新修彰化縣志

《卷三》政事志

衛生與環保篇

THE HISTORY OF
CHANGHUA COUNTY

新修彰化縣志

THE HISTORY OF CHANGHUA COUNTY

《卷三》

政事志

衛生與環保篇

彰化縣政府
CHANGHUA COUNTY

目　次

THE HISTORY OF CHANGHUA COUNTY

目　次 2
表　次 5
總　論　張勝彥 9
概　說 39

上篇：衛生篇 43

第一章　衛生行政組織 43
第一節　清領與日治時期 43
第二節　中華民國政府治臺時期 45

第二章　醫療設施與醫療衛生管理 69
第一節　醫療院所與醫療照護計畫 70
第二節　醫療人力 83
第三節　藥事管理與食品管理 106

第三章　防疫工作 115
第一節　預防注射 115
第二節　結核病 128
第三節　小兒麻痺症 133
第四節　腸病毒 137
第五節　瘧疾與登革熱 139
第六節　性病與愛滋病 146

第四章　疾病防治 153
第一節　寄生蟲 153
第二節　B 型肝炎 160
第三節　砂眼 162
第四節　精神疾病 166
第五節　慢性病與中老年成人病 169

第五章　婦幼衛生、人口老化與長期照護 185
第一節　婦幼衛生與家庭計畫 185
第二節　優生保健 198
第三節　婦女癌症防治 199
第四節　人口老化與長期照護 201

下篇：環保篇 211

第六章　環境保護行政組織 211
第一節　衛生局時期 211
第二節　環保局時期 213
第三節　鄉鎮級環境衛生組織 214

第七章　水污染、空氣污染與土壤污染防治 217
第一節　水污染防治 217
第二節　空氣污染防制 225
第三節　土壤污染整治 232

第八章　噪音管制與廢棄物管理 235
第一節　噪音管制 235
第二節　廢棄物管理 237

第九章　環境保護、環境影響評估與環保教育 247
第一節　環境保護運動 247
第二節　環境影響評估 255
第三節　環境教育 260

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

目　次

THE HISTORY OF CHANGHUA COUNTY

結　語 263
大事紀 272
參考書目 277
索　引 293

表　次

表總 -1　彰化縣臺灣省議會第二屆至第十屆省議員選舉概況表 14
表 1-1-1　彰化縣衛生院、局首長 49
表 1-1-2　彰化縣衛生局（所）診療概況 49
表 1-1-3　彰化縣各衛生所衛生教育統計 52
表 1-1-4　彰化縣各衛生所衛生教育統計（續 1） 52
表 1-1-5　彰化縣各衛生所衛生教育統計（續 2） 53
表 1-1-6　彰化縣各衛生所衛生教育統計（續 3） 53
表 2-1-1　彰化縣縣立員林醫院門診患者人數 70
表 2-1-2　彰化縣縣立員林醫院門診患者人數（續 1） 71
表 2-1-3　彰化縣醫療機構（1958-1973） 78
表 2-1-4　彰化縣歷年醫院急性病床數（1974-2012） 78
表 2-1-5　彰化縣歷年醫院急性病床數（1974-2012）（續 1） 79
表 2-1-6　彰化縣歷年醫院急性病床數（1974-2012）（續 2） 79
表 2-1-7　彰化縣歷年醫院急性病床數（1974-2012）（續 3） 80
表 2-1-8　彰化社區醫療群 82
表 2-2-1　日治時期彰化地區執業之醫師 84
表 2-2-2　彰化縣醫事人員數統計（1950-1986） 90
表 2-2-3　彰化縣醫事人員數歷年統計（1950-1986）（續 1） 91
表 2-2-4　彰化縣公私立醫療機構及其他醫療（事）機構執業場所醫事人員執業人數（1987-2012） 91
表 2-2-5　彰化縣公私立醫療機構及其他醫療（事）機構執業場所醫事人員執業人數（1987-2012）（續 1） 92
表 2-2-6　彰化縣公私立醫療機構及其他醫療（事）機構執業場所醫事人員執業人數（1987-2012）（續 2） 92
表 2-2-7　彰化地區執業醫師名冊（1950 年代） 93
表 2-2-8　彰化縣各鄉鎮市醫事人員執業人數 105
表 2-3-1　藥商家數（1957-2012） 111
表 2-3-2　藥商家數（1957-2012）（續 1） 112
表 2-3-3　藥商家數（1957-2012）（續 2） 113
表 3-1-1　彰化縣法定傳染病患者及死亡人數（1992-2012） 116
表 3-1-2　彰化縣法定傳染病患者及死亡人數（1992-2012）（續 1） 117
表 3-1-3　彰化縣法定傳染病患者數（1999-2012） 117
表 3-1-4　彰化縣法定傳染病患者數（1999-2012）（續 1） 117
表 3-1-5　彰化縣法定傳染病患者數（1999-2012）（續 2） 118

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

表　次

表 3-1-6　彰化縣法定傳染病患者數（1999-2012）（續 3）……118
表 3-1-7　彰化縣法定傳染病患者數（1999-2012）（續 4）……118
表 3-1-8　彰化縣法定傳染病患者數（1999-2012）（續 5）……119
表 3-1-9　彰化縣法定傳染病患者數（1999-2012）（續 6）……119
表 3-1-10　彰化縣法定傳染病患者數（1999-2012）（續 7）……119
表 3-1-11　彰化縣法定傳染病患者數（1999-2012）（續 8）……120
表 3-1-12　彰化縣法定傳染病患者數（1999-2012）（續 9）……120
表 3-1-13　彰化縣法定傳染病患者數（1999-2012）（續 10）……120
表 3-1-14　彰化縣法定傳染病患者數（1999-2012）（續 11）……121
表 3-1-15　彰化縣法定傳染病患者數（1999-2012）（續 12）……121
表 3-1-16　彰化縣法定傳染病患者數（1999-2012）（續 13）……121
表 3-1-17　彰化縣法定傳染病患者數（1999-2012）（續 14）……122
表 3-1-18　彰化縣法定傳染病患者數（1999-2012）（續 15）……122
表 3-1-19　彰化縣法定傳染病患者數（1999-2012）（續 16）……122
表 3-1-20　彰化縣法定傳染病患者數（1999-2012）（續 17）……123
表 3-1-21　彰化縣預防接種工作（1980-2012）……123
表 3-1-22　彰化縣預防接種工作（1980-2012）（續 1）……123
表 3-1-23　彰化縣預防接種工作（1980-2012）（續 2）……124
表 3-1-24　彰化縣預防接種工作（1980-2012）（續 3）……124
表 3-1-25　彰化縣預防接種工作（1980-2012）（續 4）……124
表 3-1-26　彰化縣預防接種工作（1980-2012）（續 5）……125
表 3-1-27　彰化縣預防接種工作（1980-2012）（續 6）……125
表 3-1-28　彰化縣預防接種工作（1980-2012）（續 7）……125
表 3-1-29　彰化縣預防接種工作（1980-2012）（續 8）……126
表 3-1-30　彰化縣預防接種工作（1980-2012）（續 9）……126
表 3-1-31　彰化縣預防接種工作（1980-2012）（續 10）……126
表 3-1-32　彰化縣預防接種工作（1980-2012）（續 11）……127
表 3-1-33　彰化縣預防接種工作（1980-2012）（續 12）……127
表 3-1-34　彰化縣預防接種工作（1980-2012）（續 13）……128
表 3-2-1　彰化縣歷年結核病每 10 萬人口死亡率（1974-2012）……133
表 3-5-1　彰化縣防瘧工作概況……144
表 4-1-1　臺灣地區寄生蟲防治第一期 4 年計畫預定實施人數……155
表 4-1-2　彰化縣國小寄生蟲卵檢查結果統計表（1977-1985）……156
表 4-1-3　彰化縣國小寄生蟲卵檢查結果統計表（1981-1982）……157
表 4-1-4　彰化縣國小蟯蟲檢查結果統計表（1986-1990）……157
表 4-1-5　臺灣省平地鄉彰化縣（蟲卵陽性率 5% 以上之鄉鎮）國民小學寄生蟲卵檢查成績統計表（1986-1987）……158
表 4-1-6　彰化縣國小蟯蟲檢查統計（1991-1995）……159
表 4-1-7　彰化縣國民小學學生蟯蟲檢查歷次成績一覽表（1986-1995）……159
表 4-3-1　日治時期北斗郡砂眼治療會防治成果……164
表 4-5-1　臺灣地區主要死亡原因（1952-2011）……182
表 4-5-2　臺灣地區主要死亡原因（1952-2011）（續 1）……182
表 4-5-3　臺灣地區主要死亡原因（1952-2011）（續 2）……183
表 4-5-4　彰化縣主要死亡原因（2001）……183
表 4-5-5　彰化縣主要死亡原因（2011）……183
表 5-1-1　彰化縣各種避孕方法新接受人數（1985-1992）……191
表 5-1-2　彰化縣各種避孕方法新接受人數（1985-1992）（續 1）……191
表 5-1-3　彰化縣婦幼衛生工作成果（1950-1986）……192
表 5-1-4　彰化縣婦幼衛生工作成果（1950-1986）（續 1）……192
表 5-1-5　彰化縣婦幼衛生工作成果（1950-1986）（續 2）……192
表 5-1-6　彰化縣婦幼衛生工作成果（1950-1986）（續 3）……192
表 5-1-7　彰化縣婦幼衛生工作成果（1950-1986）（續 4）……193
表 5-1-8　彰化縣婦幼衛生工作成果（1950-1986）（續 5）……193
表 5-1-9　彰化縣婦幼衛生工作成果（1950-1986）（續 6）……193
表 5-1-10　彰化縣婦幼衛生工作成果（1950-1986）（續 7）……193
表 5-1-11　彰化縣婦幼衛生工作成果（1950-1986）（續 8）……194
表 5-1-12　彰化縣婦幼衛生工作成果（1950-1986）（續 9）……194
表 5-1-13　彰化縣婦幼衛生工作成果（1950-1986）（續 10）……194
表 5-1-14　彰化縣婦幼衛生工作成果（1950-1986）（續 11）……194
表 5-1-15　彰化縣婦幼衛生工作成果（1950-1986）（續 12）……195
表 5-1-16　彰化縣婦幼衛生工作成果（1950-1986）（續 13）……195
表 5-1-17　彰化縣婦幼衛生工作成果（1950-1986）（續 14）……195
表 5-1-18　彰化縣婦幼衛生工作成果（1950-1986）（續 15）……195
表 5-1-19　彰化縣婦幼衛生工作成果（1950-1986）（續 16）……196
表 5-1-20　彰化縣婦幼衛生工作成果（1950-1986）（續 17）……196
表 5-1-21　彰化縣婦幼衛生工作成果（1950-1986）（續 18）……196
表 5-1-22　彰化縣婦幼衛生工作成果（1950-1986）（續 19）……197
表 5-1-23　彰化縣婦幼衛生工作成果（1950-1986）（續 20）……197

彰化縣政府
CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

表　次

表 5-1-24　新舊家庭計畫主要工作措施對照表……197
表 5-4-1　臺灣地區歷年國民平均餘命（1950-2012）……208
表 5-4-2　彰化縣平均餘命（2005-2007）……209
表 5-4-3　彰化縣平均餘命（2011-2013）……210
表 7-1-1　日治時期彰化地區自來水道建設情形及其配水概況……218
表 7-1-2　彰化自來水水質完全分析成績（1918）……218
表 7-2-1　彰化縣空氣污染品質（1986-2014）……228
表 7-2-2　彰化縣空氣污染防制情形（1988-1993）……229
表 7-2-3　彰化縣空氣污染防制情形（1988-1993）（續 1）……230
表 7-2-4　彰化縣機動車輛排放污染物檢查告發情形（1992-2011）……230
表 7-2-5　彰化縣機動車輛排放污染物檢查、檢驗告發情形（1992-2011）（續 1）……231
表 7-2-6　彰化縣機動車輛排放污染物檢查、檢驗告發情形（1992-2011）（續 2）……231
表 7-2-7　彰化縣公害陳情案件（1992-2014）……232
表 8-1-1　彰化縣垃圾水肥清運處理概況（1975-2011）……241
表 8-1-2　彰化縣垃圾水肥清運處理概況（1975-2011）（續 1）……242
表 8-1-3　彰化縣垃圾水肥清運處理概況（1975-2011）（續 2）……242
表 8-1-4　彰化縣垃圾水肥清運處理概況（1975-2011）（續 3）……243

總　論

張勝彥

人類是最具歷史意識的動物，渴望了解過去的歷史是人類的一大特性，往往會回顧過去發生過的事情，常常會將人類發生的事情詳加記錄下來，人類的經驗和知識就在歷史之中，歷史遂成為支配人類未來行為不可或缺的要素，編纂記述地方史事之地方志書成為必要的事業。《新修彰化縣志．政事志》就彰化縣有史以來，有關彰化縣之自治與選舉、戶政警消與役政、衛生與環保、地政、財稅和公共建設等等諸多層面的政治史事，加以記述。

壹、自治與選舉

本政事志（以下簡稱「本志」）所陳述的空間為今日本縣之轄境為原則，首篇為自治與選舉。

一、自治

荷蘭人治臺期間彰化為原住民活動區，尊重原住民的自治傳統。鄭氏時期，仍承襲原住民之自治制度。

清領時期，彰化的政治發展，以乾隆 32 年（1767）設置北路理番同知為分段點，可以區分前後兩時期。前期，漢人雖已大量移入臺灣，但漢人足跡鮮至彰化以北，清廷對原住民的統治仍承襲過去鄭氏時期的原住民之自治制度。

清領後期，自乾隆 32 年設置北路理番同知至光緒 21 年（1895）臺灣割讓日本，原住民已是弱勢團體，彰化地區屬於漢人社會，地方文武官由朝廷任免。商業與信仰組織的管理、村里組織等是自治的主要課題。縣、廳內有士紳為諮詢；街、庄、社也有士紳、頭目任職。基於本地人不在本地任官的傳統，地方官之同知、知縣、縣丞、巡檢等都由

中國大陸人士來臺任職，地方實際事務委諸幕友、胥吏。康熙末年（1720 年代），布、糖、油、藥等「郊商」組織發達，且相當配合地方官府。

清光緒 21 年臺灣割讓給日本。日治時期，當局透過總督府的命令及警察制度對臺灣的自治採取抑制手段。街、庄、保、甲等基層組織，從警察單位內部名單遴選延攬士紳等擔任首長，是榮譽職，兩年一任，成為協助警察及行政機關的輔助組織。昭和 10 年（1935）4 月，州、市、街、庄制度改革，開始採行限制選舉，實行有限的地方自治。州、市會，以及街、庄協議會成員一半官派，一半民選。

第二次世界大戰後（以下簡稱「戰後」）不久，省、縣參議會成立，各級參議會議員逐步選出。民國 36 年（1947）1 月臺灣省第一屆行政會議通過地方自治三年計畫。同年 1 月 25 日臺灣省行政長官公署公布「臺灣省充實地方自治辦法」，規劃調整縣市政府組織、人事等。民國 36 年 2 月二二八事件發生，「二二八事變處理委員會」提出省行政長官公署改革、制定省自治法、縣市長民選等訴求，此事件被視為戰後臺灣地方自治改革的重要契機。

民國 36 年 1 月 1 日「憲法」公布前，臺灣已經推行選舉。民國 39 年 4 月公布施行「臺灣省各縣市實施地方自治綱要」，地方自治逐步落實。彰化縣各鄉鎮市開始進行選舉各級行政首長及民意代表。民國 70 年，無黨籍人士黃石城當選縣長，改變國民黨單一政黨透過派系主導的局面。民國 76 年解嚴，民國 78 年代表民進黨參選的周清玉當選縣長，彰化縣呈現兩黨競爭新局。民國 90 年，翁金珠當選第十四任縣長，再度強化彰化縣的兩黨制運作。

民國 83 年 7 月 29 日「省縣自治法」公布施行，地方自治法制化，縣政府組織及功能強化；隨即於當年 12 月舉行省長選舉。民國 85 年 3 月首次總統直接民選，彰化縣都相當程度反映全國性民意趨勢。民國 88 年 1 月 25 日「地方制度法」公布施行，地方自治格局突破，直轄市區域擴大、數目增多。如此擠壓縣、市的發展，彰化縣當然受到影響。彰化縣含括 26 鄉鎮市，是六都之外人口第一大縣，地方自治及選舉的實質及形態展現多元多樣。

臺灣實施地方自治的基礎，尚包括鄉鎮市的自治、村里的自治和農田水利組織的自治等面向，本彰化縣亦是如此。本縣各鄉鎮市、村里及農田水利組織等的自治情形，詳參本政事志自治與選舉篇之自治。

二、選舉

（一）日治時期之選舉

臺灣之選舉，始於日治時期。日治時期經過日益白熱化的請願及自治運動，大正 9 年（1920）臺灣總督府公布「臺灣街庄制」，設置街庄協議會，協議會員由州知事或廳長任命之，協議會員是榮譽職。街庄協議員非民選，協議會無議決權，只是地方首長的諮詢機關。如此「半自治」體制不能令人滿意，改革之聲始終如浪潮般不斷湧現。昭和 3 年民眾黨向臺灣總督府提出「地方自治改革建議書」。臺灣地方自治聯盟於昭和 5 年成立，開始在鹿港等地宣傳、演講，並向日本國會及臺灣總督府提出地方自治建議。鹿港同時在這一年（在公會堂）成立分會，一樣要求街庄有民選的決議機關。至昭和 9 年，中川總督始答應次年施行地方制度改革。

昭和 10 年 11 月 22 日，臺灣舉辦了史上第一次選舉，包括第一屆市會及街庄協議會員選舉。以彰化市會議員選舉而言，彰化市會議員 28 名，本省人選出 16 名（民選 12 名，官選 4 名），日本人選出 12 名（民選 2 名，官選 10 名）。選民「名簿登記人員」2,919 人（臺灣人 2,436 人，日本人 483 人）。彰化市人口總數 51,067 人（臺灣人 48,390 人，日本人 2,677 人）。

（二）戰後縣長之選舉

戰後本縣首屆縣長選舉（民國 40 年）採連署推薦制，候選人須有 5,200 位選民簽名連署，審核後有 4 位得為候選人，投票結果陳錫卿獲得當選。本次選舉採二輪投票制，陳錫卿在第一輪即贏得絕對多數支持。第二屆縣長選舉（民國 43 年），候選人有石錫勳、謝報與陳錫卿等 3 人，選舉結果陳錫卿蟬聯縣長。第三屆縣長選舉於民國 46 年 4 月 21 日投票，陳錫卿獲得連任。民國 49 年第四屆縣長選舉 3 位候選人，呂世明、石錫勳、楊連基。實際上是呂、石兩雄之爭，結果呂世明當選。第五屆縣長選舉的投票日是民國 53 年 4 月 26 日，選舉結果，64 歲的呂世明獲勝連任。第六屆縣長選舉於民國 57 年月 4 月 21 日投票。這次選舉，陳時英是唯一的候選人，年 42 歲的陳時英以 307,986 票空前高票當選彰化縣縣長。

第七屆縣長選舉與中央民意代表增補選、省議員選舉合併舉行，在民國 61 年 12 月 23 日投票，選舉結果吳榮興勝出。第八屆縣長選舉有 3 位登記參選，選舉結果吳榮興當選連任。民國 70 年第九屆縣長選舉中國國民黨黨內登記參選的計有 14 人之多，後來補

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

辦登記手續的陳伯村即獲提名，結果無黨籍人士黃石城當選。第十屆縣長選舉，選舉結果黃石城獲 46 萬多票，得票率為 90%。他不僅獲壓倒性得票率，更成為彰化縣首位無黨籍人士連任縣長者。

民國 78 年第十一屆縣長選舉開啟政黨政治的競爭。這屆縣長選舉有 3 位候選人：周清玉、施松輝與白忠信。這次選舉是兩個主要政黨第一次交鋒，民進黨周清玉與中國國民黨施松輝競選，結果周清玉當選。民國 82 年第十二屆縣長選舉，現任縣長的周清玉與中國國民黨提名的阮剛猛競選，結果阮剛猛當選。第十三屆縣長選舉投票日是民國 86 年 11 月 29 日，候選人有阮剛猛與民進黨參選的翁金珠，以及無黨派的張榮昌，結果阮剛猛獲得連任。

民國 90 年第十四屆縣長選舉，結果民進黨的翁金珠當選。民國 94 年第十五屆縣長選舉時為三合一選舉，縣長候選人包括翁金珠、卓伯源，結果卓伯源當選。民國 98 年第十六屆縣長選舉，民進黨再度提名翁金珠為縣長候選人，與競選連任的卓伯源競爭，結果卓伯源獲勝。

民國 103 年第十七屆縣長選舉於 11 月 29 日「五合一選舉」中投票。民進黨提名的魏明谷以 53.71% 得票率，擊敗中國國民黨林滄敏勝出。魏明谷獲 38 萬多票，林滄敏獲 28 萬多票，相差 10 萬多票。投票率是 72.93%。

（三）戰後鄉鎮市長之選舉

民國 39 年 11 月彰化市改制為縣轄市。改制後依據「臺灣省各縣市實施地方自治綱要」推行自治，第一屆鄉鎮市長應於民國 39 年 10 月開始辦理選舉；民國 39 年彰化市改制為縣轄市，市議會於民國 40 年 11 月成立，民國 41 年 2 月 24 日杜錫圭當選首任民選市長。彰化縣各鄉鎮多在民國 40 年 6 月 10 日與 6 月 17 日舉辦（第一次與第二次投票）。彰化市市長選舉被法院判決當選無效，應重行選舉，民國 41 年 7 月 27 日投票。投票結果杜錫圭再次當選彰化市長。全臺鄉鎮市長選舉至民國 41 年 7 月方辦理完畢。這屆彰化縣基層地方首長選舉，採兩輪過半數當選制，兩次投票率為 81.94% 與 77.93%。員林鎮與田中鎮因鎮長經法院判決當選無效，分別重行選舉。第二屆鄉鎮市長選舉於民國 42 年 5 月 24 日舉行，民國 42 年 7 月 11 日彰化市舉行市長選舉投票。這次選舉改採相對多數當選制度，當選人不需得票過半數。任期改為 3 年。第一、二屆選舉以年滿 25 歲公民 300 人以上連署得為候選人，經檢覈合格或已申請臨時檢覈公職候選人者亦得為候選人。彰化縣於民國 43 年 11 月 28 日完成本屆鄉鎮市長選舉，杜錫圭再度當選彰化市長。第三屆鄉鎮市長選舉先後於民國 45 年 5 月 27 日至民國 46 年 11 月 24 日間舉辦，廢除候選人推薦制度，增列候選人資格檢覈制度，由考試院辦理相關事宜。彰化縣這次選舉投票率為 66.10%。彰化市在民國 46 年 7 月 7 日投票選出賴通堯為市長。第四屆鄉鎮市長選舉應在民國 49 年 12 月 15 日第三屆任期屆滿前舉行。這屆鄉鎮市長選舉全臺分三期舉行，彰化縣排在第三期，投票日是民國 48 年 12 月 20 日。埤頭鄉是全臺最後一個改選的鄉鎮，於民國 49 年 11 月 6 日舉行。彰化市則在民國 49 年 7 月 10 日投票，賴通堯再度連任市長。彰化縣全縣投票率 63.47%。

民國 98 年選出的第十六屆鄉鎮市長任期中鹿港鎮因鎮長當選立法委員而出缺，必須補選；員林鎮長吳宗憲因案辭職後，也在同年 9 月進行補選。民國 101 年 4 月 28 日鹿港鎮長的補選則因為原任王惠美當選立法委員而舉辦。民進黨提名的黃振彥縣議員獲 22,275 票當選，中國國民黨提名的蔡明忠獲 9,048 票失利，中國國民黨也失去執政。投票率為 48.95%。北斗鎮長李順銘當選無效定讞被解職，民國 100 年 7 月 16 日補選投票，結果由中國國民黨籍前鎮長李順銘的媳婦楊麗香當選，楊麗香成為北斗鎮第一位女鎮長。

（四）戰後省長之選舉

民國 83 年 12 月 1 日，省長選舉投票日前兩天，國民黨方面，宋楚瑜的宣傳車隊紛紛出動，廣播中高喊如果宋楚瑜落選，股票、房價都會大跌，並配合夾報，將「緊急敬告」的危機意識送到每一戶人家。民進黨候選人陳定南彰化縣競選總部主任委員立委翁金珠呼籲選民「疼惜翁金珠，牽成陳定南」，做自己的主人。期望四百年來第一戰一舉變天。曇花一現的省長選舉，彰化縣的投票率是 80.81%，證明彰化縣選民是相當關注這場選戰。

（五）戰後地方民意代表之選舉

1. 省議員之選舉

民國 35 年 4 月 15 日選臺灣省參議會參議員，由彰化市參議會選舉李崇禮為彰化縣省參議員，呂世明為彰化縣候補省參議員。民國 40 年 11 月 18 日選舉臺灣省第一屆臨時省議會省議員，由彰化縣議會選舉林生財、蕭敦仁、周天啟、呂世明、游蘇鴦 5 人為臨時省議會省議員，任期 2 年。民國 43 年 4 月 18 日選舉臺灣省第二屆臨時省議會省議員，由全縣選民直接選舉林生財、林端珍、陳萬福、張炎清、游蘇鴦 5 人為臺灣省第二

屆臨時省議會省議員，任期 3 年，採候補制度。民國 46 年 4 月 21 日全縣選民直接選舉，選出謝東閔、林生財、蘇振輝、陳筆、楊紅綢為臺灣省第三屆臨時省議會省議員。民國 48 年 6 月 24 第三屆臨時省議會更改為臺灣省第一屆省議會，原臺灣省第三屆臨時省議會省議員，同時改任為臺灣省第一屆省議會省議員。臺灣省議會第二屆至第十屆省議員選舉概況列如下表。

表總 -1 彰化縣臺灣省議會第二屆至第十屆省議員選舉概況表

選舉屆次	投票日（投票率 %）	當選人	備註
第二屆省議會省議員	民國 49 年 4 月 24 日（71.18%）	謝東閔、徐　堅、莊北斗、陳　筆、蘇振輝、黃高碧桃	彰化縣名額增加為 6 名。謝東閔當選省議會副議長。
第三屆省議會省議員	民國 52 年 4 月 28 日（75.97%）	謝東閔、莊北斗、賴樹旺、陳　筆、徐堅、黃高碧桃	廢止候補制度，改採補選制度。任期改為 4 年，本屆奉令延長 1 年。謝東閔當選省議會議長。
第四屆省議會省議員	民國 57 年 4 月 21 日（75.17%）	謝東閔、呂俊傑、陳　筆、蕭錫齡、葉黃鵲喜	名額計算標準調整，減為 5 名。民國 61 年 6 月 6 日議長謝東閔轉任臺灣省政府主席。
第五屆省議會省議員	民國 61 年 12 月 23 日（72.74%）	白　權、柯明謀、洪木村、施金協、謝許英	任期奉令延長 1 年至民國 61 年。
第六屆省議會省議員	民國 66 年 11 月 19 日（83.83%）	柯明謀、洪木村、王顯明、施金協、謝許英	
第七屆省議會省議員	民國 70 年 11 月 14 日（79.43%）	柯明謀、施松輝、王顯明、施金協、洪性榮、謝許英	名額調整，增為 6 名。
第八屆省議會省議員	民國 74 年 11 月 16 日（75.60%）	施松輝、王顯明、洪木村、張朝權、洪性榮、謝許英	
第九屆省議會省議員	民國 78 年 12 月 02 日（82.36%）	張朝權、洪木村、陳振雄、謝言信、林進春、游月霞	
第十屆省議會省議員	民國 83 年 12 月 03 日（80.96%）	周清玉、林進春、陳振雄、游月霞、謝言信、謝章捷	

2. 縣議員之選舉

首次縣議員選舉，投票率：84.0%，選舉人 298,784 人，投票人 251,034 人。此次選舉女性有 6 人當選，這正好是婦女保障名額的數目。民國 47 年第四屆縣議員選舉應選 81 名縣議員，員額之多全臺各縣市之冠。第六屆縣議員任期從 3 年改為 4 年。這次選舉投票率為 80.52%。選舉區的劃分開始以警察分局之轄區為準，共分為 7 個選舉區。彰化縣競爭之激烈與投票率之高，皆居全臺各縣市第二。謝許英連任彰化縣第六、七屆縣議員，第五、六、七、八屆省議員，後出任監察委員，她是縣議會造就的早期政壇女性精英之一。縣議員選舉為彰化政壇培養菁英。陳時英、吳榮興、卓伯源 3 位縣長皆出身縣議會。議員的更替顯示政治勢力的消長。彰化縣議會議員選舉，從第一屆（民國 39 年）到第十二屆（民國 79 年），戒嚴時期，中國國民黨在歷屆選舉都獲 65% 以上的席次，第五屆更高達 94%；無黨籍多在 34%。民國 83 年第十三屆縣議員選舉民進黨首次打破鴨蛋獲得 4 席，無黨籍掌握 16 席，中國國民黨囊括 34 席，仍居於過半多數。縣議會終於出現兩個主要政黨，但無黨籍人數仍然可觀，議會及府會關係進入新階段。民國 98 年第十七屆選舉結果，當選縣議員者，中國國民黨籍 26 人，民進黨籍 14 人，無黨籍 14 人。民進黨比上一屆增加 2 席，成為 14 席，民進黨地方黨部認為這是因為馬政府八八救災不力、過度傾中、美牛進口的爭議，使選民失望，選票轉向所致。中國國民黨席次未過半，民進黨與無黨籍議員總和過半，彰化縣政府會形成「分裂」局面。民國 103 年基層選舉，縣政政黨輪替，第十八屆縣議員國民黨拿下 24 席、民進黨 17 席、無黨籍 13 席。

3. 鄉鎮市民代表之選舉

基層民代選舉分為三期：第一期為民國 35 年至 40 年彰化市區民代表、市參議員時期；第二期為民國 40 年鄉鎮市民代表應選名額擴增的時期；第三期為民國 50 年之後各縣市人口顯然發生變化（大約是民國 52 年），彰化縣不再是人口最多的縣市，因此民意代表人數也銳減。第十屆彰化縣鄉鎮市民代表選舉（民國 62 年 10 月 6 日投票），應選名額銳減為 313 名，居全省各縣市第五位，隨即減 4 名。

（六）中央公職人員之選舉與公民投票

1. 中央民代之選舉

行憲後第一屆立法委員之選舉，臺中縣與彰化縣均於民國 37 年 2 月 21 日至 23 日投票，選出 7 名立法委員（另一位候補）。民國 58 年增補選，彰化縣參選熱烈。民國 61 年黃順興與陳幼石是彰化縣人士首次在增額立委選舉中當選。民國 69 年有 5 位應選名額。民國 81 年第二屆立法委員全面選舉，16 位參選人，選舉結果翁金珠、姚嘉文、陳朝容、王顯明、林錫山、游淮銀、洪性榮當選。第二屆立委彰化縣國民黨與民進黨形成五比二新局。以後兩大黨形成競爭局面。民國 101 年第八屆立委為三比一，民國 105 年第九屆則為一比三。

行憲後首屆國大代表區域代表選舉（民國 36 年 11 月 21-23 日）由呂世明當選，陳反當選全國性商業團體代表。民國 58 年 12 月 20 日增補選洪挑當選，彰化縣派系因選舉而逐漸形成兩股競爭勢力。民國 69 年彰化縣名額增加為 3 名。民國 80 年第二屆國大代表選舉，彰化縣應選出 13 名代表，共有 28 名候選人角逐這負有修憲重任的國大代表。民國 85 年第三屆國大代表彰化縣應選 13 名，候選人 25 名。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

2. 總統之選舉

民國 85 年第九屆總統副總統選舉，民進黨已成立約 10 年，彰化縣在總統競選過程，也形成兩股相互競爭的支持力量。候選人在彰化縣的得票大致反映全國的投票情形。民國 89 年陳水扁、呂秀蓮當選第十屆總統、副總統；民國 93 年第十一屆總統副總統選舉，相當反映彰化縣的選情。民國 97 年第十二屆總統副總統選舉，兩組候選人參加，馬英九與蕭萬長當選總統、副總統。民國 101 年第十三屆總統副總統選舉，三組候選人參加，馬英九與吳敦義當選總統、副總統。民國 105 年第十四屆總統副總統選舉，三組候選人參加，蔡英文與陳建仁當選總統、副總統。

3. 公民投票

民國 93 年的首次公民投票，彰化縣 26 位鄉鎮市長，對自己投票取向有 6 位表示不缺席會投票，有 8 位不願意透露是否領取公投票，未領公投票的鄉鎮市長有 12 位。往後 6 次公投投票，彰化縣顯示選民支持度不若公職人員選舉。

貳、戶政警消與役政

戶政警消與役政篇主述彰化縣歷來戶政、警消、役政等三項政事之演變。三主題雖各自分立，然又有密切的關連，故歷來行政組織與權責曾有多次的分合。戶政為人口管理與統計之基礎，警政又須依據戶口始能執行任務，因此日治時期將戶政與警政合一。戰後，戶政在警政與民政之間分合，最後才歸屬民政單位；消防長期以來，均附屬於警政，自警政體系分立，顯見時代對專業的需求；役政的基礎同為戶口，然其役男徵集的層面又牽涉到警政的輔助。上述政務均屬內政部所管轄，分別為：戶政司、警政署、消防署、役政司等單位；在彰化縣，則分屬彰化縣政府、彰化縣警察局、彰化縣消防局等單位管轄。

一、戶政

戶政廣義而言，可謂國家對於境內人、戶的調查、管理、統計，以作為施政的參考。戶政所提供的是國家基本「人」的資料，其影響層面甚廣，其與治安、經濟、教育、役政等等均有關。清領時期彰化縣之戶政，理論上歸縣衙門負責，縣為清代官治最基層之機關，其下則為鄉治組織。嚴格而言，清代戶政並沒有專責的單位，以及完整的執行方法。保甲制度雖有戶口編查的功能，但其主旨畢竟在於治安控制；況且多數時候，保甲制度並未落實，保甲與人口的關連性鬆散。清領時期臺灣的戶政並不成熟，戶口成為治安體系與賦稅制度之附屬，導致缺乏彰化縣的人口統計資料，連概估數據都難得。康熙 52 年（1713），下詔以康熙 50 年丁冊所載之丁數，定為課稅基準，新生人口永不加賦，使人口統計與賦稅脫節。其次，保甲制度的最終目的在治安之維護，編查戶口與稽查往來僅是治安手段之一，況且清代保甲制度也未見落實，更遑論彰化全縣的人口統計。依據光緒 21 年（1895）編成的《臺灣通志稿》所載，彰化縣 58,178 戶、丁口 261,482，可謂清領時期較精確的統計，然時代已近日治。

日治初期，戶籍管理責任歸屬並不明確，至明治 36 年（1903），才將現住戶籍歸於警察機關管轄，透過分布綿密的派出所，及保甲制度輔助執行。戶口之整編而有保甲制度之形成，保甲又為戶口統計管理之基層，因而戶政為警政之一環，可謂日治時期戶政之特色。日本治臺期間，曾舉辦過 7 次全臺性的戶口調查，第一與第二次稱為「臨時戶口調查」，第三至七次則改稱為「國勢調查」。彰化縣境的人口自明治 30 年（1897）調查的 270,209 人，至昭和 18 年（1943）已達 617,287 人。日治時期，戶政為殖民統治之基礎，治安、教育、賦稅、經濟等各層面無不牽涉戶政。彰化有精確至街、庄的戶籍、人口相關統計，也從日治時期開始，實為戶政現代化之始。

戰後，戶政在警政與民政機關之間游移，戶政管理歷經多次演變，歷經戶警合一、雙軌一途、戶警合一、戶警分立等階段。然由於長期的戒嚴體制，戶政與社會控制關係密切，因此仍具有濃厚的警政色彩，解嚴後始回歸民政單位。戶政組織與管理、調查的方式，正能顯示出不同時代的施政思維。民國 80 年代以來，彰化縣戶籍管理的變革，最重要在於戶政的數位化，先是電腦的使用，使戶籍管理更精確；再則為網路的運用，使戶政資料跨越空間藩籬，便利民眾調閱。戶政數位化雖為全臺之趨勢，然在戶籍管理效率與民眾服務、推廣工作上，彰化縣亦有其區域特色。

彰化縣人口數，自民國 39 年的 686,359 人，至民國 57 年，人口突破百萬。民國 92 年達到 1,334,443 人，為歷來人口數之顛峰。至民國 104 年，13 年間減少 45,371 人，降至 1,289,072 人。鄉鎮市人口以民國 104 年為例，彰化市人口 23 萬餘人最多，各鄉鎮市依序遞減為員林鎮 12 萬餘人、和美鎮 9 萬人、鹿港鎮 8 萬餘人，溪湖鎮與二林鎮各 5 萬餘人，其餘各鄉鎮人口在 4 至 1 萬餘人。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

二、警消

社會治安之維繫，為歷來政府施政之重點，與此相關的人員、組織編制，比起戶政、役政，可謂規模最大。清代的文官與武官均有治安之責，也包含消防救災任務；民間則有保甲組織，或實施清庄聯甲，以自衛兼輔助官方執行。以政府組織的角度視之，可概分為文官與武官體系，文官即為掌理民事的彰化縣衙門，轄境較為重要的地點則分設縣丞、巡檢。武官則為分駐縣境的汛、塘，清廷領臺不久即接續鄭氏治臺時期於半線（彰化市）設防。理論上，武官有治安之責，但不管理民事，然清廷考量臺灣孤懸海外，讓臺灣鎮總兵可以掛印兼理民事。綠營營兵人數較多，分駐各地的點較文官體系稠密，有空間與武力上的優勢。在臺灣多民變、械鬥的歷史背景下，綠營在治安上扮演著重要的角色。清初，彰化即有粗略的保甲制度，以輔助官方緝盜治安，隨人口增加，縣境的「保」亦增加析分。由於保甲制度未能落實，道光以後（1820 年代）海防緊迫，官方亦要求街庄辦理「清庄聯甲」（「聯庄」）。清代並無專職的消防單位或專責官員，遇有火災，文武官員均需協力滅火救災。

日本治臺之初，面對臺灣人武裝抗日，以及殖民統治之摸索，前後僅 6 年多的時間內，行政區劃即調整多達 5 次，警察機關亦隨之調整。日治時期，警察組織網布深入臺灣社會，明治 34 年（1901）彰化廳的派出所即達 53 個之多。警察對社會控制嚴密，成為殖民地統治基礎之一，亦是近代臺灣警察制度之始。警察除治安維護的角色，更是各項行政措施之基層。警察機關掌握戶籍，而戶籍又為施政的前提。戶籍之整編與組織，即為保甲制度之意義。清代的保甲制度，日治時期被保留改革，成為警察的輔助組織。保甲在組織上設有保甲會議、保甲聯合會，任務涵蓋治安、消防、救災、衛生。消防組織雖歸警察體系，日治前期依賴保甲制度，中期始有獨立之公設消防單位。昭和 5 年（1930）起，陸續設立彰化、員林、田中、溪湖、北斗等消防組，開始走向消防專業化。

民國 34 年（1945），國民政府接收臺中州警察機關，設置彰化市警察署，以及臺中縣彰化區警察所、員林區警察所、北斗區警察所。民國 39 年，恢復彰化縣，彰化縣警察局同時成立，為縣境編制最大的警察機關。戰後，戒嚴體制之下的警政，警察權力較大，著眼於治安管控的目的；解嚴之後，則更強調執法的專業化，以及與民眾的互動與服務。戰後，消防隊歸警察機關管轄，因應時代需求，組織與相關法令多次調整。消防組織從附屬於警察機關中分立，組織擴大，任務從消防擴大到所有救災。民國 88 年，彰化縣消防局成立，消防救災工作邁入新紀元。彰化縣警察局之外，與治安工作之相關單位另有：法務部調查局彰化縣調查站、國防部憲兵指揮部彰化憲兵隊、海岸巡防署中部地區巡防局所屬之查緝隊及安檢所、內政部移民署中區事務大隊彰化專勤隊及彰化服務站等機關單位。

三、役政

康熙 56 年（1717）成書的《諸羅縣志》，追述劉國軒曾於半線社（彰化市）設營駐軍，然詳情已難查考。清領以後，為防臺而治臺，故由福建輪調綠營兵來臺戍守，稱之為「班兵」，並限制臺灣人入伍，役政異於中國大陸。班兵來自福建多處，來臺後又兵民雜處，或因臺閩民風強悍，或離鄉背井管理不易等等因素，臺灣各地兵丁不法事件頻傳，百姓為求自保，甚至秘密結成會黨，以資對抗。彰化即曾發生班兵不法案例。清領初期（1680 年代），福建的綠營兵輪班駐防臺灣，乾隆以後（1780 年代）又設有屯兵；咸同以後（19 世紀中葉），綠營兵弛廢難以應戰，多賴勇營、團練維持。

日治時期，地方行政區與行政機關雖數次調整，然多有明定兵役業務之權責。因臺灣人不適用日本的兵役法，無從軍之義務，亦無退伍、後備管理問題。然而，在臺灣的日本人仍受兵役法之管理，必須對於後備役、預備役等「在鄉軍人」進行管理。由於臺灣為日本殖民地，加以中日戰爭期間，占臺灣人口多數的漢人，在軍事上的角色更顯尷尬。昭和 17 年（1942）起，臺灣先後實施陸軍、海軍特別志願兵制度，採變通的方式，以迴避相關法令。至昭和 19 年，臺灣總督府才發布臺灣實施徵兵。

民國 38 年，中華民國政府撤遷來臺灣，臺灣海峽兩岸陷入長期的軍事對峙。中華民國政府為維持臺灣防衛及反攻之需要，先以充員名義徵兵，逐漸擴大實施普遍徵兵制，即體檢合格之役男，均需入伍服役；退伍之後，再編入後備軍人，以因應軍事之需求。由於長期處於高度軍事化，役政成為地方政府重要工作，役男服役前的調查、退伍後的管理，都事關役政工作。民國 86 年起，國軍實施「精實案」，致使兵員過剩，役男等待入伍服役人數眾多，影響其權益與日後的工作求職。經「兵役法」之修訂，自民國 89 年 7 月起，開始實施替代役制度，概分為：一般替代役、研發替代役。此外後，備軍人之動員與管理，彰化縣後備指揮部為彰化縣內監督機關，並為將級後備軍官以外後備軍人之管理機關。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

參、衛生與環保

一、衛生行政

彰化地區的醫療衛生發展情況，在荷、西時期以及鄭氏治臺時期並無確切資料可尋，自清康熙以來雖有紀錄可徵，惟為數不多。日治時期臺灣始有衛生行政之建立外，同時也設立機構從事衛生、傳染病之調查、諮詢與研究。日人治臺後，分別於中央與地方設立衛生行政機構，彰化地區日治時期，設州之後，衛生事務由臺中州警察部之衛生課管理。

彰化地區自民國 34 年之後的衛生行政機構歷經臺中縣衛生院、彰化縣衛生院與彰化縣衛生局等 3 個時期。民國 35 年彰化市衛生院成立，不分課室。民國 39 年 11 月將彰化衛生院更改為隸屬於改制後之彰化縣政府，置院長 1 人，下分 3 課 2 室，並於各鄉鎮市設置衛生所，掌理鄉鎮市衛生行政事宜。

民國 51 年衛生院改制為彰化縣衛生局，設有 6 課 3 室。後因食品衛生工作日趨重要，於民國 74 年 1 月，增加第 7 課管理食品衛生。彰化縣衛生局所屬附屬機關，除彰化市兩家衛生所外，其餘一鄉鎮一衛生所，共計有 27 個衛生所及慢性病防治所。民國 97 年 6 月 25 日修正「彰化縣衛生局組織規程」，彰化縣衛生局設置各科別及分掌業務，分別為醫政科、藥政暨物質濫用防制科、食品衛生科、保健科、疾病管制科、檢驗科、企劃資訊科、衛生稽查科、行政科、人事室、會計室、政風室。

二、醫療設施與醫療衛生管理

在西方醫學未引進臺灣之前，臺灣人民的照護工作都以漢醫、宗教民俗治療為主。然隨著清末教會醫療的推展以及日人治臺，將西方現代醫學的實施作為殖民政策之一，使得西醫逐漸成為臺灣人主要的就醫習慣，彰化各式醫院、診所自民國 38 年後，逐年上升。其中較大型醫院有彰化縣立員林醫院、臺灣省立彰化醫院、彰化基督教醫院以及秀傳醫院。

本縣醫療資源隨著多家中大型醫院的設立，在醫療人力資源也逐年增加。照護人力，如護士、護理師、醫事檢驗師、藥劑師、營養師人數則呈現逐年增加趨勢。醫療人力也呈現醫療專業化發展的趨勢，因此護理師、藥劑師、醫事檢驗師、物理治療師、職能治療師以及牙體技術師的人數與日俱增。此外近年出現的呼吸治療師則是呼應了長期照護、呼吸治療的照護需求；至於聽力師、語言治療師則與早期療育、復健醫學受到重視有關。若從性別比來看，本縣醫療人力男女性都有，男性則多擔任醫師、牙醫與藥劑生（師）。醫師人力主要集中在彰化市，其次為鹿港鎮、員林鎮以及二林鎮。

本縣的藥事管理主要依據中央政府頒訂之「臺灣省藥物藥商管理法」以及「藥物藥商管理法施行細則」辦理，前揭法條及施行細則規定於民國 82 年 2 月 5 日修正公布為「藥事法」，民國 83 年 9 月 21 日修正發布為「藥事法施行細則」。現今藥事管理業務包含藥物（藥品及醫療器材）、藥商、化粧品衛生及廣告管理；中西藥廠、化粧品、醫療器材工廠管理；管制藥品管理；推動醫藥分類；以及辦理社區居家藥事照護訪視及正確用藥暨藥物濫用防制宣導講座。食品衛生管理工作與日治時期原屬警察單位管理，戰後移交至衛生行政機關，附屬於藥政單位辦理。

三、防疫工作

有關各種急、慢性疾病防治工作，本縣衛生局均採隨時嚴密監視的方式。若有疾病發生，立刻予以消滅。對抗傳染病最有效之方法為預防注射，本縣以法定傳染病為防治重點，如小兒麻痺症、結核病、腸病毒、登革熱、性病與愛滋病為討論中心。

根據《彰化縣統計要覽》的統計資料顯示，自民國 70 年代以後，黃熱病、鼠疫、霍亂、天花、白喉、百日咳、破傷風、狂犬病、猩紅熱、斑疹傷寒、回歸熱、恙蟲病、痢疾、傷寒、瘧疾等傳統法定傳染病在本縣的發生病例，幾乎為零；唯小兒麻痺症曾在民國 71 年出現全臺性大流行，本縣亦有病例出現。疫苗的接種為預防本病最有效的方法。結核病是所有傳染病中最為普遍，曾是最為嚴重的疾病，橫行世界多數地區。預防結核病的方法之一是接種卡介苗。腸病毒、登革熱、性傳染病、愛滋病、SARS 等傳染病，本縣衛生與環保單位亦積極在鄉鎮公所、學校、社區團體加強舉辦衛生教育，運用各種宣傳手段促使社區民眾參與防疫工作。

四、疾病防治

在民國 40、50 年代的臺灣，大部分農民仍使用未經處理的糞肥作為作物肥料，因之腸內寄生蟲成為臺灣相當常見的傳染病。自民國 80 年之後的腸內寄生蟲防治以蟯蟲

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

為主，臺灣的寄生蟲防治可說是已達防治目標，寄生蟲已不再成為縣民的健康威脅。肝病可說是臺灣人的「國病」， B 型肝炎帶原者在臺灣人口所占比例之高，位居世界前幾位，因此「B 型肝炎防治」成為政府主力推動的八大重點科技之一。本縣 B 型肝炎預防措施於民國 74 年全面實施。在民國 40 年代初期本縣沿海各鄉鎮漁鹽民共有 4 萬餘人，其中患砂眼者，約有 2 萬 8 千餘人，占 70%，縣府特購買土黴素，分發沿海各鄉鎮衛生所積極予以治療，該防治經費由農復會補助。目前線西、新港、鹿港、福興、大城、芳苑等沿海鄉鎮，已少見砂眼患者。

臺灣精神醫療開始受到重視，是源自於民國 70 年代初期社會爆發了一連串精神病患肇禍事件，衛生署決定將之納入全國醫療網中的一環，加以推動。自民國 76 年起本縣精神科病床逐年增加，至民國 101 年止，共有急性精神病床 400 張，慢性精神病床 982 張。本縣設有社區心理衛生中心、社團法人康復之友協會等機構，辦理心理衛生教育與宣傳、轉介醫療或社會補助之相關訊息。

從民國 50 年代開始，臺灣人患病由急性傳染病、感染症慢慢轉型成慢性病。近二十年來臺灣的十大死因的前 5 名幾乎為慢性病，罹患者以中老年為主，因此防治慢性病與中老年病成為重要的公共衛生課題。鑒此，本縣衛生局以社區整合式篩檢為社區健康管理平臺，運用慢性病共同照護模式（Chronic care model, CCM），整合架構完整的慢性病三級預防體系，以早期發現異常個案；同時，衛生局在資源有效整合下，於 26 個鄉鎮提供至少 1 場次之社區健康篩檢服務，並針對項目異常之民眾，提供必要轉介照護服務。另對於偏遠地區醫療資源不均之鄉鎮，主動規劃「社區民眾肝癌巡迴定點篩檢服務」，特別以本縣衛生所為據點，由專科醫師搭配超音波設備，提供民眾腹部超音波篩檢服務，透過早期發現與治療，以挽救民眾生命。

五、婦幼衛生、人口老化與長期照護

臺灣自民國 40 年代起即注意婦幼衛生工作的推展，重點為以控制人口數量增加為主的家庭計畫，以及降低嬰幼兒死亡率的預防注射。自民國 60 年代開始，家庭計畫轉而強調「質」與「量」並重的優生保健，孕產婦的照顧。在婦幼健康照顧方面則推廣婦癌篩檢與骨質疏鬆防治，同時將嬰幼兒與學齡前兒童健康納入工作重點。

婦幼衛生係在維護及促進婦女與兒童的身心健康，民國 74 年起，為因應「優生保健法」之實施，本縣各鄉鎮市（區）衛生所需每週定期為本縣婦女辦理產前、產後檢查及嬰幼兒健康檢查門診。凡產前、產後檢查異常者或異常嬰幼兒、早產兒、病理性黃疸者、苯酮尿者，均納入管理。新生兒先天性代謝篩檢則自民國 78 年實施，凡檢查異常者列入管理。因此自民國 70 年代，本縣衛生局即將子宮頸抹片檢查列為重點工作。民國 80 年代之後，配合衛生署相關計畫，執行乳癌與子宮頸抹片檢查。本縣自民國 40 年原本母嬰死亡率偏高，民國 56 年在偏遠地區設立助產站，積極展開行動，使非合格人員接生率以及母親死亡率降低。民國 59 年本縣為加強改進婦幼衛生工作召集全縣護理人員施行在職及訓練講習。臺灣人口在戰後則出現平均年齡增長，人口開始老化，而且老化速度非常快，如何讓每位老人享有健康、安全、活力、尊嚴的生活，是社會關注的課題。依民國 86 年修正公布之「老人福利法」，已訂出完善的長期照護制度，藉以滿足高齡化社會之照護需求。根據民國 95 年 6 月臺灣縣市別機構式照顧服務資源供應情形之調查，本縣被認為是資源不足區域，因此強化機構式資源、居家照顧與社區服務是本縣近十年來重要的長期照護措施。因此本縣積極配合衛生福利部國民健康署（原行政院衛生署國民健康局）「高齡友善城市推動計畫」，於民國 101 年 7 月成立本縣高齡友善城市推動委員會，全面營造社會心理健康及推動友善環境建設。

六、環保行政

日治時期地方環境衛生行政，由州警察部衛生課執行，同時在各市役所設立衛生課直接處理防疫與清掃事項。日治時期的環境衛生業務以疫病防治為首要，因此注重上下水道興建、垃圾與水肥處理以及家屋改善，以控制傳染病的環境因素。戰後縣市各區區長組成委員會，並於縣市警察局設衛生稽查隊，希望藉此加強各相關單位之聯繫而有助於環境衛生工作之推動。在鄉鎮的環境衛生業務則由衛生所管理，其主要工作包括改良水井、處置垃圾、撲滅蚊蠅等工作，但環境清潔業務係由鄉鎮市公所衛生隊或民政課執行；至於溝渠、廁所之疏濬，各戶之清潔檢查，則由各村里衛生室負責。

民國 70 年代，因工業發展迅速，自然環境遭受嚴重破壞，隨著環保意識抬頭，在民國 77 年 9 月成立彰化縣環境保護局隸屬於彰化縣政府，設置局長、副局長、技正及秘書，下設 8 科 3 室，截至目前編制員額為 91 人。以綜合計畫科、空氣品質科、水質保護科、廢棄物管理科、環境檢驗科、環境工程科及稽查科等 7 科為專業業務單位，管理環境衛生及公害防治業務。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

七、環保措施與環保教育

環境保護業務種類繁多，主要包含垃圾處理、水污染防治、空氣污染防制、土壤污染防治、噪音管制、廢棄物管理、環保教育、環境影響評估等。垃圾處理自民國 40 年代開始，市容整理、垃圾的清除、美化環境等，由建設局、衛生局、鄉鎮市公所、警察局等辦理。民國 55 年為徹底改善本縣環境衛生，推行「本縣改進環境衛生五年計劃」，第一年改善垃圾水肥處理，在該計畫進行的期間配合消除髒亂工作發動義務勞動，舉辦春節前即春季清潔大掃除，發動各級機關學校、團體、工廠、村里民眾等同時實施大掃除，各鄉鎮市均劃定清除地區，由鄉鎮市公所公告並徵收清潔規費由清潔單位負責集運垃圾。民國 70 年起，陸續於各鄉鎮辦理其水肥處理廠及垃圾焚化爐，近年則擬訂「彰化縣垃圾委託民間清運計畫」，請行政院環保署依垃圾清運民營化推動政策補助本縣執行垃圾民營化清運，提高垃圾清運效率，降低地方政府負擔，並解決鄉鎮市垃圾車老舊無法負擔垃圾清運問題。

飲用水衛生是與民眾關係最直接的傳統性環境衛生業務，因此飲水衛生管理改善工作成為重要課題。本縣自民國 40 年代初期即注意飲用水衛生管理，陸續修理日治時期縣內的水源地過濾池，裝置消毒機、擴建鑿井工程、改裝水管設備，以擴大衛生水源的供應。本縣水井水源主要是彰化水利會管轄下的大肚溪，因此在民國 40 年代的給水供應改善計畫可說是以本縣北部區域，如彰化市、鹿港、和美、秀水為主要給水區。在水質改善方面，本縣水廠自民國 44 年起，每個月均依規定送檢驗，檢驗的結果，成績頗佳，尤其中部 5 縣市的水廠中，名列前茅。之後本縣的飲用水管理主要以擴大自來水供應、改善自來水管路，確保水質安全為主要工作。民國 63 年 7 月 11 日中央政府公布「水污染防治法」，本縣依之為水質保育及污染防治之主要法令依據。民國 72 年 5 月「水污染防治法」修訂後，本縣仍積極進行水污染防治。

民國 40 年代以後，臺灣空氣污染日趨嚴重。民國 62 年 7 月 23 日公告「臺灣地區空氣污染排放標準」。本縣據此法規積極進行空氣污染防制。民國 68 年透過「改進環境衛生 5 年計畫」的挹注經費，於彰化市設置空氣測驗站 3 處，員林鎮 2 處，輔導工廠改善空氣衛生，處罰違反「空氣污染防制法」業者。工廠部分，自民國 72 年起，輔導易造成空氣污染的工廠，改善空氣衛生，特別是縱貫公路旁之工廠列為重點輔導，並建檔列管，經勸導未改善者即給予告發。民國 79 至 83 年間，執行「擴大列管固定空氣污染督導改善計畫」，針對全縣列管固定污染源，進行檢測。民國 85 年，為加強空氣品質監測工作，設有臺化—硫化氫監測站，員林鎮公所、彰化市公所、彰化縣衛生局、員林縣立醫院、溪湖鎮湖東國小設監測站，環保署亦於彰化市中山國小、二林鎮萬合里設立空氣品質監測站，定期監控本縣空氣品質。加強本縣空氣污染防制工作，對於重大污染之道路營建工程進行專案管制。

為了有效防治土壤繼續遭受污染，衛生署環保局自民國 76 年起分 4 年逐年在臺灣各縣建立土壤污染監視站，本縣較大規模的土壤污染管制始於民國 80 年代。首先針對舊濁水溪流域，委託國立中興大學進行檢測調查。對於可能或已污染區域追蹤監測調查，並委託國立中興大學進行監測，將可能污染之土壤送至衛生署環保局進行檢驗。又配合行政院衛生署環境保護局執行「農地重金屬調查列管計畫」後續之農地重金屬污染控制場址污染改善計畫。

在噪音管制方面，本縣依據「噪音管制區劃分作業要點」於民國 75 年起實施噪音管制，並輔導轄內工廠（場）等改善噪音，且建立追蹤督導管制，以加強管制噪音，此外檢查工廠、營業場所、營建工程及擴音設施。本縣依民國 81 年 2 月 1 日修正公布之「噪音管制法」，重新劃定縣轄內各噪音管制區，以維護縣民健康及環境安寧。公告劃定各類噪音管制區，並對管制區內之噪音污染源予以追蹤管制稽查，並進行輔導改善作業，以確實維護生活環境品質。繼續辦理環境噪音監測作業，並定期函報行政院環境保護署及臺灣省政府環境保護處核備。民國 93 年設置噪音監測站，辦理交通噪音監測工作。繼續加強噪音管制、環境及交通噪音監測、民俗噪音宣導計畫與稽查業務。至民國 100 年更主動進行使用中機動車輛原地噪音量測及道路攔檢，及行動基地臺非游離輻射之測量。

民國 74 年底，杜邦在本縣設廠獲得中央核准後，引發反杜邦運動，是本縣第一起環保運動。民國 75 年 3 月 9 日，鹿港地區發起激烈的反杜邦抗議行動，希望制止杜邦設廠。該年 10 月，「彰化縣公害防治協會」成立，以廣泛動員及多樣化的抗爭手段，如「簽血書反杜邦」運動、靜坐抗議及舉辦反公害說明會，抵制杜邦在彰濱工業區設廠。「反杜邦運動」成為臺灣第一件因環保抗爭讓外資終止投資計畫的事件。另一著名環保運動是反國光石化開發案。民國 97 年 6 月 24 日，國光石化董事會決議將建廠地點設於彰化縣大城鄉沿岸，並計畫以填海造陸的方式興建國光石化園區，引發民眾的抗議。民國 100 年，相關反對活動仍不斷進行，反對國光石化的聲浪持續高漲。4 月 22 日馬英九總統召開記者會正式宣布「政府不支持國光石化在彰化投資的立場，同時期盼藉此契機，重新檢討臺灣整體產業結構與政策走向，推動石化業轉型升級，朝向高值化發展」後，同年 4 月 27 日國光石化董事會即決議：因環評審查條件非常嚴苛，故決議撤銷國光石化在彰化西南角（大城）海埔地工業區計畫，環境影響評估案才告一段落。國光石化案

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

面臨的問題在於無法通過環境影響評估之審查。民國 84 年，環保局的環境影響評估業務逐漸系統化管理，建立本縣環境影響評估審查委員會法制化。談到環保運動不可或缺的事件是中科四期開發案。中科四期開發案於民國 98 年 10 月 30 日所舉行的環評大會審議後通過開發案，但民國 101 年 10 月 11 日臺北最高行政法院 99 年度訴第 1856 號判決，撤銷中科四期二林園區的開發許可，創造內政部區委會開發許可遭司法撤銷的首例。判決撤銷開發許可之關鍵在於違反國土有效利用及國家資源合理配置之原則。

環境保護可說是一門公民教育，本縣較大規模的環保教育宣傳活動始於民國 70 年代末。對於環境教育宣導工作除經常辦理外，適時發動機關、學校、社團人員參觀垃圾衛生掩埋場；擴大徵求熱心環保工作者，特招募義工踴躍加入環保行列；針對國家清潔週活動，利用文宣配合各鄉鎮市公所，加強宣導；環保局配合縣府教育局，每月排定行程至各國中、小放映宣導短片暨有獎搶答，並安排大專社區環保服務隊與國中學生，觀摩衛生掩埋場，實施公害防治實地參觀。從民國 101 年環境改造計畫結案報告，可以得知本縣環境教育已深入社區，並結合社區發展協會，推動環保工作，社區民眾實際髒亂點清除、小廣告清除、垃圾減量、資源回收、環境綠化、實施廚餘堆肥、汽機車定檢、生物多樣性保育、溪流保育、集水區保育、溼地保護、環境教育宣傳、環保義工、環境整潔維護、公共區域認領、綠色消費、社區環境調查等，均顯示環境教育已成為施政要領。

肆、地政

本縣由於地狹人稠，土地管理至為重要。本志地政篇共分為 7 章，時序分為二次大戰前與二次大戰後。二次大戰前礙於史料，簡要敘述土地管理及稅賦演變，二次大戰後則詳述土地政策與制度演變，內容包含地籍、地權地價、地用、土地管理及地政資訊化等，茲分述於后。

一、二次大戰前的土地管理

鄭氏時期力求兵強食足，實施軍屯制度，大量開墾土地。此時期土地之開發與管理，以軍隊屯駐、墾田自給之措施為主，鄭氏積極開墾荒地，推動文武官田，得招佃耕墾，自收其租，且納稅於官，是臺灣土地私有制之濫觴。在土地管理制度上曾對臺灣部分耕地進行丈量，但並未設置權利變動登記。

劉銘傳來臺施行土地清丈與保甲制度，整理全臺田賦帳冊，並丈量查清隱田，據以設置土地臺帳、過戶冊、地契。然因丈田不公，引發光緒 14 年本縣民施九緞率眾圍城之事件。

日治初期臺灣土地制度紊亂，為有效發展農業並落實田賦課徵，土地基本資料的掌握成為土地管理的重要課題，為了解臺灣地形、土地種類、使用情形，總督府成立「臨時臺灣土地調查局」展開土地調查及管理事業，重點包括土地調查、土地登記、林野調查、租權整理等，奠下臺灣土地制度及管理的基礎。

二、地政機關

地政即土地行政，乃由政府成立專責機關進行土地管理規範，並推動土地政策。中央單位於民國初年由內務部土地司管理土地，其後機關名稱屢有更迭，分別為內務部土地司、內政部地政司、行政院地政署、地政部、內政部地政署、內政部地政司，內政部地政司迄民國 106 年仍沿用。而地方縣市政府設地政處、局，辦理地政業務，轄內各行政區則設地政事務所，執行地籍、地價、地用、地權等業務。

彰化地政事務所在日治時期先以登記所創設，嗣後改制為彰化出張所，由臺中地方法院管轄。二次大戰後，本縣各項地政業務由本縣政府地政處統管，轄區內各鄉鎮之土地登記業務則分屬 8 個地政事務所管轄。

三、地籍管理

地籍管理包括二大項：（一）靜態地籍整理：即確定土地歸屬，將坐落、位置、形狀、界址、面積、使用型態及權屬，精確測量登記製成地籍圖簿。（二）動態地籍異動：即土地發生分割、合併、新漲等增減及土地權利移轉、設定、變更、削減等異動時予以複丈、重測與變更登記確保地籍資料正確。

地籍管理需制訂相關法規，國內常用之地政法規包括（一）基本法規：包含「土地法」、「土地法施行法」、「平均地權及平均地權施行條例」；（二）分類法規：分為測量、登記、地價、地權、地用、方域、不動產交易以及資訊類等。而各縣市政府可依作業需求制定適用之行政規則。本縣政府地政處依據所需，分別針對地籍、地價、地權、地用、重劃、地籍測量、土地開發等制定法令規章以貫徹政策之執行。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

「土地法」規定土地登記前應先辦地籍測量，因此，地籍測量是地籍管理的根基。臺灣在鄭氏時期、清光緒年間、日治時期均進行過地籍測量。二次戰後，國民政府沿用日治時期地籍測量辦理總土地登記，其後為推行土地政策及「民法」、「土地法」，辦理未登記地之測量，民國 38 年起方陸續辦理各項未登記土地測量，民國 45 年政府開始辦理地籍圖修正測量，並於 62 至 64 年度試辦地籍圖重測。

本縣未登記土地測量方面，以區外保安林地之解編測量為主，至民國 103 年止共計 10 筆，其中 7 筆已解除保安林地之編設。為加強林班地管理、保育及有效利用，民國 96 至 99 年間縣政府進行社頭鄉、田中鎮、二水鄉轄內之保安林土地區外保安林未登記土地地籍測量及登記，使縣土地之地籍管理更為健全。

本縣民國 35 年開始辦理土地總登記，至民國 105 年已辦理登記之土地面積合計有 105,367.6134 公頃，主要分為公有土地、私有土地及公私共有土地。縣政府地政處為配合辦理地籍清理工作，規劃自 97 至 102 年配合內政部「地籍清理實施計畫」（以下前期計畫）完成清查及公告 14 類土地，受理民眾申報或申請登記。又至前期計畫結束（102 年底）時，仍有部分土地之權利人尚未提出申報或申請登記，部分土地仍未完成代為標售作業，均待繼續推動清理；此外，於清理過程中，尚有其他地籍問題（如早期登記之登記名義人登記資料未記載統一編號），不利土地賦稅及其他行政業務之推動，亦亟待進行清理，爰再依內政部「地籍清理第二期實施計畫」，賡續辦理相關地籍清理工作（辦理期程自民國 103 年 1 月 1 日起至 108 年 12 月 31 日止）。

四、地權管理與地價公告與稅收

土地或建物如因買賣、贈與、交換、共有分割、徵收或其他原因等而有所變動，必須向機關申請所有權移轉登記。本縣轄區內之土地所有權移轉業務，包括：土地及建物之各項權利移轉、變更、設定等登記事項，地籍謄本之核發及地政資訊軟硬體之維護，主要由轄區各地政事務所負責；而其他包括地籍清理、外國人取得土地權利、地政士管理、未辦繼承登記土地及建物列冊管理、私有耕地三七五租約以及土地徵收等業務，則屬於本縣政府地政處地籍科及地權科之職掌。

二次戰後政府自民國 38 年起展開土地改革，即三七五減租、公地放領、耕者有其田，並於民國 42 年公布「實施耕者有其田條例」，而本縣自民國 45 年開始施行該政策，徵收面積計水田 8,447 甲、旱田 998 甲，承領農戶數共計 20,233 戶，耕地徵收之地主戶數則為 10,727 戶。

政府於民國 43 年制定「實施都市平均地權條例」，且自民國 45 年起，在臺灣各大都市實施平均地權，並分期分區擴大實施範圍。本縣在民國 45 年實施平均地權時，僅將彰化市及員林市納入，因當時係以「都市土地」為限，都市以外之土地，未能實施。民國 66 年全面實施平均地權，共分二梯次，本縣被劃為第一梯次實施地區，實施面積計有 85,321 公頃。

民國 73 年底政府正式受理不動產經紀業營業，內容為房屋租售之公司申辦登記作業，民國 77 年研議訂定仲介業管理辦法，擬定「不動產經紀業管理條例」作為不動產經紀業管理之法源依據。根據「不動產經紀業管理條例」規定，縣政府為管理不動產經紀業之主管機關，地政處地價科承辦主要相關業務。

五、土地利用

本縣是臺灣最大農地重劃實施區，農地重劃至民國 103 年已有 55 年歷史，目前僅員林市、大村鄉、埔心鄉、二水鄉、北斗鎮等 5 個鄉鎮市全區內未實施農地重劃，其餘各鄉鎮皆陸續完成，而秀水鄉、埔鹽鄉為全區完成農地重劃之鄉鎮。民國 94 年更起辦理「農村社區土地重劃（92-97 年度）示範計畫」，並獲取中央全額補助，土地重劃亦使縣民受惠。

有關本縣政府執行市地重劃及區段徵收之整體開發業務部分，在市地重劃方面可分為：（一）公辦市地重劃：共計 8 期，於民國 60 年代從員林鎮三條圳重劃區開辦，至民國 102 年之最大公辦市地重劃「本縣第八期員林都市計畫整體開發單元 1-10 市地重劃區（184 公頃）」止，開發總面積為 297.81 公頃，取得公共設施用地 98.34 公頃。（二）自辦市地重劃：自民國 70 年員林市僑信自辦市地重劃開始，至民國 104 年底北斗鎮中正自辦區止，自辦市地重劃共達 83 區，總面積達 228.4 公頃，無償取得公共設施 75.45 公頃。

在辦理區段徵收方面，本縣至民國 103 年底，計有伸港（全興地區）及高速鐵路彰化車站特定區 2 區，辦理面積合計 290.61 公頃。其中，公有土地 12.9 公頃、私有土地 277.71 公頃，開發後取得可建築土地 171.27 公頃、道路及公園等公共設施用地 119.34 公頃。民國 102 年 1 月起，本縣政府地政處成立土地開發科，承辦區段徵收及市地重劃業務。

本縣政府為辦理公地撥用，於民國 90 年制定「本縣辦理公地撥用業務作業費標準」，而公地撥用則於民國 100 年發布「本縣政府土地徵收公地撥用核發獎勵金及救濟金要點」，鼓勵民眾配合公共建設以舒緩徵收阻力。

六、土地使用分區管理

本縣已登錄土地面積，至民國 103 年止，非都市土地為 89,694.01 公頃，占全縣面積 86.05%，其中又以農牧用地 61,156.46 公頃占 68.18% 為最多，其次為水利用地 4,668.72 公頃占 5.21%，丁種建築用地 4,376.17 公頃占 4.88% 居第三位。而都市土地 14,540.04 公頃，僅占 13.95%。由此，本縣土地主要是以農業使用為主。

本縣分為三大發展區塊：（一）彰北地區：以彰化市為核心是政經都會中心，土地利用多為建築、公共設施及交通；（二）彰南地區：以員林市為核心，土地利用含建築及農業使用，東側八卦山脈多為森林使用；（三）西南地區：以農業使用為主，建築使用主要分布於各鄉鎮市中心。而全縣都市計畫區計 31 處，包括 8 處市鎮計畫、18 處鄉街計畫、5 處特定區計畫，合計約 14,010.66 公頃。

七、地政資訊化服務

包含資訊網路服務與地政業務創新服務事項等二大部分。在資訊網路服務方面，主要推動內容為地政業務資訊化，在硬體建置部分，本縣轄內之 8 個地政事務所，已於民國 88 年底完成地政業務電腦化上線作業；在軟體服務部份，則含蓋地政電傳資訊、地政電子謄本網路申領服務、地籍謄本減量及網路應用服務、地政資訊網路訊息服務、地政歷史資料 e 化服務、電話語音查詢申辦案件辦理情形、跨所申請謄本服務（全國地所可申請）、彰化縣地政資訊服務網、彰化縣地政電傳資訊系統、網路電子謄本申辦作業等。

而在本縣地政業務創新服務的成果方面，則包含地政便民工作站、單一窗口全功能服務、土地登記跨所申辦、跨縣收件、高齡友善環境營造、地政電腦機房主機虛擬化精簡節能、檔案管理與多元管道查詢案件辦理情形、測量 GIS 系統整合、稅務查詢及多元繳費等。

伍、財稅

財稅為所有行政的源頭，一個縣市的財稅更是其自治之基礎。財稅收入也是政府推動各項措施的來源，更是攸關民生經濟的重要項目，假如制度的設計不良，不僅會使政府諸多功能無法正常運作，嚴重者更會引起民變，造成社會的動盪不安。本篇篇名為財稅篇，就所記載的地域而論，主要以彰化縣自清領時期設縣以來，區域內財稅的歷史沿革為主要對象，其內容即包含有財政與稅務兩個部分。而就財稅概況的時間進行區分，又分為清領、日治與戰後三個部分。清領時期的財稅制度屬於傳統的制度，與近代財稅不管在觀念上、形式上或組織層面，都有相當大的差異；加之臺灣近三百年來政權不斷輪替，財稅在不同統治者的規劃，以及不同的社會型態下，面貌相當多樣。假如要瞭解不同時期彰化地區財稅演變的狀況，就必須採用歷史學時間軸的概念，將彰化地區的財稅放置在不同時期的時空環境下進行陳述。有鑑於此，本篇除了前言、結論外，分成四個章節，主要就財務行政的演變進行討論，分別就清領時期之財稅、日治時期之財稅與戰後至民國 88 年「地方制度法」制定前、「地方制度法」制定後之財稅等四個部分，論述彰化地區財務行政發展的狀況。以下就四個章節的內容進行概述。

一、清領時期之財稅

清領時期之財稅行政，先就清代政府的財稅行政整體狀況進行說明。其次陳述為清領時期彰化縣的歲出。清代彰化縣的歲出變化，在清領前期的款項主要來自於四個方面，分別為文職官員的俸薪銀兩、文職官員的養廉銀、差役的工食銀以及地方上應支支發的費用。至同治年間，清廷為了整頓臺灣腐敗的吏治，廢除了各項陋規的收受，同時設立了辦公津貼費用，藉此彌補地方官吏辦公經費不足的窘境。再次述說清領時期彰化縣的歲入。朱一貴事變後，清廷有鑑於諸羅縣幅員遼闊而治理不易，於雍正元年（1723）在虎尾溪以北、大甲溪以南設立了彰化縣，直到乾隆年間（1735-1799 年）施世榜修築八堡圳前，彰化地區的土地大致上已拓墾完畢。整體來說，彰化縣於清領時期的田賦負擔，是比臺灣、鳳山、諸羅等縣來得輕的。在清代彰化縣的地方租稅方面，除了正供田賦的項目外，還包括了地方雜賦的徵收。自光緒 3 年後，除了番社所輸鹿皮、小米作貢儀，塭餉、蔗車等被保留外，其餘如港潭塭等項陸、水餉、雜稅項等均全部豁免。復次談清領時期地方的賦稅行政工作。清代彰化縣的地方賦稅行政工作，為考核本地知縣政績的重要依據。在徵收正供錢糧的工作方面，主要由縣衙門的戶房進行催收工作，戶房之上則由錢糧師爺（又名錢席師爺）和徵比師爺（又稱徵收師爺）二人負責，並且由知縣監

督之。業戶如有滯納的情形發生時，必須上報給知縣，由知縣處分滯納的業戶。末講述清領時期官莊項下的公產管理。清領時期官莊產業的設置，大致可分為兩類。彰化縣在清領時期設置兩類的官莊，包含了武員私墾田園，收取租息自用者，以及隆恩官莊兩方面。

二、日治時期之財稅

日治時期之財稅方面，首先概述日治時期之財稅行政。日治時期財稅行政的變革方面，由財政發展的狀況觀之，大致可分為三個時期：第一期由明治 29 年至明治 37 年，主要特色為受日本財政補助之時期；第二期由明治 38 年至昭和 11 年，為臺灣本身財政開始獨立，期間雖然發生的一次世界大戰與經濟大恐慌，但臺灣的財政發展仍日趨繁盛；第三期由昭和 12 年至昭和 19 年，此時期的特色為臺灣開始補助日本財政時期。第一、第二兩期為平時財政，第三期則為戰時財政，兩者性質與目的均不相同。其次陳述日治時期彰化郡（市）的歲入歲出預、決算。就彰化市於日治時期的財政狀況而言，初期由於臺灣的地方財政掌握在總督府的手上，因此彰化市並無獨立的財政可言。直到大正 9 年臺灣的地方行政制度進行調整後，州、廳、市、街、庄始有各自獨立之財政，惟仍受總督府之補助，故總督府歲出項目中，仍有「州廳費」科目一項。彰化市行政區域的形成，為昭和 7 年時合併彰化街、大竹庄、南郭庄等組合而成，故自昭和 7 年開始彰化市才有獨立之「一般會計」與「特別會計」的資料。再次為說明日治時期彰化郡（市）之賦稅概況。日治時期臺灣稅制之演變，在昭和 12 年總督府實施稅制改革前，大致可分為三個時期：第一期創立時期（明治 28 年至大正 2 年）；第二期整理時期（大正 3 至 10 年）：以地稅為主；第三期間接稅整理期（大正 11 年至昭和 11 年）。由稅制演變狀況來看，日治時期臺中州彰化郡國稅、州稅與市街庄稅的徵收概況，由於資料有限，無法進行長時間的分析比較，本文僅能就昭和 8 年徵收的狀況進行說明。復次為講述日治時期彰化郡的公產管理。彰化郡的公有財產，除了專賣制度所產生的收入外，另外郡下的各街、庄等行政單位，有些管理官有土地，有些握有有價證券，有些則儲存有歲計剩餘金，這些項目均形成了街、庄中的基本財產。有關員林郡和北斗郡的國稅、州稅與市街庄稅的徵收概況，限於資料，僅簡略陳述。

三、二次戰後之財稅

接著敘述戰後至民國 88 年「地方制度法」制定前之財稅，在時間的斷限上，由民國 34 年臺灣回歸中華民國統治開始，至民國 88 年「地方制度法」制定前為止，內容主要分為以下四個部分進行論述。先陳述戰後之財稅行政：有關戰後中央與地方政府財稅行政的變化，本節分為三個時期進行討論。第一個時期是特別預算制度的實行（民國 34 年至民國 40 年）；第二個時期的時間由民國 40 年至民國 69 年；第三個時期的時間由民國 70 年至民國 88 年。再次為講述戰後至民國 88 年歷年歲入歲出決算。臺灣於戰後初期，在財政制度上，採用了因地制宜的方式處理。民國 40 年臺灣省實施地方自治，彰化縣開始有獨立的會計年度。彰化縣民國 40 至 88 年度歲入與歲出長期趨勢，整體而言，大致呈現逐年上升趨勢。然而這段時期，彰化縣歲入決算數平均年成長率，較歲出為少，顯示歲入的成長無法配合歲出的成長，在此趨勢下，致使兩者之間的差短逐漸擴大。復次主要論述戰後的稅務管理與租稅法規演變。戰後臺灣省租稅法規的演變，大致上隨著中央與地方「財政收支劃分法」的修改而有所變化。縣市編審預算之基本原則，綜合其大要如下：縣市稅課收入，除屠宰稅、房捐、營業牌照稅、使用牌照稅、筵席及娛樂稅等 6 種獨立稅捐外，尚有所得稅、印花稅、遺產稅各 30%，土地稅、營業稅各 50%。「財政收支劃分法」至民國 54 年 5 月 4 日，又做了較大幅度的修正，除在多種稅的收支劃分法有所改變外，省直轄市稅中，也增加了使用牌照稅。期間防衛捐、戶稅、遺產及贈與稅、地價稅、印花稅、筵席稅、娛樂稅、營業稅等法規，隨著臺灣社會與經濟的發展也多有進行修訂。至民國 70 年 1 月 21 日，總統令對財劃法進行再修正，重新劃分中央與地方稅收的歸屬。此次中央修正「財政收支劃分法」，主要是將國稅中之印花稅改為省稅、省稅中之土地稅改為縣市稅，各稅仍由省統一稽徵。接著進行論述，戰後的租稅項目。先就彰化縣歷年（民國 40-88 年）國省稅與縣市稅實徵數比較進行分析。其次，就彰化縣歷年國省稅實徵數進行分析（民國 40-88 年）。再者，說明國省稅各項稅目沿革與彰化縣國省稅實徵數分析（民國 40-88 年）。而在彰化縣歷年縣市稅實徵數分析（民國 40-88 年）方面，房屋稅、屠宰稅實徵數隨著臺灣經濟發展，呈現逐漸向上走勢。最後則就縣市稅各項稅目沿革與彰化縣縣市稅實徵數進行分析與論述，就地方政府處理公產管理的法規演變進行討論。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

四、民國 88 年「地方制度法」制定後之財稅

於此要談的主題為「地方制度法」制定後之財稅。首先討論民國 88 年「財政收支劃分法」制定的緣由與經過；其次討論彰化縣於民國 88 年後之歲出與歲入。先就彰化縣歲出入決算數比較進行分析（民國 89-100 年），以彰化縣此時期的狀況而言，大致呈現逐年上升的趨勢。其次，就彰化縣民國 89 至 100 年度歲入決算數進行比較，彰化縣稅課收入與補助及協助收入，呈現逐漸向上走勢；再者，就彰化縣民國 89 至 100 年度歲出決算數比較進行分析，由歲出各項政事別決算數長期趨勢來看，彰化縣教育科學文化支出、社會福利支出、社區發展及環境保護支出、警政支出與公務人員退休撫卹給付支出呈現逐漸向上走勢。復次討論民國 88 年後彰化縣的賦稅概況。先談國稅方面，包含了「所得稅法」、遺產及贈與稅、營業稅、貨物稅、證券交易稅與期貨交易稅。其次，在地方稅方面，為了提高地方財政自主，並賦予地方政府得視自治財政需要，開徵特別稅課、臨時稅課、調高其地方稅徵收率（額），及就現有國稅中附加課徵之權限，財政部擬具了「地方稅法通則」，並於民國 91 年 12 月 11 日公布實施。最後就民國 88 年後彰化縣的公產管理進行論述。首先以彰化縣政府公產管理之相關規定進行討論；其次，主要針對民國 88 年至民國 101 年彰化縣之公產管理進行論述。再者，論述此時期對境外縣有非公用財產之處置。

陸、公共建設

公共建設，按「促進民間參與公共建設法」之定義，指供公眾使用且促進公共利益之建設，包括交通、環境污染防治、水利、衛生醫療、社會及勞工福利、文教、觀光遊憩、電業及公用氣體燃料、運動、公園綠地、工商及科技、新市鎮開發、農業、政府廳舍等。

本志公共建設篇依前述範圍，將縣內公共建設分為都市計畫與建設、交通建設、產經建設、衛生醫療與環保建設、文化教育建設、社會與福利建設、公共事業設施等 7 大單元分述於后。

一、都市計畫與建設

清領時期彰化設縣，縣城、行政區、商業區的配置略見都市計畫雛形。日治初期市區改正，以道路、公共排水設施、家屋管理等為重點，同時奠下本縣現代都市的樣貌。昭和 11 年「臺灣都市計畫令」發布，「都市計畫」成為法定名稱，分區使用的管制概念也影響戰後都市計畫。明治 36 年彰化市區計畫開始，繼之有北斗、鹿港、員林等街相繼實施。戰後，縣府延續日治時期政策，先後公布彰化等 4 市鎮實施都市計畫，民國 53 年實施「都市計畫法」，都市計畫乃擴及到其他鄉鎮。

依據「都市計畫法」，都市計畫分為市（鎮）計畫、鄉街計畫、特定區計畫等 3 種。本縣 8 市鎮都市計畫最早實施，至民國 61 年復以伸港鄉為開端實施鄉街計畫，及至民國 103 年，本縣僅福興鄉沒有獨立的都市計畫。至於特定區計畫，民國 66 年中山高速公路興建後才開始制定。

二、交通建設

清領時期本縣以道路及橋樑興築為主，多數是人走出來的路徑，不具備現代建設之意義。日治時期始有鐵道運輸，在明治 41 年縱貫鐵路及大正 11 年海線鐵路通車後，彰化成為兩大路線交會站。縱貫鐵路是本縣交通大動脈，配合連結聚落的輕便鐵路，以及深入鄉間的輕便軌道，構成完整的鐵道運輸網。而在公路建設上，無論路線數量或路面品質，均有大幅成長與改善，交通發達也帶動本縣的發展。

戰後，糖業鐵路仍有其地位，民國 50 至 60 年代糖業鐵路陸續停辦客運業務，縱貫鐵路獨挑本縣運輸大樑，及至民國 96 年高速鐵路通車，民國 104 年彰化站啟用，縣民又有了更快捷的鐵路運輸。

戰後至民國 60 年代前期，公路建設著重在道路品質改善，民國 67 年中山高速公路全線通車，是本縣民國 70 年代前最重要的公路建設，民國 90 年代以後，國道 3 號及多條東西向、南北向快速道路建設，使交通運輸四通八達。民國 102 年公共自行車租賃系統啟用，亦提供民眾環保的短程交通工具。

三、產經建設

清領時期最重要的產業建設是農業，特別是八堡圳等水利工程興築使土地水田化，本縣從而獲得臺灣米倉之美名。

日治時期產業建設甚多，農業設施方面包括水利工程、農業倉庫等，而政府權力在

產業建設上甚為重要，如第一條官設埤圳莿仔埤圳之改築，及濁水溪、烏溪河流整治，都在政府動員下完成。農業建設外，消費市場也是日治時期重要的產業建設，昭和初期各街庄幾乎都設有消費市場，部分市場至戰後仍延用。觀光休閒建設在日治時期亦開始萌芽，本縣計有公共溫泉浴場、公園、海水浴場、天文臺、游泳池等設施。

戰後產業建設更多元，初期以農業建設為主，民國 60 年代工業成產業建設主力，計設立福興、埤頭、彰濱、芳苑、田中、全興、北斗等 7 個傳統工業區。民國 80 至 90 年代以後，工業區類型從傳統製造業轉向高科技產業，本縣產業結構隨之轉型。而觀光產業在民國 90 年代後，也成為產業建設的主力，遊客服務中心、自行車道及其他觀光設施紛紛設立，使本縣朝向觀光大縣發展。

四、衛生醫療與環保建設

清領時期設立養濟院以隔離癲瘋病患，兼照顧廢疾之人，是本縣衛生醫療設施先驅。日治時期現代醫療發軔，除設有基督教醫院外，公立醫療則有慈惠院、鐵道部經營的診療所，及防治傳染病的避病舍，此外另有公共浴場、火葬場等公共衛生設施。

戰後至民國 50 年代，本縣設有縣立員林醫院、嘉義榮民醫院田中分院、省立彰化醫院等 3 家公立醫院，是戰後最重要的醫療建設，隨著民國 61 年榮民醫院田中分院及民國 87 年縣立員林醫院裁撤，彰化醫院成為縣內唯一的公立醫院。為平衡各區域醫療資源，戰後本縣延續日治時期公醫制度，在各鄉鎮市設立衛生所，但多借用公家機構而無獨立診療空間。民國 40 年代在美援資助下，各衛生所興建獨立廳舍，對衛生改善大有助益。民國 70 年代後期環保意識抬頭，各鄉鎮市多興建垃圾衛生掩埋場，及至民國 90 年溪州焚化廠啟用，改善本縣部分區域垃圾存放空間不足問題，多數垃圾掩埋場得以封閉、復育，或改建為環保公園。

五、文化教育建設

清領時期，本縣有縣儒學及白沙、興賢、文開、螺青、道東書院等教育設施。日治時期的文教建設，以明治 31 年彰化公學校成立最具意義，開創本縣現代教育先河。大正 9 年，各街庄均設有初等教育設施。大正 8 年設立彰化女子高等普通學校，為中等教育設施之始，其後復設立普通中學 1 所及實業學校 11 所。高等教育則晚至終戰前 1 年（1944）才設立彰化青年師範學校。學校設施外，鹿港、彰化、員林、溪湖、坡心、田中、二林、溪州、北斗、田尾等 10 街庄也設有公共圖書館，另彰化、員林、北斗、二林等則興築武德殿。

戰後，延續日治時期的初等教育設施，民國 49 年縣政府公布實施「一鄉鎮一初中」計畫，在民國 57 年九年義務教育實施前，本縣中等教育設施已普及。高等教育設施，本縣則設有 5 所大專院校。此外，本縣亦成立縣立圖書館，下有員林、鹿港、北斗 3 間分館，是重要的社會教育建設。民國 70 年代中期，省政府補助各鄉鎮市設立圖書館，至民國 90 年代本縣各鄉鎮市均設有圖書館。

六、社會與福利建設

清領時期，本縣設有義倉、義塚、留養局、孤老院、善養所、育嬰堂等社會救濟設施。日治時期的社會建設主要是興建民眾集會場所，如彰化、鹿港、員林、北斗等地公會堂，其他地區在昭和 10 年以後則廣設部落集會所。而社會福利建設包括隣保館、乞丐收容所、免費住宿所、簡易住宅等，主要偏重於社會救濟功能。

戰後，政府下令日治時期的公會堂一律改稱中山堂，並廣設中山堂於各鄉鎮。民國 80 年代政府開始加強社區建設，各村里紛紛設立社區活動中心。而社會福利相關建設，以老人福利設施為多，包括彰化榮譽國民之家、中區老人之家、老人養護中心等，而縣內 26 鄉鎮市均建有老人文康中心或老人會館。此外尚有彰化縣身心障礙福利服務中心施惠身障者，而婦幼福利設施則多由政府公辦民營。

七、公共事業設施

本縣自來水設施以明治 41 年通水的彰化街為開端，二水、員林、田中、北斗等街庄亦先後興建自來水設施，然全縣普及率並不高。戰後，自來水建設以擴建日治時期既有設施為主，並提高各鄉鎮市自來水普及率。民國 60 年代省自來水公司成立，陸續興建自來水廠，縣內自來水普及率快速提升，至民國 103 年已達到 93.12%，唯芬園鄉普及率仍較低。

現代郵政系統始於日治時期，本縣之彰化、員林、永靖、社頭、田中、二水、北斗、溪州、二林、溪湖、鹿港、和美等 12 街庄計設立 13 間郵便局，郵局主要興建在鐵路、

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

道路等交通要道之街庄。戰後，民國 40 年末至 60 年代初，是本縣郵局設立第一波高峰，至民國 61 年本縣 26 鄉鎮市至少都有 1 間郵局。民國 60 年代後期至 70 年代，主要在增設市、鎮行政區郵局，民國 90 年代本縣已設有 61 間郵局。

柒、結語

總的來說，本《新修彰化縣志．政事志》內容包括彰化縣有史以來，有關彰化縣之自治與選舉、戶政警消與役政、衛生與環保、地政、財稅和公共建設等等諸多層面的政治史事，可說內容極為豐富。本《新修彰化縣志．政事志》除對各層面的政治史事，有所陳述外，也收錄了相當充實的政治史事相關文獻。一般大眾或學術研究工作者，如詳閱本《新修彰化縣志．政事志》之各篇內容，則將極為有助於瞭解和把握彰化縣各個層面的政治史事和相關文獻。

概說

彰化自雍正元年（1723）設縣以來，近三百年來，因地處臺灣中部樞紐，逐漸成為商賈雲集、人文薈萃之地。清領時期及日治初期臺灣中部衛生狀況極差，瘧疾、鼠疫、霍亂、傷寒、赤痢、砂眼、白內障、痲瘋、鴉片癮等疾病流行。然隨著臺灣總督府的殖民政策，與公共衛生、醫療的推展，彰化地區的醫療逐漸改善，特別是彰化基督教醫院，是臺灣自清末以來重要醫療傳教的代表。蘭大衛醫生（Dr. David Landsborough III）不僅開辦醫館、訓練本地醫護人員，同時也聘請臺北醫學校畢業的臺籍醫師到院服務，讓彰化基督教醫院逐漸建立其名聲。

民國 34 年（1945）臺灣納入中華民國的一省後，彰化市政府民政科設置衛生股，以掌理衛生行政事宜。民國 35 年 12 月因政府感於公共衛生日趨重要，改制為彰化市衛生院以管理各鄉鎮衛生所。民國 39 年 11 月將彰化衛生院更改為隸屬於改制後之彰化縣政府，置院長 1 人，下分 3 課 2 室，並於各鄉鎮市設置衛生所，掌理鄉鎮市衛生行政事宜。民國 51 年，為配合實際業務需要，再度奉令改制為彰化縣衛生局，設有 6 課 3 室。後因食品衛生工作日趨重要，於民國 74 年 1 月，增加第七課管理食品衛生。彰化縣衛生局所屬附屬機關計有 27 個衛生所及慢性病防治所。至民國 97 年 6 月 25 日修正「彰化縣衛生局組織規程」，彰化縣衛生局設置各科別及分掌業務，分別為醫政科、藥政暨物質濫用防制科、食品衛生科、保健科、疾病管制科、檢驗科、企劃資訊科、衛生稽查科、行政科、人事科、會計科、政風科。

隨著社會經濟的發展，彰化縣民與臺灣其他居民相同，面臨疾病型態轉型、新疾病入侵、醫療資源分配不均等問題，這些衛生議題均需放在歷史脈絡，才能顯示本縣醫療衛生問題的特殊性及其意義。

民國 70 年代，因工業發展迅速，自然環境遭受嚴重破壞，隨著環保意識抬頭，於是將環境清潔等業務獨立於衛生之外，並在民國 78 年 9 月成立彰化縣環境保護局，管理環境衛生及公害防治業務。民國 60 年代之前，環境工作多強調清潔衛生，至民國 70

年代之後，因經濟發展快速，彰化縣又屬農工混合型態，縣內有多處工業區或工業用地，其中又以彰濱工業區最大，當中因工業生產所帶來的空氣污染、水源污染等問題值得探究。再加上汽機車污染、噪音等，均讓環保問題浮上檯面。

醫療衛生與環保事務不僅涉及政治、行政層面，且與社會環境、民眾健康議題等密切相關。此衛生與環保篇係以民國 39 年本縣行政區域調整後之 26 鄉鎮市為主，上起史前先民的拓墾，至民國 101 年 12 月 31 日為止，60 年來臺灣社會與彰化地區所面臨的公共衛生問題，初擬以下之章節說明。

地方衛生行政始於明治 29 年（1896），彰化地區於日治時期係由臺中州管轄，衛生事務由臺中州衛生課管理。本縣鄉鎮區衛生所的發展大致與臺灣地區各鄉鎮衛生所的設立相似，均是成立於民國 30 年代末期至民國 40 年代初期。

隨著教會醫療的傳入，與當時政權對於衛生教育的推展，以及教育水準提高、經濟的發展、人口的增加，使彰化各式醫院、診所自民國 38 年後，逐年增加。其中較大型醫院有彰化縣立員林醫院、臺灣省立彰化醫院、彰化基督教醫院以及秀傳醫院。醫療衛生的發展除了硬體的設施外，醫療相關從業人員的數目與品質也佔有一定的影響力，以了解本縣醫師、藥師與藥劑生、護理師與護士、助產士、以及醫事檢驗師等醫事人員的狀況與其管理。

民國 84 年我國開始實施「全民健康保險」以及持續推動的醫藥分業的政策，現今藥事管理業務包含藥物、藥商、化粧品衛生及廣告管理；中西藥廠、化粧品、醫療器材工廠管理；管制藥品管理；推動醫藥分業。食品衛生管理工作與日治時期原屬警察單位管理，戰後移交至衛生行政機關，附屬與藥政單位辦理。

傳染病的型態與社會經濟、公共衛生發展有密切關係。世界各國依傳染病之流行狀況，訂定相關法令，以收防治之效。對抗傳染病最有效之方法為預防注射，本縣以法定傳染病防治重點，如小兒麻痺症、結核病、腸病毒、登革熱、性病與愛滋病為討論中心。結核病是傳染病中相當普遍且嚴重的疾病，橫行世界多數地區，其因病症緩慢，一般稱其為慢性傳染病。小兒麻痺症醫學上稱為「脊髓灰白炎」是一種急性病毒性傳染病，在開發中國家及小兒麻痺疫苗口服率低的地方，至今小兒麻痺症仍是常見的小兒疾病。在小兒麻痺疫苗接種率高的國家，病例主要發生在沒接種疫苗的人身上。腸病毒泛指一群大小約 27 nm 之 RNA 病毒。每年 3 至 6 月與 9 月份學童開學後是腸病毒感染之高峰期，其中幼童為感染且併發重症之高危險群。登革熱由病媒蚊傳播登革熱病毒，為一社區病、環境病，防治工作包含衛生、環保、教育等各中央主管機關。本縣在登革熱宣導方面，動員社區力量，以演講、示範、文宣方式，推動宣導工作，並協調社區有線電臺業者，協助播出有關宣導短片及舉辦座談會等措施。衛生與環保單位亦積極在鄉鎮公所、學校、社區團體舉辦登革熱防治會報，加強衛生教育，運用各種宣傳手段促使社區民眾參與清除孳生源，以求根除登革熱才是根本之道。性傳染病為一種重要而又普遍的接觸傳染性的社會病，多由性行為而感染，故普通又稱花柳病。包含梅毒、淋病、軟性下疳及腹股溝肉芽腫 4 種，但以梅毒及淋病最為流行，危害也最大。愛滋病俗稱 AIDS，是 Acquired Immune Deficiency Syndrome 的縮寫，中文正式名稱為「後天免疫缺乏症候群」。民國 70 年首次在美國被發現，此後便成為全球主要的傳染疾病。本縣積極防治愛滋病始於民國 79 年。首先是針對特種營業、少年輔育院學童、看守所人犯暨役男體檢採血，其結果均呈陰性。民國 80 年起開始進行性傳染疾病暨愛滋病圖片展覽、專題演講、錄影帶放映及有獎徵答等各項宣傳活動。民國 90 年起，愛滋預防的宣傳活動更加多樣化。民國 96 年之後，愛滋病預防活動宣傳以監獄為重點。主要係因毒品使用者的共用針頭問題，成為愛滋感染的最重要途徑。

腸內寄生蟲是熱帶、亞熱帶國家相當常見的傳染病。自民國 80 年之後的腸內寄生蟲防治以蟯蟲為主，除了給予陽性學童施藥外，其共同生活之家人，亦由政府提供免費藥物治療，在家自行服用。臺灣的寄生蟲防治已達到防治目標。肝病可說是臺灣人的「國病」，目前防治 B 型肝炎最有效的方式是施打疫苗。砂眼為一種非常特別的傳染性角膜結膜炎，有的猝然發作，有的只是隱伏著。於民國 51 年以及民國 53 年先後推動「臺灣省砂眼長期擴大治療工作計畫要點」和「臺灣省政府衛生處砂眼防治服務員設置及管理計畫」等防治計畫，全臺砂眼罹患率至民國 75 年降至 0.31%，顯示此傳染症已不再是嚴重之公共衛生問題。精神疾病舊稱瘋癲或癲狂，主要是精神各種要素，如意識、情感、智能等發生病理之障礙或不協調，進而出現各種精神上之異常現象，故又稱為精神異常。為加強精神病患社會功能，避免長期滯留醫院，衛生署自民國 78 年度開始推展精神病患社區復健計畫，項目包括社區復健中心、庇護性工作場、康復之家及居家治療，並納入衛生署所辦醫療費用補助項目之內。所謂的慢性病，根據美國慢性病委員會對慢性病的定義，係指具有以下一個或一個以上的特徵：永久性的、會造成殘障、不可逆的病理變化、需要特殊復健與長時間的照護，近二十年來臺灣的十大死因的前 5 名幾乎為慢性病，罹患者以中老年為主，因此防治慢性病與中老年病成為重要的公共衛生課題。

婦幼衛生為公共衛生最為重要的一部分，係以維護及促進婦女與兒童的身心健康為主要的工作。近代各文明國家無不積極的推展婦幼衛生事業，以增進國民健康，而達到

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

國家民族富強的目的。家庭計畫的用意，乃提倡以各家庭的經濟狀況，居住情形及自身健康為考量，而於適當年齡生育合理的子女數及做適當的間隔生育，以期望養育健全有素質的子女，並保護母親身心健康，建立幸福的家庭。優生保健的意義在於謀求人種素質的改善，其目的非僅限於個體的強壯，而更在於種族的優良；其效果不只本身這一代，更及於子孫的將來。子宮頸癌與乳癌是臺灣地區最常見的婦女癌症。臺灣人口在日治時期出現人口幼年化現象，戰後則出現平均年齡增長，人口開始老化，而且老化速度非常快，而臺灣人口老化速度與日本相當，因此在高齡社會裡如何讓每位老人享有健康、安全、活力、尊嚴的生活，是社會關注的課題。依我國 86 年通過之「老人福利法」，長期照護機構是指罹患長期慢性疾病，且需要醫療服務的老人為目的的機構。長照保險的建構目標是以建構高齡化社會完善的長期照護制度，滿足高齡化社會之照護需求。

日人治臺前，臺灣地區並無專責環境衛生行政機構。日治時期環境衛生行政機構由衛生行政機構掌理。日治時期的環境衛生業務以疫病防治為首要，因此注重上下水道興建、垃圾與水肥處理以及家屋改善，以控制傳染病的環境因素。民國 72 年 5 月「水污染防治法」修訂後，本縣積極進行水污染防治。本縣積極進行空氣污染防制始於民國 60 年代。本縣較大規模的土壤污染管制始於民國 80 年代。對舊濁水溪流域，委託國立中興大學進行檢測調查。對於可能或已污染區域追蹤監測調查，亦委託國立中興大學進行監測。

民國 93 年設置噪音監測站，辦理交通噪音監測工作。繼續加強噪音管制、環境及交通噪音監測、民俗噪音宣導計畫與稽查業務。至民國 100 年更主動進行機動車輛原地噪音量測及道路攔檢，並設行動基地臺非游離輻射之測量。垃圾處理在本縣為環境清潔業務重要之一環。民國 78 年度續辦彰化市水肥處理廠及和美鎮合辦水肥處理廠及和美鎮、伸港鄉、線西鄉等 3 個鄉鎮合辦垃圾焚化爐興建工程，已完成進場道路工程及機械工程招標程序。民國 95 年 7 月 1 日起本縣水肥進彰濱工業區污水處理廠處理。杜邦在臺設廠事件之發展，可發現中央政府與地方民意的各項利益衝突和關注的差異點，政府著眼於外資設廠所帶來的「經濟成長」，民眾所重視者是家鄉的永續發展及生活品質。國光石化開發案對環境保護方面跟經濟發展有重大的影響，後因環評審查會之條件非常嚴苛，故決議撤銷國光石化在彰化西南角（大城）海埔地工業區計畫環境影響評估案才告一段落。中科四期開發案於民國 98 年 10 月 30 日所舉行的環評大會審議後通過開發案，以有條件通過的方式決定彰化二林地區未來的環境品質，也決定彰化沿海地區未來世代的健康與受到可能威脅的生活。

第一章 衛生行政組織

彰化自清雍正元年（1723）設縣以來，近三百年來，因地處本省中部樞紐，先民輦路藍縷，在此胼胝墾殖、開疆闢土，逐漸成為商賈雲集、人文薈萃的中臺灣首善之區。

第一節 清領與日治時期

彰化地區的醫療衛生發展情況，在荷西時期以及鄭氏治臺時期並無確切資料可尋。自清康熙以來雖有紀錄可徵，惟為數不多。由於臺灣地區自古以來被稱為瘴癘之地，如高拱乾於《臺灣府志》提及臺灣府「水土多瘴，人民易染疾病」。[1] 根據（清）周璽於《彰化縣志》中記載：

> 邑治居臺灣之中，寒暖適均，與淡水之極北而多寒霜雪頻降者異矣。人居稠密，煙火萬家，零露既稀，瘴氣不入，與鳳山之極南，甫哺而露降、日出而霧消者又異矣。狂風雖作，1、2 日即休，與雞籠之北風盛發，累日不止者異矣。3 月以後風多南，8 月以後風多北，與東港、瑯嶠等處，永年不聞朔風者又異矣。故夏暑而冬寒，秋暖而春和，此其氣候亦適中也。[2]

以周璽的說法，可知彰化相對於臺灣南北部來說，氣候較為宜人。

在日人治臺之前，臺灣地區並無衛生行政。日人治臺後引進衛生行政制度，可分成中央層級與地方層級。中央層級方面，明治 28 年（1895）日本政府於臺灣總督府總督官房設衛生事務所，主管全臺衛生事務。明治 29 年因總督府條例修訂，除軍隊衛生外，全交由臺灣總督府民政局總務部衛生課管轄。明治 31 年，後藤新平對日本當局提出建

1. 高拱乾，《臺灣府志》（臺北：臺銀行經濟研究室，1960 年），頁 190。
2. 周璽，《彰化縣志》（臺北：臺灣銀行經濟研究室，1962 年），頁 30~31。

議，認為應恢復臺灣舊有自治行政，並由警察居監督之責，以及簡化自來水、下水道建設等意見。明治 34 年，決定將衛生課隸屬於民政部警察本署，分保健、醫務、鴉片、臨時防疫等 4 股，以分掌相關業務。[3] 之後雖經屢次官制變遷，但將衛生事務劃歸警察管理之規劃，直至日治結束未曾改變。

地方衛生行政則始於明治 29 年，期間亦經數次改訂。明治 34 年，地方廢縣及辨務署，全臺設二十廳，廳設警務課，而為推行衛生事務則在警察本署設衛生課，並分設保健、醫務、鴉片、臨時防疫及總務 5 個股（係），以分掌各項事務。明治 35 年將臨時防疫自衛生課分離，獨立設置；至於衛生廳則設衛生係。另外為順應臺人舊習，恢復舊有的保甲制度，以協助管制民眾的衛生事務。大正、昭和年間（1920 年代之後），全臺地方行政改制為臺北、新竹、臺中、臺南、高雄 5 個州及臺東、花蓮港、澎湖 3 個廳。為管理地方衛生事務，於各州警察部置衛生課，各廳警務課置衛生股。[4] 彰化地區於日治時期係由臺中州管轄，衛生事務由臺中州衛生課管理，設衛生課長 1 人，衛生技師、警察醫、衛生技手、書記等人員。[5]

日人治臺後，除了致力於衛生行政之建立外，同時也設立機構從事衛生、傳染病之調查、諮詢與研究。明治 30 年，總督府成立「臺灣傳染病與地方病調查委員會」，以研究及調查臺灣地區的傳染病、地方病與鴉片癮為主要目的。大正、昭和年間（1920 年代之後），更進一步成立「衛生保健調查會」，開始展開衛生保健之調查，調查項目包含一定區域內住民之出生、死亡、風俗習慣、生活健康狀態、體格、疾病等。各州廳所呈報之資料成為衛生改善與釐訂疾病防治計畫的重要參考。[6]

為維繫醫療衛生制度之運作，除依靠日本國庫之開支及地方稅收外，日人另有公共衛生費，以及各州特別會計傳染病預防資金之成立。明治 31 年開始實施地方稅制，明治 35 年起，地方所屬之衛生經費，例如公醫費、傳染病預防費、消毒費、污水清潔費、衛生品檢查費以及水道費等，均由地方稅收支出。大正 9 年（1920），因地方改制，各州之傳染病及瘧疾防治費用，由日本國庫補助 1/3，其餘 2/3 由州廳負責。[7]

3. 鷲巢敦哉，《臺灣警察四十年史話》（臺北：出版單位不詳，1938 年），頁 388。
4. 佐藤會哲，《臺灣衛生年鑑》（臺北：臺衛新報社，1932 年），頁 76。
5. 臺灣總督府警務局衛生課，《臺灣の衛生——昭和十四年版》（臺北：臺灣總督府警務局衛生課，1939 年），頁 38~39。
6. 丸山方登，《日本領時代に遺した臺灣の醫事衛生業績》（橫濱：作者自印，1957 年），頁 108。
7. 李騰嶽編纂，《臺灣省通志稿政事志衛生篇（一）》（臺北：臺灣省文獻委員會，1953 年 11 月），頁 47~52。

第二節 中華民國政府治臺時期

臺灣戰後，政府為謀地方衛生行政組織系統之建立，及積極推行公共衛生，而為全民健康服務，自民國 34 年（1945）10 月接收開始，即由各縣市政府將原各州（廳）之衛生課（係）分別加以改組，設置縣市衛生院，隸屬於縣市政府，並受省衛生處之指揮監督，其內部組織設有醫政、防疫、保健、總務等股，掌理縣市衛生行政及公共衛生等業務。[8] 民國 34 年，原日治時期之臺中州廳警察部衛生課，改為臺中縣政府民政局衛生課，原日治時代之彰化市政府民政科設置衛生股，以掌理衛生行政事宜。民國 35 年 8 月將民政局衛生課之業務劃出，成立臺中縣衛生局，院址設於當時臺中縣之員林三條圳，內設醫政、防疫、保健、總務 4 股。首任院長為洪遜堯。[9]

一、臺中縣衛生院時期（民國 35 年 12 月至民國 39 年 11 月）

民國 35 年 12 月因政府感於公共衛生日趨重要，改制為彰化市衛生院，隸屬彰化市政府，置院長 1 人，職員 18 人，內設醫政、防疫、保健、總務 4 股。院址設於彰化市彰南區華南里中華路 59 號。首任院長為詹漢庚。[10] 由臺中縣衛生院管理各鄉鎮衛生所。

二、彰化縣衛生院時期（民國 39 年至民國 50 年）

民國 39 年 11 月將彰化衛生院更改為隸屬於改制後之彰化縣政府，置院長 1 人，下分 3 課 2 室，並於各鄉鎮市設置衛生所，掌理鄉鎮市衛生行政事宜。同時，為處理傳染病以及照顧縣民健康，其所屬機關有彰化縣立員林醫院、彰化縣立傳染病院以及彰化縣市結核病防治所等 3 個醫療機構。[11]

8. 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（一）》（臺北：行政院衛生署，1995 年），頁 92。
9. 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（一）》，頁 94。
10. 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（一）》，頁 94。
11. 李汝和主修，《臺灣省通志政事志衛生篇（第一冊）》（臺中：臺灣省文獻會，1972 年），頁 79；侯坤宏、楊蓮福主編，《民間私藏民國時期暨戰後臺灣資料彙編政治篇》（新北市：博揚文化，2011 年），頁 181~182。

三、彰化縣衛生局時期（民國 50 年迄今）

（一）發展沿革

民國 50 年 7 月，為配合實際業務需要，再度奉令改制為彰化縣衛生局，初設 4 課 2 室，設局長 1 人，第一至第四課分設課長，衛生檢驗室與技術室分設主任。[12] 民國 74 年 1 月，因感於食品衛生業務日漸繁重，食品衛生工作日趨重要，增加第 7 課成為 7 課 3 室。民國 78 年 9 月因工業發展迅速，自然環境遭受嚴重破壞，隨著環保意識抬頭，乃成立彰化縣環境保護局，將本局第二課環境衛生及公害防治業務移撥該局辦理。[13]

民國 89 年依據「彰化縣政府組織自治條例」第十一條之規定，調整本局組織，設置醫政課、藥政課、食品衛生課、保健課、防疫課、檢驗課、企劃課及總務室、人事室、會計室、政風室共 7 課 4 室。附屬機關計有 27 個衛生所及慢性病防治所。民國 92 年為因應業務需要，將防疫課改稱疾病管制課，總務室改為行政室。民國 94 年更將企劃課更改為企劃資訊課，藉由強化組織功能，以提高服務品質。

民國 94 年設置「便捷服務中心」，將醫政、藥（政）、食品衛生業務三合一，醫事人員專業執業執照現場 30 分鐘快速換發取件的作業服務。民國 96 年 1 月 1 日配合本局空間規劃，彰化縣慢性病防治所搬遷至南西北區衛生所之 1 樓繼續服務。民國 96 年 7 月 1 日因配合組織編制表修正，原「彰化縣彰化市大竹區衛生所」為符合實際管轄區域範圍並順應民意之期待，更名稱為「彰化縣彰化市東區衛生所」。民國 97 年 6 月 25 日修正「彰化縣衛生局組織規程」，並自民國 97 年 1 月 23 日施行，設置各科別及分掌業務，分別為醫政科、藥政暨物質濫用防制科、食品衛生科、保健科、疾病管制科、檢驗科、企劃資訊科、衛生稽查科、行政科、人事室、會計室、政風室。民國 102 年 1 月 1 日裁撤彰化縣長期照顧暨慢性病防治所，同時成立長期照護科，掌理長期照護相關業務。

彰化縣衛生局為因應政策與業務近年來成立各中心。民國 92 年 12 月 12 日與社會局合作成立「長期照顧管理中心」。此係因應人口老化、失能者、殘疾者及獨居長者的廣大長期照護需求，故成立「彰化縣長期照護管理示範中心」，至民國 94 年配合全國各縣市更名為「彰化縣長期照顧管理中心」。提供「單一窗口」、「個案管理」、「轉介服務」、「生活輔具展示及租借」之多元服務。民國 102 年成立長期照護科，掌管長期照護業務。

12. 李汝和主修，《臺灣省通志政事志衛生篇（第一冊）》，頁 72。
13. 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（三）》（臺北：行政院衛生署，1995 年），頁 151。

為推廣社區心理衛生，民國 89 年衛生局積極規劃籌設社區心理衛生中心，民國 90 年向行政院衛生署提報計畫爭取中央經費補助，於民國 91 年獲衛生署經費補助，民國 92 年中心成立。該中心提供心理諮商、諮詢服務據點及提供轉介服務等。主要辦理社區、校園、職場等心理健康促進宣導，及自殺個案通報、關懷輔導及防治宣導等。

由於自殺與精神疾患日益增加，本縣自殺防治中心於民國 95 年成立，與「全國自殺防治中心彰化辦公室」共同掛牌運作。配合中央政策，推展因地制宜的自殺防治策略。民國 95 年 7 月 17 日設置「彰化縣政府毒品危害防制中心」，依據法務部民國 95 年 12 月 01 日法保字第 0951002986 號函暨「彰化縣政府毒品危害防制中心設置要點」推展運作，建構整合醫療、社政、教育、警政、勞政（就業、職訓）、司法保護等政府機關之溝通平臺，以結合政府與民間力量及統整開發各項資源，形成中央至地方直向與橫向連結之完整毒品防制保護網絡，一起為防制毒品努力。

民國 97 年 1 月 17 日以任務編組的方式成立「聯合稽查隊」，於民國 97 年 2 月 21 日舉行揭牌儀式，開始運作。民國 94 年 1 月開始，本縣衛生稽查員分 5 個區管理（包括鹿港區、彰化區、員林區、田中區及二林區），各分區的稽查員分別集中在該區的特定衛生所辦公，為能更符合民眾期待，統一由局負責指揮、規劃及分派本局各項稽查及抽驗業務，以聯合稽查小組形式運作，跨鄉鎮、跨區的方式互相支援稽查業務。民國 97 年 6 月 25 日修正「彰化縣衛生局組織規程」，「聯合稽查隊」正式成為「衛生稽查科」，掌理衛生稽查、取締、陳情案件處理及其他有關衛生行政等事項。[14]

（二）衛生局組織與職掌

局長以下有副局長、秘書，並設有醫政科、藥政暨物質濫用防制科、食品衛生科、保健科、疾病管制科、檢驗科、企劃資訊科、長期照護科、衛生稽查科、行政科、人事室、會計室、政風室，另有 27 家衛生所。

醫政科：醫療（事）機構及醫事人員管理、醫療品質管制、緊急醫療救護、精神衛生、心理衛生、家暴及性侵害防治、全民健康保險宣導及其他有關事項。

藥政暨物質濫用防制科：藥局、藥商、藥物（藥品及醫療器材）、藥事人員、化粧品管理、管制藥品管理、毒品危害防制中心及其他有關事項。

14. 吳成偉編著，《彰化縣公共衛生史行政篇》（彰化：彰化務生局，2000 年），頁 28~46；彰化縣衛生局，「發展沿革」，http://www.chshb.gov.tw/ind_a1.asp，2013/12/6。

食品衛生科：食品安全衛生管理、健康食品管理、食品標示及廣告管理、營養師執業管理、營業衛生管理及其他有關事項。

保健科：婦幼衛生優生保健、兒童暨青少年保健、癌症防治、整合性預防保健、職業衛生保健、口腔衛生保健、視力保健、菸害防制、社區健康營造、志願服務業務、及其他健康促進等相關事項。

疾病管制科：傳染病防治、各項預防注射及其他有關事項。

檢驗科：食品檢驗（含抽驗及申請檢驗）、泳池池水檢驗、性病血清檢驗及其他公共衛生檢驗事項。

企劃資訊科：衛生企劃、研考、為民服務、衛生所業務管理、局務會議及議事工作、資訊、法制作業、中老年病防治（糖尿病共同照護、三高、更年期保健、腎臟病保健等）及其他有關事項。

衛生稽查科：掌理衛生稽查、取締、陳情案件處理、菸害防制稽查及其他有關衛生行政等事項。

長期照護科：掌理長期照護政策、法規及方案之執行、發展長期照護服務、長期照護人力培訓、長期照護服務單位及服務人員之管理監督、失能個案照顧管理、社區安寧照護人力培訓及服務及其他有關事項。

行政科：文書、檔案、印信、庶務、出納、外籍勞工健康管理及其他不屬各科事項。

人事室：人事管理及人事服務事項。

會計室：歲計、會計、統計事項。

政風室：機關政風之相關事項，政風法令宣導擬定，不法情事之預防及處理等。[15]

（三）歷任首長

歷任衛生院、局首長係由臺灣省政府派任，多具醫師資格，名單如表 1-1-1 所示。由於早年民眾就醫不若今日便利，衛生院局所亦是本縣居民就醫之場所。歷年彰化縣衛生局（所）診療概況，如表 1-1-2 所示。

15.　彰化縣衛生局，「組織職掌」，http://www.chshb.gov.tw/ind_a2.asp，2013/12/6。

表 1-1-1 彰化縣衛生院、局首長

任序	姓名	到任日期（民國）	卸任日期（民國）	備註
1	詹漢庚	35 年 12 月	39 年 11 月	彰化市衛生院
2	吳充第	39 年 11 月	66 年 09 月	彰化縣衛生院，民國 50 年改為彰化縣衛生局。
3	林源雄	66 年 09 月	72 年 03 月	
代理	張惠成	72 年 03 月	72 年 12 月	
代理	蕭錫寬	72 年 12 月	74 年 01 月	
4	劉梅村	74 年 01 月	80 年 04 月	
代理	朱有仁	80 年 04 月	81 年 11 月	
5	李建廷	81 年 11 月	83 年 09 月	
6	許秀夫	83 年 09 月	93 年 07 月	
7	葉彥伯	93 年 08 月		現任

資料來源：彰化縣衛生局，「發展沿革」，http://www.chshb.gov.tw/ind_a1.asp，2013/12/06。

表 1-1-2 彰化縣衛生局（所）診療概況

單位：人

年別（民國）	共計			初診			複診		
	計	男	女	計	男	女	計	男	女
39 年	11,902	6,802	5,100	4,732	2,693	2,039	7,170	4,109	3,061
40 年	6,186	3,917	2,269	2,933	1,913	1,020	3,253	2,004	1,249
41 年	4,713	2,743	1,970	2,715	1,596	1,119	1,998	1,147	851
42 年	95,272	53,284	41,988	51,243	28,929	22,314	44,029	24,355	19,674
43 年	80,933	44,868	36,065	54,971	30,364	24,607	25,962	14,504	11,458
44 年	73,912	40,441	33,471	50,912	27,989	22,923	23,000	12,452	10,548
45 年	58,189	31,196	26,993	39,378	21,219	18,159	18,811	9,977	8,834
46 年	57,849	30,950	26,899	39,601	21,231	18,370	18,248	9,719	8,529
47 年	46,972	25,736	21,236	31,768	17,377	14,391	15,204	8,359	6,845
48 年	52,449	30,076	22,373	37,108	21,272	15,836	15,341	8,804	6,537
49 年	42,155	27,637	14,518	25,592	16,269	9,323	16,563	11,368	5,195
50 年	37,137	24,519	12,618	21,200	13,698	7,502	15,937	10,821	5,116
51 年	28,631	18,811	9,820	18,194	11,817	6,377	10,437	6,994	3,443
52 年	25,101	15,792	9,309	14,618	9,294	5,324	10,483	6,498	3,985
53 年	26,692	17,766	8,926	16,916	11,236	5,680	9,776	6,530	3,246
54 年	24,718	16,699	8,019	15,209	10,364	4,845	9,509	6,335	3,174
55 年	22,673	15,697	6,976	12,587	8,504	4,083	10,086	7,193	2,893
56 年	54,714	39,206	15,508	13,292	9,540	3,752	41,422	29,666	11,756
57 年	1,447	1,026	421	631	443	188	816	583	233
58 年	12,277	8,090	4,187	7,961	5,360	2,601	4,316	2,730	1,586
59 年	27,298	18,755	8,543	6,890	4,555	2,335	20,408	14,200	6,208
60 年	25,694	17,211	8,483	8,018	5,429	2,589	17,676	11,782	5,894

資料來源：彰化縣政府主計室編印，《彰化縣統計年鑑（中華民國 55 年度）》，頁 218~219；彰化縣政府主計室編印，《彰化縣統計年鑑（中國民國 60 年度）》，頁 220~221。

說　　明：「一」表示缺資料。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

四、鄉鎮區衛生所

戰後臺灣為謀積極推動地方衛生業務，即展開設置衛生所之規劃。[16] 臺灣省政府於民國 41 年 4 月 23 日公布「臺灣省各縣（市）衛生機關組織規程」，規定鄉鎮區市（縣轄市）設立衛生所或示範區衛生所，隸屬縣（市）衛生院，兼受鄉鎮區市（縣轄市）長之督促，辦理各該轄境內之有關衛生保健事項。又規定衛生所分甲、乙兩等，並得在村里設衛生室。翌年，臺灣省衛生處為規範衛生所權限與責任及在處理事務時有所依據，特於當年 7 月 30 日訂頒「臺灣省各縣市鄉鎮區（市）衛生所辦事細則」1 種，詳細規定衛生所各類人員應辦事項。[17]

衛生所隸屬於衛生院，兼受鄉鎮區長之督促，辦理各該鄉鎮之衛生保健事宜。衛生所置主任兼醫師 1 人，綜理所務。衛生所之業務範圍，為直接處理民眾之醫療防疫保健問題，如開設門診，診療民眾疾病；傳染病之處理及報告；實施預防接種；改良飲水、撲滅蚊蠅、及環境衛生之改善；推行婦幼衛生，辦理安全助產；舉辦學校衛生及衛生教育；辦理生命統計等。[18]

普設鄉鎮衛生所是中央政府來臺後改善地方衛生的首要工作。鄉鎮衛生所編制標準，需視各地方人力、物力、財力、人口數、地域廣狹和交通狀況而定。理想的衛生所需配置醫師、公共衛生護士、助產士、衛生稽查員、保健員、衛生技術員等。[19] 依據民國 37 年臺灣省政府的規定，鄉鎮區衛生所的工作內容包括：診察疾病、傳染病的隔離處置與通報、推行預防注射及舉辦各項防疫活動、改善環境衛生、推行婦幼衛生及辦理助產、推動學校衛生及衛生宣傳、辦理衛生統計，以及協助村里衛生室辦理各項衛生工作。[20]

民國 38 年全臺僅 104 間鄉鎮衛生所，其中有 46% 尚未開始工作，54% 有治療而無保健工作。在各地方政府與地方人士對衛生所籌撥的開辦費與經常費與日俱增之時，中國農村復興委員會（農復會）扮演重要角色。農復會係民國 37 年 11 月在南京成立，為一中美聯合設置之機構，該會由 5 位委員組成（中方 3 人，美方 2 人）。其經費由美國對華經援資金總數的 10% 做為專款。該組織設有四大工作目標：改善農民生活；增加農業生產；改善鄉村衛生；加強農業及農民相關組織的效能。[21] 自民國 38 年起，開始運用美援，以撥贈藥品、器材及提供技術援助等方式，協助地方成立衛生所，並設置地方衛生督導團，以充實地方衛生所設備以及督導其改善工作。至民國 40 年 6 月止，全臺各鄉鎮均設有衛生所。凡是申請該會補助經費、器材、技術督導及分贈藥品者，必須符合以下三項條件：1. 必須有獨立之房屋；2. 需有專任人員至少 3 人，包括醫師、護士與助產士；3. 需設有衛生委員會，由地方熱心公益人士組成，負責籌款、付款並處理一般事務。[22]

自民國 41 年起，農復會見許多衛生所房舍年久失修，乃協同衛生處及鄉鎮公所辦理標準化衛生所之興建計劃。該會研擬出 5 種不同建坪面積之設計藍本，[23] 供地方依人口多寡及經濟情況選用。經農復會補助修建的衛生所平均人力為 6 人之外，[24] 並附帶配置一套合乎標準之傢俱，其補助標準是當地人士需籌措全部建築費之半數，剩餘之半數可申請農復會補助。然省政府明令禁止地方攤派，因此農復會建議鄉鎮公所在其預算內，指定數目作為建築衛生所之用，以免臨時募捐。民國 42 年，農復會以美國援助款項係逐年計算，來年補助額度無從預知，和申請補助鄉鎮日增，預算有限為由，修訂其補助辦法，規定凡新建衛生所之傢俱與圍牆，全部由地方政府負責建造，農復會對修建標準化衛生所僅補助 1/3。[25]

民國 43 年 1 月之後，農復會補助以充實衛生所服務為重心，同時協助各所設立衛生工作巡迴站。[26] 從民國 38 至民國 44 年，農復會普設鄉鎮衛生所計畫呈現出具體成果。協助興建與修築的衛生所共 368 處，偏遠地區村里衛生室有 140 處。同時提供經費購置腳踏車、撥配訪視箱和接生箱、X 光機、巡迴救護車、藥物等。[27]

衛生教育被視為衛生所重要的工作業務之一，民國 39 至民國 55 年間全縣衛生所之衛生教育工作如表 1-1-3、1-1-4、1-1-5、1-1-6 所示。

16. 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（一）》，頁 96。
17. 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（一）》，頁 272。
18. 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（一）》，頁 96~97。
19. 陳寄禪，《追溯五十年來促進我衛生設施之關鍵事蹟》（臺北：正中書局，1981 年），頁 60。
20. 〈臺灣省政府各縣市區鄉鎮衛生所組織規程〉，《臺灣省政府公報》，1948 年秋字第 62 期，頁 732。
21. 張淑卿，〈農復會與 1950 年代臺灣的鄉村衛生〉，收於余新忠主編，《清代以來的疾病、醫療與衛生：以社會文化為視角的探索》（北京：三聯書店，2009 年 8 月），頁 371~396。
22. 中國農村復興聯合委員會，《中國農村復興聯合委員會工作報告（第三期）》（臺北：中國農村復興聯合委員會，1952 年 6 月），頁 125；S. C. Hsu, Public Health Program in Taiwan,（Taipei: Chinese-American Joint Commission on Rural Reconstruction, 1953）,p2.
23. 五種設計藍圖分別為 60 坪、42 坪、35 坪、30 坪以及 25 坪。張坤崗，〈臺灣地區鄉村衛生之演進〉，《社區發展季刊》43（1988 年 9 月），頁 102。
24. 中國農村復興聯合委員會，《中國農村復興聯合委員會工作報告（第五期）》（臺北：中國農村復興聯合委員會，1954 年 6 月），頁 126。
25. 中國農村復興聯合委員會，《中國農村復興聯合委員會工作報告（第四期）》（臺北：中國農村復興聯合委員會，1953 年 6 月），頁 102~104。
26. 中國農村復興聯合委員會，《中國農村復興聯合委員會工作報告（第五期）》，頁 126。
27. 中國農村復興聯合委員會，《中國農村復興聯合委員會工作報告（第七期）》（臺北：中國農村復興聯合委員會，1956 年 6 月），頁 126。

表 1-1-3 彰化縣各衛生所衛生教育統計

民國	公開演講		候診教育		訓練工作		兒童會	
	次數	參加人數	次數	參加人數	次數	參加人數	次數	參加人數
39	478	226,277	5,959	41,864	552	147,369	327	163,439
40	562	291,643	3,386	53,142	1,043	154,196	420	121,726
41	925	549,352	5,378	100,200	1,102	229,459	620	209,261
42	678	313,991	4,543	84,959	787	138,400	803	83,826
43	936	703,984	7,222	45,648	771	58,834	776	74,226
44	—	—	17,544	23,508	—	—	557	15,551
45	735	158,470	9,410	25,750	47	2,208	479	12,106
46	952	11,896	7,602	29,930	55	1,156	502	10,269
47	992	116,060	8,650	33,780	—	—	905	16,040
48	814	86,946	8,586	39,005	10	2,160	324	6,630
49	533	183,275	10,036	32,620	57	2,315	364	6,311
50	530	715,374	11,915	35,066	38	2,715	278	5,316
51	39	45,361	32,547	33,649	—	—	106	1,221
52	521	121,880	10,900	37,176	—	—	421	4,230
53	336	40,969	12,875	32,445	—	—	116	2,347
54	657	77,131	9,149	44,374	29	353	177	2,504
55	14	7,911	7,192	7,192	—	—	13	188

資料來源：彰化縣政府主計室編印，《彰化縣統計年鑑（中國民國 55 年度）》，頁 218~219。

表 1-1-4 彰化縣各衛生所衛生教育統計（續 1）

民國	母親會		衛生運動		個別談話		家庭訪問	
	次數	參加人數	次數	參加人數	次數	參加人數	次數	參加人數
39	88	11,308	520	134,690	9,554	52,683	4,635	69,515
40	86	8,267	358	68,726	2,927	68,200	2,924	36,449
41	150	11,125	450	322,521	3,465	40,612	14,161	58,706
42	231	16,716	465	113,194	8,360	35,051	14,151	40,977
43	371	33,384	301	37,860	7,381	30,250	17,430	36,382
44	232	4,441	—	—	—	—	44,954	—
45	236	5,695	116	7,906	9,281	24,531	34,767	21,385
46	388	8,528	96	8,561	4,116	4,830	23,706	37,443
47	604	9,831	87	7,583	5,072	7,500	29,795	49,446
48	449	7,292	12	6,252	5,118	10,355	15,162	23,536
49	514	9,106	865	8,224	4,900	7,007	21,840	31,444
50	432	9,286	114	9,127	5,685	8,618	28,797	33,447
51	39	527	—	—	7,132	7,132	—	—
52	834	22,356	—	—	7,682	20,142	—	—
53	316	5,363	10	226	5,150	9,897	8,897	10,669
54	432	7,141	—	—	448	7,241	10,093	14,927
55	15	247	—	—	6,906	6,906	11,701	11,701

資料來源：彰化縣政府主計室編印，《彰化縣統計年鑑（中國民國 55 年度）》，頁 218~219。

表 1-1-5 彰化縣各衛生所衛生教育統計（續 2）

民國	論文		電影		化粧表演	
	次數	參加人數	次數	參加人數	次數	觀眾人數
39	—	—	43	89,821	—	—
40	16	1,625	93	176,492	23	56,290
41	19	1,169	140	211,543	19	35,763
42	22	2,140	91	118,978	20	26,593
43	52	3,335	56	85,584	12	22,122
44	—	—	62	14,631	—	—
45	3	555	124	51,623	—	—
46	2	216	12	3,600	83	24,386
47	—	—	—	—	—	—
48	—	—	28	9,650	—	—
49	—	—	46	13,282	—	—
50	—	—	153	44,521	—	—
51	—	—	101	124,963	—	—
52	—	—	141	162,904	—	—
53	—	—	53	23,156	—	—
54	11,593	20,549	92	15,223	—	—
55	—	—	90	26,622	—	—

資料來源：彰化縣政府主計室編印，《彰化縣統計年鑑（中國民國 55 年度）》，頁 218~219。

表 1-1-6 彰化縣各衛生所衛生教育統計（續 3）

民國	話劇		發布宣傳品張數			
	次數	參加人數	臺圖	壁報	標語	傳單
39	—	—	8,039	4,251	8,083	17,061
40	23	19,002	4,359	7,367	24,001	66,192
41	22	32,442	15,204	5,555	30,227	173,651
42	12	19,807	5,089	2,648	17,246	630,573
43	24	19,892	3,305	8,197	26,864	88,168
44	—	—	—	—	—	—
45	—	—	893	441	11,203	84,281
46	—	—	1,206	540	26,077	113,017
47	—	—	2,890	495	8,780	131,500
48	—	—	1,122	-	10,050	30,470
49	—	—	1,021	372	11,592	42,702
50	—	—	1,882	819	12,742	38,653
51	13	280	—	9	79,000	29
52	—	—	—	456	18,219	—
53	—	—	813	542	14,255	75,707
54	—	—	708	517	7,974	73,876
55	—	—	—	—	631	3,505

資料來源：彰化縣政府主計室編印，《彰化縣統計年鑑（中國民國 55 年度）》，頁 218~219。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

本縣鄉鎮區衛生所的發展大抵與臺灣地區各鄉鎮衛生所的設立相似，均是成立於民國 30 年代末期至民國 40 年代初期。依據鄉鎮區衛生所設立準則，衛生所隸屬於縣市衛生院，受鄉鎮區長之督促，辦理該地區之衛生保健事務。設主任兼醫師 1 人管理所務，並監督所屬職員。[28]

本縣除彰化市 2 家衛生所外，其餘 1 鄉鎮 1 衛生所，共計 27 家衛生所。各鄉鎮區衛生所發展沿革分述如下。

（一）彰化縣彰化市東區衛生所

東區隸屬彰化市，面積 40 平方公里，位於彰化縣之東北端，東接芬園鄉、北臨大肚溪，與大肚鄉為界、西與和美鎮為臨、南與彰化市南西北區銜接，民風純樸，老一輩多數務農，年輕以勞工為主。民國 37 年正式成立，假大竹派出所房舍 1 間辦公。民國 40 年由大竹派出所搬遷到大竹區公所辦公。民國 42 年由本地善心業主李火爐先生提供土地，為衛生所建地，由當時彰化市長杜錫圭代表彰化市公所，與李先生簽基地租賃契約書，租期民國 42 年 6 月 1 日至民國 51 年 12 月 31 日，租金每年新臺幣 62 元，分二期繳納，係補貼業主地價之價款；因業主李先生過世，土地所有權過戶有爭議，於民國 81 年經彰化市調解委員會調解，重訂租賃契約，租金每年新臺幣 191,880 元，租期至民國 90 年 6 月 30 日止。民國 37 年至 50 年衛生所隸屬彰化縣衛生院。民國 50 年 7 月改隸屬彰化市公所。民國 63 年 8 月重新改隸屬彰化縣衛生局。民國 82 年 8 月協助成立彰化市衛生促進委員會。民國 84 年 3 月起開辦全民健保。民國 84 年 7 月開辦衛生所資訊系統行政業務電腦化。民國 84 年 12 月成立義工隊。民國 85 年 3 月開辦門診醫療保健業務電腦。民國 86 年 7 月開辦社區衛生評估工作。民國 87 年 4 月 20 日開始實施醫藥分業，本所於民國 87 年 9 月起處方簽釋出。民國 98 年 12 月 26 日搬遷至彰南路現址。[29]

（二）彰化市南西北區衛生所

南西北區衛生所居彰化市市區中心位置，地址彰化市旭光路 166 號，北鄰阿夷里、東鄰和調里、南與花壇鄉為界，西接秀水鎮、和美鎮，全南西北區轄區共 51 里。總面積為 25.59 平方公里，面積雖不及彰化市的一半，但因負責區域為彰化市市區中心，人口稠密，工商業發達，為彰化市最精華地區均屬南西北轄區。本所設立於民國 40 年 1 月，

28. 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（一）》，頁 272。
29. 彰化市東區衛生所，http://203.65.42.172/changhuacounty27/pub/LIT_6.asp?ctyp=LITERATURE&pcatid=0&catid=1829&ctxid=1842&single=Y，2013/12/6。

隸屬於彰化縣衛生院，負責推行基層衛生醫療保健工作。民國 49 年中央為加強地方自治故改隸於彰化市公所，民國 50 年改隸完成。後因權責不一，縣衛生局在業務上無法發揮監督功能，業務推展受阻，經過檢討研商，乃於民國 63 年還隸於縣衛生局。民國 78 年衛生促進委員會成立。民國 79 年 7 月開始推廣綜合保健業務。

民國 83 年成立義工隊。民國 84 年衛生所資訊系統之行政業務電腦化。民國 98 年 9 月新辦公大樓落成啟用。

本所成立之初，其員額編制為主任兼醫師 1 人、檢驗員 1 人、助產士 2 人、保健員 3 人、事務員 1 人及工友 1 人。民國 51 年省衛生處家庭計畫研究所派工作人員 1 名，負責推廣家庭計畫工作。民國 56 年省衛生處防癆局派防癆保健員 1 名，推行防癆工作，於民國 78 年 3 月防癆局改制為慢性病防治局，其派駐人員為公共衛生護士，推行慢性病防治工作。民國 68 年 2 名助產士退休，由公共衛生護士補缺額。民國 70 年擴大編制，增加兩名公共衛生護士。民國 71 年始有稽查員編制，本所 3 名保健員即調任為稽查員，原佔保健員之 3 個名額，由公共衛生護士陸續補足名額。事務員於民國 81 年改制為課員。[30]

（三）彰化縣鹿港鎮衛生所

本所依據「臺灣省各縣市衛生機關組織規程」於民國 38 年 8 月 31 日成立，命名為彰化縣鹿港鎮衛生所，隸屬舊制臺中縣衛生院管轄，暫借民房辦理本鎮衛生行政業務。民國 39 年 10 月縣市行政區域劃分後，改稱彰化縣衛生院鹿港鎮衛生所並獲得中國農村復興委員會補助興建辦公廳，於民國 43 年 5 月落成使用。民國 50 年 7 月改隸鹿港鎮公所，接受彰化縣衛生局指導。民國 63 年 7 月再度改屬彰化縣衛生局迄今。民國 71 年 7 月因原有衛生所老舊不敷使用，由衛生處撥款興建現址順興里復興路 423 號之辦公廳舍。民國 85 年 6 月衛生處再撥款重新整修門面並增建 1 棟辦公廳作為油症患者醫療站。[31]

30. 吳成偉編著，《彰化縣公共衛生史行政篇》（彰化：彰化務生局，2000 年），頁 138~145；彰化市南西北區衛生所，http://203.65.42.172/changhuacounty26/pub/LIT_6.asp?ctyp=LITERATURE&pcatid=0&catid=1829&ctxid=1841&single=Y，2013/12/6。
31. 張勝彥，《鹿港鎮志政事篇》（彰化：鹿港鎮公所，2000 年），頁 226；鹿港鎮衛生所，「發展沿革」，http://203.65.42.172/changhuacounty1/pub/LIT_6.asp，2013/12/6。

（四）彰化縣和美鎮衛生所

本衛生所成立於民國 38 年列屬於彰化縣衛生院。成立初期借用和美鎮公所辦公，執行防疫、醫療與保健等業務。民國 43 年，衛生所新建廳舍完工。然本鎮人口漸增，業務有增無減，辦公場所已不敷使用，因此於民國 71 年改建廳舍[32]，現址為和東里彰美路五段 319 號。

（五）彰化縣北斗鎮衛生所

本所依據「臺灣省各縣市衛生組織規程」之規定。於民國 38 年 8 月成立，命名為臺中縣衛生院北斗鎮衛生所，直隸於舊制臺中衛生院，而與北斗鎮公所一起合署辦公。民國 39 年 10 月縣行政區域劃分後，本所改稱彰化縣衛生院北斗鎮衛生所，民國 51 年改隸彰化縣衛生局，因原有辦公廳舍老舊於民國 74 年 8 月 7 日遷至現址。

本所的服務項目有預防注射、性病防治、兒童及青少年保健、婦幼衛生、社區健康、結核病防治、精神衛生、傳染病預防、癌症預防、登革熱防治、成人及中老年病防治、子宮頸抹片檢查及乳房檢查等等。[33]

（六）彰化縣員林鎮衛生所

員林鎮衛生所於民國 38 年 8 月 31 日成立，暫借鄉公所辦理本鎮衛生行政事宜。民國 39 年 10 月縣市行政區域劃分後，改稱彰化縣衛生院員林鎮衛生所，並獲中國農村復興委員會補助興建辦公廳，於民國 43 年 2 月落成。負起各種與鎮民身心健康息息相關的業務。從嬰兒預防注射、早期孕婦產前檢查、老人量血壓、驗尿糖到全鎮傳染病防治及密醫、禁藥查緝等。然而，從民國 42 至民國 91 年員林從 4 萬餘人的小鄉鎮到發展至目前 12 萬餘人的都會，衛生所依然是 40 年前的衛生所。因為鎮公所不同意衛生所原位重建，所以造成衛生所環境實在太過狹窄造成不便。[34]

在民國 94 年特別規劃空間改造計畫，改造前後空間不變，但是主要服務空間，如醫療門診區、預防保健區、公共服務區均較寬敞且動線更加順暢，行政辦公區則獨立於後方。原來的圍牆同時予以拆除並種植草坪、設置休憩坐椅，改善原先門口狹窄擁擠的現象，除了突顯衛生所的位置之外，更能融入社區平常的生活與增進互動關係。

員林鎮衛生所在民國 97 至民國 100 年間，多項糖尿病醫療品質照護、預防接種業務考核成績、流感疫苗接種工作計畫等評比成績名列前茅，於民國 99 年度本縣在眾多參選單位中脫穎而出，在全國鄉鎮組第一名榮獲「婦癌篩檢貢獻獎」。[35]

（七）彰化縣溪湖鎮衛生所

溪湖鎮衛生所於昭和 16 年（1941）創立，專責辦理公共衛生及醫療保健業務。民國 38 年 8 月成立臺中縣溪湖鎮衛生所。民國 39 年 10 月鎮市政府行政區域調整，重新劃分改隸彰化縣溪湖鎮衛生所，隸屬彰化縣衛生院，民國 50 年 7 月改隸屬溪湖鎮公所，民國 63 年 7 月 1 日起奉令再改隸屬彰化縣衛生局，以迄於今。[36]

溪湖鎮衛生所除了一般內科、家醫科門診服務之外，還辦理兒童預防保健服務、體檢服務（機車駕照審驗）、門診戒菸服務、成人健康檢查服務等。在全國多項研究計畫、年終考核、活動績效、防治工作、政策宣導、篩檢工作等成績優異獲得很好的成績[37]，現址為湖東里青雅路 36 號。

（八）彰化縣田中鎮衛生所

本所於民國 34 年成立田中鎮衛生協進會診療所，是本所之前身，時即辦理醫療門診及公共衛生業務。民國 38 年 8 月本所依照「臺灣省各縣市衛生機關組織規程」成立田中鎮衛生所，隸屬舊制臺中縣政府衛生院管轄，繼續辦理醫療門診及公共衛生業務。民國 51 年改隸田中鎮公所，薪俸由鎮公所編制預算支給，民國 63 年回歸彰化縣衛生局。為了擴大為民服務，民國 75 年成立田中鎮社區衛生促進委員會。民國 84 年 4 月實施醫藥分業。民國 88 年 7 月成立衛生所志工隊。由於使用空間不足，民國 90 年 1 月在多方協調之下，得以原地重建，民國 91 年 5 月本所新建大樓完工，旋即於新建大樓門診及辦公。

32. 吳成偉編著，《彰化縣公共衛生史行政篇》，頁 160~163；中華綜合發展研究院應用史學研究所編纂，《和美鎮志》（彰化：和美鎮公所，2002 年），頁 353~354。
33. 張素玢等撰，《北斗鎮志》（彰化：北斗鎮公所，1997 年），頁 299~300；北斗鎮衛生所，http://203.65.42.172/changhuacounty18/pub/LIT_6.asp?ctyp=LITERATURE&pcatid=0&catid=1829&ctxid=4421&single=Y，2013/12/6；北斗鎮衛生所，「服務項目」，http://203.65.42.172/changhuacounty18/pub/LIT_6.asp?ctyp=LITERATURE&pcatid=0&catid=1829&ctxid=1846&single=Y，2013/12/6。
34. 中華綜合發展研究院應用史學研究所編纂，《員林鎮志》（彰化：員林鎮公所，2000 年），頁 249~251。
35. 吳成偉編著，《彰化縣公共衛生史行政篇》，頁 198~203；員林鎮衛生所，「發展沿革」，http://203.65.42.172/changhuacounty9/pub/LIT_6.asp?ctyp=LITERATURE&pcatid=0&catid=1829&ctxid=4783&single=Y，2013/12/06。
36. 彰化縣溪湖鎮誌編纂委員會，《溪湖鎮誌》（彰化：溪湖鎮公所，1987 年），頁 104。
37. 吳成偉編著，《彰化縣公共衛生史行政篇》，頁 204~211；溪湖鎮衛生所，「歷史介紹」，http://203.65.42.172/changhuacounty10/pub/LIT_6.asp，2013/12/6。

自民國 74 年起田中鎮衛生所在社區發展考核、社區發展工作等都獲縣長頒發獎牌以資鼓勵，之後在民防戰備檢查、尿液篩檢工作、診治疾病與傷害調查工作、死因統計工作等等成績都有前 3 名，足見成效優良。[38]

（九）彰化縣二林鎮衛生所

民國 38 年成立時為臺中縣二林鎮衛生所。民國 40 年改為彰化縣二林鎮二林鎮公共衛生示範區衛生所。民國 49 年改隸二林鎮衛生所，接受彰化縣衛生局指導。民國 63 年再改屬彰化縣衛生局。民國 71 年遷建衛生所辦公廳舍迄今，而舊衛生所改建為衛生教育示範中心。

民國 72 年建立萬興衛生室。民國 80 年實施綜合保健護理，2 年後由唐龍文醫師開辦實施一般保健門診。二林鎮衛生所除了一般醫務事項外，成立社區衛生促進委員會、整合社區資源、舉辦社區發展工作、注射考核等，屢屢獲得特優等第。[39]

（十）彰化縣線西鄉衛生所

本所依「臺灣省各縣市衛生機關組織規程」，民國 49 年 7 月 1 日正式成立，命名為彰化縣線西鄉衛生所，隸屬舊制臺中縣衛生院管轄，暫借線西鄉公所辦理本鄉衛生所行政業務。民國 58 年 10 月縣市行政區域劃分後，改稱彰化縣衛生院線西鄉衛生所。本鄉總面積 23.47 平方公里（含彰化濱海工業區 6.28 平方公里）本鄉依天然地形狀況劃分為 8 個村（線西、頂庄、寓埔、塭仔、溝內、下犁、頂黎、德興等），總人口數約 17,000 多人，鄉民務農為主，漁業、工業次之，民風純樸。[40] 因本鄉人口數較少，故衛生所編制規模也較小，現址為寓埔村和線路 957 巷 2 號。

38. 吳成偉編著，《彰化縣公共衛生史行政篇》，頁 212~217；田中鎮衛生所，「歷史的回顧」，http://203.65.42.172/changhuacounty11/pub/LIT_6.asp，2013/12/6。
39. 吳成偉編著，《彰化縣公共衛生史行政篇》，頁 262~265；二林鎮衛生所，「大事紀」，http://203.65.42.172/changhuacounty19/pub/LIT_6.asp?ctyp=LITERATURE&pcatid=0&catid=1829&ctxid=1924&single=Y，2013/12/6；二林鎮衛生所，「沿革」，http://203.65.42.172/changhuacounty19/pub/LIT_6.asp?ctyp=LITERATURE&pcatid=0&catid=1829&ctxid=1926&single=Y，2013/12/6。
40. 吳成偉編著，《彰化縣公共衛生史行政篇》，頁 164~169；線西鄉衛生所，「發展沿革」，http://203.65.42.172/changhuacounty3/pub/LIT_6.asp?ctyp=LITERATURE&pcatid=0&catid=1829&ctxid=5237&single=Y，2013/12/6。

（十一）彰化縣伸港鄉衛生所

伸港鄉係於民國 39 年由線西鄉劃分出，定名為新港鄉，隨之成立衛生所隸屬於彰化縣衛生院，借用鄉公所房舍辦公。民國 42 年接受農復會補助新建自有廳舍。由於本鄉與嘉義縣新港鄉同名，易造成民眾與政府混淆不清，於是政府邀請兩地溝通協調，並舉行抽籤，結果於民國 48 年 7 月 1 日正式更名為伸港鄉（伸港與新港臺語發音相同，故名），並沿用至今。民國 68 年，本衛生所接受行政院衛生署以及臺灣省衛生處之經費補助，由本鄉公所提供土地，新建衛生所，現址大同村中興路 2 段 197 號。本所歷年的工作表現甚佳，如民國 70 年曾因結核病防治成績優良，獲得全省優等獎。[41] 本鄉的醫療資源不及彰化市區便利，衛生所自設立後醫療與預防保健事務並重，其業務包含各項預防接種、預防注射中、英文證明書申請、嬰幼兒健康檢查、一般體格檢查及營業衛生體檢、中老年健康檢查、免費抽血篩檢愛滋病及一般性病、健康檢查報告解說、免費子宮頸抹片檢查、領用口服避孕藥及保險套、行政相驗、家庭環境衛生用藥請領、各項衛生保健知識諮詢及資料索取、中老年病及肺結核管理、婦幼衛生及優生保健業務、衛生教育宣導、婦女癌症防治、精神衛生業務、托兒所、幼稚園輔導及管理、學童視力保健、聽力篩檢、家庭計畫宣導及管理、青少年性教育宣導活動、防疫及各項傳染病調查、長期照護業務、食品衛生及營業衛生稽查業務、醫政、藥政管理、民防演習、協助緊急醫療網運作、災害救護及急救訓練課程（CPR）。[42]

（十二）彰化縣福興鄉衛生所

本所依「臺灣省各縣市衛生機關組織規程」，民國 39 年 7 月 1 日正式成立，命名為彰化縣福興鄉衛生所，隸屬舊制臺中縣衛生院管轄，暫借福興鄉農會辦理本鄉衛生所行政業務。民國 39 年 10 月縣市行政區域劃分後，改稱彰化縣衛生院福興鄉衛生所，獲中國農村復興委員會補助興建辦公廳，於民國 43 年 3 月落成啟用。

民國 50 年 7 月改隸福興鄉公所，但業務仍受縣衛生局指揮監督。民國 63 年 7 月改隸彰化縣衛生局。民國 66 年配合鄉內各機關集中辦公新辦公廳舍落成，於民國 68 年 12 月遷入辦公。民國 69 年 10 月 2 日，遷所於橋頭村彰鹿路 7 段 497 號。民國 91 年 7 月動土，於民國 92 年 10 月竣工，為地上 3 樓，地下 1 樓之現代化建築，提供民眾更好的服務。

41. 中華綜合發展研究院應用史學研究所編纂，《伸港鄉志》（彰化：伸港鄉公所，2003 年），頁 255~256。
42. 吳成偉編著，《彰化縣公共衛生史行政篇》，頁 192~197；伸港鄉衛生所，http://203.65.42.172/changhuacounty8/pub/LIT_6.asp?ctyp=LITERATURE&pcatid=0&catid=2030&ctxid=2032&single=Y，2013/12/6。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

本衛生所的業務包含：門診醫療、婦幼衛生、菸害防制、聽力保健、視力保健、口腔保健、子宮頸癌防治暨乳癌防治、口腔癌防治、中老年慢性病防治、性病防治、國民營養、幼童預防接種、傳染病防治、老年流行性感冒疫苗注射、長期照護、精神衛生、肺結核防治、食品衛生、醫政藥政管理、營業衛生、大腸癌篩檢。[43]

（十三）彰化縣秀水鄉衛生所

民國 38 年正式成立，隸屬於臺中縣衛生院，初期借秀水鄉公所辦公，後來於秀水鄉農會隔壁租屋辦公。民國 39 年 10 月 21 日臺灣省縣市行政區域劃分後，改隸屬於彰化縣衛生院，於民國 43 年新建衛生所辦公廳舍，落成啟用。民國 50 年改隸秀水鄉公所，但業務仍受縣衛生局指揮監督，直到民國 63 年 7 月改隸彰化縣衛生局迄今。並於民國 89 年 1 月於原地進行改建辦公大樓，民國 91 年 1 月完工，現址安東村中山路 288 號。

近年本所的業務包含以下各項，1. 門診醫療：門診醫療、行政相驗、體檢、診斷書證明。2. 婦幼衛生：新家庭計畫、孕產婦保健、哺餵母乳宣導、嬰幼兒保健、優生保健、0 至 6 歲兒童發展評估篩檢及早期療育。3. 菸害防制：辦理戒菸班教育訓練、菸品容器標示健康警語抽查。4. 聽力保健：幼兒園兒童聽力篩檢、篩檢陽性個案轉介醫院矯正治療。5. 視力保健：幼兒園兒童斜弱視篩檢、篩檢陽性個案轉介醫院矯正治療。6. 口腔保健：教導幼兒園兒童餐後潔牙、辦理幼兒園兒童美齒比賽。7. 子宮頸癌防治暨乳癌防治：定期辦理 30 歲以上婦女免費子宮頸抹片篩檢、抹片檢查陽性個案追蹤管理、辦理 35 歲以上婦女免費乳房理學檢查、理學檢查疑似個案轉介至醫院。8. 口腔癌防治：辦理檳榔防制宣導、18 歲以上檳榔族口腔黏膜免費篩檢、篩檢陽性個案轉介至醫院。9. 中老年慢性病防治：高血壓、糖尿病、高血脂、收案管理；鼓勵糖尿病患者使用糖尿病護照。10. 性病防治：門診身體檢查、篩檢性病個案、愛滋病個案關懷及管理。11. 幼童預防接種：出生 24 小時開始陸續接受各種不同疫苗接種。12. 傳染病防治：疫情調查與通報，如登革熱病媒蚊指數調查、腸病毒疑似個案通報；醫院診所疫情調查；疑似傳染病個案採集檢體送驗；傳染病防治教育宣導。13. 老年流行性感冒疫苗注射。14. 長期照護：喘息服務申請。15. 精神衛生：定期到宅居家關懷及訪視、心理諮商、協同強制送醫。16. 肺結核防治：個案管理、到宅服務、胸部 X 光篩檢、舉辦宣導活動。[44]

43. 吳成偉編著，《彰化縣公共衛生史行政篇》，頁 170~175；福興鄉衛生所，http://203.65.42.172/changhuacounty4/pub/LIT_6.asp?ctyp=LITERATURE&pcatid=0&catid=1829&ctxid=1941&single=Y，2013/12/6。
44. 吳成偉編著，《彰化縣公共衛生史行政篇》，頁 176~183；秀水鄉衛生所，http://203.65.42.172/changhuacounty5/pub/LIT_6.asp?ctyp=LITERATURE&pcatid=0&catid=1829&ctxid=6508&single=Y，2013/12/1。

（十四）彰化縣花壇鄉衛生所

花壇鄉衛生所成立於民國 38 年，隸屬於彰化縣衛生院。民國 43 年，遷入本鄉平和街舊址，佔地 36 坪，為一平房式建築，舊址空間狹小，內部設計已難符合當代需求，且地勢低窪時常積水，後由花壇鄉公所無償提供土地，並由衛生署與衛生處提供經費，於民國 88 年完工新建辦公廳舍，[45] 現址為長沙村中正路 11 號。

（十五）彰化縣芬園鄉衛生所

本衛生所成立於民國 38 年，民國 43 年接受聯合國兒童基金會援助，興建辦公廳舍。至民國 64 年，配合社區建設撥發經費，整修已老舊的廳舍。民國 80 年為配合群體醫療中心成立，由縣衛生局撥款增建鋼架鐵皮屋，提供辦公及倉庫使用。民國 89 年新辦公廳舍重建計劃購地及發包興建時，適逢政府財源拮据，幸經上級長官極力為所爭取經費，由縣府籌措款項，編列預算購地完成，房屋建築經費則由行政院衛生署全額補助。民國 91 年於 9 月完工啟用，新建衛生所地點適中，面對環保公園，環境優美停車便利，設有無障礙空間環境對提昇衛生保健品質有所助益，亦可擴大服務民眾。該所目前編制為醫師兼主任一人，護理師兼護理長 1 人，護士 2 人，技佐 1 人，工友 1 人，行政人員 1 人，課員 1 人。[46]

（十六）彰化縣大村鄉衛生所

戰後初期，大村鄉初編為臺中縣，置縣於員林，稱為臺中縣員林區大村鄉，民國 39 年 10 月本省縣市行政區域調整，劃為彰化縣大村鄉，現址為大村村中正西路 340 號。該所目前編制為醫師兼主任 1 人，護理師兼護理長 1 人，護士 3 人，醫事檢驗師 1 人，工友 1 人。[47]

45. 謝英從等撰述，《花壇鄉志》（彰化：花壇鄉公所，2006 年），頁 267~268；花壇鄉衛生所，〈彰化縣花壇鄉衛生所簡介〉，http://203.65.42.172/changhuacounty6/pub/LIT_6.asp?ctyp=LITERATURE&pcatid=0&catid=3997&ctxid=4019&single=Y，2013/12/6。
46. 吳成偉編著，《彰化縣公共衛生史行政篇》，頁 188~191；芬園鄉衛生所，http://203.65.42.172/changhuacounty7/pub/LIT_6.asp?ctyp=LITERATURE&pcatid=0&catid=1829&ctxid=1839&single=Y，2013/12/4。
47. 吳成偉編著，《彰化縣公共衛生史行政篇》，頁 218~223；大村鄉衛生所，http://203.65.42.172/changhuacounty12/pub/LIT_6.asp?ctyp=LITERATURE&pcatid=0&catid=1829&ctxid=1982&single=Y，2013/12/6。

（十七）彰化縣埔鹽鄉衛生所

埔鹽鄉衛生所成立於民國 38 年，暫借鄉公所辦理本鄉衛生行政事宜。民國 39 年縣市行政區劃分後，改稱彰化縣衛生院埔鹽鄉衛生所，並獲中國農村復興委員會補助興建辦公廳，於民國 43 年 5 月落成啟用。民國 63 年再度改隸屬彰化縣衛生局迄今。民國 74 年因衛生所老舊，由省政府衛生處、縣衛生局及鄉公所編列補助經費，原地重建，現址好修村員鹿路二段 58 號。

民國 76 年 4 月成立群體醫療執業中心，民國 83 年 3 月基層醫療保健業務電腦化。民國 84 年 9 月成立保健志工隊。民國 86 年 7 月彰化縣慢性病指導診試辦單位，開辦慢性病指導診。民國 88 年 7 月辦理本鄉社區評估第一階段作業。民國 88 年 7 月慢性病指導診觀摩示範單位。民國 91 年 1 月全民健康保險局中區分局，指定為婦女子宮頸抹片檢查給付改進方案推廣試辦單位。民國 91 年 1 月全民健康保險局中區分局，指定為肺結核防治給付改進方案推廣試辦單位。[48]

（十八）彰化縣埔心鄉衛生所

本所於民國 38 年成立為臺中縣埔心鄉衛生所。成立時位於公所後面，在停車場處蓋矮屋，旋即開始辦公。民國 39 年 10 月縣市行政區域劃分改隸屬彰化縣。民國 43 年新建衛生所辦公廳舍。民國 49 年 11 月 20 日改隸埔心鄉衛生所，接受彰化縣衛生局指導。民國 63 年再改屬彰化縣衛生局。本所空間是在於民國 71 年興建，因為房舍空間不敷使用，無法滿足現代衛生保健需求，經報準行政院衛生署准予原地重建。

本所基地位居埔心鄉市中心商業區內，也是行政辦公與文教設施集中地段，為使員鹿路景觀和諧一致，經多次工程設計修改，現今使用場所於民國 94 年 12 月竣工，大樓為地下 1 樓層、地上 3 樓之鋼筋混凝土建築，總樓板面積 485 坪，是本縣重大施政項目之一，廳舍內部多元性空間機能，除了增加衛生所之使用效能外，更期許成為提供社區醫療服務與教育功能的標竿。[49]

48. 吳成偉編著，《彰化縣公共衛生史行政篇》，頁 224~231；埔鹽鄉衛生所，「本所簡介」，http://203.65.42.172/changhuacounty13/pub/LIT_6.asp?ctyp=LITERATURE&pcatid=0&catid=1829#head1835，2013/12/6。
49. 吳成偉編著，《彰化縣公共衛生史行政篇》，頁 232~237；埔心鄉衛生所，「衛生所沿革」，http://203.65.42.172/changhuacounty14/pub/LIT_6.asp，2013/12/6。

（十九）彰化縣永靖鄉衛生所

本所於民國 38 年 8 月成立，借用位於本鄉永東村永靖街屬本鄉公所之辦公廳舍，隸屬舊制臺中縣政府衛生院管轄，至民國 39 年 3 月開始辦理診療業務，同時爭取美援藥械一大批為基礎加強辦理，並擴展推行婦嬰衛生、學校衛生、衛生教育、環境衛生、改善防疫、防瘧、醫藥行政，繼辦理砂眼防治、DPT 接種等工作。後鑑於實際需要於民國 42 年，於永東村東門路興建建坪為 42 坪之辦公廳舍，並於民國 43 年 2 月落成啟用，繼於同年 10 月於竹子村籌設衛生工作巡迴站，擴展工作範圍，徹底深入鄉村推行業務。民國 63 年改隸彰化縣衛生局後因業務需要，復於民國 74 年間由本鄉公所無償撥用土地 1 筆，新建辦公廳舍及醫師宿舍使用至今。[50]

（二十）彰化縣社頭鄉衛生所

本所於民國 39 年創建於社頭鄉社斗路 6 之 4 號，當時隸屬於彰化縣衛生局。民國 42 年農復會補助興建辦公廳舍。民國 49 年改隸彰化縣社頭鄉公所，當時受衛生局指導。時至民國 63 年改隸彰化縣衛生局。[51] 民國 78 年 9 月為因應意外災害造成許多不幸，特開辦安全教育與急救訓練講習班，期望達到人人會急救、大家都安全的最高目標。民國 78 年 10 月起為加強 B 型肝炎防治工作，舉辦一連串衛生教育與 B 型肝炎防治工作座談會。民國 80 年 6 月 24 日鑑於本鄉醫療設施缺乏，每一職業醫師服務人口約 3,500 人，經上級指示，設立群體醫療執業中心辦理醫療業務，為本鄉人民服務。

本所現址社頭村員集路 2 段 409 號，是由衛生署及衛生處共同補助，興建新辦公廳舍，於民國 81 年落成。民國 82 年成立社頭鄉社區衛生促進委員會，民國 85 年成立公共衛生志工隊，希望藉此增加民眾衛生知識與社區參與。並在民國 85 年及次年，尿液篩檢工作績優獲全國第三、四名的佳績。[52]

50. 吳成偉編著，《彰化縣公共衛生史行政篇》，頁 238~243；永靖鄉衛生所，「發展沿革」，http://203.65.42.172/changhuacounty15/pub/LIT_6.asp?ctyp=LITERATURE&pcatid=0&catid=1829&ctxid=4419&single=Y，2013/12/6。
51. 陳國典編著，《社頭鄉志》（臺北：自行出版，2011 年），頁 187~188。
52. 吳成偉編著，《彰化縣公共衛生史行政篇》，頁 244~249；社頭鄉衛生所，「發展沿革」，http://203.65.42.172/changhuacounty16/pub/LIT_6.asp?ctyp=LITERATURE&pcatid=0&catid=1829&ctxid=1887&single=Y，2013/12/6。

（二十一）彰化縣二水鄉衛生所

本所於民國 41 年正式成立，民國 48 年暫借二水鄉公所辦公。民國 48 年 7 月由鄉公所撥用新建辦公廳舍啟用。民國 51 年改隸二水鄉公所，民國 63 年回歸彰化縣衛生局迄今。民國 92 年 10 月老舊辦公廳舍經公所撥用土地並獲衛生署補助經費原地重建完成[53]，現址為二水村過圳路 19 號。

以週期性全人照護為宗旨，縱向以生命週期，橫向以身、心、靈以及家庭層面，促進民眾健康。在高齡政策上以衛生所整合醫療社區資源、推動健康老化。希望達成健康老化社區，以目標成為全國基醫療診所「促進長者健康、維護長者尊嚴」典範。近年來，二水鄉衛生所在肝癌篩檢及四大癌症篩檢計劃受彰化縣防癌協會補助實行，也辦理「2011 年彰化縣社區保健肝癌篩檢成果發表暨國際研討會」，曾受國民健康局委託過圳社區老人健康促進計畫推動健康照護機構參與健康促進工作計畫，民國 102 年獲頒行政院第五屆政府服務品質獎。[54]

（二十二）彰化縣田尾鄉衛生所

本所於民國 38 年 8 月成立為臺中縣田尾鄉衛生所，民國 39 年 10 月縣市行政區域劃分改隸為彰化縣田尾鄉衛生所，辦公廳舍於民國 44 年 3 月落成。目前辦公地點於民國 79 年 3 月遷於現址饒平村光復路二段 608 號落成，同年開辦群體醫療執業中心。民國 82 年成立田尾鄉社區衛生促進委員會。民國 85 年衛生所資訊系統之門診醫療、預防保健、行政管理業務電腦化。

本所歷經改建，於民國 98 年 12 月進行改建工程 1 樓為醫療門診中心，包括掛號室、診療室、注射室、檢驗室、藥局、檢查室。2 樓為職員辦公室、電腦室、衛生教育室暨會議室、消毒室、倉庫、儲藏室。希望給予醫護人員及民眾良好的醫病空間。[55]

53. 周宗賢等纂，《二水鄉志》（彰化：二水鄉公所，2002 年），頁 326~327。
54. 吳成偉編著，《彰化縣公共衛生史行政篇》，頁 250~255；二水鄉衛生所，「衛生所環境」，http://203.65.42.172/changhuacounty17/pub/LIT_6.asp?ctyp=LITERATURE&pcatid=0&catid=1833&ctxid=6556&single=Y，2013/12/6。
55. 吳成偉編著，《彰化縣公共衛生史行政篇》，頁 266~269；田尾鄉衛生所，「沿革史」，http://203.65.42.172/changhuacounty20/pub/LIT_6.asp?ctyp=LITERATURE&pcatid=0&catid=1983&ctxid=1988&single=Y，2013/12/6。

（二十三）彰化縣埤頭鄉衛生所

本所成立於民國 37 年，初期在埤頭鄉合興村斗苑西路的埤頭役場辦公，隸屬臺中縣衛生院管轄，辦理鄉內衛生行政，民眾保健及預防接種工作。民國 39 年 10 月由於臺灣省縣市行政劃分改隸彰化縣衛生院。民國 41 年接受美援，於合興村文鄉路 66 號建造辦公廳舍，開辦門診。民國 51 年埤頭衛生所改隸埤頭鄉公所。民國 63 年改隸屬彰化縣衛生局。直至民國 71 年覓地於合興村健安街 119 號新建辦公大樓，隔年完工落成並遷入辦公至今。民國 81 年本所被指定開辦群體醫療工作，由省立彰化醫院輪派醫師到本所看診。當時張邦次主任已離職，由稽查員陳日明代理職務，因無醫師籌備工作備感辛苦，由所內同仁到大城、芳苑、大村、二水等衛生所觀摩請教。成立之初苦無醫師，後來由衛生局協助安排省立彰化醫院輪派醫師至本所為民眾看診，但由於沒有固定醫師診察，所以門診情形並不理想，乃由鄉內 17 名村長聯名致函縣長，敦請陳嘉烈醫師擔任本所醫師兼主任。民國 87 年配合本鄉社區衛生促進委員會成立志工隊，協助本鄉公共衛生業務之推展。民國 99 年本所有感於本鄉偏遠村里醫療資源的不足，始至 5 月開始辦理西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案（巡迴醫療計畫），定期至新庄村與芙朝村設站服務，以利提供鄉民更完善的醫療照護。[56]

（二十四）彰化縣芳苑鄉衛生所

芳苑鄉衛生所為醫療保健服務的機關，提供民眾門診診療服務及衛教指導，輔導民眾養成保健觀與衛生習慣，還兼具社區醫療（家庭醫師）的功能，並使民眾得到政府完善的醫療品質、就醫權益，充分使偏遠地區能夠受到妥善的照顧與服務。本所除了一般例行性的門診、衛教工作之外，還配合提供定點設站篩檢服務及成人預防保健、嬰幼兒門診、預防注射、子宮頸抹片檢查、家庭訪視、探訪獨居老人生活狀況、醫藥行政、性病防治、防瘧防癆等，與民眾生活無一不息息相關。

本所除了一般醫務工作，近年籌劃結合熱心的鄉民成立「社區衛生促進委員會」及「保健志工隊」，共同協助本鄉各項衛生保健業務的推展。社區衛生促進委員會以鄉為單位，以利社區衛生促進委員會各項衛生業務之進行，其配合本所擬訂各項工作計畫辦理各項衛生宣導活動，積極發掘鄉內社區問題及協調解決，探討社區民眾的需求，並爭取各項社區資源，籌措衛生經費，以達到民眾參與地方衛生工作的目的，使委員會發揮

56. 吳成偉編著，《彰化縣公共衛生史行政篇》，頁 270~275；埤頭鄉衛生所，「發展沿革」，http://203.65.42.172/changhuacounty21/pub/LIT_6.asp?ctyp=LITERATURE&pcatid=0&catid=1829&ctxid=1950&single=Y，2013/12/1。

應有的功能。民國 90 年起，為擴大社區參與，更推動本鄉公共衛生服務志工加入全國性志工行列，使本鄉公共衛生服務的志工與國內各志工團體匯流。保健志工隊以社區中人解決社區問題，讓社區志工為種子，深置於各社區中，協助本鄉推動各項公共衛生工作，以維護鄉民健康，造福社區民眾[57]，衛生所現址為芳苑村斗苑路芳苑段 194 巷 48 號。

（二十五）彰化縣大城鄉衛生所

本所於民國 39 年 8 月 15 日成立，時屬臺中縣衛生院。民國 39 年 11 月改隸彰化縣衛生局。民國 42 年 2 月由中國農村復興委員會補助興建辦公廳落成啟用。民國 49 年 11 月 20 日改隸大城鄉公所，接受彰化縣衛生局指導，民國 63 年再改隸屬彰化縣衛生局。

政府鑑於本鄉醫療設施、診所不足，與埤頭、芳苑、大城、竹塘、線西、伸港、田尾等鄉鎮同屬偏遠地區，所以於民國 78 年 10 月 27 日開辦群體醫療執業中心，次年開始推廣綜合保健業務。雖然本所規模不大，不過在婦女癌症防治工作考核與保健觀摩會評比在全縣鄉鎮中皆名列前茅。[58]

（二十六）彰化縣竹塘鄉衛生所

本所依據民國 37 年 12 月 10 日公布之「臺灣省各縣市衛生機關組織規程」，於民國 38 年 8 月成立，直隸於舊制臺中縣衛生院，衛生所成立之初，暫借鄉公所旁倉庫辦公一段時間，後即遷往集會所辦公。於民國 44 年 10 月落成啟用新式磚造辦公廳。後於民國 70 年 8 月於原地重建，為加強磚造 2 層樓辦公廳，於民國 71 年 6 月 14 日落成啟用迄今。

本所於民國 71 年起陸續新建衛生室，長安村衛生室、田頭村衛生室、民靖村衛生室等都在此段時間開始運作。為強化醫療，民國 72 年 9 月 6 日開辦群體醫療執業中心，而本所為本縣第一所試辦之衛生所。前述之衛生室因此轉為基層保健服務中心來服務民眾。[59]

57. 吳成偉編著，《彰化縣公共衛生史行政篇》，頁 276~283；芳苑鄉衛生所，「本所概況」，http://203.65.42.172/changhuacounty22/pub/LIT_6.asp，2013/12/6。
58. 吳成偉編著，《彰化縣公共衛生史行政篇》，頁 284~287；大城鄉衛生所，「本所發展與沿革」，http://203.65.42.172/changhuacounty23/pub/LIT_6.asp?ctyp=LITERATURE&pcatid=1829&catid=4236，2013/12/6。
59. 吳成偉編著，《彰化縣公共衛生史行政篇》，頁 288~295；竹塘鄉衛生所，「歷史介紹」，http://203.65.42.172/changhuacounty24/pub/LIT_6.asp?ctyp=LITERATURE&pcatid=0&catid=1829&ctxid=1835&single=Y，2013/12/6。

（二十七）彰化縣溪州鄉衛生所

本所於民國 38 年依照「臺灣省各縣市衛生機關組織規程」成立溪州鄉衛生所，隸屬舊制臺中縣政府衛生院管轄，成立當時借用溪州鄉公所辦公廳，辦理鄉內衛生行政、民眾保健、預防接種等工作。民國 39 年 6 月設置衛生室 2 處辦理偏遠地區保健、門診、學校衛生、防疫、婦女衛生等工作。同年臺灣省縣市行政區劃分後改隸彰化縣衛生院。民國 51 年改隸溪州鄉公所，直到民國 63 年才又改隸彰化縣衛生局。在民國 71 年新建辦公廳及成功村衛生室，並於民國 72 年 1 月落成啟用，現址為尾厝村溪下路四段 570 號。十年來空間漸顯不足，民國 82 年間再於本所後方新建 3 層樓辦公廳舍 1 幢，兩幢相通以有效解決空間不足問題。

為了偏遠社區醫療，民國 80 年 6 月經核定辦理群體醫療執業中心。進而於民國 84 年 7 月成立衛促會義工隊、民國 88 年 7 月成立衛生所志工隊，以增進民眾醫療需求及衛教知識。[60]

60. 吳成偉編著，《彰化縣公共衛生史行政篇》，頁 296~299；溪州鄉衛生所，http://203.65.42.172/changhuacounty25/pub/LIT_6.asp，2013/12/6。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

第二章
醫療設施與醫療衛生管理

現代醫療設施大抵是指醫療院所，包含醫院、診所、護理之家，而醫療人事係指從事醫療專業人員。在西方醫學未引進臺灣之前，臺灣人民的照護工作都以漢醫、宗教民俗治療為主。然隨著清末教會醫療的推展以及日人治臺，將西方現代醫學的實施作為殖民政策之一，使得西醫逐漸成為臺灣人主要的就醫習慣，然中醫（漢醫）以及民俗醫療在民間仍有一定的影響性。

彰化地區醫療衛生的發展實與本地區衛生狀況有關。來自英國基督長老教會的醫療宣教士，同時也是彰化基督教醫院的創辦人蘭大衛醫生（Dr. David Landsborough III）來臺後所作的敘述：

> 當時的彰化城，無論大街小巷的水溝，都極其骯髒和塞，蚊蚋叢生，人民所居住的房子，很不合衛生，鼠疫到處流行。[1]

足可知當時的自然環境與衛生條件的情況。隨著教會醫療的傳入，與當時政權對於衛生教育的推展，以及教育水準提高、經濟的發展、人口的增加，使彰化各式醫院、診所自民國 38 年（1949）後，逐年增加。其中較大型醫院有彰化縣立員林醫院、臺灣省立彰化醫院、彰化基督教醫院以及秀傳醫院。

1. 魏喜陽，《蘭醫生在臺灣》（臺南：臺灣教會公報社出，1967 年），頁 16。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

第一節 醫療院所與醫療照護計畫

一、醫療院所

（一）彰化縣立員林醫院

彰化縣立員林醫院隸屬於彰化縣衛生院，成立於民國 45 年（1956），主要為民眾的疾病醫療以及傳染病之隔離。提供一般病床 50 床，傳染病隔離病床 10 床。設有院長 1 人總理院務，醫療專科有內科、外科、小兒科、婦產科，各設科主任 1 人，主治醫師 1 人以及住院醫師 1 人。藥劑室設有藥劑師與藥劑生各 1 人。護士 13 人，助理護士 10 人以及助產士 2 人。檢驗員與技術員各 1 人。[2] 至民國 84 年，業務拓展至藥癮治療。[3] 彰化縣縣立員林醫院門診患者人數如表 2-1-1、2-1-2。該院目前已裁撤。

表 2-1-1 彰化縣縣立員林醫院門診患者人數

單位：人

年別（民國）		總計			外科		內科		小兒科		婦產科	牙科	
		共計	男	女	男	女	男	女	男	女	女	男	女
46	初診	1,523	894	629	197	44	388	250	309	247	88	—	—
	複診	1,538	868	670	124	50	359	207	385	317	96	—	—
47	初診	1,816	1,373	443	483	86	731	180	159	88	89	—	—
	複診	2,728	1,679	1,049	364	90	783	483	532	362	114	—	—
48	初診	3,141	2,210	931	507	142	1,430	469	273	174	146	—	—
	複診	1,853	1,281	572	373	77	724	246	184	113	136	—	—
49	初診	5,936	4,225	1,711	960	218	3,061	1,094	204	206	193	—	—
	複診	3,510	2,486	1,024	704	206	1,335	444	447	189	185	—	—
50	初診	4,988	3,599	1,389	559	166	2,561	847	479	210	166	—	—
	複診	2,311	1,624	687	316	100	1,065	399	243	91	97	—	—
51	初診	5,253	3,573	1,680	921	303	2,150	837	502	235	305	—	—
	複診	3,734	2,631	1,103	558	177	1,779	616	294	143	167	—	—
52	初診	3,811	2,791	1,020	536	190	1,967	510	288	160	160	—	—
	複診	2,245	1,601	644	289	105	1,135	376	177	89	74	—	—
53	初診	4,814	3,168	1,646	418	248	2,408	996	342	231	171	—	—
	複診	2,747	1,831	916	202	119	1,441	602	188	115	80	—	—
54	初診	3,375	2,287	1,088	421	190	1,744	798	122	51	49	88	3
	複診	2,338	1,616	722	290	115	1,265	569	61	21	17	64	2
55	初診	2,367	—	—	296	89	1,043	488	53	32	23	232	106
	複診	3,838	—	—	560	113	2,208	557	27	48	22	222	79
56	初診	1,343	—	—	399	36	813	183	33	32	24	33	10
	複診	54	—	—	877	253	3,370	833	122	62	33	122	28
57	初診	—	—	—	250	40	307	80	32	23	19	35	28
	複診	—	—	—	717	215	2,459	403	87	40	28	112	60

資料來源：彰化縣政府主計室編印，《彰化縣統計年鑑（中華民國 55 年度）》，頁 225；彰化縣政府編印，《彰化縣統計要覽（中華民國 70 年度）》，頁 206~207。

說　　明：「—」表示缺資料。

表 2-1-2 彰化縣縣立員林醫院門診患者人數（續 1）

單位：人

年別（民國）		總計			外科		內科		小兒科		婦產科	牙科	
		共計	男	女	男	女	男	女	男	女	女	男	女
58	初診	—	—	—	289	180	1,232	717	11	9	7	94	67
	複診	—	—	—	244	124	1,200	808	11	10	19	55	52
59	初診	—	—	—	293	143	514	304	28	10	—	27	18
	複診	—	—	—	188	102	324	293	17	5	—	13	7
60	初診	—	—	—	39	25	63	59	76	71	6	—	—
	複診	—	—	—	45	31	100	82	108	120	—	—	—
61	初診	—	—	—	64	40	113	92	28	38	—	81	4
	複診	—	—	—	61	31	122	155	79	88	—	0	—
62	初診	—	—	—	77	45	67	88	52	47	32	196	22
	複診	—	—	—	36	18	61	100	47	47	18	1	—
63	初診	—	—	—	19	341	28	20	—	—	—	—	—
	複診	—	—	—	4	116	76	12	—	—	—	—	—
64	初診	—	—	—	7	3	92	22	20	5	10	—	—
	複診	—	—	—	1	13	31	42	3	-	2	—	—
65	初診	—	—	—	4	3	35	41	25	23	7	—	—
	複診	—	—	—	—	—	28	52	4	1	-	—	—
66	初診	—	—	—	1	1	54	30	3	6	4	—	—
	複診	—	—	—	—	3	72	75	3	1	3	—	—
67	初診	—	—	—	15	5	55	30	5	2	5	—	—
	複診	—	—	—	8	8	143	75	1	-	19	—	—
68	初診	—	—	—	22	5	77	48	2	3	11	—	—
	複診	—	—	—	7	2	159	88	-	-	18	—	—
69	初診	—	—	—	48	4	75	42	3	1	2	—	—
	複診	—	—	—	11	6	147	69	1	1	2	—	—
70	初診	—	—	—	88	29	117	87	4	9	11	—	—
	複診	—	—	—	10	3	186	122	3	3	2	—	—

資料來源：彰化縣政府主計室編印，《彰化縣統計年鑑（中華民國 55 年度）》，頁 225；彰化縣政府編印，《彰化縣統計要覽（中華民國 70 年度）》，頁 206~207。

說　　明：「—」表示缺資料。

2.　〈彰化縣立員林醫院組織規程〉，《臺灣省政府公報》45 年夏字 11 期（1956 年 4 月 13 日），頁 120~121。
3.　〈臺灣省政府衛生處函〉，《臺灣省政府公報》84 年夏字 22 期（1995 年 5 月 24 日），頁 120。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

（二）衛生福利部彰化醫院

前臺灣省政府有鑑於彰化縣近幾十萬人的農業大縣，長久以來未有省立醫院之設立，實不足以照顧縣民之健康，因而於民國 56 年將裁撤之省立臺北醫院城南分院員額，及原擬作為省熱帶農業所之房舍，移撥籌設彰化醫院，於民國 57 年 12 月正式開辦醫療業務，開設一般病床 40 床，任命林衡機先生為首任院長。至民國 66 年因醫院業務逐年成長，原有之規模不敷使用，而於原建物上加蓋 2 層，另新建急診大樓與護士宿舍各 1 棟，增設一般病床至 108 床，另設有洗腎床 7 床、嬰兒床 10 床、觀察床 6 床、隔離床 4 床等，總病床數成為 144 床。其主要任務為配合提供高水準的醫療服務；負責提升地區醫療水準之責任；支援基層醫療及公共衛生工作並收治法定傳染病患者。[4]

為加強南彰化地區醫療服務，配合民國 79 年 11 月召開國建 6 年計畫之省立醫院擴建計畫，民國 82 年度本院開始執行遷移南彰化作業，民國 86 年 3 月完成遷建用地之土地登記，民國 87 年奉准規劃建造於埔心鄉中正路 2 段 80 號之新院區，計佔地面積 4.6 公頃，建築物本體為 3 棟聯體 8 層樓之醫療大樓。一般急性病床計有 400 床，護理之家、精神科日間照護各 50 床。新院區於民國 91 年 3 月完工，並由彰化市院區正式遷移埔心鄉新院區，有效均衡南彰化地區醫療服務，減少城鄉差距。

遷院後的彰化醫院在全體同仁共同努力下，目前已完成開設各類急性病床與特殊病床約 700 床、精神科日間照護 85 人、護理之家 50 床。並積極引進各種新進醫療設備，提供全方位的門診、住院、急診與手術等醫療服務，醫療服務科別計有神經內科、腸胃內科、胸腔內科、心臟內科、腎臟內科、新陳代謝科、免疫風濕科、感染科、糖尿病特診、家醫科、高年科、一般外科、大腸直腸科、甲狀腺特診、乳房特診、神經外科、骨科、泌尿科、小兒科、兒童心智科、婦產科、耳鼻喉科、眼科、皮膚科、精神科、牙科、口腔外科、中醫科等。

為提供彰化縣社區民眾便捷的醫療服務，該院結合社區醫療資源，主動提供民眾醫療、保健以及維護的責任，因應整個社會人口老化的現象，提供民眾就醫可近性、持續性、整合性之醫療服務，發展慢性病房、慢性精神科病房以及復健科病房，並與社會福利機構結合，希望在「服務、貼心、便捷、親鄉」的醫療服務理念，使彰化地區的民眾可以接受更完善、更優良的醫療照護。

4. 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（三）》（臺北：行政院衛生署，1995 年），頁 121；國立彰化師範大學地理系，《彰化市志》（彰化：彰化市公所，1997 年），頁 530。

近年來該院更積極促進有關醫療品質提升的作為，除了成立品質管理中心專責整合本院各項醫療品質指標與管理措施，更建立癌症整合醫療團隊，鼓勵推動「團隊資源管理 TRM」、精實管理等措施，注重醫療成本管理，期待讓彰化醫院除了服務量能與營運效率提升之外，亦能兼顧服務品質與病人安全、醫療權益的促進、辦理醫事人員訓練及進修、引進醫療新技術，加強教學研究、以合理的收費，照顧民眾。[5]

（三）彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院

明治 28 年（1895）10 月 22 日，由英國長老教會宣道會派遣 3 位宣教士蘭大衛醫生（Dr. David Landsborough III）、梅鑑霧牧師（Rev. Campbell N. Moody）、廉德烈牧師（Rev.A.B.Neilson）至臺灣進行醫療傳教，在彰化地區開設蘭醫館，即為今日的彰化基督教醫院前身。明治 29 年 1 月，初到臺灣的 3 位牧師開始就未來設立醫院一事，在中部地區展開視察與傳道活動。同年 11 月，以彰化教會禮拜堂作為診療地點，與傳道師一起開始醫療傳道，為前來求診的病患治療與佈道，有男病房 2 間，女病房 1 間，可同時收容住院患者 10 人。同時教會也指定 2 名來自臺南長榮中學的學生前來與蘭醫生學習醫術。明治 30 年由於前來求醫的病患增多，需擴充醫療設備以因應，並再招收 5 名學生。

明治 32 年 10 月 23 日，蘭大衛獲得日本總督府兒玉源太郎頒發「醫業免許證」，醫院開始分科為婦產科、內科、普通外科、眼科，並購置院內第一臺手術床。明治 33 年 5 月休館，前往大社（今臺中豐原附近）進行醫療傳道開辦臨時診療所，診療時間為期 3 個月，過後回英國休假隔年回到彰化繼續開業。當時每日前來問診的病患有 400 人次以上。明治 38 年彰化火車站通車，使前來求診病患日趨增加。後因市區更改，院所部分被拆，醫院內日益擁擠的候診病人與積壓成疊的手術名單，急需擴展醫務，獲英國宣道教會之捐助。向李河渡醫師及其鄰居，購買土地，即現今彰基中華路院區之院址，並於明治40年將醫館正式命名為「英立彰化基督教醫院」。醫院落成後，醫務日益擴展，指導的醫學生也漸漸能分擔工作。

明治 43 年日本政府對教會醫院採取嚴格的政策，只准許正式的醫學校畢業醫生才可以在醫院服務。但由於醫院人手實在不足，蘭醫生所教導的學生則擔任外科助手及配藥的工作。因醫院經濟獨立，有感窮苦人無錢看診治病，規定「大小手術收壹圓，貧人免費」。

5. 〈衛生福利部彰化醫院——醫院介紹〉，http://www.chhw.mohw.gov.tw/?aid=101&iid=3，2013/12/10。

大正 7 年（1918）受第一次世界大戰影響，來自宣道會的補助中輟，導致醫院停辦 1 年，隔年恢復正常業務，同時英國宣道會派遣 1 位有經驗的護士洪伯祺（Miss Peggy Arthur）姑娘來到醫院服務，成為該院第一位正式護士。為求未來財務安定，購置土地數甲，充作基金，擴增病床 80 床，以因應營運需求。當時彰化人流行著一句話：「南門媽祖宮，西門蘭醫生」，在彰化民間有「活佛」之稱。與臺南新樓醫院合作發行「I-KOAN」，即「藥局的藥品與備藥」，除有關醫學常識外，並記載有關眼科、外科的知識、消毒方法、顯微鏡檢查法等，為當時醫療必備的書，亦是用白話字印行的。

大正 12 年日本太子（昭和天皇裕仁）抵臺視察。蒞臺期間曾面見蘭大衛醫生，致贈「銀杯」，表彰蘭醫生為臺灣醫療的貢獻。同年烈以利姑娘（Miss Isabel Elliot）來彰基服務 6 個月，開始訓練在地 3 名護士，並於昭和 2 年（1927）成立「護理訓練班」。同時引進開刀房設備，購進英國洗水槽；並引進第一部 X 光機、設 X 光室、病理檢驗室。昭和 3 年 9 月，蘭醫生為救治病童周金耀，在其潰爛的右腿施以皮膚移植手術，為「切膚之愛」事蹟。昭和 11 年，蘭大衛醫生年老退休。同年，臺南教士會議決定將彰基醫院無條件贈與臺灣基督長老教會南部大會經營，不再倚靠來自英國母教會的資助，並於昭和 12 年更名為「南大彰化基督教醫院」。

民國 39 年，臺灣基督長老教會南部大會討論彰化基督教醫院人事問題，決定委託臺灣基督教長老教會臺中中會[6]重新經營彰化基督教醫院，由楊毓奇醫生任院長。隔年，南北長老教會合為一，醫院更名為「彰化基督教醫院」。當時臺灣教會人士誠邀蘭大弼醫生（Dr. David Landsborough IV），蘭大衛醫生之子與高仁愛醫生到彰基服務，並聘蘭醫生為顧問。美籍魏克思醫生（Dr.Jeseph Wilkerson）由大陸浙江嘉興之教會醫院服務被囚獲釋返美，民國 42 年偕夫人魏海倫（Mrs Estelle Wilkerson）轉到臺灣服務。蘭大弼醫生並協助楊毓奇院長獲中英文化協會獎學金到英國留學，可惜楊院長經美國後轉往巴西，不再回彰基服務，故任命蘭大弼醫生為第九任院長。隔年華仁愛姑娘（Miss J. Walvoord）任護校校長，訓練護理人員。民國 45 年開始開辦山地巡迴義診。

民國 48 年發生臺灣最嚴重的八七水災大水淹入醫院，約 2/3 住院病人送往 2 樓。至民國 49 年，醫院病床 81 床。全年門診 28,378 人次，住院 2,333 人次，住院病人 26,129 人次，手術 867 人次，生產 756 人次。民國 50 年，協助臺中中會巡迴醫療服務的工作（二林分院醫療工作之濫觴）。民國 53 年臺中中會醫療服務團設立「二林基督教醫院」。

6. 有關臺灣基督教長老教會以及臺中中會之組織架構，可參閱臺灣基督教長老教會，http://www.pct.org.tw/ab_org_chart.aspx，2017/7/10。

民國 54 年辦理護理學校招生第一期學生 14 名（民國 54 至民國 57 年），由魏醫生夫人魏海倫女士為校長，並設立護理教育部負責護生教育。因省立護專學校開始有畢業生引進，於民國 60 年，第三期護理學校學生畢業後停招。民國 68 年由教育部、衛生署評鑑為 2 級教學醫院。民國 69 年 12 月 1 日，二林基督教醫院移交彰化基督教醫院，更名為「彰化基督教醫院二林分院」，同年將本院醫務單位設成內科與外科，再往下細分各專科。民國 74 年，衛生署評定為區域醫院，成立轉診系統，海線由二林分院轉診，山線由埔里基督教醫院轉診，派遣醫生前往埔里基督教醫院支援。

民國 79 年開始引進現代醫療品質管理及全面品質管理。總床數 675 床，佔床率在 97% 以上。門診平均每天 2,000 至 2,400 人次。二林分院門診平均每天 400 至 600 人次，住院患者每天 20 至 30 人，醫務日漸上升，二林分院也逐漸獨立，但開始出現護士日漸缺乏的情況。在此情況下導致病床關閉 100 床，開刀房關閉 3 間，並加強護士留任措施。民國 81 年 11 月，合併中華路及南郭院區共 16 間手術房，並導入手術室作業系統電腦化，簡化手寫時程與手術醫材標準化（為 DRG[7] 的未來政策配合做準備）。南郭醫療中心更名為「彰化基督教醫院」即醫院總院，順利搬遷中華路院區之住院病人及所有門診、急診作業到南郭院區。只留精神科、牙科、血液透析病人在中華路院區。民國 83 年，導入門診診間電腦化，並成立醫學研究部、抗生素管制委員會、與醫務小組討論醫務相關問題。同年全民健保 3 月份開始實施，開始配合全民健保業務。民國 85 年醫院更名為「財團法人彰化基督教醫院」。與彰化市長森醫院及鹿港百川醫院試辦合作計畫，於民國 91 年，開設鹿港聯合診所。民國 92 年，與「員林員生醫院」及「南投南雲醫院」正式簽約，委託經營管理。民國 93 年正式接辦鹿基醫院，由張正雄副院長擔任負責醫師。於 8 月 1 日，鹿基醫院正式開始門診服務。9 月 30 日南雲醫院更名為「南基醫院」。[8]

彰化基督教醫療財團法人自民國 93 年啟用以兒童為中心之兒童醫療大樓，為保障本縣兒童健康投入大量經費、人事設備，為彰化縣唯一小兒急診次專科醫師訓練醫院，為了提供更優質之醫療品質，民國 97 年 1 月更為全國首例設立唯一完全具有兒科專科醫師資格，之主治醫師看診 24 小時兒童急診中心，且設有獨立專屬兒童看診空間。民

7. DRGs 即診斷關係群是一種將服務量計酬制度改為同病同酬的支付制度。DRG 範圍內的同一種疾病，醫院不論採用何種治療手段、藥物、住院天數，健保就只給醫院同一種給付價格，同病同酬，改變以往「實支實付」的給付方式。原始目的是為了減少醫療浪費，但在臺灣醫療現場卻產生諸多扭曲現象；黃蜀雯、李姿櫻、王冠文、戴淑英，〈以申報標準代碼探討申報疾病組合之有效性：案例式推論及資料探勘之應用〉，《病歷資訊管理》14：2（2015 年 12 月），頁 1~20。
8. 彰化基督教醫院院史文物館，http://www.cch.org.tw/history/，2013/12/10；國立彰化師範大學地理系，《彰化市志》，頁 532~533。

國 101 年院方更積極配合衛生福利部設置兒童醫院政策，著手規劃，歷經計畫審查、空間調整、人力招募等，終於在民國 103 年 7 月通過衛生福利部審議，並在同年 9 月 4 日開業，成為繼臺大兒童醫院後第 2 家，也是中南部第一家提供服務的兒童醫院。[9]

（五）秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院

秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院，前身為黃明和外科醫院，黃明和醫師為發揚其父前線西鄉鄉長黃秀傳照顧鄉鄰的遺志，於民國 69 年創辦秀傳紀念醫院，在醫院成立之初有 150 張病床，且地處離彰化市區偏遠的南端，而今已成為規模僅次於彰化基督教醫院的在地醫院。民國 98 年 1 月 1 日更名為「秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院」[10]，也因在該院的成功經驗，民國 77 年黃明和醫師也受臺南市政府委託接辦當時的臺南市立醫院，開啟了公辦民營醫院的濫觴。民國 85 年為響應衛生署推動聯合門診政策，結合臺大名醫群成立「臺北秀傳聯合門診」，即為目前的「臺北秀傳醫院」。民國 86 年為了服務竹山、鹿谷、水里、集集及信義等偏遠地區民眾的健康照護，成立的竹山秀傳醫院。民國 89 年受高雄縣府請託接手經營「岡山醫院」，並逐步推動「群體醫療」，與社區基層醫療院所結合，服務岡山地區的民眾。民國 95 年成立秀傳醫療財團法人彰濱秀傳紀念醫院，搭配世界同步的醫療儀器，除提供醫療，並呈現食、衣、住、行、育、樂及結合藝文、民俗、資訊的健康園區，讓生病的人可養病療護，健康的人可以休憩及健康促進。

民國 97 年因彰化田中鎮的仁和醫院地處偏遠，與秀傳醫院成立策略聯盟，使秀傳醫院的醫師能夠進駐仁和醫院，服務田中地區的民眾。該年與法國微創手術訓練中心（IRCAD）合作，在彰濱秀傳健康園區設立「秀傳亞洲遠距微創手術中心（AITS）」，目的在培育亞洲地區一流的微創手術人才。彰化縣員林鎮為南彰化大鎮，幅員遼闊。臨近大村、社頭、花壇、埔心、永靖、田尾、芬園、北斗等八大鄉鎮，人口總數約為三十多萬人，民國 102 年秀傳醫療體系與員林何醫院策略聯盟，增設骨科，神經內科門診，服務員林地區鄉親。

從黃明和外科醫院至今，成為具相當規模的「秀傳醫療體系」，服務民眾的觸角分布在全臺灣北、中、南各地區，目前全體系員工 5,000 多人，病床數 3,500 多床。秀傳醫療體系是一個心手相連的「家族」，目前從北到南有 8 家醫院，包括臺北秀傳、彰化秀傳、彰濱秀傳、竹山秀傳、公辦民營先驅的臺南市立醫院、全國第一家縣立公辦民營的岡山秀傳、彰化田中仁和醫院及員林何醫院。[11]

（四）彰化慈惠醫院

該院為臺灣省私立臺中仁愛之家位於彰化市的附屬機構，院址設在中山路 2 段 727 號，位於南北縱貫公路邊，交通至為便利，該院創設於昭和 4 年，原稱為臺中慈惠醫院彰化分院，於昭和 8 年改稱為臺中慈惠醫院彰化診療所，又於民國 41 年、民國 47 年一再擴建並於民國 56 年改建為 3 層院舍，在當時是一座大規模且設備齊全的綜合醫院，該院有內科、外科、皮膚泌尿科、小兒科、耳鼻咽喉科、婦產科、物療科等 7 科，病床 100 床，門診每日 260 人左右。[12] 該院目前已歇業。

以彰化縣各式醫院診所的統計紀錄，至民國 100 年底彰化縣各式醫療院所的數目觀之，本縣的院所數不斷成長，而隨著現代醫療的進步，與健保政策的實施，也逐漸改變醫院、診所設立的方式與民眾的就醫習慣，自民國 90 年以後，醫院的家數逐漸變少，但診所總數卻是逐年成長。至民國 103 年初止，南彰化區域每萬人可享有 6.5 名醫師的服務，每萬人的醫療服務如下：一般病床 10.5 床，急性精神科病床、慢性精神科病床、慢性病床均為 0 床。北彰化區域每萬人可享有 17.4 名醫師的服務，每萬人的醫療服務如下：一般病床 39.6 床、急性精神科病床 4.3 床、慢性精神科病床 9.9 床、慢性病床 4.0 床。此正說明本縣醫療資源過度集中北彰化區域的現象。[13]

此外，隨著經濟成長、教育水準的提高、以及人口增加的因素，本縣自民國 70 年代起醫療院所與醫事執業人員數目，逐年增加。私立醫療院所集中於內科、外科、小兒科以及婦產科，特別是內科診所是主要的醫療機構型態。而因應疾病型態的轉型，慢性病與急重症病患的增加，醫療機構與病床的型態，朝向更多元化的發展，例如精神病床、洗腎病床逐年增加。而急性病床與加護病床數的增加，顯示本縣急重症照護能力之提升。本縣歷年醫療機構數參見表 2-1-3，急性病床數參見表 2-1-4 至 2-1-7。

9. 感謝彰化縣衛生局提供資料。
10. 秀傳紀念醫院管理部，《秀傳紀念醫院簡介》（彰化：秀傳紀念醫院管理部編印，1987 年），無頁碼；國立彰化師範大學地理系，《彰化市志》，頁 534。
11. 秀傳醫療體系，http://www.show.org.tw/Default.aspx，2013/12/10。
12. 臺灣省私立臺中仁愛之家，《臺灣省私立臺中仁愛之家簡介》（臺中：臺灣省私立臺中仁愛之家，1991 年），頁 7。
13. 彰化縣衛生局，民國 103 年 3 月醫療資源現況統計，http://www.chshb.gov.tw/download/，2014/09/16。

表 2-1-3 彰化縣醫療機構（1958-1973）

單位：家

年底別（民國）	總計	公立醫院	私立醫院及診所								
			共計	外科	內科	小兒科	婦產科	眼科	耳鼻咽喉科	牙科	X 光科
47	275	3	272	22	169	23	14	12	6	50	2
48	271	3	268	18	157	30	12	10	6	55	2
49	316	1	315	42	180	31	16	11	6	54	2
50	325	1	324	17	196	46	17	9	6	57	2
51	328	1	327	20	199	48	17	13	6	52	2
52	390	1	389	23	280	27	13	10	5	53	1
53	388	1	387	23	278	27	18	10	5	53	1
54	392	1	391	25	280	28	20	12	6	51	1
55	430	1	429	29	277	28	22	12	6	54	1
56	435	1	434	29	282	28	22	12	6	54	1
57	456	1	455	34	292	28	21	14	6	58	2
58	455	2	453	35	290	28	22	10	6	61	1
59	466	2	464	35	303	29	22	10	6	58	1
60	391	2	389	39	240	25	20	10	6	48	1
61	407	2	405	49	243	24	20	7	7	54	1
62	403	2	401	58	226	22	19	10	8	57	1

資料來源：整理自彰化縣政府主計室編印，《彰化縣統計要覽》（民國 47-62 年度），衛生統計部份。
說　　明：「—」表示缺資料。

表 2-1-4 彰化縣歷年醫院急性病床數（1974-2012）

單位：床

年底別（民國）	公立醫院診所		政府事業機構附屬醫院診所		私立醫院診所		合計	
	院所數	病床數	院所數	病床數	院所數	病床數	院所數	病床數
63	31	134	1	—	551	1,147	583	1,281
64	32	134	—	—	558	1,158	590	1,292
65	32	104	1	30	506	1,552	539	1,686
66	32	104	1	30	526	1,690	559	1,824
67	32	104	1	30	526	1,690	559	1,824
68	31	145	1	30	535	1,640	567	1,815
69	31	155	1	10	581	1,894	613	2,059
70	41	177	2	20	580	2,074	623	2,271
71	41	158	2	20	615	2,074	658	2,252
72	41	163	2	20	630	2,320	673	2,503
73	41	158	1	—	634	2,211	676	2,369
74	29	186	1	—	635	2,634	665	2,820
75	31	138	2	—	629	2,881	662	3,019

資料來源：整理自彰化縣政府主計室編印，《彰化縣統計要覽》（民國 63-100 年），衛生統計部份。
說　　明：「—」表示缺資料。

表 2-1-5 彰化縣歷年醫院急性病床數（1974-2012）（續 1）

單位：床

年底別（民國）	醫院家數	診所家數	合計	急性病床								慢性病床			合計
				診所觀察病床	一般病床	急診觀察病床	加護病床	手術恢復床	燒傷病床	洗腎治療床	嬰兒床	精神病床	結核病床	其他慢性病床	
76	59	595	654	—	2,863	140	83	—	—	18	252	200	2	—	3,558
77	60	603	663	—	2,839	139	83	—	—	18	252	176	2	—	3,509
78	56	591	647	64	2,383	28	94	58	8	43	177	166	48	6	3,075
79	53	632	685	88	2,487	37	104	48	8	43	201	166	58	—	3,240
80	56	660	716	176	2,539	37	104	51	8	58	228	166	48	—	3,415
81	57	699	756	195	2,548	37	102	52	8	60	240	166	48	8	3,464

資料來源：整理自彰化縣政府主計室編印，《彰化縣統計要覽》（民國 63-100 年），衛生統計部份。
說　　明：「—」表示缺資料。

表 2-1-6 彰化縣歷年醫院急性病床數（1974-2012）（續 2）

單位：床

年底別（民國）	醫院家數	診所家數	合計	醫院病床數											診所病床數			合計
				一般病床	特殊病床						精神病床		慢性病床	結核病床	觀察病床	洗腎治療	嬰兒床	
					加護病床	燒燙傷病床	洗腎治療床	嬰兒床	急診觀察室	其他	急性病床	慢性病床						
82	58	712	770	2,596	145	8	132	323	105	58	70	152	120	48	156	—	—	3,886
83	59	738	797	2,558	171	8	169	320	107	58	70	212	120	48	152	—	—	3,993
84	58	731	789	2,682	179	8	188	329	116	54	85	167	120	48	288	—	50	4,314
85	60	761	821	2,832	227	8	203	368	173	82	111	167	120	48	328	61	60	4,788
86	59	806	865	2,859	245	8	268	450	171	84	117	157	128	48	337	41	31	4,944
87	53	846	899	3,113	249	20	265	469	215	106	111	157	120	48	347	24	49	5,293
88	49	846	895	3,148	265	20	255	406	215	86	111	112	208	–	323	28	44	5,221
89	45	867	912	3,282	270	20	300	450	229	88	100	112	274	–	336	16	88	5,565
90	43	876	919	3,138	267	20	330	432	223	140	100	112	218	–	343	16	103	5,442

資料來源：整理自彰化縣政府主計室編印，《彰化縣統計要覽》（民國 63-100 年），衛生統計部份。
說　　明：「—」表示缺資料。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

表 2-1-7 彰化縣歷年醫院急性病床數（1974-2012）（續 3）

單位：床

年底別（民國）	醫院家數	診所家數	合計	醫院病床數												診所病床數			合計
				一般病床	特殊病床								精神病床		慢性病床	觀察病床	洗腎治療	嬰兒床	
					加護病床	燒燙傷病床	洗腎治療床	嬰兒床	急診觀察室	手術恢復床	呼吸照護病床	其他	急性病床	慢性病床					
91	39	866	905	3,020	287	20	344	379	218	74	152	11	100	162	246	362	46	118	5,539
92	40	910	950	3,108	325	20	369	417	231	76	167	—	102	162	249	384	54	144	5,808
93	37	938	975	3,228	358	20	395	344	229	74	222	18	152	162	199	388	54	161	6,004
94	37	951	988	3,357	359	20	412	353	242	73	355	37	212	382	199	406	118	157	6,682
95	37	969	1,006	3,711	402	20	437	338	248	79	366	42	250	622	199	393	150	143	7,400
96	37	976	1,013	3,603	409	20	435	335	251	79	303	25	250	622	199	381	221	151	7,284
97	37	991	1,028	3,674	422	20	458	318	253	78	335	28	380	982	289	364	228	148	7,977
98	36	983	1,019	3,670	429	20	457	306	257	78	261	32	360	892	319	373	228	143	7,825
99	36	990	1,026	3,710	426	20	455	283	256	78	237	34	375	937	319	349	338	143	7,960
100	35	1,006	1,041	3,651	426	20	476	283	256	76	237	34	375	937	319	349	338	143	7,920
101	34	1,008	1,042	3,521	420	20	481	263	255	74	237	27	400	982	319	329	342	143	7,847

資料來源：整理自彰化縣政府主計室編印，《彰化縣統計要覽》（民國 63-100 年），衛生統計部份。
說　　明：「—」表示缺資料。

二、群醫中心

自民國 43 年之後，每一鄉鎮區均設有 1 間衛生所，早年衛生所確實曾在傳染病防治、生育控制等衛生工作上有傑出表現，然衛生所業務繁雜，人力與經費編制有限，原本受到稱揚的作業模式，在社會快速變化的腳步中，實無法滿足現代社會的需求。衛生所工作人員的士氣低落、工作效率不佳等問題，在民國 60、70 年代都被提出討論。

自民國 64 年起，政府開始大量發給退伍軍醫醫師執照，又於民國 65 年，將所有應試「65 年特種考試退除役軍人轉任衛生技術人員」的退除役軍醫，以「公共衛生醫師」名義全額錄取，以解決衛生所的「醫師荒」問題。但此種作法對衛生所的功能與品質衝擊相當大，加上前階段的公共衛生、家庭計畫均已完成階段性的任務，兩因素交相影響下，動搖了衛生所的定位問題。[14] 許多專家學者、衛生官員嘗試過諸多局部與全面性的改革方案，但幾乎難以持續。至民國 70 年代，衛生所的地位與功能該如何提升，已成為衛生機關不得不面對的問題。

14.　李淑娟，《發現臺灣公衛行腳》（臺北：玉樹圖書，2001 年），頁 176~177。

由於城鄉醫療資源分布不均、醫療品質良莠不齊，為了改善偏遠地區醫療服務，政府於民國 67 年實施「加強農村醫療保健計畫」，由衛生署撥款補助重建與修建地方衛生所。民國 71 年起又訂定「加強基層建設，提高農民所得方案」，推動群體醫療執業中心計畫（簡稱群醫中心），改善衛生所功能，以落實基層醫療保健服務。[15] 群醫中心與衛生所係為一體，所需的場地、設備由該鄉原來的衛生所負責提供，再由中央提供開辦費及藥材周轉金，與省縣各提供 X 光機、救護車一部及設備修護費用。群醫中心的地點選定，則由行政院衛生署、臺灣省政府衛生處會同醫師團體或支援醫師實地勘查後予以指定，其原則以醫療資源較缺乏的鄉鎮衛生所，人口較多、地方人士參與意願較高者為優先。醫師來源包含教學醫院指派醫師參與；陽明醫學院公費醫學生，已完成 2 年專科醫師訓練者；受過正式醫學教育的衛生所醫師參與；商請醫師公會鼓勵曾接受 2 年以上專科醫師訓練者參與。另外，為了解決偏遠地區衛生所醫師不足，則邀請 2 級以上教學醫院支援，重建民眾對於衛生所的信心，同時提高偏遠地區醫療水準。[16] 本縣陸續加入群醫中心的衛生所共計 18 所。[17]

三、南彰化醫療網計畫

為提升醫療品質，及保障縣民就醫便利性，且因大型醫療院所多集中於北彰化，為使醫療資源合理分布，鼓勵發展不同類型功能性醫院，加強醫療資源的整合，推動南彰化緊急醫療資源缺乏地區改善之計畫，以醫療品質及醫療服務的成效為評核標的，促使醫療院所提供安全、以病人為中心、有品質的服務。加強心理衛生管理，建置校園心理諮詢及社區心理諮商服務，強化自殺通報管道、增加自殺個案及社區精神病人訪視率，以期建立關懷之社區環境、全面照顧縣民身心健康。

南彰化地區經行政院衛生署民國 95 年公告核定為緊急醫療缺乏地區，由財團法人彰化基督教醫院擔任責任醫院，協調縣內醫療院所（秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院、財團法人彰濱秀傳紀念醫院、財團法人彰化基督教醫院二林分院、員生醫院與鹿基分院等），向行政院衛生署醫療發展基金申請提升緊急醫療資源缺乏地區之醫院急診能力獎勵補助計畫，共同組成南彰化緊急醫療資源缺乏地區醫療群支援基地醫院（北斗卓醫

15.　行政院衛生署，《衛生白皮書》（臺北：行政院衛生署，1993 年），頁 131。
16.　張淑卿，〈國家、醫學專業與社會互動〉，收於章英華等，《中華民國發展史——社會篇（下）》（臺北：聯經出版，2011 年），頁 562~564。
17.　彰化縣議會，《彰化縣議事錄——第十三屆第二次定期會議》，頁 320。

院），以解決該院緊急醫療人力不足之窘境。另為平衡南彰化地區緊急醫療資源分布，（由縣府預算支付）於田中仁和醫院設立夜間及假日救護站，由秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院負責調派急診醫學部第三年以上資深住院醫師 1 位及 2 位護士輪值（田中仁和醫院），以達到南彰化地區夜間及假日 24 小時緊急醫療服務，及提升南彰化地區緊急醫療能力。在民國 101 年 1 月至 12 月，夜間及假日急診服務達 11,460 人次。[18] 田中仁和醫院之夜間及假日救護站，於民國 95 至 102 年間，共服務 48,508 人次。[19]

四、社區醫療群

為配合「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」，自民國 92 年起推行家庭醫師試辦計畫，在地基層診所與縣內醫院的支援合作下，運用診所與醫院之間互相通報轉診的方式，提供完整的門診、急診、檢查和住院等，使醫療資源能夠妥善的共享與運用。締造良好的醫療分級模式，強化醫院與診所間的溝通及合作。至民國 102 年更與溪湖區、員林區、大村區、永靖區及埤頭區的基層診所合作成立四群社區醫療群，如表 2-1-8，以期提供南彰地區民眾更加完善的醫療體系。[20]

表 2-1-8 彰化社區醫療群

健康西湖社區醫療群	
醫療群診所	科別
蔡明海診所	家醫科
吳順裕診所	肝膽腸胃科
童寶照診所	外科
紹安診所	外科
林光維診所	神經內科
鍾尚霖診所	婦產科
溪湖厝社區醫療群	
醫療群診所	科別
楊同榮診所	家醫科
簡志彰診所	小兒科
柯助伊診所	婦產科
啄木鳥診所	小兒科
溪湖衛生所	一般科
正安診所	外科
健康員林社區醫療群	
醫療群診所	科別
永昌診所	家醫科
佳佳診所	小兒科、耳鼻喉科
國泰診所	耳鼻喉科
仁仁診所	小兒科
博仁診所	骨科
瑚璉診所	家醫科
大員林社區醫療群	
醫療群診所	科別
劉文斌診所	家醫科
黃健成診所	家醫科
名泰診所	外科
張晉榮診所	耳鼻喉科
熊寶貝診所	小兒科

資料來源：衛生福利部彰化醫院，http://www.chhw.mohw.gov.tw，2013/12/2。

18. 彰化縣衛生局，《彰化縣衛生局 101 年度施政績效報告》（彰化縣：彰化縣衛生局，2012 年），頁 15~16。
19. 感謝衛生局提供資料。
20. 衛生福利部彰化醫院，http://www.chhw.mohw.gov.tw，2013/12/2。

第二節 醫療人力

醫療衛生的發展除了硬體的設施外，醫療相關從業人員的數目與品質也佔有一定的影響力。本節主要說明本縣醫師、藥師與藥劑生、護理師與護士、助產士、以及醫事檢驗師等其他醫事人員的狀況與其管理。

臺灣的西方醫學始於清末來臺的傳教士。這些宣教醫師不僅從事醫療救治工作，也因應實際人力需求，亦有訓練臺灣本地子弟成為醫生之計畫。明治 29 年（1896），臺灣總督府頒布「臺灣醫業規則」，規定在臺行醫者須具備日本內務大臣簽發之准許證，或領有臺灣總督府頒發之醫藥准許證。另外，因應偏遠地區醫師較缺乏，另訂限定地域、期間，暫准行醫的乙種醫師規則。

除了醫師、乙種醫師外，日治時期尚有齒醫，即今日所謂牙醫師。日治時期臺灣未設齒科醫學教育，凡有意成為齒科醫師者，需赴日學習。至於漢醫部份，由於日人有意抑制漢醫發展，日治時期的漢醫人數逐年下降。然而漢醫的醫療模式隨漢人來臺開墾，逐漸在臺生根。傳統藥店、漢醫診治與個人自備藥丸丹散，均是清代以來臺灣人日常處理病痛的方式。自明治 34 年臺灣總督府公布「臺灣醫師免許規則」，舉辦中醫師執業考試後，臺灣合法漢醫逐年遞減。然「漢方醫藥科學化」卻被官方承認，如「中將湯」

以「科學中藥」之名，在臺灣的藥局出現，而解離出以單一有效成分為主的「科學化中醫（藥材）」。[21] 日治時期於彰化地區執業的醫師名單，概如表 2-2-1 所示。

表 2-2-1 日治時期彰化地區執業之醫師

姓名	出生年月日	本籍	住所	學歷	經歷
王○○	1890/06/05	臺中州彰化郡鹿港街	臺中州彰化郡鹿港街字新興	臺灣總督府醫學校、1931 年臺灣醫學專門學校畢	1931 年限住所開業醫、街協議會員、方面委員、嘉義醫院任職、彰化郡醫師會長、臺中慈惠醫院囑託、鹿港庶民信用利用組合理事
李○○	1871/09/09	臺中州員林郡員林街	臺中州員林郡員林街	1888 年臺灣長老教臺南中學畢、後在臺南英國人開設的醫院，學習醫術	1920 年員林街第三區委員、1928 年街協議會員、在彰化郡鹿港街開設懷德醫院，後轉員林開業、信用組合理事、第三保保正
李○○	—	臺中州彰化郡花壇庄	臺中州彰化郡彰化字北 552	1930 年總督府臺北醫專畢	1932 年在彰化市開設愛生醫院、臺中醫院內科小兒科任職 2 年、彰化製粉加工業者組合長、振豐商行代表者
李○○	1897/10/08	臺中州北斗郡二林庄	臺中州北斗郡二林庄	普通學校、1921 年總督府醫學專門學校畢、1921 年在紅十字社醫院熱帶醫學校研究	在二林開設私立保安醫院（內科，小兒科）
林○○	1897/09/27	臺中州北斗郡北斗街	臺中州北斗郡北斗街西北斗 641	東京正則中學校畢、1922 年總督府臺北醫學專門學校畢	1913 年紅十字醫院臨時救護醫員、1914 年北斗開業醫北斗實業協會長、1922 年臺中醫院內科任職、北斗街私立醫院開業醫、1923 年現駐所開業醫，回春醫院院長、1928 年臺中州協議會員、1929 年臺中州協議會員、1936 年連任臺中州協議會員、臺中州臨時教育委員、北斗商事株式會社社長、保正、區總代、保甲聯合會長、皇民奉公會北斗郡知會參與
林○	1894/08/03	臺中州彰化郡福興庄	臺中州員林郡員林街員林 514	1916 年總督府醫學校畢、臺北醫學專門學校，獲臺灣醫學士	1916 年嘉義醫院任職、1917 年在員林郡西湖庄開設長春醫院、1920 年溪湖庄協議會員、1921 年轉員林街開業醫、1925 年於員林街開設長春醫院、1926 年文化協會理事，委員、1927 年加入民眾黨及文藝聯盟、1935 年員林街協議會員、1936 年員林信用組合監事、1937 年出版〈醫家用法規類集〉及〈診斷書例〉等書、1941 年皇民奉公會員林分團副團長、1942 年臺灣奉公醫師團員林分團副團長、臺灣文化協會中央委員、臺灣文化協會員林支部常任委員
林○○	1883/08/24	臺中州彰化市東門	臺中州彰化市彰化字北門	1911 年總督府醫學校畢	1911 年臺南醫院任職、1912 年舊城開業醫、1913 年彰化開業醫、1916 年同志組合監事、彰化公學校，女子公學校，埔姜崙公學校及頂番婆公學校校醫、彰化同志青年會幹事、臺灣文化協會理事、臺灣民眾黨中央執行委員、昭和信託株式會社董事、三和水產株式會社董事、大新商事株式會社董事、彰化同志信用利用組合監事、彰德醫院院長

21. 劉士永，〈中醫的衰微與科學化：清代與日治時期的臺灣漢醫〉，收於劉士永主編，《臺灣醫療四百年》（臺北：經典雜誌，2006 年），頁 34~36；雷祥麟，〈杜聰明的漢藥醫研究之謎：兼論創造價值的整合醫學研究〉，《科技、醫療與社會》11（2010 年 10 月），頁 199~284。

姓名	出生年月日	本籍	住所	學歷	經歷
侯○○	1906/01/27	臺中州彰化郡	臺中州彰化郡鹿港街鹿港字新興 662	東京市大城中學、1933 年東京醫學專門學校畢	1933 年臺北醫院小兒科醫師、1935 年開設路島小兒科醫院（鹿港街）、1939 年街協議會員、鹿港東京留學生會幹事、新人會之主幹（網羅知識青年）、皇民奉公會彰化郡支會奉公委員
施○○	1897/07/12	臺中州彰化郡鹿港街	臺南州嘉義市北門町 6 之 42	1921 年臺北醫學專門學校畢	1921 年市會議員、1921 至 1922 年彰化基督教病院任職、1922 年於鹿港街四方醫院開業醫，鹿港街協議會員、1928 年鹿港信用組合理事、1933 年移至嘉義市北門町開設四方醫院、1935 年嘉義市會議員
柯○○	1900/10/11	臺中州彰化郡線西庄	臺中州大甲郡清水街清水字西	臺北醫學專門學校、東京醫學專門學校	1934 年彰化郡線西庄開業醫、線西庄協議會員、街協議會員、方面委員
洪○	1903/10/10	臺中州北斗郡沙山庄	臺中州北斗郡二林庄二林 263	二林公學校、臺中一中、1928 年臺北醫專畢	1928 年臺北醫院任職，後轉臺中醫院任職、1929 年二林博濟醫院開業醫，二林博濟醫院院長、1933 年大城公學校校醫、回春醫院內科研究員、二林信用組合監事、洪姓宗親會理事、社會教化委員、方面委員
洪○	1889/05/12	臺中州北斗郡沙山庄	臺中州北斗郡沙山庄	幼時研究醫學、1904 年臺南長老中學校畢	1904 年彰化基督教醫院及臺南廳阿公店私立建安醫院當助手多年，研究醫術、1919 年在大城庄開設私立大衛醫院，大衛醫院長
翁○○	1900/02/08	臺中州北斗郡二林庄	臺中州北斗郡二林街二林 277	普通學校、1925 年總督府醫學專門學校畢	1924 年在二林庄開設私立二林醫院、1925 年臺中醫院醫官補、1927 年現住地開業醫（內科，小兒科，外科）、二林公醫診療所醫師、臺中醫院內外科任職、臺灣公醫
張○○	1910/12/07	臺中州北斗郡北斗街	臺中州北斗郡溪州庄 349	1935 年日本大學醫學科畢	1935 年東京市立城東病院外科及日本紅十字社
張○	1893/06/14	臺中州彰化郡	臺中州彰化郡和美庄和美 541	1916 年臺北醫學校畢、1926 年東京醫專學習，獲東京醫學士學位	1916 年臺北紅十字社分部醫院研究室任職、1921 年轉現住地開業，和美醫院院長、1935 年和美庄協議會員、在社頭庄開業醫
張○○	1899/12/22	臺中州彰化市北門	臺中州彰化市芬園庄社口 372	1920 年臺北醫學專門學校畢、紅十字社分部醫院內科實習	1920 年紅十字社支部醫院內科實習、1923 年現住地開業醫，尊生醫院長、公醫、芬園庄協議會員、校醫
曹○	1887/01/26	臺中州員林郡員林街	臺中州員林郡員林街	7 歲起習漢學	1911 年員林街番子崙保正、1916 年林野調查委員、1920 年區總代、1929 年員林街協議會員、經營漢藥種商、漢醫、區委員
許○	1890/10/16	—	臺中州員林郡田中庄	臺灣醫學校（醫學專門學校）畢	1917 年田中斯歷精軒醫院開業醫，院長、基隆，嘉義醫院任職
許○○	1909/11/25	—	臺中州北斗郡大城土大城 413 之 3	1939 年九州醫學專門學校畢	1937 年彰化基督教院醫師、1936 年九州醫專附屬病院小兒科助手，醫師、1938 年現住所遠德醫院開業醫、1939 年臺灣公醫、1941 年奉公會北斗郡支會奉公委員、庄協議委員、奉公會大城庄分會參與、大城庄分會生活部、大城產業組合理事
許○	1892/00/00	臺中州彰化郡鹿港街	臺中州北斗郡竹塘庄竹塘 177	1912 年臺北醫學校畢、1930 年臺北醫專（研究 1 年）	1912 年臺北醫學校畢、1930 年臺北醫專研究員、1936 年臺中州第四區會議員、二林振業株式會社董事、在二林開業太岳醫院，任院長、二林庄協議會員、社會教化委員、臺中州會議員、公醫
陳○○	1902/03/02	臺中州北斗郡二林庄	臺中州北斗郡二林街 334	1924 年總督府醫學專門學校畢	1924 年臺北紅十字醫院任職、1925 年在二林開設私立醫院、1928 年現住地開業醫、大福醫院院長

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

姓名	出生年月日	本籍	住所	學歷	經歷
陳○○	1898/02/03	臺中州員林郡田中庄	臺中州員林郡田中 409 之 6	1922 年總督府醫學專門學校畢	1922 年彰化基督病院任職、1923 年現住地開業醫，茂仁醫院院長
陳○	1894/12/05	臺中州員林郡二水庄	臺中州員林郡二水庄二水 428	1916 年總督府醫學校（臺北醫學專門學校）畢	1916 年高雄醫院任職、1917 年在二水開設私宏和醫院，內，產，眼科醫科醫院開業醫，宏和醫院院長、1921 年小公學校醫務囑託、1923 年臺灣公醫、1928 年鐵道部醫務囑託，兼二水青年團長、1929 年二水庄信用組合理事、二水庄協議會員
陳○○	1897/06/29	臺中州彰化郡鹿港街	臺中州彰化郡鹿港街鹿港字栗市頭 802	1921 年總督府醫學校畢	1921 年日本紅十字社支部醫院醫員、1923 年鹿港街開業醫、鹿港街協議會員、鹿港產業組合理事、中國事變後專心從事內科，小兒科，性病科及婦產科治療
陳○○	1889/05/00	臺中州北斗郡田尾庄	臺中州北斗郡田尾庄	1912 年臺灣臺灣總督府醫學校畢	1912 年臺灣總督府民政部警察本屬衛生課任職（從事防疫事務）、1913 年臺灣總督府屏東醫院任職、1914 年在員林郡田中庄田中開業醫，田中公學校校醫囑託、1915 年在田尾庄小紅毛社開設私立好生醫院、1920 年田尾庄協議會員，田尾公學校校醫醫事囑託，臺中慈惠院囑託醫
陳○○	1903/01/16	臺中州員林郡田中庄田中	臺中州員林郡田中庄	總督府醫學專門學校畢	在田中開設私立醫院、田中庄協議會員
陳○○	1904/01/10	臺中州彰化郡福興庄	臺中州員林郡溪湖庄溪湖 60 之 12	臺中一中、1929 年日本大學醫科畢、日本紅十字社病院三井慈善病院臨床醫學研究	1929 年日本大學附屬病院眼科、東京額田病院任職、1930 年回臺、開溪湖醫院（溪湖街），溪湖醫院院長、1933 年溪湖醫院院長、1933 年溪湖庄公醫，溪湖街公醫、1934 年恩賜診療囑託，臺中慈惠院自宅診療囑託、1938 年溪湖信用組合監事、日本紅十字社病院婦產科醫學研究、和泉橋慈善病院外科內科醫院研究
陳○	1898/08/27	臺中州彰化郡鹿港街	臺中州臺中市梅枝町 25	1921 年臺北範學校講習科畢、日本大學專門部法科肄、1932 年轉昭和醫學專門學校畢	1919 年臺中公學校代理訓導、1921 年回臺，臺中市林水源醫院任職、1934 年在臺中市梅枝町開設安生醫院，擔任院長
曾○○	1895/01/15	臺中州彰化郡花壇庄	臺中州員林郡員林街員林 143	1918 年總督府醫學校畢	1918 年臺中醫院任職，專門研究內科小兒科，任職 1 年餘、1919 年現住地員林街開業保安醫院，保安醫院小兒科醫師，保安醫院院長、員林街協議會員、東山公學校校醫、東山公學校醫務囑託
黃○○	1893/12/02	臺中州彰化市	臺南州嘉義市元町 2 之 109	1917 年總督府醫學校畢、 1926 年臺北醫學專們學校病理研究科畢、1929 年京都帝國大學外科專修科入學、1932 年獲醫學博士學位、精通日文	1917 年私立同仁醫院任職、1918 至 1925 年虎尾郡西螺街開業醫、1927 年京都帝國大學醫學部附屬醫院醫員、1932 年開業醫、1933 年現住所上池醫院開業醫，醫院院長、1933 年至 1938 年嘉義醫師會會長、臺北醫專病理教室研究員、嘉義市協議會員
黃○○	1902/04/08	臺中州彰化郡和美庄	臺中州彰化郡花壇庄花壇字花壇 52	1928 年臺灣總督府醫學專門學校畢、總督府醫學專門研究科（1 年）	1929 年現住所開業醫，逢春醫院院長、1935 年花壇庄協議會員、花壇國民學校校醫、彰化郡鹿港街外六庄組合會議員、社會教化委員、皇民奉公會臺中州支部奉公委員、花壇信販購利組合監事
黃○○	1862/01/01	臺中州彰化郡鹿港街	臺中州彰化郡秀水庄	漢學造詣深	1886 年開業醫，兼營藥種商、1906 年經營藥種商、1911 年土地整理委員、1926 年庄協議會員、1927 年區委員

姓名	出生年月日	本籍	住所	學歷	經歷
黃○		臺中州北斗郡北斗街	臺中州北斗郡北斗街	1917 年總督府醫學校（臺北醫專）畢、1925 年醫學得業士檢定考試及格、1926 年總督府醫學專門進修研究	1917 年北斗街私立醫院、北斗街協議會員、學校校醫
傅○○	1887/05/01	臺中州北斗郡埤頭庄	臺中州北斗郡埤頭庄	總督府醫學校畢	1913 年總督府嘉義醫院任職 3 年、1916 年埤頭庄路口厝開設私立螺青醫院，醫院院長、埤頭庄協議會員
楊○	1898/12/25	臺中州員林郡溪湖庄	臺中州員林郡溪湖庄溪湖 181	彰化公學校實業科、1920 年總督府醫學專門學校畢、獲臺灣醫學士學位	1917 年溪湖信用組合長、1918 年溪湖庄長、1920 年日本紅十字社臺灣支部醫院醫員、1921 年在溪湖私立濟世醫院開業醫、1924 年溪湖街長、在臺北市錦町開設醫院、1927 年臺灣溪湖庄公醫、1932 年庄長、溪湖，好修，埔鹽各公醫校醫務囑託、溪湖信用組合理事、臺灣中西製藥會社董事、臺灣中西製藥總經理、溪湖庄協議會員、溪口庄長、臺灣帽子株式會社董事
楊○○	1899/01/04	臺中州彰化市	臺中州彰化市彰化字市子尾 325	臺中中學校、1924 年臺北醫學專門學校畢、1927 年東京醫學專門學校畢	1924 年臺北紅十字病院實地研究現駐所磺溪地醫院開業醫，磺溪醫院院長、1925 年建病房，治療貧困者、1928 年參加臺灣文化運動戰線，文化協會分裂後第二屆代表大會中央委員、1929 年增建病房、1935 年彰化市會議員、大眾時報社理事、株式會社金順源商社社長、彰化振業信購販利組合理事、日章商事株式會社董事、彰化劇場株式會社監事、彰化振業信購販利組合理事
楊○○	1903/08/16	臺中州彰化郡芬園庄	臺中州彰化郡芬園庄社口 426	1926 年臺北醫專畢	1926 年臺北醫院外科任職、1929 年回家鄉開業紹仁醫院、院長、公醫、芬園公學校校醫、信用組合監事、庄協議會員
楊○○	1909/05/27	臺中州員林郡溪湖庄大突	臺中州員林郡溪湖庄溪湖 66 之 3	臺中一中、1932 年昭和醫專畢	1920 年大甲郡清水街協議會員、1930 年組織清水汽車合資會社，任高級職員、1932 年清水信用組合評定員、東京泉橋慈善病院任職，臺中病院內科研究、1933 年社會教化委員、在西湖街開設私立維新醫院、經營帽子商，在神戶開設和發商會、維新醫院院長、清水商公會顧問、鴉片煙高指定中盤商、溪湖庄協議會員、臺中慈惠醫院埔鹽庄囑託、好修公學校及薪水公學校校醫、片倉生命保險會社囑託醫、溪湖公 15 會會長、部落振興會長
詹○	1895/10/24	臺中州彰化市	臺中洲彰化市彰化字北門	1920 年臺北醫專畢、1931 年在京都研究二年	1920 年日本紅十字社臺灣分部內科任職、1923 年開業生春醫院、1931 年赴日本從事醫學研究、1933 年回臺經營生春醫院院長
劉○○	1900/11/12	臺中州員林郡永靖庄崙子	臺中州員林郡溪湖庄	幼隨父親習漢醫術及鍼灸術、在中華各名門學習鍼灸術	1929 年永靖庄第二十四保保正，土地整理委員、1930 年員林街協議會員、漢醫師，鍼灸術的名師
鄭○	1896/04/18	臺中州員林郡二水庄	臺中州員林郡二水庄二水 2028	1919 年總督府醫學校畢、1920 年總督府醫學校專門學校熱帶專攻科畢、1926 年獲臺灣醫學得業士、1926 年臺灣總督府醫學專門學校畢	1921 年私立英源醫院開業醫、創立二水信用組合任監事、1922 年二水庄協議會員、1923 年二水庄協議會員、1932 年二水信用組合理事、1933 年二水信用組合理事、1934 年二水信用組合長、臺中州警察後援會員林支部評議員、鄉里私立醫院開業醫、社會教化委員、任理事、方面委員、保護委員、防謀委員

彰化縣政府
CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

姓名	出生年月日	本籍	住所	學歷	經歷
蕭○○	1900/03/27	臺中州員林郡社頭庄	臺中州北斗郡二林街二林	幼習漢學、1921 年臺北醫學專門學校畢	1921 年紅十字社任職、1922 年員林街文山醫院開業醫、1925 年現住所二林街開業醫、二林實業協會幹事、二林街協議會員、二林信用組合監事
賴○	1894/04/25	臺中州彰化市	臺中州彰化市彰化字子尾 160	幼習漢學、擅長漢詩、總督府醫學校畢	彰化開業醫，賴和醫院院長、參加臺灣社會運動、文化協會評議員、臺灣民眾黨幹事、創作新詩發表對臺灣文藝貢獻多、日章商事株式會社監察
謝○○	1900/00/00	臺中州彰化郡	花蓮港廳花蓮港接稻住 16 番地	1915 年臺中一中畢、1919 年臺北醫學專門學校畢、中央研究所研究半年	1926 年轉現住地開業醫、紅十字社任職 3 個月、西部公學校校醫、生春醫院院長、醫委員、東部信用組合青年會的指定醫師、彰化私立醫院開業醫
蘇○○	1907/12/31	臺中州彰化市	臺中州彰化市彰化字東門 193 之 1	1930 年醫專畢、1930 年日本紅十字社臺灣分部醫院耳鼻喉科研究	1930 年彰化基督教醫院任職、1933 年現住地開業耳鼻喉科專門醫院，人生醫院院長、彰化基督教青年會長、彰化方面委員囑託醫、彰化商業專修學校校醫、彰化建築信用購買利用組合監事
顧○	1894/00/00	臺中州彰化郡秀水庄	臺中州彰化郡秀水庄	1921 年總府醫學專門學校畢、1926 年日本醫科大學專門部畢，獲日本醫學士學位	1921 年彰化郡花壇庄私立醫院開業醫，白紗公學校校醫囑託。1922 年 3 家公學校校醫，花壇公學校校醫囑託、1926 年埔姜崙公學校校醫，馬興公學校校醫囑託，臺灣公醫，秀水私立醫院開業醫

資料來源：整理自楊建成編，《古早臺灣人著名醫師圖文鑑（1895-1945）》（臺北：俊傑書局，2003 年）。

民國 34 年（1945）國民黨政府治臺後，臺灣省行政長官公署民政處即計畫辦理醫事人員登記。民國 35 年 1 月通告，凡臺灣醫事人員，皆一律重新登記，核發臨時證書。並規定欲開業者，須向該管縣市衛生院領取開業執照。其登記之醫事人員種類，分為醫師、乙種醫師、藥劑師、牙醫師、護士、助產士等 6 種。[22] 若從表 2-2-7，可約略看出民國 40 年代於本縣執業之醫師，以接受日式醫學教育為主，且分布各鎮醫師執業人數勝於各鄉。

民國 49 年因日治時期培育的醫療人員退休或年輕醫師移民，造成各地接受過正規醫療訓練的醫師人力不足。民國 63 年，為使在軍中擔任醫療職務的軍人在退伍後仍能夠在民間執業，政府頒布「國軍退除役醫療人員執業資格考試條例」，並舉辦 7 次的醫師特考，共有 2,724 名未受過正規醫師教育的退除役軍醫取得醫師資格，在全臺各地從事基層醫療工作，有助於解決醫師人力不足的問題。民國 77 年修訂了「專科醫師分科及甄審辦法」，積極委託各專科醫學會辦理各科專科醫師審核工作，並致力於均衡各科醫師的人力分布。於民國 90 年起暫行實施每年重新認定專科醫師訓練醫院認定工作，

22. 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（一）》，頁 98。

以促使專科住院醫師名額管制計畫落實，加強醫師再教育，以提高醫療水準。[23]

本縣醫療資源隨著多家中大型醫院的設立，在病床數、診療科目及儀器設備等硬體方面，逐漸充實；醫療人力資源也逐年增加。民國 60 年之前，本縣之醫療環境辛苦，之後雖實施勞保，但其規定嚴格，一般民眾仍以自費為主。民國 80 年之後，公勞保全面開放，開業環境大幅改善，民國 84 年 3 月全民健保制度上路，更扭轉了醫師開業的景象，因此醫師人數急速增加。[24]

在民國 60 年代之前頗具社會地位與受到婦女歡迎的助產士，一方面隨著臺灣婦女生產場所的改變，婦產科醫師逐漸為臺灣婦女接受，一方面受到公勞保給付制度的影響，其接生率逐漸降低，本縣助產士人力亦逐年下降。至民國 101 年，本縣助產士僅存 1 名。其他照護人力，如護士、護理師、醫事檢驗師、藥劑師、營養師人數則呈現逐年增加趨勢。有關本縣歷年醫療人力之統計，如表 2-2-2、2-2-3、2-2-4、2-2-5、2-2-6 所示。

根據醫事人員的統計，發現西醫人數在民國 80 年代中期之後突破千人，而在民國 70 年代中期之前，中醫師人數高於牙醫師，民國 76 至民國 78 年間兩者執業人數不相上下，至民國 80 年代之後，牙醫師的執業人數則超越中醫人數，此原因可能與健保給付制度、國人日益重視口腔衛生有關。至民國 100 年止，本縣醫事人力之中，護理師約佔所有醫事人力的 45.6% 為最高，其次是占 15.3% 的西醫師，再者是占 9.5% 的藥劑師，排名第四者為護士，約占 8.2%。若將護理師與護士兩者相加，則護理人力則佔 53.8%。

醫療人力也呈現醫療專業化發展的趨勢，例如「師」級逐漸取代「士」級，因此護理師、藥劑師、醫事檢驗師、物理治療師、職能治療師以及牙體技術師的人數逐年增加。此外近年出現的呼吸治療師則是呼應長期照護、呼吸治療的照護需求，至於聽力師、語言治療師則與早期療育、復健醫學受到重視有關。若從性別比來看，本縣醫療人力之性別分布，護士與助產士均由女性擔任，男性則多擔任醫師、牙醫與藥劑生（師），此概略反映了職業的性別分布。

最後，若以醫師的城鄉分布來看，醫師人力主要集中在彰化市，其次為鹿港鎮、員林鎮以及二林鎮，這些地區主要有彰化基督教醫院、秀傳醫院等院區分布。部分鄉鎮如線西、芳苑、大城、二水、埔鹽的西醫、中醫、牙醫等醫師人數，不及 10 人，可見本縣醫療資源與人力的城鄉差距問題，有待解決。（參閱表 2-2-8）

23. 詹長權，《臺灣全志》（南投：臺灣文獻館，2006 年），卷九，社會志，衛生與健康篇，頁 173~174
24. 陳銘助，《臺灣牙醫史》（臺北：中華民國牙醫師公會全國聯合會，2008 年），頁 333。

表 2-2-2 彰化縣醫事人員數統計（1950-1986）

年底別（民國）	共計			西醫師		牙醫師		中醫師		藥劑師		助產士		鑲牙生		藥劑生	
	計	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
39	468	—	—	232	—	42	—	39	—	48	—	—	107	—	—	—	—
40	563	428	135	242	7	39	3	89	—	27	16	—	109	13	—	18	—
41	625	478	147	261	6	39	3	113	1	30	9	—	128	14	—	21	—
42	643	473	170	270	7	42	4	102	1	22	27	—	130	13	—	24	1
43	674	507	167	277	8	45	4	111	2	36	24	—	127	12	1	26	1
44	669	515	154	273	6	46	4	110	1	43	13	—	128	14	1	29	1
45	688	520	168	290	6	46	4	120	1	27	25	—	129	13	1	24	2
46	657	479	178	233	8	49	4	120	1	36	21	—	139	16	1	28	4
47	721	535	186	299	8	51	4	116	2	38	24	—	145	13	1	20	2
48	673	500	173	275	8	50	4	102	—	35	24	—	136	15	1	24	—
49	669	502	167	277	11	52	4	95	1	43	18	—	129	13	1	24	3
50	693	535	158	288	13	52	5	97	1	53	19	—	116	14	1	31	3
51	697	537	160	289	12	48	4	98	1	53	22	—	117	14	1	31	3
52	706	544	162	292	12	49	5	103	1	54	22	—	118	16	1	31	3
53	729	561	168	298	12	47	5	102	1	60	27	—	119	17	1	35	3
54	750	575	175	312	14	46	6	103	1	64	29	—	121	15	1	34	3
55	759	589	170	312	16	46	8	104	1	79	21	—	119	13	1	35	4
56	793	620	173	352	15	50	8	106	1	89	23	—	121	38	4	14	1
57	838	661	177	353	20	50	7	110	1	99	29	—	115	14	1	35	4
58	834	681	153	366	16	53	8	118	1	88	26	—	87	14	1	32	4
59	831	674	157	368	16	53	5	125	1	82	23	—	108	15	1	31	3
60	786	627	159	378	16	51	4	95	1	68	30	—	103	12	1	23	
61	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
62	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
63	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
64	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
65	1,207	942	265	461	13	55	4	102	1	183	56	—	135	9	1	132	55
66	1,257	934	323	455	17	65	5	109	2	142	84	—	139	8	1	155	75
67	1,321	1,008	313	478	15	63	5	113	2	176	84	—	145	9	1	169	61
68	1,437	1,024	413	494	16	72	4	117	2	188	101	—	193	9	—	144	97
69	1,653	1,136	517	498	17	77	8	132	3	213	153	—	153	11	—	205	132
70	1,598	1,204	394	518	19	86	10	133	5	247	114	—	113	8	1	212	132
71	1,811	1,285	526	579	20	97	10	138	5	219	136	—	142	9	1	243	212
72	1,846	1,412	434	600	22	106	9	145	8	246	102	—	112	9	1	306	180

資料來源：整理自彰化縣政府主計室編印，《彰化縣統計要覽》（民國 39-75 年度），衛生統計部分。

表 2-2-3 彰化縣醫事人員數歷年統計（1950-1986）（續 1）

年底別（民國）	共計			西醫師		牙醫師		中醫師		藥劑師		助產士		鑲牙生		藥劑生	
	計	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
73	1,965	1,434	531	617	23	114	13	149	12	237	116	—	172	9	1	308	194
74	1,993	1,367	626	624	22	119	9	136	11	178	148	—	174	9	1	301	261
75	1,944	1,355	589	642	24	111	19	137	13	162	132	—	118	10	1	293	282

資料來源：整理自彰化縣政府主計室編印，《彰化縣統計要覽》（民國 39-75 年度），衛生統計部分。
說　　明：「—」表示缺資料。

表 2-2-4 彰化縣公私立醫療機構及其他醫療（事）機構執業場所醫事人員執業人數（1987-2012）

單位：人

民國	總計	醫師	中醫師	牙醫師	藥師	藥劑生	醫事檢驗師	醫事檢驗生	醫用放射線技術師	護理師	護士	助產士	鑲牙生	營養師	物理治療師	物理治療生	職能治療師	職能療生
76	2,289	750	163	160	57	13	41	—	28	1,009	—	58	1	—	—	—	—	—
77	2,591	801	162	164	93	18	43	—	29	1,209	—	71	1	—	—	—	—	—
78	3,138	815	148	148	428	547	142	7	66	105	669	52	11	—	—	—	—	—
79	4,027	822	146	203	439	533	161	7	68	511	1,039	85	13	—	—	—	—	—
80	4,303	886	170	221	480	518	165	7	77	548	1,141	77	13	—	—	—	—	—
81	4,404	904	169	241	495	521	166	6	78	566	1,180	67	11	—	—	—	—	—
82	4,908	903	166	267	555	512	166	7	95	872	1,304	49	12	—	—	—	—	—
83	4,997	967	182	268	538	513	171	6	88	1,062	1,148	44	10	—	—	—	—	—
84	5,376	964	175	287	516	610	182	3	95	1,224	1,244	48	8	20	—	—	—	—
85	5,198	1,067	185	304	586	504	224	3	23	1,189	1,042	59	5	7	—	—	—	—
86	4,999	1,112	188	298	262	33	196	3	97	1,662	1,113	27	—	21	36	21	—	—
87	6,993	1,156	224	324	706	468	248	8	136	2,273	1,291	40	4	26	50	30	9	—
88	7,473	1,263	231	372	741	545	272	8	126	2,408	1,314	23	4	30	68	49	14	5
89	7,833	1,282	247	373	783	542	280	7	131	2,717	1,247	33	4	34	75	51	22	5
90	8,030	1,324	243	380	826	565	298	8	143	2,788	1,204	33	6	34	86	59	25	8

資料來源：整理自彰化縣政府主計室編印，《彰化縣統計要覽》（民國 76-101 年度），衛生統計部分。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

表 2-2-5 彰化縣公私立醫療機構及其他醫療（事）機構執業場所醫事人員執業人數（1987-2012）（續 1）

單位：人

民國	總計	醫師	中醫師	牙醫師	藥師	藥劑生	醫事檢驗師	醫事檢驗生	線醫技用術放師射	護理師	護士
91	8,492	1,512	248	401	870	536	308	7	153	2,903	1,286
92	8,983	1,546	261	428	838	445	321	9	157	3,369	1,310
93	9,271	1,565	279	428	868	447	327	8	163	3,591	1,282
94	9,801	1,577	286	445	915	452	341	7	161	3,956	1,221
95	10,279	1,660	306	437	949	449	342	7	172	4,332	1,149
96	10,830	1,709	291	458	1,013	454	363	7	176	4,697	1,163
97	11,312	1,807	307	477	1,039	459	368	6	190	4,952	1,159
98	11,538	1,788	323	475	1,074	449	380	6	201	5,179	1,098
99	11,841	1,826	327	487	1,084	442	393	6	217	5,383	1,034
100	12,087	1,852	342	487	1,145	430	399	5	224	5,517	988
101	12,451	1,872	334	498	1,182	421	376	3	231	5,057	734

資料來源：整理自彰化縣政府主計室編印，《彰化縣統計要覽》（民國 76-101 年度），衛生統計部分。

表 2-2-6 彰化縣公私立醫療機構及其他醫療（事）機構執業場所醫事人員執業人數（1987-2012）（續 2）

單位：人

民國	助產士	鑲牙生	營養師	物理治療師	物理治療生	職能治療師	職能治療生	臨床心理師	諮商心理師	呼吸治療師	語言治療師	聽力師	牙體技術師	牙體技術生
91	32	6	36	90	64	34	6	—	—	—	—	—	—	—
92	33	6	42	102	74	36	6	—	—	—	—	—	—	—
93	30	6	43	103	83	38	10	—	—	—	—	—	—	—
94	27	6	60	111	92	47	17	16	19	45	—	—	—	—
95	24	4	66	115	101	58	15	17	25	51	—	—	—	—
96	20	3	77	121	96	64	19	18	27	54	—	—	—	—
97	19	3	91	130	99	78	22	22	27	57	—	—	—	—
98	7	3	91	136	97	81	28	25	32	65	—	—	—	—
99	6	3	94	146	95	92	28	25	39	81	30	3	—	—
100	3	3	100	157	89	93	26	30	49	100	31	4	8	5
101	1	0	113	156	91	92	26	26	4	94	30	7	13	8

資料來源：整理自彰化縣政府主計室編印，《彰化縣統計要覽》（民國 76-101 年度），衛生統計部分。
說　　明：「—」表示缺資料。

表 2-2-7 彰化地區執業醫師名冊（1950 年代）

彰化縣			
姓名	單位	學歷	簡歷
吳○○（院長）	彰化縣衛生院	日本醫科大學	曾任臺灣大學附屬臺北病院職員、彰化縣衛生院院長
吳○○（第一課長）	彰化縣衛生院	青島亞東醫科學院	曾任彰化基督教醫院、臺北縣衛生所、彰化縣大竹區衛生所、彰化縣衛生院
許○○（第二課長）	彰化縣衛生院	日本東京醫學專門學校	曾任臺北醫院、彰化縣衛生院
游○○（第三課長）	彰化縣衛生院	日本東京醫學專門學校	曾任滿州鐵路病院、彰化縣衛生院
陳○○（主任）	彰化縣衛生院衛生試驗室	臺北醫學專門學校	曾任臺灣公醫自行開業、彰化縣衛生院衛生試驗室
廖玉添（醫師）	彰化縣衛生院	醫師甄訓及格	曾任臺中州衛生課、彰化縣衛生院
陳○○（醫師）	彰化縣衛生院	醫師甄訓及格	曾任彰化縣衛生院
楊○○（主任兼醫師）	彰化市南西北衛生所	臺灣醫學專門學校	曾任彰化縣衛生院、自行開業
魏○○（主任）	彰化縣大竹區衛生所	臺灣醫學專門學校	曾任嘉義縣布袋鎮開業仁壽診所、布袋鎮長、彰化縣大竹區衛生所
謝○○（主任）	鹿港鎮衛生所	臺北醫學專門學校	曾任日本赤十字社臺灣支部病院醫員、鹿港福興鎮等地公醫、鹿港鎮衛生所
辜○（醫師）	鹿港鎮衛生所	日本岡山醫科大學	曾任鹿港鎮長；自行開業、福興鄉衛生所，鹿港鎮衛生所
王○○（主任兼醫師）	鹿港鎮鹽民衛生所	臺北醫學專門學校	曾任嘉義醫院、自行開業醫師、鹿港鎮鹽民衛生所
洪○○（主任兼醫師）	福興鄉衛生所	臺北醫學專門學校	曾任鹿港鎮孑文醫院開業醫師、福興鄉衛生所
陳○○（主任兼醫師）	線西鄉衛生所	醫師考試及格	曾在線西鄉頂犁村開業濟民醫院、線西鄉衛生所
張○（主任）	新港鄉衛生所	日本東京醫學專門學校	曾自行開業張內科醫院、線西鄉公醫、新港鄉衛生所
顧○○（主任）	花壇鄉衛生所	日本東京醫學專門學校	曾開業仁愛診所、花壇鄉衛生所
林○（主任）	員林鎮衛生所	臺北醫專	
楊○○（主任）	和美鎮衛生所	臺灣大學醫學院	曾任和美鎮衛生所
黃○○（主任）	芬園鄉衛生所	日本九州醫學專門學校	曾任鄉民代表、鄉調解委員會主席、自行開業醫院、芬園鄉衛生所
顧○○（主任）	秀水鄉衛生所	國立臺灣大學醫學院	曾任陝西國民學校與秀水國民學校校醫、秀水鄉衛生所
蔡○（主任）	溪湖鎮衛生所	日本大阪帝國學醫專部	曾任日本大阪帝國大學附屬病院、神戶神鋼病院、福興鄉及溪湖鎮開業醫院
張○○（主任兼醫師）	大村鄉衛生所	興亞醫學館	曾任省立臺中醫院外科醫生、臺灣省師管區司令部軍醫
吳○○（主任兼醫師）	埔心鄉衛生所	成淵中學、乙種醫師考試及格	埔心鄉衛生所主任兼醫師
康○○（主任兼醫師）	埔鹽鄉衛生所	亞東醫科學院	曾任母校研究生、助手、同仁會診醫療班醫員、臺灣軍管區司令部醫官
許○（主任兼醫師）	田中鎮衛生所	臺北醫學專門學校	曾任嘉義病院、自行開業精幹醫院
薛○○（東京醫學士）	田中鎮衛生所	日本東京醫學專門學校	昭和 12 年（1937）自行開業醫院，至民國 41 年 4 月任田中鎮衛生所醫師
陳○○（主任兼醫師）	社頭鄉衛生所	臺北醫學校	曾自行開業醫院
邱○○（主任）	二水鄉衛生所	臺灣大學附設醫學專門部	曾任省立臺中醫院內科醫師，民國 40 年 6 月任二水鄉衛生所主任兼醫師
邱魏○○（主任）	永靖鄉衛生所	昭和醫學專門學校	曾任東京郡立荏原病院吉豐島病院醫師，回臺後曾任臺中縣衛生院醫師兼股長，彰化縣衛生院醫師兼第一課長

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

姓名	單位	學歷	簡歷
楊○○（主任）	北斗鎮衛生所	日本醫科大學	曾任日本大學附屬病院醫局長，日本前橋醫學專門學校助教授等職
賴○○（醫師）	北斗鎮衛生所	醫師考試及格	曾服務於員林紫雲醫院 12 年，昭和 4 年開業德生醫院，曾任芳苑鄉王功公學校校醫，日清、野村等生命保險會社囑託醫師，北斗郡保健組合囑託醫等職
彭○○（主任）	田尾鄉衛生所	日本九州醫學專門學校	曾服務於母校附屬醫院，回臺後服務於彰化基督教醫院，民國 35 年開業延齡醫院
張○○（主任）	溪州鄉衛生所	日本大學醫科	日治時代曾在日本赤十字社臺灣支部醫院醫員，曾開業協和醫院，並任公醫
廖○○（醫師）	溪州鄉衛生所	醫師考試及格	昭和 16 年 1 月至昭和 20 年 6 月服務臺北刑務所任醫員
陳○○（醫師）	溪州鄉衛生所	廈門博愛會醫學校	曾任汕頭市博愛會醫院內科醫員，原府立宜蘭病院內科醫員，昭和 14 年開設永安診所，至民國 41 年 2 月任溪州鄉衛生所醫師
徐○○（主任）	埤頭鄉衛生所	日本岩手醫學專門學校	曾任日北岩手縣花卷組合病院內科醫師，回臺後曾開業醫師
蕭○○（主任兼醫師）	二林鎮示範區衛生所	臺北醫學專門學校	曾自行開業醫院，現任二林鎮示範區衛生所主任兼醫師，彰化縣醫師公會理事
洪○（醫師）	二林鎮示範區衛生所	東京醫學專門學校	曾服務臺中病院，曾在現住址開業益隆醫院
侯○○（醫師）	二林鎮示範區衛生所	東京醫學專門學校	曾服務於日本北海道夕張炭礦病院
許○（醫師）	二林鎮示範區衛生所	醫師甄訓及格	民國 39 年在現住址開業醫院，民國 40 年任二林鎮示範區衛生所醫師
劉○○（主任）	大城鄉衛生所	日本岩手醫學專門學校	曾服務於日本岩手縣福田病院
許○（主任兼醫師）	竹塘鄉衛生所	臺北醫學專門學校	曾在現住址開業醫院 30 餘年，曾任臺灣公醫
謝○○（主任）	芳苑鄉衛生所	東南醫學院	主治內科
彰化市			
王○○（醫學博士）	倫光耳鼻咽喉科醫院	日本大學醫科，臺灣大學醫學院研究所	現自行開業醫院，專治耳鼻咽喉科，曾任彰化市醫師公會理事長，彰化縣救濟協會理事長，現任彰化市醫師公會理事長
黃○○（醫學博士）	上池醫院	日本京都醫科大學	在現住址自行開業醫院至今 20 餘年，曾任省體育會理事，現任彰化市體育會常務理事
許○○（醫學博士）	順天外科婦產科醫院	東京醫學專門學校，臺灣大學醫學院研究所	曾任日本東京醫科大學外科教室醫員，彰化基督教病院外科婦產科醫員，現自行開業醫院，專治外科婦產科
蘇○○（醫學博士）	人生耳鼻咽喉科醫院	臺北醫學專門學校	現開業人生醫院，專治耳鼻咽喉科，曾任彰化市參議員，彰化縣議員，市警民協會理事長，市住宅合作社理事主席，臺中救濟院董事，臺南長榮中學董事
周○○（醫學士）	明哲眼科醫院	臺北帝國大學醫專部	曾任日本赤十字社臺灣支部病院醫員，臺灣總督府醫院醫官，現自行開業醫院，主治眼科，現任彰化市醫師公會常務理事
施○○（醫學士）	施耳鼻咽喉科醫院	東京慈惠會醫科大學	曾任母校助教，同大學耳鼻咽喉科醫員，日本熱海市高稻病院耳鼻咽喉科主任，現自行開業醫院，曾任彰化市醫師公會常務理事，現任彰化市醫師公會常務理事
蘇○（醫學士）	蘇小兒科醫院	臺北帝國大學醫專部	曾任日本赤十字社臺灣支部病院醫員，現自行開業醫院，主治小兒科
李○○（醫學士）	曜生醫院	臺北醫學專門學校，日本醫科大學，慶應醫科大學研究生	現開業曜生醫院，曾任彰化市議會會議長，彰化市農會理事長，第一、二屆縣議會議員選舉委員，彰化縣長選舉委員，現任彰化銀行監察人，縣合作社聯合合作社主席，省地方自治協會彰化縣分會理事長
許○○（臺灣醫學士）	中山醫院	東京醫專肄業，臺灣大學醫專科	曾任教 12 年，民國 36 年在員林鎮開業醫院，民國 43 年遷現址開業

姓名	單位	學歷	簡歷
吳○○（醫學士）	重生醫院	日本九州帝國大學醫學部	曾任該校醫員，日本早良綜合病院小兒科主任，回臺後曾任省立彰化商職校醫，現自行開業醫院，主治內科，小兒科
薛○○（醫學士）	全順婦產科醫院	日本醫科大學	曾任東京都醫師會下谷病院婦產科主任，回臺後在現住址開設醫院至今，主治婦產科
高○（女醫學士）	梅村醫院	日本大阪女子高等醫學專門學校	回臺後曾服務於原府立嘉義醫院，現自行開業醫院，主治婦產科
林○○（醫學士）	明同醫院	臺灣大學醫學院第 1 期	曾服務於彰化市基督教醫院，現自行開業醫院，主治外科，小兒科
林○○（醫學士）	林眼科醫院	日本醫科大學	曾在母校附屬病院研究眼科，回臺在彰化市開業醫院，主治眼科
楊○○（院長）	彰化基督教醫院	滿州醫科大學	曾任臺北馬偕紀念醫院醫師，信愛醫院院長，陸嘉醫院院長，現任彰化基督教醫院院長
黃○○（醫學士）	彰化基督教醫院	臺灣大學醫學院	曾任臺灣大學附屬病院內科醫生，YMCA 診療所醫師，現任彰化基督教醫院醫師
吳○○（東京女醫學士）	彰化基督教醫院	東京女子高等醫學專門學校	曾任省立臺中醫院小兒科醫師，現任彰化基督教醫院醫師
蔡○○（醫學士）	彰化基督教醫院	日本慶義大學醫學部	曾任省立宜蘭醫院外科醫師，嘉義醫院外科醫師，臺南高外科醫院醫師，現任彰化基督教醫院外科主任
張○○（醫學士）	張賢醫院	日本昭和醫學專門學校	日治時代曾任原府立臺中病院內科醫官，現自行開業醫院
王○○（醫學士）	王醫院	臺北帝國大學醫專部	曾任臺北市附屬第二病院皮膚科醫員，彰化基督教醫院外科醫員，省立臺東醫院內科醫師，大竹區衛生所主任，彰化縣衛生院傳染病院醫師，現自行開業
黃○○（臺灣醫學士）	弘毅醫院	臺北帝國大學醫專部	現自行開業醫院
張○○（臺灣醫學士）	彰仁醫院	臺北醫專	曾在臺南市開業醫院，民國 38 年遷於現址開業
阮○○（醫學士）	杏林堂醫院	日本北海道帝國大學醫學部	曾任北海道帝國大學附屬病院副手，現自行開業醫院
吳○○（東亞醫學士）	人愛醫院	東亞醫科學院	現自行開業醫院，主治內科
謝○○（臺灣醫學士）	德生醫院	臺北醫學專門學校	現自行開業醫院至今 40 餘年
謝○○（東京醫學士）	德生醫院	東京醫學專門學校	現於父親經營之醫院協助醫務，主治外科
謝顏○○（東京女醫學士）	德生醫院	東京女子高等醫學專門學校	現於父親經營之醫院協助醫務，主治婦產科
李○○（醫學士）	炳榮醫院	日本慈惠會醫科大學	現自行開業醫院，主治內科，小兒科，現任彰化工業學校校醫
楊○○（醫學士）	信愛醫院	滿州醫科大學	現開業醫院，主治內科
巫○○（院長）	臺中救濟院彰化慈惠醫院	臺灣大學附設醫學院	曾任臺大醫院附設病院外科助教急住院醫師，研究精神外科得彰化銀行獎學金 2 次，曾任臺中救濟院醫師督導，同院彰化慈惠醫院副院長兼中部結核療養院外科主任
呂○○（內科主任）	臺中救濟院彰化慈惠醫院	臺北醫學專門學校	曾在彰化開業醫院，主治內科，小兒科
陳○○（婦產科主任）	臺中救濟院彰化慈惠醫院	臺灣大學醫學院附設醫專	曾在臺北醫院婦產科住院醫師，礦工醫院婦產科主任
鄭○○（耳鼻咽喉科主任）	臺中救濟院彰化慈惠醫院	臺灣大學附設醫學院	曾任省立新竹醫院耳鼻咽喉科主任
陳○○（醫師）	臺中救濟院彰化慈惠醫院	臺灣大學醫學院附設醫專	曾任省立臺中醫院助理住院醫師，臺北醫院小兒科住院醫師
杜○○（醫師）	臺中救濟院彰化慈惠醫院	東京醫學專門學校	曾任省立臺中醫院助理住院外科醫師，臺大醫院附設病院外科醫師，臺中祐吉外科醫院醫師
吳○○（醫師）	臺中救濟院彰化慈惠醫院	日本大學醫科	曾任臺大醫院附設病院外科醫師，民國 39 年在現住址開業博濟醫院

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

姓名	單位	學歷	簡歷
廖○○（醫師）	臺中救濟院彰化慈惠醫院	臺灣大學醫學院	曾任省立澎湖醫院外科主治醫師
吳○○（昭和醫學士）	吳外科醫院	日本昭和醫學專門學校	現開業醫院，主治外科
許○○（九州醫學士）	中和醫院	日本九州醫學專門學校	現開業醫院，主治內科
鄭○○（醫師）	仁德醫院	醫師甄訓及格 日本通信藥學校	曾服務於彰化基督教醫院為醫務助手，曾任彰化女子商業學校教員，太平里里長，現自行開業醫院
王○○（醫師）	再光醫院	彰化基督教醫院研究所醫師考試及格	曾任彰化基督教醫院醫師 20 餘年，臺北馬偕醫院醫師，彰化糖廠醫務室外科主任，日治時代曾任彰化市健民委員，戰後任區民代表，警民協會理事長，民國 39 年自設醫院，主治內科，外科，小兒科
趙○（醫師）	趙獅醫院	醫師考試及格	民國 39 年自設醫院，主治內科，外科
陳○○（醫師）	永和精神病院	醫師甄訓及格	民國 42 年開設精神病院，主治精神科，神經科
林○○（醫師）	順生醫院	醫師甄訓及格	民國 39 年在現住址開設醫院，主治內科，小兒科
張○○（醫師）	長春醫院	醫師甄訓及格	現開設醫院並經營金出口商信泰行，主治內科，小兒科
陳○○（臺灣醫學士）	百川醫院	臺灣醫學專門學校	曾任日本紅十字會醫院外科及婦產科醫員，開業至今 30 年，主治內科，小兒科，性病科
丁○○（日本醫學士）	瑞魚醫院	日本醫學專門學校	曾任廈門集美醫院院長馬來亞石原產業公司礦工病院院長，回臺後自設醫院，曾任臺灣省政府參議
許○（臺灣醫學士）	長源醫院	臺北醫學專門學校	曾服務原府立新竹病院 1 年半，嗣後在現址開業醫院至今
侯○○（東京醫學士）	明輝小兒科醫院	東京醫學專門學校	曾任臺大醫院附設醫院小兒科醫師，嗣後在現址開業醫院至今
林○○（臺灣醫學士）	坤元醫院	臺北醫學專門學校	在現址開業醫院至今 20 餘年，主治內科，小兒科
黃○○（日本大學醫學士）	仁好醫院	日本大學醫學科	現自行開業醫院，主治內科，小兒科
楊○○（醫師）	明德醫院	東洋醫學院	曾在福興鄉開設光生化學工廠，現自行開業醫院
黃○○（醫師）	回生醫院	東京興亞醫學館	現自行開業醫院，主治內科，小兒科
張○○（臺灣醫學士）	敏生醫院	臺灣大學醫學醫學專修	現自行開業醫院，主治外科，內科
王○○（所長兼醫師）	泉郊救濟院施醫所	醫師甄訓及格	日治時代曾服務於日本海軍高雄設施部臺中出張大雅海軍勞務奉公隊臺中衛生主任，現任泉郊救濟院施醫所所長
施○○（日本大學醫學士）	泉郊救濟院施醫所	日本大學醫學科	曾任日本濟生會乳兒院附屬小兒科病院醫員，長崎第 1 病院院長，長崎大學醫學部放射線教員，現任泉郊救濟院施醫所醫師
楊○○（日本齒科醫學士）	永藤醫院	日本齒科醫學專門學校醫師考試及格	現自行開業醫院，主治內科，小兒科，牙科
和美鎮			
黃○○（岩手醫學士）	順安醫院	日本岩手醫學專門學校	現自行開業醫院，主治內科，小兒科
孫○○（女醫學士）	彰化糖廠醫務室	東京女子高等醫學專門學校	曾任交通部錦州鐵路局醫院醫師，臺南縣口湖鄉衛生所主任醫師，北港朝天宮診療所主任醫師，現任彰化糖廠醫務室醫師
許○（臺灣醫學士）	仁愛醫院	臺北醫學專門學校	自行開設醫院至今 20 餘年，主治內科
陳○○（東京醫學士）	南山醫院	東京醫學專門學校	現開業南山醫院，主治內科，曾任和美鎮長
許○○（東京醫學士）	順天醫院	東京醫學專門學校	曾任嘉義醫院醫師，昭和 11 年自行開業醫院，主治內科，小兒科

姓名	單位	學歷	簡歷
許○○（岩手醫學士）	瑞生醫院	日本岩手醫學專門學校	曾任省立嘉義醫院耳鼻喉科醫師，昭和 15 年自行開業醫院至今
陳○○（岩手醫學士）	榮春醫院	日本岩手醫學專門學校	曾在日本宮城縣氣仙沼公立病院服務，民國 35 年 10 月開業醫院，主治內科
鴻○○（岩手醫學士）	明德醫院	日本岩手醫學專門學校	曾服務於日本東北帝大黑川內科教室，曾在日本岩手縣產聯釜石大成病院內科醫師，回臺後在現址開業醫院
蔡○○（九州醫學士）	蔡醫院	日本九州醫學專門學校	回臺後在現址開業醫院，主治內科，小兒科
吳○○（醫學士）	博濟醫院	日本大學醫科	曾任日本大學板橋附屬病院內科醫局長，回臺後在現址開業醫院至今
許○○（醫師）	汎愛婦產科醫院	東京興亞醫學館	曾任東京武藏野病院醫師，曾任臺中醫院婦產科主治醫師，現自行開業醫院，主治婦產科
許○○（東亞醫學士）	仁慈醫院	日本東亞醫科學院	曾任同仁會海州，徐州診療防疫班醫官回臺後曾任福興鄉衛生所主任兼醫師，現自行開業醫院，曾任臺中參議員，彰化縣議員
北斗鎮			
黃○（臺灣醫學士）	恒生醫院	臺北醫學專門學校	曾任日本赤十字社臺北支部醫院內科醫師，嗣後在現住址自行開業醫院至今
黃○○（醫學士）	恒生醫院	日本昭和醫科大學	曾任東京都大久保病院婦產科醫師，福州福建省立醫院婦產科醫師，回臺協助父親醫務，主治婦產科
謝○○（昭和醫學士）	春生西漢診所	東京昭和醫學專門學校	昭和 8 年於現住址自行開業醫院至今
張○○（岩手醫學士）	協和醫院	日本岩手醫學專門學校	現開業協和醫院，曾任臺中醫師公會理事，蟬聯當選首屆，第二屆彰化縣議員，彰化縣醫師公會理事
林○○（醫師）	中西診所	上海厚生醫學專科	曾在上海開業醫院 4 年，回臺後於民國 36 年於現住址自行開業醫院
許○○（日本大學醫學士）	同仁醫院	日本醫科大學	曾任東京大久保病院醫師，回臺後於現住址自行開業醫院至今
陳○○（醫學士）	陳內科小兒科醫院	東京醫科大學	曾任東京專賣局醫官，東京都立四股方面診療所主任醫，同荏原病院醫局長，臺中一中會東京支會理事，回臺後於現住址自行開業醫院，現任北斗鎮農會理事，鎮民代表，警民協會理事
許○○（醫學士）	厚生醫院	昭和醫科大學	曾任昭和醫大小兒科助手，日本橫濱警察醫院小兒科醫長，回臺後自設醫院
卓○○（醫學士）	卓小兒科醫院	臺灣大學附設醫專部	曾任省立臺北醫院小兒科醫師，嗣後在現住址自行開業醫院至今
陳○○（醫學士）	南星醫院	日本國立東京齒科大學醫學科	曾任母校附屬病院內科醫師，民國 42 年 5 月開業醫院
張○○（東京醫學士）	張外科醫院	東京醫學專門學校	曾在臺灣大學附設醫院外科服務，民國 42 年 12 月開業醫院
黃○○（醫師）	葆元醫院	臺北醫學專門學校	曾任日本赤十字社臺灣支部病院醫員，自行開業醫院至今 40 餘年
傅○○（東京醫學士）	信安醫院	東京醫學專門學校	曾任日本生命保險會社社醫，東京醫大附屬病院岩尾內科醫員
謝○○（臺灣醫學士）	炳雲醫院	臺北醫學專門學校	曾任日本赤十字社臺灣支部病院醫員，嗣後在現住址自行開業醫院至今
林○○（醫學士）	林婦產科醫院	臺灣大學附設醫專部	曾任省立臺北醫院婦產科醫師，臺北仁濟救濟院附設醫院婦產科主任，回鄉後於現住址自行開業醫院，主治婦產科
陳○○（醫師）	宏仁醫院	醫師甄訓及格	民國 39 年起自行開業醫院，主治內科，小兒科

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

員林鎮			
姓名	單位	學歷	簡歷
林○○（帝國女醫學士）	長春醫院	東京帝國女子高等醫學專門學校	現於父親林糊氏經營之長春醫院執行醫務
吳○○（臺灣醫學士）	員林醫院	臺北醫學專門學校	曾任日本商船會社社醫，臺中醫院醫務囑託，臺灣公醫，自行開設醫院至今 30 餘年
曾○○（臺灣醫學士）	保安醫院	臺北醫學專門學校	曾任原府立臺中病院醫務囑託，自行開設醫院至今 30 餘年
賴○（臺灣醫學士）	大村醫院	臺北醫學專門學校	曾服務於日本赤十字社臺灣支部病院醫員，自行開設醫院至今 30 餘年，主治內科，小兒科
謝○○（醫學士）	慈生醫院	東京慈惠會醫科大學	曾任東京市立駒込町醫院醫師，回臺後在現住址自行開設醫院至今 20 餘年，曾任員林俊醫師會長，臺中州醫師會員林支部長，戰後曾任臺中縣醫師公會理事長，員林農會學校校醫，現任彰化縣醫師公會理事長
謝洪○○（東京女醫學士）	惠生醫院	東京女子高等醫學專門學校	現於慈生醫院協助醫務，主治婦產科，小兒科，任員林第二國民學校校醫
張○（臺灣醫學士）	張木醫院	臺北醫學專門學校	原府立嘉義病院內科醫師，嗣後自行開業醫院至今，主治內科，小兒科
洪○○（昭和醫學士）	洪外科醫院	日本昭和醫學專門學校	曾任日本京都府立醫院外科醫師，回臺後在現住址自行開設醫院，主治外科
蔡○（醫學士）	蔡眼科醫院	東京醫科大學	曾任省立臺中醫院眼科醫師，現自行開業醫院，主治眼科
鍾○○（醫師）	惠生醫院	東京興亞醫學館	曾任臺灣師管區臺中團管區醫務所主任，現自行開業醫院
周○○（東京女醫學士）	周眼科醫院	東京女子高等醫學專門學校	曾在臺北馬偕醫院及彰化基督教醫院任醫師數年，嗣後在現住址自行開業醫院至今，曾任臺中縣婦女會理事長，現任彰化縣婦女會常務理事，員林鎮婦女會常務理事
賴○○（臺灣醫學士）	鳳儀內科醫院	臺北醫學專門學校	曾服務於日本赤十字社臺灣支部病院內科醫員，嗣後在現住址自行開業醫院，主治內科
許○（臺灣醫學士）	許琨醫院	臺北醫學專門學校	曾服務於日本赤十字社臺灣支部病院婦產科醫員，曾服務彰化基督教醫院 8 年，臺南新樓病院 2 年，嗣後自行開業醫院至今
黃○○（醫學士）	順安婦產科醫院	東京醫科大學	曾任省立臺中醫院婦產科醫師，現自行開業醫院兼任省立員林中學校醫
林○○（岩手醫學士）	林婦產科醫院	日本岩手醫學專門學校	曾任秋田縣大館公立病院婦產科醫局員，同縣由利郡矢島診療所所長，臺中市西屯區衛生所主任，民國 43 年 3 月自設醫院
張○○（醫學士）	春宣醫院	日本昭和醫學專門學校	曾任東京市立病院醫師，臺中慈惠醫院醫師，現自行開業醫院
林○○（臺灣醫學士）	林小兒科醫院	臺北帝國大學醫專部	曾服務於日本赤十字社臺灣支部病院醫員，現自行開業醫院，主治小兒科
江○○（大邱醫學士）	江小兒科醫院	朝鮮大邱醫學專門學校	曾任大邱醫專小兒科教室助手，釜山府立病院小兒科醫員，回臺後於民國 36 年在現住址自行開業醫院，主治小兒科
張○○（昭和醫學士）	至誠醫院	日本昭和醫學專門學校	曾服務昭和醫專眼科教室 1 年，回臺後於昭和 16 年自行開業醫院至今，現任湖水國民學校校醫
張○○（東京女醫學士）	至誠醫院	東京女子高等醫學專門學校	曾任彰化縣基督教醫院醫師，現自設醫院，蟬聯當選首屆，第二屆彰化縣議員，現任彰化縣婦女會理事，現軍人之友社理事，鎮調解委員，鎮體育會理事，員林第一國校校醫
胡○○（臺灣醫學士）	胡小兒科醫院	臺北醫學專門學校	曾服務於日本赤十字社臺灣支部病院醫員，現自行開業醫院，主治小兒科

姓名	單位	學歷	簡歷
許○○（東京醫學士）	協和外科醫院	東京醫學專門學校	曾任東京帝國大學醫學部外科醫員，省立臺中醫院外科醫員，現自行開業醫院，主治外科
賴○○（醫學士）	賴內科醫院	日本慶義大學醫學部	曾任省立宜蘭醫院內科主治醫師，嗣後在現址開業醫院至今
林○○（醫學士）	林外科醫院	國立臺灣大學醫學院	曾任臺大附設醫院第二外科助教，博愛醫院外科主任，臺北仁義醫院外科主任，現自行開業醫院，主治外科
陳○○（醫學士）	陳外科醫院	國立臺灣大學醫學院	曾任臺大醫學院附設醫院外科助教，員林鎮衛生所主任，現自行開業醫院，主治外科
黃○○（醫師）	紫雲醫院	臺北醫學專門學校	曾任原府立臺中醫院囑託醫師，自行開設醫院至今 40 餘年，主治小兒科
黃○○（東京醫學士）		東京醫學專門學校	曾任岡山縣倉敷中央病院醫員，日本熊本宇土保健所醫員，現任員林農業學校校醫
葉○○（醫師）	光前醫院	臺北醫學專門學校	曾服務於日本赤十字社臺灣支部病院醫員，自行開設醫院至今 30 餘年，主治內科，小兒科
詹○○（大阪醫學士）	生春耳鼻咽喉科醫院	日本大阪高等醫學專門學校	曾任彰化市衛生院院長，曾在彰化市開業醫院，至民國 41 年醫院遷於現住址開業
詹○（臺灣醫學士）	保壽醫院	臺北醫學專門學校	曾服務於日本赤十字社臺灣支部病院內科主任醫師，臺北醫學專門學校講師，現自行開業醫院
汪○○（岩手醫學士）	汪內科醫院	日本岩手醫學專門學校	曾任日本秋田縣山本組合醫院內科醫師，省立臺中醫院內科醫師，現自行開業醫院，主治內科
阮○○（醫師）	仁生醫院	醫師考試及格 南方要員練成所第 2 科	曾服務彰化基督教醫院，至民國 35 年開業醫院，現任東山國民學校校醫
楊○○（醫師）	永安醫院	醫師甄訓及格	民國 40 年自行開業醫院，主治內科，小兒科，眼科
張○○（醫師）	仁安醫院	醫師考試及格	曾在員林紫雪醫院服務，曾任日本菲律賓第 103 海軍醫院醫員，駐菲律賓美軍野戰病院收容所醫務室，民國 40 年 8 月自行開業醫院
黃○○（醫師）	大村醫院	醫師考試及格	現服務於大村醫院協助醫務
溪湖鎮			
楊○○（醫學士）	神州醫院	日本醫科大學	現開業醫院，曾任溪湖鎮長，溪湖鎮農會理事主席，現任員林畜牧生產合作社豬瘟血清製造所理事主席
楊○○（醫學博士）	維新醫院	日本昭和醫學專門學校	曾任臺中醫院內科，小兒科醫師，嗣後在現住址自行開業醫院至今，曾任溪湖鎮公醫，衛生所主任
蔡○○（臺灣醫學士）	禎祥醫院	臺北醫學專門學校	曾任臺大附設醫院外科助手，現自設醫院，曾任溪湖鎮農會常務理事，鎮民代表會主席，蟬聯當選首屆，第二屆彰化縣議員
楊○○（醫學士）	德仁醫院	日本長崎醫科大學	曾服務於長崎醫大附屬病院，回臺後在現住址開設醫院至今
陳○○（東京醫學士）	安生醫院	東京醫學專門學校	曾任日本大崴省東京專賣病院婦人科助手，回臺後在臺中為蔡內科醫院代診醫務，現自行開業醫院，現任埔鹽國民學校校醫，當選第二屆彰化縣議員
楊○（醫學士）	楊灶醫院	日本昭和醫學專門學校	曾在東京荏原病院及花卷病院內科，小兒科醫師，回臺後在現住址自行開設醫院，現任西湖國民學校及媽厝國民學校校醫
黃○○（主任）	溪湖糖廠醫務室	日本前橋醫專，臺北帝國大學醫專部	曾任省立臺北醫院內科，小兒科醫師，現任西湖糖廠醫務室主任
許○（醫師）	許抿醫院	彰化基督教醫院醫師養成所，醫師考試及格	曾在彰化基督教醫院服務 15 年，嗣後自行開業醫院至今

彰化縣政府
CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

姓名	單位	學歷	簡歷
莊○○（醫師）	莊診所	醫師甄訓及格	民國 39 年起自行開業診所至今
楊○（醫師）	松齡醫院	醫師甄訓及格	現自行開業醫院，曾任溪湖鎮農會理事，福建省西湖小學校校醫
吳○○（醫師）	延生醫院	醫師甄訓及格	民國 39 年起自行開業醫院至今
施○○（醫師）	道安醫院	醫師甄訓及格	民國 39 年起自行開業醫院
吳○○（醫師）	保民醫院	醫師甄訓及格	現自行開業醫院
詹○○（醫師）	生春醫院	臺灣總督府醫學校	曾任原府立臺中病院內科醫員，自行開設醫院至今 30 餘年，主治內科，小兒科
胡○○（岩手醫學士）	長生醫院	日本岩手醫學專門學校	曾任臺中醫院內科醫師，大甲實費醫院主任醫師，永靖鄉公醫，鄉衛生所主任，彰化縣首屆議員，現自行開業醫院，現任永靖國民學校家長會長，永靖農業學校校醫，鄉警民協會理事，體育會理事，省體育會代表
楊○○（醫師）	濟民醫院	日本立命館大學醫科 臺南神學院 興亞醫學館	曾任臺南基督傳道師，曾服務於日本神奈川縣衛生研究所，現自行開業醫院
胡○○（醫學士）	德安醫院	日本名古屋帝國大學醫學部	曾任省立松山療養院主任醫師，現自行開業醫院
魏○○（東京醫學士）	仁壽醫院	東京醫學專門學校	曾任日本米子病院婦人科醫師，回臺後在現住址開業醫院
魏○○（醫師）	資生醫院	臺北醫學專門學校	現自行開業醫院至今行醫 20 餘年
黃○○（醫師）	廣仁醫院	醫師考試及格	民國 34 年起自行開業醫院，主治內科，小兒科
黃○○（醫師）	廣安醫院	醫師甄訓及格	曾在臺中市福島醫院服務，民國 40 年起自行開業醫院，主治內科，小兒科
陳○○（醫師）	救生醫院	醫師甄訓及格	曾在高雄海軍病院服務，民國 40 年起自行開業醫院，主治內科，小兒科
田中鎮			
陳○○（臺灣醫學士）	穎川醫院	臺北醫學專門學校	在現住址自行開業醫院至今行醫 20 餘年，主治內科，小兒科
陳○○（日本大學醫學士）	景崧醫院	日本大學醫學部	開業醫院至今行醫 20 餘年，主治內科，小兒科，曾任臺中參議員
陳○○（岩手醫學士）	景華醫院	日本岩手醫學專門學校	曾在彰化基督教醫院醫師，嗣後在現住址自行開業醫院至今，主治內科
蕭○○（醫學士）	三生醫院	日本醫科大學	曾任日本醫科大學外科職員，日本豐橋市立病院外科醫師，回臺後在現住址開業醫院
廖○○（醫學士）	廖小兒科醫院	慶應大學醫學部 國立臺灣大學醫學院	曾任臺大附屬醫院婦產科醫師，省立臺中醫院外科醫師，現自行開業醫院，主治小兒科
陳○○（醫學士）	健元醫院	國立臺灣大學醫學院	曾於省立臺中醫院服務 5 年，嗣後在現住址自行開業醫院，主治小兒科
謝○（日本大學醫學士）	仁和醫院	日本大學醫學部	回臺後在現住址開業醫院至今，主治外科
周○○（醫師）	周眼科醫院	彰化基督教醫院醫師養成所 醫師考試及格	昭和 4 年起於現住址自行開業醫院至今
黃○○（醫師）	黃小兒科醫院	醫師甄訓及格	民國 39 年起在現住址自行開業醫院，曾任臺電會社特約醫師，現任田中第三國校校醫，縣民眾服務處特約醫師，現醫師公會幹事，鎮校外生活指導委員會名譽委員
陳○○（醫師）	宏光醫院	醫師甄訓及格	曾服務田中景松醫院 21 年，嘉義上池醫院 8 年，民國 41 年起自行開業醫院
賴○○（醫師）	精仁醫院	醫師考試及格	民國 39 年起自行開業醫院，曾任田中第二國民學校校醫，現任田中鎮民代表會代表
陳○○（醫師）	健生醫院	醫師考試及格	民國 37 年起在現住址自行開業診所

二林鎮			
姓名	單位	學歷	簡歷
洪○（醫學博士）	博濟醫院	臺北醫學專門學校	曾服務於臺北病院 X 光線科，嗣後在現住址自行開業醫院至今
陳○○（臺灣醫學士）	大福醫院	臺北醫學專門學校	曾服務日本赤十字社臺灣支部病院，嗣後在現住址自行開業醫院至今，曾任第一屆鎮民代表會主席，現任調解委員會主席
陳○○（日本大學醫學士）	大同醫院	日本大學醫學科	曾任日本橫濱市立十全醫院醫師，回臺後在現住址自行開業醫院至今
洪○○（臺灣醫學士）	輔仁醫院	臺北帝國大學附設醫專部	現自行開業醫院，曾任二林鎮民代表會主席，鎮農會理事
李○○（昭和醫學士）	保安醫院	日本昭和醫學專門學校	曾任臺中醫院耳鼻咽喉科醫師，二林厚生醫院醫師，現自行開業醫院
林○○（臺灣醫學士）	林眼科醫院	臺北醫學專門學校	曾任日本赤十字社臺灣支部醫院醫師，臺中詞會醫院囑託醫師，嗣後在現住址自行開業醫院至今
蔡○○（日本大學醫學士）	回生診所	日本大學醫學科	曾任日本東京都廣尾病院小兒科醫員，東京宇津野小兒科病院副院長，回臺後在現住址自行開業醫院至今
黃○○（醫學士）	紫雲醫院	日本大學醫學科	曾任日本東北大學醫學部置賜分院內科，小兒科醫員，曾在臺中開業醫院，民國 42 年遷現址開業
徐○○（醫師）	新生醫院	醫師考試及格	昭和 17 年 11 月於現住址自行開業醫院至今
蔡○（醫師）	清安醫院	醫師甄訓及格	民國 39 年 7 月於現住址自行開業醫院至今
楊○○（醫師）	四知堂醫院	醫師甄訓及格	民國 39 年於現住址自行開業醫院
蕭○○（醫師）	文山堂醫院	醫師甄訓及格	民國 39 年於現住址自行開業醫院主治眼科
許○○（醫師）	平安堂醫院	醫師甄訓及格	曾服務於日本陸軍 67 兵站醫院，民國 39 年開業醫院
新港鄉[25]			
林○○（青島醫學士）	西河醫院	青島醫學專門學校	曾任青島醫專附屬病院小兒科醫師，回臺後在現址開業醫院
陳○（岩手醫學士）	大成醫院	日本岩手醫學專門學校	曾任日本金石大成病院外科醫師，回臺後在現址開業醫院
賴○○（岩手醫學士）	賴醫院	日本岩手醫學專門學校	曾服務於日本北海道室蘭病院，回臺後在現址開業醫院
陳○○（醫師）	陳眼科醫院	醫師考試及格	曾在嘉義柯眼科及沙鹿陳眼科服務數年，民國 39 年開業醫院，主治眼科
線西鄉			
黃○（醫師）	博愛醫院	醫師甄訓及格	民國 39 年開業醫院，主治小兒科
芬園鄉			
張○○（臺灣醫學士）	尊生醫院	臺北醫學專門學校	自行開設醫院至今 20 餘年，曾任臺中參議員
楊○○（臺灣醫學士）	紹仁醫院	臺北醫學專門學校	曾任臺北病院醫官補，嗣後在現住址自行開業醫院，曾任衛生所主任，鄉農會，合作社理事，現任鄉民代表會主席
張○○（醫學博士）	張醫院	臺北帝國大學醫學部	曾任日本赤十字社臺灣支部病院醫員，臺北帝國大學醫學部助教，溪湖鎮衛生所主任，現自行開業醫院

25.　民國 48 年改名為伸港鄉。

彰化縣政府
CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

姓名	單位	學歷	簡歷
洪○○（醫師）	博仁醫院	東京興亞醫學館	曾在省立臺中醫院為內科研究員，曾在省立澎湖醫院內科醫師，民國 40 年 6 月自行開業醫院
林○○（醫師）	振生醫院	醫師考試及格	現自行開業診所，主治內科，小兒科
秀水鄉			
顧○（醫學士）		日本大學醫科	自行開設醫院至今 30 餘年，曾任花壇鄉信用組合長，秀水鄉民代表會主席，調解委員，現任秀水鄉長
李○○（醫學士）	愛生醫院	日本大阪高等醫學專門學校	曾任日本大津赤十字社醫院醫員，回臺後在現址開業醫院至今
陳○○（醫學士）	大仁醫院	滿州醫科大學	曾任同大學附屬病院第一外科醫師，回臺後曾任省立臺東醫院外科主任醫師，現自行開業醫院
陳○○（昭和醫學士）	繼生醫院	日本昭和醫學專門學校	回臺後在現址開業醫院至今，主治內科，小兒科
花壇鄉			
沈○○（大阪醫學士）	仁美醫院	日本大阪高等醫學專門學校	曾在同校附屬病院服務，曾任彰化基督教醫院醫員，現自行開業醫院
高○○（醫師）	高英醫院	日本興亞醫學館	現自行開業醫院，曾任彰化女子商業學校校醫，臺灣貨物搬運公司花壇服務站囑託醫，現任花壇鄉民代表會主席，鄉調解委員會主席，鄉租佃委員會委員
黃○○（臺灣醫學士）	逢春醫院	臺北醫學專門學校	曾服務於日本赤十字社臺灣支部病院，嗣後自行開業醫院至今，曾任庄協議會議員，國民學校校醫，臺中縣參議員
高○（醫師）	高英醫院	醫師考試及格	曾任彰化基督教醫院醫務助手 10 年，在仁生醫院為醫務助手 4 年，現自行開業醫院
洪○○（醫師）	洪眼科醫院	醫師甄訓及格	民國 39 年自行開業醫院，主治眼科，現任鄉農會理事，村長
陳○○（醫師）	賜安醫院	醫師甄訓及格	民國 39 年起自行開業醫院，主治內科，小兒科
黃○○（醫師）	紫雲醫院	醫師甄訓及格	民國 42 年 1 月起自行開業診所
大村鄉			
賴○○（醫學士）	長安醫院	日本醫科大學	曾任日本飯田病院小兒科主任醫師，回臺後任大村鄉衛生所主任，現自行開業醫院
黃○○（醫師）	回生醫院	東京都興亞醫學館	民國 37 年起自行開業醫院，主治內科，小兒科
黃○○（醫師）	愛生醫院	醫師甄訓及格	曾任江蘇高等法院徐州分院醫師兼徐州市地方法院醫師，回臺後在現住址開業醫院
埔鹽鄉			
施○（帝國女醫學士）	愛村醫院	日本帝國女子醫學專門學校	回臺後在現住址開業醫院
施○○（昭和醫學士）		昭和醫學專門校	曾在日本北里研究所細菌學服務 1 年，曾任埔鹽鄉衛生所主任
顏○（醫師）	民生醫院	醫師考試及格	自民國 34 年 10 月起自行開業醫院，民國 39 年 8 月任埔鹽鄉衛生所醫師，民國 42 年 4 月辭職後在現住址繼續開業醫院
蔡○（醫師）	中央醫院	醫師考試及格	昭和 19 年起自行開業診所，主治內科，小兒科
李○○（醫師）	保壽醫院	醫師甄訓及格	民國 40 年起自行開業醫院，主治內科，小兒科
林○○（醫師）	太平醫院	醫師甄訓及格	民國 39 年起自行開業醫院至今
埔心鄉			
張○○（醫師）	德安醫院	東京興亞醫學館	曾在省立臺中醫院內科醫師，埔心鄉衛生所醫師，現自行開業醫院，現任舊館國民學校校醫
許○○（醫師）	再枝醫院	醫師甄訓及格	曾任菲律賓日本第 103 海軍醫院醫員，民國 42 年起自行開業醫院

姓名	單位	學歷	簡歷
蔡○○（青島醫學士）	榮春醫院	青島醫學專門學校	曾在高雄縣小港鄉海昌村開業醫院數年，至民國 42 年 3 月遷於現址開業醫院
社頭鄉			
黃○（臺灣醫學士）	回生醫院	臺北醫學專門學校	大正 10 年（1921）9 月 1 日於現住址自行開業醫院至今
蕭○○（青島醫學士）	敏捷醫院	青島醫學專門學校	曾任彰化基督教醫院醫師，現自行開業
周○○（日本大學醫學士）	全生醫院	日本大學醫學部	昭和 14 年於現住址自行開業醫院至今
羅○○（醫師）	吉安醫院	東京都興亞醫學館	曾服務于日本橫濱生麥醫院，回臺後於民國 37 年自行開業醫院
劉○（醫師）	保生醫院	東京都興亞醫學館	曾任撫順天生醫院醫師，回臺後於民國 37 年於現住址自行開業醫院
傅○○（臺灣醫學士）	共愛醫院	臺北醫學專門學校	曾在員林鎮開設醫院，曾任員林鎮衛生所主任，嗣後在現住址自行開業醫院
張○○（醫師）	橘井醫院	醫師考試及格	在現住址自行開業醫院至今 10 餘年，主治內科，小兒科
二水鄉			
陳○（臺灣醫學士）	宏和醫院	臺北醫學專門學校	曾任原府立打狗病院醫師，嗣後自行開業醫院至今，曾任臺灣公醫，二水庄協議會員，戰後任二水鄉長，臺中縣參議員，鐵道部囑託醫，現任南投縣新街糧食生產合作社理事主席，八堡水利委員，鄉警民協會常務理事，現醫師公會監事
鄭○（臺灣醫學士）	英源醫院	臺灣醫專	曾任醫院醫師，任二水庄協議會員，產業組合長，戰後任鄉農業會長，鄉合作社理事主席，鄉警民協會理事，鄉調解委員，二水第一國民學校家長會長
鄭○○（醫學士）	英源醫院	臺灣大學醫學專門部	曾任省立臺中醫院醫師，然後回鄉協助父親之醫業執行醫務
林○○（岩手醫學士）	二水醫院	日本岩手醫學專門學校	曾任日本赤十字社臺北支部醫院醫員，新竹醫院內科醫師，現自行開業醫院
蔡○○（醫學士）	吉春醫院	臺灣大學附設醫專部	曾任省立臺東醫院醫師，二水鄉衛生所主任，現自行開業醫院
洪○○（九州高等醫學士）	永安醫院	日本九州高等醫學專門學校	曾任省立澎湖醫院外科主治醫師，回鄉後在現住址自行開業醫院
田尾鄉			
盧○○（醫師）	厚仁醫院	東京興亞醫學館	回臺後於現住址自行開業醫院，主治內科，小兒科
曾○○（醫師）	煥庭醫院	醫師考試及格	曾任日窒醫院寶橋分院院長，曾任臺東縣東河衛生所主任，民國 36 年起自行開業醫院，現任陸豐國校校醫
李○○（醫師）	彰德醫院	醫師甄訓及格	自昭和 9 年於本省及國內外行醫達 38 年，至今在現住址自行開業診所，主治內外科，婦產科
陳○○（醫師）	守仁醫院	醫師甄訓及格	民國 40 年起於現住址自行開業診所
錢○○（醫師）	主喜醫院	醫師甄訓及格	民國 39 年起於現住址自行開業診所，主治內科，小兒科
埤頭鄉			
傅○○（醫師）	螺青醫院	臺灣醫專	曾在嘉義醫院服務 4 年，嗣後自行開業醫院至今 40 餘年
傅○○（東京醫學士）	生民醫院	東京醫學專門學校	曾任東京都立城東病院醫師，回臺後於現住址自行開業醫院至今
林○○（醫學士）	嘉生醫院	日本京都府立醫科大學	曾任臺北鐵路醫院彰化分院院長，高雄鐵路醫院內科主任，現自行開業醫院

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

姓名	單位	學歷	簡歷
林○○（醫師）	仁壽醫院	醫師甄訓及格	民國 39 年起自行開業醫院至今
謝○○（醫師）	恆春醫院	醫師甄訓及格	民國 40 年起自行開業醫院至今
許○○（醫師）	平安堂診所	醫師考試及格	曾在廈門開設醫院，戰後任聯勤總醫院軍醫，現任鄉民代表會主席，鄉衛生委員會主任委員，校醫，國民學校家長會長，鄉農會監事
許○○（醫師）	永安堂醫院	醫師甄訓及格	民國 39 年起於現住址自行開業診所至今
芳苑鄉			
黃○○（平壤醫學士）	永村醫院	朝鮮平壤醫學專門學校	曾任日本赤十字社臺北支部醫院小兒科醫員，現任王功，漢寶等國民學校校醫，鄉農會監事，蟬聯當選首屆，第 2 屆彰化縣議員
葉○○（醫師）	大保安醫院	醫師甄訓及格	曾在原府立臺中醫院眼科服務，民國 39 年 7 月於現住址自行開業醫院，主治內科，小兒科，眼科
翁○○（岩手醫學士）	大岳醫院	日本岩手醫學專門學校	曾任省立新竹醫院院長，現自行開業醫院
洪○○（醫學士）	仁治醫院	滿州醫科大學	曾任滿州醫大附屬醫院助手兼醫員，回臺後曾任原府立臺中病院醫員，嗣後在現住址自行開業醫院至今
詹○○（東京醫學士）	復生醫院	東京醫學專門學校	回臺後在現住址自行開業醫院至今，主治內科，小兒科
周○○（醫師）	救安醫院	醫師甄訓及格	民國 40 年起在二林鎮開業醫院，民國 42 年遷於現址開業
大城鄉			
許○○（九州醫學士）	遠德醫院	日本九州高等醫學專門學校	曾在九州醫專小兒科助手兼醫員，省立臺中醫院小兒科醫師，彰化基督教醫院醫師，現自設醫院，曾任臺灣公醫，大城鄉衛生所主任，鄉農會主席，鄉調解委員會主席
許○○（日本大學醫學士）	萬育醫院	日本大學醫學科	曾在日本大學附屬病院服務，回臺後自行開業醫院，曾任芳苑鄉衛生所主任
溪州鄉			
劉○○（東京醫學士）	溪州醫院	日本昭和醫學專門學校	曾任昭和醫專附屬病院外科教室助手，回臺後於現住址自行開業醫院至今，溪州鄉農會理事，鄉民代表會主席，北斗鎮水利委員
鄭○○（昭和醫學士）	姬友小兒科眼科醫院	日本昭和醫學專門學校	曾任日本橫濱鶴見病院小兒科主任，回臺後於現住址自行開業醫院至今
黃○○（醫師）	黃小兒科內科醫院	醫師考試及格	曾任臺灣糖業公醫，溪州糖廠醫務室醫師，現自行開業醫院
曾○○（主任）	溪州糖廠醫務室	上海東南醫學院	曾任衛生院長，省立醫院院長，醫防總隊長，軍政部兵站醫院院長，溪州糖廠醫務室主任
李○○（女醫學士）	溪州糖廠醫務室	上海東南醫學院	曾任南京市醫院醫師，廣西省醫院小兒科主任，湖南省醫防總隊醫務主任，溪州糖廠醫務室醫師
王○○（女醫學士）	溪州糖廠醫務室	私立遼寧醫學院	曾任遼寧醫學院附屬醫院醫師，善後救濟總署第三醫防大隊第六防疫醫院醫師，瀋陽市立醫院醫師，陸軍訓練司令部女青年大隊正軍醫，溪州糖廠醫務室醫師

資料來源：吳銅編，《臺灣醫師名鑑》（臺中：臺灣醫藥新聞社，1954 年），頁 116~147。

表 2-2-8 彰化縣各鄉鎮市醫事人員執業人數

單位：人

鄉鎮別	醫師			中醫師			牙醫師		
	民國 83 年	民國 89 年	民國 99 年	民國 83 年	民國 89 年	民國 99 年	民國 83 年	民國 89 年	民國 99 年
彰化市	512	731	939	58	83	93	122	166	202
鹿港鎮	30	66	177	6	10	24	14	22	38
和美鎮	22	41	58	7	12	27	9	15	26
線西鄉	2	3	2	2	1	1	—	1	1
伸港鄉	6	14	11	2	2	4	1	6	7
福興鄉	3	4	5	6	3	7	3	3	3
秀水鄉	10	9	17	2	5	5	5	6	13
花壇鄉	14	12	16	2	7	7	4	7	10
芬園鄉	5	8	6	3	4	3	2	4	5
員林鎮	134	161	208	42	55	63	44	56	77
溪湖鎮	34	41	46	7	8	11	15	14	18
田中鎮	24	24	33	5	7	11	9	10	10
大村鄉	4	6	7	4	3	3	2	4	8
埔鹽鄉	6	6	4	1	2	1	1	2	2
埔心鄉	10	8	77	2	4	9	2	3	6
永靖鄉	8	14	11	6	5	8	4	10	6
社頭鄉	14	13	14	3	4	5	5	7	8
二水鄉	10	4	6	1	1	1	1	1	2
北斗鎮	36	35	41	4	7	14	6	13	10
二林鎮	41	49	72	4	12	16	11	15	14
田尾鄉	6	7	5	5	2	2	—	1	1
埤頭鄉	11	7	10	2	2	3	2	2	3
芳苑鄉	6	5	6	1	1	1	1	—	1
大城鄉	5	4	5	1	1	-	1	1	1
竹塘鄉	6	4	5	1	1	1	1	1	1
溪州鄉	8	6	7	5	5	3	3	3	2

資料來源：整理自彰化縣政府主計室編印，《彰化縣統計要覽》（民國 83、89、99 年），衛生統計部分。
說　　明：「—」表示缺資料。1994 年以前無各鄉鎮護理師及護士的統計紀錄。

縣政府
CHANGHUA
COUNTY GOVERNMENT

第三節 藥事管理與食品管理

藥政與食品業務管理係本縣醫療衛生業務之一環。民國 39 年（1950）藥事管理歸屬第三課管轄。民國 50 年為配合實際業務需要，衛生局下設第四課，藥品、化粧品、醫療器材等業務，後因食品衛生工作日趨重要，於民國 74 年 1 月，增加第七課管理食品衛生。民國 89 年依據「彰化縣政府組織自治條例」第十一條之規定，調整本局組織，藥品、化粧品、醫療器材及醫事機構管理業務歸屬藥政課。民國 97 年 6 月 25 日修正「彰化縣衛生局組織規程」，並自民國 97 年 1 月 23 日施行，藥政業務歸屬藥政暨物質濫用防制科管轄。本縣的藥事管理主要依據中央政府頒訂之「臺灣省管理藥商辦法」、「藥物藥商管理法」以及「藥物藥商管理法施行細則」辦理，前揭規定於民國 82 年 2 月 5 日修正公布為「藥事法」，民國 83 年 9 月 21 日修正發布為「藥事法施行細則」。中藥商部分，依規定與民國 81 年列冊管理中藥商，目前本縣約有 700 多位中藥業者取得中藥商證照。[26]戰後初期，原有藥品販賣業者，計有西藥商、西藥種商、中藥商、中藥種商、藥品零售商、成藥調製商及成藥攤販等 7 類，其中除西藥商、中藥商及成藥攤販，尚能符合「藥商管理規則」之規定外，餘均缺乏法令為管理之依據，臺灣省政府為解決此項既成事實之特殊情況，於民國 36 年 8 月 2 日公布「臺灣省管理藥商辦法」，將西藥種商、中藥種商、藥品零售商及成藥調製商等納入管理，作為權宜之計，臺灣省又於民國 39 年間，交由各縣市分別辦理熟諳中藥人員測驗，合格者准其為「臨時中藥商」，經營中藥販賣，並舉辦短期西藥訓練班，受訓結業者准其為「臨時西藥種商」，經營西藥販賣，因此藥品販賣業者一下子暴增至 9 類之多。[27] 藥商統計參見表 2-3-1、2-3-2、2-3-3。

民國 84 年開始實施「全民健康保險」以及持續推動的醫藥分業的政策，在藥局開執業的藥師擁有藥品的調劑與販售權，致使大量連鎖藥局加入市場競爭，因應民眾生活及市場需求，近年來，藥粧店與醫療器材販賣業也紛紛增設，至民國 104 年為止，共有 2,896 家開業藥商。現今藥事管理業務包含藥物（藥品及醫療器材）、藥商、化粧品衛生及廣告管理；中西藥廠、化粧品、醫療器材工廠管理；管制藥品管理；推動醫藥分業。在藥政管理方面，自行監控查處藥物、化粧品標示違規廣告，查獲 148 件違規案件，加強辦理領有管制藥品登記證之機構業者，管制藥品管理稽核及輔導，辦理社區居家藥事照護服務，及正確用藥暨藥物濫用防制宣導講座。

26. 吳成偉編著，《彰化縣公共衛生史行政篇》，頁 82~85。
27. 范佐勳編，《臺灣藥學史》（臺北：鄭氏藥學文教基金會，1991），頁 23。

食品衛生管理工作在日治時期原屬警察單位管理，戰後移交衛生行政機關，附屬與藥政單位辦理。民國 68 年發生多氯聯苯中毒事件，又交由環境衛生單位接辦。民國 74 年將食品衛生管理與國民營養改善業務合併於同一單位，因而成立衛生局第七課。本縣的食品衛生管理業務如下：食品衛生稽查、抽驗、取驗、輔導；屠宰場衛生檢查；辦理食品衛生教育；辦理優良餐飲業者選拔；辦理國民營養觀摩會；協助上級政府辦理各項國民營養相關計畫。近十餘年來，為保障縣民用餐安全，積極推動餐盒業者 HACCP（Hazard Analysis and Critical Control Point, 危害分析重要管制點）的食品安全管制認證制度。同時為增進縣民健康，多次舉辦體重控制班，以降低民眾罹患慢性疾病之風險。[28]

食品業者在全縣高達 11,000 多家，並不適合逐一進行稽查與輔導，亦不具實質之效益。為落實源頭管理，著手建立食品業者衛生自主管理，及自製產品品質衛生監控之能力，至民國 100 年度為止，加強食品及營業衛生之稽查輔導達 6,331 家次，執行食品（含泳、浴池水）抽驗達 1,985 件，食品違規標示及廣告查緝 302 件。[29]

食品安全業務繁雜，掌管相關業務人力有限，一旦業者從事不法行為極易造成民眾健康傷害，本縣過去發生重大食安事件以油品問題最受注目。發生在民國 68 年，米糠油遭受多氯聯苯污染而產生的油症事件，不但是當年震驚臺灣的重大事件，也是重要的公共衛生教材與研究課題，事件經過如下：

民國 68 年 4 月初，臺中以照護教育盲人知名的惠明學校，師生開始出現皮膚變黑、冒痘甚至排出分泌物的症狀。該年 6 月上旬臺灣省衛生處接獲惠明學校的通報，6 月中旬又獲悉彰化縣學童發生類似青春痘的皮膚怪病。[30] 根據當年中國時報記者楊憲宏的採訪報導，以及主婦聯盟陳惠譽的描述，剛開始醫師鑑定惠明學校的盲童為一般皮膚病，後來醫師懷疑有食物中毒的可能，惠明學校的陳淑靜校長立刻呈報衛生單位，請求協助調查，並且撤換所有的常用食材。在對照相似病況的工廠與自家食材清單，發現共同採買米糠油的供應廠商豐香油行，及其上游彰化縣溪湖鎮的彰化油脂工廠，是可能的污染源。[31]

28. 吳成偉編著，《彰化縣公共衛生史行政篇》，頁 106~117。
29. 行政院衛生署，《中華民國公共衛生概況》（臺北：行政院衛生署，1993 年），頁 86~96；彰化縣衛生局，《彰化縣衛生局 100 年度施政績效報告》（彰化：彰化縣衛生局，2011 年），頁 15~16。
30. 〈食油中毒追查責任衛生處長努力自辯〉，《聯合報》，1980 年 1 月 10 日，第 3 版。
31. 張淑卿，〈逐漸被遺忘的悲劇：多氯聯苯中毒事件〉，《科學發展》430（2008 年 10 月），頁 82~84。

同年 6 月，興發工業公司與慶陽紡織公司也受到類似怪病的侵襲，其中興發公司 1 位女性員工甚至因此產下全身漆黑的嬰兒。然而無論是農業、汞或是其他重金屬和細菌檢驗都無所獲，臺中市衛生局技士顧祺珍查對國內外中毒資料，發現 11 年前日本的油症與惠明學校的情況極為類似，以此展開調查，幾次調查發現惠明學校附近的農家並未有此症狀，逐步排除飲用水污染等等，將目標漸漸鎖定在 PCBs（polychlorinated biphenyls，多氯聯苯）中毒上，到了 10 月日本公害專家大井玄證實檢體中含有超過危險值的 PCBs（百萬分之 5 被界定對人體有危險），其中 1 份檢體 PCBs 的濃度達百萬分之 65，另 1 份更高達百萬分之 108，確認怪病的發生是 PCBs 中毒。

豐香油行是油品經銷商，向彰化油脂公司批發米糠油販售。當事件爆發時，彰化油脂公司的負責人陳存頂與豐香油行的負責人劉坤光，雖然分別宣稱與污染無關，最後還是以食品衛生管理法移送彰化地方法院。幾番波折之後，因彰化油脂工廠自家員工及廠址土壤檢驗都證明 PCBs 污染的事實，豐香油行則在意識到油品可能有問題時並沒有及時下架，與彰化油脂的經理分別被判處 10 年徒刑。

葛應欽於民國 70 年發表的多氯聯苯中毒之流行病學研究，在當時的 1,451 名受害者中，臺中縣有 950 名，彰化縣 475 名，苗栗及新竹縣 26 名；女性佔所有受害者的 52.2%，高於男性。至於年齡的分布，以 10 至 19 歲的受害者人數最多，超過 450 人。[32]

政府部門為因應此一事件，除了於民國 70 年委託東海大學環科中心，檢測部分受害者身上的 PCBs 含量外，也有不少醫療補助的政策。民國 68 年衛生署擬定「多氯聯苯中毒病患治療原則」，提供免費醫療，另委託臺大醫院負責惠明盲校師生的治療。榮民總醫院則以巡迴的方式前往當地地區；隔年臺中榮總開設多氯聯苯特別門診；民國 71 年核發「油症患者就診手冊」；民國 72 年委託中國醫藥學院辦理「多氯聯苯中毒患者針灸暨中藥醫療照顧計畫」，並設置彰化縣鹿港鎮衛生所、福興鄉民眾活動中心、臺中縣神岡鄉衛生所、苗栗縣南庄鄉獅頭山 4 個醫療站，提供免費醫療，不過在省政府特別編列的 500 萬經費用盡後，中國醫藥學院的油症患者醫療計畫也跟著中斷。根據「臺灣省油症醫療照護計畫實施要點」，從民國 81 年 7 月起，油症受害者可持油症患者就診手冊，至全省各省立醫院、苗栗縣獅頭山勸化堂、臺中縣神岡鄉衛生所、彰化縣鹿港鎮衛生所、福興鄉活動中心等地點接受免費中西醫治療。此外，油症患者由各縣市衛生局及衛生所列管，每位患者每季最少訪視 1 次，對行動不便或有需要之病患，各衛生局每月均排定時間，按時接送病患至省立醫院或油症醫療站接受治療。

32. 葛應欽，〈多氯聯苯中毒之流行病學研究〉，《臺灣醫學會雜誌》80：4（1981 年 4 月），頁 406~417。

民國 84 年 3 月 1 日全民健康保險開辦之後，6 月 10 日認定油症為慢性病，民國 86 年 3 月起，油症患者持就診手冊就診可免除門診部費負擔，民國 89 年 2 月 4 處醫療站停診。民國 90 年衛生署疾病管制局辦理換發「油症患者就診卡」替代前省衛生處印製之「就診手冊」；為落實油症患者健康照護服務政策，衛生署於民國 100 年函頒「多氯聯苯中毒患者健康照護服務實施要點」，明訂油症中毒患者健康照護服務內容及健康管理事項等，[33] 並新增第一代中毒者住院（不分科別）之部分負擔費用；為使中毒者就醫方便，除原有之就診卡註記外，並於健保 IC 卡註記其身分，醫療院所可經由該項註記，予以減免負擔；另辦理多場衛教宣傳及民眾溝通會議。[34]

民國 102 年本縣破獲重大油品事件。該年 10 月 16 日，衛生局與彰化地檢署查獲大統生產的橄欖油、花生油等 8 大類油品等，都是用低價沙拉油添加低成本葵花油（從葵花籽中提取）及棉籽油（棉花籽提取）混充，加上香精調味和有致癌風險的銅葉綠素調色，經查扣膏狀不明添加物，業者辯稱是葉綠素，卻提不出證明。彰化地檢署與彰化縣政府衛生局食品衛生科認為大統長基恐觸犯「食品衛生管理法」、「刑法」詐欺罪以及摻偽罪（可處 3 年徒刑），要求大統市售產品全面下架。[35]

同年 10 月 16 日，該公司負責人高振利因「大統長基特級橄欖油」遭檢舉成分不純於以 100 萬元交保。10 月 17 日公司負責人出面向消費者致歉，辯稱是管線污染才造成品質不純，還指銅葉綠素是健康食品。10 月 18 日再次查獲大統辣椒油沒辣椒成分，是用沙拉油添加香精和色素調製而成，該公司等於逾 9 成產品是黑心油。彰化縣衛生局勒令該公司立即停工，並依「食品衛生管理法」重罰 2,820 萬元，創國內單一食品廠遭罰最高金額紀錄。[36]10 月 25 日，彰化地檢署起訴大統長基公司，依違反「食品衛生管理法」及涉及「刑法」詐欺取財等罪嫌，起訴董事長高振利，彰化縣政府則在隔日開出 18 億 5,000 萬元的行政裁處書。[37]10 月 28 日，彰化縣府財政局追查大統關係企業大聯製酒廠產品，旗下 11 個品項都以食用酒精配製，標示不實開罰新臺幣 550 萬元，並要求下架

33. 臺灣公共衛生學會編，《臺灣公衛百年記事》（臺北：行政院衛生署，2011 年），頁 59~68。
34. 〈更有保障——「多氯聯苯中毒患者健康照護服務實施要點」研議立法為「多氯聯苯中毒者健康照護服務條例」（草案）〉，衛生局提供資料。
35. 吳哲豪，〈橄欖油疑不純　扣千瓶大統油品〉，《中央社》，http://www.cna.com.tw/News/FirstNews/201310160054-1.aspx，2016/2/2；未著撰者，〈大統橄欖油出包！摻銅葉綠素染色劑〉，《鉅亨網》，http://life.cnyes.com/Content/20131017/KHAVM6C47SPVC.shtml，2016/2/2。
36. 陳詩璧，〈辣椒油沒辣椒大統遭重罰 2820 萬〉，《蘋果日報》，http://www.appledaily.com.tw/realtimenews/article/life/20131018/277368/，2016/2/2。
37. 吳為恭、歐素美、陳彥廷、林嘉琪，〈罰大統 18.5 億　賠償用〉，《自由時報》，http://news.ltn.com.tw/news/focus/paper/726842，2016/2/2。

回收。[38]11 月 1 日，大統長基公司以帳戶現金 1,230 萬元及 12 筆土地市價約 10 多億元提出賠償計畫，彰化縣府進一步展開監管及解凍作業。[39] 直到民國 103 年 7 月 24 日，智慧財產法院判決：高振利觸犯「中華民國刑法」中「商品虛偽標示罪」、「詐欺取財罪」等罪，同時違反「食品衛生管理法」，應合併執行有期徒刑 12 年；另外，大統應繳納罰金新臺幣 3,800 萬元定讞。[40]

企業原本應該秉持著「取之於社會，用之於社會」的理念，應向社會大眾盡到一定的義務及責任，但大統長基在事件過程中，完全以企業本身的利益為出發點。雖然企業成立基本的目的就是為了追求最大的利益為考量，但是在追求取得較佳的收益外，同時也必須考慮到是否有盡到社會責任。維持衛生安全不只是政府的責任，社會大眾則扮演了最重要的角色，其中包含社會輿論、媒體等，透過全民一起監督，在混油事件發生後，民眾開始注意到不再是金錢，而是選擇安心及健康的產品，透過社會輿論對於企業有一定的影響力，畢竟企業需要營運，也希望達到最大的收益，因此希望消費者能夠買單，透過社會輿論可以讓企業了解消費者的需求，也取得消費者與企業之間的平衡。[41]

民國 101 年度衛生局監控藥物、化粧品違規廣告，查獲 117 件違規案件，加強辦理管制藥品機構業者管制藥品管理稽核及輔導 613 家次，辦理社區居家藥事照護服務及用藥安全宣導達 56 場次。在食品安全管理加強落實源頭管理，著手建立食品業者衛生自主管理及自製產品品質衛生監控之能力，本年度在加強食品及營業衛生之稽查輔導達 6,433 家次，執行食品（含泳、浴池水）抽驗達 2,117 件，食品違規標示及廣告查緝 312 件。另為加強民眾對食品安全認知，衛生局持續製發食品中過氧化氫簡易檢查試劑包 5,000 份，及皂黃色素簡易檢查試劑包 2,000 份共 7,000 份，辦理記者會發布新聞宣導與免費供民眾索取自行檢測，杜絕非法添加物，保障食品安全。又因應瘦肉精風暴，火速詢洽廠商購取「萊克多巴胺快速檢測試劑」套組 800 份，衛生局組成跨科聯手出擊，除發動掃黑緝毒之攻勢，也加強輔導食品業者衛生自主管理及肉品品質衛生監控之能力，掌控關卡，迅速恢復民眾安全的食品市場，以維護縣民食的安全。[42]

38. 陳淑芬，〈大聯酒品不實　開罰 550 萬元〉，《中央社》，http://www.cna.com.tw/News/FirstNews/201310280011-1.aspx，2016/2/2。
39. 陳淑芬，〈大統提賠償　現金土地 10 多億〉，《中央社》，網址：http://www.cna.com.tw/news/firstnews/201311010055-1.aspx, 取得日期：2016/2/2。
40. 未著撰者，〈大統黑心油案二審判高振利 12 年定讞〉，《ETtoday 社會新聞》，http://www.ettoday.net/news/20140724/381669.htm，2016/02/02。
41. 邱莉晏，〈從企業的危機處理來看企業的社會責任——以食用油為例〉（臺南：南臺科技大學國際企業所，2015），頁 73~74。
42. 彰化縣衛生局，〈彰化縣衛生局 101 年度施政績效報告〉，頁 17~18，http://www.chshb.gov.tw/performance/?parent_id=1220&top=165m，2016/01/05

表 2-3-1 藥商家數（1957-2012）

單位：家

民國	西藥商	中藥商	西藥種商	中藥種商	臨時西藥種商	臨時中藥種商	成藥調製商	成藥零售商	成藥攤販商	合計
46	85	38	22	89	54	410	18	163	474	1,353
47	103	40	21	88	54	438	18	162	474	1,398
48	108	47	22	87	56	473	18	162	474	1,447
49	122	56	21	86	55	533	18	162	494	1,547
50	131	58	21	86	55	557	18	162	473	1,561
51	147	57	21	86	55	570	18	162	319	1,435
52	147	60	21	86	55	589	18	161	319	1,456
53	137	49	22	77	57	602	8	161	321	1,434
54	145	51	22	77	57	613	7	158	321	1,451
55	159	50	21	76	57	652	7	156	321	1,499
56	173	50	20	75	57	607	7	154	321	1,464
57	188	50	20	75	57	705	6	153	321	1,575
58	188	50	20	75	57	705	6	153	321	1,575
59	101	21	20	75	57	705	—	153	321	1,453
60	120	24	10	34	58	711	—	134	321	1,412
61	138	20	10	34	57	710	—	132	321	1,422
62	164	20	10	33	56	706	—	128	321	1,438

資料來源：整理自彰化縣政府主計室編印，《彰化縣統計年鑑》《彰化縣統計要覽》（民國 46-101 年），衛生統計部份。
說　　明：「—」表示缺資料。藥商係指藥品、醫療器材販賣業者或製造業者，依其營業內容區分不同類別之藥商。

表 2-3-2 藥商家數（1957-2012）（續 1）

單位：家

民國	西藥商		中藥商		醫療器材		西藥種商	成藥零售商	成藥攤販商	明膠及硬質膠囊製造業	環境衛生殺蟲劑製造業	合計
	販賣業	製造業	販賣業	製造業	販賣業	製造業						
63	182	49	609	20	1	1	53	287	265	2	3	1,472
64	282	49	606	20	16	2	52	283	264	2	3	1,579
65	343	49	597	20	26	2	51	279	259	2	3	1,631
66	343	49	545	16	26	1	48	257	234	1	—	1,520
67	403	49	526	16	29	1	45	—	231	1	—	1,301
68	481	49	525	16	31	—	54	—	221	1	—	1,378
69	754	48	517	16	30	1	43	—	226	1	—	1,636
70	659	46	511	14	32	1	43	—	224	1	—	1,531
71	694	46	505	14	34	1	43	—	222	—	—	1,559
72	774	39	500	14	38	6	43	—	221	—	—	1,635
73	816	39	500	14	43	6	43	—	219	—	—	1,680
74	849	39	495	12	47	6	43	—	217	—	—	1,708
75	823	46	480	34	52	10	39	—	206	—	—	1,690
76	777	44	486	33	66	11	31	—	—	—	—	1,448
77	771	43	504	33	78	11	30	—	—	—	—	1,470
78	775	41	514	37	85	11	28	—	—	4	—	1,495
79	762	30	481	36	94	12	25	—	—	—	—	1,440
80	758	22	477	37	102	12	25	—	—	—	—	1,433
81	761	21	476	33	112	12	23	–	–	–	–	1,438

資料來源：整理自彰化縣政府主計室編印，《彰化縣統計要覽》（民國 46-101 年），衛生統計部份。
說　　明：「—」表示缺資料。

表 2-3-3 藥商家數（1957-2012）（續 2）

單位：家

民國	藥局	西藥商		中藥商		醫療器材商		總計
		販賣業	製造業	販賣業	製造業	販賣業	製造業	
82	4	766	21	526	31	126	13	1,487
83	51	732	20	589	32	148	14	1,586
84	184	706	20	616	32	168	14	1,740
85	278	519	19	622	32	228	15	1,713
86	313	473	19	610	32	250	21	1,718
87	297	428	20	619	32	270	21	1,687
88	327	391	20	708	19	300	19	1,784
89	314	385	20	708	19	300	19	1,765
90	330	383	20	989	18	304	19	2,063
91	353	382	19	1030	17	346	18	2,165
92	390	567	18	887	0	428	23	2,313
93	397	572	17	890	0	502	29	2,407
94	413	584	17	901	0	686	34	2,635
95	394	585	17	908	0	806	44	2,754
96	407	544	17	926	1	915	43	2,853
97	399	513	17	919	1	986	52	2,887
98	420	289	31	876	4	1066	61	2,747
99	423	276	30	829	5	1108	66	2,737
100	433	260	32	829	5	1250	77	2,886
101	422	238	32	807	5	1,264	89	2,857

資料來源：整理自彰化縣政府主計室編印，《彰化縣統計要覽》（民國 46-101 年），衛生統計部份。
說　　明：「—」表示缺資料。

縣政府
CHANGHUA
COUNTY GOVERNMENT

第三章 防疫工作

傳染病的型態與社會經濟、公共衛生發展有密切關係。世界各國依傳染病之流行狀況，訂定相關法令，以收防治之效。近五十年來，因交通便利，人與人之接觸更為密切，加以來臺觀光客數量增加，有關各種急、慢性疾病防治工作，如霍亂、天花、寄生蟲等防治工作，本縣衛生局均採隨時嚴密監視的方式。若有疾病發生，立刻予以消滅。本章以近三十年來本縣法定傳染病防治重點，如小兒麻痺症、結核病、腸病毒、登革熱、性病與愛滋病為討論中心。

第一節 預防注射

本縣對法定傳染病的防治均以中央相關之規範為準則，訂有周詳之計劃或應急措施。明治 29 年（1896），臺灣總督府公布霍亂、痢疾、傷寒副傷寒、天花、斑疹傷寒、猩紅熱、白喉、鼠疫等八大法定傳染病，其中防治最為成功者為鼠疫、霍亂、天花、傷寒副傷寒、痢疾、白喉、猩紅熱則有散發型病例。大正 7 年（1918）與昭和 11 年（1936），分別增列流行性腦脊髓膜炎及日本腦炎（流行性腦炎）為法定傳染病。故日治時期共有 10 種須通報的法定傳染病。[1]

民國 38 年（1949）中央政府來臺後，依「傳染病防治條例」之規定，法定傳染病包含霍亂、桿菌性及阿米巴痢疾、傷寒副傷寒、天花、流行性腦脊髓膜炎、白喉、猩紅熱、鼠疫、斑疹傷寒及回歸熱 10 種。民國 41 年增列狂犬病。條列規定凡各醫療院所發現上述病患，需依規定向政府相關機關通報。[2] 根據《彰化縣統計要覽》顯示，自民國 70 年代以後，黃熱病、鼠疫、霍亂、天花、白喉、百日咳、破傷風、狂犬病、猩紅熱、斑疹

1. 加藤卯吉，《傳染病預防法釋義》（臺北：盛文社，1934 年），頁 14~15。
2. 蔡淑芬、趙秀琳、吳聰能，〈臺灣地區法定及報告傳染病監測系統之沿革〉，《公共衛生》22：4（1996 年），頁 275~276。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

傷寒、回歸熱、恙蟲病、痢疾、傷寒、瘧疾等傳統法定傳染病在本縣的發生病例，幾乎為零；即使有病例出現，亦屬零星案例，且均在衛生單位的控制之中。唯小兒麻痺症曾在民國 71 年出現全臺性大流行，本縣亦有病例出現。[3]

隨著社會經濟的發展、交通方式與人與人互動方式的改變，近三十年來出現許多新興的傳染病，如愛滋病、SARS。此外，原已受到控制的結核病，又再度流行，成為罹患人數最多的傳染病。因應新興傳染疾病的威脅，衛生署於民國 88 年增列多項法定傳染病與應報告傳染病的項目，包括愛滋病、SARS、結核病、腸病毒、登革熱、水痘、腮腺炎、梅毒、淋病等。同時於該年年中成立疾病管制局。為了進一步規範疫情發布權的歸屬，新修訂的「傳染病防治法」規定，醫師發現特殊疫情的時候，必須先向衛生主管單位報告，之後才能夠對外發表聲明。新的傳染病防治法也將原先不在法條內的許多傳染病，增列為必須報告的法定傳染病，其中包括腸病毒併發重症、流感病毒感染等。[4]

對抗傳染病最有效之方法為預防注射，茲將本縣法定傳染病流行狀況與預防注射成果，呈現於表 3-1-1 至表 3-1-20。

表 3-1-1 彰化縣法定傳染病患者及死亡人數（1992-2012）

單位：人

年別	總計		霍亂		桿菌性痢疾		阿米巴性痢疾		傷寒副傷寒		流行性腦脊髓膜炎		白喉	
	患者	死者	患者	死者	患者	死者	患者	死者	患者	死者	患者	死者	患者	死者
81	13	1	—	—	1	—	1	—	7	—	—	—	—	—
82	12	—	—	—	—	—	1	—	11	—	—	—	—	—
83	11	2	—	—	1	—	2	—	1	—	—	—	—	—
84	6	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—
85	12	3	—	—	—	—	1	—	—	—	3	—	—	—
86	7	2	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—
87	11	2	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—

資料來源：行政院衛生署統計室，整理自《歷年中華民國衛生統計》。

3. 彰化縣政府編印，《彰化縣統計要覽（民國 60 年至民國 99 年）》（彰化：彰化縣政府，1972 年至 2011 年），衛生統計部份。
4. 詹長權，《臺灣全志社會志衛生與健康篇》（南投：國史館臺灣文獻館，2006 年），頁 102~104。

表 3-1-2 彰化縣法定傳染病患者及死亡人數（1992-2012）（續 1）

單位：人

年別	鼠疫		猩紅熱		班疹傷寒		回歸熱		狂犬病		黃熱病		後天免疫缺乏症候群	
	患者	死者	患者	死者	患者	死者	患者	死者	患者	死者	患者	死者	患者	死者
81	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	1
82	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
83	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
84	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
85	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	3
86	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2
87	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	2

資料來源：行政院衛生署統計室，整理自《歷年中華民國衛生統計》。

表 3-1-3 彰化縣法定傳染病患者數（1999-2012）

單位：人

年別	第一類													
	霍亂		鼠疫		黃熱病		狂犬病		伊波拉病毒出血熱		嚴重急性呼吸道症候群		炭疽病	
	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定
88	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
89	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
90	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
91	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

資料來源：行政院衛生署統計室，整理自《歷年中華民國衛生統計》。

說　　明：第一類、第二類傳染病，醫師或法醫師應於 24 小時內完成通報，第三類傳染病應於一週內完成，必要時，中央主管機關得調整之；第四類、第五類傳染病之報告，依中央主管機關公告之期限及規定方式為之。

表 3-1-4 彰化縣法定傳染病患者數（1999-2012）（續 1）

單位：人

年別	第二類													
	流行性班疹傷寒		白喉		流行性腦脊髓膜炎		傷寒		副傷寒		小兒麻痺症		急性無力肢體麻痺	
	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定
88	—	—	—	—	1	1	5	—	—	—	—	—	1	1
89	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—	3	1
90	—	—	—	—	3	3	1	—	1	—	—	—	1	—
91	—	—	—	—	5	3	7	6	1	1	—	—	2	2

資料來源：行政院衛生署統計室，整理自《歷年中華民國衛生統計》。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

表 3-1-5 彰化縣法定傳染病患者數（1999-2012）（續 2）

單位：人

年別	第二類															
	桿菌性痢疾		痢疾阿米巴性		併發重症腸病毒感染		登革熱		麻疹		瘧疾		肺症候群漢他病毒		出血熱漢他病毒	
	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定
88	1	—	1	1	7	—	45	2	2	2	2	2	—	—	—	—
89	2	—	8	8	32	27	51	2	1	—	3	3	—	—	—	—
90	1	—	4	3	32	22	56	7	1	—	3	3	—	—	—	—
91	38	25	76	60	33	24	69	5	1	—	1	1	—	—	—	—

資料來源：行政院衛生署統計室，整理自《歷年中華民國衛生統計》。

表 3-1-6 彰化縣法定傳染病患者數（1999-2012）（續 3）

單位：人

年別	第二類 Type 2		第三類													
	腸性菌感染症	腸道大出血桿	肺結核開放性	肺結核非開放性	腦膜炎結核性		其他結核病		日本腦炎		癩病		德國麻疹	
	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定
88	—	—	661	484	314	291	10	10	193	185	17	1	—	—	1	—
90	—	—	692	588	384	240	8	7	130	114	16	3	—	—	2	—
91	1	—	807	727	885	347	13	3	212	131	17	2	1	1	—	—

資料來源：行政院衛生署統計室，整理自《歷年中華民國衛生統計》。

表 3-1-7 彰化縣法定傳染病患者數（1999-2012）（續 4）

單位：人

年別	第三類															
	百日咳		猩紅熱		破傷風		恙蟲病		急性病毒性肝炎							
									A 型		B 型		C 型		D 型	
	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定
88	14	4	7	5	2	—	67	4	3	2	33	29	3	—	—	—
90	5	—	27	22	—	—	55	1	2	1	14	14	5	2	—	—
91	10	—	35	32	4	—	77	6	3	3	29	29	3	3	—	—

資料來源：行政院衛生署統計室，整理自《歷年中華民國衛生統計》。

表 3-1-8 彰化縣法定傳染病患者數（1999-2012）（續 5）

單位：人

年別	第三類															
	急性病毒性肝炎				腮腺炎		水痘		退伍軍人症		侵襲性 B 型嗜血		梅毒		淋病	
	E 型		未定型													
	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定
88	—	—	1	—	—	—	4	—	80	—	9	4	57	57	1	1
90	—	—	—	—	1	—	16	—	26	1	13	3	137	137	8	8
91	—	—	—	—	2	—	65	—	19	—	10	—	130	130	10	10

資料來源：行政院衛生署統計室，整理自《歷年中華民國衛生統計》。

表 3-1-9 彰化縣法定傳染病患者數（1999-2012）（續 6）

單位：人

年別	第三類						第四類					
	流行性感冒重症		登革熱出血熱／登革熱休克症候群		先天性德國麻疹症候群		後天免疫缺乏症候群		後天免疫缺乏症候群		肉毒桿菌中毒	
	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定
88	—	—	—	—	—	—	10	10	1	1	—	—
90	—	—	—	—	—	—	21	21	5	5	1	—
91	—	—	—	—	—	—	23	23	4	4	1	—

資料來源：行政院衛生署統計室，整理自《歷年中華民國衛生統計》。

表 3-1-10 彰化縣法定傳染病患者數（1999-2012）（續 7）

單位：人

年別	第一類																第二類													
	霍亂		鼠疫		黃熱病		狂犬病		毒出血熱伊波拉病		吸道症候群嚴重急性呼		炭疽病		疹傷寒流行性斑		白喉		脊髓膜炎流行性腦		傷寒		副傷寒		小兒麻痺症		肢體麻痺急性無力	
	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定
92	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	67	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	3	3	—	—	1	—
93	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	5	1	—	2	1	—	—	2	2
94	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	—	—	—	—	2	2
95	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	6	1	2	—	—	—	3	3

資料來源：行政院衛生署統計室，整理自《歷年中華民國衛生統計》。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

表 3-1-11 彰化縣法定傳染病患者數（1999-2012）（續 8）

單位：人

年別	第二類															
	桿菌性痢疾		阿米巴性痢疾		腸病毒感染併發重症		登革熱		麻疹		瘧疾		漢他病毒肺症候群		漢他病毒出血熱	
	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定
92	5	4	14	9	26	20	33	2	1	—	1	1	—	—	—	—
93	3	2	10	2	7	4	31	3	—	—	—	—	—	—	—	—
94	1	1	10	1	23	15	20	6	—	—	—	—	—	—	—	—
95	1	1	11	3	2	—	21	4	3	1	1	1	—	—	—	—

資料來源：行政院衛生署統計室，整理自《歷年中華民國衛生統計》。

表 3-1-12 彰化縣法定傳染病患者數（1999-2012）（續 9）

單位：人

年別	第二類		第三類											
	腸道出血性大腸桿菌感染症		開放性肺結核		其他結核病		日本腦炎		癩病		德國麻疹		百日咳	
	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定
92	2	—	633	574	831	340	20	3	—	—	—	—	6	1
93	—	—	910	767	680	349	30	2	1	1	2	—	4	—
94	—	—	881	520	525	209	21	3	—	—	—	—	8	1
95	—	—	855	716	378	248	19	4	—	—	1	—	7	1

資料來源：行政院衛生署統計室，整理自《歷年中華民國衛生統計》。

表 3-1-13 彰化縣法定傳染病患者數（1999-2012）（續 10）

單位：人

年別	第三類													
	猩紅熱		破傷風		恙蟲病		急性病毒性肝炎							
							A 型		B 型		C 型		D 型	
	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定
92	19	15	2	—	74	7	6	6	9	9	3	3	—	—
93	60	53	3	—	112	10	5	5	9	9	1	1	—	—
94	55	47	3	—	71	4	10	10	15	15	11	11	—	—
95	46	41	3	—	77	7	7	7	12	11	41	4	1	1

資料來源：行政院衛生署統計室，整理自《歷年中華民國衛生統計》。

表 3-1-14 彰化縣法定傳染病患者數（1999-2012）（續 11）

單位：人

年別	第三類													
	急性病毒性肝炎				腮腺炎		水痘		退伍軍人症		侵襲性 α 型嗜血		梅毒	
	E 型		未定型											
	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定
92	—	—	—	—	9	—	101	—	8	1	7	1	99	99
93	—	—	1	—	25	—	311	—	13	2	7	—	115	115
94	4	2	1	1	27	—	394	—	15	2	3	1	102	102
95	3	1	—	—	33	—	269	—	10	2	2	1	171	171

資料來源：行政院衛生署統計室，整理自《歷年中華民國衛生統計》。

表 3-1-15 彰化縣法定傳染病患者數（1999-2012）（續 12）

單位：人

年別	第三類								第四類					
	淋病		重症流行性感冒		登革出血熱／登革休克症候群		先天性德國麻疹症候群		後天免疫缺乏症候群感染者		後天免疫缺乏症候群		肉毒桿菌中毒	
	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定
92	18	18	1	1	—	—	—	—	17	17	6	6	—	—
93	20	20	4	1	—	—	—	—	47	47	6	6	1	—
94	11	11	—	—	—	—	—	—	255	255	7	7	—	—
95	57	57	3	2	—	—	—	—	249	249	29	29	2	—

資料來源：行政院衛生署統計室，整理自《歷年中華民國衛生統計》。

表 3-1-16 彰化縣法定傳染病患者數（1999-2012）（續 13）

單位：人

年別	第一類						第二類							
	天花	鼠疫	嚴重急性呼吸道症候群	狂犬病	炭疽病	H5N1 流感	白喉	傷寒	登革熱	登革出血熱／登革休克症候群	流行性腦脊髓膜炎	副傷寒	小兒麻痺症	急性無肢體麻痺力
96	—	—	—	—	—	—	—	2	5	—	—	—	—	1
97	—	—	—	—	—	—	—	1	7	—	2	—	—	3
98	—	—	—	—	—	—	—	3	23	—	—	—	—	2
99	—	—	—	—	—	—	—	1	9	—	—	—	—	2
100	—	—	—	—	—	—	—	1	7	—	—	1	—	2
101	—	—	—	—	—	—			11	—	—	1	—	2

資料來源：行政院衛生署統計室，整理自《歷年中華民國衛生統計》。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

表 3-1-17 彰化縣法定傳染病患者數（1999-2012）（續 14）

單位：人

年別	第二類														
	桿菌性痢疾	阿米巴痢疾	瘧疾 本土	瘧疾 境外	麻疹	急性病毒性A型肝炎	腸桿菌感染症	腸道出血性大	症候群 漢他病毒出血熱	漢他病毒肺症候群	霍亂	德國麻疹	多重抗藥性結核病	屈公病	西尼羅熱	流行性斑疹傷寒
96	5	5	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—
97	1	2	—	1	—	8	—	—	—	—	10	13	—	—	—
98	4	9	—	2	—	3	—	—	—	—	—	20	—	—	—
99	1	12	—	1	—	3	—	—	—	—	—	8	1	—	—
100	8	8	—	—	—	7	—	—	—	—	1	13	—	—	—
101	1	10	—	—	—	1	—	—	—	2	2	6	—	—	—

資料來源：行政院衛生署統計室，整理自《歷年中華民國衛生統計》。

表 3-1-18 彰化縣法定傳染病患者數（1999-2012）（續 15）

單位：人

年別	第三類														
	百日咳	破傷風	猩紅熱	日本腦炎	結核病 痰塗片陽性	結核病 其他	癩病	先天性德國麻疹症候群	B急性病毒性型肝炎	C急性病毒性型肝炎	D急性病毒性型肝炎	E急性病毒性型肝炎	急性病毒性肝炎未定型	腮腺炎	退伍軍人症
96	10	1	12	—	410	519	—	—	7	7	—	—	—	32	6
97	3	1	—	2	413	551	—	—	6	4	—	—	—	41	2
98	1	1	—	1	371	517	2	—	5	6	—	—	—	47	12
99	1	1	—	4	346	458	—	—	6	—	—	—	1	32	6
100	5	—	—	1	303	477	—	—	4	—	—	1	1	40	6
101	4	2	—	3	314	450	—	—	1	1	—	—	2	43	2

資料來源：行政院衛生署統計室，整理自《歷年中華民國衛生統計》。

表 3-1-19 彰化縣法定傳染病患者數（1999-2012）（續 16）

單位：人

年別	第三類							第四類				
	侵襲性b型嗜血桿菌感染症	梅毒	淋病	新生兒破傷風	腸病毒感染併發重症	後天免疫缺乏症候群感染者	後天免疫缺乏症候群	疱疹性B病毒感染症	鉤端螺旋體病	類鼻疽	肉毒桿菌中毒	侵襲性肺炎鏈球菌感染症
96	—	182	21	—	1	97	56	—	—	—	—	12
97	—	244	20	—	50	60	30	—	1	—	—	50
98	5	299	30	—	2	57	36	—	10	—	—	37
99	1	233	30	—	1	51	38	—	—	1	—	48
100	—	245	26	—	7	47	51	—	2	1	1	49
101	—	204	34	—	—	52	54	—	2	—	—	60

資料來源：行政院衛生署統計室，整理自《歷年中華民國衛生統計》。

表 3-1-20 彰化縣法定傳染病患者數（1999-2012）（續 17）

單位：人

年別	第四類										第五類				
	Q熱	地方性斑疹傷寒	萊姆病	兔熱病	恙蟲病	水痘	貓抓病	鼠型弓蟲感染症	流感併發重症	庫賈氏病	裂谷熱	馬堡病毒出血熱	黃熱病	伊波拉病毒出血熱	拉薩熱
96	2	1	—	—	8	382	—	—	2	—	—	—	—	—	—
97	7	1	—	—	9	475	3	—	1	—	—	—	—	—	—
98	6	10	—	—	6	454	2	3	43	—	—	—	—	—	—
99	5	4	—	—	7	338	6	—	32	—	—	—	—	—	—
100	8	4	—	—	8	629	1	—	49	—	—	—	—	—	—
101	9	7	—	—	5	407	7	3	82	—	—	—	—	—	—

資料來源：行政院衛生署統計室，整理自《歷年中華民國衛生統計》。

表 3-1-21 彰化縣預防接種工作（1980-2012）

單位：人次

年別	傷寒副傷寒混合疫苗	牛痘	白喉	白喉百日咳混合疫苗	白喉百日咳破傷風混合疫苗	德國麻疹	B型肝炎 疫苗	B型肝炎 球蛋白
69	—	—	27,238	72,706	—	—	—	—
70	—	—	24,830	—	23,424	—	—	—
71	—	—	24,762	—	23,956	—	—	—
72	—	—	39,381	—	19,453	—	—	—
73	—	—	—	—	19,231	—	—	—
74	250	—	—	—	18,577	—	—	—
75	—	—	—	—	17,645	10,120	25,276	1,507
76	—	—	—	—	16,010	14,652	60,050	1,444
77	—	—	—	—	17,125	1,111	74,317	1,903

資料來源：整理自彰化縣政府，《彰化縣統計要覽》（民國 69 － 101 年），衛生統計部分。

表 3-1-22 彰化縣預防接種工作（1980-2012）（續 1）

單位：人次

年別	小兒麻痺	霍亂	破傷風	卡介苗	日本腦炎	麻疹	白喉破傷風混合疫苗
69	24,809	816,571	46,819	54,287	50,091	21,282	—
70	24,621	850,859	48,098	53,059	49,936	23,752	—
71	329,546	476,697	50,315	51,012	51,836	24,440	—
72	22,669	522,118	27,319	39,126	71,892	23,589	—
73	22,079	470,103	26,038	52,554	69,441	20,906	26,217
74	18,640	324,978	—	39,017	55,014	20,226	27,505
75	17,654	1,241	—	43,638	80,116	20,343	26,430
76	16,013	—	—	48,836	66,387	14,846	26,197
77	17,215	—	—	33,839	63,753	20,876	25,093

資料來源：整理自彰化縣政府，《彰化縣統計要覽》（民國 69 － 101 年），衛生統計部分。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

表 3-1-23 彰化縣預防接種工作（1980-2012）（續 2）

單位：人次

年別	卡介苗		白喉、百日咳、破傷風混合疫苗（含 DT）					小兒麻痺口服疫苗					
	第一劑	第二劑	第一劑	第二劑	第三劑	追加	其他	第一劑	第二劑	第三劑	追加（一）	追加（二）	其他
78	29,721	34,022	16,695	16,374	17,141	13,893	—	16,695	16,374	17,141	13,893	23,774	—
79	24,025	22,503	17,622	17,294	17,746	16,009	—	17,622	17,294	17,746	16,009	23,101	—
80	20,281	11,198	18,331	18,087	19,676	17,371	—	18,331	18,087	19,676	17,371	24,052	—
81	22,663	413	17,460	16,956	16,637	15,908	—	17,460	16,956	16,637	15,908	19,472	—
82	24,122	11,422	18,580	18,269	17,944	16,028	—	18,580	18,269	17,944	16,028	18,721	—
83	—	—	19,231	19,294	19,406	18,026	—	19,231	19,294	19,406	18,062	21,841	—
84	23,757	13,680	20,728	20,724	20,401	19,132	538	20,728	20,724	20,402	19,132	19,767	2,792
85	22,329	18,034	20,205	19,854	20,353	19,329	540	20,204	19,855	20,355	19,329	19,626	3,985
86	20,223	21,937	21,672	21,661	21,328	20,242	849	21,673	21,663	21,331	20,243	18,863	2,675

資料來源：整理自彰化縣政府，《彰化縣統計要覽》（民國 69 － 101 年），衛生統計部分。

表 3-1-24 彰化縣預防接種工作（1980-2012）（續 3）

單位：人次

年別	破傷風減量白喉混合疫苗	麻疹疫苗				德國麻疹疫苗	
	國小學童	單一劑	其他	單一劑	其他	育齡婦女	其他
78	23,774	17,103	—	—	—	9,911	
79	23,101	11,473	—	—	—	14,022	
80	24,052	14,305	13,419		—	—	12,270
81	19,473	16,624	648		—		6,778
82	18,721	16,422	—		—	5,926	
83	21,833	17,287	—	19,437	69,663	2,551	54
84	19,763	18,584	61	20,641	16,473	1,738	87
85	19,624	18,731	2	19,502	9,660	1,413	—
86	18,863	20,424	—	20,533	4,832	1,327	

資料來源：整理自彰化縣政府，《彰化縣統計要覽》（民國 69 － 101 年），衛生統計部分。

表 3-1-25 彰化縣預防接種工作（1980-2012）（續 4）

單位：人次

年別	日本腦炎疫苗				
	第一劑	第二劑	第三劑	追加	其他
78	19,300	18,901	17,763	25,695	—
79	19,751	19,309	17,533	23,620	—
80	17,597	17,346	19,183	23,162	—
81	18,573	18,645	17,349	21,770	—
82	18,867	19,057	19,284	20,216	—
83	18,613	18,203	17,120	19,645	—
84	20,517	19,979	19,436	19,510	3,676
85	20,040	19,726	18,965	19,672	2,108
86	24,539	24,102	21,353	19,682	2,260

資料來源：整理自彰化縣政府，《彰化縣統計要覽》（民國 69 － 101 年），衛生統計部分。

表 3-1-26 彰化縣預防接種工作（1980-2012）（續 5）

單位：人次

年別	B 型肝炎				
	第一劑	第二劑	第三劑	第四劑	單一劑
78	19,002	19,211	18,579	16,153	1552
79	20,320	20,152	19,393	16,442	881
80	28,802	30,548	54,875	43,877	850
81	23,488	25,149	25,100	26,663	892
82	42,718	25,086	17,256	24,784	840
83	44,643	63,166	40,913	6,431	785
84	21,362	23,243	42,834	1,946	804
85	21,065	21,262	21,172	977	839
86	20,223	20,649	20,075	1	764

資料來源：整理自彰化縣政府，《彰化縣統計要覽》（民國 69 － 101 年），衛生統計部分。

表 3-1-27 彰化縣預防接種工作（1980-2012）（續 6）

單位：人次

年別	白喉、百日咳、破傷風混合疫苗（含 DT）					小兒麻痺口服疫苗					破傷風減量白喉混合疫苗	
	基礎接種			追加接種		基礎接種			追加接種			
	第一劑	第二劑	第三劑	第四劑	其他	第一劑	第二劑	第三劑	第四劑	其他	國小學童	其他
87	18,038	18,551	18,743	20,369	285	18,485	19,043	19,212	20,565	1,682	18,589	432
88	15,695	15,432	14,926	17,794	514	17,932	17,704	16,948	18,920	1,577	16,383	688
89	15,184	15,319	14,988	15,251	327	17,893	17,602	17,046	16,591	1,044	21,379	361
90	12,043	12,769	13,561	15,543	90	12,811	14,118	14,884	16,517	425	19,364	137

資料來源：整理自彰化縣政府，《彰化縣統計要覽》（民國 69 － 101 年），衛生統計部分。

表 3-1-28 彰化縣預防接種工作（1980-2012）（續 7）

單位：人次

年別	小兒麻痺口服疫苗	麻疹疫苗		德國麻疹疫苗		新生兒疫苗球蛋白	德國麻疹、麻疹、腮線炎混合疫苗	
	國小學童	單一劑	其他	育齡婦女	其他	單一劑	單一劑	其他
87	18,584	19,890	—	1,080	—	595	21,450	1,266
88	16,383	19,890	—	577	—	667	18,845	405
89	21,378	18,015	10	592	2	652	8,882	257
90	19,391	17,062	2	1,783	3	596	17,709	150

資料來源：整理自彰化縣政府，《彰化縣統計要覽》（民國 69 － 101 年），衛生統計部分。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

表 3-1-29 彰化縣預防接種工作（1980-2012）（續 8）

單位：人次

年別	日本腦炎疫苗				
	第一劑	第二劑	第三劑	追加	其他
87	25,119	24,146	22,001	18,756	2,444
88	23,197	23,003	21,498	22,321	2,338
89	18,279	18,055	20,375	—	1,671
90	16,754	16,753	15,588	—	607

資料來源：整理自彰化縣政府，《彰化縣統計要覽》（民國 69 － 101 年），衛生統計部分。

表 3-1-30 彰化縣預防接種工作（1980-2012）（續 9）

單位：人次

年別	B 型肝炎													
	第一劑	第二劑	第三劑	第四劑	第一劑	第二劑	第三劑	第四劑	追加	第一劑	第二劑	第三劑	第四劑	追加
87	17,112	17,682	18,676	—	14	31	138	46	—	158	167	373	330	—
88	17,985	18,099	17,109	—	6	25	61	19	—	67	130	191	104	—
89	19,161	19,368	17,656	—	5	5	20	—	—	41	58	128	23	—
90	17,738	17,747	18,853	—	1	3	16	—	—	26	27	84	1	—

資料來源：整理自彰化縣政府，《彰化縣統計要覽》（民國 69 － 101 年），衛生統計部分。

表 3-1-31 彰化縣預防接種工作（1980-2012）（續 10）

單位：人次

年別	卡介苗		白喉、百日咳、破傷風混合疫苗	五合一疫苗
	單一劑	其他	D.P.T.	DTaP-Hib-IPV
91	14,130	189	44,942	—
92	10,954	—	72,575	—
93	13,497	—	19,693	—
94	12,904	8	15,379	—
95	12,833	1	13,115	—
96	12,397	1	10,240	—
97	12,382	—	9,953	—
98	11,756	13	8,969	—
99	9,912	1	1,096	38,912
100	11,295	12	—	43,062
101	15,080	—	—	5,4696

資料來源：整理自彰化縣政府，《彰化縣統計要覽》（民國 69 － 101 年），衛生統計部分。

表 3-1-32 彰化縣預防接種工作（1980-2012）（續 11）

單位：人次

年別	小兒麻痺口服疫苗						破傷風減量白喉混合疫苗	
	第一劑	第二劑	第三劑	第四劑	國小一年級	其他	國小一年級	其他
91	9,697	10,438	10,883	13,797	18,564	322	18,567	65
92	13,440	13,619	13,816	14,741	18,476	356	18,475	124
93	9,445	9,078	9,374	11,521	16,827	89	16,824	49
94	10,198	9,285	9,543	10,595	16,273	125	16,277	61
95	6,758	6,748	7,085	8,913	16,642	49	16,641	27
96	4,255	4,426	5,160	7,198	16,069	61	16,072	13
97	4,949	4,840	4,949	6,245	3,217	50	132	9
98	2,954	2,827	2,912	3,651	25,168	49	28,228	38
99	352	339	271	355	10,256	38	1,213	13
100	—	—	—	—	3,377	390	7,510	5,261
101	—	—	—	—	—	—	2,2361	29

資料來源：整理自彰化縣政府，《彰化縣統計要覽》（民國 69 － 101 年），衛生統計部分。

表 3-1-33 彰化縣預防接種工作（1980-2012）（續 12）

單位：人次

年別	B 型肝炎免疫球蛋白	B 型肝炎疫苗		B 型肝炎疫苗		麻疹疫苗		水痘疫苗	
	單一劑	第一劑	第二劑	第三劑	其他	單一劑	其他	單一劑	其他
91	370	9,957	11,454	12,825	148	11,393	—	—	—
92	478	13,316	13,777	14,254	30	14,062	—	144	—
93	528	13,988	14,272	13,960	31	13,696	8	11,808	—
94	465	12,921	12,848	13,374	53	13,451	—	14,615	—
95	382	12,473	10,642	10,214	13	3,462	—	12,958	—
96	367	12,043	9,136	8,812	8	—	—	12,869	1
97	424	11,763	12,081	12,173	8	—	—	8,690	8
98	473	11,376	8,965	9,030	8	—	—	13,892	14
99	—	9,524	9,609	10,004	7	—	—	12,266	22
100	330	11,271	11,544	10,437	5	—	—	10,103	10
101	460	11,271	15,295	14,030	2	—	—	13,002	—

資料來源：整理自彰化縣政府，《彰化縣統計要覽》（民國 69 － 101 年），衛生統計部分。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

表 3-1-34 彰化縣預防接種工作（1980-2012）（續 13）

單位：人次

年別	德國麻疹、麻疹			腮線炎混合疫苗	日本腦炎疫苗					A 型肝炎疫苗		
	單一劑	其他	國小一年級	育齡婦女	第一劑	第二劑	第三劑	其他	國小一年級	第一劑	第二劑	其他
91	13,331	54,377	—	2,018	15,145	14,927	14,761	1,016	19,022	—	—	—
92	14,831	32,382	22,308	1,087	15,329	15,188	15,363	472	15,536	16	6	—
93	14,413	17,564	17,882	1,027	14,601	14,345	15,486	296	18,356	80	57	—
94	14,333	22	16,107	1,150	14,767	14,445	14,609	258	18,033	4	3	—
95	13,719	30	16,446	771	14,336	14,102	14,199	95	16,056	3	5	—
96	13,847	32	13,677	976	12,115	11,883	13,362	104	16,697	2	2	—
97	13,778	38	16,980	585	13,418	13,391	12,006	73	14,723	5	3	—
98	12,281	24	14,579	675	12,784	12,805	13,352	81	14,670	5	9	—
99	11,651	17	12,782	407	11,629	11,598	12,011	56	13,234	103	111	—
100	9,858	30	12,286	436	14,380	19,834	15,992	110	24,971	1,563	1,393	—
101	13,150	41	15,074	281	12,129	11,919	13,087	130	22,987	1,706	1,536	1

資料來源：整理自彰化縣政府，《彰化縣統計要覽》（民國 69 － 101 年），衛生統計部分。

第二節 結核病

結核病是所有傳染病中最為普遍者，曾是最為嚴重的疾病，橫行世界多數地區，其因病症緩慢，一般稱其為慢性傳染病。此病不僅是人類的傳染病，而且是其他哺乳類動物如牛、豬等疫病。病毒可侵襲身體的所有組織及器官，因此依其侵襲部位不同，而有肺結核、骨結核、皮膚結核、關節結核、腎結核、腸結核、膀胱結核、腺結核、結核性腦膜炎等區別，雖然人體上任何部位器官都有發生結核病的可能，但肺部最易受其侵襲，也可以說是受襲擊機會最多的器官。因此結核病發生多在肺部最多，約占全部結核病例的 90% 以上，而其他器官的結核病也大多由肺結核而來。因而結核病的防治，仍以防治肺結核為主。[5]

因為此病發生因素錯綜複雜，例如不同年齡種族，有易感染性與否的關係。數種職業與疾病，也可以使個人身體的抵抗力降低，不良環境，經濟窮困，生活方式的惡劣等，都增加傳染機會。所以結核病的防治，亦較為繁難，然國家社會的安定，經濟環境的發展，生活水準的提昇，衛生措施的改善，醫療知識的普及，乃為結核病防治的最大基礎。[6]

5. 臺灣省文獻委員會，《重修臺灣省通志政治志衛生篇》（臺中：臺灣省文獻委員會，1995 年 9 月），頁 942
6. 臺灣省文獻委員會，《重修臺灣省通志政治志衛生篇》，頁 944。

日人對結核病的防治，多採消極之療養措施，僅在今之臺北市南港區及臺南市郊分設「錫口療養院」（後改稱松山療養院）及「清風莊結核療養所」。[7] 戰後初期，結核病流行至為猖獗，其蔓延情形非常嚴重，據統計民國 36 年（1947）因結核病而死亡者為每 10 萬人中有 294 人，是國民健康的一大威脅，亦為公共衛生上的重要問題。而當時全臺灣地區僅有結核病床 200 張，並無任何專門有組織、有計畫之機構負責結核病的防治。政府有鑑於此，遂採取預防重於治療的公共衛生途徑，代替消極的療養方式，以解決結核病流行問題。

民國 34 年 11 月政府當局接管日治時期之松山療養所，並改組為省立松山療養所；清風莊結核療養所改組為臺南縣立結核病療養所。民國 38 年 1 月前衛生部南京結核病防治院，隨同中央衛生實驗院將部分器材及人員遷移嘉義，設立門診部辦理結核病防治示範工作。民國 39 年 5 月將省立松山療養院改組為臺灣省立結核病防治院，後再改稱為臺灣省立臺北結核病防治院，除了在松山區設立療養病院外，並在臺北市青島東路設立臺北結核病防治中心，辦理結核病門診及防治。前衛生部南京結核病院防治事後奉令裁撤併入中央衛生實驗院，嘉義門診部遂於民國 40 年改組成為嘉義結核病防治中心，民國 41 年臺南縣結核病療養院所升格為臺灣省立臺南結核病防治院。民國 46 年又將嘉義結核病防治中心移交臺灣省政府改組為省立嘉義結核病防治院。民國 49 年臺灣省應世界衛生組織防癆顧問之建議，在臺中市設立臺灣省立臺中結核病防治院，至此臺灣省已設立臺北、臺中、嘉義、臺南等 4 個結核病防治院，均直接隸屬臺灣省政府衛生處，而形成結核病防治系統骨幹。並將全省劃分為由各防治院負責輔導區內衛生局、所之結核病防治工作。[8]

民國 54 年間，最高層級的防癆主管機構又有所改變。該年蔣介石在第八十次總動員會報上指示：「今後本省衛生業務，應以防癆為重點。」[9] 因此依蔣介石的談話，於民國 55 年省衛生處制定「臺灣省加強防癆四年計劃」，依是項計劃「丁」項有關全省各級防癆機構之組織：「（一）省設防癆局（附設臺北示範中心），原有衛生處防癆委員會及省立臺北結核病防治院裁撤合併改組成立防癆局。臺中、嘉義、臺南三地各設結核病防治院。（二）縣市級設結核防治所。（三）各鄉鎮衛生所增設臨時公共衛生護士之規定或防癆保健員。」[10] 當時臺灣地區雖有 4 所結核病防治院，各院在衛生處防癆委員

7. 李騰嶽編纂，《臺灣省通志稿政事志衛生篇》（臺北：臺灣省文獻委員會，1953 年 11 月），頁 126~129。
8. 李汝和主修，《臺灣省通志政治志衛生篇》（臺中：臺灣省文獻委員會，1972 年），頁 347。
9. 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（一）》，頁 33~37。
10. 〈臺灣省政府令〉，《臺灣省政府公報》56 年春字第 6 期（1967 年 1 月 10 日），頁 5。

會監督指導下，分區辦理結核病防治事宜。因防癆委員會為一臨時組織，在人員、經費或功能上存在著不可克服之困難。針對事實需要，並依上述的防癆計劃，將臺灣省立結核病防治院及臺灣省衛生處防癆委員會合併，於民國 56 年 12 月成立臺灣省防癆局，主管臺灣省結核防治業務，藉此強化防癆機構之功能，使事權集中，便於統一指揮。而原有的省立臺中、嘉義、臺南結核防治院，亦同時改組改隸於防癆局。[11]

在縣市級結核病防治業務方面，臺灣省行政長官公署或臺灣省政府均規定，各縣市應將防癆工作列入衛生工作中心，尤其在戰後初期更是以建立或充實結核療養所、防治所為重點工作。[12] 省方還要求各縣市衛生院需編列防癆事業費，設置固定式 X 光機及手提式 X 光機各一臺。[13] 然至民國 42 年第一所縣市級的結核病防治所才在基隆市成立，[14] 至民國 63 年止，全省各 20 個縣市均有設置縣立結核病防治所。除了設備方面的要求，亦著重基層防癆人員在地方防癆所扮演的角色。民國 55 年，臺灣省政府為加強各鄉鎮市區的結核病防治工作，撥款僱用防癆保健員，經訓練分發至各衛生所後，從事第一線的防癆工作。他們負責監控病患的服藥、查痰、安排 X 光檢查，宣導防癆知識。另一方面，也必須為大眾施打卡介苗、按月呈報防癆績效等。至此全臺防癆工作的行政與工作網大抵完全建立。[15]

預防結核病的方法之一是接種卡介苗。[16] 民國 39 年 4 月，省方開始擬定推動卡介苗接種計劃。[17] 臺灣卡介苗接種對象有四，一是新生兒，凡出生正常，體重在 2,500 公克以上之嬰兒，施打地點為各大醫院；二是嬰兒，各地衛生所利用春秋兩季種痘之同時，辦理 BCG 接種工作；三是學齡前兒童，可至各縣市結核病防治所、省結核病防治院或省防癆局的臺北示範中心施打；四為學校兒童，一年級學生經檢查無 BCG 疤痕者直接接種，六年級學生則先做結核菌素測驗，陰性者再予以接種。[18]

11. 〈臺灣省防癆局組織規程〉，《臺灣省政府公報》56 年秋字第 43 期（1967 年 8 月 19 日），頁 2~3；行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（一）》（臺北：行政院衛生署，1995 年 10 月），頁 423；臺灣省防癆局：《臺灣省的防癆工作（民國 55 年至 64 年）》（臺北：臺灣省防癆局，1976 年 7 月），頁 29。
12. 〈臺灣省行政長官公署民政處衛生局代電〉，《臺灣省行政長官公署公報》36 年春字第 56 期（1947 年 3 月 26 日），頁 890~891。
13. 主要設備為 X 光機一臺，約 80,000 元及手提式 X 光機一臺，約 20,000 元。〈臺灣省政府令〉，《臺灣省政府公報》41 年秋字 58 期（1952 年 9 月 5 日），頁 755~758。
14. 〈基隆市結核病防治所組織規程〉，《臺灣省政府公報》42 年秋字第 21 期（1953 年 7 月 24 日），頁 297。
15. 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（一）》，頁 423。
16. 臺灣省文獻委員會，《重修臺灣省通志政治志衛生篇》（臺中：臺灣省文獻委員會，1995 年 9 月），頁 944。
17. Taipei Provincial Tuberculosis Control Center：Annual Report, 1952, p9.
18. 臺灣省防癆局，《防癆工作手冊》（臺北：臺灣省防癆局，1973 年 7 月），頁 18~19。

結核防治最重要的是走入社區篩檢病源的方式，找出具有症狀者。X 光與驗痰是臨床上檢查結核病的初步工具。防癆單位於民國 42 年成立 X 光巡迴檢查總隊，統籌辦理有關結核病例尋覓事宜，並開始第一次的全省巡迴胸部 X 光檢查。民國 43 年中華民國防癆協會又致贈 3 輛 X 光巡迴車，這 7 輛巡迴車擔任尋覓病患的重要工作。民國 42 至民國 45 年間，集體胸部 X 光檢查僅限於有組織之機關、學校及軍隊，民國 46 年開始施行一般民眾 X 光胸部普檢，對象是盛行率較高地區或經濟較差的民眾。[19]

至民國 60 年代止，以胸部 X 光來發現病人的方式共有 4 種。一是「綜合防癆推行區計劃」，凡是居住於該推行區內的所有 20 歲以上居民，均給予 X 光檢查。這種推行方式可以使地方上對於防癆工作直接參與並貢獻經費。二是巡迴診察工作，這種方式是以呼吸道有症狀的人為目標，通常是每年排定 1 至 2 次的日程，到各鄉鎮為衛生所登記有案的呼吸道症狀者進行檢查。第三種是專為機關團體服務的團體 X 光檢查，檢查對象包括工廠工作人員、公務員、學生、犯人等。第四種則是自行至結核防治院所照射 X 光。[20]

除了胸部 X 光之外，驗痰是另一種發現病患的途徑。臺灣有計劃的進行驗痰工作應是自民國 44 年開始。民國 48 年初，大規模的在各縣市衛生院，就其所屬衛生所檢驗員，由防癆委員會派員前往訓練檢查技術，並供給所需的器材。[21] 該項免費驗痰工作的推行，究其原因應是各地均有衛生院所，居民前往驗痰甚感方便，遂成為發現病例的重要途徑。

民國 46 年，臺灣防癆當局開始推動結核病居家化學治療計畫，當時主要係根據幾項理由，首先是居家治療其效果與住院治療相差無幾，復發率低且接觸者受染的危險也很快就減少。其次，住院本身就是對正常生活的中斷，會停止病人的工作與收入，同時也影響國家經濟。再者，利用居家治療可以解決結核病床不足的問題。[22]

19. 以巡迴方式執行的胸部 X 光檢查都是免費的，其所需器材與 X 光軟片均由美國安全分屬提供。臺灣省衛生處防癆委員會，《抗癆十五年》（臺北：臺灣省衛生處，1964 年），頁 12；臺灣省衛生處防癆委員會編，《臺灣省防癆工作年報（民國 48 年）》，頁 32。
20. 這四種方式的病人發現率是 1965-1966 年間的資料。參見趙傳緯，《臺灣結核病現況及其防治計劃》（臺北：臺灣省防癆局，1969 年），頁 17~18。
21. 檢驗人員訓練的時間在民國 48 年免費驗痰工作剛開時推行時，與民國 50 年代時已經不同。最初縣市級驗痰人員的訓練是一個月，鄉鎮衛生所驗痰員是一天。至民國 50 年代時，分別變成 2 個月與 2 天。臺灣省衛生處防癆委員會編印，《臺灣省防癆工作年報（民國 48 年）》，頁 51。臺灣省衛生處防癆委員會，《抗癆十五年》，頁 15。
22. 民國 46 年，全臺的結核病床不到 500 張，但有 26 萬名的結核病患，其中有 4 萬多名是傳染性病人。趙傳緯，《臺灣結核病現況及其防治計劃》，頁 20。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

在眾多抗結核藥物之中，INH、PAS、EMB 均是免費供應。藥物通常是由最高層的防癆單位定期採購，分發至所有衛生局與結核病防治院，各衛生局再轉發至衛生所，病人到最近的衛生所領取自己的藥物。如此，不僅避免病人不必要的旅途，同時也符合防癆政策所提的就近管理之要求。

民國 81 年 5 月行政院衛生署防癆委員會第五次會議決議：「臺北市國小二年級學童結核病菌素檢查，比照臺灣省及高雄市只針對無卡介苗疤痕學童辦理」。民國 82 年為節省疫苗用量及避免感染，3 月開始實施國小學童預防卡介苗接種全面改為一人一針筒無氣式空針注射。民國 83 年 7 月行政院衛生署，為整合結核病人登記單、結核病個案治療管理卡、疫情統計資料等，建立「全國結核病資料庫」，並補助該市開發「結核病管理系統」。民國 84 年 3 月配合衛生署執行「加強結核病防治計畫」辦理：一、結核病患免除部分負擔，全民健保實施後依規定凡結核病患持「結核病就診手冊」至指定醫院就診者，得予免除部分負擔（掛號費除外）；二、慢性病開放結核病人收容管理暨山地鄉結核病人住院治療補助。民國 84 年 5 月為提供民眾多方管道獲取保健資料，同時結合現有結核病案管理系統，開發完成「電腦語音暨催告系統」於夜間自動宣告提醒需領藥或接受檢查之民眾語音服務。[23]

臺灣過去四十多年來，結核病的防治成績斐然，民國 60 年臺灣地區結核病死亡人數 3,997 人，死亡率為每 10 萬人口 26.94 人，結核病死亡占總死亡 5.83%，為十大死因之第六位。民國 74 年起，結核病排出十大死因之列，死亡率降至每 10 萬人口中 10 人以下。民國 83 年結核病死亡人數 1,653 人，死亡率每 10 萬人口 7.84 人，結核病死亡佔總死亡 1.47%，居死因順位第十一位。結核病死亡率於 23 年間降低了 70.90%。若與民國 36 年之結核病死亡率每 10 萬人口中 294.44 人相比較，47 年間下降 97.34%。[24] 但依據疾病管制局統計，近年來 38 種報告傳染病之中，結核病的病人數目約占 70%，而每年結核病的死亡數約 1,500 人，約為其他所有法定傳染病死亡數總和的 5 倍。因結核病與其他法定傳染病懸殊的差距，其不僅名列國內最嚴重的傳染病，同時也是最緊急的防疫問題。[25]

本縣的卡介苗預防接種隊工作，自民國 42 年全面推動。各國民學校兒童，均接受結核菌素測驗及卡介苗接種，經派遣防癆工作隊下鄉工作，自民國 42 年 7 月份至 10 月份統計測驗民眾 41,148 人中，發現陽性 14,664 人，陰性 20,623 人，陰性未接種 297 人，驗針總數為 35,584 人，未驗針數目 5,564 人。學生方面，測驗數目為 7,309 人，發現陽性者 2,804 人，陰性 3,990 人，驗針總數 6,794 人，未驗針數目 515 人。[26] 本縣結核病防治中心之籌畫也民國 42 年開始辦理。[27] 於民國 44 年正式成立彰化縣結核病防治所，隸屬彰化縣衛生院。直至民國 78 年改制為慢性病防治所，隸屬彰化縣衛生局。[28] 本縣卡介苗預防注射成果以及結核病死亡率如表 3-1-2 至表 3-2-1 所示。

23. 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（三）》（臺北：行政院衛生署，1997 年 8 月），頁 461~460。
24. 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（三）》（臺北：行政院衛生署，1997 年 8 月），頁 462。
25. 臺中縣政府，《臺中縣志　社會志（續修）卷五》（豐原：臺中縣政府，2010 年 10 月），頁 220。

表 3-2-1 彰化縣歷年結核病每 10 萬人口死亡率（1974-2012）

年度	死亡率	年度	死亡率	年度	死亡率	年度	死亡率	年度	死亡率	年度	死亡率
63	27.96	70	18.41	77	9.75	84	9.96	91	9.51	98	5.9
64	24.96	71	20.98	78	11.50	85	11.78	92	9.27	99	4.7
65	24.05	72	17.52	79	11.68	86	9.73	93	7.75	100	3.9
66	20.55	73	17.44	80	11.20	87	10.00	94	9.4	101	3.8
67	20.07	74	13.61	81	11.99	88	9.97	95	9		
68	19.17	75	11.92	82	11.09	89	10.47	96	5.6		
69	17.25	76	11.89	83	10.25	90	9.53	97	4.3		

資料來源：彰化縣政府主計處，〈彰化縣十大死亡原因〉，《彰化縣統計要覽》（2003 年 9 月），頁 258-259；彰化縣政府主計處，〈彰化縣十大死亡原因〉，《彰化縣統計要覽》（2004 年 9 月），頁 362-363；彰化縣政府主計處，〈彰化縣十大死亡原因〉，《彰化縣統計要覽》（2005 年 9 月），頁 354-355；行政院衛生署疾病管制局，《臺灣結核病防治年報 2007》（臺北：行政院衛生署疾病管制局，2007 年 7 月），頁 115；行政院衛生署疾病管制局，《臺灣結核病防治年報 2009》（臺北：行政院衛生署疾病管制局，2009 年 8 月），頁 21；行政院衛生署疾病管制局，《臺灣結核病防治年報 2011》（臺北：行政院衛生署疾病管制局，2011 年 11 月），頁 21；行政院衛生署疾病管制局，《臺灣結核病防治年報 2013》（臺北：行政院衛生署疾病管制局，2014 年 4 月），頁 25。

第三節 小兒麻痺症

小兒麻痺症（Infantile paralysis）醫學上稱為「脊髓灰白炎（Poliomyelitis）」為一種急性病毒性傳染病，輕重程度自隱性感染到無麻痺性以至於麻痺性病變等各有不同。症狀包括發燒、頭痛、腸胃障礙、頸背的僵直不適至麻痺性症狀，重者即因呼吸肌及吞嚥肌之麻痺而死亡。[29]

小兒麻痺疫苗（脊髓灰白質炎疫苗〔Polio vaccine〕）的接種為預防本病最有效的方法，接種後可產生對脊髓灰白質炎的免疫力。疫苗分為兩種，一種是由死病毒製成

26. 不著撰者，〈彰化縣議會第二屆第三次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 28。
27. 不著撰者，〈彰化縣議會第二屆第二次大會議事錄〉（1953 年 7 月），頁 26。
28. 吳成偉編著，《彰化縣公共衛生史行政篇》（彰化：彰化縣衛生局編印，2000 年），頁 128。
29. 李汝和主修，《臺灣省通志政事志衛生篇（第四冊）》（臺中：臺灣省文獻委員會，1972 年 6 月），頁 837。

的沙克疫苗（Salk vaccine），用於肌肉注射，具有相當的保護力，惟預防此後消化道感染的效果較差。一種是減毒活病毒的沙賓疫苗（Sabine vaccine），用於口服（aral vaccine），通常採三型病毒混合方式，可引發高度的免疫力，早已取代注射式的沙克疫苗，臺灣於民國 47 年（1958）引進沙克疫苗，自民國 52 年開始併用沙賓疫苗而民國 55 年以後均用沙賓疫苗。[30]

民國 44 年開始，省政府將此症列為應報告傳染病，對該傳染病始有較嚴密的監測，從民國 45 年至民國 55 年，每年均有 300 至 700 人不等的罹患人數，尤其是民國 47 年至 48 年，罹患人數分別高達 748、760 人，在民國 53 年之前，估計全臺約有 5 萬名 15 歲以下的兒童因罹患此病而致殘廢，造成民眾恐慌與社會不安，但政府仍無一積極性之防治措施，民意代表紛紛質詢政府相關官員，要求政府拿出解決辦法。[31]

民國 55 年，聯合國兒童基金會通過補助臺灣小兒麻痺防治計畫案，五年共計補助美金 148,000 元，第一期自民國 55 年 11 月至民國 56 年 2 月，共補助美金 101,000 元。本計畫係採用沙賓口服疫苗，接種對象為 3 歲以下至 3 個月的嬰兒，不論過去有無接受接種，必須全部重新服用。世界衛生組織對此計畫提供技術協助，並協助衛生處進行相關研究調查，聯合國兒童基金會提供疫苗以及冷藏疫苗所需的冰箱。而各縣市衛生院必須指派 1 名衛生人員，至各衛生所監督實際執行狀況，若發現捐贈之物資被不當使用，可要求繳回捐贈物資；[32] 衛生院人員也必須確保疫苗可以安全的運送至各衛生所。

此計畫全部疫苗由聯合國兒童基金會供應，第二年開始至第五年止，則由省府逐年撥款補助辦理，直至民國 60 年，將全部由政府編列預算支應。每年估計接受此項免費疫苗服用的初生嬰兒為 40 萬人，惟第一年人數較多，包括 3 個月以上 3 歲以下的嬰兒在內，計達 110 萬人，第二年聯合國兒童基金會在 40 萬出生嬰兒中，補助 30 萬人份疫苗，其餘 10 萬人份則由省府補助，第三年兒童基金會與省府就 40 萬人中各半負擔，至第四年省府負擔部份增加為 30 萬人，兒童基金會則減少為 10 萬人，至第五年開始全部由省府辦理。此五年計畫所需沙賓疫苗均賴進口，衛生處委託聯合國兒童基金會在國外採購。[33]

30. 李汝和主修，《臺灣省通志政事志衛生篇（第四冊）》，頁 838~839。
31. 〈臺灣省臨時省議會第三屆第一次定期大會〉，《臺灣省臨時省議會議事錄》（臺中：臺灣省臨時議會）典藏，檔號：002-03-01OA-02-6-2-0-00131，頁 2797。
32. 外交部檔案，〈聯合國兒童基金小兒麻痺防治計劃〉，國史館典藏，檔號：635.42／0029，民國 55 年 7 月。
33. 外交部檔案，〈聯合國兒童基金小兒麻痺防治計劃〉，中央研究院近代史研究所檔案館典藏，檔號：635.42／0029，民國 55 年 7 月 20 日至 59 年 4 月 12 日。

自民國 53 年全面接種沙克疫苗、民國 55 年起改為全面口服沙賓疫苗後，病例逐年減少。自民國 71 年 6 月，近乎絕跡的小兒麻痺症爆發全臺大流行，當年計有報告病例 1,042 例，98 例死亡，其中以沒有口服小兒疫苗者占絕大多數。[34]

由於該次小兒麻痺症大流行影響社會層面頗大，除緊急向國外採購疫苗大量補種外，並對各項預防接種政策重新檢討，為提高預防接種完成率，行政院衛生署於民國 72 年起，全面統一預防接種項目、年齡、時間及次數，並普遍印製預防接種紀錄卡（黃卡），編列各項疫苗預算。自民國 75 年起，依據世界衛生組織擴大預防接種計畫（EPI）接種完成率調查方法，持續調查評估各縣市 15 個月以下兒童各項預防接種完成率，並積極籌劃全面提高預防接種率，以避免疫病突發流行。民國 80 年 7 月起全面實施「國小新生入學預防接種檢查及補種計畫」；「學齡前幼兒預防接種檢查及補種計畫」於民國 82 年 1 月全面展開，此兩項計畫除了可以促使家長重視預防接種之按時執行，及記錄卡之妥善保存外，衛生單位亦可獲得正確可靠之預防接種率，且實施補種減少易感染人數以截斷感染途徑。[35]

民國 79 年 2 月行政院衛生署，邀請在美國衛生部任職的林邱鳳英及美國國家預防接種辦公室處長保羅甘乃士（Kenneth J.Bart），來華評估國內的防疫狀況，建議該署配合世界衛生組織於民國 89 年全球根除小兒麻痺症的目標，草擬我國根除時程。根除小兒麻痺症防治計畫尚可以擴及其他與預防接種有關的疾病，如麻疹、先天性德國麻疹症候群及新生兒破傷風，經衛生署邀集學者專家商研訂定計畫，並先後獲施純仁及張博雅署長大力支持。民國 80 年 7 月 26 日奉行政院核准實施根除「三麻一風」計畫，計畫目標為「民國 84 年在臺灣地區根除野生株病毒所引起的小兒麻痺症、消除新生兒破傷風、先天性德國麻疹症候群，及民國 89 年有效控制及消除麻疹流行」。[36] 民國 88 年起，衛生署全力展開根除「三麻一風」計畫，使臺灣民眾的預防接種完成率維持在 90% 以上，小兒麻痺症因此從民國 81 年後，已在臺灣絕跡。[37]

本縣小兒麻痺症的防治業務與中央衛生單位的預防注射措施相配合。民國 40 年代開始出現小兒麻痺症的病例，根據民國 46 年衛生局的報告，該年 7 月至 10 月間，縣內開業醫通報小兒麻痺症患者 6 人，死亡 1 人。由於當時小兒麻痺症尚未有良好的藥品供

34. 詹長權，《臺灣全志社會志衛生與健康篇》（南投：國史館臺灣文獻館，2006 年 12 月），頁 53。
35. 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（三）》（臺北：行政院衛生署，1997 年 8 月），頁 473~474。
36. 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（三）》，頁 474。
37. 詹長權，《臺灣全志社會志衛生與健康篇》，頁 53。

賣預防注射及治療，僅有依靠加強衛生教育宣導，但仍難達到理想地步。[38] 之後衛生局更積極地擬定宣傳實施辦法，令飭各鄉鎮衛生所加強宣傳，同時，製成預防小兒麻痺症應行注意事項的幻燈片，分發溪湖、田中、員林、和美等地的戲院放映，並做成宣傳稿送請國聲電臺播送，其他所有研究各種會議紀錄，亦送請記者公會刊登報紙，以資喚起民眾認識，並提高警覺。[39]

本縣自民國 55 年起遵照「臺灣省小兒麻痺症預防接種計畫」，實施沙賓口服疫苗接種。第一年（民國 55 年）接種年齡範圍為凡滿 3 歲以下 3 個月以上兒童悉予免費全面口服疫苗（沙賓疫苗）接種，第二年（民國 56 年）以後對每年新生兒予以接種。本縣依照計畫，辦理全縣小兒麻痺症沙賓疫苗（活動疫苗）口服接種工作，第一波接種對象為凡民國 52 年 11 月 1 日以後至民國 55 年 7 月 31 日出生嬰兒幼兒約 82,707 名，接種期間，第一劑 11 月 11 日起 1 個月內完成，至 12 月底為補種期間，第二劑 1 月 1 日起 1 個月內完成，2 月為補種期間。[40] 之後陸續為民國 56 年 8 月 1 日以後至民國 57 年 7 月 31 日出生之嬰幼兒，均為接種範圍之內，本縣應接種人數 26,496 人，自民國 57 年 11 月 20 日開始第一劑接種工作，民國 58 年 1 月 20 日開始第二劑接種工作，3 月底完成工作，第一劑接種人數 25,678 人，占 96.16%，第二劑接種人數 25,285 人，占 95.33%，依省方計畫減少小兒麻痺症發生，避免小兒麻痺後遺症殘廢徹底預防，自民國 59 年會計年度起增加小兒麻痺症接種工作次數，出生 3 個月者，實施沙賓疫苗接種工作，民國 58 年 7 月開始第一次接種，民國 59 年 1 月開始第二次接種。[41] 之後此小兒麻痺症口服疫苗成為常態性之防疫業務。[42]

鑒於民國 71 年 6 月爆發小兒麻痺症的流行，本縣配合衛生署防治政策，實施小兒麻痺症口服沙賓疫苗三劑完整預防計畫，自民國 72 年起執行接種沙賓口服疫苗完成 3 劑接種計畫，以全體縣民兒童之健康。[43]

38. 不著撰者，〈彰化縣議會第三屆第九次暨第九次臨時大會議事錄〉（1957 年 11 月），頁 22。
39. 不著撰者，〈彰化縣議會第四屆第二次暨第三次臨時大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 70。
40. 不著撰者，〈彰化縣議會第六屆第六次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 85。
41. 不著撰者，〈彰化縣議會第七屆第三次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 121。
42. 不著撰者，〈彰化縣議會第七屆第四次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 63；不著撰者，〈彰化縣議會第七屆第七次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 100；不著撰者，〈彰化縣議會第七屆第八次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 79；不著撰者，〈彰化縣議會第八屆第六次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 83。
43. 不著撰者，〈彰化縣議會第十屆第五次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 171；不著撰者，〈彰化縣議會第十屆第八次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 96；不著撰者，〈彰化縣議會第十一屆第二次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 169。

由於小兒麻痺症是一種可以用疫苗接種即可防治的傳染性疾病，因此衛生署釐訂小兒麻痺症的根除計畫即是實施確實的沙賓疫苗接種。惟因流動人口以及偏遠地區接種率較低，因此政府於民國 83 年推出全面性接種活動。規定 6 歲以下的兒童，不論之前是否已接種，一律再口服沙賓疫苗 1 劑，以期在最短時間內藉由全體免疫方式，消滅環境中的小兒麻痺症野生病毒。本縣配合此計畫，在報紙刊登廣告、配合廣播、文宣，將活動訊息傳達給社會大眾，同時要求衛生所以及各醫療院所做相關配合，也在人口聚集之處設立口服站。該年的活動，口服率極高。[44] 目前臺灣已列為小兒麻痺症根除地區，該疾病已不再是本縣民眾健康的威脅。防治成果如表 3-1-1 至 3-1-34 所示。

第四節 腸病毒

腸病毒泛指一群大小約 27 nm 之 RNA 病毒。根據臺灣疾管局歷年監測資料顯示，每年 3 至 6 月與 9 月學童開學後是腸病毒感染之高峰期，其中幼童為感染且併發重症之高危險群，重症致死率約 3.8 至 25.7%，死亡病例以 5 歲以下幼童最多，而引起重症感染以腸病毒 71 型為主、其次為克沙奇病毒，一般腸病毒感染之常見症狀為手足口症或疱疹性咽峽炎（herpangina）。

民國 87 年（1998）3 月起，臺灣地區各地陸續爆發幼兒感染腸病毒重症，似有大流行趨勢，且時有嬰幼兒死亡案例傳出，經媒體大幅報導後，引發社會極大恐慌。行政院衛生署於民國 87 年 5 月 30 日成立腸病毒危機處理小組，緊急處置北、中、南陸續爆發的腸病毒疫情，並於同年 6 月 3 日成立腸病毒疫情處理小組。疫情在該年 5、6 月到達高峰後，即緩步下降，但疫情仍持續延燒。民國 87 年總計造成 405 例重症個案，其中 78 名嬰幼兒死亡，部分存活者仍留下後遺症。為因應腸病毒疫情，衛生署防疫處在中日技術合作計畫下，邀請日本國立感染症研究所，岡部信彥及清水博之兩位專家來臺協助防治事宜；同時邀請美國疾病管制中心流行病學專家來臺協助調查，並運送腸病毒分離株至該中心檢驗；同年 8 月 2 日，由該中心楊辰夫博士攜帶血清檢體回美進行相關檢驗。為瞭解此次造成手足口病大流行之腸病毒 71 型特性，我國派預防醫學研究所研究人員赴該中心研習，以建立我國腸病毒實驗診斷能力。

44. 臺灣醫界聯盟基金會編輯，《臺灣根除小兒麻痺症紀實》（臺北：行政院務生署，2001 年），頁 72~74。

由於疫情發生時，腸病毒並非法定傳染病，亦非報告傳染病，為建立完整的疫情通報系統，以確實掌握疫情，乃將腸病毒納入「定點醫師監測系統」監測項目，責成各地衛生局確實通報轄區地區級以上醫院，感染腸病毒之住院及死亡病例，並指派流病專家進行疫調查與分析。為快速、正確檢出致病原，積極協調各級醫療院所配合疑似腸病毒感染症患者檢體採檢工作，訂定「腸病毒實驗診斷標準作業程序」，建立病毒合約實驗室監測系統，以掌握腸病毒輕症、重症流行趨勢及各型別腸病毒活動情形。腸病毒爆發流行時，發現「傳染病防治條例」許多規定不合時宜且未盡周延；有鑑於此，行政院衛生署邀集國內外專家學者會同各級衛生主管機關，進行全面檢討、修正，將定點醫師通報、通報個案採檢、死亡病例解剖等一併納入規範，完成「傳染病防治法」修訂，並於民國 88 年 6 月 23 日公布實施，將腸病毒感染併發重症列為法定傳染病[45]，作為強化腸病毒防治工作的法源基礎。

此外，透過多元化宣導管道，提供民眾正確、充足的腸病毒相關資訊，使社會大眾瞭解腸病毒特性及傳染途徑，減低心理恐慌，並持續推廣「勤洗手、養成個人良好衛生習慣」預防觀念，教育民眾於日常生活中落實良好衛生習慣，以降低被傳染風險。大流行期間，為遏止腸病毒疫情擴大，並曾採取以下多項防疫措施：如建議必要時，幼稚園實施停課、暫停舉辦國際童玩藝術節等大型兒童活動、12 歲以下孩童應避免進入游泳池，對於兒童夏令營、兒童遊憩區或餐飲場所，亦督導其落實衛生教育及清潔工作，並對托兒所、幼稚園及安親班等加強防範腸病毒輔導及查察工作，訂定「安親班衛生條件」，以阻斷所有可能造成疫情擴散的機會。[46]

根據表 3-1-2 至 3-1-20《中華民國衛生統計》，本縣在民國 88 年無腸病毒併發重症確定病例，自民國 89 年每年均有確定病例。腸病毒在臺灣於每年 3 月至 9 月皆會造成流行，因其傳染力強，且在家庭、學校、幼稚園與人口密集場所最易傳播，加上 5 歲以下嬰幼兒又是腸病毒併發重症之危險族群，故應教育家長盡量減少攜帶嬰幼兒至人潮擁擠的公共場所，同時避免嬰幼兒與腸病毒患者接觸；學校、幼稚園及托兒所應加強宣導學童正確洗手動作，定期清潔與消毒周遭環境，並配合執行疫情通報與停課機制。[47] 腸病毒在室溫環境下可存活 3 至 5 天，但是在 50℃以上乾燥悶熱的環境下會很快死亡。所以，食物經過加熱烹煮、將小朋友的衣物浸泡熱水、小朋友的食器及奶瓶加熱清洗等，

45. 依危害程度、死亡率，腸病毒原被列為相對中度危害風險者的第二類型傳染病，後因每年均有病例產生，被視為常態的傳染病，改列為第三類型傳染病。
46. 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（六）》（臺北：行政院衛生署，2013 年 4 月），頁 568~570。
47. 莊宗憲，〈腸病毒感染之診斷、治療與預防〉，《家庭醫學與基層醫療》27：2（2012 年 7 月），頁 255~259。

都可以減低腸病毒傳播。另外，紫外線也可以降低腸病毒的活性，清洗完畢的小朋友用具、玩具、寢具，可置於戶外接受陽光的照射。而確實地洗手與處理患者之排泄物，是預防腸病毒最有效之方法。[48]

第五節 瘧疾與登革熱

瘧疾（Malaria）為一種人類急性原蟲感染的疾病，常慢性復發，其特徵為週期性的寒顫及高熱，貧血，脾腫大，常伴致死的合併症。瘧疾的傳染係藉瘧蚊的雌蚊為主要的媒介，撲滅瘧蚊為徹底防治瘧疾的方法，效果極佳。[49]

瘧疾俗稱「寒熱症」，在瘧蚊傳播論文提出之前，多視為「瘴氣」所致，因此又有沼澤熱或瘴氣病之稱。臺灣曾被認為是瘴癘之地，與瘧疾之流行有關。在余文儀所纂修的《續修臺灣府志》，以及馬偕博士的《臺灣六記》都特別記述清領時期臺灣瘧疾的流行與治療狀況，「寒熱」、「鼓脹」都是這些患者常見之症狀。「奎寧」則是馬偕博士用來處理疾患的主要治療藥品。[50]

雖然人們早已經知道瘧疾在臺灣流行了數世紀，但一直到日軍入侵南臺灣的明治 8 年（1875）才首次記錄瘧疾肆虐情況，根據正式的統計數字，瘧疾是明治 39 年至明治 44 年排名第一的死亡原因，當時全島才有 300 多萬的人口，每年卻有 1 萬人死於瘧疾。[51] 日本治臺後即由臺灣總督府進行瘧疾防治相關研究，當時已證明為瘧蚊為害，且施以種種措施，但效果不彰。

明治 42 年 3 月，臺灣總督府衛生課課長高木友枝提出有系統的防瘧方針，開始有全島性大規模的防治舉措。明治 43 年起，日人先調查社區內所有帶原蟲病人，呈陽性反應者，給予奎寧投藥治療；同時在北投地區實施先驅計畫。[52] 故自明治 44 年在 12 個防治區開始進行大規模的防瘧計畫。之後，總督府更頒訂「瘧疾防遏規則及施行原則」，

48. 邱婷芳、黃立民、李慶雲，〈腸病毒概論〉，《臺灣醫學》3：1（1999 年 1 月），頁 43~48。
49. 李汝和主修，《臺灣省通志政事志衛生篇第四冊》，頁 845~847。
50. 余文儀纂修，《續修臺灣府志》（臺北：臺灣銀行經濟研究室，1962 年），頁 504；G.L. Mackay 著、周學普譯，《臺灣六記》，（臺北：臺灣銀行經濟研究室，1960 年），頁 131。
51. 行政院衛生署，《臺灣撲瘧紀實》（臺北：行政院衛生署，1993 年 6 月），頁 6~7。
52. 井出季和太編，《臺灣治績志》（臺北：臺灣日日新報社，1937 年），頁 34。

交由地方廳分別實行。規定廳長、保正、地主、私人的職務與義務，並訂定防治經費由國庫補助 1/3。其防治方式是調查瘧原蟲帶原者，以免費方式強制服藥，另一方面埋池沼，開設排水溝，清除住家附近的樹林，並飼養以孑孓為主食的大肚魚、孔雀魚等魚類，以消除蚊子的繁殖場和棲息地。此類工作交由保正檢視，以確保民眾均確實實施。[53]

日治時期的瘧疾死亡率，以臺東、花蓮兩地最高，其次為高雄、臺南及臺中三地。其原因在於東部地區開發較遲，幾全屬於鄉村，其地理環境適合瘧蚊的生長與活動。南部瘧疾死亡率較高，係因地處熱帶區域，氣溫較高的季節較北部長，瘧蚊活動時間也較長。北部因人口較集中於都市，氣候較冷，瘧蚊活動與繁殖較受限，故瘧疾的死亡率也較低。在鄉村與都市區域的瘧疾死亡率亦有所差別。鄉村瘧疾死亡率高於都市地區，但已呈逐年下降趨勢。各年齡別瘧疾死亡率則以 4 歲以下死亡率最高，占總死亡數的 1/3。[54]

日人在臺的瘧疾防治計畫由明治 43 年的北投試驗計劃開始，自明治 44 年起依瘧疾嚴重度設置防治區。在昭和 6 年（1931）達到 155 區，昭和 19 年增為 198 區。昭和 19 年為日人在臺防瘧計畫推行的最後一年，平均 1 個防治區的人口數為 2,000 人。明治 44 年至昭和 17 年間，每年因瘧疾而死的人數在 2,733 人至 130,455 人之間，每年平均死亡人數為 5,879 人。[55]

第二次世界大戰結束，日本將臺灣歸返中國，隨著政府行政的變更，政治體系、官方語言、民眾的社會及文化生活方面，產生適應與調適的過渡期。就瘧疾而言，流行尚未終止，原來日治時代的瘧疾防遏所也已全部關閉。沒有可靠的統計資料可以顯示此種惡疾的肆虐程度；不過民國 36 年（1947）初臺灣北、中、南進行的許多瘧原蟲調查顯示，抽樣的學童瘧原蟲率為 20% 至 40%。

民國 35 年 11 月，洛克斐勒基金會國際衛生組與政府共同合作，於臺灣南部的潮州鎮創辦瘧疾研究中心。民國 35 年至民國 36 年的活動主要專注於當地流行情況研究，包括可取得的日治時期有關瘧疾紀錄資料的分析，附近村里人口瘧疾統計調查，以及當地瘧蚊的昆蟲學觀察研究。民國 37 年，研究活動擴大，包括使用新取得的藥劑進行野外

53. 行政院衛生署，《臺灣撲瘧紀實》，頁 8~10；范燕秋，〈醫學與殖民擴張——以日期時期臺灣瘧疾研究為例〉，《新史學》7：3（1996 年 9 月），頁 133~171。
54. 張文彬、吳俊重，〈臺灣瘧疾之流行病學〉，《臺灣醫學會雜誌》54：2（1955 年 2 月 28），頁 18~21；顧雅文，〈日治時期臺灣瘧疾防遏政策——「對人法」？「對蚊法」？〉，《臺灣史研究》11：2（2004 年 12 月），頁 185~222。
55. 行政院衛生署，《臺灣撲瘧紀實》，頁 6~8。

實驗，用 DDT 殘留噴射家屋及毒殺蚊子幼蟲，建自動沖流設備來控制溪流繁殖地瘧蚊。民國 37 年 4 月，研究中心併入省衛生處，命名為「臺灣省瘧疾研究所」。雖然瘧疾研究所已創立，洛氏基金會在民國 38 年撤離臺灣，但該年洛氏基金會仍繼續提供技術與經費支援，基金會的友好協助也延續到民國 41 年中期。「臺灣瘧疾根除計畫」實在歸功於洛氏基金會，由於其提供技術人員訓練機會，引進新科技並為整個防瘧計畫誕生播下了種子。[56]

民國 35 年至民國 38 年間使用殺蟲劑試驗成功，臺灣瘧疾防治的構想也逐漸形成。由於衛生院及衛生所的發展，又由農復會與美國安全分署（MSA）鼓勵獲得必需的殺蟲劑和噴藥設備，防瘧構想又進一步加強。防治措施的基本策略是根據可動用的人力財力資源，以及流行病學方面的優先順序逐漸發展出來。四年防瘧防治計畫草擬後，第一年先大規模示範防治方法，涵蓋面有 15 萬以上的人口。藉此先驅計畫，確認 DDT 噴射家屋的效用；所有作業技術有待標準化；所需費用須計算，不可或缺的社區參與仍有待推展。第二年為防瘧作業的推廣，包括所有瘧疾高度流行的山腳區；第三、四年則進一步推展至整個高度流行集中度流行區。估計第二年涵蓋人口數有 150 萬；第三、四年則有 550 萬。[57]

臺灣地區民國 51 年 11 月以後，已無「當地新染」病例發生。因此，世界衛生組織於民國 53 年底派遣專家組成之工作小組來臺實施鑑定，經考查後之結果，報請日內瓦總署，於民國 54 年 12 月 4 日派員來臺授予「瘧疾根除」證書，臺灣瘧疾撲滅計畫，正式進入保全階段。這三十一年來，總共發現之瘧疾病例有 1,154 人，依世界衛生組織感染源分類定義歸納為下述類別：「當地新染」者 86 例，「舊病復發」19 例，「誘導感染」26 例，以及 1,023 例的「境外移入」。「當地新染」例從民國 55 年至民國 62 年間每年均有出現，但病例數不多，從 1 例至 33 例之間；民國 63 年（含）以後迄今再未發現此類之病例，「境外移入」有 1,023 例，佔總病例數的 89%。[58]

保全期間，「當地新染」病例於民國 61 年及民國 62 年分別發現 28 例及 33 例，引發北海岸地區沿海鄉鎮之小規模流行。幸獲當時衛生署長顏春輝之重視與支持，專款撥付當時的臺灣省瘧疾研究所執行為期 3 年的 DDT 家屋殘留噴射工作，終獲控制。此後之階段，均未再發現「當地新染」之病例。此為瘧疾撲滅後，一段較為突出之事例，證

56. 行政院衛生署，《臺灣撲瘧紀實》，頁 13~14。
57. 行政院衛生署，《臺灣撲虐紀實》，頁 31。
58. 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（三）》（臺北：行政院衛生署，1997 年 8 月），頁 507~508。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

實當時臺灣省瘧疾研究所所長曾柏村堅持瘧疾經宣布「根除」之後，仍應保留瘧疾監視單位之建言與決定是正確的。觀諸社會之變遷，如近年國民收入之大幅增加，年出入國境之人士高達數百萬人次，從東南亞瘧疾流行區到我國工作之外籍勞工也在 10 萬人以上，瘧疾之監視工作，今後更應予重視，其重點項目，如下列。

一、教育民眾到疫區旅行時，避免蚊蟲叮咬。提供瘧疾預防藥品之資訊。告知得到瘧疾可能出現之症狀，以便早期發現早期治療。

二、加強外籍勞工檢測。

三、檢驗人員檢查能力之養成、再訓練，以及臨床醫師之資訊提供，以提高警覺，及早作出正確之診斷。

四、採購並儲存有效且安全之治療藥品，以應急需。[59]

本縣瘧疾防治自日治時期以來即陸續推動。以本縣所屬的臺中州為例，於昭和 11 年共 31 處防遏所，檢血人數為 462,862 人，帶原蟲者數 19,447 人，帶原蟲率為 4.20%，昭和 13 年共 28 處防遏所，檢血人數為 438,244 人，帶原蟲者數 12,149 人，帶原蟲率為 2.77%。昭和 16 年共 30 處防遏所，檢血人數為 316,013 人，帶原蟲者數 15,243 人，帶原蟲率為 4.82%。[60]

日治時期的防瘧工作因二次大戰之故，於日治末期逐漸停止。戰後本縣的瘧疾防治工作與「臺灣省瘧疾防治計畫」，從民國 40 年代初期開始進入所謂的「攻擊期」。民國 42 年，衛生處宣布本縣自民國 43 年起，除海岸地帶外，準備噴射 DDT 藥劑。[61] 並於民國 43 年 1 月中旬舉辦中部五縣市防瘧人員講習班。[62] 故本縣除沿海地區 8 鄉鎮外，其餘彰化等 18 個鄉鎮市，自民國 43 年 2 月 15 日起，一起開始噴射 DDT。[63] 本時期防瘧工作如表 3-5-1 所示。

本縣 DDT 噴射初期經費係由農復會提供經費協助辦理，事先由農復會派員赴各地檢查脾腫，噴射 DDT 後再予以檢查，衛生局以南投原有脾腫率為 10%，經施行噴射後，再予以檢查，只剩下 5% 為例，強調 DDT 的效果。因瘧疾病患常有脾腫大問題，因此噴射 DDT 需先檢查學童脾腫率，沿海 8 鄉鎮經事先檢查，如芳苑脾腫只有 1%，故未予施行噴射。由於沿海居民之要求，故芳苑等沿海 8 鄉鎮，自身如能編列此項預算時，即可噴射 DDT。[64] 其預算為每一人口數應編 3 元 8 角，臺灣省瘧疾研究所即可撥派人員及藥品至該鄉鎮噴射，惟沿海鄉鎮均限於財力，無法編列此項預算。[65]

衛生院曾數度與臺灣省瘧疾研究所交涉，希望爭取沿海鄉鎮得以免費噴射 DDT，均未獲應允。而縣議員以沿海 8 鄉鎮為蚊蠅聚集之大本營為由，如欲各鄉鎮自行編列預算來辦理，實難以執行，希望縣府編列預算執行此事。然縣府以財政困難為由拒絕。此回應引發縣議員的討論，認為沿海鄉鎮應與其他鄉鎮居民享有相同待遇，或有議員建議此項施行噴射的經費，可以再予減少，不必編列到每一人口 1 元。然因省瘧疾研究所對於噴射技術的要求，極其嚴格，故應切實編列工作經費 1 元，並得提出保證責付，才會派員來施行噴射。曾施行 DDT 噴射的鄉鎮，有的頗有成效，有的竟無效果，比如田中鎮就感到無效，縣民也曾質疑噴射技術欠佳，或藥品的成分未達標準。[66]

若依據民國 42 年衛生院門診部治療瘧疾患者資料顯示，計有瘧疾患者 1,494 人，因瘧疾而致死亡者有 58 名。民國 42 年計施行噴射了 67,500 間房屋，此項工作分為 3 年計畫，在 3 年內，每年均施行噴射 1 次 ，如 3 年後，仍發生瘧疾時，即予以檢查加以免費施治。[67]

民國 44 年原定全縣各鄉鎮市普遍辦理噴射，因為部分鄉鎮財政困難，未能編列此項經費預算，影響工作進行極鉅。且此項 DDT 噴射工作，係與國際合作事業舉辦的一種業務，如 12 鄉鎮未能編預算來配合辦理，則非但影響本縣整個的防瘧工作，且有失國際合作事業的信譽，故除縣府令飭各鄉鎮市應切實編列此項預算與執行。[68] 民國 44 年 DDT 噴射工作，擬全縣普遍的辦理，換句話說，也就是過去未曾噴射的沿海 8 鄉鎮，該年度亦一併辦理噴射，惟部份各鄉鎮市公所或因財源困難，或預算無法獲得平衡之故，對於此 DDT 的噴射經費，有的竟全部未予編列，有的雖有編列，但其數目與原定標準相差尤多，至而影響工作計畫的執行至鉅。[69]

本縣實施 3 次的 DDT 噴射工作後，除靠近山邊的芬園鄉似尚有發現，故民國 46 年度擬再施行 DDT 噴射 1 次，使其能完全撲滅。[70]

59. 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（三）》，頁 516。
60. 臺灣省文獻委員會，《臺灣省通志政事志衛生篇》（臺中：臺灣省文獻委員會，1972 年 6 月），頁 299。
61. 不著撰者，〈彰化縣議會第二屆第二次大會議事錄〉（1953 年 7 月），頁 26。
62. 不著撰者，〈彰化縣議會第二屆第三次大會議事錄〉（1953 年），頁 28。
63. 不著撰者，〈彰化縣議會第二屆第四次暨第二次臨時大會議事錄〉（1954 年 4 月），頁 18。
64. 不著撰者，〈彰化縣議會第二屆第四次暨第二次臨時大會議事錄〉（1954 年 4 月），頁 27~28、177~178。
65. 不著撰者，〈彰化縣議會第二屆第六次會議事錄〉（1954 年 12 月），頁 175~176。
66. 不著撰者，〈彰化縣議會第二屆第六次會議事錄〉（1954 年 12 月），頁 175~176。
67. 不著撰者，〈彰化縣議會第二屆第六次會議事錄〉（1954 年 12 月），頁 31。
68. 不著撰者，〈彰化縣議會第三屆第二次暨第三四次臨時大會議事錄〉（1955 年 7 月），頁 23。
69. 不著撰者，〈彰化縣議會第三屆第四次大會議事錄〉（1956 年 3 月），頁 24。
70. 不著撰者，〈彰化縣議會第三屆第七次大會暨二週年紀念議事錄〉（1957 年 2 月），頁 22。

衛生院對縣下各地普遍予以噴射 DDT，效果顯著，在民國 47 年度檢血的人數為 2,082 人，其中只有 18 人為瘧疾患者，均係芬園及社頭一帶居民。[71]

民國 47 年起瘧疾防治進入肅清其階段。本縣僅芬園有發現零星的患者而已，衛生院除對患者予以徹底根治外，並在其住宅內外施行 DDT 噴射，以策萬全。[72]

衛生院於此監視期的瘧疾防治工作包含醫院診所訪問是否發現瘧患、瘧疾患者追查及其住家附近 DDT 噴射以及村里學校發熱患者調查。[73]

臺灣防瘧工作進入保全期以及監視期之後，本縣衛生院（局）持續進行抽血檢驗瘧原蟲之工作，以期發現瘧患，確保防治成果。[74] 其方式包含由瘧疾監視組、學校、醫療院所的間接性自動報告採血檢驗；衛生所熱患調查以及入境旅客直接性採血檢驗。[75] 至民國 80 年代，因本國居民早已無新發或復發之瘧疾案例，瘧疾防治重心轉移至外籍勞工，透過外籍勞工的體檢，調查有無瘧疾感染者。[76]

表 3-5-1 彰化縣防瘧工作概況

年別（民國）	施行地區總人數	檢查人數	帶原蟲者					帶原蟲者佔檢查人數百分比	患瘧人數	死亡人數	脾腫人數	脾腫者佔檢查人數百分比
			共計	三日熱	四日熱	熱帶熱	混合感染					
40	306,642	5,683	1,218	381	125	705	7	21.43	—	—	—	—
41	657,177	2,612	736	228	95	413	—	28.18	131	3	10	0.38
42	682,131	9,779	457	275	29	141	—	46.73	307	—	512	52.36
43	—	651	133	64	3	65	1	20.43	209	—	51	7.83

資料來源：彰化縣政府主計處，〈彰化縣防瘧工作概況〉，《彰化縣統計要覽》（1955 年 12 月），頁 160。

71. 不著撰者，〈彰化縣議會第四屆第一次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 73。
72. 不著撰者，〈彰化縣議會第四屆第三次暨四五六七各次臨時大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 50。
73. 不著撰者，〈彰化縣議會第五屆成立暨首次大會及首次臨時大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 57。
74. 不著撰者，〈彰化縣議會第七屆第一次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 76；不著撰者，〈彰化縣議會第七屆第六次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 74；不著撰者，〈彰化縣議會第七屆第八次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 79。
75. 不著撰者，〈彰化縣議會第七屆第十次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 60；不著撰者，〈彰化縣議會第八屆第二次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 79；不著撰者，〈彰化縣議會第八屆第五次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 83；不著撰者，〈彰化縣議會第八屆第七次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 147；不著撰者，〈彰化縣議會第八屆第九次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 95；不著撰者，〈彰化縣議會第九屆第一次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 116；不著撰者，〈彰化縣議會第十屆第一次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 133；不著撰者，〈彰化縣議會第十一屆第二次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 169；不著撰者，〈彰化縣議會第十三屆第二次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 184。
76. 不著撰者，〈彰化縣議會第十三屆第四次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 239；不著撰者，〈彰化縣議會第十四屆第二次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 216。

除了瘧疾之外，另一蚊子傳播之重要疾病為登革熱。「登革」一詞係來自於英文「Dengue」之音譯，症狀為發燒、頭痛、肌肉關節骨骼疼痛，而後眼窩痛以及發疹為主要症狀，該疾病主要病媒蚊為埃及斑蚊及白線斑蚊，其中，埃及斑蚊目前分布侷限於嘉義縣布袋鎮以南，是臺灣南部登革熱流行的主要病媒蚊，而白線斑蚊分布位於臺灣全島平地及 1,500 公尺以下山區。行政院衛生署於民國 77 年將登革熱列入報告傳染病，後依民國 88 年 6 月 23 日修正公布之「傳染病防治法」，改為第三類（甲種）傳染病；醫師須於發現後 24 小時通報，民國 93 年 1 月 27 日修正公布「傳染病防治法」，再改為第二類傳染病。民國 85 年至民國 100 年間，登革熱流行以高雄縣市、臺南市及屏東縣居多，民國 78 年行政院衛生署已監測境外移入登革熱病例，惟近年來登革熱境外移入病例數逐年攀升，且增加幅度加劇，如民國 94 年、民國 97 年、民國 99 年已分別突破 100 例、200 例、300 例，而經衛生署疾病管制局進行基因親緣性分析顯示，每年流行之病毒株均與當年東南亞病毒株相近。衛生署於民國 79 年 4 月依報院核定「登革熱防治中程計畫（79-83 年）」，執行成效良好，後續推動「登革熱防治第二期中程計畫（84-89 年）」。此二期計畫因地方政府對中央及省政府財政倚賴甚深，故配合度亦較高，整合所屬衛生、環保單位，共同投入防治工作；惟民眾對孳生源清除之認知及配合意願尚不足，本土登革熱疫情仍持續發生。衛生署於民國 91 年再提出「加強登革熱防治計畫—根除病媒蚊孳生源，阻斷本土登革熱四年計畫」；民國 95 年續訂「96-99 年度登革熱及其他病媒傳染病防治四年計畫」，由衛生署及環境保護署協同相關部會，整合地方衛生、環保、建設、民政（含警政）、地政、教育等相關單位及社區團體，全面推動社區民眾參與維護環境及家戶衛生，並建立快速、有效之疫情監控與因應機制。

近十餘年來，四型登革熱病毒皆曾於南臺灣流行，為降低重複感染不同型別而產生較嚴重的登革出血熱疫情，民國 100 年衛生署擬訂「100-104 年急性傳染病流行風險監控與管理計畫」，其項下子計畫「登革熱及其他病媒傳染病防治計畫」，即規劃提升臨床醫師蟲媒傳染病診療能力及通報警覺，並強化民眾自我防護意識，著重社區動員孳生源清除及社區容器減量為防治工作主軸，且落實於學校教育，以降低社區病媒蚊密度，進而阻斷本土登革熱疫情。[77]

登革熱由病媒蚊傳播登革病毒，為一社區病、環境病，防治工作包含衛生、環保、教育等各中央主管機關，故近十餘年來，除因應疫情召開跨部會「登革熱流行疫情處理協調會報」，以助地方防治工作外，並配合行政院環境保護署辦理「清除登革熱孳生源

77. 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（六）》（臺北：行政院衛生署，2013 年 4 月），頁 614~619。

三級複式動員專案計畫」，共同推動社區孳生源清除工作。本縣登革熱之病媒蚊為白線斑蚊。由於登革熱之防治首在病媒蚊之防治，而防制病媒蚊之不二法門為孳生源之清除。本縣從民國 80 年代開始，針對病媒蚊指數進行調查。在宣導方面，動員社區力量，以演講、示範、文宣方式，推動宣導工作，並協調社區有線電臺協助播出有關宣導短片及舉辦座談會等措施。衛生與環保單位亦積極在鄉鎮公所、學校、社區團體舉辦登革熱防治會報，加強衛生教育，運用各種宣傳手段促使社區民眾參與清除孳生源，以求根除登革熱才是根本之道。[78] 使用蚊帳以及驅蚊藥，以避免蚊蟲叮咬。病患在發病後應置於設有紗門紗窗並有蚊帳之房間，其住宅及庭院周圍應噴射殺蚊劑。遇有病患發生時，政府衛生機關也應盡快蒐集疫學資料，以便採取迅速有效之控制措施。[79] 本縣登革熱流行狀況如表 3-1-2 至 3-1-20。

第六節 性病與愛滋病

性傳染病（Venereal Disease）為一種重要又極普遍的接觸傳染性的社會病，所造成的傷害極為殘酷，對於患者的個人，可造成身心的病廢，並可波及家族毀壞家庭，其所波及的慘狀，如產育梅毒嬰兒及初生嬰兒因淋病而目盲等，實足令人特別警惕，足以危害社會大眾形成公共衛生的重大問題。性病多由性行為而感染，故普通又稱花柳病。包含梅毒（Syphilis）、淋病（Gonorrhea）、軟性下疳（Chancroid）及腹股溝肉芽腫（Granuloma Inguinale）4 種，但以梅毒及淋病最為流行，危害也最大。[80]

性病之傳染，由男女不潔性交而發生者為最多，而古來為政者多有風紀上立場，藉違警率以禁賣淫者。然賣淫之風，千古不絕；是故當世國家，仍不少實行公娼制度，施以檢菌，以便集中管理，而並以輔助性病防治之措施。[81]

日人治臺以後，於明治 29 年（1896）7 月即施行公娼制度。翌年 7 月，制定花柳病預防標準，開始檢菌（原稱檢黴）並提倡開設婦人病院，兼以取締私娼（日人稱為密賣淫）。嗣後日政府當局發布有關取締私娼法令，計於明治 33 年法律第 84 號之「行政執行法」，及大正 8 年（1919）第 43 號府另發布之「臺灣違警例」等。其關於娼妓之營業取締及檢診，則有各州廳令「貸座敷及娼妓取締規則標準」、「娼妓檢診及治療規則標準」，後改由政令公布「藝妓、酌婦取締規則」等。「娼妓檢診及治療規則標準」規定，檢診分定期及臨時 2 種，定期檢診每星期舉行 1 次，其檢診項目有：一、梅毒、軟性下疳、淋病；二、結核性諸病、癩病；三、其他接觸傳染性疾病。昭和 15 年（1940）日政府將「花柳病預防法」施行於臺灣，計當時設有臺北、基隆、臺中、嘉義、臺南、高雄、花蓮港、馬公等 8 處婦人病院。[82]

政府為防治性病之蔓延，維護國民之健康，於民國 42 年（1953）9 月，在臺灣省政府衛生處成立性病防治中心，負責規劃辦理全省性病防治工作。並商得聯合國兒童急救基金委員會補助所需藥品器材，及世界衛生組織派遣專家 4 人（醫師、護士、衛生教育家、血清學者各 1 人）來臺協助防治技術。此外，中國農村復興聯合委員會，及美國國際開發總署臺灣分署亦給予經費之援助。旋即展開防治工作，擬對自 16 歲至 50 歲之民眾普遍驗血，並對罹病者免費治療，直至痊癒為止。初期工作，為訓練醫護及檢驗人員，設立 22 處血清檢驗室，在省立臺北醫院附設示範診部，並於民國 43 年 9 月起將防治工作擴大至全省各縣市，各鄉鎮（市）區衛生保健機構，及各公立醫院，辦理性病門診及收治住院患者，並辦理產前檢查及各項身體健康檢查之普遍驗血。[83]

民國 56 年臺北市改制為院轄市，衛生局為因應當時參加越戰美軍大量來臺度假，酒吧如雨後春筍應運而生之事實。乃暫時以當時之市立婦產科醫院（昆明街 100 號）之人員及房舍，組成性病檢查，治療小組，執行男女性病防治事宜。民國 58 年 7 月 21 日臺北市立性病防治所正式成立於中興醫院內，從此，臺灣地區有第一所性病防治專責單位。民國 64 年臺灣省婦幼衛生研究所以任務編組方式設置性病防治組，以接續民國 62 年裁撤之臺灣省性病防治中心之任務。並於臺灣省傳染病研究所設立標準研究室，負責規劃與推展臺灣省性病防治業務。經由縣市衛生局、鄉鎮市衛生所及各級公立醫院配合對民眾展開普遍性的抽血，尤其注重傳染性較高之特種營業人員、監所受刑人篩檢、娼妓檢查、另有一般民眾體檢、團體體檢、役男體檢、孕婦產前檢查、臍帶血檢查等，以年檢查 70 萬檢體為目標。對於性病者除免費治療外，並進行接觸者配偶與家屬之追蹤訪視。[84]

78. 陳錦生、蔡坤憲，〈臺中、彰化、雲林地區登革熱病媒蚊孳生源清除及宣傳計畫報告〉The Kaohsiung Journal of MedicalSciences 14（1998），頁 112~116。
79. 臺灣省文獻委員會，《重修臺灣省通志政治志衛生篇（第二冊）》，頁 918。
80. 臺灣省文獻委員會，《重修臺灣省通志政治志衛生篇（第二冊）》，頁 996。
81. 李汝和主修，《臺灣省通志政事志衛生篇（第四冊）》，頁 322。
82. 臺灣省文獻委員會，《重修臺灣省通志政治志衛生篇（第二冊）》，頁 1009。
83. 臺灣省文獻委員會，《重修臺灣省通志政治志衛生篇（第二冊）》，頁 1016。
84. 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（三）》，頁 493~494。

民國 77 年 7 月 1 日，為加強性傳染病之監測，將梅毒、淋病納入報告傳染病系統，凡經檢驗、臨床診斷確診之個案，皆應填寫傳染病報告單向當地衛生機關報告。由於性病患者經常忌於求診或僅自行至藥房購買成藥服用，故性病報告率呈現低報現象。為加強性病防治，行政院衛生署於民國 83 年 3 月 31 日召集專家學者商研「如何改善我國性病防治工作」會議，將梅毒、淋病、愛滋病、軟性下疳、生殖器疱疹、尖形濕疣、非淋菌性尿道炎（披衣菌）等 7 種性病列為重點性病，及加強各醫療院所之通報，並將重點性病之病例定義、檢驗診斷、治療標準製成小冊，分發護理人員參考。[85]

由於各級衛生單位在傳統上，對於其他性病大多臨床症狀來診斷，而較不重視實驗室之診斷，為提升各級衛生單位及醫療院所之 7 種重點性病 [86] 檢驗能力，建立性病檢體傳送體系，於民國 84 年 4 月召開「性病檢驗訓練計畫」會議，決議性病檢體檢驗系統分為三級：第一級為包括衛生所、群體醫療執業中心；第二級包括縣市衛生局、省（市）立醫院；第三級包括臺灣省婦幼衛生研究所、臺北市立性病防治所、高雄市政府衛生局、預防醫療研究所。[87]

民國 40 年代，本縣因感於性病蔓延的危險，特與世界衛生組織合作，辦理性病防治工作，設置檢驗單位，已檢血證實是否為性病，經先將彰化、員林兩地的服務生、侍應生加以檢驗結果，100 人中發現有 30 人患有慢性性病，此種慢性性病日常未感痛苦，仍能繼續工作，經強制飭令其治療。同時透過宣傳，希望一般民眾能自動檢血。對於 19 歲以下的兒童，如發現性病時，可免費治療，如成人則衛生院均以實際費用加以治療。[88] 由於可能是性病的傳播者，但對於私娼，實無法可管。只好與警察局連絡，設法請私娼自來檢查。至於服務生及侍應生則開設講習會指導防治方法，並設立門診部，如有患者求治時，均順便指導防治辦法，同時，對於產婦的檢查治療工作，亦開始辦理。[89]

本縣衛生院奉令自民國 43 年 4 月起辦理性病防治工作，全縣住民均可前往免費驗血及治療。[90] 開辦最初 6 個月內，共計檢血人數為 8,025 人，其中陽性為 1,469 人，佔總數 18.31%，陰性為 6,556 人，佔總數 81.69%，治療人數共 1,078 人，使用「盤林西林」7,631 人加以治療。[91] 本項工作已與世界衛生組織合作，治療藥品由該組織供給施治，過去對於梅毒之治療，係用 606 藥劑，該計畫改用盤林西林藥劑。[92]

85. 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（三）》，頁 494~495。
86. 七種性病分別為淋病、披衣菌、軟性下疳、生殖器疱疹、梅毒、愛滋病、尖形濕疣。
87. 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（三）》，頁 496。
88. 不著撰者，〈彰化縣議會第二屆第四次暨第二次臨時大會議事錄〉（1954 年 4 月），頁 27。
89. 不著撰者，〈彰化縣議會第二屆第四次暨第二次臨時大會議事錄〉，頁 177~178。
90. 不著撰者，〈彰化縣議會第二屆第六次大會議事錄〉，頁 17。
91. 不著撰者，〈彰化縣議會第二屆第六次大會議事錄〉，頁 24。

該項性病檢查，以特種營業的服務生、侍應生等強制檢查，如發現有性病者，即予強制治療，否則，吊銷其牌照勒令停止營業。至於一般民眾，均廣為宣傳，希其能自動接受檢查，依據與世界衛生組織訂定之合約，19 歲以下的兒童以及孕婦如患性病時，本縣即可予以免費治療。[93] 雖然衛生當局希望民眾可以自動往接受性病檢查，但礙於隱私，大都不肯自動前來檢查，因此規定凡是特種營業，均需檢查。[94] 但願意自行前來者受檢者，仍然有限。[95]

性病防治可分為梅毒、淋病以及其他性病，其中以梅毒最為嚴重，而且最易傳染，染上梅毒之後，如果未能及時治療，會傷及腦部，終至喪命。民國 40 年代臺灣染有梅毒的患者約佔 5% 至 8%，因此對特種行業、公共食堂、妓女戶的妓女以及接客業者等，均有定期驗血，對於陽性患者均用「盤林西林」及「606」免費給予治療，在這兩種藥品中，以「盤林西林」的功效最大，每次只需 16 c.c. 連續打針 2、3 次就可治癒。衛生院在民國 47 年至 48 年間所驗血的人數，全縣約為 42,856 人，其中陽性 1,363 人，在衛生院治療者計 1,196 人。[96]

自民國 42 年起，依據臺灣省政府衛生處的性病防治計畫，衛生院負責辦理性病防治醫師、護士每單位各 1 人，訓練期間 1 個月。各公立醫院負責辦理性病防治之醫師護士各 1 人，以及接觸者調查員，訓練期間 1 星期，之後訓練範圍擴展至開業醫師、助產士、醫學院及護理學校學生及軍醫等。本縣性病防治工作分成兩大部分，一是尋找病源：（一）個案驗血，包含自願驗血；醫院、衛生局及衛生所部門患者自 16 歲至 50 歲予以驗血；產前檢查予以驗血；接生時一律留臍帶血送驗；非正常接觸者予以驗血。（二）團體驗血，妓女每月驗血 1 次，局部檢查每星期 1 次；酒吧女每 3 個月驗血 1 次，局部檢查每星期 1 次；酒家、茶室、旅館女服務生、舞女按規定驗血及檢查。機關、學校、海員、役男、工廠等亦是團體驗血的對象。二是病源管理，對於確定罹病者列案管理，特種營業服務生除健康檢查外，加強其衛生教育與防治方式宣導。[97]

92. 不著撰者，〈彰化縣議會第二屆第六次大會議事錄〉，頁 31。
93. 不著撰者，〈彰化縣議會第二屆第六次大會議事錄〉，頁 177。
94. 不著撰者，〈彰化縣議會第二屆第六次大會議事錄〉，頁 177~178。
95. 不著撰者，〈彰化縣議會第三屆第九次暨第九次臨時大會議事錄〉（1957 年 11 月），頁 22。
96. 不著撰者，〈彰化縣議會第四屆首次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 72。
97. 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（三）》，頁 431~433。

至民國 70 年代末、80 年代初，性病的防治對象除了特種營業服務生外，擴大其防治範圍，以民國 79 年 4 月起至民國 79 年 9 月本縣防治成果為例，其工作內容有轉發並研擬性病有關資料；加強辦理衛生所產前檢查、機關團體、學生等體檢時驗血，以利尋找梅毒患者。此段時間共採血數計 16,368 件，呈陽性 47 人，免費治療 47 人。每年訂於 5 月、9 月辦理特種營業及少年輔育院學童看守所人犯之檢查。共採血計 583 件、呈梅毒陽性 5 人，治療 5 人。訪問開業婦產科醫院和助產士，在接生時一律留臍帶血，共採 535 件均呈陰性。配合役男徵兵檢查，採血數 11,618 件，呈陽性者 20 人，免費治療 18 人（其中 2 人轉介至臺中市及臺南市）。加強接觸者追蹤及複查工作計採血 133 件須再治療 23 人。[98]

至民國 89 年衛生局辦理的性病防治工作仍以轉發並研擬性病有關資料。加強一般民眾之驗血，尋找性病個案；每年辦理特殊行業、少年輔育院學童、看守所、彰監等受刑人採血篩檢梅毒；坊間開業婦產科醫師，在接生時留臍帶血（檢驗後呈陽性計 0 人）；配合役男徵兵檢查採血；加強接觸者的追蹤及舊案的複查工作。由於陽性患者人數比率極低，且愛滋病成為另一種新型態的性病，故性病防治之重點轉為愛滋防治。[99]

愛滋病俗稱 AIDS，是「Acquired Immune Deficiency Syndromes」的縮寫，中文正式名稱為「後天免疫缺乏症候群」。民國 70 年首次在美國被發現，此後便成為全球主要的傳染疾病。愛滋病是因為人類免疫不全病毒（HIV）所造成；藉著殺死或削弱免疫系統的細胞，HIV 漸漸地摧毀身體對抗疾病感染與某些特定腫瘤的功能。被診斷為愛滋病的人會受到致命的疾病威脅，稱之為伺機性感染，其起因通常在健康人身上不會造成疾病的一些微小細菌。依據衛生組織及國聯合愛滋病聯合計畫，民國 89 年 11 月 23 日公布的愛滋病統計數字顯示，全球至今愛滋病感染人數已逾 5,000 萬人，死亡人數已達 1,600 萬人，其中以中國及印度的愛滋病感染人數增長速度最快。據聯合國愛滋病聯合計畫數字顯示，亞洲 720 萬感染愛滋病或愛滋病毒的人中，半數年齡低於 25 歲。經濟學家指出，愛滋病打擊社會上最富生產力的一群，勢必威脅亞洲地區發展成就，也對公共醫療帶來沉重負擔。[100]

臺灣地區從民國 73 年以來，至民國 84 年 3 月為止，11 年間已發現 816 位感染者，其中 174 人已發病，但實際感染人數應不只如此，且其增加速度非常驚人。其中前 100

98. 不著撰者，〈彰化縣議會第十二屆第一次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 242。
99. 不著撰者，〈彰化縣議會第十四屆第六次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 430。
100. 臺中縣政府，《續修臺中縣志社會志》（臺中：臺中縣政府，2010 年 10 月），頁 227。

位感染者均被發現，共經過 55 個月的時間，但從 701 位累積至 800 位卻僅有 5 個月的時間。816 位感染者中本國籍 729 人，外國籍 87 人。本國籍之感染個案，男性共 677 人，占 92.9%；女性有 52 人，占 7,1%。感染者的年齡，主要集中於 20 至 39 歲之間，約占 69.7%。但到了民國 93 年，短短 10 年間，總感染數已高達 7,044 人，女性累積個案數達 444 人，男性累積個案數達 6,108 人，感染者的年齡主要集中在 20 至 39 歲之間。近幾年來，在臺灣愛滋病患者人數呈現快速增加，如何因應已刻不容緩。[101]

本縣積極防治愛滋病始於民國 79 年。[102] 首先是針對特種營業、少年輔育院學童、看守所人犯暨役男體檢採血，其結果均呈陰性。[103] 民國 80 年起開始進行性傳染疾病暨愛滋病圖片展覽、專題演講、錄影帶放映及有獎徵答等各項宣傳活動。而本年的愛滋病（HIV 檢驗）採血檢驗，其中 1 名呈陽性（發現不久即發病死亡）。[104]

民國 81 年 4 月起至民國 81 年 9 月愛滋病防治成果如下：特種營業、少年輔育院學童、看守所人犯暨役男體檢採血 11,803 件，有 4 件呈陽性。[105] 顯示愛滋感染的防治需加速進行。衛生局因此辦理愛滋病防治擴大宣導園遊會、圖片展、有獎徵答、錄影帶放映、醫師諮詢等各項活動。參加者約萬人。[106] 之後持續針對特種營業、少年輔育院學童、看守所人犯暨役男體檢採血。[107] 採血人數不斷提升，自民國 86 年 4 月至 9 月衛生局辦理愛滋病篩檢人數 16,515 人。[108] 民國 87 年度愛滋病篩檢人數 14,040 人，陽性人數 6 人。[109] 民國 88 年年度愛滋病篩檢人數 16,776 人，陽性人數 5 人。[110]

民國 90 年起，愛滋預防的宣傳活動更加多樣化。民國 90 年 5 月 30 日舉辦「愛滋病防治輔導諮詢小組聯繫會」。8 月 25 日配合秀傳醫院「2001 年七夕情人節之夜」，愛滋病、性病防治衛教宣導活動。民國 90 年 9 月 1 日，利用五月天合唱團在彰化縣體育場舉辦演唱會，與時尚婚紗配合，分發小禮盒保險套，共 2,000 個，從事愛滋病、性病防治衛教宣導活動。[111] 民國 92 年辦理「彰化縣各高中職校 91 年度第二學期愛滋病

101. 詹長權，《臺灣全志社會志衛生與健康篇》（南投：國史館臺灣文獻館，2006 年 12 月），頁 100。
102. 不著撰者，〈彰化縣議會第十二屆第二次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 194~195。
103. 不著撰者，〈彰化縣議會第十二屆第三次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 211~212。
104. 不著撰者，〈彰化縣議會第十二屆第五次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 219~220。
105. 不著撰者，〈彰化縣議會第十二屆第六次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 198~199。
106. 不著撰者，〈彰化縣議會第十二屆第七次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 221。
107. 不著撰者，〈彰化縣議會第十三屆第一次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 219~220；不著撰者，〈彰化縣議會第十三屆第七次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 192~193。
108. 不著撰者，〈彰化縣議會第十三屆第八次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 192~193。
109. 不著撰者，〈彰化縣議會第十四屆第三次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 704~705。
110. 不著撰者，〈彰化縣議會第十四屆第五次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 377~378。
111. 不著撰者，〈彰化縣議會第十四屆第八次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 227~228。

防治教育巡迴演講」、「彰化縣教保育暨醫事人員腸病毒、愛滋病防治講習」、「彰化電務段 92 年度在職人員一般勞工安全衛生教育及預防災變訓練計畫—愛滋病防治宣導」。[112]

民國 92 年召開「彰化縣愛滋病防治小組設置要點草案研商會議」，共 31 人參加；辦理校園滋病巡迴演講，共辦理 40 場次計 27,446 人參與（民國 92 年 1 月至 6 月）；配合警方查獲之大陸妹及特殊行業之工作人員給予抽血計 31 件，檢驗均呈現陰性；辦理同志三溫暖消費者之衛教及 HIV 病毒篩檢：計採血 12 件，其中 1 人呈陽性（臺中市人），通知臺中市收案管理；七夕情人節加強愛滋宣導，於西餐廳、KTV 等營業管理場所發放保險套及宣傳單張、面紙等，共送出保險套面紙 1,500 包；中秋節於田中鎮兒童公園辦理「親親我的愛，愛滋永不在遊街晚會」，計 600 人參加。[113]

民國 93 年召開「愛滋病病友會」共 11 人參加，並於 2 月份舉辦「西洋情人節愛滋病防治宣導活動」，共 300 餘人參加，而該年 1 月至 3 月，各醫療院所共通報 6 例愛滋病感染者與愛滋病患。[114] 民國 94 年 1 月至 3 月間 225 名煙毒犯接受愛滋病毒篩檢，發現 38 名屬於愛滋病毒感染者。[115] 顯示毒品使用者的愛滋問題日益嚴重，該年 7 月至 8 月共有 200 名煙毒犯接受愛滋病毒篩檢，發現 50 名屬於愛滋病毒感染者。[116]

民國 95 年愛滋病防治對象除毒品使用者外，增列外籍配偶，辦理外籍新娘、大陸新娘愛滋病防治宣導 1 場，約 30 人參加。煙毒犯篩檢及各醫療院所共通報 54 例愛滋病感染者與愛滋病患。[117] 另外配合縣府與青商會合辦之音樂會，於員林、田中辦理愛滋病防治減害計畫宣導活動。[118] 民國 96 年之後，愛滋病預防活動宣傳以監獄為重點。主要係因毒品使用者的共用針頭問題，成為愛滋感染的最重要途徑。[119] 本縣愛滋病流行狀況如表 3-1-2 至 3-1-20。

112. 不著撰者，〈彰化縣議會第十五屆第三次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 715。
113. 不著撰者，〈彰化縣議會第十五屆第四次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 440~441。
114. 不著撰者，〈彰化縣議會第十五屆第五次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 436。
115. 不著撰者，〈彰化縣議會第十五屆第七次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 516。
116. 不著撰者，〈彰化縣議會第十五屆第八次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 459。
117. 不著撰者，〈彰化縣議會第十六屆第一次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 554。
118. 不著撰者，〈彰化縣議會第十六屆第二次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 481。
119. 不著撰者，〈彰化縣議會第十六屆第三次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 507；不著撰者，〈彰化縣議會第十六屆第四次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 537；不著撰者，〈彰化縣議會第十七屆第二次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 665；不著撰者，〈彰化縣議會第十七屆第五次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 683。

第四章 疾病防治

寄生蟲、砂眼防治是日治以來常見疾病，也是臺灣民眾的兒時回憶。B 型肝炎曾被認為是臺灣的國病，也是引發肝癌與肝硬化的原因。精神病、成人病與慢性病則是因近十幾年來，人們生活壓力過大、健康型態轉變、預防保健觀念提高等因素，成為政府重要的衛生業務。因此，本章將以上述各項疾病防治為討論中心，顯示不同時空下，疾病防治業務的轉變。

第一節 寄生蟲

腸內寄生蟲是熱帶、亞熱帶國家相當常見的傳染病。大正 10 年（1921）至大正 15 年間，日人於各州廳所進行的衛生保健調查，糞便蟲卵呈陽性率高達 78.3%。[1] 根據臺灣總督府警務局衛生課於昭和 6 年（1931）出版的《衛生調查書第十輯疾病篇（本島人）》之記載，全臺幾乎都是寄生蟲流行區，在受檢者 74,103 人中，體內有寄生蟲卵者為 58,024 人，比例高達 78.3%。而各州、廳的情況也各有差異，其中寄生蟲病盛行率最高的地區為澎湖廳，達 96.5%，臺中州亦達到 95.9%。臺中州為臺灣的重要農業區，農作大量仰賴施肥，尤其糞肥；而澎湖廳並非農業區，為何寄生蟲、蛔蟲罹患率最高？或許與澎湖缺乏薪柴，以牛柴（牛糞）為燃料有關。[2] 日治時期醫界一直在尋找、測試各種驅蟲藥劑，除了講求功效也要顧及安全性及副作用，20 世紀初所使用的驅蟲藥包括「ナフタリン」（臭樟腦或石腦油精〔naphthalene〕）、チモ—ル（百里香酚〔thymol〕）、山道年、海人草等。大正、昭和年間（1920 年代以後），驅除蛔蟲最常使用山道年和海人草。[3]

1. 石曜堂，〈臺灣省腸內寄生蟲防治工作回顧〉，收於財團法人中華民國寄生蟲防治會編，《二十週年特刊：歷年學童寄生蟲檢查統計分析》（臺北：財團法人中華民國寄生蟲防治會，1997 年），頁 40。
2. 臺灣總督府警務局衛生課，《衛生調查書第十輯疾病篇（本島人）》（臺北：臺灣總督府，1931 年），頁 42~49。
3. 張素玢，〈蟲蟲戰爭：海人草與臺灣寄生蟲防治（1921-1945）〉，收於范燕秋編，《多元鑲嵌與創造轉化：臺灣公共衛生百年史》（臺北：遠流出版，2011 年），頁 129~176。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

在民國 40、50 年代的臺灣，農業為主要經濟命脈。大部分農民仍使用未經處理的糞肥作為作物肥料。這種環境條件，最適合寄生蟲的發育、繁殖和傳染，因此根據臺灣各種寄生蟲的傳染率，以腸內寄生蟲—土壤傳播性蠕蟲之蛔蟲、鉤蟲和蟯蟲最為普遍。[4]

民國 50 年（1961），臺灣省衛生處商請農復會補助驅蟲藥，謝獻臣領軍的高雄醫學院技術支援，透過臺灣省政府頒訂的「寄生蟲防治示範計畫準則」，依規定向學童收取寄生蟲防治費每人 1 元 5 角，先舉辦臺北、宜蘭、彰化、臺中、高雄、花蓮等 6 個縣與臺南、高雄 2 個市全部國校學童鉤蟲、蛔蟲檢查及投藥工作。其檢查結果為蟲卵總陽性率 74.5%，有蛔蟲者佔 66.8%，鉤蟲者佔 20.5%。[5] 然而此項計劃因經費不足，僅實施 1 年即暫停。

民國 60 年，臺灣省衛生處針對全臺國小學生進行抽樣調查，發現蠕蟲罹患率達 73%，其中蛔蟲高達 55%。[6] 臺灣省衛生處鑑於寄生蟲影響學生身體健康甚鉅，特別舉辦腸內寄生蟲防治第一期 4 年計畫，於民國 61 年 7 月至民國 65 年 6 月實施。對象為全臺各縣市國小學生，由省縣市各級衛生機關主辦，各級教育機關協辦並聘任謝獻臣擔任該計畫顧問。其實施步驟是無論蟲卵陽性或陰性一律投藥，1 年投藥 4 次，每年預定投藥學童數與投藥人次如表 4-1-1 所示。藥物為 Santonin 及 Kainic acid 混合製劑 1 年 4 次，在校於衛生人員的指導下服藥。經費方面則由，一般學生須自付藥劑費，由校方代購驅蟲藥。貧苦學生由衛生處及縣市政府共同負擔。若為山地地區學生則由衛生處負擔。[7] 此項計畫 4 年後蛔蟲均罹患率下降至 13.7%。其成功原因在於由學生家長負擔驅蟲藥品，讓民眾產生參與感，同時降低政府預算，整個第一期 4 年計畫僅花費 1,504,800 元，使整個計劃在沒有排擠其他衛生計劃經費下持續進行，進而產生全面性的防治效果。[8]

由於政府經費與人力有限，為達成先檢便後投藥的目標，於是參考日、韓模式，在民國 64 年成立民間團體「財團法人中華民國寄生蟲防治會」，協助政府從事寄生蟲防治工作。因此在民國 65 年至民國 70 年協助政府執行第二期 5 年防治計畫。防治對象為國小學生，逐步實施檢便陽性者投藥，檢查地區由都市至鄉村。檢驗費由學生負責，但

4. 胡惠德，〈財團法人中華民國寄生蟲防治會成立的背景〉，收於財團法人中華民國寄生蟲防治會編，《財團法人中華民國寄生蟲防治會成立十週年紀念特刊》（臺北：財團法人中華民國寄生蟲防治會，1985 年），頁 11~12。
5. 石曜堂，〈臺灣省腸內寄生蟲防治工作回顧〉，頁 40。
6. 林朝京，〈臺灣省學生寄生蟲防治計劃之演變與成效〉，收於財團法人中華民國寄生蟲防治會編，《二十週年特刊：歷年學童寄生蟲檢查統計分析》（臺北：財團法人中華民國寄生蟲防治會，1997 年），頁 47。
7. 財團法人中華民國寄生蟲防治會，〈第一期四年計畫〉，收於財團法人中華民國寄生蟲防治會編，《二十週年特刊：歷年學童寄生蟲檢查統計分析》（臺北：財團法人中華民國寄生蟲防治會，1997 年），頁 53~54；林朝京，〈臺灣省學生寄生蟲防治計劃之演變與成效〉，頁 47。
8. 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（三）》（臺北：行政院衛生署，1997 年），頁 524~526。

貧苦及山地學生則由衛生處編列經費支應。檢便陽性者則由衛生處免費提供藥物治療。第二年 5 年計畫結束時，蛔蟲感染率降為 1.86%，鉤蟲感染率為 0.15%，鞭蟲感染率為 3.75%。[9]

自民國 70 年起至民國 75 年，則是第三期 5 年計畫。該期防治以蛔蟲、鉤蟲及鞭蟲為對象。依生活地區之不同，劃分為不同的防治方式。一為平地鄉及都市地區感染率較低的區域實施 1 學期 1 次的蟲卵檢查，陽性者給予投藥。若為山地、偏遠與離島區域仍維持 1 年 4 次的預防性投藥，以快速降低感染率。至該期計畫結束時，蛔蟲、鉤蟲及鞭蟲等腸內寄生蟲的感染率已下降至 1% 以下。[10]

自民國 80 年之後的腸內寄生蟲防治以蟯蟲為主，除了給予陽性學童施藥外，其共同生活之家人，亦由政府提供免費藥物治療，在家自行服用。綜觀臺灣地區腸內寄生蟲的防治，可概分為 3 個階段。在民國 60 年代之前，約有 80% 國小學童罹患腸內寄生蟲。民國 60 年開始計劃性的防治，以地毯式全面投藥為手段，多數地區學童持續接受長達 8 至 9 年的投藥。民國 70 年代之後進入少數感染階段。每 10 位小學生約有 1 位帶蟲，且以鞭蟲為主。至民國 70 年代末期腸內寄生蟲的感染即進入稀少階段。[11] 臺灣的寄生蟲防治可說是已達期防治目標。

本縣配合「臺灣省寄生蟲防治計畫」，其實施成果如表 4-1-1 至 4-1-7 所示。

表 4-1-1 臺灣地區寄生蟲防治第一期 4 年計畫預定實施人數

縣市別	預定投藥學童數	預定投藥人次數
基隆市	57,000	228,000
臺北縣	190,000	760,000
宜蘭縣	72,000	288,000
桃園縣	117,000	468,000
新竹縣	97,000	388,000
苗栗縣	91,000	364,000
臺中市	72,000	288,000
臺中縣	125,000	500,000
彰化縣	177,000	708,000
南投縣	由日本補助蛔蟲藥品	
雲林縣	134,000	536,000
嘉義縣	149,000	596,000

9. 財團法人中華民國寄生蟲防治會，〈第二期五年計畫〉，收於財團法人中華民國寄生蟲防治會編，《二十週年特刊：歷年學童寄生蟲檢查統計分析》（臺北：財團法人中華民國寄生蟲防治會，1997 年），頁 57~58。
10. 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（三）》，526~527。
11. 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（三）》，527。

縣市別	預定投藥學童數	預定投藥人次數
臺南市	77,000	308,000
臺南縣	162,000	648,000
高雄市	129,000	516,000
高雄縣	139,000	556,000
屏東縣	144,000	576,000
花蓮縣	58,000	232,000
臺東縣	51,000	204,000
澎湖縣	21,000	84,000
合　計	2,062,000	8,248,000

資料來源：財團法人中華民國寄生蟲防治會，〈第一期四年計畫〉，收於財團法人中華民國寄生蟲防治會編，《二十週年特刊：歷年學童寄生蟲檢查統計分析》，頁 53。

表 4-1-2 彰化縣國小寄生蟲卵檢查結果統計表（1977-1985）

年份（民國）	學期	在籍學生數	受檢學生數	受檢率	陽性	
					人數	%
66	66 學年度第 1 學期	37,619	35,413	94.14	6,358	17.95
66	66 學年度第 2 學期	37,599	34,314	91.26	5,777	16.84
67	67 學年度第 1 學期	78,165	71,813	91.87	19,682	27.41
67	67 學年度第 2 學期	78,188	75,613	96.71	19,110	25.27
68	68 學年度第 1 學期	77,330	76,980	99.55	15,398	20
68	68 學年度第 2 學期	77,301	77,301	100	9,458	12.24
69	69 學年度第 1 學期	142,641	142,641	100	30,128	21.12
69	69 學年度第 2 學期	142,309	142,309	100	14,807	10.4
70	70 學年度第 1 學期	142,057	142,057	100	15,380	10.83
70	70 學年度第 2 學期	141,663	141,663	100	9,517	6.72
71	71 學年度第 1 學期	143,059	143,059	100	8,641	6.04
71	71 學年度第 2 學期	142,772	142,772	100	6,511	4.56
72	72 學年度第 1 學期	145,015	145,015	100	5,371	3.7
72	72 學年度第 2 學期	144,879	144,879	100	3,364	2.32
73	73 學年度第 1 學期	147,960	147,866	99.94	2,670	1.81
73	73 學年度第 2 學期	147,425	146,885	99.63	1,708	1.16
74	74 學年度第 1 學期	151,819	151,369	99.7	1,204	0.82
74	74 學年度第 2 學期	151,142	150,727	99.73	755	0.5

資料來源：財團法人中華民國寄生蟲防治會，〈第一期四年計畫〉，收於財團法人中華民國寄生蟲防治會編，《二十週年特刊：歷年學童寄生蟲檢查統計分析》，頁 64~79。

表 4-1-3 彰化縣國小寄生蟲卵檢查結果統計表（1981-1982）

年份（民國）	感染種別							
	蛔蟲		鉤蟲		鞭蟲		其他	
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%
70	6,399	4.5	106	0.07	9,856	6.94	230	0.16
70	3,045	2.15	26		6,774	4.78	101	0.07
71	3,710	2.59	30		5,460	3.82	103	0.07
71	2,113	1.48	99	0.07	4,455	3.12	137	0.1

資料來源：財團法人中華民國寄生蟲防治會，〈第一期四年計畫〉，收入財團法人中華民國寄生蟲防治會編，《二十週年特刊：歷年學童寄生蟲檢查統計分析》，頁 88~95。

表 4-1-4 彰化縣國小蟯蟲檢查結果統計表（1986-1990）

年份（民國）	學期	在籍學生數	受檢學生數	受檢率	陽性		附註
					人數	%	
75	75 學年度第 1 次	122,155	116,483	95.36	24,371	20.92	
75	75 學年度第 2 次	122,318	116,521	95.26	18,472	15.85	
75	75 學年度第 3 次	122,066	117,670	96.4	14,003	10.9	
75	75 學年度第 4 次	122,392	117,671	96.14	10,595	9	
76	76 學年度第 1 次	124,251	120,408	96.91	23257	19.32	
76	76 學年度第 2 次	124,586	120,705	96.88	12,489	10.35	
76	76 學年度第 3 次	123,953	120,338	97.08	11,281	9.37	
76	76 學年度第 4 次	124,190	120,517	97.04	6,184	5.13	
77	77 學年度第 1 次	155,868	151,285	97.06	20671	13.66	
77	77 學年度第 2 次	156,254	151,332	96.85	9,527	6.3	
77	77 學年度第 3 次	155,502	151,599	97.49	8,659	5.71	
77	77 學年度第 4 次	155,731	151,965	97.58	6,100	4.01	
78	78 學年度第 1 次	152,850	151,868	99.36	17,449	11.49	
78	78 學年度第 2 次	153,097	152,351	99.51	9,109	5.98	
78	78 學年度第 3 次	152,515	152,284	99.85	6,266	4.11	
78	78 學年度第 4 次	152,683	152,456	99.86	5,753	3.77	
79	79 學年度第 1 次	149,836	149,777	99.96	19,584	13.08	
79	79 學年度第 2 次	149,977	149891	99.94	11,990	8	
79	79 學年度第 3 次	149,862	149,808	99.96	9,859	6.58	
79	79 學年度第 4 次	149,997	149,962	99.98	7,178	4.79	

資料來源：財團法人中華民國寄生蟲防治會，〈第一期四年計畫〉，收於財團法人中華民國寄生蟲防治會編，《二十週年特刊：歷年學童寄生蟲檢查統計分析》，頁 134~169。

縣政 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

表 4-1-5 臺灣省平地鄉彰化縣（蟲卵陽性率 5% 以上之鄉鎮）國民小學寄生蟲卵檢查成績統計表（1986-1987）

年份（民國）	學期	鄉鎮別	在籍學生數	受檢學生數	受檢率	陽性	
						人數	%
75	第 1 學期	秀水	4,348	4,208	96.78	55	1.31
		伸港	3,658	3,593	98.22	96	2.67
		田中	5,207	5,055	97.08	48	0.95
		埔鹽	3,924	3,852	98.17	73	1.9
		埔心	3,970	3,889	97.96	46	1.18
		永靖	4,784	4,631	96.8	53	1.14
		二水	2,269	2,222	97.93	40	1.8
		芳苑	4,020	3,980	99	55	1.3
		計（8）	32,180	31,430	97.67	466	1.48
75	第 2 學期	秀水	4,352	4,175	95.93	35	0.84
		伸港	3,684	3,602	97.77	57	1.58
		田中	5,215	5,102	97.83	36	0.71
		埔鹽	3,908	3,842	98.31	41	1.07
		埔心	3,952	3,753	94.96	54	1.44
		永靖	4,773	4,578	95.91	45	0.98
		二水	2,274	2,147	94.42	16	0.75
		芳苑	4,013	3,940	98.18	68	1.73
		計（8）	32,171	31,139	96.79	352	1.13
76	第 1 學期	秀水	4,533	4,379	96.6	33	0.75
		伸港	3,849	3,686	95.77	39	1.06
		田中	5,137	4,964	96.63	29	0.58
		埔鹽	3,920	3,779	96.4	53	1.4
		埔心	4,043	3,833	94.81	19	0.5
		永靖	4,869	4,710	96.73	45	0.96
		二水	2,191	2,106	96.12	15	0.71
		芳苑	3,867	3,766	97.39	43	1.14
		計（8）	32,409	31,223	96.34	276	0.88
76	第 2 學期	秀水	4,542	4,361	96.01	11	0.25
		伸港	3,841	3,691	96.09	24	0.65
		田中	5,120	4,761	96.89	18	0.36
		埔鹽	3,909	3,763	96.27	16	0.43
		埔心	4,045	3,783	93.52	17	0.45
		二水	3,202	2,086	94.73	8	0.38
		芳苑	3,819	3,696	96.78	20	0.54
		計（7）	32,332	30,928	95.65	145	0.47

資料來源：財團法人中華民國寄生蟲防治會，〈第一期四年計畫〉，收於財團法人中華民國寄生蟲防治會編，《二十週年特刊：歷年學童寄生蟲檢查統計分析》，頁 174-193。

說　　明：民國 76 學年度第二學期在籍學生數與受檢學生數應為誤植。

表 4-1-6 彰化縣國小蟯蟲檢查統計（1991-1995）

年份（民國）	學年	次數	在籍學生數	受檢學生數	受檢率	陽性		附註
						人數	%	
80	80	第 1 次	145,417	145,359	99.96	15,643	10.76	
80	80	第 2 次	145,560	145,360	99.86	8,663	5.96	
80	80	第 3 次	145,420	145,393	99.98	6,955	4.78	
80	80	第 4 次	145,584	145,559	99.98	5,259	3.61	
81	81	第 1 次	139,992	139,852	99.9	10,511	7.52	
81	81	第 2 次	140,293	140,184	99.92	5,376	3.83	
81	81	第 3 次	140,087	140,082	99.99	3,526	2.52	
81	81	第 4 次	140,467	140,467	100	3,086	2.2	
82	82	第 1 次	133,648	133,583	99.95	6,451	4.83	
82	82	第 2 次	133,892	133,892	100	3,795	2.83	
82	82	第 3 次	133,698	133,679	99.98	3,869	2.89	
82	82	第 4 次	133,853	133,853	100	3,812	2.85	
83	83	第 1 次	128,203	128,166	99.97	8,346	6.51	
83	83	第 2 次	128,373	128,221	99.88	4,852	3.78	
83	83	第 3 次	128,278	128,212	99.95	3,418	2.67	
83	83	第 4 次	128,301	128,037	99.79	2,626	2.05	
84	84	第 1 次	123,893	123,858	99.97	6,281	5.07	
84	84	第 2 次	123,845	123,845	100	3,764	3.04	
84	84	第 3 次	123,652	123,652	100	2,625	2.12	
84	84	第 4 次	123,677	123,677	100	1,912	1.55	

資料來源：財團法人中華民國寄生蟲防治會，〈第一期四年計畫〉，收於財團法人中華民國寄生蟲防治會編，《二十週年特刊：歷年學童寄生蟲檢查統計分析》，頁 269-280。

表 4-1-7 彰化縣國民小學學生蟯蟲檢查歷次成績一覽表（1986-1995）

檢查次 / 感染率 / 學年度	第一次	第二次	第三次	第四次
75	20.92	15.85	10.90	9.00
76	19.32	10.35	9.37	5.13
77	13.66	6.30	5.71	4.01
78	11.49	5.98	4.11	3.77
79	13.08	8.00	6.58	4.79
80	10.76	5.96	4.78	3.61
81	7.52	3.83	2.52	2.22
82	4.83	2.83	2.89	2.85
83	6.51	3.78	2.67	2.05
84	5.07	3.04	2.12	1.55

資料來源：財團法人中華民國寄生蟲防治會，〈第一期四年計畫〉，收於財團法人中華民國寄生蟲防治會編，《二十週年特刊：歷年學童寄生蟲檢查統計分析》，頁 391。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

第二節 B 型肝炎

目前全世界 B 型肝炎表面抗原陽性的人口約有 3 至 4 億人，這些所謂的「帶原者」，大部分散佈在以華人為主的亞洲地區，及大洋洲、非洲等地區；其中，華人約佔所有「帶原者」的 75%，這些高 B 型肝炎感染地區，亦同時是肝細胞癌的盛行地區。[12]

臺灣地區 B 型肝炎帶原的情況，最早資料是布倫柏格（Baruch S. Blumberg）於民國 57 年（1968）年所發表，用免疫擴散法檢驗由臺灣移民美國的 100 例及住在臺灣本島居民 23 例，結果前者表面抗原陽性率為零，而後者為 13%。接著民國 60 年施炳麟、宋瑞樓等收集 3,134 例不同來源的國人血清檢體，用免疫擴散法檢驗亦發現表面抗原陽性率為 8.1%。此兩研究均顯示臺灣地區 B 型肝炎盛行率高的情況。[13]

肝病可說是臺灣人的「國病」，防治 B 行肝炎的過程曾被學者形容是一場「聖戰」，其主要的原因在於 B 型肝炎帶原者在臺灣人口所占比例，位居世界前幾位。全世界人口當中，平均只有 5% 的人曾感染 B 型肝炎病毒，但卻有 70% 至 80% 的臺灣人曾感染 B 型肝炎病毒，其中 15% 至 20% 的人因無法驅逐病毒，成為帶原者，進而產生肝癌與肝硬化。[14] 而 B 型肝炎感染率居高不下的原因在於血液感染，例如輸血，以及生產時母子的垂直感染。特別是 B 肝帶原的母親約有一半的機率，會將肝炎病毒傳染給新生兒，受感染的新生兒身體會將這些外來病毒視為是自身的一部分，與其共存，進而使 B 型肝炎在臺灣世代間持續感染。[15]

防治 B 型肝炎最有效的方式是施打疫苗。民國 69 年在行政院科技顧問小組李國鼎的支持下，於衛生署成立肝炎防治委員會。民國 70 年，衛生署通過「加強 B 型肝炎防治計畫」，自民國 71 年度至 76 年度實施。此計畫重點包含加強肝炎防治衛生教育、預防肝炎的傳染及強化肝炎的研究，成立肝炎患者資訊中心；各級部會與地方政府須積極全面配合該項防治工作：進行 B 型肝炎血漿疫苗試驗，因此「B 型肝炎防治」得以成為政府主力推動的八大重點科技之一。[16]

12. 詹長權，《臺灣全志社會志衛生與健康篇》，頁 62。
13. 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（三）》，頁 434。
14. 楊玉齡、羅時成，《肝炎聖戰》（臺北：天下出版，1999 年），頁 11~13。
15. 臺灣公共衛生學會編印，《臺灣公衛百年記事》（臺北：行政院衛生署，2011 年 12 月），頁 109~110。
16. 臺灣省政府衛生處編，《臺灣省公共衛生四十年》（南投：臺灣省衛生處，1987 年），頁 122。B 型肝炎防治與疫苗施打，有學者指出，因初期強調使用免洗餐具可降低 B 型肝炎感染，實為錯誤訊息，故其防治具有爭議存在，且政府生產 B 型肝炎疫苗，係基於支持臺灣生技產業之考量。參閱林崇熙，〈免洗餐具的誕生：醫學知識在臺灣的社會性格分析〉，《臺灣社會研究季刊》32 期（1998 年 12 月），頁 1~37。

民國 73 年 7 月起，行政院執行「B 型肝炎預防注射十年計劃」，首波防治對象為母子間的垂直感染。凡 B 型肝炎帶原者母親所產下的嬰兒，全面注射免疫球蛋白以及疫苗，效果卓著。民國 75 年臺灣保生製藥公司成功地製造出 B 型肝炎血漿疫苗，更奠定新生兒全面接種以及國人全面接種的基礎。民國 76 年所有新生兒全面接種。民國 77 年為新生兒、學齡前幼兒、未感染的醫護人員接種。民國 78 年起接種對象，除上述之外增加國小未感染者，以及帶原者家屬。民國 81 年起，所有新生兒、學齡兒幼兒、國小一年級未完成 B 型肝炎疫苗接種者，均免費接種。民國 82 年度再增列 20 歲以上未感染者，民國 83 至 84 年度再免費為國小六年級學童接種。[17]

從民國 73 年 7 月 1 日開始全面接種 B 型肝炎疫苗以後，在臺北市兒童所作的調查發現，12 歲以下兒童的帶原率已經從民國 73 年的 9.8% 下降到民國 83 年的 1.3%。根據調查研究，6 至 14 歲兒童的肝癌發生率，在民國 70 至民國 75 年間為 10 萬分之 0.70，民國 75 至民國 79 年間的發生率下降到 10 萬分之 0.57，民國 79 至民國 83 年間更下降至 10 萬分之 0.36。此研究首度證實了全面 B 型肝炎疫苗接種，可以降低肝癌的發生率。[18]

世界衛生組織於民國 82 年訂定目標，要求 B 型肝炎帶原率高於 8% 的國家，應於民國 84 年將 B 型肝炎預防注射列入嬰幼兒的例行性預防接種；民國 86 年全球特別是帶原率高於 2% 的國家，應將 B 型肝炎預防注射列為嬰幼兒的例行性預防接種。世界衛生組織進一步訂出民國 90 年全球兒童 B 型肝炎帶原發生率下降 80% 的目標。臺灣自民國 73 年展開 B 型肝炎疫苗接種，至民國 83 年止，10 年肝炎防治計畫中，總計所有新生兒共注射 920 萬劑疫苗，注射人數達 256 萬人，B 型肝炎接種率近 9 成。我國 B 型肝炎疫苗接種比世界衛生組織所訂的目標早 10 年，而且在新生兒高預防注射率之下，已使小孩帶原率下降 84%，超過世界衛生組織所訂民國 90 年下降 80% 的目標，而且小孩肝細胞癌發生率也明顯下降，顯見臺灣 B 型肝炎疫苗接種工作成效卓著。[19]

本縣 B 型肝炎之流行資料可追溯至民國 70 年長庚醫院為臺化公司之員工身體檢查結果，發現 4,000 多名員工中有 27% 之員工患有 B 型肝炎，當時據此推測在本縣 120 萬人口中可能占極大之數字，衛生局因此加強 B 型肝炎防治工作。預防 B 型肝炎最有效之方式為接受疫苗接種。首先自民國 73 年起，辦理孕婦 B 型肝炎帶原之抽血檢查，凡 B 型肝炎抗原呈陽性反應之孕婦，其新生兒於出生 24 小時之內，必須接受免疫球蛋白注

17. 臺灣省政府衛生處編，《臺灣省政府衛生處志》（南投：臺灣省政府衛生處 1999 年），頁 354~355。
18. 廖運範，《迎戰 B 型肝炎》（臺北：橘井文化，2011 年），頁 23~32。
19. 詹長權，《臺灣全志社會志衛生與健康篇》，頁 66。

射。B 型肝炎抗原呈陰性反應之孕婦，其新生兒於出生 24 小時後，須注射 B 型肝炎疫苗。疫苗接種單位除省、縣立醫院及各衛生所外選定合約 32 家醫院診所，為 B 型肝炎預防注射協辦醫院診所，提高注射率。民國 73 年 4 月至 73 年 10 月半年間的孕婦檢驗數為 5,402 人，其中 S 抗原陽性數 778 人，E 抗原陽性數 435 人，接受免疫球蛋白注射新生兒為 255 人，肝炎疫苗注射人次 1,485 人次。而為方便追蹤管理則製作了登錄表 1,395 份。[20]

本縣 B 型肝炎預防措施跟隨衛生署之政策，於民國 74 年全面實施。[21] 除了實施預防接種計畫外，政府亦要求各國中小學加強實施 B 型肝炎相關之衛生教育。各學校須利用週會期間舉辦 B 型肝炎防治專題演講；辦理「B 型肝炎預防週」；要求學生若非必要應拒絕進行注射，若需注射，則應使用拋棄式針頭；若校園內有 B 型肝炎帶原者之師生，應給予適當之衛生教育與輔導；此外，透過家長會、家長參觀日，提供家長 B 型肝炎之相關知識與預防措施；醫療衛生單位則需提供教育單位所需之 B 型肝炎防治教材、海報與宣傳單張，必要時得提供衛生人力協助宣導工作。[22]

至民國 80 年代，為了讓 B 型肝炎疫苗的有效期得以持續，該預防接種對象除新生兒外，開始針對學齡前兒童、國小一年級與國小六年級學生進行接種工作。[23]。本縣 B 型肝炎防治狀況如表 3-1-21 至 3-1-34 所示。

第三節 砂眼

砂眼（Trachoma）為一種非常特別的傳染性角膜結膜炎，有的猝然發作，有的只是隱伏著。如果不加以治療，將延續很長一段時間甚至終生。砂眼的病癥在結膜的發炎，並有淋巴濾泡及乳頭狀的增生過旺，造成角膜翳（侵入角膜血管），後期將出現結膜瘢痕，造成眼簾的顯著畸形，進行性的視力障礙，甚至目盲。有關細菌感染可提高病情的嚴重程度和傳染性，並可使臨床表象有所改變。砂眼的感染原為砂眼披衣體（Chlamydia trachomatis）由直接接觸病人眼睛分泌物而感染，而病人鼻粘膜的粘或膿性的排泄物，以及污染的器物也可能具有傳染性，蒼蠅（尤其是 Musca Sorbens）對砂眼亦會造成傳播。潛伏期約 5 至 12 天。一般人對砂眼普遍的都具有感受性，在地方性的流行區域內，兒童患者較成年患者多。病況的輕重程度與居住環境狀態有關，缺水、暴露於乾燥的風、灰塵、細砂等，都能使病情加重。[24]

日治時期，最早著手於砂眼調查者為臺灣地方病及傳染病調查委員會臨時委員兼總督府醫院醫師長尾崎宰，他曾於大正 4 年（1915）年至大正 6 年等 3 年間分全臺灣為北、中、南三大地區及澎湖予以調查，而北部之臺北、中部之臺中及南部之臺南，阿緱等地區之內部又分為山間、平地及海岸等小地區為調查之單位分別進行。綜計此次檢查經統計結果，其檢查 66,484 人，其中發現罹患砂眼者有 25,738 人，其罹患率為 38.7%。北部地區為 21.79%，中部地區為 18.37%、南部地區則高達 48.76%，澎湖地區更高達 54.94%。而砂眼患者中，帶有併發症 6,599 人，其與砂眼患者比率，平均為 25.64%，以地方別分之，北部地區 10.98%、中部地區占 21.67%、南部地區 25.59%、澎湖地區占 32.86%。[25]

其後日人又於大正 11 年至大正 14 年間在各州舉辦第一次至第五次保健衛生調查，再於昭和元年（1926）至昭和 4 年間於各廳舉辦第一次及第二次同項調查，經統計結果，共計檢查 76,984 人，罹患砂眼者 27,147 人，罹患率為 35.3%。昭和 7 年日人又檢查全省各學校學生的砂眼罹患情形，總計檢查學生 342,232 人，罹患砂眼學生共 117,211 人，罹患率為 34.25%。[26]

日治初期的砂眼防治僅規定患有砂眼者不得執行接客業，並無積極的預防舉措。[27] 大正 11 年開始實施衛生保健調查之後，各州廳積極推行砂眼的防治工作，其中臺中州亦自昭和 4 年起於北斗、豐原、彰化、大甲各郡內順序推行。此外，尚有以治療砂眼為主旨之地方團體，如臺中州北斗郡二林庄（二林、丈八斗、萬興）、沙山庄（沙山、王功、路上厝）、大城庄（大城、西港），以及彰化郡鹿港街（鹿港、頂番婆、草港尾、海埔厝）、線西庄（新港、線西）、福興庄（外中、洪堀寮）之砂眼治療會。此類團體係以街庄內

20. 不著撰者，〈彰化縣議會第十屆第六次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 156~157。
21. 不著撰者，〈彰化縣議會第十屆第四次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 335。
22. 〈教育部函以請積極加強 B 型肝炎防治教育工作以維護師生健康〉，《臺灣省政府公報》74 年冬字 71 期（南投：臺灣省政府，1985 年 12 月 30 日），頁 4~5；〈教育部函以請積極加強 B 型肝炎防治教育工作以維護師生健康〉，《臺灣省政府公報》75 年冬字 13 期（1986 年 10 月 17 日），頁 19~20。
23. 不著撰者，〈彰化縣議會第十三屆第三次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 204。
24. 臺灣省文獻委員會，《重修臺灣省通志政治志衛生篇第二冊》，頁 1028。
25. 尾崎宰，《臺灣ニ於ケル「トラホーム」調查報告》（臺北：臺灣地方病及傳染病調查委員會，1918 年），頁 4；臺灣省文獻委員會，《臺灣省通志》（臺中：臺灣省文獻委員會，1972 年 6 月），政治志，衛生篇，第四冊，頁 312~313。
26. 臺灣省文獻委員會，《重修臺灣省通志政治志衛生篇（第二冊）》，頁 1030。
27. 茂木宣、大澤貞吉，《トラホームの豫防》（臺北市：皇民奉公會中央本部，1942 年），頁 7。

住民為會員，以庄長為會長之會員組織，對於庄內之砂眼治療一律免費。[28] 北斗郡砂眼的治療成績如表 4-3-1 所示。

表 4-3-1 日治時期北斗郡砂眼治療會防治成果

庄名		二林庄	沙山庄	大城庄	合計
檢驗人數	男	8,357	4,543	2,460	15,360
	女	8,396	4,067	2,776	15,239
患者數	男	5,420	3,785	1,566	10,771
	女	5,053	3,389	1,609	10,051
百分比	男	64.86	83.31	63.66	70.12
	女	60.18	83.33	57.96	65.96
治療次數		372,780	245,732	211.658	730,170
手術人數		363	209	156	728
治癒人數		564	757	566	1,887

資料來源：加藤卯吉，《臺灣預防衛生概觀》，頁 140。

戰後初期砂眼罹患流行情形相當嚴重，一般人在感染初期無甚感覺，往往不加重視，若病其惡化，有導致失明之虞。故政府對砂眼防治亦為公共衛生重要措施之一。民國 43 年（1954）在世界衛生組織及聯合國兒童基金會援助下，在臺灣省政府衛生處設置砂眼防治中心作業單位，專責推行臺灣地區砂眼防治工作。世界衛生組織並先後指派專家 Dr. S. L Matte, Dr. F .A, Assaad 及 Dr. Penington 來臺擔任技術指導。在防治工作開始之初，本省國小學童為檢查治療對象，經檢討後發現其治療率甚高，至民國 50 年在世界衛生組織協助人員、經費下，完成全省民眾砂眼流行病調查工作，經統計結果，平均罹患率為 13.1%，而平均家戶罹患率則高達 88.1%。民國 51 年與世界衛生組織及聯合國兒童基金會簽訂「砂眼防治合約」，並接受其經費及藥品材料之援助與技術上之指導，協助推行全省砂眼防治工作。臺灣省政府並自籌經費配合該項援助之款項，策定「臺灣省砂眼長期擴大治療工作計畫」，並為貫徹推行政府與世界衛生與聯合國兒童基金會所簽訂之「砂眼防治合約」，及省頒砂眼長期擴大治療計畫，更訂頒「臺灣省政府衛生處砂眼防治服務員設置及管理計畫」雇用砂眼防治服務員派駐各鄉鎮市區衛生所，辦理民眾砂眼防治工作，旋即全面展開防治工作。[29]

簡言之，舉辦砂眼防治之初期，治療對象以全省國民學校之學童為主。其後，鑑於罹患率降低緩慢，乃將治療範圍擴及一般民眾；惟全省普遍一般民眾防治，係採取重點治療實施辦法，推行以來頗具宏效。[30]

臺灣地區的砂眼防治成績，由國民學校學生的檢查結果顯示，民國 43 年度計檢查 1,004,487 人。其中罹患活動性砂眼者計有 558,414 人，罹患率為 55.59%。至民國 50 年度計檢查 644,775 人，其中罹患活動性砂眼者計有 118,977 人，罹患率已降至 18,45%。民國 60 年度計檢查 2,411,091 人，其罹患活動性砂眼者計有 34,846 人，罹患率再降至 1.08%。民國 70 年度計檢查 2,193,925 人，其中罹患活動性砂眼者計有 21,315 人，罹患率已下降 0.97%。疑似砂眼之罹患率民國 51 學年度檢查結果為 1.61%，至民國 60 年度降至 0.18%，民國 70 學年度已降至 0.01%。未定性砂眼之罹患率，民國 51 年度檢查結果為 5.86%，民國 60 學年度降至 3.29%，民國 70 學年度已降至 3.05%，效果極為顯著。[31]

本縣沿海地區是砂眼罹患率較高的區域，在民國 40 年代初期本縣沿海各鄉鎮漁鹽民共有 4 萬餘人，其中患砂眼者，約有 2 萬 8 千餘人，佔 70%，縣府特購買土黴素，分發沿海各鄉鎮衛生所積極予以治療。該防治經費由農復會補助，計有線西、新港、鹿港、福興、大城、芳苑等沿海鄉鎮居民受惠。[32]

民國 43 年縣府僱用人員，加以訓練後，派赴各地專責辦理砂眼防治，尤以對於漁鹽民患砂眼者積極加以施治，同時並向省政府爭取指定本縣為防治砂眼三年計畫實施縣份，藥品均由省府直接撥配金黴素藥膏，此項防治工作，係以學童為對象，全縣分 3 年辦理完成。[33]

此三年計畫實施前，本縣只針對沿海漁鹽民加以施治，依統計數字沿海計有患者 14,095 人，經施治者計有 9,019 人，其治療方法，使用金黴素軟膏，每日施治 4 次。此項砂眼防治工作，除了針對學童加以施治，同時也及於學童的家屬。[34]

此防治計畫實施的第一年辦理的學校數共有 103 校，學童總數達 10 萬 9 千多人，發現其中患有砂眼或疑似砂眼者，計有 6 萬 8 千多人，約占 62%，經金黴素軟膏分配給予治療，於 4 個月後，再行辦理第二次檢查，在 6 萬 8 千多患者中已痊癒了 93% 以上，只餘 4,400 多人尚未痊癒。[35] 由於防治成效頗佳，縣府決定要進一步對家戶施療，並指

28. 加藤卯吉，《臺灣預防衛生概觀》（出版地：單位不詳，1935 年），頁 139~140。
29. 臺灣省文獻委員會，《重修臺灣省通志政治志衛生篇（第二冊）》，頁 1035。

30. 胡惠德、胡芳蓉，〈臺灣砂眼防治之回顧〉，《中華民國眼科醫學會雜誌》49：3（2010 年 9 月），頁 268。
31. 李汝和主修，《臺灣省通志政事志衛生篇第四冊》，頁 1038~1039。
32. 不著撰者，〈彰化縣議會第二屆第二次大會議事錄〉（1953 年 7 月），頁 17、26。
33. 不著撰者，〈彰化縣議會第二屆第四次暨第二次臨時大會議事錄〉（1954 年 4 月），頁 28、177。
34. 不著撰者，〈彰化縣議會第二屆第六次會議事錄〉（1954 年 12 月），頁 32。
35. 不著撰者，〈彰化縣議會第三屆第二次暨第三四次臨時大會議事錄〉（1955 年 7 月），頁 23。

定福興鄉為實驗區。[36] 之後為求根治砂眼，縣府向民眾開防治工作，惟限於財力，僅陸續在二水、鹿港、和美、北斗、員林、埤頭、溪州、田中、新港、大村、田尾、線西、彰化（大竹里）等 13 個鄉鎮市中，選定幾個村里為試驗區，並聘請世界衛生組織專家檢查。[37]

民國 50 年在世界衛生組織專家協助下辦理之全省砂眼流行病學調查工作，結果活動性砂眼的平均罹患率為 17.8%，家戶陽性率為 51%，本縣的活動性砂眼罹患率為 17.2%，家戶陽性率為 55.4%。因省府分別於民國 51 年以及民國 53 年先後推動「臺灣省砂眼長期擴大治療工作計畫要點」和「臺灣省政府衛生處砂眼防治服務員設置及管理計畫」等防治計畫，每年辦理國小學童砂眼檢查與治療，並分期分區辦理民眾砂眼治療工作，僱用砂眼防治服務員派駐各鄉鎮市區衛生所擔任發藥、收藥及家訪指導擦藥等工作。此計畫實施後，世界衛生組織於民國 57 年再度來臺協助防治評價之調查，本縣於此次調查結果，活動性砂眼的罹患率為 3.5%，顯示已有一定的防治成效。[38] 之後跟隨中央衛生單位提出之全省各公私立中小學童砂眼及治療工作計畫的進一步推動，全臺砂眼罹患率至民國 75 年已降至 0.31%，顯示此傳染症已不再是嚴重之公共衛生問題。[39]

第四節 精神疾病

精神疾病舊稱瘋癲或癲狂，主要是精神各種要素，如意識、情感、智能等發生病理之障礙或不協調，進而出現各種精神上之異常現象，故又稱為精神異常。清領時期臺灣之救濟機構，其收容對象之一即是精神病患者。清領時期臺灣並無精神醫療之記錄，僅有類似養濟院機構收容無家可歸之病患，其中部分收容者為精神異常者。直至大正 11 年（1922）才有收容精神病患機構出現，然日治時期精神醫療機構發展緩慢，至昭和 9 年（1934）第一個公立養神院才出現。[40] 根據日人進行的臺灣地區精神病調查，呈現以下結果。大正 12 年，精神病患人數為 2,195 人，臺籍患者 2,150 人，日籍患者為 45 人，男性為 1,502 人，女性為 693 人，監置中者為 155 人，曾被監置者為 221 人，其他 1,819 人，

36. 不著撰者，〈彰化縣議會第三屆第七次大會暨二週年紀念議事錄〉（1957 年 2 月），頁 22。
37. 不著撰者，〈彰化縣議會第四屆第一次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 72。
38. 臺灣省政府衛生處編，《臺灣省政府衛生處志》，頁 382~385。
39. 臺灣省政府教育廳編，《臺灣教育發展史料彙編——衛生教育篇》（南投：臺灣省政府教育廳，1994 年），頁 312~314。
40. 陳永興，《臺灣醫療發展史》（臺北：月旦出版社，1997 年），頁 174。

每萬人口之比率為 5.74。昭和 9 年計有 3,313 人，臺籍 3,207 人，日籍 105 人，男性 2,253 人，女性 1,059 人。監置中有 303 人，曾被監置者 454 人，其他 2,555 人，每萬人口之比率為 6.54。若依昭和 9 年之調查，本縣所在之臺中州計有 731 人，臺籍 713 人，日籍 18 人，監置中 44 人，曾被監置者 88 人，需監視者 72 人，其他 527 人。每一萬人口之比率為 6.58。該調查數字除了監置中以及曾被監置者的數字較確實外，其他多由警察等所查報，數字之確實性有待商榷。[41]

關於日治時期精神疾病的監護設施，自大正 11 年（1922）起陸續於臺北設立監置機構。昭和 11 年因實施「精神病者監護法」及「精神病院法」，除總督府立之養神院外，臺北帝國大學附設醫院、府立臺中病院與府立臺南病院設置精神科，並指定代用病院，全臺計有 387 張病床。[42]

在民國 70 年代之前精神醫療屬於社會救助，承辦精神醫療社會救助的單位包含內政部、社會處、社會局等。因此在民國 69 年（1980）之前，政府並未將衛生精神醫療視為醫療事業。真正由衛生單位主管，是在民國 69 年之後由衛生署主導醫院評鑑、精神病患醫療補助、強制住院等也都是此後才實施。簡言之，在民國 69 年之前精神醫療被認為是救助病患、收容病患與補助病患生活照顧的社會問題。[43]

臺灣精神醫療開始受到重視，是源自於民國 70 年代初期社會爆發了一連串精神病患肇禍事件。如民國 73 年臺北螢橋國小遭精神病患潑硫酸事件、龍發堂非法收容、虐待精神病患等。這些不幸的事件發生後，均曾在社會喧騰一時，使得向來被忽視的精神病患醫療問題，得到社會的正視。發展精神醫療逐漸成為社會迫切的期待，衛生署也決定將之納入全國醫療網中的一環，加以推動。

衛生署以其民國 73 年研擬之「加強精神疾病防治五年計畫」做為精神醫療網的藍圖，進行精神衛生工作的整體規劃，該計畫草案內容，於民國 75 年 4 月 26 日納入「建立全國醫療計畫」之分支計畫辦理；精神疾病防治工作計畫為期 15 年。在民國 73 年度開始至民國 89 年度為止的 15 年計畫期程中，精神疾病防治工作，以發展積極醫療與復健、減少消極收容與養護為政策導向，藉由推動精神衛生行政體系與精神醫療服務網絡，培養精神醫療保健專業人力，擴增精神醫療保健設施等具體措施，使精神疾病患者能被早期發現、轉介、治療；且出院後的追蹤、復健也能獲得完整且連續的服務。

41. 臺灣省文獻委員會，《重修臺灣省通志政治志衛生篇（第二冊）》，頁 1107~1117。
42. 李汝和主修，《臺灣省通志政事志衛生篇（第四冊）》，頁 336。
43. 陳永興，《臺灣醫療發展史》，頁 175。

民國 75 年起，衛生署所規劃的「精神疾病防治醫療網」，依地理環境、人口數及精神醫療資源分布，將全國劃分為臺北區域、北部區域、中部區域、南部區域、東部區域、高雄區域及澎湖區域等 7 個責任區域，並於每一區域指定 1 家公立精神醫院或綜合醫院精神科為「核心醫院」，如臺北區域的「核心醫院」是臺北市立療養院，北區區域是省立桃園療養院，中部區域是省立草屯療養院，南部區域是國立成功大學附設醫院，高雄區域是高雄市立凱旋醫院，東部區域是玉里榮民醫院，澎湖區域是省立澎湖醫院。

為加強督導精神科醫院，衛生署自民國 74 年年度起，開始辦理精神科評鑑，每 3 年 1 次，評估醫院的人力、設施及醫療業務等，對提升精神醫療機構軟、硬體品質，成效卓著。並於非評鑑期間，委託精神醫療網核心醫院定期輔導，且地方衛生局每年均訂定計畫，定期及不定期辦理機構訪查，以確保病人獲得妥善的醫療服務。

民國 79 年立法院通過「精神衛生法」，由於民國 70 年代爆發龍發堂非法收容精神病患，與疑似管理員虐待病患事件，龍發堂抗議衛生與司法單位的調查，引發輿論攻擊，揚言解散病患，造成社會恐慌，此事件暴露精神醫療機構不足、病患權利被忽略、精神病患醫療照護品質低落等嚴重問題。因此，通過精神衛生法在當時被認為是當務之急。[44]

臺灣地區精神醫療設施普遍不足，且分布不均，地方政府及病患家屬經常面臨一床難求的困境。精神衛生法通過後，衛生主管機關積極擴充精神科專科醫院，並提出醫療發展基金，鼓勵私人設置精神醫療院所，補助公、私立綜合醫院增設精神科，修建全日住院病房並充實設備；同時運用醫療發展基金，以補助貸款利息方式，鼓勵民間增設精神科醫院。[45] 自民國 74 年起本縣精神科床數逐年增加，至民國 101 年止，共有急性精神病床 400 張，慢性精神病床 982 張。（見表 2-1-4 至 2-1-7）

為加強精神病患社會功能，避免長期滯留醫院，衛生署自民國 78 年度開始推展精神病患社區復健計畫，項目包括社區復健中心、庇護性工作場、康復之家及居家治療，並納入衛生署所辦醫療費用補助項目之內。[46] 本縣亦有社區心理衛生中心、社團法人康復之友協會等機構，辦理心理衛生教育與宣傳、轉介醫療或社會補助之相關訊息。[47]

44. 陳永興，《臺灣醫療發展史》，頁 189。
45. 詹長權，《臺灣全志社會志衛生與健康篇》，頁 119~121。
46. 詹長權，《臺灣全志社會志衛生與健康篇》，頁 121。
47. 彰化縣社區心理衛生中心，http://center.nccu.idv.tw/service_detail.asp?law_id=2，2016/1/2。

第五節 慢性病與中老年成人病

疾病型態往往與該地區人民生活型態以及社會經濟條件有關。日治初期的臺灣地區主要的疾病型態為傳染病，大正 9 年（1920）之後，隨著日人在臺推動公共衛生，鼠疫、瘧疾、霍亂逐漸受到控制，而新生兒死亡率亦逐年下降。臺灣人的前八大死亡原因依序為肺炎、腹瀉及腸炎、呼吸器結核、寄生蟲病、支氣管炎、瘧疾、其他呼吸器疾病、胃及十二指腸潰瘍。[48]

在民國 70 年代之前，臺灣地區人民所罹患的疾病，傳染性或感染性疾病為主。若從歷史發展觀察，二次大戰至民國 40 年代初期，因戰亂關係，臺灣地區的人口有境內或境外移動現象，再加上當時衛生防疫組織鬆散、檢疫制度無法發揮功效，因此又出現傳染病興起，不過死亡率較高的傳染病例如鼠疫、霍亂、天花等很快地受到控制。戰後初期臺灣地區的十大死因前 5 名分別為胃炎腸炎、肺炎、結核病、心臟疾病與中樞神經系統之血管病變。從民國 50 年代開始，受諸多經濟政策之執行，臺灣從農業社會，慢慢進入工業社會，然而隨著臺灣經濟起飛的同時，工業發展不僅帶來環境污染、飲食型態改變、精神壓力增加，同時疾病型態亦從急性傳染病、感染症慢慢轉型至癌症、心血管疾病、高血壓、糖尿病等慢性病。[49] 而民國 70 年代之後，隨著醫療與生活環境的改善，社會結構與經濟發展的改變，臺灣地區開始進入低出生率、低死亡率的人口老化時期，至民國 82 年（1993）臺灣地區 40 歲以上人口總數占總人口數的 30.2%，其中老年人口逾總人口數的 7%，正式邁入高齡化社會，因此，因人口老化、營養不均衡、生活富裕所導致的器官組織功能退化、癌症等慢性疾病日趨嚴重。

依據行政院衛生署公布民國 100 年臺灣十大死因結構，以心血管疾病占 10.9%，糖尿病佔 6.0%，高血壓佔 3.0%，而腎炎、腎病症候群及腎病變佔 2.9%；十大死因死亡人數民國 100 年與民國 99 年相比較，則心血管疾病上升 5.3%，糖尿病上升 10.6%，高血壓上升 10.9%，而腎炎、腎病症候群及腎病變上升 6.4%；若從民國 90 年到 100 年，綜觀這十年來主要死因的變化，則每 10 萬人口死亡數，心血管疾病從 49.2 人上升至 71.2 人，糖尿病從 40.8 人下降至 39.2 人，高血壓從 7.9 人上升至 20.0 人，而腎炎、腎病症候群及腎病變從 18.2 人上升至 18.8 人。而十大死因背後潛藏的主要因素一直離不開「三高」；高血壓、高血脂及高血糖。國人「三高」的發生率，依據國民健康局「91

48. 陳正祥、孫得雄、蔡曉畊，《臺灣的人口》（臺北：南天書局，1997 年），頁 51。
49. 行政院衛生署，《中華民國 87 年衛生統計（二）》（臺北市：行政院衛生署，1999 年），頁 6。

年至 96 年 15 歲以上國人高血壓、高血糖、高血脂 5 年發生率的調查」，男性分別為 30.7‰、7.5‰、21.2‰，女性分別為 25.1‰、6.8‰、20.9‰，不分性別所有樣本則分別為 27.5‰、7.1‰、20.6‰，若依年齡考量，不分性別「三高」的發生率皆有依年齡增加而上升的趨勢。（見表 4-5-1 至表 4-5-5）[50]

所謂的慢性病，根據美國慢性病委員會對慢性病的定義，係指具有以下一個或一個以上的特徵：永久性的、會造成殘障、不可逆的病理變化、需要特殊復健與長時間的照護。近二十年來臺灣的十大死因的前 5 名幾乎為慢性病，罹患者以中老年為主，因此防治慢性病與中老年病成為近二十年重要的公共衛生課題。防治慢性病與中老年病，主要目的在於降低慢性病與中老年病的發生率、延緩其失能時間、減輕疾病的嚴重度以及延長壽命[51]。因慢性病與中老年病類型眾多，且相互影響，因此以下就常見的慢性病與中老年病，如癌症、糖尿病以及慢性腎臟病防治計畫進行說明。

一、癌症篩檢

癌症在民國 60 年居十大死因第二位，而自民國 71 年起居十大死因之首，其死亡率呈現逐年增加之勢。民國 60 年、70 年、80 年的癌症死亡率分別為十萬分之 57、77、96。為了解國人常見之癌症種類、病理型態及其發生率，行政院衛生署自民國 64 年開始辦理癌症登記調查，收集各公立醫療機構癌症患者資料。自民國 68 年起，凡 50 床以上之公私立醫院均需進行癌症患者登記，之後經由衛生署統一其作業流程，先後制定「癌症患者登錄系統」以及「醫院癌症登記申報手冊」，統一各項填報資料的定義與標準，做為癌症登記工作人員申報之指引，另為提高癌症登記原申報之品質，定期舉辦研討會，邀請專家對現職癌症登記工作人員，進行專題演講以及專業知識的演練與傳授。[52]

世界衛生組織國際癌症研究總署指出，成功的篩檢計畫須包含以下要素：確認篩檢群體及個人、高篩檢率、足夠且良好的篩檢及轉介治療機構、良好的的篩檢品質管控及資料庫的建立，用以監測發生率和死亡率是否下降，行政院衛生署（衛生福利部）因而推動子宮頸癌、乳癌、大腸直腸癌、肝癌、口腔癌防治計畫。其中子宮頸癌與乳癌為婦女癌症，另專節討論，此節以大腸直腸癌、肝癌、口腔癌為說明對象。[53]

（一）大腸直腸癌

生活飲食型態的西化，特別是精緻食品和脂肪製品的攝取量增加，是大腸直腸癌罹患率逐年增加的原因。民國 68 年大腸、直腸癌之發生率為每 10 萬人口 2.87 及 3.11，至民國 82 年則為 8.99 及 7.83。由於大腸直腸癌早期發現及治療後，其治癒率可達 9 成以上，若為癌前病變，更可達 100% 的治癒。行政院衛生署於民國 80 年起訂定「大腸直腸癌防治計畫」，選定全臺 15 家醫院，包含位於本縣之彰化秀傳醫院，進行「大腸直腸癌高危險群服務計畫」，每年篩檢出約 2,500 名高危險群個案。[54]

此計畫主要是針對以下高危險群每兩年進行 1 次糞便潛血檢查及大腸鏡檢查：1. 曾患有大腸癌患者之二等親內親屬；2. 曾患有大腸癌病接受手術治療之患者；3. 曾於 1 年前罹患大腸腺腫瘤患者；4. 曾經醫師診斷患有家族性瘜肉群患者；5. 患有慢性潰瘍性結腸 5 年以上；6. 本人曾患乳癌或甲狀腺癌；7. 直系家屬中有 2 人（含）以上曾患有任何癌症患者。

民國 85 年起，大腸直腸癌防治工作則是針對大腸直腸癌危險因子加強衛教，透過大眾傳播、衛生局所、醫院、學校宣導多蔬果多運動的重要性，提醒高危險群定期就醫接受檢查。民國 94 年起衛生署透過縣市衛生局辦理大腸直腸癌篩檢服務，提供 50 至 69 歲民眾每兩年 1 次的糞便潛血檢查。[55] 回顧本縣 20 年來的大腸直腸癌篩檢，從單一試驗計畫到進入全面性的防治，在醫療院所、學校等公共場所進行宣傳，培植防治人力，建立篩檢資料等，期許可降低本縣大腸直腸癌的罹患率。

（二）肝癌

民國 68 年臺灣地區男、女性肝癌之發生率分別為每 10 萬人口 10.23 及 1.97，至民國 82 年則分別為 25.53 及 8.09。由於肝癌好發於 40 歲以上男性，對於家庭、個人均造成巨大影響，且與 B 型肝炎帶原有密切關係，因此實施 B 型肝炎全面預防注射。行政院衛生署自民國 80 年起進行「肝癌防治計畫」，選定全臺 11 家醫院，包含本縣之彰化基督教醫院，辦理「肝癌高危險群服務篩檢計畫」，全臺每年約篩檢出 6,000 個高危險群個案。

50. 衛生福利部國民健康署，〈91 至 96 年 15 歲以上國人高血壓、高血糖、高血脂 5 年發生率〉，http://www.hpa.gov.tw/Bhpnet/Web/News/News.aspx?No=200907170001，2016/1/2。
51. 張仁福，《公共衛生學》（臺北：文京圖書，1999 年），頁 178。
52. 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（四）》，頁 736~738。
53. 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（六）》，（臺北：行政院衛生署，2013 年 4 月），頁 449。
54. 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（四）》，頁 763。
55. 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（六）》，頁 458~459。

此外，為加強肝癌防治，衛生署與陶聲洋防癌基金會、中華民國防癌協會合作製作單張、影片等宣傳品，本縣衛生當局在各級衛生單位、醫療院所進行張貼。[56]

（三）口腔癌

口腔癌的發生主要為男性，近二十年來呈現逐年增加現象。每年約 2,000 位民眾死於口腔癌，男性口腔癌的死亡率在民國 89 年至 98 年的 10 年之間，增加 22.7%，而其死亡年齡較其他癌症年輕 10 歲以上，因此口腔癌防治成為近年重要議題。[57]

口腔癌的發生一般認為與嚼食檳榔有關。嚼食檳榔地區有較高的前期病變，如口腔黏膜下纖維化、口腔黏膜白斑，和口腔癌發生率。而根據研究指出，臺灣地區口腔黏膜下纖維化和口腔癌患者有嚼食檳榔的比率為 96% 和 88%。早年對於檳榔嚼食者的刻板印象多停留於低社經地位、年長、藍領勞動者，甚至有職業化的傾向，但近年研究發現嚼食檳榔者有年輕化、教育程度提高、職業複雜化且普及全臺之勢。民國 81 年世界衛生組織研究報告指出，檳榔會導致口腔癌。因此衛生署自民國 84 年制定跨部會之「檳榔問題管理方案」，其主要內容包含：相關資料的收集、加強不嚼食檳榔宣傳活動、強化學校衛生教育、推行口腔癌篩檢活動、與其他部會共同參與檳榔防制。[58]

民國 93 年國軍部隊提供口腔癌篩檢服務，民國 97 年起農委會提供檳榔農轉業輔導，主動接洽地方衛生單位提供檳榔農免費口腔癌篩檢。民國 98 年勞委會也同意在勞工知情下，勞工健檢指定醫院，可提供 30 歲以上高危險群勞工保險者口腔黏膜檢查，將口腔癌篩檢納入勞工健檢項目。而全民健保之預防保健項目亦提供 30 歲以上嚼食檳榔者，兩年 1 次的口腔黏膜檢查。[59]

二、糖尿病

近十年來，糖尿病始終名列為國人十大死因之前幾名。臺灣目前約有近百萬糖尿病患，僅有約 20 萬人接受積極性治療。如果能建立起國人對疾病的預防觀念、掌握正確的治療方法，以及同時進行完善的糖尿病照護措施，肯定能協助政府消減健保赤字、樽節社會成本、合理分配醫療資源。

56. 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（四）》，頁 762~763。
57. 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（六）》，頁 421~424。
58. 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（四）》，頁 820~821。
59. 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（六）》，頁 427。

一般第二型糖尿病的最主要死因為大血管疾病（包括心臟血管疾病、周邊血管疾病），占糖尿病病人死因之 2/3，另外一些小血管併發症（如視網膜病變、腎病變及神經病變）也影響糖尿病病人的生活品質，所以在治療上除了針對第二型糖尿病的病因加以研究外，對於這些併發症的預防也是重點。[60]

衛生署自民國 80 年開始，鼓勵醫療機構辦理「糖尿病人保健推廣機構」，落實醫師、護理、營養專業人員之團隊式照護；自民國 85 年起再推動糖尿病共同照護網，以縣市為單位，至民國 93 年每個縣市（包括離島）都成立了一個糖尿病共同照護網，照護網的成立促成縣市內各級醫療機構相關醫療專科、專業之整合與共享，透過制訂作業規範、轉診、品質監控等準則，要求參加共同照護網機構組成跨專業（至少包含醫師、護理師及營養師）的照護團隊，並進行必要的轉介，使許多在診所就醫的糖尿病人也能獲得團隊照護，並經由轉診而獲得完整的檢查，其服務更強調自我照護教育及追蹤，鼓勵糖尿病人負起自我照護的責任，希望透過這個架構提供可近性、連續性、完整性的照護。[61]

以下以員林糖尿病共同照護網說明本縣近年來糖尿病照護情況。彰化縣衛生局於民國 86 年秋，奉衛生署指示規劃推動彰化縣糖尿病共同照護網。彰化縣衛生局推動糖尿病共同照護網初始，將焦點置之於基層醫療，擇定員林鎮係因民眾使用基層醫療較為方便，但照護資源有限且分散的條件下，嘗試建立一以基層醫療為主體的社區導向糖尿病共同照護網模式。

衛生局選擇員林鎮為試辦區域，其主要考量因素如下：首先是醫療生態。彰化縣大型醫院及主要的醫療資源集中在北彰化，若於北彰化試行，除了社區模式開發之外，必須同時處理資源競爭及整合問題，會增加執行的複雜性。其次為推動點。員林鎮衛生所人員編制近 20 名，配合度尚佳，衛生所門診量適中，主任兼醫師為家庭醫學科醫師，業務主辦人員主動積極，對社區具理解力。再者，社區特性。衛生所與社區互動良好，社區衛生促進委員會經營績效佳，各社團活動富活力。

最後是人文地理環境的考量。員林鎮為南彰化大鎮和商業中心，鎮內醫療院所林立，以婦產科、小兒科為主，是南彰化各鄉鎮的主要就醫區。與北彰化不同的是，南彰化沒有大型的區域以上醫院。醫療服務型態仍以基層醫療為主，少數地區醫院的規模不大，只能提供有限的二級醫療服務。

60. 杜思德，〈糖尿病的代價與挑戰〉，《彰基糖尿病友會刊》1（2005 年 08 月），頁 2~4。
61. 張媚，〈糖尿病個案管理〉，《護理雜誌》56：2（2009 年 04 月），頁 22~27。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

員林鎮總人口數 126,371 人（民國 87 年中人口數），40 歲以上人口數 41,014 人占 32.5%，65 歲以上人口數 8,649 人占 6.8%。以糖尿病盛行率 6% 估算，糖尿病患人數約 2,500 人。鎮內醫療院所數共計 163 家。醫院 10 家，診所 77 家，其中包括 4 家眼科診所。所有醫療院所扣除婦產科、小兒科、耳鼻喉科等未提供糖尿病診療服務的院所後，約 22 家院所提供糖尿病診療服務。在員林糖尿病共同照護網推動的第一年為規劃期（民國 86 年 7 月至 87 年 6 月），進行了初步的照護型態分析，其主要結果如下：

（一）以民國 86 年彰化縣健保就醫資料進行分析，發現糖尿病患在區域醫院、地區醫院和基層診所的分布除地區醫院較低之外大約相等。假設員林鎮糖尿病患的就診分布與全縣相近，則於基層醫療就醫的 37% 的糖尿病患（約 900 名），是員林糖尿病共同照護網的主要照護對象。

（二）以問卷方式調查員林鎮 22 家醫療院所在慢性病診療服務比例上的分布。其中的 14 家院所（約 2/3），其慢性病診療人次占總診療人次低於 10%，6 家高於 20%。

（三）約 2/3 的醫療院所病患未接受糖化血色素檢查。

（四）照護活動集中於地區醫院及衛生所，且以非內科或家醫科為主。

（五）缺乏持續完整的醫療照護；各類照護資源與人力亦待充實。

（六）分級醫療和雙向轉介制度無法完全適用於社區既存的醫療型態。

第二年推動導入準備期（民國 87 年 7 月至 88 年 6 月），該期目標為透過糖尿病衛教學會的訓練機制，充實糖尿病照護資源與衛教人力，以發展社區糖尿病病友團體作為照護資訊流通網絡，提高病患對優質照護的認識，並藉由推動社區醫療照護的橫向轉介，進行社區糖尿病照護資源的整合。

就策略與方法而言，先以衛生所為先驅，成立「糖尿病保健推廣門診」，其衛生所全員必須參加糖尿病衛教學會衛教人員訓練課程，並取得合格衛教人員資格。衛生所依據糖尿病人保健推廣門診作業標準，辦理糖尿病團體與個別衛教活動，同時發行糖尿病認同卡，成立糖友會。透過入會手續，建立照護資料庫，該會登記入會至民國 88 年止已達 1,130 人。 建立糖友照護指標，包含 A1C 每 3 個月 1 次、眼底鏡檢查每年 1 次、血糖檢查至少每個月 1 次，以在地為核心，進行社區糖尿病照護資源整合 。

醫學中心及區域醫院扮演轉介、支援和教育的角色，主要任務包括衛生所設置支援營養師、護理師特別門診與衛教指導；社區照護人員（各醫療院所護理師、營養師等）訓練。定期召開共同照護網醫療院所工作聯繫會議。推動糖尿病患橫向轉介服務，包含視網膜病變篩檢、血糖及糖化血色素定期檢查、血糖控制不良患者衛教轉介。以視網膜病變篩檢推動橫向轉介服務，整合員林鎮內所有眼科醫師，經由鎮內醫療院所的橫向轉介，提供可近性的視網膜病變篩檢服務。

第三年推動模式建立期（民國 88 年 7 月至 89 年 6 月），該期目標為繼續進行共同照護人力資源充實計畫、以糖尿病保健推廣門診為基礎，發展衛生所衛教及照護模式、社區衛教活動的整合、透過糖友志工隊，加強病患自我照護能力、建立社區糖尿病患腎病變篩檢及轉診系統。

就策略與方法而言，先推動醫療院所人員取得糖尿病衛教人員資格、通過衛教推廣門診評鑑以充實共同照護照護人力資源、設置糖友志工隊血糖監測站、社區糖尿病患腎病變篩檢及轉診系統的建立，糖尿病患尿液微量白蛋白檢查以衛生所採檢，轉檢彰化基督教醫院檢驗方式進行。預定篩檢人數 300 人。建立陽性個案轉診系統。建立高危險群個案管理模式。

該篩檢結果，基層醫療院所人員入會計 15 人，包括：醫師 6 名（其中 2 名為眼科醫師）、護士 6 名、營養師 1 名、檢驗師 2 名，腎病變篩檢人數共完成 333 人，發現 40 名腎病變。

員林糖尿病共同照護網主要推動人力為衛生所工作人員（14 名）、衛生局主辦課課長及主辦人（2 名），其他支援人力來自彰化基督教醫院。經費來源為衛生署計劃補助（民國 88 年度 47 萬元），糖化血色素定期檢驗費用由員林衛生所醫療門診支出，社區糖尿病患腎病變篩檢及轉診系統所需檢驗費用，由彰化基督教醫院研究計劃經費支出（10 萬元），其他訓練所需旅運費由衛生局預算支出，糖友會活動相關支出由衛生促進委員會支援。

員林糖尿病共同照護網，對於糖尿病照護情況主要成果證明，以基層醫療為主體的社區導向糖尿病共同照護網模式是可行的，本模式考量既存的醫療生態，其重點在以衛生所為社區整合促成的主要資源與力量，並以在地醫療照護資源為核心，區域以上醫院為支援背景。其糖尿病衛教學會的訓練課程，能有效地提昇照護人力資源的品質，同時也有助於建立對照護品質的共識。病友會的照護資訊流通網絡，可以從需求面間接扮演提高照護品質的推動力量。以社區的基層眼科醫療資源，透過事前的規劃和橫向跨科別的轉診，可以提供社區糖尿病患所需的視網膜篩檢服務。在良好的轉檢轉診規劃下，糖尿病患可以在社區獲得腎病變篩檢服務。

國民健康局自民國 90 年成立以來，賡續保健處工作，陸續於縣市積極建置糖尿病共同照護網，迄民國 91 年普及於全國 25 縣市，涵蓋之鄉鎮計 352 個，涵蓋率達 95%。[62] 最後建置糖尿病線上資料庫，配合線上醫囑與檢驗資料之彙集共同作業，建立以糖尿病病患為中心的共同照護，充分掌控病人就醫時程，提供糖尿病病患診察、檢驗、衛教及追蹤等完整服務，減少糖尿病患併發症與合併症發生，以提升糖尿病人照護之品質。並由此資料庫中擷取所需資料上傳健保局，定期完成申報作業。「糖尿病照護品質資料庫」整合醫院資訊系統（hospital information system, HIS）、實驗室資訊系統（laboratory information system, LIS）以及個案管理師人工記錄之糖尿病病患照護相關資料。醫療專業人員即時取得及更新病患資料，給予最適切的治療，而個案管理師也能有效管理追蹤個案，提供高品質醫療服務。資料功能搜尋，能有效地搜尋病患照護相關資料，簡化病患追蹤管理，亦改善糖尿病病患照護品質。[63]

三、慢性腎臟病

慢性腎臟病（chronic kidney disease, CKD）係指腎臟組織因遭受疾病損壞，經診斷檢查證實腎臟結構（病理組織學或影像學檢查）或腎臟功能（血液或尿液檢查）有異常發現、或腎絲球過濾率（glomerular filtration rate, GFR）小於每分鐘 60 毫升（mL/min/1.73m2）。每個人腎臟功能衰退的速度不盡相同，有些病程達數月或數年，當超過 3 個月而腎臟無法恢復原有的功能時，稱為慢性腎臟病。

在臺灣，腎炎、腎徵候群及腎性病變居國人十大死因之第八位，民國 79 年至民國 90 年，臺灣末期腎臟病接受透析的盛行率與發生率分別有 3.6 倍與 2.7 倍的成長。民國 94 年度末期腎臟病患者占健保總投保人口的 0.2%，其單就腎臟病醫療便消耗了 7.3% 的健保資源，中央健康保險局 94 年度重大傷病醫療支出總計約 1,100 億元，其中透析經費為 285 億元，占重大傷病門診支出第一位，耗用巨額醫療成本，除此之外，因透析造成的勞動力損失，與所帶給家庭與社會的照顧負擔，更是難以估計。[64]

慢性腎臟病之防治以公共衛生之三段五級概念為架構，在疾病未發生前，以健康危險因子評估工具篩選出高危險群，再針對高危險群，依慢性腎臟病重要成因予以預防宣導並施以防治計畫。[65]

本縣衛生局依行政院衛生署國民健康局，針對慢性腎臟病所訂定的防治策略為：（一）利用多元的傳播管道，提高民眾對於腎臟保健及疾病防治之認識，導引建立健康行為；（二）建立腎臟保健及疾病防治相關實證健康指標資料；（三）建構完整的腎臟疾病防治體系及門診衛教模式；（四）加強工作人員訓練研習，協助腎臟保健之推動；（五）建立腎臟保健品質監控系統。依據以上五項策略，所推動之工作內容主要可分為以下三方面：1. 衛教宣導、2. 教育訓練與教材製作、3. 個案管理。

1. 衛教宣導

（1）腎臟保健月：

為了提醒民眾注意腎臟保健，國健局訂定 6 月為腎臟保健宣導月，並邀請各相關醫療院所及衛生機關配合辦理宣導活動，如大型園遊會、記者會、免費篩檢活動和免費腎臟諮詢衛教等。

（2）腎臟保健資訊之傳播：

為提升腎臟保健宣導活動效果，利用多元的傳播管道加強腎臟保健資訊之傳播，如電視、電臺、報紙、公車廣告宣導等。

（3）腎臟保健衛教網站建置：

國民健康局為提供民眾更多元的管道能進一步認識慢性腎臟病，委託臺灣腎臟醫學會，在民國 95 年建置了腎臟保健衛教網站（http://ckd-tsn.org.tw/），內容包括慢性腎臟病相關活動之報導、腎臟保健機構資訊之提供、腎臟病衛教資訊、國內外相關網站連結以及線上客服專區等。

62. 徐瑞祥，〈歡喜攜手，邁向健康、幸福之路——臺灣地區糖尿病共同照護現況〉，http://www.dmcare.org.tw/up3/2006-1-%E5%BE%90%E7%91%9E%E7%A5%A5.pdf，2015/10/30。
63. 葉勳龍、鄭嘉惠、蔡明倫、朱麒仲、張嘉晃、王拔群，〈糖尿病病患照護品質資料庫建置〉，《醫療資訊雜誌》18：2（2009 年 6 月），頁 29~37。
64. 楊芝青、陳維昭、陳再晉，〈我國慢性腎臟病防治工作回顧〉，《血液淨化雜誌》12 ： 4（2007 年 12 月），頁 49
65. 慢性腎臟病防治研究專案管理辦公室，〈慢性腎臟病防治科技研究計劃〉》，http://www.ibmi.org.tw/CKD/client/Intro.php?REFDOCTYPID=0kzs1nlxskew5y20，2015/12/29。

2. 教育訓練與教材製作

（1）腎臟保健、腎臟病照護學習及教材手冊：

國民健康局依不同族群之需求研發腎臟病教材，於民國 94 年 11 月出版針對健康民眾製作之「腎臟保健手冊」，以及針對腎臟病患者製作之「腎臟病照護手冊」，而針對醫療人員製作的「慢性腎臟病防治手冊」。「腎臟保健手冊」分為「腎臟保健學習手冊」及「腎臟保健教學手冊」，其目的分別為讓健康民眾能瞭解腎臟相關的基本知識，以及讓教學者在對健康民眾做衛教時的依據。「腎臟病照護手冊」分為「腎臟病照護學習手冊」和「腎臟病照護教學手冊」，其目的分別為引導民眾對腎臟病之認知，並提升民眾腎臟病自我照護能力，以及利於社區團體與醫療院所對病患進行衛教推廣之用。

（2）慢性腎臟病防治手冊：

「慢性腎臟病防治手冊」為國民健康局委託臺灣腎臟醫學會所研製，其內容乃由腎臟專科醫師、衛教師、營養師、公共衛生及護理專業人員共同編製而成，主要目的為提供全國保健醫療人員，在從事腎臟病預防及照護時的參考依據，以便建立一致性的服務指引，並制定慢性腎臟病防治及照護指引，以提升醫療人員慢性腎臟病醫療照護品質。

（3）社區腎臟病保健推廣計畫：

針對腎臟病的防治，國民健康局也致力於腎臟保健推廣工作，於民國 93 年推動「社區腎臟保健及疾病防治實驗計畫」，目的在於以社區為單位，結合公共衛生及醫療院所等機構，推動社區腎臟保健及疾病防治服務，進而達成涵蓋社區健康民眾、潛在疾病患者及腎臟病患等族群的預防、保健與治療之目的，做為未來推行至全國各社區之基礎。計畫內容包括辦理社區宣導活動、相關腎臟保健座談會及講習、針對高危險群進行篩檢並分級管理等。於民國 94 年則推動「社區腎臟病保健推廣計畫」，目的在培訓腎臟保健教育宣導教材之用。計畫內容包括邀請專家針對國健局已製作之教材進行修訂，並編印發行、製作教學用之 power point 檔案供衛生局和醫療院所衛教宣導之用、種子教師之培訓與輔導、辦理腎臟保健與腎臟病照護衛教宣導活動等。

3. 個案管理

（1）推動腎臟保健機構設置及運作計畫：

「腎臟保健推廣機構」之精神，在於透過由醫師、護理人員、營養師等醫事人員之團隊運作，依慢性腎臟病病人病程不同，給予優質的診療及相關專業的諮詢與照護，提升病人自我照護能力及責任，並結合在地資源，將預防保健工作推廣至社區，該機構同時辦理慢性腎臟病個案管理、高危險群篩檢、跨科際個案轉介與教育活動、推動區內醫療院所參與慢性腎臟病照護等。另對於腎臟疾病高危險群之早期發現、早期治療，宜善用學校健康平臺：我國各級學校依「學校衛生法」規定，對國小、國中、高中入學新生及國小四年級學生須實施健康檢查，其項目包含尿液、血液檢查，教育部已建置檢查結果資料之登錄系統，國民健康局將主動與教育部聯繫，若發現疑似腎臟病個案，將協助規劃轉介、追蹤管理等，以期早期治療痊癒，或延緩腎臟的損傷，降低腎臟病盛行率。

腎臟疾病的治療不能光靠藥物，其控制與飲食有莫大的關係，病人若不控制飲食營養，病情不會好轉，如能聽從營養師指導，改變不良的飲食習慣，則病症可獲立即改善：對腎臟病患而言，早期的營養介入，可以改善或控制病況，延緩腎功能的衰退。就腎臟疾病之臨床營養照護部分，我國腎臟病保健推廣機構，目前大部分僅針對第四、五階段之患者從事營養指導，已建議其自第一階段即開始實施，另建議參與糖尿病共同照護網之機構、糖尿病人保健推廣機構及糖尿病教育推廣機構，亦一併推展腎臟病營養教育及照護，俾大多數腎臟病患建立正確之飲食營養觀念，調整飲食行為；在社區部分，現階段建議營養師結合糖尿病、冠心病高危險群之健康促進辦理。

由國民健康局、國家衛生研究院及管制藥品管理局共同合作計畫之調查結果顯示，一般民眾在日常生活中認為控制血壓或血糖、定期健檢、不要隨便吃藥、不要憋尿可以預防腎臟病之百分比分別為 5.74%、9.75%、22.93%、24.88%，顯示民眾對腎臟保健仍缺乏正確之認知。由他國經驗可發現，其為提升民眾對腎臟病防治之覺察，運用多種媒體管道，包括電視節目、廣播節目、平面媒體或人際溝通等方式，由於國人對腎臟保健仍缺乏正確之認知且器官捐贈之比率仍不高，皆有賴於各類媒體管道，以潛移默化的方式執行宣導，方能收效。例如可考量建立社區醫療教育計畫、教育民眾、提供民眾慢性腎臟病的衛教知識、透過網路，提供各階段慢性腎臟病醫療的最新線上資訊，讓慢性腎臟病病患者能輕鬆得到最新的醫療訊息，更能安心治療。[66]

66.　楊芝青、陳維昭、陳再晉，〈我國慢性腎臟病防治工作回顧〉，《血液淨化雜誌》12：4（2007 年 12 月），頁 50~55。

臺灣慢性腎臟病整體盛行率是男性高於女性（12.9% vs 11.0%），但女性對慢性腎臟病之相關認知優於男性。腎臟功能會隨著年齡增加而自然下降，年齡愈大罹患慢性腎臟病的風險也愈高；臺灣民眾 35 歲至 39 歲的族群慢性腎臟病盛行率為 5.6%，45 歲至 49 歲盛行率為 8.8%，55 歲至 59 歲的盛行率增加到 13.1%，65 歲以上則達 37.2%，但彰化縣 65 歲以上民眾對慢性腎臟病認知正確率明顯低於其他較年輕的族群。

教育程度高者對於健康認知及健康行為遵從優於教育程度低者，在許多研究都得到驗證，例如教育程度高身體功能狀況高於無接受教育者。不良習慣行為的民眾，年齡較大、教育程度較低，且健康認知也較不足。過去曾有研究以本縣為案例，指出人口因素中之男性、65 歲以上、學歷較低及沒有配偶者，對腎臟病之相關認知情形低於其他人，建議衛生主管機關應設計適合他們的衛教宣導方案並分析相關實施成效，提升民眾對慢性腎臟病之認知，以有效避免疾病盛行率的增加。[67]

我國多重慢性病人門診平均利用次數高，推測有以下原因：1. 缺少健全的轉診制度，民眾可自由選擇不同層級別的院所、不同次專科的醫師就醫；2. 過度次專科化，國內至民國 100 年為止取得專科醫師資格的人數已達 44,217 人，各次專科醫師僅負責該次專科的相關疾病；3. 我國健保支付標準是以「論量計酬」為主，論量計酬是以醫療服務者的服務量給與支付，此種支付方式助長醫師提供服務，存在可能的醫療浪費，且因缺少降低就醫次數的誘因。目前國內多重慢性病人，以慢性腎臟病、糖尿病及高血壓為例，有可能涵蓋在多個計畫下；4. 我國慢性病連續處方箋開立率仍有改善空間，提高開立比例，使病情穩定者僅需憑慢箋藥單即可到藥局領藥，可減少民眾往返就醫的次數與在醫療院所被感染的機會；5. 醫院提供「客製化服務」也是造成門診利用次數高的原因之一。國人常因小病就醫等因素，而存在「逛醫師」之行為，因民眾可自由就醫選診，若同時罹患 2、3 種疾病，則會分別至不同科別的診所甚至醫院，給 2、3 位不同科的醫師診療。[68]

綜合上述，由於經濟結構與國人生活方式的改變，慢性病已逐漸取代急性傳染病，成為影響國人健康的最主要問題。有鑒於此，衛生局以社區整合式篩檢為社區健康管理平臺，運用慢性病共同照護模式（Chronic care model, CCM），整合架構完整的慢性病三級預防體系，透過提供慢性病患和一般民眾免費身高、體重、血壓、血糖、視力及足部護理約診檢查服務，早期發現異常個案；辦理糖尿病專業養成繼續教育，提升照護人員專業知能；鼓勵醫療院所參與健保局「糖尿病醫療給付改善方案」，強化照護品質；辦理病友支持團體，加強慢性病友認知及提升自我照護能力。自民國 100 年至 104 年社區整合式篩檢結果，30 歲以上慢性腎臟病盛行率，分別為 13.7%、16.1%、17.3%、13.2%、13.9%。[69] 民國 101 年提供免費檢查服務共計 158,198 人次；辦理糖尿病專業養成繼續教育計 8 場次，1,051 人次參加；全縣 62 家醫療院所參與健保局「糖尿病醫療給付改善方案」，其中衛生所共計 26 家參與，收案數 3,194 人，提供衛教服務 11,281 人次、完成各項併發症篩檢服務 3,856 人次；辦理病友支持團體聚會活動 167 場次。

同時，衛生局推動之「萬人健檢」活動，提供民眾健全的健康照護與健康促進，在資源有效整合下，本縣 26 個鄉鎮均提供至少 1 場次之社區健康篩檢服務，本年度共完成 31 場次，提供 11,587 人次篩檢服務，並針對項目異常之民眾，提供必要轉介照護服務，以早期發現並早期治療，以維護縣民健康。另對於偏遠地區醫療資源不均之鄉鎮，主動規劃「社區民眾肝癌巡迴定點篩檢服務」，特別以本縣衛生所為據點，由專科醫師搭配超音波設備，提供民眾腹部超音波篩檢服務，計 8,548 人次服務量，透過早期發現與治療，以挽救民眾寶貴生命。[70]

本縣腎臟專科資源分布不均，至民國 90 年代末期，縣內有 16 鄉鎮無腎臟科醫師，因此希望結合全縣腎臟科醫療院所，經由社區整合式篩檢及衛生所糖尿病個案管理發現異常個案，透過完善健康服務輸送系統，讓每一位患者均能得到適切之轉介服務，發展腎臟病個案管理照護模式，為方便醫護人員快速了解病人腎臟功能，因此衛生局於民國 98 年設計「腎算師」，能快速判讀慢性腎臟病分期，民國 100 年配合衛生福利部中央健保署推動「初期慢性腎臟病（初期 CKD）醫療給付改善方案」。

為提供慢性腎臟病完整照護，本縣自民國 100 年起積極鼓勵各層級醫療院所參與「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」，截至民國 103 年彰化縣內科相關特約醫事機構 373 家中參與「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」增加至 95 家，涵蓋率 25.5%。截至民國 104 年止，彰化縣內科相關特約醫事機構 461 家中參與「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」增加至 105 家，涵蓋率 22.8%。[71]

67. 黃英家、紀美智、陳慶旭、何清松，〈民眾對於慢性腎臟病認知情形分析——以彰化縣民眾為例〉，《智慧科技與應用統計學報》10：1（2012 年 6 月），頁 71~81。
68. 李曉伶、吳肖琪，〈臺灣慢性病人醫療利用之探討——以慢性腎臟病、糖尿病及高血壓為例〉，《臺灣公共衛生雜誌》32：3（2013 年），頁 231~239。
69. 彰化縣政府衛生局，《104 年彰化縣慢性腎臟病防治計畫成果報告》（彰化：彰化縣政府衛生局，2015 年），頁 2。
70. 彰化縣衛生局，〈彰化縣衛生局 101 年度施政績效報告〉，頁 18，http://www.chshb.gov.tw/performance/?parent_id=1220&top=165m，2016/1/5。
71. 彰化縣政府衛生局，〈104 年彰化縣慢性腎臟病防治計畫成果報告〉，頁 2。

表 4-5-1 臺灣地區主要死亡原因（1952-2011）

順位	民國 41 年	民國 50 年	民國 60 年
	死亡原因	死亡原因	死亡原因
1	胃炎、十二指腸炎、腸炎及大腸炎（除新生兒之下痢）	肺炎	腦血管疾病
2	肺炎	胃炎、十二指腸炎、腸炎及大腸炎（除新生兒之下痢）	惡性贅瘤（包括淋巴及造血組織之贅瘤）
3	結核病	中樞神經系之血管病變	意外災害
4	心臟疾病	周產期之死因	心臟疾病
5	中樞神經系之血管病變	心臟疾病	肺炎
6	周產期之死因	結核病	結核病
7	腎炎及腎水腫	惡性贅瘤（包括淋巴及造血組織之贅瘤）	支氣管炎、肺氣腫及氣喘
8	惡性贅瘤（包括淋巴及造血組織之贅瘤）	意外災禍	肝硬化
9	支氣管炎	腎炎及腎水腫	腎炎及腎水腫
10	瘧疾	自殺及自傷	高血壓性疾病

資料來源：行政院衛生署，《中華民國八十七年衛生統計（一）》（臺北：行政院衛生署，1999 年），頁 46~48。

表 4-5-2 臺灣地區主要死亡原因（1952-2011）（續 1）

順位	民國 70 年	民國 80 年
	死亡原因	死亡原因
1	腦血管疾病	惡性腫瘤
2	惡性腫瘤	腦血管疾病
3	事故傷害	事故傷害
4	心臟疾病	心臟疾病
5	高血壓性疾病	糖尿病
6	慢性肝病及肝硬化	慢性肝病及肝硬化
7	支氣管炎、肺氣腫及氣喘	肺炎
8	肺炎	腎炎、腎徵候群及腎變性病
9	結核病	高血壓性疾病
10	腎炎、腎徵候群及腎變性病	支氣管炎、肺氣腫及氣喘

資料來源：行政院衛生署，《中華民國八十七年衛生統計（一）》，頁 49~50。

表 4-5-3 臺灣地區主要死亡原因（1952-2011）（續 2）

順位	民國 90 年	民國 100 年
	死亡原因	死亡原因
1	惡性腫瘤	惡性腫瘤
2	腦血管疾病	心臟疾病（高血壓性疾病除外）
3	心臟疾病	腦血管疾病
4	事故傷害	糖尿病
5	糖尿病	肺炎
6	慢性肝病及肝硬化	事故傷害
7	腎炎、腎徵候群及腎變性病	慢性下呼吸道疾病
8	肺炎	慢性肝病及肝硬化
9	自殺	高血壓性疾病
10	高血壓性疾病	腎炎、腎病症候群及腎病變

資料來源：衛生福利部統計處，http://www.mohw.gov.tw/CHT/DOS/，2016/1/26。

表 4-5-4 彰化縣主要死亡原因（2001）

順位	合計	男性	女性
	死亡原因	死亡原因	死亡原因
1	惡性腫瘤	惡性腫瘤	惡性腫瘤
2	腦血管疾病	事故傷害	心臟性疾病
3	心臟性疾病	腦血管疾病	腦血管疾病
4	事故傷害	心臟性疾病	糖尿病
5	糖尿病	慢性肝病及肝硬化	腎炎腎徵候群及腎變性病
6	慢性肝病及肝硬化	糖尿病	事故傷害
7	腎炎腎徵候群及腎變性病	肺炎	肺炎
8	肺炎	腎炎腎徵候群及腎變性病	慢性肝病及肝硬化
9	自殺	自殺	自殺
10	結核病	結核病	敗血症

資料來源：衛生福利部統計處，http://www.mohw.gov.tw/CHT/DOS/，2016/1/26。

表 4-5-5 彰化縣主要死亡原因（2011）

順位	合計	男性	女性
	死亡原因	死亡原因	死亡原因
1	惡性腫瘤	惡性腫瘤	惡性腫瘤
2	心臟疾病（高血壓性疾病除外）	心臟疾病（高血壓性疾病除外）	心臟疾病（高血壓性疾病除外）
3	腦血管疾病	腦血管疾病	腦血管疾病
4	肺炎	事故傷害	糖尿病
5	糖尿病	肺炎	肺炎
6	事故傷害	慢性下呼吸道疾病	腎炎、腎病症候群及腎病變
7	慢性下呼吸道疾病	糖尿病	高血壓性疾病
8	高血壓性疾病	慢性肝病及肝硬化	事故傷害
9	慢性肝病及肝硬化	高血壓性疾病	慢性下呼吸道疾病
10	腎炎、腎病症候群及腎病變	蓄意自我傷害（自殺）	衰老 / 老邁

資料來源：衛生福利部統計處，http://www.mohw.gov.tw/CHT/DOS/，2016/1/26。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

第五章 婦幼衛生、人口老化與長期照護

第一節 婦幼衛生與家庭計畫

婦幼衛生為公共衛生最為重要的一部分，係以維護及促進婦女與兒童的身心健康為主要的工作。婦幼健康為國民健康之基礎，而國民健康乃為國家民族富強之根本。因此，近代各文明國家無不積極的推展婦幼衛生事業，以增進國民健康，而達到國家民族富強的目的。[1]

民國 41 年（1952），政府針對本省婦幼保健之需要，商得聯合國兒童基金會及世界衛生組織之協助，設立本省婦幼衛生委員會，加強推行本省婦幼業務衛生業務。自民國 41 年起，10 年間，聯合國兒童基金會不斷補助各種器材、藥物、營養品及交通工具；世界衛生組織亦曾派專家來臺作技術支援助，及資助工作人員出國進修。民國 48 年 9 月 1 日，本省婦幼衛生委員會改組，正式成立「臺灣省婦幼衛生研究所」，除接管省衛生處前婦幼衛生委員會之各項工作外，並積極加強辦理婦幼衛生之研究、訓練、示範及有關業務之推展，以促進本省婦幼衛生工作。[2]

因本省母性生育過密，孩子數過多，對母子雙方之間健康與幸福，皆影響不少。省婦幼衛生研究所針對此事實，於民國 49 年 4 月，展開指導計畫生育工作。主要的工作如下：

一、孕前衛生門診工作：自民國 49 年起，普遍在全省各縣立醫院及省婦幼衛生研究所設立孕前衛生門診，辦理孕前衛生門診工作。

二、孕前衛生示範區工作：民國 49 年，在南投縣設立 8 個孕前衛生示範區，每區增加助產士 1 人，專門負責孕前衛生工作之推行。

1. 臺灣省文獻委員會，《重修臺灣省通志政治志衛生篇（第一冊）》（臺中：臺灣省文獻委員會，1995 年 9 月），頁 556。
2. 李汝和主修，《臺灣省通志政事志衛生篇（第五冊）》（臺中：臺灣省文獻委員會，1972 年 6 月），頁 392。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

三、孕前衛生工作人員之訓練：民國 50 年，與省農會合作，擴大孕前衛生工作地區，調訓由省農會選定之鄉鎮區農會有關孕前衛生推行人員，以配合地方衛生所之工作。又對於各衛生所遴用之孕前衛生專責工作人員，亦施予分區、分期之訓練。[3]

臺灣省婦幼衛生研究所特於民國 56 年訂定「產前、產後護理及衛生教育實施方案」。經選定南投縣為試辦區，旨在使每一護產人員對婦幼衛生工作獲致新的觀念與做法，務使所有孕產婦都能得到產前、產後護理及衛生教育的機會。為達到此一宗旨，除盡量鼓勵孕產婦到衛生所接受健康檢查之外，並由衛生所護產人員多做家庭訪視及加強衛生教育等工作。[4]

民國 53 年，臺灣省衛生處婦幼衛生研究所提出「臺灣省政府獎勵助產士下鄉執業計畫」，自民國 55 年起在人口集中而缺少開業助產士之村里設立助產站，助產站之房屋及助產士之住宿由鄉鎮提供。接生器材及交通工具商請聯合國兒童基金會撥發，鼓勵合格助產士在鄉村開業，以解決偏遠地區孕產婦安全接生問題。[5] 本計畫於民國 71 年結束，對於安全接生率之提高有極大之貢獻。

臺灣地區自民國 40 年代起即注意婦幼衛生工作的推展，早期的婦幼衛生工作重點為以控制人口數量增加為主的家庭計畫，以及降低嬰幼兒死亡率的預防注射為主。隨著社會經濟型態轉變、結婚年齡延後、健康篩檢技術的使用，自民國 60 年代開始，本縣的婦幼衛生工作內容變得更多元，家庭計畫不再只是注重人口數量控制，轉而強調「質」與「量」並重的優生保健，孕產婦的照顧。在婦幼健康照顧方面則推廣婦女癌症篩檢與骨質疏鬆防治。同時隨著政府的政策，將嬰幼兒與學齡前兒童健康納入工作重點。

家庭計畫的用意，乃提倡以各家庭的經濟狀況，居住情形及自身健康為考量，而有家庭計畫的於適當年齡生育合理的子女數，及做適當的間隔生育，以期望養育健全有素質的子女，並保護母親身心健康，建立幸福的家庭。[6] 臺灣地區家庭計畫工作推行的方法，主要包括兩大方面，一為民眾的教育與推動，亦即透過各種途徑宣導家庭計畫的知識與觀念，以引起大眾認同且產生實行的動機。二則是透過全國性醫療服務系統，普遍

3. 李汝和主修，《臺灣省通志政事志衛生篇（第五冊）》，頁 395~396。
4. 臺灣省文獻委員會，《重修臺灣省通志政治志衛生篇（第一冊）》，頁 568。
5. 〈訂定「臺灣省政府獎勵助產士下鄉執業計劃」〉，《臺灣省政府公報》54 年冬字 65 期（1965 年 12 月 17 日），頁 3~7。
6. 臺灣省文獻委員會，《重修臺灣省通志政治志衛生篇（第二冊）》，頁 596。

提供有效而方便的避孕方法及避孕醫療服務，使民眾達到實行避孕的願望。[7]

戰後初期，臺灣的人口數約 609 萬人，迄民國 39 年，人口總數已增為 786 萬人。[8] 中國農村復興委員會鑑於臺灣可信賴的人口資料甚為缺乏，乃與美國駐遠東安全分署合作，並獲洛克斐勒基金會支援，於民國 41 年 9 月聘請美國普林斯頓大學人口問題專家巴克萊（George W. Barclay）來臺從事臺灣人口研究。[9] 農復會主任委員蔣夢麟，於民國 48 年 4 月 13 日在臺北舉行記者會，發表「讓我們面對日益迫切的臺灣人口問題」，大力提倡節育觀念。他提到人口壓力帶來的種種問題，明確指出臺灣現有人口數 1,000 萬人，每年以 3.5% 增加率上升；即每年增加 35 萬人，約略等於當時高雄市人口，將造成經濟、生存空間、民生基本需要等負擔。在他持續不斷的呼籲之下，政府才重視人口政策。為避免部分人士的非議，臺灣省政府衛生處將人口問題當成「衛生問題」而非經濟問題來處理，且特別採用「孕前衛生」的名義，進行家庭計畫指導工作；由與民眾接觸最頻繁的助產士、各鄉鎮農會及衛生所護產人員等，共同推廣宣導孕前衛生重要，以降低出生率，保護母子健康及婦女孕前、孕中、產前、產後的健康。[10]

民國 50 年美國紐約人口局將在美國新研發出的子宮內避孕器—「樂普」介紹到臺灣，並選定臺中市做試辦區，經過陸續測試和觀察之後，證實其適合國人使用。民國 53 年，政府全面推動家庭計畫工作，試圖經由計畫生育的方式來減緩人口的增加速度。工作目標著重於有偶婦女對於避孕方法之接受，以促成生育率之下降。[11]

民國 59 年 9 月，臺灣省政府衛生處與美國密西根大學人口研究中心、紐約人口局及中國農村復興聯合委員會合作設立「臺灣人口研究中心」，配合「孕前衛生工作」，負責策畫研究、人口調查、人口分析等作業。民國 55 年因社會對家庭計畫之認識加深及重視，臺灣省政府衛生處遂將家庭衛生委員會更名為「家庭計畫推行委員會」，專責辦理家庭計畫推行工作。臺灣人口研究中心亦更名為「臺灣省衛生處臺灣人口研究中心」。民國 56 年，為了裝置樂普不合的婦女及新婚未生產的婦女節育的需要，口服避孕藥經過實驗後，亦加入為政府推廣家庭計畫避孕方法。[12]

7. 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（四）》（臺北：行政院衛生署，1995 年），頁 665。
8. 莊永明，《臺灣醫療史——以臺大醫院為主軸》（臺北：遠流，1998 年），頁 550。
9. 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（二）》（臺北：行政院衛生署，1995 年 10 月），頁 505。
10. 李棟明，《臺灣地區早期家庭計畫發展誌詳》（臺中：臺灣省家庭計畫研究所，1995 年），頁 34~35。
11. 詹長權，《臺灣全志社會志衛生與健康篇》，頁 129~130；李棟明，《臺灣地區早期家庭計畫發展誌詳》，頁 36。
12. 臺灣省文獻委員會，《重修臺灣省通志政治志衛生篇（第一冊）》，頁 607。

保險套於民國 59 年納入政府推廣的家庭計畫避孕方法，自此使男性得以共同負擔家庭計畫的責任。民國 62 年，配合臺灣地區的「小康計畫」及「安康計畫」，將結紮手術列入政府補助的家庭計畫節育方法，積極推廣。早期就在臺灣使用的子宮環，經過實驗後效果肯定，經於民國 64 年也列入家庭計畫的避孕方法。[13]

除了孕前衛生人員指導民眾使用保險套或安全素片避孕外，也針對部分民眾介紹安全藥膏、子宮帽、安全期計算法或基礎體溫等傳統避孕方式。[14]

簡言之，在民國 60、70 年代，主要推行的避孕方法為子宮內避孕器、保險套、結紮等。在宣導教育方面，包含編印傳單、海報、漫畫書等，於工廠、醫療院所、戶政事務所等場所發放。民國 65 年起，為加強男性家庭計畫的宣導，配合後備軍人點召與小組訓練，放映家庭計畫宣導短片，分發男性避孕方法單張、保險套與辦理相關圖片的展覽。

由於初婚年齡延遲、離婚率增加、有偶率持續降低、年輕有偶婦女人口數所占比例減少、理想子女數降低、結紮與人工流產因合法化而增加，以及避孕實行率提高等因素影響，人口自然增加率在民國 75 年降為 11.03‰，已較民國 78 年預期降至 12.53‰還低。基於「緩和人口成長」已圓滿達成，且我國避孕實行率達 80%，顯示國內婦女對避孕服務高度需求，因此政府長久以來所建立的避孕供應服務網路應予維繫，並強化服務品質。另外，政府認為往後家庭計畫工作重點對象，宜由一般有偶婦女，轉移至更有需要服務的特殊群體民眾，包括被忽視的弱勢群體家庭，以及青少年生育問題，與不孕症的治療等。由於以上工作是以提升人口素質，增進婦女健康保健福利為著眼點，與過去強調節育的家庭計畫相差甚多，因此命名「新家庭計畫」，期使國民得以依其意願實施計畫生育，達成家庭幸福與健康生活的目的。民國 79 年 1 月，行政院衛生署頒訂「推行臺灣地區新家庭計畫」，與過去推行的新家庭計畫所面臨的問題與措施不同。[15] 自民國 79 年至民國 87 年所推動的 2 期新家庭計畫，主要對象由以往涵蓋所有民眾，轉而針對殘障（尤其是智障及有礙優生者）及精神病患本人及家屬、青少年、偏遠及低教育程度、高齡產婦、人工流產婦女、不孕症夫婦，以及適婚、新婚及產後婦女等特定群體，其工作業務尚須與社會福利、優生保健、家庭生活教育及學校等相關教育資源相互配合。[16]

13. 臺灣省文獻委員會，《重修臺灣省通志政治志衛生篇（第一冊）》，頁 608。
14. 詹長權，《臺灣全志社會志衛生與健康篇》，頁 129~130；李棟明，《臺灣地區早期家庭計畫發展誌詳》，頁 86~90。
15. 陳肇男、孫得雄、李棟明，《臺灣的人口奇蹟》（臺北：聯經出版，2003 年），頁 187~188。
16. 陳肇男、孫得雄、李棟明，《臺灣的人口奇蹟》，頁 150~151；詹長權，《臺灣全志社會志衛生與健康篇》，頁 132。

根據彰化縣衛生院之報告，本縣於民國 40 年代使用有經驗的助產士接生者，約佔 46%，其餘均為無執照的接生婆來接生，以致嬰兒死亡率較高，以統計數字說明即知，由接生婆接生的危險性，如民國 33 年的統計每千人產嬰中有 155 人死亡。至民國 42 年的統計數字，已減至每千人中只有 33 人死亡，而目前嬰兒死亡的症狀，以破傷風為最多，千人中約佔 235 人，因此自民國 40 年代起，配合中央政府的婦幼衛生工作，特與世界衛生組織商洽結果，得其許允，在本縣彰化、溪州、芳苑、二林等處設立示範區，加強婦嬰保健工作，同時擬訂計畫，普遍加強推行。[17] 此計畫辦理之項目共分為 6 項：1. 辦理產婦產前產後檢查及安全助產；2. 推行嬰兒護理指導及家庭訪問並解釋家庭衛生常識；3. 辦理母親會及兒童會，提高婦幼之衛生常識；4. 實施嬰兒及幼兒健康檢查；5. 利用村民大會，派護理人員參加講解婦幼衛生之常識並放映衛生教育幻燈片；6. 訓練護理人員，以提高其工作能力。[18]

為使本縣各開業助產士熟悉助產及婦幼衛生工作，並協助衛生機構推行公共衛生，以保產婦健康及減少嬰兒死亡率起見，本縣衛生院經奉省令辦理開業助產人員訓練，將縣下開業助產士訓練完畢，每期訓練 4 星期，在本縣衛生院開訓，講師除省方派員外，並由臺北保健館及婦幼衛生中心等派員擔任。[19]

節育工作方面，對於生育子女過多而有意節育者，指導避孕方法，供應藥品或裝用子宮帽，並做適當的服務。[20]

使每一孕婦得有適當處所分娩，並由受過助產訓練人員予以安全接生，本縣於民國 55 年起獎勵助產士下鄉執業，配合社會福利事業，使貧苦產婦能得到免費安全接生之機會，減少產婦及嬰兒死亡率，促進婦幼保健計，本縣分 6 年在 20 個鄉 32 村實施本計畫。其中 28 個村為一般地區，4 個村為偏遠地區。增設助產士之縣級負擔經費於民國 56 年至 61 年間分別為，新臺幣 30,000 元（民國 56 年）、新臺幣 80,400 元（民國 57 年）、新臺幣 87,600 元（民國 58 年）、新臺幣 54,000 元（民國 59 年）、新臺幣 27,000 元（民國 60 年）、新臺幣 3,600 元（民國 61 年）。[21]

本縣自民國 40 年開始推行婦幼衛生工作，當初因護產人員與經費缺乏，對本工作認識不夠深切，推行不夠積極，民眾教育程度亦低，以致不能普遍推行，母性、嬰兒死

17. 不著撰者，〈彰化縣議會第二屆第四次暨第二次臨時大會議事錄〉（1954 年 4 月），頁 27。
18. 不著撰者，〈彰化縣議會第三屆第三次大會暨週年紀念大會議事錄〉（1955 年 11 月），頁 12。
19. 不著撰者，〈彰化縣議會第三屆第七次暨二週年紀念議事錄〉（1957 年 2 月），頁 14。
20. 不著撰者，〈彰化縣議會第六屆第三次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 51。
21. 〈訂定「臺灣省政府獎勵助產士下鄉執業計劃」〉，頁 7。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

亡率偏高，至民國 59 年本縣為加強改進婦幼衛生工作，召集全縣護理人員實施在職及訓練講習，灌輸婦幼衛生當前主要工作，講解工作重點，訂定護產人員工作目標數，並於民國 56 年在偏遠地區設立助產站，積極展開行動，使非合格人員接生的百分率由民國 47 年的 51.9% 降至民國 63 年的 5.12%，母性死亡由民國 55 年的 0.66% 降至民國 62 年的 0.4%，嬰兒死亡由民國 55 年的 21.62% 降至民國 63 年的 11.5%。[22]

積極推行家庭計畫使每個人依照自己的意願，配合實際需要，利用各種不同節育方法與醫療原理來達到控制自己家庭成員，並符合「每一個孩子都是為父母所期望而出生」的原則，使孩子能得到充分的照顧與適當的教養，以期獲得美滿的家庭生活。在家庭計畫方面，為建立幸福家庭，本縣配合省方推動之家庭計畫，辦理「樂普」裝置、供發避孕口服藥與保險套工作。[23] 同時對於無意再生育者，推動結紮。[24]

本縣推行家庭計畫是在民國 53 年 1 月開始，初以樂普為主，接受數至民國 63 年累績 10 萬多人。民國 56 年開始推廣口服避孕藥至民國 63 年使用累積數為 2 萬 3 千多人。民國 59 年開始推廣保險套至民國 63 年使用累積數為 1 萬 8 千多人。民國 62 年開始進行男女輸精卵管結紮手術至民國 63 年經手術累積為 2,583 人。又配合政府推行小康計畫，在民國 63 年度編列 30 萬元。在民國 64 年度編列 36 萬元做為免費男女輸精卵管及紮手術費用，受惠人數計女 800 人、男 79 人。以上各種避孕方法使本縣出生率由民國 52 年的 35.51%，其自然增加率為 29.96%，至民國 63 年已降至 24.8%，其自然增加率為 20%。[25]

家庭計畫工作在過去二十多年來，從普遍引起社會大眾的認識、關心，到促使個別夫婦採行具體的避孕措施，教育宣導工作一直扮演重要的角色，也因此促進了顯著的推行績效。家庭計畫教育宣導措施，主要係透過大眾傳播宣導、團體教育活動、印刷教材分發以及個別教育指導等四方面達成傳播與教育的效果。一般而言，大眾傳播與團體教育活動，可以引起較為廣泛的注意、興趣與印象之形成；但是真正促成個人在觀念、態度乃至行為上之改變者，則多係透過比較深入的印刷品或口傳之介紹與解說。介於二者之間的另一個重要媒介，則是社會輿論以及團體成員意見對於個人的引導作用。因此之故，家庭計畫宣導教育在過去多年來，一直是採取多途徑與多元的傳播策略，求其綜合

22. 不著撰者，〈彰化縣議會第八屆第五次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 84。
23. 不著撰者，〈彰化縣議會第七屆第四次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 64；不著撰者，〈彰化縣議會第八屆第三次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 105。
24. 不著撰者，〈彰化縣議會第八屆第五次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 84。
25. 不著撰者，〈彰化縣議會第八屆第六次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 84。

運用之效果，而達成促進社會輿論、改變個人生育行為的工作目標。過去二、三十年來，臺灣社會經歷了劇烈的社會變遷，家庭計畫的宣導教育工作也不斷從教育內容、宣導主題、活動設計、媒體運用以至於教育對象、教育種類等各方面的調整、變化與擴充，以期圓滿達成目標。[26]。本縣部分年度之婦幼衛生工作成果，見表 5-1-1 至 5-1-2。

表 5-1-1 彰化縣各種避孕方法新接受人數（1985-1992）

單位：人次

年度	總計	子宮內避孕器	服避孕藥		保險套		結紮		
			新案人數	藥量（月份）	新案人數	藥量（打）	合計	男	女
74	22,024	8,130	3,984	—	5,473	—	4,437	117	4,320
75	18,978	7,246	3,252	—	4,392	—	4,088	107	3,981
76	16,734	6,434	2,612	73,387	3,295	102,756	4,393	140	4,253
77	16,485	7,047	2,272	69,308	3,012	103,345	4,154	117	4,037
78	14,475	6,350	1,908	71,234	2,531	106,375	3,686	93	3,593
79	14,408	9,985	1,563	58,605	2,152	85,807	708	48	660
80	10,645	6,300	1,348	58,235	1,826	106,046	1,171	45	1,126
81	9,452	5,946	1,289	56,044	1,693	102,162	524	12	512

資料來源：彰化縣政府主計處，〈本縣各種避孕方法新接受人數〉，《彰化縣統計要覽》（2002 年 9 月），頁 161~162。

表 5-1-2 彰化縣各種避孕方法新接受人數（1985-1992）（續 1）

單位：人次

年度	人工流產						
	8 週以下	9-10 週	11-12 週	13-15 週	16-20 週	21 週以下	不詳
74	—	—	—	—	—	—	—
75	—	—	—	—	—	—	—
76	218	37	9	—	1	1	1
77	156	23	6	2	2	—	—
78	111	19	6	—	—	—	2
79	34	—	—	—	—	—	—
80	—	—	—	—	—	—	—
81	—	—	—	—	—	—	—

資料來源：彰化縣政府主計處，〈本縣各種避孕方法新接受人數〉，《彰化縣統計要覽》（2002 年 9 月），頁 161~162。

26. 石曜堂，《臺灣省政府衛生處志》（南投：臺灣省政府衛生處，1999 年），頁 225~226。

表 5-1-3 彰化縣婦幼衛生工作成果（1950-1986）

年別	產婦人數	胎數別				嬰兒性別		
		單胎	雙胎	三胎	計	男	女	男女不詳
39	17,611	11,570	41	—	17,652	9,410	8,242	—
40	23,070	23,027	43	—	32,113	11,832	11,281	—
41	20,466	20,399	67	—	20,524	10,548	9,975	1
42	28,485	28,396	89	—	28,572	14,803	13,763	6
43	29,508	29,441	67	—	29,575	15,253	14,322	—
44	15,230	15,191	39	—	15,266	7,877	7,381	8
45	6,609	6,564	44	1	6,655	3,480	3,165	10

資料來源：彰化縣政府主計處，〈本縣婦嬰衛生〉，《彰化縣統計要覽》（1970 年 6 月），頁 224~255。

表 5-1-4 彰化縣婦幼衛生工作成果（1950-1986）（續 1）

年別	產婦人數	胎數別				嬰兒性別		
		單胎	雙胎	三胎	計	男	女	男女不詳
46	6,356	6,310	46	—	6,402	3,396	2,996	10
47	6,700	6,657	43	—	6,743	3,515	3,215	13
48	5,964	5,930	34	—	5,998	3,179	2,803	16
49	5,841	5,806	34	1	5,877	3,082	2,779	16
50	6,331	6,296	34	1	6,367	3,356	3,010	1

資料來源：彰化縣政府主計處，〈本縣婦嬰衛生〉，《彰化縣統計要覽》（1970 年 6 月），頁 224~255。

表 5-1-5 彰化縣婦幼衛生工作成果（1950-1986）（續 2）

年別	產婦人數	胎數別				嬰兒性別		
		單胎	雙胎	三胎	計	男	女	男女不詳
51	6,265	6,229	36	—	6,301	3,305	2,995	1
52	5,660	5,639	21	—	5,681	2,983	2,695	3
53	5,657	5,628	29	—	5,686	2,947	2,720	19
54	5,543	5,508	27	—	5,570	2,894	2,668	8
55	5,225	5,196	26	—	5,251	2,701	2,549	1

資料來源：彰化縣政府主計處，〈本縣婦嬰衛生〉，《彰化縣統計要覽》（1970 年 6 月），頁 224~255。

表 5-1-6 彰化縣婦幼衛生工作成果（1950-1986）（續 3）

年別	產婦人數	胎數別				嬰兒性別		
		單胎	雙胎	三胎	計	男	女	男女不詳
56	5,008	4,984	24	—	5,032	2,624	2,407	1
57	5,137	5,105	30	2	5,171	2,664	2,507	—
58	6,769	6,728	41	—	6,810	3,576	3,232	2
59	4,755	4,737	17	—	4,771	2,494	3,277	1
60	5,328	5,288	16	1	5,346	2,748	5,595	3

資料來源：彰化縣政府主計處，〈本縣婦嬰衛生〉，《彰化縣統計要覽》（1970 年 6 月），頁 224~255；
彰化縣政府主計處，〈本縣婦嬰衛生〉，《彰化縣統計要覽》（1982 年 8 月），頁 200~201。

表 5-1-7 彰化縣婦幼衛生工作成果（1950-1986）（續 4）

年別	產婦人數	胎數別				嬰兒性別		
		單胎	雙胎	三胎	計	男	女	男女不詳
61	5,882	5,870	22	—	5,914	2,992	2,992	—
62	3,618	3,604	14	—	3,632	1,877	1,755	—
63	5,056	5,045	11	—	5,067	2,590	2,475	2
64	4,116	4,104	11	1	4,129	2,182	1,947	—
65	1,956	1,951	5	—	1,961	1,027	934	—

資料來源：彰化縣政府主計處，〈本縣婦嬰衛生〉，《彰化縣統計要覽》（1982 年 8 月），頁 200~201。

表 5-1-8 彰化縣婦幼衛生工作成果（1950-1986）（續 5）

年別	產婦人數	胎數別			嬰兒性別		
		單胎	雙胎	三胎	男	女	不詳
66	1,397	1,393	2	—	703	698	—
67	1,206	1,204	2	—	639	569	—
68	1,221	1,215	6	—	623	614	—
69	1,058	1,053	5	—	532	531	—
70	1,723	1,722	1	—	901	823	—

資料來源：彰化縣政府主計處，〈本縣婦嬰衛生〉，《彰化縣統計要覽》（1987 年 6 月），頁 174~175。

表 5-1-9 彰化縣婦幼衛生工作成果（1950-1986）（續 6）

年別	產婦人數	胎數別			嬰兒性別		
		單胎	雙胎	三胎	男	女	不詳
71	460	458	2	—	253	209	—
72	529	527	2	—	256	275	—
73	527	526	1	—	261	267	—
74	563	563	—	—	275	288	—
75	477	474	3	—	248	232	—

資料來源：彰化縣政府主計處，〈本縣婦嬰衛生〉，《彰化縣統計要覽》（1987 年 6 月），頁 174~175。

表 5-1-10 彰化縣婦幼衛生工作成果（1950-1986）（續 7）

年別	胎兒生死別		生產時期別			生產難易別		胎兒畸形
	生產	死產	流產	早產	足月	平產	難產	
39	17,483	128	9	44	17,558	17,378	253	—
40	22,968	145	11	90	23,012	22,757	356	—
41	20,253	268	36	173	20,332	20,256	263	2
42	23,292	274	77	343	28,168	28,147	389	6
43	29,204	371	57	364	39,137	29,178	395	2
44	15,090	183	21	135	15,117	15,044	223	6
45	6,490	148	17	125	6,513	6,517	121	—

資料來源：彰化縣政府主計處，〈本縣婦嬰衛生〉，《彰化縣統計要覽》（1970 年 6 月），頁 224~255。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

表 5-1-11 彰化縣婦幼衛生工作成果（1950-1986）（續 8）

年別	胎兒生死別		生產時期別			生產難易別		胎兒畸形
	生產	死產	流產	早產	足月	平產	難產	
46	6,288	66	14	31	6,373	6,328	60	1
47	6,640	84	19	30	6,694	6,641	83	1
48	5,902	69	11	42	5,929	5,909	62	3
49	5,799	56	22	38	5,817	5,809	46	—
50	6,315	47	5	56	6,306	6,308	54	3

資料來源：彰化縣政府主計處，〈本縣婦嬰衛生〉，《彰化縣統計要覽》（1970 年 6 月），頁 255。

表 5-1-12 彰化縣婦幼衛生工作成果（1950-1986）（續 9）

年別	胎兒生死別		生產時期別			生產難易別		胎兒畸形
	生產	死產	流產	早產	足月	平產	難產	
51	6,266	31	3	24	6,273	6,280	17	10
52	5,616	62	6	55	5,620	5,636	42	7
53	5,615	52	20	58	5,608	5,626	41	6
54	5,532	30	9	32	5,529	5,536	26	5
55	5,212	38	9	32	5,210	5,216	34	8

資料來源：彰化縣政府主計處，〈本縣婦嬰衛生〉，《彰化縣統計要覽》（1970 年 6 月），頁 224~255。

表 5-1-13 彰化縣婦幼衛生工作成果（1950-1986）（續 10）

年別	胎兒生死別		生產時期別			生產難易別		胎兒畸形
	生產	死產	流產	早產	足月	平產	難產	
56	4,994	37	2	58	4,972	5,000	31	3
57	5,127	44	12	34	5,125	5,133	38	7
58	6,766	40	8	33	6,769	6,773	35	4
59	4,745	26	—	27	4,744	4,740	31	9
60	5,315	28	3	31	5,312	5,322	21	10

資料來源：彰化縣政府主計處，〈彰化縣婦幼衛生〉，《彰化縣統計要覽》（1970 年 6 月），224~255；
彰化縣政府主計處，〈彰化縣婦幼衛生〉，《彰化縣統計要覽》（1982 年 8 月），200~201。

表 5-1-14 彰化縣婦幼衛生工作成果（1950-1986）（續 11）

年別	胎兒生死別		生產時期別			生產難易別		胎兒畸形
	生產	死產	流產	早產	足月	平產	難產	
61	5,885	27	3	35	5,876	5,875	23	8
62	3,604	26	2	25	3,605	3,608	22	6
63	5,052	13	2	18	5,049	5,050	15	1
64	4,127	2	c	10	4,119	4,126	3	1
65	1,955	6	—	—	1,951	1,957	4	—

資料來源：彰化縣政府主計處，〈本縣婦嬰衛生〉，《彰化縣統計要覽》（1982 年 8 月），頁 200~201。

表 5-1-15 彰化縣婦幼衛生工作成果（1950-1986）（續 12）

年別	胎兒生死別		生產時期別			生產難易別		胎兒畸形
	生產	死產	流產	早產	足月	平產	難產	
66	1,401	—	—	7	1,394	1,400	1	3
67	1,230	4	—	10	1,198	1,208	—	—
68	1,225	2	—	10	1,217	1,220	7	—
69	1.063	—	—	7	1,056	1,070	3	—
70	1,724	—	—	3	1,721	1,724	—	—

資料來源：彰化縣政府主計處，〈本縣婦嬰衛生〉，《彰化縣統計要覽》（1987 年 6 月），頁 174~175。

表 5-1-16 彰化縣婦幼衛生工作成果（1950-1986）（續 13）

年別	胎兒生死別		生產時期別			生產難易別		胎兒畸形
	生產	死產	流產	早產	足月	平產	難產	
71	462	—	—	1	461	462	—	—
72	530	1	—	—	531	531	—	—
73	528	—	—	—	528	528	—	—
74	563	—	—	—	563	563	—	—
75	480	—	—	3	477	480	—	—

資料來源：彰化縣政府主計處，〈本縣婦嬰衛生〉，《彰化縣統計要覽》（1987 年 6 月），頁 174~175。

表 5-1-17 彰化縣婦幼衛生工作成果（1950-1986）（續 14）

年別	婦嬰保健							
	產前檢查		產後檢查		產後訪視		嬰兒護理	
	初診人數	復診人數	初診人數	復診人數	次數	人數	初診人數	復診人數
39	3,401	3,495	4,039	3,824	3,495	2,827	3,733	5,127
40	4,093	3,808	4,219	4,170	7,769	6,236	4,676	5,682
41	3,849	3,879	4,005	2,269	11,318	7,308	5,382	7,603
42	1,930	1,650	2,059	1,108	14,202	11,285	6,131	10,406
43	1,351	1,283	1,075	1,012	19,737	19,487	6,494	14,611
44	1,321	948	638	972	23,876	21,298	6,479	17,685
45	1,171	1,394	542	575	25,970	14,138	6,418	16,072

資料來源：彰化縣政府主計處，〈本縣婦嬰衛生〉，《彰化縣統計要覽》（1970 年 6 月），頁 224~255。

表 5-1-18 彰化縣婦幼衛生工作成果（1950-1986）（續 15）

年別	婦嬰保健							
	產前檢查		產後檢查		產後訪視		嬰兒護理	
	初診人數	復診人數	初診人數	復診人數	次數	人數	初診人數	復診人數
46	948	1,281	364	354	31,672	12,305	6,363	17,523
47	1,134	1,431	204	89	36,512	16,818	7,008	16,183
48	906	906	64	—	25,882	14,013	6,808	12,389
49	—	—	—	—	—	—	—	—
50	1,347	1,747	75	—	41,327	41,327	4,850	9,226

資料來源：彰化縣政府主計處，〈本縣婦嬰衛生〉，《彰化縣統計要覽》（1970 年 6 月），頁 224~255。

表 5-1-19 彰化縣婦幼衛生工作成果（1950-1986）（續 16）

年別	婦嬰保健							
	產前檢查		產後檢查		產後訪視		嬰兒護理	
	初診人數	復診人數	初診人數	復診人數	次數	人數	初診人數	復診人數
51	1,047	1,362	—		19,028	6,230	19,028	6,230
52	—	—	—	—	—	—	—	—
53	1,060	1,486	21	—	16,581	5,657	5,667	16,950
54	1,141	1,495	—	—	16,207	5,543	5,570	15,678
55	1,240	1,311	354	155	12,837	6,241	5,876	2,792

資料來源：彰化縣政府主計處，〈本縣婦嬰衛生〉，《彰化縣統計要覽》（1970 年 6 月），頁 224~255。

表 5-1-20 彰化縣婦幼衛生工作成果（1950-1986）（續 17）

年別	婦嬰保健							
	產前檢查		產後檢查		產後訪視		嬰兒護理	
	初診人數	復診人數	初診人數	復診人數	次數	人數	初診人數	復診人數
56	—	—	—	—	—	—	—	—
57	2,500	2,053	794	—	14,485	4,590	5,219	2,754
58	2,548	2,216	1,026	—	13,585	7,516	812	1,341
59	3,404	2,114	1,098	—	12,257	4,583	1,916	2,282
60	4,836	3,610	1,135	—	4,932	2,824	3,066	1,826

資料來源：彰化縣政府主計處，〈本縣婦嬰衛生〉，《彰化縣統計要覽》（1970 年 6 月），頁 224~255；
彰化縣政府主計處，〈本縣婦嬰衛生〉，《彰化縣統計要覽》（1982 年 8 月），頁 200~201。

表 5-1-21 彰化縣婦幼衛生工作成果（1950-1986）（續 18）

年別	婦嬰保健							
	產前檢查		產後檢查		產後訪視		嬰兒護理	
	初診人數	復診人數	初診人數	復診人數	次數	人數	初診人數	復診人數
61	3,627	4,751	1,064	—	13,291	5,745	9,162	7,439
62	2,429	2,543	648	—	11,694	5,483	5,846	7,589
63	10,331	13,001	554	—	11,670	9,614	10,329	10,757
64	11,065	18,350	460	438	13,242	13,242	11,751	19,850
65	12,290	21,385	889	2,102	21,021	9,284	13,532	22,640

資料來源：彰化縣政府主計處，〈本縣婦嬰衛生〉，《彰化縣統計要覽》（1982 年 8 月），頁 200~201。

表 5-1-22 彰化縣婦幼衛生工作成果（1950-1986）（續 19）

年別	婦嬰保健							
	產前檢查		產後檢查		產後訪視		嬰兒護理	
	初診人數	復診人數	初診人數	復診人數	次數	人數	初診人數	復診人數
66	11,436	23,577	1,081	2,935	23,141	23,141	12,968	25,081
67	9,409	18,425	8,441	14,404	18,871	18,871	9,905	19,193
68	10,500	20,483	9,480	17,565	19,720	—	10,789	21,727
69	10,525	21,524	3,817	7,560	13,281	6,085	12,237	25,762
70	39,327	—	29,227	—	—	—	58,313	—

資料來源：彰化縣政府主計處，〈本縣婦嬰衛生〉，《彰化縣統計要覽》（1987 年 6 月），頁 174~175。

表 5-1-23 彰化縣婦幼衛生工作成果（1950-1986）（續 20）

年別	婦嬰保健							
	產前檢查		產後檢查		產後訪視		嬰兒護理	
	初診人數	復診人數	初診人數	復診人數	次數	人數	初診人數	復診人數
71	14,027	30,067	13,665	14,936	—	—	19,921	54,933
72	14,702	32,745	14,677	10,245	—	—	18,636	38,221
73	13,900	27,089	12,788	2,719	—	—	18,549	50,260
74	12,038	23,842	11,643	1,260	—	—	15,625	46,921
75	11,266	22,461	11,189	1,022	—	—	13,527	45,666

資料來源：彰化縣政府主計處，〈本縣婦嬰衛生〉，《彰化縣統計要覽》（1987 年 6 月），頁 174~175。

表 5-1-24 新舊家庭計畫主要工作措施對照表

計畫期間	民國 53 年 7 月至民國 79 年 6 月	民國 79 年 7 月至民國 87 年 6 月
計畫名稱	加強推行臺灣地區家庭計畫、五年計畫（兩期）、四年計畫（兩期）、三年計畫（兩期）	推行臺灣地區新家庭計畫四年計畫（兩期）
面臨主要問題	（1）人口密度持續提高 （2）年輕男女理想子女數尚高，且有重男輕女觀念。 （3）未成年婦女生育率偏高。 （4）避孕方法庭用率高。 （5）偏遠地區生育率偏高。	（1）有偶婦女避孕需求高。 （2）未成年生育婦女偏高。 （3）低社會階層婦女希望子女數偏高。 （4）不孕症夫婦生育需求高。 （5）殘障人士生育調節服務需求高。 （6）高齡產婦增加。 （7）未避孕之人工流產婦女數偏高。 （8）人口轉型導致高齡人口增加。
計畫主要措施	（1）提供生育調節服務。 （2）普及服務網點。 （3）加強宣導教育及個案管理。 （4）力求推廣方式多元化及彈性化。 （5）工作人員訓練、學術交流及國際合作。 （6）建立評價制度、從事相關研究。	（1）滿足民眾避孕需求。 （2）提高服務品質。 （3）加強特殊群體服務與宣導 （4）宣導家庭生活、計畫生育及優生保健。 （5）培訓工作人員、學術交流及國際合作。 （6）改進評價制度、從事相關研究。

資料來源：詹長權，《臺灣全志》（南投：國史館臺灣文獻館，2006 年），社會志，衛生與健康篇，頁 132。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

第二節 優生保健

所謂「優生保健」，就是根據遺傳學與優生學的原理，研究改善或增強後代人種身心健康的學識與技能。優生保健的意義在於謀求人種素質的改善，其目的非僅限於個體的強壯，而更在於種族的優良；其效果不只本身這一代，更及於子孫的將來。民國 60 年代，內政部開始研議「優生保健法」，並於民國 74 年（1985）1 月正式實施；其中第二條規定主管機關應實施生育調節服務及指導，即為推行家庭計畫的立法依據。「優生保健法」的實施，使得國內婦幼衛生保健邁入新紀元，其中包括婚前健康檢查、產前遺傳診斷、新生兒先天性代謝疾病篩檢等，臺灣的幼兒保健自此進入預防醫學時代。該法的特點在健康保護及生育調節，減少先天性缺陷兒出生，以及人工流產合法化、保障婦女的身心，確立優生保健醫師資格、保障婦女健康。優生保健中的婚前及優生健康檢查、遺傳諮詢、產前診斷及新生兒篩檢等服務，均納入民國 85 年公布實施的「加強臺灣地區家庭計畫 2 期 4 年計畫（1986 至 1990 年度）」中推展。之後又於「推行臺灣地區家庭計畫（1991 至 1994 年）」、「推行臺灣地區新家庭計畫 2 期計畫（1995 至 1998 年度）」，及「國民保健計畫（1994 至 1997 年度）」中，更積極推動優生保健業務，其減少先天性缺陷兒的出生，以提升人口素質。[27]

民國 74 年起，因應「優生保健法」之實施，本縣統一訂定全縣各鄉鎮市（區）衛生所於星期一下午辦理產前檢查門診，星期四下午辦理產後檢查及嬰幼兒健康檢查門診。[28] 民國 76 年起，全縣各鄉鎮市（區）衛生所於星期三下午辦理產前檢查門診，星期二下午辦理產後檢查及嬰幼兒健康檢查門診。凡產前、產後檢查異常者或異常嬰幼兒、早產兒、病理性黃疸者、苯酮尿者，均納入管理。[29] 新生兒先天性代謝篩檢則自民國 78 年實施，凡檢查異常者列入管理。[30]

民國 82 年起，協助偏遠鄉鎮高齡孕婦做羊膜穿刺申請醫療補助。[31] 並在聯合報、教育廣播電臺等大眾傳播宣導優生保健工作，同時辦理婚前健康檢查、新生兒檢查、羊膜穿刺、羊水分析等優生健康檢查補助之申請。[32]

27. 臺灣省婦幼衛生研究所，《臺灣省婦幼衛生研究所志》（臺中：臺灣省婦幼衛生研究所，1999 年），頁 94~96。
28. 不著撰者，〈彰化縣議會第十屆第七次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 290~294。
29. 不著撰者，〈彰化縣議會第十一屆第四次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 171~175。
30. 不著撰者，〈彰化縣議會第十二屆第一次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 248~257。
31. 不著撰者，〈彰化縣議會第十二屆第八次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 205~210。
32. 不著撰者，〈彰化縣議會第十三屆第一次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 229~232。

第三節 婦女癌症防治

子宮頸癌與乳癌是臺灣地區最常見的婦女癌症。依據癌症登記報告顯示，民國 68 年（1979）臺灣地區婦女子宮頸癌每 10 萬人的發生率為 17.98，至民國 82 年為 27.52。民國 89 年臺灣女性死於癌症人數計 11,730 人，死亡率每 10 萬人 107.4 人，占女性死亡人數 24.5%，居女性死因第一位。主要癌症死亡率依序為肺癌每 10 萬人 17.9 人、肝癌 15.2 人、結腸直腸癌 13.1 人、乳癌 11.4 人及子宮頸癌 8.6 人；其中肺癌自民國 85 年起即居女性主要癌症死因第一位，肝癌死亡率則較 10 年前增加 1 倍。與其他國家之女性癌症死亡率相比較，英、美二國女性之肺癌死亡率幾為我國 2.5 倍，應與其婦女高吸煙率有關。另歐美國家女性乳癌死亡率亦明顯高於亞洲地區，根據醫學研究結果顯示，與西方婦女飲食中含高脂肪食物較多有關。臺灣女性癌症平均死亡年齡，以乳癌 55.4 歲最低，子宮頸癌 63.1 歲次之，均低於女性平均死亡年齡 69.2 歲。民國 87 年我國女性癌症發生率，以子宮頸癌每 10 萬人 55.4 人最高，乳癌 34.9 人次之，結腸直腸癌 25.6 人再次之。[33]

由於子宮頸癌經過早期發現、早期治療的治癒率達 95% 以上，因此自民國 61 年起由臺北市開始推行子宮頸抹片檢查。民國 64 年年底，中華民國防癆協會開始推行子宮頸抹片篩檢計畫，發動各縣市婦產科醫院，舉辦全面性的巡迴義診、座談會、防癌圖片展覽、防癌演講，並透過大眾傳播媒體宣傳，以 4 年時間，巡迴 21 個縣市，共 8 萬名婦女受檢，約有 1 千多名婦女疑似罹患子宮頸癌。民國 81 年，行政院衛生署召開「國民保健計畫—子宮頸癌防治計畫」會議，確立子宮頸癌的防治策略，以推廣每人每年 1 次定期子宮頸癌抹片檢查為主。由於子宮頸癌具有高發生率、高治療率的特色，全民健保自民國 85 年起開辦 30 歲以上婦女免費子宮頸檢查，民國 89 年篩檢人數達 182.9 萬人，較民國 85 年之 87.6 萬人增加 109%，6 年來篩檢出之陽性個案計 91,057 人，對婦女癌症防治甚有助益。

除了子宮頸癌，另一婦女常見之癌症為乳癌。乳癌若能及早發現，治癒率可達 90% 以上，因此有系統的全面推動乳房自我檢查，為防範乳癌最有效及最基本的方法。乳癌防治活動最早由醫學界、民間團體與企業界發起，如民國 63 年中華民國防癌協會開始推行防癌篩檢計畫，巡迴各地教授乳房自我檢查；民國 67 年起，政府開始補助陶聲洋

33. 〈女性常見癌症死亡率分析〉，收於行政院主計處編，《國情統計通報：專題分析》（臺北市：行政院主計處，2002 年），無頁碼。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

防癌基金會辦理「防癌列車」宣導活動，內容包括防癌掛圖展覽、影片放映、演講，以及教導民眾乳房自我檢查。[34]

民國 81 年行政院衛生署召開「國民保健計畫—乳癌防治計畫」會議，確立乳癌的防治策略，以推廣每月 1 次定期乳房自我檢查為主。民國 82 年衛生署推行「臺閩地區子宮頸癌及乳癌防治工作」，確立衛生行政單位、醫療機構及民間團體的工作任務與職責，並結合成工作體系。由衛生局合約醫院、診所將子宮頸抹片檢查列為婦產科門診的常規檢查，並給予檢查者補助檢驗費。在乳房自我檢查的推廣方面，則製作一系列的單張、掛圖、海報以供使用，除了以衛生所為基礎外，並利用門診辦理衛教課程，且訂定每年 3 月 8 日前後為宣傳週，加強宣導活動。[35]

依據本縣十大死因之排名，十大女性癌症死因之中乳癌、子宮頸癌以及子宮體癌，均居女性十大癌症死因。因此自民國 70 年代，本縣衛生局即將子宮頸抹片檢查列為重點工作。民過 80 年代之後，配合衛生署相關計畫，執行乳癌與子宮頸抹片檢查。謹以衛生局於民國 100 年 1 月至 3 月子宮頸抹片檢查與乳癌篩檢為例，說明業務推廣概況。子宮頸癌防治工作方面，辦理 30 至 69 歲、3 年未做及從未做子宮頸抹片檢查服務，民國 100 年預計完成 44,186 人，民國 100 年 1 至 3 月完成 5,808 人，累積完成率達 13.14%。對於抹片檢查結果異常者追蹤管理，民國 100 年度累積異常個案數 91 人，完成追蹤 80 人，累積追蹤完成率達 87.91%。乳癌防治方面，辦理 50 至 69 歲健保婦女乳房 X 光攝影檢查，民國 99、100 年總目標數 53,828 人，民國 99 年度完成 28,735 人，100 年度總目標數 25,093 人；1 月至 3 月接受乳房 X 光攝影檢查 2,488 人。財團法人彰化基督教醫院乳房 X 光攝影巡迴車，自民國 100 年起配合本鄉鎮市區衛生所辦理設站篩檢。[36]

34. 詹長權，《臺灣全志社會志衛生與健康篇》，頁 78。
35. 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（四）》，頁 738~740。
36. 不著撰者，〈彰化縣議會第十七屆第三次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 674~675。

第四節 人口老化與長期照護

根據世界衛生組織的建議，以 65 歲以上老年人口占總人口比例為量度，超過 7% 者為老化中的社會（aging society），超過 14% 者為老化的社會（aged society），而臺灣老年人口比例於民國 82 年（1993）超過 7% 的水準，於民國 96 年超過 10% 的水準，預期將於民國 109 年前後，達到 14% 的水準。臺灣人口在日治時期出現人口幼年化現象，戰後則出現平均年齡增長，人口開始老化，而且老化速度非常快（表 5-4-1 至表 5-4-3）。造成臺灣地區人口老化的原因包含壽命延長，使得老人數量增加；日治時期以來死亡率下降與平均餘命上升；以及年輕育齡婦女生育率降低所造成的結果。[37]

臺灣近四十年來老年人口快速增加，民國 101 年我國男性平均壽命為 76.43 歲，女性為 82.82 歲，平均較民國 100 年增加 0.36 歲（男性增加 0.47 歲、女性增加 0.19 歲）。[38] 而 65 歲以上的人口比例，自民國 69 年即加速成長，民國 82 年底超過 7%，正式邁入高齡化社會，民國 102 年 7 月底，65 歲以上者計有 2,644,876 人，占總人口 11.33%；65 歲以上老年人口對 0 至 14 歲之老化指數為 78.35%，較上年同期增加 4.15%。[39] 而快速的老化速度，讓臺灣預計將於民國 107 年及民國 114 年分別邁入高齡（aged）社會（65 歲以上人口占總人口比率達 14%）及超高齡（super aged）社會（65 歲以上人口占總人口比率達 20%），民國 149 年約增加為民國 100 年之 3 倍 [40]。根據行政院經建會的推估，民國 109 年將接近 400 萬人。根據學者研究，人口老化是全球普遍現象，但各國之老化數度各有差別，居全球人口老化速度之冠者為日本，日本老年人口比從民國 59 年的 7% 爬升到民國 83 年的 14%，期間僅 24 年，而臺灣人口老化速度與日本相當，因此在高齡社會裡如何讓每位老人享有健康、安全、活力、尊嚴的生活，是社會關注的課題。[41]

現代社會生活富裕，公共衛生條件良好，政府醫療照顧周至，使得老化病痛延後，但人口擁擠、都市環境嚴重污染，也威脅人類健康，更導致高齡人口及抵抗力較差者罹

37. 陳寬政，〈人口老化原因與結果〉，收於羅紀琼主編，《臺灣人口老化問題》（臺北：中央研究院經濟研究所，2009 年 10 月），頁 9~12。
38. 內政部統計處，101 年簡易生命表提要分析，http://sowf.moi.gov.tw/start/Life/T04-analysis.html，2015/5/27。
39. 內政部統計處，「內政統計通報：102 年第 33 週」，http://sowf.moi.gov.tw/files/news_file/week10233.pdf，2015/5/27。
40. 行政院經濟建設委員會，「中華民國 2012 年至 2060 年人口推計報告」，http://www.cepd.gov.tw/m1.aspx?sNo=0000455，2015/5/27。
41. 呂寶靜，〈臺灣老人照顧之現況及未來挑戰〉，收於羅紀琼主編，《臺灣人口老化問題》（臺北：中央研究院經濟研究所，2009 年 10 月），頁 9~12。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

患心臟病、癌症、高血壓、糖尿病等「非感染性疾病」情形普遍化。[42] 依據民國 102 年之全國生命統計結果顯示，人口之主要死因前十項，分別為惡性腫瘤、心臟疾病、腦血管疾病、糖尿病、肺炎、事故傷害、慢性下呼吸道疾病、高血壓性疾病、慢性肝病及肝硬化、腎炎、腎病症候群及腎病變等，[43] 除肺炎及事故傷害外，都屬於慢性疾病，這類疾病發病後會延續一段很長時間，同時會帶來一連串嚴重之後遺症，影響老人生活品質甚鉅。[44]

從歐美等先進國家的經驗指出，隨著老年人口的增加，慢性疾病及身心功能障礙的人口也隨之急遽上升，繼而對醫療服務與長期照護均產生大量需求。[45] 依據內政部彙整行政院衛生署相關統計資料所完成的「中華民國 98 年老人狀況調查報告」資料顯示，55 至 64 歲者約 52% 患有慢性或重大疾病；65 歲以上老人 76% 患有慢性或重大疾病，所患疾病以循環系統疾病相對較高。且 65 歲以上女性患有慢性及重大疾病比例相對較高。民國 98 年 65 歲以上老人，生活起居能力（ADL）及工具性活動能力（IADL）健全者約占 87.16%，依人數比例推估約有 211 萬人，輕度失能者占 4.82% 約 11.7 萬人，中度失能者占 2.28% 約 5.5 萬人，重度失能者占 4.60% 約 11.2 萬人，僅 IADL 失能者占 0.72%。[46] 民國 102 年「老人狀況調查報告」資料顯示，65 歲以上老人自訴患有慢性病者占 81.1%，所患慢性病主要為「高血壓」、「骨質疏鬆」、「糖尿病」、及「心臟病」。[47]

行政院衛生福利部依據國人的平均壽命和疾病型態等變數推估，國人一生中長期照護需求階段皆為 7.3 年，男性平均需要 6.4 年，女性平均需要 8.2 年。人口快速老化，醫療與照護之成本將大幅增加，加上少子化、傳統家庭照護功能不斷降低，將需要更多長期照護相關資源。[48]

長期性健康生活照護乃為探討解決或改善生命、生活、生計等主體之廣泛性學門，為公共衛生延伸之範疇；除了與人類健康生活攸關之外，另與政治、經濟、社會、傳統、文化習性、時代特殊情境的需求息息相關。[49]

42. 趙明玲等編著，《長期照護》（臺北：永大，2014 年），頁 1-3~1-4。
43. 內政部統計處，「民國 102 年特定死因除外簡易生命表提要分析」，http://www.moi.gov.tw/stat/life.aspx，2015/5/27。
44. 陳清惠等合著，《長期照護》（臺中：華格那企業，2008 年），頁 1~3。
45. 趙明玲等編著，《長期照護》（臺北：永大，2014 年），頁 2~5。
46. 行政院主計處，「中華民國老人狀況調查報告」，http://sowf.moi.gov.tw/start/Survey.pdf，2015/5/27。
47. 衛福部，「中華民國 102 年老人狀況調查報告」，file:///E:/Documents%20and%20Settings/cgu /My%20 Documents/Downloads/5.%E8%AA%BF%E6%9F%A5%E5%88%86%E6%9E%90.pdf，2015/5/25。
48. 趙明玲等編著，《長期照護》，頁 1~4。
49. 盧美秀、陳靜敏編著，《長期照護跨專業綜論》（臺北：華杏出版，2014 年），頁 13。

依我國於民國 86 年修正通過之「老人福利法」，長期照護機構是指罹患長期慢性疾病，且需要醫療服務的老人為目的的機構。在臺灣長期照護是指對失能者或失智者，配合其功能或自我照顧能力，所提供不同程度之照顧措施，使其保有自尊、自主及獨立性或享有品質之生活。其內涵為「對身體功能障礙缺乏自我照顧能力的人，提供健康照顧、個人照顧、及社會服務。」[50]

民國 69 年制定的「老人福利法」及「殘障福利法」，是我國長期照護服務體制發展的重要開端，民國 80 年代因快速成長的長期照護需求而促使政府相關政策的推動，衛生福利部自民國 75 年「籌建醫療網計畫」將居家照護在「中老年慢性病防治四年計畫」開始，陸續有民國 80 年頒布的「護理人員法」、民國 82 年公告之「護理機構設置標準」、民國 84 年將居家護理給付以門診業務納入健保給付。[51] 民國 86 年衛生福利部提出「衛生白皮書—跨世紀衛生建設」，揭示長期照護發展的目標為：以居家及社區式照護為主，機構式照顧為輔之政策目標，方邁入長期照護的發展階段。[52]

民國 90 年的「醫療網第四期計畫—新世紀健康照護計畫」，內容重點之一即在「建立整合性服務網絡，試辦『單一窗口』制度，使長期照顧病人經專業評估及『個案管理』方式，能得到妥善之照護安排」。此後，至民國 92 年底為止，全國各縣市的照顧管理中心據點均已建置完成；而自民國 94 年至民國 97 年推動「全人健康照護計畫」仍持續執行管理中心之相關事宜。民國 100 年政府提出黃金十年之國家願景，在衛生醫療領域及包括「扶幼護老」之施政主軸，以建構完善長期照顧服務網絡，推動發展長期照顧服務網，提供多元且具近便性之照顧服務；強化照顧服務人員培訓、留任與發展機制，整備長期照顧服務人力；及規劃長期照顧服務及保險化之具體策略。[53]

此外，定位長期照護體系是屬於我國保健體系中「公共衛生及預防保健」及「急性醫療」之後的「復健及後續性服務」。提供服務的單位包含慢性病床、護理之家、養護機構、安養機構等機構式照護，以及日間照護、居家照護、在宅服務、其他社會服務與家庭照顧等居家或社區式照護。民國 101 年時，於「長期照護服務法草案」中定義：「長期照護指對身心失能持續已達或預期 6 個月以上且狀況穩定者，依其需要所提供之生活照顧、醫事照護」。[54]

50. 趙明玲等編著，《長期照護》，頁 1~5。
51. 盧美秀、陳靜敏編著，《長期照護跨專業綜論》，頁 10。
52. 行政院衛生署編著，《衛生白皮書——跨世紀衛生建設》（臺北：行政院衛生署，1997 年），頁 71。
53. 盧美秀、陳靜敏編著，《長期照護跨專業綜論》，頁 11。
54. 趙明玲等編著，《長期照護》，頁 1~6。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

為推動我國社會福利體制之健全，政府於民國 95 年提出「大溫暖社會福利套案」，實施期程自民國 96 年 1 月 1 日至民國 98 年 12 月 31 日，針對長期照護之發展，政府於十二項重點計畫中提出「建構長期照護體系十年計畫」。[55] 在大溫暖社會福利套案中，將建構長期照護體系之十年計畫，列入旗艦計畫 [56]。計畫提出五項目標：1. 建構完善長期照顧體系；2. 結合民間資源提供長期照顧服務；3. 建立支持家庭照顧者體系；4. 強化長期照顧服務人力培育與運用；5. 建立穩健長期照顧財務制度。服務對象包含日常生活功能受損致需他人協助者及家庭照顧者。

本計畫涵蓋的服務項目以協助日常生活活動服務為主，即所謂「照顧服務」，包括：居家服務、日間照顧、家庭托顧服務；另為維持或改善服務對象之身心功能，也將居家護理、居家復健（物理治療及職能治療）納入；其次為增進失能者在家中自主活動的能力，提供輔具購買、租借及居家無障礙環境改善服務；再其次以喘息服務支持家庭照顧者。至於服務項目及補助方式之規畫原則有二：1. 針對一般社會大眾，補助型態以實物補助（提供服務）為主，現金補助為輔，而以輔助服務使用為原則；2. 依老人失能程度及家庭經濟狀況，提供合理的照顧服務補助，失能程度分為三級：輕度、中度和重度，失能程度越高者獲得補助額度越高。照顧服務補助對象在補助額度下使用各項服務時，仍需部分負擔費用，部分負擔的費用與失能者之經濟狀況有關，收入愈高者，部分負擔費用愈高。[57]

內政部於民國 94 年推動「建立社區照顧關懷據點實施計畫」，開發設區內非正式社會資源，結合在地民間團體資源及志願服務人力，在臺灣普設社區照顧關懷據點，針對輕度失能或社區內老人，提供初級預防照顧服務。[58] 照顧服務資源亦可將其分為正式資源與非正式資源。「正式資源」指的是有經費來源，或收費的機構或專業人士，其依據規定，明列出收案條件以及服務的內容種類，視個案需求，符合申請條件，提供服務；「非正式資源」則是沒有明文申請條件、服務也涵蓋很廣，如由親戚、朋友、鄰居志工提供服務。照顧服務資源以不同的形式存在，依據每個人不同的需求，給予不同形式的服務，以協助個案與照顧者的生活。同時，政府也頒布相關法令，如：「老人福利法」、「身心障礙者權益保障法」、「社會救助法」、「國軍退除役官兵就養安置辦法」、「護理人員法」等，協助失能及弱勢之老人及家庭受到完善照顧與保護，維護基本的生活品質。[59]

長照保險的建構目標以建構高齡化社會完善的長期照護制度，滿足高齡化社會之照護需求；借助社會自助互助，分擔長期照護財務風險；帶動長期服務支援之發展，提高民眾接受服務之可近性；維護與促進失能者獨立自主之生活。[60] 超過半數的老人贊成政府推動長期照顧保險制度，其中以無子女比例較高，但若實施長期照顧保險制度，多數仍願意「在家接受服務」。而以目前較常見的老人措施而言，使用滿意度最高者為「居家護理」、「居家服務」。[61] 家庭照護是目前臺灣最盛行的照護方式，機構式、社區式或特定組織提供的正式長期照護服務並不多，且以一般醫院為主，而非慢性養護機構；社區式或居家式服務也在試辦或發展起始階段。[62]

行政院衛生署民國 102 年 7 月 23 日與內政部部分單位整併為衛生福利部，同年長期照顧服務法亦已於立法院衛環委員會通過初審，期能與將來長期照顧保險法銜接，我國長期照護制度始能永續發展，達到社會安全的目標。[63] 目前政府規劃方向，長照保險若能將凡屬可治療的歸健保，屬生活照顧面的歸長照保險，並發展急性後期照顧（中期照護）做為接軌橋梁，將一定期限內之急性後期照護由健保給付，同時發展整合照護服務模式，透過綜合性評估與整合性照護提供整合式之醫療與長照服務，此舉不但可提供需要照顧者無縫服務，也可避免資源浪費。[64]

長期照護服務類型可大略分為機構收住、社區、居家、支持與連結式服務等 5 類，在個案健康狀況愈好或經濟狀況愈佳時，可有愈多選擇。[65] 其中我國居家護居家護理的發展，最早由彰化基督教醫院於民國 60 年提供居家護理服務開始。民國 75 年，衛生署「建立慢性病及復健醫療服務網」計畫提供第三項工作內容，即為推動居家護理照顧服務工作。民國 76 年，臺北市護理師護士公會，推行以社區為基礎的居家護理模式，並進一步委由陽明醫院實驗「以醫院為基礎之居家護理模式」。民國 78 年，更將居家護理納入公保實驗計畫的推廣。[66]

55. 衛生福利部，《我國長期照顧十年計畫：大溫暖社會福利套案之旗艦計畫（核定本）》（臺北：衛生福利部，2007 年）。
56. 陳清惠等合著，《長期照護》，頁 3~14。
57. 內政部編著，《我國長期照顧十年計畫：大溫暖社會福利套案之旗艦計畫（核定本）》，頁 185。
58. 內政部編著，《我國長期照顧十年計畫：大溫暖社會福利套案之旗艦計畫（核定本）》，頁 186。
59. 盧美秀、陳靜敏編著，《長期照護跨專業綜論》，頁 204。
60. 盧美秀、陳靜敏編著，《長期照護跨專業綜論》，頁 187~188。
61. 趙明玲等編著，《長期照護》，頁 6~16。
62. 行政院研究發展考核委員會，《配合我國社會福利制度之長期照護政策研究》（臺北：行政院研究發展考核委員會，1998 年），頁 51。
63. 盧美秀、陳靜敏編著，《長期照護跨專業綜論》，頁 11。
64. 盧美秀、陳靜敏編著，《長期照護跨專業綜論》，頁 196。
65. 呂寶靜，〈臺灣老人照顧之現況及未來挑戰〉，收於羅紀琼主編，《臺灣人口老化問題》（臺北：中央研究院經濟研究所，2009 年 10 月），頁 9~12。
66. 陳清惠等合著，《長期照護》，頁 4~5。

另外，喘息服務係以提供照顧者一段期間的休息機會，以減輕照顧者壓力為目的。依提供形式及場所大致可分為：居家、機構、日間等三類型。所謂的居家喘息服務，是由照顧服務員到個案家中照顧個案，讓原照顧者得以休息。機構喘息則是由家屬（原照顧者）將個案送至特定機構，由機構代為照顧，讓家屬有數日休息時間，但機構多有傳染病防治考量，因此入住前會較為審慎的評估健康狀態。而日間喘息可以在機構中進行，也可在居家中進行，只是照顧服務員提供的協助時間僅限於日間。[67]

長期照顧在整個醫療體系中已是重要的一環，近年來在衛生署與內政部社會司接辦訪查與評價的工作，使機構式照護服務品質得以提升，是被照顧者之福音。[68] 一個長期照護機構或護理之家，所提供的服務是以護理人員為主導，運用護理過程的方法，提供慢性失能或失智者之健康維護、健康問題的處置及預防合併症的發生。並協助其他一起工作的伙伴、照顧服務員、物理治療師、職能治療師、營養師、社工人員、醫師、藥師及志工以團隊合作方式，提供住民在機構中的日常生活中之活動，有生機、有活力。故護理人員是住民健康管理的經理人，而病患（照顧）服務員是主要協助健康管理中達成目標的要角。[69]

我國目前長照服務人力之供給量明顯不足，專業人力與半專業人力有明顯缺口，其中除了高階的長照專業人力明顯不足外，半專業人力照顧服務員缺額更多，尤其目前很多失能或失智者留在家裡，至民國 101 年底自顧外籍看護工人數高達 19 萬人之多，許多長照機構之照顧服務員有一半為外籍看護工（共 11,157 人），未來如何找到足夠的照顧服務員，以因應長期照護需求，應及早規劃。[70]

根據民國 95 年 6 月臺灣地區縣市別機構式照顧服務資源供應情形之調查，以長期照護機構、養護機構、安養機構和護理之家總供床數占失能老人比率（以下簡稱供床率）觀察，則截至同年 6 月底，全國的機構式照顧服務機構供床率為 19.53%，亦即 100 位失能老人，僅供給趨近 20 床的服務，而本縣的供床率為 17.25%，被認為是資源不足區域，因此強化機構式資源、居家照顧與社區服務是本縣近十年來重要的長期照護措施。[71]

本縣至民國 101 年 11 月總人口數 1,303,062 人，65 歲以上老年人口數共有 161,527 人，老年人口比例占全縣人口 12.43%，高於全國老年人口比例 10.89%，未來面臨老年社會的需求，規劃充實相關照護服務資源，連結並整合社區資源，提供更友善與易取得之照顧服務。在長期照顧個案申審中，提供 6,464 收案評估、核定居家護理需求 2,315 人次、居家復健需求核定 1,995 人次、機構喘息需求者核定 2,729 人日數。並針對提出需求者作電話服務滿意度調查，隨機受訪 481 人，調查結果達滿意以上程度為 95.2%，值得肯定，另也針對普通與不滿意者，接納意見，研提改善方案，讓民眾接受服務更臻完善。另讓本縣高齡者能夠擁有與世界衛生組織倡導之高齡友善城市八大面向兼備之環境，本縣積極配合衛生福利部國民健康署（原行政院衛生署國民健康局）「高齡友善城市推動計畫」，民國 101 年 7 月成立本縣高齡友善城市推動委員會，由縣長帶領各局處首長共同宣誓：「跨界整合、同心協力，將彰化縣打造為敬老、親老、無礙、暢行、安居、連通、康健、不老的高齡友善城市。全面營造社會心理健康及推動友善環境建設。期望未來能結合府內各局處、專家學者，並擴大與非政府組織等單位，在專家輔導團隊協助，以瞭解本縣長者需求，檢視及改善適合老年生活的軟硬體環境，制定具體行動計畫與作為。共創有利長輩活動的環境與健康促進參與，打造彰化縣成為一個對長者更尊重、友善的城市。」[72]

67. 趙明玲等編著，《長期照護》，頁 6~16。
68. 陳清惠等合著，《長期照護》，頁 10~13。
69. 陳清惠等合著，《長期照護》，頁 10~12；江東亮、吳淑瓊，〈臺灣長期照護政策評析〉，收於胡勝正主編，《臺灣問題與政策研討會論文集》（臺北：財團法人孫運璿學術基金會，1999 年 8 月），頁 227。
70. 盧美秀、陳靜敏編著，《長期照護跨專業綜論》，頁 288。
71. 內政部編著，《我國長期照顧十年計畫：大溫暖社會福利套案之旗艦計畫（核定本）》，頁 135、137、139。
72. 彰化縣衛生局，〈彰化縣衛生局 101 年度施政績效報告〉，頁 17，http://www.chshb.gov.tw/performance/?parent_id=1220&top=165m，2016/1/5。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

表 5-4-1 臺灣地區歷年國民平均餘命（1950-2012）

年別（民國）	男性					女性				
	0 歲	20 歲	40 歲	60 歲	70 歲	0 歲	20 歲	40 歲	60 歲	70 歲
39	53.05	42.80	26.05	12.69	—	55.69	46.17	29.70	15.73	—
40	53.38	43.09	26.53	12.67	—	56.33	46.75	30.26	15.70	—
41	57.41	44.94	27.93	13.32	4.04	60.26	48.88	31.93	16.47	5.13
42	58.21	45.30	27.72	13.04	4.05	61.35	49.25	31.85	16.24	4.90
43	60.18	46.07	28.48	13.56	4.03	63.39	49.60	32.03	16.17	4.97
44	59.56	45.80	27.96	12.93	3.98	62.75	49.90	32.06	15.89	4.88
45	60.40	45.92	28.14	13.01	3.89	64.38	50.05	32.27	16.05	4.78
46	59.73	45.92	28.10	12.89	3.96	63.25	49.85	32.01	15.82	4.86
47	61.31	46.76	28.92	13.58	4.10	65.16	51.04	32.96	16.60	5.12
48	61.88	47.16	29.27	13.82	4.18	65.91	51.39	33.37	16.86	5.15
49	62.31	47.13	29.28	13.76	4.08	66.40	51.36	33.30	16.65	5.06
50	62.64	47.44	29.53	14.00	4.35	66.76	49.31	30.85	14.47	4.65
51	62.95	47.48	29.81	14.14	4.49	67.64	52.09	33.80	17.07	5.27
52	63.90	48.10	30.08	14.33	4.57	68.29	52.39	34.09	17.31	5.47
53	64.54	48.16	30.16	14.44	4.43	69.06	52.52	34.12	17.17	5.34
54	65.10	48.59	30.49	14.63	4.52	69.71	53.03	34.52	17.43	5.45
55	65.18	48.45	30.43	14.48	4.50	69.74	52.90	34.35	17.32	5.43
56	65.31	48.63	30.50	14.60	4.56	69.87	52.99	34.39	17.31	5.57
57	65.22	48.29	30.20	14.22	4.25	70.01	52.90	34.25	17.20	5.50
58	65.34	49.20	31.09	15.00	4.70	70.89	53.59	34.87	17.74	5.76
59	66.66	48.30	31.17	14.90	4.84	71.56	53.89	35.12	17.85	5.89
60	67.19	49.66	31.49	15.15	4.88	72.08	54.27	35.40	18.25	6.19
61	67.56	49.96	31.82	15.60	5.18	72.30	54.36	35.54	18.24	5.93
62	67.57	49.93	31.78	15.57	4.97	72.48	54.54	35.67	18.38	6.00
63	67.80	50.13	31.94	15.67	4.83	72.76	54.67	35.74	18.46	5.98
64	68.27	50.44	32.32	16.10	4.83	73.42	55.17	36.24	18.94	6.00
65	68.70	50.77	32.47	16.13	4.94	73.59	55.23	36.24	18.83	5.70
66	68.69	50.65	32.44	16.20	4.89	73.85	55.42	36.38	19.02	5.92
67	69.15	51.07	32.83	16.60	5.11	74.32	55.84	36.78	19.44	6.29
68	69.36	51.24	32.99	16.70	5.77	74.47	55.91	36.83	19.39	6.75
69	69.56	51.43	33.18	16.86	5.80	74.54	55.94	36.86	19.47	6.73
70	69.74	51.51	33.28	17.01	5.94	74.64	55.97	36.86	19.27	6.71
71	69.86	51.45	33.15	16.81	5.54	74.86	56.12	36.97	19.31	6.52
72	69.90	51.47	33.12	16.71	5.50	75.08	56.25	37.08	19.42	6.62
73	70.46	51.89	33.55	17.18	5.76	75.53	56.62	37.43	19.67	6.86
74	70.82	52.24	33.85	17.37	5.83	75.81	56.88	37.69	19.88	6.84
75	70.97	52.38	34.00	17.48	5.86	75.88	56.90	37.70	19.82	6.88
76	71.09	52.49	34.12	17.62	5.90	76.31	57.24	38.04	20.09	6.93
77	70.99	52.41	34.15	17.75	5.93	76.21	57.19	37.97	20.06	6.81
78	71.10	52.49	34.24	17.88	6.05	76.48	57.48	38.31	20.40	7.11
79	71.33	52.63	34.35	17.93	6.12	76.75	57.70	38.52	20.51	7.19
80	71.83	53.06	34.79	18.36	6.41	77.14	58.05	38.82	20.79	7.29
81	71.78	53.02	34.71	18.25	6.27	77.19	58.07	38.81	20.74	7.18
82	71.61	52.83	34.53	18.05	6.62	77.52	58.40	39.16	21.13	7.44
83	71.81	53.04	34.72	18.33	6.47	77.76	58.60	39.35	21.29	7.43
84	71.85	53.13	34.85	18.44	6.41	77.74	58.69	39.44	21.35	7.57
85	71.89	53.13	34.79	18.41	6.24	77.77	58.77	39.49	21.40	7.71
86	71.93	53.08	34.69	18.21	6.56	77.81	58.76	39.44	21.23	7.50
87	72.20	53.41	34.99	18.47	6.47	77.96	58.89	39.55	21.30	7.61
88	72.46	53.66	35.19	18.65	7.04	78.12	59.08	39.77	21.55	7.52
89	72.67	53.73	35.20	18.61	7.15	78.44	59.30	39.93	21.66	7.51
90	72.87	53.89	35.30	18.65	6.83	78.75	59.56	40.17	21.88	7.67
91	73.22	54.12	35.50	18.76	7.19	78.94	59.72	40.31	21.94	7.99
92	73.40	54.24	35.61	18.85	6.99	79.31	60.07	40.66	22.28	8.10
93	73.47	54.37	35.76	19.09	7.39	79.70	60.44	41.04	22.64	8.33
94	74.50	55.38	36.90	20.42	8.27	80.80	61.54	42.18	23.84	9.17
95	74.86	55.74	37.25	20.89	8.63	81.41	62.09	42.71	24.38	9.73
96	75.26	56.26	37.60	21.08	8.73	81.72	62.36	42.94	24.53	9.70
97	75.59	56.35	37.64	21.09	8.59	81.94	62.59	43.17	24.70	9.72
98	76.03	56.74	38.00	21.40	8.78	82.34	62.95	43.51	25.05	9.99
99	76.13	56.85	38.03	21.39	8.66	82.55	63.12	43.64	25.17	9.95
100	75.96	56.67	37.88	21.26	8.53	82.63	63.24	43.76	25.25	9.97
101	76.16	—	—	—	—	83.03	—	—	—	—

資料來源：蕭家淇，《人口政策資料彙集》（臺北：內政部戶政司，民國 102 年 10 月），頁 141~142。

說　　明：1. 金馬地區因人數少，資料變動大，80 年以前統計資料從缺。
2. 民國 101 年資料係估測數。

表 5-4-2 彰化縣平均餘命（2005-2007）

年齡	平均餘命		
	兩性	男性	女性
0	77.8	74.4	81.7
1 - 4	77.1	73.8	81.0
5 - 9	73.2	69.9	77.1
10 - 14	68.3	65.0	72.2
15 - 19	63.4	60.0	67.2
20 - 24	58.5	55.2	62.3
25 - 29	53.7	50.4	57.4
30 - 34	48.9	45.7	52.6
35 - 39	44.1	41.0	47.7
40 - 44	39.5	36.5	42.9
45 - 49	35.0	32.2	38.1
50 - 54	30.6	28.0	33.4
55 - 59	26.3	24.0	28.9
60 - 64	22.3	20.2	24.5
65 - 69	18.5	16.7	20.3
70 - 74	14.8	13.3	16.3
75 - 79	11.6	10.3	12.7
80 - 84	08.9	07.9	09.6
85+	06.8	06.2	07.3

資料來源：彰化縣衛生局公共衛生監測系統，http://phs.chshb.gov.tw/index.asp，2016/01/12。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

表 5-4-3 彰化縣平均餘命（2011-2013）

年齡	平均餘命		
	兩性	男性	女性
0	79.6	76.2	83.4
1 - 4	78.9	75.5	82.7
5 - 9	74.9	71.6	78.7
10 - 14	70.0	66.6	73.8
15 - 19	65.0	61.7	68.8
20 - 24	60.1	56.8	63.9
25 - 29	55.3	52.0	58.9
30 - 34	50.4	47.2	54.1
35 - 39	45.6	42.5	49.2
40 - 44	41.0	38.0	44.4
45 - 49	36.4	33.6	39.6
50 - 54	32.0	29.4	34.9
55 - 59	27.7	25.3	30.3
60 - 64	23.5	21.4	25.8
65 - 69	19.6	17.6	21.5
70 - 74	15.8	14.2	17.4
75 - 79	12.5	11.1	13.7
80 - 84	09.5	08.4	10.4
85+	07.4	06.6	07.9

資料來源：彰化縣衛生局公共衛生監測系統，http://phs.chshb.gov.tw/index.asp，2016/1/12。

第六章 環境保護行政組織

日人治臺前，臺灣地區並無專責環境衛生行政機構。日治時期環境衛生行政機構由衛生行政機構掌理。總督府警務局衛生課成為中央衛生行政機關後，隨即發布環境衛生相關之辦法與措施，包含規劃上下水道設施；制定「污物掃除規則」、制定「飲食物暨其他物品取締法」、「大清潔法施行規程」、「家屋建築規則」等相關法則。地方環境衛生方面，則由州警察部衛生課執行，同時在各市役所設立衛生課直接處理防疫與清掃事項。整個來看，日治時期的環境衛生業務以疫病防治為首要，因此注重上下水道興建、垃圾與水肥處理以及家屋改善，以控制傳染病的環境因素。[1]

第一節 衛生局時期

戰後初期，臺灣省行政長官公署對於環境衛生的規畫，首先於民國 35 年（1946）4 月規定環境衛生工作之設計、考核事宜由衛生機關辦理，工作執行交予衛生警察負責，並於該年 6 月會同警察處擬定衛生警察講習班辦法，飭知各縣市訓練衛生警察，分派各地執行環境衛生工作，然因為衛生院與警察局未能密切配合，故未臻發展。[2]

民國 36 年 5 月，臺灣省行政改制，環境衛生業務歸由衛生處第二科負責，其主要之業務為：上下水道之指導監督；飲水衛生；廢污處理；埋葬、火葬場之督導；飲食衛生指導；病媒管制等。[3] 就此等業務內容來看，仍多沿襲日治時期之環境衛生業務，是一種以控制傳染性疾病為主之傳統性環境衛生行政。[4] 在縣市環境衛生工作方面，規定各縣

1. 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史（一）》（臺北：行政院衛生署，1995 年），頁 753~754。
2. 臺灣省政府秘書處，《臺灣省政府施政報告》（臺北：臺灣省政府秘書處，1947 年 6 月），頁 202。
3. 莊金德整修，《臺灣省通志政事志衛生篇》（臺中：臺灣省文獻會，1972 年 6 月 30 日），頁 420~433。
4. 行政院衛生署編，《公共衛生發展史》，頁 755。

市之環境清潔及一般環境衛生工作由警察機關主辦，衛生工程則由建設部門負責，[5] 至於各縣市衛生院雖應辦理改善全縣環境衛生及街道房屋清潔之工作，[6] 但僅處於協助地位，造成該項衛生業務推行困難。[7] 為謀求補救起見，省政府於民國 37 年 9 月頒訂「臺灣省各縣市環境衛生委員會組織規程」，由縣市長、縣市衛生院長、警察局局長、建設局局長、公共事業管理處處長、縣市各區區長組成委員會，[8] 並於縣市警察局設衛生稽查隊，[9] 希藉此加強各相關單位之聯繫而有助於環境衛生工作之推動。在鄉鎮的環境衛生業務則由衛生所管理，其主要工作包括改良水井、處置垃圾、撲滅蚊蠅等工作，[10] 但環境清潔業務係由鄉鎮市公所衛生隊或民政課執行，至於溝渠、廁所之疏濬；各戶之清潔檢查，則由各村里衛生室負責。[11]

國民政府治臺後，為改善環境衛生，自民國 35 年起即頒訂數則環境清潔整理辦法，例如：「臺灣省各縣市夏季辦理環境衛生應行注意事項」、[12]「臺灣省各縣市定期舉行春秋季清潔大掃除辦法」、[13]「臺灣省各縣市清潔大掃除獎懲辦法」，[14] 然而臺灣地區的環境衛生未因此而有所改善，衛生處清潔工作辦理不良，成為省議員質詢的主要議題之一。[15] 民國 43 年，總統蔣介石認為，應分別成立一環境衛生指導與督導考核專門機構，負責推動臺灣省環境衛生改善工作。省府依此指示，首先成立「臺灣省改善環境衛生督導團」，該督導團係以督導各縣市政府及機關學校，積極推行改善環境衛生，以達「整齊」、「清潔」、「衛生」為目的，[16] 另頒發「臺灣省推行改善環境衛生考核競賽獎懲施行細則」，依各單位成績優劣，予以獎懲。[17] 其次，邀請學者專家及相關廳處長成立「臺灣省環境衛生指導委員會」，負責環境衛生改善工作決策之指導。[18]

依省政府對環境衛生行政組織之規劃，在設計方面：成立省環境衛生指導委員會，負責設計及指導各縣市改進環境衛生，各縣市設置環境衛生委員會，各鄉鎮設分會，並規定縣市鄉鎮區長兼任主委，按期舉行會議，商討改善轄內環境衛生，以負綜合聯繫規劃推行之責。在執行方面，省級係由各廳處就其業務範圍，分別主管有關改善環境衛生之各項工作，在縣市級則由縣市政府暨所屬各單位分別負責辦理，民政局（科）主辦環境衛生運動；建設（工程）局（科）主辦衛生工程；教育局（科）主辦學校環境衛生及衛生教育之推行；衛生院主辦有關環境衛生各項改善工作之設計與技術指導；警察局執行取締違反衛生事項；衛生隊負責街道、水溝之清掃與垃圾之清運。在督導考核方面，省府成立改善環境衛生督導團，每年定期巡迴全省各縣市督導考核，各縣市成立督導組，由縣市政府各有關單位派員參加，每 3 個月會同巡視督導轄區 1 次，並負考核鄉鎮級單位推行改善環境衛生之責，各鄉鎮設立督導小組，由鄉鎮公所民政課會同警察、衛生等單位派員檢查督促轄內各村里、住戶及公共場所整理環境衛生。[19]

第二節 環保局時期

彰化縣環境保護局隸屬於彰化縣政府，成立於民國 77 年（1988）9 月 19 日，設置局長、副局長、技正及秘書，下設 8 科 3 室，目前編制員額為 91 人。以綜合計畫科、空氣品質科、水質保護科、廢棄物管理科、環境檢驗科、環境工程科及稽查科等 7 科各單位業務職掌如下：

一、綜合計畫科掌理環保教育宣導（含環保義工）、毒性化學物質管理（含災害防救）、環境影響評估、環境衛生用藥管理、綜合業務、資訊管理及公害糾紛處理。

二、空氣品質科掌理空氣污染防制綜合業務、固定污染源管制、移動污染源管制及逸散性面源管制。

5. 臺灣省政府秘書處，《臺灣省政府施政報告》（臺北：臺灣省政府秘書處，1948 年 12 月），頁 266。
6. 〈縣各級衛生機關設置辦法〉，《臺灣省政府公報》37 年春字（41）（臺北：臺灣省政府，1948 年 1 月 17 日），頁 195~196。
7. 臺灣省政府秘書處，《臺灣省政府施政報告》，頁 266。
8. 〈臺灣省各縣市環境衛生委員會組織規程〉，民國 37 年 9 日 17 日臺灣省政府頒發，《臺灣省政府公報》民國 37 秋字（66）（臺北：臺灣省政府，1948 年 9 月 20 日），頁 787~789。
9. 縣市衛生稽查隊主要業務有：飲食店、屠宰場、公共場所之衛生稽查與取締；廢污與病媒管制；市容整理；協助防疫保健，其隊員名額係按各縣市人口數每一萬人設隊員一人為原則。〈臺灣省各縣市衛生稽查隊設置辦法〉，《臺灣省政府公報》民國 37 年秋字（66）（臺北：臺灣省政府，1948 年 9 月 20 日），頁 788。
10. 〈臺灣省各縣市區衛生所組織規程〉，參柒申原府綜法字第六五六九五號，《臺灣省政府公報》民國 37 年秋字（62）（臺北：臺灣省政府，1948 年 9 月 14 日），頁 732。
11. 〈臺灣省各縣市村里衛生室設置辦法〉，參柒申原府綜法字第六五六九五號，《臺灣省政府公報》民國 37 年秋字（62）（臺北：臺灣省政府，1948 年 9 月 14 日），頁 732。
12. 〈臺灣省衛生處代電〉，臺衛三七辰巧二字第二九六五號，《臺灣省政府公報》民國 37 年夏字（45）（臺北：臺灣省政府，1948 年 5 月 24 日），頁 668。
13. 〈臺灣省各縣市定期舉行春秋季清潔大掃除辦法〉，民國 40 年 11 日 9 日臺灣省政府頒發，《臺灣省政府公報》民國 40 年冬字（35）（臺北：臺灣省政府，1951 年 11 月 13 日），頁 386~388。
14. 〈臺灣省各縣市清潔大掃除獎懲辦法〉，民國 40 年 11 日 9 日臺灣省政府頒發，《臺灣省政府公報》民國 40 年冬字（35）（臺北：臺灣省政府，1951 年 11 月 13 日），頁 388。
15. 臺灣省臨時省議會秘書處編：《臺灣省臨時省議會第一屆第二次大會專輯（41.6.10~41.8.21）》（臺北：臺灣省臨時省議會），頁 790、795。
16. 〈臺灣省改善環境衛生督導團組織規程〉，肆參府祕法字第二三〇七二號，《臺灣省政府公報》民國 43 年春字（57）（臺北：臺灣省政府，1954 年 3 月 12 日），頁 750。
17. 〈臺灣省推行改善環境衛生考核競賽獎懲施行細則〉，肆參府祕法字第二三〇七二號，《臺灣省政府公報》民國 43 年春字（57）（臺北：臺灣省政府，1954 年 3 月 12 日），頁 750~753。
18. 〈臺灣省環境衛生指導委員會組織規程〉，肆肆府衛二字第一六四九號，《臺灣省政府公報》民國 44 年春字（38）（臺北：臺灣省政府，1955 年 2 月 21 日），頁 430~431。
19. 《臺灣省環境衛生督導團督導考核全省各縣市四十九年推行改善環境衛生工作報告書》（臺中：臺灣省環境衛生督導團，1960 年），頁 1~2。

三、水質保護科掌理水污染防治、飲用水管理、河川水體品質、事業設立環保許可、土壤污染整治、地下水污染整治、水質淨化設施、地下儲槽管理、土壤及地下水監測網、豬廁所及彰化縣農地整治及調查管理系統。

四、廢棄物管理科掌理事業廢棄物及環境衛生維護。

五、環境檢驗科掌理環境檢驗之品質及技術提升、環境之河川水質、地下水、飲用水衛生與水源水質監測之檢驗、事業廢水、廢棄物等污染物之檢驗及替代役業務。

六、環境工程科掌理資源回收、綠色商店、應回收廢棄物回收處理業申請及審核程序、溪州焚化廠、秀水鄉家戶廢棄廠大型家具回收再利用、彰南溫水游泳池、垃圾衛生掩埋場及和美焚化爐。

七、稽查科掌理公害陳情服務、線上報案、噪音管制、行政院環境保護署獎勵民眾舉發污染案件實施要點、非環保機關受理之陳情項目及工作成果。[20]

第三節 鄉鎮級環境衛生組織

在鄉鎮的環境衛生業務則由衛生所管理，其主要工作包括改良水井、處置垃圾、撲滅蚊蠅等工作，但環境清潔業務係由鄉鎮市公所衛生隊或民政課執行。本縣各鄉鎮設有清潔隊，處理地方之環境清潔業務。各鄉鎮市清潔隊之業務內容大同小異，略舉數鄉鎮為例說明之。

一、彰化市

彰化市清潔隊承辦業務為環保教育宣導、廢棄物管理、環境衛生管理、便民服務、徵收垃圾處理費、環保義工隊申請、公有公共收費廣告欄申租及收費及彰化縣懸掛廣告物收費標準。[21]

20. 彰化縣環境保護局，http://www.chepb.gov.tw/ch/00home/home.as，2016/1/28。
21. 彰化市公所，http://www.changhua.gov.tw/?index=public_co&fun_id=3&fun_s_id=1&types=10，2016/1/28。

二、鹿港鎮

鹿港鎮清潔隊承辦業務為資源回收、環境考核、環保稽查、自來水用戶及非自來水用戶清潔規費徵收、流浪犬捕捉、淨灘、學校環保教育規劃、清潔車輛及重機具管理維修採購。[22]

三、和美鎮

和美鎮清潔隊承辦業務為垃圾減量、資源回收、大型廢棄物清運、辦理取締、告發污染環境衛生之行為、處理民眾陳情案件、配合辦理登革熱病媒蚊孳生源之各項防治措施、鎮內環境清潔維護工作、配合上級指示辦理各項之環保業務及焚化廠職司本鎮部分垃圾處理。[23]

四、溪湖鎮

溪湖鎮清潔隊承辦業務為處理廢棄物及收集可回收之資源品、野狗之捕捉、廢機車之拖吊、大型家俱代運清除處理、一般違反衛生案件之勸導改善、配合環保局不定期稽查違反環保法令案件及陳情案件。[24]

五、線西鄉

線西鄉清潔隊承辦業務為垃圾減量、資源回收、大型廢棄物清運、辦理取締、告發污染環境衛生之行為、處理民眾陳情案件、配合辦理登革熱病媒蚊孳生源之各項防治措施、鄉內環境清潔維護工作、配合上級指示辦理各項之環保業務。[25]

22. 鹿港鎮公所，http://www.lukang.gov.tw/content/index.aspx?Parser=1,5,126,34，2016/1/28。
23. 和美鎮公所，http://town.chcg.gov.tw/hemei/07other/main.asp?main_id=1066，2016/1/28。
24. 溪湖鎮公所，http://town.chcg.gov.tw/xihu/07other/main.asp?main_id=8914，2016/1/28。
25. 線西鄉公所，http://town.chcg.gov.tw/xianxi/07other/main.asp?main_id=1617，2016/1/28。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

六、秀水鄉

秀水鄉清潔隊承辦業務為垃圾之清除、收集轉運、道路之清掃及溝渠之疏浚清理、病媒蚊環境消毒、大型家俱清運、棄犬捕捉、垃圾處理之機械設備管理、廢棄物清理，暨違反廢棄物清理法行為之取締、清潔車輛之檢查、修理及養護、環境公共衛生業務處理、環境保護、落實垃圾分類資源回收處理、其他有關清潔工作之管理、督導及考核事項。[26]

26. 秀水鄉公所，http://town.chcg.gov.tw/hsiushui/07other/main.asp?main_id=2312，2016/1/28。

第七章 水污染、空氣污染與土壤污染防治

第一節 水污染防治

臺灣河川，大都發源於中央山脈。其中主要河川 21 條，次要河川 27 條，普通河川 81 條。這些河川不但是臺灣重要的水資源，也是雨水、工礦事業廢水及家庭廢水的接收水體。同時，這些河川進入臺灣沿海後，對於海洋資源也有重大影響。[1]

臺灣南部屬熱帶，北部屬於副熱帶，氣候受海洋、陸地地形及季風影響。雨量非常豐富，下雨佔全臺降雨量的 80% 以上。山區雨量多於平地，東岸多於西岸，加上臺灣的河川大都河短流急，造成河川流量的時間、空間上的分布差異甚大。所以，在如此有限的水資源之下，要確實管制各種廢水排入河川，以確保水資源的妥善利用，避免水資源因污染而影響農、漁的生產及國民的健康，對臺灣而言，尤屬重要。[2]

飲用水衛生是環境保護工作最基本，且與民眾關係最直接的傳統性環境衛生業務。[3]飲用水是人類生命、生活中的重要物質；飲用水的衛生安全關係到人體健康至鉅。以微生物引起的水媒體傳染病，及飲水中重金屬、有毒物質、放射性物質造成的水污染，已日趨嚴重，因此飲水衛生管理改善工作成為重要課題。[4]日人治臺前臺灣地區並無自來水之設備，民家多以井水、河流、或溪澗之水作為飲用水。井水之佳者為鑽井，其次為石井；使用土井者亦不少。

日人治臺後，於明治 29 年（1896），即著手開設淡水自來水道；至明治 31 年 3 月竣工；4 月起，配水使用。同年 6 月，開始建設基隆自來水道，明治 35 年完工。臺北市始則專用鑽井；此後，高雄、嘉義、臺中、臺南、花蓮港、澎湖等地亦相繼開設之。[5]本

1. 行政院衛生署環境保護局，《環境保護年鑑中華民國七十三年版）》（臺北：行政院衛生署，1985 年），頁 52。
2. 行政院衛生署環境保護局，《環境保護年鑑中華民國七十三年版）》，頁 52。
3. 行政院衛生署環境保護局，《環境保護年鑑中華民國七十三年版）》，頁 106。
4. 行政院衛生署環境保護局，《環境保護年鑑中華民國七十三年版）》，頁 106。
5. 臺灣省文獻委員會，〈臺灣省通志卷三政事志衛生篇（第四冊）〉（臺中：臺灣省文獻委員會，1972），頁 374。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

縣日治時期於彰化、二水、員林、田中、北斗設有自來水道設施，其建設情形與配水情況見表 7-1-1 所示。至於日治時期的水質檢驗參見表 7-1-2。

表 7-1-1 日治時期彰化地區自來水道建設情形及其配水概況

地方別	敷設年月	配水年月	水源	取水方法	區域內總戶口		配水戶口百分比	
					戶數	人口	戶數	人口
彰化	明治 39 年（1906）	明治 41 年（1908）	地表水	唧筒打水	6,995	38,950	34	43
二水	大正 12 年（1923）	大正 12 年（1923）	伏流水	自然流下	1,667	10,086	86	85
員林	大正 13 年（1924）	大正 14 年（1925）	地下水	自然流下	2,714	15,406	94	93
田中	大正 14 年（1925）	大正 14 年（1925）	地下水	自然流下	1,468	8,993	13	18
北斗	昭和 12 年（1937）	昭和 13 年（1938）	地下水	自然流下	300	7.600	38	36

資料來源：臺灣省文獻委員會，《臺灣省通志卷三政事志衛生篇（第四冊）》（臺中：臺灣省文獻委員會，1972），頁 377~378。

表 7-1-2 彰化自來水水質完全分析成績（1918）

化學成分／檢水種類	源水	濾過水	化學成分／檢水種類	源水	濾過水
化驗次數	—	—	總炭酸（CO2）	95.350	109.190
色度	—	—	硅酸（SiO2）	35.090	36.790
濁度	稍混濁（濁 10 度	無色澄明	鐵（Fe2O3）	痕跡	痕跡
鹼性度	18.500	18.500	Aluminium（Al2O）	微痕跡	微痕跡
固形物總量（攝氏百度）	167.600	159.300	Mangan（Mu2O2）	—	—
灼熱減量	—	—	Calcium（CaO）	31.381	32.982
氯（Cl）	9.680	94.800	Magnesium（MgO）	13.685	13.822
硫酸（SO3）	11.370	10.950	Kalium（K2O）	—	—
硝酸（N2O5）	微痕跡	微痕跡	Natrium（Na2O）	—	—
亞硝酸（N2O3）	（—）	（—）	Ammomium（NH3）	（—）	
燐酸（P2O5）			蛋白類似—ammonia	—	—
游離及半化合碳酸	43.550				

資料來源：臺灣省文獻委員會，《臺灣省通志卷三政事志衛生篇（第四冊）》，頁 385。
說　　明：「灼熱減量」係指經焚化處理所產生之灰渣，其乾燥灰渣中可燃物之重量比。

飲用水衛生管理，依據「飲用水管理條例」執行管理飲用水源、設備、水質，確保飲水衛生安全主管機關中央為衛生署環境保護局，直轄市為衛生局、省為衛生處及環境保護局，縣市為衛生局。[6]

為有效控制全臺灣地區飲用水的水質衛生，防止各種水傳染病之流行，使自來水及鄉村飲用井水均能達到衛生安全，以確保住民健康，自民國 38 年（1949）起，臺灣省建設廳公共工程局首在臺北縣中和鄉設立北部水質檢驗中心，負責臺灣省的自來水水質檢驗，次年起應業務的需要繼於臺南市設立南部水質檢驗中心，民國 40 年在花蓮設立東部水質檢驗中心，民國 43 年設於臺中市的中部水質檢驗中心完成後，臺灣的自來水水質即全面獲得充分的檢驗控制，民國 47 年水質檢驗業務由省公共工程局移交給省環境衛生實驗所後，民國 49 年在臺東鎮增設臺東水質檢驗中心，每一中心負責檢驗各轄區內自來水水質，並抽查及指導各地自來水廠水質的改善，並配合業務上的需要，進行有關水質的研究實驗。[7]

民國 48 年起因全省約有 17 萬餘口水井，只靠環境衛生實驗所各水質檢驗中心實無法檢驗井水水質，故向中國農村復興聯合委員會及經合會申請補助，並輔導各縣市衛生局設立水質檢驗室與充實檢驗設備，並分年予以訓練水質檢驗人員，進行各該轄區內水井水質的檢驗與各種營業衛生所需要的水質檢驗工作。民國 72 年 8 月臺灣省環境保護局成立至民國 77 年 1 月臺灣省政府環境保護處成立之間，臺灣省環境保護局除辦理臺灣省自來水之水質檢驗、監視、改進研究外，尚輔導縣市衛生局辦理自來水以外之飲用水源之水質衛生管理工作。為積極推動公害防治，臺灣省政府環境保護處改制升格後，環境品質，污染之檢驗及水質管理等業務就是從本處轉移到臺灣省政府環境保護處掌管。臺灣省環境保護局除在北部、中部、南部、東部等 4 個檢驗室做全面性之水質檢驗外，尚做到下列飲水污染調查工作：

一、辦理臺灣省自來水供水系統評定
　（一）細菌試驗
　（二）殘留農藥檢驗
　（三）餘氯查驗

二、執行公共場所飲水機水質抽查
　（一）飲水機水源之狀況
　（二）大腸桿菌檢驗分析
　（三）總菌落數檢驗分析

6.　行政院衛生署環境保護局，《環境保護年鑑中華民國七十三年版）》，頁 107。

7.　臺灣省政府衛生處編，《臺灣省政府衛生處志》（南投：臺灣省政府衛生處，1999 年），頁 255。

該局為配合環境衛生改進，防止飲水污染及有效控制水質衛生，檢驗工作之方針，著重於餘氯量、大腸菌類、濁度、色度、PH 值、三鹵甲烷及農藥等。[8]

臺灣省各縣市衛生局之水質管理業務也於民國 77 年起由各縣市陸續成立環境保護機關而移交於該機關辦理。[9]

臺灣地區飲水主要為自來水，民國 73 年自來水實際普及率為 76.37%，供水人口達 15,840,000 人，供水量每人每日 224.8 公升。其中臺灣省普及率 71.7%（80.26%），供水人口 11,160,000 人，供水量每人每日 207 公升。對偏遠地區（山地、離島、沿海、偏遠地區），除訂有長中程發展計畫，將逐年提高自來水普及率外，臺灣省並訂有「加強改善偏遠地區居民第一期六年計畫」，民國 71 年至 76 年，已經興建簡易自來水，改善飲水衛生為重點。[10]

飲用水的水質管理，由各級衛生單位做定期與不定期抽驗，自來水生產單位亦設水質檢驗室做水質的品管檢驗。臺灣省環保局於臺灣省北、中、南、東區設公害防治中心及檢驗室，以加強飲用水水質的管理。

本縣自民國 40 年代初期即注意飲用水衛生管理，陸續修理日治時期縣內的水源地過濾池，裝置消毒機、擴建鑿井工程、改裝水管設備，以擴大水源的供應。[11] 本縣水井水源主要為彰化水利會管轄下的大肚溪，因此在民國 40 年代的給水供應改善計畫可說是以本縣北部區域，如彰化市、鹿港、和美、秀水為主要給水區。[12] 在水質改善方面，自從建設廳在臺中設置中部水質中心檢驗室後，規定每月均須送水給該室檢驗，本廠自民國 44 年起，每個月均依示送檢驗的結果，成績頗佳，尤其中部 5 縣市的水廠中，名列前茅。[13]

民國 45 年起，本縣為配合省府計劃，分為兩期辦理，第一期分配由各彰化市，每個水井經費約 2,000 元，一半由農復會補助，另外一半由地方利用者負擔原則，如無負擔能力者，應由各該鄉鎮市酌予補助。[14] 第二期工程依照省方分配大型公井共 46 個，每個 15,000 元，小型公井 100 個，每個 2,000 元，均由省方及地方各半負擔，其分配各鄉鎮情形，大型公井分配 49 個，較原規定多 3 個，和美 2 個，埔心 2 個，芬園 3 個，鹿港 2 個，花壇 3 個，福興 3 個，秀水 3 個，永靖 1 個，員林 5 個，溪州 2 個，田尾 2 個，新港 2 個，田中 1 個，社頭 1 個，北斗 2 個，溪湖 2 個，埤頭 2 個，線西 1 個，大村 1 個，二水 5 個，北斗 1 個，二林 2 個，大埔 1 個，彰化 34 個。[15]

之後本縣的飲用水管理主要以擴大自來水供應、改善自來水管路及確保水質安全為主要工作，因此水污染防治逐漸成為重要議題。臺灣地區民國 60、70 年代的水污染主要有四個來源：工業廢水、市鎮（家庭）污水、畜牧廢水及垃圾滲透水。依照臺灣省環保處民國 78 年的估計，各類工業廢水中，工業區的污染量居冠（20.4%），其次為食品業（18.8%）及製造業（17.9%）。整體而言，工業廢水約是臺灣地區水污染總量的 55% 以上。[16] 市鎮（家庭）污染在高度都市化的地區特別嚴重，由於臺灣地區衛生下水道普及率極低（臺灣地區為 2%，臺北市為 10.15%），因此家庭污水亦直接排放入河水中。據估計每人每日生產 40 公克的水污染量或 BOD（生化需氧量），其中廁所 13 公克，廚房 18 公克，其他 9 公克。因此，特別是都會區的家庭成為水污染的主要來源。[17] 垃圾滲透水主要來源為垃圾場太接近河川或是將河床當作垃圾場。前者由於垃圾場並未按照規定採用三明治式的衛生掩埋場，以致垃圾場會慢慢移動接近河川，因此滲透水流入河川後造成水污染。根據行政院環境保護署在民國 78 年的統計，臺灣地區的主要及次要河川共 45 條，其中有 28 條河川被 50 個鄉鎮當作垃圾傾倒場。[18]

上述這些污水很自然地造成各種水體品質惡化，若臺灣地區共有大小 151 條河川而計，其中主要河川 21 條，次要河川 24 條。這 45 條「大地的動脈」，在民國 76 年，其 2,820.6 公里的總長度中，已經有 29.1% 的河段遭受不同程度的污染，其中 21 條主要河川中遭受嚴重污染者已經達 13.5%。[19]

「水污染防治法」自民國 63 年 7 月 11 日公布施行，積 9 年餘之執行經驗，發現法律有不周延之處，乃於民國 72 年 5 月 27 日修正，將原條文之「工廠、礦場」為管制對象，修正為「工廠、礦場或經中央主管機關指定之事業」為管制對象，繼而於民國 73 年 5 月 18 日公布「水污染防治法施行細則」。蓋水污染物質之來源有家庭污水、工廠污水、

8. 臺灣省政府衛生處編，《臺灣省政府衛生處志》，頁 255。
9. 臺灣省政府衛生處編，《臺灣省政府衛生處志》，頁 255~256。
10. 行政院衛生署環境保護局，《環境保護年鑑中華民國七十三年版）》（臺北：行政院衛生署，1985 年），頁 107。
11. 不著撰者，〈彰化縣議會第二屆第四次暨第二次臨時大會議事錄〉（1954 年 4 月），頁 28~29；不著撰者，〈彰化縣議會第二屆第六次會議事錄〉（1954 年 12 月），頁 165；不著撰者，〈彰化縣議會第三屆第二次暨第三四次臨時大會議事錄〉（1955 年 7 月），頁 23。
12. 不著撰者，〈彰化縣議會第三屆第二次暨第三四次臨時大會議事錄〉（1955 年 7 月），頁 23。
13. 不著撰者，〈彰化縣議會第三屆第四次大會議事錄〉（1956 年 1 月），頁 25。
14. 不著撰者，〈彰化縣議會第三屆第五六次臨時大會議事錄〉（1956 年 7 月），頁 11。
15. 不著撰者，〈彰化縣議會第三屆第七次大會暨二週年紀念議事錄〉（1957 年 2 月），頁 14。
16. 詹長權，《臺灣全志卷九社會志衛生與健康篇》（南投：臺灣文獻館，2006 年），頁 75。
17. 詹長權，《臺灣全志卷九社會志衛生與健康篇》，頁 75。
18. 詹長權，《臺灣全志卷九社會志衛生與健康篇》，頁 76。
19. 詹長權，《臺灣全志卷九社會志衛生與健康篇》，頁 76。

街道排水、垃圾、水肥、農業排水、以及落塵，而除工礦廠廢水外其他廢水都由有關法令管制，如「下水道法」、「廢棄物清理法」、「農藥管理法」、「空氣污染防制法」、「自來水法」等管制其排放，因此水污染之管制對象將集中於工廠礦場或經中央主管機關指定之工業廢水。[20]

畜牧廢水的主要來源為養豬、養牛及家禽等畜養場，為患最嚴重者為養豬場，民國78年的資料顯示，臺灣地區約有780萬頭豬隻，由於一頭豬的污染量約為5至6人份，因此造成相當嚴重的水污染問題。整體而言，臺灣地區畜牧廢水的污染量居然比市鎮（家庭）污水還要高，幾近污染量的1/4。[21]

為改善污染情事，各級主管機關除加強辦理水污染防治工作，採取勤查重罰方式，將嚴重污染之廠礦列入重點管制，增加取締頻率，同時針對各礦廠廢水處理能力，重加評估，顯示污染源改善亟待加強。[22]

水污染防治工作人力不足，有效推動水污染防治規劃及管制取締工作深受影響，使執行成效難以落實。臺灣省環境保護局成立後，水污染防治工作人員未予增加。部分人員更調整辦理其他工作。同時縣市政府，自民國73年1月起，水污染防治工作由建設局移至衛生局辦理時人員亦未同時增加，而由衛生局第二課原有之人力兼辦，因專業知識及經驗不同，且飽受地方人情壓力，使基層執行功能難以發揮，影響水污染防治工作之推動。且因臺灣省工業結構依質未能升級，迄仍停留在勞力密集之家庭企業型態，工廠規模偏小、設備簡陋、資金短絀、技術落伍，加以工廠負責人普遍欠缺正確之廢水防治觀念，著眼於賺錢營利，對未具經濟效益之廢水處理不願投資改善，將廢水未經處理任意排放。因政府受限於執行人力不足，執行難以徹底，更助長廠商裹足觀望之心態。加以適逢長期經濟不景氣，廠商更藉詞拖延，改善意願更為低落。

而公營事業規模較大，每天排放之污染量亦多，因廢水防治工作未能加速進行，做為民營工廠之表率，除造成民營廠商不平，改善意願低落之藉口外，並指責執法偏頗，使水污染防治工作之推動產生困擾。再加上一般民眾普遍缺乏正確之認識，將廢棄物任意棄置水體，造成污染，同時鄉鎮公所亦有將垃圾、水肥傾棄河川之情形，據調查全省有1/3之垃圾場設置在河川地範圍內，滲漏水皆未經妥善處理，致使河川污染情形越為嚴重。[23]

20. 行政院衛生署環境保護局，《環境保護年鑑中華民國七十三年版）》，頁56。
21. 詹長權，《臺灣全志卷九社會志衛生與健康篇》，頁75。
22. 行政院衛生署環境保護局，《環境保護年鑑中華民國七十三年版）》，頁56~57。
23. 行政院衛生署環境保護局，《環境保護年鑑中華民國七十三年版）》，頁59。

民國56年依世界衛生組織顧問之建議，設立水污染防治專責機構，並強調立法之重要。民國63年7月11日總統明令公布之「水污染防治法」，為水質保育及污染防治之主要法令依據，管制重點在於工礦廢水，規定工廠礦場排放廢水需符合放流水標準，政府亦應公告河川分類並訂定水質標準，以為水資源之有效經濟利用。臺灣省政府建設廳則於民國57年設立臺灣省水污染防治委員會，研擬推動本省水污染防治之基礎工作，並於民國64年配合中央政策，改組為臺灣省水污染防治所，辦理臺灣省水污染防治業務。民國71年行政院衛生署環境保護局成立，水污染防治業務由第三組主辦，臺灣省衛生處環境保護局於民國72年成立，係由水污染防治所及環境衛生實驗所合併而成，至此中央、省市之水污染防治專責機構確定，隨後各縣市環境保護局陸續成立。[24]

民國72年5月修訂「水污染防治法」。當時放流水標準採劃一放流水標準方法，標準擬訂時考慮了河川用途、涵容能力、廢水處理技術以及經濟發展下工廠負擔能力等因素，並依行業類別分訂。訂定之基本原則為重金屬及毒性物質等有害健康之項目從嚴規定，目標立即要求達成。有機性污染項目如生化需氧量、化學需氧量、或有礙觀瞻之項目如懸浮固體量等項目，採漸進方式，強力取締污染源，分階段達成。民國74年行政院衛生署環境保護局制定「水污染防治第二十條執行要點」，規定污染管制方式，強力取締污染源，收到良好的管制成效，事業污染源在民國74至民國76年，全面設置廢水處理設施。[25]

本縣自民國72年5月「水污染防治法」修訂後，積極進行水污染防治。排放水未符合「臺灣省工廠、礦場流放水標準」違規，予以處分罰款。[26]民國77年底開始，劃定水污染管區並配合省環保處辦理水污染防治管制事項，同時管理事業放流口；利用分區劃定水源保護區；辦理「員林大排水河川污染整治計畫」；疑有未符合流放水標準者，即抽樣送請省環保處檢驗，依法處罰並飭其限期改善。[27]

本縣依據「省府訂定一縣市一河川污染整治方案」，選定員林大排水為重點整治河川，該流域流經田中、社頭、員林、永靖、田尾、湖心、埔鹽、埔心、大村、秀水、福興、鹿港等12個鄉鎮，沿線事業單位135家、畜牧場90家，並於民國80年度編列預

24. 臺灣省政府衛生處編，《臺灣省政府衛生處志》（南投：臺灣省政府衛生處，1999年），頁260~261。
25. 臺灣省政府衛生處編，《臺灣省政府衛生處志》，頁261。
26. 不著撰者，〈彰化縣議會第十屆第五次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁174~175；不著撰者，〈彰化縣議會第十屆第六次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁157~158。
27. 不著撰者，〈彰化縣議會第十一屆第七次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁207。

算10,237,500元向中央行政院環境保護署申請全額補助辦理整治工作。[28]民國80年代初，本縣列管排放廢水污染性工廠分級分類的廠商為一級一類1家，一級三類5家，計6家，二級54家，三級648家，另有886處畜牧場。本縣一般區域排水，部分已受到污染，為整體考量，經由本縣提報已獲行政院環境保護署，辦理本縣福鹿溪及區域排水污染整治規劃工作，期使本縣已受到污染河川能獲得改善，未遭受污染區域能受到保護。本縣針對工廠排放廢水之特性及污染程度建立分級制度，採取勤查重罰方式嚴加管制，民國80年度共查驗廢水2,922家次，不合排放標準者1,793件，共處罰鍰新臺幣89,495,000元。醫療及畜牧廢水，列管醫療事業單位100床以上計5家，100床以下50床以上計1家皆已改善合格，50床以下10床以上計40家及檢驗所28所，預定至民國82年5月底可全部完成改善，列管養豬廢水5,000頭以上計33家，改善合格26家，列管4,999至1,000頭計98家，改善合格64家，列管999至200頭計244家，改善合格70家。加強辦理「水污染防治法」第七條規定，對工廠未依規定設置防治設施或納入污水下水道系統，而排放廢水超過放流水標準之事業，於違反規定時，依「水污染防治法」第三十八條予以罰款並通知限期改善，逾期未施工改善則執行按日連續處罰。本縣電鍍工廠為數眾多，位居全省之冠，本縣已加強告發取締，對於未符合放流水標準者依「水污染防治法」處分，產生之廢水部分含有鎘污染物質，為防止污染物質隨著灌溉渠道流放入農田中造成污染，及其善後處理，已成立「本縣鎘污染防治處理小組」。為未辦理工廠登記排放污水之事業單位，移請工商主管單位依有關規定辦理外，對於逾期未改善之重大污染源，則配合停工斷電工作。依據「臺灣一縣市一河川污染整治之案」本縣辦理員林大排水河川污染整治工作，另配合「臺灣省重要河川污染防治計畫」，除繼續加強管制外，對於烏溪及濁水溪流域沿岸事業排放廢水單位，一併稽查，以維護河川水質。[29]

近年來本縣水污染防治工作如下。執行事業廢水排放稽查管制工作，並包括社區污水防治和新增事業擴大管制，民國101年1月至3月辦理稽查、巡查及輔導作業共計93廠次。受理事業單位各項排放許可申請及換證作業，並要求事業單位定期提出事業「廢水處理設施操作定期申報表」，以有效掌握污染來源及污染量，民國101年1月至3月共受理986件各項水污染許可設立（變更）申請作業。「舊濁水溪污染整治規劃暨水質改善工程計畫—清水溪排水水質改善工程」已完成工程驗收，並於民國98年4月1日開始操作條件建立及水質處理成效評估作業期。「洋子厝溪水質淨化設施—莿桐腳排水水質改善工程」於民國98年4月10日完成工程驗收，並同時開始操作條件建立及水質處理成效評估作業期。鹿港鎮南勢社區洋子厝溪人工溼地，目前委由嘉南藥理科技大學辦理操作維護事宜，期間環境整理維護優良。每月定期進行舊濁水溪河川水質監測（共7點），每季定期進行舊濁水溪、員林大排、洋仔厝溪及番雅溝、後港溪、二林溪、魚寮溪河川水質監測工作（共17點），監測結果並陳報行政院環境保護署，提供作為本縣水污染改善指標。[30]

第二節 空氣污染防制

民國40年代以後，臺灣地區人口急速增加，且集中都市、工業發展、經濟繁榮，又因交通發達而車輛激增，以及使用石化燃料等因素，帶來各種空氣污染，危害人體健康，傷害農作物、腐蝕財物建設等。又戰後初期，液體瓦斯尚未使用前，一般家庭、廠商都使用生煤為燃料，排出灰煙逐漸污染環境，臺北市與高雄市於民國54年（1965）訂定「生煤管制辦法」，開始取締限制使用生煤。臺灣省政府於民國56年公布「臺灣省環境衛生管理規則」，亦為加強改善環境衛生之迫切需要，乃於民國58年制頒「臺灣省改進環境衛生五年計畫」，呈行政院核備後，於民國59年度開始實施。民國60年行政院衛生署成立，奉行政院命令，會同有關機關辦理北基沿線空氣污染防制示範工作，並訂定暫行管制標準，民國62年7月23日公告「臺灣地區空氣污染排放標準」。

防制空氣污染之目的在於改善空氣品質，降低空氣中污染物之濃度，以增進國民健康及公共福祉。環境中可測知之污染物，其濃度可做為空氣清淨之指標，亦為控制污染物防治政策法規之主要指標。[31]

臺灣地區空氣污染之問題多導因於：1. 廠商缺乏投資污染防制設備意願；2. 工廠與住家過於靠近，導致衝突橫生。目前應加強督導污染性高之工廠加強改善污染，及輔導位於住宅密集區之工廠遷至工業區，並限制新工廠設置之位置區位，方能有效防制空氣污染；3. 汽機車排放之污染物過高。民國73年底臺灣地區之機動車輛高達734萬，較前一年增加約67萬輛（約10%）機踏車占機動車輛總數之83.2%，而其中75%機踏車又為二行程機車。[32]

28. 不著撰者，〈彰化縣議會第十二屆第二次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁213~215；不著撰者，〈彰化縣議會第十二屆第三次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁232~233。
29. 不著撰者，〈彰化縣議會第十二屆第四次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁226~227。
30. 不著撰者，〈彰化縣議會第十七屆第五次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁708。
31. 行政院衛生署環境保護局，《環境保護年鑑中華民國七十三年版）》，頁19。
32. 行政院衛生署環境保護局，《環境保護年鑑中華民國七十三年版）》，頁24。

以全國排放來看，一年由新汽機車排放之空氣污染物一氧化碳（CO）總量 444,522 噸，碳氫化合物（HC）138,209 噸，氮氧化物（NO）32,699 噸，合計 CO+HC+NOx 總量約達 62 萬公噸，機車為汽車的 66%，碳氫化合物排放總量，則機車為汽車的 1.72 倍，氮氧化合物之主要來源為汽車，排放量為機車 15 倍，一氧化碳排放量機車為汽車的 0.53 倍。[33]

民國 78 年臺灣地區的空氣污染量為 3,115,500 噸（85% 為汽機車之污染），平均每位國民負擔 1/6 噸。其主要來源有三個面向：1. 固定源：工廠、家庭、神壇等；2. 移動源：機動車輛、飛機、輪船等；3. 臨時源：露天不定點焚燒、工程污染等。[34]

空氣污染物大略上可分為兩大類：一為粒狀污染物，例如塵埃、懸浮微粒等；二為氣狀污染物，例如二氧化硫、一氧化碳、氮氧化合物、臭氧等。依照各單項污染物來看臺灣地區的空氣品質，可以瞭解空氣污染的區位分布。例如落塵量以臺北市為最高，而宜蘭縣為最低；懸浮微粒則以臺北市最高而澎湖縣最低。[35]

政府為此修訂「交通工具污染物排放標準」，增加機器腳踏車之排放標準，自民國 73 年 11 月 1 日起實施，對惰轉狀態排放 CO<4.5%, HC<9,000ppm 濃度加以管制，分新車型審核、新車出廠、使用中車輛之排放標準管制，使車廠在新車出廠品管加強，車主對使用中車輛加強維護保養，執行機車排放（CO、HC）路邊抽驗減少污染。規定自民國 75 年 1 月 1 日起所有新車要裝置區軸箱吹漏氣回流系統（Positive Crankcase Ventilation System），區軸箱吹漏系統完全不能排入大氣中。[36]

為了減少車輛污染問題，與中油公司及汽機車製造業者協商，訂定我國無鉛汽油時程表如下：中油公司在民國 76 年 7 月 1 日起，於部分加油站供應無鉛汽油，以供進口車加用無鉛汽油。自民國 80 年 1 月 1 日起所有含鉛汽油，鉛含量限制在 0.5g ／ L 以下。民國 83 年 1 月 1 日起，所有新廠汽機車應使用無鉛汽油。[37]

本縣積極進行空氣污染防制始於民國 60 年代。民國 68 年透過「改進環境衛生五年計畫」的挹注經費，於彰化市設置空氣測驗站 3 處，員林鎮 2 處，輔導工廠改善空氣衛生案件 87 家次，處罰違反「空氣污染防制法」業者共 58 件。[38] 民國 70 年，針對汽車排放黑煙之車主，依違反「空氣污染防制法」開單處罰。[39] 工廠部分，自民國 72 年起，輔導易造成空氣污染的工廠，改善空氣衛生，特別是縱貫公路旁之工廠列為重點輔導，並建檔列管，經勸導未改善者即給予告發。[40] 民國 75 年則試辦汽機車排放廢氣免費測試服務，希望藉此提高車主受檢意願。[41] 民國 76 年起，交通工具的排放粒狀污染物在不透光率 40% 以上者予以告發處罰。[42] 民國 78 年，針對嚴重性污染工廠採勤查，凡發現超過排放標準者予以重罰，促其改善。化學類工廠共 3 家，每月至少稽查 2 次及監測 7 日。電弧爐煉鋼業 2 家，每月至少稽查 2 次，並隨時抽查其防制設備是否正常操作。磚窯業 20 家，每月至少稽查 1 次，查其排煙狀況。其他各業，對陳情糾紛案件，隨時加強查處。同時組織「本縣交通工具排放供氣污染聯合檢查小組」以定期與不定期方式，於各交通要道稽查取締。將環境空氣品質監測站之檢體，送環保處檢驗，每月 2 次。[43]

民國 79 至 83 年間，執行「擴大列管固定空氣污染督導改善計畫」，針對全縣列管固定污染源，檢測完畢。臺化公司排放硫化氫影響空氣品質，迭經民眾反映，經爭取中央行政院環境保護署補助 24 小時硫化氫自動監測站經費計 260 萬。又執行「飛鷹計畫」，對轄內排放黑煙及任意燃燒行為給予適時取締，產生相當大的震撼效果。[44] 民國 85 年，為加強空氣品質監測工作，設有臺化—硫化氫監測站，員林鎮公所、彰化市公所、彰化衛生局、員林縣立醫院各有 4 個人工空氣品質監測站，民國 85 年度於溪湖鎮湖東國小增設監測站 1 處，業已驗收完成，並進行後續連線作業中，及行政院環境保護署於彰化市中山國小、二林鎮萬合里設立空氣品質監測站，定期監控本縣空氣品質。加強本縣空氣污染防制工作，對於重大污染之道路營建工程進行專案管制。[45]

自民國 88 年度起為有效管理縣轄內烏賊車，對攔檢不合格機車，開始實施依法「當場告發」之規定，並對違規拒繳罰鍰者，除移送法院強制執行外，與監理單位電腦連線，鍵入環保違規資料，停止車籍異動。推動「保檢合一」制度。本年度主動稽查各公私立停車場及主要道路，對未實施機車定檢車輛，宣導並通知限期改善，至依法告發。輔導柴油車輛申請排煙改善補助，又配合行政院會通告「發展電動機車行動計畫」辦理電動

33. 行政院衛生署環境保護局，《環境保護年鑑中華民國七十三年版）》，頁 24。
34. 詹長權，《臺灣全志卷九社會志衛生與健康篇》，頁 73。
35. 詹長權，《臺灣全志卷九社會志衛生與健康篇》，頁 74。
36. 行政院衛生署環境保護局，《環境保護年鑑中華民國七十三年版）》，頁 27。
37. 行政院衛生署環境保護局，《環境保護年鑑中華民國七十三年版）》，頁 27~28。

38. 不著撰者，〈彰化縣議會第九屆第四次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 85。
39. 不著撰者，〈彰化縣議會第十屆第二次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 123。
40. 不著撰者，〈彰化縣議會第十屆第五次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 174~175。
41. 不著撰者，〈彰化縣議會第十一屆第一次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 347。
42. 不著撰者，〈彰化縣議會第十一屆第三次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 207~208。
43. 不著撰者，〈彰化縣議會第十一屆第七次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 206~207。
44. 不著撰者，〈彰化縣議會第十二屆第三次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 230~232。
45. 不著撰者，〈彰化縣議會第十三屆第七大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 215。

機車試乘。[46] 至民國 90 年代起，則為改善本縣空氣品質，特別加強本縣重要幹道道路揚塵洗掃工作，洗掃路段包括臺 1 線、臺 19 線、金馬路、縣 150 道路、臺 17 線、縣 142 道路、縣 148 道路、縣 145 道路、縣 143 道路、建國南北路等。[47] 行政院環境保護署自民國 103 年 10 月 1 日起實施「細懸浮微粒（PM2.5）指標」，其懸浮微粒的大小說明可分成 4 種類型：總懸浮微粒 Total Suspended Particulate（TSP）、懸浮微粒（PM10）、粗懸浮微粒（PM2.5-10）及細懸浮微粒（PM2.5），指標的目的為提供民眾日常生活上之行動建議，並與現有空氣污染指標（PSI）併行，提升對民眾的健康保障。[48] 本縣空氣污染防制業務推展如表 7-2-1 至表 7-2-7。

表 7-2-1 彰化縣空氣污染品質（1986-2014）

年別（民國）	監測站數（站）	總懸浮總微粒（微克 / 立方公尺）	落塵量（公噸 / 平方公里 / 月）	鉛（ppm）	臭氧（ppm）
75	5	164.00	4.20	—	—
76	4	176.00	7.80	—	—
77	4	137.00	5.10	—	—
78	4	123.00	5.90	—	—
79	4	128.00	3.00	—	—
80	4	85.00	4.80	—	—
81	4	108.00	5.30	—	0.046
82	4	90.00	6.80	—	0.037
83	4	108.00	4.30	—	0.046
84	4	126.00	5.40	—	—
85	4	123.00	4.20	—	—
86	4	135.00	3.90	—	—
87	4	123.00	4.80	—	—
88	4	130.00	4.00	—	—
89	4	114.41	3.08	—	—
90	4	97.00	2.10	0.084	0.023
91	4	94.00	13.61	0.053	0.025
92	4	98.00	6.30	0.053	0.026
93	4	110.00	4.13	0.086	0.027
94	8	105.00	5.40	0.039	0.026
95	8	96.00	3.30	0.018	0.028
96	7	84.00	2.33	0.054	0.028
97	8	76.00	2.42	0.000	0.029
98	8	89.00	1.88	0.000	0.059
99	8	108.00	2.21	0.059	0.054
100	8	74.00	2.56	0.097	0.035
101	8	60.00	2.61	0.034	0.057
102	8	57.00	3.10	0.037	0.057
103	8	54.00	3.42	0.032	0.056

資料來源：整理自彰化縣政府主計室編印，《彰化縣統計要覽》（民國 75-103 年），環保統計部份。
說　　明：「—」表示缺資料。

46. 不著撰者，〈彰化縣議會第十四屆第三次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 728~729。
47. 不著撰者，〈彰化縣議會第十五屆第八次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 487~488。
48. 行政院環境保護署，「空氣品質監測網細懸浮微粒指標」，http://taqm.epa.gov.tw/taqm/tw/fpmi.aspx，2016/6/22。

表 7-2-2 彰化縣空氣污染防制情形（1988-1993）

年別（民國）		交通工具空氣污染防制（粒狀污物）情形								
		合計	大客車				貨車	小客車	機器腳踏車	軍車
			公共汽車	臺汽客車	遊覽車	交通車				
77	檢驗件數	2,643	625	306	124	90	813	685	—	—
	合格件數	2,569	605	302	123	90	764	685	—	—
	違規件數	74	74	20	4	1	49	—	—	—
78	檢驗件數	4,417	939	478	190	67	1,614	100	1,029	—
	合格件數	3,866	753	387	172	54	1,391	81	1,028	—
	違規件數	551	186	91	18	13	223	19	1	—
79	檢驗件數	7,470	1,085	718	214	409	4,941	93	10	—
	合格件數	6,817	1,020	689	210	367	4,432	89	10	—
	違規件數	653	65	29	4	42	509	4	—	—
80	檢驗件數	8,115	993	706	206	53	6,104	53	—	—
	合格件數	7,076	943	667	195	51	5,174	46	—	—
	違規件數	1,039	50	39	11	2	930	7	—	—
81	檢驗件數	6,464	225	441	306	30	5,442	20	—	—
	合格件數	5,354	182	389	259	25	4,483	16	—	—
	違規件數	1,100	43	52	47	5	959	4	—	—
82	檢驗件數	3,559	229	211	277	72	2,754	16	—	—
	合格件數	2,725	169	148	228	64	2,105	11	—	—
	違規件數	834	60	63	49	8	649	5	—	—

資料來源：整理自彰化縣政府主計室編印，《彰化縣統計要覽》（民國 77-82 年），環保統計部份。
說　　明：「—」表示缺資料。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

表 7-2-3 彰化縣空氣污染防制情形（1988-1993）（續 1）

年別（民國）		交通空氣污染防制（氣狀污物）情形				公私場所空氣污染防制情形					
		合計	汽車	軍車	機器腳踏車	合計	一般民眾	機關團體學校醫院	軍事機管所屬單位	商業	工業
77	檢驗件數	123	66	3	54	644	—	—	—	—	644
	合格件數	102	45	3	54	365					365
	違規件數	21	21	—	—	279	—	—	—	—	279
78	檢驗件數	1,413	394	—	1,019	946	—	—	—	—	946
	合格件數	1,323	315	—	1,006	503	—	—	—	—	503
	違規件數	90	79	—	11	443	—	—	—	—	443
79	檢驗件數	220	174	—	46	4,114	—	—	—	—	4,114
	合格件數	202	156	—	46	3,708	—	—	—	—	3,708
	違規件數	18	18	—	—	406	—	—	—	—	406
80	檢驗件數	305	174	—	131	2,448	116	—	—	—	2,332
	合格件數	258	139	—	119	1,930	33	—	—	—	1,897
	違規件數	47	35	—	12	518	83	—	—	—	435
81	檢驗件數	210	123	—	87	1,478	47	3	—	—	1,428
	合格件數	157	88	—	69	1,116	0	0	—	—	1,116
	違規件數	53	35	—	18	362	47	3	—	—	312
82	檢驗件數	156	73	—	83	1,267	196	1	—	19	1,051
	合格件數	118	61	—	57	1,016	140	1	—	19	856
	違規件數	38	12	—	26	251	56	—	—	—	195

資料來源：整理自彰化縣政府主計室編印，《彰化縣統計要覽》（民國 77-82 年），環保統計部份。
說　　明：「—」表示缺資料。

表 7-2-4 彰化縣機動車輛排放污染物檢查告發情形（1992-2011）

年別（民國）	機動車輛排放粒狀污染物檢查告發情形		機動車輛排放氣狀污染物檢查告發情形			
			汽車		機器腳踏車	
	檢查數	告發數	檢查數	告發數	檢查數	告發數
81	6,464	1,110	123	35	87	18
82	3,559	834	73	12	83	26
83	10,947	823	485	62	4,130	4
84	11,311	37	133	16	710	64
85	31,051	50	1,164	5	65,944	684
86	4,090	58	—	—	52,207	707
87	2,654	40	—	—	37,975	659
88	4,556	131	15,376	74	18,773	681
89	1,552	56	184	4	48,868	1,910
90	3,184	147	346	11	19,808	318

資料來源：整理自彰化縣政府主計室編印，《彰化縣統計要覽》（民國 81-100 年），環保統計部份。
說　　明：「—」表示缺資料。

表 7-2-5 彰化縣機動車輛排放污染物檢查、檢驗告發情形（1992-2011）（續 1）

年別（民國）	粒狀污染物		氣狀污染物			
			汽車		機器腳踏車	
	檢查數	告發數	檢查數	告發數	檢查數	告發數
91	2,401	163	202	34	29,039	645
92	3,559	165	74	18	13,666	1,459
93	1,731	59	—	—	7,289	—
94	3,383	181	—	—	3,396	349
95	2,499	173	14	—	195	27
96	3,394	229	—	—	605	31
97	3,791	213	—	—	23,852	—
98	3,293	305	—	—	32,339	—

資料來源：整理自彰化縣政府主計室編印，《彰化縣統計要覽》（民國 81-100 年），環保統計部份。
說　　明：「—」表示缺資料。

表 7-2-6 彰化縣機動車輛排放污染物檢查、檢驗告發情形（1992-2011）（續 2）

年別（民國）	粒狀污染物				氣狀污染物			
	檢查數	檢查告發數	檢驗數	檢驗告發數	檢查數	檢查告發數	檢驗數	檢驗告發數
99	2,744	46	2,813	232	46,298	384	—	—
100	2,241	90	2,342	142	41,434	546	—	—

資料來源：整理自彰化縣政府主計室編印，《彰化縣統計要覽》（民國 81-100 年），環保統計部份。
說　　明：「—」表示缺資料。

縣政府
CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

表 7-2-7 彰化縣公害陳情案件（1992-2014）

年別（民國）	合計	空氣污染（不含惡臭）	空氣五染惡臭	噪音	水污染	廢棄物	振動	環境衛生	其他	鄉鎮公所
81	2,450	646	67	410	460	867	—	—	—	…
82	2,640	797	425	576	624	196	4	—	18	…
83	2,384	127	648	506	675	259	5	1	163	…
84	2,570	162	730	491	492	248	3	—	444	…
85	3,129	402	674	623	591	326	4	—	509	…
86	3,460	555	807	687	646	313	—	440	12	…
87	3,842	1,065	828	646	530	396	4	350	16	7
88	4,272	1,118	1,092	695	437	523	9	386	12	…
89	7,679	2,223	1,826	1,172	946	921	3	563	25	…
90	5,419	567	1,573	1,078	1,068	659	2	428	45	…
91	6,399	797	1,639	1,141	1,527	755	0	476	64	
92	5,148	767	1,327	1,155	933	605	1	299	61	
93	5,831	436	1,861	1,069	850	654	4	631	66	
94	5,735	624	2,068	1,172	870	575	—	370	56	
95	5,649	445	2,057	1,120	939	594	3	459	32	
96	7,416	438	2,559	1,479	978	837	8	1,055	62	
97	8,055	628	2,703	1,612	1,076	881	10	1,085	60	
98	7,502	748	2,173	1,420	834	948	1	1,345	33	
99	8,048	769	2,660	1,468	865	612	4	1,622	48	
100	7,059	584	2,134	1,432	842	602	2	1,441	22	
101	7,841	678	2,533	1,661	809	542	—	1,587	31	
102	8,800	540	3,736	1,572	911	564	2	1,440	35	
103	7,873	431	3,297	1,423	996	436	5	1,244	41	

資料來源：整理自彰化縣政府主計室編印，《彰化縣統計要覽》（民國 81-103 年），環保統計部份。
說　　明：「—」表示缺資料。

第三節 土壤污染整治

動物及植物體是人類攝食的主要來源，而動物之食物亦有以植物為主者，植物體本身是否含有毒性，對人體之健康便有直接的關係，而植物除空氣中吸收二氧化碳、水、行光合作用及固氮充作養分外，其他各種養分主要由根部自土壤吸收而來，因此，如果土壤被重金屬等有害物質污染時，雖並不代表土地上植物體必定受到污染，但某些在土壤中溶解度較高、或較易被植物體吸收及傳輸之污染物，對人體食用健康的風險則較高，通常是潛伏的慢性累積，[49] 而人類也就間接受到危害，通常是潛伏的慢性累積的結果，容易使人忽視，事實上，這是極端嚴重的問題。過去我國在土壤調查方面，除了民國 68 年（1979）臺灣植物保護中心（現改制為臺灣省農業藥物、毒物試驗所）做過「臺灣各地區水稻田土壤及水中砷含量調查」外，其餘的僅限於已發生污染地區之調查，資料零散，無法運用，全面性土壤污染背景資料的建立極為迫切。民國 71 年，行政院環境保護署衛生局成立之後，積極研訂「臺灣地區土壤污染防治研究計畫」，限於經費，分 4 年逐步完成臺灣地區土壤污染調查，從民國 71 年 10 月起至民國 73 年 9 月止已完成嘉義縣、臺南縣、高雄縣、苗栗縣、南投縣、雲林縣、臺中縣、彰化縣等 8 縣市農田中 8 種重金屬（鎘、鎳、鋅、鉻、銅、鉛、砷、汞）之含量調查，在民國 85 年 9 月底前完成全臺灣地區土壤污染背景資料之調查。[50]

為了有效防治土壤繼續遭受污染，衛生署環保局擬定自民國 76 年起分 4 年逐年在臺灣各縣建立土壤污染監視站，並從民國 74 年下半年開始進行廢棄物處理場及工業區鄰近地區之土壤污染管制工作，配合學術單位進行，有毒物質在土壤、作物、動物間移動情形之研究，各級環保單位配合經濟部水資會進行地下水污染之監視及防治，有效追蹤及管制土壤污染源。[51]

為了改善已遭受污染之土壤，衛生署環保局擬自民國 75 年起委託學術單位進行「改善污染土壤之研究」，並逐年分區改善已受污染之土壤，迨至民國 76 年開始草擬「土壤污染防治法」，民國 78 年完成立法程序，公布施行，屆時必能有效掌握污染來源，截斷污染源，進而改善已污染之土壤，回復土壤本來之面目。[52]

本縣較大規模的土壤污染管制始於民國 80 年代。首先針對舊濁水溪流域，委託國立中興大學進行檢測調查。對於可能或已污染區域追蹤監測調查，並委託國立中興大學進行監測，[53] 將可能污染之土壤送至本局進行檢驗。[54] 又配合行政院環境保護署執行「農地重金屬調查列管計畫」後續之「農地重金屬污染控制場址污染改善計畫」。[55] 本縣為農業大縣，對土壤及地下水重金屬污染控制及改善不遺餘力，自民國 95 年至 97 年間執

49. 感謝彰化縣衛生局提供資料。

50. 行政院衛生署環境保護局，《環境保護年鑑中華民國七十三年版）》，頁 77。
51. 行政院衛生署環境保護局，《環境保護年鑑中華民國七十三年版）》，頁 77。
52. 行政院衛生署環境保護局，《環境保護年鑑中華民國七十三年版）》，頁 77。
53. 不著撰者，〈彰化縣議會第十三屆第六次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 217；不著撰者，〈彰化縣議會第十三屆第八次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 168。
54. 不著撰者，〈彰化縣議會第十四屆第三次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 734~735；不著撰者，〈彰化縣議會第十四屆第四次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 689；不著撰者，〈彰化縣議會第十四屆第五次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 410~411；不著撰者，〈彰化縣議會第十四屆第六次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 463。
55. 不著撰者，〈彰化縣議會第十五屆第三次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 723~724。

行「彰化縣農地土壤重金屬 110 筆污染控制場址改善暨監督驗證工作計畫」，進行上百筆污染農地整治，該計畫截至民國 98 年 6 月共計改善完成並解除列管約 108 筆、約計 26.08 公頃。本縣針對污染農地持續執行改善計畫，民國 98 年 6 月底前共計改善完成並解除列管約 929 筆、約計 229.25 公頃。[56]

56. 感謝彰化縣衛生局提供資料。

第八章 噪音管制與廢棄物管理

第一節 噪音管制

噪音是屬於一種物理性公害，隨著科技文明的進步，有日趨嚴重的現象。目前，更由於臺灣地區人口大量增加與都市化集中、交通事業的發達，娛樂與商業的繁忙、建築工業的興盛，使得噪音問題更形嚴重。[1]

噪音係指不想要或使人覺得不愉快之聲音。這些聲音經由物體振動產生空氣壓力之振動，傳達人耳而感知，它對人體不僅產生生理效應，亦有心理影響。噪音公害與空氣污染、水污染是本省早期最主要的三種環境污染問題。臺灣省政府於民國 48 年（1959）公布「臺灣省各縣市噪音管理取締實施辦法」實施管制，由於當時人口密度較低，工商業尚未十分發達，各種噪音來源較少，罰則過輕，難收管制效果。直至民國 72、73 年間陸續公布「噪音管制法」與「噪音管制法施行細則」，將原屬警察機關管轄噪音事權改由環境保護單位負責，民國 74 年公布「噪音管制標準」及「噪音管制區劃分作業要點」、「噪音陳情案件處理要點」以後，各縣市政府始依法辦理劃定各類噪音管制區之公告工作。[2]

臺灣地區最主要的噪音來源為工廠噪音、交通噪音、航空噪音、娛樂及營業場所噪音及民俗噪音等。依照行政院環境保護署的調查，民國 77 年臺北、高雄兩市噪音陳情案件計有 8,250 件，占全部公害陳情的 37.1%，高居首位。臺灣省部分噪音陳情則為 16.8%，其中以臺北縣、臺中市及臺中縣的案件最多，如果依照噪音音源來分，則工廠噪音占 64.38%，娛樂噪音占 18.3%，住宅與生活噪音占 8.49%[3]。

1. 行政院衛生署環境保護局，《環境保護年鑑中華民國七十三年版）》（臺北：行政院衛生署，1985 年），頁 48。
2. 臺灣省政府衛生處編，《臺灣省政府衛生處志》（南投：臺灣省政府衛生處，1999 年），頁 261~262。
3. 詹長權，《臺灣全志卷九社會志衛生與健康篇》（南投：臺灣文獻館，2006 年），頁 79。

民國 73 年公布的噪音管制工作重點，是法規的訂定與管制的先期準備措施。 該年 12 月 20 日發布「噪音管制法施行細則」，重點有六項，第一項是說明噪音管制標準因時、地、場所及設施之不同而訂定之最高容許音量；並闡述音量的單位。明定中央主管機關之主管事項。明定省（市）主管機關之主管事項。明定縣（市）主管機關之主管事項。明定噪音管制區之劃定準則。明定噪音管制區之種類。明定兩類以上管制區交界處噪音管制標準，及特定管制區之劃定原則。明定主管機關設立環境噪音監測站之設立地點及設站數，並統一監測時間。明定軍事單位噪音管制應會同國防部訂定辦法管理。明定警察機關協助執行噪音管制工作。明定各場所及設施連續告發之時距，依各場所及設施性質改善難易之不同而有不同的告發時距。第二項是研訂「噪音管制區劃分作業要點」，以為縣市政府劃分管制區之依據。第三項是研訂「噪音管制標準」。第四項為研訂「機動車輛出廠噪音檢驗管制辦法」。第五項研訂「民用航空器噪音管制辦法」。第六項為處理陳情案件。[4]

本縣依據「噪音管制區劃分作業要點」於民國 75 年 1 月間會同本縣有關單位與鄉鎮市公所共同劃定管制區，完成公告草案，公開閱覽 2 個星期，接受民間異議，通盤檢討修正案後，於民國 75 年 2 月公告實施噪音管制，限定管制區，分區管制。該年隨即取締違反「噪音管制法」案計有 4 件。[5] 同時於轄區內選擇不定點噪音取樣站進行噪音品質採樣，以瞭解噪音狀況，作為施政參考。輔導轄內工廠（場）等改善噪音，並建立追蹤督導管制，加強管制噪音，檢查工廠、營業場所、營建工程及擴音設施。[6]

民國 77 年，本縣擬訂噪音管制區劃分作業，共稽查工廠與商場 255 家次，經測試超過該區時段管制標準者 35 家次，分別予以告發或處罰。又設立公害防制專線電話及公害陳情登記簿，接受民眾檢舉，迅速登記並派員前往現場實地檢測以爭取取締時段。將定期與不定期做環境噪音採樣並列表紀錄，以做為施政參考，定期採樣由省環保處配合每年採樣 2 次，並針對需要做不定期採樣。[7]

民國 79 年更在員林火車站前設置噪音品質顯示看板一座，提供民眾噪音程度顯示。[8] 民國 81 年 2 月 1 日配合「噪音管制法」修正公布，重新劃定縣轄內各噪音管制區，以

4. 行政院衛生署環境保護局，《環境保護年鑑中華民國七十三年版）》，頁 48。
5. 不著撰者，〈彰化縣議會第十一屆第一次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 348；不著撰者，〈彰化縣議會第十二屆第三次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 224~229。
6. 不著撰者，〈彰化縣議會第十一屆第二次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 171~172。
7. 不著撰者，〈彰化縣議會第十一屆第七次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 207~208。
8. 不著撰者，〈彰化縣議會第十二屆第三次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 230~232。

維護縣民健康及環境安寧。[9] 公告劃定各類噪音管制區，並對管制區內之噪音污染源予以追蹤管制稽查，並進行輔導改善作業，以確實維護生活環境品質。繼續辦理環境噪音監測作業，並定期函報行政院環境保護署及臺灣省政府環境保護處核備。[10] 民國 93 年於彰化市南興國小及員林鎮僑信國小設置噪音監測站，辦理交通噪音監測工作。繼續加強噪音管制、環境及交通噪音監測、民俗噪音宣導計畫與稽查業務。[11] 至民國 100 年更主動進行使用中機動車輛原地噪音量測及道路攔檢，及行動基地臺非游離輻射之測量。[12]

第二節 廢棄物管理

臺灣歷史上最早的環境衛生工作即是起源於現今所指的廢棄物管理。廢棄物管理在清末臺灣與日治時期稱為「污物」大抵是指垃圾、屎尿等廢棄物，因此污物的內容包羅萬象，只要是人類活動期間認為不需要或骯髒之物均可視為「污物」。清代筆記小說或清末來臺傳教士如馬偕等人，曾記載臺灣民眾住屋周圍雜草叢生，竹林茂盛，水溝阻塞，污水到處亂流，四處蚊蠅環繞，因此髒亂、環境不潔成為馬偕倡導掃除環境、維持清潔的重要原因。[13]

清末臺灣建省後曾在臺北城與各通商口岸設立「清掃街道局」，要求住戶逐日清掃溝渠，不得堆積雜物，保持街道乾淨，但效果不彰，許多住戶往往將污物放置空地或河邊。更重要的是，人類的排泄物或垃圾在臺灣農民眼中是上等肥料，才有農民或小孩，將他人丟棄物品收回做肥料、燃料或將糞便拿去田裡施肥，或是將廚餘拿去餵豬或雞鴨等，因此污物或廢棄物具有相當的經濟價值。[14]

日人治臺後，鑑於急性傳染病威脅，於明治 33 年（1900）頒定「污物掃除規則」要求民眾確實做好掃除工作。依此規定，污物的處分只要不危害衛生都可依循舊慣，例如屎尿可做為肥料，垃圾可用掩埋或燒卻方式處理。而該規則在日本人口密度較高的臺北、臺中、臺南施行，在臺日人人口密度較低的地域由地方官廳自行處理。不過，即使

9. 不著撰者，〈彰化縣議會第十二屆第六次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 217~218。
10. 不著撰者，〈彰化縣議會第十二屆第七次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 239~241。
11. 不著撰者，〈彰化縣議會第十五屆第六次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 466。
12. 不著撰者，〈彰化縣議會第十七屆第五次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 707~708。
13. 陳宏文，《馬偕博士在臺灣》（臺北：中國主日學協會，1998 年 5 月），頁 74。
14. 李佳卉，〈日治時期臺灣污物處理之研究〉（臺北：國立臺灣師範大學臺灣史研究所碩士論文，2011 年），頁 30~35。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

在臺北、臺中、臺南也都是在城內施行。昭和3年（1928）日本國內施行的「污物掃除法」在臺實施。當時臺灣各大都市快速發展，污物掃除事務更加複雜，當時各市役所已將污物掃除事務放在清掃係或保健係，可見污物掃除不再是傳染病發生才進行的事情，而是日常生活中必須做的事。[15]

因廢棄物處理內容相當繁複，本節將以垃圾處理、水肥處理以及一般事業廢棄物管制作為說明如下：

一、垃圾處理

垃圾清理可分為儲存、清運以及處理等3個步驟。臺灣自戰後到民國50年（1961）間，垃圾儲存方式是倒在偏僻角落，或戶外設置公共垃圾箱，而此種垃圾箱易於損壞，又不合衛生，成為髒亂源。因此自民國57年起，於社區發展改善環境衛生計畫中，推行設置家戶垃圾桶。在清運方面，自民國56年起，各縣市添購垃圾車。待臺灣省環保局成立後更補助地方購置密封式垃圾車，以改善機械化清運設備。

處理方面，民國46年起，20年內臺灣共設21處堆肥場，其中包含彰化市1處，後因垃圾堆肥成品銷售受季節與區域性限制，以及化學肥料被廣泛使用，影響堆肥場正常營運，各鄉鎮市使開始以衛生掩埋或焚化爐方式處理。[16]

垃圾總產量是由人口數及每人每日排棄所支配，尤其後者易受到經濟型態、工業發展、都市化程度以及生活水準等影響。[17] 國人使用塑膠品的比例偏高（18.1%），相較之下，美國只有4%，而日本7%，新加坡6%；又例如臺灣地區每年使用保特瓶接近2億4,000萬支，數量相當驚人。此外，一般家庭用品，例如廢日光燈管、水銀電池等，數量雖不多，但卻形成潛在的污染。例如，臺灣地區每人每年平均消耗1.5支日光燈管，以每支日光燈管含有25公克的汞計，則一年產生的汞含量為0.75公噸。[18]

至民國73年臺灣地區垃圾處理方式以掩埋占大多數，每日處理量9,327公噸，占總處理量80%，但無一處合乎衛生標準之處理場，少數較好者略加覆土，消毒或做擋土牆，餘皆棄置於河床、山谷、窪地或露天焚燒。以上除了堆肥及焚化外，全臺灣地區計有296處垃圾場，但使用期限在1年以下者佔147處，亦即在未來1年內約有半數垃圾場面臨飽和問題。[19] 行政院環境保護署的一項調查指出，民國78年的臺灣地區擁有291座垃圾掩埋場，但其中卻有219座將於5年內關閉。[20]

焚化處理部分，民國73年全臺僅有垃圾焚化爐4處，設計處理量每日計285公噸，實際處理量每日245公噸，佔總處理量2.0%。堆肥處理部分，臺灣地區原設有機械堆肥場21處，因堆肥出路困難，經營虧損等因素，目前除高雄縣重慶堆肥場及澎湖縣馬公堆肥場2處之外，其餘19處均已停止營運，每日處理量38.2公噸。人工堆肥每日處理量15.1公噸，合計53.3公噸，佔總處理量0.5%。[21]

垃圾處理問題大抵有以下的癥結：（一）清運人力老化機具老舊。鄉鎮市垃圾車量不足，老舊逾齡者甚多，限於財力，無法汰舊換新，對於日益繁重，清運工作自感相當吃力，且清潔員以年齡較長者居多，年輕體力較佳者有不願意擔任收入微薄而工作繁重之清潔工作，因此未來須以機械代替人力，解決清運人力問題。（二）處理經費偏低。過去地方首長重視有形建設，對垃圾處理一向只編列清運費用，將垃圾運離住家傾棄，又因財源短缺，歷年來均未能編列處理費用，致使垃圾處理不合衛生安全要求。（三）執行機關人力缺乏。目前省政府清潔隊員僅依人口編列，未考慮清潔面積、流動人口及工業化增加之垃圾量，缺乏彈性，致使地方清潔機構執行業務困難。縣市鄉鎮清潔隊員編列30人以上者設隊，大多僅置隊長1人，缺乏輔助業務及技術人員。而垃圾處理場（廠）管理與作業人員，大都調派清潔隊員負責，缺乏管理及技術經驗。（四）垃圾處理不當，引起民眾抗拒。由於以上幾種因素，致使垃圾未能妥善處理，而成為輿論焦點；民眾對執行單位不信任，產生抗拒心，垃圾處理糾紛層出不窮。[22]

垃圾處理工作牽涉民眾心理、政治形態、財務籌措、人力組織、處理技術以及法令制度等。因此今後垃圾處理工作應加強宣導工作，提高國民共識，致力改善生活環境；地方機管首長以改善生活品質為要務，積極推動垃圾處理工作；各級政府主動編列垃圾處理預算，廣籌財源，執行所規定之整體性垃圾處理方案；實施垃圾處理收費制度，以達到製造污染者負責處理污染費之原則，並建立垃圾處理固定投資由政府負擔，收集清運及處理之操作維護費用由住戶負擔之制度；適時檢討修正不合時宜之有關法規，杜絕垃圾造成二次公害。[23]

15. 李佳卉，〈日治時期臺灣污物處理之研究〉，頁172。
16. 臺灣省政府衛生處編，《臺灣省政府衛生處志》（南投：臺灣省政府衛生處，1999年），251~252。
17. 行政院衛生署環境保護局，《環境保護年鑑中華民國七十三年版）》（臺北：行政院衛生署，1985年），頁87。
18. 詹長權，《臺灣全志卷九社會志衛生與健康篇》（南投：臺灣文獻館，2006年），頁78。

19. 行政院衛生署環境保護局，《環境保護年鑑中華民國七十三年版）》，頁91。
20. 詹長權，《臺灣全志卷九社會志衛生與健康篇》，頁77。
21. 行政院衛生署環境保護局，《環境保護年鑑中華民國七十三年版）》，頁91。
22. 行政院衛生署環境保護局，《環境保護年鑑中華民國七十三年版）》，頁91。
23. 行政院衛生署環境保護局，《環境保護年鑑中華民國七十三年版）》，頁97。

垃圾處理在本縣為環境清潔業務重要之一環。自民國 40 年代開始，市容整理、垃圾的清除、美化環境等，事先經洽商建設局、衛生局、彰化市公所等單位辦理，並飭當地警所切實執行。[24] 民國 55 年為徹底改善本縣環境衛生，消滅髒亂，以確保縣民之健康，利用推行「本縣改進環境衛生五年計劃」，第一年改善垃圾水肥處理，推行家庭戶垃圾桶 17,180 個；興建堆肥廠鹿港鎮一處，總經費 120 萬，由縣府補助 20 萬，其餘 100 萬向中美基金辦理貸款，其手續經辦理完竣；購置垃圾集運車鹿港鎮 2 輛，彰化市 2 輛，計 4 輛，每輛 40 萬元，縣府及公所各負擔 40,000 元及 95,000 元，其餘 265,000 元向中美基金辦理貸款。[25] 該計畫第二年處理垃圾每月約 4,600 噸；處理水肥每月約 2,400 噸，水肥處理大部分為彰化市水肥，其他鄉鎮均未成立水肥會，概由農戶處理；配合環境衛生五年計畫，增購垃圾車彰化市 2 輛，鹿港鎮 2 輛包括水肥車 1 輛，和美鎮 1 輛，共 5 輛，配合環境衛生五年計劃，鹿港鎮興建垃圾車處理廠 1 處。[26]

在該計畫進行的期間配合消除髒亂工作發動義務勞動，舉辦春節前即春季大清潔大掃除，發動各級機關學校、團體、工廠、村里民眾等同時實施大掃除。各鄉鎮市均劃定清除地區，由鄉鎮市公所公告並徵收清潔規費，由清潔單位負責集運垃圾。購置戶外美觀耐用之行人用垃圾桶，分發使用。為消除髒亂工作需要並減輕鄉鎮市負擔以鼓勵普遍構設密封垃圾車，提高垃圾處理效率計每輛予半數以上之價款補助中型垃圾車予補助 15 萬元，小型垃圾車補助 8 萬元。[27]

自民國 69 年度起 5 年內，配合省方之補助計畫，注重鄉鎮市衛生垃圾掩埋處理，而執行鄉鎮市垃圾去處，設置掩埋場、購置密封式垃圾車等。[28] 民國 70 年起，彰化市、和美鎮合辦水肥處理廠及和美鎮、伸港鄉、線西鄉等 3 個鄉鎮合辦垃圾焚化爐，並與省環境衛生處洽辦設計興建事宜。另在員林地區籌設垃圾焚化爐，由員林鎮長為首，聯合大村鄉、埔心鄉、永靖鄉等，尋找適當地點籌建，並專案報請上級補助、積極辦理中。[29] 至民國 70 年代中期，改善鄉鎮垃圾處理場地，配合鄉鎮需要，增設衛生垃圾掩埋處理，彰化市、和美鎮合辦水肥處理廠及和美鎮、伸港鄉、線西鄉等 3 個鄉鎮合辦垃圾焚化爐興建工程。加強垃圾廢棄物置之焚化處理，經購置小型垃圾焚化爐 10 臺，分別設置於環保局及有關衛生所使用。[30]

24.　不著撰者，〈彰化縣議會第五屆第四大次會 ・ 第四次臨時大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 61。
25.　不著撰者，〈彰化縣議會第七屆第七次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 101。
26.　不著撰者，〈彰化縣議會第七屆第九次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 106。
27.　不著撰者，〈彰化縣議會第八屆第五次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 84。
28.　不著撰者，〈彰化縣議會第九屆第三次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 131~132。
29.　不著撰者，〈彰化縣議會第十屆第一次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 135~136。
30.　不著撰者，〈彰化縣議會第十屆第六次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 158~159。

20 年後，為協助本縣各公所汰換老舊機具，於民國 95 年度編列 950 萬元協助公所汰換老舊清潔機具；因各公所垃圾車老舊問題嚴重，需求迫切，已追加預算 710 萬元，協助公所汰換老舊清潔機具。同時擬訂「彰化縣垃圾委託民間清運計畫」，請行政院環境保護署依垃圾清運民營化推動政策，補助本縣執行垃圾民營化清運，提高垃圾清運效率，降低地方政府負擔，並解決鄉鎮市垃圾車老舊無法負擔垃圾清運問題。[31] 本縣垃圾水肥清運處理概況如表 8-1-1 至 8-1-4 所示。

表 8-1-1 彰化縣垃圾水肥清運處理概況（1975-2011）

年別（民國）	垃圾清運處理					
	平均每日垃圾清運量（含溝泥量）	垃圾處理方法				
		處理量合計	掩埋	堆肥	焚化爐焚化	其他
64	…	…	…	…	…	…
65	261.6	261.6	154	31.	—	76.6
66	273.1	273.1	193	14.5	—	65.6
67	373.2	373.2	357.1	10	—	6.1
68	382	382	351	15	—	16
69	345	345	297	18	—	30
70	434	434	394	11	—	29
71	477	477	437	13	—	27
72	537	537	492	5	—	40
73	570	570	562	4	—	4
74	627	627	260	6	—	361
75	654	654	649	—	5	—
76	699	699	673	20	6	—
77	1,200	1,200	1,200	—	—	—
78	891	891	799	—	—	92
79	906	906	906	—	—	—
80	974	974	949	—	—	25
81	1,176	1,176	1,122	—	—	54
82	1,134	1,185	1,185	—	10	17
83	1,183	1,222	1,202	—	10	10
84	1,273	1,286	1,229	—	10	47
85	1,208	1,208	1,198	—	10	—
86	1204.10	1,234.00	1,204.10	—	30.00	—
87	1,280.00	1,283.00	1,253.50	—	30.00	—
88	—	—	—	—	—	—
89	—	—	—	—	—	—
90	—	—	—	—	—	—
91	—	—	—	—	—	—
92	—	—	—	—	—	—
93	—	—	—	—	—	—

資料來源：整理自彰化縣政府主計室編印，《彰化縣統計要覽》（民國 64-100 年），環保統計部份。
說　　明：「—」表示缺資料。

31.　不著撰者，〈彰化縣議會第十六屆第一次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 583~584。

表 8-1-2 彰化縣垃圾水肥清運處理概況（1975-2011）（續 1）

年別（民國）	水肥清運處理						
	平均每日水肥清運量	水肥處理方式					
		水肥處理廠生化處理	腐熱處理	消毒後再利用	未處理直接出售或贈送	倒棄	其他
74	50	—	—	——	—	50	—
75	35	—	—	—	—	35	—
76	35	—	—	—	—	35	—
77	30	—	—	—	—	30	—
78	30	—	—	—	—	30	—
79	35	—	—	—	—	35	—
80	15	—	—	—	15	—	—
81	24	—	—	—	—	—	24
82	6	—	—	—	—	6	—
83	15	—	—	—	—	—	15
84	14	—	—	—	—	14	—
85	14	—	—	—	—	14	—
86	17.01	—	—	—	—	17	0
87	10.00	—	—	—	—	10	—
88	4.78	—	—	—	—	—	4.78
89	20.71	—	—	—	—	—	20.71
90	3.17	—	—	—	—	—	3.17
91	4.67	—	—	—	—	—	4.67
92	3.85	—	—	—	—	—	3.85
93	9.22	—	—	—	—	2	7

資料來源：整理自彰化縣政府主計室編印，《彰化縣統計要覽》（民國 46-100 年），環保統計部份。
說　　明：「—」表示缺資料。

表 8-1-3 彰化縣垃圾水肥清運處理概況（1975-2011）（續 2）

年別（民國）	平均每日水肥清運量	按清運單位分			按清運目的地分				
		環保單位自行清運	環保單位委託清運	公私處所自行或委託清運	水肥處理廠	污水處理廠	垃圾掩埋場之滲水處理廠	堆肥廠等用作肥料之處理場	其他
94	0.42	0.42	—	—	—	—	—	—	0.42
95	—	—	—	—	—	—	—	—	—
96	3.04	—	—	3.04	—	3.04	—	—	—
97	4.95		—	4.95	—	4.95	—	—	—
98	15.93	—	—	15.93	—	15.93	—	—	—

資料來源：整理自彰化縣政府主計室編印，《彰化縣統計要覽》（民國 64-100 年），環保統計部份。
說　　明：「—」表示缺資料。

表 8-1-4 彰化縣垃圾水肥清運處理概況（1975-2011）（續 3）

年別（民國）	平均每日水肥清運量	按清運單位分		按清運目的地分			
		環保單位自行清運	環保單位委託清運及公私處所自行或委託清運	水肥處理廠	污水處理廠（含水肥投入站、截流站水肥投入口）	垃圾掩埋場之滲水處理廠（含垃圾掩埋場）	其他（含再利用場所）
99	19.75	—	19.75	—	19.75	—	—
100	28.82	—	28.82	—	28.82	—	—

資料來源：整理自彰化縣政府主計室編印，《彰化縣統計要覽》（民國 64-100 年），環保統計部份。
說　　明：「—」表示缺資料。

二、水肥處理

水肥係指一般出糞式廁所或化糞池中清出的糞便固體及水液，污染性高，如不妥善處理，不但會產生惡臭、污染空氣，且也易污染土地、水源、傳染疾病、危害公共衛生。臺灣地區水肥處理以水肥處理廠生化處理為主，另有以腐熟處理或是消毒後再利用等方式處理。[32]

在水肥處理方面，採取下列措施；嚴禁水肥任意傾棄；提高廁所的建造品質；增加水肥車輛；培養水肥處理廠維護管理人員；促請省市政府興建水肥處理廠；訂定糞尿處理方法及設備規範。[33]

自民國 58 年 7 月開始至民國 63 年 6 月止，共分 5 年推行「改善環境衛生五年計畫」，本計畫包括配合社區發展改善環境衛生設施、改善鄉村飲水興建簡易自來水、改善垃圾水肥處理，加強環境衛生之督導及考核、管制空氣污染、配合鄉里建設加強衛生教育等項目，其中垃圾水肥處理為經常處理垃圾，按月報省 20-25 號統一報表，每月約 6,200 噸；經常處理水肥，按月報省 20-25 號統一報表，每月約 2,400 噸，水肥處理，大部分為彰化市水肥，其他鄉鎮均未成立水肥會，概由農戶處理。[34]

民國 78 年度續辦彰化市水肥處理廠及和美鎮合辦水肥處理廠及和美鎮、伸港鄉、線西鄉等 3 個鄉鎮合辦垃圾焚化爐興建工程，已完成進場道路工程及機械工程招標程序。[35] 民國 95 年 7 月 1 日起本縣水肥進彰濱工業區污水處理廠處理。[36] 民國 100 年公、

32. 行政院衛生署環境保護局，《環境保護年鑑中華民國七十三年版）》，頁 97。
33. 行政院衛生署環境保護局，《環境保護年鑑中華民國七十三年版）》，頁 98。
34. 不著撰者，〈彰化縣議會第八屆第一次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 119。
35. 不著撰者，〈彰化縣議會第十一屆第七次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 209。
36. 不著撰者，〈彰化縣議會第十六屆第二次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 512~513。

民營廢棄物清除，處理機構已核發許可計有：清除機構乙級 3 家，丙級 1 家，內含輔導專門清除水肥之合法化。[37]

三、一般事業廢棄物管制

所謂「一般事業廢棄物」依本局所擬定之「廢棄物清理法修正草案」中規定，係指由事業機構所產生有害廢棄物以外之廢棄物，而有害事業廢棄物係指由事業機構所產生有毒性、危險性，其濃度或數量足以影響人體健康或污染環境之廢棄物，其認定標準由行政院環境保護署會商中央目的事業主管機關訂定公告之。

臺灣地區事業廢棄物估計為一般垃圾的 4 到 5 倍，其中 10% 或 300 萬噸為有害或具感染性的廢棄物；有害廢棄物有部分歸類為於毒性化學物質或重金屬。按照行政院環境保護署的估計，未經由中間處理的有害廢棄物佔 72%。例如產生汞污染的化學工廠目前雖也受到管制，但早期含汞廢水及汞泥皆未妥善處理，因此殘留的汞泥約有 12 萬 6,000 公噸。農業及電鍍工廠也產生大量重金屬有害污泥或廢棄物，在這些污泥當中，砷、鉛、鋅、鎘含量很高，根據估計這些污染的量約為 2,000 公噸。其他有害廢棄物尚包括廢五金回收業殘餘含銅廢棄物、電鍍表面處理業的鉛氰化物污泥等。[38]

目前國內外為了便於處理及再利用起見，因此大都將其詳細再予以分類為廢塑膠、橡膠屑、纖維屑、木屑、紙屑、金屬屑、礦渣、玻璃、陶瓷屑、灰渣、集塵灰、廢酸、廢鹼、廢油、廢溶劑、建設廢材、污泥、動植物殘渣、家畜屍體、家畜糞尿其他等。由此可知，事業廢棄物的種類極為繁多，而其性質又極複雜，過去我國工商業尚未十分發達的時候，所謂的事業廢棄物，可以說其數量極為有限，性質及種類又極為單純，其處理方式都採投棄於一般垃圾場、海邊、河川地、無主荒地、甚至在路邊，或空地上加以燃燒了事，根本未聞發生過問題。但是近年來，由於工商業的快速發展，隨之而來的，一般事業廢棄物，不僅在量的方面急遽增加，同時在其成分易有很大的變化，若不予以妥善處理，將造成環境污染、危害國民健康。因此在當前情況下，對於一般事業廢棄物問題已面臨非謀求因應對策不可之時期。但除為防止環境污染之外，同時亦需思慮臺灣地區天然資源短缺，若是能建立一般事業廢棄物如廢塑膠等回收再製工廠，將事業廢棄物轉變成有用資源，如此不僅可以達到防範環境污染之目的，又可回收資源直接降低事業生產成本，提高產品在國際市場上的競爭力。[39]

37.　不著撰者，〈彰化縣議會第十七屆第四次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 684。
38.　詹長權，《臺灣全志卷九社會志衛生與健康篇》，頁 78。

按民國 63 年公布，經於民國 69 年修正實施的「廢棄物清理法」，在其第十二條有明文規定產生事業廢棄物的事業機構，其廢棄物應自行或委託民營廢棄物清除處理機構負責清除處理。前項事業廢棄物能與一般廢棄物合併清除處理者，得繳付所需費用，委託執行機關辦理，由此可知事業廢棄物原則上應由業者自行處理。[40]

彰化縣環境保護局配合「行政院環境保護署事業廢棄物管制計畫」，於民國 83 年 10 月底前完成已提報「事業廢棄物清理計畫書」之事業單位的「事業廢棄物調查管制卡」之資料建立。[41] 於民國 84 年 2 月 16 日起開始執行行政院環境保護署交辦含多氯聯苯事業廢棄物稽查：於 3 月 31 日前完成全縣 110 家事業機構之稽查。民國 84 年 1 月底完成行政院環境保護署交辦 50 床上下醫院之廢棄物稽查，自民國 84 年 7 月至民國 85 年 12 月辦理診所部分之稽查。[42]

執行「全國事業廢棄物管制方案」，加強「事業廢棄物稽查及督導管制計畫」，截至民國 91 年 2 月計 50 床以上醫院稽查 3 家次，其他醫療院所稽查 5 家次，其他事業單位稽查 158 家次，告發 25 家次。執行「河川污染及環保犯罪防治方案」事業廢棄物部分，針對縣轄河川區域不定期日夜間稽查，並配合河川局、鄉鎮市公所辦理大肚溪、濁水溪聯合巡防工作，截至民國 91 年 3 月計 2 次。[43]

統計至民國 105 年底止，從「事業廢棄物管制稽查計畫」中，可知事業廢棄物清理計畫書檢具率達 99.8%，完成審查率 99.4%，完成審查家數 801 家。目前縣內共計有 12 家甲級清除機構、146 家乙級清除機構、40 家丙級清除機構、2 家乙級處理機構、1 家甲級處理機構。民國 105 年度配合行政院環境保護署辦理公民營廢棄物清除處理機構稽查管制工作，共計稽查 316 家次，處分 31 家次。聯合警察單位、建管單位、臺灣電力公司及環保局辦理「彰化縣政府執行民生竊盜聯合稽查作業」，加強查緝資源回收商有無收受不明來源之廢電纜，共計查核 246 家次。[44]

39.　行政院衛生署環境保護局，《環境保護年鑑中華民國七十三年版）》，頁 100。
40.　行政院衛生署環境保護局，《環境保護年鑑中華民國七十三年版）》，頁 100。
41.　不著撰者，〈彰化縣議會第十三屆第二次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 208。
42.　不著撰者，〈彰化縣議會第十三屆第四次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 263。
43.　不著撰者，〈彰化縣議會第十五屆第一次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 473。
44.　感謝彰化縣環保局提供資料。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

第九章 環境保護、環境影響評估與環保教育

環境保護可說是一門公民教育，本縣較大規模的環保教育宣傳活動始於民國 70 年代末。對於環境教育宣導工作除經常辦理外，適時發動機關、學校、社團參觀垃圾衛生掩埋場；擴大徵求熱心環保工作者，招募義工踴躍加入環保行列；對國家清潔週活動，利用文宣配合各鄉鎮市公所，加強宣導；環保局配合縣府教育局，每月排定行程至各國中、小放映宣導短片暨有獎搶答，並安排大專社區環保服務隊與國中學生，觀摩衛生掩埋場，實施公害防治實地參觀。

第一節 環境保護運動

一、反杜邦公司設廠事件

（一）美國杜邦公司簡介

美國杜邦公司（DuPont）是由法國移民艾勒特賀．艾倫尼．杜邦（Eleuthère Irénée du Pont）在嘉慶 7 年（1802）創立於美國德拉瓦州。[1] 當時杜邦公司是以專門製造槍砲用的黑色火藥起家，之後逐漸轉型，成為一家多元化的企業，涉足化學、材料和能源等業務。

大正 9 年（1920）美國正值經濟大蕭條時期，杜邦公司重新整頓公司，並且建立現代化的企業結構。在民國 39 年（1950）末，杜邦在美國以外的生產得到快速擴張，海

1. Adrian Kinnane 著、戴至中譯，《杜邦 200 年：發源於布蘭迪河畔的科學奇蹟》（臺北：臺灣杜邦有限公司，2002 年），頁 3。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

外的生產開始於民國 46 年在阿根廷和巴西製造氟里昂。隔年則在墨西哥與當地投資者合作，於當地成立二氧化鈦工廠。[2] 杜邦公司到民國 94 年的總營業額已達 289 億美元，海內外員工人數約 6 萬人，並且營運遍佈 90 多個國家的科學公司。[3]

於民國 57 年在臺成立臺灣杜邦公司，目前擁有 3 家獨資生產工廠，分別為民國 59 年觀音二氧化鈦廠、民國 88 年新竹電子廠、民國 68 年龍潭植物保護廠，另外尚有多家與臺灣當地企業合資的工廠。

（二）鹿港杜邦設廠投資計劃緣起

民國 65 年，臺灣度過第一次能源危機後，經濟快速復甦，經濟部為改善區域發展不平衡問題，配合中部地區工業發展的需要，選定彰化沿海海埔新生地進行開發。民國 70 年，因為第二次能源危機引起國際經濟不景氣，大型工業用地出售不易，而原來擬定購地的公營企業變更計畫要求退出，致使彰濱工業區計畫暫緩實施。民國 74 年行政院經建會決定全面停止開發彰濱工業區，經濟部為挽回此開發案，在民國 74 年 7 月接受美國杜邦公司提出「二氧化鈦工廠」投資申請案。[4]

此計畫是杜邦針對二氧化鈦廠擴張的全球投資策略之一。而在經過審慎評估之後，杜邦公司認為未來臺灣可以成為亞太地區的供應據點。計畫當中的臺灣工廠，預計年產量將達 6 萬公噸，且估計員工將有 270 人，包括 1 個 25 人的研發部門，以及 1 個市場服務研究室。生產總量的 2 萬 5 千公噸供應臺灣地區市場，其餘額外銷至其他地區。[5] 預計設廠地點可能在西海岸臺中附近，而其中以在彰濱工業區設廠的機率最大。當時中央政府面對這樣巨額的外資，在考量到國內投資風氣低迷，而且該投資計畫可以適時對彰濱工業區虧損問題紓困，中央政府便對投資計畫表達支持態度。[6]

同年 8 月初，環保單位對杜邦投資案採取保留的態度，並且希望杜邦公司和當時亦有投資二氧化鈦廠意願的臺塑，都能公布二氧化鈦的製作過程。而根據當時環保官員表示，二氧化鈦是一項高污染性工業，並建議有關單位應要求杜邦公司進行環保影響評估。[7] 在此之後，杜邦投資案便提交到經濟部投資審議委員會討論，而該案順利通過委員會審查。對於杜邦投資計畫總金額達 64 億元，為當時最大外人投資計畫。然而各界關心杜邦公司是否會帶來臺灣嚴重生態污染的問題，經濟部並未將此納入審查項目，而衛生署環保局也表示未收到關於杜邦案的審議書。[8]

（三）地方反對勢力

民國 74 年底，杜邦設廠獲准後，鹿港部分居民風聞二氧化鈦生產過程中所產生腐蝕性及污染性的廢水、廢氣，將會對當地環境造成污染而感到疑懼，準備採取激烈的抗議行動，影響層面逐漸擴大。民國 75 年 3 月 9 日，鹿港地區發起反杜邦運動，當地簽名人數已經超越 10 萬人，並有 1,500 人預定北上向中央各級單位陳情，聯名上書並分別呈給立法院、監察院、行政院、經建會及行政院環境保護署等單位，希望制止這項錯誤的決策。陳請書指出，美國杜邦公司專門製造高公害化學原料及劇毒農藥，過去杜邦在美國及其他國家已有生產設備，皆遭到當地居民激烈排斥而被迫遷廠，然而經濟部為紓解彰濱工業區投資錯誤及資金膠著的壓力，不顧民眾生命財產安全為其大開方便之門，不僅嚴重危害鹿港古蹟保存區，也將損害到彰濱沿海地區的漁產養殖業。[9]

在鹿港鎮民向政府遞交陳情書之後，引發全臺灣公眾對環境公害污染問題的重視，並且陸續引發各種反對行動，期望阻止杜邦到鹿港設廠。民國 75 年 6 月間，行政院衛生署環保局、經濟部工業局、臺灣省環保局等派員前往美國杜邦公司考察，杜邦公司也在臺舉辦研討會及說明會尋求學術界及民眾支持，但是仍然無法消除鹿港鎮民的疑慮。此外當時亦有臺大學生 15 人，利用暑假期間，專程前往鹿港加入反杜邦運動，並且發表「臺大學生參與反杜邦運動聲明」。[10] 民國 75 年 10 月，「彰化縣公害防治協會」成立，以廣泛動員及多樣化的抗爭手段，如「簽血書反杜邦」運動、靜坐抗議及舉辦反公害說明會，抵制杜邦在彰濱工業區設廠。隨著年底增額立委和國大選舉腳步接近，鹿港居民和杜邦公司之間也開始有選舉因素介入。12 月杜邦事件則成為選舉時的熱門議題。民國 76 年 3 月 12 日，杜邦公司宣布取消在鹿港設廠的計畫，考慮在「環境影響評估」獲得環保單位核可後，在臺灣另覓設廠地點。「反杜邦運動」成為臺灣第一件因環保抗爭讓

2. Adrian Kinnane 著、戴至中譯，《杜邦 200 年：發源於布蘭迪河畔的科學奇蹟》，頁 178。
3. 杜邦臺灣，http://www.dupont.com.tw/1-a.htm，2016/1/25。
4. 〈彰濱工業區已全面停工政院昨通過善後計畫〉，《聯合報》，1986 年 1 月 10 日，第 2 版；〈杜邦二氧化鈦廠設在彰濱工業區〉，《聯合報》，1986 年 1 月 18 日，第 2 版；許雪姬，《臺灣歷史辭典》（臺北市：遠流出版社，2004 年 7 月），頁 173。
5. 《中國時報》，1985 年 8 月 2 日，第 1、2 版。
6. 楊淑芬，〈跨國公司、地主國和地方的互動——以杜邦和拜耳在臺投資為例〉（臺中：國立中興大學國際政治研究所，2003 年），頁 40。
7. 《中國時報》，1985 年 8 月 8 日，第 2 版。
8. 楊淑芬，〈跨國公司、地主國和地方的互動——以杜邦和拜耳在臺投資為例〉，頁 40~41。
9. 〈10 萬鹿港人陳情環保局要求制止製造二氧化鈦〉，《聯合報》，1986 年 3 月 29 日，第 2 版；林中傑，〈鹿港小鎮面臨杜邦恐懼症——鹿港 10 萬鎮民聯手抵制杜邦設廠〉，《財訊》50（1986 年 5 月），頁 188~189。
10. 《中國時報》，1986 年 7 月 4 日，第 3 版。

外資終止投資計畫的事件。[11]

（四）省議員對「杜邦在臺設廠」之提案

在鹿港杜邦設廠反對聲浪興起之際，臺灣省議會議員多次在議會提案，反映鹿港地區人民意見及接受民眾請願，轉交議案於省政府及中央相關單位辦理，如提議讓杜邦公司召開公聽會與當地民眾溝通，彰化外海污染排放區的管理建議，及杜邦設廠對鹿港地區文化史蹟保存與漁產養殖業之危害，都是站在環境保護與地方利益的立場為民喉舌。[12]

杜邦在彰濱設廠案破局之後，[13] 另外有數位省議員擔心杜邦在臺灣其他地區繼續申請設廠，因此有為花蓮縣與桃園縣民眾生命財產安全考慮的提案，亦是杜邦在臺設廠之後續效應。同一時期，省議員提案反對杜邦公司在花蓮設置二氧化鈦工廠，建議中央勿核准該公司在花蓮設廠。從民國 77 年開始，多位省議員透過書面及大會的緊急提案，勸諫政府不要核准杜邦在桃園縣觀音鄉設廠，[14] 甚至成立專案調查小組，深入調查瞭解省政府及中央部會是否有違法失職情事，經由兩次調查會議後省建設廳收回設立許可，只可惜最終仍被中央駁回提議。杜邦公司面對環保抗爭之後，被迫撤出彰濱工業區的投資計畫，但在重新檢討整個作業流程，決定引進先進技術，不再採取海洋棄置方式處理廢棄物，因此贏得臺灣專家信任，然後不斷與當地居民溝通、協調，終於順利在桃園觀音鄉設置二氧化鈦廠，該廠後來更成為模範工廠。[15]

杜邦雖在彰濱設廠失敗，但是最終移師桃園縣設廠，獲得經濟部及省政府建設廳的支持。中央政府當時強力執行經濟發展政策，即使省議員為在地民眾提案反對及組織專案調查小組，仍無法阻止杜邦二氧化鈦觀音廠的設置。另外也可以注意到在省議會提案反對的議員多代表所屬選區，自然受到代表地區選票的制衡，而傾向反杜邦建廠之地方民意。[16]

綜觀杜邦在臺設廠事件之發展，可發現中央政府與地方民意的各項利益衝突。在杜邦設廠案當中政府決策與地方民意兩者，似乎呈現一種負面的互動關係。顯見出中央與地方之間關注的焦點不同，政府著眼於外資設廠所帶來的「經濟成長」，民眾所重視者是家鄉的永續發展及生活品質。[17]

在杜邦案之後，民眾自覺的要求環境保護，反對污染企業的進駐。尤其各地的工業污染事件，所造成的生態破壞，有目共睹，而食物飲水的污染，更危害民眾健康。對污染的恐慌，已成民眾的集體心理。因此只要傳出某一工廠有污染可能，即會引起反彈。無論地方政府做什麼解釋，投資企業做什麼說明，都難以改變民眾疑慮。民意總認為，企業跟政府買地、建廠房都需要合格證，企業總是和政府聯手，所以不能信任它的無污染保證，更不能信任其未來的污染防制。 由於地方知識分子的參與，論述能力提高，理論與實踐、宣傳與組織，能夠有節奏、有策略、有目標的進行下去。該反對的地方，要說清楚，不該胡亂升高的對立。另外，串連能量驚人，藉由網路媒體的力量，得以迅速傳播全國，各地民眾一起聲援，原本為地方的小事件，頓時放大為全國性事件，甚至是國際事件，一旦引起國際媒體的重視，地方上就無法再捂著橫行了。[18]

就中央推動重大建設及引進外資的長遠目標來看，臺灣投資環境欠佳及建廠計畫未能成功，依舊對臺灣經濟發展有所影響。所以在杜邦案之後，有省議員質詢省政府，「彰濱工業區」另行招商設廠；也有省議員以為經濟建設屢受民眾抗爭，對臺灣相關產業的發展不利。而省政府宋省長在答覆省議員質詢時，表示有關重大公安及環保爭議的建廠案，若地方民眾與政府無法達成共識，將對臺灣產業建設造成重大影響。因此針對重大經濟投資案，除設置中央與地方之間的跨部會協調單位，也讓廠商直接與地方政府登記設廠，並且加強設廠環境影響評估之審定。[19]

11. 臺大學生杜邦事件調查團，〈杜邦事件大事記〉，《臺大學生杜邦事件調查團綜合報告書》（臺北市：牛頓出版社，1986 年 9 月），頁 89~132；施信民主編，《臺灣環保運動史料彙編 1》（臺北縣新店市：國史館，2006 年），頁 287~288；〈杜邦「有意」鹿港「無情」終於「緣盡」二氧化鈦廠決在臺另覓新廠址俟「環境評估」被肯定再提計畫〉，《經濟日報》，1987 年 3 月 13 日，第 3 版。
12. 李巧雯，〈臺灣省議會對外資在臺設廠之折衝：以杜邦、拜耳案為例〉，《臺灣文獻》62：1（2011 年 3 月），頁 308。
13. 臺灣省議會秘書處編，〈臺灣省議會第 8 屆第 3 次大會張朝權、林明正、林國龍、陳志彬聯合質詢〉，《臺灣省議會公報》59：18（1987 年），頁 19~22。
14. 杜邦在民國 79 年斥資 3 億 4 千萬美元，在桃園觀音鄉設立二氧化鈦廠，實施嚴格工安制度及高標準安全管理，建廠初始至今無任何工業損失事件。建廠之初便對環保及工安標準極為重視，並優先雇用在地人及採購物資，成立文教基金會回饋學子，組成社區督導委員會與社區代表溝通，參與社區活動等方式，嘗試成為當地民眾的好鄰居。杜邦臺灣，http://www.dupont.com.tw/1-a.htm，2016/1/25。
15. 呂理德，〈從拜耳案看臺灣經濟與環保互動〉，《中國時報》，1997 年 12 月 21 日，第 2 版。
16. 李巧雯，〈臺灣省議會對外資在臺設廠之折衝：以杜邦、拜耳案為例〉，頁 309~310。
17. 李巧雯，〈臺灣省議會對外資在臺設廠之折衝：以杜邦、拜耳案為例〉，頁 324~325。
18. 楊渡，〈楊渡專欄——讓環保運動變成正面的能量〉，《中國時報》，2012 年 11 月 21 日。
19. 李巧雯，〈臺灣省議會對外資在臺設廠之折衝：以杜邦、拜耳案為例〉，頁 326。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

二、國光石化

為與臺塑集團投資的六輕相互抗衡，於民國 94 年，中油公司主導的「國光石化科技股份有限公司」即「國光石化」，在民國 95 年 1 月正式成立「雲林石化科技園區」開發計畫。[20] 國光石化開發案位於彰化縣大城鄉與芳苑鄉的濁水溪北岸河口濕地，原為國光石化公司在民國 94 年，提出雲林離島工業區興建石化工業區之投資，後因臺西鄉民反對與環評、購地不易等因素，再加上彰化縣政府的積極爭取，因而於民國 97 年 6 月 24 日，國光石化董事會決議，將建廠地點移往彰化縣大城鄉沿岸，並計畫以填海造陸的方式興建國光石化園區。國光石化開發案為斥資新臺幣 4,000 億之大型開發案，其中含一座輕油裂解廠，為第八套輕油裂解廠，簡稱八輕。此開發計畫包括一座日產 30 萬桶原油的煉油廠、年產 120 萬公噸乙烯的輕油裂解中心、年產 80 萬公噸的對二甲苯芳香烴中心、23 座石化中下游工廠、14 套汽電共生廠、以及含 13 座碼頭的工業專用港。開發面積約 2,700 公頃，後縮小開發規模為 1,900 公頃。[21]

國光石化成為當時亞洲最大的石化投資案，是在雲林縣國民黨籍立委許舒博，極力支持下被引進，卻因為六輕的污染嚴重即通過的環評承諾並未實現等因素，遭到臺西鄉長、環保團體、漁民極力抗議，以及環評會要求進入第二階環評而擱置。緊接著，在民國 97 年彰化縣長卓伯源極力邀請國光石化落腳彰化，以增加當時縣長選票，選在低度發展的濁水溪口北岸的大城鄉「彰化縣西南角（大城）海埔地工業區」，與六輕對望；而開始了兩年的彰化縣及全國性的反國光石化運動。[22]

民國 98 年 6 月 9 日行政院環境保護署召開「彰化縣西南角（大城）海埔地工業區」初審會議，會前行政院環境保護署外集結了反對與支持的民眾，支持者聲勢浩大，主要由彰化縣民意代表和大城鄉近 400 位居民組成，而反對則由 20 餘名環保團體人士出面發聲。會後環評委員以該計畫案對環境有重大影響之虞為由，做成進入二階段環評之決議。同年 6 月 29 日在大城辦理環評說明會後，國光石化又於 8 月 19 日提出北移方案，行政院環境保護署隨後展開 4 次的範疇界定會議，經過 4 次會議後，除了確定開發計畫區位北移作為替代方案後，評估範疇仍與原先預定的相同。[23] 國光石化移轉到大城設廠，經過二階段環評 5 次專家小組審查會議，開過 17 次專家會議，尚有問題。國光石化未提出海洋生態補償與海洋生態監測計畫，依「開發行為環境影響評估作業準則」第十二條第二項規定，開發行為產生之廢污水排放至河川或海洋者，應評估對該水體水質、水域生態之影響，並訂定因應對策。至於評估的細項則規範於「海洋生態評估技術規範」，其第四點規定除了詳細要求海洋生態調查分析的項目與方法，並要求開發單位進行海洋生態影響評估，依開發行為對海洋生物棲息環境變動的影響、重要物種影響等，進行海洋生態影響分析與預測，並對生態影響進行綜合評估分析。[24]

國光石化未依法提出農漁業補償，依行政院環境保護署所訂「工業區開發環境影響評估審議規範」第十一條規定：「開發行為對於水產資源之影響，應就影響所及地區之漁獲改變及受影響之漁民戶數，提出說明與因應對策。」依此規定，國光石化應說明其對農、漁業經濟影響的數據，及漁民戶數的統計資料並提出因應補償對策，但依據該公司所提的環境影響評估報告書從頁 7 至頁 105，僅以「其有關對沿海養殖漁業、漁獲量、漁業資源及漁民收入之影響，未來將請專業漁業機構、漁會、地方政府及受影響之漁民、養殖戶共同協商補償事宜，以減輕受影響區內作業漁民之漁業收穫。」卻未在環評審查階段提出因應對策。[25]

國光石化對環境保護方面跟經濟發展影響，一來，濕地填海造陸影響稀有動物白海豚的生態；再者，臺灣的米倉因為水資源的流失而減產。第三，健康風險會增加，是因為污染增加的緣故。第四，自然災害增加，因為河口的淤積造成以後防洪排水都會出問題，第五，貧富差距會增加，因為所有的錢都被財團賺走，但是社會與環境成本卻是留給全民在承擔。第六，國光石化年賺 529 億賠償 539 億，並不是一個符合永續發展的開發案。[26]

在民國 98 年 8 月 8 日莫拉克風災，是臺灣自民國 48 年八七水災以來最嚴重的水患，其中高雄縣甲仙鄉小林村滅村事件最為嚴重，造成數百人活埋。當時雖然彰化縣沒有豪大雨量，但是根據中山大學海洋地質與化學研究所劉祖乾教授的研究資料，顯示南投山區當時的豪大雨量沖刷，卻造成濁水溪口出海口的砂石堆積高達 5 至 6 公尺，也因此國光石化進入第二階段環評的範疇界定會議期間，國光石化公司主動提出，要將當初選設大城鄉的位置在往北移，同時也將「海岸地形變遷之模式模擬」議題納入專家審查會議。[27]

20. 施月英，〈反國光石化回顧〉，《生態臺灣》37（2012 年 10 月），頁 19。
21. 內政部統計處，「反國光石化資料庫」，https://sites.google.com/site/noguoguang/home，2015/6/9。
22. 施月英，〈反國光石化回顧〉，《生態臺灣》37（2012 年 10 月），頁 19。
23. 李佳芳，〈石化工業區設置之風險溝通對風險知覺影響效益研究——以國光石化與麥寮六輕為例〉（臺北：國立臺北大學都市計畫研究所碩士論文，2012 年），頁 50。
24. 詹順貴，〈環保署決戰臺灣環境：談國光石化案〉，《司法改革雜誌》84（2011 年 6 月），頁 64~65。
25. 詹順貴，〈環保署決戰臺灣環境：談國光石化案〉，頁 65。
26. 蔡嘉陽，〈反國光石化的社會實踐：談環境保護的公民〉，《傳播研究與實踐》2：1（2012 年 1 月），頁 3~4。
27. 施月英，〈反國光石化回顧〉，頁 22。

當國光石化因為風災改變區位後，也增加擴大了民眾反對國光石化的範例。由於大城鄉和芳苑居民，在海岸利用有顯著的不同，一開始反國光石化居民的反對聲音非常小，是因為大城鄉靠近濁水溪，由於濁水溪的泥沙含水量高，又某些高灘地沙區如粉般不踏實，所以利用潮間帶的漁民非常少，不像芳苑鄉有王功、永興養殖專業區，以及潮間帶上有大面積養殖牡蠣區，所以沿海的居民，大多是利用潮間帶維生，因此這裏的反對聲浪不曾間斷。[28]

因開發區位北移其影響範圍涵蓋芳苑與大城兩鄉，因此民國 99 年 2 月 23 日，經濟部工業局於上午辦理現場勘查後，下午便在芳苑鄉舉行公聽會，而芳苑鄉反對聲浪較大，因此當日公聽會出現了支持者與反對者對峙的場面。民國 99 年 4 月開始展開二階環評的專案小組會議與專家會議，期間反對團體也陸續展開行動，例如臺北凱道抗議，舉辦千人路跑守護白海豚活動、演出行動劇舉行全民主護家園記者會，以及濁水溪口海埔地公益信託等活動。期間 7 月六輕發生 2 次嚴重火災，各界紛紛關注國光石化與六輕等 2 案。其中不乏反對者將六輕案例作為前車之鑑進行討論。[29]

民國 99 年 8 月，還有千餘位學者共同連署反對國光石化。他們強調，節能減碳是國際趨勢，而國光石化正走在相反的道路上。兩位中興大學教授推估，更點出該投資案的不理性。經濟學家陳吉仲指出，民眾的健康成本、死亡代價、地層下陷等每年必須付出的成本高達 1,000 億元，幾乎是預期年度獲益的 2 倍。而根據環工專家莊秉潔的計算，一旦國光石化運轉之後，空氣中的懸浮微粒會顯著增加，臺灣每個人將減少 23 天的壽命，每年造成 399 到 565 人死亡。[30] 時值民國 99 年 9 月，反對團體的相關行動越發白熱化，工業局則連日刊登支持石化業的廣告，而立委鄭汝芬等人動員彰化縣居民北上表達支持之意，但彰化環保聯盟等環保團體也動員千人行，並展開一連串的全國反國光石化運動。[31]

反國光石化運動因為有各界積極參與，加上無形的力量或說契機的助力，讓反國光石化得以成功。中興大學的莊秉潔、陳吉仲教授等發起的學界聯署，邀請臺灣最高研究單位的中研院院士都站出來；彰化縣環境保護聯盟會員葉宣哲胸腔科醫師也發起醫界聯署；賴和文教基金會也發起藝文界聯署；業界也發起商業界聯署，彰化及北部的青年學子發起聯署並串聯全國各地專院校學生，成為各界反國光石化中，最大最有創意及最有

28. 施月英，〈反國光石化回顧〉，頁 22。
29. 李佳芳，〈石化工業區設置之風險溝通對風險知覺影響效益研究——以國光石化與麥寮六輕為例〉，頁 50。
30. 何明修，〈反國光石化運動的「公民」展演〉，《傳播研究與實踐》2：1（2012 年 1 月），頁 50。
31. 李佳芳，〈石化工業區設置之風險溝通對風險知覺影響效益研究——以國光石化與麥寮六輕為例〉，頁 50。

影響力的組織，也成功地在各地遍地開花。[32] 反國光石化運動成功地號召一群有行動力的大學生，構成最重要的主力部隊。臺灣的環運從最早反杜邦起，就有學生工作隊下鄉動員，但是參與的廣度與深度都不及這次，在農村陣線、青平臺等團體的協助下，這群大學生進行實地訪調工作，實踐「有感動才有行動」的實作邏輯。在各大校園中，他們也透過社團與農學市集等活動，向同學傳播保衛土地的價值。更難能可貴地，連高中生也開始關心公共議題，當時在彰化縣就曾出現 2,000 多位高中生參與聯署的行動。[33] 此外，透過濕地認股運動，反國光石化運動成功連結了廣大的都市中產階級。用公益信託的方式募集資金，以保存具有生態價值的地帶，是外國行之有年的環運路線；這項認股運動出乎預料地成功，到民國 100 年 4 月底前，第二階段聯署已經有 8 萬多名民眾參與。[34]

時序進入民國 100 年，相關反對活動仍不斷進行，反對國光石化的意識和聲浪持續高漲。[35]4 月 22 日馬英九前總統召開記者會正式宣布「政府不支持國光石化在彰化投資的立場，同時期盼藉此契機，重新檢討臺灣整體產業結構與政策走向，推動石化業轉型升級，朝向高值化發展」後，民國 100 年 4 月 27 日國光石化董事會即決議：因環評審查之條件非常嚴苛，故決議撤銷國光石化在彰化西南角（大城）海埔地工業區計畫，環境影響評估案才告一段落。[36]

第二節 環境影響評估

環境影響評估係指在某一特定的開發行為進行之前，就該開發行為對於生活環境、自然環境、社會環境與經濟、文化、生態等可能造成之影響類型、程度及範圍，予以科學、客觀、綜合的調查、預測、分析與評估，並據以提出管理計畫，之後公開說明，付諸審查，以做為決定該開發行為可否進行之決策參考依據，其目的乃在於透過環境管理制度的建立，以求得開發與環境保護的兼顧。[37]

32. 施月英，〈反國光石化回顧〉，頁 27。
33. 何明修，〈反國光石化運動的「公民」展演〉，頁 50。
34. 何明修，〈反國光石化運動的「公民」展演〉，頁 50。
35. 李佳芳，〈石化工業區設置之風險溝通對風險知覺影響效益研究——以國光石化與麥寮六輕為例〉，頁 50。
36. 陳惠楓，〈政府施政如何兼顧「經濟發展」與環境保護——以國光石化投資案為例〉，《訓練與發展（T&D）飛訊》148（2012 年 8 月），頁 2。
37. 行政院衛生署環境保護局，《環境保護年鑑中華民國七十三年版）》（臺北：行政院衛生署，1985 年），頁 8。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

民國 70 年代臺灣政府積極推行及建立環境影響評估的制度，民國 71 年（1982）由衛生署環境保護局（今行政院環境保護署之前身）草擬完成「環境影響評估法」呈報行政院核定，後因考量實施之時機、人力、經驗及技術仍未臻成熟，故改以「加強推動環境影響評估方案」實施。

環境影響評估為一科際整合工作，不但須依賴自然、人文、社會、經濟各方面專業知識，進行分析研判，且須由相關單位就其主管業務內提供意見，以協助計畫核定機關針對環境問題做整體考慮。因此，環境影響評估之是否具實質意義，以及環境問題之考慮能否適切反映於計畫決策過程中，端賴評估程序之完備。[38]「加強推動環境影響評估方案」該辦法規定，凡應予評估之重大工程及開發計畫，除核能發電廠評估另有規定外，其餘於申請開發許可時，應循下列程序提出環境影響評估報告。開發單位應參照評估技術準則之規定事項，就開發計畫及（或）替代方案對環境之影響，進行調查、預測及評鑑，並向開發計畫核定機關及環境保護主管機關提出環境保護評估報告（以下稱評估報告）。[39]

初稿內容應包含開發計畫之目的及其內容開發計畫位置之環境現況（土地利用、環境品質、珍貴或特殊之自然及人文資源）；開發計畫及（或）替代方案評估結果（5 年或 10 年內不可避免之長、短期影響，永久性或不可復原之資源利用方式）；環境保育或公害防治對策；評估方法、預測模式，有關機關意見或民眾意見。

環境保護主管機關應會同計畫核定機關審核評估報告初稿，並徵求有關機關意見，決定須否修正，或建議開發工程應做何種修正事項。環境保護主管機關應將評估報告與審核意見，分送有關機關及開發計畫核定機關，以為計畫審核核准之參考。[40]

「加強推動環境影響評估方案」於民國 74 年經行政院核定實施 5 年，民國 80 年期滿後由行政院環境保護署核定「加強推動環境影響評估後續方案」繼續推動環境影響評估制度，而至民國 83 年底通過並公布「環境影響評估法」，自此環境影響評估制度有了較為完備的法源依據。[41]

綜觀環境影響評估最重要關懷的面向包含災害的誘發以及資源的衝擊。開發行為對於地形、地質之組成及作用的改變，常肇致自然環境系統呈現不穩定之狀態，當此一不穩定現象具有相當之規模，且其影響區內存在有重要之公眾活動、聚集區域和設施時，極易造成重大的災害，故在評估上應考量因開挖、填土、棄土等改變坡度及地質結構行為所可能引發的邊坡穩定及土石流失問題；因計畫設施之構築所可能造成影響區之土壤過度變形，或地層下陷等基礎承載問題；因地形及地質之改變而影響地表及地下水文之水理所引發之洪水災害，抑或影響沿海海象所造成之海岸侵蝕問題；因計畫設施位於地震高危險區，可能因地震造成嚴重損害而對影響區有不利影響，或計畫設施的構築運作可能誘發斷層活動。對資源的衝擊應考量具有特殊景觀價值、防災功能及生態保育之地形、地質；重要且稀有、具國家或地域性特色、抑或具有學術研究價值之地形與地質；水資源；能礦資源所可能造成的衝擊。[42]

民國 84 年，環保局的環境影響評估業務逐漸系統化管理，如建立本縣環境影響評估審查委員會法制化；編列已通過環境影響評估審查案件名冊，並予列管；審查開發者所報定期「環境影響評估追蹤考核申報書」，並予建檔列管；審查開發者所送定期監測資料；將列管案件依其特性、工程規模及對環境影響程度等因素予以分類，並擬定各類別之現場監督頻率；對已通過環境影響評估之開發案件進行現場監督查核，促成開發單位達成環境保護之承諾。[43] 以下以中科四期為例，說明本縣環境影響評估業務進行狀況。

民國 97 年 8 月 20 日，國科會宣布中科四期園區甄選結果，由彰化縣二林鎮以土地「所有權歸屬較為單純」以及縣政府的積極爭取下獲選為開發區域。[44] 中科管理局隨即宣布中科四期的開發期程，聲稱每年可創造 9 千億營業額與 3 萬個就業機會。中科四期的用水規畫分成短、中、長期，其中短期用水規劃（民國 98 年至 100 年），每日 0.48 萬噸，預計從自來水系統供應。中期用水（民國 101 年至 104 年），每日 7.13 萬噸，由自來水系統、集集攔河堰北岸既有水源供給。長期供水（民國 105 年以後）每日 16 萬噸，由自來水系統及大度攔河堰聯合供水。除了大量用水用地可能造成的環境衝擊，光電製造業年排放 1 千多噸揮發性有機物（VOC），也引起關注。整個環評過程最令人矚目的則是，每日近 10 萬噸的廢水排放可能造成河川下游農漁養殖重大影響的爭議。中科管理局原先規劃將高科技放流水排放至北彰化的「舊濁水溪三和制水閘以下」，環保團體於環評專案小組會議中主張，應至受影響區域舉辦說明會未獲採納，加上彰化福興鄉蚵農知情後，北上至臺中、臺北，向中科局和行政院環境保護署抗議。故之後產生了 2 個

38. 行政院衛生署環境保護局，《環境保護年鑑中華民國七十三年版）》，頁 10。
39. 行政院衛生署環境保護局，《環境保護年鑑中華民國七十三年版）》，頁 11。
40. 行政院衛生署環境保護局，《環境保護年鑑中華民國七十三年版）》，頁 11。
41. 行政院衛生署環境保護局，《環境保護年鑑中華民國七十三年版）》，頁 12。
42. 張伯宇，〈環境影響評估〉，《地景保育通訊》4（1996 年 6 月），頁 30~31。
43. 不著撰者，〈彰化縣議會第十三屆第四次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 258。
44. 趙祥、周桂田，〈從經濟社會及文化權利國際公約之水資源保障談中科四期開發計畫之爭議〉，《國家發展研究》13:1（2013 年 12 月），頁 115。

腹案，分別為「將廢水排放至濁水溪」以及「設置海洋放流管」。行政院長吳敦義之後在接見縣長與立委時，承諾以「政策決定」提高放流水處理規格高度（E12），要求中科採取專用放流管向海洋再延伸 3 公里，以完全去除民眾對養殖受到影響的疑慮。[45]

民國 98 年 10 月 13 日，行政院環境保護署舉辦第五次專案小組延續會議，主要為消除圍繞在地方政府、行政院環境保護署及環評會接受行政院施壓的傳聞上。環評委員會主席限制會議參與人數，只開放少部分人旁聽；雖然初審「有條件通過」且等待環評大會的最終確認，會中認為「濁水溪」與「舊濁水溪」兩案均為「可接受方案」。其後，行政院環境保護署於 10 月 30 日舉行環評大會，主要的任務是確認第五次專案小組審查結論。會前有環保團體主張，應將海洋放流方案納入原案後一同進入第二階段環評程序，且不可同時提出 2 個以上的選擇方案，以免違反行政程序法第五條：「行政行為之內容應明確。」等相關規定。而此環評大會決議後，再經區委會核准後中科四期即可動工，排放污水只需經過主關機關即水利署的許可，且方案可自由選擇不必再向行政院環境保護署報告。[46]

中科四期環評案有條件通過，行政院環境保護署決議的放流水方案仍為「濁水溪」與「舊濁水溪」兩案，係因行政院環境保護署長沈世宏在會議中表示，行政院長吳敦義的「海洋放流」支票僅是政治決定，並非環評結論，因此沒有一定要履行。其中中科管理局表示，海洋施工有其難度，所以最終才沒有採取比較嚴格的排放標準。[47]

土地所有權人等（原告）不服內政部民國 98 年 11 月 13 日函及原處分提起訴願，經行政院以院臺訴第 0990100202 號訴願決定作成：「關於原告不服原處分部分訴願駁回。其餘部分訴願不受理。」遂提起本件行政訴訟。

民國 101 年 10 月 11 日臺北最高行政法院 99 年度訴第 1856 號判決，撤銷中科四期二林園區的開發許可，創造內政部區委會開發許可遭司法撤銷的首例。本案爭議之焦點在於土地所有權人等（原告）主張，依「區域計畫法」第十五條之二第一項第一款之規定，對國土利用之適當與合理，乃開發許可之合法前提要件，惟中科四期二林園區位於彰化縣內，鄰近即有彰濱工業區，閒置情形嚴重，且自「農地釋出方案」以來，民國 83 至民國 98 年間，耕地總面積及糧食自給率已大幅減少，內政部卻仍核准釋出及允許開發優良農地，對於國土利用顯不適當亦不合理。其內政部（被告）主張，中科四期二林園區開發計畫基地之遴選作業係由國科會辦理後，推薦彰化二林基地為本件開發之位置，並由中科管理局依區域計畫法向內政部提出土地變更之申請，內政部就所遴選基地位置之土地利用及適宜性，依「區域計畫法」第十五條之二授權訂定「非都市土地開發審議作業規範」之相關規定進行審查，並經內政部區委會第二六五次審查會議延續會議委員多數決同意在案，至原告主張有關閒置園區浪費資源、是否有開發新園區必要、糧食自給率下降等問題，並非內政部之權責範圍，亦非這個開發許可之法定審查要件，與這個開發許可之合法性無涉，故與「區域計畫法」第十五條之一第一項第一款之規定無違。[48]

判決撤銷開發許可之關鍵在於違反國土有效利用，及國家資源合理配置之原則。其主要理由為內政部受理科學園區之新開發計畫申請案時，除應審查申請機關所選位址是否符合相關規範外，更應優先考量是否有另闢新址開發新園區之必要，以避免國土利用及國家資源之浪費。中科四期園區選址之適當性、合理性及必要性，已成為內政部區委會就這個開發案審議之重要焦點之一。[49] 民國 103 年 6 月環保署環評大會決議中科四期二林園區開發案進入二階環評，民國 104 年召開範疇界定會議，確認開發地點、方式、環保措施的替代方案，包括基地不開發利用的零方案，並研議廢水以海洋放流等方式處理，要求中科局都納入評估，在二階環評審查提出。中科四期二林園區，主要用地為臺糖大排沙及萬興農場，開發面積 631 公頃，民國 98 年就已通過環評，但歷經 3 次環差變更，在地方及環團反彈聲浪大之下，民國 103 年 6 月環評大會中，中科局主動表示願意進入二階環評，並承諾二階環評前不會新建、擴建等開發，因此環評大會決議中科四期二林園區開發案進入二階環評。在開發方式，除了環團提出零方案，基地不開發利用，維持原有臺糖農地的土地利用型態，環評委員要求開發地點應有替代方案，包括利用中部其他大型工業園區（臺中工業區、虎尾基地、馬稠後基地），中科局則另提出中興新村高等研究園區等方案。開發方式替代方案，除了中科局提出的基地全區同時開發，另會中還有環團提出研議成立生技專區（基因改造、疫苗製造除外）之可行性，及轉型機械化有機農業生產園區。環保措施替代方案，除環團要求減少放流水量或全回收零排放，環委提出舊濁水溪排放方案，中科局另也提出廢水以海洋放流、廢水排放至水深 20 公

45. 杜文苓，〈環境風險與科技決策：檢視中科四期環評爭議〉，《東吳政治學報》29：2（2011 年），頁 69~71。
46. 趙祥、周桂田，〈從經濟社會及文化權利國際公約之水資源保障談中科四期開發計畫之爭議〉，《國家發展研究》13:1（2013 年 12 月），頁 117。
47. 鐘聖雄，〈中科四期環差通關　廢水將排濁水溪〉，《公視新聞網》，http://pnn.pts.org.tw/main/2013/02/04/，2016/2/7。
48. 鍾麗娜，〈臺北最高行政法院判決——撤銷中科四期二林園區開發許可案之省思〉，《土地問題研究季刊》12：1（2013 年 3 月），頁 82。
49. 鍾麗娜，〈臺北最高行政法院判決——撤銷中科四期二林園區開發許可案之省思〉，頁 83。

尺外海。此外，開發單位也應盡量保存原來的相思寮聚落型態，減少用水量，以減少對地方之衝擊。[50]

第三節 環境教育

環保教育的重要性約在民國 50 年代受到西方國家的重視，而臺灣地區則是在行政院環境保護署成立後才全面進行環保教育規畫，特別是民國 60、70 年代之後，因為公害污染事件頻傳，污染防治、環境保護概念成為環境教育的啟蒙議題。民國 76 年（1987）行政院環境保護署成立後核定「現階段環境保護政策綱領」，提升民眾環境教育意識，同時強調環境教育與研究發展，運用廣播、電視、文宣等強化各種環保意識。民國 77 年研訂的「行政院環境保護署加強推動環境教育計畫」中擬定，民國 77 年至 81 年的 5 年計畫來加強推動環境教育加強學校環境教育與社會環境教育之推動。民國 81 年，行政院通過「環境教育要領」，由行政院環境保護署、環保局規劃、協調，以建立完整的環境教育體系、加強學校環境教育，培育專業環境教育人才、積極推動社會環境教育。民國 89 年推動之「環境基本法」，則繼續加強環境教育與永續經營之概念，因此大力推展「綠色學校」、「永續校園」以及支持公益性的非政府環境保護團體。民國 99 年的「環境教育法」更直指環境教育是「運用教育方法、培育國民瞭解與環境倫理關係，增進國民保護環境的知識、技能、態度與價值觀，促使國民重視環境、採取行動，以達永續公民的發展」。[51] 因此環境教育可說是一門公民教育，希望以終身環境教育的理念，兼顧整體性、計畫性與長期性進行推動。若從教育著手，從幼稚園到大學，甚至社會都是實施環境教育的場域，不同階段給予不同的教育內容，至於社會大眾則應給予社會教育或是社會改造運動。[52]

本縣較大規模的環保教育宣傳活動始於民國 70 年代末。民國 79 年環保教育宣傳活動配合臺視公司「找回大自然節目」，於縣府第二會議室舉辦全縣小學生環保常識搶答比賽；配合地球日活動，辦理全縣教師、國小組環保標語漫畫比賽，參加作品共 469 件；

50. 〈中科二林園區二階環評替代方案　今獲確認〉，《蘋果日報》，http://www.appledaily.com.tw/realtimenews/article/new/20150512/608880/，2016/08/09
51. 林素華，〈臺灣環境教育的發展與現況〉，《生態臺灣》41（2013 年 10 月），頁 7~13。
52. 林照真，〈破解三十年的環境教育真空〉，《師友月刊》251（1988 年 5 月），頁 15~16。

編印《地球保護個人行為指引手冊》5,700 本，分送各機關、民間、團體及村里辦公室，供民眾閱覽；分送行政院環境保護署製作之《環保小英雄—緊急救援行動》卡通長片錄影帶給本縣各國民中、小學及幼稚園，並利用機會廣為宣導；響應「815 垃圾不落地」活動，由環保局同仁及仁德慈善會、建國工專同學、社工人員至重要街道，分送垃圾袋給賞月人員，以保持環境整潔。[53]

民國 79 年至 83 年間，本縣對於環境教育宣導工作除經常辦理外，適時發動機關、學校、社團人員參觀垃圾衛生掩埋場；擴大徵求熱心環保工作者，特招募義工踴躍加入環保行列；對國家清潔週活動，利用文宣配合各鄉鎮市公所，加強宣導；環保局配合縣府教育局，每月排定行程至各國中、小放映宣導短片暨辦理有獎搶答，並安排大專社區環保服務隊與國中學生，觀摩衛生掩埋場，實施公害防制實地參觀。[54]

民國 84 至民國 90 年間，環保局進行的重要環境教育活動包含與國聲電臺合作，每週定期播出「環保列車」宣導環保概念，並於本縣舉辦各項宣導活動時，配合加強廣播宣導；前往各國中、小學進行環境教育宣導；於各鄉鎮辦理健康快樂環保人系列活動；配合各社團進行環保專題演講及宣導活動。[55] 同時扶植成立環保社團「彰化縣大地保護協會」，此社團主要落實縣府推動的「環保行善」理念，經環保局多方面催生和努力，獲得縣內慈善、志願服務社團及熱心環保人士的認同，而結合籌組本縣第一個環保服務社團，於民國 85 年 3 月 6 日召開發起人會議，並訂名為「彰化縣大地保護協會」。[56] 另又於校園舉辦環保小局長選拔，並在校園與社區訓練環保宣傳師。[57]

社區參與是實施環境教育不可或缺的重要面向。如民國 89 年環保局的環境教育宣傳為例，可見端倪。該年的活動如下：

1. 前往各國中、小學進行環保教育宣導，計 51 場次共 23,191 人次。
2. 至各社團、社區進行環境保護專題演講及宣導活動計 73 場次共 50,010 人次。
3. 輔導彰化縣大地保護協會等 8 大社團辦理海灘認養活動。
4. 與溪湖鎮公所假舊濁水溪河畔辦理綠美化活動。
5. 配合北斗鎮農會辦理「環保教育講習」。

53. 不著撰者，〈彰化縣議會第十二屆第二次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 213。
54. 不著撰者，〈彰化縣議會第十二屆第三次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 229~230。
55. 不著撰者，〈彰化縣議會第十三屆第四次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 259~260。
56. 不著撰者，〈彰化縣議會第十三屆第四次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 259~260。
57. 不著撰者，〈彰化縣議會第十三屆第六次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 214~215。

6. 假溪湖鎮、二林鎮舊濁水溪河畔辦理「e 世紀淨溪行活動」。
7. 假溪湖鎮舊濁水溪河畔辦理「e 世代、環保愛—全國社區生活環境改造觀摩會」。
8. 配合彰化市桃源社區環保教育宣導活動。
9. 辦理「21 世紀—清潔總動員」全縣掃街活動。
10. 與溪湖鎮慈音慈善團體會共同辦理「溪湖鎮環保志工大會師暨宣導活動」。
11. 假溪湖鎮湖南國小辦理「溪湖鎮大竹社區環保義工存摺授證典禮」。
12. 配合和美鎮糖友里公益服務隊辦理「猜燈謎資源回收宣導晚會」。
13. 配合埔鹽鄉埔南、崑崙、永樂社區、二林鎮華崙社區暨秀和慈善基金會辦理元宵節「環保宣導活動」。
14. 假溪湖鎮巫厝社區辦理「巫厝社區、華崙社區—美化我家園、綠化好厝邊活動」。
15. 配合埔鹽鄉天盛社區辦理「二十一世紀健康環保總動員」配合和美鎮糖友里社區辦理「環保行動你、我、他」。
16. 假田尾鄉新生社區辦理「美化我的家園—大家逗陣來」活動。
17. 配合彰化市復興社區發展協會辦理「社區甘仔店—跳蚤市場」。[58]

環境教育除了教導人認識環境，從環境中學習，同時也建立個人對環境的態度，期使個人的價值觀可以轉化為具體的行動，學校環保教育僅是其中一環，更重要的是期待社會民眾的參與，環境改造才有可能完成。從民國 101 年環境改造計畫結案報告中可以得知本縣環境教育已深入社區，並結合社區發展協會，推動環保工作，社區民眾實際髒亂點清除、小廣告清除、垃圾減量、資源回收、環境綠化、實施廚餘堆肥、汽機車定檢、生物多樣性保育、溪流保育、集水區保育溼地保護、環境教育宣傳、環保義工、環境整潔維護、公共區域認領、綠色消費、社區環境調查等，以上均顯示環境教育已成為施政要項。[59]

58. 不著撰者，〈彰化縣議會第十四屆第七次大會議事錄〉（未註明出版日期），頁 593~594。
59. 彰化縣環保局，〈101 年社區環境改造計畫結案報告〉，頁 1，http://www.chepb.gov.tw/ch/02business/bus_01.asp?bull_id=3724，2016/1/9。

結　語

彰化地區的醫療衛生發展情況，在荷西時期以及鄭氏治臺時期並無確切資料可尋。清代資料多稱臺灣為瘴癘之地，可見衛生環境對漢人開發之影響。日人治臺後，分別於中央與地方設立衛生行政機構，地方衛生事務於各州警察部置衛生課，各廳警務課置衛生股。彰化地區於日治時期係由臺中州管轄，衛生事務由臺中州衛生課管理，設衛生課長 1 人，衛生技師、警察醫、衛生技手、書記等人員。

臺灣戰後，政府積極推行公共衛生，建立地方衛生行政組織系統，彰化地區自民國 34 年（1945）之後的衛生行政機構，歷經臺中縣衛生院、彰化縣衛生院與彰化縣衛生局等 3 個時期。目前本縣衛生局編制有局長、副局長、秘書，並設有醫政科、藥政暨物質濫用防制科、食品衛生科、保健科、疾病管制科、檢驗科、企劃資訊科、長期照護科、衛生稽查科、行政科、人事室、會計室、政風室等單位。

普設鄉鎮衛生所是中央政府來臺後改善地方衛生的首要工作。本縣鄉鎮區衛生所的發展大抵與臺灣地區各鄉鎮衛生所的設立相似，均是成立於民國 30 年代末期至民國 40 年代初期。依據鄉鎮區衛生所設立準則，衛生所隸屬於縣市衛生院，受鄉鎮區長之督促，辦理該地區之衛生保健事務。設主任兼醫師 1 人管理所務，並監督所屬職員。本縣除彰化市 2 家衛生所外，其餘 1 鄉鎮 1 衛生所，共計 27 家衛生所。

在西方醫學未引進臺灣之前，臺灣人民的照護工作都以漢醫、宗教民俗治療為主。然隨著清末教會醫療的推展以及日人治臺，將西方現代醫學的實施作為殖民政策之一，使得西醫逐漸成為臺灣人主要的就醫習慣，然中醫（漢醫）以及民俗醫療在民間仍有一定的影響性。彰化各式醫院、診所自民國 38 年後，逐年增加。其中較大型醫院有彰化縣立員林醫院、臺灣省立彰化醫院、彰化基督教醫院以及秀傳醫院。有百年歷史的彰化基督教醫院，自民國 79 年開始引進現代醫療品質管理及全面品質管理。總床數 675 床，占床率在 97% 以上。民國 103 年 7 月通過衛生福利部審議，並在同年 9 月 4 日開業，成為繼臺大兒童醫院後第 2 家，也是中南部第一家提供服務的兒童醫院。「秀傳醫療體

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

系」的前身為黃明和外科，目前全體系員工 5,000 多人，病床數 3,500 多床，從北到南有 8 家分院。

民國 40 年代於本縣執業之醫師以接受日式醫學教育為主，且分布各鎮醫師執業人數勝於各鄉。本縣醫療資源隨著多家中大型醫院的設立，在病床數、診療科目及儀器設備等硬體方面，逐漸充實；醫療人力資源也逐年增加。民國 60 年之前，本縣之醫療環境不佳，之後雖實施勞保，但其規定嚴格，一般民眾仍以自費為主。民國 80 年之後，公勞保全面開放，開業環境大幅改善，民國 84 年 3 月全民健保制度上路，更扭轉了醫師開業的景象，因此醫師人數急速增加。在民國 60 年代之前頗具社會地位與受到婦女歡迎的助產士，一方面隨著臺灣婦女生產場所的改變，婦產科醫師逐漸為臺灣婦女接受，一方面受到公勞保給付制度的影響，其接生率逐漸降低，本縣助產士人力亦逐年下降，至民國 101 年止，本縣助產士僅存 1 名。其他照護人力，如護士、護理師、醫事檢驗師、藥劑師、營養師人數則呈現逐年增加趨勢。醫療人力也呈現醫療專業化發展的趨勢，例如「師」級逐漸取代「士」級，因此護理師、藥劑師、醫事檢驗師、物理治療師、職能治療師以及牙體技術師的人數逐年增加。此外近年出現的呼吸治療師則是呼應長期照護、呼吸治療的照護需求，至於聽力師、語言治療師則與早期療育、復健醫學受到重視有關。若從性別比來看，本縣醫療人力之性別分布，護士與助產士均由女性擔任，男性則多擔任醫師、牙醫與藥劑生（師），此概略反映了職業的性別分布。

若以醫師的城鄉分布來看，醫師人力主要集中在彰化市，其次為鹿港鎮、員林鎮以及二林鎮，這些地區主要有彰化基督教醫院、秀傳醫院等院區分布。部分鄉鎮如線西、芳苑、大城、二水、埔鹽的西醫、中醫、牙醫等醫師人數，不及 10 人，可見本縣醫療資源與人力的城鄉差距問題。

藥政與食品業務管理係本縣醫療衛生業務之一環。本縣的藥事管理主要依據中央政府頒訂之「臺灣省理管藥商辦法」、「藥物藥商管理法」以及「藥物藥商管理法施行細則」辦理。現今藥事管理業務包含藥物、藥商、化粧品衛生及廣告管理；中西藥廠、化粧品、醫療器材工廠管理；管制藥品管理；推動醫藥分業；以及辦理社區居家藥事照護服務，及正確用藥暨藥物濫用防制宣導講座。

食品衛生管理工作在日治時期原屬警察單位管理，戰後移交衛生行政機關，附屬與藥政單位辦理。民國 68 年發生多氯聯苯中毒事件，又交由環境衛生單位接辦。民國 74 年將食品衛生管理與國民營養改善業務合併於同一單位，因而成立衛生局第七課。本縣的食品衛生管理業務如下：食品衛生稽查、抽驗、取驗、輔導；屠宰場衛生檢查；辦理食品衛生教育；辦理優良餐飲業者選拔；辦理國民營養觀摩會；協助上級政府辦理各項國民營養相關計畫。近十餘年來，為保障縣民用餐安全，積極推動餐盒業者 HACCP 認證制度。同時為增進縣民健康，多次舉辦體重控制班，以降低民眾罹患慢性疾病之風險。

傳染病的型態與社會經濟、公共衛生發展密不可分。世界各國依傳染病之流行狀況，訂定相關法令，以收防治之效。近五十年來，因交通便利，人與人之接觸密切，加以來臺觀光客數量增加，有關各種急、慢性疾病防治工作，如霍亂、天花、寄生蟲等防治工作，本縣衛生局均採隨時嚴密監視的方式。若有疾病發生，立刻予以消滅。

根據《彰化縣統計要覽》顯示，自民國 70 年代以後，黃熱病、鼠疫、霍亂、天花、白喉、百日咳、破傷風、狂犬病、猩紅熱、斑疹傷寒、回歸熱、恙蟲病、痢疾、傷寒、瘧疾等傳統法定傳染病在本縣的發生病例，幾乎為零；即使有病例出現，亦屬零星案例，且均在衛生單位的控制之中。唯小兒麻痺症曾在民國 71 年出現全臺性大流行，本縣亦有病例出現。隨著社會經濟的發展以及交通方式，人與人互動方式的改變，近三十年來出現許多新興的傳染病，如愛滋病、SARS。此外，原已受到控制的結核病，又再度流行，目前成為罹患人數最多的傳染病。因應新興傳染疾病的威脅，衛生署於民國 88 年增列多項法定傳染病與應報告傳染病的項目，包括愛滋病、SARS、結核病、腸病毒、登革熱、水痘、腮腺炎、梅毒、淋病等。同時於該年年中成立疾病管制局。為了進一步規範疫情發布權的歸屬，新修訂的「傳染病防治法」規定，醫師發現特殊疫情時，必須先向衛生主管單位報告，之後才能夠對外發表聲明。新的傳染病防治法也將原先不在法條內的許多傳染病，增列為必須報告的法定傳染病，其中包括腸病毒併發重症、流感病毒感染等。

在民國 40、50 年代的臺灣，農業為主要經濟命脈。大部分農民仍使用未經處理的糞肥作為作物肥料。這種環境條件，最適合於寄生蟲的發育、繁殖和傳染，因此根據臺灣各種寄生蟲的傳染率，以腸內寄生蟲—土壤傳播性蠕蟲之蛔蟲、鉤蟲和蟯蟲最為普遍。臺灣省衛生處鑑於寄生蟲影響學生身體健康甚鉅，特別舉辦「腸內寄生蟲防治計畫」，目前寄生蟲已不再成為本縣縣民的健康威脅。肝病可說是臺灣人的「國病」，其主要的原因在於 B 型肝炎帶原者在臺灣人口所占比例，位居世界前幾位。民國 70 年，衛生署通過「加強 B 型肝炎防治計畫」，此計畫重點包含加強肝炎防治衛生教育、預防肝炎的傳染、強化肝炎的研究，成立肝炎患者資訊中心；各級部會與地方政府須積極全面配合該項防治工作；進行 B 型肝炎血漿疫苗試驗，因此「B 型肝炎防治」得以成為政府主力推動的八大重點科技之一。

本縣 B 型肝炎預防措施配合衛生署之政策，於民國 74 年全面實施。除了實施預防接種計畫外，政府亦要求各國中小學加強實施 B 型肝炎相關之衛生教育。各學校須利用週會期間舉辦 B 型肝炎防治專題演講；辦理「B 型肝炎預防週」；要求學生若非必要應拒絕進行注射，若需注射，則應使用拋棄式針頭；若校園內有 B 型肝炎帶原者之師生，應給予適當之衛生教育與輔導；此外，透過家長會、家長參觀日，提供家長 B 型肝炎之相關知識與預防措施；醫療衛生單位則需提供教育單位所需之 B 型肝炎防治教材、海報與宣傳單張，必要時得提供衛生人力協助宣導工作。

本縣沿海地區是砂眼罹患率較高的區域，在民國 40 年代初期本縣沿海各鄉鎮漁鹽民共有 4 萬餘人，其中患砂眼者，約有 2 萬 8 千餘人，佔 70%，縣府特購買土黴素，分發沿海各鄉鎮衛生所積極予以治療。該防治經費由農復會補助，計有線西、新港、鹿港、福興、大城、芳苑等沿海鄉鎮居民受惠，目前在本縣已少見砂眼患者。

臺灣精神醫療開始受到重視，是源自於民國 70 年代初期社會爆發了一連串精神病患肇禍事故，衛生署決定將之納入全國醫療網中的一環，加以推動。自民國 74 年起本縣精神科床數逐年增加，至民國 101 年止，共有急性精神病床 400 張，慢性精神病床 982 張。本縣亦有社區心理衛生中心、社團法人康復之友協會等機構，辦理心理衛生教育與宣傳、轉介醫療或社會補助之相關訊息。

疾病型態往往與該地區人民生活型態以及社會經濟條件有關。從民國 50 年代開始，受諸多經濟政策之執行，臺灣逐漸從農業社會進入工業社會，然而隨著臺灣經濟起飛的同時，工業發展不僅帶來環境污染、飲食型態改變、精神壓力增加，同時疾病型態亦從急性傳染病、感染症逐漸轉型至癌症、心血管疾病、高血壓、糖尿病等慢性病。有鑒於此，本縣衛生局以社區整合式篩檢為社區健康管理平臺，運用慢性病共同照護模式（Chronic care model, CCM），整合架構完整的慢性病三級預防體系，透過提供慢性病患和一般民眾免費身高、體重、血壓、血糖、視力及足部護理約診檢查服務，早期發現異常個案；辦理糖尿病專業養成繼續教育，提升照護人員專業知能；鼓勵醫療院所參與健保局「糖尿病醫療給付改善方案」，強化照護品質；辦理病友支持團體，加強慢性病友認知及提升自我照護能力。同時，衛生局推動之「萬人健檢」活動，提供民眾健全的健康照護與健康促進，在資源有效整合下，本縣於 26 個鄉鎮提供至少 1 場次之社區健康篩檢服務，並針對項目異常之民眾，提供必要轉介照護服務，以早期發現並早期治療，以維護縣民健康。另對於偏遠地區醫療資源不均之鄉鎮，主動規劃「社區民眾肝癌巡迴定點篩檢服務」，特別以本縣衛生所為據點，由專科醫師搭配超音波設備，提供民眾腹部超音波篩檢服務，透過早期發現與治療，以挽救民眾生命。

臺灣地區自民國 40 年代起即注意婦幼衛生工作的推展，早期的婦幼衛生工作重點為以控制人口數量增加為主的家庭計畫，以及降低嬰幼兒死亡率的預防注射為主。隨著社會經濟型態轉變、結婚年齡延後、健康篩檢技術的使用，自民國 60 年代開始，本縣的婦幼衛生工作內容變得更多元，家庭計畫不再只是注重人口數量控制，轉而強調「質」與「量」並重的優生保健，孕產婦的照顧。在婦幼健康照顧方面則推廣婦女癌症篩檢與骨質疏鬆防治。同時隨著政府的政策，將嬰幼兒與學齡前兒童健康納入工作重點。

本縣自民國 40 年開始推行婦幼衛生工作，當時因護產人員與經費缺乏，對本工作認識不夠深切，推行不夠積極，民眾教育程度亦低，以致不能普遍推行，母嬰死亡率偏高。至民國 59 年本縣為加強改進婦幼衛生工作，召集全縣護理人員實施在職及訓練講習：灌輸婦幼衛生當前主要工作，講解工作重點，訂定護產人員工作目標數，並於民國 56 年在偏遠地區設立助產站，積極展開行動，使非合格人員接生率以及母親死亡率降低。家庭計畫亦是婦幼衛生工作重要之一環。過去二、三十年來，臺灣社會經歷了劇烈的社會變遷，家庭計畫的宣導教育工作也不斷從教育內容、宣導主題、活動設計、媒體運用以至於教育對象、教育種類等各方面的調整、變化與擴充，以期圓滿達成目標。

從歐美等先進國家的經驗指出，隨著老年人口的增加，慢性疾病及身心功能障礙的人口也隨之急遽上升，繼而對醫療服務與長期照護均會產生大量需求。根據民國 95 年 6 月，臺灣地區縣市別機構式照顧服務資源供應情形之調查，以長期照護機構、養護機構、安養機構和護理之家總供床數，占失能老人比率（以下簡稱供床率）觀察，本縣的供床率為 17.25%，被認為是資源不足區域，因此強化機構式資源、居家照顧與社區服務是本縣近十年來重要的長期照護措施。本縣至民國 101 年 11 月老年人口比例占全縣人口 12.43%，高於全國老年人口比例 10.89%，面臨老年社會的需求，須規劃充實相關照護服務資源，連結並整合社區資源，提供更友善與易取得之照顧服務。因此本縣積極配合衛生福利部國民健康署（原行政院衛生署國民健康局）「高齡友善城市推動計畫」，民國 101 年 7 月成立本縣高齡友善城市推動委員會，全面營造社會心理健康及推動友善環境建設。

日治時期環境衛生行政機構由衛生行政機構掌理，相關環境衛生相關之辦法與措施，包含規劃上下水道設施；制定「污物掃除規則」、制定「飲食物暨其他物品取締法」、「大清潔法施行規程」、「家屋建築規則」等相關法則。地方環境衛生方面，則由州警察部衛生課執行，同時在各市役所設立衛生課直接處理防疫與清掃事項。整體來看，日治時期的環境衛生業務以疫病防治為首要，因此注重上下水道興建、垃圾與水肥處理以及家屋改善，以控制傳染病的環境因素。戰後初期，環境衛生工作之設計、考核事宜由

衛生機關辦理，工作執行交予衛生警察負責，然因為衛生院與警察局未能密切配合，成效有限。民國 37 年 9 月頒訂「臺灣省各縣市環境衛生委員會組織規程」，由縣市長、縣市衛生院長、警察局局長、建設局局長、公共事業管理處處長、縣市各區區長組成委員會，並於縣市警察局設衛生稽查隊，希藉此加強各相關單位之聯繫而有助於環境衛生工作之推動。在鄉鎮的環境衛生業務則由衛生所管理，其主要工作包括改良水井、處置垃圾、撲滅蚊蠅等工作，但環境清潔業務係由鄉鎮市公所衛生隊或民政課執行，至於溝渠、廁所之疏濬；各戶之清潔檢查，則由各村里衛生室負責。

彰化縣環境保護局隸屬於彰化縣政府，成立於民國 77 年 9 月 19 日，設置局長、副局長、技正及秘書，下設 8 科 3 室，目前編制員額為 91 人。以綜合計畫科、空氣品質科、水質保護科、廢棄物管理科、環境檢驗科、環境工程科及稽查科等 7 科為專業業務單位。

本縣各鄉鎮設有清潔隊，處理地方之環境清潔業務。清潔隊承辦業務為環保教育宣導、廢棄物管理、環境衛生管理、便民服務、徵收垃圾處理費、環保義工隊申請、公有公共收費廣告欄申租及收費及彰化縣懸掛廣告物收費標準。流浪犬捕捉、淨灘、學校環保教育規畫等。

環境保護業務相當繁雜，主要包含水污染防治、空氣污染防制、土壤污染整治、噪音管制、廢棄物管理、環保教育、環境影響評估等。飲用水衛生屬於當代之水污染防治範疇，是環境保護工作最基本，且與民眾關係最直接的傳統性環境衛生業務。以微生物引起的水媒體傳染病，及飲水中重金屬、有毒物質、放射性物質造成的水污染都是嚴重問題，因此飲水衛生管理改善工作成為重要課題。本縣日治時期於彰化、二水、員林、田中、北斗設有自來水道設施。本縣自民國 40 年代初期即注意飲用水衛生管理，陸續修理日治時期縣內的水源地過濾池，裝置消毒機、擴建鑿井工程、改裝水管設備，以擴大水源的供應。本縣水井水源主要是彰化水利會管轄下的大肚溪，因此在民國 40 年代的給水供應改善計畫可說是以本縣北部區域，如彰化市、鹿港、和美、秀水為主要給水區。在水質改善方面，自從建設廳在臺中設置中部水質中心檢驗室後，規定每月均須送水給該室鑑驗，本廠自民國 44 年起，每個月均依示送檢驗的結果，成績頗佳，尤其中部 5 個縣市的水廠中，名列前茅。之後本縣的飲用水管理主要以擴大自來水供應、改善自來水管路及確保水質安全為主要工作。民國 63 年 7 月 11 日本縣依據中央政府公布之「水污染防治法」，為水質保育及污染防治之主要法令依據，管制重點在於工礦廢水，規定工廠礦場排放廢水需符合放流水標準之規定，政府亦應公告河川分類並訂定水質標準，以為水資源之有效經濟利用。

民國 40 年代以後，臺灣地區人口急激增加，且集中都市、工業發展、經濟繁榮，又因交通發達而車輛激增，以及使用石化燃料等，帶來各種空氣污染，危害人體健康，傷害農作物、腐蝕財物建設等。民國 62 年 7 月 23 日公告「臺灣地區空氣污染排放標準」。本縣據此法規積極進行空氣污染防制。民國 68 年透過「改進環境衛生五年計畫」的挹注經費，於彰化市設置空氣測驗站 3 處，員林鎮 2 處，輔導工廠改善空氣品質，處罰違反「空氣污染防制法」業者。工廠部分，自民國 72 年起，輔導易造成空氣污染的工廠，改善空氣品質，特別是縱貫公路旁之工廠列為重點輔導，並建檔列管，經勸導未改善者即給予告發。民國 79 至民國 83 年間，執行「擴大列管固定空氣污染督導改善計畫」，針對全縣列管固定污染源，進行檢測。民國 85 年，為加強空氣品質監測工作，設有臺化—硫化氫監測站，員林鎮公所、彰化市公所、彰化衛生局、員林縣立醫院各有 4 個人工空氣品質監測站，民國 85 年度於溪湖鎮湖東國小增設監測站 1 處，業已驗收完成，並進行後續連線作業中，及行政院環境保護署於彰化市中山國小、二林鎮萬合里設立空氣品質監測站，定期監控本縣空氣品質。加強本縣空氣污染防制工作，對於重大污染之道路營建工程進行專案管制。

為了有效防治土壤繼續遭受污染，衛生署環保局擬定自民國 76 年起分 4 年逐年在臺灣各縣建立土壤污染監視站，本縣較大規模的土壤污染管制始於民國 80 年代。首先針對舊濁水溪流域，委託國立中興大學進行檢測調查。對於可能或已污染區域追蹤監測調查，並委託國立中興大學進行監測，將可能污染之土壤送至本局進行檢驗。又配合行政院環境保護署執行「農地重金屬調查列管計畫」後續之「農地重金屬污染控制場址污染改善計畫」。本縣為農業大縣，對土壤及地下水重金屬污染應控制並排除污染。

在噪音管制方面，本縣依據「噪音管制區劃分作業要點」於民國 75 年起實施噪音管制，限定管制區，分區管制。同時於轄區內選擇不定點噪音取樣站進行噪音品質採樣，以瞭解噪音狀況，作為施政參考。輔導轄內工廠（場）等改善噪音，並建卡追蹤督導管制，加強管制噪音，檢查工廠、營業場所、營建工程及擴音設施。民國 81 年 2 月 1 日配合「噪音管制法」修正公布，重新劃定縣轄內各噪音管制區，以維護縣民健康及環境安寧。公告劃定各類噪音管制區，並對管制區內之噪音污染源予以追蹤管制稽查，並進行輔導改善作業，以確實維護生活環境品質。繼續辦理環境噪音監測作業，並定期函報行政院環境保護署，及臺灣省政府環境保護處核備。至民國 100 年更主動進行使用中機動車輛原地噪音量測及道路攔檢，並對行動基地臺非游離輻射之測量。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

垃圾處理在本縣為環境清潔業務重點之一。自民國 40 年代開始，市容整理、垃圾的清除、美化環境等，由建設局、衛生局、公所、警局等辦理。民國 55 年為徹底改善本縣環境衛生，消滅髒亂，以確保縣民之健康，利用推行「本縣改進環境衛生五年計劃」，第一年改善垃圾水肥處理，在該計畫進行的期間，配合消除髒亂工作發動義務勞動，舉辦春節前即春季清潔大掃除，發動各級機關學校、團體、工廠、村里民眾等同時實施大掃除。各鄉鎮市均劃定清除地區，由鄉鎮市公所公告並徵收清潔規費，由清潔單位負責集運垃圾。民國 70 年起，陸續於各鄉鎮辦理水肥處理廠及垃圾焚化爐，近年則擬訂「彰化縣垃圾委託民間清運計畫」，行政院環境保護署依垃圾清運民營化推動政策，補助本縣執行垃圾民營化清運，提高垃圾清運效率，降低地方政府負擔，並解決鄉鎮市垃圾車老舊無法負擔垃圾清運問題。

民國 74 年底，杜邦公司在本縣設廠獲得中央核准後，引發反杜邦運動，是本縣第一起環保運動，也是臺灣戒嚴時期的首次街頭運動。當時鹿港部分居民風聞二氧化鈦生產過程中，所產生腐蝕性及污染性的廢水、廢氣，將會對當地環境造成污染而感到疑懼，採取激烈的抗議行動。民國 75 年 3 月 9 日，鹿港地區發起反杜邦運動，當地居民聯名上書並分別呈給立法院、監察院、行政院、經建會及行政院環境保護署等單位，希望制止這項決策。民國 75 年 10 月，「彰化縣公害防治協會」成立，以廣泛動員及多樣化的抗爭手段，如「簽血書反杜邦」運動、靜坐抗議及舉辦反公害說明會，抵制杜邦在彰濱工業區設廠。民國 76 年 3 月 12 日，杜邦公司宣布取消在鹿港設廠的計畫，考慮在「環境影響評估」獲得環保單位核可後，在臺灣另覓設廠地點。「反杜邦運動」成為臺灣第一件因環保抗爭讓外資終止投資計畫的事件。

另一著名環保運動是反國光石化開發案。民國 97 年 6 月 24 日，國光石化董事會決議，將建廠地點設於彰化縣大城鄉沿岸，並計畫以填海造陸的方式興建國光石化園區，此舉引發民眾的抗議。民國 100 年，相關反對活動仍不斷進行，反對國光石化的意識和聲浪持續高漲。4 月 22 日馬英九前總統召開記者會正式宣布「政府不支持國光石化在彰化投資的立場，同時期盼藉此契機，重新檢討臺灣整體產業結構與政策走向，推動石化業轉型升級，朝向高值化發展」後，民國 100 年 4 月 27 日國光石化董事會即決議：因環評審查條件非常嚴苛，故決議撤銷國光石化在彰化西南角（大城）海埔地工業區計畫，環境影響評估案才告一段落。

國光石化案面臨的問題在於無法通過環境影響評估之審查。民國 84 年，環保局的環境影響評估業務逐漸系統化管理，如建立本縣環境影響評估審查委員會法制化；編列已通過環境影響評估審查案件名冊，並予列管；審查開發者所報定期「環境影響評估追蹤考核申報書」，並予建檔列管；審查開發者所送定期監測資料；將列管案件依其特性、工程規模及對環境影響程度等因素予以分類，並擬定各類別之現場監督頻率；對已通過環境影響評估之開發案件進行現場監督查核，促成開發單位達成環境保護之承諾。

環境保護可說是一門公民教育，若從教育著手，從幼稚園到大學，甚至社會都是實施環境教育的場域，不同階段給予不同的教育內容，至於社會大眾則應給予社會教育或是社會改造運動。本縣較大規模的環保教育宣傳活動始於民國 70 年代末。對於環境教育宣導工作除經常辦理外，適時發動機關、學校、社團人員參觀垃圾衛生掩埋場；擴大徵求熱心環保工作者，特招募義工踴躍加入環保行列；對國家清潔週活動，利用文宣配合各鄉鎮市公所，加強宣導；環保局配合縣府教育局，每月排定行程至各國中、小放映宣導短片暨辦理有獎搶答，並安排大專社區環保服務隊與國中學生，觀摩衛生掩埋場，實施公害防制實地參觀。

從民國 101 年環境改造計畫結案報告，可以得知本縣環境教育已深入社區，並結合社區發展協會，推動環保工作，社區民眾實際髒亂點清除、小廣告清除、垃圾減量、資源回收、環境綠化、實施廚餘堆肥、汽機車定檢、生物多樣性保育、溪流保育、集水區保育溼地保護、環境教育宣傳、環保義工、環境整潔維護、公共區域認領、綠色消費、社區環境調查等，以上均顯示環境教育已成為施政要項。

彰化縣政府
CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

大 事 紀

年份	大事紀要
1895	10 月 22 日，開設彰化基督教醫院。
1896	臺灣總督府公布霍亂、痢疾、傷寒副傷寒、天花、斑疹傷寒、猩紅熱、白喉、鼠疫等八大法定傳染病。
1918	增列流行性腦脊髓膜炎為法定傳染病。
1928	日本國內施行的「污物掃除法」在臺實施。
1929	創設彰化慈惠醫院。
1936	增列日本腦炎（流行性腦炎）為法定傳染病。
1936	實施精神病者監護法及精神病院法。
1940	日政府將花柳病預防法施行於臺灣，計當時設有臺北、基隆、臺中、嘉義、臺南、高雄、花蓮港、馬公等 8 處婦人病院。
1945	設立彰化市政府民政科設置衛生股。
1945	國民黨政府治臺後，臺灣省行政長官公署民政處即計畫辦理醫事人員登記。
1946	12 月，改制為彰化市衛生院以管理各鄉鎮衛生所。
1946	成立彰化縣立員林醫院，隸屬於彰化縣衛生院。
1950	11 月，彰化衛生院更改為隸屬於改制後之彰化縣政府。
1950	本縣行政區域調整後之 26 鄉鎮市為主。
1951	6 月止，全臺各鄉鎮均設有衛生所。
1952	增列狂犬病為法定傳染病。
1954	1 月，農復會補助以充實衛生所服務為重心，同時協助各所設立衛生工作巡迴站。
1954	4 月，本縣衛生院奉令辦理性病防治工作。
1955	臺灣有計劃的進行驗痰工作。
1958	引進沙克疫苗。
1959	公布「臺灣省各縣市噪音管理取締實施辦法」實施管制。
1961	美國紐約人口局將在美國新研發出的子宮內避孕器—「樂普」介紹到臺灣。

年份	大事紀要
1962	再度奉令改制為彰化縣衛生局。
1962	推動臺灣省砂眼長期擴大治療工作計畫要點。
1964	推動臺灣省政府衛生處砂眼防治服務員設置及管理計畫
1964	臺中中會醫療服務團設立「二林基督教醫院」。
1964	開始併用沙賓疫苗。
1964	1 月，本縣推行家庭計畫。
1968	12 月，衛生福利部彰化醫院正式開辦醫療業務。
1968	社區發展改善環境衛生計畫中，推行設置家戶垃圾桶。
1971	本縣積極進行空氣污染防制。
1973	7 月 23 日，公告「臺灣地區空氣污染排放標準」。
1974	中華民國防癌協會開始推行防癌篩檢計畫，巡迴各地教授乳房自我檢查。
1974	7 月 11 日，公布施行水污染防治法。
1974	實施廢棄物清理法。
1975	成立民間團體「財團法人中華民國寄生蟲防治會」，協助政府從事寄生蟲防治工作。
1976	應試「65 年特種考試退除役軍人轉任衛生技術人員」的退除役軍醫，以「公共衛生醫師」名義全額錄取，以解決衛生所的「醫師荒」問題。
1978	實施「加強農村醫療保健計畫」。
1979	發生多氯聯苯中毒事件。
1980	創辦秀傳紀念醫院。
1981	衛生署通過「加強 B 型肝炎防治計畫」。
1982	訂定「加強基層建設，提高農民所得方案」
1982	核發「油症患者就診手冊」。
1982	6 月，爆發小兒麻痺症的流行。
1982	癌症居十大死因之首。
1983	5 月，水污染防治修訂後，本縣積極進行水污染防治。
1983	委託中國醫藥學院辦理「多氯聯苯中毒患者針灸暨中藥醫療照顧計畫」。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

年份	大事紀要
1983	全面統一預防接種項目、年齡、時間及次數，並普遍印製預防接種紀錄卡（黃卡），編列各項疫苗預算。
1984	7 月 1 日，開始全面接種 B 型肝炎疫苗。
1985	1 月，增加第七課管理食品衛生。彰化縣衛生局所屬附屬機關計有 27 個衛生所及慢性病防治所。
1985	衛生署開始辦理精神科評鑑。
1985	1 月，正式實施優生保健法。
1986	7 月，施行公娼制度。
1986	衛生署所規劃「精神疾病防治醫療網」。
1986	反杜邦運動事件發生。
1987	3 月 12 日，杜邦公司宣布取消在鹿港設廠的計畫。
1988	登革熱列入報告傳染病。
1988	7 月 1 日，為加強性傳染病之監測，將梅毒、淋病納入報告傳染病系統。
1989	9 月，成立彰化縣環境保護局。
1989	衛生署開始推展精神病患社區復健計畫。
1989	立法公布土壤污染防治法。
1990	員林火車站前設置噪音品質顯示看板一座，提供民眾噪音程度顯示。
1990	本縣進行較大規模的環保教育宣傳活動。
1991	本縣較大規模的土壤污染管制。
1991	7 月，全面實施「國小新生入學預防接種檢查及補種計畫」。
1991	7 月 26 日，奉行政院核准實施根除「三麻一風」計畫。
1991	本縣針對病媒蚊指數進行調查。
1991	醫療機構辦理「糖尿病人保健推廣機構」。
1993	1 月，全面實施「學齡前幼兒預防接種檢查及補種計畫」。
1993	臺灣正式邁入高齡化社會。
1994	3 月，全民健保開始實施。
1996	3 月 6 日，成立「彰化縣大地保護協會」。
1997	衛生署指示規劃推動彰化縣糖尿病共同照護網。
1997	通過之「老人福利法」。

年份	大事紀要
1998	3 月，臺灣地區各地陸續爆發幼兒感染腸病毒重症。
1998	5 月 30 日，成立腸病毒危機處理小組，緊急處置北、中、南陸續爆發的腸病毒疫情。
1999	增列多項法定傳染病與應報告傳染病的項目，包括愛滋病、SARS、結核病、腸病毒、登革熱、水痘、腮腺炎、梅毒、淋病等。
1999	成立疾病管制局。
1999	6 月 23 日，公布實施腸病毒感染併發重症列為第三類傳染病。
2000	臺灣的末期腎臟病發生率及盛行率分居世界第一及第二。
2003	12 月 12 日，衛生局與社會局合作成立「長期照顧管理中心」。
2004	設置噪音監測站，辦理交通噪音監測工作。
2004	彰化基督教醫院正式接辦鹿基醫院。
2004	環保局於彰化市南興國小及員林鎮僑信國小設置噪音監測站，辦理交通噪音監測工作。
2005	衛生局設置「便捷服務中心」，將醫政、藥（政）、食品衛生業務 3 合 1，醫事人員專業執業執照現場 30 分鐘快速換發取件的作業服務。
2006	7 月 1 日，本縣水肥進彰濱工業區污水處理廠處理。
2006	彰化縣衛生局，成立自殺防治中心與「全國自殺防治中心彰化辦公室」。
2006	設置「彰化縣政府毒品危害防制中心」。
2006	南彰化地區經行政院衛生署公告核定為緊急醫療缺乏地區。
2008	8 月 20 日，國科會宣佈中科四期園區甄選結果，由彰化縣二林鎮獲選為開發區域。
2009	10 月 30 日，中科四期舉行環評大會審議後通過開發案。
2009	口腔癌篩顯納入勞工健檢項目。
2009	反國光石化事件發生。
2011	4 月 27 日，國光石化董事會決議：因環評審查會之條件非常嚴苛，故決議撤銷國光石化在彰化西南角（大城）海埔地工業區計畫。
2012	7 月，成立本縣高齡友善城市推動委員會。
2012	10 月 11 日，臺北最高行政法院 99 年度訴第 1856 號判決撤銷中科四期二林園區的開發許可，成為內政部區委會開發許可遭司法撤銷的首例。

彰化縣政府
CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

年份	大事紀要
2013	1 月 1 日，裁撤彰化縣長期照顧暨慢性病防治所，同時於衛生局成立長期照護科，掌理長期照護相關業務。
2013	10 月，發生食用油油品事件（又稱食用油風暴、黑心油事件）。
2013	行政院衛生署與內政部部分單位整併為衛生福利部。

參考書目

一、基本史料

北斗郡役所
1975 《北斗郡概況（昭和 7 年）》。臺北：成文出版社。
1975 《北斗郡概況（昭和 9 年）》。臺北：成文出版社。
1975 《北斗郡概況（昭和 12 年）》。臺北：成文出版社。
1975 《北斗郡概況（昭和 13 年）》。臺北：成文出版社。

臺灣省政府
1948-1955《臺灣省政府公報》。臺北：臺灣省政府。

臺灣省政府秘書處
1947 《臺灣省政府施政報告》。臺北：臺灣省政府秘書處。

臺灣省環境衛生督導團
1960 《臺灣省環境衛生督導團督導考核全省各縣市四十九年推行改善環境衛生工作報告書》。臺中：臺灣省環境衛生督導團。

行政院主計處
2002 《國情統計通報：專題分析》。臺北：行政院主計處。

行政院衛生署
1993 《衛生白皮書》。臺北：行政院衛生署。

行政院衛生署
1995 《臺灣地區公共衛生發展史（一）》。臺北：行政院衛生署。

行政院衛生署
1995 《臺灣地區公共衛生發展史（二）》。臺北：行政院衛生署。

行政院衛生署
1997 《臺灣地區公共衛生發展史（三）》。臺北：行政院衛生署。

行政院衛生署
1997 《臺灣地區公共衛生發展史（四）》。臺北：行政院衛生署。

行政院衛生署檔案
〈日本贈我沙克疫苗案〉。國史館典藏，典藏號：028000002017A。

外交部檔案
〈聯合國兒童基金小兒麻痺防治計劃〉。國史館典藏，檔號：635.42 ／ 0029。

外交部檔案
〈聯合國兒童基金小兒麻痺防治計劃〉。中央研究院近代史研究所檔案館典藏，檔號：635.42 ／ 0029。

彰化縣政府
CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

彰化縣政府主計室
1950-1972《彰化縣統計年鑑》。彰化：彰化縣政府主計室。

彰化縣政府主計室
1973-2014《彰化縣統計要覽》。彰化：彰化縣政府主計室。

彰化縣政府編
1967-2011《彰化縣政府公報》。彰化：彰化縣政府。

彰化縣議會編
1953-2014《彰化縣議事錄》。彰化：彰化縣議會。

彰化縣衛生局編
2011《彰化縣衛生局 100 年度施政績效報告》。彰化：彰化縣衛生局。

彰化縣衛生局編
2012《彰化縣衛生局 101 年度施政績效報告》。彰化：彰化縣衛生局。

彰化縣政府衛生局
2015《104 年彰化縣慢性腎臟病防治計畫成果報告》。彰化：彰化縣衛生局。

吳成偉編著
2000《彰化縣公共衛生史行政篇》。彰化：彰化衛生局。

許錫慶編譯
2000《臺灣總督府公文類纂衛生史料彙編（明治 29 年 4 月至明治 29 年 12 月）》。南投：臺灣省文獻會。
2001《臺灣總督府公文類纂衛生史料彙編（明治 30 年 1 月至明治 34 年 12 月）》。南投：臺灣省文獻會。

臺中州
各年度《臺中州統計書》。臺北：臺中州。

臺中縣政府
2010《續修臺中縣志社會志》。臺中：臺中縣政府。

臺灣省防癆局
1973《防癆工作手冊》。臺北：臺灣省防癆局。

臺灣總督府警務局衛生課
1931《衛生調查書第十輯疾病篇（本島人）》。臺北：臺灣總督府。

臺灣醫界聯盟基金會
2001《臺灣根除小兒麻痺症紀實》。臺北：行政院務生署。

臺灣公共衛生學會
2011《臺灣公衛百年記事》。臺北：行政院衛生署。

臺灣省政府衛生處
1987《臺灣省公共衛生四十年》。南投：臺灣省衛生處。

臺灣省政府衛生處
1999《臺灣省政府衛生處志》。南投：臺灣省政府衛生處

臺灣省政府教育廳
1994《臺灣教育發展史料彙編——衛生教育篇》。南投：臺灣省政府教育廳。

臺灣總督府官房統計課編
1918《臺灣現住人口統計》。臺北：藏於國家圖書館臺灣分館。

臺灣總督府警務局衛生課
1939《臺灣の衛生——昭和十四年版》。臺北：臺灣總督府警務局衛生課。

臺灣銀行經濟研究室
1969《清季臺灣洋務史料》。臺北市：臺灣銀行經濟研究室。（臺灣文獻叢刊第 278 種）

臺灣總督府醫學校編
1902《臺灣總督府醫學校一覽》。臺北：臺灣總督府醫學校。
1905《臺灣總督府醫學校一覽》。臺北：臺灣總督府醫學校。
1918《臺灣總督府醫學校一覽》。臺北：臺灣總督府醫學校。
1919《臺灣總督府醫學校一覽》。臺北：臺灣總督府醫學校。

二、專書與論文集

AdrianKinnane 著、戴至中譯
2002《杜邦 200 年：發源於布蘭迪河畔的科學奇蹟》。臺北：臺灣杜邦有限公司。

G.L.Mackay 著、周學普譯
1960《臺灣六記》。臺北：臺灣銀行經濟研究室。

小田俊郎著、洪有錫譯
1995《臺灣醫學五十年》。臺北：前衛出版社。

中華民國國寄生蟲防治會
1985《財團法人中華民國寄生蟲防治會成立十週年紀念特刊》。臺北：財團法人中華民國寄生蟲防治會。

中華綜合發展研究院應用史學研究所編纂
2000《員林鎮志》。彰化：員林鎮公所。

中華綜合發展研究院應用史學研究所編纂
2002《和美鎮志》。彰化：和美鎮公所。

中華綜合發展研究院應用史學研究所總編纂
2002《和美鎮志》。彰化：和美鎮公所。

中華綜合發展研究院應用史學研究所總編纂
2003《伸港鄉志》。彰化：伸港鄉公所。

中華綜合發展研究院應用史學研究所總編纂
2010《員林鎮志》。彰化：員林鎮公所。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

井出季和太編
1937 《臺灣治績志》。臺北：臺灣日日新報社。

內政部編著
2007 《我國長期照顧十年計畫：大溫暖社會福利套案之旗艦計畫（核定本）》。臺北：內政部。

天下雜誌編
1991 《打開歷史走出未來：發現臺灣（1620-1945）》。臺北：天下雜誌社。

王良行等
1997 《芳苑鄉志》。彰化：芳苑鄉公所。

王詩琅
1980 《日本殖民體制下的臺灣》。臺北：眾文出版社。

加藤卯吉
1934 《傳染病預防法釋義》。臺北：盛文社。加藤卯吉
1935 《臺灣預防衛生概觀》。出版地、單位不詳。

皮國立
2008 《臺灣日日新：當中藥碰上西藥》。臺北：臺灣書房。

石曜堂
1997 〈臺灣省腸內寄生蟲防治工作回顧〉，收於財團法人中華民國寄生蟲防治會編，《二十週年特刊：歷年學童寄生蟲檢查統計分析》，頁 40。臺北：財團法人中華民國寄生蟲防治會。

石曜堂
1999 《臺灣省政府衛生處志》。南投：臺灣省政府衛生處。

江東亮
2003 《醫療保健政策——臺灣經驗》。臺北：巨流圖書公司。

江東亮、吳淑瓊
1999 〈臺灣長期照護政策評析〉，收於胡勝正主編，《臺灣問題與政策研討會論文集》，頁 227。臺北：財團法人孫運璿學術基金會。

行政院研究發展考核委員會
1998 《配合我國社會福利制度之長期照護政策研究》。臺北：行政院研究發展考核委員會。

行政院衛生署
1993 《臺灣撲瘧紀實》。臺北：行政院衛生署。

行政院衛生署
1995 《臺灣公共衛生發展史》。臺北：行政院衛生署。

行政院衛生署環境保護局
1985 《環境保護年鑑中華民國七十三年版）》。臺北：行政院衛生署。佐藤會哲
1932 《臺灣衛生年鑑》。臺北：臺衛新報社。

余文儀纂修
1962 《續修臺灣府志》。臺北：臺灣銀行經濟研究室。

吳文星
2008 《日據時期臺灣社會領導階層之研究》。臺北：正中書局。

吳凱勳
1993 〈我國現行健康保險制度〉，收於楊志良主編，《健康保險》，頁 156-158。臺北市：巨流圖書公司。

尾崎宰
1918 《臺灣ニ於ケル「トラホーム」調查報告》。臺北：臺灣地方病及傳染病調查委員會。

呂寶靜
2009 〈臺灣老人照顧之現況及未來挑戰〉，收於羅紀琼主編，《臺灣人口老化問題》，頁 9-12。臺北：中央研究院經濟研究所。

李永熾兼修、薛化元主編
1990 《臺灣歷史年表》。臺北：國家政策研究中心。

李汝和主修
1968 《臺灣省通志政事志衛生篇》。臺中：臺灣省文獻委員會。

李淑娟
2001 《發現臺灣公衛行腳》。臺北：玉樹圖書。

李騰嶽原修
1953 《臺灣省通志稿》。臺中：臺彎省文獻委員會。

卓越諮詢顧問有限公司編纂
2006 《花壇鄉志》。彰化：花壇鄉公所。

周宗賢總編纂
2002 《二水鄉志》。彰化：二水鄉公所。

周璽
1962 《彰化縣志》。臺北：臺灣銀行經濟研究室。

林吉崇
1997 《臺大醫院百年史（上）：日治時期 1897-1945》。臺北：國立臺灣大學醫學院。

林昭庚、陳光偉、周珮琪
2011 《日治時期（西元 1895-1945）の臺灣中醫》。臺北：國立中國醫藥研究所。

林富士
2011 〈醫者或病人：童乩在臺灣社會中的角色與形象〉，收於林富士編，《宗教與醫療》，頁 93~144。臺北：聯經出版事業公司。

林朝京
1997 〈臺灣省學生寄生蟲防治計劃之演變與成效〉，收於財團法人中華民國寄生蟲防治會編，《二十週年特刊：歷年學童寄生蟲檢查統計分析》，頁 47。臺北：財團法人中華民國寄生蟲防治會。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

林靜靜
2002 《壯志與堅持》。臺北：財團法人董氏基金會。

侯坤宏、楊蓮福主編
2011 《民間私藏民國時期暨戰後臺灣資料彙編 · 政治篇》。新北市：博揚文化。

胡惠德
1985 〈財團法人中華民國寄生蟲防治會成立的背景〉，收於財團法人中華民國寄生蟲防治會編，《財團法人中華民國寄生蟲防治會成立十週年紀念特刊》，頁 11~12。臺北：財團法人中華民國寄生蟲防治會。

施信民主編
2006 《臺灣環保運動史料彙編 1》。新北市：國史館。

洪有錫、陳麗新著
2002 《先生媽、產婆與婦產科醫生》。臺北：前衛出版社。

洪麗完總編纂
2000 《二林鎮志》。彰化：二林鎮公所。

洪寶昆編
1937 《北斗郡大觀》。臺北：臺灣新民報社。

茂木宣、大澤貞吉
1942 《トラホームの豫防》。臺北：皇民奉公會中央本部。

范佐勳編
1991 《臺灣藥學史》。臺北：鄭氏藥學文教基金會。

范燕秋編
2011《多元鑲嵌與創造轉化：臺灣公共衛生百年史》。臺北：遠流出　　版。

員林鎮志編輯委員會編
1990 《員林鎮志》。彰化：員林鎮公所。財團法人中華民國寄生蟲防治會
1997 《二十週年特刊：歷年學童寄生蟲檢查統計分析》。臺北：財團法人中華民國寄生蟲防治會。

高拱乾
1960 《臺灣府志》。臺北：臺銀行經濟研究室。

國立彰化師範大學地理系編纂
1997 《彰化市志》。彰化：彰化市公所。

張仁福
1999 《公共衛生學》。臺北：文京圖書。

張哲郎總編纂
1997 《北斗鎮志》。彰化：北斗鎮公所。

張素玢等撰
1997 《北斗鎮志》。彰化：北斗鎮公所。

張素玢
201 1〈蟲蟲戰爭：海人草與臺灣寄生蟲防治（1921-1945）〉，收於范燕秋編，《多元鑲嵌與創造轉化：臺灣公共衛生百年史》，頁 129~176。臺北：遠流出版。

張淑卿
2009 〈農復會與 1950 年代臺灣的鄉村衛生〉，收於余新忠主編，《清代以來的疾病、醫療與衛生：以社會文化為視角的探索》，頁 371~396。北京：三聯書店。

張淑卿
2011 〈國家、醫學專業與社會互動〉，收於章英華等編，《中華民國發展史——社會發展（下）》，頁 559~587。臺北：聯經出版事業公司。

張勝彥
2000 《鹿港鎮志政事篇》。彰化：鹿港鎮公所。

許雪姬
2004 《臺灣歷史辭典》。臺北：遠流出版社。

莊永明
1998 《臺灣醫療史——以臺大醫院為主軸》。臺北：遠流。

莊金德整修
1972 《臺灣省通志政事志衛生篇》。臺中：臺灣省文獻會。

連瑪玉著、劉秀芬譯
1998 《蘭大衛醫師》。彰化：彰化基督教醫院出版。

連橫
1994 《臺灣通史》。臺北：眾文圖書公司。

郭文隆
2008 《彰基崎嶇之途》。臺南：財團法人臺灣基督長老教會臺灣教會公報社。

陳正祥、孫得雄、蔡曉畊
1997 《臺灣的人口》。臺北：南天書局。

陳永興
1997 《臺灣醫療發展史》。臺北：月旦出版社

陳宏文
1998 《馬偕博士在臺灣》。臺北：中國主日學協會。

陳美玲
2008 《蘭大衛醫生與百年醫療宣教史》。彰化：財團法人彰化基督教醫院院史博物館。

陳寬政
2009 〈人口老化原因與結果〉，收於羅紀琼主編，《臺灣人口老化問題》，頁 9-12。臺北：中央研究院經濟研究所。

陳國典編著
2011 《社頭鄉志》。彰化縣：社頭鄉公所。

彰化縣政府
CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

陳寄禪
1981 《追溯五十年來促進我衛生設施之關鍵事蹟》。臺北：正中書局。

陳清惠等合著
2008 《長期照護》。臺中：華格那企業。

陳紹馨
1979 《臺灣的人口變遷與社會變遷》。臺北：聯經出版事業公司。

陳肇男、孫得雄、李棟明
2003 《臺灣的人口奇蹟》。臺北：聯經出版事業公司。

陳銘助
2008 《臺灣牙醫史》。臺北：中華民國牙醫師公會全國聯合會。

鹿港鎮志纂修委員會編纂
2000 《鹿港鎮志政事篇》。彰化：鹿港鎮公所。

楊玉齡、羅時成
1999 《肝炎聖戰》。臺北：天下。

溪湖鎮鎮誌編纂委員會
1986 《溪湖鎮志》。彰化：溪湖鎮公所。

詹長權
2006 《臺灣全志社會志衛生與健康篇》。臺中：國史館臺灣省文獻館。

彰化縣政府編
1950 《彰化縣政概況》。彰化：彰化縣政府。

彰化縣政府編
1989 《彰化縣綜合發展計畫：規劃分析報告》。彰化：彰化縣政府。

彰化縣溪湖鎮誌編纂委員會編
1987 《溪湖鎮誌》。彰化：溪湖鎮公所。

彰化縣議會
1952 《彰化縣議會周年紀念特輯》。彰化：彰化縣議會。

臺大學生杜邦事件調查團
1986 《臺大學生杜邦事件調查團綜合報告書》。臺北：牛頓出版社。

臺灣公共衛生學會編
2011 《臺灣公衛百年記事》。臺北：行政院衛生署。

臺灣省文獻委員會
1972 《臺灣省通志政治志衛生篇》。臺中：臺灣省文獻委員會。

臺灣省文獻委員會
1995 《重修臺灣省通志政治志衛生篇》。臺中：臺灣省文獻委員會。

臺灣省文獻委員會
1997 《臺灣史》。南投：臺灣省文獻委員會。

臺灣省臨時省議會秘書處
1952 《臺灣省臨時省議會第一屆第二次大會專輯（41.6.10-41.8.21）》。臺北：臺灣省臨時省議會。

臺灣基督教長老教會總會歷史委員會
2000 《臺灣基督教長老教會百年史》。臺南：臺灣教會公報社。

臺灣省婦幼衛生研究所
1999 《臺灣省婦幼衛生研究所志》。臺中：臺灣省婦幼衛生研究所。

趙明玲等編著
2014 《長期照護》。臺北：永大。

劉翠溶、劉士永、陳美玲訪談，劉翠溶、劉士永編譯
2002 《蘭大弼醫生口述歷史》。臺北：中央研究院臺灣史研究籌備處。

劉士永
2011 〈日治時期臺灣地區的疾病結構演變〉，收於林富士編，《疾病的歷史》，頁 376-400。臺北：聯經出版事業公司。

蔡相煇總編纂
1998 《芬園鄉志》。彰化：芬園鄉公所。

衛生福利部
2007 《我國長期照顧十年計畫：大溫暖社會福利套案之旗艦計畫）》。臺北：衛生福利部。

鄭志敏輯錄
2004 《日治時期「臺灣民報」醫藥衛生史料輯錄》。臺北：國立中國醫藥研究所。

盧美秀、陳靜敏編著
2014 《長期照護跨專業綜論》。臺北：華杏出版。

賴熾昌等編
1960 《彰化縣志稿》。彰化縣：彰化縣文獻委員會。

謝大立
2001 《謝緯和他的時代》。臺南：人光年。

謝英從等撰述
2006 《花壇鄉志》。彰化：花壇鄉公所。

魏喜陽
1967 《蘭醫生在臺灣》。臺南：臺灣教會公報社。

鷲巢敦哉
1938 《臺灣警察四十年史話》。臺北：出版單位不詳。

彰化縣政府
CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

三、期刊（學報）論文

江東亮
1995〈臺灣地區的醫師人力政策：1945-1994〉，《中華衛誌》14（5）：383~391。

江東亮、楊志良、丁志音
1991〈群體醫療執業中心對醫療可進性的影響〉，《中華衛誌》10（5）：260~267。

何明修
2012〈反國光石化運動的「公民」展演〉，《傳播研究與實踐》2（1）：50。

吳嘉苓
2000〈醫療專業、性別與國家：臺灣助產士興衰的社會學分析〉，《臺灣社會學研究》4：191~268。

吳嘉苓
2001〈空間、規訓與生產政治〉，《臺大社會學刊》29：1~58。

宋錦秀
2011〈寺廟藥籤療癒文化與「疾病」的建構〉，《臺灣文獻》62（1）：55~96。

李巧雯
2011〈臺灣省議會對外資在臺設廠之折衝：以杜邦、拜耳案為例〉，《臺灣文獻》62（1）：308

李曉伶、吳肖琪
2013〈臺灣慢性病人醫療利用之探討——以慢性腎臟病、糖尿病及高血壓為例〉，《臺灣公共衛生雜誌》32（3）：231~239。

杜文苓
2011〈環境風險與科技決策：檢視中科四期環評爭議〉，《東吳政治學報》29（2）：69~71。

杜思德
2005〈糖尿病的代價與挑戰〉，《彰基糖尿病友會刊》1：2~4。

周宗賢
1984〈清末基督教宣教師對臺灣醫療的貢獻〉，《臺灣文獻》35（4）：3。

林中傑
1986〈鹿港小鎮面臨杜邦恐懼症——鹿港 10 萬鎮民聯手抵制杜邦設廠〉，《財訊》50：188~189。

林素華
2013〈臺灣環境教育的發展與現況〉，《生態臺灣》41：7~13。

林崇熙
1998〈免洗餐具的誕生：醫學知識在臺灣的社會性格分析〉，《臺灣社會研究季刊》32：1~37。

林照真
1988〈破解三十年的環境教育真空〉，《師友月刊》251：15~16。

邱婷芳、黃立民、李慶雲
1999〈腸病毒概論〉，《臺灣醫學》3（1）：43~48。

施月英
2012〈反國光石化回顧〉，《生態臺灣》37：19。

洪維河、鄭守夏、張睿詒、江東亮
1998〈臺灣醫療區跨區住院比例之變遷，1985-1995〉，《中華衛誌》17（5）：388~394。

胡惠德、胡芳蓉
2010〈臺灣砂眼防治之回顧〉，《中華民國眼科醫學會雜誌》49（3）：268。

范燕秋
1996〈醫學與殖民擴張—以日期時期臺灣瘧疾研究為例〉，《新史學》7（3）：133~171。

張友珊、楊志良
1999〈全民健保對各科醫師消長影響之初探〉，《中華公共衛生雜誌》18：123~137。

張文彬、吳俊重
1955〈臺灣瘧疾之流行病學〉，《臺灣醫學會雜誌》54（2）：18~21。

張淑卿
2008〈逐漸被遺忘的悲劇：多氯聯苯中毒事件〉，《科學發展》430：82~84。

莊宗憲
2012〈腸病毒感染之診斷、治療與預防〉，《家庭醫學與基層醫療》27（2）：255~259。

陳美霞
2011〈臺灣公共衛生體系市場化與醫療化的歷史發展分析〉，《臺灣社會研究》81：3~78。

陳惠楓
2012〈政府施政如何兼顧「經濟發展」與環境保護——以國光石化投資案為例〉，《訓練與發展（T & D）飛訊》148：2。

陳錦生、蔡坤憲
1998〈臺中、彰化、雲林地區登革熱病媒蚊孳生源清除及宣傳計畫報告〉，TheKaohsiung JournalofMedicalSciences14：112~116。

黃金財
2006〈童年記趣——挨家挨戶寄藥包〉，《源雜誌》58：80~83。

黃英家、紀美智、陳慶旭、何清松
2012〈民眾對於慢性腎臟病認知情形分析——以彰化縣民眾為例〉，《智慧科技與應用統計學報》10（1）：71~81。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

黃蜀雯、李姿櫻、王冠文、戴淑英
2015〈以申報標準代碼探討申報疾病組合之有效性：案例式推論及資料探勘之應用〉，《病歷資訊管理》14（2）：1~20。

楊志暉
1975〈臺灣之製藥工業〉，《臺灣銀行季刊》26（1）：131~139。

楊芝青、陳維昭、陳再晉
2007〈我國慢性腎臟病防治工作回顧〉，《血液淨化雜誌》12（4）：49。

葉勳龍、鄭嘉惠、蔡明倫、朱麒仲、張嘉晃、王拔群
2009〈糖尿病病患照護品質資料庫建置〉，《醫療資訊雜誌》18（2）：29~37。

葛應欽
1981〈多氯聯苯中毒之流行病學研究〉，《臺灣醫學會雜誌》80（4）：406~417。

詹順貴
2011〈環保署決戰臺灣環境談國光石化案〉，《司法改革雜誌》84：64~65。

臺灣省議會秘書處編
1987〈臺灣省議會第 8 屆第 3 次大會張朝權、林明正、林國龍、陳志彬聯合質詢〉，《臺灣省議會公報》59（18）：19~22。

趙祥、周桂田
2013〈從經濟社會及文化權利國際公約之水資源保障談中科四期開發計畫之爭議〉，《國家發展研究》13（1）：115~117。

劉士永
2010〈醫學、商業與社會想像：日治臺灣的漢藥科學化與科學中藥〉，《科技、醫療與社會》11：149~198。

蔡淑芬、趙秀琳、吳聰能
1996〈臺灣地區法定及報告傳染病監測系統之沿革〉，《公共衛生》22：275~276。

蔡嘉陽
2012〈反國光石化的社會實踐：談環境保護的公民〉，《傳播研究與實踐》2（1）：3~4。

鍾麗娜
2013〈臺北最高行政法院判決——撤銷中科四期二林園區開發許可案之省思〉，《土地問題研究季刊》12（1）：82~83。

鐘丁茂、張豐年
2010〈中科四期環評案檢討之一〉，《生態臺灣》26：21~23。

顧雅文
2004〈日治時期臺灣瘧疾防遏政策——「對人法」?「對蚊法」?〉，《臺灣史研究》11（2）：185~222。

四、學位論文：

吳秋儒
2011〈藥品宅急便——「寄藥包」之研究〉，淡江大學歷史學系碩士論文。

李佳卉
2011〈日治時期臺灣污物處理之研究〉，國立臺灣師範大學臺灣史研究所碩士論文。

李佳芳
2012〈石化工業區設置之風險溝通對風險知覺影響效益研究——以國光石化與麥寮六輕為例〉，國立臺北大學都市計畫研究所碩士論文。

李欣芬
1989〈基督教與臺灣醫療衛生的現代化——以彰化基督教醫院為中心之探討（1896-1936）〉，國立臺灣師範大學歷史研究所碩士論文。

邱莉晏
2015〈從企業的危機處理來看企業的社會責任 - 以食用油為例〉，南臺科技大學國際企業所碩士論文。

范燕秋
1992〈日據前期臺灣之公共衛生——以防疫為中心之研究（1895-1920）〉，國立臺灣師範大學歷史研究所碩士論文。

張淑卿
1994〈戰後臺灣地區傳染病防治之研究（1945-1971）〉，國立中興大學歷史系碩士論文。

楊淑芬
2003〈跨國公司、地主國和地方的互動——以杜邦和拜耳在臺投資為例〉，國立中興大學國際政治研究所碩士論文。

五、報刊文章：

未著撰者
1986.03.29〈10 萬鹿港人陳情環保局要求制止製造二氧化鈦〉，《聯合報》，第 2 版。

未著撰者
1987.03.13〈杜邦「有意」鹿港「無情」終於「緣盡」二氧化鈦廠決在臺另覓新廠址俟「環境評估」被肯定再提計畫〉，《經濟日報》，第 3 版。

未著撰者
1986.01.18〈杜邦二氧化鈦廠設在彰濱工業區〉，《聯合報》，第 2 版。

未著撰者
1986.01.10〈彰濱工業區已全面停工政院昨通過善後計畫〉，《聯合報》，第 2 版。

呂理德
1997.12.21〈從拜耳案看臺灣經濟與環保互動〉，《中國時報》。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

楊渡
2012.11.21〈楊渡專欄——讓環保運動變成正面的能量〉，《中國時報》。

六、網路資料

〈中科二林園區二階環評替代方案今獲確認〉，《蘋果日報》
http://www.appledaily.com.tw/realtimenews/article/new/20150512/608880/，2016/08/09。

內政部統計處，101 年簡易生命表提要分析
http://sowf.moi.gov.tw/start/Life/T04-analysis.html，2015/05/27。

內政部統計處，內政統計通報：102 年第 33 週
http://sowf.moi.gov.tw/files/news_file/week10233.pdf，2015/05/27。

內政部統計處，反國光石化資料庫
https://sites.google.com/site/noguoguang/home，2015/06/09。

內政部統計處，民國 102 年特定死因除外簡易生命表提要分析
http://www.moi.gov.tw/stat/life.aspx，2015/05/27。

未著撰者，〈大統黑心油案　二審判高振利 12 年定讞〉，《ETtoday 社會新聞》
http://www.ettoday.net/news/20140724/381669.htm，2016/02/02。

未著撰者，〈大統橄欖油出包！摻銅葉綠素染色劑〉，《鉅亨網》
http://life.cnyes.com/Content/20131017/KHAVM6C47SPVC.shtml，2016/02/02。

行政院主計處，中華民國老人狀況調查報告
http://sowf.moi.gov.tw/start/Survey.pdf，2015/05/27。

行政院經濟建設委員會，中華民國 2012 年至 2060 年人口推計報告
http://www.cepd.gov.tw/m1.aspx?sNo=0000455，2015/05/27。

行政院環境保護署，空氣品質監測網細懸浮微粒指標
http://taqm.epa.gov.tw/taqm/tw/fpmi.aspx，2016/06/22。

吳為恭、歐素美、陳彥廷、林嘉琪，〈罰大統 18.5 億賠償用〉，《自由時報》
http://news.ltn.com.tw/news/focus/paper/726842，2016/02/02。

吳哲豪，〈橄欖油疑不純扣千瓶大統油品〉，《中央社》
http://www.cna.com.tw/News/FirstNews/201310160054-1.aspx，2016/02/02。

杜邦臺灣
http://www.dupont.com.tw/1-a.htm，2016/01/25。

秀水鄉公所
http://town.chcg.gov.tw/hsiushui/07other/main.asp?main_id=2312，2016/01/28。

和美鎮公所
http://town.chcg.gov.tw/hemei/07other/main.asp?main_id=1066，2016/01/28。

陳淑芬，〈大統提賠償現金土地 10 多億〉，《中央社》
http://www.cna.com.tw/news/firstnews/201311010055-1.aspx，2016/02/02。

陳淑芬，〈大聯酒品不實開罰 550 萬元〉，《中央社》
http://www.cna.com.tw/News/FirstNews/201310280011-1.aspx，2016/2/2。

陳詩璧，〈辣椒油沒辣椒　大統遭重罰 2820 萬〉，《蘋果日報》
http://www.appledaily.com.tw/realtimenews/article/life/20131018/277368/，2016/02/02。

鹿港鎮公所
http://www.lukang.gov.tw/content/index.aspx?Parser=1,5,126,34，2016/01/28。

鹿港鎮衛生所，發展沿革
http://203.65.42.172/changhuacounty1/pub/LIT_6.asp，2013/12/06。

溪湖鎮公所
http://town.chcg.gov.tw/xihu/07other/main.asp?main_id=8914，2016/01/28。

彰化市公所
http://www.changhua.gov.tw/?index=public_co&fun_id=3&fun_s_id=1&types=10，2016/01/28。

彰化縣社區心理衛生中心
http://center.nccu.idv.tw/service_detail.asp?law_id=2，2016/01/02。

彰化縣衛生局，103 年 3 月醫療資源現況統計
http://www.chshb.gov.tw/download/，2014/09/16。

彰化縣衛生局，組織職掌
http://www.chshb.gov.tw/ind_a2.asp，2013/12/06。

彰化縣衛生局，發展沿革
http://www.chshb.gov.tw/ind_a1.asp，2013/12/06。

彰化縣衛生局，彰化縣衛生局 101 年度施政績效報告
http://www.chshb.gov.tw/performance/?parent_id=1220&top=165m，2016/01/05。

彰化縣環境保護局
http://www.chepb.gov.tw/ch/00home/home.as，2016/01/28。

線西鄉公所
http://town.chcg.gov.tw/xianxi/07other/main.asp?main_id=1617，2016/01/28。

慢性腎臟病防治研究專案管理辦公室，〈慢性腎臟病防治科技研究計劃〉
http://www.ibmi.org.tw/CKD/client/Intro.php?REFDOCTYPID=0kzs1nlxskew5y20，2015/12/29。

臺灣基督教長老教會
http://www.pct.org.tw/ab_org_chart.aspx，2017/7/10。

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

衛生福利部國民健康署，〈91 至 96 年 15 歲以上國人高血壓、高血糖、高血脂 5 年發生率〉
http://www.hpa.gov.tw/Bhpnet/Web/News/News.aspx?No=200907170001，2016/01/02。

衛生福利部彰化醫院
http://www.chhw.mohw.gov.tw，2013/12/02。

衛福部，中華民國 102 年老人狀況調查報告
file:///E:/Documents%20and%20Settings/cgu/My%20Documents/Downloads/5.%E8%AA%BF%E6%9F%A5%E5%88%86%E6%9E%90.pdf，2015/05/25。

鐘聖雄，〈中科四期環差通關廢水將排濁水溪〉，《公視新聞網》
http://pnn.pts.org.tw/main/2013/02/04/，2016/02/07。

索　　引

二劃

二水鄉衛生所　64, 93, 103

二林基督教醫院　74, 75, 273

二林鎮衛生所　58

八七水災　74, 253

三劃

土壤污染防治法　233, 274

大井玄　108

大村鄉衛生所　61, 93, 102

大城鄉衛生所　66, 94, 104

大陸浙江嘉興之教會醫院　74

四劃

中山大學海洋地質與化學研究所　253

中央健康保險局　176

中科四期二林園區　25, 258, 259, 275, 288

中科四期開發案　25, 41

中科管理局　257, 258, 259

中國農村復興聯合委員會　51, 147, 187, 219

中國醫藥學院　108, 273

中部水質檢驗中心　219

中華民國刑法　110

中華民國防癌協會　172, 199, 273

中興醫院　147

仁和醫院　76, 77, 82, 100

仁德慈善會　261

內政部　16, 18, 25, 27, 28, 167, 198, 201, 202, 204, 205, 206, 209, 252, 258, 259, 275, 276, 280, 290

內政部社會司　206

反杜邦公司設廠事件　247

巴克萊 George W.Barclay）　187

水污染防治法　24, 41, 221, 223, 224, 268, 273

五劃

世界衛生組織　129, 134, 135, 141, 147, 148, 149, 161, 164, 166, 170, 172, 185, 189, 201, 207, 223

世界衛生組織國際癌症研究總署　170

主婦聯盟　107

加強農村醫療保健計畫　81, 273

北斗鎮衛生所　56, 94

北部水質檢驗中心　219

布倫柏格（Baruch S.Blumberg）　160

永靖鄉衛生所　63, 93

玉里榮民醫院　168

田中仁和醫院　77, 82

彰化縣政府
CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

田中鎮衛生所　57, 58, 93
田尾鄉社區衛生促進委員會　64
田尾鄉衛生所　64, 94

六劃

全民健康保險　39, 47, 62, 82, 106, 109
全國自殺防治中心彰化辦公室　47, 275
多氯聯苯中毒事件　107, 264, 273, 287
污物掃除法　238, 272
竹山秀傳　76, 77
竹塘鄉衛生所　66, 94
老人福利法　23, 41, 203, 204, 274
自殺防治中心　47, 275
艾勒特賀・艾倫尼・杜邦（Eleuthère Irénée du Pont）　247
行政院　23, 24, 25, 27, 45, 46, 47, 50, 54, 59, 61, 62, 64, 72, 81, 88, 107, 109, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 129, 130, 132, 133, 135, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 145, 146, 147, 148, 149, 154, 155, 160, 161, 169, 170, 171, 172, 177, 182, 187, 188, 199, 200, 201, 202, 203, 205, 207, 211, 214, 217, 218, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 233, 235, 236, 237, 238, 239, 241, 243, 244, 245, 248, 249, 252, 253, 255, 256, 257, 258, 260, 261, 267, 269, 270, 274, 275, 276, 277, 278, 280, 284, 290
行政院衛生署　23, 24, 45, 46, 47, 50, 54, 59, 61, 62, 72, 81, 88, 107, 109, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 129, 130, 132, 133, 135, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 145, 147, 148, 149, 154, 155, 160, 169, 170, 171, 172, 177, 182, 187, 188, 199, 200, 202, 203, 205, 207, 211, 217, 218, 220, 222, 223, 225, 226, 233, 235, 236, 238, 239, 243, 245, 249, 255, 256, 267, 275, 276, 277, 278, 280, 284

七劃

伸港鄉衛生所　59
吳敦義　258
宋瑞樓　160
李火爐　54
李國鼎　160
杜邦在臺設廠事件　41, 251
杜錫圭　12, 54
秀水鄉衛生所　60, 93
秀傳紀念醫院　76, 81, 82, 273
秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院　76, 81, 82
肝炎防治委員會　160

八劃

兒玉源太郎　73
卓伯源　12, 14, 252
周金耀　74
周璽　43, 281
和美鎮衛生所　56, 93
和美鎮糖友里公益服務隊　262
岡山醫院　76
府立臺中病院　95, 98, 100, 104, 167
府立臺南病院　167
性病防治中心　147
東海大學環科中心　108
東部水質檢驗中心　219
松山療養院　100, 129
林邱鳳英　135
油品事件　109, 276
油症事件　107
社區心理衛生中心　22, 47, 168, 266, 291
社團法人康復之友協會　22, 168, 266
社頭鄉社區衛生促進委員會　63
社頭鄉衛生所　63, 93
空氣污染防制　23, 24, 41, 213, 222, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 268, 269, 273
芬園鄉衛生所　61, 93
花壇鄉衛生所　61, 93
芳苑鄉衛生所　65, 66, 94, 104
長庚醫院　161
長期照護服務法　203
長期照顧管理中心　46, 275
長尾崎宰　163
青平臺　255

九劃

便捷服務中心　46, 275
保羅甘乃士（Kenneth J.Bart）　135
南大彰化基督教醫院　74
南投南雲醫院　75
南部水質檢驗中心　219
南郭醫療中心　75
南彰化醫療網計畫　81
建國工專　261
後藤新平　43
施炳麟　160
施純仁　135
昭和天皇裕仁　74
洛氏基金會　141
洪伯祺（Miss Peggy Arthur）　74
省立桃園療養院　168
省立草屯療養院　168
省立臺北醫院附設示範診部　147
省立澎湖醫院　96, 102, 103, 168
省衛生處防癆局　55
省衛生處家庭計畫研究所　55
砂眼防治中心　164
美國安全分署（MSA）　141
美國疾病管制中心　137
美國國際開發總署臺灣分署　147
美國密西根大學人口研究中心　187
美國普林斯頓大學　187
美國慢性病委員會　40, 170
美國衛生部　135
苗栗縣獅頭山勸化堂　108
英立彰化基督教醫院　73
英國宣道教會　73

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

食品衛生管理法　108, 109, 110

十劃

員林何醫院　76, 77
員林員生醫院　75
員林鎮衛生所　56, 57, 93, 99, 103, 173
唐龍文　58
埔心鄉衛生所　62, 93, 102
埔里基督教醫院　75
埔鹽鄉衛生所　62, 93, 102
根除「三麻一風」計畫　135, 274
烈以利姑娘（Miss Isabel Elliot）　74
疾病管制局　109, 116, 132, 133, 145, 265, 275
財團法人中華民國寄生蟲防治會　153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 273, 279, 280, 281, 282
高仁　74
高木友枝　139
高振利　109, 110, 290
高雄市立凱旋醫院　168
高雄縣重慶堆肥場　239

十一劃

國民健康局　23, 64, 169, 176, 177, 178, 179, 207, 267
國立成功大學附設醫院　168
國光石化開發案　25, 41, 252, 270
國科會　257, 259, 275
國軍退除役醫療人員執業資格考試條例　88
埤頭鄉衛生所　65, 94
婦幼衛生中心　189
張正雄　75
張邦次　65
張博雅　135
梅鑑霧牧師（Rev, Campbell N, Moody）　73
清風莊結核療養所　129
清掃街道局　237
莊秉潔　254
莫拉克風災　253
許舒博　252
陳日明　65
陳吉仲　254
陳存頂　108
陳淑靜　107
陳惠譽　107
陳嘉烈　65
陶聲洋防癌基金會　172, 199
鹿基醫院　75, 275
鹿港百川醫院　75
鹿港鎮衛生所　55, 93, 108, 291

十二劃

惠明學校　107, 108
曾柏村　142
殘障福利法　203
華仁愛姑娘（Miss J, Walvoord）　74
陽明醫院　205
雲林石化科技園區　252
黃秀傳　76
黃明和　76, 264

十三劃

傳染病防治法　116, 138, 145, 265
傳染病防治條例　115, 138
廉德烈牧師（Rev.A.B.Neilson）　73
楊辰夫　137
楊毓奇　74
楊憲宏　107
溪州鄉衛生所　67, 94
溪湖鎮慈音慈善團體會　262
溪湖鎮衛生所　57, 93, 101
經濟部工業局　249, 254
經濟部水資會　233
經濟部投資審議委員會　249
群體醫療執業中心　62, 63, 64, 66, 67, 81, 148, 286
萬興衛生室　58
葉宣哲　254
葛應欽　108, 288
詹漢庚　45, 49
農村陣線　255

十四劃

彰化市東區衛生所　46, 54
彰化市長森醫院　75
彰化市南西北區衛生所　54, 55
彰化市衛生促進委員會　54
彰化地檢署　109
彰化基督教醫院　20, 38, 39, 69, 73, 74, 75, 76, 81, 85, 88, 89, 93, 94, 95, 96, 98, 99, 100, 102, 103, 104, 171, 175, 200, 205, 263, 264, 272, 275, 283, 289
彰化基督教醫院二林分院　75, 81
彰化基督教醫療財團法人　73, 75
彰化慈惠醫院　77, 95, 96, 272
彰化縣二林鎮二林鎮公共衛生示範區衛生所　58
彰化縣大地保護協會　261, 274
彰化縣公害防治協會　25, 249, 270
彰化縣市結核病防治所　45
彰化縣立員林醫院　20, 39, 45, 69, 70, 263, 272
彰化縣立傳染病院　45
彰化縣西南角(大城)海埔地工業區　252
彰化縣長期照護管理示範中心　46
彰化縣長期照顧暨慢性病防治所　46, 276
彰化縣長期照顧管理中心　46
彰化縣政府　15, 16, 20, 23, 34, 38, 45, 46, 47, 49, 52, 53, 71, 78, 79, 80, 90, 91, 92, 105, 106, 109, 111, 112, 113, 116, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 133, 144, 181, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 213, 229, 230, 231, 232, 241, 242, 243, 245, 252, 268, 272, 275, 278, 284

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

彰化縣彰化市大竹區衛生所　46

彰化縣衛生局　20, 24, 38, 46, 47, 48, 49, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 76, 77, 82, 106, 107, 109, 110, 133, 173, 181, 207, 209, 210, 232, 234, 263, 273, 274, 275, 278, 291

彰化縣衛生院　20, 45, 49, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 65, 67, 70, 93, 95, 133, 189, 263, 272

彰化縣環境保護局　23, 38, 46, 213, 214, 245, 268, 274, 291

彰化縣議會　13, 14, 81, 133, 136, 142, 143, 144, 148, 149, 150, 151, 152, 162, 165, 166, 189, 190, 198, 200, 220, 221, 223, 224, 225, 227, 228, 233, 236, 237, 240, 241, 243, 244, 245, 257, 261, 262, 278, 284

彰濱工業區　25, 39, 41, 243, 248, 249, 250, 251, 259, 270, 275, 289

彰濱秀傳　76, 77, 81

慢性病防治局　55

榮民總醫院　108

福興鄉民眾活動中心　108

福興鄉衛生所　59, 60, 93, 97

精神病者監護法　167, 272

精神病院法　167, 272

精神衛生法　168

臺大兒童醫院　76, 263

臺中州　18, 20, 32, 39, 44, 45, 84, 85, 86, 87, 88, 93, 98, 142, 153, 163, 167, 263, 278

臺中慈惠醫院彰化分院　77

臺中慈惠醫院彰化診療所　77

臺中縣二林鎮衛生所　58

臺中縣埔心鄉衛生所　62

臺中縣神岡鄉衛生所　108

臺中縣衛生院　20, 45, 55, 56, 58, 59, 60, 65, 66, 93, 263

臺化——硫化氫監測站　24, 227, 269

臺化公司　161, 227

臺北市立性病防治所　147, 148

臺北市立療養院　168

臺北市護理師護士公會　205

臺北秀傳醫院　76

臺北保健館　189

臺北帝國大學附設醫院　167

臺北最高行政法院　25, 258, 259, 275, 288

臺北螢橋國小遭精神病患潑硫酸事件　167

臺東水質檢驗中心　219

臺視公司　260

慶陽紡織公司　108

臺灣人口研究中心　187

臺灣地方病及傳染病調查委員會　163, 281

臺灣保生製藥公司　161

臺灣省水污染防治委員會　223

臺灣省水污染防治所　223

臺灣省立彰化醫院　20, 39, 69, 263

臺灣省建設廳公共工程局　218

臺灣省政府建設廳　223

臺灣省政府衛生處　40, 70, 81, 129, 147, 149, 160, 161, 164, 166, 187, 191, 219, 220, 223, 235, 238, 273, 278, 279, 280

臺灣省婦幼衛生研究所　147, 148, 185, 186, 198, 285

臺灣省農業藥物、毒物試驗所　233

臺灣省瘧疾研究所　141, 142, 143

臺灣省管理藥商辦法　106

臺灣省環境保護局　219, 222

臺灣省環境衛生指導委員會　213

臺灣基督長老教會南部大會　74

臺灣植物保護中心　233

臺灣傳染病與地方病調查委員會　44

臺灣總督府民政局總務部衛生課　43

臺灣總督府衛生課　139

臺灣總督府總督官房　43

十五劃

劉坤光　108

劉祖乾　253

廢棄物清理法　216, 222, 244, 245, 273

澎湖縣馬公堆肥場　239

瘦肉精風暴　110

線西鄉衛生所　58, 93

蔣介石　129, 212

衛生事務所　43

衛生保健調查會　44

衛生署環保局　24, 233, 249, 269

衛生福利部　23, 72, 73, 76, 82, 83, 170, 181, 183, 202, 203, 204, 205, 207, 263, 267, 273, 276, 285, 292

衛生福利部彰化醫院　72, 73, 82, 83, 273, 292

鄭汝芬　254

養神院　166, 167

十六劃

噪音管制法　25, 235, 236, 269

興發工業公司　108

賴和文教基金會　254

錫口療養院　129

龍發堂非法收容、虐待精神病患　167

十七劃

優生保健法　22, 198, 274

總督府醫院　94, 163

聯合國兒童急救基金委員會　147

聯合國兒童基金會　134, 164, 185, 186

聯合稽查隊　47

十八劃

顏春輝 141

魏克思醫生（Dr. Jeseph Wilkerson）　74

魏海倫（Mrs Estelle Wilkerson）　74.75

十九劃

藥物藥商管理法　20, 106, 264

彰化縣政府 CHANGHUA COUNTY GOVERNMENT

二十一劃

蘭大弼醫生（Dr.David Landsborough IV）74, 285

蘭大衛醫生（Dr. David Landsborough III）38, 69, 73, 74, 283

蘭醫館　73

顧祺珍　108

彰化縣政府
CHANGHUA
COUNTY GOVERNMENT

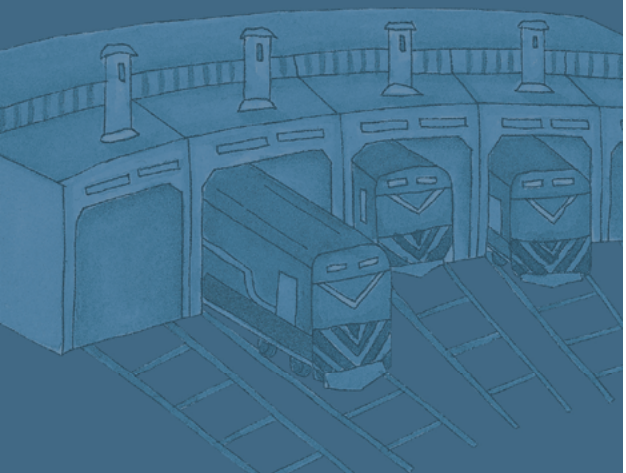
彰化
縣政府
CHANGHUA
COUNTY GOVERNMENT

新修

彰化縣志

《卷三》 政事志

衛生與環保篇



THE HISTORY OF CHANGHUA COUNTY

國家圖書館出版品預行編目 CIP 資料

新修彰化縣志．卷三，政事志，衛生與環保篇 / 張淑卿撰稿．-- 彰化市：彰縣府，民 108.11

面；　公分

ISBN 978-986-5423-18-6(精裝)
1. 方志 2. 彰化縣

733.9/121.1　　108016949

發 行 人：王惠美
總 策 畫：張雀芬
總　　纂：黃秀政
纂修單位：社團法人台灣歷史學會
主 持 人：張勝彥
撰　　稿：張淑卿
審查委員：李明仁、許宏彬（依姓名筆劃排序）
行政團隊：許俊宏、尚筱菁、林孟宏、張林傑、謝瑞賀、葉樹勇
范秀情、林舒榆
封面題字：吳東源

出版單位：彰化縣政府
地　　址：50042 彰化市中山路 2 段 416 號
執行單位：彰化縣文化局
地　　址：50074 彰化市卦山路 3 號
電　　話：（04）725–0057

編印單位：昱盛印刷事業有限公司
編輯校對：溫宗翰、陳怡伶
美編插畫：劉彩鳳、陳瑩潔、涂敏焄
地　　址：40753 臺中市西屯區永輝路 83 號
電　　話：（04）2312–2670

出版年月：中華民國 108 年 11 月
定　　價：1,000 元
G P N：1010802077
I S B N：978-986542318-6
版權所有，未經許可禁止翻印或轉載

ISBN 978-986542318-6
9 789865 423186 01000
GPN：1010802077