

慈濟大學醫學院醫學系

100 年追蹤訪視

評鑑報告

(訪視日期：民國 100 年十月三十日至十二月一日)

機密文件



民國 101 年二月

慈濟大學醫學院醫學系2011年評鑑訪視報告

評鑑訪視時間：2011年11月30日9時至12月1日17時

評鑑訪視小組：

召集人 宋維村 財團法人天主教若瑟醫院院長/醫學院評鑑委員會委員

委員 (依姓氏筆劃排序)

林啟禎 成功大學醫學院教授/學務長

廖運範 中央研究院院士/長庚大學醫學院教授/醫學院評鑑委員會委員

劉克明 高雄醫學大學教授/醫學院評鑑委員會委員

蔡篤堅 台北醫學大學教授

行政人員 朱宥樺 醫學院評鑑委員會組長

目 錄

壹、前言及訪視重點.....	2
貳、訪視行程.....	4
參、評鑑訪視發現與建議	
一、創校宗旨：慈濟志業與醫學教育.....	5
二、組織與行政：醫學院與醫院.....	5
三、通識和醫學人文課程及教學.....	6
四、基礎醫學課程及教學.....	8
五、臨床醫學課程及教學.....	9
六、師資及教師培育中心.....	12
七、學生事務.....	13
八、其他.....	13
九、結論.....	14
肆、評鑑訪視總結.....	14

壹、前言及訪視重點

自一九九九年醫學教育評鑑委員會(TMAC)成立以來，即接受教育部的委託，訂定台灣醫學教育的近、中、長程目標，並以促進台灣所有醫學院校改進教育水準為主要目標，對台灣所有醫學院校醫學系進行評鑑。評鑑乃從辦學主旨與目標、行政組織、學習環境、學生選擇、課程設計、課程內容、教學評量、師資及教師發展中心等項目建立評鑑準則。過去幾次評鑑，以通識和醫學人文教育、基礎臨床整合的基礎醫學教育、儘早參加實作(hands-on)的臨床醫學教育等為評鑑的重點，希望促進醫學教育落實改革，達到畢業時成為能勝任一般科的醫學通才，在健康照護、溝通技巧和專業知識和能力方面，應儘可能跨越學校間的差別而達到高水準的醫學教育目標。

依據上述目標，TMAC於2003年第一次評鑑慈濟大學醫學院醫學系(以下簡稱慈濟醫學系)，並於2005年及2007年進行二次追蹤訪視，結果均為「待觀察」。TMAC於2009年由九位委員組成評鑑小組，進行全面評鑑，發現慈濟醫學系的組織與行政、通識和人文教育、基礎醫學教育和臨床教育都有進步，但仍有不少持續改進的空間，評鑑結果為「有條件通過」，並決定二年內對評鑑建議事項追蹤訪視，追蹤訪視重點如下：

一、慈濟志業與醫學教育：

1. 請配合醫學教育多元化的世界趨勢，放寬部份教育管理方式，以利招聘良師和留住不同理念的員工和畢業生繼續為學校貢獻；對堅守的理念和價值觀及其衍生的教育和管理方式，於招生時應公告週知，以避免招到的學生適應困難，及減少學校訓輔的困擾。

二、組織與行政：

2. 慈濟大學校長對醫學院院長應有任用的決定權。建議林俊龍執行長目前所扮演的角色應積極加強，並經由組織調整為正式職位，尋找合適的教授或由副校長擔任，以落實教授治校的理念及兼顧志業之發展。

3. 醫院醫療系統快速擴充，應建立派學生實習的醫院的基本條件及教學品質評估機制，並建立各醫院臨床教師之培訓、聘任、升等的條件，及學習評量的一致基準，以確保臨床教學品質。

4. 慈濟志業應迅速且持續的支援醫學教育經費，三年內累積超過三十億元校務發展基金，支持大學(含醫學系)教育志業永續發展。

三、通識和醫學人文課程及教學

5. 人文課程師資品質應有一定的評估標準與方式，兼任教師應該也要符合此標準。

6. 「運動與健康」課程並未列入「通識教育」，但是否可歸類於「人文」課程，值得商榷。其授課內容也要進一步檢討。

7. 普通化學實驗課程，應考慮在課程進行中融入其他訓練內涵，例如實驗原理的PBL討論、實驗室紀律與安全、實驗記錄、操作習慣等之培養。

四、基礎醫學課程及教學

8. 解剖學、生化學和病理學已有相當好的課程設計和教學，建議加入臨床教師的參與，教導其與臨床醫療的相關性。

9. 生理、藥理和病理的整合課程、PBL 小組教學，在教案編寫、tutor 訓練、和臨床及更多基礎科目的整合等方面應積極改善。

五、臨床醫學課程及教學

10. 英文病歷寫作、放射科影像診斷、及部份老師的教學（含來自美國的兼任教授）深受學生好評，建議積極培育更多熱忱主治醫師投入臨床教學，建立臨床教師升等管道，全面提升臨床教學之品質。

11. 應積極規劃聘任足夠的臨床師資，建立包括主治醫師、住院醫師、和實習醫學生的團隊，從制度上落實從五年級開始即全面以實際操作為主的臨床教學，並於學生在醫院實習時增加 primary care 數量。

12. 積極規劃，建立核心臨床技能項目及其訓練時間，善用臨床技能訓練中心和 OSCE 教室，訓練及評量學生的臨床技能。

六、師資及教師培育中心(CFD)

13. CFD 應加強基礎及臨床學科教師之研究、課程大綱、講義、上課技巧、命題技巧等之訓練。

14. 應積極增加基礎和臨床醫學資深教師。

15. 醫學院對師資延攬與培育雖極用心，但地處花東，確有其實際困難。但若以醫學系創立多年後之初步成果，應有機會繼續吸引他校和世界各地之優良師資，並從本校畢業生中培養。

16. 缺乏明確的組織架構來設計、推動、執行課程教學，應檢討改善。

17. CFD 對於教學評鑑最落後的 10%的教師，應該有輔導改善措施。

七、學生事務

18. 對學生的輔導作業需有更密切的關懷，以及早發現問題予以輔導。

19. 課外活動有非常重要的教育功效。服務性社團或活動是慈濟大學的強項，如海外醫療、人文志工，是慈濟志業體的特長，可以考慮整合到教育面。

20. 以公費（有條件）取代清寒獎學金，應加以檢討。

21. 慈濟醫學院應有雅量反省檢討，瞭解慈濟的教育目標和教育方式，和多元化的現代教育是否脫節？

貳、訪視行程

本次慈濟醫學系評鑑訪視小組包含行政人員 1 人及 5 位評鑑委員，5 位委員中有 1 位曾參加第 3、4 次評鑑，有 2 位曾參加第 4 次評鑑，有 2 位是首次評鑑慈濟醫學系。

在 TMAC 朱組長安排下，五位評鑑委員於 2011 年 11 月 29 日 19-21 時在飯店舉行會前會，確認本次追蹤訪視的行程、重點及分工合作的內容。

在訪視行程方面，由於慈濟醫學院楊仁宏院長新上任三個月，委員會議決定在 11 月 30 日 15:30-16:30 和楊院長單獨面談，以瞭解楊院長的努力方向及獲得支持的情形。而原來與校長、醫學院院長、醫學系主任面談時段，改邀請董事會王端正副總、林俊龍執行長、王本榮校長和許明木主任面談。另一個行程改變和學校行事曆有關。在安排訪視日期時，為避免第四次評鑑訪視時正是換組的第一週，看不到完整的臨床教學，TMAC 特別要求此次訪視避開五、六年級臨床實習換組的時間，可是行程確定之後卻發現訪視期間又是換組的第一週，因此訪視小組決定將原定實地參訪時間縮短 90 分鐘，將這 90 分鐘用在面訪醫學院院長(60 分鐘)及延長和主治、住院醫師面談(由 60 分鐘延長為 90 分鐘)。此外，全部行程均照原排定之行程進行訪視。

在訪視重點方面，根據第四次評鑑建議事項及本次評鑑慈濟醫學系之評鑑報告書和評鑑補充報告書，委員確認訪視查核重點。委員亦討論媒體報導慈濟醫院某醫師「腓腸肌手術整形蘿蔔腿」問題，決定從學術和倫理方向著手瞭解，包含面談該醫師、查核相關論文出版情形、查核院方之相關規範等。在委員間之分工合作方面，仍依 TMAC 之規定，各委員除了針對個人分配的項目進行評鑑查核之外，對任何教學活動和資料均可進行訪視，在小組會議時提出報告。在整個評鑑過程，委員均保持良好溝通，以達成此次評鑑的任務。

參、評鑑訪視發現與建議

一、創校宗旨：慈濟志業與醫學教育

(一) 發現

1. 慈濟精神與醫學教育：

醫學與教育是慈濟四大志業之二，慈濟精神是慈濟志業的核心價值，前幾次評鑑時發現要求慈濟師生優先奉行慈濟精神為核心價值，與醫學教育尊重學術自由的價值觀和發展多元化的趨勢有部份衝突，造成部份醫療及教育同仁因理念不合而離開或招募新人的障礙，及學生事務之衝突。這些價值之衝突的議題都呈現在前四次評鑑訪視報告中。

在此次評鑑中，慈濟醫學系和醫院已經逐漸淡化這種價值衝突，針對第四次評鑑建議事項觀察到下列實例：

1) 王副董非常肯定 TMAC 評鑑對慈濟醫學教育事業的正面影響，將之稱為「總體檢」。評鑑訪視行程雖仍有不少志工協助和服務，但已較前次評鑑減少許多，顯示大量慈濟志工投入儀式的情形在醫學評鑑時已有改變，已接受評鑑時應維持正常運作、不打擾正常教學的原則。

2) 許多與醫學相關的儀式十分強調對人生關懷與生命奉獻的敬意，尊重多元價值已成為慈濟醫學教育的一部分，受訪師生對此均有認同感，較上次評鑑有明顯的差別，許多未帶慈濟領帶的師生並沒有感受壓力，反而認為帶慈濟領帶也有團體精神（非戒律）與企業特色的光榮感。

3) 針對上次評鑑建議，對慈濟精神堅守的理念和價值觀及其衍生的教育和管理方式，校方已於招生公告說明。

(二) 建議

上次評鑑訪視建議均被接受並著手改善，此次評鑑訪視時不只看到醫學教育多元化的措施，也看到學生和老師接受並認同慈濟精神，希望慈濟醫學系和慈濟醫院在這個基礎上持續努力，建立符合世界醫學教育潮流並有慈濟特色的慈濟醫學教育系統。

二、組織與行政：醫學院與醫院

(一) 發現

1. 醫療志業執行長已由資深醫師擔任，林執行長表現出比兩年前更有決策權。

2. 校務基金累積捐贈總額達 35 億餘元，且有固定之收入每年達 2.1 億元，但該表未列出「支出之項目和數額」及「使用於醫學系之項目和數額」。

3. 「通過衛生署教學醫院評鑑」是慈濟醫學系外派學生實習的條件，但尚

4. 訪視發現醫學院院長由校長決定聘任，其聘任採學年制一年一聘，這不利於慈濟醫學系建立中長期教育政策的規畫和落實。

5. 慈濟醫院希望各科均衡發展，但是臨床科常有由較資淺醫師（助理教授）擔任主任的現象，這表示資深醫師不願擔任行政領導或缺乏資深醫師，資淺教師輪流擔任科主任的現象亦存在於基礎醫學科，這對慈濟醫學系的整體發展有重大影響。

（二）建議

1. 校務基金累積捐贈總額達 35 億餘元，且有固定之收入每年達 2.1 億元，未來資料請同時呈現「支出之項目和數額」及「使用於醫學系之項目和數額」。

2. 「通過衛生署教學醫院評鑑」是慈濟醫學系外派學生實習的條件，但教學醫院評鑑為整體一般性的評鑑，宜依慈濟醫學系之需求，建立特定送訓單位，如「一般外科」、「婦產科」、「小兒科」等之基本條件及教學品質評估機制，以提供醫學生合適的實習場所。

3. 醫學院院長和醫學系系主任應建立任期制，提供符合任期的聘書，以利中長期醫學教育政策之規畫和落實。

4. 醫學系的各科科主任，希望能鼓勵有副教授以上資格之較資深教師擔任，建立領導體制之外，亦鼓勵資淺教師加強教學研究，早日升等，建立傳承。

三、通識和醫學人文課程及教學

（一）發現

1. 第四次評鑑時醫學人文的教師新血已有良好表現，本次訪視發現已成立醫學人文學科，五位醫學人文科的老師都有良好的能力與特色專長，在王英偉主任的領導下，創造重視人文倫理思維與實踐的新文化，具體表現於：1)這些人文老師非常受其他師生的歡迎，也願意配合從事相關的活動，2)這些老師在各自的專長領域具有國內外醫學人文與倫理建立學術領航地位的潛能。如李毅老師結合病人安全、醫務、品管、醫糾處理、與醫事法學倫理的反思，許瑞芸老師由臨床教育投身人文通識課程而塑造全新連結通識、基礎與臨床的新視野與方法，郭莉娟老師以歷史學者的背景進行跨領域的合作研究以及教學，其藝術以及古希臘醫德的研究也擴大醫學人文與倫理教育的深度與廣度。整體而言在這些新生代與中生代老師的領導下，慈濟醫學系正創造一個透過社區實踐與多元夥伴關係發展的新服務和臨床醫學實踐的方式，導引進一步思考一般臨床與基礎醫學的內涵意義及合適的教學方式，進而推展到醫預科相關課程的設計與教學內容深化，這樣的人文教學必然會豐富慈濟志業，帶給醫學人文教育領航與反思的方向。成功的教育改革之後，或許有些核心的老師有更多的人生機會乃至於離開原所屬的學校，一個位在偏遠地區的私立大學，如何建立穩定的制度來永續地培養新秀或是留住核心人才，是持續優良改革成效，乃至於能夠再創佳績的重要挑戰，值得校方思

2. 在通識與人文教學方面，除了通識中心主任領導可涵蓋特殊地緣生態、環境、社會、文化變遷的視野外，也兼顧全球化的政治、經濟、環境、人種與生物變遷的宏觀視野，是可取之處。而人文醫學科發展一到七年級聯貫的醫學人文課程，是優良人文課程設計。

3. 普通化學實驗已依據評鑑意見修正內容，尤其是實驗室安全與操作的宣導與要求，授課老師也於實驗進行中到各組與同學討論，列為報告需要涵蓋的項目，大致符合評鑑要求。

4. 在通識與人文學科範圍之外，大學部另外開設「運動與健康」必修課程，實際訪視與課程資料審視發現，這門課以深入淺出的方式來引介運動與健康的關係，並融入日常生活的一般行為做為例證，課程中引用科學期刊，涵蓋動物實驗成果，也帶領同學發展科學思維的能力，是一門有特色而同學也可連結醫療保健與生活習性相關思考的課程。但不同時間訪視該堂課的委員卻未能看到前述上課精彩的內容，十分可惜。

5. 學生對每個課程的教學評量均為普通(如 98 年第 2 學期之健康照護與人際溝通)或滿意或非常滿意，但學校對專兼任教師之評量結果，及將其運用於後續教師之輔導、CFD 課程安排、與聘任事宜之資料並未見到。

6. 日記反思是個創舉，其流程已建立於「日記反思與回饋導師手冊」，且有範例呈現於資料夾。然而養成反省並記錄下來的習慣不是一蹴即可，尤其對大部份「一般人」，要如何持續落實，有待繼續努力。

7. 醫學倫理課程的安排縱貫多個年級，課程內容均獲得不錯的評量反應。課程採同班同學的小組教學(TBL)，學生反應 TBL 優於大堂課，這也是台灣部份醫學系採用的方法。

8. 人文部份所舉「推薦讀物」太偏西方著作，宜考慮地域、文化等因素，本國醫學人文著作納入的太少。

9. “邏輯”思考對醫學的重要性不必贅言，但課程中似未特別重視，例如提問“怎樣的人教「邏輯學」”，當天無人能回答。

(二) 建議

1. 貴系的醫學人文教育列有八大目標，請建立目標—課程—評量的對應關係，即將課程和教育目標之對應關係呈現出來，並評量這八大目標的達成情形。

2. 建議通識與醫學人文課程之教學評量，和教師輔導、聘任及 CFD 課程安排建立完整之作業流程和改善機制。

3. 遇合適的個案，可考慮將醫學倫理加入 PBL 教學課程。將不同醫療團隊成員(如護理)組成 TBL 教學，也是另一種有效的教學模式。

4. 日記反思如何持續落實在一般學生，有待觀察。

5. 「推薦讀物」宜多納入本國醫學人文著作。

四、基礎醫學課程及教學

(一) 發現

1. 部分課程應用即時反應系統(IRS)，於課堂上進行學生學習成效的即時調查，例如組織學實驗、三理整合課程等，提高學生的注意力。

2. 整合課程：

評鑑報告書和評鑑補充報告書中，醫學系三年級與四年級已有兩個分開的整合課程，一個是三年級上學期解剖學科負責的解剖學、組織學、胚胎學及神經解剖學的整合課程，另一個是三年級下學期及四年級的生理學、藥理學與病理學的三理整合課程，並採問題導向學習(PBL)。

1) 依據解剖學科提供的解剖學、組織學、胚胎學及神經解剖學的 MED98 級整合課程表內容，神經解剖學的排課與授課是獨立的，其進度及授課內容並未與其他解剖學科負責之科目整合。

訪視時學生反應：醫學系三年級上學期的解剖學、組織學、胚胎學及神經解剖學上課及實驗課，背誦的項目太多，份量太重，壓力過大。目前該學科課程的安排方式，教師在第一學期忙到超過授課時數，在第二學期則課不多，有充分時間投入研究，故本整合課程是以教師為中心的學習的課程安排。

2) 生理學、藥理學與病理學的三理整合課程，採問題導向學習，除了配合各學組(block)撰寫臨床個案進行小組討論教學，並安排基礎老師與臨床醫師擔任輔導老師(tutor)。

本次訪視沒有機會直接觀察 PBL 的進行，相當可惜。

依據慈濟大學課程簡介[99 學年度第一學期]：9 月 27 日第三週星期一病理學上完第一堂一小時的 biliary tract and pancreas，即結束 GI System 學組的上課，接着第二堂開始 Nervous System 學組的上課，但胃腸學組的三次 PBL 卻安排到第四週 10 月 6 日、第五週 10 月 11 日與 13 日，此種安排，失去 PBL 在整合課程的功能與重要性。

慈濟病理學科教師僅兩位，要負責三理整合課程的病理教學、解剖學科的大體病例討論、臨床病理服務，工作負擔頗重。

3. 三個獨立研究所(生理暨解剖、微生物免疫與生化及藥理/毒理)併入醫學系，目的是為了強化師資，但做法似有違常理。

(二) 建議

1. 整合課程宜以學生學習成果來考量，尊重成人主動學習，並參酌他校課程規畫，安排適當授課時間，適量的課程內容及教學方法，冀以建立學生背誦的解剖名詞能與生理功能整合的學習，讓學生知道其與臨床之相關性(clinical relevance)，避免死背、考過即忘的傳統教學方式。以學生為中心的學習及主動學習，是現代醫學教育的重要理念，宜多收集且重視學生的意見據之以調整課

2. 為了讓學生落實 PBL 在整合課程中的學習目的，請負責三理整合課程之教師檢討並調整 PBL 課程之順序，以達到整合課程的目的。為均衡病理學科教師之教學、研究與臨床服務三個任務，在實施三理整合課程時，建議部分 PBL 之病例能採解剖學科的大體病例，以減少教師重複備課之時間。

五、臨床醫學課程及教學

(一) 發現

1. 花蓮慈濟醫院各科的教學規模參差不齊：花蓮人口不到四十萬，花蓮慈濟醫院規模不到千床，雖是東部地區唯一的醫學中心，但有些較弱的臨床科部無法提供足夠的病人作為臨床教學之用，尤以婦產科和小兒科的病人數和病例類別較明顯不足，小兒心臟外科、小兒骨科、骨骼關節腫瘤外科等次專科的教學材料就更不足了。這可能影響醫學生之臨床醫學教育不完整、住院醫師招募困難和訓練資格的認定，也會影響需要相互支援的學科的發展。今年因 PGY 一百而減少各臨床科部住院醫師名額背景下，花蓮慈濟醫院共有 6 科沒有住院醫師名額（表示在全國非排在前半段，包括神內、精神、放腫、影像、核醫及皮膚），而 19 個有名額的也有 8 個缺沒有招到住院醫師（ $8/19 > 40\%$ ，包括內科、神外、小兒、泌尿、婦產、麻醉、解剖病理與臨床病理各一位），顯示這些科是慈濟的弱科，也是各臨床科部臨床水準表現參差不齊的例證。

2. 花蓮慈濟醫院從服務型轉向教學型醫院的發展：慈濟醫院成立時是以醫療服務為志業，多年來已建立醫療服務的基礎與口碑。在慈濟醫學系創立之後，慈濟醫院早期往醫學教育的轉型並沒有很成功，這可能與醫療和教育分屬四大志業之二缺乏整合機制，未積極與台灣醫學教育的演變接軌，未重視 TMAC 評鑑提供的改善意見，缺乏認真奉獻教育的師資，及資源投入重醫療卻輕教育有關，但這個現象近年來有明顯的改進。在師資及資源投入上已大有進步，如建立 OSCE 教室和擴充臨床技能中心、建立標準病人（良語良師）訓練制度、成立一般內科病房、成立人文醫學科（5 位老師，含一位非醫師的歷史背景老師）、設立並鼓勵教學型主治醫師（5 位）、擴大 CFD 及臨床諮商中心窗口等，都是整體制度化的改變，而在中生代與新生代也已培養許多熱心教學的臨床教師，這些都是邁向教學型醫院的正確方向。

然而，在訪視時發現仍有需要持續改善之處，如硬體和軟體應兼備，教學和評量方法（IPPC, mini-CEX, CbD, 小班教學等）和教育核心價值（啟發，互動，鼓勵，學習者為中心的教學等）應兼顧，重視課程也要重視學習成果的評量及評量的意義，並適當應用評量結果等。另外，雖然熱心教學的中、新生代教師成為慈濟教育的範本，但其他用傳統方式（身教示範）教育的資深醫師也應予重視，並助其有更大的貢獻。

3. 積極發展一般內科：不但一般內科病房數逐年增加，並以達到內科病房的 50% 為目標，而且自願加入一般內科醫師陣容的醫師也增加中，包括教學型主治醫師，也注意選擇（包括到急診處選病人）住進一般內科病房的病人。訪視第

4. primary care 社區醫學與安寧病房的教學對所有住院醫師與進入臨床的醫學生都留下深刻良性的印象，發揮全人照護的教育目的與價值感受，成效優異。與家醫科邱醫師訪談，得知該科共有 6 位主治醫師，intern 輪訓 2-3 週，除負責醫院臨終照顧外，參與社區訪視、調查、出院後照顧等。

5. 1) 另一值得稱許的例子是一位教學型主治醫師（孫醫師）修改同學的病歷共有 3 版，熱忱可嘉，可惜第三版仍有不少錯誤，據說老師正在改第四版。但相對的，抽查其他病房的病歷，學生病歷品質普遍不佳，錯別字與文法錯誤很多，也普遍未見老師修改。而醫院電腦病歷系統程式設計排版有問題，完整的英文單字會受限版面而被跳行、拆開。

2) 從抽查之病歷觀之，主治醫師對 intern 或 clerk 的病歷有加以修正，不過看不出住院醫師對同組 intern 或 clerk 指導的痕跡，主治醫師修改的部分亦嫌表淺，應該加強記載主治醫師與 intern 或 clerk 討論內容。

3) 教學型主治醫師在病房討論室對幾位 clerk 的小組教學（醫學英文），不但逐行逐字討論修改病歷書寫，而且教導臨床 thinking process、點出病史詢問疏漏或不全之處，教師英文造詣高，在在令人印象深刻。

6. 醫學生臨床技能教學：

1) 臨床技能中心有專職醫師負責管理，考間設備齊全，可供臨床技能之教學及測驗，使用頻率高。該中心聘請經驗豐富的醫師擔任標準化病人的訓練師（SP trainer）。臨床技能中心、OSCE 教室設備完善，分組利用標準化病人的上課情形良好。

2) 在四年級以 SP 作 PE 時，對 SP 的耐心付出及老師的熱心教導都可肯定。惟病人坐在床上量血壓並非臨床認可的正確動作，可見在 PE 教育流程細節上需要再微調提升。不過，以 PE 教育的落實而言，學生的收穫應該很大。

3) 在一位教學型主治醫師的教學門診裡，他徵得一位病人（孕婦）同意先請實習醫學生問診，之後與學生討論，再示範作 PE 及超音波檢查，其教學熱忱及方法都值得稱許。

4) 如同第四次評鑑，本次訪視也發現影像醫學教學在觀摩操作後，就影像所見一對一教學，極佳。

5) 因為受限訪視時間，沒有看到真正標準的床邊教學案例。一般教學門診及床邊教學的數目與品質仍須加強。

7. 住院醫師及醫學生訪談：從隨意選擇的主治醫師（各科資深、淺）、住院醫師（各科、各級）與醫學生（各年、成績前、中、後段）訪談中，得知主治醫師有教學熱誠，加上學員打老師分數，大家對教學不敢輕忽；住院醫師對工作量與受到的教導大體滿意，與主治醫師互動親切，勇於發問，對宗教的介入感受不

8. 從五、六年級學生的角度來看，似乎每一臨床科別都有去學習，但從各小科的角度來看，有時有學生，有時候沒有，在要求臨床科別落實「a member of team」，「hands-on」及「learning by doing」上，或其他非教學型主治醫師的教學熱忱，也都會因而大打折扣。

9. 正好舉辦以防跌為例的全院 IPPC (inter-professional patient case) 是有特色的教學活動，但除了參與照顧的 case-givers 之外，若有全院其他非相關專業同仁參加，則應該稱為 IPE (inter-professional education)，或 seminar，而若教育對象是其他同仁時，不宜由比較專業的科部主管或 case-givers 搶著回答問題。

10. 透過臉書的社群網絡溝通以及模範醫療典範視機的選拔，成功地促成了優質的醫療照護文化，也激起各層級醫師與醫學生的企圖心，更重要的是臉書中互動所呈現的專業反思內容，是推展醫學倫理重要的策略也深具示範意義。

(二) 建議

1. 花蓮慈濟醫院已轉型為教學醫院負起慈濟醫學系臨床教學之主要任務，建議強化教學軟體，兼顧成人教育啟發、主動、學習者為中心的教育方式，及強化學習評量及其應用於課程修訂等，使臨床教育更進步。

2. 教學規模參差不齊，教學型醫院發展受限花蓮慈濟醫院之規模，某些科別之師資和病人來源不足，學生動手做的機會不足，而影響完整之臨床教育，建議積極評估將新店慈濟醫院等教學醫院，作為慈濟醫學系某些科別，譬如婦產科和小兒科，之主要或共同教學醫院之可行性。

3. 持續強化一般內科病房的方向正確，符合醫學原則與教學所需。家醫科的方向比大醫學中心家醫科尾大不掉或與一般內科甚至專科不分的情況要正確得多，值得鼓勵與嘉獎，有潛力成為全國表率。

4. 一般內科主治醫師多屬資淺，二天訪視，無法得知其床邊教學功力，幸有外籍客座教授(徐達雄、張步良等)輪流回台指導，建議請他們協助增進教學能力。「醫學英文」教學部份已是上乘。

5. 雖是教學型醫院，但「臨床研究」能提升醫療能力與教學，應鼓勵從事以「病人問題」為出發點的臨床研究，也可增加升等的機會。

6. 訪視發現，有不少臨床教學和討論的內容都以歷年國考考題為例，過度以考試為中心的教學固然有助於提高國考通過率，但非教學的唯一目的。建議將跨院校建立的「核心技能項目」列為教學和評量的基本項目，使畢業生具備一般科醫師的基本能力。

六、師資及教師培育中心

(一) 發現

1. 教師升等年限擬採新制度：未來教師升等年限預定採 6、6、8 年制，預定 2012 年年初召開全校教師公聽會，俟達成共識，才正式實施。這個新制度對教師有升等的壓力和研究發表的動力，也給 CFD 協助教師研究出版的重大任務。

2. 慈濟的醫學教育偏重於依賴有教學熱忱的中、新生代教學型老師，但除了少數領導人（如教學中心陳主任與孫副主任），其餘的教學型主治醫師普遍缺乏研究及論文寫作能力，這使得他們在升等為助理教授（慈濟內審即可）後，遭遇很大的升等問題（副教授以上需送教育部審）。也就是在慈濟醫院少有能夠兼顧教學、服務、研究三者的典範型醫師，能兼顧兩者的也算少數，對於培養未來的後起之秀，會有令人覺得教育不夠紮實或全面的擔憂。事實上，在所有的 CFD 課程，也大部分偏重教學，建議對臨床（醫療正確性、實證醫學、病人安全、醫學倫理與醫病溝通，醫療法律與衝突處理）與研究（臨床研究概論，研究設計與方法學，研究計畫與論文寫作）應該列入重點加強的方向。

3. 升等管道在制度上暢通，建議除了鼓勵念研究所取得學位升等之外，CFD 也要積極安排可行的研究和出版的指導機制，協助資淺教師升等。

4. 教師教學專業能力之提升：實地訪視教師上課，大致而言，教師備課認真，上課教材豐富，部分教師提供上課講義，大部分教師已具備教學技巧，但少數教學的教學技巧仍須改善，特別是師生間的互動。教師宜避免僅單向式的講課，譬如採用影片教學也宜讓學生提出看法及討論。另外數位學生遲到超過半小時、桌上沒講義或書本或電腦、上課瞌睡等缺失，教師也宜多加關心。

5. 教學型主治醫師的工作內容似以「教師培育」的行政、設計為主，臨床限 30%，有不錯的保障薪(NT150,000 左右)，另加臨床收入。但實際投入多少時間於臨床教學，宜訂有下限。

6. 張步良教授每年奉獻數月給慈濟，除了教學生，也指導老師。但據同仁反應，因為張教授要求嚴格，所以老師的相對配合度較差，導致效果受限。

7. 在「resident as teacher」方面，雖然住院醫師人力不是很充足，但住院醫師普遍接受 CFD 的訓練，教學理念與熱忱都有不錯的表現。

8. 敘事醫學以及遺傳分子生物學這兩個讀書會與工作坊已然成功地帶動臨床醫師與醫學生從事相關領域的研究，也有助於生涯規劃。

(二) 建議

1. 慈濟醫學系仍請積極招募基礎及臨床資深教師，此外，甚多教師已服務多年，深具教學熱忱，但缺乏研究和論文發表。在實施教師升等新制度時，宜有 CFD 的規畫協助及配套的輔導機制，協助老師順利升等。

2. CFD 每年辦理多場活動，宜積極安排臨床和研究寫作相關課程，及促進符合成人教育原則的教學課程，並讓教師有實際演練的機會，習得師生互動及教育管理的能力以促進學生發展終身學習的習慣和能力。

七、學生事務

(一) 發現

1. 學生事務、輔導與諮商機制尚有不足：

慈濟大學在學生心理健康與諮商輔導方面編制有 4 位諮商心理師，但都相對資淺，沒有臨床心理師。對學生的心理情緒狀態採用「大學生適應量表」來評量，而非較有臨床意義的「情緒或憂鬱量表」等評量工具，缺少心理健康三級預防的早期預警機制，所以雖有導師及慈誠懿德家庭的輔助，但在缺少正確專業的指導下，在低年級（1-4 年級）尋求諮商呈現人數偏少及起伏很大的傾向，此與高年級（5-7 年級）的高諮商人數是不成比例的對比。

醫學系對退學人數雖有統計，但是系統性的預警機制及專業輔導並未全面化（只有少數老師憑個人的熱心在努力），對留級同學的原因及困境亦缺少專案的協助機制。另導師雖有印製導師手冊做為參考，但專業輔導成長及經驗分享機制仍可加強。

綜合本次訪視發現雖然整體而言學生關係密切，學生學習態度並遍積極主動，學生對學校的認同感增加、抱怨減少，但也發現留級、適應欠佳學生缺乏適當的早期發現和輔導機制，顯示學生輔導不夠全面與專業，機制不成熟，專業人力應加強。

2. 學生身份有所謂的地區養成（原住民）學生，他們的學習能力比較需要特別協助，對他們的輔導也需要提升到制度面，而非依賴個別老師熱忱。

3. 核心課程將前次評鑑就倍受稱許的全球性志願服務工作及國內志願服務工作納入課程規畫，並協助同學以定時定點長期地服務原住民部落，獲得衛生署多次表揚，符合第四次評鑑之建議。

(二) 建議

學生輔導的制度有待加強，適應欠佳學生的早期發現和輔導，應經由採用適當的篩檢工具，強化專業人力等建立有效的輔導機制，達到幫助學生成長的目標。

八、其他

(一) 發現

1. 與住院醫師及主治醫師的訪談中，他們滿意醫院的制度與環境，向心力足，留下來持續成長的意願強烈，但對少數科別資源投入不足及提升研究能力輔導較少是可加強的地方。

2. 與有教職的老師訪談中，他們覺得慈濟的發展方向相當正面，升等制度友善，個人不會很在乎升等及待遇，顯示澹泊名利而且樂於付出。但是對醫院所謂的彈性薪資並不了解，至於尚在研究的 6、6、8 升等年限也不清楚。有的願意爭取升等，但似乎比較傾向單打獨鬥，對升等不順利也不會有太高焦慮。

3. 在臨床科部，幾乎沒有以英文討論的會議或課程，顯示醫學英文教育並不普遍和深入。

4. 學生在慈濟醫院實習及社區醫療服務時，原住民病患比例甚高，應重視學生與原住民的溝通能力。

5. 有關蘿蔔腿手術治療的醫療正確性問題，雖一開始覺得有缺少醫療正確性的憂慮，但深入研究後，發現其並無醫學倫理問題，因這是國際普遍接受的醫學美容手術方式，而當事醫師也有將案例國際醫學期刊發表。唯一瑕疵是在醫學中心的整形外科通常以重建為主，公開報導宣傳醫學美容方法的確不太恰當。但當事醫師的醫病關係良好，病人多有稱讚支持，因此不宜當作慈濟的負面教材。

(二)建議

1. 為增進學生與原住民之基本溝通能力，且落實社區醫療的任務，宜開設原住民語言課程。

2. 慈濟志業有許多國際的服務活動，建議開設使用英語的課程和討論會，以促進學生使用英語的能力。

3. 慈濟醫學系應積極鼓勵系學會主動辦理教育評量，作為慈濟醫學系評鑑的一部份資料，也提供學校改善的參考依據。

九、結論

和二年前第四次評鑑時的總評相比，慈濟醫學系在行政組織、課程和教學、師資和教師培育，以及學生事務等都有長足改善，一般內科與家醫科教學甚至可為全台表率，故建議「通過」。

肆、評鑑訪視總結

「通過」，建議二年後以新評鑑基準追蹤評鑑，重點如下：

一、創校宗旨：慈濟志業與醫學教育建議

1. 上次評鑑訪視建議均被接受並著手改善，此次評鑑訪視時不只看到醫學教育多元化的措施，也看到學生和老師接受並認同慈濟精神，希望慈濟醫學系和慈濟醫院在這個基礎上持續努力，建立符合世界醫學教育潮流並有慈濟特色的慈濟醫學教育系統。

二、組織與行政：醫學院與醫院建議

2. 校務基金累積捐贈總額達 35 億餘元，且有固定之收入每年達 2.1 億元，未來資料請同時呈現「支出之項目和數額」及「使用於醫學系之項目和數額」。

3. 「通過衛生署教學醫院評鑑」是慈濟醫學系外派學生實習的條件，但教

4. 醫學院院長和醫學系系主任應建立任期制，提供符合任期的聘書，以利中長期醫學教育政策之規畫和落實。

5. 醫學系的各科科主任，希望能鼓勵有副教授以上資格之較資深教師擔任，建立領導體制之外，亦鼓勵資淺教師加強教學研究，早日升等，建立傳承。

三、通識和醫學人文課程及教學建議

6. 貴系的醫學人文教育列有八大目標，請建立目標—課程—評量的對應關係，即將課程和教育目標之對應關係呈現出來，並評量這八大目標的達成情形。

7. 建議通識與醫學人文課程之教學評量，和教師輔導、聘任及 CFD 課程安排建立完整之作業流程和改善機制。

8. 遇合適的個案，可考慮將醫學倫理加入 PBL 教學課程。將不同醫療團隊成員(如護理)組成 TBL 教學，也是另一種有效的教學模式。

9. 日記反思如何持續落實在一般學生，有待觀察。

10. 「推薦讀物」宜多納入本國醫學人文著作。

四、基礎醫學課程及教學建議

11. 整合課程宜以學生學習成果來考量，尊重成人主動學習，並參酌他校的課程規畫，安排適當的授課時間，適量的課程內容及教學方法，冀以建立學生背誦的解剖名詞能與生理功能整合的學習，也知道其與臨床之相關性(clinical relevance)，並避免死背、考過即忘的傳統教學方式。以學生為中心的學習及主動學習，是現代醫學教育的重要理念，宜多收集且重視學生的意見據之以調整課程內容。

12. 為了讓學生落實 PBL 在整合課程中的學習目的，請負責三理整合課程之教師檢討並調整 PBL 課程之順序，以達到整合課程的目的。為均衡病理學科教師之教學、研究與臨床服務三個任務，在實施三理整合課程時，建議部分 PBL 之病例能採解剖學科的大體病例，以減少其重複備課之時間。

五、臨床醫學課程及教學建議

13. 花蓮慈濟醫院已轉型為教學醫院負起慈濟醫學系臨床教學之主要任務，建議強化教學軟體，兼顧成人教育啟發、主動、學習者為中心的教育方式，及強化學習評量及其應用於課程修訂等，使臨床教育更進步。

14. 教學規模參差不齊，教學型醫院發展受限花蓮慈濟醫院之規模，某些科別之師資和病人來源不足，學生動手做的機會不足，而影響完整之臨床教育，建議積極評估將新店慈濟醫院等教學醫院，作為慈濟醫學系某些科別，譬如婦產科和小兒科，之主要或共同教學醫院之可行性。

15. 持續強化一般內科病房的方向正確，符合醫學原則與教學所需。家醫科

16. 一般內科主治醫師多屬資淺，二天訪視，無法得知其床邊教學功力，幸有外籍客座教授(徐達雄、張步良等)輪流回台指導，建議請他們協助增進教學能力。「醫學英文」教學部份已是上乘。

17. 雖是教學型醫院，但「臨床研究」能提升醫療能力與教學，應鼓勵從事以「病人問題」為出發點的臨床研究，也可增加升等的機會。

18. 訪視發現，有不少臨床教學和討論的內容都以歷年國考考題為例，過度以考試為中心的教學固然有助於提高國考通過率，但非教學的唯一目的。建議將跨院校建立的「核心技能項目」列為教學和評量的基本項目，使畢業生具備一般科醫師的基本能力。

六、師資及教師培育中心建議

19. 慈濟醫學系仍請積極招募基礎及臨床資深教師，此外，甚多教師已服務多年，深具教學熱忱，但缺乏研究和論文發表。在實施教師升等新制度時，宜有CFD的規畫協助及配套的輔導機制，協助老師順利升等。

20. CFD 每年辦理多場活動，宜積極安排臨床和研究寫作相關課程，及促進符合成人教育原則的教學課程，並讓教師有實際演練的機會，習得師生互動及教育管理的能力以促進學生發展終身學習的習慣和能力。

七、學生事務建議

21. 學生輔導的制度有待加強，適應欠佳學生的早期發現和輔導，應經由採用適當的篩檢工具，強化專業人力等建立有效的輔導機制，達到幫助學生成長的目標。

八、其他建議

22. 為增進學生與原住民之基本溝通能力，且落實社區醫療的任務，宜開設原住民語言課程。

23. 慈濟志業有許多國際的服務活動，建議開設使用英語的課程和討論會，以促進學生使用英語的能力。

24. 慈濟醫學系應積極鼓勵系學會主動辦理教育評量，作為慈濟醫學系評鑑的一部份資料，也提供學校改善的參考依據。