

開發中國家的 職業健康問題

呂宗學

當全國朝野關注於國家生產總額，經濟成長指數也快速增長之時，是否曾停下來想想，這是多少農民及勞工犧牲他的健康和福利所換來的還有，當我們享受著工業化機械化所帶來的優厚生活環境，有否想到自己的工作環境，正是多疾病和殘障的溫床。

開發中國家的急速工業化與機械化，使得長久存在的職業疾病問題日趨嚴重及明顯化。「職業疾病」並不是一個新的名詞，打從人類最早的古文明開始，就有職業疾病的問題存在。從幾千年前古埃及文明的壁畫上，我們也可看到一些職業疾病的蛛跡。

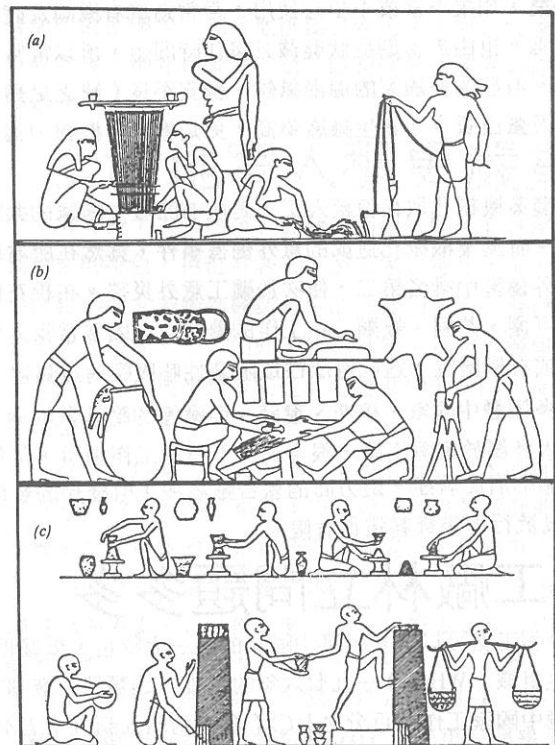


Figure 2.1 Industry in ancient Egypt. (a) Dyeing and hand weaving of textiles. (b) Leather manufacturing from hides including tanning. (c) Pottery and firing
Source: Noweir (1979)

從古埃及的壁畫中，我們也可看到職業疾病的記錄。

職業疾病因為致病因子種類繁多（可能是體質因素也可能是環境因素），潛伏期又特別長，加上症狀不是很單一性，以致調查與研究非常困難。而開發中國家又因原本民衆普遍生活水準不高、營養不良，地方性疾病的盛行；再加上缺乏管制法令、執行不力、基本資料不足（例如工廠數、勞工數、標準單位等）、專業醫務人員不夠等，使得職業疾病問題的研究調查工作更加辛苦。

開發中國家的主要生產力大多來自農業、小型工廠、建築業、採礦及少數大工廠。不同職業及工作環境所產生的疾病也不盡相同，以下將分別作簡單的介紹。本文大部份資料與數據都是根據 EL-Batawi 教授及世界衛生組織的調查報告。

農業職業病受忽視

開發中國家的農民職業病問題往往最被忽視，主要是在大家印象中，職業疾病好像只會發生在工業化的工廠內接觸自然農作物的農民應該不易得病。

其實不然，農夫（尤其是畜牧場）常常要接觸動物，所以自動物身上感染寄生蟲疾病的比率特別高。例如布魯士菌、炭疽桿菌、細螺旋體菌等，就常常感染接觸羊、牛馬的農夫，當然這些都是很易治癒的疾病。

隨著科技的進步，爲了提高農產量而普遍使用殺蟲劑、農藥，如果不當或不小心中使用，常常造成有機磷及碳酸的中毒。也由於初期症狀輕微且發作時間短，所以常常被忽視。有些開發國家的溫濕氣候、營養不良（缺乏足夠維生素及蛋白質），寄生蟲感染高，更是增加有機物中毒的因素。

農業機械化取代傳統人工，是所有開發中國家的共同特色。而農業機械化造成的意外傷害事件，竟然在所有職業意外傷害中排名第二，僅次於礦工意外災害。在棉花園、可可園、茶園、穀類工廠工作的農民，也因常常吸入植物性或有機塵粒，造成過敏性或阻塞性呼吸疾病或氣喘。在很多開發中國家，棉花、瓊麻、亞麻等的壓軋纖維過程，大多屬於家庭工業，很多通風不良的工作場所，常使人罹患棉屑沈著症。這方面的報告雖然多，但確切的致病濃度或流行病等資料還很有限。

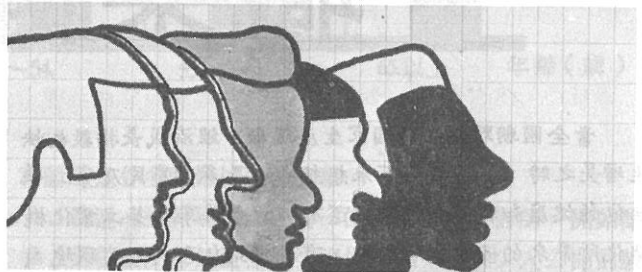
小工廠林立問題多多

小型工廠可以說是開發中國家的另一大特色，根據世界衛生組織（WHO）一九七六年的調查，這類型工廠約佔開發中國家工作的百分之七〇（各國由四五到九十五不等）。這種小型工廠大多設在自己家中或後院、資金不大、人手不多、也沒有專業化的經營管理，老闆僱工大家一起來。也由於經費有限、教育及技術層次低，空間狹小擁

擠、工作時間不定、設備老舊，所以根本就談不上健康的維護與預防安全。再加上貪小便宜地大量使用童工及女工，也產生很多人權問題。這種工廠數目太多，且工人流動性又大，使得資料很難獲得。執法機關就算指責其設備或工作環境不合規定，而工廠往往也沒有能力去改善，令政府單位頭痛不已

韓國在一九七五年曾對這類型工廠作過一些調查報告，檢查六十家工廠三千六百位僱工的健康情形，發現聽覺障礙 870 位（24.2%），矽沈著症 427 位（11.9%），鉛中毒 268 位（7.4%），有機溶劑中毒 563 位（15.%），其他氣體中毒（如 CO+SO₂）297 位（8.3%）。

近二十年來，歐美已開發國家將很多危險的石化工業轉移到開發中國家來。而最原始的採礦工業也仍舊繼續進行，這使得職業病問題更形複雜及多樣性。



心理適應問題不可忽

在開發中國家，勞工的社會心理適應問題，也是影響健康及生產力的重要因素。同樣是工業化，但是十八世紀歐美的工業革命還經過數百年的發明改良，而逐漸普遍化，勞工及其家屬也有相當長的緩衝期來適應。但是開發中國家的工業化，幾乎是一剎那間完成的。勞工由原來寧靜單純的傳統農村生活，馬上轉變成機械化，裝配綫的緊張單調工廠作息。由以前親朋老友順應自然地生產，轉變成與許多陌生人，在吵雜環境中，使用複雜的機器；接受嚴格冰冷的階段管理。「較優厚待遇」是唯一因素，促使這些勞工們不得不接受這種挑戰，可是却很難補償心中的疏離感與壓力。難怪開發中國家勞工的缺席率及流動性特別高。

世界衛生組織一九六七年對東南亞某國的鋼鐵工廠工人流動率調查，及一九七〇年對西太平洋國家煤礦工人的調查，都強烈支持這種現象。一九七八年新加坡也報告有廠女工集體歇斯底里發作的個案，造成工廠作業的嚴重影響。專家認爲，開發中國家若原本存在有一些傳統風俗、習慣及宗教觀念，老闆也可好好利用作為安撫員工士氣的方法。

除了社會心理適應困難外，影響生產力最嚴重而且最明顯的，當屬「意外傷害」。一九七四年世界衛生組織在

拉丁美洲國家作系列的調查，意外傷害造成生產力減弱及賠償的醫藥費，是各工廠最大的經濟損失。一九七一年哥倫比亞共有九〇萬起職業意外傷害事件，受傷害的勞工多達四百五十萬人。同年智利的社會保險局報告，全國三十五萬帶工中有七萬四千八百人曾獲殘障傷害賠償，一九七二年的勞工意外傷害事件多達十一萬二千七百件。玻利維亞一九七二年主要礦坑勞工二萬四千人，該年意外事件多達五千四百三十起。各國總平均每年每一百名勞工，罹患意外傷害的比率是 21% 至 34%，比起英國一九七八年報告 2.6% 是高太多了。歸結其因素不外乎：不適的工作環境、安全衛生知識不足及缺乏保護措施。

職業衛生醫療的困境

談論任何與衛生保健及醫藥有關之問題時，我們總是離不開三個範疇。一是消費者（民衆與患者）、二是提供者（醫務人員或其相關者），三是第三者（即政府或保險機構）。前面我們已談了開發中國家所呈現的職業有關疾病，接著將介紹開發中國家的醫療保健提供者所面臨的困境。

一、法律規章及政府缺乏效率：要談到職業健康及保健安全、勞工賠償及福利、工廠設備及污染等等，幾乎與法律息相關。任何國家政府單位對這方面的最起碼要求包括：設定標準、檢視工作環境是否安全或暴露於危險因子及督促僱主遵守規定。

通常開發中國家負責監督檢視的專員本來就很少，提供檢視的設備也不足、交通困難、薪水又低、遭遇壓力也大，再加上公文及司法程序也常因官僚作風而拖延許久，帶給檢視專員很大困擾。更令人灰心的是對違規工廠的罰款太少，往往不能收到警告效果；再加上很多的工廠是屬於國營事業，使得法規毫無作用。政府當局不重視預防醫學及衛生保健的推行，更使得職業病防治工作滯礙難行。

法令規章的訂定與修正往往跟不上時代，且不夠重視專家意見，也是開發中國家所面臨的問題之一。

二、醫務人員及設備不足：醫務保健工作人員的缺乏是開發中國家的普遍問題，而職業疾病專業人員更是嚴重缺乏。台灣人口多達一千八百萬，面對 59402 家工廠及四百六十萬勞動人口，國內竟然只有一位真正合格的職業病專科醫師。究竟一個國家需要多職業病醫務人員才夠呢？這是很難明確回答的問題，各國之情況都不盡相同。譬如斯里蘭卡、賴比瑞亞及馬來西亞在國內較大之工業區、礦區及農場都有醫院或相關單位；很多拉丁美洲及中東國家也都有勞保計劃及門診醫院。不過大多只能提供基本的醫療照顧，對於較特殊的職業疾病如：農藥中毒、有機落塵造成之過敏性呼吸道疾病，有機物引起之神經病變或特殊的

意外傷害等，往往就無能為力；更遑論預防工作如：歸選測驗提早發覺早期病人，偵測危險因子，教育工業衛生及急救常識或改善工廠設備及增加保護措施等。

很多國家也開始重視此類問題，所以舉辦了很多講習班與訓練課程，對原包括公衛人員、護士、勞工領班、僱主等人，針對其特殊需要而授課。WHO 也大力支持這類計劃，也提供很多國際性的交流計劃進進修計劃及訓練計劃。

三、職業疾病資料及數據的嚴重缺乏：由於專業人員的不足，也使得這方面的資料難求；另一方面則因職業疾病的研究調查本身就相當困難。而沒有資料與數據，就很難作立法、評估、訂定政策及防治方法的優先次序等工作。且職業病之本土因素也很重要，歐美各國的安全標準及檢查方法並不一定完全適用於開發中國家。且人力、經費、可行性及裝備技術水準都要考慮在內，這也是開發中國家醫務專業人員更加辛苦的重擔之一。

四、相關單位彼此間的協調及整合不夠：從前面的討論，我們可以發現要解決職業疾病的問題，得要涉及許多不同專業及相同單位的共同合作。例如立法單位的訂定法令，司法單位的執行處罰及賠償，社會福利局的保險照顧，環保局的偵測，公務人員的視訪教育，醫務人員的治療，研究單位的擬定計劃及建議，工會的自覺及爭取權益，勞資衝突的協調等，相當地複雜且吃力。如何使大家的工作不要重複且不互相牽制，這的確是開發中國家急需解決的課題之一。

台灣地窄人稠更嚴重

由台灣十大死因來看台灣的醫療保健，它有歐美已開發國家的特色，但也有著未開發國家之特色，是一十足的混合轉型期。若談到職業疾病的保健與防治，台灣真是處於落後的情況。不但如此，台灣地窄人稠，工廠與住宅區相鄰太近了，幾乎職業病也就是社區的公害病，使得問題更加複雜嚴重。

我們可以提出訂定相關法令、增加經費、訓練人員、建立適合台灣的檢視程序及方法等很多口號及計劃，但是最根本及最重要的還是「教育與自覺」。教育勞工有知權利，知道他工作環境暴露於那些危險因子，教育勞工有保護自己健康安全之常識，教育勞工自覺去爭取他們原有之權利及改善工作環境，教育民衆自覺不必白白忍受工廠造成的環境污染危害，教育民衆主動表達其心聲，催促政府立法，提醒決策者不要只重視 GNP 也要重視健康及下一代的生活環境。

勞工及民衆，自己不積極關心自己的健康，誰又會主動地替你關心呢？

醫藥新聞

中華民國七十四年六月

社長：洪聰年

總編輯：呂軒東

製作：編輯組

國科會撥款五大醫院 以研究慢性B型肝炎

國科會決撥款兩千七百萬元，由國內消化系醫學會聯合台大、榮總、三總、長庚、馬偕等大型醫院，共同研究以較多因子治療慢性B型肝炎。

台大醫學院內科教授陳定信指出此項研究計畫將進行三至四年。五所大醫院將以三百名患者為進行實驗對象。

這項研究方法乃利用感染過B型肝炎病原而又完全康復者淋巴球中之轉移因子，注入慢性B型肝炎患者體內，治療B型肝炎。

為使這項研究能順利推展，國科會將派專人至各大醫院，協助研究人員處理患者的追蹤工作。

公立醫院醫師荒 衛署建議升待遇

由於各省立醫院缺額普遍，嚴重影響醫療業務的進行，是以人事局與衛生署將建議銜敘部提高起敘標準，並由任用制度上解決問題。

由台北市立仁愛、和平醫院及省立台中、豐原醫院的醫療業務看來，省立與市立醫院人才難留的原因，主要是人事待遇偏低，任用制度束縛太大所致。目前公私立醫院

住院醫師銜敘標準為委任十級，與一般高考及格者相同，這對曾受七年醫師教育者而言，有失公平。因此人事局同意建議修改醫師銜敘標準，以提高待遇。

又以省市立醫院的任用是適用公務員任用法，對於醫療品質提升與業務推展阻力甚大，故建議改為「聘用人員聘用條例」，改採聘用制度。

教育部決儘先編定

醫學院之教學大綱

由於醫學院課程一直無教學大綱，過去的醫事檢核考試與教育方面配合不夠，或因範圍過大，以致每次檢核考試人員通過太少。行政指示教育部作有效改進，七所公私立大學醫學院院長於七十三年二月廿一日在教育部開會研商，決定先編定醫學院教學大綱，再進而研究如何使教、考、用之配合。

會中決定分別由各醫學院，於兩週內草擬各科教學大綱，包括內科由國防醫學院，外科由台大醫學院，基礎醫學由陽明醫學院，婦科與小兒科由高雄醫學院，公共衛生科由中國醫藥學院負責。

過去醫事人員檢核考試不考公共衛生科，今後要再考，而將婦科與小兒科併為一科。

衛署耗資與美合作 培訓流行病學人才

在過去卅三年中，應用流行病學人才訓練及養成計畫已先後訓練一千三百名學員，不僅為各國疾病之重要工作人員，亦使美國公共衛生水準大幅提升。

國內現職防疫人員，百分之四十四未受大專教育，其中半數大學畢業生亦缺乏此流行病學訓練，因此當各種傳染病發生時，此種人才付之厥如。

因此行政院核定衛生署撥款一千萬元，與美國管制中心合作此項E-S的計畫，俾使國內疫情發生時，衛生單位能迅速掌握情況，撲滅傳染病源。

這項計畫每期二年，每期訓練五人，由七十三年七月起實施。美國疾病管制中心將派遣專家三名，協助E-S計畫人員之訓練，而主要對象為醫科畢業生，已考取醫師執照，有志從事公共衛生，預防醫學者。

衛署決撥款七省立醫院 辦理開業醫師繼續教育

由於醫師繼續教育一直辦得不理想，衛生署正式決

第二版

撥出經費補助七所大型省立醫院，包括基隆、台北、桃園、台中、台南、高雄市立民生醫院和省立花蓮醫院，每所補助新台幣二十萬元。希望受到省立醫院和開業醫師的重視，以加強辦理開業醫師繼續教育。

衛生署說，負責辦理的醫院，應提出完整計畫，以演講、討論等方式，提高地方開業醫師參加繼續教育興趣。

這次並非採取強迫參加方式，而是讓醫師自願報名。衛生署表示，以目前醫界情況，尚未能全面實施強迫性繼續教育，只好儘量讓大多數醫師接受繼續教育的觀念。

中斐肝病醫學研討會 探討B型肝炎之防治

在國科會與南非醫學研究委員會簽訂「中斐醫學研究合作協定」中，兩單位共同主辦大型醫學研討會—中斐肝病醫學研討會，於民國七十三年十六日、十七日在榮總舉行。

國科會及衛生署官員在研討會上表示，七十三年七月必能如期實施B型肝炎預防注射計畫，同時有關單位並已決定除對E抗原陽性母親的新生兒接種疫苗外，並將接種一劑B型肝炎免疫球蛋白。

此項會議重點集中在肝病醫學研討，尤其在B型肝炎診斷、防治與學術探討方面，意義極重大。論文包括肝病治療，B型肝炎病毒感染及其併發症，與B型肝炎病毒感染防治等廿七篇。與會者除宋瑞樓、羅光瑞、韓韶華等廿五位國內學者專家外，並有南非醫學研究會副主委范鶴鼎博士等六人。

勞保給付初步已修訂 近與大醫院個別洽訂

為使辦理勞工保險門診及住診診療業務之費用給付更趨合理，台閩地區勞工保險局已著手修訂「勞保診療費用支付標準表」。將取消與大醫院個別洽訂收費標準的規定，所有醫院均依疾病、診療、用藥種類給付標準，其中診療費將以提高約一倍，目前修訂初稿已完成，將於報請內政部核定後實施。

現行「勞保診療費用支付標準」規定，對於國立、省立、院轄市立醫院及教育部評鑑核定之教學醫院，收費標準個別洽訂，一般醫院則根據「標準表」審核後支付。但以勞保病患每月使用之勞保診療單多達兩百萬張以上，勞保局難以一一審核，故另訂「門診平均費用免審範圍」，對未超過一定金額者，予以逕行支付。

醫院呈飽和區域 不得再蓋大醫院

於七十三年二月十日衛生署長許子秋表示，政府已決定今後除東部地區之外，不准再增設新的大型醫院。此項「禁令」已獲行政院同意。

但由於長庚高雄醫學中心和榮總高雄醫院已是既定事實，不在這項管制範圍之內。不過今後，「有條件」蓋大醫院單位若再計畫蓋醫院最好能讓衛生署先行了解情況。

他以為，一窩蜂蓋大醫院，會形成浪費，而真正需要醫療地區却沒人願意投資醫院，在資源有限的台灣，這是一種畸形發展。有條件限制和鼓勵醫院發展後，衛生署將搜集資料，規畫全國性醫療網，建立層次分明的醫療體系和轉診制度。

目前衛生署正計畫以經建會之「區域發展計畫」為藍本逐步規畫各區域內群體醫療執業中心，社區醫院與區域醫療中心。

去年勞保醫療給付高達137億元 擬施行使保險人門診付費10%

由於採免費醫療，使不需門診却前往門診人數增高，形成不必要的浪費。根據統計，勞保被保險人平均就診次數較公保高百分之十五，比無保險民衆高百分之二十。目前每月勞保門診約三百萬件，住院兩萬六千餘件。

台閩地區勞工保險局總經理王家銓表示：勞工保險醫療費用由被保險人負擔百分之十門診費，住院部份則暫不考慮。此項實施部份分擔醫療費用列入勞保例修正案審案通過，報行政院審查。

衛生署擬定五年計畫 加強精神病患之照顧

民國七十三年十二月六日，衛生署在副署長李悌元的主持下召開精神疾病防治五年計畫草案研究討論會，受邀的單位有：台灣省、台北市、高雄市的衛生處長、各公立療養院院長與中國心理衛生協會等單位。而行政院衛生署編列新台幣十一億五千萬，以完成加強醫療照顧的十項重要措施。

此次的五年計畫是針對當前精神醫療與保健工作的缺點而擬定的，其精神疾病防治計畫的十項措施有：建立區域性精神醫療網、推展精神病復健工作、加速培養精神科醫師、擴充及改善精神醫療設備、提高精神醫療品質、加強心理衛生教育宣導、加強公立精神醫療院的管理、推動

第三版

基層精神醫療保健工作、擴大精神病患醫療補助及建立精神衛生行政體系。

衛生署醫政處擬將台灣地區分成七個責任區，在台北、高雄、北、中、南、東部及澎湖，各以一所醫療院所為負責機構，且將在近期內與衛生處研討醫療網的建立。

特殊食品廣告 須先查驗登記

由於S-95奶粉以不實廣告欺騙消費者，衛生署食品衛生處於七十三年十一月廿四日表示，今後特殊食品刊登廣告，特別是嬰兒食品，須先經查驗登記發給執照，並委請新聞局以及地方衛生單位從嚴審查。

而謀求的對策有二：

一對於嬰兒配方食品，將比較食品添加物，先經檢驗而後發予執照，且必需在公告後方能刊登廣告。

二對於鼓吹美麗、減肥以及有助於男人健康等三種食品，藥品廣告，要從嚴取締，以免受其廣告之侈言所蠱惑。並且希望各類書報雜誌刊其真實姓名、地址，以防其廣告商假冒。

雷氏症候群未有明確病因 醫療糾紛應不涉業務過失

於七十三年十一月十一日台灣醫學會上，國內各教學醫院的小兒科醫生，以雷氏症候群為專題進行討論。中華民國醫師公會理事長吳基福指出：雷氏症候群在醫學上是疾病的併發症，但至今仍不是一般醫療常識之範圍，且未有明確病因。所以如有醫療糾紛發生，並不會構成醫療業務之罪嫌。

根據報告，雷氏症候群發生率約在十萬兒童中佔兩名，發生率並不多，而死亡率却很高，並且該症候群的檢驗、診斷、治療、病理學方面，極需經過複雜的途徑才能診斷。最重要的是該症候群在醫學上是新的發現，還未成為醫學上的一般常識。所以醫療業務上的過失罪嫌不能適用於大部份的一般醫師。

麻疹病毒性肝炎 列入報告傳染病

過去台灣地區法定傳染病及報告傳染病包括霍亂、痢疾、傷寒及副傷寒、小兒麻痺、百日咳、破傷風……等。民國七十三年三月起，行政院衛生署防疫處決定將病毒性肝炎、麻疹列入報告傳染病，俾使不幸罹患之民衆納入

衛生署及各大醫院的監視追蹤系統，以得最佳之照顧，並施行預防注射。

防疫處表示：麻疹和急性病毒性肝炎在台灣地區有顯著的疾病數，各醫護、衛生人員發現其病例應於四十八小時內向主管機關報告。故決定把這兩種病列入報告傳染病，報告之項目應包括個案姓名、年齡、住址、主要症狀及實驗室相關資料。

同時俱中西醫雙重資格 可開設中西合璧式診所

民國七十年四月二十日衛署醫字第三〇五六六一號函指出：同一人兼具醫師、中醫師雙重資格，可在同一地址同時開設診所及中醫診所執業。

根據目前申請開設中西醫診所者之數目看來，日後將會增加，所以衛生署醫政處會同有關機關研商後，提出必須有兩項專科的限制，必須：(一)分別加入醫師公會及中醫師公會。(二)請領一張執業執照，執照上的註具有中、西醫雙重資格。(三)請領一張開業執照的內容應有中西醫院(診所)的名稱，並有負責醫師的姓名及診療科別。而且診療科別需限定在中、西醫診療科別，或同一系統診療科別中選科，合計不得超過兩項專科。

醫院50床以上 應設置營養師

行政院衛生署為維護國民健康，加強對病人營養的照顧，於七十四年二月十三日研訂完成「國民營養法」草案。草案中明文規定如下：

第十四條：醫院病床在五十床以上者應該置專任營養師負責病人膳食營養諮詢事宜。

第十五條：醫院病床在五十床以上者應置專任營養師負責團體膳食業務。

第二十三條：病人用特殊營養食品之販賣應由營養師督導管理之。其管理辦法由中央主管機關訂定之。

第二十七條：違反第十四條、第十五條之規定者應通知限期改善，逾期不改善者，處五千元以上五萬元以下罰鍰。

第三十條：違反第二十三條之規定者處五千元以上三萬元以下罰鍰。

特殊營養食品引進 應先查驗衛生署清單

食品衛生處長劉廷英於去年八月，核進進口的營養食

第四版

品名單，並核准字號列表通知醫院診所，做為使用的標準。而目前經查獲的「恩能耐」食品，不但標示成份有問題，並且在台分裝的衛生條件不好，而含有病原菌。所以使用前的食品該先查明是否為表列中的核備商品。

另外，應詢問推銷人員，是否具有衛署核可出售的字號，特別是包裝標示不夠完整的特殊營養食品，如果銷售人員不能提出具體的證明，最好先向食品衛生處，或者地方衛生機關核查，確定後才可採購。

衛署大力取締 人工流產廣告

由於優生保健法之實施，許多私人婦產科診所濫用廣告，大肆宣傳人工流產，衛生單位準備大力取締。

衛生署保健處表示：優生保健施行細則中規定，人工流產手術必須在懷孕二十四週內才得施行。

由於廣告文字違反這項規定，可依其誇大的廣告處理，當受害者提出告訴時，業務過失的處罰情形將加重。

三人以上事業須投保 勞保條例修正案通過

民國七十四年三月十三日，內政部法規委員會審查通過「勞工保險條例修正草案」，規定三人以上事業機關應強制投保；普通事故保險費率由現行6%~8%提高至7%~9%。

——將承攬人僱用之員工，外僱船員，未經由僱主加保，無一定僱主等勞工納入強制保險對象，並擴大自願投保之對象於各業員工及其僱主。

——將精神病及預防性疾檢查納入醫療給付。

——普通事故保險費率按保險人投保薪資7%~9%擬定。

卡介苗是否有效 正反說法仍未定

卡介苗是否有效，在世界衛生組織的過去幾次會議中已多次引起爭論。多數先進國家主張卡介苗對肺結核已無效，但開發中或未開發中國家認為對民衆仍有幫助。

國內則因中華民國防癆協會總幹事星兆鐸寄送了一萬份論文。主張「卡介苗無效，台灣小學生不該再接再種」而引發一場論戰。中華民國小兒科醫學會及台灣省防癆協會均對此持反對意見。

行政院衛生署許子秋署長則說，卡介苗對預防肺結核仍有其意義，目前並不考慮停止接種。

降低尿毒病人負擔 衛署設立洗腎中心

為降低國內二千五百個尿毒病患的目標，衛生署草擬完成洗腎費用降低計畫。計畫中包括普遍設立洗腎中心，建立全國洗腎網。預定設立十七個中心，每中心十台機器為目標。並統一採購消耗性器材，每次購買各公立醫院年年的所需數量。目前決定統一採購的物品有透析膜、生理食鹽水、肝素、迴路、管針等。

計畫可降低每次洗腎費用到三千元左右。將增購八十七台新機器分三年在全省分十七個中心，造福台灣各地的尿毒患者。

彌補精神醫療資源不足 衛署規畫區域性醫療網

龍發堂事件再度引起全國輿論對精神醫療現狀的關心，也使政府醫事主管單位注意到精神醫療的不足。行政院衛生署醫政處最近完成一項「區域性精神醫療網」，望能在此新規畫下，補救精神醫事人員不足的情況。

葉金川處長指出：此醫療網將全台灣分成台北、高雄、北、中、南、東及澎湖七區。各區指定一具規模的醫院，做為醫療中心，再加強各省市醫院和基層單位的精神醫療服務品質。

至於人力問題，在一片缺乏聲中葉處長提到陽明醫學院的公費生中已有不少願意投入精神醫療事業中，當可使缺乏現狀稍為好轉。且精神科醫師的待遇問題亦已於省市立醫院改革方案中提出。葉處長不期望以此便能立刻地吸收到醫師，但業已表示出對精神醫療的重視。

葉處長亦認為精神病人的問題解決，非是單純的醫療治療，而且關係到整個社會的改善。所以光是在醫療上提出改進計畫未必能收效。心理衛生、低收入照顧，心理復建等等社會福利工作必多加配合，才能達到根治的效果。

解決醫療資源分佈問題 省衛生處建議限制開業

省政府衛生處認為開業醫師的資格條件和地區限制均應加以限制，以改進衛生醫療品質。

衛生處的想法是：醫師除現在的指定資格外，還應具有臨床經驗。規定必須在教學醫院，公立醫院任二年以上主治醫師始准開業，將可大量增進醫療服務品質，並可杜絕產生庸醫、劣醫，且一并解決公立醫院缺乏主治醫師的問題。

第五版

衛生處的研究結論中亦提出限制醫師開業地區，均衡醫療資源分佈，成立醫療網等，避免過於集中，生出不當競爭並能為更多民衆服務。其中重點在於：先定目標及人口數和醫師的比例，超出比例則暫不准開業。如此則各都市現況均將凍結開業數。

至於自願到偏遠地區服務者，應予補助，包括貸款、資助、進修等。

衛生署建立醫療網草案 已完成送政院核定中

目前台灣地區的醫師、醫院、診所的分佈不均情形仍嚴重。大量病人湧至都市大醫院。都市開業醫師平均每位照顧一千八百人，而鄉鎮却達四千人，已影響到農村民衆的醫療品質。至民國七十八年底，定案或已動工的大醫院已造一萬二千床，嚴重影響到各處中小醫院的生存發展。

為改善地區需要及配合整體醫療計畫行政院衛生署訂的「建立台灣地區醫療網綱領」經李國鼎政務委員二次邀集各單位代表、學者及各階層醫院院長研商，並親請第六次科技顧問會議討論會後完成草案，已送行政院核定。

一九八四諾貝爾獎發表 三不同國籍科學家共得

一九八四年的諾貝爾醫學獎，由丹麥的傑恩，德國的勒及阿根廷的米爾斯共同獲得。

得獎的原因乃是在於他們對免疫系統理論上的貢獻，及發現單源抗體的製造原理。

單源抗體的應用遍及醫界，主要用於濾過性病及癌症的治療發展。我國在此領域的發展亦有多年的歷史。去年國建會生物醫組就曾以「融合瘤技術—單元抗體」為討論重點之一。

試管嬰兒技術日進 不孕婦女希望漸濃

國內近期亦已由榮總培養出第一個試管嬰兒，引燃許多不孕婦女的希望。事實上試管嬰兒技術發展尚未成熟，一個受精卵，使它著床不但耗費巨大人力物力，運氣的成分也不小。

但是試管嬰兒研究所衍生出的技術知識的進步，可能比製造一個試管嬰兒本身，對不孕婦女有更多的幫助。雖然它可能不似前者那麼令人興奮與耀目。

近九個月，國內的大醫院如長庚、榮總、國泰使用了

試管嬰兒技術所衍生的技術，造福不少長年不孕的病患。

製造一個試管嬰兒所必需掌握的訊息，如卵子成熟情形，精子活力及穿透力，染色體變化情形，受精卵分裂過程等。這些均已牽涉到胚胎學與組織學上的問題。其中許多荷爾蒙、蛋白質的微妙變化，亦使得內分泌的研究日形重要。

為解決無子嗣的問題，不必大費周章真正去製造試管嬰兒。醫界對於體內荷爾蒙量的改變過程及精子卵子的認識，運用藥物改變荷爾蒙濃度，或促使排卵，卵子成熟等已可勝任。

醫界也可利用其衍生出的絨毛檢查技術：更早找出異常的胚胎。做好遺傳資訊工作，達到優生學上的目標。

成大醫學院計畫 經建會日前擬定

未來南部第一個國立醫學院—成功大學醫學院，經成功大學提出計畫後，已於行政院經建會於日前討論。

討論後決定以十九億元做為醫學院預算。附設醫院則決定重新調配計畫，以一千病床的規模，八百病床的設備為建設目標。

成大增設醫學院計畫中，在學系方面，擬於七十二年度開始招收五年制醫學系生，以醫事人力供需情形為準，在七十三學年度後當加護理、醫技等系。研究所則視需要而設解剖、生化、生理等研究所。

六醫院配合實施 勞保局試辦轉診

為達到「大病看大院，小病看小院」的轉診制度，勞保局於七十三年六月底前公開徵求甲型或乙型醫院做為特約轉診醫院以接受甲類醫院以下的醫院診所轉診的重症病人。

勞保局選定的六家醫院是三軍總醫院，台灣療養院、國泰綜合醫院、彰化基督教醫院、中華醫院和中山醫院。

據勞保局而言，除以下三項外，病人不直接送到特約診院。

①急診②經轉診醫院診斷仍需在該院繼續診者③經醫院診斷證明確定為罹患尿毒症及癌症者。

勞保局表示：特約轉診醫院不直接接受保險病患。被保險人往轉診醫院就醫時，須有其它勞保特約醫院所填具之「轉診建議書」，及國民身份證，住院申請書或門診診療單，否則拒付醫療費用給特約轉診醫院。