

《譯高選粹》

# 韓國醫學簡史

翻譯：李俊毅  
資料提供：楊博勝

十九世紀末，時值驛王朝（ Yi Dynasty ），西方文化開始大量輸入，撼醒了封閉社會中沈睡的人民。



在此之前，傳統（東方）以藥草治病的醫學，是獨一無二的醫療方式，並沒有正規的醫學教育課程。從韓國採開放政策，接納西方思潮，以迄1910年為日本併吞，短短的幾年間，現代醫學的傳入已稍具規模。至於醫學教育系統，於1899年開始實施兩年制醫學院教育，為職業訓練性質。皇家醫學院和 Jei Jung Won 醫學院可為代表。前者為國立漢城大學醫學院的前身。

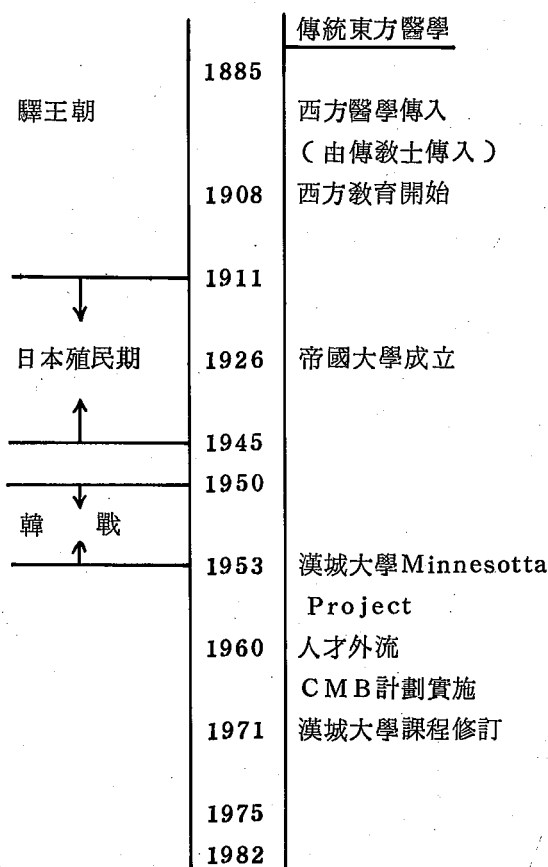
現代醫學教育的發展卻由於日本的侵略而中斷了三十六年之久，直到1945年才又東山再起。雖然在日本的統治下，成立一所大學級的醫學院（Keijo 或 Kyung 醫學院，為皇家醫學院的延續），但只有少數的韓國人獲准入學。

1945年日本戰敗投降，開啓了韓國醫學教育的新契機。隨著極權專制的瓦解，民主憲政代之而起，教育界的中心議題是如何使教育普及於社會大眾。1946年，Keijo 醫學院和 Keijo 帝國大學醫學部合併為國立漢城大學醫學院。

雖然1950年至1953年的韓戰使原有的儀器設備破壞殆盡，但由於1953年至1960年間漢城大學發起 Minnesota Cooperative Project，使得韓國的醫學發展有穩定而快速的進步。1960年代加速現代化的結果，輿論普遍要求醫學界儘速改革，協求精進，特別是臨床醫學和生物醫學研究方面。自1962年的經濟發展計劃以來，許多醫學院相繼成立，以因應醫療保健的推廣。其間，因美國科技及教育體系的大量輸入，韓

國的一些舊風俗習慣確實遭受嚴重的衝擊。這種問題唯有傳統價值觀與現代的進步科技相互調和，才可能完滿

解決。因而在1971年，漢城大學的課程大幅修訂，並持續努力以求提供更好的醫學教育。



圖一 歷史背景

表一 醫療教育機構數目 (1985)

類別	醫療機構數目	每年畢業生數目
醫學	28 (9 國立, 19 私立)	2860
東方醫學	5	460
牙醫	10	936
護理	59	6270



## 當今的困境與 未來的展望

現代醫學的傳入已有 100 年的歷史，隨著經濟的蓬勃發展，醫療保健也顯著地拓展開來。不過，仍有許多橫梗在我們面前的問題，亟待我們去解決。現在，我們將扼要討論一下這些問題，以及他們的展望，以迎接公元 2000 年的到來。

首先，我們可以列舉些醫療保健面臨的主要問題。1977 年，韓國開始實施健康保險。但是健康保險制度的缺失卻造成某些人無法享受到醫療體系的眷顧。醫療資源的分佈普遍集中在城市，造成許多窮鄉僻壤形成所謂的「無醫村」。除此之外，大部分的

醫學院畢業生希望當個專科醫生，因此一般科醫生只佔全體醫生的 30%。結果使一般醫療嚴重短缺，效率不彰。

其次，在醫療內涵方面，預防醫學的發展遠落後於治療醫學。治療醫學一直有長足的進步，而預防醫學卻仍原地踏步，乏善可陳。

不符合科學原理的傳統醫學，是另一個棘手的問題。在韓國，有些人寧願求助於巫醫（密醫）；可是現代醫學與巫醫間有嚴重的隔閡存在，因為巫醫被認為缺乏科學根據。

基礎醫學的發展受到忽視，導致臨床醫學過度膨脹，一直是醫學界的隱憂。並且由於人們醫學知識的貧乏，新技術的發展應用面臨重重困難。舉個例子來說，即使是大學附設醫院的屍體解剖（驗屍）比率也相當低，漢城大學附設醫院就低於 5%。

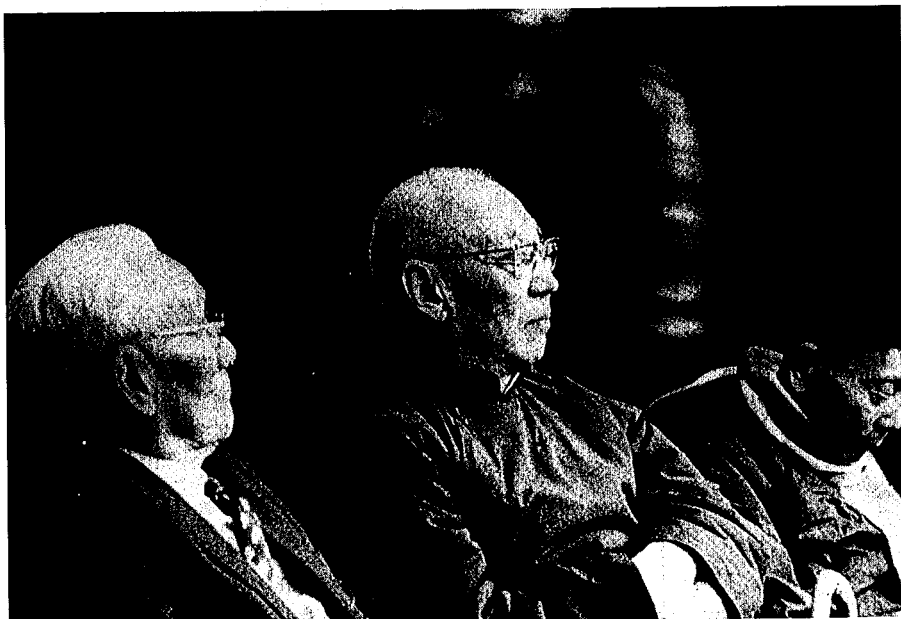
最近，道德問題在醫學界引起軒然大波。由於許多不當醫療行為（亦即誤診）的案例相繼被檢舉，醫學機構的道德教育需求也隨之增加。

在這些問題的鞭策下，二十一世紀醫療地位將有很大的轉變。首先，韓國人口數預期在二十一世紀時將超過五千萬人。死亡率將持續下降，而人民平均壽命也將增長。六十五歲以上的老年人口比率將上升。因此，老年人的醫療保健將普遍受到重視。除此之外，居住在市區的人口比率將佔 70%。如此則會明顯改變疾病型態。慢性疾病，如癌症、糖尿病、高血壓、以及心臟疾病將會很普遍。隨著工業、經濟的發展，環保問題也日益嚴重。醫療發展與革新將一一實現，但是醫療費用的高漲卻也很令人困擾。

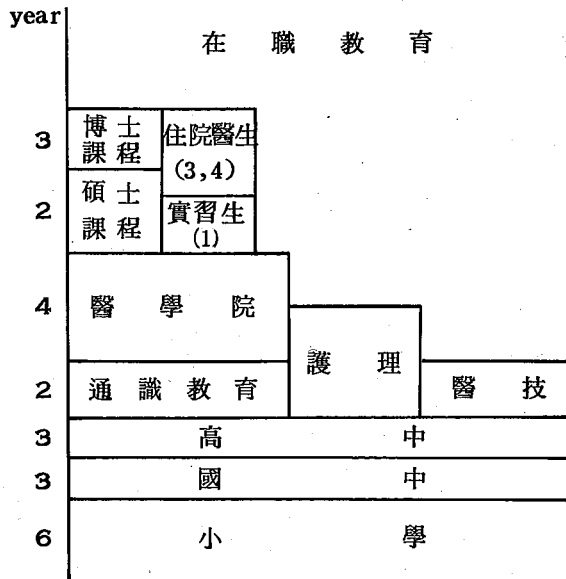
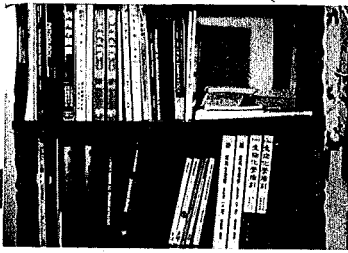
## 醫療教育體系 及課程

如同其他國家一樣，學生完成初級的小學教育後，12~14 歲的學童緊接著接受三年的國中教育及三年的高中教育，稱為第二階段教育（Secondary education）。根據這種階梯式教育體制，高等醫學教育的課程始於兩年的通識教育課程（

premedical course），之後是四年的醫學院或是牙醫學院的大學課程。畢業後即具國家執照考試的資格。



二十一世紀時，老年人的醫療保健將普遍受到重視



圖二：韓國教育體系

學士後教育 (post-graduate education) 分為兩個部門；想成為專科醫生者，必須在合格的教學醫院接受一年的實習生訓練，以及三至四年的住院醫生訓練課程；若想發揮自己的教學及研究長才，則可進入研究所，也就是兩年的碩士課程和三年的博士課程。

## I、通識教育

在正規的醫學教育之前，每個國家都會施予學生通識教育。概括而言，通識教育的主旨是在提供「人道及科學基本要素」。通識教育的地位及修業期限皆因國家而異。一般而言，修業期限分為兩年制及四年制。在韓國，我們採兩年制，而其地位則因大學不同而有差異。

以國立漢城大學為例，所有新鮮人必須在自然科學學院 (College of Natural Sciences) 修畢兩年的通識教育課程。這兩年內必須修畢包括韓文、英文、物理、生物、化學、以及其他特定科目在內的七十二個學分。學生有義務去聽這些課程，並且要能通過考試，假如學生能順利完成通識教育，則便能獲准進入醫學院就讀。

## II、醫學院

正規的四年制醫學教育課程提供攻讀博士的踏腳石，可約略分為四個階段；第一階段，包括前一又二分之一學年，教授基礎醫學科目；第二階段，包括第二學年的下學期，實施一系列的整合教學計劃；第三階段，為

臨床階段，包含接下去的一又二分之一學年，屬見習期間；最後一個階段，亦即最後一個學期，提供學生各種選修課程。

由於愈來愈強調一般醫學教育要能符合社區需求，尋求更有效、更實際的教學法，醫學院在數年前即已大力展開檢視及修訂 1971 年訂定的課程，以下便是一般原則。

增加實驗課程，增多見習機會：加重實驗份量，個別指導、示範操作、以及臨床見習，減少僵化的正規講課。

提早接觸臨床醫學：生育及家庭計劃、行為科學，以及臨床醫學概論，都在第一階段即已傳授。此外，各單位科間的統合聯繫也極重視。

綜合式學習體系：十五組課程已經取代傳統的單向式教法，每一組課程包括為期一到二週，針對某特定器官或系統取向的計劃。

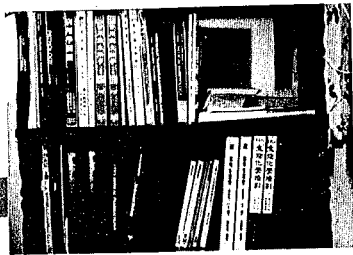
教與學過程中採個別化教法：利用一系列的視聽教材來達到教學目標。

選修課程：為了提供學生在其感興趣的領域中作更深入的研究和體驗，在第四學年開設為期三個月的選修課程。

因此，現行的課程安排主要是讓學生獲取這門科學的專業知識，而這些正是學醫的基石，並能協助醫學生精通醫術，以解決他們面臨的問題。

### 第一學年

第一學年大多在研習人體的一般構造和機能，以及老化、疾病和其他



因素衍生出來的問題。

主要必修課程有：解剖、生理、生化、組織、醫學史、胚胎、神經、病理、微生物、藥理、預防醫學、以及寄生蟲。雖然在第一年傳授生育與家庭計劃，作為一組課程，學生們已經意識到置身於臨床醫學中。這一學年末並有一個禮拜的行為科學課程。

### 第二學年

第二學年有二十週（以前為六個月）的基礎科學課程，為第一階段的延續，諸如病理、微生物、藥理、預防醫學和寄生蟲。接下來的十七週（以前為六個月）為第二階段的核心期，安排一系列的課程以使基礎醫學和臨床醫學間有更密切的聯繫，如此學生對正常及病態的器官或系統才能深入了解，並能一以貫之。

### 第三學年

第三學年有三十七週，包含內科（十二週）、小兒科（六週）、產科（六週）、婦科（六週）、一般外科（六週）、骨科（四週），以及精神治療（四週）等的基礎見習課程。

見習制度提倡一小群學生有機會參與並直接負責病人臨床問題的處理。這個時期也傳授臨床課程，但僅限於每天兩小時。

### 第四學年

第四學年的上學期是第三階段的延續，為期十四週，提供次要的見習課程和三組課程。下學期，亦即第四階段，分為三個四週區間（three A-week periods），傳授基礎及

臨床醫學的選修課程。學生必須針對自己的興趣，選修一個或數個課程。

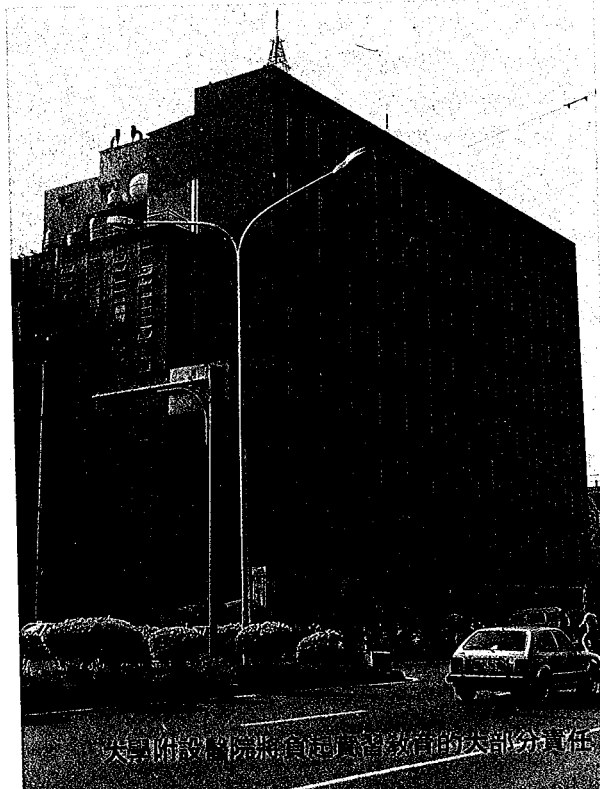
## III、實習

實習制度是在韓戰後被引進的，在大學附設醫院和一般醫院，一開始是採輪替實習制度（rotating intern system）。實習制度有輪替（rotating）、混合（mixed）、和直接（straight）三種實習課程。輪替式實習要學習基本科目（內科、外科、小兒科、以及婦產科）、及其他科目。混合式實習要在四科基本科目中選擇二至三科，以及一些自己喜歡的科目。直接實習則要選擇一科住院醫師課程。在韓國，實習教育大部分為輪替式，小部分為混合式。

韓國的實習制度未來的展望可概述如下：首先，大學附設醫院將負起實習教育的大部分責任。其次，實習生完成他們的課程後，大部份隨即展開他們的住院醫師生涯，而且想成為專科醫生。因此，大學附設醫院的實習教育主要是設想大部分實習醫生都想當住院醫師而設計。第三，一般醫院的實習教育有意忽略基礎醫學領域，主要目的僅在治療疾病。

## IV、住院醫師制度

1950年代以來，美國醫學體系陸續引進韓國。實習制度始於1950年代，而住院醫師制度始於1960年代。自當時以降，這個實習—住院課





程已經訓練許多專科醫生。

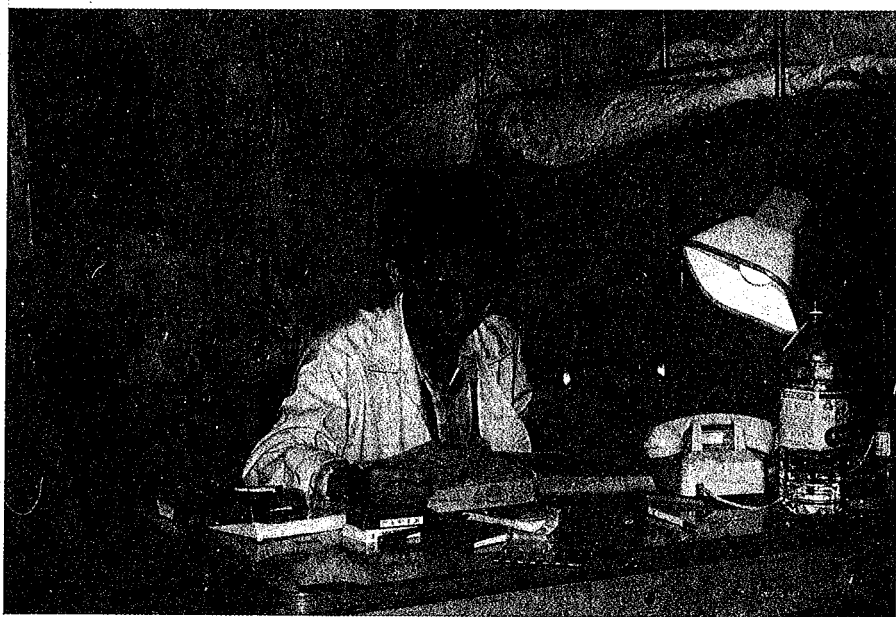
結束一年的實習課程後，醫學系畢業生可經過資格考試而開始住院醫師課程。修業期限在外科是四年，在非外科則需三年，隨著醫學的進步，每一科更形專業化；並且再細分為更專科的領域。因此，訓練內容也相當專科化。

然而，韓國的住院醫師制度卻暴露出許多問題。第一，大學附設醫院只能容納三分之一的住院醫師，而其他的國立或私立一般醫院則接受其餘的三分之二。因此，訓練的質與量相當不均衡。第二，韓國引進的醫學教育體系有兩種不同的型態；一個是德國及日本系統，另一個則是美國系統。在韓國，這兩個系統以極不協調的方式共存著。因此，大部分的住院醫生同時要修習博士課程，是個很沈重的負擔。第三是專科醫生過剩。自從住院醫師制度引進之後，我們面臨了意料之外的後果——超過90%的畢業生登記參加專科醫師訓練計畫，結果造成一般醫生只佔30%，而專科醫生則高達70%。

## V、研究所

大致來說，研究所訓練的目的分為兩方面。一方面在發揮創新研究的潛能，另一方面則在修習較高層次的專業知識。研究所包括兩年的碩士課程及三年的博士課程。完成每一階段課程，學員可獲頒一紙學位證書。

攻讀碩士學位階段，學員的專業知識主要得自聽課、討論會（sem-

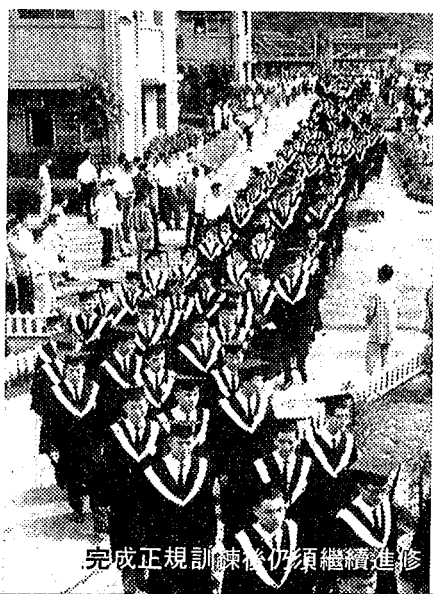


結束一年的實習課程後，畢業生可通過資格考試而開始住院醫師課程

inar)，以及實驗；而攻讀博士學位，則需自選研究主題，寫成一篇論文。

## VI、在職教育

社會環境的快速變遷，新疾病的出現或現存疾病的變異種，以及治療



完成正規訓練後仍須繼續進修

方法日新月異，使得在職醫生在完成正規訓練後仍須繼續進修。1972年，漢城大學醫學院首先開設在職教育課程，成立在職教育機構（Institute of Continuing Medical Education）。在職教育課程一直盡力修訂著，但成果卻不如預期的好，我們現在已遭受資訊和技術缺乏的困擾，以致無法改善在職教育的品質。同時，醫學教育研究及訓練機構（The Research and Training Institute of Medical Education）於1975年三月成立。它是個特別的教育機構，目的在訓練在職醫生，醫學教育工作者，專科醫生，以及保健人員，是經韓國政府和世界衛生組織（WHO）達成協議而設立的。於推廣在職教育上，它扮演極吃重的角色，並且提供在職醫生很好的機會，以趕上日新月異的資訊和技術。



表二 漢城大學醫學院的醫學課程

	第一季	第二季	第三季	第四季
第一學年	解剖、生理、生化 組織、醫學史 (生育) (家庭計劃) →		生理、生化、 組織、神經、 胚胎	病理、微生物、 藥理、預防醫學 寄生蟲 (行為科學) →
第二學年	病理、微生物、藥理 預防醫學、寄生蟲 (臨床醫學簡介) →	綜合課程		
		免疫學	腫瘤學	神經學
		腎病學	血液學	內分泌學
			心臟學	呼吸系統
				腸胃學
第三學年	授課(1小時/天)			
	見習 內科(12週)、小兒科(6週)、婦產科(6週)、外科(4週)、 骨科(4週)、精神治療			
第四學年	授課(1小時/天)		校外見習	畢業考(5週)
區域醫學	泌尿科(1週) 皮膚科(2週) 胸腔外科(1週) 神經外科(2週) 眼科(2週) 耳鼻喉科(2週) 放射科(2週) 麻醉科(1週) 神經科(1週) 社區醫學(1週) 急救醫學(1週)	選修課程(12週)		

## 韓國醫學教育 面臨的問題

韓國醫學教育遭遇的困境與其他國家大致相同。第一，由於教育目標不一致，導致核心課程在許多學校很難設定；有些較嚴格的把大學課程標準定得過高，有如住院醫師課程般苛

刻。第二，內容過於以疾病取向(disease-oriented)部分是因為超專科化(superspecialization)，部分則是由於分科化(departmentalization)的結果，似乎不把病人當病人看。當然，社會經濟因素並沒列入課程安排的考慮範圍。第三，學生偏重於真實教材的記憶，但卻未必能有效地處理醫療問題。第四，學生的學習態度轉趨消極，因為以老師為重心的說教式教法已經落伍了。最後一點，學生表現的評估主要根據分

數及測驗成績，與作為一位醫生所需具備的條件無關。行政單位彼此缺乏充分的協調，更加速這種情形的惡化；課程安排由教育部負責，而國家執照考試卻由衛生及社會事務部(the Ministry of Health and Affairs)管轄，學校計劃於是脫離國家需求而載浮載沈。如此一來，醫學院課程被迫在考試腳步後亦步亦趨，形成考試領導教學的現象。

## 結語

自韓國引進現代醫學以來，已有一個多世紀的光景，醫藥衛生已有長足的進步，醫學教育的拓發也獲致良好的成效。但以目前的醫學處境，以及公元2000年的展望而言，醫學教育及訓練仍待大幅改善。對於將在公元2000年擔當醫療重任的學生而言，亟需具有主動參與的態度，而不是死記講義以應付考試，盲目地接受訓練，也不是無所事事地打發時間。我們應計劃未來，找出切身的醫療問題所在，以及將來的可能發展，並針對他們痛下針砭，尋求解決之道。所有的醫療工作人員都有責任去達成世界衛生組織(WHO)的全球性口號——「邁向健康的公元兩千年」(Health for all by the year 2000)。身為醫學生的我們應謹記這個觀念，為更美好的公元2000年社會攜手並進。