

台灣大學醫學系評鑑總評及建議決定

結 果	建 議
☒ 通過	1. 台大需積極培育教學行政主管人才來分擔繁重的行政工作。 2. 基礎與臨床醫學課程整合任務主要由共同教育及教師培訓中心 (CFD) 承擔。一般而言，CFD 之功能在提供教師生涯規劃、醫學教育發展、教育哲學、教學技巧、教學評量等新觀念或技術之發展，是否適合承擔課程整合之工作，建議貴院可以再斟酌考慮 CFD 之角色與功能。 3. 醫學教育在專業基礎醫學及臨床醫學學習之外，也須強調公民教育以及博雅教育的薰陶。 4. 基礎及臨床的整合未有系統化的落實，建議能有系統化的功能性架構，務實地進一步融合。 5. 臨床科課堂授課仍偏多排擠了學生 hands-on 的機會，應持續加強學生臨床參與臨床實務與思考邏輯 (clinical reasoning) 訓練以及醫學專素養之養成。 6. 多數教師教學仍偏重傳統教法，較少讓學生有主動學習的機會，CFD 之功能要加強。 7. 導師制度與小組討論教師合併再加上與教師升等條件掛勾是否危及或腐蝕此制度須有評估機轉。 8. 建立更明確的多元升等制度，以開創台大醫學院教學氛圍的新格局。 評鑑決議： 維持「通過」，但須於 2014 年下半年以相關的新制準則追蹤建議改進情形。
☐ 通過 (有條件，將於____再予追蹤)	
☐ 待觀察	
☐ 不通過	

台灣大學醫學院醫學系

追蹤評鑑報告

(訪視日期：民國 101 年十月十六日至十月十七日)



民國 102 年四月

醫學院評鑑委員會 (TMAC)

101 學年度台灣大學醫學院醫學系評鑑訪視報告

評鑑日期：民國一百一十一年十月十八日至十月十九日

訪視小組成員

召集人： 林其和 成功大學醫學院兒科教授

成員： 楊仁宏 慈濟大學醫學院皮膚科教授

林秀娟 奇美醫院 許文龍講座教授

賴春生 高雄醫學大學醫學院外科教授

鄭授德 長庚大學醫學院醫學系解剖學科教授

隨行人員： 朱宥樺 醫學院評鑑委員會組長

目 錄	頁
前言-----	4
行政-----	5
學制改革-----	6
教學-----	6
通識課程-----	7
基礎與臨床醫學整合課程-----	8
臨床醫學-----	11
檢討醫學系甄選入學的方式-----	13
導師制度-----	14
教師升等辦法-----	16
台大醫學院或台大醫院擴充其版圖時需同時增加教學人力-----	17
務必將 TMAC 訪視時所發掘的問題列入醫學院發展的主要改革事項-----	18
總結-----	19
評鑑決議-----	19

前 言

台灣醫學院評鑑委員會 (Taiwan Medical Accreditation Council, 簡稱 TMAC) 於 1999 年成立後帶動起台灣各醫學院課程的革新與師資培育的風潮。TMAC 的作業方式隨後成為台灣高等教育評鑑制度的藍本。

台大醫學系於 2002 年首度通過 TMAC 的評鑑，是當時受評醫學校中唯一通過評鑑的學校。根據規定，各校通過評鑑的有效期為七年，該系於 2009 年再次通過 TMAC 評鑑，今年則是進行為期兩天的追蹤評鑑。

台大醫學系擁有 115 年悠久、光榮的歷史與傳統。挾其歷史地位與豐富的人脈與資源，該系於台灣醫學教育上毫無置喙的有其舉足輕重的地位。此次 TMAC 追蹤性訪評台大醫學系自有其重要性。

本次訪視小組 (Survey Team) 成員共有五人。TMAC 就不同學校教授、專家，依據迴避利益衝突的原則，依照行政、通識教育、基礎學科、臨床學科以及學務等各領域選配訪視委員組成訪視小組。

這次 TMAC 追蹤訪視的目的是檢視台大醫學院近 2 年來教學上的變革與上次 TMAC 評鑑 11 項建議改善情形。

本訪視小組所有的成員要感謝台大醫學院、醫學系以及台大醫院行政人員包括：楊泮池院長、陳明豐院長、張上淳主任、朱宗信主任以及接受訪問的師生、人員的協助提供寶貴資料，對委員瞭解台大醫學系的現況相當有幫忙，也因此這兩天 TMAC 追蹤評鑑的任務能夠順利的完成。

TMAC 評鑑建議改善情形

1. 行政：

- (1) 台大醫學院與附設醫院教學行政單位間功能重疊、權責混淆的問題宜確實的釐清：

台大醫學院與附設醫院均有教學規劃、督導與執行教師培訓工作之教學行政管理單位。台大醫學院之教學行政管理單位為「共同教育及教師培訓中心」，其下設有課程整合、小班教學、教學評鑑、研習規劃及共同教育五大組，而台大醫學院附設醫院之教學行政管理單位為「教學部」，其下設有教材組、教育組、臨床技能中心、微創手術技能中心、健康教育中心及教師培育中心等6個單位，約有30位行政人員。醫學系主任張上淳教授同時擔任台大醫學院共同教育及教師培訓中心主任及附設醫院教學副院長以督導教學部業務，朱宗信教授擔任台大醫院教學部主任並兼任醫學院共同教育及教師培訓中心之教學評鑑組組長。為了教學行政上之統合推展，醫院教學副院長張上淳教授同時擔任「共同教育及教師培訓中心」主任及醫學系主任，身兼數職代表台大醫學院與其附屬醫院行政統合之決心，但也意謂著台大需積極培育教學行政主管人才來分擔繁重的行政工作。「共同教育及教師培訓中心」教學評鑑組組長朱宗信教授兼任附設醫院教學部主任，可利用醫院較多的資源支持醫學院之臨床教育，據稱台大醫院給予教學部的預算最大的支持(unlimited)。目前有四位教學型老師的薪資全部由醫院支付，其績效獎金由教學部主任每月評估後呈教研副院長決定。與上次評鑑時相較，整體的教學行政組織架構雖然沒有變化，但是台大醫學院及附設醫院在人事佈局上及對教學的行政支持已有很大的革新與進步。

建議：對於醫學院「共同教育及教師培訓中心」及附設醫院「教學部」的名稱及其下所設之組別，建議能以更現代化的名稱及全球接軌的思維予以重新"命名"，兩院之間之行政溝通平台予以更明確的系統化。

- (2) 目前投入醫學教育、行政、研究的教師有不足的情況下，台大醫學院現有的單位人力應重整以作最有效的運用：

臺大醫院專任主治醫師與具教職之主治醫師合計630位，至2012年9月又增

聘201位臨床教師，更增強了原有之專任教師之教學人力；並首創教學型主治醫師制度，目前共有4名教學型主治醫師，並且陸續薦送出國研修醫學教育，教學型主治醫師必須80%時間投入全院性教學活動之規劃及執行工作，其中蔡詩力與楊志偉醫師已分別展露其在OSCE及模擬醫學的專業角色。

建議：該院能持續做更有效的且系統性的培養醫學教育多方面的人才，例如教學方法的實踐與創新、多元實作與專業素養的評量、課程評量（program evaluation）等。

(3) 一、二年級醫學生於校總區需設有單位照顧他們：

一、二年級同學於校總區上課期間之照顧問題，目前大學仍無法依個別系所特殊需求而提供系辦分部，但是校總區設有醫學院的專屬承辦人員協助照顧醫學生，例如校級心理輔導中心有醫學院專屬的輔導老師駐校總區協助學生的輔導事宜，並透過小班制導師規劃及加強系辦與保健中心、心理輔導中心、住宿服務組等校方單位的聯繫，加強對學生在總區的照顧；另外，規劃二至四年級導師兼任小班老師課程的方式，小班教學每週上課兩小時，導師觀察學生之表現與學生會談或給予輔導及協助，必要時老師亦可將問題反應至系辦，由系辦協助啟動心理輔導或精神科第二導師的輔導機制。

建議：醫學系應考慮在未能獲得大學的支持下，透過導師或選派專責老師與一、二年級同學多建立互動與關心的管道，以即時掌握學生的問題與需求。導師制度與小組討論教師合併，再加上與教師升等條件掛勾，是否危及或腐蝕此制度，須有評估機轉。

2. 學制改革：

傳統七年與二階段六年制兩制並行已經12年，台大醫學院應該檢討成果取得共識，只施行單一種學制。

台大醫學院自民國87年實施二階段學程的先導計畫，自民國87年至99年為止，共有13屆155位二階段學程畢業生。民國94年，在二階段學程實施8年後，針對二階段學程與傳統7年制醫學生調查，比較後發現二階段學程學生在醫療知識、技術及醫

病互動關係上以及表現與傳統班差不多或較佳，而且多數學生對二階段學程之實施狀況滿意，這些學生在畢業後的國考、進入專科訓練後的表現，甚至繼續於國外知名研究所攻讀博士學位，均不輸傳統學程學生。現在政策已定，醫學系將於102年全面改為6年制，因此二階段學程自民國100年已停止，台大醫學系目前只單實施一種學制。

3. 通識課程：

做為銜接的「醫學與人文」、「醫療與社會」的上課方式及效果需作評估此外，二年級的寄生蟲學須移到三或四年級。

- (1) 醫學系目前的課程將一、二年級設為一階段，修習共同課程與通識課程，三、四年級階段以基礎醫學課程為主，五、六、七年級則以臨床實習為主。99學年度將醫學系三年級基礎課程全部整合為一學年，實行新醫三整合課程，主要以lecture為主，配合臨床case之小組討論。寄生蟲學由醫二改至醫三上學期。公衛相關課程，包括衛生政策與健康保險，流行病學，環境與健康，由醫三下改至醫二。100學年度配合醫三整合課程，新醫四整合課程也跟著拉長並整合為一整年。新舊學制課程轉型期間，於101學年度再將寄生蟲學移至二年級下學期修習。

院方對於通識課程之安排，已做了許多改進措施，包括因為醫學系選課年級有限，與校方溝通讓醫學生選課之順序予以優先考量，以及為減輕醫學院與總區交通往返之問題，邀請外院老師到醫學院開通識課程等等措施。學生對於通識課程之學習，也有依照自己的學習目標及興趣做規劃。

- (2) 對於「醫學與人文」、「醫療與社會」作為與博雅教育之銜接課程，其上課方式與內容經檢討改進，學生對於課程與師資均給予肯定；特別是體驗式學習方式讓學生收獲很多。此外，因應課程調整，生化課往前移動影響到部份同學原本之選課讀書計畫。

該系在課程調整過程中並未將課程的整合的原則清楚論述，因此，訪視委員不知道「99學年度將寄生蟲學由醫二改至醫三上學期，101學年度再將寄生蟲學移至二年級下學期修習」之考量為何，應進一步清楚說明。

- (3) 小組教師教學成效調查：這調查是透過每週進行兩小時的小組討論的時機，由帶領小組討論的教師(同時也是該小組同學這一學年的導師)當場發下「教學效果調查表」問卷，要求學生根據過去一週所上的課，對每一堂的授課教師之各項表現，

以A至E（代表五至一分）立即評等。問卷現場回收，再繳交至醫學院所轄「共同教育室及師資培育中心」。週一填卷，週三上午便成為系主任手上報告，並且將該教師被評之結果通知其本人。

建議：

- (A) 「醫學與人文」課程評估應包含量性與質性問卷調查，開課教師亦可針對學生回饋進行課程調整。
- (B) 「醫療與社會」課程結合學習歷程資料系統，促進學生紀錄及回饋其學習過程與收穫，授課老師透過學生學習歷程資料檔和課程評估調查而調整教學，可逐年看到調整教學後對於學生學習成效改善的影響。
- (C) 檢討二、三、四年級的對於教學評量表的運用。「教學」原本是教師的天職，「學習」原本是學生的本分。教學評量是一體之兩面，需注意師生雙方一旦對此學校的最基本目的之認知及對其基本職分產生偏移，則不能避免地會產生教師討好學生各式各樣的偏差結果。
- (D) 為了改善學生重視成績、重於學習的風氣，修訂成績等級而非傳統的分數外，另外開辦「楓城人文獎」鼓勵利他服務精神，值得肯定。
- (E) 大學教育若是完全忽略公民教育以及博雅教育，則淪為職業教學的場地，醫學教育只集中在於專業的基礎醫學知識及臨床醫學技巧的學習，唯恐只能訓練出嫻熟的「醫匠」。在大學公民教育之中，至少應以校規做為規範依據。台大醫學院的大部分教室入口多貼有「講堂內請勿飲食」，教室內多處牆面也貼有「飲料食物請勿攜入講堂食用」。醫學院訂定此規範，想必是有其原因；但委員觀察有學生攜帶食物上課，如果默許學生將食物飲料帶入教室，那又何必作此規範？
- (F) 醫學系相關教務單位應了解與掌握醫學生選修通識課程之狀態及意見。

4. 基礎與臨床醫學課程整合：

基礎與臨床醫學課程整合度不足、課程過重；各科部必須打破本位主義，落實真正的整合課程。

- (1) 在與負責醫教主管訪談中，認知其三年級課程主要是以「正常」的結構與功能之基礎醫學為核心，四年級則是以「不正常」的結構與功能之基礎醫學、加上部分的臨床醫學。

對於上次TMAC評鑑之評論：「台大醫學系的課程現今仍保留著傳統醫學系課

程的架構 --- 基礎醫學主要的進行方式仍然是採取大堂上課。醫學系三年級下學期和四年級整個學年，校方均配合大講堂課的進度，另外安排PBL小組討論。醫學系三下每週有兩次PBL小組討論；醫四上、下學期，每週有一次PBL小組教案討論；小組討論的引導老師由學生的導師擔任。這些安排…並未達成真正的基礎、臨床的整合。醫學院的自評報告中也認為課程整合不夠；各科部必須打破本位主義，落實真正的整合課程。」

台大醫學系在基礎與臨床醫學課程整合的努力包括：100 學年度針對每一器官系統單元之上課順序及授課內容進行協調，邀集每一單元之相關科系、基礎與臨床各授課教師進行討論，將整合課程雛型建立，101 學年度課程規劃會議邀請各系統之分科主任或資深教授出馬擔任各學習主題的課程主任，審閱所有各該科相關的基礎與臨床課程。此一設計均由共教及師培中心負責行政事務，分科主任或資深教授協調指揮，並保留時間給學生選課或自習或從事其他活動以開拓視野。該系邀請學生參與課程改革，並與師生溝通七年制與六年制新課程兩種制度過渡時期改變與因應之道，以減少學生焦慮或不安之情緒。

- (2) 為因應 TMAC 建議以及醫學系整合課程，該系 102 學年度起將實行六年制醫學系新課程，新課程之精神，將醫學人文由一年級延續至六年級，垂直整合安排於各年級，基礎醫學也由二年級下學期就開始部分修習，在臨床時仍需回顧基礎醫學，必將所學應用於臨床。然而基礎與臨床醫學課程之整合看來，只是將某一器官系統或臨床病症相關的學科放在同一時段上課，各上各的，整合僅止於時間上的整合，可見內容整合尚未徹底落實，生化(在二上上課)及微生物(在二下上課)並未進入整合的課程內，基礎與臨床的課程整合仍顯不足。目前整合課程大多以器官系統為整合單元(organ system block)的方式，每一系統由啟動至各臨床，慢則四週快則兩週，學生在此快速的進度之下，是否能夠迅速瞭解，順利吸收，恐怕是關鍵。記憶知識須要經由反覆的過程，融會貫通更是需要時間。實際狀況是否如此理想？學生的自我敦促與努力的程度，對於英文教科書的閱讀速度與瞭解程度，教師對於落後學生的即時偵測，並且迅速提出有效的輔導，都影響著這個教學體制的成功與否。更何況有著不可或缺의同步實驗課程必須要搭配，更是增添其難度。有些課程的實驗受限於先天的材料，其中難度最高者應屬大體解剖

學實驗。目前國內外在進行大體解剖，多以局部解剖方式，由背部、上肢、胸部、頭頸部等依序進行，但是器官系統單元的教學方式，卻是以骨骼系統、肌肉系統、循環系統…的方式進行，不易搭配。課程整合若是在未盡理想的評估之下冒進，則可能勞師動眾，且犧牲了學生的學習機會。

建議：

- (A) 醫三、醫四基礎與臨床課程整合的內容待加強。
- (B) 小班教學屬教學策略（方法）之一，小班教學組可以考慮改為教學策略（發展）組，該系的基礎與臨床醫學課程整合任務主要由共同教育及教師培訓中心(CFD)承擔。雖然系主任兼共同教育及教師培訓中心主任，但是此一設計與醫學系課程委員會之功能是否有重疊之處，宜釐清。
- (C) 一般而言，CFD 之功能在提供教師生涯規劃、醫學教育發展、教育哲學、教學技巧、教學評量等新觀念或技術之發展，是否適合承擔課程整合之工作，建議貴院可以再斟酌考慮 CFD 之角色與功能。

(3) 對於課程檢討機制：

對於課程的評量不單只是教師個人，而是包含多位教師共同合作的一個授課團隊。加上教學場所應具備之軟硬體數量與學生人數是否合理，教學材料的準備充足與否，實際且全程在學生實驗室內指導老師人數是否充足（生師比），全程在場指導者的層級是否相同於授課單位呈報至教務處之鐘點內容，實驗室內的安全管理，意外應變措施，課程進度的安排是否合理，是否具有專門對於課程的檢討機制。學生在學期中藉由「教學效果調查表」之自由意見欄即時反應之外，學生對於所有學習課程也能有滿意度評比機制。以 10/17 當天所見之微生物學實驗課程為例，約 130 名醫學生與其他系所學生濟濟一堂，共計約 200 名，僅由 4 至 5 為指導教師展示，以該實驗室現場的格局，無法使每一位學生，清楚觀察展示者的手中物件，也不容易聽清楚解說內容，學習成效堪虞。

5. 臨床醫學：

醫學系五~七年級: clerkship and internship 臨床課程的上課時數應適度縮減，同時需要加強學生 臨床實作(hands-on)的能力，使成為醫療團隊不可或缺的一員。另外，須加強對學生專業素養的薰陶與對其於各科的表現有質性的評估。

經由訪視與書面資料，觀察到醫學系五~七年級之臨床課程與專業素養人文課程規劃如下：

- (1) 五、六年級之臨床課程規劃立意良好：十餘年前開始即大幅減少臨床課程的上課時數，醫五、醫六均全天於醫院實習，僅餘極少數的大講堂授課，因此臨床課程的上課時數早已大幅減少；自93 學年度起將醫五之見習醫學生轉型為實習醫學生，將每位學生編入以主治醫師-住院醫師-實習醫師所形成之醫療團隊，並開始擔負起實際照護病人的工作（primary care）至少一床、至多三床，從實際照護病人中學習。
- (2) 附設醫院有設備完善的臨床技能中心及 Objective Structured Clinical Exam. (OSCE) 考場之建設，並系統性的由教學型主治醫師，持續辦理各種模擬情境與道具演練的實作常規課程，包括：醫五「臨床技能週」練習IV、on Foley、靜脈血檢體採取、血液培養、心電圖、基本手術技能（綁線、縫合）、手術室無菌技術（刷手、穿手術衣）、防護用具使用等，進行教學及測驗；醫六「臨床操作技能加強課程」由跨科部的臨床老師（外科部、婦產部、麻醉部、護理部）指導氣管插管、子宮頸抹片、引流管移除與縫合、一般傷口與燙傷處理、褥瘡傷口處理等，幫助醫學生增進其照顧病人的能力與自信心。
- (3) 增加臨床教師對學員的臨床實作觀察、專業素養培育以及增加質性回饋，對於學生的評核強調落實多元評估與回饋，將原用於PGY 學員之臨床實作評估工具如Mini-CEX、DOPS、案例討論及360度評核等推廣使用於實習醫學生之評估。
- (4) 以病人為師，當然是教學醫院功能之所在。身為教學醫院裡的師長有義務指導學生，安排學生學習的對象。學生並非訓練有素的職工，必須在資深醫師適度的引導之下學習，而不是以僥倖的心理，企圖矇騙學習的對象（病人或其家屬）獲取學習的機會。
- (5) 針對五、六、七年級設計Undergraduate Year(UGY)學習護照，學員記錄自己

臨床實作的學習過程，並提供老師審核與回饋的機制，包括case log、學生自我評估、教師評語等。另外，也於內、外、婦、兒、急診科進行以科部為基礎的教學目的型OSCE。

(6) 自98 學年度開始，內科部規定醫學生在內科部之實習結束前，須繳交實習個案報告，以六大核心能力自我反省，並設立學習目標。學生報告由課程負責人逐一回饋，並建檔成為學生學習檔案。為確保各科部訓練之執行品質，醫學教育委員會委員定期至各科部進行訓練計畫執行情形的實地訪查，給予建議，以持續改善。

(7) 在加強對學生專業素養薰陶的努力措施：

醫五、六、七的專業素養人文課程，除了縱向延續基礎學年時學習的醫病溝通主軸，也橫向延伸至不同科部臨床情境、擴展及倫理法律的學習。

1. 自99年8月起執行專業素養人文課程發展計畫，相關人文專業素養課程執行情形如下：醫一醫學與人文、醫二醫療與社會、醫師與社會小組討論、醫師與人文小組討論(下學期)，醫四臨床醫學總論(與Standardized Patient, SP溝通實作演練)、醫五家庭、社會與醫療(與SP溝通實作演練)、醫六臨床倫理與法律、醫七臨床倫理溝通演練(與SP溝通實作演練)及醫七醫學人文體驗課程(參觀醫學人文博物館，探討人的本質與特性)，在過度科技化、專科化的學習時，引進體驗學習觀念，讓實習醫學生在醫師養成的過程能更貼近人性。

2. 自99學年度起，新開設「學醫之路與終身學習」課程，主要利用個人學習歷程省思及隨行學習(shadowing)兩種方式交替進行，幫助醫學生發現自己、認識自己的習醫之路，啟發學生進一步從成功典範身上探究如何學習之道。希望能持續落實執行，追蹤並收集資料以印證課程設計、實際執行與評估學生學習成效。

由於臨床醫學的大堂課大幅減少，因此大部分臨床科都安排兩週的核心課程，內科都則安排兩天的核心課程，但每週也有下午4：30到6：30的大堂課三次，上課壓縮臨床實習hands-on的時間。從實習醫學生的訪談中得知，他們期待：

1). 有機會刷手參加手術，增加hands-on的經驗學習。2). 有機會參與門診(OPD)的實習，目前內科(除了心臟內科與感染內科)、外科、婦科及急診

(除了醫六的18位自選到急診部有機會到OPD)並未安排到門診實習。3). 臨床學科的上課時間盡量能安排在同一時段，如此學生可以更有機會接觸到不同的老師以及不同的病患，增加學習的廣度。

建議：

- (A) 臨床醫師仍普遍視五、六年級之醫學生為「見習」醫學生，而部分學生也仍自認為是「見習」醫學生，不必參與照顧病人。建議醫學系及附設醫院宜對師生加強宣導「實習醫學生」不只是單純名字稱呼的更改，須落實五、六年級「實習醫學生」之實。學生並非訓練有素的職工，必須在資深醫師適度的引導下學習。多以病人為師、從照護病人當中hands-on的學習，並加強臨床教師的床邊指導 (bedside teaching)，使之真正成為醫療團隊之一員。臨床課程規劃與設計只是開始，重點在如何落實 hands-on及bedside teaching。
- (B) 住診教學或門診教學時，應多觀察學生的問診與身體檢查技術與醫病溝通，儘量減少在會議室教學或mini-lecture的時間。訪視時發現台大醫院普遍各科仍多在會議室教學或mini-lecture的問題，建議醫學院系及附設醫院的領導人，應審慎思考如何推動落實「實習醫學生」之“實習”的本意。
- (C) 學生之病歷書寫關於臨床思考邏輯 (clinical reasoning) 之訓練與指導，主訴、Present Illness及Physical Examination宜與診斷、處置有其邏輯性等，也仍須加強改善。
- (D) 使用case log、學生自我評估、教師評語等是否能確實？臨床實作時是否有臨床老師指導與監督是重點，有待進一步追蹤其執行成效。
- (E) 資深醫師應向病人介紹實習醫學生，以便學生向病人學習。
- (F) 訪視時觀察到眼科教學門診空間狹窄，請醫院檢討教學門診空間狹小或不足之問題，以提升臨床教學品質。
- (G) 通識與醫學人文教育的課程設計，已初步奠定橫向與縱向整合之基礎，但是目前的課程所呈現者仍多集中於一、二年級，三至七年級專業素養課程內容仍有改善加強之空間。

6. 檢討醫學系甄選入學的方式，評估是否提高甄選入學學生的比例：

台大醫學系為全國習醫學子的第一志願，入學方式也逐漸朝多元及兼顧入學的

公平性，持續檢討各種入學方式之合理性及適當分配比例。101學年度起甄選入學招收繁星推薦名額2名；另外自 102學年度起將配合衛生署原住民及離島地區醫事人員養成計畫公費生3名。在甄選入學個人申請名額部分，自102學年度起將增加至33名（原20名）、繁星推薦名額維持2名。TMAC上回追蹤訪查時提到台大醫學系學生甄選入學的比例偏低，低於全國醫學系的平均值（~40 %），但至102學年度醫學系甄選入學的比率已逐漸增加至30.4 %。院方仍採用術科測驗篩選學生，建議要能發展更有效及具有實證基礎（例如：MMI或其他）的甄選入學方式。

7. 醫學生的導師制度需要重新規劃：

(1) 醫學系的導師制度編排方式採小班制，一至四年級每位導師平均分配 8~9 位導生。

一年級由基礎學科教師（包括社會醫學科）擔任導師；二至四年級由小班教學老師擔任導師，由各臨床學科主治醫師教師擔任，該導師同時也擔任小組討論的教師，原因是藉由該小組討論之場合，導師每一週得以面見所有導生；五至七年級每位導師平均分配 4~6 位導生，由臨床科教師擔任導師，每一個學生七年內至少經歷了五位導師。

訪視時，面談的幾位二~四年級的醫學生心目中，對此一安排卻多表示滿意，而其他年級同學也反應可透過多元的溝通管道（例如e-mail, Facebook及電話）與老師有良好聯繫。有僑生反映透過導師、系辦、學長的協助而順利通過課程，尤其對於清寒僑生的生活照顧及獎學金的提供。目前導師與學生對於本系導師生制度反應堪稱良好，因此系上對於目前的導師制度並未有調整改變的意思。

(2) 導師及導生：

對台大醫學系學生的導師而言，導師不只是行政或服務上的工作而已，而是一項「特權， privilege」，導師被賦予引導資賦優異、備受父母及社會期待的醫學生的使命。對於學生而言，導師制也不單只是享用導師所提供免費餐食的機會，

而是藉由這樣的機會，得以接觸能夠提昇自我眼界，指引人生未來方向的典範人物。

導師職責多，例如：對於教學效果調查問卷的發放與收集、獎學金訊息的宣佈、選課的規範、生活適應、生涯發展等，但是過多繁瑣的事務，有可能降低學生對於執行者在楷模形象上的建立。醫學系備有「導師生活活動記錄表」，但全部陳列僅見由華導師於101年10月及12月回填，忠實記錄兩次例行性活動記錄。訪視當天張主任對於「為何只有這兩份？」之解釋是：「該表是用以反應特殊事故之用」。但是，反應該類事件另有表單。導師面談學生之後，對其內容應該予以摘要記錄，一方面做為存查，另一方面做為反應至系方的管道。

導師導生的關係必須要有相當的接觸的時間。接觸的方式，固然可以在小組討論會場，但是對於較為隱私的討論，也必須另有相當的個別交談的時間。根據學生階段性的需求，由學生成熟度漸增，與臨床實務接觸的契機，逐漸交替，是否更能顧及其需求。

往往我們對於學生關切之深，莫過於其在校的學習成效，學業成績的意義，不只是在於評量學習成效，而是與眾多項學習的因素有關。目前的作法是由授課教師提供醫學系辦公室成績不及格醫學生名單及成績；再由醫學系辦公室秘書，以 e-mail 方式通知該年級相關的導師。在去年新的個資法公布施行後，是否能夠以此成績預警系統，讓導師對於學生的輔導有即時性？需要檢視。

目前導師制度的優點是二至四年級由小組討論或 PBL 課程的指導老師擔任導師，學生每週可接觸到導師，有助於課業的學習；此外每學期舉辦導師會議，並於教師培育活動中安排優良導師分享經驗，學校學生事務處每年辦理優良導師評選，獎勵模範導師，並出版導師手冊和優良導師的故事提供所有導師參考；但缺點是可能較難建立深入的師生關係，導師經常換使得學生不易從與導師互動中的言行、態度去學習，遇到困難時不易主動向導師尋求協助。這可從導生的問卷之中「期待更多的交流」可以看出。

(3) 校內環境，生活設施，讀書休憩空間，B1 小組討論室：

經由張主任引導經過醫學院的走廊空間，學生自行設計讀書休憩空間以及頗

具創意的佈告欄，並且自行訂定空間管理公約，配置音量分貝計，提醒使用的同學保持應有的寧靜，以免影響旁邊之教室。學校頗具歷史與資源，學生頗具才華，教師若能善加教誨，得英才而教育之，醫學系教育目標焉能不成？

建議：

- (A) 該系宜透過師生雙向回饋與意見的收集，加強檢視目前導師制度的成效，並據以作為改善之參考。
- (B) 問題學生的警示機制與輔導：學生事務與輔導在醫學院系與學務分處已有初步的規劃與運作，醫學系訂有學生事故通報流程，學生事務處學生心理輔導中心也訂有緊急、重大事件通報單及緊急個案知會（轉介）單的設計，有特殊情形須加強輔導的學生則另增加精神科醫師擔任第二導師加以輔導。但是對於學習成效低落、或出現異常行為（unprofessional behavior）之學生並未有系統性的預警制度，以達到更好的學生輔導機制。
- (C) 建議成立預警制度，以早期診斷或介入學習成效低落或異常行為（unprofessional behavior）學生之輔導。建立早期診斷志趣不合、學習困難等問題學生之機制，包括如何通報？那些人何時應介入輔導？如何輔導？輔導之成效如何？此外，學生進醫院後之輔導機制為何？學生在臨床前期與進入臨床後之輔導，如何銜接？應有操作指引。

8. 教師升等辦法應能適當的反應出台大醫學院多項任務需求：

台大醫學院擬升等之教師的教學、服務或研究方面及發表論文的表現都是衡量的指標。教師聘任升等的相關法規包括「醫學院教師聘任升等審查準則」、「醫學院教師聘任升等審查細則」、「基礎學科教師升等適用教學服務評鑑」、「臨床學科教師升等適用教學服務評鑑」、「醫學院臨床教師聘任及升等辦理細則」、「主治醫師評估審查細則」等。依醫學院教師聘任升等審查準則第二條規定：本院教師聘任升等審查分為教學服務評鑑及學術論文審查。

在論文審查方面的考量，依醫學院教師聘任升等審查準則第四條規定為：（1）

學術研究須兼具創新性及連貫性。(2)教授級教師之研究成果應在學術上有重要貢獻，在其專業領域達到國際水準；副教授級教師之研究成果應在學術上有優異成績，在其專業領域具國內領先地位；助理教授、講師級教師之研究成果在其專業領域須優於國內同級教師，並顯示有發展潛力。

過去幾年已有幾位教師因教學規劃、教學執行成效優異獲楊院長推薦，而得升等為教授、副教授者；反之，也有幾位雖然研究成果很好，但教學服務表現欠佳，而未能通過升等者。

建議：

台大醫學院近年逐漸展現對於不同任務需求，而分別給予教師肯定的鼓勵措施，不只是重視研究優秀才得以升等，教學表現優良傑出者也得以升等。醫學院楊院長於教評會上支持教學優異表現的教師升等，但是畢竟仍為個案，未有正式規定教學優異為醫學院教師聘任升等審查準則、細則，相關規定仍有加強之空間。此外，專任教師及臨床教師之論文仍佔升等分數百分之六十，教學服務只佔百分之四十。建議論文研究與教學服務佔分比例多一些彈性，鼓勵教學之精神清楚的行諸於法規文字，以建立更明確的多元升等制度。

9. 台大醫學院或台大醫院擴充其版圖時需同時增加教學人力，建立有效的品質管制與配套措施：

台大醫學院附設醫院為配合政府政策，陸續承接數家偏遠地區營運困難的公立醫院成立為分院。在教學人力上，台大醫療體系透過下列方式逐步充實體系內的教學責任。接管之後，原醫院各類人員亦必須配合擔負各該分院之教學任務。醫學系應協助指導各分院教師培訓教師以符合教學需求。為回應分院對於教學師資的需求，須規劃更多分院有熱誠的主治醫師投入教學活動。

此外，台大規定欲升任總院主治醫師，必須具備至少2年的分院教學與服務資歷，藉此鼓勵各科部總住院醫師前往分院歷練，透過分院的教學與臨床服務的歷練，若得以返回總院服務，亦會因此提升總院的教學能量。而新竹分院與雲林分院各自設有教學研究部門，除少數高階主管（院長、副院長）需由總院指派教師前往擔任外，台大醫院並不因為接管營運困難的醫院後，而減少醫學院及總院之教學人力。

近年來臺大醫院總院爭取到臨床教師制度（升等比照專任師資年限，且分院亦

適用)，至2012年9月醫學院共計聘有201位臨床教師，增強了教師人力。此外，亦持續增聘不佔教職缺之專任主治醫師，目前共計有171位專任主治醫師，與具教職缺之主治醫師合計有630位（相較於10年前，主治醫師人數為484位，大大增加了主治醫師人數），因此，臺大醫學院臨床教學人力確實提升。

醫學院及附設醫院在教學人力的師資培育，也有諸多努力以提升總院及各分院的教學質量：（1）創設教學型主治醫師制度，並薦送教學型主治醫師至國外知名醫院研修，以增進其教學研發能力（2）協助各分院辦理教師培育活動（3）強化教師的激勵措施，以增強教師投入教學的動機：參與小班教學、OSCE等臨床教學活動列入升等時數認證，2012年更進一步開放分院教師參與常規性小組教學，預期對各分院之教學品質提升會有助益。

在教學品質監測與改善方面，由各分院教學研究單位針對各職類人員的教學進行評估，其教學評估的結果將作為本院各類教師升等重要依據。針對教學評估持續很差的老師，各主管單位負責人均會親自跟該位老師討論，以找出解決的辦法，設法提升該位教師的教學能量，亦可以提升學生學習的興趣。

建議：

臺大醫學院及附設醫院在大量增加臨床教學人力的同時，雖然也注意到應加強臨床老師教學品質的監測與改善，但是並未看到系統性監測與改善機制，尤其是各分院亦擔任指導實習醫學生的教學責任，建議應建立由醫學系督導的系統性教學品質監測與改善機制、並持續加強分院的臨床教學與學生評量，以保障醫學生學習之品質。

10. 務必將TMAC 訪視時所發掘的問題列入醫學院發展的主要改革事項：

訪視期間感受到台大醫學院及附設醫院負責醫學教育的主管及教師們的用心投入，對於TMAC委員所建議改善的問題多數獲得善意回應與改善。另需較長時間始能完成者，則列為中長程院務發展計劃。

台大醫學院及附設醫院擁有全國最豐沛的教學與研究資源，且有優良的師資與優秀的學生，但對於臨床教學的努力，仍應以更積極的態度落實「以學生為中心」、「以病人為師」，hands-on的學習經驗及更重視bedside teaching，真正加入成為醫療團隊的一員（尤其是醫五、醫六實習醫學生的臨床學習，訪談多位學生亦期盼有更多的hands-on的學習經驗），此外，亦應持續加強學生臨床思考邏輯（clinical

reasoning) 之訓練與指導，來回應TMAC多年來指出的問題及深切的期盼。

總結：

整體而言，這次訪評可看出台大醫學院與其附屬醫院教師與行政人員投入教學的認真程度。台大醫院教學副院長張上淳教授同時擔任「共同教育及教師培訓中心」主任及醫學系主任，身兼數職代表台大醫學院與其附屬醫院行政統合之決心，但也意謂著台大需積極培育教學行政主管人才來分擔繁重的行政工作。

台大醫學系之教師熱心教學，然而多數仍偏重傳統教法，較少讓學生有主動學習的機會。導師制度與小組討論教師合併，再加上與教師升等條件掛勾，是否危及或腐蝕此制度須有評估機轉。

基礎與臨床醫學課程整合任務，主要由共同教育及教師培訓中心（CFD）承擔。一般而言，CFD之功能在提供教師生涯規劃、醫學教育發展、教育哲學、教學技巧、教學評量等新觀念或技術之發展，是否適合承擔課程整合之工作，建議貴院可以再斟酌考慮CFD之角色與功能。

基礎及臨床的整合未有系統化的落實，此外，臨床科課堂授課仍偏多，排擠了學生hands-on的機會，應持續加強學生臨床參與與思考邏輯（clinical reasoning）訓練，以及醫學素養（professionalism）之養成。

教師研究論文與教學服務佔分比例應更有彈性，並且將教學創新之精神清楚的行諸於升等相關法規文字中，藉此建立更明確的多元升等制度，以開創台大醫學院教學氛圍的新格局。

評鑑決議：

維持「通過」，但須於2014年下半年以相關的新制準則追蹤建議改進情形。