

中山醫學大學醫學系

104 年度海外交換計畫：東京醫科大學附設醫院

心得與回饋

獲補助年度	104 學年度
薦送學校/系所/年級	中山醫學大學醫學系七年級
中文姓名	張浩哲
國外實習國家(含城市)	日本東京
國外實習機構	日本東京醫科大學

一、緣起

在決定申請參加此次交換學生計畫前，其實我已經有過不少次造訪日本的經驗，但皆是以遊客的身分前往日本的各個著名旅遊景點遊玩；不過也因為這幾次遊覽的經驗，我對於其環境、文化、街道巷弄與人們所散發出來的氣息與氛圍逐漸產生越來越濃厚的喜愛；此外，近十年間台日間影視媒體文創產業等文化交流益加頻繁下，無形中更自然助長了我對日本的興趣，想對其社會文化的各個層面，尤其是自己所處的醫療相關產業，能夠有更深入的了解。我想，與東京醫科大學的交換學生計畫，正是能夠完成我一直以來心願的好機會；一來其病院院區及學生的住宿地點就位在最為熱鬧的新宿市區，生活機能所需的一切所需可說是應有盡有，前往其他地區的交通更是四通八達；

另外，我也希望我先前略有所學、但一直沒有時間以及機會好好精進的些許日文，能夠在交換得期間自然地有些進步；擁有較為流利順暢的英語能力，應也能夠幫忙我更加了解日本醫院內的生態以及他們醫療體制的運作，也能夠在過程中增進一些醫學的知識以及見識。因此，東京醫科大學定是我當時最佳的海外交換醫學院校選擇。

二、 國外實習機構簡介

東京醫科大學附設醫院位於繁華的東京都新宿區新宿六丁目，周圍盡是高聳的商業及公務大樓，市政中心都廳亦在其五分鐘步行路程之內。其相關聯的東京醫科大學最初於 1916 年成立，經歷長久以來演變沿革、越發茁壯，明天正是其 100 周年紀念，於附設醫院院內各處都可見其相關紀念活動告示及宣傳。醫院院區所容納大約 1000 名病患病床數，不過新病院大樓的建築工程也正如火如荼進行中，其位置就在目前病院大樓旁，預計於 2020 年完工。醫院內各個科部架構完善，從上到下井然有序，臨床與醫學教育兩方的統合也相當全面且完整，除了對病患的安全以及照護重視之至，對於醫學院學生的教學亦然。另外不得不提在見實習過程中所接觸最為頻繁的海外事務部門，對於其業務範圍內處理得盡善盡美之外，於其他日常生活中我們交換學生可能所需要的、可能遇到的困難，總是提早一步準備完美，也在任何我們需要幫忙的時候在最短時間內伸出援手；東京醫科大學以及

其附設醫院的每一位成員，都是讓這次交換學生計畫能夠順利圓滿的最大功臣。

三、 國外學習機構之學習心得

交換生涯開始的第一天(09/07)，我們來到醫院報到，見到東京醫大方面的接待人——永田彩小姐。雖然從上半年申請交換計畫通過後，便常有書信往來、確認交換的細節，但這是頭一次與其碰面。永田小姐溫暖地問候我們三位來自中山醫大的交換學生，並且帶領我們大致參觀過醫院的主要科部、公共空間場所所在，並且給了我們充分且清楚的書面資料、解釋我們在這兩個月間於各科需要完成的事務，以及一些特殊事件'場合的時間以及注意事項。在中午與東京醫大外語領域的教授 **Jeremy Williams** 先生共進午餐、稍作休息後，下午便開始交換學生的學程。

我第一個見習的科別為心臟血管外科，因此我首先到東京醫大附醫的手術房報到；在我於本科期間主要負責帶領我的是神谷健太郎醫師，當我報到時，他方才結束一台手術；仍穿著手術服裝的他熱情地向我問好，並帶領我前往手術房內快速認識其中環境。心臟血管外科於東京醫大附醫主要有兩間大開刀房：五號以及七號，幾乎星期一到五每天都有手術排定預行，從常見的主動脈瘤支架放置、切除，一直到高難度且高耗工耗時的冠狀動脈繞道手術、特殊主動脈瘤切除、血

栓移除等，都是此醫院心臟血管外科團隊的專長，由主任教授荻野先生帶領科部的各成員完成每一項艱難的任務。

當天下午我便見到了主任教授荻野，當時他正站在主刀的位置上進行全主動脈弓置換術最關鍵的步驟；見到神谷醫師領著我來觀看，荻野教授一派輕鬆地一邊以詼諧幽默的口吻問候我，一方面雙手的動作未曾停下、在打開的胸腔中繼續靈活地操作著，彷彿這一切再稀鬆平常不過。接著神谷醫師帶我前往另外一個心臟外科的重鎮：加護病房 ICU。在東京醫大附醫，加護病房的床數很少，僅總共 10 床上下，而且並沒有特別細分為外科或內科的加護病房；而心臟血管外科的病人通常因為術後整體情況可能較不穩定，故需特別在此處觀察一段時間，並於必要時行特殊處置、甚至再次手術。最後我們來到心臟血管外科的病房，此處於台灣一般醫院的設置很相似，每間病房最大容額為六名病患，此外當然也有四人房、雙人房以及單人房的存在，取決於病患本身的喜好需求以及付費差異。此外，與台灣醫院不太一樣的是：此處的病房中設有觀察室，當住院病患的情況較不穩定、但又還不至於轉至加護病房動用其資源時，便可先轉移至此室；相對地，常常加護病房的病人漸趨穩定，在轉到普通病房之前，也常先於此室暫時觀察一兩天。東京醫大附醫的心臟血管外科規模頗大，普通病房、加護病房病人總和通常達 30-40 人。

每天早上七點左右，荻野主任與心外的成員們便會從加護病房開始查房，檢視病患的狀況、檢查報告等，接著於病房的晨會上，仔細確認每個預定開刀病人的情形以及預先討論好手術內容的細節、可能遇到的障礙以及如何排除這些障礙；接著，心外的成員們便各自開始當日的工作：大部分的成員可能進入手術房開始相關的準備，有些人先回到病房或加護病房確認或加開病人的醫囑，有些人則是有門診的業務要執行。最後，於晚上六點，諸位成員再次聚集於加護病房，再一次確認病人狀況、並且進行晚間會議，檢討當天的手術，並且稍微看過隔天預定手術的病人。

我在心外的兩周，除了跟隨神谷等主治醫師觀摩他們的日常工作範疇外，由於期間正好也有東京醫大五年級醫學生於本科見習，有時我也跟著他們參加心臟外科的各種教學活動。除了教授以及各主治醫師進行核心課程的口頭及投影片教導，科內也安排了數次的實作教學，從模具的外科基本手技縫紉課程、到利用豬心進行的心臟解剖與瓣膜置換術實作體驗，可看出東京醫大對於教學的認真與盡心，由荻野主任所教授的豬心瓣膜置換術實作，是前所未有的體驗，自己能夠一針一針、如同觀摩手術時所看到的步驟般將人工瓣膜縫在豬心，這實在是相當可貴的經驗。另外，和東京醫大醫學生的交流對談中，我也更加認識彼此之間學制的差異。日本醫學生一般而言於五年級正式進入

臨床領域，主要以見習者身分，觀察執業醫師們是如何進行臨床業務，並不會、也不被允許進行這些臨床業務，無論是病歷書寫、或是醫療行為的操作如管路置放或是抽血等，都還是由畢業後醫師進行。他們不需要值班，因此完全不若台灣的實習醫學生有較重的工作負擔，但由於在書面的學業成績方面要求嚴格，因此往往都在空閒的時間前往圖書館讀書學習，否則真的可能面臨重修的命運。或許也是因為這樣的原因，普遍來說，醫學生的基礎醫學知識算是相當扎實，不過在我們台灣七年級醫學生會感到習以為常的臨床工作以及工具，如：無菌手套的穿戴、醫學影像的基本判讀等，日本醫學生們就不一定熟稔；兩種醫學教育體系制度，各有各的優缺點，或許並不一定分得出孰勝孰劣。

不過對於醫材以及醫療的軟硬體之差異方面，或許正好第一科就是在需求量較大的外科系之故，實在見識了不少。東京醫大附醫內，不像台灣醫院的鋪單、隔離衣與無菌衣等可能重複清洗消毒再使用，幾乎所有的手術或病房相關醫材皆為拋棄式；另外包括超音波掃描器、血液氣體分析器等儀器，體積短小輕便、後者甚至如手機一般大小，攜帶極為便利。醫院的醫療醫囑以及病歷系統操作直覺人性化，處理快速，病患的相關基本資料、過敏史以及感染症有無，在進入病人主頁面時就會自動跳出，而且病歷醫囑以及檢查影像系統整合良好，互

通時幾乎不太需要多少等待的時間。整個系統介面從輸入到顯示皆為日文，對於醫師和病人而言都能很清楚解讀，觀察大部分的醫師使用起來皆相當輕鬆順手，或許也因此臨床的工作處理上順暢許多，能夠事半功倍。

在結束於心臟血管外科的見習後，結束銀色周末(Silver Week，09/19-23)的連假，我來到位在一樓綜合診療科(General Medicine)。其實，最初我會選擇綜合診療科，是憑著我對於台灣醫院的 General Medicine 部門的印象，其在台灣稱為一般內科，主要收治各種常見內科疾患的住院病人，讓剛畢業、甫得到醫師執照的 PGY 醫師訓練病人照顧的相關能力。但在東京醫大附醫，General Medicine 是為綜合診療科，是一個專看門診的部門，平時幾乎完全不收治住院病人，與台灣的一般內科相去甚遠。在綜合診療科，病人大多病況並不緊急，他們帶著尚未完全釐清的病症前來求診，又或者是在地區小診所或醫療機構診察一段時間仍沒有改善、找不到根本的問題而轉診過來，而本科的醫師們便是要幫忙釐清這些問題的所在、找到病人真正的病症為何，也因此他們需要對每一個醫學的專門領域都有一定程度的了解，才能做出完善的鑑別診斷、盡量不要有遺漏而沒有考慮到的，才能確保病人的安全、並且達到前述的目標。

在綜合診療科見習的兩周之中，我主要跟隨主治醫師們的日常業

務、觀摩他們的門診問診過程，而他們會向我解釋與病患的對談內容、和我討論我認為有哪些可能的鑑別診斷、應該要進行那些相關的理學檢查、或是開立那些檢驗檢查項目。平時我主要跟隨山口醫師、兒嶋醫師以及赤石醫師的門診業務，此外也各跟隨了平山教授以及大滝教授的特別門診一次，從常見病人由壓力引起內分泌及自律神經失調相關、主觀輕微的頭暈、頭痛、手腳麻木無力等不適，到少見的自體免疫疾病如貝切氏症，甚至還診查出一位只有發燒以及輕微不舒服、實則於抽血檢查發現已經敗血性休克的案例，多量的病患也代表著能夠觀察到多量的疾病種類，也對於東京醫大附醫醫師於內科領域方面看診時的思考邏輯以及鑑別診斷程序有比較深入的認識。

在此科格外印象深刻主要還是日本的門診系統；相較於台灣，無論各科每診動輒 30-50 人次以上、多則上百的看診人數，日本東京醫大附醫由於有健全的轉診制度——若病人不持有地方初級醫療機構的轉診單，一律先繳 7000-8000 日圓的初診費用——每一個門診於一個時段內的看診人數都顯著較少，醫師與病人能夠有相當充分的時間問診、溝通，病人從最基本的過去病史、本次症狀的最初表現一直到後來的演變轉化、各種所發現的不舒服處，甚至心理上的狀況、精神的壓力以及負擔，也都可以跟醫師清楚描述；另一方面，醫師對於其所想問的、想確認的事物、想要做的理學檢查，也都有時間確實執行，

若是對於診斷有疑慮，甚至也可以暫時離開診間，查詢相關的教科書或是國際臨床指引，再給予病人最正確的資訊、做出正確的臨床決斷。反觀台灣醫學中心的門診，由於沒有完善的分級轉診制度，主治醫師往往是被龐大的病人數量所淹沒，有時病人還會因為等待時間較長不耐煩，態度較為惡劣，使門診醫師感到莫大的壓力；每一個病人至多只有數分鐘的看診時間，無法進行仔細的問診、檢查並且做好完整的評估，醫師不得不冒著誤診的風險執行業務，病人有時也覺得自己的不適或是問題沒有被重視，可能埋下醫療糾紛的禍根、而這樣的惡性循環又造成醫病關係日趨緊張。我於綜合診療科學習的最後一天，受當科之邀簡單介紹了台灣的醫療以及醫學教育制度系統，有稍微提到上述目前台灣醫療體系中的困境；或許這是台灣政府以及醫療制度體系能夠逐漸改進、進步與改善的方向。

我於東京醫大附醫所學習的第三站是小兒科；在此，我主要加入吳宗憲醫師的醫療團隊，跟隨其與其成員進行每日的臨床工作。在東京醫大附醫的小兒科病房，最常見的仍是各種兒科感染症病童，尤其季節的關係，RS 病毒感染為當前住院的最大宗；其他如：食物過敏症、氣喘等過敏性疾病，遺傳性或代謝性疾病等也是常可見到。較值得一提的，則是吳醫師團隊所特別專精的姿勢性調節不良症候群 (orthostatic dysregulation, OD)。在我長達近六年半的醫學教育中，在

此之前，其實從未聽過這樣的疾病，而即使搜尋相關文獻，所得到的相關資料也相當有限；在吳醫師的解說下，我才了解到這樣的疾患，其實是由德系的醫師所歸納、發表出來，因此在德國、日本等地區較有系統的了解及認識，臨床上也比較有這種疾病相關的診治，相對而言，美國以及其他包含台灣在內的區域，則對這種病症比較沒有明確的定義。此類病童常常在晝夜作息上失調，夜間難以入眠，白天則又無法順利起床，每試著從床上爬起、站立一段時間便覺頭昏、頭痛、腹痛、噁心、嘔吐等不適，嚴重者甚至會暈厥甚至癲癇發作，但只要回復臥姿，於數十秒內便能回復原狀。這樣的孩子們可能被誤以為是不想上學而胡鬧、裝病，但實則是因身體的自主神經系統以及激素的分泌失調，身體沒有辦法對於姿勢的變化有快速且適當的適應，才有上述的症狀；他們需要正確的診斷、良好的支持、復健輔以適當的藥物治療，才能回復原本的生活功能水平，而這也是吳醫師團隊平日所主要在從事的業務。在這兩周之中，見習了五次以上的姿勢性調節不良診斷檢查，病人的年紀從 6 到 14 歲、症狀從輕微眩暈到嚴重暈厥抽搐，有些不符合診斷的標準，有些則是屬於特別的病症分型，過程中我實在增進了不少見識。

此外，在東京醫大附醫所見到的兒科病房，也有一處讓我相當印象深刻。在這裡，無論兒科病人是出生僅數月的嬰孩、還是已經十歲

左右的孩童，病床邊基本上是沒有家長在看照著的，家長如同其他科別的家屬，一律視同為訪客，必須要在特別的會客時間才能進病房來探望他們的孩子；相對於台灣，病童的父母親幾乎時時刻刻都守在病床旁，往往護理人員或醫師經過、或為病童進行醫療處置時，特別焦慮病童病情的家長們往往都會用各種問題轟炸他們，有時如抽血、設置血管管路或是做理學檢查的時候、過程不順暢，焦急的家長也常情緒失控，怪罪醫護人員們，認為他們在傷害病童，而這些指責和過份的關注，往往讓醫護人員在執行各種照護醫療行為備感壓力、難度遽增。當然，有家長陪伴在病童身邊，平日各方面的照顧、或是突發狀況發生時，或許病童能夠得到比較立即且完善的照顧，兩樣的管理方法和制度，各有其利弊。

最後的兩周，我來到東京醫大附醫的免疫與膠原疾病科，即是台灣醫院所稱的免疫風濕科。由於是我所感興趣的科別，在來到東京醫大附醫見習前，事實上我已經於台灣不同醫院的此部門學習過三次之多；然而，光是在本科的第一天，我就已經見識到許多先前僅在書上讀過、而沒有真正在台灣醫院臨床上看過的案例；這或許也是因為其轉診制度良好的因素，對於真正需要診治的病患、疾病有篩選的效果。

主要負責引導我學習的木村醫師每日帶領我查房、一起檢視病人

的臨床狀況、抽血與影像檢查結果，討論病人的狀況變化、以及後續的處置該如何進行。整體而言，在本科的生態作息與台灣醫院的內科相當類似，不過在一些細節如用藥、治療上的習慣，仍然和台灣有差異；另外，由於在本科與住院病患的接觸特別頻繁，每天都能夠觀察到病人和醫師之間的互動模式，我發現在東京醫大附醫所見到的病人，大多對於醫囑的順從性良好，對於醫師所交代的事情相當配合，對於醫生為其排定的檢查或醫療處置當然有時候會有疑惑，但在詢問時語氣一般是相當客氣的，而雖然醫師的解釋或許他們常常是沒有辦法能完全理解，但他們大多仍能相信醫護人員的專業、一位由於木村病 (Kimura's disease) 而臉頰腫脹疼痛的病人，入院接受治療數日後症狀明顯改善，預計出院前幾日又發生腹痛情形，反覆發作數日；當我跟隨木村醫師一同查看她的情況時，病人竟是向我們道歉！「勞煩醫師將原本的問題治好，結果現在身體又有新的狀況，害醫師又要傷腦筋了，真是不好意思！」她這樣向我們說道，而這樣醫病兩方互信互相以禮相待的景況，在台灣卻是越來越少見。

四、 國外實習的生活體驗

日本的國情文化其實和大部分台灣人所知的所想像的相去不遠，在大多數的情況下，以禮相待是最主要的行事準則，但也因為如此，身為交換學生的我們可能也需要稍加留意，同樣以基本的禮貌、禮儀與所

遇見的所有人相處、交流。一般日常生活方面，如前面篇幅所提到的，在東京醫科大學醫院以及附屬宿舍周遭，是新宿市中心，無論是飲食吃喝、各式衣著、前往各處的交通，恐怕除了此處不會有更好的選擇，風靡台灣的各式餐廳、服飾或數位商店，只需要從宿舍或醫院朝著新宿車站的方向步行 10 多分鐘即可到達；只是這平面地上下數層交錯縱橫的街道，初來乍到恐怕一定會有迷路撞牆期，或許還是得要多走多看，才能漸漸熟悉，慢慢成為道地的新宿通。

平日醫院的作息時間可能需要參照各科的時程表，倘若是科內事務雜務不多，或許平日一到五傍晚或晚間也能逛逛附近的新宿街頭，更甚者前往附近的原宿、涉谷及池袋走走看看；周末則更能規劃較遠一些的景點，拜新宿車站匯集了大多數的鐵路路線所賜，無論前往哪裡幾乎都不成難事，只要事先規劃好、做好充足的準備，應該都不成問題。

宿舍日租約 300 日幣，在新宿市區幾乎是無法想像的價格，更遑論其內單人和式擺設、獨立衛浴、書桌檯燈、冷暖空調、涼被暖被應有盡有，搭配上周遭環境，應足以極為舒適地住上兩個月綽綽有餘。氣候方面倒是可能需要特別注意，相較於台灣，日本的空氣明顯偏乾，甚至有可能手足有龜裂情形，保濕或護手霜如有需要可於附近藥妝店先購入備用；氣溫方面較接近溫帶氣候，早晚風大可能較為寒冷，日

間太陽出來則較為溫暖，甚至有時有些炎熱，輕薄方便攜帶以及穿脫的外套是良好的選擇，較厚的外套也可先購買、準備好。

五、 國外實習的具體效益

1. 增廣專業領域的認識：身為實習醫學生的我們當然知道與海外各國於醫學教育以及醫療體系上有一定程度的異同，但實話就是：沒有真正親眼見識、親身體會，是沒有辦法真正了解確切這些異同為何，而在實習過程中，自己也能夠再找到更多更多的相異之處，而與海外專業人士的交流之下，了解他們採用不同作法的原因，進而反思自己國家的系統或制度、做法是不是有可以改善、可以突破的，又或者，從他國的經驗，發現自己國家的長處及優點，值得鼓勵或繼續加強的地方。
2. 增加不同文化風俗以及民情的了解：不只是專業領域，對於一般大眾生活型態、互動文化等，也更有深入的了解；留學長住，和短期旅遊所見到、所能夠體驗感受到的，絕對無法相提並論，唯有前者，才能真正看到這個民族、這個社會的真實面貌。
3. 語言能力的精進：個人對於英文還算是熟稔，在大部分的情況下應都可以流利應答；輔以長年零星自學的些許日文，在留學過程中，溝通上並無太大問題，也能明顯感覺到無論是英文還是日文，由於越加頻繁地使用，有越來越進步以及更加熟練。

4. 建立良好的跨國友誼以及人際關係:在日本留學交換學生過程中，認識了許許多多的醫師、行政職員、學生們，和他們良好地交流並且成為好友，即使回到台灣，我們仍能保持聯繫；未來若是還有機會造訪日本、東京，無論是遊玩還是學習，甚至是工作，都有可以聯絡、尋求幫助的對象，而若是對方有機會來訪台灣，我們也可以是他們所能依靠的好幫手；良性的合作關係以及友誼，將會是一輩子的珍寶。

六、感想及建議

在日本交換學習的兩個月，所見，所聞，所感受，所留下的美好回憶真的是太多太多。實在很感謝一同參加此行的同學們，一起學習、遊玩，才得以共同創造了這些共同的美麗記憶；感謝東京醫大以及附醫所遇見的、照顧過我的每個人，你們的關心、引導和帶領是這次交換學生的過程能夠如此順利所不可或缺的；也感謝辛苦的醫學系辦以及學謙，你努力與日本方面協調、安排與規劃，才使此行得以實現、變為可能。我想我將永遠記得在 2015 年的秋天，曾經有過這麼完美的兩個月。

