單位。為了兼顧漸凍人獨特的照護環境需求，及節省照護人力成本，在適當地點建置漸凍人專屬家屋，延續對病人的全方位照護，將是以後必須面對的問題。

#### (二)成立罕見疾病病房

負起公家醫院照顧弱勢團體的社會責任，以照護漸凍人的經驗，拓展延伸至照護神經科罕見疾病的病人(例如小腦萎縮症、多發性硬化症)。

##### 1. 臺中醫院感人故事——不放棄的生命見證

正值花樣年華的17歲少女莊同學，原就讀臺中女

6-23 莊同學於2013年5月10日至臺中醫院辦理感恩音樂會。

6-24 莊同學於2013年10月20日捐贈CPAP儀器予臺中醫院供弱勢病友使用。



6-23



6-24



中，品學兼優。因罹患不明疾病、全身癱瘓，連咀嚼都沒辦法，送到某醫學中心住院治療兩個多月，未見起色，只好休學，莊同學及家屬對未來都感到不知所措及茫然。

家屬聽聞臺中醫院設有「曙光照護中心」，2012年6月轉診至「曙光照護中心」，接受臺中醫院神經內科廖益聖主任及其他醫療團隊的治療。

治療期間，莊同學需要採用氧氣製造機、抽痰機、呼吸器來維持，儀器租金及醫療費用，讓莊家經濟雪上加霜。經過臺中市政府、健保局、臺中市政府衛生局及臺中醫院等多單位協助與努力下，莊同學通過重大傷病卡申辦，減緩家中的經濟負擔。

經過臺中醫院「曙光照護中心」醫療團隊的治療，加上自身及家屬的不放棄，使得原本全身癱瘓，只有眼睛可以動的莊同學，現在已可彈琴，也回到學校就學。莊同學為感謝長期對她不離不棄的母親，及曾協助過她的臺中市長胡志強、臺中醫院醫療團隊，於2013年5月10日，母親節的前夕，特至臺中醫院一樓大廳舉辦「感恩音樂會」，莊同學感謝所有人的協助，亦以其生命故事，鼓勵其他還在努力中的病友及家屬，不要放棄，要加油再加油。

莊同學思及在初期生病時需要許多儀器的協助，而每樣儀器均不便宜，如CAPA（連續性正壓呼吸輔助器），但卻非常需要。現在的她逐漸康復，由於感受疾病帶給家人的重大壓力，莊同學及她的父母，於2013年10月20日捐贈一臺CPAP儀器給臺中醫院，供弱勢病友使用，也祝福所有患者可以像她一般，在許許多多的人陪伴及祝福中逐漸康復，恢復健康（圖6-23、6-24）。

## 2. 臺南醫院感人故事——「漸凍人之家」病友：小杰的感謝

「昨天已成歷史，為了明天，我們應好好把握今天。」

「認識我的朋友都叫我小杰，從小我就是家中的麻

煩製造者，媽媽常常要在後面收拾殘局，畢業後工作也不穩定，經常換工作，媽媽在旁嘮叨與叮嚀我也不以為意。

正當我認識一位心目中的理想對象——小詩，努力改變生活態度，迎向人生時，無奈命運總是捉弄人。此時病魔悄悄找上我，剛開始是肌肉沒有力量，提個東西都使不上力，三不五時就跌倒。我是堂堂男子漢，可不能隨便認輸，但看了很多醫師都查不出來病因，後來到大醫院檢查才知道是罹患運動神經元疾病，也就是俗稱的漸凍人——是一種因運動神經功能受損、造成進行性肌肉萎縮的罕見疾病。這發病率約為十萬分之二，但老天爺卻偏偏選中了我，一開始讓我很不能接受。

發病至今已第五年，女友走了，留在我身邊的只有我的家人，尤其是我的母親。在2012年得知臺南醫院成立『漸凍人之家』，媽媽就近將我送到臺南醫院住院治療，署南病房除了硬體設備完善，團隊人員更是給予病人最佳的身心靈照顧。從小到大我備受父母疼愛，但生病前從未認真去想過這是何等的福分，直到生病後看到雙親及家人因我而勞累辛苦，才驚覺自己是多麼的幸運，能得到家人如此不離不棄的照顧，尤其是媽媽，今天適臺南舉辦母親節活動，雖我已無法言語，但仍感謝院方舉辦此活動，讓我透過康乃馨來表達對媽媽的謝意。我要堅強活下去，如同漸凍人勇士林詠沂所說的，『昨天已成歷史，為了明天，我們應好好把握今天。』」



---

## 第七章

# 老人照護 園區



## 第一節 緣起

臺灣老年人口於1993年已達總人口數的7%，成為聯合國所定義的高齡化社會(aging society)，依據內政部統計結果顯示2012年臺灣地區65歲以上人口占總人口數比例約為11%（約260萬人），而且這個比例未來仍會持續增加，預估至2017年老年人口比例會達14%，成為高齡社會(aged society)，至2025年老人人口將達到20%，成為超高齡社會。依此來看，目前臺灣人口老化的速度快，是故，建構完整老人照護園區，乃是極其重要之事(圖7-1)。

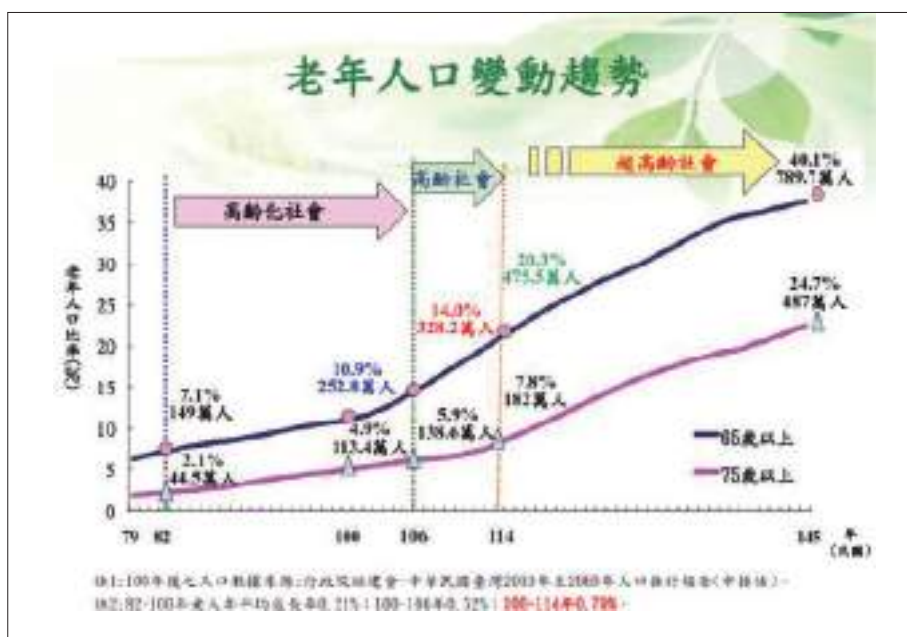
衛生福利部(前衛生署)極力推動及落實國家政策「黃金十年，國家願景」，在公義社會部分，其中有關衛生醫療領域有三施政主軸：平安健康、扶老護幼及性別平等。故維護優質健康醫療環境及健全長期照護體系乃是重要的策略(圖7-2)。

人口老化首要面對的第一項就是照護問題，即要讓老年人有個優質的生活品質，由於老年人身體功能退化、失能明顯，且有不典型疾病表現與多重共病

等特色，需要特別的健康照護體系，替老人家提供急性、亞急性、慢性全方位的照護面，此實為當務之急。衛生福利部所屬醫院身為公家醫院，照護老人更是責無旁貸。老年民眾的健康照護在現代社會非常重要，在我國老人健康照護推動發展上，衛生福利部所屬醫院多年來扮演極重要角色，在衛生福利部相關政策的推動以及配套措施的協助之下，提供完善且優質的長照體系是一項重要目標，並積極發展完整老人照護園區的整合性照護及模式，針對老人及慢性病患、急性病人或長期失能者等，各有其不同需求，為維護老年人的照護品質，需有賴於多層級的醫療與照護服務，針對不同老人健康狀況提供連串及符合需求之服整體服務體系(圖7-3)。

## 第二節 老人照顧模式現況

衛生福利部對於建構完善老人照護機制不餘遺力，而衛生福利部所屬醫院在臺灣老人健康守護上，功不可沒。各附設醫院為了因應人口老化的問題，陸



7-2 衛生醫療領域。

7-1 臺灣老人人口比成長趨勢圖。(摘自衛生福利部網站，2012)

7-2 衛生醫療領域。



7-3 衛生福利部整體長期照護服務規劃圖。(摘自衛生福利部網站，2012)

續建置完成提供機構式、社區式、居家式等照護模式，著實幫助了老年長者特殊健康狀況的照護需求，也幫助老人健康餘命延長與生活品質，以此建置的照護模式是一個小型的老人照護園區，期望將來以此模式推廣成更多更大型的老人園區(類似美國PACE model)，以因應人口老化照護的需求，以下則分別由老人特別門診、老人病房、中期照護、長期照護、安寧療護、居家訪視等面向方向介紹之。

一、老人特別門診

人口老化趨勢，疾病複雜度增加，老年人就醫困難及照護需求增高，且老人疾病有複雜性、低估性、潛伏性、恆久性、功能取向性、低防備性、非特定性等特性。故衛生福利部所屬醫院基於老年民眾及家屬需求開立老人特別門診，進行周全性老人評估，並量身訂做老人身心靈照護計畫。

各衛生福利部所屬醫院為因應高齡社會的來臨，及依長者就醫需求，整合神經科、精神科、中醫科、家醫科共同看診，如成立「失智整合門診」或「老人特別門診」，提供長者最佳醫療服務。其中臺中醫院為衛

生福利部所屬醫院第一家老年專科教學醫院。

二、老人病房

老年人疾病的原因多，且複雜又不明確；潛伏期長，初期可能無明顯症狀。老年人的疾病常不易與其功能老化區別，具複雜且多重的健康照護問題，或合併多重疾病、合併心理及社會方面的問題。而需住院接受完整的老人評估者，輕度急性疾病且合併有老年病症候群(如：譫妄、失智、憂鬱、失禁、營養不良、行動不便、跌倒、壓瘡、失眠、暈眩、多重用藥等)者，有機會經由住院時積極的老年醫學評估、處理、治療及復健而恢復其日常生活功能。故衛生福利部大力推廣老人病房及成立老人團隊，衛生福利部所屬醫院也一直朝這方向執行。

三、中期照護(或稱急性後期照護)

「中期照護」(Intermediate care)，是以新的醫療服務模式，整合各種醫療服務資源，以無縫接軌方式，使病患回復最佳的身體功能及減少非必要的入院、入住機構或滯留急性病房，以恢復獨立自主生活。簡單言

之，中期照護即為急性期後與返家前這段時間的照護。

衛生福利部(前行政院衛生署)於2005年以「醫療發展基金」委託臺灣老年醫學會推動社區醫院轉型為老人照護醫院(如彰化員林郭綜合醫院)，以社區醫院作為推動老人健康照護的基礎，此為臺灣中期照護之起始。

2009年起至2012年衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會(前衛生署醫院管理委員會)以第六期醫療網計畫於衛生福利部所屬醫院推動中期照護，該計畫之主要精神為：運用醫院現有資源提供積極的復健，初始以院屬附設護理之家部分改造為中期照護，接著就部分衛生福利部所屬醫院較閒置的復健病房改建為中期照護病房，以有效運用病床。衛生福利部屏東醫院及桃園醫院附設護理之家分別於2009年3月及5月率先配合本署「新世代健康領航計畫」辦理「建立中期照護模式及試辦計畫」，以在地民眾的就醫需求及照護經驗，發展出以護理之家內建置的中期照護模式。2010年基隆醫院及苗栗醫院加入試辦計畫，進而逐年推廣至其他衛生福利部所屬醫院。

此外，衛生福利部護理及健康照護司(前衛生署護理及健康照護處)於2009年針對獨立型護理之家推動「獨立型護理之家功能拓展計畫——試辦中期照護創新服務」計畫。照護目標為功能回復而非長期照護型之生

活照護。

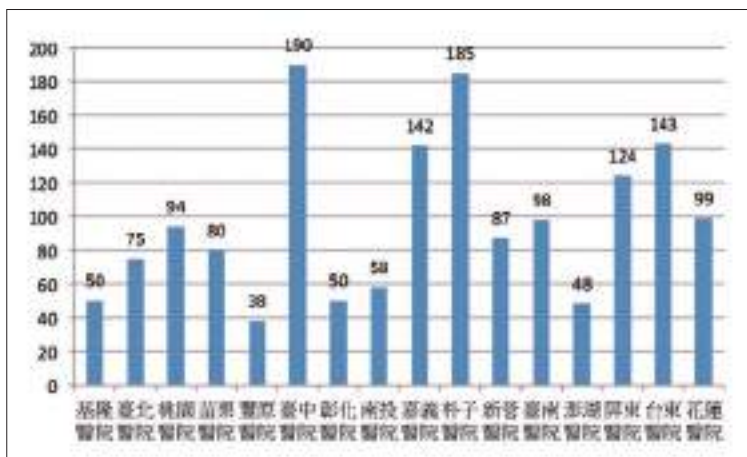
衛生福利部近年來積極推展中期照護模式，至2012年止，衛生福利部所屬醫院共計有9家所屬醫院設置中期照護，包括基隆、桃園、苗栗、臺中、豐原、南投、朴子、旗山、屏東等醫院。

而衛生福利部國民健康保險署(前國民健康保險局)為建立病人急性期後因失能所需之新照護模式，優先選擇共病及跨科較多、較複雜，人數亦多之腦中風疾病試辦「提升急性後期照護品質試辦計畫」。自2014年起，將開始推動，期待藉由新照護模式，能真正降低腦中風病人因急性期後的失能程度，進而減少重複往返住院，可大幅減輕對醫療體系、家庭及社會照顧的負擔。

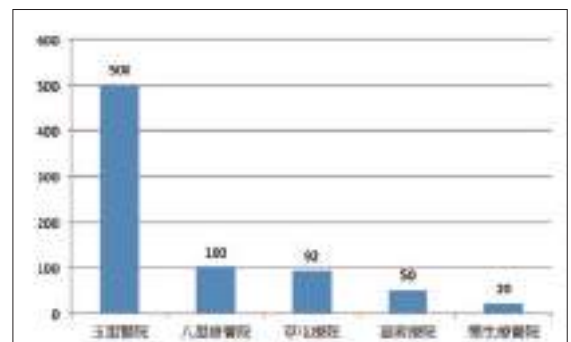
#### 四、以長者為中心之護理之家

現今人口老化快速，長期照護服務隨著疾病型態慢性化，加上家庭結構改變，小型化家庭的結構，產生子女同住降低與雙薪家庭增加的情形，致使原家庭擔任的照護功能逐漸喪失，家庭成員原有的相互支援功能降低，現有照護需求者不易從家庭取得合適的照護服務。而在有照護需求的人口中，近四成為需重度與極重度照護者，故護理之家機構的需求增加。

為此衛生福利部特別推動老人長期照護三年計



7-4



7-5

7-4 各衛生福利部所屬醫院一般護理之家床數分布圖。

7-5 衛生福利部所屬醫院精神護理之家床數分布圖。



畫、新世紀健康照護計畫、我國長期照顧十年計畫、補助各所屬醫院開立以長者為中心的醫院附設護理之家。而各護理之家的服務對象，並非僅提供日常生活照顧和護理而已，以住民需求為導向，落實持續性、整合性、全面性及多元化照護服務，結合各相關專業照護人員，採以跨專業團隊服務模式，主要照護人力以護理專業人員、照顧服務人員及結合醫療、物理、職能、藥事、營養、社工等相關專業人員參與，共同照護居住者，使住民獲得整體性照護。

目前26家衛生福利部所屬醫院中，共有21家醫院成立護理之家或精神科護理之家，床位共計2,324床；其中17家醫院設有一般護理之家，床位共計1,562床；4家醫院設置精神護理之家，床位共計742床，使個案能依照需求獲得適切服務（圖7-4、7-5）。

## 五、安寧療護

世界衛生組織對安寧療護的定義是指：照護威脅生命疾病的病人（with life threatening illness），目的是為提升病人及其家屬的生活品質（improves the quality of life of patients and their families），並未限定「癌症末期病患」才有接受安寧療護的需要。研究證實，安寧療護可以有效緩解癌症疼痛及其他症狀，減少對病人無益之侵入性治療和痛苦，並能減少家屬遺憾與悔恨，最終達到提高病人的生活和生命品質。

衛生福利部自1996年起推動癌症病人安寧療護服務，2000年立法院通過安寧緩和醫療條例，成為亞洲第一個對於「自然死」立法之國家；迄今安寧緩和醫學已是國際普遍的作法，健保署於同年（2000年）亦將安寧住院與安寧居家納入健保試辦計畫，截至目前已有37家醫院提供安寧住院、64家提供安寧居家服務，每年約服務七千多名癌症病人，推估其利用率約15%。

另，國民健康署自2005年起補助醫院辦理癌症病人「安寧共同照護計畫」，藉由成立安寧共同照護團隊，促進各科醫療團隊與安寧療護團隊間之合作，由

此團隊提供住在各科的癌症病人安寧服務，使病人在不必離開原醫療團隊的情況下，獲得安寧服務。截至目前已有65家醫院成立安寧共同照護團隊，每年可服務約一萬三千名癌症病人，加上安寧住院與安寧居家服務，已使癌症病人接受安寧療護服務提高為38%。若癌症病人與家屬能有機會獲得此項資訊與服務，得以緩解癌症病人疼痛等不適症狀，不但能幫助其有尊嚴地度過人生的最後旅途，也能大幅提升癌症病人及家屬生活品質與滿意度。

## 六、居家照護

WHO在1994年將居家照護界定為「在病患居所就近提供整合性之健康及社會支持性服務，其目的在預防、延緩及取代長短期之機構服務」。<sup>1</sup>衛生福利部於1987年起正式發展居家照護訓練指導，以及系統性發展居家照護，先由衛生福利部專案辦理，之後並將居家照護服務列為全民健保的給付項目。

衛生福利部為了分擔家庭照顧責任，及時給予家庭照顧者支持，以減輕家庭照顧者身心壓力與負擔，避免家庭照顧功能瓦解，故配合行政院核定的我國長期照顧十年計畫（以下簡稱十年計畫），推動「喘息服務」方案，方案中家庭照顧者可依需要，自行選擇使用長期照護機構或居家照顧服務，接手照顧家中的受照顧者，每位中度失能個案每年最高可獲得14天服務補助，重度失能個案每年最高可獲得21天，讓家庭照顧者在出現負荷過重前，能獲得一個替代性的服務，讓照顧者有休息的機會，以支持家庭照顧者持續照顧能量，提升其生活品質。此外，為了讓失能而無法出門使用社區照護資源的民眾，在家也能獲得專業質優的照護，衛生福利部也配合十年計畫提供「居家護理」及「居家復健」兩項服務的補助。

其中「居家復健」服務是創新服務項目，由物理治療或職能治療師利用家中環境，設計活動治療計畫，提供失能個案能在家復健，增加練習次數，掌握黃金



7-6



7-7



7-8

復健時間以促進體能、日常生活自理能力及重新適應居家生活環境。失能個案因身體功能的限制無法送到醫療院所接受復健時，可補助物理或職能治療師到家中提供治療服務；若經治療師評估個案具高恢復潛力，可向長期照顧管理中心再次提出申請；此外，考量山地離島偏遠地區的醫療資源有限，該方案在這些特定地區，則提供社區復健服務的費用補助。

衛生福利部指導各所屬醫院紛紛成立居家護理所，相關的醫療人員、護理師、醫師等組成醫療團隊，前往長者家中服務，從幫忙更換三管（鼻胃管、氣切管、尿管）、施打疫苗、整合用藥、傷口照護等等，進而發展至更為深入家庭的居家復健，提供病患與家庭成員適當性、綜合性、連續性與協調性醫療照護服務，使病患得到更人性化照護，有效運用醫療資源，更能串聯各種醫療專業服務片段，形成以病患為中心的連續性照護。對失能及需三管照護的老年人，不但減少家屬奔波並且能夠降低社會成本。如臺中醫院1995年起推動居家訪視，苗栗醫院、嘉義醫院、屏東醫院、澎湖醫院也都提供在地民眾居家訪視服務，期能讓高齡者達到在地老化的目的。

### 第三節 各衛生福利部所屬醫院建構老人照護園區特色

以下將就臺中醫院、屏東醫院、澎湖醫院、嘉義醫院及苗栗醫院等醫院，建構老人照護園區之特色逐一介紹：

#### 一、臺中醫院——建構老寶貝天堂的老人照護園區

臺中醫院是全國第一家、由衛生福利部指定的周全性老人照護園區示範醫院，在具有老年醫學科背景的院長李孟智帶領下，打造出「無縫接軌的老年照護園區」，從社區居家照護／健康促進、長青門診、急性照護、中期照護、長期照護到安療緩和照護，提供全方

7-6 臺中醫院以醫院為基礎的老人照護園區。

7-7 臺中醫院2011年開始推動家用藥照護。

7-8 臺中醫院李孟智院長、社服室主任及志工送棉被給獨居老人，關懷長者。

位、無縫接軌的完善醫療資源的老年照護園區，茲說明如下(圖7-6)。

### (一)深耕社區——居家照護／健康促進

臺中醫院在衛生福利部指導下於1995年起推動居家訪視，提供在地民眾居家訪視服務，提供近便性、社區化的服務，達到在地老化的目的。接著從2011年起推動居家用藥服務，派遣藥師、營養師、社工師至獨居老人、偏遠地區進行整合性居家用藥照護，期能讓民眾知道衛生福利部所屬醫院對老年人照護的用心(圖7-7)。臺中醫院李孟智院長更於2011年發起獨居老人送暖活動，結合社會資源送棉被、送營養品，溫暖獨居老人身心靈(圖7-8)。

另外，臺中醫院自2012年開始推展獨居老人照護工作，包含獨居老人的關懷訪視、居家服務、送餐及送物資服務、健康照護服務等，2013年3月止關懷訪視共計599人次、居家服務共計440人次、送餐及送物資服務共計1,183人次、健康照護服務共計2,249人次。

衛生福利部與社政已於2013年7月整併，目前低收入及弱勢族群逐年增加，為降低中低收入戶及弱勢族群因病而貧、因貧而病所造成的就醫不規則或失能或錯誤認知產生不當醫療資源使用，故衛生福利部指

示臺中醫院及旗山醫院發展執行「中低收入暨弱勢族群健康管理計畫」，以個人為中心、家庭為導向、社區為範疇之整合性身心健康促進及疾病管理，強化衛生福利部弱勢照顧功能，落實公醫角色品牌建立衛政社政夥伴關係，提供整合照顧管理。本健康計畫已於2012年8月，由臺中醫院以臺中市南區民眾為標的服務，共收案243案，結合衛政及社政共同為中低收入戶及弱勢族群健康把關。中低收入個案於健康管理服務介入後，於生活品質三個面向(社交活動、情緒憂鬱時間及精力充足度)上有顯著的提升。臺中醫院並將此執行經驗分享，擴及衛生福利部所屬十八家醫院於2013年全面實施，以期全面照顧中低收入戶及弱勢族群。

臺中醫院更深入社區，為民眾健康把關，使社區具健康認知、行為，使健康行為落實於日常生活中，臺中醫院平均每年至社區辦理約410場次，約48,283人次民眾參與社區健康促進活動。

### (二)長青特別門診——提供長者為中心的整合性服務

臺中醫院為長者創設專屬於長者的「長青特別門診」，門診空間寬敞、燈光柔和，且配有舒適沙發椅，還有志工親切微笑問候服務，為體諒老人家行動不便，這裡有單獨的掛號及批價櫃檯，讓他們不必到一

7-9 臺中醫院長青特別門診輔具衛教區教導長者及家屬認識及使用輔具。

7-10 臺中醫院長青特別門診無障礙廁所衛教區。



7-9



7-10



般櫃檯排隊、擠來擠去，志工還會幫忙領藥或帶他們去轉診的診間，一個櫃檯便能完成所有服務，讓進醫院不再像進到迷宮般找不到方向。<sup>2</sup>同時為體恤長者老化需求，長青特別門診設有成輔具示範區及無障礙空間衛教區，使長者及其家屬可為長者選擇適合又安全之輔具，同時亦注意到以長者中心居家安全環境設施（圖 7-9、7-10）。

臺中醫院自 2007 年起開立失智整合門診，由神經科、精神科、中醫科、家醫科共同看診，並有個管師追蹤病人及家屬。並於 2012 年 6 月 6 日在李孟智院長指導下，成立長青特別門診（圖 7-11、7-12、7-13），針對長者常面臨的疾病需求，整合各醫療科並成立失智整合門診、眩暈特診、平衡門診、老人幸福門診及骨關節特診等。

臺中醫院長青特別門診的特色有：提供「以病人為中心」的整合性服務，提供舒適便利就醫環境及就醫流程，讓就醫長者於就醫流程時可一次到位，包括批價、掛號、看診、領藥、衛教、諮詢，在長青特別診區即可全部完成，免去行動不便的老人家在不同診間往返及等待的時間。同時依其罹病情況、失能程度、家庭或社會資源、恢復潛力等狀況不同，視情況提供疾病治療、健康促進與轉診等服務，避免藥物交互作用發生，減少醫療支出與多科看診之不便，達到對長者最好的健康促進與照護。

### （三）急性照護——老人病房

臺中醫院，為衛生福利部所屬醫院第一家老年專科教學評鑑合格醫院，設有高年科及專屬老年病房。每週多團隊會議，由身、心、靈評估病人病情，並有老年個管師、且具有適合老年人的病房設備、跨專業的團隊合作照護、周全性的老年醫學評估、功能為導向的復健治療連續性的醫療照護服務，希望能減少住院老年病患功能的退化、減少醫源性問題的發生與醫療資源的花費、避免設置不必要的護理之家、增進老年病患的滿意度、改善住院的預後（圖 7-14）。

### （四）中期照護病房

臺中醫院，為落實衛生福利部交付任務及照顧大臺中地區民眾健康之使命，2013 年推動「以醫院模式」的中期照護，設置 24 床中期照護病床，串聯急性醫療、護理之家、日間照顧、居家照護等服務，建構完整老人照護園區，對於腦中風急性後期、骨科術後及急性後期身體虛弱、老人症候群與經由積極復健能回復自我照護能力之潛能者，經團隊評估後可入住「中期照護病房」接受積極復健及跨團隊專業照護，以使回復其最佳健康狀況及日常生活改善，造福大臺中地區民眾（圖 7-15、7-16）。

臺中醫院之中期病房特色包括：

#### 1. 醫院獨立病房型

7-11 臺中醫院長青特別門診，提供「以病人為中心」的整合性服務。

7-12 臺中醫院自 2012 年起成立長青特別門診。

7-13 臺中醫院自 2012 年起成立長青特別門診，李孟智院長和醫療團隊替病人進行周全性老人評估。



7-11



7-12



7-13



7-14



7-15



7-16



7-17

7-14 臺中醫院老年醫學跨團隊會議。

7-15 臺中醫院中期照護病房團隊。

7-16 寬敞明亮的中期照護病房。

7-17 臺中醫院護理之家創立於1997年，為衛生福利部所屬醫院第一家護理之家，共190床。

7-18 臺中醫院護理之家成立衛生福利部所屬醫院第一家失智團體家屋，重視長者尊嚴、隱私及功能回復。



7-18

2. 跨團隊專業照護小組
3. 建立品質和功能指標
4. 垂直整合：整合醫學中心、地區醫院、長照機構

5. 爭取健保總額以外給付，因應老人照護需求，並期積極恢復功能及重返社會為目標

#### (五) 護理之家——專業、溫馨、家屋型設計

衛生福利部所屬醫院設置護理之家，都是以為了能提供住民安心信心照護環境為目標，落實住民安全、提升護理品質、秉持同理精神、主動溫馨服務、提供舒適環境、促進住民健康、重視住民隱私、提供全人照護，擁有全方位照護團隊，醫師、護理師、營養師、物理、職能、語言治療師、藥師、社工師等專業照護團隊定期巡診，照護住民身心，我們用疼愛的心建構溫馨的家園(圖7-17)。

臺中醫院，於1997年成立衛生福利部所屬醫院第一家護理之家，並於2001年成立衛生福利部所屬醫院中第一家失智護理之家，重視失智長者尊嚴、隱私及

功能回復。結合各相關專業照護人員，採以跨專業團隊服務模式，主要照護人力以護理專業人員、照顧服務人員及結合醫療、物理、職能、藥事、營養、社工等相關專業人員參與，共同照護居住者(圖7-18)。

臺中醫院是國內首家以「多層級長期照護服務」為主的醫院，院內共190床，並分失能區、緩和區、呼吸區及失智區四區分區照護，使個案能依照需求獲得適切服務。在提供服務的多元化下，使民眾依其需求而有不同選擇的日常照顧功能，從輕度失能至重度依賴，醫療照護需求程度自無醫療護理需求，至伴隨特殊護理照護需求，心智功能自輕度失智至重度失智照護，民眾可依其特殊照護需求變化而遷移多層級照護。

使居住者因病情之進展或因醫療照護需求變化而遷移居住者，依然可居住在熟悉習慣的居住社區，同時享有個別化、人性化、專業化與整合性、連續性長期照護服務長期照護。醫護團隊同心協力互助合作，以去機構化設計，共同營造「家庭化」照護環境特色，著重以安全舒適且溫馨的空間設計為原則，多層級的長期照護方式，針對特殊照護族群的民眾提供特殊照

護單位，讓民眾可依其需求有多元化選擇(圖7-19)。

#### (六)安寧療護

安寧療護理念更廣泛地延伸至所有末期中病人，並讓更多的醫護等相關人員、病人及家屬對安寧療護有正確的認知，進而增加醫護人員之照護技能，擴大安寧療護服務的效益。讓有意願接受安寧緩和醫療服務之重症末期病人，得依需要，亦有機會接受健保安寧療護共同照護，協同國家安寧療護照護一起進入新的里程。衛生福利部所屬醫院紛紛推廣安寧療護，以期能生死兩相安。

臺中醫院於2002年開始配合實施安寧居家療護試辦計畫，自2012年試辦安寧共照療護計畫，並配合衛生福利部政策，於健保IC卡註記安寧意願之；並依臨床醫療需求，增收八類經醫師專業診斷符合重症非癌末之患者，納入服務對象範圍，讓有意願接受安寧緩和醫療服務之病人，得依需要接受健保安寧療護。2012年起推動安寧緩和共照，2013年並加入安寧家庭諮商服務(圖7-20)。

臺中醫院所提供的安寧緩和，自2002年至2012年，安寧居家新收個案共172位，管案人數達455人，訪視次數750人次；2013年新加入安寧家庭諮商服務，協助所有住院病人醫療抉擇、社會家庭支持系統整合，預立安寧緩和意願書，擴及至病人往生後悲傷輔導。

#### (七)感人小故事——臺中醫院百年人瑞圓夢計畫

103歲的曾爺爺上月底暈眩、跌倒，就醫發現有3條冠狀動脈阻塞，產生90%的狹窄導致供應心臟血量只剩30%，隨時有生命危險。臺中醫院為他進行心導管置放支架治療，成為創院以來最高齡接受動脈支架手術的患者。曾爺爺術後隔兩天出院，原本坐輪椅就醫時，嘴唇發黑、氣喘如牛，三天後就能自行拄著拐杖帶花到醫院感謝醫療人員。醫師呼籲，不論年紀多大，都不要放棄治療！

曾爺爺罹患高血壓、糖尿病，也曾做過冠狀動脈心導管支架手術，上月底出現胸悶症狀，但他仍然如常外出晨運，突然暈眩、跌倒，自行清醒返家就醫。臺中醫院院長李孟智發現他的冠狀動脈阻塞，左心室的左前降支和右心室的迴旋支、右迴旋支都阻塞。心臟內科主任朱永謙建議曾爺爺進行心導管支架手術，否則隨時可能因為心導管梗塞有生命危險，不過曾爺爺認為，年事已高想要順其自然，不願治療，為他看診20年的李孟智院長加入勸說行列，不但對自家技術有信心，也勸他不要放棄求生希望，曾爺爺才肯接受。

由於曾爺爺年事已高，進行心導管支架手術面臨心律不整和心、肺功能衰竭風險，且血管阻塞又鈣化嚴重，增加手術困難度，不過狀況危急，隔天在左前降支、迴旋支，以心導管置入支架撐開血管，治療次日就出院。曾爺爺衷心感謝臺中醫院整合性老人團

7-19 臺中醫院護理之失智區提供長者寵物療法。

7-20 臺中醫院林惠文醫師，至患者家中安寧居家訪視。



7-19



7-20





7-21



7-22



7-23



7-24

7-21 屏東醫院老人全人照護系統圖。  
7-22 屏東醫院居家訪視照護。  
7-23 屏東醫院居家餐飲照顧。  
7-24 屏東醫院社區日間照護。  
7-25 屏東醫院交通接送。



7-25

隊，使他重獲新生。

二、屏東醫院——建構完整老人照護園區

(一)提供新型態照護——全人照護模式

政府面對人口高齡化的來臨，尤其是老人照護需求的問題，自1998年起開始推動老人長期照護三年計畫(1999至2001年)，鼓勵所屬醫院設置護理之家，開始重視並落實老人照護的問題。

屏東醫院自1998年4月起獲屏東縣衛生局同意設置40床，並於2000年增至100床，自2006年起規劃出屏東醫院長期照護體系，期間更配合我國長期照護十年計畫——照顧服務之失智老人日間照顧計畫，提供自急性醫療、社區式、機構式、居家式服務，並於2008年設立中期照護之後，完成長期照護網絡系統提供老人全人照護，陸續於2009年起開辦社區日間照護及居家服務。完善的老年人照護應涵蓋預防、治療、復健、身體照顧、餐食服務、家事服務、居住環境和社會經濟的範疇，是故，老年人的照護必須要有良好的照護系統(care system)，屏東醫院提供之照護型態，在五年期間陸續建置完成提供機構式、社區式、居家

式等照護模式，目前入住率均達八成以上且失能專區仍供不應求，以此建置的照護模式儼然是一個小型的長期照護園區，期望將來此模式能複製成更多、更大型的園區，以能因應人口老化照護的需求(圖7-21、7-22、7-23、7-24、7-25)(表7-1)。

表 7-1 屏東醫院新型態老人全人照護開辦時間表

類型	照護方式	開辦時間	設置床數
機構式	失智專區	2006年	20
	失能專區	2007年	67(輕度30 重度37)
	中期照護專區	2008年	37
居家	居家護理	1996年	
	居家服務	2000年	
	居家復健	2000年	
社區	居家安寧	2011年	
	社區失能日照	2010年	
	社區復健	2010年	
	社區失智日照	2009年	

(二)中期照護病房

屏東醫院於2009年3月開辦37床中期照護，以在地民眾的就醫需求及照護經驗，發展出以護理之家內建置的中期照護模式。照護人力以護理師及照顧服

務員為主，並結合專任的主治醫師、個管師、物理治療師、職能治療師、社工員、藥師等照護團隊介入，由入住前出訪評估、安排入住、照護成效評值、結案輔導、社會資源連結、返家、結案追蹤，以致設置復健相關設備如氣動式復健訓練設備等等，為一全方位完整的照護模式。藉由完整的照護需求評估及整合性介入服務，使個案能早期回歸社區，避免因照顧欠缺引起不必要之失能，導致成長期照護個案(圖7-26、7-27)。

屏東醫院中期照護自2009年3月起截至2012年12月底止，共入住339人，入住率為63%，成功返家為178人，轉長照續照護者68人；個案來源中以院外轉介較多，占44%，院內轉介41.9%，社區14.1%。住

民年齡層高齡者居多，65歲以上者占84.7%；個案之疾病類別以急性腦血管疾病及骨科居多，占58.1%。協助個案管路移除，鼻胃管移除率41.3%；導尿管管移除率53%；氣切管管移除率33%。平均入住天數為63.5天。照護成效顯著，讓病患有所醫，老者有所養，並將此經驗推廣至其他衛生福利部所屬醫院，落實在地老化之老人照護服務(圖7-28)。

### (三)安寧療護

屏東醫院於2007年開始推動安寧緩和醫療與教育宣導活動，舉辦院內教育訓練與院外宣導活動，同年3月成立臨終關懷小組，8月改為關懷小組，2008年因應安寧共照試辦計畫改為安寧共照小組，在一般病房



7-26



7-27



7-28



7-29



7-30



7-31



7-32

7-26 屏東醫院中期照護專區。

7-27 屏東醫院復健設備。

7-28 屏東醫院中期照護跨團隊個案討論會議。

7-29 屏東醫院社區安寧療護宣導。

7-30 屏東醫院安寧團隊召開安寧家庭會議

7-31 屏東醫院2012年舉辦癌症音樂會(林志炫)。

7-32 屏東醫院對癌症患者提供美足護理。

提供癌症末期安寧照顧，讓更多無法接受安寧病房照顧的病人，藉由共同照護的介入，亦能獲得安寧療護的全人照護，協助家屬陪伴病人安詳走完人生最後一程，而達到生死兩相安之目的。為使病人能有連續性的照護，自2011年10月開始安寧居家訪視提供照護，使病人能達到在家善終的心願，提升安寧病人生活品質(圖7-29、7-30、7-31、7-32、7-33、7-34、7-35)。

#### (四) 感人故事——沈伯伯的聖誕願望

屏東醫院積極推動長期照顧居家服務，關懷社區民眾，爭取老人福利聯盟修繕資源，協助屏東市低收入戶及中低收入長者居家無障礙環境改善。結合永達技術學院學生志工、屏東市公所清潔隊，到屏東市廣興

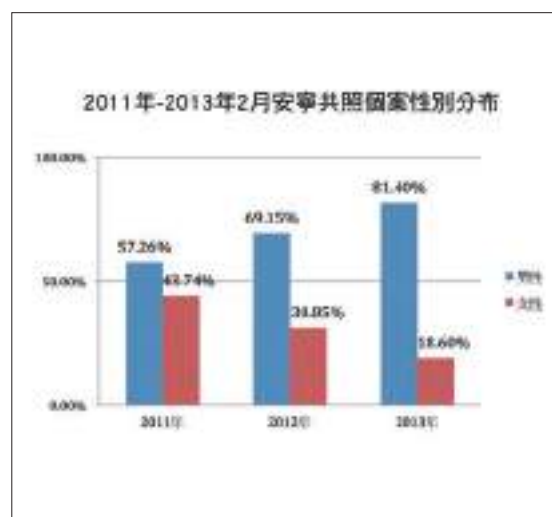
里為老人與身心障礙者，於居家修繕前環境大掃除。

居住屏東市的沈伯伯與同住的身障兒子，浴室環境在七年多前就已破損而無法使用，沈伯伯一直過著燒開水、提水桶沐浴的不便生活，身障之子更因缺乏無障礙沐浴環境而長期無法沐浴。在屏東醫院居家服務社工到宅服務後，連結老人福利聯盟居家修繕資源，進行居家無障礙環境修繕，改善生活環境，讓一老一少有無障礙之浴室沐浴，過個暖呼呼的冬季。

沈伯伯說，好高興家裡終於可以修繕了，但是堆積了這麼多的東西，和兒子無法搬呀！屏東醫院居家服務聽到沈伯伯的聖誕願望，連結永達技術學院一群師生到府協助沈伯伯，將堆積過多的廢棄物清除，進行居家環境大清掃，好讓接下來的修繕工程得以順利



7-33



7-34



7-35

7-33 屏東醫院安寧共同照護2011年起至2013年每月收案統計成果。

7-34 屏東醫院安寧共同照護個案性別統計。

7-35 屏東醫院安寧共同照護個案年齡統計。



進行。沈伯伯知道後表示，有這麼多的志工來幫忙，讓心願能夠完成，真的很開心(圖 7-36)。

### 三、澎湖醫院——建構老人照護園區

澎湖醫為最早創立的衛生福利部所屬醫院，創設於 1896 年，利用清領時期的廟宇權充院舍，設有內、外科。成為澎湖民眾信任及依賴的醫院，民眾稱為「大病院」。1945 年臺灣光復後，改為臺灣省立澎湖醫院(圖 7-37、7-38)。

1999 年 7 月 1 日因精省故，更名為「行政院衛生署澎湖醫院」。澎湖醫院安宅院區約兩千餘坪設置精神科病房，全院總病床數依衛生局核可床數為 233 床，另有護理之家 49 床，為臺灣省唯一的離島醫院。2004 年 5 月至 2009 年 6 月 30 日，衛生福利部依「行政院公立醫院多元化經營專案小組」會議決議，曾委託國防部三軍總醫院經營 5 年，2009 年 7 月 1 日恢復自主經營，並於同期遷入新門診醫療大樓，積極增加醫療設備、增聘醫師，展開另一醫療里程碑。至 2013 年 7 月因政府組織改造而更名「衛生福利部澎湖醫院」。

澎湖縣隨著老年人口增加，其照護品質的維護有

賴於多層級的醫療與照護服務，關懷獨居長者，推動高齡友善醫院為衛生福利部重大政策，澎湖醫院設有高齡友善醫院推動小組，從各項軟硬體推動高齡友善策略。澎湖醫院建構完整老人照護園區，對長者照顧從預防醫學到照顧弱勢、急重症醫療、中長期照護、居家照護，完善的全人照護及社區醫療，成為澎湖長者信賴的健康促進醫院。

#### (一)獨居老人關懷訪視及健康管理

結合志工、社會資源藉由關懷訪視、送物資等活動，取得獨居長者信任後，配合「獨居長者健康管理 743 活動計畫」，從一致性、連續性計畫中追蹤、管理、並連結獨居長者生活、健康、就醫、社會資源，以達到提升獨居長者身、心、靈滿意度(圖 7-39、7-40)。

澎湖醫院亦針對弱勢族群提供服務，包括為服務老人提供老人口腔篩檢及假牙裝置，中低受入戶老人公益植牙服務(圖 7-41)。

#### (二)推動高齡友善醫院，開辦整合照護門診

依據高齡友善醫院自我評估四大標準重新檢視醫



7-36

7-36 屏東醫院結合永達技術學院學生志工幫忙屏東市的沈伯伯居家環境清潔。



7-37

7-37 澎湖醫院創設於 1896 年，1898 年改隸臺灣總督府之府立澎湖醫院大門。



7-38

7-38 澎湖醫院 2009 年新建完工醫療大樓。

7-39 獨居長者生活、健康、就醫、社會資源連結。



7-39

7-40 藉由關懷訪視、送物資等動，達到提升獨居長者身、心、靈滿意度。



7-40

院各程做調整：一、自2012年開辦整合照護門診包含高年科(體貼老人家提早看診及長者優先看診)、記憶保健(失能失智)；二、2013年提供65歲以上長者免掛號費(原70歲以上)；三、原已符合殘障設施標準，為體恤澎湖醫院就醫多數為長者及不便鄉親，特於各層樓加作坐式廁所；四、與高雄榮總同步視訊「高齡友善核心課程」，提升醫護人員照顧知能；並支援澎湖監獄、老人之家、西嶼及湖西復健中心，提供受刑人、老年人就醫之方便性。

### (三)老人照護病房

澎湖醫院老人照護團隊包括家醫科及居家護理師、復健科及復健治療師、骨科、精神科、護理科同仁、營養師、藥師、社服室及志工們，提供多專業及跨專業之整合照顧(圖7-42、7-43)。

### (四)安寧共照

澎湖醫院為落實落葉歸根理念，施辦安寧共同照護計畫，讓病患不用入住安寧病房，也能夠接受安寧緩和醫療的照護，提供病患症狀控制、協助其他療護

處置及病患身體照護指導、協助病人及家屬心理社會靈性需求之照護及轉介、協助病人及家屬病情認知及重要療護模式之決策、促進病人或家屬彼此間的溝通及與醫療團隊間的溝通(圖7-44)。

### (五)長期照護：護理之家、居家

優質的護理之家照護團隊，提供完整的跨團隊專業照護服務及喘息服務、提供家庭化、人性化的膳食服務、聯結社區資源，使住民融入在地生活、重視住民生活品質，定期舉辦康樂活動(圖7-45)。

### (六)居家護理(含精神居家照護)

澎湖醫院期望透過居家護理服務協助病人，使病人能在溫馨的家中獲得醫護人員持續性照護，也期望能減輕家屬在病人照顧上的重擔。提供病人和家屬身體上、心理上及情緒上的幫助，使病人及其家屬能獲得合乎人性、尊重個人尊嚴的照顧，並協助增進病人的獨立生活與適應能力，進而開發並利用更多的社會資源。至2012年提供服務量3,954人次。

精神病患由於病識感不佳、社交退縮、常不規



7-41



7-42



7-43



7-44



7-45

7-41 2011年至2013年提供中低收入戶植牙義診。

7-42 老人照護病房。

7-43 老人照護團隊提供多專業及跨專業之整合照顧。

7-44 澎湖醫院教導穴位按壓。

7-45 護理之家家屬聯誼及寫春聯。



則就醫，嚴重者甚至拒絕治療。澎湖有近百座島嶼，二三級離島交通不便、船班不多、冬季風浪大、船隻顛簸，對精神病患就醫更是難上加難、雪上加霜。為避免精神病患因不就醫不服藥而發病，造成社區的不安，也為其他精神科病患就醫的方便，澎湖醫院自2001年起，即利用健保署的醫療品質提升計畫及精神醫療網經費，每月派精神科專科醫師至二級離島七美、將軍、望安等鄉，提供在衛生所之精神醫療診治，對無法到場診察的病患則提供到府訪視服務，並且不定期派遣精神科團隊到南海北海及其他二三級離島訪視，為精神病患提供必要的醫療協助。到二三級離島交通極為不便，我們利用的交通工具二十人座小飛機、交通船、觀光船，也雇用當地的渡船或漁船來往返小島之間，路程遙遠，如到七美島一趟往返長達四到五小時，既耗時又傷神。此外，天氣更常影響行程，夏天會因為颱風或大霧受阻，滯留在離島無法離開；冬天則因天冷浪險，船隻顛簸，暈船嘔吐，行程十分艱難辛苦。但澎湖醫院十多年來仍不畏艱辛地維持這項二三級離島精神醫療業務，這是澎湖醫院對澎湖民眾醫療服務的誠信與堅持。

#### (七) 感人故事：醫人也要醫心——長者醫療照護

他，終其一生干戈戎馬，然而當年的戰士如今垂垂老矣，固然有其自主性與堅不可摧的尊嚴，卻無法戰勝現實的摧殘。初次相見，他獨自坐在大廳藤椅上，雙下肢水腫、有著明顯急促的呼吸型態，從聊天過程中得知其不信任醫療，寧願拿錢請人至藥局買藥也不肯就醫。雖經團隊專業評估與不厭其煩的衛教，仍不敵他的自主性，但我們不放棄，志工每週關懷，醫療團隊每月家訪，終於有一天他接受了我們，願意相信我們並拿出健保卡（榮服處也覺不可思議）至醫院住院治療。歷經時日的努力，除了使長者得以接受醫療照護外，團隊的一切付出與收穫亦盡在不言中（圖7-46）。

## 四、嘉義醫院——建構老人照護園區

### (一) 護理之家

嘉義醫院服務區域以嘉義市、嘉義縣、雲林縣為主，在全國65歲以上比及老化指數上，雲林縣及嘉義縣均高於全國平均。嘉義市是全國第一個通過的高齡友善城市，嘉義醫院也積極通過高齡友善醫院認證加入服務。為滿足長期照顧需求人數的快速增加，嘉義醫院成立護理之家，以建構一個多元化、社區普及化、優質化，可負擔及兼顧性別、族群、文化、職業、經濟、健康條件差異之長期照護機構。為減輕家中失能（智）者的照顧壓力，讓更多有長期照護需求的長者，獲得更專業的服務，利用現有空間增設失能（智）者的老人照護專區，減輕家屬照顧負擔，提升失能（智）者的照顧品質。秉持照護社區民眾健康的精神，結合醫療團隊，運用嘉義醫院已成立護理之家的資源，提供嘉義縣市身心障礙者臨時暨短期照顧服務，以減輕照顧上的壓力及負擔，並增加照顧者與其他家屬成員互動及參與社會活動的機會，以提升被照顧者的服務品質。

嘉義醫院護理之家自1999年起至2011年，每年接受嘉義市衛生局督導考核，督考皆為優等，並於2009年申請參加衛生福利部舉辦護理之家評鑑，獲得甲等，在不斷自我要求下，訂定各項標準流程，依流程定期監測及依需要性適時修訂流程。參加THIS品質監測並

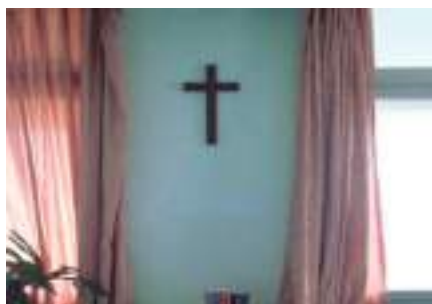
7-46 照護團隊至獨居長者家評估、訪視、關懷。







7-47



7-48

7-47 嘉義護理之家提供住民佛堂。

7-48 多功能教堂。

7-49 完整醫療團隊。



7-49

配合衛生福利部推展長期照護保險各項計畫配合蒐集機構資料，以提升長期照護品質，並受到社區民眾與主管機關肯定。2012年，對內強化品質、對外勇於創新參加「安全」與「品質」長照機構服務組國家級認證，獲得SNQ國家品質標章（圖7-47、7-48、7-49）。

## （二）安寧療護

嘉義醫院於2010年6月成立安寧共同照護小組，成員包括家庭醫學科醫師、麻醉科醫師、精神科醫師、社工師、護理師、營養師、復健師等，並共同擬定組織章程；提供人性關懷之全人、全家、全程及全隊之照護，滿足病患和家屬身、心、靈需要的照護。

為提供病患好的醫療照護，護理科於十病房規劃成立安寧照護專區共2間病房（單人及雙人），給予免

病房費用補貼，提供完善之安寧照護服務。

嘉義醫院為嘉義市長期照顧業務實施計畫，以公家體系服務民眾為出發點，在完整的急性醫療體制下，可提供齊全的連續性醫療照護，醫院附設之護理之家專業醫療及行政科室陣容完整，社服室亦可協助有經濟困難之個案於自付額部分申請補助，並有復健科可協助復健、藥劑科亦可協助藥物重整、精神科則有心理治療師可提供減壓諮詢，另有出院準備服務管理師、糖尿病衛教師、胸腔科個案管理師可提供更詳盡的衛教諮詢。醫院附設護理之家資源，提供多元化服務，拓展服務領域包括：除嘉義市機構喘息及身心障礙托育養護，於2011年更將服務領域擴展到嘉義縣，提供無鄉鎮城差的服務內容。

在不同節慶舉辦各種慶祝活動及慶生會，提供住



7-50 肯德基共進下午茶。

7-50

民豐富生活品質與生命歷程，2009年至2012年12月共舉辦120場活動。社區大學志工會每月親至護家提供住民義剪活動，讓住民能與社區更親近，並帶領住民戶外踏青，享受不同環境刺激及社區互動。在特殊的時刻辦理「諸羅有愛、寒冬送暖」活動，在2013年2月9日與剛出爐的亞洲小姐陳彥蓉致贈壓歲錢紅包、為護理之家住民慶生等活動，並邀請嘉義市嘉愛啟智發展中心院童為弱勢長者表演迎賓舞曲及殘障協會陳連鐘先生的二胡演奏、嘉義國中許芳敏同學的長笛表演，讓弱勢長者們感到社會溫暖與年節氣氛(圖7-50)。

7-51 護理之家戶外休閒區。

7-52 護理之家外觀。



7-51

## 五、苗栗醫院——建構老人照護園區

### (一) 苗栗醫院護理之家

苗栗是著名的山城，縣內以農業為主，苗栗醫院於苗栗市中心，交通便利鄰近體育館旁，周圍有農田視野好陽光充足，苗栗醫院是在1999年成立護理之家，現設置為80床，於2009年設置失智照護專區，以能提供民眾(住民)安心信心照護環境為目標，落實住民安全、提升護理品質、秉持同理精神、主動溫馨服務、提供舒適環境、促進住民健康、重視住民隱私、提供全人照護。苗栗醫院用疼愛的心建構溫馨的家園，擁有完整的團隊，提供專業的諮詢。

苗栗醫院提供全方位照護團隊醫師定期巡診，護理師、營養師、物理、職能、語言治療師、藥師、社工師等專業照護團隊，照護住民身心。配合地方機關推動十年照護計畫，提供機構喘息服務，於2010年起推動苗栗縣唯一有提供急性後期照護服務的護理之家，2011年起與體育總會合作推動銀髮族運動計畫，每年舉辦母親節、父親節、重陽節、寒冬送暖之節慶活動，以及1至2次的戶外活動，每兩個月由美髮協會的會員提供義剪服務，並安排志工陪伴關懷(圖7-51、7-52)。



7-52



## (二) 中期照護

苗栗醫院中期照護計畫性協助有潛力返家之病患，自醫院出院後之短期照護或密集技術性護理，積極促進其功能恢復及增進生活自理能力，以提升獨立自主的生活品質。服務對象為病人急性住院治療後，雖病情穩定仍因生活自理功能需積極復健或身體虛弱需護理照護者，例如腦中風(以首次中風為主)、骨科術後(如膝關節、髖部手術、股骨手術、其他骨科手術)，經轉介由照護團隊醫師評估，若「具有功能回復及復健潛能」，則以六週為期，協助病人居住照護場所進行中期照護。服務內容：整合團隊醫療照護、日常生活照顧、營養設計與諮詢、用藥評估及諮詢、積極性復健計畫——物理與職能治療及語言訓練、回復獨立生活能力訓練、專業護理照護服務。經照護團隊以周全性老人評估認定具有功能回復及復健潛能者，並取得病人或家屬同意簽署中期照護契約書。2012年服務總人數47位，50人次，入住率43%，成功返家25人，成功返家率50%。

而照護品質指標採老人憂鬱量表(GDS)、日常生活能力量表(ADL)及身體獨立功能量表(FIM)三種評估工具，用以評估個案的憂鬱程度、日常生活功能

及身體獨立功能情形及中期照護服務模式介入後個案身體功能進步程度。經研究發現具復健潛能病人進行中期照護團隊整合照護及積極復健計畫後，身體移位功能明顯提升。專業訓練方面舉辦八場共計二十三個小時的研討會，以宣導中期照護服務並進行相關醫事人員照護研討，總共有393人次參與研討活動。對象以護理人員及照服員為主，主題涵蓋中期照護現況、職能治療、失智症個案討論、長期照顧福利資源及護理照護經驗分享各層面。照護者衛教講座及家屬座談會方面舉辦六場共計十四個小時的講座，以宣導中期照護服務並提供照護者團體衛教，共有99人次參與講座活動。主題涵蓋中期照護簡介及服務介紹、職能治療、認識失智症、長期照顧福利資源及照護經驗分享等。2012年時，榮獲第一屆提升全人醫療暨整合服務研討會海報發表——「建置中期照護病房持續性復健」佳作(圖7-53、7-54)。

## (三) 安寧療護

苗栗醫院於2007年啟動「安寧共同照護」，於2008年3月至4月開始成立團隊，由院長親自主持，由副院長擔任召集人，醫療與護理科主任協同負責，安寧

7-53 苗栗醫院配合積極性復健治療及獨立生活能力訓練。

7-54 苗栗醫院照護者團體衛教講座——宣導中期照護服務簡介及照護經驗分享。



7-53



7-54



共同照護團隊由醫師、護理師、社工師、營養師、藥師、志工、宗教師等成員執行臨床實務。2009年健保署加入八大非癌疾病末期安寧療護，藉由安寧團隊與原診療團隊的共同合作，提供病人優質的全人照顧、安寧相關諮詢服務、協助出院準備、轉介安寧病房或安寧居家照護、善終準備與哀傷輔導等照護，讓末期病人能依其所需，透過症狀控制、舒適護理、情緒支持以及心理調適，使病人身心靈能得到療癒，也可提升照護醫事人員對癌症及疾病末期病人的照顧能力。

收案流程由主治醫師開立安寧同照護會診單，收單後由安寧共照護理師親自到病房探視病人，期間也由各專業團隊實際參與照會；每月定期召開安寧共同照護個案討論會暨讀書會議，以增加團隊共識；醫院6AB病房設有佛堂及5AB病房設有祈禱室，滿足病人及家屬的宗教需求(圖7-55)。

服務至2013年4月總收案261人次，出院258人次，病人出院後均以電話連續追蹤共258次，家屬皆能平和接受親人死亡的事實。

#### (四) 感人故事

苗栗醫院照護期間協助四位病人完成心願，第一位個案於2008年10月協助其返家參加女兒的婚禮，完成個案心願，讓家屬非常感謝醫院團隊。這是苗栗醫院安寧照護的起步，於此更加落實服務宗旨：「為成為

苗栗縣民一輩子的醫院而努力」(圖7-56)。

第二位個案是低收入戶八十歲且獨居的范老先生，在2010年3月找到失聯三十年的親弟弟，在病房相見共同回憶兒時場面令人動容，此舉滿足個案的心理、社會及心靈性的需求，讓生命更加圓滿(圖7-57)。

第三位是長期入住護理之家的單身老榮民陳先生，2012年9月在護理人員、社工師及志工的陪伴下，回到以前居住的眷村探視鄰居朋友，吃著熟悉的當地小吃，完成最後的心願。當其心滿意足地返回護理之家後，又見大家為其準備的九十大壽慶生會，讓個案異常驚喜又感動，因自己病況不樂觀，除拒絕所有治療外並寫下遺囑，若往生後將把六十多萬元的積蓄全數捐贈「苗栗醫院仁愛基金」照顧弱勢病人，此項善舉感動全院同仁(圖7-58)。

2013年5月協助第四位個案完成心願，他是一位為在地客家文化，不斷努力的抗癌戰士，罹癌讓他失去左腳，但病魔沒有就此停手，仍繼續摧殘他的身體。為了讓客家文化能遠遠流傳，個案靠著過人的意志力加上兒時記憶與經驗，將客家語言編著成書籍及錄音帶，團隊小組為協助個案將其心願發揚光大，因此小組人員將醫院的大廳裝飾成舞臺，讓個案演奏所喜愛的二胡，希望能經由二胡的表演來介紹其畢生的心血《撬冬》一書，當下個案也真情流露的告訴其妻：「我愛你！謝謝妳一直陪伴著我、照顧著我。」「今天對我

7-55 苗栗醫院安寧團隊服務情形。

7-56 苗栗醫院協助個案返家參加女兒的婚禮，完成心願，讓家屬非常感謝醫院團隊。

7-57 苗栗醫院協助個案找到失聯三十年的親弟弟，在病房相見共同回憶兒時場面令人動容。



7-55



7-56



7-57



7-58



7-59



7-60

7-58 苗栗醫院協助個案回到以前居住的眷村探視鄰居朋友，完成最後的心願。

7-59 苗栗醫院小組人員將醫院的大廳裝飾成舞臺，讓個案演奏所喜愛的二胡，並拿起新書說「這是我的傳家寶，也希望是大家的！」。

7-60 臺中醫院2012年度高齡友善醫院認證訪查通過，獲邱文達署長及國健局邱淑媿局長頒獎。

而言，意義非凡！」並拿起新書說「這是我的傳家寶，也希望是大家的！」二天後個案在家中往生，其子女表示：「病人走的很安詳，感謝醫院讓病人完成最後心願！」(圖7-59)。

#### 第四節 未來展望

建構完整老人照護園區，是衛生福利部一貫的使命，未來希望有「一站式」高齡服務：從護理之家、顧客暨高齡長者服務中心、長青門診、老人衛教示範中心、中期照護示範中心、安寧療護，提供全方面的老人照護服務。串聯急性醫療、護理之家、日間照護、居家照護等，建構無縫式的健康照護服務鏈。

目前衛生福利部臺北醫院、臺中醫院、嘉義醫院、嘉南療養院、胸腔病院及花蓮醫院等醫院，於2012年通過國民健康署高齡友善健康照護機構認證，而臺中醫院於2013年更榮獲國民健康署高齡友善健

康照護機構典範選拔，榮獲「優良獎及」與「友善環境獎」。未來各衛生福利部所屬醫院除了建構完整老人照護園區外，也將朝高齡友善醫院通過努力，希望各衛生福利部所屬醫院藉由建構完整老人照護園區，提供整合性的醫療照護，由跨專業照護團隊整體性評估量表協助新失能或失能者克服失能，改善健康照護問題，促進自主及預防非必要的入院，早日回歸家庭、社區為目標，以符合老年長者各階段的健康照護需求(圖7-60)。

#### 註釋

1. Knight S, Tjassing H. (1994) 'Health Care Moves to The Home', *World Health*, 7-12.
2. 李依蓉, 〈從醫療到居家，提供老人各環節照護〉, 《康健雜誌》，第175期，2013年6月，頁238-239。





---

## 第八章

# 邁向國際醫療

## 第一節 前言

50年前，臺灣的農耕隊不辭辛勞進駐中南美洲、非洲等偏遠國家，以農業技術指導之合作方式派遣農技團至國際友邦，提供友國在農業發展上的協助，並教導其如何適時運用人力與自然資源，以期達成人民自立更生、家戶自給自足之生活條件為援助目的。

隨著時代的巨輪轉動，我國的經濟實力日益茁壯，然而對於發展中及未開發國家援助的腳步仍不停緩，除給予農業、漁業、畜牧業、手工藝品製造、交通建設、工業等，促進友邦國經濟發展的協助外，近

年來更積極參與國際醫療衛生事務。

由於現今國際上，尚有部分地區因醫療環境條件的欠佳、醫療人力的缺乏以及醫療技術的不足，迫使這些國家在醫藥衛生環境與人民健康促進層面遭受重大威脅。

而臺灣逐步展現優異的醫療技術為人稱道，是故，「醫療」成為我國人道援助國際社會重要的一環。

臺灣的經濟發展水平已與發展國家並駕齊驅，尤其在衛生醫療領域，臺灣更位居世界前端。從1995年至今，已超過八十個國家和地區接受過臺灣的醫療協助，臺灣亦與全球一百多個國家進行雙邊和多邊國際

- 8-1 建立醫療衛生合作關係。
- 8-2 捐贈災難預備套組。
- 8-3 提供馬來西亞健保專案培訓。



8-1



8-2



8-3

衛生醫療合作，推動衛生醫療工作。近年來衛生福利部(前行政院衛生署)更整合政府與民間資源，全力推動以技術培訓、醫療捐贈及人道援助等方式與國際合作，積極為臺灣與世界接軌目標努力(圖8-1、8-2、8-3)。

衛生福利部(前行政院衛生署)為了協助改善開發中國家醫療人才嚴重不足及醫療專業知識欠缺的困境，成功結合醫療與外交政策，在許多非洲、南太平洋之開發中國家，提供巡迴醫療服務、協助建立醫療系統或進行當地醫護人員訓練等。例如，甘比亞的婦女生產時因醫療設備、人力不足等現實困境，常造成新生嬰兒夭折的現象，我國對於此等困境乃協助提供助產士的培訓，以減少當地新生兒的夭折率，讓甘比亞媽媽不再因失去孩子而痛苦。由此可見，醫療援外是推動「活路外交」政策重要的一環，確實展現國家的軟實力，並直接增添國家形象的正向評價。

### 一、醫療援外的開始

追溯醫療援外的歷史，臺灣從1962年派遣第一支醫療團隊前往利比亞開始，歷年來在尼日、賴比瑞亞、幾內亞比索、中非共和國、布吉納法索、查德、聖多美普林西比、馬拉威、史瓦濟蘭等地陸續推動國際醫療援助計畫。

臺灣的醫療援外策略是維護「以人為本」的核心價值，以及建立專業有效的醫療援外制度，提升當地的醫療人員能力。對外，目前持續派遣常駐醫療團、行動醫療團以及醫療衛生替代役男，前往非洲、南太平洋等友邦國家，對當地醫療水平提升具有實質幫助；而在國內，衛生福利部(前行政院衛生署)於2002年8月委由臺北醫院成立「臺灣國際醫療衛生人員訓練中心」，專責國外醫療衛生專業人才來臺培訓的工作。臺北醫院在衛生福利部(前衛生署)的指導下，結合國內產、官、學界，從培訓第一位蒙古醫師開始，至今已有來自超過47個國家、827多位醫事人員在臺完成臨

床醫事培訓後返回祖國服務，因此完成培訓而受惠的國家及病患更是遍布全球五大洲。臺灣國際醫療衛生人員訓練中心在臺北醫院林水龍院長的領導下，以卓越的培訓成效，於2012年榮獲社團法人國家生技醫療產業策進會頒發代表國內第一的「國家品質標章」SNQ銅牌獎殊榮，更肯定臺北醫院在國際專業醫療培訓上的貢獻。

衛生福利部(前衛生署)對內除了設立專責培訓國外醫事人才訓練中心，對外亦派遣國內醫事專家至開發中國家進行相關協助，如臺中醫院「西非計畫」及臺北醫院「馬紹爾計畫」等，以加強健康教育、慢性疾病篩檢預防及控制傳染病和提供例行的醫療方式，提供當地居民最即時的醫療援助及提升其醫療品質。

2004年南亞地震和海嘯後，受嚴重打擊的災區極需救援，臺灣在衛生福利部(前衛生署)及外交部的合作下，結合臺北、桃園及臺中醫院之專業醫療團隊，以及臺北醫院所開發之緊急醫療救援套組，針對不同的災難，提供給災民最需要的救援物資與醫療服務。

然而，醫療援外未來發展面臨多重的挑戰，現階段，除了國內醫療人員招募困難，我國派駐當地的醫師也常淪為當地的替代人員，且醫療資源、設備也出現過重複或不符合當地需求的情況。例如我國提供的醫療器材設備以及培植的醫療技術，當地人員卻不一定能熟練使用或者有相對的設備能供應技術的發展。為能更有效推動國際援外政策，以及面對全球大環境日益嚴苛的挑戰，國際醫療衛生將扮演更關鍵的一環，衛生福利部所屬醫院將秉持臺灣既有的優勢，以「授人以魚，不如授人以漁」的方式，協助最需要我們幫助的國家，創造屬於臺灣的另一個國際醫療奇蹟，讓全世界因為我們臺灣的加入變得更為美好。

除了綜合型醫院外，衛生福利部所屬的精神科專科醫院，包括桃園療養院、八里療養院、草屯療養院、嘉南療養院及玉里醫院，五家精神科專科醫院擁有100位以上的精神科專科醫師，其中以桃園療養



院、草屯療養院及嘉南療養院，為精神醫療網的核心醫院，八里療養院及玉里醫院亦為區域內責任醫院，負責整合區域內精神醫療，對精神醫療有很大的貢獻。

## 二、東南亞國家在精神衛生的現況

依據WHO Mental Health Atlas的統計，在高所得國家是每10萬人有10.5位精神科醫師，低所得國家中則是每10萬人0.05位精神科醫師；東南亞各國普遍存在精神醫療人力與資源不足的現狀。以寮國為例(2010)，全國六百萬人口中，只有2位受過訓練的精神科專科醫師、11位一般科醫師曾接受過精神衛生的訓練，以及16位精神科護理人員及技術員；柬埔寨(2009)全國一千三百多萬人口中，精神科醫師共計39位、170位一般科醫師曾接受過精神衛生的訓練、以及45位精神科護理人員；菲律賓1億人口中，每10萬人有0.41位精神科醫師於公部門服務，每10萬人有3.21位精神科醫師服務於大城市的精神衛生機構；泰國近六千三百萬人口中，每十萬人有0.86個精神科醫師、3.74護理人員、0.45個心理師、0.23職能治療師、以及0.66個社工；而依據2007年衛生福利部(前衛生署)的統計數據顯示，臺灣每十萬人有4.2個精神科醫師、20.3護理人員、1.8心理師、2.3職能治療師以及1.9社

工。相較於臺灣本土，上述數據顯示，東南亞各國普遍存在著精神衛生專業人力資源十分缺乏的境況；不僅如此，在財務與服務設施的設置比例，不但低而且欠缺優先性。

精神衛生方面所提供的服務雖然仍以精神療養院為主，但近年來已穩定從大型管束機構的模式朝一般醫院、基礎健康照護及社區化轉型。去機構化與改革在許多不同的國家與地區，仍受到經費及其他資源等因素所影響。東南亞各國因各自文化、政治、經濟發展間的異質性高，儘管因地區有許多不同之處，但Prof. Mohan Issac觀察，亞洲各國確實面臨到相同的議題，包括：(一)快速的都市化、社會變動；(二)中產階級的增加；(三)家庭結構與價值的改變；(四)亦遭受自然及人為的災害(由於人口密度、較差的災害應變、準備)；(五)缺乏受過訓練的關鍵大眾與研究者；(六)貧乏的機構組織架構、研究與訓練的能量；(七)缺乏強而有力的研究「文化」；(八)缺乏基線研究(baseline studies)；(九)由於提供服務及教學責任使精神衛生專業工作者的時間十分有限；(十)較薄弱的同儕網絡與合作；(十一)精神衛生專業工作者與決策者間溝通的差距(Gap)、代溝(Issac：2011)。是故，近幾年來，衛生福利部所屬的療養院立足臺灣、迎向世界，也陸

8-4 精神醫療團至泰國勘查。

8-5 臺菲衛生合作會議。



8-4



8-5



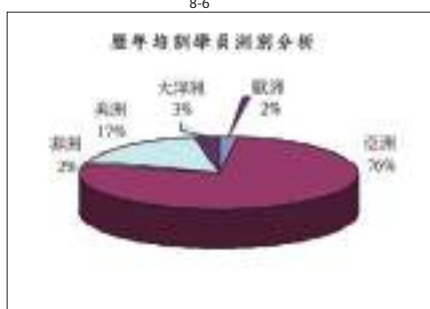
8-6



8-7



8-8



8-9

- 8-6 國際醫療展示室。  
8-7 國際醫療合作網絡。  
8-8 歷年培訓學員背景分析。  
8-9 歷年培訓學員洲別景分析。

續積極參與國際精神醫療培訓計畫(圖8-4、8-5)。

## 第二節 國際醫療衛生人員訓練

緣起於2002年8月29日，前行政院衛生署署長李明亮先生，有鑒於臺灣早期受惠於各國醫療與經濟的協助，及秉持「醫療無國界」的崇高精神，於衛生福利部(前行政院衛生署)所屬臺北醫院成立「臺灣國際醫療衛生人員訓練中心」，專責培訓國外醫事人才及推展衛生醫療外交。

十年來，臺北醫院透過建立專業的培訓合作團隊，廣邀政府相關機構專家及學界學者等，設計多元化的培訓課程，提供國際級住宿環境、生活資訊、圖書館及會議室等學習空間，並建置全國第一個國際醫療展示室，集結並呈現與各國歷年培訓及醫療合作交流成果。臺北醫院更整合國內醫療資源，與全國22家

醫療院所合作，建立「臺灣國際醫療院際合作網絡」，規劃完善的培訓課程，結合臨床教學、手術見習、示範新技術、專題演講、特色醫療參訪等，提供給受訓學員最全面、最完整之臨床與專案培訓課程(圖8-6、8-7)。

### 一、培訓成果

從2003年至今已成功培訓來自47個國家、827位醫療衛生人員，分別來自蒙古、以色列、利比亞、俄羅斯聯邦、聖多美普林西比、聖文森、荷蘭、美國、越南、印尼、泰國、菲律賓、印度等國之醫療菁英，並獲得各國高度的肯定，享譽國際，更進一步成為支持臺灣的力量，與世界接軌(圖8-8、8-9)。

#### (一)各國專科醫師臨床培訓

自2003年第一位蒙古國醫師來臺至臺北醫院接受臨床培訓以來，至今已超過827位來自各國的醫事人

員來臺接受培訓。依照醫師之學習需求，提供多項臨床科別之訓練環境，包含心臟超音波、腹腔鏡手術、骨科、血液透析、中醫、復健職能治療、復健物理治療、腎臟科、感染控制、新陳代謝、小兒科、呼吸治療、長期照護、緊急醫療、婦產科、放射科、檢驗科、泌尿科、耳鼻喉科、牙科、醫學工程等。任職於薩爾瓦多 Hospital Nacional San Rafael 的醫師 Francisco Antonic Regalado Avelar，經由該院院長 Dr. Alfredo Galan 推薦醫師至臺北醫院培訓，接受為期三個月之外科腹腔鏡及內視鏡手術，學員返國運用在臺所學，也因優異的表現被提升為急診科主任（圖 8-10）。

## （二）印尼 Aisyyah 護理人員培訓

印尼 Aisyyah 組織成立於 1917 年，由 Muhammadiyah 集團創辦人夫人設立，隸屬於 Muhammadiyah 集團，為印尼最大之女子機構，主要為提供社會服務之單位，宗旨為提升婦女的權利，包括受教育機會、醫療服務及社會福利等。目標是消除貧困、提升社會福利，並使當地婦女能充分參與社會。印尼日惹省健康科學院成立於 1963 年為助產士及護理學校、2003 年轉制為 Aisyyah 健康科學學院，提供護理及 3 年助產士學士課程。印尼日惹省健康科學院於 2011 年 6 月分由該校院長及主任等一行三人至臺灣參訪，希望與臺北醫院建立合作關係；後進陸續薦送該校學生至臺北醫

院參與護理科臨床培訓課程，學員對於訓練課程亦十分滿意，培訓成果豐碩。該校積極欲與我國簽訂合作備忘錄，希望增加該校學員見習之機會，並提升學生素質，2012 年 10 月 13 日正式由該校院長 Mrs. Warstit Harto Utomo 與臺北醫院林水龍院長簽訂合作備忘錄，截至今年已成功培訓 28 位護理人員及護生（圖 8-11）。

## （三）美國醫學生 Touro University 臨床培訓

美國 Touro University, California 為讓該校醫學院學生於完成第一年基礎醫學課程後，能參與國際臨床培訓機會，自 2011 年薦送 7 位醫學院學生來臺接受一個月的醫療臨床見習。同年 12 月 9 日臺北醫院主辦國際醫療衛生交流暨成果發表會，邀請來自印尼、美國、日本、蒙古等國際醫療專家進行經驗分享；藉此同時，美國 Touro University, California 教務長 Dr. Marilyn Hopkins 及臨床教育學院院長 Dr. Abraham Perao 代表該校與臺北醫院簽訂培訓合作備忘錄，建立合作橋樑。基於合作關係，自此並陸續薦送該校醫學生來臺參加醫療臨床見習（圖 8-12）。

## （四）國際針灸暨傳統中醫培訓課程

為發揚中國傳統醫術，讓國外有心學習中醫及針灸的醫事人員有機會來臺學習，自 2007 年起每年持續開辦為期兩週之進階針灸暨傳統中醫課程（Advance

8-10 專科醫師臨床培訓。

8-11 印尼護理人員臨床培訓。

8-12 美國醫學生臨床培訓。



8-10



8-11



8-12





8-13



8-14



8-15

8-13 進階針灸與傳統中醫專案培訓。

8-14 公共衛生暨全民健保專案培訓。

8-15 國際醫務管理專案培訓。

Acupuncture Traditional Medicine Training Program)。自開辦以來，已有來自秘魯、紐西蘭、美國、蒙古、約旦、以色列、馬來西亞等各國醫事人員參與，共同研習傳統醫學的學術知識、針灸療法等議題，並於課程中進行交流及討論，亦安排至中藥製藥廠、國立中國醫藥研究所及中草藥園參訪，透過課程將臺灣最具特色的傳統中醫醫療推向國際(圖8-13)。

#### (五)公共衛生暨全民健保專案培訓

臺灣的公共衛生發展純熟，受到各界肯定，而健保制度更是完善而成為國際亮點，世界各地醫療衛生人員不遠千里而來，希冀深入了解臺灣醫療衛生體系以及健保制度的樣貌。臺灣國際醫療衛生人員訓練中心自2007年起每年開設兩週的公共衛生暨全民健保專案課程(Public Health and Health Insurance Training Program)，提供來自友邦學員學習臺灣醫療衛生知識的平臺。目前已有來自肯亞、約旦、蒙古、印尼、泰

國、阿根廷等各國醫事人才參與，課程期間邀請國立臺灣大學、國立陽明大學公共衛生專家學者、健保局及環保署官員蒞臨授課有關臺灣公共衛生體系及政策、臺灣環保體制、臺灣職業安全衛生體制、健康促進及臺灣全民健康保險制度等相關議題，並安排至衛生署疾病管制局、中央健康保險局及相關單位進行實地參訪，期望透過此培訓課程對於各國公共衛生與全民健保政策發展有實質助益，協助建立更完善的醫療衛生體系與制定完整國民健康促進政策(圖8-14)。

#### (六)國際醫務管理專案培訓

而隨著醫療儀器與技術的進步，國人平均餘命的提升，許多文明病、慢性病已成為現代醫療最為重視的議題之一。健康照護管理(Health Care Management)乃是教育國人預防重於治療的觀念，包括疾病所衍生的日常生活應注意之處，以及從日常起居中預防疾病的發作，尋求更優質的醫療品質與照護。藉由開辦國

際醫務管理培訓，並邀請國內有名的健康管理學者教授長期照護、醫院評鑑制度、醫院資訊管理、山地偏遠地區醫療、TB、AIDS防治等本中心計畫安排相關課程，同時安排參訪醫學中心、基層醫療院所、無煙部落等與健康管理相關之單位，使學員在健康管理領域知識有所提升精進(圖8-15)。

## 二、參與國際精神醫療

衛生福利部所屬精神科專科醫院自2009年開始與臺北醫學大學醫學人文研究所蔡篤堅教授合作，執行東南亞區域共同研究暨培訓型國際合作計畫。2009年11月3日起至11月12日所舉辦的「發展中國家重度精障者的心理衛生發展系列活動」，是由臺北醫學大學醫學人文研究所、臺灣社會改造協會、八里療養院、臺北市立聯合療養院松德院區、玉里榮民醫院、臺灣社會與社區精神醫學會、國際SMI平臺計畫、亞洲精神醫學會、臺灣精神醫學會等國內外精神衛生相關領域之單位所共同主辦之國際培訓課程。本次課程，學員分別來自「亞太太平洋地區社區心理健康發展計畫」、哈佛大學與墨爾本大學建立之「國際精神衛生領袖計畫」以及印尼Gajda Mada等網絡，除邀請到東南亞及南亞各國包括越南、菲律賓、泰國、印尼、印度、斯里蘭卡等國之28位學員外，亦邀請到來自蒙古、韓國及澳洲等地之精神衛生相關領域之專業工作者(涵蓋學、

官、產各界)共計43位齊聚一堂，共襄盛舉，其中以來自印尼與泰國之與會者占最多數。

2010年自10月30日至11月8日，由臺北醫學大學醫學人文研究所、桃園療養院、八里療養院、草屯療養院、嘉南療養院及臺灣精神醫學會等國內外精神衛生相關領域之單位所共同主辦之國際培訓課程。2010年度邀請到來自許多世界知名的學者擔任講員、社區導向的精神衛生專業人員與實務工作者與會，與會成員來自美國、澳洲、日本、韓國、東南亞、及南亞各國、及非洲地區等共計17國，45位國外及近80位國內之精神衛生相關領域，來自政府部門、醫療機構、學術研究機構、非營利組織等涵蓋醫療、護理、社工、職能治療、社會政策、法律、資訊等多元之背景之專業工作者齊聚一堂。其中33位來自東南亞、南亞地區及中國香港與蒙古，以泰國及印尼占最多數(圖8-16、8-17、8-18)。

2011年培訓課程自10月31日至11月7日為期7天，延續過往於臺灣所舉辦之國際心理衛生工作坊，迄今已邁入第六年。由臺北醫學大學醫學人文研究所、桃園療養院、八里療養院、草屯療養院、及臺灣精神醫學會等國內外精神衛生相關領域之單位所共同主辦之國際培訓課程。本年度邀請到來自許多世界知名的學者擔任講員、社區導向的精神衛生專業人員與實務工作者與會，與會成員來自美國、澳洲、東南

8-16 參訪團與草屯療養院合影。

8-17 參訪桃園療養院病房。

8-18 參訪兒童精神科。



8-16



8-17



8-18

亞、南亞及非洲共計9國，22位國外及近80位國內之精神衛生相關領域，來自政府部門、醫療機構、學術研究機構、非營利組織等涵蓋醫療、護理、社工、職能治療、社會政策、法律、資訊等多元之背景之專業工作者齊聚一堂，共襄盛舉(圖8-19、8-20)。

2012年工作坊，由臺北醫學大學醫學人文研究所、桃園療養院、八里療養院、臺灣精神醫學會、哈佛大學醫學院社會醫學與全球健康科、西澳洲大學、泰國衛生部精神衛生司、泰國清邁大學、印尼加達·瑪達大學及印度國家心理衛生與神經研究院等國內外精神衛生相關領域之單位所共同主辦之國際培訓課程。邀請到之國外與會者分別有來自美國、日本、澳洲、新加坡、泰國、印尼、印度、菲律賓、寮國、越南、柬埔寨及不丹等12個國家，共計43位國外之與會者。

截至目前為止，以國內外機構間的雙邊合作架構為基礎、統籌國內學術與臨床資源協同完成以下具體成果：

### (一)完成三個療養院的核心國際化人才培訓典範課程設計及其教師養成制度規劃

101年12月24日、1月17日、1月18日、1月23日及1月25日赴各療養院進行實務交流與參訪，以了解各院實際需求與特色後，協助其規劃典範課程之設計，並以此為基礎，共同規劃102年度展示我國療養院國際交流特色方案。

### (二)典範課程規劃與教師養成制度建立

#### 1. 教師養成制度建立

##### (1)規劃建置合作研究與教學平臺

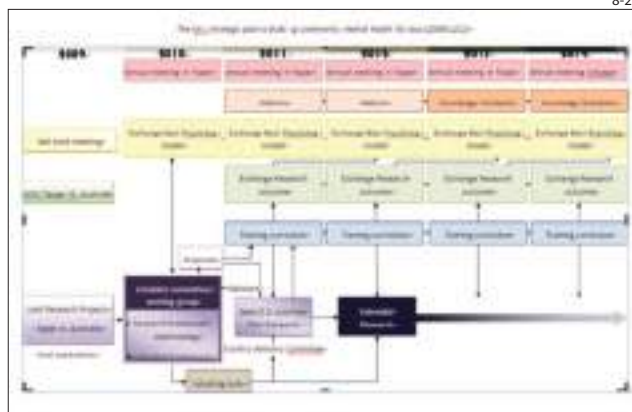
在教師養成制度規劃方面，臺北醫學大學透過合作教學與研究平臺之建置，以支援國際化人才培訓課程之設計與合作研究之進行，平臺之規劃將以「亞洲社區精神復健合作平臺」之規劃藍圖(圖8-21)為基礎，該合作平臺未來預計將具備以下功能：(i)由臺灣建置



8-19



8-20



8-21

8-19 各專業工作者交流座談。

8-20 國際交流、雙向討論。

8-21 「亞洲社區精神復健合作平臺」規劃藍圖。





8-22

8-22 臨床醫學研究所碩博士班國外合作研究網絡。

表 8-1 臨床醫學研究所碩博士班課程規劃。

碩士班課程	醫務管理倫理學、醫療行為學、田野經驗與研究法、長期照護實務研究、心理衛生討論、社區組織與衛生、醫療照護體系專題討論
碩博課程	疾病書寫研究、敘事與社區精神復健、精神心理分析生命倫理學導論、敘事與精神醫療社會工作、夢的解析——精神分析與現象學、社區暨精神復健醫療健康、老化與長期照護、社區訪談與現代社會問題探討、社會與行為流行病學
博士班課程	敘事與醫療倫理學、後殖民論述與社福政策、社區健康管理與倫理治理、醫療民族誌



8-23

8-23 臨床醫學研究所碩博士班研究主題。

網站，協助亞太地區進行社區精神復健相關資料(研究成果、問卷等等)之分享與交流；(ii)運用雲端運算的技術儲存各國資料外，亦針對相關議題進行資料處理、分析及資料庫化；(iii)形成跨國研究團隊，共同執行相關計畫及出版成果(出版品或SCI paper之發表)。未來已具博士學位之專業工作者，將能透過此平臺撰寫SCI論文以符合教授升等之各項需求。

## (2) 臨床醫學研究所碩博士班

對於還未有碩博士學位之臨床實務工作者，各療養院將鼓勵其攻讀碩博士學位。本計畫結合療養院及過去因辦理東南亞社區精神復健人才培訓工作坊所累積之國外師資，規劃實務取向碩博士班課程。以臺北醫學院附設醫院臨床醫學研究所目前之課程規劃為例，已籌畫生命倫理學組開設精神醫療領域，將於下學年度開始招生，未來將有臺大加入課程之開設。課程規劃如下：

### (i) 師資(敬稱略)

- 國內師資群李信謙、王恩南、周仁宇、楊明敏、周桂如、林佳靜、張秀如、黃媛齡、龍佛衛、陳快樂、鄭若瑟、陳汝吟、林知遠、陳正宗、周煌智、簡以嘉、歐陽文貞、林式毅、蔡長哲、孫效儒、許樹珍等。
- 國外師資群：哈佛大學醫學院Byron Good, Norman Daniel, Alex Cohen、西澳洲大學Mohan Isaac、墨爾本大學Harry Minas、Bruce Singh、Ian Paul Overall、Chee Ng、日本WHO顧問Naotaka Shinfuku、韓國WHO顧問Tae-Yeon Hwang、韓國亞洲大學(Ajou University) Young Moon Lee、印度精神衛生與神經研究院S.K. Chaturvedi、Prabha. S. Chandra、Vivek Benegal、泰國Songkhla大學Pichet Udomratn以及清邁大學的Patraporn Tungpunkom。國外合作研究網絡如圖8-22。

(ii) 課程規劃：參見表8-1。

(iii) 研究主題：參見圖8-23。

## 2. 典範課程規劃

臺北市立聯合醫院松德院區、桃園療養院、高雄凱旋醫院將規劃開立全方位社區精神復健課程，目前預計開設導論性課程，未來將逐步開設進階課程，也將發展全方位研究所課程。草屯療養院、八里療養院、玉里療養院將規劃導論課程，另外涵蓋特殊課程，草屯療養院未來將規劃藥酒癮特殊課程，其餘後續規劃中。規劃102年度展示我國療養院國際交流特色方案：

計畫團隊於赴各療養院進行參訪及召開會議時，同時協助主要療養院舉辦101年度東南亞專業人員培訓工作坊的後續檢討會議，並共同籌辦102年度展示我國療養院國際交流特色方案的規劃。初步規劃如下：

102年度東南亞專業人員培訓工作坊，將與臺北市立聯合醫院松德院區、桃園療養院、草屯療養院、玉里榮民醫院及高雄凱旋醫院共同規劃，於計畫執行的前三個月，以國內外機構間的雙邊合作架構為基礎，統籌國內學術與臨床資源，密集參訪各療養院院區進行實務交流，了解各院實際需求與特色，協助各療養院規劃典範課程與國際交流特色方案，作為本年度東南亞專業人員培訓工作坊之主要議程，並訂定來臺受訓人員資格。工作坊除第一天與最後二天與會學員以研討會形式參與外，中間的三至五天，學員依各自的興趣分組，由各療養院協助帶領其至各院進行實務參訪，並共同完成適合進行國際比較的議題，各國學員同時藉此提出能於該國應用之方案計畫。依照過往各療養院所展示的報告內容，初步規劃臺北市立聯合醫院松德院區將著重其「社區精神復健」之特色，導引學員參訪社區職能工作坊；由於桃園療養院的兒童精神科是國內最有規模與品質的兒童精神科，因此初步將會以此為交流與國際合作研究的重點，桃園療養院陳快樂院長已參訪過包括泰國曼谷的Yuwasat-waithayopratum Child Development Hospital、清邁的Rajanagarindra Institute of Child Development以及印度國家精神衛生與神經研究院的兒

童精神科等，2013年2月28日，桃園療養院亦與清邁的Rajanagarindra Institute of Child Development簽署合作備忘錄。而草屯療養院之藥癮治療專業獲得衛生署的肯定，承辦臺灣第一個在醫療體系下設置藥癮治療性社區的計畫，其藥癮治療社區——「茄荖山莊」過去受到與會外國學員之熱烈關注，因此初步將會以「藥酒癮之防治與社區復健模式」為主。玉里榮民醫院將以其成功的「治療性社區」經驗，作為交流重點；高雄凱旋醫院由於其對於「災後精神復健」及「社區精神復健」的實務與學術方面著墨最深，因此將會以此為重點。

## (三) 以北醫遠距視訊會議與未來教室機制規劃線上遠距同步、非同步教學平臺，建立三門線上國際化人才培訓課程

### 1. 北醫雲端教育訓練室

臺北醫學大學資訊處在教育部教學卓越計畫支持下，逐步建置完成的雲端教育訓練室(<http://webcast.tmu.edu.tw>)，可以讓50個人同時上線參與，除了講演外，也可以作為線上示範、檔案傳輸、除錯、分組活動等之用，學員們只要備好耳機麥克風就可以參與。以往要同時和老師在網路虛擬教室中上課，必須花費大量的金錢建置昂貴的攝影鏡頭以及遠距會議設備，現在只要準備好iPad，即可進入雲端教育訓練室。

本計畫未來將運用此系統，定期召開視訊會議並開設遠距同步、非同步之教學平臺，搭配My2TMU(<http://my2.tmu.edu.tw/>)平臺，除可於線上建立課程、進行課程活動管理、修課學生管理、課程問卷施做外，並能開放校外修課系統登入，並容納所有修課人數。目前已與臺灣大學之社區課程完成測試，未來會搭配課程做實質規劃。

### 2. 線上國際化人才培訓課程

北醫連結各療養院舉辦之東南亞社區精神復健人才培訓工作坊，四年來已累積十分豐富之課程內容，各項課程均有錄影，目前正進行授權，待完成正式程

表 8-2 線上國際化人才培訓課程

課程	講題	授課講師
初階課程	Workshop on the Recovery Model • Impediments which get in the way of the recovery process and practical interventions to counteract them • Rehabilitation strategies • Dealing with issues of stigma • Some ways to get long-stay people out of the hospital • How to Identify Best Community Practice Models in Asia	Dr. Courtney Harding Prof. Mohan Isaac
	• Seminar on Mental Health System Development for SMI 嚴重精神疾患之心理衛生系統發展	林知遠醫師、周桂如教授、Mohan Isaac 教授、Byron Good 教授、蔡篤堅教授
	以臨床為基礎的研究設計	Mohan Isaac 教授、Byron Good 教授、蔡篤堅教授
中階課程	A framework for collaborative practice-based research	Prof. Mohan Isaac
	Shifting the paradigm in mental health research in Asia	Prof. Mohan Isaac
	Issues in Mental Health Legislation in South Asia: Shortcomings and Possible Solutions	Prof. Mohan Isaac
	Anthropological Approaches to Understanding Major Mental Illness Across Cultures	Prof. Byron Good
	Hospitals and Issues of Deinstitutionalization Cross-Culturally	Prof. Byron Good
	Narrative Approach in Psychiatric fields	Prof. Byron Good
	Comparative Research into Early Psychosis Intervention	Prof. Byron Good
	Action Research: Linking Universities to the Public Health System to Improve Mental Health Care	Prof. Byron Good
	The strength and weakness of mental health care system in Asian countries	Assoc. Prof. Chee Ng
	Barriers and Perspectives of Rehabilitation and Recovery Model	Assoc. Prof. Chee Ng
	Leadership Workshop on Partnership	Assoc. Prof. Chee Ng
	Bridging of mental health and culture : Realize the cultural sensitivity within community	Prof. Young Moon Lee
高階課程	Sharing Experience on disaster survivor health of each Country	各國代表
	Building partnerships for Community Mental Health Care in Asia-Pacific	Assoc. Prof. Chee Ng
	Community Practice for Schizophrenia and Anthropology	Prof. Byron Good
	Mental health systems development for severe mental disorders in Asia: Current reality and future challenges	Dr. Mohan Isaac
	Advances in psychiatry and scope of international collaboration	Prof. Santhosh K. Chaturvedi
	Cross Cultural Understanding	各國代表
	Psychopathological insight into the early schizophrenia-like disorders-The prodromal state of schizophrenia	Prof. Hai-Gwo Hwu
	Cross National Research on Early Psychosis Intervention	各國代表
	Challenge of Mental Health Service in Asia	Prof. Naotaka Shinfuku
	Community Mental Health Policy	各國代表
	AAMH Delegation Country Report & Forum on Collective Research	各國代表
	Post Disaster Recovery Experience Sharing	各國代表
	The Development of Mental Health in Elderly: Thai Policy Perspectives	各國代表
	Framework for Collaborative Practice-Based Research	各國代表
	Special Seminar on Child Psychiatry	各國代表
	Family Functions And Related Assessments	各國代表



序後，將會上傳至教學平臺，由於為國際化課程，課名與授課均以英文呈現(參見表8-2)。

### 3. 以高高屏精神衛生醫療網為範例，並以凱旋醫院為特色建立全國性的特定議題國際交流人才培訓中心，並完成三十位學員的培訓

本計畫協助我國臺北市立聯合醫院松德院區、桃園療養院、草屯療養院與凱旋療養院，發展成為區域與全國性的人才培訓中心，以建全精神醫療網與社區心理衛生的防治工作。

精神醫療網區域輔導計畫自1986年起實施，目的在建構完整之精神醫療體系，均衡各地區精神醫療資源發展、精神照護人力與設施，全面提升醫療品質，建構全人健康照護體系之高高屏精神醫療網核心醫院推動精神醫療業務，協助區域精神醫療機構發展。有鑑於凱旋醫院被指定為高雄地區精神醫療網之核心醫院，肩負支援高屏地區精神醫療各機構之教育訓練與推動社區心理衛生醫療計畫及相關活動，以促進精神醫療社區化。

本計畫團隊以凱旋醫院作為資源連結的樞紐，親赴慈惠醫院(2012/12/24)、凱旋醫院(2013/01/25)、迦樂醫院(2013/03/14)與屏東基督教醫院及勝利之家(2013/04/10)進行實地參訪，並與院內各科專業人員進行「互動式訪談」及召開「座談會」，透過導引並Empower其進行「內部共識之凝聚」及既有「能力與資源的重整」，藉此提出「可能延伸開課之可能性」，使這些不同社區復健模式機構將充實既有醫療網教育訓練課程。

在這樣的基礎上，計畫團隊以凱旋醫院為核心，一方面帶入既有的國際網絡，促成其國際化，另一方面培訓各機構種子師資將既有醫療網教育訓練之課程，進一步延伸發展成國際化之短期在職訓練，以及碩博士班學程。本年度前述各機構接受培訓之學員涵蓋凱旋醫院23名、屏東基督教醫院2名、勝利之家1名、迦樂醫院2名、慈惠醫院2名，共計30名。未來

此培訓模式將會擴散至其他醫療網，期能Empower其提升既有課程之深度與廣度，並與國際接軌，呈現臺灣多元而豐富之社區精神復健照護模式。

### 4. 建立與泰國、印尼等東南亞國家精神療養院的互訪合作機制

本計畫除協助各療養院成為重點議題全國訓練中心，並協助其發展國際合作能力，已協助其完成五個以上的國外機構合作布局、落實三個療養院以上的國際互訪交流，及促成兩個國家的重要官員來訪，成果詳述如下：

#### (1) 泰國

2013年2月26日至3月1日計畫團隊籌組代表團赴泰國Rajanagarindra Institute of Child Development of Mental Health(RICD)進行參訪與交流，並由臺北醫學大學醫學院與桃園療養院分別與其簽署合作備忘錄。參訪期間亦參與CDMH Meeting on Developing the International Journal of Child Development and Mental Health國際研討會。代表團成員涵蓋：凱旋周煌智副院長、桃療陳快樂院長、北醫蔡篤堅教授、北醫張秀如副教授、高醫楊品珍教授、桃療陳質采主任、謝玉萍護理長(北醫博士候選人)。

(i) 桃園療養院與臺北醫學大學將與泰國Rajanagarindra Institute of Child Development of Mental Health(RICD)簽訂MOA，未來將在以下部分進行合作與交流：

- a. 機構間人員相互交流並至對方機構實習。
- b. 雙方同意探討在不同部門之間的互相社會參與及合作，幫助有特殊需要的兒童及家庭的方法、策略和經驗。
- c. 雙方同意分享兒童發展和社會發展的資訊、文件、出版物、教育和研究資料，在適當情況下並分享最佳社區參與各類案件實務。
- d. 雙方同意加強網絡和專職醫療人員、醫務人員、教育工作者和社區之間經驗交流。

(ii) 泰國精神衛生司司長Dr. Wachira Pengjunt於簽約儀

表 8-3 CDMH Meeting on Developing the International Journal of Child Development and Mental Health 國際研討會論文

姓名	論文題目
陳快樂院長	Promoting Child and Adolescent Mental Health Care in Taiwan
張秀如副教授	Depression and Suicide Prevention for High School Students in Taipei
陳質采主任	Using Picture Books in SpeechLanguage Intervention of Autism: From Theory to Application
楊品珍醫師	Outcomes at Late Childhood of Chinese-Speaking Preschoolers with Developmental Language Disorders Comorbid with Behavioral-Emotional
謝玉萍護理長	Depressed Adolescents' Subjective Views on Disease and the Change Process Revealed during a Cognitive Behavioral Group
蔡篤堅教授	ADHD Family Support Group: A Hospital-based Model in Taiwan

8-24 蔡篤堅教授代表臺北醫學大學簽署 MOA。

8-25 代表團成員與泰國精神醫學會會長 Dr. Yongyuth Wongpiromsan (左四)合影。



8-24



8-25

式中見證外，並邀請臺灣精神醫學會會長周煌智與泰國精神醫學會會長 Dr. Yongyuth Wongpiromsan 進行兩國精神醫學會合作事項之協商，未來臺灣在泰國的協助下，將能參與中南半島四國精神衛生高峰會。

(iii) 與會團員於 CDMH Meeting on Developing the International Journal of Child Development and Mental Health 國際研討會發表論文(表 8-3)。

以此為基礎，未來在兒童與青少年精神醫療方面，與泰國合作之議題將包括：青少年與兒童精神科照護、兒童自閉症照護、建立 ADHD 家庭支持系統、青少年憂鬱與自殺防制等研議合作事項(圖 8-24、8-25)。

(iv) 目前療養院與泰國醫療機構之合作

透過臺北醫學大學、臺灣社會改造協會、臺灣精神醫學會與臺灣社會與社區精神醫學會的共同合作，我國療養院在醫學大學的支持下，將開放院區與其所支持的社區精神復健相關的附屬機構與計畫，作為醫護學生及醫預科服務學習與執行跨國合作研究的場域；此外，並與泰國各大學與精神療養院形成對等的交流與合作關係：

- 桃園療養院將與清邁的 RICD 簽署合作備忘錄，未來將在兒童精神衛生方面，展開人才互訪交流，並共同發展人才培訓與合作研究。
- 凱旋醫院與泰國南部 Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital 於災後重建的精神復健進行交流與發展比較研究。
- 草屯療養院與泰國精神衛生司及 Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital 現已進行之藥酒癮監測與防治計畫進行交流。
- 玉里榮民醫院、玉里醫院以及八里療養院與泰國清邁的 Suanprung Psychiatric Hospital 進行社區精神復健的合作交流。
- 未來在精神醫療政策的比較研究領域，則結合臺灣精神醫學會與玄奘大學法律系陳汝吟教授

以及八里療養院支援進行。

藉由如此全面的雙邊合作平臺建立非常重要，尤其是2012年於我國舉行的亞洲社區精神復健合作研究與專業人才培訓工作坊，達成泰國作為東南亞國家社區精神復健訓練中心、臺灣扮演進階訓練支援角色之共識，我國代表也因此可獲泰國、印尼與印度等國家之邀請，參與世界衛生組織與東協組織所主辦之相關會議。

## (2) 印尼

(i) 2013年3月3日至3月6日由計畫主持人蔡篤堅教授、松德院區林式毅主任以及玄奘大學法律系陳汝吟教授，前往印尼日惹與加達瑪達大學(UGM)所支持之印尼精神醫學會與精神病院網絡，建立全國性的人才培訓中心合作事項。此次拜訪，透過UGM教學醫院Sardjito Hospital精神部Dr. Carla Marchira的協助安排下，與UGM附屬Magelang Mental Hospital的院長Dr. Fidiansjah及Prof. Edith Humpries共同討論，會議中討論議題涵蓋：

- a. 與印尼Installation of Child and Adolescent Mental Health(ICAMH)合作，協助其發展培訓兒童與青少年精神醫療專業人員教育訓練課程。
- b. 臺北市立聯合醫院松德院區將與UGM醫學院合作，協助Magelang Mental Hospital培訓臨床專業人員。回國後，松德院區已著手將既有在職訓練課程進行重整與國際化，預計七、八月將前往UGM與之簽署合作備忘錄，展開後續之合作。

(ii) 峇里島Nusa Tenggara Barat Mental Hospital則將與衛生署桃園療養院發展相互合作計畫；目前尚在安排中。

(iii) 其他療養院的配對將由兩國精神醫學會協商，於後續訂定之。

## (3) 印度

(i) 2012年10月8日，印度國家精神衛生與神

經研究院(NIMHANS)助理所長Dr. P Satishchandra一行人來臺北醫學大學參加「Building Collaborative Research Platform and Professional Training Workshop for Community Mental Health in Developing Countries」培訓工作坊，並在醫學院發表專題演說，會後臺北醫學大學醫學院與其簽署合作備忘錄(圖8-25)。

(ii) 2013年4月中印度國家精神衛生與神經研究院(NIMHANS)精神科主任Dr Mathew Varghese及Prof. Srikala Bharath於4月中來臺訪問，除拜訪臺北市立聯合醫院松德院區、參與ADI Dementia conference並，並與計畫主持人討論MOU中合作與交流事項，後續交流，將請松德院區龍佛衛院長與NIMHANS發展臨床合作研究計畫。

(iii) 未來臺北醫學大學將結合臺北市立松德院區既有臨床與教學資源，發展精神醫療碩博士學程。

## (4) 越南

2013年4月16日至21日，越南BasicNeeds非營利組織一行八人，透過本計畫主持人尋求各療養院、地方衛生局之協助，安排其參訪並進行合作會議。由Chris Underhill於1999年所創立之BasicNeeds(BN)，主要目標在於協助改善罹患精神方面疾病者之生活及落後地方癲癇的問題。該組織透過創造與連結以社區為基

8-26 印度國家精神衛生與神經研究院(NIMHANS)與臺北醫學大學醫學院簽署合作備忘錄。





礎的精神衛生服務與設施以推動各項改善方案。越南 BasicNeeds 目前在越南的成天順化省結合地方衛生局以及在地 Da Nang 療養院與省立療養院推動社區精神復健計畫。由於 Da Nang 療養院的院長 Dr. Lam Tu Trung 曾於去年來臺參與「東南亞社區精神復健培訓工作坊」，對臺灣多元的社區精神復健模式留下深刻的印象，因此推薦 BasicNeeds 組團來臺進行參訪與交流。本次來訪團員共計二位非營利組織成員、二位衛生局官員及二家療養院代表，共計八位，與名單如下：

- (i) Nguyen Thanh Tam – Program Manager & Country Representative of BasicNeeds VN
- (ii) Dr. Nguyen Van Manh – Program Coordinator, BasicNeeds VN
- (iii) Dr. Lam Tu Trung – Director, Da Nang Psychiatric Hospital, Da Nang city
- (iv) Dr. Hoang Huu Nam – Vice Director, Department of Health, Thua Thien Hue province
- (v) Dr. Bui Minh Bao – Department of Health, Thua Thien Hue province
- (vi) Dr. Hoang Van Duc – Department of Health, Thua Thien Hue province
- (vii) Dr. Ton That Hung – Director, Psychiatric Hospital,

Thua Thien Hue province

(viii) Dr. Nguyen Dang Nguyen – Psychiatric Hospital, Thua Thien Hue province

透過此次參訪機會，包括草屯療養院、凱旋醫院及桃園療養院整合其內部人力與資源，用心簡報與導覽，除院區參訪外，並延展至呈現各院特色；此外臺中市衛生局亦協助安排其參訪社區精神復健中心，桃園縣衛生局協助接待，以城市的力量促成國際間的交流。除各項參訪與交流活動外，並召開國際心理衛生人才培訓專家會議，會中初步達成以下決議：(1)臺灣多元的社區復健照護與治療模式帶給東南亞各國許多啟示，在醫療之外，可自協助其成立日間照護中心，藉此培訓周邊之人力進行任務轉移；(2)在臺灣的工作之越南籍照顧服務員可將其臺灣的組織經驗，帶回到越南，以在地化的方式進行培訓；(3)在雙邊的合作架構下，越南可送精神衛生專業人力與志工來臺灣的療養院進行培訓，為降低花費，建議以 leader 為主；(4)臺灣籌組訪問團至越南正式訪問與考察，協助其進行資源開發與研擬人才培育方案，先透過實務的方式培養精神衛生相關基礎人才，再逐漸協助其建立專業人力之認證制度(圖 8-27、8-28、8-29、8-30、8-31、8-32)。

5. 透過國際比較，統整我國心理衛生與精神醫療之優

8-27 越南籍照顧服務員協助解釋報告內容。

8-28 參訪草屯社區復健中心與工作人員合影。



8-27



8-28



8-29



8-30



8-31



8-32

8-29 全體成員與仁和復健中心工作同仁合影，左三為臺中市衛生局胡技正。

8-30 拜訪桃園縣衛生局後於大門前合影。

8-31 Da Nang 致贈紀念品予凱旋陳正宗院長。

8-32 於凱旋進行合作會議討論

勢，提出後續四年經營東南亞規劃，並設定來年指標，完成我國療養院國際心理衛生行動策略報告書與綠皮書。

綠皮書分為五大部分，主要涵蓋：(1)概要；(2)建構之國際社區精神醫學與心理衛生人才培訓合作網絡；(3)臺灣與國際社區精神醫學暨心理衛生網路合作之必要性策略與成果；(4)建議指標與未來布局。

### 第三節 國際醫療援助與服務

#### 一、設立第一間駐外衛生中心

臺北醫院積極配合我國衛生外交政策，並成立臺

灣第一個駐外衛生中心，自2007年起於馬紹爾群島共和國設立臺灣衛生中心，為臺灣第一個駐外衛生中心，截至2012年止，共派遣多位具有國際醫療、公共衛生的專案管理師、醫師、醫療替代役及國際志工赴馬國辦理臺馬雙邊及多邊的衛生醫療合作。

五年來已辦理兩百多場的篩檢及衛教活動，服務超過一萬多位當地職場員工、學生及社區民眾，並與外交部、衛生福利部、臺蒙交流協會等合作提供八次醫療物資、電腦等儀器設備，協助十一次臺灣行動醫療團赴馬國義診活動，與臺、馬、美、UNFPA、UNCIEF、JICA、SPC、Youth to Youth、WUTMI、KUMIT及KIJLE等國際組織共同合作，辦理六十多

場護理和醫療人員教育訓練及六場國際研討會，建立三個示範社區、培訓二十四位種子教師及志工，同時亦與國內外NGOs建立夥伴關係，針對婦幼衛生、青少年健康指標及慢性病防治等議題，共同合作辦理衛教宣導及健康篩檢、性教育、無菸環境等活動，製作三十多項馬紹爾語、英語之雙語衛教教材，成功拓展臺、馬、美等多邊醫療交流合作關係。

## 二、國際災難緊急醫療援助

同時，自2004年南亞大海嘯發生至今，已成功完成16次海外救援任務，及提供印尼、蒙古國、馬紹爾等多次醫療義診、儀器捐贈及教學服務，屢獲各國肯定與感謝，累積豐富的國際緊急人道援助合作經驗，成為國際社會的夥伴，善盡臺灣的國際責任。

臺北醫院義肩負重任，對內提供全方位的國際健檢及轉診服務，如馬紹爾群島共和國總統、衛生部長、蒙古警政局局長、紅十字會理事長駐臺代表等。我國致力於提供友邦國專業醫療團隊優質的照護，至今仍持續

收到來自各國的感謝信函及肯定。

## 三、國際醫療合作、積極擴展國際脈絡

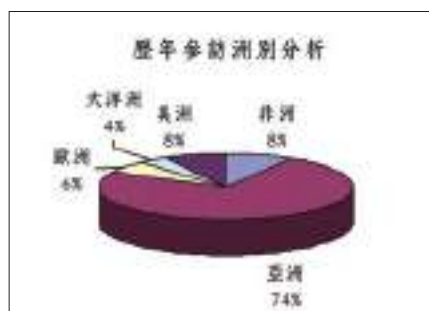
臺北醫院積極擴展國際脈絡，與盧森堡、亞洲開發銀行、美國、菲律賓、蒙古、印尼、馬紹爾等各國政府、十四個醫療機構及二個非政府國際組織藉由簽訂姐妹醫院及醫療、轉診合作備忘錄建立合作關係等方式，另外亦舉辦及參與國際研討會，與來自各國的醫界領袖、學界專家進行醫療衛生經驗分享，如2009年受邀至印尼日惹參加「國際醫院管理研討會」並發表演講；2011年辦理「國際醫療衛生交流暨成果發表會」，衛生福利部、外交部、各國駐臺使館大使及代表、日本及美國專家、蒙古、印尼、馬紹爾合作醫院院長及國內各醫療院所代表一同共襄盛舉，見證臺灣參與國際醫療衛生人員培訓成果及醫療外交的卓越表現；2012年臺北醫院林水龍院長受邀赴蒙古國參與「National Cardiovascular Conference」國際研討會並發表演說，展現臺灣衛生醫療成就，提升臺灣國際能見度

8-33 歷年來訪洲別分析。

8-34 歷年來訪背景分析。

8-35 電腦設備捐贈至馬紹爾。

8-36 臺、馬、美合辦國際研討會。



8-33



8-34



8-35



8-36



及形象(圖8-33、8-34)。

針對來臺進行醫療衛生交流的外賓，臺北醫院結合了專業特色醫療與地方傳統文化導覽，使其深度了解臺灣醫療體系及人文。至今已接待來自49國家、113團，共727位各國政府、衛生部官員、醫療及學術單位等外賓，成功將臺灣的醫療衛生成就推展至國際，增加了臺灣的國際參與能力及國際社會貢獻，使臺灣的「衛生醫療外交」朝向全方位的永續發展(圖8-35、8-36、8-37、8-38、8-39)。

#### (一) 捐贈電腦設備予馬紹爾群島共和國教育部

2012年4月27日於馬紹爾中學(Marshall Islands Middle School)在馬國教育部部長Mrs. Hilda C. Heine、次長Mr. Gary Ueno、中小學校長、中華民國駐馬紹爾群島共和國李自剛大使與在地新聞記者等人的見證下，由臺北醫院林水龍院長代表捐贈40臺來自臺灣的愛心電腦予馬紹爾中小學。馬國教育部長Mrs. Hilda C. Heine表示目前馬國中小學極為缺乏電腦等硬體設備，因此非常感謝臺灣能幫助當地學童開啟通往世界的一扇窗，提供更多元學習環境，替馬國的中小學資訊教育奠定了良好的基石，並承諾將妥善分配電腦予馬國國中小學童使用，未來馬國對於臺灣的支持與友誼將會更加緊密長存。

林水龍院長於捐贈儀式中表示，此行電腦捐贈任務之所以能圓滿達成，主要歸功於衛生福利部、中華民國駐馬紹爾群島大使館、臺灣蒙古國文化教育衛生及經濟合作交流協會、中華民國海軍敦睦艦等單位之協助，在政府與民間團隊齊心合作下，才能促成此次活動圓滿進行，特別表達感謝之心。

#### (二) 駐馬紹爾群島共和國臺灣衛生中心積極與各國國際組織建立醫療衛生合作關係

駐馬紹爾群島共和國臺灣衛生中心(Taiwan Health Center in the Republic of the Marshall Islands)為達聯



8-37



8-38



8-39

8-37 蒙古南戈壁義診服務。

8-38 籌備泰國水患醫療救援物資。

8-39 馬紹爾總統健檢。

合國千禧年發展目標(MDG)第八項合作夥伴關係(UNDP, 2000)之目標，積極與國際NGOs相關組織如：WHO Global Fund、JICA、USA CDC、WHO、UNICEF與UNFPA；並與當地NGOs：Youth to Youth in Health、WUTMI(Woman United Together in the Marshall Islands)、MIEPI(Marshall Islands Epidemiology & Prevention Initiatives, RMI)、SSA(Single State Agency)、NCCCP(National Comprehensive Cancer Control Program, RMI)、Wellness Center、KUMIT、KIJLE等單位建立夥伴關係且具實質合作關係。同時，亦強化與馬國衛生部(Ministry of Health)、教育部(Ministry of Education)及相關醫療單位如馬久羅醫院(Majuro Hospital)、伊拜醫院(Ebeye Hospital)、馬紹爾學院(College of the Marshall Islands; CMI)等公部門單位合作關係，共同推動馬國醫療衛生促進。此外，該中心積極配合衛生福利部、外交部、駐馬紹爾群島共和國大使館及財團法人國際合作發展基金會農技團等部會業務，協助進行於馬國辦理之醫療衛生合作計畫。

2012年11月14日由馬紹爾群島共和國衛生部主辦，馬紹爾政府、駐馬紹爾群島共和國臺灣衛生中心、WHO、JICA及各NGO組織協辦世界糖尿病日(World Diabetes Day)活動。

### (三)臺灣衛生中心辦理「糖尿病預防及照護國際研討會」

糖尿病照護管理著重當地國公共衛生制度政策之建立與探討，臺灣衛生中心協調馬國衛生部、馬久羅醫院及依拜醫院等單位多邊合作，共同規劃於2012年9月24日至26日於馬國辦理「糖尿病預防及照護國際研討會(2012 Conference on Diabetes Primary Care)」，主要將針對糖尿病及代謝症候群相關議題。邀請彰化基督教醫院蘇矢立主任(前衛生署國民健康局推薦)、夏威夷Hawaii Permanente Medical Group的Dr. Wilfred C. Alik(馬國衛生部推薦)、日本關西福利科大學健康

福利學部福利營養學科Prof. Teruyoshi Matoba(日本JICA推薦)及馬國當地等專家學者共同參與，增加在職教育訓練及相互交流學習之機會，3天活動期間共有387位馬國醫療衛生人員及NGO健康相關領域教育指導者參與，以提升社區、醫院、公共衛生及各國際及當地NGO團體共同規劃進行經驗交流與衛生政策建言，以整合資源共同合作照護糖尿病族群，有效降低該疾病而產生的相關合併症。主辦單位為臺灣衛生中心、中華民國駐馬紹爾群島共和國大使館、馬紹爾衛生部；協辦單位包括：JICA、Health promotion and Disease prevention of MOE、Majuro Hospital、Public Health, Department of MOH、Youth to Youth in Health、WUTMI、KUMIT、KIJLE、Nursing School of College of Marshall Islands等。

### (四)與蒙古國南戈壁省衛生處及省立醫院合作，進行義診

2011年8月13日與蒙古國南戈壁省衛生處及省立醫院合作，進行內科、骨外科及婦產科義診活動，共有300位病患接受診療服務。蒙古國南戈壁省副省長、省立醫院院長及前衛生局長等一行人於2010年至臺北醫院參訪，會中提到該省醫療資源及人力缺乏，希冀臺北醫院提供相關協助。

臺北醫院於8月9日至17日與「醫療器材援助平臺計畫(GMISS)」及「臺灣蒙古國文化教育及經濟合作交流協會(Taiwan-Mongolia Culture, Education, Health & Economic Cooperation Association)」合作，由臺北醫院林水龍院長率領臺北醫院醫療團一行8人赴蒙古國辦理國際醫療交流合作成果，協助提供醫療儀器捐贈蒙古國南戈壁省立醫院，辦理高等心臟救命術Advance Cardiac Life Support(ACLS)教學及安排內科、骨外科、婦產科醫師義診，提供蒙古國偏遠省分醫療支援及人員技術訓練。

### (五) 緊急籌備家庭急救包協助泰國水災度過難關

2008年7月16日由臺北醫院主持召開籌組國際緊急醫療物資籌備會議，邀請衛生福利部、疾病管制局及臺灣國際醫衛行動團隊等單位，依據往例救援籌備物資經驗、參考國際救援物資套組IEHK 2006內容及現況，設計一套臺灣專屬緊急醫療物資套組，包括地震、風災及臺北醫院IEHK三套組，並製作救援物資整備標準作業流程，設計病歷摘要及藥袋，作為海外緊急救援使用標準。

2011年7月底在泰國南部地區因持續暴雨而引發的洪災，截至當年10月為止已經造成366人以上死亡，200萬人流離失所，11月底接獲通知，臺北醫院立即召集工作團隊，全體總動員，成功籌組並募集醫療救援物資送至災區進行援助。

### (六) 提供全方位國際健診及轉診服務

臺北醫院臺灣國際醫療衛生人員訓練中心亦規劃全方位的國際健檢及轉診服務，如馬紹爾群島共和國總

統、衛生部長、蒙古警政局局長、紅十字會理事長等。

馬紹爾群島共和國Jurelang Zedkaia總統十分重視當地衛生與居民生活品質，深刻了解臺北醫院長期駐守在馬國衛生中心，盡心守護及照顧當地民眾的健康，實質肩負兩國醫療合作與交流的重任，2010年馬國總統進行全身性的健康檢查的重大任務，選擇在衛生署臺北醫院檢查，足見其對臺北醫院醫療品質的肯定與信任。來臺期間林水龍院長率領專業醫療團隊為總統提供健檢服務；此次行程，Jurelang Zedkaia總統與我國駐馬大使館李自剛大使皆對臺北醫院的細心服務表示非常滿意。臺北醫院專業醫療團隊提供優質完善的照護，使國際病患不遠千里而來，體驗臺灣精湛的醫療技術。至今，仍持續收到來自各國的感謝信函及肯定(圖8-40、8-41、8-42)。

### (七) 臺菲衛生合作會議

衛生福利部於2006年12月與菲律賓簽訂「臺菲衛生合作瞭解備忘錄」，推動臺菲醫療衛生合作，並於備

8-40 臺菲衛生合作會議。

8-41 聖多美普林西比衛生部部長參訪與交流。

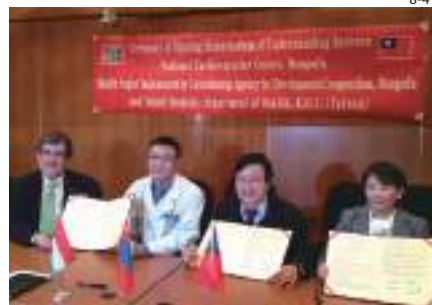
8-42 與盧森堡簽訂合作備忘錄。



8-40



8-41



8-42



忘錄中敘明每年辦理雙邊合作會議；另於2012年5月世界衛生大會(WHA)中，衛生福利部邱文達部長與菲律賓衛生部部長Dr. Enrique T. Ona進行雙邊會談。同年8月臺北醫院林水龍院長隨由衛生福利部邱文達部長帶領之代表團至菲律賓進行臺菲衛生合作會議，於會議中進一步確立臺菲衛生合作等七項協議，同時也藉此機會將參訪相關醫療院所，此次臺菲衛生合作會議可謂成果豐碩。未來菲國也將派員來臺灣學習幹細胞治療及骨髓移植等先進的醫學，臺灣國際醫療衛生人員訓練中心將會全力配合並籌畫安排相關的專案及臨床課程。

#### (八)聖多美普林西比衛生部部長參訪與交流

2012年8月28日聖多美普林西比衛生暨社會事務部部長Angela Pinheiro參訪團至臺北醫院及臺灣國際醫療衛生人員訓練中心參訪，對於中心歷年執行成果表示肯定，並於同年10月分薦送一位聖國小兒科醫師來臺參加培訓，培訓成效良好。

#### (九)與盧森堡國際發展合作基金會蒙古／005計畫案及蒙古國心臟血管診斷中心簽立三方合作備忘錄

2007年來臺參與培訓之Dr. Khurelbaatar Mungun-Ulzii 返回蒙古後即在Shastin Central Hospital心臟科任職，並為盧森堡與蒙古國建立心臟血管診斷中心合作計畫案成員之一。2007年臺北醫院與盧森堡及蒙古國簽訂三方合作備忘錄。由盧森堡提供經費，臺北醫院負責訓練蒙古國偏遠省分心臟科醫師，由於學習成效良好，三方並於2010年續約，在此階段共計培訓二十一位來自蒙古國七個省分的心臟科醫師。

盧森堡國際發展合作基金會蒙古／005計畫案(Luxembourg Agency for Development Cooperation, MON/005 Project)是由盧森堡政府資助的計畫型援助，並於蒙古國Shastin Central Hospital設立心臟血管診斷中心(National Cardiovascular Center, Mongolia)，

旨在提升蒙古各區域對於心血管疾病的預防及治療之能力，更進一步的希望能提升蒙古心臟科醫師的專業診療能力。

2012年7月3日至7月8日期間，臺北醫院林水龍院長受盧森堡大公國盧森堡國際發展合作基金會(Luxembourg Agency for Development Cooperation)、蒙古國衛生部(Ministry of Health, Mongolia)及蒙古國心臟血管診斷中心(National Cardiovascular Center, Mongolia)邀請赴蒙古國參與「National Cardiovascular Conference 2012」國際研討會，與來自法國、比利時、盧森堡、德國、韓國、蒙古國、新加坡等國醫療衛生人員相互交流並發表演說，展現臺灣國際醫療多年來培訓成果，並感受到歷屆學員們熱烈歡迎及誠摯的感謝之意。與會期間，林院長分享臺北醫院、臺灣國際醫療衛生人員訓練中心培訓成果，並與盧森堡國際計畫顧問Dr. Didier Patte、蒙古國心臟血管診斷中心計畫國際計畫協調人Dr. Mungunchimeg Dagva進行會談，而蒙古國Shastin Central Hospital院長Dr. Batchuluun Banzragch更致贈感謝獎牌予林院長表達感謝。2012年度盧森堡國際計畫顧問Dr. Didier Patte、蒙古國心臟血管診斷中心計畫國際計畫協調人Dr. Mungunchimeg及曾至臺北醫院培訓的心臟科醫師Dr. Mungun-Ulzii.Kh一同會談，三者皆十分肯定醫院多年來培訓成果，並期望2013年起擴大合作範圍。

2012年10月由盧森堡國際發展合作基金會蒙古／005計畫案首席技術顧問Mr. Yves Mathieu、蒙古國心臟血管診斷中心計畫國際計畫協調人Dr. Mungunchimeg Dagva、林水龍院長共同簽署合作備忘錄，進一步擴大合作範圍，由原先的7個蒙古國的省分增加至21個省分之心臟科醫師，並增加護理人員、高級心肺復甦術(ACLS)訓練、醫師短期支援及提供醫療教學等項目。再次證明國際組織對於臺灣國際醫療衛生人員訓練中心之肯定，使其獲得更先進的醫療專業技術與知識，期望能協助蒙古國建立完整的心臟外科手術團隊，提



8-43 臺蒙醫療交流國際研討會。

8-44 俄羅斯學員傳統舞蹈表演。

8-45 國際醫療週海報成果展及各國文物展示。



8-44



8-45

升當地醫療水平，促進當地人民的健康，並進一步增進臺蒙之間的友好關係，累積我國醫療外交之實力(圖 8-43、8-44、8-45)。

#### (十)於蒙古國辦理「2011 臺蒙醫療交流國際研討會暨歷年蒙古國來臺培訓醫師座談會」

蒙古國於2003年薦送第一位醫師來臺參與臺灣國際醫療衛生人員訓練中心專科醫師培訓起，至今已超過150位蒙古醫師來臺接受臨床或醫療衛生專案等培訓課程，有鑑於此，在2011年8月分赴蒙古國辦理國際醫療交流合作，與蒙古第二聯合醫院(Second General Hospital, Mongolia)合作辦理「2011 臺蒙醫療交

流國際研討會暨歷年蒙古國來臺培訓醫師座談會(2011 Taiwan-Mongolia International Healthcare Seminar and TIHTC Mongolian Healthcare Professionals Reunion)」，分享臺灣醫療經驗與技術，藉此邀請過去曾來臺培訓之蒙古學員相聚一堂，彼此經驗交流並了解學員培訓返國後的發展，並製作2011蒙古紀念手冊提供參與學員了解中心過去與蒙古國合作發展的成果並回憶在臺期間生活點滴。

活動並邀請蒙古國衛生部副部長Dr. J. Tsolmon、臺灣駐蒙古代表處曾奕民代表、陳欽彥秘書及蒙古第二聯合醫院院長Dr. G. Bayasgalan一同參加，並有八十多位曾來臺參與培訓之學員及貴賓與會。議程包含

分享臺灣國際醫療衛生人員訓練中心簡介與成果、心臟血管介入性治療現況，以及臺灣婦產科腹腔鏡手術技術等議題。並由曾至本中心培訓之學員將其在臺灣學習之經驗分享給與會來賓，包括回國後如何將此經驗應用至改善蒙古醫療環境。學員們均非常感謝我國衛生福利部所屬醫院與臺灣國際醫療衛生人員訓練中心，在訓練期間所給予的專業或生活上的幫助。此次研討會成功將臺灣卓越之醫療政策與技術介紹至蒙古國，除可幫助蒙古國增進其醫療技術外，更可為我國醫療外交成果拓展一大步。

#### (十一)醫療種子・圓夢世界——辦理臺灣國際醫療成果展暨愛心義賣

為與民眾分享國際醫療執行的成果，衛生福利部臺北醫院臺灣國際醫療衛生人員訓練中心於2013年10月7日與衛生福利部及外交部合作，舉辦臺灣國際醫療成果展系列活動，呈現新穎且豐富的醫療外交樣貌。來自吉里巴斯共和國游黛姪大使、諾魯共和國柯克大使、帛琉共和國杜麗安臨時代辦、海地共和國庫珀臨時代辦、宏都拉斯共和國楊振華臨時代辦、甘比亞共和國伯將參事、布吉納法索Mr. DAOUDA BITIE參事、駐臺北烏蘭巴托貿易經濟代表處Ms. B. EMKHUR資深官員等皆出席此一盛會，共同見證臺灣在國際醫療之努力與豐碩的成果。

本次成果展更集結在臺培訓之34位包含來自蒙古國、印度、印尼、圖瓦共和國、布里雅特共和國、喀爾瑪克共和國、索羅門群島、奈及利亞、甘比亞、利比亞、聖文森等國的醫師、護理人員及國際病患皆盛裝出席。透過特色文物展示及介紹、傳統歌舞表演及異國美食、紀念品義賣等活動促進各國文化交流。

成果展的首日，透過來自約旦、俄羅斯、甘比亞、馬紹爾群島共和國、印尼、祕魯、泰國、蒙古等國家的傳統文物展示及介紹，呈現11年來臺北醫院與各國間深刻的友誼連結；傳統歌舞表演則邀請來自

奈及利亞的學員，腳踩搖鈴、雙手奮力拍打非洲鼓，而一旁甘比亞學員敲擊著鐵琴，兩人一搭一唱帶來富涵生命力的非洲鼓與傳統舞蹈，使會場洋溢著非洲的熱情；蒙古國醫師哼著一曲傳統歌謠，高超的轉音技術及嘹亮歌聲，彷彿置身於蒙古大草原，令人心曠神怡；印尼學員身穿獨具特色的沙龍及頭飾帶來傳統的爪哇舞蹈，動靜之間皆充滿神秘又靈動的伊斯蘭風情，中心亦安排代表來自臺灣的傳統歌仔戲表演，藉由各具特色的演出呈現多樣的世界風情增進國際交流。而異國美食義賣活動更是拉近與民眾的距離，這些獨特的好味道是來自不同國家的特色菜餚：令人垂涎欲滴的利比亞蕃茄牛肉湯、聖文森傳統馬鈴薯鹹魚沙拉、蒙古國手工牛肉湯餃、俄羅斯包子及沙拉等異國美食，讓與會貴賓及民眾如同體驗品嚐異國特色佳餚的嘉年華盛宴。

衛生福利部臺北醫院林水龍院長表示，自2002年起成立「臺灣國際醫療衛生人員訓練中心」，迄今已累積豐碩的培訓成果，成功將臺灣之醫療成就推向國際；由於臺北醫院專業的醫療團隊已多次成功治療緊急後送之國際病患，並提供完善的醫療健檢，高品質醫療服務深獲多國人民的肯定，成功建立優質的醫療形象，此次，林水龍院長有鑒於許多開發中國家之國際病患來臺尋求治療，國際醫療參訓學員緊急就醫也日益增加，為提供偏遠國家弱勢病患醫療協助，特別發起愛心義賣活動，匯集來自世界各國的特色紀念品，邀請民眾發揮愛心響應活動，其義賣所得將協助緊急國際病患醫療救助之用，進而共同為全球弱勢民眾照耀一道希望的曙光。

#### 四、與世界分享臺灣醫療奇蹟

我國近年來政府和民間不斷透過各種機會，大力推動國際醫療協助，除展現臺灣民眾的愛心與誠意，亦積極推動臺灣加入世界衛生組織(WHO)，並強調臺灣有能力，也願意協助世界上其他需要幫助的國家。





8-46



8-47



8-48

8-46 拜會貝里斯衛生部。

8-47 貝里斯衛生部長來訪。

8-48 貝里斯學員開訓典禮。

在老一輩人的記憶中，也許還記得早期經濟困頓的臺灣也曾是瘧疾疫區，也曾經感受到來自世界各地的溫情。早在1960年代，世界衛生組織(WHO)、聯合國兒童基金會和美國國際援助總署、洛克斐勒基金會等國家組織和民間機構，就已積極協助我國根除瘧疾、防治結核病和推展婦幼衛生保健工作。當年我國也派駐多位專家赴各國學習，共同參與有關結核病防治、瘧疾根除、家庭計畫、婦幼健康、護理教育、公共衛生、衛生教育等國際醫療衛生的援助及合作工作，經過多年的耕耘，臺灣的醫療能量也提升。

桃園醫院自1995年越南醫護人員訓練計畫開始，即秉持著關懷的精神回饋現今國際上需要協助的國家，向世界分享及展現臺灣醫療進步與發展的小小成果。在該院徐永年院長的帶領下，更逐年擴展協助地區至中國大陸西藏、蒙古地區、南太地區索羅門群島、中南美洲地區貝里斯、宏都拉斯、海地及非洲地區甘比亞、迦納等國。

### (一)宏都拉斯、貝里斯

在衛生福利部的支持下，桃園醫院自1996年分階段目標努力執行至今，目前已在中南美洲等國與當地簽訂姐妹醫院、捐贈相關醫療檢驗設備、協助訓練逾30名醫護人員，長期經營下，已與貝里斯首都醫院及宏都拉斯總統夫人辦公室建立良好的合作關係。

未來將於國內各界的支持下，朝向以臺灣醫療及生醫科技所擅長的領域，持續協助當地導入Medicale-learning與Healthcare Information System(HIS)，並整合醫療與公共衛生議題，建立完善的國際合作模式，亦使當地可提供更具品質之醫療公衛服務(圖8-46、8-47、8-48)。

### (二)甘比亞、迦納

由於開發中國家所面臨的醫療及公共衛生問題，不再僅是瘧疾、愛滋病、肺結核等傳染性疾病，繼而來的是與生活方式有關的慢性疾病。這些慢性疾

病，已經成為這些中度或低度收入國家國民最主要的死因之一。因此自2011年開始，桃園醫院即開始協助甘比亞維多利亞教學醫院及迦納Korle Bu教學醫院導入糖尿病個案管理系統，協助成立糖尿病照護中心，並代訓當地醫療資訊人才及護理公衛人員，以提供當地慢性病患者更優質的醫療服務(圖8-49、8-50、8-51)。

### (三)海地

2010年於海地發生地震之後，馬總統隨即指示國內各部會積極協助災後重建工作。桃園醫院長期積極從事國際醫療服務，於人才及執行經驗上均相當具能量，因此海地臺灣衛生中心計畫即交由桃園醫院負責執行，目的為提供海地地震災民更佳之公共衛生基礎建設，並協助當地建構完善的健康照護網絡。

有鑑於臺灣醫療界已累積多年來醫療服務及慢性病防治的經驗，以及臺灣生醫產業已能生產糖尿病相關之檢驗儀器、糖尿病治療藥物，為增加臺灣於國際能見度，於海地計畫中，桃園醫院以慢性病照護為主軸，協助海地政府於醫療單位導入慢性病個案管理系統，捐贈當地相關檢驗設備及藥品，訓練逾15名當地公衛醫護人員宣導及防治之相關概念，以降低當地慢性病患率及病患死亡率。

現於海地執行成效卓越，已深獲海地衛生部及各公衛部門之肯定，亦將計畫合作層級由省衛生局提升至中央衛生部。海地省議會議長偕同各委員會主席於2012年2月訪華時，特至桃園醫院對臺灣於海地所投入之心力表達感謝之意。海地衛生部長亦於2013年3月偕同該部特別顧問及高層公衛官員至桃園醫院訪問，亦對桃園醫院協助導入Healthcare Information System(HIS)表示感謝，並預計在我國的協助下，未來將可大幅提升當地醫療品質及建立良好的服務模式(圖8-52、8-53、8-54、8-55、8-56)。

### (四)西非國際醫療計畫

臺中醫院首次參與西非國際醫療合作始於2005年底，當時我國的西非友邦——聖多美普林西比民主共和國爆發霍亂疫情，臺中醫院派遣楊士樑醫師參與衛生福利部「聖多美普林西比霍亂防治顧問團」前往協助。之後，為促進衛生事務國際化及因應國際衛生實質合作之需要，臺中醫院由當時的院長徐永年規劃於2006年進行「迦納醫療合作計畫」，與西非排名第一的Korle Bu Teaching Hospital(KBTH)締結姊妹醫院，並持續於2007-2012年執行「推動西非地區醫療衛生合作計畫」，與西非國家迦納及甘比亞醫學界奠定深厚友誼及堅強的合作關係。

自2006年至2012年，與甘比亞RVTH及迦納KBTH姊妹醫院分別簽署MOU，建立良好的合作關係，在高層互訪交流方面，除姊妹醫院院長與管理高層來訪之外，另擴及衛生部高級官員。該院派遣西非醫療訪察團除親赴甘比亞、迦納衛生部拜會其衛生部長、副衛生部長，更於100年度邀請迦納衛生副部長訪臺，此為迦納目前也是首次最高層級之衛生官員來訪。另於該二國醫療高層來訪時舉辦研討會共5場次。

針對臨床醫療合作，配合甘比亞、迦納之姊妹醫院醫療衛生政策以及當地實際需求透過種子教師訓練(Training of the Trainers)模式進行，安排該二國學員來至臺中醫院接受種子教師訓練，完成訓練的種子教師共計31人次，合計41人／月。同時也另外透過在姊妹醫院辦理研討會(workshop)模式，深化雙邊交流與訓練，舉辦研討會共14場次。此外，配合與姊妹醫院的臨床醫療合作主軸與其實際需求，捐贈醫療耗材以提升雙邊合作成效。

基於使我國成為國際間從事國際醫療與衛生計畫、扶助開發中國家醫療及衛生發展的重要成員之一，除令臺北醫院持續執行臺灣國際醫療衛生人員訓練中心計畫外，臺中醫院也將持續努力於西非國際醫療計畫的規劃與進行，以期將臺灣寶貴的醫療經驗，





8-49



8-50



8-51



8-52



8-53



8-54



8-55



8-56

8-49 與維多利亞教學醫院簽署合作協議書。

8-50 甘比亞資訊設備捐贈儀式並協助成立糖尿病防治中心。

8-51 迦納國立大學醫學院院長來訪。

8-52 拜會海地衛生組織司司長。

8-53 海地公共衛生暨人口部司長來訪。

8-54 海地外交部長視察我援設之希望村衛生室。

8-55 海地衛生部長來訪了解我國醫療資訊系統。

8-56 海地議長至桃園醫院表達感謝之意。



分享於開發中國家，讓我國醫衛合作具有被國際肯定之聲譽。

#### 第四節 十年的耕耘——獲得各界肯定及感謝與未來展望

臺灣國際醫療衛生人員訓練中心在衛生福利部所屬醫院的全體努力下，經過十年的耕耘，已成為國際級的專業衛生醫療培訓中心，贏得來自國內及世界各地的掌聲與認同，成功地將臺灣推向世界(圖8-57、8-58、8-59、8-60)。

衛生福利部所屬醫院在衛生福利部(前衛生署)國際合作處及附屬醫療及社會福利機構管理委員會的指

8-57 甘比亞 RVTH 致贈感謝狀

8-58 接受國外記者媒體採訪



8-57



8-58

導下，在既有的國際醫療成果之上，將持續以技術培訓、醫療捐贈及人道援助的方式，積極的參與 WHO、UNDP、UNICEF、WMA 等國際醫療組織，協助開發中國家克服醫療資源及醫事人力不足的困境、改善疾病所帶來的殘疾，確保基本的醫療照護能傳遞至世界各個需要的角落，達成「愛無國界」的崇高使命，讓臺灣的國際醫療在境內播種，發光國際。

除了綜合醫療的部分，在社區精神復健的專業領域上，東南亞各國政府對臺灣的專業水平、協助相關區域內的人才培訓，以及促成國際合作研究均寄予厚望，這部分的專業與學術交流足以打破我國外交的困境，而各國政府也都樂於透過促成與我國醫學會以及學術和專業機構的合作來突破外交上的困局。我國可在日本、美國與澳洲等先進國家的支持下，全面發展支持東南亞精神衛生發展的關鍵角色，尤其是作為專業人才培訓以及實務導向國際合作研究的樞紐。而透過跨國文化比較研究來了解社區與家庭的功能，以機構為基礎進行制度上的比較與合作研究，進一步根據全球老化的趨勢提出長期照護的布局與跨國比較研究、發展適合亞洲地區的照護品質指標、兒童精神醫學發展的合作交流、跨國研究團隊的培育、家庭功能評估工具的開發合作、學術與衛生行政資源整合的方案、社區復健模式發展與相關人才培訓、以及治療性社區模式的開發，都是臺灣受各國認可的強項。事實上，我們可專注發展東南亞的專業教育、專業繼續教育、乃至於符合成本效益的碩博士班營運模式，這部分值得教育部大力協助促成，未來我們可將更多的學術與衛生行政資源連結的方式來舉辦本研討會，並促進我國相關領域對東南亞教育市場的開發。

而在與印尼合作部分，目前桃園療養院與印尼峇里島精神療養院的合作已然獲得峇里島總督大力支持，後續在泰國公共衛生部精神衛生司與我國衛生署所簽訂的合作框架下，透過臺灣社會改造協會、臺北醫學大學、臺灣精神醫學會與臺灣社會與社區精神醫



8-59 臺北醫院榮獲「醫療院所類——醫院社區服務組銅牌獎」。

8-59

學會的共同合作，我國療養院在醫學大學的支持下，將開放院區與社區精神復健機構，作為醫護學生及醫預科服務學習與執行跨國合作研究的場域。

未來規劃也將包括玉里醫院以及八里療養院與泰國清邁的 Suanprung Psychiatric Hospital 進行社區精神復健的比較研究；桃園療養院與位於曼谷歷史悠久的 Srithanya Hospital 進行社區導向醫療體系發展研究；而與泰國精神衛生司特別是科技管理局的合作，由草屯療養院與泰國精神衛生司現已進行之藥酒癮監測與防

8-60 利比亞學員表示感謝。



8-60

治計畫進行比較研究；八里療養院支援進行精神醫療政策的比較研究。透過如此全面的雙邊合作平臺建立非常重要，尤其是去年於我國舉行的亞洲社區精神復健合作研究與專業人才培訓工作坊，達成泰國作為東南亞國家社區精神復健訓練中心、臺灣扮演進階訓練支援角色之共識，我國代表也因此可獲泰國、印尼與印度等國家之邀請，參與世界衛生組織與東協組織所主辦之相關會議。

2009年，在我國退出世界衛生組織的37年後，WHO幹事長 Margaret Chan 發出邀請函，邀請我國以「中華臺北 (Chinese Taipei)」觀察員名義出席第62屆世界衛生大會 (WHA)，之後我國每年皆受邀參加年度的世界衛生大會，並由衛生福利部部長於大會中發言，分享我國卓越的醫療衛生成就及全球知名之全民健保經驗。未來，在我們終極目標成為WHO會員國達成之前，我們都將遵循目前的合作模式，一步一腳印，繼續地在國際舞臺上站穩腳步，並力求完美演出。<sup>1</sup>

#### 註釋

1. 衛生福利部，《2013永續發展社會責任報告書CSR》。





---

...

## 結語和展望

由於其他在地的民間醫院一直在擴大，署醫必須思考如何與當地其他醫院合作，「自己關起門來是活不了的」。而因署立醫院分布區域廣，各有其對地方醫療及執行公共政策的責任，尤其是肩負感染症應變醫院之職責，仍需保留其急性醫療之功能，恐無法轉型為長照機構或裁撤，目前署立醫院透過以下五種模式進行整合。一、強化署醫自我經營管理能力；二、委託公立醫學中心或法人醫院經營；三、垂直整合：與公私立醫學中心，或大型法人醫院（具醫學中心規模）合作經營；四、水平整合：署醫間互相支援合作；五、設立署醫種子醫院，與鄰近署醫形成醫療合作網絡。<sup>1</sup>

與十五家醫學中心之結盟合作，主要透過以下兩種模式：

### 一、醫事處醫發基金補助計畫

2013年起建立醫學中心支援偏遠離島地區醫療機制，以支援所需之專科醫師人力為主，目前有4家署醫納入。

- 臺北榮總、林口長庚→金門醫院（院長由臺北榮總急診內科主任擔任，並已通過中度急救責任醫院）
- 高雄長庚、奇美醫院→澎湖醫院（近期成立心導管室，並已通過中度急救責任醫院）
- 高雄醫學大學→恆春醫院（支援五位專科醫師）、旗山醫院（支援三位專科醫師）

### 二、醫管會以經費補助計畫

建立署立醫院與其他體系醫學中心之實質合作（2011年開始），以支援所需之專科醫師人力為主，目前有13家署醫納入。

- 陽明大學→臺北醫院（教學合作）
- 中山醫學大學→臺中（院長由中山醫大醫學院院長擔任）、豐原醫院
- 成功大學→臺南（院長由成大醫院外科部主任擔任、副院長由成大醫院急診科醫師擔任）、新化醫院
- 高雄醫學大學→屏東（院長由高醫骨科部主任擔

任）、旗山、恆春醫院

- 臺中榮民總醫院→南投醫院
- 義大醫院→旗山醫院
- 嘉義基督教醫院→嘉義醫院
- 臺大醫院→苗栗醫院
- 雙和醫院→臺東醫院

2013年起也開始啟動區域內署醫之間相互醫療合作計畫，這署立醫院互相支援計畫包括：（一）臺北、基隆醫院：專科醫師互相支援計畫；（二）臺中、豐原：專科醫師互相支援計畫；（三）臺中、豐原、彰化、南投、草療之中央實驗室計畫；（四）彰化、南投之醫師互相支援計畫；（五）彰化、朴子之醫師互相支援計畫；（六）嘉義、朴子之醫師互相支援計畫；（七）精神專科醫院支援綜合醫院計畫。<sup>2</sup>也同時與其他體系進行整合，以尋求醫學中心主治醫師的支援，李懋華執行長說明：

第一個部分，是由醫學中心支援偏遠離島的計畫來運作。我們要跟醫學中心合作，現在已經有十五家署立醫院跟醫學中心有合作關係，包括偏遠離島地區的部分，這部分是由醫事處的醫療發展基金去負責……我們現在有四個醫院，金門、澎湖、恆春、旗山是由醫學中心支援偏遠離島的計畫來運作的。而醫事處有經費補助，不夠的部分我們也相對出點錢。第二個部分，是由自己醫管會直接拜託醫學中心來支援，提供支援費用……共計有十三醫院，像中山醫學大學支援我們臺中和豐原專科醫師，成大支援我們臺南和新化。高雄醫學大學支援我們的旗山、恆春、屏東。現在臺北醫院與陽明大學已經簽約合作關係了。將來實習生慢慢會到臺北醫院來……像臺中榮總要支援我們的南投醫院，其他比較大型的，像嘉義基督教醫院，它現在也在支援我們的嘉義醫院。嘉義長庚也在討論要支援我們的新營……就是說希望我們的每家署立醫

院後面都有一家醫學中心來協助，才能達到三級整合。<sup>3</sup>

這樣的經營策略讓大部分的署立醫院後面都有醫學中心來支持。但長久來說，也不是辦法，尤其針對民間業者可能引發的問題，國家體系必須要有督促與制衡的功能。李執行長也擔心「有一天醫學中心抽腿了怎麼辦？醫學中心本身自己也很多體系醫院，它自己可能也管不了，所以我們現在慢慢地在培養自己的種子醫院。」種子醫院未來將取代醫學中心的功能，為達到這樣的目的，李執行長鼓勵有幾家比較大型的署立醫院把績效做好，將能開放的病床都開放，如此才能請更多的醫師來，「那醫師來以後，它就可以訓練住院醫師。它才有能力去支援別人。」因此像是桃園醫院、臺中醫院、豐原醫院、雙和醫院等等希望能慢慢培養起來，李執行長期許：「讓他們更有力量，壯大起來，績效做得更好，將來有一天，便有能力支援別家醫院，漸漸它就能夠擔起如醫學中心支援的責任。」<sup>4</sup>

公共衛生政策為了因應瞬息萬變的醫療環境，故署立醫院需擔負起領頭羊的角色，要非常地小心應對。什麼危機處理政策一頒布，署立醫院就要接下來，例如「狂犬病有疫情時我們馬上就開諮詢門診」，要做的事情那麼多，必須先將自己的績效做好，先養活自己。因此「我們就一直很重視我們的經營績效管理，怎麼讓大醫院幫助小醫院？讓醫學中心來協助我們，就把這個網絡做好，因為所有署立醫院是一個共同體。」而中低收入戶、中期照護、失智與失能都是重要的國家政策，「這些都我們第一個來承接……雖然國庫沒有給你多少錢，但還是要負這麼大的責任，讓社會知道說你這公立醫院的責任很重。」

也因此，署立醫院在院長遴選上相當用心，都經過遴選委員會。正副院長的遴選，由衛生署人事室修訂「行政院衛生署所屬醫院院長副院長分院長遴選作業要點」，明訂院長經營醫院績效必須逐年考核，作為三

年全滿是否續任的參考依據；對於院長、副院長出缺的醫院，由資深醫界前輩們組成甄選小組，以醫院經營理念、領導協調能力、良好品德操守及無不良紀錄為首要考量，公平、公正、公開的選賢舉能，希望能開創署立醫院新局面。<sup>5</sup>李執行長強調，「院長人選很重要，這段時間在遴選院長上，我們很小心，因為院長不好，整個醫院也做不起來」。因此這段時間有些醫院起死回生，執行長舉例：

我當基隆醫院院長前，基隆醫院曾有一段時間是非常低迷，被人家看不起……但是我接任以後，基隆醫院真的起死回生，在基隆地區最受民眾肯定……現在的旗山醫院，以前也不好，可是現在鄭院長去，因為我們跟他鼓勵，現在旗山做起來了，連高雄市政府都肯定，地方也肯定旗山，其他還有很多例子可以提……而像臺南醫院的新化分院，現在我們挹注人力跟金錢下去，現在表現得很好，停車場位子都滿到停不下去了，地方人士也肯定，病患往往不需要後送。<sup>6</sup>

署立醫院整體而言，進步幅度真的很大，走到今天，雖然說國庫預算補助越來越少，公務人員比例也越來越少，但由於各院都非常認真，幾個署立醫院的形象確實有所改變，在不是很優越的條件下，將公共衛生政策與民眾的健康排在最首要的責任。「因為地方醫療不足，誰會要求其他醫院？因為我們是署立醫院，當然就先要求我們嘛！」李執行長鼓勵各院：「雖然醫院不夠大，把特色做好，把公共政策做好，把今年我們醫療及社會福利等政策做好。」署立醫院改部之後，期許自己醫療與社福相關這塊做好，將地方醫療的需求做好。如何照顧地方的醫療需求，李執行長舉例：

比方說，澎湖地區民眾要求有心導管設備，我們



現在的澎湖醫院也買了心導管，花費四千五百萬。心導管買了以後，其實是很困難，為什麼？因為病人不多……買了以後，醫院負擔很重，買了以後要折舊，折舊就是整個盈餘減少了。但是怎麼辦？這是政策，因地方要求，就要買。苗栗也是，地方要求有心導管設備，苗栗醫院也裝了心導管，9月底要正式開幕營業，這個都是地方要求……或是說，像恆春這麼小的醫院，才六十幾床而已，但地方要求有急重症的服務，因此我們也補助由醫學中心支援的主治醫師人事費用，其中有五個從高醫來，三個由公費生經醫學中心訓練完分發下去，這些錢都由醫管會負擔……地方有需要，我們就只有做。<sup>7</sup>

除了將偏鄉醫療做好外，接著就要找出永續經營的路，怎麼才是永續經營的路，「找醫學中心支援，把自己管理做好，將來成立種子醫院，慢慢總是要往這永續經營之策略來做。」

署立醫院最首要之任務即是執行中央政策。李執行長強調：「說實在，我們就是政策第一，民間醫院可以說我沒有人力、經費，但我們政策需擺第一，我們要先做。」執行長進一步舉例說明：「今天傳染病如真的流行起來，大多數都住到署立醫院，署立醫院即使封院都要配合，政策為第一考量就是這樣。」因此，各醫院便要有所認知：

所以醫院自己就要認知，真的傳染病流行的時候，當然就要啟動防治網，衛生局要出面整合。雖然各醫院可能會派人來支援，但病患是放在你這裡，基地是在你這裡。當病人量很多的時候，可能要封院、封樓、封層，其他病人可能跑掉了，民間不願意的事，我們要承接。<sup>8</sup>

署立醫院是以政策為重，轉型成為衛生福利部醫

院後，以下的責任，更是必須要積極負擔的。例如必須成為傳染病專責醫院，傳染病只要發生，哪一縣市有署立醫院，病床就放在署立醫院。李懋華執行長舉實例說明：

感染症應變醫院，全國有60%的病房都放在署立醫院，以前更多。現在慢慢整合……傳染病一旦發生的時候，第一個病人往往送到署立醫院來了。但可是送病人來以後，其他病人馬上就減少，別的病人就不來了……以前我在基隆醫院，正值禽流感流行，市長要去視察他的傳染病專責醫院已經準備好沒有？結果市長一來巡視，明天急診病人大幅減少。<sup>9</sup>

此外，有關毒品美沙東療法、監獄的看診等等，也是幾乎都由署立醫院來做。李執行長說明：

這些藥癮、毒癮的病人不是說今天來喝，他就不打針，需要一段時間，才可能戒掉……亂丟的針頭很多，也會有被扎到的危險性。我們現在用美沙冬替代療法以後，整個臺灣愛滋病的發生率下降……監獄要有醫師支援，只要需要監獄病房，若該縣市有署立醫院，便設立在署立醫院。我們派醫師到裡面去看診。然後住院送到我們署立醫院。<sup>10</sup>

同時，弱勢、中低收入戶、路倒、家暴、性侵，大部分就會送到署立醫院，路倒病患往往經濟能力差，你錢從哪裡來？<sup>11</sup>

此外，臺灣精神病房差不多百分之三十幾的病床數都放在署立醫院，算是最大宗，因為精神病，尤其是強制住院，是公務政策，署立醫院其實是承接很多功能，偏遠地區沒醫師我們就先去，國際上災難就先派人去。

署醫肩負對社會的責任，2012年在李執行長的號

召下，各院開始思考，「我們要改制成衛生福利部，除了醫療衛生以外，在社會福利方面可以做些什麼事情？」當時想到的是，若要對於社會福利有所關注，照顧弱勢是最重要的，而弱勢以中低收入戶最多，因此，自2012年開始由臺中及旗山醫院，結合衛生局、社會局、健保局等單位進行試辦關於中低收入戶健康管理之計畫。李執行長回憶當時計畫推展的過程，當時「臺中醫院反應由於數目很龐大，必須要有case manager，否則沒辦法執行」，此外由於資料需進行整合，所以資訊軟體的開發亦扮演十分重要的角色，因此「去年我們補助臺中醫院，開發資訊軟體。」目前軟體開發已完成驗收，便可提供各院使用了。

2013年8月1日起，18家署立醫院全面實施，結合衛政、社政及健保等單位，針對27萬中低收入戶等弱勢民眾，提供主動式健康管理服務，為有效執行此計畫，醫管會運用統籌基金，<sup>12</sup> 補助十八家醫院每院一位個案管理員，這個試辦計畫也會在今年擴及所有署立醫院，也將成為衛生福利部成立後，對中低收入戶等弱勢族群提供的第一項服務。

除此之外，今年李執行長請所有醫院的院長，主動去拜訪十三家原先隸屬於內政部現已改隸衛福部的社福機構，包括老人之家、兒照之家等機構，藉此了解每個機構，需要醫療機構提供什麼協助。根據資料顯示：「有些需要我們署立醫院去幫他開門診、做疾病篩檢、做健康檢查、做健康教育，還有幫他們做一些鑑定的工作。」討論過後，「各個醫院在討論要什麼方式去支援」，也即是說署立醫院主動將社福單位展開聯結，提供協助。

署立醫院改隸衛生福利部後雖然體質沒有改變，但責任增加了，因為增加了社會福利這一塊，「公共政策責任就會更加重要。」如此，執行長再三強調就要靠自己把績效做好，才能夠永續經營重要性：

政府不能再增加預算給你，只有減，因為退休撫卹不夠，不能增加錢，也不能增加員額，可是責任加重，我的責任就是讓它永續經營，把它績效做好，能夠真正做到配合政策，發揮署醫功能，這是我們的責任。<sup>13</sup>

現在所有署醫都要活下來，那每一個醫院所在的地方不一樣，每個地方有不同的公共政策，每一個醫院都必須執行這政策，其實大醫院小醫院病人都不一樣，所以衛生福利部醫院責任就真的很重，除了盡責之外，國人也應該重視署立醫院轉型成為衛生福利部醫院後的關鍵角色，給予支持，維繫我國衛生體系的歷史價值，並共同開創未來。

#### 註釋

1. 執行長李懋華於行政院衛生署醫院管理委員會時的業務簡報，2013年6月20日。
2. 同註1。
3. 李懋華執行長訪談稿，2013年9月5日。
4. 同註3。
5. 邱文達，〈署立醫院的變革〉，《常春月刊》，第364期，2013年7月，頁20-22。
6. 同註3。
7. 同註3。
8. 同註3。
9. 同註3。
10. 同註3。
11. 同註3。
12. 李懋華執行長說明：統籌基金來自各醫院上繳的費用。有些醫院營運好，它會上繳百分之三，這百分之三一方面會用在公共政策的推動，另一方面則將此款項用來補助幾家沒有辦法自負盈虧的署立醫院上。透過大家互相幫忙，讓所有的署立醫院活下來。
13. 同註3。

公共政策加重之下，永續經營就更重要了。因為





---

...

# 歷史沿革、大事記

## 基隆醫院——歷史沿革

基隆醫院自1898年創立至今，已有100餘年歷史，為部立醫院中少數保有日本統治時遺留的建築物。早年曾是基隆居民口中所稱的大醫院，也就是當時基隆地區最大的醫院。基隆醫院自臺灣光復後，由原來的臺灣總督府基隆醫院改名為臺灣省立基隆醫院；1999年，配合政府精省政策，更名為行政院衛生署基隆醫院，2013年配合行政院組織改制，改隸為衛生福利部基隆醫院。

這100年來在歷任院長及所有同仁的努力下，基隆醫院曾有過小臺大的輝煌歷史，現今基隆地區執業的名醫及公會的領袖，很多都出自於基隆醫院，如前衛生署長王金茂就曾任職院長，長達20年之久。但這100多年來，因為醫療環境的變遷，鄰近新的醫療院所的設立，醫院歷經許多的起伏，雖然曾經有過在地人眼中的大醫院的輝煌時期，但也曾經因為業績低迷而被藐視。特別是近20年來，經過黃琨璋院長、陳

## 基隆醫院——大事記

### 1897

- 當時院址設在基隆市壽公學校，現改為仁愛國小內舊廟宇中，規模甚小且簡陋。

### 1945

- 11月 臺灣光復，政府派首任院長林柳新接收改稱臺灣省立基隆醫院並逐漸充實設備修復房舍。



### 1969

- 辦理義診，並組成醫療服務隊在臺北縣瑞芳、平溪、貢寮、萬里、金山、石門、三芝等鄉鎮定點巡迴醫療。

### 1984

- 7月 臺北縣瑞芳鎮煤山煤礦災變，林達尊院長親率醫療團隊趕赴現場24小時待命，抱病及時搶救傷患礦工18人及搶救工作人員4人送至醫院治療，並發動全體員工樂捐1日所得。



### 1996

- 設計院徽logo，藍天大海邊的醫院以「愛心、用心(有智慧)、信心」的三心來服務病患。
- 首創全國第一家網際網路掛號醫院。



### 2000

- 擴增加護病房4床及洗腎病床5床。
- 引進眼科全功能驗光儀器、新一代立體眼底螢光攝影機、全自動電腦分析視野機。
- 始開辦衛教門診及夜間健檢。
- 始陸續推動社區健康營造及無菸環境。

### 1899

- 新建院舍落成遷入現址稱臺灣總督府基隆醫院設內科、婦產科、眼科耳鼻喉科、X光室、檢驗室、庶務課，85張病床。

### 1948

- 爭取美援及地方政府補助，增建病房、宿舍、倉庫等。
- 創設急診室及住院醫師制度，24小時為病患服務。



### 1973

- 時逢臺航公司油輪爆炸，積極協助受傷病患。



### 1994

- 通過臺灣地區精神醫療院所評鑑合格醫院。
- 引進電腦斷層攝影機。

### 1999

- 發生921大地震，克服險阻首批抵達南投魚池鄉設立醫療站。
- 啟用呼吸治療中心。



- 啟用燒燙傷病房及高壓氧中心。
- 信二路醫護職務宿舍開工動土。
- 推廣長期照護業務，開辦居家護理服務。
- 7月 因精省改隸為行政院衛生署基隆醫院。



### 2001

- 時逢納莉颱風，於基隆市碇內國小24小時全天候待命。
- 擴增加護病房2床。

進堂院長、李懋華院長、李源芳院長、現任王文彥院長及所有同仁的同心協力下勵精圖治、披荊斬棘，基隆醫院現已成為大基隆地區不可或缺醫療重鎮，也是醫療衛生公共政策最重要的執行醫院。

未來基隆醫院也將持續秉持醫院擁抱社區、尊重生命、奉行健康、重視誠信的核心價值。以「臉笑、嘴甜、腰軟、手腳快、搭心」的文化精神，堅持公立醫院應有的社會責任及使命感，提供大基隆地區信心、信賴、依賴、有品質及安全的醫療照護，成為社區民眾的好厝邊。

## 2002

- 導入學習型組織，成立北海菁英學習變革團隊。
- 擴增加護病房8床並開辦呼吸治療床30床。
- 引進核磁造影掃描MRI室。
- 提供陽明海運海上緊急醫療諮詢服務。
- 始開辦夜間門診。
- 全面醫療資訊系統全面上線。



## 2004

- 開辦全國唯一僧伽門診，為僧伽特約醫院。
- 成立膀胱功能檢查室、尿失禁防治中心。
- 成立身心障礙醫療復健輔助器具中心。
- 醫護職務宿舍大樓完工啟用。
- 完成中藥局合作案並規劃中醫服務專區。
- 急診首破6,000人次／月。
- 開刀房刀數首破500臺／月。



- 李懋華院長率領一級主管及核心幹部再度確認願景使命文化。
- 全院流程再造榮獲行政院法制再造金斧獎。

## 2006

- 通過新制評鑑為區域教學乙類醫院。
- 開辦社區復健中心50床。
- 完成基隆地區唯一助聽器選配聽力檢查室。
- 新增神經內科加護病房8床。
- 擴增洗腎病床12床。



## 2008

- 通過人體試驗認證。
- 院內員工請假系統全面使用自然人憑證正式上線。
- 病歷室榮獲醫策會第九屆全面醫療品質提升競賽活動品質提升系統類單位推行組銅獎。
- 開刀房刀數首破600臺／月。



- 啟用美容雷射中心及體外震波碎石中心。
- 基隆市首創兒童身心暨語言復健中心揭幕，配合發展為大基隆地區遲緩兒童早期療育醫院。
- 成立住院服務中心，整合申辦窗口，提供單一窗口服務。
- 首度提供兵役役男院內體檢整合服務。



## 2003

- SARS期間，全面抗SARS，為大基隆地區唯一指定之感染症防治責任醫院。
- 榮獲行政院服務品質獎——整體類獎。
- 通過財團法人全國認證基金會醫學領域ISO 15189認證。

## 2005

- 新建醫護大樓落成典禮。
- 引進醫學影像PACS系統。
- 成立走動式安寧共同照護團隊。
- 開辦精神社區復健中心50床。
- 成立復健科運動復健中心。
- 支援6醫療群及1公衛群，成立共同照護門診。
- 接受醫學系公費生分發為住院醫師訓練醫院。
- 協助斯里蘭卡設置醫療救護站發展服務區。



## 2007

- 獲世界衛生組織(WHO)健康促進醫院(HPH)認證，成為國際網絡會員。



- 成立健康管理中心。



- 完成自來水池增設工程。
- 檢驗危險值通報系統資訊化正式上線。



- 北區正確用藥教育資源中心正式揭幕。
- 門診數位叫號系統正式啟用。
- 配合四川地震及緬甸風災提供海外醫療服務。



## 2011

- 王文彥院長就任。將原有的醫院文化：臉笑、嘴甜、腰軟、手腳快，再加上第五元素「搭心」(愛心、善心及貼心)。



- 通過成為中度級緊急醫療能力醫院。
- 因應日本核電廠爆炸，協助北區輻傷之動線規劃與準備。



## 2013

- 社區復健中心擴增為80床。
- 王文彥院長率領一級主管及核心幹部，再度確認願景、使命及文化並訂定核心價值。



- 行政院組織改造，7月23日改為衛生福利部基隆醫院。



- 通過全國無菸健康照護服務網絡認證，並榮獲金獎殊榮。



- 開辦國際特約醫療門診服務及腹膜透析服務。



- 導入美國 HICS IV (Hospital Incident Command System) 醫院緊急應變指揮體系。
- 開辦腹膜透析。
- 管理中心榮獲醫策會第八屆全面醫療品質提升競賽活動品質提升系統類單位推行組金獎。
- 護理科榮獲醫策會第八屆全面醫療品質提升競賽活動主題改善類醫品組銀獎。

## 2009

- 擴建完成教研大樓並啟用。
- 開辦呼吸照護病房森呼吸藝文空間。



- 新制醫院評鑑榮獲「優等」。
- 緊急應變規劃小組榮獲第十屆全面醫療品質提升競賽活動醫療品質主題改善組銀獎。

## 2012

- 心血管中心揭幕。



- 開辦女性健康整合門診。



## 臺北醫院——歷史沿革

臺北醫院前身可遠溯1968年4月，由省立臺北婦產科醫院暨省立臺北兒童醫院合併成為臺灣省立婦幼醫院。嗣因臺北市升格為院轄市，於1972年3月由臺北市遷至新莊現址作業，改名臺灣省立臺北醫院。1987年3月1日設置於臺北市鄭州路原屬臺灣省鐵路局之臺北鐵路醫院，奉令改隸臺北醫院，更名為臺北醫院城區分院。走過27年歷史歲月，於1999年7月1日改隸行政院衛生署，成為行政院衛生署臺北醫院，並於2013年7月23日正式升格成為衛生福利部臺北醫院。

設置之初為9層樓建築，1985年奉核擴建大樓，目前總床數為517床，另設護理之家40床，於1988年經醫院評鑑評定為「區域教學醫院」，2006年5月新制醫院評鑑評定為優等。

## 臺北醫院——大事記

1941

10月 臺灣總督府創立「財團法人臺灣保健協會」，設立保健館，實施健康檢查及保健指導、健康門診、保健人員之培訓。

1949

8月 省立臺北婦產科醫院於中山北路二段設立，隸屬省衛生處。



1967

4月 省立臺北婦產科醫院與省立臺北兒童醫院合併成立省立婦幼醫院。



1973

- 洪禮卿院長就任。

1982

- 吳昭新院長就任。

1987

3月 設置於臺北市鄭州路之臺北鐵路醫院改隸臺北醫院，更名為省立臺北醫院城區分院。

1991

- 新建急診、門診及手術大樓啟用，建築面積51,901平方公尺。



1995

- 陳慶餘院長就任。

1999

7月 改隸行政院衛生署，更名為行政院衛生署臺北醫院。

2002

8月 行政院衛生署指定設立「國際醫療衛生人員訓練中心」。榮獲行政院經建會法制再造圈金斧獎。



1946

5月 正式成立「臺北保健館」，隸屬行政長官公署民政處衛生局，為臺灣早期唯一專責辦理公共衛生之實驗示範及訓練機構。

1959

1月 撤銷臺北保健館分設臺灣省立兒童醫院及臺灣省公共衛生教學實驗院，並與臺大醫學院公共衛生研究所及臺北市衛生局城中區衛生所合辦臺北公共衛生教學示範中心。

1972

5月 省立婦幼醫院遷移至臺北縣新莊市思源路正式改組成立省立臺北醫院。  
于秉溪就任首任院長。



1981

5月 與臺大醫院建教合作公共衛生教學實驗院借用院地興建改制臺灣省公共衛生研究所。

1986

- 呂鴻基院長就任。

1989

- 陳源平院長就任。

1993

- 侯勝茂院長就任。

1997

- 黃世傑院長就任。

2001

5月 黃焜璋院長就任。  
為行政院衛生署所屬醫院「臺北區區域聯盟」盟主醫院。  
榮獲八十九年度行政院服務品質獎。

為大臺北地區之公立區域教學醫院，負有配合衛生政策推動各項活動之社會責任，近年來配合推動四癌篩檢、無菸醫院、高齡友善醫院及健康促進醫院等政策，自2008年3月林院長上任以來，即抱持「以顧客服務為導向」的服務觀，使同仁及社區民眾了解健康的重要，於2008年6月通過健康促進醫院網絡團體會員。

醫院位於新莊地區，為服務鄉親，積極發展急重症醫療，通過急診訓練中心，提高急重症醫療照護品質，建置急診加護病房。再者，引進高階電腦斷層及磁共振造影，提供更低輻射劑量儀器與更高影像清晰度，並斥資千萬升級手術室設備，打造實力堅強心臟手術團隊，2012年12月完成新莊地區首例開心手術，未來鄰近地區心血管疾病病患，不必再遠赴醫學中心手術，期許成為在地最完整且最受信賴的區域醫院。此外為配合政策推動醫療外交，於2002年成立臺灣國際醫療衛生人員訓練中心，於2009年獲得SNQ國家品質標章，並於2012年獲得國家生技醫療品質獎銅獎(全國第一)，為友邦國家提供醫護人員來臺受訓事宜，建立臺灣在國際上的實質貢獻，以醫療方式為臺灣開啟另一扇窗。

## 2005

- 6月 行政院衛生署所屬醫院臺北區域聯盟管理委員會與北區區域聯盟管理委員會，整併為「行政院衛生署所屬醫院北區區域聯盟管理委員會」，並設管理中心，執行各院各項資源整合業務。

## 2009

- 洗腎中心首創全臺「E化洗腎治療」。
- 開辦「慢性病多重整合性門診」。
- 與印尼日惹省PKU穆哈瑪蒂亞醫院簽約締結姊妹醫院。



- 國際醫療衛生人員訓練中心躍上Taiwan Review雜誌，並通過國家品質標章認證。
- 支援菲律賓水患救災。

## 2011

- 2月 支援紐西蘭地震。
- 7月 支援泰國水災。  
APEC 蒞院參訪RFID之成效。
- 9月 至香港ISQua發表論文。
- 10月 支援馬紹爾群島登革熱疫情。  
蒙古國南戈壁省第一次頒發國外有貢獻人士，榮譽勳章予林水龍院長。

## 2013

- 1月 急診加護病房7床正式啟用。  
高階電腦斷層儀(CT)正式啟用。



- 2月 高階磁共振造影儀(MRI)啟用。



- 7月 升格更名衛生福利部臺北醫院。



## 2003

- 接管新莊市社區健康營造中心。



- SARS期間配合政策於防疫工作，獲頒績優有功醫院。

## 2008

- 4月 林水龍院長就任。  
於馬紹爾群島共和國設立海外長期駐點臺灣衛生中心。



與馬紹爾群島共和國馬久羅醫院締結姊妹醫院。

## 2010

- 至愛爾蘭ISQua及新加坡ASPN發表論文。
- 協助馬紹爾群島共和國完成洗腎中心設置，造福馬國病患；同時簽訂醫療轉診協議。



- 通過OHSAS 18001：2007國際職業安全衛生管理系統認證，通過HACCD衛生評鑑。
- 支援海地大地震救援。

## 2012

- 12月 全新整修整合式開心手術室啟用。



通過高齡友善健康照護認證。  
「國際醫療衛生人員訓練中心」榮獲國家品質標章SNQ銅獎，全國第一。



## 桃園醫院——歷史沿革

桃園醫院創立於1979年12月15日，原名臺灣省立桃園醫院，隸屬於臺灣省政府衛生處。開辦初期，僅有1幢7層綜合醫療大樓，病床200床。1981年增建急診大樓，1984年擴建後棟大樓銜接，病床增加至500床。1988年向前臺灣省立桃園療養院借用病房1幢，擴編為600床。

門急診新建工程於2006年10月完成啟用，使桃園醫院成為現代化且空間完整之醫院。

1981年獲教育部及衛生署評鑑「二級教學醫院」。1983年及1985年均獲評「準一級教學醫院」。1988年獲評「準醫學中心」。1991年評定晉升為「醫學中心」，成為省市立醫院中唯一的醫學中心，再創殊榮。1994年及1997年度分別獲評「準醫學中心」。2000年及2004年醫院評鑑亦

## 桃園醫院——大事記

### 1979

12月 創立。7層綜合醫療大樓，病床200床。



### 1983

3月 眼科薛琴主任在美國加州大學眼科教授皮爾格口述指導下，首次將一枚人工水晶體移植入患者眼中，手術順利成功。

### 1985

6月 完成首例「腦瘤切除手術」，邀請臺大神經外科教授洪慶章主持。



12月 完成罕見的「胸腔主動脈瘤切除手術」，此項手術係為省市立醫院之第一例。

### 1987

5月 北區職訓中心現址及其後方魚池等土地，撥交醫院擴建之用，醫院另購土地協助該中心遷建。工程於1990年規劃，第一期醫療大樓工程於1993年5月開工。

11月 「器官移植條例」公佈實施後，完成第一件器官移植案例——左腎及兩枚眼角膜。

### 1989

5月 產下第一例「試管嬰兒」。



### 1981

- 增建急診大樓。
- 醫院評鑑——二級教學醫院。

### 1984

- 擴建後棟大樓銜接，病床增加至500床。



3月 成立「骨髓移植小組」為罹患重型地中海貧血之男童施行國內第一個兒童骨髓移植手術，此項手術也是國內第二個異體骨髓移植手術，開創亞洲地區之首例。



- 6月 陸續完成兩例兒童異體骨髓移植手術。
- 10月 完成臺灣第一例以骨髓移植治療再生不良性貧血病例。
- 11月 成立「開心小組」，於副院長黃博昭、內科主任駱惠銘及心臟外科醫師林芳郁、幸少強的通力合作下，完成本省省立醫院首次開心手術。



### 1986

- 3月 成功的將患有紫性五重法洛氏心臟病患者作一項完全矯正的心臟手術，此種罕見手術在省級醫院第一例。
- 12月 繼臺大、長庚醫院之後，成功的完成罕見「副傳導線切除術」，治癒常見心律不整症。

### 1988

- 向前臺灣省立桃園療養院借用病房1幢，擴編為600床。
- 「醫院評鑑——準醫學中心」。
- 7月 婦產科首次成功為兩名不孕婦女完成「試管嬰兒」及「GIFT」（胚胎植入術）受孕手術。

獲評鑑為「區域乙類教學醫院」。

1995年選定醫療資源貧瘠之新屋鄉，經奉核定病床300床。2003年7月開幕，提供門診、急診、住院服務。

於2007年通過新制醫院評鑑優等。再於2008年通過新制教學醫院評鑑優等，成為署立醫院第一家獲得此殊榮之醫院。2009年12月徐永年院長到任之後，除了持續強化急重症醫療及完整的醫療團隊外，為落實以「病人為中心」的理念，積極推動整合性之醫療照護，以病人為中心，視醫療需求不同，共同合作一起討論，做到滿足病人需求，增加家屬參與，加強醫病關係，期能提升服務品質，成為民眾信賴的醫院。

1992  
10月 首次成功的為婦產科病患完成「腹腔電視內視鏡手術」。

1994  
• 醫院評鑑——準醫學中心。  
6月 增置「電話語音掛號」，於家中即可預約1個月內之門診。  
8月 增置「自動掛號機」2臺，民眾就醫後即可自行操作預約下次門診之掛號手續。

1997  
• 醫院評鑑——準醫學中心。

2000  
• 「醫院評鑑合格」。檢驗科通過ISO 15189及ISO 17025評鑑，符合國際標準之醫學實驗室。

2003  
4月 SARS疫情威脅臺灣，在張院長督導下發揮危機總動員，厲行各項防疫措施。  
7月 新屋分院開幕，提供門診、急診、住院服務。



2005  
• 與中原大學、中央大學、輔仁大學、元智大學、新生醫專等校簽署建教合作，架構產、官、學界互動網路。推動組織變革學習，以策略績效平衡計分卡進行醫院管理。  
11月 桃園醫院與桃園療養院銜接走廊完工。

2007  
8月 「門急診大樓」啟用。



通過「新制醫院——評鑑優等」。

2009  
• 「全人愛滋照護、全位愛滋防治」獲「2009國家品質標章獎」。  
1月 通過「專科護理師訓練醫院」認定。  
12月 通過財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會之「人體試驗委員會訪查」。

1990  
• 「醫院評鑑——醫學中心」，成為省市立醫院中唯一的醫學中心，再創殊榮。

1993  
5月 為全國第一例愛滋媽媽剖腹生產。



1995  
• 選定醫療資源貧瘠之新屋鄉，該鄉無償捐贈土地，經奉核定病床300床，於1998年12月發包。

1999  
• 醫院評鑑——準醫學中心。  
7月 配合精省政策，改隸行政院衛生署。  
醫療大樓搬遷啟用。



2002  
5月 營養室通過「HACCP現場外部稽核」，為全國第一家通過稽核的醫院供膳場所。

2004  
• 醫院評鑑——合格。

2006  
10月 門急診新建工程完成。

2008  
2月 64切電腦斷層掃描儀器啟用。  
9月 通過「新制教學醫院評鑑優等」，成為署立醫院第一家獲得此殊榮之醫院。  
檢驗科通過「ISO認證菁英獎」。  
10月 通過世界衛生組織健康促進醫院網絡會員認證。

## 2011

- 醫院評鑑合格。
- 「糖兄弟姊妹全方位醫療照護」、「三階段腎臟病保健之全方位全人整合醫療服務」獲「2011 國家品質標章」。
- 獲 SNQ 國家品質標章。



## 2013

- 通過「腎臟專科訓練醫院」。
- 5月 「門診團隊」通過「ISO 9001：2008」認證。
- 7月 改制「衛生福利部桃園醫院」。

## 2010

- 2月 成立「整合性照護團隊」啟動整合性照護醫療模式。
- 4月 首創「巴氏量表到宅鑑定」服務。
- 「樂活健康——全方位社區醫療服務」獲「2010 國家品質標章」。
- 「心中有愛、環境無礙——全方位社區醫療服務」獲「2010 國家品質標章」。

## 2012

- 通過國健局「癌症作業品質認證」。
- 「多重抗藥性結核病醫療照護團隊」獲「2012 國家品質標章」。



## 苗栗醫院——歷史沿革

省政府為因應省議會及苗栗地方人士多年要求，於1973年起分年編列預算籌設醫院。承蒙苗栗縣政府向國有財產局爭取，將苗栗市嘉盛里段，國有土地3公頃，無償提供醫院作為建院用地。衛生處為籌設事宜，於1973年10月22日成立醫院籌備處。嗣於1974年8月28日「臺灣省立苗栗醫院」正式成立，並於1975年5月20日開幕應診。1999年7月1日配合精省作業，全銜變更為「行政院衛生署苗栗醫院」，屬區域級教學醫院。在床數方面，目前共計有439床，含一般急性病床216床、急性精神病床80床，特殊病床143床。於2013年7月23日，配合行政院衛生署的改制，更名為「衛生福利部苗栗醫院」。在偏鄉及預防保健方面，從2009年開始，即承辦雪見遊憩區假日急救站，啟用至今，共服務了78,667人次。而在預防保健方面，為落實國民健康署的衛生政策，取得苗栗縣政府衛生局乳房篩檢車的使用權。

## 苗栗醫院——大事記

<ul style="list-style-type: none"> <li>成立籌備處。</li> </ul> 	1973	<ul style="list-style-type: none"> <li>「臺灣省立苗栗醫院」正式成立。</li> </ul>	1974
<ul style="list-style-type: none"> <li>開幕應診。</li> </ul>	1975	<ul style="list-style-type: none"> <li>地區教學醫院評鑑通過。</li> </ul>	1997
<ul style="list-style-type: none"> <li>新建醫療大樓啟用，開放290床。</li> <li>內、外、家醫科專科醫師訓練醫院通過。</li> <li>護理之家苗園及精神科病房啟用。</li> </ul>	1998	<ul style="list-style-type: none"> <li>7月 更改為「衛生署苗栗醫院」。</li> <li>成立兒科中重症病房、燒燙傷病房、開放總病床數328床。</li> </ul>	1999
<ul style="list-style-type: none"> <li>增設護理之家至80床。</li> <li>成立醫學美容中心。</li> <li>擴增第二加護病房。</li> </ul>	2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>通過區域教學醫院評鑑。</li> <li>「行政大樓落成」正式啟用。</li> </ul> 	2003
<ul style="list-style-type: none"> <li>參加醫策會新制醫院評鑑試評。</li> <li>苗醫、全苗、苗栗健康等社區醫療群正式揭牌。</li> </ul>	2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>高級健檢中心正式啟用。</li> </ul>	2005
<ul style="list-style-type: none"> <li>醫療大樓、急診大樓工程整修完成，並增設病歷投送箱及發燒篩檢區。</li> </ul>	2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>獲衛生署96年度新制醫院評鑑優等。</li> <li>獲衛生署96年度新制教學醫院評鑑合格。</li> </ul>	2007
<ul style="list-style-type: none"> <li>成立磁共振造影中心——1.5T核磁共振造影(MRI)正式啟用。</li> </ul> 	2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>開辦雪霸國家公園雪見遊憩區假日醫療站服務。</li> </ul> 	2009
<ul style="list-style-type: none"> <li>正式啟用腹膜透析及訓練室。</li> </ul>	2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>成立高階影像中心——64切電腦斷層掃描儀正式啟用。</li> </ul>	2011
<ul style="list-style-type: none"> <li>獲衛生署99年度新制教學醫院評鑑合格。</li> </ul>	2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>醫院評鑑獲得「優等」殊榮。</li> </ul>	2013
<ul style="list-style-type: none"> <li>獲行政院國民健康局頒發全球無菸醫院網絡的金獎。</li> </ul> 		<ul style="list-style-type: none"> <li>通過中度級(不含高危險妊娠產婦及新生兒照護品質)急救責任醫院。</li> <li>7月 改制為「衛生福利部苗栗醫院」。</li> </ul>	

## 豐原醫院——歷史沿革

1979年，全省21縣市各設置一所省立醫院，唯獨臺中縣、新竹縣、嘉義縣等付之闕如。因此，當年省衛生處胡惠德處長責成當時還是臺中縣衛生局局長的陳運紅擔任第一任院長著手籌備省立豐原醫院。經衛生處、臺中縣政府等單位共同會勘後，擇地於豐原市圓環東路旁、安康路現址。當時，撥下建築款6,000萬元新臺幣，初期規劃為設置100床之綜合醫院。經數年籌備，「臺灣省立豐原醫院」於1983年4月30日正式開幕。

1999年7月1日因改隸衛生署，名稱變更為「行政院衛生署豐原醫院」，2013年7月23日再配合政府組織改造，改制為「衛生福利部豐原醫院」。豐原醫院自1983年4月30日建院至今已30年，病床數由原來的100床至2013年擴增為717床，總員工數由原先的94人，至2013年增

## 豐原醫院——大事記

### 1983

4月 啟用，設立一般病床100床。首任院長陳運紅。



### 1987

11月 單身醫護宿舍落成啟用（建築面積1,681平方公尺）。



### 1991

5月 通過評鑑為區域教學醫院。

### 1993

12月 醫療大樓開工，計畫興建地下2樓地上8樓，總工程費用4億2,900萬元。



### 1995

1月 許國敏院長調升中央健康保險局中區分局經理，院長職務暫由省府衛生處張峰鳴主任秘書代理。

6月 張信可代理副院長。

11月 徐永年院長就任。



12月 國立臺灣大學公共衛生學院林院長帶領「亞太地區公共衛生學院」聯合理事會各院及衛生署長官，蒞院參訪日間照護實施情形。

### 1998

12月 行政院衛生署安排索羅門群島衛生部長瓦拉柯亞Hon. Dickson Warakohia 暨保健司長馬雷佛阿西Dr. Alby Lovy蒞院參觀。

### 1984

1月 第二任院長許國敏就任。



### 1990

4月 復健大樓落成啟用，增加病床94床，合計病床數292床。



8月 開辦全國首創日間照護（托老所）服務。

### 1992

7月 李總統登輝先生由總統府邱副秘書長進益、省府連主席戰、衛生處林處長克炤、臺中縣長廖了以陪同蒞臨巡視，嘉許社區醫療保健服務之成效。

### 1994

7月 通過「83年度區域教學醫院評鑑」。

### 1996

12月 經行政院核定為85年度行政院服務楷模獎績優機關。舉辦第一屆全面品質管理發表會。

### 1999

2月 榮獲87年度行政院服務品質獎整體服務績效獎。

9月 21日凌晨1點47分發生芮氏規模7.3級大地震，由徐永年院長指揮全面緊急應變措施，全體總動員協助救助傷患，下午臺中縣長廖永來陪同李登輝總統蒞院巡視並慰問傷患。

加為1,023人。

經歷任院長及全體豐醫同仁的努力，今日的豐醫已深獲社區民眾肯定與讚賞。「社區深根、三十而立、全人醫療、豐醫起飛」為建院30周年同仁共同選出的院慶標語。成立滿30年的豐原醫院並以「成為大豐原地區具醫學中心水準的醫療照護及卓越的健康促進醫院」為願景，以「照護民眾健康、配合政策、關懷弱勢」為使命，以「關懷、誠信、創新」為核心價值，並積極拓展「強化急重症醫療、發展差異化服務」的策略主題，成為守護社區民眾健康的好厝邊。

## 2000

- 立體停車場啟用(總樓板面積11,173平方公尺)。



8月 醫療大樓啟用。



12月 榮獲「2000年國家生技醫療品質獎——醫療專科類」。

## 2002

1月 徐永年院長調任臺中醫院，兼代院長。



3月 腫瘤大樓開幕(總樓板面積857平方公尺)。

## 2004

12月 榮獲93年度第六十二屆兵役節役男體檢及複檢醫院評選為績優單位。

## 2006

10月 榮獲行政院經濟部第七屆全國標準化獎——公司標準化獎。

11月 榮獲行政院經建會第七屆法制再造工作圈金斧獎。

## 2008

7月 行政院衛生署疾病管制局安排WHO「病人安全聯盟」執行長Didier pitted教授蒞臨參訪。

8月 新制醫院評鑑榮獲區域醫院「特優」。  
陳進堂院長率領醫療團，赴大陸四川災區協助救災。

## 2010

5月 急重症暨外傷中心大樓啟用。



11月 榮獲「2010年臺灣醫療照護品質指標系列(THIS)」績優標竿評選醫院。

## 2001

11月 越南國家人口及家庭計畫考察團一行8人由領隊Mr.Ho Chi Hung帶領來華參訪，經行政院衛生署國民健康局安排至豐原醫院參訪家庭計畫及老年殘障照顧業務。

## 2003

9月 衛生署核定徐永年院長調任臺中醫院，基隆醫院陳進堂院長調任豐原醫院院長。

10月 榮獲第十四屆國家品質獎——機關團體獎。

## 2005

12月 榮獲行政院經建會第六屆法制再造工作圈金斧獎。

## 2007

4月 陳進堂院長應歐洲健康醫院聯盟及維也納大學邀請，赴奧地利維也納參加「第七屆推動健康醫院國際會議」。

## 2009

12月 陳進堂院長退休，李懋華院長就任。

## 2011

1月 榮獲「糖尿病健康促進機構」特優。

10月 李懋華院長榮調行政院衛生署醫院管理委員會執行長，由陳俊烈副院長代理院長。



12月 醫師及醫事人員類教學醫院評鑑合格。  
榮獲中央健康保險局頒發100年度全人照護績優單位。



## 2012

1月 李明輝院長就任。



6月 向日葵咖啡屋搬遷開幕。

8月 23日榮獲區域醫院評鑑優等。

李明輝院長應邀赴日參加泛太平洋學術研討會。

9月 臺灣健康醫院學會第五屆健康促進創意計畫，獲安全職場優等獎。

10月 成立顧客服務中心。



胸腔團隊獲「101年度行政院衛生署所屬醫院團隊資源管理發表暨競賽」第一名。

骨科團隊獲「101年度行政院衛生署所屬醫院創意服務發表競賽」第一名。

獲頒「101年度行政院衛生署所屬醫院獨居老人照護服務」成果發表優等獎。

101年度無菸醫院認證與網路發展計畫訪查，榮獲金獎。

12月 獲頒中央健康保險局101年全人整合醫療服務整合照護獎。

## 2013

• 門診大樓1樓大廳裝修工程完工啟用。



4月 門診大樓前動線改善工程完工啟用。



## 臺中醫院——歷史沿革

臺中醫院創立於1895年，建院至今已100多年，是歷史最悠久的署立醫院。臺中醫院原為日治時期臺灣總督府臺中病院，1945年更名為臺灣省立臺中醫院，嗣後隨省府改制而改隸臺灣省衛生處。1999年因應精省，於同年7月改隸行政院衛生署，更名為行政院衛生署臺中醫院。2013年7月23日因應政府組織改造，改制為「衛生福利部臺中醫院」，秉持「尊重生命・關懷弱勢・以客為尊」的價值觀，落實國家交付的任務及公醫角色，守護著大臺中民眾健康。

臺中醫院歷經數次更址及改建，最後於1911年擇定現址建築院舍，新醫療大樓及健康促進大樓陸續興建完成，現並建構長照大樓中。醫院雖為百年老店，然風華無限，醫院以醫院品質及整合性照護為醫界所津津樂道，歷年得獎無數：包括行政院服務品質獎、國家品質獎、國

## 臺中醫院——大事記

### 1895

- 7月 日本臺灣總督府創設民政支部於彰化。
- 12月 民政支部與診療所遷至臺中，利用前清政府臺中縣文武員考試場附設巡政廳址，辦理診療工作。

### 1910

- 擇定現址，建築院舍，內設內科、外科、婦科及眼科4科，掌理民眾之診療工作。

### 1931

- 小兒科病房興建完成。



### 1945

- 8月 日本投降，臺灣由中國國民政府接收。
- 11月 接收為省屬機構之一，改稱為「臺灣省立臺中醫院」，令由李佑吉先生為院長。

### 1956

- 原有床位111床位，充實增加為141床。

### 1963

- 創設嬰兒室及新創難產病患之手術室。

### 1991

- 拆除舊大樓，遷移臨時門診大樓作業。

### 1999

- 改隸為行政院衛生署臺中醫院。



- 護理之家擴床至100床。
- 8月 中部發生7級強烈地震，擔任災害後送醫療救護中心。

### 1897

- 3月 診療所更名為臺灣總督府「臺中病院」。



### 1925

- 因醫院組織變更，直轄於臺灣總督府，稱為「府立臺中醫院」。

### 1940

- 1月 改建門診部為2層樓房。



### 1955

- 6月 協辦護理學校，並撥借土地3,000坪，病房兩幢，供建校舍。
- 9月 護理學校正式開學授課。



### 1957

- 原床位增為208床。
- 10月 增設牙科。
- 11月 實施醫師獎助辦法。

### 1974

- 完成全國臍部連胎、肝臟相連之連體嬰分割手術之成功首例。



### 1997

- 醫療大樓改建完工。
- 省立醫療院工程施工品質評鑑榮獲唯一「優等」。
- 署醫第一家率先成立50床護理之家。



### 2000

- 通過醫院評鑑，升級為區域教學醫院。
- 10月 完成長期照護中心，首立緩和照護20床，失智照護40床。

家生技獎，並獲得優良級區域教學醫院評鑑認定以及通過高齡友善醫院認證，並於2013年獲得健康促進醫院典範「優良獎」、高齡友善健康照護機構「優良獎」、「友善環境獎」及內政部友善建築評選「特優」友善醫療設施等肯定。同時也締造許多的「署立醫院的第一」，包括成立了署立第一家護理之家、署立醫院第一家失智護理之家、署立醫院第一家老年醫學專科訓練醫院。除此之外，醫院並增設胸腔科及結核病科，負責照護中部五縣市肺結核病患，成立運動神經元疾病（漸凍人）中區臨床照護專區——「曙光照護中心」。更於2013年成立以「醫院為基礎」的中期照護病房，結合長青特別門診及優質長期照護，跨專業醫療團隊提供整合性的醫療照護，建構完整老人照護園區。臺中醫院秉持「提供大臺中民眾以病人為中心、社區為導向之優質照護」的使命，全力提供民眾友善優質全方位的醫療照護。

## 2003

- 4月 全國爆發SARS疫情共收治42例，為中區收治最多病患醫院之一。
- 8月 成立中醫部，提供中西醫整合的醫療服務。膀胱功能復健中心、磁共振影中心開幕。
- 11月 醫學美容中心全新開幕。
- 12月 原住民職能復健病房正式啟用。

## 2006

- 成立臺灣第一座中央實驗室系統。



- 增設負壓隔離重症病房。
- 榮獲國家品質獎。

## 2009

- 國家生技醫療品質獎——醫療院所類銅獎。

## 2011

- 通過全方位醫師及醫事人員類教學醫院評鑑。

## 2013

- 7月 改制為衛生福利部臺中醫院，首任院長為李孟智教授。



- 10月 榮獲國民健康署健康促進醫院典範選拔A組「優良獎」。
- 11月 榮獲高齡友善健康照護機構典範選拔「優良獎」及「友善環境獎」。



- 榮獲內政部友善建築評選「特優級」。
- 榮獲國民健康署糖尿病健康促進機構選拔「特優獎」。

## 2004

- 榮獲行政院服務品質獎。



- 成立整合性照護團隊，推展整合性照護醫療模式。

## 2008

- 健康促進大樓落成啟用。
- 署立醫院第一家老年醫學專科訓練。



## 2010

- 通過電子病歷ISO 9001：2008整合驗證通過電子病歷ISO/IEC 27001：2005整合驗證。

## 2012

- 通過區域級優等醫院評鑑。
- 成立「曙光照護中心」，為中部地區唯一漸凍人專屬照護專區。
- 通過高齡友善健康照護機構認證。



- 成立「長青特別門診」。
- 成立「衛教暨健康管理中心」。



## 彰化醫院——歷史沿革

彰化醫院於1968年12月開辦醫療服務，開設一般病床40床，首任院長為林衡機先生。至1978年因業務成長，新建急診大樓，增設一般病床至108床，加上36床特殊病床，總病床數為144床。

為加強南彰化地區醫療服務，1993年度開始執行遷移規畫作業。1998年奉准規劃建造埔心鄉新院區，於2002年3月完工，並由彰化市院區遷移，有效均衡南彰化醫療資源差距。遷院後在全體同仁努力下，已完成開設各類急性病床與特殊病床合計680床、精神科日間病房75床、護理之家50床。

願景為「成為南彰化健康照護體系的中心」，除了積極發展服務軟硬體設施外，更結合社區資源，提供民眾可近、持續、整合之醫療照護。

## 彰化醫院——大事記

<p>1968</p> <p>12月 正式開辦醫療服務，首任院長林衡機。</p>	<p>1974</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>第二任院長王英俊。</li> </ul>
<p>1975</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>第四任院長陳汝瑤。</li> </ul> 	 <ul style="list-style-type: none"> <li>第三任院長林伍倫。</li> </ul> 
<p>1979</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>第五任院長曾君實。</li> </ul> 	<p>1978</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>新建急診大樓及增設病床。</li> </ul> 
<p>1995</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>第七任院長謝永豐。</li> </ul> 	<p>1982</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>第六任院長柯子臨。</li> </ul> 
<p>2004</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>第十任院長邵國寧。</li> </ul>  <p>9月 成立體外震波碎石中心。</p> <p>11月 設立磁共振影掃描儀並榮獲行政院績效卓越獎。</p>	<p>2002</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>第八任院長徐弘正。</li> </ul>  <ul style="list-style-type: none"> <li>第九任院長黃文良。</li> </ul> 
	<p>3月 由彰化市院區遷移埔心鄉新院區啟用。</p> 

2006年通過新制醫院暨教學醫院評鑑，從地區醫院升級為區域教學醫院。2009年度更獲得醫院評鑑優等成績。

現任張景年院長於2009年底到任後，因應南彰化癌症治療之需要，特別成立癌症中心與病房，以癌症病人為中心、多專科團隊整合提供治療，讓病患接受高品質的全方位醫療。張院長更強調品質管理的重要，因此成立品質管理中心，執行精實管理與團隊資源管理，鼓勵醫護同仁加強研究與論文發表。近3年陸續於各項院際之品質活動競賽獲獎，各種學術活動中論文或研究發表篇數大幅成長，成績斐然。

## 2006

- 通過衛生署新制醫院評鑑為乙類區域教學醫院。
- 獲疾管局指定為感染症防治、後天免疫缺乏症候群專責醫院。
- RCW取得ISO認證。

## 2008

- 9月 開辦健康管理中心。
- 10月 衛生署指定為MDR-TB中區總指揮醫院。
- 取得TAF ISO 15189醫學實驗室認證。
- 12月 辦理40周年院慶活動。

## 2010

- 1月 通過母嬰親善醫療院所認證。
- 5月 心臟外科完成首例以微創手術置放腹主動脈支架治療腹主動脈動脈瘤個案。

## 2012

- 獲全球無菸健康照護服務網絡認證。
- 醫院評鑑及醫院緊急醫療能力分級(中度)評定作業合格。
- 通過ISO 27001。
- 晨希癌症病房開幕。

## 2005

- 1月 取得SGS服務禮儀認證(亞洲第一家醫院組織)。
- 9月 設立雙向心臟血管X光機治療攝影(心導管室)並榮獲行政院績效卓越獎。
- 設立醫學美容中心並榮獲行政院績效卓越獎。

## 2007

- 7月 開辦MDR。
- 8月 美沙冬減害計畫。

## 2009

- 第十一任院長張景年。



- 7月 通過衛生署新制醫院暨教學醫院評鑑，醫院評鑑成績優等。完成該院第一例心臟手術。

## 2011

- 糖尿病健康促進機構認證。



- 11月 精神科參加中南區區域聯盟TRM競賽榮獲優等獎。

## 2013

- ISO 9001：2008認證通過。
- 衛生福利部所屬醫院實證醫學發表競賽活動第一名。

## 南投醫院——歷史沿革

南投醫院前身為南投縣立醫院，於1955年10月31日成立，1980年改制為省立南投醫院。現有中興院區成立於1945年，前身為臺灣省行政長官公署秘書處診療室，1959年12月改制為臺灣省立中興醫院。兩院於2002年3月1日依據行政院衛生署所屬醫院組織功能再造計劃合併，正名為行政院衛生署南投醫院，分為南投及中興兩院區，2013年7月23日改制為衛生福利部南投醫院。

南投醫院位居縣政中心，現任林克成院長到任後，南投院區以發展急、重症醫療為主旨；中興院區處中興新村，環境幽雅，社區人口老化，以社區醫學為發展重點，「專業、品質、當責、創新」是我們的品質政策，近年來在醫療專業團隊人員的用心與付出，通過世界衛生組織網絡認證成為健康促進國際醫院，藥劑科團隊優質的社區照護服務獲生策會SNQ國家品質標章認證，在健康檢查服務方面也取得醫策會

## 南投醫院——大事記

### 1955

- 南投院區前身為南投縣立醫院，成立於10月31日。當時病床編制為30床。



### 1983

- 5層綜合性醫療大樓1棟，於1月完工，同年8月正式啟用。



### 2002

- 3月 依據行政院衛生署所屬醫院組織功能再造計劃，將中興、南投兩家醫院合併，正名為行政院衛生署南投醫院，並分為南投及中興兩院區。



### 2004

- 7月 精神科日間照護病房30床啟用。



### 2006

- 9月 成立呼吸照護病房44床，提供病人安全便利高品質的長期照護。



成立病理細胞診斷中心，專任病理科專科醫師，協助臨床醫師診斷之確立，是南投市區唯一提供病理診斷之醫院。

### 1980

- 7月 改制為100床之臺灣省立南投醫院，隸屬於臺灣省政府衛生處。

### 1999

- 7月 依據「臺灣省政府功能業務與組織調整暫行條例」改隸行政院衛生署，更名為「行政院衛生署南投醫院」。



- 9月 凌晨發生芮氏規模7.3級的九二一大地震，動員全體同仁成立緊急救護站。



### 2003

- 中區醫院聯盟合作，2月起臺中醫院醫師50位醫師支援服務。
- SARS發生後，中興院區奉令改置為專責輕症醫院，內設負壓病房40床(40間)，ICU 2床，復於5月27日奉全國防治SARS指揮官李明亮指示增設1床洗腎室，共計43床，6月3日完工，可以啟用。

### 2005

- 3月 急性精神科病房開幕啟用。



### 2008

- 8月 「減害療法門診中心」成立，為成癮患者提供一個隱密、安全又有效的治療方式。





品質認證，於2013年門診診療服務亦通過ISO 9001認證，回顧南投醫院過去五十多年來的成長歷程，為南投人有目共睹，未來南投醫院將以「最好的社區醫院，全人的在地醫療，成為南投民眾健康的守護者」為目標，持續為南投鄉親提供優質醫療服務而努力。

## 2010

- 6月 引進「64切CT」最新型電腦斷層攝影儀，提供檢查心臟血管及內臟的最新診斷設備。



通過世界衛生組織健康促進網絡醫院認證。



## 2012

- 成為南投縣唯一「正確用藥教育資源中心」，結盟社區藥局等推動社區民眾正確用藥安全教育。



- 9月 成立「癌症防治中心」聘請原臺中榮民總醫院資深放射腫瘤科暨安寧療護主治醫師到院服務。



## 2011

- 參加衛生署推廣磁吸醫院概念，建構完善護理職場環境——優質護理職場標竿學習暨表揚計畫，表現優異榮獲銅磁獎並為署立醫院第一名。

## 2013

- 榮獲行政院衛生署中醫藥委員會選定本南投醫院為「中醫藥就醫用藥安全衛生教育資源中心」。



## 嘉義醫院——歷史沿革

嘉義醫院創建於1895年10月，過去雲嘉地區民眾稱頌它為「嘉義大病院」，距今已有119年的悠久歷史，是嘉義地區第一個醫療機構。創始人為日人杵掛龜太郎，他當時擔任臺南縣嘉義支廳診斷所所長，從事治療官民及公共衛生工作。1897年5月改稱為「嘉義縣嘉義病院」。到了1898年6月更名為「臺灣總督府嘉義病院」。1945年10月臺灣光復，更名為「臺灣省嘉義醫院」。1948年改隸臺灣省衛生處之後，分別於1959年、1973年、1979年、1983年及1986年陸續完成擴建。舊院區因為佔地面積狹小，最後決定在嘉義市北港路的現址做為擴建用地。1999年臺灣精省後，改名為行政院衛生署嘉義醫院。自臺灣光復後，一度是雲嘉地區赫赫有名的大病院，有著輝煌的歷史。

## 嘉義醫院——大事記

<p>1895</p> <p>11月 創院嘉義大病院。</p>  	<p>1897</p> <p>5月 改名嘉義縣嘉義醫院。</p> 
<p>1898</p> <p>6月 改名臺灣總督府嘉義醫院。</p>	<p>1906</p> <p>4月 遭逢第一次嘉義大地震全數倒塌。</p>
<p>1945</p> <p>8月 改名為臺灣省立嘉義醫院。</p>	<p>1961</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>病床由162床增至240床。</li> </ul>
<p>1983</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>改建六樓層病房1棟，面積18,881平方公尺。</li> </ul>	<p>1990</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>擬定興建新大樓計畫。</li> </ul>
<p>1995</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>胡雅雄院長接任。</li> </ul>	<p>1998</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>北港路新醫療大樓開工。</li> </ul>
<p>1999</p> <p>7月 臺灣精省，改名為「行政院衛生署嘉義醫院」。</p>	<p>2000</p> <p>9月 北港路新醫療大樓完工。</p>
<p>2002</p> <p>3月 遷至北港路院區正式營運與成大醫院建教合作。</p>  	<p>2003</p> <p>4月 SARS期間擔任嘉義地區專責醫院。</p> <p>9月 衛生署回收經營權，由林水龍院長接任為衛生署所屬醫院南區域聯盟(11家盟院)之總院。</p>
<p>2004</p> <p>11月 通過地區教學醫院及教育部教學醫院評鑑。</p>	<p>2006</p> <p>7月 開放25床急性精神病床。</p>
<p>2007</p> <p>8月 通過新制醫院評鑑合格。</p> <p>11月 成立中醫部本草治療中心。</p> 	<p>2008</p> <p>2月 黃龍德院長接任。</p> 
<p>2009</p> <p>4月 完成PACST傳輸建置。</p> <p>7月 通過第一屆護理之家評鑑合格。</p> <p>9月 成立類流感特別門診。</p> <p>10月 復健科開立夜間門診。</p>	<p>3月 成立心血管中心。</p>  
	<p>12月 開放護理之家43床，一般急性病房53床。</p>
	<p>2010</p> <p>7月 整修改善門診區就醫動線。</p> <p>8月 與嘉義基督教醫院建立急診轉介合作機制。</p> <p>12月 通過新制醫院評鑑優等。</p>

現任院長許家禎自2011年8月上任以來，戮力改變嘉義醫院。於2012年陸續通過高齡友善醫院認證、無菸醫院認證、健康促進醫院認證、健康職場自主認證——健康促進標章及成立嘉義市早期療育及評估中心。2013年更是全院同心協力通過ISO 9001：2008醫療服務流程管理及ISO 27001：2005資訊安全認證，且成立運動暨體適能中心及成立失智病房專區，積極推展各項政策，朝提供整合性醫療照護、社區醫療及長期照護為發展方向。希冀透過醫院服務，可減少不必要的醫療，提升嘉義地區民眾之預防保健及醫療照顧服務品質。

## 2011

8月 許家禎院長就任。



9月 中醫評鑑合格。  
辦理嘉義市大型整合性篩檢。

12月 擴增急性病床12床。

## 2013

1月 健康促進醫院國際網絡會員。

3月 通過ISO 9001 醫療服務流程管理及ISO 27001 及 27001 認證。



4月 運動治療暨體適能中心開幕。



7月 失智中心開幕。  
行政院衛生署改制為衛生福利部。



8月 與嘉義基督教醫院正式簽訂醫療建教合作合約。

## 2012

1月 通過高齡友善醫院認證。



3月 推動兒童整合篩檢服務。

4月 通過兒童發展聯評中心。



5月 榮獲經濟部節能績優示範醫院。



8月 通過無菸醫院認證。  
檢驗科通過ISO-TAF 國際級認證。



9月 通過健康促進醫院。



10月 護理之家通過SNQ 國際級認證。



## 朴子醫院——歷史沿革

朴子醫院係依臺灣省政府為順應嘉義縣民意暨完成1縣市1所省立醫院之目標下興建完成之省立醫療單位。院址座落嘉義縣朴子市永和里42-50號，佔地31,361平方公尺，原為公園預定地，經嘉義縣政府動用42,062,900元辦理徵收，提供醫院使用。建築工程於1982年6月由嘉義醫院代為發包施工，在1984年12月竣工，動用總工程費新臺幣210,380,000元，建築物分前棟3樓、後棟6樓，建築面積共14,706平方公尺，可設病床156床。另，國家建設6年計畫，於1995年補助興建之醫療大樓乙棟於2000年完工使用。

於1985年4月7日正式開辦醫療業務，隨業務成長，其間多次組織編制修編，始有今日之規模，首任院長高文泉、歷經莊鑑環院長、盧建志院長、林水龍院長、郭友淪院長、張世烈院長、蔡明世院長、吳彬安院長，迄今張景年兼代院長。1999年7月1日政府組織精簡改隸行政院

## 朴子醫院——大事記

### 1983

- 6月 臺灣省一縣市一家省立醫院政策，「臺灣省立朴子醫院」正式由嘉義醫院代為發包施工。



### 1985

- 4月 臺灣省衛生處林朝京蒞院主持落成及懸掛院牌儀式。



### 1987

- 5月 第二任院長莊鑑環到任  
(1987年5月18日-1992年11月1日)。



### 1989

- 1月 因應業務需求，第一次組織編制修編。

### 1991

- 4月 第二次組織編制修編。

### 1995

- 1月 擴建醫療大樓施工。



- 2月 臺灣省長宋楚瑜蒞院視察。



### 1984

- 1月 首任院長高文泉到任  
(1984年1月17日-1987年5月18日)。



- 12月 嘉義縣政府核發使用執照。



### 1986

- 5月 臺灣省主席邱創煥蒞院視察。



### 1988

- 1月 開辦血液透析業務。



### 1990

- 4月 開辦加護病房業務。

### 1993

- 1月 第三任院長盧建志到任  
(1993年1月11日-1995年10月20日)。



### 1996

- 1月 開辦居家護理。

衛生署，2013年7月23日組織改造改隸「衛生福利部」。

朴子醫院位於嘉義縣西部濱海地區，開辦以來，一直秉持成為沿海地區民眾醫療保健守護之願景，在歷任院長兢兢業業之領導及同仁之努力，長期以來頗受鄉親之支持與肯定，其間醫療資源之增減，復以配合政府醫療政策及社區鄉親之需求，醫院將經營型態朝急慢性均衡發展，以落實在地化醫療。

有感貫徹政府醫療照護之責任，醫院同仁共同期許以「鄉親為中心」的服務承諾，發揮「社區好醫院·厝邊好醫生」的公醫角色。

10月 第四任院長林水龍到任

(1995年10月20日-1998年3月25日)。



1998

3月 副院長郭友渝代理院長。

12月 代理院長郭友渝真除接任第五任院長  
(1998年3月25日-2003年10月6日)。



1999

7月 因政府組織精簡改隸「行政院衛生署朴子醫院」。

12月 開辦精神科慢性病房50床。

2000

12月 開辦第一期護理之家50床。

2002

2月 開辦呼吸照護病床30床。

3月 開辦第二期護理之家49床。

7月 擴建精神科慢性病房10床(共60床)，日間照護20床。

2001

4月 擴建醫療大樓落成啟用。



2003

10月 第六任院長張世烈到任

(2003年10月6日-2005年1月31日)。



開辦第二期護理之家50床。

2005

2月 行政院衛生署嘉義醫院院長林水龍兼任朴子醫院院長。

4月 蔡明世院長到任

(2005年4月1日-2010年12月9日)。



2007

6月 開辦全責照護業務。

11月 「優質英語生活環境」評列「良好」。

捐贈朴子市大同國小電腦資訊設備乙批40臺，朴子市長黃麗貞、市民代表會主席黃基金、王如經縣議員及地方人士多人到場觀禮，與會人士對該院照顧地方、為縮短城鄉數位落差之用心，都給予高度的贊許和肯定。

12月 「2007防疫獎勵」團體組績優。

2006

4月 成立福智之家設置30床，照護失智失能住民。

9月 增設中醫科含門診暨中藥局。

12月 朴子善心人士林太太捐贈救護車乙輛，命名為「懷鄉號」。



成立「曙光室」，為全國首家提供藥癮替代療法之綜合醫院。



## 2009

- 4月 與稻江科技暨管理學院「產學合作案」簽署儀式。



- 8月 因莫拉克風災造成東石、布袋沿海連日淹水成災，啟動緊急醫療團隊前往義診。



## 2011

- 9月 協助行政院衛生署疾病管制局，傳染病防治貢獻卓越獲頒「防疫獎勵團體獎」。



- 12月 衛生署100年度「推動磁吸醫院——優質護理職場標竿學習暨表揚計畫」榮獲「潛力獎」。



## 2013

- 1月 財團法人全國認證基金會檢驗科實驗室認證ISO 15189：2007，有效時間：2013年1月4日-2016年1月3日。  
行政院衛生署彰化醫院張景年院長兼代（2013年1月28日迄今）。



- 4月 品質管理系統驗證ISO 9001：2008（2013年4月30日-2016年4月30日）。  
7月 組織改造改隸「衛生福利部朴子醫院」。



## 2008

- 8月 通過新制醫院評鑑為「優等」醫院（2009年-2012年）。



- 9月 復健科開始提供居家復健服務。

## 2010

- 2月 執行H1N1新型流感疫苗接種計畫表現優異，獲頒醫院表率獎。  
6月 假東石鄉港墘村東石鄉農會辦公室辦理「中醫巡迴醫療服務」。  
12月 多功能整合中心建築（樂活園）落成啟用揭牌典禮。



- 12月 院長吳彬安到任（2010年12月9日-2013年1月28日）。



## 2012

- 3月 嘉義縣朴子高明寺住持志定法師捐贈「社區服務專車」乙輛。



- 5月 護理之家擴增6床（共185床）。  
6月 慢性精神科病房擴增39床（共99床）。  
10月 世界衛生組織健康促進醫院國際網絡會員「健康促進醫院暨服務機構」2012-2015（WHO暨臺灣健康醫院協會）。  
12月 榮獲醫院評鑑「優等」醫院（2013年-2016年）。





## 新營醫院——歷史沿革

新營醫院於1948年1月1日由臺南縣衛生院門診部改組為臺南縣立醫院，設置病床10床，首任院長許培元先生。1976年改制為省立臺南醫院新營分院，病床增至41床，首任分院長陳炯熙先生。1990年由原省立臺南醫院新營分院改制為省立新營醫院，改制後首任院長為陳炯熙先生。1995年於臺南縣政府提撥原忠烈祠（醫院新址）興建醫療大樓竣工，病床增加至100床。

為加強臺南縣溪北地區之醫療服務，於1987年成立精神科。1988年成立血液透析室、設置洗腎病床6床。1990年成立中醫科，同年8月經行政院衛生署核定為地區醫院，病床擴充至212床。1991年升格為地區教學醫院，同年並奉臺灣省政府委員會指示，擴建北門烏腳病防治中心，改隸北門分院，籌建100床之綜合醫院，以照顧北門地區民眾，落實政府照顧地方之福利政策。1993年配合國家建設6年計劃、建立

## 新營醫院——大事記

<p>1948</p> <p>1月 由臺南縣衛生院門診部改組成立——臺南縣立醫院。</p>	
<p>1976</p> <p>• 改制為省立臺南醫院新營分院。</p>	<p>1960</p> <p>1月 增設牙科、主計、人事等組織，建立完整之醫療制度，成為臺南縣唯一公立醫院。</p>
<p>1988</p> <p>7月 成立血液透析室、設置洗腎病床6床。</p>	<p>1980</p> <p>• 奉准由原省立臺南醫院新營分院改制為省立新營醫院。</p> 
<p>1991</p> <p>5月 升格為地區教學醫院。</p>	<p>1990</p> <p>2月 成立中醫科。</p> <p>8月 經行政院衛生署核定為地區醫院。</p>
<p>1998</p> <p>• 成立護理之家。</p> 	<p>1992</p> <p>10月 奉臺灣省政府委員會擴建北門烏腳病防治中心，改隸北門分院，籌建100床之綜合醫院，以照顧北門地區民眾。</p> 
<p>2002</p> <p>12月 社區巡迴車正式起跑。</p> 	<p>2001</p> <p>• 成立社區保健中心。</p> 
<p>2007</p> <p>3月 經由臺南地方法院檢察署轉介個案、愛滋個案轉介或自費符合收案條件個案之替代療法而設置「戒癮門診」，可讓眾多吸毒人口能擺脫毒品的控制及恢復工作能力與社會角色。</p>	<p>2003</p> <p>1月 成立呼吸照護病房、日間托老。</p> <p>6月 指定北門分院為SARS專責醫院。</p> 

全國醫療網第二期計劃，經行政院衛生署核定急性病床50床，病床數擴充為262床。1998年為因應人口老化醫療照護問題，落實政府在地老化之福利政策，成立護理之家，2001年成立社區保健中心、2003年成立呼吸照護病房及日間托老服務，建制完整的老人照護服務。

醫院願景為「成為專業、溫馨、便捷的社區醫院」，在歷任院長及同仁辛勤耕耘之下，肩負大新營地區病患醫療照護服務，除了積極配合及落實國家衛生醫療政策，善盡政府照顧人民健康之責任。

在潘正欽副院長於2013年1月起代理院長期間，為延續醫院之優良服務口碑，積極的走入社區關懷獨居老人，與鄰近安養院所簽訂門診訪視及住院特約合約書，更結合役政署辦理關懷弱勢兒童課後輔導活動，並走入社區不定期辦理免費醫療保健講座，提供民眾可近、持續、整合之全方位醫療照護，矢志成為大新營地區的好醫院、民眾厝邊的好醫師、病人全家的守護星。

## 2012

- 通過101年度醫院評鑑優等。

## 2011

- 1月 行政院衛生署新營醫院附設護理之家配合政策收回自營(7樓護理之家50床)。



- 2月 成立腎臟科腹膜透析室，增設「腹膜透析」提供腎友另一種治療選擇。

- 4月 中醫科為照顧偏遠地區民眾健康，使得當地民眾也能受到完善的中醫醫療照顧和正確醫療訊息，故於每週3、5下午至嶺南村展開「中醫外展醫療服務」。



- 12月 行政院衛生署新營醫院附設護理之家配合政策收回自營(5樓護理之家37床)。



## 2013

- 1月 慢性呼吸照護病房(40床)及急性病房(20床)配合政策收回自營。

新營醫院經審查通過成為「世界衛生組織健康促進醫院會員」。

- 4月 以「降低精神科病房病人體重異常率之改善計畫成效——以台灣南部某醫院為例」投稿於2013年5月在瑞典召開之「第二十一屆健康促進醫院國際研討會」並獲選為張貼「海報類」的資格。

## 臺南醫院——歷史沿革

衛生福利部臺南醫院創立於1896年3月30日，前身為日治時代「臺南州立病院」。

1945年臺灣光復，正名為「省立臺南醫院」，1976年九層宮殿式醫療大樓竣工啟用，在當時醫療環境缺乏的臺南地區，造福南部地區民眾就醫便利性與可近性。

1996年新醫療大樓落成啟用，1999年精省後，更名為「行政院衛生署臺南醫院」，同年護理之家開幕啟用，持續獲得臺南市護理機構督導考核優等。

臺南醫院為區域暨教學醫院，是「大臺南地區健康的守護者」，深耕社區，拓展醫院的服務範圍，2008年達13個社區醫療群，為全國擁有社

## 臺南醫院——大事記

### 1896

- 前身為日治時代「臺南州立病院」(臺灣總督府臺南醫院)，日治期間，因戰爭大部份院舍及醫療設備遭炸毀，暫借現「新樓醫院」舊址繼續門診外，另於市郊「永康」、「新化」兩地設分院，以應戰時醫療需要。



### 1976

- 新建九層宮殿式醫療大樓，竣工啟用之後，在當時醫療環境缺乏的臺南地區，造福南部地區民眾就醫便利性與可近性，保存至今為現今門診大樓。



### 1999

- 精省後改隸行政院衛生署，更名為「行政院衛生署臺南醫院」，同年護理之家開幕啟用，啟動長期照護之門，正式進入另一個里程碑。



### 2003

- 通過住院安寧照護評鑑，設置安寧病床12床，並命名為「圓滿之家」。



- PACS系統啟用。
- 推動北門SARS專責醫院。

### 2009

- 臺南市藥癮戒治機構訪查唯一績優醫院。
- 衛生署「傳染病防治醫療網」臺南市指定應變醫院。
- 護理之家榮獲國家品質標準暨生技醫療品質獎。
- 臺南市唯一通過「98年健康促進社區認證」醫院。

### 1945

- 臺灣光復，正名為「省立臺南醫院」。1950年院舍修建及增建完成，遷回現址繼續門診。



### 1996

- 新醫療大樓落成啟用，現為急診大樓。



### 2001

- 鑒於原臺南縣幅員遼闊，山區民眾就醫不便，為照顧偏遠地區民眾，新化分院正式啟用，造福南部地區山區民眾。



### 2008

- 「母嬰親善」醫院認證通過。
- 護理之家督考訪查唯一優等。



- 全國第一家擁有13個社區醫療群加入之醫院。



區醫療群加入最多之醫院。

鑒於原臺南縣幅員遼闊，山區民眾就醫不便，為照顧偏遠地區民眾，於2001年新化分院正式啟用，造福南部地區山區民眾，提供完善的醫療服務。

另外，與國立成功大學附設醫院密切合作方式，成為成醫器官移植合作醫院，及合作病房成立。2012年李伯璋院長就任，落實與成大醫院合作經營醫院，延攬許多成大醫院優秀醫師加入醫院行列，共創民眾、醫院及衛生主管機關三贏的態勢。

百年醫院的臺南醫院，陪伴民眾走過近兩甲子，是民眾健康堡壘，提高醫療服務的質與量，落實病人安全，建構完善服務品質，重現百年醫院的風華與創新改變，以真性情、同理心，照護民眾一輩子健康。

- 成立一級單位品質中心。



## 2011

- 美麗心門診(婦女門診)開辦。



- A1W成大署南合作病房成立。
- 衛生署評鑑優等區域醫院。

## 2013

- 更名為衛生福利部臺南醫院。



- 精神科開心農場設置完成。



- 第四停車場啟用。
- 榮獲衛生署所屬醫院102年醫療品質改善發表競賽品管圈第一名。
- ISO 9001：2008國際品質認證。
- 往返臺南醫院與成大醫院免費接駁車開跑。



- 中醫師公會、藥師公會、醫檢師簽訂轉診(檢、介)合作契約。



- 辦理中華電信及中油員工健檢。

## 2010

- 臺南地區辦理社會勞動執行機關績優唯一醫療機構。
- 美沙冬替代療法榮獲臺南市稽核考評績優獎。
- 成立睡眠檢查中心。



- A1W成大署南合作病房成立。
- 癌症篩檢中心成立。
- 衛生局癌症篩檢醫院組第二名。
- 承接衛生局乳攝巡迴車。
- 成立門診社區醫療部。

## 2012

- 李伯璋院長就任。
- 品管圈發表技競賽活動——優等獎。
- 成大醫院合作經營醫院。
- 總院及新化分院榮獲臺南市衛生局醫院督考「特優獎」。

## 旗山醫院——歷史沿革

旗山醫院創立於1949年11月，當時有鑒於旗山地處偏遠，鄰近醫療資源極為缺乏，為便利居民就醫，設立該院的前身——「高雄縣立旗山醫院」。1957年7月，改制為「臺灣省立高雄醫院旗山分院」。1961年9月，升格為「臺灣省立旗山醫院」。1999年7月，改隸行政院衛生署迄今。

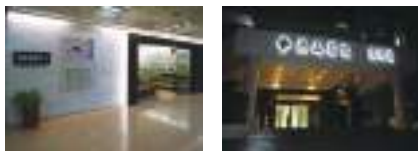
1990年，經地區醫院評鑑合格。1991年，躋身「教學醫院」，迄1997年，連續3次經衛生署評鑑為合格「地區教學醫院」。2000年，再度經地區醫院評鑑合格。2007年通過衛生署新制醫院評鑑合格，2010年通過衛生署新制醫院評鑑優等，成為大旗美地區唯一榮獲衛生署醫院評鑑優等的綜合醫院。

## 旗山醫院——大事記

<p>1949</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>創立。</li> </ul> 	
<p>1961</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>升格為臺灣省立旗山醫院。</li> <li>吳基生院長到任。</li> </ul> 	<p>1957</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>改制為臺灣省立高雄醫院旗山分院。</li> </ul>
<p>1987</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>高文泉院長到任。</li> </ul> 	<p>1975</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>許銀川院長到任。</li> </ul> 
<p>1996</p> <p>5月 搬遷至新醫療大樓營運。</p>	<p>1995</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>潘榮貴院長到任。</li> </ul> 
<p>1999</p> <p>7月 改制為「行政院衛生署旗山醫院」。</p> <p>12月 精神科大樓落成啟用。</p> 	<p>1997</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>連續第三次通過地區教學醫院評鑑。</li> </ul> <p>2001</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>吳彬安院長到任。</li> </ul> 
<p>2007</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>林克成院長到任。</li> </ul> 	<p>2008</p> <p>12月 加護病房(6床)落成啟用。</p>
<p>2010</p> <p>1月 鄭舜平院長到任。</p> 	

2010年1月鄭舜平院長上任後，積極提升醫師陣容、延攬優秀的醫師下鄉服務，蒐羅醫療資源挹注、大幅改善就醫環境以及引進新穎設備。陸續增聘急重症等專科醫師，門急診、住院服務量倍增成長，旗山醫院的改變逐漸恢復在地鄉親肯定，在醫療品質發展及相關競賽屢獲佳績，在2013年服務品質更獲肯定，榮獲醫策會第十四屆機構組醫療品質獎，通過高齡友善醫院認證及中度急救責任醫院評定。

11月 顧客服務中心、急診室啟用。



通過新制醫院評鑑優等。

12月 洗腎中心(15床)、泌尿科、體外震波碎石中心落成啟用。



ICU擴床整建啟用及腦中風中心成立落成啟用。



## 2012

1月 6樓病房整建完工啟用。

4月 5樓病房整建完工。

5月 正確用藥教育資源中心啟用。



6月 侵害一站式服務中心啟用。



7月 呼吸照護病房整建及5樓病房啟用。



8月 64切電腦斷層掃描儀暨癌症化療中心完工啟用。



## 2011

2月 睡眠中心成立落成、門診區整建完工啟用。



3月 開刀房產房與外科病房整建完工啟用。



6月 高雄市六龜區長期照護服務據點揭牌啟用。



8月 醫療大樓暨急診室外牆整建工程完工啟用。



10月 中醫門診診間整建完工啟用。

11月 顧客服務中心成立啟用。



12月 7樓病房整建完工啟用。





12月 社區健康營造成果展。



## 2013

3月 長期照護大樓動土。



6月 核磁共振暨第二加護病房落成。



7月 改制為「衛生福利部旗山醫院」。



11月 眼底電腦斷層掃描啟用。

## 屏東醫院——歷史沿革

1895年6月，日本人佔領臺灣後，有鑑於攻臺期間官兵罹患疫病死亡慘重，於是開始從事各項衛生及病院的建設。首先於臺北創設臺灣病院（臺大醫院前身），嗣後並於全臺各地陸續開設病院。屏東醫院就在1909年起，將原臺灣總督府鳳山病院（1896年設立）的資材陸續遷移於屏東，而於1910年10月31日正式成立，並依當時屏東舊地名命名為「阿猴病院」。

1945年10月25日臺灣光復，同年12月3日臺灣省行政長官公署接收「臺灣總督府屏東病院」，改名為「臺灣省立屏東醫院」。是年11月又奉省政府命令，接收「恆春醫院」改隸為臺灣省立屏東醫院恆春分院。1999年精省改隸行政院衛生署更名為「行政院衛生署屏東醫院」，2013年7月13日配合政府組織改造，再次更名為「衛生福利部屏東醫院」。

## 屏東醫院——大事記

### 1910

10月 屏東醫院誕生當時稱「阿猴病院」位於現今之屏東市中央市場。



### 1945

10月 臺灣光復後改名為「臺灣省立屏東醫院」李朝欽博士為首任院長。



### 1952

11月 奉省政府命令，接收「恆春醫院」改隸為臺灣省立屏東醫院恆春分院。

### 1957

11月 臺灣省政府派劉紹興博士，接任第二任院長。

### 1973

12月 副院長李啟東醫師，升任為第四任院長（1973年12月-1978年2月）。

### 1982

4月 黃孝鏘先生擔任第六任院長（1982年4月-1982年12月）並即擬訂興建10層醫療大樓計畫，廣獲省府委員及省議員等支持，該大樓預定增設病床300床。



12月 由省立苗栗醫院王治邦院長接任第七任院長（1982年12月-1984年10月）。由於其時政府預計開辦全民健康保險，因此率先將農民保險先行試辦，並指定屏東縣優先辦理。擴建院舍建築總面積為25,000平方公尺、地下1層地上9層大樓，病床300床，委請省住都局承辦規劃設計發包。

### 1920

正式改稱為「臺灣總督府屏東病院」，當時院長為日本醫師中川雅美。

### 1951

獲得省政府的核准遷建於屏東市自由路270號（現址）。

### 1954

7月 動工興建新院區，並於11月5日先行遷入新醫院辦公。



### 1964

5月 吳金鑾博士，接任第三任院長（1964年5月-1973年12月），吳金鑾院長取得經費，經主管機關同意後另建一兩樓的辦公大廈給衛生局（今之環保局）使用，屏醫與衛生局才正式分家，自立門戶辦公。



### 1978

2月 陳慶華擔任第五任院長（1978年2月-1982年3月）。



署屏於2007年新制醫院評鑑及2011年新新制評鑑為優等醫院，這是對屏東醫院全體同仁的肯定與鼓勵，也使同仁有浴火重生的感動。在奠定署屏優質的醫療品質後，持續建構署屏從急性醫療、長期照護到社區醫療完整的體系，日後更發展護理之家、失智病房、中期照護病房，以建構完整之長照體系，因應屏東老年醫療之需求。此期間歷經護理之家的收回自營與整建搬遷，其中與業者、住民與其家屬的溝通及安頓，成就現在署屏長照體系為多所長照單位及醫學院校師生觀摩的場所。

2008年為署屏強化急重症醫療體系，發展癌症化學治療。由於積極發展癌症治療，各種癌症病患陸續順利開刀治療，同時規劃建置放射治療中心，期使癌症治療在署屏茁壯，另積極推動社區健康促進，促進醫院同仁、病友及其家屬和鄰近社區居民的健康。為提高洗腎水準，署屏於3月份引進醫學中心洗腎技術進駐，從此，屏東民眾享有高水準洗腎品質，揭牌時特邀請曹縣長參與見證。

2009年1月屏東醫院持續發展，成立「屏北地區之中風中心」，搶救屏東人中風救治之黃金時間。3月成立署立醫院南部唯一「中期照護」、5

## 1986

- 10月 屏東醫院新建醫療大樓奠基動土典禮，蘇省議員貞昌蒞臨指導並於當時第九任盧建志院長任內完工啟用。並規劃建置植物人照護病房。



## 1999

- 7月 完成植物人照護病房暨復健大樓的興建工程。衛生署詹啟賢署長親臨主持，見證政府對於慢性病患、弱勢族群的日益重視，而此時的屏東醫院也已進階為區域型醫院。改隸行政院衛生署，更名為「行政院衛生署屏東醫院」，為屏東鄉親提供更好的醫療照護。



## 2003

- 2月 急診室通過屏東縣衛生局「92年度急救責任醫院緊急醫療救護業務督導考核」，成績甲等。
- 3月 積極參與抗SARS工作。



## 2006

- 2月 與醫學中心合作，醫學中心的聯盟陸續由高醫核派盧建宇、鄭孟軒、李香君、曾靜娟等專任醫師進駐屏東。
- 3月 完成標準式負壓隔離房，防治專責醫院。



## 2008

- 3月 成立中期照護專區，並陸續建置完成日間失智、失能專區結合居家復健護理安寧等，提供機構、居家、社區照護成為長期照護網絡。



## 1985

- 4月 由高醫副教授林幸道醫師接任第八任院長，由高雄醫學院附設醫院派遣醫師支援醫療業務，同時住院醫師送往高雄醫學院附設醫院，接受各種的專門訓練，以達到建教合作的目的。



## 1993

- 1月 陳清軒院長接任第十任院長(1993年1月-2001年8月)。



## 2001

- 8月 由署立苗栗醫院副院長江易雄升任第十一任院長(2001年8月-2005年4月)。



## 2005

- 4月 由中央健康保險局高屏分局經理李建廷院長接任第十二任院長(2005年4月-2011年12月)建立全人照護體系。



## 2007

- 12月 通過新制醫院評鑑獲衛生署及醫策會評鑑為優等醫院。



月成立「喘息服務」及10月份配合屏東縣政府開辦「社區日間照護」接受失智及失能照顧服務，並照顧弱勢族群。這些不惜成本提供優質之中長期照顧服務，並將服務觸角延伸到社區。又，自5月起執行「偏遠地區醫療支援計畫」(IDS)全力支援偏遠之牡丹鄉醫療，獲得山地鄉民的支持，為落實在地化醫療，讓屏東人在屏東看病，除積極強化急重症醫療品質外，更於2009年11月設立放射腫瘤科，癌症患者免遠赴高雄地區治療腫瘤放射，民眾見證署屏的努力。

屏東醫院係屬於全民醫院，必須有民眾之支持，否則無法存立。這幾年來，在同仁努力之下，逐漸找回民眾的信心，無論在急重症的醫療品質，或者在中長期照護方面更獲得長官及民眾信賴。在這種基礎下，未來署屏將會是屏東地區癌症治療中心，中風病患防治中心及中長期照護模式教學機構，更將會朝屏東地區醫學中心水準發展。將來，屏東居民生病就醫不必遠赴高雄地區，在屏東在地就可獲得優質的醫療服務，讓屏東醫院之理想和宗旨得以實現。

10月 與醫學中心建教合作落實在地化醫療。



## 2010

12月 通過新制醫院評鑑獲衛生署及醫策會評鑑為優等醫院。

## 2012

1月 由高雄醫學大學教授鄭裕民醫師接任第十三任院長，以「服務、品質、效率」核心價值期勉同仁共同為署屏存在價值奮力。



12月 通過「醫院緊急醫療能力分級(中度)」評定合格。



## 2009

2月 前呂副總統秀蓮蒞臨訪視。



8月 南臺灣屏東地區發生百年來大水災(88水災)醫療救助。



11月 醫院成立100周年並且完成放射腫瘤科建置，設置最先進之腫瘤放射儀器，署屏正式邁入腫瘤治療中心的新里程。



## 2011

10月 邱署長蒞臨訪查，造訪長期照護專區。



12月 旗山醫院鄭舜平院長代理院長。



## 2013

4月 獲得ISO 9001認證通過。提升就醫品質外科診間、醫院大門及原舊宿舍用地停車場規劃署屏改變以往的形象，成為一美輪美奐的地標。



7月 配合衛生署改制為衛生福利部，更名為「衛生福利部屏東醫院」。



## 恆春旅遊醫院——歷史沿革

臺灣光復之後，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，不唯勞民傷財，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，本分院遂於1949年6月1日正式成立，原名為「高雄縣立恆春醫院」。1959年8月15日的6.8級強烈地震，把恆春院舍震得四分五裂。當時，在地方人士協助下，接受省衛生處公共衛生美援款耗資300萬，興建醫療大樓設有內科、外科、婦科、小兒科、耳鼻喉科、牙科，還有放射科、藥局、檢驗、手術、病房等。

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」。此期間積極網羅醫護人員，添購醫療設備，設有一般急性病床

## 恆春旅遊醫院——大事記

### 1949

- 在鎮籍葉登祺先生時任高雄縣參議會議長時，極力爭取下於1949年成立，原名「高雄縣立恆春醫院」。



- 葉登祺先生大力促成醫院成立，擔任「成立籌備委員會董事長」。



### 1952

- 旋奉上級指示更名為「臺灣省立屏東醫院恆春分院」。

### 1959

- 8月 芮氏規模8級恆春大地震，把剛建立不久的院區部分震裂，醫療業務依舊進行。

### 1969

- 約有員額醫務及行政共35人。



### 1985

- 11月 整修外觀。



### 1997

- 10月 急診大樓興建完工啟用。



### 1951

- 由於臺灣省行政區域調整，更名為「屏東縣立恆春醫院」。



### 1955

- 成立初期，員工含醫務及行政人員共24位。



### 1963

- 7月 接受省衛生處公共衛生美援款動工興建耗資達300萬，設有內、外、婦、兒、耳鼻喉、眼、牙科。



### 1973

- 吳金鑾院長榮調臺中醫院。



### 1989

- 40周年。



30床、急診觀察床7床、洗腎15床。

因長期負責恆春半島居民及遊客緊急救護，且為輻傷急救責任醫院，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」，規模也擴充至一般急性病床35床、急診觀察床7床、洗腎19床、加護病房6床，是目前恆春地區專科別最齊全的醫院。有24小時急診、手術、住院，另有電腦斷層、乳房攝影、生理檢查中心，並提供胃鏡、大腸鏡、全身超音波、神經功能測速等檢查及增加職能治療服務項目，期望能帶給民眾更優質、便利的醫療照護與環境品質。

## 2003

- 走過 SARS。



## 2007

- 5月 改制為「行政院衛生署恆春旅遊醫院」並成立加護病房。



## 2012

- 牡丹長期照護服務據點成立。



## 1999

- 精省正式實施，正式更名為「行政院衛生署屏東醫院恆春分院」。
- 50周年。



## 2005

- 為恆春地區聯合急診中心基地醫院。



## 2011

- 高雄醫學大學附設中和紀念醫院急重症醫師人力進駐。
- 成立原住民門診中心及檢查中心。



- 增設一般急性病床為35床。

## 2013

- 申請為恆春地區腦中風急救責任醫院。



- 增設職能治療。



## 花蓮醫院——歷史沿革

衛生福利部花蓮醫院創立於1909年，為花蓮地區歷史最悠久的醫院，迄今矗立於此已逾百年歲月。日治時期稱為「臺灣總督府花蓮港醫院」，隸屬於臺灣總督府管轄，因花蓮地形南北狹長，南部地區地處偏遠，缺乏醫療資源。1945年臺灣省政府成立，更改為「臺灣省立花蓮港醫院」，當時僅有64張病床、8名醫師，連同護士及行政人員，編制共計僅35人，負起東部民眾醫療治療任務。多年來於人員編制、病床數量及設備規模上不斷擴編下，逐漸於花蓮地區被社區居民稱為「花蓮大病院」，擔任醫療守護者任務。

從花蓮市往南至臺東縣成功鎮之間的東海岸地區，幅員約200公里，其間均無醫療院所，形成所謂「無醫村」地區。於地方民意強力要求下，責成花蓮醫院於1996年12月26日成立豐濱醫療站。1997年醫療大樓完工啟用，即正式成立豐濱分院，肩負緊急醫療之功能及照顧當

## 花蓮醫院——大事記

### 1909

- 直轄於臺灣總督府，日治時期稱為「臺灣總督府花蓮港醫院」。



### 1949

- 改稱「臺灣省立花蓮醫院」。



### 1994

- 籌辦豐濱分院。
- 通過地區教學醫院評鑑合格。

- 8月 奉省府核定正式成立為「臺灣省立花蓮醫院豐濱分院」，肩負緊急醫療之功能及照顧當地居民的健康責任。



### 2001

- 以醫院之規模，重新規劃及設備的更新與添購下，於7月經評定為區域醫院。

### 2005

- 配合國家政策，完成感染症隔離病房之設置，正式成為花蓮地區感染症防醫療網之責任醫院。



### 1945

- 臺灣省政府旋即成立，更改為「臺灣省立花蓮港醫院」，當時僅有64張病床、8名醫師，連同護士及行政人員共計僅有35人規模。首任院長由留日醫學博士林千種醫師擔任。



### 1951

- 臺灣東部發生大地震，此次共造成68人死亡、106人重傷、750人輕傷，2,382間房屋受損（包含全倒），因背負起照顧東部民眾責任，全員動員極力搶救。



### 1996

- 12月 從花蓮市往南至臺東縣成功鎮之間的東海岸地區，距離約200公里。唯這中間並無醫療院所，形成「無醫村」事實。臺灣省政府在地方民意強力要求下成立豐濱醫療站。

### 1999

- 由於精省政策正式實施，花蓮醫院及分院正式更名為「行政院衛生署花蓮醫院」及「行政院衛生署豐濱分院」。



### 2004

- 經獲中央健保局東區分局同意醫院承辦花蓮縣豐濱鄉「醫療給付效益提升計畫(IDS)」，讓花蓮醫院及分院能提供更多科別、診次、衛教服務予當地居民，分享更多醫療資源。
- 衛生署前署長陳建仁蒞臨。



地居民的健康責任。2004年5月，經獲中央健保局東區分局同意醫院承辦花蓮縣豐濱鄉「醫療給付效益提升計畫(IDS)」，讓花蓮醫院及分院能為花蓮當地居民提供更多科別、診次及各項醫療服務，讓醫療資源持續守護偏遠地區民眾健康。2004年配合國家政策，完成感染症隔離病房之設置，正式成為花蓮地區感染症防醫療網之責任醫院。

照顧偏遠地區民眾健康是公立醫院責無旁貸的使命，提供優質醫療服務環境依然是醫院努力不懈的目標，本院將持續成為花蓮地區民眾最受信賴的社區醫院邁進。

## 2008

- 由衛生署補助購置巡迴醫療車，為當地居民做定時定點的醫療服務。



## 2011

12月 通過手部衛生認證醫院。



## 2013

- 附設護理之家評鑑結果「優等」。



## 2006

- 豐濱分院改名為「行政院衛生署花蓮醫院豐濱原住民分院」全國唯一一家原住民醫院，前署長侯勝茂蒞臨揭牌。



## 2009

11月 創院100周年(1909-2009)。



## 2012

- 通過健康促進及高齡友善醫院認證。



9月 通過餐飲衛生分級評核(GHP)訪查。



10月 通過健康促進醫院認證。



11月 通過高齡友善醫院認證。



12月 無菸健康照護服務網絡認證——獲銀獎。



## 臺東醫院——歷史沿革

臺東醫院創立於1896年，原名「臺東診療所」，設於臺東鎮郊之卑南街，隸屬日治時代臺灣總督府。1924年遷設於臺東鎮中山路38號，更名為「臺灣總督府立臺東醫院」。1945年臺灣光復，由前行政長官公署民政廳衛生局接收，正名為「臺灣省立臺東醫院」，改隸臺灣省政府衛生處。

1964年由於原有木造房舍老舊，省府補助400萬元，自籌售地款400萬元，合計800萬元，遷建於臺東市五權街1號(現址)，興建4層門診大樓，並於1966年4月完工啟用。

為應業務發展需要，1984年由省府編列預算1400萬元興建4層急診大樓，於1986年11月完工啟用。1985年由省府編列預算3,900萬元興建

## 臺東醫院——大事記

### 1895

- 創立，原名「臺東診療所」。



### 1978

- 12月 辦理縣內偏遠地區4個山地鄉(海端、延平、金峰、達仁)18個村落，巡迴醫療業務。



### 1987

- 1月 開始辦理戶人員繼續教育——醫學講座，加強醫師、護士在職訓練進修，提升醫療品質。



### 1990

- 1月 行政院衛生署醫院評鑑小組蒞院評鑑。

### 2008

- 1月 糖尿病健康促進機構經全體員工的努力通過2008-2010年度評鑑。

### 2010

- 11月 為增進臺東鄉親的就醫品質與先進的醫療設備，特地引進全新的「座椅式外骨盆底治療儀」嘉惠鄉親。

### 2013

- 全球無菸健康照護服務網絡認證。



- 地區醫院評鑑優等。



### 1945

- 正名為「臺灣省立臺東醫院」。



### 1984

- 4月 與臺北馬偕紀念醫院辦理醫療合作，提供省立醫院與醫學中心建教合作之最佳模式。



### 1989

- 2月 洗腎作業評鑑合格，被省政府社會處列為洗腎醫院。

### 1993

- 5月 「院徽」徵圖評審，獲得第一名。



### 2009

- 正式成為世界衛生組織(WHO)健康促進醫院網絡會員。

### 2012

- 舉辦臺東醫院社區巡迴醫療活動。
- 11月 舉辦臺東醫院117周年院慶園遊會。





3層醫療大樓，於1988年10月完工啟用。

鑒於業務大增自1992年起分4年編列預算1億2,700萬元增建復建醫療大樓，於1996年1月啟用。1994年由中央補助6,000萬元，在原有醫療大樓向上增建4至6樓精神科急性病房，於民國1996年7月啟用。1996年編列公務預算1億500萬元興建5層特別醫療大樓，於2002年8月啟用。

1999年7月1日，因精省而改隸行政院衛生署，更名為「行政院衛生署臺東醫院」。

- 承接「臺東縣離島地區空中緊急救護後送計畫」。



- 榮獲門診照護 ISO 9001 認證。



- 通過健康促進醫院認證。



- 舉辦臺東地區腎臟／糖尿病免費預防篩檢講座。
- 6月 舉辦畫愛感恩義賣畫展——「找回遺失的健保卡」。



## 澎湖醫院——歷史沿革

澎湖醫院為最早創立署立醫院，創於1896年6月，原稱「澎湖島病院」，隸於日治時代澎湖廳，利用清領時期廟宇權充院舍，設有內、外科。1945年光復後，改為「臺灣省立澎湖醫院」。1958年7月拆除木造舊院舍，在原地改建鋼筋混凝土水泥空心磚院舍，於1959年6月4日落成，由美援補助充實設備，復於1987年6月增建2樓病房並於翌年2月完工正式啟用。

1990年與1993年分別轄定為「地區綜合教學醫院」。1999年7月因精省故，更名為「行政院衛生署澎湖醫院」迄今。醫院位處馬公市中心，濱臨港口，車船交通便捷，佔地約1甲。另有安宅院區於1982年7月籌建。2004年1月又於現址增建精神療養大樓1棟，目前已啟用116床精神科病房。全院總病床數依衛生局核可床數為223床，又有前寮院區護理之家49床。

## 澎湖醫院——大事記

## 1896

- 行政院衛生署澎湖醫院創設。原稱「澎湖島病院」，隸於日治時代之澎湖廳，利用清領時期廟宇權充院舍，設內、外科。



## 1898

- 6月 醫院官制改正，改隸日本臺灣總督府，改稱「臺灣總督府立澎湖病院」。同年，日人澤田物五郎氏由陸軍軍醫轉任醫官，而後升任院長。



## 1935

- 增設隔離病床6床，1-3等病床合計共36床。

## 1949

- 成立檢驗室及X光室。

## 1959

- 6月 新院舍落成，由美援補助充實設備。



## 1980

- 5月 實施巡迴醫療服務至1992年6月終止。

## 1983

- 本院精神病養護所竣工，原名「臺灣省立澎湖精神病養護所」。

## 1990

- 7月 成立加護病房，原有4床，現有8床。
- 11月 成立病歷室、放射線科、實驗診斷科。

## 1992

- 增設急診室及增購全身型電腦斷層X光機1臺，為澎湖地區擁有之最先進儀器。
- 美籍護理師白寶珠女士借用醫院門診成立特別皮膚科門診，來澎湖服務癩瘋病患者54年，2007年4月1日獲頒國家最高榮譽「紫色大綬景星」勳章。



## 1897

- 5月 官制獨立。

## 1910

- 購買附近民房，並請撥澎湖廳及海關公有土地，全院面積達3,156坪。



## 1945

- 臺灣光復後，隸於臺灣行政長官公署民政處衛生局，後改稱為臺灣省立澎湖醫院。

## 1958

- 7月 拆除木造舊院舍，在原地改建鋼筋混凝土水泥空心磚院舍。

## 1967

- 成立社會服務室。

## 1982

- 7月 籌建精神病養護所於馬公市安宅里。

## 1989

- 6月 成立血液透析室，原有2床。1994年、2010年耗資百萬更新全新RO水處理機，現有血液透析20床。

## 1991

- 6月 完成廢水處理場及焚化爐。
- 11月 改建太平間，設冷凍櫃2間。

## 1995

- 完成興建1艘25公尺醫療船，定時、定點為2、3級離島提供醫療服務。



2004年5月1日依據2002年行政院「公立醫院多元化經營專案小組」第三次會議委託三軍總醫院經營。兩院整合遭遇人事、會計、法規面困難，於2009年6月30日恢復自主經營，展開另一醫療里程碑。2013年7月23日，改隸衛生福利部再更名為「衛生福利部澎湖醫院」。

- 與成大設立遠距醫療先導應用系統。

- 6月 成立居家護理。
- 7月 因精省故，改隸行政院衛生署再更名為「行政院衛生署澎湖醫院」。



- 2002
- 1月 於安宅院區現址增建精神療養大樓1棟，2004年1月啟用共可提供200床服務數量，目前已啟用116床。
- 5月 參與華航空難緊急救災與心理諮商。
- 10月 成立出院準備服務。

- 2004
- 5月 依據2002年行政院公立醫院多元化經營專案小組第三次會議，委託三軍總醫院經營。

- 2006
- 8月 成立「兩院醫療資源整合管理委員會」，針對兩院相關醫療資源的整合。

- 2008
- 通過衛生署補助「澎湖地區醫療保健服務網試辦計畫」，建構完整的醫療保健服務網絡，實現「全人照顧」的理想。

- 2010
- 1月 完成64切電腦斷層設備租賃，為全澎第一臺高速64切3D電腦斷層掃描儀，提供離島民眾更加完善的醫療品質。
- 6月 院慶暨醫療大樓改建工程揭牌典禮。



- 7月 本縣文化資產審議委員會議通過登錄「澎湖醫院舊門廳暨防空洞」為歷史建築，防空洞建於1958年，為軍防及醫療使用，內有傳聲孔、通氣孔，也深具歷史價值。



- 10月 安寧暨彩繪人生病房開幕典禮。
- 2012
- 4月 立法院環衛委員、衛生署長及各長官蒞院視導澎湖醫療。



- 1998
- 急診大樓興建工程。
- 12月 設立附設護理之家，目前設有49床。

- 2001
- 8月 成立健康營造中心。

- 2003
- 4月 進行SARS防治工作。



- 2005
- 10月 住院醫療服務遷入前寮里「衛生署醫療大樓」，實際邁入澎湖醫療整合作業初階。

- 2007
- 8月 成立「澎湖醫療資源整合執行委員會」執行兩院整合。
- 11月 美沙冬替代療法服務。

- 2009
- 3月 完成中正院區門診醫療大樓改建工程驗收並取得部分使用執照。
- 5月 完成門診醫療業務搬遷。
- 6月 結束委託三軍總醫院經營，恢復自主經營。
- 7月 所有醫療業務搬回中正院區營運。
- 12月 完成PACS醫療系統。

- 2011
- 3月 衛生署邱署長蒞臨訪視。
- 10月 取得醫療大樓改建工程改建執照。



- 2013
- 3月 完成精神科急性病房16床擴床。
- 4月 完成心導管室決標作業。
- 8月 1994年所成立之志工隊獲得全國衛生保健績優志工團隊慈心獎。





## 金門醫院——歷史沿革

行政院衛生署金門醫院於2005年10月1日由「金門縣立醫院」與「行政院衛生署臺北醫院花崗石分院」(原國軍金門醫院)合併而成。2007年1月1日因配合醫療整併，花崗石院區醫療業務移至山外院本部，花崗石醫院正式走入歷史。為服務離島中的離島，2007年5月於烈嶼院區開辦住院服務。2009年及2012年通過醫院評鑑為「地區綜合醫院」。2013年1月通過行政院衛生署緊急醫療能力分級評定為中度急救責任醫院。2013年1月新建精神科大樓正式啟用，2013年4月綜合醫療大樓完工。

1945年抗戰勝利後，成立「金門縣衛生院」於金城鎮模範街。1949年因停止縣治而撤銷，一度由民間慈善團體改辦為平民診所，未幾納入行政公署，改稱為「衛生事務所」。1950年又改為「金門公醫事務所」。1953年隨縣治恢復，設「福建省金門縣衛生院」於金城。1956年遷至金

## 金門醫院——大事記

### 2005

- 10月 行政院衛生署金門醫院由原「金門縣立醫院」改制，合併「行政院衛生署臺北醫院花崗石分院」(原國軍金門醫院)，正式掛牌成立。



### 2007

- 1月 配合醫療整併，花崗石院區醫療業務移至山外院本部，花崗石醫院正式走入歷史。  
腹膜透析室遷移至山外院本部。



- 5月 開辦烈嶼院區住診業務。  
8月 成立全日慢性精神復健病房。

### 2009

- 為提升地區牙科醫療品質，增設牙科設備並進行門診環境改善，同年開辦人工植牙業務。
- 通過地區醫院評鑑。
- 2009-2012參與中央健康保險局提升住院護理照護品質方案。

### 2011

- 5月 接受衛生署醫院總體檢。

### 2006

- 通過地區醫院評鑑。
- 成立糖尿病共同照護網。
- 推動母嬰親善醫院。
- 2006-2009、2012通過居家護理考評甲等。



- 2006-2013開辦長期照顧整合計畫——喘息服務。
- 12月 急重症大樓(新太湖大樓)啟用。

### 2008

- 2008-2013通過母嬰親善醫院認證。
- 1月 成立安寧共同照護網。

### 2010

- 3月 開辦烈嶼院區血液透析業務，減少烈嶼地區病患舟車勞頓之苦。
- 8月 開辦美沙冬替代療法。  
新購128切電腦斷層掃描儀。



- 10月 綜合醫療大樓及精神科大樓開工動土，綜合醫療大樓為地下1樓、地上8樓，精神科大樓為地上3樓構造。  
2010-2011通過居家護理考評優等。  
配合衛生署推動「全責照護計畫」，辦理全責照護病房。

湖鎮新市里。1976年金門縣衛生院奉核定附設醫院。1990年興建醫療大樓，同年評鑑為「地區綜合醫院」。1992年戰地政務解除同年成立「金門縣立醫院」。2001年7月於烈嶼鄉成立烈嶼院區開辦門診業務。2005年10月1日行政院衛生署承接金門縣立醫院改制為「行政院衛生署金門醫院」。

1949年成立於舟山群島，後隨國軍轉進來金門，初期駐紮在成功村統稱「五三醫院」，陸續更名為「866醫院」、「尚義醫院」。因應戰備需要，重要軍事設施地下化，1978年擇定太武山南麓開闢1座全世界唯一的地下坑道醫院，並於1980年9月1日進駐稱為「花崗石醫院」。1986年改番號為「國軍第820醫院」。1999年後統一以地區命名稱為「國軍金門醫院」。2005年7月1日因應國軍精進案政策，國軍金門醫院裁撤，同年7月1日由衛生署臺北醫院承接稱為「行政院衛生署臺北醫院花崗石分院」。2005年10月1日由行政院衛生署金門醫院承接改為「行政院衛生署金門醫院花崗石院區」。

## 2013

- 1月 通過行政院衛生署緊急醫療能力分級評定為中度急救責任醫院。新建精神科向日葵大樓正式啟用。



- 4月 綜合醫療大樓完工。  
7月 通過ISO 9001 認證。



## 2012

- 8月 綜合醫療大樓上樑。  
通過地區醫院評鑑。  
11月 馬英九總統關心金門醫療議題，親自蒞臨金門醫院聽取醫療大樓工程與金門醫療現況簡報。



## 八里療養院——歷史沿革

古聖先賢有個夢(A dream of utopia)：人不獨親其親，不獨子其子；使老有所終，壯有所用，幼有所長，鰥寡孤獨廢疾者皆有所養。23載春秋路有多少汗水和付出，成就了今日山櫻花美麗綻放的希望花園。只是古聖先賢的夢仍待繼續，一如山櫻花依然盛開綻放，不斷把希望傳下去。

1975年5月由當時臺北縣政府(現改制為新北市政府)奉省府函示籌建精神養護所，收容北部10縣市低收戶精神病患。1982年7月1日因該縣府無法開辦，由省府交由桃園療養院籌建「桃園療養院八里分院」。1990年11月23日正式營運。最早自照顧嚴重精神病人開始，從慢性病房、急性病房、日間病房陸續設立，開辦病房代工場、居家治療業務，逐步擴增與多元化。1994年於蘆洲增設巡迴門診(1998年7月停

## 八里療養院——大事記

## 1975

5月 臺北縣政府奉省府函示籌建精神養護所，收容北部10縣市低收戶精神病患。

## 1983

8月 完工(興建完成12棟建物)。

## 1986

9月 省府核定八里分院組織規程及300床員額編制。

## 1990

5月 院舍年久失修不堪使用，開始整修。



7月 分院正式營運，開辦慢性病房50床。



11月 開辦八里門診。

## 1992

3月 開辦急性病房。

8月 居家治療業務開辦。

## 1994

1月 於蘆洲衛生所增設門診(2008年7月停診)、增設淡水巡迴門診(1999年9月停診)。

7月 評鑑為精神科專科教學醫院。

## 1996

1月 臺北縣衛生局委託辦理八里社區復健中心。

6月 與臺北縣政府衛生局簽約成立臺北縣緊急醫療處置中心。

## 1998

• 榮獲北區區域聯盟品管圈競賽「百變悟空圈」——「提升病人單位整潔」亞軍。

4月 陳快樂院長調草屯療養院兼任院長。

8月 升格成為臺灣省立八里療養院。

## 1978

2月 開工。



## 1985

11月 行政院因臺北縣政府無法開辦，諭示省府接辦桃園療養院成立八里分院籌備小組。

## 1989

6月 移交土地11筆、房舍12棟。

7月 桃療副院長張五美代理分院長。

11月 桃療兒童精神科主任陳快樂接任分院長，借用桃療兩棟病房為行政辦公及病房用，暫用員工收治慢性病人。



## 1991

2月 收治龍發堂個案。

11月 成立病房代工場。

## 1993

4月 臺北縣永和市康復之家開辦。

5月 開辦日間病房。

## 1995

4月 設立板橋兒童門診(1997年9月停診)。

## 1997

1月 擴編通過病床500床。



7月 評鑑為精神科專科教學醫院。



診)，當年亦評鑑為精神科專科教學醫院。緊接著，1995年開設兒童門診（1997年9月停診）、1997年成立康復之家、1998年試辦社區復健中心等。於1998年升格為「臺灣省立八里療養院」。1999年精省時，更名為「行政衛生署八里療養院」，迄至2003年7月23日配合組織改制更名為「衛生福利部八里療養院」。精神疾病照護的醫療架構，如同櫻花的根深植入土，自此奠定了堅固的基礎。

## 2000

- 臺灣區衛生機關第七屆員工運動會羽球隊男子乙組冠軍。

## 2002

- 6月 八里康復之家第二所立案。



## 2004

- 樂生康復之家——榮獲桃園縣精神復健機構督考甲等（最高等第）。
- 5月 新醫療大樓破土動工。
- 12月 開辦中和社區復健中心。

## 2006

- 6月 參與新店戒治所戒治業務。
- 7月 榮獲精神專科教學醫院評鑑優等。
- 樂生康復之家——榮獲桃園縣精神復健機構督考甲等（最高等第）。
- 附設八里康復之家——榮獲臺北縣獎勵優良精神復健機構遴選活動公立組第一名。
- 榮獲臺北縣衛生局歌神盃歌唱比賽獲國語組及臺語組雙料冠軍。
- 鄭若瑟院長接任院長。



首次參與新制精神專科醫院評鑑獲得優等。

## 2008

- 通過ISO 9001：2007認證。
- 榮獲北區區域聯盟服務品質競賽主題改善類「某精神科急性病房之身體攻擊改善方案」及「降低住院藥局調劑錯誤率」佳作獎。
- 榮獲臺北縣獎勵優良精神復健機構附設第二所康復之家遴選活動公立組第二名。

## 1999

- 6月 陳宏院長接任院長。



- 7月 精省更名為行政院衛生署八里療養院。



- 9月 設立八里門診中心（八里市區）。

## 2001

- 衛生署醫療院所年度綜合業務訪查工作第二類組第一名。
- 5月 八里社區復健中心立案。
- 6月 八里康復之家立案。

## 2003

- 精神復健機構附設第二所康復之家評鑑試辦計畫成績優良。
- 7月 八里療養院附設樂生康復之家立案。

## 2005

- 榮獲臺灣護理學會舉辦「2005年社區衛生護理人員角色功能創意作品」優等。
- 附設第二所康復之家榮獲臺北縣優良精神復健機構遴選活動第二名。
- 樂生康復之家獲桃園縣精神復健機構督考甲等（最高等第）。
- 烘培職訓——榮獲臺北縣第一名。
- 中餐職訓——榮獲臺北縣第二名。
- 榮獲第一屆健心盃歌唱比賽個人組及團體組雙料冠軍。
- 2月 於中和衛生所增設中和門診。
- 7月 陳快樂院長接任院長。
- 強化機構品管綜整成效——增設「企劃組」。

## 2007

- 獲頒戒治醫療服務有功楷模。
- 榮獲替代療法執行機構臺北縣績優機構。
- 附設八里康復之家榮獲臺北縣優良社區復健機構第一名。
- 附設社區復健中心榮獲臺北縣優良社區復健機構第二名。



- 2月 開辦八里護理之家——幸運草之家。

- 榮獲桃園縣精神醫療、復健機構樂生康復之家暨精神護理之家督考優等。
  - 全國鳳凰盃運動會優勝。
- 5月 開設心身病房——薰衣草紓壓病房。



- 10月 強化精神醫療次專科——「成癮防治科」。
- 11月 通過ISO 9001：2008認證。
- 鄭若瑟院長榮獲行政院模範公務人員表揚。
- 第五屆健心盃歌唱比賽團體組第三名。

## 2010

- 12月 榮獲新北市勞工局身心障礙者職業訓練服務績優單位甲等獎。

## 2012

- 7月 護理之家開設擴充至138床。
- 10月 開辦八里本院幸福小站庇護商店。
- 榮獲行政院衛生署獨居老人成果發表績優獎。
- 榮獲臺北區醫療網提升病人安全評比優等獎。



- 11月 院歌誕生——希望花園。
- 中和職能治療所開設。
- 榮獲新北市衛生局團體膳食安全管理計畫——自主管理績優獎。
- 榮獲醫策會頒發臺北區醫療網推薦為2012病人安全週之標竿機構。
- 本院附設八里康復之家——榮獲新北市衛生局獎勵優良精神復健機構遴選活動公立組第一名。
- 12月 榮獲新北市勞工局身心障礙者職業訓練服務績優單位甲等獎。
- 505w「薰衣草紓壓病房：個別化的精神科治療模式」榮獲SNQ國家品質標章——醫療院所類／醫院特色專科組織認證。

- 3月 新醫療大樓興建工程驗收完成。



強化專業能力，發展次專科——設立「心身精神醫學組」、「老人精神醫學組」。

- 6月 強化研究能力——增設「教研組」。
- 資訊安全管理系統通過ISO 27001評鑑。
- 7月 購置附設八里康復之家房舍。

## 2009

- 附設八里康復之家——榮獲臺北縣獎勵優良精神復健機構遴選活動公立組第一名。
  - 附設社區復健中心——榮獲臺北縣獎勵優良精神復健機構遴選公立組第二名。
  - 全國公務人員桌球甲組團體衛生署第二名。
- 8月 開辦土城門診部及「美沙冬替代療法」門診。



- 12月 榮獲新北市勞工局身心障礙者職業訓練服務績優單位甲等獎。

## 2011

- 11月 再次通過SGS ISO 9001：2008之認證。
- 12月 榮獲新北市勞工局身心障礙者職業訓練服務績優單位甲等獎。



## 2013

- 1月 通過世界衛生組織(WHO)健康促進醫院(HPH)國際網絡會員之認證。
- 3月 鄭若瑟院長榮退，副院長吳文正兼任代理院長。



- 7月 改制更名為衛生福利部八里療養院。



## 桃園療養院——歷史沿革

桃園療養院為精神專科教學醫院，以「尊重、關懷、健康、快樂」的核心價值，及「提供全面、優質、人性的精神醫療服務」與「創造健康、快樂、終身學習的工作環境」兩大使命，提供完整的精神醫療服務。

目前桃園療養院提供的服務有門診、急診留觀10床、精神科加護病房4床、急性病床308床、慢性病床424床、日間病房300床、社區復健中心90床、康復之家45床及居家照護。兒童精神科、美沙冬服務均是臺灣最具規模及特色的服務項目，模式也已成爲國內外各機構的標竿。另外，為配合公共政策，自1985年起成為桃竹苗區精神疾病防治醫療網核心醫院，也對精神分裂症患者、自殺患者及社區嚴重精神病患以個案管理模式進行追蹤關懷，同時也於社區、校園進行心理衛生教育以促進民眾心理健康。

## 桃園療養院——大事記

### 1934

12月 臺灣總督府於臺北創設養神院，為臺灣第一所公立精神病院，初期為免費收容全省精神病患之慢性療養機構。

### 1966

6月 更名為「臺灣省立臺北療養院」。



### 1983

2月 與臺大建教合作培育醫療人員至今。由臺大醫院派院長至1992年2月。醫院也長期收容療養之機構，變為一所現代化之精神科專科醫院，增加急性住院治療、積極復健治療、門診治療等業務。

### 1988

- 醫院評鑑為精神科專科教學醫院。

### 1996

11月 成立急診室。



### 1999

6月 動土興建新大樓。  
7月 改隸行政院衛生署更名為「行政院衛生署桃園療養院」。  
11月 支援衛生署竹東醫院精神科。(至2002年12月)

### 2005

- 內政部——優良雇主金鳳凰獎。
- 行政院促進女性與決策金馨獎。

### 2007

- 第八屆行政院法制再造銀斧獎。
- 行政院全國反毒有功楷模反毒先鋒。
- 勞工委員會——友善職場認證。
- 疾病管制局——「防疫有功團體獎」。
- 衛生署及法務部頒——戒治醫療服務有功楷模獎。

### 1945

11月 臺灣光復後歸省政府改名「臺灣省立錫口療養院」。



### 1979

12月 遷建至桃園市，改名為「臺灣省立桃園療養院」。



### 1985

- 奉行政院衛生署核定為臺灣省北部地區精神疾病防治醫療網核心醫院。
- 成立兒童精神科，至今為臺灣最有規模及品質的次專科。

### 1989

4月 成立「社區復健中心」。

### 1998

7月 成立兒童日間病房。



### 2003

7月 成立青少年日間病房。  
12月 搬遷新大樓。(急性312床、復健424床、日間300床)



### 2006

- 開辦美沙冬替代療法，為臺灣第一家開辦醫院，最具規模及品質，成為臺灣及國際的標竿。
- 行政院反毒有功團體。
- 臺灣高等法院——觀護志工熱心公益協助辦理觀護業務成績優良造福社會。

### 2008

- 職能治療科榮獲生策會品質標章。
- 居家治療團隊榮獲生策會品質標章。



未來，桃園療養院將持續提供優質服務並兼顧教學及研究，繼續向國際精神醫療標竿邁進。

- 臺灣高等法院——觀護志工熱心公益協助辦理觀護業務成績優良造福社會。
- 通過 ISO 27001 國際資訊安全認證。
- 通過 WHO 健康促進醫院網絡會員認證。
- 兒童精神科團隊榮獲生策會品質標章。
- 藥癮團隊榮獲生策會品質標章。

2009

- 通過衛生署餐飲業食品衛生管制系統評鑑。

2011

- 健保局——「精神分裂症醫療給付改善方案」成績績優。
- 全國手部衛生認證競賽績優獎。
- 無菸認證醫院。



2013

- 1月 設立精神科加護病床。
- 7月 改隸「衛生福利部桃園療養院」。

- 通過 ISO 9001 品質系統認證。
- 通過國科會補助單位認證。

2010

- 行政院第二屆政府服務品質獎。



- 協助傳染病防治貢獻卓越榮獲衛生署頒「2010防疫獎勵團體獎」。

2012

- 11月 成立住宿型精神復健機構45床。
- 無菸醫院認證與網絡發展計畫獲金獎。
- 通過 IRB 認證。

## 草屯療養院——歷史沿革

草屯療養院座落於南投縣草屯鎮草鞋墩牛屎崎。位在綿延不絕的九九峰下，在開闊空間中矗立著鄉間建築，環境幽靜純樸有如世外桃源。有1,000多位病人在此共同生活學習並接受治療。在此人文薈萃的療癒環境，400多位員工竭力地為民眾服務，每天秉持著以病人為中心、照顧弱勢的奉獻精神快樂地工作，不斷地創新發展各種治療模式，長此以往孕育出堅毅強韌的文化。在資源相對匱乏的年代，來自全省各地的專業菁英，筚路藍縷地開闢了這片天地。並且與時俱進地，從急性治療、慢性病房到社區復健，建立完整的治療模式，讓病友可以循序漸進地發展其生涯到達復原之境；921集集大地震的洗禮與挑戰，則開創了災難心理衛生的新紀元，

## 草屯療養院——大事記

1980  
12月 籌劃興建。

1984  
1月 開辦門診及住院診療服務。  
8月 省府衛生處處長林朝京率三科科長高尊懷，視察李嶽巡視醫院。  
11月 監察委員王爵榮、許文正率同監察院秘書，省府衛生處處長林朝宗，衛生署醫政處處長葉金川巡視醫院。

1986  
4月 奉核定為「中區精神醫療網核心醫院」。  
7月 開辦勒戒中心病房。



1988  
4月 莊明敏院長就職。



6月 開辦成人日間病房。  
1990  
4月 於臺中設立社區復健中心及臺中康復之家18床。

1992  
2月 陳朝灶院長就職。



1994  
4月 教學醫院評鑑合格。  
7月 立法院司法委員會(潘維綱立委率隊)暨法務部馬英九部長、衛生署醫政處楊漢泉處長、戴傳文科長，臺灣省政府衛生處張英二副處長、劉蓉臺股長及相關外界人士等一行人，蒞院考察和訪視。

1983  
7月 正式成立「臺灣省立草屯療養院」，江英隆院長就職。



1985  
2月 省政府邱創煥主席率同省議員白炳輝、社會處處長趙守博、衛生處副處長劉尚修蒞院巡視。  
3月 黃國華院長就職。



1987  
8月 副院長吳潮聰擔任代理院長。



1989  
8月 開辦兒童及青少年精神科門診服務。

1991  
4月 開辦精神科急診服務。  
6月 李總統登輝先生參觀庇護性工作場，對於精神病友的產業治療方式，有深刻的了解。



1993  
6月 開辦50床藥癮病房，收治對象為自費、自願戒治病友。  
7月 法務部馬英九部長及省府陳進興委員等蒞院參觀考核。



10月 臺灣省政府衛生處林克紹處長視察煙毒勒戒中心。

1995  
6月 指定為慢性精神病患殘障鑑定單位。

讓同樣受災的我們，更能具同理心地服務災區的民眾，並累積為本土經驗。

這是一個溫暖的大家庭，在共同的生活培養出濃烈的情感，彼此給力支持地往前邁進。這裡有充滿陽光活力的團隊，熱情地投入各項艱辛的任務。從視病猶親的醫療照護，到走入社區家庭，提供兒童、老人、心身、成癮及司法等多元的次專科治療，完成了預防、治療與復健三合一的醫療模式。

這裡有豐富的寶藏，是個圓夢實現理想的地方，團隊步調協調一致，熱情創新，創造出年年的驚奇，在各項競賽中屢獲佳績，是品質與服務獎項的常勝軍，更獲得國家品質獎的最高榮耀，贏得社會大眾的肯定與掌聲。

## 1996

- 6月 開辦心身特別門診。
- 7月 設立「草屯第一家康復之家」10床。
- 11月 開辦公費養護床200床

## 1998

- 8月 與雲林看守所暨少年觀護所簽訂支援勒戒處所醫療合作契約。

## 2000

- 6月 承辦「行政院衛生署南投區災難心理衛生服務中心」。



精神專科醫院評鑑合格教學醫院評鑑合格。  
開辦自殺防治工作業務。

## 2002

- 3月 於草屯心理衛生大樓開設心身、兒童、老年特別門診、兒童發展暨早期療育日間中心30床、老人失智症病房30床。



- 8月 行政院「重視民情輿情」服務品質獎。



## 2004

- 3月 兒童青少年門診遷至草屯心理衛生大樓。
- 6月 通過評鑑為「兒童青少年精神專科醫師訓練醫院」。
- 12月 行政院經濟建設委員會「法制再造工作圈——銀斧獎」。

## 2006

- 5月 全國第一家進駐臺中戒治所執行成癮醫療業務。



## 1997

- 5月 教學醫院評鑑合格。
- 11月 與南投看守所簽訂支援勒戒處所醫療合作契約。

## 1999

- 4月 陳快樂院長就職。



- 5月 開辦山地巡迴醫療服務。
- 9月 開啟重大災難後住院精神病人危機處理模式；開辦「災難心理衛生諮詢門診」。

## 2001

- 1月 承辦中部地區醫療網計畫。
- 開辦性侵害被害人輔導業務、家庭暴力被害人輔導業務、學校心理衛生服務業務。
- 設立「草屯第二家康復之家」10床。

## 2003

- 1月 草屯復健中心立案通過40床。
- 2月 設立「草屯第三家」康復之家30床。
- 榮獲「國家生技醫療品質獎」。



- 9月 精神專科醫院評鑑合格。
- 10月 精神專科教學醫院評鑑合格。
- 12月 門診整修美化完工。



## 2005

- 7月 榮獲「SGS國際服務禮儀認證」。
- 陳宏院長就職。



- 8月 ISO 9001：2000行政管理服務驗證複驗。  
9月 辦理「健康臺灣、建構無毒家園」治療性社區跨部會業務合作之簽約。



- 12月 新制精神科專科醫院評鑑優等。  
精神專科教學醫院評鑑合格。  
畢至樓正式啟用。  
全國第一家藥癮治療性社區「茄荖山莊」。



## 2008

- 3月 通過ISO 15189醫檢品質驗證。  
7月 成立師資培育中心與教學病房。

## 2010

- 2月 建立社區復健中心「大里生活旗艦店」87床及「心森林」健心房。  
9月 張達人院長就職。



- 12月 新制精神科醫院評鑑優等。  
法務部曾勇夫部長一行蒞院參訪茄荖山莊。

## 2012

- 7月 成立青少年物質濫用成癮門診。



- 10月 副院長陳俊鶯擔任代理院長。



- 12月 「全人醫療藥癮治療性社區——茄荖山莊」SNQ認證。



- 8月 ISO 9001：2000行政管理服務驗證。  
11月 「國家品質獎」機關團體獎唯一得主。



## 2007

- 1月 設立「易居」康復之家45床。  
創設「藥物鑑驗實驗室」。



- 4月 「煙毒勒戒中心」正名為「成癮治療中心」。  
6月 通過ISO/IEC 27001：2005資訊安全管理制度。  
8月 ISO 9001：2000行政管理服務驗證複驗。

## 2009

- 1月 威集樓外觀整建完成。



- 9月 921震災10周年，主辦亞太災難心理衛生國際研討會。  
12月 榮獲新制精神科教學醫院評鑑優等。

## 2011

- 6月 反毒有功團體「防毒監控團體獎」。



- 9月 社區心理衛生大樓整修重新開幕。

## 2013

- 7月 30周年院慶並出版「30周年院慶特刊」。  
改隸衛生福利部。  
8月 改隸衛福部揭牌。





## 嘉南療養院——歷史沿革

衛生福利部嘉南療養院係依據全國精神醫療網第二期(1990年)及精神疾病防治計畫第三期(1994年)計畫：「在雲嘉南地區興建1所省立精神科醫院，作為精神醫療網核心醫院」，於1998年8月19日掛牌成立，12月17日正式開幕營運，為雲嘉南地區342萬民眾，提供現代化精神醫療服務及培育精神醫療專業人員。1999年7月配合政府組織再造，改隸行政院衛生署，由「臺灣省立嘉南療養院」更名為「行政院衛生署嘉南療養院」。2013年7月再度配合政府組織再造，改隸衛生福利部，更名為「衛生福利部嘉南療養院」。

「醫療終極目標不在獲利，而是改變生命」，2009年起，嘉南療養院肩負起南區精神醫療網核心醫院使命，且為「精神科教學醫院」，並以「成為大臺南民眾首選之心理健康促進醫院」為醫院願景，實行以病人為中心、全院皆為復健場域的全人醫療照護，深耕社區服務，落實「安

## 嘉南療養院——大事記

## 1992

- 8月 前省政府衛生處林處長克炤成立建院規劃小組。  
前衛生處李副處長澤田擔任召集人。

## 1997

- 11月 成立嘉南療養院籌備處，由前衛生處簡任技正兼三科科長潘奇擔任籌備處主任。

## 1999

- 1月 衛生署公告嘉南療養院為辦理精神疾病嚴重病人強制住院醫院。  
2月 臺南縣政府衛生局函告嘉南療養院為辦理身心障礙鑑定業務合約醫院。  
5月 向日葵志工隊成立。



- 7月 改隸行政院衛生署，更名為「行政院衛生署嘉南療養院」。  
9月 發生芮氏規模7.3地震，協助安置921災區「行政院衛生署草屯療養院」病患。

## 2001

- 1月 第一任院長沈楚文退休。  
2月 第二任院長張達人就職。



- 7月 開放所有病房並深入偏遠社區巡迴醫療。

## 2006

- 4月 與衛生署疾病管制局合作提供藥物成癮患者替代治療。  
6月 精神科專科醫院評鑑優等。

## 1994

- 10月 破土整地，興建地上5層，地下2層之醫療大樓，總樓板面積31,604平方公尺。



## 1998

- 8月 掛牌成立「臺灣省立嘉南療養院」暨首任院長沈楚文就職——由臺北榮民總院精神部主任沈楚文醫師奉派擔任首任院長。



- 12月 臺灣省立嘉南療養院開幕營運，開辦門、急診。  
職務宿舍動土典禮，地上6層，地下1層。



## 2000

- 6月 衛生署公告為評鑑合格之精神科專科教學醫院。

## 2003

- 3月 榮獲衛生署餐飲食品安全管制系統先期輔導證明標章(HACCP)。  
10月 榮獲第五屆行政院服務品質獎。



## 2007

- 1月 腦的美麗境界——與精神健康基金合辦，將精神健康推向社區新紀元。



- 11月 開始與臺南市政府衛生局合作，轉介藥癮者至特定衛生所服藥。

全、關懷、尊重、創新」核心價值，發揮公醫使命，積極深入社區。現提供優質的門診、急診、急性與慢性住院(500床)、日間留院(200床)及居家巡迴醫療服務等精神醫療服務，更秉持「全人照護」之理念，結合中西醫療的多元服務。2010年陸續提供一般醫學科(中醫科、家醫科、神經內科、物理治療)整合醫療，2011年續成立精神護理之家(50床)，建構完整且完善之精神醫療服務。

## 2008

2月 第三任院長邱獻章就職。



7月 通過國科會補助單位認證。  
醫病攜手創造全院皆為復健場域環境。



9月 臨床研究中心及人體試驗委員會率先導入ISO 9001：2008國際品質管理系統。

10月 臺南縣政府顏純左副縣長關心減害治療推動情形。



11月 AHRN亞洲聯線參訪，汲取臺灣減害治療經驗。



## 2009

1月 臨床研究中心揭牌。



2月 成為南區精神醫療網之核心醫院。

3月 馬英九總統與葉金川署長蒞院關懷精神病友與聽取減害治療執行情況。



6月 精神科教學醫院評鑑優等。

成立中醫門診，嘉惠醫院住民與鄰近社區民眾。



8月 成為WHO-HPH健康促進醫院網路會員。

莫拉克風災重創南臺灣，由邱獻章院長指揮全面緊急應變，包括臺南縣仁德鄉、大內鄉、麻豆鎮、玉井三埔村、加利利，更甚至在阿里山空投醫師進行救災工作。



9月 通過衛生署餐飲業食品衛生管制系統評鑑HACCP。

10月 老人日間留院——長青客棧榮獲國家品質標章(SNQ)認證。



11月 通過衛生署人體試驗委員會(IRB)訪視，為署立醫院第一家。  
全院皆為復健場域，復健商店開幕。



## 2010

- 6月 新制醫院評鑑優等。
- 9月 全院通過ISO認證。

## 2012

- 1月 通過高齡友善醫院認證。
- 榮獲100年度署立醫院綜合考評特優獎。
- 4月 通過老年精神醫學專科醫師訓練醫院評鑑。
- 榮獲全球無菸醫院金獎(ENSH Gold Forum 2012)，為唯一獲獎精神專科醫院。



- 5月 榮獲行政院第四屆政府服務品質獎第一線服務機關類，為本屆唯一獲獎之醫療機構。



- 9月 再次通過衛生署餐飲業食品衛生管制系統評鑑HACCP(2012-2014)。
- 10月 協助安置「行政院衛生署新營醫院北門分院」火災病患。
- 11月 臺南市醫院督導考核優等。
- 榮獲臺南市身心障礙者職業訓練績優單位。
- 12月 人體試驗委員會(IRB)再次通過衛生署查核。
- 榮獲署立醫院綜合考評特優獎。
- 護理科通過國家品質標章(SNQ)認證。



- 12月 成立品質管理中心。



陸續開辦及提供一般醫學科(中醫科、家醫科、神經內科、物理治療)整合醫療服務。

## 2011

- 4月 歐盟無菸醫院網路會員(全國精神專科醫院第一家)。
- 8月 榮獲全球無菸健康照護服務網路認證金獎。
- 全球無菸健康照護服務網路認證(ENSH)，歐盟委員蒞院實地訪查。
- 10月 精神護理之家揭牌成立(50床)。



職能治療科通過國家品質標章(SNQ)認證。



## 2013

- 7月 第三任邱獻章院長榮退，由王作仁副院長代理院長乙職。
- 9月 全院再通過ISO 9001：2008品質系統認證。



- 10月 TTQS品質評核通過——嘉南療養院身心障礙者職業訓練班。



- 12月 榮獲內政部「友善建築——特優醫療設施」特優獎。

## 玉里醫院——歷史沿革

衛生福利部玉里醫院位於花東縱谷區內，成立於1966年9月1日，前身為「臺灣省立玉里養護所」，隸屬臺灣省衛生處，初期核定床位數是600床，成立之需求主要是收容當時之精神病患突發社會事件之導正，極具正面意義。1971年至1990年間，玉里養護所奉令陸續增收精神病患人數，養護床數已擴增至1,750床，並取得「精神科專科醫院」執照。1994年起，興建改制為「臺灣省玉里醫院」工程，規劃設置總病床數2,300床，分別設置於玉里綜合醫療大樓、萬寧、祥和及溪口等3個復健院區，全院現代化工程於2001年底完成。因配合精省政策，於1988年7月1日改隸屬行政院衛生署，院名改為「行政院衛生署玉里醫院」。同年升格為「精神科專科訓練醫院」，並於2002年通過精神科專科教學醫院評鑑。2013年7月23日因應行政院組織改造，改隸衛生福利部，醫院名稱改為「衛生福利部玉里醫院」，現有總病床數2,600

## 玉里醫院——大事記

### 1964

- 臺灣省政府為加強社會福利措施，擴充貧民施醫計畫，由省府衛生處組成專案小組，委託退輔會代為籌設精神病養護所，從事收容治療貧苦無依之精神病患，使其獲得新生界，以維持社會秩序。



### 1966

- 9月 「省立玉里養護所」正式成立，隸屬臺灣省衛生處，由玉里榮民醫院王昌齡院長兼所長並開始收容作業，此時設有病床600床。



### 1973

- 奉准購撥東部土地開發處萬寧開發區，以作為康復期精神病患從事農、漁、牧等職能治療。



### 1977

- 萬寧復健園區啟用。萬寧復健園區由行政院核定命名為「省立玉里養護所萬寧作業治療中心」。



### 1990

- 精神科專科醫師張堯舜接副所長，為玉里養護所專業精神醫療之始。

### 1994

- 行政院依據「六年國建計畫」及「醫療網第二期計畫」，核定「精神疾病防治工作計畫」，總經費23億元。玉里綜合醫療大樓、祥和、溪口復健園區陸續興建，並改建萬寧園區，預備改制為「玉里醫院」。



### 1965

- 衛生處與退輔會簽訂醫療業務合作契約，成立省立玉里養護所籌備處。



### 1970

- 增設義務役退伍官兵精神病患50人，有安全顧慮精神病患300人。



### 1974

- 先後增收小康計畫貧民精神病患600人，低收入戶精神病患200人。

### 1989

- 終止玉里榮民醫院代管合約，由衛生處核派專任所長，結束由玉里榮民醫院院長兼任玉里養護所所長的時代。最初由前任副所長田明輝及花蓮醫院院長王英俊代理，後由施維修代理。

### 1992

- 設置醫療藥品循環基金，開辦門診，開放萬寧作業治療中心210床，大樓收治一般身份病患。萬寧農場碾米廠落成，病患食用稻米可自給自足。



### 1995

- 1月 張堯舜副院長接任院長職位。



床，員工總人數 400 人，是全臺規模最大的精神專科教學醫院。

成立迄今近 47 載，在歷任院長努力下，陸續通過新制精神科醫院評鑑、醫院評鑑及精神專科教學醫院評鑑與各項認證等。且醫院臨床服務、教學及研究品質，榮獲各界及獎項肯定。現任孫效儒院長到任後，秉持以人為本的核心價值，提出「照顧人性化」、「醫療優質化」、「復健生活化」、「醫院公園化」、「服務科技化」、「研究國際化」6 大策略，擬訂短、中、長期目標，平衡發展玉醫特色，持續改善創新並回饋社區，期能達到「病患開心」、「家屬放心」、「社會安心」之目標，及實現成為永續經營、全國最完善的精神醫療暨教學研究機構之願景。

## 1998

- 祥和院區啟用。



## 2000

- 萬寧園區改建工程完工。



## 2003

- 8 月 張堯舜院長辭職，由行政副院長戴傳文代理。
- 10 月 原署立桃園療養院副院長邱獻章醫師接任院長職位。

## 2005

- 開辦萬寧門診中心。
- 開辦日間病房 100 床。



- 榮獲「第七屆行政院服務品質獎——整體獎」。
- 榮獲「2005 國家品質標章——醫療院所類醫院特色專科組」。
- 榮獲衛生署所屬醫院績效考評「特優」。
- 「精神病患就醫照護計畫」，增加公務床 200 床。

## 2007

- 新開辦「腎臟內科」及「神經內科」業務。
- 社團法人臺灣護理之家協會照護創意競賽——護理照護類創新獎。
- 獲頒世界衛生組織健康促進醫院證書。
- 通過 ISO 9001：2000 驗證。
- 溪口園區精神護理之家：通過 2007 國家品質標章——護理照顧服務。
- 玉里醫院祥和社區：通過 2007 國家品質標章——醫療院所類。

## 2009

- 榮獲衛生署所屬醫院績效考評「特優」。
- 溪口院區獲花蓮縣衛生局優良機構表揚「優等」。

## 1999

- 院本部大樓啟用。升格為「精神科專科訓練醫院」。
- 7 月 改隸為行政院衛生署玉里醫院。



## 2002

- 通過 HACCP 認證，保障病人用餐之衛生安全。

## 2004

- 溪口園區啟用，並通過精神護理之家立案。開設院本部之一般科病房。

## 2006

- 開辦康福門診（老人門診），提供便捷貼心的服務。新增設溪口復健園區 100 床。規劃辦理「強化社區重症精神病患就醫照護計畫」，增加公務床 200 床。



## 2008

- 2 月 原嘉南療養院院長張達人醫師接任院長職位。



「新制精神科醫院評鑑」合格。

「新制精神科教學醫院評鑑」合格。

「新制醫院評鑑」合格。

榮獲衛生署所屬醫院績效考評「特優」。

## 2010

- 榮獲醫策會第十一屆醫療品質獎（系統類機構推行組）肯定。
- 9 月 張達人院長商調至草屯療養院，同日，桃園療養院副院長孫效儒醫師接任院長職位。



#### 2011

- 通過「新制精神科醫院評鑑」為優等醫院。通過「新制精神科教學醫院評鑑」合格通過「新制醫院評鑑」合格。

#### 2013

- 因應行政院組織改造，改隸衛生福利部，醫院名稱改為「衛生福利部玉里醫院」。
- 榮獲國民健康署 102 年無菸醫院評核金獎。

#### 2012

- 健康 100 台灣動起來——減重績優醫院。
- 通過世界衛生組織 (WHO) 健康促進醫院國際網絡認證。
- 通過 1：2008 (品質管理系)、HACCP (食品安全管理系統)、ISO 900、ISO 27001 (資訊安全管理系統)。
- 榮獲國民健康局健康職場自主認證。

## 樂生療養院——歷史沿革

1930年成立(日本昭和5年)，名為臺灣總督府癩病療養樂生院，有5棟病舍，收容病患百人，於光復後改名為臺灣省立樂生療養院，因病患人數遽增，陸續增建為29棟病舍。因應戰後政府遷臺，以及大量軍民遷居臺灣，於1957年起退輔會陸續興建8棟以收容榮民病患，故病房增至42棟，住院病患442人。於省政府時代，省府謝主席重視漢生病患之收容，於1975年，奉指示陸續增建病舍至60棟，970張病床，為樂生收容人數最多的時期。由於漢生病防治達成效，服抗生素藥物可治療，新生病例數減少，依據「癩病防治工作要點」，自2002年5月10日起不再收容長期病患，因捷運徵收用地，2002年遷建新醫療養護大樓，並於同年啟用迴龍門診部，開啟樂生為社區型醫院的大門，新建醫療大樓於2005年完工啟用，並開設門診及住院。2008年12月設置急診室，樂生療養院已具有急慢性綜合醫院的規模，並於2010年由社

## 樂生療養院——大事記

### 1930

- 「臺灣總督府樂生院」正式成立，任命臺灣總督府癩養所醫長上川豐為樂生院首任院長。為臺灣第一所也是唯一公立漢生病防治醫院。



### 1952

- 樂生療養院開始引進當時國際上使用之麻風效藥「滴滴實」(Diamino-Diphenyl-Sulfone, DDS)，開啟漢生病得以根治之可能性，將臺灣漢生病防治成效向前推進一大步。基督教信徒籌建「聖望禮拜堂」，正式落成啟用。



### 1956

- 臺北縣鄉鎮長改選，樂生療養院患者於院內大禮堂首次行使投票權。



### 1959

- 「臺灣省漢生病防治委員會」成立，正式將全臺漢生病防治任務交付樂生療養院。

### 1961-1971

- 收容癩病人數達最高計1,118人。

### 1945

- 光復後，前臺灣省衛生局接收樂生院，更名為「臺灣省立樂生療養院」，癩患遽增至400餘人，陸續增建29棟病舍。



### 1954

- 實行病患分區自治制度，奠定院務管理基礎。
- 佛教信徒籌建「棲蓮精舍」，正式落成啟用。



- 患者5人病癒出院，為患者正式出院之始。

### 1957

- 國軍退除役官兵輔導委員會主任委員 蔣經國先生蒞臨參觀。
- 退輔會陸續興建病舍，收容榮民癩患，病舍增至42棟。

### 1960

- 開辦全臺漢生病巡迴檢診，並將全臺各案納入管制系統。



### 1962

- 蔣宋美齡夫人率「中華婦女反共抗俄聯合會」會員慰問病患。



### 1975

- 省府謝主席重視癩病患者之收容，奉旨示陸續增建病舍60棟，970張病床。

區健康中心承接臺北縣政府衛生局社區整合式篩檢、老人健檢，以及評鑑為新制區域教學醫院，為樂生開啟社區醫療新頁。至2013年6月院民人數179人。

## 1985

- 訂定「癲病防治十年計畫」，將漢生病防治重點由「治療」推向「預防」，並以30年後完成漢生病防治工作，結束樂生療養院之運作為遠程目標。

## 2001

- 行政院院長張俊雄蒞新莊市公所，聽取捷運系統簡報，並指示衛生署協助醫院拆遷整建事宜。

## 2004

- 國際麻風50周年，結合希望之翼在醫院擴大舉辦向「抗癲鬥士致敬」，邀請陳總統水扁蒞臨致詞。
- 青年樂生聯盟成立。

## 2006

- 衛生署侯署長勝茂到院關心院民。
- 新莊市龍福里、樹林市及龜山鄉民遞交連署書，要求早日展開急性醫療作業，以嘉惠社區民眾。
- 實施「清淨家園全民運動計畫」。
- 慶祝76周年院慶暨迴龍院區啟用典禮。

## 2008

- 卸(黃龍德院長)新(李乃樞院長)任院長交接。



- 社區健康中心成立。
- 「漢生病病人權保障及補償條例」公布施行。
- 97年度臺北縣政府衛生局居家護理所護理督導考核績優。
- 97年度行政院衛生署北區區域聯盟服務品質競賽——主題改善類優等獎。
- 癲病、癲瘋病總統公布正式更名為漢生病。

## 2010

- 生策會國家品質標準章認證：漢生全人照護團隊及復健團隊。



- 醫院資訊安全管理系統通過 ISO 27001：2005 TUV 認證。



- 通過食品安全管制(HACCP)衛生評鑑。



## 1976

- 訂定「癲病防治十年計畫」，全面防治教育宣導。

## 1999

- 配合政府精省改隸為「行政院衛生署樂生療養院」，並開始執行「整建計畫」。

## 2002

- 增設「迴龍門診部」提供對外門診服務，成立保健志工隊，積極走入社區服務，為醫院轉型準備。
- 內政部營建署完成新建新醫療大樓發包工程。
- 因捷運徵收拆遷病舍，目前病舍數31棟(包括組合屋6棟)。

## 2005

- 因臺灣公衛提升、醫學科技進步、收容政策之調整及院民多年邁漸凋零等因素，現今收容之病患計338人。
- 呂副總統蒞臨視察。
- 行政院謝院長長廷、衛生署侯署長勝茂蒞臨視察。

## 2007

- 臺北市捷運局入院施工，發生拆遷抗議及捷運通車陳情事件。
- 「漢生病防治政策與人權」國際研討會。
- 公共工程委員會樂生保留方案評估決議：保留樂生院39棟建物，10棟則異地重建或重組。
- 首次醫院評鑑合格通過。
- 衛生署葉署長金川到院關心院民。

## 2009

- 臺北縣政府衛生局病人安全推動優良醫療院所督導考核績優(第二名)。
- 衛生署北區區域聯盟醫療品質競賽——創新、創意、感動服務類優等獎。
- 文建會通過樂生療養院為臺灣世界遺產潛力點。
- 通過行政院衛生署國民健康局「全國無檳榔醫院」認證。
- 臺北縣政府公告登錄為「文化景觀」及「歷史建築」。
- 急診室24小時正式營運。
- 生理檢查室啟用。
- 全院實施節能「熱泵」措施。
- 醫療影像系統擴充，實施無紙化。
- 漢生病患分級照護試辦計劃(2009-2011)。
- 行政院長劉兆玄針對過去政府對漢生病病患採取隔離政策的歷史，代表政府公開向所有漢生病友道歉，鄭重宣讀道歉聲明。

## 2011

- 教學醫院新制評鑑通過。
- 與亞東紀念醫院醫療合作簽約。
- TAF實驗室認證ISO 15189通過。
- 傳染病檢驗機構認證通過。
- ISO 27001資訊安全認證通過。
- 子宮頸癌健康關懷醫院認證通過。
- 糖尿病健康促進機構認證通過。
- 李乃樞院長卸任，蘇治原副院長代理職務。
- 新北市衛生局績優保健志工隊——甲等獎。



- 生策會國家品質標章認證：漢生全人照護團隊及復健團隊。



- 健康醫院認證通過。
- 北京麻風協會——漢生照護交流。
- 區域醫院新制評鑑通過。
- 承接台北縣政府社區整合式篩檢、老人健檢事務，正式開啟社區醫療業務。

## 2012

- 蘇治原副院長代理院長卸任，林慶豐院長上任。



- 樂生院民暫遷安置及緊急疏散演練。
- 與新北市醫師公會會員聯誼交流。
- 新莊捷運機場工地災害防救高司作業暨實兵演練。
- 與明志科技大學建教合作。
- 與龍華科技大學學術交流。



- 開設美沙冬藥癮防治門診。
- 與萬芳醫院合作遠距醫療計畫。
- 執行青少年健康促進計畫。
- 通過無菸健康醫院認證。
- 通過健康促進醫院認證。
- 獲國民健康局「癌症防治績優醫院」整體四癌疑癌追蹤第一組第三名；大腸癌疑癌追蹤第二組第一名。

- 持續辦理漢生人權會議。



- 1月 樂生橋完工通行。

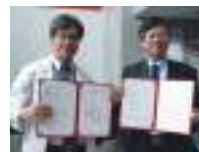


- 2月 衛生署高階主管共識營，邱署長蒞臨關懷院民。



## 2013

- 與輔仁大學建教合作。



- 獲新北市衛生局頒發大腸癌、口腔癌篩檢卓越獎。
- 與林口長庚醫院建教合作。



- 成立社區醫學部，進行社區深耕服務。
- 柏克萊院長教授蒞院參訪交流。
- 天主教臺北教區捐贈500萬。
- 夜間熄燈消防演習。
- 捷運新莊線迴龍——樂生站通車。
- 通過ISO 9001認證。
- 7月 配合行政院組織改造，升格為衛生福利部樂生療養院。榮獲國民健康署頒發健康平權獎及志工運用獎。通過高齡友善醫院認證。



林慶豐院長榮獲102年度模範公務人員。

## 胸腔病院——歷史沿革

1915年於臺北市成立「錫口養生院」。1925年改名「松山療養所」(光復後改為臺灣省立松山療養院)，1950年改制為臺灣省立結核病防治院，辦理結核病門診及防治工作，並陸續於臺南、嘉義及臺中設立結核病防治院。1967年合併臺灣省衛生處防癆委員會與4所結核病防治院成立「臺灣省防癆局」，負責結核病預防、治療、研究與教育訓練。

1989年改制為「臺灣省慢性病防治局」，各地「結核病防治院」亦更名為「慢性病防治院」，兼辦中老年慢性疾病之防治工作，唯仍以結核病防治為重點。

1999年改銜為「行政院衛生署慢性病防治局」，下轄臺中、嘉義及臺南慢性病防治院。2001年將結核病防治之公共衛生任務移交「疾病管制

## 胸腔病院——大事記

### 2007

3月 衛生署南區聯盟醫院第一家通過Qualicert國際服務品質驗證標章。

12月 獲頒健康促進醫院 HPH 證書。



### 2009

4月 通過ISO 9001：2008品質認證。



5月 無片化醫療影像擷取及傳輸系統(PACS)。

8月 榮獲第二屆健康促進醫院典範暨創意計畫雙特優獎。



10月 榮獲第六屆中南區區域聯盟創意服務發表暨競賽活動「第一名」暨「優等」獎。



### 2011

1月 檢驗科通過ISO 15189醫學實驗室認證。



12月 檢驗科榮獲2011年SNQ國家品質標章認證。



### 2008

1月 新制醫院評鑑合格。

新制教學醫院評鑑合格。

### 2010

1月 榮獲99年新制醫院評鑑「優等」及新制教學醫院評鑑榮獲「合格」。



2月 榮獲中央流行疫情指揮中心「H1N1新型流感疫苗接種工作競賽活動」之「醫院表率獎」。



6月 榮獲第六屆品管圈發表暨競賽「優等」暨「佳作」獎。



10月 榮獲第三屆健康促進醫院創意計畫選拔特優獎。



榮獲「衛生署所屬醫院關懷弱勢居家用藥訪視計畫成果發表——藥安獎」。



局」掌理。2002年整併「慢性病防治局」與所屬分院後更名為「行政院衛生署胸腔病院」，並搬遷至原臺南分院院址，專責於結核病臨床醫療照護及教學研究。

創院歷史悠久，且為我國唯一的結核病專責醫院，於臺灣結核病防治史上扮演相當重要角色。在醫療生態丕變的時代巨輪下，除致力於結核病治療照護外，並積極從事人才培訓、研究發展及國際參與，釐訂以病人為中心之各項服務流程，提升服務禮儀及注重病人安全，以達「以人為本，以客為尊」之宗旨。

MDR團隊榮獲2011年SNQ國家品質標章認證。



## 2013

3月 通過Qualicert國際服務品質更新驗證。



7月 自2013年7月23日因應衛生署升格為衛生福利部，更名為「衛生福利部胸腔病院」。



2013年教學醫院評鑑榮獲「合格」。



10月 榮獲衛生福利部所屬醫院創意服務競賽活動優等獎。



榮獲102年度第二屆提升全人醫療暨整合服務研討會海報「佳作」獎及口頭發表「第三名」。



11月 醫事檢驗科申請2014年SNQ國家品質標章認證。

MDR團隊申請2014年SNQ國家品質標章認證。

獲選南區醫療網「102年度提升社區醫院病人安全及醫療品質輔導計畫」成果發表會之特色發表醫院，提供同儕學習及交流。



102年度醫院督導考核評等優等。

## 2012

4月 通過ISO 9001：2008品質更新認證。



10月 榮獲101年度第一屆提升全人醫療暨整合服務研討會海報「優等」及「佳作」獎。



榮獲高齡友善醫院認證。



12月 榮獲「101年全球無菸健康照護服務網絡認證」金獎。



走過百年風華——衛生福利部所屬醫院轉型  
紀實／衛生福利部附屬醫療及社會福利機  
構管理會所屬醫院作．-- 初版．-- 臺北市：  
衛福部，2013.12  
264面；21 x 29.7公分  
ISBN 978-986-03-9189-3(精裝)  
1. 醫院 2. 公共衛生史 3. 臺灣  
419.333 102024250

## 走過百年風華——衛生福利部所屬醫院轉型紀實

發行人 邱文達  
總召集人 李懋華  
副召集人 賴慧貞、李孟智  
編輯顧問委員 王文彥、李伯璋、李明輝、林水龍、林克成、林慶豐  
邱獻章、施國正、祝年豐、徐永年、孫效儒、陳快樂  
陳俊鶯、郭泰宏、許家禎、黃瑞明、張景年、曾孔彥  
鄭若瑟、鄭舜平、鄭裕民、潘正欽、潘秋宜、顏鴻章  
(依姓氏筆劃序)  
執行編輯 林慶豐  
執行副編輯 李明輝  
編輯委員會 莊讚生、巫淑君、余珮瑜、方娟娟、江明芬、陳麗圓  
劉紫娟、蕭淑如、陳重吟、陳麗光、游麗芬  
總顧問 蔡篤堅  
作者 衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會所屬醫院

出版 衛生福利部  
地址 臺北市大同區塔城街36號  
電話 02-8590-6666  
傳真 02-8590-6045

設計印刷 記憶工程股份有限公司  
地址 臺北市中山區渭水路20號4樓  
電話 02-8772-1168  
傳真 02-8772-1167

初版一刷 2013年12月  
定價 2,000元(精裝)  
GPN 1010202844  
ISBN 978-986-03-9189-3  
版權所有・翻印必究







ISBN 978-986-03-9189-3

02000



9 789860 391893

GPN1010202844 NT\$2000