



# 八十九學年度國科會間提研究計畫研究成果報告

## 醫學教育學術研討會；社區醫學教育

關鍵詞：社區導向醫學教育、社區醫療

台大醫學院的年度國際醫學教育研討會，今年於四月七日在台大醫學院 501 講堂隆重舉行。今年的主題為社區導向醫療（community-oriented primary care, COPC），包括社區醫學教育（community-based medical education）學術演講、社區醫療（community-oriented primary care）實務研習及醫學教育研究（medical education research）。討論研討會的目的，在針對醫學教育研究之現況與前瞻進行專題討論，以彼此分享經驗、集思廣益，提升未來本國醫學教育研究之品質。此次研討會由台大醫學院主辦，獲得行政院衛生署及國家科學委員會贊助，報名參加人數有國內外醫學教育及基層醫療從業人士共約 360 人。

社區醫學教育學術演講於四月七日上午 9 時至 12 時在台大醫學院基礎醫學大樓 501 講堂舉行，邀請美國 Norwegian American Hospital 家庭醫學科主任 Tom Gladfelter 醫師，日本 Jichi Medical School 公共衛生及社區與家庭醫學學系 Yoshikazu Nakamura 主任及澳洲 New Castle 大學醫學院 Rob Sanson-Fisher 院長，分別就該國社區醫學教育現況作專題演講並進行討論。Gladfelter 醫師指出美國的社區導向醫學教育在近二十幾年來獲得相當的重視，他以美國伊利諾大學（the University of Illinois）的教育規劃為例，說明社區導向醫學教育在該校是借助家庭醫學科的社區經驗，在見習課程中，依據 curriculum planning, recruitment of preceptors, preceptor training, implementation, and evaluation 等五個步驟，訂定成爲高年級醫學生的必修課程。他也指出其他利用內科、兒科、外科進行社區導向醫學教育的成功例子，並特別提到建立制度（procedural structure）的重要性。依

據他的經驗，社區導向醫學教育廣為醫學生及教師所認同，但是這些課程也為醫學院帶來相當程度的財務負擔，而與傳統在醫院進行的臨床教學相比較，社區導向醫學教育的品質與教學成就也必須特別注意。Nakamura 醫師則是以日本自治大學的社區導向醫學教育課程為例，就課程之規劃、內容、執行及規模，提出詳盡說明，尤其是結合公共衛生學、流行病學與社會醫學的特色。澳洲 New Castle 醫學院 Sanson-Fisher 院長在他的演講中提到，澳洲的社區導向醫學教育強調在社區環境中的學習 (placement of students in community environment)，以小組學習 (small group learning)、及早面對病患 (early contact with patients) 及問題導向 (problem-based approach) 為原則，包括成立 community based student clubs。此外，澳洲政府亦對此種教育規劃提供經費上的補助與鼓勵，而教育學者也對醫院與社區醫學教育的特色與差異性及未來發展方式，進行廣泛研究。

社區醫療實務研習部分於四月七日下午 2 時至 6 時在台大醫學院基礎醫學大樓 102 講堂舉行，是由 921 地震以來擴大成立的台大基層醫療研究及推動小組，就目前所積極推動有關建立基層醫療體系的各項規劃內容及進展，做主題報告及討論。內容包括電子病歷轉診系統 (林晉)、資訊科技在遠距醫學的應用 (陳恆順)、社區健康中心：以溪頭長青為例 (黃天祥)、整合醫療服務系統 IDS (侯勝茂)、社區健康營造：災後鹿谷鄉之營造經驗 (黃秀梨)、台大醫療體系 (陳石池) 等等。

醫學教育研究方面則邀請到國科會科教處鄭湧涇處長，演講台灣醫學教育研究的發展趨勢與優先順序，台大醫學院家庭醫學科梁繼權副教授，發表國外醫學教育研究文獻之回顧，台大醫學院共同教育室主任李明濱教授，發表國內外醫學教育研究之比較及加拿大 McMaster 大學醫學院關超然教授，演講醫學教育研究之方法。

科教處鄭湧涇處長的演講題目為「醫學教育研究的發展趨勢與優先順序」。鄭處長指出，過去醫學教育研究是一個比較不受注意的領域，研究計畫申請數目與一般醫學科學研究有極大的差距，有鑑於此，國科會特別把醫學教育研究列為發展的重點，希望能加速醫學教育研究的發展。鄭處長並列舉出一些醫學教育研究的方向，包括學習策略與系統研究、應用學習科技的研究、醫學倫理教育研究、課程統整與專業知識研究等，期望能獲得各界參與，一同為改善醫學教育來努力。

梁繼權副教授的研究是選擇 Science Citation Index 中排名最高的兩種雜誌：Academic Medicine (AM) 及 Journal of Medical Education (ME) 為研究對象。回顧 1997 至 1999 三年間篇經過同儕審查的 454 論文，依研究對象、方法、內容、研究單位及國別五項指標來分析。李明濱教授則提出「國內外醫學教育研究之比較」，以國內唯一的醫學教育雜誌及國科會補助之醫學教育研究計畫，與國際著名的雜誌 Academic Medicine 作一比較，比較的項目包括研究主題、目的、方法與作者四個指標。關超然教授是對醫學教育的研究方法作專題演講。關教授是加拿大 McMaster 大學的生理學教授，但在其專業之外卻獨鐘醫學教育，尤其是問題為基礎的教育 (Problem-based learning, PBL) 為其專長。他自稱為一隻 PBL 病毒，在亞洲各地 (台灣、香港及新加坡等) 散佈 PBL 理念，過去也曾多次來台指導，對國內醫學教育的發展有相當程度的瞭解。他認為醫學教育研究的目的，主要是評估醫學教育的目標是否已經達成，並非單純的作課程評估，此外，將教育理論作實際應用的驗證及創造新的知識，亦是醫學教育研究的重要問題。關教授也對講授課及 PBL 的技巧作說明。

本次研習會的與會人士人不同於往年，除了國內各大醫學院醫院在醫學教育研究、推展及參與行政工作的專家外，有超過一半的出席者是實際執行基層醫療

服務的第一線醫療人員，包括衛生所主任、開業醫師、基層及民間單位之醫務室主管、社區醫院醫師、基層醫療行政人員及醫療相關科系教師等等。大會並發行專刊以提供演講內容及會議參考資料。

附件：醫學教育研討會單行本

·  
、

·  
·  
·

104

104th Anniversary of National Taiwan University College of Medicine

---

# 醫學教育研討會

## 壹、社區醫學教育

### Community-based Medical Education (CBME)

時間：民國九十年四月七日(星期六) 上午 8:30-12:30

Time : 8:30 AM-12:30 PM, Saturday, April 7, 2001

地點：100 台北市仁愛路一段一號台大醫學院 501 講堂

Place : Lecture Hall 501 at NTUCM

No.1, Jen-Ai Road, Section 1, Taipei 100

## 貳、社區醫療實務

### Practical Operation of Community Health Care

時間：民國九十年四月七日(星期六) 下午 14:00-17:30

Time : 14:00-17:30 PM, Saturday, April 7, 2001

地點：100 台北市仁愛路一段一號台大醫學院 501 講堂

Place : Lecture Hall 501 at NTUCM

No.1, Jen-Ai Road, Section 1, Taipei 100

## 參、醫學教育研究

### Research on Medical Education

時間：民國九十年四月七日(星期六) 下午 14:00-17:40

Time : 14:00-17:40 PM, Saturday, April 7, 2001

地點：100 台北市仁愛路一段一號台大醫學院 102 講堂

Place : Lecture Hall 102 at NTUCM

No.1, Jen-Ai Road, Section 1, Taipei 100

# 醫學教育研討會

## 歡迎詞

諸位醫學界先進：

現代醫學教育自 1897 年肇始於本院，迄今已歷 104 年，在此一期間，國內各醫學院校培養出來之無數菁英成爲帶動本土醫學進步之主導力量，無論在學術研究發展、專業人才培育、醫療服務及衛生保健均曾做出重大貢獻，取得輝煌成果。

近年來，社會、經濟、政治迅速變遷，醫療行爲功利化、倫理觀念淡薄化、醫病關係惡化、醫療資源浪費等現象日趨嚴重，如何透過醫學教育來導正這些問題成爲重要課題。

本院自 1997 年台灣醫學教育百週年開始，每年舉辦全國性醫學教育研討會，就重要之教育課題邀請國內外專家進行討論、分享經驗，作爲教育改進之參考。今年恰逢廿一世紀肇始，如何因應新世紀之挑戰成爲國內醫學界共同關心的課題，爲此特擴大舉辦，討論主題涵蓋社區醫學教育、社區醫療實務及醫學教育研究，相信由於您的蒞臨與貢獻，本研討會一定會順利成功，而且對未來本國社區醫學教育及醫學教育研究品質之提昇必大有助益。敬祝各位

身心愉快

萬事如意

臺大醫學院院長

謝博生 敬啓

二〇〇一年四月七日

# 醫學教育研討會

民國九十年四月七日

## 目 錄

壹、社區醫學教育 .....	1
• 節目表 .....	2
• 專題演講	
一、美國的社區醫學教育 .....	蔡守中 4
二、日本的社區醫學教育 .....	Yoshikazu Nakamura 5
三、澳洲的社區醫學教育 .....	Rob Sanson-Fisher 6
四、台大醫學院的社區醫學教育 .....	陳慶餘 7
貳、社區醫療實務 .....	9
• 節目表 .....	10
• 專題演講	
一、電子病歷轉診系統 .....	林 晉 12
二、資訊科技在遠距醫學的應用 .....	陳恆順 15
三、社區健康中心：以溪頭長青為例 .....	黃天祥 20
四、整合性醫療服務系統 (IDS) .....	侯勝茂 25
五、社區健康營造：災後鹿谷鄉之營造經驗 .....	黃秀梨 29
六、台大醫療體系 .....	陳石池 34
參、醫學教育研究 .....	37
• 節目表 .....	38
• 專題演講	
一、醫學教育研究的發展趨勢與優先順序 .....	鄭湧涇 40
二、國外醫學教育研究文獻之回顧 .....	梁繼權 41
三、國內外醫學教育研究之比較 .....	李明濱 42
四、醫學教育研究之方法 .....	關超然 43
肆、附 錄 .....	45
一、社區醫學教育 .....	46
二、社區醫療實務 .....	49
三、醫學教育研究 .....	79
伍、與會名單 .....	99

# Medical Education Conference

April 7, 2001

## Contents

<b>Community-based Medical Education (CBME)</b> .....	1
• Programme .....	2
• Special Lectures	
1. CBME in the United States .....	Tom Gladfelter 4
2. CBME in Japan .....	Yoshikazu Nakamura 5
3. CBME in Australia .....	Rob Sanson-Fisher 6
4. CBME at National Taiwan University College of Medicine.....	Ching-Yu Chen 7
<b>Practical Operation of Community Health Care</b> .....	9
• Programme .....	10
• Special Lectures	
1. Electronic Referring System .....	Jinn Lin 14
2. Application of Information Technology in Telemedicine.....	Heng-Shuen Chen 15
3. Community Health Care Center: “Chi-Tou Evergreen Health Care Center” as a Model .....	Tien-Shang Huang 24
4. Integrated Health Care Delivery System .....	Sheng-Mou Hou 25
5. Establishing an Environment of Community Health Care: An Experience in Lugu .....	Shiow-Li Huang 33
6. NTU Health Care System .....	Shyr-Chyr Chen 34
<b>Research on Medical Education</b> .....	37
• Programme .....	38
• Special Lectures	
1. Trend and Priority of Research on Medical Education.....	Yeong-Jing Cheng 40
2. Research on Medical Education in Foreign Countries: a Literature Review .....	Kai-Kuen Leung 41
3. Comparison of Domestic and Foreign Medical Education Researches .....	Ming-Been Lee 42
4. Methodology of Research on Medical Education .....	Chiu-Yin Kwan 43
<b>Appendix</b> .....	45
1. Community-based Medical Education (CBME) .....	46
2. Practical Operation of Community Health Care.....	49
3. Research on Medical Education .....	79
<b>Name List of Participants</b> .....	99

# 壹、社區醫學教育

## Community-based Medical Education (CBME)

台灣已經進入高齡化社會，各種慢性疾病及老化成為危害健康的主要來源，過去以醫院為基礎的醫療模式，必須進行適當調整，以確保醫療資源的適當運用及整體性、周全性的病患照顧。相對於醫院醫療，社區醫療與民眾更具有相關性。就先進國家的經驗來看，近年來，醫療體制已有從病房到診所的明顯趨勢。國內的醫師培育，傳統上是以醫院為訓練場所，以專科導向的高科技醫療及較嚴重病患的照顧為主。學生缺乏在社區的學習經驗，未能獲得處理各種不同類型、各種嚴重程度疾病的經驗，與社會大多數民眾的健康需求之間，存在著落差。完全以醫院為學習場所的教育方式，並不能適應高齡化社會的民眾健康需求，有必要將一部分的學習場所轉移到社區。本研討會邀請包括美、日、澳等國內、外的專家、學者、先進共襄盛舉，以先進國家及台大醫學院的經驗為基本，就社區醫學教育制度相關議題進行深入研討，期待醫學教育體系培育出來的醫師，能夠適合未來的社會健康需求。

主辦單位：台灣大學醫學院

Sponsor：National Taiwan University College of Medicine (NTUCM)

贊助單位：行政院衛生署

Co-sponsor：Department of Health, the Executive Yuan

承辦單位：社會醫學科、家庭醫學科、一般醫學科

Organizers：Departments of Social Medicine, Family Medicine and Primary Care Medicine of NTUCM

時間：民國九十年四月七日(星期六) 上午 8:30-12:30

Time：8:30 AM-12:30 PM, Saturday, April 7, 2001

地點：100 台北市仁愛路一段一號 台大醫學院 基礎醫學大樓 5 樓 501 講堂

Place：Lecture Hall 501 at NTUCM

No.1, Jen-Ai Road, Section 1, Taipei 100

# 節目表

---

<b>08:30</b>	<b>報到</b> <b>Registration</b>
<b>09:00</b>	<b>開幕詞</b> <b>Opening Remarks</b> 謝博生院長 台大醫學院 Bor-Shen Hsieh, M.D., Dean, NTUCM
<b>專題演講</b>	<b>Special Lectures</b>
<b>09:10</b>	<b>美國的社區醫學教育</b> <b>Community-based Medical Education in the United States</b> 主講人： 蔡守中主任 美國 Norwegian American Hospital 家庭醫學科 Speaker： Tom Gladfelter, M.D., Family Practice Program Director Norwegian American Hospital, U.S.A. 主持人： 何橈通院長 陽明大學醫學院 Moderator: Low-Tone Ho, M.D., Dean National Yang-Ming University College of Medicine
<b>09:50</b>	<b>日本的社區醫學教育</b> <b>CBME in Japan</b> 主講人： Yoshikazu Nakamura 主任 日本自治大學公共衛生學系 Speaker： Yoshikazu Nakamura, M.D., Professor & Chairman, Department of Public Health, Jichi Medical School, Japan 主持人： 劉宏文教務長 高雄醫學大學 Moderator： Hong-Wen Liu M.D., Dean of Academic Affairs Kaohsiung Medical University
<b>10:30</b>	<b>中場休息</b> <b>Coffee Break</b>

---

<b>10:50</b>	<b>澳洲的社區醫學教育</b> <b>CBME in Australia</b> 主講人： Rob Sanson-Fisher 院長 澳洲 Newcastle 大學醫學院 Speaker： Rob Sanson-Fisher, M.D., Dean Medical School of Newcastle University 主持人： 胡俊弘校長 台北醫學大學 Moderator： Chung-Hong Hu, M.D., President, Taipei Medical University
<b>11:30</b>	<b>台大醫學院的社區醫學教育</b> <b>CBME at National Taiwan University College of Medicine</b> 主講人： 陳慶餘主任 台大醫學院家庭醫學科 Speakers： Ching-Yu Chen, M.D., Chairman, Department of Family Medicine National Taiwan University College of Medicine 主持人： 侯勝茂主任 台大醫學院醫學系 Moderator： Sheng-Mou Hou, M.D., Chairman, School of Medicine, National Taiwan University College of Medicine
<b>12:00</b>	<b>討論 Panel discussion</b>
<b>12:30</b>	<b>午餐 Lunch</b>

---

## Community-based Medical Education in the United States

*Tom Gladfelter (蔡守中)*

*EP Program Director*

*Norwegian American Hospital, USA*

Medical education in the United States has shown a renewed interest in a community-based model in recent decades, in parallel with the growth of Family Practice. In a case study conducted in the mid-eighties, the University of Illinois embarked on a project to provide all its medical school seniors with a month long required rotation in Family Practice Clerkship. This Peoria campus program opted for a preceptorship using practicing community family physicians. The program established the following five steps: curriculum planning, recruitment of preceptors, preceptor training, implementation, and evaluation. It was well received from inception. It has evolved over the years to accommodate the educational needs of the students, but fundamentally re-

mains a community-based education program up to today.

Surveying the published articles over the last twenty years in community-based medical education reveals many successful programs in family practice, internal medicine, pediatrics, and general surgery. Many programs stress the importance of good procedural structure, similar to the 5 steps mentioned earlier. High degree of satisfaction among students and teachers is a universal finding. Added cost to the practice of the community physicians is an issue requiring further consideration from policy makers. There may still be lingering doubt as to whether the community-based model measures up to the gold standard of traditional teaching hospitals.

## Community-based Medical Education in Japan

*Yosikazu Nakamura, M.D.\**

*Eiji Kajii, M.D.\*\**

*Department of Public Health\**

*Department of Community and Family Medicine\*\**

*Jichi Medical School 3311-1 Yakushiji  
Minamikawachi, Tochigi 329-0498, Japan*

*<http://www.jichi.ac.jp>*

- |  |  |
|--|--|
| <p>I. Jichi Medical School</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Establishment</li> <li>2. Features</li> <li>3. Other Institutions affiliated to Jichi Medical School</li> <li>4. Undergraduate education</li> <li>5. Curriculum               <ul style="list-style-type: none"> <li>Community medicine, family medicine</li> <li>Epidemiology, public health</li> </ul> </li> <li>6. Prospects after graduation</li> <li>7. Postgraduate school of medicine</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>d. Medical diagnosis (basic course)</li> <li>e. Bed-side learning in the General Out-patient Office in Jichi Medical School Hospital</li> <li>2. Residency program in Department of Community and Family Medicine</li> </ol>  |
| <p>II. Undergraduate and postgraduate education in the Department of Community and Family Medicine</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undergraduate education           <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Introduction to medicine and behavioral science</li> <li>b. Family practice</li> <li>c. Community medicine</li> </ol> </li> </ol>   | <p>III. Undergraduate and postgraduate education in the Department of Public Health</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undergraduate education           <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Epidemiology</li> <li>b. Public health</li> <li>c. Social medicine</li> </ol> </li> <li>2. Postgraduate education</li> </ol> |
|  | <p>IV. Activities of physicians graduated from Jichi Medical School</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Community medicine</li> <li>2. Public health</li> </ol>  |

## Community-based Medical Education in Australia

*Rob Sanson-Fisher, M.D.*

*Dean, New Castle Medical Faculty*

*Australia*

Australia has a population of 19 million and 11 undergraduate medical education schools. The ratio of doctors to the Australian population is 2.6 per 1000 population. Across the medical schools there is considerable diversity of educational experiences and approaches. However there is a movement towards community involvement in selection of students, small group learning, early contact with patients and a problem-based approach. There is also an increased interest in encouraging medical practitioners to shift into rural environments. As a conse-

quence numerous initiatives have been developed including placement of students in these environments during their undergraduate years, establishment of community based student clubs and government funding to encourage such experiences. There is also some exploration of students spending time in community based settings following graduation rather than hospital environments. Some of the issues surrounding these developments are discussed and potential future directions elaborated.

# 台大醫學院社區醫學教育

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。社區醫學教育隨著台灣民主化過程，從早期基層醫療人才的培養與人力的增加，衛生所功能的改善，其後以社區為範疇的基層醫療保健服務，社區健康評估與計劃，擴展至目前整合性健康照護體系建構，參與社區健康營造計劃的執行，以實現健康社區為目標。台大醫學院社區醫學之教學依場所分為四個時期：(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 2000，(4)雲林分校社區醫學教學 2001 起。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，六年級和實習醫師為選修。五年級三週見習課程中有二週安排在台北縣金山社區醫學中心，九二一震災後增加竹山

鹿谷社區。2000 年家庭醫學科課程與社會醫學科和一般醫學科合併改為“家庭社區與醫療”，授課期間增加為六週，仍維持兩週在社區。2001 年 2 月起雲林分校籌備辦公室成立，社區醫學訓練場所由金山轉移至雲林斗六教師研習中心。家庭醫學科住院醫師三年訓練計劃中有六個月的社區醫學訓練，第二年住院醫師有一個月與 PGY1 一般內科系住院醫師進駐鹿谷竹山參與災後醫療衛生重建工作。近年來利用遠距教學及視訊會議的技術發展成為社區醫學教學例行方式。為延續醫學教育的改革，培養基層醫療人才，台大醫療體系於 2000 年 3 月在鹿谷成立第一個醫療群，結合醫學生的社區醫學教學課程參與災後重建，推動整合性健康照護體系。隨著雲林分校籌建，台大醫療體系將在斗六虎尾推動，朝向本土化健康促進為導向的衛生醫療體系發展。

## 貳、社區醫療實務

# Practical Operation of Community Health Care

社區醫療為推動社區健康的基礎，它包括基層醫療保健工作、一般診療工作、社區心理衛生、社區健康營造、慢性病防治與社區醫學研究等。由於社區醫療相當廣泛，不但要整合社區資源，同時要推動健康社區營造來促進社區健康，如果沒有結合基層醫師、地區醫院與區域醫院，由基層醫師與社區醫院、區域醫院醫師在互信的基礎上來充分合作，擬定一套可行的醫療運作模式，很難達到提昇社區醫療的目的。本研討會特別針對如何提昇社區醫療所面臨最重要的幾個主題，包括整合性醫療服務系統、遠距視訊教學、電子轉診病歷、社區健康中心與社區營造等方面提出報告，同時介紹台大醫療體系的組織、現況與目前運作情形，提供各界先進參考，希望經由大家的充分討論，可以擬出一套最佳的社區醫療模式，有效應用社區醫療資源，來提昇社區醫療，促進社區健康，改進現行健保的缺失，進而提高我國民眾健康水平，以造福國人。

主辦單位：台灣大學醫學院

Sponsor：National Taiwan University College of Medicine (NTUCM)

贊助單位：行政院國家科學委員會、衛生署

Co-sponsors：National Science Council and Department of Health, the Executive Yuan

承辦單位：台大醫學院社區醫學研究群

Organizer：Community Medicine Research Group, NTUCM

時間：民國九十年四月七日(星期六) 下午 14:00-17:30

Time：14:00-17:30 PM, Saturday, April 7, 2001

地點：100 台北市仁愛路一段一號 台灣大學醫學院 基礎醫學大樓 5 樓 501 講堂

Place：Lecture Hall 501 at NTUCM

No.1, Jen-Ai Road, Section 1, Taipei 100

## 節目表

---

### 專題演講 Special Lectures

---

#### 14 : 10 電子病歷轉診系統

##### **Electronic Referring System**

主講人： 林晉副教授 台大醫學院骨科

Speaker : Jinn Lin, M.D., Associate Professor  
Department of Orthopedics, NTUCM

主持人： 侯勝茂主任 台大醫學院醫學系

Moderator : Sheng-Mou Hou, M.D., Chairman  
School of Medicine, NTUCM

---

#### 14 : 30 資訊科技在遠距醫學的應用

##### **Application of Information Technology in Telemedicine**

主講人： 陳恆順講師 台大醫學院醫學系

Speaker : Heng-Shuen Chen, M.D., Lecturer  
School of Medicine, NTUCM

主持人： 侯勝茂主任 台大醫學院醫學系

Moderator : Sheng-Mou Hou, M.D., Chairman  
School of Medicine, NTUCM

---

#### 14 : 50 社區健康中心：以溪頭長青為例

##### **Community Health Care Center: "Chi-Tou Evergreen Health Care Center" as a Model**

主講人： 黃天祥教授 台大醫學院內科

Speaker : Tien-Shang Huang, M.D., Professor  
Department of Medicine, NTUCM

主持人： 侯勝茂主任 台大醫學院醫學系

Moderator : Sheng-Mou Hou, M.D., Chairman  
School of Medicine, NTUCM

- 
- 15 : 10**      **整合性醫療服務系統 (IDS)**  
**Integrated Health Care Delivery System**  
主講人： 侯勝茂主任 台大醫學院醫學系  
Speaker : Sheng-Mou Hou, M.D., Chairman  
School of Medicine, NTUCM  
主持人： 陳慶餘主任 台大醫學院家庭醫學科  
Moderator : Ching-Yu Chen, M.D., Chairman  
Department of Family Medicine, NTUCM
- 
- 15 : 30**      **中場休息 Coffee Break**
- 
- 15 : 50**      **社區健康營造**  
**Establishing an Environment of Community Health Care**  
主講人： 黃秀梨主任 台大醫學院護理學系  
Speaker : Shiow-Li Huang, Ph.D., Chairperson  
School of Nursing, NTUCM  
主持人： 陳慶餘主任 台大醫學院家庭醫學科  
Moderator : Ching-Yu Chen, M.D., Chairman  
Department of Family Medicine, NTUCM
- 
- 16 : 10**      **台大醫療體系**  
**NTU Health Care System**  
主講人： 陳石池助理教授 台大醫學院急診醫學科  
Speaker : Shyr-Chyr Chen, M.D., Assistant Professor  
Department of Emergency Medicine, NTUCM  
主持人： 陳慶餘主任 台大醫學院家庭醫學科  
Moderator : Ching-Yu Chen, M.D., Chairman  
Department of Family Medicine, NTUCM
- 
- 16 : 30**      **綜合討論 Panel Discussion**
- 
- 17 : 10**      **閉幕詞 Closing Remarks**
- 
- 17 : 25**      **結 束 Adjourn**

## 電子病歷轉診系統

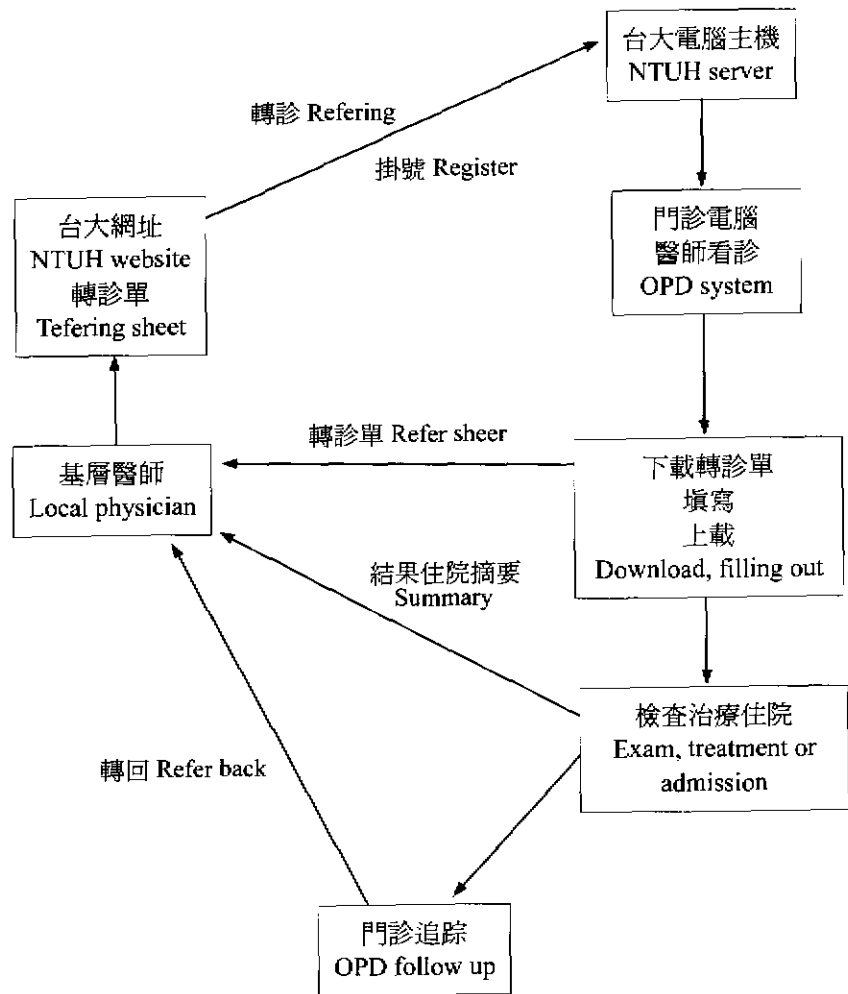
林 晉 林仲志 陳慶餘 侯勝茂

實施整合性健康照護，可以有效率的應用各種資源，提高民衆就醫品質及滿意度，增加病患的生活品質，促進民衆的健康，減少不必要的醫療。另外，還可以提高民衆就醫可近性和醫療利用率，減少鄉外就醫比率，杜絕醫療浪費與不當醫療所做成的健保負擔，提升醫療照護效率，合理控制醫療費用。落實轉診制度是實施整合性醫療照護的重要步驟。轉診之好處如下：(1)充分運用醫療資源，大病看大醫院，小病看小醫院，減少資源浪費。(2)方便病患就醫，提升醫療品質。可是若只靠單純的口頭約束或個別的文書作業，沒辦法保障可靠的雙向轉診。

資訊電子化具有資料永久保存，快速傳輸及存取的功能。電子病歷系統結合文字、影像記錄與臨床資料庫系統，具有分類、管理、自動蒐集與搜尋功能，內容包括臨床資料、數據檢查、醫療影像等多媒體資訊，為具有強大功能的臨床資訊系統。可以用來快速調閱、比對患者的各項臨床資料，大幅節省翻閱病歷、影像資料的時間，特別是在遇有急診或需要長期

追蹤病情變化的患者時。此外，醫師也可利用資料庫的分類、統計功能，來從事臨床研究及寫作。而對病患的好處，則是當病人需要轉診或在遠處發生意外需要就醫時，原來的就診醫院可以直接將患者的病歷、影像檢查資料，以 e-mail 或傳真方式快速傳輸給患者或轉診醫院，簡化耗時的病歷申請與轉診作業。同時也可支援臨床決策的製訂，並可結合教育資訊系統支援醫學教育與大眾衛生教育。

台大醫療體系開發了一套電子病歷轉診系統。這個電子轉診系統有以下之好處：(1)操作容易快速，線上抓轉診單，線上轉診。方便基層醫師轉診。(2)增加轉診資料傳輸的速度及可靠性，減少書面轉診單之問題。(3)加強醫院與診所間之溝通，透過台大醫療體系之運作，可提升轉診的品質，方便病患就醫與回診。(4)建立完整之資料庫，提供病例之詳實記錄，有利病例之追蹤及資料之分析，保障雙向轉診的可靠性。



## Electronic Referring System

*Jinn Lin, Chung-chih Lin, Chin-Yu Chen, Shang-Mou Hou*

In order to accomplish high quality of medical care and decrease the medical expenditure, integration of different kinds of medical resources is mandatory. The principle is big hospitals for severe diseases and small hospitals for less severe diseases. Thus, patient-referring system is of utmost importance for this goal. Nowadays, with highly developed electronic computerized system, the data can be recorded easily and be stored as long as possible. Furthermore, these data can be quickly and conveniently assessed. Using this powerful tool, we can build a competent patient referring system which is user-friendly to all the personnel.

We have developed our own electronic patient referring system in this hospital. Using our web-site, the referring process can be quickly and reliably done. The local practicing physicians can download the referring sheet from the web-site, fill out the blankets, and then upload the referring sheet. The information can be transferred to the main computer in our hospital directly. The patients are told how they should do and which doctor he should see. They

don't need to bring any paperwork with them when they visit the hospital. When the patients register in the out-patient-clinic, the information can be automatically shown on the computer. The doctors can complete the referring sheet sent from the local physicians on the computer and the referring sheet can go back to the referring physicians' computer system. When the patients finish their special examinations or treatments, all the data can again sent back to the referring physicians if the patients are referred back. If necessary, how the patients should be followed up and managed by the referring physicians can also be included.

This electronic referring system has the following advantages: 1) easy and quick operation technique; 2) decreasing the inconvenience of referring paperwork; 3) increasing the communication between the local physicians and the referred doctors; and 4) good databank for further review of the patient care and other scientific studies.

# 資訊科技在遠距醫學的應用

陳恆順

臺大醫學院醫學系

由於資訊科技的蓬勃發展，電腦在醫學上的應用也急速的增加。資訊科技不僅改變了醫療照顧的型態，也大大的影響了醫病之間關係，而 90 年代寬頻網路及數位科技的突破更促進了遠距醫學的發展。遠距醫學是利用電子通訊在兩地傳遞、分享醫學資訊與提供醫療照顧的一門學問。利用遠距醫學，可以提供偏遠地區醫療照顧、及基層醫師照會專家的機會；並藉由現代通訊與高效能電腦，也可以獲得全世界最新的醫學資訊。近年來，網際網路憑藉其優越的普及性與擴充性，已經成為當今主要的醫學資訊來源及遠距醫學的重要發展平台。1995 年台灣國家資訊通信基礎建設（NII, National Information Infrastructure）計畫之推動，開啟了現代科技對遠距醫學之衝擊之序幕，不同頻寬的網路系統被應用於發展遠距會診、遠距教學、網路虛擬教室及視訊隨選系統。未來遠距醫學系統將整合多媒體資料庫、多點視訊會議、寬頻固網與全球資訊網等技術，應用於遠距會診、電子病歷、醫師繼續教育、醫學資訊搜尋檢索及居家照護等，以連結醫院、診所、各級衛生單位，並進一步擴展至每一個家庭。

**關鍵詞：**遠距醫學、資訊科技、網際網路、全球資訊網

## 前 言

隨著資訊科技的進步神速，電腦在醫學上的應用越趨普及，各型醫院也開始建立各種醫療資訊管理系統。網際網路憑藉其優越的普及性與擴充性，很快的成為最受民衆歡迎的醫學資訊來源。在台灣，截至 2000 年底，上網人數已經達到六百萬，超過總人口之四分之一，連網主機數在世界上排名第七。數以千計的健康與醫學資訊網站、自助與支持團體、電子佈告欄、電子郵遞論壇紛紛的在網路上成立起來。

民衆也開始希望能夠在網路上直接獲得健康資訊。這種趨勢的演變可能是間接的受到其他行業發展的影響，尤其是在電子商務大行其道之後。此現象也相對的顯示出傳統式醫療型態在醫病溝通上仍有許多先天的障礙存在，因此許多網路族會想要另闢蹊徑，以獲得更多的醫療資訊。在各種資訊網路科技中，電子郵件是最容易使用的，然而全球資訊網卻越來越普遍也越來越重要。有人這樣說，Berners-Lee 先生在 1990 年發明的全球資訊網是影響人類發展的一項重大突破。全球資訊網這項科技也將大大影響 21 世紀的臨床醫學，也包括醫學資訊、醫學

教育及網際網路上之遠距醫學。

## 現代資訊科技與醫學

其實醫學資訊的爆炸也是促成資訊科技的發展的一個重大力量，在 1996 年已有人發現，如果每天閱讀兩篇醫學雜誌的文章，在一年後的進度已經落後八百年。因此如果不靠外力幫助，沒有任何一位醫師能夠靠自己的力量保持醫學知識隨時更新。幸運的是今日我們可以運用現代網路通訊科技與高效能的電腦，即使是在身在偏遠鄉下的基層醫師，全世界的醫學資源也是垂手可得。在醫學上應用網路其實並非最近的事情，早在 70 年代，醫學研究電腦就已經連上網際網路，但是直到最近幾年，大家才開始正視使用網路來作為提供醫療服務與擷取醫學資訊的重要工具。

資訊科技的發展最後終將會促使醫療服務更有效的整合，由於醫療具有急迫性及醫學的極度專業性，醫療機構之間只有合作與整合才能減少重複設置所造成不必要的浪費。今日幾乎所有醫療院所都已經有醫療資訊系統，雖然電腦在醫學上的應用越來越多，然而缺乏全面性與標準統一的電子病歷系統，仍然是醫學資訊領域的最大一項課題。電子病歷系統有助於改善病患照顧品質並降低醫療費用，並且可以提供效益評估所需之詳細臨床資料。醫療專業人員現在終於漸漸瞭解並接受使用網際網路作為提供醫療服務與獲得醫學資訊的工具，建立一個全國性的醫療資訊網路，將影響到全民健康保險制度下所提供的健康照顧服務是否有效率。台灣的衛生署也在早在 1988 年就開始籌設全國醫療資訊網（HIN, Health Information Network）。然而第一代醫療資訊網面臨網路頻寬不足、應用系統老舊的問題。由於當初規劃以文字數據傳輸為限，因此目前頻寬無法因應多

媒體之應用，此外系統老舊、互不相容，產生「一機一用」的怪現象，滿意度偏低。雖然名為「醫療資訊網」，但實質醫療應用極為有限，如何從以行政業務為主的網路發展至提供臨床服務及醫學教育功能，仍有待努力。衛生署在 1999 年已開始推動第二代全國醫療資訊（HIN2.0）五年計畫，將開始發展電子病歷及醫療資訊交換標準，以達到「病歷內容為病人所有」、「病歷透明與整合」及「減少重複檢查，避免醫療浪費」等目標。

## 遠距醫學

近年來，世界各國在推動全國資訊通信基礎建設中，所提出的許多應用計畫均與遠距醫學資訊系統有關，遠距醫學的概念是要使專業的醫療服務可以無遠弗屆。遠距醫學包括三個層面：1. 提供資訊以輔助醫療決策。2. 生醫訊號的傳遞。3. 病患與醫療院所之間的安排以進行遠距離的醫療。

簡單的來說：遠距醫學是利用電子通訊在兩地傳遞醫學資訊的一門學問。電話是最傳統的一種方式，但是近年來遠距醫學常常是指利用 1. 互動式的視訊會議。2. 非同步方式傳遞病歷影像資料。3. 遠距監視。遠距醫學涵蓋各種層次之科技，從電話、無線電、傳真、數據機與視訊等。它可以以即時互動之視訊，或非同步傳輸文字、聲音、動靜態影像資料，機器人及虛擬實境也被用來做遠距醫學實驗。這些科技可以有不同的應用，包括慢性病、一般照會、預防醫學、公衛、衛生教育等，甚至涵蓋行政會議、網際網路連線與醫學繼續教育等。

無論在世界各地，鄉村及偏遠地區的醫療資源缺乏、醫療品質低落均是一個普遍的現象。造成醫療專業人員不願意下鄉的主要原因，是因為害怕被孤立，同時也缺少方便的管

道以接受醫學繼續教育。起初發展遠距醫學主要的目的是提供偏遠地區民衆的醫療照顧，同時也提供這些鄉下的基層醫師直接照會專家的機會。當通信與電腦科技進步之後，遠距醫學也可應用在其他方面，例如，不同地方的醫師們不受地理位置的限制，可以聯合進行臨床研究，即時分享病例個案與醫學影像。支援的醫學中心連結至社區醫院它也可以改進鄉村地區醫療人員的醫學教育成效。總之，遠距醫學的廣泛應用，將使就醫的負擔減輕，並可獲得較好的健康照顧，地理位置的孤立將不再成爲人們滿足即時與高品質醫療的一道障礙。

### 遠距醫學之進步

90年代初期有兩種新的科技促成遠距醫學之發展，一個是寬頻網路通訊的蓬勃發展，另一個是醫學影像與生醫訊號數位化技術的進步。由於這些科技的進步，使得遠距醫療的通訊費用及軟硬體設備的價錢一年比一年降低下來。以視訊會議設備爲例，在九〇年代初期，一台需要三百萬台幣的全功能會議室型系統，可能還比不上目前一台 15 萬的 PC 桌上型系統的功能。

國外遠距醫學的發展，以美國爲例，在 1997 年一年當中就有 25 萬次的遠距放射線診斷。而根據美國遠距醫療協會（ATSP, The Association of Telemedicine Service Providers）1998 年的調查也顯示在將受調查的 141 個計畫中，遠距會診超過 58000 次，其中 1/3 的計畫未來還要增加遠距會診的地點。在各個臨床領域中，以精神科、心臟科最多、其次是皮膚科、骨科、眼科及內科。有 1/5 的計畫有國際的遠距會診。在 1999 年的調查更顯示，遠距醫學計畫的種類與數量仍繼續成長中，對醫護人員的醫學繼續教育應用有明顯的增加，都市型

的遠距醫學模式也漸漸成型。另外非純爲醫療目的如 ICU 遠距探訪，或住院病人利用遠距視訊會議完成其心願的人性化應用也被納入。

由美國國家醫學圖書館支持的遠距醫學資訊交換網站（Telemedicine Information Exchange, TIE）是全世界最完整的遠距醫學資訊中心。TIE 所提供的資訊，是易於檢索並隨時更新，並且連結至各個與遠距醫療相關的資料庫，包括豐富的文獻及一系列有關遠距醫療研究計畫、產品與服務、相關法令條文、經費補助、研究活動、即時新聞等主題。TIE 的網址在 <http://tie.telemed.org>，是由 Portland 遠距醫療研究中心發展，成效卓著，它提供並促進遠距醫療資訊的流通，提供易於使用的超文件格式。從其中最新的統計資料顯示，目前登錄有案仍在進行中的超過 250 個遠距醫療計畫，超過 9000 篇的遠距醫學論文，以及世界各地 90 場以上有關遠距醫學的會議資訊。

### 台灣遠距醫學之發展

台灣遠距醫學之發展源自 1995 年開始推動之 NII 國家資訊通信基礎建設先導計畫。NII 計畫的十七項重點中有兩項與遠距醫學有關，分別是遠距教學與遠距會診先導系統。

NII 遠距教學先導系統，大致上可以分爲下列幾種：寬頻即時群播系統、窄頻即時群播系統、虛擬教室、視訊隨選。寬頻即時群播是利用高速的網路，可以做即時雙向的視訊會議，由於品質良好，也適合用於大講堂式的授課，但是設備、通訊費昂貴，動輒數百萬以上。窄頻即時群播是利用整合服務數位網路（ISDN, Integrated Service Digital Network），它將原有電話線路提昇爲數位傳輸，可用於窄頻的視訊會議系統，品質較差，但設備較便宜、通訊費接近傳統電話，適合社區、小組教

學，必要時也可並聯數條 ISDN 線路，以期接近寬頻的效果。虛擬教室是利用網路建立的學習環境與資源，可以隨時進入學習，師生之間、學生之間的互動藉由即時（synchronous）如線上交談、視訊會議，或非即時（asynchronous）如 BBS 討論區、電子郵件、網路新聞討論組群的方式來進行。視訊隨選（VOD, Video On Demand）是將多媒體的教材儲存在網路上的視訊主機，學生可以利用個人的電腦來播放網路主機上的教材，最簡單的應用是將上課演講全程錄影，可供學生補課或課後複習之用。經過設計的多媒體電腦輔助學習教材，則還可以增加引導性、互動性及自我測驗的功能。台大醫學院參與 NII 遠距教學先導計劃，應用各項系統於醫學通識教育的「衛生保健」課程與醫學生的社區醫學教學中。

NII「遠距醫療會診」先導系統結合通信技術與醫事人員的專業知識，提供偏遠和離島地區民衆全面性醫療照護服務，並提供醫事人員教育訓練機會。透過此系統不但可以縮短醫療資源之城鄉差距，而且可以提供兩地醫師即時資訊，爭取病患就醫時效，使病患獲得適當治療及處置。從 1995 年起，衛生署爲均衡醫療資源發展，提升醫療服務品質，發展遠距醫療會診先導系統，提供偏遠及離島地區民衆即時會診的醫療服務。試辦階段由台大醫院負責與金山衛生所連線，成大醫院負責與澎湖地區省立澎湖醫院連線，台北榮民總醫院負責與金門地區花崗石醫院及宜蘭區域基層醫療單位連線，三軍總醫院負責與馬祖連江縣立醫院連線，利用遠距醫療會診彌補離島地區醫療資源之不足，將台灣整個離島部分納入遠距醫療會診的先導系統計畫內。遠距會診系統的主要目的在於爭取治療時效並將醫學中心的醫師和護理人員的專業知識與服務，提供給偏遠及離島地區的民衆、醫師和護理人員。使病患不需親身至

大醫院求診，醫師可透過此系統相隔千里進行視訊會議及隔空會診。

配合我國下一代網際網路（NGI, Next Generation Internet）的發展，台大醫學院也開始進行遠距教學與遠距會診的國際合作。在 1998 年 12 月的下一代網際網路（NGI）國際 T3 專線啓用典禮中，展示了與愛荷華大學利用高速電腦斷層攝影分析肺功能之國際遠距會診系統，及與匹茲堡大學、密尼蘇達大學合作之寬頻多媒體國際遠距教學系統。

### 遠距醫學之新進展

從 1998 年 7 月起，台大醫學院在國家衛生院的補助之下，與台北醫學院、美國匹茲堡大學、愛荷華大學共同合作，開始進行多媒體網路系統在遠距醫學之應用計畫，此計畫將建立一個虛擬的網際網路醫學中心，整合多媒體網路資料庫、多點視訊會議、有線電視與全球資訊網等技術，應用於遠距會診、電子病歷、醫師繼續教育、居家照護及醫學資訊服務網。目前已與發展世界知名之虛擬醫院（Virtual Hospital）的愛荷華大學合作建立了台灣虛擬醫院鏡射網站（mirror site <http://taiwan.vh.org>），同時也因應醫學教育時代潮流趨勢，利用資訊網路與多媒體科技，發展一個輔助學習的虛擬醫學院系統，提供豐富資源及互動的整合學習環境，使學習不受時間與空間的限制。虛擬醫學院包括虛擬教室、虛擬群組、虛擬圖書館及虛擬病患四個部分。虛擬教室透過同步的視訊會議結合網路即時轉播課程，所上的課程可同時存檔，編輯成視訊與講義教材同步化的網路視訊隨選系統，配合非同步課程教學網頁，學生可打破時間與空間的限制，自由選擇所需要的課程來學習。虛擬群組透過全球資訊網的整合介面連結網際網路電子郵件論壇、網路新聞

與電子佈告欄各種討論群組，師生可在線上交換心得與討論各種意見。虛擬圖書館提供中文的醫學網路全文電子期刊資料庫，使用者可以很方便的瀏覽並使用關鍵詞做全文檢索，快速而有效的找到所需要的文獻資料。虛擬個案將病患個案病歷資料數位化，存於網路多媒體資料庫，為最佳的臨床學習教材。再由臨床教師以網路個案編輯系統，設計醫學問題流程的電腦輔助學習個案，可以提供學生隨時上網學習，也可將專家的經驗保存下來。

虛擬醫學院未來發展，在系統方面，將可改良成一套功能強大，具有選擇性、延展性、獨立性的教學伺服器系統，以提供各醫學院及教學醫院建立教學資源中心之用。一個教學伺服器系統除了其中基本教學資源主機搭配外部群組連結模組為必要之設備外，另外視訊教學主機搭配網路網路實況轉播模組、教材資料庫

主機搭配教材編輯模組可以自由選配。在教學資源方面，台大醫學中心將繼續發展為全國性的醫學教學資源中心，在現有的基礎上擴展提供各醫學院、教學醫院與醫學會各種群組轉信，與教材資源鏡射站的建立，以建立一個全國的醫學教育網路。

## 未來展望

未來遠距醫學系統的發展重點將著重於電子病歷以及以利用各種網路平台為媒介的網路門診系統及遠距居家照護，以及提供醫學資訊社會大眾的網際醫學中心，使得臨床醫學教育能從醫學中心擴展至基層的醫師繼續教育，而衛生教育資訊能夠更深入大眾，達到每一個居家環境。

# 社區健康中心：以溪頭長青為例

黃天祥

台大醫學院社會醫學科

在過去五十年來疾病的型態已由急性感染症轉變成慢性疾病為主；肺炎、下痢、結核也讓位給癌症、心血管疾病、中風為十大死因。急性感染症常可用抗生素治療，有疫苗可預防，但慢性疾病常無法治癒只能控制，它的治療常須長期生活型態的改變。健康教育、生活型態及行為的改進在慢性疾病的防治上扮演一個重要樞紐的角色。事實上，許多研究顯示健康教育影響抽煙、飲食、運動、緩解壓力及相關行為，能有效減少疾病死亡率。醫師的職責是預防疾病，解除痛苦及治療病人；醫師參與健康教育是治療上必須的，也是構築良好醫病關係的基石。預防勝於治療，在醫療費用高漲的今日，健康教育提供了一劑解決良方。基於上述原因，在許多先進國家，健康教育已被納入醫學教育及醫學訓練中。溪頭長青健康中心是台大醫學院社區導向醫學教育的一環，醫學系五年級醫學生將在家庭醫學科及一般醫學科的教師指導之下，參與教學規劃，學習溝通技巧，操練健康評估、健康諮詢、及健康危害鑑定等實務，健康教育的成本效益有待進一步的研究來確認。

**關鍵詞：視覺障礙、物理治療、高等教育**

在過去五十年來疾病的型態已由急性感染症轉變成慢性疾病，因而肺炎、下痢、結核也讓位給癌症、心血管疾病、中風為十大死因<sup>[1,2]</sup>。急性感染症常可用抗生素治癒（暫且不提抗藥性細菌感染），有疫苗可預防，但慢性疾病常無法治癒只能控制，它的治療常需長期生活型態的改變如中止吸煙、運動、減少生活壓力、清淡飲食，尤其慢性疾病初期常無症狀，早期發現至為重要。由近年來這些慢性疾病的防治看來，健康教育、健康的心理社會及健康生活行為的推動也確實在降低這些慢性疾病的死亡率上發揮了重要的作用；常言預防勝於治療。醫師的職責正如 William Osler 所言是預防

疾病、解除痛苦及治療病人，由醫師來參與健康教育不僅是職責所在也是最有成效的。很顯然的健康教育不只對國人健康人生、優質生活極為重要，也是降低醫療費用的一劑良方<sup>[3-7]</sup>。去年醫師節衛生署署長李明亮也宣示推動全民健康教育，並要求醫師擔任此重責大任<sup>[8]</sup>。醫師 "doctor" 源自拉丁語 "docere" 便是“教人”的意思。在教病人之前，每一位醫學生、醫師皆須接受健康教育的訓練，方能在日常行醫中運用自如。只有醫師最瞭解自己的病人，衛教人員也只能部分代勞，何況健康教育是建立良好醫病關係的基石，深入病人生活的關懷是贏得病人信賴的絕佳方法。這裏所說的健康教育

不僅是疾病的衛教尚包括在社區進行的健康生活、行為等教育。

早在西元 1910 年 Flexner 就已預言健康教育的重要，他說醫師的功能很快就要變成社會性、預防性甚於個人性或治癒性；社會將依賴醫師經由主要是教育來加強預防疾病並使身心健康<sup>[9]</sup>。西元 1930 年 Fitzgerald 再強調健康教育的重要<sup>[10]</sup>，但至西元 1970 年代健康教育課程侷限於預防醫學<sup>[11]</sup>。最近 20-30 年來健康教育課程成爲歐、美、日醫學教育及住院醫師訓練中重要的一環<sup>[12-18]</sup>，這和近來推動基層照護，強調全人、人道及預防照護，以健康諮詢、健康教育爲重點而非強調醫學中心的加護科技的潮流是一致的。1974 年美國醫學院學會更強調教育民衆健康知識以提昇民衆的健康<sup>[19,20]</sup>。

健康教育的範疇甚廣包括，酒精和藥物濫用 21、預防醫學 10、營養學 22、行為科學 23、老人學 24、性學 25 等。若以教育方式來看可分疾病衛教、預防疾病及生活型態改變 26，前者著重病因探討，後者著重告知後病人的參與及抉擇；前者是亡羊補牢，後者是未雨綢繆。

台大醫學院自醫學教育改革後也體認社區導向醫學教育的潮流，更鑒於當前醫療環境的變遷，因此前瞻性的在金山、鹿谷、竹山地區實施社區醫學教育與訓練，除了有醫五學生外並有家庭醫學科及 PGY1 住院醫師參與，強調以病人爲中心、持續性、全面性的醫療照護。去年十一月更在溪頭成立健康長青中心提供一個操練健康評估、健康諮詢及健康教育的場所。溪頭長青健康中心並不是一個健檢中心，它不強調高科技的檢查設備而是以一位基層醫師的專業經由詳細的病史詢問、理學檢查及初步的生化實驗室檢查，對民衆的健康加以評估，以期達到早期發現疾病的目的，並作爲持續全面照護的基礎，疾病衛教的介入提升病人

醫學知識，導正不良生活型態並配合按時服用藥物的治療，以期控制慢性疾病減少併發症，提升生活品質延長壽命。健康教育的推動，尤其預防醫學知識的提供，防範疾病的發生，更注重心理的健康，以期達到身、心、靈全人健康，進而達到健康社區人人健康。溪頭長青健康中心的設立象徵台大醫學院走出學術象牙塔來關懷社區需求，台大醫學院希望藉此與基層醫師及當地社區醫院共同合作，建立一個示範模式以供推廣。

台大醫學院在風景秀麗、空氣清新的溪頭遊樂區設立長青健康中心是要結合健康、知性、休閒，一方面逍遙於森林芬多精、山明水秀之中，一方面全然放鬆身心接受健康評估、健康教育，真正提升國人旅遊品質，當然也希望帶動人潮振興當地因 921 震災受挫的旅遊業，它也將是社會民衆接受台大醫療體系提供健康照護服務的入口。

上述原則規劃的教育內容如下：第一天下午五時參加民衆向溪頭餐廳旅社報到並進住國民旅社溪頭長青健康中心，用過晚餐略事休息後，便由醫師開始做健康檢查及衛生教育，第二天清早空腹抽血做生化及實驗室檢查，下午七時晚餐後由醫師依據檢查結果做健康評估，並接受健康諮詢，安排後續的健康服務。由於人力關係，醫師做健康教育時並無法一對一進行，而是分區進行，目前溪頭健康長青中心健康教育分爲下列幾區來進行，民衆依其需要分區進行。1. 高血壓區 2. 糖尿病區 3. 高血脂症區 4. 癌症區 5. 痛風區 6. 肝病區 7. 關節骨質疏鬆區 8. 營養區。醫學生可藉由觀摩學習住院醫師及主治醫師如何進行健康教育，將課堂所學加以運用，而住院醫師經由與醫學生、主治醫師的腦力激盪更能增進日後運用於醫療照護的實力。

雖然健康教育的功效是顯而易見的<sup>[3-7]</sup>，也

有一些研究顯示健康教育對病人的遵醫性很有幫忙，但在一切講求實證醫學的現在，健康教育的效益仍需進一步的研究來證明，溪頭長青健康中心期待能在這方面做出貢獻。

### 參考文獻

1. 台灣省衛生統計要覽（民國 40-46 年）台灣省政府衛生處主計室編印。
2. 中華民國八十八年衛生統計——生命統計行政院衛生署編印 89 年 9 月出版。
3. American Association. Statement on patient education. *Health Educ.*, p. 22 (1976).
4. Bartlett EE: The contributions of consumer health education to primary care practice: A review. *Med Care* 18, 862-871 (1980).
5. Canfield RE: the physician as a teacher of patients. Part 2. *J. Med. Educ.* 48, 79-87 (1973).
6. Reader GG: The physician as teacher. *Health Educ. Monogr.* 2, 34-38 (1974).
7. Terris M: Public Health in the United States: The next 100 years. *Public Health Rep.* 93, 602-606 (1978).
8. 李明亮：全民衛教與健康促進 民國 89 年 11 月 11 日第 93 屆台灣醫學會年會演講。
9. Flexner A: "A Medical Education in the United States and Canada." *Science and Health Publications*, Washington, D.C., 1910 (reprinted).
10. Barker WH: The teaching of preventive medicine in American medical schools, 1940-1980. *Prev. Med.* 10, 674-688 (1981).
11. Bureau of Health Education: AMSA, Preventive medicine and health education, Focal Points, September (1979).
12. Currie BF, Currie MN (Eds.): "Patient Education in the Primary Care Setting I." University of Wisconsin, Madison, 1977.
13. Currie BF (Ed): "Patient Education in the Primary Care Setting II." University of Wisconsin, Madison, 1978.
14. LaVigne P (Ed): "Patient Education in the Primary Care Setting III." University of Wisconsin, Madison, 1980.
15. Zurhellen JH (Ed): "Patient Education in the Primary Care Setting IV." University of Wisconsin, Madison, 1981.
16. Chattas A, Luque PL: Medical Students become educators. *Int J Health Educ* 6, 176-179 (1963).
17. Tenyi J, et al: The reform of medical training: Implications for health education. *Int J Health Educ.* 19, 114-118 (1976).
18. Metnecky J, Voros L: Health Education in medical schools: Results of an international survey. *Int J Health Educ.* 15, 211-219 (1972).
19. McNervey WJ: The missing link in health services. *J Med Educ* 50:11-23 (1975).
20. Tosteson DC: The right to know: Public education for health. *J Med Educ* 50:117-123 (1975).
21. Pokorny A, et al: Drug abuse and alcoholism teaching in U.S. medical and osteopathic schools. *J Med Educ* 53, 816-824 (1987).
22. Frankle RT: Nutrition education in the medical school curriculum. A proposal for action: A curriculum design. *Am J Clin Nutr* 29, 105-109 (1976).
23. National Institute of Child Health and Human Department. "Behavioral Sciences and Medical Education," DHEW Publication No. (NIH) 72-41, 1972.
24. Hall GG, Starkman MN: Incorporation of gerontology into medical education. *J Am Geriat Soc* 27, 368-373 (1979).

25. Marcotte DB: The effect of a spaced sex education course on medical students sexual knowledge and attitudes. *Br J Med Educ* 10, 117- 121 (1976).
26. Szaa TS, Hollender MH: A contribution to the philosophy of medicine: The basic models of doctor-patient relationship. *Arch Intern Med* 97, 585-592(1956).

## Community Health Care Center: “Chi-Tou Evergreen Health Care Center” as a Model

*Tien-Shang Huang*

*Department of Social Medicine, College of Medicine,  
National Taiwan University, Taipei, Taiwan*

During the past fifty years, the pattern of illness has shifted from the acute to the chronic diseases. Thus, pneumonia, dysentery, tuberculosis have given way to cancer, cardiovascular disease and stroke as the leading causes of death. Acute infectious diseases are cured by various antibiotics, prevented by vaccination but the chronic diseases usually are controllable yet incurable. The management of chronic disease involves long-term and complex behavioral changes by the patients. Educational, psychosocial and behavioral concerns play an important and pivotal role in the prevention and treatment of diseases. Actually, studies do show health education programs to influence smoking, diet, exercise, stress and the like can reduce mortality of disease effectively. It is physician's duty to "prevent the disease, relieve the pain and treat the patient". Physician's participation in the health education program is an essential part of treatment and a foundation of doctor-patient relationship. Prevention is for more efficient and economic than treatment. In the

era of high inflation rate of medical expenditure, health education has been incorporated into medical education and medical training in many countries in Europe, American and Asia.

The recent primary care movement has emphasized whole-person, humanistic and preventive care and has placed higher priority on counseling and education than on intensive technology so common in tertiary medical care. Chi-Tou Evergreen Health Center is a part of community-oriented medical education program in the Medical College of National Taiwan University. The fifth year medical students, residents of family medicine and primary care, and attending physicians are involved. Under the supervision of attending physician, students and residents will learn the technique of teaching, communication skills, health evaluation, health counseling, health promotion, health hazard appraisal and preventive medicine. Further research are needed to validate the cost-effectiveness of health education.

# 整合性醫療服務系統 (IDS)

侯勝茂

國立臺灣大學醫學系主任

整合性醫療服務系統 (Integrated Health Care Delivery System, IDS) 是一種健康照顧系統能提供各種不同及連續性醫療照護，使被保險人在它的體系中得到最佳的健康照顧。這是近年來管理式醫療制度出現後的趨勢。

IDS 的目標是能藉醫師們及醫院間的整合來提供連續性、完整性及持續性的健康照顧，使醫療結果較好，可以共享醫療資料，對醫療資源的浪費可以降低，品質也可以提昇，使醫師、醫院及其他醫療提供者之誘因能合一。能在管理式醫療制度之要求下，加強預防醫學的實行及降低整體醫療費用。但一個 IDS 系統的運作並不容易，成功的因素必須有適量的大小及地理分配位置，規模太小不能達到經濟個體，太大往往有浪費及設備閒置之地方，也需要一套很好的管理制度，尤其是共同的資訊系統是不能或缺的，需要有人來妥善安排及規劃整個醫療服務系統及精算能力，更要有崇高之理想才能號召醫院及醫師之加入，達到服務病患之目的。IDS 失敗之因素則有資訊系統整合失敗，成員之財務狀況無法整合以致於離心拆伙，各機構行政整合失敗，以及地理因素距離太遠不易整合等。

面對 21 世紀醫療環境的改變，台大醫學院必須結合有理想、有抱負的醫師們，整合醫學中心、社區醫院、衛生所、基層診所，加上公衛老師管理及醫療政策的指導，附設醫院的醫療支援，先由臨床醫療的整合，進而資訊系統的整合，再進入管理、財務、會計之整合，方能成立 IDS。這對於醫學教育也是有益處的，學生可接受多元化的實習機會，老師可以針對疾病或健康問題進行相關之研究。我們深信以台大人的豐富醫學知識，純熟的醫療技術，崇高理想的個性以及悲天憫人的素養，台大 IDS 會是我國醫療服務的模範。

## 前言

台灣的醫療正面臨從未有的重大挑戰，例如：人口的老化、高科技醫療飛躍發展，醫療支出高漲，全民健保產生財政危機，醫療人力

分佈不均，專科別不均衡發展；也因為社會之變遷，進入工業社會產生新的醫療衛生問題如慢性病、退化性疾病，職業傷害及多種危害健康行為產生之問題如嚼檳榔、藥物濫用、吸煙等。再加上中部發生 921 大地震，均暴露出災難應變體系的不足及震後的人文與心靈重建工

程之重要性。

雖然我國衛生醫療工作近 50 年有長足進步，但也有目前幾項缺失，例如 1. 重醫療而輕保健；對預防性保健服務及健康生活之促進方面，較少有具體且系統性的推動。因為以現有的醫療體系與功能，要來應付社會轉型後之問題，的確有所不足。2. 重專科而輕基層醫療：醫師養成教育及職業的過度專科化，使原本應以人本為主之整體醫療，矮化成以器官與疾病為對象的片段模式，再加上專科間橫向聯繫不足，均影響到醫療品質與效率。3. 醫療資源的分配與利用不當；醫療系統不論在垂直的轉診制度或橫向的醫院間聯繫仍然薄弱，無法落實分級醫療及減少資源重複浪費的現象。4. 支付制度的不合理：導致醫療生態之不平衡發展，各大醫院爭先引進高科技、高成本之檢查及治療，並使醫療機構必須以「量大」來維持生存，當然無法提昇品質。5. 醫事人員團體之對立情結，如健保局與醫療界，基層醫療與醫院，醫師與藥師之間的紛擾，均為妨礙服務品質提昇的絆腳石。

為了落實分級醫療及轉診制度，均衡城鄉醫療資源分佈、提升醫療品質、健全醫療服務體系及加強基層醫療服務水準，衛生署在民國 74 年至 89 年間推行醫療網計畫。十五年來，醫療網計畫雖然已經獲得不少成果，但由於各種誘因不足，使得醫療系統不論在垂直的轉診制度及縱向的醫院間聯繫仍然薄弱，無法落實分級醫療及減少醫療資源重覆浪費的現象。此外，醫療系統無法有效整合醫院間之聯繫，與忽略基層醫療體系不無關係。以致健保實施後，醫療院所間爭食健保大餅，轉診關係便名存實亡。因此，從基層出發向上整合，建立一個完整的醫療系統可能是解決醫療機構間相互競爭重疊浪費的一個可行途徑。

## 醫療服務系統的歷史演變 (Integrated Health Care Delivery System, IDS)

整合性健康照顧體系並不是新的產物，其實像美國的 Kaiser Permanente 之 Health Maintenance Organization, HMO 形式有近百年之歷史，只是最近的管理式醫療制度 (Managed Care) 對醫師及醫院產生極大的壓力，一方面要壓低費用，一方面要維持醫療品質，又必要在市場上具有競爭力，逼得 IDS 的產生及演化加速而已。傳統上美國的行醫是醫師開診所，病人就醫後有必要時再送入醫院，而醫院可以是社區擁有，附屬於醫學院，受教會支持或是營利機構。兩者之間 (醫師診所—醫院) 並沒有財務上的關係。而整合性健康照顧體系廣義地說就是一個結合醫師—醫院—其他醫療團體來提供被保險人的連續性的醫療服務系統，而此一機構負有共同的臨床及財務上的責任。它的演化可說是主要由醫師及醫院兩個原先不同之團體漸漸結合變成融合的體系，目前的形式由歷史的演化仍存在的有獨立行醫協會 "Independent Practice Association, IPA"，這是開業醫與 IPA 簽約，使 IPA 能與 HMO 或其他保險公司談判，IPA 就像一個大雨傘，內有基層診所醫師 (Primary Care Physician, PCP) 及專家 (Specialist)，大家團結起來去提供連續性的醫療照顧，其次為醫師行醫管理公司 (Physician Practice Management Organization, PPM)，這些管理公司利用購買醫師診所，也包括 PCP 及專家們，往往讓這些醫師加入股份成為合夥人，然後 PPM 再集合眾多醫師的力量去爭取保險合約或投資其他醫療相關設備，他的好處是它可能提供會員行政上的協助，例如聘請員工或申請給付或診所的維持及管理，而且因為是純醫師組合，所以較能站在醫師的立場上看事

情；因公司的運作情況與會員醫師的表現有關，所以會對醫師的行醫行為產生同儕或公司政策的影響。其他更傳統型的聯合執業 (Group Practice) 形成的 medical groups，則由不同專業的醫師合在一起，但可保留個人的部份單獨執業，這也是醫師們團結起來達到與保險公司談判的規模。

依美國之經驗受管理式醫療制度影響最大者為醫院之經營，因為有種種方法降低醫院之使用率或縮短病患住院日，因此醫院也在演化中，例如醫師醫院整合機構 (Physician Hospital Organization, PHO)，醫院與醫師組成合作企業 (joint venture)，然後與保險公司簽約來提供服務，往往是由醫院出來主導，對加入之醫師可以是 open type 就是來者不拒，或 close type 只開放選擇過的醫師，PHO 的好處是可集合相當大的醫療服務人力來達到談判籌碼，其次它具有資訊系統能分析醫師之行醫資料，達到管理式醫療要求 Utilization Management 的目的。

PHO 再進化成 MSO 公司 (Management Services Organizations)，此公司由醫師們及數家醫院所組成，它也可與其他單獨開業或聯合執業醫師簽約，來提供行政服務；或購買診所以及與保險公司簽約。它比 PHO 更有彈性，更有規模，更能提供連續性服務，但缺點是 MSO 有時較困難獲得醫師與醫院之間的信任，而且 PHO 或 MSO 往往是專家醫師較強勢來主導醫院的經營。另有基金會 (foundation) 模式就是一家非營利醫院成立基金會 (也可以相反地先有基金再購買醫院)，然後此非營利 (not for profit) 基金會再購買醫療服務機構 (如診所醫療技術實驗室)，形成經濟規模足夠與保險公司談判，它的非營利性質有好處？免稅，也有缺點如必須時時證實此點之真實性。

## IDS 的好處及成功之因素

整合醫療服務系統的目標是能藉醫師們及醫院間的整合來提供連續性完整性的健康照顧，使醫療結果較好，可以共享醫療資料，對醫療資源的浪費可以降低，品質也可以提昇，使醫師醫院及其他醫療提供者之誘因能合一，另外能有適當的經濟規模，能吸引被保險人的參與，並能在管理式醫療制度之要求下，加強預防醫學的實行及降低整體醫療費用。但一個 IDS 系統的運作並非容易，成功的因素必須有適量的大小及地理分配位置，太小不能達到全面照顧被保險人的規模，太大往往有浪費及設備閒置之地方，也需要一套很好的管理制度，尤其是共同的資訊系統是不能或缺的，需要有人來妥善安排及規劃整個醫療服務系統，也必須要有精算能力與保險人談判或自己擔任保險人，更要有崇高之理想才能號召醫院及醫師之加入，達到服務病患之目的。若觀察其他 IDS 失敗的例子之因素則有資訊系統整合失敗，成員之財務狀況無法整合以致於離心拆伙，IDS 內各機構行政整合失敗？誰也不服誰，無法有共同遠景，以及地理因素距離太遠整合不易等等。

目前我國在位處偏遠且醫療資源缺乏的地區有類似的醫療服務計畫在試辦中，一般民衆及醫療服務提供者習慣於論量計酬的醫療環境下，這種分級轉診醫療制度是否能被民衆及醫療服務提供者所接受？一個整合的健康照護體系是否能在目前的醫療環境中生存？則仍是未知數。但為了突破目前健保的困境，建立這種新的醫療模式是值得嘗試的工作。

## 台大醫療體系

根據世界衛生組織（WHO）對健康（Health）之定義，可知健康並不只限於疾病本身的預防或醫治，更包含了生理、心理與社會三個層級的整體健全性。台大醫學院有鑑於此次地震後，台灣的人民，特別是災區的民衆對健康有了進一步的需求，因此特別於南投的竹山鹿谷地區成立全面照護民衆健康的「台大醫療體系」，期望藉由本組織之運作以維護乃至於提升台灣民衆的健康水準。而「台大醫療體系」在台大醫學院謝博生院長的領導下，成立以社區為基礎（community-based）的「整合醫療服務系統（IDS）」，藉此提供鹿谷地區民衆一套較完整的，不同的，持續的與廣泛綜合性之醫療照護與轉診系統，其最終目的即在於提高醫療照護的品質，以及建立一個在台灣可行且符合成本效益之社區醫療照護模式。因此，台大醫學院在其醫學人文館內成立社區醫學研究群以推動此健康照護系統。

台大醫學院社區醫學研究群分為：規劃訓練組、心理重建組、社區發展組、推廣協調組與資訊網路組等五個工作小組。在過去一年多，本院師生投入相當的人力及資源，由實際上的協助災民身心重建、轉診系統的成立、基層醫師之整合、醫師持續再教育，到住院醫師及醫學生之社區醫學訓練，以及最近的志工隊之成立及長青健康中心，一一展現台大醫學院對台灣這塊土地之回饋與奉獻。

承蒙鹿谷地區所有基層醫師及慈山、澄清等醫院的共同參與，使得整合性的台大醫療體系獲得鹿谷地區民衆的廣大迴響。目前電子病

歷轉診系統已上路，而視訊會議及醫事人員再教育亦持續舉辦。不僅如此，其他地區之民衆、基層醫師、政府及醫療專業也信賴我們，思考成立同樣之模式，我們誠摯希望能藉此「整合醫療服務系統（IDS）」之推動，為二十一世紀的台灣建立起一個優良的醫療照護系統，再推動社區之重造，達到健康社區（healthy city）之終極目標。

## 參考文獻

- 1.林晉、林仲志、侯勝茂：整合性健康服務系統（IDS）與電子轉診系統。社區醫療通訊 2000; 5:3-5.
- 2.侯勝茂：921 回顧——台大醫療體系的努力——「健康促進、身心重建」。社區醫療通訊 2000; 5:2.
- 3.侯勝茂：整合性健康照顧體系。景福醫訊 1998; 6:183-186.
- 4.Isenberg SF: Managed care, outcomes, and quality: a practical guide. New York: Thieme, 1998.
- 5.Lewis JE: How big should an integrated health care delivery system be at an academic medical center? Acad Med 1995; 70(7):569-577.
- 6.Sahney VK: Integrated health care systems: current status and future outlook. Am J Health-System Pharmacy, 1996; 53(4):S4-7.
- 7.Swartz K, Brennan TA: Integrated health care, capitated payment, and quality: the role of regulation. Ann Int Med 1996; 124(4):442-448.
- 8.Wright RA: Community-oriented primary care: the cornerstone of health care reform. JAMA 1993; 269:2544-2547.

# 社區健康營造： 災後鹿谷鄉之營造經驗

黃秀梨

台大醫學院護理系

為提昇社區醫療及保健工作，達到社區健康之目的，護理學系所在台大醫療體系支持下，於民國八十九年開始在鹿谷鄉大地震災難後進行「社區健康營造計劃」不僅以恢復社區舊貌為目標，更以建立完善且符合居民需要的健康社區為職志。在進行社區營造的期間，營造中心以(一)重建健康、安全的社區；(二)組織自主團體，扶植社區力量；(三)掌握社區民眾問題，結合社區資源妥為因應；(四)培養民眾健康的生活型態；(五)成為社區健康營造示範中心為目標，進行組織營造、志工培訓及健康行動等工作。目前志工隊已完成編組，舉辦過健康社區志工成長營及健康社區志工聯繫會，並發行志工隊訊。志工人數已有 59 人，13 村至少各有一名保健志工，在健康聯繫網路上具有莫大助益。志工配合營造中心所舉辦之健康講座與在各村進行之家庭訪視，預期能提升居民正確的健康知識、態度及行為，且對早期發現居民健康問題能產生正面之功效。未來營造中心為推動社區健康營造工作，希望繼續整合地方資源，辦理居民健康及心理衛生管理評估、舉辦健康相關議題講座、社區健康生活觀摩會暨健康營造成果發表會等工作，使鹿谷鄉繼續朝向健康社區的目標邁進。

## 前 言

自從西元 1978 年世界衛生組織在 Alma-Ata 舉行之會議中提出公元 2000 年「全民均健」的目標後，促進社區健康成為基層保健服務人員的主要使命，而社區健康營造即是達到社區全民健康的重要方式。

所謂的社區健康營造，就是運用社區營造的理念，將社區人的健康狀態，朝向健康促進的目標邁進，使社區逐漸走向一個健康城市的

理想境界<sup>[1]</sup>。當社區可以自動自發去經營或締造與社區健康相關的一切活動與工作過程時，社區健康的目標將可以逐步達成。

然而社區健康營造的推行並不容易，必須靠許多條件的配合與努力。過去社區居民多半依賴醫療專業人員來維護自己的健康，如今要喚醒民衆的自主能力是一項重大的挑戰。因此激發居民的參與訂定對未來清楚的目標、有效運用社區資源，並善用組織策略，才能促使社區健康營造的進行，達到事半功倍的效果<sup>[2]</sup>。

## 鹿谷鄉社區健康營造經驗

由於大地震全然地震毀了災區整體的生活環境與秩序，瓦解了災區絕大部分軟硬體之生活設施，致使災區之健康生活環境惡化，已經一無所有、生活無著的災民又不得不在此一不良之環境下勉強居住、生活其中，對健康的負面影響可想而知。

因此面對震災後的社區，其需求較其他一般社區會有顯著不同。一般而言，震災發生三個月後人們會開始努力恢復正常生活，自此進入復原重建的階段，此時期須較長的時間，然後心靈與精神的復原與重建才逐漸完成。就神戶的經驗此時期的完成約需四年<sup>[3]</sup>。而目前鹿谷社區正邁入災後第二個年頭，居民的健康需求與問題較其他地區更顯得重要<sup>[4]</sup>。根據護理學系師生於 921 災後半年到一年間，和災民深入訪談結果，發現居民關注之健康相關議題有四大重點：身體健康之照護、心理健康之重建、社會資源之維護、及環境之重建<sup>[5]</sup>。除此之外，針對災區組合屋社區評估之結果，發現地震對社區環境如保健醫療與照護體系、交通與經濟、教育環境、政治與溝通型態等都造成重大影響。尤其組合屋有住屋設計不佳、隱蔽性差、隔音差、悶熱等缺點，影響居民健康與生活作息。因此改善社區環境，促進災後社區重建，有著更特別的意義<sup>[6]</sup>。

震災過後，台大醫學院立即進駐鹿谷災區，進行各項醫療協助，關懷當地居民健康需求。適逢衛生署開始在全國推展社區健康營造三年計畫，台大護理學系在台大醫療體系的支持與協助之下，於民國八十九年承接了「鹿谷鄉社區健康營造計畫」，結合本鄉衛生所及地方機關社團的力量，以「健康的社區」為重建目標，提供鄉民健康的資訊，維護民衆的健

康，並鼓勵鄉民將健康的生活型態融入日常生活中，希望未來進一步協助社區居民自我組織、自我管理、並激發居民的健康潛能，以落實營造健康社區的理想。對於鹿谷鄉，社區健康營造中心不僅要使鹿谷鄉恢復災前的狀態，更要使社區生活環境與品質比災前更好，居民更健康。因此，根據鹿谷鄉需求及衛生署社區健康營造的理念，鹿谷鄉社區健康營造中心目標有下列五項：(一)重建健康、安全的社區；(二)組織自主團體，扶植社區力量；(三)掌握社區民衆問題，結合社區資源妥為因應；(四)培養民衆健康的生活型態；(五)成為社區健康營造示範中心<sup>[6]</sup>。

## 鹿谷鄉社區健康營造的過程與現況

為尋求鹿谷社區整體健康需求與共識，社區健康營造中心結合鄉內原有的民間組織團體與政府機構，如：婦女會、老人會、家政班、產業合作社、衛促會、衛生所及鄉公所等代表，共同開會討論健康營造的方向。會議中達成未來計畫規劃方針的共識，包括(一)醫療需求：保健知識宣導、疾病追蹤照護、慢性病長期照護、獨居老人關懷。(二)生活輔導：家庭問題、健康生活型態、禮儀法制教育、就業輔導。(三)環境改善：水質及環境衛生的改善。(四)組織志工：建立社區營造力量<sup>[7]</sup>。

在社區健康營造中心與社區居民對社區整體健康需求有了共識之後，各項具體的營造工作開始展開。主要工作重點包括組織營造、志工培訓與健康行動，分述如下：

一、組織營造——由於社區組織中心的成立是營造健康社區的基礎，因此，營造中心初期由台大醫學院及當地之十餘個社團組成管理委員會，進行各項活動的規劃及執行。經過半年的組織運作，目前管理委員會由中心聘任之

衛促會成員組成，由各社團推薦籌組培訓出一支志工隊。

二、志工培訓——為發展鹿谷鄉社區營造之基本動力，營造中心請當地社團及機關代表推薦人選，成立鹿谷鄉保健志工隊，目前志工隊已完成編組，舉辦過健康社區志工成長營及健康社區志工聯繫會，並發行志工隊訊。保健志工成長營課程內容除了營造健康社區的概念及經驗分享之外，還包括衛生署提倡的各項健康宣導項目及志工需具備的基本知識與技巧，如健康體能促進、健康飲食、防制檳榔危害健康、社區環境健康評估、簡易身體檢查與評估、心理重建、溝通技巧、急救訓練及回覆示教等，將健康理念與實際的操作相互結合。課程過後，營造中心舉行鹿谷鄉保健志工授旗宣誓典禮，會中除了授予志工團隊旗、頒發志工聘書之外，也結合醫界、學界、政界之專家學者與志工們面對面進行座談會，熱烈討論志工們進行家訪與社區評估時所面臨的問題，藉此機會彼此分享經驗，帶動民衆加入主動參與關懷社區健康的行列，以落實營造健康社區的理念，建設鹿谷鄉成爲有能力、有組織的健康社區。目前志工人數已有 59 人，13 村至少各有一名保健志工，在健康聯繫網路上具有莫大助益，未來保健志工種子們將主動認養家戶，實際進行家庭訪視、發現健康問題、進行轉介健康宣導、社區環境評估等保健活動，實踐培訓時所學的健康知識。

三、健康行動——所謂健康行動，即營造中心配合衛生所宣導的預防保健服務，不定期舉辦健康促進座談會，推動相關衛生政策及健康議題，同時結合運用社區資源，以家庭訪視達到瞭解當地居民真正的健康問題所在，進一步尋求改善之道。目前鹿谷鄉社區健康營造之健康行動，包括健康講座、家庭訪視及推動清潔環保示範社區活動等，茲分述如下：

(1)健康講座：營造中心舉辦之健康講座主題包括志工成長營安排的健康體能講座、健康飲食、檳榔防治、社區環境健康評估、簡易身體檢查與評估、心理重建、急救訓練及高血壓防治健康講座。多數民衆對於講座內容皆十分感興趣，問答活動的進行亦得到熱烈的迴響，對提升居民正確的健康知識、態度及行爲有莫大的助益。

(2)家庭訪視：為發現社區居民的健康問題，台大護理學系學生、老師及志工隊成員持續進行各村的家庭訪視，予以健康篩檢服務，並視需要轉介給衛生所及相關單位。此外，也配合衛生所宣導之預防保健服務，進行社區健康指導。在志工的投入後，衛生所發現前來接受流行性感冒疫苗預防注射的居民增加了，證明了保健志工宣導的成效。

(3)清潔環保示範社區活動：根據護理系師生社區評估的結果中發現，居民最急切希望改善的問題為野狗的問題。因此，建議政府協助捕捉、收野狗，且鼓勵一般民衆將貓犬節育以避免流浪動物繼續增加。此外宣導村民勿將垃圾隨意丟棄，及垃圾不落地的觀念，降低野狗貓咬破垃圾袋，引起髒亂的可能性。

居民認爲最可行的環境改善方案為舉辦宣導活動；建議結合衛生所以及外來團體、當地學校舉辦環境衛生清潔講座及相關社區活動，著重在垃圾問題上進行相關知識的宣導活動。讓清潔環保概念深入人心，成爲生活態度的一部份。此外，建議學校組織環保小尖兵，並與社區環保義工、保健志工及村中的代証義工結合，先由學校週遭環境做起，繼而逐漸擴大至全村，以實際行爲影響民衆擔任義工的觀念；另定村中環保日，增進居民從事公共衛生維護的行爲。義工團隊的永續經營方面，則建議在成立之初即建立相關之福利政策，鼓勵居民參與及入。目前社區評估工作已暫告一段落，預

計下年度開始進行改善方案，以動員社區民衆投入社區環境清潔工作，改善居民生活環境，促進健康。

### 未來重點工作項目及展望

目前，鹿谷鄉社區健康營造中心才剛起步，未來的工作尚包括整合地方資源，推動社區營造工作，辦理居民健康及心理衛生管理評估、舉辦健康相關議題講座、社區健康生活觀摩會暨健康營造成果發表會。在不同的工作階段，營造中心也將呈現各種測量結果，例如志工與居民在各項活動的參與程度、各種保健知識的提升、健康行為的促進、對社區營造活動的滿意度等指標，以證明社區營造的成效，鼓舞居民的士氣。除此之外，為使營造中心永續經營，社區民衆能力提升，參與度增加，建立保健志工之支持網路並持續志工隊之教育，亦是未來重點工作之一。雖然，在營造過程中，會遭到一些困難，包括經費問題、專業人才不足問題及志工農忙期間較難配合各項活動的舉辦等。然而，相信未來在營造中心不斷地訓練、支持與鼓勵下，鹿谷鄉會逐漸茁壯，向健康社區的目標邁進。

### 誌 謝

鹿谷鄉社區健康營造計畫得以進行，非常感謝參與推動的所有社團機關，其中包括台大醫學院社區研究群、台大醫療體系鹿谷鄉社區醫療群、鹿谷鄉衛生所、台灣佛教法性寶林協會、鹿谷鄉老人會、鹿谷鄉農會、鹿谷鄉同濟

會、鹿谷鄉青溪長青聯誼會、鹿谷鄉婦女會、鹿谷鄉公所、鹿谷鄉社區衛生促進委員會、鹿谷鄉凍頂茶葉生產合作社、鹿谷鄉後備軍人輔導中心、鹿谷鄉保健志工隊、救國團鹿谷鄉團委會，更感謝衛生署提供經費補助，台大護理學系師生及研究助理卓淑惠小姐的大力幫忙使得本計畫得以順利進行，在此致上誠摯的感謝。

### 參考文獻

1. 劉潔心：921 地震災區社區健康營造計畫專題班第二梯次課程。健康社區之理念與發展 2000。
2. Sheilds L, Lindsey AE: Community health promotion nursing practice. *Advanced Nursing Science* 1998; 20(4): 23-36.
3. Underwood, P.: 人類對災難的心理與社會反應，於中華民國護理學會主辦，災後症候群照護研習會，*護理雜誌* 1999, 46(6):30-44
4. 楊雅玲、林艷君、黃秀梨、沈孟樺：地震災後社區重建-護理角色與功能。*護理雜誌* 2000: 47(5):20-26
5. 黃貴薰、楊雅玲、黃秀梨、邱泰源：竹山、鹿谷災區社區重建居民關注事項。未發表
6. 林艷君、黃貴薰、黃秀梨、蔡淑芬：災區組合屋社區評估-以竹山、鹿谷地區為例。*護理雜誌* 2000: 47(5):33-38
7. 沈孟樺、黃秀梨：營造健康的鹿谷。*社區醫療* 2000: 4:22-23

## Community Health Building after Disaster: An Experience in Lugu

*Shiow -Li Hwang, RN., D.N.Sc.*

*Professor and Director*

*School and Graduate Institute of Nursing*

*National Taiwan University*

Community Health Building in Lugu started in 2000 after the earth quake disaster. Faculties of the School of Nursing, National Taiwan University, initiate the project with full support from College of Medicine, National Taiwan University. Instead of recovering the Lugu community to the pre-earth quake state, a healthy community is set as the goal. Improvement of community health and medical care, disease prevention and health promotion are the main focus of the project. Goals to be attained set by the working parties include: 1.reconstruction of a healthy, safety community. 2.reorganizing autonomy groups and supporting community strength. 3.dealing with community health problem and combine community resources. 4. developing a healthy life style of community resident. 5.establishing a good model for community health building. A center for healthy community building has been established with 59 health care volunteers from 13 villages. A

basic health care training program has been given to the health care volunteers. They were then organized and participated in health teaching programs and home visit to provide health promotion and disease prevention to the community residents under the supervision of medical personnels. Positive outcomes including the improvement of Lugu residents' health knowledge, attitude and behaviors toward health care, as well as early detection of health problem will be expected. Monthly communication brochure has been issued which proves to be very helpful for communicating among the working groups. Future plans for building healthy community in Lugu include: integration of local resources, assessment and management of residence's health problems, performing health teaching programs, healthy life demonstration and presenting results on healthy community building. Our final goal is to promote Lugu toward a healthy community.

# 台大醫療體系

陳石池 邱泰源 陳慶餘 侯勝茂 謝博生

## 背景

全民健保費用支付制度的不適當，已經造成國內醫療生態的重大改變，同時醫療資源的浪費也愈來愈明顯，基層執業醫師也日見萎縮，病人反而湧向大醫院去看小病，這些都是值得重視的問題，也極需儘速解決。台大醫學院暨附設醫院爲了改革上述的醫療問題，同時促進國人健康，並提供政府改善醫療體制的參考，於民國 88 年 7 月成立台大醫療體系。

## 目的

台大醫療體系的目的在於結合臨床與公共衛生，預防保健與疾病診治並重，同時深入社區，辦理以社區爲基礎的醫療模式，包括教學、服務與研究功能，提供社區居民整合性的醫療服務(IDS)，以促進社區健康和推動醫療發展，進而建構一個醫院醫療和社區醫療均衡的醫療體系。

## 組織

台大醫學院和社區醫學研究群爲協助台大醫療體系的發展，將社區醫學研究群分爲規劃訓練組、心理重建組、社區發展組、推廣協調組、和資訊網路組。規劃訓練組負責基層醫師培訓和整合性醫療服務 (IDS)；心理重建組負責心理社會重建和社區心理衛生；社區發展組負責健康社區營造和整合性醫療服務 (IDS) 建構；推廣協調組負責編輯出版和醫療群協

調；資訊網路組負責電子病歷研發和遠距教學。

## 特點

台大醫療體系的特點如下：

1. 社區自主：由社區醫療群的基層醫師共同協商，決定相關之醫療費用支付方式。
2. 同儕制約，合理控制醫療費用。
3. 提昇醫療專業之自主權。
4. 確實提供社區民衆可近性、週全性、及持續性之醫療保健照顧。

## 運作

台大醫療體系在運作上以社區醫療群爲基本單位，由基層醫師 5~10 人結合而成，形成橫向合作，再向上與社區醫院合作，社區醫院再與區域醫院暨台大醫院形成縱向合作，建構成一均衡的醫療服務網。基層醫師與社區醫院間形成互相照會與轉診的合作模式，同時涵蓋預防保健、疾病治療（包括精神醫療）、與長期健康照護的範圍，提供社區居民一種整合性的健康醫療服務。

## 執行

在執行層次上有兩大精神，第一藉由基層醫師繼續教育、遠距教學和專業研修，以提高基層地區的醫療品質。第二是基層醫師與社區醫院結合成醫療共同體，透過攜手合作與建

立在互信基礎上，建立通暢的轉診服務，提供有效率的整合性醫療，共同建構健康社區。在執行的時間上，可分為三階段：

第一階段：資訊分享，集思廣益，形成共識。

第二階段：建立雙向轉診，提供照會諮詢及醫療資源。

第三階段：建立整合性健康醫療服務系統。

### 鹿谷經驗

台大醫療體系民國 89 年 3 月首先在鹿谷地區推出，便受到鹿谷地區基層醫師的熱烈響應，這五位基層醫師經過數次的開會與協調，相當贊同台大醫療體系的理念，同時選擇慈山醫院做為地區轉診醫院，為了協助併支援慈山醫院的醫療，在台大醫學院的協調下，台中澄清醫院也加入此醫療體系，形成一完整的鹿谷健康照護聯盟，由鹿谷基層醫師、慈山醫院與澄清醫院共同組成台大醫療體系鹿谷醫療群。目前已在整合性醫療服務系統的結構下，開啓遠距視訊教學及電子轉診服務，衛生教育及慢性病防治已開始向下紮根，病人和基層醫師都獲益良多，對於鹿谷醫療群提供的醫療服務相當滿意。

### 現況與展望

台大醫療體系第一個健康照護聯盟已在鹿谷地區熱烈進行中，再者台大醫學院也通過『台大醫療體系健康照護聯盟推動辦法』，來協助並指導這些健康照護聯盟的運作，進一步提昇這些健康照護聯盟的醫療品質及保障民衆健康。現又積極規劃協助雲林縣虎尾地區成立第二個健康照護聯盟。除了擴大地區健康照護聯盟，以提高基層醫療水準外，希望在整合性健康醫療服務系統的架構上，融入電子轉診病歷，配合遠距視訊教學，結合健康社區與社區營造，期以建構一種民衆、政府與醫界三贏的健康照護模式。

除了醫療服務，台大醫療體系也規劃『社區住院醫師訓練計劃及二階段學程訓練計劃』，藉以提高社區基層醫師的醫療水準。同時透過『整合性醫療資訊系統』、『災難醫學課程』、『鹿谷竹山身心社會重建』、『地震災區健康營造』、『以社區為基礎的災難應變醫療體系模式建立』等研究計劃，來協助台大醫療體系的運作和推展，希望經由台大醫療體系的努力，可以全面提昇社區醫療品質，進而改善我國的醫療水準。

## 參、醫學教育研究

### Research on Medical Education

要有效提昇醫學教育品質，必須有扎實的醫學教育研究作為基礎。教育研究不但可以改變教師的教學態度，改善教師的教學方式，發展學生的學習策略，也可以協助學校革新教學方法，改進教學環境，提昇教學成效。國內的醫學教育研究與生物科學研究相比較下，明顯不足。主要原因在於醫學界對醫學教育研究的參與與發展，並未形成風氣，在研究主題、方法、規模上，都有加強改進的空間。

醫學教育研究的範圍很廣，包括課程，教材，教、學、評量策略，師資培育等等，新的方法、新的主張不斷被發表，新的主題及研究對象不斷擴大，近年來，在學習理論及研究方法上，有新的詮釋與發展趨勢。為鼓勵醫學教育研究活動，提昇醫學教育研究品質，本研討會主要針對醫學教育研究之現況與前瞻進行專題討論，以彼此分享經驗，期盼本專題研討會能集思廣益，提昇未來本國醫學教育研究之品質。

主辦單位：台灣大學醫學院

Sponsor：National Taiwan University College of Medicine (NTUCM)

贊助單位：行政院國家科學委員會

Co-sponsor：National Science Council, the Executive Yuan

承辦單位：台大醫學院共同教育室、醫學人文研究群

Organizers：Office of Medical Education and Medical Humanities Research Group, NTUCM

時間：民國九十年四月七日(星期六) 下午 14:00-17:40

Time：14:00-17:40 PM, Saturday, April 7, 2001

地點：100 台北市仁愛路一段一號 台大醫學院 102 講堂

Place：Lecture Hall 102 at NTUCM

No.1, Jen-Ai Road, Section 1, Taipei 100

---

## 節目表

---

---

### 專題演講

### Special Lectures

---

14:00

#### 醫學教育研究的發展趨勢與優先順序

#### Trend and Priority of Research on Medical Education

主講人： 鄭永涇處長 國科會科教處

Speaker: Yeong-Jing Cheng, Ph.D., Director

Science Education Department, National Science Council

主持人： 林中生教授 中山醫學院校長

Moderator: Chung-Seng Lin, M.D., President, Chung-Shan Medical College

---

14:20

#### 國外醫學教育研究文獻之回顧

#### Research on Medical Education in Foreign Countries: a Literature Review

主講人： 梁繼權副教授 台大醫學院家庭醫學科

Speaker: Kai-Kuen Leung, M.D., Associate Professor

Department of Family Medicine, NTUCM

主持人： 林中生教授 中山醫學院校長

Moderator: Chung-Seng Lin, M.D., President, Chung-Shan Medical College

---

14:50

#### 國內外醫學教育研究之比較

#### Comparison of Domestic and Foreign Medical Education Researches

主講人： 李明濱教授 台大醫學院精神科

Speaker: Ming-Been Lee, M.D., Professor

Department of Psychiatry, NTUCM

主持人： 林中生教授 中山醫學院校長

Moderator: Chung-Seng Lin, M.D., President, Chung-Shan Medical College

---

15:20

#### 中場休息 Coffee Break

---

- 
- 15:40**      **醫學教育研究之方法**  
**Methodology of Research on Medical Education**  
主講人： 關超然教授 加拿大馬克馬斯特大學健康科學院醫學系  
Speaker : Chiu-Yin Kwan, Ph.D., Professor  
Department of Medicine, Faculty of Health Sciences, McMaster University  
主持人： 李明濱教授 台大醫學院精神科  
Moderator : Ming-Been Lee, M.D., Professor  
Department of Psychiatry, NTUCM
- 
- 16:20**      **綜合討論 (所有演講者與主持人)**  
**Panel Discussion (all participants)**
- 
- 17:00**      **閉幕詞 Closing Remarks**

# 醫學教育研究的發展趨勢與優先順序

鄭湧涇

國科會科教處處長

近年來，雖然我國的醫學學門在學術研究、醫療服務及衛生保健等方面，均有傲人的成就，不過，在醫學教育品質的良窳方面，則深為社會各界所關注，而亟待醫學界各位先進們共同來關心與研究。國科會科學教育處有鑑於此，乃於數年前開始推動醫學教育研究，並於應用科學教育學門之中設「醫學教育組」，以鼓勵醫學教育研究。歷經數年來的努力，雖然在研究計畫及研究獎勵的申請案件上略有增加，但與醫學學術研究的申請案比較，仍有很大的差距。鑑於醫學教育的良窳攸關醫學學術研究與醫療品質的是否能夠提昇，國科會科教

處特別將醫學教育研究的推動列為發展的重點，邀請醫學教育先進們能夠積極共同參與醫學教育的研究與發展，期使醫學教育研究的成果，能夠快速落實於醫學教育的改進上。為推動醫學教育研究的發展，並提昇醫學教育研究的品質，本處特別與台大醫學院合辦「醫學教育研討會」，會中將邀請國內外專家學者，針對醫學教育研究之現況與未來發展進行研討，以前瞻未來的研究重點與方向。有關本國醫學教育研究的發展趨勢與優先順序，本人將於會中提出報告與討論。

## 國外醫學教育文獻之回顧

梁繼權<sup>1</sup> 劉文俊<sup>1</sup> 李明濱<sup>2</sup>

台大醫學院家庭醫學科<sup>1</sup>

台大醫學院精神科、社會醫學科<sup>2</sup>

醫學教育研究是推動醫學教育進步的重要動力，在我們積極進行醫學教育改革的時候，有必要了解目前國際間醫學教育研究的近況與趨勢，作為推動醫學教育研究的參考。

本研究以目前醫學教育研究中，Science Citation Index 排名最高的兩種雜誌 Academic Medicine (AM) 及 Journal of Medical Education (ME) 為研究對象，抽取兩種雜誌在 1997-1999 三年間刊登所有經過同儕審查的原著論文及簡短論文共 454 篇 (AM 250 篇、ME 204 篇)，分析論文的主要研究對象、研究方法、研究內容、研究單位及國別五項指標。結果發現研究對象以學生最多，佔 42.1% (191 篇)，次為住院醫師或醫師，佔 22.7% (103 篇)；研究方法方面以調查型 (Survey) 研究最多，佔 35.5% (161 篇)，次為相關及因果比較式 (Causal-comparative) 研究，佔 26.9% (122 篇)；研究內容方面以教學計劃與課程的發展與評估研究最多，佔 22.5% (102 篇)，次為學習者表現的研究，佔 14.5% (66 篇)，再次為研究方法與工具評估的研究，佔 14.4% (65 篇)；研究單位方面以臨床醫學最多，佔 28.0% (127 篇)，家庭醫學與一般科次之，佔

20.0% (91 篇)，教育單位佔 14.5% (66 篇)，未說明科別的佔 14.1% (64 篇)；國別方面以美國最多，佔 51.3% (233 篇)；英國次之，佔 17.0% (77 篇)，亞洲國家只佔 4.4% (20 篇)。比較兩種雜誌的差異發現，兩種雜誌在研究對象與研究單位上並沒有統計上有意義的差別，在研究方法上 AM 有較多的相關與因果比較式研究，而 ME 的質性研究明顯較 AM 為多。在研究內容上，ME 的課程研究與教學技巧研究較多，但沒有成本分析的研究發表。研究單位國別方面，兩種雜誌有明顯差別，AM 大部份集中在北美洲國家，以美國為主，而 ME 則分布較廣，但以英國為主的歐洲國家佔最多，次為澳洲與紐西蘭。

由上述資料看來，目前醫學教育研究主要是以學習者為研究對象，研究方法以較簡單的調查及相關研究為主；研究內容包含很廣，大部份為課程與學習者的評估，但亦有不少研究方法與工具的探討。至於研究單位則以臨床學科為主，家庭醫學與一般科佔有較多的比重；國別方面因為出版地的不同，AM 明顯以美國及加拿大為主，而 ME 則為英國及英聯邦國家研究單位的主要投稿對象。

## 國內外醫學教育研究之比較

李明濱<sup>1,2</sup> 謝博生<sup>3</sup> 廖士程<sup>1</sup> 謝明憲<sup>1</sup> 吳佳璇<sup>1</sup>

台大醫學院精神科<sup>1</sup>、社會醫學科<sup>2</sup>、內科<sup>3</sup>

教育研究是改進教學的主要依據，由於國情及文化背景、教育制度的差異，國外的教學、課程及相關的研究結論不一定適用於國內，因此，推展教育研究在國內醫學教育界有其需要。在醫學人文教育方面，尤其需要經由本土化的研究，做為改進教學的依據，藉以提昇教學成效。

台大醫學院由1992年開始進行了一系列的教育改革，經過三年的努力後，課程與教學改革大致奠定初步的基礎。為了檢討成效並做進一步的改進，乃於1995年成立「醫學教育研究小組」，收集分析教育改革的相關資料。另一方面，由小組成員向國科會科學教育處提出整合型及個別型研究計劃，在國科會的經費補助之下，教育研究得以逐漸發展。有鑑於教育改革推展順利，院內教師對於教育的關心已經蔚為風氣，而實施課程及教學改革之後，累積了不少資料，教師的研究報告及論述不斷增加，乃於1997年3月出版「醫學教育雜誌」，以台大醫學院為骨幹，結合國內醫學院校對醫學教育研究有興趣之專家學者，發表相關論著。一

方面希望藉其凝聚院內同仁共識，共同耕耘，進一步改善台大醫學院的教育品質，另一方面也希望有助於其他醫學院校進行教育改進。醫學教育雜誌的發刊，除了提供院內教師對醫學教育領域發表心得、抒發理念、刊登研究報告之外，在論文之審稿過程中提供投稿人與審稿人在專業領域及教育領域之互動機會，更使教育研究的風氣逐漸擴大。

為瞭解國內醫學研究現況及其與國外醫學教育研究狀況相比較，作者等人根據近三年內國科會補助有關「醫學教育」的研究計畫87件，以及選取過去四年內本國「醫學教育雜誌」（1997-2000年）原始論著80篇，以隨機取樣方式選取同期間刊登於國際著名醫學教育研究雜誌 *Academic Medicine* 之原始論著80篇，針對研究主題、目的、方法與作者特徵進行比較分析，其結果將提會報告討論，冀望藉由實證資料的比較分析，集思廣益，奠定本國醫學教育研究的基本方向，進而提昇本國的醫學教育研究水準。

## Methodology in Medical Education Research

*Chiu-Yin Kwan, Ph.D.*

*Department of Medicine, Faculty of Health Sciences,  
McMaster University, Hamilton, Ontario*

Medical schools, irrespective of their geographical location, cultural context and political environment, are complex organizations engaging in the continual education of health care professionals. They recognize that education is a dynamic process and are constantly changing and revising their approaches to medical education according to the health care environment and needs of society. During the last decade, more than 90% of the medical schools in North America have implemented the recommended curriculum changes contained in several important guideline documents on medical education. Medical schools in United Kingdom also have renewed their curricula based on General Medical Councils' recommendation in *Tomorrow's Doctors*. Curriculum reform has in recent years become a priority item as well in many medical schools in the Asia Pacific region. If curriculum renewal is to continue effectively, more research into medical education is essential. Thus, research in medical education should be

viewed as an unfolding process of discovery of innovative educational concepts or instructions rather than a series of mechanical steps to complete the task of curriculum changes. It involved approaches commonly used in scientific methods, including background survey, observation, making a hypothesis, testing the hypothesis, out-come appraisal and ultimately reaching a conclusion. It suffices to say that the common end-point of all methodological applications in medical education research is to achieve quality assurance of medical education via reflecting the mission statement and assessing the objectives of the medical schools. Evidence-based survey by way of comparative analysis and meta-analysis can be adopted to assess the research out-come in medical education. Some available research data on the problems-based learning as an innovative medical education will be discussed to illustrate the above points.

## 一、社區醫學教育

- 以社區為基礎的醫學教育 ..... 謝博生 46

## 二、社區醫療實務 (摘自社區醫療通訊)

1. 社區醫療通訊發刊詞 ..... 謝博生 49
2. 台大醫療體系現況 ..... 邱泰源、陳慶餘 50
3. 社區醫學與災後重建 ..... 陳慶餘 51
4. 台大的主張《邁向健康大國》 ..... 侯勝茂 52
5. 建構基層自主的健康照護體系——台大醫療體系現況 ..... 邱泰源、陳慶餘 53
6. 九二一震災後身心重建之精神醫療介入：台大醫療體系之經驗回顧與前瞻  
..... 廖士程、李明濱 55
7. 災後心裡社會重建之省思與前瞻 ..... 李明濱 58
8. 以基層醫師為主體的健康照護聯盟——台大醫療體系現況  
..... 邱泰源、陳慶餘 59
9. 台大醫療體系現況介紹 ..... 邱泰源、陳慶餘 60
10. 展現災區重建新風貌 ..... 謝博生 61
11. 921 回顧：台大醫療體系的努力——「健康促進、身心重建」 ..... 侯勝茂 62
12. 整合性健康服務系統 (IDS) 與電子轉診系統 ..... 林晉、林仲志、侯勝茂 63
13. 以社區為基礎的醫學教育 ..... 謝博生 65
14. 溪頭長青健康中心簡介 ..... 黃天祥 65
15. 台大醫療體系網站介紹 <http://hs.mc.ntu.edu.tw> ..... 陳慶餘、陳恆順 67
16. 台大醫療體系研究計畫簡介 ..... 陳石池、蔡甫昌 68
17. 台大醫療體系——雲林縣社區醫療群座談會紀要 ..... 邱泰源、陳慶餘、侯勝茂 70
18. 歡迎光臨！——溪頭長青健康之旅內容簡介 ..... 黃天祥 73
19. 建構民眾、醫界及政府三贏的健康照護模式 ..... 邱泰源、陳慶餘、侯勝茂 74
20. 鹿谷基層醫師使用遠距教學之現況 ..... 陳建鈞 76

## 三、醫學教育研究

1. 醫學教育研究 ..... 謝博生、李明濱 79
2. 醫學教育革新與醫學教育雜誌之展望 ..... 李明濱、謝博生 85
3. 國科會「醫學教育」研究計畫一覽表 (86~89 年度) ..... 國科會 87
4. 「醫學教育」雜誌主要論文目錄 (1997-2000) ..... 台大醫學院共同教育室 95

## 以社區為基礎的醫學教育

謝博生

二十世紀 80 年代以後，各國醫學教育界對於醫學院課程與社會需求呈現脫節的現象開始給予關注，並開始尋求改革，在世界衛生組織及世界醫學教育聯合會等國際性組織的推動下，「醫學院培育出來的醫師要能符合社會的需求」逐漸獲得了醫學教育界的共識。

在現代社會，醫療體系所提供的服務分為兩類，其一是「以醫院為基礎的醫療服務」，它運用最先進的科技提供高品質的醫療，需要在較具規模的醫院實施，聘顧高度訓練的專科醫師，需要多數人員的大團隊來支援，以急性病人為主要對象。其二是「以社區為基礎的醫療服務」，著重於第一線基層醫師所提供的社區醫療，它讓社區的病人可以公平地獲得一般性的醫療服務，需要多元的醫療專業人員及團隊來支援。

上述兩類的醫療服務都依賴醫學教育提供所需的醫師人力，由於運用高科技、以嚴重的急性病人為對象的「以醫院為基礎的醫療」通常使用較多的醫療資源，執行醫療的專科醫師也有較高的地位，因此，醫學教育的重點一直都偏重於在醫院實施的急性、專科化的訓練。

近年來，人口老化及疾病類型改變，使慢性病人及高齡病患的醫療需求不斷增加，又因高科技醫療的費用急速飛漲，醫療資源有限而服務需求無限，為了控制醫療費用及有效利用醫療資源，各先進國家於二十世紀 90 年代開始，積極進行醫療體系的改革。

在美國及英國，最主要的變革是將健康照

護的重點由昂貴的以醫院為基礎的高科技專科醫療及急性醫療，轉變為以社區為基礎的一般性醫療以及老年人及慢性病為主的長期照護，此種結構性及功能性的改變在政府的政策主導之下，發生得相當迅速。原本由醫院承擔的一部份醫療任務也轉移到社區的診所，改變了醫療專業活動的性質，社區醫療不但承擔了一部份原本在醫院執行的醫療工作，也承擔了醫院治療後的後續照護工作。

醫療體系朝向重視健康維護與社區醫療的方向轉變，朝向更有效益、更有效率及社區導向的方向發展，醫學教育也朝向以提供社區導向醫療人才為重點的方向發展，主張醫師必須考慮群體健康相關的問題及民衆生活工作的環境，教學必須重視多領域的學習，團隊工作及問題解決是學習過程中的重要部份，而且要以改善醫療服務的品質做為教育過程的重點。

在美國，許多醫學教育學者認為以社區為基礎的醫療服務所需要的臨床技能必須在社區實習中養成，醫學生應有更多及更廣泛的社區醫療訓練。此外，管理式醫療的盛行、醫院醫療形態的改變及住院日數的縮短，使學生在醫院的學習受限，也使學習場所由醫院移向社區。因此，在二十世紀的最後 10 年，醫學教育已呈現出重要的改變：由強調在醫院的學習改變為重視在社區的學習，由重視專科診療訓練轉變為注重一般診療訓練，主張「急性病診療」與「慢性病照護」並重的學習應求其均衡，在進入專科診療訓練之前宜有堅強的一般

診療訓練，並應注重健康促進、疾病預防及醫療管理的相關知識及技術。

在此一趨勢之下，學生除了傳統的臨床技能之外，更需養成有效的溝通能力、資訊處理能力、及更好的醫療決策能力。為了培養以社區及群體為著眼點的醫學觀，滿足未來社區的需要，醫師除了須具備生物統計、流行病學、社會與行為科學、生態學、以及政策、經濟學等的基本知識外，並應對健康生活品質、疾病負荷等新的健康測量方式有所認識。

以社區為基礎的醫學教育特別注重醫師的學習能力，由於醫學知識迅速累積、醫療科技不斷進步而醫療體系又極為多變，醫學生在醫學院的學習及在醫院的訓練並無法獲得能夠適應多變的科技及醫療環境所需的臨床知識及技能，只有依賴畢業後不斷地吸收新知與自我學習，因此，養成有效學習的技巧與能力變為醫學教育的重點。

在英國，「以社區為基礎的學習」(community-based learning)是近年來特別受到重視的教育過程，學習的場所及重點由傳統在醫院的學習及急性病人的醫療轉變為重視在社區的學習及慢性病人的照護。新的教育課程及教學方式將醫療服務的提供與醫師的養成做更密切的聯繫，讓培養出來的醫師較能適應未來以社區為基礎的醫療服務。在許多醫學院，大部份學生約有 2 星期左右在社區內學習的經驗，在這 2 星期中，學生們在一般執業醫師的診所觀察醫師的工作，有機會和教師討論社區診療與醫院診療的差異，以下是教學內容及方式改變的例子：

1. 介紹範圍廣泛的社會醫學、文化、健康相關的題材，拓寬學生的視野。

2. 以健康照護為焦點，學生在社區醫療診所學習，再隨著必須住院的病人進入醫院學習。

3. 一般醫療與專科醫療的協調合作教學，病人由一般醫療醫師轉介到專科醫療醫師時，讓學生隨著病人做整合性的學習。

在台灣，傳統的醫學教育是在急性、以醫院為主的病患醫療上發展的，在科技發展的影響下，趨向專科化的訓練。傳統的教育制度並未能培育新的醫療體系所需的人才，醫學教育與醫療體系之間呈現明顯的落差，許多醫師不願在社區從事一般性的診療，多選擇在醫院從事專科化的高科技診療。由於醫學院的訓練未能提供良好的一般醫療技能，而需要以細專科醫師來提供社區所需的第一線醫療，更加重醫療費用的飛漲。為了改善此一情況，醫學教育必須配合醫療體系的需求。

台大醫學院於 83 學年度開始實施醫學系的社區教學，最初於金山社區進行，民國 88 年 921 地震之後改於竹山鹿谷地區辦理，加強以社區為基礎的學習並推展「整合性健康服務」。參加的學習者包括醫學系五年級的學生及二階段學程的 PGY1 醫師。學習場所包括：衛生所、基層醫師診所、社區醫院、心理衛生重建中心。89 學年度開始，增加雲林斗六地區的社區教學，讓學生參加社區健康促進計畫的推展並特別強調經由網路及遠距教學的自動學習。

由過去一段期間的實施經驗來看，讓學生在社區中獲取學習經驗的教學計劃必須考慮的問題包括：教學經費的提供、學生的食宿及交通，其次是教師的來源及教學的品質，再者，教學場所與醫院基地的距離及實習場所的大小也是必須加以注意的問題。此外，在規劃課程時，必須明確地訂定教學目標，同時必須避免讓新課程成為傳統課程大陸以外的孤島，因此，必須考慮各學科教師的合作程度，讓其他學科教師能同意課程內容以及教學目標。另外，如能將畢業後的第一年訓練也能安排到社

區學習，讓大學部課程與畢業後訓練能有聯貫性，更能落實教學目標。

在教育行政上，教學時間表、病人訪視、社區醫療團隊互動、教師酬勞、學生安全與保險等方面的安排都必須有週詳的安排，以下的建議可做為參考：

1. 以教學內容決定教學場所，使在社區進行的教學變為課程中不可缺少的一部份，避免成為邊際性的教學活動。

2. 學生在社區中的學習經驗應有縱向的聯貫性，由大學部的課程聯貫至畢業後的第一年訓練，也要有橫向的聯貫性讓各學門的學習能夠聯貫。

3. 教師的培訓研修計劃是整個教育計劃中的重要部份。

4. 建立適當的教學基地，教學場所應可容納教師、學生及其他醫療專業人員，避免造成孤立。

## 社區醫療實務

### 社區醫療通訊發刊詞

台大醫學院院長 謝博生

全民健保實施以來，由於醫療費用支付制度的不適當，造成醫療生態改變、醫療資源浪費及基層醫療萎縮，亟待改進。台大醫學院暨附設醫院成立「台大醫療體系」的目的在於建構一個融合臨床醫學與公共衛生、兼具教學與研究功能的社區醫療模式，提整合性醫療服務、深化醫學教育改革、促進社區醫學相關研究，並建立一個醫院醫療與社區醫療均衡的醫療體系，讓抱持相同理念的醫師共同參與。我們在邁入 21 世紀之際，成立了此一醫療體系，主要的理由如下：

經濟上的考量，社區醫療能夠以較低的花費提供大部分社區居民一般性的健康服務，雖有些服務是瑣碎微小，但他可提供第一線的醫療、輕微疾病的診斷與處置，有必要時才轉到大型醫院，藉以減少小病看大醫院的現象，避免醫療資源浪費。

臨床上的考量，人口老化及慢性病人增多造成醫療需求增加，這是目前窩國醫療體系面臨的主要挑戰。對老年人及多數的慢性病人而言，社區醫療能使他們在接近於日常生活環境的情境下，接受醫療健康服務及其他的支持性服務，讓他們能繼續過正常生活，而在發生急症或重症情況時才轉送到醫院接受住院治療。

另一個理由是：尋求醫院醫療與社區醫療的均衡，有助於將國民健康維護由疾病治療轉向疾病預防及健康促進，能夠以社區民衆為

主體，達到週全性照顧的目標，亦即，建立「整合性健康服務系統」(IDS)，提供以個人為整體、以社區為基礎、具備可近性、持續性、廣泛性、協調性的健康照護。

就二一大地震發生後，台大醫學院跨出學術象牙塔，動員師生參與災區的醫療衛生重建，擬定了集合醫療、保健、社會服務並涵蓋醫療制度改善的「健康社區計畫」，擬於災後重建過程中，由台大醫療體系協調基層醫師，經由提供整合性醫療服務來協助災民重建身心、營造健康社區、並藉此改善醫療制度。震災後的醫療衛生重建及健康社區的建構是耗時長久而內容複雜的社會建設工程，需要基層醫療界同仁共同參與，台大醫療體系為了凝聚共識，推展社區醫療，推動醫療制度改革，乃決定發行「社區醫療通訊」。

在台灣目前的醫療環境之下，要推展社區醫療制度必須克服各種困難，才能逐步達成。有許多問題必需考慮，包括：如何發揮社區醫療的特徵？如何提昇基層醫療的服務品質？如何落實分級轉診制度？在社區中的診所及醫院如何互相協調合作？社區中的各家醫院如何分工互補？台大醫療體系如何發揮其協調基層醫師及社區醫院的功能？如何推動醫療制度的改善？這些問題將是本刊未來探討的重點，希望將由意見分享、資訊提供來促進合作，一方面讓災後的醫療衛生重建順利推展，一方面共同努力於醫療制度改革，營造理想的醫療環境。

本刊由台大醫學院社區醫學研究群辦理編輯及發行相關事務，在籌辦期間，承蒙陳慶餘主任、李明濱主任、侯勝茂主任、梁繼權副

教授及諸位編輯同仁費心協助，謹致衷心感謝。敬請諸位醫界先進、同道踴躍賜稿，利用本刊做為發表意見、共享經驗的園地，達成我們共同的理想。

---

### 台大醫療體系現況

台大醫學院社區醫學研究群執行長 陳慶餘

台大醫學院社區醫學研究群執行秘書 邱泰源

---

「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，基層醫師與社區醫院之間互相照會轉診，分工合作，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衆提供「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務，病人能得到最佳的治療照護。

台大醫療體系在執行層面上有兩大精神，第一是藉由提供繼續教育、專業研修及視訊會議以提昇基層醫療品質；第二是藉由基層醫師攜手合作，建立良好的轉診制度，與社區醫院共存共榮，提供民衆有效率的整合性醫療顧，

共同建構「健康社區」。目前所規劃的工作時程，大致上可分下列三個階段：

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支援該社區醫院所必須之專科人力，讓各位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。

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，因此將於三月一日開始在鹿谷社區實施第二階段工作，建立轉診制度及各項諮詢照會及醫療支援服務，日後再逐步擴及到其它社區（以災區為優先）。

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衆健康需求，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。

追求健康社區、強調基層自主的「台大醫療體系」，雖然由台大醫學院以教育的前瞻性眼光來帶動，但是整個體系的實際運作，則由社區的各醫療群透過共存共榮的精神來決定方向及細節。在此竭誠歡迎認同「台大醫療體系」理念的醫界同仁，共襄盛舉，一起加入這個可匡正目前健保缺失、維護醫界尊嚴、促進醫界合作、提昇醫界形象的體系，共同努力營造一個理想的醫療環境。

---

## 社區醫學與災後重建

台大醫學院家庭醫學科 陳慶餘

---

個人健康與家庭、社區關係之密切，在此次震災表露無遺。相信參與緊急支援的團隊成員都有以下的共同体認：在地震發生後，山崩地裂、房屋倒塌，直接的死因來自活埋窒息；能夠從殘簷瓦礫中脫困者非死即傷；僥倖逃生者也飽受驚嚇；餘震不斷、露宿街頭；生活環境惡劣，急性胃腸炎、上呼吸道感染、皮膚病求診案例增加；由於交通電訊中斷，山區慢性病患者有賴於巡迴醫療，得以持續服藥。急性

期後，醫學生到災戶訪查，看到許多創傷後壓力症候群的患者；在組合屋內聚集的民衆，隱藏著人地生疏、就業困難的問題。從日本阪神大地震災後重建的工作至今五年，問題仍層出不窮，前車之鑑後車之師，重建工作預防比治療更重要，是危機亦是轉機。以醫療體系為例，應視為改造醫療體系、實施分級醫療的良好時機。

家庭醫學重視災後衛生醫療重建工作，有其歷史背景和時代使命。家庭醫學在台灣的發展是以社區醫療起家，從1979年在台北縣貢寮鄉澳底地區的社區醫療保健實驗計畫開始，奠定基礎獲得成功。兩年的成果證明經過良好一般科住院醫師訓練的家庭醫師投入衛生所工作，以醫療為手段，保健為目的，並在教學醫院的支援協助下，不僅能滿足民衆對健康的需要，並能增進公共衛生的績效，提昇基層醫療的水準，其後衛生署在1983年開辦群體醫療執業中心以及1986年籌建全國醫療網，皆根據以基層醫療為重心的構想。借全民健保未能配合而提早在醫療網未完成建立前實施。從全民健保實施前後，各級基層醫療院所的數目和醫師人力的分佈來看，醫院偏向大型化，醫療走向醫院化而基層醫療萎縮的趨勢越加明顯，健保財務的連年虧損。在醫院講求績效下，家庭醫師的培訓工作亦受到重大的衝擊。

面對醫療體系的惡質化以及全民健保迫切需要多元化改造之際，台大醫學院謝院長率先自1998年實施二階段學程，成立社區醫學研究群並於桃園醫院設置基層醫療訓練和社區醫學中心，以此模式來培訓各科住院醫師具備從事基層醫療工作的能力。作為基層醫療團隊的一員，家庭醫學科全力配合推動醫學教育改革，以開創生機。

社區醫學是以社區居民整體性的照顧為導向，經由健康問題的確認，評估可用的資源設

定目標，提出問題解決的計畫，再由計畫執行後的修正終至問題的解決。在因應民衆健康需要培訓社區醫療人才，謝院長本來就有在本校農學院經營的溪頭森林遊樂區成立長期照護和健康促進中心的構想。九二一震災發生後，身為醫療衛生召集人，謝院長不遺餘力，規劃以鹿谷竹山為災後身心重建工作示範區。地震後社區醫學的課程隨即改在鹿谷竹山舉行。在災區，由於地震破壞所造成不同健康問題的需求包括身體、心理和社會三個層面，且與日俱增。從事社區醫學的教學充滿挑戰性，必須面對不同時期的各種問題，從服務中學習，採取災民所接受和即時因應的態度，直接參與重建工作。

醫療衛生的工作是災後重建工作的核心，災難一開始，地方開業醫師不足以應付緊急醫療的需要，全省各地醫療人員聞訊後主動加入，在衛生署的統一指揮下在災區各鄉站由各責任醫院成立醫療站協助。緊急命令頒布後，災區提供災民免費醫療。在地方醫療復業醫療站撤出後，為協助災民心理重建的需要，首要的工作就是訓練災區的家庭醫師參與創傷後壓力症候群病患的診療，謝院長進一步提出以落實分級醫療並保障醫療品質為號召的台大醫療體系，在鹿谷竹山地區實施。邀請地方開業醫師參與組合屋醫療站的服務工作，辦理年節活動，結合醫師的力量主動參與，重振醫師形象，促進地方產業的復甦，進一步擬定健康社區方案。

隨著社會經濟發展、政治民主進步、醫事人力的增加，以及社區主體意識的伸張，與民衆切身相關的醫療衛生服務，透過社區的參與來達成，先進國家近年來逐漸形成健康社區的理念，台灣也不例外。從過去二十年來的經驗，家庭醫師的養成訓練是政府基層醫療的革新政策。家庭醫師從事以社區為導向的基層醫

療，健康社區的達成是其理想目標，所應用的策略是透過社區健康評估、擬定計畫，並結合地方資源，以營造社區的特色，近年來在某些縣市已獲得成果。以鳳凰為標誌的台大醫療體系，象徵災區浴火重生。今後重建工作，將繼續結合政府及民間的力量，由鹿谷竹山地區開始逐步擴展，創造新世紀美好家園的願景。

---

## 台大的主張《邁向健康大國》

台大醫學系主任 侯勝茂

---

台灣經過激烈的選戰後，而新政府正要帶領我們邁入 21 世紀，醫學院謝博生院長召集公衛、醫學院內多位教授學者，共同擬定台大的主張，作為新政府施政之參考，因參與其事，故節錄台大的主張如下。

我們正面臨從未有的重大挑戰，例如：人口的老化、高科技醫療飛躍發展，醫療支出高漲，全民健保產生財政危機，醫療人力分佈不均，專科別不均衡發展；也因為社會之變遷，進入工業社會產生新的醫療衛生問題如慢性病、退化性疾病，職業傷害及多種危害健康行為產生之問題如嚼檳榔、藥物濫用、吸煙等。再加上去年之 921 大地震，均暴露出災難應變體系的不足及震後的人文與心靈重建工程之重要性。

雖然我國衛生醫療工作近 50 年有長足進步，但也有目前幾項缺失，例如 1. 重醫療而輕保健；對預防性保健服務及健康生活之促進方面，較少有具體且系統性的推動。因為以現有的醫療體系與功能，要來應付社會轉型後之問題，的確有所不足。2. 重專科而輕基層醫療：醫師養成教育及職業的過度專科化，使原本應以人本為主之整體醫療，矮化成以器官與疾病為對象的片段模式，再加上專科間橫向聯繫不

足，均影響到醫療品質與效率。3.醫療資源的分配與利用不當；醫療系統不論在垂直的轉診制度或橫向的醫院間聯繫仍然薄弱，無法落實分級醫療及減少資源重複浪費的現象。4.支付制度的不合理：導致醫療生態之不平衡發展，各大醫院爭先引進高科技、高成本之檢查及治療，並使醫療機構必須以「量大」來維持生存，當然無法提昇品質。5.醫事人員團體之對立情結，如健保局與醫療界，基層醫療與醫院，醫師與藥師之間的紛擾，均為妨礙服務品質提昇的絆腳石。

我們提出的遠景為建構整合性、互補性的醫療體系，以有效率、高品質的醫療行為、前瞻性、身心並重之疾病預防措施以及和諧、透明的醫病關係，來促進個人及群體健康，營造健康大國。

台大期待新政府能進行具時效性、階段性的改革措施如 1.建構整合性健康照顧體系（IDS）；應成立健保體檢小組做全面檢討，尤其對弱勢族群、地區照顧之提昇，列為首要工作。而 IDS 便是解決之方法，這種以社區為基礎，以民衆為中心之照護制度，藉成立健康維護聯盟，試辦論人計酬制，來提供連續性、全面性的健康照護。2.醫學教育與醫療的提昇；重視社區診療訓練，提昇基層醫療能力，並進行醫療效能，實證醫學方面的研究，強化醫學會之學術功能，發揮醫療同儕之制約力量，對國家級醫院適當編列預算來支持尖端醫學研究並追蹤其表現。3.健康危害因素的防治；如①病原體之控制（如肝炎、結核及愛滋病）②個人不健康行為（如抽煙、檳榔）③環境生態的危害因素（如污染）④人口結構老化及肥胖等四個危害國人健康最重要四個因素進行研究及控制。

大家對新政府充滿期待，也應有信心，台大更承諾在改革中不缺席，一定善盡知識份

子之責任，大家一起來共同創造台灣更美好的未來。

## 建構基層自主的健康照護體系 ——台大醫療體系現況

台大醫學院社區醫學研究群執行長 陳慶餘

台大醫學院社區醫學研究群執行秘書 邱泰源

大選後，衛生署公開承認健保財務的窘境，並擬推出各項「開源節流」的措施，包括：總額預算及論人計酬等制度。各大醫學中心也早已準備因應對策，而基層醫療院所則因無力感而怨聲載道外，也只能依照往例全力阻擋新健保制度的實施。其實不管健保制度如何改變，都可堅持社區自主的原則。基層醫療界應跳脫舊有思考窠臼，無論各種健保制度都可建立基層自主的制度，並維持基層醫師的生計及尊嚴。一味怨嘆及阻擋反而會失去改革契機，此時大家更應發揮智慧，共謀醫界、民衆及國家三贏的健保制度。台大醫療體系即致力於建構基層自主的健康照顧體系，以隨時創造並掌握健保改革的契機。

### 台大醫療體系的意義

「台大醫療體系」的宗旨是結合臨床醫學與公共衛生，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。

### 台大醫療體系執行策略

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

醫師與社區醫院之間互相照會轉診，分工合作，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。同時可由社區醫療群主動協調社區醫院，再與台大醫院形成健康照顧聯盟，以迎接隨時將實施的新健保制度（如下圖）。

台大醫療體系中之健康照顧聯盟，其特點為：

1. 社區自主——由社區醫療群之基層醫師共同協商，決定相關之醫療費用支付方式。
2. 同儕制約，合理控制醫療費用。
3. 提昇醫療專業之自主性。
4. 確實提供社區民衆可近性、週全性及持續性之醫療保健照顧

台大醫療體系在執行層面上有兩大精神，第一是藉由提供繼續教育、專業研修及視訊會議以提昇基層醫療品質；第二是藉由基層醫師攜手合作，建立良好的轉診制度，與社區醫院共存共榮，提供民衆有效率的整合性醫療照顧，共同建構「健康社區」。目前所規劃的工作時程，大致上可分下列三個階段：

第一階段：資訊分享，集思廣益，形成共識

第二階段：建立雙向轉診，提供照會諮詢及醫療支援

第三階段：建立整合性健康醫療服務系統。

#### 台大醫療體系目前進度：

##### 鹿谷社區醫療群第一次工作會議

於 89 年 3 月 19 日在鹿谷鄉農民診所視訊會議室舉行，由鹿谷社區醫療群主任委員汪弘洲醫師主持，出席成員包括陳首志醫師、胡錫鏗主任、曾孝明醫師、林永昌醫師、張正隆醫師及邱泰源醫師，列席指導則包括：謝博生院長、陳慶餘教授、林肇堂教授、李蘭教授、李雲裳主任及陳恆順醫師等。會議中針對鹿谷鄉巡迴醫療、社區醫院選擇，及如何建立整合性

健康醫療服務系統進行討論，並將選擇清水、秀峰、瑞田三村進行健康營造工作。

##### 基層醫師熱烈參與台大醫療體系

至四月中旬為止已有超過四百名基層醫師表達意願贊同台大醫療體系的理念，目前台大醫療體系將按期寄發「社區醫療通訊」，並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，共思如何建立三贏的整合性健康醫療服務體系。

##### 台大醫療體系鹿谷社區醫療群遠距教學及會診視訊系統建立

今年 3 月 28 日由台大醫學院醫學資訊組同仁在鹿谷鄉農民診所設置視訊系統，並完成測試，同時於 3 月 29 日即聯接台大醫學院資訊組視訊教室及 101 講堂內科臨床討論會，成功完成醫學院及基層醫療雙向遠距教學，為基層醫療遠距教學及會診建立歷史性新頁。

#### 結 語

追求健康社區，強調基層自主的「台大醫療體系」，雖然由台大醫學院以教育的前瞻性眼光來帶動，但是整個體系的實際運作，則由社區的各醫療群透過共存共榮的精神來決定方向及細節。

目前，因人力因素，先在鹿谷社區醫療群積極推行雙向轉診，提供照會諮詢，並建立整合性健康醫療服務系統，並擬由下而上在基層自主原則下建立「鹿谷健康照顧聯盟」，並將試辦預付式醫療費用支付制度。如果此模式能夠成功，而以社區自主的論人計酬制可保障基層醫療尊嚴及未來，則可全面推廣。

## 九二一震災後身心重建之精神醫療介入： 台大醫療體系之經驗回顧與前瞻

台大醫學院附設醫院精神部 廖士程 李明濱

### 前言

一九九九年九月二十一日凌晨所發生芮氏地震儀 7.3 級的集集大地震，是台灣近百年來最嚴重之自然災害，死亡人數超過兩千一百人，使得數十萬人無家可歸，並造成受災民衆及救援人員精神及肉體上之重大壓力。在心理重建工作的規劃上，精神醫療人員的介入將責無旁貸，而且需求甚大。本文以精神醫療介入之觀點，描述台大醫療體系在災難後急性期以及復原期中所扮演之角色及面臨之問題，並期與精神醫療界之同道做經驗之分享。

### 急性期之介入

#### 緊急醫療站之精神醫療服務

自八十八年九月二十一日下午起，台大醫院即組織緊急醫療小組，開赴南投埔里鎮開設緊急醫療站，並且因應當地過去之就醫型態，提供民衆巡迴醫療之服務。有鑒於部分醫療站就醫民衆有精神醫療之需求，國立台灣大學在陳維昭校長率領下，臺大醫院李源德院長、精神部李明濱教授、以及心理系吳英璋教授，共赴埔里及竹山地區，實地瞭解當地之精神醫療狀況，而且在台大醫學院謝博生院長之領導下，成立災後心理重建小組。自九月二十四日起，即規則派遣精神科醫師駐站執行醫療業務。在此期間，精神科醫師直接參與診療、協助轉介，針對急性壓力症候群及其他精神醫療相關問題，研商治療策略並討論個案。

自九月二十八日起，衛生署協調各醫學中心及支援醫院服務區域，台大醫療體系轉至鹿

谷及竹山地區，設立急救站進行醫療服務。此時，醫療站內之服務模式已逐漸穩定，採檢傷分類後依病情轉至各分科處理，並依業務量彈性調配人力，其中結合各科醫師、護理、藥師、社工、公共衛生、營養師、以及一般勤務人員等，精神科醫師亦實地參與巡迴醫療或巡迴人員之勤前教育，並於每日討論個案鑑別及處置問題。此時精神科介入之原則主要是以恢復受災民衆往日之功能為預期目標，加強災難資訊之提供，幫助於受災民衆了解發生了什麼事，此外並給與情緒支持（emotional support）、接納（acceptance）其災後反應、強化自尊心、確認目前可獲得之資源、肯定其放棄責難、積極參與復原、尋求樂觀之道、以及恢復日常生活責任之努力。藥物處置方面以症狀治療為主，並避免過度鎮靜，維持個案較佳之認知功能以及應變能力，有助於整合受災經驗及進行心理復健。誠如過去文獻所記載，各醫療服務體系在災後救援工作上，有可能發生服務範疇之界定、醫療理念之溝通、以及權利義務等問題，在整合當地醫療資源之過程中，亦可能受固有醫療生態之影響，故除緊急醫療站服務之質與量以外，溝通與協調亦爲此一階段工作之重點。此外，在受災地區民俗治療以及精神醫療並存亦爲許多民衆以及醫護人員所共同經歷，且發人深省之現象。

### 復健期之介入

#### 整合型社區醫療服務

根據衛生署對於災後精神醫療作業之規劃，震災後第一個月爲急性期，工作重點爲緊急醫療站之服務，主要服務單位爲各大醫學中心以及責任醫院。而自第二個月開始至緊急命令結束前，是爲復健期，工作重點以恢復災區當地之醫療體系爲主，災區所屬之精神醫療機構爲第一線單位，而原本急性期第一線之醫療

單位，則擔任支援及協助之角色。台大醫療體系仍以鹿谷及竹山地區作為服務區，並與衛生署草屯療養院共同合作，進行第二階段之身心復建工作。在身兼全盟及民間諮詢團領導群之台大醫學院謝博生院長之領導下，結合公共衛生專家、臨床心理專家、社會工作專家、以及台大醫院家庭醫學部及精神部等，成立台大醫學院社區醫學研究群之醫療衛生暨心理重建組，以社區醫學之模式，與衛生署草屯療養院共同進行第二階段身心重建之工作。本階段之工作重點，在組織工作團隊，進行相關之資源整合，並提供整合性之醫療服務，包括結合精神科及其他科別之門診、急診、住院、長期照護、及巡迴醫療服務。本體系之辦公室設於台灣大學實驗林管理處中，提供行政、教育、人員膳宿、以及後勤支援等服務需求。衛生署「災後心理衛生服務中心」竹山鹿谷部份亦擬設於該處。

在精神醫療及心理復健部分，為協助當地醫療系統復原及長期照護，以草屯療養院為第一線服務單位，台大精神部為支援單位，而後視工作量及工作內容，結合心理學及社會工作相關專業服務。精神醫療及心理復健工作站首先設於竹山地區之綜合醫院，每週有精神科醫師駐診，視需求及服務模式，結合心理、社會工作等專業，共同安排以週為單位之門診服務。未來視業務量之消長，進一步拓展至其他醫院駐診，或調整服務模式及地點。此外亦將社區心理衛生服務擴展於鹿谷地區，並以社區訪視（家訪）為主之服務模式，與當地基層醫療醫師合作，提供轉介服務，目前草屯療養院已在鹿谷鄉衛生所設立災後心理重建特別門診，接受個案轉介，提供社區整合型社區醫療服務中精神醫療之部分。此外，整合式醫療服務體系亦逐漸將焦點集中於高齡人口、兒童青少年、以及組合屋居民等潛在之高危險族群之

追蹤與服務。

### 教育訓練

於震災發生初期，有鑑於災區兒童青少年適應問題處理之迫切性，本部兒心人員，曾至竹山地區，與當地基層醫師、公衛護士、學校老師、以及家長等進行兒童青少年災後適應問題之座談會，其後亦有草屯療養院兒心之專業工作人員，前往此區域中之各級學校進行學童心理衛生狀況之調查，並逐步建立轉介管道。此外，台大醫療體系，亦針對災區各中小學進行訪查，由各學校提供校園心理衛生需求，以為進一步身心重建服務之推行。目前已針對學校老師，舉辦多場座談會，除提供情緒支持外，亦與教育工作人員，共同商討學童適應問題之處理原則以及轉介事宜等。

有鑑於在災後身心重建工作中，基層醫師將肩負相當大部分之醫療業務。台大醫療體系於八十八年十二月五日由中華民國家庭醫學學會、中華民國精神醫學會及台灣大學醫學院共同籌辦為時一日之在職教育課程，對象為台中縣及南投縣家醫學會會員。課程中結合精神科教師、臨床心理學家、以及社會工作專家，針對災後壓力症候群之生物、心理、社會面向進行教育演講及討論，目的在協助災區之基層醫師認識災後壓力症候群、增進個案辨識能力、認識災後相關併發症、一般性處置原則、增進轉介及評估能力。

竹山秀傳醫院及草屯療養院因震災後業務調整，提供護理等相關人員接受訓練加入社區心理衛生服務。草屯療養院與本體系進行教育訓練合作，共同訓練參加家醫科社區醫學訓練課程之學生，並結合當地之衛生所及公共衛生系統實施之，依訓練需求，聘任當地醫療機構資深人員為醫學院臨床專家。於社區調查部分，各項社區公共衛生調查宜整合，避免冗長

而重複之問卷及察訪，應以服務為出發配合實際之調查需求。此外亦於草屯療養院以及台大醫學院間，建立遠距教學及影音傳輸系統，以利爾後業務協調及教學之需求。

### 社區精神醫學之必要性

在震災後，各個醫療體系之專業人員，深切體認社區體系在推動醫療保健業務以及災後重建中扮演之重要性。防患於未然，預防重於治療是衛生保健的共識。對精神疾病、行為障礙等問題可沿用公共衛生三級預防之理論減輕其傷害，協助病患恢復身體、心理、社會功能之健康：所謂第一級預防 (primary prevention) 是防患於未然，預防疾病的發生，並促進健康發展；第二級預防 (secondary prevention) 是早期發現疾患、早期治療、避免其慢性化；至於第三級預防 (tertiary prevention) 是對於病情較穩定的病患，給予適當的追蹤照顧及復健 (rehabilitation)，減少其慢性化後遺症，協助病患回歸社會主流。若病患在病前從無健康的生活形態，則可訓練其健康生活方式 (healthy habilitation) 而重新生長。諸多病患缺少健康的病前生活史，因此無法重新回到以前的健康生活，此乃 habilitation 及 rehabilitation 之差異。從社區精神醫學 (community psychiatry) 立場來看，可以做的預防工作為：壓力調適、民衆之心理衛生教育、學校之心理衛生、近年來針對高危險群之教育與追蹤，諸如目前急需之創傷後心理復健工作，都是未來積極努力的方向。民國 79 年 12 月 7 日公佈之精神衛生法，明定精神復健及社區醫療為不可缺少之治療方針。全民健保開始後之身心障礙者福利法亦將精神病患納入，用意良善。但目前台灣推行社區精神醫療仍有困難之處，包括社政、醫療衛生、警政單位間的彼此協調及整合；目前全民健保之給付、社區復健設施設置標準，無法使民間積

極參與，社區復健機構仍不足；社區心理衛生中心尚未建立，無法推動整體性的社區預防精神醫學；社區內緊急危機處理的機構仍不足；社區民衆對精神病患歧見仍深；社區精神醫療未能善用社區資源等；這些問題之改善將是我國未來推動社區精神醫學之重要課題。

### 健康社區理念

台灣地區過去之醫療衛生工作著重於傳染病的預防和疾病的治療，對於預防性保健服務及健康生活之促進方面，較少有具體且系統性的推動，以現有的醫療體系與功能，要來應付社會轉型期間所發生的種種健康問題，的確有所不足。因此，如何整合現有醫療保健設施，善用社區資源，加重個人和社區對健康問題的關心和協助，是十分重要的課題。地震災後，災區民衆的健康問題除精神科相關疾患如創傷後壓力症候群外、急性上呼吸道感染、慢性病人用藥停頓、肌肉關節傷害等，目前已漸進入另一階段。各災區村落及災民收容中心健康問題亟待進一步正確評估，尤其防疫、心身症狀治療及心理復健等工作的進行，以提昇災民健康狀況，俾有能力重建家園。受災地區的基層醫療體系雖然逐漸恢復功能，但是對新的健康問題的診治及心理復健尚無法擔任。部份醫院硬體建築難再修復使用，醫護人力已有部份流失，而災區人口大量外移，需要一段時間才會回流，因此醫療生態勢必變化，如何整合目前醫療資源固為首要，然而此時亦為將來重建更佳醫療體系的契機。由於災害極有可能再度發生，宜藉此次受災經驗來推展災害醫療的醫學教育及研究，期使未來的災害能降低傷亡，並儘速恢復災民身心健康及社會功能。

### 結語

九二一震災迄今已逾半週年，各項急性期

救援工作已逐漸進入尾聲，然而精神醫療之需求可能日漸增加，如何整合各項醫療資源，尊重社區民衆之自主性，確認高危險族群，增強個案辨識能力，充實處置之本職學能，並暢通爾後精神科個案長期治療之轉介及追蹤管道，落實由基層醫療、地區醫院、進而精神醫療專業機構之轉診系統。進一步藉由災後重建之機會，探討過去應建立而未建立之社區概念及實務，藉由制度面以及實際之醫療保健甚至文化建設之作爲，使工作重點逐漸由災後身心重建轉爲積極促進身心健康，共同達成健康社區之遠程目標，可能爲第三階段工作應注意之事項。

---

### 災後心理社會重建之省思與前瞻

台大醫學院精神科暨社會醫學科教授 李明濱

---

人類在遭逢災難後，可能會出現各種不同之身心反應，當症狀及功能損害到達一定程度後，則可能形成某些精神科疾患，而災後之身心重建工作則刻不容緩。此外，在臺灣遭逢百年鉅災後，吾人則深刻瞭解建立本土災難醫學體系之必要性。針對上述災後心理社會重建以及災難醫學議題，八十九年五月二十日下午，由台灣醫學會與中國醫藥學院合辦「災難醫學國際研討會」，會中邀請國際間熟悉於災難醫學之學者，與本國參與急性期醫療救援，以及災後身心重建之各級醫療專業人員，共同討論及分享與震災相關之醫療經驗，並展望未來之社會心理重建。

一般而言，在災難後第一個月內是爲急性期，工作著重於心理支持及衛教，第三至第六個月是爲復原期，此階段工作著重危機處理及哀傷反應處理，第六個月後是爲重建期，著重發覺並追蹤高危險個案、心理輔導、以及精神

醫療。

根據災後心理重建工作經驗，值得省思者至少含下列幾大項：(1)志工角色與專業問題：諸多民間志工團體亦參與災民之心理輔導，缺乏與專業團隊之整合；(2)調查與轉介問題：各機關團體對學校兒童及災民進行諸多問卷調查，而缺乏調查後之後續措施，導致部分民怨；(3)輔導與治療問題：輔導與治療的範疇有其重疊處，互相缺乏溝通，導致居民對 PTSD 之治療認識不足；(4)整合與協調問題：災區各熱心團體之人力資源及輔導業務內容，彼此缺乏整合與協調；及(5)分期與持續問題：重建爲一多元化之長期工程，宜有系統性之分期規劃及分階段實施。

以台大醫學院所設計之台大醫療體系而言，心理社會重建係考慮身心整合的重建，其主要目標包括：(1)以服務、教學、以及研究三方面爲主體；(2)結合醫學、公衛、心理、以及社會工作等學界；(3)提供災後重建醫療衛生相關諮詢與服務；及(4)進一步達成建設健康社區之長期目標。有鑑於此，此一體系之心理重建小組需有一跨功能之有效行政組織；其實施方式則分爲下列三階段：

第一階段：以學校團體諮商，對象爲學校教育工作人員以及學生。

第二階段：針對個案治療及追蹤；主要對象爲災後適應困難之個案。

第三階段：實施週全性持續性的醫療照護，其對象除精神疾患個案外，尚包括同時罹患慢性疾病之個案。

921 震災迄今已滿半年，各項急性期救援工作已逐漸進入尾聲，然而精神醫療之需求可能日漸增加。心理衛生體系提出(一)提高心理衛生主管層級，(二)設立中央災難心理衛生委員會，協助制定災難心理衛生相關法令及政策，(三)規劃人力，建立災難心理衛生專業人力庫，

(四)建立教育訓練計劃，包括專業、志工、及一般民衆，(五)進行國際合作等未來努力之方向。在此同時，如何整合各項醫療資源，確認高危險族群，並暢通爾後精神醫療長期治療之轉介及追蹤管道，藉由制度面以及實際之醫療保健甚至文化建設之作爲，使工作重點，於逐漸由災後身心重建轉爲積極之促進健康，共同達成健康社區之遠程目標。

### 以基層醫師為主體的健康照護聯盟 ——台大醫療體系現況

台大醫學院社區醫學研究群執行秘書 邱泰源  
台大醫學院社區醫學研究群執行長 陳慶餘

「不要問國家能爲醫界做什麼，而要問醫界能爲國家社會及民衆做什麼」醫界應以寬廣的心胸，集合衆人的智慧，前瞻性的建構出對民衆、政府及醫界三贏的健康照護模式。

#### 建構三贏醫療體系的理念：

衛生署最近擬議試辦地區總額預算支付制度，依據初步訂定的實施規範，此一制度將採取由醫療院所組成「健康照護聯盟」的方式辦理，其用意在於將健保財務的風險，從健保局轉給醫療院所，由了解醫療資源使用適當性的醫界自行擲節醫療費用，此一改革方向應該有助於控制日益飛漲的醫療費用，也有助於整合性健康照護系統 (IDS) 的建構。

但是我們認爲以大型醫院爲主體的「健康照護聯盟」可能使基層醫療更爲萎縮，基層醫師可能成爲財團醫院的雇員或傭兵，爲了避免此一不良的後果，台大醫療體系建議試辦由社區基層醫師爲主體的健康照護聯盟，亦即採取以社區爲單位的方式成立健康照護聯盟，密切與社區結合，反映社區的意願與需要，一方面

提供整合性健康服務，一方面嚐試與其他社會服務整合，朝向健康社區的方向發展。

台大醫療體系擬先在鹿谷社區嚐試籌組以基層醫師爲主體的健康照護聯盟，將臨床醫學與公共衛生結合，以比較節省資源的方式維護民衆健康，避免以大型醫院爲主體的健康照護聯盟可能動輒使用昂貴的醫療資源，形成醫療費用的無底洞。

鹿谷地區醫療聯盟規劃擬採取適合國情的總額預算制但論量計酬精神，在策略上特別注重預防，落實「花小錢、醫小病，免大病，省大錢」的醫療模式，同時要求轉診品質及稽核以避免浪費，並提昇效率，同時在醫病之間建立起長期的穩定關係。台大醫療體系已於六月份開始，先在鹿谷地區接受社區民衆的簽署登記，讓民衆自主選擇提供持續性、週全性健康照護的醫師，相關的配套措施也積極進行。希望以寬廣的心胸，集合醫界及社會的智慧，前瞻性的建構出對民衆、國家及醫界三贏的健康照護模式。

#### 台大醫療體系目前的進展：

##### 1. 社區發展座談會

有鑑於 921 震災後，各災區仍有許多熱心團體協助社區重建，爲了避免災後重建資源的浪費，因此台大醫療體系即邀集在鹿谷社區所有重建團隊一起於五月十日中午假南投縣衛生局會議室舉辦座談會，各團體以追求健康社區爲主軸，針對醫療保健、生態保育、社會福利及教育等方面議題進行溝通，會議時台大醫學院謝博生院長及南投縣衛生局陳獻桐局長均列席指導，由台大醫學院陳慶餘教授主持，會中完成多項共識，並共同爲鹿谷社區重建及邁向健康社區做最有效率的努力。同時，在本次座談會後，慈山醫院也正式簽約加入台大醫療體系行列，扮演本體系轉診社區醫院重要角色，

本體系鹿谷社區醫療群也將視鹿谷民衆需要，謹慎地再選擇理念相同，願意落實轉診制度的醫院合作。

#### 2.端午飄粽香，香包送溫情

爲延續台大醫學院及台大醫療體系對災區民衆的關懷及祝福，我們選擇目前整合性醫療保健試辦地區鹿谷鄉提供家戶送香包活動，本活動由台大醫學院師生籌辦，台大醫療體系鹿谷社區醫療群醫師們合辦，在六月六日端午節前經由村長把香包送到各家戶，同時也宣導整合性醫療的理念，並簽署認同卡，民衆反應相當熱烈。

#### 3.定期工作會議

台大醫療體系工作會議日前分兩處每週定期舉行，鹿谷社區醫療群方面則在鹿谷當地舉行，針對整合性健康照護及預付式支付制度，進行宣導及推展，並依據民衆的需求，提供更高品質的第一線及轉診醫療服務。在台大醫學院這方面，則針對鹿谷當地推展工作的困難，集合各領域專家，定期開會，予以立即處理及克服，如此累積在鹿谷實務及醫學院理論兩方面的經驗，應可研擬出符合國情及民衆需求的照顧體系。

#### 4.視訊遠距教學及會診

爲了使鹿谷社區醫療群們在百忙之中，更能隨時掌握最新科技發展及醫療現況，因此每週皆利用台大醫學院與鹿谷農民診所兩地連線視訊系統進行學術交流及教學活動。基層醫師們皆認爲成效良好，將來亦可使用在遠距會診，隨時提供民衆最周全的照顧。

值此，醫界將面臨重大改革之際，勉勵醫界同仁能擁有「不要問國家能爲醫界做什麼，而要問醫界能爲國家社會及民衆做什麼」的精神，大家敞開胸懷，以照顧民衆爲最高目標，共同努力打拼。

## 台大醫療體系現況介紹

台大醫學院社區醫學研究群 執行秘書 邱泰源

台大醫學院社區醫學研究群 執行長 陳慶餘

台大醫療體系健康照護聯盟推動辦法已確定，歡迎各醫院及基層醫師成立相關社區之健康照護聯盟，共同提升醫療品質、促進民衆健康。

### 台大醫療體系的內容及特點：

台大醫療體系以醫療群爲基本單位，醫療群由社區之基層醫師組成，向上與社區醫院及台大醫院，形成縱向合作。在社區之內，基層醫師與社區醫院之間互相照會轉診，分工合作，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。同時可由社區醫療群主動協調社區醫院，再與台大醫院形成健康照顧聯盟，以迎接隨時將實施的新健保制度。

台大醫療體系中之健康照護聯盟，其特點爲：

- 一、社區自主—由社區醫療群之基層醫師共同協商，並有決定相關之醫療費用支付方式的權利。
- 二、同儕制約，合理控制醫療費用。
- 三、提昇醫療專業之自主性。
- 四、確實提供社區民衆可近性、週全性及持續性之醫療保健照顧。

台大醫療體系在執行層面上有兩大精神，第一是藉由提供繼續教育、專業研修及視訊會議以提昇基層醫療品質；第二是藉由基層醫師攜手合作，建立良好的轉診制度，與社區醫院共存共榮，提供民衆有效率的整合性醫療照顧，共同建構「健康社區」。

## 台大醫療體系目前進度

### —澄清醫院簽約加入台大醫療體系

鹿谷社區醫療群由鹿谷基層醫師主導在 3 月份正式成立，並於 5 月份邀集慈山醫院加入擔任社區醫院角色，而後經嚴謹的評估及充分的溝通，於 7 月 14 日台中澄清醫院正式簽約加入台大醫療體系，擔任中部轉診區域醫院的重要角色。澄清醫院加入後，鹿谷社區醫療群所主導的健康照護聯盟正式建構完成，此後「鹿谷健康照護聯盟」間各級醫療單位，將充分合作，互相分享人才、技術、圖書及網路資源；同時特別加強橫向及縱向的醫療轉診工作，以確實提升醫療品質，促進民衆健康。

台大醫療體系健康照護聯盟推動辦法已通過：

台大醫學院社區醫學研究群暨台大醫療體系第五次聯合業務會議於民國 89 年 7 月 11 日舉行，會中除確定台大醫療體系工作分組及 89 學年度工作計畫外；同時也通過「台大醫療體系健康照護聯盟推動辦法(如文後之附件)。本辦法通過後，將歡迎有意正式加入台大醫療體系的基層醫師及醫院成立相關社區之健康照護聯盟，共同在台大醫療體系協助指導下，提升醫療品質及保障民衆健康。

### 台大醫療體系定期工作會議：

台大醫療體系有五個工作分組，每週分別舉行工作會議及定期召集聯合業務會議，目前推展的重要工作項目除了推動健康照護聯盟外，也包括：(1)鹿谷社區整合性醫療保健服務的實施及評估；(2)鹿谷社區總額預算制之規劃；(3)竹山鹿谷社區心理衛生服務；(4)設立溪頭長青健康中心；(5)鹿谷社區災後身心重建及健康社區計畫；(6)電子轉診病歷研發；(7)遠距教學等工作及(8)PGY1<sup>[1]</sup>與醫五CBME<sup>[2]</sup>訓練課

程。

### 註釋：

1. 畢業後第一年住院醫師
2. 社區為基礎醫學教育

---

## 展現災區重建新風貌

台大醫學院院長 謝博生

---

921 地震週年，災區的重建千頭萬緒，雖然政府及民間單位都相當努力，但是重建工作的進展及成果仍然未能令人滿意。目前，大家的注意力都放在道路橋樑、校舍公共設施等硬體的重建，認為人力及經費不足、法令限制、行政效率不彰是重建進度遲緩的原因，但是，我們認為軟體的重建相對受到忽視是另一值得注意的問題。

震災後，房屋倒塌的民衆經過初步安置後，有人遷入臨時屋，有人領取房租津貼離開原來社區，他們面臨的問題是：親人受難、家園破碎、工作喪失，生活型態改變，原有社區瓦解、經濟發生困難，這些問題長久未獲舒解，導致各種心理社會問題產生，影響身體健康。

由醫療衛生的觀點而言，硬體方面的重建固然重要，以人為中心的軟體重建也非常重要，這方面包括健康生活的恢復及人文、教育、社會產業的重建，而建立一個將健康、人文、教育、社會服務、產業、生態景觀、環境保護融合為一體的健康社區，可以說是最重要的重建目標。此一目標的達成需要有前瞻性的規劃及按部就班的推動執行。在硬體重建進度遲緩的情況下，協助災區展開個別生活的重建及身心健康的復健，應是值得政府重視的課題。

台大醫學院暨附設醫院於震災後立即經由台大醫療體系，協調鹿谷地區的醫師及民衆，嘗試推展以建設「健康社區」為目標的重建，經過將近一年的努力，在尊重地方意願，保有地方特色，發揮民間活力，促進社區發展的原則下，協助民衆逐步建立「整合性健康服務系統（IDS）」，執行「社區健康改善計畫」，希望藉此創造出健康的生活環境，亦即健康的物理環境、社會環境及人文環境。

本期我們特別製作 921 震災週年報導，介紹台大醫療體系在災區的工作內容，期待台大醫療體系以「健康社區」為災後重建目標的理念，能夠獲得政府的重視與社會的回響，讓災區的重建工作展現新的風貌。

---

### 921 回顧：台大醫療體系的努力 ——「健康促進、身心重建」

台大醫學院社區醫學研究群主持人 侯勝茂

---

台灣本世紀的浩劫——921 大地震已經滿一週年，災區的重建尚未完成，我們所嚴重關切的是大家對災區的關懷已在逐漸冷卻之中。台大醫學院有鑑於此次地震後，台灣的人民，特別是災區的民衆對健康有了進一步的需求，因此特別於南投的竹山鹿谷地區成立全面照護民衆健康的「台大醫療體系」，期望藉由本組織之運作以維護乃至於提升台灣民衆的健康水準。

根據世界衛生組織（WHO）對健康（Health）之定義，可知健康並不只限於疾病本身的預防或醫治，更包含了生理、心理與社會三個層級的整體健全性。一個社區遭受重大的天災，不僅個人的生理健康受到如骨折、外傷等創傷，其心靈層次也受到如災難後徵候群之打擊；此外，社區的架構被破壞，互相支援的系

統不復存在，人口外移、向心力無法凝聚等均是問題。

「台大醫療體系」在台大醫學院謝博生院長的領導下，成立以社區為基礎（community-based）的「整合性健康服務系統（IDS）」，藉此提供鹿谷地區民衆一套較完整的、不同的，持續的與廣泛綜合性之醫療照護與轉診系統，其最終目的即在於提高醫療照護的品質，以及建立一個在台灣可行且符合成本效益之社區醫療照護模式。因此，台大醫學院在其醫學人文館內成立社區醫學研究群以推動此健康照護系統。

台大醫學院社區醫學研究群分為：規劃訓練組、心理重建組、社區發展組、推廣協調組與資訊網路組等五個工作小組。在過去一年內，本院師生投入相當的人力及資源，由實際上的協助災民身心重建、轉診系統的成立、基層醫師之整合、醫師持續再教育，到住院醫師及醫學生之社區醫學訓練，以及最近的志工隊之成立及即將成立的長青健康中心，一一展現台大醫學院對台灣這塊土地之回饋與奉獻。

承蒙鹿谷地區所有基層醫師及慈山、澄清等醫院的共同參與，使得整合性的台大醫療體系獲得鹿谷地區民衆的廣大迴響。目前電子病歷轉診系統已上路，而視訊會議及醫事人員再教育亦持續舉辦。不僅如此，其他地區之民衆、基層醫師、政府及醫療專業也信賴我們，思考成立同樣之模式，我們誠摯希望能藉此「整體性健康照護系統（IDS）」之推動，為二十一世紀的台灣建立起一個優良的醫療照護系統，再推動社區之重造，達到健康社區（health city）之終極目標。

我們在此 921 回顧特刊中，重新思考我們的定位，檢討我們一年來的活動成績，並策劃未來的道路，希望大家能不吝給予指教。

## 整合性健康服務系統 (IDS) 與電子轉診系統

台大醫學院社區醫學研究群規劃訓練組組長 林晉

台大醫學院社區醫學研究群資訊網路組博士

林仲志

台大醫學院社區醫學研究群主持人 侯勝茂

### 整合性健康服務系統 (IDS)

醫療資源分佈不均、醫療的不當使用、醫療浪費、醫療品質低落與醫療花費增加，一直是困擾台灣社會的問題。造成上述問題的原因非常複雜，但醫療機構各自為政及醫療保險制度對醫療行為的影響是兩個十分重要的因素。

為了落實分級醫療及轉診制度，均衡城鄉醫療資源分佈、提升醫療品質、健全醫療服務體系及加強基層醫療服務水準，衛生署在民國 74 年至 89 年間推行醫療網計畫。十五年來，醫療網計畫雖然已經獲得不少成果，但由於各種誘因不足，使得醫療系統不論在垂直的轉診制度及縱向的醫院間聯繫仍然薄弱，無法落實分級醫療及減少醫療資源重覆浪費的現象。

此外，醫療系統無法有效整合醫院間之聯繫，與忽略基層醫療體系不無關係。以致健保實施後，醫療院所間爭食健保大餅，轉診關係便名存實亡。因此，從基層出發向上整合，建立一個完整的醫療系統可能是解決醫療機構間相互競爭重疊浪費的一個可行途徑。

全民健康保險實施以來，論量計酬的醫療給付方式更助長各醫療院所以不斷增加醫療服務量來獲得更多的利潤，因而導致健保支出不斷增加。醫療費用的增加並不能代表服務品質的提升及民衆健康的改善。醫療提供者增加服務量的結果甚至會影響醫療品質及產生醫療的浪費。在論量計酬的醫療體制下，醫療保險的

財務風險大部份由保險機構及被保險人所承擔。但對於醫療行為具有實質決定能力的醫療服務提供者卻承受較低的保險財務風險，因而對醫療服務提供者的行為無法產生重大的影響。

由於醫療行為具有高度複雜性及個別差異性，保險機構的外部規範對於民衆最後所獲得的醫療服務難以達到良好的控制，因此如何把一部份保險財務風險轉嫁於醫療服務提供者，並由醫療服務提供者擔任醫療服務使用的守門人角色是改變目前醫療品質難以提升及降低醫療資源浪費的可能途徑。

以此理念出發的醫療保險體系在美國已經發展多年。我國的醫療體系雖然和美國有很大的差異，但全民健保建立之後所面臨的醫療品質與醫療費用問題和美國卻有很多相似的情形，在醫療資源有限及各種來自保險機構的外部限制無法有效改變醫療服務與使用行為的時候，採用整合性健康服務系統 (IDS) 可能是改變目前困境的另一種考慮。

醫療服務提供者必須能夠提供被保險人維護健康的整體醫療照護，同時必須重視預防醫學，控制醫療服務成本效益，持續監控與改善醫療品質。為了降低醫療成本及減少浪費，醫療服務提供者必需重視基層醫療服務、落實轉診及避免醫療重複浪費，因此亦可促成醫療系統的整合與分級醫療的實施。

整合性健康服務系統 (IDS) 藉醫師們及醫院間的整合來提供連續性、完整性的健康照護，使醫療結果較好，可以共享醫療資源，並降低醫療資源的浪費，品質也可以提昇，使醫師、醫院及其他醫療提供者之誘因能合一，另外能有適當的經濟規模，能吸引被保險人的參與，並能在管理式醫療制度之要求下，加強預防醫學的實行及降低整體醫療費用，如此它才能在多元化的醫療保險市場中佔一席之地。

但一個整合性健康服務系統（IDS）的運作並不容易，成功的因素必須有適當的大小及地理分配位置，太小不能達到全面照顧被保險人的規模，太大往往有浪費及設備閒置之地方，也需一套很好的管理制度，尤其是共同的資訊系統是不可或缺的，此外，需要有人來妥善安排及規劃整個醫療服務系統及精算能力，以建立精確的財務評估以及優良的組織文化。更要有崇高之理想才能號召醫院及醫師加入，達到服務病患之目的。

目前我國在位處偏遠且醫療資源缺乏的地區有類似的醫療服務計畫在試辦中，一般民衆及醫療服務提供者習慣於論量計酬的醫療環境下，這種分級轉診醫療制度是否能被民衆及醫療服務提供者所接受？一個整合的健康照護體系是否能在目前的醫療環境中生存？則仍是未知數。但爲了突破目前健保的困境，建立這種新的醫療模式是值得嘗試的工作。

目前我國在位處偏遠且醫療資源缺乏的地區有類似的醫療服務計畫在試辦中，一般民衆及醫療服務提供者習慣於論量計酬的醫療環境下，這種分級轉診醫療制度是否能被民衆及醫療服務提供者所接受？一個整合的健康照護體系是否能在目前的醫療環境中生存？則仍是未知數。但爲了突破目前健保的困境，建立這種新的醫療模式是值得嘗試的工作。

對醫療提供者而言，不僅能擁有良好的收入、不必受制於保險人的約束，獲得專業上的自主權，亦能到良好的聲譽。

對於保險人（或保險公司）而言，則可降低成本，減少財務花費，以提升病人的滿意度。

對僱主而言，可減少成本以及行政管理費用。

更重要的是，對於病人或被保險人本身而言，除了可以降低保費、減少部分負擔外，亦

能獲得更完善的醫療照護，甚至達到預防保健的目的。

這種大家皆贏的健康服務系統，才能真正達到降低成本，獲得良好醫療品質的目標。

### 電子轉診系統

整合並不是件簡單的事，落實轉診制度是整合醫療資源的第一步。轉診之好處如下：

- 充分運用醫療資源，大病看大醫院，小病看小醫院，減少資源浪費。
- 方便病患就醫，提升醫療品質。

可是若只靠單純的口頭約束或個別的文書作業，沒辦法保障可靠的雙向轉診。所以台大醫療體系開發了一套電子轉診系統（如文後圖），這個電子轉診有以下之好處：

- 操作容易快速。
- 增加轉診資料傳輸的速度。
- 加強醫院與診所間之溝通，透過台大醫療體系之運作，可提升對轉診病患的服務。
- 建立完整之資料庫，提供病例之詳實記錄，有利病例之追蹤及資料之分析，保障雙向轉診的可靠性。

電子轉診系統是將來病歷電子化的重要步驟，也是醫療院所間資訊整合的開始，因此診所及各級醫院的配合相當重要。

### 結論與建議

實施整合性健康照護，應先充分整合地區醫療資源，並引入醫學中心之人力及智慧，落實雙向轉診，並加強與各醫療體系間之協調。同時也需建立週全的慢性病管理系統，有效率的應用各種資源，減少或延後併發症的產生，提高民衆就醫品質及滿意度，增加病患的生活品質，促進民衆的健康，減少不必要的醫療，藉此達到提高醫療品質的預期效益。

另外，由於這種整合性的健康照護體系，可以提高民衆就醫可近性和醫療利用率，因而減少鄉外就醫比率，杜絕醫療浪費與不當醫療所做成的健保負擔，達到提升醫療照護效率，合理控制醫療費用的目的。

---

## 以社區為基礎的醫學教育

台大醫學院院長 謝博生

---

在人口老化、慢性病人增多、醫療需求增加及醫療費用上漲的壓力之下，推展以社區為基礎的醫療服務及醫學教育，成為近年來英美各國醫療體系及醫學教育改革的重要趨勢。

以社區為基礎的醫學教育，其目標在於讓教育體系培育的人才能夠配合醫療體系的需求，藉以提供「以社區為基礎，以病人為中心，具公平性、可近性、有效率及適當的費用／效益比的醫療服務」。由於以社區為基礎的醫療服務所需要的臨床技能必須在社區實習中養成，因此，醫學生應有更多及更廣泛的社區醫療訓練。

此外，高科技醫療的盛行、醫院醫療形態的改變及住院日數的縮短，使學生在醫院的學習受限，無法觀察到一般性的、常見的、輕微的疾病，也無法觀察到完整的疾病過程，因此，醫學生的學習場所有必要由醫院移向社區，注重健康促進、疾病預防及長期照護的相關知識及技術。

我國的醫療服務及醫學教育過去一向以醫院為重點，今後有必要朝向醫院與社區均衡的方向改進。在醫學生的教育方面，宜由強調在醫院進行的學習轉變為：在醫院及社區並重、專科醫療及一般診療訓練並重、急性病的高科技診療與慢性病的長期照護並重的學習。學生的人際溝通能力、資訊運用能力、醫療決策能

力、自我學習能力應受到特別的重視，讓畢業生能提供社區民衆所需的一般醫療服務，適應未來以社區為基礎的醫療服務。

以社區為基礎的醫學教育，在課程方面特別強調：基礎醫學、社會醫學與臨床醫學的整合，早期病患接觸，疾病治療與預防的均衡，健康照護的廣義層面（法律、經濟、倫理面）及多專業的團隊協調，讓學生培養以社區及群體為著眼點的醫學觀。在教學方面特別注重主動學習能力的培養，由於醫學知識迅速累積、醫療科技不斷進步而醫療體系又極為多變，醫學生在醫學院的學習及在醫院的訓練並無法獲得能夠適應多變的科技及醫療環境所需的臨床知識及技能，只有依賴畢業後不斷地吸收新知與自我學習，因此，養成有效學習的技巧與終生學習的能力成為教育的重點。

台大醫學院由89學年度開始在醫學系五年級新設整合課程「家庭、社會與醫療」，其內容特別強調醫學生在醫院及在社區學習的均衡。此一課程由一般醫學科、家庭醫學科及社會醫學科的教師共同指導，共有六個學分。在六星期的教學中，有二星期在社區進行，讓學生有機會獲得社區的學習經驗，介紹範圍廣泛的社會醫學、家庭醫學、文化、健康、基層醫療相關的題材，藉以拓寬學生的視野。在鹿谷社區實習的學生並能有機會參與社區健康營造計畫及鹿谷社區醫療群的活動。

以社區為基礎的教育是今後醫學教育改革的重要趨勢，本刊特就此一課程做一系列的介紹及探討，請讀者多多提供意見。

---

## 溪頭長青健康中心簡介

溪頭長青健康中心主任 黃天祥

---

921 大地震在災區造成重大的生命與財產

損失，災後重建的工作急迫且繁重，而在醫療衛生方面，台大醫學院及附設醫院將目標設定於建構「健康社區」，並配合整體社區營造及現代化生活圈建設，將人文、健康、教育、產業、生態融合為一體，建設良好的健康、人文社區環境。台大醫學院及附設醫院於 921 地震後，立即在竹山鎮及鹿谷鄉設立醫療體系，融入社區，提供整合性醫療照顧。

台大醫學院、農學院以及實驗林管理處合作所規劃的「溪頭長青健康中心」是期望藉由結合旅遊、健康及生態教育，使溪頭森林遊樂區成為全國國民良好的保健與休養之場所，使醫療保健成為森林多目標經營之一環，間接活絡災區的觀光業。

隨著經濟發展及醫藥科技的進步，國人平均壽命逐年增加，高齡化社會的醫療支出也快速增加。預防勝於治療人盡皆知，尤其在健保財務困難的現況下，如何藉由國民健康教育與平時保健來達到促進全民健康的目的，並且能達到花小錢免大病的效果，這是醫界必須深思的任務。

基層醫療已成先進國家的主流，也是達到有效率醫療照顧的潮流，如何導正目前我國醫療體系重醫院輕基層的現況，社區醫學教育的加強是刻不容緩的。「溪頭長青健康中心」設立的另一主要目的，便是訓練醫學生、醫師如何進行老年人健康評估，提供健康諮詢，對特定疾病的國人給予衛教並進行健康教育，這些都是基層醫療所必需提供的服務。

「溪頭長青健康中心」設立的目的為：(一)協助鹿谷鄉產業重建及旅遊振興；(二)辦理健康檢查及健康指導，提升遊客身心健康；(三)培訓健康促進及長期照護相關人才。

目前規劃將溪頭森林遊樂區國民旅舍的局部改為「國民旅舍溪頭長青健康中心」，設有健康檢查區、健康展示區、健康住宿區、健康

資訊中心、教學訓練中心等區。由台大醫學院社區醫學研究群負責協調醫事、護理及其他專業人力；由台大醫院購置醫檢設備及救護車；而由實驗林管理處負責住宿、餐飲、生態解說等活動。預定週一到週五分兩梯次辦理，每一梯次三天二夜，進行健康評估、健康促進、生態解說與知性之旅。

目前休閒、健康、知性之旅行程規劃如下：

第一天下午住進國民旅舍溪頭長青健康中心，晚餐後由台大醫師進行詳細的身體檢查，並由護理師及醫學生進行健康教育。

第二天清早由台大醫護人員進行抽血檢查，早餐後進行鹿谷知性之旅；傍晚於溪頭長青健康中心用餐後，由台大醫師整合每位參加人員的健康檢查結果，進行健康評估、健康諮詢及特定疾病衛教，並依醫囑安排後續的長期醫療照護。

第三天早餐後進行溪頭生態之旅，由實驗林管理處派出生態解說員為參加人員講解溪頭森林遊樂區內豐富的生態，於午後賦歸，完成一個充滿知性、感性及健康快樂之旅。

「溪頭長青健康中心」預計於今（89）年 10 月 28 日上午 10:30 掛牌、揭幕，並於 10 月 30 日溪頭森林遊樂區開園三十週年慶時開始正式運作，預定初期每梯次四十人，希望成為全國第一處結合休閒旅遊、健康評估及生態教育的活動中心，也是培訓健康促進及長期照護人才的教育訓練中心。

長青健康之旅 報名請洽：(049) 612345 溪頂餐廳旅社 558 南投縣鹿谷鄉森林巷 10 號

## 台大醫療體系網站介紹

<http://hs.mc.ntu.edu.tw>

台大醫學院社區醫學研究群執行長 陳慶餘

台大醫學院社區醫學研究群資訊網路組組長

陳恆順

你有沒有注意到台大醫學院和全國民間災後重建聯盟的首頁出現台大醫療體系的連結？你有沒有在各大入口網站如奇摩、新浪網、pchome 與蕃薯藤等網站鍵入台大醫療體系搜尋的經驗？是的，台大醫療體系網站在 921 週年的前夕正式登錄上傳於網路！

「台大醫療體系網站」是爲了忠實紀錄台大醫療體系在災區重建的工作，你可以從這個網站精心的安排設計瀏覽台大醫療體系所發展的整合性醫療服務系統。

推出這個網站的目的是希望藉由台大醫院所參與的災後重建工作以更前瞻性和開創性的宏觀，以更親近大眾、更廣泛的互動空間和開放的討論，真正作到「健康社區」營造，並提供一個範式，讓其他社區及團體參考。

究竟台大醫療體系能爲民衆帶來什麼樣的憧憬與服務呢？請上來這個網站瞧瞧吧！

「台大醫療體系」網站分爲五個部分：

### 網站地圖

網站地圖整理了這個網站的所有涵蓋單元，包括台大醫療體系之進展與規劃、台大醫療體系參與鹿谷竹山災區重建、轉診轉檢流程與社區醫療通訊等；各單元往下又細分各個項目。因此，在這個網站地圖裡可以輕易找到你想尋找的內容，而不必一個一個單元往下搜尋。

## 台大醫療體系之進展與規劃

本單元分別介紹以下項目：

- 台大醫療體系的介紹
- 階段工作目標
- 組織架構
- 工作計劃
- 健康社區的發展策略
- 台大醫療體系健康照顧聯盟

## 台大醫療體系參與鹿谷竹山災區重建

本單位分別介紹以下項目：

- 重建整合性醫療體系座談會
- 全盟聯繫會議
- 成立指揮中心
- 設置鹿谷臨時醫療站
- 醫學生下災區進行社區健康服務
- 心理社會重建工作

## 轉診轉檢流程

由台大醫療體系發展出來以社區爲基礎的健康資訊系統，落實雙向轉診轉檢的流程，此一轉診系統目前連線對象包括澄清醫院、慈山醫院、鹿谷鄉衛生所、鹿谷農民診所、陳首志診所與汪弘洲診所，而台大醫學院則提供民衆轉診資料庫主機和電子信箱伺服器來管理轉診資料，便於轉診作業的進行。

## 社區醫療通訊

由台大醫療體系發行的「社區醫療通訊」雜誌至今已邁入第五期，除了平面媒體的宣傳之外，另擷取內容即時放置於網路上以方便民衆及醫師上網得知災後重建與台大醫療體系的最新情況。

除了台大醫療體系的相關介紹之外，從這個網站的右上角還可以連結到「台大醫學院社

區醫學研究群之災後重建」部分，查看最新 921 災後重建消息與紀錄。

究竟台大醫療體系能為民衆帶來什麼樣的憧憬與服務呢？請上來這個網站瞧瞧吧！

---

### 台大醫療體系研究計劃簡介

陳石池 蔡甫昌

---

- 計畫名稱：整合性醫療資訊系統——以個案為中心的健康社區網路
- 計畫主持人：陳慶餘主任
- 計畫執行單位：台大醫學院醫學資訊組
- 經費來源：行政院衛生署
- 經費總額：約新台幣 247 萬

本計畫的主要研究目的是配合二代全國醫療資訊網之規劃，結合最新網際網路與資料庫技術，建立一個以社區為導向的健康管理資訊系統，提供基層醫療與醫學中心之間雙向轉診、會診與轉檢功能，並整合區基層衛生單位預防保健服務追蹤管理功能，以達成健康社區之理想，朝向建立以論人際酬之整合醫療服務系統之目標。

計畫範圍將以鹿谷鄉社區民衆為對象，由台大醫學院建立一個健康資訊交換管理中心 HIMEC(Health Information Management and Exchange Center)，以支援鹿谷社區各項醫療保健服務。本研究計畫將結合社區民衆所有健保資料，及鹿谷鄉衛生所資訊系統(PHIS)中保健防疫子系統之預防保健資料，同時將基層醫療健保轉診單電子化，整合至健康資訊交換中心之資料庫中。

本研究利用 Web 的主從架構(client/server)，配合關連式資料庫的建立與影像處理輔助工具的提供，顯示醫療多媒體的資料，可以增進醫療資訊的流通性。而透過網際網路資源

共享的方便性，使得各級醫療院所與醫學中心不虞重複進行醫療檢驗，不僅縮短病人求醫的過程，提供更迅速醫療診斷治療，同時也可避免醫療資源浪費。

- 計畫名稱：醫學生災難醫學課程的設計與評估
- 計畫主持人：梁繼權副教授
- 共同主持人：謝博生院長、陳慶餘主任
- 計畫執行單位：台大醫學院醫庭醫學科
- 經費來源：國科會
- 經費總額：約新台幣 49 萬

本研究的目的是希望能夠透過災難社區醫學教育課程，使醫學生能在七年的學習生涯中，有機會了解社會的現況及社區民衆的健康需要，把所學與社區的需要作整合，進而影響醫學生日後的行為，使醫學不至和社會的需要脫節，造就向社區負責任的新一代醫師及醫學科學家。

台大家庭醫學科所提供之災難社區醫學訓練課程主要分為小組教學與社區實習兩部份。學生以 8 到 10 人分組為一個梯次。第一週為基本課程，以小組方式上課；並在家庭醫學科門診及病房由主治醫師指導下與病人溝通以熟習所學的技能。第二週及第三週則分為兩小組輪流在金山及鹿谷竹山社區實習，實習期間由家醫科老師及當地衛生所主任負責指導。老師除了親自到社區指導學生外，為減少老師交通往返時間，另設計 ISDN 視訊會議與學生討論。學生在社區除了完成所設計的課業外，還必須參與各種社區醫療與健康活動，如家庭訪視、居家照顧、健兒門診、團體及個人健康教育等工作。在竹山及鹿谷的學習還包括家庭健康評估以了解震災後社區民衆的健康問題。

本研究分為兩個部份，一為教學課程的設計與執行之研究，二為課程與學習結果評估，

分兩年期逐步完成。具體研究項目與研究方法包括：

災區社區醫學教學課程的設計：包括災區社區醫學教材的編製及災難社區醫學教育的執行。

災區社區醫學課程及學習結果評估：包括課程評估及學習結果評估。

- 計畫名稱：鹿谷竹山身心社會重建計畫——災區建立以社區為主的整合性健康照顧體系
- 計畫主持人：謝博生院長
- 計畫執行單位：台大醫學院社區醫學研究群
- 經費來源：中廣愛心園
- 經費總額：約新台幣 293 萬

本計畫在藉由建立鹿谷竹山地區分級轉診制度，做為推展「整合性健康服務系統」之基礎，為災民身心社會重建提供範式，做為在其他社區推廣之參考。

921 地震至今已一年，許多災民因家園損毀，致使原來的社區瓦解，而經濟仍面臨困境，心理社會支持的需求也與日俱增，另有許多災民仍持續出現身體方面的不適，如此複雜的健康問題，並非原有零散的醫療體系所能周全照顧，因此亟需建構一個整合性健康照顧體系，方能使災民早日健康的投入重建工作。

台大醫學院在鹿谷鄉針對四十歲以上民衆的調查報告顯示：震災九個月後，身體疾病上的視力減退、上呼吸道感染、身心症狀仍有較顯著惡化的現象，其餘則較趨穩定。但心理壓力及資源喪失問題則值得注意，尤其 65 歲以上的老人及婦女群體的心理痛苦及資源喪失指數仍有居高不下的現象，亟待關懷。針對上述問題應儘速在社區作橫向整合，提供心理重建、健康促進、居家照顧、第一線醫療等照顧工作。而縱向聯繫則建立快速轉診制度，如此才能有效率且最節省醫療資源的來照顧社區民

衆，也可以此架構自然地建立以基層醫療為主的災變因應體系。

以目前台大醫學院推展的整合性健康照顧體系，應可使災區民衆受到較週全的身心健康照顧，可提高民衆滿意度，也是最節省國家醫療資源的醫療照顧模式，有助減輕國內財政壓力，值得醫療及社會各界參考及採用，如果能因災區經驗而為國家建構出一個更好的健康照顧體系模式，也算是不幸中之大幸。

預計完成項目

- 建立鹿谷社區整合性健康照顧系統的架構，並預計 90 年 1 月開始實施週全性社區健康照顧工作。
- 評估轉診體系實際執行成效，並建立良好轉診記錄及制度，作為災變因應體系健全的基礎。

□計畫名稱：南投縣鹿谷鄉 921 地震災區社區健康營造計畫

- 負責人姓名：謝博生院長
- 推動研究者：黃秀梨主任、陳慶餘教授、邱泰源醫師
- 參與研究者：黃貴薰講師、楊雅玲講師、林艷君講師、徐瑩嫩助教、沈孟樺護師、蔡淑芬助教
- 經費來源：除申請行政院衛生署補助款外，尚需主協辦單位配合款(由民間捐助或社區自籌)。
- 經費總額：約新台幣 190 萬

為求南投縣鹿谷鄉的永續發展，台大醫學院護理系結合鹿谷鄉衛生所及當地重要人士與社團共同組成健康社區營造團隊，朝社區健康努力。健康社區營造團隊已針對社區的整體需求與健康營造方向達成未來規劃方針的共識，共包括醫療需求、生活輔導、環境改善及組織志工等四大健康需求，且在近程及中程計畫中

協助鹿谷鄉民自我組織與自我管理，激發居民的健康潛能，為社區健康營造孕育新力量。並針對鹿谷鄉需求及衛生署社區健康營造的理念擬出健康社區營造團隊的四項工作目標：1.重建健康安全社區、2.扶植組織團體，集結社區力量、3.掌握社區民衆健康問題，結合社區資源妥為因應、4.培養民衆健康生活型態。

透過健康社區營造團隊成員們彼此理念互動了解後，已激發出鹿谷鄉潛藏的高度的生命力。藉由辦理「健康社區志工成長營」，以培訓及組織志工種子擔任鹿谷鄉社區營造發展之基本動力，及協助志工發揮潛力，推動並促進鹿谷鄉之發展。同時聯合醫界、學界、政界之專家學者與志工們面對面進行座談會，熱烈討論志工們進行家訪時所面臨的問題及社區評估經驗的分享，藉此機會彼此分享經驗，帶動民衆加入主動參與關懷社區健康的行列，以落實營造健康社區的理念，建設鹿谷鄉成爲一個整體社區且現代化的生活圈。

□計畫名稱：災後身心重建計畫

□計畫負責人：謝博生院長

□執行單位：台大醫學院、台大醫院、衛生署  
草屯療養院、聯合報系、台大醫院家醫部。

□經費來源：聯合報系九二一震災專戶捐款。

□經費總額：約新台幣 2000 萬

以服務、教學、以及研究三方面爲主體，結合醫學、公衛、心理、以及社會工作等學界，提供災後重建醫療衛生相關諮詢與服務，並進一步達成建設健康社區之長期目標。

#### 服務層面

協助受災民衆並提供受災地區精神醫療及心理衛生服務。

協助災區擬定重建計劃。

促進資源整合、營造社區以增進居民身心健康。

建立服務模式，以供推廣。

#### 教學層面

培訓受災地區醫療衛生相關專業人員。

推動災難醫學教育。

#### 研究層面

以前瞻性研究建立本土化災難醫學相關資料。

#### 社區醫療層面

推動整合性醫療服務：以台大醫學中心爲服務基點，透過轉介系統，接受災後精神疾患個案就醫。

災區部份，由行政院衛生署草屯療養院及秀傳醫院精神科提供精神醫療及心理衛生服務。

針對災後兒童及青少年之輔導及心理復健工作，目前已由臺大精神部兒心部門擬定完成，將針對台灣北部地區相關個案進行精神醫療及心理衛生服務。

以家醫科及公共衛生專業人員爲主體，強化社區心理衛生及社區醫學，落實預防醫學之概念與實務。

社會人文：在尊重並維護當地人文生態與醫療衛生系統之前提下，協助社區重建，重塑健康新社區。

---

## 台大醫療體系

### ——雲林縣社區醫療群座談會紀要

台大醫學院社區醫學研究群執行秘書 邱泰源

台大醫學院社區醫學研究群執行長 陳慶餘

台大醫學院社區醫學研究群主持人 侯勝茂

---

以提升醫療品質建立分級轉診爲目標的台大醫療體系於今年 3 月在鹿谷鄉，結合基層醫師們，成立「鹿谷社區醫療群」，除整合醫師們的力量推展社區整合性健康照顧工作外，同

時也以視訊系統提供遠距教學，藉以促進基層醫師進修的便利及醫療品質的提昇。

在建立轉診制度方面，五月時由基層醫師們決議邀竹山慈山醫院簽約加入本體系作為地區轉診醫院；七月時，台中澄清醫院加入成為區域轉診醫院，至此「鹿谷健康照護聯盟」正式成立並積極運作。而台大醫學院社區醫學研究群專家學者們負責提供前瞻性規劃，並解決推展中所有遭遇到的困難。

台大醫療體系鹿谷社區醫療群強調社區自主，促使基層醫師重拾醫療專業自主性，並確實提供社區民衆可近性、週全性及持續性之醫療保健服務。

目前已有六百多名基層醫師參加台大醫療體系，同時也有包括北中南各地區基層醫師們要求協助組成「社區醫療群」，北港鎮醫師們在陳北侯醫師協調下，也提出成立社區醫療群的需求，因此才有本次共識座談會的舉行。

此次的座談會議於89年10月28日（星期六）中午12點，假雲林縣北港鎮全生醫院會議室舉行，由台大醫學院社區醫學研究群主持人侯勝茂主任主持、台大醫學院謝博生院長及洪毅一理事長列席指導，並邀請雲林地區所有台大醫療體系成員參加，包括：陳運隆醫師、魏逢吟醫師、李義郎醫師、鄭伯智醫師、黃炳祥醫師、陳北侯醫師、陳光鋒醫師、賴惠田醫師、蔡達仁醫師、黃政雄醫師、王正中醫師、吳銘富醫師、柯仲聰醫師、曾芳郎醫師、郭聖昭醫師、洪勇雄醫師、林修祥醫師、林紫蓉醫師，而台大醫學院則有陳慶餘主任、黃秀梨主任、黃天祥教授、賴明坤教授、王維典助理教授、邱泰源助理教授、陳石池助理教授、朱宗信助理教授、蔡甫昌醫師、廖士程醫師參加。

首先侯主持人感謝大家利用週六中午休息時間，前來共聚一堂，了解台大醫療體系，並作意見交換。

接著由侯主持人報告台大醫療體系組織與現況介紹，及由邱泰源醫師報告台大醫療體系鹿谷社區醫療群經驗談。

在接下來的意見交換中，首先由斗南賴惠田醫師提出了各大醫院相繼進駐雲嘉地區，令基層醫師憂心如焚的感言。

謝博生院長回應賴醫師的感言，歸納有三點說明，為：

台大醫學院將建立基層醫師培訓制度，將來醫學生除了在醫院之外，還要到基層醫療單位學習，以促進醫院醫療與社區醫療的均衡發展。

這三、五年，台大醫學院將建立機制，組織基層醫師，共同提供民衆所需要的社區醫療照顧，台大醫學院目的為建立良好醫療體系，並非與基層醫師爭奪病人來源。

台大醫學院八年前推行小班教學，兩年前推出台大醫療體系，最初許多人不看好，但目前皆已有相當成效，台大醫學院醫學系也將自明年度起新生全部改為六年制，另加二年畢業後醫療實務訓練的新制度。台大醫療體系這個大家庭的成員，應共同努力，為國家社會貢獻力量。

北港洪毅一理事長亦提出了他的看法，他以身為雲林縣一份子，感謝台大醫學院前來雲林幫忙，雖然有許多財團醫院進駐雲林嘉義，但台大醫學院過去的卓越聲譽，相信絕不至於營利而來，他希望大家能全力配合。

虎尾魏逢吟醫師則提出了兩點意見，為：一、基層醫師所學，難以在當地舒展身手，十分可惜。二、希望能與大型醫院合作照顧病人，但病人仍可在基層診所受到照顧。

邱泰源醫師則認為台大醫療體系的橫向整合，縱向轉診，即可達到魏醫師的想法，同時也有助於社區民衆得到週全性、連續性的醫療照顧。

台大醫學院陳石池助理教授提醒與會的成員，台大醫療體系爲了結合各醫師專長，希望成員們能多加配合填寫個人資料表。

侯主持人亦再次強調，台大醫療體系，是以病人爲中心，以共存共榮爲目標的健康服務，目的在促使病人能就近找到值得信賴的醫師。

北港全生醫院陳北侯院長也認爲雖然地區醫院及基層醫師經營及生存不易，但是因爲他認同台大醫療體系之IDS理念，因此計畫於北港與數位基層診所醫師合作，來配合台大醫療體系工作。

但他也提出了疑問，他問到民衆（甚至醫師）如何加入台大醫療體系，而一旦加入後，求醫是否會受限制？

邱泰源醫師在回應陳院長的問題中，提到了只要台大醫療體系能提供週全及高品質的服務，民衆自然喜歡這個體系，是否有限制將不是問題。而台大鹿谷社區醫療群的醫師，也並非只診治登記台大醫療體系的病人，亦提供醫療服務給所需之病患。

台大醫學院家庭醫學科陳慶餘主任則補充了，因地制宜是台大醫療體系尊重地區自主性的精神。

台大醫學院謝院長亦補充說明了，是否加入台大醫療體系，由各醫師決定，台大醫學院擔任促成者的角色，希望能提升基層醫療品質；使用「台大」之名稱僅爲代表品質之保證，促使民衆能認同本體系。

侯主持人也說，「台大」代表品質，病人是我們的生命，讓醫師有工作做；品質是我們的靈魂，促進自我提昇。

斗南賴醫師提出長期以來轉診制度均未落實，台大醫療體系如何來選擇合作之地區醫院？邱泰源醫師回應賴醫師並呼籲在場的與會成員，「心動不如馬上行動」，請各醫師馬上

進行：一結合五至十位基層醫師，研討如何照顧社區民衆健康。二、找尋友善且適當的地區醫院，建立社區醫療群。在整合的過程中如有任何問題，台大醫療體系願提供過去工作經驗，協助解決遭遇之困難。

斗南陳運隆醫師說明診所所申報的費用，最近被健保大幅刪減；而且，目前國內對基層醫師之養成教育仍有不足，在上位者多並無法深切認同基層醫療的重要。

邱泰源醫師回應陳醫師對健保制度的看法，說明：一、過去家醫科單科推展基層醫療十分艱辛，也未獲得完全的認同，但目前台大醫學院謝院長以一院之力推展，已有成效，相信在謝院長的規劃與侯主任、陳主任的領導推動下，將會再拾回基層醫療的尊嚴。二、謝院長指示由院內一組人員，研擬對基層醫療有幫助的健保方案，希望能儘快提出供政府及醫界參考 台大醫學院家庭醫學科陳慶餘主任補充說明以斗南陳醫師開業多年，仍有崇高理想爲例，足以證明家醫科訓練成功。另外，健保制度與醫學教育議題的確影響本體系成立與推展之重大因素。

座談會最後由侯主持人總結說明，台大醫療體系有其理念，而非以搶奪病人來源爲目標，也希望在大家共同努力之下，讓這塊土地明天會更好。

經過兩個小時熱烈的交換意見，與會人員仍意猶未盡，基層醫師不但對醫療體系有更清楚的了解，同時也爲能參加台大醫療體系，共同爲社會及民衆貢獻一己之力而深感慶幸，對社區醫療專業生命也再度充滿期望。「讀聖賢書，所學何事」，在一片醫界往下沈淪之時，醫療人員發掘智慧，攜手合作，並向上提昇，則醫者尊嚴及情懷再度得以擁抱，亦爲民衆及國家之福。

**歡迎光臨！****——溪頭長青健康之旅內容簡介**

溪頭長青健康中心主任 黃天祥

您需要一位厝邊的好醫師來照顧您的健康嗎？您是否為候診時間長、看病時間短、領藥時間長感到困擾嗎？您是否覺得離開居家到處就診不方便？又怕溝通不良？您是否為看了許多醫師，開了許多藥感到困惑呢？

台大醫療體系將為您介紹在地的的好醫師，提供整合性持續性醫療照顧。您厝邊的好醫師便是您的健康顧問。

您多久沒有陪伴您的長輩出遊了？

請稍放慢腳步離開喧囂的都市，到自然、健康、清新無污染的溪頭，來一次長青健康之旅，台大醫療體系溪頭長青健康中心在您享受森林芬多精之餘為您及您的長輩做初步健康評估，提供您健康資訊。

**活動內容****(一)森林自然生態尋幽**

漫步於林間小徑，沐浴浸潤於溪頭森林芬多精之中，並由專業解說員帶領活動。內容包括：

- 森林與生活
- 溪頭重要及有趣植物認識
- 溪頭重要的昆蟲認識
- 森林與水文、溪流的關係
- 賞鳥活動

**(二)長青健康評估、健康教育**

- 第一日晚上 (7:00~9:00 PM)：

病史詢問、簡單體檢……等。

以「預防醫學與健康增進」為主題，放映錄影帶，內容涵蓋：

- a. 健康的生活方式。

b. 腫瘤篩檢：常見腫瘤之症狀與篩檢方式之介紹，乳房觸診示範說明。

- c. 心血管疾病危險因子篩檢：

高血壓、糖尿病、肥胖症、高血脂等病的篩檢與防治之道。

d. 其他疾病的篩檢：骨質疏鬆症、視障、聽障、精神疾患等疾病的篩檢。

問題解答：由醫療工作同仁回答團員疑問。

- 第二日清晨 (7:00~7:30 AM)：

A 案：團員接受簡單抽血與尿糞檢查，項目可包括：血球分類檢查、肝機能檢查、腎機能檢查、血脂肪測定、糖化血色素、甲狀腺機能檢查、尿液分析、糞便檢查。

\* 額外付費項目：Alpha 胎兒蛋白測定、癌胚胎抗原(CEA)、CA19-9、血液前列腺癌抗原檢查、

B 型肝炎表面抗原抗體、C 型肝炎抗體。

B 案：不接受抽血驗尿等檢查。

- 第二日晚上(7:00~9:00 PM)：

主治醫師複診、解釋檢驗結果、安排後續診療事宜。

特定疾病錄影帶播放：包括：高血壓、糖尿病、高血脂、痛風、骨質疏鬆症、退化性關節炎、腦中風、冠狀動脈心臟病……等。

如何參加溪頭長青健康之旅？

登記地點：台大實驗林溪頭餐廳旅社

電話：(049) 612345

傳真：(049) 612106

住宿時間：依登記日而定，三日二夜。每星期一、三下午進住，每星期三、五中午離宿。

費用：住宿費用依溪頭餐廳旅社定價打折優待。健康評估、教育費用：A 案、2000 元（含抽血檢查）B 案、800 元（不含抽血檢查）。

取消登記或延期辦法

a. 申請延期：請於原定住進目前一星期以電話或傳真辦理。

b. 取消住宿：一星期前扣手續費 100 元；前日至前一日辦理者扣手續費 200 元；當日取消者費用全部不退。

健康檢查前或檢查中，如有服用慢性病之藥物，例如：高血壓、糖尿病等藥物請繼續服用，不要停藥。

檢查三天前少吃肉類、帶血食物及其他鐵質較多的食物。

如需安排其他檢查項目，費用另計。

各項費用若有調整，以新價格為準。

超過四週未接到健康評估報告，請打電話長青健康中心查詢。

---

---

**建構民眾、醫界及政府三贏的健康照護模式**

台大醫學院社區醫學研究群執行 邱泰源

台大醫學院社區醫學研究群執行長 陳慶餘

台大醫學院社區醫學研究群主持人 侯勝茂

---

---

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，向上與社區醫院暨區域醫院，形成縱向合作，並由台大醫院技術支援。在社區之內，基層醫師與社區醫院之間互相照會轉診，分工合作，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。同時可由社區醫療群主動協調社區醫院，再與台大醫院形成健康照顧聯盟，以迎接隨時將實施的新健保制度（如表一）。

台大醫療體系的相關工作目前進度

——筆路藍縷，智慧前進，不屈不撓，累積成效

台大醫學院社區醫學研究群分為五個任務編組包括：規劃訓練組、心理重建組、社區發

展組、推展協調組及資訊網路組，共同推展災區重建及台大醫療體系相關工作，過去一年多來，已執行及規劃完成的工作如下：

**規劃訓練組**

一、整合性健康服務系統（IDS）規劃

1、醫療轉診：已建立鹿谷基層醫師與當地慈山醫院（地區醫院）及澄清醫院之轉診模式，利用電子轉診病歷之立即性服務當地民衆，增加民衆就醫之可近性與便利性，並促使各級醫療院所間之協調與合作。

2、電子轉診病歷：已於 89 年 9 月正式上線全面使用，體系內之各級醫師可利用網頁 [http://hs.mc.ntu.edu.tw/sys\\_sitemap.htm](http://hs.mc.ntu.edu.tw/sys_sitemap.htm) 點選進入系統進行轉診事宜。

二、基層醫師繼續教育

透過視訊會議系統以個案討論之方式進行醫師持續教育，在互相交流與討論之下，創造醫師與病患雙贏之局面。

三、醫療科技評估

目前積極與健保局洽談合作「醫療科技評估」（Health Technology Assessment, HTA）事宜，以實證為基礎（evidence-based），目的在建立一套台灣本土之醫療科技評估指引（guideline），提供社會各界最具效益之評估參考。

**心理重建組**

教學

一、與台灣精神醫學會、家庭醫學會共同舉辦創傷後壓力症候群等相關研討會。

二、針對見實習醫師及草療心理師，實施創傷後壓力症候群以及面談訪視技巧之訓練。

三、除了聘請衛生署草屯療養院臨床專家，負責本院社區醫療學生之災區心理重建教學，也利用視訊系統實施竹山鹿谷地區之遠距

教學。

#### 服務

一、與台大醫院急診部合作，針對消防救災人員之大規模身心健康普查。

二、針對高壓力暴露之消防人員創傷後壓力症候群之篩檢、心理衛生教育演講、以及團體心理治療。

三、災區學校師生之諮商服務。

四、結合台大醫療體系以及衛生署草屯療養院針對災區高危險群個案，如罹難者家屬、組合屋居民、以及固有精神疾患患者之追蹤訪查及醫療轉介工作。

#### 研究

一、災後緊急醫療站所見急性壓力症候群症狀學分析研究

二、消防人員性格特質測量與災後心身症狀之相關性研究

#### 目前工作重點

目前除持續與衛生署草屯療養院合作，持續鹿谷竹山地區心理重建之教學、服務、以及研究工作外，已彙整災後急性期壓力症狀顯著，及房屋倒塌、家人傷亡等高危險群，進行災後身心重建中程階段之追蹤訪查，預計明年一月開始實施。

#### 社區發展組

一、整合性健康照護體系的建構：由台大醫療體系鹿谷社區醫療群基層醫師辦理偏遠社區的巡迴醫療、居家照護、與竹山鎮慈山醫院急診轉診和轉診轉檢的服務。

二、參與鹿谷社區災後身心重建的工作：配合醫學系五年級社區醫療的課程，由家庭醫學科第二年住院醫師、PGY1 住院醫師和醫學系組成基層醫療照護團隊，參與災後身心重建工作。教學活動包括衛生所醫療保健服務巡迴醫療、災後身心障礙高危險群居民之追蹤輔導

與心理復健以及每週三次遠距視訊會議。由邱泰源助理教授、鄧錦惠助教親自前往災區負責指導及照顧。

三、開設溪頭長青健康中心：協助鹿谷鄉產業重建與旅遊振興，辦理健康檢查及健康指導，培訓健康促進及長期照護相關人才。由黃天祥教授負責籌畫。

四、成立鹿谷鄉志工隊：結合鄉民與社團，組織健康營造團隊，發揮在地人關心在地事的精神，推動社區健康照護。由黃秀梨教授急護理系老師負責推動。

五、成立整合性健康照護中心：配合台大雲林分校籌備工作，計劃在斗六鎮成立工作小組，推動雲林地區社區整體性健康照護，由陳慶餘教授負責規劃。

#### 推廣協調組

##### 一、社區醫療通訊

目前已出刊六期。

##### 二、醫療群

1.鹿谷鄉醫療群：目前已正式運作，整合慈山醫院、澄清醫院透過電子轉診，將IDS的理念逐步推展開來。

2.雲林醫療群：10月28日假雲林全生醫院和19名雲林開業醫師座談，當地開業醫對台大醫療體系的理想相當的贊同，已著手整合中。

##### 三、台大醫療體系共識營

第一次共識營已於8月26、27日在溪頭舉行，頗獲參加醫師的好評，並計劃第二次共識營。

#### 資訊網路組

一、遠距教學：教學課程包括內科、家醫科、精神科、一般醫學科，星期三、四、五早上固定進行遠距教學視訊會議，每月提供17~20堂遠距教學，目前連線品質良好。

二、轉診資料庫系統：配合衛生署HIN2.0二代全國醫療資訊網計劃，已建立一個台大醫療體系轉診系統雛形，目前已正式上線使用。

三、台大社區醫學研究群網站

1. 社區醫學研究群網址：<http://www.mc.ntu.edu.tw/department/cmrg/index.htm>

2. 台大醫療體系網址：<http://hs.mc.ntu.edu.tw/>

可由台大醫學院網站首頁進入。已申請登錄各大入口網站搜尋「台大醫療體系與災後重建」網站與全盟網站進行友善連結，

3. 電子郵件主機：電子郵件地址為：id@hs.mc.ntu.edu.tw，目前已建好社區醫學研究群及鹿谷醫療群成員 email 帳號。

四、每月例行實地訪視：本組每月有人前往竹山鹿谷一次

1. 所有設備檢測。

2. 合作單位問題溝通，擬定每個月的工作目標。

3. 給予醫學資訊方面的技術協助。

## 後語

衷心感謝台大醫學院師生跨出象牙塔不畏辛勞的前往災區及各基層社區，並竭盡心力舉行了無數次的會議，除了提振災區重建意志外，也給基層社區醫療同仁很大的鼓舞及信心。另外萬分感謝鹿谷及竹山地區醫師們的熱烈支持，他們秉持愛護社區的熱忱，為理想共同奮鬥，鹿谷巡迴醫療啟動了，IDS 有更進一步的發展，醫師們也實際走出診所，邁入人群。

許許多多基層社區醫師給予真誠的支持及熱切的期待，台大醫學院以教育的立場，盡心盡力解決建構三贏體系所遭遇的困難，但是心動不如行動，社區醫師要趕快自行協調並結合起來，共思如何在當地提供民眾最好的健康照

顧，關心民眾的健康永遠是醫師得到尊重的最佳保障。

最後更要感謝許多單位及慈善團體與人士在過去一段時間的實質協助及精神支持，沒有您們的愛心，災區重建將遙不可及，健康照顧體系的重整更是困難，感謝大家，也希望大家共同再繼續打拚。

---

## 鹿谷基層醫師使用遠距教學之現況

台大醫學院醫學系五年級學生 陳建鈞

---

### 現有遠距設備及使用現況

目前竹山台大醫療體系聯絡中心與鹿谷農民診所會議室各有一套視訊系統，提供基層醫師與台大醫院住院醫師、醫學生進修學習的空間。以上的設備及教學活動職掌醫學中心與基層醫療的脈動，為提昇基層醫療服務品質的一個重要起點。

農民診所會議室主要供當地的基層醫師使用，目前另一階段功能為每週三從七點三十分至九點播放台大醫院內科的 Grand Round，屬多點連線即時群播 (real-time multibroadcasting)。使用率方面，據當地基層醫師之言，目前因時間限制而不高，台大醫學院邱泰源醫師在權衡各種情況下，希望他們先保持每個月收看一次以上。

### 使用率偏低的原因

收看率不高的原因，經詢問基層醫師，為：

一、時間較不適當：

當地基層門診的時間多在八點或八點半即開始，而其中二位非於農民診所服務的醫師，尚須估算自各自診所至農民診所的交通時間，

故除當天上午沒看診的曾孝明醫師外，其他醫師大約只能看到病史、理學檢查或是影像、實驗室檢查報完，就必須準備當天看診的事了！

## 二、內容較不實用：

當地醫師表示，Grand Round 所探討的病例，均是相當罕見的，基層醫師，窮其一生經驗，也未必見得了幾位類似的病人，而且罕見疾病診斷的過程，常需要耗費時日，且動用許多高科技的儀器，這對基層醫師來說，都是無法達成的。汪弘洲醫師相當肯定報病例的住院醫師在準備鑑別診斷及病情分析的用心，但仍表示內容太深以及對他們不實用。

## 三、影像及聲音品質不理想：

據我們收看的經驗，對於文字方面的幻燈片，均模模糊糊，而對於X光片、CT片、MRI片及病理切片，常無法清楚辨視，且顏色常失真，聲音的傳輸品質亦不佳，一些教授的comment常令人無法聽清楚。另外，傳送的成功與否無法肯定，偶而會有白跑一趟之憾。

## 提高使用率的方法

### 一、播放時間

針對播放時間與內容，台大醫學院博士後研究員林仲志博士表示，Grand round 另負起提供在當地的住院醫師與醫學生學習之功用，配合台大方面的教學需要與時間，內容無法簡化，且要是能做到及時傳送，時間就無法更改。而若製成錄影帶，或利用電腦轉成視訊隨選，並提供內容的講義，以供基層醫師研讀，相信可以克服時間的障礙。

### 二、內容

針對內容，是有需要重新設計適合基層醫師需要的課程。汪弘洲醫師與陳恆順醫師均表示家庭醫學科科內的晨會與病例討論會，會比較符合基層醫師的需要。另外，一些針對提升基層醫師醫療水平的演講課程內容，台大應

是有必要提供。可考慮的內容如下：

1. 針對晚進的醫學進步，如降血糖藥、抗高血壓藥的新進展，預防心血管疾病與癌症及治療潰瘍的新觀念等，這些疾病，基層醫師遇到的機會頗大且晚進的藥物及觀念，有相當大的改革，像是 angiotensin II receptor antagonist 的使用，及抗生素用以治療潰瘍等，雖說，基層醫師可藉由參加學會演講或是閱讀醫學雜誌獲得這些資訊，但遠距課程的提供，卻也大大地提升了獲取資訊的便利性。

2. 加強基層醫師基本的病史詢問及理學檢查等及提升基層醫師做適當轉診的能力。更詳細的病史，尤其是家族史與周圍環境，雖對一般疾病處理幫助不大，但病人若需轉診時，詳細的病史，可縮短專科醫師鑑別診斷的時間，及提供更適切的照護。有些嚴重的疾病，如 viral myocarditis, TIA, fulminant hepatic failure, infective endocarditis，及一些癌症，其初期之表現，常常是非特異性的，透過系列的觀察及周詳的病史與理學檢查，往往有些蛛絲馬跡，如IE與心雜音，TIA與病史和NE發現等，如此，即可提供早期轉診，早期診斷與治療，以減少 morbidity 和 mortality。

3. 提供基層醫師一些醫事法學的觀念，與社區醫學的觀念等，不但可提升興趣，亦可減少醫療糾紛的發生及增進民衆整體之健康。

### 三、收看動機

事實上不管課程如何精彩，還是需要有收看的動機。林博士提出基層醫師需要有向上提升的觀念。更淵博的知識不但能為病人提供更適當的醫療，而心中由此獲得的喜悅與成就感，不言而喻。

陳恆順醫師則提出：台大播出的遠距課程，可提供醫學會的繼續教育學分，這樣，對於鹿谷的基層醫師，可是方便多了，且透過錄影帶或視訊隨選，可反覆收看！另外，若能與

台大的醫師對談，可談論課程的內容，或是轉診的病人，透過互動，亦可能提升基層醫師自我學習的動機。當然，台大醫師也需調整成以相互討論，交換意見的形式進行，否則，當然沒有人願意認真學習、上了課還被電！

### 四、影音品質

關於影音品質的問題，這是因為使用標準較低的通訊協定，主要是受到網路頻寬的影響。目前使用的是ISDN的basic rate interface，傳輸速度為128 K。並使用反多工器並聯三條線路，增加頻寬至384 K，儘管如此，仍是屬於窄頻系統，惟連線費與電話費相當而已。

隨著ADSL、cable寬頻網路的出現，可以以便宜的價格，卻擁有下載速度達1.5 Mbps到9 Mbps，上傳速度為64 Kbps到640 Kbps的線路，大大地超出窄頻系統。因此，若將目前漸與時代脫節的ISDN改為逐漸普及且價格亦不高的寬頻網路，必能大大地提升影像及聲音的傳輸品質。

### 遠距醫療的功能

關於遠距醫療，目前在竹山、鹿谷社區，台大暫沒有提供這方面的資源。林永昌醫師表示，鑑於目前醫療消費意識抬頭，醫療糾紛時有耳聞，基層醫師的醫療型態已日趨保守，他們日常所處理的疾病，大概只是感冒、腹瀉而已，而若遇到自己不是很有把握的病情，可能無法負擔延誤醫療的責任，及早轉診，對醫師與病人雙方都有利，因此，林醫師認為遠距醫療，若是設在慈山醫院，應較能發揮功能。外科出身的汪弘洲醫師卻表示，自己有時有無法確認診斷的X光片，這時，就可能需要醫學中心的專科醫師透過遠距會診，幫助判讀。

林博士表示遠距醫療，主要功能為：

一、一些嚴重疾病如癌症，其早期的癥狀可能隱微不顯。透過醫學中心的專科醫師，可

能較早診斷，增加存活率。

二、遠距醫療可能提供多科會診，提供更多專家意見，以供基層醫師參考。

三、遠距醫療可負起基層醫師的臨床教學，如提供醫學中心醫師教學迴診，或是提供例如超音波的操作及其判讀訓練等。

四、轉診病患，在接受醫學中心治療後返家的初期，可能仍須專科醫師複診，這時，即可利用遠距醫療系統，以減少病患舟車勞頓之苦。另外，透過專科醫師與基層醫師的對談，將使雙方對病人的病情更為瞭解，醫療照顧的品質，將更加提升。

目前遠距醫療在金山衛生所已發展得相當完善，將來竹山、鹿谷社區若需要發展，應可供參考。

### 結語

視訊系統的發展，一日千里，若有足夠頻寬，應能提供更廣泛的應用，如在醫學上的醫學生教育、醫師繼續教育、學術討論會與遠距醫療等。要提升台大醫療體系基層醫師的水平，如何提供更適切的内容與增加學習動機，將是未來需更深入思考與規劃之處。台南韓內科診所韓良誠醫師，雖在基層，卻擁有日本千葉大學醫學博士學位，並於夏威夷大學與哈佛大學等學府進修，應可為基層醫師的典範。當然健保制度的修正，使基層醫師不必要看一個算一個，以量計酬，則醫師更有意願抽空進修。

至於遠距醫療，目前雖尚未於鹿谷設立，但透過周詳地規劃與協調台大醫院、地區醫院與基層醫師的資源與人力，若實施得宜，不但能負起床邊教學的任務，病患在基層診所或地區醫院門診所接受的醫療品質，將大大提升，而能落實醫療分級的制度，減少醫療資源浪費，建立起整合的健康照護體系，達成全人醫療的理想學習方式。

# 醫學教育研究

謝博生<sup>1</sup> 李明濱<sup>2</sup>

台大醫學院內科<sup>1</sup> 台大醫學院精神科<sup>2</sup>

## 壹、前言

推展教育研究是改進教學的重要策略，透過教育研究不但可以改變教師的教學態度，改善教師的教學方式，發展學生的學習策略，也可以協助學校革新教學方法、改進教學環境、提昇教學成效，一所學校要改進教學，提昇教育品質，就必須重視教育研究。醫學院臨床學科的教師同時承擔教學、研究、診療三種任務，教師在受聘前都受過長期間的醫療專業訓練及正規或非正規的醫學研究訓練，但是卻沒有機會經歷正規的教學技能研習或教育研究訓練。本文僅就醫學領域相關的教育研究，在基本理論及一般概念方面做一個介紹，希望有助於彌補此一不足。

## 貳、教育研究方法

教育研究可以採取質性（qualitative）的描述，也可以採取量化（quantitative）的分析。一般而言，量化研究多用調查、實驗等方法來蒐集資料，質的研究則常用「參與觀察」或「深度訪談」來蒐集資料。二者不但所獲得的資料不同，分析的方法不同，研究的過程、策略及研究報告的呈現方式也有差異。

在二十世紀八十年代以前，量化研究是教育研究的主流，對於質化研究的適切性會有爭

議；八十年代以後，質化研究逐漸展開，反過來對於量化研究提出批判。一般而言，量化研究的優點是較為客觀，有實徵資料，有量化數據，但未能深入了解教學的歷程，只能以學生的反應或學習成效做依據。質的研究則可走進教學的現場，了解學生如何學習、真正學到什麼，但缺少客觀的數據分析及精密驗證。

教育研究是以人為對象的研究，量化研究及質性研究二者各有所長，也各有不足。近年來，兼容並蓄、統合納入二種研究方法的主張逐漸為人接受，例如，社會學家羅斯（Rose）將質性研究稱為「理論建立的研究」，將量化研究稱為「理論測試的研究」，理論的建立宜在廣泛而無偏見的田野調查中搜尋，理論的測試宜有客觀精密的驗證，在以人為對象的研究中，二者之長應該可以共容。

質性研究可以回答「是什麼？」，量化研究可以回答「有多少？多大？多強？」，二者各有不同的向度及貢獻。合併使用質的資料搜集及量化的測試方法，在教學活動方面能做更全面的追求探索。質性研究方法可以做為一種起啓階段的探索性工具，用於找尋搜集豐富的資料，歸納成爲假設，而後以量化研究加以驗證測試。

### 一、量化研究

量化研究可用以了解教師及學生個人特質、教學活動與學生之學習成果之間的關聯情

況，也可用以比較不同教學方法的效果，藉以尋求最佳之教學方式，有助於提供資料，作為改進教學的依據。常用的研究方法包括：相關性研究、調查研究、實驗研究。

教師行為可能影響學生行為，轉而影響學生成就；教師行為、學生行為、以及學生成就均可加以觀察或測試，以「量化」的方式處理，最後用統計上的相關分析（correlation analysis）來確定教師行為與學生成就的關係。比如說，以教學改進為研究主體的研究非常重視優秀教師必須具備的「特質」（儀表、智慧、熱心、領導能力），他們研究的重點在分析教師的思想（包括信念、價值、態度、理想）、能力（包括專業素養、經驗、教學能力）等與學生學習成就（包括學業成績、人格發展）的關係。有些研究則重視教師的「教學技能」與學生的「學習活動」之間的關係，或教師的「教學表現」與學生「能力」的增進之間的關係。

在醫學領域的量化研究，所採行的研究方法中，調查研究（survey research）最為常用，其目標包括描述、解釋、探究，調查研究是取得事實資料較為便捷的途徑之一，但卻因而往往流於濫用，甚至誤用，因而調查所得資料與教學情境的實際狀況之間，可能存在著差距，這是必須加以注意的。

就教學活動資料之搜集而言，另一種常被採行的研究方法是實驗研究（experimental method），此種方法試圖謹嚴控制、操作各種教學的相關變項，以探索、分析其間的關係。由於醫學教育是百年樹人的事業，其成敗攸關個人的專業發展及人格成長，而實驗總帶有冒險的成份，因此實驗設計應該謹慎，實驗結果的解釋與運用不容輕忽，尤應考慮實驗所涉及的道德問題。

## 二、質性研究

在醫學教育領域，質性研究以行動研究及個案研究較為常用，主要的特點是研究者進入研究對象的團體，參與正在進行的活動，觀摩自然情境中發生的事情，它是一種比較微觀的研究，重視過程和意義。

質性研究在研究過程及研究方法方面均極富彈性，既沒有固定的程序，也沒有唯一的、正確的方法以資遵循；重視質的研究者各依其理論和經驗，提出不同的實施過程，一般分成下列五個階段：

1. 界定研究問題：首先要界定即將研究的問題，做為研究對象的問題可能來自某項理論、由此導出的假設，或來自研究者個人的經驗。

2. 選擇研究場所：質性研究往往要針對某一個案作縝密地、較長期的觀察，研究場所並非刻意安排的實驗室，而是日常行為發生的自然情境，如一所學校、一個教室或一個群體，研究場所和研究樣本的選擇不是靜止的、固定的，而是動態的、持續的，可能隨著研究範圍的擴充、研究問題的深化和新問題的發現而改變。

3. 進入現場與維持關係：質性研究要滲透到團體的文化及別人的觀點和現實之內，而現實是多層面的、多變的，研究者為瞭解這些文化和現實，如何進入現場，並維持良好而信賴的關係極為重要。

4. 資料的蒐集與檢核：蒐集資料的主要方法有長期參與觀察、訪問和文件分析等，也可以利用錄音、錄影、照片、文字記錄等方式將參與者的語言、交談、行動和態度記錄下來，蒐集到的資料，不可視為真實的或理所當然的，必須加以檢核，才能使用。

5. 資料的分析、整理與報告撰寫：資料蒐

集與分析是同時進行的，蒐集資料、分析和理解三者交互進行，時而觀察，時而分析，使理解更為透徹。資料愈多，再經分析、理解，加以校正，就愈能接近現實。質性研究在報告內容方面通常分為前言、敘述、解釋、和結論與建議等部份。

有些研究由問題情境做出發點，由實際工作者執行某一種能夠立即運用於解決問題的計劃，並對此一計劃做評估、檢討、改良，以期獲得較佳的決定，提高工作效果，此種研究即是「行動研究」(action research)，一般將其歸類為質性研究，也可歸類為量與質兼容的研究，非常有助於改善課程或教學方面之實際問題。

### 參、教育研究目標分類

在一般的教育領域，最常被採用的分類方式，源於 1956 年布魯姆氏 (B.S. Bloom) 等提出的教育目標分類，他們將教育目標分為認知 (cognitive)、精神運動 (psychomotor) 及情意 (affective) 三個領域。

#### 一、認知領域

認知領域的教學目標與知識的獲取有關，依據布魯姆氏的分類，可分為六個不同的層次，即記憶、理解、應用、分析、綜合及評價。

1. 記憶：這是認知目標中最低層次的的能力，包括記憶名詞、事實、規則和原理等。
2. 理解：指能瞭解所學過知識或概念的意義。
3. 應用：指將所學到的規則、方法、步驟、原理、原則和概念，應用到新情境的能力。
4. 分析：指將所學到的概念或原則，分析

為各個構成的部分，或找出各部分之間相互關係的能力。

5. 綜合：指將所學到的片斷概念或知識、原理、原則與事實等統合成新的整體的能力。

6. 評價：指依據某項標準做價值判斷的能力，例如對文學作品或藝術創作價值做批判的能力。

#### 二、情意領域

美國教育學者克斯瓦斯氏 (D. R. Krathwohl) 於 1964 年提出情意教育目標的分類。情意領域的教學目標包括態度、興趣、理想、欣賞和適應方式，可以分為五個不同的層次，即接受、反應、欣賞、評價和運用。

1. 接受：指對某種現象和刺激的感知。先有感知，才能產生注意，最後才選擇所要注意的刺激。

2. 反應：指主動的注意，亦即積極的參與反應。

3. 欣賞：指對於接觸到的事情、現象或行為感到有價值存在，因而表現積極的態度和重視其價值。

4. 評價：一個人評斷事物的價值時，就開始發展出其價值系統，將不同的價值系統組織起來，而富有一致性，即為價值的組織。「人生觀」或「處世哲學」即屬於此層次的行為。

5. 運用：將價值系統內在化，成為個人性格的一部分。依信念行事、表現出自信的態度即屬於此一層次。

#### 三、精神運動領域

1972 年美國教育學者辛普森氏 (E. J. Simpson) 發表了精神運動方面的目標分類，亦即技能領域的教學目標，可以分為下列六類：

1. 觀察：包括感官刺激、線索的選擇、轉換等三部份，藉以瞭解物體、性質和關係。

2. 準備：包括心理、身體和情緒三方面，旨在為某一動作而預備。
3. 模倣：指在別人指導下所表現出的明顯動作，包括模倣和嘗試錯誤。
4. 熟練：指反覆練習所學的動作，臻於熟練而養成習慣。
5. 表現：指個人能夠表現複雜的動作和行為。
6. 創作：指個人能創造出新的動作和行為方式。

### 肆、教學品質相關變項

教學改進的目的在於提昇教學品質，教學活動是一種進行中的、變化中的過程，在這個過程中，與其相關而影響其品質因素很多，而且相當複雜。從教學者這方面來看，可能影響教學品質的因素包括：教學者的意願是否足夠，設定的目標是否合理而實際可行，選取的教材是否妥當，採取的教學方式和方法是否適宜等等。要做一位好的教師，實施一種適當的教學，僅僅具備某些知識和技術並不足夠，而是應該具備一些超越知識和技術層次的判斷，亦即教學的藝術或教學的智慧：能夠在不同教學情境中做出最為恰到好處之判斷的智慧。

學生是教學活動的焦點，從學習者這方面來看，可能影響教學品質的因素包括：學生本身的學習動機和需求，先前的各種相關的經驗，學習當時的身心狀況，以及學習的態度和方法等。教師在從事教學活動之前以及教學時，都要了解學習者的條件和狀況，做為設計和實施教學的依據。

過去教育學者以為教學重視的是結果，因此忽略了過程。近代的教育學者強調，學習的過程與學習的結果具有同等的重要性，能夠掌握整個學習過程，才是良好學習結果的保障。

心理和教育學者也注意到，教師和學生之間存在著互動的關係，所以準確的說法，不是教師個人或學生個人的哪些因素影響了教學，而是這兩個主體如何互動，如何交錯作用而影響了教學。

醫學院的教學品質可能受到外在環境的影響，影響教學品質的外在因素很多，較重要的是：(1)物理環境，例如教學醫院、教室設備等。(2)人文環境，例如學院的氣氛、同儕的互動、學習的風氣以及師生的相處經驗等。(3)行政環境，例如教師升等制度、決策程序、考試制度、經費來源、行政運作和經營等。

上述影響教學品質的因素可以整理為教學的相關變項，後者可以再依其性質歸納成「歷程變項」、「預知變項」、「環境變項」、「成果變項」四類，以利教學改進的分析與執行；根據這個分類，再就實際的教學情境去分析，便能瞭解教學的全貌。茲就分類變項分別說明如下：

#### 一、歷程變項

這是指教學活動本身的變項，包含「教師行為」、「學生行為」及「師生行為的交互作用」。譬如：教師引發學生的學習動機、提示診斷的思考步驟、鑑別診斷的要領等，皆屬教師行為；學生專心聽課、提出疑問、診察病人等，皆屬學生行為；而教學進行之中，學生對教師行為的反應及教師對學生行為的反應，則屬師生行為的交互作用。上述各類的行為，可以是語言的表達，也可以是行動的表現，都可以在教學活動過程中觀察得到。

#### 二、預知變項

這是指教師本身所具有而對教學活動有所影響的特質，一般而言，了解教師之特質就可預測教師的行為，因此將屬於教師特質的各種

變項稱為預知變項，可以分為以下三類：(1)教師的社會背景；(2)教師的教育經驗；以及(3)教師的人格特質等三大類。

### 三、環境變項

環境變項即指這些可能影響教學活動的教學環境和條件，包含學生特質和教學環境兩類：

1. 學生特質：包括學生的背景與特性。前者如學生的性別、年齡、年級、家庭社經地位等；後者如學生的能力、知識、態度及其他人格特質。這些變項會影響學生本身的學習行為，也會影響教師的教學行為。

2. 教學環境：包括學院環境與教室環境。學院環境除指學院規模、風氣、建築之外，也包含教學醫院的特性；教室環境則不僅指教室的建築和設備，也包含了學生的組合情形、班級人數的多寡、教學科目和課本等。

### 四、成果變項

成果變項是指教學之後的結果，具體表現於學生行為的改變，包括「即時效果」和「長期效果」兩種。

### 伍、教學評量

教學評量 (evaluation) 雖然常被視為教學活動過程中最後的一個階段，但卻不是教學活動的結束或終點。教學評量的結果可以提供回饋，作為修正教學目標，改進教學的重要依據。

教學評量可以分為安置式評量 (placement evaluation)、診斷式評量 (diagnostic evaluation)、階段式 (期中) 評量 (formative evaluation)、總結式 (期末) 評量 (summative evaluation)、準則參照式評量 (criterion-refer-

enced evaluation) 及常模參照式評量 (norm-referenced evaluation) 等六類，謹簡要說明如下：

1. 安置式評量：指對於教學前學生所具有的起點行為表現 (entry performance) 之評量。它所關心的是學生在教學開始之前所具有的知識、技能、興趣、習慣、人格特質等。其目的是要確定教學活動的順序及教學方式或形態，以便學生能有最好的學習成就。

2. 診斷式評量：指在教學活動進行期間對於學生持續或反覆呈現的學習困難，做原因的診斷和評量。其目的是在鑑定困難形成的原因，以便提供改進的方法。這類評量常用到多種特殊的診斷工具及觀察方法。

3. 階段式評量：指在教學活動進行中對於教師的教學及學生的學習表現的評量，其目的是要提供教師回饋資料，以幫助他們瞭解在教學過程中學生的學習成效，這類評量的工具大多是教師自編的評定量表及觀察量表。

4. 總結式評量：指在全部教學活動結束後對於學生學習成就的評量，包括評定學生的成績或分數，或學生對於預期學習成果的熟練程度。總結性評量工具通常依教學目標而定，主要是標準化的成就測驗、教師自編的課堂測驗等。

5. 準則參照式評量：以事前決定的準則作評鑑學生學習行為表現之依據，教師要求學生的學習要達到預定的標準，並據此判斷學生的成績和優劣。此種評量通常是直接描述學生具體的行為表現，例如能做好病史詢問、能做腹腔穿刺。

6. 常模參照式評量：把學生的學習表現和某一特定的參照團體相比較，以作為評量的依據，例如以同年級學生的平均學業成績為參照點，分析某一學生的排名或表現。

## 陸、國內的醫學教育研究

教育研究是改進教學的主要依據，由於國情及文化背景、教育制度的差異，國外的教學、課程及相關的研究結論不一定適用於國內，因此，推展教育研究在國內醫學教育界有其需要。在醫學人文教育方面，尤其需要經由本土化的研究，做為改進教學的依據，藉以提昇教學成效。

台大醫學院由1992年開始進行了一系列的教育改革，經過三年的努力後，課程與教學改革大致奠定初步的基礎。為了檢討成效並做進一步的改進，乃於1995年成立「醫學教育研究小組」，收集分析教育改革的相關資料，寫成研究報告。另一方面，由小組成員向國科會科學教育處提出整合型及個別型研究計劃，在國科會的經費補助之下，教育研究得以逐漸發展。

有鑑於教育改革推展順利，院內教師對於教育的關心已經蔚為風氣，而實施課程及教學改革之後，累積了不少資料，教師的研究報告及論述不斷增加，乃於1997年3月出版「醫學教育雜誌」，一方面希望藉其凝聚院內同仁共

識，共同耕耘，進一步改善台大醫學院的教育品質，另一方面也希望有助於其他醫學院校進行教育改進。醫學教育雜誌的發刊，除了提供院內教師對醫學教育領域發表心得、抒發理念、刊登研究報告之外，在論文之審稿過程中提供投稿人與審稿人在專業領域及教育領域之互動機會，更使教育研究的風氣逐漸擴大。

醫學教育雜誌創立已屆滿四年，共出版了十六期，過去期間除本院教師同仁之外，國內醫學院校的同仁也都越來越積極地投入醫學教育的研究工作。由於醫學教育研究涉及質性與量化研究，因此目前研究單位比較集中在人文相關的學科系所教師同仁，如精神醫學科、一般醫學科、社會醫學科、家庭醫學科、護理學科、公共衛生系所、職能治療系與物理治療系等科系，另一研究核心為各醫學院校實際參與教育改革實務之各科系同仁。在國科會科教處有計畫地規劃與補助、推動下，相信未來國內醫學教育研究的品質必會大幅提昇。除了單一課程的設計與評估研究外，未來應更強化跨院校的整合型研究計畫，同時也應拓展全國性的宏觀計畫，包括與醫學教育相關的管理、制度、經濟、學制等變化所帶給醫學教育的衝擊及相關之評估與因應研究。

## 醫學教育革新與醫學教育雜誌之展望

李明濱<sup>1</sup> 謝博生<sup>2</sup>

台大醫學院共同教育室主任、雜誌主編<sup>1</sup>

台大醫學院院長、雜誌發行人<sup>2</sup>

台灣的現代醫學教育肇始於1897年4月，本「醫學教育雜誌」特於1997年4月，台灣醫學教育壹佰週年時創刊，實具深遠之歷史意義。美國醫學院協會曾於1984年提出培養21世紀醫師的教育理念，主張：1.減少講授教學、增加主動學習；2.重視生涯學習觀念之建立；3.強調整合性教育，加強臨床技術之訓練；4.重視社會關懷、人文素養、人性化醫療。嗣後，醫學教育改革逐漸成為世界性的潮流。在國內，台大醫學院率先進行教育改革，於1992年8月試辦新課程及小班教學，並於1994年8月全面實施，這是台灣醫學教育的重要轉型。台大醫學院教育改革的重點是將傳統課程改為基礎、臨床整合課程，取消臨床學科的大講堂授課，加強啟發式小班教學，增加人文、社會、倫理等學門的份量，強化學生的邏輯思考、臨床技巧及主動學習能力，提昇學生的人文素養及社會關懷情操。同時以此系列之改革經驗為基礎，試辦醫學系二階段學程，實施一般醫學教育及PGY1、PGY2畢業後醫療實務之訓練計劃。為能使教育改革持續推動，建立成效評估，並將經驗與醫界同仁分享，於是出版本雜誌。本雜誌之出刊除刺激醫學教育之研究風氣外，並透過資訊交流而凝聚共識，進而帶動國內醫學教育的改進、提昇醫學教育的水準。

本雜誌之內容兼顧理念與實證，包括個人精闢理念之專論、醫學教育專題之回顧與評論、實證資料之論述（原著欄）、經驗及重要國內外醫學教育資訊之交流（特輯），譬如：重要之教育研習，師生出國進修考察心得，教學評估座談，文獻選介與書評等，同時藉「醫學紀事」欄詳實地記錄醫學教育相關之重要政策與事件。醫學教育範疇甚廣，由病人個人到社區；由疾病防治至健康促進；由生物生理至心理社會與生態環境；由科技到倫理；由知識、技術到態度；由課程規劃到實施；由大學部到研究所、由學生到老師；由入學甄選經基礎臨床教育到專科繼續教育；由教學策略之擬定、實施到成效評估；由學生之學習行為與態度到教師之教學態度與人格特質；由教育制度、人力、經費到醫療保健；由課外活動到社會服務的參與；由學生與教師的身心發展到生涯規劃與專業選擇，都是過去本雜誌論著所涵蓋的範圍。目前教育政策逐漸鬆綁，大學自主性將逐漸提高，隨著社會需求的變遷，保險制度的改變，科技的進展，將來各校將有其特殊之教學目標取向，甚或產生多元化的學制，這也是未來雜誌將涵蓋的主題。

本雜誌目前是亞洲地區第一本跨國之醫學教育專門雜誌，目前已出版至第四卷第四期，論文頁數總計1932頁，共刊登了260餘篇論

著，其中包含 74 篇原始論著，32 篇綜說與專論，其他專欄論著 150 餘篇。本雜誌雖由台大醫學院主編，但就發刊宗旨及過去之出刊實況觀之，本雜誌論文之作者涵蓋國內外專家學者，有來自美國、英國、加拿大、日本、澳洲、香港、新加坡、馬來西亞等國，但主要仍以本國為主。過去原始論著之文章內容主要針對教學策略及成效評量，領域涵蓋基礎、臨床及醫學相關之各學系文章。

教育改革是連續性的工程，未來如何擴大研究範圍及加深研究深度均是指日可待之事。經由 4 年來醫學教育學者專家的共同耕耘，本雜誌之發展已逐步穩定，有鑑於全國大部分醫學院校都已積極進行醫學教育改革，本雜誌自 2001 年起，將委由「全國醫學校院長會議」發行，提昇為島內跨院校合辦之全國性專業醫學教育雜誌。期待經由願景之擬訂、出版與編輯組織架構之重整，能擴展稿源，增加文章的多樣性。展望 21 世紀，醫學教育改革的潮流勢將持續蓬勃發展，也期待本雜誌未來能發展為區域性雜誌（特別是亞洲地區），並繼續朝向國際化邁進；其刊登內容亦應逐步擴展至國際性議題，因此除編輯群組織與文章專輯國際化之特別設計外，如何朝向雜誌電子化的方向努力將是時代之所趨。

值得擔憂的是，醫學相關科系之教師升等已偏重 SCI 論文之走向，對醫學教育類論文之投稿將隱約造成另一衝擊。為顧及前瞻性之願景，以及醫學教育研究人力之有限，未來甚至

應考慮如何成立國內的醫學教育學術團體或學會，進而凝聚國際相關學術機構共同出版或合篇本雜誌，使其更具影響力，而能順利邁入 SSCI (social science citation index) 國際學術資訊網行列，亦應是值得考慮的發展目標之一。晚近，亞洲各國已逐漸推動醫學教育改革，海峽兩岸三地亦增加彼此的接觸，定期舉辦教育研討與互訪活動；亞太地區的醫學教育，特別是「以問題為導向」的學習模式，更是發展成「健康科學」高等教育的核心主軸，相關之學會與研討會亦逐步蘊釀成形之中，就以今年 11 月 20 日在新加坡地區舉行的，以問題導向學習為主題的醫學教育研討會，國內外都有不少學者專家參與，期待 2002 年的研討會亦能在台灣舉行。未來台灣地區之專家學者如何邁向國際，與國際專家學者更深入地密切合作，朝向競爭與合作的大方向努力，不啻是一大考驗。在國際化與電子化的期許下，本雜誌之讀者群勢必會急速擴展，有鑑於此，就倫理觀點而言，本雜誌之英文名稱 "Journal of Medical Education"，因與現有之國際雜誌名稱相同，將來不得不另改名稱，以避免混淆；"Medical Education Journal" 將是最簡潔有力，改變最少，且是脫離地區侷限性、朝向國際化的適合名稱。期待在新世紀新元年的雜誌改版，能在未來百年內扮演更重要的角色。相信在專家學者的攜手合作，有識之士的積極投入及國科會科學教育處的大力資助與推動下，台灣地區的醫學教育品質必會持續提昇。

## 國科會『醫學教育』研究計畫一覽表 (86~89 年度)

### 86 年度 個別型計畫 7 件

主持人	執行機關	計畫名稱
1 李明濱	台灣大學社醫科	醫學生醫學倫理學教學研究(Ⅰ)
2 李 蘭	台灣大學公共衛生	台北市高職學生藥物濫用研究(III):教育介入實驗
3 殷梅津	中山醫學院營養系	高中高職餐飲相關科系學生能力與就業能力配合之研究
4 鍾聿琳	台北護理學院	護理教育中〈健康指導過程〉之多媒體交談式光碟教學系統的發展與評量
5 李友專	台北醫學院公衛系	建立線上皮膚科教學之全球資訊網資源
6 白秀華	高雄醫學院公衛系	高雄地區餐盒工廠從業人員食品衛生教育在職訓練模式之建立
7 謝博生	台灣大學醫學院內	台大醫學院醫學教育改革前驅期評估研究(II)

### 整合型計畫 4 群 14 件

主持人	執行機關	計畫名稱
1 李宇宙 陳恆順 陳慶餘	台灣大學醫學院社會醫學科 台灣大學醫學院社會醫	基礎臨床整合課程學習環境系統 臨床個案電腦輔助學習系統 社區醫學遠距學習系統(II)
2 謝季全 王拯宗 陳思光	台灣大學醫學院牙醫系 台灣大學醫學院牙醫系 台灣大學醫學院牙醫所	問題導向牙醫學教學電腦化之課程與環境規劃(II) 臨床與病理相互印證的口腔病理電腦輔助學習系統之建立與評估(II) 智慧型口腔顎面影像醫學教學之設計與評估(II)
3 陳志鴻 陳立祥 姚維仁 蔡宏名	成功大學 成功大學電機工程研究所 成功大學醫學院	分散式醫學影像系統在醫學教學上的應用(II) 超媒體醫學影像系統之製作及其在醫學教學之應用 核子醫學影像在醫學教育之應用(II) 電腦輔助教學腹部電腦斷層掃描影像(II)

醫學教育研討會

主持人	執行機關	計劃名稱
4 林麗輝 夏萍細 林金真 周治蕙	陽明大學臨床護理研究所 陽明大學護理學系 陽明大學護理學系 陽明大學護理學系	護士、護理師檢覈考試試題信，效度與考生能力之分析(II) 新進護士、護理師護理活動反映基本就業能力之研究(II) 護士、護理師檢覈考試試題與教育目標分類關係之探討(II) 護士、護理師檢覈考試試題與護理過程和批判性思考關係之探討(II)

87 年度單 整合型計劃 4 群

主持人	執行機關	計劃名稱
1 謝季全教授 陳思光講師 王拯宗副教授	國立台灣大學醫學院牙醫學系 國立台灣大學醫學院牙醫學系 國立台灣大學醫學院牙醫學系	<ul style="list-style-type: none"> <li>臨床導向問題解決型牙醫師培育規劃研究－問題導向牙醫學教學電腦化之課程與環境規劃(III) 872511S002009</li> <li>臨床導向問題解決型牙醫師培育規劃研究－智慧型口腔顎面影像醫學教學之課程設計(III) 872511S002010</li> <li>臨床導向問題解決型牙醫師培育規劃研究－臨床與病理相互印證的口腔病理電腦輔助學習系統之建立與評估(III)872511S002012</li> </ul>
2 李宇宙講師 陳瑞松副教授 陳慶餘教授	國立台灣大學醫學院社會醫學科 國立台灣大學醫學院牙醫學系 國立台灣大學醫學院家庭醫學科	<ul style="list-style-type: none"> <li>智慧型電腦輔助學習系統實驗性教學之研究－基礎臨床整合課程學習環境系統(III)872511S002013</li> <li>智慧型電腦輔助學習系統實驗性教學之研究－臨床個案電腦輔助學習系統(III)872511S002014</li> <li>智慧型電腦輔助學習系統實驗性教學之研究－社區醫學遠距學習系統(III)872511S002015</li> </ul>
3 陳志鴻教授 陳立祥副教授	國立成功大學醫學院內科學科 國立成功大學電機工程學系	<ul style="list-style-type: none"> <li>分散式醫學影像系統在醫學教學上的應用(III) 872511S006003</li> <li>分散式醫學影像系統在醫學教學上的應用(III)－超媒體醫學影像系統之製作及其在醫學教學之應用(III)872511S006004</li> </ul>

主持人	執行機關	計劃名稱
姚維仁副教授	國立成功大學醫學核子醫學科	●分散式醫學影像系統在醫學教學上的應用(III)-核子醫學影像在醫學教育之應用(III)872511S006005
蔡宏名講師	國立成功大學醫學院放射線學科	●分散式醫學影像系統在醫學教育上的應用(III)-電腦輔助教學腹部電腦斷層掃描影像(III)872511S006006
4 夏萍緬教授	國立陽明大學護理學系	●護理人員執照反應教育目標與基本就業能力之研究-新進護士、護理師護理活動反映基本就業能力之研究(III)872511S010001
楊瑞珍講師	國立台北護理學院護理系	●護理人員執照反應教育目標與基本就業能力之研究-護士、護理師檢覈考試試題與教育目標(認知領域)關係之探討(III)872511S227002
周治蕙副教授	國立陽明大學護理學系	●護理人員執照反應教育目標與基本就業能力之研究-護士、護理師檢覈考試試題和護理過程與批判性思考關係之探討(III)872511S010002
林麗嬋副教授	國立陽明大學臨床理研究所	●護理人員執照反應教育目標與基本就業能力之研究-護士、護理師檢覈考試試題信、效度與考生能力之分析(III)872511S010003

## 個別型計劃

主持人	執行機關	計劃名稱
1 謝博生教授	國立台灣大學醫學院內科	台大醫學院醫學教育改革前驅期評估研究(III)872511S002003
2 李明濱教授	國立台灣大學醫學院社會醫學科	醫學生醫學倫理學教學研究(III)872511S002017
3 晏遜文教授	國立台灣師範大學衛生教育學系	青少年同儕愛滋病防治教育介入效果872511S003020
4 李蘭教授	國立台灣大學公衛學院公衛所	國中學生同儕地位及危害健康行為之發展研究與教育介入效果評價 872511S002004
5 盧國賢教授	國立台灣大學醫學院解剖學科	組織學圖譜:教學光碟與線上教學872511S002007

### 醫學教育研討會

主持人	執行機關	計劃名稱
6 鍾聿琳教授	國立台北護理學院護理系	護理教育中〈健康指導過程〉之多媒體交談式光碟教學系統的發展與評量(III)872511S227001
7 賴允亮主任	財團法人馬偕紀念醫院	安寧療護專業人員教育需求評估研究安寧療護教育示範中心 872511S195001
8 殷梅津副教授	私立中山醫學院營養學系	高中高職餐飲科學生能力與就業能力配合之研究 872511S040001
9 吳愛玲副教授	私立輔仁大學護理學系	護理學系畢業生就業準備度、護理壓力與工作適應之探討 872511S030001

### 88 年度 個別型(87.08.01—89.07.31)

主持人	執行機關	計劃名稱
1 李蘭教授	台灣大學公共衛生研究所	國中學生同儕地位及危害健康行為之發展研究與教育介入效果評價(二年期)(第 2.3 年計畫)882511S002007
2 梁繼權講師	台灣大學醫學院家醫科	台大醫學院以問題為基礎之學習的評估研究(二年期) 882511S002008
3 鍾聿琳教授	台北護理學院護理系	護理專業能力評鑑模式的發展及應用之研究—大學層級產科護理專業能力評鑑模式的發展及應用之研究(二年期 882511S227002

### 個別型 (87.08.01—88.07.31)

主持人	執行機關	計劃名稱
1 陳慶餘教授	台灣大學醫學院家醫科	實證醫學應用於實習醫師臨床訓練之研究 882511S002003
2 呂碧鴻副教授	台大醫學院社會醫學科	影響大學醫學生專科選擇之因素探討 882511S002005
3 楊培銘教授	台灣大學醫學院醫學系	醫師檢覈考試試題效度之評估與分析 882511S002006
4 晏涵文教授	台灣師大衛生教育	青少年同儕愛滋病防治教育介入效果(II) 882511S003056

主持人	執行機關	計劃名稱
5 盧美秀教授	台北醫學院護理學系	各級護理學校應屆畢業生個人屬性、工作價值與專業承諾關係之探討 882511S038001
6 呂桂雲講師	輔英技術學院護理系	護生到護理人員專業承諾的改變及相關因素之研究 882511S242001
7 謝淑惠講師	中國醫藥學院護理學系	運用臨床護理輔導員制度以降低新進護理人員之工作壓力源及提升護理角色概念 882511S039001
8 陳思光講師	台大醫學院牙醫研究所	以非同步教學環境輔助問題導向團隊式牙科放射線學教學 882511S002009
9 蔡篤堅副教授	陽明大學通識教育中心	記憶、歷史、影像、科學-醫學通識教育社區化之嘗試 882511S010001
10 曾煥棠副教授	國立台北護理學院	生死學教學模式及成效研究—生死學教學策略與成效 882511S227001

## \*特別研究計畫(87.08.01—90.07.31)\*

主持人	執行機關	計劃名稱
李明濱教授	台灣大學醫學院精神科	醫學人文課程整合與成效研究(三年期) 882511S002004

## 89 年度 個別型計畫

主持人	執行機關	計劃名稱
鍾聿琳教授	國立台北護理學院護理系	護理專業能力評鑑模式的發展及應用之研究—大學層級產科護理專業能力評鑑模式的發展及應用之研究(2/2)
邱淑芬講師 (資深)	國立台北護理學院護理系	評估遠距教學在護理專業課程實施之成效能
梁繼權副教授	國立台灣大學醫學院家庭醫學科	台大醫學院以問題為基礎之學習的評估研究(2/2)

## 醫學教育研討會

主持人	執行機關	計劃名稱
陳思光副教授	國立台灣大學醫學院牙醫研究所	掌上型電腦輔助遠距牙醫學教學之先導系統
李蘭教授	國立台灣大學公共衛生學院衛生政策與管理研究所	國中學生同儕地位及危害健康行為之發展研究與教育介入效果評價：(第二、三年計畫)(2/2)
戴正德教授	中山醫學院通識教育中心	醫學倫理教育及其教學法的研究探討
王維典講師 (資深)	國立台灣大學醫學院社會醫學科	以學習歷程檔案做為教、學及評量工具發展醫師臨床專業能力

### \*特別研究計畫

主持人	執行機關	計劃名稱
李明濱教授	台灣大學醫學院精神科	醫學人文課程整合與成效研究(第二年)(2/3)
晏涵文教授	國立台灣師範大學衛生教育學系	[真愛要等待]教學效果研究--針對國二學生兩性交往為基礎的性教育課程計劃

## 89 年度 第 2 期計畫

### \*特別研究計劃

主持人	執行機關	計劃名稱
李明濱教授	台灣大學醫學院精神科	醫學人文課程整合與成效研究(第三年)(3/3) 892511S002017

### \*整合型研究研究計劃

主持人	執行機關	計劃名稱
鍾聿琳教授	國立台北護理學院護理系	二十一世紀另類護理學程之研發 892511S227003
郭素珍副教授	國立台北護理學院護理	——產科護理專業能力另類教育系統之發展 892511S227005

主持人	執行機關	計劃名稱
林壽惠校長兼 副教授	國立台北護理學院護理 系	——社區衛生護理另類教學設計與管理能力 評鑑 892511S227008
孫愛祖講師 (資深)	國立台北護理學院護理 系	——小兒科護理專業能力另類教育系統之發 展 892511S227006
徐曼瑩副教授	國立台北護理學院護理 系	——精神科護理專業能力另類教育系統之發 展 892511S227007
蔡秀鸞副教授	國立台北護理學院護理 系	——內外科護理專業能力另類教育系統的發展 892511S227004

## \* 個別型研究計劃

主持人	執行機關	計劃名稱
王拯宗副教授	國立台灣大學醫學院 牙醫系	建構「虛擬光學顯微鏡」輔助口腔組織學顯微影 像教學及其成效評估(1/2)892511S002021
邱淑芬講師 (資深)	國立台北護理學院護 理系	護理課程實施遠距教學中師生互動之探討 892511S227009
晏涵文教授	國立台灣師範大學衛 生教育學系	國民中學健康教育教師性教育專業知能與進修需 求研究 892511S003101
林一真教授	國立陽明大學通識教 育中心	由臨床醫病互動為基礎的醫學生溝通課程規劃研 究 892511S010001
梁繼權副教授	國立台灣大學醫學院 家庭醫學科	醫學生社區災難醫學課程的設計與評估 892511S002019
陳思光副教授	國立台灣大學醫學院 牙醫研究所	以虛擬病人將情境教學應用於問題導向牙醫學教 學 892511S002018
蔡甫昌醫師	國立台灣大學醫學院 家庭醫學科	生命倫理學方法論研究---以基因科技相關倫理議 題為例 892511S002023
潘憲教授	台北醫學院醫學系	建立一臨床消化道內視鏡教學影像資料庫 892511S038001
楊培銘教授	國立台灣大學醫學院 內科	標準病人在基本臨床技巧的教學與評量上之應用 (1/3)892511S002020

---

### 醫學教育研討會

---

主持人	執行機關	計劃名稱
李蘭教授	國立台灣大學公衛所	青少年社會網絡與吸菸行為的追蹤研究(1/2) 892511S002016
黃秀梨教授	國立台灣大學醫學院 護理學系	碩士護理教育的現況評估與改善計畫(1/3) 892511S002022
黃國哲助理教授	台北醫學院醫務管理 學系	分享式醫學教育多媒體倉儲的架設和建制計畫 892511S038003
李飛鵬副教授	台北醫學院耳鼻喉科	利用語音辨識技術建立可搜尋之耳鼻喉科教學數位影音資料庫 892511S038002

---

## 『醫學教育』雜誌主要論文目錄 (1997-2000)

1. 醫學與道德 (戴正德)
2. 國立台灣大學醫學教育改革之評估 (梁繼權、王維典、陳慶餘、謝博生)
3. 合理授課時數與教師員額配置 (蘇喜、謝博生、戴政)
4. 電腦斷層影像輔助教學：以骨盆骨折診斷為例 (陳立祥、林啓禎、劉鑑、俞芹芙、陳志鴻)
5. 桌上型遠距教學系統之評估 (郭斐然、陳恆順、蔡甫昌、劉建財、邱泰源、李明濱、李宇宙、陳慶餘)
6. 高職生成癮藥物之使用行為 (李蘭、洪百薰、楊雪華、童淑琴、晏涵文)
7. 醫師教育模式之變遷 (謝博生)
8. 以問題為基礎的學習在醫學教育的應用 (李澤生、關超然)
9. 從社會與教育制度看台灣醫師人才的培養 (楊明仁、蔡瑞熊)
10. 台大醫學院教學成效調查之分析 (王惠珀、何弘能、李嘉帥、李明濱、謝博生)
11. 衛生保健通識教育課程之評估 (王維典、李明濱、陳慶餘)
12. 高雄醫學院醫學社會學系課程分析 (張江清、楊明仁、范麗娟、陳武宗、嚴雅音、陳正宗)
13. 利用小組教學方式實施醫學倫理教學 (李明濱、李宇宙、林信男、謝博生)
14. 護理畢業生之就業狀況及生涯計畫 (張媚)
15. 台灣醫師教育之形塑 (謝博生)
16. 哈佛大學新路徑課程對學生認知行為之影響 (Rudolph Mitchell)
17. 小班教學「團體學習量表」之信度與因素分析 (李宇宙、高美英、呂碧鴻、施子薇、張宏俊、李明濱)
18. 醫學生電腦使用能力之調查 (陳恆順、郭斐然、劉建財、林家青、李明濱)
19. 台大醫院實習醫師訓練現況及成效 (王崇禮、李宇宙、楊培銘、侯勝茂)
20. 手術室護理人員避免受尖銳物傷害之再教育需求 (蘇燦煮、陳月枝、陳滋茨)
21. 高級心臟救命術改良教法之學員反應 (黃英傑)
22. 病人自主與知情同意 (李明濱)
23. 外科臨床教育改革方案：外科 100 (林佐武、張金堅)
24. 小班教學「團體學習量表」的探討與評估 (高美英、李宇宙、呂碧鴻、施子薇、李明濱)
25. 醫學課程教學效果調查之分析 (王惠珀、洪永泰、何弘能、李明濱、謝博生)
26. 通識教育課程的檢討 (張天鈞)
27. 牙科放射線學非同步遠距教學之短期成效 (陳思光、陳瑞松、藍萬烘、謝季全)
28. 教師培訓計劃之評估 (梁繼權、王維典、陳慶餘、謝博生)
29. 醫學倫理的理論思考 (戴正德)
30. 進階護理人員的角色定位與功能 (戴玉慈、陳月枝)

31. 小班教學老師教學方式之評估 (梁繼權、李宇宙、呂碧鴻、李明濱、謝博生)
32. 整合課程測驗試題之分析 (高美英、黃天祥、謝博生)
33. 醫學系甄選入學學生的學習成效與團體適應 (李宇宙、李明濱、呂碧鴻、侯勝茂、謝博生)
34. 「人與醫療」課程之學習心得分析 (呂碧鴻、李明濱、李宇宙、高美英)
35. 預防國中生成癮檳榔之教育效果 (李蘭、林慧宜、晏涵文)
36. 「科學引用文獻索引」與「影響指數」 (洪祖培、王顏和)
37. 增設醫學院或增加醫學生人數能否解決住院醫師短缺的問題 (林佐武)
38. 醫學生之公共衛生教育 (丁志音、季瑋珠)
39. 醫學倫理教育：世界趨勢與哈佛經驗 (Mary-Jo DelVecchio Good)
40. 實施醫學倫理教育之歷程 (Darryl Macer)
41. 寬頻遠距教學系統在醫學通識教育之應用 (陳恆順、陳晶瑩、郭斐然、林家青、陳良基、李明濱、陳慶餘)
42. 牙醫系師生電腦使用能力與對電腦輔助學習之態度 (陳思光、陳瑞松、張心涪、藍萬烘、謝季全)
43. 醫療保險制度對教學醫院醫師培養之影響 (蔡瑞熊、楊明仁)
44. 全民健保對未來醫師來源在質與量上之影響 (黃族濤、張慈桂、蕭正光、姚霞玲、李明亮)
45. 護生綜合實習前後護理能力分析 (呂桂雲、陳月枝、王美琦)
46. 管理式醫療 (張勝雄)
47. 管理式醫療與醫學教育 (王崇禮)
48. 訓練庭醫師成為導師的自我學習計畫 (Rudolph Mitchell、Alicia Monroe)
49. 高等護理教育的展望 (蕭淑貞、陳淑君)
50. 醫學院教學成效調查結果之差異性分析 (王惠珀、李明濱、洪永泰、謝博生)
51. 以個案為導向社區醫學課程之評估 (陳慶餘、郭斐然、劉文俊、梁繼權、李宇芬)
52. 以認知圖提升醫學生問診能力 (王維典)
53. 全民健保後外科醫師人力之調查與分析 (張全堅、陳炯年、朱樹勳)
54. 公費醫師服務期滿後執業選擇之研究 (高文惠、黃文鴻、楊漢璋)
55. 「醫學生生活營」成果初報 (李宇宙、謝光煬、呂碧鴻、李明濱、王維典)
56. 英國牙醫學院電腦輔助教學策略 (陳思光)
57. 臺大醫院實習醫師訓練 (王崇禮)
58. 醫學教育改進之研議 (宋瑞樓)
59. 臨床醫學教育：以標準病人為教、學及評量工具 (王維典)
60. 小班教學課程之評估分析 (呂碧鴻、梁繼權、李明濱、李宇宙、謝博生)
61. 問題基礎學習小班教學可行性之先驅研究 (陳震寰、郭英調、蕭光明、劉秀枝、林孝義、王署君、陳曾基、黃信彰、石宜銘、陳素貞、李壽東、何橈通、張茂松)
62. 醫療人員對醫院內環氧乙烷管理的重視與滿意度調查 (蘇燦煮、陳月枝)
63. 台北市國中生物質濫用行為之預測因子 (李蘭、孫亦君、翁慧卿)
64. 醫學工程：整合台灣大學醫學與工程教育的基石 (林啓萬、曾淵如)
65. 醫學生之基本臨床技能：評量方法 (王維典)
66. 咬合學的教學目的與方法 (蕭裕源)
67. 醫學倫理教學成效及其相關團體學習因素 (李明濱、李宇宙、林信男、謝博生)
68. 醫學生所經驗精神科日常醫療倫理問題 (顏永杰、楊明仁、陳正宗、張明永)

69. 歷屆臺灣國家醫師執照考試之分析 (黃天祥、高美英、林明燦、王維典、曾國藩、黃秀芬、符文美、郭鐘金、楊培銘、王錦堂、蔡瑞章、蔡文友、李秉穎、謝博生)
70. 物理治療臨床實習課程教學滿意度之調查 (吳英黛、張祐仁、王惠珀、李明濱)
71. 臺大牙科實習醫師對牙醫學系課程與臨床訓練之評估 (郭敏光、黃桂芬、張曉華、王姻麟)
72. 醫學系教學評量結果之三年追蹤分析 (高美英、李明濱、呂碧鴻、何弘能、黃天祥、謝博生)
73. 台大醫學院社區醫學教學之回顧 (陳慶餘)
74. 醫學生生活營：醫學生社會化的新起點 (謝光煬、李宇宙)
75. 1990 年代美國醫學系課程的改變對賓大醫學系第一年及第二年課程的衝擊 (劉嘉上、劉華昌)
76. 某醫學院學生之專科選擇及其相關因素探討 (楊明仁、蔡瑞熊)
77. 醫學生的精神科問題與適應障礙 (李宇宙、李明濱、呂碧鴻)
78. 以問題為基礎之學習在小班教學之應用 (梁繼權、呂碧鴻、李明濱、謝博生)
79. 影像診斷學整合課程之教學成效 (陳世杰、李瑤華、李明濱、黃國茂、呂碧鴻、謝博生)
80. 醫事技術系開設「分子生物學導論」之回顧 (方偉宏、林淑華)
81. 從發表在國際雜誌的醫學文獻來探討基礎物理學之重要性 (陳素真、王世仁、雷永耀)
82. 死亡之重新定義：對於腦死之探討 (吳建昌、陳映燁、李明濱)
83. 實習醫師臨床智能考試 (林明燦、黃天祥、高美英、林子忻、林吉、張金堅、謝博生)
84. 出國考察醫學教育的成效探討 (吳寬墩、林佐武、梁繼權、呂碧鴻、楊培銘、侯勝茂、李明濱)
85. 護生護理師檢核考試成績與學業成績關係之分析 (呂桂雲、陳月枝、王常如)
86. 以焦點團體方法評估小班教學成效 (謝明憲、李明濱、呂碧鴻、李宇宙、謝博生)
87. 醫療爭議之心理社會面向 (廖士程、李明濱、李宇宙)
88. 電影與醫學教育 (葉炳強)
89. 醫學院教師如何教學 (張步良)
90. 生命倫理學教學與醫師之養成 (戴正德、辛幸珍、李明濱)
91. 「臨床溝通演練」作為醫學通識課程的評估 (林啓禎、黃崑巖)
92. 台灣地區醫師人力資源之分析與評估 (蔡哲雄、黃雁)
93. 護理系在職進修班學生照護 HIV 陽性患者意願之探討 (蔡芸芳、熊秉荃)
94. 通識教育課程缺課原因之探討 (張天鈞)
95. 由醫學邏輯的觀點談疾病定義、分類、與因果關係 (陸希平)
96. 醫學倫理學理論與原則 (陳映燁、李明濱)
97. 醫學生的專科偏好與相關因素探討 (高美英、呂碧鴻、李明濱、王維典)
98. 身體疾病住院病患之醫病溝通分析 (廖士程、李明濱、李宇宙、謝博生、林信男、陳映燁、曾美智)
99. 牙醫學系畢業生對牙科課程之評估 (郭敏光、黃桂芬、張曉華、王姻麟)
100. 「預防尖銳物傷害之工作模式」對護理人員使用尖銳物之影響 (蘇燦煮、陳月枝)
101. 問題導向學習之學習動力論 (關超然)
102. 生命倫理四原則方法論 (蔡甫昌)
103. 問題導向團隊式牙科放射線學教學之三年評估 (陳思光、張心涪、江俊斌、王若松、藍萬烘、謝季全)

104. 牙醫學教育採用小班教學課程的效果評估  
(賴玉玲、季麟揚、李士元)
105. 某醫學中心護理人員對愛滋病認知的再教育需求之探討(于博芮、陳月枝)
106. 影響醫學生選科因素之探討(黎士鳴)
107. 由醫學邏輯的觀點談診斷過程(陸希平)
108. 英國國家醫療服務制度下的醫病關係：社會史學回顧(李尙仁)
109. 現代醫療體系對醫病關係的影響：德國的戰前經驗(白裕彬)
110. 英國視障者的物理治療教育(胡名霞)
111. 迴歸至平均值的謬誤及診斷(史麗珠)
112. 醫學中心住院醫師之醫病溝通訓練成效  
(廖士程、李明濱、李宇宙、楊培銘、李源德、謝博生)
113. 醫療人員如何稱呼病患(戴玉慈、呂淑華、徐銘玉)
114. 護理學系畢業生對學校教育與課程評價之探討(林艷君、張媚、陳滋茨、蔡麗雅、黃秀梨)
115. 應用問題導向教學模式於職能治療課程之效果(潘瓊琬、陳詞章、曾美惠、鍾麗英、陳美津、江愛華)
116. 以成長團體介入提昇高職生拒藥能力之成效(李蘭、洪百薰、晏涵文、楊雪華、童淑琴)
117. 參加美國醫學教育聯繫委員會 2000 年例會  
(王乃三、黃伯超)
118. 精神醫學：兼顧生物—心理—社會—靈性的醫學(林信男)
119. 以考試作為學生能力評估之省思(關超然)
120. 二十一世紀物理治療教育之期許(吳英黛、廖華芳、徐阿田、詹美華、余南瑩)
121. 以「主題結構化群組臨床測驗」評量「臨床診斷學」教學成效(林明慧、陳震寰、蔡世滋)
122. 技職體系二技護理系學生入學時批判思考能力之評估(許淑蓮、李明儀、林惠賢)
123. 精神科實習醫師對實施新教學制度之評價  
(顏正芳、張明永)
124. 婦女尿失禁骨盆底肌肉收縮運動遵從行為及其相關因素(陳淑月、林隆堯、林淑姿、陳進典)
125. 醫學與護理系學生之壓抑性格與死亡焦慮之相關研究(張利中、林志龍)

## 與會名單

## 與會名單

- |                    |                        |     |                            |
|--------------------|------------------------|-----|----------------------------|
| Rob Sanson-Fisher  | 澳洲Newcastle大學醫學院<br>院長 | 吳木榮 | 台大醫學院病理暨法醫學科講師             |
| Toshikazu Nakamura | 日本自治大學公共衛生<br>學系主任     | 吳永基 | 林口鄉衛生所主任                   |
| 于 漱                | 陽明大學護理學系副教授            | 吳佳璇 | 台大醫院精神部主治醫師                |
| 尹三元                | 生光診所醫師                 | 吳坤憲 | 台南縣衛生局技正                   |
| 尹順君                | 大仁技術學院護理學系副教授          | 吳宗穎 | 高雄長庚醫院家醫科醫師                |
| 王三郎                | 王三郎診所醫師                | 吳明賢 | 台大醫學院一般醫學科助理教授             |
| 王水深                | 台大醫學院外科教授              | 吳英黛 | 台大醫學院物理治療學系副教授             |
| 王佳文                | 王佳文內兒科診所醫師             | 吳彬安 | 衛生署旗山醫院院長                  |
| 王拯宗                | 台大醫學院牙醫學系副教授           | 吳睦麗 | 台中縣豐原市衛生所主任                |
| 王英偉                | 慈濟醫院家醫科主任              | 吳寬墩 | 台大醫學院內科副教授                 |
| 王桂芸                | 國防醫學院護理學系副教授           | 翹 翹 | 台中縣霧峰鄉衛生所主任                |
| 王崇禮                | 台大醫學院骨科教授              | 吳輝雄 | 苗栗頭份鎮衛生所主任                 |
| 王淑芳                | 台大醫學院物治系副教授            | 呂文騫 | 敏昌診所醫師                     |
| 王錦澤                | 王錦澤診所醫師                | 呂佳蓁 | 彰化基督教醫院醫師                  |
| 丘 亮                | 長庚醫院家醫科醫師              | 呂源三 | 衛生署雲林醫院院長                  |
| 古佩玉                | 國防醫學院護理學系講師            | 呂碧鴻 | 台大醫學院社醫科主任                 |
| 朱宗信                | 台大醫學院一般醫學科助理教授         | 呂麗卿 | 德育醫管專校護理科講師                |
| 江吉明                | 屏東縣獅子鄉衛生所主任            | 宋佩芳 | 元培科學技術學院護理學系講師             |
| 江純貞                | 中央信託局護士                | 巫世平 | 巫世平診所醫師                    |
| 江榮杰                | 宜蘭縣五結鄉衛生所主任            | 李 蘭 | 台大公衛學院衛政所所長                |
| 何弘能                | 台大醫學院婦產科教授             | 李世俊 | 三軍總醫院胸腔外科主任                |
| 何博基                | 東和婦產科醫院院長              | 李世傑 | 朝芳診所醫師                     |
| 何善台                | 國防醫學院醫學系主任             | 李兆然 | 李兆然家醫科診所醫師                 |
| 何橈通                | 陽明大學醫學院院長              | 李汝禮 | 中華民國開業醫師協會理事長              |
| 何錫章                | 何家庭醫學專科診所醫師            | 李宏謨 | 台北醫學大學教務長                  |
| 何蘊芳                | 台大醫學院藥學系助理教授           | 李佳雲 | 中國醫藥學院附設醫院社區醫學研究室<br>助理研究員 |
| 余玉眉                | 陽明大學護理學院教授             | 李孟智 | 中山醫學院家醫科副教授                |
| 余忠仁                | 台大醫學院內科助理教授            | 李幸利 | 天主教聖馬爾定醫院家醫部副主任            |
| 余英敏                | 台中榮民總醫院醫師              | 李明濱 | 台大醫學院精神科主任                 |
| 余豎文                | 耕莘醫院家醫科主任              | 李炳賢 | 濟民內兒科診所醫師                  |
| 吳文傑                | 昕隆診所醫師                 | 李帶琪 | 宜蘭縣頭城鎮衛生所主任                |
|                    |                        | 李智貴 | 埔里基督教醫院家醫科主任               |

## 醫學教育研討會

李源芳	衛生署澎湖醫院院長	林壽惠	台北護理學院校長
李榮基	苗栗造橋鄉衛生所主任	林夢蕙	臺北市士林區衛生所公衛護士
李福春	衛生署豐原醫院家醫科主任	林肇堂	台大醫學院一般醫學科主任
李錦虹	輔大醫學院心理復健系助理教授	林銘川	台大醫學院復健科講師
李龍騰	台北縣衛生局局長	林燕卿	樹德科技大學人類性學研究所副教授
杜明勳	高雄榮總家醫科主任	林麗秋	康寧護專護理科講師
沈成忠	中國醫藥學院附設醫院醫教會主任	林麗嬋	陽明大學臨床護理研究所副教授
沈銘鏡	台大醫學院檢驗醫學科教授	林繼昌	台大醫學院骨科臨床副教授
汪忠川	高雄縣阿蓮鄉衛生所主任	邱怡玟	中國醫藥學院附設醫院社區醫學部督導
周世模	南投草屯鎮衛生局主任	邱英世	台大醫學院內科臨床教授
周光偉	周光偉診所醫師	邱晉陽	嘉義基督教醫院社康部主任
周宏學	長庚紀念醫院助理教授	邱泰源	台大醫學院社會醫學科助理教授
周定遠	耕莘醫院醫務部副主任	邱啓潤	高雄醫學大學護理學系副教授
周治蕙	陽明大學護理學系副教授	邱淑芬	台北護理學院護理學系講師
周碧瑟	陽明大學公共衛生研究所教授	邱愛珍	台東縣卑南鄉衛生所主任
周騰達	高雄長庚醫院家醫科主任	侯勝茂	台大醫學院教務分處主任
孟慶樑	國防醫學院副院長	施庭芳	台大醫學院放射線科副教授
林晉	台大醫學院骨科副教授	洪川棋	署立嘉南療養院醫師
林笑	陽明大學護理學系講師	洪允文	高雄市左營區衛生所所長
林一真	陽明大學通識中心教授	洪雪貞	衛生署雲林醫院護理長
林中生	中山醫學院校長	洪麗珍	弘光技術學院護理系講師
林水隆	台中縣石岡鄉衛生所主任	胡文郁	台大醫學院護理學系助理教授
林水龍	衛生署台南醫院院長	胡俊弘	台北醫學大學校長
林佐武	亞東醫院副院長	胡務亮	台大醫學院一般醫學科助理教授
林宗熙	三民家醫科診所醫師	胡雲萍	台北醫學大學保健營養學系教授
林忠順	林口長庚醫院家醫科主任	范家瑞	恩生內兒科診所醫師
林東燦	台大醫學院檢驗醫學科副教授	晏涵文	國立台灣師範大學衛生教育系教授
林芳郁	台大醫學院外科教授	唐鴻舜	耕莘醫院醫療副院長
林昭俊	太安醫院院長	夏萍綱	陽明大學教授
林柏煌	雲林縣衛生局局長	孫光煥	三軍總醫院泌尿外科主任
林秋芬	台北醫學大學護理系講師	孫家棟	台大醫學院法醫學科講師
林美華	弘光技術學院護理系老師	孫愛祖	台北護理學院講師
林敏雄	國泰綜合醫院家醫科主任	庫殿棟	建安診所醫師
林凱南	台大醫學院耳鼻喉科主任	徐明輝	台中縣后里鄉衛生所主任
林凱南	秀傳紀念醫院醫師	徐曼瑩	台北護理學院醫護教育研究所所長
林登圳	台中市西屯區衛生所醫師	柴卓武	衛生署苗栗醫院急診科醫師
林瑞祥	輔仁大學醫學院名譽副院長		

翁文德	慈惠診所醫師	郭南宏	長庚大學校長
馬惠明	台大醫學院急診醫學科助理教授	郭素珍	台北護理學院護理助產研究所副教授
高正治	台東縣金峰鄉衛生所主任	郭鐘添	員林郭醫院醫師
高啓雯	國防醫學院護理學系講師	陳元麟	天仁內兒科診所醫師
高澤仁	高雄縣路竹鄉衛生所主任	陳文萃	宜蘭縣三星鄉衛生所主任
張 渝	張醫師診所醫師	陳文慶	衛生署玉里醫師醫師
張 鑫	台大醫學院微生物學科副教授	陳月枝	台大醫學院護理學系教授
張百恩	台大醫學院口腔生物研究所助理教授	陳平洋	長榮航太科技公司醫師
張孝先	鳳山大東醫院醫師	陳玉芳	中國醫藥學院藥理學科主任
張志兵	張志兵診所醫師	陳石池	台大醫學院急診醫學科助理教授
張金堅	台大醫學院外科主任	陳立祥	成大電機系教授
張俊毅	新光醫院家醫科醫師	陳成龍	陳成龍診所醫師
張英睿	亞東醫院皮膚科主任	陳志仁	南投市南雲醫院院長
張家禎	高醫家醫科醫師	陳卓昇	中國醫藥學院副教授
張時昌	安原婦產科診所醫師	陳和昌	定慧內科診所院長
張培福	張培福診所醫師	陳尚民	雙怡診所醫師
張朝卿	台北市中正區衛生所所長	陳品玲	台北醫學大學護理學系副教授
張煥禎	壠新醫院院長	陳思光	台大醫學院臨床牙醫所副教授
張蓓莉	台灣師範大學特教系主任	陳恆順	台大醫學院醫學系講師
張瑾琳	德育醫管專校護理科講師	陳政義	景新診所醫師
張麗雅	中國醫藥學院附設醫院社區醫學部專員	陳昭文	彰化縣福興鄉衛生所主任
曹永魁	台大醫學院小兒科副教授	陳昭明	柏泉內科小兒科醫師
梁植池	國軍桃園總醫院家醫科主任	陳柏瑞	敏蘭聯合診所醫師
梁繼權	台大醫學院家醫科副教授	陳省樂	苗栗縣通霄鎮衛生所主任
莊玉嬪	衛生署雲林醫院護理科主任	陳美麗	台北護理學院護理學系講師
許永芳	衛生署雲林醫院秘書	陳重雄	鴻禧酒店附設醫務室醫師
許仲生	台中仁愛醫院家醫科主任	陳首志	陳首志診所醫師
許安和	安和診所醫師	陳振芳	康健家庭醫學科診所醫師
許秋玉	臺北市士林區衛生所公衛護士	陳素秋	台北護理學院秘書室技正
許國敏	中國醫藥學院附設醫院院長室顧問	陳能瑾	新竹縣衛生局局長
許崇民	高雄市立旗津醫院院長	陳健弘	台大醫院內科部醫師
許惠春	博新診所院長	陳清惠	成功大學護理學系老師
許詩典	壠新醫院社區醫學部主任	陳博文	桃園蘆竹鄉衛生所主任
連麗華	衛生署爭審會技正	陳惠姿	輔仁大學醫學系副教授
郭旭崧	衛生署企劃處處長	陳惠津	中台醫護技術學院護理系副主任
郭冠良	台北縣永和市衛生所主任	陳朝棟	高雄長庚醫院家醫科醫師
		陳琪婷	銘傳大學餐旅管理學系助理教授

醫學教育研討會

陳進堂	衛生署苗栗醫院院長	黃裕勝	高醫臨床教育訓練部主任
陳義雄	陳義雄內科小兒科診所醫師	黃禎祥	黃禎祥診所院長
陳睿俊	國軍桃園總醫院家醫科醫師	黃黎民	黎山精神科內科診所醫師
陳慶餘	台大醫學院家醫科主任	黃燦龍	長庚大學醫學系主任
陳震寰	陽明大學醫學院家醫科主任	黃璿如	衛生署雲林醫院社區營造專任助理
陳錦澤	台大醫學院內科副教授	黃麗卿	馬偕醫院家醫科主任
陸希平	台大醫學院外科臨床講師	黃寶萱	高醫大學護理學系講師
喻永生	三軍總醫院小兒科醫師	楊東岳	樹仁診所醫師
彭玉章	苗栗縣西湖鄉衛生所主任	楊金平	健保台中聯合門診中心主任
彭嘉謨	天主教若瑟醫院醫療副院長	楊泮池	台大醫學院內科主任
彭壽貴	苗栗頭屋鄉衛生所主任	楊培銘	台大醫學院內科教授
曾良達	曾良達診所醫師	楊絮斐	耕莘醫院護理師
曾淑麗	耕莘醫院社區健康中心副主任	楊鈺雯	彰化基督教醫院家醫科醫師
曾煥棠	國立台北護理學院副教授	楊樹昌	衛生署台北醫院城區分院院長
游旭彥	高雄長庚醫院家醫科醫師	楊鯤麟	楊鯤麟診所醫師
游祥明	陽明大學解剖所教授	楊騰芳	台北醫學大學醫學資訊研究所副教授
湯玉英	國防醫學院護理學系助理教授	葉宗烈	成大醫院醫師
程文爵	宜蘭縣南澳鄉衛生所主任	葉美玲	台北護理學院副教授
黃子育	黃子育診所醫師	葉國安	基隆市安樂區衛生所主任
黃天祥	台大醫學院社醫科教授	葉國基	台中市立中興醫院顧問醫師
黃世傑	衛生署台北醫院院長	葛 誠	桃園縣觀音鄉衛生所主任
黃君瑞	國軍台中總醫院家醫科主任	董 森	屏東縣牡丹鄉衛生所主任
黃秀梨	台大醫學院護理系教授	詹勝雄	衛生署雲林醫院社服室主任
黃明德	新竹醫院家醫科主任	鄒國英	輔大醫學院醫學系主任
黃信彰	台北榮總家醫部主任	廖土程	台大醫院精神部主治醫師
黃俊升	台大醫學院外科助理教授	廖大明	廖內兒科診所醫師
黃俊雄	高雄醫學大學醫學院院長	廖玉霞	桃園縣大園鄉衛生所主任
黃冠棠	台大醫學院內科教授	廖奇峰	慶恩診所醫師
黃柏榮	馬偕醫院急診醫學科醫師	廖秋映	員林郭醫院護理師
黃洽鑽	高雄醫學大學醫師	蒲永孝	台大醫學院泌尿科助理教授
黃美娜	台中縣衛生局局長	趙可式	成功大學醫學院副教授
黃偉城	高雄長庚醫院家醫科醫師	趙仲芳	宏光診所醫師
黃國財	國愛內科診所醫師	趙坤郁	桃園縣衛生局局長
黃敏鳳	輔英護理學院護理學系講師	劉于琪	弘光技術學院講師
黃鈞源	黃鈞源診所醫師	劉文德	奇美醫院家醫科主任
黃瑞明	衛生署台中慢性病防治院院長	劉世炎	富安診所醫師
黃瑞明	台南縣西港鄉衛生所主任	劉宏文	高雄醫學大學教務長

- 劉怡琴 高雄長庚醫院家醫科醫師  
 劉建財 台北醫學大學醫學資訊組助理教授  
 劉秋松 中國醫藥學院附設醫院家醫科主任  
 劉家福 國軍花蓮總醫院副院長  
 劉桂芬 杏生診所醫師  
 劉健強 台大醫學院麻醉科教授  
 劉紹毅 紹毅內兒科醫師  
 劉登連 安康診所醫師  
 劉華昌 台大醫學院骨科教授  
 劉嘉銘 台大醫學院耳鼻喉科副教授  
 劉增應 連江縣衛生局局長  
 歐淑豐 仁愛醫院家醫科住院醫師  
 潘松義 屏東縣泰武鄉衛生所主任  
 蔡元奮 台大醫學院生理學科教授  
 蔡文翔 元培科學技術學院醫技系講師  
 蔡守中 美國 Norwegian American Hospital 醫科主任  
 蔡甫昌 台大醫學院社醫科講師  
 蔡秀鸞 台北護理學院副教授  
 蔡孟宏 中國醫藥學院講師  
 蔡信德 仁富婦產科（復健科）診所醫師  
 蔡哲嘉 高醫住院醫師教育訓練室主任  
 蔡崇毅 蔡崇毅診所醫師  
 蔡景仁 成大醫學院副教授  
 蔡篤堅 陽明大學副教授  
 鄭成 元培科學技術學院醫技系講師  
 鄭伯州 台北市文山區衛生所組長  
 鄭惇方 台北縣板橋市衛生所主任  
 鄭博權 台南縣關廟鄉衛生所主任  
 鄭湧涇 國科會科教處處長  
 鄧玉貴 中國醫藥學院護理系講師  
 鄧博仁 秀傳醫院精神科主任  
 盧美秀 台北醫學大學教授  
 盧國賢 台大醫學院解剖學科教授  
 蕭瑞和 東平內兒科診所醫師  
 賴永章 中國醫藥學院附設醫院小兒心臟科醫師  
 賴明坤 台大醫學院醫學系教授  
 賴明亮 成大醫院教學副院長  
 賴明陽 台大醫學院臨床所所長  
 賴政琦 台中宏恩醫院副院長  
 閻中原 三軍總醫院副院長  
 駱光明 中國醫藥學院家醫科臨床教授  
 駱麗華 成大護理學系副教授  
 戴正德 中山醫學院教授  
 戴東原 台大醫學院內科教授  
 薛尊仁 成大醫學院內科教授  
 謝正源 三軍總醫院教學組組長  
 謝坤川 謝坤川診所醫師  
 謝明憲 台大醫院精神部主治醫師  
 謝國瑞 謝國瑞內兒科診所醫師  
 謝博生 台大醫學院院長  
 謝德貴 屏東縣三地門鄉衛生所主任  
 鍾聿琳 台北護理學院研發處處長  
 鍾蟬起 衛生署台東醫院院長  
 鍾樹人 全恩內家醫科診所醫師  
 韓良誠 韓內兒科診所醫師  
 簡姿娟 弘光技術學院護理系講師  
 簡毓芬 衛生署雲林醫院檢驗科主任  
 簡聰健 衛生署新竹醫院院長  
 藍忠孚 慈濟大學校長  
 顏妙芬 成功大學護理學系副教授  
 顏慶芳 元培科學技術學院護理學系講師  
 譚健民 中華醫院家醫科主任  
 關超然 加拿大馬克馬斯特大學教授  
 嚴孟祿 台大醫學院一般醫學科醫師  
 蘇志超 台北縣三峽鎮衛生所主任  
 蘇秀娟 台北護理學院講師  
 蘇瑞勇 高雄市政府衛生局副局長  
 顧長生 國軍高雄總醫院家醫科主任

---

# 醫學教育研討會

## Medical Education Conference

籌備委員會	<b>Organizing Committee</b>
-------	-----------------------------

召集人	<b>Chairmen</b>
-----	-----------------

李明濱	Ming-Been Lee, M.D.
-----	---------------------

侯勝茂	Sheng-Mou Hou, M.D.
-----	---------------------

委員	<b>Members</b>
----	----------------

陳慶餘	Ching-Yu Chen, M.D.
-----	---------------------

呂碧鴻	Bee-Horng Lue, M.D.
-----	---------------------

林肇堂	Jaw-Town Lin, M.D.
-----	--------------------

蕭裕源	Yuh-Yuan Shiau, DDS, M.D.
-----	---------------------------

黃天祥	Tien-Shang Huang, M.D.
-----	------------------------

梁繼權	Kai-Kuen Leung, M.D.
-----	----------------------

執行秘書	<b>Secretary</b>
------	------------------

王維典	Wei-Dean Wang, M.D.
-----	---------------------

邱泰源	Tai-Yuan Chiu, M.D.
-----	---------------------

---

編輯處：台大醫學院共同教育室

Secretariat: Office of Medical Education, National Taiwan University College of Medicine