

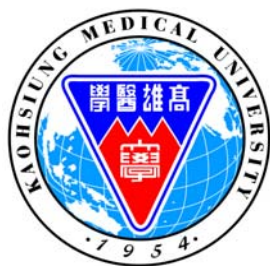
高雄醫學大學醫學院醫學系

醫學教育改進計畫遠程目標

暨追蹤評鑑

(訪視評鑑日期：民國九十八年十二月三日-四日)

回應意見報告



高雄醫學大學醫學系

民國九十九年四月

高雄醫學大學醫學院醫學系醫學教育改進計畫遠程目標

暨追蹤評鑑報告之回應意見

感謝委員的指正及建議，對於委員的意見本校回覆如下：

一、大學與附屬教學醫院的教學指揮系統待建立更明確的制度。董事會設立獨立醫療機構與校方臨床醫學教育之衝擊應避免。

董事會、學校及醫院三方之關係在97年新修訂私校法及98年其施行細則公佈後，有較明確的規範可遵循。經一年來之運作後，在監督、管理之分層負責制度上均按照法律規範運作。關於 貴會所建議事項，在教育部監督下本校將本著依法行政之原則持續校務運作，力求制度之穩定與財務的健全，以獲致本校最大發展與促進醫學教育而努力。

高醫董事會認為：高醫附設中和紀念醫院是本法人轄下的重要機構，不僅要支援高雄醫學大學的學術研究、提供各系所學生之實習與臨床教學、更要提供南台灣居民最先進最優質之醫療服務；並將盈餘回饋學校與醫療機構之發展。高醫醫療體系在附設中和紀念醫院、小港醫院之外增加大同醫院；附設醫院帶領的高醫醫療體系之永續經營，不僅維繫著四千多名醫護員工的工作權，更是提供高醫畢業生極佳的工作機會，增進優秀學生的就讀意願，為高醫大培植人才的最大助力。由於主治醫師的增加與學術研究的努力，高醫附設醫院之臨床醫學研究SCI論文數已名列全國醫學中心第三名，高醫大的SCI總論文數也名列私立醫學大學的第二名。高醫醫療體系須與高醫大密切合作、研發新進醫療科技、加強醫療管理能力、籌畫長期照護體系，以提昇整體競爭力。

高醫董事會認為：「各機構的核心價值在哪裡？」是一個需要審慎思考且不斷自我提醒的問題。在大學之中，核心價值是「教育」，教師應以教學為重心，不僅要將最新研究成果傳授給學生，更要鼓勵指導學生參與研究、培育服務人群之理念與能力。在醫療機構之中，核心價值是「醫療服務」，醫療工作者應以救治病人為目的，不僅要研習最新醫療科技與醫學新知，更要培養痾瘵在抱、視病猶親的醫學倫理。教學醫院的核心價值是持續培養見習實習學生與畢業後醫師及各類醫事人員的養成與持續教育。醫療工作者的基礎教育在大學中奠定，臨床知識及技能則在醫療機構中學習，持續提昇之臨床醫療教育也在醫療機構中獲得。救人濟世之理想是投考醫學大學之「初心」，服務人群之理念在大學中奠定，醫學倫理則在醫療機構中實踐。延續性的學習貫穿在醫學大學與醫療機構之間既如上述，彼此之合作與各司其職便是十分重要。大學之理想與實踐有其崇高的價值，主其事者之清高仰望即應事事以教育為念、以倫理為念。高醫為學校財團法人，醫療機構的盈餘將在董事會的監督之下，一如以往，支援高雄醫學大學之教學研究與提昇醫療機構之服務品質及教學研究功能。

二、基礎與臨床課程之整合仍待加強，包括PBL之教學。

高雄醫學大學醫學系及學士後醫學系的專業課程於94學年度開始從學科制 (Discipline-based curriculum) 改革為器官系統制 (System-based curriculum)，此課程改革工程浩大，動用全系老師，歷經二百五十場以上會議，歷時超過一年方得完成，整個課程的設計主題就是放在基礎醫學與臨床醫學的整合，因此，架構上就是一個整合性的課程，但或許各block中基礎與臨床的縱向”整合”不夠深化，因此，常常遭到批評只是一種基礎與臨床”組合”的課程，課程實施迄今五年來，課程委員會經多次檢討之後，發現目前課程確實具有1.內容重複 (unnecessary repetition) 2.內容分離(disjoined information) 3. 過分瑣碎 (undesirable detail) 的缺點，因此於98學年度開始，課程委員會就已開始針對上述缺點，進行第二波課程改革，而此波的重點就是在落實各block中基礎與臨床醫學間的”整合”，目前規劃的整合方法有下列：

(一)加強基礎與臨床整合課程

主要以「課堂授課」、「PBL」、「臨床技能」的方式進行授課，目前已逐步推動第二波課程改革，第二波課程整合方向預計以橫向（課程內容連結）與縱向（深化PBL課程）之整合為本，從課程底層（基礎醫學）加強，融至臨床醫學，落實“整合”課程內容，block上課之先後順序一併進行調整改善。

(二)PBL（問題導向學習Problem-Based Learning）

問題導向學習（PBL）是目前最廣泛利用來充當基礎與臨床橋樑（bridge），來連結及彌補基礎與臨床醫學間隔（gap）的工具，高醫大執行PBL教學已有多年，並舉辦過多次國際PBL研討會（自2005-2010，每年舉辦PBL國際/國內研討會及PBL tutor培訓）。

目前規定每個block至少有一個PBL教學（分三次，每次二小時），現今PBL佔整個課程約10%，透過教案的設計及小組討論確實在基礎與臨床醫學間提供了非常好的縱向整合，每個教案在使用前都會送相關領域進行審查及PBL執行委員會的最後審查，每個教案都編製一份教師手冊（tutor guide），同時進行PBL課程前，也會召開PBL課前說明會（for tutor），目的是讓參與的tutor可以更瞭解教案撰寫者主要的學習目的，現階段PBL執行委員會擬逐步規劃編製PBL tutor manual，加強PBL tutor訓練及PBL課前說明，提升PBL學習成效，並將PBL課程延伸於臨床學科時引進綜合、整合性的PBL討論，跳脫單一器官系統PBL教案的缺陷，讓學生由「全人」角度，憑藉己身所學對教案病人進行通盤性的評估，達到生理、心理及社會之全人照護的目的，我們將持續朝提高PBL所佔課程比例努力。

(三)Overview of curriculum：

每個block內各個老師的授課內容，如前面所提常常容易呈現獨立而無連結（disjointed），因此，若於每個block開始之時，能請一位資深教授做一場涵蓋整個課程的介紹，此課程簡介可作為整個課程的架構（scaffold），而讓學生將學習到的知識能逐步歸位而勾繪出整個課程的全貌（broad picture）。

(四)Case Based Teaching :

自98學年起，聘請哈佛教師群在Renal block示範引進以哈佛大學以大班討論進行個案教學法（CBT, case base teaching），逐步推廣至block，由於PBL是以小組討論模式進行，需要大量的tutor，非常耗人力，而每教案分三次進行，非常耗時間，因此本系課程委員會也正規劃利用Case Based Teaching來做large group discussion，於去年11月本系邀請了四位哈佛大學的腎臟學教授前來本校做協同教學，就示範了非常好的Case Based Teaching，在短短二小時內就讓學生學習到如何利用基礎醫學知識來針對臨床問題做critical reasoning/thinking，而這種教學確實要比PBL在人力及時間上節省許多，值得推廣，因此，目前課程委員會正規劃於每一block將高醫大已寫好的PBL教案中標準六頁的chief complaint/present illness/PE/Lab data/management/clinical course濃縮為1-2頁的病例報告，課前先發給學生，上課時先由學生做large group discussion，再請4-6位老師每人以15-20分鐘組成一個整合及深化的教學（contextual teaching）。

三、臨床實習有待改進，包括臨床技能及實作，病歷的寫作，主治醫師之監督指導。

(一)醫學系七年級/學士後醫學系五年級

- 1.立即改善主治醫師查房時間制度，以維護Intern應有的學習及照顧病人的責任。
- 2.本院醫學生的primary care制度，主治醫師為其主要負責及指導老師，實習醫學生施行處方必須在主治醫師監督下執行，總住院醫師每週進行至少一次chartround，因此對於委員提到醫七醫學生primary care經常缺乏住院醫師或主治醫師監督指導，我們會再加強並虛心檢討。

(二)醫學系五、六年級/學士後醫學系三、四年級

為落實醫學生的 primary care，以病人為老師，在政策上以及教學技術上我們未來改進方向：

- 1.修改目前醫學生對於主治醫師亦步亦趨的學習模式，增加醫學生在病房學習的時間，方能有利於落實 primary care教學，使學生融入住院病人照護中，才能有病歷寫作的素材。
- 2.增加醫學生報告病例的機會，例如於 bedside round或者 case conference時，以掌握學生對於病人病情的瞭解，並且適時予以教學更正。
- 3.落實對於負責病人的跟檢以及complaint時和住院醫師一起到場，再與住院醫師或主治醫師討論處置，以學習關懷病人。
- 4.夜間值班時對於住院病人complaint時和住院醫師一起到場，再與值班醫師討論處置，以學習值班照護責任。
- 5.落實每日病歷記錄，並經主治醫師修改。
- 6.增加職前訓練時的臨床技能操作練習以及對於標準病人的問診、身體檢查及病歷寫作。
- 7.目前已安排醫學生常規至一般醫學內科。

四、校方如何掌握學生至各醫院(包括分院、小港醫院等)學習的教學品質。

(一)明訂教學目標及訓練課程

本校臨床實習除規劃本校附設醫院及小港醫師為實習醫院外，亦開放部份醫七、後醫五學生至同意接受學生前往實習的全國醫學中心，並簽訂實習合約，教導學生，另外醫六及後醫四學生亦有2個月時間可至他院實習。為了統一學生教學目標，附院及小港醫院印有各部科訓練手冊，訂定教學目標、訓練課程及方式、臨床教學設施與師資等規畫，參加教學門診及住診教學實習訓練，透過完整的醫療照護團隊教學，在主治醫師及住院醫師監督指導下，落實學生直接照顧病人，並參與第一線的值班訓練。

(二)統合課程評量

為增進學生學習的效率，兩院統一制定學習護照、學生考核評量方法，學期末統一對全部學生進行聯合OSCE考評，此外定期在學習結束前進行教學滿意度調查及雙向檢討座談會，並在學生每站學習期間統一指定主治醫師擔任科導師，定期與學生座談及協助輔導。實習期間學習態度或行為失當另有通報機制，請科導師協助輔導，並將處理情形報備臨床教育訓練部(室)、院方及校方，必要時召開校院輔導會議。

(三)建立良好溝通管道

校院間為建立充分且有效率的溝通管道，除了與附院及小港醫院定期與各臨床科、及實習醫學生代表共同召開實習醫學生協調會，進行雙向教學檢討、解決並改善實習問題。本校醫學系召開教學會議亦會邀請附院、小港醫院以及其他實習合作醫院與會討論。

(四)定期訪視

本校均定期派遣具教職的醫師到各醫院訪視本校學生並與該院召開座談會(詳如附件一-校外實習醫院訪視時間表)，以瞭解學生實習情形及生活，並擔任學生與實習醫院間的溝通橋樑。

本校醫學院將繼續秉持保障學生臨床實習，持續與各家教學醫院密切合作聯繫並確實評估教學品質及成效。

五、通識教育之課程應落實評量改進(包括教師評量)。

依據每學期教務處提供之學期課程及學年教師評量，通識教育中心採取之措施如下：

(一)課程評量

課程評量部份，如課程評量低於3.5分(5分制)之課程，先請課程主負責教師之所屬組長與該教師晤談了解實際狀況，而這些課程亦會提至本中心課程委員會檢討，由組長並協助授課教師課程規劃諮詢或提供相關資源給教師參照。此外本校已落實課程外審制度，故目前本中心新開之課程皆須經由課程委員會進行課程內容審查，然後送外審回來後再送校審。因此像學生反應之有少數教師幾門課之內容重複的情況未來勢必會有所改善。

(二)教師評量

教師評量部份，如低於3.5分（5分制）之教師，中心亦會先請授課教師之所屬組長與該教師晤談了解其教學情況，並透過本校教師發展暨教學資源中心提供之教師輔導措施，例如請同儕協助教學或請教師參加有關教學技能之研習課程。兼任教師部份除提供相關輔助資源，如連續二學期教學評量未見改善，將會調整該教師之授課班數甚至未來不再續聘。

(三)醫學人文課程

至於醫學系「醫學人文課程」部分，委員們雖有肯定，但仍「建議仔細檢討調查之質與量的結果，從大處著手，修訂課程及其教材教法，使醫學人文教育精進」。

首先在醫學人文課程評估方面，醫學人文課程組(以及相關通識與必修課程)自九十五年度至九十七年均接受學生評量，平均評量分數分別為4.21(95年度)，4.13(96年度)及4.05(97年度)(滿分為5分)，平均都在4分之上。當然有部分課程的評量分數偏低，且集中在某些老師。若瞭解其原因，大致上與課程的教法與教材較為無關，反而是在教學管理與技巧上。不過最近學校推行教學助理制度，已有效減輕老師負擔。

不過就整體看來，醫學人文課程的設計有其先天侷限，例如師資缺乏，對於教師本身研究發展不易，這些均影響教材的開發與設計。此外，同學對於醫學人文的理想普遍存有疑慮、容易淪為教條宣導、或是營養學分(選修課)，因此對於部分要求較高的課程較有反感。

此外，人文具有其深厚理念，是否在醫一至醫二階段真正理解人文意涵是最大的挑戰。為了簡化人文意涵，目前醫學人文教育普遍將人文侷限在倫理與態度教育上。雖能符合目前輿論的要求，但長遠看來易造成輕視人文(沒有深度)的負面態度。又或者，醫學人文可以大量實作與參與的方式進行。然而本校醫一與醫二階段的同學，不管在社團或活動上均是學系的中間分子，通常要身兼好幾種活動，常常分身乏術，這也讓課程的目的容易打折(容易讓同學們覺得課程內容與目的是重覆的，如課程必須至社區服務，必須記錄或訪談等等)。

若從大處著手，似乎開放醫學人文課程至中高年級，以完成一致的融貫教育似為必需，此時課程設計與師資問題又將是一大挑戰。因為受到上述先天與結構性的問題，而且願意協助醫學人文課程的教師通常都有自己的專業與研究，在這方面的挫折，很容易讓師資流失。因此醫學人文課程老師的評量實在必須謹慎為之。

目前於醫學系三、四年級及學士後醫學系一、二年級的Block教學中均有醫學專業素養課程，連貫學生從低年級的生活與生命倫理到專業倫理；於醫學系五、六年級及學士後醫學系三、四年級另有醫學倫理與法律課程，以連貫到最後一學年之實習，全程人文不留白～從認知、內化、應用到自然行為深化專業人文素養，達成全人教育目標！

六、CFD應普及臨床教學之師資。

(一)擴大臨床教師參與研討會

本校CFD為校級單位，歷年來對於規劃與舉辦各種教師成長的課程，均以普及化至各學院各階層教師為考量。附設醫院與小港醫院尚未取得教職的臨床醫師，亦是本中心之顧客群，參加後亦發給教育時數與證明，以利其日後申請教職或應付各項評鑑稽核之需要。過去存在的問題在於臨床工作忙碌與工作時間不便，往往對於校方於上班時段所舉行的各種演講或教育訓練，無法全程參加。但是對於周末舉辦的活動反而較有機會參加，本校所舉辦之許多大型跨校際或國際性研討會，如96學年度起每年舉辦之PBL國際研討會、OSCE標準化病人、客觀結構式臨床測驗與國家考試國際學術研討會、專業素養與醫學人文教育國際學術研討會等，臨床醫師均有相當程度的參與（詳如附件二表一）。

(二)成立附設醫院教師培育中心

因臨床醫師教學的主要對象為本校至附設醫院實習之醫五醫六、後醫三後醫四的實習醫學生，以及醫七、後醫五之實習醫師，目前規劃由醫院主治醫師(含教職與非教職)、總醫師擔任臨床教師執行臨床教學。附設中和紀念醫院為增加臨床教師的教學能力，已於98年上半年成立教師培育中心，目的為增加受過專業訓練的臨床教師人數，與提升臨床教學能力及教學品質。

高醫主治醫師升等有3、6、9制度，以維持教學品質，但此3、6、9制度是一個具有彈性的制度，同時會考慮到各科教學人力。此外，高醫也在進行主治醫師三軌制的規劃，未來會將主治醫師分成教學型主治醫師、研究型主治醫師及服務型主治醫師，以減少主治醫師的負擔。

(三)推廣教師訓練課程

近一年多以來亦配合本校CFD之運作，共同合辦教師訓練課程，如：全院性核心課程、一般醫學教師研習營、臨床能力評估種子教師培訓營-Mini-CEX的應用、臨床教學能力師資培訓工作坊-(1)如何帶領臨床討論會(2)如何帶領小組討論-以PBL為例(3)如何做好臨床教師的角色(4)如何做好導師角色及面談技巧(5)如何做好授課及簡報(6)98學年度客觀結構臨床測驗工作坊—國際發展.藍圖規劃與教案設計、大林慈濟簡守信院長「大體老師的臨床教學」演講等等；為加強年青主治醫師面對病人溝通技巧及同理心之師資培育，98年度亦已舉辦8堂師資培育工作坊，提昇教學核心能力（各類課程參與統計資料詳如附件二表二）。對於中和與小港醫院臨床教育訓練部所舉辦的相關訓練活動，學校CFD亦接受其學分積分，以鼓勵與方便臨床教師與非教師積極參加教育成長。

七、部份師資不足之問題(如解剖)應改善。

因應教學需求，整編各學科，擬將「公共衛生學科」整編成為「環境暨職業醫學科」，「寄生蟲學科」整編成「熱帶醫學暨寄生蟲學科」，「實驗診斷學科」、「實驗外科學科」、「實證醫學」合併整編為「臨床技能學科」，同時「重症醫學」納入「急診醫學科」合併為「急重症醫學科」…等，將各科師資做有效確實的整合

及提升。目前醫學系解剖學科現有專任師資共計7名（教授1名、副教授1名、助理教授4名、講師1名），98學年度第2學期已預聘1名助理教授，另在block課程中聘請香港大學陳立基副教授及劉燦勳老師一起進行協同教學，師資部份逐年增加中。

八、後醫系之教育對象、招生方式、是否有必要推動全面英語教學問題以及以學校目前師生的條件，是否有辦法真正執行全面英語教學，應再三思。

(一)招生來源及學習輔導

本校學士後醫學系是現今在台灣唯一的學士後西醫醫學系，透過他們較成熟及穩定的個性，我們相信能較正確地選擇適合當醫生的學生，而在經過完整的課程後能成為一位學識豐富（Knowledgeable）、技能精湛（Skillful）、利他主義的（altruistic）及可信賴的（responsible）醫師。學士後醫學系每年招生名額為50名本國學生、8名外籍學生。每年約有本國學生1200人報考本系。首先以筆試考英語、有機化學及生物三個科目，試題以英文命題。筆試錄取前100名接受口試，最終錄取50人，競爭非常激烈。於97及98學年因期望錄取學生需具備優秀之英語能力以接受全面英語授課，因此，增加英語考題的難度。這也就是為何98學年度錄取50名新生中，有11名具完成國外大學教育背景的缘故。但是，我們未來將於命題委員會時再加以討論，避免考試向語言測驗傾斜的缺點。

至於8名外籍學生，則採申請入學，而經面試（interview）後錄取。98學年度有1名來自美國、2名來自日本的真正而非華裔外籍學生入學。雖然他們均經過短期的華語課程，但離要聽懂非常複雜專業的醫學知識，尚有一大段距離，導致嚴重的學習障礙，為了輔導、幫助他們，我們安排了①班上的同學：做為他們的學習夥伴（Study Partner）；②高年級的學生：擔任TA（Teaching Assistant），於每週課餘固定時間，為他們課業輔導③外聘華語老師：每週4~6小時加強他們的中文能力。這些輔導工作可說非常耗時耗力，因此，為免重蹈覆轍，我們已修訂外籍生招生簡章，在申請資格上，增加「須通過國際認證之中文能力檢定中級」的條文，並將在面試中確定他們的中文能力，倘若未達標準者，則會要求他們先到華語中心學習。

(二)全面英文之教學現況

謝謝委員所提的問題：依據學生的教育目標，以確定是否要執行全英語授課；以及學校目前師生的條件，是否有辦法真正執行全面英語教學？事實上，我們也對此問題非常關心及做過多次的檢討。配合教育部要求高等教育需注重國際化的政策之下，本校學士後醫學系於96年度規定「全面英語授課」；然而，執行二年下來，確實發現有非常多的抱怨分別來自老師與學生。最關鍵的問題，就是老師的英語能力無法達到「傳道、授業、解惑」的溝通功能。依98學年末所做的調查，發現：1.雖然要求全英語教學，但事實上僅有約三分之一的老師真正用全英語上課；2.僅有三分之一的老師認為自己的英語能力足以全英語上課；3.學生認為僅有三分之一的老師上課所講的英文，是可以聽懂。

因此於98學年度起，後醫學系已將「全英語教學」取消。以往硬性規定全部老師必須以英語授課，現在則規定僅有在過去二年學生回饋調查為優、且接受過本校語言中心的英語授課研習課程的老師方能以英語授課。

(三)全面英文教學之評估

然而，是否能如來自Glasgow University的Professor John Corbett分別於98及99年來本校計3週觀察後所建議：以每年增加5~10%的英語授課比例，而在五年後達成「全面英語授課」的目標，則需要課程委員會進一步詳細討論、及與校方溝通後，方能確定。但所將面臨的問題是：每年增加的5~10%課程，將由「誰」承擔？事實上，期望英語能力不足的老師可以經短期研習後，便能以全英語上課，是難以達成的任務。因此，只有以下二種方法可以達成目標：

- 1.增加英語能力好的老師之授課時數。
- 2.延攬外籍師資來協同教學。

但若要達成全英語授課，則以上二類老師需承受大部份的課程，相信所遭遇到的反彈也是巨大的。因此，我們虛心接受訪視委員的建議，將全面檢討、通盤討論後，再考量「是否朝向逐年增加英語授課比例」的計畫。而目前，仍將持續進行百分之三十的英語授課。我們相信，即使只有三分之一的英語授課，應該也足以達成下列二個目標：

- 1.學生國際移動力—有助於學生的國內外學術交流及執行無疆界國際醫療。
- 2.拓展國際視野—使學生具多元化國際視野。

九、校方應建立完備的困難學生追蹤輔導。

本校對困難學生追蹤輔導機制，在學務處學生輔導組是將下列學生，包括休／復學生、期中預警學生、1/2成績不及格生、轉學生、精神疾患學生、自殺自傷風險學生、身心障礙學生及其他需要高度關切的學生（如性平事件當事人），以及由導師、教官等轉介輔導的學生列為主動追蹤輔導對象。追蹤策略如下：

(一)建立高關懷制度，主動追蹤

學生輔導組制訂高關懷制度，將上述學生納入主動關懷範疇，定期掌握相關名單後，一方面透過電話、書信或電子郵件聯繫學生或家長，另一方面則主動與導師、學務處生活導師聯繫，共同追蹤輔導。

(二)落實系所輔導制度，建立困難學生輔導網絡

學生輔導組自98學年度起擴大原有規模推展「系所輔導制度」，3位專任心理師有1位專責醫學系的學生輔導業務。該心理師透過到系推動各項輔導機制的機會（如個案研討會、輔導知能研習、系輔導座談會），主動結合醫學系系教官、醫學系導師／任課老師、醫學系行政體系，協助處理醫學系困難學生問題，並鼓勵老師或教官轉介學生接受諮商輔導。

(三)提供諮商輔導或危機處理服務，協助困難學生處理問題

主動求助或經由上述管道（教官／醫學系導師或授課老師／家長）轉介的困難學生，學生輔導組除追蹤關懷外亦提供專業適切的諮商輔導和危機處理，包含：

- 1.個別諮商輔導，必要時轉介合適的校內外資源以協助學生解決問題。
- 2.主動召開特殊個案討論會，邀請家長、導師、心理師共同參與，並聯結相關資源協助學生處理危機或困難。
- 3.結合附院精神醫療資源，提供(疑似)精神障礙學生初步診斷評估或藥物諮詢。

未來，將依委員指示，強化與精神醫療資源的聯繫與搭配，以期更精確掌握特殊個案病情，以為規劃輔導方案之依據。

(四)建置個案檔案管理系統，保留困難學生的完整輔導歷程

醫學系每位接受進入諮商系統的個案，其個別晤談紀錄、追蹤輔導紀錄、特殊個案討論會記錄在學生輔導組皆設有專檔(且有紙本及電子的檔案查詢系統)，並設置「個案諮商資料管理辦法」以維護其隱私。

未來擬依委員意見，強化相關單位間個案資料的聯結。個案之輔導處遇資料同步以密件方式妥善保存於系上導師處、生活輔導組系教官、學生輔導組及其他相關單位的檔案資料中。

(五)對於違法之特殊困難學生問題，以「輔導與懲處並行」為處理方針

對於行為違反國家法律和校規情節重大之學生，學校明訂有「高雄醫學大學學生獎懲準則」，將按情節輕重予以懲處。醫學系犯過學生的懲處需依該學生獎懲準則，送交「學生事務委員會」議處。而涉及校園性侵害或性騷擾事件者，則依獎懲準則「經學校所設性別平等教育委員會查證屬實後，學校可依相關法令或法規規定懲處」。

對於犯過學生，學校除依法懲處外，亦強化輔導機制以協助學生改過自新。例如：轉介予學生輔導組，結合心理師、系所導師、生活導師(系教官)及精神醫療等網絡加以追蹤輔導。

未來擬依委員建議，對於被裁決接受輔導之當事人落實下列措施：

- 1.因輔導單位(如校內學生輔導組，乃至附院精神醫療單位)對當事人是否回診或出席治療並無強制力或施加任何懲罰的權力，若個案在接受輔導上配合態度不佳或未確實履行，則輔導單位應回報懲處決議單位(如性別平等教育委員會或學生事務委員會)，由該單位接續處理。
- 2.對於嚴重性騷擾、適應困難或未來可能不適任醫師之學生，將結合生涯輔導組與學生進行生涯輔導，協助其定位更適切的生涯方向。

附 件

高雄醫學大學醫學院 98 學年度訪視校外實習醫院時間表

98.10.09

校外實習醫院名稱	至校外實習醫院訪視教師姓名、學生姓名	訪視日期	訪視醫院會議地點	訪視醫院聯絡人姓名 聯絡人電話
台大醫學院附設醫院	教師：陳信成 學生：林漢琛(9301138)	10/26 上午	新大樓 3 樓 教學部	教學部 王品芳小姐 (02)23123456 轉 67525
台北榮民總醫院	教師：楊淵韓 學生：蔡沅欣(9301052)	10/21 中午	至德樓 3 樓 教學研究部	教研部 孫玉倩小姐 (02)28757381
馬偕紀念醫院	教師：張志任 學生：齊育殿(9301100)	10/26 中午	平安樓 16 樓 咖啡廳會議室	林玉美小姐 (02)25433535 分機 2485 0968957084
林口長庚紀念醫院	教師：王文明 學生：雲智謙(9301117)	10/16 下午	醫學大樓 2 樓 簡報室	邱秀玉小姐 (03)3281200 轉 2072
國泰紀念醫院	教師：邱世欣 學生：洪睿(9301065)	10/26 上午	教學部	教學部 陳淑貞小姐 0983701061
台中榮民總醫院	教師：蕭惠樺 學生：羅嘉元(9301048)	10/23 中午	綜合大樓 1 樓 教學組	教學組 曾瑞琳小姐 (04)23592525 轉 3904
彰化基督教醫院	教師：蕭惠樺 學生：王志仁(9301098)	10/23 上午	教學研究大樓 10 樓 4102 會議室	教研部 林寶靜小姐 (04)7238595 轉 4060
成大醫學院附設醫院	教師：張志任 學生：黃怡嘉(9301029)	10/19 上午	醫學院 4 樓 接待室	王雅緻小姐 (06)2353535 轉 4872
新光醫院	教師：陳信成 學生：劉文智(9301128)	10/26 下午	新光醫院 教學組	胡文萍小姐 0968995455 (02)28332211 轉 2075
高雄榮民總醫院	教師：楊淵韓 學生：許琬宜(9301146)	10/14 上午	教研大樓 1 樓教研部	教學組 魯文桂先生 (07)3468059

附件二

表一：

辦理日期	活動名稱	參與人數	活動滿意度%
0951209	第一屆醫學人文素養與人文教育國際學術研討會	46	---
0961208	第二屆專業素養與醫學人文教育國際學術研討會	150	83.5
0970705	96學年度高雄醫學大學PBL國際研討會	213	85.5
0970301	標準化病人、客觀結構式臨床測驗與國家考試國際學術研討會	212	85.9
0971115	第三屆專業素養與醫學人文教育國際學術研討會	195	89.4
0980314	2009「虛擬病人在醫護教育上之應用」國際研討會暨工作坊	227	86.7
0980620	2009 高雄醫學大學 PBL 國際研討會暨工作坊	225	88.6
0981205	第四屆專業素養與醫學人文教育國際學術研討會	215	92

表二：

98 學年度全院核心課程已完成課程出席及滿意度統計如下：					
課程日期	課程名稱	講者	人數	滿意度	標準差
98/8/27	97 醫學教育核心課程(15)-緊急醫療概論	高雄市衛生局 何啓功局長	119	4.45	.60
98/9/15	98 醫學教育核心課程(1)-如何將人文融入臨床教育 (繼續教育醫學倫理 1.2 分)	慈濟家醫科 王英偉主任	265	4.09	.67
98/9/19	Mini-CEX 實務演練教學研習營	蔡哲嘉/林育志/林盈慧	37	4.53	.62
98/10/7	98 醫學教育核心課程(2)-教師成長講座-別穿國王的新衣：談師生溝通與互信	高醫大心理系 蔡志浩助理教授	277	4.3	.55
98/10/13	98 醫學教育核心課程(3)-教師成長講座- E 世代學生心理	高醫大醫社系 陳政智助理教授	425	4.31	.52
98/10/22	98 醫學教育核心課程(4)-再生醫學	大同醫院張瑞根副院長	192	4.20	.59
98/11/17	98 醫學教育核心課程(5)轉譯醫學	長庚醫學研究部楊崑德主任	139	4.05	.65
98/12/22	98 醫學教育核心課程(6)醫療法律	大同護理部陳麗琴副主任	136	4.16	.53
99/1/19	教師成長講座-數位學習	護理部林盈慧督導	122	4.20	.45
99/2/9	98 醫學教育核心課程(7)教師發展與教師資源	口腔衛生科學研究所 副教授 教師發展暨教學資源中心 發展企畫組組長	155	4.19	.56
99/3/16	98 醫學教育核心課程(8) 當性別遇見醫療－醫療中的性別關係	高雄市婦女新知學會 總幹事	118	4.02	.72

98 臨床教學能力師資培訓工作坊出席及滿意度統計如下：					
日期	課程名稱	講者	人數 (醫師/總數)	滿意度	標準差
98/11/11	臨床教學能力師資培訓工作坊(1)-如何帶領臨床討論會	張永裕醫師	27/34	4.11	.73
98/11/16	臨床教學能力師資培訓工作坊(2)- 如何帶領小組討論-以 PBL 為例	蔡哲嘉主任	25/40	4.36	.55
98/11/19	臨床教學能力師資培訓工作坊(3)-如何做好臨床教師的角色-1	王程遠醫師	33/40	4.34	.56
98/11/25	臨床教學能力師資培訓工作坊(4)-如何進行臨床能力評估 (Mini-CEX.DOPS.Case-based discussion)	林育志醫師	21/29	4.38	.51
98/11/26	臨床教學能力師資培訓工作坊(5)-如何做好臨床教師的角色-2	王程遠醫師	24/29	4.20	.55
98/12/21	臨床教學能力師資培訓工作坊(6)-如何做好導師角色與面談技巧	陳正生醫師	29/39	4.38	.51
98/12/29	臨床教學能力師資培訓工作坊(7)-如何做好授課及簡報	郭禹廷醫師	29/38	4.38	.51
99/01/11	臨床教學能力師資培訓工作坊(8)- 如何進行床邊教學	李智雄主任	26/31	4.50	.65

98 教學能力研習營出席及滿意度統計如下：					
日期	課程名稱	講者	人數 (醫師/總數)	滿意度	標準差
98/4/12	一般醫學教師研習營-第一梯次	一般醫學內科教師群	23/69	3.89	.68
98/5/30	一般醫學教師研習營-第二梯次	一般醫學內科教師群	30/60	4.14	.84
98/6/26	數位教材品質提升及導入數位學習成效評估	林盈慧督導 黃進烽組長 黃雁萍副組長	10/115	3.98	.58
98/9/19	臨床能力評估種子教師培訓營-Mini-CEX 的應用	蔡哲嘉主任 林育志醫師 林盈慧督導	14/37	4.38	.62
98/10/18	一般醫學教師研習營-第三梯次	一般醫學內科教師群	24/54	4.24	1.06
98/11/06	大體老師的臨床教學	簡守信院長	74/79	-	-
99/2/1	教學門診技巧與實務演練-第一梯次	王程遠醫師	38/42	4.25	.52
99/2/2	教學門診技巧與實務演練-第二梯次	林育志醫師	37/40	4.34	4.54
99/3/20	客觀結構臨床測驗-國際發展、藍圖規劃與教案設計	劉克明 楊仁宏 蔡詩力 顏正賢 田英俊 蔡哲嘉	49/50	4.44	.54