

台灣地區家庭醫學發展

之

過去與未來

· 陳 美 蓉 ·

一、前言

我國憲法第一百五十七條規定「國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業」，所以推動醫療保健工作，使民眾獲得適當的醫療保健服務，一直是政府重要施政措施。

其次，由於獲得醫療保健服務是每個國民的基本權利，而醫療服務也是最實惠的社會福利措施，因此，當今世界各國為照顧國民健康，有朝向醫療社會化發展的趨勢。所謂醫療社會化的概念，應包括醫療資源普遍化、醫療組織功能層次化、醫療費用合理化及醫療管理科學化等目標。換言之，即無論男女老少或貧富貴賤，在有需要時，均能適時適地享受適當品質的醫療保健服務。

當前國內醫療問題如：醫療資源分布不平均、基層醫療水準不齊、醫療費用暴漲、次專科制度使民眾就醫不便和欠缺完整性、及人口結構老化和民眾對醫療保健要求殷切等，若能以兼具連續性、整體性及協調性的家庭醫療制度，來強化基層醫療，再結合社區醫院及區域醫院的轉介制度和專科醫療，當可建立健全的醫療體系，使國民享受到完整、便利與經濟的醫療照顧。

家庭醫師制度在歐、美國家施行多年，已獲致良好的成效，並蔚為世界醫學的潮流。為因應現況及實際需要，行政院衛生署遂將推展家庭醫學列為重要工作項目，大力倡導推行，期能提供民眾更完善的醫療保健服務。

二、家庭醫學 (Family Practice) 興起的背景

理想的「綜合性的健康照顧」(Comprehensive health care) 應具有下列幾個特點：

1. 將病人視為一個整體予以照顧。
2. 將社會心理 (Psychosocial)、文化及環境的層面均納入診斷及治療的考慮。

3. 融合預防及治療性的照顧。

4. 照顧的對象不分性別或年齡，對整個家庭均予以照顧。

事實上，傳統的醫師即具有「個人化的照顧」(Personal aspect of care) 及「應付所有醫療需要的能力」(ability to meet all medical needs) 兩種特性：昔日的醫師不但是病患的「治療者」(healer)，更有做為病患及病家的「朋友及教師」的角色。由於科技的發展，醫學不斷的分化(專科及次專科的形成)，上述傳統醫師的兩種特性逐漸消失，取而代之的乃是過度專業化、偏重生物醫學的醫師。晚近廿年來家庭醫學的「全球復興」(global renaissance)，即是因應這種偏失而重新整合，所發展出來的周全的、持續的 (continuous) 專業。

是以，美國家庭醫師學會 (American Academy of Family Physicians) 於一九八四年將「家庭醫學」定義修正為：

「家庭醫學乃是將歷史上的醫療執業者角色予以持續及賦予現代觀，而且以家庭為其範疇。

家庭醫學是一種周全的醫療照顧，特別強調以家庭為單位；家庭醫師對健康照顧的持續性責任，不因病患的年齡、性別、特定的器官或疾病的種類而有所限制。

家庭醫學是一種整合生物醫學、行為科學及社會科學而成的寬廣的專科；家庭醫師運用家庭醫學所包含的核心知識及技能以行使診斷及治療，在病患的照顧上扮演獨特的角色；以「個人的醫師」的特性提供及協調病患的健康照顧。」

三、何謂家庭醫學？

家庭醫學是一門學術領域，它是家庭醫師在家庭醫學中所應用知識及技術所發展出來的一種專業，它也包括研究家庭醫師之現在和將來。藉此，家庭醫師可以應用它來解決社區醫療保健之需要。

四、何謂家庭醫師？

家庭醫師是在一個社區裏提供基層保健之合格醫師，他獻身從事持續、周全且個人的照顧、疾病的早期診治、疾病的預防和保健以及病人的持續治療。這樣的醫師是以個人的方式提供任何年齡層之病人及其家庭以持續且周全性的照顧，不論就其疾病本身或病人主訴之內容皆能顧及。他擔負病人所有醫療需求的責任，並與病人維持一種親切、親密且個人的關係。雖然大部分病人的健康問題是由家庭醫師來照顧，但餘力之外的，則由家庭醫師照會合適的專科醫師或配合其他醫療從業人員來幫忙照顧。醫療從業人員和家庭醫師的密切配合才能繼續且周全地擔負起對於病人的保健和診治工作。

家庭醫師和開業醫師有何分別呢？簡而言之，現在的家庭醫師是一個受過全科醫師訓練，能了解全家的健康情形，而且能給予家庭為單位的照顧及

不同的治療，其特質為：

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

2. 有解決病患各種健康問題的能力，尤其擅長於未分化問題之診治。

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

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

總而言之，家庭醫師的特質涵蓋 6 C：工作是廣泛性的 (Comprehensive)、持續性的 (Continuous)、協調性的 (Coordinated)、對病人是有能力的 (Competence)、方便的 (Convenience)、愛心的 (Compassion)。

五、各國發展概況

在美國，雖然在一九五〇年代為了發展家庭醫學成爲一個專科已有些最初的基礎，但直到一九六〇年代才真正朝這個方向在進展。最後在一九六九年才成立這個專科及在很多因素影響之下，成立家庭醫學專科學會，作為核發專科執照的團體，是美國第一個要求每六年以考試來再審查的專科學會（一個醫師必須完成被認可的三年家庭醫學住院醫師訓練課程才有考試資格），自一九七八年起，新審查的家庭醫師必須要畢業於家庭醫學的住院醫師訓練課程（至一九八一年止有超過七、〇〇〇位

家庭醫學住院醫師在三八六個認可的家庭醫學單位接受訓練，另有約半的國立醫學院發展成立了家庭醫學系）。至一九八七年全美有超過二〇、〇〇〇位學會檢定合格的專科家庭醫師，約有五五、〇〇〇位全科／家庭醫師（美國大約有四三七、〇〇〇位醫師）在美國基層醫療扮演中心的角色。

在日本，一九八六年全國約有七〇％的醫院和四五％的病床是由開業醫師擁有及經營的，七六、〇〇〇間診所中八五％是私人創辦，私人開業醫師大部分不是全科醫師，然負責從事基層醫療，原被期望能够擔任家庭醫師的角色，於一九七八年，一羣基層醫師和醫學院教學人員聯合創立日本基層醫學會 (Society of Primary Care)，一九八一年，第一個家庭醫學專科在醫學院成立，一些較新的醫科學校邀請社區開業醫師指導全科醫學，所以，日本的基層醫療（家庭醫學）的發展仍然缺乏組織與規模。

在英國，一般科執業為家庭醫師制的同義字，於一九八三年有二七、〇〇〇位全科醫師，照顧五六、五〇〇、〇〇〇的人口（每位醫師照顧二、一五〇人），全科（家庭）醫學由當地的家庭醫師委員會 (FPCS) 負責，當受到指定時，醫師得簽約，對向他登記的病人提供所有必要的照顧（頭一階段包括婦科、精神科和一般的照顧，及必要時安排轉介給專科醫師及住院；另有七、〇〇〇位全科醫師執業於超過一、二五〇個的保健中心，因此，全科醫師是全民醫療保險的進入管道（意外和緊急事故除外），醫院的專科醫師門路並不直接開放給民

眾，有賴全科醫師教導病人避免不必要且不自負責任的利用資源和接受健康維護的責任，疾病預防及自我照顧。一九八一年以來，在職訓練變為一般科醫師本身所急需，其係三年計畫，一年在訓練性的執業中心，二年任醫院的住院醫師，受訓結束時參與全科醫師皇家學會 (The Royal College of General Practitioners, RCGP) 的會員考試；全國性計畫經組織成地區性的在職訓練，現已完全實現每年約一、五〇〇位完成訓練。

在加拿大，過去廿五年，其家庭醫師角色及工作已歷經重大的改變，特別是對都市的家庭醫師，最主要的變化原因為專科醫師及次專科醫師的增加，其於家庭醫學的趨勢為：

1. 人口與家庭醫師相對的比例降低。
2. 女性家庭醫師的增多。
3. 羣體醫療的增加。
4. 減少產科的投入。
5. 都市區域中醫院作業之降低參與。
6. 特殊技能 (包括急診醫學、運動醫學、職業病等等) 的發展。

為了提供一般執業醫師繼續再教育的課程以及給予醫學生或剛畢業的醫師適當的一般醫師概念，加拿大一般醫師協會 (The College of General Practice of Canada) 於一九五四年正式成立 (於一九七六年更改為加拿大家庭醫師協會，CFPC)，共有十個分會，只有五〇%的家庭醫師成為這個非強制性組織的會員。目前所有加拿大醫學院 (十六所) 皆有家庭醫學科系。

六、臺灣地區家庭醫學之

執行概況

(一) 孕育紮根 (一九七七—一九八六)

一九七七年——省衛生處委託臺大辦理「全科醫師養成訓練計畫」。

一九七九年二月——臺大醫院、衛生單位、農發會合作辦理「澳底社區醫療保健實驗計畫」。

一九七九年七月——臺大辦理二年之「一般科住院醫師訓練」。

一九八二年七月——分發第一屆公費醫師十四名，其中七名接受家庭醫學二年訓練。

一九八二年七月——指定省桃、省南成立家庭醫學科「任務編組」。

一九八二年十月——中美家庭醫學研討會。

一九八三年七月——本著推動「基層醫療保健計畫」，成立十二所羣體醫療執業中心。

一九八三年八月——高醫成立「家庭醫學科」

一九八五年七月——本署訂定辦法補助醫學院及教學醫院辦理家庭醫學訓練。

一九八五年八月——臺大正式成立獨立編制之家庭醫學科。

(二) 成熟茁壯 (一九八六—一九八八)

一九八六年一月——補助臺大發行「基層醫訊」

一九八六年三月一日——成立「中華民國家庭醫學會」。

一九八六年五月六日——辦理「家庭醫學住院

醫師訓練計畫」評鑑。

一九八六—一九八八年——補助教學醫院及醫學院辦理家庭醫學訓練。

一九八六—一九八八年——分發公費醫師接受基層醫療及家庭醫學訓練。

一九八六—一九八八年——辦理各項醫師繼續教育課程。

一九八六—一九八八年——選派優秀家庭醫師出國進修及考察。

一九八六—一九八八年——開業醫師參與各項活動。

一九八七年十一月——第二次評鑑，十二家醫院住院醫師訓練計畫通過合格或可行 (第一次評鑑通過者八家，計二十家)。

一九八七年十二月——辦理「專科醫師甄審」，計二十八名會員通過。

一九八八年一月——勞保公告之「特約醫師管理辦法」優先考慮家庭醫學科。

一九八八年六月——本署發印之「專科醫師分科及甄審辦法」將家庭醫師科列為十八專科之一。

(三) 一九八六—一九八八年之成長情形：

	一九八六	一九八七	一九八八
家庭醫學會會員數	114	565	1,118
通過甄審之專科醫師數	0	24	33
通過評鑑之醫院數	0	8	20

其中會員年齡分布以三〇—三九歲佔四九%爲最多，現職狀況：以基層醫師最多佔了五〇.三%（五四四名），其中以內、兒科最多佔一八.八%（一二三名），而專科醫師則多分布在醫學中心佔四四.二%。

(四)目前家庭醫師訓練情形：

1. 家庭醫學於各醫學院之發展現況表

醫學院	設科	課程	學分	附設醫院	計畫評選結果
臺大醫學院	+	必修	—	+	通過
成大醫學院	+	必修	—	+	通過
陽明醫學院	—	選修	—	+	通過
國防醫學院	—	—	—	+	通過
臺北醫學院	—	—	—	+	通過
高雄醫學院	+	必修	—	+	通過
中國醫學院	+	選修	—	+	通過
中山醫學院	+	選修	—	+	通過
長庚醫學院	+	必修	—	+	通過

資料時間：七十七年

2. 住院醫師訓練：由各教學醫院訓練，迄今計有二十家教學醫院家庭醫學科住院醫師訓練計畫通過評鑑，其訓練內容計有七個必修科與家庭醫學研究，分別爲：(1)家庭醫學科(2)精神科和行爲科學(3)社區醫學(4)內科(5)小兒科(6)婦產科(7)外科(8)選修科

3. 基層醫師繼續教育：由中華民國家庭醫學會負責舉辦家庭醫學繼續教育，其課程採學分制，包含上課、通訊課程、論文寫作及發表。

另專科醫師之甄審，其資格須具下列之一：

(1)曾在該學會評鑑合格之教學醫院家醫科完成住院醫師訓練三年，現仍繼續從事基層醫療工作者。

(2)曾在該學會評鑑合格之教學醫院家醫科完成住院醫師訓練二年，且仍繼續從事基層醫療工作兩年以上者。

七、健康保險與家庭醫師制度的互動關係

(一)健康保險是推動家庭醫師制度的助力：

1. 勞保二年後實施分級醫療及轉診制度。

2. 醫學中心及區域醫院不再辦理一般門診，但其家庭醫學科限額門診。

3. 勞保特約門診醫療院所，對於家庭醫學科不限所數，視各地實際需要特約，旨在鼓勵家庭醫師開業，厚植基層醫療組織，發揮家庭醫學功能。

(二)家庭醫師制度是改善健康保險缺憾的基礎：

1. 保險對象改以家庭爲基本保護單位。

2. 醫療給付提供綜合性、持續性、周全性的醫療保健服務。

3. 醫師報酬試行論人或論件計酬制度。

4. 門診費用支出趨於合理化，並建立有系統的國民健康管理制度。

5. 有助於全民健康保險的早日實施。

八、未來展望

1. 以訓練開業醫師成爲家庭醫師爲主，住院醫師培育以培養師資，提供新血爲目的。

2. 專科人力規畫。

3. 增加訓練計畫（目標數：於一九九〇年計四十個），辦理住院醫師訓練、醫師繼續教育。

4. 醫學院家庭醫學列爲必修，家庭醫學實習亦列爲必修。

5. 加強宣導使病人充分了解家庭醫學並具信心。

6. 轉診制度之確立與實施，使醫療機構充分發揮其功能。

7. 醫療保險政策之配合。

8. 全民健康保險實施——以家庭醫師爲主幹之服務。

九、結語

家庭醫學經推動迄今，架構已略見雛型，但仍應繼續推行，使家庭醫學作爲基層醫療的骨幹，結合二、三級醫療機構的專科醫療，建立合於國情的家庭醫師制度，落實基層醫療保健，以邁向全民健康之境界。

〔本文作者任職行政院衛生署醫政處〕