

輔仁大學醫學系評鑑總評及建議決定

結 果	建 議
☒通過	「通過」，有效期限四年(2014 至 2017 年)，必須於 2017 年接受全面評鑑。有關 2011 年 TMAC 訪視建議事項輔大醫學系大多有正面回應與改善，但下列事項仍待後續追蹤其改進情形： 一、 行政 (一) 醫學院應有穩定的經費來源與妥善管控機制以免排擠或影響醫學系的發展。 (二) 各醫院臨床教學負責人獎勵措施不足，應給予適當的鼓勵。 (三) 建議校方建立教師分流制度以鼓勵教學熱心的教師以及典範型醫師。 (四) 學校對臨床教師文書作業支援以及課程的縱向與橫向聯繫尚待加強。 (五) 新的教學醫院啟用之後，各教學醫院間的合作與聯繫，尤其是教學系統應有明確、具體的規劃。 二、 課程 (一) 通識課程應與教務處及通識教育中心建立合作機制，規劃醫學人文課程。 (二) 醫學系臨床核心課程仍待整合，Powercam 彙整仍有問題。 (三) 臨床課程依醫院及臨床教師方便性而要求學生輪流到各醫院學習，除了醫院與校方教材不一致外，亦增加學生交通風險及時間花費，需要檢討。 (四) 要有適當機制保證三家教學醫院有類似的教學及評估的品質。 (五) 臨床安排的教學活動，應檢討是否造成學生被動的學習習慣，應加強從照顧病人中養成主動的學習。此外，醫學生病歷書寫水準仍需要改進。 (六) Intern 在每科的實習時間過短，需要足夠長的時間讓 Intern hands-on 學習完整的照護病人經驗。 三、 研究 (一) 已設立共同儀器中心，可供教師使用。專任教師可申請研究費補助，宜鼓勵臨床教師與基礎或其它學院教師合作。 (二) 林肇堂教授至輔大後協助整合研究，並串聯各研究單位並可取得健保資料庫 做進一步之研究，現在又聘請杜永光教授整體提昇輔大醫學研究水準，其成效尚待評估。 四、 學生輔導與導師制度 (一) 系方安排導師制度，師生皆表示肯定。系方應思考如何鼓勵教師投注學生輔導時恰當的補助措施。 (二) PBL 以及 Scheme-inductive learning 是輔大醫學系的課程特色，然而，有些醫學生學習上有焦慮，擔心國考準備不足，這均有待學校

	主事者與學生間的溝通與輔導。 五、 師資培育 (一) 為提升教師們教學能力與品質，校方應持續協助教師熟悉教學及評量方法。 (二) 為配合世界潮流以及教育部政策宜建立教師分流制度。 (三) Resident as teacher 的訓練在有些科部招收住院醫師不足下，輔大及各教學醫院招攬與啟發住院醫師學習教學方法？其成效仍待觀察。 (四) 有些基礎醫學以及臨床學科的師資單薄，這對輔大醫學院教學與研究發展的影響需邀持續追蹤其改善狀況。
☐ 通過 (有條件，將於_____再予追蹤訪視)	
☐ 待觀察	
☐ 不通過	

2013輔仁大學醫學系追蹤評鑑訪視報告

訪視評鑑日期：中華民國 102年11月21-22日

評鑑訪視小組委員：

林其和教授 成功大學醫學院 (召集人)

王英偉教授 慈濟大學醫學院

劉克明教授 高雄醫學大學醫學院

于大雄教授 國防醫學院

賴春生教授 高雄醫學大學醫學院

薛尊仁教授 成功大學醫學院

朱宗信教授 臺灣大學醫學院

黃志賢教授 陽明大學醫學院

行政組長：朱宥樺管理師 秘書：張曉平女士

訪視地點：輔仁大學醫學院、國泰醫院、新光醫院、耕莘醫院

目錄

壹、前言.....	3頁
貳、訪視過程.....	3
參、訪視建議事項的回應與改善.....	4
肆、醫學院醫學教育現況.....	8
醫學院行政與資源 (含 structure, budget, faculty).....	8
通識與人文教育 (Premedical education).....	9
基礎與臨床整合(Integrated course).....	10
臨床醫學教育(Clinical education).....	12
學務(Student's affairs).....	13
師資培育(Faculty development).....	13
伍、結論.....	14
陸、評鑑決議.....	15
附件.....	16

壹、前言

輔仁大學(輔大)醫學系成立於1999年，以天主教信仰「真、善、美、聖」為核心價值，標榜全人、全家、全程以及全隊的「四全教育」理念。林瑞祥教授與醫學系籌備小組最後參考加拿大McMaster University醫學院「問題導向學習(PBL)」課程設計，於大學三、四年級起進行主要PBL教學。於醫學系開辦初期，學生先以耕莘醫院為教學醫院，2003年起加入新光醫院、2004年起又與國泰醫院合作，目前這三家教學醫院承擔起輔大醫學生主要的臨床教育任務。此外，輔大現在正興建造價約40億、初期250床，目標總床數800床的教學醫院。預計此教學醫院於民國105年時落成啟用，到時輔仁大學醫學院將會有四家教學醫院。

從2001年到2011年這十年當中，輔大醫學院總共接受台灣醫學院評鑑委員會(TMAC)十次評鑑，2011年被評鑑為「有條件通過」。

這次 TMAC 追蹤評鑑訪視主要是追蹤 2011 年訪視所建議事項是否已有適當的回應與改善。

追蹤項目有：

- 一、 原三家合作教學醫院間的協調性仍有待改善。輔大醫學院應與耕莘、國泰與新光醫院積極研議改善下列共同存在的問題，例如：應建立落實與稽核教學醫院平日之教學活動、臨床核心課程規劃仍有改善空間、五年級與六年級實習醫學生仍普遍淪於見習、缺少動手實作(hands-on)的機會、教學住診與教學門診的執行品質仍有待加強，尤其床邊教學(bedside teaching)的落實有待積極加強改善。
- 二、 附設醫院即將動土，擁有真正屬於輔大的教學醫院將有助於臨床醫學教育的落實。但以輔仁大學醫學院成立已超過十年，與原本三家合作教學醫院的互動與協調尚未盡理想，日後該附設醫院正式營運後應如何與原本三家教學醫院更有效地整合，並確實改善學生實習與教學？希望輔大能未雨綢繆提出更具體的計畫與準備。
- 三、 輔大基礎醫學師資仍無改善，在現行的制度下，應尋求解決的辦法。

貳、訪視過程

此次追蹤評鑑訪視前晚，訪視小組召開行前共識會議，全體訪視委員確認此次輔大醫學系追蹤訪視主要是訪查TMAC上次評鑑的建議事項執行的狀況，同時也承教育部要求，查核外系學生轉至輔大醫學系的流程與品質控管情形。由於輔大醫學系至今並無它系學生轉至輔大醫學系的個案，因此輔大沒有資料可查核。

由於訪視時間只有兩日，需訪視三家教學醫院與相關項目甚多，因此訪視委

員分成四組；人文與基礎教學組有兩位委員實地訪視1~4年級學校教學狀況，臨床教學組有三組，每一組各有兩位內、外科背景委員實地訪視三所教學醫院的臨床教學情況。教學醫院實地評鑑訪查各院臨床教學的行政與資源、課程、執行、評量、與改善機制。所有委員均與師生代表進行訪談以瞭解輔大醫學系的教育實施狀況。

TMAC朱宥樺組長與張曉平執行秘書協助安排、協調在四個不同地方同時進行兩天的訪視評鑑工作。訪視期間，輔大校長、董事、副校長、研發長、教務長、醫學院院長、醫學系系主任、各級主管、及三所教學醫院教學單位負責人等多人出席參與綜合座談並協助安排事務，使得這次的評鑑訪視任務能順利圓滿完成，謹此致謝。

參、2011 年訪視建議事項的回應與改善情形

原三家合作教學醫院間的協調性仍有待改善。輔大醫學院應與耕莘、國泰與新光醫院積極研議改善下列共同存在的問題，例如：應建立落實與稽核教學醫院平日之教學活動、臨床核心課程規劃仍有改善空間、五年級與六年級實習醫學生仍普遍淪於見習、缺少動手實作（hands-on）的機會、教學住診與教學門診的執行品質仍有待加強，尤其床邊教學（bedside teaching）的落實有待積極加強改善。

依該系改善事項報告書以及簡報資料，輔大醫學院及三家主要教學醫院透過下列措施來改善醫院間的協調：

- 一、三院教學互評：透過三院教學主管及負責臨床教學的老師共同組成的訪評小組，彼此觀摩、發掘問題及提供改進意見。
- 二、三院特色教學觀摩：三院提出具特色住診與門診教學教材提供其他醫院教師參考，並由醫學院師資培育中心(醫學教育中心)辦理三院老師分享及觀摩研習會，希望創造出輔大的特色教學。
- 三、訂定輔大醫學系版的「臨床參與」、「動手實作」及「責任賦予」的建議項目供主治醫師及學生參考，以作稽核及推動的依據，並提供獎勵以提升床邊教學效能。
- 四、輔大醫學系重整課程減少重覆、錄製 powercam 供學生課前上網學習等。系方並且嘗試利用錄製 powercam 的方式來統一教材以及減少大堂課的上課。

五、教學醫院改進事項

(一) 耕莘醫院

1. 學生撰寫病程紀錄有時並未瞭解病人的病情，且臨床老師未盡到指導的責任。

2. 主治醫師反應有些臨床科教學人力不足，臨床與教學負擔較重，需積極改善。
3. 住院醫師反應臨床負擔重，而教學技巧與實作評量技巧仍有待加強。

改善情形：

1. 於內科設置有兩位教學型主治醫師，給予保障薪並賦予更多住診教學及門診教學之任務。
2. 各項教學活動及討論會皆照表操課，確實執行，會中亦有學生報告，而且各位老師及參與者亦積極討論。
3. 五、六年級於開學第一週安排有傷口縫合課程、氣道插管及導尿訓練課程，在臨床實習過程會透過主治醫師、住院醫師、實習醫學生團隊來進行教學。
4. 醫學生動手實作(hands-on)的學習較之前改善，實習醫學生有分配到病例，但委員與學生面談時醫學生所帶病歷來皆只見 progress note 缺乏 admission note，因病歷大多是別人接新入院的病人，他們只是接續照顧，此點仍然有待改善。
5. 該院自 101 年 12 月起安排病歷審查委員每月針對實習醫學生所書寫的病歷進行審查，並作一對一指導。用心可嘉，但是醫學生對書寫病歷包括 SOAP 仍然不熟。例如有一位學生將應列入病人客觀(O)的記述寫在主觀(S)，且這情況連續 3 天，老師也連續 3 天皆未指出這錯誤，而在評鑑前一天仔細看才發現將連續三天的錯誤一併修正。
6. 雖有課程教導住院醫師如何當老師，每年院方舉辦優秀指導住院醫師票選及頒獎表揚，但實務上住院醫師太忙，有些科缺住院醫師，無法好好指導學生。

(二) 新光醫院

1. 教學：Resident as teacher 的訓練能否啟發住院醫師的企圖心及方法仍普遍不足。
2. 臨床：七年級照顧病人較多，五、六年級仍普遍淪於見習，缺少動手實作(hands-on)的機會。
3. 病歷：實習醫學生撰寫 admission note、progress note 等記錄，特別是在臨床思路(clinical reasoning)與決策判斷(decision making)的訓練仍然不足。
4. 教學門、住診：教學門診的進行時，有些主治醫師經常打斷學生與病人之病史詢問或身體檢查，如此教學門診的進行之方式有待改善。
5. 學生生活：雖然新光醫院有提供輔大實習醫學生住宿，但住在新北市的輔大實習醫學生卻無法使用。若可能的話，該醫院必須提供更多的

住宿機會，給輔大實習醫學生才是。提供實習醫學生有個固定與安全的地方居住，對於醫師養成十分重要。

改善情形：

1. 新光醫院的住院醫師每年至少要有 7.5 小時教學類師資培育點數，每月評核其教學情況。醫院另外訂有教學獎勵辦法，鼓勵住院醫師的教學任務。
2. 主治醫師的師資培育課程每年要 20 學分，由於每星期五早上全院聚會可舉行課程，因此大家皆能完成學分，但大都是採大班上課，缺少實務演練的機會，成效需要評估。
3. 學生 hands-on 之機會普遍已有改善，且臨床教學活動不少，但須檢討過多的教學尤其是上課活動是否讓學生養成被動的，而非主動的學習習慣。
4. Intern 在每科的實習時間過短，常只有兩週，有的甚至只有一週，如此短時間是無法讓 Intern 真正去學習完整的病人照護經驗 (hands-on)。既然輔大醫學系醫五、醫六期間每個專科都去過了，Intern 時是否需要每個專科或內、外科次專科都要去？建議每個 course 至少要一個月，才能學習到第一線完整的照護經驗。
5. Clinical reasoning 及 decision making 之訓練需要以病例來作推演，在新光醫院除了每週由林肇堂教授主持「臨床推理與決策討論會」外，急診科、神經內科、腎臟內科...等也以 PBT(Problem-based teaching) 之方式啟發學生之學習訓練，頗受歡迎，臨床推理與決策是臨床基本功夫，建議每個臨床科部都推廣。
6. 住診教學較少看到真正的 bedside teaching，醫學生主要在病房上課，需檢討上課是否會壓縮學生參與醫療團隊以及看病人的時間。
7. 實習醫學生病歷書寫內容仍需要改進，醫學生真正接受病歷書寫的課程只有醫四升醫五的核心課程以及 Intern 職前講習，學生仍然不諳 SOAP 之實務病歷書寫方式，也無法詳細呈現 clinical reasoning，特別是 assessment 之書寫內容，建議邀請對 POMR 有經驗的老師來加強學生病歷書寫的教導，主治醫師應加強醫學生病歷的指正與評論。此外，醫學生的病歷及學習紀錄正本應發還學生，讓學習者知道需修改及評論的地方，而非為了評鑑而存查。
8. 新光醫院之教學門診每月約有 15 次，一般醫學內科 4 次，其他科各一次，經由師資培育活動，教師與學生的 feedback 已逐漸步入標準作業流程。觀察幾場教學門診，有些主治醫師仍未照流程執行，沒有由醫學生或住院醫師單獨看診後，再給予指導討論，如此失去教學門診的價值，且教學門診病人很少是初診病人，也是可惜之處。
9. 學生生活：新光醫院有提供輔大實習醫學生住宿，如果不願住宿者，

教學組有租屋資訊，以備追蹤。

(三) 國泰醫院

1. 國泰醫院之圖書設備不足方面，學生需再回輔大找資料，應增購 e-books 或 e-journals。
2. Resident as teacher 住院醫師教學動機及方法訓練需加強，評估教學工具熟悉度可再加強。
3. 實習醫學生之動手實作(hands-on)之機會需加強。
4. 實習醫學生在 primary care 病人之病歷寫作以及 clinical reasoning 與 decision making 能力需加強。
5. 「教學門診」品質有待加強。

改善情形：

1. 國泰醫院之圖書設備不足方面，院方一年投入 1,600 萬經費增購 e-books 及 e-journals，並已採多方面具體措施包括學生申辦醫院圖書館帳號、提供館際合作補強學生網路查詢效率。
2. 住院醫師教學訓練加強師資培育課程皆能滿足規定 4 小時數規定，院方亦鼓勵住院醫師開設環狀課程教導其他新進住院醫師、實習醫學生。住院醫師在時間有限下這些用心值得鼓勵，但是，是否能持久？有無制度或鼓勵措施？
3. 醫院針對見、實習醫學生皆有教學活動規劃及填寫個人學習護照紀錄，其中不乏實作項目、臨床技能講解訓練、primary care 病歷寫作及全人、全程照護學習過程，實習期間並有個別雙向評估教與學習之成效。
4. 整體觀察，教師皆具備教學熱忱，而學生們對學習及生活環境與機能皆稱滿意並且表現出積極學習態度。學習護照紀錄上的確可看到皆有明顯增加實習醫學生之動手實作(hands-on)之機會。
5. 實習醫學生練習病史詢問、理學檢查、執行 SOAP 程序記載等 clinical reasoning，然而在檢驗數據與影像學檢查之判讀分析與病人全人照顧之邏輯性研判思考表達上仍較薄弱。醫院已經聘請資深教授教導學生臨床推理能力，其成效仍需進一步評估與推廣。
6. 「教學門診」內外科系皆有加強次數及嚴格要求依規定安排主治醫師主持，但是外科系「教學門診」次數相較仍然較少。

六、附設醫院已經動土，擁有真正屬於輔大的教學醫院將有助於臨床醫學教育的落實。但以輔仁大學醫學院成立已超過十年，與原本三家合作教學醫院的互動與協調尚未盡理想，日後該附設醫院正式營運後應如何與原本三家

教學醫院更有效地整合，並確實改善學生實習與教學？希望輔大能未雨綢繆提出更具體的計畫與準備。

具體的計畫與準備情形：

- (一) 附設醫院預計於民國 105 年時落成啟用，醫學院、附設醫院將規劃與三家主要教學醫院於醫學教育及醫療服務方面發展策略聯盟，並且三家教學醫院均派代表參加附設醫院籌備小組，對於未來人才的羅致、醫療資源的分享（如醫院資訊系統）將進行合作。
- (二) 輔大附設醫院成立後，輔大醫學院在教學、研究及醫療服務各方面將繼續與三家教學醫院維持良好且密切之關係。
- (三) 輔大附設醫院的教職的員額經董事會通過是外加的，未來不會影響到和三家醫院合作的關係。

七、 輔大基礎醫學師資仍無改善，在現行的制度下，應尋求解決的辦法。

解決的辦法：

- (一) 該系自評報告仍持續聘任基礎師資，於 100 學年度第 2 學期新聘一位辜老師及 101 學年度第 2 學期再聘任阮老師，因此已聘滿學校核定的基礎老師人數共 24 位。訪察當天輔大提供基礎醫學師資共 27 名，其中包括鄒院長、葉主任以及臨床講座教授兩名，這四位均是臨床醫師背景，前兩位主要擔任行政職，對基礎醫學教學與研究是否有實際的貢獻仍待查證，基礎醫學師資數目並沒增加。
- (二) 根據該系調查統計教師授課時數(包含支援外系課程)與師資人數比，認為輔大醫學系雖然採 PBL 方式進行教學，並未有基礎教師師資不足的擔憂，面對未來新制課程亦不會有問題。但是，基礎醫學師資除了負責醫學系教學，尚需支援其他系所課程以及參與臨床教師合作研究。輔大醫學系基礎醫學師資尤其是解剖學科、微生物與免疫學科、藥理學科均只有三、四位教師，這師資陣容與其他醫學院相比仍然相當單薄，要能充分執行教學、研究與服務三大任務是一大挑戰。

肆、醫學院醫學教育現況

一、醫學院行政與資源(含董事會、經費、師資)

(一) 經費

新的醫學系的經費本來就不易維持平衡，輔大醫學系 100 學年度、101 學年度的決算餘絀分別為赤字 14,324,576 元、18,917,448 元，有逐年擴大的趨勢，醫學院減少資本支出 27,000,000 元後，101 學年度的決算餘絀由赤字轉為 16,812,618 元。輔大主管回應決算赤字這問題可能是台灣每個醫學系共同的情況，非輔大特別有的問題。每所醫學院的情形均不同，對正在發展的輔大醫學院，TMAC 持續關心是：雖然江校長積極的為校募款，此興建新醫院的龐大工程費用會不會排擠或影響醫學系師資延攬及教

學、研究的經費？這問題仍待追蹤、觀察。

(二) 師資

1. 醫學系專任教師共 108 位：基礎醫學教師 27 位(包含鄒院長、葉主任與兩位臨床講座教授)，臨床醫學教師 81 位。基礎醫學全體教師一學年平均授課時數約 8.0 小時，教學負擔合理。教師教學評量結果大都在 4.0 以上。臨床醫學教師 81 位，包括教授 12 位，副教授 23 位，助理教授 22 位，及講師 24 位。臨床醫學師資以講師的百分比最高，分散在三家醫院，整個外科學科僅有一位教授，有幾個科僅有一位講師，甚至還有幾個臨床科是沒有教師，例如：重症醫學、胸腔外科、皮膚科，臨床醫學教師陣容必須加強。
2. 醫學系專任教師三位與其他學系教師四位參與通識與醫學人文課程的教學。普通化學、有機化學與分析化學由醫學系教師上課。醫學人文師資包括葉主任、鄒院長、江校長，都是非常好的學習典範，可見輔大對醫學人文的重視。但醫學人文師資現階段都以醫學相關的主管負責規劃，相對的未來發展的廣度可能受限，宜培養更多的年輕老師加入，包括非醫學相關的科系老師，同時規劃其升等制度才能吸引各領域優秀人才的加入。
3. 輔大醫學系基礎醫學及臨床醫學師資人數及師資結構，就研究、教學與服務三大任務而言，輔大醫學系基礎醫學以及有些臨床科教師陣容顯得較為單薄，尤其是解剖學科、微生物與免疫學科與藥理學科仍無明顯改善跡象。基礎醫學教師除了教學外，尚須與臨床教師合作支援研究計畫。師資缺少的狀況下，輔大醫學院長期教學與研究發展的潛力受限，需持續追蹤輔大醫學系師資是否有加強。
4. 在與教師的訪談中，部分教師認為輔大醫學院研究所的學生的數量有限以及協助各基礎醫學老師研究人力資源不足，學校宜適當增加研究生或較高層次的研究人員人數。

二、醫學院教學

(一) 通識與醫學人文

1. 通識教學部分，因輔大為綜合大學，學生有很多的機會能選修不同的課程，通識課程豐富、多樣化。
2. 服務學習課程包括透過教會的安排，學生於暑假期間到不同的醫療/長照單位服務，使他們有機會早期接觸民眾，更能瞭解自己日後扮演的社會責任，是很好的設計。

3. 訪視期間實際觀察二年級醫學英文的課程進行，採十二位同學一組共分四小組同時進行，各組分別由資深教師帶領，學生有機會互動，教師非常用心，但應檢討其是否真能達到預期的目的。
4. 醫療社會學於一年級下學期進行，授課教師非醫學院教師，在課程中與醫療的整合與連貫性不足，需思考一年級安排醫療社會學是否適當或以較廣義的社會關懷為主軸開課，醫療社會學整合於 PBL 或安排在接近臨床時的課程，較能符合輔大醫學系以 PBL 發展主軸的規劃。
5. 醫學系一年級課程：醫學發展史課安排臺大醫學院金山分院黃院長特別演講“安寧照護”，談對臨終病人的身、心、靈的全人照護，與病人家屬的溝通等實際經驗，學生都甚受感動。學生表示上完課，感受到醫師不僅要會看病，還要會醫人，也加強了學生對從事醫師這個行業的抱負。溝通與生死學在醫一到四年級有不同的比例安排，但臨床課程更應有適當的規劃，這對學生的影響與實務的瞭解會更有效。
6. 安排醫二升三年級學生於醫院工作體驗，讓他們能瞭解不同專業間的合作關係。因學生還沒有任何臨床的經驗，本醫院工作體驗課程目標須明確告知學生與執行的教師。
7. 國文課：鍾老師將古代城市的發展模式與現代的全球化情形結合，在指定學生討論全球化、國際化的差異性與相同性後，教師再加入評論，相當活潑用心。學生認為國文課的教學與高中時代的上課情形相當不同，印象深刻。

(二) 基礎醫學與臨床醫學的整合課程

1. 為整合基礎醫學與臨床醫學的課程，醫學系自 92 學年開始在三年級開始實施大幅度的問題導向學習 (PBL) 課程。過去多屆學生一再反應 PBL 學習的多項缺點，包括臨床問題的學習廣度不足，所學知識凌亂、難以融會貫通，無能力建構所學知識的架構等。此外，三年級每週三次的小組學習課程活動讓學生備感壓力，影響其學習成效。因而醫學系自 101 學年度開始改革課程，將三年級每週 3 次的小組討論減少 1 次，另外在不影響學生自我導向學習之下，試行 scheme-inductive learning (SIL)，以期能補強學生所學知識的架構。
2. 醫學系針對 PBL 學習的缺點，進行檢討與改革。其過程包括鄒院長、葉系主任及教師多次出國參訪、邀請國外專家舉辦相關研討會及工作坊、舉辦系教師每月進行一次讀書會、執行國科會相關之研究計畫等。經過兩年的準備後，該系 101 學年於三年級的泌尿單元課程、四年級的神經運動單元、五年級的腎臟臨床實習課及六年級的神經臨床實習課等部份實施 SIL。
3. 101 學年實施 SIL 結果的評估顯示，大部分的五、六級學生認為 SIL 比用傳統的臨床教學有幫助，但是學生在答題正確率與診斷推理策略部

分均未達到統計上的差異。四年級學生有 76%認為 PBL+SIL 比僅用 PBL 的好(知識架構及學習興趣部分)，相對的三年級學生僅有 35% 認為 PBL+SIL 較好，且多數學生認為學習基礎的醫學知識後再加 scheme 才有用。

4. 102 學年系規劃在四年級下學期的感染免疫單元實施 PBL 課程融入 SIL 之後再逐步推展到四年級其他單元課程。在全面推展前，學校對學生 PBL 課程融入 SIL 負向的評價應謹慎評估。
5. 解剖學 (Gross anatomy)：學生認為可供解剖的大體老師太少，雖然大體老師數目的多寡與學習成果有無相關尚待證實，醫學院對學生對此課程意見應有回應並且再詳細評估學生解剖學學習成果。少數學生在組織學實驗課的切片上看不懂細胞的特徵，需要給與特別的指導。
6. 臨床技術學的模式：要求學生先看錄影，再由教師說明後，學生們一對一實際操作演練，教師隨後提回饋意見，這方式甚受學生肯定。然而所觀賞影片中所操作的材料與實際練習時所用的不同，因此教師需額外解釋其差異以及重新針對所用之材料說明。如此兩套不同的講解示範，恐增學生的困惑。再者，導尿材料由輔大醫學系統一採購，再分配到實習醫院，該材料與醫院現行臨床採用的材料不同，。如此學生的學習經驗在不同的時間與不同的實習醫院是否能順利運用，需再評估。由於演練模型數量有限，無法提供所有同學練習，要如何克服此問題？同學無菌技術操作有待改進，例如：其長袖制服袖口或所戴名牌來回污染無菌區或者無菌手套觸摸非無菌區等，未見指導者矯正。此外，同學遠從新莊過來醫院上課，卻只是在技能中心練習，未安排實際的床邊教學。學生如不需進入病房可就近在輔大醫學院的技能中心學習即可。醫學技能若沒有立即應用的機會，等學生在六、七年級實際到醫院實習時，恐要重新教一次，系方應該思考這樣的課程安排之妥適性。
7. 醫學系學生對課程問卷統計結果(2010. 10)的意見如下:問卷設計不夠嚴謹周全，輔大醫學系 PBL 共同問題是問卷調查滿意度偏低，以 5 分制標準，三、四年級 PBL 課程設計只有 3.06，而三、四年級的學習成效亦只有 3.17。醫學系葉主任對此的解釋為學生對 PBL 是又愛又恨。系方是否須更積極邀請學生檢討或修正課程以作適當的回應？
8. 報告資料老師與學生人數的總數核計錯誤。例如數字：27 + 126 = 145，21 + 113 = 127，14 + 73 = 81，19 + 67 = 82，9 + 65 = 71，22 + 53 = 70，17 + 140 = 152...。學生贊成三年級 PBL 課程一週討論三次改為一週討論兩次。學生贊成反對的百分比各為 56% 及 46%，合計超過 100%。如此多項錯誤的數字，如何算出正確百分比以作為課程改革的依據？
9. Intern 的滿意度調查，有些醫院並不高，宜提出討論及檢討問卷設計或醫院的教學。

(三) 臨床教學

五、六年級學生實習為一個單位，學生兩年中在教學三家醫院輪流實習。實習週數依照三院師資比例安排；新光：國泰：耕莘=3：3：2。七年級學生則選在一家醫院長期實習，另外可選擇短期至他院實習，至多為3個月，科別由學生自行決定。

1. 臨床核心課程每兩年由三家合作實習醫院之教師輪流負責授課，三家醫院教師透過視訊會議討論課程之安排，學生可透過 powercam 進行 e-learning。Powercam 用意良好，但是其使用成效仍有待檢討。學生表示：由於上課內容和 powercam 錄製的內容完全一樣，因此老師不必再上一遍，只需要給 feedback 即可，一方面可增加學習效能，一方面節省時間增加 hands-on 機會，學生的建議值得參考。
2. 醫院強調全人、全程、全家及全隊四全照護理念。國泰醫院黃副院長提倡跨領域醫療團隊教育並且運用健康照護矩陣來演練，相當具有實質意義。國泰醫院受限於空間，每週一次的 grand round 顯然座位不足，無法容納院內所有醫師與學生參加，空間不足勢必影響到學習機會，醫院須有因應措施。
3. 醫五臨床實習核心課程學習仍是以大班級上課為主，是否有必要將學生從新莊校區移動到新店或台北市的實習醫院上課？所上課程並無一貫性，學生也覺得這安排是以方便各醫院教師為優先，欠缺以學生為中心的考量，到醫院上課時間的花費與學生交通安全上的顧慮，院方有重新思考之必要。
4. 醫院有外科或婦產科醫師因為開刀而調課，病理科因人手不足而取消實習，科主任解釋：病理只一堂課只能走馬看花，臨床課程規劃以及師資不足，由此一事件可見課程品質堪慮。
5. 大多學生仍以選擇耕莘醫院以外其他兩家教學醫院為主，其中一項原因是擔心耕莘醫院病人多樣性不足與嚴重性較低，尤其神經外科與心臟外科的師資較不足。系方如何達成三家教學醫院有類似的教學品質？
6. 臨床教師對學生技能評量或臨床考核標準並不一致，有些教師-評分集中高分，不同教師的平均值差異超過 10 分以上，而同一評分教師給學生的差異度不大，形同學生的評量成果係由教師個別差異所造成，醫院教學承辦單位亦未察覺此現象。因此系方要如何確保三家教學醫院有類似的教學與評估品質？
7. 實習醫學生 hands-on 之機會普遍已有改善，且教學活動不少，但過多的教學活動將讓學生養成被動的聽老師上課，而非主動的從照顧病人方面來學習。
8. 臨床教學學生普遍表示老師頗具教學熱忱，社區醫學之臨床實習有很好

的規劃，新光醫院除了安排學生到社區之衛生所或診所外，並安排至三芝鄉、芝山社區、樂樹社區...及啟明學校實習，陳主任更自掏腰包給予優良學生獎勵，值得嘉許。

9. 值班時有些病房不論病人大小事情都找住院醫師，不叫 Intern 處理；如此 Intern 值班時將喪失學習第一線處理病人問題的機會。
10. Intern 在每科實習的時間過短，建議每一個 course 至少要一個月才能學習到第一線完整的照護病人的經驗。

(四) 學務(輔導)及服務

1. 系方安排有輔導學生的導師制度，接受訪談的師生皆表示了解此制度的安排。導師與導生的活動多半以聚餐方式進行，據了解目前並沒有補助的機制，多數老師自掏腰包招待學生，他們雖覺得無所謂，但也承認有時也是一項壓力，擔心未來招募新的導師恐會有阻力，建議系方思考如何鼓勵教師投注時間參與學生輔導，並給予恰當的補助措施。
2. 院方定期與醫學生座談會，雙向回饋，學習上有困難學生則個別輔導，關心其生活的問題。醫院一位醫學生在學習上有碰到瓶頸，且有經濟及家庭的問題，醫學系葉主任亦明瞭此學生的狀況且給予適當的協助。
3. 醫院主辦醫學生醫院工作體驗營，讓三年級醫學生了解臨床的工作，是不錯的安排。
4. 學生生活：雖然醫院有提供輔大實習醫學生住宿，但住在新北市的輔大實習醫學生卻無法使用。站在學生立場，醫院應公平提供實習醫學生的住宿機會。

(五) 師資培育

1. 輔大積極舉辦三家教學醫院主治醫師教學互相觀摩研習會。各醫院也有師資培育中心，主任由教學部主任兼任並積極辦理各項師資培育課程。為了鼓勵教學及參加師資培育活動，新光醫院訂有「醫師教學獎勵辦法」，今年度編列有 2,500 萬元作為提升教學品質之整合。
2. 仍須加強教師床邊教學並且教學時讓病患參與。
3. 醫院教師普遍富教學熱忱，而且認同系方的教育理念，對學生也很關心。由於專任教師需承擔頗重的教學責任以及相當可觀的文書作業(各式評量表)，為提升教學品質，系方或醫院應有效協助臨床教師處理相關文書作業工作。
4. 臨床教師升等不需經由臨床學科主任推薦，因此，教師被問到如需升等是否需要貴學科主任簽名推薦，多半均表示不知道輔大醫學系各該臨床學科目目前的主管是誰，也不清楚在三家實習醫院同一學科之間的橫向聯繫機制為何，由誰負責協調？輔大醫學系各臨床學科目目前是有主

管，顯然功能尚未發揮。這部分系方應可建立或加強各臨床學科在三家實習醫院的橫向聯繫。此外，有的醫院因尚未有教學型主治醫師或類似人員，既然三院有互相觀摩的機會，應參考及評估設教學型主治醫師的教學成效。

5. 雖然輔大努力招募教學醫院主治醫師成為醫學院教職人員，可是在訪談中，有些主治醫師並無強烈意願，殊為可惜。主治醫師沒有實際基本固定保障薪水，認為具有教職除了額外增加健保補充保費及教學負擔外，並無其他強大誘因。各科部的臨床教學負責人也沒有額外的獎勵。建議輔大與合教學醫院就此問題提出鼓勵措施，實質獎賞教師以塑造學校重視教職的氛圍。

伍、結論

在江校長及鄒院長領導以及醫學系葉主任用心經營下，輔仁大學醫學系的業務一直朝正向發展。課程設計主要以問題導向學習(PBL)為主，臨床課程由醫學系與三家主要教學醫院間溝通順暢，學生畢業後參加國家醫師考試成績也都在水準以上。

有關 2011 年 TMAC 訪視建議事項輔大醫學系大多有正面回應與改善，但下列事項仍待後續追蹤其改進情形：

一、行政

- (一) 醫學院應有穩定的經費來源與妥善管控機制以免排擠或影響醫學系的發展。
- (二) 各醫院臨床教學負責人獎勵措施不足，應給予適當的鼓勵。
- (三) 建議校方建立教師分流制度以鼓勵教學熱心的教師以及典範型醫師。
- (四) 學校對臨床教師文書作業支援以及課程的縱向與橫向聯繫尚待加強。
- (五) 新的教學醫院啟用之後，各教學醫院間的合作與聯繫，尤其是教學系統應有明確、具體的規劃。

二、課程

- (一) 通識課程應與教務處及通識教育中心建立合作機制，規劃醫學人文課程。
- (二) 醫學系臨床核心課程仍待整合，Powercam 彙整仍有問題。
- (三) 臨床課程依醫院及臨床教師方便性而要求學生輪流到各醫院學習，除了醫院與校方教材不一致外，亦增加學生交通風險及時間花費，需要檢討。
- (四) 要有適當機制保證三家教學醫院有類似的教學及評估的品質。
- (五) 臨床安排的教學活動，應檢討是否造成學生被動的學習習慣，應加強從照

顧病人中養成主動的學習。此外，醫學生病歷書寫水準仍需要改進。

- (六) Intern 在每科的實習時間過短，需要足夠長的時間讓 Intern hands-on 學習完整的照護病人經驗。

三、研究

- (一) 已設立共同儀器中心，可供教師使用。專任教師可申請研究費補助，宜鼓勵臨床教師與基礎或其它學院教師合作。
- (二) 林肇堂教授至輔大後協助整合研究，並串聯各研究單位並可取得健保資料庫 做進一步之研究，現在又聘請杜永光教授整體提昇輔大醫學研究水準，其成效尚待評估。

四、學生輔導與導師制度

- (一) 系方安排導師制度，師生皆表示肯定。系方應思考如何鼓勵教師投注學生輔導時恰當的補助措施。
- (二) PBL 以及 Scheme-inductive learning 是輔大醫學系的課程特色，然而，有些醫學生學習上有焦慮，擔心國考準備不足，這均有待學校主事者與學生間的溝通與輔導。

五、師資培育

- (一) 為提升教師們教學能力與品質，校方應持續協助教師熟悉教學及評量方法。
- (二) 為配合世界潮流以及教育部政策宜建立教師分流制度。
- (三) Resident as teacher 的訓練在有些科部招收住院醫師不足下，輔大及各教學醫院招攬與啟發住院醫師學習教學方法？其成效仍待觀察。
- (四) 有些基礎醫學以及臨床學科的師資單薄，這對輔大醫學院教學與研究發展的影響需邀持續追蹤其改善狀況。

陸、評鑑決議

「通過」，有效期限四年(2014 至 2017 年)，必須於 2017 年接受全面評鑑。

TMAC 2013 輔仁大學醫學系訪視活動行程

【Day 1】-102.11.21（星期四）

時間	訪視活動內容
09:00~09:10	相互介紹（Opening）
09:10~09:30	學校簡報（辦學簡介及改善執行概況）
09:30~10:30	意見溝通與討論

A. 人文通識及基礎臨床整合組（學校）

時間	訪視活動內容
10:30~12:00	實地參訪與資料查證
12:00~12:30	午餐
12:30~14:00	座談：通識人文及基礎教師
14:10~17:00	實地參訪與資料查證
17:00	交通接駁（賦歸）

B. 醫院教學組（教學醫院：耕莘、國泰及新光醫院）

時間	訪視活動內容
10:30~11:00	交通接駁（至各教學醫院）
11:00~11:10	教學醫院簡報（臨床教學簡介及改善執行概況）
11:10~12:00	意見溝通與討論
12:00~13:00	午餐
13:00~14:00	座談：臨床教師
15:00~17:00	實地參訪與資料查證
17:00	交通接駁（賦歸）

【Day 2】-102.11.22（星期五）

A. 人文通識及基礎臨床整合組（學校）

時間	訪視活動內容
08:00~12:00	實地參訪與資料查證
12:00~12:30	午餐
12:30~14:00	學生面談（1~4 年級）

B. 醫院教學組（教學醫院：耕莘、國泰及新光醫院）

時間	訪視活動內容
07:00~11:00	實地參訪與資料查證
11:00~12:00	座談：主治醫師及住院醫師
12:00~12:30	午餐
12:30~13:30	座談：醫學生（5~7 年級）
13:30~14:00	交通接駁（返回學校）

C. 共同（學校）

時間	訪視活動內容
14:00~14:30	座談：醫學系主任
14:30~15:00	座談：醫學院院長
15:00~16:00	訪視小組心得總結討論
16:00~17:00	綜合討論（訪視心得建議與問題澄清）
17:00	賦歸