

社政衛政攜手合作實例

一轉安置桃園縣某醫院收容精神病患

楊素端・詹玉蓉・許芝綺・黃逢明

一、前言

在政府的組織改造中，衛生與福利二大部門是否應合併的議題，已經討論了十餘年仍未定案，事實上，衛生與福利部門間有許多部分是互為唇齒關係，例如醫院內社會工作部門，在病患及家屬的社會心理關懷中占有重要的角色；在早期的社會救助工作中，「貧民施醫」亦是相當重要的一項工作，而如何協助「貧病交集」的民眾度過難關，則是由衛生部門及福利部門共同合作的重要工作項目，在 60、70 年代，運作的機制是由社政部門支付弱勢及貧窮民眾的醫療費用，再由衛政部門成立醫療費用審核小組，進行醫療費的稽核與審查。

精神疾病對於個人常造成不同層面的影響，臨床醫學研究指出影響層面包括病理、損傷、失能及障礙等四個面向，不但造成病患與家屬的身心痛苦，明顯影響他們的社會功能，也破壞個人與家庭的生活品質，臺灣地區過去由於精神保健資源的缺乏及民眾的偏見、忌諱及歧視等錯誤觀念加諸精神病患身上，避之唯恐不及，使得許多精神病患被污名化、標籤化及邊緣

化，甚至面臨無處可去的困境，部分精神病患因為家屬照顧程度減低及照顧能力不足，任由精神病患出外遊蕩，或送往警察單位卻無法識別身分，只好送去特約私人精神醫院收容。

民國 79 年 10 月 22 日聯合報第 20 版刊登「桃園縣某醫院，因經費不足，設備簡陋，導致所收容的六、七十名精神病患過著悲慘生活」新聞，報導提到「病房中不但病床缺乏，且都殘破不堪，地面布滿尿水等汙物，整個空間充滿惡臭味，院內廚房的蔬菜幾乎快腐爛，所提供的 5 大鍋飯菜與餿水無異，而且工作人員常須充當護士為病患打針，顯示院方醫護人員不足」。報導中所提及對病患之不仁道待遇，引發衛生署以及臺灣省衛生處的極度關切，思尋各個途徑期待改善精神病患的收容處遇，也因此促成衛政部門與社政部門的聯手合作契機，將委託安置在桃園某醫院的精神病患轉安置到其他機構，共同維護精神病患的就醫及就養權益，而這整個事件的處理也使得社政部門與衛政部門跨入了一個不同的合作模式。

精神病患應該享有人性尊嚴及人道對待的權利，政府亦應提供適當的扶助與服

務，本文嘗試以精神病患的收容安置為主題，透過實際參與「桃園某醫院」精神病患安置之社政部門及衛生部門人員的訪談，勾勒當時精神病患收容安置時代背景及安置過程所遭遇困難及解決途徑，積極的意義則在於透過不同部門人員的合作，提供積極醫療與福利服務，共同維護及保障精神病患的權益。

二、貧困精神病患及遊民精神病患收容安置之沿革與發展

我國貧困精神病患及遊民精神病患的收容安置起步相當早，從日據時期，崛內次雄聘請日籍教授中村讓到臺授課（1917年），從此開啓了臺灣醫界對精神疾病的認識與了解。而初期「日人對精神疾病採取戒護措施，直到1922年才對精神病患施以治療，為最早的精神專科醫院」，當年成立的精神專科醫院也就是今日仁濟醫院的前身，「1934年6月總督府發布精神病院官制，將精神病院定名為「養神院」，是年10月，養神院竣工啓用，為公立精神病院的濫觴」（陳永興，2003：173）養神院是日據時期第一個公立精神病院，而後改名為省立錫口療養院、省立臺北療養院，也就是現在的省立桃園療養院；而臺灣省的第二個公立精神病院則是在民國50年成立的省立高雄療養院，接下來則是在民國55年成立臺灣省立玉里養護所，這三家療養院在小康計畫及社會救助業務早期對精神病患的收容與治療的工作擔負起重要的任務。

貧窮的最下層—遊民、乞丐以及路倒

病人是社會福利中最需要救濟的一群，但早期是分屬不同單位進行管理（註1），警政單位如果在街頭發現生病的遊民、乞丐或路倒病人，首先是送到醫院進行治療，其中無家可歸者中有許多「不知姓名」或「忘了我是誰」的人（包括智障者、失智老人及疑似精神異常者），最後都被當成遊民由警政單位收容，而許多被害妄想病人、反社會性人格者及被認為擾亂社會治安之虞由警政單位介送到玉里養護所收容，在1980年以前，貧民精神醫療完全是歸屬於社會救助，依據臺灣地區精神醫療救助相關法規顯示（表一），主責政府部門是內政部、臺灣省社會處及各級政府社會局（陳永興，2003：175），相關醫療費用也是由社政部門支付，在民國61年10月臺灣省政府宣布頒訂「小康計畫」以前，精神病患的治療都是附屬在「貧民施醫」業務之中，直到小康計畫頒布施行，貧困精神病患的治療才開始受到重視。

小康計畫是在謝東閔先生擔任省主席時公布的一項社會福利措施，其財務來源是依據民生主義中「土地漲價歸公」的原則，由各縣市政府將所收得之土地增值稅成立社會福利基金，據以推動小康計畫，而小康計畫目的在於「改善貧民生活，貫徹民生主義現階段社會政策，以達到均富、安和、樂利的現代化社會」，依學者研究顯示：「疾病、失業與老年為致貧的三大原因」，因此，小康計畫提供的服務項目包括了：老年救助、失業救助、疾病救助、兒童福利、就學補助、平價住宅及貧民施醫，而所謂「貧民施醫」就是對貧窮民眾罹患疾病時提供免費的醫療服務。（詹火生，1977：81）

民國 60 年臺灣省政府統計全國約有 2,000 名精神病患，當時認定一個精神病患的治療期大約是 3 個月，因此一個病床一年可治療 4 個病患，只要全國有 150 個床位，在 4 年內即可解決因精神疾病所導致的貧窮問題，因此在臺灣省的二家公立精神療養院—省立桃園療養院增設 30 床及省立高雄療養院增設 120 床作為治療之用。小康計畫的實施期程是民國 61 年至 68 年，並以消滅貧窮、建立安和樂利社會為目標，而「貧民人數必須降低」的工作目標，也成為當時的縣市政府村里幹事最大的壓力來源，協助貧民精神病患就醫便成為村里幹事的重要責任。因此當時 150 床的小康病床很快就額滿，在精神病人治療的過程中也發現了新的議題，原來這些被轉送的貧民精神病患都是慢性病人，並無法符合當初以急性發作病患設計的 3 個月治療期，慢性精神病患的治療速度不足以反應消滅貧窮的目標，為加速計畫目標的達成，原本省立玉里養護所專責收治擾亂社會治安的精神病患，則於民國 63 年增設小康計畫精神病患 600 床，以轉收省立桃園療養院及高雄療養院的慢性病人，但是仍然無法達到預期目標，將所有的貧民慢性精神病患全部收容，因此臺灣省政府社會處依「低收入戶（註 2）慢性精神病患治療計畫」再補助於省立高雄療養院增設 300 床、省立玉里養護所增設 200 床，所需的收容治療費用均由公務預算編列支應。

也因為當時臺灣省的公立精神病院只有省立高雄療養院、桃園療養院及玉里養護所三家，服務能量不足以完全收治精神病患，臺灣省社會處便於民國 64 年 5 月責

成社會福利基金經費最多的二縣市—臺北縣及高雄市，籌設精神病養護所，以擴增床位收治精神病患，（行政院衛生署八里療養院，2005）其中，高雄市籌建「大寮精神病養護所」（計 500 床），興建完成後由高雄市立凱旋醫院接辦並於民國 74 年正式營運；而臺北縣政府則於 67 年開始在八里鄉興建院舍（計 500 床），並於 74 年交由臺灣省立桃園療養院經營籌設桃園療養院八里分院，民國 79 年正式營運，上述的二家醫院均是由縣市政府社會局興建。

民國 60、70 年代許多無家可歸者、智障者、失智老人及疑似精神異常遊民是收容至警政單位附設之遊民收容所治療養護，然而專家學者到遊民收容所訪視時發現精神病患在收容所內僅能獲得基本的生活照顧，積極性的治療服務則較難提供給病患，致使病情難有改善，因此基於遊民的醫療權益，各縣市政府開始將遊民精神病患轉至精神醫院治療，而治療費用則由縣市政府社會局貧民施醫的經費支應。然而以當時公立精神科醫院的收治能量並無法完全滿足精神病患治療及照護的需求，致使公共的精神科醫院床位僅足以收治一般民眾及貧民精神病患，而遊民精神病患則由各縣市政府自行與私立精神科醫院簽訂合約進行收治，桃園縣某醫院就是當時臺北縣政府合約醫院之一。

在小康計畫結束後，民國 69 年社會救助法頒布施行，民國 71 年「臺灣省醫療費用補助辦法」施行，臺北縣政府於民國 72 年增列預算辦理低收入醫療服務，一款及二款全額補助，三款則提供 70%醫療補助，另低收入精神病患及塵肺病醫療費用亦由縣政府全額支付。當時的低收入戶如

果有看病的需求，便可到公所申請，拿著公所開立的低收入者醫療補助證到縣府合約醫院就診，便可獲得免費就醫或 70%醫療費用補助；相關醫療費用每個月由合約醫院造冊請款，再由社會局遴聘之醫師組成醫療審查小組審查各合約醫院之醫療費用申請概況及核銷單據。而精神病患之收治，則由縣政府與公私立精神醫院簽訂合約，私立精神醫院住院病患每月給付 6,000 元醫療費用，如併發其他疾病，另核實給付醫藥費（註 3）。

醫療院所申請為合約醫院經臺北縣政府社會局會簽衛生局審核後簽約，縣政府承辦人會不定期到醫院去查核長期住院病患狀況，並且會在逢年過節時到醫院發放低收入戶住院病患慰問金，當時便發現精神病患在部分合約的私立精神科醫院並未受到良好的待遇，許多人共同擠在房子中生活，病人得不到良好的照顧，營養狀況也不好，整體而言，醫療設施、醫護人力及醫療空間不足，然而這並不是某個醫院的特殊狀況，而是當時許多私立精神病院的寫照，許多的路倒精神病患雖然脫離了餐風露宿的苦境，獲得基本的生活照顧，但是卻無法得到積極的治療，長期收容而不能妥善治療的結果，除了使病人永無重見天日的希望，也使得社會福利的負擔越來越重，對於路倒精神病人或貧民精神病患的根本問題改善不大（註 4）。

雖然在媒體披露桃園某醫院環境不佳，收容病患遭到不當待遇之前，臺北縣政府的承辦人就已經在不定期的查訪中發覺這種情形，然而在桃園某醫院收容的 6、70 名精神病患中，便有 52 人是由臺北縣政府委託安置，而且這 52 人均是遊民及

路倒精神病患，數量龐大，當時合約精神科院所並無足夠的空床俾以容納如此多的遊民及路倒精神病患，致使臺北縣政府雖知桃園某醫院醫療品質不佳，除口頭告誡、加強訪視外，也無法將病人轉安置到服務品質較好的院所。

而且依莊明敏（民 84）的研究顯示，民國 84 年精神醫療機構約有 140 餘家，急性治療床有 1,769 床，慢性復健床有 10,455 床，相較民國 69 年的 80 家精神醫療院所，急性治療床有 1,780 床，慢性復健床有 4,243 床（陳永興，1981：39），並未大量增加。再加上民國 84 年初估約有 12 萬名精神病患，其中有 8 萬名為慢性精神病患，因此整體精神醫療體系有明顯的資源不足的情形，不但常有病患發病時長途跋涉找急診處和需要住院者「一床難求」現象，政府部門安置精神病患也常發生床位難求的情形，更何況是同時間將 52 名病患轉安置到其他精神科醫療院所。

三、社政與衛政攜手合作保障精神病患就醫權益

在 1980 年以前，貧民精神醫療的建築興建、醫療費用等大都是由社政單位負責，在 1980 年以後，由衛政單位主導的醫院評鑑、精神病患醫療補助、強制住院才開始實施，從民國 74 開始對全國精神醫療院所每三年一次的醫院評鑑，到民國 75 年的籌建精神疾病防治醫療計畫、民國 79 年頒布施行的精神衛生法以及精神衛生行政組織的建立（註 5），在在顯示政府部門對精神醫療品質提昇的積極作為。

在民國 77 年的精神醫療院所評鑑

中，發現桃園某醫院醫療品質不佳，衛生署及臺灣省政府衛生處雖有意要求結束營業，然而依據醫療法規定（民國 75 年公告實施），醫療機構如服務品質不佳或評鑑不合格，政府部門無法強制其歇業，當時桃園某醫院所收容的大部分病患則是由社會局委託安置並支付相關醫療費用，並未獲得衛生部門的各項補助。因此衛政部門除要求醫院限期改善外，並無其他方法可強制其改善服務品質。

在民國 77 年第 1 次全國精神病院評鑑之後，衛生署即多次發文桃園某醫院，就評鑑缺失進行改善，其中評鑑委員認定該醫院服務品質缺失，大致可分為下列數點：

（一）醫藥櫃積滿了灰塵，無專人進行管理。

（二）護理人員並無執照，或向其他有執照之護理人員借牌，院內「護理人員」的功能與監護工較為相似，而非擔任護士職務。

（三）院方使用鋁製的洗衣盆放置大鍋菜給病患食用，令人感覺十分不尊重病患。

（四）運用陽臺當成保護室，而陽臺的鐵窗則是生鏽的，病患則在保護室內隨地大小便。

（五）病患之生活起居無人管理，隨地大小便，寢室內充滿惡臭，照顧環境惡劣。

（六）未提供生活自理能力的訓練，女病患未穿胸罩、不會睡床、不會上廁所、不會刷牙，等於喪失生活的能力。

雖然衛政單位多次發公文要求桃園某醫院（註 6）改善上述的缺失，但該醫院並無回應，而且院方也提不出具體的改善成果。在無法獲得具體改善結果時，又遭媒體報導虐待病患，因此衛生署決定協請

臺北縣政府社會局以支付醫療費用之委託單位立場，協助該院的後續處理問題，民國 79 年底衛生署邀集臺灣省衛生處、桃園縣衛生局與臺北縣社會局召開協商會議，討論如何處置該院，決議由臺北縣政府協助該院改善事宜，協助輔導過程如下：

（一）協調溝通及道德勸說：由臺北縣社會局承辦人員先行至桃園某醫院查核，告知院方的安置狀況不佳，有損病患的安置權益。惟與桃園某醫院院長會談後，發現院方雖未刻意虐待病患，卻因院長年事已高，觀念仍停留在其早期之經驗，並未隨時代進步而改變醫療模式，且未意識到「病患也有人權」，必須給予「適當的人道待遇」，在勸說之下，桃園某醫院院長表示願意配合改善醫院設備及服務品質。

（二）限期改善及改善結果查核：給予桃園某醫院一個月改善期間，在改善期結束之後，再次至現場查核，發現醫院環境變得較為整潔、異味較少、生鏽鐵門換成全新不鏽鋼門，但軟體服務並未改善；也發現雖然院長很有誠意改善，但因觀念未改變，改善成效與政府部門的期待有所落差，若再繼續將病患安置在桃園某醫院，只會減損病患的受照顧權，而決定要將臺北縣政府委託安置的病患轉走。

（三）與院方溝通並動之以情：因為院長仍十分期待可以持續經營該醫院，為了減少轉安置病患時可能引發的反彈，臺北縣政府社會局採取雙管齊下的方式，除持續與院長溝通醫院與病人狀況外，並拜訪院長兒子請其說服其父親，無須再經營醫院，可以安享天年，並同意臺北縣政府將病患轉走，幾經溝通後，院長終於同意臺北縣政府將委託之病患轉安置，院方並且

願意協助病患的後送轉介工作，包括病患資料造冊建檔轉移、病患人數清點、後送當日病患身體清潔工作等。

(四)尋找轉安置單位：在協調轉安置之過程中，臺北縣政府已事先擬妥配套措施，尋覓可供轉安置之醫院，適逢桃園療養院八里分院開幕揭牌及臺北市培靈醫院新建院舍開幕，而二個醫院的新院舍中也確定有床位可容納數十位的病患，故臺北縣政府社會局在與八里分院、培靈醫院簽定醫療合約時，便協議如有需要優先收治臺北縣轉介的病人，在取得桃園某醫院院長同意之後，臺北縣政府社會局便積極展開後送之輔導措施，經與這二家醫院協商，決定女病患轉安置至桃園療養院八里分院，而男病患則轉至臺北市培靈醫院。

(五)進行轉安置（註7）：在確定後送單位之後，臺北縣政府啟動了跨局室合作的機制，由社會局、衛生局及警察局共同合作進行大規模轉送作業，其步驟如下：

1.前置作業：由臺北縣社會局邀集免費醫療審查小組委員至該院瞭解病患醫療狀況，然而小組委員發現醫院中防範措施不佳，害怕病人有攻擊他人的危險性不願進入，之後便由社會局詹玉蓉課員及桃園療養院蔡元祿醫生到醫院內了解狀況，清點需轉安置的院民，清點後發現臺北縣的安置病患 52 人中有 25 名女病患、27 名男病患。

2.開會研商分工事項：社會局邀集衛生局、警察局討論轉送病患之分工及協調事宜，由社會局負責總協調及與院方溝通，衛生局負責委請精神科醫師協助診斷工作，警察局則負責護送病患，另因顧慮警車並無法完全載運病患且有安全上的顧

慮，因此警察局主動協商地方法院調派二臺戒護車，並支援警力看顧病患。

3.轉移安置：轉送當日由臺北縣社會局詹玉蓉課員、衛生局江素嬌課員、警察局方源隆警員及桃園療養院蔡元祿醫師共同進入桃園某醫院逐一確認病患身分，經診視及確認臺北縣委託安置的病患後，在桃園某醫院工作人員的協助之下將病患分批帶出醫院，乘坐二部戒護車，由警員押車，安全將病患送至桃園療養院八里分院（註8）及臺北市培靈醫院轉安置。

(六)積極醫療服務：這些病患在桃園某醫院時因為沒有獲得良好的醫療及生活照顧，導致許多的行為退化，桃療八里分院及培靈醫院的工作人員費盡心思提供醫療的照顧及生活訓練的協助，除了工作人員自行訓練之外，桃療八里分院還特別外聘專家學者到院從事行為治療，慢慢地這些病患在穩定的用藥及生活自理訓練之下，除了生活漸漸可以自理之外，部分病患的遠期記憶也慢慢的恢復了，甚至隱約記得自己的家人或生活環境特徵，也有部分的女病患在醫療院所社工的「積極尋人（註9）」之下，找到了親人，重溫天倫之樂。

四、結語

精神病患多數為中、下階層，貧窮與精神病常互為惡性循環，由於精神病患的長期醫療費用負擔，實非一般家庭所能承受，往往造成家庭負擔沉重，或將病人遺棄不顧，造成社會問題，因此，「精神疾病」不僅是「醫療問題」，同時也是「社會問題」。我國的精神醫療雖自日據時期便已發展，但早期被視為社會救濟的業務範疇，貧民施醫給付補助金額低，再加上精神醫

療資源的不足，致使早期的精神醫療品質落差，政府部門監控不易。

民國 60 至 80 年代的時代背景，促成了衛生及社福部門許多方面的共同合作，包括貧民醫療服務提供、補助貧民施醫經費或是維護病患安置權益等；進入 90 年代，隨著經濟快速發展與社會人口變遷，臺灣地區居民的精神疾病患者有逐年增加之趨勢，在人權意識高漲的今日，如何以基本人權的角度提供其權益的保障，實屬刻不容緩之事，針對失能者長期照護服務、發展遲緩兒早期療育服務等項目，都

必須由衛生部門及社福部門進行跨部門及跨專業的合作，方能提供最適切的服务，滿足民眾的需求，未來不論二個部門合併與否，跨部門及跨專業的合作愈密切，勢將可提供民眾更適切的服务，更期望能夠透過不同部門的協調合作，提供必要的協助，促進精神病患回歸社會、自立及參與社會活動。

（本文作者：楊素端為臺北縣政府社會局局長；詹玉蓉為該局副局長；許芝綺為該局視導；黃逢明為該局課員）

表一 臺灣地區精神醫療救助相關法規一覽表

年度	法 規	承辦機構	備 註
1943	社會救濟法	內政部	
1947	臺灣省公立醫院貧民施醫辦法	臺灣省社會處	各公立醫院撥 5%床位做為貧民施醫救濟之用
1950	臺灣省各地方義診辦法	臺灣省社會處	
1964	貧民施醫辦法（修訂）貧民施醫優待收費辦法	臺灣省社會處	各級政府負擔 70%醫療費醫院負擔 30%醫療費
1972	臺灣省消滅貧窮小康計畫	臺灣省社會處	收容嚴重精神病患
1974	臺灣省小康計畫列級貧民精神病患治療收容與復健工作實施要點	臺灣省社會處	免費住院治療
1980	社會救助法	內政部	
1982	臺灣省醫療費用補助辦法	臺灣省衛生處	符合社會救助調查辦法第依款及第二款規定者全額補助；第三款規定者醫療費用補助 70%。
1986	路倒病人收治及醫療費用處理要點	臺灣省社會處	縣市政府社政單位負擔醫療費用
1986	醫療法	衛生署	公立醫院應提撥年度醫療收入 5%以上辦理醫療救濟等社會服務事項
1986	行政院衛生署精神疾病患者醫療費用補助作業要點	衛生署	補助門診、日間留院及各項社區復健方案
1987	醫院評鑑標準	衛生署	區域醫院以上之醫院應提撥年度醫療收入 2%以上訂定辦法辦理醫療救濟等社會服務事項

1990	低收入戶健康保險暫行辦法	內政部	以社會保險取代社會救助
1991	行政院衛生署精神疾病患者醫療費用補助作業要點修訂	衛生署	補助山地及離島精神病患住院補助
1991	行政院衛生署補助精神疾病嚴重病人送醫及強制住院期間醫療費用作業要點	衛生署	補助強制鑑定及強制住院
1992	臺灣省精神病患住院醫療補助要點	臺灣省社會處	補助住院醫療費用
1992	受精神疾病患者侵害之被害人申請扶助與救濟作業要點	衛生署	扶助與救濟受精神病患侵害之被害人

資料來源：行政院研考會「精神病患醫療服務體系之檢討」

註 釋

- 註 1：民國 39 年頒布施行的「臺灣省取締散兵遊民辦法」是最早制定的遊民法令，據以因應國民政府撤退來臺，無家可歸的軍人及逃兵形成散兵問題；民國 57 年修定為「臺灣取締遊民辦法」，以維護治安的角度界定遊民，警察機關則是主責單位；到了民國 83 年通過「臺灣省遊民收容輔導辦法」，主管機關則移轉為「社政部門」。
- 註 2：68 年以後「貧民」一詞正式走入歷史，配合民國 69 年社會救助法的頒布施行，改以「低收入戶」名詞取代之。
- 註 3：依據陳永興民國 69 年 2 月至 4 月所做調查顯示 80 家的精神科醫院診所中除了少數公立及財團法人醫院設備較完善外，大多數的醫院診所建築空間狹窄、病人活動空間少、病房設施簡陋，尤其是專門收容慢性精神病院的特約院所，內部環境骯髒、病床擁擠、鐵門欄杆、陰暗惡臭，甚至有糞便與飯菜同堆的情形（陳永興，1981：42）。
- 註 4：同註 3。
- 註 5：民國 70 年以前政府未有明定精神醫療/心理衛生之行政體系，民國 70 年以後行政院衛生署初步規劃由「保健處衛生教育科」承辦有關業務，有鑑於民國 73 年社會上連續發生了臺北市螢橋國小學童被精神病患潑硫酸、財政部關政司長被殺以及龍發堂非法收容大量精神病患等事件，乃將精神醫療與心理衛生行政工作納歸「精神衛生科」專責綜理全國精神醫療業務，民國 79 年臺灣省政府衛生處於醫院管理科（第三科）設置「精神衛生股」，綜理全省精神醫療業務（莊明敏，1995：107），首任的精神衛生股股長便由楊素端擔任。
- 註 6：依據陳永興民國 69 年 2 月至 4 月的調查資料顯示，桃園某精神醫院病床數為 150 床，業務範圍包括門診、住院、長期收容及急診，服務對象則包括一般民眾、貧民施醫及特約收容。當時許多路倒病人無法得到照顧，許多醫療院所都拒收，而桃園某醫院則收容路倒病人（陳永興，1981：139）。
- 註 7：在臺北縣政府轉安置桃園縣某醫院精神病患不久後，該醫院便自行歇業。

註 8：民國 79 年桃園某醫院虐待院民被報紙披露後，是由衛生署主導，並由臺灣省衛生處的精神衛生股主責督導各縣市政府衛生局管理精神病院的作為及進度，而桃園某醫院則在臺北縣社會局積極協助下，順利且和平地將院內收容的病患轉安置到其他的精神醫療院所。而當時的精神衛生股楊素端股長在民國 80 年轉介後送時已擔任桃園療養院八里分院社工室主任，正好接手桃園某醫院的轉安置病患！而到了 10 年後，楊素端股長已成為臺北縣社會局局長，而當時的社會局詹玉蓉課員則成為副局長，正應驗了「地球是圓的」這句話。

註 9：轉安置至桃園療養院八里分院的女病患經過穩定用藥治療之後，陸續開始回憶出自己以前的居所、家人及居住環境的特徵，甚至有人可以背出住院前的住家電話及住址，在桃療八里分院醫護人員及社工人員的協助之下，25 名女病患中共有 22 人找到家屬，僅有 3 名合併智能障礙症狀的女病患無法找到家屬。在尋人的過程中發生了許多喜極而泣的認親故事，當時一位病情穩定的女病患桃花記得自己住在新莊市某路，在醫生的允許下，由護士及社工員陪同乘坐公務車到新莊的某路由頭走到尾，桃花認出自己可能是住在某號某樓的房子，到了這棟屋前按門鈴，當時家人不在，經鄰居協助聯絡後，桃花的母親立刻趕回家認女兒，並表示桃花走失的八年來，家人四處求神問卜花了二百多萬，但只獲得神明指示：「女兒還活著，大約在西方，不久後會回來」，因此當桃花回家時家人都和桃花相擁而泣，當天陪桃花再回桃療八里分院，桃花的父親甚至想要包十萬元的紅包以感謝療養院工作人員的努力。

參考文獻

- 行政院衛生署八里療養院網頁（2005）<http://www.tytc.doh.gov.tw/>。
- 行政院衛生署玉里醫院網頁（2005）<http://www.ttyl.doh.gov.tw/>。
- 白秀雄（1981）對小康計畫－臺灣省消滅貧窮計畫之評估，社會建設，28，50－58。
- 徐學陶（2001）社會福利、公共救助與小康計畫，社區發展季刊，95，46－54。
- 陳永興（1981）飛入杜鵑窩，海王印刷廠有限公司。
- 陳永興（2003）臺灣醫療發展史，臺北：新自然主義股份有限公司。
- 莊明敏（1995）精神病患醫療服務體系之檢討，行政院研究發展考核委員會。
- 詹火生（1977）小康與安康計畫在未來社會福利體系的地位與任務，社區發展季刊，1：81－87。