

長庚大學醫學院醫學系

醫學教育改進計畫遠程目標

暨追蹤評鑑報告

(訪視日期：民國九十八年十月七日至十月九日)



民國九十九年四月

長庚大學醫學系評鑑參訪報告

訪視評鑑日期：民國九十八年十月七日至九日

長庚大學醫學院訪視小組成員（按姓氏比劃排序）：

邱智仁、邱鐵雄、張聖原、陳震寰、蔡哲雄、蔡淳娟、賴其萬（召集人）、羅竹芳

隨行專員：朱宥樺先生

地點：長庚大學及林口長庚紀念醫院

背景：

長庚大學醫學院於 2001 年接受 TMAC 第一次評鑑以來，一直是處於「有條件通過」。在 2007 年最後一次 TMAC 根據各校醫學系中程目標暨追蹤訪視報告之評鑑結果，長庚仍被列為「有條件通過」，其中所列缺點包括通識教育、臨床團隊的投入教學、Center for Faculty Development (CFD) 的架構與規劃以及專業精神的學習。此次訪視為期三天，訪視委員共有八位，其中兩位曾經參加 2001 年第一次之評鑑，另外一位訪視委員曾自 2002 年以來連續參加四次該校之評鑑，而委員們在詳讀自評報告後，在前往實地評鑑之前有充分之討論溝通，而後決定以「通識教育」、「基礎與臨床醫學教育之整合」以及「臨床醫學教學」作為這次評鑑之重點。

通識教育

觀察（訪談、聽取簡報與資料審查）：

長庚大學在推動通識教育改革上的努力值得肯定。通識中心與醫學系人文社會醫學科，醫學系與課務相關委員，皆參與課程規劃設計與教學，並且共同規劃醫學人文課程，以補增在醫學專業領域更需要重視的通識課程。至於通識中心、人文及社會醫學科學的老師們的共同參與、投入教育部 STS 跨領域計畫的用心，也非常值得肯定。學校有改進通識教育的決心，從新近禮聘兩位人文通識界德高望重之講座教授參與通識教育之改革便可見一斑。

目前的規劃成效如下：

1. 在 97 年有關全校通識課程架構中分類不明確的部分，已做第一階段的改進。就醫學人文方面有大幅改進。例如 2006 年開始，講座式的課程大幅下降，而為醫學系學生量身訂做之醫學人文課程則明顯增加。教學內容及教學品質大幅提昇。課程間關聯性加強，同時融入了 STS (Science, Technology and Society)，STM (Science, Technology and

Medicine) 的觀點，深化教學內容。增加多元化的互動式教學，多元評量學生學習成效。對於教學成效亦有反省機制，其中包括由學生主導的醫學人文課程討論會，針對課程做檢討，不僅讓教學單位有反省改進的機會，也呈現學生批判的能力。

2. 一些具有醫學與人文背景的教師參與規劃值得肯定。例如人文及社會醫學科主任本身既是臨床醫師，又具人文社會學研究經驗，在歷史專業期刊發表過論文，因此相當有能力全面性進行醫學人文課程之改革，雖然改革時間不長，成效卻很顯著。已開設人文社會醫學有關課程共 17 門，提供同學在大一至大六必修或選修，在此次訪談中，以學生的反應來看，課程深度加深，並能與醫學有所關聯，頗能啟發學生之學習興趣。

建議：

1. 全校通識課程之組織架構尚未臻理想，宜重新檢討與歸類。通識中心之整體架構包括共同科與一般通識課程，而共同科中包括國文、英文外，還包括物理、數學、化學、生物等專業必修科，與一般通識性質不同，其組織架構有重新檢討之必要，希望能將通識中心之任務釐清，並可讓實驗科學的任課老師形成社群，共同提昇研究與教學能量。
2. 請增加通識課程之多元性，例如宜聘請適當之西洋文學方面的專家教授課程。
3. 學校需以『較長期支持』的模式，深層推動、協助通識教師在教學與研究的鑽研。
4. 目前雖已訂定學生之修課辦法，但建議宜再修正改良，使學生能實質上擁有跨領域學習的機會。
5. 挹注經費補助 TA (助教) 帶討論課，進行小組討論，並且增加課堂討論的深度。長庚大學沒有人文社會學系，TA 來源宜考慮就近由外校延聘甄選。
6. 建議通識中心應利用課程或其他各種教學活動鼓勵學生讀書風氣，並加強醫

- 學生之溝通能力、外語能力、團隊精神以及與他系學生之互動。
7. 目前隸屬於醫學系之人文社會醫學科已有醫療史及哲學倫理專家 2 人，加上科主任 1 人，共 3 人，將來應優先考慮增聘醫療人類學專家，充實師資。
 8. 有鑑於人文社會醫學學科的重要性，希望學校給予正規行政人員以及經費，能和醫學系其他基礎與臨床醫學科別一般獨立正常運作。

基礎與臨床醫學教育之整合：

觀察（訪談、聽取簡報與資料審查）：

相較於最後一次 TMAC 評鑑觀察，醫學系如今已成立包含基礎與臨床醫學的共同課程委員會，也有課程整合小組，由基礎課程與臨床課程的教師共同參與，在課程整合方面已具運作的基礎。然而由共同課程委員會之會議紀錄看來，參與的成員不多，涵蓋的科系太少，由會議內容、訪談、與簡報中看不出清楚的目標。主管們認為老師在傳統式課程中教學較容易上手，然而，許多老師已然發現傳統課程的問題，而樂見學系進行課程改革。

長庚醫學系的課程，從 1987 年創系以來未曾有大規模的變動，繼續保留傳統醫學教育的分科架構和循序漸進，先基礎再臨床的教學模式，然後在大部份基礎醫學課程之中，安插臨床醫師參與講授，目前大體解剖學加上影像解剖學、部分臨床診斷學和基礎與臨床醫學系統整合課程採 PBL 的模式。另外生理學和藥理學則在適當的階段，安排 conference 由老師或臨床資深醫師主持。因此基本上，基礎醫學學門仍然是傳統的 discipline-based 教學；生理學排在三下，藥理學排在四下，相隔一年，部分課程的重覆是很明顯的。病理學排在四上；臨床診斷學排在四下，目標在於瞭解各種器官之生理、疾病之病理及機轉，並瞭解其症狀及治療，則又有和生理、病理和藥理重複的可能性。

目前長庚醫學系初步用來整合基礎與臨床醫學的手段有三：(1) 在四年下學期以 15 個案例，做 PBL，以進行基礎臨床整合；(2) 臨床醫師在基礎科目的某些單元結束時，加入講授臨床的相關性知識，使學生知所應用，目前做了解剖、

組織、胚胎、或放射線的局部拼湊，以平行進行之；(3) 正在籌劃之重點主題式垂直整合，如以檳榔文化為例，融入相關的人文社會知識在醫學中之課程設計頗有創意。

根據上述幾種整合方式，都只能算是整合的幾個嘗試，或算是局部的課程拼湊（inter-digitation），不算是一種整體規劃而結構一致的課程。在基礎醫學仍然以分科方式教學的架構下，學生主要的學習內容，仍然是架構完整，學門界線清楚的基礎醫學，每一門基礎醫學的授課內容、方式、時數仍實質掌控在各基礎學科，並未達成真正的基礎臨床整合。

建議：

建議學校考慮針對基礎臨床整合之題目，舉行研討會，廣邀各級教師、醫學生及外院教師參加，以取得爾後課程設計之方向之共識。正視目前傳統學制所出現之各種問題，研擬改善計畫，研究比較各種學制在長庚醫學院的適用性，了結各種學制的優缺點與其建構原則，未來課程需在校內充分溝通，以審慎的態度決定醫學系的課程型態。

唯有透過有細心規劃的整合，才能減少過去各不同學科之間的授課內容之重複性，並增強與臨床醫學的關連性，以減少學生的負擔並改善學習成效。在校內老師尚無共識之前也不宜貿然進行，建議能向目前基礎與臨床醫學課程整合已相當具有規模與成效的醫學院醫學系學習。

為達成有效基礎臨床課程全面整合，勢必要改變現行分科的教學行政架構，改採集中的學程式架構，以醫學系辦公室為主導，提供行政人力，設立整合課程負責人，完全掌控課程內容和方式和時數，各分科則配合整合課程的規劃，協助提供必要的師資和其他教學資源。教學行政架構改變後，就可以設計濃縮、整合且可隨時因應時代的需要而及時調整的全面整合課程。

共同課程委員會在此階段擔負重大任務，建議賦予重視，擴大涵蓋科別（由會議記錄中看到），並適度加入學生的意見，需有 CFD 主管參與，共同課程委員會所做出的決議，若沒有經由 CFD 訓練出有能力執行課程的教師，則課程的改

革將終歸於枉然。訂定中長期課程善計畫，輔以教師的必要訓練，以逐漸達成目標。

臨床醫學教育：

觀察（訪談、聽取簡報與資料審查）：

長庚醫學系與醫院向來以臨床服務量大以及研究質量卓越為特色，臨床教師需要爭取發表論文與臨床服務量，以求學術職位的晉升，以及薪資的保障，但這些壓力都嚴重影響教師的教學意願，而老師的教學意願將影響到其與學生之間的互動。在企業化的長庚醫院，如何重視老師的教學任務以及合理的補償，應該是作為醫學院的教學醫院所應該做為第一優先的行政方針。

醫學系五年級以後，即完全進入醫院學習，醫五醫六兩整年均在林口長庚醫院見習，醫七開始實習，大部份在林口長庚醫院，少部份在高雄長庚醫院，並需輪訓至台北、基隆及嘉義長庚短期實習。醫五的見習以內科為主，包括復健科，小兒科，精神醫學，神經內科，醫六見習以外科為主，包括婦產科學，眼科學，耳鼻喉科，皮膚科，麻醉科；醫五和醫六見習模式非常類似，先進行全班密集授課一個月至一個半月見習相關的內科或外科臨床知識後，才開始以一周或二周為單元的輪轉見習。如此漫長的大堂講堂教學，進行速度快，學生反應吸收不了，知識留存率因此低落，大堂講堂教學結束時並沒有立即評量學生的學習成效，只是有些科在結束訓練時，臨床老師會以選擇題的方式給予隨堂測驗。學生依據經驗的案例或做過（觀察過）的技術，記錄在學習護照上，但是學生的紀錄缺少教師們協助查核，學生進入病房見習期間，雖依照「學習護照」所訂出的主題進行，學生須於病房見習中找尋適合這些主題的目標學習，然後再與教學指導醫師討論認證。由於病人眾多，要找主題相關病情來學習並不困難，但病人以「次專科」的疾病別住進不同病房，學生在不同病房之間遊走，卻沒有實際參與醫療團隊，確切地觀察病人的病情，所學到的臨床資訊往往只是“病狀”而不是“病情”。林口長庚醫院擁有數量和種類極多的各類病人，主治醫師人數遠超過一般醫學中心，也不乏大師級的臨床醫師親自參與床邊教學和教學門診。醫院有足夠的空間規劃為教學空間，包括數量不少的教學門診診間，以及未來可以同時進行 24 站 OSCE 的考場等。然而，由於主治醫師人數很多，學生數目相對很少，每位主治醫師並不經常有機會帶實習醫學生，臨床教學經驗不易累積，因而每位主治醫師

的教學技巧有很大的落差。各科雖有專責主治醫師做課程負責人，了解學生意見、安排教學活動。但直接參與照顧病人的實習醫師、住院醫師，都因自身工作忙或教學身分不明，而與見習醫學生的互動少；主治醫師也因其他方面的工作負荷，不易落實床邊教學的執行。

醫五、醫六的實習醫學生，仍然沒有被付予實質在第一線照顧病人的責任，hands-on的經驗太少，仍然只能算是「見習」！舉例而言，一位醫七的Intern回顧，在醫五至醫六兩整年的 clerk，只做了一次 NG，一次抽血，一次 IV，一次動脈血，和 10 次心電圖，從來沒有在病房中急救病人做 CPR 與置放氣管插管。在外科病房或門診或手術室，可以幫忙拆線，拉鈎，剪線，但不必換藥。長庚醫學院醫五醫六 clerkship 無法落實「實習」的主要問題是以每一週或二週為單元的快速次專科輪轉方式，由於在每一科停留的時間不長，扣除大量的例行晨會和其他會議，主治醫師查房（每天約兩小時），teaching round，同時還面臨多次專科大量高深的臨床知識的上課，以及學習護照所規範的學習項目，剩餘的獨立照顧病人的時間就不多，對病人的認識也就僅限於「疾病」的診斷與治療，對於認識「病人」，學習和病人建立良好的醫病關係以及運用問診和理學檢查技能解決病人實際問題的基本工夫學習，效果就非常有限，往往還沒有弄清病人的病情，病人就已出院，或是該科實習已經結束，必須輪轉到下一科，很難觀察完整的病程以及疾病對病人和家屬所成造成的衝擊。

林口長庚醫院的教學門診已具規模，其執行方式，應已符合教學醫院評鑑的要求，病人事先已被告知，且填寫同意書，每診掛號 3-4 名病人，剛好可以讓每診總數約 3-4 名的 clerks, interns 每人有一次問診和檢查的機會，大部份的教學門診都是主治醫師、醫學生和病人在同一個診間，由一位學生問診，主治醫師坐在對面隨時指導補充，同時做 mini-CEX 評估，其餘學生在後面觀察，問診和理學檢查結束後，主治醫師會現場教學，並和學生討論，這樣的安排，非常適合醫五剛進入醫學實習的學生，但對醫六、醫七的學生而言，則可能指導過度，應該讓學生有單獨的診間，進行獨立問診與檢查。

建議：

1. 校方執行「教學主治醫師」是 TMAC 樂見的提高教學的品質的制度，如此才能真正改善臨床醫學教學的品質，並且提升「床邊教學」的成效。

2. 五、六年級學生的臨床訓練不應是見習，需要更多 hands-on 的機會，請給與更多指導下直接照顧病人的機會。然而，這些教學方式勢必增加教師的時間與精神。建議除了主治醫師以外，加強住院醫師做老師的訓練，並在各種住診教學、門診教學中減少「lecture」，多使用案例，多給學生練習的機會。
3. 需加強臨床教師對學生學習成效的關心，強化其評量學生的能力。希望評量的重點不再是會議的出席率、護照的完成率，應該強調知識、技術、與態度三方面學生確實的表現，教師要能夠掌握學生的程度，適時給予回饋，同時也要落實醫學生病歷寫作品質的提升。
4. 課程結束時的學生回饋，除了集體的行政性溝通會議外，需要有小組或針對個人的總結性回饋。
5. 醫學生參加教學門診和門診觀察的機會很重要，從中學習資深醫師之看病技巧，而教學門診也可學習到一般常見但不需住院之疾病，對於臨床醫學的學習很有幫助。若再能避免將住院醫師和年級不同之 intern、clerk 集於一室，則效果可能更佳；可以考慮將每一場 teaching 均設定主要施教對象，教學內容以對象為主。
6. 學生於臨床見習期間，因接觸病人病情變化而引發關於臨床決策、倫理、法律上的相關問題，應該適時或定期利用案例，邀請各不同領域的專家參與討論，給予學生心理上的支持並建立學生廣泛的思維。

師資培育

觀察（訪談、聽取簡報與資料審查）：

長庚設有校級直屬教務處之教學資源中心，提供教學服務、成效評量，協助教學技巧或教學方法的改進等。醫學系又另成立師資培育委員會，內有一委員來自校級的單位。該委員會下設教學技巧成長小組、師資專業成長小組和教學成效評估小組以因應醫學系較特殊的要求。林口長庚醫院醫教會的教師培育計劃包括了主治醫師、總醫師、第二年與第三年住院醫師和醫事人員的培訓。落實了全面資深住院醫師的教師訓練（帶領 morning meeting, 小組）。

院方釋出具體的教學鼓勵措施，產生具體的教學動力，此氣氛反應在師生會

談中，今年院方資助八位教師前往西班牙參加 AMEE 年會，而鼓勵了幾位資深教師因此樂意投入醫學教育工作。目前的 medical educator 制度也能吸引到有能力的醫師投入教育工作，堪為嘉獎。

長庚教師數目頗眾，CFD 訓練場次因此而顯得不足，受訓教師比率以及因特定教學角色而施與的教學訓練之要求上，仍有改善的空間。

資深住院醫師和總醫師皆有接到醫教會通知，參加一個梯次的教學研習營，學習如何主持晨會，如何準備簡報，但除此以外，並不知道醫教會每週或每月都會舉辦系列的教師培育活動；年輕的主治醫師並不清楚每年必須要接受教學訓練課程 12 小時以及接受五大核心課程訓練 5 小時；資深主治醫師覺得每年至少要參加 5 小時的教師培育活動有實質的困難，大部份的教師培育活動皆以演講型式舉行，出席率不高。

長庚醫院有不少大師級的教師親自教學，但是有許多臨床教師並未接受回饋技巧、簡報製作、演講技巧，以及床邊教學技巧的訓練，還有很大的提升空間。由於長庚醫院現有的臨床教師數量很大，每年也有很多新進的臨床教師參加教學，如何逐步全面提升臨床醫師的教學能力，對師資培育中心而言是很大的挑戰。

建議：

1. 校級教學資源中心、醫學系師資培育委員會、醫院醫教會三者之間的負責人是否有一定的關係需要釐清，而因為任務上的同質性，在組織架構上應有更明確的規範。
2. 林口長庚醫院醫教會師資培育中心所規劃的活動，大部份都是配合醫策會和衛生署的教學訓練計劃的要求，培育 PGY 的相關師資，尚未針對年輕臨床教師個人生涯成長所需，規劃符合個人需求的核心訓練課程，建議透過課程委員會的正常運作，設計有特色的教師培育課程，配合個人的需求與時間限制，以小組方式培訓，吸引年輕醫師樂於參加教師培育活動。
3. 應有適當的管道讓教學優良的教師有機會幫助一般教師提升教學能力。並且

應該建立制度，鼓勵資深主治醫師對年輕主治醫師主動給予 mentorship，以培育其教學能力與熱誠。

4. 長庚醫學系三名不適任而離職之老師為研究不佳所致。但醫學系有任教超過 10 年之老師，其教學相當優秀，卻無法升等。醫學系師資培育委員會的工作內容之一為”規劃教學成效優良教師之升遷管道”，請儘速協助這些教學優秀的老師，因為他（她）們是長庚大學的重要資產。爰此，也應儘速協助新進老師取得研究所需的儀器設備。
5. CFD 的教育活動需有一中程規劃（例如：對每半年或每一年的規畫），以求具備整體性、次續性的考量，也才能讓教師找到自己能參加的時段。由許多床邊教學、門診教學、及小組討論活動中看到許多教師固然有深厚的專業學識，仍需加強其教學能力，以對不同程度的學生因材施教、增加臨床教學的效果。五六年級學生初入臨床，需要教師特別的帶領，CFD 正須為此加強教師的教學能力，以保障新課程能成功執行。
6. 加強老師的評估方法，包括老師的 professional behaviors 方面的注重，這也是上次評鑑時所提到的問題（見以下「專業精神的學習」）。

專業精神的學習

對於上次評鑑報告中所提及的有關校園中發生的事件，從長庚的回應（自評報告 P. 66），無法看出學校是否開放討論，俾讓學生學習判斷及推理能力，養成 professionalism 的基本態度。在與學生的訪談中，學生並不知道校園中發生的事件。從學務長的解釋，可以瞭解校方對事件牽涉到法律和個人隱私權以及保護當事人的立場，因此不願做公開的討論，由此可見長庚對這些問題處理相當謹慎和保守；不過，對於醫學系的學生，因為將來的職業為醫師，應該要有更高的道德標準，如果能夠從今以後，在校園內注重這方面的探討，將會對醫學教育有助益。美國醫學教育最近非常注重學生在醫學系就學時的 unprofessional behavior 與未來行醫違法受到政府懲處的關連性，而強調在校期間對醫學生行為規範的重要。

臨床技能訓練

長庚在臨床技能中心添購了私密處體檢的人體模型，而且特別注重 Box trainer 的訓練（綁線、移物），在專責教師指導下，所有的學生在 6 年級時全部學過，唯須考量此訓練在醫六課程中的需要性。在臨床技術的教育上，運用兩個整天在新生訓練時期進行完畢，臨床技能中心有管理專員，但沒有常駐指導者，缺少示範影帶與書面/圖解說明，鮮少學生在此自我練習。在內、外、婦、兒四大科並無訂定實習醫師應該會最低要求的操作型技術，因此無法據以評核，也無法得知學生到底是否都學會。

其他：

由學生的面談可以發現學生對學校都有相當正向的印象。他們認為當初選讀長庚醫學系是因為長庚醫院的臨床名聲與資源、學校學費較低、設備與宿舍等等因素，有些學生提到他們希望能早日走入實驗室，也有人表示學校應該有機制，鼓勵學生在畢業前能到非長庚體系的醫院實習，以幫忙他們更了解台灣的醫療環境，並有機會比較長庚與其他教學醫院的教學品質。也有些學生表示學校並非一所綜合大學，而認為長庚校園較無生氣，但有許多學生都對長庚醫科學生的服務活動感到有興趣。

學校推出「初步見識醫院」計劃，自一年級寒假起至二年級寒假結束前至少四次，讓低年級學生以家族導師為學習典範，於預約時間，前往醫院，跟隨醫師出席晨會討論、巡查病房，觀察病家的心情以及醫護人員的工作態度。此計畫立意良好，可以幫忙學生早日認識醫生生涯。不過，與剛在去年參加此計劃的學生訪談，並未看出學生有留下深刻印象，希望校方可以持續落實此計劃的用心。二年級的高階醫學英文，學校用盡心思，欲提昇學生的醫學英文，但受訪學生並沒有留下印象。很明顯地，老師需要更用心，而學生也要更多的提醒和鞭策，努力學習的態度是不能少的。學校提供了多種英文的課程，很可惜，受訪的學生沒有一個選修這些課程，宜多加鼓勵。總之，學生的學習態度校方宜多加注意。

總結

長庚大學提供一個遠離塵囂，環境頗優美的校園，輔以優良和熱誠的師資，的確是讓人羨慕的學習殿堂。教室設備完善，圖書館寬敞、舒適，是可以專心求學的好環境。長庚大學近幾年來的進步快速，尤其是醫學方面的研究已逼近前二名國立大學，但在教學教育方面，仍然有改善和進步的空間，學校當局若能在教育這方面儘速投入必要的資源，相信成為世界一流大學是指日可待的。

長庚醫院體系臨床資源龐大，早年以臨床服務為導向，近年則在醫學研究上全力衝刺，已看見具體成效，在這樣重臨床與研究的環境中成長的醫學生，已經被塑造成吃苦耐勞，勤儉樸實，保守有餘，謹守本份的長庚醫院體系的員工形象。因此，長庚醫學系的學生普遍認同長庚醫院的醫療作業模式，對長庚體系以外的醫療體系不太熟悉，大部份的實習醫學生尚未規劃也不擔心未來的出路，大部份都希望繼續留在長庚醫院接受住院醫師訓練，完成訓練後也希望繼續留在長庚醫院擔任主治醫師。

長庚大學有很好的圖書館以及大體解剖教室和實驗室，基礎醫學資源非常豐富，因而可以理解基礎醫學的老師們希望醫學生能夠學到很紮實且完整的基礎醫學，然而，與醫五、醫六、醫七的學生訪談時，談及常見內科疾病的診斷與處置，大部份都是純臨床思維，不記得也無法運用醫三醫四所學習的基礎醫學知識和觀念於臨床的醫療照顧之中。這樣先基礎後臨床的教學模式，與現今醫學教育強調科學核心能力的培育，臨床照顧必須奠基於厚實基礎科學的潮流不合。因此基礎與臨床醫學整合的課程是值得注意的醫學教育趨勢。

於實習前大量密集授課的方式，固然可以避免在實習中因為上課而影響實習效果，但學生反應學習效果不佳，份量太重，無法充份吸收授課內容；將來若能落實醫三醫四基礎臨床整合，則有機會將部份醫五醫六臨床課程整合至醫三醫四，減輕醫五醫六大講堂課程時數太大的負擔。醫五醫六兩整年完成教學醫院所有臨床科別的見習，就臨床醫學知識廣度的層面而言可能很完整，然而，一般醫

學看病能力的培養，需要足夠的 hands-on 經驗以及實質責任，醫五的一至兩週的快速輪轉，學生只能跟著見習，只能看到很多「疾病」而不認識「病人」，建議至少在內科實習時，能夠延長為以月為單元的病房實習，才有機會完整地由入院照顧到病人出院；兩整年相同模式的 clerkship 見習太長，至少在醫六時能夠加重醫學生臨床照顧的責任。

長庚用擁有相當獨特的教學環境，擁有大量的住院醫師，而其中有可觀的本校畢業生以及大量的台灣其他醫學系的畢業生，如果可以在其教學醫院住院醫師的表現方面好好分析比較，以了解長庚醫學教育的長處與短處，以作未來的改進。長庚醫學院擁有令人羨慕的資源，如果學校能夠重視教育品質，好好務實，相信長庚系統除了提供台灣優質的醫療服務與生醫研究以外，可以推出合理的對教學有利的政策，為台灣培育一群優質的醫療人才。站在醫學教育的立場，我們以「愛之深，責之切」的心理，誠摯地希望長庚的行政首長能夠在體制上重視教學，鼓勵熱愛教學的基礎醫學老師與臨床醫師，將教學視為與研究、服務一樣地重要，使這些老師可以因為教學的付出在升等得到與研究一樣的尊重，在薪資酬勞方面也得到與臨床服務量一樣的肯定。

評鑑結果之建議：

過去幾年，長庚醫學院在人文及基礎醫學課的教育方面，教職及設備有很多的改善，尤其是人文科學教師增聘；硬體設備方面，包括圖書館可說是相當完善。本次訪視結果，所有訪視委員一致推薦其評鑑結果獲得通過，並希望學校可以持續努力，貫徹重視教學的政策。

決議：

「通過」至 2016 年 12 月 31 日，但需於 2011 年進行追蹤訪視。

長庚大學醫學系評鑑總評及建議決定

| 結 果 | 建 議 |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 通過 | <ol style="list-style-type: none">1. 長庚大學在推動通識教育改革上的努力值得肯定。但全校通識課程之組織架構尚未臻理想，宜重新檢討與歸類。建議增加通識課程之多元性，增加師資，以『較長期支持』的模式，深層推動、協助通識教師在教學與研究的鑽研。2. 訂定學生之修課辦法，使學生能實質上擁有跨領域學習的機會。鼓勵學生讀書風氣，並加強醫學生之溝通能力、外語能力、團隊精神以及與他系學生之互動。3. 落實基礎與臨床之整合，建議學校考慮針對此議題，舉行研討會，廣邀各級教師、醫學生及外院教師參加，以取得爾後基礎與臨床整合課程設計方向之共識。4. 加強臨床教師對學生” hands-on” 學習成效的關心，強化其評量學生的能力。並強調知識、技術、與態度三方面的表現，適時給予回饋，同時也要落實醫學生病歷寫作品質的提升。5. 校級教學資源中心、醫學系師資培育委員會、醫院醫教會三者之間的負責人是否有一定的關係需要釐清，而因為任務上的同質性，在組織架構上應有更明確的規範。6. 建議設立適當管道讓教學優良的教師有機會幫助一般教師提升教學能力。並且應該建立制度，鼓勵資深主治醫師對年輕主治醫師主動給予 mentorship，以培育其教學能力與熱誠。7. 醫學系師資培育委員會的工作內容之一為“規劃教學成效優良教師之升遷管道”，請儘速協助教學優秀，但相對地無法專心研究的老師，以留住學校的重要教學資產。8. 建議臨床技能中心能有常駐指導者(而非只有管理員)，並有示範影帶與書面/圖解說明，以幫助學生之自我練習。建議在 |

內、外、婦、兒四大科訂定實習醫師應該有之臨床能力之最低要求。

9. 建議學校鼓勵師生主動討論校園內發生之有關倫理、道德方面所發生的問題，以提高師生對醫學倫理的敏感度，而有助於醫學生 professionalism 的培育。

10. 長庚擁有相當獨特的教學環境，擁有大量的住院醫師，而其中有可觀的本校畢業生以及大量的台灣其他醫學系的畢業生，如果可以在其教學醫院住院醫師的表現方面好好分析比較，可藉此了解長庚醫學教育的長處與短處，幫忙策畫未來改進的方向。

11. 長庚醫學院擁有令人羨慕的資源，誠摯地希望長庚的行政首長能夠在學校制度上重視教學，鼓勵熱愛教學的通識教育、基礎醫學老師與臨床醫師，將教學視為與研究、服務一樣地重要，使這些老師可以因為教學的付出而在升等上，得到與研究一樣的尊重，在薪資酬勞方面也得到與臨床服務一樣的肯定。這種制度的建立也可以幫忙去除外界對學校以金錢酬庸研究與衝高服務業績的誤解。

決議：「通過」至 2016 年 12 月 31 日，但需於 2011 年進行追蹤訪視。

通過
(有條件)

待觀察

不通過