

醫學人文的關鍵時刻—— 有心插柳的規劃與開放式的論述發展

曾美芳*、黃寬重**、蔡博方***

摘要

「醫學人文」在臺灣醫學教育的發展之中，曾經歷幾個不同的關鍵時刻與相關事件，它們至今仍持續地影響著教學者與研究者。本文結合相關人物訪談與文本的耙梳，依序藉由「醫學教育改革白皮書(2003)」、「教育部中綱計畫(2007-2010)」、「TMAC新制評鑑準則二版(2013版)」，刻劃從1990年代倡議以來，其間經歷了「改革先聲」、「開枝散葉」、「落地生根」的三個關鍵時刻，值得為醫學人文教育工作者所銘記。

關鍵詞：醫學人文、醫學教育改革白皮書、醫學人文教育核心團隊、臺灣醫學院評鑑委員會。

* 臺北醫學大學通識教育中心副教授。

** 長庚大學醫學系人文及社會醫學科退休講座教授。

*** 通訊作者，臺北醫學大學醫學人文研究所副教授，Email: pofang@tmu.edu.tw。

一、前言

「醫學人文」，在臺灣醫學教育改革的場域中，是一個既具特色、又充滿話題性的課題。眾所周知，臺灣醫學教育發展有一個特色，就是醫學院評鑑準則中置入了醫學人文相關的要求，讓全臺灣的醫學系在辦學的方針規劃與課程結構的設計上都必須思考每一位未來醫生的培養過程中，如何納入「醫學人文」素養的培育。而它之所以充滿話題性，在於「醫學人文」的概念，在早期的各方倡議時期，已經出現各種不同的論述角度；當各校的先行者在凝聚共識的階段，也曾有過不少的論辯與嘗試；到了醫學人文課程因為醫學評鑑的需求而陸續置入各校課程架構時，又可以觀察到各校依據自己的師資專長與資源配置，而有不同的闡發與調和，展現出的醫學人文的多元樣貌。

在醫學人文發展近三十年後，我們希望能重新整理醫學人文發展的過程，並藉由訪談當時促進醫學人文規劃的賴其萬教授與張燕娣醫師，一起回顧過去推動醫學人文時的看法與主張，在這個過程中有哪些重要的機緣觸發了相關制度的前進，以及哪些困難可能對醫學人文的發展有所影響。本文即在這次訪談的基礎上，¹ 搭配幾份關鍵文本的考察，進行相關議題的討論與分析。

二、倡議的年代

二次大戰之後，西方醫學的發展凌駕傳統醫學 (Traditional Medicine, 簡稱 TM)，以笛卡兒二元論 (Cartesian Dualism) 式的疾病觀

¹ 賴其萬教授、黃寬重教授及張燕娣醫師口述訪談。時間：2022.10.20，下午三點至五點。地點：和信治癌中心醫院教研中心 7 樓 704 會議室。

點，將身心分離切割的醫學思想，隨著西方醫學的影響而散布。早在 1960 年代，美國已經開始嘗試打破醫學專業主義，邀請人文學者共同對話。(戴正德，2007) 在臺灣，較早具體提出「醫學人文」概念的是成功大學醫學院創院院長黃崑巖 (1933-2012) 教授。1982 年黃崑巖教授應成功大學夏漢民 (1932-2021) 校長之邀，回臺創立成功大學醫學院，草創期間，基於對醫學歷史及醫學倫理的興趣，到處做與醫學人文有關的演講。他最為人所熟知的一句名言是「先作文化人，再作專業人」。(喻蓉蓉，2012，頁 131, 158) 另一位早期推廣醫學人文觀念的重要人物是和信治癌中心醫院的黃達夫教授。與黃崑巖教授略有不同的是，黃達夫教授從自己的經驗出發，設想的「醫學人文」是泛指能訓練邏輯思考與同理能力的「人文素養」，而非作為醫學教育分支的「醫學人文」。他強調：「醫科七年的課程嚴重的缺乏這些有關文學、哲學，與邏輯學方面的學科。所以，醫師的教育相當片面，是不完整的。」(黃達夫與陳昭姿，1991，頁 446) 黃崑巖教授與黃達夫教授由於長年在美國執業，注意到歐美不少國家的制度屬於學士後醫學教育，學生在大學期間可以「無所顧忌的修習各種學科，而毋需太偏重科學教育，許多學生能夠有機會去學習看似與醫學不太相關的課程」。(黃達夫與陳昭姿，1991，頁 446) 在培養了完整的人格後再接受密集的醫學教育，學生們在大學時期培養起來的人文素養可以幫助他們在行醫的路上面對各種困難的選擇。但反觀當時的臺灣社會，由於醫學教育屬於大學本科教育，雖然延長修業年限至七至八年，但教育重點全部放在醫學專業上，導致學生在高中畢業後，除了極少的情況之外，很難再有機會學習人文、社會相關學科。

在這個階段，有一些小規模的嘗試已經開始。1992 年，臺灣大學醫學院受到德、日、法等國醫學教育的改革，以及美國哈佛大學 New pathway 課程的影響，開始思考醫學教育改革的需要。(崔紘彰與何明

蓉，2008)1993年，召開面對新世紀醫學教育研討會，邀請國內外學人共同集思醫學教育的問題及改造的方向。(戴正德、辛幸珍與李明濱，1999，頁361；劉介修與劉克明，2004，頁374)1994年臺灣大學全面實行新課程，推展整合課程及小班教學，以及強化倫理、人文教育。並提出「生物—心理—社會取向的醫療模式」，希望醫學生除了醫學專業的訓練外，也能將醫療行為由對個人生理的照顧延伸到心理、社會、經濟層面的關懷，並能加強對本土醫療與文化的省思，成為具有人文素養、文化內涵、並能洞悉醫學與社會關係之良醫。(謝博生，1997)

當時臺大醫學院院長謝博生(1942-2018)教授提到，新課程希望能夠將過去「注重醫學的自然科學特性」轉變為「注重醫學的社會科學特性」，希望將醫學與人文社會科學做密切的關聯。受到這一波改革的影響，當時臺灣大學醫學系曾經在二年級規劃醫學人文相關課程，並且嘗試由社會醫學科與內科共同開設「人與醫療」之實習課程，由臨床醫師與人文學科老師共同引導學生進行臨床的人文反思。(呂碧鴻、李明濱、李宇宙、高美英與謝光煬，1998，頁43-44)可惜這股思潮並未擴展至其他醫學院校。根據戴正德教授的回憶，當時謝博生教授及李明濱教授等努力鼓吹醫學倫理教育，並提出「人文醫學」(humane medicine)或「醫學人文」(medical humanities)概念的討論時，仍受到當時醫學生的質疑。(戴正德與陳泓耀，2021，頁49)

1998年一個意外的事件，開啟了臺灣醫學界的討論。1996年美國教育部國外醫學教育暨評鑑認可審議委員會(National Committee on Foreign Medical Education and Accreditation, NCFMEA)針對美國貸款補助學生赴國外醫學院習醫，回國後卻無法順利取得美國醫師執照的問題，希望設立一套針對國外醫學院的評估標準，作為審核將來美國學生就讀外國醫學系申請就學貸款的參考。(劉克明，2014，頁51)²在1998年亞洲區第一輪結果出來時，臺灣的醫學評鑑結果為：

「non-comparable」。當時賴其萬教授剛從美國回到臺灣，他回憶起當時的情況，其實整個亞洲地區只有印度通過，日本、韓國也都與臺灣是同樣的評價，但黃崑巖教授認為這是臺灣醫學教育轉型的重要機會，賴其萬教授說：

黃崑巖教授這一點就是高瞻遠矚，他認為我們遲早會需要讓人家看到我們是可以比擬的。(曾美芳與蔡博方，2022)

「non-comparable」的原意是「不可比擬」，但黃崑巖教授當時把它形容成「不及格」，主要是希望利用這個機會，讓教育部正視臺灣醫學教育改革的問題。黃崑巖教授私底下偶爾會以「用雞毛當令箭」形容當時的用心，讓參與的伙伴們每每憶及這個過往都會心一笑。因為這個事件，臺灣的醫學教育改革整個動起來，同時也帶動了醫學人文更向前推進一步。

2000年，「臺灣醫學院評鑑委員會」(Taiwan Medical Accreditation Council, 簡稱 TMAC) 正式成立，(黃崑巖，2003，頁 14) 並在當年完成第一版 TMAC 評鑑準則，以期建立國內醫學系評估標準，進行同儕互評。評估的範圍包括行政、分院、教學、教學資源利用等方面。由於是提綱式的準則，相關規定主要都針對大方向及概念進行陳述，而在人文素養的培育方面，僅在課程內容中提到醫學教育應「重視人文及倫理教育，而且要儘早施行，並要設法避免使這些課程淪為點綴附加性學

² 美國有「美國醫學教育評鑑委員會」(Liaison Committee on Medical Education, 簡稱 LCME)，負責評鑑與認證美國及加拿大醫學院是否符合該委員會所規定的醫學博士學位學程之架構與功能的評鑑準則標準，只有通過 LCME 認證過的醫學院才有資格接受聯邦政府的補助及參與聯邦政府的重要計畫，其醫學生才能獲得銀行的助學貸款。

分」以及「醫學院應重視通識教育並發展完整的計畫」。值得注意的是，當時正值臺灣通識教育改革方興未艾的階段，醫學人文與通識教育的論述邊界並不清楚。

關於第一版 TMAC 評鑑準則，當時黃崑巖教授主要參考的是澳洲與美國的版本，但由於這兩個國家的醫學教育制度都是學士後，也就是進入醫學院的學生其實已經接受完整的大學訓練，和臺灣高中畢業直接進入大學醫學系的情況有很大的不同。根據黃崑巖教授的研究，1949 年臺大引進杜克大學醫學院的醫學教育時，模仿美國三年至四年的制度，創設了兩年的醫預科制度，原本的用意是希望用這兩年的時間彌補醫學教育在「人文素質之培養」的不足。但後來這兩年已不再稱為預科，各醫學系對於原本預科設計的理念也早已淡忘，「人文教育於是又患後天失調的問題」，醫學本科課程逐漸移前而取代了預科教育，與人文素養有關的通識教育往往成為學制變化的犧牲品。(黃崑巖，1996，頁 7-8)

賴其萬教授回憶道，當時他剛從美國回來，對臺灣的醫學人文的發展狀況不是很清楚。但印象深刻的是，黃崑巖教授基於自己厚實的人文素養，長期呼籲注重人文素養的培育對於一個好醫師的重要性。因此，在全盤考量臺灣醫學教育結構與需求的基礎下，撰寫第一版的 TMAC 準則時，把醫學人文的精神也涵蓋進來。同時，在黃崑巖教授等人的多方奔走與全力推動下，2001 年，臺灣啟動醫學系評鑑並向 NCFMEA 提出複審事宜，2002 年，成功爭取 NCFMEA 的認可，臺灣的醫學教育晉升與美國評鑑制度「可相比擬」(comparable) 的評價。(張曉平，2017，頁 51)

三、改革先聲——醫學教育白皮書

2002 年成功爭取到 NCFMEA 的認可後，給予臺灣醫學教育改革的前輩們更多的信心。在教育部的支持下，2003 年 4 月醫學教育委員會正式提出由黃崑巖教授執筆的《醫學教育白皮書》。除了序言與結語，這份關鍵文本以五個章節構成，它們分別是：醫學教育的特殊性、國內醫學教育之現況、近年國際間對我國醫學教育之觀感、檢視臺灣醫學教育之缺失及改進策略等。在長達 3 頁的第三章裡，黃崑巖教授將 1998 年 NCFMEA 給予臺灣醫學教育與美國制度不相比擬的 16 項缺失，重新整理為 9 大因素，其中涉及教育面向的 5 至 7 點包括：人文教育薄弱、倫理課程不足、床邊教育與臨床教育的問題等。(黃崑巖，2003，頁 17) 特別是臺灣醫學教育缺乏大學教育色彩，加上完整的預科教育不復存在：

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。……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。(黃崑巖，2003，頁 21)

在這裡，黃崑巖教授提出臺灣應該重視「Liberal Education」(博雅教育)，其內涵是「傳授一般廣博的文化與社會知識，提升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關係」。此一概念與當時臺灣逐漸興起的通識教育改革的觀念不謀而合。接著，在第四章「國內醫學教育缺乏大學教育色彩」一節，黃崑巖教授更提出，世界醫學教育聯盟所制定七項的醫學教育重點中，就有四項明顯屬於 Liberal

Education。(黃崑巖, 2003, 頁 21-23) 因此, 臺灣的醫學教育實不能不重視 Liberal Education 的重要性。

在《醫學教育白皮書》第五章之中建議的 18 點改進策略的第 1 至 3 點, 正是強調醫學教育應特別強化基礎人文教育, 建立「先學做人, 再學當醫師」的理念為目標, 並強烈建議教育部限期要求各校醫學系修正課程, 恢復醫學教育修業之前二年為醫預科(或類似名稱), 「將前兩年成為清楚劃定的乾淨土地, 施行一般大學教育階段」, 因「時間極為有限, 課程安排格外需要技巧與思考」。(黃崑巖, 2003, 頁 39) 在《醫學教育白皮書》的基礎下, 教育部「推動醫學教育改進計畫」公布, 各校陸續針對相關要求, 進行醫學院/系的調整與改革。臺灣的醫學教育進入新一波改革的浪潮中。(劉介修、劉克明, 2004)³

《醫學教育白皮書》所揭櫫的醫學人文目標, 有二個較受關注的部分, 一個是醫預科「淨空」的做法, 另一個是通識與醫學人文的分野。

《醫學教育白皮書》中的改革建議對各校衝擊最大的部分莫過於大一、大二專業課程「淨空」的目標。在《醫學教育白皮書》中提到, 當時面對國際間對臺灣醫學教育的批評中, 有一個很大的部分是「大學基本教育與非專業教育之闕如與教師品質之不如理想」的問題(黃崑巖, 2003, 頁 17), 而醫預科的恢復, 確實可以作為臺灣醫學教育重新重視醫學生完整大學教育的重要證明。事實上, 在正式提出構想之前, 黃崑巖教授在 1999 年關於「臨床溝通演練」課程的研究中就已率先提出將大一、大二作為「醫學零歲教育」的建議, 他認為學生如能在未接受醫學訓練之前, 「先提供其最完整最健全的思考模式, 將可以避免未來的錯誤嘗試及心理危機」。黃崑巖教授根據自己在美國的教學經驗, 認為透過早期人文培養課程的洗禮而訓練出來的學生, 即使在接受基礎

³ 輔仁大學醫學教育中心即據此設立。見 <http://cme.mc.fju.edu.tw/aboutFju.jsp?labelID=20>, 擷取日期: 2022/10/31。

與臨床醫學教育時沒有再特別排定人文課程，學生仍能自己思考判斷，並就教於曾為他們講授人文課程的老師。(林啓禎與黃崑巖，1999，頁366-367)

這樣的想法雖然理想，但實際執行上卻不容易。首先，各校長期將部分醫學基礎課程安排在大一、大二，突然要將這些課程移回大三至大四課程中，各校都出現學分數安排不易的問題。再者，淨空了課程之後，應該填補哪些課程，也是另一個棘手的問題。有些學者認為相較於淨空，應採「貫穿」的方式，讓「課程注重貫穿人文精神、社會責任、科學態度及醫學知識的『整合性』教學」，更能延長醫學人文素質的培養。這樣的主張主要是認為醫學人文教育如果無法貫穿在整個醫學生涯，就很難讓學生感受到「醫學人文課程」與其醫學專業發展的關聯性，也很難從教學活動中達成「醫學人文教育」潛移默化的教育歷程。(劉介修與劉克明，2004，頁375-379)

在通識與醫學人文的分野方面，從早期醫學人文先行者的論述可以注意到，當時關於醫學人文的定義其實並不清楚，醫學人文究竟是作為加強一般教育的不足，符合通識教育定義的人文社會課程？或是作為醫學專業出發，醫學視角的人文思維補充？還是界於兩者之中，應該規劃一系列既具有一般學科內涵，又符合醫學系學生的程度與深度的人文社會相關課程？可惜這些問題似乎並未得到深入的討論及解答。大致而言，在這個時期學者們對於醫學人文的思考，主要仍徘徊於通識與醫學的視角之間，既將醫學人文視為彌補學制上臺灣醫學生大學教育的不足，思考透過完善的通識教育加大學生對知識光譜的視野及完整的人格教育的需要。另一方面又希望透過具有專業深度的人文學科教育，讓學生對於人文的理解與批判能力能有所提升。由於這個階段通識與專業之間的角色仍未清楚，通識教育如何達致全人教育的理念，如何能提供醫學生獲得更完整的學識訓練，仍有待更清楚的論述與嘗試。

(王心運, 2006, 頁 33-48)

在《醫學教育白皮書》公布一年之後，有兩篇研究可以讓我們更進一步理解醫預科淨空的實質成效及衍生的新問題。2004年，高美英、呂碧鴻、褚齡囊等針對臺灣醫學人文課程實施的情況進行調查，注意到大部分學校相關課程都還在實施的起步階段。針對二年醫預科的「淨空」，各校的作法主要是「將過去安排在二、三年級的一些醫學基礎課程，完全排除在一、二年級的課程之外」，而一、二年級課程空出來的學分，則「除了原先即有規定的通識課程之外，分別開設了各類的通識與醫學人文課程以供學生修習的選擇」。研究者注意到，淨空之後下一步面對的問題，是在三至六年級除了大五、大六的醫學倫理之外，學生幾乎沒有其他的醫學人文課程，擔心「這樣的結果對醫學生人文精神的養成之連續性」可能會有所影響。(高美英、呂碧鴻與褚齡囊, 2004) 潘靖瑛、賴明亮、劉宏文、林其和及李明亮針對慈濟大學、高雄醫學大學及成功大學醫學系 461 位學生進行的問卷調查，則更進一步讓我們了解醫預科課程淨空專作通識教育及醫學人文教育作法，究竟能否達成理想的成效？研究結果顯示，三所大學高低年級學生皆有高度助人及關懷病人的熱誠，彼此並無明顯差異。而在「社會服務意願」及「醫師專業職責」方面，三所學校低年級之醫學生都比較理想化，研究者認為，這也許和醫學人文課程大都開設於大一到大三有相當程度之關聯。特別是高年級同學理想化情況有隨時日遞減的趨勢，研究者推測可能與學生接近職場後反應更務實，或因人文教育課程之延宕效果有限有關。(潘靖瑛、賴明亮、劉宏文、林其和與李明亮, 2004)

在這個階段的討論中，也有不少來自學生端的回饋。由於時值臺灣社會運動風起雲湧之際，不少醫學生也勇敢提出他們對於醫學人文改革的想法。戴正德與陳泓耀在〈醫學人文的精神須要內化〉一文中提到 2000 年前後醫教會代表訪談高醫時的一個小插曲。曾有十數名學

生與醫教會的委員們對談，表達醫學系「功課已經很繁重了，不希望臺灣的醫學教育再增加一個所謂的醫學人文或人文醫學的課程，希望不要製造新名詞、新專家」。(戴正德與陳泓耀，2021，頁49) 2004年，在〈台灣醫學教育改革中的「醫學人文」概念與實踐初探〉一文中，整理了當時從學生的視角所見的醫學人文發展軌跡。學生眼中所見的醫學人文教育改革脈絡，主要有三個面向：「與通識教育發展趨勢的聯繫」、「作為醫界社會運動的路徑」及「與『美感經驗』和『藝術鑑賞』的聯繫」。學生們注意到當時醫學人文教育的概念與高等教育中開始注重通識教育的脈絡交互影響，後來也將醫學人文的論述陷入另一個困境；而在關注醫界社會運動的部分，學生們認為過去強調臺灣醫學人文教育典範的角色，許多都是積極投入臺灣社會改造的先鋒，並進一步把醫生關愛病人、關懷社會的角色與投身社會運動的使命感相連結。而第三部分關於發展美感經驗與藝術鑑賞課程的脈絡，則被認為雖然有助於「紓解醫療照護體系中龐大的壓力狀態」、「提供醫療從業者一種處理壓力的途徑」，但也「不難發覺其中蘊含濃厚布爾喬亞形式的人文品味」，與前述社會運動的傾向形成一種莫名的衝突感。(劉介修與劉克明，2004，頁375-379)

學生們的觀察反映醫學人文改革之初各校所面臨的困境，在通識與醫學人文尚未有清楚界定，以及對於一個醫學生的全人教育究竟應該包含哪些部分還沒有辦法有明確方向的情況下，各校都在各種摸索中前進。

另外，我們也可以發現當時有不少站在醫學人文第一線的學者努力透過研究，反思及呈現各校推動醫學人文的努力。在課程結構方面，陽明大學提出以「媒介的醫病關係為核心」的醫學人文教育改革，期待探討醫病關係時能兼顧社會常模規範與時代感知的變遷。(蔡篤堅，2003) 高雄醫學大學則是將人文精神挹注於醫學領域的實際場景中，強

調「醫學人文課程」之精神必須有其獨立性，亦即具備「人文精神」純粹性。但人文的獨立性並不表示它與醫學無關，而是將獨立的「人文精神」落實於實際的「醫學或醫療的處境」中，並帶動相關的醫學人文思考。(王心運，2006)

有些醫學人文教師，開始在自己的課程中進行不同的嘗試。在醫學人文論述發展的過程中，有相當多關於典範學習的討論，反映在課程設計上，此一階段也有不少與典範學習有關的課程設計。其中又可分為兩大類型：邀請優秀醫師演講，(邱淑媿，2005)及臺灣醫學史課程之開發。與過去一般課程不同的是，這些新的醫學人文課程嘗試，不僅會強調課程的知識內容，也注意新的教學法，如：合作學習。另外有一些嘗試，是在既有人文專業中找到醫學生學習的意義，進而加以連結演繹，設計出許多精彩的醫學人文課程，例如：成大「太陽的眼淚—台灣原住民社會文化」就是以課堂講授結合 PBL 專題式學習法，讓學生在聽講之外，實地親訪原住民部落，建構醫學生對臺灣原住民史之認知，以培養對歷史事件與社會議題批判能力。(廖世傑、黃崑巖、洪英聖、陳偉德、洪武雄與吳錫金，2007)

而關於學生對醫學人文課程的批評與擔憂，何明蓉教授認為，醫學人文的過度「道德化」，將醫療之過歸咎於醫者缺乏所謂的「人文精神」的泛道德陳述，造成僅有空泛的理念而缺乏實際實行的可能，是讓大多數醫學生和年輕醫師不欣賞醫學人文類課程，也讓授課者有強烈的無力感的重要原因之一。她也提到部分學校的醫學人文課程以具有「人文才藝」的「名醫」作為授課者的作法，不僅難以教育醫學生具有自我反思與同理，反而可能造成推銷明星教師和大牌醫師的效果。(何明蓉，2003)

整體而言，這個階段在《醫學教育白皮書》的框架下，各校均已意識到醫學人文發展的趨勢，但對於醫學人文究竟是什麼，以及應如

何推動，則仍在各自學校文化脈絡中進行各種實踐與嘗試，靜待著集體共識之凝聚。

四、開枝散葉——第二期中程綱要計畫的挹注與支持

如前所述，在《醫學教育白皮書》公布後，各醫學院校面臨必須思考醫學人文課程的結構及發展的問題，但醫學人文的定義為何？什麼樣的課程可以算是醫學人文課程，以及對於一個醫學生的完整教育而言，究竟什麼樣的醫學人文課程配置能夠真正培訓出既有專業素養又具人文關懷與批判能力的醫者，一直處於各自論述、莫衷一是的狀態。直到一個偶然的機緣下，開啟了全國性醫學人文論述發展與課程研發的對話。

2007年，在因緣際會之下，教育部顧問室（後改為資訊及科技教育司）在第二期中程綱要計畫中，推動了人文社會科的「新興議題與專業教育改革(96-99)」計畫。會說是「因緣際會」，主要由於過去教育部顧問室提供人文社會科相關經費不多，每年的經費主要都挹注在科學相關的推動。杜正勝部長上任後，指示顧問室應該提高人文社會領域的比例。（曾美芳，2021，頁106-107）當時承乏其事的顧問室副主任黃寬重教授回憶這一段難得的經驗。他說，他前後在顧問室工作了十六、七年，深刻感受到人文社會相關學門的處境是在杜正勝部長上台之後才有比較大的改變。顧問室當時每年有十二億的經費，大多提供科學相關領域的學科發展，人文社會的經費只有大約九千萬，杜正勝部長上台後，將人文社會領域的經費調整為三億七千萬。配合經費的調整，顧問室規劃了「新興議題與專業教育改革」計畫，⁴ 希望對新移民、醫學人文、法學及跨領域科技與社會（STS）等教育領域開展

能夠有所幫助。黃寬重教授表示，選擇醫學、法學來作為推動的方向，主要是因為這兩個學門在學習的時候專業訓練的強度最高，但一跨入職場反而跟人的接觸最多，如果缺乏人文素養的訓練，可能會出現許多問題。當時在醫學人文方面最初只有兩個子計畫，分別為蔡甫昌教授主持的「醫學人文核心課程」計畫與何明蓉教授主持的「師資培育」工作坊」計畫。在計畫進行一年以後，顧問室陳東升教授與黃寬重教授以及醫學人文總計畫主持人蔡甫昌教授一起拜訪時為教育部醫教會執行秘書的賴其萬教授，商討如何讓醫學人文教育受到醫學院校的重視。最後大家決議增加另一個子計畫，試圖由醫學院校的結構層面，提升對醫學人文的重視。後來賴教授與張燕娣醫師合作成立一個團隊，邀請每個醫學院院長推薦兩位代表，最好是一位資深臨床醫師與一位非醫師的人文通識教育老師，定期聚會共商各校在發展醫學人文教育所遭遇到的困難，並列出全國醫學院校在醫學人文教育的共同問題。就在這種腦力激盪之下，「醫學人文教育核心團隊」(Medical Educators for Humanities, MEH)正式成立(這個名字後來成為第三支子計畫的名稱)。MEH 的任務主要是討論醫學人文教育的結構性問題，並瞭解學生的想法。當時的作法是在各校成立「醫學人文團隊」，使師生瞭解醫學人文之重要性，並透過學生學習意願的提升、醫學人文課程的精心設計、師生共同參與課程的檢討、人文教師的網羅、進修與升等辦法的改善以及各校之間心得的分享，希望能全面提升臺灣的醫學人文教育。(賴其萬，2009，頁 732)。

⁴ 案：即「推動新移民之原生社會文化公民與人權及健康醫療教學發展計畫」、「推動大學校院科技與社會跨領域教學計畫」、「法學教育教學研究創新計畫」及「醫學專業教育之人文社會與倫理法律教學發展計畫」。見：<https://hssda.moe.edu.tw/wSite/ct?ctNode=316&mp=1&xItem=6657>。

事實上，在 TMAC 的前半段，雖然各校開始進行一、二年級課程的淨空，但大家還沒有想好這個部分要教什麼、做什麼。2007 年中綱計畫的出現正好給了一個空間，讓大家感覺到教育部重視這一塊，而且提供一個契機可以進行實質的討論跟課程的規劃。賴其萬教授特別感謝何明蓉教授對於臺灣醫學人文和醫學教育的貢獻，她因為個人學術歷程，與美國及英國學界都有很好的關係，當時執行「師資培育工作坊」，一反過去送少數國內學者國外取經的方式，而是把國外一流的醫學人文學者請到臺灣來，在週末進行二天的工作坊，讓醫學人文的能量能夠擴散到最大。

經過這一段時間的聚會與討論，醫學人文的論述與發展方向逐漸清晰。賴其萬教授當時在〈如何將人文融入臨床醫學？〉一文中引用 McNaughton 提出的看法，認為醫師應該兼具科學和人文素養，因為：

科學可以引導我們在科學實證方法來做「技術的判斷」，而人文則能帶給我們倫理、教養等的修養，進而影響我們對人、對事的詮釋和洞察力，影響我們對病人所作的「人性的判斷」以及「技術的判斷」，而這兩種判斷的結合就是我們的「臨床判斷」。(賴其萬，2009，頁 732)

此一說法已超過過去訴諸道德的醫學人文定義，認為醫學人文不僅是培養醫師道德情操，更是進行臨床判斷重要的能力。不過，學者們也注意到，醫學人文所包含的主題眾多，如果過度化約而認為不屬於自然科學以外的事物全部可歸為醫學人文，會導致醫學人文的定義模糊不清，及在推廣時造成溝通困難。(崔紘彰與何明蓉，2008，頁 136) 因此，關於醫學人文更明確的定義是有必要的。陳恒安及崔紘彰、何明蓉在當時發表的文章中均認為醫學人文包含：人文學科(文學、歷史學、哲學、

倫理學、宗教學)、社會學科(文化研究、心理學、社會學、人類學)、藝術學(文學、電影、戲劇、視覺藝術)等學科與醫學互動的研究,以及將跨領域的成果在醫學教育與醫療實踐中的應用。(陳恒安,2007,頁80;崔紘彰與何明蓉,2008,頁133)此一定義係何明蓉教授借用紐約大學和倫敦大學的定義,在MEH成立初期時提出分享討論後,為團隊成員所採納,自此對醫學人文定義的共識已然成形。

觀念釐清後,如何將醫學人文的觀念灌注於課程設計及教學現場,是醫學人文教育團隊的另一個挑戰。2008年何明蓉與崔紘彰、吳健暉、徐歆惠等進行了兩個相關研究,讓我們可以進一步了解這一段時間醫學人文發展的變化。首先是針對當時參與臺灣醫學人文教育改革的主要人物進行的深度訪談,⁵希望能瞭解他們對醫學人文教育的看法。當時注意到國內許多教育主管對於醫學人文的瞭解仍是模糊的,且對於醫學人文與通識教育的區隔仍不清楚。(崔紘彰與何明蓉,2008,頁134)需要更進一步加強與各校管理階層的溝通與對話。在醫學人文的「貫穿」與「淨空」方面,開始出現兩者並行的論述。如何把握醫預科的兩年,補強醫學生的人文素養培育,是讓醫學生在技術提升的同時具備做一個懂得照顧病人的好醫生的重要階段。但如果更進一步,透過貫穿醫學課程的人文教育,在臨床實習期間再度激發醫預科時期已經播種的人文關懷精神:

這就像是我們在接種疫苗時,因為早期打過 primary vaccination (基本劑),所以再打第二劑的 booster shot(加強劑),就容易激發出強烈的效果。(賴其萬,2009,頁732)

⁵ 依該文的致謝所提及,四位受訪者之中的三位為謝博生、賴其萬與蔡篤堅等教授(崔紘彰與何明蓉,2008,頁137)。

也就是說如果在淨空之外，於大三至大六（七）能夠維持一定比例的醫學人文課程，將有助於醫學生人文素養的厚實。在當時，有不少學者抱持相同論點。從崔紘彰及何明蓉的訪談可以注意到，大部分受訪學者同意一、二年級的淨空可以發揮人文及博雅教育的重要功能，但也已開始意識到良好的醫學人文課程安排不僅必須在不同年級間有所聯繫貫穿，甚至應該延伸到畢業後的教學醫院課程。（崔紘彰與何明蓉，134-135）這樣的概念，在 MEH 團隊的推廣下，逐漸影響了後來各校醫學人文課程架構的安排。不過，醫學人文課程的貫穿，雖然在理想上有助於醫學生人文素養教育的發展，但現實上要面對的則是醫學人文領域課程的安排逐步侵蝕專業訓練課程原本就已顯然不足的時數，如何在彼此都能接受的狀況下規劃適切的醫學人文課程就考驗各校師生與行政主管的智慧與想像。

從學生的角度來看，由於當時各校改革的狀況，在三、四年級少有醫學人文相關課程安排，到了五、六年級則會有一、兩門醫學倫理課程的做法，學生們認為這樣的安排不利於醫學人文教育的發展。特別是「在大一、大二時還沒接觸過醫學專業課程，這時安排的醫學人文課程讓大家覺得遙遠而抽象」，「到了五、六年級接觸病人，以前所學早已記憶模糊」，其實不利於學生醫學人文素養的培育。這樣的看法與過去校方與教師普遍認為醫學人文課程成效有限，與學生學習偏重醫學專業科目明顯不同。受訪的醫學生認為，五、六、七年級進入臨床階段，正是最需要思考實際面臨的醫學人文及社會議題的時候，由於與一二年級所修的醫學人文課程相距甚久，格外感到臨床階段醫學人文教育之不足。（吳健暉、徐歆惠與何明蓉，2008）同樣的看法，也出現在 2008 年「醫學人文教育研討會暨團隊第九次會議」的資料中，在擬議中更進一步呈現貫穿式醫學人文課程各階段醫學與人文的重點

配置，可見相關討論已進入整體架構的思考層次。⁶

在師資培育方面，學者們對於當時醫學人文師資培育是否周全也持保留看法。醫學人文的師資除了醫學院或醫院的教師外，社會工作者、人文及社會科學領域的研究者，均是 MEH 團隊認為納入教學師資的必要範疇。同時，也有學者提出讓臨床醫師及人文社會學科老師一同授課，將有助於教師們瞭解彼此的關注領域，進而在教學方法及內容上有所調整。

早期黃崑巖教授在推動醫學人文教育的思考時，曾經提出醫學人文課程「盡量由臨床醫師親自上陣」，可以促使臨床醫師有機會成為人文學養兼具的典範，並且講授的內容「不是空呼口號的理想，而是紮實的人生歷練與貼切的實證範例」。(林啓禎與黃崑巖，1999，頁 367) 賴其萬教授也認為，床邊教學最容易讓學生學到如何表達真誠的態度、怎樣使用正確的語言，以及病人生活文化如何影響醫療決策等問題。(賴其萬，2009) 黃崑巖教授及賴其萬教授所注意到的，是臨床教師可以透過自身的經驗，帶領學生思考在醫療場域中的人文關懷與理解。然而由於參加醫學人文團隊的臨床醫師流動率偏高，不但教學經驗不容易成熟，師資培育效率也較低。因此，如何一方面培養來自臨床工作的醫學人文小組老師，一方面擴大邀請在文學、哲學、倫理、法律與社會工作等領域有實務經驗的工作者或該領域學者加入教學團隊，也是這個階段亟待發展的課題。(崔紘彰與何明蓉，2008，頁 135-136)。有鑑於此，後來 MEH 團隊舉辦了許多臨床醫學人文討論的工作坊，致力於克服這些問題。

在中綱計畫中，著力於媒合醫學人文跨領域合作的機會。但此一

⁶ 醫學人文教育核心團隊計畫辦公室主辦，黃達夫醫學教育促進基金會協辦，「醫學人文教育研討會暨團隊第九次會議」，2008 年 11 月 22、23 日，頁 10。

合作模式仍有一些潛在的困難，導致相關的合作不免面臨一些瓶頸。人文社會領域出身的醫學人文教師的困境，在於不熟悉醫療實際的場域及所面對的問題，而醫學臨床醫師作為醫學人文的教師則多半沒有人文或社會科學方面的學術訓練與教學經驗。計畫的推動雖然促成了臨床醫師與人文社會教師的合作，但要深化合作關係進而促成教學的改變卻並不容易。從制度面來看，MEH 團隊對於學人文教育的發展有一個重要的貢獻，即透過許多跨領域與跨校的交流與合作，使當時醫學教育主其事者更了解人文社會科學的老師在醫學院當時的升等制度所遭遇的困難以及臨床老師在人文教育方面的進修機會應該得到學校的支持。這對於後續醫學人文相關課程的落地生根具有非常重要的意義。

王心運 (2009) 另一篇針對醫學人文課程的延續性研究，讓我們對醫學人文的發展能有一個更具縱深的觀察。王心運整理 2009 年高醫醫學系因應 TMAC 的自我評鑑報告，對醫學人文課程部分與相關師生實施座談與問卷調查，發現隨著《醫學教育白皮書》中所強調「先學做人，再學當醫師」的理念目標逐漸發酵，2005 年進行問卷調查時，認同「先學做人，再學當醫師」理念的學生比例約 5.8 成；2009 年再次施測時同意的比例已接近 8.5 乃至 9 成。王心運認為，同意比例的增加其實代表「醫學人文」重要性已逐年受到重視，並且達到了「主流化」的目的，但同學是否已對「醫學人文」課程改觀，還是仍視之為不專業、不夠學術的營養學分？仍需要更多的思考。此一研究同時也呈現出一群非醫學背景出身（人文社會藝術領域）的醫學人文教師，對醫學人文教育的無力感。特別是在醫學大學裡，由於課程選擇相對單一，醫學生輕易地會以課程「專業」與否來作為評價一門課程的條件，但這個「專業」其實是針對「醫學專業」而言，醫學人文課程在這個評量標準裡就顯得「不專業」。這使得學生們普遍呈現學習動機低落，醫學人文課程的邊緣化也就不難理解了。

2010年，中綱計畫結束，「醫學人文教育核心團隊」是否持續運作成為大家關注的問題。由於中綱計畫主要用來整合或支持教學發展，以解決相關教學目標在期初無法進行組織性推動的問題。其缺點在於中綱計畫一期只有四年，到第二期就不得不面臨新議題的強烈競爭。(黃寬重，訪談紀錄，2022.10.20)當第二期中綱計畫結束時，醫學人文的推動還在發展階段，突然中斷相當可惜。時任教育部顧問室副主任的黃寬重教授於是又額外爭取每年四百萬元支持「醫學人文教育核心團隊」的持續運作，但由於這是利用各計畫剩餘經費支持，並非常規的經費，最終計畫仍必須結束。相關的規劃只能回到各校落地生根。

這個階段在中綱計畫的推動下，臺灣醫學人文課程的發展有長足的進展，課程樣態也更趨多元。吳健暉、徐歆惠與何明蓉(2008)比較95及96年臺灣醫學人文課程的實施概況，研究結果發現，各校醫學人文課程開設可分為九大類：醫學人文概論、醫病關係、醫學與文學、醫學與歷史、醫學與藝術、醫療與社會、文化能力、社會服務、生涯規劃等。開課方向已漸趨多元。有趣的是，從學生的意見可以發現兩種不同的型態與認知：綜合型大學學生認為校內人文課程資源豐富，但較少針對醫學相關的人文課程；醫學大學學生則同意自己缺少一般人文訓練，並認為志工服務的實際接觸比單純講授課程更實用，並希望能安排在高年級進入臨床見習之前。

從這個時期醫學人文相關的論文發表中，也可以看到各種新嘗試。其中，最顯著的是關於醫學史課程改變的嘗試。大部分醫學系雖然都有醫學史課程，但過去醫學史課程的內容應該教什麼？如何教？由誰來教？由於醫學史師資的不足，無法進一步思考與改善。1997年中央研究院歷史語言研究所創設「生命醫療史研究室」，⁷ 逐步將臺灣的醫

⁷ <https://www.books.com.tw/products/0010676852>

療史研究推向國際舞台，其中聚集大量的研究能量，也為臺灣培育了一批醫學史研究的年輕生力軍，並在這個階段進入到醫學史課堂，結合醫學人文對於教學方法的重視，重新形塑醫學史課程的教學。(洪美齡與洪武雄，2008，頁 63-92；陳恒安，2007，頁 80)此外，在中綱計畫的鼓勵下，越來越多人文社會領域學者進入專業課程裡，為醫學人文的課程擴展及研究深化提供了更多不同的可能。(林遠澤，2007；林慧如、王心運、賴春生與林育志，2010)

整體而言，這個階段在中綱計畫的助力下，各校醫學人文團隊，在師資、課程與醫學院校對醫學人文的支持有所提升，不僅推進醫學人文教師之間彼此精進的動力，同時涵納富有人文關懷的臨床教師一起對話，打破過去彼此缺乏連結的困境，醫學人文的理念與課程設計漸趨豐富與多元。

五、落地生根——第二版 TMAC 評鑑準則中的醫學人文

教育部中綱計畫補助的終止，並未在臺灣醫學人文的發展按下停止鍵。規劃一年有餘，TMAC 在 2010 年 3 月進行第一次的評鑑準則修訂，為臺灣醫學人文的發展，注入了一劑強心針。2000 年第一版 TMAC 評鑑準則公布後，歷經一輪評鑑，並於 2007 年接獲 NCFMEA 的信函通知認可期限即將屆滿，將進行新一週期的再審議 (redetermination)。TMAC 在經歷第一輪評鑑及追蹤評鑑之後，累積了不少臺灣醫學教育評鑑的經驗；在籌備 NCFMEA 再審議的過程中，蒐集了各國醫學教育評鑑制度運作的實際情況，了解到評鑑準則在實施過程中，必須隨時代和環境條件改變進行檢討和滾動式調整。雖然臺灣的醫學教育於 2009 年順利獲得 NCFMEA 再次裁定為「可相比擬」(comparable)，(《臺灣

醫學院評鑑委員會 20 週年紀念專刊》, 2020, 頁 31-33) 但是, TMAC 並未就此停下腳步, 而是希望整合這幾年國內外考察的經驗, 全面修訂 TMAC 的評鑑準則。當時 TMAC 主委和信治癌中心醫院黃達夫院長召集 TMAC 委員賴其萬教授、林其和教授、劉克明教授、宋維村教授, 以及臺大社會醫學科的何明蓉教授、醫學人文教育核心團隊的張燕娣醫師二位外部醫學人文領域的專家學者組成評鑑準則修訂小組, 展開第一輪的 TMAC 評鑑準則的修訂工作。(《臺灣醫學院評鑑委員會 20 週年紀念專刊》, 2020, 頁 28)

2009 年, TMAC 邀請美國醫學教育評鑑委員會 (Liaison Committee on Medical Education, 簡稱 LCME) 的秘書長 Dr. Dan Hunt 等三位專家來臺分享 LCME 發展的歷史背景及修訂評鑑準則相關經驗時, 了解到美國評鑑機構其實也應理解每個國家有自己的文化與特色。(林其和與賴其萬, 2013.7, 頁 60)⁸ 因此, 在第二版 TMAC 的修改過程中, 委員們也思考如何把臺灣醫學人文發展的經驗融入準則中。在當時的 TMAC 主席黃達夫教授的全力支持下, 邀請 Dr. Michael J. Reichgott 來臺灣, 與準則修訂小組委員七人、兩位專職人員 (朱宥樺與張曉平), 一起住進亞都麗緻大飯店, 每週五天, 朝八晚五, 連續兩週不間斷的討論 (《臺灣醫學院評鑑委員會 20 週年紀念專刊》, 2020, 頁 21-24、33-35、146-148)。由於當時參與的委員包括早期極力推廣醫學人文的黃達夫院長與賴其萬教授, 因此, 在討論臺灣醫學教育的特色時, 醫學人文相關的理念自然而然就作為教育目標寫入

⁸ 賴其萬教授常在演講時以傳統中國的寓言「橘逾淮為枳」來告訴聽眾「不同的土地長出來的就是不一樣的水果」, 其中 Dr. Dan Hunt 感到很受啟發, 後來特別請賴教授提供這一簡報, 讓他在各地演講時可以用來說明各地應發展出自己醫學教育的特色, 這也成為很多國家認識臺灣醫學教育的起點。

了第二版的 TMAC 評鑑準則中。⁹張醫師回憶，那兩週大家都在飯店裡，白天密集的討論，她晚上整理資料，隔天大家再做確認。當時在 Dr. Reichgott 的帶領下比較美國 LCME 與 TMAC 的準則，再根據臺灣的狀況以及過去評鑑所發現的問題進行修訂，仔細地把每個環節都考慮清楚。因為討論是以英語進行，最後先完成第二版 TMAC 評鑑準則英文版的初稿。英文版準則於 2010 年 8 月經 TMAC 委員會議通過後，經過翻譯與潤校，及各層級會議的認可及五校試評後，2013 年 10 月正式公布新制準則，並於 2014 年秋季評鑑開始實施。(《臺灣醫學院評鑑委員會 20 週年紀念專刊》，2020，頁 33-36)

第二版 TMAC 評鑑準則的五大架構：1. 機構 (Institution)、2. 醫學系 (Medical Education Program)、3. 醫學生 (Medical Students)、4. 教師 (Faculty)、5. 教育資源 (Educational Resources) 之中，與醫學人文相關的項目包括：

- (1) 課程管理：醫學系隸屬之學校必須有主要負責醫學人文教育的教師或單位。(2.1.1.3)¹⁰
- (2) 課程評量：評量醫學生必修的醫學人文、基礎醫學和臨床實習的表現，除了知識領域，應包含以敘事方式描述其技能、行為和態度。(2.2.2.3)
- (3) 修業過程：醫學人文為醫學系及後醫系必修領域之一 (2.3.1)；醫學系的課程必須包括醫學人文教育 (2.3.3)；醫學系教育必須包括醫學倫理和人文價值的教導，並要求醫學生於照顧病人、與病人家屬

⁹ 當時加入其他具有臺灣特色的評鑑項目，還包括行之有年的性平教育及服務學習等，都是臺灣獨具特色的發展方向。

¹⁰ 註釋：該負責的教師或單位綜理所有醫學人文教育事宜，包括考量醫學系之教育機構的整體使命，以建立其目標與目的；協調與通識教育、基礎和臨床醫學有關的課程；確保有足夠的教師、空間和資源；參與教師升等法規之擬訂；評估課程和評量醫學生的表現等。

及其他與病人照護有關的人員互動時，秉持倫理原則。研究倫理及迴避利益衝突的重要性應加以注意。(2.3.17)¹¹

(4)教師：學校必須在通識教育、醫學人文、基礎醫學和臨床醫學具備足夠數量的教師，以符合學系的需要和任務。(4.1.0)

其中，可以注意到第二版 TMAC 評鑑準則在醫學人文教師的員額及升等辦法上，都有較明確的規定，這是過去十多年相關領域學者的努力及 MEH 團隊長期爭取的結果。

同時，過去長期針對醫學人文定義及實施方法的論述，在第二版 TMAC 評鑑準則中也落了地。例如，醫學人文的定義：

「醫學人文」的廣泛定義包括與醫學教育和實踐相關的人文與社會科學，提供洞察病人和醫事人員的現況、培養人道醫療照護的基本技能，並幫助醫學生了解醫療照護體系與醫學在社會中的地位。具體而言，醫學人文協助醫學生更加了解自己、人類的遭遇與痛苦、人格，及醫師與病人相互之間的關係與責任；醫學人文亦提供從歷史的角度對醫療行為的觀察；發展和培養觀察、分析、同情和自我反思的技能；幫助醫學生了解生物科學和醫學如何在文化和社會背景下進行，以及文化如何與個人的疾病經驗與醫療互動。醫學人文可包括人文學科（如文學、哲學、倫理、歷史和宗教）、社會科學（如人類學、文化學、心理學、社會學）、藝術（如文學、戲劇、電影和視覺藝術），以及它們在醫學教育和實踐的應用。（《醫學院評鑑委員會新制評鑑準則（2013 版）》，2.3.3 之「註釋」文字）

¹¹ 關於 2.3.17 「醫學倫理」的條文，並非臺灣醫學教育獨有的特色，LCME 和 WFME 都有相關內容。感謝張燕娣醫師的提醒。

相較於過去的摸索與各自論述，在第二版 TMAC 的論述已漸趨成熟。其中，標示了醫學人文的核心是「醫學教育和實踐」，包括各種臨床基本技能（含社會責任、同情理解與自我反思）、醫療文化脈絡的理解及包含的範疇等。從相關字句的定義，可以看到過去十餘年來醫學人文研究的累積。

另一個值得注意的是在第二版 TMAC 評鑑準則中關於「醫學倫理和人文價值」的制訂(2.3.17)促進了醫學人文相關課程之間的整合。「醫學倫理」是各國長期以來努力推動的教學重點，第二版 TMAC 的制訂也參考了 LCME 的準則之中相關內容。與各國不同的是，台灣的醫學倫理論述融合了倫理法律與人文價值，同時採納了 LCME 準則中醫學生的溝通技巧(2.3.13)、為病人倡議(2.3.0、2.3.14)、跨文化照護能力(2.3.15)、注意自身對病人的種種偏見(2.3.16)等條文，希望透過第二版 TMAC 評鑑準則的制定，讓臺灣各校醫學教育更多元，也更關注全人照護與醫師的社會責任。

醫學倫理與人文的整合，對於各校發展著重各年級各課程之間教學規劃與教學效果的整體關連性的「縱貫式」課程，有一定程度的影響。舉例而言，不少學校開始規劃「初階臨床體驗課程」(on doctoring)，讓學生從大一開始，透過長期見習的方式，認識醫療現場的真實情況，並反思自己行醫的動力與初衷。(唐功培、陳資濤、蔡博方，2018)此類課程的用意，正是在給予進入實習之前的大一至大三學生，更多提前體驗臨床情境的機會。

另一個經常促成醫學倫理與人文整合的場域，是「大體解剖」相關課程。一般認為，「大體解剖課」對於醫學生而言具有通過儀式的意義。慈濟大學醫學系把大體解剖與醫學人文作為醫學生最深刻的一門「醫學/人文」相結合之課程，讓醫學生與捐贈者家屬見面瞭解捐贈者生前事蹟，並舉辦儀式讓學生對大體捐贈者表示感謝與尊重。依

此，加強醫學生對於未來醫師生涯中，照顧病人的熱情與愛心 (Lai, C. W., Chang, J. P., Tseng, G. F. and Tseng, Y. L., 2002)。林雅萍 (2017) 則注意到醫學生從抽象的人體知識實際遭逢的各種情感、價值與信念衝突，提出透過大體解剖課程中的多重身體意涵，教學者可以在醫學人文教育之中揭露更為深刻的臨床倫理困境。邱瑞珍、韓德彥、蔡博方 (2019) 則透過「大體解剖學實驗課程」進行前的大體老師家屬訪談，讓學生與大體老師的生命故事產生連結，希望能夠讓學生在上解剖學實驗課時，能夠更加體認大體老師不僅僅只是幫助他們打開醫學視域的教具，而是藉由自身奉獻來引導他們學習的真實生命。從這些研究討論可以發現，醫學倫理與人文碰撞，對於學生醫學專業的訓練與對真實生命的價值乃自醫者意識的培養，應有一定的成效。

隨著 TMAC 評鑑的壓力，各醫學院校逐步向 TMAC 準則對齊，醫學教育中的醫學人文架構也逐漸在各校確立了自己的空間與守備範圍。然而，醫學人文內部的自我質疑及臨床教師與非醫學專長醫學人文教師的合作與分化也隨著醫學人文在結構上的定制而出現新的挑戰。

首先，是醫學人文與醫學專業永無止境的思辨。王心運 (2017) 針對醫學人文與醫學專業本身的競合，做更進一步的分析。他認為，醫學生對醫學人文的學習動力，主要還是受到證照科目的排擠效應影響。當醫學人文的推動結合計劃與評鑑，難免變成「以 outcome 做為基礎的學習與評鑑」，反而影響了學生學習的動力與成效。非醫學專業出身的醫學人文學者，不得不徘徊在一個永無定論的尷尬局面：究竟我們應該以證照導向協助學生完成「醫學專業」課程學習即可，還是應該訓練他們成為人文素養與實踐智慧兼具的「好醫師」？理想與現實的掙扎似乎從未停歇。

其次，為符應醫學教育對於教學「精準」的需求，醫學人文課程不得不出現工具性的衍化，醫學人文的教師們需要思考如何以最

好的方法將「行為與社會科學」(Behavioral and Social Science) 傳授給學生及專業人員。2011 年美國醫學院學會 (Association of American Medical Colleges, AAMC) 出版 Behavioral and Social Science Foundations for Future Physicians。MEH 團隊在經過三年的能量累積之後，在獲得 AAMC 許可下，中文版《未來醫師的行為與社會科學基礎》由團隊成員王英偉教授、劉敏小姐翻譯，賴其萬教授與張燕娣醫師校對，迅速地翻譯出來。在這個重要的手冊中，AAMC 提到用三種方法來概括醫學生在行為與社會科學的學習成果：敘事描述學生如何將行為科學與社會科學融入醫學、知識領域與能力架構的表格對照、專業活動表現的期望目標 (AAMC, 2011, 頁 5, 27-29)。因此，AAMC 建議教學者可以對於過去醫學教育常見的「知識領域」、「能力架構」、「專業活動」、「期望目標」，都採取敘事描述的方式來作為學習成果檢驗工具。敘事的訓練成為醫學人文課程中重要的發展方向之一。

與此同時，「敘事醫學」(narrative medicine) 的教學者也開始思考如何跳脫出傳統的學科窠臼，不從知識基礎奠基的角度切入，而是從實務操作的經驗入手，藉由敘事來轉化學習經驗。不少學者主張「敘事」對醫學教育的介入，並不僅停留在醫學相關的敘事範式，而是藉由「透徹閱讀文本 (to read, in the fullest sense) 以訓練醫學生同時掌握大量複雜訊息，奠定未來更好的醫病溝通能力」。(林慧如，2016) 然而，在醫學教育「精準」的期待下，並沒有太多時間讓老師帶著同學在徜徉於文本之間。許多醫學人文教師開始思考以敘事為方法，讓學生透過實際的練習與反思，得到人文及社會素養與思維的訓練。林慧如 (2016) 提出，與其從龐雜破碎的社會科學清單中尋找各個突破的策略，不如逆向操作，從一以貫之的全人角度來看分裂的人性如何重新被整合。而敘事學就是最有潛力接合人文、社會與醫學教育之間的橋樑。顏芳姿 (2021) 透過「病人、醫師與社會」課程，用人類學的認識論和方法論，帶領

學生透過病人訪談的經驗，挖掘醫學的診斷和治療「看不見」的地方，引動醫療照護倫理的反思。

整體而言，第二版 TMAC 評鑑準則中醫學人文的置入，不僅讓多年來醫學人文的討論與規劃有了落地生根的機會，對於 MEH 團隊所推動的相關制度與變革，也都提供了一個很好的機會，讓這些制度能夠成為各醫學校院醫學教育的一個重要部分。然而，相關的改革顯然還在發展的過程，當淨空與貫通的模式同時存在，醫學人文學分如何做進一步的盤整與精進，臨床醫師與非專業醫學人文教師的合作與課程發展如何獲致更好的成效，都需要更進一步的討論與規劃。在計畫結束之後，這些討論應該留待各校自行發展？或是再度形成新的討論機制，都將是下個階段即將面對的課題。

六、結語

臺灣醫學人文的發展，起因於一群對醫學人文富有使命感的醫師與學者們有心插柳的努力，促成了目前兼有開放與包容的特色。對此，本文耙梳了三個關鍵時刻。

首先，是 2000 年初期的「改革先聲」時刻。當 NCFMEA 將臺灣醫學教育評為「不可比擬」時，黃崑巖教授決定將這個形式上的挫敗轉化成進步的動力，「把雞毛當令箭」，藉由一個不完美的結果說服教育部推動醫學教育的改革。臺灣醫學教育在這個浪潮上，逐漸走向世界。而在變革的過程中，臺灣不僅努力讓自己的醫學教育制度能夠與世界接軌，同時也將過去不斷倡議推動的醫學人文，內化至相關的制度當中，使醫學人文成為臺灣醫學教育一個重要的特色。無獨有偶，近幾年來歐美各國也開始回頭思考醫學訓練中的人文素養教育的重要性，特別是

隨著醫病關係漸趨緊張，如何賦能醫學生，讓他們理解疾病背後，病人的生活與文化的牽絆，理解人性的需求與掙扎，或許也是減低醫病緊張，提升治療成效的重要面向。(何明蓉，2003，頁 11-12；林慧如，2016) 由此可知，醫學人文的發展不僅是作為臺灣醫學教育的特色，更是二十一世紀必須重新反思的重要課題。

接著，是 2007-2010 年藉由教育部中綱計畫的挹注，聚集一群對醫學人文懷有理想的臨床及人文社會領域教師，臺灣的醫學人文能夠透過改革「開枝散葉」，往前推進一步。最後在 2013 年前後，在第二版的 TMAC 評鑑準則中，這些努力終於「落地生根」，成為各校醫學教育中相當重要的一個部分。賴其萬教授認為，這個過程有教育部顧問室的支持，不僅提供經費，也提供一個合理的理由，讓團隊能夠赴全國各校一個學校、一個學校的溝通、訪談，最後形成全國性的團隊與共識。這個溝通的難度，遠遠超過一般人的想像。他強調，當時之所以能在這樣困難的環境裡，慢慢地讓醫學人文播種、發芽、成長，與當年教育部顧問室提供中綱計畫的資源有相當直接的關係。

至於科技部方面，在 96 學年度 (2007 年) 設立的「醫學教育」學門 (過去曾隸屬於科教國合司，近年來重新納入人文司)，早年的補助重點中，醫學人文是相當重要的一個部分。近年來，學門補助重點逐漸擴及更廣泛的醫學教育的主題，不再限於醫學人文。因此，有志從事醫學人文教育研究的學者也在爭取計畫的考量下不得不有所遷移。從過去強調醫學人文精神課程的研發，轉向著重教學方法的創新。此外，由於科技部科學教育學門主要著重在教學評量和技術層面的改進教學，與教育部顧問室在功能上提供一種支持的機制，讓大家可以常常在一起討論，互相砥礪、攻錯、借鏡的運作差異很大，當計畫申請促使學者回歸個人研究的點狀嘗試，就難有集體發展的可能。(曾美芳與蔡博方，2022) 整體而言，醫學人文發展的機制，從早期的倡議摸索，到今

日的多元發展，臺灣醫學人文不知不覺已往前跨了很大的一步。黃寬重教授回顧過去二十年來參與醫學人文的歷程，從偶然地接觸，到後來投身醫學人文教學的過程，深刻感覺到臺灣醫學人文發展雖極具特色，但相關的改革與發展，或許還需要下一個關鍵時刻。

誌謝

本文承蒙賴其萬教授、張燕娣醫生接受訪談，不僅讓我們有機會更深入了解這一段時間裡醫學人文相關發展歷程的點點滴滴，更在文章寫作的過程中，給與許多重要的意見指導，謹此誌謝。

參考文獻

中文部分

- AAMC(美國醫學院學會)，劉敏與王英偉譯(2011)，《未來醫師的行為與社會科學基礎》，台北：教育部顧問室醫學專業教育改進延續計畫。
- 天主教輔仁大學，醫學教育中心。<http://cme.mc.fju.edu.tw/aboutFju.jsp?labelID=20>
- 王心運(2006)，〈通識教育的真理觀念——兼論醫學人文課程規劃〉，《通識教育的真理觀念——兼論醫學人文課程規劃》，1，頁33-48。
- 王心運(2009)，〈醫學人文課程的反省——以高醫為例〉，《高醫通識教育學報》，4，頁100-116。
- 王心運(2017)，〈醫學人文之現代與後現代性——以醫學專業素養為線索〉，《高醫通識教育學報》，12，頁1-20。
- 王秀雲(2014)，〈醫學人文三問〉，《科學發展》，501，頁82-84。
- 何明蓉(2003)，〈文學與醫學：醫學人文教育的實例〉，《中外文學》，31(12)，頁10-25。
- 吳健暉、徐歆惠與何明蓉(2008)，〈臺灣醫學人文課程現況研究：開課調查與學生訪談〉，《醫學教育》，12(2)，頁107-117。
- 呂碧鴻、李明濱、李宇宙、高美英與謝光煬(1998)，〈「人與醫療」課程之學習心得分析〉，《醫學教育》，2(1)，頁43-44。
- 林其和與賴其萬(2013)，〈參加2013年美國國外醫學教育暨評鑑認可審議委員會會議報告〉，《評鑑雙月刊》，44，頁58-60。
- 林啓禎(2019)，〈臺灣醫師的人才培育回顧與展望〉，《醫療品質雜

- 誌》，13：4，頁 4-8。
- 林啓禎與黃崑巖 (1999)，〈「臨床溝通演練」作為醫學能識課程之討〉，《醫學教育》，3：4，頁 362-368。
- 林雅萍 (2017)，〈現代醫學的生命體觀——醫學生在大體解剖課程中的感知游移／猶疑〉，《生命教育研究》，9：1，頁 71-103。
- 林遠澤 (2007)，〈從醫學技術主義歸人道關懷如何可能？試論醫護人文教育的關懷倫理學基礎〉，《哲學與文化》，34(9)，頁 61-86。
- 林慧如 (2016)，〈從敘事學談醫學倫理教育之人性化改革〉，《應用倫理評論》，第 61 期，頁 77-92。
- 林慧如、王心運、賴春生與林育志 (2010)，〈「敘事醫學倫理」之課程建構及教學經驗〉，《醫學教育》，14(4)，頁 272-281。
- 邱淑媿 (2005)，〈實務導向之醫學人文課程設計與初步成效評估〉，《醫學教育》，9(4)，頁 55-67。
- 邱瑞珍、韓德彥與蔡博方 (2019)，〈大體解剖課的醫學人文意涵：以大體老師家屬訪問為例〉，《人文社會與醫療學刊》，6，頁 1-26。
- 洪武雄、廖世傑、張文正與沈戊忠 (2005)，〈用合作學習法設計醫學人文課程及其成效評鑑——以中國醫藥大學「台灣醫療史」課程為例〉，《通識教育季刊》，12(3)，頁 17-40。
- 洪美齡與洪武雄 (2008)，〈醫學人文識課程的研發、實施與檢討：以「台灣醫學教育發展史」為例〉，《通識教育學報》，14，頁 63-92。
- 唐功培、陳資濤與蔡博方 (2018)，〈初階臨床體驗課程對醫學生專業素養及基礎醫學學習成效之影響〉，《教學實踐與創新》，1：2，頁 39-77。
- 高美英、呂碧鴻與褚齡霏 (2004)，〈台灣當前醫學人文課程之實施現況與推展困境〉，《醫學教育》，8(4)，頁 392-403。
- 崔紘彰與何明蓉 (2008)，〈台灣醫學人文教育推動的進展——深度訪談

- 之質性分析》，《醫學教育》，12(3)，頁 133-141。
- 張曉平 (2017)，〈臺灣「醫學院評鑑委員會」發展史研究〉，台北：國立台北教育大學碩士論文。
- 教育部人文社會科學相關領域，中綱計畫成果資訊網。<https://hssda.moe.edu.tw/wSite/ct?ctNode=316&mp=1&xItem=6657>。
- 陳恒安 (2007)，〈醫學院通識教育的另一種可能性：醫學史課程〉，《台灣醫學人文學刊》，8(1&2)，頁 77-97。
- 喻蓉蓉 (2012)，〈臺灣醫學人文教育家——黃崑巖〉，《世新人文社會學報》，13，頁 131-171。
- 曾美芳 (2021)，〈臺灣醫學人文的深耕與成長：兼記國家圖書館教學理念與課程實踐講座〉，《人文社會與醫療學刊》，8，頁 103-111。
- 曾美芳與蔡博方 (2022)，〈賴其萬教授、黃寬重教授及張燕娣醫師口述訪談〉，時間：2022.10.20，下午三點至五點，地點：和信治癌中心醫院教研中心 7 樓 704 會議室。
- 黃崑巖 (1996)，〈把「人」帶回醫學——論醫學院的通識教育〉，《通識教育季刊》，3(3)，頁 1-16。
- 黃崑巖 (2003)，《醫學教育白皮書》，教育部醫學教育委員會。
- 黃達夫與陳昭姿 (1991)，〈人文與醫學〉，《當代醫學》，211，頁 445-446。
- 廖世傑、黃崑巖、洪英聖、陳偉德、洪武雄與吳錫金 (2007)，〈以專題式學習法建構醫學生對台灣原住民史之認知：專題式學習法〉，《通識教育學報》，6，頁 1-26。
- 臺灣醫學院評鑑委員會 (2013)，《醫學院評鑑委員會新制評鑑準則》。臺北：臺灣醫學院評鑑委員會，https://www.heeact.edu.tw/media/19741/tmac%E6%96%B0%E5%88%B6%E8%A9%95%E9%91%91%E6%BA%96%E5%89%872013%E7%89%88_%E5%85%A

C%E5%B8%83final.pdf。

臺灣醫學院評鑑委員會 (2020)，《臺灣醫學院評鑑委員會 20 週年紀念專刊》，台北：臺灣醫學院評鑑委員會。

劉介修與劉克明 (2004)，〈台灣醫學教育改革中的「醫學人文」概念與實踐初探〉，《醫學教育》，8(4)，頁 371-384。

劉克明 (2014)，〈借鏡 LCME 的準備經驗〉，《評鑑雙月刊》，51，頁 51-57。

劉競明 (2010)，〈學士後醫學系的生涯與發展真是那麼理想嗎？〉，《臺灣醫界》，53(7)，頁 372-373。

潘靖瑛、賴明亮、劉宏文、林其和與李明亮 (2004)，〈醫學系學生的人文關懷調查研究〉，《醫學教育》，8(3)，頁 301-313。

蔡淳娟、林其和與劉克明 (2010)，〈台灣各界對醫學系學制變革可行性的看法〉，《醫學教育》，14(1)，頁 1-14。

蔡淳娟、林其和、劉克明與賴其萬 (2008)，〈八十年代台灣施行學士後醫學系學制之經驗研究〉，《醫學教育》，12(4)，頁 225-235。

蔡篤堅 (2003)，〈「媒介的醫病關係為核心」理論架構下的醫學人文課程思維〉，《傳播研究簡訊》，33，頁 7-10。

賴其萬 (2000)，〈醫學與人文〉，《當代醫學》，315，頁 52-55。

賴其萬 (2009)，〈如何將人文融入臨床醫學？〉，《當代醫學》，431，頁 731-735。

戴正德 (2007)，〈醫學人文精神的挑戰〉，《台灣醫學》，11(2)，頁 163-166。

戴正德、辛幸珍與李明濱 (1999)，〈生命倫理學教學與醫師之養成〉，《醫學教育》，3(4)，頁 356-361。

戴正德、陳泓耀 (2021)，〈醫學人文的精神須要內化〉，《臺灣醫學人文學刊》，22(1&2)，頁 48-51。

謝博生(1997)，〈臺灣醫師教育之形塑〉，《醫學教育》，1(3)，頁 259-273。

醫學人文教育核心團隊計畫辦公室主辦，黃達夫醫學教育促進基金會協辦，「醫學人文教育研討會暨團隊第九次會議」，2008年11月22、23日，頁5。

顏芳姿(2021)，〈敘事醫學——人類的醫學人文之路〉，《人文社會與醫療學刊》，8，頁45-69。

外文部分

Lai, C. W., J. P. Chang, G. F. Tseng and Y. L. Tseng (2002), "An Experience in the Integration of Humanities and Medical Science in a Gross Anatomy Curriculum," *Journal of Medical Education*, 6, 166-172.

The Critical Moments of Medical Humanities: Intentional Planning and Open-Ended Discourse

Mei-Fang Tseng^{*}, Kuan-Chung Huang^{**}, Po-Fang Tsai^{***}

Abstract

In Taiwan, the development of Medical Humanities in medical education has experienced different critical moments and events, which still deeply influences the educators and researchers nowadays. Based on the interview of influential figures and examination of crucial documents, this paper attempts to describe three critical moments—reforming, spreading, and indigenizing—by focusing on three representative objects: White Paper on Medical Education (2003), Medical Educators for Humanities (MEH) project (2007-2010), TMAC Accreditation Standards of a Medical School (2013). From the highly discussed 1990s to the open-ended present, these critical moments are worthy of remembering for the educators in the field of Medical Humanities.

Keywords: Medical Humanities, White Paper on Medical Education, Medical Educators for Humanities (MEH), Taiwan Medical Accreditation Council (TMAC)

* Mei-Fang, Tseng, Associate Professor of Center for General Education, Taipei Medical University.

** Kuan-Chung Huang, Emeritus Chair Professor of Department of Medical Humanities and Social Sciences, School of Medicine, Chang Gung University.

*** Po-Fang Tsai, Correspondence, Associate Professor, Graduate Institute of Humanities in Medicine, Taipei Medical University. Email: pofang@tmu.edu.tw.