

編號：CCMP97-RD-103

## 中醫認證制度於世界各國之現況調查(2-2)

葉美玲

國立台北護理學院

### 摘 要

本研究計畫旨在調查與分析國際接受傳統醫學之現況。第二階段研究計畫(2008年1~12月)針對美國、德國、英國、澳大利亞等國家，進行資料收集與分析，採用描述性研究法分析，以期瞭解各國在中醫認證制度及相關配套措施之推展情形。本研究計畫已完成之項目，登錄表之再修正，敦請相關領域專家，針對研發之登錄表進行效度檢定、內容審查，依據專家建議進行修改。相關資料收集，收集美、德、英、澳大利亞等國家之傳統醫學現況、政策、法規、臨床實務、教育、認證等資料。登錄資料之分析歸類以一位登錄者與一位評定員者分別進行相互同意度之信度檢測。資料分析應用描述性統計分析方法，分析美國、德國、英國、澳大利亞等國家之傳統醫學政策、法規、臨床實務、教育、認證等資料。本研究計畫之調查結果，可以提供中醫專業之發展現況與趨勢，能增進醫護人員對傳統/互補醫學之學習與認識。建議未來進一步調查分析其他傳統/互補醫學療法之發展現況與相關證照。

關鍵詞：傳統醫學、實務、教育、政策、證照

Number: CCMP97-RD-103

# **Survey on the Legitimation of Chinese Medicine in the World (2-2)**

Yeh, Mei-Ling

National Taipei College of Nursing

## **ABSTRACT**

The purpose of this 2-year project was to investigate the trend and development of traditional medicine (TM). In the second phase (from January to December, 2008) this project, under the scope of the countries of the United States of America, Germany, the United Kingdom, and Australia, collected and analyzed the related data and information in terms of descriptive methods in order to meet the goal of understating license, licensure requirements, and credentialing in the TM. The performance of this project included the modification of the coding sheet, validation of the coding sheet, and verification of the coding sheet. In addition, data regarding TM/CAM in the United States of America, Germany, the United Kingdom, and Australia were collected. Validation of coding was followed and fulfilled. Data and information on the policy, practice, education, and license of TM in each mentioned countries were analyzed in terms of description. The findings of this project contribute in providing relative information to the professionalism to understand globally the trend and development of TM. It suggests that the government and decision-makers may use the findings as further references, and investigate other modalities of TM.

Keywords: Traditional medicine, practice, education, policy, license

## 壹、前言

19 世紀末，世界各醫療派別處於競爭時期，最終由科學醫學（或生物醫學）開始主導醫療保健體系，包括規劃管理、環境設施，以及病人照護[1]。由於越來越多的權力賦予，致科學醫學使用法律和道德準則，制定醫療證照方式，並限制同類療法、自然療法、整脊等其他專業之醫療行為及專業協會，且鼓勵起訴非醫學專業所供應的無照行醫[2]。自 1972 年，因前美國尼克森總統造訪中國北京而掀起全球針灸熱，繼而病人使用針灸、捏脊、按摩和傳統東方醫學、營養和草藥、民間醫藥以及身心療法等的比例不斷增加，這使得醫療界開始關注所謂的“整體醫療”。這不僅反映除了醫療的診斷和治療外，也需要就個人之心理、情緒、精神和社會環境等狀態做適度調整[3]。此與世界衛生組織(World Health Organization, WHO) (1948) 認為健康是生理、心理、社會及靈性都處於安適完好狀態，而不僅是沒有疾病而已之觀點是不謀而合的。

世界衛生組織在 2002 年 5 月 16 日發表的「2002~2005 年傳統醫藥及替代醫藥全球策略」，已明確請各國政府將傳統醫療發展納入現有的醫療政策，並設立專責機構辦理，來達到四大目標：鼓勵各國政府開展對傳統醫藥/互補醫藥的規範化管理並將其納入本國的國家衛生保健系統，促進傳統醫藥/互補醫藥的安全性、有效性及質量標準研究，保證民眾對傳統醫藥/互補醫藥的可及性與費用的可承受性，以及促進傳統醫藥/互補醫藥的合理使用[4]。繼而在西太平洋區域傳統醫學地區策略中，制定出 2001~2010 年的七個策略目標：傳統醫學制定國家政策，提高公眾對傳統醫學的認識和瞭解，評估傳統醫學的潛在經濟點，建立適當的傳統醫學標準，鼓勵和加強傳統醫學基礎科學的研究，尊重傳統醫學文化的整體性，以及制定保護和保存健康資源的政策。世界各地都有其民族醫藥學的存在，中醫藥之理論基礎有別於其他民族醫學且淵遠流長，隨著主流醫學在救治有一定限度的影響下，傳統中醫學(Traditional Chinese Medicine; TCM)逐漸被北美洲、歐洲、澳洲以及亞洲等國家所重視。惟風俗民情及地域之不同，各國對傳統醫學的實務、教育、政策及認證之制度皆有所差異。

傳統醫療是東方文化的瑰寶，在二十一世紀多元性的複性求醫需求下，日益受到世界各國的關注和重視。有 40%~80% 民眾使用傳統醫療協助治療各種疾病，有 125 個國家訂有傳統醫學執行策略，逾 130 國家使用中醫藥。根據 WHO [4] 統計，英、法、加拿大、澳大利亞等四個國家，就有 13800 家中醫診所，美國的註冊針灸師也達到 12000 人。除此，美國及德國已經將針灸治療納入醫療保險範圍。受到傳統文化的影響，台灣民眾對傳統醫療的接受度尤其高。根據行政院衛生署統計[5]，中醫診所由 1988

年 1,652 家擴展至 2005 年的 2,900 家。中醫師從 1996 年 2,839 人增至 2005 年 4,596 人。衛生署健保局在中醫醫療的支出由 1996 年的 95 億元至 2005 年的 199 億元，顯示民間傳統醫療之保健支出亦是逐年增加的。

隨著醫療與科技的發展，社會結構正面臨著人口老化的衝擊，而民眾也越來越關心與自身健康相關的議題，因此，對醫療保健的需求也相對的提高，且有回歸自然、樸實的趨勢。相對的，照護理念以全人為趨勢、以病人為中心，這促使源自於世界各地文明之傳統醫學又逐漸受到重視。世界衛生組織(WHO, 2002)在「2002-2005 年傳統醫藥全球策略」中，即呼籲全球 180 餘國家將傳統醫藥納入醫療政策，並致力協助各國的傳統醫學發展，且將之整合於既有的醫療體系中。

就現代醫學而言，中醫學係屬經驗醫學，雖歷朝各代有珍貴醫案，但以現代實證科學的標準，尚難與西醫相比擬。而中藥之臨床試驗在沒有其專業研發成熟的動物模式與臨床模式之前，僅得援引比照西醫現有模式來運作，故中藥之新藥臨床試驗施行規範係遵循衛生署公佈之藥品優良臨床試驗準則，與西藥並無二致，且審查體制亦與西藥標準相同[6]。多年來，國家科學委員會及行政院衛生署中醫藥委員會等政府機構則持續補助中醫藥相關研究計畫[7]及推動中醫藥臨床試驗[8-9]。台灣受西方科學思想薰陶與要求影響甚深，因此，醫藥產業於專業標準規範，例如 GLP、GCP、GMP 等實施與改進已行之多年，且對植物之組織培養、DNA 分子標記等生物技術上之突破異常有所聞，對中藥有效成分的分析，也隨著分離儀器靈敏度的提升、材質的改良，分析技術亦有進步。然而，中醫在國內之推行仍有諸多限制與瓶頸，更遑論與西醫能相提並行，因此，如何能延續、發揚傳統醫學之優勢，將是在新 21 世紀的知識經濟時代中，身為傳統醫學代言者的我們的最大挑戰。

除此，伴隨現今傳統醫療在世界各國的蓬勃發展，專業的醫療團隊早在全國已積極與快速成長中，並帶動相關實務、教育、規章與制度之建立與發展，因此，本計劃將依循 WHO 之 2002~2005 年傳統醫藥全球策略，將美國、德國、英國、澳大利亞等國家之中醫藥資料予以蒐集、整理、比較、分析，又為配合行政院衛生署中醫藥委員會提昇之中醫政策中醫證照於世界各國之現況調查研究計畫，因此，本計畫目的旨在瞭解美國、德國、英國、澳大利亞等國家發展中醫之現況，以及各國中醫證照情形，以供未來改革之參考及因應。



## 貳、材料與方法

本研究計畫旨在調查與分析國際接受傳統醫學之現況。第二階段計畫針對美國、德國、英國、澳大利亞等國家，收集相關資料並進行分析，以了解各國中醫認證情形與相關之政策、實務、教育等重要議題與發展。因此，本研究計畫採用第一階段所研發之中醫相關主題登錄表，進行第二段之資料收集與彙整；繼而以描述性統計方法分析資料，針對所收集之資料內容作客觀、有系統描述。

傳統的內容分析，乃研究者根據其分析的原則強調客觀的分析，而其分析的原則就像是個指引，可以使二個或更多人在分析相同資料後，得到同樣的結果。內容分析包含描述訊息內容的特質，而非型態，故本研究計畫將定義需要編碼的變項以及將會用到的分析單位，且各分析單位間互斥，當分析單位確立，也達到量化資料之目的。在每筆資料經選取以及分類後，就進行分析。

本研究計畫已完成之項目，說明如下：

- 一、完成登錄表之再修正：敦請相關領域專家，針對研發之登錄表進行效度檢定、審查，再依照專家建議進行再次修改。登錄表舉隅如表 1。
- 二、完成相關資料收集：收集美、德、英、澳大利亞等國家之傳統醫學現況、政策、法規、臨床實務、教育、認證等資料，程序包括：
  - (一) 資料庫確認：以經常用之資料庫(PUBMED、EBSCO)進行資料檢索與搜尋，透過網際網路、期刊資料庫、參考書或是出版品等方式收集中醫藥相關文獻資料；
  - (二) 年代確認：依本研究計畫之目的，確定搜尋之年代範圍為 2000/01/~2008/01；
  - (三) 關鍵字確認：依本研究計畫之目的，擬訂適用之關鍵字共 11 字，以及使用搜尋策略共 51 項，舉例說明關鍵字使用如表 2；
  - (四) 登錄資料名詞定義：共 24 項目，舉例說明名詞定義如表 3。
- 三、資料登錄：使用本研究計畫第一階段所研發之登錄表，登錄美國、德國、英國、澳大利亞等國家之傳統醫學現況、政策、法規、臨床實務、教育、認證等資料。舉例說明資料登錄如表 4。
- 四、信度檢定：登錄資料之分析歸類將以一位登錄者與一位評定員者分別進行，程序如下：
  - (一) 將每筆資料編號；
  - (二) 選定登錄者與評定者各一名；
  - (三) 使用登錄表與定義表將每筆資料歸類；
  - (四) 進行登錄者與評定者相互同意度之信度檢測；

(五) 登錄者與評定者，分別各自以登錄表將資料歸類，並反覆進行相互同意度之信度檢測。本研究中收集文獻之內容分析，已據此完成登錄者與評定者之相互同意度皆達相符程度。

- 五、資料建檔：建置與輸入美國、德國、英國、澳大利亞等國家之傳統醫學現況、政策、法規、臨床實務、教育、認證等資料檔案。
- 六、資料分析：應用描述性統計分析方法，分析美國、德國、英國、澳大利亞等國家之傳統醫學政策、法規、臨床實務、教育、認證等資料。由於各國對於傳統/互補醫學或中醫之名稱使用不一，基此，為使本研究在進行資料收集與分析時之一致性考量，以目前最為被廣泛使用之 The National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) 對傳統/互補醫學 (Complementary and Alternative Medicine, CAM) 之定義作為依據。可分成五大類，第一類為整體醫療系統，包含順勢療法、自然療法、中醫、印醫；第二類為身心醫學，以身心介入為技巧以提高心靈容量而影響身體功能和症狀，如靜坐冥想、祈禱；第三類為生物基礎療法，使用自然物質，如草藥、食物、維他命；第四類為操作和身體基礎療法，徒手操作或移動身體部位，如整脊、按摩、推拿；第五大類是能量療法，包含氣功、靈氣、接觸治療的生物回饋療法和電磁場使用的生物場能量療法[10]。因此，在本研究中統一使用之「中醫」一詞，亦涵蓋了加拿大、美國、德國、英國和澳大利亞等國所使用之「傳統/互補醫學 (Traditional Medicine, TM / Complementary and Alternative Medicine, CAM)」一詞。

## 參、結果

本完成資料收集與內容分析後，分成三大部分來做結果之陳述，首先是本次資料收集之結果；第二部份是加拿大、美國、德國、英國和澳大利亞等國之中醫藥發展階段說明；最後是加拿大、美國、德國、英國和澳大利亞等國之證照制度以及相關議題說明。

### 一、描述性結果分析

本研究依照所建立之搜尋策略，找出在證照類文章篇數有 256 篇、政策類有 479 篇以及在教育類有 1064 篇，總計篇數為 1799 篇。在關鍵字符符合之條件限制後，證照類有 23 篇、政策類文章篇數有 234 篇以及在教育類有 65 篇，總計篇數為 322 篇。最後，在能完全符合本次主題之條件限制後，證照類文章篇數有 13 篇、政策類有 83 篇以及在教育類有 32 篇，總計篇數為 128 篇。相關數據整理請見表 5。

### 二、中醫藥在各國的發展階段

#### (一)中醫藥在加拿大的發展階段：

1970 年代早期，針灸醫學的發展遭到西醫的排斥，因為當時加拿大政府規定，凡沒有西醫、牙醫、獸醫執照者不能進行針灸醫療，只能被西醫院雇為針灸技師，不能單獨行醫，且不允許使用"醫師"這個詞。到 1980 年代，一批志同道合的中醫針灸師，計畫成立加拿大中醫藥針灸學會，以保護同仁權益和發揚國粹。1983 年，在加聯邦商業註冊部長的支持下，成立"加拿大中醫藥針灸學會"，並召開了兩次國際性中醫藥針灸學術會議。1987 年，加拿大中醫與針灸學會（CMAAC）成為世界針灸聯合會的會員。1989 年，CMAAC 主辦，成立中醫與針灸研究所教育分部，在 7 個省分別成立 7 個分支。

到了 1990 年代，加拿大中醫針灸事業的發展進入了立法。目前加拿大的卑詩省、魁北克省、阿爾比省及安大略省四個省，已有相關的針灸法則，承認針灸的合法性。針灸師可依據該省法律自行開業。開業者可使用"醫師"的職業頭銜，但不能使民眾認為開業者就是西醫師。另有卑詩省與安大略省有中醫的相關法規，並承認其合法性。目前，全加拿大約有中醫針灸從業者 2000 餘名，中醫針灸診所遍及全國各省。這些診所大多為華人開辦的，且多附有藥店。目前中醫藥療法和針灸療法在加拿大尚無法享受醫療保險，需自行支付醫療費用，每次進行針灸治療費用約在 40~80 加幣不等(約新台幣 1080~2160 元，1:27NT)。自 2008 年 4 月 1 日起，卑詩省政府成為全加拿大首個省分提供針灸補貼，將針灸納入醫療服務計畫

(Medical Services Plan, MSP)之內，該省共 93 萬名年收入 2.8 萬加幣或以下的家庭，在尋求治療時多一項選擇。使用高達 10 次的輔助醫療專案，包括物理治療、按摩治療、脊柱治療等，每次省府補助 23 加幣。日後針灸納入在卑詩省政府 MSP 後，受患者一年可省下最多 800 元。

關於使用傳統/互補療法情形，Patterson、Arthur、Noesgaard 等人以質性研究訪談 13 個青少年，有 11 個使用過傳統/互補療法，原因是覺得效果迅速；有些青少年會選擇傳統/互補療法是由於過去看診西醫有被誤診的經驗和覺得西醫較無效果；一些青少年覺得傳統/互補療法不錯，使用的藥材較天然，治療方法也比較新，也很相信傳統/互補療法的醫生，但和西醫相比之下，傳統/互補療法則缺乏科學證明；此外，研究者發現較有整體觀和包容心的學生較會去使用傳統/互補療法，另外，經朋友家人介紹和媒體推薦以及文化影響下比較會去嘗試傳統/互補療法，有些西醫為避免競爭並不推薦病人使用傳統/互補療法，但在加拿大有使用過傳統/互補療法的病患，在西醫問診時會告知醫師，傳統/互補療法治療過程中，醫師與病人的互動關係較好。如果政府對於傳統/互補療法有較統合性的照顧，民眾則會增加使用傳統/互補療法的使用率。父母對於青少年選擇傳統/互補療法或西醫則會以青少年的意見為主[11]。

## (二)中醫藥在美國的發展階段：

在美國，於 1992 年美國國立衛生研究院 (the National Institutes of Health, NIH) 內設立另類醫學辦公室 (the Office of Alternative Medicine, OAM)。1994 年，《飲食補充劑健康與教育法》通過，將草藥歸類於飲食補充劑，此法鬆綁草藥管理，有利於中藥進入美國。1999 年另類醫學辦公室改為國家互補另類醫療中心 (NCCAM)，經費亦由當初 500 萬美元，至 2008 年達 1,216 萬美元，目的是負責提供傳統/互補醫學資訊、整合相關研究，並提供學術空間，明確療效並使之與現代醫學結合，逐步確立傳統/互補醫學在美國的合法化[10]。2000 年，成立白宮互補另類醫療醫學政策委員會 (the White House Commission on Complementary and Alternative Medicine Policy, WHCCAMP)，由白宮直接建議國會有關傳統/互補醫學方面的研究、訓練、保險給付、執照核發、以及其他健保問題[12]。目前，針灸、推拿等已列入了正規醫療體系中，中醫藥也納入聯邦保健計畫中，且有保險公司支付針灸、按摩療法等費用。然而，Cleary-Guida、Okvat、Oz 等學者認為美國保險制度不完善，而且政策很複雜，民眾難以了解，例如大部分保險給付



推拿、整脊療法，一半以下的人有針灸保險，按摩保險是占最少數，其他傳統/互補醫學的療法幾乎是沒有保險[13]。針灸治療每次收費約在 10~60 美元，在某些地區甚至高達 100 美元(約新台幣 1920~3200 元，1:32NT)。

### (三)中醫藥在德國的發展階段：

德國約在 1683 年即開始有中醫學和針灸學相關論著，但到 1950 年才有所發展。首先，1950-1971 期間是翻譯、著述的階段。翻譯中醫著作數十種、創辦針灸與中醫刊物，編寫德國人專用的中醫教科書。但因對中文了解的限制，多是透過間接的、轉譯本，如中文譯為英文再譯為德文，或中-越南-法文-德文，因此謬誤之處屢見。此時的臨床應用相對較少。1950 年前後，波恩大學 Bachmann 博士首向德國人介紹中醫診斷學和基礎理論，為該國中醫理論研究先驅。1951 年德國針灸協會成立，有 10 餘名會員，官方醫院拒絕接納針灸醫師，禁止開設針灸門診。1956 年，法國 Stiedvater 醫師親自赴德傳授耳針技術、介紹其效果，他認為針刺療法是神經療法的擴展形式，因療效機理是神經調節，且有奧地利、前蘇聯、捷克等的神經生理學研究驗證。此時期，德人對中醫多以為只有針灸，對其從業者也專指針灸協會的 300 名成員。

1971-1979 年，因前美國尼克森總統造訪中國北京而掀起全球針灸熱。使得德國各界對針灸、中醫的興趣與日俱增，大量中醫出版物問世，尤其是 1977-1978 年達到頂峰。1991 年，德國針灸協會會員已 15,000 多名，不單一些醫院樂於接納針灸，並設立針灸研究所；同年，德國第一家中醫醫院魁茨汀中醫院(Koetzting Chinese Hospital)成立，但僅提供住院服務。1998 年在不萊梅中心醫院(Bremen Center hospital)成立針灸門診部，在福萊堡市(Freiburg)建立“立夫國際中醫學院”，培養歐洲中醫人才。德國將中醫歸類在互補與另類醫學，而非西方主流醫學之範疇，因中醫被視為未經科學證實的療法，但其積極展開研究並建立中醫實證基礎，尤其疼痛相關研究並運用於臨床實務，也出版中醫藥相關書籍。

目前，針灸治療仍多附屬於其他科別，如內、外科，也有醫院把針灸放在物理治療科。醫療保險多只提供針灸治療而不提供其他中醫藥治療，只有魁茨汀中醫院例外，目前有 8 家保險機構同意付費在魁茨汀中醫院之住院費用。至於其他醫療保險公司則給付部分針灸費用，但不給付住院病人所需的針灸費用。針灸治療每次收費約在 25~80 歐元(約新台幣 1000~3200 元，1:40NT)。

(四)中醫藥在英國的發展階段：

英國是歐洲文藝復興中心，也是現代醫學發源地之一，具有較高水準的現代文明和科學技術，因此，對於引進外來文化與科技會比較慎重。然而，隨著人類回歸自然的影響，中醫藥在英國的發展甚為迅速，並成為歐洲共體的第三大草藥市場。中醫藥在英國初始於 1960 年代。當時，一些英國人遠赴中國北京等地進行短期參觀、學習針灸基本技術。回國後在倫敦等地創辦針灸診所；後來又開辦小規模的私人針灸學校。1970 年代，成立英國針灸師註冊協會 (British Acupuncture Association and Registration, BacAR)。1980 年代，更多的英國人前去中國北京、南京、上海等地進行 1~3 個月短期或半年以上之針灸學習。由於中針灸從業人員劇增，到 1995 年，針灸從業人員人數已經發展成為在傳統/互補醫學中僅次於整脊療法(Chiropractic 在 1993 年為國家醫療系統 (NHS) 所接受)。原本各分歧之針灸師協會，也合併為英國針灸師協會 (British Acupuncture Council, BacC)，希望以較強的陣容與政府進行對話，以期獲得穩定的社會地位。現在，英國針灸師協會註冊的針灸師近 3,000 人。

目前，英國已將針灸、中藥、瑜珈納入國民保健計畫中，並承認針灸的法定地位。針灸治療每小時收費約在 50~200 英鎊 (約相當於新台幣 2900~11600, 1:58NT)。2001 年由衛生部 (Department of Health) 成立專責研究監管機構，如針灸監管工作組 (Acupuncture Regulatory Working Group, ARWG)、草藥監管工作組 (Herbal Medicine Regulatory Working Group, HMRWG)，並 2003 年 9 月 ARWG 與 HMRWG 分別提出報告有關行政管理上的建議和提案，以協助成立國家級的委員會，確立針灸及草藥的標準化作業與管理制度。

(五)中醫藥在澳大利亞的發展階段：

中醫藥隨淘金的華工流入澳大利亞，自 1911 年，附有英文標籤及說明的中草藥品在當地出現。但直到前美國總統尼克森訪中國大陸後，中醫針灸才開始正規引入。澳大利亞之中醫立法分三個階段，1995 年，維多利亞州 (Victoria) 衛生與社會服務部進行有關中醫之現狀調查研究，其目的是為取得第一手資料以便證實中醫藥是否有必要進行立法管理。一年後，為更有效地保護病患者的安全，且為患者提供高質量的醫療服務，有必要對中醫藥行業立法管理。1996 年進入中醫立法的第二階段，即對中醫立法管理，解決中醫立法等問題，並提出建議應充分保護中醫藥執業人員的權益。

1998-2000 年，為第三階段。1998 年，在維多利亞州(Victoria)首先推行立法管理，中醫同其他醫學一樣；1999 年，成立中醫立法管理委員會；2000 年，通過《中醫藥管理法》(Chinese Medicine Registration Act 2000)，這部法是立法機構制定的法律，使中醫取得與西醫相同的法律地位。新南威爾士州(New South Wales)正考慮准許在悉尼利物浦醫院(Liverpool Hospital, Sydney)設立傳統中醫部。如果成功，將是首次在公立醫院設立中醫機構。不僅可為以後開辦綜合中醫醫院的藍本，也有助於推動中醫的註冊和立法。同時，新南威爾士也將成為澳大利亞第二個對中醫立法的州。上述不僅大大促進中醫藥在澳大利亞的發展，而且對全世界的中醫教育和立法都有重大影響。

中醫藥在澳大利亞的立法是經過多年，於 2000 年通過《中醫藥管理法》法案。初開始推動中醫立法的最大阻礙是來自於該國衛生部對中醫奧的偏見，以及西醫團體對中醫的誤解與反對，他們認為中醫是不科學的、中藥是不安全的、中醫人員的素質差，以及中醫人員不應使用西醫器材等，更擔心立法後對其執業範圍之不利。是在當地中醫針灸學會人員的努力下，說服該國衛生部首長與有關人士至中國訪問、面對面溝通，促進他們對中醫的認識；另一方面也積極遊說上下兩議院之議員，引導二百多位議員對中醫藥的認識與支持。最終，該法案在 2000 年通過，也保障了中醫藥執業人員在該國之地位。

維多利亞州的立法中對中醫行醫的合法地位獲得與西醫同樣的法律保護，中醫師同樣被稱為醫師，並加入了澳大利亞醫療保險體系。澳大利亞有 1500 名中醫醫生全部用中醫，另有 3000 名醫生是部分時間使用中醫，約 55%的醫療人員只使用針灸，3%只用中藥，28%針灸和中藥並用。病患每次就診費用為 30 澳元，若包括中藥則整個療程的費用為 670 澳元(約新台幣 750~16750 元，1:25NT)。

總之，以立法來保障真正具備有中醫藥資格的人員，才能提升中醫人員之專業素質。當中醫醫生的地位與專業角色被確立，中醫藥發展方向才能循著正規的途徑發展，而以往那些所謂的江湖術士或是販藥郎中將漸漸被淘汰，中醫藥才能獲得主流醫學之重視。從以上各國之中醫發展現況來看，在針灸及草藥的標準化作業與管理制度，美、加、德、英與澳皆有國家級管理單位，制定相關法規統籌管理。在針灸從業人員方面，在澳大利亞之中醫行醫的合法地位是同時獲得與西醫相同的法律保護，中醫師同樣被稱為醫師。其他



國的中醫師同樣被稱為醫師，但多僅能被視為中醫專家。例如加拿大雖稱針灸為醫師，但並不同於西醫師。美國是以針灸師稱之，雖有幾州有授予醫師名稱，但立法仍舊把中醫放在西醫的輔助治療地位上，地位不同於西醫師。德國稱為保健員(Heilpraktiker)，地位大不如西醫師，乃因他們將中醫歸類在互補與另類醫學，而非西方主流醫學之範疇，因中醫被視為未經科學證實的療法。至於在醫療保險給付部分，目前中醫藥療法和針灸療法在加拿大尚無法享受醫療保險，需自行支付醫療費用，除卑斯省的補助政策外。美國大部分保險給付針灸外，還有推拿與整脊療法，但其他傳統/互補醫學療法幾乎沒有。德國針灸治療多附屬於西醫科別內，因此，醫療保險多只提供針灸治療，但不給付住院病人所需的針灸費用。英國已將針灸、中藥納入國民保健計畫中，並承認針灸的法定地位。至於在澳大利亞，中醫已被加入了該國醫療保險體系，民眾也能從中獲得相對的醫療給付與照護品質。

### 三、認證制度

#### (一)加拿大的中醫認證制度：

2000 年，加拿大中醫針灸管理局(The College of Traditional Chinese Medicine and Acupuncturists, CTCMA)著手建立證照制度，此為該政府主導之專業發證單位。加拿大中醫針灸管理局是擴編原成立於 1996 年之卑詩省英屬不列顛哥倫比亞針灸學院，該學院在 1999 年開始設置針灸專業為“針灸註冊”，學院規範訓練證明書以及考試的類型。至 2006 年 6 月，已有 1,212 位 TCM 開業醫生得到這些證書。在加拿大執行 TCM 的開業醫生須具備該執照。歷經 30 餘年的監管制度，加拿大卑詩省是首次在北美正式劃定管轄中醫。Kent 指出(2003)在卑詩省職業中醫，需考取中醫師執照或針灸師執照(Dr. of traditional Chinese medicine, Registered TCM practitioner, Registered TCM herbalist, Registered Acupuncturist)，並在開業前須購買保險，以保障病人醫療安全。

為配合認證制度而衍生的相關配套措施，教育是其中一環，由於加拿大的中醫教育起步較晚，多倫多衛生部之 Michener Institute for Applied Health Science 學院由加拿大政府支助成立於 1989 年，位於安大略省倫敦市，學制四年，所招學生必須具備理科學學位，所設課程除中醫、中藥、針灸、耳針外，兼具有西醫基礎課程。該學院針灸系由具有中國中醫大學學位、行醫經驗和取得了北美洲醫學學位的華人教師主導教學，把針灸列為全日制課程。其針灸中心則是加拿大首家針灸中心，是加拿大第一個集教學、研究和臨床



的針灸中心。而為了使中醫針灸教育在加拿大取得承認，加拿大的中醫針灸界，多次促請政府大學部門設立中醫針灸科。目前，阿爾比大學(University of Alberta)是北美提供中醫課程的大學，該課程得到官方認可，具備大學程度。在多倫多市的社會自然科學大學的醫學院也設有中醫專業課程來培育中醫師。

## (二)美國的中醫認證制度：

由於美國各州對於針灸之證照、考試制度、職業及合法地位有所不同 [15]。美國目前有 18 州設有已通過評鑑的 52 個教育機構，提供正規課程培育針灸相關專業者。1973 年最早通過針灸立法的 3 州是 Maryland、Nevada、Oregon。在 Arkansas、New Mexico 和 Nevada 通過針灸考試後，授與東方醫學醫師之職稱(Doctor of Oriental Medicine; DOM)，但非屬正規醫療體系醫師。過去 3 個州(Indiana, Kentucky, Michigan)認為須有針灸證照且通過針灸考試，但通過考試者未授予針灸師或證照[14]，但現今皆已授予針灸師職稱。過去有 8 州(Alabama, Delaware, Kansas, Mississippi, North Dakota, Oklahoma, South Dakota, Wyoming)認為針灸不需要進一步的培訓和限制持執照執行[14]。但現今 Delaware 須持執照才能執行針灸。目前僅 Alabama、Kansas、Mississippi、Oklahoma 與 Wyoming 未合法化。

至於在授予職業頭銜方面，過去有 36 州以及一個特區通過針灸考試後，授予針灸師、針灸醫師或證照。其中，有 10 州(California, Georgia, Illinois, Louisiana, Maryland, Montana, New York, Nevada, Pennsylvania, Virginia)與 DC 的針灸師需要針灸培訓或通過考試才可執行針灸；有 11 州(California, Florida, Hawaii, Montana, Nevada, New Mexico, New Jersey, New York, Oregon, Rhode Island, Washington)與 DC 需有執照或註冊、相關針灸師培訓或考試制度；有 4 州(Maryland, Massachusetts, Pennsylvania, Utah) 須領有針灸師執照且西醫師的醫療監督下執行該技術；10 州(Arizona, Colorado, Connecticut, Delaware, Louisiana, Maine, Tennessee, Texas, Vermont, Wisconsin)針灸師在西醫師的密切監督下完成針灸實務[15]。截至目前為止，在通過國家考試後，可取得針灸師有 8 州，註冊針灸師有 28 州，認證針灸師有 3 州，東方醫學醫師有 3 州，針灸醫師有 1 州，針灸師有 1 州；不授予任何頭銜的有 7 州，其中 South Dakota 目前尚未確認誰合資格執行針灸，至於 Wyoming 目前尚禁止針灸。各州相關內容整理請見表 6。

在針灸證照考試方面，目前，美國約有 1 萬五千餘名針灸師專業人員，加州就占 1 萬名。總括來說，美國要取得針灸執照，需通過針灸專業考試、針灸訓練與考試，或接受正規針灸教育，並簽署遵守職業道德保證書且有二名推薦人，但目前中醫是以州法律形式列為一種醫療方法，中醫暫隸屬於針灸範疇。在針灸執照考試制度方面，針灸暨東方醫學證照協會(National Certification Commission for Acupuncture and Oriental Medicine, NCCAOM)是 NCCA 隸屬單位，所提供之 NCCAOM 針灸資格考試，已被 Washington D.C.與 39 州所承認(Alaska, Arizona, Colorado, Connecticut, Delaware, Florida, Georgia, Hawaii, Illinois, Iowa, Idaho, Indiana, Kentucky, Louisiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Minnesota, Missouri, Montana, Nebraska, New Hampshire, New Jersey, New Mexico, New York, North Carolina, Ohio, Oregon, Pennsylvania, Rhode Island, South Carolina, Tennessee, Texas, Utah, Virginia, Vermont, Washington, West Virginia, Wisconsin)，並作為申請各州針灸執照的必備條件之一。參試者須接受正規針灸教育並獲得畢業證書，包含至少一千小時的培訓和五百小時的臨床實習。參加由國家針灸資格考試委員會(National Certification Commission for Acupuncture, NCCA)舉辦之針灸師考試，通過後須向所在地政府提出申請，方能取得針灸執照、註冊行醫。需通過州考試有 2 州，分別是 California 和 Nevada；Arizona 可擇一，州考試或 NCCAOM 考試；California 政府衛生局管理加州針灸執照考試，合格者可取得加州針灸師執照，但醫療範圍僅限於加州。Arkansas 州不需考試，只需 ACAOM 認可之文憑。尚未規範明確考試相關制度有 8 州(Alabama, Kansas, Michigan, Mississippi, North Dakota, Oklahoma, South Dakota, Wyoming)。

另外，在針灸考照相關教育要求部份，針灸與東方醫學認證委員會 (Accreditation Commission for Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM) 是國家認可機構，授予美國教育部認可之針灸與東方醫學學士或碩士級證書和文憑，該委員會致力於針灸與東方醫學教育，建立相關政策和標準，以及規範認證程序。目前，已超過 60 學校認可 ACAOM 之證書。Delaware、Indiana、Maryland、Massachusetts、Nebraska、New Hampshire、North Carolina、New York、Oregon、Tennessee、Texas、Virginia、Vermont、Washington、West Virginia 等 16 州及 Washington D.C.是須先獲得 ACAOM 文憑後才能參加 NCCAOM 考試。Wisconsin 是 NCCAOM 考試或

ACAOM 文憑證書擇一。Missouri 和 Ohio 須完成針灸和東方醫學認證委員會(Accreditation Commission for Acupuncture and Oriental Medicine, ACCAOM)之課程，才能參加 NCCAOM 考試。

美國衛生署 Complementary and Alternative Medicine Council 自 2004 年開始管理傳統/互補醫學治療方式，例如：藥草、針灸等，提供這些需要是有執照者。未來要使用傳統/互補醫學的醫護人員都需要有執照[16]。認為要提升傳統/互補醫學水準是需要投注大量的研究和政策制度，目前 NCCAM 為專門管理傳統/互補醫學研究基金的機構[17]。Caspi 和 Hoxha 研究美國傳統/互補醫學的組織政策發現在 37 個受訪組織中，只有 21 個組織在執行傳統/互補醫學實務時有知情同意(Informed Consent)之政策和制定標準，6 個組織要求醫師隨時要獲得知情同意[18]。由於目前美國在傳統/互補醫學並沒有統一的政策和標準，導致傳統/互補醫學執業醫療者和病人間一旦溝通不良，便容易產生問題。

### (三)德國的中醫認證制度：

在德國，現代醫學向來具有主導地位，只有從事西醫臨床工作的人，才能稱為醫師。西醫師須在醫學大學讀完 6 年，完成 48 週臨床實習，然後在私人診所當醫師 18 個月，再加上急救訓練、照護工作 2 個月，還有 4 個月在醫院擔任醫生助理，才能參加就業前考試，各項合格者，發給醫生證書，並開業，具有被醫療保險公司認可之處方權。相關程序、規定均在聯邦"醫生開業許可條例"中詳細記載共 18 頁，但對於提供自然健康照護的 Heilpraktiker 之相關規範只有 2 頁，從 1939 年 2 月 17 日頒佈至今，從未修訂。目前，德國有五萬名的 Heilpraktiker。在德國，除西醫外，都不能視為常規醫學或正規醫學；而命名為非常規醫學、傳統醫學、替代醫學、自然醫學或補充醫學，被視為是正規醫學的補充替代療法，從業人員不需要通過國家考試，而由地方衛生部門聘請西醫師主考，且不需要醫科專業文憑。

此種寬鬆的開業條件，為德國的行醫自由，大約起於 19 世紀中期。在西元 1860~1868 年的帝國時代，西醫水準不高，德皇與大臣認為誰都有權救死扶傷，減輕別人病痛，因而對民間醫療管理鬆散。現行西醫師極嚴格，Karl Lauterbach 指出西醫師須接受嚴格專業教育並通過考試才能擔任，此外，在德國之理髮、修腳、縫紉、打字員、花匠，甚至農民都要接受專業訓練，往往需要 2~3 年時間，領取結業證書經審查合格，再考核後才能錄用。Heilpraktiker 在德國相當於保健員，只要具備"同等學歷"就能應試，在需通過德文



考試後就能取得證書，從事各種互補醫療工作，像是針灸、按摩、順勢療法等；故其成員素質較為參差不齊，對中醫發展也是相當不利。

德國的針灸醫生大多數為高等醫學院畢業的醫師，經過一定的西醫實務後再加學中醫。在臨床醫療中，德國醫生把針灸作為臨床治療的一種方法，診治病人既用西醫療法，也用中藥和針灸，以治療更多的病人。雖已約 5 萬個醫師從事中醫，每年近 200 萬個患者接受中醫治療，但德國政府以及國家健康保險基金仍沒確立中醫在德國享有和西醫平等的地位，並將其置於該國衛生保險體系之外。當今，德國有 5 家具有一定規模之中醫學院，分別設在 Berlin、München、Wuppertal、Hamburg 和 Frankfurt am Main，學制多為 3 年，需修習中醫基礎課程、中藥學、診斷學以及各科治療學等，但並不授予學位，須參加 Heilpraktiker 考試，合格後才能開業。此外，Heilpraktiker 不能經營中藥，須由持有德國藥劑師執照者方可經營中藥之飲片與中成藥。德國將法有規範的中草藥之認為藥品，同西藥，需受嚴格管制；美、加等國家將天然植物為主的中草藥是為保健食品，限制較少。

#### (四)英國的中醫認證制度：

在英國現有的中醫從業人員中，以從事針灸為主，只須經過短期培訓，擁有初級中醫理論和技能者便能執行針灸，其中也不乏西醫從業人員從事針灸醫療。據統計在蘇格蘭有五分之一的西醫有學過傳統/互補醫學，例如同類療法，也指出醫療應該是要朝傳統/互補醫學的全人治療發展，不只是醫治病痛點，應該結合藝術與科學，然而傳統/互補醫學相關研究還有很大的努力空間[19]。目前愛爾蘭由 Irish Medicines Board 管理中草藥，計畫把中草藥執照化、管理中草藥安全、品質、療效、包裝、以及廣告等，此最主要目的是要讓病人有更好的醫藥選擇[20]。每年約 250 萬英國人採用針灸、中草藥、順勢、按摩和整脊療法，醫藥費用多達 9000 萬英鎊。

Nursing Management-UK 指出有些傳統/互補醫學療法較容易與西醫結合，但有些醫師認為傳統/互補醫學醫師不夠專業，所以不推薦病人使用，傳統/互補醫學醫療比較不照一般臨床程序，所以比較難管理[21]。Mills 認為目前英國在傳統/互補醫學發展已趨成熟，可以和西醫結合，認為中西醫結合可讓病患得到最完善的照顧。有些病人有使用傳統/互補醫學治療，但當在西醫問診時不敢告知醫師[22]。英國在傳統/互補醫學教育落差很大，除了針灸外，其他較沒完善的管理單位，McIntyre 建議要嚴加管理傳統/互補醫



學[23]。此外，由於傳統/互補醫學有很多不同之醫療方式，每方面應該要有管理方法及單位，當傳統/互補醫學管理發展完備時，才可能將所有傳統/互補醫學醫療方式管理整合。

目前，英國針灸的資格認證單位主要是英國醫學針灸學會(The British Medical Acupuncture Society, BMAS)，該會成立於 1980 年，定期舉辦訓練課程，並頒發針灸專業資格證書或文憑，在 1998 年整併原有之英國針灸師註冊協會 (The British Acupuncture Association and Registration, BacAR)和英國針灸師協會 (The British Acupuncture Council, BacC)，共同為該國國家衛生部提供人員培訓與認證等活動。

#### (五)澳大利亞的中醫認證制度：

1989 年，澳聯邦政府通過《藥物管理法》將藥品分為處方藥 (Prescription Medicines)、非處方藥和輔助藥物 (Complementary Medicine) 三種。該法將中草藥列入輔助藥類管理，與維生素、礦物元素、植物、激素等同列。澳大利亞因此成為全球第一個承認中藥為藥物的西方國家。在立法過程中，澳大利亞全國中醫藥針灸學會聯合會努力遊說，並積極與澳大利亞聯邦藥物管理局協調，才促成聯邦政府對中醫藥的重視，確立了中醫藥在澳大利亞聯邦政府醫藥體系中的地位。

長期以來，隨著針灸在世界上一些國家的使用，針灸師在一定程度上擁有了合法的行醫地位，但這種地位一般還是從屬的輔助治療地位，更廣泛意義上的中醫師很少被認可。而這一點在澳大利亞之維多利亞州同樣獲得首次突破。1995 年，維多利亞州衛生與社會服務部決定，對有關中醫在澳大利亞的現狀進行調查，並開始對中醫藥如何立法管理進行商議。1998 年，維多利亞州政府宣佈首先立法管理中醫。直至 2000 年，維多利亞州議院終於通過《中醫藥管理法》(Chinese Medicine Registration Act 2000)，透過立法機構制定的法律，使中醫行醫的合法地位從此獲得與西醫同樣的法律保護，中醫師同樣被稱為醫師，並可加入澳大利亞醫療保險體系。澳大利亞是一個聯邦國家。聯邦政府主管一切藥物的進出口，而醫師則由州政府立法規管。繼維多利亞州通過立法後，其他各州也參照此立法標準制訂各州的相關法律。澳洲藥品管理局(The Therapeutic Goods Administration)和紐西蘭藥品安全管理局(The New Zealand Medicines and Medical Devices Safety Authority)在 2003 年合併一起管理紐澳的藥品和維他命，最重要是核發藥品管

理執照[24]。合併而成的新管理部門，讓藥品較有保障。此為藥物管理，但仍缺中醫醫療之管理。

為配合認證制度，澳大利亞在教育有七所大學設有正規中醫課程，提供中醫相關學習課程。大部分是在 1992 年間設立，計有墨爾本大學(The University of Melbourne)、澳洲國立大學(The Australian National University)、西雪梨大學(University of Western Sydney)、皇家墨爾本理工大學(RMIT University)、雪梨理工大學(University of Technology Sydney)、南十字星大學(Southern Cross University)和西澳大學(University of Western Australia)等。3~5 年大學教育課程所規定的中醫課程包括三個主要內容：中醫理論和實習科目；中醫基礎和中醫藥；臨床實務。由於缺少公立醫院的臨床實習，中醫臨床訓練較欠缺。

## 肆、討論

從以上各國之中醫發展現況來看，在針灸及草藥的標準化作業與管理制度，加拿大、美國、德國、英國與澳大利亞皆有國家級管理單位，制定相關法規統籌管理。在針灸從業人員方面，在澳大利亞之中醫行醫的合法地位是同時獲得與西醫相同的法律保護，中醫師同樣被稱為醫師。加拿大雖稱為醫師，但並不同於西醫師，美國以針灸師稱之，雖有幾州有授予醫師名稱，但美國立法仍舊把中醫放在西醫的輔助治療地位上，地位不如西醫師。德國稱保健員(Heilpraktiker)，地位大不如西醫師，乃因他們將中醫歸類在互補與另類醫學，而非西方主流醫學之範疇，因中醫被視為未經科學證實的療法。英與德兩國多由西醫師從事針灸。

至於在醫療保險給付部分，目前中醫藥療法和針灸療法在加拿大尚無法享受醫療保險，需自行支付醫療費用，卑詩省的政府補助措施例外。美國醫療保險給付針灸、推拿與整脊療法等，但其他傳統/互補醫學的療法幾乎是沒有。德國針灸治療多附屬於其他西醫科別內，因此，醫療保險多只提供針灸治療，但不給付住院病人所需的針灸費用，魁茨丁中醫院例外。英國已將中藥、針灸、納入國民保健計畫中，並承認針灸的法定地位。至於在澳大利亞，中醫已被加入該國醫療保險體系，民眾也能從中獲得相對的醫療給付與照護品質。

至於在證照制度方面，美國傳統/互補醫學證照各州不一，且管理立法不同，甚至有些州根本就不需要執照。就此建議應全國統一，讓每位傳統/互補醫學醫療專業者都需執照，有統一制度管理[25]。然而美國傳統/互補醫學難管理就是因不能確認實證研究的真實度，加上有些西醫專業者顧及傳統/互補醫學執行者會與西醫醫師相互競爭，而反對政府管理傳統/互補醫學。Myklebust 等學者提及傳統/互補醫學的統一安全性、政策都需要多加強，由於現在醫院沒有與傳統/互補醫學有關的政策，比起傳統/互補醫學，針灸有較多的安全法法規[26]。因此，現在的針灸政策才有機會推廣。目前，澳洲在認證制度方面的維州中醫立法對中醫行醫的合法地位獲得與西醫同樣的法律保護，中醫師同樣被稱為醫師，並加入澳大利亞醫療保險體系；而美國的立法則仍舊把中醫放在西醫的輔助治療地位上。

至於在中醫相關教育與實證研究方面，Laurenson 認為傳統/互補醫學應該合併在護理教育中，並且慢慢的增加傳統/互補醫學的課程，才會對傳統/互補醫學的發展有幫助[27]。然而，只有學習傳統/互補醫學是不夠的，要有傳統/互補醫學相關實證研究，才能真的了解傳統/互補醫學。目前傳統/互補醫學最大問題就是實證研究之證據不足[27]。若要提升傳統/互補醫學醫療水準與西醫相當，是需要花大量金錢去執行相關的實證研究，才能提



供更多醫療資訊，促進國民之健康[17]。就此，Meier 和 Rogers 表示在越來越多人使用中醫的情況下，中醫的科學實證研究也越來越重要[28]。另外，中醫需要經過有系統的整理，較容易向大眾推廣。Bodeker 指出當結合中西醫時，臨床實驗和訓練標準是需要妥當的調整，因為在西醫為主流之主導下，中西醫若合併後，將會使傳統/互補醫學會喪失很多東西[29]。因此，政府應鼓勵大家多投資傳統/互補醫學研究，並推廣傳統/互補醫學，從德國經驗來看，雖然他們尚未將中醫列入主流醫學中，但為能建立中醫實證基礎，已開始積極展開研究，尤其以疼痛相關研究為主，並出版中醫藥相關書籍，致力提升中醫素質。

許多人認為要多加強傳統/互補醫學教育，但 Wilson 明確指出其實傳統/互補醫學教師的教育也不盡完善[30]。最好的教育是用最佳的證據去教學，故建議傳統/互補醫學可採用實證醫學(Evidence based Medicine, EBM)的作法。然而實證醫學在傳統/互補醫學社群還沒有被廣泛接受，大部分教學只停留在理論方面，沒有太多實務經驗，不能只靠研究結果來代替實際診療經驗[30]。Murdoch-Eaton 和 Crombie 研究結果顯示大學傳統/互補醫學課程不足，在大學學過傳統/互補醫學的學生，較會有自我反省式的練習，且在傳統/互補醫學使用上較有自信心，但大多數只會將傳統/互補醫學推薦有親朋好友，不會主動推薦病人使用[31]。Rojas-Cooley 和 Grant 透過問卷了解腫瘤科護士學習有關傳統/互補醫學的課程需求，以及對傳統/互補醫學的瞭解和想法，結果發現這些護士是傳統/互補醫學與西醫間的溝通橋樑，透過傳統/互補醫學治療，護士與病人關係良好，故研究認為教導病人使用傳統/互補醫學是護士的職責[32]。

就培育實務專業者的教育而言，Wetzel、Kaptchuk、Haramati 等建議傳統/互補醫學教育應與西醫結合，並提出 10 步驟，包括定義出主要傳統/互補醫學的核心課程；教導中醫藥學；創造中西醫彼此互動機會；納入研究者與學生；由院校擔起傳統/互補醫學發展的主要支持者；建立核心課程主題；納入傳統/互補醫學案例討論；提供一個設計良好的選修課程；相關經驗的組成；以及研擬一套從大學到研究生和繼續醫學教育的跨課程規劃等[33]。大多數的人會選擇傳統/互補醫學課程，是因為想學習不同的東西；未選擇傳統/互補醫學課程的學生中有 40% 認為應該要學習傳統/互補醫學。此外，醫學院可多加發展傳統/互補醫學課程。

在美國現雖只有 42% 的人使用傳統/互補醫學，但越來越多民眾嘗試開始使用傳統/互補醫學。就此，學者建議護理教學要包含傳統/互補醫學，讓學生學習中醫理念，基本課程有中醫哲學、中西醫合治、醫學倫理及法律議題[34]。兩年課程包括一年修習中醫科學及互補/替代療法理論相關課程，另一年主修護理與護理教育等課程。若 NCCAM 補助經費以發展護理



學院的傳統/互補醫學教育課程，當政府補助越多，護理學生就有越多的資源學習傳統/互補醫學。現在 CAT 在護理方面使用越來越多，原因是用不同方法照護病人。傳統/互補醫學整體發展與大眾接受度有關，民眾需求度越高，則發展越好。當大眾增加使用傳統/互補醫學，同時也要增加學習傳統/互補醫學的護理學生，才有足夠的傳統/互補醫學護理人員，滿足大眾需求。透過傳統/互補醫學，護士與病患的關係互動較好。

在專業發展方面，Fontanarosa 指出傳統/互補醫學相關文獻雜誌對於醫護人員來說是很重要的，讓醫護專業人員能藉由實證研究文章以瞭解目前傳統/互補醫學最新發展[35]。雖然，目前越來越多人開始投稿關於傳統/互補醫學的文章，也有越來越多人創辦傳統/互補醫學雜誌，但學者仍建議不同雜誌要多接觸不同方面的醫療文章。這些文章不應該帶有偏差的想法去閱讀，而是客觀的刊登文章。美國在專業人員證照與教育訓練情形是較為完備[15]，茲將各國在針灸師相關比較整理於表 7。

## 伍、結論與建議

目前，各國對於中醫之相關證照制度，主要是以針灸師與針灸證照為主，除了，該療法之療效容易顯見外，也因行之多年，發展較為完備。建議未來能再以進一步研究去了解其他療法之相關證照與發展現況，將能增進醫護人員對傳統/互補醫學之學習與認識。此外，本次研究結果顯示，諸多學者皆認為目前傳統/互補醫學之教育制度是欠缺的，為配合認證制度而衍生的相關配套措施，教育是其中絕對重要的一環節。建議未來能進一步以專業與社會需求兩種不同的層面探討中醫認證與配套教育之需求性，所獲得之結果會較客觀、較符合需求。也有必要將傳統/互補醫學課程加入西醫醫學院課程，也需要慢慢去了解傳統/互補醫學已被普遍使用之種類、原因以及尚未普遍使用的種類、原因。將西醫與傳統/互補醫學之結合還會有很大的努力空間。另外，也須讓民眾了解到自己對傳統/互補醫學的需求與相關資訊，以及未來推廣的可能性。從德國經驗來看，雖尚未認同中醫，但自中醫實證研究積極展開，並由國家給予相關經費補助、支持，並且也致力出版中醫藥相關書籍，以提升該國中醫人員素質。雖然，目前國內已有相當學者投入中醫之研究，但還是極為缺乏經費支持，實證研究更是亟需獲得重視的。

此外，歐美國家在中醫藥發展遇到最大之問題與挑戰，在於中醫哲學觀與西醫哲學觀之迥異，讓從事主流醫學者無法真正了解到中醫獨特之整體觀與辨證論治觀。此外，在臨床試驗研究尚不足，加拿大、德國，以致中醫藥尚未能進入該國聯邦政府之國民保健給付計劃並取得藥物給付費用。從以上這些國家之資料分析結果端看我國中醫藥之發展，其實，行政院衛生署中醫藥委員會已有先見，從 1949 年即在當時內政部衛生司下設中醫藥委員會之諮詢單位，經過數十年的努力，在 1995 年正式成立行政院衛生署所屬機關，並且在近年來，不論是在中醫藥立法、業務範圍、繼續教育、臨床試驗專業發展等方面，皆致力推動我國中醫藥之發展與國際化，基此，可在原有之利基點上，參考這些先進國家推動中醫藥之相關政策，使我國中醫藥發展更臻完善，如：像美國一樣成立國家級中醫藥衛生研究中心，使我國中醫藥研究水準提升並能躍升國際舞台；積極推動全民健保對中醫藥執業之給付，目前國內只能給付科學中藥，在煎劑以及其他非科學用藥是須自費，此外中醫住院費用也未在健保給付範圍，此將嚴重影響到中醫藥之專業發展，也無法培育優質照護人員，更無法提升中醫藥之臨床研究能力。

社會文明的進步和現代科技的躍進，使得人們的健康問題型態已逐漸在轉型，慢性疾病之健康照護將是未來重要議題，隨著現在世界各國「回

歸自然」之風潮興盛，使得中醫藥在世界各國有了新的發展契機，我們若能掌握對中醫藥原有之優勢，再加上相關政策之配合，將能大大增強在國際之競爭力，此外，培育中醫藥專業人才也是必須的，在既有正規教育體系下，積極推動國際專家學者交換、學生交換等方式，涵養中醫藥專業人才之國際觀。最後，在未來我國中醫藥相制定關政策時，推動中藥國際化之策略是必須考量的，如此，才能參考其他各國發展過程之優點，作為努力之方向，也應積極與國際知名學者進行合作並開展科學研究，並經常舉辦國際性研討會，獲取學術經驗與新知，如此，必能促此我國中醫藥發展更加完備。

## 誌謝

本研究計畫承蒙行政院衛生署中醫藥委員會計畫編號CCMP97-RD-103提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此誌謝。

## 陸、參考文獻

1. Rothstein WG: American physicians in the nineteenth century: From sects to science. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1972.
2. Cohen MH: Complementary and alternative medicine: Legal boundaries and regulatory perspectives. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1998.
3. Cohen MH: Complementary and integrative medical therapies, the FDA, and the NIH: definitions and regulation. *Dermatologic Therapy*, 2003, 16, 77–84.
4. World Health Organization (WHO). *WHO Traditional Medicine Strategy 2002–2005*. Geneva: World Health organization, 2002.
5. 行政院主計處：中華民國統計年鑑。台北，行政院主計處，2006。
6. 林宜信：台灣中醫藥現代化暨國際化之策略與成果。台北，行政院衛生署中醫藥委員會，2006。
7. 林宜信：台灣中醫藥整合與前瞻。台北，行政院衛生署中醫藥委員會，2003。
8. 林宜信、張永賢：台灣中醫藥臨床試驗環境與試驗法規。台北，行政院衛生署中醫藥委員會，2003。
9. 行政院衛生署中醫藥委員會：台灣中藥新藥法規及查核制度將與世界接軌 2006。2007/07/05 摘自  
[http://www.ccmp.gov.tw/bulletin/announce\\_detail.asp?no=53&selno=0&relno=620&PageNo=5](http://www.ccmp.gov.tw/bulletin/announce_detail.asp?no=53&selno=0&relno=620&PageNo=5)。
10. National Center of Complementary and Alternative Medicine: What is CAM? Retrieved March 8, 2007, from <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam>, 2002.
11. Patterson C, Arthur H, Noesgaard C, et al: Exploring adolescent complementary/alternative medicine (CAM) use in Canada. *Journal of Interprofessional Care* 2008, 22(1): 45-55.
12. The White House Commission on Complementary and Alternative Medicine Policy, WHCCAMP 2002. 2008/07/05 摘自 <http://www.whccamp.hhs.gov/>
13. Cleary-Guida, Okvat HA, Oz MC, et al: A regional Survey of Health Insurance Coverage for Complementary and Alternative Medicine: Current Status and Future Ramifications. *Journal of Alternative* 2001, 7(3): 269-273.
14. National Center of Complementary and Alternative Medicine: Retrieved March 8, 2007, from <http://nccam.nih.gov/health/>, 2008.
15. Eisenberg DM, Cohen MH, Hrbek A, et al: Credentialing complementary and alternative medical providers. *Complementary and alternative medicine*



- Series 2002, 137(12): 965-983.
16. Ben: Consent for complementary therapies on hospital wards. *Nursing Standard* 2006, 21(11): 14.
  17. Clinton WJ: Statement on the White House Commission on Complementary and Alternative Medicine Policy. *Weekly Compilation of Presidential Documents* 2000.
  18. Caspi O, Hoxley J: Lack of standards in informed consent in complementary and alternative medicine. *Complementary Therapies in Medicine* 2005, 13, 123-130.
  19. Reilly D: Comments on Complementary and Alternative Medicine in Europe. *Journal of Alternative* 2001, 7(1): S23-S-31.
  20. Birchard K: One step closer to licensing of herbal drugs in Ireland. *Lancet* 2001, 206.
  21. Integrating complementary and alternative medicine. *Nursing Management - UK* 2004, 11(7): 32-37.
  22. Mills EJ, Hollyer T, Guyatt G, et al: Teaching evidence-based complementary and alternative medicine: A learning structure for clinical decision changes. *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 2002, 8(2): 207-214.
  23. McIntyre M: The House of Lords Select Committee. *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 2001, 7(1): 9-11.
  24. Ghosh D, Skinner M, Ferguson L, et al: The role of the Therapeutic Goods Administration and the Medicine and Medical Devices Safety Authority in evaluating complementary and alternative medicines in Australia and New Zealand. *Toxicology* 2006, 221(1):88-94.
  25. Van H & Peter J: A Way Out of the Maze: Federal Agency Preemption of State Licensing and Regulation of Complementary and Alternative Medicine Practitioners. *American Journal of Law & Medicine* 2001, 27:329-344.
  26. Myklebust M, Colson J, Kaufman J, et al: Policy for Therapeutic Acupuncture in an Academic Health Center: A Model for Standard Policy Development. *Journal of Alternative & Complementary Medicine* 2006, 12(10): 1035-1039.
  27. Laurenson M: Working complementary therapies into mainstream health care. *British Journal Of Nursing* 2006, 15(7): 356-358.
  28. Meier PC, Rogers C: The need for traditional Chinese medicine morbidity research. *Complementary Therapies In Medicine* 2007, 15: 284-288.

29. Barnes G: Lessons on integration from the developing world's experience. *British Medical Journal* 2001, 322: 164-167.
30. Wilson K, McGowan J, Guyatt G, et al: Teaching evidence-based complementary and alternative medicine: Asking the questions and identifying the information. *Journal Of Alternative And Complementary Medicine* 2002, 8(4):499-506.
31. Murdoch-Eaton D & Crombie H: Complementary and alternative medicine in the undergraduate curriculum. *Medical Teacher* 2002, 24(1):100-102.
32. Rojas-Cooley MT & Grant M: Complementary and alternative medicine: oncology nurses. *Oncology Nursing Forum* 2006, 33(3): 581-588.
33. Wetzel MS, Kaptchuk TJ, Haramati A, et al: Complementary and alternative medical therapies: implications for medical education. *Annals Of Internal Medicine* 2003, 138(3): 191-197.
34. Sok SR, Erlen JA, Kim KB: Complementary and alternative therapies in nursing curricula: a new direction for nurse educators. *Journal of Nursing Education* 2004, 43(9): 401-405.
35. Fontanarosa P: Publication of complementary and alternative medicine research in mainstream biomedical journals. *Journal of Alternative & Complementary Medicine* 2001, 7: 139-143.

## 柒、圖與表

表 1、登錄資料表範例舉隅

### 中醫醫事登錄表

- 一、題目：\_\_\_\_\_
- 二、出版年度：\_\_\_\_\_
- 三、來源：
- 1 期刊：\_\_\_\_\_
  - 2 研究報告：\_\_\_\_\_
  - 3 政府出版品：\_\_\_\_\_
  - 4 學位論文\_\_\_\_\_
  - 5 網站 \_\_\_\_\_
  - 6 其他 \_\_\_\_\_

表 2、登錄資料名詞定義範例舉隅

項目	名詞定義
國家	為具有土地、人民、主權的團體。涵蓋範圍如下： 1. 亞洲(Asia)：世界六大洲之一。位於東半球的東北部。台灣 (Taiwan)：位於福建省東面海上。 2. ...

表 3、關鍵字與搜尋策略範例舉隅

1. traditional Chinese medicine
2. complementary and alternative medicine
3. polity
4. practice
5. education
6. regulation/ or legitimization/ or license/ or certificate
7. American/ or USA/ or United States of American
8. Germany/ or German
9. England/ or Britain
10. Australia
11. Taiwan
12. 1 and 3 and 7
...

表 4、登錄資料檔範例舉隅

Data-base	country	state/city	authors	title	citation	years	abstract
EBSCO	UK	London	Barnes, Joanne	Quality, efficacy and safety of complementary medicines: fashions, facts and the future. Part I. Regulation and quality.	BRIT J CLIN PHARM ACO	2003	This is the first of two papers which review issues concerning complementary medicines. The first reviews the extent of use of complementary medicines, and issues related to the regulation and pharmaceutical quality of these products; the second considers evidence for the efficacy ...

表 5、資料收集結果分析表

搜尋策略	總篇數	相關文章數	符合文章數
TCM	481	77	13
policy	77	50	8
license	126	3	2
education	278	24	3
CAM	1318	245	115
policy	402	184	75
license	130	20	11
education	786	41	29
Total	1799	322	128



表 6、美國各州針灸證照情形

授予名稱	州別或特區	小計
針灸師 (Acupuncturist)	Illinois, Louisiana, Michigan, Pennsylvania, South Carolina, Virginia, Washington DC, Wisconsin.	8
註冊針灸師 (Licensed Acupuncturist, L.Ac.)	Alaska, Arizona, California, Colorado, Connecticut, Delaware, Georgia, Hawaii, Iowa, Idaho, Indiana, Massachusetts, Maryland, Maine, Minnesota, Missouri, North Carolina, Nebraska, New Hampshire, New York, Ohio, Oregon, Tennessee, Texas, Utah, Virginia, Vermont, Washington.	28
認證針灸師 (Certified Acupuncturist, C.Ac.)	Kentucky, Montana, New Jersey.	3
東方醫學醫師 (Doctor of Oriental Medicine, DOM)	Arkansas, Nevada, New Mexico.	3
針灸醫師 (Doctor of Acupuncture)	Rhode Island	1
針灸醫師 (Acupuncture Physician, AP)	Florida	1
無	Alabama, Kansas, Mississippi, North Dakota, Oklahoma, South Dakota, Wyoming. <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Alabama 與 North Dakota 僅 medical doctor (MD) 或 osteopathic doctor (DO) 執行針灸，若是 chiropractors 則須先接受 100 小時的培訓</li> <li>◆ Mississippi 僅 MD、DO、dentist 執行針灸</li> <li>◆ Kansas 須在 MD、DO、chiropractors 監督下執行</li> <li>◆ Oklahoma 僅 MD 執行針灸</li> <li>◆ South Dakota 尚未確認由 MD 或 DO 執行針灸</li> <li>◆ Wyoming 目前禁止針灸</li> </ul>	7
總計		51

表 7、各國中醫醫事證照相關訊息一覽表

	加拿大	美國	德國	英國	澳大利亞
合法化	有	有	有	有	有
國家管理	有	有	有	有	有
證照	有	有	有	無	有
教育	有	有	有* <sup>1</sup>	有	有
考試	有	有	有	有	有
專業職稱	有	有	有	無	有
從業人員	中醫師* <sup>2</sup> / 針灸師	MD DC 針灸師	MD Heilpraktiker	MD	中醫師
從業人數	2,000	15,000	15,000	3,000	4,500
醫療保險	無* <sup>3</sup>	有	無* <sup>4</sup>	有	有
針灸費用 (新台幣)	40~80 加幣 (1080~2160)	100 美元 (1920~3200)	25~80 歐元 (1000~3200)	50~200 英磅 (2900~11600)	30~670 澳元 (750~16750)
業務範圍	中藥、方劑、針灸(艾灸、火 針灸、推拿及 中醫骨傷科、火罐、刮痧、 食療、氣功等	針灸(艾灸、火 針、埋針)、拔 電針、推拿和 按摩等	針灸、草藥* <sup>5</sup> 、 氣功、推拿等	針灸、中藥、 氣功	針灸、推拿、 整骨、刮痧、 氣功等

說明：

\*1 在德國尚未有正規教育，雖有兩所大學設有中醫藥獨立課程，但未授予中醫學位。

\*2 在加拿大卑詩省通過考試並註冊之中醫師可冠以「Doctor」職稱。

\*3 在加拿大卑詩省執業中醫，需考取中醫師執照或針灸師執照(Dr. of traditional Chinese medicine, Registered TCM practitioner, Registered TCM herbalist, Registered Acupuncturist)，並在開業前須購買保險，以保障病人醫療安全。

\*4 醫療保險多只提供針灸治療而不提供其他中醫藥治療，只有魁茨汀中醫院是保險公司同意支付住院費之中醫醫院。

\*5 在德國之 Heilpraktiker 無法有中草藥之處方權。