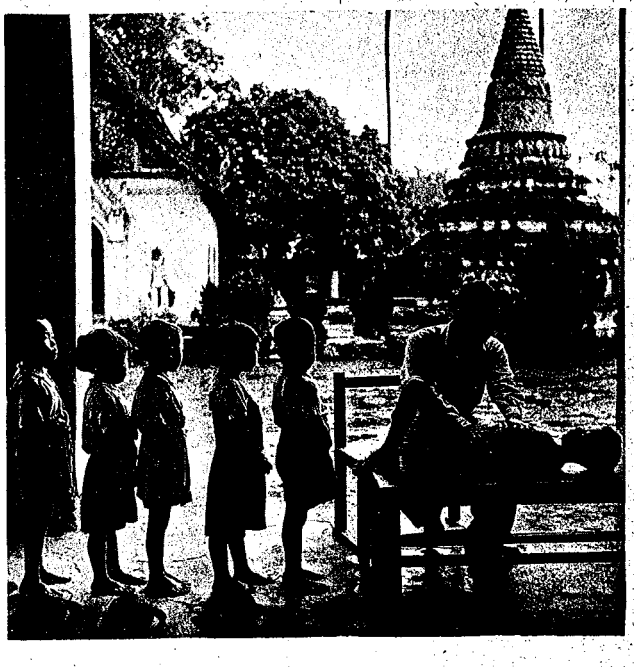
東南亞醫療考察記行

⊙胡惠德 教授



一、考察到達國家

韓國、日本、新加坡、泰國、香港。

二、考察觀感

㈠醫療設施

隨社會文化經濟發展，各國均重視如何提高一般生活水準，改善生活環境，保護民衆健康，並強化社會福利措施，以確保人力資源。因此對于地域醫療體制之整備不遺餘力。地域醫療設施應包括醫療預防、保健及復建之綜合衛生計畫。其組織之健全，衛生人員之養成，設備之充實，均須大量的投資。日本雖已有很好的全民健康保險制度，國民均可獲得近代化的醫療照顧，政府仍致力整備公立醫療院之網狀組織，擴充病房，充實醫療設備，以提高醫療之素質及內容，並強化鄉村之醫療設施。醫院管理方面也逐步邁進科學化及企業化，並已有不少之大醫院採用電腦管理掛號、收費及病歷、藥品管理等，可資借鏡。爲推行公共衛生，日本全國設有八三九個保健所，其組織之健全，人員設備之充實爲東南亞各國之冠。其主要任務原爲婦幼衛生、傳染病預防、結核病防治及食品衛生等。最近隨社會進步變遷，其業務範圍逐年擴大，包括精神衛生、成人病防治、老人保健、優生保護、環境衛生指導及公害對策等愈爲繁雜。其經費除由地方政府負擔以外，中央政府補助 1/2 之建築及設備費，並負擔 1/3 之經常費及事業費。因此不但可解決地方上之財政困難，並可激發地方自治團體對公共衛生事業之興趣及責任，且亦可杜絕地方政府推行不力之藉口，以期達到全國衛生事業之統一目標。一九七二年國庫補助保健所經費高達一百億七千萬日幣之多。日本以外各國均設有保健所或婦幼衛生中心等公共衛生基層組織。惟爲有效利用有限的衛生人員而強化鄉村社區衛生，乃研擬綜合衛生計畫，建立地域醫療保健制度。香港爲解決平民醫療保健，除公立醫院之門診均爲免費治療外，設立廿九處健康院，辦理各科免費門診醫療，接生及婦幼衛生工作，此種綜合醫療及保健，設備良好，並由專科醫師應診，頗爲民衆歡迎。

㈡衛生人力

各國因衛生醫護人員之缺乏，嚴重地影響衛生事業

之發展及醫療設施之強化。而且醫學的進步，社會水準之提高，更需要醫療之量及質兩方面之充實。醫護人員對病人數之比例比過去爲高，須要更多的醫護人員及更高的素質及醫學水準。新加坡及香港已有充分的醫護人員，其待遇優厚而合理，醫師能專任服務，安份工作。而且人員羅致容易，未聞有補充醫護人員之困難情形。此外，東南亞各國均感覺醫事人員之補充爲頭痛的問題。爲提高醫師素質，日本除重新檢討醫學教育制度，並對未附設大學病院之醫學院採取不許可設立之方針外，非常注重醫學院畢業後之醫師之研修。醫師法新規定最低二年之臨床研修醫制度。厚生省並自新年度預算，整備公立醫院並指定 121 所綜合病院及10所精神病院爲臨床研修病院。研擬教育病院群制度，東南亞各國中，日本係醫藥水準最高最發達的國家。全國有53個醫學院，每年養成醫師有四千五百人之多。現有醫師每一萬人口中有醫師 11.5人，可與歐美國家相比，但醫師過份集中於城市，因而有無醫師村之存在；且公共衞生機構，保健所缺乏醫師之情形亦爲常見。政府爲羅致公立衞生醫療機構之醫師，除基本薪水比一般公務人員優厚外，再加發給研究費以安定生活，並養成研究風氣提高醫學水準。至於解決無醫師村問題竟以高薪待遇（月收 40 ～ 50 萬日幣）招募外國醫師下鄉服務，其中大部份爲韓國及台灣之醫師，佔數百人。台灣各地衞生所及鄉下缺乏醫師之情形比日本嚴重，爲何台灣之醫師寧願放棄自己家鄉而爲日本鄉村服務，其關鍵完全爲待遇也。

韓國目前有醫師 16,207 人，護士 16,351 人，但有 81 %之醫師、88 %之護士均集中城市，因而鄉下缺乏醫護人員之情形相當嚴重。如郡部 140 個保健所中，40 所無醫師；全國共有 1,342 面（相當於台灣的鄉村）中約有 400 面無醫師。每年醫學院 750 名醫科畢業生中約 300 名則出國，人才外流之情形也嚴重。政府爲解決問題除提高醫師待遇（如保健所專任醫師平均月薪爲十五萬元，等於一萬五千元新台幣）外並實施地域醫療制度，將全國分爲 1,102 地區，分別建立衞生醫療網狀組織，並由公立醫院（包括國立及省市立醫院），保健所、保健支所及開業醫院組成。其中 195 地區尙無醫師，即自一九七二年四月起動員第三年或第四年之住院醫師，輪流派至無醫師面作義務性服務，爲期六個月，月薪五萬八千元，另外可向患者收費。一九七三年二月新醫療法修訂，第十一條規定：醫師請求醫師免許證時，保健社會部長官認爲保健醫療政策上必要時，有權指定醫師於二年以下期間內，爲特定地區或特定業務服務。對於更偏僻地區，政府則組織巡廻診療隊十八隊，前往各地區作醫療及公共衞生服務。

泰國之情形也是80％之醫師集中城市，鄉下成眞空狀態。泰國醫師制度規定醫學院畢業後第一年爲實習醫師，第二年及第三年爲住院醫師，而政府可派住院醫師輪流到保健所（尤其鄉鎭地區無醫師之保健所）服務一段時間，就是畢業後經過三年間國內服務後才准許出國或自由開業。韓國及泰國賦予醫師之義務性服務之辦法，其優點當可作爲補救鄉村缺乏醫師之權宜措施，並可使年青醫師多瞭解農村農民之實情及困苦，培養仁愛精神及國家觀念。然而強迫年青醫師從事他不願意做的義務工作，總有些馬馬虎虎應付，白渡時間的情形；又鄉鎭衞生機關醫療設備較差，醫師有英雄無用武之地之憾，其服務情形尙差強人意。

㈢成人病防治

第二次世界大戰後，醫藥發達、公共衞生的發展、傳染病撲滅、死亡率的遽減、平均壽命的延長、老年人口的增加、國民生活水準的提高等等，致使主要的死亡原因變化。日本戰後初期的主要死亡原因還在肺炎，肺結核等傳染病，到了一九五一年以後有了轉變。一九七〇年死亡原因第一位腦血管障礙，第二位惡性腫瘤，第三位心臟病。腦血管障礙佔部死亡數之40％；癌症佔全部死亡數之 17.1％。各種癌症中仍以胃癌（41.8％）及子宮癌（12.5％）最多。這些疾病都是卅五歲以上之成年期、壯年期之主要疾病，日本稱爲成人病。日本早於一九五四年國立病院附設癌症中心便利民衆之診斷治療，一九五六年於東京設立國立癌中心，辦理診療，研修及調查研究。 1969 年以後，循環器血管系疾病對策也付諸實施。目前日本全國分爲九個地區群，分別設立四個國立及五個縣立癌中心或成人病中心。即國立癌中心（東京）國立札幌病院、國立松山病院設置癌中心；縣立者有大阪成人病中心、愛知縣癌中心、宮城縣成人病中心、神奈川縣成人病中心及新潟縣立病院癌中心等。另外全國有一六〇個規模較大的地方綜合醫院也附設癌科從事癌症診療。

中心之主要活動爲(1)衞生教育，強調成人病或癌症之正確的認識及預防，並鼓勵民衆接受定期體檢，以便早期發現早期治療。(2)利用門診及檢診車（胃癌及子宮癌檢診車）實施集體檢診，以便發現病人。(3)充實醫療設備、擴充病床、提供專門的診斷及治療。(4)養成專門醫療技術，普及成人病或癌症檢查治療之專門技術，訓練專門醫師、護士、X光技術員、檢驗員等。(5)配合臨床及基礎醫學從事研究，尤其對癌症之基礎研究，發癌原因的實驗，流行病學的調查研究，化學療法之實驗研究，早期診斷之技術開發及預防方法等。日本政府一九七一年資助癌症研究費爲四億七千八百萬元（日幣）。據國立

癌中心負責人稱：癌症之檢查及治療須要高度之專門技術及高貴的醫療設備，並且每一個患者之住院期間較長，病床廻轉率低，所以不可能期待私人醫院提供充份的醫療服務，而宜由政府大量投資，擴充設備及充實人才，才能防治癌症。該中心成立以來僅爲十年，已有寶貴的研究業績並保持高度的診療水準，如胃癌治療後之五年生存率已提高爲50％等，值得觀摩。

又隨平均壽命之延長，社會老齡人口之遽增。日本一九七〇年平均壽命已提高爲男 69.33 歲，女 74.71 歲，而65歲以上之老人佔總人口之 7 ％。人口之老齡化爲工業社會之文化經濟發展國家的普遍現象，其影響引起老人之福祉及健康之問題。日本於一九六三年制定老人福祉法以後，設立老齡福祉年金制度，強化老人福祉設施、保護安定老人生活外，一九七二年六月，厚生省社會局下新設老人保健課，加強老人保健醫療對策。現在主要制度爲㈠老人醫療費支給制度，對于70歲以上老人完全免費治療。㈡老人健康診查，對於65歲以上老人實施健康檢查，以便早期發現並預防老人病。其費用由國庫、府縣及市町村各負擔三分之一。㈢支給老人性白內障手術費。㈣機能障礙者之機能回復訓練等。成人病及老人病問題將爲工業社會各國之新公共衛生課題。東南亞各國，除日本已展開成人病防治工作，及香港與新加坡利用家庭計畫門診實施子宮癌組織檢查工作外，其餘各國仍忙於傳染病防治爲主之傳統性公共衛生工作，未能顧及成人病防治。

三、家庭計劃

家庭計畫工作，除香港目前仍由家庭計畫指導會代替政府推行外，其他各國政府人口政策確定家庭計畫爲最重要衛生工作之一，納入政府衛生機構經常推行，並由家庭計畫協會（人民團體）協助衛生教育，啓蒙民衆觀念，多年來的努力，各國之成果顯著。如出生率一九七一年日本爲千分之 18.8 、韓國 31.0 、香港 19.7 、新加坡 22.3 、泰國 41.0 ；而人口自然增加率，一九七一年日本爲百分之 1.19 、韓國 2.0 、香港 1.43 、新加坡 1.7 、泰國 3.0 ，上述情況可供台灣地區一九七二年之出生率 24.15 ％，人口自然增加率百分之 1.94做爲參考。避孕法採取彈性，除傳統性的各種方法以外，將樂普、口服藥、注射法、男性避妊手術或輸卵管結紮法等各種方法並用。樂普的普及率漸爲減低。目前最受歡迎者仍爲口服藥，次爲保險套。男性避妊手術在韓國比較普遍，是否韓國先生較爲勇敢的緣故呢？日本到現在不准許使用樂普及口服藥，引起各方的激烈討論。樂普及口服藥之副作用是否比人工妊娠中絕之害處更嚴重值得研究。一九四八年日本優生保護法實施以後，人工流產非常隨便，據估計每十個妊娠中人工打胎有八個之多。最近日本政府擬修改優生保護法第十四條四款，即是刪除經濟的理由之打胎，改爲「妊娠或生產可能障害母親的身體或精神健康時，或嬰兒可能成爲嚴重的精神身體障害時」，經醫師認定後可施行人工妊娠中絕。本案提出國會審議後反應不一，尤其婦女團體反對刪除經濟的理由之打胎。韓國一九七三年一月實施之婦幼衛生法，准許醫學健康及優生學的理由之人工流產。

新加坡一九七〇年三月實施之流產法，放寬人工流產，除醫學健康及優生學的理由以外如因社會經濟的理由也准許打胎。

產後婦女接受家庭計畫之動機最大。各國家庭計畫均視產後婦女爲對象，除配合婦幼衛生工作推行外，並動員各病院婦產科及產院積極參與工作。如泰國利用生產住院期間或產後檢查時，施予衛生教育改變觀念，並裝置樂普或分發口服藥等。

家庭計畫工作，如政府各部門之施政政策能互相配合，容易達成預期目標。新加坡爲徹底推行家庭計畫，改變社會政策，其要點如下：(1)政府醫院的生產住院費每多生一個嬰兒遞增收費，如第一個嬰兒新加坡幣十元，第二個二十元，第三個五十元，第四個以後一百元。(2)從第四個嬰兒起母親不能享受生產假期。(3)在建屋發展局分配租住屋方面，大的家庭並沒有獲得優先權。(4)在生產後接受絕育手術的婦女，可免交生產費。(5)住丙等病房而接受絕育手術的婦女，住院費可退還。(6)丈夫在妻子生產最後一個嬰兒後的一個月內接受絕育手術者，妻子可免交生產費。(7)在生產或墮胎後接受絕育手術者，可享受放寬的病假期等可資參考。總之，家庭計畫是各國最熱門的衛生工作，歷年來的努力推行已有相當的成果，惟東南亞各國目前面臨的問題大致相同。(1)因戰後大量出生之孩子已進到結婚適齡期，而隨新婚家庭之增加，生育率有開始再增之趨勢。(2)重男輕女之觀念不容易改變。(3)工業急速發展的結果，年青人集中都市而引起都市出生率之增加。(4)目前尚無安全有效，簡便而便宜的避孕方法。(5)對人工流產或性教育之看法不一，爭論不休等，將來的問題尚留不少需要相觀摩研究解決。

四、公害及環境衛生

工業的急速發展，生產活動之增加、都市人口集中、一般生活水準之提高、增加消費等，引起產生大量的廢棄物、廢氣、廢水，嚴重地妨害環境衛生，污染生活環境，影響居民的健康及生命危險，這是全世界工業社

會普遍的現象，也是國際社會最關心的問題。日本爲保護國民健康，保全生活環境，推行公害對策。於一九六七年八月公佈「公害對策基本法」後陸續制定各種公害法及環境基準。一九六八年制定「大氣汚染防止法」、「噪音規制法」、一九七〇年制定「水質汚濁防止法」、「農用地土壤汚染防止法」、「廢棄物處理及清掃法」、「公害犯罪處罰法」、一九七一年制定「惡臭防止法」，並根據各種公害法規再詳細規定各種環境基準付諸實施。如一氧化碳、硫磺氧化物、浮游粒子狀物質、水質汚染、噪音、排水基準、汽車排氣量之容許量等非常詳細。一九七一年七月日本政府爲統一事權，加強公害對策，設立「環境廳」，長官由副首相兼任，積極推行公害防治，強調公害問題必須由政府、企業及民衆共同負責。至於公害防止費用之負擔，除由政府負擔補助外，一九七〇年制定『公害防止事業費事業者負擔法」規定汚染者負擔費用之原則；又因公害損害健康之被害者之醫療救濟也是一個嚴重的社會問題，尤其依司法程序，損害賠償之裁判未確定前需要行政上之救濟措施。一九六九年公佈之「有關救濟公害健康被害之特別措置法」規定公害病之醫療費用由產業界負擔二分之一，其餘由國家及地方自治團體共同負擔。而汚染原因無法個別查明時由「財團法人公害對策協力財團」（其費用由各事業者共同繳費）負擔醫療救濟費用。如川崎市、横濱市、富士市、四日市　、大阪市、尼崎市經政府指定爲空氣汚染地區，其地區之住民如患慢性支氣管炎、氣喘病、或肺氣腫時可申請醫療費及看護費用之給付。

日本以外，東南亞各國之公害問題，主要爲家庭汚物之汚染環境，也就是垃圾及水肥處理之環境衛生問題。各國均致力於改善環境衛生，其中新加坡最有成效，成爲東南亞最整潔的綠園都市。新加坡改善環境衛生之努力早已開始，經屢次推行改善環境衛生運動，但國民不良衛生習慣一時不易改變，所收到的效果不大。等到四、五年前改變政策，採取重罰主義以後才收到實際效果。一九六八年國會通過「環境衛生法」一九六九年開始執行以前就開始強力的清潔衛生運動。因有全國上下一致的決心，經過大衆傳播，衛生教育宣傳徹底，得到國會議員及輿論界的充分支持，政府各部門的互相配合，改變學童及市民的觀念進而養成良好的衛生習慣，民衆積極的參與工作，自動清掃整理並美化環境。該法規定妨害環境衛生者第一次處罰五百元（新加坡幣一元折新台幣15.8元）以下罰金；第二次以後處以二千元以下之罰金，並由警察人員及衛生稽查員巡邏執行取締告發。因事先宣傳徹底並經過一個月間之勸導期間後開始嚴格執行，雖然處罰很重但民衆非常合作，不敢怨言。目前每星期開二次法庭，違反案件平均每個月有三千件左右。除重罰以外政府致力改善衛生工程，大小道路均鋪裝柏油，興建排水系統，貧民區住屋改建爲公寓，並充實垃圾水肥處理設施。僅爲垃圾處理（每天每人產生垃圾0.77公斤），僱用六千工人（等於每一千人口有清潔隊員三人）清運垃圾改爲機械化，並在街道適當距離普設有蓋垃圾筒以便行路人拋丟，最後處理即採用衛生掩埋法，最近正在興建焚化爐。菜市場、公寓、或公私建築物範圍內，即自行僱用工人負責清掃集中垃圾以便清潔隊搬運。清潔隊每天收集垃圾，一年當中無休息日。徵收清潔規費，其標準爲一般住戶每月一元、商店五元，如垃圾產量超過0.25噸以上之商店或工廠，應自行運到指定地點或另行收費代運。水肥處理如非化糞設備即由水肥車每天收集傾倒水肥處理廠處理，不使用爲肥料。工人共有450人。至於水質汚染問題正在推行大規模的清淨運動，對工商業廢水的適當排入陰溝和淨化予以控制，並預定一九七三年底開始對不遵守法令者將科以重罰，新加坡政府於去年（一九七二年）九月間新設環境發展部，吸收衛生部的環境衛生部門及公共工程局的陰溝組及排水組等，以便統一事權加強環境衛生措施，並有效地處理各種汚染問題。對於工業公害防止，新加坡即設立工業區，分類分區設廠，並採取寧願影響經濟發展，不要汚染的工廠之政策，違反者即科以重罰。新加坡以外香港也採取重罰主義，亂丟垃圾即處罰二千元港幣以下之罰金，韓國最近也開始重罰了。

五、建議事項

㈠充實基層衛生設施解決衛生所醫師缺乏問題

本省各鄉鎮區均設有衛生所，辦理保健防疫及簡易醫療等業務。雖衛生所普遍分佈，但是現有346個衛生所中，缺乏醫師之衛生所多達94所之多，組織不健全。其主要原因係醫師待遇太差而不合理，結果醫師不願屈就，並造成醫師人才外流。目前衛生所醫師均照一般公務員待遇，不但比開業醫師收入相差懸殊，甚且比稅務或警察人員爲遜，甚爲不合理。又醫師外流之情形也嚴重，年青醫學院畢業生即應聘美國之醫院，中年以後醫師即由日本高薪聘爲無醫師村之醫師。其原因亦爲國內醫師待遇不如外國之關係。醫師之養成甚不容易，其教育經費之大，其養成年數之長，實非其他行業可比。國家辛辛苦苦養成後，讓其外流而造成國內醫師不足，實非良策。醫師待遇之合理調整，刻不容緩，爲考慮地方財政不易負擔，建議以中央、省及縣市三對等補助方式提高待遇發給醫師專業補助費或技術津貼。

除改善醫師待遇外可參照其他國家的方法，解決衛生所醫師缺乏問題。首先建議採取地域綜合衛生計劃，即全省分爲幾個地域，以省立醫院爲中心，衛生所醫師全部集中爲省立醫院醫師，從事臨床診療及研修，衛生所視爲省立醫院之門診部，其醫療業務由醫院定期輪派醫師負責，每四個月或半年輪調一次，至於衛生所行政業務另指派公共衛生行政人員擔任。本方案優點除解決衛生所醫師荒外，可提高醫師素質，讓醫師們趕上日新月異的醫學潮流。如要實施本計劃，第一條件須先將各鄉鎮衛生所改隸縣衛生局以便統一指派。按東南亞各國之保健所均隸屬于縣市級以上之政府，無一是隸屬於鄉鎮自治體。至於醫師外流問題仍可仿照韓、泰，規定醫師應聘出國以前應在國內服務二年以上，如在經政府指定之偏僻地區衛生所服務六個月者可提前准予出國，如是並可獎勵醫師下鄉服務，又國防部如能同意將服兵役之醫學院畢業生派一部份至衛生所服務，即幫助本省加速農村建設很大。

㈡擴充公立醫院，充實設備

社會進步結果，所要求者即醫療之量及質之提高，本省現有省立醫療院病床數爲 5,055 床，平均每 2,647 人有一床，即人口一萬人僅有 3.78床，顯然比事實之需要相差很多。應逐年擴充病房，增設省立醫院，以期達到每一縣市有一個省立醫院之目標。又省立醫院應爲地域醫療體制之中心，其醫療設備應符合近代化醫學水準以提高醫療之素質及內容。尤其診斷檢驗研究設備，實非營利性質之一般私人醫院所能做到者，即應由政府編列預算大量投資充實設備。爲提高省立醫院醫師素質，除加強在職訓練外，可連繫醫學院共同研究或請國科會補助研究費，以提高研究進取之風氣。至於省立醫院之管理仍須加強，做到近代科學化之管理，提高服務精神，改善醫院內環境衛生。

㈢設立成人病防治中心

醫藥衛生之進步及老年人口之增加的結果，本省主要死亡原因已顯著的改變，接近文明國家的範疇，即第一位腦血管疾病、第二位惡性贅瘤、第三位心臟病。

成人病防治將爲公共衛生之中心工作。惟成人病防治工作須要高度的專科技術及高貴的診療設備，按目前的本省環境，建議先設立三所成人病防治中心，分別附設於省立台中醫院、台北醫院及台南醫院，從事成人病之早期診斷早期防治，調查研究及專門人才之訓練。爲提供成人病之專科診療服務，其診斷、檢驗及治療設備必須充實強化，請政府寬裕編列預算外，並列爲請求外援補助之優先項目。醫護人員及檢驗X光技術人員除國內加強訓練外，可考慮派至國外進修以趕上國際水準。

㈣加強推行家庭計劃

本省家庭計劃工作推行多年，已有相當成效，惟尚有不少問題亟待解決，如何減少年青婦女之生育率，如何改變重男輕女之觀念，如何延長生育間隔，如何配合婦幼衛生工作，加強產後婦女之節育等等尚須努力。又本省目前所採用之避孕法僅限于樂普、口服藥及保險套等三種，應擴大採用各種方法，按婦女之意願有所選擇。其中男女結紮法仍不失爲最有效之方法請中央促進制訂「優生保健法」以免法律上之顧慮。中央人口政策已定，家庭計劃仍爲國家主要政策之一，如政府各部門施政能互相配合當可更有效地推行。新加坡政府配合家庭計劃所訂的各項社會政策值得參考。

㈤加強公害防治統一事權

經濟發展應與公害防治並重，本省公害問題日趨嚴重，惟各種公害防止法規，如公害防治基本法及管制各種污染之子法，各種環境標準等等尚未完成立法程序，以致各級政府無法嚴格執行，亟待中央趕快立法，加強罰則。又管理公害機構紛歧牽涉太廣，無法互相配合，亟須仿照日本之「環境廳」或新加坡之「環境發展部」統一事權，強化職權，加強環境衛生措施並有效地處理各種公害問題。

㈥改善環境衛生加重罰則

本省推行改善環境衛生運動多年，雖略有進步但始終不能有效地改善，環境衛生是政府與民衆共同負責的問題，其改善仍須衛生教育、衛生設施、法規及執行等三項並行。本省目前的情況每一項都是不夠理想。如衛生工作的不配合、道路、上下水道之不完整，垃圾水肥處理設備不好，清運工人之不夠標準，經費不足等都是問題。尤其國民衛生常識不夠，國民公共道德之低落是破壞環境衛生之最大原因。過去一再加強學校衛生教育推行社會運動，但是國民之不良衛生習慣一時不易改變。依據新加坡及香港的經驗與事實證明，維護環境衛生最有效的辦法還是加強取締加重處罰。本省現有「台灣省環境衛生管理規則」「違警罰法」及「行政執行法」之規定處理妨害環境衛生案件不夠嚴密且罰則太輕，有關衛生之各種法規仍請中央立法加重處罰，並規定執行機關，對違者可予強制執行或移送司法機關偵辦，以免執行上有窒礙之處。環境衛生之檢查及取締，請警察機關嚴格執行，並參照新加坡及香港之例賦予衛生稽查員有檢查及執行之職權。