



目錄

2 會議前言

3 會議議程

4 引言

5 選才與紮根

7 選才：挑選明日良醫

8 北醫的招收醫學生計畫

13 講評

15 紮根：醫學系課程與學制

16 臺北醫學大學醫學系課程與學制

18 講評

20 台灣的現況與展望
各界對台灣醫學系學制革新與招生看法的研究

27 講評

29 回應與討論

30 總結



選才與紮根

二十一世紀的醫師培育

隨著醫療科技的進步、與醫療環境的複雜化，良醫的特質不再只是具備卓越的醫療技術與學問，更須兼具服務熱忱、有同理心、愛心、與人文素養。醫學教育旨在培育的良醫，以貢獻未來社群，醫學教育關係到世世代代的醫療品質。

為了達成此培育良醫之目標，除了完善的醫學教育課程學制外，選擇適合醫學系的學生進來就讀醫學院，更是決定醫師素質非常重要的一環。目前，要進入台灣的醫學院非常競爭，醫學院可以招收到智育成績在前3-5%的高材生，但要從醫學院畢業及通過醫師執照考試就很容易了，因此，控制醫師素質最重要的關卡是在「醫學院入學」這一關，所以挑選醫學生，實在是整個醫學教育、及醫療品質的根基。

世界各國都有自己一套選醫學生的方法，也有因地制宜的醫學系學制。大致上，招收高中畢業生的醫學系學制（例如歐洲的體系），新生數較多，學生較年輕，但就學期間的淘汰率非常高；至於招收學士後畢業生的學制（如北美），新生數較少（剛好夠），學生較年長，但就學期間的淘汰率就相對低很多；澳洲的醫學院原本採用英國的

醫學系學制，近五年來導入北美學制，而有招收學士後與高中畢業生學制並存，最大的改變是採用面談等各種方式，企圖在確認學生的適任醫師性向後再准予入學。如今，很少國家單憑智育成績來招收醫學生，而選取高中畢業醫學生，卻沒有中途退場機制的學制，也很令人憂慮，台灣當下醫學系招生與學制需要再經反省與改善。

醫學系招生與學制的改變關係到全國學生的教育規劃與生涯前途，向來是社會大眾的關注焦點，本研討會擬邀請台灣醫學教育領導人，就此議題引導對此議題之反思與展望，以裨益北醫未來教育之規劃，最終提升醫學教育與醫療品質。



會議議程

會議時間：98年4月7日（星期二）

會議地點：醫學綜合大樓前棟4樓圓形會議廳（誠樸廳）14:30-17:30

時間	主題	演講者	主持人
14:00-14:20	引言	邱文達 校長 黃崑巖 教授	曾啟瑞 院長
選才：挑選明日良醫			
14:20-14:40	北醫的招收醫學生計畫	謝銘勳 主任	劉克明 教授
14:40-15:00	講評	賴春生 院長	劉克明 教授
15:00-15:10	Q & A		劉克明 教授
Break			
紮根：醫學系課程與學制			
15:30-15:40	北醫醫學系課程與學制	朱娟秀 主任	謝明哲 副校長
15:40-16:00	講評	鄒國英 院長	謝明哲 副校長
台灣現況與展望			
16:00-16:20	台灣各界對醫學系招生與學制之看法	蔡淳娟 主任	邱文達 校長
16:20-16:40	講評	黃天祥 教授	邱文達 校長
16:40-17:00	Q & A		
17:40-17:10	總結	賴其萬 教授	邱文達 校長



引言

● 台北醫學大學校長 邱文達教授

這次研討會的主要目的，除了檢視本校醫學系生與課程改革成效以外，同時也討論台灣醫學生的招生制度，特別要考慮最近聯合委員會（Joint commission）所講究的醫療團隊觀念，其次為近年來台灣的學生都較為好逸惡勞，對環境挑戰的適應力越來越差，因此，培養能夠接受挑戰並突破逆境的醫學系學生，是當前及將來都很重要的事情。再者，現今的台灣醫學院入學競爭相當激烈，大家都會選擇前面3-5%的學生，進去難如登天，但是出來非常容易，這與歐美的觀念截然不同，所以我們對於選才應更加仔細評估。希望在這次研討會以後，在入學面試之時，我們更能掌握我們所需要的人才。

the University of Dundee講求以成效為基礎的教育：要選什麼樣的人才，就從期待之成效去回溯；但事實上，欲以5年至7年把學生教育成很有倫理觀，是十分困難的事情，因此以成效為基礎的教育還要加上一個以成效為基礎的面試：選才要在面試時就做好，那麼培育人才不會那麼辛苦；3、5年要改變一個人相當不易，而且學生們出社會後也容易迷失在社會亂象之中，所以，紮根與選才就是以成效為基礎之教育，其第一個關卡—面試，則是一個非常重要的議題。接下來我們請黃院長為我們做最精彩的介紹。



選才與紮根

● 黃崑巖教授



邱校長及各位長官，選才與紮根是一個很Timely的題目，我首先要感謝這個研討會的Organizing Committee，尤其是蔡淳娟醫師，能邀我來這個研討會致引言。邱校長對本會的期許也領教了，謝謝您。蔡淳娟醫師是專攻醫學教育的醫師，他在北醫是已經發揮了他的本領，我在車子裡也聽說蔡淳娟醫師不但是本行很專業，性格也很好，跟你的研究助理個個都很佩服，我對你的不辭辛勞來貢獻給TMAC，他對護理工作也是很有貢獻的，他對TMAC的貢獻我也很感謝，在這裡說一聲謝謝！

說一句老實話，一九九八年十月八號我去美國教育部的NCFMEA（NCFMEA是美國教育部為檢視各國的醫學院評鑑制度的特設委員會）對台灣舉行的答辯，台灣答辯以前，最近上報的

波蘭是答幾個問題就通過了，我們台灣鍛羽而歸。嗣後我們的努力，可以以一句話概括，就是借刀殺人，這包括我自己向教育部提出的組成建議，以及台灣醫學院評鑑委員會手冊的寫作，教育部於是乎於該年的十二月十六日經過全國醫學院校長的特別會議通過設立TMAC，這期間的忙碌確不可言喻，以至於我太太說我退休以後比退休以前忙，忙到連看

電視新聞的時間都沒有了。我於一九九九年，還毛遂自薦到了澳洲的柏斯去學澳洲的Australian Medical Council怎樣進行他們的評鑑。二零零二年我們自己要求美國的教育部重審我們的案子，由我及那時候是TMAC的會員之一的中央研究院院士的何曼德院士代表TMAC，一舉扳回了該委員會先前所做台灣不及格的裁定。二零零三年更是一個轉機。該年發生了SARS的疫情，這疫情曝露了台灣醫學教育的多處弱點，我又投入寫成了台灣醫學教育的白皮書，提出教育部，為當時的教育部長黃榮村先生所青睞，因而教育部開始了台灣醫學教育的六年改革計畫。



今年TMAC的第一輪的審查已經到期，第二輪的審查才開始。TMAC派了其執行長賴其萬教授偕同成大院長林其和教授前往華府答辯，結果兩人不負使命，為國內的醫學教育帶來了好消息。我們的評鑑制度通過了美國教育部的第二輪檢視，我在這裡順便向兩位醫學教育者表示慰問與感謝。

每次到美國的NCFMEA的答辯時使我難以招架的第一個問題是：貴國的大部分醫學生是一試定江山的，你怎麼會知道經過這個管道錄取的人，日後會成好醫師？這也是今天的議題之一，也是我在那白皮書裡面主張面談考生的原因之一。台灣這個社會在我看，教育界是相當保守而裹足不前的。台灣的經濟企業界，雇用一個業務員早就有面談的制度了，唯獨教育界是瞠乎其後，不敢貿然施行面談。這也是我建議教育部每年各校增加一成考生面談之原因，與其說是突然增加，不如說是漸進式的增加，給各院校有慢慢習慣的機會。可喜的是國內有志之士，尤其醫學教育界的共識之下，過去屢獲黃達夫文化基金會之贊助，提倡選才施教之重要性。欣聞各校面談之考生比例已有到了飽和點，在此舉行這麼一次研討會，有水到渠成並百尺竿頭，再求進步之效。

我個人有一個意見。這一個意見是面談的目的在挖掘適合學醫的人才，是EQ的問題。所以能夠在筆試考得出來的不要在面談時間再問，也不要找已經知道台灣的醫療制度很深的人。我們注重的是position，是他學習的position。

有關面談與選材的技巧，會直接連到七年制抑或學士後醫學系的考慮。我有三點供大家省思。第一，在這麼小的島上需要兩個以上的制度嗎？如果有兩個制度，至少在初期，有何弊端？或者是有利的情况？關於兩制度並存的利與弊，我們可以多借鏡於鄰國澳洲，澳洲最近才有一些醫學院從七年制改為學士後醫學制度，而且兩國的人口差不多，醫學院的數目也一樣，只是土地不一樣、領土有差別而已。但也要考慮兩個社會文化的不同。第二，延長修業年限二年，考生對博雅教育會有不同的看法嗎？據我個人的觀察，台灣學生對博雅教育的觀念是不會改的。這可歸罪於這個社會我所稱「中毒於學以致用的口號太深、太久」的原罪，太多的學生，醫學生或非醫學生，都把博雅教育當做營養學分。我們的社會不是沒有進步，但進步還沒有達到能崇拜有教養的人的地步。換一句話問，延長修業年限兩年，如果想不出適當的配套政策，會徒然浪費學生的時間。第三，在這樣的情况之下延長兩年，考生會不同於七年制學生嗎？我希望這個會對我的懷疑有所結論。

我虔誠的祝福本會的成功！

台北醫學大學醫學院院長 曾啟瑞教授（主持人）

謝謝黃院長語重心長的報告，我想這只是一個開場，也許我們接下來的討論就會有一個結論。接下來我們請劉克明劉副院長來主持下一個階段—「選才：挑選明日良醫」。

選才

挑選明日良醫

● 高雄醫學大學副院長 劉克明教授（主持人）

如何選擇明日的良醫是一個困難的課題，世界各國對此都相當重視，因為其過程包含從錄取到預測人們未來的行為，以及確定在這個過程中找到一個好醫生的特質等三個特徵。栽培醫師所費不貲，以英國最近一個統計來看，培養一個醫師要花費二十萬英鎊，也就是二十六萬歐元。歐美醫界人士認為，如果選才不當，將會耗費更多的社會成本，因此他們非常重視如何選擇適當

的學生來成為醫師。而選擇學生的過程是與時間的拉鋸戰，對受試者也是一個艱難的挑戰，在台灣常使用十分鐘就挑選出進入醫學院的學生；然而在英國，是在六個月內從一萬九千個應徵者中挑選出八千個學生，大概42%；美國是從四萬兩千名應徵者挑出一萬七千六百個學生，大概也是42%。台灣在時間上的壓力和學生的競爭上也很激烈—在三萬個高中畢業生中挑選一千三百個人進入醫

學系就讀。雖然畢業後醫學生將從事不同專科，但是醫生必須具備三個廣義的共同特質：第一是認知的能力，第二個是人文的能力，第三個是勤奮。具有這三個特質的學生才應該被選中。

接下來我們請台北醫學大學醫學系系主任，謝明勳教授來講解北醫的招生計劃。





北醫的招收醫學生計畫

● 臺北醫學大學醫學系系主任 謝銘勳

如何招收合適及優秀的學生進入醫學領域，是國內進行醫學教育改革首先必須面對的第一個重要環節。此外，現今社會已將“好醫生”的傳統定義從醫術精湛，已逐漸轉化到必須兼具“視病猶親”的人文關懷層面。臺北醫學大學醫學系（以下簡稱為本系）為因應近年來大學入學制度及社會觀念的改變，以及醫學教育委員會於短、中程醫學教育改革計畫中針對招收醫學生的期望，本系已推動並執行多項改善方案，經多方評估與統計，實施成效顯示整體獲得相當良好的成果。茲將過去四年已推動的計畫內容，實施成效所遭遇的困難及解決方式等項目進行以下報告。

1. 擴增醫學系甄選錄取比例

為徹底落實招收適合習醫的優秀學生的目標，過去四年本系持續提高甄選入學之名額及比例，從九十四學年度之九名（佔核定名額百分之七，只有個人申請），逐年大幅擴增至九十八學年度之六十五名（佔核定名額百分之四十八，包含學校推薦二十五名及個人申請四十名），系招生委員會於定期會議中審視每年的招生狀況及各類學生之表現，適度調整學校推薦及個人申請的人數及比例。依教育部目前相關規定，大學申請入學名額以核定招生名額40%為上限，因此本系決定將逐年開放甄選招生錄取名額。經

九十二學年度第二學期醫學系招生委員會決議將甄選入學招生人數朝達成40%上限為目標。同時，為招收到最適合習醫而非單是學業成績優秀的學生，從放寬大學學測申請標準，提高國文及英文計分比重，並且注重推薦函、學生服務事績、各項才藝及競賽表現等項目來加以評估。

目前全國各醫學系可利用安排面試甄選的時間，皆於3月底至4月底的一個月內。又牽涉學校日常的上課，因此造成皆集中在4個周末時段，各醫學系面試有嚴重衝突的狀況。加上申請各醫學系的全國學生皆相當集中在特定學測成績優秀的學生族群，造成各醫學系有爭奪成績優秀學生的情況，且近兩年來的情形更是明顯。造成此一現象並無法由單一因素來解決。而此現象更衍生出學生多重錄取佔用名額造成面試資源大量浪費的後遺症。當然較根本解決之道是請大學甄試委員會放寬醫學系面試時程，以利各醫學系有較充裕的時間進行面試工作。但由於牽涉的層次較大，可能無法立即解決該問題。因此，本系將朝向幾個技術性方法來解決：(1) 避開與本系同質性高或各醫學系面試可能集中的日期，(2) 擴大甄選人數至2.5或達到3倍率。

在現行大學多元入學方案的制度下，學測或在校成績經大考中心第一階段分發篩選後，通過之考生可同時報考多個學校。因

此，每年各醫學系之間錄取之學生多有重疊，造成無法達到每年既定的錄取人數，致使藉由提高甄選入學比例來挑選合適學生的美意受到一些阻力。此外，經由甄選方式入學比例及應試人數逐年增加，導致通過大考中心篩選後可面試的學生大量增加，原有書面審查及面試工作的形式，已不再適用。本系為因應此一重大變革及趨勢，已提擬一系列妥善計畫，針對以下項目提出改進措施：(1)重新訂定大考中心學測篩選標準，及各科目所佔甄選總分比例。(2)改進書面資料審查中評分項目之比例、評分方式，及所佔甄選總比例。並同時參考國內外各大學醫學系申請入學相關書面資料審查之項目及評分方式。(3)面試方式與評分標準的訂定，面試委員的培訓，每年固定舉辦面試委員的workshop，期望各面試委員之評分標準能夠儘量趨於一致。(4)在設定最低錄取標準並確保錄取學生之整體素質等前提下，提高備取的錄取名額。

2. 建立公平公正及透明化的甄選制度

舊有大學聯招考試分發制度其最能夠被社會大眾所接受的即是考試的公平性。因此，推動醫學生甄試招生制度更需謹慎及週延的進行招生事務，要求各項評分及項目皆訂有明確之標準及給分準則，以確保制度之公平公正性。於面試舉行前本系會召集所有面試委員進行行前會議，就各相關注意事項，及評分方式達成共識，並同時要求各面試委員簽署保密及利益迴避書。過去幾年，皆有委員們自動申請迴避，對於委員們的配合表達敬意及感

謝。

關於以面談方式挑選適合行醫之醫學生，北醫醫學系與本校負責大學入學招生事宜之教務處綜合服務組，皆能夠密切配合及相互協調，在每學期固定召開討論會議，期使招生工作得以圓滿達成。因此，在執行及推動面試計畫等相關工作上，並無遭受特別的阻力。其實最大的困難應該是來自於面試學生，儘管這些學生都是經由非常優異的學測成績而篩選出來，卻有太多的面向及外在、內在因素，使得面試委員有相當大的難度去挑選真正適合的學生。大致歸納有以下幾項因素：(1)許多明星高中都會委請上一屆畢業並以錄取醫學系之學長姐協助面試學生，並收集歷年各醫學系面試內容及方式擬定因應對策並且加以練習。(2)大學聯招會給予各醫學系辦理甄試入學時程僅約一個月，各校也只能在四個週末中選擇其中一次舉行面試，因此時間上的緊迫性造成面試委員無法有較充裕的時間對於面試學生有比較客觀的評估及觀察，因為現今的學子們的掩飾性相當高。(3)對於心理、個性或是情緒素質不佳的面試學生，目前各醫學系並未全面實施心理測驗，或是將已實施心理測驗的結果納入錄取成績的一部份。因此如何有效評估心理素質優良且適合習醫之醫學生，將是未來將面臨的一個問題。

3. 挑選合適及具本系特色之優秀醫學生

本系之教育使命與目標為
「培養人文關懷及社會服





務熱忱的專業醫師」，以及加強推動本系國際化的腳步，因此在甄試入學學科分數篩選條件中，增加英語及社會兩科計分的比重藉此挑選具本系特色之優秀醫學生，並凸顯本系在醫學生培育養成之特色-即具有良好之文學造詣，國際文化交流的能力，以及具有社會人文關懷。如何從眾多優秀的學生中，篩選出適合醫師職業的人格特質，配合北醫大的教育理念，成為以人為本的醫師，已是本系醫學教育的重要目標。因此，透過申請入學面談機制，深入瞭解其人格性向及臨場組織反應能力，始能篩選出講求團隊合作，並以病人為主的醫學生。北醫大醫學系針對整個篩選流程及面談的規劃，包含以下幾項重點：(1)定期召開系招生委員會研擬各項招生相關事務，(2)召開面試委員會及核定面試程序、面試方式及訂定評分標準，(3)進行資格及書面資料審查，(4)收集面試學生及面試委員對於各學年度面試實施方式及規畫之滿意度分析及所提供之建議。

目前甄試入學的制度分成學校推薦及個人申請兩個部份。此兩部分學生的篩選來源及方式有所不同，學校推薦是採學生在高中前兩年半之學業成績，來提出申請，但申請學校可向大學甄試委員會申請採計的學業成績百分比是全校或班級的百分比，且學校推薦有限制經由此方式申請的人數，每校皆有一個限額，因此，此種方式無論在成績採計的公平性上可能會有一些討論的空間。

經由學校推薦錄取的學生，也比由個人申請錄取學生有較多的限制。這些因素造成大多數學生比較偏好透過個人申請來入學。然而當初學校推薦設立的美意，其中一個重要因素便是平衡城鄉的差距。經由過去幾年的統計結果分析，學校推薦入學的學生，有

許多並非出身明星高中，然而這些學校推薦之學生學業成績及其他方面表現卻是各類學生來源表現中最優的。因此未來如何鼓勵學生透過學校推薦的方式，是將來在招生方式上需要多加思考。要改善此一問題可能需要大學甄試委員會來相互配合討論對於學校推薦部分的規範與某些限制。

如何在短時間內得知面試學生的身心狀況在面試過程中，將是面試委員所面臨最大的挑戰。參加面試的學生多是來自明星高中，不論是家庭或學校亦多是有計畫的培育，因此這些學生多可由之前學長姐，學校或是其他方式，皆可獲得各醫學系之前面試的實施方式。因此，在面試前大多已多所模擬訓練，造成在面試的時候，很難去真正了解各個學生將來在習醫的過程合適性為何？本系目前於面試時亦同時實施人格心理測驗，偶爾亦會發現異常的學生。然而檢視各醫學系面試錄取標準中，尚未有任何醫學系將心理適合度納入錄取與否的標準中，這應該是各醫學系是否應該達成一個共識的原則。或許這也牽涉到所謂客觀評量，以及學生是否也會獲得心理測驗考古題的可能性。未來將先收集至少實施三年心理人格測驗的數據分析，參照這些學生過去幾年各項指標的表現，再從系招生委員會提出，由會內大家凝聚共識未來將心理人格測驗納入錄取標準之可行性。

4. 招生朝向多元化 及加速國際化腳步

為因應本校擴大國際化之政策，本系近年亦逐步提高招收優秀外國學生的名額，藉此希望透過不同國際文化之交流，進一步擴

展本國醫學生之國際視野及世界觀，為本校朝向國際化大學奠定基礎。此外，為使本系學生來源更加多元化，每年皆固定招收六名校內成績優秀之轉系生，近年來學生多來自藥學系、醫檢生技系之優秀學生。統計資料顯示，轉系生轉入醫學系後各項表現的確優於其他各類學生，顯示學生來源的多元化有助於本系招生之正向發展。

5. 持續培訓面試教師的訓練及講習

為因應未來每年快速增加的面試學生人數，確保面試工作之公正性，以及挑選俱備人文關懷的學生，由醫學系系招生委員會將遴選涵蓋基礎與臨床醫學相關領域的委員、人文社會委員以及具精神心理評估專長的委員，每年由醫學系系招生委員會進行遴選，經系主任同意，呈請院長核可，報請校長任命之。委員之遴選、任命過程均以密件進行。期望透過公平的面談方式，篩選出心智穩定健全、誠實、臨危不亂，具組織判斷力，自主性思考，善於溝通，能團隊合作的醫學生。面談委員每一年皆需接受相關面談訓練或有招生面談經驗。目前已有45位具助理教授以上資格之專業教師來共同參與訓練課程，其中包括15位種子教師以及30位儲訓教師。北醫醫學系希望藉由“甄選面試種子與儲訓教師”訓練計畫，來培養未來所需要足夠的面試委員。其中，面談、提問及追問的技巧將是儲訓面試委員的受訓重點，15位種子面試委員的首要任務便在於將這些技巧傳授給各個儲訓面試委員和面試試務的經驗傳承，而來協助儲訓教師的養成。面試委員訓練計畫將由

北醫醫學系及校內CFD（Center for Faculty Development）來進行相關規劃。每年定期召開一次面試工作坊或招生面試會議，借重面試委員的經驗及相互觀摩，吸收彼此不同的心得，來進行檢討與改進面試試務的缺失。此外，本系與教師發展中心將每年固定舉辦招生面試研討會及面試訓練課程，以半日的課程為主，由此課程持續加強面試委員之面談技巧，以挑選適合習醫性向之優秀學生。順利完成面試工作是需要長期經驗的累積，也同時需要各個領域的專家教授共同參與。因此，本系每年皆定期舉辦醫學系面試教師訓練講習，相互吸取經驗，並將面試經驗集結成專刊，加以傳承。

目前北醫大醫學系辦理面試招生入學已有數年累積的豐富經驗及完善之規劃，歷年面談之學生人數也將近有六百人次，因此系內面試教師參與機會也相當多。由於甄選入學招生比例已逐年大幅提高，如何繼續增加面試委員的人數，如何培育更多面試委員，加強教師的面談技巧等議題仍是醫學系招生委員會及教師發展中心亟需積極推動的目標。

目前北醫大醫學系辦理面試招生入學已有數年累積的豐富經驗及完善之規劃，定期舉辦面談技巧的訓練相關之研習會及工作坊，藉以培育及儲備面談人才。因此，系內面試教師參與機會也相當多，基礎及臨床教師參與程度相當踴躍，因此在這方面並無遭遇太大的困難。由於甄選入學招生比例已逐年大幅提高，如何繼續增加面試委員的人數，如何培育更多面試委





員，加強教師的面談技巧等議題仍是醫學系招生委員會及教師發展中心亟需積極推動的目標。

未來，北醫醫學系將利用以下幾個項目來自我評估有關面談技巧的訓練計畫以及面談人才的培育計畫之執行成效：(1)面試委員是否能夠對每年所舉行的甄選入學面試研討會其成效加以評估，(2)面試委員是否能夠對每年的甄選面試工作在甄選入學面試研討會中提出缺失改進，(3)面試委員對每年舉行的甄選入學面試研討會之內容是否感覺有助於面試工作，(4)每年系內共同參與面試工作之種子與儲訓委員之比例。

6. 建立甄選入學學生學習及表現評估機制

建立甄選入學學生學習及表現評估機制是整個甄選制度成果優劣最正要的一環，但也是最難由各種不同的指標加以量化，並且需要投入大量的人力、物力及時間，加上長時間的追蹤考核。本校已於去年經由教務處教學資源中心整合全校各行政、系所單位密集開會，全力推動建立每位學生個人基本資料系統「e-Portfolio」，其內容包含學業成績，課外活動表現、操行、導師輔導、服務、實習成績考核等部分。未來幾年將可利用此一完整的資料庫來進行本系各類招生入學方式及錄取標準的一個重要參考。

如何評估是否已經達到「對於以面談方式挑選適合行醫之醫學生」的目標及執行的成效，本系將分成幾個項目來評估：(1)本校已全面推動並建置各系所每位學生的個人檔案平台（e-portfolio），(2)評估經面談入學之

學生在學業方面的表現，(3)評估經面談入學之學生在公共服務方面的表現，(4)評估經面談入學之學生在校內參與社團活動的表現，(5)評估經面談入學之學生在同學間互動的表現，(6)評估經面談入學之學生在臨床實習期間的表現。

過去四年本系已設定各項分析指標，並且加以統計分析，其結果顯示本系甄選入學的學生在學業方面的表現，例如各學期之平均成績及獲得智育獎兩項，確實比一般生（指考生）較為優秀。其他甄選入學的學生在非學業方面的表現，例如在服務方面（擔任系學會或是班級幹部），學術研究方面（修習醫學研究課程），以及參加校際運動競賽獲獎等方面，也顯示比一般生（指考生）較為優秀。此外，在心理及行為方面（操行成績及心理輔導紀錄），統計資料分析顯示甄選入學的學生較一般生心理素質及行為上來的穩定。

7. 舉辦招生及新生入學說明會

於每次甄選入學公佈錄取名單及填寫志願前，為了增加與優秀錄取生及家長間的溝通，本系皆會舉辦新生入學說明會，務求甄選入學試務更能夠圓滿結束。

以上簡要概述本系過去幾年在甄試入學及招生計畫所做的努力以及成果，希望未來能夠達到為本校以及社會、國家收到預期的成效，在培育優秀醫學生的任務中能有豐碩的成果。

北醫的招收醫學生計畫

講評

● 高雄醫學大學醫學院院長 賴春生教授

講評就是要把社會關心的議題提出來供大家思考。各個學校的辦學目標都是一致的，都希望招到最優秀的學生，校長、院長、系主任，還有董事會、董事長都非常關心這些排名。公費生的排名，北醫第一名，中山醫學大學第二名，台大則第三，北醫謝主任詳盡的報告中提到、獎學金的草案不見得有效，還是因為有其他的因素在。

除了獎勵措施，有些學校用加重計分的方式，例如長庚大學有三科加重計分，中山醫學大學有兩科加重計分，但報紙公佈錄取名單時是沒有考量原始分數的，因此報紙上所看到醫學院排名的更迭，其實都是加權分數的因素。然而，以過去五年的學校排名紀錄來看，其順序極少變動，學校辦得再好，最後的排名仍是照地理位置分配、或按資源分配。

在一個良性競爭的體制底下，進行分數加權的目的何在？究竟是為提升排名呢？還是為了招收某一個科目表現特好的學生？而這些學生的學習成效是否真的較好呢？是否曾為此做過評估？如果沒什麼差異，那為何要分數加權？加權後的學校排名往往會讓一般社會大眾有所誤解，每次指考後公佈的錄取排行榜，排名降

低的學校都要費一番口舌跟社會大眾和校友們做解釋；那麼這些分數加權到底是為了提升排名的功利主義的取向，還是為了吸引某些科目有特優表現的學生的菁英主義教育？台灣很小，某一個學校採取了某動作，其他學校也會跟進。用金錢來獎勵優等生、吸收這些優等生的目的在哪裡？是為了提高錄取分數、使排名往前嗎？而這些優秀的學生沒有到台大、陽明、或成大，而到北醫後，校方有因材施教嗎？這是攸關教育的過程（educational process），雖然剛剛邱校長所講的以成效為基礎是很重要的教育原則，





但實施這個策略時，應該以共識為開始，切勿演變成十一所大學競相以金錢來獎勵優秀學生，「Figures don't lie people, but people lie figures！」人們往往將數據七拼八湊，完全顛倒其本來的意涵。

高醫的一個特色是特殊生比例較高：僑生佔10%、其他學生佔7.65%；而最大特色是培育原住民醫師，或到偏遠地區做醫療服務的人才。在成績上或許不如其他學校出色，但這些醫師對社會的貢獻並不亞於其他學校的醫師。

每個學校都希望招到人格、人文修養等各方面較好、較能夠成為良醫的學生，所以大家採用口試。但是過去面談的過程是否真的客觀化、結構化？所謂客觀化是題目適合不適合、有沒有經過討論、有沒有經過委員會（committee）的集思廣益和討論，剔除對政治、性別、各種先入為主或有爭議的題目。估計辦一場客觀式、結構式面談OSEI（Objective Structure Entrance Interview）要花台幣五十萬，資源的投入和成效的產出是否合理，而經過面試的學生是否真的較優秀？雖然尚無絕對的答案，但至少這些測驗的前測、後測還有問卷的結果，都使多數人有共識，認為這些測驗使入學面試成為公平、公正、可以減少人為操弄手段。以高醫為例，高醫的方式是設十站，每站一位老師，從第一站的自我介紹到最後一站，即是剛剛黃崑巖院長談到的學習潛能（learning potential），學生需要自我學習，雖然這種OSEI需耗費許多人力、物力、財力來探測學生的學習潛能，但是很值得。

有若干研究報告討論如何評估、篩選符合需求的醫學生，包括認知、論析的能力、個人的人格特質、及道德；其實不論選用什麼標準，最後的結論都是一樣的，都是要符合社會所需求的醫療人員特質，因此所挑選的醫師是否能夠符合目前一般大眾的需求，就是需要常常被檢視的。必須以證據為基礎（evidence based）來說明社會所需要的是什麼，然後將之導入醫學院選擇學生的起始點，視之為重要的一個參考。

所以作一個簡單的回應和評論，多元入學是好的，希望學生來源包括原住民、離島生等，期待有一天能夠延伸到各學系，那才算是真正的教育背景不同、工作背景不同的多元學生，他們進到醫學教育的軌道來服務更多不同層面的社會大眾。因此，招收醫學生要盡量公平客觀地去評量；特殊的學生進來後要予以輔導、因材施教；面談可能只有幾十分鐘，但是教育是一輩子的事情--百年樹人！整個選才的目標是相當一致的，希望能夠招收到適合當醫生的學生，假設絕大部分這分數頂尖3%的學生都是非常優秀的，那麼要如何排除不適合當醫生的學生就是個重點，所以在口試的時候，必須有兩個極端的題目，例如在沒有壓力及在有壓力的情境之下，看考生的反應如何。面談考題是一種情境，不是選擇題，評分標準要經過委員們的討論，才能夠在短時間裡用客觀化、公平化的題目來彌補觀察時間不足的實際問題。

紮根

醫學系課程與學制

● 台北醫學大學副校長 謝明哲教授（主持人）

由邱校長引言所述，成為一個良醫應該具備三個要件：服務精神、面對挑戰的能力和專業素養。至於要如何選擇明日良醫，謝銘勳主任以北醫醫學系為例，高醫賴院長也提出內容精闢的講評；我們再下來要談為醫學系學生紮根的重要工作，這個單元我們非常高興請到北醫醫學系的副主任，也是北醫醫學系病理學科的主任來講這個主題，她是北醫醫學生心目中的良師，上她的課可說是如沐春風，教學研究都非常傑出，曾經得到北醫的教學傑出獎。





臺北醫學大學 醫學系課程及學制

摘要

● 醫學系基礎副主任 朱娟秀副教授

北醫醫學系近年來致力於課程改革及教學品質提升。課程規劃乃依據本系之使命及教育目標，參考教育部醫學教育白皮書、推動醫學教育改進計畫及目標及醫學院評鑑委員會（Taiwan Medical Accreditation Council, TMAC）評鑑之建議，進行整體課程改革。96年8月17日系課程委員會通過九十六學年度入學生三至六年級基礎及臨床教學整合

之四年醫學專業課程規劃，新課程並經系務會議、各級課程委員會通過，於九十八學年度醫三全面實施，其中臨床教學課程改革並於九十六學年度開始於醫學系五年級學生實施。醫學系七年課程主要可分成三個學習時段，一、二年級為通識人文教育；三、四年級及五上為基礎臨床整合教學；五下、六及七年級為醫院臨床教學。新課程畢業學分為242學分，比以前減少24必修學分。

本系訂有核心能力指標及內涵，並依此作為開設必修及選修課程之依據。本系七項核心能力指標包括：(1)專業價值、態度、行





為和倫理、(2)醫學科學基礎知識、(3)溝通技能、(4)臨床技能、(5)群體健康和衛生系統、(6)信息管理及(7)批判性思維和研究。

醫三至醫五上的教學是以系統為單元的區段式基礎臨床整合課程，三上為正常人體構造與功能的整合課程，三下是免疫及傳染病學與公共衛生學的整合課程；四年級為各系統的基礎臨床醫學整合課程，包括病理、藥理、影像診斷學及相關臨床內外科教學；五上為臨床醫學特論。每一教學區段中，必修學分包括有基礎醫學、臨床及人文相關課程講授，臨床病例PBL小組討論，實驗及臨床技能課程。

五下至六年級為完整連續的實習醫學生（clerkship），醫院臨床教學包括內科16週、外科16週、婦產科6週、小兒科6週、其他臨床科12週及自選實習8週，七年級為實

習醫學生（internship）。本校醫院臨床教學特色為多元化臨床學習環境、跨領域（含醫學系、護理學系及呼吸治療學系）臨床技能教學、自選臨床教學課程、國外醫院交流及典範教育。自選臨床教學課程目的是建立自主、多元且深入的臨床教學課程，學生在六下醫院實習期間，有八週可自由選擇至附屬教學醫院、國內外知名教學醫院、醫療行政機關及基層醫療院所實習、至研究單位研究或參與國內外醫療服務。

醫學系在課程改革過程中，多次邀請校內外專家教師，舉辦課程研討會、跨學科課程準備會議，與教師學生溝通討論，獲得共識後推行，已完成三至六年級基礎臨床整合之四年醫學專業課程。此課程架構亦可適用於學士後醫學系或六年制學制。



臺北醫學大學 醫學系課程及學制

講評

● 輔仁大學醫學院院長 鄒國英教授

醫學教育的成效以課程規畫為基礎，建立對醫學生的期待，再透過教育和啟發，達到預期的成效。北醫的課程規劃可分為三個方面：醫學人文、通識教育以及基礎臨床整合課程。三四年級基礎臨床的整合課程，無論是解剖學、病理學或是藥理學的課程，大致上仍以講堂授課為主，再加上少數的實驗課、及三至四小時問題導向學習（PBL）。在核心能力部分，囊括了專業知識、臨床技

能、溝通技能、批判性思考等各方面，但在自我學習的培育上似乎較為欠缺。五、六、七年級，到不同的醫院甚至國外去見習或實習的課程，在實行上是否會遇到困難？要事先預防或事後因應。另外在臨床實習的部分，在最理想的情況下，六年級學生應在一般內科跟一般外科的病房實習，若安排學生到各次專科病房（如心臟內科和胸腔內科）一至二週，會影響到學生以病人為對象的學習（primary care），安排學生到重症加護病房學習更為不恰當。另外，在北醫的課程規劃中，學分最重的課是免疫跟傳染病學的六學分，應注意學生是否因此容易達到二一（被當掉）。

另外，醫學生在進入臨床實習前，有4-5天的臨床技能實做訓練，但這些實做學習需要一些時間，實做訓練只能教導一些操



作性技術，而病史詢問、身體檢查方面，如果能在三、四年級時配合相關課程，給予學生若干臨床的、實用的講堂教學、病史詢問、特殊疾病、重要疾病史及身體檢查等方面，逐步教給學生，並進行演練（學生相互演練、使用模具、模擬病人及真實病人），效果應該會比實習的時候才加強來得好。從北醫改變醫師養成教育可看出，醫學倫理不應只藉由演說的方式傳授，更要給予學生臨床實務上可能碰到的臨床論理的議題，作更深入的討論、辯論。以輔大醫學系為例，輔大醫學系倫理相關的課有人生哲學、生命倫理學和醫學倫理；生命倫理學教導學生基本的倫理原則及判斷、分析個案之方法，五

年級臨床實習期間，要求學生將符合醫學倫理的情境記錄下來，到了六年級的醫學倫理課時，無論是利用老師所寫的情境或是學生碰到的實況為課程材料，進行個案解析、討論、分享，都能使他們更易了解人文實踐的意涵。

台北醫學大學副校長 謝明哲教授（主持人）

謝謝鄒院長非常好的講評！讓我們的課程改革能夠更踏實。接下來這個單元要由校長來主持。



台灣的現況與展望

各界對台灣醫學系 學制革新與招生看法的研究

● 台北醫學大學醫文所暨萬芳醫院小兒科 蔡淳娟教授

委託單位：教育部醫學教育委員會 執行單位：國立成功大學醫學院

背景

若說台灣醫師的養成教育急需改變，可能將令許多人產生不平之鳴，按著傳統的軌跡，醫師們以受栽培的方式，依樣栽培後進，百年來穩定地進行著，似乎並沒什麼不好？何必要變？然而，隨科技的進步、醫療型態丕變，如同西方醫學教育工作者，台灣的醫學教育界已經注意到許多醫師培育上的諸多問題，他們憂心忡忡地問著：“我們到底要如何才能培養出更好的明日醫師？”我們想了解的是，究竟各界所擔憂的是什麼問題。本研究乃由教育部委託成大醫學院進行。

良醫的特質不只是具備卓越的醫療技術與學問，更須兼具服務熱忱、有同理心、愛心與人文素養。招生制度是醫師培育成功的重要基礎，招生方式更牽動醫學系學制的設計，因為傳統醫學系的招生方式難以檢視上述良醫特質，我們需通盤檢討學制與招生的改革。

如同其他的變革進行，招生與學制改

革的第一階段工作是了解各界對此議題的意見，包括來自醫學學界/專家、學生、社會大眾之意見與共識，並了解法令基礎。

本研究的研究問題包括：

1. 當下醫學生/醫師有問題嗎？醫學系改制的需要性如何？
2. 理想的醫學系學制為何？
3. 招生的理想作法為何？
4. 改制的時程？

本研究的進行期間由2008年4月至2008年12月，以焦點團體或（網路）問卷蒐集資料，接受訪問/問卷的對象包含國內各界相關人士及國際知名學者。

國內受訪對象：（網路）問卷預計回收2000份，結果回收1658份。

行政主管：教育部、考選部、衛生署官員、醫學院校主管

教師：醫學院校教師、非醫學系教師

學生：醫學系學生、非醫大生、高中生

其他：家長

專家焦點團體：包括來自11個醫學院的院校長、醫學系系主任、及教育部、考選部、衛生署官員。進行四次座談會，並於各次會後確認會議記錄。

國外：以網路專家問卷蒐集、必要時加上專家訪談。共計11份，除了1位受訪專家外，其餘10位均曾受邀來台灣訪問。國際專家部分未在此報告。

國內接受網路問卷受訪對象中以醫學系學生最多（佔73.7%），其次為醫學系的教師（12.7%），雖然行政主管受訪者人數不多（37人），但因為完整涵蓋11所醫學院校主管及相關官員，故其意見代表重要意義。（表1）

資料的來源：學生組以中山、北醫與成大為主佔最大多數，至於行政主管與教師的意

表1：各群組受訪對象分析 - 性別年齡

性別	行政主管	教師		學生			家長	加總
		醫學系	非醫學系	醫大生	非醫大生	高中生		
男	30	152	18	793	36	16	18	1063
女	7	58	11	429	50	24	16	595
女男比	1:4.3	1:2.6	1:1.6	1:1.8	1:0.7	1:0.7	1:1.1	1:1.8
平均年齡	51.16	46.84	44.61	21.85	24.88	16.82	47.94	36.30
SD	5.60	8.04	9.01	3.01	5.42	0.77	7.33	5.60
總人數	37	210	29	1222	86	40	34	1658
%	2.2	12.7	1.7	73.7	5.2	2.4	2.1	100

表2：各群組受訪對象分析 - 學校

受訪者學校	行政主管 人數(%)	教師		學生	
		醫學系 人數(%)	非醫學系 人數(%)	醫大生 人數(%)	非醫大生 人數(%)
台大	1	3(1.4)	2(6.9)	5(0.4)	11(12.8)
成大	7(18.9)2	26(12.4)	3(10.3)	130(10.7)	4(4.7)
陽明	2(5.4)	16(7.6)	3(10.3)	25(2.1)	7(8.1)
長庚	2(5.4)	5(2.4)	3(10.3)	23(1.9)	18(20.9)
慈濟	0(0)	11(5.2)	0(0)	6(0.5)	0(0)
輔仁	1(2.7)	0(0)	7(24.1)	10(0.8)	12(13.0)
北醫	8(21.6)	42(20)	3(10.3)	392(32.1)	1(1.2)
高醫	9(24.3)	15(7.1)	0(0)	71(5.8)	6(7.0)
中山醫	2(5.4)	76(36.2)	1(3.5)	494(40.5)	0(0)
中國醫	2(5.4)	9(4.3)	4(13.8)	63(5.2)	23(26.7)
國防	1(2.7)	7(3.3)	3(10.3)	1(0.1)	0(0)
考試院	2(5.4)				
其他					4(4.7)
加總	37(100)	210(100)	29(100)	1220(100)	86(100)

見，除了上述三校，高雄醫學院也有不少教師與主管填寫問卷。因此，此研究的結果特別反應這幾個學校的參與者之意見。（表2）

至於當下醫學生們有些什麼問題？因為人的自省能力被認為是不足的，因此，只訪問教師與行政主管，以他們的觀點來看這個問題。

當下學生的問題主要出現在：服務熱忱不夠(4)，人際溝通不良(5)，成熟度不足(6)，抗壓性不足(8)，批判性思考能力不足(9)，一般醫學及全人照護能力不足 (10)。

非醫學系教師特別有不良的感受，除了上述問題外，超過一半的非醫學系教師也感覺到習醫學生的“習醫的動機不強或不良”，其原因很可能是醫學生對“非醫學”的通識課程較沒有學習熱忱，或缺少對非醫學領域教師的尊重，讓非醫學的教師感到失望，正體而言，幾乎只有“學習能力”一項

被認為不會是醫學生的一個問題。（表3）

上述問題牽涉成為良醫的條件，但卻都是些較難改變的人格特質，以及習醫的動機，也都是較難以紙筆測驗挑選學生的理由，紙筆測驗之外，應該加上面談等方法來挑人，因為考慮到合宜的面談時機，就引起了醫學系學制的省思，到底這些方法真的能改變上述問題嗎？行政主管及醫學系教師們認為可以經由學制及招生方式之改變而可以得到改善之問題包括（>50%答覆“同意”或“非常同意”）：成熟度不足、批判性思考能力不足及一般醫學及全人照護能力不足；而行政主管更認為學生差異性不大、及抗壓性不足的問題；非醫學系教師也認為「習醫的動機不強或不良」、「學習態度不佳」、及「服務熱忱不夠」都可以得到改善。總而言之，除了「學習能力」這項問題，各方多半對招生與學制的改變持正面期待。（表4）

表3：行政主管及教師認為目前台灣醫學生的問題

醫學生問題	行政主管 N=37		教師			
			醫學系 N=210		非醫學系 N=29	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
1. 習醫的動機不強或不良	13	(35.1)	82	(39.8)	16	(55.2)
2. 學習態度不佳	11	(29.7)	83	(39.7)	13	(44.8)
3. 學習能力不足	6	(16.2)	28	(13.5)	10	(34.5)
4. 服務熱忱不夠	17	(47.2)	110	(53.1)	18	(64.3)
5. 人際溝通不良	17	(45.9)	92	(44.0)	17	(58.6)
6. 成熟度不足	27	(75.0)	112	(53.8)	18	(62.1)
7. 學生差異性不大	17	(45.9)	52	(25.0)	13	(44.8)
8. 抗壓性不足	25	(67.6)	122	(58.4)	17	(60.7)
9. 批判性思考能力不足	20	(54.1)	107	(51.7)	19	(65.5)
10. 一般醫學及全人照護能力不足	17	(45.9)	106	(50.7)	20	(71.4)

若要施行面談選人，適合面談招生的時機就是一個重要的考量，究竟應該在高中畢業後，還是在大學畢業後（學士後學制）？以下列符號標記--- 醫學院年數 + PGY年數；6+1,6+2, 7+1, 4+4, 4+3。

理想的醫學系學制為何？各界對兩種學制並行之看法，除了非醫科學生及高中生外，大多數人士皆不贊同兩制並行，尤其高達81%家長不贊成。（不贊同並行表示希望施行單一學制）（表5）

至於若全面實施單一學制，究竟是傳統學制好呢？還是學士後學制（後醫制）？各界人士之反應可以說非常分歧，在醫學院主管與醫學系教師幾乎是各半，非醫學系教師較多贊成後醫制，而醫科學生及高中學生/家長則較多贊成傳統學制，但是整體而言，贊

成後醫學制的比率也接近一半。（表6）

至於選擇醫學生的方法，由傳統清一色的指考（一試定江山）的方式，逐年加重了以推甄與申請入學方式的比率，若問各界人士，贊成指考方式應該占多少比率，則教師與行政主管的主張約分別為 $44.6 \pm 25.3\%$ 、 49.1 ± 19.9 ，主張比率不要超過50%，而學生則略高 $62 \pm 21.5\%$ 。三組間有統計上差異，學生人數很多，因此SD小。（表7、圖1）

以面談選人，向來面對許多挑戰，考官們當然希望在面談中能鑑別出所有良醫的特質，然而在短暫的時空與有限的資源中，能有效掌握到的重要特質其實很有限，除了一定要釐清考生習醫之動機外，到底還值得注意哪些考生特質呢？在面談中，被認為最

表4：行政主管及教師們認為可以經由學制及招生方式之改變而可以得到改善之問題

醫學生問題	行政主管 N=37		教師			
			醫學系 N=210		非醫學系 N=29	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
1. 習醫的動機不強或不良	16	(43.2)	92	(44.0)	17	(58.6)
2. 學習態度不佳	13	(35.1)	91	(44.0)	18	(62.1)
3. 學習能力不足	11	(29.7)	84	(40.4)	11	(39.3)
4. 服務熱忱不夠	12	(32.4)	73	(35.1)	14	(50.0)
5. 人際溝通不良	16	(43.2)	91	(44.2)	14	(48.3)
6. 成熟度不足	23	(63.9)	107	(52.2)	15	(51.7)
7. 學生差異性不大	18	(50.0)	65	(31.6)	7	(25.0)
8. 抗壓性不足	21	(56.8)	83	(39.9)	10	(34.5)
9. 批判性思考能力不足	21	(56.8)	110	(53.7)	13	(44.8)
10. 一般醫學及全人照護能力不足	21	(56.8)	112	(53.6)	19	(65.5)

人數：同意 + 非常同意



不需要評量的是“才智能力”與“具文化敏感度”兩個面向，這可能正反映台灣當下對“具文化敏感度”的重視程度。

家長們的意見可能可以反映社會人士的看法，他們可能不清楚面談的意義，或傾向於認為醫學是高深的專業，而認為要測驗學生是否具備才智能力，將來在溝通中需對社會大眾釐清。（表8）

賴其萬教授考量國內環境，認為目前七年制醫學系教育制度在醫學系唸到四年級完以後，如果決定不唸醫學的話，因為所修學分並未達到授予學士學位的標準，所以醫學生無法轉唸研究所。同時如果醫學教育全面改為四年制學士後之學制時，醫學系勢必因為由七年學生改為四年學生，對學雜費收入的銳減造成財務上的困擾，以及因為通識課

表5：兩種學制並行之看法

並行方式	主管(%)	教師(%)		學生(%)			家長(%)
		醫學系	非醫學系	醫大生	非醫大生	高中生	
4年制+6年制	18.75	13.66	20	15.72	28.57	27.03	6.25
4年制+7年制	15.63	16.39	8	13.84	12.99	18.92	9.38
6年制+7年制	0	6.01	4	6.64	10.39	13.51	3.13
不贊同並行	65.63	63.93	68	63.80	48.05	40.54	81.25

人數：同意 + 非常同意

表6：全面實施單一學制之看法

學制	主管(%)	教師(%)		學生(%)			家長(%)
		醫學系	非醫學系	醫大生	非醫大生	高中生	
4+4制	18.75	19.57	17.65	26.04	12.20	21.43	36.36
4+4+1制	50	39.13	17.65	42.45	31.71	50.00	9.09
4+4+2制	31.25	41.30	64.71	31.51	56.10	28.57	54.55
Total	(50)	(48.9)	(63)	(34)	(52.6)	(40)	(35.5)
6年制	0	0.00	0	5.64	5.41	0.00	0
6+1制	31.25	26.04	0	31.01	5.41	14.29	25
6+2制	50	47.92	40	32.48	27.03	57.14	45
7年制	18.75	3.13	10	8.32	5.41	0.00	10
7+1制	0	16.67	10	12.48	21.62	19.05	10
7+2制	0	6.25	40	10.07	35.14	9.52	10
Total	(50)	(51.1)	(37)	(66)	(47.4)	(60)	(64.5)

數字代表贊成人數之百分比

程在學生進入醫學院之前已修過，而引起人文教育師資之遣送，而在行政方面產生巨大影響（圖2）。因此本人提出以下另一種學士後醫學系的辦法：

醫學系改為全國性學士後四年制，但鼓勵各醫學院設立大學部四年「醫預系」（pre-med），藉由這醫預系四年的觀察可以決定該學生是否夠資格可以進入學醫之

表7：招生方式：贊成以指考選醫學生所佔的比率（%）

Group	N	Mean %	SD %
Total	1237	61.3	21.8
Teacher	26	44.6	25.3
Administrater	34	49.1	19.9
Student	1177	62	21.5

圖1

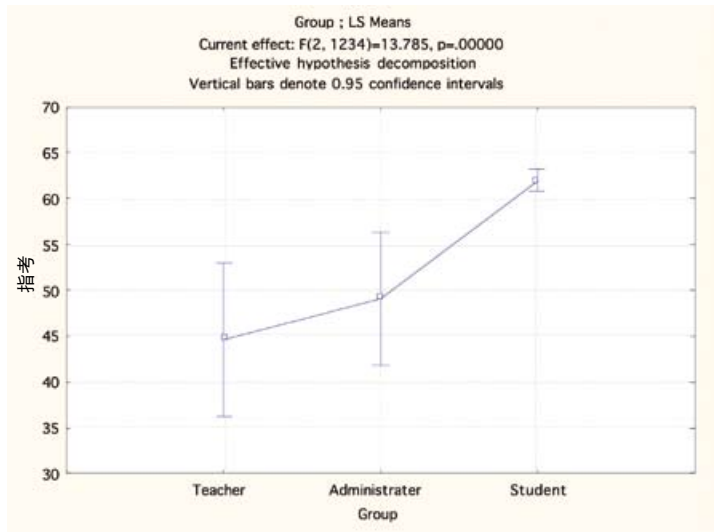


表8：面談中除了習醫動機外，還應注意的問題

學生特質	主管 N=37		教師				學生						家長 N=34	
			醫學系 N=210		非醫學系 N=29		醫大生 N=1222		非醫大生 N=86		高中生 N=40			
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
正直誠實	33	(89.2)	177	(85.5)	26	(89.7)	884	(73.0)	72	(83.7)	34	(85.0)	27	(79.4)
成熟	30	(81.1)	144	(69.2)	23	(79.3)	718	(59.3)	69	(80.2)	31	(77.5)	21	(63.6)
熱忱、有同理心	35	(94.6)	184	(88.5)	27	(93.1)	970	(80.0)	76	(88.4)	37	(92.5)	29	(85.3)
才智能力	22	(59.5)	117	(56.5)	18	(62.1)	669	(55.2)	55	(64.0)	25	(62.5)	24	(70.6)
溝通技巧	32	(86.5)	167	(80.3)	27	(93.1)	952	(78.5)	74	(87.1)	35	(87.5)	25	(73.5)
有責任感、可信賴	35	(94.6)	187	(90.3)	26	(89.7)	1023	(84.7)	80	(93.0)	38	(97.4)	30	(88.2)
能自我主導學習	26	(70.3)	177	(84.7)	25	(86.2)	846	(70.1)	70	(81.4)	28	(71.8)	28	(82.4)
具文化敏感度	25	(67.6)	118	(56.5)	18	(62.1)	543	(44.8)	49	(57.0)	24	(60.0)	18	(54.5)
能批判性思考	26	(70.3)	153	(73.6)	19	(65.5)	735	(60.7)	62	(72.1)	26	(65.0)	19	(55.9)

贊成與非常贊成人數=N；人數之百分比=%

道，而在這「醫預系」的四年裡，也可以讓學生確定自己對醫學是否有興趣，經過如此篩選之後，每個醫學院真正進入學士後四年醫學系的學生都會在年齡以及習醫動機方面較為成熟，而各醫學院因「醫預系」畢業生選擇就業，或進入其他科系研究所而留下來的空缺，即可由其他非醫學院大學畢業生以聯招方式招生補額。但這辦法有一重要關鍵，「醫預系」之課程除了醫學人文、大學通識之外，其課程之設計需符合「理學士」的要求。這種變通辦法既可達到醫學生的成熟度，又可避免「七年」改成「四年」對學校財務行政所造成的衝擊。（圖2）

最後，來自11所醫學院的院長或系主任，及考選部、衛生署、教育部官員，就此議題發表意見以尋求共識，本研究以>80%視為得到共識，那麼大家都認為：高中畢業或學士後學制只能擇其一實施、若無完整的配

套措施不宜貿然實施改革、先縮短為6年制是最容易進行的方式、若要改制配套措施至少包括嚴謹之招生方式、面談委員訓練、醫學院課程規劃、在醫學院學程中應建立淘汰機制、應有一整年的畢業後醫學訓練、先PGY完再選專科進行訓練。至於賴其萬教授提出的，醫預科加上學士後制度也得到幾乎有共識的認同比率（76%）。向來有許多學者對面談的效果質疑，而認為「面談只能排除不適合習醫的學生」，但是此項只得到64%長官的認同，也就是有1/3的長官專家還是肯定面談能有效地建構別人的特質。（表9）

台北醫學大學校長 邱文達教授（主持人）

非常謝謝蔡教授的演講，現在我們請黃天祥教授做一個講評。

圖2：醫學系招生與學制之新模式（賴其萬 2008）

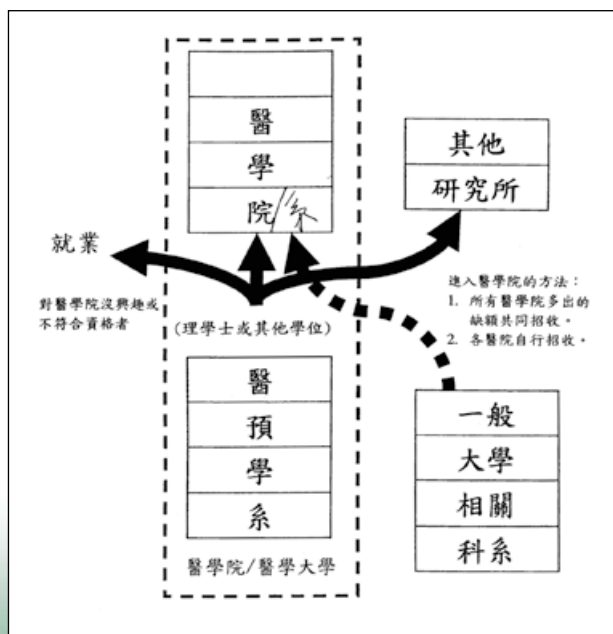


表9：學制改革共識議題（>80%視為共識）

議題	(%)
高中畢業或學士後學制只能擇其一實施	94
若無完整的配套措施不宜貿然實施改革	100
先縮短為6年制是最容易進行的方式	100
面談只能排除不適合習醫的學生	64
若要改制配套措施至少包括嚴謹之招生方式、面談委員訓練、醫學院課程規劃	100
在醫學院學程中應建立淘汰機制	100
學士後學制加上醫預科制度是最好的制度（賴）	76
應有一整年的畢業後醫學訓練	94
先PGY完再選專科進行訓練	100

台灣的現況與展望

講評

● 台大醫學院醫學系主任 黃天祥教授

這個調查報告耗費了相當多的心力，包括先前的步驟和調查的項目，其實都經過深思熟慮，最後基本上達成了共識——就是需要有單一的學制來運作；另外，若只有改革卻沒有配套措施，就會產生負面結果，過去後醫學制失敗的不良經驗，導致目前只有高雄醫學大學還採用學士後醫的入學方式。如今，改革才正要開始，當每個學校都要朝理想邁進時，所有的主管都認為應該從長計議，由剛才的報告可以得知，醫學系面試招

生只給三個禮拜的時間，這使得各校沒有足夠時間好好面試，除此之外，台灣的社會現象也造成面試的困難，例如台灣的高中並沒有良好的評分標準，甄試時的準備資料來源並不可靠，城鄉差距造成表達能力的優劣之別，都是各校舉行招生面試時有待克服的問題。再者，醫學系若改成一般大學讀四年後再進入學士後醫學制，台灣的補習文化針對篩選面試推出甄選訓練班的情況勢必會加劇，而重視齊頭式平等的社會現象削弱了真



正的公平正義；各校都應該慎思，上述現象是否會阻礙了選才的道路？

醫學系淘汰制度的部分，除了學業問題外，很難對非學業問題和品行有問題的學生進行淘汰，例如考試作弊是否應退學？這是非常可恥的行為，和行醫理念背道而馳，但學校一般傾向「寬待」學生、同情學生的前途障礙，而予以「放行」，因此，非學業因素的退學實行起來十分困難，如果沒有上級的支持，容易屈服於關說和社會人情的壓力。因此，各校都需要設立完善而適當的淘汰機制，去蕪存菁。

另外，畢業後醫學教育（PGY）的必要性，不僅在台灣地區受到認同和重視，世界各地都發現專科化以後，許多醫師缺乏一般醫學的能力。而台灣當前社會的人口結構需要較多一般醫學的醫師為病人做篩檢分科，避免造成醫療資源的浪費；PGY已受到大眾的認同和支持，衛生署將其納入醫療政策，PGY一年計畫已著手進行規劃，將在100年

開始實行，今年已在七大醫學中心試辦；目前是家庭醫學科與急診醫學科為先行單位，至於其他專科是否認同這個訓練，因為各專科都有嚴謹的規定，為避免損害受訓者的權益，目前仍以家醫科和急診醫學科住院醫師為主。實行 PGY的過程是評估受訓者是否適合行醫的良機，各校若能配合計畫，一齊設置全國連線的評估系統，則各醫院在選擇住院醫師訓練的時候，就不一定需要在短時間內就得以口試決定是否錄取，對於受訓者的學習動機、學習效率都會增加了解。另外，醫學系如有轉進機制存在，配合將不適合行醫或是志不在此的學生轉至其他科系，勢必能改善醫學系的教育成效。

台北醫學大學校長 邱文達教授（主持人）

謝謝黃教授非常精采的評論，接下來是回應與討論。

回應與討論

● 台北醫學大學醫學院院長 曾啟瑞教授

台北醫學大學非常重視人文，認為良醫在文藝方面通常有高度素養。申請入學的國文、英文加權，是為彌補現在的學生國文、英文能力普遍低落，空有良好的概念卻無法形諸文字。

服務在醫學上是很重要的，以美國的Stanford University醫學院為例，其入學學生有九成時常參與社區服務，這是台灣所缺乏的現象。此外社團參與也是溝通技巧的訓練機會，而如果欠缺溝通的技能，醫術再好也無法成為良醫。

台北醫學院在醫學人文的部分著墨不少，未來規劃在一年級開始社會服務，一下開始的醫學與人文對話、醫學與音樂，二年級開始醫學史或是台灣醫療史的簡介，二下醫療奉獻者的一些故事、國際醫療研討，三年級以後的醫學心理學，社會學、經濟學，四年級有關衛生行政、醫療政策、大眾傳播等。

在醫五醫六則利用返校日，共同開了十二堂課，教授醫病關係、溝通回饋的技巧、陳述醫師心理，藉由教生死學、宗教倫理、臨終關懷、醫療倫理討論，傳授臨床所得的寶貴經歷。最近幾年，北醫亦利用假期帶領學生到印度、柬埔寨等偏遠落後地區，學習課堂上沒有的知識和經驗。

值得注意的是，台灣醫學

生在各類考試壓力和家長的期待下變了質，其學習動機和態度遠不如國外學生，國外學生大多清楚自己的志向和目標，上述現象有待制度變革來改善。

黃崑巖教授

目前台灣醫學教育的問題在於幾乎沒有淘汰制度，如此將缺少學術與行為的監督。例如考試作弊就應該退學，成大在成立初期，校舍尚未完工，曾送學生去借用台大校舍上課，成大在景福會館租了一個辦公室，兩個祕書在下班後折回辦公室時撞見偷考卷的三位學生，這些學生馬上被退學，然而，學生被退學後參加大專聯考，還是考上了長庚醫學院醫學系，醫學院畢業後正在開業。醫學院會招收這類有品德瑕疵的學生，並訓練成醫生，後果堪慮；所以醫學院的招生或評鑑單位要具有「牙齒」（有執行能力），這種「牙齒」要配合面試及審查個人檔案，這就是選擇醫學生的篩檢機制。

邱文達校長

好謝謝黃教授，接下來就把時間交給賴其萬教授，謝謝！



總結

● 教育部醫學教育委員會執行祕書 賴其萬教授

我今天真的很感謝北醫提出這二個重要議題：如何選才與紮根。北醫將其經驗與大家分享，更感佩幾位評議專家精闢而中肯的 comments。在聽講間，我聯想到幾件事情想跟大家分享。

有一年，我問一個醫學生為什麼要念台大醫科，他答說因為分數夠，不去念很可惜，這是讓我最失望的社會風氣。我記得在七年前黃達夫醫學教育促進基金會舉辦了一個「如何挑選醫學生」的研討會，請了哈佛大學與華盛頓大學二個醫學院招生委員會的主席來談他們的做法，我們也同

時請了台大、高醫、陽明醫學院來分享，那天的會議算是相當有收獲。會議最後的結論是：我們首先要注意的是公平，我們擔心台灣的 interview 是否真能篩選出好的醫學生，還有，學生在高中剛畢業的階段是否真能確定志向？我們能否問出他們為什麼要唸醫學系。其後，我們做了幾件事：我跟黃達夫院長一起到建中，二個人又分頭，他去附中、我去一女中，去跟這些想唸醫科的高中生座談，以確定她（他）們是否知道為什麼要唸醫學系，讓我很驚訝的是，會談的結論是，這些學生都認為自己夠大到知道要念醫了，所以好像沒有到令人擔心的程度，這開放型座談讓我們覺得較樂觀些，我們為了選才與面試就召開了一次座談會，請嚴長壽先生分享在企業界選才的心得，接著我們投了好幾篇關於「如何為台灣選一個好醫師」的稿到自由時報，得到很大的迴響。

單純以一次面談選才在台灣社會可能無法做到公平，我想招生一事應該是要再被反省的時候了。黃達夫醫學教育基金會在七月十一日將會邀請各醫學院各推派一兩位代表，再開一次座談會，談談每個學校在這幾年來所使用的招生方法，很多學校可以分享他們非常棒的選才方法。

今天，北醫令我覺得驚奇，北醫做了很多分析，在比較推甄與指考進來的學生時，若比較二者醫學院在學成績就不對，因為當初推甄並不是為了選擇課業成績好的學生，



而是為了選具備適合做醫生特質的人。我還是在看到推甄者在學第一年的分數稍高，在第二年看到在參加社團和服務的方面也稍多，至少看起來不太有差別意義，我想選才的成功指標都要就這兩方面去衡量；每一個學校所要找的人才、是基於自己辦學的理念，剛剛曾院長提過北醫著重人文的教導，強調社會服務，於是在選才上就要使用能反應此目標的方法，並評估這目標進行得如何，雖然理論上很簡單，但要真的做到很困難，看到北醫以這麼大的精神在做，我覺得這真的可以贏得社會對我們醫學教育界的信任。

貴校進行基礎、臨床醫學的整合，把重複的課程去掉，減掉了12個學分，我覺得這真是太棒了，可以增加學生自主學習的空間、也可以做一些自己有興趣的，過去很多教師反對，認為減少學分數後內容會教不完，但我們覺得其實很多內容重覆，也不用什麼都教，只要提綱挈領，其餘就讓學生自己學。我也很欣賞你們有跨學系整合課程，整合醫學系五年級、護理系三年級、及呼吸治療學系三年級，因為今天台灣人最不喜歡醫學系學生/醫師獨大的心態，我曾聽過醫學學生說某某老師既不是醫生，怎麼會教醫學倫理？事實上，反而是我們這些慣帶醫學系的醫師，才是半罐子，那些真正學哲學與文學的人，是科班出身的專家，反而不為我們的學生欣賞，我想這與我們的醫師獨大心態有關，今天我們一定要注重學校的教育成效（outcome），而醫療照護的成效需賴整個醫療團隊之合作，我相信病人會病癒出院不單是醫生的功勞，而是護理師與復健師等的共同照護，所以在學生時代就要讓對一起工作，醫師就會尊重別人的成就。

我在慈濟醫學院服務時，有一門開給一年級醫學院各系學生的「臨床醫學導論」，我們讓這些選修的一年級醫學系、醫技系、公衛系等在醫院中跟著別人走，有一個醫技系的學生在期末報告中說，醫療團隊要看抽血結果，才能決定他們所照顧的那個病人要使用哪個治療的方向，突然間我發覺自己在無意間做的事情可以影響病人那麼大，我霎那警醒，以後我絕對不會亂寫、不會亂作，那一瞬間的覺悟真的很棒。

醫學人文的課程在醫學系五年級、六級一定也要繼續，北醫做得很好。我跟大家share一個陽明大學五年級醫學系在和信人文課程的故事，由黃達夫、黃崑巖、王金龍與我給陽明學生開課，上了兩三年下來，學生非常不喜歡這課，剛開始的時候我們各自努力，使用不同的教學方法，有人給學生文章去唸，我們絞盡腦汁都無法改善，有一天我們問學生：為什麼你們不喜歡這個課？他們表面上說很喜歡，很好，心裡卻認為還有更好的方法，學生終於說了：您們總是使用自己的案例，為什麼不拿我們經驗的個案來討論？如他們的建議進行後，沒有一個學生在課堂上打瞌睡，因為學生們都提出了自己的病人來討論，例如：有一個學生提出一個37歲的小學老師的病例，她被發現乳癌時，癌細胞就已經轉移了，但是照顧他很久的主治醫師，卻不要我告訴病人這個壞消息，要由他來講，我們都不能講，但是每天我進去看病人時，她都問我檢驗、抽血的結果，我們卻不能夠講，而讓病人每天在等……，

我們於是開始討論此情境，



這個學生講出他的困惑，其他學生提出建議，最後我們達到的結論是：若以病人為考量中心，要知道病人擔心的不是diagnosis，而是prognosis，只有從頭到尾照顧他的那個醫生才能提供這些，所以這樣做是對的，但是我們還是可以跟病人說我會幫你跟主治醫師講，因為我較有時間，你們擔心什麼請對我講，我可以傳達，希望你們可因此放心。我對學生強調要跟主治醫師一起去看這個病人的重要，那天我們還引用了很多文章，學生的收穫頗大；我不是要說這個作法多好，而強調教師要創造一個環境讓學生願意與您談他們的困惑，利用各種情境教他們關懷。

我剛剛看到非醫學系老師比起醫學系的老師對醫學生較有負面看法，我想最好和非醫學系的老師有座談會，如果我們發現有些醫學系老師認為不錯的地方，卻是非醫學系老師覺得不對的話，對我們醫學系的老師將會是最重要的發現，因為我們的主觀常常讓我們看自己喜歡的東西，而看不到我們不喜歡看的東西，任何人都可能有盲點，我們需要加強多面向的視野。

教育部顧問室有一「醫學與人文」計畫，希望各醫學院在醫學人文師資和課程上都做有計畫的改良，去年開始在結構面進行，所以每個月每個學校有兩位醫學系的老師（共22位）定期討論台灣的人文醫學

教育。第二年的計畫是在調查台灣學生的想法，我只是想跟各位分享：在這段跟學生互動的期間，我們發現，學生可以告訴我們許多我們的盲點，以及做得不錯的地方，從學生身上我們學習很多，台灣醫學生的組織設有醫學教育部，學生是教育接受者，我們應該創造一個環境讓他們能夠講出心裡的話。最後一點是，比起其他國家，進入醫學院的一關，台灣對分數挑選較嚴格、學生競爭很厲害，但是學生進入醫學院後似乎不能畢業者很少，所以換句話說，我們醫學院的淘汰機制比起其他國家並不好，我們最近常擔心外國醫學院學歷畢業生要回台，我們認為他們的醫學教育不好，我坦白講，他們真正不如我們的是在入學競爭的關卡，然而有些國家醫學院進去後淘汰率相當的高，台灣醫學院卻不太淘汰，因此，我們的成果不一定比他們好，假如我們的結果不如他們好，卻要限制他們不能回來台灣考醫師執照，我們也站不住腳，一定要好好去注意此問題。9月25至27日，我們黃達夫醫學教育促進基金會將舉辦三天的研討會，主題是「如何透過教育改善醫學院畢業生的品質」(How to improve the quality of medical graduates through education)，將這問題做更深入的討論；希望屆時各位關心醫學教育的老師可以撥冗參加。

