

國防醫學院醫學系

評鑑報告

(訪視評鑑日期：民國 103 年 10 月 14 日至 10 月 17 日)



民國 104 年 6 月

國防醫學院醫學系

103 年評鑑報告

(訪視日期：民國 103 年 10 月 14 日至 10 月 17 日)

評鑑小組：

召集人	賴其萬	和信治癌中心醫院醫學教育講座教授/醫評會主任委員
副召集人	楊仁宏	慈濟大學醫學院院長/醫評會委員
委員	王國照	美國維吉尼亞大學名譽教授/骨科教授
	徐達雄	美國巴爾的摩港口醫院名譽主席/內科教授
	王秀雲	國立成功大學醫學、科技與社會中心主任
	林光慧	慈濟大學醫學院微生物學科教授
	陳維熊	國立陽明大學醫學院代理院長/外科教授
	鍾飲文	高雄醫學大學醫學院內科教授
	鄭授德	長庚大學醫學院醫預科主任/解剖學副教授
行政人員	朱宥樺	醫學院評鑑委員會組長/資深管理師
	張曉平	醫學院評鑑委員會執行祕書
	鄭國良	醫學院評鑑委員會管理師

目 錄

壹、 學校/醫學系概況及本次評鑑重點.....	2
貳、 評鑑訪視執行過程之發現	
一、 研讀自評報告.....	3
二、 實地訪視.....	3
三、 訪視設施/設備.....	3
四、 資料查證.....	4
參、 評鑑訪視發現	
第1章 機構.....	5
第2章 醫學系.....	19
第3章 醫學生.....	59
第4章 教師.....	77
第5章 教育資源.....	86
肆、 總結.....	92
伍、 評鑑結果.....	95
附件：TMAC 2014 國防醫學院醫學系訪評活動行程.....	96

壹、學校/醫學系概況及本次評鑑重點：

國防醫學院前身「北洋軍醫學堂」，創立於1901年(民國前十年)，是我國歷史悠久的軍醫學府。1947年六月一日軍醫學校與陸軍衛生勤務訓練所合併改組成立「國防醫學院」，後因國共內戰激烈，於1949年由上海遷移台北水源地。1970年全國醫科教育年限延長為七年，1971年奉教育部命令將醫科更名為醫學系。國防醫學院與三軍總醫院1979年6月核定編併，三軍總醫院改隸本院為直屬教學醫院，於1982年7月完成進一步編併改組，並成為醫學生實習的主要場所，1999年定址於目前之內湖。全校學生未超過2000人，其中醫學系學生人數799人，師生比1:7.7，學生皆需住校。校方提供學生與專任教師宿舍，讓教職員生在安心的環境中工作及學習。

國防醫學院歷經TMAC前後五次評鑑訪視，2003、2005年其評鑑結果為「有條件通過」，而2007年的評鑑終於達到「通過」的門檻，並於2009年的追蹤評鑑仍維持「通過」，而最近一次是2011年為期一天的追蹤訪視，結果亦為「通過」，並提出10項主要追蹤改善事項如下：

1. 系所主管更替頻繁，嚴重影響教學品質與效率，應有制度上的改變。
2. 在通識中心積極籌設相關研究所的前提下，要特別小心評估師資人力配置。目前醫學人文師資尚缺兼具跨醫學與人文領域的師資，並儘可能有專業倫理的老師來主導醫學倫理課程的規劃與教學。
3. 基礎醫學因為師資的流失，使得醫學教育與研究的質與量呈現不進反退，應及早尋求政策上的突破。
4. 建議國防醫學院能更優化學生輔導制度，增加具有心理師資格的輔導老師
5. 課程整合已在積極進行，但精減上課時數必須要有適度調降上課內容。
6. 臨床科有些科如小兒科，病人數目少，恐怕無法符合教學的需要。
7. 住院醫師的人力不足嚴重影響醫學生的臨床教育品質，希望三軍總醫院能積極改善這方面的問題，聘任文職住院醫師的名額限制必須解套，盡量聘足各專科醫師學會所評定的訓練容量，並落實“resident as teacher”的目標。
8. 病歷寫作需持續改善，加強教育、查核、並評估其正確性。
9. 建議學校應對教學門診有一致性的共識與了解，才不會不同臨床科各行其事，造成教學成效的差異。

10. 國防醫學院對自費生的招生辦法應明確列出學校與其他非軍事學校之不同，以減少自費生入學後之適應不良。

本次全面評鑑是首次使用新制評鑑準則，共分為五章，分別為：第1章機構；第2章醫學系；第3章醫學生；第4章教師；第5章教育資源。訪評委員將針對新制評鑑準則(2013年版)與前次評鑑追蹤改善事項，一一檢視醫學系整體辦學情形。

貳、評鑑訪視執行過程：

一、研讀自評報告：

自評報告在2014年9月12日檢送TMAC之後，訪評委員在訪視前均有充分時間研讀，並就其中需要澄清或補充之處，透過TMAC辦公室與學校對號窗口聯絡。學校又於10月8日提出修訂版之自評報告予TMAC，後來經過訪評委員要求又補送勘誤表。

二、實地訪視：

本次評鑑共四天，於2014年10月14日至17日進行。首先在2014年10月13日19-21時進行評鑑行前會議，會議中全體訪評委員就評鑑進行的程序、分工和任務，進行充分的討論，而後，依排定之訪視行程執行。

第一天10月14日上午參與學校簡報及實地參訪，包括院史館和心輔室；下午則進行行政主管，含醫學院司徒惠康院長、彭家勛教育長和醫學系蔡建松系主任座談，之後分別聽取通識與人文、基礎與臨床整合以及臨床教學之簡報，並進行意見交換與討論。

第二天10月15日，訪視小組分為臨床組、基礎醫學整合組與通識人文組。臨床組訪評委員上午至三軍總醫院進行訪視，包括胃腸內科內視鏡教學、神經內科教學門診、感染及熱帶醫學科教學住診（床邊教學）、胸腔內科教學住診等，下午則分別訪談臨床教師、主治醫師、住院醫師與PGY等。通識人文組委員上午則是查證相關資料，包括通識人文與醫學系之人文小組之開課情形、課程規劃、課程大綱、課程委員會會議紀錄、及教務處所提供之各項資料等等，下午進行通識人文學科教師座談，此外並晤談個別教師，包括通識主任黃淑玲教授，以及即將接任主任一職的葉永文教授、通識負責醫學人文相關課程之教師、醫學系人文組織教師等。基礎醫學整合組委員上午亦查證相關資料，並訪視課程教學情況，包括普通生物學、病毒學、有機化學實驗等課程，下

午進行基礎醫學整合學科教師晤談。

第三天10月16日，臨床組訪評委員上午同樣至三軍總醫院進行訪視，包括外科service round、小兒科staff round、血液腫瘤科晨報會、放射腫瘤部實習醫學生教學、精神醫學部教學住診、胸腔外科教學門診以及觀察醫學系五年及麻醉學之課堂講授，並於11:00聽取醫學生學務和輔導的簡報，雙方交換意見。下午則是晤談醫學生(含醫1、2、3、4、5、6、7)。通識人文組與基礎醫學整合組委員上午則是查證相關資料，並訪視課程教學情況，下午亦晤談醫學生(含醫1、2、3、4、5、6、7)。

第四天10月17日上午，訪評委員們赴三軍總醫院聽取簡報及與臨床醫學教師座談(包括醫院俞志誠院長、副院長林石化教授、教學副院長兼醫學系系主任蔡建松教授等人)；下午，訪評委員進行共識討論後，與醫學院正、副院長、醫院院長、教育長、各處室主管、各學科(含通識中心)主任、醫學系正、副系主任和學科主任等進行綜合座談後，結束四天評鑑訪視行程。

在實地評鑑期間，每天中午以及最後一小時，全體訪評委員就當日訪視所見加以討論，必要時相互確認，以確保實地訪視和資料查證之客觀與正確。

三、訪視設施/設備：心理輔導室、圖書館、校史館、各實驗室、戰傷暨災難急救中心以及八卦園等。

四、資料查證：

查核的方法包括閱讀佐證資料、聽取簡報和討論、觀察上課情況、參與晨會、病房(床邊)教學、門診教學和臨床討論會、以及訪談教師、主治醫師、住院醫師和醫學生。在資料查證時，查證醫學院和醫學系組織和機構之決策和管理、課程(包括臨床、基礎醫學與通識人文課程)之管理，包含規劃設計和執行、醫學生招生、訪問學生和轉學生、學生記錄，如學習歷程檔案、教師之數量、資格和功能、人事政策和治理以及教育資源、設施及財務狀況等。

最後，感謝國防醫學院暨三軍總醫院之充分協助與配合，使得此次TMAC評鑑得以順利完成。

參、評鑑訪視發現：

依 TMAC 新制評鑑準則 2013 版條列本次訪評之發現如下：

第 1 章 機構

1.0 醫學系必須為依相關法令，經教育部核准設立之教育機構或教育機構的一部分，並經醫學院評鑑委員會評鑑認可提供醫學教育及授予醫學學士學位。

發現：

國防醫學院前身「北洋軍醫學堂」，創立於 1901 年(民國前十年)，是我國歷史最悠久的軍醫學府。1947 年六月一日軍醫學校與陸軍衛生勤務訓練所合併改組成立「國防醫學院」，因國共內戰激烈，於 1949 年由上海遷移台北水源地，1970 年全國醫科教育年限延長為七年，1971 年奉教育部命令將醫科更名為醫學系。國防醫學院與三軍總醫院 1979 年 6 月核定編併，三軍總醫院改隸本院為直屬教學醫院，於 1982 年 7 月完成進一步編併改組，並成為醫學生實習的主要場所，1999 年定址於目前之內湖。1971 年奉教育部命令將原來之醫科更名為醫學系，目前學校自我定位為「具有軍事醫學特色之教學研究型大學」，以培育忠誠愛國、允文允武、術德兼備、體格強健並具有人文關懷及高度專業素養之現代化軍醫及生物醫學專業人才為教育目標，為教育部核准設立，並經醫學院評鑑委員會評鑑認可提供醫學教育及授予醫學學士學位之教育機構。

準則判定：符合

附屬條例：

1.0.1 醫學系隸屬之學校必須創造一個能孕育挑戰知識與探究的精神，並適於培育學生的醫學教育環境。

發現：

1. 自成立迄今，歷任院長的辦學理念是「秉持全人醫學的宏觀教育理念」，「培訓符合國軍需求之現代化軍醫」及「培育符合國家政策之醫學專業人才」。與一般醫學校院不同的是，除了培育醫學專業人才外，學校還兼具訓練任務及暑期軍事訓練等作為，培育學生具基本之軍醫素養。

2. 過去四年(98-101年)學校積極推動醫學教育改革與行政革新。現任司徒惠康院長對於醫學教育投入甚深，並有強烈的企圖心，擬定102-105學年度發展計畫，冀望透過落實全人教育，推動卓越教學，強化生技研發，拓展軍陣醫學、永續校園發展及精進財務規劃等六大發展策略，有效整合軍中及國家資源，強化學校的優勢與競爭力，以奠立國防醫學院中長程發展的藍圖與願景。

準則判定：符合

1.1 組織

1.1.0 醫學系隸屬之學校應提供醫學生在學術環境中學習的機會，使其能與其他健康相關專業領域的學生、研究生及專業學位學程的學生互動，並在臨床環境中學習，包含跟隨畢業後醫學教育與醫學繼續教育的醫師學習的機會。

發現：

1. 醫學系下有18個臨床學科和3個研究所，校方另編制有5個基礎學科。目前醫學系共有學生1813位，專任教師192位，生師比為9.5:1，應符合教學人力之需求。除醫學系之外，國防醫學院大學系所、生醫科學領域之碩博研究所之系所包括：(1) 歸屬醫學院之各系：牙醫學系、藥學系、護理學系、公共衛生學系。(2) 歸屬醫學院之各研究所：生物及解剖學研究所、生理及生物物理學研究所、藥理學研究所、生物化學研究所、藥學研究所、病理及寄生蟲學研究所、微生物及免疫學研究所、公共衛生學研究所、護理學研究所、牙醫科學研究所、航太及海底醫學研究所、醫學科學研究所、生命科學研究所。(3) 生醫科學碩士研究所：生物及解剖學研究所、生理及生物物理學研究所、藥理學科暨藥理學研究所、生物化學研究所、藥學研究所、病理及寄生蟲學研究所、微生物及免疫學研究所、公共衛生學研究所、護理學研究所、牙醫科學研究所、航太及海底醫學研究所。(4) 生醫科學博士研究所：醫學科學研究所、生命科學研究所。
2. 醫學系的教師亦參與學校其他學系，如牙醫學系、護理學系以及公衛學系之授課。以101學年度為例，參與這些課程的健康相關學系學生為273人。而醫學系教師目前共支援其他學系，開設有必修11門、選修6門，共17門課程，對於醫學系師生與其他健康相關學系學生間的互動，尚有加強的空間。

3. 各學年畢業的醫學系學生在畢業前曾在教師指導下參與研究計畫的比率：

	96學年	97學年	98學年	99學年	100學年	101學年
參與率%	1.1%	9.8%	6.3%	4.6%	0%	6.4%
	(1/90)	(11/112)	(7/112)	(5/109)	(0/112)	(7/109)

為鼓勵本系學生參與研究計畫，特於暑期課程期間安排「實驗室介紹」課程，醫二、三年級學生均需加入，共計5週，依學生有興趣之研究領域自行選擇實驗室，於此期間，由該實驗室教師指導學生參與其進行之研究計畫。

4. 於2003年開始舉辦「服務學習」課程，因應學生反應「服務機構型態過於單一，應該開拓多元類型的機構學習服務」，以及回應101年教育部醫學教育委員會通識教育組函文至各院校之提案「醫學系通識教育課程改進」，於101學年重新規劃該課程為「生命教育與倫理實習」課程，本課程為暑期必修課程，所有學生均需參與。曾參與志工服務活動的比率如下：

參與率%(學年)	59.4%	45.6%	68.95	82.9%	90.2%	93.2%
	(97)	(98)	(99)	(100)	(101)	(102)

系學會配合台灣醫學生聯合會製作「2013年在校生自評問卷」，「2013年曾參與志工服務活動的比率」之統計結果：一、二年級80%，三、四年級70%，五、六、七年級79.9%，雖為軍事院校，學生仍可利用課餘時間參與志工服務。

5. 國防醫學院附設醫院(三軍總醫院)有完整的臨床醫學訓練環境，師資、設備能符合醫學中心之標準，臨床教師、住院醫師數量與品質可以承擔醫學生之臨床訓練。此外，並與台北榮總、台中榮總、高雄榮總、奇美醫院、馬偕紀念醫院等5家醫學中心建教合作，增加學生多元學習的環境。以上各醫院皆為醫策會評鑑認可之教學醫院，且皆屬於醫學中心層級。客觀而言，應符合學系學生臨床實習教學品質之要求。學系本身亦透過書面溝通及由外院導師與外院實習單位討論臨床實習的教學目的及評分方式，以瞭解該院臨床實習之計畫、執行、學生評量(如評量表單種類及頻率)及課程評估等事務。惟實際訪視及資料顯示，此一部分尚待更為具體落實，才能確保本院與外院臨床實習教學品質與評量的一致性。三軍總醫院的住院醫師及臨床研究員總人數適當，可以組成VS-R-Intern(Clerk)團隊共同照護病人，提供實習醫學生更多訓練學習的機會。

	96學年	97學年	98學年	99學年	100學年	101學年
住院醫師(含PGY)	235	240	238	251	243	253
臨床研究員	10	24	26	21	21	23

準則判定：符合

附屬條例：

- 1.1.0.1 醫學系隸屬之學校應在政策與實務上，使其學生、教職員與其他學術團體的成員達到適當的多元性，並且必須不斷的、系統化的、目標明確的努力，以期吸引並留住多元背景的學生、教職員與其他成員。

發現：

1. 學生多元性之定義為原住民、外籍學生、僑生，然本學院為隸屬於國防部之軍事院校，在學生的羅致、挑選及留任相關政策需配合國防部人才招募中心所訂規定辦理。對於軍費生之性別有名額限定，且因應軍校屬性，排除身障、色盲等學生(見1.3.2)。惟有鑑於國軍部隊女性比例逐年增加，於86年開始招收醫學系女性學生。此外，自民國40年起配合僑教政策，開始招收海外僑生，並配合國防部政策，自民國95年起，招收國際交換學生。目前102學年度全系共有2名外籍生，80名僑生，占所有學生的比率為10.8%，以國內一般大學而言，實屬偏低。
2. 教師及職員的多元性之定義為身障人士、外籍教師。學院學術單位編制教師職缺231員，現員196員，其中非國防醫學院畢業人數35員、編制外外籍教師1員、編制內聘雇身心障礙者1員，編制外管理費約聘身心障礙者6員
3. 為平衡城鄉差距，照顧弱勢族群，並進一步增進學生之多元性，學校宜更積極爭取建議國防部准予加入大學繁星招生計畫。

準則判定：符合

附屬條例：

- 1.1.0.2 醫學系隸屬之學校與其建教合作之教學醫院，必須在學習與工作環境中落實性別平等的原則。

發現：

1. 學校負責推動「性別平等」單位為學員生事務處，設有「性別平等教育委員會」以推動性別平等教育及工作，由學員生事務處負責運作，共置委員21名，其中女性委員11名，占52%，符合女性委員佔委員總數二分之一以上之規定。該委員會之工作包括(1)舉辦校園性侵害、性騷擾或性霸凌之防治宣導。(2)舉辦相關工作人員之在職進修活動。(3)鼓勵相關人員參與校外研習。(4)相關規範納入聘約及學生手冊。(5)鼓勵受害者申請調查、檢舉或申訴。以上措施，大抵遵循政府相關法規之規定，人員訪談中，也發現相關人員經此教育訓練後，逐漸具備性別平等的概念與意識。近三年來性侵害、性騷擾或性霸凌之申訴案件為0。
2. 為進一步強化性別相關教學與研究水準，通識中心主任黃淑玲教授多年來於這方面用心耕耘，包括舉辦多次國際性別醫學研討會，且近期於2014年6月5日特別成立「性別與健康研究室」，並由司徒院長親自擔任主任委員，主要任務包含強化性別教育、發展性別與醫學之基礎臨床跨領域研究，探討傳統醫學中隱含性別歧視或性別盲點之論述及醫療照護領域之性別爭議等，藉以增進教師性別意識，建構校園性別平等環境。截至目前為止已辦理6場相關特別演講，參與的人數1592人，滿意度近9成。惟在教育推廣方面，有關性別平等教育相關優良課程或教材的獎勵方面，則尚未見規劃。
3. 除此之外，近三年(101-103年)學校共舉辦性別推廣之活動或演講共有10場，參與人次1627人次；三軍總醫院部分辦理5場，參與人次583人次，顯示校院方對此議題之重視。

準則判定：符合

- 1.1.1 醫學系隸屬之學校其組成，包含行政人員、教師、醫學生和委員會的職責和權限，必須在醫學系、醫學院或學校的組織章程中明訂。

發現：

已明訂「國防醫學院組織規程」，清楚界定組成，包含行政人員、教師、醫學生和委員會的職責和權限。

準則判定：符合

1.2 決策單位

1.2.0 醫學系隸屬之學校必須受其校院務委員會或董事會之監督。校院務委員會或董事會之職責必須予明訂。

發現：

學校訂有「國防醫學院校務會議設置要點」明定校務會議之職責為審議下列事項，如校務發展計畫及預算、組織規程及各種重要章則、及學系(科)、研究所及附設機構之設立，變更與停辦等。校務會議議決校務重大事項，為學校最高決策會議。學校隸屬於國防部，並受軍醫局督導，致無董事會之設置。

準則判定：符合

1.2.1 醫學系隸屬之學校其校或院務委員會或董事會若干成員的任期應相互重疊，且任期應足以使他們能夠了解學校和醫學系。

發現：

「校務會議」成員包括教師代表、職員代表及學生代表，明定任期二年；「校務發展委員會」功能為校務發展之諮詢；部分委員任期為二年。而行政及學術主管代表之任期，則依職務而定，故有部份委員任期相互重疊。經實際訪談系主任及 4 位副系主任、其中朱柏齡及余慕賢 2 位教授曾擔任過醫學系主任的現任文職醫學系副系主任，也均為現任或曾任校務委員，經實際訪談部分代表，如教務處處長和學員生大隊大隊長等，皆能了解校務發展之需要與方向。

準則判定：符合

1.2.2 醫學系隸屬之院(校)，其院(校)務委員會或董事會之運作必須具備並遵循正式的政策和程序，以避免與該學校的成員間、建教合作之教學醫院間及任何相關企業間的利益衝突。

發現：

學校及主要教學醫院三軍總醫院則利用不同的方式，如印製國軍人員廉政倫理須知卡，舉辦「財產申報法暨利益衝突迴避法」講習，或者重要會議等進行利益迴避或利益衝突之宣導。如 102 年 8 月 7 日三軍總醫院之院務會議即宣導各單位對廠商產品

推薦程序應依 94 年 2 月 3 日部頒「軍事機關財務勞務採購商情管理作業規定」辦理，以及外國官員(含廠商)拜會，各單位確實納入廉政倫理登錄，並強化審查作為。藉由校院以上之規範及作為，目前並未見到利益衝突在校務運作中產生，以致於妨礙學校正常校務之運作及推動。

準則判定：符合

1.3 醫學系負責人

1.3.0 醫學系必須設醫學系主任一名，具備合格的學歷與經驗，足以領導醫學教育、學術活動和病人照護，並應通過公平、公開的遴選或遴聘過程。為協助系務，得增設副系主任。

發現：

1. 國防醫學院因係屬軍事院校，性質較為特殊。醫學系系主任之產生非採公開遴選之方式，而是依據「國防醫學院學術主管及三軍總醫院部科主任遴選作業要點」辦理。系主任之遴選條件依「國軍軍醫軍官管制職務任職標準表」，並未對系主任之資格有所限制。行政作業上則由總務處作業，經系評會委員審議，呈請院長面談後再召開人事評審會議決議，陳報國防部聘任之。目前之系主任為蔡建松教授，為國防醫學院醫學系第82期(民國78年)畢業，其專長為心臟血管外科，曾擔任德國柏林心臟醫學中心訪問學者，歷經三總心臟血管外科主任、外科部部主任，目前為醫學系系主任兼三軍總醫院教學副院長，在訪視期間，積極任事，並有強烈的企圖心，推動系務之發展，令委員印象極為深刻。
2. 惟醫學系系主任乙職為配合國軍人事調任作業，任期常作調整，為因應上述系主任任期問題，影響系務之發展，該系已設有「國防醫學院醫學系副主任職掌與遴選辦法」，以維持醫學系系務正常之運作與推動。目前聘有4位副系主任，分別為學務副系主任黃國書教授、評鑑副系主任朱柏齡教授、教學副系主任鄭澄意副教授，以及研究及國際事務副系主任余慕賢教授。四位副系主任皆為各領域經驗豐富之學者專家，尤其朱教授為前任系主任卸任退伍後，以民聘身分聘任，以協助系主任推動系務，對系務發展的方向都有深切的瞭解，在系務工作的延續上，也發揮明顯的功效。

準則判定：符合

1.3.1 醫學系主任必須能與醫學院院長或負責醫學系最終責任的行政主管、以及學校其他人員有暢通的溝通管道，這是完成其職責的必要條件。

發現：

1. 學校為獨立之學院，醫學系最終責任的行政長官為醫學院院長。醫學系蔡建松主任直接向醫學院院長司徒惠康將軍負責，訪視期間發現溝通之機制，運作良好有暢通的溝通管道，除了每週三學院、醫院主管會議向司徒院長報告，並討論學系各項業務外，也會利用校務會議或擴大行政會議等場合，向院長報告或與其他行政及學術主管進行橫向溝通與協調。訪視期間發現，此縱向指揮或橫向溝通之機制，運作相當良好，各級人員亦能遵守行政倫理，有利院或系務之發展。
2. 醫學系下設18個臨床學科包含內、外、婦、兒等，以及醫學科學、航太及海底和病理及寄生蟲等三個研究所。臨床學科的科主任多由醫院臨床科主任擔任，對於臨床醫學課程的規劃與設計、教學的進行，乃至於醫院實習等，權責合一，有利於臨床醫學教育之推行。

準則判定：符合

1.3.2 醫學系主任、教師、機構主管，以及校內相關部門和建教合作之主要教學醫院主管必須對醫學系相關事務的權力與責任有清楚的認識。

發現：

1. 醫學系下雖設有18個臨床學科，惟基礎學科如生理及生物物理學科、藥理、生物及解剖學科、生物化學科、微生物及免疫學科等6個學科，為獨立之學科，不隸屬於醫學系，均為一級單位。而醫學系之基礎臨床區段(Block)課程整合中，醫學系三年級為基礎-基礎整合，四年級則為基礎-臨床整合，皆需各基礎學科相互間以及與臨床學科間密切之協調、溝通與合作。因此，需追蹤基礎學科與醫學系之間的協調與合作情況。
2. 醫學系蔡主任兼任附設醫院三軍總醫院教學副院長，各臨床學科主任則兼任三軍總醫院各臨床部門主任，此一設計使醫學系與醫院各主管對於醫學系相關事務的權利、義務與責任，都有清楚的認知，有利於臨床教育之推動。

3. 國防醫學院相關主管、醫學系主任、教師，以及校內各相關部門，必須對醫學系相關事務的權力與責任有清楚的認識，並有暢通的溝通與協商管道，以避免上下步調不一致的情況發生。

準則判定：符合

- 1.3.3 醫學系主任必須有足夠的資源、權力，以遂行其治理醫學系和評估醫學系成效的職責。

發現：

1. 醫學系系主任蔡建松教授，主要職責為策劃工作目標及內容，並督導學系所有行政事務、教學規劃、業務發展以及各臨床單位之臨床教學、研究及服務。其任期為配合國軍人事調任作業，常做調整，故設有4位副系主任，以文職教師擔任，並採任期制，以協助系主任推動業務之發展。學務副系主任黃國書教授，負責招生作業及學生事務，且擔任醫學生甄選作業召集人；評鑑副主任朱柏齡教授，負責內部評鑑(課程、教師)規劃與執行，且擔任學系評鑑總召集人；教學副系主任鄭澄意副教授，負責課程規劃與設計，且擔任課程整合總召集人；研究及國際事務副系主任余慕賢教授，負責研究及國際事務，且擔任交換學生甄選作業總召集人。
2. 醫學系課程委員會下分博雅教育組、整合課程組及臨床實習組等三組。課委會的成員包含有正副系主任、學科主任、基礎醫學、通識中心教師、校外學者以及學生代表。博雅教育組由黃國書副系主任兼任組長，定期檢討並修正通識及醫學人文課程，另外一位委員則是由張耀文助理教授擔任，本身為教學型主治醫師，協助辦理暑期醫學人文和服務教育課程，以及協助執行縱向式實習課程。博雅教育組之正式成員沒有納入通識教育中心之專任教師，惟開會時，中心主任或其他老師會以列席身分參加，並提供意見，此外，通識中心已聘請吳之芾、王志嘉、張耀文和張芳維等醫師為合聘或兼任教師，建立臨床與醫學人文老師的討論平台。整合課程組醫三區段由生物及解剖學科馬國興主任兼任組長，醫四區段由鄭澄意副系主任兼任，分別負責區段整合課程之規劃、檢討。另外，由譚鴻遠助理教授兼任PBL小組組長，負責醫三、四中的PBL課程。臨床實習組則由外科部部主任張宏教授兼任組長，負責醫五至醫七臨床實習課程有6位成員，包括教學型主治醫師，協助推動畢業後一般醫學訓練

(PGY)、實習醫學生(UGY)、實證醫學(EBM)課程以及臨床技能測驗(OSCE)之規劃、設計與執行。

3. (1)學校每年的預算規模約12-13億元。用於醫學教育的特別預算有國防預算之「教育行政」和「軍事教育設備」以及「衛福部及退輔會委訓代收款」等項。「教育行政」方面，為非設備(教學實驗耗材等)及行政預算，如統一辦理之實習、演講、專兼任教師、期刊圖書、儀器維修等，每年約5千萬左右。除以上項目外，103年度編列415,000元，104年度預計規劃45萬，主要用途為「精進優質學生基礎教育」以「國內外學者專家演講、講學作業及學術研討會」等27項。「軍事教育設備」方面，主要為充實教學研究設備及戰傷訓練設備，每年約6千萬左右。「衛福部及退輔會委訓代收款」，其中每年約120萬設備費，用於教學設備之採購，另每年約450萬元，可依單位需求提出申請用於其他教學相關支出。另外，因蔡系主任兼任三軍總醫院教學副院長，負責醫院教研經費之編列及使用，每年之教學研究經費約1億8千萬元，其中部分亦可支援學生實習相關教育預算之支出。

(2)預算分配方面，「教育行政預算」由校方每年向各教學單位調查次一年度之需求，由院長召開預算審查委員會分配，「軍事教育設備」預算由教學單位調查需求後，向裝備審查委員會提報教學設備重要性及效益，經委員會決議，奉院長同意後，向國防部呈報5年軍事教育設備投資綱要計畫，獲國防部核准後，始得提出預算列需求，並經立法院審查通過，才能執行。以程序而言，較其他一般私立醫學校院冗長，在時效性上較無法符合教學之需求。而在「衛福部及退輔會委訓代收款」部分，則依單位需求提出申請；三軍總醫院部分，則由醫院教學室依部頒規定協助將預算分配至臨床各科部及教師個人，並每年定期追蹤執行成效。

準則判定：符合

1.4 醫學系之管理

1.4.0 醫學系及所屬之醫學院的行政治理階層應包括行政同仁及助理、其他組織單位的負責人及職員，並應在院長及系主任的領導下共同完成醫學教育的使命。

發現：

1. 國防醫學院院本部除司徒院長及林石化副院長外，另設有教育長(彭家勛教授)、政

- 戰主任、少校軍官乙員及秘書2員；而醫學系除蔡主任及4位副系主任外，辦公室成員計有系助教3名、系助理4員以及醫療替代役2名，協助各項系務，如(1)課程發展及教育改革(2)教師發展與研習(3)學生輔導等工作之推動。以人力而言，相當精簡。
2. 學校目前設有醫學院副院長，由林石化教授擔任，並兼任三軍總醫院醫療副院長；醫學系則設有4位副系主任，協助蔡系主任推動事務工作，每位對醫學教育行政工作皆相當投入，其投入的時間都約佔一半(50%)左右，對本身負責的業務都相當熟悉，對整個學院及學系發展的方向也都能充分掌握，並配合推動。
 3. 基礎學科與臨床學科主任的產生方式，依據國防醫學院學術主管遴選作業辦理，由學系(科所)中心、部主任推選簽會總務處，奉院長批示，呈國防部軍醫局核備同意，召開各級教評會審議，呈請院長面談後，召開教師人事評審會議決議後，陳報國防部聘任之。三軍總醫院各部所屬之科主任遴選作業亦依據前項作業程序辦理。然而**基礎學科各學科與醫學系為平行單位之行政架構**，遇有重大變動事項，如學分數之變動或三年級之區段一與四年級之區段二之重整，或不同意見時，仍不利於共識之達成，以致可能影響課程整合之成效。**基礎醫學學科教師在編制上並非隸屬醫學系之教師**，但由於軍事校院的特質，院長的領導與協助，多年來，使國防醫學系**基礎醫學之教學尚屬穩健**；此外，對於上次評鑑已建議應改善之**基礎學科(專任)師資面臨員額逐年減少的困境(100學年88, 101學年82, 102學年77位)**，這點仍未見有具體之改善。(TMAC100年追蹤訪視報告)
 4. 學系(科所)中心、部主任之任期均為三年，任滿經系院教評會評審勝任者得連任一任。
 5. 學院及醫院每年會依國防部規定辦理考績評比，依初考及覆考進行，軍士官考核項目分思想、品德、才能、學識、績效和體格等6項。制度相當健全。
 6. 各課程及臨床實習課程主要負責老師的聘任，皆依相關規定辦理。聘任的日期從醫三整合課程馬國興主任和PBL課程譚鴻遠主任的100年5月17日起，至最新聘任博雅教育課程黃國書副系主任兼任的103年5月17日起，各負責老師投入時間都將近一半以上(50-70%)。
 7. 因醫學系學科候選主任，均需具副教授以上之資格，故皮膚學科自96至99學年度為代理職；急診醫學科及家庭醫學科，自99-101學年度為代理職；生物醫學工程學科

自100-101學年度為代理職。而寄生蟲及熱帶醫學科配合國防部人事編裝政策，於102學年與病理及寄生蟲學研究所合併，故101學年度無遴選學科主任。此舉並不利於學科科務之推動。

8. 學校整體財務資源每年大約12億元，其中國防部編列8-9億元，代收款(原國科會等研究計畫)補助約3-4億元，並由直屬附設醫院三軍總醫院支援部分教學研究經費，大約可滿足各學科系的需求。
9. 從此次評鑑資料的準備情形來看，資料的精確度有待改善，學校為了這次評鑑至少做過兩次預評，可是遲至評鑑前幾天才送來修正過的所有自評資料，後來經過評鑑委員要求才補送勘誤表，而最後的修正仍有不少錯誤，予人一種感覺是學校上層想要好好改正，但負責的單位並沒有明確執行。

準則判定：符合，但須追蹤

- 1.4.1 醫學系隸屬之醫學院必須參與醫學系務規劃，並共同為該學系設定方向以達成可預見的成果。

發現：

1. 國防醫學院醫學系呼應學院的使命、願景及目標，以培育兼具現代醫學專業及人文素養，追求主動學習與終身學習的精神以及發揚軍事醫學之特色的醫師為教育目標。
2. 學系於2011年接受TMAC追蹤訪視，依委員建議訂定短程、中程發展計畫如下：(1)短程發展計畫-軍費生至民間醫院實習規劃及成立「生命教育與倫理實習」課程。(2)中程發展計-推動教交師多元升等制度，其中2項短程計畫目前皆已完成並實施中，而中程計畫之教師多元升等亦已於系評會中提出，擬向教育部申請「補助大專院校推動教師多元升等制度試辦學校計畫」，並提學院院評會討論。
3. 另學系亦配合學院「102-105學年度院務發展計畫」，每年依據學院之「落實全人教育」及「推動卓越教學」二項發展策略，訂有績效目標值，以檢視執行進度與成效。惟學院之發展策略除上述二項外，尚有「強化生技研發」、「拓展軍陣醫學」、「永續校園發展」及「精進財務規劃」，亦皆與醫學系系務發展有高度相關，然而尚未訂有評估指標。此外，上述二項發展策略所訂之衡量指標較為空泛且籠統，例如：通識與學系合作開設醫學人文課程，導生活動、鼓勵學生參與國際交流活動等，未

見具體可行之評估指標，恐不利於成效之檢核與追蹤。

4. 醫學院有既定之宗旨、目標與願景，通識教育中心也訂定目標，醫學系也定有目標及核心能力，再加上到了臨床又有六大核心能力，有些重複、或繁雜，醫學系宜思考如何整合出一套適合軍事醫學院校培育軍醫之目標，並可以落實核心能力(見 2.1.1.0)。

準則判定：符合，但須追蹤

- 1.4.2 醫學系所屬之醫學院應確保有關財務、人事、業務、政策與決策過程的透明化，並應與主要利害相關者進行良好溝通。

發現：

國防醫學院財務、人事、業務、政策與決策過程制度化、透明化：

1. 國防醫學院屬軍事校院，每年配合國防部預算編製作業，於4-6月教務處先行彙整各學科系所需經費，由院長召開預算編製審查會議，經主計室綜整及審核各預算業管單位計畫內容後彙編本學院年度施政工作計畫書，循預算程序呈報軍醫局轉國防部核定；俟國防部完成概算額度審議令頒，於行政會議中公告各單位周知。
2. 財務使用方面，10萬元以上採購案遵循政府採購法辦購，10萬元以下則依本學院小額採購作業流程辦理，且需經審、監單位審查無誤後始得支結經費。
3. 人事議題，依國防部規定設立系（科、所）及院級教師評審委員會，審議有關教師之聘任、聘期、升等、晉級、停聘、解聘、不續聘、調職(軍職教師調職由院級人評會審議，教評會僅審查軍職教師之教師任用資格)、進修、研究、出國講學等事宜，而各項會議之委員或代表，也皆依法規規定，除行政和學術主管外，納入教學醫院、教師及學生代表等參與討論，各類人事案件均依相關法規逐級呈報國防部審查核定。

準則判定：符合

- 1.4.3 醫學系所屬之醫學院必須與建教合作教學醫院（含大學附設醫院）簽署書面合作協議，其內容須規範雙方有關醫學生教育之基本責任。

發現：

三軍總院與建教合作教學醫院簽署書面合作協議，規範雙方有關醫學生教育之基本

責任。

準則判定：符合

附屬條例：

1.4.3.1 醫學系與其建教合作之主要教學醫院的關係中，醫學系課程負責教師必須掌控 每個教學醫院之教學計畫。

發現：

1. 學系為確保學生在各實習醫院之教育品質，依醫學系課程委員會臨床實習組之規劃，設有外院導師。外院導師會利用參加各院實習醫學生座談會時，與該院教學負責人討論及溝通學校醫學生實習時所面臨之問題。此外，醫五安排有醫院參訪行程，帶隊老師於參訪過程中，也會與該教學負責人進行討論。然而以上二者，仍有部分教學醫院缺乏相關會議記錄；此外，醫五安排有醫院參訪行程，帶隊老師與該教學負責人進行討論並無紀錄可查。**因此仍應加強與教學醫院之監督與合作機制。**
2. 另外，學系針對醫學生臨床實習課程相關之決議事項，會以書面方式告知外院，要求外院能夠配合辦理。
3. 為瞭解學生至外院實習情形，學系亦已於102年12月份至各實習醫院檢視其實習醫學生訓練計畫、評量表單、種類、頻率以及期中回饋機制。
4. 而為確保主要教學醫院三軍總醫院與其他各實習醫院在教學評量的一致性，學系已規劃於103年11月6日，邀請北榮教學負責人楊令瑀主任至學系做實習課程的說明及討論，希望以後能建立此一雙向溝通的模式，以確保醫學生至實習醫院間的教學品質。

準則判定：符合，但須追蹤

1.4.4 醫學系隸屬之學校必須每年通知醫學院評鑑委員會有關學系的重大修正計畫或重大變動。

發現：

國防醫學院為第一所接受新準則評鑑之醫學系，可能無此例證。

準則判定：不適用

附屬條例：

1.4.4.1 醫學系任何課程和學分上的重大修正計畫，必須通知醫學院評鑑委員會。

發現：

國防醫學院為第一所接受新準則評鑑之醫學系，可能無此例證。

準則判定：不適用

附屬條例：

1.4.4.2 醫學系在以下情形若有重大變動時必須通知醫學院評鑑委員會，包括：學制、招收醫學生的（人）數，或在該機構的可用資源，如師資、硬體設施或財務等的變動。

發現：

國防醫學院為第一所接受新準則評鑑之醫學系，可能無此例證。

準則判定：不適用

第 2 章 醫學系

2.0 醫學系之基本醫學教育目標(goals)，應為培養優秀和稱職的醫師，使其於一般醫學知識和技能上，表現專業素養和追求卓越特質。

發現：

歷年來國防醫學院培育出無數的醫師，特別是培養國家優良軍醫人才。這些醫學生的國考通過率，不論是第一階段或第二階段，皆達全國平均通過率。培育的醫師在國內外從事醫療、研究和醫學教育等工作，有相當的貢獻，尤其是在國內服務的校友，至今已有 14 位榮獲台灣醫療典範獎或醫師醫療奉獻獎，顯示國防醫學院畢業生對台灣社會，尤其是弱勢族群的照護，貢獻並不亞於其他醫學院校。從宏觀的角度而言，相當程度應已達成辦學的宗旨與目標。但若從畢業生「雇主滿意度」調查的結果來看，「外語能力」、「學習主動性」及「儀容談吐」、「領導能力」以及「國際觀」部分皆尚有加強的空間。以此觀之，近年來校方努力辦學的宗旨和教育目標，是否達成，仍有討論的空間。需賴更為系統性的聯結教育目標、課程規劃以及學習評量，來確保學校宗旨

與教育目標之達成。

準則判定：符合

附屬條例：

2.0.1 醫學系的教師必須設計一套能提供一般醫學的醫學教育，並為進入畢業後醫學教育而準備的課程。

發現：

醫學系根據課程設計理念原則，推動執行各種課程：

1. 醫一、二年級加強醫學人文教育，加強醫學人文教育：強化專業倫理、服務學習課程，期使學生能拓展視野，增加生命體驗及建立服務之人生觀。
2. 醫三、四年級基礎、臨床課程整合，以「器官系統」為主軸之課程，分為11個區段：
 - (1) 三年級基礎醫學區段整合課程，主要為結合生理學、病理學、藥理學、解剖學等基礎醫學課程；並導入問題導向教學方式(PBL)及解剖人文生命教育。
 - (2) 四年級臨床醫學區段整合課程，依器官系統分區段整合，結合臨床診斷學、影像診斷學、實驗診斷學及各臨床醫學專業課程；除了PBL之外，並導入論壇(forum)教學及理學檢查，提供學生系統性地從基礎到臨床的完整概念。
3. 醫五實習課程：依照教育部醫學教育改革中程目標，施以「實習訓練」及廢除「見習訓練」，讓學生提早直接參與病人照顧，增進臨床學習效果，從中獲得相關基本醫療知識，並為六七年級實習課程預作準備。課程規劃強調及落實hands-on之精神。實習課程安排至內、外、婦、兒與放射診斷部及臨床病理科學習，訓練目標在醫療團隊中實際參與病患照顧，培養醫學生對病人的責任感與態度以及具備照護病人的基本技能。
4. 醫六七年級強調「hands-on」實習課程：強調學生在直接照顧病人中，獲得相關基本醫療知識及技能，以增進臨床學習效果，並請各學科設計「hands-on check list」使學生得以依表單進行臨床技能操作；此外，三軍總醫院要求實習醫學生畢業前應完成訂定之86項「實習醫學生臨床技能核心課程」(醫五完成18項，21%、醫六完成52項，60%、醫七完成全部86項，100%)及通過OSCE考試，以確保學生臨床技能學習成效。

5. 軍事醫學課程：發展軍事醫學課程是國防醫學院之義務與也是重要特色課程，在臨床整合課程加入軍陣醫學中常見之急症，並在暑期安排「軍陣暨災難急救訓練」課程，以培養專業軍醫人材。
6. 訪視期間發現已規劃「醫師科學家學位學程」，目前草案已上呈至軍醫局審議。(自評報告p. 62~63)
7. 醫三、四年級為基礎、臨床整合課程，但在訪談三年級基礎醫學區段整合課程總區段長馬國興主任及四年級臨床醫學區段整合課程總區段長鄭澄意副系主任，並仔細審視“整合課程學習指引”之後發現，**基礎醫學與臨床醫學仍然處於整合的起始階段**。醫三之基礎-基礎整合課程，主要以傳統的學科，例如：解剖-胚胎、組織、生理及病理學合為一區段，分先後授課而已，而醫四之基礎-臨床整合課程則僅是納入傳統歸類為基礎學科之藥理學與其他臨床醫學一起授課。**三年級之區段一課程與四年級之區段二課程，並無相互溝通協調之機制，以致無法收縱向整合之成效**。建議總區段下的每一區段能各有一位基礎與臨床教師擔任區段長(coordinator)，以促進基礎、臨床課程真正的整合。
8. 除傳統醫師養成教育外，國防醫學院目前尚無多元之教育途徑(track)，如MD-PHD或MD-MPH等。但為培養醫師科學家(physician scientist)，國防醫學院已規劃有「醫師科學家學位學程」草案，目前呈軍醫局審議中。

準則判定：符合，但須追蹤

附屬條例：

- 2.0.2 醫學系必須提供醫學生主動、獨立學習的教育機會，以培育終身學習的必要技能。

發現：

1. 國防醫學院培養學生主動學習的能力，主要是透過(1)一、二年級通識教育課程中的分組討論、案例報告、情境表演等。(2)醫三至醫四年級的PBL及論壇式(forum)教學(3)醫五至醫七年級的實證醫學(EBM)及e-learning等。希望這些多面向與互動的學習方式，能帶給同學更多主動學習的機會。
2. 一、二年級之通識(博雅教育)課程中，有部分採取分組討論或案例報告等教學模式。

- 此教學方法確能引導同學開始思考、發現問題，並藉由資料之搜尋、相互討論尋求解決問題的方法，以達到主動學習的目的。然而，問題導向學習(PBL)與傳統大講堂授課，甚或分組討論或案例報告等，皆不相同，為一全新的學習型態與方式。必須透過詳細講解、說明、演練或工作坊等，方能得到最好的學習成效。為銜接三、四年級區段課程中的PBL教學，學者專家建議宜自一、二年級之通識或基礎科學課程中即開始導入。惟在訪視期間，並未見到通識或是基礎科學課程教師充分瞭解PBL之教學方法，並實際運用於正式課程教學中，以引導學生討論，來達到自我學習的目的。
3. 而PBL課程，主要安排在三年級和四年級的區段(block)課程中。依目前的規劃，三年級的11個區段教學單元(含introduction)中，只有6個區段有PBL教學，以總教學時數共619.8小時計，PBL教學僅佔3.84%(23.8/619.8)；而四年級的11個區段(含Introduction和Hematology and Oncology)中，有9個教學單元規劃有PBL教學，以總教學時數576小時計，PBL教學佔9.38%(54/576)。整體而言，PBL教學在整個三、四年級整合課程中大約只佔6.5%，較為偏低，應可考慮增加PBL教學時段並更新PBL臨床教案。尤其是醫三的Infection and Immunity I、Reproductive System、Hematologic and Lymphoid I和Endocrine and Metabolism I，以及醫四的Cutaneous System教學單元，至少達到每一區段教學單元應有一次PBL教學，以提升學生主動與自我學習的能力。而訪視期間，因為各個區段教學單元剛好沒有PBL課堂，無法進行教學現場實地參訪，也就無法印證醫三、四年級整合課程中PBL教學執行的品質與成效。同時值得一提的是，PBL主要是「學習」的一種方式，精神在於透過自主學習、分享、團隊合作與回饋而獲得獨立學習之訓練，以培育養成終身學習的習慣。同時，臨床教師踴躍參加三、四年級之PBL課程，充實學員在基礎與臨床課程之連貫性，讓學員能在進入臨床之前就認識一些臨床老師，是優點之一。
4. 醫五至醫七年級至醫院實習期間，規劃有實證醫學(EBM)訓練，這也是一項非常重要，能夠協助學生培養自我學習和主動學習能力的教育方式。三軍總醫院從民國100年起成立實證醫學中心，由教學型主治醫師田炯堃醫師負責，專責推動(1)全院性實證醫學教育訓練(2)辦理及參與院內外實證醫學競賽及(3)評核臨床科之實證醫學實務操作記錄等。訪視期間，透過實習生、住院醫師訪談或參與小兒科晨會，發現醫學生和住院醫師大部分有相當紮實的實證醫學訓練，是值得稱許的。大部份醫學生

或住院醫師皆能清楚實證醫學把委員給予的臨床情境轉化成具有PICO架構型式的問題進而找到關鍵字，其次，分辨臨床問題的型態，並透過資料庫的搜尋，找到相關且有效的證據回答臨床問題，同時對於嚴格評選文獻，以及文獻證據的等級，也有一定的認知。顯見，實證醫學的推動在三總已有成效，其具體成果展現在第14屆醫療品質獎暨2013年智慧醫院優秀案例甄選活動中，榮獲1銅、1佳作、3潛力獎及1標章。

準則判定：符合

2.1 課程管理

2.1.1 目標與目的

2.1.1.0 醫學系（院）的教師必須訂定其學系的教育目的，以作為建立課程內容的準則和評估醫學系成效的依據。

發現：

1. 醫學系教育目標為培育醫師能有以下的修養與能力：一、兼具現代醫學專業及人文素養。二、追求主動學習與終身學習的精神。三、發揚軍事醫學之特色。
2. 為達本系教育目標，醫學系特定整體課程的教育目的如下：畢業學生應具備15項核心能力，包括：醫學生科學能力、基本臨床技能、軍陣醫學、病人照護、專業素養、終身學習自我成長、自我反思、批判創新、人際溝通、藝文美學、外語與國際觀、文化敏感、社會關懷、倫理與法治、助人善物等，其對應之教育目的，以及成果評量方式，已詳列於自評報告p. 75~77。
3. 98學年度醫學系系評會通過醫學系的教育目的為培育醫師兼具現代醫學專業及人文素養、追求主動學習與終身學習的精神、發揚軍事醫學的特色。於103年正式確立，學系依據院系之教育目標及基本素養，訂有醫學系畢業生應該養成的核心能力。在對應學院三大素養中的「專業知能」一項，學系訂有包含「醫學生科學能力」「基本臨床技能」…等6項核心能力，與學系課程地圖中所呈現的相符。惟在院級三大素養中的「全人關懷」一項，在自評報告書以及學系課程地圖中所呈現的是包含：「自我反思」、「批判創新」..等9項能力，此與通識教育所揭櫫的包含「自我覺知能力」、「醫病互動能力」…等6項核心能力。從15項、6項、9項、6項之核心能力，彼此相近

似、實又不同，項目繁多、易造成困擾，且不易評量。建議校方透過正式會議協調、討論以確定醫學系之學生在畢業前應具備之核心能力，以利師生熟稔醫學系整體課程教育之目的，並做為課程規劃與設計的依據。

4. 此一準則之精神在於outcome-based, competency-based之醫學教育課程設計，過程中顯示諸多瑕疵。例如：自評報告在9月12日送TMAC之後，乃至於10月8日TMAC訪視之日的修訂版，其中仍有諸多準則的撰寫或資料或表格，或前後不一致、或未填答、或不同課程互相複製、或敘述明顯不合理之處(例如附表10血腫科的教學目的中卻包含眼科相關之檢查)。且由於送出的各種課程(包括通識、醫學人文、整合課程等)都經相關委員會討論、確認，理論上其過程經多重審查機制、應相當嚴謹，可是自評報告的品質仍出現諸多不妥之處，顯示醫學系的課程管理、課程委員會之功能及部分負責或主課教師都有明顯需要改善之處。

準則判定：符合，但須追蹤

- 2.1.1.1 醫學系所呈現的教育目的必須以學生畢業時應具備的能力加以陳述，上述能力必須能被評量，並符合專業及大眾之期待。

發現：

1. 核心能力與學生學習成效的連結，其理念與整體架構是根據核心能力，學系透過討論去訂定各項核心能力指標及學習成效檢核標準；根據核心能力指標，去規劃設計對應課程，而後透過教學現場的執行，利用多元評量工具去檢核學生學習成效。以此方式觀之並驗證醫學系目前的課程設計發現，雖然訂有各項核心能力，但在核心能力指標及學習成效標準方面，仍然較少著墨。此外，個別核心能力仍應有個別的對應課程或課程模組。自評報告及簡報資料中課程地圖呈現以整體區塊課程(博雅教育課程、基礎科學課程、基礎臨床整合課程和臨床實習課程)的方式去對應整大項的核心能力，將沒有辦法確實檢核能力養成不足所需檢討、調整和改善的課程科目，使得課程地圖之設計，徒具形式，失去原來訂定所賦予的任務和功能。
2. 學系的教育目的方於2014年正式確立，目前已有建立課程內部審查的機制，形式上已具備檢視課程的規劃是否符合學系教育目的的雛型。至於課程內容的檢討與修正，仍然需要各授課教師花更多的時間，坐下來相互溝通，才能落實。另外，學系

亦已規劃於103學年度將整體醫學教育課程送至外院審查，以增加審查意見的多元性，是一個正確的方向。如果基於人力、物力的考量，課程委員會可思考以通識必修、專業必修和創新課程為優先。

準則判定：符合

2.1.1.2 醫學系必須讓所有醫學生、教師及參與教學之主治醫師、主要教學醫院的住院醫師以及其他負責醫學生教育與評量之人員了解其醫學教育目的。

發現：

1. 學系編印有新生手冊及教師手冊，以便學校教師及學生了解學系教育的目的。並會利用不同的會議或場合，如選課輔導加以宣導。宣導人員除一般的導師外，因國防醫學院為軍事校院，設有學員生大隊，提供雙向宣導，尤其是大隊長，扮演極為重要角色，也發揮很大的功能，令委員印象深刻。
2. 惟除了學校以及醫院負責教學工作之主管外，實際參與教學工作有少數主治醫師和住院醫師，在訪談中似乎較為陌生。此外，校方也透過書面記錄或文件，將學系之教育目的傳達給合作之其他五所(北榮、中榮、高榮、馬偕及奇美)醫院的教學負責人，而不包含實際參與教學的醫師，此部分仍有努力加強的空間。

準則判定：符合

2.1.1.3 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。

發現：

1. 醫學系主要負責醫學人文教育課程開課單位為醫學院通識教育中心，主任為黃淑玲教授。在醫學系課程委員會之下設有博雅教育組，副系主任黃國書教授擔任組長，而博雅教育組委員中有葉永文教授為通識中心之代表。
2. 通識教育中心為院級單位，綜理全院之通識教育課程，位階在醫學系之上，因此醫學系博雅教育組如何有效與通識教育中心溝通，以有系統的規劃醫學人文課程、並與通識教育課程之規劃能銜接或整合，可在現有之基礎下、進一步發展更有效的整合機制，建議博雅教育組可再納入其他社會學、藝術、哲學等人文領域之教師，以增加醫學人文教育的多元性。

準則判定：符合

2.1.1.4 醫學系隸屬之學校必須設有監督機制，以確保教師明訂醫學生須學習的常見的病人類型和臨床醫療情境，並提供和醫學生程度層級相符的臨床教育環境。教師必須監督醫學生的學習經驗，必要時並加以指正，以確保醫學教育的目的得以實現。

發現：

1. 實際課程內容及學習標準均由三總訓練官室管理委員會及實習醫學生訓練管理委員會協助規劃，內容包含病患類型、臨床醫療情境及臨床場域，各必修臨床科目均訂有訓練目標。而以上委員會之會議有醫學系課程委會臨床實習組的委員共同與會，況且醫學系系主任本身也兼任三總的教學副院長，負責教學相關事宜，在機制上容易收到權責合一，相互溝通合作之效。
2. 惟實際檢視各臨床科實習醫學生訓練計畫，發現基本核心技能課程中，例如核心課程為「心血管系統檢查」，課程目標為「瞭解如何檢查心血管系統」；核心課程為「12導極心電圖操作」，課程目標為「瞭解如何執行12導極心電圖知檢查並判讀」；或核心課程為「開立處方」，其課程目標為「瞭解如何開立處方」，**顯示計畫書之擬定，過於草率，會議之審查亦流於形式，不利於臨床實習課程之實行。**

準則判定：符合，但須追蹤

2.1.2 課程委員會之責任

2.1.2.0 醫學系必須有一個整合的教育負責單位，負責連貫且協調課程之整體設計、管理和評估。

發現：

1. 醫學系課程委員會是整合的教育負責單位，負責連貫且協調課程之整體設計、管理和評估，其下設有博雅教育組、整合課程組及臨床實習組等次委員會：(1) 博雅教育組：檢視一、二年級通識課程的教育目的及整體教學品質。確保各課程授課教師使用適當的教學方法或指導模式，並使用適當的方式來評量學生的表現。(2) 整合課程組：檢視三、四年級基礎臨床整合課程的教育目的及教學品質。確保授課教師

使用適當的教學方法或指導模式，並使用適當的方式來評量學生。並協調醫三年級之基礎整合課程與醫四年級臨床整合課程教學內容得以銜接、整合，避免重複。(3) 臨床實習組：檢視醫五、六、七年級臨床實習課程的教育目的及整體教學品質。確保各臨床教師使用適當的教學方法或指導模式，並使用適當的方式來評量學生的表現。

2. 醫學系設有課程委員會(簡稱課委會)，乃依據「國防醫學院醫學系課程委員會設置要點」而設立。委員會的組成包括當然委員(主管)、選任委員(教師代表)、校外學者或專家、幹事及學生代表(各年級系長)。其成員之組成，具有代表性，惟檢視近年來之會議記錄，學生代表之參與及發表意見之次數不多，較無法搜集直接受教者(學生端)對於課程內容的反映意見。
3. 課委會的功能與職掌，主要在於審核各學科(所)大學部之課程設計、執行及評量等事宜，並定期檢討、修正。根據校方所提供之資料，100-102學年總共新增15門課(含醫學與研究倫理、臨床溝通技巧和生命倫理與教育宣導等)、刪除5門課(含生長發育及生死學等)、調整必選修及學分數共32門課程、調整授課學期共15門課程以及其他修訂共3門課程。其中大部分是配合基礎與臨床整合課程所做之修訂，以所呈現之數據而言，反映課委會某種程度有發揮其應有的功能。
4. 除定期檢討並修訂課程外，課委會也審查教材內容。此部分主要在於醫三、四年級之基礎臨床整合課程之PowerPoint檔。學系雖有正式審查項目之format以及審查重點(如避免不同授課教師之授課內容重覆)，惟受限於參與討論時間有限或協同授課老師之間彼此為同事之情誼，而無法很確實地去執行和落實。
5. 除教材內容內審外，課委會也規劃將從103年度起逐步推動課程外審，以增加課程審查的客觀性與公正性，來建立課程審查的改善機制，乃是一個提升課程品質正確的方向。

準則判定：符合

2.1.2.1 醫學系的教師必須負責醫學專業課程的設計與執行。

發現：

1. 醫學系課程設計的理念：(1)一、二年級是博雅教育課程和基礎科學課程，旨在加強

醫學人文教育；醫三、四為基礎臨床整合課程。(2)三年級為基礎-基礎整合，四年級為臨床-基礎整合，以器官系統為架構，PBL教學為連接，並有論壇式(forum)教學；三年級之區段一課程與四年級之區段二課程授課教師，可以「數位學習平台」之「關鍵字搜尋」方式，瞭解其它區段授課內容，避免教學內容重複。但基礎-基礎、基礎-臨床及臨床-臨床間之整合及銜接，彼此溝通協調之成效，則仍有待加強提升。(3)醫五、六、七年級則為臨床實習，強調hands-on精神。(4)在臨床整合課程中，並加入特色之軍陣醫學中常見之急症，並安排暑期「軍陣醫災難急救訓練」課程，以落實落實軍陣醫學的教育，配合國防部暨國防醫學院之使命，為台灣醫學教育重要之特色。軍陣醫學包括航空醫學、航海暨潛水醫學、戰鬥戰傷救護等。由於呼應時代與社會的需求，軍人除了保家衛國之外，「整合醫療能量，健全救災體系」、救災任務的訓練已成為國防醫學院重要之使命，目前醫學系也有「災難醫學」並融入軍陣醫學常見急症之課程，是很好的規畫劃；若能配合時代之脈動，增加護理、藥學、醫學等不同專業之跨領域教育(inter-professional education)之整合課程，將會使軍陣醫學教育更具特色。

2. 醫學系五年級的「縱向式實習課程(Longitudinal Integrated Clerkship, LIC)」是一門相當理想的長期照護及後續追蹤之實行。但因設計上沒有明確的臨床後續追蹤與計畫，以及病人和學生的選擇上都未明白地列述，使本課程的價值未能完全發揮。與曾選修此課程之六年級學生晤談，顯示學生對於持續追蹤同一病人，因而建立良好的醫病關係感到非常有成就感。

準則判定：符合

- 2.1.2.2 醫學系課程每一個單元的目的、內容和教學方法，以及整體課程之安排，必須由醫學系教師共同參與和設計，並定期檢討和修訂。

發現：

1. 醫學生的臨床實習課程內容及實習標準均由三總訓練官管理室委員會及實習學生訓練管理委員會協助規劃，而醫學系課委會之臨床實習組則會定期召開會議評估。
2. 醫學系教師主導或參與各項定期檢討和修訂課程，並需提送課程委員會審議；例如：學分數更改、課程內容先後順序、主帶教師更換、授課方式改變(如增加或取消實作

或PBL)等。

3. 有關課程修訂的程序，如涉及學分數變更和主負責老師變更，需提至課程委員會審議；評量方式的改變，則可由主負責老師決定，其程序似不夠嚴謹，建議應視課程規模，如為整合課程則仍宜於區段會議甚至課程委員會討論；課程內容先後順序的調整以及授課方式的改變，則視為一般或單一區段或跨區段課程，或由科內或是區段內會議或提至總區段會議討論後調整，並提課委會備查，運作上並沒有出現窒礙難行之處。至於調課，則主負責老師逕行調整，此部分因目前學生受教權(含上課時間)之主張日益高漲，為尊重學生權益宜斟酌是否事先與學生溝通，並取得學生之同意。
4. 住院醫師在臨床醫學教育中是最重要的一環，此次自評報告中，**很多教學科目中都沒有住院醫師的加入**，大多僅描述學生和主治醫生之間的關係，恐忽視了住院醫師的教學及學習機會。

準則判定：符合，但須追蹤

- 2.1.2.3 醫學系教師或課程委員會必須負責監測課程，包括各學科的教學內容，以實現醫學系的教育目的。

發現：

1. 已設置系課程委員會下設有博雅教育組、整合課程組及臨床實習組分別檢視各年級課程的教育目的、教學品質，確保教師使用適當的教學及評量方式；**但對於如何改善重複性的課程內容以強化學習成效，則未有具體說明作法與成效。**
2. 學校建置有「數位學習平台」系統，於學年度開課前，均要求醫三、醫四各區段教師將上課簡報檔上傳至該平台，也設計有以「關鍵字搜尋」的方式，瞭解其他區段授課的內容，來避免教學內容重覆。訪視期間，詢問部分老師知道有此功能，**不過也坦承使用的教師不多，更無法發揮其原先規劃設計的功用。**
3. 臨床課程由課委會臨床實習組及三總實習醫學生訓練管理委員會負責監測實習的內容，包含教學成效及滿意度。三軍總醫院對於學習成效不佳的醫五、六、七醫學生，於畢業前一年有輔助與補充課程作法，包括：學生個別臨床實習進度、缺課/缺考、學習護照完成率、mini-CEX、請假時數、實習成績、OSCE。

4. 區段整合課程皆有進行學生意見回饋(feedback)。根據學生意見的回饋，各項課程設計如lecture, PBL, physical exam和醫四的forum課程，滿意和非常滿意的比率都只有51-56%左右，較為偏低，其中老師未依規定時間上傳檔案，非必要不要調課以及上課錄製PowerCam是學生認為最需要改進的事項。學生也對於藥理課不納入醫三的基礎-基礎整合課程，而單獨與臨床課程一起規劃至醫四的整合課程中，表示不解和疑惑。區段論壇(forum)課程包括診斷、計畫與治療，這在四年級下學期無法確實衡量成效，建議課程委員會是否考量將論壇(forum)之規劃融入五、六年級之臨床實習課程，以提升教學之成效。

準則判定：符合，但須追蹤

2.1.2.4 醫學系的課程必須包括選修的課程，以輔助必修課程和臨床實習。

發現：

1. 以新的6年制醫學系而言，修學期限計6年，需修畢223學分，其中包括通識必修42學分，通識選修9學分，專業必修166學分，專業選修6學分。必修科目仍達208學分，選修科目15學分僅佔畢業總學分數之6.72%，明顯偏低。選課之自由度仍然較為不足，且目前仍無跨校選課之機制，尤其是通識博雅教育因通識教育師資能涵蓋之領域，仍然無法與一般綜合大學互相比擬，而北部大學校院資源相對較為豐富，宜思考儘速建立跨校選課之機制，以強化學生跨領域學習的機會。可喜的是，學校教務處已完成學則修訂，將選修校外課程列入學則中，此案已送呈國防部審查；已與政治大學、台灣科技大學簽屬教學合約，將兩校課程視為「校內選修課程」，待國防部審查通過後本學院學生即可至政治大學、台灣科技大學選修課程。
2. 臨床實習課程方面，醫五規劃有LIC，為一實驗性之課程，每年遴選12名醫學生參與，提供學生選修的機會。醫六及醫七臨床實習則除必修科別外，分別有5個月及4個月的選修科別，實習學生可依其興趣選擇。
3. 2014年9月12日定稿之自評報告p. 103表格，課程中每一年級規劃給所有醫學生選修的總週數或學分數：一年級選修時間為75，二年級選修時間為83，是否有明顯誤植？

準則判定：符合，但須追蹤

2.1.2.5 醫學系必須收集並運用各種不同的成果數據，包括國家測試及格標準，以證明其教育目的之達成程度。

發現：

1. 2011年至2013年畢業年班畢業率為89-96%，而第一階段國考通過率為70.7-91.2%；第二階段國考通過率為92.3-99.5%，與國內其他醫學系相較，均達全國平均通過率之水準；臨床技能測驗(OSCE)近兩年100%通過率。表示國防醫學系之醫學教育能符合國家考試對醫學系畢業生的知識、技能、行為及態度等能力之要求。
2. 為瞭解畢業生擔任住院醫師表現情形，2014年首次發放「畢業生『雇主滿意度』調查」問卷至各國軍醫院及與本院簽約之實習醫院(如北榮、中榮)，請各院之主管、主治醫師填答，回收40份問卷，並分析其結果如下：各院主管、主治醫師較多認為「能以醫院目標為優先考量、配合度高」、「學校系畢業生工作態度較其他校系佳」及「刻苦耐勞、任勞任怨」，在「整體表現」亦給予學校畢業生有較高之評價「表現佳以上」比率達88.2%，惟通識能力與人文素養中，被評為「尚可」的比率均偏高，且在各個面向中，「外語能力」、「學習主動性」、「儀容談吐」、「領導能力」及「國際觀」等細項皆有加強的空間。此種畢業生『雇主滿意度』調查，值得持續辦理與進一步分析提供辦學參考。
3. 學系對於調查結果，已規劃教學需要加強的地方，並希望透過鼓勵學生參與國外醫院或實驗室交換、參加國外會議和參與暑期研究計畫等方式，提升畢業生的表現，但並未見包括內化於課程改革之完整的整體配套措施。

準則判定：符合

2.1.2.6 評估教學品質時，醫學系必須納入醫學生對課程、臨床實習和教師，以及各種其他措施的回饋或教學品質評估。

發現：

1. 教師教學評量，主要分為學生線上教學評量及課堂教學評量二種方式。學生線上教學評量未達12分者，為評量不佳。評量不佳的教師，由教師發展中心之組員(為老師身分)不定期至教室旁聽，以實際觀察方式，針對教師的教學過程實施考評，以做為

輔導的依據。課後並與受評教師針對結果進行討論並給予回饋意見，必要時並邀請受評教師至課委會報告。

2. 100學年度上下學期，學生線上評量未達12分的教師有2%及1%；101學年度上下學期及102學年度上學期皆為0%，而102學年度下學期則暴增至27%。這種過多(27%)或過少(0%)評量不佳之教師皆不是正常現象。據校方表示，102學年度下學期之線上評量，因為種種因素，如學生未慎重填寫和各選項之設定參考值下修等，而呈現之異常現象，已在檢討改進之中。惟此種情況，顯示線上教學評量之信效度，皆需重新予以檢定。事實上，資料並未顯示學校對於「滿意度較差的課程」如何以具體有效的方法進行提昇，以及其成果的展現。
3. 而針對線上評量不佳教師所做之課堂教學評量，主要是希望發現問題並加以診斷，以做為輔導改善之依據。實際檢視此評量表，除了所設計之評量項目皆為正向表列(如一般之教學評量問卷)，失去診斷的意義外，評分者給予的分數大都為A或A-，並很少給予形成性(formative)描述性意見，以致無法真正發現教師教學之盲點，淪為形式，也失去輔導改進的意義。
4. 三軍總醫院收集實習品質意見方式主要有三種：1、每季召開實習醫學生座談會、實習醫學生訓練管理委員會，於會中聽取學生意見。2、每月導師會談中收集學生對實習品質意見。3、每月請實習醫學生完成主治、住院醫師滿意度問卷。對於臨床實習教學的教師、住院醫師及其他健康照護團隊成員教學相關評估資料之收集，有兩種方式：1)學員之學習調查及2)醫師考核。其中學員之學習調查包括實習醫學生與導師面談紀錄、教學研究服務檢討紀錄、住院醫師及主治醫師滿意度調查，提供各部科及住院醫師及主治醫師參閱，作為改善及檢討依據，以維護教學及學習品質。
5. 三總每季調查實習醫學生對主治醫師及住院醫師教學滿意度。根據2012年第4季至2014年第一季之資料顯示：對臨床各科部之主治醫師平均滿意度介於83.1%至100%，而對住院醫師則介於80-100%，均達標準80%以上，故3年來從未需請科部提出檢討改善說明，此與訪談中所得之印象，未盡相符。如果100%之科部臨床教學皆受肯定，則所訂80%之標準能否真正反映醫學生對於教學之滿意度，其信效度為何？學系與院方是否需要重新思考？此外，根據三軍總醫院2012年第四季教育訓練官委員會議記錄(2012.12.19)決議事項提及：爾後教學滿意度統計排名最後三名科部應先進行內部

檢討，並提出精進作為。此項決議是否確實執行?院方宜持續追蹤，以提升整體臨床教學之品質。

準則判定：符合，但須追蹤

2.1.2.7 應由醫學系課程委員會、學系的行政和領導階層以及醫學生代表，共同制定並執行醫學生從事必要學習活動所需的時間，包括醫學生於臨床實習在臨床和教育活動的全部時數。

發現：

三軍總醫院臨床實習值勤政策依據醫策會教學醫院評鑑基準及教育部實習醫學生臨床實習指引：由實習醫學生訪談證實院方確實遵守執行，並訂定實習醫學生超過上限時的通報機制及接獲通報後的處理程序。

1. 教學醫院評鑑基準(第5.1.3條-101年)明確規定適合學習所需要之照護床數及值班訓練：每人每日照護床數上限以10床為原則；值班訓練以均不超過3天1班為原則，不宜超時值班，不得連續值班，值班照顧床數合理。值班後隔日實習不接新病人。訪視期間實習醫學生反映也與規定相符。
2. 該系與三總根據教育部實習醫學生臨床實習指引(2014年2月25日函修訂)執行：維護實習醫學生之實習品質及身心安全等權益，有關實習時數之安排應適宜，其原則如下：四週實習值勤時間平均不超過每週八十小時，單週不得超過八十八小時。實習醫學生每日例行實習值勤時間不得超過十二小時，兩次實習值勤時間中間至少應有十小時以上休息時間。連續實習值勤總時間不得超過三十二小時（白班實習時數+夜間值勤實習時數），並得於夜間實習執勤後依當時工作量及身心情況，向總醫師或實習指導醫師提出以下需求(三選一)：完全不接新病人（三總以本項次為值班原則）、連續休息二小時後再接續執勤實習、接二位(含)以下新病人。
3. 訪視期間實習醫學生反映與規定相符。

準則判定：符合

2.1.2.8 醫學系應有適當及有效的制度，以協助學習成效不佳的醫學生。

發現：

1. 學習成效不佳醫學生的預警機制：教務資訊系統中期中預警機制提醒學系、學生及所屬導師，三總建有「期中評估機制」，要求各科於期中可以各種方式(口試、筆試、OSCE、miniCEX、DOPS)進行評量學生學習成效，且於導師訪談中設有「期中評估機制」項目提醒所屬主治醫師應完成期中評量。
2. 學習成效醫學生不佳之機制：要求教師於課堂中錄製PowerCam，提供學生課後輔導使用(PowerCam重修課程開課實施要點)。在基礎醫學科目醫學生獲得期中考試成績，成績低落之學生由各管道進行輔導。學員生大隊隊職幹部進行生活管理、教務處處長進行集中溫書，但是未見學務處導師及實際授課單位如何有效協助提昇。不能確定由學生自行重複瀏覽PowerCam，是否是一種有效提昇學習成效之方法，或者只是獲得及格的途徑。以模組課程為例，訪視期間與教師訪談發現不及格之模組，學生觀看PowerCam作為課程重修輔導，之後通過筆試即視為及格，若課程含實際操作或實驗，仍必須參與實際操作與相關考試以取得該課程之完整成績；目前學習成效不佳的醫五、六、七醫學生，仍有24位學生未通過第一階段國考。因此，以PowerCam做為重修學生之主要教學模式，缺少師生互動，宜思考建立更有效的學業輔導機制。PowerCam應僅視為輔助教學措施之一。
3. 另有導師輔導機制，定期由導師為學習成效不佳醫學生提供相關教學補救措施。
4. 三軍總醫院臨床教師依期中評估結果，教學室對「教學補強程序」作法為(1)實習當科臨床教師輔導；(2)實習當科實施補課/補考；(3)每月導師監測，協助學生規劃完成進度；(4)實習當科臨床教師及時提供輔導協助；(5)實習當科請假逾三分之一者重修；(6)實習當科不及格者重修；(7)醫六：形成性測驗，及時提供輔導協助；醫七：總結性測驗，測驗後1-2個月由院方統一開設補強課程提供輔導協助。
5. 雖然訂有「強化學生課業預警輔導具體做法流程」，擬結合學生指揮部隊職幹部、學務處導師、教務處處長及各學系、科之力量，協助成效不佳的醫學生，但是成效有限，導致協助其通過國考之比例並不高。目前學習成效不佳的醫五、六、七醫學生，仍有24位學生未通過第一階段國考，成效有進一步提升之空間。

準則判定：符合，但須追蹤

2.1.3 地理分隔之教學地點的治理

2.1.3.0 醫學系對所有教學地點所提供的特定專門領域課程，必須具有等同的 (comparable)學習經驗 (包括臨床) 和等效的(equivalent)課程評估與學生評量方法。

發現:

1. 三軍總醫院為了要增加主治醫師名額，極力爭取其他醫院併入三總系統，例如最近就有松山和北投的兩個軍醫院加入，增加近30位的教師職缺，但在這方面一定要慎重考慮會不會影響到不同的臨床實習地點之教學相比擬程度。
2. 目前國防醫學系的六家教學醫院 (三軍總醫院、台北榮總、台中榮總、高雄榮總、奇美醫院、馬偕紀念醫院)，皆已通過醫策會教學醫院評鑑之醫學中心，都有簽署書面合作，也都有良好的教學口碑，足以承擔實習醫學生之臨床教育。
3. 醫學系透過實習生約的規範、外院導師(國防醫學系老師)參與該院實習醫學生座談時與外院教學負責人溝通，但仍有部分教學醫院缺乏相關會議記錄；此外，醫五安排有醫院參訪行程，帶隊老師與該教學負責人進行討論並無紀錄可查。**因此仍應加強與教學醫院之監督與合作機制。**
4. 國防醫學院一項很大的變革是過去只有自費生能到外院實習，今(2014)年軍費生也有每年(六、七年級)兩個月的外院實習機會，這是一個很好的改變，希望學校能把外院實習心得做一份詳細報告，比較學生到外院實習的利與弊，改善學校的實習內容。
5. 在佐證資料的訪查中發現，學校雖然有外院導師定期去訪問在外校實習的國防醫學院學生，但看不到訪談中間有什麼資料或記錄保存下來，所以也無從看出有何方式去追蹤這些問題的改善情形，這是亟需改進的地方。例如在整個訪視過程中很清楚看出臨床醫師及住院醫師對教學投入的差異性很大，在腎臟學科及泌尿科方面是做得很好，但有些科顯然對教學並沒有很重視。沒有留下任何訪談記錄，將難以追蹤醫師教學的改進情形。
6. 外派醫學生前往實習之醫院皆有設立師資培育單位，負責執行師培計畫及舉辦各項課程，藉以培養、強化及充實師資。三總教師發展中心並分設基礎教師發展組及臨床教師發展組，負責規劃、執行本學院師資培育各項課程與活動，以提升基礎及臨床教師教學水準及專業技能，而因應課程主題及類型之多元性，設有教學方法、教

學評量、教學資源及研究整合等小組，各自負責籌辦、審核主題之課程，以期帶動教學品質提升、研究能力精進；並訂有院外課程時數認證辦法，給予實質的學習認可。

7. 醫學系課程委員會臨床實習組成員負責檢視各外院學習經驗之等同性。該組對外院實習醫學生訓練計畫及評量表實施審查，以確保符合本系教學目的；並請導師至外院訪視學生時機瞭解學生學習成效及進度。
8. 當不同教學地點，例如學生評分方式以及學生對課程及臨床實習的評估等方面出現不一致性時，處理機制：系設有「國防醫學院醫學系醫五六七實習成績評分注意事項」，依該規定對實習醫生成績進行校正，以平衡各院評量方式，並利用教務資訊系統及導師訪視學生時機取得學生對實習醫院之評估資料，如有發現異常將提至臨床實習組討論，並依該組決議要求此實習醫院進行改善；如改善成效不彰，將提案至本系課程委員會大會討論是否不與該院簽定教學合約。但訪視期間無法證明、判斷此機制之成效如何，且此為事後彌補之方式，且成績如何進行校正，亦有技術上與學理上之困難。建議醫學系應制定一套分數評定準則，透過共識會議或工作坊來形成共識，以加強不同教學地點之教師間之共識與評分之差距。

準則判定：符合，但須追蹤

- 2.1.3.1 醫學系（院）的負責人必須對學系的治理與品質負責，並確保各教學地點有足夠的師資。

發現：

1. 醫學系系主任蔡教授本身即兼任主要教學醫院三總之教學副院長，對於通識(醫學人文)、基礎與臨床實習的教學計劃的規劃與設計，教學現場的執行及學生學習成效的檢核，都能完全的掌握，並負起責任。
2. 今年國軍北投醫院、松山醫院已納入三軍總醫院之分院，但同時也新增加教師員額34名職缺，但需確保新教學地點有足夠的師資承擔部分教學任務(如社區醫學實習)。

準則判定：符合

- 2.1.3.2 醫學系在各教學地點的主要學術主管，必須在行政上對醫學系（院）的負責

人負責。

發現：

除三軍總醫院外，其他5所合作之教學醫院(北榮、中榮、高榮、馬偕及奇美)，皆為醫策會評定之醫學中心暨教學醫院，符合教學醫院之標準，包括負責教學單位的主管、教學計畫的擬訂及醫學生的評量皆有一定之規範。學系也透過(1)實習醫學生實習合約的規範(2)學系課委會決議的轉知(公函)(3)外院導師參與該院實習醫學生座談的方式與外院教學負責人溝通，但未有正式之紀錄。以往未曾邀請外院教學負責人正式辦理面對面溝通協調會議，學系規劃自103年度起邀請北榮之教學負責人楊教授一同開會討論後續之作法。希望此種事先溝通知機制能及早建立，且擴及於其他各個外院實習單位，以確保地理分隔之教學醫院的教學品質與成績評量之一致性。

準則判定：符合

2.1.3.3 醫學系的負責人必須承擔挑選和分配所有醫學生之教學地點或學習路徑(如實習科別、先後順序)等的最終責任。醫學系應有機制讓醫學生在理由正當且情況允許時，可要求更換教學地點。

發現：

1. 醫學生被分派到不同教學醫院的機制：除5年級實習醫學生於三軍總醫院實習外，於6年級時可依個人意願選擇與本學院有建教實習合作醫院實習。
2. 該系訂有辦法與程序規範：學生完成初步分發後，可以申請更換教學醫院的程序依「國防醫學院醫學系實習辦法」中「實習醫院外調課程」規定辦理其流程如下：預先獲得各實習醫院同意後，再由學生於每年3月前上呈報告辦理，另外調課程成績仍由原實習醫院負責，但未發現有實際案例申請。
3. 申請國外實習醫院者，由系課程委員會辦理面試，以審查該實習醫院資格及課程內容。
4. 自我評鑑報告P.139，七年級「必修實習科別：內科三個月(含加護病房實習)，外科三個月，婦產及小兒科各一個月，其餘四個月為選修科」，建議課程委員會也訂定5~6年級之核心實習科別、內容與評量方式，並提供選修實習(含外院)之機會。

準則判定：符合

2.1.3.4 醫學系在各教學地點的各學科教師，必須以適當的行政機制整合其功能。

發現：

1. 除三軍總醫院，學生在其他5個主要教學醫院實習，都有安排該院負責之學術主管，醫學系並指派外院導師每3-6個月訪問參與該院實習醫學生座談時與該院教學負責人溝通。
2. 醫學系應制定與外院教學負責人正式溝通協調之會議、並做成紀錄，以追蹤改善成效，包括學生的評量資料、課程或臨床實習的評估資料和其它對教師的回饋意見。
3. 依「國防醫學院醫學系醫五六七實習成績評分注意事項」規定，對實習醫學生成績進行校正，以平衡各院評量方式。此為事後彌補之方式，且成績如何進行校正，亦有技術上與學理上之困難。醫學系應制定一套分數評定準則，透過共識會議或工作坊來形成共識，以加強不同教學地點之教師間之共識與評分之差距。

準則判定：符合，但須追蹤

2.1.3.5 醫學系必須訂定一致的標準以評量所有教學地點的醫學生。

發現：

2. 目前學校與其他5個主要教學醫院並未建立統一的評量表。希望學校能邀請外院提供訓練計畫及評量表至臨床實習組審認，以確認與該院實習教育目的與醫學系相符。該系定期由外院導師訪視至外院實習之學生，並於會中與對方教研主管進行教學目的及評分方式之討論，但仍有部分教學醫院缺乏相關會議記錄；此外，醫五安排有醫院參訪行程，帶隊老師與該教學負責人進行討論並無紀錄可查。因此仍應加強與教學醫院之監督與合作機制。
3. 該系訂有「國防醫學院醫學系醫五六七實習成績評分注意事項」，依該規定對實習醫學生成績進行校正，以平衡各院評量方式。但是，規定而無共識或具體操作方式恐不易落實評量的一致標準。
4. 該系欲建立「期中考核機制」，立意良好，但目前只與部分教學醫院(中高榮、奇美、馬偕紀念醫院)告知，仍需進一步推動執行(佐證資料2-與外院開會之會議紀錄)。

準則判定：符合，但須追蹤

2.1.3.6 醫學系應確保分配至各教學地點的醫學生具有等同的受教權利，並獲得同樣的支持的服務，例如與職業傷害有關的保健服務和諮詢等。

發現：

與5所建教合作之外院皆訂有實習醫學生實習合約，其中除北榮外，針對醫學生的教務與學務權利，如健康照顧及意外保險..等，皆有明文之規範。依相關規定，接受實習學生之醫院，應為實習學生投保意外傷害險，以保障實習學生之權益，此重要條文並未見於與北榮之合約規範內。

準則判定：符合，但須追蹤

2.2 修業過程

2.2.1 教學

2.2.1.0 醫學系必須依照教育部規定，制定醫學生完成醫學系課程而取得醫學學士學位所需的最長修業期限。

發現：

修學年限及相關規範，符合教育部「大學法第二十三條」之規定。

準則判定：符合

2.2.1.1 醫學系各學科的教師，應建立該學科的成績標準，並適當地在跨學科與跨專業的學習經驗中融入這些標準。

發現：

1. 各學科的教師有建立該學科的成績標準，在「整合課程組」於每區段均進行 pre-block、post-block meeting(區段前、後課程規劃會議)，於pre-block meeting 討論其評量方式及及格標準，於post-block meeting依學生回饋意見進行評量方式及及格標準修訂，顯示在跨學科整合課程已嘗試將學習經驗中融入成績標準；但仍未全面有系統性地規劃跨學科與跨專業課程(IPE)(如醫學、護理、藥理、公衛等不同專業)融入這些標準。

2. 臨床實習階段，課程委員會之臨床實習組由張宏主任主持，會定期召開會議討論各

學科訓練計畫，檢視其評量方式及輔導補救措施。另外，三軍總醫院之實習醫學生訓練管理委員會及訓練官委員會，定期修訂該院臨床考核表，臨床核心技能評量表及mini-CEX考核表以及訂定各表單及表格分數。此外，三總另設有OSCE小組，定期針對OSCE評量表及該分數進行檢討。

準則判定：符合

2.2.1.2 醫學系教師的教學方法應與時俱進。

發現：

1. 教師發展中心(Center for Faculty Development, 以下簡稱CFD)有舉行相關新的教學方法的工作坊或研討會，幫助醫學系教師的教學方法與時俱進。例如三總規定實習醫學生應於每個實習course期中完成mini-CEX評量，藉此了解學生學習狀況。
2. 國防醫學院在通識人文方面有四位專任，七位兼任，而這七位兼任的師資全部是臨床醫師的背景，其中郭世清老師，開設軍事倫理課程，自編教材是最先採用美軍軍事學校有關倫理課程的資料後，自行參考國情編著了一套很有創意的「烽火映白袍」的課程，並對自己的工作充滿了熱忱，學生亦認為郭老師是一位非常有創意的老師，這是在國防醫學院的通識人文方面，所看到非常positive的一面。
3. 在基礎醫學科目授課過程皆以PowerCam錄製，供學生課後複習。不知是否屬於達到所謂「數位學習和其他網路學習」？在三、四年級的整合課程中各個block皆具有「問題導向學習」，但因訪視時段並無此課程進行中，故未能親眼目睹實際推行情況。
4. 除醫學系3、4年級基礎臨床整合課程導入PBL教學外，醫學系5、6、7年級臨床實習也強調OSCE教學，使用模擬教具，提供臨床實境，強化教學效果。此外，目前醫院(三總)並有107位標準化病人(SP)，其中70位經台灣醫學教育學會SP之認證通過。而領有SP證書者，約有2/3具演藝人員身分，具有豐富的表演經驗，對臨床技能之教學頗多助益。
5. 醫學系之教學在醫學系三、四年級亦採系統器官模組分類，在每一整合課程組亦有加入PBL的案例教學，在醫學五~七年級進入臨床實習學習，在每一course 均有以mini-CEX考核，每年亦舉辦OSCE評量。但床邊教學大多數仍流於單向授課的方式。
6. 教師臨床教學(如床邊教學、教學門診、住診教學等)的指導與回饋技巧有待加強，

例如學生之優點及待改善或操作不正確的技能，較無法提供有效的具體(specific)建議指導，有待CFD之協助。

7. 其他訪評所見：(1)肌肉骨骼超音波檢查相關教學課程，教師吳醫師教學態度認真，而且手中有模型相映照，可惜學生對膝蓋解剖不太明瞭，再加上檢查膝蓋不同的部位，學生從檢查中得到的資訊相當有限，因此根本無法依檢查中得到的資訊加以討論，只有單向的教學。建議復健部印一份講義，並附上常做超音波檢查部位的解剖，於上課前發予學生預習，如此將可改進學習成效。(2) Spinal Disorder II 此課程由神經外科鍾醫師上課，課中討論脊椎的X-ray及MRI，課程準備完整而且講解詳細，其中包含正常與受損傷的脊椎影像，可惜上課學生中7位有2位打瞌睡，因此沒有人發問，缺少互動與雙向討論的機會，例如正常影像之後，播放異常影像，由學生指出其損傷處，更可提高學生的興趣。(3) 整形外科的晨會相當具有創意，以英文發音為主，幫助與會者外語的溝通能力，可惜所討論的內涵均是專科知識，教學對象以住院醫師為主，學生也沒有準備，因此部分六年級學生表示吸收有限。建議用住院醫師為溝通橋梁，使學生於會前先閱讀相關教材，如此學生才從能從這些討論會中學到新的智識。(4) 骨科內的主治醫師均認真投入學生教學，可惜在早上教學時，因為程度的不同，將學生及住院醫師分開教授。如此不但事倍功半，而且剝奪住院醫師加入教學與學習的機會。(5) IRS(Interactive Response System)使用之課程及人數分別如下：101學年度5個課程，432人次；102學年度5個課程，432人次；103學年度上學期至今2個課程，179人次，總共計五種課程(扣除重複者)，1043人次，以課程數及使用人次，尚可多加推廣。

準則判定：符合，但須追蹤

2.2.1.3 醫學系之教師必須督導醫學生的臨床學習。

發現：

1. 實習醫學生透過參與病人primary care、床邊教學、教學門診、住診教學及各種病例研討會獲得臨床學習。
2. 三軍總醫院教學室規定實習醫學生應於每個course期中完成mini-CEX評量，藉此了解學生學習狀況。每個course結束前完成臨床考核表，並由總醫師及主治醫師/導師

對學生給與回饋。

3. 三軍總醫院另外設有訓練官制度，每月由訓練官至各科部實施各教學項目考核，並與實習醫學生面談，了解學生學習狀況及工作負荷量。
4. 三軍總醫院之主治醫師，如具有教職，均受學系各學科聘任為專兼任教師；如無教職，則受聘為臨床教學指導老師，住院醫師亦需完成CFD 8小時之教學時數訓練，以提升整體教學品質。惟建教合作之外院無教職主治醫師是否受聘為指導老師以及外院住院醫師是否皆經相關教學訓練，學系應確實查核並落實相關要求。
5. 其他訪評委員之觀察：(1)委員訪視期間對於教學門診、住診教學所觀察之結果，**學生在接觸病人前、後未能落實洗手，且教師也未能及時予以指正**，有待該系積極加強改善，以保護病人也保護學生的安全。(2)此次評鑑參訪醫院的晨會、住診教學以及門診，參觀之科系包括腸胃科、心臟科、腎臟科、感染科、新陳代謝科、風濕免疫科、血液腫瘤科、外科、麻醉科(大堂課)及小兒科，**應更加落實床邊教學**。最典型的是在護理站執行mini lectures，而且給予學生溫習的講義內容，除了腎臟科及外科grand round之外，其他大都是填鴨式教學，毫無鼓勵學生思考或推理。其中有兩科只有一位學生在聽課，這種教育方式必需改進。此外，**有兩位主治醫師與一位學生於看病前後都沒洗手**；另有一位主治醫師，直接在走廊問診病人，並將病人衣物翻開進行檢查，毫無尊重病人隱私之觀念。**可見看病前後需洗手，以及尊重病人隱私之習慣與文化尚未融入三軍總醫院，這種缺失必須迅速改正。**

準則判定：符合，但須追蹤

2.2.2 醫學生之評量

- 2.2.2.0 醫學系必須有適當的系統，就知識、技能、行為和態度採用多種評量方式，來評量醫學生於整個課程中之學習成果。

發現：

1. 學系有適當的系統，利用多元評量的方式，來評量學生的學習成果。在學校主要為課委會之臨床實習組負責；而在醫院部分，則由三總實習醫學生管理委員會及訓練官委員會負責。
2. 但有部分課程仍有較不適合之評量方式，例如「臨床溝通技巧」課程：教導學生學

習如何傾聽、藉著同理心建立和維持良好的人際連結、並討論各種醫療情境的困境和處理方式，學習目的：“會適切地與病人及其家屬溝通，以及詢問病史、說明診斷及處置計畫。以病人聽得懂的語言，解釋檢查結果，並適當說明病情及其預後。適切地給予病患及家屬關懷與支持。與上級醫師及其他醫療團隊同仁，有適當的溝通及討論”。課程中採用的形成性評量方法為練習性測驗，包括指導教師評等、客觀性結構式臨床技能測驗(OSCE)或使用標準化病人之測驗、角色扮演，而未使無用描述性評量方式做為形成性或總結性之評量。該課程上課方式為課堂講解、分組進行演練；但只有課堂中的口頭回饋，並無學生對此課程的書面回饋機制。(自評報告：課程與臨床實習資料附表-141)。**重視臨床溝通技巧教學過程，但是對於臨床溝通的知識、技能、和態度等面向缺乏適當評估之方式，且無適當之總結性評量。**

3. 就基礎醫學科目而言，部分可以採取「知識、技能、行為和態度」多角度對學生進行評量；但是在講堂之中由單一授課教師進行授課，幾乎無法對於每一學生進行上述方式評量，僅能在期中期末測驗之中驗收「知識」方面的學習成效。在三年級基礎與基礎醫學的部分單一整合「系統」之中可以搭配一小部分(6小時)問題導向學習，藉以做為行為及態度的評量管道。對於醫學人文性質科目，也進行「知識」以外的評量。

準則判定：符合，但須追蹤

- 2.2.2.1 醫學生在每門課程和臨床實習應接受評量，並儘早給予正式的回饋，以便有足夠時間進行補救。

發現：

1. 學院已初步建置「數位學習平台」，醫三、醫四整合課程均以該平台公告學生期中、期末考成績，即時回饋給學生，使學生瞭解其學習狀況。此系統結合教務資訊系統，學生可於該系統得知其修業情形及各課程成績。
2. 實習醫學生於三軍總醫院計有下列形成性評量：門住診教學紀錄表、OSCE評量表及miniCEX評量表。三軍總醫院教學室要求各科應於每個course期中以各種方式(口試、筆試、OSCE、miniCEX)進行評量學生學習成效，瞭解學生學習狀況，以及早發現學習困難學生。

3. 三總已建置有臨床訓練管理系統系統(CTMS)，此系統將提供線上評量系統，學生可於該系統即時得知其實習評量情形及各科實習成績。醫五至醫七學生均至醫院實習，國防醫學院醫學系規定各學科於實習結束1個月內回傳實習成績至該室綜整。

準則判定：符合

- 2.2.2.2 醫學系所有課程及臨床實習的負責人，在每門課程及臨床實習時，必須設計一套評量學習成效的制度，以公正和適時地執行形成性評量(formative assessment)與總結性評量(summative assessment)。

發現：

1. 實習醫學生於三軍總醫院實行之形成性評量有：門、住診教學紀錄表、OSCE評量(醫五實施2次、醫六實施1次OSCE評量，評量後給予立即回饋)及miniCEX評量表。三軍總醫院教學室要求各科應於每個course期中以各種方式(口試、筆試、OSCE、miniCEX)進行評量學生學習成效，瞭解學生學習狀況，以及早發現並輔導學習困難學生。其中OSCE在醫五實施2次、醫六實施1次，評量後給予立即回饋。但是，OSCE未必適合於每一臨床實習course都實施，**各科對於實習醫學生之評量仍應針對知識、技能、態度施予適當之評量。**
2. 三總也推動實施臨床實習「期中回饋」的進行，然而學生多數覺得推行「期中回饋」制度後，對其學習效果較無幫助，可以進一步檢討改善。
3. 每個course結束前完成臨床考核表作為總結性評量(summative assessment)，並由總醫師及主治醫師/導師對學生之知識、技能及態度給予文字描述性之回饋意見。
4. 醫學院及主要附設醫院對於臨床教學的評估的確是相當用心，**對於一些熱心教學的老師也有回饋的機制，但很可惜這些老師的教學方法及技巧未能在CFD課程中與其它老師分享。**

準則判定：符合，但須追蹤

- 2.2.2.3 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，應包含以敘述方式描述其技能、行為和態度。

發現：

1. 部分醫學人文課程的評量包含報告書寫，由報告中可見學生的態度之轉變。由訪談學生可知，部分醫學人文課程促使醫學生反思自己與不同族群的差異，進而萌發文化敏感度與同理心。
2. 實習醫學生於三軍總醫院的形成性評量如門、住診教學紀錄表、OSCE評量表及 miniCEX評量及「期中回饋」有採用敘述方式描述其技能、行為和態度。例如「期中回饋」部份學生反應此制度增加其紙本作業量，多數學生認為教師可由此機制瞭解學生學習狀況，然三總臨床教師已將回饋時機落實於平日臨床工作，然而學生多數覺得推行「期中回饋」制度後，對其學習效果較無幫助，可以進一步檢討改善。
3. 總結性評量包括：筆試、書面報告、口頭報告、醫七OSCE評量。此外每個course結束前完成臨床考核表作為總結性評量(summative assessment)，並由總醫師及主治醫師/導師對學生之知識、技能及態度給予回饋意見。
4. 部分課程(尤其是整合性課程)常缺乏“描述性評量方式做為形成性或總結性之評量”，以敘述方式描述其技能、行為和態度，是未來可以加強之處。

準則判定：符合

- 2.2.2.4 醫學系必須持續評量學生學習成果，確保醫學生已習得，並在直接觀察下展現核心臨床技能、行為和態度。

發現：

1. 實習醫學生於醫5、6、7年級分別規劃有OSCE評量，如前所述。醫5於期中、期末各評量1次，於評量前舉辦OSCE教學，並於評量後給予2分鐘回饋，使學生瞭解其不足。醫6實施1次，同樣給予2分鐘回饋。醫7則於OSCE國考前辦理模擬考，並由三總教學室收整各站評量情形分析，找出不理想的站別，統一對學生進行輔導。
2. 為評量醫學生核心能力的學習成果，除OSCE外，三總亦採用迷你臨床演練評量(Mini-CEX)，操作技能直接觀察評估(DOPS)，以及病歷寫作評量(case-based discussion)。Mini-CEX部分在各科部較為廣泛採用；DOPS部分則僅在部分外科病房或如技術性較高之科別如呼吸治療(Respiratory Therapy)；至於病歷寫作，院方為避免電子病歷經常使用copy and paste功能之弊端，至今仍堅持採用手寫病歷，用心良苦。惟實際檢視病歷，仍有部分每天病程記錄皆相同，失去原來規畫的用意，

值得院方重視。而在記載方面，則大抵皆能遵循SOAP之模式，同時，有部份之病歷書寫亦能呈現問題導向之記載(Problem Oriented Medical Record, POMR)方式，以提升病歷書寫的品質。

3. 而由問卷調查顯示在「病史詢問」及「身體診查」之部分，在不同的科部有極大部分的比率(78.4%-88.8%)的畢業生勾選有被老師直接觀察評估；而在實習醫學生的部分，在不同的科部，也有57.1%-73.8%勾選有被老師觀察評估，顯示大體上臨床教師(醫師)對於DOPS有初步的認知與瞭解，並能實際運用於臨床學習評估上。惟此問卷調查亦顯示，精神及家醫科之比率稍微偏低，尤其是家醫科，理論上應極為熟悉此種評量方式，此問卷之客觀性或真實性固然仍待驗證，科內仍應積極釐清是否有特別的原因。而在臨床技能部分，由醫6學生實習前與實習後，以及醫7學生之自評，其臨床核心能力皆有增加，顯示醫5之「hands-on」教學以及醫6在三總一年訓練，可有效提升其臨床核心技能。
4. 醫學生畢業問卷(施作人數：120人)調查學生臨床技能是否直接被觀察指導，以及在那些輪訓科別被觀察指導之比率，大約在60~90%之間，亦即仍有10~40%的臨床科仍未落實直接觀察的評量，有待持續努力。

準則判定：符合，但須追蹤

2.2.2.5 臨床教育的過程中，醫學系必須確保醫學生逐步展現各階段應有的知識、技能、行為和態度，以承擔逐步加重的責任。

發現：

1. 醫學系5年級全學年前11週為正規課程，如麻醉學、家庭醫學、醫事法律、急診醫學…等之授課，後25週為連續臨床實習課程之設計。其中內、外科實習以4週為原則，婦產科、小兒科、放射診斷科及臨床病理科分別實習2週為原則。在實習第一週規劃職前訓練暨重症處置課程，以利學生之臨床實習，而primary care照護床位以每科一床為原則，每週值班一次，至晚上10:00並於實習期間完成18項核心技能學習護照之認證。
2. 醫6、7年級實習課程原則規劃於附設醫院之三軍總醫院實習，醫7開放自費生到他院實習。而三總實習期間亦開放最多2個月外調他院實習，如北榮等。醫6實習課程，

必修科別分別為內、外科實習各三個月，婦產；小兒科個半個月，其餘5個月可任選科別。primary care照護床位增加為每科2床為限，每人每日照護床位不超過10床，並需完成52項(60%)之臨床核心技能認證。醫7實習課程，必修科別為內、外科實習各3個月，婦產、小兒科各1個月，其餘4個月可任選科別，primary care照護床位則以每科3床為限；每人每日照護床位不超過10床，並需完成86項(100%)之臨床核心技能認證。

3. 以制度設計而言，確有逐步加重實習醫學生的責任。惟醫5、醫6之醫學生在各科1個月只承擔照顧1、2位primary care病人的臨床工作與責任，由主治醫師或住院醫師指定病人，醫學生需每天第一線親自照顧病人，並書寫progress note，有問題則與住院醫師或主治醫師討論。大多數學生的主動性仍然不足，較少有學生在跟隨住院醫師或主治醫師查房之前，能先行探視病人，完成理學檢查，查證最新之實驗室或影像學之報告或結果，並根據病人的主訴、理學檢查以及檢驗報告的結果，先行以問題導向推理思考的方式去做鑑別診斷以及後續的處置計畫。一直到跟隨住院醫師或主治醫師查房，才進行有限度的討論，大部分也變成只聽老師解說，不知如何提出深入的問題，也自然成為被動的學習者，喪失主動學習的機會，大大的減少學習的成效。而醫五學生依規定為每週夜間實習一次，至晚上10:00，值班中護理人員遇到病人有抱怨，除非學生相當主動，並不會叫學生陪同探視或處理，因此**夜間實習的功能往往無法發揮**。
4. 在其他醫院實習之訓練品質是否能逐步展現各階段應有的知識、技能、行為和態度，及承擔逐步加重的責任，則在訪視期間與相關資料中無法判定。

準則判定：符合

2.2.2.6 醫學系課程必須持續評量醫學生解決問題、臨床推理、決策和溝通的能力。

發現：

學系規劃有PBL、論壇式教學、OSCE以及mini-CEX評量，以培養並評量醫學生解決問題、臨床推理、決策和溝通的能力。訪視期間發現，這些課程大都能依規畫執行與推動，但也發現部分之評量或因臨床醫師工作相當忙碌，或因不知如何給予回饋意見，有些評量之意見，尤其是**形成性評量流於形式，或空泛而不具體**，仍需持續努力和落

實，才能有最好的教學成效。床邊教學較少教學互動，推理誘導之雙向互動模式。但是實習同學對其所primary care的病人均能確實掌握病史，鑑別診斷及治療方針。

準則判定：符合，但須追蹤

2.3 課程內容

2.3.0 醫學系的課程內容，應確保醫學生能獲得良好及有效率的不分科醫師所需之特質和能力，並能以主動且獨立的態度達成終身學習的能力。

發現：

1. 國防醫學院為我國唯一軍事醫學院校，為發揮軍事醫學的特色，在醫4區段課程，如心臟血管循環系統II、呼吸系統II、皮膚系統…等等中，規劃有軍陣醫學課程，並為配合近年來國軍在國內重大災難扮演重要的救災角色，在醫5開設有「災難醫學」課程，是學校的一大特色。
2. 而五年級臨床實習課程的安排，目前是內、外科以4週為原則，婦產、小兒與放射診斷及臨床病理分別各2週為原則。惟醫五臨床課程之安排，應考量以培養基本照護能力及其所需之臨床技能最主要的科目，即內科、外科、婦產科、小兒科、家庭醫學科以及精神科(行為醫學)為主。一般醫學的結構與組織，誠如主任之報告，仍在努力與改進當中。縱觀國外先進國家安排臨床課程的策略，即基於以上之考量，使醫學生能嫻熟以上之基本照護之臨床技能，來進一步延伸並銜接進入任何領域的畢業後醫學教育(PGY)。以此觀之，醫五的放射診斷與臨床病理二科與家庭醫學和精神科二科的相較，其在基本照護能力培養上的重要性與優先順序，確有再行詳細斟酌的必要。
3. 臨床教學已經進行問題導向學習、小組討論以及個案討論、論壇式教學及實證醫學等方式，以培養主動且獨立的態度、終身學習的能力。但訪視期間與查閱資料無法確定該院系做到「確保醫學生能獲得主動且獨立的態度達成終身學習的能力」。

準則判定：符合

2.3.1 醫學系必須包括四個廣泛領域的教育：通識、醫學人文、基礎醫學和臨床醫學，而學士後醫學系必須包括醫學人文、基礎醫學和臨床醫學。

發現：

課程安排包括有通識、醫學人文、基礎與臨床醫學等，其中臨床醫學佔有173個學分，與其他一般醫學校院差異不大。較為特別的是醫五開設有縱貫式實習課程，此為一實驗性課程，每屆參與的學生限定12名，主要在強調照護連續性，課程連續性以及指導之連續性。

準則判定：符合

2.3.2 醫學系（院、校）必須提供醫學生通識教育。

發現：

1. 校級「通識教育委員會」由學校單位主管及師生代表共同組成，規劃通識教育課程包含醫學人文領域、文學藝術與人文思想領域、溝通與心理探索領域、外語文領域、公民意識與社會分析領域、科技與社會領域等六大領域。
2. 通識六大領域之一的科技與社會課程目前以科學普及課程為主，強調趣味性，其知識性深度如何不明。建議應增加科技與社會相關課程。
3. 醫學系課程委員會，針對醫學人文的教學，設有「博雅教育組」次委員會，由本系熱心參與人文領域之醫師擔任委員，定期與通識中心教師開會討論本系縱貫式醫學人文課程、暑期實施之生命教育與倫理實習系列課程、生涯規劃、醫學史、醫學倫理、以及醫事法律等課程。
4. 通識師資中不乏性別專長之教師，也成立了性別與健康研究室，但性別課程的開設不穩定，建議應將性別相關課程納入整體課程規劃。
5. 通識課程成績普遍偏高，應整體檢視課程評量方式。建議通識課程成績可以與其他基礎臨床課程之成績比較，並擬定評量之原則。
6. (1)雖然在國防醫學院自評報告中，課表有「生命教育與倫理(附表64)」、「病人醫師與社會(附表55)」、「生涯規劃(附表22)」等課程，但是「以語言、肢體或其他暴力，對於他人之性別特徵、性別特質、性傾向或性別認同，進行貶抑，攻擊或威脅」的學生百分比不但沒有下降，還逐年上升(自我評鑑報告p. 231)。(2)學員對通識人文及歷史學之瞭解與認識不足，且學生年級越高不守規律百分率愈高，顯示通識、倫理教育效果仍待持續落實。

7. 少數通識課程缺乏課程進度規劃與教材。這個現象是資料收集的問題或是課程管理問題，有待釐清。

準則判定：符合，但須追蹤

2.3.3 醫學系的課程必須包括醫學人文教育。

發現：

1. 醫學系課程委員會設有「博雅教育組」，由熱心人文領域之醫師擔任委員，定期與通識中心教師開會討論本系縱貫式醫學人文課程、暑期實施之生命教育與倫理實習系列課程、生涯規劃、醫學史、醫學倫理、以及醫事法律等課程。2013年開始邀請學生提「創意方案」，鼓勵學生提出「生命教育與倫理課程」計畫，經過本系博雅教育組與通識教育中心二位老師共同審核通過後，予以實施。本(2014)年「生命倫理與教育實習」課程共涵蓋15所機構、14個創意方案及6組國外醫療志工團，機構包括非政府組織團體、玉里榮民醫院及台東聖母醫院等，服務對象除照護機構老人、心障人士及偏鄉學童外，甚至包含動物(流浪貓送養與照護計畫)及台灣環境(THINK-MORE環保微使命：淨灘)，展現課程之創意與多元，值得肯定。
2. 「博雅教育組」次委員會多數由臨床醫師擔任委員，如任益民主任(已離職)、張芳維醫師、張耀文醫師、王志嘉醫師、許珮蓉主任(社區健康營造中心)，而通識教育中心僅有一位教授是其中成員，建議可以納入更多不同專業背景之人文教師，以增加醫學人文教學的豐富多元。
3. 醫學系也嘗試將醫學人文內涵融入「PBL整合課程」教案。
4. **通識與醫學人文課程均採小班教學，提供學生討論機會。**師資充足，且教師普遍具有教學的熱誠，基礎良好。課程縱貫式設計已具備雛形，可做為深化的基礎。其他醫學人文的資源亦相當豐富，如校史館、院史計畫及圖書館。建議改進事項：醫學人文課程整合度可再加強。通識架構下的醫學人文與醫學系課程委員會下的博雅小組應整合，以利整體課程設計、規劃與開授。雖然醫學系課程委員會辦法中，設有通識教師一名為委員，但是通識中心的醫學人文教師與課程及醫學系的博雅課程及課程委員會之間的整合稍嫌不足。
5. 課程內容之間的銜接與整合不清，從學生的角度來看，倫理課程相當多，而這些倫

理課程之間是否有初階與進階的結構?內容如何協調?此外，從訪談學生的學習心得可知，多數課程著重於實作及倫理規範性的概念(如不可有偏見、不可傷害病人等等)，建議可加強知識的成分與深度。

6. 延續上述問題，醫學史為必修課程，可以充實學生醫學人文的知識，立意甚佳，然而不知何故由一年級上學期改為一年級下學期。醫學系一年級，為影響學生的關鍵時刻，也是展現貴系重視醫學人文的最佳時刻，可使學生了解醫學人文教育對於未來醫療專業工作者的重要性，但此更動使得一年級上學期沒有醫學人文課程，喪失良機。此外，必修課程的更動應基於整體課程的教學目標與理念，並以學習者為主體，而非基於教師的時間考量。此一現象顯示醫學人文課程整體的規劃仍有不足。
7. 從醫學史的課程大綱看來，主要是邀請講者講述經歷或是歷史案例研究，缺乏明確的課程主軸與目標及與其呼應的課程內容設計。建議應擬定醫學史的課程目標並重新思考該課程在醫學人文課程中的定位，並善用學校的相關資源，如將院史計畫所蒐集的史料應用於醫學人文相關課程。
8. 部分課程的變動頻繁，穩定性不足，不利助理教授層級教師的專業發展。建議因規劃而更動課程時應有配套措施。
9. 暑期課程的規劃設計與執行為任務型的方式，無正式地位，參與課程教師的時數計算方式無明確認定方式。建議將教學時數計算方式制度化。

準則判定：符合

- 2.3.4 醫學系的課程應讓醫學生能根據實證和經驗培養慎思明辨的能力，並發展醫學生能運用原則和技能以解決健康和疾病問題的能力。

發現：

1. 醫一、醫二年級：「普通社會學」使學生瞭解社會學的基本思考方式，學習「社會學的思維模式」。「病人、醫師與社會」著重從學生的個人經驗出發，讓學生藉由社會學的觀點以瞭解個人與社會的互動關係，並習得瞭解社會的方法，同時藉由社會學的觀點、方法來觀察及討論台灣的社會與醫療現象。另開設「醫院管理PBL」，藉由「醫療體系與醫院評鑑制度」、「醫院品質管理」等教案使學生瞭解社會對於醫療照護的需要與要求。

2. 醫三、醫四年級：為整合課程時期，規劃PBL教學，學生藉由完成腦力激盪、回報及討論、蒐集資料解決問題的能力、小組的互動與溝通技巧及專業態度、小組回饋能力等，發展自身基於實證提出批判性決策及解決醫療問題之技能。醫四年級「醫院資訊與實證醫學」課程，授課包含學院基礎及臨床師資，於課程中教授學生實證概論、PICO原則，評量方式為實證醫學分組實作及報告。
3. 醫五至醫七年級：本系學生於三軍總醫院實習期間，依各科訓練計畫培養出實證醫學EBM之能力，並依各科規劃參與實證醫學會議，進行實證醫學討論；2014年2月起，醫院規劃每月第4週的週四上午辦理跨領域討論會，請實習醫學生參加討論，其會議議程包含：實證醫學及健康照護矩陣分析，有關健康照護矩陣分析包含六大核心能力及六項醫療品質指標，讓學生能運用其原則和技能以解決健康和疾病問題之能力。
4. 已有相關課程培養醫學生實證和經驗、培養慎思明辨的能力，但如何確認醫學生是否真有能力運用原則和技能以解決病人健康和疾病問題，有待繼續努力。

準則判定：符合

2.3.5 醫學系的課程必須包括醫學基本原則暨其科學概念。

發現：

1. 在臨床醫學部分，課程規劃為引導學生具有「認知健康」及「健康促進」等主題之教育，初期階段曾包括愛滋病之病因與預防，安樂死與臨終醫學、醫院感染及預防…等議題。但此項課程目前已由「醫學倫理及醫事法律」取代，為醫五必修2學分之課程，課程設計則偏重醫學倫理、法律與醫病關係之探討，不知原先「認知健康」及「健康促進」所介紹的醫學知識是否包含於其他課程。
2. 以目前對疾病認知的變化以及對社會需求和照護需求的影響而言，醫學系的臨床課程以此為綱要，應涵蓋的科目，除傳統的內、外、婦、兒外，有家庭醫學、社區醫學、預防醫學及老年醫學。以此原則，檢視目前的課程規劃在正式課程部分，則除醫五的家庭醫學(1學分)，建立學生有家庭照顧及社區醫學的概念以外，其他與預防醫學及老年醫學相關的部分議題(主題)，則散置於其他課程科目之中，無法做一個全面性完整且系統性的介紹，其學習效果恐無法與整合為一完整架構之正式課程相互比擬。而在臨床實習則發現醫5、6、7年級之實習課程以內、外、婦、兒、放射診

斷及臨床病理為必修，以校方所提供之資料，不確定內科實習是否也包括家庭醫學及老年醫學等科部，如不包含，則雖有選修之空間，並無法確定所有醫學生皆能習得這些現代必備臨床經驗所需之基本能力，也就無法順利接軌至目前的畢業後一般醫學教育。

準則判定：符合

2.3.6 醫學系的課程必須包括基礎醫學的內容，足以支持醫學生精通現代科學知識、觀念和方法，以做為獲得及利用科學於個人與群體健康及當代醫療的基礎。

發現：

1. 課程設計已包括基礎醫學的內容，但是由於整合性課程的負責老師(coordinator)均由臨床醫師擔任，但基礎醫學教師並不隸屬醫學系，而是歸屬於公衛系、藥學系等教學單位，因此**基礎和臨床醫學教師之溝通協商，以決定課程的內容、協調與連貫、減少重覆**這方面比較不理想，經檢視資料也顯示仍有重複之處，且授課教師常不清楚其他老師之授課內容。因此，制度上仍有可以提升改善之處，例如整合性課程的負責老師可由基礎老師與臨床教師共同擔任負責老師(coordinator)。
2. 實地訪視解剖學課程很多學生都在用iPad，但仔細看這些iPad顯示的都是一些X光片，與老師解剖學講授內容有相對應，詢問後才了解是老師於課前提供給學生的電腦資料，所以學生可以上網觀看老師在解剖學上的圖形，對照自己X光所看到的資料，這是相當不錯的基礎臨床整合的開始。
3. 寄生蟲學，隨著時代之演變與生活型態之改變，已不被認為是非常重要之課程，而目前國防只有一位專任老師，建議考慮將這門課程整合為“Military Travel Medicine”仍可以教些含括寄生蟲有關之課程，又可以加上不同地區醫療特有之傳染病，也有助於加強學生參加國際醫療服務的準備。

準則判定：符合

2.3.7 醫學系的課程應包括實驗或其他直接應用科學方法準確觀察生物醫學現象和數據分析判讀的操作機會。

發現：

1. 基礎課程有安排實驗課程，實地訪查學生上課情形，隨機抽問有機實驗大多能回答實驗目的與判定結果，微生物實驗因需要隔夜觀察，故沒有看到學生判讀的情形。
2. 觀察到「有機化學實驗」的講堂介紹及剛剛進入實驗室的狀況，但時間限制無法觀察到實際進行與「數據分析判讀」部分。據主持實驗的教師說，「各組繳交實驗成果時，將會對個別結果加以口頭研判分析」。在「自評報告：課程及臨床實習資料(附表)」(第1至8頁，顯示必修之一至四年級課程，**在絕大部分課程「實驗/實做」部分是列出0小時(0%)**。實際列有實驗佔比者為：普通生物學實驗、生命倫理與教育實習 I、人際溝通技巧、有機化學實驗、生物化學實驗、生命倫理與教育實習 II、臨床溝通技巧、藥理學實驗、心臟血管循環系統II、內分泌與新陳代謝 II、臨床技巧、感染與免疫 II、腎臟、泌尿學。但是，**尚有課程在名稱上應含實驗/實做，但是並未列入**，如：影像解剖學實驗，是否只是一講堂課投放影像？其他各基礎與基礎的三年級整合課程，如骨骼肌肉系統I、呼吸系統I等，似乎應當搭配有解剖學實驗及其他實驗，但是未見實驗/實做佔比，若是另外加開一門課程，應當呈現該類搭配課程於此附表，如同列載於「自評報告：課程與臨床實習資料(附表)」之p. 196。

準則判定：符合，但須追蹤

- 2.3.8 醫學系應提供足夠的機會，鼓勵和支持醫學生參與教師的研究和學術活動。

發現：

1. 學系目前規劃於二年級升三年級暑假期間安排所有學生至各實驗室進行為期3週的暑期「實驗室介紹」課程，期使學生瞭解所屬實驗室研究領域、研究方法，並有機會運用到以後之臨床及轉譯醫學之相關研究。不過其成效為何，需視後續之發展而定。
2. 各基礎學科之老師亦鼓勵學生申請國科會(現之科技部)大專學生暑期研究計畫。100學年度通過1件，101學年度通過4件，102學年度通過2件。以件數而言，與國內其他醫學校院尚有一段距離。學院或學系可思考其他配套措施，以鼓勵醫學生積極參與。
3. 另外，醫學系系學會下設研究交換部(Standing Committee on Research Exchange, SCORE)，每年甄選醫三至醫五的同學到外國參加臨床或基礎研究計畫，以102學年度

為例，共甄選4名醫學生參加。而校方也於2013年10月16日公開舉辦國防醫學院第一屆暑期海外實驗室交換學生成果發表會，並印行成果手冊，以分享同學參與研究交換的寶貴經驗，並鼓勵其他醫學生踴躍參與。訪視期間，即有一名醫學生因參與海外實驗室交換，而無法前來晤談。可見目前參與人數雖然尚有成長的空間，不過已經有了一個很好的開始。

4. 學校提供東京大學及羅馬尼亞希波帕醫藥大學的見習交換。另外也提供暑期實驗室交換的機會，也部分經費補助，對於培養研究型醫師，有很大的助益。
5. 軍費生中有許多極為優秀的人才，如一位一年級同學，不但高中時已培養出對研究的興趣，而且於美國競賽中取得地球科學研究的金牌獎，她有心投入生命科學研究，學校應鼓勵及發掘這些有研究潛力與興趣之醫學生加以培養，對未來學校發展有很大助益。

準則判定：符合

- 2.3.9 醫學系的課程應有介紹臨床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、評估、和對病人解釋，並應用於病人的照護上。

發現：

臨床實習階段，在醫五開設有「醫學與研究倫理II」課程。此課程與一年級之「醫學與研究倫理I」不同，主要在講授臨床研究之基本原則。另外於醫五實習之職前教育以及三總每週之精熟系列課程中，安排講授臨床及轉譯醫學研究之基本原則。

準則判定：符合

- 2.3.10 醫學系的課程必須以病人為中心，涵蓋各器官系統，並包括預防、健康促進、急性、慢性、長期、復健和臨終照護等重要觀點。

發現：

如前所述(2.3.5)醫學系的課程已涵蓋器官系統。惟因應目前少子及高齡化社會，包括預防、長照、臨終照護及老年醫學等重要觀點，有些如急慢性復健及預防和健康促進的觀點，已融入各區段整合課程中。惟有些如長期照護、臨終照護及老年醫學等

觀點, 雖偶有提及, 仍缺乏一較為完整、全面性且系統性的教學。學系宜思考將預防與老年醫學規劃為必修正式課程的可能性, 而為延伸此一部份之學習, 在醫五、六、七年級之臨床實習, 除內、外、婦、兒外, 亦宜思考家庭醫學科列為實習必修之可行性。

準則判定：符合，但須追蹤

2.3.11 醫學系的課程必須包括基層和社區醫療的臨床經驗, 且有機會獲得跨學科領域 (例如急診醫學和老年醫學等) 和支持一般醫療執業所需之學科 (例如影像診斷學和實驗診斷學等) 的教育。

發現:

目前課程規劃為：(1)家庭醫學：醫5必修之正式課程1學分；臨床實習為必修或選修，亟待釐清；(2)急診醫學：醫5必修之正式課程1學分；臨床實習為選修；(3)老年醫學：選修1學分；(4)影像診斷學：醫5臨床實習課程2週；(5)臨床病理：「分子醫學」選修1學分；臨床實習2週。醫學教育應該重視社會發展的需要, 課程必須包括基層和社區醫療的臨床經驗, 且有機會習得急診和老年醫學等跨學科領域和影像診斷和實驗診斷學等一般醫療職業所需學科而言, 宜審慎評估將(1)家庭醫學臨床實習 (2)急診醫學臨床實習 (3)老年醫學及(4)臨床病理或實驗診斷學列為必修的可行性。

準則判定：符合，但須追蹤

2.3.12 醫學系提供醫學生的臨床經驗必須包括門診及住院醫療。

發現:

1. 醫院規劃有完整的教學門診專區, 各科之教學門診皆在此門診區內進行。訪視期間所見, 如：神經內科, 執行教學門診時, 主治醫師及實習醫學生皆能自我介紹, 並向患者解釋教學門診的方式, 在取得患者同意並簽署同意書後進行。
2. 惟部分科別囿於實習醫學生的臨床經驗較為不足, 往往簡單的問診之後, 無以為繼, 部分主治醫師即急於提醒實習醫學生, 而以「是否忘了他過去的病史?」「是否要做X項檢查?」或「是否應該給予X項藥物?」等直接給予答案的方式教學, 而不是以「可能會是什麼原因?」或「為什麼會這樣?」方式, 引導實習醫學生以臨床推理的方式思考, 抽絲剝繭來逐步鑑別診斷, 使醫學生失去培養臨床思考、自我學習

以及解決問題的**機會**。同樣的情況也屢次見於住診教學(teaching round)中。雖然有部份的主治醫師(臨床教師)，譬如胸腔內科與放射治療科的個案討論，能逐漸深入層次，與醫學生有很好的互動問答，並導入實務經驗的分享，值得嘉許，**但仍有部份的科部，並未到床邊探視病人，自然也就沒有所謂的床邊教學(bedside teaching)**；或者至床邊簡單的詢問當天的病況，就回到略為擁擠的護理站講解個案。部分老師甚至過於熱情，非常詳細的站著解說了一個多小時，其間只偶爾穿插式的問了2、3個小問題，與學生完全沒有(或甚少)互動，使住診教學變成以講授為主的mini-lecture，而失去住診教學的意義。

3. 晨會教學，基本上有較為健全的架構。小兒科、外科部以及血液內科等的晨會教學，台上報告者與台下的同仁，有很好的互動與對話，對年輕的實習醫學生是一個很好的學習機會。

準則判定：符合，但須追蹤

- 2.3.13 醫學系的課程必須教導溝通技巧，包括與病人及其家屬、同事和其他健康專業人員的溝通。

發現：

1. 學系利用正式課程，標準化病人、角色扮演等，教導學生如何傾聽，並藉著同理心，與病人及其家屬溝通，也藉著各種醫療情境的困境作案例教學。
2. 為強化與其他醫療專業人員的溝通，三總自102年11月起定期舉辦臨床部科之「跨部際特殊病例的討論會」(challenge care conference)，擴大為全院醫療領域參與，並更名為「跨領域討論會」(interdisciplinary conference)，希望達到全人照護的目標。惟以前規畫的形式，其成效如何，仍待後續之追蹤。醫病溝通課程可以加強專業性。從學生的訪談可知，醫病溝通技巧課程並未納入醫師如何承認錯誤的主題，或醫師如何告知壞消息，而國外亦有相當多的案例研究與實際做法可供參考。
3. 實地訪視課程時，注意到有一堂「醫用英文」用英文問診，讓人不太了解其考量的因素為何，因為在台灣使用英文問診的機率並不高，且英文問診與用英文寫病歷的直接關係也不是太清楚。

準則判定：符合

2.3.14 醫學系的課程必須為醫學生在解決常見社會問題中的醫療傷害部分所扮演的角色做準備（例如教導有關暴力和虐待的診斷、預防、適時的通報和處置）。

發現：

由自評報告與訪視當天所見之佐證資料，足以顯示學校在這方面的努力。

準則判定：符合

2.3.15 醫學系的教師和醫學生必須理解不同文化和信仰的人們如何看待健康和疾病及對各種症狀、疾病和治療的反應。

發現：

醫療是一團隊合作的工作模式，需要參與的各職類人員能彼此瞭解、相互尊重，並有良好的溝通，所以跨專業教育(inter-professional education, IPE)有其重要性。目前三總以每月一次之跨領域討論會(interdisciplinary conference)推動跨專業跨領域教育，因時間尚短，成效仍待觀察。醫學人文課程中有文化主題之相關課程，且師資中也有具有人類學背景者，朝向以病人為中心的跨專業跨領域教育，與其他專業領域共同規劃整合式課程，應為值得思考的方向。

準則判定：符合

2.3.16 醫學系的學生必須學會認識與妥善處理其本身、他人及提供醫療照護過程中的性別與文化偏見。

發現：

除了開設文化課程之外，學校亦設有性別與健康研究中心，有利教師成長。黃淑玲教授為國內少有的性別與健康之學者，相信在其卸任通識中心行政職以後，仍可持續致力於這方面課程之改進。

準則判定：符合

2.3.17 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。

發現：

由學校所提供的自評與資料，看得出學生在進入臨床實習之前，都有接受學校所安排之循序漸進的倫理課程與各種醫學人文課程，並有各種服務學習手冊、日誌以及各種考核表也反映出學校對這方面的執行。至於對學生的教育中並沒有特別提到對研究倫理或迴避利益衝突的強調，但相信這應該都包括在醫學倫理的授課議題，在醫學系課程委員會（2.1.2.0）也提到有關校方對這方面的重視。

準則判定：符合

2.3.18 醫學系應提供足夠的機會，鼓勵和支持醫學生參加服務學習活動。

發現：

經由簡報及實際訪談發現，學校有一群極具熱誠的老師提供同學們國內外服務學習的機會。包括山地服務活動，海外柬埔寨，印度孟買，泰國小桂河及尼泊爾志工團，而且據瞭解，每個服務地區均已耕耘多年，並非偶一為之的活動。校方及院方對這些老師及服務學習活動也是盡力協助配合。根據訪談，從100~102學年的醫學系畢業生分別有90.2%，93.2%及87.6%的同學曾參加過服務學習的活動。

準則判定：符合

第3章 醫學生

3.0 挑選醫學生時，醫學系可以使用多種方法，但這些方法應確保選定的醫學生具備必要的特質和能力（例如智慧、廉正和適宜的個人情緒與特質），以成為良好及有效率之醫師。

發現：

1. 招生作業依國軍人才招募中心規劃辦理承辦招生作業，醫學系「招生委員會」目前僅規劃針對學校推薦學生採用MMI之面試方式，以甄選學生。
2. 但是，學校並未特別訂定國防醫學系擬招收之學生應具備的必要特質和能力，建議可以訂定之。

準則判定：符合

3.1 招生

3.1.0 醫學系必須制定挑選醫學生的標準、政策和程序，並且能隨時提供給有志申請者及其輔導者。

發現：

1. 醫學系的招生依國軍人才招募中心規劃辦理，分為「學校推薦」與「個人推薦」二部分。學校推薦的部分，採用「書面審查」及「面談審查」挑選學生；個人申請的部分，統一由國軍人才招募中心依考生總成績高低及志願依序分發，其中雖須經過第二階段「生活與情緒適應問題」、「智力測驗」及「口試」之資格審查，惟除「生活與情緒適應問題」及「智力測驗」具有門檻外，口試並不列入計分，且非由受過面談訓練之委員進行，此點實與近年來全國醫學校院長會議，希望以面談挑選學生之共識不符。
2. 學校推薦部分，書面審查包含：學校歷年成績、自傳、師長推薦函、競賽成果、社團活動參與情形...等項目，面談審查以多站迷你面試(Multiple Mini-Interview, MMI)方式進行。其中書面審查部分，雖於審查當日上午辦理共識會，增加評量的一致性。惟審查的項目，例如：師長推薦函等，在台灣一向「與人為善」特殊國情下，是否具有公信力及鑑別度，宜審慎思考，且每一項目之必要性，項目與項目所顯示面向之意含是否重覆（或一致），皆需檢驗其信效度，才能維持其公正性。而MMI面談，共有十站，各站之信效度皆經檢驗，應能挑選符合學系期待之醫學生。

準則判定：符合

3.1.1 醫學系（院）招生委員會，必須負挑選醫學生的責任。

發現：

1. 目前尚有約50%的新生是屬於「個人申請」的部分，統一由國軍人才招募中心依考生總成績高低及志願依序分發，其中雖須經過第二階段「生活與情緒適應問題」、「智力測驗」及「口試」之資格審查，但口試並不列入計分，且非由受過面談訓練之委員進行，此點實不符合12家醫學院之共識“光憑學科能力測驗之分數，恐無法達到挑選適合習醫特質之學生”。建議個人申請之學生亦應納入面試(例如MMI)，作為取

才之重要參考。

2. 惟目前面談委員之組成，仍以臨床、基礎及通識教師(學者)為主。為反映社會多元之結構，亦可思考邀請具其他領域，如法律專家或具代表性社會人士加入，以強化招生選才涵蓋面的完整性。

準則判定：不適用

- 3.1.2 醫學系對醫學生的挑選，必須有公開公平的辦法，不受任何政治、宗教或財務因素的影響。

發現：

1. 除特殊身分(如僑生、外籍生)外，目前正期班甄選入學之學生身分分為：軍費生、自費生與代訓班。軍費生每年招收90名醫學生，自費生招收22名及代訓生招收13名。其中自費生與代訓生均無性別之限制，**惟軍費生部分，因配合國防部整體人力規劃之政策**，限男生60名，女生30名。此申請者之性別限制，是目前與其他醫學校院不同之處。
2. 國防醫學院因隸屬國防部軍醫局，為配合當前國防人事訓練政策，目前醫學系並沒有雙學位學程。惟是否推動醫學士-博士(MD-PHD)學位學程，據院方表示，仍在審慎評估中。

準則判定：符合(限於國防體系，未能全面符合)

- 3.1.3 醫學系應自己發展計畫或與其他機構發展夥伴合作關係，以利擴大具申請入學資格者之多元化背景。

發現：

1. 該學院隸屬軍事院校，但仍有多元化入學資格者之管道，目前醫學系招生管道除有國防部培訓之軍費生、代訓輔導會公費生及自費生。
2. 並根據軍事院校甄選入學招生規定，對於原住民學生、蒙藏生、派外工作人員子女、重大災害地區學生等，均有加分優待方式，以利不同背景、弱勢背景的申請人入學；
3. 另依據海外聯合招生委員會分配每年招生12員僑生。
4. 除特殊管道之學生，如僑生、外籍生外，目前醫學系招生管道，以甄選入學為主，

分為「學校推薦」與「個人申請」。而為照顧弱勢學生，目前對於原住民學生、蒙藏生、派外工作人員子女以及重大災害地區學生等，均有加分(最多增加各科原始級分3.75%)之優待，惟尚未提供國內其他醫學校院為平衡城鄉差距，促進社會階級流動之「繁星入學」管道。

準則判定：符合

3.1.4 醫學系必須依相關法規辦理有關身心障礙申請者之入學、修業和畢業之規範。

發現：

由於該學院屬軍事院校，屬性特殊，根據軍事院校入學招生訊息摘要，報名本學院需通過體檢，目前無身心障礙申請者之申請入學管道。

準則判定：不適用(限於國防體系)

3.1.5 醫學系的簡章、課程綱要、招生資料及其他資訊，必須均衡與準確地呈現學系的任務和目的、載明醫學士學位及所有雙學位課程的要求，提供最新學校年度行事曆的課程選項，並說明學系所提供全部必修課程和臨床實習的資料。簡章、課程綱要、招生資料及其他資訊亦應包括學校生活之特殊要求和限制。

發現：

1. 醫學系的簡章、招生訊息等，皆清楚的呈現學系的任務和目的，也包括學校生活之特殊要求和限制。這些資訊皆能在網站上正確的查詢。
2. 惟相較於其他醫學校院，在相關課程的資訊公開方面，則相對較為不足。以整合課程課表為例，各區段(block)課程在校外所能瀏覽的，只有課程主表資料、課程基本資料、基本資料設定和教室、教師與節次設定，而無課程進度表(Syllabus)或課程大綱；而學校總表部分，各年班科目學分表，雖可查詢課程總表，惟修課指引部分付之闕如，是應積極改善之處。

準則判定：符合

3.2 訪問學生和轉學生(含校內轉系)

3.2.0 醫學系隸屬之學校可提供資源，以滿足訪問醫學生和轉系醫學生的需求，但必須以不影響學校醫學生的可用資源為原則。

發現：

1. 依國軍人才招募中心頒佈之招生簡章中目前無轉學管道。
2. 國防醫學院透過醫學系系學會之2個委員會：研究交換部 (Standing Committee of Research Exchange, SCORE)及專業交換部(Standing Committee of Professional Exchange, SCOPE)推動國內外醫學生之研究交換及專業交換(見習生)。
3. 103學年度安排6名外國交換生至學校參與研究計畫，外國學生分別來自瑞典、西班牙、約旦、斯洛維尼亞及突尼西亞。而醫院部分，99學年度有6位，100學年度14位，及101學年度8位外國醫學生來三總見習者，分別來自奧地利、西班牙、捷克、丹麥、法國、德國、義大利．．．等。交換學生之人數相較國內之其他醫學校院尚有段距離，以目前學校及醫院之現況，應可提供足夠之資源，而不會排擠或影響學校醫學生的學習資源。

準則判定：符合

3.2.1 有意願轉入醫學系之學生應證明其在轉學前的教育，有等同於將轉入後同班同學之程度。

發現：

目前醫學系無轉系管道。

準則判定：不適用(限於國防體系)

3.2.2 醫學系隸屬之學校應查驗每位「訪問醫學生」的資格、保有記載每位訪問學生的完整名冊、核准其作業，並提供該生之原屬學校學習成效評量。

發現：

1. 訪問醫學生，經由醫學系學生會SCORE或SCOPE安排交換計畫後，不論是研究交換或實習交換，即透過簽呈的方式，會簽校內及醫院(如有必要)相關單位，進行後續的安排作業。學校(研究交換)和醫院(見實習交換)在簽呈中皆附有完整的名冊，包括學生姓名、性別、國籍、學校所在國家、交換學科(見實習科別)、交換(見實習)期

間．．．等等，及相關文件，以供查核。

2. 見實習之交換在三總，依據「三總受理國外之學院校醫事科系學生來台見習作業規定」辦理，有其法源依據，其中應明確規範申請資料所需檢附之文件，含個人健康檢查結果。惟學校之研究交換部分，未見相關法規依據，所需檢附之申請資料也不知是否有統一規定。
3. 配合學校及醫院國際交流與合作政策之推動，國內外醫學生之交流可以想見將日益頻繁。以目前由醫學系學生會之次委員會擔任主要角色之工作，將無法應付未來之需求，且除SCORE及SCOPE外，應有其他管道來源之交流，校方及學系宜擇定單一之窗口(單位及人員)統一負責此項工作與業務(含申請)，以收權責合一之效。
4. 依目前校方所提供之資料，不論研究交流或見實習交換之學生，看不到校(院)方提供其學習成效之評量給予原屬國外學校。
5. 醫學院對於每位訪問醫學生的資格、原學校成績，到校前的疫苗接種紀錄都有詳細保存，大五之前的學生紀錄在學校留存，之後的學生資料保存在三總。

準則判定：符合

- 3.2.3 自其他醫學系(包括外國醫學系)前來臨床實習和短期訓練的「訪問醫學生」，必須具備與將加入學校的醫學生在臨床經驗上相當的資歷。訪問學生的人數必須不影響到醫學系及其建教合作之教學醫院本身醫學生之既有容額及醫學教育品質。

發現：

如前所述，前來國防醫學院研究或見實習交換之醫學生尚不多。以目前國防醫學院及三軍總醫院教學與研究之容量(能量)可完全負荷，並不會影響本地醫學生受教育的品質。此外，前來交換之醫學生，其背景資歷亦皆經學校或醫院查核，符合前來見實習科別所要求之臨床資歷。

準則判定：符合

3.3 輔導

- 3.3.0 醫學系必須設有能夠發揮功能的醫學生個人輔導制度，包括促進醫學生健康和幫助醫學生適應醫學教育的身心需求的方案。

發現：

1. 學生輔導有學生輔導大隊、導師以及心輔室的三軌輔導。
2. 因所有學生都住校，他們的生活輔導大隊長、連隊長對同學的生活心裡有很不錯的溝通與通報輔導機制。
3. 心理輔導室曾念生主任及趙世和老師於參訪時進行簡報說明。
4. 學生輔導資料保密相當嚴謹，對於學生善盡保護與輔導之責任。

準則判定：符合

附屬條例：

- 3.3.0.1 針對有行為困擾的問題學生，醫學系在採取適當的紀律處分前，必須提供該醫學生必要的輔導和支持。

發現：

1. 該院輔導系統為三級輔導機制，第一級為學員生大隊輔導長，第二級為學院心輔室老師，第三級則為醫院精神醫學科醫師。
2. 並有佐證資料支持，例如心輔室案例與學員生大隊案例；經聯繫學生家屬、導師及大隊部長官實施晤談及輔導，轉介心輔室諮商，主動連結家庭支持系統、學生部隊行政建制、學校導師及心理諮商資源，列入長期輔導個案，予以支持相關輔導及支持機制。曾經發生案例，某學生曾上網篡改93分為96分，在給予「申誠」處分之前，給予該生輔導（包括心輔室），是不錯之輔導方式，值得肯定。
3. 心輔室對於高關懷學生的輔導不遺餘力，訪談心輔室心理諮商師，得知學生的問題大多是「自我了解」以及「感情議題」，與其他非軍事院校系統之醫學生狀況類似。
4. 經訪查，當有重大事件發生時，若僅是涉及品行層次，則會先由學生榮譽委員會處理，再上報連隊幹部及院校級單位處理，但如果事件本身涉及身心議題，則會知會心理輔導室輔導。

準則判定：符合

3.3.1 學業及生涯輔導

- 3.3.1.0 醫學系必須設置有效的制度整合教師、課程主負責人、學生事務主管等共同負

責生活、輔導和學業指導工作。

發現：

醫學系已建置整合教師、學生事務主管、學員生大隊、導師、心輔室心理師、精神科醫師等共同負責學業、生活輔導和指導工作，執行情形如下：

1. 對於學業不佳之學生輔導：該系結合學校之資源，訂定「強化學生課業預警輔導具體做法流程」，教務處處長高森永教授(公衛教授)親身投入輔導學生，並集合導師、隊職幹部、家長及個學系(科)進行輔導。高年級醫學生雖仍有近30位未能通過第一階段國考之醫學生，負責教師高森永教授多年熱心專注，且已有良好之制度性規劃。(1)學生課業輔導有教務處長的約談紀錄，也有輔導重修學生觀看PowerCam的補強機制。訪談學習有困難的學生，對於PowerCam的做法，也持正面看法。(2)具有「強化學生課業預警輔導具體做法流程」，集合導師、隊職幹部、教務處處長、家長及各學系(科)進行輔導。但有鑒於第一階段國考未能通過之高年級學生逐年累增，近期參加103年8月第一階段醫師國考之28位五至七年級重考生，僅通過4位，顯示目前之輔導辦法未能明顯奏效。建議加強對這些同學個別輔導，瞭解其特殊困難，以紓解其壓力與提升學習成效。
2. 對於學生之生活或生涯輔導，規劃：需要協助的學生可經由學員生大隊、導師、學生轉介至心輔室；於心輔室初步評估後，若有三級處遇需求，將轉介至三總精神科進行醫療照顧與諮詢。經精神科主治醫師確定診斷後，遇有需住院觀察或治療者，由精神科主動通知相關人員(心輔老師、隊職官、學生家長、導師、住院總醫師等)，並由主治醫師親自說明個案之病況與治療處置建議後，並同時向院部長官(院長、副院長、教育長)做醫療及處理情況之報告。學員生大隊需負責學生家長聯繫、個案學生必要之生活照顧與相關行政業務。緊急個案則由學員生大隊逕送三總急診室(或精神科)，同時知會其他相關人等。若有連結各方資源需求之學生，學院將召開列管追蹤個案之個案研討會，則協請醫療列席提供專業諮詢。機制運作良好、並妥善結合生活輔導與心理專業。
3. 輔導成效雖仍未臻完善，但已有良好之制度性規劃與執行團隊，是學校與醫學系之特色之一。
4. 幾位自費生於訪談中表示對於自己未來的生涯規劃感到茫然，宜加強自費生對於生

涯規劃的輔導。

準則判定：符合，但須追蹤

3.3.1.1 如果允許醫學生在他校醫學系或機構（包括外國）修習選修課程，在母校行政單位應有其課務統籌管理系統，以便事前審查及核准提出的校外選修，確保對方機構提交醫學生表現評量報告，並由學生提交學習報告。

發現：

1. 依現行之「學生研究生學則」，學生目前尚無法至校外選修課程；教務處已完成學則修訂，將選修校外課程列入學則中，此案已送呈國防部審查；已與政治大學、台灣科技大學簽屬教學合約，將兩校課程視為「校內選修課程」，待國防部審查通過後本學院學生即可至政治大學、台灣科技大學選修課程。
2. 學生出國當交換學生SCORE 5名，SCOPE 11名，Tokyo Medical and Dental U 20名，是一個很好的program，應努力擴展，使大多數學生都能有參加國外學習的機會。

準則判定：符合

3.3.2 財務援助諮詢和資源

3.3.2.0 醫學系應針對有需要經濟援助的醫學生，提供獎學金、貸款或其他來源的資訊。

發現：

1. 因為學校40%~50%的醫學生為軍費生，除了學雜生活費全免外，每個月尚有軍餉，所以有此需求同學的比率相對較少。對於其他自費、僑生同學，教育部、校友會、僑委會亦對經濟困難的同學提供獎助學金。
2. 該院提供獎學金等資訊給予需要經濟援助的醫學生。承辦醫學生獎助金及貸款事宜之負責單位為教務處，承辦醫學生貸款事宜；助學貸款委由臺北富邦商業銀行辦理，申請貸款資訊定期公告於教務處網頁、學院電子布告欄、醫學系網頁等，助學貸款同學在101學年有31位，102學年有25位，其貸款利息全由校方支付。
3. 學生校內工讀事宜由學務處負責。
4. 國防醫學院校友會贊助獎學金予清寒僑生及自費生，每生每學期18,000元獎助金援助（每年名額為僑生25人，自費生5人），統計至2013年，以贊助清寒僑生(90-102年)，清

寒自費生119人(2007-2013年)，贊助金額計12,564,000元；另外尚有管道申請教育部及僑委會清寒僑生公費待遇及助學金等補助。

準則判定：符合

3.3.2.1 醫學系應建立適當的機制，以盡量減少學生因教育開支而負債的直接影響。

發現：

1. 軍費生及公費生是由國防部及退輔會等支付學雜費，且提供薪餉及零用金。
2. 近六學年補助醫學生之機制包括：貸款、減免雜費、校外獎學金、校友會獎學金等。

準則判定：符合

3.3.2.2 針對退還醫學生的學費、雜費和其他代收款項部分，醫學系隸屬之學校必須有明確和公平的政策。

發現：

1. 該院軍費生醫學生若有退學或開除學籍的情形，須依「軍事學校預備學校軍費生公費待遇津貼發給及賠償辦法」第8條，由其本人或其法定代理人、保證人應賠償所受領之公費待遇(含學、雜費)及津貼。
2. 自費學生退費辦法參照教育部「專科以上學校學雜費收取辦法」第15條辦理，學生因故無法繼續就學而離校，學校應依其申請離校日期為註冊日、上課(開學)日前後及其上課日數，按比率辦理退費。

準則判定：符合

3.3.3 保健服務和個人輔導

3.3.3.0 醫學系必須讓醫學生獲得預防、診斷、治療等保健服務。

發現：

1. 國防部於2003年7月19日訂定、並於2004年7月8日修正國軍軍事院校入學暨在學學生體格檢查實施計畫，體檢項目包含「一般理學檢查、血液常規檢查、尿液常規檢查、血液生化檢查、梅毒血清檢查、愛滋病檢查、靜態心電圖檢查、胸部X光檢查、精神疾病檢查」等9大項；2007年增列B型肝炎檢測，未具免疫力者，一律接種B型肝炎

疫苗；2013年增列C型肝炎篩檢。

2. 學生在學校進行實驗課前，教導「實驗室安全衛生工作守則」；升二年級前暑期接受環安類課程，包含「實驗室安全衛生教育訓練」、「消防安全教育訓練（含地震、滅火、煙霧等環境危害）」等，使學生能瞭解實驗室通用之安全衛生管理規範並建立緊急應變能力。
3. 學校醫學生至三總看病全額免費，醫學生至臨床實習後，流感疫苗每年接種。但對在校學生，只有在流感大流行時，鼓勵醫學生至三總接受接種並無強迫性要求。
4. 實習醫學生赴三軍總醫院實習前，職前教育訓練課程中規劃安排感染管制室教導有關「院內感染管制與新興傳染病防護措施」、「隔離防護措施」、「扎傷及血、體液暴露接觸後處理流程」，使學生瞭解於臨床實習期間常見之傳染性和環境危害及其防護措施，勞安室教導有關「針扎意外事故處置通報及程序」後續處理原則，三軍總醫院並訂有施打「B型肝炎疫苗」、「流感疫苗」之政策。
5. 根據學校自評報告，同學於受檢HIV病毒檢測前，一律簽定檢驗同意書，方可受檢；檢驗結果屬陽性時，依「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」及「個資法」規定辦理，以保障感染者權益；但在國軍軍事院校入學暨在學學生體格檢查實施計畫，體檢項目已明訂包含「愛滋病檢查」。前者(人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例)為自願性質，但後者(國軍軍事院校入學暨在學學生體格檢查實施計畫)為強制性，該學生體格檢查實施計畫是否需要檢討修正，建議學校可以轉呈國防部進一步考量。

準則判定：符合

- 3.3.3.1 提供醫學生精神治療或心理輔導，或其他健康服務的醫療專業人員，必須不涉入受輔導醫學生之學業評估或升級。

發現：

1. 醫學系於PBL課程規劃時，註明「提供醫學生精神治療或心理輔導，或其他健康服務的醫療專業人員，必須不涉入受輔導學生之學業評估，故如於分組時發現有受輔導之學生時，應提出更改組別之需求」，三軍總醫院也要求參加輔導之醫師不得涉入受輔導醫學生之學業評估，並於「實習醫學生訓練考核表」上註明「提供實習醫學

生精神治療或心理輔導，或其他健康服務的醫療專業人員，必須不涉入受輔導學生之學業評估或升級。」

2. 該院心輔室主任由曾念生醫師擔任，亦同時擔任精神醫學科講師。據曾主任敘述，他個人會迴避參與受輔導學生之學業評估。

準則判定：符合

- 3.3.3.2 醫學系應遵循衛生福利部及相關機構的規定，訂定醫學生所需的預防接種政策。

發現：

1. 國軍軍事院校入學暨在學學生體格檢查實施計畫，醫學院安排學生於進入醫院實習前實施體檢，2007年增列B型肝炎檢測，未具免疫力者，一律接種B型肝炎疫苗；2013年增列C型肝炎篩檢。
2. 學校明文規定在三年級及五年級時對B型肝炎實施體檢。如發現無B型肝炎免疫力者，則由家醫科造冊追蹤。在醫學生入院實習報到時，如發現無B型肝炎免疫力者則會要求補施打B型肝炎疫苗。

準則判定：符合

- 3.3.3.3 醫學系必須制定政策，有效解決醫學生接觸感染和環境危害的問題。

發現：

醫學系已制定政策，如下：

1. 國防部於2003年7月19日訂定、並於2004年7月8日修正國軍軍事院校入學暨在學學生體格檢查實施計畫，體檢項目包含「一般理學檢查、血液常規檢查、尿液常規檢查、血液生化檢查、梅毒血清檢查、愛滋病檢查、靜態心電圖檢查、胸部X光檢查、精神疾病檢查」等9大項；2007年增列B型肝炎檢測，未具免疫力者，一律接種B型肝炎疫苗；2013年增列C型肝炎篩檢。
2. 學生在學校進行實驗課前，教導「實驗室安全衛生工作守則」；升二年級前暑期接受環安類課程，包含「實驗室安全衛生教育訓練」、「消防安全教育訓練（含地震、滅火、煙霧等環境危害）」等，使學生能瞭解實驗室通用之安全衛生管理規範並建

立緊急應變能力。

3. 實習醫學生赴三軍總醫院實習前，職前教育訓練課程中規劃安排感染管制室教導有關「院內感染管制與新興傳染病防護措施」、「隔離防護措施」、「扎傷及血、體液暴露接觸後處理流程」，使學生瞭解於臨床實習期間常見之傳染性和環境危害及其防護措施，勞安室教導有關「針扎意外事故處置通報及程序」後續處理原則。
4. 三軍總醫院並訂有施打「B型肝炎疫苗」、「流感疫苗」之政策。
5. 同學於受檢HIV病毒檢測前，一律簽定檢驗同意書，方可受檢；檢驗結果屬陽性時，依「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」及「個資法」規定辦理，以保障感染者權益；但在國軍軍事院校入學暨在學學生體格檢查實施計畫，體檢項目已明訂包含「愛滋病檢查」。前者(人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例)為自願性質，但後者(國軍軍事院校入學暨在學學生體格檢查實施計畫)為強制性。

準則判定：符合

3.4 學習環境

- 3.4.0 醫學系應不得有任何年齡、宗教、性別、性傾向、性別認同、國籍、種族、和特殊疾病的歧視。

發現：

該院並未發現有任何年齡、宗教、性別、性傾向、性別認同、國籍、種族、和特殊疾病的歧視之事例。

準則判定：符合

- 3.4.1 醫學系必須確保其學習環境可以促進及發展醫學生明確和適當的專業素養（如態度、行為和認同）。

發現：

1. 該院訂定基本素養包括「全人關懷」、「專業知能」、「允文允武」。該系訂定教育目標為培育醫師具有(1)兼具現代醫學專業及人文素養。(2)追求主動學習與終身學習的精神。(3)發揚軍事醫學之特色。該系訂定之核心能力如下：(1)「全人關懷」

相對應之核心能力：自我反思、文化敏感、批判創新、社會關懷、人際溝通、倫理與法治、藝文美學、助人善物、外語與國際觀。(2)「專業知能」相對應之核心能力：醫學生科學能力、基本臨床技能、軍陣醫學、病人照護、專業素養、終身學習自我成長。(3)「允文允武」相對應之核心能力：親愛精誠、博愛忠貞、強健體格、軍事素養、軍醫勤務、領導統御。醫學生畢業前應有之核心能力即包含「專業素養」，使學生能展現下列行為及態度：(1)利他及尊重他人；(2)符合醫學倫理原則的醫療行為；(3)對於他人之文化、年齡、性別及殘障等差異能有一定的敏感度。

2. 醫學系為確保其學習環境可以促進及發展醫學生明確和適當的專業素養，醫一至醫七年級規劃“十字型”課程整合(經:縱向醫學人文，緯:橫向跨領域整合課程+軍陣醫學)。1-4年級部份均著重於報告、實作(影片製作、成果發表)等，醫五年級至臨床實習，透過以OSCE、迷你臨床演練評量(mini-CEX)、實習醫學生訓練考核表、教學門住診教學紀錄及導師會談等評量工具及方法，瞭解學生專業素養養成情形。至於成效，則有待更明確之資料佐證。
3. 過去UCSF Dr. Maxine Papadakis 所做的幾次學術報告，指出學生在校行為不良與畢業後引起犯法行為非常有關係。這一點因為國防醫學院有全體學生住校的規定，更有機會影響學生在校期間其人格修養與行為模式，學生在學期間能受到更好的教育，避免不良行為。在訪談中發現，學生對於國際救災、到落後地區從事醫療服務，似乎相當有興趣，學校如也能在課程上配合，替國家培養更多有愛心的醫師，以回饋當年台灣落後時期，受惠許多先進國家傳教士或是退休醫師對台灣的奉獻及服務。
4. 此次訪視中發現學生對「入伍訓練」持正面看法，甚至有學生認為在陸軍官校的這兩個月，是他認識到自己潛力，以及很多事情不能take for granted，同時也認識到許多其他不同背景條件較差的人，因此，對關懷弱勢、國際醫療非常嚮往，希望將來可以到落後地區作一些人道關懷工作。在臨床訪視中，一位六年級談及對primary care的投入，該名學生運用了預防醫學(preventive medicine)的概念，成功規勸病人戒菸，覺得很有成就感。這些學生有很多的想法與自由意志的表現，讓人感覺到國防醫學院的學生在醫學專業上並不全然是制式的、而有其自主思辨的看法，似乎與以往對軍校學生的印象有很大的改變。國防醫學系所形塑出的學習環境，對於促進及發展醫學生明確和適當的專業素養有相當程度的助益。

準則判定：符合

附屬條例

3.4.1.1 醫學系及其建教合作醫院的成員，包括教師、職員、住院醫師、主治醫師、醫學生和其他臨床人員，應分擔創造適當學習環境的責任。

發現：

1. 國防醫學院、系及三總醫院的成員，包括教師、職員、住院醫師、主治醫師、醫學生和其他臨床人員由於多有軍職身分，因此政策如同命令，容易貫徹執行既定政策，也讓人能夠感受到「分擔創造適當學習環境的責任」。
2. 在正規的學習活動和非正式「課程」甚至老師與指導醫師的態度、價值觀及與學生互動所傳達的訊息，尤其不少資深教師、前輩仍然在校園中、醫院中默默付出、教育後輩，足堪典範。
3. 學校應有責任及權力監視，並要求外院導師擔負教學和保護的全責，因此校方的代表人能更主動積極地將責任、權利明確訂定，如此學生到外院才能得到真正的益處。

準則判定：符合

附屬條例

3.4.1.2 醫學系應明訂醫學生在學校與職場該具備的專業素養。

發現：

1. 該院為軍事院校，學生定期需參加莒光課程，於課程中均會展現國軍優良人員，為在校學生樹立軍人典範；於此課程中亦會舉出不良案例(如洩密、不假離營)，提醒學生應有之軍校生本份。學院導師於輔導學生過程中亦能培養學生專業行為。
2. 三軍總醫院核心價值為「關懷、品質、紀律、創新」，學生於此環境之熏陶下，有效培育本系要求之專業素養，並瞭解獲得及展現這些專業行為準則的重要性。
3. 臨床實習前，辦有「授袍典禮」，並進行醫師誓詞的宣誓；臨床實習期間，在典範教師的身教下，無形中習得醫師應有之專業素養。
4. 醫學系評量學生的專業素養方式如下：Mini-CEX、實習醫學生訓練考核表、OSCE、書面報告(醫學史、病人、醫師與社會、軍事倫理學、生命教育與倫理)、隨堂訪問

(軍事倫理學)、課堂討論互動(軍事倫理學)、影片製作(臨床溝通技巧)、面談紀錄(含教學門住診教學紀錄)、成果發表(生命教育與倫理實習)等方式。

準則判定：符合

附屬條例

3.4.1.3 醫學系及建教合作醫院的成員，包括其教師、職員、住院醫師和醫學生應定期評估學習環境，以釐清維護專業準則和行為的正負面影響因素，以制定適當的策略，提升正面與減輕負面的影響。

發現：

1. 三軍總醫院每年均選出優良軍醫及優良教師，使醫學生認識典範，此外亦選出病歷寫作優良之實習醫學生，於醫師節公開表揚，鼓勵學生展現正向之專業行為。
2. 三軍總醫院鼓勵員工通報發生之各類醫療異常事件，包含「溝通問題、侵犯隱私、言語衝突」等，若實習醫學生被發現有上述類似負面行為，被通報並依案件狀況召開病安促進組會議，並提列改善措施建議供相關科部進行輔導改善，以此負面教材使其他學生瞭解專業行為之重要性。

準則判定：符合

3.4.2 醫學系(院、校)必須明訂與公布教師與學生關係的行為準則，並制定處理違反準則的政策。

發現：

醫學院專任教師聘約已明訂教師與學生關係的行為準則，行為準則亦於本學院教師手冊及本系新生手冊中詳述，使每位教師(含兼任教師、醫院住院醫師)、學生均能明瞭應有之行為準則，要點包括以下：

1. 教師除授課外對於學生心理、品德、生活、言行負有輔導之責任並應以身作則。
2. 教師於執行教學、指導、訓練、評鑑、管理、輔導或提供學生工作機會時，在與性或性別有關之人際互動上，不得發展有違專業倫理之關係。教師發現師生關係有違反前項專業倫理之虞，應主動迴避或陳報學校處理。
3. 教師、職員、學生應尊重他人與自己之性或身體之自主，避免不受歡迎之追求行為，

並不得有下列行為：以強制或暴力手段處理與性或性別有關之衝突；以語言、肢體或其他暴力，對於他人之性別特徵、性別特質、性傾向或性別認同進行貶抑、攻擊或威脅。

4. 醫學系也有制定迅速處理這些申訴的機制，並支持防止不適當行為的教育活動。

準則判定：符合

3.4.3 醫學系必須對所有的教師和醫學生公布醫學生評量、升級、畢業，和懲戒處分的標準與程序。

發現：

訂有「國防醫學院學生研究生學則」，針對評量、升級、畢業和懲戒處分的標準與程序。

準則判定：符合

3.4.4 醫學系對於會影響醫學生學籍所採取的措施，必須符合公平且正式的程序。

發現：

1. 對醫學生升級、開除相關不利決定時之處理程序：學院設有「期中預警制度」，發現學生有期中成績不及格情形時，即通知所屬導師及隊職幹部，共同對學生課業進行輔導；然一旦發現有學生即將因學業成績因素需要被退學情形，醫學院教務處將邀集學員生大隊隊職官、該名學生所屬導師、其未通過之學科授課教師、系主任、教務處承參及教育長共同討論學生學習狀況，確認其成績確屬不及格，且達留級或開除之條件。

2. 對醫學生懲處、開除相關不利決定時之處理，均有一定之程序，由學員生大隊組成「學生、研究生獎懲評議委員會」、院部組成「學生、研究生獎懲評審委員會」決議之。例如：學生、研究生獎懲案件凡記嘉獎或申誡以上者，應送「學生、研究生獎懲評議委員會」評議，如為記大功（含）或記大過（含）以上時，則於「學生、研究生獎懲評議委員會」做成建議案後，彙整呈報學院，學務處收文後應儘速（以3日內為原則）召開「學生、研究生獎懲評審委員會」討論決議之。

3. 亦訂有學生申訴管道，如違反本懲處規定而受申誡以上處分者，於收到命令後1週內，得向「申訴評議委員會」提出申訴。

準則判定：符合

3.5 學生紀錄

3.5.0 醫學系必須為每位醫學生建立一個記錄重要資料的學習歷程檔案。

發現：

1. 學校於2014年起，才開始建置學生數位學習歷程檔案(e-Portfolio)，建置時程相較於其他國內的大學校院，明顯落後。不過，此一系統，除可記錄學生的選課紀錄、學業成績外，也可呈現社團經歷、班級幹部經歷、課外活動、志工服務、證照記錄、競賽/得獎紀錄，大體上具備了它應有的功能，另外，亦設有導師輔導功能，導師可於系統上即時瞭解學生學習的進度及個人心理與情緒狀態。
2. 令人印象較為深刻的是，雖然此一系統建置時程較為落後，但實際查證結果顯示，除核心能力一項外，內容建置完成比率相當高。隨機查證5位同學，其各個項目都有基本甚或相當完全的歷程檔案資料，顯示除了軍事化管理的效能外，學校在此一系統的推動上，亦相當用心。
3. 此外，醫院今年亦建置「臨床訓練管理」系統，整合各項臨床表單，即時回饋學生實習成績和成效。此一系統亦宜思考儘速與「學習歷程檔案」相互連結，以整合紀錄學生完整之學習歷程，發揮評估學生學習成效的最大功能。

準則判定：符合

3.5.1 醫學系學生的學習紀錄必須保密，除非醫學生本人同意或依法須提供，否則只提供給有需要知道的教師和行政人員。

發現：

訪視期間發現，學生的學業成績透過授課老師依據測驗成績填入教務資訊系統之後再列印出成績紀錄冊；且成績紀錄冊須經授課老師用印及系所主任確認無誤之後，再將紙本資料送教務處備查、保管。

準則判定：符合

3.5.2 醫學系必須允許就學的醫學生複查和質疑其學習紀錄。

發現：

學校規定每一必修和臨床實習課程均允許學生檢視自己的成績，學生可於教務資訊系統查詢，如遇學業成績有疑義時可至教務處申請成績複查。然經上傳教務資訊系統之成績不得任意修改，如需變更成績，須由授課老師提出申請，奉院長核可後方可更改上傳成績。

準則判定：符合

第 4 章 教師

4.0 醫學系必須確保有足夠數量、具相關背景並熱心教學的教師，同時提供必要的在職與繼續訓練，且能留任稱職的教師。

發現：

1. 無職銜教師：包含無教職之授課教師或臨床指導教師。臨床學科聘任三總、臺北榮總、臺中榮總、高雄榮總、奇美醫院及馬偕醫院之醫師為無職銜教師，以協助指導實習醫學生。尤其是臨床學科大量聘任無職銜教師外，但目前對於此類教師並無權利義務之規範。
2. 國防醫學院依據「國防醫學院新進教師輔導規定」，輔導新進教師、協助教師適應新的工作環境，以勝任教學、研究之職責。各教學單位由資深老師擔任新進教師之學術導師(mentor)，指導新進教師執行教學、研究及服務之任務；輔導為期三年，由學術導師針對「教學、研究、服務、輔導」四大層面進行輔導，並由CFD依「新進教師參加研習會評量規定」進行評量，以驗收新進教師整體表現與評核輔導成果。
3. 重視基礎醫學研究，訂有「國防醫學院三軍總醫院醫學研究成果論文發表績優獎勵規定」、「國防醫學院學術研究成果發表獎勵規定」及「國防醫學院文職教師學術論文發表獎勵規定」，教師發表論文著作可依規定核發獎金。
4. 學院對於提升教師學術生產力之非正式方法如下：(1) 學院CFD每年辦理「新進教師研習營」包含研究設計等課程。(2) 研發室及三軍總醫院醫研室均定期辦理專題演講，提高基礎、臨床教師研究能力。(3) 2012年由院長要求本學院助理教授以上之專任教師，均須申請國科會102年度專題研究計畫，而本系亦鼓勵本系臨床教師教

職為助理教授以上之醫師申請計畫。(4) 三軍總醫院教學室每半年辦理「教學研究現況提報會議」，由各學科輪流報告研究現況，系主任兼教學副院長於會中回饋各科部。教學室訂有臨床科部主治醫師KPI績效自評表，訂有各學科於學術研究上之評分標準，供院長作各科研究績效考核之用。(5) 每年一次教師共識營邀請教師至院外聚會，討論學院各項公共議題及各領域教師研究心得分享。“學術表現”包括：研究生的指導、課程設計規劃、教案創新、研究計畫的主持等。建議除了基礎生醫與臨床醫學領域之外，教師在醫學教育、醫學人文、社會科學之投入與研究成果亦應納入“學術表現”(academic performance)。

5. 基礎醫學學科教師在編制上，並非隸屬醫學系之教師，但是由於院長的領導與協助，多年來，國防醫學系基礎醫學之教學尚屬穩健；但是對於上次評鑑已建議改善之基礎學科(專任)師資面臨員額逐年減少的困境(100學年88位、101學年82位、102學年77位)，仍未見有具體之改善。(TMAC100年追蹤訪視報告)
6. 三總聘任7位教學型主治醫師、具有熱誠，在EBM、SP培訓、OSCE、ILC及PGY等多有貢獻，校方應持續關注其投入醫學教育之生涯發展，校方及三總宜有進一步協助教學、評量之發展，提升醫學教育實踐與研究之品質(如聘任psychometrician或教育評量專家)以及制定獎勵辦法。此外，臨床學科大量聘任無職銜教師外，但目前對於此類教師並無權利義務之規範，對於學生之教學貢獻可以加強評估檢討機制。

準則判定：符合

4.1 數量、資格和功能

- 4.1.0 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。

發現：

1. 國防醫學院聘有專任教師 190 位，學生人數 1813 名，師生比 1:9.5，優於教育部之規定。以醫學系而言，目前專任教師 104 位，學生人數 799 名，師生比 1:7.7，亦不輸於其他醫學校院。醫學系另有全職教師 39 位，兼任教師 523 位(其中 211 人為臨床教師)，可協助教學工作，以整體教師數目而言，足堪教學之任務。惟詳細檢視專任教師之職級，發現上次評鑑已建議改善之基礎學科(專任)師資面臨員額逐年

減少的困境(100 學年 88 位、101 學年 82 位、102 學年 77 位)，且 3 年間仍少了 11 位專任教師，這點仍未見有具體之改善；而部分臨床科別，如皮膚學科僅 1 位副教授；耳鼻喉科 2 位助理教授；急診醫學科 2 位助理教授；神經學科 1 位助理教授；和復健醫學科 1 位助理教授等臨床科具專任教職之教師人數皆少於 3 人，顯示人才之培育有斷層之隱憂，值得校方與學系予以重視，並尋求改善之道。不過，根據校方提供的資料，配合軍階編裝和組織調整後，醫學科學研究所（5 員）、航太暨海底研究所（6 員）教師併入醫學系、寄生蟲及熱帶醫學科併入病理及寄生蟲研究所；並且另有 5 位教師因出國進修調缺等因素，導致表面呈現基礎學科老師人數下降。此外，訪評委員也發現學校聘請專長領域退休、或者名義上是其他臨床學科的教師支援授課，實際上課情形也努力將臨床與基礎加以整合。

2. 教學助理(TA)的人數：101-1 學期 36 人；101-2 學期 31 人；102-1 學期 19 人；102-2 學期 20 人；及 103-1 學期 24 人，以人數而言，較為不足。目前校方以推動聘任博士生為 TA，以協助各項教學活動之進行。另外，檢視 TA 協助教學活動之課程，從衛生行政、遺傳流行病學．．．，至程式設計等，無法看出配置之邏輯性，校方在考量整體資源配置下，可思考以專業必修(如基礎醫學科)及通識課程大班講授或小組討論者為優先給予 TA，以提高教學品質。
3. 學校的醫學人文師資定位不一致。醫學人文教師的認定在不同組織架構下，其認定之原則不明。通識中心下列出有 4 位專任與 7 位醫學人文教師，而後者多屬臨床醫師加入通識人文的教育陣容，以解決這方面的師資不足。但這幾位臨床醫師的努力能取代多少正職的醫學人文或通識教職，有待日後的追蹤。

準則判定：符合，但須追蹤

- 4.1.1 受聘為醫學系教師，必須有與職銜相稱的學經歷。

發現：

1. 醫學系之新聘及升等，需經過系教評會及院教評會的通過，有嚴格的審查制度，都有職銜相稱的學經歷。
2. 部分學科之專業師資難求，不得不聘用 PhD 之取得領域與目前教授領域不盡相同的教師。（如有些生物及解剖學科之年輕教師並非解剖領域之 PhD）然而，這種教師也有

可能授課認真，教學成效良好，所以授課單位及師資培育中心須評估其專業及講授及教學水準，以及學生端的受教品質，而非僅以文憑評定其適合教學與否。

準則判定：符合

4.1.2 醫學系教師必須有能力，並持續承諾做為稱職的老師。

發現：

1. 國防醫學院有規劃地建立教學型主治醫師制度，以及遴聘人選，共有七位教學型主治醫師，分擔各個不同的功能，包括OSCE、PGY、縱貫式整合clerkship課程、EBM、PBL、學生七年的實習課程等。教學型主治醫師的產生，是先由學生的投票票選後，再加上高層對這些醫師過去的教學表現，做成最終決定。從與這七位教學型主治醫師晤談的過程中，感受到他們熱心投入教學。希冀國防醫學院持續貫徹教學型主治醫師的政策，並制定政策，以精進其教學能力與教學有關之研究發展，並保障其教學的努力列入升遷考量。
2. 教師發展中心為學校的一級單位，由教育長擔任中心主任。中心下分四組：教學方法組、教學評量組、教學資源組與研究整合組。屬於基礎教師的部分，由教務處高處長負責；屬於臨床教師的部分，則由醫學系蔡系主任負責。中心歷年來舉辦相當多的在職教育與繼續訓練，推動教學評量與教學輔導，以及教師成長相關活動，參與的教師雖然相當多，惟如果希望成效更為顯著，尚需有更完整的規劃。
3. 教學評量如前所述，(見2.1.2.2和2.1.2.6)，其信效度皆需檢定。**評量不佳老師的輔導及改善機制，皆需加強。**
4. 師資培育是改變教育很重要的措施，臨床教師之培養，單靠幾堂課之講授是很難成功的。為改進老師們的臨床教學方法與能力，**師資的培養必須包括“床邊示範教學”。**

準則判定：符合，但須追蹤

4.1.3 醫學系教師應承諾致力於持續精進學術研究，以符合高等教育機構的特色。

發現：

1. 重視基礎生醫與臨床醫學領域，訂有「國防醫學院三軍總醫院醫學研究成果論文發表績優獎勵規定」、「國防醫學院學術研究成果發表獎勵規定」及「國防醫學院文職教師學術論文發表獎勵規定」、「國防醫學院教師資格審查學術著作審查要點」，教師發表論文著作可依規定提出升等、核發獎金。對於提升教師學術生產力亦透過非正式方法展現致力於持續精進學術研究之重視。
2. 部分學科如皮膚學科、放射腫瘤學科、急診醫學科、核子醫學科、神經學科及復健醫學科等，具教職教師之人數皆少於3人，顯示人才培育有斷層的現象。而為負擔現有的臨床教學研究工作，勢必由未具教職之主治醫師協助，難免影響整體之教學與研究的成果與品質。
3. 整體研究的成果，以具同儕審查制度的期刊論文數：100學年336篇，101學年367篇，102學年386篇；擔任計畫主持人：100學年96人，101學年101人，102學年107而論，顯示在師生的努力下，仍有微幅的成長。尤其臨床醫師繁忙的臨床、教學與研究工作，在目前國內外學術界激烈競爭的情況下，仍屬不易。
4. “學術表現”包括：研究生的指導、課程設計規劃、教案創新、研究計畫的主持等。建議除了基礎生醫與臨床醫學領域之外，教師在醫學教育、醫學人文、社會科學之投入與研究成果亦應納入“學術表現”(academic performance)。

準則判定：符合

- 4.1.4 醫學系教師必須參與醫學生入學、升級與畢業相關事務之決定，也必須提供醫學生學業及職涯輔導。

發現：

1. 醫學生入學：由「招生委員會」(招生核心小組)由系主任擔任召集人，副系主任內、外、婦、兒、精神醫學科主任為委員，邀請基礎學科教師為選任委員。102年共邀集64名臨床、基礎教師參加招生作業，包含甄選題目撰寫、審查，擔任甄選委員等。
2. 醫學生升級與畢業：由教務處統一規劃，然如涉及學生學分未修畢、面臨延畢或是退學，則需召集學科教師、學業輔導導師共同討論該名學生輔導作為。
3. 提供醫學生學業及職涯輔導：(1)訂有「總導師、外院導師、臨床導師及學院導師工作制度實施規定」，導師於與導生訪談過程中可瞭解學生性向、興趣、人格特質、

學習與家庭狀況，關懷其生活、學習、生/職涯規劃及身心健康。(2)開設「生涯規劃」課程，協助學生了解生涯發展是一連串決定的過程，逐漸建構生涯自我決策的能力。(3)三軍總醫院實習醫學生之導師每月主動與導生進行面談，提供職涯規劃和臨床選科諮詢服務。(4)學生選科作業前，均由該院教學室辦理選科說明會，使學生充分瞭解未來職涯歷程。(5)系主任利用時機召開座談會，向各期班學生作人生經歷、職涯規劃分享。

準則判定：符合

4.2 人事政策

4.2.0 學校針對院長、醫學系主任、部門主管以及教師的聘任、續聘、升等、解聘或延聘，必須有明確的政策。

發現：

1. 針對院長、醫學系主任、部門主管的聘任學校也都有明確的政策規範，但須再送呈軍醫局長官核准聘任。該系教師聘任均依「國防醫學院專任教師聘任審查作業規定」辦理，聘任教師分類為：一、新聘文職教師。二、現役軍職教師退伍轉任文職教師。三、軍職教師職缺調整（調任）。
2. 其中現役軍職教師退伍轉任文職教師對於醫學系之系務、教學與研究助益甚多。延攬多位退休熱心之資深教授，例如朱柏齡、余慕賢教授曾擔任過醫學系主任的現任文職的醫學系副系主任均為現任或曾任校務委員，故了解校務與醫學系發展之需要，且不受軍職定期調職之限制。
3. 學校為建立多元升等制度，引導教師專業多元分工，目前正研擬「教學型教師升等規範草案」，希能明確訂定研究、教學及臨床責任比例。
4. 目前三總已聘任7位教學型主治醫師，對於醫學生與PGY之教學甚有助益，例如EBM、longitudinal integrated clerkship之推動都有賴教學型主治醫師。但是對於主治醫師繁忙的臨床、教學與研究工作，目前對於教學型主治醫師之升等仍未有特殊之規劃設計，醫學系及三總應更積極設計制度以協助其生涯發展與升等。

準則判定：符合

4.2.1 醫學系應提供每位教師關於聘期、責任、薪資制度、權利和福利等書面資料。

發現：

1. 專任教師受聘均需簽定「國防醫學院專任教師聘約」，內文即函蓋教師薪俸、超鐘點費及休（請）假規定、授課責任、兼課規定等。另制定「國防醫學院教學獎助金核發作業規定」、「學術研究成果獎勵辦法」，以增進研究表現氣氛，建立學術獎勵機制；除上述項目外，其餘權利和福利、補助、津貼及相關執業收入等相關規定亦包含於CFD訂製之教師手冊中，並公佈於網頁以供下載。
2. 教師關於其聘期、責任、薪資制度、權利和福利等相關資料，皆詳載於聘約，教師手冊及其他相關辦法中。

準則判定：符合

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。

發現：

1. 學校已制定教師倫理守則，以合理規範教學與研究行為。相關規範如下：
2. 院教師論文著作真實性審核，學院醫研室每年隨機抽樣檢查；對於學術倫理相關之案件，不定期召開「學術研究倫理審議委員會」以達到監控的目的。
3. 其他各科規定已列於自評報告。

準則判定：符合

4.2.3 醫學系應定期給予老師個人學術表現與升等相關訊息的回饋。

發現：

國防醫學院給予老師個人學術表現與升等相關訊息的回饋政策及方式如下：(1) 醫學院訂有「國防醫學院教師績效評量辦法」，每學年辦理教師績效評量乙次，內容包括教學、研究及服務評量，可回饋老師個人學術表現及升等之訊息提供，以做為教師個人職涯發展(career development)之參考。(2) 配合三軍總醫院教學室，於每半年辦理「教學研究現況提報會議」，由各學科輪流報告研究現況，系主任兼教學副院

長於會中回饋各科部。

準則判定：符合

4.2.4 醫學系必須為每位教師提供專業發展的機會，以提升其教學、輔導和研究的技能和領導能力。

發現：

1. 教師發展中心為學校的一級單位，由教育長擔任中心主任。中心下分四組：教學方法組、教學評量組、教學資源組與研究整合組。屬於基礎教師的部分，由教務處高處長負責；屬於臨床教師的部分，則由醫學系蔡系主任負責。中心歷年來舉辦相當多的在職教育與繼續訓練，推動教學評量與教學輔導，以及教師成長相關活動，參與的教師雖然相當多，惟如果希望成效更為顯著，尚需有更完整的規劃。
2. CFD近2年來舉辦多場相關於教學方法、教學評估、提升演講方法、準備教案等等相關於教師教學、輔助技能提升之演講或工作坊共計294場次、18934人次參加。唯從網站上查閱可以觀察到，所開的課程多研究相關的專題演講或是性別相關議題。另有Happy hours，參加教師人數也不少。建議可以請資深教師或是當選優良教師的老師，以及校外教育專長的教師，分享如何掌握大班教學、如何進行床邊教學或是如何進行評量，等實際與教學相關的課程，以增加教師的教學能量。
3. 國防醫學院希望能多表揚「典範人物(role model)」的老師，能在專業的skill方面，以及對病人與對學生的態度足為表率，能重視教學和重視臨床基礎的整合。期望學校能讓學生看到這種老師在國防醫學院的制度下，能得到很好的肯定。同時學校目前已開始建立的教學型主治醫師就是一個很好的開始，而且所選的人選都很熱心教學，但為長遠計，也應該鼓勵他們對醫學教育的某些特殊領域有scholarship的專注，而將其教學的心得轉為研究論文的發表，這樣也才能讓他們免除“publish or perish”的夢魘。
4. 教學評量如前所述，(見2.1.2.2和2.1.2.6)，其信效度皆需檢定。評量不佳老師的輔導及改善機制，皆需加強。
5. CFD在醫學教育扮演非常重要的角色，但在學校的自評報告中，以及評鑑當天的簡報，均看不出CFD在國防醫學院組織架構圖之地位。

準則判定：符合，但須追蹤

4.3 治理

4.3.0 醫學系的治理和決策過程應有適合的教師參與。

4.3.1 醫學系應有適當的機制讓教師直接參與系內的相關決策。

發現：

醫學系每月召開系評會，議決教師新聘、升等、續聘、解聘及其他系務重要事項，為醫學系治理上最重要的常設會議。設有委員15人，當然委員為學科之學術主管，遴選委員為副教授以上之教師代表。從訪查資料發現，**學校並無系務會議可讓教師直接參與決策，僅能由與系所主管的溝通表達意見。**此項設計可能因學校將功能不盡相同之系教評會與系務會議的功能重疊。**建議應有系務會議之設置，成員宜納入醫學系及附設醫院主管、各級教師代表及學生代表，以利於內部共識之形成與實務之治理。**其他相關委員會尚有：學科科務會議、課程委員會、課程委員會-博雅教育組、整合課程組、臨床實習組、招生委員會等。

準則判定：符合，但須追蹤

4.3.2 醫學系必須建立機制，提供系內教師有參與討論和制定、審閱及修訂醫學系政策和程序的機會。

發現：

會議的議程及會議紀錄，主要皆以公務郵件系統傳達至各臨床學科，並藉由座談會及院務會議，宣導各項會議決議事項及配套措施。惟為促進教師有機會參與討論和制定、審閱和修訂醫學系的政策，除少部分會議有保密之需要如教評會外，**宜思考將相關會議之資料及記錄上網公告。**建議設置系務會議，應納入醫學系及附設醫院主管、各級教師代表及學生代表，以利於內部共識之形成與實務之治理，並提升資訊的透明度，鼓勵同仁、學生的參與，以凝聚學系的向心力。

準則判定：符合，但須追蹤

第5章 教育資源

5.0 醫學系主任應擁有足夠的資源，以成功地治理學系。

發現：

醫學系主任蔡建松教授兼三軍總醫院教學副院長，醫學系各臨床學科主任則兼三總對應之臨床部門主任，此設計賦予醫學系主任能有效治理和評估醫學系成效的職責、資源與權力。

準則判定：符合

5.1 財務

5.1.0 醫學系（院、校）現有和預期的財務資源必須足以維持健全的醫學教育，並完成學系和學校的其他辦學目標。

發現：

財務資源足以維持學校健全的醫學教育，並完成學系和學校的其他辦學目標：

1. 學校隸屬國防部普通公務單位預算、會計機關，未設立校務基金，會計事務均遵循「國軍各級單位現金會計作業規定」；整體財務規模每年大約12億元新台幣；國防部固定挹注約8億餘元。該學院為普通公務單位預算體系，無附屬單位預算，經費管制多數由業管單位統籌管理規劃，提供上述整體資料，無法區分用於醫學系部分。
2. 每年分配國防預算包括「維持預算」及「投資預算」，以2008-2013年度為例，維持預算皆在1億5千萬左右，惟投資預算從2008-2012年度之1億3千萬左右降為2013年度7千萬左右，約減少5000萬元。據院方說明此乃國防預算縮減所影響，如校方需要，仍能夠以特別計畫呈報國防部爭取。惟此仍應積極釐清與追蹤，以免影響教學研究設備之投資。

準則判定：符合

5.1.1 醫學系隸屬之學校不可超收其總資源所能容納的醫學生名額，不應為增加學費收入而錄取資格不符、留滯不適當數量的醫學生，影響醫學系的教育使命和品質。

發現：

國防醫學院及三軍總醫院由訪視及資料審查，其軍費/公費/僑生 招收名額每年均

先由國防部等單位依需求及預算總額訂定之，無超招之問題。未有錄取資格不符、留滯不適當數量醫學生的事實，所收醫學生之名額，皆依照教育部之核定辦理。

準則判定：符合

5.2 一般設施

5.2.0 醫學系必須擁有或確定有權使用建築物和設備，以達成其教育與其他目標。

發現：

1. 有足夠的空間與設施，提供教師、學生與行政人員的辦公、教學與研究之需求。而源遠樓為最主要供醫學生教育之地點，總面積約38,214平方公尺，其中用於學生教室3,128平方公尺(8.2%)，實驗室2,504平方公尺(6.6%)以及其他教學空間(PBL語言教室等)1,057平方公尺(2.8%)，總共6,689平方公尺(17.5%)，足供學生教學之需。
2. 特色設施：
 - (1)戰傷暨災難急救訓練中心：發展軍陣醫學特色需要，各項軟硬體設施可以提供十項軍陣外傷急救基本技能教學使用，是學校一大特色。
 - (2)臨床技能訓練暨測驗中心：可進行12站技能訓練及測驗，提供模擬訓練環境與設備，如simulator及各項模具，以讓學生從事臨床模擬技能訓練及測驗。
 - (3)實驗外科中心：設有外科手術縫合練習區、腹腔鏡手術練習區、氣管插管練習區和顯微手術練習區共四個練習區以及動物實驗設備。
 - (4)資訊圖書中心：2010年成立「醫學人文」區，提供藝術及人文書籍供閱覽，展出系列主題圖書。2011年資訊圖書中心一樓左側成立「景觀閱覽區」。
 - (5)2013年成立「藝文中心」，規劃舉辦藝文活動，加添藝文氣息。
3. 系學會2013年自評結果報告，約七成學生覺得學校有提供充足的空間供學生自習、對於學校提供的討論空間表示滿意、認為學校有提供學生充足的活動空間、在校內的休息空間充足；達八成的學生認為學校有足夠的教室供大堂課使用；近九成的學生認為學校有足夠的小組討論教室供教學使用。

準則判定：符合

5.2.1 醫學系應確保在每個教學地點有適當的醫學生學習空間、休息區以及個人置物

櫃或其他安全的儲存設施。如有保健和健身設施更理想。

發現：

1. 每個教學地點有適當的醫學生學習空間、休息區以及個人置物櫃等。且在宿舍區設有保健和健身設施，如壘球組、撞球檯、桌球桌、卡拉OK、健身器材等。
2. 系學會2013年自評結果報告，約七成學生覺得學校有提供充足的空間供學生自習、對於學校提供的討論空間表示滿意、認為學校有提供學生充足的活動空間、在校內的休息空間充足；達八成的學生認為學校有足夠的教室供大堂課使用；近九成的學生認為學校有足夠的小組討論教室供教學使用。

準則判定：符合

- 5.2.2 醫學系應確保其在所有教學地點的醫學生、教職員之人身與財產的安全及保障，以及確保教師和醫學生往返不同地點間交通的便利性和安全性等。

發現：

1. 學校為軍事校院，校園安全特別良好，學生在校園中及臨床實習場所均有安全的學習環境，在校園出入、口均有勤務戰士及保全人員負責管制人員及車輛進出；另在校園各建築物公共空間與運動場等地，都裝設有監視系統、緊急求救電話、緊急求救鈴、AED等設備。由總值日官室、學員生大隊值日官室、勤務隊安全士官(均24小時值勤)負責處理與通報，另由勤務隊人員針對各空間死角實施定時與不定時巡邏，以早期發現危安因素，建構校園安全空間及走廊。
2. 學院主體大樓各作業場所可能發生之環安事故(如環安、消防、醫療廢棄物、輻安等)，依照法令「各項規定擬定緊急應變計畫」及「新進人員環安教育講習與訓練」，每位人員均能熟知逃生避難要領，迅速離開災區以保障自身安全。另外，「院本部環安緊急應變小組」成員確實掌握本身於救災行動中所編列之任務，以便在事故發生時可立即採取正確而有效之方式控制災害。
3. 針對學生校外實習交通車，每年均編列預算，除明訂車輛年份為三年內新車外，並制定車輛檢查表等，以確保人員安全。
4. 醫學生於三軍總醫院學習皆在上級醫師的指導下進行醫療處置，並避免單獨接觸潛

在有攻擊性病患，在特殊病房，如隔離病房、精神科病房及急診室時，若遇到人身危害，可以按壓病床邊紅燈線、開啟病房內對講機或是撥打公務手機向醫護同仁求救，護理站有緊急按鈕可啟動通知院內保全人員，急診室亦有警民連線系統。同時，病房亦有錄影監視裝備，以維護醫學生人身安全。「三軍總醫院緊急醫療應變計畫」、「針扎事件處理流程」以保護學生血液傳染之風險。

5. 天然(或其他)災難及緊急狀況之應變系統：依照法令各項規定擬訂防颱、地震、消防、毒化物、輻安等緊急應變計畫，妥善編組緊急處理人員，並排定訓練課程，對教職員生實施年度講習及實作訓練。另外「院本部緊急應變小組」成員確實掌握本身於救災行動中所編列之任務，並著重校園安全橫向聯繫，以便在事故發生時可立即採取正確而有效之方式控制災害。

準則判定：符合

- 5.2.3 有多個教學地點的醫學系應建立適當的措施，以確保醫學教育品質之等同性，例如：增設電子網路設施、重新設計課程等。

發現：

學院設有網路系統，學生於國防醫學院及三軍總醫院皆可透過數位學習系統、e-Portfolio、社群及課程地圖線上學習，能夠不受時間和空間的限制隨時複習上課內容或接受線上測驗，並可在數位學習平台上與其他同學及師長討論及分享學習心得；此系統之整合與實施成效，則待進一步追蹤觀察。

準則判定：符合

5.3 臨床教育設施及資源

- 5.3.0 醫學系（院、校）必須擁有醫學生臨床教學所需的適當資源或確切的使用權。

發現：

國防醫學院、三軍總醫院有充分的臨床資源，擁有足夠數量和不同類型的病人(例如急性程度、病例種類、年齡、性別)，也有足夠的教師和住院醫師的數量，和硬體資源以確保門診和住院教學的廣度和品質。加上臺北榮總、臺中榮總、高雄榮總、奇美醫院及馬偕等醫院(均為醫學中心)之教學資源，可以保障醫學生臨床教學所需的適當

資源或確切的使用權。

準則判定：符合

5.3.1 作為醫學生教育的各主要教學醫院或其他臨床設施，必須有適當的教學設施和資訊資源，並通過衛生福利部教學醫院評鑑。

發現：

1. 三軍總醫院、臺北榮總、臺中榮總、高雄榮總、奇美醫院及馬偕等醫院，均通過衛生福利部教學醫院評鑑，達到醫學中心之標準，可以保障醫學生臨床教學所需的適當資源或確切的使用權。
2. 腎臟科由宋志建醫師主持的Teaching & Discussion對病症的每一細節都有雙向的討論，由於宋醫師的誘導，每一學生都很熱誠地參加討論，但此會開在護理站，雖然X-ray、電腦都在手邊，可惜電話及護理人員因工作需要的出入等，對討論的氣氛以及學生的專注力均有影響。建議病房應有小型討論室之設置，例如腎臟科護理站對面及旁邊有儲藏室、休息室等，可改成小型討論室，應可提高教學品質。

準則判定：符合

5.3.2 醫學系必修的臨床實習應在健康照護機構進行，其住院醫師或其他合格人員在教師的督導下，亦有參與醫學生教學的責任。

發現：

1. 住院醫師多為醫學生的學長姐，也普遍有熱心與責任願意指導學弟妹。
2. 實習醫學生可至臺北榮總、臺中榮總、高雄榮總、奇美醫院及馬偕醫院實習，故該系也聘任上述醫院無教職之醫師為「無職銜教師」，但由於此次評鑑未能訪視這些醫院，因此無法查核了解住院醫師或其他合格人員參與醫學生教學的責任。

準則判定：符合

5.3.3 醫學系建教合作之教學醫院，住院醫師和其他督導或教育醫學生者，必須熟悉課程與臨床實習的教育目的，並擔任教學和評量的角色。

發現：

1. 住院醫師多為能醫學生的學長姐，也普遍有熱心願意指導學弟妹，但是對於教學方法(如小組討論)與評估技巧(如mini-CEX)則較陌生，需要進一步訓練，以協助加強住院醫師的教學和評量技巧。
2. 雖然五所外院皆為醫學中心級教學醫院，有一定之教學水準，但由於此次評鑑未能訪視這些醫院，無法查核外院教學者之角色及功能，因此無法了解住院醫師和其他督導或教育醫學生者，其參與醫學生教學與評量的能力。

準則判定：符合，但須追蹤

5.4 圖書館與資訊資源

- 5.4.0 醫學系(院、校)必須有維護良好的圖書館和資訊設施的使用權利，具適當規模、館藏豐富，並有足以支持其教育和其他任務的資訊科技。

發現：

1. 圖書館具有充足的空間與設備，可提供一般閱覽席位500席，視聽閱覽席位50席及特藏室閱覽席位12席；此外設有多媒體播放設備、幻燈機、音響設備等席位40席，另有視聽小間一間，作為十人以下視聽教學使用。另外，訂有醫學資料庫115種、電子期刊14930種等電子館藏，學院及三總皆可透過校園網路檢索，館內則皆為無線網路環境，並提供院外遠端連線之查詢服務。
2. 另設有醫學人文區、咖啡區及景觀閱覽區，以豐富讀者心靈，並藉環境教育，提升師生人文素養。
3. 未來的發展，推動國軍醫院數位圖書館聯盟，整合各館電子與實體館藏，達到資源共享的目的。
4. 學校尚有其他可發展醫學人文課程之資源，如校史館、院史計畫等。建議應善加利用校史館與院史計畫於教學之上。

準則判定：符合

- 5.4.1 醫學系隸屬之學校的圖書館和資訊服務員工，應及時回應醫學系之教師、住院醫師和醫學生的需求。

發現：

1. 目前人力有兼任館長1名，專職人員8名，以目前業務量而言，人力相當精簡。8名專職人員中，具圖書與資訊科學背景者佔6名，專業程度佳。
2. 主要的功能，如流通、參考、視聽、採編與期刊，仍較偏向傳統的功能，可思考與教務處及資訊管理處合作，建置數位(雲端)資料庫，作為師生自主學習和行動學習之平台，以提升師生自我學習及終身學習的能力。

準則判定：符合

肆、總結：

國防醫學院前身為「北洋軍醫學堂」，創立於1901(民國前十)年，至今創校112年，是我國歷史悠久的軍醫學府。除特殊身分之學生如僑生、外籍生外，目前醫學系每年招生125名，包括軍費生、自費生及代訓生，該校之生師比為9.5，而醫學系為7.7。學校的整體預算規模每年約12億元，主要的教學醫院為直屬附設醫院三軍總醫院，並有5所建教合作之教學醫院，分別為台北榮總、台中榮總、高雄榮總、馬偕及奇美醫院，供醫學生實習之教學場所。

自從2003年以來，國防醫學院經過四次TMAC訪視，發現在各方面都有長足之進步。這次的訪視是TMAC以新制評鑑準則2013版進行全面評鑑的第一所學校，有些準則由於國防醫學院限於國防部體系，而「無法全面符合」或「不適用」(如3.1.2; 3.1.4; 3.2.1)，有些是因為國防醫學院為第一所接受新準則評鑑之醫學系，可能無此例證，因此「不適用」。(如1.4.4; 1.4.4.1; 1.4.4.2)。

分析各章之準則判定結果如下：

第一章 機構	準則判定	符合	15 項(71.4%)
		符合，但須追蹤	3 項(14.3%)
		不符合	0 項
		不適用	3 項(14.3%)
第二章 醫學系	準則判定	符合	31 項(57.4%)
		符合，但須追蹤	23 項(42.6%)
		不符合	0 項

	不適用	0 項
第三章 醫學生 準則判定	符合	29 項(87.9%)
	符合，但須追蹤	1 項(3%)
	不符合	0 項
	不適用	3 項(9.1%)
第四章 教師 準則判定	符合	9 項(64.3%)
	符合，但須追蹤	5 項(35.7%)
	不符合	0 項
	不適用	0 項
第五章 教育資源 準則判定	符合	12 項(92.3%)
	符合，但須追蹤	1 項(7.7%)
	不符合	0 項
	不適用	0 項

過去幾次的訪視所看到最嚴重的問題是由於國防體系人事晉升的規定，導致院所主管更替頻繁，而無法貫徹醫學教育的政策，導致嚴重影響教學品質與效率。但學校經過一番努力，現任司徒惠康院長積極推動教學改革與行政革新，對於醫學教育投入甚深，並有強烈的企圖心希望有效整合資源，強化學校的優勢與競爭力，以奠立國防醫學院未來發展的藍圖與願景；醫學系系主任蔡建松教授，積極任事推動系務之發展，令委員印象極為深刻；醫學系並聘有 4 位副系主任，分別為學務副系主任黃國書教授、評鑑副系主任朱柏齡教授、教學副系主任鄭澄意副教授，以及研究及國際事務副系主任余慕賢教授。四位副系主任皆為各領域經驗豐富之學者專家，尤其朱教授與余教授為前任系主任在卸任退伍後，以民聘身分聘任，協助系主任推動系務，對系務發展的方向都有深切的瞭解，對維持系務運作與確保重大教育政策的延續性，發揮明顯的功效，此為這次訪視感受到學校在醫學教育上最大的“突破”，也由此看出目前國防醫學院的領導者對醫學教育的重視與努力。

過去多次建議有關加強學生輔導，也在這次訪視中，看出學校在這方面所建立的制度以及參與心輔室工作的老師們的投入，但是對於學業方面的輔導，應由教學單位進行有效輔導，而非僅是自行觀覽 PowerCam，以避免學生無法通過成績及格的要求。否

則，一旦第一階段國考未通過，而後學生步入臨床階段，將更無時間讀好基礎醫學。學校對第一階段國考仍未能通過的高年級學生的輔導成效仍然有待加強。

學校在不同行政層級訂出用意良善之多項「教育目標」、「基本素養」、「核心能力」，彼此內容近似、實又不同，項目繁多、易造成困擾，且不易評量。建議校方透過正式會議協調、討論以確定醫學系之學生在畢業前應具備之核心能力，以利師生熟稔醫學系整體課程教育之目的，並做為課程規劃與設計的依據。

教師教學評量是評估教學品質的一個重要參考，但學校這幾年由學生線上評量教學成效，顯示評量之信效度亟待檢驗。而此一情況亦見於實習醫學生對於主治醫師和住院醫師教學滿意度調查之信效度，建議思考是否搭配其他配套措施，以提升教學評量的公信力，進而提高整體教學的品質。

CFD 在教師教學輔導的部分，宜邀請具有教育專業背景的教師以及學校教學表現卓越的老師加入，較有助於輔導知能的改進與輔導效能的提升，以實質強化評量不佳教師的教學能力。尤其是新進教師的教師傳習制度(mentoring)宜更加落實，才有助於新進教師在教學、研究及自我成長方面的職涯發展。

通識與醫學人文教育，學校採小班教學，有利於教學品質及教師與學生互動。教師普遍具有教學的熱誠，基礎良好。課程已有縱貫式設計的架構，可做為深化的基礎。此外，該校醫學人文的相關資源豐富，如校史館、院史計畫及圖書館，但目前醫學人文師資尚缺兼具跨醫學與人文領域的師資，並儘可能有專業倫理的老師來主導醫學倫理課程的規劃與教學。通識中心雖有足夠的醫學人文師資，醫學系的博雅小組也有教師參與，但是兩者之間的整合與協調不足，宜建立具有整合醫學系與通識教育中心課程功能的機制或是負責人，或許可善用該系具有跨領域背景教師的潛能，作為通識教育中心與醫學系的整合者，並鼓勵通識的醫學人文教師與醫學系臨床教師交流。

基礎學科各學科與醫學系為平行單位之行政架構，遇有重大變動事項，如學分數之變動或三年級之區段一與四年級之區段二之重整，或不同意見時，仍不利於共識之達成，以致可能影響課程整合之成效。且基礎醫學學科教師在編制上，並非隸屬醫學系之教師，且過去評鑑已建議改善之基礎學科(專任)師資面臨員額逐年減少的困境(100 學年 88 位、101 學年 82 位、102 學年 77 位)，這點醫學院系應擬定更積極具體改善的作法。

基礎與臨床醫學的整合以目前的課程規劃，於三、四年級之區段(block)整合課程中推動。為銜接三、四年級之區段課程 PBL 教學，宜評估在一、二年級之通識教育或基礎科學教育即導入 PBL 教學之可能性。而三、四年級之區段整合課程，以目前之規畫，並非每一區段教學單元皆安排有 PBL 課程，以培養醫學生主動學習、自我學習的習慣，宜規劃每一區段教學單元至少應有一次以上之 PBL 教學。整體而言，PBL 教學在整個三、四年級整合課程中大約只佔 6.5% 實屬偏低，應可考慮增加 PBL 教學時段並加強更新 PBL 臨床教案。此外三年級之區段課程 1，授課老師間彼此授課內容的溝通管道和分工，也應加強整合；而四年級區段課程 2，藥理學亦應考慮進一步與各臨床學科整合。此外，宜儘速建立區段課程 1 與區段課程 2 的整合協調機制，使三、四年級課程能有更完善整體之規畫，以確實達到基礎與臨床縱向聯結與整合的目標。

臨床教師(含主治醫師及住院醫師)在門診教學與住院教學等教學活動，宜善用病人學習的機會，加強床邊教學，發掘問題誘導醫學生主動學習，以促進自主學習及終身學習的興趣。同時也在與病人的接觸，提高學生對病人痛苦的敏感度，而不要在難得的臨床實習機會，流於課堂授課式的 mini-lecture。病歷寫作應持續改善，加強教育、查核、並評估其正確性。鼓勵臨床教師在繁忙的臨床工作外，如能多花一點時間做好 Mini-CEX, OSCE 及 DOPS 評量，給予醫學生更為具體描述而非空泛的回饋與評量，讓醫學生確實知道自己不足和需改進之處，對於醫學生生涯的發展，一定會有很大的助益。醫學系目前有專任教師 104 位，全職教師 39 位，兼任教師 523 位(其中 211 人為臨床教師)協助教學工作。以整體教師數目而言，足堪教學之重任。惟檢視各臨床學科具教職之教師人數，部分學科少於 3 人，顯示部分臨床學科人才培育斷層之現象確實存在。學校應宜予以重視，並積極尋求改善之道。

除上述建議事項，整體而言，國防醫學院在通識和人文教育、基礎臨床課程整合和臨床醫學教育方面，都有持續性的進步。這次訪評委員均對國防醫學院目前的領導階層之人事穩定以及專業長才留下很深的印象，也深覺這次訪評依據較為嚴謹的新制評鑑準則所看出的問題，恐非短時間內可以一蹴即成，衷心希望學校能夠在穩定的領導階層持續改善，百尺竿頭再進一步。

伍、評鑑結果：通過，於 2017 年進行全面評鑑。

TMAC 2014 國防醫學院醫學系訪評活動行程

10/14/2014 (W2)

國防醫學院醫學系

時間	內容
09:00~09:10	人員介紹
09:10~10:50	行政（含機構、課程管理及教育資源）與教師（含 CFD、教師服務）及前次評鑑改進情況 A. 簡報（30 分鐘為限） B. 意見交換與討論
10:50~11:00	Coffee Break
11:00~12:00	實地參訪（校園導覽）
12:00~13:00	午餐（訪評委員討論）
13:00~14:00	座談：行政主管（醫學院院長、醫學系主任）
14:00~14:40	教學及研究：（一）通識與人文 A. 簡報（15 分鐘為限） B. 意見交換與討論
14:40~15:20	教學及研究：（二）基礎與臨床整合 A. 簡報（15 分鐘為限） B. 意見交換與討論
15:20~16:00	教學及研究：（三）臨床教學 A. 簡報（15 分鐘為限） B. 意見交換與討論
16:00~17:00	訪評委員心得檢討
17:00	賦歸

10/15/2014 (W3)
國防醫學院醫學系

I. 人文通識組：國防醫學院

時間	內容
08:00~12:00	實地參訪與資料查證
12:00~13:00	午餐
13:00~14:00	座談：通識人文學科教師
14:00~16:00	實地參訪與資料查證

II. 基礎臨床整合組：國防醫學院

時間	內容
08:00~12:00	實地參訪與資料查證
12:00~13:00	午餐
13:00~14:00	座談：基礎學科教師
14:00~16:00	實地參訪與資料查證

III. 醫院教學組：三軍總醫院

時間	內容
07:30~12:00	實地參訪與資料查證
12:00~13:00	午餐
13:00~14:00	座談：臨床學科教師
14:00~15:00	座談：主治醫師及住院醫師
15:00~16:00	實地參訪與資料查證

訪評委員共同行程：國防醫學院

16:00~17:00	訪評委員心得檢討
17:00	賦歸

10/16/2014 (W4)
國防醫學院醫學系

I. 人文通識組：國防醫學院

時間	內容
08:00~11:00	實地參訪與資料查證
11:00~12:00	醫學生（學務及輔導） A. 簡報（15 分鐘為限） B. 意見交換與討論
12:00~13:00	午餐
13:00~15:00	座談：1~7 年級學生
15:00~16:00	實地參訪與資料查證
16:00~17:00	訪評委員心得檢討
17:00	賦歸

II. 基礎臨床整合組：國防醫學院

時間	內容
08:00~11:00	實地參訪與資料查證
11:00~12:00	醫學生（學務及輔導） A. 簡報（15 分鐘為限） B. 意見交換與討論
12:00~13:00	午餐
13:00~15:00	座談：1~7 年級學生
15:00~16:00	實地參訪與資料查證
16:00~17:00	訪評委員心得檢討
17:00	賦歸

III. 醫院教學組組：三軍總醫院/*國防醫學院

時間	內容
07:30~11:00	實地參訪與資料查證
*11:00~12:00	醫學生（學務及輔導） A. 簡報（15 分鐘為限） B. 意見交換與討論
*12:00~13:00	午餐
*13:00~15:00	座談：1~7 年級學生
15:00~16:00	實地參訪與資料查證
*16:00~17:00	訪評委員心得檢討
17:00	賦歸

10/17/2014 (W5)

國防醫學院醫學系

時間	內容
09:00~11:00	實地參訪與資料查證 (※可彈性調整)
11:00~12:00	座談：三軍總醫院院長、醫院教學部負責人
12:00~13:00	午餐
13:00~15:00	實地參訪與資料查證 (※可彈性調整)
15:00~16:00	訪評委員心得檢討
16:00~17:00	綜合座談
17:00	賦歸

※ 彈性調整時段亦可作為訪評委員再與高層主管、特定教師溝通或其他評鑑相關用途。

※ 與醫學院院長、醫學系主任、醫院院長、醫院教學負責人座談：重點在查核行政（機構、課程管理及教育資源）與教師培訓的成效、建置鼓勵教師分流升等的機制。