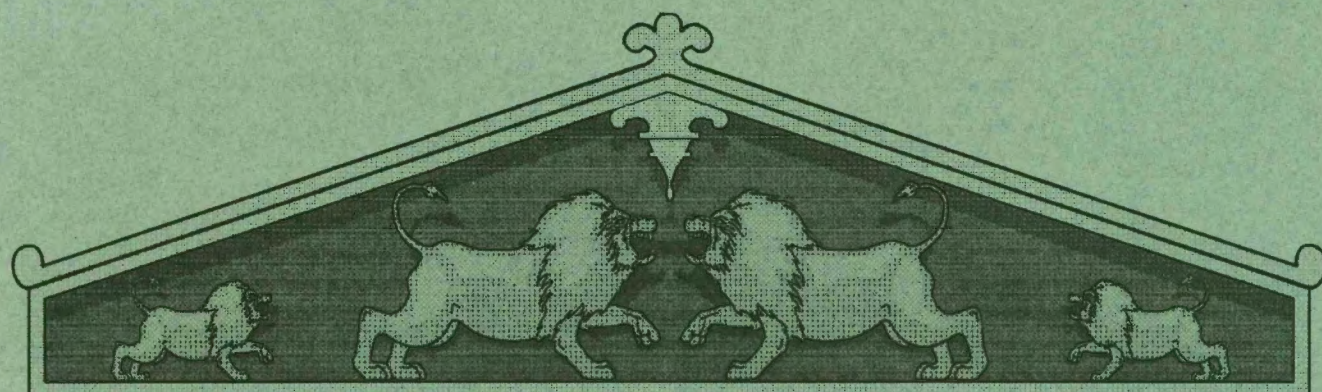




第五屆

台美醫學交流會

*Fifth Taiwan-America
Medical Exchange Conference*



August 4, 1996

At

Orange County Airport Hilton
Irvine, California

主辦：北美洲台灣人醫師協會
南加州分會

協辦：南加州各台灣醫學院校友會
徐千田防癌基金會

會長的話

林榮松

八月四日第五屆台美醫學交流會與往年一樣，由北美洲台灣人醫師協會南加州分會主辦，各醫學院校友會協辦。南加州地區各醫學院校友濟濟，今年除了國防醫學院院長七月一日交接，無法前來作演講外，其他醫學院，如台大醫學院院長謝博生、北醫院長胡俊弘、中國醫藥學院附設醫院院長蔡長海、中山醫學院附設醫院副院長陳家玉都親自前來。高醫院長蔡瑞熊，時在波士頓，特派公衛研究所所長葛應欽參加。正值暑假期間，各校友會也趁機舉辦同學會，海內外師生同學相聚一堂，談天說地樂融融。

今年交
台美社區及
及教育”，
做一小時的
內外專家學
作專題演講
美地區正值
顧邊遠地區
的健康，將
信大家可藉

往年交
的年會，今
合基金會，

合辦“台灣文化之夜”。邀請李遠哲院長演講“回台工作1001夜”及沈富雄立委醫師演講“前台美人的新台灣觀”。南加州醫師們關心台灣文化，一向不後人。而且與其他台灣人社團合辦活動，更凸顯大家的團隊精神，因此今年NATMA南加州分會的年會訂在10月26日另外舉行。

此次活動，除了所有籌備委員的幫忙外，我要特別感謝所有的演講者、節目總策劃楊振忠及李潮坤，公關柯勳廷、財務王箴芳及各醫學院校友會的大力協助邀請母校貴賓前來參加。如台大的王肇俊、顏裕庭、陳昌平，北醫的李潮坤、柯勳廷、張讚煌，中國的陳寬正、洪政吉，中山的許正雄、楊振忠，及高醫校友會理事會同意協辦。大會如能圓滿達成任務，將是所有台灣人醫師的功勞。



流會的主題是“
邊遠地區的醫療
張博雅署長應邀
主題演講，而海
者均圍繞這主體
。醫療體制於台
轉變期，如何照
民衆及促進社區
是一大課題，相
此切磋得益。
流會前夕是本會
年則與台灣人聯
台灣人教授協會

第五屆台美醫學交流會

主題 “台美社區及邊遠地區的醫療及教育”

Program Chairmen: 李潮坤、楊振忠

8:00-8:45 AM	報到		Page
8:45-9:00	歡迎	林榮松	
		Moderator	許正雄, 柯勳廷
9:00-9:30	台灣檳榔果與植牙的真心話		10
	周聲茂牙醫師, 美國及高醫教授		
9:30-10:00	洛杉磯社區醫療及教育		14
	翁惠瑛醫師, 洛杉磯社區醫療主任		
10:00-10:15	休息		
		Moderator	王肇俊, 陳昌平
10:15-10:45	美國醫療及醫學教育的新趨向		18
	顏裕庭, 高光民醫師, 本會理事		
10:45-11:30	台大百年社區醫療的經驗		24
	台大醫學院, 謝博生院長,		
	台灣省立台北醫院, 陳慶餘院長		
11:30-12:00	慈善機構在醫療體系上的角色		32
	許明彰醫師, 慈濟功德會		
12:00-1:30PM	午餐, 自由開講及頒獎	陳惠亭	
		Moderator	陳寬正, 林惠洲
1:30-2:30	Keynote Speech		6
	台灣社區及邊遠地區的醫療及教育		
	衛生署, 張博雅署長		
2:30-3:00	高醫與原住民醫療		36
	高雄醫學院公衛研究所所長, 葛慶欽教授		
3:00-3:30	美國開業醫師在醫療教育上的角色		42
	楊振忠醫師, 本會理事		
3:30-3:45	休息		
		Moderator	李潮坤, 楊振忠
3:45-4:15	台灣開業醫師在醫療教育上的角色		44
	臺北醫學院, 胡俊弘院長		
4:15-4:45	全民健保對醫界的影響		48
	中國醫藥學院附設醫院, 蔡長海院長		
4:45-5:15	台灣的醫療糾紛		52
	中山醫學院附設醫院, 陳家玉 副院長		
5:15-5:30	謝詞	林榮松	

1996 第一次 CME 記實

林榮松

在今年父親節（六月十六日），我們舉辦了今年度第一次的 CME。Monterey Park 翠亨村餐廳的八桌全部坐滿，後來還加了幾張椅子才夠。遠從 Palm Spring, Bakersfield, Oxnard 及 Orange County 都有會員專程與會，更不用說鄰近的 Pomona, Diamond Bar 的會員。對會員分布各地的本會，此次的集會頗具代表性。

本會首先感謝贊助的 Roch 藥廠，San Gabriel Medical Center 和 Rosemead Dialysis Center 及頒發紀念獎牌給新加入的永久會員；計有詹久松，賴嘉基，林仁川，周慶平和吳武雄醫師。接著由中國醫藥學院校友現在 UCI 執教的林兆義醫師主講“*Allergic Rhinitis*”，過敏性鼻炎，內容精要，口才一流，大家受益良多。

餘興節目精彩，全民開講由柯勳廷開始，分析林黎雲和 O.J. Simpson 兩案件的比較，觀察入微。除了我們 M.D.JD. 的周顯榮外，他算是專家了。接著林榮松講了一個 NC-17 接近 X-rated 的“假如麻醉醫師像風塵女郎一樣”比喻絕妙萬分，只是內容不宜在此透露，黃宗岳醫師介紹大家認識手寫台文以及他學習的心路歷程，最後林榮松再講一個政治話題“與新黨辯論的感想”，中間穿插歌王施慶順醫師高歌數曲，洪政吉、何弘吉、吳光太也客串同樂，氣氛相當熱鬧。四位醫師林盛彥、黃國掙、古榮一和施慶順，當場加入永久會員的陣容，非常感謝大家的鼓勵，節目在十時結束。



1996部分理事及工作人員

1996 1st CME



漂亮招待
林榮松夫人石秀文
林瑞光夫人 Grace



柯勳廷主講分析
林黎雲及 O. J. Simpson Case



Simom Lin 越講越黃 常被稱黃醫師



學術演講，發問踴躍

“NATMA 南加分會第二次 CME 記實”

林榮松

本會第二次的 CME，於 7 月 13 日在 Pasadena 的福星川菜舉行。不知是否因上次在翠亨村的 CME 後，大家“呷好逗相報”，還是因為星期六，大家心情較輕鬆，相招前來參加。由預定的八桌增到十三桌，Host 的 Pfizer 藥廠很“阿沙力”，臉色都沒變。分散各地的會員都有人開車一、兩小時來參加，理事也大多到齊，對大家的團隊精神，我非常地感動。

節目從介紹首次參加本會活動的人開始，計有江文哲醫師的兒子及媳婦江昭璋、吳亦士醫師，還有在 UCLA 當 Fellow 的翁瑞昶及曾淑媛醫師，他們是魏昭博醫師的姪子。我發現很多第二代的夫婦都是醫師配。如果他們都參加 NATMA，以後本會的人數不就是現在的加倍了嗎？接著新加入永久會員的施慶順醫師主講“高血壓”及介紹 Novasc 藥品的特點及用法，大家又學了一些新知識。

節目的第二部分，先由會長報告 6 月 22 日在 Kansas City 參加 NATMA 總會年會的情形，免不了又強調了本會所負的時代使命。然後各科醫師上台談各科對 Law Suit 的看法。麻醉科的林榮松談到由於儀器及訓練的進步，大的 case 會減少。牙科的許正雄醫師談到牙醫被告並不嚴重，當然像拔牙上笑氣，醒來卻已懷孕如電影般的情節不包括在內。內科的鄭錦家強調多花時間給病人，建立良好關係，保證值回票價。骨科的黃威賓妙語如珠，說他時時警惕，準備被告，只是只有病人告醫師，卻沒有醫生告病人，不太公平。婦產科張讚煌談到活生生的實例，最貴又最常被告的產科醫師豈能大意。王肇俊談到小兒科最容易被告的幾個重點。柯勳廷也在外科被告方面提供寶貴的經驗。最後由 M.D.J.D. 的周顯榮做總評，讓大家受益良多。他舉了一個例子，指出一個產後母親因嬰兒受傷害而告醫院及有關醫師，唯獨漏掉最主要的產科醫師，律師很納悶，病人回答說因為那醫師曾對她說：“妳是我看過最好的病人。”望大家深思。

第三單元由林哲雄介紹貴賓郭維租夫婦醫師，最近出書的“都市叢林醫師”就是寫他們的故事。在商業氣息濃厚的台灣醫界，他們有如一盞明燈，讓一些迷失方向的醫師們找回自己。

整個晚上節目到十點半才在大家拿書給郭醫師簽名留念的氣氛中結束。理事會趁機討論 8 月 3 日台灣文化之夜及 8 月 4 日台美醫學交流會的一些細節。此次 Seminar 又有陳啓文、李芳韻、邱勝政、胡俊哲、張龍雄、楊振忠、吳維鈞、劉吉棠、沈仁義等 9 位醫師拿出 500 元加入永久會員，讓本分會永久會員突破一百位，稱本會為全國第一大分會實不為過，令所有工作人員感到欣慰。

1996 2nd CME



本會前會長周顯榮 M.D. J.D.
作 Law suit seminar 總結



來賓郭維租醫師, 都市叢林醫師一書主角



CME主講者施慶順醫師, 會後也高歌一曲



一百三十多人參加晚宴

專題演講

台灣社區及邊遠地區的醫療及教育

衛生署長張博雅

一、前言

多年來，政府致力於均衡醫療資源、推動公共衛生及維護國民健康，以改善全體國民之生活品質。民國四十年，國人平均餘命男性為53.4歲，女性為56.3歲；而民國八十四年，國人平均餘命男性為71.9歲，女性更高達77.9歲，男女各延長了二十歲左右。

台灣地區基層保健醫療服務體系的運作，可分成三個階段：

第一階段：民國三十四年至四十九年是服務體系建立的階段。

第二階段：民國五十年至七十一年是推廣結核病防治、推廣家庭計劃等特定服務內容的階段。

第三階段：民國七十二年以後於衛生所設群體醫療執業中心，加強醫療與綜合保健服務，是服務過程整合的轉型階段。

二、加強邊遠及山地離島地區醫療資源策略

(一) 醫療網

第一期：自民國七十四年七月開始執行「醫療保健計劃籌建醫療網計劃」。將台灣地區劃分為十七個醫療區域，以區域為單位規劃醫療人力與設施。

第二期：輔導十七個醫療區域辦理區域內醫療機構訪查輔導、各類醫事人員繼續教育、加強區域內醫院管理、協助地區醫院加強病歷管理提升品質；並協助評估、發展各類特殊醫療服務。

第三期：預計自民國八十六年一月至八十九年六月止，將大幅增加復健醫療及長期照護



1995 Taiwan-America Medical Exchange

總體而言，DRG 制
必須全面規劃其住
3. 實施總額預算制
總額預算制度其最
造的醫療服務量之
所形成的市場變動

4. 實施 HMO

(1) HMO 必需負責
會員因疾病而增加
醫學、繼續追蹤、

(2) HMO 的收入在
形，醫院將減少昂
支出，但也可能因

(3) 實施 MHO 被保
避免病情延遲花掉

(4) HMO 採論人頭
擔被保險人所有醫

生不利影響，且改
在 HMO 制度下，
因，在固定醫療收
的服務為醫院重要
四、結語：

健保強制性的納保
照顧的弱勢團體，
務管道，使被保險
健保開辦初期，制
其支付制度造成各
場，使得醫界必須
健保實施一年以來

（三）衛生人力

以公費專案培育醫護人員分發於山地離島衛生所服務，使其整體人力素質大為提高。

（四）群體醫療執業中心

為使邊遠地區民衆得到適當的照護，有助於縮小城鄉醫療資源之差距，且均衡發展人力、設施，成立多所郡醫中心。

（五）衛生所電腦化

衛生所使用網絡電腦作業，為結合衛生所醫療業務與保健業務以達到健康的社區目的。

（六）推動通訊醫療與遠距醫療先導系統

提供邊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的資訊系統；以縮短醫療資源的城鄉差距，而且可提供兩地醫師及時資訊，爭取病患就醫時效，使病患得到適當的治療及處置。

三、未來展望

- （一）增進全民健康
- （二）有效控制疾病，減少感染
- （三）提供適當醫療保健服務
- （四）均衡醫療資源分布

1. 繼續提升邊遠地區的醫療水準
2. 強化邊遠地區的支援後送功能
3. 繼續提升邊遠地區的衛生教育

- （五）評估全民健康保險，以期永續經營

- （六）增進國際醫藥衛生交流

四、結語

有效整合醫療及保健體系、健全全民健康保險體系，提供醫療資訊化服務，使國民享有快速而適當的健康照顧。



1995 與工作人員

THE 1996 ANNUAL CONVENTION OF NATMA

THEME: THE AESTHETIC SURGERIES OF 90'S
(90 年代美的醫學)

TIME: OCT. 26, 1996 (SAT.) 18:00PM

PLACE: CROWNE PLAZA HOTEL, DOWNTOWN L.A.

ADDRESS: 3540 SOUTH FIGUEROA ST., LOS ANGELES, CA 90007

TEL: (213)-748-4141, (800)-244-7331

SPEAKERS:

1. " DOC, I'M EATING MYSELF TO DEATH! HELP ME LOSE WEIGHT. "
DR. S. CLAYTON
2. " DOC, I WANT STRAIGHT LEGS AN GROW TWO MORE INCHES "
DR. M. GIORDANI
3. " DOC, I DON'T LIKE MY WRINKLES AND LOOSE SKIN "
DR. G. SASAKI

ENTERTAINMENTS:

1. FASHION SHOW
2. BEAUTY CONTEST OF MIDDLE AGE
3. DOCTOR'S ABORIGINAL DANCE

BOOTH EXHIBITIONS: START AT 17:00PM



紐約人壽 (創於1845年)

The Company You Keep®

張菊惠 Julie C. Lee, CLU, ChFC

Registered Representative

穩當的公司 * 誠信的服務

服務項目：

- 人壽保險, 醫藥保險, 殘障收入保險
- 公司團體保險
- 股票, 共同基金投資
- 個人或公司退休金, IRA, SEP, 401K
- 緩稅養老金
- 孩子教育金
- 資產保持與計劃



21860 Burbank Blvd., #120
Woodland Hills, CA 91367

Tel: (818) 587-3130

(818) 591-0716

Fax: (818) 591-1263

(818) 587-3098

太極中英文獎盃獎牌

SUPREME TROPHIES & GIFTS CO.

"字號最老・經驗最好・價錢最公道"

- ・各類大小項目獎盃和獎牌
- ・電腦中、英文刻字和燙字
- ・專精室內外牌示、標誌
- ・各類型桌上、掛牆、掛門或掛胸前的名牌和職位牌
- ・各類中、英文印章
- ・專鑲各類證書文憑
- ・各類可刻的筆、筆座、禮品、紀念品等



542 E. GARVEY AVE., MONTEREY PARK, CA 91755

TEL:(818)307-8857 / FAX:(818)307-6476

請每天按時收看 KSCI-18 「世界報導」・週一至週五 7PM ~ 8PM

六十五年來為華人社區提供優良的醫療服務

交流會成功

台美醫學

第五屆

祝

嘉惠爾醫院
**GARFIELD
MEDICAL
CENTER**



華語服務專線

免費醫生推薦專線

1-(800)-5-GARFIELD or 1-(800)-542-7343

525 N. Garfield Ave., Monterey Park, CA 91754

台灣檳榔果與植牙的真心話

周肇茂：美國密蘇里州立大學牙科副教授

I、檳榔方面：

檳榔暱稱為台灣口香糖。咀嚼這些檳榔果可促進唾液和消化液的分泌，因此有促進消化和去除口臭之功能。檳榔果實含有檳榔鹼 Arecoline 及 Arecaidine，是一種興奮劑，具有提神的功能。每棵檳榔樹生長檳榔粒數，少者 200 — 300 粒，多者可達 800-900 粒，檳榔結果盛產期為 12 — 15 年，若管理良好者，可繼續生產 30 年 — 50 年，種植者可連續「坐享其利」達 40 年以上，是名符其實的搖錢樹。九、十月為檳榔之盛產期，然後遞減至明年四月結束生產。在台灣，吃檳榔人口已有 180 萬人，消費需求量極大，並且由於檳榔栽植容易，管理簡單又便利，本輕利多，而成為農家收益最高的優勢經濟作物。

檳榔雖有以上之優美，但檳榔及檳榔園對於人體及人類生活環境，卻造成嚴重的損害。在人體方面，食入過多的檳榔會損害味覺神經和唾液之分泌，嚴重者口腔黏膜下會有組織纖維化。若惡化則轉變為口腔癌，其他副作用尚有神經麻痺、牙周病等。在人類生活環境上，隨地亂吐檳榔汁，破壞環境衛生。

幼齡檳榔園有機質含量為 4.41%，較天然闊葉林和杉林材低了 1.13%— 2.70%。因此種植檳榔需清除地表有機物，而土壤失去有機質的保護會導致土壤容水量之下降；地下水位降低，並加快地層的風化，水源涵養功能消失殆盡。碩大的檳榔葉亦使降雨大量蒸發，據調查檳榔園一年損失的水量竟達 40 億噸（大部份是蒸發散掉及地表流失），地下水位一年下降為 5 — 20 公尺，是全省一年地下水滲透量的 40%，全省水資源需要量的五分之一，所以中南部的旱象，檳榔園實在難辭其咎。

另據陳信雄教授之調查(1994 年)，台灣中南部的檳榔園已出現大面積的深層風化，從三十公尺到六十公尺不等，已嚴重地造成坡地的土砂流失，平均一年一公頃的土砂流失量達五至二十萬公噸。此外，檳榔園間所開闢的公路或產業道路，邊坡有嚴重的塌陷與寸斷的現象。這種驚人的數據及現象，國人實應警惕。因此若不再提出有效方案來減除水源區水土資源開發利用之負面影響，則後代子孫只能在歷史中回顧「台灣之美」了。

II、植牙方面：

十年前台灣之牙科界對植牙(Dental Implant)還抱著懷疑的眼光，甚或拒絕使用於牙科之臨床上。曾幾何時，現在的牙科招牌上，很多都加上人工植牙之治療項目，即使不想作此項治療之牙醫師也開始考慮要做。在美國一年大約有將近 40 萬顆之人工牙齒植入病人之口內。而在台灣，由廠商之銷售量而得知也有 5 千顆左右，而每年

還繼續成長中。

過去四十年，牙科界曾使用 Subperiosteal, Transosteal 和 Blade Implants 以解決無牙病人做假牙上的問題。然而由於這些種植體(Implants)常易引起骨頭及軟組織的病變而使種植體動搖而脫落。很多保守的牙醫師不想用這些方法，不只是失敗率高達百分之五十，一旦失敗，失敗地方之齒槽骨被破壞很厲害，更難做傳統性之假牙。

近年來由於種植體材料及系統之開發，診斷步驟之改進，植牙手術之改良，做假牙技術之精進，以及雷射焊接和電腦斷層掃描等高科技之應用，因此植牙的成功率從以前之百分之五十提高至百分之九十以上。即使是失敗，也不會像以前那樣破壞周圍的組織那麼厲害。還有失敗處經過傷口處理，等癒合後大都還可再植牙，由於以上之原因，現在牙科學校都把植牙學列入必教的課程。

那麼到底植牙對病人有何好處呢？以一般全口無牙之病人來做比喻，傳統性的全口活動假牙一般只能恢復百分之二十天然牙齒的力量。如果植牙的話按植牙數之多寡可恢復到百分之四十、六十甚至八十。要百分之百的話，還是自己天然的牙齒好。但對於全口無牙之病人不只吃飯的功能增強四倍，且恢復講話，美觀及舒適等天然牙齒所具有的優點。其次對只缺一、二顆牙齒的病人，只要植入所缺之無牙區，不必再把無牙區兩旁的好牙磨小以支持牙橋(Bridge)。還有目前戴局部活動假牙之病人，如果齒槽骨的厚度及高度夠的話，也可植牙以做固定或較固定之假牙來增進功能與舒適。

III、結論：

檳榔在人體(尤指口腔)及人類生活環境上均有莫大的害處。日據時代是禁止，目前是三不政策：不禁止、不鼓勵、不輔導。由於利潤大，造成農民栽植檳榔的意願頗大，其公會力量也很大。醫學界也發現吃檳榔的年齡層已下降至國中生，學術界也憂心重重，國內學者已紛紛提出報告，建議有關單位訂出短、中、長期之對策。我們在美國的鄉親，為了痛惜自己的故鄉，有機會也應多多關心此似乎成了本土文化的吃檳榔習俗。

相反的，植牙卻是值得提倡，除了幾項重大疾病如難控制的糖尿病、癌症病人，血液疾病及懷孕婦女等為不適應症外，對大多數缺牙病人皆有好處。台灣實施全民健保，一般的治療費已由健保局支付，剩下的做假牙部分，很多病人都負擔得起，只要評估出植牙確實有好處，一般病患都會接受。在台灣，很多無牙的老人，其實都是台灣經濟奇蹟的貢獻者，子女教育有成，然而每每發現做子女者，為父母的生日，席開幾十桌，壽星或壽婆卻沒有好牙來享受孝順子女所辦的喜宴。故我們常提醒為人子女者，在替父母辦生日喜宴時，不妨事先跟父母做一付好的假牙或較高級之植牙以增進口腔之功能。



METHODIST HOSPITAL

An affiliate of Southern California Healthcare Systems

300 West Huntington Drive, Arcadia, Ca 91007
中文專線: 1-800-828-8986
1-818-821-2388
Tuesday through Thursday 9:30am-4:30 pm

美以美醫院

帶給您

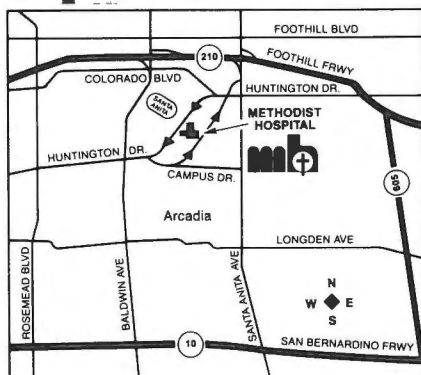
快樂健康

的人生



我們熱誠的服務，是您健康的保障

- 推薦中國醫生
- 高科技心臟血管檢驗治療
- 婦產科現金折扣
- 24小時醫生值班候診
- 高醫療水準急診救護
- 醫療保險申請輔導
- 醫院交通工具接送 (事先安排)
- 醫療講座、定期健康檢查



亞裔市場部
徐趙靜懿女士
TERESA HSU



蒙市

遠東西藥局

RAMONA PHARMACY

楊榮國藥劑師

- 高雄醫學院藥學系學士
- 紐約聖約翰大學臨床藥學碩士
- 曾任醫院及藥房藥師經驗豐富

☆藥劑師精配西藥處方
提供醫藥常識、解答醫藥難題

- ☆滿六十歲者處方、維他命九折優待
- ☆附設日本常用藥品部門
- ☆租售輪椅、拐杖等醫藥器材
- ☆歡迎政府醫療卡(MEDI-CAL),及各種保險藥卡
- ☆代理蘆薈、花粉、蜂王漿、魚油、麥草等產品

(818)288-8515

FAX:(818)288-2549

616 N GARFIELD AVE., MONTEREY PARK, CA 91754



營業時間:

9:30AM-6:00PM(M-F)

9:30AM-3:00PM(SAT)



親切

清幽

清潔


**GREATER EL MONTE
COMMUNITY HOSPITAL**
 AN AFFILIATE OF ORNDA HEALTHCORP
 1701 Santa Anita Avenue
 South El Monte, CA 91733
 (818) 327-2858

宏恩綜合醫院

洛杉磯縣立衛生局的社區醫療及教育

翁惠瑛醫師

艾爾蒙地綜合衛生中心醫療主任

※衛生局簡介：

洛縣衛生局是美國第二大縣市立衛生機構，年預算 23 億美元(台幣約 630 億)，員工 25,000 人。

此一龐大組織包括四大部門：

Personal Health Services

Public Health programs and Services

Administrative and Financial Services

及 Planning and Development Services

Personal Health Services 主管醫院及大部份門診 包括住院、急診、重傷、復健等，是衛生局最大的部門。

Public Health Services 包括傳染病(例如 TB, STD, AIDS 等)診治，追蹤預防及教育，環境衛生，吸毒及酒精中毒病人的復健，訂定整個社會的公共衛生規章。

衛生局設有一位局長，向 Board of Supervisors (5 位縣委)負責。

衛生局財政來源大約如下：(1994-1995)

縣政府 4% 州政府 29% 聯邦政府 54%

其它衛生局管轄的醫療機構包括：

(1)六家醫院：南加大醫學中心， Harbor-UCLA 醫學中心 Oliveview-UCLA 醫學中心 King/Drew 醫學中心 Rancho Los Amigos 醫學中心，及 High Desert Hospital

(2)六家綜合衛生中心(Comprehensive Health Center)

顧名思義，此綜合衛生中心，設有各科服務能診療較複雜的病例，為門診機構設有住院設施。

(3)三十九家衛生所(Health Center)

其中 10 家專屬公共衛生部門，專門負責 TB 及性病，其它 29 家為較小的一般門診，與醫院，綜合衛生中心合屬於 **Personal Health Services**。

※財政危機及聯邦補助

1995 年洛縣衛生局瀕臨破產邊緣，原因很多。數十年來，衛生局不僅要保障洛縣九百多萬人口的公共衛生，它亦是低收入家庭(包括 MediCal)的主要求醫之處，不管病人有無能力負擔費用皆來者不拒。據估計，洛縣內，80%付不起費用的醫療服務，

都是由衛生局供給的。

近年來，私人醫療機構極力爭取 MediCal 病人，使原以 MediCal 為主要收入的衛生局失去財源。雪上加霜的是洛縣政府提供給衛生局的經費比例也逐年減少。

幸好 Clinton 總統去年 10 月答應補助了 3 億 6 千 4 百萬元，財政危機才暫得舒解。這個補助是有條件的：洛縣衛生局必須改變其運作方向，即是裁減醫院病床，將診療重心移到社區的門診部，加強 Primary Care 及預防醫學，鼓勵衛生局與私人醫療機構合夥以服務大眾；這就是 Medicaid Demonstration project。

在此前提下，位于社區的綜合衛生中心，就受到極大的重視，原本在醫院的門診就漸漸移到這些中心來了。

※簡介艾爾蒙地綜合衛生中心

(El Monte Comprehensive Health Center)

我服務的艾爾蒙地綜合衛生中心（以下簡稱 El Monte CHC）是頗具代表性的綜合衛生中心，位於蒙特利公園以東七哩，是洛縣東部唯一的大型縣立醫療機構。它管轄四個衛生所— Alhambra, La Puente, Azusa, 及 Pomona 衛生所的一部份。它與南加大醫學中心一向密切合作，南加大是我們轉診的主要醫院。

El Monte CHC 有醫師 30 多名，設有小兒科、內科、婦產科、小型外科（4 間手術室），中心內並有藥局、檢驗室、X 光室（Fluoroscopy Ultrasound 及 Mammography）及免費疫苗注射。

我們的服務對象，多半為低收入家庭。有 Ability-to-pay program 可以依病人的經濟能力而減費或免費。MediCal 約占總數的 1/3。

由于洛縣大部份的 MediCal 病人，不久須選擇加入管理式醫療機構（HMO），我們為了保持既有的 Medical 病人，最近也積極參加競爭行列，希望病人能繼續選擇 El Monte CHC 為其診療的機構。

一、教育 Education

綜合衛生中心負有雙重教育職責

（一）病人及一般社區民眾的教育

（1）病人的教育：在診察之後，醫護人員照例灌輸病人基本衛生知識，例如飲食營養，生活方式，孩童安全，意外預防，環境衛生，癌症預防及早期診治等，並備有不同語言的文宣資料及影片給病人參考。

（2）一般民眾的教育

綜合衛生中心時常開放給學童參觀，做機會教育，我們的醫護人員主動到社區，尤其貧民公寓做疫苗注射的講解及服務。

醫護人員並參與地方上 Health Fair 的活動，這些 Health Fair 通常由衛生局、地方官員、HMO，私人醫療機構、民間慈善團體及教會等聯合主辦，提供民眾衛生常識及

做基本身體檢查，例如血壓、體重、驗血、疫苗注射等。綜合衛生中心的參與 Health Fair 有特別意義，因為它可以提供進一步的診療給那些在 Health Fair 體檢不正常的病人，而不必考慮病人的經濟能力，這是大部分私人醫療機構辦不到的。

(二)醫護人員的教育

綜合衛生中心提供最好的實習場所

前述 Demonstration Project 要點之一即是要把原以醫院為本營的教學方式轉移到社區，使醫學生及實習醫生有機會接觸到實際的社區醫療環境，學習適當地利用有限的資源，而不限於大型教學醫院偏於學術化的診療型態。

El Monte CHC 去年底與南加大醫學中心正式建立教學合作計劃。南加大的醫學生及實習醫生分組，每天有 8 到 10 名輪流到 El Monte CHC 的內科門診，由一位南加大主治醫師指導，El Monte CHC 本身的醫師亦將逐漸參與教學工作。

專科方面的教學也是如此，每週有皮膚、內分泌、腎臟、心臟等科，由教授帶領實習醫師來 El Monte 教學服務，如此病人可以就近得到專科醫師的診治，不必長途跋涉到教學醫院，而我們本身的醫師也可以隨時與教授們切磋，增進知識。

一般病人對被當作實習的反應是良好的，因為實習醫師給于他們更多的關注及更仔細的檢查。

除了培養醫師之外，綜合衛生中心也提供實習機會給社區大學護理系的學生，成人學校，檢驗及放射技術學校的學員。

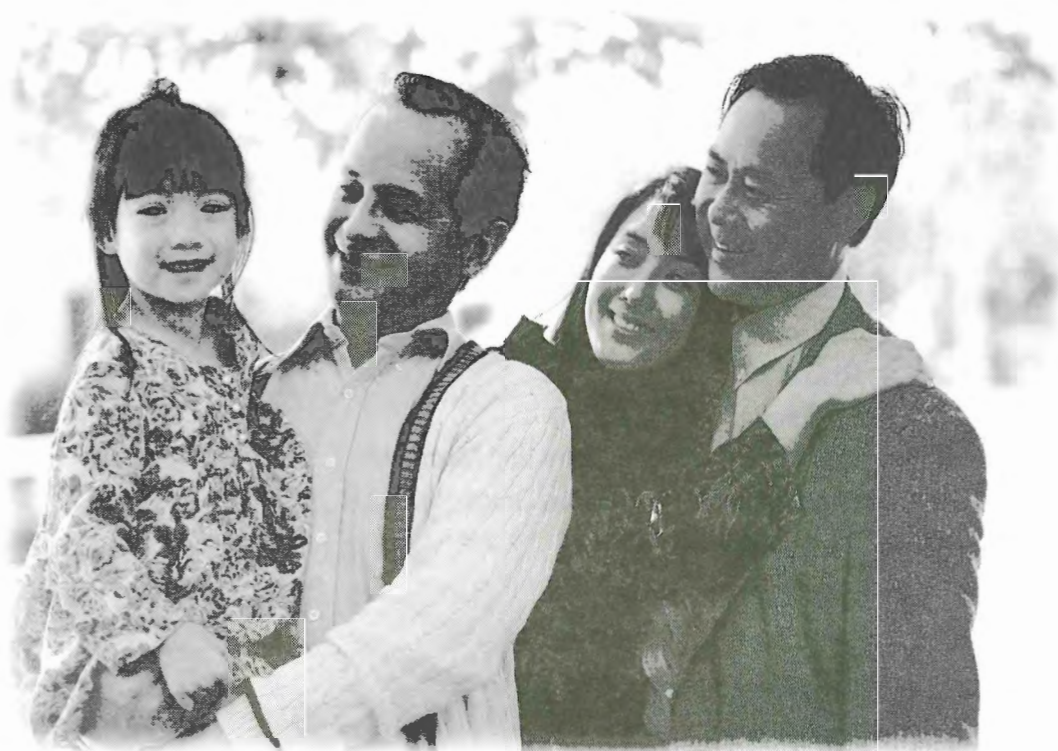
結論：

洛縣衛生局的社區醫療及教育正隨著大環境的變化，財源補助機構的要求及政治因素而不斷自我調整，以求生存並達成其保障一個健康社會的任務。

以上報告只是洛縣衛生局大變遷的小點滴，與各位分享並敬請指教。

（作者翁惠瑛醫師，1972 台大醫科，1995 南加大醫療行政碩士，現為艾爾蒙地綜合衛生中心醫療主任）。

還是一家人在一起最開心了!



多年來仁愛醫院一直以優惠的醫療收費、專業的熱誠的服務及親切熟悉的語言，為病患服務。無論從簡單的門診手術如扁桃腺切除手術，乃至住院治療，如中風後的復健服務等，我們都了解您的需要，幫助病患重拾健康的笑容，而這正是我們服務社區的宗旨。



仁愛醫院

華語服務專線
(818)443-2584

華人服務華人，迎合您意，深得您心

100 S. Raymond Ave., Alhambra, CA 91801 Tel: (818) 570-1606

Health care trend in U.S.

by Daniel Kao, MD, PhD.

1 ☐ The Current Problems and Future Trends of Medical Care in U.S.

Daniel Kao, M.D., Ph.D

United Pacific Medical Group

2 ☐ Current Problems

- ◆ Rise in Medical Expenses
- ◆ Oversupply of Physicians
- ◆ Budget Crisis in Medicare and Medicaid
- ◆ High Price of Prescription Drugs
- ◆ Malpractice Crisis

3 ☐ Future Trend

- ◆ Physicians Income
- ◆ Long Term Care
- ◆ National Health Insurance
- ◆ Integrated Health Care System
- ◆ Managed Care Competition

4 ☐ 1. Rise in Medical Expenditure

- ◆ In 1965, Total med.exp. 36 bil, 6% GNP
- ◆ In 1993, It is 900 bil, 14% GNP
- ◆ In 2000, it is estimated to be 1.6 trillion, 18% GNP
- ◆ Main reasons: 1. aging population, 2. technological advances. MRI, newRx

5 ☐ OverSupply of Physicians

- ◆ Physicians control 80% of total med. Expenditures
- ◆ Physician-population ratio: 1950, 220,000 142/100,000; 1970 310,000, 161/100,000; 1990 615,000 244/100,000
- ◆ Increase in procedures-oriented specialists in 1970-1990

6 ☐ Budget Crisis in Medicare

- ◆ 1965 3.6 bil 10% of total med.exp. 1992 223 bil. 40% of total med.exp. annual increase is 15%
- ◆ Part A -hospital care supported by s.s.tax; in 1965, .35% of wages up to \$6,600; in 1986, 1.45% up to 42,000; in 1996, 2.9% of all wages
- ◆ Part B 36.60/M.M. cover 25% only other 75% supported by federal tax
- ◆ SNF increases part A exp. 40% in 1994

- 7 ☐ **Budget crisis in Medicare (continued)**
 - ◆ Fed subsidy for part B is 50 bil in 1992 contributing to fed deficit
 - ◆ Intergenerational subsidy if you retired in 1966,100% subsidized,in 1984 ,95% subsidized;in 1992 each dollar contributed,5.09 dollars of service are paid.
- 8 ☐ **High Price of Prescription Drugs**
 - ◆ Increase in production cost—high R& D cost
 - ◆ Increase demand because of drug ins.
 - ◆ Improved drug products
 - ◆ Managed care drug volume discount
- 9 ☐ **Malpractice Crisis**
 - ◆ Reasons: More procedures are performed and more liberalized use of tort law
 - ◆ 2% of negligent victims file suits;6% of those who are not victim file claims.
 - ◆ 50% of claims received some compensations.
 - ◆ Ob-Gyn,Anesthsio—above av.risk
- 10 ☐ **Future Trend ----Physician Income**
 - ◆ Aging population
 - ◆ Private insurance and Medicare
 - ◆ Medical advances and increase in procedures-oriented specialists.
 - ◆ HMO increase competition and fee discount among physicians.
 - ◆ PCP vs specialist
- 11 ☐ **Long term care**
 - ◆ The population is aging,in 1990,people over 65 ,30 mil ,12.5%; in 2030,65Mil. 22%
 - ◆ 17.1% of people require LTC.
 - ◆ ECF exp.account ofr 75% of LTC.j
 - ◆ Solutions: LTC insurance, tax credit,MIRA,general tax
- 12 ☐ **Natonal Health Insurance**
 - ◆ 35 mil do not have insurance.
 - ◆ Health care is a right not privilege.
 - ◆ Difficulty in keeping insur when you lose job or become ill.
 - ◆ Different interest groups with different agenda—government,employers,unions,physicians ,seniors,the middle class.
- 13 ☐ **National Health Insurance (continued)**
 - ◆ Clinton's Plans:employers'mandated health insurance;government

- controlled managed care, limiting expend on providers and hospitals; shifting burdens to small employers and their employees.
- ◆ Market approach—managed care
- 14 ☐ Integrated Health care system
 - ◆ Horizontal integration
 - ◆ Vertical Integration
 - ◆ Nursing homes, home health, outpatient surgeries, OP diagnostic center
 - ◆ Driving force: reimbursement method and technology advances
 - ◆ more efficiency in patients' care.
- 15 ☐ Managed care competition
 - ◆ We have to recognize who are buyers of health ins.----employers and governments
 - ◆ Rising med.cost and compromised American competitiveness
 - ◆ Oversupply of hospital beds and physicians.
 - ◆ It is a real thing! You have to ride with it.
- 16 ☐ Introduction
 - ◆ State the purpose of the discussion
 - ◆ Identify yourself
- 17 ☐ Topics of Discussion
 - ◆ State the main ideas you'll be talking about
- 18 ☐ Topic One
 - ◆ Details about this topic
 - ◆ Supporting information and example
 - ◆ How it relates to your audience
- 19 ☐ Topic two
 - ◆ Details about this topic
 - ◆ Supporting information and example
 - ◆ How it relates to your audience
- 20 ☐ Topic Three
 - ◆ Details about this topic
 - ◆ Supporting information and example
 - ◆ How it relates to your audience
- 21 ☐ Real Life
 - ◆ Give an example or real life anecdote
 - ◆ Sympathize with the audience's situation if appropriate

22 ☐ What This Means

- ◆ Add a strong statement that summarizes how you feel or think about this topic
- ◆ Summarize key points you want your audience to remember

23 ☐ Next Steps

- ◆ Summarize any actions required of your audience
- ◆ Summarize any follow up action items required of you

佳佳家庭醫護
OPTIMUM HOME HEALTH CARE

家庭醫護服務

病床・氧氣・抽痰機・輪椅
拐杖・醫療器材

☆ 有照醫師到府服務
☆ 有照護士、物理治療師、助理護士、管家
等到府為您提供專業及親切的服務
☆ 社會工作人員為您申請各種福利
☆ 營養師根據病況及醫囑指導各種健康飲食

收政府醫療輔助卡、老人卡及各種保險
通國、台、英、粵、越、上海話

(818) 287-2511
(213) 253-2610

Fax: (818) 287-2155
1022 S. San Gabriel Blvd.,
Suite F
San Gabriel, CA 91776

美國醫療與醫學教育的新趨勢

顏裕庭

醫學教育，造就了醫療人才，提供醫療服務，解決人們的醫療需要，提高其健康水準，積極投入生產，享受經濟發展的成果，造成安和樂利的社會。每一時代，社會的醫療需要，瞬息萬變，醫學教育，自也必須因應變革，不能處變不驚。而醫療對象的「人」，是整體的人，是變動不絕，有思想，有獨特生活的的人，其醫療需要，常因文化背景、教育模式與生活方式而異，更受社會環境、經濟景氣與政治氣候的影響。「醫療消費者」就醫行為的改變，自使「醫療提供者」不得不改弦易轍，因應醫療需要的變遷。

科技的神奇發展，已進軍太空，登陸月球，醫學的發達，亦一日千里；已能控制生育，預知男女，延緩死神的徵召，臟器的移植，骨骼的更新，更使人青春永駐。抗生素的出現，琳瑯滿目的新型藥物，目不暇給的嶄新醫療儀器和設備，革新了醫學治療的內涵，延長了醫療人員的訓練，加強了專科化與次專科化，也增進了醫療人員的成組化和科層化，卻也增高了病人對醫學的信心與要求。上述情況，顯示醫療品質的提昇，而亦形成醫療費用的高漲。美國是世界上最富裕的國家，但醫療費用的高昂卻使得占百分之十六人口的四千萬人沒有醫療保險，而擁有醫療保險的中產階級，也由於醫療保險的諸多限制，感受到醫療費用高漲的壓力。美國是世界上醫療品質最高的國家，但這一國家的國民卻由於醫療費用的昂貴，而甚多人們享受不到現代化的醫療服務。這一情況，即稱為「醫療危機」，為因應此一態勢，美國醫療體系與醫學教育的變革，已見端倪，茲簡述美國醫療與醫學教育的新趨勢，以就正於大方。

1.效率化的導向

美國的醫療服務，將著重於門診醫療，減少住院醫療，開展社區化的醫療服務，醫療服務將進入家庭，醫療資訊網絡將遍佈社區各角落。同樣的，美國的醫學教育，將開展門診教學與社區教學；傳統式的床邊教學與迴診教學已需注重常見病例的探討，而不能僅著眼於罕見病症的討論。

論人計酬制度的普遍，將推廣「健康維護組織」(Health Maintenance Organization, HMO)的包醫制，個案管理制更重視成本第一，採用定額支付，轉診核准的方式，標準化醫療作業，圍標包價，壟斷市場。馴至醫學教育，亦以「成本效益」(Cost-effectiveness)為教學的重點。

2. 基層醫療的導向

社區內最常見而民眾最需要的醫療服務輒為屬於基層醫療的範疇，因而醫療提供者必須以「消費者導向」滿足一般民眾的基層醫療需要；其最受注目的，則為「疾病」不但包含了器質性的疾病，且包括心身性，家庭性與社會性「疾病」，醫學教育已需總體性統合醫療服務的教學。不但如此，民眾們對預防保健的需求，保持健康的渴望，已成共識，預防保健服務已為「醫療提供者」醫療服務的重要內涵；預防保健的教學，亦成醫學教育的最優先課程。

3. 人道性倫理化的導向

醫療機構的硬體化，自動化，電腦化，包裝化，企業化與科學化，易使醫療服務斷裂，只顧病症的細胞，忽視了生病的病「人」；效率化的醫療服務及標準化的醫療作業，易使醫療人員忙於數據的搜集及文書的完整，而不遑顧及其他，為增進醫病關係的融洽，悲天憫人、民胞物與的胸懷，仍為首務，由而人道性倫理化的醫學教育已成首務。

4. 生涯化的導向

在民主國家裡，「民之所好者好之」，人民的醫療需要將隨社會的急劇變遷而瞬息萬變；醫療體系的變革，更使各種奇招絕術，紛至沓來；另一方面，醫學的科技進展，更是一日千里，嶄新的知識與技能層出不窮，今日的醫學，已成無涯的學問，必須以有涯的生命，繼續追求，不斷的進修，不斷的學習。醫學教育的生涯化導向，已成當務之急。

5. 創新化的導向

在急劇的社會變遷與史無前例的醫療體系變革裡，如何提供品質與效率並重，預防與治療兼顧及科技與倫理融合的醫療服務，已成為最迫切的醫療與醫學教育的課題，實證性的研究當能提供創新的方向，因而醫療與醫學教育的創新化導向，將開創波瀾壯闊的二十一世紀醫學。

誌謝：本文題目由北美洲台灣人醫師協會南加州分會林榮松會長提供；本文之成，受陳惠亭醫師及陳昌平醫師的鼓勵。高光民及李潮坤醫師指導校對。

社區醫學之教學

台大之經驗

台大醫學院

陳慶餘、謝博生

摘要

預防醫學、公共衛生和社區醫學三者同時為涉及個人健康、環境與疾病因素的學門，各有其不同的時代背景和訴求。台大醫學院對於社區醫學之教學依場所分為三個時期：(1)台北公共衛生教學示範中心，1959至1979；(2)澳底社區醫療保健實驗站，1979至1988；(3)金山社區醫學訓練中心，1990至今。1992年醫學教育改革後，家庭醫學成為醫學系五年級必修課程，在三週見習中有二週安排在社區，六年級和實習醫師為選修。家庭醫學科住院醫師訓練計畫中有六個月的社區醫學訓練。遠距教學及會診是社區醫學教學另一發展的模式。本文謹就台大醫學院在社區醫學教學的經驗提出報告，並對今後面臨的課題加以探討。

一、前言

預防醫學、公共衛生和社區醫學三者因同時為涉及個人健康、環境與疾病因素的學門而常混為一談，其實就其發展而言，各有其不同的背景和訴求。預防醫學的重點在於預防「疾病」，開始為傳染病，後轉變為慢性病和癌症。公共衛生以流行病學起家，為求對環境因素的控制，而由官方成立以預防保健為宗旨的衛生組織，發展公共衛生業務。後來才有社區醫學，其觀念是以社區民眾為主體，達到週全性健康照顧的目標。由於世界衛生組織（WHO）倡導全民健康的號召以及家庭醫學的興起，以社區導向的基層保健醫療成功地結合社區醫學和臨床醫學成為家庭醫師養成教育的重要課程。

二、發展經過

台灣光復後逐步建立公共衛生服務網，首要的工作在提昇各級幹部及工作人員現代化公共衛生知識和實務訓練，直至民國48年台大醫學院才開始醫科學生和護理系學生的社區實習課程。從其發展經驗來看大致可以分為三個階段：

第一階段：台北公共衛生教學示範中心，1959～1979。以實習醫師和護理系的應屆畢業生為對象。訓練的宗旨不在培養公共衛生的專業人才，而在透過此一訓練，使其真正體認公共衛生與預防醫學的原理與重要性，而養成一個具有公共衛生觀念的醫護人員。訓練的方式，從見習開始，實際參與各項公共衛生的活動，例如健兒門診、產前產後門診、家庭計畫門診、性病門診、環境衛生、衛生教育、家庭診視、個案討論等。訓練期間為三週，後來實習醫師縮短為兩週。

第二階段：澳底社區醫學保健實驗站，1979～1988。貢寮鄉澳底保健實驗站於1979年2月開幕，成立宗旨在於實驗提供居民最有效之綜合衛生醫療服務，探求解決地區健康問題之方法及所需成本，奠定社會醫療服務制度之基礎。1981年9月由台大醫學院公共衛生研究所、護理學系和台大醫院一般科（家庭醫學科）組成教學小組，研討社區基本保健醫療人力訓練，擬定計畫由台大醫學院與衛生署合辦，指定澳底社區為訓練實習場所，目的在發展出對醫學院學生和住院醫師適用的訓練課程和教材。自此以後，台大醫院每月輪流派至澳底保健站的內科或一般科住院醫師都須依擬定的課程完成一個月之社區醫學訓練，每人須提出門診醫療、家庭個案研究和社區

調查報告。1983年7月保健站改為群體醫療執業中心，在其後6年內全省在偏遠地區共設立由教學醫院支援的群醫中心共有170所。群醫中心所在的社區普遍做為各教學醫院家庭醫學科住院醫師訓練的場所。

第三階段：金山社區醫學訓練中心，1990至今。衛生署醫療保健計畫—建立全國醫療網第二期計畫，在加強基層醫療保健服務，其中一項措施，即於「台灣省成立社區醫療訓練中心，以為推動公共衛生教育工作，培育各類基層醫療保健人才」。首先於台北縣金山鄉成立社區醫學訓練中心，委託台大醫學院試辦社區醫學訓練中心計畫。其目的在於培育以社區為導向的基層保健醫療人才，配合國民保健計畫建立社區健康資料，建立電腦化管理模式，並提供新進基層人員的在職訓練。社區醫學訓練中心成立的時機，在群醫中心大量設置之際，衛生所預防保健業務與醫療服務綜合產生偏差，並且在國內大部分教學醫院家庭醫學科缺乏社區醫學訓練場所與課程，社區執業模式有待建立。社區醫學訓練中心的規畫，針對訓練內容之充實、醫療保健之整合、團隊人才之培養以及社區資源之利用，訂定時間表，以期能夠做到醫療品質保證，達到提昇基層醫療水準之目標。

三、現階段社區醫學訓練課程

1. 訓練課程及方式：

(1)專題演講：

主要以過去本中心培養出的年輕師資為核心，針對社區醫療保健基本及進階性主題，定期進行演講及討論，對象除本中心學員外，更邀請各基層醫療保健等人員參加。

(2)社區醫學訓練及實習：

依受訓學員特性訂定訓練期間，以衛生所群醫中心及社區作實地訓練、為因應醫學系五年級正式加入常規訓練，課程作了適合各階段學習的調整。

①晨會：以社區常見保健醫療問題為主題

②病例討論會：每週一次，受訓學員經由家庭訪視後與老師進行討論。

③社區醫學文獻研讀：每週一次。

④保健活動：包括社區使用者及非使用者之健康促進活動。

⑤門診訓練：一般及特別門診參與。

⑥工作坊：訂定主題，進行討論及實地實習。

⑦社區調查及研究

2. 訓練對象：

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

3. 訓練課程內容及時間表：

(1)、住院醫師（表一）

I、課程內容：

(I)門診醫療：實際參與，並每日檢討。

- A.臨床各科知識及技術及綜合運用。
- B.熟習門診常用之理學與實驗室檢查。
- C.熟習社區常見健康問題之診斷與治療。
- D.會談技巧訓練及行為科學的運用。
- E.預防醫學在門診作業的應用及管理。

(II)家庭訪視：督促實習醫師完成訪視並提報告。

- A.個人健康、疾病與家庭、社區之關係。
- B.家庭評估技巧之實用。
- C.家庭危機評估及解決。
- D.建立居家照護檔案，並加強持續性照顧。

(III)社區調查：實際進行、參與調查並完成一篇調查報告

- A.社區診斷之重要性及其內容。
- B.社區醫學方法論。
- C.社區資源調查及運用。

(IV)統計分析之電腦應用。

- A.中老年病防治。
- B.預防注射。
- C.婦幼衛生。
- D.結核病防治。
- E.衛生教育。
- F.食品衛生。
- G.社區心理衛生。
- H.社區職業病。
- I.優生保健。
- J.其他。

(V)衛生行政：實地觀察並於每週五主任討論會中討論。

- A.了解基層醫療保健系統編制及各成員之角色。
- B.衛生所（室）功能及管理模式。

- C. 群醫中心作業流程，人力運用及財務管理
- D. 統合社區內外衛生資源，做好轉介照會工作。

II、教學工作：

- 教學對象：
- A. 實習醫師（二週）
 - B. 代訓醫師（一個月或二個月）
 - C. 醫學生（二週）
 - D. 護理及公衛受訓人員

（I）第三年住院醫師為主之教學活動：

A. 由R3負責準備有關社區醫學之教材，在兩週內講完，

包括下列題目：

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

B. 門診教學：

- a. 一般門診：教導臨床知識與醫病溝通技巧。
- b. 特別門診：包括健兒門診、產前門診、教導在社區屬於高危險群的嬰幼兒及孕產婦如何作健康管理，另外還教導預防注射應注意事項，以及超音波檢查技巧。
- c. 家訪：由R3篩選個案，指定實習醫師作家訪，由指導其所遭遇困難及個案報告之寫作。
- d. 測驗與討論：實習醫師及醫學生報到第一天有期初測驗，第二週結束前期末測驗，R3主持測驗與討論，藉以了解實習醫師學習效果。

（II）第三年住院醫師為輔之教學：

- A. 社區醫學訓練中心舉辦各項演講：R3參與聽講與討論
- B. 病例討論會：討論個案為R3指定給實習醫師之家訪個案。R3指導實習醫師在台大主治醫師主持的討論會中報告個案。
- C. 文獻研讀會：R3徵詢主持的台大主治醫師意見後，指定實習醫師研讀文獻資料，整理後做報告。

III、服務：

A.一般門診：

每週四次，從門診中去了解並解決社區民眾對基層醫療的需要。

B.特別門診：

a.健兒門診：包含預防注射，除了對嬰兒作健康管理，同時也對母親作衛教，解決她們育兒過程中的問題。

b.產前門診：除了一般的篩檢外，最重要的是為孕婦作超音波檢查，可以獲得許多胎兒成長與健康的訊息。

c.家訪與居家照顧：週五上午是固定家訪與居家照護的時間，可與地段護士一起乘救護車出去家訪。

IV、研究：

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

(2)實習醫師（表二）

I、學習內容：

(I)社區組織：社區醫療的意義，進入社區的方法，衛生健康評估。

(II)社區預防保健：健康門診，孕產婦管理。慢性病防治工作。

(III)門診醫療：當地常見疾病之診斷與治療。

(IV)家庭個案研究：須包括家庭結構、家庭功能評估和家庭資源利用，了解個人疾病與家庭、社區的關係。

(V)居家照護

II、職責及學習：

(I)門診作業：接初診，協助門診作業，看診完後討論。

(II)健兒門診：協助身體檢查，熟悉預防接種，了解嬰幼兒健康管理。

(III)產前檢查：了解社區孕婦管理及產前檢查技巧。

(IV)家訪：由門診病例擇一訪問，並寫成報告，可配合R3前往；其他有關慢性病防治，肺結核防治，有偶婦女管理等各項家訪，可向各有關人員請教。

(V)衛生教育演講：至少一次，請負責護士代為安排主題及時間。

(VI)衛生所晨會由主任主持，學習如何協調及推展衛生所業務。

(VII)參加三芝鄉群醫中心討論會，返後並作口頭報告。

(VIII)填寫日記，記錄所見特殊病例，學習心得及生活體驗等。

(IX)Journal reading每週一次，由intern主講，題目由VS或R3安排。

(3)醫學生

以培育正確的社區保健醫療的知識，技巧及態度。

I、課程內容：（如表三、四）

II、社區活動：了解社區風土民情、並針對基礎課程深入社區實習，每人需有一篇報告。

III、門診實習：疾病形態、面談技巧、家庭病歷記載、理學檢查診斷及處方實習、藥品及檢驗操作。

(4)代訓住院醫師：課程與台大醫院住院醫師同，並依受訓期間調整。

(5)基層開業醫師：以參與專題演講及個案討論為主。

(6)其它：視需要研擬課程。

四、社區醫學遠距學習系統

本計畫以台大醫學院醫學系五年級社區醫學課程為研究對象，自1995年開始在國科會、教育部和衛生署經費補助下於三年內評估各種遠距學習模式之成效，並建立金山社區醫學訓練中心、貢寮鄉群體醫療中心與台大醫學校區整體服務數據網路之連線，達到多點遠距教學及會診之目的。遠距教學模式包括個人電腦視訊會議系統及會議室型視訊會議系統，應用於晨會與個案家庭訪視討論會、遠

距醫學文獻查詢及醫學資訊利用、遠距臨床個案電腦輔助學習系統、遠距門診臨床教學及會診。在社區醫學課程中增加遠距醫學文獻利用之項目，以提昇學生醫學資訊利用及處理社區常見疾病的能力。研究成果不但減輕教師往返奔波之辛勞，提昇教師授課時數及教學品質，並擴充至醫師繼續教育、醫師分級轉診、偏遠地區醫療會診，以改善國內基層醫療照護水準。

五、結語

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

此外，為提昇社區醫學人材的培育，台大醫學院家庭醫學科與公共衛生研究所合辦社區醫學研究所的規畫，已列為公共衛生學院的發展計畫。

然而社區醫學教學所需的人力經費，一向由家庭醫學科所申請的衛生署研究計畫中支付。當衛生署政策改變或與教育方針相衝突時，終會影響教學品質。如何維護社區醫學教學的自主性，是今後台大醫學院社區醫學發展上的重大課題。

慈善機構在醫療體系（美國）上的角色

慈濟功德會——美國慈濟義診中心

主講者：醫務主任許明彰醫師

慈濟功德會是於民國五十五年（西元一九六六年）農曆三月二十四日，由上證下嚴法師，帶領著六位同修弟子每日加做一雙嬰兒鞋及三十位信眾每日從買菜錢省下五毛錢的環境下成立，並且用具體行動體現佛陀「無緣大慈，同體大悲」的襟懷，開始濟貧救苦的志業。

慈濟有四大志業：慈善、醫療、教育、文化，以及六大腳步：國際賑災與骨髓捐贈、慈濟在全世界十三個國家中，已設有逾五十一個定點聯絡處、支會或分會，會員人數多達五百多萬人。美國目前在十四個州，設有四十個網點，會員數達三萬逾人。

美國慈濟義診中心是慈濟功德會醫療志業在海外是的第一個點。成立於一九九三年十一月一日在南加州阿罕布拉市的慈濟義診中心，稟承著上證下嚴上人的訓示，「人生祇有使用權，無所有權」，在南加州為貧困疾苦的各族裔民眾提供醫療服務，發揮救人的良能，並主動走入社區的暗角，不分親疏遠近，一律平等付出，同時稟持「誠正信實」「專款專用」的原則，排除萬難，在南加州當地推展慈濟「濟貧救富」的醫療志業。

義診中心服務宗旨：一、對清寒病人，不分種族、宗教、性別、年齡。給予免費的一般門診醫藥及牙科治療服務。二、對貧困兒童提供衛生保健服務與教育；三、推廣民眾的衛生常識及疾病預防；四、對突發災難與落後地區供應緊急醫療的服務；五、推動亞裔移民「救人一命，無損己身」的亞裔骨髓庫驗血建檔活動。

義診中心自一九九三年十一月一日在南加州展開醫療義診服務，已先後替一萬一千五百六十五人次的各族裔民眾提供中、西、牙醫的門診服務。

佔地二千四百五十平方呎的義診中心，門診開放時間為星期二至星期六上午九時至下午六時。每月計有行政志工百名，西醫十五名，中醫十名，牙醫二十五名，共計一百五十位參與志工值班行列。為了讓義診中心運作順利，並聘有二名全職行政人員，一名全職護士，一名全職護士助理

，二名全職牙醫助理，二名半職藥劑師，一名半職行政助理，一名全科半職醫生。

義診中心運作經費，多半是靠會員平日的捐贈五元、十元、百元累積而成。為了充份發揮濟貧的功效，義診中心截至目前為止，尚未向政府有關單位申請任何財務補助。另重要一點，美國慈濟義診中心的財務，完全是稟持著證嚴上人訓誨「就地取材，自力更生」，未曾獲得台灣總會的任何財務上支援。

義診中心在南加州甚至全美國醫療體系上的角色，可以下列幾個方向探討：

一、病患背景——義診中心的門診服務對象是一般公家機關或私人診所、醫院的拒絕往來戶。爲了將社會善心大德捐款充份運用在需求者身上，登門求診者往往必須出示銀行存款證明（三個月），薪津存款、年稅務申報表、水、電、瓦斯、電話等相關存根，租屋月租金資料，業經查核確實求診者財務能力欠佳，且無法申請到政府相關部門醫療補助，而且無能力購買私人醫療保險等，義診中心定會義不容辭給予醫療上的門診服務，一切的醫生檢驗、診斷、諮詢、X光檢驗、血液尿液化驗及藥品均免費。無可否認，義診中心亦會碰到闖關的「富中之貧者」，碰到此案例時，義診中心會盡可能地直接教育「富中之貧者」，讓他們能有機會貪念死除。然而，這些人畢竟是少數。

在病患背景分析中，可看出來，西語裔病患已是義診中心服務的主要對象之一，高佔百分之五十三，亞裔次之佔百分之三十一，白裔等佔百分之十六。在服務範圍區分，西醫家庭科求診者佔百分之五十，牙醫佔百分之四十，中醫佔百分之八。

二、轉介機構突破族裔宗教藩籬——義診中心三年來已和南加州近四十個慈善團體結了善緣。透過草根性的人脈支援與轉介，將真正需要醫療支援者引出暗角，納入門診服務系統。爲了落實轉救機構草根觸角接引權，義診中心和轉介機構間已培養出合作默契，以及建立轉介行政溝通管道。

據統計，目前和義診中心有往來的轉介機構計有救世軍、紅十字會、流浪者之家、假釋中心、天主教堂、基督教堂、印度教堂……等四十處。

義診中心在和轉介機構合作中，亦碰過相當挑戰的個案，無論是病人醫療狀況或者行政立場，義診中心完全憑藉著「對事」「救人行醫」「誠正信實」法寶「知足、感恩、善解、包容」四神湯的原則克服，截至目前爲止，轉介機構數量亦逐月增加。

三、推動門診出診作業——義診中心除了平常的定點門診作業外，於一九九五年開始邁入出診作業，主動走入社會暗角爲廣大貧苦眾生提供醫療服務。出診範圍遠至北加州，南到墨西哥邊境，此外，聖谷低收入戶貧困區、愛爾蒙地市、聖伯納汀諾市…等，亦是出診對象。

據統計，經由出診所發掘出來的病患人數，從一九九五年迄今，亦高達三千多位。每次出診所有參與的志工醫生、護士與行政老工，均都是自費。每位參與者持著感恩心「甘願做歡喜受」來推動醫療志業。

四、建立多元化門診服務方向——義診中心的建地面積雖小，可是五臟俱全，管道輸通。目前除了平常門診服務外，還提供出生兒至十七歲以下青少年的各項預防注射；HIV 宣導課程與專業人員諮詢輔導；老人感冒預防注射服務。碰到較特異的案例或立即需要開刀住院的病患，義診中心亦和南加大公立醫院簽定不成文默契

合作關係；另外亦有專科醫師發心願意提供免費診療服務給義診中心轉診病人，諸如眼科張龍雄醫師、婦產科詹久松醫師、張讚煌醫師、足科 Patrick Lai …等專科醫師亦是病患的大菩薩義診中心希望能提供給貧可潦倒者一個解決他們醫療問題的「終點站」。

五、實施志工積極參與社區服務的園地——義診中心平日運作百分之九十五是靠各種層面的志工在推動。目前每個月約有一百五十位志工參加值班行列，共乘慈濟愛的列車。志工的背景涵蓋有大醫院駐診醫師、私人診所醫師、護士、公司董事長、教師、會計師、業務員、店面員、餐廳服務生、大學生、家庭主婦、祖母級退休人員等。另外，為讓青少年朋友寒暑假有一正常去處，義診中心亦開放暑期青少年社區服務營，凡年滿十八歲以上，經過新生訓練考試通過者，均可參加值班行列。

每位參與值班志工，必須遵守義診中心平日執行的規律，打卡值班，穿著藍天白衣制服，配戴名牌。每位志工除了奉獻其個人腦力、智慧、體力與時間外，每年還必須繳交二十元年費。任何志工活動費用，完全由志工們自己分擔。這種自給自足無所求的奉獻園地，並非金錢可以購買的到或製造地出來。參與值班的志工們從中先後學到很多上人法寶，諸如「惜福」、「惜緣」、「萬般帶不去唯有業隨身」、「把握當下即時行善……」等。

六、推動「救人一命無損己身」的骨髓驗血活動——義診中心自今年三月一日開始，配合台灣慈濟總會的骨髓活動，在美國亦成檢驗中心，藉由十四個州，四十個點的慈濟人在全美各個角落呼籲驗血活動，截至七月底已先後蒐集千餘位新的捐贈者資料。

為了落實台灣美國兩地作業溝通順利，義診中心的資料庫和台灣是相連的。從今年八月三日起，台灣花蓮總會並和美國國家骨髓庫資料相連線。換言之，慈濟骨髓庫的配對資料在這項連線作業後，更有機會救援海外亞裔患者。

慈濟，以一個佛教團體，在國際舞台上，愛心、善心、耐心地不落人後，肩負著任重道遠的醫療重責，其角色定義完全憑藉著參與者、接觸者、旁觀者地自我解析。

義診中心在美國推動醫療志業的重責亦隨著歲月五區域、政府法規調整。上證下嚴上人口喻：「大家用心做，把握當下，精進行善，一切發展隨緣份而延伸！」



General Bank

萬通銀行®

◆總資產逾十億美元，十五家分行遍佈加州

◆以雄厚的資金為閣下提供最完善的全盤性金融服務

MEMBER
FDIC

禮貌 · 正確 · 迅速



總行/國外部/營業部

HEAD OFFICE

(213) 972-4230

蒙特利市分行

MONTEREY PARK BRANCH

(818) 281-1033

托倫斯分行

TORRANCE BRANCH

(310) 373-9070

喜瑞都市分行

CERRITOS BRANCH

(310) 809-1300

聖谷分行

SAN GABRIEL BRANCH

(818) 284-2121

哈崗分行

HACIENDA HEIGHTS BRANCH

(818) 912-8825

阿凱迪亞分行

ARCADIA BRANCH

(818) 574-7767

鑽石吧分行

DIAMOND BAR BRANCH

(909) 598-8833

北嶺分行

NORTHBRIDGE BRANCH

(818) 886-3578

爾灣分行

IRVINE BRANCH

(714) 551-1991

橘市分行

ORANGE BRANCH

(714) 283-8688

聖地牙哥分行

SAN DIEGO BRANCH

(619) 277-2030

庫布蒂諾分行

CUPERTINO BRANCH

(408) 257-8855

聖馬刁分行

SAN MATEO BRANCH

(415) 347-8188

弗利蒙分行

FREMONT BRANCH

(510) 440-8855

大眾中西藥行

Valley Square Pharmacy

藥劑師：

吳英旭
Eng-Hsu Wu

· 接受各種醫療保險

Medi-Cal Industrial Insurance, PCS, Blue Shield, Pacific Care, Aetna, Alta, Foundation, Value R, Caremark 等

· 免費配送藥品服務 Free Delivery

· 代銷：Sincera 魚蛋白（美容），DHEA（苗條），Melatonin（安眠），Neostrata（果酸去斑）等。

地址：1227 E. Valley Blvd., Alhambra, CA 91801 (corner of Valley Blvd. and Vega St.)

電話：(818)576-8622, 576-8586 傳真：(818)284-6080

高醫與原住民醫療

葛應欽 教授

高雄醫學院 公共衛生學研究所

原住民健康研究室

1996.7.1

族群與人口

根據人類學及語系，台灣原住民被歸類為南島語族，而且台灣是南島語族的發源地⁽¹⁾，目前原住民大致上可分為九族，其人口數目前共約 35 萬人。各族約在數百年前到數萬年前，已來到台灣，一直到最近，台灣修訂法律，承認原住民的名稱，又分為山地原住民與平地原住民，山地原住民分佈台灣 29 個山地鄉及蘭嶼離島，平地原住民主要指阿美族與卑南族，散佈在東部鄉鎮地區，在台灣歷史上尚有所謂平埔族，也是原住民，一般以為平埔族已消失，實際上在台南、高屏地區及宜蘭、花蓮、台東尚有少數部落仍聚集具有明顯的平埔族血統及文化，更重要的是所謂台灣人，至少有二、三百萬人流有平埔血緣⁽²⁾。

醫療設施及人力

在現代化衝擊下，原住民傳統醫療體系幾已消失，代之現代化醫療衛生體系，然而又因地方偏遠，顯示設施，人力服務不足，1958 年與 1959 年，高雄醫學院院長杜聰明博士首創，在高醫設立山地醫師醫學專修科，培養 50 餘位原住民醫師，畢業後須在山地服務 10 年，因此近二十餘年，在山地鄉醫師與人口比例大約維持在每 3000~3500 位人口有一位醫師，但二十年並無多大變動，比較全台灣地區目前約 850 位人口有一位醫師，尚有相當大的距離，但比當時台灣偏遠地區，情況還可能較好⁽³⁾。

然而醫師主要是在衛生所工作，實際上醫療衛生工作也是靠衛生所支持運作，十幾年前，山地公費醫師養成計畫又恢復辦理，並增加包括醫師、牙醫師、護理人員等醫事人員，所培養的醫師包括畢業及尚未畢業；考上執照及還在考執照中的已有近百位，所以有停辦的決議，現因原住民問題受到重視及實際之需要，再委託高醫延長辦理，並朝向提昇人員素質努力。

疾病型態與醫療行為

(1) 平均餘命

1933 年日本人曾對台灣原住民的平均餘命作分析，男為 9.8 歲，女為 13.5 歲，與當時台灣地區居民，男 42.7 歲，女 47.7 歲，有相當大的距離⁽⁴⁾。1964 年山地原住民，男女的平均餘命分別為 48.3 及 52.2 歲，比較當時台灣地區居民男 64.5 歲，女 69.1 歲，大約少了 16 歲，至 1984-1986 年，大約少 10 歲，到最近的計算，仍然保持相差 10 歲，值得注

意的是男性約差 12.5 歲，女性約差 6 歲。

(2)重要死因

大致上原住民在意外災害，自殺，肝硬化及傳染病包括結核病，肺炎，支氣管炎等較嚴重，標準化死亡比在 2 倍以上，腦血管疾病死亡率最近急速增加⁽⁵⁾。癌症方面，如口腔癌，鼻咽癌，胃癌，肝癌死亡比較高，也值得注意⁽⁶⁾。雖然原住民全部死因及某些疾病死亡比較高。但也有一些疾病死亡比較低，例如：糖尿病，缺血性心臟病，肺癌，結腸癌，直腸癌，膀胱癌等。原住民各社區之間或各族之間其疾病死亡比也有差異；例如口腔癌死亡比較高是在南部或東部排灣族社區，北部泰雅族社區則較低。

(3)重要疾病

原住民各種寄生蟲感染率早期相當高，甚至造成重要死因，而且一直相當盛行⁽⁷⁾，以條蟲感染較為特殊，主要原因在於山胞生吃山野動物內臟，肌肉的習慣⁽⁸⁾。恙蟲病在蘭嶼盛行，幼稚園兒童恙蟲病抗體陽性率高達 65 %⁽⁹⁾。而在病毒感染方面，山地鄉常有 A 型肝炎暴發性流行⁽¹⁰⁾，南部的原住民(排灣、魯凱族)，其 B 型肝炎感染率較一般人更高⁽¹¹⁻¹²⁾。C 型肝炎的感染情形也較高⁽¹³⁾，且可證明與重覆使用醫療用打針有關。

原住民血尿酸平均值及痛風盛行率明顯高於一般人，對原住民兒童的研究，發現其高尿酸血症即為一般兒童 2.5-6 倍⁽¹⁴⁾。可見與遺傳因素有關，最可能是 X-聯鎖遺傳，黃嘌呤-鳥糞嘌呤磷酸核糖轉移酵素(Hypoxanthine-Guanine phosphoribosyl transferase；HPRT)缺乏加上喝酒及食用動物內臟，導致尿酸過量而引起痛風。

原住民的乙醛去氫酵素缺損率較一般人低⁽¹⁵⁾，與遺傳基因有關，因此喝酒後代謝較快，相對酒量較大，造成健康效應也相當廣泛，這是內在因素，而外在環境，由於急速社會變遷發生調適問題，也造成喝酒量的增加。在其他特殊疾病，原住民幽門曲狀桿菌感染盛行率達 63.4 % 為最高⁽¹⁶⁾，G-6-P-D 缺損率，原住民變異較大，從賽夏族的 9 % 到雅美族的 0 %⁽¹⁷⁾， α 型地中海貧血遺傳特質在阿美族最高約 8 %⁽¹⁸⁾。

(4)菸，酒，檳榔的使用

飲酒，吸菸，嚼食檳榔等不良的健康行為通常都伴隨發生，嗜酒現變成原住民相當嚴重的問題⁽¹⁹⁻²⁰⁾。北部原住民吸菸的盛行率較南部原住民為高，15 歲以上原住民嚼檳榔盛行率高達 42%(台灣一般人口大約為 10%)。雖然嚼食檳榔的習慣與其傳統文化有關，但分析目前盛行的相關因素，可能與教育程度及勞工階級有關。

這三種物質的使用，造成全身性健康危害，如癌症，肺部疾病，生殖危害，心臟血管病等。造成口腔癌危害更有協同作用，達到 123 倍⁽²¹⁾，檳榔的嚼食，初步研究發現對原住民婦女，也可造成流產，畸形胎等生殖危害。

(5)醫療行為

因文化背景的差異，專家所認為原住民的醫療衛生的需要，和原住民本身的需求可能有差距。全民健康保險實行一年來，有 95% 民眾加入，而原住民加入不到 80%，原住民兒童較偏向採用西醫醫療為單一療法，一個月內原住民兒童生病，實際赴鄉鎮外就醫之比率，亦為非原住民兒童之 10 倍，就醫時接受醫療注射的情況也比原住民兒童高。

高醫與原住民醫療的關係

高醫長期關心原住民醫療衛生問題，變成高醫的傳統精神，檢討此項貢獻，有幾個特點：

(1) 原住民醫師服務原住民

醫療服務需要高度溝通技巧，有些疾病更須對其社會文化與生活型態有了解，才能正確診斷對症下藥。高醫一向對培養原住民籍醫師不遺餘力，他們也有對原住民服務的義務。澳洲最近才開始有類似的計畫，其原住民醫療衛生專家與本人討論時相當認同這項政策。

(2) 原住民醫師的服務精神

早期高醫培養山地醫師，義務服務年限存 10 年，然而 10 年屆滿，仍有多數醫師仍留在山地服務，當然隨著經驗的累積及時代變遷，職務上有所變動；一部分自行開業，一部分高升為衛生行政主管，一部分為醫療機構主任或首長，也有一部分從政，在 1993 年，畢業後 30 年，有 12 位醫師回高醫補修學分，利用週末上課及實習，經過 3 年，在 1996 年獲得醫學學士學位。

(3) 新原住民醫師的素質

隨著時代進步、民眾對醫療品質要求提高，新原住民醫師須經至少兩年的住院醫師訓練，然而有些疾病不只是靠醫療解決，必須有預防保健或衛生教育之介入，因此對原住民醫師須在職訓練，了解其醫療健康特殊問題，高醫對此開辦醫師繼續教育班，並朝向在職進修碩士層級努力，甚至博士級，以培養原住民醫界宏觀領導人才。

(4) 高醫的原住民醫療團

過去外國教會有關人士，也曾對原住民醫療奉獻，隨著台灣醫

療制度變遷，外國教會醫師的服務逐漸式微。高醫的教授、醫師、學生常組醫療團利用假日赴原住民社區服務，雖然只是點的播種，長期亦可觀。全民健康保險開辦後，原住民社區更面臨繳費卻得不到醫療利用的可近性，在高屏分局協助下，高醫神經科教授每星期赴原住民社區服務一天。未來高醫屏東校區包括醫院完成，由於鄰近原住民社區將可展開服務。

(5) 原住民健康研究室的成立

1993年，高醫在行政院衛生署及國家衛生研究院支持下，成立原住民健康研究室，對原住民健康問題，展開全面性有系統研究，研究結果可以提供實際醫療衛生政策或防治計畫工作的參考。

參考文獻

1. Bellwood P. The Austronesian dispersal and the origin of languages. *Sci. Am.* 265:70-75,1991
2. 葛應欽, 王姿乃. 台灣各社區居民的疾病死亡及其意義. 人道出版社, 高雄. 1-42 頁, 1996.
3. 葛應欽, 劉碧華, 謝淑芬. 台灣地區原住民的健康問題. 高雄醫誌 10: 337-351, 1994.
4. 王人英. 台灣高山族簡略生命表. 台灣高山族的人口變遷. 中央研究院民族所專刊之十一. 台北;183-291,1967.
5. 葛應欽, 謝淑芬. 原住民重要死因分析. 高雄醫誌 10: 352-366,1994.
6. 葛應欽, 劉碧華, 謝淑芬, 王姿乃. 原住民癌症標準化死亡比. 高雄醫誌 10: 379-391,1994.
7. Hsieh H.C., Shih C.C., Chow L.P., Yuan J.C., Kuo M. Epidemiological studies on enterobiasis among aborigines in mountainous districts of south Taiwan. *Formosan Science* 14: 1-11,1960.
8. Fan P.C., Chung W.C., Soh C.T., Kosman M.L. Eating habits of east Asian people and transmission of taeniasis. *Acta Tropica* 50: 305-315,1992.
9. 吳炳輝. 蘭嶼地區幼稚園兒童恙蟲病流行病學調查. 疫情報導 9: 25-30,1993.
10. 謝淑芬, 陳國東, 許須美, 虞順光, 戚以惠. 高雄縣三民鄉 A 型肝炎流行調查報告. 疫情報導 9:151-163, 1993.
11. Chung D.C., Ko Y.C., Chen C.J., Wu C.C., Chen E.R., Liaw Y.F., Hwang S.J. Seroepidemiological studies on hepatitis B and D viruses infection among five ethnic

- groups in southern Taiwan. *J. Med. Virol.* 26:411-418,1988.
12. Ko Y.C., Chung D.C. Transmission of hepatitis B virus infection by iatrogenic intramuscular injections in an endemic area. *Kaohsiung J. Med. Sci.* 7:313-317,1991.
 13. Chang S.J., Chen H.C., Ying J., Lu C.F., Ko Y.C. Risk factors of hepatitis C virus infection in a Taiwanese aboriginal community. *Kaohsiung J. Med. Sci.* 12:241-247,1996.
 14. Chang F.T., Chang S.J., Wu Y.Y., Wang T.N., Ko Y.C. Body mass index and hyperuricemia differences between aboriginal and non-aboriginal children in Taiwan. *Kaohsiung J. Med. Sci.* 11:315-321,1995.
 15. Chen C.C., Hwu H.G., Yeh E.K., Morimoto K., Otsuki .S. Aldehyde dehydrogenase deficiency, flush patterns and prevalence of alcoholism : an interethnic comparison. *Acta. Med. Okayama.* 45:409-416,1991.
 16. Teh B.H., Lin J.T., Pan W.H., Lin S.H., Wang L.Y., Lee T.K., Chen C.J. Seroprevalence and associated risk factors of helicobacter pylori infection in Taiwan. *Anticancer Res.* 14:1389-1392,1994.
 17. Tan T.K., Huang W.Y., Tang C.J., Hsu M., Cheng T.A., Chenb K.H. Molecular basis of glucose-6-phosphate dehydrogenase (G6PD) deficiency in three Taiwan aboriginal tribes. *Human Genetics* 95:630-632,1995.
 18. Ko T.M., Chen T.A., Hsieh M.I., Tseng L.H., Hsieh F.J., Chuang S.M., Lee T.Y. Alpha-thalassemia in the four major aboriginal groups in Taiwan. *Human Genetics* 92:79-80,1993.
 19. Ko Y.C., Chiang T.A., Chang S.J., Hsieh S.f. Prevalence of betel quid chewing habit in Taiwan and related socio-demographic factors. *J. Oral Pathol Med.* 21:261-264,1992.
 20. 劉碧華, 謝淑芬, 章順仁, 葛應欽. 五峰鄉原住民吸菸、喝酒及嚼食檳榔之盛行率及相關因素研究. *高雄醫誌* 10: 405-411, 1994.
 21. Ko Y.C., Huang Y.L., Lee C.H., Chen M.J., Lin L.M., Tsai C.C. Betel quid chewing, cigarette smoking and alcohol consumption related to oral cancer in Taiwan. *J. Oral Pathol. Med.* 24:450-453,1995.

Disease patterns and medical services in Taiwanese aborigines by Kaohsiung Medical College

Ying-Chin Ko

**School of Medicine, and Aboriginal Health Research Laboratory
,Kaohsiung Medical College**

In recent years medical professionals have been concerned about the health of aborigines which has been neglected for a long time. Health disparities are known to exist among aborigines and non-aborigines in the United States or other countries. In Taiwan, there are nine main aboriginal tribes consisting of approximately 360,000 people. In general, their health status, evaluated by life expectancy, mortality rates and various disease pattern amongst them, is worse than amongst the rest of the Taiwanese (general) population. Current investigations indicate that life expectancy for aborigines is on average 10 years less than that of the general population; 12.5 years less for men, 6 years less for women; approaching a standardized mortality ratio of 2 fold, that is 2.1 fold in men, 1.7 fold in women. Accidental injuries, suicide, tuberculoses, liver cirrhosis, alcoholism, pneumonia, bronchitis, parasite infections are the most important sources of disease. Hypertension, heart disease, some selected sites of cancer, nutrition and lack of adaptation are gradually becoming important new sources of disorders. Although aboriginal healthy has improved over the decades, the author estimates that their overall health status is 25-30 years behind that of the general population or of off-shore islanders. The extent of their development varies with tribes.

It is necessary to study the cause of why aborigines die so young. It may be due to insufficient medical care for heart disease whose prevalence is relatively low among aborigines but resultant mortality is nevertheless high. However, insufficient medical care cannot explain the high incidence of a number of cancers and resultant mortality. All factors relating to the environment, agents, genetics and diseases should be taken into consideration, such culture, transportation, life style, health behavior etc., and compared to those of non-aborigines. A series of studies are proposed to address the specific, multi-dimensional medical demands of the aborigines. The Kaohsiung Medical College has conducted many research studies on the health of aborigines, and trained a large number of aboriginal physicians and other professionals. Our teaching staff, students, hospital physicians, and other health personal frequently visit the remote aboriginal areas during holidays to provide medical services and to conduct health education programs. The establishment of the "Aboriginal Health Research Laboratory" in KMC has been proposed.

The author suggests the development of prevention and intervention strategies designed to overcome difficulties and barriers to eliminate these disparities among the people of Taiwan.

美國開業醫師在醫療教育上的角色

楊振忠

美國開業醫師大部分都受過住院醫師訓練，除醫療學能和技術外，更重要學習如何提供病人良好的醫療常識教育，以及預防醫學和公共衛生。

一個良好的醫生，除需俱有良好的醫術外，更要有良好的醫德。醫生要有如“佈道家”的口才和學識，也要有“慈善家”的心腸，要“視病如親”。

美國一般民衆的醫療常識比較普遍，公共衛生也很上軌道。其中原因，乃因開業醫師盡其責任，在醫療教育上扮演了重要的角色。

“預防勝於治療”；開業醫師除醫治病人外，更要給予病患預防醫學和公共衛生的教育，使病人平常注意保健和預防，保持身心健康，不易生病。更重要的是要教導病人於得病後，如何照顧自己，家屬如何協助病人早日康復或渡過病期。同時更要教導病人和家屬去認識疾病，了解治療過程，而對病情沒有恐懼感，而且更要教導醫護人員，讓他們了解治療的計劃和照顧的方法。於康復後，醫生要教育病人預防和保健之道。

以上的工作，大部分落在第一線的家庭醫師上。所以於二十多年前，美國才成立“家庭醫學專科”，比專科的訓練期和一般內科、小兒科、和急診科相同，均為三年。除了一般醫療技術的訓練外，更注重公共衛生，心理治療，和社會醫

療服務的訓練。家庭醫師在開業中，和病患全家以及服務的社區打成一片，成為一般家庭和社區不可缺少的重要一份子。因此美國家庭醫師的訓練很嚴格，也很廣泛。

政府衛生部門提供需要的公共衛生、醫療常識資訊、和預防醫學資料，給開業醫師充分支援。同時各科醫學會也隨時提供最新的資料給醫師。開業醫師也隨時報告開業中的新發現和困難，提供政府和一般民衆最新的醫療知識，以供公共衛生人員新政策的參考。

美國開業醫師，尤其是家庭醫師，已成為公共衛生和預防醫學的第一線執行者，在民衆和醫學教育上扮演重要角色。各醫學院和住院醫師訓練單位，更廣泛聘請開業醫師兼任教學工作，以實際的經驗授課；開業醫師也在教學中，自我充實，參與學校和醫院的再教育機會，達到“教學相長”的相輔相成效果。在醫學院和訓練機構，也省下不少聘請全職教授的人事費用。如此造成美國一般的醫療水準提高，醫學常識普遍，和公共衛生發達，節省醫藥費用。

美國開業醫師既是“醫者”，也是“教者”，更是“領導者”，也扮演“協調者”；在醫療教育上扮演重要的角色！也因此在看病時，要花更多時間，也要熱心參與社會公共事務！

貝華利醫院

Beverly Hospital



貝華利醫院係屬財團法人非營利之社區綜合醫療中心，自一九四九年成立至今，備有兩百一十六張床位，擁有現代化的精密儀器及設備，三百多位不同科別的醫師及四十多位華語醫師，以促進社區醫療保健為宗旨，服務包括：

- 內科、外科及全套診療項目。
- 心臟復理，心導管、開心術及復健治療。
- 職能、物理及語言復健中心。
- 24小時急診中心。
- 婦產科、小兒科及新生兒加護病房。
- 癌症檢查及治療。

免費社區講座及檢查，請洽華語專線(213)887-5022
309 W. Beverly Blvd., Montebello, CA 90640

Affiliated with Southern California Healthcare Systems

臺灣開業醫師在醫療教育的角色

臺北醫學院校長 胡俊弘

廣義的開業醫師(practicing physician)應包括(1)私人執業(private solo practice)或現在稱為基層醫療；(2)醫院執業(hospital-based practice)，後者在台灣醫療教育之角色與國外之情況並無太大不同，但私人執業醫師則有其特色。

本討論擬就開業醫師在台灣的大環境下，在醫療教育的角色。專業上，開業醫師在醫學院的 didactic teaching 及 bedside teaching 雖無正式的統計數字，也因各醫學院而有所不同，但佔的份量不小。私立醫學院的 bedside teaching，因學生派至各教學醫院，有更廣泛接受開業醫師教學之機會。陽明大學醫學院的學生在榮總接受 bedside teaching。近年來台大及成大醫學院，也開放容納開業醫師參與教學，專科醫師制度為臨床教育之另一基石，目前台灣至少已有二十個全國性的專科醫學會，負責專科醫師之資格審定，而專科醫師之培訓在區域教學醫院實施，由執業醫師負起教學重責。在醫學繼續教育(CME)方面，由於醫療法之實施(1986)，其中規定醫學評鑑制度之建立，使地方醫院，特別是私立綜合醫院為了爭取被指定為教學醫院，而提高對醫學繼續教育之參與，也相對提高醫院執業醫師參與醫療教育之機會。故

執業醫師所扮演的角色可以說是雙重的，一方面是受教育者，另一方面也可能成為教育者。雖然目前醫學繼續教育是由上級醫院即醫學中心主導，但以地方醫師公會主辦者，不乏開業醫師擔任教學之例。

開業醫師，亦可由其政經等專業外的資源，貢獻醫療教育。在台灣，開業醫師在健保法、大學法之立法過程中，也發揮其專業精神，其結果也終將影響醫療教育。

私立醫學院或醫事學校，由開業醫師創辦者為台灣的特色，其中除較晚開設的長庚、慈濟、輔仁等分別由財團或宗教團體創設，早期創立之醫學院—臺北醫學院、中山醫學院（牙醫師）、中國醫藥學院（中醫師），均可算是廣義執業醫師努力之結果。另如美和專校、輔英醫事護理專科學校、弘光護理專科學校等也都由執業醫師所創立，其中尤以臺北醫學院更是集數位執業醫師合力創校之代表。由歷史的角度分析，台灣之開業醫師為社會中，享有較高的收入及崇高的社會地位，由於在政治參與受到限制的情況下，創辦學校成為回饋社會及提高對社會影響力之一種方法，另一方面也由於人口的增加及經濟之穩定成長，社會對於醫師數量之殷切需求，新醫學院之設立成為當時政府及民間共同努力教育目標之一。開業醫師基於本身所學及對各方條件之配合，創立醫學院因而水到渠成。

台灣各醫學院及醫事學校創立年代及創辦人背景

學 校		創 立 年 代	創 辦 人 背 景
公立醫學院	台大醫學院	1899, 1945 (現制)	教育部
	國防醫學院	1949	國防部
	成大醫學院	1975	教育部
	陽明大學	1983	教育部
私立醫學院	高雄醫學院	1954	醫學教育人士
	中國醫藥學院	1958	開業醫師 (中醫師)
	臺北醫學院	1960	開業醫師 / 醫學教育人士
	中山醫學院	1960, 1977 (現制)	開業醫師 (牙醫師)
	長庚醫學院	1987	企業財團
	輔大醫學院	1990	宗教團體
	慈濟醫學院	1993	宗教團體
私立醫事專科學校	輔英護專	1958, 1988 (現制)	開業醫師
	元培醫專	1965	醫療相關人士
	美和護專	1966	開業醫師
	弘光護專	1967	開業醫師
	中華醫專	1968	民意代表
	長庚護專	1988	企業財團
	慈濟護專	1989	宗教團體

一九九六年七月於台北



San Gabriel Valley Medical Center

AN AFFILIATE OF UNIHEALTH

218 South Santa Anita Street
San Gabriel, CA 91776

(818) 289-5454

聖蓋博醫院

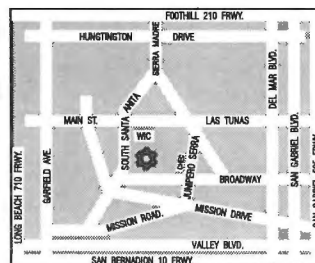
提供最完善

醫療技術與設備為華人服務



- 完善的內科、外科與婦產科
- 精神科治療中心
- 門診外科手術中心
- 工商傷害醫療中心

24小時急診室開放
(818) 570-6514



關懷備至 · 闔家平安 特設新式婦產科



提供聖蓋博谷西區華人一個最舒適、寬敞的產科私人專用分娩套房

請電華語專線：(818) 457-3291

- 產婦可享有漂亮、寬敞的私人專用套房，並且不需要另外付費
- 全套設備的育嬰室與最新設備的新生兒加護病房
- 提供孕婦中文產前課程
- 特別現金折扣計劃
- 我們接受加州Medi-Cal保險
- 免費驗孕檢查
- 提供婦產科醫生推薦服務
- 新生兒加護病房醫療照顧由南加大醫學中心新生兒科醫生提供技術合作
- 麻醉科醫師提供24小時剖腹生產醫院服務配合

全民健保對醫界的影響

蔡長海 院長

一、前言：

在健康局採全面特約的策略下，醫事服務機構已有 14,799 家醫療院所特約，占全國醫療院所總數的 91%，在種類上，除了特約醫療院所外，也增加了 1,108 家特約社區藥局、96 家居家護理、144 家醫事檢驗機構和 29 家特約助產所(表一)。由此可知中央健康保險局的任何制度或規定的改變，

皆會對醫界產生不小的影響。以下分兩個階段來簡述全民健保對醫界的影響。

二、現階段影響：

(一)醫療需求大量化之效應

全民健保納入全台灣所有二千一百萬人口，也就是目前尚未有保險的九百多萬人口將於全民健保開辦後開始享有健康保險。因此醫療院所的門診及住院的需求量必定增加。開業醫的醫療業務大幅成長，由八十四年三月至八十五年二月申報資料顯示門診部份以西醫診所申報級數及費用最高

，醫院的門診量亦有小幅成長。(表二、三)

(二)部份負擔與轉診之效應

由於全民健保法第三十三條的差別性部份負擔，將對不同層級醫院造成不同程度的影響。醫學中心及區域醫院的輕症、長期病患很可能會流失一部份，整個醫療市場將因新病患的加入、舊病患的流失，進行一次市場重整的工作，但其正面之影響則是加強了開業醫與醫院的互動關係。

(三)醫療價格單一化

醫院負面的影響，在於原有自費病患納入健保，其醫療收入將僅有原來同等服務的 70%至 85%左右，因此對於原有病患較有較大比例係未保險病患的醫療院所衝擊較大。當保險財務不健全，民眾不願意調高保費負擔時，醫療價格的長期凍結將是可預期的。

(四)醫師所得透明化

在實施全民健保之前，醫院診所的收入包括保險病患與自費病患，總收入不易稽查，因而醫師的所得也不易為稅捐單位所稽查。而全民健保實施後，醫院診所的絕大多數收入來自中央健保局的給付，極易計算稽徵。此種因醫師所得透明化而導致所得稅賦增加的影響，對於診所執業醫師

及部份私立醫院醫師的影響力最大。對於公立醫院及實報醫師所得的私立醫院及財團法人醫院，此項影響卻是正面有益的，有助於拉近醫院診所間醫師稅賦差距及稅後所得，有利於留住高所得高稅賦的醫師人力資源。

(五)行政作業增加

全民健保雖然可統合過去公、勞保不同保險的申報作業系統，但由於一些新制度的變革，醫院必須更新大量的保險表單。因此醫療院所在全民健保開辦時，勢必更新醫院原有掛號、門診及住院等醫療行政作業流程，以因應新統一及增加的各式表單，並須更改醫院內部資訊系統，以配合各式新表單的處理及媒體申報之需要。

(六)醫院資訊、完全透明

全民健保實施後，醫院絕大多數的醫療服務均須向中央健保局申報給付，因此中央健保局可完全掌握醫院診療量及診療收入的資訊，使得醫院營運資訊完全透明化。屆時健保局即可做醫院內個別醫師或科別的診療量、醫師生產力、醫師營業額等資料分析；可做跨院間各項服務使用率、各項服務保險申報費用的比較分析；只要中央健保局將被保險人資料檔、醫療院所資料檔、保險申報資料檔等檔案充份結合且完整分析，則醫療院所的所有重要資訊均為健保局掌握，並可對種種異常統計值進行調查與干預。

(七)支付制度

單一支付制度，統合原公勞農保分歧之支付標準，同時推行論病例計酬制，並規劃實施總額預算制度，以控制醫療費用的上漲。

改變支付結構影響：

1.各科別榮枯

收入增加之科別—耳鼻喉科、復健科、眼科、皮膚科。

收入較不合理之科別—外科、婦產科。

亦使外科住院醫師招收訓練發生問題。

2.改變醫療執業的型態

(1) 服務於醫院之醫師轉成開業醫師，醫療品質逐年下降：

醫院的主治醫師會自動或被動轉成開業醫師，在封閉的醫療制度下，開業醫師因不便使用醫院設施而原地踏步，影響醫療科技進展。全國的醫療品質及水準將逐年下降。

(2) 地區醫院有萎縮的趨勢：

有些地區醫院已轉型為聯合門診或其他地區醫院連鎖經營或轉為慢性病醫院、安養機構。

表四：台灣地區歷年醫療機構及醫師人力統計

年	醫院數	診所數	醫師（每十萬人口執業數）
75	835	11202	8.15
76	905	11294	8.66

77	913	11302	9.14
78	865	11402	9.22
79	827	12075	9.79
80	821	12840	10.27
81	822	13646	10.77
82	810	14252	11.19
83	828	14924	11.55
84	787	15322	11.46
增減率	-5.8%	+36.7%	+40.6%

資料來源：衛生署

(八)醫療院所需加強經營管理，並做好成本控制

三、未來之影響：

醫療支出節節上升、保費收入的成長非常有限，如果趨勢不變，將會嚴重影響財務平衡。目前全年總成長率達 15%；門診成長 19.36%；住院成長 3.01%。還高於保險費收入成長率 5.7%。

當全民健保收支失衡後，中央健保局在財務狀況不甚理想的情況下，最可能犧牲的就是這些健保特約醫療院所的利益。將會：

(一)加強保險審查核減

- 1.當核減率增加時，暫付款之金額亦隨之下降進而影響醫院資金週轉。
- 2.增加醫療院所申覆之行政作業成本。

(二)給付項目價量的控制

1.調低單價：

例如今年調降了血液透析、電腦斷層、核磁共振儀等量多之檢查與治療項目，使醫療院所之收入受到明顯之影響。

2.實施 DRG s 支付方式：

(1)一旦全面實施前述的 DRG 制度，對不同層級的醫院及專科別的影響將是非常鉅大的。DRG 制度，很可能會拉近不同層組醫院間住院給付金額的差距，而造成對高成本，病患疾病嚴重程度較高的大醫院不利，對較低成本、病患較單純的小醫院有利。

(2)DRG 制度的相對權值所衍生出來的支付金額，係根據過去住院申報費用的資料檔案分析而來，而非基於醫院實際成本，因此對傳統上特殊診療項目較多或特殊診療項目的支付基準較高的專科較有利；反之，對特殊診療項目較少且支付基準較低的專科較不利，因此很可能造成醫院內不同專科規模的消長。

(3)全面實施 DRG 制度將造成醫院的平均住院日減短及各項檢驗檢查使用率降低，很可能使醫院佔床率下降及檢驗儀器呈現閒置現象。

總體而言，DRG 制度的全面實施，可能壓低住院給付的金額及其變異量，而醫院必須全面規劃其住院診療流程，並以吸收高量高周轉的住院病患來相互競爭。

3. 實施總額預算制：

總額預算制度其最大的殺傷力，乃在於其運用回溯性的計算，論量計酬制度下所創造的醫療服務量之每（行為）點的單價，藉以製造醫療市場財務的重分配能力。其所形成的市場變動優劣勢，是難以預期的。

4. 實施 HMO

(1)HMO 必需負責會員一定期間內所有門診、住院及預防保健...等醫療服務，為避免會員因疾病而增加支出，醫界必著重於預防保健、健康促進...等服務，可發揮預防醫學、繼續追蹤、衛生營養指導、居家護理...等功能。

(2)HMO 的收入在會員加入後即已固定，為了避免虧損，需加強控制醫療浪費的情形，醫院將減少昂貴或不必要之檢查、治療服務或縮短住院天數，以節省醫療費用支出，但也可能因此阻礙高科技醫療的發展。

(3)實施 MHO 被保險人將養成看固定醫師的習慣，有助於建立家庭醫師制度；及為避免病情延遲花掉更多醫療費用，亦可促進轉診制度之推行。

(4)HMO 採論人頭(Capitation)的支付方式，而非以醫療服務量為支付標準，醫界需承擔被保險人所有醫療服務的財務責任，對於高成本、照護高疾病嚴重度之醫院將產生不利影響，且改變國人濫用醫療資源惡習的責任，亦將轉由醫院負擔。

在 HMO 制度下，醫院應以提供更多的醫療服務項目，更少的收費為吸引會員的誘因，在固定醫療收入下，成本控制更形重要，如何提供具經濟效益又兼顧醫療品質的服務為醫院重要課題。

四、結語：

健保強制性的納保方式，使得保險人口由 52%增加至 93%左右，嘉惠了最需要醫療照顧的弱勢團體，增加其就醫可近性。健保擴大醫療給付項目，提供多元化醫療服務管道，使被保險人獲得更完備的醫療照護。

健保開辦初期，制度、辦法異動頻繁令醫界及民眾難以適應，惡化了醫病關係，而其支付制度造成各科別榮枯，並改變醫療執業型態，此種由健保局獨買壟斷醫療市場，使得醫界必須隨健保局之步伐起舞，影響了醫界的自主權。

健保實施一年以來，健保局雖有* 多成效卻也還有許多問題，例如，醫療費用持續上升、醫療資源分配合理化問題、建立較好的保險人與特約醫療機構醫療支付的談判模式、維持財務平衡的挑戰...等問題待解決。

如何創造被保險人、保險人及醫界三贏的局面，以維持可大可久的全民健康保險，則有待大家貢獻知識與智慧，一同來努力。

台灣的醫療糾紛

中山醫學院附設醫院 副院長 陳家玉

行政院衛生署自民國七十六年四月起，到八十二年十二月止，接受醫事糾紛鑑定案件，共計九百五十三件。

告訴原因：醫療不當的為三九八件，佔百分之四十一點八；手術相關的為六十七件，佔百分之七；延誤治療的為六十五件，佔百分之六點八；用藥不當的為五十九件，佔百分之六點二；診斷疏失的為四十件，佔百分之四點二；接生不當的為三十件，佔百分之三點一；護理不當的為十六件，佔百分之一點七；其他的為二百六十五件，佔百分之二十七點八。

被告對象身份：(西)醫師共有九五四人、護理師及護士有三十八人、牙醫師十人、藥師十人、中醫師七人、醫檢師七人、助產士二人、其他醫事人員三人、其他五十三人。

鑑定結果有疏失的為九十二件，佔百分之九點七；可能有疏失的為七十七件，佔百分之八點一；無疏失的為五百五十二件，佔百分之五十七點九；其他為二百三十二件，佔百分之二十四點三。

事實上所發生的醫事糾紛案件，比前述的數字更多，可能多到十倍，甚至高達百倍以上。

未來，因為護理機構的普遍設立，護理糾紛的比率，將會隨著增加。

醫事鑑定案件科別及病人特性統計表
(民國七十六年四月至八十一年十二月)

年度別	合計	科別					病人狀況		
		內科	外科	小兒科	婦產科	其他	死亡	傷害	其他
76	129	36	22	15	15	41	103	22	4
77	160	49	23	21	24	43	114	33	13
78	140	39	22	16	19	44	103	29	8
79	115	26	13	14	16	46	75	24	16
80	133	28	23	23	17	42	88	39	6
81	147	38	22	20	16	51	102	35	10
合計	824	216	125	109	107	267	585	182	57
%	100	26.2	15.2	12.9	13.2	32.4	71.0	22.1	15.2

醫事鑑定案件訴訟性質及鑑定結果統計表

年度別	合計	訴訟性質			鑑定結果			
		刑事	民事	不明	有疏失	可能疏失	無疏失	其他
76	129	118	3	8	18	12	95	14
77	160	92	11	57	16	7	34	34
78	140	111	5	24	7	9	33	33
79	115	106	8	1	12	9	24	24
80	133	126	5	2	10	14	29	29
81	147	115	7	25	16	14	52	52
合計	824	668	39	117	69	65	186	186
%	100	81.1	4.7	14.2	8.4	7.9	61.2	22.5

醫事鑑定案件告訴原因統計表
(民國七十六年四月至八十一年十二月)

年度別	合計	診相 斷關	醫療過程					接不 生當	護不 理當	其他
			醫不 療當	用不 藥當	手相 術當	延治 誤當	延醫 誤當			
76	129	3	78	4	1	14	1	2	4	22
77	160	13	77	15	4	6	2	3	3	37
78	140	4	64	8	11	9	7	2	0	35
79	115	7	49	6	7	7	2	6	0	31
80	133	11	46	9	17	7	1	6	0	36
81	147	0	49	11	11	13	0	5	5	53
合 計	824	38	363	53	51	56	13	24	12	214
%	100	4.6	44.1	6.4	6.2	6.8	1.6	2.9	1.4	26.0

註：在歷年所受理鑑定醫事案件中，原告對醫療過程中不滿意者佔536件（65.05%），對護理過程不滿意者佔12件（1.4%）

醫事鑑定案件被告對象身份統計表

年度別	醫師	中醫師	牙醫師	藥師（生）	護理師（士）	助產士	醫檢師（生）	其他事人員	其他
76	129	0	2	0	7	0	0	0	16
77	162	1	1	0	9	1	5	0	4
78	154	0	1	3	7	0	0	1	8
79	113	2	2	2	1	0	1	0	4
80	119	1	0	0	2	0	0	1	6
81	155	1	3	2	6	0	1	0	5
合計	832	5	9	7	32	1	7	2	43

CHENG PHARMACY 十全藥局

祝第五屆台美醫學交流會十全十美

PING C. CHENG R.Ph., Ph.D.

藥師 鄭炳全 敬賀

600 W. MAIN STREET, # 106
ALHAMBRA, CA 91801

TEL: (818) 281-9222
FAX: (818) 281-0885

故鄉旅遊

GOOD SHINE TRAVEL

故鄉人親土親

祝第五屆台美醫學交流會圓滿成功

CERRITOS

18743 PIONEER BLVD.,#202

ARTESIA, CA 90701

TEL: (310) 809-5055

FAX: (310) 809-5065

ARCADIA

25 W. LAS TUNAS DR.

ARCADIA, CA 91006

TEL: (818) 445-5958

FAX: (818) 445-5956

*St. Luke Medical Center
welcomes
all participants
in the
5th Taiwan-America
Medical Exchange
Conference*

 **ST. LUKE
MEDICAL CENTER**
AN AFFILIATE OF ORNDA HEALTHCORP
2632 East Washington Boulevard
Pasadena, California 91107
(818) 797-1141

多謝下列廣告贊助

十全藥房

遠東西藥房

太極獎杯

大眾西藥房

萬通銀行

St Luke Hospital

San Gabriel Hospital

Beverly Hospital

Alhambra Hospital

Methodist Hospital

Optimum Home Care

Garfield Hospital

El Monte Hospital

New York Life

Good Shine Travel

1996 NATMA Southern California Chapter 工作人員

1. 會長：林榮松 **SIMON LIN MD**
2. 節目：李潮坤 **JERRY LEE MD**，楊振忠 **JEFFREY YOUNG DO**
3. 編印：李潮坤 **JERRY LEE MD**
4. 公關：柯勳廷 **TIM KER MD**
5. 財務：王箴芳 **JEN WANG MD**
6. 籌備委員：

張瑞政	JEY JENG CHANG MD	高光明	DANIEL KAO MD
張福斌	JOSEPH FUBIN CHANG MD	呂錫林	SHIH LIN LUE MD
張譜煌	TSANG HUNG CHANG MD	賴明哲	EDWARD LAI MD
陳昌平	DAVID CHEN MD	賴嘉基	GEORGE LAI MD
陳惠亭	DENNIS CHEN MD	許寬正	KUNG JENG SHEU MD
陳寬正	KUAN CHENG CHEN MD	李榮禮	DAVID LEE DDS
陳明恭	MING KONG CHEN MD	林惠洲	HUEY C LIN MD
陳平情	PETER CHEN DDS	林哲雄	JER SHUNG LIN MD
陳建洋	ANTHONY CHEN MD	林瑞光	JUI KUANG LIN MD
鄭錦家	CHIN CHA CHENG MD	王肇俊	JAW WANG MD
周顯榮	JOHN CHOU MD JD	王景聰	JIING WANG MD
何弘吉	GRINNY HO MD	吳光太	KONG TAY WU MD
許正雄	DANIEL HSU DDS	葉錫仁	SHYE REN YEH MD
洪政吉	CHENG CHI HUNG OMD	顏裕庭	ERNEST YEN MD