

醫療實作的社會學： 在地醫療—社會想像及實作對批判的 啟發

林文源

本文為歷年科技部研究，尤其是「打造疾病、治理社會：臺灣當代慢性病的專業、組織與政策體制變遷」、「連結疾病地景：在地醫療體制位移與轉變」等計畫累積之部分成果，感謝科技部研究計劃與受訪機構與個人的支持，讓此研究得以完成。也感謝研究團隊黃勝群、陳宜君、許雅筑、張君熒、吳晨音、陳奐宇在長期資料累積過程的協助。本文初稿曾發表於中山醫學大學第八屆「醫療與社會」研討會、2018年臺灣科技與社會研究學會年會，感謝邱大昕、黃敏原、成令方、黃于玲、阮曉眉的評論與交流。也謝謝在臺灣社會學刊出版期間，藍佩嘉主編與編委會、匿名評審，及余耕任編輯助理的協助，讓本文更為周全。

※收稿日期：2018.08.02 接受刊登：2019.05.14

林文源(✉)

國立清華大學通識教育中心

通訊地址：30013新竹市光復路二段101號 通識教育中心

Email: wylin1@mx.nthu.edu.tw

摘 要

社會學的醫療研究取徑曾由「醫療中的社會學」轉向「醫療社會學」，藉此拉出與醫療實務的距離與批判立場。呼應近年學界向在地案例學習的發展，本地社會學如何由在地實作學習呢？本文由推動基層醫療的「醫療—社會想像」與其介入方案，探討各種模式如何啟發批判。藉由實作中浮現的不同「醫療—社會性」，本文提出「醫療實作社會學」，以及其中蘊含的「醫療實作中的社會學」與「為醫療實作的社會學」兩種意涵，並釐清這與現有取徑的異同，希望有助於在地實務與批判。

關鍵字：批判、醫療社會學、醫療化、社會—技術想像、公共社會學

Sociology of Medical Practice: Implications of Situated Medico-social Imaginaries and Practices

Wen-yuan Lin

Center for General Education, National Tsing Hua University

Sociological studies in the field of medicine have transitioned from a sociology in medicine to a sociology of medicine approach, with the latter distancing itself from medical practicality in the search for a critical standpoint. In light of current case study-based academic initiatives, this paper explores ways to draw on the modes of medico-social imaginaries in the practices of primary care reforms in Taiwan, and to reconnect critical and practical agendas. The author proposes an alternative “sociology of medical practice” approach, and analyzes its implications for sociological studies of medical practices by specifying similarities and differences with previous approaches. The motivation is to offer conclusions that are beneficial for both practitioners and researchers.

Keywords: medical sociology, medicalization, socio-technical imagery, public sociology

一、醫療與其批判

如何剖析深嵌於社會脈絡的問題，提出另類視野與方案，是社會學批判的宗旨。例如，社會學的醫療研究曾由「醫療中的社會學」(sociology in medicine) 轉向「醫療社會學」(sociology of medicine)，藉此拉出與醫療實務的距離與批判立場。由此發展的醫療社會學批判（例如醫療化理論），也藉由揭露醫療與社會關係背後的潛在治理機制與權力，呈現此特定時空中的實務問題與願景（林文源 2012）。時至今日，在當前本地時空下，我們要如何持續向實務汲取經驗，推展在地醫療社會學的定位與批判議程呢？

近年已有許多由個案檢視現有學科不足的反省。例如 Michael Burawoy (2005: 6-7) 倡議公共社會學時，曾反省（美國）批判社會學的方向。他指出美國在過去數十年中，由國家與市場持續主導著社會往右派方向傾斜，而社會學卻更加往自由派與左派方向發展，兩者間的落差導致對公眾社會學的需求更為迫切，但其實現難度也更高。他有兩項重要見解與本文相關：第一，整體社會學的活力來自社會學面對的公眾議題與挑戰所驅動，因此，批判社會學必須經常自問「為誰」、「為什麼」的問題（Burawoy 2005: 6-11, 15）。在此意義下，他反省批判社會學可能：「有其朝向內生宗派的病態趨向，亦即形成不再對專業社會學或公眾社會學所注入的價值提出嚴肅介入的教條社群。」（Burawoy 2005: 17）相較於此，公共社會學朝向公眾議題與興趣開放，持續對話，其關鍵在於：公眾是持續創造與轉變中的多種群體，並非固定不變，因此具體方案可能是投入與各種公眾對話並學習。例如普及社會學、介入社群的有機知識份子，以及社會學家作為政治生活的一員、教育學生作為一種公共對話等（Burawoy 2005: 7-8）。藉此，社會學才能持續學習而成長。

第二，Burawoy (2005: 22) 更提醒非美國在地的社會學者，思考各地差異、地方化美國社會學。他說：

雖非出於實作者的陰謀或意圖，美國社會學成為世界霸權。因此，我們有獨特的責任要地方化我們的社會學，將它由普遍性的高台上拉下，並承認它有獨特性與帶有國家權力。我們必須再次與各國社會學發展對話，承認它們的在地傳統或它們希望本土化社會學的理想。

這個警示非常重要。因為，這意味著社會學批判同樣不必然有普遍性，往往帶有美國獨特性，甚至特定的國家、權力旨趣。因此，如何更新各地批判議程，顯得更為迫切。

如果說公共社會學與其反省是原則性主張，Erik O. Wright 的真實烏托邦 (real utopia) 倡議，則具體示範個案如何啟發批判。Wright (2015: 165-208) 由馬克思主義立場建立的「社會主義羅盤」(socialist compass)，經由診斷現實、評估替代選項，以及提出轉型等步驟，跟隨各種制度創新，描繪如何微調現有資本主義權力與不平等結構，分析各種真實烏托邦的另類方案。他指出：

第一，真實烏托邦的概念，是逼近讓世界更好之實際行動方案的一種途徑。想改善世界，透過減低傷害的改良式改革是一種方法，而透過真實烏托邦則是另一種；在真實烏托邦裡，我們試著在當前這個世界中打造新的制度及關係，這也預示了我們想實現的未來世界藍圖。第二，真實烏托邦是一種思考如何爭取社會正義的方式：真實烏托邦的努力試圖拓展特定社會空間，以便讓那些預示未來的解放性替代方案，能在其中萌生並蓬勃發展。從長遠來看，策略性的願景是，拓展這類空間具有侵蝕支配性制度之權力及重要性的潛力。(Wright 2015: 29)

Wright 由現實處境與案例中更新批判議程的目標與本文一致。第一，基於釐清在地批判的大方向與原則，Wright (2015: 166-203) 重新界定作為目標的「社會」(social)。他認為單以資本主義與社會主義的二分對立，已經不符分析需求與現實。因此，他由權力、所有權制，以及國家、經濟體及公民社會的特質，區分出社會主義、資本主義、國家主義與各種社會次類型，定位不同制度變革的結構影響與可能性。

第二、Wright 以個案來釐清批判藍圖的可能性與影響。例如，在結合國家與經濟面向以達成社會賦權改革的討論中，他以 1996 年加拿大魁北克老人居家照護作為案例指出，當面臨療養院與退休社區制度可能破壞社會網絡時，加拿大政府改由規劃社會經濟專案方向，依照家戶收入差異提供補助，再由使用者購買各種居家服務，並形成融合現有資本主義居家服務（由私人公司提供）與另類組織服務（由各地的非營利與合作社提供）的照護產業模式。其中的另類服務除了對使用者社會賦權外，融入服務者、使用者、社區代表等的組織方式，也有助於服務者保有勞動條件控制權 (Wright 2015: 271-280)。

第三，Wright (2015: 377) 由現有方案探索多元轉型策略。例如，他指出無論是斷裂式的革命、間歇式型態轉變的社會運動，或是藉由各種社會力量結盟在既有國家場域、與資產階級協作的共生型態轉變，都有其不同的路徑與機會。例如上述與資本主義居家服務共生的另類居家照護機制，雖有助於促使社會經濟基金的投資，但其結社民主的治理與組織化參與模式，也潛藏著如何銜接資本主義經濟、如何參與市場競爭，以及產生排他性等問題 (Wright 2015: 271-280)。相較於單純以斷裂式革命對抗，共生轉變策略帶有更多具體可能性與機會。

二、在地想像、方法與可能性

上述討論對於本文思考所產生的幫助，主要體現在以下三個面向。首先是從個案反思既有學科。對本文關注的醫療與社會關係來說，透過觀察個案中的實作所開放的批判想像，與醫療社會學批判不同，並非揭露醫療化過程的政治與權力，而是進入在地個案實作「對具體個案抽象化，對普遍理念脈絡化」（Bijker 2003: 448），以釐清在地醫療—社會實際存在的變化過程與可能性。

其次，若批判要由個案汲取活力，那要如何做呢？如同上述案例，在此強調想像與方法。想像不是空想，而是思考架構與分析藍圖，如 Wright 的「羅盤」、「藍圖」用語，即精確點出如何從個案中汲取靈感，以重新界定與想像（例如釐清個案中的實作者的視野轉變）。Jasanoff 與 Kim（2015）則提出「夢想地景」（dream-scape）與「社會—技術想像」（socio-technical imaginaries）的概念，以釐清各種權力介入時，不同的社會—技術關係在過程中展現的多重社會存在可能性與想像力競逐。她們說：

社會—技術想像是由科技與社會實作進展所支持與達成的社會生活形式與社會秩序的共享理解所形成，是受到集體信奉、制度性穩定、公共展演視野中的可欲未來。
（Jasanoff and Kim 2015: 4）

儘管 Jasanoff 與 Kim 的討論環繞著科技政策與治理議題，但她們也釐清「科技—社會想像」不是問題意識或政治議程，也非宏觀論述，不限於特定議題或目標，也不受限於政治與政策議程。她們指出這種源自社會學、STS、剖析現代性想像的分析方向，是用於解答為何某些科技與社會秩序在無限可能中獲得支

持。¹她們廣義地界定想像（力）概念：

有助於產生促成集體詮釋社會現實的意義系統；形成對政治社群的共享歸屬與依附感；提供建構與再現他者的凝視（gaze）；引導簡化與標準化人類主體的方式，以便於更有效率地治理。簡而言之，想像被視為「社會實作的組織化場域」，用於提供生產社會秩序的關鍵成分。（Jasanoff and Kim 2009: 122）

由此，在分析國家發展與政策時，她們指出國家、政策、國家利益並非不變的實體，而是要分析「這些實體本身如何在投射、生產、建置與取用社會—技術想像力時，被重新想像，重新展演。亦即，科技與政治秩序如何共同生產。」（Jasanoff and Kim 2009: 124）若將此挪用於想像醫療—社會時：

醫療—社會想像是一種由醫療與社會實作進展所支持與達成的社會生活形式與社會秩序的共享理解所形成的，是受到集體信奉、制度性穩定、公共展演視野中的可欲未來。

在正視多重醫療—社會實作的組織化場域想像下，醫療化批判或許可以由原先單純醫療與社會的二分、對立想像，改由分析不同社會—技術如何形塑各種醫療—社會性（medico-sociality），釐清複雜的醫療—社會地景（medico-socio-scape），藉此可更警覺地深入不同在地的另類秩序化模式與視野。簡而言之，如同在研究科技實作時，研究者提出「工程社會學」釐清工程實作想像社會的方式（Callon 1986），本文釐清本地各種醫療實作視野中的醫療—社會想像，如何組織化其行動關注點，以提出新的醫療社會學取徑。

1 科技—社會想像計畫網站：<http://sts.hks.harvard.edu/research/platforms/imaginaries/>。

第三，正如 Jasanoff 與 Kim 所說，想像是「社會實作的組織化場域」，因此，想像必須經由特定方法實現。因此，進一步的問題是：想像可以經由何種方法實現？如同 Wright 的各種社會賦權是藉由改變制度、物質與組織，協商新的介入空間，因此，關鍵在於如何模糊原先劃定的醫療—社會行動場域，加入新可能性。亦即，各種醫療—社會想像藉由哪些方法介入現有現實？如何在既有現實與所期望的可能性之間落實實作方案、生產特定醫療—社會性？

依此，本文將著重釐清實作方案的差異。有鑒於在各地處境下，無法只以單一方法介入，因此研究與批判必須體會不同實作如何發揮影響，不能執著於單一方法。這不但有助於研究者由實務中獲得啟發、思考現有概念的侷限，也有助於發現實務中展現的概念創新、拓展醫療社會學的批判想像力。

最後，更新批判議程需要釐清規範性。藉由釐清個案的想像與方法，本文思考如何將從中獲得的啟發用於協助精進醫療社會學，尤其是其中由想像、實作與期望交織的規範性；換言之，本文反身地思考如何將各種實作中交織的期待、效果、與批判理念帶回分析。Wright 的社會主義羅盤以多種案例作為例證，為我們展示了以下事實：當我們深入各種在地實作時，將獲得各種期望、想像與方案，因此無法以單一個案作為依據。本文試圖分析實作者提出的醫療—社會想像如何造成差異，並如何彼此影響，以彰顯此時此地醫療—社會地景中的在地規範意涵，同時，本文也不以單一個案作為在地，而是嘗試透過觀察各種在地實作想像、方案與期望之間的糾葛，在其中定位醫療社會學的批判議程與方向，期望能有助於在實務想像與方案間形成積極的正向循環。

三、研究資料

本文以下以關鍵行動者經歷為線索，探討四個案例。資料來自1970至2018年相關醫療體制變遷之報導、研究及政策文獻。此外，也使用2007年起迄今，研究者參訪全臺各地各層級院所、相關組織與活動，並與醫師、病友、醫學會及各種醫療相關組織團體之幹部、中央與地方政策參與者進行的正式與非正式訪談。

對資料解讀與引用有幾點說明：首先，這些案例並非意圖窮盡本地現實。其次，這些案例實現程度不一，但本文重點在於其醫療—社會想像的啟發。此外，考量研究一致性及訪談基本約定，本文引用皆呈現受訪者原有表示方式，主要採匿名，若因文中引用其具名之公開資訊時，除非有敏感資訊會再將需要迴避之部分另行處理，否則則維持原先方式。最後，以關鍵實務者為線索，一方面是其理念與行動密切影響組織與事件發展，另一方面，這些行動者的經歷與理念也往往代表其中的核心關注點。但當事人並不宣稱、本文也不認為整個組織或事件能化約為個別行動者的理念與作為。

四、多元想像與方案

以下釐清四種行動模式的醫療—社會學想像與方案的啟發。

(一) 以體系連結院所整合

首先，是最為主流的BS與其團隊。BS是臺灣當代許多基層醫療體制與政策改革的重要推手。這來自他的醫療化反省與批

判。BS認為他對於基層醫療的認同來自小時候看著父親擔任衛生所主任時致力於基層、預防醫學的經驗。但在臺大學習、受訓、到執業期間，他見證了當代醫療發展如何改變醫學教育與學生心態：

到了一九八〇年代已經是分得非常的細，知識累積很迅速、科技進步的很快的時候，整個教育就是朝著這個方向，……就等於「人」完全被忽略了，完全是隨著科學的知識急速、飛躍的進步……。再加上一九八〇年代我們國家開始推動專科醫師制度，……學生他從五年級開始，他的觀念就是……疾病就是專科，不是他有興趣的疾病、不是他有興趣的專科……他就不會再去投入他的興趣跟時間，這個對教育來講就是一個很大很大的一個危機。

之後，1995年健保開辦，兩千年後更導入總額制，陸續弱化公衛與基層醫療體系，形成「臺灣生活醫療化」的社會後果。他說：

病人都往醫院跑，基層醫師是單打獨鬥的，那單打獨鬥他就有幾個問題在，第一個他的知識趕不上，第二個他的力量……要照顧病人的力量沒有辦法發揮，那第三個整個政策面兩邊切割的非常厲害……，健保總額的切割，把 primary care 的基層總額跟醫院的總額兩邊切開了。

重醫療、輕公衛愈來愈明顯，……整個民眾他的健康觀念就錯了，他不去重視自己的健康、沒有把自己的健康當成自己的責任，就要去依賴醫師、要去依賴現代的醫療，健保又去鼓勵你……用論量計酬，醫師也是往這邊跑，資本主義、市場經濟再加上一個產業的發展就跟醫

療的科技結合在一起，那醫師往這一方面跑然後又帶著民眾的觀念往這邊跑，結果造成現在臺灣生活醫療化。

……醫師也是這樣，醫師……幫你多做一些檢查，他的收入健保會給付，但是你檢查的愈多你發覺的問題愈多，愈多你就愈不放心、你就愈焦慮，那愈焦慮、你就會愈去找醫師……你就不放心，整天就是在那邊一直循環就是這樣，但是這個循環你要切斷就沒那麼簡單，這個是文化、這個是社會的一個現實面就是這樣。

在此，BS 由生活醫療化批判，定位現有醫療與社會的關係：重醫療輕公衛導致民眾依賴醫療，但疾病專科化與醫療體系切割，又讓民眾不信任基層，但到醫院檢查出更多病，又更不安。

面對這樣的危機，加上當前的長照需求，BS 的願景是「在社區裡面還是能夠以家庭做一個單位，以人做一個對象」，集合多種體系重建以人為核心的醫療。他更具體地說：

我冀望是能夠幫忙未來的臺灣高齡化社會的健康照護能夠往這個方向走，就是把現在生活醫療化這樣的一個現實面能夠化解……。生老病死，從生活一直到醫療……，大家共同集合在一起，這不能夠只有靠醫療體系、靠政府，社會上的很多的企業體系、教育體系、社工體系……，以一個人為中心考慮的幫忙人的照護，從生活照護到醫療照護的體系。

也因此，他的方案是改造基層醫療。而其理想的醫療—社會想像像是藉由多體系的支持，方向則是以家庭醫師深入全人全家全社區的全人照護。要達成這個願景，其策略是由醫療體系開始推動新的健康照護模式。在他的願景中，有相當具體的規劃（圖1），而其方案逐步開展如下。

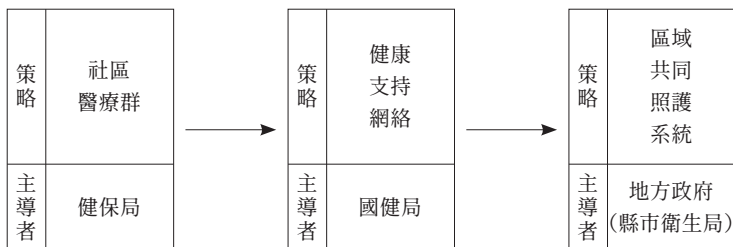


圖 1：健康照護模式執行策略（謝博生 2006：46）

首先，他由1992年擔任臺大醫學院教務長起，開始改變醫學教育。儘管當時所有同仁不看好，但他推動實驗教育，由家醫科、精神科年輕醫師協助在四年級課程試辦學制改革：將原屬於醫學系280學分中僅佔1學分的「家庭醫學」16堂課中的一堂的「社區醫學」擴大為一門課；到1998年則發展為兩階段試辦學程：第一階段在醫學系五、六年級實施以一般醫學為基礎的臨床教育，開始接觸病人；第二階段是畢業後的一年醫療實務訓練。此制度到2003年BS執掌醫策會時則擴大為「畢業後一般醫學訓練計畫」（PGY）制度，全面改變臺灣醫學訓練（吳明賢2003）。其中轉變教學體制關鍵在於改變視野：

1998年開始這個學程的時候，院內也很多老師反對，他們說現在醫學知識增加的這麼快，七年都不夠……現在還需要八年、九年了，你還反而把他縮短成六年……你是頭殼壞了嗎？但是我的看法不一樣，……如果要以科學知識跟技術，……一輩子都不夠……。但是……我是要「人」，你對一個人的關心、對一個人的關懷、對一個人的瞭解，然後去解決這一個人的健康的問題、疾病的痛苦。這不需要所有的科學知識跟技術，你只要對人能夠瞭解、能夠有那一個同理心，能夠有那個關懷的一個人格……。

其次，是改變醫療體系，充實基層能量。1995年起，臺大與省立桃園醫院合作，開始連結以臺大為一級、省桃為二級、到觀音鄉衛生所的三級醫療體系。上述新制醫學教育訓練的學生實習與發展，由臺大總醫師到桃園擔任主治，再往社區延伸，則成為支持這個體系的力量（圖2）。1999年921震災後凸顯基層醫療弱化問題，因此，臺大家醫科在鹿谷鄉基層診所建立「以社區為基礎的醫學教育」，建構「以社區為基礎的醫療體系」，並連結慈山社區醫院及臺中澄清醫院建立南投體系（邱泰源、陳石池2003）。

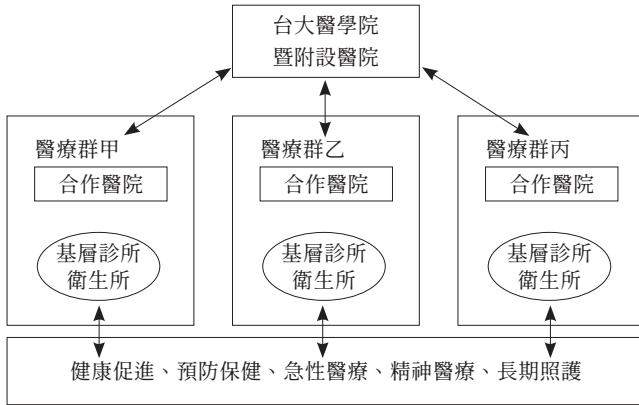


圖2：臺大醫院體系示意（謝博生 2006：96）

進一步，當2003年SARS危機更進一步暴露基層醫療與公衛體制脆弱時，BS建議健保局推動「家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」（醫療群）與「社區公衛防疫計畫」（公衛群），並結合文建會的社區營造與內政部健康營造累積的力量，將臺大經驗複製到全國各地醫療群（謝博生2006）。一方面，BS認為，醫療群有助於整合醫院與民眾生活的共同照護網絡（謝博生2006：111）（圖3）；另一方面，他也指出必須整合人力與體制，才能建立基層力量：

整個社會的變動以及這些相關的醫療政策的變動，跟這些人才培訓的教育以及需要改變的現況整個結合在一起才有辦法……。之前各做各的，……基層醫療他看病，衛生所……就做衛生政策，兩邊也沒有什麼連結。在社區裡面的醫療健康跟社區營造這邊也沒有什麼連結，因為那個時候社區營造是有另外的重點……。

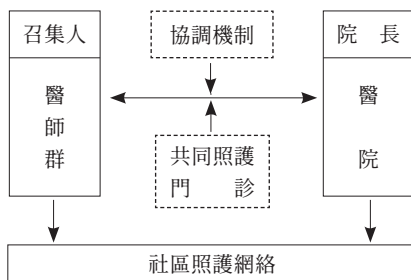


圖3：共同照護網絡（謝博生 2006：111）

這些方案並非只是直接落實 BS 的理念。而是在各種發展過程，BS 與長期合作團隊「臺大醫學院全人全家全社區照護推展執行辦公室」以及家庭醫學會相互激盪而擴大發展方案，也因此，這些方案目前也成為家庭醫學界推動家醫體系的重要元素（圖4）。

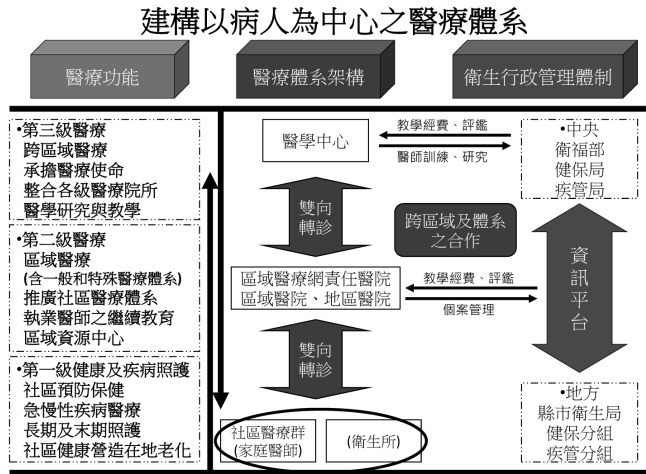


圖 4：家庭醫學會的構想（邱泰源 2012：14）

最後，是由政策主導體制轉變。2003 年接任醫策會董事長，BS 更進一步嘗試改變體制。首先是整合醫療評鑑，他將原本三層級的醫院評鑑整合為一體，藉由改變規範，使過去與醫院疏離的基層健康照護、慢性病照護等面向開始結合。其次，他也積極推動基層整合，例如 2006 至 2007 年他試圖以衛生局為主力，在彰化推動「區域共同照護試辦計畫」。但最後因為給付問題，基層醫師意願不高未能成功。

迄今，BS 認為他由過去的失敗經驗瞭解到改革不能由上而下，必須由下而上，才不會有太多實務阻力。因此當 BS 在 2012 年擔任臺大醫院景福基金會董事長後，他選擇改變策略，於 2015 年重新推出「以體系為基礎的共同健康照護計畫」，並由金山、北市聯、敏盛、歷新、澄清、秀傳等校友醫院體系為基礎，主要以各醫院體系之架構，在全人醫療的方向下推動整合式照護體系（楊弘仁 2016）。

此案例呈現行動中的醫療—社會體制的競逐過程。面對生活

醫療化趨勢，BS 與其合作團隊持續以各種計畫與方案創造新機會。這些計畫的影響範圍與影響程度不一，但從臺大醫學院、臺大家醫科，到家庭醫學會、健保局、醫策會、景福校友會與各醫院體系等，都是透過聯合臺灣醫療體制的主要行動者，由體制核心發動的改變。我們可以說，臺灣當前多元基層醫療方案的面貌，即是在 BS 團隊之介入與既有趨勢的拉鋸之間所形成的。

儘管由體制核心發動的方案，具有相當大的能見度與影響，但在落實上仍會因經過層層改變而成效不一。有些方案相當持久且範圍廣大，如健保 2003 年起試辦的「家庭醫師整合性照護計畫」，迄今全國已有五百多個醫療群，涵蓋四千多間診所、共收案四百多萬人；有些方案則規模小且不持久，如彰化執行「區域共同照護試辦計畫」，兩年就無以為繼。這些行動，與其他方案一樣，遭遇各種牽制與挑戰，包括：主事者意願、²制度設計、³法令侷限無法改變制度、⁴計畫用意無法實現、⁵及法令無法落實等困難。⁶

因此，不少基層醫療受訪者並不看好這些體制改革。較悲觀者認為「都是做做樣子」，較積極者則評論「立意良善，但做不到」。儘管如此，在實務上，卻仍有不少以改善基層醫療作為職志者，相當積極地投入心力。但無論如何，就 BS 的努力而言，由「全人」目標，介入教育、院所與政策體制，最後轉為以醫院

2 如近年政策主事者之中，只有涂醒哲、邱淑媿擔任衛生署長時，試圖推動以家庭醫師為主的給付體制改革和基層診所評鑑。而涂醒哲在擔任立委時將此家醫制度納入《全民健康保險法》修法（即俗稱二代健保）第 44 條。最近一位是李伯璋健保署長推動下轉基層的努力。

3 如基層與醫院總額的切割、給付差異，以及基層對核刪制度、家醫群與醫院合作的疑慮。

4 如《醫療法》只規定醫院評鑑，但並未涉及診所。國健局曾經試辦基層評鑑但遭到強烈抗拒。

5 如家醫群計畫長期試辦，許多參與者表示只是「領錢」、「玩假的」。

6 如健保法第 42 條的論品質計酬、第 43 條的不經轉診的部分負擔比例、第 44 條的促進預防醫學、落實轉診制度與家庭責任醫師制度等理念。都在現實考量下，被加入「為原則」、「由主管機關定之」等字句而懸擺。

體系整合作為實現共同健康照護的策略，程度不一地實現了不同於既有醫療化批判脈絡的在地醫療—社會樣貌。

（二）以教育連結社會改造

第二個模式同樣提出醫療化批判，但不是由體制核心，而是以改變資本主義政治經濟體制為目標，繞道公衛的社會教育。MS是本地少數以左翼政治經濟批判為研究取徑的公共衛生學者，她的醫療化、市場化批判，與現有國際醫療政治經濟學批判相當契合，而MS也相當推崇同時身為醫師也是批判美國與帝國主義醫療化的左翼醫療社會學者 Howard Waitzkin 結合理論與實作的學術取徑。在這種架構中，問題根源在於政治經濟體制，醫療只是末端結果。

因此，她認為當前臺灣醫療體制問題在於市場化、商品化的醫療化，與去公共化的知識，而問題根源則指向政治經濟體制。因此，她結合草根行動思考，希望落實批判教育以尋找轉變機會。學術上，她認為臺灣主流公共衛生學術過於個人化，缺乏政治經濟學思考，失去公共性（陳美霞 2003a），加上醫學院教育的專業侷限，更使得根本的問題無法被呈現，而大學內更因為升等、評鑑制度窄化，不利公共知識份子發展。這都使公共衛生由早期如陳拱北教授的公衛實踐精神，越偏向行為科學與模型分析，很少關注根本的政治經濟學議題（陳美霞 2002）。在公衛體制上，就整體層面而言，她意識到臺灣早年建立的公衛體制受到市場化、商品化與醫療化的政策趨勢逐漸失能（陳美霞 2011, 2012），就在地層面來說，身在南部大學的她分析因體制失能造成臺灣南北健康不平等，必須由社區民眾自我賦權，發掘背後社會、政治、經濟因素，進而發聲、改造公衛與醫療體系（陳美霞 2005）。

這些診斷讓 MS 在 2003 年的 SARS 疫情中，積極落實以社會教育為核心的行動。這起源於 MS 投書「公衛體系廢功，如何防煞」的報章評論引起迴響，並獲得相當支持。由此，她結合公衛、社會與醫護學者及各界人士，以及當時已成形的社區大學網絡，參與公衛群計畫，以知識公共化的共同理念推動「公衛教育在社大」方案，藉課程形式訓練種子師資、組織學員推動社會實踐。進一步，2005 年禽流感危機時，她們以「社區即教室，客廳是講堂」精神，推動社區防疫網計畫。這些由下而上、以公衛為主體的社會運動，都是希望藉由改造現有體制下的行動者成為種子，進而以集體力量發揮作用（陳美霞 2003b, 2004）。MS 以「萬里長征、集體創作、創造歷史」描述此過程：

剛開始的時候種子老師熱情得不得了，而且非常有理想性，……思考我們做這些意涵在哪裡……，對臺灣人民是不利的那需要改，那怎麼樣來思考……做政經的分析……。我也開始跟大家講……這個不是很容易的一件事，但是這個對我們人生是有意義的，我們在做對的事，也需要很長的時間……是漫漫長路……，這個「萬里長征」很難、不是那麼容易，而且我們要達到這樣的一個目標的話，一定要集體創作，……，分析很多之後我就說，……你們做出來的話，你們是在創造歷史……。

歷經數年，這個計畫經由成立各區聯誼會累積數千名種子師資，但也因為成員過於廣泛與多元，導致協調困難。因此，MS 在 2008 年更為組織化集中能量，正式成立以領導者培訓為目標的「臺灣公共衛生促進協會」。迄今，此一協會持續以承接各種醫療衛生研究案為方法，組織各地推動改變（圖 5）。MS 總結其努力：

我從大情境（社會）跟小情境（學術）都在希望……拓展空間。整個的主軸……一方面有這個專業，但是另外一方面也融入對社會的批判……。……馬克思講那一句話是非常對，就是……人創造歷史，但是在結構限制裡頭來創造歷史，所以不是那麼容易……。人民創造歷史、勞工創造歷史，也是在這整個限制之下，甚至包括意識形態。所以就這樣子慢慢帶……。

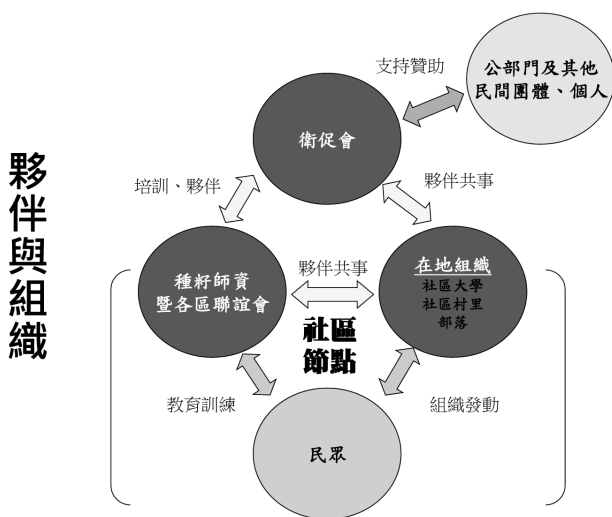


圖5：衛促會行動架構（臺灣公共衛生促進協會 2017）

由此可以看出，MS 的醫療—社會想像根植於宏觀的政治經濟學思考。儘管目標宏大，這種想像卻落實為無比細緻的教育方案。在連結公衛與醫療、疾病議題時，她們希望發展各種基層團體以深入社區，以利在第一線將已被化約到臨床衛教的疾病，先脈絡化為人的需求，再回溯為體制問題。因此，其方案是由草根教育轉變政治經濟體制。以執行公部門委託的「氣候變遷與慢性病」計畫為例，她們由養生議題切入，進而教育民眾進入體制思考。幹部 TL 說：

講公衛在社區是比較生硬，所以我們會轉換……譬如說在社區大學裡面，就轉換成民眾語言就說，我們來講健康的事情……那你在意什麼？

……大部分的民眾很關心的還是個人，最關心的、最容易凸顯出來的是他對個人健康議題的追求……。譬如說現在慢性病幾乎是 10 個國人 8 個都有嘛，……那談慢性病怎麼談？……能夠除了傳統的個人衛教之外，再有更多的分析，跟他一起分析……為什麼我會得慢性病？為什麼我現在必須要擔心這件事情？……比起教他個人養生保健……臺灣社會完全不缺乏這個資源（略，電視、醫生、衛生所都有），但是缺的是什麼？是瞭解導致我這個健康問題背後的原因，那只有改變那個背後的原因，……就是資本主義社會這種發展帶來的全面性的災難。

……健康所有問題，只是最後的出現在我們個人生理上的一個結果。所以我要瞭解我這個疾病、認識我這個疾病、甚至改變這個疾病……，因為氣候變遷相當的政經，政治經濟學的分析就可以進場了。

這種教育取徑也反身性地應用於改造行動者。衛促會幹部 YY 清楚區隔倡議、運動與教育三種改造取徑。他不但非常重視對於組織成員的成長與教育，並明確定位行動不只是為了達成目標，更是藉由工作過程進行教育。以公部門為例，他說：

公部門他不是鐵板一塊，我們甚至於有點透過這個過程……改變公部門、找公部門有理念的人可以跟他們一起連結。而且我們也認為公部門的錢他是人民的納稅錢，它是應該為人民所用，所以我們去接這個計畫是議題跟我們相關。但是我們又可以用這個錢來做我們想要做的

論述跟理念的工作，所以我們就採取這樣策略去做。
……我們希望跟資本社會的媒介是更多連結性的，而不是一開始就很對立這種狀態，就有點就這樣子「轉」
……。

……做這樣的工作其實就是「人」的工作，跟他的關係是改變，而不是就他是公部門、我是衛促會……。我覺得這就是在做社會改造。

在此理念中，與體制的關係不是對立，而是在實作如何「轉」出多樣連結。這凸顯 MS 的團隊與既有醫療化批判既一致又不同之處。一致之處在於，這些都強調要改變現有醫療，必須深入結構脈絡與原因以解決問題，甚至，都同樣指向資本主義政治經濟體制。不同之處在於，政治經濟取徑的醫療化批判往往以高度結構化、體制化 (already regime) 的醫療與社會關係為前提。然而，正因為 MS 的團隊不只是希望解釋，還要改造既成整體體制，因此，面對在知識上與實務上已物化為社會事實的既成體制，她們不能只是對立，而必須經由貼近實務教育的「轉」，對行動者進行改造，才有機會轉變 (Callon and Latour 1986)。作法上，她們認為這必須因民眾、自身等各種行動者對醫療的興趣與差異，發展教育方案。因此，儘管視野上能夠省略實務細節而發展批判論述，但在實作上卻需正視、介入細節發展更多實務創新，才能轉化、連結體制的不同面向進而加以改變。這是 MS 以體制批判作為目標，經由醫療與公衛途徑，強調必須將理念落實為各種細節轉變的行動方案。

這種務實策略有跡可尋：挑戰政治經濟結構是萬里長征，而由公衛與社區教育途徑匯集的廣大種子行動者，卻難免因例行化、組織鬆散與互動因素而失焦。同時，團隊雖帶有濃厚的左翼色彩，卻非選擇從事左翼團體常見的勞工運動，而是進入醫療場

域，其在社會教育的途徑上也與本地醫療社會運動的主要倡議動員模式不同。因此 MS 團隊長期在資源拓展、團隊組織與長遠目標推動間，費心保持平衡。主要心力則堅持以無比細緻的教育方案，落實著挑戰既有資本主義社會政治經濟體制下的另類公衛與醫療。

千里之行始於足下，MS 團隊十餘年的實踐，接近 Wright 真實烏托邦意義下，侵蝕資本主義的公衛介入。解放公衛知識會從民眾養生興趣切入，為政治經濟學鋪路。而要改造資本主義社會則要先放下對立，由改造志工、公部門的教育工作開始。當然，由於其理想性濃厚，過程中不免充滿挫折，且因其獨特取徑，有時也顯得勢單力孤，維繫不易。但整體而言，MS 與其團隊以社會教育結合草根組織，挑戰醫療—社會政治經濟體制的模式，不但為左翼公衛理想累積在地的實踐模式與批判藍圖，也為本地醫療社會體制拓展另一種醫療—社會想像空間。

（三）以計畫連結社區願景

相較於 BS 與 MS 都是在臺灣社會重大歷史時刻介入，兩者批判策略與動員能量也是以全國為範圍，但這是少數案例。多數案例是在各種機遇中形成其關注，並逐漸拓展方案。例如，活躍於拓展基層社區醫療的 DR 醫師在數年參與過程中，慢慢形成方向。他回溯說：

這個全方位的健康……醫療衛生是其中一部分而已、它絕對不是一個全部，它可能會有其他的面向要一起去關照，它才會變成是一個健康的這個 outcome 的可能性。這個我自己算是很幸運，因為有很多東西都是自己參與了以後，那後面慢慢的關心這個議題，那有機會再去想說這個到底怎麼一回事？那背後還有什麼東西？

DR 指的參與，是過去數十年臺灣社會與醫療變遷的過程。一方面，類似 BS 的觀察，DR 在 1986 年開業之初，看到臺灣當時醫療技術、診斷工具與藥物都急遽改變，加上當時開始實施專科醫師制度、醫師數量增加，且政策面開始醞釀全民健保。DR 那時意識到與醫界同行開始加速競爭，因此，他改以合作出發，發起「厝邊好醫生聯誼會」與附近醫師定期聚會，並藉由不同專科互補合作，轉診病患。由此基礎，在 2003 年 SARS 危機時，他們不但加入健保局推出的家醫群計畫，DR 也因為其社區營造經驗，參與社區防疫計畫。後來，因為其醫療群計畫運作佳，DR 成為該地區五個群的總召集人，並代表基層與當地合作的醫學中心協調，奠定其聯繫與整合水平及垂直醫療的經驗。之後，當 BS 主持醫策會擴大辦理 PGY 計畫時，DR 也參與協助建立社區實務課程的訓練場域。近年他更開始在深入社區需求的趨勢下，投入先驅的「在宅醫療」計畫，持續拓展基層醫療的可能性（洪德仁 2015；洪德仁、白裕彬 2008）。

另一方面，以長久累積的鄰里與醫病關係為基礎，1994 年 DR 因緣際會參與北投溫泉公浴場保護的兩波陳情，並進一步參與成立北投文化基金會。古蹟保存運動過程，引發 DR 開始思考這些行動的後果與意義。他說：

我就會去想這是我們要的嗎？那它如果這樣子出來以後溫泉旅館又統統回來，那這些惡質的溫泉旅館會不會把以前的色情文化也帶回來？所以我們到底是在為別人做嫁，然後傷害自己？還是應該要往怎麼樣去追求？……我們自己要的東西是什麼？

數年後這個思考有進一步進展。當年 DR 閱讀日本文資與社區營造學者西村幸夫的「故鄉魅力俱樂部」，並在 2000 年拜訪書中記載的小樽運河保存運動推手峰山富美時，獲得重要啟發：

她告訴我一個對我影響很大的……心之所在就是故鄉。那第二個她告訴我，回到平常的生活才是重要。所以這兩個東西對我有很大的影響，我知道我們做所有事不是為了所謂的產業、也不是為了一個溫泉文化的振興，而是這一些所有東西如何讓我們的生活更加地健康、生命更加地豐富。

這個經驗直接促成2001年北投基金會提出以健康為共同願景的北投社區憲章（圖6）。DR說：

「健康的北投」這個願景……，都是跟生活城市有關的，所以那個目標就是已經超越那個醫療。那可以做的事情其實是整體的面向，所以我們怎麼去定義這個東西，……讓社區的事就是我們關心的事。基本上，這些東西是可以跟健康的定義又扣合，因為健康（面向很廣），……一個是我最熟悉的這個醫療服務，那往後它有失能、殘障，我們失能的限制，復健跟現在講的安寧，在宅醫療安寧這個是往後端，前端有什麼？預防保健，對不對？預防，那更前端呢？健康促進，健康促進就是你生活情境的一個總營造。

……有這樣的一個認知以後，其實它就很清楚了，你做任何事情都有機會扣合到……，這個整體面向的某一個地方，那向前向後都有它可以繼續延伸的可能性，甚至有跨領域互相合作互動的可能性。

北投憲章2.0
邁向健康快樂城市
願景、學習、行動、品質

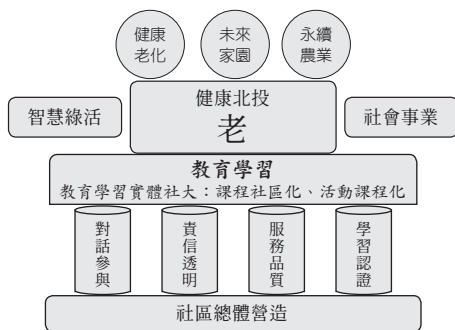


圖6：北投憲章2.0願景（財團法人台北市北投文化基金會 2011）

在體認「健康是全方位環境的結果，醫療是其中一環」下，DR 以社區的共同生活連續性納入醫療，其實現方式則持續以社區共同健康願景為方向，多元參與拓展社區健康營造的計畫。包括北投基金會2003年接辦北投社區大學、2004年協助成立北投社區發展協會理事長聯誼會。近年 DR 更以該地經驗積極參與全國社區營造及官方健康政策推動。他不但協助政府參與國際推動臺灣健康城市聯盟、健康學校、職場與醫院競賽與相關健康促進政策（臺灣健康城市聯盟 2017），更代表臺灣參與國際健康城市聯盟（Alliance for Healthy Cities）並創設臺灣分會（洪德仁 2015, 2016）。他希望這些競賽能激勵地方政府，凸顯各地方方案成效，促成全國健康的改變。

由此，我們看到 DR 的醫療—社會想像隨著參與醫療計畫與社會運動逐漸擴大，由一開始關心同業間的合作，連結到社區營造，再反思「我們要的是什麼」，起初以落實社區意識為關注核心，進而拓展為全國與國際參與。這些社區健康營造方案在落實多元醫療與社會連結上，呈現相輔相成的交融。以2005年基金會推動「北投社區健康關懷計畫」為例（圖7），他們依各里強項

發展實作：東華社區的洗腎患者在關懷協助下成為服務長者的志工；東華社區、福興社區根據長者個別健康需求客制化餐食並說服業者提供優惠餐點；奇岩社區發現當地長者慢性病患居多，因此邀請當地醫學中心營養師提供循環菜單，而該地社區關懷站在家訪後更進行慢性病統計、個案轉介與追蹤（洪德仁 2007：31-41）。

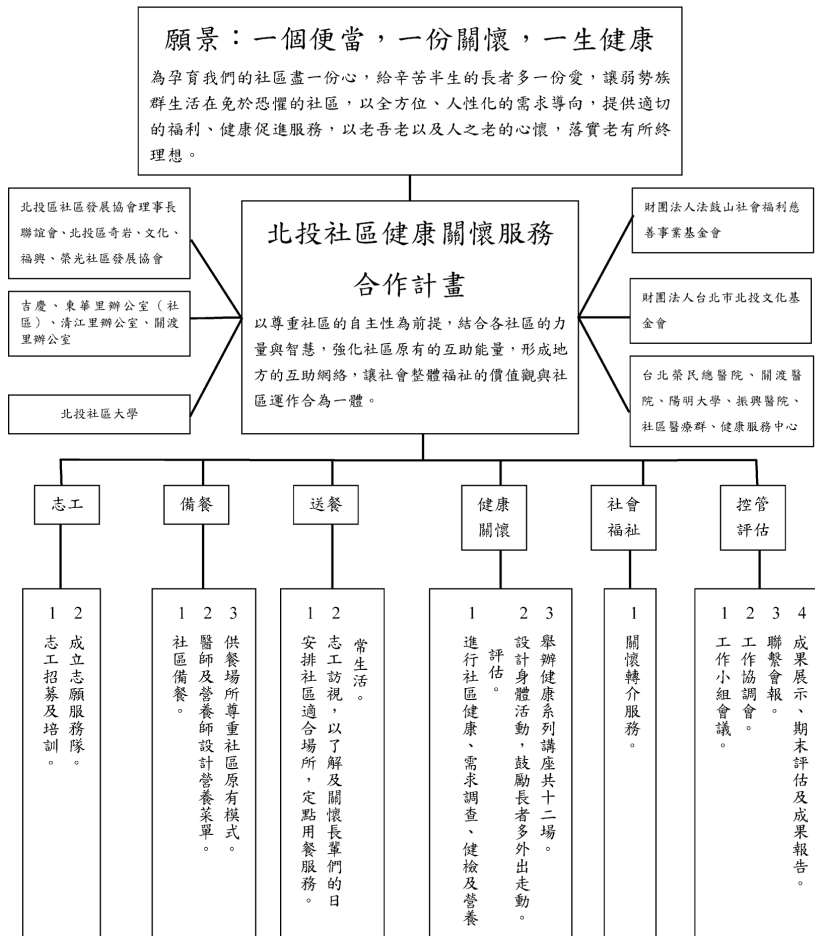


圖7：北投健康關懷服務合作計畫架構（洪德仁 2007：35）

整體而言，DR 在這些計畫參與及執行中逐漸定位與落實其醫療—社會想像。一方面他由診所內擴大為社區診所間，進而推動醫療群的垂直與水平連結，企圖結合社區與醫師們的力量「走出診間看到真實需求」（洪德仁 2015：25）；另一方面他由文化、醫療到整體社區健康，再由社區擴大到城市，藉此，他不但呼應當前高齡、生活型態為主的廣大慢性病社區醫療需求（洪德仁 2011），更在拓大關注健康城市的推動時，讓各地改善方案更容易被看見。在這些新的想像與方案中，民眾不再是生病後才被分類為診間的個別疾病，而醫療照護也不只針對個別指標性項目，而是希望由社區與城市端的生活過程，由下而上，更為全面地進行預防與照護。

儘管 DR 的成果看似獨特，但事實上，DR 並非個案，他是 BS 所推動的計畫中，當前五百多個社區醫療群、四千多個參與院所之一，也是眾多社區營造據點之一。儘管 DR 與其團隊表現亮眼，但在此，關鍵在於各團隊在不同在地機緣中所發展出的特定想像與方法。DR 的團隊在此展示了其中一種想像與落實途徑，同時也是少數持續擴大者，當然，還有更多其他模式有待探索。在第三種模式中，DR 並非由根本的醫療體制批判出發，而是因緣際會地學習以「社區要什麼」為支點，由社區意識重新想像醫療，逐漸由鄰里、社區，乃至城市，落實並擴大方案。

（四）以故事連結在地理解

本文舉出的最後一種模式，來自於一個試圖更加貼近在地的方案：成立於 2014 年的嘉義市社區醫療發展協會。該協會的主要推手之一 ID 是在一連串因緣際會中，開始探索社區與醫療的關係。起初，ID 因為有親戚訴諸另類醫療解決西醫無法解決的疾病，而受到啟發，加上他在碩士班修讀公共衛生與醫療社會學課

程，反省現有主流醫療知識與文化限制後，感受到醫療必須貼近社會需求。後來 ID 更在參與 MS 團隊的社區大學公共衛生教育時，對社區樣貌更有進一步的思考。他發現：

社區大學怎麼會都是同一群人？……就是退休的老師、可能有錢有閒的，校護退休的，就是這些知識能量比較高的人，他才會用他退休後的某一段生活去社大再繼續進修……知識含量比較高的課程。我覺得這個就不是社區了，這跟我們想像的社大……或者是某一個社區發展協會在社區裡面應該有的功能……你去培育那個志工應該有的社區功能是有距離的。因為這個人回去是分散的，他不必然是在某個社區發酵，但是他為了得到某些知識才來社大……。

與其寄望這種過度同質，卻實際在社會上分散的參與者回到各地發揮作用，ID 認為應該改變作法，直接進入社區。因為「社區教育……應該要 for 社區，而且被啟蒙的人就是要那個社區的人，我們是去做一些事情來 empower 他們能夠在那邊發酵。」⁷

這個想法在後續經驗中不斷確認、累積。例如，ID 在海外的醫療替代役經驗體會到，許多援外醫療的行動醫療團模式，只是把「醫院搬到鄉下」、複製醫生在診間看診的作法。然而，這對更為偏遠、無法出門求診的病患仍無能為力。之後在醫學中心工作時，他將這些經驗轉化為教學與工作坊，並結合當地大學社會學系團隊，以敘事醫學、質性研究方法的課程形式，帶領院內實習醫師與各領域醫護，從社區探索新的可能性。這包括他在醫學

7 ID 的觀察也呈現 MS 團隊後來轉型的部分原因。不過 MS 團隊仍對 ID 有相當影響，例如他在定位其後來參與成立的協會時說：「『從在地出發回歸在地，從社區互動增能社區』是我們目前的最大指導方針，當然也更期待有更廣泛的資源整合與合作。在臺灣，具公醫精神的醫療體系之具體實現也許還是一個萬里長征，但萬里之行始於足下，從能做得到的地方開始做，從能實踐的策略開始實踐，長遠看來，將會為這塊土地長出另一個新興且足以與當前醫療商業化氛圍抗衡的草根力量。」（劉懿德 2014）

中心的國際醫療團帶領實習醫師走出診間，進入當地社區，以瞭解醫療只是末端，而資源匱乏地區更迫切的可能是根本的公共衛生需求。ID 試圖讓實習醫師瞭解，必須先理解當地的歷史、社會與文化脈絡，以及由社區中的「key person」獲得社區需求資訊，並同理「現場的人」，才有機會解決問題。⁸

之後，當他轉職到嘉義一家診所，規劃診所發展方向時，也同樣帶著深入社區的視野重新定位醫療。ID 瞭解診所業務時，也開始重新想像醫療與社區的關係：

我第一次看他們診間那個衛教……是真的覺得有些問題真的蠻大的……他那個衛教……叫那種願意來上課的，坐在診間裡面聽 2、3 個人，我說那衛教這個計畫……給錢請一個講師來做這個衛教很沒意思，但他們也想不到辦法……。

之後我就開始去想說……這間診所如果它的角色就叫作「社區診所」，這間藥局它的角色就叫作「社區藥局」，如果老板也是這樣認同自己的話，我們應該做一點社區的事。這樣的課程它不應該只鎖在一個診間，因為你照顧的患者是糖尿病患者，但是是以社區為導向的，是我這個社區診所照顧的糖尿病患者，那就是要 for 社區……這樣而來的。你在這個社區照顧的糖尿病患者會有更多被納進來、被你照顧到，那這個社區診所的完整性會更強，不會是一個很簡單的開業診所就駐在一個點，然後好賺錢……。

ID 認為現有基層醫療中無效與同質性的衛教現況，源自於以院所為主的醫療與專業的侷限。因為這些限制，導致基層醫療只

8 例如東南亞偏鄉高血壓多，是因為當地颱風多，導致新鮮蔬果少，加上基礎建設不佳，民眾負擔不起電力與冰箱，多食用醃漬食物，導致高鹽飲食。

是以醫療的方式嘗試理解社區，但 ID 認為應該是倒過來，以社區的在地生活型態去想像醫療。這是在 ID 經由多元探索經驗的累積所發展出的醫療—社會想像之下，重新界定的社區診所與衛教方案。由此，他向院長提出以社區發展為主，醫療只是其中之一的推動方案，獲得了支持。

沿著此一方向，ID 更在不久後結合當地大學社會系、文史團體與過去合作的醫護團隊，籌組地方協會，擴大能量。此一協會也是以深入社區，反省既有基層醫療的方向出發，其目標則是更擴大為與社區一起進行對社區（與其醫療）想像的重構。ID 在協會刊物創刊時介紹說：

如果醫療資源都一樣，甚至醫院的資源都比診所完善，那基層醫療回到社區的目的是什麼？而營造指的又是什麼？答案很簡單：是「人」！而且是全人的關懷與照顧。或許有人會認為簡單的資源整合並提供保健醫學知識，就是基層醫療的社區工作。但融入在地人文之後，會發現醫療資源只是蹲馬步階段而已。社區生活的面向不是只有以醫學導向的想像，而是與社區一起創造整體生活的幸福感，或許作為社區健康守護者，其責任感就應該要有如此的深度。（照安醫藥 2013）

表 1：社區衛教行事曆（嘉義市社區醫療發展協會 2014）

第一季	四月	五月	六月	七月
福民社區發展協會	4/24（四）	5/22（四）	6/26（四）	7/24（四）
主題	膝關節之最新治療方法 賴旻信醫師	帶狀疱疹的風險與預防科技 劉懿德經理	併服可以嗎？淺談如何正確使用中藥與西藥 照安藥師群	從空污問題談環境污染與健康之相關 余尚儒
西平社區發展協會	4/25（五）	5/23（五）	5/23（五）	7/25（五）
主題	膝關節之最新治療方法 賴旻信醫師	帶狀疱疹的風險與預防科技 劉懿德經理	併服可以嗎？淺談如何正確使用中藥與西藥 照安藥師群	從空污問題談環境污染與健康之相關 余尚儒
新西里里長辦公室	4/22（二）	5/20（二）	6/24（二）	7/22（二）
主題		帶狀疱疹的風險與預防科技 劉懿德經理	併服可以嗎？淺談如何正確使用中藥與西藥 照安藥師群	從空污問題談環境污染與健康之相關 余尚儒

在這種想像下，根據參與成員的興趣與專長，協會一開始訂定的目標就不限於醫療，而是更廣泛地關注社區民眾的健康，朝在宅醫療、食安、空氣污染三項主軸進行（表1）。ID 對這三項主軸的想法是：

公衛的跟社區樣貌的這個結合，社區營造、公衛主題、社區醫療，就圓滿了整個社區醫療發展協會的全體面向，它有社區、有醫療、有整個公共面向，屬於一個公共組織在推的一個關心的主軸。

在此精神下，為深入社區，他們積極地由社區的角度重新思考推動方式。以空污為例，他說：

我們長期在社區裡面去做討論，我們發現有一些語言真的是……講PM2.5他們也聽不懂，你又說一些專業語言他也聽不懂，肺炎是甚麼？就肺炎……，民眾的肺炎和醫生的肺炎不一樣，真的……他們的肺炎就是感冒而已，醫生的肺炎有分嚴重的、什麼菌感染的，所以你跟他說肺炎，你如果沒有跟他講清楚一點，反正都是肺炎，就像流感和感冒有什麼不同、就都是感冒啊……這有這樣的一個認知差異。

講PM 2.5，開始我們就在設定這個東西怎麼到社區去讓大家知道？SR（醫師）跟我說這件事情很重要，因為他知道彰醫盟這一塊他們已經有一些research，已經其實早就證明這個事情……，我說這個這麼重要，我們嘉義怎麼都沒有人在講？

……那時候SR在診間發現很多患者長期過敏……吃藥吃不好……，他就教患者戴口罩就好了、不要吃藥，……這個患者過了一個禮拜後才回來，……說醫師我好了，是戴口罩。……這就是公共衛生……就是不要吃藥，但是你回到生活去檢討生活的樣態跟型態產生的問題造成了這個疾病……。這個東西要把它再往外推，把它變成是我們嘉義市社區醫療發展協會的主軸重點在社區裡面廣泛推動。我就開始找我們配合的國中小，然後去找嘉義市政府，去環保局……。

之後，當年適逢選舉，當地政治人物主動接洽該協會，後來並結合公部門力量，由協會結合社區巡守，設計巡迴教育宣導，發展為地方政府空污警報旗制度。這個臺灣首例，迅速成為各界矚目的典範。

這種貼近在地的方案儘管細緻，卻是ID長期權衡醫療化、

醫療專業、醫療管理主義批判與社區賦權的結果。ID 以「發展主義夾縫中的醫療實踐」定位協會的實作：

有一次在社區衛教結束時，民眾跑來問：「你的意思是要我們少看醫生多關心自己的生活環境和生活習慣嗎？」我猶豫了一下，約略是這樣回答的：「社區的大家一起透過參與的方式，讓自己增長基本的健康知能，當然就會比較知道未生病時，該如何生活比較有益身體健康，環境安全或飲食方式如何比較有益身心健康，但真的感覺自己不舒服了，還是要到社區診所去找一下你的家庭醫師，……千萬不要自己當醫生或延誤病情囉！」

其實，我不知為何有著一種不安，從內心自發的反省，到底這樣說對不對？……也許這樣反而也成為醫療專業主義的倡議者，或是醫療化論述的推行者。但無論如何，「醫療作為維護基本人權」的想法從未停止過，健保制度設計上的種種限制，已經讓醫療工作者慢慢習慣被動的等著病人自己來診間看病，事實上這樣的等待主義，已讓整個醫療體系的工作者逐漸慣於被國家體制安排，甚至制約了其能動性，使得醫療專業被經濟專業帝國主義箝制了還甘之如飴而不自知。（劉懿德 2014）

在這種精神下，該協會在各社區因地制宜，根據社區能力與興趣協助發展而包羅萬象。空污防治巡守外，還有農作園藝治療、社區自力美化、戲劇治療、音樂學習等（劉懿德 2014）。由根本反省與多元方案拿捏之間，是其核心都是跟著實作成長。ID 相當自覺這一點：

社區醫療這個詞它是「社區」醫療，所以醫療它可能是完善社區工作的很重要的一環……，可是社區工作不能

不存在，因為它是一個人回到他健康最原始一個需求的那個樣貌，除了生理的、心理的之外，他屬於哪一塊土地的，他對他的生活的情感，他住在這裡他覺得很好的，那個需要透過大家去營造出來。我們在努力說看能不能透過一些簡單的動作，讓一個社區有一些不一樣。所以我常常是這樣勉勵自己說可能我們做的只是一個開頭，但是後面的這些發展都是沒有預期的，我那時候也沒有想像到一個診所到最後會變成一個協會，然後一個協會它帶著整個團隊開始去推動這幾個面向的事情的時候，變成是影響的層次會一直在擴大。像 SR 現在影響的層次已經到在宅醫療的全國性的這個層次了……

也是在這一方向下，他在評論一則關於在宅醫療的報導時（余尚儒 2017），更強調以理解社區作為社區醫療的主體：

社區的野草味一直沒被好好的談，那才是一個地方疾病樣貌和健康知能交互關係的重點。如果要做在宅，就要公衛視角，這樣「公衛卡勾ㄨㄚㄚ蝦」（按，較大聲）。我的經驗告訴我，他們怎麼認知疾病？常民觀點是什麼狀態？跟地方健康議題如何息息相關？

這一定要敘事，要訪談，要紮根，然後轉換自己的本位觀點，社區的他們才會告訴我們關乎自己健康問題的實話……。不然在宅醫療會只是把醫療搬到家裡（現在大概很多都是如此），在宅會是醫療專業主義的社區治理，目前聽到最多、也最白話的民眾回饋都是：家裡有醫師（或醫療人員）會來看病了！如果是這樣，只能說是回到健保開辦之前而已，其他就了無新意了。如果在宅醫療肩負公衛的使命，那「社區的主體應是故事而不是醫療」很重要更重要是「故事的主體應是在反映社會結構及其現況，而不是只有故事的感動」。（劉懿德 2017）

由此可知，要重新想像醫療—社會關係的關鍵並非源自醫療的想像，也非源自特定社會的批判想像，是社區自己對社區想像的重構，重新說出自己所理解的自己的故事。在 ID 團隊參與的多種行動間，主要都是試圖調整批判理念、民眾需求與社區特質的關係，回到更為多元的社區能力與機會，定位醫療—社會想像，並實現各種方案。也因此，關鍵在於由帶有在地「野草味」的社區自主參與，拓展對社區想像的重構。

事實上，ID 的想像與方案本身帶有濃厚野草味。與 BS 同有全人醫療的理想，但是因為立基點與際遇差異，ID 無法由政策制高點施力投注資源改變在地，他由各個社區逐步累積。同樣類似 DR 希望借醫療為手段，協助社區全方位想像，但因為不同立足點，ID 不是由社區朝向城市與全國擴大連結各種計畫，而是以在地團體累積，匯集為地方協會。也是如 MS 同樣關注由公衛進行基層培力，但 ID 不是培訓種子團隊以教育社區，也不預期改變政治經濟體制的目標，而是由在地問題因地制宜培力並促成多元自我想像。

當然，如同野草比喻具像地暗示，這種建立在個別社區差異的累積極為渺小也相當脆弱，而依據成員特質的方案，更難以複製推廣。但如 Bijker 指出，這個追求野草味的批判方案意涵不在於其普遍性，而在於其更進一步體現如何重新想像，並更具體地對全人、社區、培力等普遍理念的脈絡化。這是 ID 與其團隊推動的第四種模式。

五、結論：朝向在地醫療實作的社會學

以在地案例經驗為基礎，上述分析呈現實作中各自關注的醫療—社會想像與方案，如何介入現有醫療—社會現實。以下，回

到本文的提問，由醫療實作的方向釐清這些案例如何啟發多元可能性與批判。

(一) 實作中的社會學

這些實務介入因地因人而異，而其醫療—社會想像各有實作與脈絡機遇 (contingency)，這是因為實作者有其願景與其所面對的問題，因此其想像與影響，都指向在地情境。如表 2 所示，在這些反省提出的不同醫療—社會想像與方案，雖不盡然符合現有醫療社會學批判 (如醫療化)，但呼應工程社會學的说法，這些各自凸顯其介入處境中的醫療—社會想像，是各種「醫療實作中的社會學」(sociology in medical practices)。

表 2：醫療實作中的社會學

代表	脈絡	現況	問題	關注
BS	專科化、健保論量計酬、921與 SARS	生活醫療化	疾病專科化與醫療體系被切割	改造基層醫療
MS	群醫中心、社區大學運動、SARS	市場化、商品化的醫療化，與去公共化的知識	資本主義政治經濟體制	自我改造
DR	專科化、醫療競爭、SARS與醫療群、社會運動、社區營造	醫療與社會變動的危機	我們要的是什麼	社區意識
ID	公衛社會運動、援外醫療	發展主義下被動的社區與醫療	院所為主的醫療與專業侷限	在地特質

這呼應 Burawoy 的提醒。因為批判總是根據特定醫療脈絡中的社會、或特定社會脈絡中的醫療為對象而發展的。因此，批判理論蘊含著其原生地的胎記。儘管醫療有其普遍性與全球擴張效

果，而臺灣醫療—社會發展在不同節奏與比重上，複製西歐與北美前行者的公衛體制擴張與衰退、醫療科技化、專科化，甚至是商品化與市場化。因此，單看在地實作者的批判時，經常與醫療化相關（BS、MS、ID），其論述上可能跟隨原生地的去醫療化、政治經濟或專業主義主軸，在相當宏觀與根本層次，反覆檢視國家、醫療與社會、專業與病患等行動者間的對抗或合謀。

但當我們反過來由在地案例的發展脈絡檢視時，則有不同思考。在地社會發展軌跡必然對看似普遍的醫療造成獨特影響。顯而易見地，80年代的群醫中心與專科化、解嚴與社運風潮、90年代的社區營造、社區大學運動、全民健保制度與921震災、2000年後陸續實施的健保總額制、SARS風暴等在地機遇，是本文實作者診斷現狀、分析問題與發展方案的關鍵。因此，如同同樣的醫療卻很難在不同社會發展類似醫療—社會地景，在這些脈絡中產生的具體醫療—社會想像與實作對照其批判也有相當落差。這也是本文關注的核心。

如此，就實務面而言，儘管「醫療實作中的社會學」與「醫療中的社會學」相同，都是以實務問題為導向，然而，不同於後者，前者並不是以建制化的醫療或單一期望為主。相反地，醫療實作是多元複雜的，在探索不同想像的可能性交錯下，分析上不只關注實作如何服務（在地）醫療需求，更關注各種實作方案如何交織為醫療—社會地景。由本文探討的醫療—社會的想像來說，本文呈現的四個個案展現了各不相同的想像內容：或有認為必須建立制度讓家庭醫師深入全人全家全社區；或有主張應由社會教育改變政治經濟體制，醫療只是手段之一；或有強調健康是社區全方位環境的結果，醫療僅是其中一環；或有從在地理解出發，以平衡發展主義下的醫療專業主義。深入醫療實作的社會學必須描繪這些程度不一地拿捏各種醫療與社會關係的想像。

如果說「醫療中的社會學」是以社會學方法服務醫療目標，而「醫療社會學」則是以醫療為案例進行社會學分析。本文案例的「實作中的醫療社會學」則嘗試以醫療案例探索社會學方法：將被推向「醫療」與「社會」的兩極化思考，由關注兩者的在地脈絡化與變化，還原為在地社會學的養分。儘管這想像可能援引異地學術批判，但總是交織具體實務面、以在地問題為主，也因此，必須認真看待定位在地實作與批判的根本基礎，亦即描繪這些具體連結在地的不同想像。

（二）分析醫療實作的社會學

就批判面而言，這又凸顯了「醫療實作中的社會學」與「醫療社會學」之異同。兩者都試圖由社會學分析搜尋批判的動力。但不同於後者為批判而拉開與實務的距離，轉向社會學旨趣為本位，關注醫療實作中的社會學反而深入實務，且必須跟隨實務才有意義。這是因為，醫療—社會體制總是在不同在地（situated）、由參與者環繞著具體問題與開展脈絡而建立。由此，無論是要整合醫療體系、轉化行動者、推動社區共同健康願景或是重構社區的自我想像，各種在地實務蘊含著各式各樣的實作方法：或是拓展改造教育、院所與政策體制，或是以草根組織進行社會教育，又或擴大多元社區健康營造計畫，甚至推動社區的自主參與（表3）。因此關注醫療實作中的社會學，還必須是分析實作方案的社會學（sociology of medical practice），釐清各方案的發展與相互影響。

表3：實現醫療—社會想像的方案

取徑	醫療—社會想像	方法	目標
以體系連結院所	由家庭醫師深入全人全家全社區	改造教育、院所與政策體制	醫療體系整合的共同健康照護
以教育連結改造	由政治經濟體制維繫健康，醫療只是末端	以草根組織進行社會教育	政治經濟體制
以計畫連結願景	健康是全方位環境的結果，醫療是一環	擴大的多元社區健康營造計畫	社區共同健康願景
以故事連結理解	以社區發展為主，醫療只是其中之一	賦權社區自主參與	社區的自我想像

而在此方向下，學科本位轉為學術資源。所有社會學的文化、組織、制度、行動分析以及 STS 對醫療與科技實作的洞見，都是分析醫療實作的概念工具箱，並不在此重複。需要特別釐清的是這些資源所促成的批判實作。反身而言，運用概念分析與批判是各種論述實作（例如 MS 報章投書、BS 與 DR 著書、ID 發行刊物），因此，無論是說服、啟蒙或挑戰，實務者的批判亦需連結更多實作，以形成更穩定的連結，才能有效。因此，尤其是 MS、BS 提出整體目標與批判，不會自然有效，重要的是落實此想像的實作。例如即使是身在體制核心的 BS 批判生活醫療化，但這距離當下現實甚遠。因此，他必須在臺灣社會變動的關鍵時機中（如 921、SARS），提出政策論述與遊說，改造各種體系，一步步累積以實現其批判。同理，批判政經體制的 MS，更需立足在地，以理念說服培育種子建立團隊。亦即，儘管政治經濟批判是整體、宏觀的，但要進入實作卻總需衡量具體情勢，發展對每個人、不同問題的細緻介入。

因此，儘管各種批判論述架構可能無比龐大，但實作卻需要無比細膩且非常多元。因此，衛促會提出對「既成醫療體制」的批判作為指導性價值，則必須強調在實踐中的「轉」與集體創

作。這些為了位移「行動中的體制」的實作，即是一方面要實現整體政治經濟學批判，能在實作中成為可行的啟蒙、組織與理念改造的論述實作，另一方面也需要因地制宜、因人而異地在組織協調、資源爭取、人際磨合、幹部訓練，甚至發展日常養生對話等關注、疑問與修改間，進行批判性的連結與轉化。這些都是批判的實作，也是實作體現的批判。同理，如 DR、ID 等案例，社區、社大、社區、協會、院所、醫政單位，甚至其他地方與中央公務機關，都是既有體制的一部分，但也是各種實作介入的機會。

如此，批判的想像可能從結果端強調相當大的政治經濟結構或治理體制，而實作方案則從過程端關注落實為在地方案的可能性，兩者最大差異在於，強調結構與體制的批判以其遠大視野為基礎與目標號召群眾，由實作方法啟發的批判則強調以分眾實作定位目標的可能性。但根本而言，在地批判必須源自實務，而我們正是希望實務能啟發批判。因此，相較於既有醫療化理論以醫療為對象，在對立的社會面找尋批判原型，在本文以在地實作方案所啟發的分析中，無論是批判與實務，想像與方案、或是體制與行動，兩者間無法斷裂或二分，即使是醫療化理論的批判在 BS、MS、ID 實作中也發展為不同實作，因此，在地批判總是跟著案例發展出各種不同實現與連結方式，遺留給研究者的問題則是：我們要如何由此汲取啟發，適當呈現這些批判。總而言之，從分析醫療實作的角度，稍稍改寫 MS 用語，是「在批判的限制中創造歷史」，並不以既有學術批判為限，而必須依照在地進展更新議程，這是在地研究者應該學習的。

（三）為醫療實作的社會學

最後，醫療社會學研究如何理解並回應各種實務方案？如

Burawoy 提示與（各種）公眾趨勢對話的方向與 Wright 以社會主義羅盤定位各種案例，在地批判的規範性也不應該是起點，更必須是貼近實務而改變的過程。借用 Annemarie Mol (1999: 86) 的話來說，批判的政治與規範性目標在於探索「一種關於醫療—社會真實、與我們共存的可能性條件，以及政治選擇所形成的醫療—社會連結」。因此，分析不是中性或全面的，批判更蘊含著價值選擇與重新定位的實作。如上所述，希望有效的批判無法直接應用現有醫療社會學的架構。學術思辯必須連結脈絡而在地化，才能有效。

然而，在各種在地實作想像、方案與期望糾葛間，哪種推動基層醫療的方案才是好的？當我們進入在地卻發現在地各有期待時，要跟隨何者呢？是 2018 年衛福部以數量標準，要求醫學中心下轉 2% 門診病患的最新政策嗎？或是以知識民主化為目標，廣泛推動公衛與健康教育呢？還是以體系為準，由醫療群基礎由下而上重整體系呢？或者回歸鄰里因地制宜建立社區賦權，不限於健康呢？或是更廣義地協助社區發展在地理解與想像呢？因為不同規模與範圍，這些都是本文涉及的各種「在地」、「我們」的可能性。各有其之所以為好，也有其限制。也因此，都可能是，也都可能不是。

這些難題是以單一案例為宣稱時不會觸及的。但面對促成醫療現實的各種在地價值，若只是做到「客觀地」在研究中重現各自關注，卻不處理差異，是不夠的，因為它們總是相互牽扯。但這不是說，我們應該再現全知觀點下的整體。因為如同 BS 尋找全人、MS 尋找改變資本主義社會的行動者、DR 尋求實現社區願景、ID 賦能在地理解，他們都深知在地特定知識與權力的關鍵，而他們朝向各自可能性的實作也是內在於情境中 (situated)，其規範意涵也都是從某種觀點所建構，且會相互牽動，無法拼湊為靜態整體 (Haraway 1992: 314)。

因此，相較於以單一個案的「在地」作為學術批判的基礎，本研究跟隨醫療—社會地景想像，試圖以這些彼此關連的案例，呈現在情境變動與關連間，各種「在地知識」(situated knowledge) 與實作型塑的規範意涵。由此，研究者必須定位在地實務各種規範的差異與連結，才能以在地為主體。亦即，仿效 ID 的用語，才能貼近各種在地的野草味，才能有用，而不是只有批判的感動。

如何做呢？或許，如 Wiebe Bijker (2003: 448) 提示在批判時，要持續「對具體個案抽象化，對普遍理念脈絡化」。這可能不只是醫療社會學與單一在地醫療—社會實作中的相互學習歷程，也是由其中尋找為醫療實作的各種社會學 (sociologies for medical practice) 差異與關係的方向。這或許有幾種基本方向。第一，正視在地。如同醫療實務中的批判，難以任意移植或套用，甚至有時也無法預先決定，而是如 DR、ID 一般，在實作中逐漸摸索而成形，或是如 MS、BS 在大方向下跟隨因緣際會而發展具體方案。儘管實作者們瞭解各種批判，但當她們正視內在於情境的細節，他們的方案不是直接套用學理去反制權力、去本質化或挑戰治理，而是以各種具體的問題與實作方案，落實於有限的超越與挑戰而開展的軌跡。這是因為醫療實作中的社會學往往必須經由在地且連結在地時空條件，才能找到施力點，才能發揮作用。這是實務以有限超越的批判態度連結既有批判所內含的規範性的方式 (Haraway 1988)。

第二，正視想像與策略。朝向在地的醫療實作的社會學研究，不但檢視個案如何落實抽象化的規範與批判，同時也要再次將被脈絡化為實作的理念，重新抽象化。前者是醫療實作中所各自描述的醫療—社會想像，如何脈絡化既有批判中預設的「上帝視野」所賦予的普世目標與價值，以釐清在地相互關聯 (Haraway 1988)；後者是由分析醫療實作的方案與脈絡，汲取

抽象化關係，以正視實務限制與如何可能啟發異地時空的狀況。因此，類似的醫療化批判與反思，可發揮為培育各地公衛種子、連結各級醫療體系，或回歸社區主體的理解；同樣體認到全人的意涵，但可能從體制轉變或是鄰里著力；都是朝向社區為本的理念，可能拓展營造健康社區與城市，或是深耕地方不同重點；而在歷史的偶然下，如 SARS 與醫療群，各有機遇與理念的行動者又可能匯聚在同一方向下，共同努力。如 Mol (2008: 55) 建議，「在地醫療—社會本體論批判不是只是關於導入批判或其他知識與技術，而是用這些知識與技術進行嘗試。」這些由各種時空脈絡汲取的批判理念與實作啟發，就是關於落實規範與在地可能性的各種知識與技術。這些都必須在多重機遇中，由行動者重新協商內在於在地本體規範性 (ontonorms) 與普遍規範可行性的各種路徑 (Mol 2013)。

第三，描繪非整體的地景開展。這些路徑與關於這些路徑的知識可能交錯、協力，或分道揚鑣，甚至衝突，但描繪這些醫療—社會地景中的工作，無論呈現為「羅盤」、「藍圖」、「真實烏托邦」或「醫療實作的社會學」，都是在探索在地醫療—社會地景構成方案的共同實驗中開展，不假外求也無法外求。唯有深入在地各種想像與實作模式，探察鑲嵌於參與者的期望、能力與限制的隱微線索，才有機會在釐清多元作用力後，可能再次以置身事內以研究、組織、教育、制度或其他實作形式，推動創造與試驗，釐清各種「我們」共存的可能與方法。也因此，醫療實作的社會學批判自然必須因地而異，甚至因為情勢差異，也可能無法永久保持一致。甚至必須如實作者一般權變，改變批判者自身 (Lin 2013)。這或許才真正有助於地方化現有理論與其迷思，以看見在現有理論中看不見的在地醫療—社會體制、行動與改變可能性 (Law and Lin 2017；林文源 2014)。

因此，為醫療實作的社會學沒有絕對答案，只有方向。它跟

隨在地醫療實作，釐清其中醫療—社會想像，更落實這些想像與方案開展的交錯影響。一方面，醫療實作中的社會學嘗試發展描繪現有醫療—社會現實如何生成、競逐與造成現有問題，這並不與醫療社會學，甚至是醫療中的社會學互斥。因為既有各種論述也都是各種實作，這些都屬於醫療實作社會學的分析與啟發根源，必須交互參照。另一方面，為醫療實作、朝向其他可能的社會學更尋找多元差異與可能尚不存在的「非現實」：那些無法實現、尚未實現，或被視為不可能實現者，那些不見得見諸既有批判或實務關切的可能性。

立基搜尋可能性的熱情 (passion for the possible) 與對可能性抱持希望的偏見 (a bias for hope) 的開放性批判態度 (Hirschman 1971)，醫療實作社會學是在 (in) 實作中，分析 (of) 實作，並為了 (for) 更好的實作。本文謹此期待更多探索多元醫療—社會想像與方案的可能性。

參考書目

- Wright, Erik Olin 著、黃克先譯，2015，《真實烏托邦》。新北市：群學。
(Wright, Erik Olin, translated by Ke-Hsien Huang, 2015[2010], zhen shi wu tuo bang [Envisioning Real Utopias]. New Taipei: Socio Publishing.)
- 台灣健康城市聯盟，2017，〈台灣健康城市聯盟——獎項說明〉。取自：<http://www.tahc.org.tw/index.php/tw/2013-02-27-14-28-59/2013-02-27-14-56-51>。取用時間：2017年2月20日。
(Tai Wan Jian Kang Cheng Shih Lian Mong [Alliance for Healthy Cities, Taiwan], 2017, Tai Wan Jian Kang Cheng Shih Lian Mong - Jiang Siang Shuo Ming. Retrieved from: <http://www.tahc.org.tw/index.php/tw/2013-02-27-14-28-59/2013-02-27-14-56-51>. Retrieval date: 20th Feb. 2017.)
- 余尚儒，2017，〈社區的主體應是「故事」而不是醫療〉。取自：<https://tsohhc.org/2017/06/23/interview01/>。取用時間：2017年12月26日。
(Yu, Shang-Ru, 2017, She Chyu De Jhu Ti Ying Shih “Gu Shih” Er Bu Shih Yi Liao. Retrieved from: <https://tsohhc.org/2017/06/23/interview01/> Retrieval Date: 26th Dec. 2017.)
- 吳明賢，2003，〈畢業後一般醫學訓練〉。《醫學教育通訊》25。取自：[http://mi.mc.ntu.edu.tw/common/issue/newsletter/No.25\(92.4\)/big%20man.htm](http://mi.mc.ntu.edu.tw/common/issue/newsletter/No.25(92.4)/big%20man.htm)。
(Wu, Ming-Sian, 2003, “Bi Yeh Hou Yi Ban Yi Syueh Syun Lian.” Yi Syueh Jiao Yu Tong Syun [Medical Education Newsletter] 25. Retrieved from: [http://mi.mc.ntu.edu.tw/common/issue/newsletter/No.25\(92.4\)/big%20man.htm](http://mi.mc.ntu.edu.tw/common/issue/newsletter/No.25(92.4)/big%20man.htm))
- 林文源，2012，〈醫療化理論的後進國批判：以台灣慢性腎病治理的知識、專業與體制轉變為例〉。《台灣社會學》24: 1-53。DOI: 10.6676/TS.2012.24.1。
(Lin, Wen-Yuan, 2012, Yi Liao Hua Li Lun De Hou Jin Guo Pi Pan: Yi Tai Wan Man Sing Shen Bing Jhih Li De Jhih Shih, Jhuan Yeh

Yu Ti Jhih Jhuan Bian Wei Li [The Medicalization of a Latecomer Society: A Critique Based on the Case of Knowledge, Profession, and Transformation of a Medical Regime in Taiwanese Chronic Kidney Disease Governance]. *Tai Wan She Huei Syueh [Taiwan Sociology]* 24: 1-53.)

林文源，2014，《看不見的行動能力：從行動者網絡到位移理論》。臺北市：中央研究院社會學研究所。

(Lin, Wen-Yuan, 2014, *Kan Bu Jian De Sing Dong Neng Li: Tsong Sing Dong Jhe Wang Luo Dao Wei Yi Li Lun [Invisible agency : a theory of displacement for subalterns]*. Taipei: Jhong Yang Yan Jiou Yuan She Huei Syueh Yan Jiou Suo Chu Ban She [Institute of Sociology, Academia Sinica].)

邱泰源，2012，《家庭責任醫師制度與論人計酬計畫——推行策略與建言》。臺北市：台灣家庭醫學醫學會。

(Chiu, Tai-Yuan, 2012, *Jia Ting Ze Ren Yi Shih Jhih Du Yu Lun Ren Ji Chou Ji Hua — Twei Sing Tse Lyueh Yu Jian Yan*, Taipei: Tai Wan Jia Ting Yi Syueh Yi Syueh Huei [Taiwan Association of Family Medicine].)

邱泰源、陳石池，2003，《攜手走過921：建構社區醫療體系》。臺北市：國立臺灣大學醫學院。

(Chiu, Tai-Yuan and Shih-Chih Chen, 2003, *Si Shou Zou Guo 921: Jian Gou She Chyu Yi Liao Ti Si*. Taipei: Guo Li Tai Wan Da Syueh Yi Syueh Yuan [National Taiwan University, College of Medicine].)

洪德仁，2007，《醫師與社區的邂逅：PGY1 社區醫學相關選修；社區醫療實務課程社區實務學習手冊》。臺北市：唐山。

(Hong, De-Ren, 2007, *Yi Shih Yu She Chyu De Sieh Hou: PGY1 She Chyu Yi Syueh Siang Guan Syuan Siou; She Chyu Yi Liao Shih Wu Ke Cheng She Chyu Shih Wu Syueh Si Shou Tse [Doctor in Community]*. Taipei: Tonsan Publications.)

洪德仁，2011，《社區銀髮族健康關懷：長輩的健康，是家人和社會的幸福》。臺北市：財團法人台北市北投文化基金會。

(Hong, De-Ren, 2011, *She Chyu Yin Fa Zu Jian Kang Guan Huai: Jhang Bei De Jian Kang, Shih Jia Ren Han She Huei De Sing Fu*. Taipei: Tsai

Tuan Fa Ren Tai Bei Shih Bei Tou Wun Hua Ji Jin Hwei [Peitou Culture Foundation].)

洪德仁，2015，《社區醫師的生涯錄像》。臺北市：開學文化。

(Hong, De-Ren, 2015, She Chyu Yi Shih De Sheng Ya Lu Siang. Taipei: Open Learning Publishing.)

洪德仁，2016，《社造公民的記憶地圖》。臺北市：開學文化。

(Hong, De-Ren, 2015, She Zao Gong Min De Ji Yi Di Tu. Taipei: Open Learning Publishing.)

洪德仁、白裕彬，2008，《醫學教育看到社區》。臺北市：唐山。

(Hong, De-Ren, Yu-Bin Bai, 2008, Yi Syueh Jiao Yu Kan Dao She Chyu. Taipei: Tonsan Publications.)

財團法人台北市北投文化基金會，2011，〈北投憲章2.0願景圖〉。取用自：http://www.ptcf.org.tw/ptcf2/modules/myproject/case.php?cat_id=182&page=0。取用時間：2017年3月2日。

(Tsai Tuan Fa Ren Tai Bei Shih Bei Tou Wun Hua Ji Jin Hwei [Peitou Culture Foundation], 2011, Bei Tou Sian Jhang 2.0 Yuan Jing Tu, Retrieved from: http://www.ptcf.org.tw/ptcf2/modules/myproject/case.php?cat_Id=182&page=0. Retrieval Date: 2nd Mar. 2017.)

陳美霞，2002，〈國立成功大學醫學中心邁出突破困境的第一步：正視困境〉。《成大醫訊》13(1)。取用自：<http://teach.med.ncku.edu.tw/newsletter/9101/4.htm>。取用時間：2016年11月25日。

(Chen, Meei-Shia, 2002, Guo Li Cheng Gong Da Syueh Yi Syueh Jhong Sin Mai Chu Tu Po Kun Jing De Di Yi Bu: Jheng Shih Kun Jing. Cheng Da Yi Syun [NCKU Medicine] 13(1). Retrieved from: <http://teach.med.ncku.edu.tw/newsletter/9101/4.htm> Retrieval Date: 25 Nov. 2016.)

陳美霞，2003a，〈公共衛生千年沈浮〉。取用自：<http://www.netandbooks.com/taipei/magazine/health/artical4-2.html>。

(Chen, Meei-Sia, 2013a, Gong Gong Wei Sheng Chian Nian Chen Fu. Retrieved from: <http://www.netandbooks.com/Taipei/magazine/health/artical4-2.html>)

陳美霞，2003b，〈公共衛生教育在社大：公衛改革者與社區大學天然而巧妙的結合〉。《社大開學》9: 42-43。

(Chen, Meei-Shia, 2003b, Gong Gong Wei Sheng Jiao Yu Zai She Da: Gong Wei Gai Ge Jhe Yu She Chyu Da Syueh Tian Ran Er Chiao Miao De Jieh He. She Da Kai Syueh 9: 42-43.)

陳美霞，2004，〈成人教育在台灣社區大學的實踐：以公共衛生課程為例〉。論文發表於「第六屆社區大學全國研討會」，台南：社團法人社區大學全國促進會，2004年4月17-18日。

(Chen, Meei-Sia, 2004, Cheng Ren Jiao Yu Zai Tai Wan She Chyu Da Syueh De Shih Jian: Yi Gong Gong Wei Sheng Ke Cheng Wei Li. Paper presented at Di Liou Jieh She Chyu Da Syueh Chyuan Guo Yan Tao Huei, She Tuan Fa Ren She Chyu Da Syueh Chyuan Guo Tsu Jin Huei [National Association for the Promotion of Community Universities], Tainan, Taiwan, April 17-18.)

陳美霞，2005，〈南台灣的公共衛生問題：與北台灣的比較分析〉。《台灣公共衛生雜誌》24(6): 504-518。DOI: 10.6288/TJPH2005-24-06-05

(Chen, Meei-Shia, 2005, Nan Tai Wan De Gong Gong Wei Sheng Wun Ti: Yu Bei Tai Wan De Bi Jiao Fen Si [Public Health Problems in Southern Taiwan: Compared with Northern Taiwan]. Tai Wan Gong Gong Wei Sheng Za Jih [Taiwan Journal of Public Health] 24(6): 504-518.)

陳美霞，2011，〈台灣公共衛生體系市場化與醫療化的歷史發展分析〉。《台灣社會研究季刊》(81): 3-78。DOI: 10.29816/TARQSS.201103.0001

(Chen, Meei-Shia, 2011, Tai Wan Gong Gong Wei Sheng Ti Si Shih Chang Hua Yu Yi Liao Hua De Li Shih Fa Jhan Fen Si [The Analysis of the Historical Development of Marketization and Medicalization of the National Public Health System in Taiwan]. Tai Wan She Huei Yan Jiou Ji Kan [Taiwan: A Radical Quarterly in Social Studies] (81): 3-78.)

陳美霞，2012，〈公共衛生體系醫療化與市場化的共生關係：一個歷史的考察〉。頁128-153，收錄於蔡甫昌、江宜樺編，《疾病與社會：台灣經歷SARS風暴之醫學與人文反省》。臺北市：國立臺灣大學醫學院。

(Chen, Meei-Sia, 2012, Gong Gong Wei Sheng Ti Si Yi Liao Hua Yu Shih Chang Hua De Gong Sheng Guan Si: Yi Ge Li Shih De Kao Cha. Pp. 128-153 in Ji Bing Yu She Huei: Tai Wan Jing Li Sars Fong Bao Jhih Yi Syueh Yu Ren Wun Fan Sing, edited by Fu-Chang Tsai and Yi-Hua Jiang, Taipei: Guo Li Tai Wan Da Syueh Yi Syueh Yuan [National Taiwan University, College of Medicine].)

楊弘仁，2016，《全人關懷、共同照護：建構高齡社會健康照護系統》。臺北市：臺大景福基金會景福醫訊雜誌社。

(Yang, Hong-Ren, 2016, Chyuan Ren Guan Huai Gong Tong Jhao Hu: Jian Gou Gao Ling She Huei Jian Kang Jhao Hu Si Tong. Taipei: Taita Jing-Fu Medical Foundation.)

照安醫藥，2013，《樂讀社區創刊號》。出版地：嘉義市。

(Jhao An Yi Yao, 2013, Le Du She Chyu Chuang Kan Hao. Chiayi: Jhao An Yi Yao.)

嘉義市社區醫療發展協會，2014，《樂讀社區第二卷》。出版地：嘉義市。

(Jia Yi Shih She Chyu Yi Liao Fa Jhan Sieh Huei [Chiayi Association for Community Health], 2014, Le Du She Chyu Di Er Jyuan. Chiayi: Jia Yi Shih She Chyu Yi Liao Fa Jhan Sieh Huei.)

臺灣公共衛生促進協會，2017，〈衛促會緣起、宗旨、理念〉。取用自：<http://phlib.org.tw/> 關於我們 / 緣起、宗旨、理念 / 。取用時間：2017年2月21日。

(Tai Wan Gong Gong Wei Sheng Tsu Jin Sieh Huei [Taiwan Association for Promoting Public Health], 2017, Wei Tsu Huei Yuan Chi, Zong Jhih, Li Nian. Retrieved from: <http://phlib.org.tw/> 關於我們 / 緣起、宗旨、理念 / Retrieval Date: 21st Feb. 2017.)

劉懿德，2014，〈發展主義夾縫中的醫療實踐—成立社區醫療發展協會的經驗談〉。取用自：http://pubmedtw.blogspot.tw/2014/06/blog-post_17.html。取用時間：2016年7月18日。

(Liu, Yi-De, 2014, Fa Jhan Jhu Yi Jia Fong Jhong De Yi Liao Shih Jian - Cheng Li She Chyu Yi Liao Fa Jhan Sieh Huei De Jing Yan Tan. Retrieved from: http://pubmedtw.blogspot.tw/2014/06/blog-post_17.html Retrieval Date: 18th July 2016.)

- 劉懿德，2017，〈社區的主體應是「故事」而不是醫療〉。取用自：
<https://tsohhc.org/2017/06/23/interview01/>。取用時間：2017年12月26日。
(Liu, Yi-De, 2017, She Chyu De Jhu Ti Ying Shih "Gu Shih" Er Bu Shih Yi Liao. Retrieved: <https://tsohhc.org/2017/06/23/interview01/> Retrieval Date: 26th Dec. 2017.)
- 謝博生，2006，〈健康藍圖〉。臺北縣：醫院評鑑暨醫療品質策進會。
(Hsieh, Bo-Sheng, 2006, Jian Kang Lan Tu. Taipei County: Yi Yuan Ping Jian Ji Yi Liao Pin Jhih Tse Jin Huei [Joint Commission of Taiwan].)
- Bijker, Wiebe E., 2003, "The Need for Public Intellectuals: A Space for STS: Pre-Presidential Address, Annual Meeting 2001, Cambridge, MA." *Science, Technology, & Human Values* 28(4): 443-450. DOI: 10.1177/0162243903256273
- Burawoy, Michael, 2005, "For Public Sociology." *American Sociological Review* 70(1): 4-28. DOI: 10.1177/000312240507000102
- Callon, Michel, 1986, The Sociology of Actor-Network: the Case of the Electric Vehicle. Pp. 19-34 in *Mapping the Dynamics of Science and Technology: Sociology of Science in the Real World*, edited by Michel Callon, John Law and Arie Rip. London: Macumillan. DOI: 10.1007/978-1-349-07408-2_2
- Callon, Michel and Bruno Latour, 1986, Unscrewing the Big Leviathan: How Actors Macro-structure Reality and How Sociologists Help Them to Do So? Pp. 277-303 in *Advances in Social Theory and Methodology: Toward an Integration of Micro- and Macro- Solutions*, edited by Karin Knorr-Certina and Cicrourel. London: Routledge and Kegan Paul.
- Haraway, Donna, 1988, "Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective." *Feminist Studies* 14(3): 575-599. DOI: 10.2307/3178066
- Haraway, Donna, 1992, The Promises of Monsters: A Regenerative Politics for Inappropriated Others. Pp. 295-337 in *Cultural Studies*, edited by Lawrence Grossberg, Cary Nelson and Paula A. Treichler.

- New York: Routledge.
- Hirschman, Albert O., 1971, *A bias for hope: essays on development and Latin America*. New Haven and London: Yale University Press.
- Jasanoff, Sheila, and Sang-Hyun Kim, 2009, "Containing the Atom: Sociotechnical Imaginaries and Nuclear Power in the United States and South Korea." *Minerva* 47 (2): 119-146. DOI: 10.1007/s11024-009-9124-4
- Jasanoff, Sheila, and Sang-Hyun Kim, ed., 2015, *Dreamscapes of Modernity: Sociotechnical Imaginaries and the Fabrication of Power*. Chicago; London: The University of Chicago Press.
- Law, John, and Wen-yuan Lin, 2017, "Provincialising STS: Postcoloniality, Symmetry and Method." *East Asian Science, Technology and Society: an International Journal* 11(2): 211-227. DOI: 10.1215/18752160-3823859
- Lin, Wen-yuan, 2013, "Displacement of Agency." *Science, Technology & Human Values* 38(3): 241-443. DOI: 10.1177/0162243912443717
- Mol, Annemarie, 1999, Ontological Politics: A Word and Some Questions. Pp. 74-89 in *Actor Network Theory and After*, edited by John Law and John Hassard. Oxford: Blackwell Publishers. DOI: 10.1111/j.1467-954X.1999.tb03483.x
- Mol, Annemarie, 2008, *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. London: Routledge.
- Mol, Annemarie, 2013, "Mind Your Plate! The Ontonorms of Dutch Dieting." *Social Studies of Science* 43(3): 379-396. DOI: 10.1177/0306312712456948