

# 亞洲醫科學生會

## ——我們的醫學課程 是否適合 公元2000年



亞洲醫科學生會議AMSC (Asian Medical Student Conference) 自一九七〇年代末期成立以來，今年已邁入第八年了。從一九八〇年起首三年在泰國曼谷舉行，起源是由一羣日本的醫學生，在關心越南難民的醫療問題之下，與東南亞各國接觸後，終於與泰國醫學生在曼谷聚集討論如何給予實質的幫助。他們所商討的主題如用水、營養、傳染和社會醫學，終就吸引了更多的國家來參與，並擴大討論範圍，亞洲所面臨的醫學問題。今日的亞洲醫學生協會AMSA (Asian Medical Student Association) 也就由此發展而成。

一九八三年第四屆會議在馬來西亞的吉隆坡舉行，討論「毒品的防範

」，接著第五屆在新加坡開會，主題是「兒童健康」，第六屆在馬尼拉「人口控制」是大家討論的重點，去年在香港舉行，各國代表討論「精神醫學」，這也是很多國家所忽略的問題。

亞洲醫學生協會是一個國際學生活動，它的宗旨是經由亞洲各國的醫學生在互相的參與、了解、與認識，而讓年輕一代的醫學生來體認現今世界的潮流、趨勢。而朝向互信、互愛的前題下，共同努力合作以期使醫學生的角色更加顯明，達到博愛、濟世、救人的理想。

由於會員國的衆多，今年度的九個國家，計有中華民國、日本、泰國、馬來西亞、新加坡、菲律賓、印尼、香港以及今年剛加入的韓國(往年參加的國家還有科威特、尼泊爾、印

度、澳大利亞)，參與的醫學生每年均百餘人，所以每年以七月~八月間在一個特選的會員國，而由其主辦單位決定會議的主題而開一年一度的醫學生會議。中華民國代表已從第五屆在新加坡的會議開始出席，前三年由台大與高雄醫學院學生參加，今年其他五所醫學院計陽明、北醫、中國、中山、成大也都有二、三位代表參加。本校除了筆者之外，還有前醫科學生會長張志鵬和醫六林耕新參加今年八月二日~十日在馬來西亞所舉行的第八屆亞洲醫學生會議。這次所定的主題是「你們國家的醫學制度是否適合於公元2000年？」

世界衛生組織WHO (World Health Organization) 定的目標「Health for All」，如今，離2000年也只剩十三年，我們這羣未來的醫生是否對此問題也有所警惕。我們現在所受的教育，訓練是否適合，足夠？我們的醫學制度是否能關照到每一個人的健康，醫療需求？「你們國家的醫學制度是否適合於公元2000年？」今年的主題非常值得我們省思，爲了使沒有參加的同學也能分享我們此行的收穫，筆者喬借綠杏篇幅在此作一番介紹。

*The Medical curriculum of your school/country suitable for the year 2000?*

這個題目由各國代表從各種層面來探討，大多包括以下幾項：(1)現在醫學生所受的訓練與課程。(2)你的國家現今的醫學問題與將面臨的問題。



(3)畢業生今後如何處理這些問題，它們的有效性與今後的表現。(4)醫學生本身對課程的評價。(5)醫學生對2000年促進健康所抱持的態度與責任。我特別選馬來西亞、日本和泰國三個醫學課程和醫療需求迥然不同的國家來討論及比較。

## 馬來西亞

### (一)馬來西亞在2000年所將面臨的醫學問題

對馬來西亞而言，就如許多其他的發展中國家，醫療設備與需求仍舊是他們所關切的問題。在這方面，影響的因素很多，但大多數與國家的成長有關，其中一個因素就是經濟。

很多因素的顯示，如商品時價及國家的迅速發展，馬來西亞很可能在2000年成為工業化國家。當然，個人所得也會提高。以上所提出的對醫學的需求有很大的關連，例如工廠意外與交通事故的發生率的增加。由於生活形態的改變和習慣，人民將傾向於一些“摩登”的疾病如心臟病、高血壓與癌症。一位馬來醫學生告訴我交通意外已成為他們國家的第一殺手，而癌症排行第二。

社會因素也是一樣的重要，據統計顯示，馬來西亞人口將由1985年的1,580萬人增加到2000年的2,240萬。這個人口的增加將帶來與都市化和社會生態大變動有關的問題，如新的生活方式的改變將會造成與壓力有關的精神疾病，自殺率也會相對的提



作者在馬來西亞醫學院新課程展覽與會議學生合影

高。在公元2000年，我們也將看到中年人成為人口的主要百分比。

這些將是馬來西亞在2000年會面臨的問題，也是政府在考慮醫療需求的重點。

### (二)現今馬來西亞醫學生所受的訓練與課程

馬來西亞國立大學在1970年成立，醫學系在兩年後成立，醫學院位於馬來西亞的首都吉隆坡，在中央醫院的旁邊，醫學課程總共五年，每年有一百位醫學生畢業，他們希望在2000年時，在1,000人口密度中，有一位醫師。

最新的課程今年才開始實施，以前所教的基礎醫學現今已導入更完整的形式，如消化系統學是新課程的科目之一，其中包含了消化系統的胚胎學、解剖學、組織學、生理學、生化學和病理學。這課程包括以前的教材，更加入了一些新的科目以彌補從前

課程的不足。新的範圍基本上也由以下組成(1)Method of Inquiry:對一個難題尋問的方法包含了語言的用法，演繹邏輯，基本、敘述、推理的統計數值。(2)Human Behaviour:包括對個人、文化、團體的認知和傳達的技巧。新的教學方法更是注重個人獨立的學習態度與方法如解決難題、論文評鑑、研究計劃和辯論。

### (三)課程的評價

在2000年時，馬來西亞的醫療需求將由很多因素如經濟、社會環境和科技的進步所影響。同時，政府也更希望能到彼時提供給每一個人民健康保全。要達到此目的，醫療設備需要大力整頓一番。馬來西亞學生認為他們現有的設施比不上許多開發中的國家，因為他們的國家建設從1957年才開始，已落後別國50年了。

馬來西亞大學醫學課程是否適合於公元2000年？每位病人要求醫生



美麗的馬來西亞  
首都——吉隆坡

能給他們除了一般的醫療以外，還要包括個人的關心。因此新教材也強調了醫生對倫理道德的認知，對人能謙卑等的美德。

此外，對於馬來西亞今後將會有更多的工業與交通事故；醫務人員有職責勸告，預防和灌輸正確的觀念來減少這些事故的發生。因此在課程中也添加了工業區危險的資料與它們的預防方法。

『預防勝於治療』，新的課程也強調公共衛生，許多現代人的病是可預防的，如心臟病、高血壓等。因此，如何預防這類疾病的產生是非常重要的課題。此外，老人醫學也應該更受到重視，因為到廿一世紀時老人將成為人口的一大比例。可惜，在舊的課程中好像忽略了這一點，新的課程有可能安排學生對這方面的認識。

在漫長的醫學生涯裡，除了埋頭在別人所教授的課程之外，他們更發現其他方面的滋長也是很重要的。在他們的論文內也不難發現他們也很重視如何在智德體群充實自己。他們所

提到的有如(1)對新科技、電腦的認識，(2)如何自動自發的學習，(3)如何與一群人在 health team 內工作，(4)自己以身作則不要吸煙或喝酒，(5)不僅是醫「病」，也要醫「人」等等…

## (四)結論

馬來西亞是個多元種族的發展中國家，我們不難發現他們所預料的醫學問題，我們台灣早已面臨到。老人病、高血壓、心臟病這些都是我國一直很重視的問題。馬來西亞以馬來人、華人為主，印度人佔少部份，在癌症患者中，口腔癌以印度人居多，可能與嚼檳榔有關吧，華人患鼻咽癌佔大多數，而馬來人易患肺癌。當地學生認為這與不同種族的遺傳、體質和工作性質與習慣有很大的相關。馬來西亞的第一大殺手是交通意外，但是馬來西亞首都吉隆坡的寬大的道路，暢通的交通，實在難以相信。

## 日本

接下來，我們談論另一個國家——日本。首先我們先說明一些日本醫學教育與醫學院畢業後的教育之特徵和問題，公共衛生與醫療照顧方面的趨勢。最後將敘述什麼樣的醫學教育，才適合未來的日本。

### (一)日本的醫學教育

#### (I) 學生的選擇

在日本，優秀的學生通常申請進醫學系，學生的選擇乃經過筆試測驗其知識而非其操作的能力或其想成為醫生的願望。鑑於這個情形，有些學校在一般的筆試外，還加入了面試及論文式測驗，詢問其成為醫生的動機與其對醫學的見解。

#### (II) 一般教育

包括科學、文化、社會科學、外語及體育。最近專門教育增加使一般性教育少於2年，大約有8.9%的學生於二年級結束不能升級，此比例比任何一年級都高。

#### (III) 基礎醫學教育

解剖、病理、生理、生化、微生物、藥理、組織胚胎於此二年內教授。基礎醫學乃臨床醫學之準備階段。而在新成立的學校，其基礎醫學較老學校開始得早且時間較短。

#### (IV) 社會醫學教育

包括衛生、公共衛生和法醫學。雖然師生們均承認其重要，但他們很少用到，如基礎醫學一般。由校外請



來的老師和研究員來教授這門課越來越  
多。

#### (V) 臨床醫學教育

今日日本的臨床醫學教育有下列  
特點：

1. 臨床練習在各部門實行。
2. 教授各種藥物的保守治療。
3. 很少急性醫學教育 (acute medical education)。
4. 由於大學醫院乃高階層的醫學中心，學生們於此多接觸到慢性疾病的病人而非在門診可見之一般性疾病。

這種教育對於一個要在高階層醫院或專家或研究是足夠的，但卻不適於每天工作於醫療的前綫，給予病人最初級照顧的醫生們。此時的臨床訓練由於沒有執照，僅限於觀察與幫助醫生治療，而要到畢業後才能完整的臨床訓練。

#### (VI) 執業執照的國家考試

始於 1946 年，現在每年有超過 8,000 人參加考試，有 85% 的與試者在第一次即通過考試，考試科目有五個指定科目與二項選擇性科目。整體的趨勢在評量解釋的能力而非測驗其基本的臨床技巧。

六年的醫學教育對完整的醫學教育而言是不足的，而醫學進步的迅速也使今日畢業後的醫學教育廣被討論著，以下將解釋醫師今後教育的三個主要可能性：(1) 畢業後立即之基本臨床訓練；(2) 專科醫師評鑑制度，與(3) 永久的醫學教育的完成。

有百分之 90 之學生畢業後留在大學醫院訓練 2 年整。為了解決大學醫院過於專門無法給予一般性普遍的完整訓練的問題，故許多教學醫院採 "Rotation system"。

## (二) 日本在公共衛生及醫療照顧兩方面的最近趨勢

### (I) 疾病形態的改變

在廿世紀初期，日本的主要死因

西方國家快得多。

### (II) 減少鄉下地區的醫療照顧及減少急救醫療照顧

政府一直都不熱心支持像鄉下醫院及急救醫院這種不賺錢的醫療設備。另一方面醫學教育也已變成更適合訓練專科醫師及醫學研究者的體系。因此，在日本，鄉下地區的醫療照顧及急救醫療照顧仍舊十分落後。



日本醫學生是經過筆試與面試挑選出來的

為傳染性疾病，例如肺炎、支氣管炎、結核病及腸胃炎。然而，在第二次世界大戰後，這些傳染性疾病戲劇化的減少，且已被慢性疾病所追過，例如惡性腫瘤、腦血管疾病及心臟血管疾病等。如何預防及治療這些疾病將受到重視。

### (II) 中、老年人問題

1986 年的平均壽命是男：75.23 歲，女：80.93 歲。超過 65 歲人口佔全人口比例是 1981 年的 9.3%，1982 年的 9.6% 而且在逐漸增加中。

由於老年人的死亡率降低並且出生率的下降，社會平均年齡增加的比

### (IV) 運用新技術來從事醫療照顧

由於科學及技術的進步，加上製造醫療器材的工廠數目不斷增加，使得高科技的醫療器材如電腦、超音波、X光、電腦斷層掃描儀、自動分析儀、血漿電泳等都逐漸地被醫學界所採用。

### (V) 醫療資訊的增加及醫學更分工、更專業化的趨向

由於醫學的快速進步，醫療資訊的增加量日漸龐大，目前最新的醫療知識在幾年後可能會變成過時的知識。隨著專科醫師的數目逐漸增加，醫學及醫療照顧也逐漸的分工與專業化。

### (VD) 醫學倫理問題

由於醫學的進步，使得劃時代的醫療技術得以逐一實現，而提供了更好的醫療照顧。

另一方面，醫學進步如此地快速使得人們難以接受。換句話說，嶄新的醫療觀念是和我們一般的觀念及社會習慣截然不同，人們因此產生了許多焦慮不安的心理。

目前，日本也像其他世界各地一樣，影響傳統思想及人類展望的倫理問題正逐漸增加中（例如：腦死、器官移植、體外人工授精、基因治療……等）。

(VI)對醫學及醫療照顧的興趣逐漸增加

目前在日本，病人已開始對於醫學知識及基本人權發生興趣。這種「醫療照顧不是醫師單方面的工作，而是病人和醫生之間的合作」的觀念變得非常非常重要。

## (三)日本未來的醫學教育——醫學生所提的建議

### (A)喚醒醫學生的自覺及熱忱

(I)除了介紹真正的醫療照顧和一般教育的關係（如：人類學、社會及自然科學），醫學生能對全部的一般教育發生更多的興趣。

(II)在預備醫學課，學生應有機會去接觸病人，臨床醫師及醫事技術人員（如：參觀醫院……等）。

### (B)基礎醫學及社會醫學的教育

(I)基本知識的必修科目應減至最

少，分割成片斷的專門知識應當列為選修科目，使得醫學生們能夠去適應醫學訊息質的多樣化及量的增加。進一步舉行測驗使得醫學生在臨床課程時能再複習基礎醫學及社區醫學課程。

(II)基礎醫學及臨床醫學必須同時教授。

(III)每一所大學必須栽培有才能的基礎醫學及社區醫學研究人才，並且必須改善研究及教育環境。

### (C)臨床教育

(I)對於未畢業醫學生的臨床教育，畢業醫師的臨床訓練及專科醫師評鑑制度這一連貫的系統必須一致。

(II)對於未畢業醫學生的臨床醫學教育（醫學院的教育），演講式的上課必須減少而多從事實習課程。各專業科目所花的時間必須均衡而且必須包含實習課程。在不久的未來向醫師介紹初級醫療照顧的工作將會非常的重要。所以為了增加醫學生在這方面的經驗，他們除了在大學醫學實習外，也應該在鄉下醫院實習。

### (D)新醫學領域的正確介紹

新醫學理論應該當成醫學教育而正確的介紹給醫學生，例如：復健、老人醫學、醫事技術、行為科學、急救醫學及傳統東方醫學。

我們已經提及醫學教育的歷史背景，它的問題以及學生如何去解決這些問題的方法。

今日，日本的醫學及醫療照顧正處於轉捩點。那是因為醫學及醫療照顧的快速進步及因疾病型態改變而引起的醫學及醫療照顧的改變。這種改變一定會在二十一世紀更加明顯。所以我們醫學生提出上面最後一節的建議。在日本我們現在所必須做的是改進醫學及醫療照顧的質而非增加他們的量。

## 泰國

比較馬來西亞和日本這兩個國家之後，我們不妨來最後介紹一下泰國。這個算是在亞洲比較落後的國家。從統計調查顯示，泰國人口中還有三百

泰國政府花一大筆金錢在建廟寺，但在醫療設備上却非常吝嗇





# 專書報導

五十萬人口（十歲以上）是沒有受過教育的。除了教育不普及之外，她的經濟成長很低，醫療設備更是不用說了。私人機構不願意在醫藥方面給予金錢上的支持，全部的重擔皆由政府背負。政府與人民不重視健康保全，他們寧願在藥物上花上一大筆錢。

在泰國，很多人至今還面臨著飢餓與營養不足的問題。此外，環境衛生、衛浴設備、用水之類也都還未改善。我們在曼谷觀光Menam 河時還不難發現岸邊的居民利用河水洗澡、煮飯的噁心鏡頭。因此，腸胃炎和急性痢疾是泰國的第二大死因僅次於心臟病。這方面與亞洲很多國家都不同。

泰國醫學課程同樣的也一直在翻新，他們每七年改革一次，最近的一次在1986年，也是為了達到Health For All in 2000 的目標。泰國醫學生提出了他們三個公共衛生方面的課程。第一個是在三年級時修的，與理論有關。五、六年級修第二與第三個課程，是實際到鄉村與區域醫院去實習一個月。公共衛生課程總共才14個學分，比起全部的262個學分，比事實也太少了。全部的醫學生畢業後皆為政府在鄉下地區工作三年，之後才可接受住院醫師的專業訓練。泰國醫學生認為現今醫生這行業太商業化，許多醫生也都只會醫病而沒有所謂的醫德。醫學課程本身並無法達到2000年的目標，唯有政府、社會、大眾一起來努力，才有可能完成這個願望。

（本文感謝徐加芳，謝雅凡和鄭天浚幫忙翻譯日本的論文。）



## 捐款名單

### 基隆地區

洪珍祥	1,000
陳鴻亮	1,000
戴國華	1,000
廖曉俊	1,000
黃龍德	1,500
蔡建平	2,000
陳榮展	2,000

### 台中地區

許金吉	3,000
黃志正	1,000
徐坤賜	3,000
林正夫	2,000
呂錦泉	3,000
張盛弘	1,000
林民裕	5,000
趙敏男	1,000
陳茂廷	1,000
黃輝雄	2,000

### 桃園地區

徐文良	2,000
王年龍	1,000
朱安正	2,000
葛誠	500
黃肇基	2,000
謝誠祐	1,000
謝芳文	2,000
沈俊男	1,000
邱文祿	1,000
彭武鑑	500
鄭嘉榮	1,500
徐恒雄	1,000

### 台北地區

張淑華	1,000
-----	-------

### 41—2期訂正

P 154 募款一欄更正為李松欽

P 256 校友捐款王欽聰

醫師應為 3,000 元

特此致歉