

醫學教育之現況與未來

文 / 醫教部 林俊哲副院長

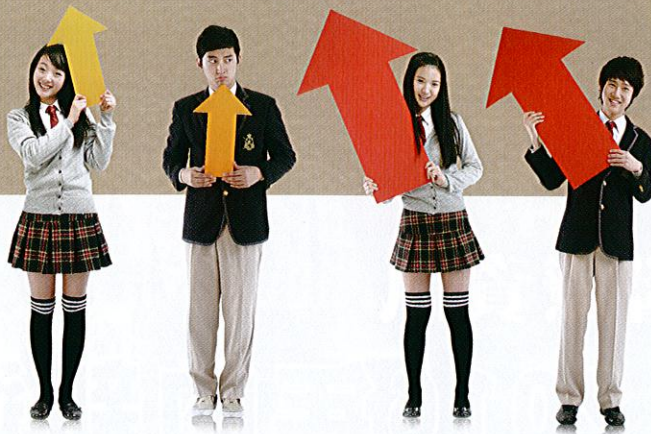
2003年，SARS侵襲世界各國，台灣也無法倖免。當各種新興傳染病日漸流行，造成區域、國家及社會重大的衝擊，同時人類的健康也面臨威脅，因此醫療衛生人員的專業健康照護能力愈形重要。為培育充足且合格的醫療人才，醫學教育的目標乃以培養具有專業核心能力的醫師，使其具備照護及治療一般疾病的知識與技能，並且能有符合社會期待的行為與態度。因此，在近十年間，台灣的醫學教育展開各階段改變與革新。主要的變革包含於畢業前之大學醫學教育(undergraduate)、畢業後一般醫學教育(postgraduate)、和專科及繼續教育(CME: continuous medical education)三階段。

(一)、大學醫學教育

主要的革新為：一、醫學系學制的改變；二、大學多元入學制度持續改善與推廣；三、基礎與臨床醫學課程的整合；四、臨床醫學課程。

醫學系學制的改變：醫學教育最新的改變是從2013年開始，醫學系改為六年制，學生於畢業後(2019年起)需再接受為期兩年(現行一年)的一般醫學訓練(PGY訓練)。透過學制改革的契機，將實習改至畢業後、已取得醫師證書與限制性執業執照，可以解決七年制之實習醫師在臨床實習時無執照的尷尬問題，同時也可以與國際相比擬並且接軌。然而，制度的改變必須同時檢討現行的學生入學機制、通識博雅教育、基礎與臨床課程整合、臨床醫學教學和畢業後教育等重要課題。

大學多元入學制度：自2002年廢除大學聯考，大學入學採取多元入學方式，經過多次的制度調整，台灣現在的大學招生方式主要為繁星入學、申請入學與指定考試分發入學三種途徑。與其他科系學生不同，申請醫學系的學生於繁星與申請入學均需要通過面談口試，以確認是否具備培養未來醫師所必須具備的特質，尤其重視語言與溝通能力、社會服務與關懷、合群利他同理心等。2015年全國招收一千二百名醫學系學生，超過六成的學生係經由繁星與申請方式入學。



課程改革與整合：從2013年開始，醫學系改為六年制，學制的縮短連帶課程勢必也須跟著調整。醫學系一、二年級仍須重視博雅通識教育，建立「先學做人，再學當醫師」之理念。過去舊制課程主要問題在於其課程內容的設計大都以教師而非以學習者為中心，所以課程過於制式而缺少彈性，基礎醫學與臨床疾病之間較少連結，應用性顯著不足。新的課程設計著重以學習者為中心，依器官及疾病系統(organ system)分成各個縱貫性模組(block)，以強調基礎與臨床之關聯性來進行教學，讓學習內容更完整性，並加強以臨床應用為主之臨床思路教學。

臨床醫學課程：強調醫學生能「動手做」(hand-on)，能提前參與病患之臨床照護(primary care)。因此，必須加強臨床核心技能訓練，使用模型、模擬人(simulator)、標準化病人(standardized patient, SP)等模擬教學，讓學生在實際照顧病人之前能先熟練技術；並且採用多元化的評量方法，包括OSCE(Objective Structured Clinical Examination)、mini-CEX(Mini-Clinical Evaluation Exercise)、DOPS(direct observation in procedure skill)、CbD(case-based discussion)等，以評量學生的實際學習成效。

(二)、畢業後一般醫學教育

2003年開始實施之「畢業後一般醫學訓練計畫」，由初始之三至六個月訓練期，沿革至2011年起實施一年期不分科之一般醫學訓練。期望學員透過更多元且全面性之訓練，學習到為提供民眾全人醫療所需的醫學知識、技能及應有的醫療態度和價值觀，能夠實踐以病人為中心的醫療。而自2019年起，醫學系畢業學生必須先完成兩年不分科的一般醫學訓練，方能接受專科醫師訓練。

(三)、專科及繼續教育

隨著健康照護環境及知識的提升，良好訓練的醫師且能提供更好、更新的健康照護日益重要。因此，優質化住院醫師訓練是達成此目標最重要的步驟。衛生福利部於2013年設立「專科醫師訓練計畫認定委員會(Residency Review Committee, RRC)」，各專科學會依據RRC研議之「專科醫師訓練計畫認定基準」架構擬訂住院醫師培育計畫。計畫的重點目標為保護教學環境、強調教學品質與成效、依據專科發展趨勢及實務執行建立標準、確保最低遵從(compliance)標準，以健全住院醫師培育制度，提昇專科醫師之醫療品質。