

你是否

在一個平凡、無名的奉獻者之前，總教我們頓覺罪咎、虧欠，以及渺小。我們本來都不知道廖醫生，也不知道他和他的同事們，長久以來在一個偏遠的蘭嶼島上，以醫者的胸懷致力於對抗巫咒、無知、貧窮和惡疾，直到七十年一月二十日的聯副，韓韓先生寫了一篇文章「廖醫師，有病人來了喲」

……走廊側即是三間候診室，左邊是婦產室，中為內科病房，有一座冰箱，靠牆唯一的病床上躺著一個老人。

……廖醫師正在聚精會神地審視那個老人。

「他今早來的時候休克。」

「血壓只有六十，白血球三萬，可能是敗血病。」廖醫師說著，一邊低頭到抽屜裏去拿膠布。

……病人開始有一點呻吟聲，蓋著兩層厚毯的軀體開始扭動。

……年輕的醫師不時被叫出去診視給暈不停的病人。

……最後醫師帶著悲哀的眸子走進廚房，他現在面臨的問題是要不要留下這名病人。雅美族人迷信，衛生所成立後一共只死過四、五人，但已被視為鬼影憧

憧的不祥之地。

……「你昨夜沒睡覺吧？」

我悄悄問他，廖醫師點點頭。

「用了三筒氧氣，兩罐葡萄糖。」

他扶著老人走出房間，陽光從走廊的小窗射進去，照在這一位老一少的髮梢上。廖醫師烏黑的半長髮垂到額前了，在陽光下閃著油光，雙眼佈滿血絲。……

如今，廖醫師已經離開蘭嶼，正在軍中服役。行前，他寄給林懷民先生一封信：

「懷民兄：

希望你不要覺得太意外，我離開蘭嶼了，是無可奈何地離開，……有許多事情便是如此的無奈，天意安排，夫復何言！我不敢埋怨什麼，只是感到不甘心，也感到很遺憾，尤其……

……一、二、三、四個月以來，我能力所及的，我都做了，我自問在蘭嶼所做的，上無愧於天，下無愧於所有曾鼓勵過我的朋友。我終於要走了，可是為什麼要我留下那麼多未完成的心願及遺憾離去呢！我知道我永遠都不會再回蘭嶼，許多人都說我應該後悔來蘭嶼，我很迷惘，不知道是否應該後悔，如果不！那為什麼我

那些同學留在台北工作的，隨時隨地都可以回家，而我，却是有家歸不得！……

慶源 一九八〇・八・一

六

這封信出現在七十年十月八日的聯副，林懷民先生的一篇文章「我的一個緊急呼籲 廖醫師走了！」

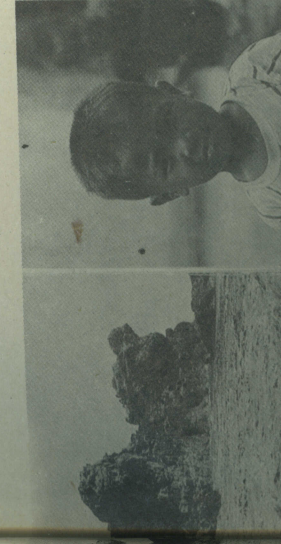
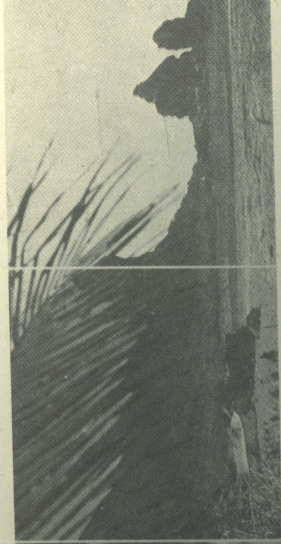
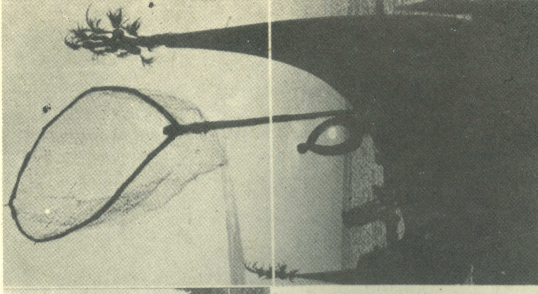
……廖醫師的離開蘭嶼，是他自己的悲痛，是蘭嶼的損失，也是我們這個社會的損失，在這件事上是看不出來什麼人是對的，什麼人是錯的，可是似乎有更積極、更妥善的辦法來處理這些工作，使偏遠地區的醫療問題得到解決。

……廖醫師走了，可是蘭嶼的醫療問題一直還沒有解決，沒有因為他走了，而有任何改變。

……不管他回不回蘭嶼，不管他將來做了什麼，在許多人的心目裡，我們永遠記得這樣一位值得尊敬的朋友。因為他曾經在生命的一段中，把自己交付給理想，因為他曾經做到了知其不可為而為的努力。

我們新的廖醫師在那裏？

我靜靜地把這篇文章看完，許久，一股莫名的心律波動，又帶動著昔日想到偏遠地區行醫的情懷，從內心



否

要去蘭嶼

楊載

隨時
是有
...一

一月八日的
章「我的

...!!
失，是
，在這
對的有
更有這
些題得

蘭嶼，沒
變，不
，不
人的位
一經在
給理不
可

完，許久
帶動著昔
，從內心

的深處漫漫湧來。

再一次，問自己：「你是否要去蘭嶼？」

可是台灣地區到底還有多少像蘭嶼這樣醫事人員不足的地方？

如果蘭嶼再出現一個史懷哲或廖醫師，除了趕上新聞眼的焦點外，對於偏遠地區的醫療問題，以及對於整個醫療保健服務網的建立，能有多少幫助？而且你又能做多久？

目前此地醫院與診所的開設地點與醫療照顧的品質，均受商業市場原則（Marketplace principles）的影響。因此大都市裏大型綜合醫院陸續建立及擴充，例如台大、榮總、長庚、三總超過一千床，接下來馬偕、仁愛、中興，亦可能在未來的幾年內達一千床。這種比率，相信在全世界的大城市中，亦相當少見。顯而易見，醫院的擴大只需三、四年間即可完成，但醫學生的培養，却至少需七年以上；因此造成大醫院醫師人力不足，而台東、花蓮、離島偏遠地區，醫師更是不足。於是擬議增設成大及中央大學醫學院，台大及陽明又擬設四年制醫學院。

可是師資呢？以及備受冷落的私立醫學院呢？

當我們三百多人搶坐一百多個位子的教室；

當我們準時來到課堂，苦等某候某個遲到的教授；

我們很懷疑，外界是不是還有人對我們仍寄予希望以及抱有信心？

就算我們對自己沒有失去信心，來到偏遠地區行醫，即使有了「X光機」，一些問題仍然存在。

暑假裏，綠杏社有幾位同學南橫健行路過台東，拜訪了陳博文醫師（醫科第一屆校友）及恆春的郭明成醫師，當提及在偏遠地區行醫的感觸，他們表示：

(1)兵役義務多——偏遠地區醫師本來就比較少，相對必須負擔的兵役徵調就比較多，造成服務量相對減少。而以陳醫師本人為例，到台東服務以來，已被徵召五次，為期三十日至兩週不等，因此常被迫停業，而台東市僅此一家眼科，受難的還是病患。

(2)出外進修困難——出外進修時間多，例如參加一次醫學會，往返常要兩三天，減少工作時間，另外交通費也較昂貴，例如機票及住宿費用。

(3)子女教育問題——國中以下的子女教育還好，可在當地接受九年國民義務教育，如就讀高中以上，可能要在都市另購房子，由母親過去照顧。

(4)對負民設醫之負擔——在偏遠

地區，一般而言，人民生活水準較低，因此除政府規定的自強戶之外，私人開業區碰到貧苦病患的機會也較城市為多，這些病患雖非在政府補助之列，私下仍需對他們加以補助，因此負擔較重。

(5)責任重——偏僻地區醫療環境不佳，後送困難，因此開業醫責任重。台灣六個醫療中心（即台北、台中、台南、高雄、基隆、花蓮），在東部僅有省立花蓮醫院，台東醫院較少受到政府的照顧，再加上相關醫事人員少，會診困難。

(6)地方政府應有獎勵辦法——偏遠地區因為以上種種考慮，醫師多不願前往服務，因此應由地方政府提出補助或獎勵方法。例如提供土地或開業場所，或者低利貸款，這只要鎮市民代表大會通過即可，應蠻容易解決的。

任何人不應該也不能要求別人成為史懷哲。重要的是，每個人能在各自的崗位上專心地工作。

若要問：「我們新的廖醫師在那裏？」

答案最好是在整個醫療制度以及醫學教育重新規劃之後尋找。

本期的社論以及醫學教育專訪所要探討的，就是這些問題，希望所有關心醫學界的人士能夠重視這個問題。