

暢



醫學教育

度

談



訪課務組主任

洪冬桂

習 見 制

一、我們學校的臨床見習制度，實習制度和「臨床課程」今年作了什麼樣的「改進」？

(一)見習制度方面：往年的臨床見習實施於醫學系五年級及六年級兩年，同學每週一至週六的上午到各醫院見習，下午回校上課。以六十七學年度為例：醫五同學自67.9.11.至68.6.9.臨床見習規定每日上午八時至十二時，分組到教務處排定的各醫院各科輪流見習，包括中興醫院的皮膚科、內科、外科、小兒科ENT；和平醫院的內科、外科；鐵路醫院的ENT，空總的X光科；附設醫院的內科、外科、小兒科ENT等。

醫六同學自67.9.11.至68.5.19.每日上午八時到十二時，分別依表到中興醫院婦產科、小兒科、內科；仁愛醫院的婦產科、內科、神經科、外科、泌尿科；空總的外科，和平醫院的外科，附設醫院的內科、外科、婦產科，治療的精神科，其中尚有24名醫五及醫六固定在馬偕見習的同學不算在內，六十八學年度僅在醫院及科別上略作更動。

自六十九學年度開始，更改為醫五同學每週二、四、六，三天，每天上午八時開始至各醫院全天候的分組輪流見習，每週一、三、五回校上課，醫六同學則恰好相反，每週一、三、五全天候在各醫院各科見習，二、四、六回校上課，醫五見習的醫院僅

去年的北醫是在風雨飄搖中渡過的。董事會的紛爭，喧嘩一時的附設醫院換肝手術，再再使因窘的北醫師生更加難堪。

避開這些醜聞，去年本校的臨床見習制度曾做了一次大膽的改革，這是在校同學們幾年來積極反應的成果，也是學校朝向健全見，實習制度邁進的第一步。

希望這一次的嘗試，能為將來的努力提供一點經驗和信心。

以下是洪主任冬桂談談這一次改革的種種情形。

在附設醫院，長庚醫院及馬偕醫院；醫六除 24 名固定在馬偕外，其餘同學見習的醫院為附設醫院、長庚醫院及市療。

縱觀今年的見習制度與往年之不同點有三：

(1)將每天上午見習，下午上課改為週一、三、五全天見習，二、四、六上課「或一、三、五上課，二、四、六見習，醫五及醫六錯開」。

(2)見習的醫院濃縮僅剩附設醫院，長庚醫院及馬偕醫院（市療因性質特殊，負責醫六精神科之見習）等三處。

(3)以往醫五、醫六、醫七有若干同學固定在馬偕見習的方法取消。

(4)臨床醫學之師資原則上以附設、長庚、馬偕之優秀醫師為主，以配合課堂授課及醫院見習。

(二)實習制度方面：仍按同學自一至六上的成績平均後依成績及個人的志願分發，惟六十八學年度略有變動：增加了台大實習名額七名；馬偕有小部份與其他醫院同學互換；刪減市立醫院之名額，增加長庚醫院之名額。

(編者註：附錄六七及六十八兩個學年度的實習分發名額，以資對照)。

(三)臨床課程方面：依加開選修課之原則，六十八學年度增開「復健醫學」、「醫學遺傳」，六十九學年度增開「醫學心理學」、「癌病學」、「臨床藥理學」等。

二、這次為何要把我們行之已久的制度，作如此巨大的調整呢？

制度本身之功能是在某種情境下有所遵循，倘若時空及各主、客觀條件有了改變而仍堅持舊制，此種僵化的制度可能產生甚多流弊。

本人自接任教務處課務主任以來，主動被動的接獲甚多同學們對見習的意見及反應，也在歷次醫院訪問中了解既有的見習制度的流弊，基於職責所在，聽取各方意見，請教醫學教育專家，請示主管，一再的集思廣益，及將行之已久的制度作調整之前，歸納出舊制度較明顯及為人垢病的流弊如下：

(一)同學的反應：

去某些醫院輪流見習，常見沒有專人負責，談不上

系統教育，到了醫院不知幹什麼好，有「流浪」、「放羊」之嘆，每天下午趕回學校上課，車程頗繁，來不及午餐，經年累月不是得胃病，就是上課遲到或上課中忍不住打瞌睡，或者乾脆回家睡覺，而相對的，能固定在馬偕及市療的同學，則感到醫院教學熱心認真，有很好的教育計劃及活動，同學除了有較好收穫，還有歸屬感。以68 4 由當年的學生代表，包括學生活動中心總幹事、醫科學生會會長，醫六及醫五班代共同提出給學校的書面報告中指出：「××醫院一直沒有 Teaching System，也沒有專門指導 Clerk 的負責人，因此沒有詳細的見習 Schedule，沒有 Teaching Program，所以學生到了醫院，往往因為找不到負責的醫師，或者因為醫師本身沒有 Teaching，的計劃，而浪費了好多的時光。」這些代表們建議：「為了選擇比較好的實習醫院（五、六年級 Clerkship 與七年級 Internship）希望學生見習與實習能安排在(1)具有教學熱誠及有教學計劃的醫院；(2)選擇病人來源較廣且病例種類較多的醫院；(3)選擇醫生平均素質較高，研究氣氛較濃且發展潛力較大的醫院；(4)宜於規模較大而設備較好的醫院。

在這些同學投書中，以「見實習改革知議」最具有見地及代表性。

(二)醫院的反應：

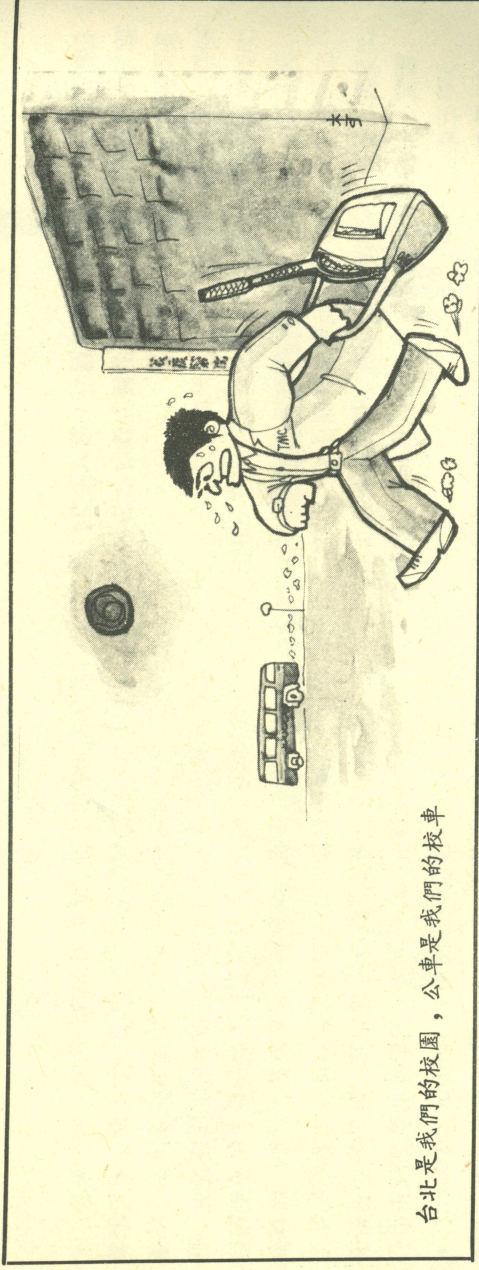
自謝院長孟雄接任本學院後，曾數度奉領有關系主任、教務處、訓導處、各行政單位主管到本學院學生見、實習有關的各醫院訪問，包括台北的：仁愛、空總、馬偕、長庚、國泰、三總、榮總、和平、中興、台鐵、仁濟、婦幼、市療、情報局、亦遠至中、南部有關醫、牙實習醫院訪問。根據各院對醫學見習之反應如下：

(1)醫院下午的討論會，由於醫學生為了下午的上課而提早離開致未能參加。

(2)學生來醫院的時間不固定且來的時間不長（常常是九點至十一點或更短）。

(3)達到期中考、期末考，學生往往有很長一段時間不到醫院。

(4)學生到了醫院後不聽院方分配，不懂禮貌，只抱著書本唸，有點小聰明但對見習的學習態度不認真。



台北是我們的校園，公車是我們的校車

- (5) 學生名單的掌握不好，與學校的聯繫幾乎沒有。
- (6) 醫院中沒有專人照顧學生。
- (7) 見習醫院太分散。

各醫院幾乎都建議校方：

- (1) 見習全天比半天優，最好固定全在醫院。
- (2) 加強聯繫，包括雙方有固定之聯絡人，點名簿，課室及醫院見習教材之配合。
- (3) 減少見習醫院數目。

（學校行政與教務方面：

- (1) 醫院分散，聯絡不易。（課務組的難題）
- (2) 見習成績遲遲不送，也不知向誰催送。（註冊組的難題）。
- (3) 由於見習制度欠理想導致學生怨聲四起，激不起學生的愛校心及對學校的向心力（學生輔導中心的難題）。

(4) 怎樣才是醫學教育該走的方向？怎樣才能有理想的見習制度及實習制度來培養優秀的醫師？（教務處當力求改進之處

● 新制度保留了舊制度的精神即「邊做邊學」

（learning by doing）

至於新制度究有何優點及缺點，顯然，新制度是針對舊制度改進舊制度之流弊而保留舊制度之精神而設計的。舊制度之精神係「邊做邊學」或「learning by doing」（從做中學）深合教育專家的理論，而且講授平均分配在五、六年級二年之中，對學生的吸收及消化上比集中於一年之中，較符合「學習」理論。

客觀而言，舊制度為人所垢病的部份流弊係人為因素，歸根究底，則在本學院缺乏一個屬於自己的理想的

教學醫院來為所有自己的學生提供最佳的見習場所。故在現況之下新制度的優點即新制度的特點：就學生而言，減少來回奔波所消耗的時間及精力；全在醫院可參與醫院整天的有關教學活動，而一週中三天回校上課，又能使理論和實際互相印證，同時在感覺上仍然是學校的學生。就醫院而言，學生全在醫院，時間加長，在安排教學及活動上較有系統，學校及醫院之聯繫頻繁使對學生管理上也較前改善；學院課堂教授之師資和醫院醫師互相配合，加強了講授及見習的互相聯繫，對某些醫院而言，減少見習的醫院數目對他們是求之不得的事，對學校而言，新制度表示行政上力求教學效果的改善。

新制度的缺點是什麼？一個根本的缺點是就醫院立場來看，它仍然無法滿足醫院所最期盼的六年級全部全固定在醫院。其餘的缺點，學校仍在追跡之中，有待實施一段時間後再作評鑑。

三、可否為我們談談，擬定這一個新計劃的經過情形？

本人於67年11月初至本院，曾以註冊主任身份參加一次全校的師生座談會，當時學生抨擊見習及實習制度態度相當激烈。於67.12.6復接課務主任，職責所在，醫學系高年級同學有見習、實習問題會找到我，當年醫六班代表為爭取較佳的實習醫院，曾多次頻繁接觸，提供了甚多學生方面對見習及實習的看法及感受，除了學生的書面報告，並安排學生代表參加實習委員會開會，與學校當局交換意見。此後召開醫四、醫五、醫六各班班會，也召開過醫四、醫五、醫六的共同見習座談會，由校務主任、系主任及本人列席，

熱烈討論舊制問題及擬訂可行之新制。此外，自 68.3 至 9，前後四次的醫院訪問，由謝院長率領，至各醫院了解院方的意見，作為改進的參考，一年中由謝院長主持的實習委員會見實制度改進會議不下十次。教務處並於 69.3 邀請各醫院各系主任，在附設醫院八樓會議室，召開了一次「臨床醫學研討會」聽取並溝通各見習醫院各科負責人對見習制度的看法。

為了將見習問題質化為量，曾在醫學系代表，賴建安醫師及本人共同設計之下，擬訂「本學院見習醫院調查問卷」一份，該問卷項目包括：

(一)代表該醫院之「臨床教學」指在 OPD 或在病房中，在病人或病床旁邊之教學。

(二)代表該醫院之「討論會」，指醫院給 Clerk 的一般 Lecture 或 Conference (包括 Special lecture)。

(三)代表該醫院之「負責教學的人員」包括教學人員態度認真與否，肯不肯負責任等，以及是否有指定醫師負責教學。每項目包括 A、B、C、D 四種等級。於 68 年 6 月針對當時的醫五、醫六調查，將結果提供實習委員會作為擬訂六十八學年度見習醫院之參考。69 年 6 月亦同樣調查一次，除了量化的數據可供比較，尚有文字敘述以了解各見習醫院各科之狀況。根據二次調查問卷顯示，教學良好的見習醫院為長庚、馬偕及附設醫院、市療。針對調查結果，經實習委員會決定，加強與這四所醫院教學的聯繫，本人會先後多次拜訪長庚醫院吳德朗副院長兼醫教會負責人及市療業院長，並由醫學系系務會議，請林守田主任，多方溝通附設醫院專任臨床方面的教師，同時亦由謝院長指示，請廖應隆教授積極籌劃本院醫學教育委員會的成立，以期對醫學教育的各項問題有較理想及切合實際的解決方法。

在改進見習制度的過程中，教務處投注了相當多的心力，行政主管的指示，各醫院所提寶貴的意見，同學所反映的迫切需要，事實上這中間糾纏了甚多的以不同再度出發的並非完全一致的觀點，為尋覓一條可行途徑，我們會多方了解台大、高醫、國防、陽明及中醫各校見習制度實施之狀況，本人也會直接間接與各該校有關人員交換過意見，結論是各校之所以實施這樣或那樣的見習制度，均有其歷史背景及與附設醫院之關係，換言之是考慮該校之特

色而實施不同或同中有異的見習制度。因此在考慮北醫傳統、特色、目前現況、未來發展方向、考慮醫院方面及學生方面意見，……而將其統整為一種流弊較少，優點較多的制度，這之間的抉擇是整個過程中甚傷神的，並且甚具挑戰性及考驗性的難題，最後在抉擇衆人所議，去蕪存精，經實習委員會諸委員的共同討論及決定之下，從 69 年度起，見習制度有了明顯的改變。

四、可否請主任就學校教務的觀點，為我們分析一下這舊制度的差異？

經過前面的說明，各位對新制度之差異想必已相當了解。對其利弊得失也有一番認識。在學校教務上，為配合新制度，會預先作了若干措施：

(一)與人事室共同擬定臨床醫學專、兼任教師的聘請辦法。(包括各醫院的實習指導教師)。

(二)函選各醫院有關教師升等送審辦法。

(三)積極成立本院醫教會，附設醫院醫教會，以檢討改善醫學教育。

(四)督促醫學系系務功能的發揮。

(五)課務組各項作業力求改善。

由這些措施中再來比較新舊制度之差異如下：

新制：見習醫院只到附設、長庚、市療、馬偕。原則上仍然由同學分組到各醫院各科見習。但見習醫院數目減少，在聯繫溝通上比較容易而深入。醫五及醫六之課程安排，特以附設醫院該科主任，負責和另二所醫院來本學院授課之教師共同協調，(包括見習二方面之教學儘量和課堂上的協調)。此有賴系功能之發揮，醫教會之協調，課堂上及醫院中師資之陣容堅強，期能在服務、研究、教學三大功能均良好的教學醫院中，讓同學有較佳的學習環境。舊制中若干人為因素也因課務組作業的改進，如點名簿、照相簿，經常聯繫，扮演醫院、學生及行政單位之間的橋樑，課堂教材大綱的搜集及轉送，希望透過更有效的溝通，及時改進缺點，發揮優點。

五、制度的變動，茲事體大，影響之鉅，但為了求善，求美我們必須為北醫找出一條最合適的路來，請問主任，目前這一制度是屬於嘗試性質？抑或是塵埃落定，短期內不會再有變動？

根據當時決定實施此一制度的情況來看，只能說是在目前現況之下較合適之路。並且具有嘗試性質，並非塵埃落定。

因在主觀及客觀因素的影響之下，一種制度的改革是必須相當審慎才能為大家接受，平心而論，69學年度見習制度的改革是漸進的，已經過68學年度的部份修正，而且因舊制流弊甚彰，改革為新制之呼聲甚高，故69學年度之新制一般來說是因應需要及潮流而設，未遭過大的阻力。有關方面正儘量排除本制度本身不可避免的缺點，希望以技術的改進來發揮它的優點。在69年9月往各醫院訪問時，謝院長曾與見習醫院的院長取得默契，未來一年有待雙方共同為新制的優點繼續追蹤、評鑑，以做為未來改進的參考。

六、新制度所帶來的缺點，應如何改進？

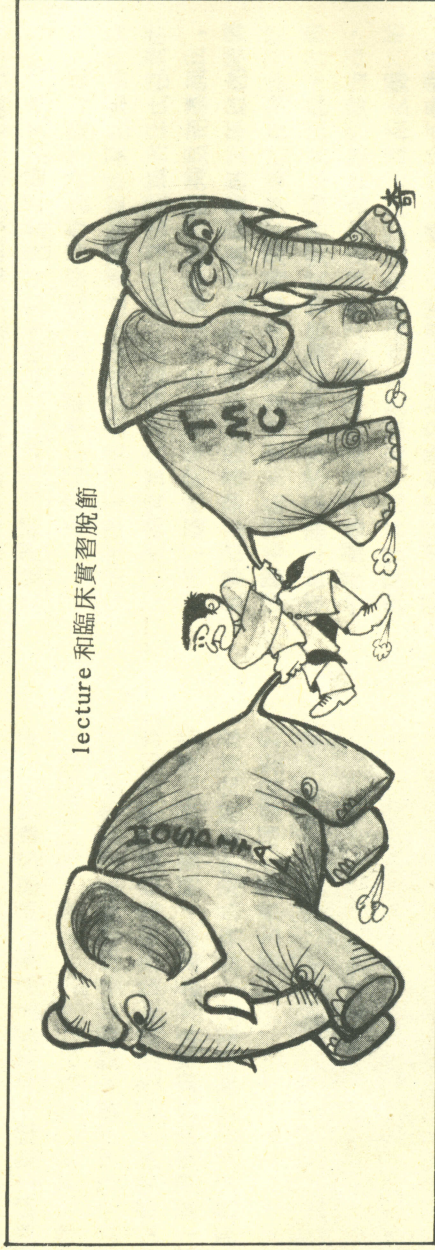
新制度本身的缺點，早在當初研議時就被提出討論，如：

(一)同學是一邊在課堂上課，一邊到醫院見習，依據各組輪流的狀況而言，有部分同學在分科別見習時，會有由於還未在課堂接觸過，甚或未有各科心理及知識準備下，茫然不知所對的現象，對優越感重的本校同學而言，如果聽到醫院醫師們一句：「怎麼

什麼都不懂」或「怎麼比××學校學生差」，會有相當大的挫折感及反感。關於這一點，校方正設法讓各醫院各科了解本學院之見習與他校有異，只及同學在見習時可能已有臨床專業知識背景及能力。(二)由於並非全年均固定在某醫院，就醫院而言，確造成該院之不便，倘該院有他校不同類型之見習，再加上實習生，往往醫院方面無法專為本校之醫五、醫六的見習擬訂最適合我們的教學活動，迫於現實，必然是我們同學去適合該院本身就有的各種醫療活動。關於此點，校方只能拜托各院以教學的熱忱，在醫院的彈性之下，給予同學最大的學習指導與關切。更需要同學本身依醫院現有之規定，儘量力求配合，而且主動的去問各科醫師，虛心求教。

(三)課堂所講的教材及醫院見習之間仍有差距，且無法做到課堂講什麼，醫院去看什麼。每科同時在三家醫院輪流見習，好處是三家的長處都有學習的機會，缺點是在每家醫院停留1/3時間，各醫院之間不易協調到不發生「重複授課」或「一直在聽『概論』」的不良現象，關於此點校方努力以各種管道，譬如：正在搜編定的各科教材進度表，各醫院各科見習教學計劃、內容、擬輯印成冊，提供各醫院參考，也籲請醫學系各科負責排課的先生費心聯絡各醫院授課醫師，請醫教會積極發揮功能等。

上學三點，均為事先所見，並已力謀減少其缺點的發生，惟就長期改進而言，有不得不言者如下：
Clerkship 應怎樣實施才是最理想的？誠屬醫學教育上一個見仁見智的問題。每種制度的特點即其優點之所在，我們能做的是在醫學教育的理想之下，因應各種條件而選擇當時較適合的制度，並且在實施中



力求發揮優點，減少缺點。本人有幸到北醫服務，兼任註冊組、課務組及學生輔導中心主任之職，在工作之職責上廣泛的接觸教育部、各醫學院、各醫院、學生；列席或召開各種有關醫學教育的集會談話會，以個人教育研究所的專業知識去面對一個陌生的醫學教育問題，不能不說是個人艱苦的學習歷程，時刻戰戰兢兢，唯恐因自己承辦業務上有不妥或未盡善之處，影響制度下的學生。二年多來，承蒙各位醫學界先進的指導，各位同學坦誠的相待，使個人能在一角的衝擊及討論之下，略窺醫學教育（包括見習制度）的堂奧，謹提出以下數點建議，為今後繼續努力的參考。

(一) 整個醫學教育的理想有待揭發，如「我們到底要培養怎樣的醫師」。

(二) 課程的安排有待商榷，廣義的課程指學生在學校安排與教師指導之下的一切之總和，狹義的是指科目或課程的總和。依此而論，目前的課程確實急需修訂及改善。

(三) 根據 69.12.28 高醫謝院長在「全國醫學院院長聯誼會第二次會議上」報告美國醫學教育最新動向時指出 (1) Clerkship 通常為最後四學期全年在醫院，是

可以選科的。

(2) Clerkship 也有由醫學院教授帶領到鄉村或較偏僻之處的醫院去習的。

(3) 基礎醫學及臨床醫學科目之劃分不明確，有相當大的彈性。

(4) Clerkship 也可以到其他學校（包括外國）去修習（限制六週）。

(5) 多半採用核心課程（Core Curriculum）。

(6) 增加選修。

何就本學院的情形而論：

(1) 需要有個較理想的教學醫院，即附設醫院急需改善。

(2) 急需修訂課程，以目前醫學系課表看來，共同學科之學分可比照教育部規定及各校標準而減少學分數，並且將基礎醫學之科目往低年級挪，加強臨床醫學之學分。

(3) 醫學教育不應是醫學院七年畢業就中止的，醫學院也不是為了賺錢而已，這種觀念及態度有待樹立及培養。

(4) 學校設備及教學環境有待改進。

元利儀器股份有限公司


台灣總代理

世界光學權威！ OLYMPUS

提供光學方面各式精銳機種及最佳之售後服務！

顯微鏡：


生物顯微鏡·實體顯微鏡·金像顯微鏡·偏光顯微鏡·位相差顯微鏡·干涉位相差顯微鏡·螢光顯微鏡及照像設備·外科手術顯微鏡。

內視鏡：

腸胃鏡·十二指腸鏡·大腸鏡·小腸鏡·直腸鏡·支氣管鏡·鼻咽鏡·喉頭鏡及各式冷光源與照像設備。

硬式鏡：

腹腔鏡·膀胱尿道鏡·攝護腺切除鏡·尿道手術刀·腎臟鏡·子宮陷凹鏡·子宮鏡·羊水鏡·關節鏡·直腸鏡·肛門鏡及各式冷光源與照像設備。

生化分析：

全自動血液生化分析裝置·全自動電泳動裝置·初速度光度計。

電話：七二一九五七九（五線）
貿易部：元佑實業有限公司
地址：台北市仁愛路四段 33 號 3 樓

（精裝型錄備索）