

# 馬偕醫學院醫學系

## 評鑑報告



2016 年 6 月



# 馬偕醫學院醫學系

## 2015 年全面評鑑報告

(訪評日期：2015 年 11 月 17 日至 11 月 20 日)

### 訪視評鑑小組：

- 召集人 劉克明 高雄醫學大學教授/醫學院評鑑委員會委員
- 副召集人 張上淳 醫學院評鑑委員會執行長/國立臺灣大學醫學院院長/感染科教授
- 委員 黃天祥 國泰醫院教學部主任/臺灣大學醫學院內科榮譽教授/醫學院評鑑委員會委員
- 鄒國英 輔仁大學醫學院小兒科教授/醫學院評鑑委員會委員
- 賴春生 高雄醫學大學醫學院整型外科/醫學院評鑑委員會委員
- 薛尊仁 成功大學醫院副院長/成功大學醫學院內科學教授
- 高國彰 和信治癌中心醫院資深顧問/美國佛羅里達大學醫學中心病理學教授
- 林瑋如 美國羅格斯大學醫學院副院長/家醫科副教授
- 李信謙 臺北醫學大學醫學系人文學科主任/臺北醫學大學醫學系精神學科副教授
- 行政人員 朱宥樺 醫學院評鑑委員會組長/資深管理師
- 鄭國良 醫學院評鑑委員會管理師



## 目 錄

壹、學校/醫學系概況及本次訪視重點	
一、前言	1
二、學校概況	1
三、歷次評鑑重要發現	2
四、前次訪視追蹤改善事項	3
貳、評鑑執行過程	
一、研讀自評報告	5
二、實地訪評	6
三、訪視設施/設備	9
四、資料查證	9
五、人員晤談	9
參、訪視評鑑發現	
第一章 機構	10
第二章 醫學系	19
第三章 醫學生	53
第四章 教師	65
第五章 教育資源	70
肆、總結及對醫評會的評鑑結果建議	
一、總結	76
二、評鑑結果	78
附錄：TMAC 2015 馬偕醫學院醫學系訪評行程	79



## 壹、學校/醫學系概況及本次評鑑重點：

### 一、前言：

馬偕紀念社會事業基金會（以下簡稱馬偕基金會，即馬偕醫院董事會），為了培養傳承馬偕精神的醫師，於 1995 年成立醫學院籌備小組，1997 年向教育部提出申請設立馬偕醫學院。2005 年 6 月，馬偕醫學院獲得教育部通過准予籌設，2009 年 3 月教育部同意立案。2009 年 8 月，經歷 14 年的籌備，馬偕醫學院正式成立，開始規劃培育醫護人員。98 學年度馬偕醫學院開始招生，七年制醫學系 40 人、護理學系 40 人。隨後於 2012 年 8 月成立聽力暨語言治療學系與生物醫學研究所碩士班，2014 年成立護理學系二年制在職專班與長期照護研究所。目前馬偕醫學院共有三個學系、二個研究所及一個護理學系二年制在職進修專班。

### 二、學校概況：

馬偕醫學院首任校長魏耀揮教授於 2013 年 8 月續任校長，現任醫學系系主任葉宏一教授是第七年續任系主任。

馬偕醫學系教育目標為，提供醫學生「身、心、靈完整醫治」之全人醫學教育。101 學年度臨床學科老師專任 9 位；102 學年度臨床學科老師專任 3 位；103 學年度臨床學科老師專任 7 位。於 2015 年 104 學年度，醫學系專任教師為 26 位，包括基礎醫學教師 17 位，臨床醫學教師 9 位，另外聘請 23 位臨床教師擔任專案教師。全校學生人數共 640 人，大學部 617 人，碩士生 23 人。醫學系一至七年級學生共 249 人。

醫學系招生的方法，2010 年開始採用 Multiple Mini-Interview (MMI) 挑選學生。2012 年開始舉行醫學生白袍典禮。

醫學系採 PBL 小組討論的教學方式，但 PBL 教案品質參差不齊，有些教案的「教師參考資料」尚待加強內容之適用性與實用性。PBL 小組討論的老師需要累積經驗，才能夠正確的導引學生的學習。醫學系四年級帶領 PBL 小組討論的老師變動較大，有幾位有經驗的臨床教師不再擔任 PBL 教師，系上應該盡速解決此方面的困境。

實驗教室與 PBL 討論室設備完善，並提供學生活動及運動之空間。唯上課教室的安排宜重視學生的反映而調整。

教師研究室空間充足，但目前仍是地廣人稀。儀器硬體設施，以共儀中心集中管理，然使用頻率不高。

心理諮商中心的空間安排具有藝術氛圍，多間諮商室各有特色，是很理想的小型討論場所。宿舍區整體來說，比多數大學還好，很合適作為住宿學習/小書院的場域。

國際交流剛開始起步，可能由於締結姊妹校仍少，醫學生出國 102 年 6 人，103 年 0 人，104 年 12 人，比例仍有待提升。

馬偕醫學院/醫學系成立第七年，醫學生已通過第一階段國考，並到台北馬偕醫院及淡水馬偕醫院擔任實習醫師。教學醫院的教學品質與教育的成果是否達到辦學目標：培育出傳承馬偕精神的醫師，仍須持續追蹤。

醫學院林董事長相當熱情，提出許多募款方案與努力，其中包括以產學合作計畫作為募款計畫，但尚未看到具體成果，且與醫學院的中長期發展計畫無法順利直接接軌。

整體而言，馬偕醫學院校地 18.88 公頃，2009 年成立的醫學系是一個新的醫學系，小而美。系主任與專任老師相當投入。全校師生融洽，極具向心力，是馬偕醫學院最大的優勢。

建校理想是希望培育能「關懷弱勢」的醫師，這是非常符合馬偕精神。但是顯然專任老師不足，臨床方面有待馬偕醫院優秀的臨床醫師補足，但基礎方面師資還需要再加強。而在達成建校理想「關懷弱勢」方面有其利基，例如台東馬偕醫院允諾每年提供醫六全班學生實習名額，但是具體實現還有待日後觀察。

對於馬偕醫學系或馬偕醫學院長遠的規劃，可能是院方受限於經費等因素，未能明確給予一個清楚的藍圖。其實每年之訪視，馬偕醫院與董事會多次向委員展現決心支持馬偕醫學院的發展，所以馬偕醫學院應以自助人助的態度，排除萬難，列出清楚計畫與時程願景，並依據此時程願景編列預算，逐步趕上其他醫學院的規模。

### 三、歷次評鑑重要發現：

醫學院評鑑委員會 (Taiwan Medical Accreditation Council, 以下簡稱 TMAC) 依輔導新設立之醫學院之職責，自 2010 年 99 學年度起，每年派遣訪視小組對馬偕醫



學系進行訪視，第五年追蹤訪視於 2014 年 11 月 19 日至 21 日進行，對行政架構、醫學生的學習與輔導、師資、課程和資源都提出建議如下：

- (一)師資不足、專任教師擔任之行政職務太多。學校建校已經五年，師資的量與質的進步仍然有限，同時在教師疲於上課與研究工作之餘，還需負擔許多行政職務與參與校內各項委員會，這將會嚴重影響學校對提升師資品質、教師的招募與留任。
- (二)董事會的組成與協調，需要更明確的制度化。經費方面，應該於執行年度前由董事會核准撥款。
- (三)董事會應該專業授權，對學校重大政策與人事任用，應能尊重校方的行政首長。應加強校長醫學及行政專業能力。
- (四)醫學生即將進入醫院實習，希望醫院與醫學院保持健康的互動，而且醫院能夠提出有效的策略，鼓勵臨床醫師主動且熱心地參加醫學院學生的教學活動。
- (五)已積極尋求其他企業的贊助，並且與彰化基督教醫院、新樓醫院等洽談，但尚未看到具體成果。

#### **四、前次訪視追蹤待改善事項：**

- (一)學校經營最重要的四位主管，需要更密集的溝通，排定校務發展應解決事項之優先順序，逐項完成。並應訂定檢核時程，以免分散了有限資源的運用。
- (二)依現在學校的規模，尋找過去類似醫學院校做為 benchmark，參考其發展史，從而定為該校發展之座標。
- (三)確認醫學系的教育目的為何，對「主動學習」、「形成性評量」、「質性評量」有正確的定義，並讓老師知道及深入瞭解，以作為老師規劃課程進行方式、學生評量方法的標竿及學生努力方向的指引。
- (四)目前在硬體建設之外，增聘教師是馬偕醫學院發展時最重要的一件事。專任師資不易招聘的原因很多，包括未主動長遠規劃、校地位置偏遠、不易吸引老師、臨床師資之轉任誘因不足等，學校應有更有效的因應對策，例如考慮在三芝鄉租借房舍以為學人宿舍，解決臨床醫師轉任專任教師之薪資問題等等。
- (五)在系所成立初期，所謂的師資是否充足，並不能以授課時數為主要依據，亦應考慮所能提供課程的多樣性、同儕扶持交流等等需求以建立良性的循環。目前多數在

臺灣其他一般醫學院由「科」所負責的工作，在馬偕醫學系卻只由一人負責。雖然所有的老師都很努力，但是無法交流討論，氣氛可謂低迷，至為可惜。

- (六) 新聘教師的年資都非常資淺，如何輔助年輕教師在研究及教學能力的成長，宜有合適的對策及體諒（不能馬上就要求太多）。
- (七) 教師升等可以依目前醫學院校長會議結論，積極籌畫多元升等方式，使各教師依興趣與所長升等，以期達到最佳教育結果。醫院也應考慮設置教學型主治醫師，或是教學分軌升等的主治醫師，否則依目前看來，似乎不可能全部主治醫師都能注意教學，很多人到 11 月中旬，教學課程的學分還差很多，應找一些真正有心的人好好教。
- (八) 課程安排上仍應注意其內容與題目，或許也是因為師資不足，所以排了一些看來不知是屬於何種性質或專業的課程，而三、四年級基礎與臨床之整合亦應擴大教師參與。
- (九) 跨單位的合作在人手不足的狀況下顯得更為重要。在 TMAC 所強調的醫學教育主軸中，包含通識/醫人文、基礎、臨床三大成分。醫學系目前負責醫學人文的黃助理教授專長偏重在倫理及哲學，教學認真。醫學系的人文仍須與通識教師合作，方能提供較理想的課群藍圖。校方應主動促成合作交流的機會（包括規劃課程內容、搜查資料所需要的經費資源）。此外，通識/醫人文課程的規劃，需要臨床教師也能夠一起參與合作，並且對於授課內容提出相應的人文內涵（人文包含文化、社會、體制等諸多面向，而不是只有強調良醫而已）。
- (十) 醫學系三、四年級的整合課程，已在多方面很努力的準備、協調及修正，建議在下列幾方面研擬改善，則更有助於培育學生的主動學習能力與習性，並減少小組討論時的純單向報告及缺少互動之情況：(1)減少課程內容的重疊(大堂課及實驗課)，以使學生有較多時間自主學習。(2)調整學習目標的廣度與深度，使學生在有限時間內，可以全面且有深度的學習，每一教案帶出的學習目標（包括主要及次要學習目標）要適量。(3)精簡教案內容，使學生可以循線導出學習目標。(4)加強帶領小組討論老師的師培，以能導引學生對學習目標所查得的資料進行討論，而不是沒有互動的迷你報告。(5)建議在三年級上學期的前幾週暫不排 PBL 小組討論，先給學生打一些根基後再進行，會較易推展。

- (十一)研議可以讓五年級學生，在進入臨床實習初期，有更好銜接與進入狀況的方法，如前置課程的授課內容與教授方法，orientation 的內容、作法，協助學生落實 primary care (所需要的臨床技術、責任感及主動學習)。
- (十二)五年級的實習僅大多是一週的課程，此問題去年訪評時已提出來，系上並未回應，也未做任何修正，應改善。
- (十三)適合學生人數的上課教室不夠，建議校方在興建第三期工程之前，應就現有空間思考如何規劃設計，以建置 75-100 人左右的教室或會議室，提供給學生上課及辦演講活動之用。
- (十四)對高關懷學生的輔導議題，因為涉及心諮中心、教務處的學業成績預警、學生事務處與基礎學科導師等跨三個一級單位，加上五年級後的臨床導師 (實習單位)，彼此的認定高關懷的標準不一，學習歷程與個人資料也還無法銜接，仍然有待進一步的整合溝通。
- (十五)目前宿舍管理的校方強制制度是半夜 1-4 點斷網斷電，不是原設計的午夜 0-5 點，這似乎是與學生妥協後的規定，但如此一來是否仍能達到健康寢室的實質意義？是否有違自主管理的教育意義？是否有違若干期望早睡的學生基本人權？建議可參考其他學校，採用比較具有教育價值的管理模式。
- (十六)對於是否有任何歧視特殊學生的議題，仍待深究。例如有沒有特殊教育學生的議題，雖校方表示不歧視，但是沒有開放特殊教育學生名額。所以馬偕醫學院有聽語系，卻無在一般大專院校而言，最多的聽障學生作為特殊教育學生，確是對比。
- (十七) 臺東馬偕醫院絕對是馬偕醫學院達成「關懷弱勢」這一教育目標的利基，應善加利用，強化其在醫學教育上的角色。

## 貳、評鑑執行過程：

本次全面評鑑是採用新制評鑑準則，共分為五章，第一章機構；第二章醫學系；第三章醫學生；第四章教師；第五章教育資源。九位訪評委員針對新制評鑑準則 (2013 年版) 與前次訪評追蹤待改善事項，進行詳細檢視馬偕醫學院醫學系整體辦學情形。

### 一、研讀自評報告：

馬偕醫學院自 2009 年創立以來，目前共設有三系、二所、一中心及一在職專班之教學單位，包括醫學系、護理學系、聽力暨語言治療學系、生物醫學研究所、長期照護研究所、全人教育中心及護理學系二年制在職專班，經教育部核准成立，至 103 學年度共有 520 位學生及 10 名生物醫學研究所學生。

整體而言，此次馬偕醫學系自我評鑑報告書之撰寫內容，與去年相較有很大的進步，但仍然有多項條文所附的資料與條文內容所要求的有些差距，如下：

P. 92, 2.2.1.3 未陳述如何確保醫學生在必修臨床實習時，有接受適當的督導，所附的資料為如何考核學生；P. 108 此處所指的「期中回饋」是指老師對學生的回饋，所附的資料是學生對老師教學的回饋；P. 119 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，所附的資料只與 PBL 相關（顯然四年級整合課程，以問題導向學習（PBL）配合模組課程，並無法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）；P. 155 只提供數個課程的教學目的，並沒有自我評估，是否已達成所訂定的健康照護之性別及文化偏見之教育目的。

自我評鑑報告書的撰寫考驗系上對各條文的用心解讀、正確認知及基礎醫學與臨床醫學老師間，對彼此的課程規劃、課程目的及課程執行的了解，有些條文內容，需要基礎醫學與臨床醫學老師共同討論後填寫相關資料。

## 二、實地訪評：

本次全面訪視評鑑共四天，於 2015 年 11 月 17 日至 20 日進行。在 2015 年 11 月 16 日 19-21 點進行訪評行前會議，全體訪評委員就整個訪視評鑑進行的程序、分工和任務等細節，進行充分的溝通與討論，而後，依決議之訪視行程與分組執行任務。

### （一）全面訪評：

第一天 11 月 17 日，全體訪視委員上午參與學校行政和教師部份簡報，及實地參訪，由校方、院方及系上主管及教師帶領導覽，包括醫學型態學實驗室、圖書館、多功能活動中心等。下午與行政主管葉系主任進行座談。隨之，依序分別聽取教學及研究等三場簡報：(1)通識及醫學人文；(2)基礎及臨床整合；(3)臨床實習，並進行意見交換與討論。

第二天 11 月 18 日，訪評小組分為通識及醫學人文組、基礎及臨床整合組及臨床實習組。通識及醫學人文組上午在馬偕醫學院實地參訪、聽課與資料查證，下午與通識人文學科教師座談至 2 點。基礎及臨床整合組，上午在馬偕醫學院實地參訪、聽課與資料查證，下午與基礎學科教師座談至 2 點。臨床實習組，整天於馬偕醫院臺北院區實地參訪與資料查證，並依序分別和 5-7 年級學生、臨床學科教師座談、主治醫院及住院醫院（含 PGY 醫師）座談。下午 3 點，三組委員集合，共同與馬偕醫院施院長及醫院教學部主管座談。

第三天 11 月 19 日，訪視小組如同第二天，分為通識及醫學人文組、基礎及臨床整合組及臨床實習組。通識及醫學人文組，上午在馬偕醫學院實地參訪、聽課與資料查證，下午與醫學系一至四年級學生座談，並再度進行通識人文課之實地參訪、聽課（兒童哲學及基督教文學等）與資料查證。基礎及臨床整合組，上午在馬偕醫學院實地參訪學生宿舍、聽課（醫學系四年級外科學概論、三年級生理學）與資料查證。下午與醫學系一至四年級學生座談，並進行實地參訪、聽課（三年級的生理學實驗及四年級的消化學等）、在會議室進行資料查證，查閱三、四年級 PBL 課程資料（課程整合暨 PBL 學習指引手冊、問題導向學習課程教案，大模組課程委員會會議等資料，教師評審委員會資料及學生教學回饋意見之上網回答資料查證。臨床實習組，整天於馬偕醫院淡水院區實地參訪與資料查證，並依序分別和臨床學科教師座談、主治醫院及住院醫院（含 PGY 醫師）、5-7 年級學生座談。

第四天 11 月 20 日上午，全體訪評委員參與學校學務及輔導部份簡報，並進行意見交換與討論。隨後，安排兩個時段，分別與魏耀揮校長、醫學院林逸民董事長、馬偕醫院黃春生董事、馬偕紀念社會事業基金會林伯壽董事座談。下午，訪評委員進行心得檢討與建立共識後，與魏校長、林董事長、施院長、卓教務長、申學務長、楊總務長、葉系主任、學科主任及各單位主管等進行綜合座談後，結束四天的全面訪視評鑑。

## （二）臨床教學訪視：

臨床實習組於 2015 年 11 月 18 日訪視台北馬偕醫院、11 月 19 日淡水馬偕醫院。11 月 18 日，早上 7 點 30 分訪評小組到達台北馬偕紀念醫院，委員分別參加與觀察各

科之晨會、教學討論會，包括：兒科晨會，心臟內科晨會、耳鼻喉科教學討論會等；也觀察了不同科的門診教學與住院教學，包括：胸腔內科普通門診教學、兒科病房住診教學、婦產部門診教學等。晨會進行的方式，大都由實習醫師或總醫師做文獻報告或病例分析報告，着重於單向的論述，比較缺乏互動式的討論。

上午（10：30-12：00）每位委員訪談 3 位五年級學生及 2 位六年級學生。下午每位委員訪談 3 位臨床教師，2 位主治醫師、2 位住院醫師。

11 月 19 日，淡水馬偕醫院晨會進行的方式大都由實習醫師或總醫師做文獻報告或病例分析報告，着重於單向的論述，比較缺乏互動式的討論。神經科則展現互動良好，着重引導式的推理分析，以病房住院病人的病歷為討論對象，一方面可以改正病歷之繕寫，一方面也藉由深入討論學習，而形成 VS-R-Intern-Clerk 之醫療照護團隊。

第四天 11 月 20 日，一位委員於早上 9：00 聽取校方對學務及輔導的簡報後，在副系主任吳懿哲教授陪伴下，前往淡水馬偕醫院的臨床技能中心觀看四年級 PBL 小組討論的進行；下午則在醫學院 PBL 教室，觀看三年級 PBL 小組討論的進行。

臨床教學評量：

臨床教學的評量很多元，包括 DOPS、Mini-CEX、筆試、心得報告、學習護照、訓練手冊報告等等，學生大部份寫得不錯，可是有批改回饋的比較少。訪談學生得知，有的回饋學生並沒有看到。對於二週輪調一次的臨床科而言，需考量落實評量與即時回饋的方法，減少沒有回應的書面報告比較務實。

臨床教學：

麻醉科提供醫學生核心知識的手冊，也有訂立核心技能的項目，教導學生氣管內插管、拔管，手術過程中也要求醫學生詳細記錄麻醉之過程，評估除了 DOPS 外還有 written test，老師可以線上隨時 feedback 學生之任何問題。

麻醉科主任自行研發 46 項品質評估（QA, Quality Assessment）項目，已裝置在例行的麻醉機電腦上，對於住院醫師及醫學生的學習與訓練都有很好成效，隨機訪談住院醫師及實習醫學生，有非常正面的評價。

（三）PBL 教學：

PBL 教學時間約占模組課程之 30%，採用 CACOO 軟體平台上畫 concept map，學生個別準備後，在小組中討論後整合形成最後之 concept map。系上期待此方法對臨床推理教育可以成為很好的思路架構途徑，由於 104 年度剛實施，後續成效可再追蹤。

### 三、訪視設施/設備：

1. 醫學院醫學型態學實驗室、圖書館、多功能活動中心等。
2. 醫院圖書館，臨床技能中心，講堂，遠距會議中心等。
3. 訪視台北馬偕開刀房共有 21 間，淡水分院共 20 間手術房，開刀房內的教學資源電腦系統可與學校圖書館及相關資訊系統連線，顯微手術及微創手術有電腦螢幕可供學生觀看，在學習上有其方便性。

### 四、資料查證：

查核的方法包括：

1. 閱讀醫學系三、四年級 PBL 課程資料（課程整合暨 PBL 學習指引手冊、問題導向學習課程教案），及大模組課程委員會會議等資料。
2. 閱讀自評資料，佐證資料，聽取簡報與討論，參與晨會，住診教學，教學門診。
3. 訪談醫學生、PGY 醫師、專科住院醫師、主治醫師、專任教師、醫學系主任、人事主任、校長、董事會董事長與醫院院長等。

### 五、人員晤談：

- (一) 訪談醫學生、PGY 醫師、專科住院醫師、主治醫師、專任教師、醫學系主任、校長、董事會董事與醫院院長。
- (二) 實習學生及住院醫師訪談：每位臨床實習組委員至少訪談 12 位醫學生（包括 4 位醫五、4 位醫六、4 位醫七），2 位 PGY，4 位住院醫師。對於核心基本技能及臨床基本知識，受訪者表示，在相關臨床科由該科的指導負責人規劃，85 項必修臨床技能，有進一步分配到各科去執行與評估，馬偕醫學院第一屆實習醫師對自己的能力充滿自信，而他校畢業的住院醫師與 PGY，也咸表認同他們的臨床應有的基本能力，唯在溝通學習上，學生與老師可以更主動。受訪者表示 PGY 的訓練規劃較為鬆散，大部份是在病房做為第一線人力。

(三) 臨床教師訪談：在訪談 12 位臨床老師當中，雖然對教學有熱忱與付出，但是對於申請醫學院專任教職有所猶豫，主要是不易取得升等的教學時數以及研究環境支持不足。每週基本教學時數每位講師為 10 小時，助理教授為 9 小時，副教授為 9 小時，教授則為 8 小時。目前具部定專任教職者有 11 位（只含一位教授）。臨床學科專案教師，每週基本教學時數為專任教師的一半，目前共有 23 位（只含一位教授），外加屆齡 60 歲臨床老師必需辦理退休再回聘為主治醫師，因此臨床科主任具部定專任教職者相對比較少數，對於臨床的教學、研究、服務要考量它的長期影響。

(四) 董事會訪談：馬偕醫學院林逸民董事長、馬偕醫院黃春生董事長、林伯壽董事訪談表示會極力去募款。薪水制度需要更有吸引力，研究環境也需支持，以學術研究引領醫療服務的發展，馬偕護理專科學校與馬偕醫學院之兩校法人已合一，朝向整體發展之目標邁進，當然實務的事證仍需後續追蹤。

在實地訪評期間，每天中午及最後一小時，訪評委員們就當日訪視所見進行討論，必要時相互確認，以確保實地訪視和資料查證之客觀性與正確性。最後，在訪評期間，承蒙馬偕醫學院、馬偕醫院台北院區與淡水院區的充分協助與配合，使得此次 TMAC 的全面評鑑得以順利完成，謹此致謝。

## 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：

1. 2009 年 8 月，即 98 學年度，馬偕醫學院開始招生七年制醫學系 40 人，迄今已招收七屆學生。



2. 此新設立之醫學系，依輔導新設立之醫學院之職責，自 2010 年 99 學年度起，每年醫學院評鑑委員會派遣訪視小組，對馬偕醫學系進行訪視評鑑。
3. 2009~2014 年依規定進行「新設立訪視」，不給予評鑑結果。

### **準則判定：符合**

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. 西元 1871 年馬偕博士抵台醫療宣教，馬偕醫學院以馬偕精神為核心價值，也就是「寧願燒盡，不願鏽壞」的服務奉獻精神，知天、知地、知人、知心、知愛、知用，並以敬天愛人、社會與環境責任、人文關懷、團隊精神為校之基本素養，而以專業與創新、主動學習、溝通與合作、自省與批判、國際觀與競爭力為其核心能力，培育未來之醫師。
2. 能否孕育挑戰知識與探究的精神之醫學生，尚待觀察。

### **準則判定：符合，但須追蹤**

## **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. 醫學系五年級的職前訓練有安排 nurse-shadowing program，讓學生能觀察體驗護理人員在醫療團隊中的角色，進入醫學系七年級也有安排 pharmacist-shadowing program，讓學生能體會學習藥師，在藥事作業中扮演的重要團隊角色，這些跨專業領域的學習可以提升彼此專業的認同與合作。
2. 學校規模有限，無法如同其他學校充分提供與其他專業領域之學生，以及研究生互動機會。

- 3.目前只有醫學系、聽語系學生，雖在實習階段與其他健康相關領域學生有些互動，但在校互動甚少。
- 4.臨床實習時，部份科部住院醫師人數較少或不足，因此未必能完整在住院醫師指導下學習。實際訪談醫學生時，亦有同學反應，臨床科部未有完全準備要指導如此多的七年級 Intern，因此他們剛開始時，常仰賴專科護理師給予指導。

### **準則判定：符合，但須追蹤**

- 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. 以 103 學年度為例，學生經由繁星推薦 10 名，個人申請 14 名，考試分發 16 名，考試分發外加名額 1 名，離島醫事人員養成計畫公費生 3 名，共 44 名學生，具有多元性。教職員任用也依就業服務法、性別平等教育法、身心障礙者權益保障法、原住民工作權保障法及相關法令規章任用，確保其多元性。
2. 馬偕醫學系採取多元入學的管道，以招收多種不同來源之學生，入學後之各項安排，亦有努力讓同學多元發展，讓同學參加多元活動，且利用暑假期間讓同學至醫療資源較缺乏之偏鄉地區進行服務，培育學生多面向之學習，體驗利他精神之實踐；惟整體成效如何，仍有待畢業生日後表現之追蹤，以確知該校之多元成效如何。
3. 身心障礙之教職員僅 1 人，未達法令規定。

### **準則判定：符合，但須追蹤**

- 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. 醫學院設有性別平等委員會，委員人數共 16 人，男女各半，也包含學生代表三人，家長代表一人；訂有性別平等教育實施要點、推動性別平等教獎勵辦法、校園性侵害性騷擾或性霸凌防治規則、教職員工性騷擾防治、申訴及懲戒辦法，醫院負責單

位為醫學倫理委員會，從課程、宣導、申訴管道、諮商輔導到心理輔導的機制皆具備。

2. 雖有課程及法規，但在臨床學習專業素養的評量內，未見醫學生相關學習評量。

**準則判定：符合，但須追蹤**

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：

已訂立明確之組織章程 -- 「馬偕醫學院組織規程」，規範相關之職責和權限。

**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：

有訂立明確之組織章程，也就是「馬偕醫學院校務會議規則」及「馬偕學校財團法人捐助章程」，規範相關之職責和權限

**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：

1. 第四屆董事會成員 19 人當中，有 11 人為上一屆董事會留任。

2. 校務會議委員涵蓋校長、一級主管、教師代表、技職代表、學生代表，其任期有相互重疊。

3. 至於董事會每位成員是否能夠全盤了解學校和醫學系之運作，有待觀察。

**準則判定：符合，但須追蹤**

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：

1. 有訂立明確之組織章程包括「馬偕學校財團法人捐助章程」及「財團法人馬偕醫學院內部控制制度」，規範相關之職責和權限，避免不當之利益衝突。
2. 校長的職位是全職且專任的，對醫學系的發展扮演重要的角色，但目前魏校長仍兼職於陽明大學從事研究工作，對於醫學院及醫學系的發展，須持續觀察。
3. 馬偕醫院董事會雙包案，是否影響醫學院任務之執行，須持續觀察。

**準則判定：符合，但須追蹤**

### 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：

醫學系主任葉宏一教授為心血管醫學專家，歷任台灣高血壓學會理事、中華民國血脂及動脈硬化學會理事、中華民國心臟學會理事、台灣老人急重症學會理事、馬偕紀念醫院內科部副部長、馬偕紀念醫院創新育成中心主任、馬偕紀念醫院教學副院長…等學經歷，足以領導醫學教育、學術活動和病人照護。擔任系主任已屆滿二任，熱心於系務各項工作，亦對系內各項工作非常瞭解。目前因評鑑關係被延長聘任中。然，因應評鑑而逾任期延長聘任並非正常做法，應待接任者上任，追蹤接任者是否符合。

**準則判定：符合，但須追蹤**

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. 醫學系主任葉宏一教授，兼任馬偕紀念醫院教學副院長。臨床學科主任吳懿哲副教授，兼任馬偕紀念醫院醫教部副主任。透過校務會議、醫院院務會議、系務會議及各種委員會，與學校其他人員形成溝通管道。
2. 醫學系主任對師資員額與經費之使用權，仍有相當限制。
3. 馬偕醫學院規模尚小，醫學系主任與醫學院院長（校長）間溝通並無不暢通之問題，惟對於臨床科教員教學時數之是否可彈性認定，訪談中看出似乎過去並無一致看法或缺乏完整之溝通，以解決此一問題。

### **準則判定：符合，但須追蹤**

- 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. 醫學系主任下設系辦公室掌管 8 個委員會、基礎學科主任綜理 9 個學科、臨床學科主任綜理所有臨床學科。醫學系主任葉宏一教授兼任馬偕紀念醫院教學副院長，臨床學科主任吳懿哲副教授兼任馬偕紀念醫院醫教部副主任，建教合作之教學醫院也訂有合約，這些行政資源，可能足以讓相關主管對醫學系相關事務的權力與責任有清楚的認識。
2. 馬偕醫院各科，擔任馬偕醫學系專任教師之人數過少。醫院許多科之主管，並非醫學系教師，影響這些科主任對於醫學系事務的了解，權力與責任則更不容易釐清。
3. 臨床學科專任教師人數過少，臨床學科教學及實習指導大多數仰賴非專任教師之主治醫師，這些主治醫師參與醫學系之事務很少，對醫學系相關事務之了解有限。

### **準則判定：不符合**

- 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. 系主任下設系辦公室掌管 8 個委員會、基礎學科主任綜理 9 個學科、臨床學科主任綜理所有臨床學科；醫學系主任葉宏一教授，兼任馬偕紀念醫院教學副院長；臨床

學科主任吳懿哲副教授，兼任馬偕紀念醫院醫教部副主任，這些資源與權力，可以讓系主任來治理醫學系和評估醫學系成效，至於是否得到充分資源與賦權，則仍待後續觀察。

2. 醫學系主任對師資員額與經費之使用權，仍有相當限制。
3. 醫學系主任對於專任教師的聘任，顯然不能如其所願的順利聘任，以致無法將學生的教學繼續向上提升。其中部份原因，似乎來自不同部門主管，對於教學時數的認定，未能有一致的看法。人事單位有其看法，未能從寬依實際狀況認定；訪談中，校長雖認為應可從寬依實際狀況認定，但系主任顯然不知道校長的看法。
4. 系主任過去對於臨床科教學之掌握，因多數主治醫師均非醫學系教師，不易掌握教學情形。近幾個月醫學系主任同時擔任馬偕醫院教學副院長，較為容易掌握臨床教學之情況。但此制度非長久的設計，系主任任期已因實際需要超過該校自訂的規定，若換新的主任時，仍然不易掌握臨床科之教學治理與成效的問題。

**準則判定：符合，但須追蹤**

## 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. 依據馬偕醫學院組織規程設有校長一人、副校長二人（目前尚無聘任）、醫學系主任一人，系主任下設系辦公室掌管 8 個委員會、基礎學科主任綜理 9 個學科、臨床學科主任綜理所有臨床學科，各學科置有主任一人，共同為醫學教育的使命而努力。
2. 在編制上有校長室、秘書室，但無醫學院辦公室。醫學系辦公室有 9 位行政人員，其中只有一位為專任人員，其餘皆為約聘人員。
3. 穩定的行政人員對系務的順利進行、及課程改進的推動是重要的，然而馬偕醫學系的行政人員，長久以來只有一位是專任，未見改善。

**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. 學校訂立四項基本素養，五項核心能力；醫學系訂立五項基本素養，七項核心能力，並以延續馬偕精神、培養明日良醫為使命，以實踐馬偕精神之核心價值為願景，以提供醫學生「身、心、靈」之全人教育為目標；然而中、長程校務發展計畫與醫學系之使命、願景、目標的整合以及與基本素養和核心能力的落實，彼此之間的連結比較鬆散。
2. 醫學院宜有院務規劃委員會負責規劃長、短期目標，並有院外人員參與其中，以供諮詢。
3. 參閱 1.2.2；1.3.1；1.3.3「發現」的說明。
4. 該校規模尚小，醫學院基本上均有參與醫學系之相關規劃，但所共同設定之方向是否確有達到其預見的成果，仍有待學生畢業後持續追蹤。

**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：

1. 醫學系有關之人事、業務、政策，其決策遵循馬偕醫學院校務會議規則、馬偕學校財團法人捐助章程及相關委員會，過程呈現透明化。馬偕紀念社會事業基金董事會已於法院公証承諾自 104 學年度至 113 學年度十年期間，捐助醫學院 34 億元，每年約 3 億 4 千萬，是屬於經常門，以聘任臨床專任教職為優先，但目前尚未有全盤計畫，衛福部也尚未核准，仍需後續追蹤。
2. 臨床教師屢次反應教學時數認定之問題一直未加以解決，顯示決策過程尚未完全透明化。

**準則判定：符合，但須追蹤**

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：

馬偕醫學院與教學合作醫院有簽訂書面合作協議，其內容已有規範雙方有關醫學生教育之基本責任。

**準則判定：符合**

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. 除了醫學系主任葉宏一教授兼任馬偕紀念醫院教學副院長，臨床學科主任吳懿哲副教授兼任馬偕紀念醫院醫教部副主任之外，各臨床科設有教學負責人，掌控各科之教學計畫，醫院之醫教部負責整體之規劃、執行與評估。每組醫學生約 4-5 人也設有臨床導師一人，輔導臨床學習事務。
2. 醫學系課程負責人負責許多的事務，而無法對臨床的教學品質，有深入的了解與督導，如有些臨床科別的教學活動時數太多，或是學生一週在台北馬偕醫院、一週在淡水馬偕醫院，使得學生無法充份從事 direct patient care。
3. 在醫學系六年級同學選擇馬偕醫院以外之實習醫院時，醫學系並未實際掌控那些實習醫院其教學計畫之執行。
4. 醫學系課程負責教師，對於馬偕醫院各科教學情形之掌控主要是經由醫院教學部的副主管身份進行掌控。惟各科教學計畫之訂定，均是各科自行訂定，醫學系課程負責教師之掌控程度仍有待加強。

**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：

無重大修正計畫或重大變動。

**準則判定：符合**



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：

無重大修正計畫或重大變動。

**準則判定：符合**

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：

無重大修正計畫或重大變動。

**準則判定：符合**

## 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：

1. 馬偕醫學院基於其“敬天愛人，謙忍卓決”之校訓，訂定培育醫學生所必須具備之五大基本素養，並將此精神涵蓋於七大核心能力之中。
2. 目前因僅有七年級學生，尚未有畢業生，較難評值其基本醫學教育目標之達成情況。然由所安排之課程、所擬定針對核心能力的評量、以及近兩年第一階段國考之高通過率（102 學年 87.5%，103 學年 92.5%），可一窺醫學系在實踐此基本醫學教育目標之努力。

**準則判定：符合，但須追蹤**

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：

1. 醫學系一、二年級加強醫學人文教育，由醫學人文委員會負責統整醫學人文教育、課程與活動，其下設有醫學人文小組，結合通識/醫學人文及臨床師資共同規劃縱向之教育。
2. 在通識課程規劃方面，除基本語文能力以及核心通識課程外，因應教育目標，將通識課程依內涵分為天、地、人、心四大領域，由此引導學生接受不同面向的通識教育，確為馬偕醫學院之特色。在實際執行面，負責通識課程之全人教育中心亦於 103 年度通過大學校院通識教育評鑑，實屬不易。
3. 由學生及教師訪談中均發現，因學校整體學生人數較少，能開設之通識課程科目種類均有所限制；且由於校址較為偏遠等關係，不易邀請校外老師專家前來授課。雖有校外選課機制，但實際選課學生仍占極少數；另為了課程安排便利，將通識課程集中一天（本學期為週四）；上述幾點均會影響通識教育的廣度與深度，亟需追蹤醫學學生於此養成過程中，是否能達成通識博雅教育之基本目標。
4. 醫學人文課程規劃除核心課程外，並將所制定之 34 顆醫學人文種子，擴散於其他醫學課程中，立意頗佳。但於執行面則與通識教育一樣面臨師資的困境，一到四年級所提供之課程，囿於課程負責老師之專長，較限於倫理哲學面向，較缺乏其他行為及社會科學的課程裝備。重要的醫學法律、醫學倫理以及臨床溝通等課程，又規劃於進入臨床實習前，以六週密集授課來完成（依據 104 學年度第 1 學期 5 年級課程表），其學習成效亦待評估。
5. 醫學系三、四年級強化基礎與臨床醫學之整合課程，配合 PBL 小組教學，減少大堂課及重疊課程，增加自主學習之時間。
6. 醫學系五、六、七年級學生進入臨床實習，強調 hands-on 的落實，對於各科相關之核心基本技能及臨床基本知識，在醫教部之統籌下各科都有建立，85 項必修臨床技能也有進一步分配到各科去執行與評估，惟其落實度似有待後續追蹤觀察。
7. 醫學系五年級學生開始臨床實習課程，至各專科實習。醫學系五年級學生實習前有一個月的集中上課，每天 8 小時的大講堂課程（lecture）。在訪談時學生反映整天上多堂課，效果不佳。建議可把課程改為數位學習，由學生在家自行研習，而由老師縮短大班 lecture 時間，僅作有疑問題的溝通，如此可提升課堂上課的價值。

8. 五、六年級同學之臨床實習，每天的 schedule 安排太多教學課程，早上有課，下午也有課。訪談學生也說上課太多，因此常常沒有辦法跟隨主治醫師迴診，影響實習。另外，雖然每個專科或次專科實習皆有兩週的時間，但有些次專科實習，一週在台北院區。一週在淡水院區，要讓醫學生實際上能直接從病人學習是有困難的。
9. 醫學系七年級同學的臨床實習應加重直接從病人學習的深度，但為了每個專科都能去，每個單位僅去實習兩週，如此能從頭到尾完整連續照顧一位病人的機會是不多的。既然五、六年級時每個專科都已去過，應考慮 Intern 的實習，每個單位應以更長時間為單位來實習。

### 準則判定：符合，但須追蹤

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. 自評報告中，羅列了許多與培育終身學習必要技能的相關課程，透過 PBL 教學、分組討論、病例討論、報告書寫、主題教學、EBM 教育等方式，強化終身學習之技能。
2. 依據醫學系提供自評資料，在通識、基礎、醫學人文課程中，主要以鼓勵發表看法、運用開放性問題、合作學習、提供教材資源、自定主題探索以及主題教學等六個方式引導主動獨立學習。依所提供資料，基礎課程包括普通生物、普通化學、有機化學以及相關實驗之主動學習，均著重於課前預習。
3. 訪視期間，觀摩醫學系一年級普通生物學之授課，學生主動發問的狀況較不踴躍，以課前預習所能培養主動、獨立學習之習慣，其效果仍需進一步評估。
4. 在通識以及醫學人文課程中，亦有主動學習時數之安排（自評報告第一冊 P.48 普通心理學主動學習時數恐為誤植），部分課程亦提供成果供參。
5. 所觀摩通識課程中，“夢的賞讀”由主授老師，帶領修課同學透過夢的報告分享，共同參與討論，課程操作細膩，兼顧個別學習與團體動力，難能可貴。另一門兒童哲學課程，因課程主題所限，較以傳統授課方式進行，但主授老師亦能適度利用課程內容，引導學生回應開放性問題。

6. 另由校方提供資料中，呈現過去一段時間，有不少學生自主推動之服務性活動。學生訪談中，亦表示校方支持鼓勵許多課程外活動。但學生訪談中指出，可能因為學生人數較少，活動規劃與執行多集中部分較主動之學生，也造成負擔不均的狀況。整體而言，在基礎通識以及醫學人文課程中，雖透過課前預習及課程中，引導鼓勵等方式提供學生主動、獨立學習之機會，但多為教師主導，學生學習習慣之形塑，仍需更積極之作為及時日以養成。
7. 許多課程，有朝與培育終身學習必要技能的方向規劃設計，但仍有努力空間。所列的引導學生主動學習的六種方法，有幾項比較是互動式的教學，如鼓勵學生多發表個人看法。
8. 書面資料上，列出評量學生發展終身學習技能的工具，包括學習檔案、實作、作品、書面實驗報告、紙筆測驗等。學校雖然有為每位一到四年級的學生，建置學習歷程檔案 (e-portfolio)，在臨床實習時教學醫院，也有為醫學生建立學習歷程檔案。但其中所放的內容，大多是學生的選課資料、成績、社團參與等。與學生訪談，也發現並沒有老師會以學習歷程檔案中的資料，與學生談論他在終身學習技能方面的成長。故醫學系宜再研議透過學習檔案，培育學生發展終身學習技能的做法。
9. 四年級課程仍太多，限縮醫學生自主學習的時間。
10. 四年級有以 PBL 課程為主軸的整合課程，讓學生學習終身學習的必要技巧。但進入臨床實習後，除了照顧病人學習外，應有較具體的作法，以強化學生主動學習及終身學習的能力。
11. 太注重 OSCE，而忽略與病人面對面實習，未能真正學習到如何建立關係、溝通，以病人為中心的照護。

**準則判定：符合，但須追蹤**

## **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. 醫學系有訂定教育目的及七大核心能力，並有評估學習成效的標準依據。
2. 醫學系有訂定培育醫學生所必須具備之五大基本素養，並將此精神涵蓋於七大核心能力之中。唯於所附必修課程課綱中，較難檢視其課程內容之建立，是否依循上述基本素養與核心能力之教育目的。
3. 醫學系設置有核心能力工作小組，訂定醫學生核心能力評量內容與審查表，理應可作為評估醫學系成效之依據。但詳細考察其核心能力評量內容項目，多侷限於醫學生進入臨床教學前之課程與活動表現，且臨床實習中又另訂定醫院六大核心能力，以制定臨床實習之核心課程。雖與醫學系教育目的之核心能力有所對應，但不免有教育目的缺乏連貫之疑慮，也影響醫學系教育目的之整體評估。
4. 馬偕醫學院以醫學生在畢業前得到七大核心能力為其教育目的，並以此作為課程內容之準則和評估之依據，然而整體課程與七大核心能力之對應無完整性，評估成效之可靠性，需後續再追蹤。
5. 醫學生七大核心能力之成效評估仍有待改善，醫學系雖然收集學生對課程的評量，但未見具體對學生評量的討論及改進措施。
6. 雖有全院性課程委員會，但未見各模組教學單元於每學期開課前，就如何進行單元內多科教學之間的協調，以及學期結束時，對其教學問題和成果的討論改進。這些討論應有正式會議紀錄，現有大模組教學會議紀錄流於形式，未能充分反映課程成效及改進的檢討。

### **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. 醫學系設置有核心能力工作小組，訂定醫學生七大核心能力評量內容與評量總表，七大核心能力之成效評量分為標準、優良、傑出三個層級，並規範學生於第四學年完成及畢業前自我評量，作為畢業門檻，並就優秀者給予獎勵。然前次訪視（103年第五次訪視）結果指出，“各項能力的初階要求，幾乎均是通過醫學系所開設的課程”，而對核心能力評量方式及欲達成目的有所疑義。此項關注在本次訪視中仍

然存在，各項能力，除於服務弱勢族群能力中，有參與相關活動之要求外，仍均以既定課程之修習與通過為標準。如此，是否真能檢視學生是否於畢業時，已獲得各項能力，需審慎檢視之。

畢竟相關課程修習通過以及參與相關活動，並不同於核心能力之具備，且幾乎進入臨床實習之前，核心能力就可達到標準等級。因此，未知臨床實習課程對核心能力之培養，有何挹注？事實上，就醫學系教育目的而言，醫學生修習課程，並經歷臨床實習後所培育出來的核心能力，才是學校階段醫學教育的終極關懷，現行之評量方式，較難評量“畢業時應具備的能力”，也因此無法提供基礎與臨床課程精進之依據。

2. 醫學生在畢業前得到七大核心能力，是馬偕醫學院之教育目的，在自評報告中有陳述其評量方式，目前尚未有畢業生，是否符合期待尚待觀察。
3. 學校有列出學生畢業應具備之能力，但是與學生晤談時，學生無法解釋任何核心能力，學校宜思考如何提醒教育目的。
4. 訂有醫學系畢業時應有的七大核心能力，並有評估學習成效的標準依據，但能落實評估才是重點。

### **準則判定：符合，但須追蹤**

- 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. 於自評及檢附資料以及學校網頁，均清楚載明馬偕醫學系教育目的之基本素養與核心能力。訪視過程中，所接觸校內教師與行政人員，以及訪談之通識與醫學人文教師與一到四年級醫學生，多數可了解醫學教育目的。
2. 或許因為進入臨床實習前大多數醫學系學生均住宿校內，且校方以家庭單位為概念建構集合住宿的環境，加上包括學務長等幾位教師亦常留宿校內，且定期於課後與學生會面晤談，整體環境讓在校階段之醫學生，能更加了解並認同馬偕醫學系醫學

教育的目的。但仍然有學生不太知道醫學系整體課程之教育目的七大核心能力，或是醫學系教育是要培育他們成為怎樣的醫師。

3. 醫學生參與了PBL，完成了功課，但不是每位學生都瞭解其教育目的。PBL是為了訓練他們與臨床接軌、主動學習等能力。
4. 醫學系五至七年級學生，對學校近年所推行的政策可能聽說過，但不清楚實際意義，例如 e-portfolio、醫學院共學園。
5. 雖然自評表中有描述如何讓指導者了解教育目的，但訪談發現，並非所有師生及參與教學之主治醫師、住院醫師以及臨床科部負責醫學生教育與評量之相關人員，都了解醫學教育目的，許多臨床科部之醫師都不太明瞭何謂醫學系的七大核心能力，亦有部份科部住院醫師，不曾參加過任何師資培育有關的課程，故造成其對於醫學教育目的不了解的情形。
6. 實際訪視中發現，仍有許多主治醫師並未將教學視為重要責任。

#### **準則判定：符合，但須追蹤**

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. 有設立馬偕醫學院全人教育中心，作為負責醫學人文教育的單位。
2. 學系之通識教育由全人教育中心負責，另有一位醫學系專任教師負責醫學人文教育。
3. 雖無專責單位，但於醫學系下設有醫學人文委員會，其目的在提升醫學系醫學人文教學品質與醫學生學習成效，而其對課程之決議則須提醫學系課程委員會討論。
4. 於訪談過程中，主責教師表示在學校階段之醫學人文教育，可以得到全人教育中心以及系方的實質支持，但因僅有一位專任師資，課程開設以及活動規劃方面自然有所限制。
5. 負責醫學人文教育的教師及單位主要為醫學系黃苓嵐博士及全人教育中心主任蔡碧華博士，在知天、知地、知人、知心、知己、知愛、知用之概念下設計相關課程，並有臨床教師投入教學，除了正式課程外，並以馬偕共學園、馬偕講座、大體老師追思感恩典禮、白袍典禮、醫學人文研討會來強化醫學人文之涵養。

6. 該校確實有負責醫學人文教育的單位及教師，惟教師人數偏少，對於完整的醫學人文教育，較不易達到理想的境界。
7. 而於醫院實習階段之醫學人文教育，則另籌設馬偕醫學人文小組，隸屬於醫院之教師培育中心（依據 2014 年 12 月 31 日之會議紀錄）。雖醫學院全人教育中心主任與醫學系醫學人文專責教師均參與該小組，但是否能主導規劃醫院端之醫學人文教育仍未明確。基於此，仍需審慎檢視醫學人文課程規劃之連貫以及教育目的之貫徹性。

### 準則判定：符合，但須追蹤

- 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. 模擬體驗或技能訓練，無法讓學生體會到以病人為中心身、心、靈醫治。醫學系五年級與六年級學生，需加強與病人相處接觸的機會，住院病人從住院到出院，教學門診讓學生第一線問診，才能加以體會。
2. 臨床實習各科部皆訂有訓練計畫書，利用 85 項臨床學習護照，核心課程登錄表，Mini-CEX 及 Cbd 評估，來監督學生的學習歷程。
3. 馬偕醫學院之實習醫院為台北及淡水馬偕紀念醫院，病人類型和臨床醫療情境足以提供醫學生程度層級相符的臨床學習環境，同時每一臨床學科，訂有核心知能及監督機制。
4. 目前內、外、婦、兒科有以臨床個案討論方式來補足，但其他科每位學員可能學習體驗不一，臨床實習以 VS 為 center，而非以 learner 為 center。
5. 現場訪視發現，病房有些 Intern 書寫的病歷，病人住院已有 5 天，主治醫師皆未給予覆核，也沒有給予指正或評論。
6. 馬偕醫院大致可提供學習各種疾病的環境，惟教師對於學生的學習經驗與學習成效的掌握、及提供必要之指正，仍有待加強。例如：學生病歷的書寫，抽查審視後發



現雖有基本的修改，但實際內容有不恰當的地方，而未被指正之處，也多所見到，顯示臨床學習之指導仍有待加強。

## 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. 醫學系設有課程委員會，作為整合的教育負責單位。就其架構觀之，由於醫學系下並未設獨立學科，僅依課程屬性設立學群，再由學群組成基礎與臨床課程小組，醫學人文課程則另有醫學人文委員會。課程委員會確實遵照其設置要點每學期召開會議，但因下轄無學科及次委員會，能否有效檢視並監測個別教師與課程之成效，執行上或有困難。譬如開設於醫學系三年級之醫院及社區志工服務課程，多次教學評量分數較低，雖有進行教師訪談，但未見實質教學提升成效，恐與組織架構之系統性因素有關。
2. 醫學系有課程委員會，但亦有互不隸屬的醫學人文課程委員會，雖然醫學人文委員會的委員亦是課程委員會成員，但兩個委員會決議如不一致，將如何處理？此種模式使得醫學系課程委員會，未能主導負責醫學系全部課程的規劃、管理和評估。應考慮系課程委員會要如何安排，才是實質的整合的教育單位。
3. 課程之整體設計、管理和評估仍未完善，例如依自評報告之內容，骨質疏鬆症應在骨骼關節學內 (P. 76)，但查骨骼關節學並無骨質疏鬆症此單元。
4. 醫學系課程委員會功能尚待加強，會議記錄沒有呈現檢討所有課程學生滿意度或建議事項的討論。
5. 馬偕醫學院教學評量辦法第八條後續追蹤機制學生課程意見回覆表：凡期中、期末教學評量施測結束後，受評課程之教師須於兩週內至 Portal 填寫學生課程意見回覆表，針對學生開放式意見逐一回覆。但實際上網查看，僅有部分教師有回覆學生意見，也沒有一個整合的教育負責單位在負責查核。

6. 依自評報告提供之組織圖（自評報告第一冊 P. 70），課程委員會負責範圍並未及於非課程部分。就醫學生之養成而言，課程外活動亦有其重要性，包括體驗以及服務學習，亦應於課程設計中一併考量。

### **準則判定：不符合**

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. 依自評報告及現場說明，該系任何課程內容之調整、評量之改變、師資之異動、學分修改、實習分發等皆由教師提出，經相關課程委員會通過方可執行。
2. 依現場報告及說明，在通識與醫學人文課程方面，通識課程由全人教育中心負責，與醫學系保持溝通討論。
3. 醫學系有一位專任之醫學人文教師以統籌醫學人文課程，在教師訪談中也表示其課程之設計與執行，可以受到系上的尊重與支持。然而，教師與學生訪談中也提及，受限於目前專任教師人數，以及個別之學科專業，所能開設課程之廣度仍有所不足。

### **準則判定：符合，但須追蹤**

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. 醫學系課程每一單元或模組之安排、檢討與修訂，都經由課程負責教師及相關課程委員會共同參與，至於該單元之所有授課教師是否都有參加，則不得而知。
2. 醫學系三、四年級模組課程，只有一個大模組會議來檢討及安排模組的課程及相關學習活動，而各個模組課程、PBL 小組討論課程沒有另外進行委員會議或小組會議對課程內容及活動進行規劃與檢討。每年在執行模組課程及 PBL 小組討論課程前，應依老師及學生對課程安排、內容、教材、老師教學的意見及學生學習狀況、學習成效等方面進行檢討，修正課程、教材及教學方法等，這些實非一個大模組會議所能勝任。
3. 每個模組課程，並未經由基礎及臨床老師共同參與規劃。

4. 馬偕醫學系必修臨床實習課程，是由馬偕紀念醫院醫學教育委員會下之醫學教育小組協助，臨床實習課程的安排，由各科部自行規劃設計，而各科部提報之教育訓練計畫調整、學生臨床實習考核方式等，不須提經醫學系課程委員會討論。且醫學系教師未必有參與共同規劃設計。醫學系及所聘的臨床學群教師，應對臨床實習課程負起規劃監督的責任，臨床實習課程委員會應設於醫學系之下，而教學醫院為執行單位，可以受邀參與課程之規劃。
5. 課程之整體設計、管理和評估仍未完善，例如依自評報告之內容，骨質疏鬆症應在骨骼關節學內 (P. 76)，但查骨骼關節學並無骨質疏鬆症此單元。
6. 訪評過程中，未見每一單元定期檢討修訂的紀錄。
7. 課程較缺乏嚴謹的檢討與修訂機制，觀看臨床科部的實習訓練計畫書，沒有每年檢討實習成果與修訂訓練計畫書。醫學系七年級學生為第一屆進入臨床實習，尚未見定期檢討與修訂之成果。
8. 臨床實習課程的安排，由各科部自行規劃設計，醫學系教師未必有參與共同規劃設計。醫學系七年級學生為第一屆進入臨床實習，尚未見定期檢討與修訂之成果。

### 準則判定：不符合

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. 依自評報告及現場說明，醫學系課程之任何內容調整、評量改變、師資異動、學分修改、實習分發…等都經由授課教師負責人提出，經相關課程委員會議決。
2. 系課程委員會雖照既定程序運作，但由課程委員會會議紀錄所檢附課程資料（自我評鑑報告第三冊），較難看出如何依據教學內容來實現教育目的。
3. 醫學系三、四年級模組課程，只有一個大模組會議來檢討及安排模組的課程及相關學習活動，而各個模組課程、PBL 小組討論課程設有另外進行委員會議或小組會議對課程內容及活動進行規劃與檢討。每年在執行模組課程及 PBL 小組討論課程前，須依老師及學生對課程安排、內容、教材、老師教學的意見及學生學習狀況、學習成

效等方面進行檢討，修正課程、教材及教學方法等，這些實非一個大模組會議所能勝任。三及四年級的模組課程授課時數及授課內容的安排，基礎與臨床老師間的授課內容有重複的現象，四年級的課時數較重，一星期中學生的空堂時數不多。

4. 至於訪視過程檢視有關課程監測，以醫學系四年級社區醫學與實習課程為例，先前因評量結果不理想，於 101 學年度上學期結束後訪談教師，做課程之規劃檢討，但似乎成效不佳。102 學年度之教學評量仍未提升太多，故於學年結束後再次進行教師訪談，並於下學年度課程更換教學評量不佳之教師。雖後續教學評量結果確實有改善，但若能切實執行課程監測制度，應可更有效率的做課程改善。
5. 醫學系四年級的授課時數較重，五、六年級的核心課程與四年級的授課內容重複，這些都突顯老師間的溝通及課程縱向規劃、溝通的不足。
6. 臨床學科中，尤其是選修科之課程內容，皆以尊重各科安排為主，並未有嚴謹的組織監測，因而有些科的次專科內容過多。
7. 馬偕醫學系設置有課程委員會，檢討評估必選修課程之規劃與執行，對必修課程也進行期中與期末之學生評估，並要求開課教師逐一回覆學生提問，作為教師改進課程之依據。制度設計完善，然於訪視過程中，發現教師回覆之制度並未能確切落實。此外，因醫學系下未設有學科，僅依屬性組成學群，歸入基礎或與臨床課程小組。由此架構，課程委員會必須直接監督個別課程之設計、執行與檢討修訂。依照課程委員會召開之頻次與能涵蓋之討論範圍，較擔心所謂定期檢討與修訂之確實執行比率。

### **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. 醫學系有 9 個學分的選修課程，供學生選修。
2. 選修課程的安排在一年級有一學分，二年級四學分，三、四年級零學分，五年級二學分，六年級二學分；校外選修課程最多十八週，以不超過該學生該學期修習學分之三分之一為原則。

3. 關於通識以及醫學人文課程，囿於學校目前規模以及相對應師資，雖已力求課程之多樣化與面向均衡，但仍有所侷限。因此，系上亦鼓勵學生透過校際選課模式選修他校以及夏季學校課程。由所檢附資料以及學生訪談中發現，多數因為地理位置關係，實際選課同學仍鳳毛麟角（夏季學院 101-103 學年度醫學系學生修課人數分別為 2、6、3 人）。對於培育醫學生臨床專業以外的人文社會領域相關素養，當有較負面之影響。

### **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. 醫學系有利用考試成績、臨床技能測驗的表現，以及對課程評量與第一階段國家考試的成績，來證明教育目的的達成。
2. 對於通識以及醫學人文課程，由於多數未包含於國家考試中，除個別課程所作評量外，未來須以核心能力評量，來評估相關課程教育目的之達成程度。
3. 第一階段國考通過率第一屆 92.5%，第二屆 87.5%，第三屆 95.5%，超過全國平均通過率。
4. 目前只有國考通過率可與他校作比較，但馬偕醫學生臨床實習的表現與他校學生的比較，應進行資料的收集。馬偕醫院目前也接受其他醫學院學生實習，提供很好的機會進行學生臨床實習表現的評估及比較，此資料將來可提供 TMAC 參考。
5. 醫學系第一階段國考的通過率相當理想，惟尚未有畢業生，亦尚未有第二階段國考通過率之數據，故仍有待持續追蹤。

### **準則判定：符合，但須追蹤**

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. 教務處教師發展中心，每學期針對全校課程，有做線上或紙本問卷之評估，臨床實習則以「臨床教師教學評估表」來評估。
2. 學生對課程及老師的評量的相關規定，會讓系方、校方無法了解真實狀況。如：不填寫評量表，就無法取得課程相關資料、評  $\leq 3.0$  的需填寫文字意見，或是評量系統預設選項設定為 5。有學生反應在時間匆促或不想寫意見時，就勾選 4 或 5。
3. 由自評報告內容發現，103 學年度第一與第二學期模組學習評估填答率差異很大，但未見系方有何補救措施或查明其原因加以改進。
4. 依據制訂政策，馬偕醫學系由教務處針對所有課程，於期中與期末實施教學評量。所檢附資料亦佐證該政策之確實實行；然自評資料中，103 學年度第二學期，針對三年級模組 III 的教學評量填答比率僅達 4%，以學生人數推估僅約兩人施作評量，該數據若為誤植，亦請修正之，否則教學評量之實際成效會有疑慮。
5. 醫學系有醫學生對課程、臨床實習和教師，以及各種其他措施的回饋，但對於這些回饋的檢討與改善，並未落實“馬偕醫學院教學評量辦法第八條後續追蹤機制學生課程意見回覆表：凡期中、期末教學評量施測結束後，受評課程之教師須於兩週內至 Portal 填寫學生課程意見回覆表，針對學生開放式意見逐一回覆”，也沒有在適當的會議紀錄呈現。

### **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：

1. 馬偕醫學系除課程委員會外，亦透過包括教學評量、師生座談會，以及導師座談來了解、並評估醫學生學習活動時數安排之適當性。在一到四年級學生訪談中，均可了解及接受目前系上安排之學習活動時數。
2. 學校之醫學系課程委員會，下設臨床課程小組與實習醫院之醫教部(含醫學生代表)，共同制定醫學生在臨床實習含臨床和教育活動之時數，該系目前剛有第一屆之實習醫師，每月排班上限 8 班，單週工時不超過 88 小時，是否全面落實有待追蹤。

3. 在系課程委員會會議資料中，並沒有呈現有關制定臨床實習活動全部時數限制的紀錄，另外系課程委員會僅有一位學生代表，是否足以代表實習學生們的意見，可考慮增加不同年級的學生代表。
4. 在臨床實習 Clerk 實際直接照顧病人經驗不多，但擔任 Intern 馬上要實際照顧 6-9 位病人。且訪談 Intern 在內科有時，會照顧超過 10 位病人，和自評表所述照顧 5-6 位病人，似乎有所不同，過多的臨床服務量會影響 Intern 學習的成效。

### **準則判定：符合，但須追蹤**

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. 醫學系每年級人數約 40 多位，師生互動良好，設有基礎及臨床導師制度，每學期期中、期末之導師工作小組會議檢視系統化之追蹤、輔導之成效。
2. 醫學系訂有流程辦法，來協助學習成效不佳的醫學生。
3. 依據自評報告，任課老師與導師為發現學習成效不佳學生之主要把關者，或因班級人數相對較少，訪談過程中，並未獲知醫學系有較系統性的成績預警制度。學長姐的家教式課後輔導，若實施得宜，將會有助於學習成較不佳學生的成長。
4. 醫學系一年級到四年級，比較容易發現學習成效不佳的醫學生，但是如果沒有有效的評量制度，沒有說明臨床導師如何協助學習成效不佳的學生的機制，學生如在某科目的學習有問題，校方是不可能追蹤的，導生制度有待進一步落實。

### **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. 關於通識以及醫學人文課程，於校區內所提供之課程，均有等同之學習經驗與等效之課程評估。但於進入臨床前，集中六週內完成之醫學倫理、法律以及醫用英文等

課程，雖教學評量成效不錯，但因反思為人文課程重要元素，學習經驗是否等同校區內之學習，仍有待追蹤觀察。

2. 目前醫學生都在馬偕紀念醫院同一體系實習。但對於醫學生外送選修之科別，醫學系無法有效掌握其教學內容。
3. 今年為該校第一年有七年級醫學生至馬偕醫院實習，同學會被分派至台北馬偕或淡水馬偕實習。由實際觀察及同學的訪談中，同學在兩地的學習經驗，所獲得之指導、照顧、硬體設備等，仍有所差異。
4. 馬偕醫學系之教學負責人雖已很努力，但由於配合之師資、住院醫師人力及他們所受到的教學指引等因素，本項目標仍有待持續改進。

### **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. 各教學地點雖有足夠的主治醫師，但專任教師人數很少，兼任教師多數並非經由馬偕醫學院取得證書之兼任教師，故此部份仍有待加強。
2. 有些科限於住院醫師不足，其 Teaching team 之組成並不完整。

### **準則判定：符合，但須追蹤**

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：

1. 醫學系主任目前身兼馬偕醫院教學副院長，可同時指導醫院各科部之教學負責人或學術主管，但此並非固定制度，故尚難以此認定醫院之臨床教學，必然會對醫學系主任負責。
2. 馬偕醫院各科部主任或教學負責人，很少是由醫學系專兼任教師兼任，故醫學系主任或醫學院院長，也無法直接要求各科部主任或教學負責人對其負責。



## 準則判定：不符合

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：

今年為第一年有七年級醫學生進入台北馬偕及淡水馬偕實習，經驗不多，仍有待持續觀察。

## 準則判定：符合，但須追蹤

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. 目前主要在馬偕紀念醫院同一體系之不同院區或分院實習。
2. 各臨床學科（甚至病房）之主治醫師、住院醫師對實習醫師與實習醫學生之教學熱誠，差異性甚大。
3. 今年為第一年有七年級醫學生進入台北馬偕及淡水馬偕實習，經驗不多，仍有待持續觀察。

## 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：

目前主要在馬偕紀念醫院同一體系之不同院區或分院實習。所有教學地點（包括台東馬偕紀念醫院）的實習醫學生，是否訂定一致的評量標準，仍須進一步追蹤。

## 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：

目前主要在馬偕紀念醫院同一體系之不同院區或分院實習，大致可獲得等同的受教權、同樣的支持服務。

**準則判定：符合**

## 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：

1. 每學年上課 36 週，取得醫學學士學位所修學分至少 287 學分。
2. 醫學系訂有辦法，規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。
3. 依據自評報告以及訪談過程檢視相關法規，以及學校網站公告課程資料，馬偕醫學系確實有依照教育部規定制定畢業所需學分及修業期限。

**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. 系課程委員會及各學科，訂有通過該學科的成績標準，臨床實習亦有多元評估及標準。
2. 全人教育中心已訂定有通識教育之選課規範與成績標準，並透過校級課程委員會與醫學系醫學人文教育整合。然而，因醫學系無專責單位負責醫學人文課程，依靠任務編組之醫學人文委員會以及一位總攬行政事務的醫學人文專任教師，能否適當地跨學科跨專業融入醫學人文標準，值得觀察。以整合課程 PBL 為例，雖已將醫學人文議題置放其中，但實際執行仍須權責單位監督並檢討成效。
3. 目前有與護理及藥理作跨學科與跨專業的課程（IPE），在醫五實習的職前訓練中安排各一天的學習，但仍未有系統化地規劃 IPE 之課程。

4. 臨床科雖有跨領域的團隊照顧討論會等之活動，但與學習評估並無相關連結或將其學習經驗融入評估標準中。
5. 各科系實習課程臨床教師，有些借重總住院醫師，有些由主治醫師評分，有的學科有筆試，有的學科則沒有，並無一定標準。

#### **準則判定：符合，但須追蹤**

##### 2.2.1.2 醫學系教師的教學方法應與時俱進。

發現：

1. 教師發展中心過去舉辦多次與教學方法相關之研討活動，在訪視觀摩普通生物學教學中，授課老師亦能善用 IRS 即時反饋系統增進與學生互動。目前更積極引進敘事醫學於臨床教學中，教學方法持續精進。
2. 教師發展中心為了幫助教師的教學方法與時俱進，舉辦許多相關的工作坊或研討會。在淡水馬偕醫院有設備完善的技能中心，提供模具或已受訓的標準病人給需要的師生，醫學系主任很努力的推動獎勵教學的晉升規則、補貼教師費、教學優良主治醫師、教學優良住院醫師、教學型專責主治醫師…等措施，至於系統化的全面與時俱進，則仍待觀察。
3. 臨床實習仍有許多 lecture 課程，應減少 lecture 課程，多利用數位學習、個案討論等方法來進行。
4. 醫學系安排了許多教學技能相關之師資培育課程，值得肯定。惟訪談中，部分主治醫師（臨床學科）對於參與教學，擔任專、兼任教師興趣缺乏，對於教學能力之提升也就沒有太大興趣。

#### **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. 各臨床學科設有教學負責人，統籌該科之教學事務，除了晨會、床邊教學、門診教學、手術教學、病例討論之外，並有核心課程，學生需要繳交學習護照、心得報告、病例報告…等，各科整體之教學品質不一。

2. 有關非醫學院專兼任主治醫師，執行醫學生臨床學習的教學活動，其品質之確保，在自評報告及訪談中未見落實。
3. 由檢視實習醫學生及實習醫師之病歷發現，欠缺融入團隊之照顧及督導，且實習醫學生主要跟主治醫師，在選修科可能造成學習成效不一。
4. Mini-CEX、DOPS、CbD、formative OSCE 有相關記錄，但是缺乏與病人實際接觸學習時的 summative evaluation。
5. 醫學系原則是依此精神（醫學系之教師必須督導醫學生的臨床實習），進行學生臨床實習之安排，但部份單位並未完全依此指引進行；主要原因可能仍然是第一年有七年級的醫學生進入臨床實習，部份單位並無醫學系之專任或兼任教師，故並未有醫學系教師，實質督導醫學生的臨床學習。

**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. 醫學系授課老師填寫授課大綱時有，包括有評量方式，考試之方式與次數，臨床實習則有 CbD、Mini-CEX、DOPS、Learning Portfolio、學習護照、85 項核心技能護照、線上學習心得、線上實習醫學生多元評量表單等方式來督導評量醫學生之學習成果。
2. 部分醫學人文課程，不僅採用量化之知識評量，也對行為與態度採用描述性評量。而對整體課程之學習成果，則設置工作小組，訂定核心能力評量內容與審查表。唯其評估標準卻較為侷限於每一項課程的修習、通過與否，較為可惜。
3. 臨床核心科目實習結束時，沒有標準化考試，以客觀評量知識，可以即早發現缺失，輔導醫學生。實際訪談中，只聽說家醫科及麻醉科有筆試。
4. 醫學系雖然規劃有多元評量機制，但實際執行成效尚有待追蹤。

**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. 依據自評報告以及訪視過程檢視資料，除期末成績結算外，亦適時於學期中由授課老師與導師對學習成效不佳之學生提出預警，以利補救。但訪談中，老師與醫學生對期中預警制度的認知不一，且系方並無明文規定，而設置之期中預警制度，學習成效回饋之執行，可能因個別老師而有所差異。
2. 醫學生自評臨床實習時，有得到充足的期中回饋。
3. 醫學生自評在各臨床科實習，都有接受各種不同的評量。實地訪視與訪談，發現學生並沒有全面接受到即時性的回饋。交出的報告，甚至全由該科的教學負責老師蓋章了事，大部份沒有批改。即使有少許回饋也止於書面，學生並不知道老師改了那些，給了什麼建議，因為沒有發還或 copy 給學生，失去了回饋之意義。
4. 在某科之實習醫學生，其 Admission Note 及 Progress Note 是離開該科後一星期繳交給 CR，再交醫教部存檔，其中未見回饋，即使有回饋修改，學生也無法得知。
5. 由學生面談中，多數學生反應臨床單位實習結束時，並未有任何回饋機制告知同學何處做得好、何處需要再加強，亦未能及時得知自己實習成績，直到學期結束才得知各科實習成績。

**準則判定：不符合**

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. 醫學系所有課程及臨床實習都有設計多元的評量學習成效方法，包括平時測驗、口頭報告、同學互評、期中期末考、繳交報告、學習單及教學評量，而臨床實習之評量則包括 Cbd、Mini-CEX、DOPS、Learning Portfolio、學習護照、85 項核心技能護照、線上學習心得、線上實習醫學生多元評量表單等。

2. 依據自評報告所提供必修課程資料，每門課程均有針對該課程之學習成效評量。系上亦舉辦過多場學習成效評量研討會，但較偏向臨床教學場域之評量。對於基礎以及醫學人文課程，引進符合教育理念之多面向評量方式，當可更有效度地評量學習成效。
3. 自評表中，師資培育課程缺乏對於評量工具，例如 Mini-CEX、DOPS、CbD 等的介紹及共識，但在臨床實習評量中，觀察到每位老師對於 Mini-CEX 的評分制度，有不一致的評分方法。
4. 臨床實習時，老師及學生都不甚瞭解「總結性評量」的真正意義，需要再加強輔導與說明，以達實效。
5. 在某科之實習醫學生其 Admission Note 及 Progress Note 是離開該科後一星期繳交給 CR，再交醫教部存檔。其中未見回饋，即使有回饋修改，學生也無法得知。因此，沒有即時回饋即非 formative assessment，只繳交報告，沒有回饋不等於 assessment。

### 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. 從自評報告中看到醫學人文的蘊涵、普通心理學、社區醫學、醫學倫理學等課程已訂有質性評量，其他領域與實習之質性評量，則尚未落實。
2. 部分必修醫學人文課程，如醫學系一年級之醫學人文蘊涵，確實就學生之行為與態度作成描述性回饋。於訪談過程中，學生對此質性回饋亦給予正向回應。然其他課程仍以傳統知識領域之評量為主，缺乏敘述性之評量。
3. 一些教學和評量學生的方法，不宜擴大解讀，如此會使系上老師以為大多數課程均有做到，而失去改進的契機。例如此條文及上一條文的形成性評量、質性評量的做法，系上大多數的課程均言已做到，但實質上是有差距的。
4. 系上對這些條文項目列出標準選項，讓各科老師勾選，因而系辦公室更須對這些條文有正確的了解。要正確了解該教學方法或評量方法的實質作法與目的，然後再看

在哪些課程，適合採用某種特殊的教學方法和評量方式，以提升教學品質和給學生多元的評量。

5. 評量表內包含六大核心能力，但敘述部分，僅有少數科別做得好。
6. 臨床實習的評量，如 Mini-CEX，有質性回饋意見，但多簡略，無法呈現完整的回饋意見。
7. 學習成效評估仍以量性評估為主，質性的評估（以敘述方式描述其技能、行為和態度）仍相當欠缺。

**準則判定：符合，但須追蹤**

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. 醫學系所有課程及臨床實習，都設計有多元的評量方法，評估學生之學習成果。問卷調查顯示，病史詢問及身體檢查，有被直接觀察指導高達 93.55% 到 100%。而醫學系五年級、醫學系六年級學生，對臨床技能之自我評估，顯示在「臨床判斷」與「諮商衛教」兩項，呈現比較大幅度的未達預期標準，需要進一步加強。
2. 醫學系五、六、七年級學生在各臨床科部結束後，會舉辦 Mini-OSCE，讓教師直接觀察醫學生的核心臨床技能、行為和態度。
3. 醫學系五至七年級的醫學生，臨床實習太著重 OSCE 的評量，而非面對病人直接照顧時的評量，醫學生恐無法產生所謂的同理心(compassion)。
4. Bedside 實習時的直接觀察學生各項表現，因主治醫師臨床工作忙碌，住院醫師人力不足，仍有加強改善的空間。

**準則判定：不符合**

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. 依自評報告所列資料，Clerkship 與 Internship 皆以 ACGME 之六大核心能力為主軸接受訓練，逐步加強其臨床能力，並從病人照護上獲取實作經驗，臨床科訂有學習目標，循序漸進，但以互動引導式的教學，來加重學生責任則需要進一步落實。
2. 馬偕醫學系以 ACGME 的六大核心能力，作為五至七年級醫學生應達成的臨床能力與承擔的臨床工作項目的依據，其中一項為具備病人照護的能力。與學生面談及查詢書面資料，發現有些科別的教學活動時數太多，學生無法跟隨他所照顧的病人觀看檢查或是開刀，或是因一週在馬偕醫院、一週在淡水分院實習，而影響到學生由病人學習應有的知識、技能、行為和態度。
3. 醫學系五年級學生，因常有一週的臨床實習，且有不少的 lecture 課程，對於如何達到自評表所列的臨床能力，跟隨團隊追蹤照顧病人 1-2 位，是有疑問的。同樣地，如此短時間，較難與病人及醫療團隊建立良好關係。
4. 醫學系五年級與六年級學生於臨床實習時，所承擔的責任不夠，無法確保獲得足夠的實做經驗、病歷書寫、與病人家屬溝通不足，除非選修安寧病房或家醫科，需要時時以六大核心能力 (ACGME) 為鞭策。
5. 在臨床實習中，很多學科夜間值班直接叫住院醫師，造成實習醫師欠缺臨床處置之機會。有些實習醫學生，在婦產部之實習課程過於次專科化，例如不孕症、人工生殖，非屬一般醫學之領域。
6. 規劃設計及實習安排中，有依序漸進，但醫學系教師對於學生能力的逐步展現的掌握，以及確保學生習得這些能力，仍有加強改善的空間。

### 準則判定：符合，但須追蹤

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：

1. 於通識及醫學人文課程中，確實提供並持續評量醫學生解決問題、推理、決策與溝通能力，例如在普通心理學課程中，由學生分組負責主題教學，更由學長姐加入擔任顧問輔導的角色，在雙向互動中教學相長。整體課程設計對學生決策和溝通能力之培養當有所助益。另例如通識必修英文、醫文必修醫學人文蘊涵、以及選修之夢的賞讀等課程亦有類似設計。



2. PBL 可以培育學生的臨床推理，但無法保證醫學生與病患的溝通能力，該系仍須加強五至七年級醫學生的臨床責任。
3. 臨床推理是從認知到決策的一系列推理運作過程，它直接影響到病人最後的診斷與治療的成效，而立即性的評估與回饋，是提供醫學生實務推理之必要途徑。醫學系已規劃多元評量方式，然而互動式教學與即時性回饋，仍須進一步落實。
4. 臨床實習病歷書寫使用 POMR 方式，但對於臨床推理 (clinical reasoning )大都書寫簡略或錯誤，病歷看不出書寫者的臨床推理，臨床教師也沒有給予指正。

**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. 依自評報告所列課程內容多元，馬偕醫學院是一所教會學校，承襲馬偕精神之特質，強調利他、同理心、誠信、道德、社會責任等特質與能力，也透過 PBL、小組討論、個案報告、臨床照護來培育獨立學習之能力。
2. 醫學系課程基本上包括：通識、人文、基礎醫學及臨床醫學，於相關資料及自評報告中，顯示負責人已努力規劃醫學系的課程。
3. 醫學系的通識與醫學人文課程，旨在提供醫學生臨床專業以外，特別於人文社會領域之關切，以及專業判斷以外，包括同理心與道德判斷等之特質與能力。
4. 馬偕醫學系之通識與醫學人文課程，雖已具備此課程需求之基本，但仍應與時俱進，並尋求師資擴充，以提供更多元化之課程。
5. PBL 配合模組可以達成學習理論，卻無法培養利他精神及同理心或文化敏感性，需加強學生與病人的接觸，加強責任感。
6. 學生對 PBL 小組討論課程的目的不太明瞭，有學生認為主要的目的是培育學生的溝通技能。系上的課程整合暨 PBL 學習指引手冊上所列的學習目的，也多偏向知識層面的獲得，及同學分享討論、主動參與小組討論。系上需再清楚界定此課程的目的是什麼，如此才能制定恰當的學習流程，以能達到課程目的。

7. 觀察三、四年級 PBL 小組討論的進行，有些組的學生有以討論的方式進行學習，但也有些組別仍是以短講(mini-report)的方式進行。學生大多能積極參與開教案時製作觀念圖，老師也適時給與指點。但發現因需花較多的時間製作觀念圖，而犧牲了對造成病人症狀的多種可能原因的腦力激盪，且導致有些組的學生針對教案帶出來需要學習的知識更為分工合作式的學習，即學生只查詢觀念圖上某一部分的知識，再依賴別的同學所查資料做的筆記，去學習觀念圖上其他部分的知識（包括 PBL 教案所訂定的主要學習主題）。系上宜深思如何在幫助學生架構所學的知識，及培育學生主動學習技能和深化學習知識之間取得平衡。
8. 臨床實習有個案討論、小組討論，逐漸養成終身學習的能力。
9. 有學生在老師指派要他做 primary care 的病人後 2 天，尚對該病人的病情不了解，且在等待老師要給的閱讀資料。
10. 臨床實習不論 Clerk 或 Intern，皆以至所有各專科或次專科實習為課程之安排，與一般醫學教育的目的似乎不同，但此是台灣各大醫學院的共同問題。
11. 臨床實習中各單位亦安排多面向之學習與評估方式，但在訪評期間之實際觀察中，發現許多教學活動，仍以單向之傳授為主。醫學生於個案報告及文獻閱讀之綜整報告時，見到此種單向傳授的情形。由主治醫師總結時亦見到此種現象；甚至主治醫師的 bedside teaching，往往也見到老師單向講授臨床知識或經驗，較少引導學生主動思辨。

### **準則判定：符合，但須追蹤**

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：

1. 依自評報告所列，醫學系有提供四個領域課程，包括通識教育、醫學人文、基礎醫學和臨床醫學四個教育領域。
2. 馬偕醫學系在通識課程方面，由全人教育中心規劃天地人心四大群組課程；醫學人文課程，亦從過去四個學分擴充為十三個必修學分。

3. 醫學倫理教育欠缺基礎倫理學理論架構，只在醫學系五年級實習前 8 週內，有短暫臨床個案型教學，較欠缺宏觀面。

**準則判定：符合，但須追蹤**

### 2.3.2 醫學系（院、校）必須提供醫學生通識教育。

發現：

1. 依馬偕醫學系自評報告所列課程已包括通識教育。
2. 馬偕醫學系由醫學院全人教育中心，依據校級基本素養與通識核心能力規劃通識教育課程。其教育目的包含於醫學系教育目的內涵中，故可融合於整體醫學教育當中。除國文與英文之基本語文能力及核心通識課程外，更規劃天、地、人、心四個領域的特色課程。32 學分的通識教育課程，可以使通識教育涵蓋面能更全備。整體課程規劃用心。
3. 唯於學生訪談中進一步瞭解課程執行，或因考慮不同系所課程安排，通識課程集中開設時段（本學期為週四上下午），使學生選課受到限制。雖規劃四個特色領域，但每個領域的課程多樣性仍受師資限制；有利用校際選課，選修其他學校課程的學生又占極少數，這也會影響博雅教育核心素養的養成。
4. 通識教育有天、地、人、心核心課程，近年來才有各領域必修學分，且許多科目之歸類不是很恰當，須持續加以追蹤。

**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. 醫學系以知己、知人、知天、知愛，與知用來建構一至七年級的醫學人文課程。
2. 醫學系的醫學人文教育分三大階段：認同（知己、知人）、理解（知天、知愛）、實踐（知用）循序漸進，從醫學系一到醫學系五年級都有安排醫學人文教育。
3. 醫學系聘有一位專任教師負責醫學人文教育，並設有醫學人文委員會以提升醫學人文教育品質。除醫學系教師外，也與全人教育中心互相支援，更延伸醫學人文教育到醫院實習階段，另於馬偕醫院下設馬偕醫學人文小組。

4. 必修之醫學人文課程，雖於 104 學年度由 4 個必修學分增加至 13 個必修學分，但並非均勻分布於各年級當中。例如醫學系三、四年級較主要之社區及志工服務，以及社區醫學與實習（共 5 學分），較屬於社區醫療及公共衛生範疇，觀察其課綱內容，跟一般認定之醫學人文課程不盡相同。而醫事法律，醫學倫理以及臨床溝通技巧等 5 學分課程，又是利用醫五進入臨床前以六週密集授課完成。知識傳遞或無大礙，但對需要反思的人文課程，可能還是得密切注意成效。
5. 選修的傳統醫學概論與針灸學，一般似乎也不會列入醫學人文教育中。整體觀之，或因師資限制，屬於社會科學的社會學、人類學等課程較為欠缺。
6. 簡報中指出醫學人文教育，規劃將 34 顆醫學人文種子擴散於醫學課程中，其訂定之依據雖有所本，但綜觀這些元素，卻不盡相等。如“抗生素濫用的後果”為一公衛議題，但另一個“法醫學”則為學科類別。定義上的混淆會影響課程設計安排，而所呈現資料，除 PBL 課程於教案撰寫的教學目標中略微提到醫學人文範疇的討論外，並無明確指出如何均勻地將這些共識重要的醫學人文種子擴散於醫學課程中。醫學人文課程建構之落實仍需更堅強之論述，方能評估教育目的之達成。
7. 醫學倫理之課程明顯不足，師資也不足，醫學系一至四年級無倫理學之理論課程，醫學系五年級在 10 週密集邀請臨床老師以臨床案例進行教學，內容受到案例限制。

### 準則判定：符合，但須追蹤

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. 學系的課程為了達到「基於實証提出批判性決策能力」、「解決醫療問題之技能」、「認知與瞭解社會對於醫療照護的需要與要求」之多元能力，依自評報告所列包括實証醫學、公共衛生學、社區醫學、醫學人文、環境與職業醫學、醫學倫理、生死學、臨床診斷學等課程，並以筆試、報告、PBL、OSCE、CbD、Mini-CEX 等方式評估學生運用原則和技能，以解決健康和疾病問題的能力。
2. 慎思明辨能力之培養，有助於醫學生未來面對健康疾病問題時之因應能力。於自評報告中，醫學人文課程包括醫學人文的蘊涵、生死學、醫院社區志工實習、社區醫

學、醫學倫理與法律等，乃規劃用來培養學生認知與瞭解社會，對於醫療照護之需求與要求等的重要課程。但上述課程，綜觀其課綱，加上與學生訪談所悉，均較為強調個體反思，較少以社會及群體觀點來省思醫療照護需求。而部分課程，如醫院社區志工實習課程，多以上課講授方式進行，也缺少實際場域的體驗學習。

3. 臨床實習的各種教學活動中，可見到讓學生練習多種能力的努力，惟許多科部之教學活動仍以單向講授的居多，教於學生的思辨能力之指導，仍可再加以精進。

### **準則判定：符合，但須追蹤**

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. 依自評報告所列課程已包括基礎醫學及臨床醫學之授課內容與評量方式，含有醫學基本原則暨其科學概念。
2. 醫學系五年級臨床核心實習訓練內科（9.6週）、外科（9.6週）、婦（4.8週）、兒（4.8週），著重「疾病症狀診斷治療，對於健康、預防、社會需求、全民健保等的學習」。事實上，最佳的學習機會應是在家庭醫學。

### **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. 問卷調查顯示醫學系的課程已含基礎醫學的內容，同意足以支持醫學生之臨床實習者高達 95.31%，但是否落實於實務醫療中，有待後續觀察。
2. 模組上課及 PBL 方式之基礎與臨床整合，還須加強基礎與臨床教師之協調溝通。
3. 醫學相關課程以 Block system 方式進行安排，含括了基礎醫學與臨床醫學，惟專任教師人數不足，較難掌握基礎、臨床教師之相互溝通協商，尤其在與臨床教師之訪談中，發現臨床教師多不知道基礎、臨床教師之溝通協商機制。

### **準則判定：符合，但須追蹤**

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：

依自評報告所列之課程，已包括各學科之實驗及應用科學方法，觀察生物醫學現象和數據分析之判讀與操作機會。

**準則判定：符合**

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. 學校雖訂有「學生參與專題研究計畫獎補助要點」，鼓勵和支持學生參與教師的研究和學術活動，參與校內外研究專題學生數 100 學年 7 位，101 學年 4 位，102 學年 1 位，103 學年 7 位，104 學年 12 位；但其中科技部專題很少，104 學年 1 位，102 及 103 學年都是 0 位，帶領學生一起做研究的環境與風氣宜再提升。
2. 依據所提供資料，以大專生專題研究計畫為例，獲補助者確實有逐年增加之趨勢。於供查閱的資料中，則未查證到有以研究為主旨的必修或選修課程。

**準則判定：符合，但須追蹤**

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：

1. 在通識及醫學人文課程中，一般所謂預醫階段，並未特別安排必修課程介紹臨床與轉譯研究之倫理原則。醫學系五年級之醫學倫理課程，以倫理原則及案例分析作為課程主軸。雖有涵蓋重要臨床情境議題，但對研究倫理的講授仍較缺乏。
2. 基礎與臨床課程包括生物統計、流行病學、醫療法律、實證醫學等與研究關議題的課程。
3. 系上所提供的課程資料，大多非探索臨床與轉譯研究的發展與應用。
4. 參與研究的同學對於研究倫理的原則，仍未完全明白。

**準則判定：符合，但須追蹤**

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：

1. 醫學系課程涵蓋有預防、健康促進、急性、慢性、長期、復健和臨終照護等課程，也包括至安寧病房實習一週，了解臨終照護問題。
2. 該準則重要觀點已涵蓋在課程中，但是各學科的次序宜再思考，例如可以將「以病人為中心」的科目，安排在醫學系五年級（兒、婦、家庭醫學、社區醫學），將次專科安排在醫學系六年級（麻醉、耳鼻喉、眼科、醫事法律、急診）等等。

**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：

1. 醫學系的課程包括社區醫療、急診醫學、老年醫學、影像診斷學和實驗診斷學等的教育。
2. 依自評報告所列之課程，已包括基層和社區醫療的臨床經驗，並有跨學科領域和支持一般醫療執業所需學科的教育。
3. 家庭醫學科實習數只有兩學分太少，不足以讓學生了解病人在醫院只是過渡期，最終是回到家庭與社區。

**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. 實習醫學生之課程有包括門診及住院醫療之教學。
2. 臨床實習有包括門診及住院醫療的學習。

**準則判定：符合**

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. 醫學系有臨床溝通技巧等課程，並從實習中學習與其他健康專業人員的互動。
2. 透過心理學、醫學人文、人際關係與溝通、基本臨床技能、臨床溝通技巧等正式課程及臨床實習來精進溝通技巧。
3. 溝通技巧除於普通心理學等課程中有講授外，醫學系五年級學生進入臨床前，規劃有一學分之臨床溝通技巧。其中規劃原則講授以及案例演練，對學生進入臨床實習定有所助益。但就自評報告檢附資料（第三冊 2-304），學生回饋意見指出，教師利用課程進行研究，而使學生在填寫同意書過程中有些許疑慮，反倒是溝通技巧教學的反面教材。
4. 訪談他校畢業住院醫師，認為馬偕醫學院醫學生之溝通可以更主動。

**準則判定：符合，但須追蹤**

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：

1. 醫學系有提供及教導相關課程。
2. 自評報告中整理之相關課程，均有課程資料佐證。而因家庭暴力與虐待等相關主題乃系方規劃 34 顆醫學人文種子之一，如何將該種子“擴散”於醫學課程中，或可更統整，以檢視在該主題教學的完備性。譬如在訪視期間所觀摩之醫學系三年級 PBL 教案，就將急診暴力列入學習目標，規劃頗佳，但未顯現於統整報告中。此外，在面對社會問題的醫療傷害部分，病人倡議與醫者的社會責任，也是重要的教育目的，而非僅限於個人層次。
3. 透過醫學人文、醫學倫理、公共衛生、婦產科、小兒科、醫事法律等正式課程及臨床實習，以了解在解決常見社會問題中的醫療傷害部分，所應扮演的角色。但是否落實於實務醫療中，有待後續觀察。



### 準則判定：符合，但須追蹤

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：

1. 醫學系有些課程，提供不同文化對於健康與疾病的不同觀點。
2. 透過醫學人文、生死學、社區醫學、醫學倫理、公共衛生、當代傳統醫學等正式課程及醫療團服務義診之非正式課程，來涵養教師和醫學生，對不同文化和信仰的病人，在醫療過程中必須予尊重。
3. 自評報告中整理之相關課程與活動，均有資料佐證。唯醫學系五年級前之正式課程，多以課堂講授與演練行之，即便三年級設有志工服務課程，但進一步瞭解，該課程仍以課堂講授為主，殊為可惜。而此重要元素，也未規劃於醫學人文種子中。
4. 在學生訪談中發現，雖然馬偕醫學院有較深厚之宗教信仰背景，但學生均表示未感受到來自不同信仰背景的負面衝擊與壓力，老師也表示校方非常尊重學生對校園內宗教活動的感受，殊為可喜。但若於此宗教背景基礎更上一層樓，發展出相應課程，當可為馬偕醫學系醫學教育特色之一。
5. 至於相關知識、技能、行為與態度之評量，主要著重在進入臨床前的課程評量。於進入實習場域後，面對文化信仰議題的反思，恐怕更為重要。目前發展之敘事醫學，或可作一重要媒介方式。
6. 醫學系的上層負責人，雖然了解也注意此部份之課程規劃，但下層第一線執行教學之主治醫師、住院醫師，並未於臨床教學中多所注意或強調。

### 準則判定：符合，但須追蹤

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：

1. 醫學系有課程提供及討論對於醫療照護過程中的性別與文化偏見。

2. 醫學生透過醫學人文、社區醫學、醫學倫理、公共衛生…等課程，認識性別與文化在醫療過程中之重要性。
3. 自評報告中整理之相關課程與活動，均有資料佐證。但於進入臨床實習前的課程，仍多以課堂講授與演練行之，較缺少臨床體驗規劃。醫學生有自發性參與 SCORA 性平活動，但學生訪談中獲知參與的同學仍為少數。此外，性別與文化偏見的認識與處理，在進入臨床場域後更形重要，此點在自評報告與檢附資料中未見說明。
4. 醫學系的上層負責人，雖然了解也注意此部份之課程規劃，但下層第一線執行教學之主治醫師、住院醫師，並未於臨床教學中多所注意或強調。

### 準則判定：符合，但須追蹤

- 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：

1. 學校提供多元豐富的醫學倫理和人文價值相關的課程，在進入臨床實習前依序漸進，接受人文與倫理之教育，在臨床實習則在實境中觀察學習。
2. 自評報告中整理有關醫學倫理與人文價值之教學，均有資料佐證。但未見整體課程設計之架構，也缺少縱向的課程發展說明。
3. 在教學主題上似乎僅是將所規劃的醫學人文種子分置於不同課程中，而每一單項內容又略嫌窄化。以替代醫學為例，僅提供中醫教學，對其他醫學體系以及民俗療法則較少觸及，而內容也似非著重替代醫學的人文面向。而在縱向規劃上，以醫學倫理為例，倫理原則的講授，安排在醫學系五年級進入臨床實習之前，期授課時間又相對短暫，僅有六週。要期待學生能運用操作，頗有難度。
4. 整體架構的不清楚，將影響之後倫理行為的評估。而因為教學主題分散，是否可以用每一門有教導醫學倫理與人文價值的課程作為倫理行為評估的基礎，也有疑慮。
5. 醫學系課程較缺乏教導有關研究倫理的議題。
6. 在某科之實習醫學生其 Admission Note 及 Progress Note 是離開該科後一星期繳交給 CR，再交醫教部存檔，其中未見回饋，即使有回饋修改，學生也無法得知。

7. 且繳交報告有不符實況情事，未見臨床教師發現指正。此 Progress Note 不符實況之情事，令人對於臨床老師是否落實倫理教導存疑。

**準則判定：符合，但須追蹤**

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：

1. 醫學系之服務學習課程，有規定且有提供許多服務學習的機會，包括地方社區，及離島等服務學習的場地。
2. 醫學系規劃有一、二年級「必修零學分」之服務學習課程，每學年每位學生必須達到至少 100 小時以上之服務學習，高年級同學則志願參與醫療服務；服務內容多元豐富，包括三芝國中課輔、三芝在地醫療諮詢服務、雙連安養院訪視、台東太麻里服務隊、蘭嶼服務隊、澎湖衛教服務營、花蓮鳳林衛教服務營、緬甸仰光醫療服務團、吉里巴斯國外醫療服務團等。
3. 自評報告及訪視期間中的了解，馬偕醫學系確實提供許多服務學習的機會。學生也有不少自發性的服務學習活動，例如鄰近的三芝地區以及偏鄉的台東原鄉之弱勢兒童課輔、社區國中的衛教等。
4. 教師訪談中理解，學校的確積極提供並支持學生的服務學習活動。學生訪談中也表示對系上作為的認同，但也有一位學生指出因學生人數較少，活動的規劃與執行往往集中幾位較熱心參與的學生，反造成過重的負擔。

**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的醫師。

發現：

1. 馬偕醫學系以多站迷你面談（MMI）作為醫學生挑選的基準，面談委員均接受相關研習，也有明確利益迴避及保密規定。關於考生個人情緒與特質部份，則於面談中有心理健康背景教師與醫師參與。
2. 因目前仍無畢業生，但或許可利用將進行之核心能力評量，來驗證目前挑選學生之機制，是否可以真正有效地選擇符合該系教育宗旨的學生。
3. 利用 MMI 及好醫師特質來選擇醫學生，是一個不錯的開始，但面談技巧可強調行為面，而非全使用情境題。

**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. 醫學系有制定遴選醫學生的特質標準、政策、程序，及流程，在網站上及其他管道有提供相關流程信息給申請者。
2. 然於學生訪談中，多數學生表示參與甄選前對學系挑選醫學生的標準，並不清楚。不過這也可能是學生特質所致。

**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. 設有醫學系招生委員會執行招生任務，但上一年度甄試沒有滿額。
2. 馬偕醫學系依照既定辦法，設置招生委員會，並固定於招生前舉辦甄選技巧研習，建立面談教師資料庫，以利醫學生之挑選。

**準則判定：符合**

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. 醫學系招生委員會有嚴謹的內控機制，使招生時不受政治、宗教或財務因素的影響。
2. 馬偕醫學系對醫學生的挑選，有既定法規可遵循，雖為教會支持的學校，但於老師與學生訪談中，師生均表示沒有感受到宗教上的壓力。

### **準則判定：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. 未見與其他機構有夥伴合作關係，僅見招生 interview 時，相當重視弱勢服務的實踐。
2. 馬偕醫學系目前對於擴大申請者多元化背景之作為，仍依循傳統管道，以招生宣傳為主，主要夥伴合作關係則以教會體系為主。
3. 檢視招生名額分佈，繁星推薦名額雖有增加，但仍以個人申請與考試分發為主。
4. 醫學系既以“加入馬偕醫學院，你就是下一個馬偕博士！”（醫學系官網）為號召，當以此為基礎有計畫地招募具有此理念之學生。

### **準則判定：符合，但須追蹤**

- 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：

1. 學校有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。
2. 馬偕醫學系制定有身心障礙申請者入學、修業與畢業之相關規範，但迄今並無身心障礙學生在學。

### **準則判定：符合**

- 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. 有多重管道提供招生完整的資料，包括簡章、課程綱要、招生資料及其他資訊。
2. 檢視上述文件與網路資訊，確實提供了本點所要求資訊。學生訪談中，對課程以及實習的資訊，均有充足的了解，也知道資訊收集的管道。

**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. 目前沒有提供轉系生的辦法。
2. 沒有轉系生。

**準則判定：不適用**

- 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：

目前沒有轉學生。

**準則判定：不適用**

- 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：

目前沒有訪問學生。

**準則判定：不適用**

- 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：

目前沒有訪問學生。

**準則判定：不適用**

### 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. 從書面自評報告與口頭訪視簡報，可以看出校方在學生輔導工作上的努力。由於地處偏遠，學生均需住宿，校方從起初即以書院教育概念建構家庭式的學生宿舍，亦有老師留宿並參與夜間學生活動，104 學年起更推動建置共學園。
2. 而心理諮商中心，在資深且具有多年醫學生輔導經驗的主要負責人規劃下，不管是硬體的個別與團體諮商場所，還是軟體上人力與活動規劃，均可成為其他學校之標竿對象。
3. 上述生活輔導作為，加上各個負責學生輔導事務的教學行政單位彼此合作，建構了馬偕醫學院三芝校區獨特的群性教育氛圍。
4. 在實地訪查時，觀察師生非常密切的互動以及由學生訪談所得的正向回饋，在三芝校區所建立的學生輔導架構，其他學校恐難望其項背。

**準則判定：符合**

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. 醫學系設有學生的個人輔導系統，包括導師、心理諮商中心與臨床心理師來輔導學生，對於有困擾的學生，會及時介入輔導與支持。
2. 針對有行為困擾的問題學生，學校訂有高關懷學生辨識暨輔導工作計畫，其中對需關懷介入學生，有明確之操作型定義。相關輔導工作，也有完備之流程圖可為依據。
3. 檢視過去輔導紀錄，確實有依循政策執行。唯針對休學後復學之醫學生，目前除導師之輔導外，心理諮商中心仍處於較被動角色。

4. 由於醫學生可能因功課表現不佳或環境適應不良而辦理休學，復學後課業與環境之適應問題仍然存在，對於學生復學後的銜接，可考慮更積極作為。

**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：

1. 醫學系整合學務處、導師、心理諮商中心與臨床心理師來共同負責生活、輔導和學業指導工作。
2. 在學生訪談中，對目前輔導制度均感滿意，與導師接觸頻次也覺適中，有困難時亦有管道可尋求協助。但進入臨床實習後的學涯輔導，是需要持續關注的重點。因目前尚未有畢業生，較難全面評估現行學涯輔導制度之成效。

**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. 學校訂有校際選課實施辦法，來規範至他校選修課程，並制定統一形式的學習評估表，請他校選修單位依評估表評分。
2. 學校訂定有校際選課實施辦法，亦鼓勵醫學生利用暑假選修夏季學院課程，以彌補校內課程多樣性不足之現況。
3. 針對校外選修課程，學校教務單位會於事前進行負責選課確認，並於學期結束後，作成績的確認與輸入。

**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. 醫學系有對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。
2. 由過去申請件數看來，因為成績表現優異，而獲頒獎學金者仍占大多數。除貸款外，申請緊急紓困，以及弱勢助學金者仍屬少數。這當然與目前在學之醫學生家庭社會背景有關，但醫學系仍宜持續關注發現有經濟援助之醫學生。

**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. 有適當機制提供獎助學金、緊急紓困金補助，減少學生的負債。
2. 依照檢附資料，辦理助學貸款之醫學生在 10%至 20%之間，較全國私立大專院校平均值為低。
3. 對於家戶收入較低的弱勢學生，以及面臨急性變故的學生，也提供經濟援助。可望減少學生因教育開支而負債的衝擊。

**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. 醫學系對於休學、退學的學生，均有明確及公平的學雜費政策。
2. 經資料查證，學校對學雜費之退費，訂有明確政策與標準。

**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. 學校設有健康中心來負責學生的體檢，並有簡易醫護站來處理一般外傷等保健服務，預防注射及傳染病追蹤，由淡水馬偕醫院來執行。
2. 學校內設有簡易醫護站，由約聘護士提供基本的護理協助。新生入學均有體檢，並由淡水馬偕醫院協助保健服務。

### **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. 設立心理諮商中心，由其內的諮商心理師提供心理輔導，謹守諮商倫理，不涉入受輔導醫學生之學業評估或升級。
2. 醫學系學生之心理輔導，由心理諮商中心的專兼任心理師執行，另有兼任精神科醫師協助。
3. 實地訪查發現，心理諮商中心個案檔案管理嚴密，且有內規迴避授課老師，作為其心理輔導諮商對象，可避免精神治療或心理輔導內容，影響學生學業評估與升級。

### **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：

醫學系及實習醫院訂有流程及執行，完成衛福部所規定的預防接種。

### **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：

醫學系及實習醫院訂有政策及流程，來執行在醫院實習時感染防護的措施。

### **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：

1. 在招生及臨床實習，皆有執行或宣導學校或醫院，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。
2. 依據自評資料，校方持續就各種反歧視議題辦理宣導，特別是在性平教育方面。訂定有性侵、騷擾與霸凌事件處理流程。目前未有實際案例發生。
3. 在學生訪談中，主要在了解宗教團體所辦理的學校是否有宗教方面的歧視，所訪談四位學生，均表示沒有宗教歧視的感覺，而不同宗教信仰，在校園內亦可受到尊重。

**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. 馬偕醫學系在校級的基本素養外，更延伸訂定醫學系的基本素養，並將其精神涵蓋到醫學系訂定的七大核心能力中。
2. 在老師與學生訪談中，大致都能理解這些重要的教學目的。
3. 至於學習環境最終是否可以形塑醫學生的專業素養，醫學系規劃在畢業前當完成七大核心能力評量。但因其評量內容側重課程之修習與通過，且對未通過者亦無明確之輔導補救機制，未來仍需持續討論核心能力以及專業素養的評值方式。
4. 醫院臨床教師熱心教學，可見病例數也足夠。
5. 醫學系訂有需要學習的專業素養，唯實習醫院的住院醫師及主治醫師，對於醫學系的基本素養及七大核心能力並不熟悉。

**準則判定：符合，但須追蹤**

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：

醫學系訂有需要學習的專業素養，唯實習醫院的住院醫師及主治醫師，對於醫學系的基本素養及七大核心能力並不熟悉，如何創造適當學習的環境，是有疑問的。

**準則判定：符合，但須追蹤。**

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. 培育一個醫學生成為一個良醫，除了知識，技能外，重要的是專業素養方面的培育。  
經由全體醫學系教師共同制定，並經系務會議討論通過，醫學系基本素養有十個面向，醫學系以此些基本素養，即為醫學生在教育過程中，所應發展的專業素養。
2. 醫學系書面資料，陳述評量學生專業素養的工具是七大核心能力。系上應再慎重檢視七大核心能力，是否能評量系上訂定想要培育學生的專業素養。
3. 醫學系訂定有醫學生的基本素養，在學校主要以課程講座宣導並透過導師宣達。訪談學生雖未能完全說出基本素養，但可有初步了解並且認同。
4. 醫學系訂有需要學習的專業素養，唯住院醫師及主治醫師對於醫學系的基本素養並不熟悉。

**準則判定：符合，但須追蹤**

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：

醫學系及教學醫院，並無一適當機制，以定期評估評估學習環境，尤其是有關專業行為準則方面。

**準則判定：符合，但須追蹤**

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：

1. 醫學院訂有教師與學生關係的行為準則，包括性騷擾或性霸凌防治規則，並有制定處理違反準則的政策。
2. 校方訂定有學生申訴處理辦法，除書面資料外，亦公告在網站上，作為處理違反師生關係行為準則的補救措施。
3. 較正面積極之師生行為準則規範，仍宜明訂並公告。

### **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：

1. 醫學系訂有醫學生評量、升級、畢業，和懲戒處分的標準與程序，並公布給教師及醫學生知悉。
2. 就上述評量、升級、畢業與懲戒處分之相關規定，均訂有政策，並公告於網站中。

### **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. 醫學系訂有休學、重修、退學等相關辦法，並有提供學生申訴的機會。
2. 就系方會影響醫學生學籍的措施，學生可透過申訴管道提出補救。其措施亦須符合相關程序。
3. 檢附資料未提供實際案例，但相關程序與辦法均有公告。

### **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. 新生入學後，學校即提供 e-portfolio 平台系統，鼓勵學生建置及記錄個人學習歷程資料。

2. 醫學生修課成績除存放於教務系統外，學校亦提供 e-Portfolio 檔案系統，可將成績，活動認證以及導師評語自動匯入。並允許學生自行編輯樣式，提供終生使用，作為未來個人履歷之用。
3. 校方亦透過宣導與競賽，鼓勵學生經營 e-Portfolio 學習歷程網站。
4. 檢視所附資料，e-Portfolio 檔案，會因學生動機而有極大落差。
5. 另當醫學生進入臨床實習後，醫院又有另一套 e-Portfolio 檔案。
6. 目前學校端與醫院端的 e-Portfolio 似無整合計畫，這對未來要依此提供學生自省反思其學習歷程，恐有所阻礙。
7. 學校已建置 e-portfolio，但六年級與七年級學生不太瞭解，並未加以利用。

### **準則判定：符合，但須追蹤**

- 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：

1. 學校設有機制及流程，來保護學生的學習紀錄及成績。
2. 醫學生修課成績存放教務系統，由校方保密，調閱成績資料須由本人申請。至於 e-Portfolio 檔案系統，學生亦有權利點選不公開。
3. 詢問在校學生及已到臨床學習的學生，大多沒上網查閱過建置於學校教務處的學習歷程檔案，也不清楚哪些人有權限查閱那些資料，因而也不放心將個人學習資料上傳。
4. 學校要加強此方面的宣導與溝通，以達到建置學生學習歷程檔案的目的。

### **準則判定：符合，但須追蹤**

- 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：

1. 學校訂有機制，讓學生可複查其學習成績。
2. 依據自評報告以及檢附資料，醫學生對其學習紀錄以及成績評量，可經制定程序查閱並申請複查與變更。

### **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. 馬偕醫學系過去幾年間，臨床學科與基礎學科專任教師雖有增長，但教師數量仍然不足。醫學人文學科僅有一名專任教師，雖有校級全人教育中心教師支援，但因全人教育中心負責全校通識課程，人力亦捉襟見肘，醫學人文教師的增聘，有實際上的需求。醫學院及醫學系應對各科教師人力需求，進行整體性的評估，提出具體招募計畫，並切實執行。
2. 學校持續為新進教師辦理新進教師研習會，每學期至少舉辦兩場教師研習，並有教學與研究交流分享。另針對 PBL 亦持續辦理工作坊，可見該校於教師在職與繼續教育方面的努力。
3. 專任臨床教師不足，許多臨床學科沒有專任教師。馬偕醫院有許多符合資格的主治醫師，應盡速克服困難，招募足夠的臨床專任教師，如此才能對於醫學生臨床實習的課程規劃與執行，能落實教育目的。
4. 教師均熱心教學，每年需修一定的教育學分(6 學分)，然教師數不足，103 年與 104 年訪視亦提出相同問題，學校規劃將來會再聘請約 36 位教師，分配於基礎與臨床課程中，但未見具體規劃內容。

**準則判定：不符合**

### 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. 醫學系 104 學年的基礎學群教師有 17 名（包括 2 位臨床醫師聘任為病理科老師），臨床學群教師有 9 名，專案教師 23 名。馬偕醫學院董事會於近期同意，醫學系自 104 學年度起逐漸增加教師員額 36 人。此方面的成效尚待觀察。

2. 通識教育由校級全人教育中心負責，依照規劃開設語言及共同必修，以及天、地、人、心四個特色領域課程。訪談教師實瞭解目前人力勉可負擔，然因每位教師老師專業背景，加上兼任老師聘任不易，所能開設課程之多樣性也有所侷限。至於醫學人文則創系以來僅有一名專任教師，訪談中瞭解系上雖允諾也進行教師招募，但因種種因素目前仍僅有一名專任老師，恐無法滿足目前醫學系對醫學人文課程的規劃，如何擬定計畫招募適任之醫學人文教師，為當務之急。
3. 專任臨床教師不足，且許多的臨床學科例如眼科，泌尿科，家醫科…等，沒有專任教師，馬偕醫院有許多符合資格的主治醫師，應盡速克服困難，招募足夠的臨床專任教師，如此才能對於醫學生臨床實習的課程規劃與執行能上軌道。
4. 專任臨床學科教師只有 22 位，兼任 173 位，宜鼓勵院方及臨床教師儘量爭取教職。此外，解剖學科僅一名專任教授、兩名專任副教授，教師數不足，且無教學助理。
5. 部份科別、部份單位並無足夠數量之住院醫師，以指導實習醫學生，擔任醫學院專任教師之主治醫師人數太少，以致完全溶入醫學系教學作業之臨床科部教師太少。
6. 每年訪視皆提出專任教師（包含基礎醫學與臨床醫學之各學科）數量不足之問題，然改善情況有限。

### **準則判定：不符合**

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. 醫學院訂有相關教師招募及升等辦法，目前所聘任之專任教師大致有相稱的學經歷，但專任教師人力過少，有待持續聘任新進教師，其學經歷是否相稱，有待持續追蹤。
2. 另臨床科的兼任部定教師，多數為經由馬偕護理學院聘任，非經由馬偕醫學系，此種經歷並不符合職銜相稱，有待改進。

### **準則判定：符合，但須追蹤**

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. 教師有相稱的學經歷，且每年依該校規定要完成師資培育課程。



2. 學校已訂定關於教師教學評量的實施方法以及補救策略，檢視會議紀錄，亦有依規定執行未達教學標準教師之訪談。
3. 教師訪談中，包括全人教育中心通識教師以及醫學系基礎科學及醫學人文專任教師，均展現其教學熱忱，持續改善教學方法，與時俱進，以做為稱職老師。
4. 臨床實習時，學生寫病歷的訓練不夠，尤其五年級與六年級學生，progress note 為 S. O. A. P 型式，多半學生 objective，沒有詳述客觀身體檢查，臨床發現多半來自抽血或放射科檢查結果。
5. 醫學系安排了許多教學技能相關之師資培育課程，值得肯定。惟在與臨床學科主治醫師之訪談中，發現部份醫師，對於醫學系教學目標或對於學生能力評估的方式並不清楚。此外，部分住院醫師（含第三年、第四年住院醫師），亦陳述不曾參加任何對住院醫師教學能力指導的活動，與該醫學系所提出的報告有所差異。部分單位甚至於課程規劃相關會議中，提議不要同時有不同年級之同學進入該科實習，顯示部分臨床科教師之教學能量或教學熱忱不足，仍有待改進。

#### **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. 學校透過行政補助措施，以提升教師持續精進學術研究。但訪談幾位全人教育中心通識老師，及公共衛生、醫學人文老師，不約而同表示，一方面因為教學負擔以及行政業務較為繁重，另一方面則因為專業屬性必需與外面機構合作，又受限地理位置，因此對研究事務力有未逮。就此，校方對研究的鼓勵，應關注生物醫學領域以外專長教師的需求。
2. 醫學系基礎科教師無研究所職位者無法收研究生，加上院區交通不便，錄取研究生問題更加嚴重。醫學院/系應發展出一套解決方案。
3. 醫學系教師擔任研究計畫主持人及研究論文數目，仍應有成長空間。
4. 臨床醫師工作負擔重，加上教學，已無餘力從事學術研究。
5. 醫院雖有獎勵研究之措施，但忙於臨床工作，參與之教師並不多。
6. 馬偕醫學系專任教師人數不足，學術研究的成果仍有待大力改進。

## 準則判定：符合，但須追蹤

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. 學校關於學生入學、升級與畢業相關事務，依議題歸屬不同委員會，均有醫學系教師參與。
2. 學業與職涯輔導，主要由導師協助。學生訪談中發現，學生與導師溝通管道順暢，也有定期會談，對學生未來發展有所助益。
3. 醫學系教師有參與醫學院系相關委員會，參與相關事務，也擔任導師，參與學業及職涯輔導。但是否能落實醫學生入學、升級與畢業相關事務之決定權，有待觀察。

## 準則判定：符合，但須追蹤

### 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. 學校訂有相關辦法，來審查主管及教師的聘任、續聘、升等、解聘或延聘等。
2. 馬偕醫學系專兼任教師之聘任與升等，訂有明確條例。而對通識教育以及醫學人文教師，亦考量專業研究社群差異，另外訂定評量標準；此外也訂定有教學型教師升等辦法。唯於教師訪談時，並非所有老師均清楚現行之多元升等管道，殊為可惜，宜加強宣導。
3. 曾有教師提出申請升等案件，教評會未依程序處理，未將教評會審議結果據實告知申請教師，影響教師權益。
4. 需彈性計算臨床教師之授課時數，以鼓勵臨床教師的聘任。

## 準則判定：不符合

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. 學校對於教師聘期、責任、薪資、權利與福利等相關規定，均有資料可查，也放置網站中，並針對新進教師於新進教師研習會中宣導。
2. 教師熟悉相關聘期、責任、薪資、權力和福利。

### **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. 學校訂有在研究，學術責任，及機構利益等相關利益衝突的辦法。
2. 自評報告中說明研究、學術責任、以及機構利益衝突之規範所本，但其監測並不僅止於宣導及事後懲戒，理應主動呈報有利益衝突可能之校外職務以及產學合作案。

### **準則判定：符合，但須追蹤**

- 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：

目前並無機制，由部門主管給予相關教師，有關學術表現與升等相關信息的回饋，此與教師數目尚少、每個學科教師人數少亦有所關聯。

### **準則判定：符合，但須追蹤**

- 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. 學校有新進教師研習會及師資培育課程，提供教師有關教學，研究，輔導等技能。
2. 除了問題導向學習工作坊（PBL），宜增加「形成性評量」及「總結性評量」等基本教學工具，幫助學生有效率的成長。
3. 自評報告中羅列校方舉辦各項教師培育活動，但除 PBL 工作坊外，醫學系教師參與人數顯然較少。
4. 因醫學院體質上就偏重生物醫學之研究，也有較多資源，對非生物醫學領域—包括通識與醫學人文教師，或應於可能範圍內，提供更多研究以及國際交流機會。

### **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。

發現：

教師有許多機會參與學校及系委員會，參與醫學系的治理與決策過程。

**準則判定：符合**

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：

1. 教師有許多機會參與學校及系委員會，參與醫學系的治理與決策過程。

2. 訪談教師表明醫學系於決策過程，對提供意見之教師給予相當的尊重。

**準則判定：符合**

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：

1. 教師經由參與醫學系系務會議、課程委員會、招生委員會、系教評會來討論和制定醫學系相關政策。

2. 訪談教師表明醫學系於決策過程，對提供意見之教師給予相當的尊重。

**準則判定：符合**

## 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：

見5.1之發現。

**準則判定：符合，但須追蹤**

### 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：

1. 馬偕醫學院在 103 學年度之捐贈收入為 7,651,270 元，學雜費收入為 56,971,358 元，政府撥款 37,746,458 元及研究補助金收入為 33,632,282 元，醫院提撥 505,943,338 元。而馬偕紀念社會事業基金董事會已法院公証，承諾自 104 學年度至 113 學年度十年期間，捐助醫學院 34 億元，每年約 3 億 4 千萬，是屬於經常門。訪談校長表示，以聘任臨床專任教職為優先，但目前未有全盤計畫，衛福部也尚未核准，需要後續追蹤。馬偕醫學院董事會同意自 104 學年度起，可新聘 36 教師之名額，財務資源尚未常態性的支持學校發展。
2. 醫學系主任擁有資源有限，所能掌握的也未能明確呈現，收入支出表及決算經費表未告知系主任能充分彈性使用的項目。
3. 醫學系主任在經費預算上所扮演的角色不明。

**準則判定：符合，但須追蹤**

- 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：

依據招生委員會議決繁星推薦、個人申請及考試分發名額，合併考試分發外加及離島醫事人員養成計畫名額，無超收醫學生名額。

**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. 第一期教學大樓總面積為 17,830 平方公尺，第二期教研大樓為 16,690 平方公尺，用於醫學生教育的總面積有 7,760.25 平方公尺，包括實驗室、動物室、會議室、圖書室、視聽室、教室、貴重儀器室、電腦教室、多功能遠距教室、辦公室…等，雖然有學生反應有些教室不夠寬敞，但整體空間、設備足堪使用。

2. 醫學院提供給醫學系師生使用之空間大致足夠，圖書館空間略嫌狹小了一些，雖然目前大多數同學使用圖書資源均以電子資源，遠端使用為主，但因該校地處偏遠，同學在校時間甚長，仍應提供較多、較大的閱覽自習空間較佳。

**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. 學校及馬偕醫院都有圖書室、閱覽室、交流休息空間及置物櫃，學校也有室內活動中心與室內跑道。
2. 臨床教學空間在部份單位有待改進。

**準則判定：符合，但須追蹤**

- 5.2.2 醫學系應確保其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. 學校與台北馬偕醫院及淡水馬偕醫院皆有一段距離，校園內學生約有 150 輛機車，校地處山坡斜地，交通自有一定風險。學校除了加強交通安全教育外，鼓勵搭乘交通車，也促請淡水客運每天 21 班次往返，並增加危險路口設置紅綠燈。學校有保全警衛 24 小時巡邏，宿舍有舍監管理。
2. 學生在某些時段須來回於醫學院、醫院之間，目前雖已提供交通補助費，以鼓勵學生乘坐大眾運輸工具，但仍以提供固定的接駁交通車於特定時段發車，可更加確保學生來往於不同院區之安全。
3. 校方對交通車與淡水客運車輛之保養及維修，必須落實查核制度。

**準則判定：符合，但須追蹤**

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：

在台北及淡水馬偕醫院的各個臨床單位，皆可以和醫學院及學校之網路系統連結，e-portfolio、課程地圖、共學園、線上測驗、線上學習及回饋，都可在數位學習平台上交流。至於是否能確保醫學教育品質之等同性，有待觀察。

**準則判定：符合，但須追蹤**

### 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：

1. 馬偕紀念醫院為通過教學醫院評鑑之醫學中心，病人之多樣性、教學設施及臨床教師數量，足以成為教學所需的適當資源。醫學系主任兼任馬偕紀念醫院之教學副院長，使用權可以落實。
2. 有醫學中心級的馬偕醫院作為主要的臨床教學場所，臨床教學設施應屬充足。
3. 醫學某科病房區的教室有點小，晨報時有些擁擠，但能利用銀幕及白板教學。
4. 馬偕紀念醫院部份科別及部份單位，並無足夠數量之住院醫師，以指導實習醫學生。擔任醫學院專任教師之主治醫師人數太少，以致完全融入醫學系教學作業之臨床科部教師太少。

**準則判定：符合，但須追蹤**

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. 馬偕紀念醫院為通過教學醫院評鑑之醫學中心，合格效期為 102 年 1 月 1 日至 105 年 12 月 31 日。
2. 馬偕醫院作為主要的臨床教學場所，通過醫學中心級教學醫院評鑑，臨床教學設施與資訊資源應屬充足。

3. 部份單位（特別是淡水馬偕的舊大樓內），並未預期會有如此多的醫學生來實習，以致並無搭配的教學硬體設備，包括討論室空間狹小，難以容納全部住院醫師、PGY 學員及醫學生；電腦數量不足（訪談中學生反應病房 station 電腦數量不足，以致學生常可能須等待電腦被使用之空檔時，才可使用電腦上線看病人資料）。

**準則判定：符合，但須追蹤**

- 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. 臨床實習主要在台北馬偕醫院及淡水馬偕醫院進行，住院醫師、主治醫師、34 位臨床教師，含 11 位專任教職及 23 位專案教職，皆有參與教學活動。
2. 有規劃住院醫師參與師資培育課程，並參與評估學生的任務，亦由學生遴選優良住院醫師。
3. 馬偕醫院部分科別、部分單位並無足夠數量之住院醫師，以致實習醫學生（含七年級實習醫學生），反應在病房單位實習時，未必能有住院醫師給予指導，特別是第一屆之七年級醫學生剛開始實習時，許多單位均未準備好。
4. 住院醫師不足，無法組成完整的 teaching team。
5. 住院醫師對於醫學系實習醫學生實施之臨床督導不足。

**準則判定：符合，但須追蹤**

- 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. 臨床教學的評量很多元，包括 DOPS、Mini-CEX、筆試、心得報告、學習護照、訓練手冊報告等等，由於各臨床科採用之評量方法不一，有些主治醫師及住院醫師對評估之技巧比較不熟悉，需要進一步培訓。
2. 多半的主治醫師與住院醫師都有肩付起教育的責任，也都有填寫評估表。
3. 訪談住院醫師與主治醫師，大都不熟悉醫學系的學習目標與七大核心能力。



4. 醫學系雖也針對住院醫師，辦理教學相關之研習活動，但訪談中發現部份住院醫師不曾參加過這些活動，故對於臨床實習的教學目標、評估方式等並不清楚。
5. 臨床教師對於學生之回饋並未即時。學生的報告大部份寫得很好，可是臨床教師有批改回饋的比較少，有些回饋學生並沒有看到，因此對於二週輪調一次的臨床科而言，需考量評量的落實與即時性的回饋。

**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. 圖書館佔地面積 1226.24 平方公尺，108 個座位，視聽教室 1 間，討論室 1 間，在 103 學年度投入金額為 9,844,800 元，現有期刊 12,246 種，書籍 43,175 種，視聽教材 1.153 套，指定教科書 616 冊。
2. 擁有醫學教育相關資源包括紙本圖書中文 76 種，西文 65 種；電子書中文 2 種，西文 1 種；紙本期刊中文 1 種，西文 0 種；電子期刊中文 11 種，西文 37 種。
3. 學校及實習醫院有豐富的圖書館設備及圖書，電子期刊亦充足。
4. 醫院與醫學院圖書館宜考量相互連線，學生可以隨時查閱相關資料。

**準則判定：符合，但須追蹤**

- 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. 圖書館編有 4 名專業人員及 8 名工讀生，開館時間週一至週五為上午 8:30 至下午 10:00，週六、週日則為早上 10:00 至下午 6:00，校內、外師生可連線到圖書館，使用自動化系統查詢次數 103 年 8 月 1 日到 104 年 6 月 30 日共 1,148,612 筆。
2. 有相關機制，在學校及實習醫院能反映教師，住院醫師，醫學生的圖書需求。

**準則判定：符合**

## 肆、總結及評鑑結果建議：

### 一、總結：

- (一)馬偕醫學系自 2009 年開始招收學生，現今第一屆學生已進到七年級實習。主任及幾位課程負責人（主任）對於醫學系各項事務均很熟悉，亦可見他們的努力，為醫學系事務可說是盡心盡力，惟全系專任教師人數長久以來嚴重不足，不論是基礎學科或臨床學科均呈現不足的情況。
- (二)課程安排雖已盡心安排，但在醫學人文、基礎臨床整合課程及臨床實習等各階段之課程，仍有待努力改進之處。
- (三)由醫學生訪談中，可見到多數學生對於醫學系很有向心力，表示醫學系在教學、照顧、輔導學生方面盡心盡力。
- (四)經查閱書面資料與自我評鑑報告書，觀察醫學系三及四年級學生的小組討論，及與學生訪談，對醫學系三、四年級課程所見如下：
  - 1.授課時數及授課內容的安排，基礎與臨床老師的授課內容有重複的現象。四年級的授課時數較重，一星期中學生的空堂時數不多。
  - 2.觀察醫學系三、四年級 PBL 小組討論的進行，有些組的學生有以討論的方式進行學習，但也有些組別仍是以短講(mini-report)的方式進行。
  - 3.醫學生大多能積極參與 PBL 開教案時製作觀念圖，老師也適時給與指點。但發現因製作觀念圖需要花較多的時間，而犧牲了對造成病人症狀的多種可能原因的腦力激盪，且導致有些組的學生，針對教案帶出來需要學習的知識，變更為分工合作式的學習，即學生只查詢觀念圖上某一部分的知識，再依賴別的同學所查資料做的筆記，去學習觀念圖上其他部分的知識（包括 PBL 教案所定的主要學習主題）。醫學系宜深思如何在幫助學生架構所學的知識，及培育學生主動學習技能和深化學習知識之間取得平衡。
  - 4.學生對 PBL 小組討論課程的目的不太明瞭，系上需再清楚界定 PBL 的目的是什麼，如此才能制定恰當的 PBL 學習流程，以能達到課程目的。

5.醫學系三年級PBL小組討論的老師 (Facilitator) 大多為在學校的基礎醫學教師，而醫學系四年級的多為臨床醫學的教師。醫學系三年級小組討論的老師較為穩定，而四年級小組討論的臨床老師變動較大，宜重視輔導經驗的傳承。

(五)醫學系教學採用模組課程，但只有一個大模組會議在檢討及安排模組的課程及相關學習活動，而各模組課程及 PBL 小組討論課程，並沒有另外進行委員會議或小組會議，對課程內容及活動進行規劃與檢討，較難以對課程安排、內容、教材、老師教學及學生學習成效等方面，進行深度的檢討與修正。

(六)在五、六、七年級的臨床教學方面，主要在馬偕醫院的台北院區、淡水院區進行，亦有部份時間至台東馬偕院或其他醫院進行短期實習，大致有足夠之科別單位、病人種類及病人數量進行臨床實習，惟經實地訪視、學生與醫師之訪談、書面資料查閱仍有下列尚待該系努力的發現：

1.臨床學科專任教師人數嚴重欠缺，雖馬偕醫院許多主治醫師具部定教師資格，但多數均非經馬偕醫學院審查通過者；非醫學系專任教師之主治醫師對於馬偕醫學系學生教育目標、課程規劃、評量之設計、回饋等均很少參與，以致執行教學指導工作，未能確實掌握正確的方向與做法。

2.臨床實習之晨會、討論會，甚至床邊教學，多數科別均以單向的學生報告、單向的老師給予 comment 及教學為主，甚少引導學生主動學習、採用雙向互動教學的方式進行。

3.雖有安排多元的學習評估方式，但多數學生並未能及時得知被評估的結果，亦甚少較確實、完整的質性評估結果回饋給學生，以使其知道自已的優、缺點，得以持續改善。

4.臨床各科主治醫師及住院醫師臨床工作忙碌，尚未完全有好的規劃及準備接受如此多的 Clerk 及 Intern 實習，故臨床實習指導之內容、指導之落實度仍有待改善。

5.臨床實習課程的規劃、執行、檢討、改進等面向，仍有許多詳如各章節中所述有待加強改善之處，並有待日後持續追蹤該校改善之情形。

(七)由於學校規模不大，為了馬偕醫學院的長期發展，制度化、常態性的財務支援是必要的，有賴醫院與學校雙方董事會的定期溝通會議，讓校長有足夠的資源去發展校務。

分析各章之準則判定結果如下：

準則項目	準則判定	
第一章 機構	符合	7 項 (33.3 %)
	符合，但須追蹤	13 項 (61.9 %)
	不符合	1 項 (4.8 %)
	不適用	0 項 (0 %)
第二章 醫學系	符合	6 項 (11.1 %)
	符合，但須追蹤	43 項 (79.6 %)
	不符合	5 項 (9.3 %)
	不適用	0 項 (0 %)
第三章 醫學生	符合	21 項 (63.6 %)
	符合，但須追蹤	8 項 (24.3 %)
	不符合	0 項 (0 %)
	不適用	4 項 (12.1 %)
第四章 教師	符合	4 項 (28.6 %)
	符合，但須追蹤	7 項 (50 %)
	不符合	3 項 (21.4 %)
	不適用	0 項 (0 %)
第五章 教育資源	符合	3 項 (23.1 %)
	符合，但須追蹤	10 項 (76.9 %)
	不符合	0 項 (0 %)
	不適用	0 項 (0 %)

二、評鑑結果：待觀察，於 2018 年進行追蹤評鑑

附錄

TMAC 2015 馬偕醫學院醫學系訪評行程

【Day 1】-104/11/17 (星期二)

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(醫學系主任)
14：00~14：40	教學及研究：(一) 通識及醫學人文 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) 臨床實習 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

【Day 2】-104/11/18 (星期三)

I. 通識及醫學人文組：馬偕醫學院

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
14：00~15：00	交通接駁(至馬偕醫院台北院區)

II. 基礎與臨床整合組：馬偕醫學院

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
14：00~15：00	交通接駁(至馬偕醫院台北院區)

III. 臨床實習組：馬偕醫院台北院區

時間	內容
07：30~10：30	實地參訪與資料查證
10：30~12：00	座談：5~7 年級學生
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(含 PGY 醫師)

IV. 共同：馬偕醫院台北院區

15：00~16：00	座談：醫院院長、醫院教學部負責人
16：00~17：00	訪評委員心得檢討
17：00	賦歸

【Day 3】-104/11/19（星期四）

I. 通識及醫學人文組：馬偕醫學院

時間	內容
08：00~12：00	實地參訪與資料查證
12：00~13：00	午餐
13：00~15：00	座談：1~4 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. 基礎與臨床整合組：馬偕醫學院

時間	內容
08：00~12：00	實地參訪與資料查證
12：00~13：00	午餐
13：00~15：00	座談：1~4 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. 臨床實習組：馬偕醫院淡水院區

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(含 PGY 醫師)
15：00~16：00	座談：5~7 年級學生
16：00~17：00	訪評委員心得檢討
17：00	賦歸

【Day 4】-104/11/20（星期五）

時間	內容
9：00~10：00	醫學生（學務及輔導） A. 簡報（15分鐘為限） 意見交換與討論
10：00~11：00	座談：校長
11：00~12：00	座談：董事長或董事會代表
12：00~13：00	午餐
13：00~15：00	實地參訪與資料查證（※可彈性調整）
15：00~16：30	訪評委員心得檢討
16：30~17：00	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。