

高雄醫學大學醫學院  
醫學系暨學士後醫學系

追蹤評鑑報告



2016年6月



# 高雄醫學大學醫學院

## 醫學系暨學士後醫學系

### 2015 年追蹤評鑑報告

(訪評日期：2015 年 10 月 22 日至 10 月 23 日)

#### 訪評小組：

- |      |     |                                  |
|------|-----|----------------------------------|
| 召集人  | 楊仁宏 | 慈濟大學醫學院院長/皮膚科教授/醫學院評鑑委員會委員       |
| 副召集人 | 方基存 | 長庚大學醫學院內科教授/醫學院評鑑委員會委員           |
| 委員   | 周穎政 | 國立陽明大學公共衛生暨醫學人文學科主任/公共衛生研究所教授兼所長 |
|      | 蕭宏恩 | 中山醫學大學通識教育中心主任                   |
|      | 鄭授德 | 長庚大學醫學院醫預科主任/解剖學副教授              |
|      | 劉朝榮 | 慈濟大醫學院醫學系藥理學教授                   |
|      | 李正淳 | 中國醫藥大學醫學院副院長/醫學系主任/神經科教授         |
| 行政人員 | 朱宥樺 | 醫學院評鑑委員會組長/資深管理師                 |
|      | 鄭國良 | 醫學院評鑑委員會管理師                      |



## 目 錄

壹、學校/醫學系概況及本次評鑑重點 .....	1
貳、評鑑執行過程.....	5
參、評鑑發現	
第一章 機構.....	7
第二章 醫學系.....	9
第三章 醫學生.....	33
第四章 教師.....	36
第五章 教育資源 .....	40
第六部份 跨準則之發現.....	41
肆、總結及評鑑結果	
一、總結 .....	44
二、評鑑結果 .....	48
附錄：TMAC 2015 高雄醫學大學醫學系暨後醫學系訪評行程.....	49



## 壹、學校/醫學系概況及本次評鑑重點

### 一、評鑑重點

高雄醫學大學建校61年來，創校杜聰明院長之教育理念「樂學至上，研究第一」為方針，歷任院/校長的辦學理念亦有改變，1973年起謝獻臣院長以「堅忍自強、勵學濟世」的理念治校18年，1991年起蔡瑞熊校長的理念是「從微觀探討生命奧秘、經身心健康照顧的醫療服務、至宏觀的醫療與社會互動」；2000年王國照校長，以「融新匯舊、領袖群倫」帶領和期許師生；2006年起余幸司校長則以「教學卓越、研究創新、優質人文、社會關懷」為辦學理念和目標；2012年7月劉景寬校長提出「創新研發、法紀制度、知識傳承、使命榮譽和國際視野，英文縮寫為I LOVE KMU」，帶領師生永續發展、開創新局。2008年醫學院前任賴春生院長提出「知行合醫、安權達人」之行動目標，訂定醫學院基本核心能力作為教育達成之指標。迄今歷任校長都將教學列為優先目標(但也同時重視研究)，連續多年獲得教育部教學卓越計畫外，並於102-105學年度再次獲得教育部教學典範大學的肯定。歷年高醫校友榮獲國家醫療奉獻獎的校友有26位，於社會上獲得很高評價。承襲「先學做人，再學做醫師」的精神，目前醫學院『培養深具專業素養、關懷鄉土、服務社會、宏觀視野之醫療人才』及醫學系『培養深具尊重生命、人文關懷、專業素養之醫療人才』為院系之教育目標。

在劉景寬校長、顏正賢院長與新接任的醫學系和學士後醫學系系主任帶領下，仍延續之前的教育理念，繼續執行既定之院、系的教育宗旨和目標。以醫學教育的六大核心能力教學為輸入面，並以醫療照護之六大品質輸出面作為醫學教育之行動目標。目前醫學系每年招收150位學生，後醫學系每年招生50人，2016年將增加醫學系公費生10名，即高雄醫學大學醫學院每年為臺灣培育逾210位未來的醫師，承擔相當大之社會責任，因此，應透過組織章程明確釐清大學、醫學院和附設醫院間醫學教育領導階層之定位，以攜手合作帶領高醫大醫學教育的進一步提升與邁進。

高雄醫學大學醫學院醫學系暨學士後醫學系於2012年接受全面評鑑，評鑑

結果為通過，但 TMAC 提出 17 項主要建議事項，因此，在本次(2015 年)的追蹤評鑑，乃針對 2012 年的發現及建議進行追蹤訪查，訪評重點項目如下：

1. 醫學教育必須明列具體的辦學宗旨和目標，其宗旨和目標有其延續性，為了避免突然巨大改變而影響醫學教育，TMAC 期待董事會和校/院務會議的成員之大部份有其連續性。高醫大在 2012 年 7 月起之高階主管大幅更動，TMAC 希望若有新的醫學教育目標，需和過去的目標有延續性，並透過適當的程序使相關的師、生、行政人員都能瞭解和認同而共同努力落實。
2. TMAC 要求醫學院必須有足夠穩定來源的經費以施行醫學教育。TMAC 要求高醫大應建立其教育基金之管理及使用辦法，並將基金充分使用於醫學教育，以提升醫學教育品質。此外，未來幾年，高醫大將推四大醫療專案，並新建研究中心，高醫大必須擴大包括捐款等經費來源，以確保足夠教育基金支持醫學教育。
3. 臺灣的醫學教育即將由七年制醫學系改制為六年制醫學系，高醫預定於學制改變同時進行課程改革，可能造成同時有 350-400 位學生修習解剖學及實驗，造成解剖學師資和設備嚴重不足。TMAC 建議高醫必須及早規劃，準備足夠的教學設備等資源，足夠的有品質的適當教師，尤其解剖學的師資和設備，並經由適當的程序取得師、生、相關行政人員之共識，共同努力，並適時檢討改善，以減少醫教改革的損害，擴大醫教改革的成果。
4. 高雄醫學院應建立明確的機制，以主導規劃通識與醫學人文課程，在醫學系教育改為六年制之準備期積極檢討其通識與醫學人文之教育目標、課程內容、師資、教學、評估等，規劃出新的橫向和縱向結合的通識與醫學人文課程，在人社院和各教學醫院的協助下落實執行，並由醫學院主導課程評估，定期檢討改善，使高醫重視醫學人文和關懷弱勢的傳統更加發揚光大。
5. 醫學系二年級現行的必修學分太少，而三、四年級的課業太重，造成二、三年級課程的壓力落差太大，造成整合課程階段之醫學系和後醫系學生，沒有充分時間發展和建立自我主動學習的終身學習習慣，造成負面的影響。應審



慎考慮醫學系一到四年級的課程規劃（包括新的六年制課程）。目前解剖學和實驗是融入三、四年級的整合課程，新的六年制要將解剖學移到二年級，將擠壓通識與醫學人文課程，且在過渡時期師資和教學設備嚴重不足，宜謹慎規劃。

6. 整合課程之基礎醫學內容不足而臨床醫學內容過多，須以學生學習為中心，在既有的機制下檢討，建立各整合單元內之較合適的課程內容和較佳之單元授課順序。
7. PBL 和臨床個案討論之案例數可以增加，應以補大堂課不足為目的，應加強教師培訓和修訂 tutor 手冊，積極指導學生重視 PBL 學習過程，培養自我學習、主動學習的終身學習的習慣。在整合課程臨床技能的學習部份，須建立正確的實習的觀念，安排學生有機會以病人或標準病人進行問診和理學檢查的學習，以病人為中心，從病人學習收集資料、整合資料、建立診斷和擬出處置計畫之解決問題之推理思考，以進入 clerkship 之臨床訓練。
8. 宜整合醫學系和後醫學系的課委會，並審慎考慮兩系要培育什麼樣的醫師而規劃課程。
9. 基礎教師數量不足，尤以解剖學科為嚴重，須儘快積極遴選增聘教師。教師的續聘辦法分為綜合型、教學型和研究型三種，對教學有興趣且投入的教師，確實有鼓勵的作用。教師的升等，宜積極落實校長主張之建立以教學為主要考量的升等管道，降低對研究的要求，使對教學優秀且具使命感的教師，能提供學生優質的教學，培養良醫為社會服務。
10. 必須由醫學院（系）主導，檢討並建立適當的臨床教育目標、教學課程、教育場所，加強由作中學的理念和落實，建立跨院一致的總結性學生評量標準，積極建立和推動形成性評量、回饋和補救機制，形成一個完整的由醫學院（而非醫院）主導的臨床醫學教育。
11. 整體的課程計畫應運用成人學習原則與教學原理，將有效益的教學步驟以及方法融入在課程計畫裡，並且整合在課程的安排上，才能發揮有效學習、也才能策動主動學習與養成自我導向學習的習性。同時要適度的協同配置各科課程，以發揮良好的學習效果。
12. 學生，包括 clerks、interns，一定要去看病人，在查房之前先去看病人，綜

合 history/ physical findings 與 lab. data，有自己的思考推理、評估與治療計畫，在老師教學的時候，能夠參與，能夠運用，讓老師知道學生懂多少，藉此依學生需要而教導學生。

13. 教師（主治醫師、住院醫師）在門診教學、住診教學等所有臨床教學上要善用引導式的教學，不是授課式的臨床教學。晨會與科部討論會也應當盡量運用互動討論方式，鼓勵、促進推理思考。會議室燈光需明亮（除了要看影像等），才能讓與會人員有面對面的對談、討論，同時引發主動學習。應適度運用投影片，甚至減少使用。
14. CFD 應適切地協助教師發展教學的知識與方法，使教師具備專業和教學知能，執行有效的教學。
15. 儘快增建學生宿舍，以符合教育部的標準。學校亦應對老舊教室予以修繕，並積極尋找空間，以滿足學生生活和活動之最低需要。在校園規劃方面可再加強，使校園更趨人文素養的薰陶。
16. 高醫大須增加學生事務與輔導之專業人力，並建立完備的困難學生追蹤輔導制度。

此外，在2012年評鑑的「總結5」中，針對於「通識人文」之關鍵論述為：「高雄醫學院應建立明確的機制，以主導規劃通識與醫學人文課程，在醫學系教育改為六年制之準備期積極檢討其通識與醫學人文之教育目標、課程內容、師資、教學、評估等，規劃出新的橫向和縱向結合的通識與醫學人文課程，在人社院和各教學醫院的協助下落實執行，並由醫學院主導課程評估，定期檢討改善，使高醫重視醫學人文和關懷弱勢的傳統更加發揚光大」，此一論述，基本上反映三個層面的問題：

- （一）建構通識與醫學人文教育溝通之明確機制
- （二）整體醫學人文教育之縱向與橫向的連結
- （三）醫學院主導醫學人文教育，但須通識教育中心、人文社會科學院及各教學醫院的協助下落實。

在2012年的評鑑報告中雖未提及通識教育中心，因當時通識教育中心仍歸屬於人社院之下，如今通識教育中心已然獨立為與院平行之一級教學單位，再者，醫學系的通識與醫學人文教育有關聯的相關課程仍在於通識教育中心，故於此標

舉出；此外，劉校長親自推動的書院教育制度推行的情況，也列為本次訪評之重點。

## 貳、評鑑訪視執行過程：

### 一、研讀自評報告：

2015 年 TMAC 的追蹤評鑑成員有 7 位委員，委員分別就該校「通識與醫學人文教育」、「基礎醫學教育」、「臨床醫學教學」以及「行政與資源」、「教師及學生事務」等五大項目所屬的五項新準則部分先分工收集資料，接著於實地訪評前一天(10 月 21 日)晚上，所有訪評委員召開行前會議，就學校自評報告書內容提出看法，交換意見，並討論分工及訪評相關問題。然後進行兩天現場訪評。由楊仁宏委員擔任召集人、方基存委員擔任副召集人與其他 5 位委員依學術專長主責訪評之領域分工情形如下：

通識及醫學人文領域 — 周穎政委員、蕭宏恩委員；

基礎與臨床整合領域 — 鄭授德委員、劉朝榮委員；

臨床實習領域 — 楊仁宏召集人、方基存副召集人、李正淳委員。

### 二、實地訪查：

本次醫學院評鑑委員會訪評小組至高雄醫學大學醫學院進行實地訪評，除查閱相關會議紀錄及訪談學生及教師外，也到教學醫院與課堂觀察實際上課之整體狀況，包括參訪高雄醫學大學附設中和紀念醫院的教學門診、床邊教學、病例討論、婦產部核心課程教學、內科部學術演講、外科部學術演講等活動，以及參訪通識教育中心針對學校在人文培育方面所強調的「書院教育」進行了解，並旁聽醫學系「國文(B 班)」(共分三班，由三位國文教師講授)、醫學人文選修課程「醫療行為中的對話溝通技能」(PBL 課程)以及醫學人文必修課程「醫學系生涯規劃」、「Block9：神經系統」、「大體解剖實驗」等課程。

同時也訪視各相關教學設施設備如綜合實驗大樓、大體解剖學實驗室、組織學實驗室、及其他各類包括小組討論教室、大型互動式的教室等；此外也訪視了校園內新建置的「高醫校史暨南臺灣醫療史料館」等等。

### 三、資料查證：

#### (一) 實地訪評前：

訪評委員於實地訪評前，上網查訪高醫大的網頁，進入「全校課程平臺」(<https://wac.kmu.edu.tw/qur/qurq0006.php>)瀏覽，並且下載 103 學年第二學期及 104 學年第一學期課程資料，以便縱覽其各年級所修習之科目，並核計各 BLOCK 系統內基礎醫學及臨床醫學所占之時數。

訪評小組並於正式訪視前一天(10 月 21 日)召開行前會議，針對此次訪評的重點、委員的訪查任務討論與交換意見。

#### (二) 現場資料查證：

訪評現場針對下列問題加以一一查證：

- CFD 對於 PBL 學習方式的引導教師(tutor)訓練(張鈺堂醫師)
- 對於推動學生研究的鼓勵及案例(侯自銓教授兼生化學科主任)
- 醫學系及後醫系課程委員會的運作(章程完全相同)
- 近三年國考成績及通過率
- 對於第一階國考未能通過的學生的輔導方式(無)
- 學業成績期中預警及輔導高關懷學生的機制(線上系統)
- 醫學院對於教師教學評估的方式(1.學生對教師教學努力、2.同儕評議、3.教師自評、4.學生的焦點團體會議)
- 高雄醫學大學附設中和醫院教學型主治醫師設置辦法
- 校內轉入醫學系的方式

查證資料包括以下資料：

- 1.高雄醫學大學醫學院 2015 TMAC 自評評鑑報告書
- 2.高雄醫學大學醫學院 TMAC 學校簡報資料
- 3.高雄醫學大學醫學院附設中和紀念醫院簡報資料
- 4.高雄市立小港醫院簡報資料
- 5.高雄市立大同醫院簡報資料
- 6.現場會議紀錄、教案、師資訓練規章及記錄、病歷記錄、學生報告書、學生學習護照等各項佐證資料
7. 臨床技能中心簡報資料

此外，10月22日上午聆聽學校簡報後，就簡報內容與追蹤訪視評鑑報告書內容提問，請校方釋疑，並接著查證6年制醫學系與學士後醫學系4年制課程架構、課程規劃委員會會議紀錄、教務處公告之課表與課程綱要、基礎臨床整合課程細部架構與內容、PBL教案的格式、內容與產出機制、PBL評量方法、PBL引導老師之安排、CFD舉辦之活動、學生輔導與諮商機制、學生輔導案例等。

#### 四、晤談相關人員：

訪談對象包括劉景寬校長、董事會張文字董事、醫學院顏正賢院長、醫學系戴任恭主任、學士後醫學系王森稔主任、副院長、副系主任、臨床教師、基礎醫學教師、通識與醫學人文教師、1~7年級醫學生、PGY醫師、專科住院醫師、與主治醫師等，共達100人以上。

最後，在訪評期間，承蒙高雄醫學大學、附設中和紀念醫院全體教職員的充分協助與配合，使得此次TMAC的追蹤評鑑得以順利完成，謹此致謝。

訪評小組由審閱學校提供的資料，尤其是自我評鑑書面資料，加上實地聽取報告及問答，參與上課、實習，及和各級醫學生、主治醫師、住院醫師、教師們及各級主管們的座談，加上反覆的討論，作成以下報告。

### 參、評鑑發現：

#### 第一章 機構

1. 前次評鑑發現：TMAC在2006、2008和2010年的評鑑追蹤訪視報告中，都曾因高醫大的醫學院和附屬教學醫院的指揮系統隸屬關係不明確，而擔心醫學教育受到影響。2012年TMAC評鑑報告書載明「本次評鑑仍然發現相同的問題，三個附屬醫療機構和大學本部的位階相同而高於醫學院，產生附設醫院指揮醫學院及附設醫院全面主導臨床醫學教育的現象。TMAC深切期盼劉校長儘速和董事會達成協議，將大學附屬機構的位階降至大學之下，並積極建立醫學院主導醫學教育的運作模式，使醫學院主導臨床醫學教育，以完全符合評鑑準則」。

發現：

- (1)校長、附設醫院院長與董事會之關係：劉景寬校長已獲董事會續聘擔任第二任校長，得以持續推動其治校理念，同時 104 年 8 月起新任命鍾飲文教授擔任高醫大附設醫院院長，而醫學院顏正賢院長則獲留任，高醫大醫學院院長於「高雄醫學大學組織規程」中規範由校長召集院長遴選委員會、遴選教授二至三人，報請校長選擇後聘兼之；而高醫大附設醫院院長之任命於「高雄醫學大學組織規程」第 16 條中僅規範「本校設置附設中和紀念醫院及受公私立機構委託經營之醫療事業，並得依私立學校法第六十五條規定設置其他相關附屬機構。其各組織規程經校務會議及董事會通過，報教育部核定後實施」，是另依「高雄醫學大學附設中和紀念醫院組織規程」第四條規定「由校長提名，經董事會同意後聘兼之」，但畢竟 2000 年時余幸司校長與董事會對於院長人選意見相左，曾發生附設醫院院長雙胞案，因此高醫大及董事會仍應進一步未雨綢繆從法規規範上解決此一紛擾。目前劉校長的治校理念與發展策略顯然能持續獲得董事會之信任與支持；與董事會代表張文宇董事面談時，張董事代表董事會也表示對於劉校長教學與校務上的改革、重視研究等作法，在財務上全力支持劉校長與學校的發展。
- (2)高醫大、醫學院與附設醫院臨床醫學教育指揮系統隸屬之關係：根據「高雄醫學大學組織規程」明確將附設醫院機構的位階置於大學之下，在自評報告書 P6「本校附設中和紀念醫院原本就歸屬於大學之下，主要目的是為了讓醫學教育應回歸醫學院主導，再由醫學系、院之課程委員會及實習委員會等相關委員會，依教育需要及教學資源分佈，與臨床教育訓練部安排臨床教育」(校組織架構圖，自評報告書 P7)，與醫學院同屬校內一級組織；在與劉校長、顏院長訪談及自評報告書、簡報資料中也顯示高醫大由醫學院主導醫學教育的運作模式已經獲得確認，附設醫院、大同與小港醫院的教學副院長都由醫學院副院長、系主任或副系主任兼任之，醫學院副院長也兼任附院臨教部主任，且兩系之副系主任分別擔任附院臨教部副主任、小港醫院與大同醫院教研中心主任，把關各實習場域臨床教學品質，充分顯示醫學院、系與醫院間溝通管道暢通。
- (3)醫學院醫學教育研究中心問題：高醫大醫學院醫學教育研究中心，96 年成立至今，由醫學教育專家劉克明教授主持，雖定位為功能性整合平臺，協辦醫

學教育活動、人才培訓、研究整合...等，但中心預算來源目前仍只有醫學院每學年度經常門彈性支援，並無編列固定預算支持發展，且缺乏行政人力奧援，高醫大及醫學院宜審慎思考此中心之定位與功能。

**對應評鑑準則:**

- 1.1.1.1 醫學系隸屬之學校其組成，包含行政人員、教師、醫學生和委員會的職責和權限，必須在醫學系、醫學院或學校的組成章程中明訂。
- 1.2.2 醫學系隸屬之院（校），其院（校）務委員會或董事會之運作必須具備並遵循正式的政策和程序，以避免與該學校的成員間、建教合作之教學醫院間及任何相關企業間的利益衝突。
- 1.3.0 醫學系必須設醫學系主任一名，具備合格的學經歷與經驗，足以領導醫學教育、學術活動和病人照護，並應通過公平、公開的遴選或遴聘過程。為協助系務，得增設副系主任。
- 1.3.1 醫學系主任必須能與醫學院院長或負責醫學系最終責任的行政主管、以及該校其他人員有暢通的溝通管道，這是完成其職責的必要條件。
- 1.3.2 醫學系主任、教師、機構主管，以及校內相關部門和建教合作之主要教學醫院主管必須對醫學系相關事務的權力與責任有清楚的認識。
- 1.3.3 醫學系主任必須有足夠的資源、權力，以遂行其治理醫學系和評估醫學系成效的職責。

符合      符合，但須追蹤      不符合

## 第二章 醫學系

### 【醫學人文課程】

#### 1.前次評鑑建議：

- (1)自杜聰明院長設立原住民醫師專班，五十多年來高醫大注重社區服務，校方及其學生社團長期積極地投入偏遠地區群眾和原住民等弱勢團體之醫療服務，以及國際志工醫療團。歷年來共有4位師長和18位校友獲得醫療奉獻獎，此種傑出教師和校友之特質堪稱為高醫大之特色。學校開設有「醫療與奉獻」選修課程，但有評鑑訪視委員訪談8位醫學系/後醫學系學生，沒有任何一位修過該課，也都講不出任何一位得主名字。

(2)目前仍有許多學生反應部份課程不易選到課，校方將採取的措施為提高授課學生數，增加師資（增加班次），應為有效之舉，靜待將來的成效出現。對於熱門的通識課程應可進一步分析學生的選課動機、滿意度、結果及成果，以作為標竿，讓其他通識課程的老師作參考，以增進通識人文課程的品質。

發現：

高醫大歷年校友是目前獲得國家醫療奉獻獎最多的學校（1990~2015 年共有 26 位獲獎者），是一大特色！但是，醫學生對所開設「醫療與奉獻」通識課程卻是相當陌生（自評報告書，p34）。在本次訪談的六位醫學生中，僅一位 2 年級同學曾有選此課程，但並未選到，這涉及兩個問題：其一，為通識課程不易選到課的問題，這在 2012 評鑑中亦有發現，學校的措施為增加通識課程開課數及提高每班修課人數上限，聲稱已能有效緩解不易選到課的問題（自評報告書，p54）。但由醫學系通識與醫學人文教育的角度看來，與醫學生如此緊密相關之特色課程，醫學生想修卻修不到、甚至不知道有這門課，甚為可惜。其二，是醫學人文暨教育學科與通識教育中心之間的連結、以及合作之機制的建立問題，機制的落實在於策略的運作，由策略衍生具體法規與辦法以為實踐或行動之依據，如此方不致在運作上因行事者（主管）的不同而有不同的理解與作法；而目前醫學系與通識教育中心之間連結的機制並不明顯，雙方除了主管參與彼此某種委員會（如課程委員會）之外，並無特別針對雙方合作或相關機制的會議或商討，似乎仍停留在口傳階段。

**對應評鑑準則：**

2.0 醫學系之基本醫學教育目標(goals)，應為培養優秀和稱職的醫師，使其於一般醫學知識和技能上，表現專業素養和追求卓越特質。

2.3.2 醫學系（院、校）必須提供醫學生通識教育。

符合      符合，但須追蹤      不符合

2.前次評鑑建議：高雄醫學院應建立明確的機制，以主導規劃通識與醫學人文課程，在醫學系教育改為六年制之準備期積極檢討其通識與醫學人文之教育目標、課程內容、師資、教學、評估等，規劃出新的橫向和縱向結合的通識與醫學人文課程，在人社院和各教學醫院的協助下落實執行，並由醫學院主導



課程評估，定期檢討改善，使高醫重視醫學人文和關懷弱勢的傳統更加發揚光大。

發現：

醫學人文暨教育學科已於 103 學年度正式成立，有其教育宗旨與目標，對其相關核心能力及能力指標皆有相當完整之論述。目前該學科有專責之 6 位專任教師，三位人文教師已由醫學系聘任專任多年，一直在從事醫學人文的教學、研究與服務，尤其是學科主任王心運副教授已有近九年年資，新加入兩位臨床醫師教師(蔡淳娟教授及林彥克助理教授)及一位人文教師由原來通識教育中心教師調入。因此，學科雖新，但關於醫學人文教育已然有相當掌握。醫學人文暨教育學科的成立，應更能有效主導醫學人文教育的規劃、設計與發展，兩位臨床醫師更可作為人文與臨床整合的橋樑及管道，例如：臨床醫師的加入，使得低年級必修的「習醫之道 1-2」，由教室學理學習而有機會安排至醫院實地體驗學習。

但通識教育中心與醫學人文學科對於醫學人文課程的設計與評估，仍應在制度上建立雙方更有效暢通的協調機制。

**對應評鑑準則：**

2.1.1.3 醫學系隸屬之學校必須有主要負責醫學人文教育的教師或單位。

2.1.1.0 醫學系(院)的教師必須訂定其學系的教育目的，以作為建立課程內容的準則和評估醫學系成效的依據。

符合      符合，但須追蹤      不符合

3.前次評鑑建議：高雄醫學院(系)自創立以來即建立重視醫學人文、關懷弱勢之傳統，其校友榮獲醫療奉獻獎之人數為全臺醫學院(系)畢業生之冠。然而，以TMAC 評鑑準則檢視其通識與醫學人文課程，仍可發現待改進之處，已詳述於本節發現之3至10條，作為檢討改進之重要參考。在此綜合強調高雄醫學院應建立明確的機制，以主導規劃通識與醫學人文課程，在醫學系教育改為六年制之準備期積極檢討其通識與醫學人文教育之目標、課程內容、師資、教學、評估等，規劃出新的橫向和縱向結合的通識與醫學人文課程，在人社院和各教學醫院的協助下落實執行，並由醫學院主導課程評估，定期檢討改善，使高醫重視醫學人文和關懷弱勢的傳統更加發揚光大。

發現：

醫學系醫學人文課程固有相當的規劃與設計，但是關於幾門重要的必修課程，其授課方式及內容恐有所疑慮，以六年制的規劃來看：

首先，大一下與大二上之「習醫之道 1-2」在學理學習(1)與醫院實地體驗(2)的銜接上，「習醫之道 1」分為三個班級進行，由兩位人文教師及一位臨床醫師教師分別講授，而「習醫之道 2」是由導師及十數位臨床醫師配合之彈性時間上課，期間是否可能有充分的溝通與理解？在體驗中固有情感性的感動，但有多少知識性的承載、加強或深化，如何評量？再者，「習醫之道 2」乃結合服務學習的進行，但是有多少“服務”進行？是否符合服務學習之宗旨與目標？因為「體驗課程」與「服務學習」仍有相當差異。

第二，大一上的「醫學生涯規劃」，除了開學做一、兩道心理測驗及熟悉學習歷程檔案、課程地圖外，就是教師及校友、成功人士的分享，無任何參考文獻之閱讀，好似班、週會時間可以進行的安排，作為一門課，其知識承載度有多少可提供學習者作為反思之基礎？

第三，三年級與四年級的「醫學專業素養 3、4」乃採大班上課，每次上課邀請醫界不同成功人士蒞臨演講，其學習效果值得關注？如何評量？

此外，原七年制在 3-4 年級必修的組織學、組織學實驗以及大體解剖學、大體解剖學實驗共 12 學分的基礎醫學課程，在六年制的規劃上調至二年級全學年修習，是否會擠壓通識與醫學人文課程的修習？目前尚無證據顯示其對通識及醫學人文課程的影響，醫學院、系應自行評估此一重大課程調整對於教學成效的影響，尤其是否造成醫學系大一大二醫學生對通識及醫學人文課程選修意願及努力的影響，又是否與大一大二時期「先學做人、再學當醫師」的醫學人文素養的基礎教育相牴觸，TMAC 將持續予以關注。

醫學人文與通識教育、基礎和臨床課程協調的機制已有機制建立，如醫學院長則為通識中心指導委員會的當然委員、醫學人文與教育學科主任同時為系課程委員會委員、通識教育中心課程委員會委員，並於醫學系課程委員會下設「通識人文」功能小組負責審查醫學人文課程開設與執行事宜等措施。但是，除醫學人文領域之教師及主管，高醫大醫學教育相關之主管，對於通識及醫學人文教育之認知仍有加強之空間，因為這將不利於通識、醫學人文、基礎、臨床四大領域之

課程規劃與配合。因此，未來應加強基礎醫學、臨床醫學教育主管對通識教育及醫學人文教育的相關認知，並鼓勵參與相關之學術與教育活動，以利於通識教育中心與醫學院之間對於醫學人文課程的設計與評估，能建立更有效溝通機制。

**對應評鑑準則：**

2.3.0 醫學系的課程內容，應確保醫學生能獲得良好及有效率的不分科醫師所需之特質和能力，並能以主動且獨立的態度達成終身學習的能力。

2.3.4 醫學系的課程應讓醫學生能根據實證和經驗培養慎思明辨的能力，並發展醫學生能運用原則和技能以解決健康和疾病問題的能力。

2.3.18 醫學系應提供足夠的機會，鼓勵和支持醫學生參加服務學習活動。

4.2.4 醫學系必須為每位教師提供專業發展的機會，以提升其教學、輔導和研究技能和領導能力。

符合      符合，但須追蹤      不符合

4.前次評鑑建議：有些課程內容在不同教師間重疊，課程規劃尚缺連貫性，不少課程大綱（syllabus）描述不清楚。訪視過程發現有些課程實際授課/評量未按照公告課程內容進行，通識課程中仍有許多學生在睡覺或低頭用與課程無關的手機電腦程式。在大堂課中宜作雙向溝通互動的教學，提高學生的興趣，達到通識教育的目的。目前臺灣教育主管機構並未對醫學系通識教育學分數、課程種類、及課程編排方式加以箝制，建議醫學系應以學生的需要、以達成培育良醫的目標為規劃課程之考量，與現有教師及各單位主管充分討論溝通，形成高醫的通識課程核心教育目標共識，再進行新課程規劃及既有課程改革，設計有效的課程評量機制。訪視發現目前校級的核心課程，較多實用性及娛樂性，較少學術乘載性及批判思考性。院級的深化課程，內容和校級課程區隔不明確，宜避免重複。從學生自評發現，系級的職涯發展課程滿意度欠佳（學生自評25%不滿意），尚待加強。

發現：

醫學人文與通識教育、基礎和臨床課程協調的機制雖已有機制建立，如醫學院院長則為通識中心指導委員會的當然委員、醫學人文與教育學科主任同時兼系課程委員會委員、通識教育中心課程委員會委員；於醫學系課程委員會下設「通識

人文」功能小組，成員包括該學科專任教師及劉克明、蔡哲嘉、沈靜茹等委員，負責審查醫學人文課程開設與執行事宜。

但是，醫學人文教育之縱向協調機制仍有改善之空間，即使醫學人文暨教育學科有兩位臨床醫師教師的加入，有助於臨床與人文的整合，但是，在制度面的整合、推動與執行卻不明確；在醫學人文課程的檢核面，僅有全校性之「高雄醫學大學課程開設辦法」第七條第一款中約略提及，對於醫學人文課程的開設並無一套嚴謹之標準，雖也有課程外審程序，但外審意見回應表僅有對課程大綱及課程進度表的意見回覆，而無是否同意開課等等的判定，似乎「諮詢」意義大於「審查」，對課程的品質與水準之控制並無相對的強制性。

**對應評鑑準則：**

2.1.2.3 醫學系教師或課程委員會必須負責監測課程，包括各學科的教學內容，以實現醫學系的教育目的。

2.3.0 醫學系的課程內容，應確保醫學生能獲得良好及有效率的不分科醫師所需之特質和能力，並能以主動且獨立的態度達成終身學習的能力。

符合      符合，但須追蹤      不符合

5.前次評鑑建議：自杜聰明院長設立原住民醫師專班，五十多年來高醫大注重社區服務，校方及其學生社團長期積極地投入偏遠地區群眾和原住民等弱勢團體之醫療服務，以及國際志工醫療團。歷年來共有4位師長和18位校友獲得醫療奉獻獎，此種傑出教師和校友之特質堪稱為高醫大之特色。學校開有「醫療與奉獻」選修課程，但有評鑑訪視委員訪談8位醫學系/後醫學系學生，沒有任何一位修過該課，也都講不出任何一位得主名字。

發現：

多位學生反應，課程內容雖已強化醫療史或醫界典範之學習，但對臺灣目前之醫療體系、制度及至健康保險運作之相關課程仍有不足，建議增強醫師與社會相關之課程，以彌補此部分教育訓練之不足。

**對應評鑑準則：**

2.0 醫學系之基本醫學教育目標(goals)，應為培養優秀和稱職的醫師，使其於一般醫學知識和技能上，表現專業素養和追求卓越特質。

2.3.2 醫學系（院、校）必須提供醫學生通識教育。

符合      符合，但須追蹤      不符合

### 【基礎臨床整合課程】

6.前次評鑑建議：

- (1) 整體的課程計畫應運用成人學習原則與教學原理，將有效益的教學步驟以及方法融入在課程計畫裡，並且整合在課程的安排上，才能發揮有效學習、也才能策動主動學習與養成自我導向學習的習性。同時要適度的協同配置各科課程，以發揮良好的學習效果。
- (2) 宜整合醫學系和後醫學系的課委會，並審慎考慮兩系要培育什麼樣的醫師而規劃課程。
- (3) 整合課程之基礎醫學內容不足而臨床醫學內容過多，須以學生學習為中心，在既有的機制下檢討，建立各整合單元內之較適合的課程內容和較佳之單元授課順序。
- (4) 醫學系二年級現行的必修學分太少，而三、四年級的課業太重，造成二、三年級課程的壓力落差太大，造成整合課程階段之醫學系和後醫系學生，沒有充分時間發展和建立自我主動學習的終身學習習慣，造成負面的影響。應審慎考慮醫學系一到四年級的課程規劃（包括新的六年制課程）。目前解剖學和實驗是融入三、四年級的整合課程，新的六年制要將解剖學移到二年級，將擠壓通識與醫學人文課程，且在過渡時期師資和教學設備嚴重不足，宜謹慎規劃，積極聘足師資，妥為準備。
- (5) 宜整合醫學系和後醫學系的課委會，並審慎考慮兩系要培育什麼樣的醫師而規劃課程。
- (6) 整合課程中，每一單元應提出適時更新的適量參考書單。
- (7) 醫學系第二學年必修的學分很少，但一科及一科以上重修的學生將近25%，反而比其他年級高，應檢討。另外，最近國考第一試醫學（二），考試科目包括生理、生化、藥理暨病理，不及格將近45%，顯示教學和學習不盡理想，應釐清原因，尋求改善。

發現：

高醫大是採取器官系統模組(organ/system block)來推動基礎臨床課程的整合，也符合目前醫學教育的趨勢，讓學生在學習基礎醫學和臨床核心知能的同時，也學習到如何將基礎醫學知識與臨床應用連結，提升學生應用基礎醫學知識的能力。基礎臨床整合課程所涵蓋的學習內容相當廣泛，包括基礎醫學、臨床醫學核心課程、實驗課、以及臨床技能，要有妥當的課程規劃、內容進度與配合適當教學策略(lecture 及 PBL)，才能確保學生能夠循序漸進的學習，達到事半功倍的學習效果。關於基礎與臨床整合課程，訪評委員發現：

- (1) 模組(blocks)順序安排的妥適性：blocks 的順序應該要有妥適的安排，各 block 中的課程內容也要有合理的順序。經查證醫學院、系的行政主管，現行 blocks 的順序是參照 Harrison' s 內科學教科書章節順序所訂定；檢視醫學系 M104 及學士後醫學系 BM104 課程地圖發現 block 課程的安排，例如：學生在第 2 個 block 時學習認識致病菌、黴菌與病毒，但是在第 1 個 block 時學生就要學習抗菌、抗黴菌及抗病毒藥物；又如第 3 個 block(心血管系統)學習抗高血壓藥物(包含影響神經、內分泌、肌肉的藥物以及利尿劑)，但此時學生還沒有學習過神經系統、肌肉、泌尿腎臟系統的生理運作。醫學系及 block 負責老師(coordinator)應分析了解學生對於該模組的學習狀況及師生的回饋意見，建立改善模組課程的機制。
- (2) 基礎與臨床整合課程中臨床醫學的比重仍然過高：在醫學系 M3-M4 或後醫學系 M1-M2 主要是基礎醫學的學習階段，此一階段融入臨床醫學的目的在促進學生對於基礎醫學臨床情境的應用的認知，過去多年來全國醫學校院長會議下設立的新制醫學系課程改革小組，基本上 12 所醫學院、系的共識是--基礎：臨床比例約為 70-80%：20-30%，基礎與臨床整合課程的配比也會影響學生的學習成效。2012 年的評鑑已發現整合課程中臨床醫學的比重過高，有些 block 的臨床課程內容達高年級學生的學習程度，在基礎知識有限的情況下，增加學生學習的困難度，進而影響學習成效。此次訪視，醫學系四年級學生和後醫學系二年級學生在訪談時表示對於臨床課程內容不易理解和吸收。雖然，104 學年度新制整合課程增加了基礎醫學的上課時數(藥理和病理)，這樣的安排並沒有顯著的降低臨床醫學的比重，一部分的原因是將解剖學抽離整合課程，安排在二年級時授課。以目前課程的安排，在三年上學期時進入以 block

為主的學習階段，以醫學系三年級的「心臟血管系統」block 為例 (<https://wac.kmu.edu.tw/tea/teaaca/team2008c.php?SYEAR=104&SEM=1&SEQNO=0013002>)，縱觀整個心臟血管 BLOCK，包含生理學及實驗、病理、藥理學、微生物學、循環影像學、心臟 Clinical skill (其中 practice 及 test 各一次，各 4 小時)、六次「醫學專業素養」(內容及目的因並未列出詳細課程大綱而無法判定)，教學方法上包括大堂課、PBL、TBL，最終為「學習評量與回饋」，由 (104-12-07) 始至 (105-01-15) 終，全程 6 週，週一至週五每日授課，以授課教師隸屬單位研判課程之屬性，基礎醫學課程(含三次實驗各 4 小時)共占 37 小時(29%)，臨床醫學課程(含一次「Clinical skill practice」一次 4 小時)共占 57 小時(45%)，綜合性課程(如：「心血管系統介紹」1 小時、「醫學專業素養」共 6 次，各 2 小時、「問題導向學習 PBL」共 2 案，每案各 3 次，每次各 2 小時)占 25 小時(20%)，評量(含一次「Clinical skill test」4 小時，及最終「學習評量與回饋」3 小時)占 7 小時(6%)，全部共計 126 小時；比較基礎與臨床時數比重分別是 29%與 45%，基礎醫學課程若是去除實驗(12 小時)，授課僅占 25 小時。醫學系三年級學生是第一屆接受新制課程教育的學生，目前才完成整合課程第 1 個 block 的學習，有關學生在新制整合課程的學習經驗尚目前無從得知。至於將解剖學安排在二年級上課是否會影響其他課程的學習?由於無法訪談到醫學系三年級學生而無法得知學生的學習經驗和感受，因為 10 月 23 日訪談學生時段，醫學系三年級學生剛好進行第一個整合課程 block 的考試。基礎或臨床課程之時數是否充足，與授課內容的知識承載度有關，學習成效或許也反映於 104 年第 2 次醫師國考第一階段，醫學系及後醫學系之整體通過率為 78.53%。

- (3) 基礎臨床整合課程的協調(coordination)：醫學系整體課程由系課規會負責規劃，基礎臨床整合課程中各 block 的課程由各 block 負責老師規劃。這種分層負責的模式有利於 block 中學習內容的討論與安排，卻也可能出現缺乏整體考量以及行政協調上的問題。102 學年入學的學生，在 103 學年第一學期(二年級上學期)修習大體解剖學、組織學、組織學實驗，第二學期(二年級下學期)修習大體解剖學實驗，應當具備型態學的基礎。但是，大體解剖學(正課)與組織學(正課及實驗)的課程進度似乎沒有很好的搭配，學習者可能無法在短期內

從巨觀進入微觀，循序漸進的學習。譬如：10/06 週一組織學正課學習進度為「Nervous System」，10/08 週三組織學實驗進度亦為「Nervous System」；但是，在大體解剖學(正課)當週 10/06 及 10/07 之進度則為「腹部一」，此時的學生在大體解剖學上尚未學習過 brain 或是 spinal cord，就直接進入神經系統微觀的組織學，這種跳躍式的學習是否恰當，值得再討論。另外，大體解剖學的正課(二上)與實驗(二下)分別在不同學期開課，對於以形態學為主要教學內容的大體解剖學而言，理應與實驗課中的操作觀察相互呼應，如果能在正課講授之後，立即在下一堂實驗課時在大體上印證，相信更可提昇學習成效。系上宜有教師或小組專責檢視基礎醫學課程與基礎臨床整合課程各 blocks 間橫向與縱向的連結，是否出現重複、順序不宜等課程內容。檢視各 blocks 所推薦的教科書有不一致的情形，同樣的教科書在不同 block 中所列的版本和年份也不同，有些 blocks 甚至沒有推薦基礎醫學教科書。

(4) 醫學系與後醫學系基礎臨床整合課程規劃的差異：

甲、依據評鑑報告書，醫學系與後醫學系有各自的課程規劃委員會，並未整合為一個委員會。檢視醫學系 M104 及學士後醫學系 BM104 課程地圖後發現，基礎臨床整合課程中 blocks 的順序安排有差異，顯示醫學系和後醫學系各自的課程規劃委員會對於課程規劃的理念不盡相同。

乙、高醫醫學系教師對於安排六年制醫學系及後醫學系基礎與臨床醫學課程的整合。除了將技術性較難整合的大體解剖學、組織學、生物化學(各含正課及實驗)等基礎醫學課程移至二年級上、下學期，其餘科目融入 BLOCK 系統推行單一螺旋的方式設計(並非 double spiral)，在各個 BLOCK 內基礎醫學與臨床醫學科目的份量比例也並非一致，不計算上述未加入整合的解剖及生化，整體而言，相關臨床的教學時數依舊高過於基礎課程的時數。

丙、醫學系器官系統模組課程的安排上，在基礎醫學課程上，除大體解剖學、組織學、生物化學獨立於醫學系二年級之外，其餘科目分佈於 15 個 BLOCKs，而後醫學系的組織學及實驗融入於整合課程內，並無獨立開課。但醫學院並沒有提供每一 BLOCK 的週課表及每一堂課的課程大綱，無從證實每一 BLOCK 內的授課內容前後相繫、確實融入的情形。



丁、醫學系及後醫學系的器官系統模組(BLOCK)教學，在各 BLOCK 系統內皆推出 1-2 個 PBL 教案，皆由受過教案書寫訓練的醫師與教師通力合作撰寫，並在受過 PBL tutor 訓練的醫師引導之下進行討論，每一 PBL 案分三次進行，各兩小時，但是每一次間隔一週，而非典型的二至三天(週三→週五→下週一)，不知有何特別用意?學生個人的主動學習態度與投入討論的情況，因為訪視當時未能觀察 PBL 討論的進行，無從研判。

(5) 第一階段國考通過率較低應釐清原因，尋求改善：

甲、第一階段醫學系與後醫學系平均國考通過率 102 年度通過率 80%，103 年度通過率 81.05%，104 年度通過 78.53%；第二階段國考通過率 102 年度通過率 91.89%，103 年度通過率 96.74%，104 年度通過率 98.48%。校方仍須分析第一階段國考較低之原因，及未通過第一階段國考每屆平均將近 40 位五年級實習醫學生，應於進入臨床實習後持續給予輔導，否則勢必影響學習成效。

乙、2012 年 TMAC 評鑑已提出建議，醫學生考試科目包括生理、生化、藥理暨病理，不及格將近 45%，顯示教學和學習不盡理想，應釐清原因，尋求改善。第一階段國考通過率較低顯示學生學習成效不佳，基礎臨床醫學整合課程設計的相關性及部分基礎學科的知識承載度不夠堅實，反映於高醫醫學系學生近年來，在第一階段醫師國考的通過率不理想。以 104 年第一階段國考為例，104 年 7 月份的第一階段國考通過率醫學系為 76.64%(後醫學系學生的通過率略高一些為 83.33%)，亦即每四位應考生，約有一位落榜，對於這將近四分之一的學生，以及尚無資格參加國考的學生而言，無法證明基礎醫學教育目的之達成。現醫學系五年級 150 餘位學生，僅 105 位通過，其餘未曾赴考或赴考未過。第一階段國考較低之原因及未通過第一階段國考(若換算成人數大約每屆平均將近 40 位學生)之五年級實習醫學生，應於進入臨床實習後持續給予輔導，否則勢必影響學習成效。無論在課程安排上，或是成績落後學生的課業輔導上，尚有檢討改善之空間。

丙、解剖學科在 103 學年第一學期為了提振長期以來被學生認為容易過關的大體解剖學正課，當時的醫學系二年級修課人數為 151 位，及格人數

僅 104 位，如此向學生傳遞警訊的方式，固然強烈，應可喚起學生的重視並付出相當份量的努力，相信對於第一階國考通過率具有提升的作用。因為 104 年 7 月的國考醫學系現今五年級的學生，通過人數也正巧是 105 位。經過震撼之後，下一屆學生修習大體解剖學的學生，勢必盡力以赴，求取通過，或許此一氣勢也將延續下去，而有助於提升學習成效及第一階國考的通過率。

(6) 基礎與臨床醫學整合課程的調整，對通識及醫學人文課程的影響：醫學系與學士後醫學系之醫學人文課程之設計，依其入學學生之不同程度、背景等相關屬性，醫學系乃依由「敘事」與「溝通」之軸線的規劃與設計，學士後醫學系則依由「社會行為」(social behavior) 的規劃與設計。除了通識教育課程外，其必、選修課程含括倫理、人文價值、(醫病)溝通、(多元)文化、性別等等多元、多樣課程，基本上，可滿足醫學人文教育課程之所需。以解剖學相關系列課程為例：

甲、原七年制在 3-4 年級必修的組織學、組織學實驗以及大體解剖學、大體解剖學實驗共 12 學分的基礎醫學課程，在六年制的規劃上調至二年級全學年修習，是否會擠壓通識與醫學人文課程的修習？

乙、2012 年 TMAC 在追蹤評鑑報告中曾表示憂慮「將擠壓通識與醫學人文課程」；雖然在與通識和醫學人文教師以及醫學生的訪談中，目前似乎並不構成困擾及問題，醫學生表示，只要願意修習通識與醫學人文課程，自己安排一下時間，並不會造成擠壓學習的問題。對於只是想混過通識與醫學人文課程的同學，則並沒有太大差別！

丙、目前尚無證據顯示其對通識及醫學人文課程的影響，醫學院、系應自行評估此一重大課程調整對於教學成效的影響、尤其是否造成醫學系大一大二醫學生對通識及醫學人文課程選修意願及努力的影響，又是否與大一大二時期「先學做人、再學當醫師」的醫學人文素養的基礎教育相抵觸，TMAC 將持續予以關注。

**對應評鑑準則：**

2.0.1 醫學系的教師必須設計一套能提供一般醫學的醫學教育，並為進入畢業後醫學教育而準備的課程。

2.0.2 醫學系必須提供醫學生主動、獨立學習的教育機會，以培育終身學習的必要技能。

2.1.1.3 醫學系隸屬之學校必須有主要負責醫學人文教育的教師或單位。

2.1.2.0 醫學系必須有一個整合的教育負責單位，負責連貫且協調課程之整體設計、管理和評估。

2.1.2.1 醫學系的教師必須負責醫學專業課程的設計與執行。

2.1.2.2 醫學系課程每一個單元的目的、內容和教學方法，以及整體課程之安排，必須由醫學系教師共同參與和設計，並定期檢討和修訂。

2.1.2.3 醫學系教師或課程委員會必須負責監測課程，包括各學科的教學內容，以實現醫學系的教育目的。

2.1.2.5 醫學系必須收集並運用各種不同的成果數據，包括國家測試及格標準，以證明其教育目的之達成程度。

2.2.1.2 醫學系教師的教學方法應與時俱進。

2.3.0 醫學系的課程內容，應確保醫學生能獲得良好及有效率的不分科醫師所需之特質和能力，並能以主動且獨立的態度達成終身學習的能力。

2.3.4 醫學系的課程應讓醫學生能根據實證和經驗培養慎思明辨的能力，並發展醫學生能運用原則和技能以解決健康和疾病問題的能力。

符合    符合，但須追蹤    不符合

7.前次評鑑建議:(1)PBL和臨床個案討論之案例數可以增加，應以補大堂課不足為目的，應加強教師培訓和修訂tutor手冊，積極指導學生重視PBL學習過程，培養自我學習、主動學習的終身學習的習慣。(2)CFD應適切地協助教師發展教學的知識與方法，使教師具備專業和教學知能，執行有效的教學。

發現：

在 BLOCK 系統的課程之中，見到 PBL、TBL、甚至 CBL 等學習方式交錯其間，可見高醫有心將學生自大講堂中直播式一對多教學方式，提升學生的自主學習能力，惟對於該類方式的落實，端看各組引導教師的認真要求的執行態度。

以臨床案例為學習主軸的 PBL 教學法對於老師和學生都是全新的體驗和挑戰。除了學習醫學知識，PBL 還可訓練學生形成問題、推理、解決問題、決策、溝通

表達能力以及培養學生自我學習的能力和習慣，也是老師觀察和評量學生上述能力是否有進步的絕佳機會。PBL 教學能否達到預期目標，優質的教案和引導老師是關鍵因素。

高醫大醫學系已有多年實施 PBL 教學的經驗，訂有獎勵措施鼓勵臨床教師撰寫教案(教師升等時每一教案可等同於一篇 SCI paper)，目前累積相當多的教案供 PBL 教學使用。依據評鑑報告書內容所載，教案初稿完成後需經審查，撰寫教案老師再依據審查意見修改，最後由主課老師、PBL 委員會及撰寫老師共同討論定稿，教案產出流程經過檢視相關文件後獲得確認。檢視 103 學年度所使用過的 PBL 教案內容後發現，許多教案的 learning issues 偏重於臨床相關的議題，較少是病生理機制(pathophysiology)的推理探討，進一步詢問醫學系主任和 PBL 專責老師後得知，臨床教師撰寫教案時並無基礎老師參與討論，這可能是導致 learning issue 偏重臨床議題的原因。在 AAMC-HHMI 曾發表 Scientific Foundations For Future Physicians (劉克明教授翻譯)，相當重視病生理機制，認為病生理機制的了解是行醫的重要基礎。爰此，有必要在 PBL 教案中增加病生理機制的 learning issues，讓學生有更多的機會學習病生理機制，為一般醫學(general medicine)的學習奠定良好的基礎。因此，在教案形成的過程中，邀請臨床教師與基礎老師共同撰寫特定領域的教案，參酌教學進度與內容，擬定病生理機制相關的 learning issues。

此次訪視看到 PBL tutor guide 以及 PBL 評分方式有部分修正。2012 年評鑑報告書提到學生在討論 learning issues 時會有 mini-lecture 的情形發生，為了杜絕此現象，在新版的 tutor guide 中要求 tutor 引導學生查詢 3-4 個 learning objectives 的內容，每個 learning objective 由 3-4 為學生負責，在下一次上課時進行討論，擬利用減少 learning issues 來避免 mini-lecture 的現象，讓學生多一些討論。只是，learning issues 主要由教案撰寫老師安排，應該是從教案撰寫時著手會更有效，只要在教案撰寫時就安排妥當，各組所要討論的主要議題就會趨於相同一致，tutor 只要依照教案進行引導即可。至於每個 learning objective 由 3-4 位學生負責，似乎並沒有達到所有小組成員進行自我學習以及參與討論的目標，似仍存在 mini-lecture 的情形。之前 PBL 評量學生的學習表現，採用單一尺規百分制的評量方式，tutor 僅就學生的表現打一個總體分數。目前則是評量學生六大面向的表現，能夠顯現出學生不同面向的能力，只是缺少 tutor 對於學生在學習表現上

的質性描述，較不易進行後續學生表現的追蹤評估。

近三年 CFD 持續舉辦 PBL 教案撰寫以及 tutor 訓練營，參加過 tutor 訓練課程的老師只要以 co-tutor 身分觀摩過正式 tutor 的教學就取得 tutor 的資格。目前並沒有建立完善評估 tutor 的辦法與退場機制。為確保 PBL 教學品質，雖然在每個 block 結束後會蒐集學生的意見作為提升教學品質的參考，也應建立評估 tutor 的辦法與退場機制。截至目前並沒有建立完善評估 tutor 的辦法與退場機制。PBL 需要老師投入大量心力，因此建議校方對於參與教案撰寫的老師和引導老師 (tutor) 多加鼓勵，像是核給授課時數以及在教師升等上予以加分。

#### **對應評鑑準則：**

2.2.1.2 醫學系教師的教學方法應與時俱進。

2.2.2.0 醫學系必須有適當的系統，就知識、技能、行為和態度採用多種評量方式，來評量醫學生於整個課程中之學習成果。。

2.2.2.6 醫學系課程必須持續評量醫學生解決問題、臨床推理、決策和溝通的能力。

2.2.2.3 評量醫學生必修的醫學人文、基礎醫學和臨床實習的表現，除了知識領域，應包含以敘述方式描述其技能、行為和態度。

4.2.4 醫學系必須為每位教師提供專業發展的機會，以提升其教學、輔導和研究的能力和領導能力。

符合      符合，但須追蹤      不符合

#### **8.此次評鑑新增發現：**

發現：

高醫的綜合實驗大樓容納許多實驗室，雖有電梯，但是在外觀及內部上，以現今臺灣各醫學院的標準而言，略顯老舊。大體解剖學實驗室位於六樓 605 室，金屬製的解剖檯雖連結有抽氣裝置，但是抽氣孔在承載大體之檯面上，大部分孔洞為大體所覆蓋，而且缺乏由解剖檯上方(天花板方向)向下吹送的氣流，因此防腐藥劑的氣味易於逸出，散佈於整個室內空氣中，國內許多醫學院早已改為由解剖檯面周邊略為攏起的環繞縫隙抽氣(如同游泳池周邊一圈凹槽，亦如同鐵板燒料理檯邊的一道抽氣縫)，再加上由天花板方向以大面積向下方做垂直層流送風，

以壓制藥劑氣味上飄。雖有手術燈，但是款式略為老舊，色溫昏黃。

目前在第二學期大體解剖學實驗，有四班學生共用 20 具遺體，其中六年制醫學系二年級 151 位，分配 7 具；七年制醫學系四年級 151 位，分配 7 具；牙醫學系二年級，分配 3 具；後醫學系二年級 50 餘位，分配 3 具。因此，可以得知將有 20 位上下的醫學生共同解剖一具遺體。此一比例在國內各醫學系約為 10 位之內，足足多了一倍學生，明顯地壓縮了學生操作學習的機會。

而大體解剖學實驗的方式，是採取全身多處同步進行的方式，全部學生一起動手，有人操作頭頸部，有人進行胸部，另有人解剖四肢，各據一方，雖然能節省整體的解剖時間，但相對地學生僅對於其實際操作部份具有較深的印象，其他則只靠觀察他人操作結果，失去日後研習外科時，對於全身各部分解剖過程的層次概念。是否能敦促學生熟稔所有大體部位，而非僅侷限於其個人親自解剖的部位，是學生學習成敗的關鍵。

解剖學科斥資 17 萬元(每年)購置網路上線的立體解剖圖譜 Visible Body 以及 3D Muscle Premium 2，並且由該科教師親自建構的「人體切面教學網站」及「解剖學實驗影片教學」(<http://anatomy2.kmu.edu.tw/drupal/?q=node/10>)可以看出該學科教師對於教學的用心。但是否會對於學生學習解剖學有輔助功效，端看學生對於學習態度，真正在大體上操作發掘雖較為耗時耗力，但是學習所得的印象相對是較為深切的。

組織學實驗室在同一棟綜合實驗大樓五樓，與其他學科的實驗共用。當時並無課程進行之中。但是內部裝修顯得較為老舊。

**對應評鑑準則：**

2.3.7 醫學系的課程應包括實驗或其他直接應用科學方法準確觀察生物醫學現象和數據分析判讀的操作機會。

符合      符合，但須追蹤      不符合

### **【臨床課程】**

**9.前次評鑑建議：**

(1)必須由醫學院(系)主導，整體的課程計畫應運用成人學習原則與教學原理，將有效益的教學方法融入課程裡才能發揮有效學習、也才能策動主動學習與

自我導向學習的習性。同時要適度的協同配置各科課程，以發揮良好的學習效果。

- (2) 檢討並建立適當的臨床教育目標、教學課程、教育場所，加強由作中學的理念和落實，建立跨院一致的總結性學生評量標準，積極建立和推動形成性評量、回饋和補救機制，來達成核心能力導向的學習成效，以真正落實臨床教學與床邊教學。
- (3) 教師（主治醫師、住院醫師）要善加運用引導式的教學，不是授課式的臨床教學。晨會與科部討論會也應當盡量運用互動討論方式，鼓勵、促進推理思考。會議室燈光度需明亮（除了要看影像等），才能讓與會人員有面對面的對談、討論，同時引發主動學習。應適度運用投影片，甚至減少使用。
- (4) 仍然有些實習醫學生認為clerkship是“見習”，不必先去看自己的病人，“跟著老師就可以了”。Clerkship醫學生多數主動性不足，鮮少有學生能在住院醫師或主治醫師查房前先看完病人，相當多的醫學生誤以為clerkship是跟老師學而沒有去看自己的病人，未掌握病史及理學檢查發現、查檢驗、X光報告等資料，失去了思考推理、評估與治療等主動學習的訓練過程，在查房中無法參與討論或只能做有限度的討論，大部分只聽老師解說，自然的變成被動學習者，如此會大大地減少教學成效。
- (5) Clerkship臨床課程的安排，應考量把培育基本臨床技能最基要的科目，即內科、外科、婦產科、兒科，以及精神科（行為醫學）與家醫科，放在Clerkship 1的婦產科與兒科週數，請考量至少六週。學生在各科實習時，應絕對避免中斷、片段性或移開注意力（fragmentation and distraction）。
- (6) 教師（主治醫師、住院醫師）在門診教學、住診教學等所有臨床教學上要善用引導式的教學，不是授課式的臨床教學。晨會與科部討論會也應當盡量運用互動討論方式，鼓勵、促進推理思考。
- (7) 利用臨床技能中心、OSCE 等設施和標準病人訓練學生某些臨床技能，譬如訪視時看到整外與眼科利用臨床技能中心來教縫合，骨科用互相包石膏來體驗，都是適當的作法。
- (8) 建議加強醫學生主動參與基層醫療工作，落實從作中學的教育。小港和大同二家社區型教學醫院是非常適合一般醫學通才教育的教學訓練場所，但能在

這二家社區教學醫院學生的人數雖然不多，只有30位clerks及6位interns，受到院方與指導老師很多的注意與關心，而且學習意願高，學習態度良好，學習滿意度高，可以成為提供優良社區教學和訓練的場所。

發現：

高雄醫學大學醫學院臨床教育目標及核心理念方面：乃是以病人為中心的全人照護，並以學習者為中心之規劃安排學習訓練課程，強調學生能達成一般醫學6大核心能力，重視教師專業及教學專業知能發展，塑造友善臨床學習和工作環境及協同合作組織文化為目標。高醫大附設醫院為醫學中心，大部分主治醫師、住院醫師多屬校友，PGY及住院醫師招募也多滿招，對實習醫學生普遍都有教學之熱誠而願意參與教學，而受訪的實習醫學生、PGY與住院醫師對於學習環境與臨床老師的指導，也大致覺得滿意，教學型主治醫師也都具有教學熱誠。

醫學院主導臨床醫學教育指揮系統已確認，臨床醫學教育指揮系統已確認由醫學院主導，並由教務處、學務處、醫學院系、附設醫院、大同與小港醫院臨教部同仁來共同執行達成教育目標。

臨床實務訓練方面，為了能達成作中學的目標，校方規劃醫學生藉由照顧病人學習身體檢查、病史詢問、數據判讀、臨床推理、書寫病歷及診療計畫。主治醫師及住院醫師負責監督指導角色任務，並進行評量、給予回饋。並藉由病例實務教學及住診教學、床邊教學，建立醫學生一般醫學基本照顧能力。但是基本上臨床教學的缺失仍與上次評鑑時訪評委員所見相當雷同，醫學院系及附設醫院、教學醫院應非常認真正視此一問題，積極尋求改善之道。

(1)高醫為使臨床之實習更多的動手作(hands-on)從病人身上學習的機會，取消大部分以往之大堂課，將部分內容分散於三、四年級之整合課程中，也利於基礎與臨床之課程能夠密切結合。但Clerk1學生進入臨床實習前，仍規劃5週暑期密集上課課程，其成效與高醫大多年來重視成人學習原則與教學原理之理念並不一致，目前之課程安排應仍屬過渡之措施，醫學院系應積極與師生溝通，以發展更有效之教學策略。例如醫學院、系可以好好規劃建立數位教學平臺，發展創意教學(如翻轉教學)，並適時提供教師培訓之機會，配合學習評量，以促進學生主動學習、養成終身學習的習慣。

(2)教學門診：在訪視中發現仍有由教師直接看診而不同層級學生在旁觀摩學習



的現象，院方仍需詳細規範不同層級學習者的學習目標，強調經由學員臨床門診實境表現來做各面向的即時回饋，而非以授課示範方式來教導學員，教學門診是教師善用引導式教學的時機，及提供學員難得的即時反思學習的機會。例如：教學門診，當學生進行問診時，教師應仔細觀察學生問診過程的儀態、思路、內容、溝通能力、身體檢查技巧、鑑別診斷能力、決定後續計畫能力等，以便結束後回饋給學生。

甲、須檢討落實以學習者為導向之教學門診有關病歷記載訓練方面，訪視發現學員及臨床教師皆無法明確說明病歷格式中鑑別診斷及 Impression 如何適當呈現其內容及次序性，臨床老師必須有共識教導學員(包括:醫學生、PGY 學員、住院醫師)適當的書寫 differential diagnosis 及 Impression 與其書寫目的、方向及內容以訓練學員之臨床推理。

乙、一般醫學內科教學門診時，主治醫師先簡單介紹病人糖尿病、肥胖等概況，教導 M7 醫學生病情該如何詢問，接著學生開始與病人問診、檢查時，主治醫師反而從中打斷、並介入指導學生該如何問、如何檢查。可惜沒能讓學生先獨立看診與病人互動告一段落後，再給予回饋指導與建議改善，讓學生失去思考解決病人臨床診斷與問題的學習機會。

(3)住診教學: 委員觀察到住診教學及床邊教學方面在臨床實習滿意度相當高，但訪視當中仍發現案例報告還是以強調知識的臨床教學為主，較缺乏引導式互動討論方式的教學，未能提供學生臨床推理、思考與解決問題能力訓練的機會。

甲、發現病歷記載仍有出現醫學名詞縮寫於 discharge summary 或 progress note 中；progress note 亦發現有每天一樣、並無呈現實際病程變化的紀錄內容；要加強即時指導病歷紀錄之回饋，尤其是 assessment 之書寫紀錄，更要指導學生 assessment 之內涵，將臨床推理導入病歷記載中以提升病人照護的能力。

乙、五、六年級學生基本上以學習為主，校方規劃學生在每個 course 仍須至少 primary care 一位病人，並撰寫至少 8 天或兩個病人的病歷，然後需將此病歷連同其 primary care 離站報告繳交給臨床指導教師批改，最後繳交至臨教部。但訪視發現繳交之報告臨床指導教師批改後，並無回饋給學生，喪失學生獲得回饋改善的功效。

丙、此外，委員也觀察到小兒科教授帶學生在護理站電腦前討論病人之病史、PE 相關之問題；教授都很認真教學，但沒能看到真正床邊的醫學生作身體檢查、或衛教等與病人互動之過程，學生失去從病人身上直接學習、老師也沒有給予學生回饋改善之機會。也有委員觀察到另一主治醫師以登革熱病例為教學案例，但學生參與度不高，則宜再加強與學生之互動。

丁、床邊教學宜重視床邊醫學的示範及指導，面談病人與示範身體檢查時，需加強學員對於病人感受、隱私及權益之教育。

(4)臨床實務訓練方面為了能達成作中學的目標，校方規劃醫學生藉由照顧病人來學習身體檢查、病史詢問、數據判讀、臨床推理、書寫病歷及診療計畫。主治醫師及住院醫師負責監督指導角色任務，並進行評量、給予回饋。並藉由病例實務教學及住診教學、床邊教學，建立醫學生一般醫學基本照顧能力。

甲、2012 年 TMAC 訪評所見敘述如下「委員看到在門診教學和住診教學和大部份的討論教學都以講授為主。綜合而言，雖然有不少的老師具有優秀的教學能力與技巧，而且能夠以引導式的教學來導引學生推理思考，同時運用互動討論來做臨床教學，但是仍有相當多的老師(臨床老師、主治醫師)只是“講”給學生聽，只是“告訴”學生怎麼做，只是“一直講”、“一直說”、“一直講解”，而沒有問學生問題(或很少問)，也缺乏與學生討論，當然也沒有引發學生的推理思考或邏輯思考，更沒有讓學生有機會參與臨床上的種種思考過程，例如，老師問“病人有什麼問題”、“是怎麼一回事”、“為什麼會這樣”，然後問“下一步怎麼做”或“怎麼處理”。這些問題是每一位醫師、每一位主治醫師，面對病人時自己內心自然的探索，探討過程，也是每一個醫師使用的反思性臨床推理思考過程。但是卻沒有讓學生有機會來參與這個極為重要的推理思考過程，嚴重的丟棄(甚至是抹殺了)去引導的步驟與機會，也失去營造主動學習的景況與活動。」

乙、委員實地訪查仍然發現醫學生無法確實執行在查房之前先去看病人及持續追蹤看病人並與臨床教師討論，需再落實改善查房前訪視病人執行面。

丙、基本上 M5、M6 醫學生(Clerkship)教學之缺點與上次 TMAC 評鑑時訪評委員所見相當雷同，仍然有些實習醫學生認為 clerkship 是“見習”“跟著老師就可以了”，主動性不足，學生多未能在主治醫師查房前先看完病人，亦

即仍未落實「動手做、做中學」。

- (5)小兒 ICU 教學訪視觀察：小兒 ICU 主治醫師帶 8 位學生、2 位住院醫師查看病人，對於病人血壓低的危急情況，能依不同學員程度先詢問 M6、M7 再問住院醫師如何根據病人臨床資料作判斷、治療該給 dopamine、epinephrine 等問題，老師很認真地教學，學生參與度也高，是一個很好的教學互動。但也發現另一骨髓移植的病人其皮膚上出現 poikiloderma，是發生 chronic GVHD 的症狀，詢問參與照顧病人多日的 M7 學生仍然未察覺、也未詢問，而其主治醫師則並不清楚學生學習的狀況。
- (6)委員也觀察到急診部主治醫師的醫法倫理小組教學，以實際發生的臨床案例，與學生及住院醫師討論醫療法律的問題，教學過程中互動良好，學生參與度也高。
- (7)實習醫學生之病歷書寫(包括 admission note、progress note 等)大都有主治醫師附簽或修改的紀錄，但也發現病史與診斷之間的臨床思路與邏輯性不夠，病歷撰寫的品質仍然是最需要醫學院、系、醫院教學部、CFD 提出有效改善與持續積極加強之處。但也有病歷指導優秀的老師例如小兒科主治醫師，用心修改醫五學生的病歷，值得鼓勵。
- (8)高醫目前有 3 家臨床訓練醫院，皆依據醫學系、後醫系相同之訓練計畫，及評估方法，但於書面資料及面談時發現，小港醫院及大同醫院較缺乏住院醫師，對於學生臨床之教學恐較為不足。

#### **對應評鑑準則：**

- 2.0.1 醫學系教師必須設計一套能提供一般醫學的醫學教育，並為進入畢業後醫學教育而準備的課程。
- 2.0.2 醫學系必須提供醫學生主動、獨立學習的教育機會，以培育終身學習的必要技能。
- 2.1.1.4 醫學系隸屬之學校必須設有監督機制，以確保教師明訂醫學生須學習的常見的病人類型和臨床醫療情境，並提供和醫學生程度層級相符的臨床教育環境。教師必須監督醫學生的學習經驗，必要時並加以指正，以確保醫學教育的目的得以實現。
- 2.1.2.0 醫學系必須有一個整合的教育負責單位，負責連貫且協調課程之整體設

計、管理和評估。

2.1.3.0 醫學系對所有教學地點所提供的特定專門領域課程，必須具有等同的 (comparable)學習經驗（包括臨床）和等效的(equivalent)課程評估與學生評量方法。

2.1.3.3 醫學系的負責人必須承擔挑選和分配所有醫學生之教學地點或學習路徑（如實習科別、先後順序）等的最終責任。醫學系應有機制讓醫學生在理由正當且情況允許時，可要求更換教學地點。

2.2.2.4 醫學系必須持續評量學生學習成果，確保醫學生已習得，並在直接觀察下展現核心臨床技能、行為和態度。

2.2.2.5 臨床教育的過程中，醫學系必須確保醫學生逐步展現各階段應有的知識、技能、行為和態度，以承擔逐步加重的責任。

2.2.2.6 醫學系課程必須持續評量醫學生解決問題、臨床推理、決策和溝通的能力。

2.3.12 醫學系提供醫學生的臨床經驗必須包括門診及住院醫療。

符合    符合，但須追蹤    不符合

10.前次評鑑建議：必須由醫學院（系）主導，檢討並建立適當的臨床教育目標、教學課程、教育場所，加強由作中學的理念和落實，建立跨院一致的總結性學生評量標準，積極建立和推動形成性評量、回饋和補救機制，形成一個完整的由醫學院（而非醫院）主導的臨床醫學教育。

發現:

(1)醫學院主導臨床醫學教育指揮系統：臨床醫學教育指揮系統已確認由醫學院主導，附設醫院、大同與小港醫院的教學副院長都由醫學院副院長、系主任或副系主任兼任之，醫學院副院長也兼任附院臨床教學部主任，且兩系之副系主任分別擔任附設醫院臨教部副主任、小港醫院與大同醫院教研中心主任。由醫學院規範臨床教育目標及核心理念，共同執行達成教育目標。醫學系和後醫學系課程委員會依其教育目標規劃、審查和評估課程，並依評估結果進行課程修正。建立各種形成評量，以改善教學成效。各臨床科均訂有學習成效不佳學生之輔導及補強機制。

(2)學生一致性的評量：高醫大由醫學院、系及附設醫院臨教部根據 ACGME 6 大核心能力規劃多元評量的方式，三家教學醫院採用一致的評量方式。醫學院(系)和高醫三家教學醫院教學負責人每學期召開教學檢討會議。但醫學院仍須進行分析比較不同教學醫院之學習成效，修正教學方針。

甲、形成性評量：病人照護(primary care)、身體檢查、學習護照、病歷寫作及臨床技能、溝通技巧能使用多元評量的方式，包括筆試、口試、Mini-CEX、DOPS、CbD 等多元評量。

乙、總結性評量—全國 OSCE 測驗：學校建置臨床技能教學設備包括有臨床技能中心、手術技能中心、臨床技能專業教室及 24 間符合國家考場認證之 OSCE 考場。認證考官 304 位。認證之標準化病人 94 位，培訓中標準化病人 126 人。目前實習醫學生於進入 Clerk 1 臨床前，有安排以標準化病人進行身體檢查及病史詢問訓練學習，並有即時回饋，經訪談學生反映顯示其成效頗為正向。全國 OSCE 測驗 102 年度通過率 99.69%，103 年度率 100%，整體通過率高顯示臨床技能訓練成效佳，但院方仍需進一步依測驗之技能分類、題項詳細分析，檢討臨床技能教學上之盲點及缺失，並補強相關之教學策略以提升臨床技能訓練。

丙、高醫大正在發展一套電子評估系統，初步建立跨院區的學生的各種評量和老師回饋，希望能提早回饋讓同學可以隨時查詢知道自己的不足，而尋求改善和補救機制，TMAC 樂見其成。

丁、高醫目前有 3 家臨床訓練醫院，皆依據醫學系、後醫系相同之訓練計畫，及評估方法，但於書面資料及面談時發現，小港醫院及大同醫院較缺乏住院醫師，對於學生臨床之教學恐較為不足。

戊、臨床教師的師資：民國 104 年 09 月資料顯示每年兩系醫學生共約 350 位，附設醫院主治醫師共 385 位，教職共 176 位，非教職主治醫師共 209 位，教學型主治醫師院級共 4 位，科部級 1 位。因此教學型主治醫師才共 5 位，高醫應制定獎勵機制，鼓勵招募更多教學型主治醫師，方足以以承擔全院或部級之教學規劃與執行。

(3)CFD 除持續培育一般醫學師資外，更成立教師學習成長社群並舉辦各項活動或工作坊，例如：臨床教師的多元角色、學習目標和課程規劃、臨床工作與改

善、以工作為基礎的臨床能力評估、處理學習困難的學員與導師輔導等。多元化主動性教師成長社群，是值得推廣與持續鼓勵的教師培育方案。

(4)訪評發現臨床教師之教學方法及評量方式仍無法全面落實，如何評量臨床教師之教學表現及回饋給教師，也是待加強改善之處。此外，加強畢業生問卷之各項內容及專業成果意見調查，也將有助於提升及改善醫學教育之成效。

**對應評鑑準則:**

2.2.1.2 醫學系教師的教學方法應與時俱進。

2.2.2.0 醫學系必須有適當的系統，就知識、技能、行為和態度採用多種評量方式，來評量醫學生於整個課程中之學習成果。。

2.2.2.2 醫學系所有課程及臨床實習的負責人，在每門課程及臨床實習時，必須設計一套評量學習成效的制度，以公正和適時地執行形成性評量(formative assessment)與總結性評量(summative assessment)。

2.2.2.3 評量醫學生必修的醫學人文、基礎醫學和臨床實習的表現，除了知識領域，應包含以敘述方式描述其技能、行為和態度。

2.2.2.6 醫學系課程必須持續評量醫學生解決問題、臨床推理、決策和溝通的能力。

4.2.4 醫學系必須為每位教師提供專業發展的機會，以提升其教學、輔導和研究的技能和領導能力。

符合      符合，但須追蹤      不符合

**11.此次評鑑新增發現：**

發現：

目前在第二學期大體解剖學實驗，有四班學生共用 20 具遺體，其中六年制醫學系二年級 151 位，分配 7 具；七年制醫學系四年級 151 位，分配 7 具；牙醫學系二年級，分配 3 具；後醫學系二年級 50 餘位，分配 3 具。因此，可以得知將有 20 位上下的醫學生共同解剖一具遺體。此一比例在國內各醫學系約為 10 位之內，足足多了一倍學生，明顯地壓縮了學生操作學習的機會。

而大體解剖學實驗的方式，是採取全身多處同步進行的方式，全部學生一起動手，有人操作頭頸部，有人進行胸部，另有人解剖四肢，各據一方，雖然能節

省整體的解剖時間，但相對地學生僅對於其實際操作部份具有較深的印象，其他則只靠觀察他人操作結果，失去日後研習外科時，對於全身各部分解剖過程的層次概念。是否能敦促學生熟稔所有大體部位，而非僅侷限於其個人親自解剖的部位，也將影響學生學習成效。

**對應評鑑準則：**

2.3.7 醫學系的課程應包括實驗或其他直接應用科學方法準確觀察生物醫學現象和數據分析判讀的操作機會。

符合      符合，但須追蹤      不符合

### 第三章 醫學生

1. 前次評鑑建議：高醫大須增加學生事務與輔導之專業人力，並建立完備的困難學生追蹤輔導制度。應增加專職輔導人力，加強早期發現適應欠佳的學生，即時協助和輔導，以促進適應，避免悲劇。

發現：

高醫在104年4月底發生醫學生涉情殺同學後自殺、震驚社會的不幸事件，高醫大除了透過校院系主管、導師、心理師加強對於醫學系相關班級同學加強哀傷心理輔導，學校也藉此進一步整合輔導服務的資源，學務處、心理諮商中心及醫學院系與醫院臨教部也更加重視學生課業、心理與生活之輔導，及檢討改善心理衛生初級、二級及三級預防的諮詢輔導機制及相關SOP，例如：

- (1) 校方定期由學務處召開「高關懷學生個案討論會」，由學校學務處、醫學院院長及醫學系主任／副主任（輔導）及相關導師均需參加，強化校級高關懷學生主動關懷機制。
- (2) 醫學院自104學年度起，設學生事務委員會及學務組，綜理醫學院學生有關生活學業適應、學習困難及職涯輔導等相關事務之規劃及管理。
- (3) 醫學系設專責主管及行政老師管理學生輔導事務、改善醫學系1-7年級及5-7年級學生實習適應困難等異常通報流程及輔導事務追蹤管理。104學年度起強化學生同儕通報網絡措施、醫學系加強「大學生心理健康量表」的篩檢，改為一、三年級及實習前（五年級）分別進行篩檢並啟動輔導機制。

高醫大回應此重大學生事件，除了檢討、修改辦法規範、訂定SOP流程，校、

院、系的輔導資源重新整合，可謂亡羊補牢。然而，如何防範未然才是重點，因此，高醫大應記取教訓確實落實各項法規、SOP、加強導師支持系統、高關懷學生追蹤輔導、課業暨生活輔導追蹤機制等，若能展現輔導成效，也許反而可以成為其他醫學校院學習的標竿。但是，究竟增加多少專職輔導人力，則未見具體數據，應是可以立即改善之處。

此外，高醫大課業預警系統，將教務系統連結至學務系統。由授課單位在考後一週之內，將考試成績輸入線上系統；由系統自動將成績轉換為預警燈號，成績在 60 分(含)以上者為綠燈，50(含)至 59 分者為黃燈，50 分以下者為紅燈，並將學生之學號、姓名及預警燈號(黃及紅燈)自動通知其導師(每位導師輔導約 10 至 16 位學生)。導師進入關懷輔導機制，在約談學生後，在線上限期輸入輔導經過及處理方式。輔導紀錄經由醫學系(學務)副系主任黃孟娟老師初步研判，依照狀況上呈學務處。此外，在期初預警工作上，以上學期 1/2 學分不及格者，轉學生、休/復學生、僑生、外籍生、原住民生、陸生、繁星生、體保生，列為高關懷對象。醫學院設置副院長協助各系學生輔導，醫學系也設有專責輔導老師。從相關資料，包括輔導紀錄、輔導機制、輔導專責老師訪談，顯示各級單位對於生活輔導的投入與用心。系上在三年前針對學生的第一階段國考進行輔導，在考前三週，由基礎醫學老師進行重點提示與複習，共有 93 小時的上課時數。依據系上所提供資料，最近一年第一階段應屆醫學系學生(不含後醫系學生)國考通過率為 76.64%，相較於前幾年，並無提升，成效似乎不彰，建議將授課時數併入正規課程。

高雄醫學大學醫學院為改善 5-7 年級醫學系實習適應困難學生追蹤輔導機制：自 103 學年度起訂有高雄醫學大學醫學院醫學系暨學士後醫學系學生實習適應困難通報流程，通報後實習醫學生相關科室主任介入輔導訪談，針對學習與身心適應不良學生，轉介附設醫院心理室進行輔導。事件同時通報醫院及學校教學相關主管。執行成效須持續追蹤，並加強規劃輔導小組及追蹤與輔導期程，分析困難學員危險度給予不同強度之輔導流程，以達早期發現、早期介入，防止問題的擴大之輔導成效

#### **對應評鑑準則：**

2.1.2.8 醫學系應有適當及有效的制度，以協助學習成效不佳的醫學生。



3.3.0 醫學系必須設有能夠發揮功能的醫學生個人輔導制度，包括促進醫學生健康和幫助醫學生適應醫學教育的身心需求的方案。

3.3.0.1 針對有行為困擾的問題學生，醫學系在採取適當的紀律處分前，必須提供該醫學生必要的輔導和支持。

3.3.1.0 醫學系必須設置有效的的制度整合教師、課程主負責人、學生事務主管等共同負責生活、輔導和學業指導工作。

符合      符合，但須追蹤      不符合

2.前次評鑑建議：高醫的招生面試採取MMI（multi-mini interview），是全國唯一將口試考官入闈訓練的學校，對挑選與訓練考官所投注的資源可說是全國之冠。然而，受到全國性招生系統/環境之限制，要在短時間內，對大量考生進行面試，MMI是否能選取高醫之最適當的醫學生，值得研究。MMI每年招生採用的站數與題目並不一致，很難分析MMI的結果與醫學生在校成績及畢業後職場表現，應有幾年一致性的作法，才能累積足夠資料供分析以了解MMI的成效。

發現：

醫學系及學士後醫學系在入學採 MMI 之規劃，口試考官入闈的設計與資源投入，是其他醫學院所不及之特色之一，關於行為態度、人文、人格特質上的評量，每一站根據特定之主題設計評量，可以測試考生機智應對、溝通、同理心等表現，值得進一步分析不同學生管道錄取之醫學生，未來在學期間醫學課業、臨床表現、專業素養與醫學人文類科之表現，甚至畢業後未來職涯科別之選擇等長期研究觀察。

**對應評鑑準則：**

3.0 挑選醫學生時，醫學系可以使用多種方法，但這些方法應確保選定的醫學生具備必要的特質和能力（例如智慧、廉正和適宜的個人情緒與特質），以成為良好及有效率的醫師。

3.1.0 醫學系必須制定挑選醫學生的標準、政策和程序，並且能隨時提供給有志申請者及其輔導者。

3.1.2 醫學系對醫學生的挑選，必須有公開公平的辦法，不受任何政治、宗教或

財務因素的影響。

符合      符合，但須追蹤      不符合

#### 第四章 教師

1.前次評鑑建議：基礎教師數量不足，尤以解剖學科為嚴重，須儘快積極遴選增聘教師。教師的續聘辦法分為綜合型、教學型和研究型三種，對教學有興趣且投入的教師，確實有鼓勵的作用。教師的升等，宜積極落實校長主張之建立以教學為主要考量的升等管道，降低對研究的要求，使對教學優秀且具使命感的教師，能提供學生優質的教學，培養良醫為社會服務。

發現：

解剖學科教師的教授科目眾多

(<http://anatomy2.kmu.edu.tw/drupal/?q=node/7>)，對象不只各學系學生(七年制與六年制醫學系各約150位、五年制與四年制後醫系各約50位、牙醫系約90位、物理治療系約40位、職能治療系約40位、護理系約90位、運動醫學系約60位、醫放系約40位、公共衛生系約60位、香粧系選修、醫技系選修)、個別科目(醫學及後醫系之大體解剖學及實驗、組織學及實驗、胚胎學、神經解剖學；醫技系之組織學及實驗；其他諸多系解剖學及實驗)、並且參與醫學及後醫系各個BLOCK系統教學，這些眾多學生的人次，乘以各科目的時數，加上親臨親授的臨檯實驗指導，工作複雜度遠遠超出其他科別(大體勸募取得、防腐、引導學生追思、善後處置)，加上工作環境的特殊及排氣欠佳，僅靠2位資深教授、2位副教授、4位助理教授、1位講師、3位助教、2位技術員，亦即9位教師及5位協同人員的團隊，在此研究導向升等壓力之下，尚且能夠承擔並且維繫此一超重量的繁複教學任務，負擔實為相當沉重。

解剖學門的講堂授課方式或許與其他學科相異不大，但是在實驗課程親臨親授的教學特性，與學生相處時數長，且共同處在氣味重的環境，因此解剖學科的教師也最容易得到學生們的認同，以及醫學系主任的器重，不僅擔任班級導師的輔導工作，甚至擔任副系主任的行政職務，各校皆如此。但是，身兼數種重任的解剖學科教師，卻與其他學門的教師以同一把以研究為主的尺來評量，作為升等甚至續聘的依據，無怪乎近年來教師時有流失！若要保持該團隊的教學熱誠及士

氣，高醫大校方、醫學院、系乃至董事高層，一定得正視該團隊的處境及長期的付出，須積極增聘教師或其他、以協助解剖學科教師授課負擔過重的問題。

在資源上，解剖圖譜教學軟體、模型、標本僅為輔助功能，在根本上提升遺體及解剖臺的數量，並降低生師比(包括大體解剖學老師，以及大體老師)，才是建立學習成效的關鍵。

**對應評鑑準則:**

4.1.0 學校必須在通識教育、醫學人文、基礎醫學和臨床醫學具備足夠數量的教師，以符合學系的需要和任務。

符合      符合，但須追蹤      不符合

2.前次評鑑建議：教師的續聘辦法分為綜合型、教學型和研究型三種，對教學有興趣且投入的教師，確實有鼓勵的作用。教師的升等，宜積極落實校長主張之建立以教學為主要考量的升等管道，降低對研究的要求，使對教學優秀且具使命感的教師，能提供學生優質的教學，培養良醫為社會服務。建議建立制度，使得對醫學教育有研究及教學工作投入的教學為主的教師，有專有升等管道，以培養醫學教育人才。

發現：

- (1) 關於教師聘任、續聘、升等的措施，學校已然訂立詳細之相關辦法，有明確的升等制度，但於實地訪評與晤談時發現，仍有教師反應過於嚴格。
- (2) 教學型主治醫師皆相當認真，甚至與他校合作推動一些新的教學方法，他們也認為以目前草擬的升等辦法及計分標準升等仍甚困難。
- (3) 高醫大、醫學院、系應考慮修訂有效、可行的教學型教師的升等法規，目前研擬之「教學研究型教師多元升等計分標準(草案)」，以降低研究計分的升等門檻(升等教授 250 分以上、升等副教授 150 分以上、升等助理教授 80 分以上)，仍宜廣納多元聲音，徵詢不同職級教師、教學型主治醫師之意見，重視教學實務成果，真正能鼓勵及吸引年輕教師與主治醫師願意選擇投入醫學教育的工作。
- (4) 高雄醫學大學醫學系於 103 學年度正式成立醫學人文與教育學科，而實際上，如呂佩穎教授、王心運副教授、駱慧文副教授、陳南潔助理教授等人文教師，

已在醫學系參與醫學人文教育多年，對於臺灣及高醫大醫學教育非常熟悉，是非常優秀的既能教學又具研究能力的教授，目前共 6 位專任教師，含兩位臨床醫師(蔡淳娟教授、林彥克助理教授)，是高醫大醫學人文教育相當珍貴的資產，由他們來規劃醫學系的醫學人文教育其發展性令人期待。

- (5) 學術研究與教學可以相輔相成，醫學人文暨教育學科專任教師學術研究亦有 6 件科技部教學相關的研究計畫。在實地訪查與教師教學講義、教案中顯示，的確有老師使用 PBL、TBL 等之教學方法，但以現場陳列之 PBL 教案為例，多缺少臨床情境，如此難以引導學生連結基礎醫學與臨床應用之思考與解決問題能力之訓練，教師相關教學（方法）的研習、工作坊的實務實作等等方面的進修值得關注，CFD 可以依據醫學人文教師之需求在此方面扮演協助之角色。
- (6) 臨床教師師資：民國 104 年 09 月資料顯示高醫大附設醫院主治醫師共 385 位，教職共 176 位，非教職主治醫師共 209 位，教學型專責主治醫師院級共 4 位，科部級 1 位。但兩系醫學生共約 350 位，教學型專責主治醫師才共 5 位，應制定獎勵辦法、招募更多教學型主治醫師。臨教部 CFD 除持續辦理一般醫學師資培育外，並舉辦各項活動如臨床教師的角色、課程規劃、臨床實作改善、臨床實做能力評估、處理學習困難的學員與輔導等工作坊，也成立多元化主動性教師學習成長社群，是值得推廣與持續鼓勵的教師培育方案。但訪視中發現臨床教師之教學方法及評量方式仍無法全面落實，以提升學生學習之成效，及如何評量臨床教師之教學表現及回饋教師其教學缺點也是待加強之處。

#### **對應評鑑準則：**

- 4.1.0 醫學系必須在通識教育、醫學人文、基礎醫學和臨床醫學具備足夠數量的教師，以符合學系的需要和任務。
- 4.1.2 醫學系教師必須有能力，並持續承諾做為稱職的老師。
- 4.1.3 醫學系教師應承諾致力於持續精進學術研究，以符合高等教育機構的特色。
- 4.2.0 學校針對院長、醫學系主任、部門主管以及教師的聘任、續聘、升等、解聘或延聘，必須有明確的政策。

4.2.4 醫學系必須為每位教師提供專業發展的機會，以提升其教學、輔導和研究  
的技能和領導能力。

符合      符合，但須追蹤      不符合

3.前次評鑑建議：高醫大醫學教育高階主管的聘任、續聘與任期制度問題—2012  
年 TMAC 評鑑報告書中指出「.....劉校長上任之後，包括醫學院院長、醫學系  
和後醫系主任、三位醫院院長，以及大部份和醫學教育有關的高級主管都更  
換人選，劉校長確實有提出治校辦學的理念和目標，但賴前院長的教育行動  
目標是否繼續執行或修訂？或者顏院長和二位醫學系主任有新的目標？則未  
見明確宣示」、「醫學教育的宗旨和目標有其延續性，為了避免醫學教育的  
宗旨、目標和策略之突然巨大改變.....高醫大在 2012 年 7 月起之高階主管大幅  
更動，TMAC 希望若有新的醫學教育目標，需和過去的目標有延續性，並透過  
適當的程序使相關的師、生、行政人員都能瞭解和認同而努力落實」。

發現：

訪評期間發現副院長增聘、系主任、副系主任更換頻仍，不利於醫學教育  
人才的傳承與制度的推動：

- (1)根據醫學院設置辦法學院得置副院長三至五人，醫學院顏正賢院長 104 年 8  
月共聘任 5 位副院長(蔡哲嘉、蔡淳娟、顏全敏、戴任恭、鄭添祿)，協助其推  
動學術、教學、研究及行政業務之管理，醫學系系主任由戴任恭教授接替陳  
彥旭教授、後醫學系系主任由王森稔教授接任黃茂雄教授，陳、黃兩位系主  
任都只擔任一個任期(3 年)， 104 年 8 月兩系同時各都聘任 4 位副系主任。對  
於此一院、系高階行政主管編制的大幅擴增，若能妥善規劃、賦予相對的權  
責，則對於醫學院、醫學系與後醫系的教學、研究與學術的發展應甚有助益；
- (2)與顏正賢院長、蔡哲嘉副院長、蔡淳娟副院長、兩位系主任戴任恭教授及王  
森稔教授、及多位副系主任訪談時發現，除了蔡哲嘉副院長(同時擔任附設醫  
院臨床教育訓練部主任)為續聘外，其餘主管多於 8 月才剛接任，對於副院長、  
副系主任的權責及其角色仍不明確，且院辦、系辦之行政助理人員也未同時  
規劃增加，形成有將無兵之情況，也不利於與師生間之說明與溝通。

(3)值此醫學課程由7年制轉型為6年制醫學課程變動與轉型關鍵時刻，原系主任陳彥旭教授、黃茂雄教授都只擔任一個任期、原副系主任如藍正哲教授、周世華教授等亦只擔任一個任期，這些菁英多為青壯年有熱誠投入醫學教育之教授，卻只擔任一個任期(3年)，不利於醫學教育人才的栽培與歷練，恐衍生醫學教育傳承的問題，也無助於醫學教育品質的實際提升。高醫大及醫學院宜對醫學教育的領導階層在制度、人才培育、任期上有更明確的規劃與賦權，以避免教改政策、策略與方向呈現多頭馬車或流於形式，醫學院院長、副院長、系主任及副系主任等主管應確實做好溝通，讓師生能夠充分明白醫學教育改革之目的、方向與過度期之各種因應措施。

對應評鑑準則：

4.2.0 學校針對院長、醫學系主任、部門主管以及教師的聘任、續聘、升等、解聘或延聘，必須有明確的政策。

符合      符合，但須追蹤      不符合

#### 4.此次評鑑新增發現：

發現：

醫學系有訂定各種委員會邀請教師代表參與以反映各領域教師的觀點。另外部分教師反映在制定教師升等辦法的過程，較低階教師的意見未能充分表達。

對應評鑑準則：

4.3.1 醫學系應有適當的機制讓教師直接參與系內的相關決策。

4.3.2 醫學系必須建立機制，提供系內教師有參與討論和制定、審閱及修訂醫學系政策和程序的機會。

符合      符合，但須追蹤      不符合

## 第五章 教育資源

1.前次評鑑建議：儘快增建學生宿舍，以符合教育部的標準。學校亦應對老舊教室予以修繕，並積極尋找空間，以滿足學生生活和活動之最低需要。在校園規劃方面可再加強，使校園更趨人文素養的薰陶。

發現：

目前諸項仍維持 2012 年接受追蹤訪視之狀態，在訪視期間 10/22 下午參觀的綜合實驗大樓 6 樓的大體解剖實驗室，99 年購置的手術燈昏黃老舊，對防腐藥劑氣味的抽排裝置及效果尚未顯著改善，應積極回應。委員的課室觀察發現勵學大樓 1 樓 A1 教室，屬老舊教室，教室縱深長且單一銀幕在前，後排不易清晰觀察，後牆空調排出口噪音大，少部分椅板壞損。

**對應評鑑準則:**

5.2.1 醫學系應確保在每個教學地點有適當的醫學生學習空間、休息區以及個人置物櫃或其他安全的儲存設施。如有保健和健身設施更理想。

符合      符合，但須追蹤      不符合

**2.此次評鑑新增發現：**

高醫大近六學年的財務資源穩定，足以維持健全的醫學教育，並達成學系和學校其他的辦學教育目標。然而，高醫大未來校院發展四大重要推動案為高醫慈愛養護之家、旗津醫院長照、高雄岡山醫院及小港醫院擴建，104-110 年預計投資金額共約 53 億元，是否會排擠醫學教育之預算與發展值得進一步觀察。

**對應評鑑準則:**

5.1.0 醫學系(院、校)現有和預期的財務資源必須足以維持健全的醫學教育，並完成學系和學校的其他辦學目標。

符合      符合，但須追蹤      不符合

## **第六部份 跨準則之發現**

1.前次評鑑建議：高醫大為了使博雅教育有效執行，使其師資於各學院間靈活運用，於是匯集「心理學系」、「醫學社會學與社會工作學系」、「性別研究所」，以及「體育教學中心」、「語言與文化中心」、「人文與藝術教育中心」及「基礎科學教育中心」，成立人文社會科學院（簡稱人社院），雖仍保留通識教育中心，但這是通識課程革新的契機。若能落實人社院報告及訪談時提及之增聘教師計畫，將能提升通識課程的深度與廣度，提供醫學系學生多元的通識教育課程。

發現：

人文教育在其整體性與全面性，雖然醫學系與通識教育中心相關主管或教師互為彼此相關委員會委員，彼此教師相互支援開課，但基本上，醫學系對通識教育似乎相對消極。除了課程之外，在人文社會學院成立後，通識教育中心雖已獨立為一級教學（學術）單位，但是在教師編制上仍委身未明（屬人社院之人文藝術中心專任師資），是否會對醫學系整體人文教育造成影響？

劉校長力推的書院制度，旨在推動品格教育，將新生全面納入生活與品格教育的新模式，目前有五大書院，每一書院約有 250 名新生，院生會以宿舍生活為主軸，師長關心互動為核心，透過兩門通識課程、學校社團、校內運動或藝文賽事、各類專題演講，及動、靜態藝文活動來傳遞感恩、熱情、尊重、禮貌、團隊、關懷等六大品格素養，實踐「醫人之前、先學會做人」的理念。書院制度目前仍主要由教育部教學卓越計畫支助的書院教育計畫來執行，為大一學生全面參與制，在訪談中，校長表達對書院制度重視的態度，且有意永續經營，成為高醫大通識人文教育之特色！在過去參與或現在正在參與之醫學生口中皆予以正向評價，肯定其人文教育價值，唯有對「被強制參與」這一項感到有些抗拒！只是仍有醫學生表示，就是因為被強制參與活動，卻有意外的收穫！只是，在與訪談的部分醫學生或教師的認知，醫學系面對書院教育的參與態度上顯得消極，好像認為那只是通識教育中心的事務；因此，書院制度的落實與持續推行之成效，仍需要持續關注。

另外，高醫校園內建置「高醫校史暨南臺灣醫療史料館」，係 101 年 10 月 17 日由高雄市政府衛生局將「臺灣醫療史料文物中心」之多數文物移贈高雄醫學大學，蒐集、典藏及展示介紹南臺灣醫療發展的重要人物及事跡的圖文史料和物品，對於醫學系及其他護理、醫療專業師生、及一般民眾提供非常珍貴的南臺灣醫療發展史的學習與教育的機會，體會並學習前人濟世心志，傳承博愛價值，對於校園醫學人文氣氛的營造也有相當正面的意義，有助於促進及發展醫學生明確和適當的專業素養，但成效及影響仍待後續觀察。

#### **對應評鑑準則：**

2.3.2 醫學系（院、校）必須提供醫學生通識教育。

2.3.18 醫學系應提供足夠的機會，鼓勵和支持醫學生參加服務學習活動。

3.4.1 醫學系必須確保其學習環境可以促進及發展醫學生明確和適當的專業素養



(如態度、行為和認同)。

符合      符合，但須追蹤      不符合

## 2.此次評鑑新增發現：

高醫大醫學系的國考成績，尤其是醫學系四升五年級，與後醫系二升三年級的第一階段國考成績都有待加強。以 104 年 7 月考試結果為例，醫學系為 76.64%(137 位到考，105 位通過)，後醫系為 83.33%(54 位到考，45 位通過)。兩班在籍人數應為 150+56=206 位，報考人數為 197 位，到考人數 191 位，通過人數兩班 150 位，混合計算兩班通過率為 78.53%。但是有 9 位(206-197)並未報考，或許原因在於尚未達於考選部要求的報名資格，即所有考科之在校修習成績必須及格。這 9 位同學依舊分別升上醫學系五年級及後醫系三年級，與首度參加醫師第一階考試，但未通過的學生，高醫大醫學系一直並未進行輔導。或許是學生臨床教育訓練繁忙，無暇進行；或許是教師端授課研究亦繁忙，但是長此以往累計的未報考或未通過的各年級人數一直增加，對於高醫醫學系也是一項負面觀感。高醫自行統算醫學系七、六、五年級尚有 11、22、37 位學生，合計 70 位 (70/446=15.70%)；後醫系五、四、三年級尚有 3、6、10 位學生，合計 19 位 (19/162=11.73%)，迄今尚未通過第一階國考。校方仍須分析第一階段國考較低之原因及未通過第一階段國考(若換算成人數大約每屆平均將近 40 位學生)之五年級實習醫學生，應於進入臨床實習後持續給予輔導，否則勢必影響學習成效。此外，加強畢業生問卷之各項內容及專業成果意見調查，據以提升及改善醫學教育之成效。

### 對應評鑑準則：

2.1.2.5 醫學系必須收集並運用各種不同的成果數據，包括國家測試及格標準，以證明其教育目的之達成程度。

2.1.2.8 醫學系應有適當及有效的制度，以協助學習成效不佳的醫學生。

3.3.1.0 醫學系必須設置有效的制度整合教師、課程主負責人、學生事務主管等共同負責生活、輔導和學業指導工作。

符合      符合，但須追蹤      不符合

## 壹、總結及評鑑結果建議

### 一、總結：

#### (一)醫學教育的管理與資源

1. 校長、附設醫院院長與董事會之關係：劉景寬校長獲董事會續聘擔任第二任校長，得以持續推動其治校理念，104 學年新任命鍾飲文教授擔任高醫大附設醫院院長，而醫學院顏正賢院長則獲留任，顯示劉校長的治校理念與發展策略能持續獲得董事會之信任與支持。
2. 高醫大、醫學院與附設醫院臨床醫學教育指揮系統隸屬之關係：根據「高雄醫學大學組織規程」確認醫學教育由醫學院主導，附設醫院、大同與小港醫院的教學副院長都由醫學院副院長、系主任或副系主任兼任之，醫學院副院長也兼任附院臨教部主任，且兩系之副系主任分別擔任附院臨教部副主任、小港醫院與大同醫院教研中心主任，顯示醫學院系與醫院間溝通管道暢通。
3. 高醫大醫學教育高階主管的聘任、續聘與任期制度問題：醫學院 104 年共聘任 5 位副院長，附設醫院院長也剛上任，醫學系與後醫學系主任都剛接手，而原系主任及部分副系主任都只擔任一個任期，恐衍生醫學教育傳承的問題。高醫大及醫學院宜對醫學教育的領導階層在制度、任期上應有更明確審慎的規劃與賦權，並讓師生能夠充分明白醫學教育改革之目的、方向與過渡期之各種因應措施。
4. 醫學院醫學教育研究中心 96 年成立至今，雖有醫學教育專家劉克明教授主持，但無編列固定預算及行政人力與援支持發展，宜審慎思考此中心之定位與功能。
5. 高醫大校院發展四大重要推動案為高醫慈愛養護之家、旗津醫院長照、高雄岡山醫院及小港醫院擴建，104-110 年預計投資金額共約 53 億元，是否會排擠醫學教育之預算與發展值得進一步觀察。

#### (二)醫學人文教育

1. 高雄醫學大學醫學系於 103 學年度正式成立醫學人文與教育學科，而實際上，如呂佩穎教授、王心運副教授、駱慧文副教授等人文教師，已在醫學系參與醫學人文教育多年，對於臺灣及高醫大醫學教育非常熟悉，是非常優秀的既能教學又具研究能力的教授，目前共 6 位專任教師，含兩位臨床醫師(蔡淳

娟教授、林彥克助理教授)，是高醫大醫學人文教育相當珍貴的資產。

2. 加強通識教育中心與醫學院系與醫學人文學科的互動機制：雖然在醫學院、系、學科及通識教育中心之間雙方主管與教師之間互為委員會委員，但是醫學院內醫學人文課程的規劃在縱向及橫向的連結上仍需進一步落實，進一步發展醫學人文之教學與研究。
3. 書院制度有利營造醫學人文氛圍(hidden curriculum)：劉校長力推的書院制度，旨在推動品格教育，將新生全面納入生活與品格教育的新模式，目前有五大書院，每一書院約有 250 名新生，院生會以宿舍生活為主軸，師長關心互動為核心，透過兩門通識課程、學校社團、校內運動或藝文賽事、各類專題演講，及動、靜態藝文活動來傳遞感恩、熱情、尊重、禮貌、團隊、關懷等六大品格素養，實踐「醫人之前、先學會做人」的理念。
4. 高醫校園內建置「高醫校史暨南臺灣醫療史料館」，典藏及介紹南臺灣醫療發展的重要人物及事跡，對於醫學系及其他護理、醫療專業師生、及一般民眾提供非常珍貴的南臺灣醫療發展史的學習與教育的機會，對於校園醫學人文氣氛的營造也有相當正面的意義。

### (三)基礎與臨床醫學整合課程

高醫大是採取器官系統模組(organ/system block)來推動基礎臨床課程的整合，也符合目前世界醫學教育發展的趨勢，讓學生在學習基礎醫學和臨床核心知能的同時，也學習到如何將基礎醫學知識與臨床應用連結，提升學生應用基礎醫學知識的能力。然而，關於基礎與臨床整合課程仍須持續改善下列之問題：

1. 模組(blocks)順序安排的妥適性，醫學系及 block 負責老師(coordinator)應承擔分析、了解學生對於該模組的學習狀況。
2. 基礎臨床整合課程的協調(coordination)系上應有教師或小組專責檢視各 blocks 間橫向與縱向的連結，是否出現重複、順序不宜等課程內容。
3. 基礎與臨床整合課程中臨床醫學的比重仍然過高，可能導致部分基礎學科的知識承載度不夠堅實。
4. 醫學系與後醫學系有各自的課程規劃委員會，醫學系和後醫學系各自的課程規劃委員會對於課程規劃的理念不盡相同，醫學院應居於督導與整合的角色，檢視醫學系與後醫學系整合課程規劃差異的合理性與必要性，例如後醫學系

組織學及組織學實驗融入於整合課程內，而醫學系仍獨立開課之理由並未說明。

5. 第一階段國考通過率較低，應釐清是否與基礎臨床整合課程的規劃與實施有關，積極尋求改善之道。
6. 基礎與臨床醫學整合課程的調整，尤其是六年制醫學課程的規劃上，將大體解剖學、大體解剖學實驗等基礎醫學課程調至二年級全學年修習實施，是否造成大一大二醫學生對通識及醫學人文課程選修的影響，對「先學做人、再學當醫師」素質教育相抵觸，TMAC 將持續予以關注。
7. 解剖學科教師負荷的問題亟待解決。僅靠 8 位教師及 5 位協同人員的團隊，且在研究導向升等壓力之下，承擔繁複的教學任務，負擔實為相當沉重。

#### (四)臨床醫學教育

高雄醫學大學醫學院臨床教育目標及核心理念方面，乃是以病人為中心的全人照護，並以學習者為中心之規劃安排學習訓練課程，強調學生能達成一般醫學 6 大核心能力，重視教師專業及教學專業知能發展，塑造友善臨床學習和工作環境及協同合作組織文化為目標。高醫大附設醫院為醫學中心大部分主治醫師、住院醫師多屬校友，PGY 及住院醫師招募也多滿招，對實習醫學生普遍都有教學之熱誠而願意參與教學，而受訪的實習醫學生、PGY 與住院醫師對於學習環境與臨床老師的指導，也大致覺得非常滿意，教學型主治醫師也都具有教學熱誠。

醫學院主導臨床醫學教育指揮系統已確認：臨床醫學教育指揮系統已確認由醫學院主導，並由教務處、學務處、醫學院系、附設醫院、大同與小港醫院臨教部同仁來共同執行達成教育目標。

臨床實務訓練方面為了能達成作中學的目標，校方規劃醫學生藉由照顧病人來學習身體檢查、病史詢問、數據判讀、臨床推理、書寫病歷及診療計畫。主治醫師及住院醫師負責監督指導角色任務，並進行評量、給予回饋。並藉由病例實務教學及住診教學、床邊教學，建立醫學生一般醫學基本照顧能力。但是基本上臨床教學的缺失仍與上次評鑑時訪評委員所見相當雷同，醫學院系及附設醫院、教學醫院應非常認真正視此一問題，積極尋求改善之道。

1. 為使臨床之實習更多動手作(hands-on)從病人身上學習的機會，取消大部分以往之大堂課，但 Clerk1 學生進入臨床實習前，仍規劃 5 週暑期密及上課課

程，其成效與高醫大多年來重視成人學習原則與教學原理之理念並不一致，目前之課程安排應仍屬過渡之措施，醫學院系應積極與師生溝通，以發展更有效之教學策略。

2. 高醫大目前有 3 家臨床訓練醫院，皆依據醫學系、後醫系相同之訓練計畫，及評估方法，但於書面資料及面談時發現，小港及大同醫院雖然學生滿意度佳，但由於較少住院醫師，對於學生之臨床學習恐較為不足。
3. 基本上 M5、M6 醫學生(Clerkship)教學之缺點與上次 TMAC 評鑑時訪評委員所見雷同，仍然有些實習醫學生認為 clerkship 是“見習”、“跟著老師就可以了”，主動性不足，學生多未能在主治醫師查房前先看完病人，亦即仍未落實「動手做、做中學」。
4. 教學門診與住診教學品質仍需積極改善：教學門診、住診教學時還是以強調知識的臨床教學為主，較缺乏引導式互動討論方式的教學，當學生進行問診、身體檢查或衛教諮詢時，常被主治醫師打斷，未能提供學生臨床推理、思考與解決問題能力訓練的機會。教師應仔細觀察學生問診過程的儀態、思路、內容、溝通能力、身體檢查技巧、鑑別診斷能力、決定檢查與治療計畫能力等，並提供回饋給學生。床邊教學宜重視床邊醫學的示範及指導，面談病人與示範身體檢查時需加強學員對於病人感受、隱私及權益之教育。
5. 實習醫學生之病歷書寫大都有主治醫師附簽或修改的紀錄，但也發現病史與診斷之間的臨床思路與邏輯性不夠，病歷撰寫的品質仍然需要醫學院、系、醫院教學部、CFD 提出有效改善與持續積極加強之處。
6. 高醫目前有 3 家臨床訓練醫院，皆依據醫學系、後醫系相同之訓練計畫，及評估方法，但於書面資料及面談時發現，小港醫院及大同醫院較缺乏住院醫師，對於學生臨床之教學恐較為不足。
7. 三家教學醫院採用一致的評量方式：醫學系和後醫學系課程委員會依其教育目標規劃、審查和評估課程，並依評估結果進行課程修正，建立使用多元評量的方式，包括筆試、口試、Mini-CEX、DOPS、CbD 等形成性評量，以改善學生學習成效。各臨床科均訂有學習成效不佳學生之輔導及補強機制。但臨床教師之床邊或互動教學，及多元評量仍待進一步落實。
8. 建置高品質的臨床技能中心、手術技能中心、臨床技能專業教室及 24 間符合國家

考場認證之 OSCE 考場，並培訓認證考官 304 位、認證之標準化病人 94 位，且全國 OSCE 測驗(總結性評量)整體通過率高，顯示臨床技能訓練成效良好。但 OSCE 考試結果仍須進一步分析不同教學醫院之教學成效。

9. 高醫大正在發展一套線上評估系統，初步建立跨院區的學生的各種評量和老師回饋，希望讓同學可以隨時查詢知道自己的不足，而尋求改善和補救機制，TMAC 樂見其成。
10. 教學型主治醫師的鼓勵與招募：以每年培訓兩系醫學生共約 350 位，附設醫院主治醫師共 385 位，而教學型主治醫師才 5 位(院級 4，科部級 1 位)，應制定獎勵機制，積極鼓勵招募更多教學型主治醫師，以協助醫學院系及醫院之各類教師培育的活動與方案。
11. 其他：分析臨床教師之教學及評量品質，及時回饋給臨床教師，以改善臨床其教學之缺點；加強畢業生問卷之各項內容及各學科學習成果意見調查，也有助於提升及改善醫學教育之成效。

#### **(五)生活適應困難、學習困難學生之輔導**

1. 醫學院為防範學生生活、情感之適應問題、功課學習困難之問題，本就有訂定輔導程序與行動SOP，以期能早日預警、及早介入輔導。但在104年發生醫學生涉情殺同學後自殺、震驚社會的不幸事件，高醫大隨即對於醫學系相關班級同學加強哀傷心理輔導，學校也藉此檢討既有之輔導程序與行動SOP，進一步整合大學、醫學院系及附設醫院的輔導資源，完備各項法規、SOP的修訂。高醫大應記取教訓確實落實，加強導師支持系統，重視學生課業、心理與生活之輔導，尤其是強化「高關懷學生」的主動關懷機制，勿再重蹈覆轍。TMAC將持續追蹤未來展現的輔導成效，或許反而可以成為其他醫學校院學習的標竿。
2. 高醫大課業預警系統，將教務系統連結至學務系統，由系統自動將成績轉換為預警燈號，自動通知其導師，視情節輕重列為高關懷對象。
3. 醫學院及醫院共同為改善適應困難實習醫學生的追蹤輔導機制，以期達到早期發現、早期介入，防止問題擴大惡化的輔導成效。

## **二、評鑑結果:通過，於 2019 年進行全面評鑑**

附錄

TMAC 2015 高雄醫學大學醫學系訪評行程

【Day 1】-104/10/22 (星期四)

時間	訪視活動內容
09:00~09:10	人員介紹 (Opening)
09:10~09:30	學校簡報 (辦學簡介及改善執行概況)
09:30~10:30	意見交換與討論
10:30~10:50	coffee break
10:50~11:30	座談：醫學系主任
11:30~12:00	座談：醫學院院長
12:00~13:00	午餐

A. 通識及醫學人文組及、基礎與臨床整合組 (學校)

時間	訪視活動內容
13:00~14:00	座談：通識人文學科及基礎學科教師
14:00~17:00	*實地參訪與資料查證
17:00	賦歸

B. 臨床實習組 (高醫附醫)

時間	訪視活動內容
13:00~14:50	資料查證
14:50~15:00	彈性調整 (步行至附醫)
15:00~15:10	教學醫院簡報 (臨床教學簡介及改善執行概況)
15:10~16:00	意見溝通與討論
16:00~17:00	座談：臨床學科教師
17:00	賦歸

**【Day 2】-104/10/22（星期五）**

**A. 通識及醫學人文組及、基礎與臨床整合組（學校）**

時間	訪視活動內容
08:00~12:00	*實地參訪與資料查證
12:00~12:30	午餐
12:30~14:00	座談：醫學生（1~7年級）

**B. 臨床實習組（高醫附醫）**

時間	訪視活動內容
07:30~10:30	*實地參訪與資料查證
10:30~12:00	座談：主治醫師、住院醫師及 PGY 醫師
12:00~12:30	午餐
12:30~13:50	座談：醫學生（1~7年級）
13:50~14:00	彈性調整（步行至醫學院）

**C. 共同（學校）**

時間	訪視活動內容
14:00~14:30	座談：校長
14:30~15:00	座談：董事長或董事會代表
15:00~16:30	訪評小組心得總結討論
16:30~17:00	綜合討論
17:00	賦歸

\*「實地參訪與資料查證」之時段訪評委員可依訪視查證之需要自行安排，除參加課堂上課、參與討論會、調閱佐證資料外，亦可主動邀約包括授課教師、行政主管、學生或行政職員等與查證事項直接相關之對象進行個別訪談，但必須經得受訪對象同意。