

長庚大學 110 學年醫學系總課程委員會第一次會議

紀 錄

開會事由：110 學年『總課程委員會』第 1 次會議

時 間：110 年 8 月 11 日（星期三）下午 12 時至 13 時

地 點：(Google Meet 線上會議，<https://meet.google.com/sge-ttyh-urx>)

主 持 人：謝明儒系主任

出 席 者：吳嘉霖、李立昂、林蔚然、邱浩彰、張玉喆、張淑卿、莊宏亨、
郭忠禎(施靜琪代)、黃建達、趙從賢(以姓氏筆畫排列，職稱敬
略)

請 假：王鴻利、陳怡原、劉嘉逸、駱碧秀

列 席：鄭昌錡

學生代表：醫學系林享辰、黃郁晴

中醫系謝承晏

壹、 會議開始

貳、 主席致詞

1. 歡迎委員及學生代表。
2. 感謝邱教授及各位委員續任總課程委員會之委員。張淑卿教授六年來擔任醫學人文學科科主任，逐步建立醫學人文課程架構，如今功成身退，未來將交由鄭昌錡醫師帶領醫學人文往前邁進，仍請張教授持續擔任本委員會之委員，同時亦邀請鄭昌錡主任列席參與。
3. 恭喜趙從賢委員榮獲科技部 110 年度吳大猷先生紀念獎，趙醫師以急診住院醫師、PGY 教學問題，特別是臨床回饋相關作為研究主題，後來因處理實習醫學生業務及擔任臨床技能中心主任，同時醫學系由七年制改為六年制，因此執行三年計畫追蹤學生畢業前兩年至畢業後一年於臨床學習所遭遇之困難與技能不足等問題，學制改變對於學生畢業前後對臨床準備的影響，目前研究結果已投稿三篇論文。邱教授建議可以將可信賴專業活動(Entrustable Professional Activities, EPAs)、里程碑(Milestones)之論文與大家分享，其研究發現亦可應用於總課程委員會。

參、 報告事項

1. 感謝秘書協助收集、整理及分析 109 學年度畢業生問卷滿意度(會議資料附件一)，問卷內容包含全國醫學系統一之版本及校內自行設計之問題。

【第一部份：整體醫學教育】

項目「我很清楚本系及各學科的教學目標」此滿意度一路提升；近年本系注重醫學研究，學生亦清楚了解未來若要申請理想的住院醫師職缺，必要有研究的能力或是已發表之論文，因此在大一開始即開設生命科學研究選修課程，讓有興趣的同學可修課，並且在大四、大五與臨床醫師做研究，因此在「本系之教育使我有機會參與醫學科學研究」滿意度創新高，達 91.2%，整體而言，學生對於長庚的醫學教育品質滿意度逐年提升。

【第二部份：課程】

通識課程部分，滿意度雖不是那麼高，但仍優於去年全國平均之滿意度。另外，長庚的醫學人文課程具有特色，老師皆努力投入課程教學，但學生曾反應於五六年級臨床應用較少，今年於五年級增加內、外科討論，鄭昌錡醫師於六年級新增電影欣賞討論會等，因此滿意度已有進步。基礎醫學課程部分，長庚表現不錯，與全國一致，尤其是 TMAC 所強調的「基礎與臨床銜接」，雖然我們所採取的教學法不是以 system-based 為主，但是經過改革之後，滿意度與全國一致，達到我們的教學目標。臨床醫學課程講課的部分，一直不錯，部分少數項目去年稍差於全國，今年均已超越。臨床實習品質與臨床實作、評量一致性等項目去年滿意度稍差，今年已提升，學生若對於評量方式有疑義，皆於委員會詳細討論以回饋學生。「在本系安排的臨床實習中的實作的份量」項目，全國數據顯示為「有點多」，而本系學生反應為「有點少」，這部分今日(8/11)於林口院區教學部討論，未來將加重實作的份量，讓學生更有機會實作。

【第三部分：臨床實習】

「是否有被主治醫師或住院醫師直接指導、Supervision？」、「是否有得到充足的學習指引以了解學習上的方向？」此二項目與去年、前年相較已有進步，與全國比較，則是有某幾個科雖已改善許多，但尚有進步空間。在較繁忙長庚醫院，如林口、高雄院區，在外科系稍微比較忙碌，有很多可以學習，但老師恐怕沒有足夠時間可一直帶領實習醫學生，因此需要醫學生自主觀察及學習，或以住院醫師為教師，包括外科、婦產科、眼科需要改善；一直

以來，長庚各院區之內科、小兒科教學皆優質，滿意度接近滿分，而急診科滿意度亦優於全國。家醫科、精神科、神經科、復健科表現也很好，比較繁忙的科別已較去年進步，仍需再加油。去年各院區曾召開會議討論並提出改善，今年可見效果顯著。「各科安排的夜間實習（含過夜實習）有學習意義？」林口及高雄院區較大，學習比較少，下個月將會有改善，希望滿意度可以持續進步。

【第四部分：個人能力評估】

六大核心能力(病人照護、醫學知識、從工作中學習及成長、人際關係及溝通技巧、專業素養、制度下之臨床工作)滿意度皆高，且比去年進步。關於畢業時個人實力評估，「自認為足以獨立執行一般醫療業務(指 PGY1 工作)」此一項目，全國滿意度皆不理想，長庚稍高於全國，表示同學認為自己仍有可改進的地方。今年「自認為足以通過國家醫師執照考試」之滿意度稍低於去年，「自認為有獨立學習的能力」、「自認為有獨立學習的能力」皆不錯。

與會學生代表表示醫人文課程、鼓勵研究等皆為長庚特色，109 學年度之畢業生問卷結果與實際情形吻合。

2. 因應 TMAC 準則 2.1.1.2 「醫學系必須讓所有醫學生、教師及參與教學之主治醫師、主要教學醫院的住院醫師以及其他負責醫學生教育與評量之人員瞭解其醫學教育目的。」務請各課程委員會主席向課程負責教師宣達：為使參與教學之無職銜教師能了解課程教育目標，建議請課程負責人於課程開始前提供課程教學大綱、核心能力權重等資料，並於期末收集無職銜教師對課程改善回饋。

肆、討論事項

案由一、課程地圖修訂案，請討論。

說明：

1. 延續 109 學年度醫學系總課程委員會第二次會議決議修訂：
 - (1) 醫學研究課程自一年級延伸至六年級。
 - (2) 請張淑卿委員提供醫學人文課程正確名稱予趙從賢委員，以利修正課程地圖。
 - (3) 刪除課程地圖二年級藥理學。
 - (4) 於人文關懷屬性欄位挪移「大體老師追思」至三年級、新增「醫療法規」至四年級

2. 修訂課程地圖如會議資料附件二。

決議：

1. 「醫學研究導論」為二年級課程，故自一年級挪至二年級。

2. 檢視「醫用微積分」課程負責人填寫之八大專業核心能力權重，該課程可歸於醫學研究課程。
3. 流行病學、預防醫學、環境醫學三門課程若依課程名稱判斷，應歸類於基礎醫學，經參考課程負責人回應之八大專業核心能力權重，「流行病學」其「醫學研究」核心能力權重達 0.6，故歸類於醫學研究課程。「預防醫學」、「環境醫學」之八大專業核心能力權重未強調「醫學研究」核心能力，故歸類於基礎醫學。
4. 修訂之課程地圖如紀錄附件一。

案由二、醫學系畢業生應具備之八大核心能力比重，請討論。

說明：

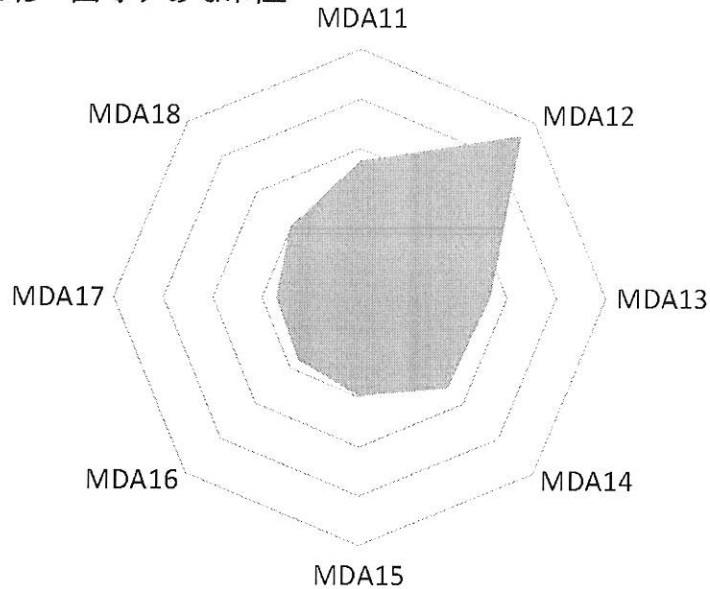
1. 醫學系畢業生應具備之八大核心能力及醫學系專業必修、醫人文課程八大核心能力雷達圖

	核心能力
MDA11	病人照護與臨床技能(Patient Care and Clinical Skills)
MDA12	醫學知識 (Medical Knowledge)
MDA13	自我學習與改進 (Practice-Based Learning and Improvement)
MDA14	人際關係及溝通技巧 (Interpersonal & Communication Skills)
MDA15	專業素養及倫理 (Professionalism & Ethics)
MDA16	制度下之醫療工作 (System-Based Practice)
MDA17	生物醫學研究 (Bio-Medical Research)
MDA18	人文與社會關懷 (Humanities and Social Care)

專業必修+
醫學人文課程 %

MDA11	MDA12	MDA13	MDA14	MDA15	MDA16	MDA17	MDA18
13.74	23.09	13.25	12.71	9.8	8.84	8.51	10.06

專業必修+醫學人文課程



說明：專業必修+醫學人文課程 八項核心能力值 百分比：

$$\sum(\text{各課程之各項權重值} * \text{學分數}) / \text{課程總學分數}$$

2. 現行醫學系專業必修、醫人文課程八大核心能力權重請參閱會議資料附件三。

決議：經委員、學生代表討論，建議MDA11、MDA13、MDA17可再調升，MDA12則可稍微調降，各項均修訂為整數，調整後八大核心能力比重如下表：

MDA11	MDA12	MDA13	MDA14	MDA15	MDA16	MDA17	MDA18
病人照護與臨床技能	醫學知識	自我學習與改進	人際關係及溝通技巧	專業素養及倫理	制度下之醫療工作	生物醫學研究	人文與社會關懷
15	21	15	12	9	9	9	10

案由三、以系統為基礎(System based education curriculum)及基礎與臨床銜接課程之成效與後續計畫，請討論。

說明：

- 108-109 學年於三年級解剖學課程期間共辦理 5 場基礎臨床講座。
- 建立課程教師成長社群
 - (1) 普通生物學與生物化學教學工作坊：與 108 課綱與生化教學之連貫
 - (2) 組織學與生物化學教學工作坊
 - (3) 生物化學、生理學、藥理學課程整合工作坊：決議五大臨床疾病在

基礎醫學科的一貫化授課方式

3. 基礎科學與基礎醫學的橋接

決議：

1. 本校目前仍維持以學科為基礎(discipline based curriculum)教學方式，他校則漸改為以系統為基礎的教育課程，我們希望能漸進式融入以系統為基礎的教育課程，因此於兩年內舉辦五場基礎與臨床講座，藉由解剖學上課內容連接臨床、藥理、微免、生化等等課程，以疾病微系統辦理臨床講座，效果不錯。為順利進行上述臨床銜接課程，加強各課程之連結與共識，另成立教師成長社群，舉辦教師教學工作坊，整合各基礎學科一至四年級學習臨床連貫知識，使老師清楚了解與其他學科老師之互補性，老師之間可協調授課內容以漸少重複性。
2. 自二年級生物化學以五大臨床疾病(包含帕金森氏症、糖尿病、高血壓及貧血)為例，導入基礎知識學習該疾病之機轉，延伸至三年級生理學課程強調其功能性、四年級藥理學學習臨床端對該疾病的藥物控制等，使學生能有一連貫性學習。
3. 關於基礎科學與基礎醫學的橋接，一再與基礎科學(如物理化學、有機化學、物理學、生物學等)授課教師溝通，可於一年級課程導入臨床醫學相關知識，如物理學課程內容加入超音波在臨床的應用、血管內血液的流體力學等知識，使學生了解學習的是物理知識，但未來可運用在臨床；生物學課程介紹諾貝爾生物醫學獎在臨床的貢獻等。
4. 基礎與臨床整合的最好方式即是 PBL，基礎與臨床教師共同整合，因醫學系已有既定的教學方式，要打破重新整合是一大工程，但會收穫良多。若無法完全以 PBL 形式授課，可以挑選案例進行基礎與臨床整合。
5. 醫學系現行於四年級下學期有心臟血管學、呼吸學、消化肝膽學、風濕免疫及感染學、內分泌學等五大門課程於傳統講授之後，安排臨床醫師進行 PBL 案例討論，目前約有十多例教案，五年級另有 CBL。PBL 就是良好的自主學習方法，四、五年即會持續進行，未來將逐漸增加案例。
6. 若有重症肌無力講座，將邀請邱教授分享。邱教授當場允諾可蒞校演講。
7. 請臨床課程委員會與基礎課程委員會主席於課委會討論如何於課程增加 PBL 或自我學習，亦請兩位主席共同協調是否以五大疾病作為討論。

案由四、強化學校 EMI 課程，醫學系 EMI 課程的設置與教學規劃，請討論。

說明：

1. English as a Medium of Instruction (EMI)係指在英語非母語的教育機構提供的學習課程，其內容的傳遞、師生互動、學習及學術支持教材、學習成果展示與評量 100%使用英語。
 - (1)著重於語言學習而非專業學科內容之英文課程不應列為 EMI 課程。
 - (2)在特定情況下學生互動可使用中文，如分組討論時得短暫使用中文以利創意發想與腦力激盪。但仍需以英文提出其討論成果。
 - (3)學生應用英語介紹他們的討論結果，學生分組互動時可使用其他語

言，但教師仍應確保至少 70%班級溝通是以英文進行。

(4)高品質的 EMI 課程應鼓勵學生儘可能以英文進行口說與書寫。

2. 相關資料請參閱會議資料附件四。

決議：

1. 若要國際化，勢必要加強英文，建請各課程配合學校未來發展，朝此方向思考，以提升英文能力。將委請整形外科周邦昀醫師設計整形外科實習 EMI 課程。
2. 邱委員表示，欲提倡英文教學，需先有誘因，例如：願意英文教學之課程教師，其鐘點時數增加。輔大當時推動英文教學時，邀請 BBC 講授如何有效教學，因此，建議學校舉辦英文師資培訓課程。

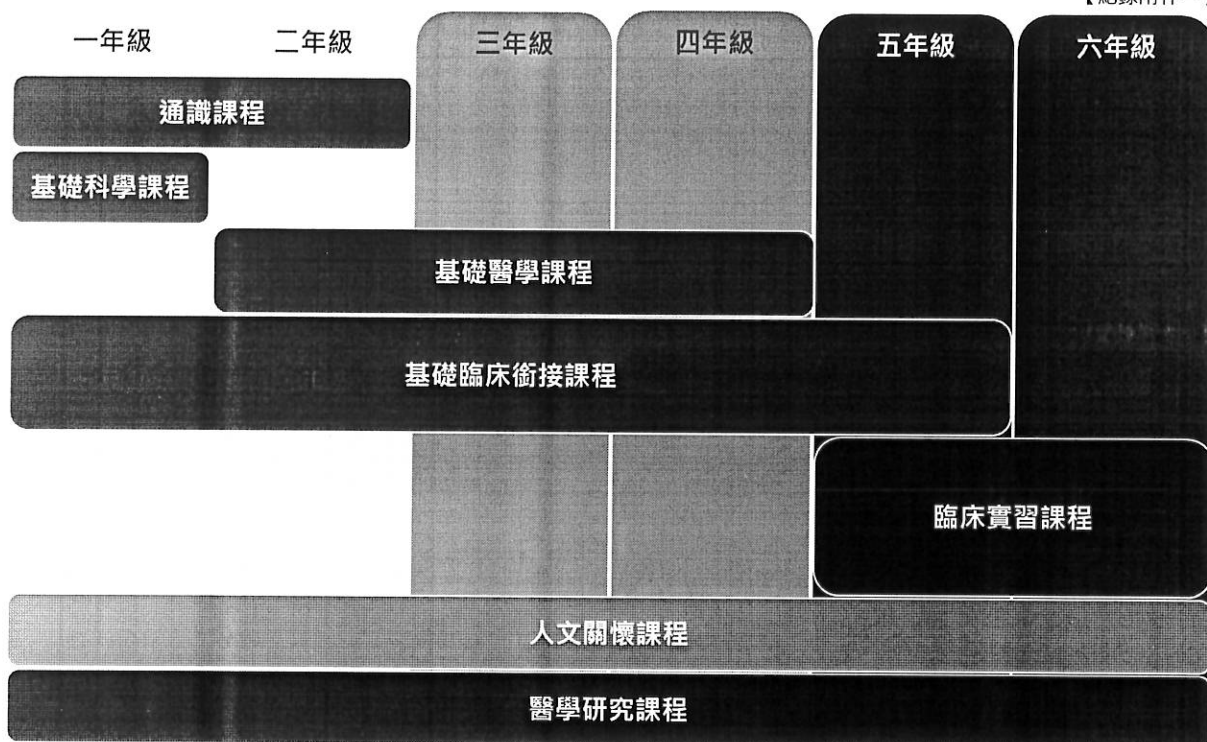
伍、 臨時動議

1. 醫學系學生代表表示，因教學意見自評報告尚未完成，待完成後提供系上及老師參考。
2. 請各課程委員會收到學生自評報告後，預先於課委會檢討，再將結果彙整至總課程委員會報告。

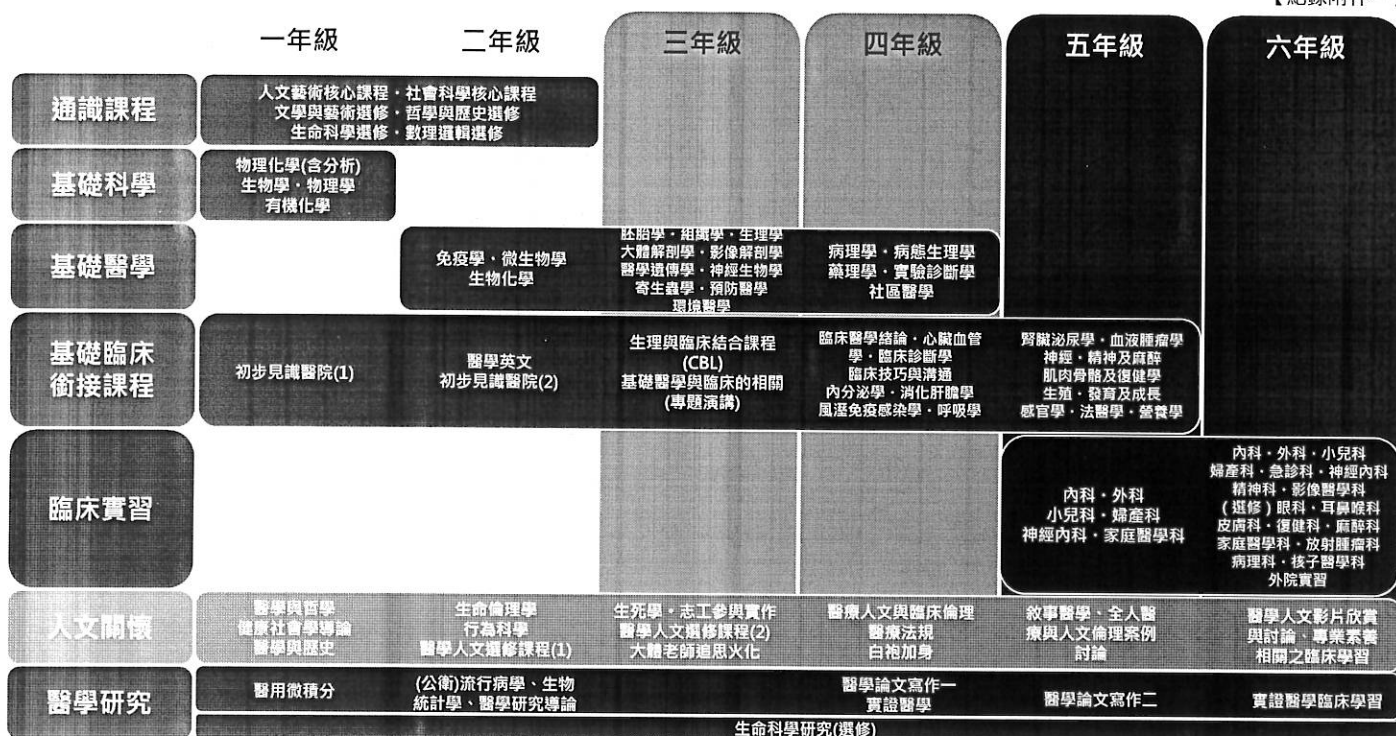
陸、 散會

13:30

長庚大學醫學系課程地圖



【110學年醫學系總課程委員會第一次會議通過_20210811】



【110學年醫學系總課程委員會第一次會議通過_20210811】