

臺北醫學大學醫學院醫學系

追蹤評鑑報告

(訪視評鑑日期：民國 103 年 10 月 30 日至 10 月 31 日)



民國 104 年 6 月

臺北醫學大學醫學院醫學系

103 年追蹤評鑑報告

(訪視日期：民國 103 年 10 月 30 日至 10 月 31 日)

評鑑訪視小組：

召集人	陳定信	臺大醫學院內科特聘講座教授/中央研究院院士
副召集人	宋維村	天主教若瑟醫院首席顧問
委員	黃俊傑	臺大講座教授兼人文社會高等研究院院長/ 中央研究院中國文哲研究所合聘研究員
	邱鐵雄	慈濟大學醫學院藥理學科兼任教授
	黃水坤	慈濟醫院顧問/慈濟大學醫學院內科講座教授
	陳宏基	中國醫藥大學附設醫院國際醫療中心院長/整形外科教授
	林俊哲	中山醫學大學醫學院院長/內科教授
行政人員	朱宥樺	醫學院評鑑委員會組長
	鄭國良	醫學院評鑑委員會專員

目 錄

壹、學校/醫學系概況及本次評鑑重點

一、學校概況	2
二、前次或歷次重要發現	2
三、追蹤改善事項.....	3

貳、評鑑執行過程與發現

一、研讀自評報告	4
二、訪視設施/設備/教學課程/會議	6
三、查閱佐證資料或補充資料	7
四、人員晤談	8
五、評鑑發現	9
第一章 機構.....	11
第二章 醫學系.....	13
第三章 醫學生.....	22
第四章 教師	23
第五章 教育資源.....	25

參、總結及評鑑結果

一、總結	27
二、評鑑結果.....	29

附件：TMAC 2014 臺北醫學大學醫學系評鑑活動行程	30
------------------------------------	----

壹、學校/醫學系概況及本次評鑑重點

一、學校概況

臺北醫學大學（以下簡稱北醫）自 1960 年 6 月 1 日創立臺北醫學院以來，已有 54 年。早期，由於董事會不健全、辦學不力，不甚穩定。但是後來經過董事會努力重組，勵精圖治，漸入佳境，目前已有 7 個學院、12 學系、15 個研究所及 7 個學位學程。前後設立 3 家頗具規模的附屬醫院，學生並派往馬偕、國泰及新光等醫學中心接受臨床教育。北醫的業務及學術風評在過去 10 年內（特別在近 5 年內）有明顯進步。

（一）董事會

1. 北醫董事會在今夏剛換上新任董事長張文昌院士，他是北醫校友、中研院院士、成大退休教授。相信在他的領導下，北醫的學術地位會更提升。
2. 北醫董事會，目前尚屬健全。

（二）財務

北醫為了擴建附設醫院，以及新建雙和醫院，雖有向銀行借貸，但近幾年來 3 家附屬醫院的營運蒸蒸日上，財務狀況有明顯的改善，投資在醫學教育的設施、設備也有明顯增加。

（三）醫學系學生及課程

1. 北醫目前共有學生 5932 人，其中醫學系學生占共 1140 人(19%)，每年大約有 160-170 位醫學生多元入學。
2. 目前 1-2 年級醫學生為 6 年新制學的學生，3-7 年級醫學生為 7 年舊制，在課程編排整合上，具有挑戰性。

（四）附屬教學醫院

北醫有別於其他的醫學系，設有 3 家綜合型，頗具規模的附屬教學醫院（附醫、萬芳及雙和），學生有機會到 3 家醫院實習，在不同的學習環境接受訓練，雖有好處，但也增添臨床課程、教師及學生評量的統籌與協調的困難度。

二、歷次或前次評鑑重要發現

前次的全面性評鑑於民國 101 年（2012 年）11 月 20-23 日舉行，其重要發現

內容已詳載於評鑑結果報告中（2013年4月），其中最重要的幾點如下：

1. 宜賦予醫學系主任更多實權。
2. 新6年制醫學系的課程過於壓縮。
3. 基礎臨床整合課程的內容有待改善。
4. Clerkship的臨床實習，多數為一週換一個單位，很難做到基層醫療（primary care）的成效。
5. 未落實床邊教學及基層醫療。
6. 專業素養（professionalism）及溝通技巧有待加強。
7. 三院的學習評量的格式及標準未一致化。

三、追蹤改善事項

1. 宜賦予醫學系主任或其他教學負責人實權，以有效統合協調、督導聯合醫教委員會。
2. 學校行政上宜建立複核的機制，對各種評估數據進行謹慎、確實地核對。
3. 新六年制醫學系的課程，前四年過於壓縮。根據提供的資料顯示，有五門臨床課程將由第五年移到第四年授課。六年制並非將七年制壓縮成六年，建議校方在執行前應審慎考慮。
4. 加強通識教育、醫學人文教育與醫學專業教育之間的「相互連結性」（interconnectedness），可以考慮經由（1）課程教學內容的調整與（2）通識與專業教師合作開課等管道。
5. 整合課程教學內容之設計應該再加強改善：近兩年開始完整的基礎臨床整合課程，並未見到真正的整合，不論是學生的意見調查結果（該院自我評鑑報告書），或學生訪談之反應中，學生對於整合課程之各個面向滿意度都相當低，根據自評資料只有百分之三、四十的滿意度，雖然學生滿意度是個人主觀感非學習成效，但校方應瞭解其原因，努力達到真正的整合課程目的。
6. 宜有機制審查及規劃PBL個案之標準流程、撰寫、審查、修正及回饋意見的收集等。對PBL教案撰寫及審查宜訂定獎勵制度。
7. Block份量、coordinator對上課時間、內容與方式均須檢討。

8. 五年級下學期及六年級之clerkship實習，多數為一週換一個單位，如此頻繁的更換單位，對於所謂primary care之安排事實上難以進行，應再加以檢討。
9. 醫院各病房單位之實習安排，仍多以小班上課為主，很少有真正的primary care。住診教學多數是在討論室中進行case discussion，並未於床邊進行bedside teaching。
10. 臨床科別多數仍是單向式知識的教授，互動及啟發式討論還不普遍，臨床實習階段，學生的學習對象，其順序依序應是病人、住院醫師、主治醫師、上課、資料庫。
11. 醫院面臨住院醫師人力短缺，如小兒科、外科系，學生認為在病房學習由住院醫師指導非常必要且有效。因此，宜規劃改善住院醫師人力。
12. 醫院均設有完善的臨床技能訓練中心，供進行臨床技能訓練，應以嚴肅的態度、正確之服裝儀容、正確的步驟，進行所有的操作訓練的基本要求。訓練品質以及專業素養（professionalism）則待加強。
13. 已經建立「教學型主治醫師」及教學負責人制度，對臨床教學之推展應有正面成效。惟三院之間教學津貼給付不相同以及教學型主治醫師作法不一致，成效有待檢討。
14. 三院的學習評量（assessment）的格式及標準尚未一致化，教學滿意度調查之內容及格式皆未統一，易造成學生混淆導致執行困難，因此各醫院教學成效也沒法做比較，此點不符TMAC評鑑準則對不同學習場所教學品質的要求，須協調訂定系統一標準及文件格式內容。

貳、評鑑執行過程與發現：

一、研讀自評報告

（一）醫學系主任

目前的醫學系林時宜主任已擔任系主任3年有餘，能力充沛、行政經驗豐富，並兼任醫學院教學副院長的職務，統籌醫學系所有業務與督導聯合醫教會，指揮3家附屬醫院的學術副院長（同時也是醫學系的臨床副主任）。每月參加校級主管會議，直接向校長報告，並且與3家附屬醫院院長直接溝通與協調。在

訪視期間，校長及各醫院院長均表示充分授權與配合系主任的政策。系主任為系及院教評會委員，也是醫學系教評會主任委員，似乎已改善系主任的實權。

(二)課程

1. 六年學制課程的整合：

大部份臨床課程移至四年級，基礎臨床整合課程移至二、三年級，必修總學分由 225 學分（七年制）降至 205 學分，但明顯增加二至六年級各學年的必修學分。

2. 課程委員會：

醫學系課程委員會目前有 17 位委員，其中有 2 位校外委員（皆是北醫校友），只有 1 位學生委員，其餘大部份是擔任多年的舊委員。該委員會一學期只開一次會議，下設基礎臨床整合改進小組及 PBL 課程精進小組。

3. 通識及基礎臨床整合課程：

針對一、二年級的普通化學、普通物理學、微積分學及普通生物學，已有突破性的改進，將這些課程導向與醫學應用及基礎臨床研究有關的領域，具有創意，但成效有待評估。基礎臨床課程是以器官系統(organ system)為模組(block)的整合課程，在三、四年級授課，將來的六年制會往前移至二下開始授課，學生對整合課程的滿意度不錯，多在 4.0 以上。

4. 床邊教學：

北醫在去年開始實施床邊教學精進方案，內含三步驟：

- (1) Bedside teaching role model workshop-由資深教授做床邊教學示範，有資深主治醫師、住院醫師及實習醫學生參加。
- (2) Senior doctor bedside teaching-每位實習醫學生與住院醫師，每週至少接受一次資深主治醫師的床邊教學，以內、外、婦、兒科，為重點執行科目。
- (3) Case-based Discussion (CbD) -以病人案例為主，從事小組討論增進學生臨床推理、邏輯思考及判斷能力。

5. 臨床實習 (clerkship)：

在自評中，已將過去臨床實習一週換一個單位，改成兩週在主要次專科，一週在較小的次專科實習。但是一般醫學內科只有兩週的選修課程，

這明顯太少且太注重次專科，而忽略一般醫學與基層醫療的培育。

6. 學習成效評估：

3 家附屬醫院的各種評量表單與標準，已有改善並且達一致性。

(三) 教師

1. 數量

到 2014 年 8 月 1 日為止，專任教師有些增加（由 2012 年 8 月 31 日的 220 位，增至目前的 238 位），但是基礎教師有精減（70→68），基礎講師減少，而臨床教師增加（150→170），主要增加在雙和醫院，其中以講師及副教授增加最多。

2. 質（沒自評）

沒有說明北醫教評會及倫理委員會的功能及實質作業。

3. 教師發展中心（CFD）

主要校區及 3 家附屬醫院皆有 CFD，分別辦理許多場次的活動，但未說明對弱勢及新進教師的輔導。

4. 教師升等（沒自評）

北醫是二級二審制，尚未有多元的升等方案。

(四) 學生

1. 已實施多元入學。

2. 有導師制度，但似未真正做到輔導學生的功能。

3. 學生國考（一）通過率過去 3 年，每年都在 77-88%，國考（二）通過率 93-97%，OSCE 通過率 98%-100%。

4. 只有短期的國際學生交換，大部份學生自行去申請，很少透過北醫的國際交流中心協助，學生多半去臺灣鄰近的亞洲國家，參加短期的開會或參觀醫院 1-4 週。

二、訪視設施/設備/教學課程/會議

除在校本部聽取醫學系的簡報及資料查證外，第一天下午及第二天上午，訪視萬芳醫院的臨床教學，在有限的時間內，僅能選擇訪視在該段時間內有進行的活動，共有 3 項：

1. 床邊教學（小兒外科病房）：

這是一位前一天剛開完右邊疝氣的孩童，訪視時主治醫師與一位七年級實習醫師剛看過病人，並且換了傷口的藥及 dressing，因案例太過單純簡單，無法評估主治醫師的床邊教學技能及學生的學習成效，殊為可惜。

2. 教學門診（感染科）：

醫院只有 2 間緊鄰的教學門診診間，空間狹小設備簡易，Intern 在檢查一位坐著輪椅的病人，粗淺的檢查腹部及腿部，主治醫師忙著在電腦上作業，很少跟學生有互動，不知是教學門診，還是門診教學？完全不符合一個教學門診應有的教導作業程序。

3. OSCE（第 5 樓）：

總共開放 4 間 OSCE 教室，有一位標準化病人，6 位醫六學生分別按序進入房間（每間一人），一位指導老師（教學型主治醫師）。該課程的負責教師，是位年輕積極有創意的教學型主治醫師，他將 OSCE 課程命名為 i- OSCE，代表 integrated, investigational, informative 及 innovative OSCE，將 OSCE 分成第一站 History taking and physical exam（10 分鐘），第二站 Differential diagnosis（10 分鐘），第三站 Lab and image（10 分鐘），第四站 Diagnosis（10 分鐘），最後第五站全體學生與指導老師做整體討論及回饋。除了第一站有標準病人及指導老師在，其他三站只有學生看電腦作業。其實 OSCE 考試本身及訓練已含蓋上述 4 站的內容，北醫特別用 i- OSCE 這個用詞並無太大意義。在訪視過程中，發現學生在做身體檢查時，指導老師一直坐在工作桌，面對電腦在填表，根本沒有注意學生在做身體檢查有無正確，而且第一站的時間太短只有 10 分鐘（含 history taking 及 PE），太匆促無法評量學生的最重要的基本臨床技巧。建議大幅增加第一站的時間（10 分鐘→20 分鐘）。

三、查閱佐證資料或補充資料

1. 醫學系課程委員會

查閱該委員會的設置辦法及現任委員（17 位）名單，發現學生委員只有一人，（由醫學系會長擔任），校外委員 2 位（都是校友），其餘大多是擔任多年的資深委員。建議增加學生委員（至少 2 位），各代表通識/基礎及臨床學科，增加校外學者

委員（非本校校友，且對醫學教育瞭解者）。

2. 教師升等辦法

北醫正在研擬多元化升等軌道方案分為學術型、教學型及產學合作有專利型，其中後者的升等軌道很奇特，從未在美國或臺灣的大學見過，宜慎重考慮設此軌道的適當性。

3. 學生及教學評量回饋表格

評量表格除了滿意度的評量外，應強調填寫質性的評量。3家附屬醫院的評量表格已達一致性。

四、人員晤談

（一）教師（萬芳醫院臨床科教師）

在一小時內共晤談4位有教職，不同專業的主治醫師，其中一位是該院內科副主任，負責學生的內科實習。大體而言，每位教師皆對工作滿意，無人有離職的念頭，皆認知有指導學生的使命。

（二）主治醫師/住院醫師/PGY 醫師（萬芳醫院）

在一個半小時內共晤談3位無教職的年輕主治醫師，3位住院醫師、3位PGY醫師。

1. 主治醫師對工作量及報酬並未表達不滿，但似乎對將來前途沒有特別規畫或考慮。
2. 年輕住院醫師尚無太多指導實習醫學生的機會與經驗，有些科住院醫師缺少，全靠PGY或臨床護理師來照顧病人。住院醫師有各家醫學系畢業生，其中以北醫畢業生居多。
3. 萬芳醫院30位PGY醫師大約有一半來自北醫畢業，有9位來自波蘭或緬甸。在訪談的3位PGY中，只有1位想留在萬芳醫院當住院醫師，3位PGY醫師皆無指導Clerk的經驗。

（三）醫學生6-7年級（萬芳醫院）

在40分鐘內晤談了4位醫學生（2位醫七、2位醫六），代表不同入學的多元學生，其中有1位是外國馬來西亞的學生，1位是僑生。

1. 四位中只有1位想考USMLE，將來想在美國成為神經外科醫師，其餘3人對將來

前途皆未表態。

2. 有 2 位覺得雙和醫院的教學及學習機會較好。
3. 四位皆表示在 3 家附屬醫院輪流實習，跑來跑去比較累，而且要多次學習適應不同的環境。
4. 有 2 位醫六學生希望在六、七年級增加到 3 家附屬醫院以外的其他醫院實習機會。
5. 有 2 位醫七學生表達希望到其他教學醫院做 PGY 訓練。
6. 對臨床課程的教學及實習，皆表示尚可。

伍、評鑑發現

- 一、新任董事長張文昌院士表示：瞭解北醫的問題；董事會朝公益董事的方向發展；醫院盈餘超過 4 億以上，募款逐年增加，希望能繼續增加，以支持北醫朝研究型大學發展及第二個三年百師計畫，提高教學品質。(準則 1.2.0)
- 二、剛續任的閻雲校長表示：現在是北醫資金充裕的時候，對醫學系主任絕對支持和授權。將經由第二個三年百師計畫，設立臨床學科主任以提升三院臨床課程整合、學生評量一致化，及注意教師研究和教學之平衡發展，以提升臨床教學品質。北醫的三所附設醫院，閻校長表示深耕三院臨床教學及 IT 管理，將朝不同特色發展，附設醫院以國際化和癌症等特色為發展目標，萬芳醫院將擴床至 1000 床，以慢性病及社區化為發展特色，而雙和醫院將擴床至 1500 床，以急重症為發展特色。三院都將加強臨床技能中心和模擬演練，同時第二個三年百師計畫將以臨床教師為主，經由這些軟硬體增強的手段，來提升北醫的醫學教育。(準則 1.2.0、1.3.1、4.0)
- 三、三位附設醫院院長均表示三院會繼續加強合作，支持醫學教育，透過臨床科主任的設立，推展院際醫學教育之評量一致與品質提升；住院醫師招收率會繼續努力，建立完整醫療教學團隊；圖書、教學設備等會加強整合。(準則 1.3.2)
- 四、黃朝慶院長表示努力協助三附設醫院之教學研究整合，並持續支持醫學系林主任。(準則 1.3.2、1.4.0、1.4.1)黃院長由成功大學借調，是否長留北醫，尚不明朗。
- 五、醫學系林時宜主任為一般醫學學科教授兼主任，亦為醫學院副院長之一，表示：和校長、院長之溝通沒有問題；會持續整合基礎臨床課程及臨床實習課程。(準

則 1.3.0、1.3.1、1.3.2、1.3.3、1.4.0、2.1.3.1-3)醫學系主任有問題時直接向校長報告，醫學院院長之角色似乎並不是那麼重要。

六、六年制課程：

雖然北醫說明「新制六年學制課程並非壓縮，而是針對內涵進行調整，包括獨立學分、新課程整合及課程挪動等。且必修總學分數從 225 學分降至 205 學分。臨床課程移至四年級，基礎臨床整合課程則移至二、三年級。」但必修七年制 225 學分，六年制 205 學分，看似減少，但七年制之第七年 internship 已改為六年制之 PGY1，故扣除七年制第七年 48 學分，則六年制之一至六年級分別增加必修 4、11、2、3、4 和 4 學分，共增加必修 28 學分。經仔細比對七年制與六年制之課程，六年制之化學課程整合是創舉，但六年制增加了 28 必修學分是否壓縮學生選修之時間，及整體教學之成效，必須追蹤。(準則 2.1.2.0-4、2.1.2.7、2.3.0、2.3.1-18)

七、臨床實習 clerkship：

自我評鑑報告書第 24-26 頁說明課程安排改以 2 週為單位，部份小科改為選修，並呈現學習成效改進之資料。但觀察課程表，四個內科次專科改為 2 週必修，而一般醫學內科改為 2 週選修。一般醫學內科由原來 2 週必修改為選修，這種重次專科輕一般醫學內科的課程安排，尤其在六年制課程，必須追蹤是否影響其教育目標之達成及不分科醫師所需特質和能力的培育。(準則 2.0、2.1.2.0、2.3.0)

八、臨床教學之執行：

自我評鑑報告及補充資料中，對三附設醫院臨床教學之改善措施有所說明，尤其是延請徐達雄教授示範臨床教學及設立臨床學科主任整合三院之教學內容、教學方法、和評量方法，這二項措施令人興奮。訪談北醫畢業的住院醫師和年輕主治醫師及教學型主治醫師，都對此項改革認同，而且願意投入教導學弟妹。訪談高年級學生代表，他們尚未能體會到這種臨床教學方式的改變。而委員訪視教學現場，部份教師已在執行誘發主動思考、解決問題的教學方式，但大部份仍以演講為主，必須追蹤其執行落實之情形。(準則 2.0.2、2.1.3.0、2.1.3.4、2.2.1.2、2.2.2.6、2.3.0)

九、學習評量：

三院訂有一致之評量格式，透過學習護照確認學生之學習經驗，及透過臨床科務會議，協調教師執行教學計畫與學生評量。但臨床學科主任制度本學年才剛建立，必須追蹤其落實情形與執行成效。(準則 2.1.3.0、2.2.2.2 及 2.2.2.4)

十、學校財務和一般設施：

北醫之總資產從 97 年約 100 億迅速增加至 103 年 170 餘億，銀行長期借款維持在約 40 億，附屬機構收益每年約 4-7 億元，捐款收入近三年逐年增加，至 103 年將近 2 億元。依 101 和 102 學年度結算，計算其負債比率分別為 37.16%和 35.65%，流動比率為 77.7%和 87.64%，長期銀行借款淨值比率為 39.14%和 36.17%，顯示其財務尚稱健全，但仍多年維持 40 億元之銀行長期借款，仍須追蹤(評鑑準則 5.1.0)。

目前學校教師之研究空間已顯擁擠，未來第二個三年百師計畫延聘的教師需要空間，故研究空間目前雖勉強符合但須追蹤(評鑑準則 5.2.0)。

十一、轉系生：

北醫提供醫學系學生近三年休退學/轉系人數如下表：

學年度	100	101	102
註冊率	96.51%	95.83%	97.00%
休學人數	9	6	6
退學人數	3	4	4
轉系人數	6	6	5

上述轉系學生人數符合北醫之轉系辦法。訪談二位轉系學生，所說明之轉系流程符合轉系辦法，且必要時亦可得到相關轉導。(準則 3.2.1)

十二、依 TMAC 新制評鑑準則 2013 版條列本次評鑑訪視之發現如下：

第一章 機構

1. 發現：

醫學系主任之下，設置六名副系主任和五名行政老師，附屬三家教學醫院的教學副院長兼任臨床副系主任，教學部主任兼任臨床行政老師；雖然細部分工，但是授權的程度與責任的賦予仍有明顯差異。而為了落實臨床學科與醫療科部之連結以整合三

院臨床資源，創新性的訂定學科主任聘任辦法，於內、外科學科並設置次專科主任。建立組織綿密有利整合，或是因為多重體系而導制權責不明，其成效有待觀察。

評鑑準則：

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。

符合 符合，但須追蹤 不符合

2. 發現：

醫學系主任兼任醫學院副院長，位階提升，形式上獲得更多的授權，同時兼任聯合醫學教育委員會主任委員，統籌醫學系所有教學事務。系主任亦可於校級主管會議，直接向校長報告並和三院院長溝通協調。而實質上系主任能運用的資源、權力與參與決策的機會，與其負擔之重要教學任務相比較，仍然還有提升的空間。

評鑑準則：

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。

符合 符合，但須追蹤 不符合

3. 發現：

醫學院黃院長是北醫傑出校友，就任一年多以來獲得董事會及校長之支持與授權，任務目標以致力師資培育與國際交流學習為主軸，以醫療為主體平衡教學與研究，理念值得肯定，但只有協助醫學系的功能，並無直接參與系務規劃及制定目標的實質權力。

評鑑準則：

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。

符合 符合，但須追蹤 不符合

4. 發現：

附屬三家教學醫院的教學副院長兼任臨床副系主任，教學部主任兼任臨床行政老

師；雖然細部分工，但是授權的程度與責任的賦予仍有明顯差異。而為了落實臨床學科與醫療科部之連結以整合三院臨床資源，創新性的訂定學科主任聘任辦法，於內、外科學科並設置次專科主任。如此綿密的分工，職權能否統合，課程是否整合，仍須追蹤觀察。此外，對校外 5 家建教合作醫院的課程，尚缺掌控的能力。

評鑑準則：

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。

符合 符合，但須追蹤 不符合

第二章 醫學系

1. 發現：

醫五、六之實際臨床見習課程與科目學分表有所差異，縮減了基本一般臨床學科（內、外、婦、兒）的學習時間，而安排過多的專科輪訓學習，會影響醫學生對於一般醫學的學習效果。

評鑑準則：

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。

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。

符合 符合，但須追蹤 不符合

2. 發現：

於床邊教學與 case-based discussion 中發現，學生較少主動性提問或發表意見；臨床推理較少著墨於循序性的病史詢問、流行病學、以及理學檢查等層次所累積的邏輯推理診斷，而過度利用專科性影像學檢查(如腹部超音波、甚至具 invasiveness 之內視鏡)的結果作為診斷之依據，教師亦未顯示出有鼓勵學生具有主動、獨立學習的精神。

評鑑準則：

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。

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。

符合 符合，但須追蹤 不符合

3. 發現：

與實習醫學生與住院醫師訪談中，發現普遍並不十分了解醫學系之教育目的，同時也不清楚如何獲得相關之訊息。

評鑑準則：

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。

符合 符合，但須追蹤 不符合

4. 發現：

觀察到的床邊教學，由一名主治醫師一對一指導一名醫七學生，並無其他醫學生或住院醫師參與，缺乏同儕互動及討論。教師提出相關臨床重點及提問，並急於提供解答，教學的內容對於七年級醫學生而言略嫌簡單，無法呈現實質 primary care 之深度，學生之應答較為被動，仍是單向式知識的教授，仍缺少互動及啟發式討論。

評鑑準則：

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。

符合 符合，但須追蹤 不符合

5. 發現：

醫學系課程委員會共有 17 名委員，包括兩名校外校友委員，似嫌較少，學生委

員則僅有一名並且由醫學系學會會長擔任，代表性不足且並尚未經歷臨床實習課程，無法以受教者代表提供給教師適當之經驗回饋，應增加學生代表名額，期能涵蓋通識基礎與臨床各階段的層級。課程委員會只是制定課程，未能落時發揮監測課程與檢討學習成效的功能。

評鑑準則：

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。

符合 符合，但須追蹤 不符合

6. 發現：

課程委員會一學期只開會一次，建議應增加開會次數，負責課程的監測與檢討。

評鑑準則：

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。

符合 符合，但須追蹤 不符合

7. 發現：

必修學分太多，以致影響選修課程。

評鑑準則：

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。

符合 符合，但須追蹤 不符合

8. 發現：

(1)醫學系 99 級於 103 年國考通過率約為 79%，比前兩年進步，但與同儕學校相比較則略為偏低，系主任說明的主要因素是因為外加名額(僑生、養成公費生、派外子女等)的學生考試成績比較低所導致，但並無更詳細的數據可再進行細部分析。

(2)由佐證資料及系主任之簡報中顯示，如同其他醫學院系一般，畢業生中有許多專業人才表現傑出，於學術、行政領導、藝術人文及社會服務等各領域，

對國家、社會貢獻卓越；96 至 100 年度畢業生亦有 46%選擇內、外、婦、兒、急診等五大科。對於畢業生的專業行為及發展，如果可繼續長期的追蹤分析，並且與在校表現進行關聯性分析，可驗證教育目的之達成度。

評鑑準則：

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。

符合 符合，但須追蹤 不符合

9. 發現：

學生對課程與教學品質的評估與回饋僅能以問卷方式呈現出滿意度調查，所觀察到的只是克伯屈模式 (Kirkpatrick model) 四層次評估中的第一層(reaction)，更深層的評估如習得知能(learning)、行為改變(behavior)與學習遷移(results)，並無其他結構性的數據或審查評估可以呈現成效分析。

評鑑準則：

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。

符合 符合，但須追蹤 不符合

10. 發現：

(1)Intern 照顧床數 3-5 床，值班每月不超過 9 班，此規劃之臨床工作負荷與預期從病人照顧獲得實務學習成效大致均衡，但是有些科平日大部分只照顧到 3 床，學習質量恐有不足。

(2)六年級醫學生每週安排一次夜間學習，到晚間 10 點。七年級醫學生每月值班 8 到 9 次，連續工時不會超過 32 小時，值班時需照顧 60 到 80 床病房，值班時工作負荷略嫌過重。

(3)課程委員會學生委員僅一名(如前所述)。

評鑑準則：

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。

符合 符合，但須追蹤 不符合

11. 發現：

三家附屬醫院的臨床教學整合仍不完善，以致尚無法確保學習的一致性及連貫性，對課程的評估與學生的評量也仍未達到等同性和等效性。為此，醫學系乃透過學習護照及學習評量格式一致化，以及三院聯合醫教會定期討論之機制積極改善，似乎已有初步成效。而改善學科的橫向聯繫，自 103 年 8 月起，實施學科主任聘任辦法，賦予學科主任教學、研究及服務的職責，特別又於內科 8 個次專科及外科 4 個次專科設次專科主任，目標為強化三院整合，如此 Bottom up 的作法有其邏輯及優點，是否能達成預期的成效，可於以後之追蹤訪視時加以驗證。

評鑑準則：

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。

符合 符合，但須追蹤 不符合

12. 發現：

臨床教學平均分配於附屬三院實施，最多時每院會有五、六、七年級共約 140 名學生同時學習，以醫院規模、設備及擴展性而言，雙和最大，萬芳次之，附設最小；然而師資與住院醫師人數則以雙和醫院顯著最少，生師比率最高，師資的質量與平衡仍有改善空間，以確保教學品質。

評鑑準則：

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。

符合 符合，但須追蹤 不符合

13. 發現：

學生普遍認為雙和醫院的臨床教學是三院中最佳，其中主要原因是對學生意見之重視，林裕峯學術副院長及教學主管每兩週與實習醫學生座談，深入了解學生實習情況，針對教學課程進行檢討，同時教學相關單位如護理部、資訊室、總務室均須派人參與，能即時對學生學習的問題予以回應並提出有效的改善方法，如此作法深獲學生肯定，令人印象深刻。

評鑑準則：

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。

符合 符合，但須追蹤 不符合

14. 發現：

自 103 年 8 月起，實施學科主任聘任辦法，賦予學科主任教學、研究及服務的職責，特別又於內科 8 個次專科及外科 4 個次專科設次專科主任，目標為強化三院整合，如此 Bottom-up 的作法有其邏輯及優點，是否能有預期的執行成效，可於以後之追蹤訪視時驗證。三家附屬醫院已開始努力實行學生評量表格式使其一致，但成效仍待追蹤，校外的建教合作醫院其課程及學生評量則仍無一致的標準。

評鑑準則：

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。

符合 符合，但須追蹤 不符合

15. 發現：

為了達到三院的教學一致性，醫學系乃透過學習護照及學習評量格式一致化，以及三院聯合醫教會定期討論之機制積極改善，可觀察到執行成效。

評鑑準則：

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。

符合 符合，但須追蹤 不符合

16. 發現：

雙和醫院因為距離校區較遠，交通成了學生學習上的困擾，最早交通車到院時間

無法及時趕上晨會之開始時間，而晚間離院時間也造成學生學習責任制延長學習時之困擾。

評鑑準則：

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。

符合 符合，但須追蹤 不符合

17. 發現：

(1) 臨床教學雖有明確的進步，但仍須加強訓練學生的主動學習及邏輯思考與推理判別的精神。由觀察床邊教學時發現，教師雖然提出相關臨床重點及提問，但太急於提供答案，啟發性不足，教學的內容對於七年級醫學生而言略嫌簡單，無法呈現實質 primary care 之深度，學生之應答較為被動，仍是單向式知識的教授，仍缺少互動及啟發式討論。

(2) 觀察門診教學時發現，學生僅為觀察教師問診，並未實際動手做，而學生也鮮少發言，僅止於聽講，或簡單地回答老師的問題，床邊教學、臨床技能(含 OSCE)、教學門診與 Cbd 方式皆有改善的空間。

評鑑準則：

2.2.1.2 醫學系教師的教學方法應與時俱進。

符合 符合，但須追蹤 不符合

18. 發現：

對於醫學生臨床實習的教學與督導，似乎僅限於一些特定的臨床教師，其他主治醫師與住院醫師，除總住院醫師外，可能礙於工作量或缺少誘因，鮮少督導學生。

評鑑準則：

2.2.1.3 醫學系之教師必須督導醫學生的臨床學習。

符合 符合，但須追蹤 不符合

19. 發現：

評量學生的學習成效，可以利用筆試 MCQ、clinical problem solving、mini-CEX、

DOPS、OSCE 等方法，分別評量知識、技能與行為。與學生面談時發現，每段課程結束後並未有類似之 written exams，而 mini-CEX 或 DOPS 實施並不普及，學生接受不同教師評量時之執行方式及評核標準差異性很大。

評鑑準則：

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。

符合 符合，但須追蹤 不符合

20. 發現：

學生的臨床學習主要以床邊教學及 case-based discussion 為主，床邊教學先由指導教師挑選適合教學的臨床個案，由學生實際操作，指導老師從旁觀察並做示範，之後並口頭給予回饋，學生須繳交紀錄單並填寫滿意度調查表，教師在於紀錄單予以書面回饋，這種具備教學與 formative assessment 的方式若能確實執行，是一種很好的教學方法。觀察到的床邊教學發現，由一名主治醫師一對一指導一名醫七學生，並無其他醫學生或住院醫師參與，缺乏同儕互動及討論。教師提出相關臨床重點及提問，並急於提供解答，教學的內容對於七年級醫學生而言略嫌簡單，無法呈現實質 primary care 之深度，學生之應答較為被動，仍是單向式知識的教授，仍缺少互動及啟發式討論。而由查閱之教學記錄單發現，教師給予的回饋過於簡略，未能明確敘事，容易流於形式。

評鑑準則：

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。

符合 符合，但須追蹤 不符合

21. 發現：

學生的臨床學習主要以床邊教學及 case-based discussion (CbD) 為主，除了是以教學為目的所設定的學習課程之外，同時也有具備了形成性評量(formative assessment)的功能，教師可更詳實地針對學生表現的優點，尤其是行為和態度方面，予以更多的口頭或書面上的回饋，激發學生的反思。對於學習單元期中(一週後)所進

行之 CbD 評量，應該即時性讓學生獲得回饋意見，對於整體表現較不理想的面向(五等第 Likert scale 小於 4 分)，例如，身體診查與治療策略思維，應該積極安排補強課程，必要時可於課程結束後再安排後測，以確認學習效果。

評鑑準則：

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)。

符合 符合，但須追蹤 不符合

22. 發現：

由查閱之臨床實習教學記錄單發現，教師給予的回饋過於簡略，未能明確敘事，容易流於形式。

評鑑準則：

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。

符合 符合，但須追蹤 不符合

23. 發現：

(1)臨床某一科之床邊教學於討論室中進行 case discussion，以小班上課為主，討論一名 13 歲因腹痛住院的女性病患，教師會交替詢問醫學生臨床思維及鑑別診斷，學生較少主動性提問或發表意見；臨床推理較少著墨於循序性的病史詢問、流行病學、以及理學檢查等層次所累積的邏輯推理診斷，而輕易地倚賴相信專科性影像學檢查(腹部超音波、甚至具 invasiveness 之內視鏡)的結果。

(2)教學門診中發現，學生不甚熟悉閩南語，與病人及家屬之溝通略感困難，應加強語言與溝通能力的練習。

評鑑準則：

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。

符合 符合，但須追蹤 不符合

24. 發現：

臨床訪視某一教學門診由一名主治醫師指導一名七年級醫學生，觀察 10 分鐘的過程，由學生開始問診，主治醫師坐在病患與醫學生中間，觀察、紀錄並偶爾指導學生，學生似乎感受到壓力，而且不甚熟悉閩南語，與病人及家屬之溝通略感困難。醫學生並未事先熟悉病情，家屬曾二度問及「上次檢查結果報告如何？」學生望著電腦螢幕回答「等一下再告訴你」。施作理學檢查則能符合要領，教師也能適當予以指導。

評鑑準則：

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。

符合 符合，但須追蹤 不符合

第三章 醫學生

1. 發現：

(1) 103 學年申請入學學生有 110 名(含繁星入學 30 名)，占一般招生比例達 81.5%，由「大學指考分發入學」的名額僅剩 25 名，占比不到百分之二十。如此策略必須要有更顯著的分析數據佐證，以提供「申請入學」學生於各方面的表現均優於「指考入學」學生之具體證據，方能達到適性揚才的效能，並且符合社會對醫學教育的期待。

(2)自 102 學年起，醫學系繁星入學增加面試機制，大學端選才的責任更為重大，北醫大繁星入學名額由 19 名增加為 30 名，醫學系須以符合「繁星計畫」精神的思維，而非沿用「一般個人申請」的面試方式，謹慎選才，達成「協助弱勢學生，平衡城鄉差距」之社會責任。

評鑑準則：

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的醫師。

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。

符合 符合，但須追蹤 不符合

2. 發現：

- (1) 因住院醫師招收不足，PGY 學員必須承擔顯著的臨床照護責任，PGY 學員需身兼受訓(教)者與教師之責任，學員於剛報到或換組時，更需加強資深醫師或主治醫師的監督與支援，以維護醫療品質與病人安全。
- (2) 實習醫學生因仍是學生，沒有醫師資格，必須於住院醫師或主治醫師指導下方能開立醫囑；但是因住院醫師人力不足，實習醫學生常於指導醫師默許下，以住院醫師之帳號、密碼開立醫囑。

評鑑準則：

- 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）。
- 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。

符合 符合，但須追蹤 不符合

第四章 教師 Faculty

1. 發現：

- (1) 臨床學科熱心教學的臨床教師顯然不足。部份臨床學科只有 2-3 位教師，像皮膚科只有 2 位教師服務於附設醫院，雙和醫院與萬芳醫院之醫師並無專任教職，眼科和家庭醫學科三院總和各只有 3 位教師，臨床師資顯然不足以負擔醫學生的教學需要。
- (2) 雙和醫院內科共有 8 名住院醫師(R1:2, R2:4, R3: 1, R4: 1)，婦產科 4 名住院醫師(R1:3, R2:1)，並非每名學生的學習都有住院醫師參與指導，部分學生只能跟隨專科護理師學習，無法確保教學的深度與品質。
- (3) 教師的在職與繼續教育訓練不夠普及。

評鑑準則：

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。

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。

符合 符合，但須追蹤 不符合

2. 發現：

北醫大為鼓勵臨床醫師認真教學，附屬三院都有設置「教學型主治醫師」，實施「教學研究績效獎勵辦法」，學校未來亦計畫實施「多元升等試辦計畫」，預期要激勵臨床教師能深耕教學，將教學視為生涯規劃之重要部分，若能確實實施對臨床教學之推動助益匪淺，成效尚待觀察。

評鑑準則：

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。

符合 符合，但須追蹤 不符合

3. 發現：

現行之臨床教師教學研究績效獎勵辦法係由每名主治醫師之業務績效中個人提撥 5%轉入教研績效獎金，院、科基金再各提撥 7.5%，再取院、科基金各 2.5%，轉入教研績效獎金，每位醫師總共須提撥出 20%原始醫師費(PF)，其中 10%轉入為教學績效獎金。再依各項累計積分分配，積分種類及占比包括教學績效積分、學術研究積分各百分之三十，病歷品質積分百分之二十五，教學評量、科貢獻積分、教職積分各百分之五。自 2014 年 11 月起，即將試算新的教研績效獎金辦法，每位醫師之原始醫師費(PF)須提撥出 35%(年資教職 10%、教研 15%、科基金 5%、院基金 5%)以供分配，教師之年資、教職與研究之占比與重要性更為顯著。與主治醫師面談中，發現教師對於新的制度普遍尚未了解，並且仍存有若干疑慮。

評鑑準則：

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。

符合 符合，但須追蹤 不符合

4. 發現：

與主治醫師面談中，發現對於升等的相關訊息以及即將推行的薪資制度與多元升等辦法，除非是近期有申請教職升等的教師，多位教師普遍未能清楚了解。

評鑑準則：

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。

符合 符合，但須追蹤 不符合

5. 發現：

三院師資之年資或教職分佈不逕相同，必須考量對不同階段的醫師，尤其是對年輕、無教職、有教學熱誠的教師，是否有實質鼓勵作用，或者可能因相對剝奪而造成負面的影響；再者，若沒有完善的配套辦法，以研究為主的教師通常較易取得升等教職的機會，薪資結構中若過多偏重研究及教職比率，將有可能影響臨床教學的推行。規劃中之「未來多元升等試辦計畫」中對教學績優的教師必須要有更多具體的鼓勵辦法，健全醫學教育教師(teaching tract)升等途徑，以達到研究與教學的平衡發展。

評鑑準則：

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。

符合 符合，但須追蹤 不符合

第五章 教育資源

1. 發現：

醫學系主任兼任醫學院副院長，位階提升，形式上獲得更多的授權，同時兼任聯合醫學教育委員會主任委員，統籌醫學系所有教學事務。系主任亦可於校級主管會議，直接向校長報告並和三院院長溝通協調。實質上系主任能運用的資源仍然有限，與其負擔之重要教學任務相比較，比例仍舊有待提升。

評鑑準則：

5.0 醫學系主任應擁有足夠的資源，以成功地治理學系。

符合 符合，但須追蹤 不符合

2. 發現：

校本部位居市區精華地段，校區擴充不易，導致學生教室與生活空間不足，校方已積極籌建第二校區，未來之空間應可獲得顯著改善。

評鑑準則：

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。

符合 符合，但須追蹤 不符合

3. 發現：

醫學生分組於附屬三院實習，交通之便利性不近相同，雙和醫院因為距離校區較遠，交通成了學生學習上的困擾，最早交通車到院時間無法及時趕上晨會之開始時間，而晚間離院時間也造成學生無法延長學習。

評鑑準則：

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。

符合 符合，但須追蹤 不符合

4. 發現：

住院醫師招募困難的問題雖然稍有改善，但是仍然顯著影響學生學習。一個 primary care 的團隊應以一名主治醫師帶領一名住院醫師以及一到二名實習醫學生為適當之組合，醫學生在臨床的學習應以住院醫師為主要學習對象。以雙和醫院內科與婦產科而言，因為住院醫師不足，並非每名學生的學習都有住院醫師參與指導，部分學生只能跟隨專科護理師學習，無法確保教學的深度與品質。住院醫師對醫學生的教學內容與任務指標仍然無法充分理解，Residents as Teachers 的功能仍未具體實現。

評鑑準則：

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。

符合 符合，但須追蹤 不符合

5. 發現：

住院醫師招募困難的問題雖然稍有改善，但是仍然顯著影響學生學習。一個 primary care 的團隊應以一名主治醫師帶領一名住院醫師以及一到二名實習醫學生為適當之組合，醫學生在臨床的學習應以住院醫師為主要學習對象。以雙和醫院內科與婦產科而言，並非每名學生的學習都有住院醫師參與指導，部分學生只能跟隨專科護理師學習，無法確保教學的深度與品質。

評鑑準則：

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。

符合 符合，但須追蹤 不符合

6. 發現：

與住院醫師訪談中發現其對醫學生的教學普遍具有熱忱，但是對於學習目標、課程內容、教學方法與成效評估技巧仍然無法充分理解，Residents as Teachers 的功能仍未具體實現；雙和醫院招募的住院醫師多為公費生身分，完成住院醫師訓練後，必須被分派至偏鄉服務，無法續留醫院服務，因此對於將來之生涯發展規劃仍未確定，而對教學熱情的延續性與使命感會有負面影響。

評鑑準則：

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。

符合 符合，但須追蹤 不符合

肆、總結及評鑑結果

一、總結

北醫在近幾年來歷經董事會的改組，以及幾位校長與醫院院長的努力下，有明顯的進步。新任董事長張文昌院士、醫學院長黃朝慶以及校長閻雲教授，皆是北醫

校友，更帶給北醫一劑強心針，在他們具有強烈的企圖心領導之下，北醫上下表現出朝氣蓬勃，士氣高昂的團隊精神。張董事長及閻校長均表示要將學校帶入「研究型」的大學，培植更多的科學型（研究）主治醫師（physician-scientist）。希望此項願景不致於影響教學及醫療服務的品質，而是相互支持、合體共生。有好的教育，才會有好的醫療品質及醫學研究。

此次訪視，除了追蹤前次（2012年11月）訪視所應改善的事項，也訪視醫學系及三家附屬醫院的進展，大部份的追蹤事項已有改善，但仍然有些事項必須再檢討，確實改善。

1. 醫學系系主任的權利與資源雖有比上次訪視時增加，但其臨床的行政支援與設施分散在3家附屬醫院，或多或少會影響系主任治理該系與評估成效的統籌與標準。
2. 醫學系有收多元化的學生，但尚未提供多元化的學習環境，以及多承擔地區性或全國性照護醫療不足區域的責任，讓學生及教職員建立利他精神。
3. 修改後的新6年學制的課程仍然呈現過於壓縮現象，比7年制之前6年增加28學分，必修學分太多，選修一定會受到影響。目前7年學制的臨床學科課程全部集中在五上授課完成，造成學生吸收不良，壓力過重的現象，並且嚴重剝奪五上在醫院的實習時間。
4. 課程委員會的學生委員人數太少（只有一位）無法體會學生對課程的學習反應、疲勞與健康。課程委員會一學期只開會一次，制定課程沒有落實檢討與發揮課程監測的功能。
5. 三家附屬醫院已開始實行教師/課程/學生評量一致的表格，但其成效有待追蹤，其他校外的建教合作醫院，其課程及學生評量卻沒有一致的標準。
6. 醫學生（5-7年級）在臨床實習階段很少接受一般醫學的訓練及基層醫療的照護，大多安排在次專科病房，嚴重影響學生學習一般醫學的機會。
7. 臨床教學方法有明顯進步，但需加強訓練學生主動學習以及邏輯思考與推理判斷的能力，床邊教學、臨床技能（含OSCE）、教學門診的方式，有待進一步的改善。
8. 對於臨床實習的督導，似乎僅限於一些特定的臨床教師，例如：教學型主治醫師在執行，其他主治醫師與住院醫師，鮮少督導學生。” Residents as teachers”

尚未落實。

9. 熱心教學的臨床教師數量與師資培育仍然不足，教師的在職與繼續教育訓練不夠普及。學校應建立多元性的教師升等軌道，以及落實教師評鑑制度。
10. 為了提升國際視野，除了加強論文發表於國際著名的期刊外，也須增加學生及教師的雙向國際交流。除了參加國際性會議外，更重要的是讓學生及教師出國到先進國家學習醫療、教學與研究，並且提升英語能力。
11. 應多輔導學生及年輕教師的生涯規畫，早日建立學習及生涯的目標。

二、評鑑結果：「通過」，於 2017 年進行追蹤評鑑。

TMAC 2014 臺北醫學大學醫學系訪視活動行程

【Day 1】-103.10.30 (星期四)

時間	訪視活動內容
09:00~09:10	人員介紹 (Opening)
09:10~09:30	學校簡報 (辦學簡介及改善執行概況)
09:30~10:30	意見交換與討論
10:30~11:00	座談：校長
11:00~11:30	座談：董事長
11:30~12:30	座談：教學醫院院長 (附醫、萬芳及雙和)
12:30~13:00	午餐

A. 人文通識及基礎臨床整合組 (學校)

時間	訪視活動內容
13:00~14:00	座談：人文通識及基礎學科教師
14:00~17:00	*實地參訪與資料查證
17:00	賦歸

B. 醫院教學組 (北醫附醫)

時間	訪視活動內容
13:00~15:00	資料查證
15:00~15:10	教學醫院簡報 (臨床教學簡介及改善執行概況)
15:10~16:00	意見溝通與討論
16:00~17:00	座談：臨床學科教師
17:00	賦歸

C. 醫院教學組 (萬芳及雙和醫院)

時間	訪視活動內容
13:00~14:30	資料查證
14:30~15:00	交通接駁 (至各教學醫院)
15:00~15:10	教學醫院簡報 (臨床教學簡介及改善執行概況)
15:10~16:00	意見溝通與討論
16:00~17:00	座談：臨床學科教師
17:00	賦歸

【Day 2】-103.10.31（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	座談：醫學生（1~7年級）

B. 醫院教學組（北醫附醫）

時間	訪視活動內容
07:30~10:30	*實地參訪與資料查證
10:30~12:00	座談：主治醫師、住院醫師及 PGY 醫師
12:00~12:30	午餐
12:30~14:00	座談：醫學生（1~7年級）

C. 醫院教學組（萬芳及雙和醫院）

時間	訪視活動內容
07:30~10:30	*實地參訪與資料查證
10:30~12:00	座談：主治醫師、住院醫師及 PGY 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）

D. 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
17:00	賦歸

*：「實地參訪與資料查證」之時段訪視委員可依訪視查證之需要自行安排，除參加課堂上課、參與討論會、調閱佐證資料外，亦可主動邀約包括授課教師、行政主管、學生或行政職員等與查證事項直接相關之對象進行個別訪談，但必須經得受訪對象同意。