

談山地衛生醫療 的若干問題

林鴻德



一、前言

醫學是一種治療和預防疾病的藝術，不但要治療疾病於後，而且要預防疾病的發生於前。早期醫學僅限於治療，今日由於科學發達，醫學知識與日俱增，致使現代醫學由僅具治療的效用步上預防的任務，更由此發展出公共衛生學來。公共衛生學的社會性比重非常之大，單純的治療醫學不可同日而語，它所涵蓋的範圍很廣，所牽涉的問題很多，與整體社會的文化、經濟、風俗習慣等因素均有關係。它已是一種集體治療（massive treatment），而非單單針對某一個病人而已，因此公共衛生成為衆人之事，要管理衆人之事，就必須納入行政系統，因此，就須有衛生局、所的設立。

近年來，台灣的社會服務工作如日中天，各校以及機關團體紛紛成立山地服務團，深入山地，接觸山地，因此山地醫療也受其影響，他們的貢獻及所形成的問題，本文亦擬討論。又由於山地特殊的環境及近來社會、經濟、風俗、文化等的改變，也構成了影響，也要在此討論。

近來，偏遠地區醫療問題不斷見諸報端，社會對醫界的要求，對醫藥衛生的重視，日益增高。我們的社會已在安和樂利的狀況之下，所以開始注意到國內落後地區的居民，在生活上面臨的種種問題，本文主要針對山地山胞所得到的衛生醫療照顧情形。

二、台灣山地鳥瞰

台灣的山地幾乎佔全島三分之一，然而居住其間的山胞却不到台灣人口的百分之一，（民國六十一年戶口統計

山地山胞有 145,893 人，平地山胞另計），他們居住在這廣大的山區中，形成原始的部落社會。大部份沿溪流而居，為了避免雨季水患及山頂強風吹襲，部落大部集中在溪流兩側山坡的中段，同時飲水也方便而豐富；部落常面向河谷，背靠山岩，前後均有天然屏障，兩側通道則狹小難行，易於防守；所耕作的田地往往在房屋四周，有的則遠在數小時行程之外。部落聚集的方式，南部飲水較難得，有水源處即為集聚處；北部飲水易得，部落較為散亂；中部則為中間型部落。（①）

本省山胞分為九族，各族風俗語言均不同，分佈地區也不同。大抵說來，北區有泰雅、塞夏族，中區有布農、曹族、南部有排灣、魯凱族，東部有阿美、卑南族及部份魯凱、排灣族，蘭嶼島則純為雅美族。「其種族已甚複雜，則其來源，可以想見也不單純；根據考古學家的資料，由於台灣的地理環境，乃有四種可能：（1）生於本地（2）來自南方一馬來人種（3）來自西方一大陸（4）來自北方一琉球群島。」（②）

以現行行政區域來分，他們分屬於台北、新竹、桃園、苗栗、南投、台中、嘉義、高雄、屏東、台東、花蓮、宜蘭等十二縣的三十鄉一六九村（六〇年的統計），除蘭嶼鄉外，其餘二十九鄉均在台灣本島。（③）在這些鄉村裏，早期純由山胞居住，僅有少許政府官員，衛生所人員，警員；其後入山限制放寬，平地漢人遷入，山胞和平地人之間所佔比率的差異始告減少，部份山胞被同化，部份則進入更深的山。（④）

山胞部落之間的來往，早期靠步行，山上只有蜿蜒的小徑，往返需數小時甚至數日，極為不便。如遇急病，常

①王人英，台灣高山族的人口變遷，p.25，中央研究院民族研究所民國五十六年。

②珊蒂，台灣先住民及其原始醫學，綠杏廿二期。

③省政府民政廳，發展中的台灣山地行政。

④王人英，台灣高山族的人口變遷，p.25，中央研究院民族研究所民國五十六年。

因來不及延醫而致嚴重後果，因此發展交通是現階段山胞們最迫切需要的。日據時代，爲了開發山地資源及鎮壓山胞，開闢了不少道路，於今尚存。光復後，北、中、南橫貫公路相繼完成，同時興建不少通鄉公路，不日當可「鄉鄉有路，路路通車」。(5) 根據民國六十一年省政府民政廳和農復會合作的「台灣省山地山胞經濟狀況調查報告」顯示：居住於距離汽車可通行之公路或火車鐵路未滿4公里之交通方便地帶佔60.72%；居住於4公里以上15公里以下交通不便地帶佔28.84%；居住於15公里以上之交通極不方便地帶佔10.44%。如與五十六年同樣的調查相比較，居住於方便地帶有增加現象，但居住於不方便地帶和極不方便地帶反而有增加現象。可能有些山胞受平地人侵入之勢的壓迫而向深山移住。

三、山地衛生醫療之演進

山地荷蘭人登陸之前，完全生活於原始方式，有如H. Becker所說的“聖的社會”；宗教、巫術支配著社會生活，因此導致山胞對疾病歸於超自然作用，而生病後往往找巫醫，以巫術來診斷和驅病。巫醫診斷的方法①問病人②問神③求夢④占卜。治病的方法① simali ② keotiket ③ vania ④ papavutiti 等。(6) 事實上除了超自然的巫術，山胞尚利用長期經驗累積而以草藥治病。日人井出季和太一九三一年報告，高山族早期人口中十分之七、八患瘧疾，其次眼疾、天花及其他傳染病，患者皆死，蓋因崇尚巫術之後，死亡率極高，即爲馬爾薩斯(T. R. Malthus)所謂“積極的阻滯(positive check)”，當時人口全受大自然淘汰。

一六二三年，荷蘭人登陸之後，爲了自己的生命安全計，開始向山地施以醫療服務。後經鄭成功，清朝的著政，却無多大改善。日據時期，設警察醫及公醫掌偏遠地區的醫療事物，現今山地鄉衛生所有不少即爲當時的公醫診療所。(7) 一九三六年“霧社事件”之後，總督被革，以安撫代征戰，醫藥衛生及疾病撲滅方傳入山地，帶來新轉機。(8) 抗戰勝利，台灣重入祖國懷抱，政府根據三民主義各種族一律平等和宗教自由的原則，取消日人留下不平等著政，著手改善山地衛生醫療，放寬山地限制，致使各宗教、社會服務團體紛紛組團進入山地。經過長期主動和被動的社會變遷，山胞在文化、人口、經濟結構上起了不少的變化，對山地醫療水準也構成影響。以下將分別討論此三者在地醫療衛生中所扮演的角色。

四、山地衛生所(室)所扮演的角色

民國四十二年，省政府於訂頒「促進山地行政建設計畫大綱」，提出「山地平地化」之目標，其中對於增進山胞健康方面提出：(1) 加強山地衛生機構，充實醫護人員。(2) 辦理衛生教育，改善環境衛生，養成山胞衛生習慣。民國四十九年，省民政廳山地研究小組再提出山地行政改進方案，同時將「山地平地化」改成「使山地與一般社會融合」——此方案對於山地之衛生保健提出：

(1) 山地鄉衛生所編制員額，應視實際需要及財務情形，分別酌於調整。

(2) 招收山胞中學畢業生，予以醫護助產教育訓練，以充實各鄉村衛生人員。

(3) 繼續按年充實藥械，並得視山胞經濟狀況，酌量提高醫藥收費標準，以充實山地衛生所藥械設備。

(4) 加強山地衛生教育，培養國民學校學生衛生習慣，舉辦衛生常識講習及家庭訪問，推行生活衛生，逐年普及營養教育。

(5) 由各有關機關配合，分年全面改進山地環境衛生，優先解決供水，並推行撲滅寄生蟲、頭虱、跳蚤。

準此，每一個山地鄉衛生所除現有主任兼醫師一人，另有一位醫師、公共衛生護士或助產士二人。村衛生室設保健員一人，助產士一人，由衛生所督導。本省光復後，政府爲扶植山地，培養其經濟能力，於民國四十二年規定：凡居住在山地行政區域內的山胞，除印花稅外，各項稅捐暫准免徵。而其行政經費則大部分來自省政府，少部分來自地方的公共遺產收入。因此衛生經費並不充裕，四十二年之後，規定衛生所可酌收成本費，作爲基金，每鄉成立藥品醫療設備基金委員會，負責監督及審核基金之運用。(9)

在私人開業醫方面，根據綠杏二十二期「台灣區衛生所功能調查」顯示，沒有開業醫及2~5位開業醫者各佔四七%，而山地裏恐怕密醫佔大多數，加上山地交通不便，醫藥衛生知識傳播無法深入，因此當地居民的衛生醫療照顧只有靠衛生所(室)的工作人員，如果這些工作人員熱心不足或素質太低，那麼這些照顧又得打些折扣。

前面已提過，山地面積廣大，人口並不多，一個山地鄉所轄區域可能是平地鄉的數倍大；而大部份的山胞又以農爲業，散居於耕地附近，距離衛生所室可能相當遠，除非急病否則不會到衛生所來。政府衛生當局曾有一套長遠

⑤同③

⑥吳燕和：排灣族東排灣群的巫醫與巫術，(一九六五)。

⑦台灣省文獻委員會：台灣省通志稿，卷三，政事志衛生篇。

⑧同①。



行政計劃，而事實上，山胞對這些計劃，往往沒有興趣，他們所關心的，是個人切身健康問題，如此造成政府所認為的需要，與民衆所認為者有所差異。根據調查：衛生所的工作人員，用於醫療服務的時間比例相當大，而山地鄉的工作人員負擔又要比平地者來得重，因此山地衛生所室本來的任務應是預防醫學重於治療醫學。但因開業醫的缺乏及交通不便，反而成爲治療中心、預防醫學無法如期推展的因素；他們等於身着兩種重擔，難怪絕大部分的山地鄉衛生所認爲須擴大編制（偏遠地區幾乎比比皆是）。

山地衛生所（室）的地位既如此重要，存在於其中的問題實在有待衛生當局的重視及儘速解決：

1. 醫師缺乏問題：民國三十七年籌設衛生所時，衛生當局考慮到山地醫師人才難以羅致，於是創立培養山地醫師公費制度，委託高雄醫學院附設山地醫師醫學專修科，每年招收山地籍學生一班，全部公費，修業四年，畢業後須返鄉服務七年以上，四十七年開始實施，先後培育了六十二名，後因故中斷。據衛生署表示，經培育者至六十四年均服務期滿，可隨時他就；五十八年省政府又頒訂「山地籍及離島地區醫護人員養成計劃」，每年收六名，接受正式七年醫科教育，總共三十名，約定畢業後服務山地時間至少十年，他們因教育期間及服務關係，至六十六年始可回到山地服務。如此這三十個山地衛生所醫師中斷很成問題。衛生署曾遴選六十二名退役軍醫前往偏遠地區服務，

結果僅有十六名報到，能否分到山地去又是個問題。外來的醫師由於待遇差、職位低，缺乏臨床進修、升遷的機會，大都不願前往山地服務。（⑩）山地由於交通不便，缺乏開業醫，山胞一有疾病，往往耗去數小時才能得到正式醫師的照顧，如果衛生所不能提供及時的服務，勢必加速其死亡，容易造成山胞對現代醫藥的不信任，轉而依靠傳統的巫醫巫術，實非吾人所期望。

2. 衛生工作人員的訓練及督導：山地衛生所的工作直接涉及山胞生命健康已如前述，WHO憲章上明載「享受最高的健康標準是每一個人最基本的權」，因此每位山胞有權要求獲得衛生服務。根據WHO的「世界衛生現況第四次報告」中顯示：只有在高度開發中的國家，衛生保健的發展可以與人口的增加相配合。在絕大部分開發中國家，醫護人員的增加遠落在人口增加之後。（⑪）因此山地衛生工作人員的量及質方面，有賴一套完整、長遠的計劃。事實上，目前山地衛生工作人員素質並不高，人事制度又不好，現在衛生所已改隸衛生局，希望衛生局能有一番嚴格的訓練作業及督導。訓練與素質有很大關係，應包括各種在職訓練、醫藥衛生新知的講習等。督導須達到業務的追蹤、技術的指導，而不是光挑缺點。因此靈活的人事制度、迅速良好的技術指導均爲提高衛生工作效能的急務。（⑫）

3. 衛生所的設備：山地行政經費來自省政府，衛生經費

⑨同③。⑩同③。

⑪姚克明譯「農村衛生工作及其工作人員訓練」，台灣衛生八八期。

⑫衛生所隸屬問題，見台灣醫界，第十五卷，六、七、八期，顏裕庭等「醫療服務的社區需要調查」及綠杏二十二期「台灣區衛生所功能調查」。

本來就少，分到山地鄉又更少了，其中人事費佔了大部分，真正用到公共衛生者已所剩無幾了；設備也因此較差，則山胞所能受到的照顧就更不足。以肺結核的防治為例：山地此病致死率相當高，主要防治法在於發現病例及治療。但 x-ray machine 本已少得很，深山交通不便，大型的 x-ray car 無法開到，只有靠查痰，致率自然差很多，何況若為封閉性者，則難以查出。而竟無法購置小型手提 x-ray，實令人費解。

五、宗教及社會服務團體所扮演的角色

日據時代，不准基督教入山傳道，同時取締山胞集會禮拜活動。光復後，政府尊重宗教信仰之自由，基督教及天主教挾其經濟力量湧進山地傳道。根據六十一年調查報告：山胞信仰宗教人口佔總人口之 89.86%，其中信仰長老會者佔 40.99%，天主教佔 33.09%，其他基督教派佔 21.79%，佛教及道教佔 2.99%。（⑬）光復初期，山胞正處於傳統社會與現代文化衝突的過渡時期，宗教挾其經濟力量，先於政府之前解決了他們的經濟、生活上的急切問題，故宗教比政府更早深入於山胞心中。直到現在，山地要推行任何工作，往往除派出所之外，還要請當地神父、長老、牧師幫忙，才易引起山胞的注意。這些派往山地的神父、牧師大都經過醫藥衛生訓練，於傳教時得以兼行部分醫療工作。光復後數年之內，山胞的醫療照顧幾乎全靠教會，此時山地衛生工作才正開始呢！今日，山地衛生工作已推行了一段時日，但因宗教為慈善免費的團體，而且衛生所室看病要錢，所以山胞每遇看起來不甚嚴重的疾病，則可能去找神父、牧師。前面述及，政府的長期社區發展計劃不易為山胞所了解；雖然山地神職人員從事違法的醫療行為，却不啻為山胞解決了其短絀之處。

社會服務團體，本文專指由學生組成而往山地服務之所謂「山地服務團或隊」，其中以耕莘青年山地服務團於民國五十六年起在新竹縣五峯鄉清泉工作，為本省學生山地服務工作的濫觴。該團的工作項目相當廣泛，醫療為其中一項；他們的宗旨為「服務山胞，從服務中得實際訓練」，他們的原則為「幫助山胞幫助自己」，因此他們一直在尖石鄉工作達八年之久。在訓練這一代青年知識份子的社會同情心及社會認同感中，他們有番貢獻；在山地醫療方面，主要從事⑭外傷急救常識的傳授，⑮兒童及成人的

衛生教育，⑯民國五十九年完成寄生蟲感染狀況調查，給新竹縣衛生局一份完整而足夠訂立消除寄生蟲計劃的資料。⑰民國六十年開始山胞戶衛生資料卡的收集及追蹤，以訪視方式得到各戶的健康情形及衛生設備資料。⑱民國六十一年，開始婦幼衛生、家庭計劃的宣傳。

近年來，由於社會生活的安定、富裕及救國團的鼓勵，各大專院校紛紛成立山地服務團（隊），此外不屬於學校而由學生組成的有聖心、百達、耕莘、女青年會山城之友等。他們在山地醫療方面，主要仍為公共衛生教育的推行及各種醫療衛生狀況的調查。有些團體有辦法可以請到醫師一起上山行診療工作，次者有醫科學生負責，再次者則由非醫學院學生負責。這些團體所引起的問題如何？

1. 他們的工作時間大多很短，每年一個月、一週、二週不等，有些為不定期者，極少數為長期分段服務；其推行的工作又都是需要長時間持續，短期中絕難湊效。前已提過政府有其長遠的計劃，這些服務團體假如沒有和當地政府機構密切聯繫，很可能造成一種干擾；可惜由於公家機構的疏忽及其他因素，大部分二者都沒有配合好，使得他們的僅限於：由於他們與山胞生活在一起，使山胞在現代化的過渡期中有一緩衝的餘地，不會因轉變太快而產生退縮（withdraw）現象。
2. 有不少團體募集或購買藥品上山，而無正式醫師一起上山施藥，往往僅為症狀治療（Symptomatic treatment），反而掩蓋了真正病因，對於山胞實非益事。
3. 缺乏長期配合當地衛生行政的計劃，只能點到為止，反而構成一種干擾。

上述宗教及社會工作團體對山地之貢獻自不在話下，筆者以為：若長期山地衛生醫療發展計劃由政府機構負責推展，而於平時可利用短期之服務團的力量，二者相互配合，則對於山胞誠屬益事，對於青年學生也是訓練自己的大好機會。

六、山胞本身所扮演的角色

由社會文化來看：山胞是最早居住於本島者，以後由於漢人的侵入及狩獵的生活方式遲滯不變，逐漸退居深山。經過長時期的演進，到了農業時代，他們最主要的特性變為生活孤立、與外界隔絕、超自然之鬼神力量支配整個部落社會。由於外界的隔絕，致使外界的新訊息無法傳入

⑬農復會，民政廳，六十一年台灣省山地山胞經濟狀況調查報告。

⑭同⑬。

⑮蕭新煌，「山胞現代化的若干問題」，思與言，第九卷，第三期。

⑯省民政廳，農復會，「台灣省山地山胞經濟調查」

，其他可以導致生活水準提高的因素也無法引進，因此造成山地的貧窮。隔絕與貧窮連帶影響他們的態度，使他們更退縮一角以保護自己，這又減少了他們與外界的溝通。爲了謀求自給自足，他們生活在閉鎖式的經濟體系裡，對外來的人完全不信任；迷信愈來愈強化，更使他們無法接受新觀念、新思想。他們對於各種教育及衛生措施缺乏興趣，有的僅是好奇而已。如何讓他們建立起新的價值觀念，如何讓他們知道身體健康的重要及對他們的意義，皆爲推行醫療工作者所必須隨時注意。(14)據最近的調查顯示：山胞已普遍接受現代化的建議，經過日據時代及光復後政府山地政策的沖擊，他們的觀念已經有明顯的改變。(15)此可由山胞疾病就診、防疫接種比率增加、家庭衛生設備增加(六十一年統計：58.83%有浴室，63.11%有廁所)、教育程度的提高等。足見他們對教育及衛生措施的價值觀念已經建立起來。(16)

經濟方面：近年來由於工商業的發達、交通方便、大眾傳播事業的深入、政府的大力提倡，山地現代化之結果帶來其經濟結構的改變：(1)職業結構的改變：四十二年山胞從事農業以外行業者僅佔有業人口4.01%，六十一年增至21.18%。山胞非農業的收入由四十二年佔總收入之19.43%，增至六十一年之49.61%。顯示山地社會已非原來的純農業社會。(2)生活水準的提高：家庭支出中，飲食費由四十二年佔60.08%降至六十一年之50.27%，依恩格爾法則「飲食費在家計中所佔比率愈低，生活水準愈高。」(3)收支盈餘的增加。由此可見山胞原有的部落社會已漸解體，慢慢走上平地化、現代化的道路。(17)由此改變，促使山胞在觀念、思想上的改變，這對於山地衛生醫療的推展自有莫大的助益。

七、結論與建議

以上爲筆者試就山地衛生所室、宗教及社會服務團體、山胞本身三方面在山地衛生醫療所扮演的角色加以分析。目前以衛生當局及山胞本身爲最重要的因素，社會服務團體及宗教只能從旁協助，其存在三者間的不少問題，只得靠三者同心協力去解決，畢竟大家都知道「健康是好的」。文末筆者願提供幾點建議以爲結束：

1. 關於衛生所醫師問題：應列爲特殊事件處理，如提高醫師待遇、充實衛生所設備、健全人事制度等，而不應按例行公事處理。衛生署近來提出各項解決衛生所醫師荒問題方案，筆者以爲：衛生計劃若僅是敘述、分析、解

釋一個社區內的衛生狀況，那就缺乏意義。必須對我們的組織及措施有實際的改善才是可行的計劃。(18)

2. 我國的醫學教育應加強公共衛生及社會醫學的課程：我們的醫學教育目前仍停留於技藝傳授的學徒制，在培養醫學生關心別人、社會，醫學倫理等社會意識的努力尚嫌不夠，加上某些醫師的作爲，使得醫學生走出校門被稱爲「唯利是圖」而無言以對。醫者仁心仁術，如何培養醫學生正確的「醫者，社會公器」的觀念，教育部醫學教育委員會應該拿出改進的計劃，而不應只是查人隱私、扯人後腿而已。

3. 利用寒暑假，衛生當局可徵求醫學院四、五年級同學組隊前往山地從事衛生醫療服務；醫療行爲仍由當地衛生所醫師執行，他們可做初診、健康檢查、衛生教育、收集資料等工作。如此一面協助當地推行衛生計劃，一面可讓同學們由實際工作體會社區衛生工作是怎麼一回事，對於即將來臨之社區醫學(Community medicine)也許有所瞭解。尤其自五十八年至六十二年所招收的三十名醫學生，更應藉此機會回鄉協助，隨時與鄉里聯繫，方不致於九年後(二年兵役)返鄉時，原有熟悉的變爲陌生而無法適應，喪失政府的本意。救國團曾於前年舉辦山地青年返鄉服務隊，完全由大專山地青年組成，此舉立意甚佳，可惜未再繼續舉辦。

4. 培養山胞的獨立性及自尊心，消除依賴心及自卑感：民國四十二年實施山胞免稅辦法及土地保留制度，預定十年內辦理耕作權登記，十年後無償取得土地所有權，不再受免稅的優待，但十年後仍無法圓滿達成。今年八月省政府再度公佈：在未來十年內完全撤消所有專爲山地而設的機構，不再有山地平地之分，徹底的平地化、現代化。到那時平地人可自由遷入山地，山胞要開始繳稅，不再被視爲特殊的一群而完全依賴政府，這種計劃甚佳。事實上，一種保護政策往往造成被保護者之依賴心，積久成習更難消除，使被保護者比以往更懦弱而難以適應生存，因而產生自卑感。故此寄望省政府能於此山地現代化之際，想法培養山胞的獨立性及自尊心。否則在制度上雖全面現代化，但在山胞社會裡却無平地化的準備(經濟、觀念、思想上的)，勢將造成更大的社會問題。(19)

現代社區醫學帶來了「醫學乃爲社會公器」的觀念，已非昔日「家庭手工藝」的觀念所能滿足。認清這點，認清社會的需要(Needs)實爲從事醫事工作者所應時刻繫於懷者。

(17)同(16)。

(18)姚克明，「整體衛生計劃工作人員的訓練」台灣衛生，86、87期。

(19)同(15)。