

中山醫學院附設醫院家庭醫學科病患轉介之研究

湯豐誠 李孟智 周明智

轉介是家庭醫師實施持續性、週全性，及協調性照顧中重要的工作之一，也是家庭醫師自我成長的機會及負責的表現。本研究即以中山醫學院附設醫院家庭醫學科門診自民國76年9月至79年8月共三年期間之病患為對象，探討教學醫院家庭醫學科實施病患轉介之各項特性及意義。家醫科門診於三年中計有病患1078人，其就診人次為9527次，其中共計轉介200人次，平均轉介率為2.1%。轉介患者中以小於16歲之年齡層的轉介率最高（6.3%），所轉介之科別以內科最多（38.0%），而轉介之疾病分佈以骨骼肌肉系統與結締組織最多（16.0%），轉介之原因以求進一步診斷及治療最多（52.0%），而經轉介後，90%的患者返回原轉介醫師處接受持續性照顧。本研究結果顯示；教學醫院家醫科病患轉介之頻率、過程及目的，與家醫科患者本身或其疾病型態之特性、家醫科醫師之訓練背景，及教學醫院內家醫科所擁有之醫療資源有關。

Key words: Referral, Family practice, Family medicine clinic, University hospital

(中山醫學 3 : 27~32, 1992)

前 言

轉介是家庭醫師實施持續性、週全性、協調性、可近性，及負責性照顧中重要的工作之一^(1,2,3,4)，也是家庭醫師自我成長的機會及一種負責的表現⁽⁴⁾。適時的轉介不僅對患者有益，對於轉診醫師及顧問醫師也有增進學識及業績等的正面效益。轉介之目的、過程及頻率常因家庭醫師的理念、訓練背景、醫療資源，及病人的特性而有所不同。一般而言；須要運用轉介的情況包括：診斷不明時，治療未盡理想時，病況出現惡化時，及病患要求時⁽²⁾。根據研究顯示：美國和加拿大家庭醫師的轉介率由1.0%至5.4%，其平均轉介率為2.7%⁽³⁾。家庭醫業病患之轉介率也和病人之特性有關，如Mayer⁽⁵⁾發現男性患者之轉介率高

於女性，且自費的病患較低之轉介率。至於轉介科別方面，Crump和Massengill⁽⁶⁾發現接受家庭醫師轉介之科別以屬外科系統的科別為多，而轉介的疾病以神經系統和感覺器官疾病居多。有關轉介原因之研究，Ruane⁽⁷⁾發現64%的轉介為求進一步之診斷，20%為求進一步之治療。至於國內有關轉介的資料則偏重於基層醫療單位轉介情形之分析，如施君等人⁽⁸⁾分析金山群醫中心之資料，發現其平均轉介率為0.79%，又施君等人⁽⁹⁾評估新竹醫療網基層醫療轉介至台大醫院的情形，建議基層醫師應加強轉介資料之完整性。至於許君等人^(10,11)分析基層開業醫師與醫學中心間之轉介，發現轉介的原因以求進一步診斷評估及治療佔最多，而基層醫師經由轉介所獲得的回饋尚屬滿意。以上有關基層醫療單位轉診之研究皆顯示所轉介之科別以內科最多。至於國內各教學醫院

中家醫科轉介資料則較欠缺，值得加以探討。

本研究之目的即以中山醫學院附設醫院家庭醫學科之病患為對象，探討教學醫院家庭醫學科病患轉介之各項特性及意義，並做為實施住院醫師訓練及展現家庭醫學特色之參考。

材料與方法

本研究以中山醫學院附設醫院家醫科自民國76年9月至79年8月，共三年期間的患者1078人為對象，根據家醫科門診之各項記錄，包括患者背景資料之記錄、門診日報表、月報表、家戶記錄本，及轉介記錄本等資料，並參考患者之病歷資料，再將有關家醫科門診全部患者之背景資料、所轉介病患之背景資料和轉介之疾病種類、科別、目的、過程及結果加以統計，並分析家醫科病患轉介之特性及意義。本研究有關疾病之分類乃以「基層醫療中健康問題之國際分類，1979年修正版；ICHPPC-2」為依據⁽¹²⁾。

結 果

門診患者的背景資料如表1。自民國76年9月至79年8月，本院家醫科計有病患1078人，

就診次數共計9527人次。全部病患中男性佔51.7%，其平均每年就診3.0次，較女性之2.9次稍高。病人之年齡層以16至64歲佔最多（83.7%），其就診頻率為各年齡層中最高者（3.2次/年）。患者中具有保險身份之病人佔59.5%，平均每年就診3.5次，統計學上顯著地高於無保險身份者之平均每年2.1次。以家戶為照顧單位之患者佔44.6%，但其就診頻率（3.2次/年）顯著地高於非家戶照顧之病人（2.7次/年）。

本院家醫科病人之各項轉介資料如表2。在全部200個轉介人次當中，以16至64歲組的患者最多，佔82.0%。所轉介之科別以內科最多（38.0%），其次是外科（26.5%）。所轉介之疾病以骨骼肌肉系統疾病最多，佔16.0%，其次是消化系統疾病（13.5%）。至於所轉介之院所，屬於院內轉介者佔92.5%，院外轉介（主要是精神病醫療院所和結核病防治中心）有7.5%。轉介之過程分析顯示；大多數的轉介方式僅採書面資料轉介（98%），少部份由轉診醫師與顧問醫師聯繫後再行轉介。轉介之目的以求進一步診斷及治療佔多數（52.0%），而轉介之結果分析顯示；絕大多數患者（90.0%）仍返回轉介醫師處接受繼續性照顧。有關轉介率之年齡層分佈如表3，以0至15歲

Table 1. 家醫科門診病患之背景資料及其就診人次分佈

特 性	N	%	就診次數	平均每年 就診次數
性 別：男	557	51.7	5057	3.0
女	521	48.3	4470	2.9
年 齡： 0—15歲	98	9.1	239	0.8
16—64歲	902	83.7	8914	3.2*
≥65歲	78	7.2	374	1.6
付費身份：具保險者	641	59.5	6795	3.5*
無保險者	437	40.5	2732	2.1
家戶病人：是	481	44.6	4614	3.2
非	597	55.4	4913	2.7

本表依據民國七十六年九月至七十九年八月共三年期間之1078位病人及9527就診人次所製成。

* 同組資料以One-way ANOVA或t test檢定所得之結果，俱統計學上顯著差異（ $P < 0.05$ ）。

Table 2. 家醫科門診病患轉介之特性

特 性	N	%
年 齡：0—15歲	15	7.5
16—64歲	164	82.0
≥65歲	21	10.5
轉介科別：內 科	76	38.0
外 科	53	26.5
復 健 科	21	10.5
婦 產 科	16	8.0
精 神 科	13	6.5
耳 鼻 喉 科	11	5.5
其 他	10	5.0
* 轉介疾病：1. 骨骼肌肉系統和結締組織疾病	32	16.0
2. 消化系統疾病	27	13.5
3. 生殖泌尿系統疾病	22	11.0
4. 症狀徵候及診斷不明之各種疾病	21	10.5
5. 精神疾病	16	8.0
6. 循環系統疾病	15	7.5
7. 神經系統和感覺器官疾病	13	6.5
8. 內分泌、營養及新陳代謝疾病	11	5.5
9. 腫瘤	9	4.5
10. 感染疾病及寄生蟲病	8	4.0
11. 其他	26	13.0
轉介目的：進一步診斷及治療	104	52.0
進一步診斷	55	27.5
進一步治療	33	16.5
病患要求	8	4.0
轉介歸屬：院內	185	92.5
院外	15	7.5
轉介過程：書面方式	196	98.0
直接溝通	4	2.0
轉介結果：返回轉介醫師接受繼續照顧	180	90.0
接受顧問醫師照顧	10	5.0
同時接受雙方醫師照顧	9	4.5
拒絕轉介或失去聯絡	1	0.5

根據中山醫學院附設醫院家醫科自民國七十六年九月至七十九年八月三年之門診病患轉介共200人次所製定。

* 依參考資料(12)分類。

Table 3. 家醫科門診病患轉介之年齡層分佈

年齡層	就診次數	轉診次數	轉診率	P
0-15歲	239	15	6.3%	<0.05*
16-64歲	8914	164	1.8%	
≥65歲	374	21	5.6%	<0.05*
全部	9527	200	2.1%	

根據中山醫學院附設醫院家醫自民國七十六年九月至七十九年八月三年間之門診患者1078人及9527就診人次所製定。

* 指0-15歲組與≥65歲組病患之轉介率和16-64歲組患者之轉介率比較時，用t-test檢定所得之結果，俱有統計學上顯著之差異（ $P < 0.05$ ）。

組患者之轉介率最多（6.3%），其次是65歲以上組（5.6%），全部平均轉介率是2.1%。

討 論

眾所皆知，轉介是家庭醫師從事持續性、週全性、及協調性照顧中不可或缺的工作之一^(1,2,3,4)。透過適當的轉介，使患者獲得所需要的照顧，同時也使得轉介的家庭醫師及接受轉介的顧問醫師受惠⁽¹⁴⁾。教學醫院之家庭醫學科為訓練家庭醫學住院醫師的場所，主要經由門診為基礎之訓練，使住院醫師學習家庭醫學的理論、知識及技術，而使未來的執業當中，得以發揚家庭醫學之特色⁽⁴⁾。以往有關家庭醫師轉介之研究，除許君等人⁽¹³⁾以教學醫院為研究對象外，其他多以基層醫療單位為對象^(8-11,14)。而本研究以教學醫院中之家庭醫學科病患的轉介資料加以分析，發現某些特點，供得深入討論。

就被轉介患者之各項特色來看，本院家醫科門診之患者年齡分佈以16至64歲佔大多數（83.7%），而所轉介患者之年齡層分佈亦以16-64歲組最多，佔全部轉介患者之82%，此與許君等人分析教學醫院家醫科患者的年齡層分佈及基層醫療單位之轉介患者的年齡層分佈情形相仿，而本科患者中小兒及老人之轉介率高達6.3%及5.6%，均顯著地高於16至64歲年齡層患者之轉介率，乃因教學醫院家醫科門診之老人及小兒之健康問題不同於基層醫療所見

到社區中老人及小兒的問題，即前者問題之複雜性高，常須進一步診斷或治療所致。因此，如何加強教學醫院家醫科住院醫師之社區醫學訓練內容，以彌補現階段家醫科病人及其疾病型態之局限性，而真正達到培養勝任基層醫療週全性照顧之家庭醫師，亦為另一努力方向。

家庭醫師之轉介率深受所擁有的醫療資源所影響^(15,16)。本院家醫科門診患者絕大多數在院內轉介，反應出教學醫院之家醫科較基層單位容易獲得充足的醫療資源，包括顧問醫師及醫療設備等。此外，由於本院擁有復健醫院這項醫療資源，家醫科醫師也多至復健醫院輪調訓練，致使轉介至復健科的比例頗高，此異於其他系列之研究結果^(8-11,13)。相對地，也由於本院無精神科，致使很多精神疾病須轉介至院外。以此延伸；如何使得基層執業醫師能獲得足夠的醫療資源，關乎其週全性及協調性照顧之可行性。

本研究及國內其它研究^(11,13)顯示；家醫科或基層醫師之轉介原因大多為求進一步診斷與治療，實際上有很大比例的病患經由顧問醫師診察後，其後續之追蹤與治療可委由原轉介醫師來執行，如本院家醫科所轉介之患者中90%皆返回原轉介醫師處接受持續性照顧即為一例。綜觀本科患者經轉介後，能有相當高的回診率（90%），乃基於良好的醫病關係所致，此可由大多數患者與本科維持著持續性關係（平均就診次為3.0次/人/年）及本科擁有相當高的家戶病人比例（44.6%）得證。基層

醫師若僅因儀器、設備，及人力上之限制而失去了繼續照顧病人的機會，則頗為可惜，故如何如歐美國家開放醫院之醫療資源供基層醫師利用及暢通雙向轉介之管道，為我國醫療當局在強化基層醫療照顧水準上所須積極改進者之一⁽¹⁷⁾。此外，國內基層醫師之轉介率也低於教學醫院家醫科醫師之轉介率^(8,13)，除了與基層醫師無適當之轉介管道及其照顧內容受限有密切關連⁽⁴⁾，另如患者未經醫師即自行轉介亦為可能原因之一，值得進一步探討。但是隨著國內醫療網計劃的實施與全民保險時代之來臨，勢必以健全的基層醫療照顧體系與轉介制度為基礎⁽¹⁷⁾，故如何暢通雙向轉介的管道及提昇基層醫師之品質，對於日後各項醫療計劃能否成功有莫大相關。期望經由家庭醫學之醫學生教學、住院醫師訓練，及開業醫師之繼續教育，使我國早日達到聯合國世界衛生組織（WHO）於1978年所宣示：“透過良好的基層醫療保健照顧，使全民在公元2000年時都能享有健康”的目標能順利達成。

參考文獻

1. Pellegrino ED: The academic viability of family medicine. *JAMA* 1978; 240: 132-5.
2. Taylor RB: *Family Medicine: Principles and practice*. New York, Springer-Verlag, 1988; PP. 62-71.
3. Rakel RE: *Textbook of Family Practice*. 4th ed., Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1990; P. 257.
4. 李孟智：家庭醫學與家庭醫業管理。再版，台北，哈佛企業管理顧問公司，民國七十八年；PP.12-38。
5. Mayer TR: Family practice referral patterns in a health maintenance organization. *J Fam Pract* 1982; 14: 315-9.
6. Crump WJ, Massengill P: Outpatient consultations from a family practice residency program: Nine years' experience. *J Am Board Fam Pract* 1988; 1: 164-6.
7. Ruane TJ: Consultation and referral in a Vermont family practice: A study of utilization, Specialty distribution, and outcome. *J Fam Pract* 1979; 8: 1037-40.
8. 施景棠、邱泰源、陳慶餘、謝維銓：金山群醫中心轉診資料之分析。中華民國家庭醫學醫學會會刊 1989；6：117。
9. 施景棠、陳慶餘、李龍騰：新竹醫療網基層醫療轉診現況的評估。中華民國家庭醫學醫學會會刊 1990；8：123。
10. 許文燦、劉宏文、黃洽鑽、馬遠成、李佳燕、許健聰、謝獻臣：基層開業醫師與醫學中心之轉診研究。中華民國家庭醫學醫學會會刊 1989；6：107。
11. 許文燦、劉宏文、黃洽鑽、馬遠成、吳明蒼、謝獻臣：基層診所開業醫師之轉診行為研究。中華民國家庭醫學醫學會會刊 1989；6：108。
12. ICHPPC-2: *International Classification of Health Problems in Primary Care, 1979 Revision*. Oxford University Press, 1979.
13. 許文燦、何鐵樑、黃忠信、黃洽鑽、謝獻臣、劉宏文：高雄醫學院家庭醫學科轉診模式之研究。中華民國家庭醫學醫學會會刊 1988；4：61。
14. 許文燦、劉宏文、黃惠玲、張家禎、李威龍、謝獻臣：轉診病患特性對基層轉診之影響。中華民國家庭醫學醫學會會刊 1990；8：123。
15. Lawler FH, Hosokawa MC: The relationship between utilization and referral from family physicians. *Fam Pract Res J* 1987; 1: 22-8.
16. Roland M, Maris R: Are referral by general practitioners influenced by the availability of consultants? *Br Med J* 1988; 297: 599-600.
17. 江東亮：台灣地區醫療照顧的發展與問題。中華衛誌 1988；8：75-89。

Referral In the Family Medicine Clinic of the Chung Shan Medical College Hospital

Feng-Cheng Tang, Meng-Chin Lee, Ming-Chih Chou

Referral is an integrated process and important component of continuous, comprehensive, and coordinated care provided by family physicians. It not only satisfies patients but also is beneficial to referring physicians as well as consultants. To better understand characteristics and their implications of referral in the family medicine clinic located at the Chung Shan Medical College Hospital, 1078 patients with 9527 visits during the period from September 1987 to August 1990 were investigated. There were totally 200 referrals during the study period, a referral rate of 2.1%. Among 3 age subgroups of patients, those aged less than 16 yrs had the greatest referral rate of 6.3%. The specialty to which referrals were most frequently made

by the family medicine clinic was internal Medicine, occupying 38.0% of all referrals. The leading diagnosis cluster of referrals was musculoskeletal and connective tissue diseases. To get the further diagnosis and management was the most common reason for referrals, occupying 52.0% of all referrals. Eventually, 90% of patients referred returned the Family Medicine Clinic for continuous care. It's concluded that the frequency, process, and reason of referral in the Family Medicine Clinic located at the teaching hospital might be influenced by the characteristics of patients, types of patients' problems, training backgrounds of family physicians and available medical resources from the hospital.

(CSMJ 3 : 27~32, 1992)