


# 牙醫系・牙醫師

陳奕永

以歷史為楔子

民國三十四年台灣光復後，有將近二十年牙醫界青黃不接的空檔（也正是造成日後牙科密醫猖獗的濫觴），那時期執業牙醫師絕大多數是日據時代所產生的。民國三十八年政府遷台，百舉待興，一切以政治安定、民生大計為重，教育方面，國立台灣大學和私立高雄醫學院、台北醫學院之牙醫系及中山牙專（為本校的前身）分別於民國四十四年、四十五年、四十九年奉准設立並招生，才有培養新生代牙醫師的開始（國防醫學院於民國三十八年在台成立，然適用於軍中，民國五十九年才有退役還鄉服務社會者）。唯因當時社會環境因素，牙科未受國人重視，牙醫師社會地位不振，頭幾年，台大、高醫、北醫招生名額有限，約在十名左右，六年後，民國五十年每年畢業人數均在個位數，而畢業者大都出國深造，滯留國外或擔任教職等，眞正執業牙科服務社會，實在寥寥無幾，對當時台灣牙科醫療界發生不了多大作用。唯自民國五十三年，本校第一屆牙科畢業人數竟高達九十二名，對當時牙醫界造成不少的震撼與漣漪，似可代表新生代牙醫師的開路先鋒。嗣後，因經濟日益繁榮，牙科漸受重視，自民國五十六年開始，新生代牙醫師眞正在全省各地自立門戶，設所執業，投入台灣牙科醫療界，其人數一年甚於一年，其中以本校、北醫人數較多，因執業發生切身利害問題，逐漸發覺牙科界重重問題，亟待我們極力地爭取解決。

一國內牙醫學教育的現況：

不知各位是否還記得，前些時候，美國馬利蘭大學波提摩牙醫學院（University of Maryland Balti-more College of Deutal Surgery）院長瑞斯先生來我國參觀訪問，指出我國牙醫教育與牙醫制度的缺失，他直言不諱的指出我國牙醫教育落後美國達一百年。因此，引起國內各界的關切與討論，一致認為目前國內牙醫水準，在臨床及服務方面，比起歐美及日本等先進國家已毫不遜色，而眞正有待改進與加強的，乃是牙科基礎醫學及牙醫教育制度，其中有關牙醫教育制度，一言以蔽之，現今國內僅以一個科系（Departmeut of Deutistry）的規模，而要肩負起一個學院（College or School of Dentistry）的教育任務。姑且不論國內牙醫教育的待遇，祇就日本來看，依日本文部省（教育部）的規定，一個齒學部（牙醫學院）的設立標準至少需設有十八個學科，而實際現況是日本任何一所齒學部的規模皆遠超過此一標準，不但有更多的分科，有的科甚至演化成二或三個

講座（每一講座皆具一科之地位與規模）。譬如私立東京齒科大學所設學科種類名稱計有二十科之多，其中解剖學、病理學以及口腔外科學等三科再分兩個講座，而齒科保存學及齒科補綴學更分爲三個講座，亦即合計擁有二十七個學科。連私立學校就有如此規模，更遑論其國立大學了。在亞洲，除日本外，一些不比我國進步的國家，如韓國、菲利賓、印尼、馬來西亞等，也均有獨立的牙醫學院，相較之下，我國牙科醫學發展受到限制，又怎能達到應有的水準呢？

其次，有關牙醫基礎醫學方面，現今國內一般牙醫系的學生，在接受牙醫學專業教育時，除必修的基礎醫學及一部分經選擇、濃縮後的相關醫學外，已無充裕的時間修習與牙醫本行較有密切關係的基礎牙醫學及臨床牙醫學。而且這些繁重的課業，以一個單科學系極其有限的師資（國內七所牙醫學系，學生與專任教師比例爲40.3：1，美國爲5.554：1）與設備，加上編制上的限制，使得研究成果大打折扣。因此我們要做好這些牙科基礎醫學的工作，各專門領域皆需有固定人員、空間、設備與經費，也就是應該設立各種專門領域的學科，展開各專門領域的教學與研究，使牙醫學的發展臻於理想的境地。

再來就是研究所的設立。牙科教育在台發展了三十年，牙科畢業生也逾三千人了，終於在今年有了一所研究所，縱然有人認爲這是本末倒置的方法，因牙科現在連培養學士階段的教育都未見成功，遑論高階段碩士和博士的教育，其實這才是倒因爲果，似是而非的說法。在我個人認爲以當前國內牙醫界的人力和財力，辦出一所夠水準的牙科研究所已是有所綽餘的。試想每年我們有許多有志向學的牙科畢業生，既自覺所學不足，想繼續深造，在國內却是負笈無門，不得不遠涉重洋，到國外的研究所去求學。等到學成畢業，想歸國貢獻所學，却又無處可容，所以不是仍羈留國外，就是在國內擇地開業去了，空負了「碩士」或「博士」之名。而在國內的牙科學校，格於有限的編制和預算，却又大嘆人才難留。幾十年來，我們有那麼多的牙科師資流落在外。如果有一所正式的牙科研究所可以容納他們，讓他們有所發揮，教導國內有志繼續向學的牙科畢業生，使他們不必離鄉背井遠涉重洋就可獲得正式的碩士或博士學位。並在學成後，又可立即回饋所學，任教於各地牙科學校，使得各校的牙科師資來源不虞匱乏，另方面又可提昇一般牙科教學的水準。換句話說，牙科有了研究所，就有了固定師資來源，就可提昇各校牙醫教學的水準了。因此，高階段的牙科教育，不但不會妨礙一般牙醫學的教育，反而有相輔相成，相得益彰之效。在此，就讓我們對高醫牙科研究所的成立，樂觀其成吧！

## 二、牙科該分科了：

假若你曾到過附設醫院牙科OPD（門診部），弟下四行信條，你當記得吧！

1. 牙科和醫科一樣，分設各種專科，這是一流牙科醫院的作法。
2. 牙科分科診療是時代進步的潮流，歐美、日本等國實行多年。
3. 實施牙科分科醫療制度，更能提高服務的品質。
4. 專門醫師學有專長，做的更好。

讓我們的專科醫師爲您服務吧！

這雖是海報上的短短數語，却可窺見出牙科醫學的當務之急，其實牙科分科在基礎與臨床上皆同等重要，應均衡發展，不可偏廢。

就如同人類的歷史，是一部分工發展史一般，任何一門學問的進步，也是細分的結果。現代牙醫學的深與廣，實在是無法使每一個牙科專研、精通每一方面；一個人，無論在觀念上或是臨床上，是無法與迅速發展的牙醫學齊頭並進的，因而，也就促成了專門化的產生，而專門化使一些牙醫師能精通而深入的探討牙科醫學中屬於他們自己的領域，其集體的成果，也就推動了牙醫學的進步。

在國內一般人常忽略牙醫學上的分科，認爲牙齒、口腔是人體的一部分，故牙科是全身醫學中的一個分科，沒有細分的必要，這種似是而非的想法，不但阻礙了國內牙醫學教育的發展，也限制了牙科醫療的保健水準提高。以下就幾點來討論牙科醫學分科的必要性：

1. 牙科教育上的需要：前文已提過牙醫學大致可分爲基礎牙醫學和臨床牙醫學。基礎牙醫學包括口腔解剖學、牙體型態學、口腔組織學、口腔胚胎學、口腔微生物學、口腔生理學、口腔生化學、牙科藥理學、口腔病理學、口腔理工學（材料學）、牙科法醫學等方面。臨床牙醫學包括口腔診斷、牙科放射線、齒髓治療、復形、牙周病、補綴、矯正、兒童牙科、口腔與顏面外科等。這些課程都分屬於不同的專門領域，需由各個學有專精的人才擔任，除擔任授課、指導實驗等教學工作之外，本身更需繼續不斷地做研究探討，冀能有所創新，不然，最低限度也得跟得上時代潮流。

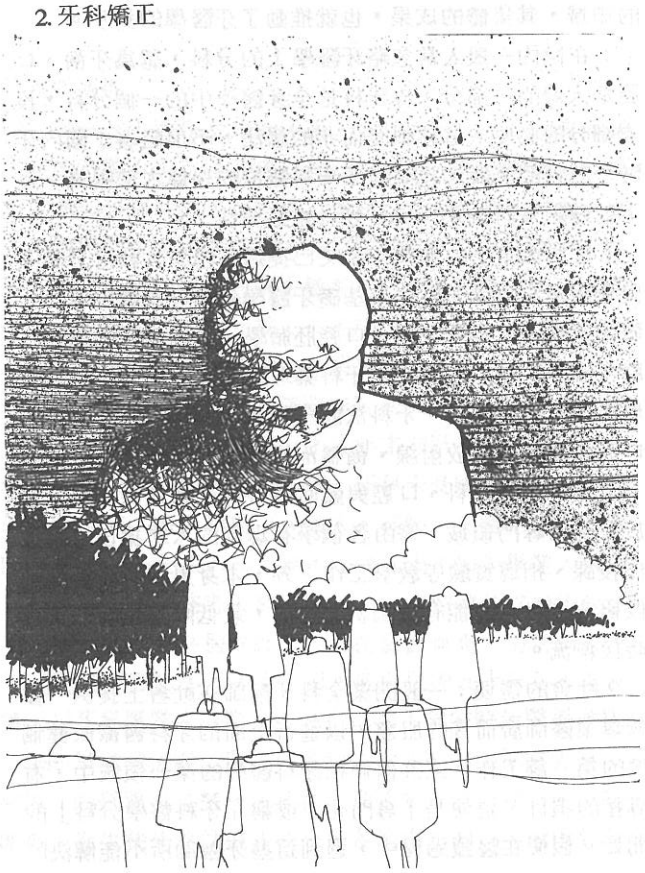
2. 社會的需要：一般開業全科牙醫師在社會上提供一種較專業醫師廣而淺的服務，以進行全面的牙科醫療保健制度的第一線工作。或許他們在牙科醫學的某一領域中，有專擅的項目，這便是「專門化」或稱「牙科醫學分科」的開始。假使在醫療過程中，遇到這些牙醫師所不能解決f

問題。或是沒有興趣的領域；那麼，此時就需要專科的牙醫師存在，以解決這些個案。所以，社會的需要，乃促成牙科醫學分科的因素之一。

3. 牙醫師職業本身的需要：就如同上面所說，由於社會的需要再加上牙醫學與日俱增的發展，促成了牙醫職業本身的需要「專門化」。所以牙科畢業生，在畢業後，高階段的訓練概分爲二類：一爲屬於牙科研究所的訓練，偏重於教學和研究工作。另一類爲屬於各牙醫學校之附屬醫院或大型牙科教學醫院之分科訓練，偏重於臨床診療的訓練。學成後授予牙科專科醫師資格（Dental Specialist）。這些都是分科制度的基石。如今國內已有長庚與榮總設有專科醫師訓練的實施，這是個很好的開頭。事實上，國內各大型的教學醫院都應設一主管單位，專門統籌辦理牙科專科醫師訓練計劃，負責聘請學有專長的臨床醫師來作短期或長期的講習和示範。

由以上可知，分科制度已是現今牙科醫學進步發展的必然趨勢。而目前世界各國的牙科醫學分科並沒有一個既定的模式可遵循，需完全依各國自身的需要與發展情形而有所不同，如美國牙醫學會承認的專科有八項：

1. 齒內治療
2. 牙科矯正



3. 口腔病理
4. 口腔顏面外科
5. 兒童牙科
6. 牙周病
7. 牙科補綴
8. 牙科公共衞生

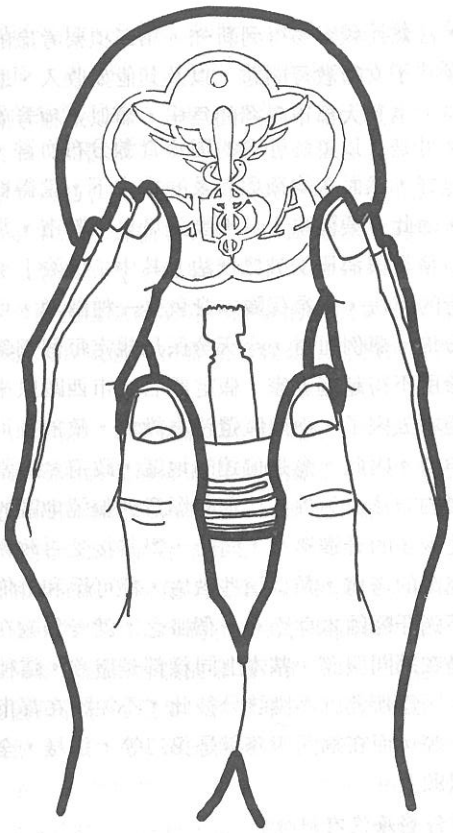
而日本呢！如今可能已有十六個專科醫學會（在此不詳述，以免佔篇幅）了。而國內至今基礎牙科學仍沒有完全分科；臨床牙科學的分科也相當紊亂，例如台大分爲診斷（含X-ray）、齒內、復形……等八個不同部門；榮總分爲贋復、口腔外科、牙周病、兒童牙科與矯正等五科；高醫牙科分診斷、齒內與復形、牙周……等六個部份；本校附設醫院牙科分爲：1. 口腔診斷科（初診）2. 保存科 3. 牙髓病科 4. 牙周病科 5. 口腔外科 6. 兒童牙科 7. 矯正科 8. 贋復科等八個獨立作業的專科。這些都是國內現今牙醫界努力的種芽，我們期待在沒有所謂「美國模式」或「日本模式」可以依樣畫葫蘆之下，邁出「牙醫學的分科教學」的第一步，能茁壯、結果。這樣我們才敢大聲的說：「我們的全民大衆將獲得最好、最適當的牙科醫療照顧。」而我們的醫療水準也能大大地提高。

三、牙醫師的在職訓練與再教育：

當今醫學新知不斷地從世界各個角落傳來，使得我們不得不承認醫學是一門進步相當快速的學問，無論是過去、現在或者是未來，已沒有一個牙醫生能固守著已有的知識，懸壺濟世一輩子，面對著一日千里的科技發展，我們唯有不斷的吸取新知，才不致被淘汰於時代的浪潮之外。於是「在職進修」或「再教育」的體認，已成爲現今牙醫師平日生活裡，不可或缺的一環了。

一般牙醫師——根據姚振華教授的調查，一半以上都是自行向國外訂閱相關雜誌，以便從書中吸取新知識，但是，從書籍中吸取新知畢竟太慢，所得也有限，況且從工作中發現的問題，這些書籍不一定能提供確切的解答，甚或給予完整的解析。所以國內外學術團體活動的參與和牙醫師再教育訓練的課程與方式，也就更形重要了。

一般而言，牙醫師再教育的訓練課程與牙科研究所及牙科專科醫師訓練，應有所不同，因爲(1)它是屬於短期補習性質之課程。(2)招收的對象以一般開業的牙醫師爲主，並不嚴格要求入學者的其他資格。(3)所授之課程內容以臨床上能即刻實用者爲主。(4)結業後僅頒給結業證書而非文憑或學位。一般授業的時間以小時計，大多以半天或一天爲準，亦有長遠二星期附有臨床實地操作和實習者。這類課程主要的目的在提昇一般開業牙醫師的醫療水準。在美



國依其醫師協會（AMA）所做的醫師進修制度乃爲「單位時間取得制」——即醫師各憑其願，參加不同的學會、研究會、講習會、討論會，如此取得一定的單位時間（C-redit hour），可於執業證書或會員證書更新之時做爲依據。若單位時間不足，則暫停其會員資格或執業資格，而俟單位時間足夠時方可恢復其醫師資格。如此可消除濫竽充數的庸醫，確保每個開業牙醫師都能維持一定的醫療水準，因此能保障消費大衆口腔健康的權益。對於參加進修的牙醫師，政府也訂出免稅的鼓勵。至於提供再教育的機構，除了研究所、牙醫學校和大型的教學醫院外，一般民間的專屬基金會亦能聘請優良資深的醫師或學者，設立講座，提供一般牙醫師再教育的機會。

在我國各地的牙醫師公會及中華牙醫學會都有舉辦再教育課程，但因國內的研究風氣並未鼎盛，因此，牙醫師所接受的新知，都是別人研究的結果；而且均以上課方式施行，如此雖立意甚好，但仍嫌枯燥了些，且無法強迫所有的執業牙醫師參與，此乃美中不足矣！雖是如此，我們仍欣見國內牙醫師再教育和再訓練這個構想踏出了第一步，更高興的是它廣受歡迎與支持，却也希望這個構想在制度化時能包括三個層面：

(1)教學醫院支持省、市立醫院：醫學研究中心本來即是帶動一個國家醫療進步的主要動力和來源，但在目前缺乏特定的醫療研究中心之下，這種學術研究及牙醫生再教育、再訓練，也就無形中落到教學醫院的身上了，爲了使醫療水準能夠提高，教學醫院應扮演著積極、開放的角色。目前省、市立醫院，常受人員編制上的限制，往往無法時常遴派醫師到大醫院接受訓練，所以我們建議，一方面由省、市立醫院的醫師，依計劃輪流到教學醫院受訓，另一方面由教學醫院，依計劃選派優秀的專科醫師，到省、市立醫院作短期或中期的教學。如此不僅可使省、市立醫院的醫師有進一步深造的機會，同時，亦可使省、市立醫院的醫療水準普遍提高。

(2)省、市立醫院支援衞生所：衞生所最主要的工作是從事牙科公共衞生的推行，「預防勝於治療」這句話，用於牙科方面的疾病如蛀牙（Caries）與牙周病，是再恰當不過的了，只要大家隨時保持口腔衞生，定期作口腔檢查，發現蛀牙及早治療，相信我們牙科的醫療負擔，必能減輕許多。所以一旦省、市立醫院的醫療水準提高，對衞生所的醫療人員再教育和再訓練的責任，則更是責無旁貸的。

(3)開業牙醫師的再教育和再訓練：開業醫師是民衆最接近的醫療單位，目前開業醫是整個醫療網上人數最多的一環。由於醫療水準的參差不齊，使得開業醫的功能無法完全發揮，因而造成一些簡單而易處理的小疾病，却往省、市立醫院或教學醫院送，以致於造成若干不必要的醫療人力浪費，連帶整個醫療制度也無法步上合理的軌道；爲了使他們能隨時接受新的醫療知識，再教育與再訓練是必需的，因此，我們不妨限定期間由教學醫院安排短期（一天或二天）的分科專題演講，再配合省、市立醫院及各大醫院，提供一些臨床的再訓練，俾使全民都能接受最新、最適合之治療。

**四請早訂座，以免向隅**

牙科醫療服務的供應，乃指牙醫師及相關的輔佐人員，由這一組人員所組成的Team，此外，設備、經費與制度也包括在內。目前，假定純粹以供應的角度來看，主要還是在牙醫師人力的問題，談到人力，我們可從三方面來看，那就是指數量上、素質上以及分佈的情形。依台大公衞研究所藍忠孚副教授所做「台灣地區未來二十年醫師、牙醫師人力供需之規劃研究」來看，我們發現牙醫師數量已近飽和的狀態，或許這項指標不夠精確，亦或許太單純，然而，它至少能給我們一個供需的概況了解，若純以數量而言，藍教授估計在1990年就會出現過剩的現象，往後假使各種情況不變，那麼這種現象只有日益嚴重。說到

素質方面，一般在經過正規教育及國家檢定考試雙重考驗下所造就出來的牙醫師，水準是整齊的，但是牙醫學的教育在國內發展的歷史不算長，所以在師資、設備、課程等方面，都還很「年輕」，這個「年輕」的意思可分作兩點來解釋：一是因爲年輕，所以在做事的衝勁及活力上顯而易見；不過，換一角度來看，也正因爲它年輕，使得在經驗與學術方面還不夠成熟，這樣就造成今日牙醫學教育需要再加強，進步的機會還很大，關於這方面，藍教授認爲牙科住院醫師的訓練，不應該受制於一般所謂「小科」的觀感之下，而應當在人員的擴充以及素質的提昇各方面力求突破，這樣才能訓練出合格且可以獨當一面的牙醫師，日後不論繼續深造或自行開業，都有足夠的能力。我們總不希望一個牙醫師在學理上及實務各方面都不很成熟的情況下，一畢業就自行開業，在沒人指導的情況下，獨立奮鬥，這樣不僅使民衆得不到應有水準的服務，同時，對我們牙醫師這門專業的素質的提高與進步，也有極大的阻力。

另外，所謂的醫療保健服務網，就是要將台灣分爲幾個區，但此中分法觀點不一，其中以「都會區」劃分法較佳，也就是說，以大都會區、小都會區以及都會外地區爲劃分的方法，而不是以傳統的縣、市、鄉、鎮來區分，今天，國內牙醫師的分佈，也可講基本上希望每個社區都有牙醫師，這就是所謂的可近性（ acessibility ），意思是說容易地取得醫療保健服務，我想任何人都有同樣的心理，當有醫療保健需求的時候，就能夠很方便地得到，然而，住在大醫院鄰近的病人，卻不一定都會有病就前往求診，因爲大醫院有很多的障礙，即所謂的可近性障礙，例如排很久的隊及繁複的行政手續，所以在醫療保健服務網的規劃，除了純粹以醫師與人口的比例外，這些可近性的程度也需考慮在內，假定眞能如此，我們就不必強求非得要多少牙醫師對多少人口，在合理的範圍內，能夠在地理上、時間上、組織上、心理上，還有醫師的素質上，都能兼顧的情形下，民衆都能很便利地，用合理的費用來取得所需的醫療保健服務。這就是一個良好的分佈情形，如此牙醫師的分佈就會比較平衡，不過，因爲整個社會是動態的，所以在考慮要達成這種分佈時，必須長時間的規劃、試驗，並且要常評估與改正，且必須有一基本概念和原則，那就是「在合理的範圍內，我們要盡可能做到最均衡的分佈」。

就上面的論點而言，一般的醫療專業人員如果要選擇開業地點的話，大致應有以下的考慮：一是就個人的專業知識的精進而言，愈是大都市，因爲醫療的教育研究機構比較多，當然比較容易得到新知，第二項要考慮的是他個人生活及其子女的教育問題，以及其他如收入、環境等因素的考慮，也是大都市較鄉間爲佳，類似這種考慮，乃人之常情。可是，以整體社會的醫療資源分布而言，當然是愈均衡愈好，然而在均衡與普及的需求下，還得顧及效率的問題，因此若要醫事人員不要過度集中都市，那麼就應當有很多積極與消極的鼓勵辦法。其中「保險」是一般認爲最可行的方法，因爲保險本身就是一種誘導，可以誘導醫師的分佈。舉例而言，今天勞保局規定每個鄉鎮區的牙科特約診所不得超過五家，假定說台中市西區原來的特約診所已經有五家了，而南區還沒有設立，政府就可以在南區鼓勵申請。因此，愈是偏遠的地區，政府愈應當運用鼓勵或獎勵的方法；另外，比如對願意去偏遠地區的牙醫師，提供比較多的升遷機會，同時，對其接受再教育的機會也應有充分的考慮，類似這些措施，都可緩和分佈不均的問題。不過牙醫師本身應有一個概念，就是無論在都市服務，或是在鄉間服務，基本上同樣都是服務，這種心態應當建立，因爲服務就不應該分彼此，不能說在都市裏服務就是第一等，而在鄉間服務就是第二等，這樣，全民的利益才得以顧及。

## 五誰說牙科醫療沒有糾紛？

據第三十七期「消費者報導」第六頁報導：

「本會統計去年至今，有關醫療糾紛的申訴案共三十一件，而醫師公會組成的『醫療糾紛鑑定委員會』統計，先是去年一月至七月，總共受理委託鑑定九十二件，比前年同期增加，且近年來有逐年增加的趨勢，顯示醫療糾紛在國內醫療界是不容忽視的問題。

常見的醫療糾紛以外科最多、內科，小兒科及婦產科次之，由於補牙的病人增加，屬於牙科的醫療糾紛也隨之增加。」

不知各位看完上面的報導後，有什麼樣的感觸？「醫療糾紛」在牙科往往被人忽視，甚至有人認爲根本不會存在，其實近年來牙科醫療糾紛見之於公堂的，只是冰山的一角，已經確定的增加了很多，私下和解的必然更多，那麼我們又該如何去注意、去預防醫療糾紛呢？以下是黃維勳醫師在牙醫界（中華民國牙醫師公會全國聯合會發行）第四卷第二期中，對此問題所發表的建言：

㈠知所行止：牙醫師是一個人，人的能力和時間有限，而學海無涯。因此每一位牙醫師都有專精的部份，和比較不足的部份；在專精的部份要好好地發揮，在不足的部份要繼續進步，充實學術和技能。科技有其極限，不可以信口開河，以免招致病人誤解病情，誠懇地爲病人服務，在

能力範圍以外的，介紹給專門的牙科醫師處理，不要耽誤病人的病情。這樣就可以減少出錯的機會至最低限度。

㈡詳實的病歷記錄：從病人掛號建立病歷表時，不但完成醫師與病人的醫療委任契約關係，並且取得病人基本資料及建立看病的秩序，也是爾後收取醫藥費用的證據。診療時必須詳實的記錄檢查資料，診斷結果和治療方法。基本資料可在發生緊急狀況時，用於呼叫病人及通知病人家屬。若不幸發生醫療糾紛時，詳實的病歷對牙醫師在法律辯護上有很大的價值。在審理過程是法官扣押證件的對象。

㈢良好的溝通：牙醫師就其診療過程，應給予病人告知的義務。此時須講究溝通的方法和技巧，使相互思想充分交流，彼此間的觀念有效溝通，以建立和諧的人際關係，如此可避免因誤會而產生的糾紛。

㈣發展和諧的公共關係：以平等、和諧的態度待人，做好敦親睦鄰、警察和同學間和諧的公共關係。牙科賺錢不容易，最忌給人錢很好賺的暴發戶的印象，以避免招來妒忌。因爲醫療糾紛的發生，常常是第三者的煽動，認爲牙醫師的錢很多，不論牙醫師對或不對都要賠錢所造成的。

㈤緊急的設備及措施：牙醫師要準備充足的急救藥品和設備，並要熟練急救措施。當診療過程中，突發「不可抗力」的偶發併發症時，急救措失的適當、時間的爭取，若時間充裕時，要爲病人轉院，或請求其他醫師前來會診或急救。在認定醫療過失的責任時，是否盡到「注意」的義務的重要關鍵，能不注意嗎？

㈥儲備法律常識，聘請法律顧問：在現代法治的社會裏，牙醫師平常要注意報章、雜誌的法律專欄，吸收基本的法律常識，以維護權益。然而法律是一種專業知識，在能力許可下，應聘請法律顧問。律師在平日事件中幫我們防患未然。當有突發事故發生時，一通電話，就會爲我們分析得失、利害關係，讓我們明白自己的立場和對方的立場，萬一要對簿公堂時，我們應如何準備，使我們能冷靜而周全的將問題合理地解決。

㈦投保醫療業務保險：醫療糾紛的賠償金愈來愈龐大，未雨綢繆的辦法是投保醫療業務保險，況且發生醫療糾紛時，保險公司也會協助我們打官司。

㈧報告公會：當病人不滿時，在找律師諮詢時，並同時報告公會。由公會出面仲裁，首先可以避免來自感情激動的病人家屬的暴力威脅；其次處理場所移到公會，可以免除病人家屬在診所吵鬧，影響診所的聲譽；最後病人家屬面對第三者的仲裁，會比較冷靜的面對問題，有助於問題的解決。

六該是結束的時候了！

幕緩緩地降了！看著七、八個半通宵的成績，不經靠向椅背，伸個懶腰，爲自己不負社長所託慶賀一下。在昏黃的海邊，細數每片疲憊，却也爲莫大的收獲而感到興奮；望著散亂滿地的資料，牙醫前輩爲現今國內牙科問題的關注之情與心力奉獻，在在都於我的腦海中不斷地衝擊，但我僅不過是一個正爲「牙醫師」身份而努力的學生，實不僅談不上能爲現今牙醫界出些什麼心力？更不敢存有什麼遠大的目標與同是將來牙醫界的夥伴共勉。設想在此文的最後，純就一位牙醫系學生本身應有的體認，做我個人的一些淺顯的建議：

目前國內大學部的牙醫學教育是一種通才性的教育，我們對於全盤的課程都應充分地接觸，並加以消化、吸收與運用；可是，一個牙醫學生，不應當只懂牙醫學，對於電腦、社會、經濟及整體醫療環境的變遷；也應有所認識，意思就是說，應當要擴大我們的心胸與眼界，尤其是對藝術及美學方面，更要有相當的素養，以訓練自己具備縝密的心思和細膩的雙手，這樣在牙醫學的領域裏，才可能有傑出的表現。

其次，我們常看到大部份的同學來來去去忙著考試，忙著留學、忙著擠進大醫院，年年如此，使得我們對人生的意義思考的太少，因此，我們應該主動一點，去找好的老師，去找好的朋友，去找好的引導，這樣才能對自己要走的路，有多一點的了解，不僅可省去許多不必要走的路，更可以師長、學長的經驗來警惕、砥礪自己，假使能做到上面所說，而又能抓住人生的目標，確定人生的價值，將來在所接觸的層面裏，做一個執著、努力的人，爲自己的原則與興趣工作，從工作中得到極大的滿足感，我想這樣的人生一定是快樂而豐碩的。

附　表

※台北市牙醫師公會會員畢業學校狀況圖

中華民國七十三年十二月十五日

台大：117位　佔10.8％
國防：99位　佔9.1％
高醫：133位　佔12.2％
北醫：296位　佔27.2％
中山：338位　佔31.1％
陽明：13位　佔 1.2％
日本：14位　佔 1.3％
甄試：19位　佔 1.7％
其他5.4％

說明：(1)各校之百分比數，爲佔全體會員總數之百分。

(2)「其他」包括：

△日齒、北京各8位，共16位，佔全體會員1.4%。

△特考、東京各6位，共12位，佔全體會員1.2%。

△大阪：4位，佔全體會員0.4%。

△東洋女子：3位，佔全體會員0.3%。

△密歇里大學、哈爾濱齒科大學、美羅馬琳達大學、日本女子、九州各2位，共10位，佔全體會員0.8%。

漢城齒科大學、國立中央大學、美馬楷大學、美新澤西州F.D.U.大學、菲律賓東方大學、東京高等齒科、芝加哥大學、日本福岡齒科、加拿大多倫多大學、軍醫學校大學部、華西大學、美俄亥俄州大學、京城齒科大學、馬尼拉中央大學各1位，共14位，佔全體會員1.3%。

※台北市牙醫師公會會員分佈狀況表

中華民國七十三年十二月十五日

| 區別 | 人口數 | 牙醫師人數 | 萬分比比例 | 密度名次 |
|---|---|---|---|---|
| 城中區 | 55,305 | 75 | 13.56 | 1 |
| 延平區 | 36,781 | 39 | 10.60 | 2 |
| 建成區 | 34,189 | 25 | 7.31 | 3 |
| 龍山區 | 51,072 | 36 | 7.05 | 4 |
| 中山區 | 252,145 | 170 | 6.74 | 5 |
| 大安區 | 299,980 | 188 | 6.27 | 6 |
| 古亭區 | 179,152 | 92 | 5.14 | 7 |
| 松山區 | 411,416 | 203 | 4.93 | 8 |
| 北投區 | 208,516 | 53 | 3.50 | 9 |
| 士林區 | 254,823 | 65 | 2.55 | 10 |
| 景美區 | 111,843 | 28 | 2.50 | 11 |
| 大同區 | 91,157 | 22 | 2.41 | 12 |
| 南港區 | 102,652 | 18 | 1.75 | 13 |
| 內湖區 | 122,316 | 21 | 1.74 | 14 |
| 雙園區 | 137,964 | 21 | 1.52 | 15 |
| 木柵區 | 84,685 | 11 | 1.30 | 16 |
| 合計 | 2,433,996 | 1,088 | 4.47 | |

資料來源：內政部戶政司之「臺閩地區現住戶口統計表」

※高雄市牙醫師公會會員分佈狀況表

中華民國七十三年十二月十五日

| 區別 | 人口數 | 牙醫師人數 | 萬分比比例 | 密度名次 |
|---|---|---|---|---|
| 前金區 | 44,887 | 29 | 6.42 | 1 |
| 新興區 | 78,458 | 49 | 6.25 | 2 |
| 鹽埕區 | 42,046 | 21 | 4.99 | 3 |
| 三民區 | 265,899 | 92 | 3.46 | 4 |
| 苓雅區 | 205,284 | 59 | 2.87 | 5 |
| 鼓山區 | 103,206 | 16 | 1.55 | 6 |
| 楠梓區 | 99,320 | 15 | 1.51 | 7 |
| 左營區 | 106,928 | 12 | 1.12 | 8 |
| 前鎮區 | 200,574 | 21 | 1.05 | 9 |
| 小港區 | 96,334 | 8 | 0.83 | 10 |
| 旗津區 | 35,275 | 2 | 0.57 | 11 |
| 合計 | 1,278,211 | 324 | 2.53 | |

※台灣省牙醫師公會會員分佈狀況表

中華民國七十三年十二月十五日

| 地區 | 人口數 | 牙醫師人數 | 萬分比比率 | 密度名次 |
|---|---|---|---|---|
| 台中市 | 650,894 | 313 | 4.81 | 1 |
| 新竹市 | 296,280 | 80 | 2.70 | 2 |
| 嘉義市 | 253,098 | 55 | 2.17 | 3 |
| 台南市 | 629,752 | 118 | 2.03 | 4 |
| 基隆市 | 351,848 | 62 | 1.76 | 5 |
| 台中縣 | 1,112,132 | 140 | 1.26 | 6 |
| 台北縣 | 2,564,912 | 288 | 1.12 | 7 |
| 桃園縣 | 1,181,151 | 132 | 1.11 | 8 |
| 彰化縣 | 1,211,005 | 127 | 1.05 | 9 |
| 花蓮縣 | 360,748 | 36 | 1.00 | 10 |
| 宜蘭縣 | 448,833 | 41 | 0.91 | 11 |
| 南投縣 | 533,873 | 47 | 0.88 | 12 |
| 高雄縣 | 1,061,195 | 64 | 0.60 | 13 |
| 苗栗縣 | 548,938 | 32 | 0.58 | 14 |
| 新竹縣 | 365,310 | 21 | 0.57 | 15 |
| 屏東縣 | 900,762 | 50 | 0.56 | 16 |
| 台南縣 | 989,545 | 52 | 0.53 | 17 |
| 雲林縣 | 594,244 | 41 | 0.52 | 18 |
| 台東縣 | 277,203 | 11 | 0.40 | 19 |
| 嘉義縣 | 571,485 | 16 | 0.28 | 20 |
| 合計 | 15,103,307 | 1,736 | 1.15 | |

資料來源：內政部戶政司之「臺閩地區現住戶口統計表」

## 台灣省各縣市牙醫師公會會員學歷統計表

單位：人　　民國七十三年三月二十日

| 縣市別 | 會員數 | 男/女 | 中山 | 日本 | 北醫 | 高醫 | 甄試 | 國防 | 台大 | 其他 | 特考 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 基隆市 | 57 | 50/7 | 26 | 2 | 10 | 7 | 3 | 4 | 4 | 0 | 1 |
| 台北縣 | 270 | 259/11 | 108 | 12 | 68 | 40 | 6 | 27 | 8 | 1 | 0 |
| 宜蘭縣 | 39 | 38/1 | 17 | 5 | 8 | 6 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 桃園縣 | 114 | 101/13 | 40 | 16 | 21 | 16 | 4 | 2 | 14 | 1 | 0 |
| 苗栗縣 | 30 | 29/1 | 14 | 4 | 5 | 4 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 新竹縣 | 18 | 17/1 | 8 | 0 | 6 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 新竹市 | 86 | 69/17 | 38 | 3 | 25 | 6 | 6 | 4 | 3 | 1 | 0 |
| 台中縣 | 133 | 124/9 | 79 | 15 | 14 | 11 | 7 | 4 | 2 | 1 | 0 |
| 台中市 | 275 | 240/35 | 192 | 12 | 22 | 26 | 5 | 12 | 5 | 1 | 0 |
| 彰化縣 | 120 | 105/14 | 60 | 15 | 21 | 14 | 7 | 2 | 1 | 0 | 0 |
| 南投縣 | 43 | 40/3 | 20 | 4 | 2 | 9 | 5 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| 嘉義縣 | 17 | 16/1 | 7 | 4 | 2 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 嘉義市 | 48 | 43/5 | 24 | 4 | 5 | 11 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 雲林縣 | 43 | 40/3 | 22 | 5 | 5 | 4 | 5 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| 台南市 | 126 | 117/9 | 49 | 14 | 15 | 33 | 8 | 6 | 1 | 0 | 0 |
| 台南縣 | 48 | 45/3 | 20 | 13 | 2 | 6 | 6 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 高雄縣 | 61 | 55/6 | 23 | 11 | 5 | 18 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 屏東縣 | 47 | 45/2 | 21 | 4 | 7 | 13 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| 花蓮縣 | 32 | 30/2 | 10 | 3 | 8 | 5 | 2 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| 台東縣 | 10 | 9/1 | 3 | 2 | 0 | 3 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 合計 | 1617 | 1172/144 | 781 | 148 | 251 | 235 | 79 | 77 | 38 | 6 | 2 |