

## 第四章 檢視台灣醫學教育之缺失

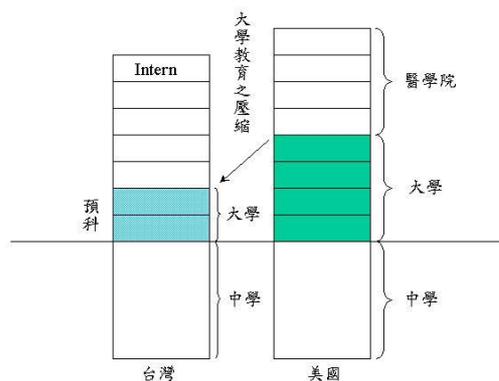
### 概觀

國內大專教育在近半世紀來過度地專業化，近年來技術學院或獨立醫學院更紛紛升格，出現科技大學、醫學大學等等自認以職業教育為軸心的大學。一方面，過去數十年來大專聯考成為高中，甚至高中聯考成為國中教育的教學導向，中學教育的重心皆集中在如何應付考試。許多明星高中之課程因而在知識面過份艱深，修身與人格發展之教育受到排擠。另一方面，大專教育有明顯的傾向，放棄了「要豐富人生最好避免過早與過份專業化」(avoid over and early specialization)，或大器往往是晚成之前人告誡，課程幾已全面偏向急於傳授知識早日專業以求就業成功，培育人文素養的課程鮮有立足之地，國人自詡國內醫學教育，尤其職技教育，與東南亞諸國相比極為成功，必須從對提昇台灣社會之生活、文化品質面評估，不能關從經濟能力檢視。教育缺失之影響所及，社會風氣與意境急遽低落，後果正在社會各角落逐漸浮現。近年來關心教育之人士雖然為補救這項缺點而積極推行所謂通識教育，但因通識教育之定位不明，目標不清，因而效果未彰，一時無法挽回職業化教育之狂瀾、遏止過早科系細分化之趨勢。

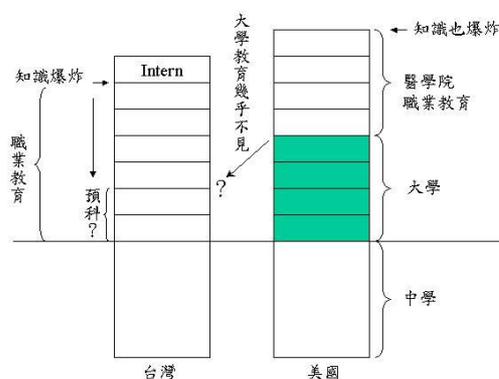
### 國內醫學教育缺乏大學教育色彩

國內各醫學系之教育顯然因深受上述全面職業化之波及，逐漸失去國外之所謂 liberal education, (一般教育，國內通稱“通識教育“，請參照第六頁，修業三階段)。美國醫學教育的主流是學士後醫學系，係招收已經受過 liberal education 的大學生施以醫學教育，國人切不能忘卻國內醫學系招收的是高中畢業生(如上述第九頁，第二段)。政府必須認清在彼邦醫學教育是 professional education，我們如果觀摩只顧抄襲模仿彼邦四年醫學教育之學程，而遺忘彼邦學生已經修完完整的大學教育之事實，則「大學教育」在

台灣醫學系必定會遭遇冷漠、忽略、甚至銷聲匿跡之厄運，因為彼邦醫學院係屬 professional school，不再顧及大學的做人教育。事實上，現況與此預測已相去不遠。前面已經言及（第六頁），目前我國沒有一所清楚地劃分為醫預科教育時段的醫學系，一九五〇年代之醫預科已悄然匿跡(圖一與圖二相對照)。本白皮書之序中曾提及美國教育家 Abraham Flexner 在上世紀初發表對美國醫學教育之評估報告，力倡建立醫學系入學之條件，必需是受過大學教育而至少獲有學士學位之學生。該項制度一確立，當時林立於美國各地漫無標準的醫學院紛紛關門，美國醫學也幾乎一夜之間超越歐洲各國。這成功的訊息帶來的啟示很明顯，醫師宜先有雄厚廣博的一般教育基礎，成為成熟而具有終生學習的習性之知識份子，而後才能真正體會成為良醫的重要性。簡言之，不先學做人，焉能成為良醫。Flexnerian 醫學教育之成功主要因素在此。



圖一、1950年代台灣與美國之醫學教育年限比較圖



圖二、台灣與美國之醫學教育現況比較圖

國內之醫學教育現況如圖二所示，完整的預科已不存在，這情況只能在我國教育界有實據，證明我國中學階段推行之教育，在修身做人之教育方面能與美國四年大學教育裡的 liberal education 相匹敵，才能允許存在。我國一九五〇年代之醫預科原本只有二年(如圖一<sup>3</sup>)，如果充分利用這二年施行紮實的 liberal education，比起美國之四年大學，充其量也只能說是壓縮成半的惡性補習，難免已有草率了事的跡象。現時段連這兩年已殘破不全，實際上幾已不存在，而只剩下過去共同科所遺留之中英文、數理科目，配上普遍缺乏中心理念之通識教育，而且提早施行專業課程(如圖二<sup>4</sup>)。台灣考入醫學系的考生，大約在十幾萬考生之前兩千名，這些學生通常認為共同科目不夠啟發，少有新猷，連高中課程都不如。這很難為學生日後生涯奠下職業操守與倫理、溝通的技巧、關懷與憐憫的基礎。面對生老病死時的拿捏與應對，更是沒有適當的研討與指導。因而不少學生認為在病房首次遇到病人時覺得措手不及，大有「文化衝擊」之迷惘與無力感，原因即在此<sup>5</sup>。概言之，醫學系的教育沒有為學生做足夠的精神武裝，只讓學生自求發展，課程只急於傳授專業知識，因此所培育的醫師自然具有強烈的「醫匠」傾向。

國內醫學教育所缺乏的，顯然是哈佛大學 Rosovsky 院長所指的 liberal education<sup>6</sup>。依大英百科全書的定義，liberal education 的目的是 liberal arts and sciences，它的內涵是指「傳授一般廣博的文化與社會知識，提昇自我學習與思考的能力之學程，這些目的與職業課程沒有直接的關係」。Liberal arts 應分為三個大領域，一為人文(文學、語文、哲學、藝術及歷史)，二為物理、生物與數學，三為社會科學。Rosovsky 則認為好的 liberal education 的學程是各種專業不可或缺的要件<sup>7</sup>。

<sup>3</sup> 圖一(上頁)：一九五〇年代有醫預科，係美國大學教育之壓縮。

<sup>4</sup> 圖二(上頁)：醫預科之二〇〇〇年之現況：已不見蹤影

<sup>5</sup> 醫學院評鑑委員會之台灣大學醫學院醫學系八十九學年評鑑結果報告，第十四頁，此類言語皆出自於學生刊物。

<sup>6</sup> Henry Rosovsky: The University. An Owner's Manual, W. W. Norton Co. 1990

<sup>7</sup> 大英百科辭典“Liberal Arts”之釋義

Rosovsky 該書又指出：為第一個學位（即學士）所學的不該是職業訓練（The first degree is not intended to provide vocational training。）故學士學位之學程在彼邦並不帶職業教育色彩。他的結論是學士學位的目的在：..... 傳授「一般性知識，發展知識份子的能量，而這些教育的目的與職業課程要相區隔<sup>8</sup>」。Gasset 則說：「一般教育是全人教育，與職業教育不能混淆。它使生活的智慧增強，情緒反應精化，對周遭事物增加了解而與時代並進<sup>8</sup>」。又說：「沒有深厚的博雅教育，醫師只是技術人（technocrat）」。原文如下：

General education means the whole development of an individual, apart from his occupational training. It includes the civilizing of his life purposes, the refining of his emotional reaction, and the maturing of his understanding about the nature of things according to the best knowledge of our time.

<sup>8</sup>

另一位教育家 John Buchan 則強調**一般教育**（liberal education）能帶給受教者謙虛，人性與幽默（humility, humanity and humor）<sup>9</sup>。而林語堂則認為幽默是一個人生活上重要的資產<sup>10</sup>。

這些特質，都是成為良醫的基礎。我們所用的通識教育並非一個最恰當的名詞，因為這名稱強烈暗示要學生每一門學問都要懂一點，這與上面引用的雋言對 general education 的精神稍有出入。國內最近有「博雅教育」的新名詞。這新名詞或許較能表達 liberal education 的精神，應廣予流傳。

醫學教育的這種理念亦可見於世界醫學教育聯盟所制定的醫學教育重點。在下列七項重點內，有四項是明顯的屬於 liberal

<sup>8</sup> Jose Ortega y Gasset: Mission of the University, Kegan, Paul, Trench. Trubner, London, 1946

<sup>9</sup> John Buchan, Harvard Alumni Bulletin, vol. 40 July 1, 1938, p.1143

<sup>10</sup> 林語堂：生活的藝術

education 的：

1. 基礎生物醫學的科學知識
2. 基礎行為及社會科學知識
3. 人文教育
4. 基礎臨床技能
5. 臨床決斷能力
6. 溝通技巧
7. 醫學倫理

### 醫學大學之商榷

TMAC 之評鑑準則中言明，「理想的醫學系應設在綜合大學裡」。美國的評鑑準則亦有類似之主張。這與強調職業教育前之博雅教育的之重要性，在觀念上相吻合，因為這種教育唯有在綜合大學的環境裡，才有足夠的人力與資源去達成。反觀我國十一所醫學院中，僅有三所（即台大、成大及私立的輔大）是成立於綜合大學之內，其餘皆以獨立的學院起家。美國醫學院百分之百地都屬於綜合大學。而大陸則繼一九八〇年代，將許多醫學院改制成為醫科大學，但於近兩年又大舉將醫科大學與綜合大學整合，獨立的醫科大學已紛紛匿跡。重點醫學院之一的上海第一醫學院於一九八〇年代末期改為上海醫科大學，一年前已併入上海復旦大學。大陸西部有名的華西醫科大學近已併入四川大學，北京醫科大學則與北京大學合併。這些興革的目的，符合於大學的定義，更符合醫學教育需先有博雅教育的教育理念。一個大學的必要條件是要有夠水準的 School of Arts and Sciences<sup>11</sup>，這是國際教育界的共識，否則大學沒有實質的意義。社會主義國家以職業導向的所謂工業大學、礦業大學、農業大學等，是不合乎優質的大學教育的。

國內不在綜合大學的八所醫學院，除了中國醫藥學院尚未改制為大學之外，餘皆已經改制，而中國醫藥學院之改制風聞已箭在弦

<sup>11</sup> Jaroslav Pelikan: The Idea of the University, A Reexamination, Yale University Press, 1992

上。簡言之，國防醫學院納入國防大學，陽明早已首先改為陽明大學外，近年有中山、北醫、高醫皆已陸續改制為醫學大學，慈濟、長庚兩所學校則未冠以醫學大學之名稱。但無論是否冠以醫學兩字，除了寓於綜合大學之三校以外，皆仍未擺脫獨立醫學院之色彩與實質。其問題即在沒有上述夠茁壯的文、理學院。徒然冠以大學兩字而改制成為醫學大學，如果教育內容不加以改善而仍停留在醫學職業教育的層次，則難稱大學也以培育具有全人教育背景之良醫。

### 陽明醫學大學改制引起的醫學系之格局問題

許多人認為國內醫學系係英國與美國醫學教育度的混合體，把醫學系置於系的層次是衣鉢英國制。國內醫學系每當需要英譯時，即有不知該用 Faculty of Medicine 或 Department of Medicine 之困惑，每當美國人見到 Faculty or Department 兩字，也偶爾會有似懂非懂的尷尬局面。

我們並沒有向美國為這種特殊的結構道歉的必要，但從實際面來說，將醫學系置於與中國文學系、物理系、電機系等同等的位置，且經費人事又採取以學生人數為基礎的齊頭政策，會嚴重限制醫學教育發展的空間。自從一九八〇年代末期起，在行政院科技顧問(STAG)全盛時期，當時的成大醫學院院長黃崑巖，即配合主管醫療領域之已故貝芮德 (Ivan Bennett) 博士，撰寫將國內醫學系升格為醫學院，提出將當時的醫學院升格改制為真正大學之計劃，但未獲當時教育部毛高文部長之接納，推行研究此方案之可行性之計畫之預算，則刪減到計畫無法澈底執行之程度。嗣後毛部長說服陽明醫學院先行改制，但改制的陽明僅有改名之舉，而無擴大醫學系將其升格為學院之實，人事、經費則皆絲毫未變，現今醫學系仍侷促於系之層次。陽明的改制，實際上幾乎是僅止於任務重編而已。事實上該校於二〇〇一年受評鑑時，訪視小組即發現醫學系之編制不增大反而縮水，只剩院長與秘書等人員，所有基礎醫學各科皆轉編入生命科學院。可見醫學系因學校改名 (非真正改制)，極易置醫學系於不利之地位，這與當初透

過科技顧問團企圖調高醫學系格局所做建議之精神完全相悖。

不出所料，以後改制為大學的各醫學院都多少重蹈陽明之覆轍，醫學系並未因為改制而編制擴大，所增設的學院，只在湊足成為大學的條件，而非刻意經營，成為名符其實的大學。

## 經費

國內醫學系格局既然如此，醫學系經費就極端地短絀，又礙於教師名額之數目有所規定而難予擴增，故比起美國中上之醫學院（美國所謂醫學院即指醫學系一系）之經費有極大的差距。一九八〇年代末期，僅有醫學、牙科及護理三個與醫學有關之學院的加州大學舊金山校區（UCSF），其經費連同由外界爭取之研究經費竟高達六億多美元，折合新台幣二百億元以上，為中央研究院經費之數倍，遠比台大全校的總經費還高出許多。

醫學教育經費不應該與其他學系相提並論，這可以舉幾個例子加以說明。解剖學為醫學入門必修之課程，學生學習身體構造，該課程所需要之屍體，連同解剖後之遺體處理平均一具屍體需要經費至少十萬元，若要學生學好解剖，每一醫學系或後醫系所需要的屍體數目依學生人數而定，可能高達數具到廿具左右，光是屍體會花掉醫學系現有的經費之大半，故經費負擔極為沉重。加上在台灣屍體難得，故十幾年前曾有三百位學生共用一具屍體困境的一所醫學院<sup>12</sup>。惟世界各醫學院對屍體解剖學之教學方式亦在逐漸演變乃是事實，故屍體之需求亦在降低。但基礎醫學與臨床醫學之講授皆採用視聽器材，教師所製作的教材，都要能將組織構造清晰可辨地呈現給學生觀察。此種視聽放映器材之成本極為昂貴，近年電腦模擬病人，逐漸被推廣，由學生自我學習之軟體教材亦所費不貲，故與其他學域的教學經費需求差距甚大。其他如心臟聽診之教學等臨床教育所用器材，學生所用之顯微鏡，以及需要具備之教學儀器等等，均十分昂貴。再加上臨床醫

---

<sup>12</sup> 依據一九八〇年代教育部舉行之醫學院評鑑結果（中國醫藥學院）

學的教育需動用昂貴之醫師教學時間以及教學所需設備等等，因此醫學教育所需之經費絕非其他院、系、所可比擬。按凡有醫學院之美國大學，則經費之百分之五十通常是流往醫學院。輔仁大學設立醫學系以來，校方並未對這種現實問題有所洞悉，故必須急起直追，迅速籌措財源，才能使輔大醫學系迅速茁壯。

美國醫學院由學生所繳之學費，通常只佔超過醫學院之經費不超過百分之十。我國則平均佔百分之七十左右。故以經費而言，國內的醫學教育只能稱是慘淡經營。

### 低學費政策之負面影響

醫學教育之特殊性與經費需求既然如此之高，如將學生實習所必需的附設醫院之經營也納入教育成本考慮，則絕非現行學雜費所能敷用。據成大醫學院前院長黃崑巖與已故前高雄醫學院長謝獻臣兩人曾以此原則共同估算，在台灣培養一位醫師平均一年需要的經費，在一九八〇年代已高達四十萬。同時期，美國華府之喬治華盛頓大學醫學院，因沒有聯邦或地方政府之補助，依賴學費收入甚殷，一九八三年的學費因而已高達二萬五千美元一年，折合新台幣八十萬二千五百元，即可察知醫學教育之昂貴。可見黃、謝兩人所作之估算培育數字並不離譜。

我國大專教育向來採取低學費政策，確有政府之用意與苦心，並非毫無優點。但它的負面後果也絕不容忽視。教育政策擬定者要正視，現今國人的價值觀，已到一切以金錢衡量的地步，俗稱「一分錢一分貨」，也是一般人評估教育價值的原則。社會既然有此種價值觀，推行低學費政策，帶給學生的訊息是「教育是蠻便宜的」，或以醫學而言，一般人也因此認為「醫學教育也沒貴到那裡去」。因為認為教育便宜，在台灣，教職的地位比起香港與先進各國都要來得低微。免費提供教育的國中，甚且屢有學生毆打老師或猥褻女老師的案件發生，教育者有必要從價值觀的角度，對低學費政策之後果，尤其是醫

學系學費的問題作嚴謹的檢視。醫學生對醫學教育者貢獻的精力與心力，對教學環境的建造與經營，鮮有得來不易的認知，更有不少醫學生認為醫學教育成本與文學院、理學院各系相差不遠。這種認知如何能要求學生以成為醫師而自重？這對建立醫學職業的尊嚴似毫無助益。近日在媒體連續報導不少醫學院教師嗟嘆醫學系學生學習態度極差，實並非意外。低學費政策對國內醫學教育衝擊之大的另一原因，是國內對教育之慷慨解囊相助的風氣不勝，幫助不多。

低學費政策使醫學院經費拮据，醫學院院長必須在捉襟見肘的情況下慘澹經營這虧本教育，也會引致醫學院院長之地位低於附設醫院院長之尷尬局面。這要認知，醫院是有收入的單位，而醫學院只會經費外流。在向錢看(或 money talks)的現實社會，醫學院院長一談到經費就幾乎無法與醫院院長平起平坐。台灣兩長之間的普遍不睦，或甚至因而引致的指揮系統失靈，低學費政策要負一部份責任。

低學費政策的另一後果是，因為私立學校解脫不了低學費政策之枷鎖，為了增加收入，只好往多收學生之路去動腦筋，成為國內私立醫學院(或醫學大學)繼續擴大招生之誘因。殊不知，因低學費早已被人頭政策卡死，每位學生的學雜費既然本已不敷支出，多收學生只會徒增經費不足的壓力。實際上國內沒有一所「小而美」的私立醫學院。國內最近對私校如何改進有不少學者，如楊朝祥前部長提出高見，調整學費使其合理化是其中一項<sup>13</sup>。

## 師資

各醫學系之基礎醫學教師幾乎全由 Ph. D. 所取代，M. D. 寥寥無幾，這情況與美國相似。這在彼邦並不成為一爭議，但在台灣卻被視為缺點而常抬到檯面加以檢討，認為台灣的基礎醫學與臨床醫學因此失去關聯(Relevance)而脫節。補救脫節的方法因學校而異，有些醫學系在基礎醫學課程中安排少數由臨床醫師主講之課，賦予課程注重

---

<sup>13</sup> 楊朝祥：「私校情結宜解不宜結」，發表於第三屆理念資源分配與社會實踐研討會。

“臨床關聯”之形象。但追根究底，基礎醫學課程並無絕對需由 M. D. 講授之必要，這端看授課的 Ph. D. 教師，能否花些功夫了解本身授課內容在臨床狀況上之意義與關連，在授課時將其加以強調就可改善。這種訓練可由 Center for Faculty Development (CFD) 推行。有關 CFD 將於第五章另加說明。

台灣醫學系在師資數目方面頗為缺乏，這在公私立兩方學校為一通病。令人疑惑的是在有意多聘教師的私立學校，亦有種種限制。原因雖幾經學校及教育部說明，卻從未明朗，據稱這與退休制度有關。在已經評鑑過的醫學系中，依學校自評資料顯示，最好的師生之比也不過是 1:6，但如前所述，醫學系教師亦被調派跨系跨院去講授課程，故實際的師生比低於學校自評所列之數據。就教師實際數目而言，目前台大醫學院有 830 位教師，為數最多，其他醫學系皆平均為三百多人，比起哈佛大學等名校列有一千名專任教師陣容相去甚遠。在國立大學的醫學系而言，過去人事行政局核定之教師人數為一科六人，數年前人事行政局已對新增學科之教師分配減至四人。這是對醫學教育毫無概念的做法。光以解剖學一門課程而言，該學域傳統上至少涵蓋神經學、肌學、骨學、內臟學、心血管學、組織學、胚胎學、細胞生物學等次專門學門，各學域之間的隔閡可以用隔行如隔山來形容，實無法由四位教師滿足教學需要。臨床教育方面以內科為例，該科細分心臟血管、腎臟、感染、風溼、內分泌、腸胃、呼吸等等，遠超過人事行政局所核定的教師數目可以滿足的範圍。醫學院課程除極少數選修課外，傳統上沒有由一位老師開一門課的做法，而實際上也無此可能，故每一課程皆為集體開課。教育部雖然宣稱所核定之教師名額是一科平均四人，各科教師人數可由學校自行調配，無奈現今醫學各科之專業細分如上述，絕非教育部或人事行政局所給之人力所能應付，再如何調配，勢必捉襟見肘。後果是，各校教師缺皆東湊西借，並且大量聘請他校專業教師到校兼課，各國內經常有這類教授東西南北穿梭兼課的現象。更不容忽視的問題是，這些兼任教師因為忙，遠地上課勢必會排到週末，而數節課一舉講完，這使學生精疲力盡，對學習效果影響甚大。

但教師數目短少，如每位教師之教學熱忱與教學技巧純熟，或可發揮某種程度之補償作用。可惜國內醫學系教師的教學能力與品質，仍有極大的改善空間。舉凡教育者應有的自覺與自身對教育與求知的熱心、教學目標的訂定、教材的取捨、重心的強調、提綱挈領的秘訣、臨床關連性的認知、演講的技巧、視聽器材的運用、視聽教材之準備，以及學生學習成效之評估，很少受到學校的監督與重視。學校對建立監測與改進教學品質之機制也未投入足夠的資源與心力，教師沒有再教育與再訓練的管道，使他們能繼續發展成長為良師的具體制度。如果沒有這種制度，則每位教師無法充分發揮教學能力，良師是沒有上限標竿的。教師之數日本來就少，再加上水準不理想，將使師生比例極低之缺點更加凸顯。整體而言，國內醫學教師只重傳授知識，而不注重引導學生發掘問題，進而深入討論刺激思索，故對病人問題的掌握與分析能力並不理想。這些問題之不受重視，一個重大的因素在全國各校的教師升等制度。因為教學的良窳，無法量化，舉國拿不出有效的方法激發教學品質的改善，就連教育部的學審會亦避而不談教學能力，這一個問題請參照下面「升等」一節。

教師的教學熱忱是有高度的「感染性」的，教師缺乏教學熱忱，學生的學習態度一定會受到影響。依 TMAC 觀察，這類缺點在臨床教授較基礎醫學教授要嚴重得多。這也可以歸因於這七、八年來全民健保政策的直接影響，因為健保無形中逼迫醫師多看病人，講求業績，使醫師無暇兼顧教學。從長遠的眼光考慮，這情形長久下去全民健保將反受在這種狀況下培養畢業的新生代醫師之害（英文或可稱將 backfire）。

台灣大多數醫學院另有明顯而亟待改善的是各校教師幾乎清一色的是自己的校友（即 inbreeding），這往往是改革與創新的一大阻礙。各校在治校的目標和延攬人才的理念方面應做大幅度的修正。延攬人才應以才華為主要的考慮，哈佛大學遇有教師缺額時，延攬人才的策略原則是：這個人是否是天下最好的人選？（Is this the best

man in the world to fill the position? )，如此才能注入新血，帶來新的觀念，為學校開創新局面<sup>14</sup>。

## 升等

國內大專院校升等辦法，完全偏重於研究論文，而對難予量化評估之教學表現則多避而不談。此項問題如不予適當地糾正，一旦研究生比例繼續增加，教師之注意力將更加集中在研究生，因研究生可代教授進行實驗工作，這會逐漸導致醫學系或其他大學部學生之教學被冷落。實際上這種現象已儼然存在於許多醫學系，不少基礎醫學教授不忌諱承認這種趨勢。尤有甚者，國內一些醫學院以助理教授、副教授、教授之職等而要求低位者分擔更多之教學時數，造成亟待升等之資淺教員為求研究升等，反而在時間不敷的困境下，降低其教學品質，此種現象實令人擔憂。

## 共同筆記(共筆)

根據曾來台之華裔著名學者觀察表示，台灣醫學系學生聰明才智過人，但教師並未將習醫的重要門窺提早傳授，為學生建立良好的學習習慣(study habit)，這或又可歸因於上述 liberal education 在台灣醫學系幾不存在之問題。於是乎：第一，所謂共同筆記(即共筆)成為學生閱讀與學習的主要讀物。第二，考試幾乎是評估學生的唯一方法，而試題又常限於共筆範圍。第三，學生很少有唸參考書，查資料之訓練。第四，外國醫學生在一年級(相等於我國醫學系三年級，後醫系一年級)已有翻閱 New England Journal of Medicine 之習慣，故視野較早擴展，但我國醫學系學生之學習材料，甚少超越共筆的範圍。這不是學醫的正確方法，因為視野始終無法展開。

原文參考書與期刊之風氣不易開展，與外文能力之低落顯然也有關係，而這又與上述之 liberal education 之薄弱有因果關係，因

<sup>14</sup> Rosovsky (與第 15 頁之 1 相同)

為語文，尤其是外文或英文，是 liberal Education 的重心。又因為只靠唸共筆，即可應付考試過關，故根據評鑑，台灣各醫學系學生之上課出席率，普遍低落，甚至低到五成左右的課並非少見。這些學生認為次日就有複印的共筆可唸，而試題又幾乎來自其中，前來上課是多此一舉。因此台灣醫學生也很少在低年級時就養成參加 Seminar（特別演講）吸收尖端新知的習慣，校方也很少鼓勵或要求。聽講要領不良，加上外文根底不強，故台灣醫師在國際會議能起立發問與講者交鋒的人，為數甚少。

## 基礎醫學

基礎醫學之範疇已如前述（第八頁），而台灣各醫學系基礎醫學課程中較為明顯的缺點，是沒有講授獨立一門的病態生理學，按病態生理學之重要性，並不亞於病理學。

臨床診斷學或理學檢查學為臨床醫療技巧之入門學問。這門課程在國外，被視為關係醫師生涯成敗之重要科目。學生透過這門課習得問診、視診、觸診、敲診、聽診等各科基本技能。有經驗的醫師認為如這一系列之程序，做得細心又徹底，如加上分析得體，則百分之八十左右的病人的診斷即在診間內會露出端倪，可以為健保省下甚多為不必要的檢查與化驗所花的費用。故外國許多醫學院對這門課程的要求極高，投下的心血比例亦大。相形之下，它在我國並不太受重視，這原因不止一二。但主要的原因可能是在我國醫療界，診治一位病人的平均時間，不超過數分鐘之情形已成習慣，如照書做完整的問診，理學檢查加上為鑑別診斷做思考，考慮是否投藥或該進一步做何種檢查，時間上而言幾無可能。如欲在有限的時間裡，應付一位病人，醫師勢必訴之於各種化驗或昂貴的檢查，這種惡習代代相傳，則問診，視診等技巧面臨被忽視而失傳的局面，而全民健保必定也會因醫師不當使用不必要的化驗與檢查，被迫付出極高的代價。本白皮書第三章第一節：本國學生在外國所提及之 Edward Meilman 所指摘的，有關國內醫師看病草率的問題，與此有關（第十四頁）。其實這個問題又與

醫師對社會問題之認知有關，關鍵還在醫師的 social behavior。

## 臨床教育

已如上述，醫學教育一直保存較為完整的師徒制，而師徒制主要反映在臨床教學。舉凡邏輯的思考、果斷的決定、與病人的關係、床邊行為表現與倫理、與醫療團隊成員的合作、共享知識的熱忱，皆需在臨床教育階段奠下基礎。故指導學生的教師，或甚至住院醫師的知識與操守素養，對學生具有深遠的影響，其中對學生最具影響力的，恐怕是住院醫師的素質。可惜已如上述，國內師資質與量極不理想，而又忙於為醫院爭取營業績效，教導學生往往成為醫院次要（secondary）的職責。這在健保實施以後已經變本加厲，因為健保局汲汲於經營面之成功，很少探究健保對醫學教育所帶來的禍福。

國內臨床教育另一大缺點，在將教育醫學生的基本目標弄錯方向。TMAC 的評鑑準則明定醫學生的教育目的在培育能提供稱職的一般科通才（general medicine）醫師。但台灣各校的臨床教師多汲汲於傳授本身專門的專科或次專科知識，思維立即往次專科的牛角尖走，等於在引導學生早日分科。影響所及，國內醫師比較不擅於將病人看成整體（wholistic），以致於病人被拆成器官的組合。這與美、澳諸國的醫學教育在基本理念方面有不相容之處。

## “見習”的問題

國內醫學教育最為人詬病的是病房學習，這階段即教育部定為“見習”之階段，外國則稱為 clerkship，通常落在醫學系五、六兩年級，或後醫系之三、四年級。實施多年以來，據國內“見習”生描述，在病房“見習”，「只是走來走去」、「沒人理我」、「放牛吃草」、「是治療團隊的局外人」<sup>15</sup>。中國時報副刊更登有一篇醫學生以「看不見的白衣」為題，生動的描述凡穿上醫學生穿用的短白衣，在病房

<sup>15</sup> 皆取自各校醫學系刊學生之意見，見 TMAC 報告，2001, 2002

皆立即成為旁人視若無睹，沒人理睬的閒人(Nobody)。根據 TMAC 之評鑑報告，國內沒有在“見習”學生到病房的第一天，由指導老師或住院醫師陪同，好好介紹給病人認識，讓病人確認其為醫療團隊一成員的一所醫學系，難怪病人對“見習”生不予理睬。但同一批學生暑期前往美國醫學中心學習，第一天報到，就立即會有成為醫療照顧病人團隊一員的感覺。這恐怕是我國醫學教育最重要的缺失，也驗證回國學者認為「學生未納入醫學學習的主流」之評語。可見對醫學生而言，只看不做的“見習”是沒有助益的。

多數學校的醫學生在“見習”期間沒有特定的病人，讓他/她們在上級醫師之監督下負責追蹤與觀察，故對特定疾病的病情如何演變，體會不多，“見習”學生可說無特定的職責，只在病房「閒混」或在醫務室看書<sup>15</sup>。有好幾所學校的醫學系“見習”學生還說，應來指導的教師在規定時間遲遲不見蹤影<sup>15</sup>。西方醫學教育家屢有誠言謂「病人是醫師最好的老師」，國內的“見習”這種現況正好與此金科玉律背道而馳，學習脫離了病人，這叫學生如何學看病人？這種紙上談兵的看病習性一建立，養成的是懸壺但不知如何救世濟人的醫匠。

## 評估學生的方法

醫學系學生學業之評估皆偏重於知識面，不重視臨床診治病人之技能是否有預期的進步，更不重視觀察學生學習態度及接受指導與批評的虛心程度，而對待病人的床邊禮節問題，或與醫療團隊其他成員之合作與磋商能力等等更少注意，故病人之隱私權頻受侵犯。如要培養良醫，這些素質與知識的豐富與否有同樣的重要性。NCFMEA 對我國這種缺點早有諱砭，請參考第三章即可明瞭。

就知識的測驗而言，國內教師為了閱卷方便，幾乎千篇一律以測驗題評估學生的知識，國考亦然。考試是教學的延長，學生學習的導向取決於考試的方法。測驗題為主軸的考試評估方法，有促進學生背書的惡性效果，鮮能誘導學生做獨立思考，回答問題只要“吐出”

所知即可，外國稱為 regurgitation。所以台灣大專教育幾乎是中學填鴨式教育的延續，在醫學院亦復如此。測驗題非但難以評估學生思維與演繹的能力，亦無法測試學生看病的技能。所以國內醫學生擅長於擷取片段知識的記憶，卻缺乏分析與歸納資料與病情對照的技巧。遺憾的是，醫生看病人時所應該注重的不是前者而是後者，但目前醫學院教育並未強調後者的重要性。

## 實習醫師

實習醫師是早應拋棄的一個包袱。如上述，實習醫師這一年的身份在大學法中明文規定仍是學生，但因教育部將其與師範院校的實習相比照，故早已建立由醫院給付薪水之傳統。有的醫學院准許實習醫師前往校外醫院，這校外醫院可能是與醫學中心簽訂建教合作在案的區域醫院而非醫學中心。區域醫院不論是否與醫學中心有建教合作關係，對教學水準之要求，一般皆不如醫學中心，因為絕大多數的區域醫院屬於醫療法中明定的「乙類教學醫院」，這一級醫院對學術與教學的要求與「甲類教學醫院」差距甚為明顯。但送學生去這些醫院的醫學院院方幾無對區域醫院的教學品質有過問的機制。實際上，某醫學中心之臨床教師曾做如下告白：他本人到住院醫師第三年才真正學習到如何以聽診辨別心臟雜音。學生在所實習的醫院幾被視為是醫院的工作人員，而非學生。故國內有「實習醫師不夠」的奇怪言論出現。如果認為他們是學生，醫院為何會苦於沒有「實習醫師」來實習？沒有他們，該院醫師不是少了教學職責而落得清閒一些？醫院又非學校，何苦沒有學生前來？學生之來院實習求“見習”顯然是標榜醫院的資料，因為學生常被視為是醫院的工作人員，故有不少學校的學生爭取不付學費（見表二）。但實際上實習這一年，明文規定實習醫生是百分之百的學生，是有學習之實質意義，依大學法規定這一年總計有四十八個學分之多。再者，國內之所謂教學醫院分甲、乙兩類，衛生署規定經過醫院評鑑歸類為甲類亦稱醫學中心。醫學中心可有學生前往“見習”，國內竟然有醫學中心以種種名目，按月付給“見習”生高達萬元以上的車馬費及獎金（台灣各醫院所付實習月薪，見表三）。

也因為如此，實習醫師是否可以稱為醫師事實上仍有待商榷。與實習醫師相較，目前之clerkship(“見習”生)當然更不夠資格稱之為「醫師」。但有一些學校卻在“見習”生服胸上繡有「醫師」兩字，教育部必須勒令禁止，以正視聽。“見習”既然被學生以「閒混」等語(請參照第廿九頁)形容，而居然可以領車馬費前赴醫院閒混，更是滑天下之大稽。

	實習生薪水(元)	有無繳學費(元)
台大	9,000	無，但有繳平安保險費等：379
陽明	依實習醫院規定	自費有：33,778 / 公費：無
成大	9,000	學費：有；雜費：4/5
高醫	11,580	有：64,323
北醫	24,500	有：64,514
中國	26,100	自費有：64,617 / 公費：5,472
中山	20,000	無，但有繳實習費：7000
長庚	24,000	有：53,210
慈濟	21,000	有：57,000
輔大	尚無七年級	尚無七年級
國防	自費生尚無七年級	自費生尚無七年級，軍費生全免

表二. 各校七年級醫學生學費與實習薪資

(其他)	
台北榮總	9,000
台中榮總	9,000
高雄榮總	9,000
彰基	24,500(見習16,000)
嘉基	25,000
馬偕	24,000
林口長庚	24,000
高雄長庚	26,000
萬芳	24,500
新光	22,000
和信	22,000
振興	25,000
市立忠孝	20,000
奇美	25,000(見習20,000)
門諾	20,000
國泰	19,000

表三. 各實習醫院之實習薪資

這種定位不明的實習醫師制度，一方面也頻受醫學生之詬病。原因在於實習醫師被院方認為是廉價勞力，而終日做些醫師與護理人

員不願作的零碎例行性工作。但資深教師與校方則認為實習醫師的工作是尚在這層次的醫學生必須歷練的一個苦工階段，應忍氣吞聲承擔這些工作下去。各校每年在實習醫師階段結束前，皆與實習醫師舉行一年來實習工作之檢討會。會中對這一年實習的實質意義年年爭咻不斷，各校皆如此，但迄今未見有任何學校實施令人滿意的改進。

過去教育部醫教會常委黃伯超曾經在公私立醫學院院校院長會議，建請考慮廢除實習醫師制度，而縮短醫學系為六年畢業，後醫系為四年畢業，但因院長會議並未加以認真考慮與研究，而不了了之。TMAC 認為廢除第七年實習醫師在現階段尚言之過早，須待五、六年級學生之臨床訓練加強已使人滿意之日，實習醫師方可排出於醫學系或後醫系學程之外<sup>16</sup>。美國 clerkship 學生之臨床訓練遠比我國紮實與嚴謹，故早已廢除了實習醫師制度。澳洲本來就沒有實習醫師階段在修業年限之內，而醫學系之評鑑標準明言規定其教育目標是：培育能勝任實習醫師的醫學生。換言之，實習醫師階段是在畢業之後。

## 住院醫師

如上所述(本章「臨床教育」第一節)國內教育界很少人瞭解住院醫師其實是影響醫學系學生習醫最具有衝擊力與影響力的一群。他/她們才是醫學生臨床階段真正的第一線老師。住院醫師因為與學生接觸時間較多，一到病房立即成為學生模仿的對象。故住院醫師對待入接物、耐心、關懷以及探究問題的態度，與打破砂鍋問到底的探究治學精神，會直接影響學生的學習態度。可惜住院醫師之優劣不在教育部管轄之列，而屬於衛生署之醫院評鑑系統。但台灣醫院評鑑在方法與深度上，尚有一段相當長的成熟階段要走，對改善住院醫師之品質，無法在短期內期望劍及履及。教育部應透過 TMAC 參予醫院評鑑，對教學醫院的住院醫師訓練內涵有所過問。

## 評鑑

---

<sup>16</sup> TMAC 準則

台灣醫學院之評鑑方興未艾，教育部現僅有五年計畫，委託國家衛生研究院辦理，而由成立於二〇〇〇年之 TMAC 執行，這委辦計畫將在二〇〇五年結束。目前委員會所執行之工作內容，已獲美國教育部之認可。但評鑑並非只是應付國際觀瞻的一個表面工作，而是國內應該永續的教育品管問題，教育部對廿一世紀所發行的白皮書，亦將評鑑列為重大工作之一。何況明年春天將有美國代表來台參與觀察，而二〇〇三年七月 TMAC 須提出書面報告。故醫學院之評鑑已是不能回頭，必須向前邁進之一種工作。

TMAC 有雙重問題亟待解決：(一) 二〇〇五年後如何使該委員會永續發展。(二) 評鑑訪視報告中所列需要改進之各點，教育部究竟將使用何種機制對有關學校獎勵或勒令改進，實應及早作長程考慮。