



# 回顧醫療機構的來時路： 醫院評鑑的省思

劉懿德

照安醫藥管理總部行政經理

**Reflection on the Development of Medical  
Institutions and Hospital Accreditation**

Yi-Der Liu



## 一、前言

記得 2011 年初，研究者前往參與一場由某宗教教學醫院創辦人夫人回臺進行的精彩演講時，筆記下一段讓人印象極為深刻的談話，表現出早期臺灣由傳教士引進西方生物醫學作為其來宣教的淵源與初衷。

○○○醫師過去是讀歷史的，為了實踐他作為基督徒的使命，也為了能在這遍土地上救到更多人，他選擇回美國進修醫學……。來臺之後，發現這裡缺乏骨科醫師，他又再度回美國去進修骨科專科技術，這來來回回之間都不是為了他自己在醫學上有什麼成就，不斷的進行專業上的學習只是單純的希望能透過醫療救助更多窮苦的人。（參與觀察 2011.1.22）

這是一段足以動人心弦的談話，它訴說的不是醫學本身，而是醫療是附帶在人文關懷外的另一種專業技能，而存在於世界的各個領域的醫療行為也都以不同的方式展現有其同樣的價值，但由於現代醫學發展逐漸走向以權威的方式形塑專業，透過實證作為手段建立西方生物醫學的地位，幾乎成為了當代各類醫學的總代言者，更有許多開發中國家也紛紛捨棄了該社會原始的醫療行為，以全面採信這套醫學理論，取代了傳統醫療的地位，甚至再進一步透過制度立法創造權力，並以國家公權力為媒介，迫使民眾全盤接受西方生物醫學的概念與論點，<sup>1,2</sup> 漠視了傳統醫療也可能代表著一種對在地

<sup>1</sup> 吳嘉苓，2000，〈醫療專業、性別與國家：台灣助產士興衰的社會學分析〉，《台灣社會學研究》4：191-268。

<sup>2</sup> 張芷雲，2009，《醫療與社會：醫療社會學的探索》，巨流。





人文關懷的深層意義，就算是西方醫學，研究者認為它也應保留其原始的關懷本質。

## 二、找到問題認清路線

近代臺灣醫療產業發展除讓西方醫學霸權占據了傳統，成為單一價值之外，更逐漸喪失了應有的醫療關懷，醫療所關注的重點以全然不同之型態登場，而各種確立其存在之正當性的醫療法案<sup>3</sup>或者標準化的評估策略<sup>4</sup>也因此而誕生。近年來，臺灣的醫療環境在許多不同的意見聲浪中跌跌撞撞走來，為了更加確立整個體系發展方向之正確性，繼而設計各種精密制度，但誰也沒料到卻反應出另一層次的結構性問題，這些制度源自於國家或者組織系統本身，目的在於解決專業權力地位的不確定感，透過制度的明示，進而創造一種屬於該權力團體的確定性與安全感。然而將一個抽象系統操作化的現象，它不僅表現在許多工作場所，更是表現在它們所觸及的社會生活所有部分，但這卻是一種異化和細碎化的現象，<sup>5</sup>失去醫學知識或技能原始的角色功能，更讓人文關懷美意消耗殆盡。

以健保為例來說，該制度雖立意良好，但其所認定的醫療行為與範疇最終還是成為生物醫學確立其權力正當性的方便法門，並沒有解決實質的健康平等問題，與我們同樣持有健保卡的偏遠地區居民，其求醫可近性與健康不平等的城鄉差距問題仍持續存在，更可在媒體報導中看到如下列的內容：

<sup>3</sup> 如醫療法、醫師法、醫事人員人事條例等法案。

<sup>4</sup> 如醫院評鑑、教學醫院評鑑及各科類評鑑等。

<sup>5</sup> Giddens, A. 著，趙旭東、方文譯，2002，《現代性與自我認同》，臺北：左岸。（Anthony Giddens, 1991, *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge: Polity Press.）



臺灣是「小醫院倒、大醫院蓋」，在花東等偏遠地區，小醫院經營不下去；在臺北縣市、宜蘭、新竹等明顯醫療資源充足的區域，大醫院卻拚命增開病床。（引自《自由時報》2005.12.28）

健保實施前十年與後十年間，臺灣各鄉鎮市國民平均餘命變化。發現最健康的臺北市民與最不健康的臺東地區和山地鄉民眾的平均餘命，差距僅縮短 0.62 年，從 10.65 年拉近到 10.3 年，「照這樣下去，要彌平差距，還得花一百多年」。（引自《自由時報》2008.02.27）

無論是一代健保或者是二代健保，卻仍然無法解決健保費用不公平的現實與負面的社會觀感，似乎只是從原始的問題中再延展其他問題而已，醫改會劉梅君執行長就曾透過媒體表示：

面對「二代健保」，民眾最關心的是要繳多少？未來保費費基要以「家戶總所得」取代現行「薪資所得」，應是較公平，醫改會堅持「凡是要繳稅的所得，就應計入」，起碼可改進過去諸如富人、大老闆沒有薪資繳低保費的不公。（引自《自由時報》2010.05.24）

顯然，醫院的林立與病床位的增加或者健保制度的改制，並沒有解決健康不平等的實質問題，反而創造了醫院為取得更多補助而相互「交爭於利」的現象。醫療體系釋出各種制度規範，來確立與保有其競爭然後獲得犒賞的正當性。國家公權力介入醫療體系作為社會控制（social control）的手段，製造一系列對醫療行為的監控方法，這與本文接下來所要反思的醫院評鑑或教學醫院評鑑等制度，透過一套管理邏輯所進行細膩的社會控制有極相似之處。但或許這只是一個不斷被重提的老問題：為何以西方醫學為主的醫療體





系理所當然的成為國家公權力保護的產業？<sup>6</sup> 不可否認的，國家的保護政策使得醫療產業以營利為導向的市場化趨勢得到一個似是而非的合理化解釋。<sup>7</sup>

問題並不在於醫療體系本身，而是結構性和外部性的。醫療本質就變成特定市場管理導向下的犧牲品，形成一套市場通則及標準化評核內容，<sup>8</sup> 一同栽進「以達成標準化為目標」來求取效率的迷思之中，但實質的意義與其最終所需承擔的後果都值得深度探索，什麼樣的路線走下去必然會看不到來時路？在結構趨勢的洪流中，醫療機構該如何走才能不忘來時路？

本文乃緣於筆者本身曾在某醫院核心單位任職，進行觀察筆記之撰寫，以此作為參考文本之一，來呈現其工作現場的運作情況與樣貌。此外，更運用同儕關係，邀請有意願接受研究者之深度訪談（In-Depth Interview）之同事，進行半結構式深度訪談，主軸大略可分為：選擇來醫院工作的主因、對個人工作內容的描述與環境觀察、對於個人行政業務與評鑑之關係與感受等方向，同時針對值得討論的議題再做延伸。因此本文係運用研究者個人工作上的資源進行一份質性研究資料之搜集與應用，希望能對於當前醫療體系運作之相關問題提出有效的建言。

### 三、從標準化制度中找到反省的著力點

標準化（standardization）的評核是目前我國醫院評鑑的基礎，其內涵與立意不外乎優化醫療服務品質與學習環境，而不是一種制度模型的複製，但發達的現代制度以及狹窄化的專家領

<sup>6</sup> 健保總額預算的資源分配下，醫療產業是唯一由政府實質保護的產業。

<sup>7</sup> 胡幼慧，2001，《新醫療社會學：批判與另類的視角》，臺北：心理。

<sup>8</sup> 可參考醫院各類評鑑制度中的標準化細則。



域，似乎是技術發展的一種不可避免的後果，<sup>9</sup>但在面對這種結構性問題時，深怕的是醫院習慣於在既有制度中生存，轉而形成一種習以為常的形式化行為模式，失去原創力去處理制度化環境（Institutionalized Environment）的風險問題。

本文所探討的風險概念並不同於損失或者危險，而是指依未來的可能性來積極估算損失，<sup>10</sup>而損失的估算（estimate）不必然是計量的，也可以是對醫院行動本質的評價。因為人類想要精確控制未來的企圖都反施己身，迫使我們不斷再找別的方式來對應不確定性，而這個不斷重複的過程都將讓行動者迷失在其中，而沒有心力再回憶起其行動的本質與初衷，從制度的不確定感延伸至行動者本身對其行動本質產生的不確定感。

標準化的概念創造了一致化的制度，醫療體系這樣的結構因素限制了各種可能性。以部分教學醫院現況為例，執行任何教學訓練計畫或者落實教學訓練制度，都是在既定的架構下進行制式化的教學工作，那其實就是一種系統性（systematic）的複製行為而已。

教學門住診資料之繳交有○○科、○科、○○科等科已半年未繳交，需個別聯絡通知，教學記錄表、mini-cex等評量表是被教學部要求才臨時補，很容易就看到匆忙了事且做假記錄，甚至沒有患者同意書，各科醫療業務龐雜而

<sup>9</sup> Giddens, A. 著，趙旭東、方文譯，2002，《現代性與自我認同》，臺北：左岸。（Anthony Giddens, 1991, *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge: Polity Press.）

<sup>10</sup> Giddens, A. 著，陳其邁譯，2001，《失控的世界：全球化與知識經濟時代的省思》，臺北：時報文化。（Anthony Giddens, 1999, *Runaway world: how globalization is reshaping our lives*. Cambridge: Polity Press.）





習於應付了事的態度顯而易見，需再以科提成<sup>11</sup>給教學費用的方式鼓勵繳交才能提升一點繳交的動機。（田野筆記 991016）

由於標準化的規範制度及制式化的計畫條例，使得許多的思維與力量都僅停滯於能規劃出符合規則的作業形式，無暇再對組織發展進行更多的創新與思考，又在沒有其他誘因導引及自身反省力不足的情況之下，每一家醫院不必然會主動創造突破性的特質去檢視其實踐醫療的本質是否產生了什麼不同的變化。

制度是線性思維的，常在一條鞭的遊戲規則中，改變了組織發展動向，醫院的創立都有其特定的精神與特質，但近幾年來，醫院在市場競爭下所建立的經營雛型中，均追求以企業管理邏輯為主軸，重新形塑了一個重視管理效益而輕忽醫院本質組織結構。但研究者認為，企業管理的邏輯與其醫療組織存在的價值之間所產生結構性問題、矛盾與衝突應該再不斷被提醒，特別是宗教醫院，在組織面臨轉型的過度時期中，更需具備足夠的反省力，或許組織不應是為了制度而存在，而是制度應為組織而存在。

組織與組織中的人不免在一套制度氛圍中，習慣以工具理性（instrumental rationality）作為思考的基礎，工具性的考核、訪查與評鑑等，讓人雖在工作之中卻僅有存在工具性的意義，而人則是被認為隨時可以被替代與捨棄的，更甚者，人反過來像是工作的工具，使人必需與其生命本質之間產生異化（alienation）。回顧筆者的田野筆記，曾有過這樣一段記錄：

---

<sup>11</sup> 科提成是一種計算教學與研究點數的制度，醫師依院方規定須釋出薪資的特定百分比作為科基金，每位醫師可依其教學次數及研究篇數來累積點數，以提成點數方式，向管理單位將這筆錢申請回去，類似假扣押的方式。



○○組與醫院教學發展息息相關，不過經歷過無數次的小組會議，幾乎每一次討論的目的都是以評鑑條文內容為主，似乎能符合評鑑要求，就代表了教學應有的基本條件。(田野筆記 991224)

為了讓評鑑條文的責任分配更加清晰，管理部門應用一套經營管理的關鍵指標來控制整個醫院作業朝以評鑑條文為基準的方向實行。這觀念係源自於一套稱之為 KPI (Key of Performance Index (Indicate)) 的關鍵績效指標，以簡易的「紅綠燈」標示原則來檢視 KPI 的達成率之現況，系統化的追蹤各項目負責人員之職責，甚至這套評鑑條文作業進度檢視方法，也成為各部門在醫療事務落實上的最高指導方針。

為加強準備資料以符合評鑑條文所需之資料，部分身為負責人，特別是基層管理部門的員工，更日以繼夜的加班彙整，「挑燈夜戰」成為每次評鑑來臨前的辦公室常態，儼然成為一套非明文規定的評鑑遊戲規則。不過真切的來看，這似乎是管理者以設計一套宣稱是有效管理的表面制度，但「山不轉路轉、路不轉人轉」做法，也在箇中表現無遺，參與者尚可透過各種可能取得各種資料以應付評鑑所需，如下所描述：

10月7日教學補助計畫實地訪查前，負責同事準備評鑑相關條文內容是孤軍奮鬥的撈資料，責任分配不均，從上班打卡的記錄可以看到這位同事是典型的早出晚歸，上午 8:00 準時上班，最晚加班到凌晨 4:00，但從他身上可以學習到評鑑資料的產出，是可透過特定的撈取拼湊動作完成的，用以當成符合評鑑條文所要求之資料。(田野筆記 991008)





此等現象真值得評鑑制度的發起者再進一步的省思，管理科學（Management Science）<sup>12</sup> 為醫院引進的眾多管理及評核制度，從社會結構與組織發展來看的話，一種將醫療組織，甚至是醫療行為標準化、模型化的作業模式，再藉由更精細的功能性切割與工作分配，使工作內容變得更為複雜而分化，反而更加缺少任務統合、人際間的溝通，以及發揮應有的人文社會關懷。

醫院的社會功能本以健康服務為主，甚至兼負照顧弱勢者之社會責任，醫療是關懷的方法與途徑之一，因此須從人道的價值來看待醫院存在的意義，不該讓醫院成為制度的工具或者將醫療人員視為是工具。醫療專科也因應了管理科學的邏輯產生精細的分流，醫療人員被一套精緻化的專業制度制約（conditioning），<sup>13</sup> 以至於茫然於工作而看不見醫療之所有存在於社會的意義，同時限制了行動的創造力。醫療精緻化的制度發展所成就的是專業的權威性，以及人們與專業權威之間的距離感，這是醫療在現代性（modernity）發展中得到的後果，它滲入企業管理模式精密的控管模式，試圖藉管理策略建立一套永續發展安全機制，但特別是對宗教醫院而言，這一切產生許多額外的不確定感（uncertainty）與醫院本質產生的矛盾（ambivalence），<sup>14</sup> 這個現象將會是下一階段所有醫院所要共同面對的重要課題。

<sup>12</sup> 管理科學的運用原則，即是在於利用有限資源，包括人力、物力和財力，發揮其最高效能，以最經濟之成本，有效達到目標。

<sup>13</sup> 在此所指涉的是心理學上的操作制約，簡略可分為四種操作行為：正面增強、負面增強、懲罰、削弱。透過外在力量（制度或規範）的一種心理控制以致於行為改變的方法。

<sup>14</sup> Smart, B., 1999, "Facing Modernity: Ambivalence, Reflexivity and Morality", London: Sage Publications.



## 四、「去特色化」(de-characterization) 探索管理導向之風險

曾經從一位選擇來某宗教醫院實習的醫學生口中可以得知，作為宗教醫院必然有它的價值與重要性，同時若讓其特質有效的發揮，必然能夠吸引一群願意抱持同樣宗教理念前來參與醫療服務的新血，一同投入以宗教特質為基礎的醫療人文關懷行動。他表示：

覺得宗教醫院的 mission 會比較有意義，學習並非包山包海式的，而是想發展自己的目標。之前有參加 CCMM，也有到過○○、○○，但因為時間因素一直沒有機會來○○，這次想透過實習的機會來這裡參與、學習。

但特定的社會運作形式——制度形成的背後也許都只是來自一個簡單的問題，例如建立交通規則要處理的是人們「行」的秩序，或者成立宿舍管理委員會在於處理人們「住」的問題，就如同遊戲 (game)<sup>15</sup> 一樣，人們為自己的生活設定了許多規則，並藉此概括化他人 (the generalized other)。<sup>16</sup> 我們所要探討的對象：「醫院」也同樣面臨一樣的情況，制度化無非是依循著一套管理者邏輯的遊戲規則，但為了在現實條件下求生存，大多數是選擇被馴化而接受一切，如被指定建構起完整的教學組織架構，其背後的結構性問題及其行動層次或許更是值得被反省與探討，一位與筆者同樣任職於醫院核心單位的管理人員曾表示：

<sup>15</sup> 遊戲的概念源自於心理學，是指一種角色學習及建構自我的過程所產生的一套規則，透過遊戲規則來學習他人並建立互動行為的模式。

<sup>16</sup> 概括化他人指的是經由別人（社會規範）對自己的期望，人們會發展出從他人的觀點來反省自己的行為，而在特定的情境中做自認正確的事。





剛開始對於這家醫院幾位獲得醫療奉獻獎感興趣，但我對於奉獻這個詞的解讀並不等於永無止境的加班……奉獻是應該是他看到了這個地區、這個社區、這個人、這個環境他有些感觸，他希望說怎樣去投入他的生理、心理去影響這個環境。評鑑這件事從醫策會的出發點來看是值得讚許的，但是從各家醫院準備評鑑的方式反而是需要反省的，因為從政府機關、主辦機關他們評鑑的目的就是病人安全跟醫療品質嘛……那……去接受評鑑的醫院呢……反而是日常還是照著他們原有的形式去工作、去生活，那到了評鑑要來的時候才又違反了他平日的工作、平日的去生活去裝飾出一個符合評鑑的樣板，這叫評鑑。

由此更可以理解，管理主義（Managerialism）以一種知識霸權的態勢入侵醫療組織，但一套知識用在對的地方可以載舟，但用在不合宜之處亦可覆舟。當醫院被視為是一種精神的實現、一種服務性的助人機構時，工具性的管理邏輯就可能限制了人的自由意志、創造力與行動力，因而出現了某些醫院急診室護理人員急於交班而不急於救人的要命現象。在近代資本主義思想的帶動之下，強調市場、效率、競爭與彈性的新管理主義（New Managerialism）再度崛起，在凡事強調制度環境與績效經濟（economic performance）<sup>17、18</sup>的思維框架中，綁架了組織原始的一切，狂野而放縱的侵蝕了在地性、族群性、組織本質等特性，將一切都歸納在單一管理標準下同看待，並標準化組織的一切，包括了思想與行動，一種「去特色化」的現象即由此而生。

<sup>17</sup> 所謂的績效經濟也就是以一種標準化、量化的用語來表現「品質」、「成效」或者結果等企圖，據此，「工作績效」得以常規性地被評比和公開。

<sup>18</sup> Stronach, I., Corbin, B., McNamara, O., Stark, S., & Warne, T., 2002, "Towards an uncertain politics of professionalism: teacher and nurse identities in flux." *Journal of Education Policy* 17(1):109-138.



在單一管理標準的遊戲規則下，每個人很快就學會以特定行為方式敷衍與應付制度的要求，但反思組織本身，若組織內的每個人都習慣於此，未來即可能成為類似技術官僚的組織系統，對於醫療單位而言，失去服務人群的熱誠與行動力，在習慣於一套運作管理制度下，將會迷失醫療關懷足以讓人感動的特性，各醫院堅持著同一類型的管理系統，未來所面對的問題是：同質性極高的組織文化，最悲慘的情況就是失去自身本有的一切，並在醫療版圖市場化的競技遊戲中，被宣告淘汰出局。

到底醫院與醫療的本質在標準化浪潮的推波助瀾下，獲得了什麼又失去了什麼？以某區域宗教教學醫院來說，為符合所謂「主要教學訓練醫院」<sup>19</sup> 的審查標準，在計畫研擬的過程中，若僅依其條例標準作為醫院發展教學的思考基礎，將可能落入制式的圈套中，其所保有的宗教價值就極可能被漠視、被剝奪，失其以醫療傳道為精神的原貌與特色。

巨型的制度架構將每家醫院視為同類型之組織，建立一致性發展規範同時就已經忽視了每家醫院的主體性與初衷本質，這是狹義管理哲學（managerial philosophy）<sup>20</sup> 本身所產生的謬誤，在管理邏輯的崇尚與導引下生產出來的評鑑制度更是如此。固然每個組織在管理上定不能沒有一套可被遵循的準則，但如何從一套制式的遊戲規則中適應、抽離與反思，然後在去特色化的危機中找到得以永

<sup>19</sup> PGY 訓練計畫有所謂的主要訓練醫院和合作醫院，主要訓練醫院主導住院醫師招募與九個月內、外、婦、兒、急之主要訓練，而社區醫約則可規劃至合作醫院訓練。每家主要訓練醫院均有主導 PGY 訓練的主導權，具備安排、統籌所有合作醫院的角色。

<sup>20</sup> 從廣義抽象層面說：管理哲學是激發企業家信仰、觀念、原則、價值的動力；狹義實務層面言：管理哲學是企業家選擇行為典型的成本，促進效益評估的決策體系（MBA 智庫百科）。





續生存的法則，許多醫院或許與當前各大學院校所面臨的難題是一樣的：<sup>21</sup> 如何在國家巨型制度架構中，重塑一個屬於機構自身的樣貌？某區域宗教教學醫院是在既有之教學計畫標準中發展具備信仰關懷基礎的特色課程，重新賦予該宗教醫院存在的意義，打破特定制度的框架侷限，思考如何兼持宗教精神融合在地所需，在不違背計畫的制式標準原則下，有足夠的條件因應去特色化的危機，同時亦不失其原有的味道。在筆者搜集的參考文本中，某宗教教學醫院為表達其發展的歷史脈絡與意義，並強化該醫院未來發展特質之自我認同，曾進行如下的自我表述：

臺灣近代醫學的啟蒙有絕大部分因素是源自於西方傳教士，他們透過醫療傳道方式輸入科學醫學，臺灣醫療環境近年來的快速發展，伴隨著落實醫療關懷的使命，許多醫院再讓這份愛更深切的流向第三世界國度，遠渡重洋提供更多的醫療援助。本院秉持耶穌基督愛人如己的精神，自創院院長創辦以來，偏遠地區的醫療照顧事工一直備受重視，服務○○地區民眾五十餘年，為延續這份關愛的力量，不斷積極投入國內社區、山地健康照護及國際醫療事務，例如菲律賓、泰國與四川等，協助缺乏照顧的弱勢族群獲得健康平等的機會。

從另一方面來說，區域醫院本身所能獲致的教學資源原本就遠不及於醫學中心，因此，筆者認為特別是以宗教名義設立的區域醫院，若能把醫院的發展特質，在定型化的評鑑制度之外得以強調、彰顯與實踐，方能在其面臨去特色化的危機中找到一線生機，同時吸引到一群信念相仿且有志投入宗教醫療行動的人才。

<sup>21</sup> 當前許多大學院校在教育部顧問室通識教育中程綱要計畫相關內容引導下，亦已開始重新思考如何在少子化的趨勢中創造新特色以吸引學生。



然而，在醫院管理人員及醫療人員無暇應付繁瑣的評鑑條文的情況下，大多數醫院是選擇以彼此複製訓練內容的方式，達成評鑑結果至少合格亦可交差了事的目的，主管層級並無心投入規劃更有效且具啟發性的特色教學活動，最多僅能在招募推廣活動上不斷設計誘人的台詞，實務上並無法使區域教學醫院的特色價值轉化成吸引人的要素，最終在惟恐招不到學員的窘境中，就只能招募以「離家近」、「女（男）朋友家在這裡」、「喜歡較鄉下的區域醫院」或「同學邀伴」<sup>22</sup>等與教學醫院本身特質無關的理由而來的學員，這樣的現象更是迫使宗教設立的區域教學醫院面臨了兩難與自相矛盾的處境，是要選擇依循管理主義的評鑑邏輯，達成其一致性而去特色化的要求來思考醫院的發展方針呢？還是跳脫管理主義的限制，重新找回當初以宗教創院的醫療本質，實踐醫療人道關懷為主的發展目的？此現象產生自我角色混淆的問題，更值得宗教設立的區域教學醫院不斷的回顧與省思。

在此知識啟蒙後的後現代社會裡，自詡為高級知識分子的醫療專業從事人員更有責任對醫療制度與現況產生更高的敏感度，透過對社會結構的反省、解構與重塑，真實呈現組織生存的可能風險，適切的為工作團隊找尋一條更切合其本身特質能發展的出路。

## 五、從某區域宗教教學醫院的實習醫師 創新教學計劃開始思考

筆者由於與參撰寫某區域宗教教學醫院之教學訓練計畫，常與該醫院實習醫生<sup>23</sup>有接觸的機會，因而瞭解從學員的角度是如何看待

<sup>22</sup> 這些說法是筆者與住院醫師討論時，常聽到的主流說辭。

<sup>23</sup> 選擇實習醫師作為初步訪談的對象，係考量到他們不久的未來也即將要選擇住院學習的階段，其意見具有十足的參考價值。





一家醫院的？特別是願意前來區域宗教教學醫院所期待的學習方向是什麼？其中發現了幾個方向值得作為教學醫院之參考，請見表一：

表 1

| 學習歷程感受                               | 未來住院學習的選擇因素                 |
|--------------------------------------|-----------------------------|
| 要有實質符合招募文宣所列之傳道、醫療、服務等之訓練內容          | 個人學習的目的結合醫院的特質與教案具體內容       |
| 教學訓練所規劃之流程與期程要有整體性和連貫性               | 教學規劃之內容與個人信念以及未來發展有相關       |
| 品質應重於數量的訓練學習，重覆的課程不宜過多，兼顧務實內容        | 學習過程被安排的工作量能安排符合課程所要傳承之精神內涵 |
| 院區網路系統的速度及穩定性需充足，方可有效幫助學習            | 學習之生活空間應舒適有品質               |
| 負責教學之醫師不只要重視診間教學，應重視以日常生活經驗為主的「機會教育」 | 薪資要在平均水準或水準之上               |
| 教學者應更有耐心教導，若能避免照本宣科更能使提升教與學的效率       | 學習期間應以醫院員工視同之，並該期間要能享有員工福利  |
| 會議時間要準時，會議討論內容也要更切重要點                | 醫院的文宣訊息能見度要高，以視覺傳達訊息更吸引人    |
|                                      | 學長姐與同儕的好評與介紹會影響選擇受訓醫院的意願    |
|                                      | 個人方便因素考量之地緣關係               |

從上表的資料當中，可以發現該醫院的實質訓練目標無論是在訓練過程感受到的，或者是對於未來住院學習選擇的想像上都被討論到，表示醫院本身的教學內容應更清晰，訓練流程與期程要具體且要有連貫性。而教學訓練的整體性與連貫性能否符合醫院規劃的



宗旨，對於學習者考量未來發展也有相互影響的作用。受訪者認為受訓過程可以擁有長遠的期待是重要的：

有想到未來 PGY 的問題，雖然是在實習，但也有在想未來要在哪裡受訓，有聽說○○醫院將 PGY 訓練當成是 R1，錄取機會大，薪水跟 R1 一樣，而且訓練讓人覺得是串連沒有斷裂的，重要還是整個 training 的連貫性。（訪談筆記 20100527）

總體來說，作為一家教學醫院應藉教學目標的落實同時讓醫院的服務關懷的本質得以展現，甚至教學者與學習者之間應建立階段性的溝通與自我檢視機制，反省教學活動本身是否符合醫院總體教學發展目標。教學內容的深度與廣度在醫師養成教育過程中深具影響力，對宗教醫院而言，其訓練計畫更應以醫療的人文關懷為核心，規劃具連貫性的**套裝課程**，包括「多元理論學程」或「服務學習」的概念，實施質量並重的繼續教育，為每位醫師刻劃出更清晰的成長軌跡。本文所觀察之醫院，因著實在教學訓練計畫中進行自我的反思，特別在教學計畫的撰寫過程中，構思一種以教育為基礎，發揚醫院精神為目標，引導學員學習以醫療方法服務社區並幫助弱勢，回到醫院的本質來思考。

該醫院的訓練計畫是標舉：

以參與觀察為基礎，透過醫療實踐、深度訪問及同行小組成員討論回饋，充實學習所得增進實務經驗，引導同儕彼此協助搜集資料，除體驗醫療社會實踐的重要性之外，更讓學員主動學習專業知識的自我增能。據此，本課程總體目標規劃有三大核心能力作為教育目標：





1. 實踐宗教的醫療關懷，深入偏遠地區認識社會文化與醫療的關係。
2. 培養醫學人文視野，從社區、國際醫療行動中學習問題的反思與解決能力。
3. 學習全新醫學專業素養，讓敘事醫學能力之學習轉化為醫療人本關懷的行動力。

對該醫院創院的本質與特色而言，醫療行動只是傳道的媒介與人文關懷的方法，今日的教學訓練計畫則是這份精神傳承途徑之一，再透過一套彈性化的教學機制，給予學習者最大的實踐空間，透過宗教特質的重新潤飾，將為呈現一種不同於以往的教學特色。

宗教教學醫院的社會角色，要跳脫管理邏輯運作下的去特色化危機，再從教學訓練計畫的彈性課程設計中看得到一點曙光，從這一連串的探討與反思中釐清一個事實：醫院必然不能在標準化的制度架構中迷失自我，甚至再為自己建造另一個工具理性的鐵牢（iron cage），應該思考追求積效的管理制度是否封殺了醫院的原貌與醫療的本質？在劇變的時代裡，國家機器介入、醫療市場化的發展、管理主義的霸權入侵再再的牽動著醫療志業變得茫然而無目的，探尋醫療的本質、重現醫院的原始樣貌，以及醫院創建精神再造才是醫療工作永續存在的真正價值。

## 六、結論：反省一個宗教醫院的核心價值與特色再造

hospital 若從其延伸字型 hospitality 或許就會讓人意會到醫院之於社會的另外一個較深層的意涵，它是願意理解的、具有接受新



思想之能力的，甚至更應該充滿著殷勤的人本關懷特質。然而醫院的演變，從單純以醫療與健康服務為主的非營利組織，到如今不得不在市場導向與營利導向的企業管理邏輯中伏首稱臣，更因專業主義（professionalism）的推波助瀾，精細的專業分工使醫療更趨於分化，特定的專業界限建塑起崇高的專業權威，透過立法過程與組織化的運作來合理化其取得專業地位的正當性，醫療專業不再只是單純的以醫療服務為考量，也不再平易近人，而是成為宰制人類健康的唯一審判者，在國家機器的支持下順利運轉，達成社會控制（social control），但諷刺的是它試圖貼近人卻也離人愈來愈遠，試圖介入社會卻也離社會愈來愈遠。

Giddens（2002）曾語重心長的提醒當今所有不斷往專業化發展的組織系統，一種大多數人習以為常，但卻承載著高度風險的結構性問題將要不斷的發生，對於反省醫院或醫療本質而言，醫療專業的宰制現象更是值得每個醫療人員一起共同反思：

專家系統變得越來越集中，而領域就會變得越來越狹小，在這樣的領域中，任何特定的個人都能夠聲稱自己是專家；在其他的生活領域中，她或他會處在與其他的每個人一樣的境遇當中。即使是在專家達成某種共識的領域當中，現代知識的變化與發展的特徵，致使外行人的思維和實踐的「過濾回饋」（filter-back）效應，變得十分模糊而又複雜。因此，現代性的風險氛圍使每個人變得紛亂不堪，無一人能夠倖免於它的衝擊。

筆者以某宗教醫院為例作為本文探討的主軸，目的在於不斷的提醒讀者，生物醫學在臺灣社會的迅速發展主要原因之一是來自於





西方的傳教力量，<sup>24</sup>就前述醫院的歷史來看，該院的創院醫師來自於美國，以醫療作為來臺傳道的媒介，傳道是宗教醫院的起源，醫療是實踐基督救贖（redeem）的精神，在臺灣以宗教名義創立醫院的案例可說是處處可見，如馬偕醫院、彰化基督教醫院、嘉義基督教醫院、屏東基督教醫院、新樓醫院、門諾醫院和若瑟醫院等，都是開端於傳道救世，以身、心、靈之全人照護為實踐醫療的初衷。

從歷史脈絡來看，宗教醫院並非以市場或營利為目的，但卻無法預期在社會整體結構力量的驅使之下，醫療發展走向分工、走向市場、走向管理、走向專業主義，這是醫院在社會結構中取得生存的基本模式，但最終卻使得宗教醫院的核心理念與精神價值不再如過去般被重視。宗教醫院的本質與價值係來自於其宗教本身的神聖意義，更該於專業化與標準化發展的制度性風險中自我檢視，包括醫院發展目標及其醫師繼續教育都應圍繞在特定的核心精神才能呈現其價值的明確性，發展特色教學課程與教育制度，從市場導向的邏輯思維中抽離，亦藉此找尋重現宗教醫院原始初衷與價值的可能性。

回顧評鑑制度，它促使了區域教學醫院（特別是指宗教區域教學醫院）重新省思其來時路，在去特色化的危機當中，應如何再造其特質，以及應持有的觀點與態度。宗教醫院的特色「再造」，是在既有的宗教理念基礎上，再重新賦予與初始不盡相同的全新意義，意義被重新討論以新的論述展現，論述本身即是構成「意義再造」的要素。透過對外部結構與內部制度的反省，宗教醫院的核心價值更應將醫療視為是關懷的途徑，從既有標準化制度邏輯中找到創新的元素，再次確立宗教醫院存在的社會意義，並且重新思索其

---

<sup>24</sup> 亦可參考杜聰明博士《中西醫學史略》一書，其中對於臺灣醫療史分期之教會醫學時期說法。



本身的教育與教學規劃的藍圖。研究者認為，對以宗教為名的醫院而言，真正的永續經營之道應該是在市場化的結構氛圍中，找到價值的停損點，甚至更積極理解市場化對宗教醫院的影響，以不同於以往的思維再賦予醫院全新的社會定位，作為新醫療時代啟蒙運動的帶動者。

