

地方醫學校—— 拉近醫學教育與地方社區的距離

◎文 / 許宏彬 成大歷史系教授



臺灣當前正面臨超高齡社會的挑戰，也即將迎向長照 3.0。其中，希望支援每個人在喜歡的地方，用舒服的方式安老的在宅醫療，是銜接醫療、長照與社區的重要元素。今年（2025 年）4 月 28 日，成大醫學系主辦「在宅醫療與醫學教育：臺日經驗與展望」國際論壇，筆者邀請日本宮崎大學醫學部教授吉村學專題演講，並由臺灣在宅醫療學會創會理事長 / 都蘭診所所長余尚儒醫師，以及臺南在地的奇美醫院林宏榮院長、世澤居家醫療診所所長盧豐華醫師、成大醫學系系主任阮俊能教授、人文暨社會醫學科王秀雲教授一起參與論壇，是臺灣第一個嘗試將在宅醫療與醫學教育結合的學術活動。接著，在 9 月 27 日中興大學醫學院也舉辦「2025 在宅

偏鄉醫療與醫學人文教育國際研討會」，除了同樣邀請吉村學教授進行專題演講之外，筆者也分享「從歷史看臺灣在宅醫療教育」，並提出以地方為教育場域的「地方醫學校」。如何透過醫學教育課程的調整，融入社區及在宅醫療的元素，培養能在地方行醫並扎根的專業者，已是當前大家關切的重要議題。

為什麼數次邀請吉村學來臺演講？其實吉村並非以研究為專長的醫師，而是自宮崎大學醫學系畢業後，便長年投入偏鄉醫療的家庭醫師（總合診療醫師）。他曾在日本岐阜縣偏鄉服務 17 年，有豐富的地域醫療經驗，此間也吸引了千名的醫學生及年輕醫師前來學習。為了借重他的偏鄉醫療實務經驗以及醫學教育經驗，宮崎大學醫學部延攬他回母校任教，啟動長達十年的課程改革。這是相當少見的，從偏鄉現場累積經驗後，返回大學任教的案例。2024 年筆者與余尚儒醫師之都蘭診所團隊前往日本宮崎參訪時，在晚宴中與吉村學有深入的討論，深深感佩其醫學教育之方法、經驗與成果，便力邀他來臺灣



分享。

在成大的演講中，吉村學提及 10 年前（2015）的日本宮崎與臺灣一樣，面臨各種醫療困境：醫師人力城鄉分配不均、缺乏社區醫療的實習、沒有在宅醫療或偏鄉醫療的課程、社區居民對醫學教育沒有興趣、很多醫學生對病患日常生活缺乏瞭解等等。

換言之，在吉村的眼中，好的社區醫學並不只是醫學專業的事情而已，也需要引入地方政府與居民的協力。也因此，演講開頭他便強調日本地域醫療的定義為「醫療人員、住民與行政單位三位一體，最有效地利用自己負責的區域內有限的醫療資源，持續提供全面醫療、護理的過

程」。

於是，除了醫學教育內的課程改革之外，也積極引入地方政府及居民的認同與參與。在日本，醫學生入學有所謂「在地名額」，就是保留給本地高中畢業生，或是有志於地方醫療的學生的名額。在宮崎大學、宮崎醫師會及宮崎縣政府的合作下，2022 年起宮崎大學醫學部的在地名額增加為 40 名，佔總人數 100 名的四成。也就是說，地方政府認知到地方醫療人力不足的嚴重性，願意提供這些學生獎學金，而學生畢業後則需要在地方服務一定年限。同時，每當醫學生需要到各地醫療單位實習時，也會一起在當地報紙刊登廣告，讓當地居民知道、關心年輕醫師的培育，並希望居民可以提供這些實習生在地方生活的相關協助。

在醫學系的課程部分，最重要的變革是新增四週的「社區整體照顧實習」必修課（5 年級後期）。透過與縣內各醫療機構與開業醫師的合作，每名學生必須選定一個社區停留四週，並一個人住在社區裡。這是一種強調體驗、重視自主學習的「沉浸式實習」，學生可以在地方醫療的豐富田野中，學習到一般醫學實習的內容（門診、負責病房病患、抽血檢驗等），更能在社區各地的各種醫療活動中學習，

包括在宅醫療、巡迴醫療、居家護理、開業實習、長照評估與認定、預防跌倒教室、嬰幼兒健檢等等。此外，住在社區中，也能參與各種社區的日常活動，如歡迎會、釣魚、滑雪、登山、溫泉、露營等，享受與地方居民及工作人員的交流，實地體會地方生活的樣態。為了準備這個四週的實習課程，從大一開始便會逐漸讓醫學生暴露在社區醫療相關的課程中，逐漸累積經驗，包括演講、成立社團、短期實習等。

在地方社區的參與部分，吉村也認為，醫學教育需要有「輸送帶」的觀念。也就是說，大學端可以跟地方的中學端合作，一起培養未來的地方醫療人才。像是主動拜訪高中老師設計課程、邀請高中生參加讀書會、邀請中學生與醫學生一起陪伴病人接受診療、邀請學生一起設計促進社區健康的方案等等。除了與在地的教育機構合作之外，吉村也希望讓社區居民一起參與醫學生的教育。比方說，他會拜託長輩病人給醫學生加油、鼓勵，用具體的肢體、語言或行動，「要成為好醫生啲！」，讓學生感受到關心與重視。

透過這樣逐漸加深加廣的社區醫療教育設計，願意留在地方醫療機構服務的實習生也增加了。吉村提到，他自己在日

本岐阜縣揖斐川町擔任偏鄉醫師 17 年，共有來自日本及世界各地的實習生 1000 名，之後真的留在地方行醫的只有十名，比例是百分之一。但宮崎縣都農町國民健康保險醫院在 2020-2025 年間，接受了 108 名實習生，最後留下來就職的醫師有 6 名，比例為十八分之一（百分之六）。這樣的經驗與成果非常值得我們學習、參考。

其實在當代臺灣也有許多關注社區與醫療的傑出醫學教育者，如前臺大醫學院院長謝博生。謝博生醫師對社區的關懷或許與成長背景有關，他的父親謝巧烽是鹿港開業醫師，也在戰後擔任鹿港衛生所主任，自幼便浸潤在地方醫療的環境中。謝博生擔任台大醫學院院長期間推動一系列的醫學教育改革，其中一塊便是希望強化社區與醫療的連結。他在 1997 年便指出，「健康服務所需要的大批基層醫療醫師在醫學中心接受的訓練很可能扭曲正確的觀念。」（謝博生，《醫學教育—理念與實務》，臺北：國立臺灣大學醫學院，1997。）因此，醫學教育不能只以醫學中心為場域，而應以地方基層來重新思考，而這也是世界各國醫學教育的潮流。他也引介當時世界各國推動「基層醫療導向」課程的情況，包括美



國 New Mexican University' s Primary Care Curriculum (PCC) 等等。或許也是基於這樣的關懷，謝博生在政府推動「畢業後一般醫學訓練」(PGY) 前，自 1998 年起便在臺大醫學系推動「二階段學程」，讓大五學生進行為期六週的基層醫療實習，其中一個與謝博生合作的地方診所就是臺南的韓內科。在 PGY 制度正式上路後，社區醫學便是重要的課程元素之一。

以地方為醫學教育的場域絕非新穎的想法，而是在醫療專業高度發展的情況下，各國面臨城鄉醫療資源分布不均的困境時，不約而同正在一起思考、努力的方向。臺灣的醫學教育如何在前人的基礎上，參考並吸收各國的經驗，發展出適合各地的教育方案，讓學生們（不只是醫學生，還包括社區的中學生）能夠儘早、更

深地與地方社區建立連結，非常需要大家（政府、學界、居民）一起努力。筆者與在宅醫療界的朋友也正在試行「地方醫學校」教學模式，目前以台東縣的都蘭為場域，融入「照護歷史學：聽說讀寫」方法，讓高年級醫學生及 PGY 住在社區兩週，以阿美族長輩為師，記錄其生命史並參與其醫療照護工作。

今年（2025 年）十月剛剛完成兩週實習的醫學生說，長輩的一句話讓他心頭一震：「有一次她對我說：你們年輕人要記得，我們以前看醫生很害怕，因為醫生都講我們聽不懂的話」。在聆聽陪伴的過程中，「在她的故事裡，我看到醫療的另一面，那是關於被忽略的歷史、被壓抑的情緒、被遺忘的聲音，這樣的經驗讓我對醫師這個角色有了更深的理解」。我相信，這樣的學習體驗會是意義深遠的。