

牙醫醫療環境合理化 (下)

陳時中

7. 牙醫師人力分配均勻

在政府沒有良好的人力規劃政策下，牙醫師正被大量的製造。我們看到都市的大街小巷裏充斥著一塊比一塊搶眼的牙科市招，我們看到了「看病不要錢」的勞工門診，我們更看到惡性競爭不斷的惡化——臺灣的牙醫社會正上演著一幕劣幣逐良幣的醜劇。但諷刺的是臺灣在這個都市牙醫過剩的狀況下，居然仍有無牙醫村的存在，政府沒有對這「不患寡而患不均」的牙醫社會拿出什麼徹底的改善辦法，而有關單位甚至以鄉下民衆的就醫權來肯定密僞醫的社會功能。醫療網的規劃正不斷的進行，而對醫療網的根本——基層醫療機構與人員如何在地方上生根？——卻顯得不聞不問。到處設立的羣體醫療中心，似乎暫時的解決了鄉下醫療資源匱乏的問題；但議價式的醫療給付，除了提高醫院支援的意願外，只是打擊了下鄉開業醫師的熱忱與博得了與民爭利的事實；除了這些，我們實在看不出來對落實鄉村醫療資源有何助益。我們不禁擔心——企圖以支援式的組織做為醫療網的基石，是不是撐得住我們的巨無霸醫學中心！？

在急功近利的現代社會裏，在這官員與民意代表都須要被打分數的時代裏，我們不得不承認：羣體醫療中心是作官哲學的高明傑作，但除了這「馬上有」的

功效外，我們的衛生主管單位該明白——如何使醫事人員在鄉下紮根，才是最重要的工作，也是一個需要長期努力才能達成的目標。

要談醫師下鄉，便得先正視下鄉醫師的困難，了解這些困難，並有因應的辦法，加上政府各單位的配合，與醫師的認同，才有可能使都市、鄉村的醫療資源均衡化。

下鄉醫師所面臨的問題有：

1. 診療費用太低，不足以涵蓋正規醫療。
2. 密醫的競爭——密僞醫問題是鄉村醫療正常化的瓶頸，下鄉醫師唯有賴政府，才有辦法與密醫相抗爭；進而提昇鄉村的醫療水平。
3. 若醫師不是當地人，則難以獲得地方人士的認同。而無醫師地區一般而言生活水平較低，填鴨式的教育水平亦難與都市相抗衡，故能考進醫學院的人較少，自然能返鄉服務鄉梓的醫師就微乎其微了。
4. 對醫療水準平衡點的困惑——醫療水平是要向密醫看齊？抑或是向書本及所學看齊？還是要自創一格？平衡點取得太高，缺乏競爭性；平衡點取得太低，則個人缺乏成就感。
5. 鄉村地區口腔衛教推展不足，使受過良好訓練的醫

師有無從下手之感——不單是鄉村的口腔衛教不足，而是全臺二千萬人口僅有七十餘萬口腔衛教經費。只是都市裏正規醫師較多，自然都市民衆比鄉村居民的口腔醫療保健觀念強了許多。

6. 下鄉醫師多因認為鄉下的醫療保健觀念低落，所以自己沒有必要多受訓練，反正英雄無用武之地。但也因為這樣，在執業的挫折中較易對正規醫療失去信心，而與密醫同流合污，使民衆對有牌醫師的尊敬度降低，進而產生有牌無牌都一樣，只是「有牌的」較貴之誤解。
 7. 日常娛樂較少，同學朋友較難聯絡，易生與進步社會脫節之感。
 8. 在子女成長中，教育上的困難——因鄉村的教育比較缺乏競爭性，留在鄉村，恐日後升學困難。
 9. 醫師夫人們對鄉村的認同感較低，也較難與當地人打成一片，故多予人「眼高於頂」的感覺。也因為這樣，「先生娘」本人的挫折感亦較重，再加上先生「朝九晚十」的工作，先生娘難免對下鄉視為畏途。
 10. 鄉村之公共建設不足，在生活上有諸多不便——譬如醫療資源不足，醫師也是人，也會生病，但醫師生病時，到底要找誰看？
- 綜觀上述，我們明瞭醫師下鄉的困難，基本上在於臺灣的「城鄉差距」過大。在鄉村人力全

面外流的今日，又何獨能要求醫事人員僅本著犧牲奉獻的精神，下鄉服務。當然均富社會是我們民生主義所要達成的目標，而鄉村的各項建設更是政府責無旁貸的責任；但教育建設、經濟平衡、農村問題我們都看不到政府的有效方案，太多事情該由根本問題做起，光有口號，問題並不會突然自己解決的。

至放醫療建設，僅企圖以支援式的組織，想解決所有的問題是不切實的。除了有關的社會問題外，在保險上，以良好合理的給付，才能吸引醫事人員下鄉服務，而完善不苟的考核，才能保障鄉村民衆的就醫權，再加上地方衛生主管機關的大力宣導，促使民衆有良好的就醫觀念；如此不但可以確保鄉民的身體健康，也才能使下鄉醫師在工作服務中獲得應有的成就感。至於以「社會問題」來搪塞醫界所謂的密醫問題，而沒有一套解決這問題的方案與時間表，除了徒使問題惡化外，時間並不會解決所有的問題。爲了一小撮人犧牲了醫師法的尊嚴與國民的身體健康，這責任到底要由誰來擔當？套句有關單位的口頭禪——「非正式醫事人員解決了偏遠地區的緊急就醫問題」。我要問：「到底是誰來解決因訓練不足的醫療所帶來的後續問題？」

再次呼籲，臺灣醫師人力的問題是「非患寡而是患不均」；企圖以大量製造醫事人員，以便將醫師擠入鄉村，不但不能提昇偏遠地區的醫療水準（一羣心不甘情不願被打入惡劣環境的醫師，怎能期待他仍保有仁心仁術），僅會使都市中惡性競爭的「非醫療問題」更形惡化。期待大有

爲政府正視一切社會問題，不再急功近利，拿出紮根的辦法，一步一步的解決問題；則良好的環境雖無法一蹴而至，但它總是會到來的。到那時，是在都市或是在鄉村執業不再是一個不得已的選擇，而僅是「人各有志」的時候，我們才能說——鄉村、都市的民衆有著平等的就醫權。

8. 低收入民衆的服務照顧

有一天，當牙醫界的問題漸次解決，民衆的 Dental I. Q. 提高，牙醫師的收費也合理化。當牙醫界一片欣欣向榮之際，我們不可忘了我們是社會的一份子，有必要爲社會盡一份心力。我們更不可忘了一定會有一羣低收入民衆，付不起牙醫的醫療費用，我們萬萬不可忽視他們也有要求口腔健康的權利。

可是，當我們看到義診券都流入西裝革履的人士身上，當我們意會到所謂的貧戶僅是一羣有力的人士時，不禁懷疑到底社會的善意要如何落實到社會上所謂競爭能力薄弱者的身上？當我們行業升級到社會強勢團體時，我們應有善心，但是我們不願鄉愿。所以我們要先呼籲政府拿出行政效率，剔除假貧戶，確實掌握真貧戶，使社會的善意，有確實的管道可循。

當政府有能，貧戶本該是由政府的預算編列救濟金，來幫助他們增強社會的競爭力，以期他們有朝一日成爲社會的生產者。但不知怎麼，政府預算老是編列的不對勁，需要的拿不到錢，不需要的卻拼命的「消化預算」。我們實在很難也實在不敢期待政府會比我們牙醫界進步得更快。我們要先規劃「牙科社會救濟基

金會」，籌募「救濟基金」，一方面要求政府編列對等預算，另一方面廣徵牙醫師加入這基金會，並由會員之醫療院所，按收費標準的高低，及地區開業人數的多寡，收取一定比例的基金。而貧戶可在此基金會下之醫療院所，得到一定比例的基金會之補助，及完善的醫療照顧，而醫師在同病同酬的精神下，必也不會對貧戶有所差別待遇；倘有朝一日政府視民衆口腔健康爲己任，並有足夠的預算時，我們牙醫界或可停辦此基金會，或可將此基金會的服務精神拓展到更大的層面，幫助政府照顧更有須要被關懷的事物。如果有那一天，牙醫不但會有正常的家居生活，也可無愧於這社會。

9. 開業醫與醫院應地位一致。GP 與 Specialist 和睦相處，使醫療水準提高

在過去我們的牙醫社會中，牙醫師一直被區分爲二類：一類是在大醫院上班的醫師，即所謂醫院醫師；另一類則是在診所上班的醫師，即所謂的開業醫師。直到今日，因衛生署的提倡，醫師的響應，專科醫學會使如同雨後春筍般的冒了出來，也就造出了所謂的專科醫師。我們不知道專科醫師的制度走到最後會有怎樣的結果，但由以往的經驗來看，我們不禁擔心在這「文憑主義」的社會中，是不是僅僅讓牙醫師們多了一張張的「狗牌」。

猶記得，當肝炎傳染的問題正熱門的時候，我們的醫學中心的大佬在報上所言：「肝炎消毒確實困難，我們醫院近來添購種種設備，才作得比較完全，所以民衆在看牙時，可選擇設備佳、

服務好的大醫院就診。」而當我們在談論收費的問題時，醫院醫師又有意見了——開業醫師的成本與品質都不能與醫院相比，收費怎能比照教學醫院；然後勞保的甲乙丙表出來了，醫院的大佬不就整個制度的精神作討論，僅說我們不贊成同病同酬，醫院有管理成本、教學成本、研究成本、收費不可與小醫院、小診所相提並論。幾個例子，我們看到了醫院大佬們的心態。我們不禁要問，牙醫界給了你們這社會的名器，使你們有了發言權，而您們到底為牙醫界努力了些什麼？而小診所的醫師也開始反擊了。他們說——他們不能在報上說，他們是悄悄的說，如同耳語般的向病人說——，醫院都是實習醫師，你會被練習；醫院規模太大，你去，有可能會被拔錯牙；醫院一顆牙分好幾個人看，前後可能會不連貫；醫院病人太多，你若沒有「關係」會要等很久。幾句話似是而非，我們看到我們的基層醫師，還在誤導民衆。

但是，這是我們所要的「牙醫界」嗎？這是社會所需要的「醫療網」嗎？是什麼讓我們相互攻訐？是我們利慾薰心或是我們的生存有了問題？也許是吧！也許是在這沒有政策、多重標準的社會中，我們都沈淪了。但你我都會經期待過的牙醫界，不應是這樣。它在我們這「錢淹腳目」的社會，應該是有條件成為已開發的牙醫界，期待我們有一個專業專責機構，為人們的口腔健康，做一個完整的規劃，期待我們的醫院醫師凸顯您們的教學功能，善用您們的發言權，更期待我們開業醫師，灌輸民衆正確醫療觀念，發揮我們家庭牙醫師的功

效。

當僅有二類醫師時，殺伐之聲就已不絕於耳。而當專科醫師這個新名詞再進入我們牙醫社會時，我不知道牙醫社會將變成什麼狀況。我們看不到各專科醫學會想要為這社會作些什麼，只看到牙醫師們急於找一個學會掛鉤，免得落單。我們不禁擔心在這心態下成立的這些羊頭學會，到底能帶給這社會怎樣的將來？

試著替這已快要惡言相向，形同分裂的牙醫社會理出一條溝通之路來，也希望有朝一日，醫院醫師、開業醫師、或專科醫師，僅是各有所專，而對這社會有著相同的意義。也希望有朝一日大家能體認到相互的價值——開業醫師對專科醫師的價值是為他發掘病例。而專科醫師對開業醫師的價值是替他解決問題，也就是說開業醫師替專科醫師找出病人來，而專科醫師使開業醫師更能完整的、安心的完成他的治療計畫。到那時，沒有人會惡意批評替自己找病人的人，也沒有人會不尊敬替自己解決問題的人；也許要到那時候，我們牙醫師才能活得更好，過得更像一個牙醫師。

10. 保險制度合理化

從勞保局昭示於年底起實施轉診制度及甲乙丙表後，就引發了許多紛爭，一時之間醫界熱鬧非凡，每個單位似乎都有話要說——勞保局的財務似乎永遠不能平衡，小型醫療院所似乎一直在賠本經營，大型醫院似乎沒有小病看就無法存活，而衛生主管機關根本無能為力。但從勞委會宣佈乙丙表先行實施，外送 40 元免審範圍的紅包再加上近日的「

轉診暫緩實施」似乎解決了所有問題，但我不明白勞保局怎麼在赤字連連的帳目上，再加上 40 元的紅包，來彌補因先實施乙丙表所帶來每年 40 億虧損；我更不明白沒有轉診的醫療制度怎能成為一個衛生署所要的醫療網。

試圖以頭痛醫頭腳痛醫腳的僵化制度來解決目前勞保的問題，可說是緣木求魚。如果衛生主管單位無法參與醫療保健的規劃，則醫療網永遠是空中樓閣。

要想解決勞保醫療的問題，首先我們要先確定到現階段我國勞保的政策為何？如果是社會福利制，則政府該編列預算朝人民免費就醫之路邁進，如是風險分擔制，則應考慮財務平衡，縮小給付範圍，以最少的錢，辦最重要的事。至目前為止我們漸漸明白政府想要採取的政策多半是風險分擔制（當然我們相信這必然是經過審慎評估），則政府該明白的昭告民衆，並宣導醫療付費的觀念如果是民衆想得到較好的醫療照顧，則應提高保險費率，以求勞保財務平衡，至於施行方式我的建議是：

1. 被保險人全面建卡，因為完整的醫療記錄是防止弊端的首要工作。
2. 確立給付項目：
 - ①盡量採取有證據的醫療項目為給付標的，本著以「最少的錢辦最重要的事」的精神，取決給付項目。
 - ②有生命威脅的疾病全額給付，確保勞工延年益壽。
 - ③職業傷害全額給付以使勞工保險實至名歸。
 - ④其他的醫療實施部分給付制，以減輕勞工就醫負擔，並依預防醫學之精神，

其醫療的預防性愈高則給付愈高，阻斷性醫療則給付愈低，自癒性疾病則盡量不給付。

以勞保業務收支平衡為著眼點，來決定各項給付額的多寡，如此被保險人在一般疾病的診療上，由於必須擔負較高的自付額，必會節制不必要的就診。而醫師依訂立之收費標準與勞保給付的差額收費，不但保有自由競爭的民生主義社會精神，更可使被保險人保有多元化的醫療選擇。

3. 停止數人頭，平均值的審核辦法，以避免小病給人

賺、大病沒人看的缺失。

4. 政府拿出誠意來，本著使人民「活得老活得好」的原則來辦保險，如果政府仍停留在「我們也有辦保險」的心態上辦保險，則可預見將來全民保險只是徒增納稅人的負擔，而與醫界及人民所希望的「精緻化醫療」的目標愈來愈背道而馳而已。

乙丙表實施在即，身為丙表醫療院所的一員本該為此即將獲得之「40元紅包」感到慶幸，但只要想到勞保資格開放、審核

的自由心證法、給付額度低落的毫無情理，更有甚者，沒有一個完整勞保醫療制度，使衛生主管單位的良法美意變成一個支離破碎的網，我不禁擔心臺灣地區的醫療水平會不會因此而一蹶不振，而花了社會最多教育預算的醫學人會不會因此變成保險機器。只能希望政府提昇衛生主管單位的層次，以照顧人民身體健康的前提下，來辦保險切不可再因循苟且，以保險數字來抑制醫療水平則人民幸哉？

作者／台北醫學院牙醫學士，博齡牙科負責人

回歸人性

——走出杏林矛盾的初階

施文儀

醫家，必須擁有豐富的醫學知識始能為之，並非人人可及；生老病死，為無人能免的四苦，醫家獨具「救人病痛急難」的特殊職業性，遂成為衆人所求的對象，而醫家也就在這種特殊的條件下，社會地位崇高，職業尊嚴神聖，成為昔日社會稀有尊貴的一族。

然而醫家的崇高與神聖，卻也不是平白可得，相對的其所背負的——對生命的責任、義務與使命，是嚴肅而沈重，社會對醫家的期待與要求也極為嚴格，甚至有幾近於「神格化」的苛求，面對這些吃重的背負與嚴格的要求，以救人痛苦為謀生工具的醫者們，自己卻因經常徘徊在「救

人」與「謀生」的矛盾而困擾不已，畢竟除了「史懷哲」與「死要錢」這兩類的醫者外，欲在這天賦的「杏林矛盾」中維持平衡，並非易事。

師者，所以傳道、授業、解惑也。老師，這個戴著「百年樹人」高帽的解惑者，卻也因其工作常與尊嚴和謀生產生矛盾而困惑，所幸這個「杏壇矛盾」早在二千多年前已被孔老夫子所洞悉，而他的智慧，正是解決這些矛盾的處方，因此要不是最近師道尊嚴嚴重受挫也不會有老師提出「罷教」，而重彈「杏壇矛盾」的舊調。

雖然醫與師為不同行業，但是仔細地剖析「杏林矛盾」與「

杏壇矛盾」，卻發現他們之間有許多類似之處，孔老夫子人性化處世原則，樹立二、三千年的師尊不墜，因此其部分智慧，或可供為醫家解決「杏林矛盾」的問題；在此大膽地提出「回歸人性」的原則，期盼能充當走出「杏林矛盾」的試金石。

「杏林矛盾」舉其粗者，可計為六大項：

- 一、收費的矛盾。
- 二、治療方法選擇的矛盾。
- 三、轉診的矛盾。
- 四、罷診的矛盾。
- 五、急救的矛盾。
- 六、職業性殘忍的矛盾。

一、收費的矛盾

看病付費，本來是天經地義的事，但是當患者付不起或醫者索費太高時，在看病和付費之間，對醫者即產生矛盾，而矛盾的大小，又與患者病痛之程度成正比。天下沒有白吃的午餐，在一般的情況下，言之成理，但當病

患面臨生死亡之際，醫者必須得面臨救人與自己謀生的抉擇。孔夫子說：「自行束脩以上，吾未嘗無誨焉！」相信能給醫者一個啟示。

孔子雖然滿腹仁者風範，但他教學生的一個最起碼條件就是要學生奉上「束脩」，束脩是很少的肉品，對學生而言，並非難事，但孔子必須營生，這份束脩卻是缺少不得，因為少了束脩，孔子即得挨餓，也談不上什麼傳道、授業、解惑。由此可知，醫者對於診病收費應無疑義，但是收費之合理與否，則有待斟酌。

醫者常以為要當一個醫者，其投資的財力、心力、腦力是巨大的，因此其謀生之獲利，似乎應在各行業之上，加上社會追求功利日盛，醫者何忍不及，目前醫者之謀生標準已然變成奢侈的享受，面對貧戶就醫，動不動即把責任推給社會福利，以避免良知喚起矛盾情結徒然造成困擾。

「回歸人性」不要求每位醫者都是「史懷哲」，也切莫做個「死要錢」，看病收費合理化，如遇貧戶，「束脩」以上即予治病，若連「束脩」都付不起，可否給予分期繳納的方便，畢竟在我們這個社會，貧人不多，行善機會不多，偶而行行好，做個符合人性的醫者，並不會太難。

二、治療方法選擇的矛盾

同一個疾病之治療方法常有多種，有新舊之分、好壞之分，有的是昂貴與便宜之分，有的則是因病人而異，無所謂的對錯，但是，許多醫師要不是固執地堅持一種醫學上最新最好的治療，就是毫無原則地選擇低成本的治療方式，而這兩種治療方式，卻是太理想或太現實。

孔子教學生採「因材施教」，並非所有的學生一律給予同樣的材料、同樣的做法，而是因其資材，給予最適切之教學，因此套用孔夫子之因材施教，醫者本來即可因病人之性別、年齡、職業、貧富，給予最適合病人之條件的治療，只要不把錯誤或有害之治療加於病人身上，醫者應該有能力也有必要在此彈性的治療空間做一選擇。

評估病人的條件，給予最適當的治療方式，收取合理應得的利潤，這是一種人性化的治療方式。

三、轉診的矛盾

醫者不是上帝，就算是上帝，人們也常質疑上帝的是非，但是，奇怪的是病患卻常屈於醫者的淫威或過分相信醫者，不敢質疑。而醫者本身，也礙於面子問題，為圖避免無能力診治該病的難堪，利用患者信任醫者的心理，扮演無所不能的神的角色。有良知的醫師，卻常在面臨是否轉診病人上，產生矛盾，因為這個社會，常把醫者神格化，不把醫者當人看待。

中國禪宗之行腳僧或雲水僧，一處參訪一處，一師拜過一師，即是想獲得解脫，而師父對徒弟的這種遠志，大多樂觀其成，因此「師父介紹你去那裏參學」、「我只能教你到此，你必須另尋名師指點」這種話，也就在禪門中流行，師父不以為恥，徒兒更因而受惠。

「另請專科醫師治療」，一種不再將醫者神化的人性醫療方式，相信可以將患有此矛盾的醫者們，獲得解脫。

四、罷診的矛盾

孔夫子贊不贊成罷教，我想你我都不知道，但是孔夫子曾明說有五種人他不教：不憤、不啓、不排、不發，舉一隅不以三隅反。同時對不交束脩的學生，他也採取罷教的態度，同時也因為宰我白天睡覺，而宣稱該孺子不可教，顯然，孔夫子有罷教之念頭與行動。

孔夫子的觀念，用在醫者身上，卻是非常適用，因為醫者至今仍面臨著拒絕病人的矛盾，因此套用孔夫子模式，對部份病人採取拒絕診療是合情理，但是若以抗拒醫療給付不公而罷診，則仍待商榷。

五、急救的矛盾

現行的醫療法規，醫者必須儘可能地挽回垂危病人的生命，但是衍生至今，卻變成無論病人病況如何，急救的手續，卻千篇一律要做，至少要做給家屬看，因為一來可避免法規之追究，二來也可多賺一筆。但是此種行徑在大多數的醫者，卻屢屢們心自問，這樣做好嗎？

更何況急診室或加護病房是不讓病患家屬進入的，而剝奪了死者與家屬最後廝守的權利，此種不符人性原則的醫療方式，卻是目前最摩登的治療方式。

「己所不欲，勿施於人」，想想醫者自己也有上急診室的機會，你是否也接受這樣的急救，相信以此將心比心，就不難踏出急救矛盾的心結。

六、職業性殘忍的矛盾

前面提過醫者不是神，也不是上帝，因此，一項工作做久了，也會倦怠，對於天天面對的生死痛苦，也比較麻木不仁，您的一刀，常常是病患這一生僅有的

一次，可是對您而言，卻是家常便飯，病患的痛苦嘶叫，對您而言，是日夜所聞，但它可能是該病患這一輩子最苦的時候，而您卻是充耳不聞；曾有醫師對此問題提出質問：「若對每個病人的痛苦都抱以悲憫，那醫生豈不比病患更苦？」也有醫師埋怨：「每個來找我的人都是苦著臉，連朋友來找，也是因為病痛之故，要找到八字比醫生更壞的，恐怕

也沒有了」。因此，醫者當久了，自然產生職業性的殘忍與倦怠，是可以諒解的。但是，面對病家的不諒解，醫者的矛盾是可想而知。

孔子周遊列國後，亦曾生倦怠之意，曾欲乘浮桴於海，以暫解志不得伸的無奈。醫者的事業，是救人的事業，是需要時時刻刻用心的工作，心力交疲，在所難免；因此，在心力交疲之時，

不妨學學孔夫子，「波爸、波媽……」輕鬆一下，相信對自己、對病患皆有好處。

列舉醫家六大矛盾，以回歸人性為基準，讓醫者不背負神的包袱，也不背負聖人的使命，讓醫者完完全全做個醫者，正是本文的目的。

作者／臺北醫學院牙醫學士，省政府衛生處技正，牙橋雜誌總編輯

瑞煙會長尊鑒：

承蒙校友會代行公文，使得口療隊向校友籌募的工作得以順利完成。今已順利結束本年度嘉義竹崎鄉之口腔醫療暨衛生教育服務工作，並已確定校友捐款芳名及款額，茲將整理結果呈予校友會，並附上收據以徵信。唯收據得再寄還給學生作為敝隊存檔資料。

敬頌

誨安

台北醫學院牙醫學系五年級
北醫口療隊副隊長兼籌募

陳鴻政謹上

78 年度北醫口療隊 校友捐款 結果共 54,500 元

奚臺陽、GP專業進修會

參仟元：

第一屆校友一位

王敦正(3 屆)、陳明繁(3 屆)

黃重吉(4 屆)

貳仟元：

蕭崇禮(5 屆)、吳震鵬(6 屆)

林崇民(7 屆)、王宏仁(8 屆)

甘介民(8 屆)、林進元(9 屆)

杜瑞煙(10 屆)、徐振東(11 屆)

蕭棟銓(13 屆)

壹仟元：

楊恭熙(5 屆)、林久恩(6 屆)

林建德(6 屆)、邱鴻基(8 屆)

洪俊耕(9 屆)、林明堪(10 屆)

許獻忠(11 屆)、楊泰志(11 屆)

張敏雄(12 屆)、賴弘明(12 屆)

陳時中(12 屆)、朱劍南(13 屆)

伍佰元：

邱揚文(9 屆)、黃清茂(11 屆)

張文正(11 屆)、傅一清(12 屆)

周世永(14 屆)

吳醫師：您好！

首先謝謝您提供的意見。

關於出路方面我會再三思的，我想七年日本生活也已經相當疲乏，相信換個環境也應該會比較好？而目前在此當醫長，負責口外，大概每星期有一刀，滿足自己所學，大半時間做 G.P. 不過也可以訓練自己如何 control 病人和做法，雖然不再像大學做研究那樣辛苦，但我有些時候仍

懷念大學的工作，而由於我論文研究工作得到日本文部省研究補助三年共 700 萬左右，所以現在每星期大約回大學二天做實驗。

最近，突然心血來潮寫了一篇留東瀛記，如果您覺得內容許可，幫我交給牙橋，如果您覺得須刪改請別客氣，修飾如您決定。不合的話，也別客氣，我只覺得可以讓想來日本留學的人有更多的情報！

另外，三月回臺時教授所做的演講，英文稿我已打好，順便寄給您，請轉給黃茂栓醫師做參考，相當抱歉，拖了半年才寄。

另外，牙橋我從上月開始即沒有收到，如果有多餘的，5 月之後請寄給我，另外也請轉寄到新的地址，也請牙橋寄到新址，謝謝！

我的畢業論文順便寄給您，請多多指教，請代為轉送大家，也謝謝大家的指導與關照！又必須麻煩您，請包涵！

也代我問候大嫂，來日本請再連絡！敬祝 學安！

學弟陳瑞彬敬上

1989. 10. 5.

(編按：此乃陳瑞彬醫師致吳英寬醫師的信函)

讀者來函