

2016 年 TMAC 評鑑說明會綜合座談

TMAC 評鑑程序:

Q1: 評鑑結果的效期，為何有三年的？

A1: 在 TMAC 評鑑辦法，通過的效期是「至多」七年，不是一定足七年。這個設計的理由是因為有些項目對於受評學校來說還需要再觀察，但評為有條件通過，學校的感受是不好的，因此評為通過，但效期二或三年後再去觀察，以對學校表示鼓勵。有些國家也是已經將「有條件通過」這一項取消，而以通過的效期長短為區隔。

Q2: 評鑑決定是委員會共識決，可能會有委員的主觀判斷，能否有可能用 must、should 條文的通過比例來決定評鑑結果。例如: 90 % 的 must 通過就是通過，80%的 must 通過就是有條件。這樣大家的準備和期待就比較不會有落差，也減少各種主觀的看法。

A2: 這是很好的意見， TMAC 的評鑑決定程序是各訪評小組提出評鑑結果建議，最後到 TMAC 委員會審閱完報告後召開會議決議，委員會必須 2/3 投票通過才決定結果。未來 WFME 來評鑑我們也是要看 TMAC 如何決定評鑑結果，所以這是一個很重要的問題。此外我們所了解的，即便 LCME 這麼多年的評鑑經驗，也是沒有一個可量化的評鑑決定規則，他們曾有兩家醫學院，通過的準則項目和數量不一樣，LCME 是看評鑑報告中符合條文的重要性、持續性和長期性，不是只有看那一場評鑑的條文符合數量而已。

Q3: 有條件通過後 2-3 年進行追蹤，連續 3 次有條件就要接受全面評鑑，這期間累積起來就超過 7 年，按理 7 年一週期本來就要接受全面評鑑的，所以這個設計是否有邏輯上的問題？

A3: 這當初定訂的考量可能是因為待觀察是連續 2 次，就要全面評鑑，因此有條件通過又多一次。但重要的是到最後面的結果如何，如果學校每次評鑑都存在一樣的問題，應該是要將評鑑結果降級的，這問題美國教育部 NCFMEA 也曾問過 TMAC。

Q4: 假設通過效期是三年， 下一次是要追蹤評鑑還是全面評鑑？

A4: 這在 TMAC 委員會決議結果時，會訂出但書，讓學校知道何時要接受評鑑，以及評鑑的型態(追蹤或全面)。委員會是根據報告中「不符合」項目的嚴重度和多寡來作決議，大多數是採與該次評鑑同樣的型態，如果是追蹤就採追蹤，若是全面就採全面。所以有的學校是三年後去追蹤不符合的項目，有的是三年

後全面評鑑，兩者等級是不一樣的。

第一章 機構

Q1: 整個個歸類上，1.1.0 內容是屬於教育環境，不應該在 1.0 底下，1.1 是組織也有點奇怪，因為組織的內涵在 1.1.1 才出現，所以應該有比較大的次標題是有關「教育環境」。1.1.1 這與組織有關的與 1.0 可放在一起歸為組織。醫學教育環境與組織和 1.0 學校須為依法設立及教育部核准，兩者應沒有關係。

A1: 新制準則的條文應不在這次的修改範圍，因為條文的修訂是需更慎重的考量，尤其現在必須考量 WFME 全球醫學教育評鑑準則的要求。因此這次只做自評項目的修訂，但這個意見 TMAC 會記下來。

Q2: 1.1.0.1 醫學生的多元族群，不是學校能決定的，例如繁星入學，我們也不能去分是否為原住民等等。現在要求學校去看這部分，似乎有衝突。此外，色盲到底可不可以成為醫學生？需要定義清楚，學校才好配合，是以教育部的多元入學政策為準，還是有其他的評估？

A2: 12 間醫學校院其實對於多元入學的情形是類似的，請學校列出來多元的政策其實是常態的了解，不是比誰最多，一方面也是鼓勵多元政策的推行，後面還有條文有呼應，這邊先請學校自行定義「多元」。色盲的部份之前在校院長會議有討論過，morphology 在某些顏色上將來予以輔導，不影響他/她作為好醫生，所以共識是不排斥作為醫學生。

Q3: 學生即便是原住民或外島，也是非常的少數，針對剛回答問題是 ok 的，但條文這邊還包括了老師與職員，填寫上有一定困難，請指導如何填寫？

A3: 當這資料是每一次都要填報的，其實就會列管，現在會覺得困難，表示這議題還不是相當重視的，其實在機構裡要有這樣的族群是普遍公認的社會責任，不是要最多，而是要關心和列管。

Q4: 多元這一項填寫還是會有困擾，我們希望學生是來自各族群或宗教，不論佛教、基督教、天主教，還是說客家人或原住民，但這些我們都沒辦法選，所以這邊要調查，沒有實質意義，增加困擾。如果真的要寫，定義就應該要清楚作為參考，或者這個牽涉到評分。不曉得這是不是 WFME 要求的？國外是看一整年學生族群的平均，但台灣是環境政策已綁死，所以不曉得這點的意義何在？

A4: 這一條在後面是談的很重，在 WFME 也是很重要的一點，後面甚至要看學校有沒有對這些少數族群作努力或活動，哪一些是學校自己定義的多元？

原來採用的條文是參考美國 LCME 或澳洲 AMC 的特色，很重要的原則是辦學教育不能有任何理由讓任何角落的人喪失機會，所以 1.1.0.1 多元文化的這點，是基於這個很重要的原則；其次，國外採用 minority 的理由是可以保障這些少數弱勢族群或是來自偏遠地區去服務，因為每人都有生病時要保障的權益，醫學教育就是要培育出社會需要的醫師。在這前提下，就要提供各種背景的入學管道，所以基於這道理，才有這些議題。如果我們沒有考慮到這些，這也是提醒大家，僅可能在這些範圍內，能注意到不同背景的要求。

echo: 這點是相當 American culture 的，我們應該想辦法採用到台灣的文化裡，我們只要對弱勢多一些關懷，應該是可以達到的，因為弱勢族群在國外是很 sensitive issue 但在台灣卻很難，但弱勢或身心障礙應該是要被重視的族群。我們現在有鼓勵入學，但這不會多到一定的程度去處理。此外，個人覺得色盲應該要拿開，因為對學生來說是貼標籤，我的老師在國外就是色盲，但這不影響他當神經科醫師。自評增加一項填寫招收 minority 學生數的題目是很奇怪的，少數族群(minority)在台灣不是這些族群本身的問題，而是社會資源不公平的問題。

Q5: 但 1.1.0.1 自評題目 3 的這個表格已經定死了多元族群的類別，各校無法自行定義了。現有的教師職員除非要查體檢表，否則無法知道是否色盲，而若調查這一點，又牽涉到個人隱私，不願意被知道，要強制調查也是很為難，因此這自評呈現出來的也許不是真實的，所以是否讓各校以敘述式文句去陳述就好，不要限制表格填寫？

A5: 委員會可以再討論做最後的決定。

Q6: 贊成拿掉 1.1.0.1 評鑑工具的這表格。從剛剛討論知道這題設計的背景是來自國外的關係，而事實上在台灣要達到多元是有困難的，是否能從反面表述，規定學校沒有限制多元族群的學生入學；再調查各校，學生進來後如何由自校定義的多元去給予協助，不論獎學金、輔導等。這樣似乎較符合在地情形。

Q7: 目標與目的，準則原來有的定義，goal 是目標，較為廣泛抽象的，objective 是目的，較為具體的可測量的，所以 1.1.0.2 評鑑要點 4，「學校應開設以性別平等議題為學系目標(goals)的教育訓練/課程」，原來註釋寫的是學習目的，這邊是學系目標，當時是否有特別考量？因為學習目標醫學系應該都有訂定了，很難再針對性別平等，訂定學習目標，但目的是可以訂的。

A7: 這之後中文 term 的部分再來討論，一致化。

Q8: 第一章是較大的概念，1.0 是整體、較大的概念，是否名詞上將評量工具改為佐證資料較好？第一章的概念似乎是較大的，自評或佐證資料是否也依照架構，由

大的宏觀面，一層層下來？

A8: 每章前面都有 Part A 量性的資料，對整個章有初步的了解，並不是依照評鑑條文逐步層次的呈現資料，很多是在條文中去呈現，所以量性資料這邊就不再重覆問相關的問題。這是參考當時 LCME 的架構。

Q9: 1.3.3 與 5.1 這兩條很相近，雖說這次準則原則上不作修訂，但實際上這種情形可能還是要委員會議作慎重的考量。

第二章 醫學系

Q1: 課程管理下 2.1.1.1 談的應該是教育目的，因為前面已講過教育目標(goals)了，論及整體的應該是 goals，課程的部分就應該是 objectives。醫學系的 goals 要 support 醫學院的 goal，醫學院的 goal 要 support 學校的 goal，這是有一致性的。

Q2: 2.1.2.0 評鑑工具(5) 要請提供會議紀錄來呈現核定的流程，到時填寫時是要附相關紀錄嗎？

A2: 自評表不會要求要附所有的會議紀錄，應該只要舉幾個例子即可，但在評鑑現場，需準備所有的會議紀錄檔案供評鑑委員查閱。

Q3: 2.2.2.1 開始到後面幾題都有提到全國性醫學院畢業問卷的數據，在受評前學校會取得這數字嗎？

A3: 這是之前賴前主委一直想推行的，美國是畢業生離校時會對學校過去幾年的學習過程給予 feedback，這在網站上也是公開的。不過至目前為止，不是台灣所有醫學院都有給醫學生離校時作畢業問卷調查，因此全國性的畢業問卷數據可能還不太能取得，但現在我們有在鼓勵全國醫學生聯合會進行推動畢業生問卷。預計先從幾家學校先試辦後再全面推行。

Q4: 2.2.2.3 要將質性評量作為評量的一部分，包括追蹤評量，所以質性評量還是要以分數呈現嗎？請解釋說明

A4: 以假設兩間學校的學生分數都是 85 分為例，如何判別程度差別？純粹用分數來評量是舊的概念，很難表現學生學習狀態。又例如同一班學生，85 分和 84 分差多少很難分別，但若在學生的 portfolio 除了有分數以外，有文字紀錄下來表現(例如:獎學金或其他表現等)，就有差別了。以後培育的醫師，在整個學習領域裡面，除了知識以外，態度和行為這些不容易用分數看得出來的，必須要靠質性敘述。以教務處的立場是只要求分數，但對醫學系而言，要求培育出來的學生不僅是分數上合格而已，就不是只看分數，同時要看 portfolio 等描述性的評量；臨床的敘述性評語更重要，各科部不只打成績，還要看團隊對其表現

的評語。這題的評鑑工具只要求要列出已將質性評量作為最終評量的一部分的課程名稱而已。

Q5: 承上題，臨床的教師在質性評量是沒有問題的，但學校的基礎學科老師反映有困難。

A5: 在這題的自評，如果這門課本來就沒有作質性評量，就不用填寫。有作的課程才需要填上。

Q6: 臨床上有評分表，包括照顧學生、醫病溝通等各項目，最後有空白欄，描述學生這段時間在臨床的行為表現(這些沒辦法用分數去評斷的)，但這些最後並沒有被轉換為分數，這樣算質性評量嗎？進一步說，評分表如果學生是不通過的，這些描述性語句就是為何不通過，通過的學生，這些字就是肯定他通過的部份。

評鑑是否能再有彈性，讓學校以既有的方法去做各自的表述。

A6: 假設評分分數有加上描述用語，就要告訴評鑑單位，這些描述性語句有無影響成績通過與否。從準備自評表的角度來看不會很困難這題，因為大家都有在做，可以依照這題評鑑工具的4個舉例的面向去做一個表格來呈現：哪些課程有質性評量、有無給學生看到(有的話打√)、老師評分時有無參考質性評量的內容(有的話打√)、質性評量的內容有無存在於學校或醫院裡，將來如果要寫推薦函可參考(有的話就屬於自評工具的第(3)點)。

如果把質性評量改為「質性敘述」，可能意思會清楚些。因為質性敘述只是作為評量分數時的一個參考，可讓學生更了解需改進的地方。

Q7: 2.3.14(原來編號是2.3.15)所指的「跨文化」能否有更具體的例子？光看條文很難看出涵意。這對系主任可能不是問題，但對臨床各科部的主任要分別填寫時，可能就有解讀的困難。

A7: 這條是WFME注重的一點，當時檢視TMAC的準則中，沒有涵蓋到的就是替代性療法(complimentary or alternative medicine)，所以後來把這概念植入在跨文化的定義之一。這邊跨文化的定義是參考AAMC出版的《Behavioral and Social Science Foundations for Future Physicians》這本書。由準備自評表的角度來看，只是介紹自己的課程就可以。舉例：日本移民到美國的醫學生，他父親在醫院檢查是癌症，以美國的文化，第一被告知的是當事人，這學生就向老師抱怨，在日本，這情形第一告知的是家屬。這就是文化上的差異造成觀點、和醫病溝通方式的不同。

Q8: 2.3.8(原編號2.3.9)原文是「醫學系的課程應有介紹臨床研究和轉譯研究的基礎醫學與倫理原則，包括該研究應如何執行...，並應用於病人照護上」，改成「醫學系的課程應有轉譯醫學研究的基礎介紹」，兩者意思應該不同，研究的

- 話有臨床、和轉譯的研究，原文的範圍會比較寬廣，修改後意思限縮只有轉譯醫學了。評鑑工具 3 的「轉譯醫學研究」及「研究倫理」，應該是一種主題，不算是教學目標，用語上應可再修改。這次修訂看來準則（由其第二章）有不少修改，能否在短時間內有共識，這牽涉到文字的細節，有點 concern 這點。
- A8: 今天提出的意見應僅當作建議，準則的修訂在程序上是相當嚴謹，如果內容有牽涉準則的修改，就當作修訂建議參考。今天的研討會主要還是在討論自評的修改，將來是否修改準則在提到 TMAC 委員會中討論。
- Q9: 2.3.5 (原條號 2.3.6)是有關基礎醫學課程設計上能否達到關於將來可應用在臨床上的醫療健康的當代醫學基礎。評鑑工具 4. 要從學生自評、畢業生問卷或其他內部蒐集資料來看，學生對基礎課程設計在臨床實習或公共衛生醫療的評等。既然全國性的數據資料還要些時間才能建立，要如何準備或取得這些全國性的資料，想問其他學校的做法。
- A9: 如果只是針對這個表格，學生已有在做的自評，應該就可蒐集到這表格中需要的資料。學生自評其中有部份內容就是有關對基礎醫學課程的想法。
- Q10: 2.3.14(原條號 2.3.15)跨文化醫療照護能力在評鑑要點中提到替代療法，但評鑑工具卻沒有提，所以評鑑要點所提的只是參考？還是說是評鑑的指標之一（課程中要包括替代療法）？醫學系是不是要有多些的活動讓學生接觸這些替代療法？如果從準則來看，若只是限縮在 culture 的能力，是對不同文化的人有辦法能問診、溝通（所以才提到要演練、標準化病人等等），評鑑要點也許就不用提到替代性療法。
- A10: 評鑑工具表格裡的課程名稱，不一定要以替代療法為課程名稱，課程涵蓋這些教學內容就可以了。這邊不是說要教會學生施作替代療法，而是要讓學生能理解或者同理，不同文化或種族會採用的不同療法，才不會與病人溝通或表達失當。在填表上，若有開課有介紹這些替代療法，就可寫進去這門課，例如:中醫概論選修。替代性療法(complementary or alternative medicine) 是 WFME 準則中的概念，所以才將此補充在這條。

第三章 醫學生

- Q1: 有關於 3.1.4 評鑑要點，要醫學系定義「不影響習醫及從事醫療工作之身心障礙」。這是否能有統一的定義，若每個系都定義不同，定的嚴格的是不是會被視為「歧視」？像前面提到各校自行定義「多元」入學，有可能有的學校定義色盲是不行的。
- A1: 當初再討論到身心障礙的部份，會列出內政部的定義是讓大家有所依循，不然

各校定義不同，顯然會不一致。醫學院是匯集社會資源最多的，所以理應要回應社會的檢視和挑戰，所以評鑑要點的設計是依據大家普遍接受的社會價值。至於色盲到底能否進入醫學系，在之前醫學校院長會議曾討論及調查過，事實上各醫學院並沒有限制色盲不能進入醫學系，因為這些族群也有可能成為好的醫師，不能只因他有部分缺陷，就限制他進入醫學系，但要提醒（不少學校此作法）要讓色盲的學生事先知道，進入醫學系後有些課程需要顏色的判斷，會很吃力，或者將來會有哪些輔助方法，例如：John Hopkins 的學校環境有無障礙設施，讓坐輪椅的學生能輕鬆進入教室講堂，所以有考量到不同需求的人，能公平的使用場地、和受教機會。所以這邊是提醒學校要有這個精神存在，但當然各校的任务指標不同，所以在課程規劃和環境設計就要能呈現出來這基本精神。

Q2: 3.1.3 還是有提到多元背景的入學，是不是大家有共識就好？因為法規已經有蠻多對於保障入學管道的限制了，沒有太多空間去著墨與其他機構合作。是不是只要大家了解就好，若鼓勵大家要去做，反而好像違反規定了。

A2: 美國是很重視這點，每年規定要有 3% 學生是原住民，有學校每次評鑑沒達到這點，都會被點出來。

Q3: 其實現在各醫學院沒有限制身心障礙的學生入學，因為醫學系本來的門檻就很高。學校要做到的應該只是對於身心障礙的入學學生，要提供適當的無障礙設施和輔助就好，應不太需要刻意加分或保障名額等等。但仔細看 3.1.4 的評鑑要點，是否有在暗示要給身心障礙的學生加分或有優先進入權？

A3: 條文是說保障其申請入學，不是保證入學。這條其實重要精神是學校要有配套。雖然內政部的定義類別對學校沒有太大影響，但我們其實要真的思考視覺、聽覺和肢體行動障礙、智能低下的學生（曾有過不是透過考試進來的學生，持有智能低下的診斷證明），要有配套措施。因為牽涉到授予學位，所以這點要看學校努力提供配套，以及適當的修業規範等，例如身心障礙的入學學生，要事先知道有保障修業年限多久，沒能畢業又會是如何處理。

在公私立醫學校院院長會議其實已經有討論，色盲不是一個問題，而是共識，重
要的是進來後身心障礙或患有精神疾病的學生，心理輔導等配套，那才是評鑑
的

重點，也是過去 TMAC 評鑑發現較多的問題。

Q4: 3.2.2 的評鑑工具提到要學校提供每位訪問醫學生個人檔案，包含保險紀錄，建議是否改為保險證明？因為要看的是學生能在這裡求學期間獲得有效的保險，而不是過去的保險紀錄。

Q5: 有關前面身心障礙的問題，舉本校一位外籍生的例子，當初進來時沒有告知他有閱讀障礙，進來後每次考試有問題才去做鑑定，證明有閱讀障礙，要求每次考試時間都提供他加倍的時間，但國考時是不是也能要求考試時間加倍？今天保障這些學生進來了，如何去輔導他畢業及通過國考？

echo: 目前在國家法規有兩個層次，一個是領有身心障礙手冊，另一個是經過教育部認可的北中南東各四所學校鑑定為身心障礙，因此確實學習障礙是可以取得鑑定的。目前台灣的 ISP 有個特殊學生的轉介條例，裡面有規定學生求學期間被鑑定出為學習障礙，得要求學校予以提供配套措施。然而涉及考選部的部份，不是學校能協助的，依據這法條的規定，凡是領有身心障礙或經過鑑定有障礙的學生，修業年限，以大學四年制的得以延長六年（即可就讀 10 年），新制醫學系不確定是否比照，為 6+6？這是屬於教育部特教司的管轄範圍，所以各校在填寫這問題時，應該是儘量負面表徵的，學校所訂的招生原則以及執行面，都沒有抵觸這些原則就可以了。但是否要額外提供，在教育部的法規是可以特別外加名額，例如：學校有特別招收身心障礙生，這不在教育部的員額總管範圍，而是另外申請的。這提供各校參考。

A5: 謝謝提供具參考價值的資訊。這條還有個精神是看學校是否盡一切可能去輔導協助有障礙的學生，所以是鼓勵學校往這方向努力，但學校不能因此降低標準。

Q6: 其實學校沒有排斥這些身心障礙學生，但評鑑工具提到：「請說明自上次評鑑至今「身心障礙」新生之招收及修業畢業之狀況。」意思是鼓勵多元入學之外，也鼓勵身心障礙生入學嗎？

A6: 精神應該是對身心障礙學生的入學能以平等為原則，進來後再提供相關的輔導協助。

Q7: 3.2.1 有關轉入醫學生，TMAC 有無規定是一年級還是二三四年級才能轉入？如果三四年級以上轉入醫學系的，TMAC 評鑑會扣分嗎？

A7: 目前其實沒有限定哪年級不能轉，但要轉入的先決條件是學生必須具備同年級醫學生的水準，才能銜接得上，三年級以上醫學系已進入模組課程，他系學生不太可能有同等的水準，所以只有一升二年級，或者二升三年級才有機會，共同的必修課程差距不會太大，三年級以上幾乎不太可能轉入。如果是三四年級以上轉入，學校就要能提出證明這個學生的能力水準與同年級醫學生相當，同時學校也應該設置有轉入的考試或評估程序或規定，這程序才是 TMAC 會看的。

Q8: 3.2.1 評鑑要點 1 的「轉系醫學生之實施須保障其能力等同於將轉入後同班同學之程度」，這邊的「保障」建議改為「證明」。

A8: 同意，改為證明會較符合準則的精神。

Q9: 有關畢業生流向的調查，目前像醫師公會等還未能取得這資料，執行上會有困難，如何作會更好？如果這件事是很重要又攸關公眾利益的，衛福部應該可以提供這些資料給各校的，因為醫師有執登，是可以追蹤到的，是否 TMAC 可向衛福部要求？

A9: 這的確是很好的方向，政府花在醫學院的經費是花在一般學門的 double，所以對政府而言，這是回應社會對醫學院的期待，應可以 TMAC 名義向衛福部反映，這部份也許張上淳院長更有影響力。就像之前與考選部接洽，各校畢業生在國考的表現也是回饋給學校了解辦學的成效之一，考選部原本避免學校惡意競爭，也是不提供相關全國性數據資料，經溝通後，強調若能提供全國的平均值，就可提供學校參考改進教學。考選部雖有技術上的限制，但也回應再努力看如何回應醫學院的需求。畢業生流向的調查雖然台灣目前沒有完全施行，但這部份是 WFME 要看的。

還有另一條也是 WFME 有要求，但目前台灣沒有確實執行的，就是 3.3.1.0 提到對學生的輔導，包括學業、生活和生涯的輔導，但沒有提到學生參加社團的支持。很多學校有在推廣醫療服務隊或社團，這算是 hidden curriculum 或者 extra curriculum，我們在做醫學教育的不只是學校裡的課程安排，社團或課外活動的安排是我們沒呈現出來的。WFME 很重視學生的國際化 (globalization)，大家應還是努力的在這部份準備，將這些資料呈現出來。

第四章 教師

Q1: Part A 量性表格 1 填寫各學科老師人數，表格下註釋寫：「醫學人文的教師數目僅限編制於醫學院或醫學系的教師；編制於校的不列入計算」，填寫會有點困難。其他院所的老師，若教授醫學人文課程實際有超過一定教學時數和付出、學生也肯定授課的，是否能放寬列入計算？因為目前若是醫學系的老師來授課，已不太能滿足學生的需要，反倒有其他院所的老師來開課，較能豐富醫學人文內涵，至於老師要放在醫學院還是其他院所應是不同的事情，人數計算的呈現，是否一定醫學系的老師才算，建議應更廣泛的來看，精神上應是要鼓勵多元化的教師投入醫學人文教學。

A1: 因為各校的教學單位結構是蠻複雜的，若其他院所的教師也列入計算，恐怕評鑑委員難以判讀，所以原則上保留這邊文字描述的「限編制於醫學院或醫學系的編制」，但若學校有實質參與醫學人文課程教學，且教學內涵符合醫學人文設計的，可以列入計算。

echo: 同意這邊的文字保留，但有實質參與醫學人文授課的老師應可列入計算。以本校的經驗，其他學院的老師對醫學人文的教育精神和專注力是不太一樣的，醫學系學生對課程的批判性又蠻高，如果不是專任的任務導向，有些老師會不想繼續教下去。事實上其他人文老師也是樂意來幫忙，但重點在其授

課是否符合學校整體醫學人文架構的設計，符合的是可算入；有些通識的老師，有部份參與，也有醫學生去修，但其實可能內涵上不符合醫學系的整體目標，就不算入。

Q2: 4.2.2 醫學系(院、校)必須有處理教師或職員私人利益與校方或系內責任相衝突的規定，這條難舉證。

A2: 各校應該都有訂定利益迴避，或產學合作的規範和標準，應該在學校的層級會有相關規範的，這一條就可以這規範來陳述。

Q3: 請問有關師生戀是否算教師倫理守則的範圍，在國外是有的，不曉得國內是否有共識？

A3: 每個學校的教師倫理守則應該都會有相關男女性別要注意的規範，這部份應該是有涵蓋其中的。

Q4: 4.1.3 表格對於期刊論文數，是否說要越多越好？還是這可能牽涉醫學倫理的問題，應要有一定的合理範圍？

A4: 應該不是越多越好，反而可能有研究倫理的考量，條文原意應該是擔心數量太少，雖然其實也難界定多少是合理的數量，不過應該還是能判斷的出來到什麼程度是不合理的。

Q5: 大家常提到要醫院或學校要鼓勵教學，以 4.1.3 來看，假若一個老師研究篇數很多、研究表現也很好、教學也做得好、臨床工作量也亮麗，這樣應該是會通過評鑑的，但我們知道這其中會有很大的問題，因為一般是很難達到的。是不是在這場合大家能討論出共識，醫院或學校進一步訂出對教學有所保障的措施？

A5: 這可能看各校和醫學院的教育目標，是要成為哪一種目標的大學，若學校能依照不同的目標，將教師做不同的分工、任務規劃及學生的訓練，我想應該是可以的。若這些不同的任務目標都集中在一個老師身上，在評鑑時可能就特別去注意。這可透過每個學校多元升等的規定，看其給教師的教學目標和任務為何、研究目標、分工情形、以及學校提供的 data 等等去分析。

第五章 教育資源

※特別說明：

5.1.1 有呼應前面的 1.4.4.2、3.1.2、3.2.0，這幾條都是看學生人數是否有改變，如果有改變，在師資或設備等就要有相應的措施。依照 LCME 的做法，學校招收醫學生人數若有增加超過原來的 10%，就要說明在師資、電腦、實驗室等設施的資源運用的作法。所以各校在準備這條時，可呼應前面的條文。

5.2.3 呼應到課程的管理、以及包括人力、經費的使用情形。準則 2.1.3.0、2.1.3.5 都有適當的呈現，所以各校準備這裡時，可提到參閱前面的相關內容。

5.4.1 和 5.4.0 原本合在一起，改為分開，因為裡面呈現的問題不同，但各別評鑑工具或要點的內涵是不變的。

Q1:5.1.1 研究對於臨床醫學教育的品質影響程度，這邊要顯現教師研究產能和臨床服務的要求，但這會不會影響教育品質的程度，可能要更仔細去看。有些研究做的很好，教學也做得很好。這一點是說學生最好不要超收學生，但評量工具卻是問教師的研究產能和服務量，有點像是負面表列，應該是問師生比、教室空間是否符合學生的需求。

A1: 前面 1.4.4.2，假如醫學系學生數有增加，相對應的就要來看教學的空間、師資和 各校資源有無相對應的增加，這是互相印證的。剛提的也沒錯，有無超收學生用教師的研究量和服務量來看，其實沒有直接的相關。所以這 5.1.1 的呈現，要用表格來呈現。在台灣醫學生的數目有教育部的規範，各校要增加也有一定困難，而這條條文目的是用來表示我們很重視學生人數對受教品質的影響。

多招收學生在台灣其實不太可能發生，但美國或日本是有可能發生的，但列出來的目的就是要向國際接軌，表示我們的重視。

Q2: 很多條文討論到教師和學生，較少討論到 staff，能幹和數量充足的 staff 是可以執行所有的希望的目標，缺少的話是不易達成目標的。

A2: 1.4.0 其實有提到，醫學系要治理，要有足夠量的行政人力支持。1.4.4.1 評鑑工具也有提到重大改變的規劃過程，參與的相關人員包括行政人員的投入。如果有重大改變，對學生受教品質是否有影響，而重大改變不一定是壞的，重要的事要有資源等配套的安排。

Q3: 1.4.4.2 重大改變這點，目前幾所學校面臨的多增收公費生，這是配合政策而生的改變，對 TMAC 是否算重大改變？是否也應向 TMAC 報備有多收學生以及報告所作的配套？對於明年國外來看時表示我們有照這程序。

A3: 這些公費生是今年就要入學了，在 1.4.4.2 的說明有提到如果招收學生數有增減原來的 10%，就要舉證這 10% 的相應措施和安排，雖說第一年還未到醫學院的環境，但整個在圖書館或實驗室設備等數量可能是不夠的，因此必須要提到做了哪些資源的安排。也提醒大家，醫學系主任都是很有 power 的，是可以去募款來 support 教育目標的。

何謂重大，包括學生數目一年內增加 10% 或三年內增加 20%、學分的結構改變（如七年變六年）、增加臨床實習的場所（例如：多了一間教學醫院或分

院，教師要外派支援）等都算。至於換校長等人事變動，只是讓 TMAC 知道就好，重大改變的通知，目的是讓 TMAC 認知到教學環境有所改變，對通過七年內發生了事變，有可能影響原來教學格局和方針，TMAC 就有可能縮短原來的評鑑時程。各校若不確定是否重大事件，可打電話詢問 TMAC 辦公室，以免影響下次的評鑑，一來也是讓國外知道我們重視這件事。

Q4: 評鑑準則大部份偏重一般學制的醫學生，以外國學生專班的評鑑是否有另外針對適用的準則，包括招生、轉系等等？

A4: TMAC 有討論過，不論是境外學生或國內學生，其從醫學院畢業時拿到的證書都是來自教育部認可的醫學院，因此依此邏輯，教育部委託 TMAC 去評鑑，就是用教育部授權下所實施的準則去看境外專班的成果。包括國外來認可 TMAC，也是看最後面成果的成效，但有些準則是不適用境外專班，是可以說明不適用的原因，但不宜因此而改準則整體的架構或用兩套標準。就美國來講，最重視的就是招收境外的學生，美國教育部為了要了解其他國家醫學院的水準而去認可其他國家的評鑑制度，以避免美國子弟申請聯邦政府的貸款到其他國家習醫，但學成回美國卻無法考取執照的問題。兩年後 WFME 來看 TMAC，也可能問同樣的問題，因此 TMAC 才採同樣的標準來評鑑。

綜合討論

Q1: 在 3.5.0 醫學系必須為每位醫學生建立 portfolio，評鑑工具寫要提供兩種不同程度之醫學生的 potofolio，這不同程度是指前後段班嗎？

A1: portfolio 是用來斷定學生學習的表現，不論是用二分法(過/不過)，還是其他，只要在老師心中認為是兩種程度上有不同就可以。其實用不同程度可能意思不夠清楚，之後討論是否改為”不同方式”。因為原條文是要看學生的學習歷程發展，包括學習態度等，輔導紀錄、懲戒紀錄、學業表現等，所以理念上是一個多面向的呈現。

Q2: TMAC 是否很重視 portfolio 學生學習發展歷程？

A2: 就國外來看，是很重視對 portfolio 的 evaluation，所以一個學生的資料是很多樣性的。有這條文就會要求學校建立 portfolio。

Q3: 小建議，1.1.0 評鑑工具 4 的表格下「註 1: 醫療院所的「住院醫師」訓練的核准情形指的是 PGY, R1-R3 住院醫師;臨床研究員是指接受次專科訓練的資深住院醫師(Fellow)」，但表格中寫的是「醫學系可接受醫學生實習之科別」。PGY 似乎不太容易放進去。建議 PGY 可不放在這裡，除非另外一個 table 來填寫。因為是否為 PGY 都已經很清楚知道了。

Q4: 2.2.2.5 評鑑工具 3「請提供資料呈現醫學生在臨床時作階段被授權的臨床工作項目，以及需要被監督指導的情形」。我們如何像 JCI 一樣授權，是要給學生一個個登記嗎？還是說 TMAC 要求對醫學生各年級的能力要有界定？因為授權在 JCI 定義是很嚴謹的程序。「授權」字面上像是有證照的醫師在做的，例如對各主治醫師都有授權，但對訓練階段包括住院醫師和學生，還在要受監督的等級，所以建議在學生的階段是否只要提到監督就好，不要提及授權。JCI 對於 medical students 是用 clinical supervision 這個字眼，這點供參考。

A4: 醫學生畢業的 81 項臨床技能，已是授權制了，他可以在教室裡作或遠距指導，授權是連結的監督指導，沒有被授權就是沒有被監督指導，這是大家已經在執行的。JCI 是只分兩個 category，但會嚴格查是否落實。而這 81 項技能，應該可以只要有大概的界定就好，例如 M5 略可做到哪些項目等等。像 JCI 那樣是太複雜了。對醫學生而言，其實 81 項臨床技能對各年級的能力界定是可以考慮做一個公版，但也得考量可能有些學生能力是超過公版的。授權這個字眼會後再討論調整。

Q5: 2.3.0 評鑑工具 1 有提到要提供醫學系對自主學習能力的定義，與 2.0.2 有重複提到主動學習的定義，若是重覆的概念，是否一處呈現就好？

A5: 這有重複，之後檢討修改。