

台灣 家庭醫師展望

—訪陳慶餘醫師

在一個典型台北冬季的陰冷天氣裏，我們來到了台大醫院，準備要訪問陳慶餘醫師。雖說是禮拜六的上午，整個醫院仍舊是門庭若市，熱鬧非凡。坐在門口的石階上，我們先討論了訪問稿的大綱，然後再測試錄音機的性能，在一切準備妥當之後，隨即前往檢驗大樓的236室，在一個滿室書香的房間裏，我們見到了陳醫師。陳醫師親切的招呼下，展開了我們訪問的工作：

英美兩國的醫療保健制度

首先，陳醫師談到了英、美兩國在不同的醫療環境下所發展出來的家庭醫師制度。

「全世界對開業醫師比較有組織化的訓練，可分為英國及美國兩個系統。英國系統除英國外，尚包括大英國協的成員國，如澳洲、紐西蘭、新加坡等這些。在英國，於一九四八年，就有全國健康保險制度，規定每一個人都要有一個家庭醫師，不過他們不叫家庭醫師，傳統上，他們稱之為G.P.，也就是一般的開業醫師。而事實上，這種制度在十五、十六世紀就慢慢形成，在這種制度下，醫院絕不收自己跑來的病人，而一定要由開業醫診斷後，認為有需要，才辦理轉介。就這樣，G.P. 成為很具有傳統性，而到目前仍沒有改變這種制度的意思。傳統上，英國把G.P. 當作基層醫師，而與專科醫師分割成兩個不同的Category，其原因主要是因為訓練的方法不一樣。不過，在一九



七八年後，英國慢慢把G.P. 當作專業訓練，但事實上，仍未把它確認為專科，但仍是一種專業訓練。

反過來說，在美國則不同。傳統上，美國並沒有一個很好的醫療保險制度，他們不是全國保險，而是以營利為目的的健康保險，這種制度下，對一個醫學生想成為一個什麼樣的醫師影響很大。在一九一一年，一個病理學家Flexnor，考察當時醫學院的教育，覺得醫學應走向專科化，所以在一九一〇年到一九五〇年；這段是醫學走向專科化的期間，所以很多專科醫師檢定考試及專科制度的成立，促進了臨床醫學的發展，一九五〇年時，他們覺得專科還不夠用，比如說一個內科，還要分成腸胃科，內分泌科，心血管科……等等。這是醫學的進步，而導致醫學專科的分科化，而一般醫療保險的照顧給付也影響很大，因為不同的訓



練背景有著不同的給付系統，造成專科醫師給付較高的現象。就這樣，一方面是因為醫學教育影響走向分科，另一方面是社會醫療給付的影響，同時大眾傳播不斷的宣揚高科技的東西，而忽視了一般民衆的需要，所以在1960年出現很多問題，而這些醫療的危機，目前在台灣也常常被提起，比如說醫療糾紛的增加，鄉下沒有醫師，醫療費用高漲，這些都在1960年代之後，慢慢演化出來，所以在那時，醫學教育便考慮要更改，因為事實上，大部分的醫學生進醫學院的目的就是要當醫生，很少數是要留在醫院或研究室，做研究的工作，因此若醫學訓練走向專科分科，也留不住那些人在研究室工作，仍是要開業。但若是以專科分科訓練的開業醫，對一般常見的疾病並不是專長，因此有人認為一般大眾常見的健康問題需要設一個專科，所以在一九六九年，家庭醫師專科資格被美國醫學會所承認，以後，美國家庭醫師訓練就變成一種專科的訓練。

何謂家庭醫師

家庭醫師的特色：「家庭醫學有它自己的領域，與傳統的專科分科的領域不同，人以下的結構為各專科負責，而家庭醫學則以人為中心，針對一個人的各種需要，而給予照顧醫療」。例如：一個人因疲勞厭倦，而來醫院求診，我們為他們做了肝功能的檢查，檢驗的結果若是正常，則馬上斷定這個人沒病，而沒有再進一步探討為什麼會疲勞厭倦。也許造成疲勞的原因是因為失業，夫妻吵架等心理上的因素，所以一個好的家庭醫師除了對器官系統的

處理外，還要從病人生活習慣、精神狀態，甚至整個社會、文化等各個層面，來探討這些因素對病人的影響。」

Teaching staff

一般而言，家庭醫師的養成可分成四方面來講，一是醫學院的教育，二是住院醫師的訓練，三是住院醫師訓練完後，開業醫師的再教育，四是 teaching staff 的養成，關於前三者，我們於「家庭醫學在美國」一文中已做詳盡的介紹，因此針對家庭醫學科 teaching staff 的養成，我們請教了陳慶餘醫師：「在美國，家庭醫學的師資於開創初期，多是由其他科如內科、小兒科的人員轉過來當 teaching staff

但是到了一九八〇年，已有一半的 teaching staff 是由他們自己訓練出來的。」陳醫師並且提到，目前台大醫院家庭醫學科每年訓練三~四個住院醫師，其主要目的並不是訓練第一線的家庭醫師，而是造就教學人材，到各二、三級醫院，擔負起成立家庭醫學科的任務，以訓練更多的家庭醫師。

由主治醫師變成家庭醫師

由於好奇心趨使，我們話題一轉，請教了陳醫師為何會走上「家庭醫學科」這條路，陳醫師若有所思地回憶到：

「早在民國六十年，我國經濟剛起飛，陳拱北教授就曾經說過『台灣未來五十年的醫療政策將走向家庭醫師的普遍化，而家庭醫學將是很有發展前途的醫療制度中的一環。』，而一般有遠見的醫師也都感覺到，光是醫院中的臨床教育不足以訓練出照顧一般民衆的醫生，必需要有一個社區來訓練。而一般的醫院與社區隔離，不能夠接觸到社區的人與環境，並進一步了解民衆的生活，因此在民國65年，經省衛生處、農發會及台大醫院的合作，在台北縣貢寮鄉澳底社區成立保健站，嘗試這種社區化家庭醫師的訓練及實驗場所。而六十八年，我當時是一般科的主治醫師，我帶學生去做社

區調查，當我了解到整個工作概況後，經過各方面的鼓勵，同時也覺得社會需要這樣的投入者，於是對這方面的開發工作感到興趣。因此之後，我常常到澳底，一直到今天，我每星期仍然都要到澳底去。

台大醫院的這個澳底保健站，與社區結合，打入社區，形成基層保健一個成功的模式，而影響到日後基層醫療的發展。

後來，我被派到西雅圖華盛頓大學當一個 Research Fellow，在沒去之前，我並不知道家庭醫師是個什麼樣的領域，但在美國一年的經驗可說是獲益匪淺。在那期間，我參加了兩次家庭醫師的再教育課程，一次五天；同時我也實際到家庭醫師開業的地方工作一個星期，一起看病人，一起生活；最重要的是到華盛頓州及其鄰近各州去訪問，下鄉去接受社區醫學的訓練，甚至坐飛機、開汽車到很偏遠的地方，看看他們的學生如何做這種醫療方式。

在我回國前，在這方面，國內大眾並沒有很多的認識，但在民國 72 年所舉辦的中美家庭醫學研討會之後，國內對家庭醫學這個課題逐漸重視，並進而納入醫學教育的課程中，並在各大醫院開辦了家庭醫學科。所以，我自美國回來後，剛好趕上這個時機，便全心投入在家庭醫學科。」

台灣的家庭醫師

最後，我們聊到了家庭醫師未來在台灣及世界的展望。陳醫師以堅定的口吻表示：「家庭醫師的發展，不論是以經濟效益或時代潮流來說，都是適合未來發展的。」以試管嬰兒為例，這只是少部分人的需要，但却要投入大批的人力、物力，因此，以經濟效益來說，要發展的應該是社會大眾普遍需要的家庭醫學；同時由於家庭醫學制度的實施，可減少一些不必要的檢查及開刀，節省許多社會成本。此外，世界衛生組織（WHO），也大力提倡 Primary health care，希望家庭醫師能夠成為國家醫療制度的核心。而在台灣，也很需要將 Primary health case 的觀念傳遞給民眾，目前台灣有很多專科醫師只看一些傷風、感冒……等

一般疾病，這實在是一種浪費。所以在台灣應該特別強調家庭醫師的發展。陳醫師並且提出一個重要的觀念，他說：「家庭醫師是擔任向下紮根的工作，而專科醫師本負責向上發展的任務，家庭醫師與專科醫師相輔相成，形成一個醫學的金字塔，這才是醫療人力的合理分佈。」

接著陳醫師對今年八月份，教育部同意在台大醫學院內設立家庭醫科的事，感覺非常的興奮，他高興地說：「這意義很大，表示教育部已確認家庭醫學是一門必修課。」同時陳醫師也相信：「在未來的三、五年內，家庭醫學科會有很好的發展，而且這是一門新的課程，比較自由，可以較不受傳統的束縛，使我們更能加緊腳步前進。」

就在陳醫師那穩重而充滿信心的語調中，我們結束了一個多小時的訪問，此時已是十二點十五分，在臨行前，陳醫師還熱心地邀請我們見習台大家庭醫學科運作的情形，並且留下了澳底保健站李建廷主任的電話，希望我們日後能夠去實地了解。他說：「只有從實地的觀察和體驗，才能真正了解家庭醫學的精髓。」此外陳醫師還不厭其煩地介紹有關家庭醫學的期刊及教科書（見註），使得我們再次感到陳醫師的熱忱，於是在互道再見聲中，我們滿載而歸。

（註）教科書：

1. Taylor RB (ed): Family Medicine; Principles and Practice, 1st ed., New York, Springer Verlag. 1978.
 2. Geyman JP: Family Practice: Foundation of Changing Health Care, Appleton Centruy-Crofts 1980.
 3. Rakel RE & Conn HP (ed): Family Practice, 2nd ed., W.B. Saunders, 1978.
 4. Medalie JH: Family Medicine: Principles and Applications, Williams, & Wilkins, 1978.
 5. Phillips TJ: The Intellectual Roots of Practice, The Pharos/Winter 1981.
- 期刊 The Journal of Family Practice (本校有)
American Journal of Family Physicians