

## 專業、國家、美援與民間社會 ——1945-1970 年臺灣的精神醫療

巫毓莖\*

本文探討 1945 到 1970 年間臺灣的精神醫療，嘗試釐清當時就精神病問題，專業、國家、外援與民間社會各自不同的理解、立場與策略，並分析其背後的多重脈絡。精神病不僅是一個醫療問題，同時也是一個社會與國家治理問題，且其中又包含了衛生行政、社會救濟與治安維護等不同且時常相互衝突的面向。此外，民間社會對於自古即有的精神病及其患者，也自有其認知、風俗與對策。從戰後到 1960 年代，在國際冷戰架構、國內政治情勢、國家經濟與財政狀況、美國經濟援助、歐美精神醫學潮流以及工業化與都市化等因素的形塑下，臺灣的精神醫學專業、政府機關以及民間社會，各自以不同方式架構、理解與嘗試解決精神病問題。它們之間並非沒有對話與交集，但也有許多異見與衝突。這段時期的歷史留下許多有形與無形的遺產，最顯著的就是若干以收容而非治療為主旨的中型與大型養護機構。這些機構的醫療化與現代化，成為臺灣精神醫療在二十世紀剩下的時間中必須面對的主要問題之一。

關鍵詞：精神醫療，精神病，錫口療養院，高雄療養院，玉里療養院，散兵遊民，貧民施醫

---

\* 中央研究院歷史語言研究所副研究員

## 一、前言

1963 年，臺灣省警務處受警備總部戒嚴會報指示，向臺灣省政府提出「臺灣省立精神病患養護所設置計畫方案草案」，提案在高雄療養院設置養護部，收容六百名精神病患。在各單位的協商中，依草案未來將成為此養護所主管機關的衛生處，主張此院所應以「療養院」而非「養護所」為名，若定要以「養護所」為名，其主管機關應為警務處或社會處，衛生處只提供醫療技術協助；此外，衛生處也反對草案中此養護所同時受警務處與社會處「監督指導」的規劃。<sup>1</sup>兩年後，當計畫終於定案，決議將養護所改設於玉里，並委託退輔會玉里榮民醫院代辦時，衛生處又建議將此養護所職掌從以精神病患的「監護為主醫療為輔」，改為「掌理精神病之預防、治療及研究事項」。<sup>2</sup>以上衛生處意見全部未被採納，且討論過程中其他局處一再強調不能重蹈衛生處先前以美援設立高雄療養院時所犯的錯誤。1966 年底，省立玉里養護所落成，其六百個床位中，衛生處與社會處各分配到一百床，其餘四百床則由警務處統籌運用。<sup>3</sup>

約莫同一時期，臺灣精神醫學專業正開始加速發展。中華民國神

<sup>1</sup>「警務處簽為檢呈『臺灣省立精神病患養護所設置計畫方案草案』一種，請核示案」(1963-09-27)，〈臺灣省政府委員會議第 781 次會議〉，《臺灣省政府委員會議》，國史館臺灣文獻館(原件：國家發展委員會檔案管理局)，典藏號：00501078111。

<sup>2</sup>「人事處簽為奉交下衛生處呈請變更本省省立精神病養護所設置計畫一案請提府會討論案。」(1965-03-22)，〈臺灣省政府委員會議第 837 次會議〉，《臺灣省政府委員會議》，國史館臺灣文獻館(原件：國家發展委員會檔案管理局)，典藏號：00501083711。

<sup>3</sup>〈玉里精神病養護所開始收容病患 省府規定辦法〉，《臺灣民聲日報》，1966 年 12 月 24 日，第 2 版。

經精神醫學會於 1961 年成立，隨即加入世界精神醫學會成為會員；透過 1956 年以美援成立的臺北兒童心理衛生中心，陸續有精神醫療專業人員接受美國或世界衛生組織資助赴國外進修。此時期臺灣精神醫學的主要關懷，乃是與歐美同步、著眼於精神疾病預防的心理衛生——特別是兒童心理衛生——工作，以及精神動力學、精神流行病學與跨文化精神醫學等領域。<sup>4</sup>另一方面，在 1963 年，屏東養安醫院院長陳鵬飛接受了一位女性精神分裂症患者父親委託，為其公開徵婚，短時間內即接獲三百多位應徵者來信，並擇定其中一位職業為教官的應徵者，兩人開始以結婚為前提的交往。<sup>5</sup>

從以上幾段描寫，可以瞥見 1960 年代上半葉臺灣精神病問題多元且異質的樣貌。此處所謂的精神病，乃是指精神分裂症(現稱為知覺失調症)、躁鬱性精神病(現稱為雙極性情感疾病)、梅毒性精神病、妄想症等以妄想、幻覺與錯亂行為為主要症狀，且常慢性化，而使患者自我照顧與社會適應能力長期甚或終生損傷的精神疾病。精神病不僅是一個醫療問題，同時也是一個社會與國家治理問題，且其中又包含了衛生行政、社會救濟與治安維護等不同且時常相互衝突的面向。此外，民間社會對於精神病及其患者，也自有其認知、風俗與對策。從戰後到 1960 年代，在國際冷戰架構、國內政治情勢、國家經濟與財政狀況、美國經濟援助、歐美精神醫學潮流以及工業化與都市化等因素的形塑下，臺灣的精神醫學專業、政府機關與民間社會，各自以不同方式架構、理解與應對精神病問題。它們之間並非沒有對話與交集，但也有許多

<sup>4</sup> 林憲，〈神經精神科廿五年之發展史一覽表〉，《國立臺灣大學醫學院附設醫院神經精神科廿五週年紀念刊》(臺北：國立臺灣大學醫學院附設醫院神經精神科，1972)，頁 5-13。

<sup>5</sup> 〈醫師代病患徵婚 紅娘已作成覺無限歡欣〉，《臺灣民聲日報》，1963 年 05 月 27 日，第 3 版。

異見與衝突。這段時期的歷史留下許多有形與無形的遺產，最顯著的就是若干以收容而非治療為主旨的中型與大型養護機構。這些機構的醫療化與現代化，成為臺灣精神醫療在二十世紀剩下的時間中必須面對的主要問題之一。

本文探討 1945 到 1970 年間臺灣的精神醫療，<sup>6</sup>嘗試釐清當時就精神病問題，專業、國家、外援與民間社會各自不同的理解、立場與策略，並分析其背後的多重脈絡。關於這段時期精神醫療的歷史，當代曾留下一些觀察記錄，也有若干研究曾有觸及；<sup>7</sup>但是既有研究多半

<sup>6</sup> 如下文所示，1970 年只是粗略的年代下限，本文討論時而延伸到 1970 年代。選擇 1970 年為本研究年代下限，有以下幾點理由。首先，如「臺北市立精神病養護所」的改制所示，從 1970 年代起，精神病問題的醫療化方向已大致確立，社政機關雖然仍積極介入貧困精神病患的就醫、安置事宜，但已不再試圖主導相關機構的設立與經營，而與衛生機關有較為明確的分工。其次，在 1950、60 年代，除臺大醫院與幾所國軍總醫院外，各公私立綜合醫院皆未設置精神科病房，只有療養院、養護所、私人精神醫院等專門機構提供精神病患住院醫療；一直到 1970 年代，省立臺南醫院、臺北榮民總醫院、高雄醫學院附設醫院等綜合醫院才陸續設置精神科病房，提供新的醫療模式。再者，在 1950、60 年代的臺灣，精神病身體療法仍是以電痙攣療法(electroconvulsive therapy)、胰島素昏迷療法(insulin coma therapy)等休克療法(shock therapy)為主，鮮少使用自 1950 年代起於歐美快速發展的藥物療法，一直要等到 1970 年代藥物療法才開始漸次普及，為門診與短期住院治療等新興治療模式提供可能性。最後，內政部衛生司於 1971 年改制為行政院衛生署，在此之前，衛生司的編制與經費皆極為有限，醫療衛生事業的推動與執行，主要仰賴省府衛生處，經費上則需尋求廣義美援的資助。

<sup>7</sup> 葉英莖，《我國人民心理衛生問題與醫療保健工作現況之檢討及政策分析》（臺北：行政院研究發展考核委員會，1981）；陳永興，《飛越杜鵑窩》（高雄：海王印刷廠印製，1981）；莊明敏、鄭若瑟，《精神病患醫療服務體系之檢討》（臺北：行政院研究發展考核委員會，1995）；林憲，《精神醫學史》（臺北：水牛出版社，1972），頁 65-75；國立臺灣大學醫學院附設醫院神經精神科，《國立臺灣大學醫學院附設醫院神經精神科廿五週年紀念

是從精神衛生專業立場，在現代精神醫療發展的脈絡中敘述、審視這段時期的精神醫療，從而不免較為忽略其他與精神衛生專業相左的立場及觀點，或從「進步／落後」的角度，將其視為現代精神醫療發展必須克服的障礙。然而，這段時期於許多不同層面發生的衝突、對話與折衝，反映了精神病問題的多元性與異質性。事實上，今日的醫療化模式也同樣面對這些多元而異質的精神病問題，只是有些問題被以不同方式重新架構，有些則被忽視或隱蔽，但仍持續引發困難。特別是這段時期在醫療衛生、社會福利與治安維護之間——以及在符合在地文化及需求與追求國際化、全球化之間——顯見的分歧與張力，直至今日依然存在，而困擾著當前的精神醫療與精神衛生政策。

## 二、戰後初期(1945-1950)

1948年11月，《臺灣民聲日報》一位記者造訪位於臺中西區的靜和醫院，在院長廖春葵帶領下參觀整個院區。在記者筆下，這所當時除臺北錫口療養院以外臺灣唯一的精神醫院，散發著獨特而多變的氛圍。他描寫離市區騎腳踏車約要二十分鐘的靜和醫院，其周圍「或農田或樹林」，富有「新鮮雅緻優美之氣象」，但前面即是市區通南屯的公路，應該也「不會過於沉寂」。醫院內，病房分為普通與特等兩級，外加重鎖且門窗都是鐵製的普通病房充滿緊張氣氛，特別是「堅固如銅牆鐵壁、一鎖再鎖」且門上有些鐵桿已被患者折彎的重症病房更是一片「冷氣森森」。但到了特等病房，記者緊繃的心情頓時輕鬆起來。雖然仍加重鎖，那是一個光線充足，窗外可見綠樹、鮮花與噴水池，環境清幽的「適為養病之所」。隨後，廖院長帶領記者參觀為

---

刊》(臺北：國立臺灣大學醫學院附設醫院神經精神科，1972)；臺大醫院精神部，《臺大醫院精神部五十年紀要》(臺北：臺大醫院精神部，1996)。

病患施行「電療」的情形。<sup>8</sup>看著醫師以電療器在患者兩「頰穴」輕輕一觸，患者隨即全身顫抖，「面部忽成烏青色，牙根咬得很緊，[身]體好像僵硬一樣」，記者原本已放鬆的心情，頓時又繃緊起來。他認為這種特殊的電擊療法，著實讓人「感到奇怪與崇仰科學治療的偉大，如以瘧疾菌治療花柳病一樣的新奇。」<sup>9</sup>

據記者眼中對患者探問「無微不至」的廖院長所述，當時靜和醫院共有醫護六人，照顧三十多位病患頗感吃力，而且病室常滿，許多要求入院者都無法安插。他還提到靜和醫院入院患者中最多就是二十幾歲的青年男女，解釋這是因為青年人的「情思易感」，若有遺傳因子存在就容易發病。這讓記者不禁開起玩笑，稱廖院長與靜和醫院是「精神病者的救星，尤其青年男女為了愛情致成的更應該感謝你們了。」<sup>10</sup>

事實上，在記者造訪幾個月前，這令他「念念不忘」的靜和醫院才剛經歷一場重大危機。1948年初，臺灣省政府社會處下令廢止臺中慈惠院經營的靜和醫院，以供省立育幼院使用。為此，臺中縣參議會緊急召開座談會，會中蔡先於議長從精神病患人數將隨社會發展增加、治安、優生學、人道與國家精神衛生政策等五個層面，力陳靜和醫院不應廢止的理由，並提及先前曾堅拒省衛生處擬將靜和醫院併為錫口療養院分院的計畫，希望此次仍能保住臺中縣財產與靜和醫院的自主性。隨後白福順議員與臺中縣衛生院院長也相繼發言反對廢

---

<sup>8</sup> 電癲癲療法。

<sup>9</sup> 此處記者應是指以瘧疾發熱療法(malariotherapy)治療神經性梅毒所致之麻痺性痴呆(general paresis of the insane)。

<sup>10</sup> 〈精神病患者的救星〉，《臺灣民聲日報》，1948年11月17日，第4版；〈精神病者的救星〉，《臺灣民聲日報》，1948年12月01日，第2版。

止案，並決議將向上層陳情，這才保住了靜和醫院。<sup>11</sup>

其他同樣在日治時期設立的精神醫療設施，很多就沒能倖存下來。在日治時期，雖然精神醫療設施的建設相較於一般醫療設施遲緩許多，也遠不能應付幾次精神病調查所示約有二、三千名嚴重病患需安置收容的需求，但到了 1930 年代，隨著 1934 年第一所公立精神病院「養神院」<sup>12</sup>的設立，以及 1936 年「精神病者監置法」與「精神病院法」的公佈施行，精神醫療也有了初步發展。在專業上，精神科醫師人數逐漸增加，並在當時臺北帝大醫學部教授中脩三(1900-1988)的領導下，於 1936 年成立了「臺灣精神神經學會」。在醫療設施上，除了養神院之外，從 1920 年代晚期起，也陸續有新精神病院與精神病患收容設施落成(表 1)。<sup>13</sup>其中，附屬於救濟機構臺中慈惠院的靜和醫院，是總督府依 1936 年公布之〈精神病院法〉指定的「代用精神病院」之一。要成為「代用精神病院」，在環境衛生、環境安全、病人空間、醫護資格及醫病人數比例上都有一定要求。<sup>14</sup>符合此要求的醫院，除

<sup>11</sup> 〈縣參議會舉行座談會反對廢止臺中慈惠院主張精神病院有存在之必要〉，《臺灣民聲日報》，1948 年 02 月 12 日，第 2 版。

<sup>12</sup> 養神院於戰後先更名為「五分埔療養院」，後再更名為「錫口療養院」，1966 年更名為「臺北療養院」，1979 年遷建至桃園，改名為「桃園療養院」存續至今。

<sup>13</sup> 林吉崇，〈日據時代精神病學史〉，《臺大醫院精神部五十年紀要》(臺北：臺大醫院精神部，1996)，頁 48-63；巫毓荃，〈「病態」的民族：日治晚期臺灣的民族性精神疾病史〉(新竹：國立清華大學碩士論文，2005)，頁 29-52, 202-207；巫毓荃，〈臺灣精神醫學史上的 1930 年〉，《歷史學柑仔店》，<https://kamatiam.org/臺灣精神醫學史上的 1930 年/>；巫毓荃，〈中脩三與臺北帝國大學精神病學講座〉，《歷史學柑仔店》，<https://kamatiam.org/中脩三與臺北帝國大學精神病學講座/>。

<sup>14</sup> 「代用精神病院撰定標準二關スル件(各州廳)」(1937-01-01)，〈昭和十二年臺灣總督府公文類纂十五年保存第一卷人事警務內務司法財務〉，《臺灣總督府檔案.總督府公文類纂》，國史館臺灣文獻館，典藏號：

靜和醫院以外，還有中村讓設立的臺北養浩堂醫院，竹內八和太設立的臺南永康庄醫院，以及同樣由竹內八和太負責的高雄慈惠院保養院。<sup>15</sup>其他未獲指定代用精神病院資格的精神醫療設施，則有臺北仁濟院、臺北愛愛寮、臺南愛護寮等慈善機構附設的精神病室。這些機構中，永康庄醫院在竹內八和太返日後，院舍被臺南工業職業學校佔用為宿舍。雖然 1949 年臺南縣參議會鑑於南部無精神病院，曾建請將房舍收回供錫口療養院(原養神院)設立分院或設立省立臺南醫院精神科，最後並未獲得同意。<sup>16</sup>位於臺北下內埔的養浩堂醫院戰後則是由錫口療養院接收，成為錫口療養院分院，但 1949 年即被廢止，院舍轉交由院址被空軍醫院佔用的大龍峒稻江傳染病院使用。至於原設有精神病室的救濟機構，除臺北仁濟院仍繼續收容精神病患外，<sup>17</sup>愛

---

00010519004。

<sup>15</sup> 「代用精神病院指定二關スル件(告示第四百四十八號)」(1944-04-01)，〈昭和十九年臺灣總督府公文類纂五年保存第五十一卷〉，《臺灣總督府檔案.總督府公文類纂》，國史館臺灣文獻館，典藏號：00011028018；「代用精神病院指定二關スル件(私立永康醫院)(指令第二一九九號)」(1945-03-01)，〈昭和二十年臺灣總督府公文類纂五年保存第三十一卷鑛工〉，《臺灣總督府檔案.總督府公文類纂》，國史館臺灣文獻館，典藏號：00011060030；「高雄慈惠院保養院代用精神病院指定二關スル件(指令第一〇九一三號)」(1944-09-01)，〈昭和十九年臺灣總督府公文類纂一年保存第二卷警務〉，《臺灣總督府檔案.總督府公文類纂》，國史館臺灣文獻館，典藏號：00011067017。

<sup>16</sup> 「電復關於復辦永康莊精神病院一案」(1949-07-22)，〈三十八年提案政治衛生〉，《臺灣省諮議會》，國家發展委員會檔案管理局，檔號：A386000000A/0038/6/2/1/005。

<sup>17</sup> 戰後更名為「臺北仁濟院附設仁濟療養院」於臺北市西園路(日治時期堀江町)繼續收容精神病患，1985 年增設新莊分院，2004 年西園路院區裁撤，新莊分院於 2014 年更名為「臺北仁濟院附設新莊仁濟醫院」，為精神專科醫院。



愛寮在 1947 年被諭令中止精神醫療業務。<sup>18</sup>臺南愛護寮(與臺南慈惠院合併為臺南救濟院)以及高雄慈惠院(改稱高雄救濟院)也不再設置專門收容精神病患設施。省社會處並以臺中救濟院附設靜和醫院設施較為完善為由，要求各公私立救濟機構將其收容的精神病患造冊，等候送往該院治療收容。<sup>19</sup>

因此，相較於日治晚期，1945-1950 年間臺灣精神醫療設施的量能不但未增加，反倒還減少。這並不令人意外。一方面，戰後從政權轉移到國民政府遷臺，一片兵荒馬亂，加上惡劣的經濟與財政狀況，即使在最相關的衛生與社會政策上，精神病與精神病患並非具有優先性的議題，而容易被忽視，這從養浩堂與永康庄醫院院舍被移為他用，以及靜和醫院一度遭遇的關閉危機就可看出。類似狀況在歷史中所在多有，譬如在戰中及戰後糧食短缺時期，日本公私立精神病院病患就有大量因營養不良死亡的慘痛例子。<sup>20</sup>另一方面，在臺灣，精神病作為一個公共問題的觀念此時尚未普及。在日治時期，將精神病患的監護與治療視為公共問題的〈精神病者監置法〉與〈精神病院法〉直至 1936 年才公告施行。<sup>21</sup>一般而言，精神病患問題主要仍被視為個人與家庭問題。精神醫療資源也很稀少而昂貴，除少數依〈精神

<sup>18</sup> 林啟宗，〈臺灣精神病學發達小史 I. 臺灣省之麻痺性痴呆及其治療法之變遷及回顧〉，《臺灣醫學會雜誌》，51：12（臺北，1952），頁 278。

<sup>19</sup> 「為訂定各公私救濟院所精神病人送往該院治療原則希遵辦由」(1951-09-07)，〈公私救濟院所精神病人移送治療原則(0040/073.5/8/1)〉，《臺灣省級機關》，國史館臺灣文獻館(原件：國家發展委員會檔案管理局)，典藏號：0040735015835001。

<sup>20</sup> 登田源四郎，〈日本の精神医療史——古代から現代まで〉，《日本の近代精神医療史》(東京：ライフ・サイエンス，2001)，頁 11。

<sup>21</sup> 「昭和十年勅令第二百七十三號中精神病者監護法及精神病院法二關スル部分ノ施行ノ期日」(1936-01-18)，〈昭和 11 年 1 月臺灣總督府報第 2589 期〉，《臺灣總督府(官)報》，國史館臺灣文獻館，典藏號：0071032589a001。

病院法〉入院的病患外，只有較高社經階層的家庭才能負擔養神院、養浩堂等醫院的住院費用，多數病患仍是由家庭負起監管與照護責任，沒有家庭或家庭無力照顧的病患，則由民間救濟機構安置收容。<sup>22</sup>

在這樣的情況下，當時精神醫療供給相對於需求似乎並無急切不足，在治理上並未造成太多困難，社會要求增加精神醫療資源的呼聲也不大。1947年省衛生處處長顏春輝(1907-2001)於臺灣省參議會答詢時，只說「如經濟可能充足擬再擴大收容量。」<sup>23</sup>1948年則回覆：

錫口療養院置病床一五〇張專事收治精神病患者，貧者醫藥免費並供給一切生活費用，現該院尚空有二、三十床經分電各縣市政府收精神病患者強制送在該院療養，如該院收容額滿，當局擬在各省立醫院中計畫增設精神病科。<sup>24</sup>

然而，這可能是1970年以前錫口療養院最後還有空床的時期。

### 三、散遊精神病患

<sup>22</sup> 從各救濟院呈報省社會處的名冊來看，它們當時都收容不少貧苦或無家人照顧的精神病患，例如省立屏東救濟院收容有十四名精神病患，省立婦女教養所更有二十五名之多。「電送屏東救濟院收容精神病人調查表請察核由」(1951-06-30)，〈公私救濟院所精神病人移送治療原則(0040/073.5/8/1)〉，《臺灣省級機關》，國史館臺灣文獻館(原件：國家發展委員會檔案管理局)，典藏號：0040735015835007；「隨電附呈省立婦女教養所精神病人調查表祈核備由」(1951-06-21)，〈公私救濟院所精神病人移送治療原則(0040/073.5/8/1)〉，《臺灣省級機關》，國史館臺灣文獻館(原件：國家發展委員會檔案管理局)，典藏號：0040735015835003。

<sup>23</sup> 〈一、貧民病院的設立，實是目前必...〉，(1947-12-01)：〈臺灣省議會史料總庫·議事錄〉典藏號：001-01-04OA-00-6-2-0-00386。

<sup>24</sup> 〈一、為使臺灣省醫術人材貢獻內地...〉，(1948-07-07)：〈臺灣省議會史料總庫·議事錄〉典藏號：001-01-05OA-00-6-4-0-00288。

1949年5月，新加坡《南洋商報》記者造訪錫口療養院，據主任醫師林啟宗表示當時錫口療養院已滿床，無法再收治新病患，但是要求錫口療養院收治病患的壓力卻是與日俱增。<sup>25</sup>其中，許多壓力乃是來自要求錫口療養院收治散兵遊民精神病患——或簡稱「散遊精神病患」——的警政機關，而散遊精神病患也成為1950-1960年代形塑臺灣精神醫療政策最重要的因素之一。

所謂「散兵遊民」，乃是國民政府遷臺以後，社會上增加許多逃兵與身份不明人員，為了維護治安起見，臺灣省政府與臺灣省保安司令部於1950年公布〈臺灣省取締散兵遊民辦法〉，取締無合法戶口者、遊蕩無賴者、無證章符號證件之官兵、乞丐與形跡可疑者等可能危害社會治安的軍民，並命令各縣市設立散兵遊民收容所，由警察局局長兼任所長。<sup>26</sup>該辦法規定患有疾病的散兵遊民應由各縣市衛生院或公立醫院予以免費治療。因全省公立精神醫療機構只有錫口療養院一家，保安司令部也以公文明令「神經病患者希送神經病院治療」，錫口療養院於是從各地收容所接獲大量住院申請，但多因病床不足無法收治；在這樣的情況下，各地收容所頻發公文表明收容所為簡易設施，無法收容精神病患，要求衛生處與錫口療養院儘速設法解決。<sup>27</sup>此問題之棘手，讓警務處在1954年稱「精神病散遊無處安置為警務機關最困難之事。」<sup>28</sup>

<sup>25</sup> 〈一羣失却知覺的狂人：臺灣精神病療養院參觀記〉，《南洋商報》(Singapore)，1949年05月27日，第3頁。

<sup>26</sup> 公布令臺灣省保安司令部公布令(1950-04)，〈制定「臺灣省取締散兵游民辦法」〉，《數位典藏與數位學習聯合目錄》，<http://catalog.digitalarchives.tw/item/00/4f/b2/d5.html>(2022/01/11 瀏覽)。

<sup>27</sup> 〈精神病人散兵遊民治療〉(1951-01-19)，《臺灣省政府警務處》，國史館臺灣文獻館，典藏號：063-01908。

<sup>28</sup> 「據呈請增設精神病監護病舍一節令復知照」(1954-01-20)，〈衛生處及所

此外，警察機關還需處理可能造成治安危害、但沒有家屬或家屬無力照顧的精神病患。對於這類患者，依〈行政執行法〉規定，警察機關對其管束留置不得超過二十四小時，逾時就應釋放，且基於治安與人道宜送治療機關收容診治。但是即使警察機關向錫口療養院登記候床，通常也難以入院，這使警察機關陷入是否依法將其釋放的兩難，最後通常就是送往救濟院收容，這從救濟院造冊之精神病患住民，其來源幾乎都是各地警察機關轉送就可得知。<sup>29</sup>

在這樣的壓力下，增設精神病床勢在必行。雖然一直有要求在南部設立精神醫院的呼聲，在國家財政困難情況下，衛生處只能從擴充錫口療養院著手。原本錫口療養院加上原為養浩堂的分院共有 150 床，1949 年分院被佔用後，本院似乎設法就既有設施維持為 150 床。1952 年，衛生處於錫口療養院增設 100 床，但很快就又不足。於是，衛生處又於 1953-1954 年提出以四百多萬元預算增建 200 床「監護性病舍安置無治癒希望病人」的計畫，但因財政困難未獲核准，只能於 1955 年再增建 30 床，達到 280 床的規模，其中有 60 床為散兵遊民專用。<sup>30</sup>

---

屬房屋案(0043/017.1/33/1)》，《臺灣省級機關》，國史館臺灣文獻館(原件：國家發展委員會檔案管理局)，典藏號：0040171024488003。

<sup>29</sup> 「電送屏東救濟院收容精神病人調查表請察核由」(1951-06-30)，〈公私救濟院所精神病人移送治療原則(0040/073.5/8/1)〉，《臺灣省級機關》，國史館臺灣文獻館(原件：國家發展委員會檔案管理局)，典藏號：0040735015835007；「隨電附呈省立婦女教養所精神病人調查表祈核備由」(1951-06-21)，〈公私救濟院所精神病人移送治療原則(0040/073.5/8/1)〉，《臺灣省級機關》，國史館臺灣文獻館(原件：國家發展委員會檔案管理局)，典藏號：0040735015835003。

<sup>30</sup> 「警務處簽為檢呈「臺灣省立精神病患養護所設置計劃方案草案」一種，請核示案。」(1963-09-27)，〈臺灣省政府委員會議第 781 次會議〉，《臺灣省政府委員會議》，國史館臺灣文獻館(原件：國家發展委員會檔案管

這樣的發展讓錫口療養院陷入了困境。日治時期的錫口療養院(養神院)，在首任醫長也是後來臺北帝大精神病學教室教授中脩三的規劃下，乃是一所治療而非收容取向的醫院，拒絕收治被認為無治癒希望的精神病患。<sup>31</sup>此原則加上相當的醫療費用，使養神院病床不至被長期住院患者佔滿，而能不斷收治新病患。但是隨著 1950 年起收治大批由警察機關送來、多需長期收容的散遊精神病患，原本以治療性醫院為宗旨的錫口療養院逐漸被所謂「無治癒希望」的精神病患佔滿，而難以再收治有「治癒希望」的患者。

在此必須解釋何謂「無治癒希望」，這是形塑 1950 年代臺灣精神醫學實作與精神醫療政策的關鍵字之一，必須放在當時精神醫學的脈絡中來理解。關於精神病的治療，精神醫學在經歷十九世紀中前期基於對於道德療法(moral treatment)療效之期待的樂觀主義，以及 1880 年代起隨生物化約論與退化理論興起的悲觀主義之後，在 1930、40 年代，一方面由於電痙攣療法、胰島素昏迷療法、發熱療法、持續睡眠療法等新興身體療法的發明，終於掌握了某些具有確切療效的治療工具；另一方面則隨著精神病院被長期住院患者佔滿，又興起了新一波的悲觀主義。所謂的「無治癒希望」並不是一個有明確定義的範疇，它包括了對上述身體療法無反應，以及因為發病太久、退化失能過於嚴重而被認為不值得嘗試治療的病患。對於這類病患，無論是從精神醫學或是國家政策角度，都只能以監護收容為主，若家庭無法照護，他們通常被長期收容於精神醫院，不但對於醫院朝向治療主義發展造成困擾，也構成公共財政負擔。納粹將大量精神病患送進毒氣室就

理局)，典藏號：00501078111。

<sup>31</sup> 養神院，〈昭和九、十年年度年報・臺灣總督府養神院〉(1937-05)，岡田靖雄編《精神障害者問題資料集成・戰前編 第九卷》(東京：六花出版，2011)，頁 337。

是處理這類患者最極端的手段。事實上，其他西方國家也都為此問題困擾。<sup>32</sup>

醫院充滿無治癒希望的病患，對於錫口療養院自我定位以及院內專業人員士氣造成不利衝擊。1953年，在一場省衛生處邀集財政、警務等單位商討「精神病散遊收容」問題的座談會中，錫口療養院黃啟森院長表示錫口「係治療機構，但目前住院病人中無治癒希望者因無處安置……新來患者將難有住院機會，最好能先設立監護性機構收容此種病人，使騰出床位繼續收容新患者。」<sup>33</sup>如前所述，此設立監護性機構提案並未通過，而作為「設備甚完備的精神病醫院」的錫口療養院，逐漸成為記者筆下被許多長期「食客」佔住病床「吃口閒飯」的「長期大飯店」。<sup>34</sup>專業發展的限制，加上公立醫院待遇不佳，特別是錫口療養院這類「特種醫院」無法以門診收入補助醫師待遇，使錫口療養院醫師有著相當高的流動率。<sup>35</sup>

<sup>32</sup> Andreas Scull, *Madness in Civilization: A Cultural History of Insanity, from the Bible to Freud, from the Madhouse to Modern Medicine* (Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 2015), 358–411; 羅伊·波特著，巫毓莖譯，《瘋狂簡史》(新北：左岸出版社，2018)，頁212–233；Ben Harris, “Therapeutic Work and Mental Illness in America, c. 1830–1970.” In Waltraud Ernst (eds), *Work, Psychiatry and Society, c. 1750–2015* (Manchester: Manchester University Press, 2016), 55–76; Elliot S. Valenstein, *Great and Desperate Cures: The Rise and Decline of Psychosurgery and Other Radical Treatments for Mental Illness* (New York: Basic Books, 1986), 3–22.

<sup>33</sup> 「准予關於省立錫口療養院增建監護性精神病舍一節復請查照」(1953-09-23)，〈衛生處及所屬房屋(0042/017.1/36/2)〉，《臺灣省級機關》，國史館臺灣文獻館(原件：國家發展委員會檔案管理局)，典藏號：0040171020326009。

<sup>34</sup> 〈錫口療養院長期大飯店 部份患者無需住院 佔住病床吃口閒飯〉，《聯合報》，1962年11月13日，第三版。

<sup>35</sup> 〈目前本省精神病患究竟有多少？政...〉，(1955-01-05)：〈臺灣省議會史

## 四、救濟院與私人醫院

但是在公立醫療體系之外，臺灣精神病床數在 1950 年代還是有所增長。其來源主要是省社會處所設置或補助設置的精神病床，以及私人部門。關於社政機關的角色，在 1950 年代，無論在省或縣市層級，精神病患的處遇似乎都是由衛生與社政機關同時負責，而省議員就精神醫療設施不足的質詢對象，也常是社會處而非衛生處。這有幾個可能成因。

首先，這反映出精神病在當時並不被視為是純然的醫療問題，而同時是一個社會問題，特別是社會救濟問題。其次，這有其歷史成因。在日治時期精神醫療體系中，民間救濟院扮演了重要角色；在戰後，各地救濟院又收容不少家屬無力照護及從散兵遊民收容所轉送的精神病患，這對沒有專門設施的救濟院的管理與營運造成很大困擾，作為救濟院主管機關的社會處不得不設法解決此既成問題。第三，貧民醫療救濟乃是由社政機關主管，而無論其成因為何，精神病患屬於貧民而需醫療救濟的人數眾多，且常需長期醫療照護，這使貧民精神病患就醫問題成為社政機關一個重要業務與沉重負擔。第四，精神醫學的「無治癒希望」概念，讓慢性精神病患照護不再純然是(甚或不再是)一個醫療問題。從精神醫學的立場，這些病患需要的已不是治療，而是收容與養護，因此應從醫療機構轉置到收容機構。此類收容養護業務應由衛生或社政機關主管，仍有許多模糊空間。第五，相較於貧民精神醫療為社政機關重要業務，精神醫療對於衛生

---

料總庫·公報〉典藏號：002-02-02OA-05-6-2-04-00184；〈請問民政廳長，臺北縣三重鎮改設...〉，(1961-11-20)：〈臺灣省議會史料總庫·公報〉典藏號：003-02-04OA-06-6-2-00-00130。

機關而言，其重要性遠不如傳染病防治、醫學教育、基層衛生保健、環境衛生以及一般醫療設施整備等業務，而非優先施政項目。最後，衛生機關在設立精神醫療院所上有較多專業考量，對於專業人力與硬體設施也有較高要求，這使其提出的計畫常需高額預算，在財政上不具可行性。相較之下，社政機關提案興建的多是明確以收容為宗旨的簡易設施，其興建與維持預算遠低於衛生處計畫，而且社政機關可以用補助民間救濟機構方式增設精神病房。換言之，雖然同樣面對財政限制，社政機關比起衛生機關有更多資源可以運用，也有較高彈性。

在這樣的背景下，省社會處除了在錫口療養院爭取到 19 張病床供貧民專用，<sup>36</sup>以及在省立臺北救濟院設置精神病房，並指定精神病與結核病醫療為其主要業務之外，也陸續補助臺中救濟院、臺北仁濟救濟院、臺南救濟院、高雄救濟院與嘉義救濟院等私立救濟院擴建或設立精神醫療設施。<sup>37</sup>其中，先後於 1953 年及 1958 年獲補助擴建的臺中救濟院靜和醫院，不但為貧民病患提供免費醫療，也是一所設備完善且專業人力相對充足的治療性精神醫院，而能提供包括精神手術、抗精神病藥物、職能治療等先進療法，並於 1950 年代晚期開辦「心理衛生中心」，為失眠、神經症等輕症患者與問題兒童提供門

<sup>36</sup> 「警務處簽為檢呈「臺灣省立精神病患養護所設置計劃方案草案」一種，請核示案。」(1963-09-27)，〈臺灣省政府委員會議第 781 次會議〉，《臺灣省政府委員會議》，國史館臺灣文獻館(原件：國家發展委員會檔案管理局)，典藏號：00501078111。

<sup>37</sup> 〈全省救濟院所檢討會昨天在中市舉行〉，《中國日報》，1957 年 03 月 23 日，第 4 版；〈嘉兩救濟院獲省府補助〉，《中國日報》，1956 年 07 月 11 日，第 3 版；「據呈為私立臺北仁濟救濟院增建精神病舍竣工隨送竣工報表等件核備乙案准予備查由」(1955-01-04)，〈各救濟院所房舍(0043/017.1/9/2)〉，《臺灣省級機關》，國史館臺灣文獻館(原件：國家發展委員會檔案管理局)，典藏號：0040171024436010。



診治療。<sup>38</sup>至於其他救濟院——包括省立臺北救濟院——增設的精神病房，多只設有簡易設施，而以收容而非治療為目的。

至於在民間部門，自 1951 年起，除了 1940 年代晚期設立的臺中尚德醫院(後改名為宋精神神經科醫院，以下簡稱為「宋醫院」)及桃園東昇醫院之外，也陸續有更多私人精神科醫院開設，包括 1950 年代早期成立的嘉義太和醫院、臺南養和醫院、高雄明星醫院、彰化永和精精神醫院，中期的臺北靜和醫院、臺北精神醫院、彰化明德醫院、高雄出谷精神醫院、宜蘭蘭陽精神醫院、屏東養安醫院，較晚期的臺北中和精神神經科療養院、滬江精神科醫院、臺中仁和精精神醫院，以及難以確立其成立年份的臺北協和醫院、靜安醫院、斗六養浩醫院、嘉義仁安堂醫院等。這些醫院的規模不一，較大者如宋醫院除在市中心的本院外，另在郊區設有分院，或如養安醫院從初期的 20 床，到了 1950 年代晚期已擴張到 70 床以上，<sup>39</sup>但多數醫院病床數可能在 20 到 50 床之間。早期這些醫院收治對象乃是以自費病患為主，除提供監置保護外，治療方法以當時主流的電痙攣療法、胰島素昏迷療法、持續睡眠療法等為主。由於醫療費用負擔，此類自費病患較高流動性，也有不少病患反覆住院。1958 年公務人員保險開辦後，若干醫院被指定為公保特約醫院，例如臺北市公保特約精神科醫院除錫口

<sup>38</sup> 〈救濟院精神病舍昨擴建落成典禮〉，《臺灣民聲日報》，1953 年 08 月 31 日，第 4 版；〈新醫術帶來福音 施行剖腦手術治癒瘋病患者 靜和醫院救治兩人〉，《臺灣民聲日報》，1954 年 05 月 31 日，第 4 版；〈心理衛生中心〉，《臺灣民聲日報》，1959 年 11 月 10 日；〈精神病是「不治之症」嗎？〉，《臺灣民聲日報》，1960 年 12 月 30 日，第 4 版；

<sup>39</sup> 〈宋神經醫院：增設分院〉，《臺灣民聲日報》，1956 年 08 月 24 日，第 3 版；〈訪養安精神病院〉，《臺灣民聲日報》，1958 年 12 月 21 日，第 4 版。

療養院之外，還有中和神經精神療養院與滬江精神科醫院兩家。<sup>40</sup>此外，從 1950 年代中晚期起，各縣市社會局開始委託私立救濟院附設機構與私人精神科醫院收治貧民精神病患，費用由縣市政府貧民醫療救濟經費負擔。

這些私人醫院的負責醫師，包括了曾接受正規醫學教育與未接受正規醫學教育但有相當經驗且經考試合格的醫師，<sup>41</sup>其中多數曾有在臺大醫院精神科、錫口療養院與臺中靜和醫院等機構服務或接受訓練的經驗。一方面，這顯示出這些大型精神醫療機構職位有限，且待遇相對不佳，以致專業人力流動率較高。另一方面，這也顯示由於公立醫療資源不足，在醫療市場上，私立精神醫院有其存在利基。事實上，在 1950 年代，包括私立救濟院在內的私立精神醫療機構，可說支撐起臺灣大半的精神醫療需求，而在自費精神醫療、散遊精神病患安置、貧民精神醫療以及隨 1958 年公保開辦開始發展的社會保險精神醫療等業務上，都扮演了重要甚至是最重要的角色。

## 五、國軍醫院與榮民醫院

除了以上所述民眾精神醫療機構之外，在 1950 年代，包括榮民醫療在內的軍方精神醫療體系也逐漸建立，且其發展速度還快於民眾精神醫療。雖然當時軍方醫療體系屬於封閉性質，未對一般民眾開放，但軍、民兩個體系仍有許多交流合作，而且軍方精神醫療也更早獲得美國援助。

---

<sup>40</sup> 〈公務員免費醫療擠滿了臺大醫院〉，《聯合報》，1959 年 07 月 14 日，第 3 版。

<sup>41</sup> 葉英莖，《我國人民心理衛生問題與醫療保健工作現況之檢討及政策分析》，頁 39-41。

從精神分裂症與躁鬱症兩種主要精神病最常於青壯年發病來看，官兵中無疑有一定人數的精神病患。但在 1940 年代，臺灣軍方醫療體系並未設立專責精神科病房或醫院，一直到 1951 年才在臺灣總醫院<sup>42</sup>北投分院<sup>43</sup>成立臺灣總醫院神經精神科病房，其後又於 1953 年在基隆聯勤第六十一醫院設立精神病組。<sup>44</sup>早期軍方缺乏精神醫學專業人員，成立北投神經精神科病房之初，曾從錫口療養院借調醫師支援。但建制後，無論是在專業人力、設備或技術上，其發展都相對迅速。北投神經精神科除與臺大精神科有著頻繁的學術及訓練交流外，自 1950 年代中期起，還獲得美國軍方經濟與技術援助，而能提供當時各種主流身體療法以及抗精神病藥物等新興治療，也訓練出更多精神醫療專業人員，而得以於 1950 年代中期在臺中、臺南、高雄等總醫院成立神經精神科病房，這是當時衛生處所轄各省立醫院無法做到的事。此外，也陸續有軍職精神科醫師獲公費或美援資助出國進修。<sup>45</sup>

即使如此，軍方精神醫療體系自身還是無法完全應付官兵的精神

<sup>42</sup> 即今日之三軍總醫院。三軍總醫院於 1946 年成立，經「臺灣陸軍醫院」、「聯勤第五總醫院」、「陸海空軍第一總醫院」、「陸軍第一總醫院」、「陸軍八〇一總醫院」多次改名，於 1967 年更名為「三軍總醫院」迄今。為免誤解，本文一律稱之為「臺灣總醫院」。

<sup>43</sup> 日治時期臺北衛戍病院北投分院。

<sup>44</sup> 聯勤第六十一醫院於 1960 年更名為「陸軍 821 醫院」，1966 年遷至北投與北投分院合併獨立，而後經多次改組更名，於 2013 年併入三軍總醫院，成為「三軍總醫院北投分院」迄今。

<sup>45</sup> 張廷碩、羅時茂、曾冬勝，〈「三軍總醫院北投分院」之今昔與臺灣精神醫學發展史〉，《臺灣醫界》，60: 5(臺北，2017)，頁 278-281；李剛，〈三軍總醫院精神科之起源及發展〉，《源遠季刊》，22(臺北，2007)，頁 8-13；中央研究院近代史研究所，《臺北榮民總醫院半世紀——口述歷史回顧 下篇》(臺北：中央研究院近代史研究所，2011)，頁 414-415。

醫療需求，更不用說軍眷，因此也必須尋求民眾醫療機構的支援，例如錫口療養院 280 張病床中，就劃有 38 床為軍眷專用，<sup>46</sup>國防部也與私人醫院簽約為特約醫院，提供軍人及軍眷精神病患醫療照護。<sup>47</sup>此外，不可避免的，軍方精神醫療體系也必須面對「無治癒希望」病患的問題，而且這些隨國民政府遷臺的慢性精神病患官兵，在臺灣多無家庭或鄰里資源可以提供照護，他們的處遇成為 1950 年代如何安置退除役官兵此更大問題中的一環。

當時，隨國民政府遷臺的軍隊中，有不少年齡較大或患病體弱的官兵，且人數還逐年增多，為了補充精壯員額以增加軍力及節省軍費支出，必須將這些估計約有八萬多人的老弱官兵退除。這些從中國來臺的官兵，在本地並無家族支持網絡，也沒有資產或事業基礎，加上當時臺灣就業機會有限，如何安置這些官兵並輔導他們就業是一個困難問題。為此，國民政府於 1954 年成立「退除役官兵就業輔導委員會」，並獲美援四千兩百萬美元援助，開始規劃、執行官兵的退除役方案。<sup>48</sup>根據國防部 1955 年的統計，這些待退除官兵中約有近兩萬名病患，包括約一千兩百名精神病患者。<sup>49</sup>這些官兵精神病患並無法在才開始發展的軍方精神醫療體系中得到積極治療，許多原本被安置在苗栗竹南的陸軍第十四中隊，1954 年起因居民抗議，陸續被轉移到花

<sup>46</sup> 「警務處簽為檢呈「臺灣省立精神病患養護所設置計劃方案草案」一種，請核示案。」(1963-09-27)，〈臺灣省政府委員會議第 781 次會議〉，《臺灣省政府委員會議》，國史館臺灣文獻館(原件：國家發展委員會檔案管理局)，典藏號：00501078111。

<sup>47</sup> 〈精神病者樂園 養安精神病院〉，《臺灣民聲日報》，1959 年 12 月 27 日，第 5 版；〈惠我軍眷〉，《臺灣民聲日報》，1963 年 02 月 25 日，第 5 版。

<sup>48</sup> 趙既昌，《美援的運用》(臺北：聯經出版社，1985)，頁 223-39。

<sup>49</sup> 趙既昌，《美援的運用》(臺北：聯經出版社，1985)，頁 228-230。

蓮玉里的陸軍第六療養隊。1957年隨官兵退除役計畫的執行，這些精神病患官兵被直接除役，陸軍第六療養隊則與可能也安置許多精神病患的宜蘭療養所合併，成立「臺灣玉里榮民醫院」，由省衛生處託管，隔年再改隸屬於退輔會，成為退輔會「玉里榮民醫院」。<sup>50</sup>

成立之初即收容一千一百多名病患的玉里榮民醫院，無疑是當時臺灣規模最大的精神醫療機構。但事實上，其是由軍中單位直接改編，專業人力是由北投神經精神科軍醫支援且人數很少，醫療設備也不足，即使院中病患多有參與農牧或新生地開發等工作，主要還是為了管理方便以及想要自給自足的財務考量，而非基於職能復健等新興治療模式的醫療考量，因此主要還是一個採半軍事化管理的養護機構，而非醫療機構。<sup>51</sup>在1950年代，省衛生處與社會處都曾提出設立類似機構的計畫，但都因財政因素未獲通過。玉里榮民醫院藉助軍方既有土地、營舍，並獲得軍醫部門支援，且是屬於官兵退除役計畫此國家重要政策的一環，才得以成立。然而，玉里榮民醫院的成立似乎並未獲得美援直接資助。在佔美援四千兩百萬美元約三分之一的官兵退除役方案醫療計畫中，關於精神醫療部分，主要用於在錫口療養院增建200床榮民專用病床。<sup>52</sup>這使錫口療養院從原本的280

<sup>50</sup> 林知遠，〈後山歲月 玉里榮民醫院的故事〉，《源遠季刊》，35（臺北，2010），頁86-88；國軍退除役官兵輔導委員會，《輔導會真情故事——醫療照顧篇》（臺北：國軍退除役官兵輔導委員會，2019），頁304-322；沈獻程，〈臺灣慢性精神醫療設施的歷史變遷研究〉（碩士論文，東海大學建築學系，2003），頁4-20-4-30；陳文發，〈臺灣『精神』堡壘——玉里榮民醫院的發展與轉型〉（碩士論文，國立東華大學臺灣文化學系，2015），頁13-24；〈山城小調〉，《聯合報》，1956年05月21日，第5版。

<sup>51</sup> 中央研究院近代史研究所，《臺北榮民總醫院半世紀——口述歷史回顧（下篇）》，頁415-419。

<sup>52</sup> 趙既昌，《美援的運用》（臺北：聯經出版事業公司，1985），頁229-230。

床擴充到 480 床，院方與省衛生處也藉此機會，終於使省府同意其先前曾多次提出的擴編計畫，將員工名額從 1940 年代晚期起即維持不變的 70 增加至 98 人。<sup>53</sup>

## 六、美援與精神醫學專業

理想上，美援資助增設的兩百張病床為治療性病床，但是在規模上，這顯然不足以應付統計約有一千兩百名待退除精神病患官兵的需求。這是更大問題的縮影。整體說來，美援對於精神醫療的立場與觀點，與臺灣當時實際面對的精神病患問題，以及政府的政策方向，有著相當落差。類似落差也存在於精神醫學專業——特別是菁英精神科醫師——與政府政策及社會期待之間。在此落差造成的張力中，政府衛生機關的角色頗為尷尬與微妙，其立場也常搖擺不定。

當時主管臺灣醫療衛生事業的省衛生處，其預算僅佔全省總預算約百分之三到四之間，且多用於人事開銷。此時期醫療衛生建設，多需仰賴外援特別是美援。<sup>54</sup>然而，從 1951 到 1965 年十五年美援期間，即使是廣義的精神衛生事業也甚少成為美援援助對象，至於興建以收容而非治療為目的的「養護機構」，則從未獲得美援資助。這與臺灣政府施政優先順序有關，但也必須探究美援的態度與立場，並將其放在當代美國精神醫學——特別是機構精神醫學——以及整體美援衛生計畫的脈絡中來理解。

<sup>53</sup>「人事處簽為衛生處生申復請修正省立錫口療養院編制案。」(1958-11-04)，〈臺灣省政府委員會議第 567 次會議〉，《臺灣省政府委員會議》，國史館臺灣文獻館(原件：國家發展委員會檔案管理局)，典藏號：00501056706。

<sup>54</sup>楊翠華，〈美援對臺灣的衛生計畫與醫療體制之形塑〉，《中央研究院近代史研究所集刊》，62(臺北，2008)，94-95。

1950、60 年代的美國精神醫學，一方面有許多看似充滿希望的新發展，讓人對精神醫學未來充滿樂觀期待；另一方面，關於慢性精神病患，則仍瀰漫著一股悲觀氣息，且日益高漲。如眾所周知的，美國精神醫學在二戰戰後約二十五年間乃是以精神分析為主流。精神分析取向的精神科醫師不但主導了大學精神科，也佔了這段時期新增精神科醫師的多數。不同於在公立精神病院診治或「管理」精神病患者的傳統精神科醫師，這些精神分析取向的精神科醫師多為私人執業，其治療對象以社經地位較高、而能負擔精神分析費用的神經症患者為主。相較於過往生物化約論的宿命悲觀，精神分析的心理理論以及引領病患探索、理解個人經驗的治療取徑，賦予了精神醫學與精神科醫師較為正面的社會與文化形象。更重要的是，精神分析讓精神醫學可以跨越精神病院的高牆，將其影響力擴展到一般社會生活。特別是其著重心理創傷的病因理論，使精神疾病成為可以預防的疾病，而其與精神衛生運動的結合，讓藉由家庭、學校、職場、社區等各層面心理衛生措施——特別是兒童心理衛生工作——預防精神疾病，成為精神醫學與國家衛生政策可以追求的目標與願景。

此外，1950、60 年代也是現代精神藥理學開始發展的時期。不同於電痙攣療法、胰島素休克療法、精神手術等複雜且具有高度危險性與道德爭議性的療法，*chlopromazine*、*reserpine* 等藥物為治療精神病提供了簡便且似乎更為安全、人道而有效的身體療法。美國食品藥物管理局於 1954 年核准 *chlopromazine* 上市，隨即被大量應用於治療精神病患者，其後也不斷有新精神治療藥物研發上市。精神藥理學的發展，不但為精神醫學研究指引新方向，也使精神醫學在許多方面更趨近其他醫學專科，精神科醫師自此可以如內科醫師一般以處方藥物來治療精神疾病，而門診藥物治療也成為具有可行性的治療模式。

然而，相對於這些充滿希望的新發展，從 19 世紀起於美國各州

大量設立的大型精神病院卻依然深陷困境，而已走到窮途末路。基於 19 世紀對於道德療法的樂觀期待，這些精神病院在設立之初，原本被視為人道、進步的象徵，是可以取代以禁錮等非人道手段對待病患之舊有收容機構的現代治療性機構。但是到了十九世紀末、二十世紀初，隨著大量慢性病患長期留置以及建物設備老舊，其原有的治療理想已難以維持，多數病院淪為以收容而非治療為主的機構，病患管理成為主要工作，病患生活環境也日益惡化。二十世紀上半葉興起的各種休克療法，並未能改善這些精神病院的困境。如史考爾 (Andrew Scull) 指出，雖然有論者認為精神藥物的發展乃是促成這些機構解體的主要原因，但是事實上，在精神藥物還未普及之前，由於維持這些機構對政府財政造成沉重負擔，加上若干社會科學家及精神科醫師的嚴厲批判，以及一些前住院病患對於院內生活狀況及其施行休克療法的負面描寫，無論是在政府政策或社會輿論上，大型精神病院都已被認為是無以為繼的過時模式，住院人數也已開始下降。因此，早在 1960 年代「去機構化」運動興起前，大型精神病院就被視為是精神醫學的過去，是當代精神醫學必須面對的負面歷史遺產，而不是未來的發展方向。<sup>55</sup>

至於在美援上，美援衛生援助的整體方向，除了瘧疾、肺結核等重點傳染病的防治外，乃是以醫學教育、基層公共衛生建設、環境衛生等基礎工作為主。雖然在 1950 年代後半美援也曾資助省衛生處擴建多所省立醫院，美援對於政府設立公立醫院，介入醫療市場與私人

---

<sup>55</sup> Andreas Scull, *Madness in Civilization: A Cultural History of Insanity, from the Bible to Freud, from the Madhouse to Modern Medicine* (Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 2015), 358–411；羅伊·波特著，巫毓莖譯，《瘋狂簡史》，頁 211–241；Gerald Grob, *From Asylum to Community: Mental Health Policy in Modern America* (Princeton: Princeton University Press, 1991).



醫院競爭，整體上仍是持保留態度，這可能與美國自身醫療制度有關。<sup>56</sup>這些因素形塑了美援對於臺灣精神醫療的援助方向。在 1950 年代，與精神衛生相關的美援計畫，除了前述援助臺灣總醫院神經精神科，以及在錫口療養院增設 200 床榮民精神病床等屬於廣義軍援的援助以外，最主要就是資助興建高雄療養院及設於臺大精神科的臺北兒童心理衛生中心。有關高雄療養院的設立過程，以下將再詳論。至於臺北兒童心理衛生中心，其宗旨不僅是為了推動當時正於美國推廣的兒童心理衛生與家庭心理衛生工作，也負有訓練專業人員的任務，包括提供教育課程以養成精神衛生專業人員，以及負責國內人員接受公費或外援資助赴國外進修的甄選與行政工作。此外，它也取代 1955 年才甫成立的省府心理衛生委員會，至少在名義上成為臺灣精神衛生政策的研究與諮詢中心。在很大程度上，臺北兒童心理衛生中心可以說體現了美援對於精神衛生問題的態度與理念。<sup>57</sup>

同時，透過臺北兒童心理衛生中心，我們也可以看到此時臺灣菁英精神科醫師在精神衛生政策制訂與執行上扮演的角色。所謂菁英精神科醫師，在 1950 年代的脈絡中，指的主要是臺大醫院精神科的醫師，包括東京帝大畢業、曾於東大精神科接受訓練的林宗義(1920-

<sup>56</sup> 楊翠華，〈美援對臺灣的衛生計畫與醫療體制之形塑〉，《中央研究院近代史研究所集刊》，62(臺北，2008)，91-139。

<sup>57</sup> 葉英堃，〈社區心理衛生保健工作之發展〉，《國立臺灣大學醫學院附設醫院神經精神科廿五週年紀念刊》(臺北：國立臺灣大學醫學院附設醫院神經精神科，1972)，頁 24-29；徐澄清，〈兒童精神醫學廿年〉，《國立臺灣大學醫學院附設醫院神經精神科廿五週年紀念刊》(臺北：國立臺灣大學醫學院附設醫院神經精神科，1972)，頁 30-50；行政院衛生署編，《臺灣地區公共衛生發展史(二)》(臺北：行政院衛生署，1995)，頁 555-556，883-885；吳佳璇，〈臺灣精神醫療的開拓者：葉英堃傳記〉(臺北：心靈工坊，2005)，頁 186-196。

2010)，以及臺灣大學畢業、在臺大醫院精神科接受訓練的陳珠璋(1922-2019)、林憲(1925-2016)、葉英堃(1924-2018)、林鴻德、徐澄清等人。無論是否曾受1945年以前德日精神醫學傳統的薰陶，在1950年代，他們都曾赴美國進行較長期的進修。在臨床與研究關懷上，除了引入藥物治療、職能治療、個人及團體心理治療等新興治療方法之外，他們也各自投入精神流行病學、動力精神醫學、跨文化精神醫學、社會精神醫學、心身精神醫學、兒童精神醫學等在戰後世界精神醫學成為顯學的領域。這幾位醫師在戰後臺灣精神醫學專業的發展上可說扮演了最重要的角色。當時，除了臺大醫院精神科以外，精神科醫師訓練養成主要透過錫口療養院、臺灣總醫院北投神經精神科與臺中靜和醫院等機構，而這些機構都與臺大醫院精神科有密切的合作交流。<sup>58</sup>此外，臺北兒童心理衛生中心成立以後，他們也透過其開辦課程培育精神醫療專業人員。在他們與軍系精神科醫師的合力推動下，「中華民國神經精神醫學會」(現「臺灣精神醫學會」)於1961年成立，而後很長一段時間裡，這幾位醫師都是其中的主導者。同時，他們也是衛生官員主要的諮詢對象。

然而，這些菁英精神科醫師最主要的認同，可能還是作為戰後逐漸形成的國際精神醫學社群的一員；他們的核心關懷，則是如何在世界精神醫學版圖，為個人及臺灣精神醫學找到位置。臨床上，他們致力讓臺大精神科可以提供與歐美同步的先進治療；研究上，他們在精神流行病學、跨文化精神醫學等領域的研究成果，為臺灣精神醫學在世界舞臺爭得一席之地。然而，1950、60年代臺灣因為精神病床不足而面臨的國家治理、社會與人道問題，可能並不是他們的主要關心，

---

<sup>58</sup> 陳珠璋，〈建教合作型態之演變〉，《中華精神醫學》，5:3(臺北，1991)，121-122。

或許也無力可施。在這些問題上，他們的貢獻主要在於為臺灣訓練更多專業人員。除此之外，他們提出的解決方案，在勾勒美麗願景的同時，卻與當時的經濟與社會狀況有些脫節，而不具可行性或緩不濟急。

當時省衛生處處長顏春輝在省議會答覆議員有關精神醫療設施不足的質詢時，某些今日聽起來理所當然、但放在當時脈絡下顯得有些空泛的回答，可能就反映了這些精神醫學專家的建議。例如，1955年顏春輝答詢時，提及已組成心理衛生委員會，而對於「病房是否專闢，是否應有病院專門開放為精神病療養院，有關醫藥制度，有重新研究必要。」<sup>59</sup>1956年，他指出：

當檢討患者問題時，獲知精神病治療有新方法，不必一定要住院，可在家服藥就可以了，在我們的經濟極度困難的今日，是否可在省立醫院擴建一精神病科，使普通患者可就治，同時在經濟上也較易辦到……。<sup>60</sup>

稍晚，在1959年的答詢中，他先是為臺灣精神病患收容設施不足的現況道歉，承認當時需要治療的精神病患人數可能超過一萬人，但是政府僅能收容幾百人，他「感到非常抱歉，因為這個問題非常之大，不知道為什麼緣故這幾年非常的顯著，比以前這問題大得多……」。他提到除了設立專門精神醫院外，

可能採取另外一種方法，就是不要設立專科醫院，因為專科醫院非常費錢，同時收容量也有限，只在普通醫院內做簡單的治療……最近這一、二年來，因國際上醫學的發達，認為精神病患

<sup>59</sup> 〈目前本省精神病患究竟有多少?政...〉，(1955-01-05):〈臺灣省議會史料總庫.公報〉典藏號：002-02-02OA-05-6-2-04-00184。

<sup>60</sup> 〈議員郭石頭詢問:一、省立澎湖醫...〉，(1956-12-17):〈臺灣省議會史料總庫.公報〉典藏號：002-02-06OA-09-6-2-04-00214。

者不必收容在醫院，頂多在患者最發洩厲害的時候，收容短的時  
間，一個禮拜或幾天，讓他馬上回去，使他生活在平常社會裡，  
這個人才有救……這一、二年新的趨勢，將來如何演變我們不知  
道，醫學的科學每天在改變它的知識……。

此外，他還提到：

現在在中國還沒有一種治療精神的心理學家的職業，美國現在  
有許多專門研究心理學的人，可以掛牌，給人研究心理，許多人  
歡喜去給他看，他談他的問題，看了以後，專家給他解釋，解釋  
以後非常滿意，回去，他精神就奮發起來了，他又健康起來，這  
一種職業，現在中國還沒有，據說在美國這種職業已經有了，可  
見他有這種需要……。<sup>61</sup>

1960年，他又提到：

精神病是本省很大的一個問題，政府無力收容那麼多患者，現在  
採取的方法是一方面從預防做起，所以在臺北區域設一個精神  
病兒童心理指導中心及臺大精神病學的研究，特別側重心理，希  
望有以預防，但究有無效果，要一、二年以後才知道……。<sup>62</sup>

由以上答詢，不難推知就精神衛生政策，衛生官員從國外專家及國內  
菁英精神科醫師得到的建議：藉由心理衛生特別是兒童與家庭心理衛  
生工作進行初級預防；強調早期發現、早期治療；藉助抗精神病藥物  
等新藥，從長期收容轉為門診或短期住院治療；以及推廣心理治療。  
無疑這些是當時國際精神醫學的主流，也是從二十世紀中葉迄今精神  
醫學主要的發展方向。但是在當時的臺灣，不用說緩不濟急的心理衛

<sup>61</sup> 〈一、關於魚塭同山林的問題；二、...〉，(1959-06-29):〈臺灣省議會史料  
總庫.議事錄〉典藏號：003-01-010A-00-6-2-0-00161。

<sup>62</sup> 〈請教社會處長：一、現在社會風氣...〉，(1960-06-02):〈臺灣省議會史料  
總庫.議事錄〉典藏號：003-02-010A-02-6-2-0-00043。

生預防工作，即使是抗精神病藥物等新藥的使用，也因為費用昂貴而難以普及。因此，關於如何應付當時非常「顯著」的精神病問題，精神醫學專家與行政官員——他們必須為精神病造成的衛生行政、社會救濟與治安維護問題提出可行的解決方案——之間有著相當落差。不僅如此，衛生、社政與警察等政府部門也各自有不同的立場與著眼點。這些分歧造成的張力，在 1950 年代晚期高雄療養院(現高雄凱旋醫院)的成立過程及後續爭議中，充分凸顯出來。

## 七、高雄療養院

成立高雄療養院，最初並不是省衛生處的提議。雖然衛生處顏春輝處長也承認上述專業建議緩不濟急，認為確有興建更多收容設施的必要，但是就政府部門的分工，衛生處於 1950 年代及 1960 年代早期，一貫認為其應只負責精神病的預防與治療，而無治癒希望及貧苦無依精神病患的收容安置，其性質屬於社會救濟，應由社政機關負責。省社會處也持同樣意見而積極介入。事實上，扣除官兵退除役方案設立的病床，社會處直接或補助增設的精神病床，佔了 1950 年代新增病床數的大部分。

然而，在 1950 年代晚期，社政機關更深切的感受到精神病床不足的壓力。此壓力主要來自兩方面。一是繼 1950 年代早期對於散兵遊民的取締之後，當時各縣市政府又開始強化對於乞丐、娼妓與遊民的取締。不同於上次是來自中央政府的命令，其背後有著擔心這些散兵遊民中可能暗藏危險份子的國安考量，此一波取締主要是由地方政府發動，其著眼點是為了維護市容觀瞻、發展觀光以及防止這些社會

邊緣人對於市民造成心理威脅與治安危害。<sup>63</sup>這些乞丐遊民中有不少精神病患，在現有收容能量已近飽和，遊民收容所又無專門設施的情況下，他們的安置成為一個難題。

另一個更為棘手的問題，則是貧民精神病患的醫療問題。在 1950、60 年代，社會保險制度才剛開始建立，雖然 1958 年起實施的公務人員保險將精神病納入給付範圍，勞工保險卻一直要等到 1980 年代晚期才開始給付精神醫療。在沒有全面性社會保險制度的情況下，貧民醫療救濟是社政機關一個重要業務，由省社會處統籌，執行上則是由各縣市政府編列預算辦理。在 1950 年代下半葉及 1960 年代早期，貧民醫療救濟大致分為一般疾病、精神病與肺結核三類，各縣市、各時期規定不一，但基本上，不像一般疾病醫療依貧戶等級而有不同比例的補助，且有治療時間限制，常需長期住院的精神病患與結核病患的醫療費用，則是不分貧戶等級全額補助，且無住院時間限制。<sup>64</sup>各縣市情況可能略有差異，但精神病患與結核病患約佔所有接受醫療救濟貧民人數的三分之一到一半之間。<sup>65</sup>由於公立精神病床

---

<sup>63</sup> 〈周主席指示加強北市社政致力救濟工作整頓社會秩序〉，《聯合報》，1958 年 09 月 07 日，第 3 版；〈取締乞丐遭到困難〉，《聯合報》，1958 年 01 月 07 日，第 2 版；〈加強取締乞丐管理精神病者〉，《大華新聞》，1957 年 02 月 27 日，第 4 版；〈救濟院所檢討會閉幕〉，《中國日報》，1957 年 03 月 24 日，第 4 版；「警務處簽為檢呈「臺灣省立精神病患養護所設置計劃方案草案」一種，請核示案。」(1963-09-27)，〈臺灣省政府委員會會議第 781 次會議〉，《臺灣省政府委員會會議》，國史館臺灣文獻館(原件：國家發展委員會檔案管理局)，典藏號：00501078111。

<sup>64</sup> 〈貧民施醫經費不足臺北市政府決加以限制〉，《聯合報》，1961 年 05 月 24 日，第 2 版；〈北市貧民施醫即將從嚴審核〉，《聯合報》，1962 年 09 月 13 日，第 3 版。

<sup>65</sup> 〈施醫貧病市民〉，《聯合報》，1958 年 11 月 06 日，第 5 版；〈北市貧民施醫經費超過預算〉，《聯合報》，1960 年 06 月 16 日，第 2 版。

不足，各縣市政府只能與附設精神病患收容設施的私立救濟院及私人精神醫院簽約，寄治貧民精神病患。例如，臺北市 1960 年代早期的貧民就醫特約醫院包括了仁濟、臺北、靜和、靜安、啟森、占亮、協和等私人醫院。<sup>66</sup>接受政府委託收治貧民精神病患可以為這些醫院帶來穩定收入；對於一般市民而言，若能獲得貧民身份也能節省高額醫療費用；這使得貧民醫療救濟業務爆發一些爭議與醜聞。<sup>67</sup>

不僅如此，地方政府財政也無以為繼。例如，臺北市 1960 年度編列的貧民醫療預算為四百多萬元，但支出八百多萬元，1961 年支出更達一千六百萬元，1962 年在嘗試控制後還是高達一千三百多萬元，超出預算七百萬元。臺北市政府因此在 1961 年時已積欠各公私立醫院近千萬元的醫療費用，且逐日增加。<sup>68</sup>1962 年中，有十三家被積欠費用的私人醫院，帶著七十多名「面黃肌瘦，形容枯槁」，「服裝不整，濁氣四逸」的精神病患赴北市府陳情抗議，因市長與社會局長於市議會備詢，又帶著病患轉至市議會。這些私人醫院表示由於被積欠醫療費用，醫院已無力收容病患，「未免貽誤生命起見，先選擇部分較輕之精神病患七十名，送還市府」，後續若未撥還積欠，還要將「現收容之六百餘名病患，分批送還市府自行處理。」<sup>69</sup>為了處理此問題，

<sup>66</sup> 〈北市辦貧民施醫 欠債近九百萬〉，《聯合報》，1961 年 05 月 25 日，第 2 版。

<sup>67</sup> 〈貧民申請就醫 竟然要送紅包〉，《聯合報》，1960 年 03 月 10 日，第 3 版；〈償還貧民醫藥費案 議員抽佣說 經查非事實 市議會專案小組報告〉，《聯合報》，1962 年 07 月 21 日，第 2 版；〈基隆貧民施醫弊案 兩家問題醫院 市府正予調查〉，《聯合報》，1966 年 03 月 17 日，第 6 版。

<sup>68</sup> 〈北市辦貧民施醫 欠債近九百萬〉，《聯合報》，1961 年 05 月 25 日，第 2 版。

<sup>69</sup> 〈數十精神病患 集體議會請願〉，《自立晚報》，1962 年 07 月 09 日，第 2 版。

北市府除了以其救濟的貧民病患有近三分之一來自其他縣市為由，要求省府負擔部分費用以外，也於 1963 年決定限縮貧民精神病患住院人數，並開始發出遣散通知，若有家屬不願將病患領回，則由社會局、衛生局會同市警局將精神病患者強制遣送回家。但此政策才剛開始施行，就發生精神病患回家即跳樓自殺的慘劇，引起輿論批評。<sup>70</sup>其他縣市也面對類似困境。例如嘉義縣政府積欠私立嘉義救濟院醫療費用八萬多元，不但被嘉義救濟院提告，也因為嘉義救濟院拒絕再接受委託收容精神病患，而使「嘉義成了瘋城」，「滿街都是精神病患者，有時取鬧公廳，有時鬧進商家白吃，妨害社會秩序」，而使積欠醫藥費不還的嘉義縣政府承受不小輿論壓力。<sup>71</sup>

早在 1958 年，省社會處就嘗試處理遊民及貧苦精神病患的醫療與收容問題。據社會處統計，當時各地遊民收容所及未設精神病養護設備的公私立救濟院，共收容約兩百六十名精神病患；經各縣市警察局查報立案的貧苦精神病患則有兩千多名。為了安置這些病患，社會處向省府提案，計畫以兩百四十多萬元預算，興建可以收容兩百名「無治癒希望貧苦精神病人」的「省立慢性精神病養護所」。此提案經省府委員會議討論，在通過編列此預算的同時，作出兩點指示，一是此計畫應由衛生處主管，且應配合美援辦理；二是應優先擴建現有精神病院，以節省行政經費。據此指示，社會處進而主張衛生處應負責所有精神病患的醫療照護，並要求衛生處接管各救濟院附設之精神醫療業務，以統一監督管理。<sup>72</sup>

<sup>70</sup> 〈精神病患者困擾北市府 積欠鉅額施醫費用 計劃遣散此路不通〉，《聯合報》，1963 年 05 月 29 日，第 3 版。

<sup>71</sup> 〈嘉義成了瘋城〉，《臺灣民聲日報》，1966 年 08 月 9 日，第 3 版。

<sup>72</sup> 「社會處簽為衛生處簽報設置精神病人養護所意見與社會處原編列此項經費主旨相異謹簽請鑒核並祈提業務會報討論案。」(1958-09-12)，〈臺灣



然而，衛生處仍然堅持無治癒希望病患的養護屬於社會救濟範圍，應由社會處主管，而拒絕了社會處的要求。不僅如此，承接社會處「省立慢性精神病養護所」預算的衛生處，向美援提出並獲通過的「高雄療養院」興建計畫，也與社會處原初規劃相去甚遠。社會處希望成立的是一所專門收容「無治癒希望貧苦精神病人」的養護機構，衛生處規劃的高雄療養院卻是一所專門收治「有治癒希望」精神病患的「治療性」醫院。據高雄療養院創院院長林鴻德所書，菁英精神科醫師可能在此轉折中發揮了相當影響力。當時臺大醫院精神科主任林宗義強烈建議此新公立精神醫院應設於高雄，並推薦1957年甫離開臺大改任高雄醫學院的林鴻德負責規劃。<sup>73</sup>於1961年1月舉行開幕典禮的高雄療養院，最後耗費了美援加上省府配合款共九百多萬元，遠超出社會處原先提出的預算。其主體是兩個採「U」字型的和院建築，每個和院包含有三棟以迴廊相接可收治20名病患的病棟，共可收治120名病患。<sup>74</sup>在理念上，它被規劃為一所「開放性精神病治療醫院」：

病房是四方院的設計，中庭很寬廣，病患可以自由自在的中庭逍遙。醫師護士都不穿白制服，穿平常衣服，對病患很親切體貼，盡量讓病患感覺他們不是住醫院而住在一個家庭。<sup>75</sup>

而且它只收治有治療希望的精神病患，規定住院時間最長四個月，並在市區的省立高雄醫院設有門診部，為病情較輕的精神病患提供門診

---

省政府業務會報第46次會議》，《臺灣省政府委員會議》，國史館臺灣文獻館(原件：國家發展委員會檔案管理局)，典藏號：00507004613。

<sup>73</sup> 林鴻德，〈追思恩師林宗義教授——並追憶他對高雄醫學院的貢獻〉，《高醫人》，32(高雄，2010)，頁29。

<sup>74</sup> 沈獻程，〈臺灣慢性精神醫療設施的歷史變遷研究〉(碩士論文，東海大學建築學系，2003)，頁4-31-4-32。

<sup>75</sup> 林鴻德，〈追思恩師林宗義教授——並追憶他對高雄醫學院的貢獻〉，頁29。

治療。同時，它也與錫口療養院共同掌理全省「精神病之預防、治療、研究及醫事人員之訓練事項」。<sup>76</sup>

毫無疑問的，在 1960 年代早期，高雄療養院是一所即使以歐美標準衡量都相當先進的精神醫院。其開放性與塑造家庭氛圍的理念、只收治急性病患且限定住院時間的原則以及著重門診治療與心理治療的方向，都符合當時歐美精神醫學主流。在很大程度上，高雄療養院反映了當時臺灣菁英精神科醫師以及負責審核援助計畫的美援專家對於精神醫療的理念與願景。然而，放在當時臺灣的脈絡，考量到當時的經濟與財政狀況，以及仍有許多慢性貧苦精神病患未受基本照護的人道危機，耗費近千萬元卻只能收治 120 名病患的高雄療養院，也可以說是精神醫學專業與美援在臺灣興建的一所空中樓閣，是一所從衛生與社會政策角度而言沒有太多功能的醫院。因此，在 1960 年代上半葉，社政與警察官員常將高雄療養院列為一個反面案例，是不應再重複的失敗錯誤。<sup>77</sup>

對於衛生處的高雄療養院計畫，社會處一開始就提出反對意見，認為這與原預算目的不合，要求衛生處依原規劃興建養護機構，若要興建治療性醫院應另籌經費辦理。此外，社會處也對衛生處拒絕統一管理救濟院附設精神醫療業務提出異議，要求省府裁示。經省府業務

<sup>76</sup> 「人事處簽為衛生處請設立省立高雄療養院及該院籌備處案。」(1959-07-14)，〈臺灣省政府委員會議第 596 次會議〉，《臺灣省政府委員會議》，國史館臺灣文獻館(原件：國家發展委員會檔案管理局)，典藏號：00501059608；〈省立高雄療養院昨舉行開幕典禮〉，《臺灣民聲日報》，1961 年 01 月 22 日，第 5 版。

<sup>77</sup> 「警務處簽為檢呈『臺灣省立精神病患養護所設置計劃方案草案』一種，請核示案」(1963-09-27)，〈臺灣省政府委員會議第 781 次會議〉，《臺灣省政府委員會議》，國史館臺灣文獻館(原件：國家發展委員會檔案管理局)，典藏號：00501078111。

會報討論，除已列入預算的高雄療養院經費維持不變之外，另做出「原則上有治癒可能之精神病患者，屬衛生處負責治療，無治癒希望者，由社會處予以收容」的決議，並准予社會處就所需經費編列預算提報府會追加。<sup>78</sup>

然而，社會處據此決議所提在省立臺北救濟院增設養護設施，以及補助私立臺南救濟院增設精神病養護床的計畫還是未獲通過，社會處於是就政府機關應如何分工問題，再度促請省府裁示。省府委員會這次作出了與上次不同的結論，決議「凡窮苦無依精神病患需免費收容者，不論有無治癒希望，一律由衛生處主管並設法收容」，且「原則上衛生處收容此等病患時，應附設精神病醫院之內或其附近，以便治療。」<sup>79</sup>奉命的衛生處於是在 1962 年提出以兩千兩百萬元在錫口與高雄療養院附近興建精神病養護所的計畫，但以當時財政狀況，需要如此鉅額經費的計畫自然難以通過。衛生處於是重申：

精神病養護所於目前實際情況確有急切設置之必要，惟其所收容對象，乃係貧苦無依之慢性精神病患，其性質於社會救濟成分

<sup>78</sup> 「社會處簽為擬在省立臺北救濟院增設慢性精神病養護所，所需經費，請准賜提府會追加，謹檢附預算表，呈請核示案。」(1958-10-28)，〈臺灣省政府委員會議第 566 次會議〉，《臺灣省政府委員會議》，國史館臺灣文獻館(原件：國家發展委員會檔案管理局)，典藏號：00501056608；「社會處簽為奉交關於增設慢性精神病養護所計劃一案謹將審查結果及有關單位意見報請鑒核案。」(1959-06-15)，〈臺灣省政府業務會報第 73 次會議〉，《臺灣省政府委員會議》，國史館臺灣文獻館(原件：國家發展委員會檔案管理局)，典藏號：00507007309。

<sup>79</sup> 「楊肇嘉委員簽為簽報研擬精神病院業務如何劃分一案，請鑒核案。」(1959-09-29)，〈臺灣省政府委員會議第 606 次會議〉，《臺灣省政府委員會議》，國史館臺灣文獻館(原件：國家發展委員會檔案管理局)，典藏號：00501060606。

居多，似應由社政機關主辦為宜。<sup>80</sup>

並再度將此問題提報省府業務會報討論。

於是，從 1958 年到 1962 年，為了貧苦慢性精神病患的醫療照護問題，衛生處與社會處之間曾發生多次爭議。雖然兩個機關都曾提出設置精神病養護所計畫，最後只興建了專門收治急性精神病患的高雄療養院，可以長期收容慢性精神病患的公立精神病床並沒有任何增加；而且最後兩個機關都不認為這是自己主管業務。無論如何，這一連串爭議顯現了當時臺灣慢性精神病患照護問題的嚴重性與急迫性。不只貧苦及遊民精神病患無處安置，據省議員陳重光調查，當時各精神醫院都有許多長期滯留、「無法治癒」的病患，如錫口療養院 480 床中無法治癒者約 400 名，仁濟療養院 140 床中無法治癒者約 100 名，靜和醫院 200 床中則有 140 名，這影響了新病患的收治，使精神病患者無處就醫。<sup>81</sup>興建大型養護設施，似乎是衛生與社政機關共同認可的解決方法，也是透過省議員質詢傳達的民間期待，但是遲遲未能實現。一直到 1963 年，又有機關提出興建精神病養護所計畫，才為解決此困境帶來一線曙光。然而，這次提出計畫的機關並非衛生處或社會處，而是警務處，其動機也非醫療或社會救濟考量，而是來自更高權力機關的授命。

## 八、玉里養護所

<sup>80</sup>「衛生處呈為臺灣省議會建議政府興建慢性或無法治癒之貧苦精神病患者收容所乙案謹請賜提業務會報討論案。」(1962-04-20)，〈臺灣省政府業務會報第 196 次會議〉，《臺灣省政府委員會議》，國史館臺灣文獻館(原件：國家發展委員會檔案管理局)，典藏號：00507019608。

<sup>81</sup>〈請政府興建慢性或無法治癒之貧苦...〉，(1962-03-05)：〈臺灣省議會史料總庫.公報〉典藏號：003-02-04EA-06-5-3-01-00522。

這個更高級機關是警備總部。警備總部在 1963 年第一次戒嚴會報中作出指示：「精神病患擾亂治安問題，亟應設法解決，由警務處商請有關機關商討可行方案報請省府核定實施。」警務處也不敢怠慢，很快就邀請省府各單位協商討論，制訂出「臺灣省立精神病患養護所設置計畫方案草案」，送請省府核示。

在此之前，警察機關在精神醫療中也扮演一定角色。無論是 1950 年代早期的「散兵遊民」或晚期的「遊民乞丐」，負責第一線取締任務的都是警察機關，它們也必須處理有治安疑慮的精神病患。對於精神病患無處可送的問題，警察機關有著切身感受，也時常要求衛生與社政機關設法解決，但是並未曾主動提出解決方案。此外，在 1961 年，警務處也曾接獲國家安全局指示稱：「精神病患任其遊蕩各地，嚴重影響治安，如收容名額有限，應報請內政部等有關機關擴充名額予以收容。」<sup>82</sup>當時警務處曾建請省府籌設精神病養護所，但是態度並未如 1963 年這次這般積極。

促成戒嚴會報作出指示及警務處此次如此積極的原因，目前無法確定，只能從警務處簽呈中尋找一些線索。其提到：

精神病患強制送醫，甚且養護終生，此在先進國家早有此措置，雖屬基於人道主義，亦且關係國際之觀瞻，間有精神病患，以英文函件分致盟邦元首，及駐臺美軍將領，或散播謠言，書寫不利政府文字，不勝其煩，若視為含有政治作用之驅使，益增治安機關之困擾，故目前強迫收容精神病患，顯屬國家之政策，面臨之問題，在於執行是否徹底，何暇計其開支多少及體制如何。

---

<sup>82</sup>「警務處簽為檢呈「臺灣省立精神病患養護所設置計劃方案草案」一種，請核示案。」(1963-09-27)，〈臺灣省政府委員會議第 781 次會議〉，《臺灣省政府委員會議》，國史館臺灣文獻館(原件：國家發展委員會檔案管理局)，典藏號：00501078111。

而當省府各單位為了養護所的主管機關、名稱、編制、經費等問題爭議不休，眼看又要陷入僵局時，秘書處也提醒：

本計畫方案之來由，係本省最高治安當局警備總部提出，可說責成警務處徹底執行，治安當局是否亦計較其花費多少、編制大小及養護所之名稱如何？目前似無斤斤計較此細節開銷之必要。精神病患已嚴重影響公共安寧且礙及國際觀瞻[，]勢須予強制送治收容已屬國家之政策，其間患者散播謠言詆毀當局，是否另含有其他政治作用，警務處立場自亦未便深入報導[，]希望諸位能理解警務處奉命行事苦衷及其治安立場……。

因此，警備總部應是著眼於精神病患的政治犯罪問題，而其於 1963 年作出指示，可能是因為有精神病患「以英文函件分致盟邦元首，及駐臺美軍將領，或散播謠言，書寫不利政府文字」。這類案件不但有影響國家聲譽之虞，在處理上也有些兩難：若將這些顯然患有精神病的人視為政治犯處理，不但增加治安機關困擾，也傷害國家人道形象；若將其視為精神病患，則必須提供適當醫療照護，才能維護國際觀瞻。此外，為了預防類似案件發生，也必須增加精神醫療資源，擴大精神病患的收容安置。關於精神病患與政治犯的問題，還有許多有待考察探討之處，但因不是本文重點，在此只簡單指出不但警備總部關押的政治犯中有一些精神病患，警備總部並為此在錫口療養院保留了 5 床專用病床，也有不少精神病患因政治性犯罪被判刑。<sup>83</sup>無論如何，精神病與政治犯罪的關連，讓警備總部在 1963 年將精神醫療視為攸關政治安定與國家形象的國安問題，而警備總部的介入，也讓屢

<sup>83</sup> 「警務處簽為檢呈「臺灣省立精神病患養護所設置計劃方案草案」一種，請核示案。」(1963-09-27)，〈臺灣省政府委員會議第 781 次會議〉，《臺灣省政府委員會議》，國史館臺灣文獻館(原件：國家發展委員會檔案管理局)，典藏號：00501078111。

次因財政因素被否決的公立精神病養護所計畫，終於得到批准放行。

儘管如此，被指定為此養護所將來主管機關的衛生處，顯然對於此機構以「監護為主醫療為輔專供收容貧苦無依精神病患」的性質，以及其「養護所」名稱有所疑義。衛生處主張其應如錫口與高雄療養院一般以「省立 XX 療養院」為名，若是一定要使用「養護所」名稱，就應改由社會處或警務處創設，衛生處只提供醫療技術協助。此外，衛生處也要求刪除草案中明訂「養護所對患者之管教與監護兼受社會處 / 警務處之監督指導」的條文。

對於衛生處的反對意見，警務處也一一作出反駁。它引用許多調查統計資料指出當時臺灣精神醫療資源已經飽和，<sup>84</sup>各地遊民收容所與救濟院都收容許多精神病患，貧民醫療救濟預算也已不敷支出，卻仍有許多流落在外的精神病患，不但使警務處「迭奉上級令飭強制送醫，皆因醫療機構名額預算限制，無從復命」，且許多初發或輕症而

<sup>84</sup> 警務處依據「臺灣大學附屬醫院精神科專家，就木柵新竹等地方實地調查估計」(按：應是指臺大醫院精神科進行的三社區研究)，指出「臺灣每千人口約有兩人患有精神病，統計一千萬人中就有兩萬人左右急需療養，」其中「可能有二至三千赤貧病患，亟待政府補助醫療或養護。」當時各公私立療養機構中，「錫口療養院現有床位四八〇床，分為榮患床位二〇〇床，民患床位二八〇床」；高雄療養院「僅收治四五人，每月醫療費用，每人約需七〇〇元，因各縣市無力負擔，故迄未寄治」；此外，「各縣市遊民收容所現有收容精神病人數一〇六人，寄治其他公私立醫療機關七人，共計一八三人」，以及「現全省公私救濟院所，附設收容救濟貧苦患者人數計約五〇〇人。」精神醫療設施顯然不足，「依據警務處五十一年七月間調查結果，全省現有流落在外男女患者三、五三二人，」其中「有親屬無力監護者計三〇七人，無親屬者二三九人……亟待政府設法收容安置。」參見「警務處簽為檢呈「臺灣省立精神病患養護所設置計劃方案草案」一種，請核示案。」(1963-09-27)，〈臺灣省政府委員會議第 781 次會議〉，《臺灣省政府委員會議》，國史館臺灣文獻館(原件：國家發展委員會檔案管理局)，典藏號：00501078111。

有治癒希望的病患「無法一一收容送治」，只能「聽其自然，任其生滅，其無家屬顛沛流離，惹事生非，比比皆是」。因此，警務處強調現行精神醫療政策「確有重新檢討的必要」，必須明確區分「開放性治療」與「監護治療」兩個方向，前者治療初發或可能在短期內康復的患者，後者收容無法或短期內難以痊癒的病患。錫口療養院與高雄療養院乃是以前者為主，警務處提案設立的養護所則以後者為宗旨。以其「養護原則」，此養護所收容精神病患，乃是以「監護為主醫療為輔」，其收容對象為「無法治癒」、貧苦無依之精神病患，並「規定全部免費收容治療，或監護終生，其能從事勞動操作者，予以生產技能訓練，以期達到自足自給(開設團體或小型農場)之理想境地。」雖然其設備相對簡陋，但「際茲非常時期……一方面須顧及政府之負荷，一方面須確切有效安置病患，維護公共安寧，勢須設立專司機構予以收容監護與管訓，進而達到自給自足，茲難與一般療養院性質相提並論。」此養護所的醫療能力，則應「俟政府財力允許，再予逐步擴充醫療設備。」此外，此養護所也可收治錫口與高雄療養院中無治癒希望的長期住院病人，使其騰出床位收治急性病患，使整個精神醫療體系更為完備。

不僅如此，警務處還就衛生處設立的高雄療養院提出批判，指出創辦高雄療養院原本是為了收容貧苦精神病患，設立後卻改為開放性短期治療，且醫療費用昂貴，各縣市無力負擔而無法寄治貧苦病患，對於解決當前問題少有貢獻。警務處強調為了防止類似弊病，確有必要設立獨立的精神病養護所專司監護病患。此外，警務處也堅持此養護所應兼受社會處與警務處監督指導，強調精神病患「病發時之取締護送及癒後設籍安置救濟種種措施，確有賴治安機關救濟機關之通力合作發揮高度效率」，此三個單位「管理方式固有不同，其實效則屬一致，乃為衛生行政、社會救濟及治安維護相輔並進……」。



在幾次開會討論後，警務處顯然取得上風，在高雄療養院增設 600 床養護部的計畫大致依警務處原提案通過，並轉由衛生處辦理。其職員編制包含醫護在內共 58 人，遠低於 480 床之錫口療養院的 98 人。計畫中也註明監護員員額可能不足，將比照軍中作法調用輕症病患執行相關工作。<sup>85</sup>後來衛生處為了節省經費開支，以及為了「利用退輔會玉里榮民醫院土地設備及人員技術等，以便實施作業治療」，提案將此養護所改設於花蓮玉里，並委託退輔會玉里榮民醫院代辦，獲得省府核可。同時，衛生處也提案將此養護所職掌由「監護為主醫療為輔」，改為「掌理精神病之預防、治療及研究事項」，但因其他單位反對未獲通過。<sup>86</sup>1966 年底，臺灣省立玉里養護所終於落成，其 600 個床位中，有 400 床分配給警務處，用以收治各地貧苦無依精神病患及遊民病患，以及警備總部感訓新生中的精神病患；社會處分配到 100 床，用以收容各救濟院的精神病患者；所剩 100 床則分配給錫口療養院(此時已改名為省立臺北療養院)，用以收容該院久治不癒的貧苦精神病患。<sup>87</sup>

<sup>85</sup> 「警務處簽為檢呈「臺灣省立精神病患養護所設置計劃方案草案」一種，請核示案。」(1963-09-27)，〈臺灣省政府委員會議第 781 次會議〉，《臺灣省政府委員會議》，國史館臺灣文獻館(原件：國家發展委員會檔案管理局)，典藏號：00501078111。

<sup>86</sup> 「人事處簽為奉交下衛生處呈請變更本省省立精神病養護所設置計劃一案請提府會討論案。」(1965-03-22)，〈臺灣省政府委員會議第 837 次會議〉，《臺灣省政府委員會議》，國史館臺灣文獻館(原件：國家發展委員會檔案管理局)，典藏號：00501083711；「臺灣省政府委員侯全成簽提衛生處呈請變更本省省立精神病院養護所設置計劃一案審查報告案。」(1965-04-26)，〈臺灣省政府委員會議第 840 次會議〉，《臺灣省政府委員會議》，國史館臺灣文獻館(原件：國家發展委員會檔案管理局)，典藏號：00501084004。

<sup>87</sup> 〈玉里精神病養護所開始收容病患 省府規定辦法〉，《臺灣民聲日報》，

附帶一提的是，約在臺灣省政府籌設玉里養護所的同時，當時還未升格的臺北市也提出了興建精神病養護所的計畫。此計畫主要是由臺北市社會局推動。當時，臺北市社會局委託私人醫院收治的貧民精神病患約有四百多人，每年醫療費用近五百萬元，佔市府貧民醫療救濟經費一半以上，且私人醫院醫療照護品質難以確保。因此，無論從經濟或從管理考量，市府設立公立精神病養護所都有其合理性。原本臺北市計畫向美援開發基金貸款一千萬元，但未獲通過，最後僅以兩百六十萬元經費興建了可以收容兩百五十名病患的「臺北市立精神病養護所」。<sup>88</sup>但是此隸屬於臺北市社會局的養護所 1966 年落成後遲遲未能營運，<sup>89</sup>一直到 1969 年改隸衛生局，更名為「臺北市立療養院」，並借調臺大醫院葉英堃醫師擔任院長之後，才開始收治病患。<sup>90</sup>

## 九、1970 年代的擴張及其問題

「臺灣省立玉里養護所」與「臺北市立精神病養護所」的設立，標誌了臺灣公立精神醫療設施開始快速增加的起點。依葉英堃醫師

---

1966 年 12 月 24 日，第 2 版。

<sup>88</sup> 〈北市府擇址五分埔 籌建市立精神病院 市務會議通過興建計劃 需費千萬元請美援貸款〉，《聯合報》，1962 年 04 月 06 日，第 2 版；〈建精神病院 市府撥專款〉，《自立晚報》，1963 年 05 月 21 日，第 2 版；「人事處簽為臺北市政府呈請成立市立精神病養護所一案，請核提府會討論案。」(1964-05-04)，〈臺灣省政府委員會議第 802 次會議〉，《臺灣省政府委員會議》，國史館臺灣文獻館(原件：國家發展委員會檔案管理局)，典藏號：00501080208。

<sup>89</sup> 〈新建精神病養護所 業務尚未展開 窗戶已被偷竊〉，《自立晚報》，1967 年 05 月 13 日，第 2 版。

<sup>90</sup> 吳佳璇，《臺灣精神醫療的開拓者：葉英堃傳記》，頁 240-305；〈市立療養院 三年略有成〉，《自立晚報》，1972 年 05 月 01 日，第 2 版。

1980 年接受研考會委託所做的調查報告，當時臺灣公私立精神病床（不含國防部與退輔會所屬醫院）共有 1780 床「積極治療床」以及 4243 床「收容床」，<sup>91</sup>相較於 1960 年代中期未達一千床的規模，已有相當程度的增長；而且此時期增設的床位，特別是收容養護床位，多是由政府設置或補助民間機構設置。此外，隸屬退輔會的玉里榮民醫院則是從 1960 年代早期起就漸次擴充，到了 1970 年代中期已達約 4000 床的規模。<sup>92</sup>

雖然省府曾於 1950 年代晚期將貧民精神醫療業務劃歸衛生處管轄，1970 年代精神醫療設施的擴充，主要推動力量卻是來自社會處而非衛生處。特別是社會處自 1970 年代早期起推行的「小康計畫」（臺北市社會局同時推行「安康計畫」），規定凡列冊有案之貧民精神病患皆得申請免費治療或長期養護，在此計畫下增設的專用床位包括了高雄療養院 500 床、玉里養護所 800 床、臺北縣精神病養護所 500 床，以及補助臺中與臺南仁愛之家設立 600 床養護病床，佔了 1970 年代新增精神病床數的大部分。<sup>93</sup>

<sup>91</sup> 葉英堃，《我國人民心理衛生問題與醫療保健工作現況之檢討及政策分析》，頁 33。

<sup>92</sup> 陳文發，〈臺灣『精神』堡壘——玉里榮民醫院的發展與轉型〉（碩士論文，國立東華大學臺灣文化學系，2015），頁 18-19。

<sup>93</sup> 「主計處簽為小康計畫「貧困精神病患治療收容計畫」經費，再次審核協議情形，請提府會討論案。」（1973-12-03），〈臺灣省政府委員會議第 1220 次會議〉，《臺灣省政府委員會議》，國史館臺灣文獻館（原件：國家發展委員會檔案管理局），典藏號：00501122009；「社會處簽為擬訂擴大推行小康計畫照顧低收入者生活項目草案。」（1976-06-28），〈臺灣省政府委員會議第 1340 次會議〉，《臺灣省政府委員會議》，國史館臺灣文獻館（原件：國家發展委員會檔案管理局），典藏號：00501134006；「社會處簽為擬具加強辦理臺灣省低收入戶精神病患收治業務措施，請裁示。」（1980-08-11），〈臺灣省政府首長會議第 551 次會議〉，《臺灣省政府委員會議》，

社會處得以如此積極，主要得益於社會福利基金這個它可以支配運用的財源。玉里養護所設立時，其不足經費即是由社會福利基金支付。<sup>94</sup>隨著 1960、70 年代臺灣經濟的成長，土地價格水漲船高，獲得土地稅收挹助的社會福利基金財源也更加充裕，使社政機關得以積極主動的介入精神醫療事務。此外，精神醫療在衛生與社政政策上不同的優先性與急迫性，也是一個重要原因。整體來說，精神醫療並不是衛生機關的優先施政項目。在省衛生處於 1960 年代下半葉提出的長期衛生計畫中，「精神病防治」只能列於末位。<sup>95</sup>同樣是土地價格增長的紅利，當省府於 1960 年代末開始討論遷建臺北(錫口)療養院時，原本計畫將出售臺北療養院土地所得，全部用於建設精神醫療設施；由於臺北市土地價格的增長，預計將可增建一千多張精神病床。<sup>96</sup>但最後除了興建規模相近的桃園療養院之外，此

---

國史館臺灣文獻館(原件：國家發展委員會檔案管理局)，典藏號：00502055114。

<sup>94</sup> 〈省府列款五百餘萬 籌設精神病養護所〉，《臺灣民聲日報》，1965 年 04 月 27 日，第 2 版。

<sup>95</sup> 楊翠華，〈美援對臺灣的衛生計畫與醫療體制之形塑〉，《中央研究院近代史研究所集刊》，62(臺北，2008)，103。此「臺灣省公共衛生十年計畫」中「精神病防治計畫」的執行情形，以及其對於臺灣精神醫療發展的影響仍有待進一步研究。以目前所見資料，除了省立臺南醫院於 1970 年代晚期設置省立綜合醫院第一個精神科病房以外，其主要影響可能還是在專業人員訓練上，而對於 1960 年代中期已降精神病患住院或養護設施的增設上較無重大影響。

<sup>96</sup> 「黃杰主席：臺北療養院院舍建築年代已久，房屋陳舊，該院佔地 11,590,940 坪，若以每坪 5,000 元出售，約得款 57,954,000 元，若於臺北縣境重建 1,500 病床新型精神病院，約需經費 4 千萬元，所餘 1,700 餘萬元，用之擴建高雄療養院、臺南結核病院、玉里 養護所，將可增加精神病患者收容量 1 千人以上。」(1968-10-15)，〈臺灣省政府首長會議第 135 次會議〉，《臺灣省政府委員會會議》，國史館臺灣文獻館(原件：國家發展委員會檔

所得被用來設立屬綜合醫院性質的省立桃園醫院，這清楚反映了精神醫療在衛生處施政的順位。再者，作為衛生處諮詢對象的精神醫學專家，對於設立大型精神病養護機構，一直抱著冷淡甚至反對的態度，這或許也影響衛生處的政策方向，而讓社政機關必須更積極介入慢性精神病患的收容照護。

快速擴張的公立與準公立精神醫療設施，壓縮了私人精神醫院生存的空間，特別是各地方政府不再或減少委託私人醫院承辦貧民精神醫療業務，使後者失去了一筆穩定的收入來源。在 1950 年代以及 1960 年代前期穩定增加的中小型私人精神醫院數，自 1960 年代中期起開始逐漸下降。到了 1970 年代中晚期，不少曾參與 1962 年抗議事件的私人精神醫院已不復存在，或只提供門診服務。

然而，這段時期新增的公立或準公立精神醫療設施，其營運也有問題。首先，專業人力增加的速度，跟不上精神醫療設施擴張的腳步，加上公立醫院相對較低的薪資，使其難以招募專業人員。其次，此時期臺灣精神醫學還未將慢性精神病患復健治療視為一門專門領域，可能也影響醫師投入意願。再者，主管這些新增設施的社政機關缺乏籌組、管理與運營醫療機構的知識技術與經驗。在這樣的情況下，「臺

---

案管理局)，典藏號：00502013503；「經濟建設動員委員會副主任委員朱致一：第 135 次首長會談時，奉主席指示：省立臺北療養院房舍陳舊，若將現址出售，以其收入重建新型精神病院並擴建高雄療養院、臺南結核病院及玉里養護所，將可增加精神病患者收容量案，經洽由衛生處擬具「擴充精神病醫療機構實施計畫草案」，並邀集相關單位開會研商，獲致 5 項結論。」(1968-11-11)，〈臺灣省政府首長會議第 138 次會議〉，《臺灣省政府委員會會議》，國史館臺灣文獻館(原件：國家發展委員會檔案管理局)，典藏號：00502013833；「衛生處簽為省立臺北療養院遷建桃園實施計劃草案，請提府會討論案。」(1973-08-06)，〈臺灣省政府委員會會議第 1205 次會議〉，《臺灣省政府委員會會議》，國史館臺灣文獻館(原件：國家發展委員會檔案管理局)，典藏號：00501120505。

北市精神病養護所」在 1966 落成後一度無法開始運作，1975 年落成的「臺北縣精神病養護所」則荒廢十多年之久。<sup>97</sup>不僅如此，多數以「監護為主醫療為輔」的養護機構，其照護品質也相當低落。在前述研考會調查報告中，葉英堃提到：除「幾家教學醫院以外，大部分的醫院、診所其治療設施都差，治療品質也低」，而且：

極大部分的慢性病人都被收容及安置在環境衛生極不理想的醫院裡，根本沒有什麼復健治療可言。省立玉里精神病養護所的隔離式、集中式的大型慢性病患收容所，在復健治療上有不少問題值得檢討。<sup>98</sup>

此描述應該也適用代管玉里養護所的退輔會玉里榮民醫院。換言之，加上玉里榮民醫院的病患，在 1960、70 年年代，以國家安全、國際觀瞻、社會治安、市容及人道等各種理由，臺灣大約有近萬名精神病患被強制或半強制長期安置在封閉性且以監護為主的收容機構中。這些以「養護」為宗旨的機構，某個程度暫時解決了精神病患相關的治理、安全與人道危機，但是它們無論在名目上、理念上或實務上，都不是以醫療為主旨。這些機構的轉型，必需等到 1980 年代以後，隨著消極的「養護」概念被積極的「復健」概念取代，以及精神醫療專業人力增加以後，才逐步展開。

## 十、民間社會

在專業、國家與美援，以及衛生、社政與警察機關各自不同的立

<sup>97</sup> 直至 1990 年才改名為「桃園療養院八里分院」開始營運，為今日「衛生福利部八里療養院」的前身。

<sup>98</sup> 葉英堃，《我國人民心理衛生問題與醫療保健工作現況之檢討及政策分析》，頁 105。

場與考量中緩慢發展的精神醫療，對於臺灣民間社會具有什麼意義？又帶來什麼影響呢？在一般啟蒙敘事中，民眾對於精神疾病、精神醫療與精神病患的態度與認知，經常被描繪為有待教育、改革的對象：他們對於精神疾病存有許多迷信與誤解，排斥現代精神醫療，而且對於精神病患懷著強烈的偏見與歧視。例如，錫口療養院主任醫師林啟宗 1949 年受訪時表示：

在神權時代，智識未開的人，都相信這種瘋癲病的人，真的是受了鬼魔的迷惑所致，唯一辦法也只有求之神鬼的赦免，或延名僧高道，誦經禮佛燒符唸咒以驅邪，就是現在祖國大部分地方還相信這種老法子…。<sup>99</sup>

此外，屏東養安醫院院長陳鵬飛也曾於 1958 年說：

本省同胞對於精神病者多持基於因果說，或以為是鬼邪魔作祟，有的認為是家醜不可外揚，把患者幽禁密室內，加上鑰鎖，拘束其自由…這實在是一種愚昧，不智的措施。<sup>100</sup>

這兩位醫師的觀察或許有幾分真實性：祈求「神鬼」、「驅邪」、「幽禁」等作法，在當時民間社會確實相當普遍。然而，此時期臺灣民眾對於精神疾病、精神醫療與精神病患的認知與態度，可能遠比這樣的描述更為多元、複雜與微妙。即使他們採行「驅邪」、「幽禁」等手段，往往不是單純出於無知的迷信或恐懼，而是在多重因素交織的影響下，最終做出的選擇。

首先，從此時期新聞報導以及省議員質詢內容來看，當時多數民眾似乎並不排斥現代精神醫療。在這段時期，不少精神病患因為自殺、滋擾秩序、犯罪或被家人長期監禁等原因成為新聞報導對象。在這些

<sup>99</sup> 〈一羣失却知覺的狂人：臺灣精神病療養院參觀記〉，《南洋商報》(Singapore)，1949 年 05 月 27 日，第 3 頁。

<sup>100</sup> 〈訪養安精神病院〉，《臺灣民聲日報》，1958 年 12 月 21 日，第 4 版。

病患中，許多人曾在精神病院住院或接受現代醫療，也不乏反覆住院的例子。<sup>101</sup>最常見的情況是家人在病患初發病時曾讓其入院接受治療，一段時間後因病情改善，或因醫療費用問題而出院，不久後病況即又惡化，此時家人或因失望挫折，或因無力負擔醫療費用，抑或因病患拒絕，未再繼續帶病患就醫。至於從未接受現代醫療的病患中，也有不少家人表示曾希望帶病患就醫，但因為醫院病床不足、醫療費用或病患抗拒而家人無力強制等因素，而無法實行。

一個反映出精神病患家屬困境的悲劇案例，就發生在 1961 年的南投信義鄉。當時一位年僅十九歲的原住民青年，因為發病兩年的二十七歲哥哥近來病況嚴重，聽聞埔里有一所「教會醫院」可以醫治，遂請一位鄰居協助帶其哥哥就醫，但是醫院因無病床拒絕收治，失望之餘，這位青年決定獨自帶哥哥到村中原住民「土醫」處求治，土醫表示其兄長疾病「能治，但是無錢無米不治」二者皆無的這位青年在找姐姐籌錢未果後，只好放棄並帶哥哥回家。然而，在返家途中，哥哥突然「精神病發作」，丟下弟弟獨自向日月潭方向逃走，這位青年在其他原住民的協助下，終於制伏哥哥，並以繩索綑綁其手足，嘗試揹負其回家。沿路走走停停，直到天色已暗，這位整日未進食的青年揹著哥哥走到日月潭邊稍事休息，突然一陣衝動，憤而將手腳被縛的哥哥丟入日月潭溺斃。這位青年旋即向警方報案，稱哥哥罹患精神病

<sup>101</sup> 〈中山路發生血案昨晚瘋子殺人 年邁老嫗受傷危殆 瘋人已送醫院管束〉，《臺灣民聲日報》，1953 年 08 月 14 日，第 4 版；〈神經病婦抱子出走〉，《臺灣民聲日報》，1955 年 07 月 08 日，第 4 版；〈精神男子逃出院村女險被姦魔爪撕碎三角褲〉，《臺灣民聲日報》，1956 年 07 月 05 日，第 2 版；〈精神病患者又一位自殺〉，《臺灣民聲日報》，1956 年 12 月 08 日，第 4 版；〈覬覦乃妹財物硬說她有神經少婦呂純提出告訴〉，《大華新聞》，1957 年 04 月 08 日，第 4 版；〈記被貧所噬的瘋女人〉，《臺灣民聲日報》，1958 年 12 月 01 日，第 4 版。還有許多類似報導，以上僅舉部分例子。



跳潭自殺，直到手腳被綑綁的屍體打撈上岸，才坦承整件事情經過。最後，法官以其年紀尚輕，且是因為「見乃兄患病痛苦，而家中無錢醫治，不如早使解脫」的念頭才犯案，其「犯罪情狀顯堪憫恕」，只輕判有期徒刑六年。<sup>102</sup>

這個案例雖然極端，這位原住民青年對於現代醫療的正向態度，以及他嘗試帶家人就醫時遭遇的困難，在當代關於精神病患的報導中也常見到。毫無疑問的，在面對自己或家人的精神疾病時，許多民眾仍會以因果、天遣、邪祟、附身等超自然力量解釋，而在現代醫療之外，他們也會考慮偏方、民俗療法、宗教療法、中醫等治療方法，但是無論在城市或鄉村，也無論教育程度或社經階層為何，現代精神醫療仍是很多人考慮的選擇之一，甚至是首要選項。阻礙他們求醫的並非無知或迷信，也不是由於精神疾病污名而生的羞恥感或諱忌心理，而是醫療資源不足、可近性低、醫療費用昂貴、醫療不具有效性、反覆復發的病程以及缺乏協助就醫的支持系統等因素。

這些未曾或未能持續在精神醫療機構接受治療照護的病患，家屬有時只能任其於鄰里遊蕩，或成為都市身份不明的遊民；有些病患則被監禁在家中房間或另外打造的鐵籠、木籠等設施，或託付給寺廟看管照顧。這是這個時代屢見不鮮的故事，每隔一段時間就有病患被家人囚禁多年後，終於被「救」出送醫的報導。<sup>103</sup>值得注意的是，在這

<sup>102</sup> 〈本為治病一氣行兇 繩綁神經胞兄 投沉潭底溺斃〉，《聯合報》，1961年08月10日，第3版；〈不能癒其病 索性要了命 山胞勒斃其兄 被判六年徒刑〉，《聯合報》，1961年09月08日，第3版。

<sup>103</sup> 〈一個瘋女的悲慘故事〉，《臺灣民聲日報》，1956年11月11日，第4版；〈精神病患者的悲歌 二十三年樊籠囚居 半百老翁不如豬狗〉，《聯合報》，1956年08月16日，第3版；〈瘋人被鍊鎖一過15年〉，《聯合報》，1957年03月11日，第2版；〈路旁見死屍 心悸又挨揍 被囚竹籠一年餘 瘋人院裡度春秋〉，《臺灣民聲日報》，1957年06月05日，

些報導中，多數家屬都希望能讓病患就醫，對於警察、社政機關或是慈善機構的介入，他們通常都很樂意配合且充滿感謝。例如，1950年代晚期，曾有一位女學生的母親罹患精神病，發病後家人曾請警察機關協助就醫，但錫口療養院以無病床為由拒絕收治，最後被囚禁在家中八年，直到這位學生以狀元考取北一女，其家庭狀況經新聞報導後，才有私立滬江醫院願意提供免費醫療，醫師並親至家中勸說病人就醫。<sup>104</sup>此外，也曾有一位父親因無法負擔費用，以鐵鍊綑綁罹患精神病的兒子，囚禁家中六年，地方警察獲知後，安排將這位病患送至臺南養和醫院住院，院方並願意提供免費醫療。為此，這位父親「激動的向兩位警官雙膝下跪」，頻說：「他的兒子得救了。」<sup>105</sup>因此，當時常見將病患長年監禁的情形，反映的或許不是民眾對於現代精神醫療的抗拒，也不是他們的無知或殘酷，而是精神醫療與社會救濟體系的不完備。

至於民眾對於精神病患的態度，無疑的，當時臺灣社會對於精神病患存有相當的歧視與偏見。新聞報導不但肆無忌憚的使用「瘋子」、「瘋人」、「瘋癲」、「神經病」等帶有歧視意味的字眼，其對於精神病患的描述也不出「衣不蔽體」、「與大小便為伍」、「濁氣四溢」

---

第3版；〈被軟禁五年的瘋婦〉，《臺灣民聲日報》，1958年08月31日，第3版；〈記被貧所噬的瘋女人〉，《臺灣民聲日報》，1958年12月01日，第4版；〈鐵窗鎖紅淚 冷藏十餘年〉，《聯合報》，1958年05月03日，第4版；〈豬舍囚瘋兒 養父好狠心〉，《聯合報》，1962年11月04日，第3版；〈瘋女十三年！〉，《聯合報》，1965年06月04日，第3版；〈患上精神病 被囚卅三年〉，《聯合報》，1966年06月04日，第6版。

<sup>104</sup> 〈毛玉鳳真正需要的援助〉，《聯合報》，1958年09月12日，第3版；〈巧計邀毛母入院就醫治〉，《聯合報》，1958年09月15日，第3版。

<sup>105</sup> 〈貧家悲慘事 鐵鍊鎖愛子 荒郊矮屋重見光明 老父聞訊感極涕零〉，《聯合報》，1964年04月23日，第4版。

等與「污穢」相關的形容，或是「心神喪失」、「行為狂暴」、「野蠻」這樣的「暴力」形象。大致上，精神病患被認為具有危險性，而聚集許多精神病患的精神病院更成為許多民眾恐懼與排斥的對象。例如，前文曾提及許多罹患精神病官兵曾被安置在竹南的陸軍第十四中隊，後因居民抗議，才自 1954 年起陸續遷移到花蓮玉里的陸軍第六療養隊。或許是仍在轉移過程中，1956 年中報紙刊登了一篇小標題為〈竹南談瘋色變〉的報導，它寫道：

竹南鎮最近來一批精神病患者，由於該鎮並無神經病院的設備，瘋漢也就到處竄擾，那些精神病患者並非重病，大都是瘋瘋癲癲的一些過去曾有過悲歌的英雄好漢，但，主持治療的機構並不加以監視，尤其四處消閑，於是商店、戲院、民家、路人、機關、幾乎都有被侵擾的機會，莫不趨避三舍、大有談瘋色變，聞鎮公所與有關機關近日內將召開一次會議，商洽妥善管理辦法。<sup>106</sup>

然而，1950 年代受到抗議最多的精神病院，可能是臺北帝國大學醫學部第一屆畢業、擁有醫學博士學位的宋尚德於臺中設立的宋醫院。設立於 1940 年代晚期原名為「尚德醫院」的宋醫院，由於位於臺中市中心，自 1953 年起即不斷遭受附近居民抗議，以精神病患哀嚎吼叫聲音妨礙安寧、時有精神病患逃出恐造成治安危害、精神病患喜愛玩火恐釀火災等理由，向政府陳情要求其搬遷到郊區。<sup>107</sup>政府雖以宋醫

<sup>106</sup> 〈山城小調〉，《聯合報》，1956 年 05 月 21 日，第 5 版。

<sup>107</sup> 〈隔牆可見瘋癲狀 鬧市怕聞歌哭聲 居民請瘋人院搬遷〉，《聯合報》，1953 年 07 月 12 日，第 4 版；〈神經病院設在市區 影響公眾安寧 附近居民聯請遷移〉，《臺灣民聲日報》，1957 年 05 月 12 日，第 4 版；〈神經病院大興土木 鬧市四鄰惶恐不安〉，《臺灣民聲日報》，1958 年 02 月 07 日，第 2 版；〈宋精神病院威脅了安全 中衛生院束手無策 市議員昨群起炮轟 抓住毛病問得啞口無言〉，《臺灣民聲日報》，1958 年 08 月 02 日，第 2 版。

院為既成設施，搬遷困難，只「飭其改善設備加強管理看護」，但宋醫院兩次增建病房與研究室的申請皆被駁回，內政部還於 1953 年發佈命令，指示：

精神病院與一般醫院診所性質不同，為兼顧患者休養及不妨害附近居民安寧計，今後對申請設立精神病院者，應規定其設置地點以在郊區幽靜環境為宜。臺中宋醫院設於市中心區，不但嘈擾市民，對患者亦難收靜養之效，今遷址既感困難，應亟限期飭其改善設備，加強管理……。<sup>108</sup>

因此，在希望政府增設精神病院的同時，民眾對於精神病院有著相當程度的恐懼與排斥。省議員要求增建精神病院時，也不忘強調應將其設於「郊區」或「高山」。<sup>109</sup>此主張除了表面上成本較低、郊區環境有利精神病患靜養等理由外，最主要還是出於對於精神病院的恐懼，而必須在精神病院與常人生活空間之間，劃分出適當距離與明確界限。如此將精神病院視為化外之境、危險之域的態度，清楚顯現在以下這篇報導中：

嘉義街頭的瘋人已經絕跡，據說都已送進太和精神病院去了。少了兩個瘋人，好看奇蹟的人和兒童們，頓時覺得寂寞許多。小孩們叨不叨休，掛念瘋婦，大人告訴他們說：送到太和去了。小孩知道太和是瘋人病院，在哭鬧時候，如果別人提到送你到太和去，他即會止哭，現出一種恐懼的表情。「太和」在小孩心中，像是變成了一隻老虎。<sup>110</sup>

<sup>108</sup> 行政院衛生署編，《臺灣地區公共衛生發展史(二)》(臺北：行政院衛生署，1995)，頁 605。

<sup>109</sup> 〈請政府興建慢性或無法治癒之貧苦...〉，(1962-03-05):〈臺灣省議會史料總庫.公報〉典藏號：003-02-04EA-06-5-3-01-00522。

<sup>110</sup> 〈尼龍衣飄秋光遲〉，《聯合報》，1953 年 10 月 01 日，第 4 版。

事實上，不只是這篇報導提到的嘉義「太和」，在 1950、60 年代，許多地方也有它們具代表性的「瘋人病院」，例如臺北的「松山」(錫口)、臺中的「靜和」以及屏東的「養安」。這些精神病院成為具有多重意義的象徵，就如同二十世紀晚期的「龍發堂」一樣。

然而，就如這則新聞「少了兩個瘋人，好看奇蹟的人和兒童們，頓時覺得寂寞許多。小孩們叨不叨休，掛念瘋婦……」這段話所顯示，民眾雖然排斥精神病患群居的精神病院，但是他們對於個別精神病患的態度，在表面的歧視與排斥之外，還有許多更複雜的面向。畢竟，在 1950、60 年代的臺灣，由於精神醫療機構不足，多數精神病患乃是生活在鄉里中，而與所謂正常人有著高度重疊的生活空間。症狀較輕微、難以明確區分「正常」或「異常」的病患自不待言，即使是精神行為顯然失序的病患，民眾對於他們除了戒懼、歧視甚或虐待之外，也存有相當的熟悉感、寬容與善意。從新聞報導可以發現，不少失去自我照顧能力的病患，乃是仰賴鄰里支持維生，也不乏民眾發起募款協助貧困精神病患就醫的例子。反倒是隨著精神醫療機構擴張，精神病患被送入精神病院之後，這樣由互動而熟悉的機會逐漸減少，取而代之的則是對於精神病院的陌生與恐懼。

此外，這段時期中還有很多關於個別精神病患的報導。這些常佔據相當版面的報導，以敘事方式詳細描寫病患的家庭狀況、成長經驗、發病經過、病後遭遇以及現在處境；有幾位病患還不只被報導一次，而是如同連載故事一般，為讀者持續追蹤他們的近況。這讓好幾位病患成為頗具知名度的新聞人物，例如屏東一位「愛慕虛榮」、「拋夫棄子」，最後終成「瘋癲婦人」的少婦；<sup>111</sup>一位因為「單相思」「求愛不成」而

---

<sup>111</sup> 〈精神病院斷送青春〉，《臺灣民聲日報》，1958 年 5 月 26 日，第 2 版。

精神失常的國校教員；<sup>112</sup>一位因為女兒夭折又懷疑妻子不貞而精神失常，被家人囚禁在竹籠二十三年的半百老翁；<sup>113</sup>以及一位罹患「妄想性精神病」，以為自己正遭受「原子能輻射線」攻擊的科學研究者兼教師（這位患者後來因在課堂上批評政府，被依「懲治叛亂條例」判處五年有期徒刑）。<sup>114</sup>

從今日角度來看，這些新聞報導有著很多問題：它們通常以患者真名報導，對於患者居住地與相關當事人身份不加隱諱，絲毫未顧及個人隱私；它們並未提供關於精神疾病的正確醫學知識，對於患者發病原因常作沒有根據的臆測，而將其歸因於情傷等精神刺激；它們也未謹慎求證內容真偽，常憑道聽塗說或記者想像作出報導；此外，它們還使用許多煽情或歧視性字眼，也經常帶有道德教訓意味，將精神疾病歸因於病患道德瑕疵。例如，《民聲日報》1962年刊載了一篇半版的綜合專題報導，它提到：

翻開近一年來的報紙，刊載著有關「瘋人」的記事，不勝枚舉……

「瘋人」的不平凡遭遇，有苦，也有悲，並有淒慘，譬如眾所關懷的潮州瘋婦XXX，因一時虛榮心的驅使，竟而一失足成千古恨，一瘋再瘋，儘管她是刎頭發誓重新做人的懺悔過，[是否]依然經得起這樣無情的刺激呢！<sup>115</sup>

類似風格報導在各家報紙並不罕見。

<sup>112</sup> 〈情痴吳興柱神智已清醒〉，《臺灣民聲日報》，1958年08月03日，第3版。

<sup>113</sup> 〈精神病患者的悲歌 二十三年樊籠囚居 半百老翁不如豬狗〉，《聯合報》，1956年08月16日，第3版。

<sup>114</sup> 〈原子能輻射線與妄想性精神病〉，《商工日報》，1956年05月08日，第5版；〈謝重開叛亂案〉(1972-01-19~1975-07-23)，《法務部調查局》，國家發展委員會檔案管理局，檔號：AA11010000F/0061/301/03836。

<sup>115</sup> 〈瘋狂的人世 悲慘的命運〉，《臺灣民聲日報》，1962年7月16日，第2版。

然而，這樣敘事風格的報導也為讀者提供了一種認識、理解「發瘋」與「瘋人」的方式，讓讀者可以同情共感精神病患的生命經驗，而非把他們視為純然的「他者」，或把精神病視為一種本質性的病態。1963年，一位據稱是在遭受情傷後發病的年輕精神分裂症女性患者住入屏東養安醫院接受治療，其父親委託院長陳鵬飛代為尋找合適對象，陳鵬飛決定為其公開徵婚。消息見報，短時間內就收到三百多封應徵信，應徵者中包括了醫師、官員、軍官等，也有不少人寫信安慰這位病患，或分享自己對於愛情、婚姻的領悟。最後，一位教官雀屏中選，每逢假日就來醫院帶病患外出約會，展開以結婚為前提的交往。<sup>116</sup>這當然不是一個浪漫的故事，不但其新聞操作與新聞報導方式有許多可議之處，其中某些細節，如應徵者中有九成為外省人，反映出更廣的時代與社會背景，而有待更深入的探討。但無論如何，大眾對於相關報導的關注與回應，在人事物都有明確秩序與疆界，而精神疾病只是疾病、精神病患就是病患的現代社會中，或許是再難見到的場景。

## 十一、結語

在 1945-1970 年期間，精神病不只是一個醫學問題，同時也是一

---

<sup>116</sup> 〈失戀成瘋今已癒 醫院代徵乘龍婿〉，《臺灣民聲日報》，1963年05月17日，第3版；〈大夫治病復醫心 奮作瘋女牽線人〉，《臺灣民聲日報》，1963年05月18日，第3版；〈好心醫師作紅娘 瘋女徵婚 五人有望〉，《臺灣民聲日報》，1963年05月19日，第3版；〈郭玉蘭徵婚 初選定兩名 一為軍醫一為教官〉，《臺灣民聲日報》，1963年05月20日，第3版；〈醫師代病患徵婚獲得心上人 感情海樣深相偎相倚大功告成〉，《臺灣民聲日報》，1963年06月03日，第3版；〈獲得心上人病魔漸脫身 郭玉蘭病況好轉〉，《臺灣民聲日報》，1963年06月10日，第3版。

個社會問題與治安問題，有時甚至成為政治與國家安全問題。精神醫學專業、國家、外援與民間社會各自以不同框架理解精神病與精神病患問題，而有不同的觀點與立場；政府部門中，衛生、社政與警察機關也各有不同的著重點與策略規劃。以後見之明，歷史似乎是朝向醫療化、專業化發展，精神病越來越被視為是純然的醫學問題，屬於衛生政策一環，精神醫學專業也擁有越來越高的權威。但是在 1945-1970 年期間，甚至在 1970 年代，社政與警察機關在臺灣精神醫療的發展上，扮演了與精神醫學專業及衛生機關同樣重要、甚至更為重要的角色。一方面，這反映了精神病問題的多面性與複雜性，以及當時的歷史脈絡。另一方面，精神病問題的專業化與醫療化，同樣也是歷史發展的結果，必須放在全球化及臺灣社會與國家治理性的變遷等脈絡中理解。不僅如此，即使精神病問題今日似乎已被視為一個專業的醫學與公共衛生問題，它的多面性與複雜性並未消失，這不但使精神醫學必須時時協商、整合各種不同的立場與觀點，也持續在專業與國家及社會之間引起張力與衝突，例如龍發堂從 1970 年代起引發的一連串爭議，以及近年來關於精神病患犯罪、刑責與刑罰的諸多討論。這些爭議凸顯了精神病在本質上並不能被化約為單純的醫學問題，而精神醫學專業的理念與實作也依然面對許多競爭與挑戰。

就 1945-1970 年間臺灣的精神醫療，本文只提供了一個概要回顧，還有許多重要而有待研究的問題。例如，在冷戰架構下，臺灣、日本、南韓等東亞國家的精神醫療體系有著顯然不同的發展，要理解這些差異，除了社會文化之外，也必須考量各國不同的專業發展、國內及國際政治與經濟狀況等因素。又如，關於這段時期精神藥物的使用情形，還有許多未明之處。如前所言，精神藥物從 1950 年代中期起於美國快速普及，但臺灣在 1970 年以前，精神病身體療法似乎仍以休克療法為主，鮮少使用藥物，由此落差，我們或許可以更深入理



解專業、國家與美援對於精神衛生與精神醫療的態度與作為。再者，住院精神病患的省籍也是一個值得探討的問題。暫且不論專門收治退役官兵的玉里榮民醫院，據某些官員與醫師所述，即使是收治一般民眾的精神病院，外省籍病患也佔有相當高的比率，遠高於其所佔總人口比率。除了欠缺家庭照護資源外，這個現象必須從更多不同角度來探討與解釋，其也為了解 1945 年後遷臺外省族群的處境，提供了另一個面向。其他還有如精神病患與政治犯、住院病患的階級與性別、病患工作於精神病院與精神醫療中的角色與功能、公費、自費及廣義軍系精神醫療的比較、社會保險與社會福利制度對於醫療市場與精神醫學實作的影響、以及民間社會關於精神病的文化信念與應對方法等，也都是非常值得探討的問題。期待藉由更多史料的發掘與分析，可以就這段歷史有更多不同角度的研究成果，讓我們可以從在地以及更廣的國際或全球角度，更深入理解專業、國家與社會間交纏錯綜的關連。

(本文於 2022 年 1 月 17 日收稿；2022 年 9 月 2 日通過刊登)

\*本論文初稿最早發表於 2021 年「臺灣精神醫學會 60 週年年會暨學術討論會」，感謝當時臺灣精神醫學會理事長、秘書長李新民與廖定烈兩位博士的邀請，促成了此研究。

表 1 1941 年臺灣精神醫院及其有關設施之分佈

地方別	設立 時間	經營主體	名稱	定員	所在地	負責人
臺北	1939	官立	臺北帝國大學醫學部精神科	20	臺北市	中脩三
臺北	1934	官立	臺灣總督府養神院	80	臺北州松山庄五分埔	中脩三
臺北	1929	私立	養浩堂醫院	41	臺北市下內埔	中村讓
臺北	1922	私立財團法人	臺北仁濟院神經精神科	39	臺北市崛江町	林啟宗
臺中	1933	私立財團法人	靜和醫院	30	臺中市西屯後壠子	河內野弘孝
臺南	1936	私立	永康庄醫院	30	臺南市永康庄	竹內八和太
高雄	1933	私立財團法人	高雄慈惠院	30	高雄市前金町	竹內八和太
臺北	1923	私立財團法人	臺北愛愛寮	50	臺北市綠町	施乾 (林啟宗)
臺南	1929	私立	臺南愛護寮	15	臺南市東門町	王汝禎

臺北	1922	官立	成德學院	60	臺北市 七星郡 內湖庄	杵淵義 房
臺北	1930	官立	臺北更生院	不定	臺北市 日新町	杜聰明

資料來源：此表參考林啟宗〈臺灣精神病學發達小史 I. 臺灣省之麻痺性痴呆及其治療法之變遷及回顧〉一文，其中「成德學院」與「臺北更生院」並非專門收容精神病患的機構。

## 徵引書目

### 一、傳統文獻

#### (一) 檔案

國史館臺灣文獻館，〈臺灣總督府(官)報〉。

國史館臺灣文獻館，〈臺灣總督府檔案·總督府公文類纂〉。

國史館臺灣文獻館，〈臺灣省政府警務處〉。

國史館臺灣文獻館(原件:國家發展委員會檔案管理局)，〈臺灣省政府委員會議〉。

國史館臺灣文獻館(原件:國家發展委員會檔案管理局)，〈臺灣省級機關〉。

國史館臺灣文獻館(原件:國家發展委員會檔案管理局)，〈臺灣省議會史料總庫·議事錄〉。

國史館臺灣文獻館(原件:國家發展委員會檔案管理局)，〈臺灣省議會史料總庫·公報〉  
國家發展委員會檔案管理局，〈臺灣省諮議會〉。

#### (二) 報紙

《大華新聞》(臺中)。

《中國日報》(臺中)

《臺灣民聲日報》(臺中)。

《自立晚報》(臺北)。

《南洋商報》(Singapore)

《聯合報》(臺北)

### 二、近人論著

中央研究院近代史研究所，〈臺北榮民總醫院半世紀—口述歷史回顧 下篇〉，臺北：

- 中央研究院近代史研究所，2011。
- 臺大醫院精神部，《臺大醫院精神部五十年紀要》，臺北：臺大醫院精神部，1996。
- 行政院衛生署編，《臺灣地區公共衛生發展史(二)》，臺北：行政院衛生署，1995。
- 吳佳璇，《臺灣精神醫療的開拓者：葉英堃傳記》，臺北：心靈工坊，2005。
- 李剛，〈三軍總醫院精神科之起源及發展〉，《源遠季刊》，22(臺北，2007)，頁 8-13。
- 沈獻程，〈臺灣慢性精神醫療設施的歷史變遷研究〉，東海大學建築學系碩士論文，2003。
- 巫毓莖，〈「病態」的民族：日治晚期臺灣的民族性精神疾病史〉，新竹：國立清華大學碩士論文，2005。
- 巫毓莖，〈臺灣精神醫學史上的 1930 年〉，《歷史學柑仔店》，[https://kamatiam.org/臺灣精神醫學史上的 1930 年/](https://kamatiam.org/臺灣精神醫學史上的1930年/)。
- 巫毓莖，〈中脩三與臺北帝國大學精神病學講座〉，《歷史學柑仔店》，<https://kamatiam.org/中脩三與臺北帝國大學精神病學講座/>。
- 林吉崇，〈日據時代精神病學史〉，《臺大醫院精神部五十年紀要》，臺北：臺大醫院精神部，1996，48-63。
- 林知遠，〈後山歲月 玉里榮民醫院的故事〉，《源遠季刊》，35(臺北，2010)，頁 86-88。
- 林啟宗，〈臺灣精神病學發達小史 I. 臺灣省之麻痺性痴呆及其治療法之變遷及回顧〉，《臺灣醫學會雜誌》，51: 12 (臺北，1952)，274-288。
- 林鴻德，〈追思恩師林宗義教授——並追憶他對高雄醫學院的貢獻〉，《高醫人》，32(高雄，2010)，頁 29。
- 林憲，《精神醫學史》，臺北：水牛出版社，1972。
- 林憲，〈神經精神科廿五年之發展史一覽表〉，《國立臺灣大學醫學院附設醫院神經精神科廿五週年紀念刊》(臺北：國立臺灣大學醫學院附設醫院神經精神科，1972)，頁 5-13。
- 昼田源四郎，〈日本の精神医療史—古代から現代まで—〉，《日本の近代精神医療史》(東京：ライフ・サイエンス，2001)，頁 5-14。
- 徐澄清，〈兒童精神醫學廿年〉，《國立臺灣大學醫學院附設醫院神經精神科廿五週年紀念刊》(臺北：國立臺灣大學醫學院附設醫院神經精神科，1972)，頁 30-50。
- 莊明敏、鄭若瑟，《精神病患醫療服務體系之檢討》，臺北：行政院研究發展考核委員會，1995。

- 張廷碩、羅時茂、曾冬勝，〈「三軍總醫院北投分院」之今昔與臺灣精神醫學發展史〉，《臺灣醫界》，60: 5(臺北，2017)，頁 278-281。
- 陳永興，《飛越杜鵑窩》，高雄：海王印刷廠印製，1981。
- 陳文發，〈臺灣『精神』堡壘——玉里榮民醫院的發展與轉型〉，國立東華大學臺灣文化學系碩士論文，2015。
- 陳珠璋，〈建教合作型態之演變〉，《中華精神醫學》，5:3(臺北，1991)，121-122。
- 國立臺灣大學醫學院附設醫院神經精神科，國立臺灣大學醫學院附設醫院神經精神科廿五週年紀念刊，臺北：國立臺灣大學醫學院附設醫院神經精神科，1972。
- 國軍退除役官兵輔導委員會，〈輔導會真情故事——醫療照顧篇〉，臺北：國軍退除役官兵輔導委員會，2019。
- 葉英堃，〈社區心理衛生保健工作之發展〉，《國立臺灣大學醫學院附設醫院神經精神科廿五週年紀念刊》(臺北：國立臺灣大學醫學院附設醫院神經精神科，1972)，頁 24-29。
- 葉英堃，《我國人民心理衛生問題與醫療保健工作現況之檢討及政策分析》，臺北：行政院研究發展考核委員會，1981。
- 楊翠華，〈美援對臺灣的衛生計畫與醫療體制之形塑〉，《中央研究院近代史研究所集刊》，62(臺北，2008)，91-139。
- 趙既昌，《美援的運用》，臺北：聯經出版事業公司，1985。
- 養神院，〈昭和九、十年度年報·臺灣總督府養神院〉(1937-05)，岡田靖雄編《精神障害者問題資料集成·戰前編 第九卷》(東京：六花出版，2011)，頁 334-366。
- 羅伊·波特著，巫毓莖譯，《瘋狂簡史》，新北市：左岸出版社，2018。
- Andreas Scull, *Madness in Civilization: A Cultural History of Insanity, from the Bible to Freud, from the Madhouse to Modern Medicine*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 2015.
- Ben Harris, "Therapeutic Work and Mental Illness in America, c. 1830-1970." In Waltraud Ernst (eds), *Work, Psychiatry and Society, c. 1750-2015* (Manchester: Manchester University Press, 2016), 55-76.
- Elliot S. Valenstein, *Great and Desperate Cures: The Rise and Decline of Psychosurgery and Other Radical Treatments for Mental Illness*. New York: Basic Books, 1986.
- Gerald Grob, *From Asylum to Community: Mental Health Policy in Modern America*. Princeton: Princeton University Press, 1991.

### 三、網路資料

公布令 臺灣省保安司令部公布令(1950-04)，〈制定「臺灣省取締散兵游民辦法」〉，  
《數位典藏與數位學習聯合目錄》，  
<http://catalog.digitalarchives.tw/item/00/4f/b2/d5.html>，擷取日期：2022年01月11日。

## **The Profession of Psychiatry, the State, U.S. Aid, and Civil Society: Mental Health Care in Taiwan, 1945-1970**

Yu-chuan Wu

Associate Research Fellow, Institute of History and Philology, Academia Sinica

This paper examines mental health provision in Taiwan in the period between 1945 and 1970, aiming to elucidate the different perspectives and strategies adopted by the nascent psychiatric profession, the state, the U.S. aid agencies, and civil society with regard to the management and care of mentally ill patients. The care of mentally ill patients was not only a medical issue but also a political, social, and security one. The psychiatric profession, the state, and civil society had each developed different ways of understanding, framing, and coping with the problems posed by mentally ill patients. There were consensus and cooperation, but it was differences and conflicts that were more common. This history left many tangible and intangible legacies, of which the most notable was those large custodial institutions built in the 1960s and 1970s. These institutions' medicalization and modernization became a major task for the mental health care system in the remaining years of the twentieth century.

**Keywords:** mental health care, psychosis, Hsikou Mental Hospital, Kaohsiung Mental Hospital, Yuli Mental Hospital, "deserted soldiers and vagrants", medical assistance for low-income families