

# 台大醫學院社區醫學教學之回顧

陳慶餘

台大醫學院家庭醫學科

預防醫學、公共衛生和社區醫學三者同時為涉及個人健康、環境與疾病因素的學門，各有其不同的時代背景和訴求。台大醫學院對於社區醫學之教學依場所分為三個時期：(1)台北公共衛生教學示範中心 1959 至 1978，(2)澳底社區醫療保健實驗站 1979 至 1989，(3)金山社區醫學訓練中心 1990 至今。1992 年醫學教育改革後，家庭醫學成為醫學系五年級必修課程，在三週見習中有二週安排在社區，六年級和實習醫師為選修。家庭醫學科住院醫師訓練計畫中有六個月的社區醫學訓練。遠距教學及會診是社區醫學教學另一發展的模式。本文謹就台大醫學院在社區醫學教學的經驗提出報告，並對今後面臨的課題加以探討。

**關鍵詞：**社區醫學，公共衛生，預防醫學，家庭醫學  
(醫學教育 1999；3：79~84)

## 前 言

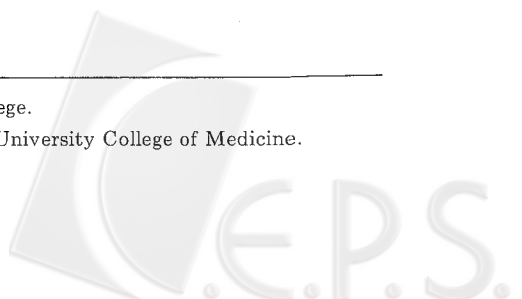
預防醫學、公共衛生和社區醫學三者因同時為涉及個人健康、環境與疾病因素的學門而常混為一談，其實就其發展而言，各有其不同的背景和訴求。預防醫學的重點在於預防「疾病」，開始為傳染病，後轉變為慢性病和癌症。公共衛生以流行病學起家，為求對環境因素的控制，而由官方成立以預防保健為宗旨的衛生組織，發展公共衛生業務。後來才有社區醫學，其觀念是以社區民衆為主體，達到週全性健康照顧的目標。1970 年代由於世界衛生組織 (WHO) 倡導全民健康的號召以及家庭

醫學的興起，與社區導向的基層保健醫療成功地結合，社區醫學和臨床醫學成為家庭醫師養成教育的重要課程。

從台大醫學院百年史來看可以印證此一變遷。1895 年日本侵占台灣，在台北大稻埕創設「大日本台灣病院」，1896 年改名為台北病院，1897 年 4 月 11 日台北病院設立附屬醫學講習所 (正式所名：土人醫院養成所) 為台大醫學院之最早前身。光復前醫學教育較為單純，沒有畢業後專科醫師的養成訓練，隸屬於台灣總督府，光復後台灣醫師養成教育分屬於兩大行政體系：醫學生和研究生教育為教育部，住院醫師訓練和執業醫師繼續教育為衛生署。

Special Report: Review of Community Medicine Teaching at a Medical College.

Ching-Yu Chen, M.D., Department of Family Medicine, National Taiwan University College of Medicine.



光復後台大醫學院之擴展朝兩方面進行：(1)先後成立各基礎學科研究所，(2)其它有關健康學系相繼增設。社區醫學課程原本屬於公共衛生學科負責，1971年公共衛生學科獨立為公共衛生學系，1973年醫科改名為醫學系，1993年公共衛生學院成立，脫離醫學院。社區醫學教學與公共衛生學系的關係漸行相遠。

1992年在謝博生教務長的主導下開始醫學教育改革，首先由四年級病理臨床整合課程和小組討論教學做起，三年內完成各年級的新課程。家庭醫學科在改革課程扮演重要的角色：擔任小組教學指導老師，從二年級開始讓醫學生早日接觸家庭醫師，做為日後選擇成為家庭醫師的模式；另一重要的改變是基層醫療課程成為臨床階段醫學教育的核心課程，社區醫學為五年級醫學生的必修課程，由家庭醫學科負責。

### 發展經過

光復前由台灣總督府於1941年創立「財團法人台灣保健協會」設立保健館，以設館附近住民六萬人口為工作對象，實施健康檢查及保健指導、保健人員之培訓。台北保健館於政府接受後為台灣早期唯一辦理公共衛生之實驗示範及訓練機構。

台灣光復後逐步建立公共衛生服務網，首要的工作在提昇各級幹部及工作人員現代化公共衛生知識和實務訓練，直至1959年台大醫學院方開始醫科學生和護理系學生的社區實習課程。從其發展經過來看大致可以分為三個階段：

第一階段：台北公共衛生教學示範中心，1959～1978。以實習醫師和護理系的應屆畢業生為對象。訓練的宗旨不在培養公共衛生的專業人才，而在透過此一訓練，使其真正體認

公共衛生與預防醫學的原理與重要性，而養成一個具有公共衛生觀念的醫護人員。訓練的方式，從見習開始，實際參與各項公共衛生的活動，例如健兒門診、產前產後門診、家庭計畫門診、性病門診、環境衛生、衛生教育、家庭訪視、個案討論等。訓練期間為三週，後來實習醫師縮短為兩週。

第二階段：澳底社區醫療保健實驗站，1978～1989。貢寮鄉澳底保健實驗站於1979年2月開幕，成立宗旨在於實驗提供居民最有效之綜合衛生醫療服務，探求解決地區健康問題之方法及所需成本，奠定社會醫療服務制度之基礎。1981年9月由台大醫學院公共衛生研究所、護理學系和台大醫院一般科（家庭醫學科）組成教學小組，研討社區基本保健醫療人力訓練方案，擬定計畫由台大醫學院與衛生署合辦，指定澳底社區為訓練實習場所，目的在發展出對醫學院學生和住院醫師適用的訓練課程和教材。自此以後，台大醫院每月輪流派至澳底保健站的內科或一般科（家庭醫學科）住院醫師都須依擬定的課程完成一個月之社區醫學訓練，每人須提出門診醫療、家庭個案研究和社區調查報告。1983年7月保健站改為羣體醫療執業中心，在其後6年內全省在偏遠地區設立由教學醫院支援的羣醫中心共有170餘所。羣醫中心所在的社區尚可做為各教學醫院家庭醫學科住院醫師支援和訓練的場所。

第三階段：金山社區醫學訓練中心，1990至今。衛生署醫療保健計畫——建立全國醫療網第二期計畫，在加強基層醫療保健服務方面，其中一項措施，即於「台灣省成立社區醫療訓練中心，以為推動公共衛生教育工作，培育各類基層醫療保健人才」。首先於台北縣金山鄉成立社區醫學訓練中心，委託台大醫學院試辦社區醫學訓練中心計畫。其目的在

於培育以社區為導向的基層保健醫療人才，配合國民保健計畫建立社區健康資料以及電腦化管理模式，並提供新進基層人員的在職訓練。社區醫學訓練中心成立的時機，在羣醫中心大量設置之際，衛生所預防保健業務與醫療服務執行產生偏差，並且在國內大部分教學醫院家庭醫學科尚缺乏完善的社區醫學訓練場所與課程，社區執業模式有待建立。社區醫學訓練中心的規畫，針對訓練內容之充實、醫療保健之整合、團隊人才之培養以及社區資源之利用，訂定時間表，以期能夠做到醫療品質保證，達到提昇基層醫療水準之目標。

## 社區醫療之變遷

社區醫療除社區常見疾病診治外最重要的是實施各種預防保健業務和活動。從光復後台灣地區十大死因的變遷來看，1950年代主要的是胃腸炎、肺炎、肺結核等急性傳染病為主，近四十年來逐漸轉變為慢性疾病如腦中風、心臟病、高血壓、糖尿病和癌症為主，肺結核已排除在十大死因之外。由於疾病形態的不同，預防保健策略亦異。表1比較傳染性疾病和慢性疾病的差異。各階段社區醫學教學內容和活動亦隨預防保健策略之演進而朝個人化、多元化、團隊化的方向改變。

表 1. 預防保健策略之差異

比較因素	傳染性疾病	慢性疾病
1. 病因	單一	多重
2. 生活型態	不重要	相關
3. 臨床表徵	症狀	無
4. 診斷	致病因子	危險因子
5. 防治	根除 (疫苗注射)	減低 (衛生教育)
6. 施行次數	少數	長期
7. 負責	醫護人員	病患個人

## 金山社區醫學訓練中心課程

### 一、訓練方式

#### 1. 專題演講：

主要以家庭醫學科的師資為核心，針對社區醫療保健基本及進階性主題，定期進行演講及討論，對象除本中心學員外，更邀請其它基層醫療保健等人員參加。

#### 2. 社區醫學訓練及實習：

依受訓學員特性訂定訓練期間，以衛生所羣醫中心及社區作實地訓練、為因應醫學系五年級學生加入常規訓練，課程作了調整。

(1)晨會：以社區常見保健醫療問題為主題

(2)病例討論會：每週一次，受訓學員經由家庭訪視後與老師進行討論。

(3)社區醫學文獻研讀：每週一次。

(4)保健活動：包括社區使用者及非使用者之健康促進活動。

(5)門診訓練：一般及特別門診參與。

(6)工作坊：訂定主題，進行討論及實際操作。

(7)社區調查研究報告。

### 二、訓練對象

1. 本院或其他教學醫院家庭醫學科住院醫師及醫學院醫學生；2. 基層醫療單位（包括衛生所及診所）服務之醫師；3. 護理人員及公共衛生人員：訓練中心可提供訓練場所及設備，而訓練內容及師資等則由委訓單位自行設計。

### 三、訓練課程內容

#### 1. 住院醫師

(1)門診醫療：包含下列主題實際參與，並每日檢討：臨床各科知識及技術及綜合運用，熟習門診常用之理學與實驗室檢查，熟習社區

常見健康問題之診斷與治療，會談技巧訓練及行為科學，預防醫學在門診作業的應用及管理。

(2)家庭訪視：包含下列主題督促實習醫師完成訪視並提報告：個人健康、疾病與家庭、社區之關係，家庭評估技巧，家庭危機評估及解決，建立居家照護檔案以及持續性照顧等。

(3)社區調查：包含下列主題實際進行，並完成一篇調查報告：社區診斷之重要性及其內容，社區醫學方法論，社區資源調查及運用等。

(4)預防保健：包含下列主題進行和統計分析：中老年病防治，預防注射，婦幼衛生，結核病防治，衛生教育，食品衛生，社區心理衛生，社區職業病，優生保健等。

(5)衛生行政：包含下列主題實地觀察並和主任討論：了解基層醫療保健系統編制及各成員之角色，衛生所（室）功能及管理模式，羣醫中心作業流程，人力運用及財務管理，統合社區內外衛生資源，做好轉介照會工作等。

## 2. 實習醫師

學習內容包括：

(1)社區組織：社區醫療的意義，進入社區的方法，衛生健康評估；(2)社區預防保健：健康門診，孕產婦管理，慢性病防治工作；(3)門診醫療：當地常見疾病之診斷與治療；(4)家庭個案研究：須包括家庭結構、家庭功能評估和家庭資源利用，了解個人疾病與家庭、社區的關係、居家照護等。

## 3. 醫學生

課程內容為培育正確的社區保健醫療的知識，技巧及態度。

## 四、教學活動

### 1. 第三年住院醫師（R3）為主之教學：

(1)社區醫學教材之講授：包括下列題目：

衛生所業務簡介、基層保健服務工作；家庭訪視、家庭功能評估；醫病關係、面談技巧、健康信念；健兒門診、預防注射；產前檢查；社區導向的基層醫療；預防醫學；衛生教育。

(2)門診教學：一般門診：教導臨床知識與醫病溝通技巧；健兒門診和產前門診：教導在社區屬於高危險羣的嬰幼兒及孕產婦如何作健康管理，另外還教導預防注射應注意事項，以及超音波檢查技巧。

(3)家訪：由 R3 篩選個案，指定實習醫師作家訪，指導其所遭遇困難及個案報告之寫作。

(4)測驗與討論：實習醫師報到第一天有期前測驗，第二週結束前有期末測驗，R3 主持測驗與討論，藉以了解學習效果。

### 2. 第三年住院醫師為輔之教學：

(1)社區醫學訓練中心舉辦各項演講：R3 參與聽講與討論。

(2)病例討論會：討論個案為指定給實習醫師家訪個案，並在台大主治醫師主持的討論會中報告。

(3)文獻研讀會：R3 徵詢主任及台大主治醫師意見後，指定實習醫師研讀文獻資料，整理後做報告。

## 五、門診醫療服務

1. 一般門診：住院醫師每週四次，從門診中去了解並解決社區民衆對基層醫療的需要；實習醫師和醫學生接初診，協助門診作業，看診完後討論，學習門診常見疾病形態、面談技巧、家庭病歷記載、理學檢查診斷及處方實習、藥品及檢驗操作。

2. 健兒門診：包含預防注射，除了對嬰兒作健康管理，同時也對母親作衛教，解決她們育兒過程中的問題。實習醫師和醫學生協助身體檢查，熟悉預防接種，了解嬰幼兒健康管

理。

3.產前門診：除了一般的篩檢外，最重要的是為孕婦作超音波檢查，可以獲得許多胎兒成長與健康的訊息。實習醫師和醫學生學習社區孕婦管理及產前檢查技巧。

4.家訪與居家照顧：每週有固定家訪與居家照護的時間，可與地段護士一起乘救護車出去家訪。實習醫師和醫學生由門診病例擇一訪問，並寫成報告，可配合R3前往；並向護理人員請教其他有關慢性病防治，肺結核防治，有偶婦女管理等家訪項目。

5.其他社區保健活動：實習醫師和醫學生至少一次衛生教育演講，請負責護士代為安排主題及時間；參加衛生所晨會，學習如何協調及推展衛生所業務；填寫日記，記錄所見特殊病例，學習心得及生活體驗等。

## 六、研究

關於社區的研究，在進入社區一段時間後，有了進一步的認識，便可以由社區調查、社區診斷找出一些社區健康問題。找出個人有興趣的題目後，可與衛生所主任、指導的師長討論，訂出研究的計畫。另外其它各單位在本訓練中心進行的研究計畫，也需視實際情形盡力配合幫忙。

## 訓練成果

金山社區醫學中心在 1990 至 1995 期間完成訓練學員數如表 2 所列。自 1993 年開始醫學生訓練人數急遽增加，近年來情況類似。

### 社區醫學遠距學習系統

為彌補社區醫學教師不足，顧及教師不辭辛勞往返於醫院與社區醫學訓練中心間旅途安全的考慮，並迎合國家資訊建設中遠距教學和醫療先導系統的發展，自 1995 年開始在國科會、教育部和衛生署經費補助下於三年內評估各種遠距學習模式之成效，並建立金山社區醫學訓練中心、貢寮鄉羣體醫療中心與台大醫學校區整體服務數據網路之連線，達到多點遠距教學及會診之目的。遠距教學模式包括個人電腦視訊會議系統及會議室型視訊會議系統，應用於晨會與個案家庭訪視討論會、遠距醫學文獻查詢及醫學資訊利用、遠距臨床個案電腦輔助學習系統、遠距門診臨床教學及會診。在社區醫學課程中增加遠距醫學文獻利用之項目，以提昇學生醫學資訊利用及處理社區常見疾病的能力，不但減輕教師往返奔波之辛勞，提昇教師授課時數及教學品質，並擴充至醫師繼續

表 2. 金山社區醫學中心各年度完成訓練學員統計表

學員	年度	79	80	81	82	83	84	合計
住院醫師(含代訓醫師)		10	11	12	13	18	18	82
實習醫師		52	52	50	44	37	54	289
醫學生		46	40	38	91	70 (13)*	66 (10)*	348 (13)*
護理系學員(包括研究生與學生)		6	6	6	6	8	8	40

\* 外國學生

教育、醫師分級轉診、偏遠地區醫療會診，以改善國內基層醫療照護水準。

## 結 語

社區醫學的定義，除了在於診斷社區內的健康問題，並且能運用社區資源，以團隊合作的方式，解決社區健康問題。由於社會經濟的改變，生活水準的提高，社區民衆對健康的需要，除顧及全體外，尚需滿足個人的要求，家庭醫師與社區的接觸，開始於門診醫療，經由良好關係的建立，延伸至以家庭為單位的照顧，並進而以社區為範疇，探求非使用者的健康問題，終至問題的發現與解決的方法能夠同時並行，提供以全社區民衆為對象的保健醫療服務為目標。台大醫學院家庭醫學科延續公共衛生教學示範中心的任務，近二十年來成功地結合社區醫學的理論與實際，培育許多優秀的家庭醫師，從事社區醫療的工作，此經驗可做

為有志於從事社區醫療的其它專科醫師訓練參考。此外，為提昇社區醫學人材的培育，期待台大醫學院家庭醫學科與公共衛生研究所合辦社區醫學研究所的規畫能夠早日實現。

現階段社區醫學的教學仍存在許多須克服的瓶頸。首先是社區教學場所的增加與多元化，現階段以羣醫中心做為訓練場所的數目仍不足，將來考慮開業醫師和私人醫院的加入。其次是訓練對象的擴大實施，社區醫療團隊成員目前只有醫師接受較完整的訓練，其它成員如護士、社工、心理師、藥師等仍待發展。第三是師資的嚴重不足，發展遠距離教學是其中一項可彌補的方法，最後是經費來源過去社區醫學教學所需的人力經費，一向由家庭醫學科所申請的衛生署研究計畫中支付。當衛生署政策改變或與教育方針相衝突時，必會影響教學品質。如何維護社區醫學教學的自主性，是今後台大醫學院社區醫學發展上的重大課題。