

台北醫學大學醫學院醫學系

100 年追蹤訪視

評鑑報告

(訪視日期：民國 100 年十一月十日至十一月十一日)

機密文件



民國 101 年二月

台北醫學大學醫學院醫學系

追蹤評鑑報告

訪視日期：2011/11/11~12

TMAC 訪視小組成員：

林其和（召集人） 成大醫學院

羅竹芳 台大生科院

鄭授德 長庚醫學院

蔡哲嘉 高雄醫學大學

蔡哲雄 和信醫院

隨行人員：

朱宥樺 醫學院評鑑委員會組長

目 錄

前言.....	2
壹、 學系的行政架構與支援.....	2
一、 行政.....	2
二、 人文社會科學院(人社院)與通識師資.....	3
三、 通識教育中心設有課程優質化的機制.....	3
貳、 教學.....	4
一、 通識教育.....	4
二、 基礎與臨床教學.....	5
三、 臨床課程.....	5
四、 學習評估.....	7
參、 學生.....	8
一、 學生學習心態的重新建立.....	8
二、 學生輔導.....	9
三、 學生對通識課程的反應.....	9
四、 基礎醫學.....	10
五、 臨床實習.....	10
肆、 師資培育與升等.....	11
一、 教師正確心態的建立與能力的培養.....	11
二、 通識教育師資.....	12
三、 基礎醫學師資.....	12
四、 臨床醫學師資.....	12
伍、 學習資源.....	13
一、 圖書設備.....	13
二、 教室.....	14
三、 PowerCam.....	14
四、 北醫二代學習網(My2TMU).....	15
五、 I-OSCE 中心及臨床技能中心.....	15
陸、 總結.....	15

前言

本次 TMAC 兩天的訪視行程，承蒙台北醫學大學醫學院(北醫)曾啓瑞院長與三所醫院院長、醫學系林時宜主任以及相關行政人員全力的協助，使得訪視委員順利的完成任務，本訪視小組成員先致上感激之意。

這次 TMAC 訪視是繼續民國九十八年十一月訪視評鑑台北醫學大學醫學院(北醫)後的追蹤訪視。

北醫於民國九十四年通過 TMAC 醫學系評鑑。這四年來北醫進行醫學系課程改革，承辦雙和醫院，並且去年換上新醫學系林時宜主任以及今年八月新到任的閻雲校長。這些重要的變動是否會影響北醫醫學教育的品質？仍然是這次 TMAC 訪視的重點。

北醫目前有學生 6218 人，醫學系學生佔總學生人數 18.7%，而醫學系師資共 197 人佔全部教師 44.67%。醫學系包括基礎 8 個學科及臨床 18 個學科。

追蹤訪視重點：

1. 校方與三所附屬教學醫院的教學指揮系統。
2. 通識教育課程。
3. 醫學生在 7 家實習醫院的品質。
4. 學生於課程委員會的代表性。
5. 基礎師資不足有無改進。
6. 教師的獎勵制度。

壹、學系的行政架構與支援

一、行政：

台北醫學大學醫學院(北醫)與三家附屬教學醫院(北附 709 床、萬芳

833 床與雙和 807 床)及聯盟醫院共同規劃執行醫學系臨床實習課程，根據上次訪視建議，其領導教學與協調系統已經形成；主要由醫學系系主任負責課程統合協調，溝通共同教育目標與執行策略，而實際運作由各分院及聯盟醫院教學、學術副院長規劃執行，而各分院教學團隊需明白醫學系新課程改革之緣由及準備課程各階段之銜接。委員認為目前仍需觀察北醫組織結構改變後醫院各方協調運作之成效。此外，由於實習醫院的涵蓋範圍廣以及協調工作增多，而醫學系的支援行政人力卻未增強，如果再加上未來醫學系六年制學制課程重整的需求工作，醫學系的行政人力是否足夠處理，需要密切觀察。

新上任的閻雲校長於台北醫學大學評鑑最後會報中回應將會補強醫學系的行政人力及修補有待改進事項，展現出明確、果斷的領導作風，下次訪視時可以評估其實際執行力如何。

建議：

醫學系系主任需加強其統合協調三家附屬醫療的實質權力。醫學系的支援行政人力需要增加。

二、人文社會科學院(人社院)與通識師資：

北醫 99 學年度成立人社院，通識中心隸屬於人社院。人社院除了目前的醫文所外，並且規劃擴增其他研究所。人社院設院之初即規定所有人社院老師皆需肩負通識教育的責任，因此投入通識教育的師資已經大幅的成長。

三、通識教育中心設有課程優質化的機制：

北醫通識教育中心設有鼓勵教師組織教師學習社群及協助教師進行教學行動研究的機制。教師之間以學習社群的方式在教學過程中彼此相互分享課程規劃、教學方法或教學行動研究，以提升教學技能；並執行

嚴格的課程審查制，追求課程的優質化，成效斐然，並且於民國 99 年獲教育部頒贈的通識教育領航學校，實至名歸。

貳、教學

一、通識教育：

1. 通識與專業整合的整體課程：

近年來北醫通識教育中心執行以通識教育為核心之全校課程革新計畫，帶動通識與醫學人文教育以及醫學專業教育的整合，以服務學習、典範學習與經典閱讀課程為核心課程，反映北醫重視社會關懷與人文素養的精神。通識教育不只是在大一、大二時期，已經能開始與專業課程相融貫，有其特色。

2. 重視學生反思能力與習慣的養成教育：

北醫經典閱讀課程所推動的反思性寫作，對於提升學生反思能力很有幫助，在大一、大二階段即培養學生面對複雜情境所需要的反思能力與習慣，對後續臨床學習有很大的幫助，令人印象深刻。

建議：

1. 將反思日誌的寫作擴及臨床教學或典範學習：通識經典閱讀課程中的反思性寫作，可以從低年級延伸到臨床教學或典範學習，不僅可以帶動學生的人文反思，而且也可以啟動學生對臨床疾病及技能的探索：追問致病機制或原因，處置病人的背後思維等，學生有反思，學習才會發生。
2. 建議持續擴大推動以學生學習為中心的教學改革：北醫追求通識課程優質化的規劃與行動，在臺灣通識教育界是有目共睹的，建議更積極地全面推廣。
3. 擴大通識教師學習社群的經營經驗：將目前通識教師在教學上的互動模式，擴大到包括臨床各專業學科，通識教師與專業教師一起組織教學社群以共同切磋教學技能與方法，建立真正以學生為中心的教學。

二、基礎與臨床教學：

將醫學人文融入基礎、臨床整合課程階段立意佳，然而主負責教師仍需與各 Block 授課者建立更佳的協調機制，共同規劃執行課程與評量方法，目前仍有學生認為基礎、臨床整合課程內容太多，教師上課方式與教學評量方式，仍須改善。

大體解剖課程是醫學教育的基本功夫，大體解剖學實驗的規劃，因顧及解剖進行的程序，不得不脫離 block system 的課程設計在三年級第二學期進行。大體解剖學實驗分為五個區段，各由一位教師負責指導解剖程序及要領。全部醫學三學生分為八組，各組約 20 位學生，分配於八台解剖台，各組再區分為五小組，各小組負責特定區段（頭頸、胸、腹骨盆、上肢、下肢）。這 20 位學生，約一半人數進行標本及模型觀察，另一半則上刀操作。整學期操作，每週實驗時數九小時，分兩次進行。每次進行之前，由其中兩區段的負責教師先行解說操作程序及要領。醫學生分配的操作機會較少，其大體學習成果如何，有待檢驗。

PBL(problem-based learning)：本次訪視所見 PBL 進行，只是由諸位同學輪流以手持列印在紙張上，進行方式將所查出來的資料唸過而已，鮮少聽到其他同學發問，更沒見到相互間討論，甚至對於資料的正確完整與否也無人質疑。主持的同學與在場的 tutor，沒有加以引導。如此學習 PBL 是有 problem，光有 problem-based learning 名稱依舊難脫離過去「餵與食」的窠臼。

整合課程已經在教學內容上有所改善，然而由學生的意見滿意度滿分 5 分而低於 4 分的情形相當多，可看出仍有待改進的空間。

三、臨床課程：

開始進入醫院前，五年級上學期學生接受一學期集中式的上課：此上課純屬知識傳授，大部份為被動式的學習模式，在短期間要接受大量課堂

學習臨床的課程，沒有臨床實際病例作參考，這樣的方式學生難以對臨床內容充分的了解，其實際成效如何有待評估。由這次訪試委員所觀察，這樣種課學生出席率不高約只 1/3 到 1/4 出席，有出席的有些只是身體出現在講堂，其實只是來睡覺或作其他事情，看不出想學習的動機。雖然有 PowerCam 作課程學習參考，學生上課時不積極的態度，這樣課程的安排到底成效如何值得校方斟酌？雖然今年已經增加學生每週到醫院學習臨床技能的時間，北醫務必要檢討並且提出解決方案。

臨床學習主要是分別安排在三個附屬醫院輪流進行，有些 elective 在 4 家聯盟醫院。課程內容設計一些「必修」的疾病，分別由三所醫院的臨床教學老師來負責指導，臨床教學模式大多仍以教師主講為主，缺乏師生互動。大部份時間進行的方式是以相關疾病的上課為主，少安排實際參與照顧病人。因此學生對於學習建立醫病關係、作臨床分析以及病人身心整體的照顧，缺乏實際體驗，臨床經驗難以累積，也不容易學習到 Clinical Reasoning 的能力。

三所附屬醫院都有臨床教室與模擬假人的設備，提供學生練習臨床診斷及 OSCE 相關技巧。院方投入臨床技能的努力相當值得肯定，但是臨床實習的精神最主要仍必需安排實際參與照顧病人，建議鼓勵從「做中學」會更有效果。

三所醫院臨床教師均以「收入補償的方式」被鼓勵教學。但三所醫院各自對於臨床教師的教學投入與工作範圍規定不同。相較於附醫與雙和醫院，萬芳醫院尚未有教學型主治醫師，校方對三所醫院應有積極觀察與追蹤的機制。此外，建議安排定期院際師資交流與教學心得分享。

目前，學生的課程內容由醫學院制訂，三個教學醫院分別有其教學主任及教研會各自進行教學計畫。教學範圍以學習手冊所指定的「病名或特定病情」為主，看不出學生有學習「全人照顧」的機會。據觀察，三所附屬醫院的成效並不一致，這有待醫學系系主任及課程委員會提出解決方案。

建議：

1. 鼓勵討論病例並且延伸相關的病理、生理病變以取代部分正式上課的方式，讓學生有較靈活的互動學習。以全人照顧的角度檢討病情相關的病理與生理變化，不但可以指導學生熟悉照顧「病人」，還同時學習「疾病」所產生的狀況，包括心靈、倫理及法律相關問題的處理，達到更實際的臨床教學效果。
2. 臨床學習最注重 hands-on 與醫療團隊的合作。從「做中學」，因此同儕、住院醫師、主治醫師、consultant 之間的互動學習也很重要。強調團隊學習，鼓勵學生在不同工作單位學習與醫師以外的同仁互動，多了解其他作業環境工作人員，對臨床學習會有所幫助。
3. 由 Intern 實際照顧病人已發揮成效且深受學生肯定。不過，值班仍然過多的 procedure 負擔以及範圍區域過廣問題待解決。北附醫婦產科實習依然是以 Intern 當人力，要求 Interns 寫的病歷及手術紀錄並非其照顧的病人，婦產科實習非以學習為目標，亟待改進。
4. 病歷主要是以電腦程式輸入填寫。但學生學習臨床分析，如能先練習以書寫方式記錄病情進程，學生對病情的掌握度可能更好。在病歷寫作、開立醫囑仍須指導教師更落實指導及指正回饋。建議多讓學生作學習回報 (debriefing)，教師再藉此了解學生學習成效及困難點，提供更適切的雙向回饋。
5. Clerk 與 Intern 實習分別在三家分院進行，輪調過於頻繁，產生適應醫令系統不一致的困擾，宜作適度調整。
6. 對成績落後或國考尚未通過或弱勢族群之學生，其補強輔導機制宜有更具體的實施策略。

四、學習評估：

看來北醫對學生「學習成效」目前相當依重學生的滿意度來評估。「滿意度」只能反映學生單向主觀的感受，無法完全代表學生的學習效果。若能收集學生學習各面相的評量結果，不僅有助於了解學生個別學習進度，且能作為教師調整教學方法及內容參考。

醫學生在臨床單位皆有接受 Mini-CEX、DOPS 及部分 Portfolios 評量，評量的結果是提供 formative 還是 summative 功能需要釐清。有部分負責教學之臨床教師對臨床評量工具仍然陌生，加上住院醫師也負擔教學的責任，因此需加強師資培育品質。

OSCE 為總結性評估(summative assessment)之必要方式，三家分院皆已投入大量經費建置硬體設備，而管理負責人宜由實際參與規劃執行者來擔任更能落實成效。而在教案建構、標準化病人與考官訓練仍須有計畫執行方能達到具信效度之測量目標，三家分院宜共同整合，資源共享。

北醫 iOSCE 與 GOSCE 具有創新教學之開發精神，已有初步成效，然 OSCE(Objective Structured Clinical Examination)本質是採客觀的方法作評估的模式，但是似乎北醫將此 i-OSCE 與 GOSCE 當成提供學生學習的意義高於要用來作評量的目的。i-OSCE 與 GOSCE 基本上是評量的工具，教學單位宜審慎釐清其功能避免誤解。

訪視時也觀察到在臨床技能中心使用工具不當的情形，i-STAN 是電腦化假人，相當昂貴，是屬於高擬真模擬人，主要是使用於臨床高階能力的演練與評估，卻被用來當作醫學生插氣管內管演練用，是「大材小用」。

課程規劃宜因應台灣人口老化之問題及病人照顧需要，加強老人醫學整合課程。另外在全人醫療方面，宜加強對末期病人照顧與倫理問題之認識。

參、學生

一、學生學習心態的重新建立：

北醫醫學系學生來自個人申請、指考、原住民族、僑生、外國學生、派外子女、養成公費(原住民)、奧林匹亞得獎、醫公費生、繁星推薦(學校推薦)等。無論是經由各校繁星推薦、個人申請，學生稱有來參加甄試者多能錄取。不論是經由何種管道入學，校方要重新建立學生的學習心態，讓一向接受他人關懷中成長的學生，轉變為關懷他人中成長。學生應當被改造成學習不再僅是為了通過考試，而是在於自身能力的建立，之後能夠成爲一位獨當一面主治醫師。如何塑造一學習環境，並且對不同背景、動機的同學個別輔導，這是對北醫醫學教育者的一大挑戰。

對於上課許多同學的不能準時出席，或是大考之後倦怠感，或是由年輕的臨床醫師授課，導致低出席率，依舊顯示北醫學生對於學習動機的建立有待提昇。如果學習動機不確立，無論是對於過去的傳統學制，或是現行的苦心地将基礎與臨床課程進行整合的新制，效果可能都無法彰顯。

二、學生輔導：

學生輔導中心設置中心主任及專兼任輔導人員(四位諮商心理師、兩位臨床心理師)實習輔導人員(兩位實習諮商心理師)。此單位固然是具有專業輔導學生的功能，有經驗的教師一定都瞭解「發掘」輔導的目標，以及「初級的輔導」工作依舊是要仰賴能讓學生產生信賴感、盡責且具有熱忱的導師。雖說輔導工作的執行完善與否，存乎導師一心，適當的獎勵可以彰顯校方對此方面的注重。有教師反應，教師服務工作的種類與評量應當包含學生輔導工作的落實成效。

三、學生對通識課程的反應：

典範學習課程學生表示收獲很多，也肯定寫反思日誌對學習的幫助，並且表示經典閱讀每週寫反思雖花時間，覺得對後來的專業學習有幫助。通識課程具多元性：學生表示進到北醫發現有很多通識課程，有多樣性，讓自己

覺得是在大學上課，而不會因為是在醫學院而限制了自己的學習知識廣度。訪談學生表示，如肢體開發與自我探索課程，他雖然不會跳舞，但透過這門課程老師的引導，以及執行編舞作業，他了解到自己身體與自我的關聯。學生認為通識課程多元，開拓了他們的視野。同學甚至於表示，好的通識課程要花很多時間寫作業，但因為有深度還是願意配合。

四、基礎醫學：

課程繁重上不完、上課內容重複、調課太多等都是基礎與臨床整合課程會發生的問題。相較於兩年前北醫剛推出整合課程時學生的反應，大多數學生都肯定學校的努力，認為基礎與臨床整合課程較舊制好。不過有國際生或僑生以後會回國，擔心新課程教太少，以後回去時實力不如當地國的畢業生。校方當留意其心情並予以輔導。

五、臨床實習：

同學們對於北醫三所附屬醫院尤其雙和醫院實習反應良好，原先TMAC關心雙和醫院才新開張，人員及病例不足會影響教學品質，沒料到這關切反而成爲讓雙和醫院重心放在建構教學系統使成爲學生想要選擇的實習醫院。

訪問委員觀察北醫與雙和醫院教學型主治醫師有發揮其功能，萬芳則教學型主治醫師闕如，連副院說明萬芳醫院教學型主治醫師標準高以致無人符合條件，這對該院教學品質的影響有待觀察。

學生對各院醫令系統沒統一相當困擾，認為是會影響到他們學習，也增加醫療出錯的可能。據聞北醫正在整合這三所醫院的醫令系統，下次訪問可以觀察其成效。

有些學生希望能夠到北醫三所附屬醫院（附設醫院、萬芳醫院、雙和醫院）以外的醫院進行實習，這是出於希望能有機會看見北醫以外的醫療機構

的制度是如何，學生強調倒並不是因為不滿意北醫。所有措施或是政策務必透明化，與學生有關的更是有溝通必要，北醫顯然這一項仍待加強。

肆、師資培育與升等

「校方及醫院藉由醫學倫理課程或是閱讀醫界名人傳記等書籍，瞭解其當時面對問題時的思維方式；然而初入醫學之門的醫學生能夠處身在適當的場所，觀察可供學習的典範醫師，以身教代替言教，使學生在耳濡目染之下，接受典範的薰陶，必可將正確的醫師行爲與思維烙印於心中。這些典範未必要是赫赫有名的醫師，只要是受到病患信賴與同仁愛戴的良醫，不論是在診間中或是在病房裡，在病患及家屬面前，展現對於病況起伏的關懷與同理心；甚至在手術室內展現醫療團隊合作的重要；或是在晨會上、研究室裡、或醫學會議的場合，瞭解醫學知識的淬取進化過程。藉由觀察典範的行爲與能力，讓學生反思自己目前能力的不足，才能激勵出努力提昇自我的學習動力。在晨會討論之中，體會過鴨子聽雷般的感覺，讓他將來不敢錯過任何一堂講堂課，甚至不敢遲到，或是在講堂中趴睡；在手術台上眼見錯綜複雜的人體結構，以及分秒必爭的氣氛，讓他在修習解剖實驗時增進對於奧秘機器結構的熟稔。如此一來，校方師長何須擔心他上課時會心有旁騖、趴睡，或是缺曠課呢？應當是該由他本人來擔憂他自己未來的能力不足吧！」(請參見長庚醫學系「初步見識醫院」計畫)，(<http://med2.cgu.edu.tw/files/11-1006-464.php>) 由長庚醫學系「初步見識醫院」計畫節錄這一段可看出師資培育於醫學教育有好的成果的重要性，也可套用在任何的醫學院！此次於課堂現場觀察北醫 10 位教師授課，絕大多數都有充分準備，充分運用教具，展現純熟的講授技巧，時間的掌控，教材的適量，時時保持與學生的目光接觸，時時提醒，拋出問題，與學生互動，足以可見北醫教師發展中心在此方面的深耕有成。

一、教師正確心態的建立與能力的培養：

大部分的專業課程教師來自於許多從未接受過「教育」專業訓練的各種學門，因此，注重教學成效的長官，應提出鼓舞教學士氣的制度，再適時配合有效的教學訓練工作坊以提昇教師本職學能的動力，北醫自也不例外。

二、通識教育師資：

通識教育中心兼任學校行政主管職務者，人數比例過高，恐影響教師教學研究之發展。學校要能適度調整與改善此狀況，尤其是需讓年輕教師有時間發展其教學與研究能力。

持續增聘師資，充實通識教育人力，並加強研究所教師對通識教育的認知與通識教學的革新，相信北醫通識人文教育可有更大突破性發展。

98 學年度開始推動英文小班化教學，促進師生互動，改善教學品質，值得肯定。但是英文專任師資只有兩位，兼任教師數過高，需要增聘專任師資，以減輕專任教師授課及相關課程管理壓力。

三、基礎醫學師資：

95 學年度基礎醫學師資有 62 位，現 100 學年是 61 位，與上兩次 TMAC 訪視時北醫提供的資料相比，基礎醫學師資這幾年未見增加，再加上資深教師將退休的壓力，基礎醫學師資不足的問題會更惡化，雖然校方有積極招攬師資，依然成效不彰。

基礎醫學學科，尤其是在實驗課程，全班 160 餘位學生，僅由 1 至 2 位教師擔任指導，不僅學生受教品質稀釋，就教師本人而言，教學時數甚高，甚至額外花時間輔導學生學習，耽誤自身的研究工作。總之，北醫當重視基礎師資不足問題，儘速聘足合格的基礎醫學學科教師。

四、臨床醫學師資：

教學型主治醫師制度值得肯定，宜持續提昇學科教學負責人能力，使參

與醫院教學整體規劃及計畫成效的評估 (program evaluation)。師資培育要求應擴及全體主治醫師甚至住院醫師，非只限於教學型主治醫師，三家分院宜有一致性鼓勵制度及共同評估指標。相對於另外兩所附設醫院，萬芳醫院尚無教學型主治醫師，其教學環境是否有不同尚待觀察。

學校與醫院間之師資培育中心(CFD)需共同整合運作，宜設定長遠目標，雙方認證，共同規劃課程，並且需考量臨床教師之有限時間壓力下，如何執行更有效的師資培育計畫。

要能落實教師評鑑，今年北醫校務會議已經通過教學型教師升等辦法，未來 TMAC 訪視時能看到有教師依教學 track 升等之實例。

兩年後將推出醫學系六年制學制新課程，其的成效與師資發展的落實與否息息相關，CFD 需配合學制新課程的改變把握機會培育新學制教師所需的能力。

建議：

1. 基礎師資不足問題，儘速聘足合格的教師。
2. 基礎臨床整合，醫學人文融入貫穿醫學課程已有初步成果，但各課程仍需勝任規劃的負責教師(coordinator)。
3. 醫學教育藉由多元評估 Mini-CEX、DOPS 與 OSCE 評估學生學習成效，但臨床師資仍須持續加強教師熟悉評估技巧。
4. 要能落實教師評鑑，尤其是教學優良教師的升等。

伍、學習資源

一、圖書設備：

1. 因淹水而造藏書毀損，現藏書以通識人文為主，一校三院的館以 e 化資料為主，年預算從民國九十六年的四千萬增至民國一百年的六千萬，雖說學校對圖書館支持度高，但圖書資訊使用率高，暴露研究館藏不足，雖然學

2. 網路平台用臺灣學術網，易塞車，但對於 e-journal e-data base 目前另設有 30M 的臺灣固網專線，速度已改善，未來擬增至 50M。

二、教室：

每一醫學系的年級計約一百五、六十位學生，濟濟一堂於狹長型大堂課教室，校方戮力整建教室的音響及投影設施，不論在燈光照明、窗戶通風、空調設施、座席的寬度、室內的整修，都令人耳目一新。但是受到教室地形限制，後排學生與教師的互動如不特別強調則教學效果堪虞。

多功能教室(PBL 教室)：該討論室似乎是在一大間空間內簡單的區隔為八間小討論室，教學設備不足，木板隔牆甚薄，可以清楚聽見隔壁發言討論聲音，隔音效果需要馬上改善。

三、PowerCam：

即使教師熱忱地表現，但是因為 PowerCam 攝影及錄音將教師限制於講桌活動範圍，僅有坐在教室前段的座席的學生與教師發生反應互動，小部分坐於中、後段座席的學生，依舊心有旁騖，或是趴睡桌面。在運用 PowerCam 錄影的授課時，教師如果無法脫離電子講桌則不易與後排學生產生互動。因此，根本之計在於教師使學生認知學習目標，促成必須主動參與。

PowerCam 的功能具有正負兩面的意義，好的一面是學生可以藉此工具，重聽上課時遺漏之部分，壞的一面是偷懶曠課的學生有恃無恐，不去上課。PowerCam 所提供的只是 PPT 畫面的影像與教師的聲音，並無教室現場裡與教師及同儕互動的氣氛，更無法進行討論或請益，而只是單向的接收訊息。北醫校方請多加評估其效益，思考如何才能保持其優點又杜絕其缺點。

四、北醫二代學習網(My2TMU) (<http://cbi.xms.tmu.edu.tw/>)：

<http://my2.tmu.edu.tw/slide.php?id=378277&from=content&logID=5207760&slide=3>

挾其醫療資訊工程的實力設置北醫 My2TMU 學習網。教師與學生對北醫二代學習網 My2TMU 系統的便利性能，給予高度評價。依據規定，教師須在授課一週之前將授課所運用之 PPT 簡報檔上傳，修課同學具有權限可以下載。考試後一週內，教師將學生成績上傳 My2TMU 系統。學生本人可以上線得知其個人成績及所有修課者平均成績，家長亦能接收到其子女的學業成績；系辦公室有權限綜覽該系所有學生的各科學業成績，並將其中成績欠佳者通報其導師，如有必要並可通知學生輔導中心，進行輔導。

五、I-OSCE 中心及臨床技能中心：

各附屬醫院都投資重金設置模擬教室，這在講求營運績效的醫院院長而言是表示其對教學的重視，但是，同一學校有三個臨床技能中心是否資源過度浪費值得注意。這也反應出各單位彼此競爭不落人後，或者陷入與教學評鑑標準有關的迷思。

建議：

增強圖書設備，改善狹長型大堂課教室、PowerCam 攝影及錄音將教師限制於講桌活動範圍。

陸、總結

這次 TMAC 訪視可看到民國九十八年十一月訪視評鑑後北醫的進步與上下一心來提昇其教育水準及規模的努力。新任閻校長提出一年內全校教師論文要增加 100%，在原本教學、研究以及服務的壓力下，研究的表現增加一倍是否會因影響教學品質是個隱憂，需要持續的觀察。

以下為這次訪視委員建議北醫待改進的重點：

- 一、醫學系系主任需加強其統合協調三所附屬醫療的實質權力。
- 二、醫學系的支援行政人力需要增加。
- 三、PBL 上課方式以及五年級上學期接受一學期集中式的上課需要改變。
- 四、注重學生 hands-on 機會與醫療團隊的合作經驗，強調從「做中學」。
- 五、北附醫婦產科 Interns 實習的安排非以學習為目標，亟待改進。基礎師資不足，應聘請合格足額的基礎醫學學科教師。
- 六、各課程需有勝任的規劃與負責教師(coordinator)。
- 七、臨床師資發展仍須持續，並且加強教師教學及評估技巧。
- 八、落實教師評鑑，尤其是教學優良教師的獎勵及升等。
- 九、PBL 教室隔音效果以及圖書館館藏雜誌量需要改善。