

第一章 前言

第一節 研究背景

台灣從 20 世紀 80 年代開始，科技在醫療的應用為醫學帶來正面的貢獻，也帶來負面的影響，尤其在全民健保主導之下，醫療費用的高漲、醫病關係的疏遠、以及科技造成的倫理問題等，都成為深受關切的課題¹⁻⁵。根據吳就君、張珣、蔡淑芬與 Kleinman 等人的研究⁶⁻¹⁰，台灣民眾的就醫行為表現出複向求醫模式的文化特色，這也是一個深植人心無法忽視的醫療社會問題。亦使得醫師在執業生涯的歷程中，為了病患的要求和自我的期許之下，可能改變了醫療模式—「中西醫結合」的醫療，成為一位中西結合醫師的角色。

1994 年開始，在台灣的臨床西醫師即警覺此一醫療問題，並已主動參加「西學中醫師中醫學分班」的繼續教育學習，進而參加中醫師檢覈考試，以取得中醫師資格。希望以中西醫結合診療的方式，能比僅以西醫或中醫更能提高醫療品質。

而在其師資培養管道方面，1998 年中國醫藥學院也因應成立「中西醫結合研究所」，並以培育具中西醫學結合之教學、醫療與研究能力之人才為目標，是目前中西醫結合實踐的最高教育機構。中西醫結合發展首重人才教育，人才養成在於良好的內、外環境，例如：醫學教育、師資培養、法令制定、醫界共識、全民健保給付等等環節，皆是必須認知的事實，且已到應全力配合的時候了。

事實上在 1993 年，美國學者 David M Eisenberg 博士就呼籲西醫師面對病患尋求非西醫慣用療法時，應以「醫師與病患共同參與討論此療法的可行性、優缺點，協助病患追蹤偵測治療前後的症狀進展，甚至可能有的毒性和不良效應。」而為了改善病患整體照料的醫療品質，Eisenberg 更強調病患的安全、療程記錄與共同參與決定等三點，有心人士實應當深思之¹¹⁻¹²。

依世界衛生組織(WHO)在 2002 年發表《2002 年至 2005 年世界衛生組織傳統醫藥及替代醫藥全球策略》，建議各國政府將傳統醫學發展納入現有醫療政策。我國憲法增修條文第十條第五項也明文規定：「國家應推行全民健康保險，並促進現代和傳統醫藥之研究發展」，更使我們了解到現代醫學與傳統醫學相結合的必要性及重要性¹³⁻¹⁵。

以上「傳統醫藥」、「非西醫慣用療法」，在台灣亦即指「中醫」而言，目前中、西醫學，已成為全民健保下的雙元醫療體系。紀駿輝博士在 1994 年指出：「台灣對於中醫的政策是“與西醫共存”，而非“整合”」；而黃怡超博士在 1997 年發表的《台灣中醫業現況》指出：「對於世界衛生組織呼籲將傳統醫療方式整合於醫療體系內，台灣醫界、衛生官員、民眾，是否應有更活躍充分的論壇來討論中、西醫療是否要整合？若是，如何從當前情況下列出議題或進程？」¹⁶⁻²⁰」

十年前台灣醫界先進，包括魏火曜教授組團訪問大陸，視察彼地的醫學界之後，魏教授接受記者們的訪問時所發表的談話，很值得我們深思。他說：「台灣四十幾年來的醫學和醫療都是日本或西方的翻版—而且還不一定翻版得好，沒有什麼可貢獻於世界，有助醫學的進步。然而，大陸至少有傳統醫學的興起，且相當出色，可資世界醫學

的進步。」這應是相當公正的批評²¹。

台大林國煌教授在《兩套醫療制度》中指出：「我們現有的中西兩套醫療制度，……由病人全權選擇看中醫或西醫。……容易引起延誤診斷、亂投藥、醫療費的浪費等嚴重的問題。……不要有兩套醫療制度，讓我們的社會只有一種醫師，才是民眾之福。」

回顧大陸近代中西醫結合歷史而言，自 1955 年「西醫離職學習中醫研究班」在北京開始，中西醫結合醫療已發展了半世紀，並成為大陸獨特醫學體系，充分發揮中西醫學之長，為大陸城鄉廣大人民大眾救治病痛，取得了優異的臨床效果²²⁻²³。

反觀目前台灣的中西醫結合發展尚在萌芽階段，而如今海峽兩岸亦都已加入 WTO，所以雙方均得順應世界潮流，在有限的人力、財力的狀況下，資源應加以分享，互通有無，集中精力發展中西醫結合，以促進雙贏局面。

中國有一句名言：「前事不忘，後事之師」。在發展中西醫結合的曲折歷程中，海峽兩岸都有經驗，也有教訓，應當認真記取。對於中西醫結合研究，相信大家必有很多共識之處，但也有一些非共識的看法，這也是本研究要探討的目的。

第二節 研究問題

國內闕氏在《台灣西學中醫師養成制度之研究》發現：「中醫學分班的課程必須加強臨床實習及中西醫結合課程內容、師資、教材及時間的安排，為使臺灣西學中醫師有嚴格正規教育的造就方式，以培養中西醫兼備的醫師群，中西醫之間的學習系統有待建立。²⁴」同時對目前醫療執業環境及相關法令制度現況之滿意情形調查，大多數認為非常不滿意。另外郭氏在《中醫學系畢業生對中醫教、考、用問題的看法及其相關因素之探討》亦有相同的看法²⁵。以上究其因，乃是教育方面及法令制度為首要問題。尤其醫師執業登記及繼續教育辦法已公佈實施，所以中西醫結合之教育如何規劃，及法令制度的配合改進，本文將就其學習經驗和角色定位問題作一探討。

其次，中西醫結合對醫療的影響又如何呢？對於目前基層醫療照護的四大要求：綜合性、可近性、持續性、協調性，更有所幫助嗎？對於日趨惡化的醫病關係，更有所改善嗎？對於減少醫療浪費，更有所助益嗎？對於目前高齡化社會的醫療防治保健需求，例如：老人病、慢性病，更能發揮其療效嗎？以上諸問題單以中醫或西醫似乎都無法解決²⁶⁻²⁸，而中西醫結合的醫療實踐是否合乎需要？本研究亦將做一探討。

另外李、紀、賴等在《中醫政策研究》指出：「整合傳統醫療與現代醫療的兩個主要障礙來自：1. 傳統醫療療效評估與品質保證的工作尚未制度化。2. 整合代表醫療資源由中西醫師共同控制的權力重新分配，此舉必然遭到原來主控一方的阻力。²⁹」

可知中醫療效的評估是第一個最根本問題，而中西醫結合的目的亦是在提高療效，所以診療模式即待尋求共識，以俾建立統一病歷格式，方便於追蹤及統計，才能評估療效，這亦是本研究的重點之一。再就該文的第二個問題而言，事實上在中醫進入西醫學院四十五年後的今天，西醫界不但認同，甚至不反對中醫的比例有逐漸提高的趨勢，這可由中國醫藥學院自民國八十三年起舉辦的「中醫學分班」看出來。此班乃針對西醫學院的畢業醫師所開設，至今已至第七期了，每期皆可招滿五十人以上。同時也因從事中西醫結合醫師的人數增加，民國八十五年成立了「中西整合醫學會」，以具中、西醫師資格之一為會員的對象。此會乃由台大醫學院的楊思標教授及黃明和醫師，兩位西醫界宿老轉換領域來領導，可謂具有遠見及魄力。

目前台灣衛生署在中西醫整合上，是使各地方想要接受中醫藥照護的民眾能透過中西醫學整合的方式，獲得完善服務，並透過中藥臨床療效評估制度的實施，確認中醫治療效果，進而提升中醫照護品質，所以鼓勵各教學醫院普遍附設中醫部門，並將中醫部納入正式編制。到底這種方式對中西醫結合的醫療執行是否恰當，當亦在此做一調查。

今年（民 92.3.24）在衛生署召開之「研商醫事人員具多重資格執業管理辦法（草案）」，醫師公會全國聯合會以基於中醫與西醫之特性與學理不同，為保障民眾之醫療品質，該會建議：「衛生署於現階段醫師同時具中、西醫資格者，應擇一資格執業與登記，才是國家最高衛生主管機關督導病患安全機制，維護並發揚中醫傳統醫術之體現。³⁰」

由此文顯示該會對「中西醫結合」是世界潮流的認知不足，是否妨礙了中西醫結合的發展，也否定了考試院的中、西醫師資格考試及教、考、用政策。本研究亦將藉對中西結合醫師的調查，以瞭解其建議是否正確，筆者本著研究精神做此訛誤的辨正，以免混淆視聽。

綜合上述諸類問題，可知瞭解中西結合醫師對中西醫結合的認知及其角色期望之看法，是一個很重要的前瞻性研究。尤其本人經過文獻檢索，尚未發現國內外有相關課題的實証研究，所以本研究的結果不僅具有理論意義，還具有深遠的臨床實驗用價值，亦將是中西醫結合政策中不可或缺的參考資料。其相關問題整理如下：

1. 中西結合醫師對從事中西醫結合的醫療工作動機是什麼？
2. 在目前的醫療社會中，中西醫結合的看病部門是設立何種部門比較認同？
3. 中西醫結合對目前醫療服務品質的改善，到底有什麼影響？
4. 在目前的法令制度，什麼資格之醫事人才，能具備中西醫結合功能的角色？其名稱謂「中西“結合”醫師」或「中西“整合”醫師」，何者較為適合？
5. 在目前中西結合醫師，其角色期望為何？是否更合乎醫學教育的需求？是否也更適合醫療社會的需求？
6. 中西醫結合的診療模式，在目前其共識為何？
7. 中西醫結合的發展，在目前其阻礙為何？
8. 中西醫結合的學習上，在目前其教育規劃上如何改進？

以上問題，至今尚未有共識，希望對中西結合醫師作實証調查後，說明以前未曾清楚的事實，這亦是一個研究者追求真相的態度。

第三節 研究目的

- 一、瞭解中西結合醫師對中西醫結合的認知與其角色期望之看法。
- 二、探討中西結合醫師的人口因子、教育訓練與執業訓練等和中西醫結合認知的關係。
- 三、能提供中西醫結合教育的規劃，和即將實施的醫師繼續教育辦法做參考。
- 四、試建立中西醫結合「診療模式」的共識。
- 五、試建立中西醫結合「執業部門」的共識。
- 六、能提供正在研商的「醫事人員具多重資格執業管理辦法（草案）」做參考。

名詞釋義：(定義和概念內涵³¹)

1. 「中西醫結合」：中醫中藥的知識與西醫西藥的知識結合起來的簡稱，即兩種不同理論體系和方法的中、西醫藥學，但彼此又有密切聯繫的不可分離關係及互補關係基礎上的“和而不同”或“不同而和”，亦即承認差異和不同，又通過互濟互補，達到統一和諧。中西醫結合的結果，創造出新醫學，目前稱「中西醫結合醫學」。
2. 「中西結合醫師」：凡依法具有醫師或中醫師，任一或兩種資格者，並對中、西醫學結合發展與應用有研究者。

第二章 文獻探討

第一節 中西醫結合發展史略

自從16世紀西方醫學開始傳入中國，到17世紀中葉產生了“中西醫匯通思想”（僅僅是個別中醫學家、思想家、哲學家等對中、西醫兩種醫學的出現，以及中、西醫互相碰撞、影響和借鑒的一種思考和認識）；到19世紀中葉，在中國醫學史上形成了“中西醫匯通派”。即在中醫界出現了一派主張中西醫匯通的醫家，遍布全國各地，紛紛著書立說，如四川名醫唐容川著有《中西醫匯通醫書五種》；北方河北名醫張錫純著《醫學衷中參西錄》；南方廣東醫家朱沛文著《華洋臟象約纂》；東部上海惲鐵樵著《群經見智錄》等，均對中西醫學進行比較研究，提出匯通中西醫的學術思想。到20世紀中葉，隨著中國現代醫學（通稱西醫）的發展，以及對中醫藥學科學認識的提高，中國明確提出中西醫要加強團結，互相學習，取長補短，共同承擔起中國人民的醫療、衛生、保健任務³²。

從1958年中國培養出首批西學中人員，即開始了繼承發揚中醫藥的中西醫結合研究，開闢了中西醫結合研究方向，並在黨中央、國務院制定的“堅持中西醫結合方針”及“促進中西醫結合”方針指引下持續發展，不斷深入中西醫結合研究，到1992年中國正式確立“中西醫結合醫學”為一門獨立學科。

由此可見，中西醫結合研究到中西醫結合醫學在中國誕生，經歷了17世紀中葉中西醫匯通思想的產生、19世紀中葉中西醫匯通派的形成和20世紀中葉中西醫結合研究的開展三個歷史階段，有350多年的

歷史，其中最有效、進展最大的，當屬中國成立後開展的中西醫結合研究。

抗戰時期張公讓醫師(1903~1981年)，畢業於廣州中山大學醫學院，又曾在北平協和醫院肄業，撰《中西醫學比觀》，原在廣州行醫，五十年代到香港，他本是一個西醫，他祖上五代都執業中醫，因此為西醫研究中醫，並實踐現代中西醫兼用的先趨者。七十年前，中醫提倡進修現代醫學的解剖等等，會被人指為「異端學說」，西醫研究中醫，會被人指為「開倒車」，張公讓就是在這種情況底下致力探索中西醫結合的方向。著有《中西醫典》、《中西藥典》。在香港又曾創辦中西醫綜合刊物《中國新醫藥》雜誌，並開辦「中國新醫藥研究院」，對培育中西醫人才做過不少工作³³。

民國三十八年(1949年)國民政府遷台後，在台灣有台大系統出身之西醫師如杜聰明、洪調水、張欽城、楊思標等醫師碩老及前總統府資政陳立夫元老，皆是近代「中醫現代化，中西醫一元化」運動先趨者，其概況敘述如下³⁴⁻³⁸：

杜聰明生於1893年，畢業於台灣總督府醫學校，是台灣人第一位獲醫學博士者，著有《中西醫學史略》，提倡中西醫學一元化，其論說首見於民國39年，《台灣醫學會雜誌》，他認為：「中西醫學原為兩個不同系統之醫學，所謂二元的存在，今化為一元即成為世界前所未有之新醫學。」鼓勵學習西方醫學之醫家(所謂西醫)以科學方法研究中醫學，促使中醫學科學化，以吸收中醫學之精華，進而創立具有中國醫學精華之科學的中醫學，與科學的西方醫學融會貫通合一之醫學，即中西醫一元化之新醫學，是中國將來醫學要走之途徑。

中國醫藥學院前董事長陳立夫先生（1899~2001年）主張「中醫、西醫二者苟能切實合作，必能開啟新醫學光明之門」並提倡「中西醫一元化」。為鼓勵國際間有更多中西醫合作研究中醫藥學，創設國際性之“立夫中醫藥學術獎”，授與對於發展中醫藥學術研究有成就者，分三部門：中醫學、中藥學、針灸學，每二年頒獎一次，自1994年至2002年已頒獎四屆，可惜先生於2001年，以102歲高齡逝世。

台大醫學院前院長楊思標教授，繼杜聰明先生之後致力於推行中西醫學一元化之研究，於民國80年9月14日「中華民國醫院行政協會」第24屆大會開幕典禮席上致辭主張：「在中國（包括台灣）中西醫學必走一元（結合）之道，這個政策應該及早明確宣布。」其後為實現中西醫學一元化，又從醫學教育、醫療制度、全民保險等問題提出可行建議。楊教授期待20年後完成中西醫學合一，即中西醫學一元化成為現代醫學，我國之醫師皆能中西醫貫通。「中華民國醫師公會全國聯合會」響應其建議，成立「傳統醫學委員會」，於民國81年12月9日開第一次會議，以“推行西醫學習中醫，達成中西合一方案”為議題。民國82年開第二次會議，會議成果見於《台灣醫界》，以“台灣中西醫整合之步驟”為題，再度請政府明訂台灣未來醫療為“中西醫學一元化政策”。楊教授於民國80年已建議政府及早明訂中西醫學一元化政策，至民國87年其政策猶遲遲未實現，令其不能放心。其主張“中西醫應從對立發展到結合，而最後目標應為合一”是發展中國將來醫學之指導精神。與陳立夫先生所提倡“中醫西醫二者苟能切實合作，必能開啟新醫學光明之門”之精神一致。

洪調水醫師(1900~1990年)畢業於東京醫科大學，著有《中國醫學原理之闡發宣揚》，主張必須集合西醫之實驗科學、中醫之臨床醫學及印度之臟器療法，始能成為「完整醫學」。倡導中西醫病名統一，該項工作已在民國九十年，由中國醫藥學院林昭庚教授在陳立夫元老生前期待下，耗時九年，動員十餘名中西醫師，完成遺願，使台灣在中西醫結合更邁前一步，亦由此可見，洪調水醫師之遠見³⁹。

另外台灣張欽城醫師(1917年~尚在世)，台北帝國大學附屬醫專部(台大醫學院前身)畢業，於八十歲時尚有《中國檢脈方法之變遷與脈學現代化》著作問世，至今八十七高齡，尚悉心致力於中醫科學化，並舉王清任(1768~1832年)在其著《醫林改錯》所表現之實證的精神，是發展中國將來醫學之指導精神。認為任何不合於事實之理論或牽強附之說，終不能促使中西醫學合一產生新中國醫學，乃是台灣中西醫結合實際發揚者⁴⁰。

台灣的中西醫結合之發展，主要由「行政院衛生署中醫藥委員會」來推動，目前是以「中醫現代化」和「中西醫整合」的模式來進行，由於醫療法規的限制，所以造成中醫師和西醫師各自成一套診療模式，無法達成中西醫結合的精神。這可由「國立陽明大學醫學院傳統醫藥學研究所」，大部份為中藥基礎研究，「國立中國醫藥研究所」，惟今僅從事中藥研究可見之。反而在民間團體如「中國醫藥學院中西醫結合研究所」、「中國醫藥學院附設醫院中西醫合作醫療中心」、「秀傳醫院中西整合醫學科」、「中西醫整合醫學研究小組」、「醫學新生命研習小組」等在中西醫結合的研究上，比較有符合中西醫結合的精神⁴¹⁻⁴⁸。

第二節 台灣中西醫結合大事年紀

1958年中國醫藥學院成立。陳立夫董事長提倡創校宗旨為「中醫現代化，中西醫一元化，中醫國際化」。

1963年國立中國醫藥研究所成立。惟今僅從事中藥研究。

1966年中國醫藥學院7年制中醫系，得先考中醫，通過後得考西醫，至2000年止擁有雙執照中醫系畢業生2108人。惟擇一資格執業者，從事中醫執業者392人，佔18.2%。

1975年中國醫藥學院中醫研究所碩士班成立，大部份作中草藥及方劑臨床療效及針灸之研究。

1991年陽明大學成立傳統醫學研究所，大部份為中藥基礎研究。

1993年中華民國中西整合醫學會成立。

1994年中國醫藥學院開辦“西醫師中醫學分班”。西醫師修習中醫課程45學分，即可參加中醫師檢覈考，訖今從西醫師考取中醫師者共46人。

1995年「行政院衛生署中醫藥委員會」正式成立，掌理中醫中藥各項行政業務及研究發展工作。

1996年中國醫藥學院中醫系七年制，改為八年制(中西醫雙主修)。

1997年楊思標教授接掌中西整合醫學會，致力從教育制度面改革而促進台灣中醫現代化。

1998年中國醫學院成立中西醫結合研究所。

1998年長庚大學設立八年制中醫學系。

2001年長庚大學成立中國傳統醫學研究所。

第三節 台灣中西醫結合之現況及成效

目前台灣的醫療體系是由西醫系統主導，在中西醫結合發展方面主要由「行政院衛生署中醫藥委員會」來推動。筆者本著追求事實真相的研究精神，將台灣有相關於中西醫結合現況及成效記述如下⁴⁹：

一、人才培育方面

我國「西醫師」及「中醫師」雙重資格的養成教育管道：

1. 中國醫藥學院有八年制中醫學系（民國 85 年前為七年制），每年招收學生 120 人，自民國 61 年至 89 年止，已有畢業生 2682 人，考試及格 2187 人。
2. 長庚大學自民國 87 年起，設有八年制中醫學系，每年招收學生 50 名。（自民國 95 年起將有畢業生）
3. 醫學系畢業生再修習 45 個中醫必要學分，亦得參加中醫師檢覈考試，至民國九十一年，修畢是項中醫學分者有 376 人，其中 46 人已通過中醫師考試，已具有中西結合醫師資格。

二、醫療機構發展方面

為使各地方想要接受中醫藥照護的民眾能透過中西醫學整合的方式，獲得完善服務，並透過中藥臨床療效評估制度的實施，確認中醫治療效果，進而提升中醫照護品質，鼓勵各教學醫院普遍附設中醫部門，並將中醫部納入正式編制；衛生署和教育部於八十七至九十年度評鑑合格之 124 家教學醫院中，已有 41 家附設中醫部（科）。

三、推動臨床療效評估

1. 衛生署輔導中國醫藥學院附設醫院及台北市立中醫醫院，分別繼

續試辦「慢性 B 型肝炎急性發作」及「腎病症候群」兩種疾病之「住院病人使用中藥療效評估計畫」，讓中醫師得透過中西醫學整合的模式，針對使用中藥的住院病人，進行療效評估工作，以為未來中醫住院項目逐步納入健保給付奠定良好基礎。

2. 補助台大、台北榮總、台中榮總、林口長庚、中國醫藥學院附設醫院、奇美及秀傳 7 家教學醫院成立中藥臨床試驗中心，另建立中藥臨床試驗模式，委託台大、台中榮總、中國醫藥學院附設醫院及成大 4 家醫學中心進行六味地黃丸對糖尿病臨床療效評估之多項中心臨床試驗，並進行小青龍湯對過敏性鼻炎臨床療效等 5 種固有方劑之療效評估研究。
3. 為評估中醫藥對特定疾病之臨床療效，民國九十年選定國人重要疾病進行如：「中藥方劑對於慢性 B 型肝炎的治療效果及對拉美芙錠的助益」、「中藥方劑對於放射線治療鼻咽癌全程所引起之副作用之療效評估」等 14 項中醫臨床相關研究計畫。
4. 為確定中藥方劑臨床療效及藥理之科學研究，民國九十年委託各醫學院進行「中藥減緩老化程序機轉及療效評估」等 8 項中醫藥療效研究。

四、推動中醫現代化

為使中醫診斷現代化及資料數據化，衛生署於民國九十年分別進行「中醫舌診標準化之研究」等 11 項中醫診斷指標量化研究。另本年度繼續進行「針灸臨床處方指引之研究」等 2 項研究計畫。建立中醫疾病分類、診斷基準及治療指引，推動中醫現代化。另外訂定「中醫學概論」課程大綱，公告醫師、牙醫師執行針灸業務規定，將現代醫學課程納入中醫師繼續教育內容，逐步促進中西醫學整合。

第四節 中國中西醫結合大事年紀

中國的中西醫結合發展是與中共的黨和國家之醫藥方針政策有高度的相關性，茲陳述如下⁵⁰：

1950 年第一屆全國衛生大會在北京召開，毛澤東確定團結中西醫的衛生工作方針。

1955 年首屆西醫離職學習中醫研究班在北京開學。

1958 年中共中央向全國轉發《衛生部黨組關於組織西醫離職學習中醫總結報告》，指示各省市都要舉辦西醫離職學習中醫班。1970 年全國中西醫結合工作會議在北京召開。

1977 年衛生部組織召開全國中西醫結合規劃工作座談會。討論制定了《1976~1985 年全國中西醫結合工作 10 年發展規劃》。1980 年衛生部在北京召開全國中醫和中西醫結合工作會議。重申黨的中醫政策和中西醫結合方針，確定了中醫、西醫和中西醫結合三支力量都要大力發展、長期並存的原則。

1984 年衛生部決定在中醫司設中西醫結合處，負責中西醫結合科研、醫療教育等方面的管理工作。1986 年國務院學位委員會、國家教育委員會、衛生部下達《培養醫學博士(臨床醫學)研究生的試行辦法(中醫、中西醫結合)》。

2001 年 3 月九屆四次全國人大會議通《中華人民共和國國民經濟和社會發展第十個五年計劃綱要》第十九章第三節中提出：“大力發展中醫藥，促進中西醫結合”。

第五節 中國中西醫結合之現況及成效

2002年9月21日在北京舉辦第二次世界中西結合大會，會長陳可冀報告：「大陸目前發展中醫藥事業政策主要“中西醫並重”、“實現中醫藥現代化”和“促進中西醫結合”，這三者相互補充，相輔相成的。中西醫結合是中醫學和現代醫學的客觀現實並存，是科學發展和科學研究走向交叉、綜合、系統化國際化和多元化的必然趨勢。中西醫結合醫療模式，已經是在中國大陸被大量採用的實踐醫療。⁵¹」

中國大陸中西醫結合之成效如下：

1. 西醫辨病和中醫辨證論治相結合的診斷，治療模式和方法的創立：
由於病證結合、宏觀和微觀結合、結構與功能結合、提倡症證診斷和療效評估的標準化、規範化和現代化，取得一系列在療效和理論上的創新。如骨折的動靜結合部份、急腹症的非手術治療、綜合治療多臟器衰竭、活血化癥方藥在心腦血管病中的應用、惡性腫瘤、免疫性疾病、感染性疾病、皮膚病及針刺鎮痛原理、脈象本質研究等，取得研究進展。
2. 充份運用當代科學包括現代醫學成就，從傳統中醫藥中開發新藥：
如：青蒿—青蒿素 砒霜—三氧化二砷、四氧化四砷
五味子—聯苯雙酯 川芎—川芎嗪 苡仁—苡仁內酯
青黛—靛玉紅等研究進展。
3. 中西醫結合醫學已列為一門新學科：國家技術監督局1992年11月10日發布於1993年1月1日實施的《中華人民共和國國家標準、

學科分類與代碼》，明確列入了《中西醫結合醫學》。

4. 中西醫結合教育體系的建立：自 1981 年開始，全國已建立中西醫結合碩士培養點 92 個、博士培養點 36 個，共培養博士、碩士 1500 餘人。博士後研究流動站 6 個，已在 7 所中醫藥大學建立中西醫結合方向的本科七年制教育，為「中西醫臨床醫學專業」或「中西醫結合系」。
5. 中西醫結合人才：已培養中西醫結合高級人才 7000 餘人，中西醫結合人員十萬多人，中西醫結合學會註冊會 54380 人。
6. 中西醫醫療研究機構：中西醫結合醫院門診部、診所等醫療機構，已列為國務院批准經衛生部頒布的《醫療機構管理條例》法定的醫療機構，全國已有各級政府批准中西醫結合醫院 67 家，全國建立中西醫結合研究所 17 家。
7. 中西醫結合學術交流活動繁榮：中西醫結合學會每年舉行全國性學術活動 25~30 次，下設各分科學會 36 個，各省、市、自治區也都有分會。中西醫結合物刊 15 種，中西醫結合雜誌已有中、英文版發行，相應開展國際性交流活動。

第六節 WHO 全球傳統醫學發展策略與台灣中西醫整合障礙

一、WHO 全球傳統醫學發展策略：

1. 各國應視具體情況制定一套適合本國國情的政策，忌忽冷忽熱或感情用事。
2. 各國應設立國家傳統醫學委員會，負責為政府提供發展本國傳統醫學的計劃和策略。
3. 各國應建完善傳統醫學研究機構，使其能儘快納入正常的科學研究軌道。
4. 各國應注意培養既了解傳統醫學，又掌握現代醫學的結合型人才，這是發展傳統醫學的方向。

二、台灣中西醫整合障礙：

據研究指出，整合傳統醫療與現代醫療的兩個主要障礙來自：

1. 傳統醫療療效評估與品質保證的工作尚未制度化。
2. 整合代表醫療資源由中西醫師共同控制的權力重新分配，此舉必然遭到原來主控一方的阻力。

最近的全台調查顯示，中醫門診人次約占全部中西醫門診人次的20~25%。中醫醫療是整體醫療體系相當重要的一環，但直到第四期醫療網的規劃中，仍然無法看出中醫醫療該如何與現代醫療進行整合，此一政策的缺乏，又進一步反應到中醫保險政策上的困難。

第七節 中西醫結合診療模式

依據中國大陸各地中西醫結合研究者的經驗、論點及成果⁵²敘述如下列模式：

一、中西醫結合在臨床上有關疾病的「診斷」方面，目前應用“病證結合”診斷法，具體常用的有以下三種方式：

1. 西醫診斷—西醫分期—中醫分型。

如：門脈性肝硬變—代償期—肝腎陰虛型。

這種診斷方式，目前採用比較普遍，其優點是既明確了病變的病因、部位和性質，又判明了病變的目前發展階段，即時也肯定了中醫對疾病的所屬臟腑及病性的辨証。

西醫診斷

2. ————— 中醫分型。

中醫診斷

原發性高血壓

如：頭痛 ————— 肝陽上亢型。

III 期

這種診斷方式，除上面的優點外，還突出了當前的主題，反映了疾病在現階段的特異性，便於指導臨床治療。

3. 中醫診斷，中醫分型。

此方式適合於兩種情況，一是中西醫的病名相同，如麻疹、痢疾等。一是目前西醫的一些難於確診的疾患，如原因不明的水腫，長期查不清病因的低熱等，這類疾患，西醫常無針對性的治療措施，用中醫理論診斷分型，及時用藥，不致延誤病情。

二、中西醫結合在臨床上有關疾病的「治療」方面，目前主要著眼于提高療效，這方面內容前述已多處涉及，現歸納如下：

1. 取西醫祛邪，用中醫扶正：

如肺結核病人在使用抗治療的同時，運用培土生金、滋腎補肺的扶正治療可使療程縮短加速康復。

2. 取西醫療法快速控制病情，用中醫療法治療後遺症：

如腦血管意外的西醫急救及其後遺症的中醫處理等。

3. 取西藥局部直接作用，用中藥調理整體功能：

如某單位治療無排卵型功能性子宮出血，一方面採用人工周期，一方面用中藥調補腎陰腎陽，最後獲得了排卵率達 77% 的可喜成果。那麼這究竟是中藥的功效、還是西藥的作用？如抽掉西藥激素時，上述效果就大大下降。但大家知道，單用西藥又不可能從根本上恢復卵巢的功能，所以單靠中醫、單靠西醫都不可能取得這樣的臨床效果。這顯然是中藥的整體作用與西藥的局部作用相結合的共同效應。

第三章 材料與方法

第一節 研究架構及研究假設

一、角色模式理論

根據 Barish(1979 年)的研究指出⁵³，醫師對於執業科別、地點及執業態度、方式的選擇是一種「角色模型理論」事業化的過程。而此過程中影響因子有：

1. 醫學教育訓練的內容及方式(包括實習及住院醫師訓練)。
2. 個人身分背景、人格特質、態度等。
3. 執業科別(如職業中醫或西醫或中西醫結合)、本身的制度。
4. 同儕團體的觀念及社會大眾普遍的看法。
5. 醫師執業市場的供需問題以及預期收入的多寡。
6. 其他因素(如醫療體的政策)。

二、研究架構

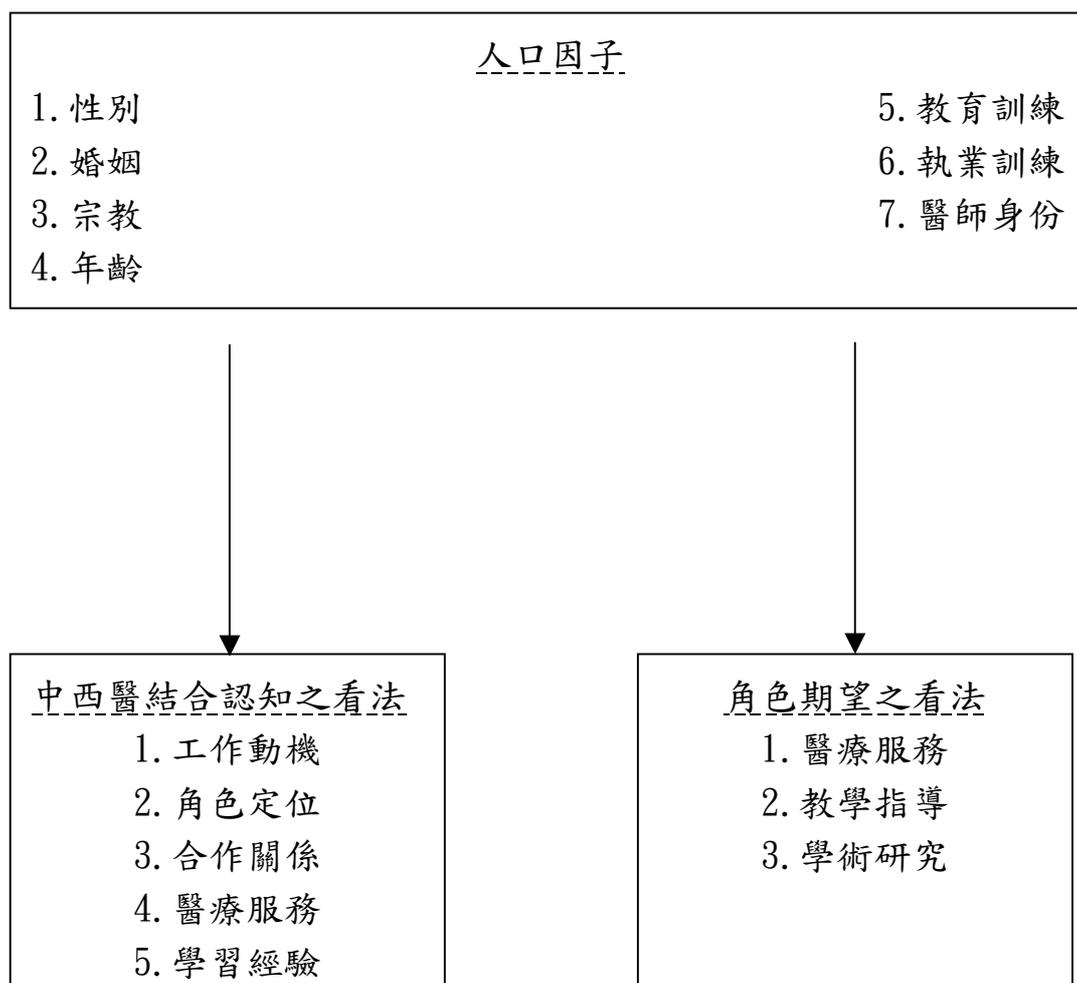
本研究的探討主題，是醫療社會變遷中，醫師受人性自我實現之角色知覺影響下，成為一位中西結合醫師後，其對中西醫結合的認知及其未來角色期望為何？所以本人希望由中西結合醫師從事中西醫結合醫療工作之動機、學習歷程之經驗、對醫療服務品質的影響、在中、西醫的合作關係方式如何、其對臨床執業角色定位之看法及期望將來扮演何種角色，此五方面來進行探究。因此，一開始乃藉由影響角色知覺之因素，作為本研究之理論架構，次則對該醫師培育完整歷程(包括：醫療工作動機、學習歷程經驗與對醫療服務品質的影響)之設計。其中工作動機除了受到醫師個人之角色知覺之影響外，亦會受到對醫療看法之影響。而在學習歷程部分，大致分為四個項目進行瞭

解：課程之選擇、師資、教材、專業成長期望。最後對醫療服務品質影響之部分，則大要區分為診療影響與醫病關係影響此二層面。

本研究根據問題和目的，進行文獻探討，並藉重角色理論及人類心理發展，結合醫學教育之目標。以中西結合醫師的人口因子，瞭解其對中西醫結合的認知，及其角色期望之看法，並藉由控制人口因子等因素，探討影響中西醫結合的認知及角色期望的差異情形。研究架構設計如下（圖 3-1-1）：

圖 3-1-1 研究架構

中西結合醫師基本資料（人力庫）



三、研究變項說明

(一) 人口因子

1. 個人因素：包括性別、婚姻、宗教、年齡。
2. 教育訓練：畢業學校、畢業學系、最高學歷、醫師身份。
3. 執業訓練：執業資格、目前職務、執業院所、相關中西醫部門、臨床經歷醫類、臨床科別、臨床年資。

(二) 中西醫結合認知之看法

1. 工作動機：影響中西醫結合醫療工作動機之因素包括：興趣、診斷率、治療效果、慢性病及老人病的防治、醫病溝通、醫學知識、工作成就感、收入、社會地位。
2. 學習經驗：對中西醫結合課程、師資、教材、實習、醫師專業成長等方面的學習經驗程度。
3. 角色定位：曾有文獻提及，具有中醫師、西醫師雙重資格的醫事人員，以新的角色投入臨床工作，在執業角色定位上必引起醫療界不小的爭議，故對中西結合醫師的角色定位之看法是很重要的，包括「中西結合醫師之資格」、「家庭醫師」、「專科醫師」、「中西“結合”醫師」、「中西“整合”醫師」、「中西醫結合政策之限制」。
4. 醫療服務：根據文獻分析指出，中西醫結合對醫療品質的影響，(比單以中醫或西醫而言)，是希望達到更高療效的目的、醫病關係的改善及滿足複向求醫行為的特色，所以此一變項的內容包括：「診斷率」、「治療效果」、「慢性病及老人病的防治」、「基層醫療照護」、「醫療浪費」、「醫病關係」、「複向求醫行為」、「醫源性的傷害」(例如：侵襲性、非人性化的診斷治療、打錯針、吃錯藥)。

5. 合作關係：在中西醫結合的看病部門而言，中醫和西醫的合作關係為何？在中西醫結合的診療模式而言，中醫和西醫的合作關係為何？

(三) 角色期望之看法

中西結合醫師經培育後，在醫療服務、教學指導及學術研究等方面，其期望能扮演的角色功能，其變項整理如下：

1. 醫療服務方面：「家庭醫師」、「專科醫師」。
2. 教學指導方面：「醫院臨床教學醫師」、「學校醫學教育教師」、「全民健康教育指導者」、「醫師繼續教育指導者」。
3. 學術研究方面：「基本理論研究者」、「臨床治療研發者」、「診斷技術研究者」。

四、研究假設

根據以上研究目的與研究架構出下列假設：

- (一) 中西結合醫師因人口因子、教育訓練與執業訓練等不同對中西醫結合的認知不一致。
- (二) 中西結合醫師因人口因子、教育訓練與執業訓練等不同對中西醫結合的角色期望不一致。

第二節 研究對象及研究工具

本研究以中國醫藥學院的「中西醫結合研究所碩士班」第一屆至第五屆之研究生等 59 人，回收率達 100%；「西醫師中醫學分班」第一期至第七期考上中醫師執照者等 45 人，回收率亦達 98%；「中西醫臨床經驗醫師」包括「中西醫合作醫療中心」、「中西整合醫學研究小組」、「醫學新生命研習小組」等 46 人，回收率亦達 92%；全部研究對象共 150 人。

本研究採橫斷式量化設計，以結構式問卷進行資料之收集，採 Likert 五分量表從「非常同意」到「極不同意」分為 5 個等級，分別給 (+2) ~ (-2) 分。

本研究問卷內容包含：第一部份中西醫結合認知之看法；第二部份角色期望之看法；第三部份受測者基本資料（包括人口因子、教育訓練、執業訓練等）。先由二十位中西醫學專家進行效度之檢定，以 Lashe 所發展的內容效度比值，進行問卷中各個題目的重要性評估之量化分析。二十位專家博士包括：中國醫藥學院中國醫學研究所教授四位、中西醫結合研究所教授五位、醫學系所教授二位、後中醫學系教授三位、附設醫院中醫部教授二位、附設醫院西醫部教授二位、附設醫院中西醫合作中心部臨床醫師二位等。其內容之效度比值為 1 或 0.9，其內容之適用性及明確性有高度認同。

本研究問卷乃參考張遠萍與魏華怡女士於民國 91 年發表之《醫療人員對專科護理師制度認知、角色期望與角色實踐看法之探討》一文中問卷評分表，經作者同意，加以修訂，作為本研究之工具。

第三節 研究方法

一、描述性統計：變項名稱與描述性統計方法研究變項的衡量構面

表 3-3-1 變項名稱與描述性統計方法

變項名稱	統計方法
一、人口因子： 1.個人因素：包括性別、婚姻、宗教、年齡。 2.教育訓練：畢業學校、畢業學系、最高學歷、醫師身份。 3.執業訓練：執業資格、目前職務、執業院所、相關中西醫部門、臨床經歷醫類、臨床科別、臨床年資。	百分比
二、中西醫結合認知之看法： 工作動機、角色定位、合作關係、醫療服務、學習經驗。	平均值±標準差
三、角色期望之看法： 醫療服務、教學指導、學術研究。	
四、中西醫結合的診療模式。	
五、中西醫結合的看病部門。	

二、分析性統計：變項名稱與分析性統計方法研究變項的衡量構面

表 3-3-2 變項名稱與分析性統計方法

自變項	依變項	統計方法
人口因子：	1. 中西醫結合 認知之看法 2. 角色期望之 看法	1.T-Test
1. 個人因素：包括性別、婚姻、宗教、 年齡。		2.Chi-Square Test
2.教育訓練：畢業學校、畢業學系、 最高學歷、醫師身份。		3.one-way ANOVA with Duncan's- Multiple- Range-Test
3. 執業訓練：執業資格、執業院所、 臨床科別、目前職務、 臨床年資、臨床經歷醫類 、相關中西醫部門。		

第四節 研究變項之操作型定義

一、自變項名稱與操作型定義—人口因子

表 3-4-1 自變項名稱與操作型定義—人口因子

變項名稱	變項屬性	操作型定義
性別	類別	男性、女性
婚姻	類別	已婚、未婚
宗教	類別	有、無
年齡	類別	出生年次
畢業學校	類別	中山、中國、高醫、北醫、陽明、國防、成大、臺大、長庚等醫學院
畢業學系	類別	醫學系、中醫系、後中醫系
最高學歷	類別	醫學士、碩士、博士
醫師身份	類別	中西醫結合研究所碩士班 西醫師中醫學分班 中西醫臨床經驗醫師
執業資格	類別	中醫師、西醫師
目前職務	類別	住院醫師、總醫師、主治醫師、主任醫師、開業醫師
執業院所	類別	內科系、外科系、婦產科系、小兒科系
相關中西醫部門	類別	無中醫部門、有中醫部門者、同時有中醫部門和中西醫整合部門
臨床經歷醫類	類別	中西醫皆有、無中西醫皆有
臨床科別	類別	內科系、外科系、婦產科系、小兒科系、其他科別
臨床年資	類別	年數

二、自變項名稱與操作型定義—中西醫結合認知之看法

表 3-4-2 自變項名稱與操作型定義—中西醫結合認知之看法

變項名稱	變項屬性	操作型定義
工作動機	序位	影響從事中西醫結合之動機
學習經驗	序位	中西醫結合課程、師資等方面
角色定位	序位	中西醫結合醫師角色的認同度
醫療服務	序位	中西醫結合對醫療品質的影響
合作關係	序位	診療模式、看病部門

三、自變項名稱與操作型定義—角色期望之看法

表 3-4-3 自變項名稱與操作型定義—角色期望之看法

變項名稱	變項屬性	操作型定義
醫療服務	序位	1. 專科醫師 2. 家庭醫師
教學指導	序位	1. 醫院臨床教學醫師 2. 學校醫學教育教師 3. 全民健康教育指導者 4. 醫師繼續教育指導者
學術研究	序位	1. 基本理論研究者 2. 診斷技術研究者 3. 臨床治療研發者

第四章 結果

第一節 中西結合醫師人口因子之描述

中西結合醫師人口因子之描述：(表 4-1-1)

- 一、性別：其中男性有 140 人 (93.33%)；女性有 10 人 (6.67%)；男女比例為 14：1。
- 二、婚姻：皆已婚。
- 三、宗教：無宗教信仰 28 人 (18.67%)；有宗教信仰 122 人 (81.33%)。
- 四、年齡：以 43-52 歲為最多，共 50 人 (33.33%)；其次以 38-42 歲，共 47 人 (31.33%)；再其次以 38 歲以下共 35 人 (23.33%)；以 52 歲以上為最少，共 18 人 (12.00%)。
- 五、畢業學校：以中國為最多共 83 人 (55.33%)；其次為高醫共 14 人 (9.33%)；中山和北醫同列第三，各為 13 人 (8.67%)；陽明共 12 人 (8.00%) 位居第四；其他依次國防共 9 人 (6.00%)；台大共 4 人 (2.67%)；成大和長庚各為 1 人 (0.67%)。如果以中國和非中國畢業劃分，則中國共 83 人 (55.33%)；非中國共 67 人 (44.67%)。
- 六、畢業學系：以醫學系最多，共 86 人 (57.33%)；以中醫學系次之，共 60 人 (40.00%)；以後中醫學系最少，僅 4 人 (2.67%)。
- 七、最高學歷：以醫學士最多，共 87 人 (58.00%)；以醫學博士次之，共 35 人 (23.33%)；以醫學碩士最少，共 28 人 (18.67%)。
- 八、醫師身分：中西醫結合研究所共 59 人 (39.33%)；醫師中醫學分班共 45 人 (30.00%)；中西醫臨床經驗醫師共 46 人 (30.67%)。

- 九、執業資格：僅中醫師資格者共 6 人 (4.00%)；僅西醫師資格者共 32 人 (21.33%)；具有中醫師和西醫師雙重資格者共 112 人 (74.67%)。
- 十、專科醫師資格者共 150 人。
- 十一、目前職務：住院醫師共 6 人 (4.00%)；總住院醫師共 6 人 (4.00%)；主治醫師共 63 人 (42.00%)；主任以上共 41 人 (27.33%)；開業醫師共 34 人 (22.67%)。
- 十二、執業院所：診所共 34 人 (22.67%)；衛生所共 7 人 (4.67%)；地區醫院共 12 人 (8.00%)；區域醫院共 15 人 (10.00%)；醫學中心共 82 人 (54.67%)。
- 十三、相關中西醫部門：無中醫部門者共 68 人 (45.33%)；有中醫部門者共 30 人 (20.00%)；同時有中醫部門和中西醫整合部門者共 52 人 (34.67%)。
- 十四、臨床經歷醫類：中西醫皆有者共 67 人 (44.67%)；無中西醫皆有者 (僅中醫或西醫者) 共 83 人 (55.33%)。
- 十五、臨床科別：以內科系為最多，共 121 人 (80.67%)；以外科系為次之，共 22 人 (14.67%)；以婦產科居第三位共 6 人 (4.00%)；小兒科系共 1 人 (0.67%)。
- 十六、臨床年資：10 年以下者，共 26 人 (17.33%)；10-15 年者，共 47 人 (31.33%)；16-20 年者，共 34 人 (22.67%)；21-25 年者，共 16 人 (10.67%)；25 年以上者，共 27 人 (18.00%)。

第二節 中西結合醫師對中西醫結合認知之描述

中西結合醫師對中西醫結合認知的看法一共歸納為工作動機、角色定位、醫療服務、學習經驗、合作關係等五大項。(表 4-2-1)

- 一、在工作動機方面：同意度的得分，以「提高治療效果」(1.973)與「學習較多醫學知識」(1.973)並列為最高分；其他依次得分為「對中西醫結合醫療有興趣」(1.927)；「對慢性病、老人病的防治更有所益」(1.920)；「提升醫病溝通」(1.907)；「提升工作專業成就感」(1.893)；「提高正確診斷率」(1.140)；「提升社會地位」(-0.193)；「增加收入」(-2.260)。
- 二、在角色定位方面：同意度的得分，以「專科醫師為主，最能發揮其角色功能」為最高分(1.987)；其他依次得分為「執業中西醫結合之醫師必須具備中、西醫師雙重資格」(1.940)；「家庭醫師為主，最能發揮其角色功能」(1.927)；「稱為中西“結合”醫師」(1.867)；「稱為中西“整合”醫師」(-1.027)；「具備中、西醫師雙重資格者，只能擇一執業」(-1.960)。
- 三、在醫療服務方面：同意度的得分，以「更能提高治療效果」為最高分(1.960)；其他依次得分為「對基層醫療照護更有所助益」(1.933)；「對慢性病、老人病的防治更有所助益」(1.920)；「對滿足複向求醫行為更有所助益」(1.920)；「對減少醫源性的傷害更有所助益」(1.900)；「對改善醫病關係更有所助益」(1.900)；「對減少醫療浪費更有所助益」(1.893)；「更能提高正確診斷率」(1.113)。

四、在學習經驗方面：在「課程的規劃」(2.000)；「課程的師資」(2.000)；「課程的教材、設備」(2.000)；「對醫師專業成長效果有助益」(2.000)；「將臨床中西醫學結合實習課程列入選修」(2.000)；「將臨床中西醫學病例討論會課程列入必修」(2.000)；「中西醫結合研究所設立博士班(2.000)，以上共七項得分相同；其他依次為「未安排臨床中西醫學病例討論會課程列入必修」(-1.147)；「未安排臨床中西醫學結合實習課程列入選修」(-2.000)。

第三節 中西結合醫師人口因子、教育訓練與 執業訓練等對中西醫結合認知之分析

中西結合醫師人口因子、教育訓練與執業訓練等對中西醫結合認知之分析如下：(表 4-3-1、表 4-3-2)

(一) 人口因子方面：

1. 性別：無顯著差異。
2. 年齡：無顯著差異。
3. 宗教信仰：無顯著差異。

(二) 教育訓練方面：

1. 畢業醫學院：無顯著差異。
2. 畢業學系：無顯著差異。
3. 最高學歷：無顯著差異。

(三) 執業訓練方面：

1. 醫師身分：無顯著差異。
2. 執業資格：無顯著差異。
3. 目前職務：無顯著差異。
4. 執業院所：在「工作動機」和「角色定位」皆達到顯著差異。
在「工作動機」方面，診所、區域醫院、醫學中心的認同度皆大於地區醫院。在「角色定位」方面，診所、衛生所、區域醫院、醫學中心的認同度皆大於地區醫院。
5. 相關中西部門：無顯著差異。
6. 臨床經歷醫類：無顯著差異。
7. 臨床科別：無顯著差異。
8. 臨床年資：無顯著差異。

第四節 中西結合醫師對中西醫結合角色期望之描述

中西結合醫師對中西醫結合角色期望的看法一共歸納為醫療服務、教學指導、學術研究等三大項。(表 4-4-1)

- 一、在醫療服務方面：同意度的得分，以「專科醫師」最高(1.953)；「家庭醫師」(1.933)次之。
- 二、在教學指導方面：同意度的得分，以「醫師繼續教育指導者」最高(1.987)；其他依次為「醫院臨床教學醫師」(1.940)；「學校醫學教育教師」(1.927)；「全民健康教育指導者」(1.920)。
- 三、在學術研究方面：同意度的得分，以「臨床治療研發者」最高(1.987)；其他依次為「基本理論研究者」(1.960)；「診斷技術研究者」(1.953)。

第五節 中西結合醫師人口因子、教育訓練與執業訓練等對中西醫結合角色期望之分析

中西結合醫師人口因子、教育訓練與執業訓練等對中西醫結合角色期望之分析如下：(表 4-4-1)

(一) 人口因子方面：

1. 性別：無顯著差異。
2. 年齡：在角色期望的「學術研究」項目中 16-20 年和 10 年以下的比較達 0.05 統計顯著水準。21-25 年和 10 年以下的比較達 0.05 統計顯著水準，其他無顯著差異。
3. 宗教信仰：無顯著差異

(二) 教育訓練方面：

1. 畢業醫學院：無顯著差異。
2. 畢業學系：無顯著差異。
3. 最高學歷：無顯著差異。

(三) 執業訓練方面：

1. 醫師身分：無顯著差異。
2. 執業資格：無顯著差異。
3. 目前職務：無顯著差異。
4. 執業院所：無顯著差異。
5. 相關中西部門：無顯著差異。
6. 臨床經歷醫類：無顯著差異。
7. 臨床科別：無顯著差異。
8. 臨床年資：無顯著差異。

第六節 中西結合醫師對中西醫結合的「診斷模式」之描述

中西醫結合的診斷模式一共歸納為三種分型：

一、「西醫診斷—西醫分期—中醫分型」。 非常同意程度(二分)：
(表 4-6-1)

(一) 教育訓練方面：

1. 畢業醫學院：中國(90.4%)；非中國(91.0%)。
2. 畢業學系：醫學系(90.7%)；中醫學系(90.0%)；後中醫學系(100.0%)
3. 最高學歷：醫學士(90.8%)；醫學碩士(89.2%)；醫學博士(91.4%)。
4. 醫師身分：中西醫結合研究所(93.2%)；醫師中醫學分班(88.9%)；中西醫臨床經驗醫師(89.1%)。

(二) 執業訓練方面：

1. 執業資格：中醫師(100.0%)；西醫師(90.6%)；中醫師和西醫師雙重資格(90.1%)。
2. 目前職務：住院醫師、總住院醫師(83.3%)；主治醫師(88.9%)；主任以上(90.2%)；開業醫師(97.1%)。
3. 執業院所：診所(97.1%)；衛生所、地區醫院(79.0%)；區域醫院(93.3%)；醫學中心(90.2%)。
4. 相關中西部門：無中醫部門(89.7%)；有中醫部門(96.7%)；同時有中醫部門和中西醫整合部門(88.5%)。
5. 臨床經歷醫類：非中西醫皆有(91.6%)；中西醫皆有(89.6%)。
6. 臨床科別：內科系(91.7%)；外科系(81.8%)；小兒科系、婦產科系(100.0%)。

「西醫診斷

二、——中醫分型。非常同意程度(二分):(表 4-6-2)

中醫診斷」

(一) 教育訓練方面：

1. 畢業醫學院：中國(90.4%)；非中國(94.0%)。
2. 畢業學系：醫學系(90.7%)；中醫學系(93.3%)；後中醫學系(100.0%)。
3. 最高學歷：醫學士(90.8%)；醫學碩士(92.9%)；醫學博士(94.3%)。
4. 醫師身分：中西醫結合研究所(92.3%)；醫師中醫學分班(91.1%)；中西醫臨床經驗醫師(91.3%)。

(二) 執業訓練方面：

1. 執業資格：中醫師(100.0%)；西醫師(90.6%)；中醫師和西醫師雙重資格(92.0%)。
2. 目前職務：住院醫師、總住院醫師(100.0%)；主治醫師(93.6%)；主任以上(87.8%)；開業醫師(91.2%)。
3. 執業院所：診所(91.2%)；衛生所、地區醫院(94.7%)；區域醫院(86.7%)；醫學中心(92.7%)。
4. 相關中西部門：無中醫部門(94.1%)；有中醫部門(87.6%)；同時有中醫部門和中西醫整合部門(92.3%)。
5. 臨床經歷醫類：非中西醫皆有(90.4%)；中西醫皆有(94.0%)。
6. 臨床科別：內科系(92.6%)；外科系(90.9%)；小兒科系、婦產科系(85.7%)。

三、「中醫診斷，中醫分型」。 同意程度（一分）：（表 4-6-3）

（一）教育訓練方面：

1. 畢業醫學院：中國(80.7%)；非中國(85.0%)。
2. 畢業學系：醫學系（83.7%）；中醫學系（80.0%）；後中醫學系（100.0%）
3. 最高學歷：醫學士（82.8%）；醫學碩士（82.1%）；醫學博士（82.8%）。
4. 醫師身分：中西醫結合研究所(83.0%)；醫師中醫學分班(82.2%)；中西醫臨床經驗醫師（82.6%）。

（二）執業訓練方面：

1. 執業資格：中醫師（100.0%）；西醫師（87.5%）；中醫師和西醫師雙重資格（80.4%）。
2. 目前職務：住院醫師、總住院醫師（91.7%）；主治醫師（79.4%）；主任以上（82.9%）；開業醫師（85.3%）。
3. 執業院所：診所（85.3%）；衛生所、地區醫院（73.7%）；區域醫院（86.7%）；醫學中心（82.9%）。
4. 相關中西部門：無中醫部門（82.4%）；有中醫部門（83.3%）；同時有中醫部門和中西醫整合部門（82.7%）。
5. 臨床經歷醫類：非中西醫皆有（79.5%）；中西醫皆有（86.6%）。
6. 臨床科別：內科系（83.3%）；外科系（72.8%）；小兒科系、婦產科系（85.7.0%）。

第七節 中西結合醫師對中西醫結合的「治療模式」之描述

中西醫結合的治療模式一共歸納為三種分型：

一、「取西醫祛邪，用中醫扶正」。非常同意程度(二分):(表 4-7-1)

(一) 教育訓練方面：

1. 畢業醫學院：中國(91.6%)；非中國(91.0%)。
2. 畢業學系：醫學系(88.4%)；中醫學系(95.0%)；後中醫學系(100.0%)
3. 最高學歷：醫學士(91.9%)；醫學碩士(96.4%)；醫學博士(85.7%)。
4. 醫師身分：中西醫結合研究所(93.2%)；醫師中醫學分班(91.1%)；中西醫臨床經驗醫師(89.1%)。

(二) 執業訓練方面：

1. 執業資格：中醫師(100.0%)；西醫師(81.2%)；中醫師和西醫師雙重資格(83.7%)。
2. 目前職務：住院醫師、總住院醫師(83.3%)；主治醫師(95.2%)；主任以上(85.4%)；開業醫師(94.1%)。
3. 執業院所：診所(94.1%)；衛生所、地區醫院(79.0%)；區域醫院(93.3%)；醫學中心(92.7%)。
4. 相關中西部門：無中醫部門(92.7%)；有中醫部門(86.7%)；同時有中醫部門和中西醫整合部門(92.3%)。
5. 臨床經歷醫類：非中西醫皆有(90.4%)；中西醫皆有(92.5%)。
6. 臨床科別：內科系(90.1%)；外科系(100.0%)；小兒科系、婦產科系(85.7%)。

二、「取西醫療法快速控制病情，用中醫療法治療後遺症」。

非常同意程度（二分）：（表 4-7-2）

（一）教育訓練方面：

1. 畢業醫學院：中國(92.8%)；非中國(94.0%)。
2. 畢業學系：醫學系（94.2%）；中醫學系（91.7%）；後中醫學系（100.0%）
3. 最高學歷：醫學士（94.2%）；醫學碩士（92.9%）；醫學博士（93.5%）。
4. 醫師身分：中西醫結合研究所(93.2%)；醫師中醫學分班(93.3%)；中西醫臨床經驗醫師（93.5%）。

（二）執業訓練方面：

1. 執業資格：中醫師（100.0%）；西醫師（96.9%）；中醫師和西醫師雙重資格（92.0%）。
2. 目前職務：住院醫師、總住院醫師（100.0%）；主治醫師（88.9%）；主任以上（95.1%）；開業醫師（97.1%）。
3. 執業院所：診所（97.1%）；衛生所、地區醫院（94.7%）；區域醫院（86.7%）；醫學中心（92.7%）。
4. 相關中西部門：無中醫部門（94.1%）；有中醫部門（93.3%）；同時有中醫部門和中西醫整合部門（92.3%）。
5. 臨床經歷醫類：非中西醫皆有（91.6%）；中西醫皆有（95.5%）。
6. 臨床科別：內科系（92.6%）；外科系（95.4%）；小兒科系、婦產科系（100.0%）。

三、「取西藥局部直接作用，用中藥調理整體功能」。

非常同意程度（二分）：（表 4-7-3）

（一）教育訓練方面：

1. 畢業醫學院：中國(89.2%)；非中國(95.5%)。
2. 畢業學系：醫學系（93.0%）；中醫學系（90.0%）；後中醫學系（100.0%）
3. 最高學歷：醫學士（91.9%）；醫學碩士（92.9%）；醫學博士（91.4%）。
4. 醫師身分：中西醫結合研究所(93.2%)；醫師中醫學分班(91.1%)；中西醫臨床經驗醫師（91.3%）。

（二）執業訓練方面：

1. 執業資格：中醫師（100.0%）；西醫師（93.7%）；中醫師和西醫師雙重資格（91.1%）。
2. 目前職務：住院醫師、總住院醫師（100.0%）；主治醫師（90.5%）；主任以上（87.8%）；開業醫師（97.1%）。
3. 執業院所：診所（97.1%）；衛生所、地區醫院（84.2%）；區域醫院（100.0%）；醫學中心（90.2%）。
4. 相關中西部門：無中醫部門（92.6%）；有中醫部門（90.0%）；同時有中醫部門和中西醫整合部門（92.3%）。
5. 臨床經歷醫類：非中西醫皆有（90.4%）；中西醫皆有（94.0%）。
6. 臨床科別：內科系（91.7%）；外科系（95.5%）；小兒科系、婦產科系（85.7%）。

第八節 中西結合醫師對中西醫結合的「看病部門」之描述

中西醫結合的看病部門一共歸納為三種分型：

一、「甲中醫師和乙西醫師在同一醫療院所，分別為患者診治，共同討論」。同意程度（一分）：（表 4-8-1）

（一）教育訓練方面：

1. 畢業醫學院：中國(91.6%)；非中國(97.0%)。
2. 畢業學系：醫學系（94.2%）；中醫學系（93.3%）；後中醫學系（100.0%）
3. 最高學歷：醫學士（93.1%）；醫學碩士（92.9%）；醫學博士（97.1%）。
4. 醫師身分：中西醫結合研究所(94.9%)；醫師中醫學分班(93.3%)；中西醫臨床經驗醫師（93.5%）。

（二）執業訓練方面：

1. 執業資格：中醫師（100.0%）；西醫師（93.7%）；中醫師和西醫師雙重資格（93.7%）。
2. 目前職務：住院醫師、總住院醫師（100.0%）；主治醫師（95.2%）；主任以上（92.7%）；開業醫師（91.2%）。
3. 執業院所：診所（91.2%）；衛生所、地區醫院（94.8%）；區域醫院（93.3%）；醫學中心（95.1%）。
4. 相關中西部門：無中醫部門（95.6%）；有中醫部門（90.0%）；同時有中醫部門和中西醫整合部門（94.2%）。
5. 臨床經歷醫類：非中西醫皆有(94.0%)；中西醫皆有(94.0%)。
6. 臨床科別：內科系（94.2%）；外科系（90.9%）；小兒科系、婦產科系（100.0%）。

二、「甲中醫師和乙西醫師在不同醫療院所，分別為患者診治。如果療效不佳，再互相轉診」。不同意程度（負一分）：（表 4-8-2）

（一）教育訓練方面：

1. 畢業醫學院：中國(84.3%)；非中國(85.1%)。
2. 畢業學系：醫學系（82.6%）；中醫學系（86.7%）；後中醫學系（100.0%）。
3. 最高學歷：醫學士（83.9%）；醫學碩士（89.3%）；醫學博士（82.9%）。
4. 醫師身分：中西醫結合研究所(86.4%)；醫師中醫學分班(84.4%)；中西醫臨床經驗醫師（82.6%）。

（二）執業訓練方面：

1. 執業資格：中醫師（100.0%）；西醫師（75.0%）；中醫師和西醫師雙重資格（86.6%）。
2. 目前職務：住院醫師、總住院醫師（75.0%）；主治醫師（85.7%）；主任以上（90.2%）；開業醫師（79.4%）。
3. 執業院所：診所（79.4%）；衛生所、地區醫院（79.0%）；區域醫院（86.7%）；醫學中心（87.8%）。
4. 相關中西部門：無中醫部門（82.3%）；有中醫部門（83.3%）；同時有中醫部門和中西醫整合部門（88.4%）。
5. 臨床經歷醫類：非中西醫皆有（81.9%）；中西醫皆有（88.0%）。
6. 臨床科別：內科系（85.1%）；外科系（77.2%）；小兒科系、婦產科系（100.0%）。

三、「由一位具有中、西醫雙重資格的中西醫師，並以中西醫結合診療模式為患者診治」。非常同意程度（二分）：（表 4-8-3）

（一）教育訓練方面：

1. 畢業醫學院：中國(95.5%)；非中國(92.8%)。
2. 畢業學系：醫學系（95.3%）；中醫學系（91.7%）；後中醫學系（100.0%）
3. 最高學歷：醫學士（94.2%）；醫學碩士（92.9%）；醫學博士（94.3%）。
4. 醫師身分：中西醫結合研究所(94.9%)；醫師中醫學分班(93.9%)；中西醫臨床經驗醫師（93.5%）。

（二）執業訓練方面：

1. 執業資格：中醫師（100.0%）；西醫師（96.9%）；中醫師和西醫師雙重資格（92.9%）。
2. 目前職務：住院醫師、總住院醫師（91.7%）；主治醫師（95.2%）；主任以上（87.8%）；開業醫師（100.0%）。
3. 執業院所：診所（100.0%）；衛生所、地區醫院（78.9%）；區域醫院（100.0%）；醫學中心（93.9%）。
4. 相關中西部門：無中醫部門（94.1%）；有中醫部門（93.3%）；同時有中醫部門和中西醫整合部門（94.2%）。
5. 臨床經歷醫類：非中西醫皆有（96.0%）；中西醫皆有（94.0%）。
6. 臨床科別：內科系（95.0%）；外科系（90.9%）；小兒科系、婦產科系（85.7%）。

表 4-1-1：醫師人口因子、教育訓練與執業訓練等分布

變項	n	%
人口因子		
性別		
男	140	93.33
女	10	6.67
年齡		
52 歲以上	18	12.00
43-52 歲	50	33.33
38-42 歲	47	31.33
38 歲以下	35	23.33
宗教信仰		
無	28	18.67
有	122	81.33
教育訓練		
畢業醫學院		
中山	13	8.67
中國	83	55.33
北醫	13	8.67
高醫	14	9.33
陽明	12	8.00
長庚	1	0.67
成大	1	0.67
臺大	4	2.67
國防	9	6.00
畢業學校		
中國	83	55.33
非中國	67	44.67
畢業學系		
醫學系	86	57.33
中醫學系	60	40.00
後中醫學系	4	2.67
最高學歷		
醫學士	87	58.00
醫學博士	35	23.33
醫學碩士	28	18.67

表 4-1-1：醫師人口因子、教育訓練與執業執業訓練等分布(續)

變項	n	%
醫師身分		
中西醫結合研究所	59	39.33
醫師中醫學分班	45	30.00
中西醫臨床經驗醫師	46	30.67
執業訓練		
執業資格		
中醫師	6	4.00
西醫師	32	21.33
中醫師和西醫師雙重資格	112	74.67
專科醫師	150	100
目前職務		
住院醫師	6	4.00
總住院醫師	6	4.00
主治醫師	63	42.00
主任以上	41	27.33
開業醫師	34	22.67
執業院所		
診所	34	22.67
衛生所	7	4.67
地區醫院	12	8.00
區域醫院	15	10.00
醫學中心	82	54.67
相關中西部門		
無中醫部門	68	45.33
有中醫部門	30	20.00
同時有中醫部門和中西醫整合部門	52	34.67
臨床經歷醫類		
中西醫皆有	67	44.67
非中西醫皆有	83	55.33
臨床科別		
內科系	121	80.67
外科系	22	14.67
婦產科系	6	4.00
小兒科系	1	0.67

表 4-1-1：醫師人口因子、教育訓練與執業訓練等分布(續)

變項	n	%
臨床年資		
10 年以下	26	17.33
10-15 年	47	31.33
16-20 年	34	22.67
21-25 年	16	10.67
25 年以上	27	18.00

表 4-2-1：醫師對中西醫結合認知看法總分之描述

變項	人數	平均值	標準差	最小值	最大值
一、工作動機：					
1. 提高治療效果	150	1.973	0.162	1.000	2.000
2. 學習較多醫學知識	150	1.973	0.162	1.000	2.000
3. 對中西醫結合醫療有興趣	150	1.927	0.262	1.000	2.000
4. 對慢性病、老人病的防治更有所益	150	1.920	0.272	1.000	2.000
5. 提升醫病溝通	150	1.907	0.292	1.000	2.000
6. 提升工作專業成就感	150	1.893	0.310	1.000	2.000
7. 提高正確診斷率	150	1.140	0.464	0	2.000
8. 提升社會地位	150	-0.193	0.396	-1.000	0
9. 增加收入	150	-0.260	0.440	-1.000	0
二、角色定位：					
1. 專科醫師最能發揮其角色功能	150	1.987	0.115	1.000	2.000
2. 執業中西醫結合之醫師必須具備 中、西醫師雙重資格	150	1.940	0.238	1.000	2.000
3. 家庭醫師最能發揮其角色功能	150	1.927	0.262	1.000	2.000
4. 稱為中西“結合”醫師	150	1.867	0.428	0	2.000
5. 稱為中西“整合”醫師	150	-1.027	0.283	-2.000	0
6. 具備中、西醫師雙重資格者，只 能擇一執業	150	-1.960	0.197	-2.000	-1.000
三、醫療服務：					
1. 更能提高治療效果	150	1.960	0.197	1.000	2.000
2. 對基層醫療照護更有所助益	150	1.933	0.250	1.000	2.000
3. 對慢性病、老人病的防治更有所 助益	150	1.920	0.272	1.000	2.000
4. 對滿足複向求醫行為更有所助益	150	1.920	0.272	1.000	2.000
5. 對減少醫源性的傷害更有所助益	150	1.900	0.301	1.000	2.000
6. 對改善醫病關係更有所助益	150	1.900	0.301	1.000	2.000
7. 對減少醫療浪費更有所助益	150	1.893	0.310	1.000	2.000
8. 更能提高正確診斷率	150	1.113	0.471	0	2.000

表 4-2-1：醫師對中西醫結合認知看法總分之描述(續)

變項	人數	平均值	標準差	最小值	最大值
四、學習經驗：					
1. 課程的規劃	150	2.000	0	2.000	2.000
2. 課程的師資	150	2.000	0	2.000	2.000
3. 課程的教材、設備	150	2.000	0	2.000	2.000
4. 對醫師專業成長效果有助益	150	2.000	0	2.000	2.000
5. 將臨床中西醫學結合實習課程列入選修	150	2.000	0	2.000	2.000
6. 將臨床中西醫學病例討論會課程列入必修	150	2.000	0	2.000	2.000
7. 中西醫結合研究所設立博士班	150	2.000	0	2.000	2.000
8. 未安排臨床中西醫學病例討論會課程列入必修	150	-1.147	-0.355	-2.000	-2.000
9 未安排臨床中西醫學結合實習課程列入選修	150	-2.000	0	-2.000	-1000
五、角色期望：					
(一)醫療服務					
1. 專科醫師	150	1.953	0.212	1.000	2.000
2. 家庭醫師	150	1.933	0.250	1.000	2.000
(二)教學指導					
1. 醫師繼續教育指導者	150	1.987	0.115	1.000	2.000
2. 醫院臨床教學醫師	150	1.940	0.238	1.000	2.000
3. 學校醫學教育教師	150	1.927	0.262	1.000	2.000
4. 全民健康教育指導者	150	1.920	0.272	1.000	2.000
(三)學術研究：					
1. 臨床治療研發者	150	1.987	0.115	1.000	2.000
2. 基本理論研究者	150	1.960	0.197	1.000	2.000
3. 診斷技術研究者	150	1.953	0.212	1.000	2.000

“2”：非常同意；“1”：同意；“0”：中立意見；

“-1”：不同意；“-2”：極不同意

表 4-3-1：醫師人口因子、教育訓練與執業訓練等
和工作動機、角色定位總分間之相關

變項	工作動機總分 (平均值±標準差)	角色定位總分 (平均值±標準差)
人口因子		
性別		
t 值§	-1.64	0.83
年齡		
<四十年次	11.9±1.3	4.8±0.4
四十-五十年次	12.2±1.0	4.7±0.9
五十-五十五年次	12.4±0.9	4.7±0.9
五十五年次以上	12.4±1.1	4.7±1.0
F 值§	1.18	0.10
宗教信仰		
無	12.4±1.20	4.8±0.8
有	12.2±1.0	4.7±0.9
t 值§	0.83	0.35
教育訓練		
畢業醫學院		
非中國	12.1±1.1	4.7±0.8
中國	12.4±1.0	4.7±0.9
t 值§	-1.22	0.16
畢業學系		
醫學系	12.2±1.0	4.8±0.8
中醫學系	12.4±1.1	4.6±1.0
後中醫學系	12.8±0.5	5.0±0.0
F 值	1.47	0.75
最高學歷		
醫學士	12.3±1.0	4.8±0.9
醫學碩士	12.3±1.2	4.8±0.9
醫學博士	12.3±1.0	4.6±0.9
F 值	0.01	0.52
醫師身分		
中西醫結合研究所	12.5±0.9	4.8±1.0
醫師中醫學分班	12.1±1.1	4.7±0.9
中西醫臨床經驗醫師	12.1±1.1	4.7±0.9
F 值	1.42	0.05

表 4-3-1：醫師人口因子、教育訓練與執業訓練等
和工作動機、角色定位總分間之相關(續)

變項	工作動機總分 (平均值±標準差)	角色定位總分 (平均值±標準差)
執業訓練		
執業資格		
中醫師	12.8±0.4	5.0±0.0
西醫師	12.3±0.9	4.9±0.8
中醫師和西醫師雙重資格	12.3±1.1	4.7±0.9
F 值	0.89	0.91
目前職務		
住院醫師、總住院醫師	12.4±0.9	4.8±1.2
主治醫師	12.3±1.1	4.7±1.0
主任以上	12.1±1.1	4.8±0.8
開業醫師	12.4±0.9	4.8±0.6
F 值	0.62	0.25
執業院所		
診所	12.4±0.9 ^a	4.8±0.6 ^a
衛生所	12.1±1.2	4.7±1.0 ^d
地區醫院	11.4±1.1	4.0±1.7
區域醫院	12.5±1.1 ^b	12.5±1.1 ^b
醫學中心	12.3±1.0 ^c	12.3±1.0 ^c
F 值	2.45†	2.64†
相關中西部門		
無中醫部門	12.2±1.0	4.7±0.9
有中醫部門	12.4±0.9	4.8±0.8
同時有中醫部門和中西醫整合部門	12.2±1.1	4.8±0.8
F 值	0.25	0.41
臨床經歷醫類		
非中西醫皆有	12.3±1.0	4.7±0.9
中西醫皆有	12.3±1.1	4.7±0.9
t 值§	-0.04	0.02

表 4-3-1：醫師人口因子、教育訓練與執業訓練等
和工作動機、角色定位總分間之相關(續)

變項	工作動機總分 (平均值±標準差)	角色定位總分 (平均值±標準差)
臨床科別		
內科系	12.2±1.1	4.8±0.8
外科系	12.4±1.0	4.5±1.3
小兒科系 婦產科	12.7±1.0	4.7±0.8
F 值	0.90	0.92
臨床年資		
10 年以下	12.5±0.9	4.7±1.1
10-15 年	12.2±1.1	4.7±1.0
16-20 年	12.3±1.0	4.7±0.8
21-25 年	12.4±1.0	5.0±0.0
25 年以上	12.0±1.2	4.7±0.8
F 值	0.79	0.44

兩個類別的自變項使用 t 檢定，兩個類別以上的自變項使用單因子變異數分析。

* p<0.001; ‡ p<0.01; † p<0.05。

a：地區醫院和診所的比較達 0.05 統計顯著水準。

b：地區醫院和區域醫院的比較達 0.05 統計顯著水準。

c：地區醫院和醫學中心的比較達 0.05 統計顯著水準。

d：地區醫院和衛生所的比較達 0.05 統計顯著水準。

表 4-3-2：醫師人口因子、教育訓練與執業訓練等
和醫療服務、學習經驗總分間之相關

變項	醫療服務總分 (平均值±標準差)	學習經驗總分 (平均值±標準差)
人口因子		
性別		
男	14.5±0.9	10.9±0.3
女	14.5±1.0	10.7±0.5
t 值§	0.14	1.42
年齡		
<四十年次	14.5±1.2	10.8±0.4
四十-五十年次	14.4±0.8	10.8±0.4
五十-五十五年次	14.6±0.9	10.8±0.4
五十五年次以上	14.7±0.8	10.9±0.2
F 值§	0.56	1.11
宗教信仰		
無	14.7±0.9	10.9±0.4
有	14.5±0.9	10.9±0.4
t 值§	1.13	0.06
教育訓練		
畢業醫學院		
非中國	14.6±0.9	10.9±0.3
中國	14.5±0.9	10.8±0.4
t 值§	0.69	0.38
畢業學系		
醫學系	14.6±0.9	10.8±0.4
中醫學系	14.5±0.9	10.9±0.3
後中醫學系	14.5±0.6	11.0±0.0
F 值	0.11	0.82
最高學歷		
醫學士	14.5±0.9	10.9±0.4
醫學碩士	14.6±0.7	10.9±0.3
醫學博士	14.5±1.0	10.8±0.4
F 值	0.33	1.03

表 4-3-2：醫師人口因子、教育訓練與執業訓練等
和醫療服務、學習經驗總分間之相關(續)

變項	醫療服務總分 (平均值±標準差)	學習經驗總分 (平均值±標準差)
醫師身分		
中西醫結合研究所	14.6±0.8	10.9±0.3
醫師中醫學分班	14.5±1.0	10.8±0.4
中西醫臨床經驗醫師	14.5±1.0	10.8±0.4
F 值	0.47	0.33
執業訓練		
執業資格		
中醫師	14.5±0.5	11.0±0.0
西醫師	14.7±0.9	10.8±0.4
中醫師和西醫師雙重資格	14.5±0.9	10.9±0.3
F 值	0.54	1.25
目前職務		
住院醫師、總住院醫師	14.7±0.8	10.8±0.4
主治醫師	14.5±0.9	10.0±0.3
主任以上	14.5±0.9	10.8±0.4
開業醫師	14.7±1.0	10.8±0.4
F 值	0.49	0.78
執業院所		
診所	14.7±1.0	10.8±0.4
衛生所	14.6±0.5	10.7±0.5
地區醫院	14.0±1.0	10.9±0.4
區域醫院	14.7±1.0	10.9±0.4
醫學中心	14.5±0.8	10.9±0.3
F 值	1.47	0.44
相關中西部門		
無中醫部門	14.6±0.9	10.8±0.4
有中醫部門	14.6±1.0	10.9±0.3
同時有中醫部門和中西醫整合部門	14.5±0.9	10.9±0.3
F 值	0.17	1.08

表 4-3-2：醫師人口因子、教育訓練與執業訓練等
和醫療服務、學習經驗總分間之相關(續)

變項	醫療服務總分 (平均值±標準差)	學習經驗總分 (平均值±標準差)
臨床經歷醫類		
非中西醫皆有	14.5±0.9	10.9±0.4
中西醫皆有	14.6±0.9	10.9±0.4
t 值§	-0.15	0.08
臨床科別		
內科系	14.5±0.9	10.9±0.4
外科系	14.6±1.1	10.9±0.3
小兒科系 婦產科	15.0±0.6	10.9±0.4
F 值	1.18	0.32
臨床年資		
10 年以下	14.5±0.9	11.0±0.2
10-15 年	14.6±0.9	10.8±0.4
16-20 年	14.7±0.8	10.8±0.4
21-25 年	14.4±0.6	11.0±0.3
25 年以上	14.4±1.2	10.8±0.4
F 值	0.67	1.16

兩個類別的自變項使用 t 檢定，兩個類別以上的自變項使用單因子變異數分析。

* p<0.001; ‡ p<0.01; † p<0.05;

表 4-4-1：醫師人口因子、教育訓練與執業訓練等
和角色期望總分間之相關

變項	醫療服務總分 (平均值±標準差)	教學指導總分 (平均值±標準差)	學術研究總分 (平均值±標準差)
人口因子			
性別			
男	3.9±0.3	7.8±0.5	5.9 ±0.3
女	3.9±0.3	7.9±0.3	6.0±0.0
t 值§	-0.14	-0.92	-4.08*
年齡			
<四十年次	3.9±0.2	7.7±0.5	5.9±0.3
四十-五十年次	3.9±0.4	7.8±0.4	5.9±0.3
五十-五十五年次	3.9±0.3	7.7±0.6	5.9±0.3
五十五年次以上	3.9±0.4	7.9±0.3	5.9±0.2
F 值§	0.35	1.54	0.37
宗教信仰			
無	3.9±0.4	7.9±0.4	6.0±0.2
有	3.9±0.3	7.8±0.5	5.9±0.3
t 值§	-0.54	1.09	1.72
教育訓練			
畢業醫學院			
非中國	3.9±0.3	7.8±0.4	5.9±0.3
中國	3.9±0.3	7.7±0.5	5.9±0.3
t 值§	0.31	0.80	-1.22
畢業學系			
醫學系	3.9±0.3	7.8±0.5	5.9±0.3
中醫學系	3.9±0.3	7.8±0.4	5.9±0.3
後中醫學系	3.8±0.5	8.0±0.0	6.0±0.0
F 值	0.66	0.58	0.44
最高學歷			
醫學士	3.9±0.3	7.8±0.5	5.9±0.3
醫學碩士	3.8±0.4	7.8±0.4	5.9±0.3
醫學博士	3.9±0.3	7.7±0.5	5.9±0.4
F 值	0.76	0.24	0.54

表 4-4-1：醫師人口因子、教育訓練與執業訓練等
和角色期望總分間之相關(續)

變項	醫療服務總分 (平均值±標準差)	教學指導總分 (平均值±標準差)	學術研究總分 (平均值±標準差)
醫師身分			
中西醫結合研究所	3.9±0.3	7.8±0.4	5.9±0.3
醫師中醫學分班	3.9±0.3	7.7±0.5	5.9±0.3
中西醫臨床經驗醫師	3.9±0.3	7.7±0.5	5.9±0.3
F 值	0.28	0.78	0.12
執業訓練			
執業資格			
中醫師	3.7±0.5	8.0±0.0	6.0±0.0
西醫師	3.9±0.3	7.8±0.4	5.9±0.3
中醫師和西醫師雙重資格	3.9±0.3	7.8±0.5	5.9±0.3
F 值	1.53	1.03	0.37
目前職務			
住院醫師、總住院醫師	3.9±0.3	7.9±0.3	6.0±0.0
主治醫師	3.9±0.3	7.8±0.5	5.9±0.3
主任以上	3.9±0.3	7.7±0.5	5.9±0.3
開業醫師	3.9±0.3	7.8±0.4	5.9±0.4
F 值	0.15	0.55	0.72
執業院所			
診所	3.9±0.3	7.8±0.4	5.9±0.4
衛生所	3.9±0.4	7.7±0.5	5.9±0.4
地區醫院	3.9±0.3	7.5±0.7	5.9±0.3
區域醫院	3.8±0.4	7.9±0.4	6.0±0.0
醫學中心	3.9±0.3	7.8±0.4	5.9±0.3
F 值	0.37	1.36	0.66
相關中西部門			
無中醫部門	3.9±0.3	7.8±0.5	5.9±0.3
有中醫部門	3.8±0.4	7.9±0.3	6.0±0.2
同時有中醫部門和中西醫整合部門	3.9±0.3	7.8±0.5	5.9±0.3
F 值	1.66	0.80	1.13

表 4-4-1：醫師人口因子、教育訓練與執業訓練等
和角色期望總分間之相關(續)

變項	醫療服務總分	教學指導總分	學術研究總分
	(平均值±標準差)	(平均值±標準差)	(平均值±標準差)
臨床經歷醫類			
非中西醫皆有	3.9±0.3	7.8±0.5	5.9±0.3
中西醫皆有	3.9±0.3	7.8±0.5	5.9±0.3
t 值§	0.73	-0.07	0.16
臨床科別			
內科系	3.9±0.3	7.8±0.5	5.9±0.3
外科系	3.9±0.3	7.8±0.4	5.9±0.4
小兒科系 婦產科	3.9±0.4	7.9±0.4	6.0±0.0
F 值	0.09	0.13	0.54
臨床年資			
10 年以下	4.0±0.2	7.9±0.3	6.0±0.0 ^a
10-15 年	3.9±0.4	7.7±0.5	5.9±0.3
16-20 年	3.9±0.3	7.7±0.5	5.8±0.4
21-25 年	3.9±0.3	7.9±0.3	6.0±0.0 ^b
25 年以上	3.9±0.3	7.7±0.4	5.9±0.3
F 值	0.84	0.87	2.45†

兩個類別的自變項使用 t 檢定，兩個類別以上的自變項使用單因子變異數分析。

* p<0.001; ‡ p<0.01; † p<0.05;

a：16-20 年和 10 年以下的比較達 0.05 統計顯著水準。

b：21-25 年和 10 年以下的比較達 0.05 統計顯著水準。

表 4-6-1：醫師的教育訓練、執業訓練和診斷模式(1)總分間之相關

變項	(1)「西醫診斷—西醫分期 —中醫分型」同意程度		統計值S
	1	2	
	N (%)	N (%)	
畢業醫學院			0.00
中國	8 (9.6)	75 (90.4)	
非中國	6 (9.0)	61 (91.0)	
畢業學系			0.44
醫學系	8 (9.3)	78 (90.7)	
中醫學系	6 (10.0)	54 (90.0)	
後中醫學系	0 (0.0)	4 (100.0)	
最高學歷			0.09
醫學士	8 (9.2)	79 (90.8)	
醫學碩士	3 (10.7)	25 (89.2)	
醫學博士	3 (8.57)	32 (91.4)	
醫師身分			0.75
中西醫結合研究所	4 (6.8)	55 (93.2)	
醫師中醫學分班	5 (11.1)	40 (88.9)	
中西醫臨床經驗醫師	5 (10.9)	41 (89.1)	
執業資格			0.65
中醫師	0 (0.0)	6 (100.0)	
西醫師	3 (9.4)	32 (90.6)	
中醫師和西醫師雙重資格	11 (9.8)	101 (90.1)	
目前職務			2.65
住院醫師、總住院醫師	2 (16.7)	10 (83.3)	
主治醫師	7 (11.1)	56 (88.9)	
主任以上	4 (9.8)	37 (90.2)	
開業醫師	1 (2.9)	33 (97.1)	
執業院所			4.87
診所	1 (2.9)	33 (97.1)	
衛生所、地區醫院	4 (21.0)	15 (79.0)	
區域醫院	1 (6.67)	14 (93.3)	
醫學中心	8 (9.8)	74 (90.2)	
相關中西部門			1.65
無中醫部門	7 (10.3)	61 (89.7)	
有中醫部門	1 (3.3)	29 (96.7)	
同時有中醫部門和中西醫整合部門	6 (11.5)	46 (88.5)	

表 4-6-1：醫師的教育訓練、執業訓練和診斷模式(1)總分間之相關(續)

變項	(1)「西醫診斷—西醫分期 —中醫分型」同意程度		統計值§
	1	2	
	N (%)	N (%)	
臨床經歷醫類			0.02
非中西醫皆有	7 (8.4)	76 (91.6)	
中西醫皆有	7 (10.5)	60 (89.6)	
臨床科別			2.92
內科系	10 (8.3)	111 (91.7)	
外科系	4 (18.2)	18 (81.8)	
小兒科系、婦產科系	0 (0.0)	7 (100.0)	

分類變項使用卡方檢定

* p<0.001; ‡ p<0.01; † p<0.05;

“1”：同意；“2”：極同意。

表 4-6-2：醫師的教育訓練、執業訓練和診斷模式(2)總分間之相關

變項	西醫診斷		統計值§
	(2) ————— 中醫分型		
	中醫診斷		
	1	2	
	N (%)	N (%)	
畢業醫學院			0.27
中國	8 (9.6)	75 (90.4)	
非中國	4 (6.0)	63 (94.0)	
畢業學系			0.69
醫學系	8 (9.3)	78 (90.7)	
中醫學系	4 (6.7)	56 (93.3)	
後中醫學系	0 (0.0)	4 (100.0)	
最高學歷			0.45
醫學士	8 (9.2)	79 (90.8)	
醫學碩士	2 (7.1)	26 (92.9)	
醫學博士	2 (5.7)	33 (94.3)	
醫師身分			0.20
中西醫結合研究所	4 (6.8)	55 (92.3)	
醫師中醫學分班	4 (8.9)	41 (91.1)	
中西醫臨床經驗醫師	4 (8.7)	42 (91.3)	
執業資格			0.60.
中醫師	0 (0.0)	6 (100.0)	
西醫師	3 (9.4)	29 (90.6)	
中醫師和西醫師雙重資格	9 (8.0)	103 (92.0)	
目前職務			2.29
住院醫師、總住院醫師	0 (0.0)	12 (100.0)	
主治醫師	4 (6.4)	59 (93.6)	
主任以上	5 (2.2)	39 (87.8)	
開業醫師	3 (8.8)	31 (91.2)	
執業院所			0.86
診所	3 (8.8)	31 (91.2)	
衛生所、地區醫院	1 (5.3)	18 (94.7)	
區域醫院	2 (13.3)	13 (86.7)	
醫學中心	6 (7.3)	76 (92.7)	

表 4-6-2：醫師的教育訓練、執業訓練和診斷模式(2)總分間之相關(續)

變項	(2) 西醫診斷 ————— 中醫分型		統計值S
	中醫診斷		
	1 N (%)	2 N (%)	
相關中西部門			1.58
無中醫部門	4 (5.9)	64 (94.1)	
有中醫部門	4 (13.3)	26 (87.6)	
同時有中醫部門和中西醫整合部門	4 (7.7)	48 (92.3)	
臨床科別			0.46
內科系	9 (7.4)	112 (92.6)	
外科系	2 (9.1)	20 (90.9)	
小兒科系、婦產科系	1 (12.3)	6 (85.7)	

分類變項使用卡方檢定

* p<0.001; ‡ p<0.01; † p<0.05;

“1”：同意；“2”：極同意。

表 4-6-3：醫師的教育訓練、執業訓練和診斷模式(3)總分間之相關

變項	(3)中醫診斷，中醫分型			統計值§
	0	1	2	
	N (%)	N (%)	N (%)	
畢業醫學院				0.58
中國	7 (8.4)	67 (80.7)	9 (10.9)	
非中國	5 (7.5)	57 (85.0)	5 (7.5)	
畢業學系				2.60
醫學系	5 (5.8)	72 (83.7)	9 (10.5)	
中醫學系	7 (11.7)	48 (80.0)	5 (8.3)	
後中醫學系	0 (0.0)	4 (100.0)	0 (0.0)	
最高學歷				0.67
醫學士	6 (6.9)	72 (82.8)	9 (10.3)	
醫學碩士	3 (10.7)	23 (82.1)	2 (7.1)	
醫學博士	3 (8.6)	29 (82.8)	3 (8.6)	
醫師身分				0.26
中西醫結合研究所	4 (6.8)	49 (83.0)	6 (10.2)	
醫師中醫學分班	4 (8.9)	37 (82.2)	4 (8.9)	
中西醫臨床經驗醫師	4 (8.7)	38 (82.6)	4 (8.7)	
執業資格				2.86
中醫師	0 (0.0)	6 (100.0)	0 (0.0)	
西醫師	1 (3.1)	28 (87.5)	3 (9.4)	
中醫師和西醫師雙重資格	11 (9.8)	90 (80.4)	11 (9.8)	
目前職務				3.07
住院醫師、總住院醫師	1 (8.3)	11 (91.7)	0 (0.0)	
主治醫師	6 (9.5)	50 (79.4)	7 (11.1)	
主任以上	2 (4.9)	34 (82.9)	5 (12.2)	
開業醫師	3 (8.8)	29 (85.3)	2 (5.9)	
執業院所				3.70
診所	3 (8.8)	29 (85.3)	2 (5.9)	
衛生所、地區醫院	3 (15.8)	14 (73.7)	2 (10.5)	
區域醫院	0 (0.0)	13 (86.7)	2 (13.3)	
醫學中心	6 (7.3)	68 (82.9)	8 (9.8)	
相關中西部門				2.08
無中醫部門	7 (10.2)	56 (82.4)	5 (7.4)	
有中醫部門	1 (3.3)	25 (83.3)	30 (13.4)	
同時有中醫部門和中西醫整合部門	4 (7.7)	43 (82.7)	5 (9.6)	

表 4-6-3：醫師的教育訓練、執業訓練和診斷模式(3)總分間之相關
(續)

變項	(3)中醫診斷，中醫分型			統計值§
	0 N (%)	1 N (%)	2 N (%)	
臨床經歷醫類				1.73
非中西醫皆有	7 (8.4)	66 (79.5)	10 (12.1)	
中西醫皆有	5 (7.5)	58 (86.6)	4 (5.9)	
臨床科別				2.56
內科系	9 (7.4)	102 (83.3)	10 (12.1)	
外科系	3 (13.3)	16 (72.8)	3 (5.9)	
小兒科系、婦產科系	0 (1.1)	6 (85.7)	1 (14.3)	

分類變項使用卡方檢定

* p<0.001; ‡ p<0.01; † p<0.05;

“0”：中立意見；“1”：同意；“2”：極同意。

表 4-7-1：醫師的教育訓練、執業訓練和治療模式(1)總分間之相關

變項	(1)取西醫祛邪，用中醫扶正。		統計值§
	1 N (%)	2 N (%)	
畢業醫學院			0.00
中國	7 (8.4)	76 (91.6)	
非中國	6 (9.0)	61 (91.0)	
畢業學系			2.35
醫學系	10 (11.6)	76 (88.4)	
中醫學系	3 (5.0)	57 (95.0)	
後中醫學系	0 (0.0)	4 (100.0)	
最高學歷			2.36
醫學士	7 (8.1)	80 (91.9)	
醫學碩士	1 (3.6)	27 (96.4)	
醫學博士	5 (10.9)	30 (85.7)	
醫師身分			0.55
中西醫結合研究所	4 (6.8)	55 (93.2)	
醫師中醫學分班	4 (8.9)	41 (91.1)	
中西醫臨床經驗醫師	5 (10.9)	41 (89.1)	
執業資格			5.51
中醫師	0 (0.0)	6 (100.0)	
西醫師	6 (18.8)	26 (81.2)	
中醫師和西醫師雙重資格	7 (6.3)	105 (83.7)	
目前職務			4.36
住院醫師、總住院醫師	2 (16.7)	10 (83.3)	
主治醫師	3 (4.8)	60 (95.2)	
主任以上	6 (14.6)	35 (85.4)	
開業醫師	2 (5.9)	32 (94.1)	
執業院所			4.28
診所	2 (5.9)	32 (94.1)	
衛生所、地區醫院	4 (21.0)	15 (79.0)	
區域醫院	1 (6.7)	14 (93.3)	
醫學中心	6 (7.3)	76 (92.7)	
相關中西部門			1.04
無中醫部門	5 (7.4)	63 (92.7)	
有中醫部門	4 (13.3)	26 (86.7)	
同時有中醫部門和中西醫整合部門	4 (7.7)	48 (92.3)	

表 4-7-1：醫師的教育訓練、執業訓練和治療模式(1)總分間之相關
(續)

變項	(1)取西醫祛邪，用中醫扶正。		統計值§
	1 N (%)	2 N (%)	
臨床經歷醫類			0.03
非中西醫皆有	8 (9.6)	75 (90.4)	
中西醫皆有	5 (7.5)	62 (92.5)	
臨床科別			2.61
內科系	12 (9.9)	109 (90.1)	
外科系	0 (0.0)	22 (100.0)	
小兒科系、婦產科系	1 (14.3)	6 (85.7)	

分類變項使用卡方檢定

* p<0.001; ‡ p<0.01; † p<0.05;

“1”：同意；“2”：極同意。

表 4-7-2：醫師的教育訓練、執業訓練和治療模式(2)總分間之相關

變項	(2)取西醫療法快速控制病情,用中醫療法治療後遺症		統計值S
	1 N (%)	2 N (%)	
畢業醫學院			0.00
中國	6 (7.2)	77 (92.8)	
非中國	4 (6.0)	63 (94.0)	
畢業學系			0.65
醫學系	5 (5.8)	81 (94.2)	
中醫學系	5 (8.3)	55 (91.7)	
後中醫學系	0 (0.0)	4 (100.0)	
最高學歷			0.33
醫學士	5 (5.8)	82 (94.2)	
醫學碩士	2 (7.1)	26 (92.9)	
醫學博士	3 (8.6)	32 (93.5)	
醫師身分			0.00
中西醫結合研究所	4 (6.8)	55 (93.2)	
醫師中醫學分班	3 (6.7)	42 (93.3)	
中西醫臨床經驗醫師	3 (6.5)	43 (93.5)	
執業資格			1.41
中醫師	0 (0.0)	6 (100.0)	
西醫師	1 (3.1)	31 (96.9)	
中醫師和西醫師雙重資格	9 (8.0)	103 (92.0)	
目前職務			3.83
住院醫師、總住院醫師	0 (0.0)	12 (100.0)	
主治醫師	7 (11.1)	56 (88.9)	
主任以上	2 (4.9)	39 (95.1)	
開業醫師	1 (2.9)	33 (97.1)	
執業院所			1.95
診所	1 (2.9)	33 (97.1)	
衛生所、地區醫院	1 (5.3)	18 (94.7)	
區域醫院	2 (13.3)	13 (86.7)	
醫學中心	6 (7.3)	76 (92.7)	
相關中西部門			0.16
無中醫部門	4 (5.9)	64 (94.1)	
有中醫部門	2 (6.7)	28 (93.3)	
同時有中醫部門和中西醫整合部門	4 (7.7)	48 (34.3)	

表 4-7-2：醫師的教育訓練、執業訓練和治療模式(2)總分間之相關(續)

變項	(2)取西醫療法快速控制病情,用中醫療法治療後遺症		統計值§
	1	2	
	N (%)	N (%)	
臨床經歷醫類			0.41
非中西醫皆有	7 (8.4)	76 (91.6)	
中西醫皆有	3 (4.8)	64 (95.5)	
臨床科別			0.77
內科系	9 (7.4)	112 (92.6)	
外科系	1 (4.6)	21 (95.4)	
小兒科系、婦產科系	0 (0.0)	7 (100.0)	

分類變項使用卡方檢定

* p<0.001; ‡ p<0.01; † p<0.05;

“1”：同意；“2”：極同意。

表 4-7-3：醫師的教育訓練、執業訓練和治療模式(3)總分間之相關

變項	(3)取西藥局部直接作用， 用中藥調理整體功能。		統計值S
	1	2	
	N (%)	N (%)	
畢業醫學院			1.27
中國	9 (10.8)	74 (89.2)	
非中國	3 (4.5)	64 (95.5)	
畢業學系			0.80
醫學系	6 (7.0)	80 (93.0)	
中醫學系	6 (10.0)	54 (90.0)	
後中醫學系	0 (0.0)	4 (100.0)	
最高學歷			0.04
醫學士	7 (8.1)	80 (91.9)	
醫學碩士	2 (7.1)	26 (92.9)	
醫學博士	3 (8.6)	32 (91.4)	
醫師身分			0.20
中西醫結合研究所	4 (6.8)	55 (93.2)	
醫師中醫學分班	4 (8.9)	41 (91.1)	
中西醫臨床經驗醫師	4 (8.7)	42 (91.3)	
執業資格			0.79
中醫師	0 (0.0)	6 (100.0)	
西醫師	2 (6.3)	30 (93.7)	
中醫師和西醫師雙重資格	10 (8.9)	102 (91.1)	
目前職務			3.40
住院醫師、總住院醫師	0 (0.0)	12 (100.0)	
主治醫師	6 (9.5)	57 (90.5)	
主任以上	5 (12.2)	36 (87.8)	
開業醫師	1 (2.9)	33 (97.1)	
執業院所			4.40
診所	1 (2.9)	33 (97.1)	
衛生所、地區醫院	3 (15.8)	16 (84.2)	
區域醫院	0 (0.0)	15 (100.0)	
醫學中心	8 (9.8)	74 (90.2)	

表 4-7-3：醫師的教育訓練、執業訓練和治療模式(3)總分間之相關(續)

變項	(3)取西藥局部直接作用， 用中藥調理整體功能。		統計值§
	1 N (%)	2 N (%)	
相關中西部門			0.20
無中醫部門	5 (7.4)	63 (92.6)	
有中醫部門	3 (10.0)	27 (90.0)	
同時有中醫部門和中西醫整合部門	4 (7.7)	48 (92.3)	
臨床經歷醫類			0.27
非中西醫皆有	8 (9.6)	75 (90.4)	
中西醫皆有	4 (6.0)	63 (94.0)	
臨床科別			0.74
內科系	10 (8.3)	111 (91.7)	
外科系	1 (4.5)	21 (95.5)	
小兒科系、婦產科系	1 (14.3)	6 (85.7)	

分類變項使用卡方檢定

* $p < 0.001$; ‡ $p < 0.01$; † $p < 0.05$;

“1”：同意；“2”：極同意。

表 4-8-1：醫師的教育訓練、執業訓練和看病部門(1)總分間之相關

變項	(1)甲中醫師和乙西醫師在同一醫療院所，分別為患者診治，共同討論。		統計值S
	1 N (%)	2 N (%)	
畢業醫學院			1.11
中國	76 (91.6)	7 (8.4)	
非中國	65 (97.0)	2 (3.0)	
畢業學系			0.31
醫學系	81 (94.2)	5 (5.8)	
中醫學系	56 (93.3)	4 (6.7)	
後中醫學系	4 (100.0)	0 (0.0)	
最高學歷			0.80
醫學士	81 (93.1)	6 (6.9)	
醫學碩士	26 (92.9)	2 (7.1)	
醫學博士	34 (97.1)	1 (2.9)	
醫師身分			0.15
中西醫結合研究所	56 (94.9)	3 (5.1)	
醫師中醫學分班	42 (93.3)	3 (6.7)	
中西醫臨床經驗醫師	43 (93.5)	3 (6.5)	
執業資格			0.40
中醫師	6 (100.0)	0 (0.0)	
西醫師	30 (93.7)	2 (6.3)	
中醫師和西醫師雙重資格	105 (93.7)	7 (6.3)	
目前職務			1.54
住院醫師、總住院醫師	12 (100.0)	0 (0.0)	
主治醫師	60 (95.2)	3 (4.8)	
主任以上	38 (92.7)	3 (7.3)	
開業醫師	31 (91.2)	3 (8.8)	
執業院所			0.69
診所	31 (91.2)	3 (8.8)	
衛生所、地區醫院	18 (94.8)	1 (5.2)	
區域醫院	14 (93.3)	1 (6.7)	
醫學中心	78 (95.1)	4 (4.9)	

表 4-8-1：醫師的教育訓練、執業訓練和看病部門(1)總分間之相關(續)

變項	(1)甲中醫師和乙西醫師在同一醫療院所，分別為患者診治，共同討論。		統計值S
	1 N (%)	2 N (%)	
相關中西部門			1.16
無中醫部門	65 (95.6)	3 (4.4)	
有中醫部門	27 (90.0)	3 (10.0)	
同時有中醫部門和中西醫整合部門	49 (94.2)	3 (5.8)	
臨床經歷醫類			0.00
非中西醫皆有	78 (94.0)	5 (6.0)	
中西醫皆有	63 (94.0)	4 (6.0)	
臨床科別			0.83
內科系	114 (94.2)	7 (5.8)	
外科系	20 (90.9)	2 (9.1)	
小兒科系、婦產科系	7 (100.0)	0 (0.0)	

分類變項使用卡方檢定

* p<0.001; ‡ p<0.01; † p<0.05;

“1”：同意；“2”：極同意。

表 4-8-2：醫師的教育訓練、執業訓練和看病部門(2)總分間之相關

變項	(2)甲中醫師和乙西醫師在不同醫療院所，分別為患者診治。如果療效不佳，再互相轉診。			統計值S
	-2 N (%)	-1 N (%)	0 N (%)	
畢業醫學院				0.19
中國	8 (9.6)	70 (84.3)	5 (6.1)	
非中國	7 (10.4)	57 (85.1)	3 (4.5)	
畢業學系				
醫學系	10 (11.6)	71 (82.6)	5 (5.8)	1.24
中醫學系	5 (8.3)	52 (86.7)	3 (5.0)	
後中醫學系	0 (0.0)	4 (100.0)	0 (0.0)	
最高學歷				0.60
醫學士	9 (10.3)	73 (83.9)	5 (5.8)	
醫學碩士	2 (7.1)	25 (89.3)	1 (3.6)	
醫學博士	4 (11.4)	29 (82.9)	2 (5.7)	
醫師身分				0.83
中西醫結合研究所	6 (10.2)	51 (86.4)	2 (3.4)	
醫師中醫學分班	4 (8.9)	38 (84.4)	3 (6.7)	
中西醫臨床經驗醫師	5 (10.9)	38 (82.6)	3 (6.5)	
執業資格				4.42
中醫師	0 (0.0)	6 (100.0)	0 (0.0)	
西醫師	6 (18.8)	24 (75.0)	2 (6.2)	
中醫師和西醫師雙重資格	9 (8.0)	97 (86.6)	6 (5.4)	
目前職務				6.82
住院醫師、總住院醫師	1 (8.3)	9 (75.0)	2 (16.7)	
主治醫師	6 (9.5)	54 (85.7)	3 (4.8)	
主任以上	2 (4.9)	37 (90.2)	2 (4.9)	
開業醫師	6 (4.9)	27 (79.4)	1 (2.9)	
執業院所				5.91
診所	6 (17.7)	27 (79.4)	1 (2.9)	
衛生所、地區醫院	2 (10.5)	15 (79.0)	2 (10.5)	
區域醫院	2 (13.3)	13 (86.7)	0 (0.0)	
醫學中心	5 (6.1)	72 (87.8)	5 (6.1)	

表 4-8-2：醫師的教育訓練、執業訓練和看病部門(2)總分間之相關(續)

變項	(2)甲中醫師和乙西醫師在不同醫療院所，分別為患者診治。如果療效不佳，再互相轉診。			統計值S
	-2 N (%)	-1 N (%)	0 N (%)	
相關中西部門				5.83
無中醫部門	8 (11.8)	56 (82.3)	4 (5.9)	
有中醫部門	5 (16.7)	25 (83.3)	0 (0.0)	
同時有中醫部門和中西醫整合部門	2 (3.9)	46 (88.4)	4 (7.7)	
臨床經歷醫類				1.11
非中西醫皆有	10 (12.1)	68 (81.9)	5 (6.0)	
中西醫皆有	5 (7.5)	59 (88.0)	3 (4.5)	
臨床科別				2.32
內科系	12 (9.9)	103 (85.1)	6 (5.0)	
外科系	3 (13.7)	17 (77.2)	2 (9.1)	
小兒科系、婦產科系	0 (0.0)	7 (100.0)	0 (0.0)	

分類變項使用卡方檢定

* p<0.001; ‡ p<0.01; † p<0.05;

“-2”：極不同意；“-1”：不同意 “0”：中立意見。



表 4-8-3：醫師的教育訓練、執業訓練和看病部門(3)總分間之相關

變項	(3)由一位具有中、西醫雙重 資格的中西醫師，並以中西醫 結合診療模式為患者診治。		統計值S
	1 N (%)	2 N (%)	
畢業醫學院			0.13
中國	3 (4.5)	64 (95.5)	
非中國	6 (7.2)	77 (92.8)	
畢業學系			1.11
醫學系	4 (4.7)	82 (95.3)	
中醫學系	5 (8.3)	55 (91.7)	
後中醫學系	0 (0.0)	4 (100.0)	
最高學歷			0.08
醫學士	5 (5.8)	82 (94.2)	
醫學碩士	2 (7.1)	26 (92.9)	
醫學博士	2 (5.7)	33 (94.3)	
醫師身分			0.15
中西醫結合研究所	3 (5.1)	56 (94.9)	
醫師中醫學分班	3 (6.7)	42 (93.9)	
中西醫臨床經驗醫師	3 (6.5)	43 (93.5)	
執業資格			1.11
中醫師	0 (0.0)	6 (100.0)	
西醫師	1 (3.1)	31 (96.9)	
中醫師和西醫師雙重資格	8 (7.1)	104 (92.9)	
目前職務			5.25
住院醫師、總住院醫師	1 (8.3)	11 (91.7)	
主治醫師	3 (4.8)	60 (95.2)	
主任以上	5 (12.2)	36 (87.8)	
開業醫師	0 (0.0)	34 (100.0)	
執業院所			10.76
診所	0 (0.0)	34 (100.0)	
衛生所、地區醫院	4 (21.1)	15 (78.9)	
區域醫院	0 (0.0)	15 (100.0)	
醫學中心	5 (0.1)	77 (93.9)	

表 4-8-2：醫師的教育訓練、執業訓練和看病部門(3)總分間之相關(續)

變項	(3)由一位具有中、西醫雙重 資格的中西醫師,並以中西醫 結合診療模式為患者診治。		統計值S
	1 N (%)	2 N (%)	
相關中西部門			0.03
無中醫部門	4 (5.9)	64 (94.1)	
有中醫部門	2 (6.7)	28 (93.3)	
同時有中醫部門和中西醫整合部門	3 (5.8)	49 (94.2)	
臨床經歷醫類			0.00
非中西醫皆有	5 (6.0)	78 (96.0)	
中西醫皆有	4 (6.0)	63 (94.0)	
臨床科別			
內科系	6 (5.0)	115 (95.0)	1.46
外科系	2 (9.1)	20 (90.9)	
小兒科系、婦產科系	1 (14.3)	6 (85.7)	

分類變項使用卡方檢定

* p<0.001; ‡ p<0.01; † p<0.05;

“1”：同意；“2”：極同意。

第五章 討論

綜合文獻探討與問卷調查的結果，大致可歸納出以下的討論：

一、中西結合醫師對中西醫結合認知之看法：

1. 本研究發現，國內目前中西結合醫師對中西醫結合的認同度皆高且一致。
2. 中西結合醫師皆普遍認為，同時具有中醫師、西醫師雙重執照資格者，才能執行中西醫結合的工作，並且認為理想中的中西醫結合診療方式，是以中西結合醫師直接對病人診療。但目前培養出來的中西結合醫師，卻由於醫療法規限制中西醫擇一執業，影響中西醫療之結合。
3. 中西結合醫師對其角色功能之看法，在長期中醫與西醫的利益衝突之下，其具有中醫與西醫的調停功能，此一討論，發現正合乎基層醫療照護的協調性要求—「中醫與西醫的互相轉診」。並亦可預期減少未來中醫與西醫的角色衝突，其功不可沒。
4. 中西結合醫師對其角色功能之看法，比單以中醫或西醫，更同時具有發揮專科醫師和家庭醫師功能，此一討論後，發現正符合楊思標教授的《台灣新生代(中西醫師結合)於醫界扮演之角色》，是基層、社區醫療的主流醫師。尤其對慢性病、老人醫療保健更能發揮其功能。
5. 中西結合醫師對中西醫結合工作的動機之看法，都是最希望更能「提高臨床療效」、「學習較多醫學知識」和「對中西醫結合醫療有興趣」；同時也最不認同「提升社會地位」和「增加收入」的企圖。顯然亦是符合醫師救人天職，並為了醫術的能力提高，更是必須繼續受教育學習中西醫學，符合世界的新潮

流（傳統醫學與現代醫學的整合）。尤其台灣在民國九十二年三月十四日出現 SARS 病例後，對其疫情的研究，顯示出中醫或西醫皆尚有不足之處，反觀大陸因有中西醫結合制度的配合，在疫情的治療上能得到更好的成果。

6. 中西結合醫師對中西醫結合課程、師資等方面的學習經驗，以未安排「臨床中西醫學結合實習」課程列入選修及未安排「臨床中西醫學病例討論會」課程列入必修，為最不同意，因為無法達到中西醫結合的最主要目的一提高臨床療效。另外在師資的培養管道方面，認為應該設立博士班。以上可供中西醫結合教育規劃改進之參考。尤其台灣目前是以西醫師人數為多，但是並未把傳統醫學課程納入西醫師繼續教育內容，似乎與世界衛生組織的要求及我國憲政明文規定有不相符合之處。如果能使中醫與西醫彼此互相學習認知，必當可減少其角色衝突。
7. 目前的醫師法規定，具備中、西醫師雙重資格者，只能擇一執業，皆一致最不同意。顯然中西結合醫師對目前中西醫結合實踐的醫療環境及法令配合都表示不滿意，認為妨礙中西醫結合的發展，其結論與過去研究學者調查相同，此可供產、官、學界作為參考並深思之，應當認清中西醫結合是二十一世紀的潮流。
8. 在中西醫合作的「診斷模式」之共識可有如下看法：
 - (1) 西醫診斷—西醫分期—中醫分型。
如：門脈性肝硬變—代償期—肝腎陰虛型
這種診斷方式，目前採用比較普遍，其優點是既明確了病變的病因、部位和性質，又判明了病變的目前發展階段，同時也肯定了中醫對疾病的所屬臟腑及病性的辨証。

(2) 西醫診斷、中醫診斷—中醫分型。

這種診斷方式，除上題的優點外，還突出了當前的主題，反映了疾病在現階段的特異性，便於指導臨床治療。

(3) 中醫診斷，中醫分型。

此方式適合於兩種情況，一是中西醫的病名相同，如麻疹、痢疾等。一是目前西醫的一些難於確診的疾患，如原因不明的水腫，長期查不清病因的低熱等，這類疾患，西醫常無針對性的治療措施，用中醫理論診斷分型，及時用藥，不致延誤病情。

9. 在中西醫合作的「治療模式」之共識可有如下認知：

(1) 取西醫祛邪，用中醫扶正：如肺結核病人在使用抗治療的同時，運用培土生金、滋腎補肺的扶正治療可使療程縮短加速康復。

(2) 取西醫療法快速控制病情，用中醫療法治療後遺症：如腦血管意外的西醫急救及其後遺症的中醫處理等。

(3) 取西藥局部直接作用，用中藥調理整體功能：如某單位治療無排卵型功能性子宮出血，一方面採用人工周期，一方面用中藥調補腎陰腎陽，最後獲得了排卵率達 77% 的可喜成果。那麼這究竟是中藥的功效、還是西藥的作用？如抽掉西藥激素時，上述效果就大大下降。但大家知道，單用西藥又不可能從根本上恢復卵巢的功能，所以單靠中醫、單靠西醫都不可能取得這樣的臨床效果。這顯然是中藥的整體作用與西藥的局部作用相結合的共同效應。

(4) 本研究發現，目前衛生署推動的臨床療效評估計劃執行者，應以中西結合醫師為恰當，而因醫療法限制中西醫只能擇一執業，則只能以西醫師與中醫師共同評估研究，如果中

醫師和西醫師不能共同溝通時，又因為至今「診療模式」尚未有共識，在研究設計上有其偏執時，必影響中西醫結合的療效評估。可見目前的政策如果不能確實配合，使評估計畫不夠周全，縱然投入了無數的財力及人力，亦徒浪費政府補助的公費。

10. 在中西醫合作的「看病部門」方式，其部門設立有如下共識：
 - (1) 由一位具有中、西醫雙重資格的中西結合醫師，並以中西醫結合診療模式為患者診治，例如：中西醫合作醫療中心。為最理想。
 - (2) 甲中醫師和乙西醫師在同一醫療院所，分別為患者診治，共同討論，例如：教學醫院附設中醫部門。為其次認同，是目前衛生署的中西醫整合策略。即為紀氏等言的中西醫共存制度。亦是林氏所言之兩套醫療制度。並無法落實中西醫結合之療效。
 - (3) 甲中醫師和乙西醫師在不同醫療院所，分別為患者診治。如果療效不佳，再互相轉診，例如：中、西醫分別共存，即目前中、西醫診所分別設立，為最不認同。

二、中西結合醫師對中西醫結合角色期望之看法：

1. 醫療服務方面：都希望同時扮演一位「家庭醫師」及一位「專科醫師」的角色，在基層醫療院所與教學醫院都能發揮功能，此亦符合培育人才的經濟效益。
2. 教學指導方面：對於扮演傳承中西醫結合教育的角色方面，如希望做一位「醫院臨床教學醫師」、「學校醫學教育教師」、「全民健康教育指導者」、「醫師繼續教育指導者」皆非常有認同感。此期望正與“台灣西學中醫師養成制度之研究”一文

中所指出：「需要有中西醫結合結合課程內容、師資等的要求」，此亦符合目前中西醫結合實踐的最高教育機構—中西醫結合研究所的教育目標之一。

3. 學術研究方面：醫師都非常認同希望做一位「基本理論」、「診斷技術」及「臨床治療」的研究者。尤其「臨床治療的研發」更為首要。此正符合行政院衛生署的重要政策「中西醫學整合模式之療效評估研究」，及世界衛生組織所呼籲的「將傳統醫療方式整合於醫療體系內(中西醫結合)」。此也是中西醫結合的教育目標之一。

三、中西結合醫師人口因子、教育訓練與執業訓練等對中西醫結合認知之分析：在分析統計上，除了執業院所及臨床年資有達到顯著差異外，其他並無顯著相關性，正說明中西醫結合的理念已漸漸普遍在臨床醫師意識中，不再只認為是中國醫藥學院才有此觀念，打破過去門戶之見，利益之爭的謬論。

四、這次的研究中發現，台灣的中西結合醫師，似乎有一致性認同，而且可能不在少數，衛生署應重視這一群花費極大成本養成的醫師，給予人盡其才的教、考、用政策配合，以增加國際競爭力。由本次 SARS 疫情事件可見知，對於不可預知的新疾病，研究的方法愈多愈好，也愈能做更好的治療，達到健康的要求，而結合傳統醫學與現代醫學的研究—「中西醫結合」，這才是明智的抉擇。

五、在綜合中西結合醫師的問卷意見後，筆者忝為一名醫師，不諱疾求醫，本著追求事實真相的研究精神，發現由於醫師法的限制，

依法具有醫師及中醫師雙重資格者，卻不能同時登錄中、西醫療業務，以致於至今尚無法實行中西醫結合之臨床研究。尤其在目前中、西醫界對立之下，更阻礙這一群中西結合醫師的發展，如果衛生當局至今尚未認清此一事實——“台灣的中西醫整合中、西醫共存政策，並非如前述的大陸中西醫結合政策”。相形之下，優劣可見。亦瞭解國內這一群醫師心中的共同期望，就如同中西醫整合醫學合成立時（民82），總統府資政陳立夫所言：

1. 醫學不分中西，救人的方法越多越好。
2. 中西醫最後一定要一元化。
3. 希望各位朝中西醫整合的目標努力。

醫學碩老楊思標教授所說：「醫學不應分中西，海峽兩岸應朝這方面充分合作。」

第六章 結論

- 一、在政策上，呼籲衛生署應儘速開放具有醫師、中醫師雙重資格者同時登錄執業，消除中西醫結合發展上的最大阻礙，符合教、考、用政策。
- 二、在教育方面，中西結合醫師的人才養成，首要加強實習及臨床病例討論會。並應儘速在醫學院列入中西醫結合通識課程，及對臨床醫師加強中西醫結合之繼續教育，以符合世界衛生組織所呼籲的現代醫學與傳統醫學結合（中西醫結合）將為世界潮流。
- 三、在臨床上，要儘速建立診療模式的共識，以做為統一病名及病歷格式的參考，便於追蹤、統計臨床療效評估工作，使實証醫學有所憑據。
- 四、在醫療機構發展上，各醫院應儘速增設中西醫結合部門，以提高醫療服務品質。
- 五、在推廣方面，應促進兩岸中西醫結合學術交流工作，並蒐集大陸中西醫結合之相關資料，以作為台灣中西醫結合發展之參考。

參考文獻

1. 吳佩璟：全民健保實施下影響門診病患選擇就醫層級之因素探討，國立台北大學/財政學系/88/碩士/88NTPU0303011。
2. 蔡坤展：全民健康保險法給付規範之研究，國立中正大學/法律學研究所/87/碩士/87CCU00194004。
3. 曾淑瑜：醫療過失與因果關係，翰蘆出版社，民 87.7。
4. 馬偕醫院：醫病關係研討會，民 89.4。
5. 楊哲彥：臺灣地區中醫醫療糾紛初探，長庚大學/醫務管理學研究所/90/碩士/90CGU00528001。
6. 吳就君：台灣地區居民社會醫療行為研究，公共衛生，民 70.8。
7. 張珣：疾病與文化，稻香出版社，民 78。
8. 蔡淑芬：烏腳病地區居民醫療行為之研究，72。
9. Kleinman A: Patient and Healer in the Context of Culture, University of California Press, Berkeley 1980.
10. 康健壽：中醫門診病人求診教學醫院中醫部或一般中醫診所的相關因素之探討，國立台灣大學/公共衛生研究所/80/碩士/80NTU02058003。
11. 洪傳岳：美國的非慣用醫療，橘井出版社，民 88.1。
12. Eisenberg DM et al: Unconventional medicine in the United States: Prevalence, cost and pattern of use. N Engl J Med 328: 246, 1993。
13. 世界衛生組織(WHO)：「2002 年至 2005 年世界衛生組織傳統醫藥及替代醫藥全球策略」，2002 年。
14. 賴正均：中西醫結合治病將成為未來醫療發展的趨勢，北市中醫會刊，民 87.06。

15. 陳秋瑩等：臺灣地區民眾使用中醫門診服務的因素之調查，中國醫藥學院雜誌，民 88.03。
16. 謝慶良：中醫現代化之思路，現代化研究，民 91.07。
17. 何曼德：中醫如何科學化？，國家衛生研究院簡訊，民 88.07。
18. 董延齡：立夫中醫藥學術獎後之省思，中國中醫臨床醫學雜誌，民 87.12。
19. 陳介甫：我國中醫藥研究現況檢討，北市中醫會刊，民 85.03。
20. 高爾鑫、史東岩：中醫學的淵源現狀與未來(上)、(下)，明通醫藥，民 85.08。
21. 魏火曜：時代在變醫療行為也在變，健康出版社，民 82。
22. 陳梅生：大陸中醫藥教育概況，教育研究資訊，86.07。
23. 楊思標：大陸中西醫學結合之現況及對臺灣中西醫學合一方案之私見，臺灣醫界，民 81.12。
24. 闕巧婷：臺灣西學中醫師養成制度之研究，中國醫藥學院/醫務管理研究所/87/碩士/87CMCH0528007。
25. 郭德銘：中醫學系畢業生對中醫教、考、用問題的看法及其相關因素之探討，國立臺灣大學，公共衛生研究所/84 碩士。
26. 顏裕庭：全面醫療品質管理，臺北，偉華，民 87。
27. Barbara Starfield: Primary Care Oxford University Press 2001.
28. Charies E. Phelps 著、周孟穎譯：衛生經濟學，臺北市，國立編譯館，民 87。
29. 李卓倫、紀駿輝、賴俊雄：1981-1994 年中醫政策研究之回顧，民 84。
30. 全聯會：台灣醫界，46 卷第 5 期。
31. 陳士奎、危北海、陳小野：發展中的中西醫結合醫學，大陸，2001。

32. 劉伯驥：中國醫學史，華岡出版社，民 63。
33. 任勉芝：融通現代中西醫學先行者——醫師張公讓的生平及貢獻，明報月刊，民 87。
34. 全聯會：台灣醫會雜誌，49 卷，民 39。
35. 台大：景福醫訊，第 8 卷第 5 期，民 80。
36. 全聯會：台灣醫界，第 35 卷第 12 期，民 81。
37. 全聯會：台灣醫界，第 36 卷第 1 期，民 82。
38. 全聯會：台灣醫界，第 41 卷第 2 期，民 87。
39. 洪調水：中國醫學原理之闡發宣揚，自然療法學會，民 77。
40. 張欽城：中國檢脈方法之變遷與脈學現代化，復文，民 85。
41. 衛生署：衛生年報，民 92。
42. 陳如泉：中西醫結合方法學，大陸，1998。
43. 中國醫藥學院中西醫結合研究所：簡介及現況，民 91。
44. 國立陽明大學醫學院傳統醫學研究所：簡介及現況，民 92。
45. 國立中國醫藥研究所：簡介及現況，民 92。
46. 中國醫藥學院附設醫院中西醫合作醫療中心：簡介及特色，民 91。
47. 秀傳醫院中西整合醫學科：簡介及特色，民 92。
48. 中華民國中西整合醫學會：宗旨及任務，民 82。
49. 中西醫整合醫學研究小組：研究方向，民 76。
50. 生命醫學雜誌社：生命醫學小組，台中，民 78。
51. 陳士奎等：中國中西醫結合學會大事記，中國中西醫結合學會，2001。
52. 陳可冀：第二次世界中西醫結合大會論文摘要，2002。

53. A. M. Barish. : The Influence of Primary care Preceptorships and The Factors on Physicians' Career Choices. Public Health Reports 94(January-February):36-47, 1979.

A Study on the Integrated Traditional Chinese and Western Medical Doctors' Recognition and Role Expectation toward the Integration of Traditional Chinese and Western Medicine

Abstract

Cultivating integrated traditional Chinese and Western medical doctors is necessary to combine traditional Chinese and Western medicine to the medical treatment, to understand the doctors clinical position, the influence on the quality of medical cares and the relation between the doctors of traditional Chinese medicine and Western medicine. However, there are still some problems to these issues. The purpose of this study is to understanding the expectation of the integrated traditional Chinese and Western medical doctors in the change of medical cares world. The integrated traditional Chinese and Western medical doctors supplied 150 valid questionnaires.(59 were from students in the master's programs of the integrated traditional Chinese and Western Medical Science Institute of CMC; 45 were from the traditional Chinese medicine students with a Western medicine doctor background in Chinese Medicine Institute Promotional Center; 46 were from the clinical medical doctors of integrated traditional Chinese and Western medicine.) We used a structural questionnaire to conduct a cross tabulation research survey. This form adopted the Likert Scale of 5 proportional measurements to perform the evaluation.

The important results of research are : 1.Role expectation: No matter in the field of medical service, teaching and study. being the workers of integration of traditional Chinese and Western medicine all got the highest scores. 2.In motivation: "hospital organizational style" had significant difference. ($F=2.45, p<0.05$) In role practice had significant difference. ($F=2.64, p<0.05$) In role expectation: Only "clinical years" had significant difference. ($F=2.45, p<0.05$), others: had no significant difference.

Our conclusions are : 1.Allowing two-license registers. 2.Strengthening education of internship and clinical cases study seminars. 3. Standardizing uniform model of diagnosis and treatment.4. Establishing clinical department of the integrated traditional Chinese and Western medicine. 5.Promoting academic exchange between Taiwan and China.Through the results of this research, we hope to give the greatest benefit to the plan for two-license registers and continuing professional education. The integrated traditional Chinese and Western medicine can have great function in clinical and provide the best quality of medical cares.

Key Words : Integrated Traditional Chinese and Western Medical Doctor,
Integration of Traditional Chinese and Western Medicine,
Medicine, Traditional Chinese Medicine.

附錄

調查問卷表