

家庭醫學與社區健康營造

陳慶餘

台大醫學院家庭醫學科

摘要

台灣家庭醫學崛起於二十世紀八十年代，源至偏遠地區基層醫療人力不足和醫療專科分科化的發展，隨著政府群醫中心辦法的實施以及全國醫療網的建立，家庭醫學過去二十年來在人才培育和學科領域的發展奠定良好的基礎。台大醫療體系結合醫學教育的改革，以社區基層醫師為主體建立分級醫療與轉診制度，是解決醫院醫療過度發展，改善健保財務危機，提昇醫療品質的三贏策略。台大醫療體系從震災後鹿谷醫療衛生重建開始，進而在雲林發展以配合台大雲林分校基層醫療人才培養的成立宗旨，協助醫學生社區醫學教育。社區醫學教學以社區導向的醫療保健實務和參與社區健康營造活動為內容，並徵召開業醫師指導學生學習一般醫業的優良傳統。台大醫療體系的建立和推展是家庭醫學進入二十一世紀的努力目標。

前言

過去二十年台灣家庭醫學的發展是因應社會的需求與基層醫療人力的減少，在政府政策輔導與醫學教育改革下，已有豐碩的成果，例如，近年來基層醫療人力與診所、教學場所的增加，以及師資培訓、家庭醫學專科醫師的甄選建立良好制度。隨著台灣民主政治的落實發展，社區主體意識在政黨政策的積極鼓吹下，在各地如雨後春筍般的崛起，面對時代的要求，家庭醫師做為社區的一份子，不僅應該具備有關社區健康營造的相關知識和技術，並且更要積極的投入，領導、協調醫療團隊投入。尤其醫療體系和健保制度必須作重大的改革，

才能符合全民健康的需求之際，對於台大醫療體系更應該有完整的認識與支持，為家庭醫師邁入二十一世紀創造更輝煌燦爛的前景。

家庭醫師的養成訓練

家庭醫師的養成訓練起源於偏遠地區醫療保健的充實與水準的提昇，以衛生所和群醫中心做為社區醫學訓練的場所，學習如何結合衛生所的醫療資源，在教學醫院的支援指導下，以嶄新的面貌塑造家庭醫師的形象，推展公共衛生業務，做到以「醫療為手段、保健為目的」的基層醫療功能，做為新開業醫師的典範。家庭醫師進入社區採用個人—家庭—社區的方式，首先提供基層醫療照護滿足社區民眾就醫的需求，與支援醫院之間建立轉診照會的管道，提昇基層醫療功能，擴大了群醫中心的業務。對於在門診不能解決的健康問題，例如糖尿病、高血壓等慢性病的控制不良，身心症狀、家庭功能障礙以及居家療護或防疫的需要，配合地方護士，作家庭訪視，評估家庭功能，建立醫師、病患與家庭間的良好信賴關係。衛生所負責社區的預防保健和公共衛生業務，擔任衛生所的醫師在滿足門診醫療的需求外，因地之便，更有效的來推展公共衛生業務，提昇衛生所的績效。在台灣，三百六十餘個衛生所中，約有一半屬於偏遠地區設置有群醫中心，家庭醫師的養成解決了偏遠地區長久醫師人力不足的問題，更能擔任民眾健康照顧體系的守門員，建立良好的口碑。

醫療體系的建立

全國醫療網的籌建，是衛生署繼群體醫療執業中心政策之後，比照群醫中心成功的經驗，結

Title: Family Medicine and Community Health System

Author: Ching-Yu Chen, Department of Family Medicine, College of Medicine, National Taiwan University

Key Words: primary care, family medicine, community medicine, National Taiwan University Health System

合醫學中心和教學醫院的人才設備，採分區、分級、分期的策略，於公元二千年計劃結束。檢討起來，當初所揭示的兩項原則，即平均醫療資源和建立分級醫療轉診制度，前者確實提昇了各醫療區的各项醫療衛生指標，減低城鄉間醫療資源的差異，尤其在醫院評鑑、診所訪查以及專科醫師制度的推動，對基層醫療的規範更趨嚴格，不僅經由公費生的分發，增加偏遠地區的醫療人力，加上新醫療法的執行，消彌過去密醫存在的空間，並且規定醫學生畢業後必需接受兩年住院醫師訓練才能執業，以及開業後的逐年接受繼續教育的學分認定，保障一般民眾的健康照護品質。但是，在分級醫療與轉診制度的建立方面，雖有良好的設計規劃，例如，由開業醫師指定轉診後送醫院，並且開放社區醫院的資源供開業醫師利用，也嘗試推動醫療資訊網，利用電子轉診方便開業醫師後送。可惜在醫院與診所之間缺乏共識，民眾偏好醫院醫療，尤其在健保實施後更趨惡化。

全民健保的實施

台灣是繼日本、韓國之後實施全民健保制度的亞洲國家，其實施的成效令政府引以為傲，從民眾對政府施政的滿意度可以看出，唯獨醫療衛生獨占鰲頭。由於在醫療網尚未完全建立提前實施以及沿襲公勞保時代論量計酬的支付辦法，造成財物年年虧損，面臨預算緊縮，各種管制平衡的措施令醫療院所難以應付。醫病間互動關係有第三給付團體的介入，而其實施時機在分級醫療制度尚未建立之時，尤其在民意高張的時代，健保局對民眾自由就醫的權利，採取寬容態度，使得醫師養成、醫療體系與健保財務間呈現醫療生態失衡的現象，可以歸納為下列六種：

1. 醫學教育培養過多的專科醫師助長醫院醫療的發展，也造成偏遠地區醫療不足。
2. 以醫院為基礎的醫療照顧體系導致專科、次專科人才之需求增加，造成各醫院軍備競賽，醫院大型化。
3. 論量計酬的保險給付方式鼓勵科技導向的專科醫師養成教育，朝高績效之科別發展，忽略

醫學人文之基礎教育。

4. 醫學教育培養過多的專科醫師以技術為導向，注重高科技，造成醫療之浪費，增加全民健康保險費用支出。
5. 以醫院為基礎的醫療體系吸引民眾至大醫院看病，重醫療輕保健，使得健保財務負擔愈趨嚴重。
6. 論量計酬的保險給付方式鼓勵醫院經營以績效為導向，誘導醫師創造更多的業績。

以基層醫療為例，健保實施後雖然基層醫療院所人力在量方面稍有增加，但若從執業科別來看，一般兒科和一般內科的人數反而減少。屬於醫院醫療的次專科，如眼科、耳鼻喉科、皮膚科和復健科急速增加。

在沒有落實分級醫療轉診制度或論人計酬給付制度的情況下，健保局為抑制醫院醫療過度發展貿然推出醫院合理門診量以及即將要實施的西醫總合預算制，可想而知必遭到醫療院所的反彈。

家庭醫學的發展

隨者全民健保的實施，在市場導向機制下，各教學醫院重視成本會計，各臨床專科爭奪健保大餅，家庭醫學的成長近年來明顯受到客觀條件的影響下，引導在學術領域方面力求突破。

台灣家庭醫學起源於社區醫療，以群醫中心為基礎的基層醫療保健模式成為家庭醫師訓練的範例。在這範例中衍生出家庭醫業、預防醫學、行為科學和社區醫學四方面的發展。隨著醫學教育的改革，家庭醫學成為醫學生教育的核心課程，社區醫學訓練取代以往公共衛生的課程提供醫學生早期接觸社區病人，學習生物心理社會模式的全方位的醫療照顧。因應全民健康的時代潮流和醫療政策的革新，家庭醫師在公共衛生領域深造日多，成為衛生行政體系生力軍，帶動職業醫學、醫院管理等相關領域的崛起。近年來政治經濟社會制度急遽改變，帶來許多攸關民生的醫療課題引導家庭醫業的發展，例如：青少年的健康照顧、老年人的長期照顧、緊急醫療的需求增加，家庭醫師

參與青少年醫學、老人醫學和急診醫學等相關領域的學術活動增加。在電腦王國的台灣隨著資訊工業的發展，遠距醫療、遠距教學有利於偏遠社區醫療的水準的提升，為家庭醫學開拓醫學資訊學的領域；癌末病患醫療品質的課題愈來愈受到重視，安寧療護運動成為世界性的風潮，緩和醫療自然成為家庭醫師養成訓練的課題。新近營養過剩造成體重過重，引起社會的注意，肥胖醫學的發展以及伴同人體基因資料庫的建立和完成，基因醫學的臨床應用所帶來的倫理課題皆是家庭醫學邁入二十一世紀新增的領域。

尤其近十年來台大醫學院家庭醫學科所培養的師資，全力投入謝博生院長所推動的醫學教育改革。從基礎臨床整合課程、小班教學、醫學人文與社會小組討論、門診醫學、通識教育以及成立社會醫學科，到目前由一般醫學科所主導的二階段學程，改革的方向是以重視基層醫療人力的培育、醫學人文社會教育以及全方位的醫療保健照護，由家庭醫師開始擴展到一般內科系和一般外科系的人才培育，並且從醫學生的教育向上推展至住院醫師的訓練。其實施的成效受到國內外醫學教育家的肯定以及衛生署、教育部的支持，影響所及國內其他醫學院競相效尤。

台大醫療體系

全國醫學院校院長會議於 2000 年 9 月通過醫學系的學制改革方案，未來將實施醫學系七年教育改為六年制加上畢業後兩年的基層醫療課程的新制，首先由台大醫學院開始試辦，此時台大醫療體系的成立，為台灣醫療體系的改造與轉型注入一股活水。

「台大醫療體系」以結合臨床醫學與公共衛生的方式融入社區，辦理以社區為基礎的醫學繼續教育及醫療服務，藉此建立一個均衡社區醫療與醫院醫療的「整合性健康醫療服務系統」，來促進社區健康，並提供政府做為改進醫療體制的參考。

台大醫療體系以醫療群為基本單位，醫療群由社區之基層醫師組成，向上與社區醫院暨台大

醫院，形成縱向合作。在社區之內，基層醫師診所間與社區醫院形成互相照會轉診的合作關係，建立涵蓋預防保健、一般診療、精神醫療與長期照護的整合性健康醫療服務系統。

台大醫療體系之中的各醫療群以獨立運作為原則，強調社區自主，結合基層醫師與社區醫院為社區民眾提供「以社區為基礎、以病人為中心的整合性健康醫療服務」，由台大醫學院「社區醫學研究群」參與協調，必要時由台大醫院提供相關的專業技術或人力支援，藉以尋求醫療資源的有效及適當利用，讓醫師能提供高品質的醫療服務，病人能得到最佳的治療照護。

台大醫學院 1998 年 8 月開始規劃，並於 1999 年 7 月在進行署立桃園醫院成立一般醫學病房 PGY 課程訓練時提出「台大醫療體系」的構想。1999 年九二一大地震發生之後，為配合災後重建工作及相關的學術研究，於 2000 年 2 月在鹿谷竹山地區首先成立醫療群、3 月與基層醫師、5 月與慈山社區醫院、7 月與台中澄清醫院先後簽約，台大醫療體系第一個醫療群正式誕生。目前申請加入台大醫療體系的成員約達 600 位來自全省各地的基層醫師。以下針對台大醫療體系辦理的現況分兩個主題報告：

鹿谷鄉震災後醫療衛生重建工作

災後重建的目標在建設更好的環境，把握重建的契機，共創更理想的家園。在醫療衛生領域，災後重建應以社區為基礎，以建構「健康社區」為目標，將人文、健康、產業及生態融合，重建一個健康的生活環境。健康社區的建構是社區總體營造的重要一環，主要的推展策略包括：(1)提供整合性醫療服務、(2)執行健康改善計劃、(3)推動健康社區營造方案。此一本土化的健康社區模式擬由提供心理復健及醫療服務的過程中，讓社區居民建立社區意識，經由健康改善計劃提供有效率的服務，強調經濟上的效率和公平性，有助於社區意識凝聚，並可為社區總體營造提供一個範例，以供推展。由於台大醫學院暨附設醫院在震災之後即深入鹿谷社區，負責緊急救災及重建工作，與鹿谷基層醫師較早凝聚共識，有了基層醫師的支持，依據醫療體系發展的

需要，台大醫學院社區醫學研究群各項規劃工作的進行順利，震災後醫療衛生的重建工作持續在進行，除配合醫學系五年級社區醫學課程和護理研究所社區護理課程外，以家庭醫學科第二年住院醫師和 PGY1 一般內科系住院醫師組成的醫療團隊加入醫療群工作，參與巡迴醫療門診以及即將在溪頭林場開辦的健康長青中心的體檢業務。因此以鹿谷鄉辦理的經驗，台大醫療體系的推展可分為三階段：

第一階段：資訊分享，集思廣益，形成共識

基層醫師如贊同台大醫療體系之理念，可以填寫「參加意願表」，由台大醫療體系按期寄發「社區醫療通訊」，藉此通訊提供園地讓基層醫師、社區醫院及醫學中心作雙向溝通，分享意見，共思如何在社區中建立一個邁向三贏的整合性健康醫療服務系統。

第二階段：建立雙向轉診，提供照會諮詢及醫療支援

基層醫師認同台大醫療體系之理念並與台大醫學院簽約，正式加入台大醫療體系之後，即可進入第二階段。

在第二階段中，台大醫學院社區醫學研究群將提供加入台大醫療體系的基層醫師照會諮詢及繼續教育，並協調社區內的醫師相互合作支援，使醫師能有時間也輕鬆地維持高品質的醫療知識及技術。此外將依基層醫師的意願，尋求適當的社區醫院，建立雙向轉診制度，並由台大醫學院協調區域醫院支援該社區醫院所須之專科人力，讓基層醫師的病患能在社區內即可得到最適當的醫療服務，如此基層醫師與社區醫院可各司其職。

如果第二階段的工作推展順利，診所與醫院之間建立穩固的合作關係，醫療資源也不會因重覆使用而浪費，則其成果即可作為第三階段工作的基礎。

第三階段：建立整合性健康醫療服務系統

在第三階段中，台大醫療體系各醫療群的基層醫師及社區醫院將能建立穩定的分級醫療及良性轉診互動，如此基層醫師即可真正依民眾健康需求，提供預防保健，居家訪視及健康促進等週全性照護，並使醫師能更關懷及參與社會工

作，以形成建構健康社區必要之條件。台大醫療體系將於共識形成之後，選擇適當社區，試辦基層自主的預付式醫療費用支付制度，建立整合性健康照顧的本土化模式，以供推廣。目前醫療資源無法有效利用，診所與醫院間缺乏互信，醫病關係日漸疏遠，醫師的社會地位日趨低落，實施基層自主的預付式醫療費用支付制度及整合性健康照顧，將是解決這些問題的根本之道。

目前在鹿谷鄉災後重建的研究計劃以建立全鄉人口的健康資料電腦化為目標，作為平時各基層醫師疾病照顧和健康管理之用，以及急難救災應變和社區健康營造之所需，將來亦可以與健保 IC 卡資料接軌。身分辨認採用身分證字號和住所地址來建檔，所收集的資料除第一手調查資料外還包括其他資料轉檔，轉檔的來源有戶政資料、衛生所資料、開業醫媒體申報資料、轉診轉檢資料、警察局消防署意外事故資料以及死亡診斷資料。

雲林分校籌建工作

行政院於 89 年 6 月通過雲林縣縣議會委請台灣大學設立雲林分校，地點設於虎尾鎮高速鐵路雲林車站特定區，校長任命醫學院謝博生院長為雲林分校籌備小組負責人。雲林分校將設醫學院和附設醫院、農學院以及工學院，在雲林縣政府和地方民眾殷切期望下，硬體結構尚未動工興建前，醫學教育工作在謝院長的領導之下已經積極的展開。雲林分校醫學院的規劃以基層醫師的培育為重心，首先將醫學系五年級社區醫療的訓練場所移至雲林縣虎尾、斗六等地。籌備辦公室設在斗六教師研習中心並商借署立雲林醫院提供學生宿舍。

相對於鹿谷醫療群，台大醫療體系將在虎尾鎮成立都市型社區醫療群。台大醫學院社區醫學研究群於 89 年 10 月在北港鎮全生醫院與雲林地區台大醫療體系之成員舉行座談，了解地方開業醫師之需求，建立共識。接著在斗六雲林醫院與地方醫院和醫師公會代表討論台大雲林分部籌建事宜，對地方所提出之改善地區醫療環境、提供醫師進修課程與加強地區急診重症醫療等意見，同意將協助解決。



除了醫學生教育外，將應用台大各學院的師資人力協助雲林縣教育局開辦社區大學教育課程，並將教育往下紮根，協助虎尾高中學生課外活動的師資延聘，虎尾國中生同儕健康教育之推動，並且選定一所小學以生命健康為主題的九年一貫課程實施。

在教育部無法增加編制和經費的條件下，開辦雲林分校需要考慮地方產業的發展，帶動企業投資以爭取資源籌募經費。台大醫療體系延續在鹿谷參與災後重建與推動社區健康營造的經驗，結合公私立醫療資源創造良好的醫療環境，保障居民健康為首要，以奠定學術領導產業發展的基礎。近期內將在斗六與虎尾等地成立都市型的醫療群，結合署立雲林醫院、衛生局和醫師公會，配合衛生署的政策以爭取經費，推動本土化健康促進為導向之衛生醫療體系。

社區醫學教學

過去以社區為導向的基層醫療保健模式作為家庭醫師的訓練指導原則已獲得家庭醫學界良好的共識，並且確實養成不少的人才從事於診所或群醫中心等基層醫療單位以及任職於衛生行政機構。隨著台灣社會的進步，健康人權的保障，社區意識的興起，健康照護團隊的形成，以民意為依歸的政策決定，社區教學是基層醫療人力養成不可或缺的一環，在醫學生階段提早與社區民眾接觸，認識社區民眾的健康需求，參與社區活動以培養醫學生日後投入基層的志趣，並具備有擔負起社區健康營造的能力。

以雲林分校所在地為社區醫學訓練中心，整合現行醫學系社區醫療課程集中在雲林與南投兩縣進行，此計劃在九十年二月展開。為因應不同社區的要求提供適時的服務，依據服務學習理論(Service Learning)，兩週的社區醫學課程分為四個單元獨立或合併，採用主動學習與小組方式進行。其教學活動設計如下：

1. 認識社區：

對所選擇或分配的社區進行了解，首先是社區基本資料的收集，再走入社區觀察居民生活環境、人文社會教育狀況以及拜訪醫療院

所，並透過網路圖書資料了解歷史、地理、產業和縣政發展。

2. 社區健康評估：

經由戶政和衛生所資料直接或間接的有關社區健康問題的居民調查，針對所收集的健康問題依其常見情況排序，評估其發生原因和機轉。

3. 社區資源運用與健康計劃：

選定健康問題研擬解決策略，調查可運用的社區資源，並收集現行有關的健康提昇計劃。

4. 辦理社區健康活動：

透過社區組織與社區參與，配合社區健康營造計劃，辦理社區有關的健康活動。

對醫學系學生來說，移師至其他縣市的社區學習是充滿新奇的體驗，一旦進入人際生疏的場所，以學生優異的資質，獨立思考和主動學習的能力自然會顯現出來。認識社區有兩種方式，一種是以執業醫師的眼光，一種是以公共衛生的角度。過去在沒有住院醫師訓練的時代，醫師在開業之前會先到衛生所工作一段時間，增加對執業社區的了解。若沒有這樣的經驗而逕行開業下，醫師整天忙於診察，活動空間不離開診所，對於社區公共事務沒有接觸也疏於關心，則會造成執業愈久，愈與社區脫節的現象。

為了在雲林地區推展台大醫療體系並配合學生社區教學的需要，徵召執業醫師作為社區指導老師，參考 McWhinney 九點一般營業的優良傳統，作為醫學生進入基層醫療學習的指導原則：

1. 以人為本的照顧：

任何屬於病患的問題都必須接納，即使不能處理，也必須先做初步評估，然後再轉介適當的專科。與病人的關係並不因疾病治癒、治療結束或問題解決而終止。

2. 了解疾病的全貌：

疾病的發生必定影響到自然體系的各個層面，包括身體各器官系統、個人、家庭和社會。從醫院醫療的眼光，常會專注生物醫學的異常而忽略心理、社會的需求，在養成過程中必須加以注意。

3. 以衛生教育自許：

利用每一次接觸病人的機會教育病人，從事

預防與保健的活動。

4.推廣社區醫療保健：

除了個人的衛教以外，要考慮社區團體也可能有相同的危險因子存在，需要去篩檢，例如有家族史或高危險群的高血壓、糖尿病等慢性疾病。

5.進入社區健康照顧體系的一環：

協調或利用社區資源，不論是民間或公家、正式或非正式，提供整合性的照顧，以維護病人的健康。

6.入鄉隨俗：

理想上在病人所處的環境內生活和工作，充分地融入執業社區一般人的生活作息和習慣，以提高環境疾病或災害的警覺。

7.從事居家訪視：

往診是一般(家庭)醫業的優良傳統之一，能夠在適當的時機到病人家裡訪視，對病人疾病的發生和影響以及關係的建立最有幫助。

8.掌握醫學主觀層面的重要性：

用心去感受病人心理、社會的需求，而非一味藉助高科技的醫療檢查來發現問題、解決問題。

9.作為各種醫療資源的管理者：

作為醫療體系的守門員，如何利用有限的資源達到最大的效益，必須謹守公平正義的倫理原則。

指導學生學習從事基層醫療強調應具備的個人特質為：

1.對病患和家屬負起全權照顧的責任，關心並滿足病人的需要，對正遭受痛苦的病人持有同情心和同理心。

2.有解決病患各種健康問題的能力，尤其擅長於一般醫業未分化問題之診治。

3.在學識方面，保持好奇、好學、好問的態度，廣泛的興趣，本身的能力勝任各種醫療所需之知識性和技術性的挑戰。

4.應付各種醫療業務和其產生的心理壓力的能力，並能做迅速合理有效的處置反應。

結語

醫學教育的改革與醫療體系的再造，關係到全民健保的永續經營，而全民健保的實施方式嚴重影響到醫療生態的改變。分級醫療與家庭醫師制度的推行是先進國家所採用的策略，有其實證醫學的基礎。經由醫學生參與社區健康營造計劃發展台大醫療體系，不僅擴大台大醫學院和附設醫院的領域至全省每一個角落，標榜台大品牌，應代表是高品質的醫療保健服務，符合全民利益。台大的主張勢必引起其他醫學中心的效尤，帶動多元化醫療體系的經營。面對以社區為主體的醫學教育改革，因應以基層醫療為重心的醫療態勢改變，走過二十年歲月的家庭醫學將重新出發、迎接挑戰，完成新世紀的歷史任務。

推薦讀物

1. 謝博生：醫療與社會，國立台灣大學醫學院醫學人文叢書。台北 2000年。
2. 劉文俊、李龍騰、陳慶餘：社區健康評估-解決社區健康問題的基本工具。當代醫學 2000; 27:471-5.
3. 陳慶餘：家庭醫學與家庭醫業，中華民國家庭醫學醫學會，家庭醫學第二版。台北 2000; 3-14.
4. McWhinney I: A Textbook of Family Medicine. 2nd ed. New York: Oxford University Press 1997.
5. Taylor RB(ed): Family Medicine: Principles and Practice. 3rd & 5th ed. New York: Springer-Verlag 1988 & 1998.