

國立臺灣大學醫學院醫學系

評鑑報告



2017年6月

國立臺灣大學醫學院醫學系

2016 年全面評鑑報告

(訪評日期：2016 年 12 月 13 日至 16 日)

訪評小組：

召集人 林其和 國立成功大學醫學院兒科教授/醫學院評鑑委員會主任委員

副召集人 陳震寰 國立陽明大學醫學院內科教授/醫學院評鑑委員會委員

訪評委員 王 詠 和信治癌中心醫院內科部資深主治醫師

呂佩穎 高雄醫學大學醫學院醫學系醫學人文暨教育學科教授兼主任

林偉如 美國紐澤西州羅格斯大學醫學院副院長

楊仁宏 慈濟大學醫學院院長/醫學院評鑑委員會委員

賴春生 高雄醫學大學醫學院外科教授/醫學院評鑑委員會委員

劉鴻文 慈濟大學醫學科學研究所教授

羅竹芳 國立成功大學生物科學與科技學院教授

行政人員 鄭國良 醫學院評鑑委員會管理師

目 錄

壹、學校/醫學系概況	1
貳、評鑑執行過程	
一、研讀自評報告.....	3
二、實地訪評.....	3
三、資料查證.....	4
四、人員晤談.....	4
參、訪評發現	
第一章 機構	5
第二章 醫學系	13
第三章 醫學生	56
第四章 教師	70
第五章 教育資源	74
肆、總結及評鑑結果	
一、總結.....	81
二、評鑑結果.....	82
附錄：TMAC 2016 年國立臺灣大學醫學院醫學系訪評活動行程	83

壹、學校/醫學系概況：

國立臺灣大學前身為日治時期之「臺北帝國大學」（創立於西元1928年），當時首任校長為幣原坦總長。1945年二次世界大戰結束，日本投降，同年11月15日中華民國政府完成接收臺北帝國大學，改制更名為「國立臺灣大學」，由羅宗洛博士任首任校長。

依照我國學制，分設系、科，將各「學部」改稱「學院」，並將文政學部劃分為文學院及法學院，再加上理、醫、工、農共為6個學院、設立22門學系。往後，院系隨師資、硬體設備與社會需求而逐漸增加。臺大目前已有11個學院，以及3個專業學院，共約54個學系、109間研究所，另設有30餘個各學術領域之國家級或校級研究中心，是臺灣規模最大的綜合性大學。學生總人數現今已達33,000多人：大學部近18,000人，研究生15,000餘人，比例接近一比一，為研究型大學。臺大培養出眾多學術界頂尖學者，包含臺灣第一位諾貝爾獎得主李遠哲博士，以及多位的正副元首、企業領導人，是臺灣最具影響力的學校。

醫學院的成立始於西元1895年，日本人在臺北府城設立臺灣病院（此即臺大醫院的前身），1896年6月改稱臺北病院。1897年4月設立「醫學講習所」（臺大醫學院前身）開始招生授課，1899年成立「臺灣總督府醫學校」。1919年醫學校改制為「臺灣總督府醫學專門學校」，1927年改稱「臺北醫學專門學校」。1928年臺北帝國大學創校，創立之初並未設醫學部，在1936年成立臺北帝國大學醫學部，並將原臺北醫學專門學校改制為臺北帝國大學附屬醫學專門部。1938年臺北醫院（原臺北病院）改制為臺北帝國大學醫學部附屬醫院。1945年中華民國政府接收臺北帝國大學並更名為國立臺灣大學，醫學部改稱醫學院，僅設醫科，附屬醫院改稱醫學院附設醫院。醫學院目前共有23個研究所，其修業年限碩士班為一至四年，博士班為二至七年。修業年限碩士班為一至四年，博士班為二至七年。

醫學系的成立追溯至中華民國政府於1945年11月15日接收臺北帝國大學並更名為國立臺灣大學，醫學部改稱醫學院，僅設醫科，為四年制的教育。1949年後改為七年制，招收高中畢業生。西元1973年起醫科更名為醫學系。西元2000年12月正式成立醫學系辦公室，負責醫學系的系務、招生、學生事務及教學協

調，強化對學生的照顧，並協助醫學系教育改革的持續推展。民國102學年度起醫學生修業年限改為六年。

從2001年開始全國醫學系的評鑑，國立臺灣大學醫學系(以下簡稱臺大醫學系)歷經臺灣醫學院評鑑委員會(Taiwan Medical Accreditation Council, TMAC)六次的全面和追蹤評鑑，最近的一次為2012年的追蹤評鑑。該次評鑑發現主要八個待改進事項：

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

此次評鑑除了查驗上述各項評鑑建議的實際改進成效外，並以 TMAC 新制評鑑準則進行全面的評鑑。

貳、評鑑執行過程：

一、研讀自評報告：

臺大醫學系於 2016 年 10 月 28 日檢送自評資料至 TMAC，包括自評報告本文(TMAC 新制評鑑自評報告 2016 年 A 版)、課程與臨床實習資料附表，以及四本附件資料。本次訪評小組成員共有 9 位委員包含通識與醫學人文、基礎醫學、臨床醫學及教育行政事務與學務的專家、學者，小組召集人於訪評前分別就該校「通識與醫學人文教育」、「基礎與臨床整合課程」、「臨床醫學教學」，以及新制評鑑準則所屬五大項目「機構」、「醫學系」、「醫學生」、「教師」、「教育資源」等加以分工，每一項目至少有兩位委員負責，委員分別就評鑑準則所屬五大項目至少以一個月的時間研讀該校自評報告，並分工收集欲訪查資料。實地訪評前一天 12 月 12 日晚間進行「實地訪評行前會議」，會中討論內容包括自評報告內容、任務分工及訪評執行注意事項等相關議題。

二、實地訪評：

TMAC 訪評小組於 2016 年 12 月 13 日至 16 日於臺大醫學系共進行四天實地訪評。

訪評流程包括：現場簡報、佐證資料查閱、教職員生及主管晤談、相關教學設施/設備檢視，以及訪視實際教學。

第一天上午先由醫學院張上淳院長進行學校行政、組織、師資培育及業務資源簡報，接著實地參訪學校設施，下午與醫學系吳明賢主任(兼醫學院副院長)座談，續由醫學院謝松蒼副院長、倪衍玄副院長及吳明賢副院長分別就「通識與醫學人文教育」、「基礎與臨床整合教育」、「臨床醫學教學」等三方面簡報，訪評委員與校方出席主管及教師們緊接著進行意見交換與討論。

第二天參與實際課室與臨床教學活動、資料查證、訪談通識人文教師、基礎醫學教師、臨床醫學課程負責教師、主治醫師、住院醫師，並與國立臺灣大學醫學院附設醫院(以下簡稱臺大醫院)何弘能院長、江伯倫教學副院長，以及教學部朱宗信主任等醫學教育負責人進行座談。

第三天除了參與實際課室與臨床教學活動、資料查證之外，並由醫學院鄭素芳副院長簡報醫學生之學務與輔導。緊接著，訪評委員與抽樣選出的 1~7 年

級醫學生晤談(2年級學生因該時段期中考，無法參與晤談)。

第四天訪評委員進行準則相關資料的最終查證與釐清，並與醫學院張上淳院長座談。最後階段由訪評小組與學校教職員代表進行一小時綜合座談，會中報告四天訪評的初步發現，於12月16日下午5點結束四天訪評的行程。

每天訪評結束後，委員們利用最後一小時的時間交換當天訪評的心得，並在第三天訪評結束後，於晚間進行委員共識會議，逐一檢視受評學校各項準則，所有項目經充分交流與討論後取得共識。

三、資料查證：

1. 國立臺灣大學醫學院醫學系 TMAC 新制評鑑自評報告 2016 年 A 版。
2. 國立臺灣大學醫學院醫學系 TMAC 新制評鑑自評報告 2016 年 A 版課程與臨床實習資料附表。
3. 國立臺灣大學醫學院醫學系 TMAC 新制評鑑自評報告 2016 年 A 版附件 I~IV 冊。
4. 國立臺灣大學醫學院醫學系簡報資料。
5. 訪評現場會議紀錄、教案、師資訓練規章及記錄、病歷記錄、學生報告書、學生學習護照等各項佐證資料。

四、人員晤談

訪談對象包括負責課程(program)或協調(coordination)的臨床醫學教師 15 位、基礎醫學教師 7 位、通識與醫學人文教師 6 位、1~7 年級醫學生(2 年級學生因該時段期中考，無法晤談) 63 位、畢業後一般醫學(postgraduate year, PGY)醫師、住院醫師、主治醫師共 15 位，以及醫學院張上淳院長及醫學系吳明賢主任(兼副院長)。

在訪評期間，承蒙國立臺灣大學醫學院、國立臺灣大學醫學院附設醫院全體教職員及主管的充分協助與配合，使得此次 TMAC 的全面評鑑得以順利完成，謹此致謝。

參、訪評發現：

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：

臺灣大學大學前身是日本臺北帝國大學，創立於西元 1928 年，於 1945 年中華民國政府接收後更名為國立臺灣大學，醫學部改名醫學院，1973 年更名為醫學系，是教育部核准設立之教育機構，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。

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：

國立臺灣大學是一所研究型頂尖大學，肩負教學、研究與服務的綜合大學，目前共有 11 個學院，54 個學系，109 個研究所，30 個國家級與校級研究中心，學生共 33,000 多人。從教學到行政管理有完整的系統與機制。臺大醫學院是臺灣最早創立的醫學院，可追溯至 1897 年 4 月設立的「醫學講習所(臺大醫學院前身)」，已將近 120 年的歷史。醫學生的資質是臺灣所有醫學院中最好；教師擁有豐富學養，許多臨床醫師積極參與醫學系的教學。然而，近期發生臺大違反學術研究倫理事件，該事件是否會影響師生、影響醫學教育環境，仍待追蹤。

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：

臺大醫學院除了醫學系外，尚有牙醫學系、藥學系、護理學系、醫學檢驗暨生物技術學系、物理治療學系及職能治療學系，另外有臨床醫學研究所、臨床牙醫學研究所、生物化學暨分子生物學研究所、生理學研究所、微生物學研究所、解剖學暨細胞生物學研究所、免疫學研究所、腫瘤醫學研究所、基因體暨蛋白質醫學研究所、轉譯醫學學程。

醫學系二年級的生物化學課程，和牙醫學系及法醫所同學一起上課；三年級的「解剖生理小組討論」課，和牙醫學系、職能治療學系及物理治療學系同學一起討論教案；四年級的「病理、藥理小組討論課」和藥學系、醫學檢驗暨生物技術學系及護理系同學一起討論教案。

104 學年度他系至醫學系開課的教師數有 107 人，醫學系至他系開課的教師數有 52 人，他系至醫學系選課的學生數有 607 人，醫學系至他系選課的學生數有 130 人，104 學年度住院醫師及畢業後一般醫學(PGY)醫師招聘幾近滿招，臨床學習有傳承互動之環境。

準則判定：符合

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：

臺大醫學生採取多元管道入學，共有 10 個不同管道，105 學年度的新生共 153 名，包括重點科別公費生(20 名)、養成計劃公費生(3 名)、繁星入學(5 名)、個人申請(39 名)、指考(69 名)、僑生(11 名)、駐外人員子女(2 名)、奧林匹亞獲獎學生(2 名)，僑外海推生 1 名，由馬來西亞、港澳地區推薦；105 學年度增設「希望入學」，單獨招收 1 名弱勢生(近 3 年為低收入戶或中低收入戶、特殊境遇家庭、新移民子女)。有多達 14 項獎助學金協助清寒學生，師生參與社區

組織及社團活動包括社區志工服務、醫師公會、各專科醫學會、臺灣醫學生聯合會、亞太醫學生論壇、東亞醫學生會議、社會關懷機構活動等。教學發展中心亦招募臺大優秀學生擔任小老師，提供實體諮詢課程及線上資源，用以協助偏鄉或弱勢家庭的學生克服學習及生活適應問題。

教師方面，持續徵聘世界著名學術機構的教師；研究發展分處每月舉辦「年輕教師研究討論會」，由資深教師輔導近三年的新進教師，建立教師溝通的平台，促進年輕教師間互相認識、瞭解、交流及合作。教師踴躍參與社區組織及社團，擔任學術團體、民間單位、NGO 及政府單位理事長、理監事、諮詢專家、市長、署長等職務。

準則判定：符合

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：

臺大依相關法規，訂定「國立臺灣大學性別平等教育委員會設置辦法」，醫學院並設有中性(neutral-gender)廁所，從環境實踐性別平等意識的強化。在二年級「醫療與社會」課程中，吳嘉苓教授講授「社會不平等」、蔡甫昌教授講授「女性主義生命倫理、醫療場域中之性別不平等」時，有探討性別平等相關議題。五年級學生進入臨床實習前，必需完成「臺大醫院家庭暴力暨性侵害防治教育訓練課程」的線上課程。

臺大醫院亦依相關法規訂有「性騷擾防治措施申訴及懲戒處理辦法」，設置性騷擾防治專區，設有申訴電話、申訴傳真及申訴信箱。七年級醫學生必須完成「性別主流化-如何防止醫院職場性騷擾」的課程。

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：

教師、行政人員、醫學生和委員會的職責、權限皆明訂於「國立臺灣大學組織系統圖」、「國立臺灣大學組織規程」、「國立臺灣大學校務會議規則」、「國立臺灣大學醫學院院務會議代表產生辦法」、「國立臺灣大學醫學院院務會議規則」等辦法中。

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：

國立臺灣大學依「國立臺灣大學組織系統圖」、「國立臺灣大學組織規程」、「國立臺灣大學校務會議規則」等辦法接受校務委員會之監督，醫學院依「國立臺灣大學醫學院院務會議代表產生辦法」、「國立臺灣大學醫學院院務會議規則」等辦法接受院務委員會之監督。

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：

校務會議及院務會議的委員分為當然委員及教師代表，其中當然委員為各院系行政主管，任期為3年或再連任3年；教師代表經由選舉出列，也有連任者；所以委員任期相互重疊，任期足夠了解學校和醫學系。

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：

臺大醫院已訂有利益衝突管理辦法與審查機制，審議、監督及處置各項可能之利益衝突事件，醫院所屬員工與主管若有接受任何企業之捐助，均需遵循規範定期提出申報、接受審查；利益衝突審議小組如發現研究者接受研究贊助達「顯著利益衝突時(Significant Financial Interest, SFI)」，則經由審查會進行討論與建議修正或禁止該利益衝突之關係。

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，得增設副主任。

發現：

依「國立臺灣大學醫學院醫學系主任遴選辦法」公平、公開遴選醫學系主任。目前醫學系吳明賢主任為腸胃科醫師、曾芬郁副主任為新陳代謝科醫師，兩位行政主管學、經歷均優秀，能有效領導醫學教育、學術活動及病人照護。

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：

醫學系主任為校務會議、院務會議及行政會議之當然委員，與校方及院方溝通管道暢通。醫學系各學科主任擔任醫學系招生委員會、課程委員會、系務工作小組委員，與系主任之溝通管道暢通。

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：

醫學系下設 27 個學科，含基礎醫學及臨床醫學，臨床學科之主任亦兼任醫院之科部主任，臺大醫院設有教研副院長、教學部主任、臨床學科主任、教材組組長以及臨床醫學教育委員會，和醫學院共同教育及教師培訓中心下設的教育發展委員會以及小班教學、課程整合、研習規劃、教學評鑑、共同教育等小組，主管或負責人一起協同整合醫學系教學事務，確保醫學教育品質。

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：

醫學系主任是院教師評審委員會及新聘教師遴選委員會委員，並依據「國立臺灣大學教師員額調整準則」、「國立臺灣大學校級教師員額運用諮詢小組設置要點」確實掌握醫學系教師的人數與素質。醫學教育預算由校、院統籌分配，104 年度教學訓輔預算為 33,838,000 元；圖書儀器設備預算 27,785,000 元。在醫學院院長的督導和協助下，醫學系主任有足夠的資源、權力，治理醫學系，確保教學成效。

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：

醫學系及所屬之醫學院的行政管理階層已建置完整的組織架構及組織章程，目前醫學院行政人員共 107 位，並設有 5 位副院長，醫學系行政人員編制有 5 位，設有一位副系主任，學科主任近六年無懸缺，醫學系可用之行政經費額度 104 年度為 76,952,000 元，在院長及系主任的領導下可有效達成醫學教育

的任務和目標。

準則判定：符合

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：

臺大醫學院的教育目標為「培育良材、領導專業、創新研究、造福人群」，醫學系的教育目標為「培育良醫、服務社會、領導醫界、貢獻人類」，醫學系訂有五年發展計劃（103年—107年）包括教學、研究、建教合作、組織發展、行政支援等，並由醫學院之相關行政單位與委員會評估執行情況，現任醫學院張院長為前任醫學系主任，對系務的方向相當清楚。

準則判定：符合

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：

醫學系及所屬之醫學院的行政管理階層已建置完整的組織架構及組織章程，經由醫學院院務會議及例行之委員會會議來確保有關財務、人事、業務、政策與決策過程之透明化，教師代表及學生代表均有參與會議，並有教師聯誼會、學生座談會來相互交流溝通。

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：

臺大已與國立成功大學訂定「國立成功大學醫學院附設醫院學生(短期)實習合約書」，辦理臺大醫學系醫學生與成大醫學系醫學生交換短期實習之合作。醫學系醫學生主要實習醫院—臺大醫院，為醫學院的附設醫院，因此是以

醫學院和附設醫院研議通過之「國立臺灣大學醫學院附設醫院提供各學系(所)學生實習要點」相關規定取代書面合作協議。

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：

醫學系及所屬之醫學院的行政管理階層已建置完整的組織架構及組織章程，目前以臺大醫院之臨床醫學教育委員會為主軸，針對各臨床學科實習醫學生之訓練課程與計畫進行訪視與訪談，並有會議紀錄，藉以追蹤是否完整落實教學醫院教學計畫之執行及品質。

準則判定：符合

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：

醫學系自 102 學年度開始改制為六年制，並通知醫學院評鑑委員會。期間醫學系召開多次醫學系六年制課程規劃會議，逐步檢討修訂新課程。

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：

醫學系自 102 學年度開始改制為六年制，期間醫學系召開多次醫學系六年制課程規劃會議，逐步檢討修訂新課程，並通知醫學院評鑑委員會。

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：

醫學系自 102 學年度大一入學新生起改制為六年制，期間醫學系召開多次醫學系六年制課程規劃會議，基礎醫學課程已於招生前規劃完成，臨床課程也陸續研議規劃完成。在招生人數上，醫學系配合衛生福利部辦理「105 學年度重點科別培育公費醫師制度計畫」，於 105 學年度增加招生公費生 20 名，各學科在學生數增加方面已有因應措施；上述變革皆已通知醫學院評鑑委員會。

此外，臺大醫學院、醫學系近六學年的總經費、營運、財務結構、市值、未清還債務及債務付息等並無重大變動。

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：

臺大醫學系訂定四個教育目標：培育良醫，服務社會，領導醫界，貢獻人類；三個醫學生在畢業前應具備之基本素養與核心能力：(1)具備醫學專業知識，醫療技能與人文素養，(2)具終身學習的能力與團隊合作的精神，(3)掌握並善用醫學知識。醫學系訂有明確的課程地圖含蓋基礎醫學、臨床醫學、人文素養，並在培育良醫的大目標下，課程確實教導一般醫學知識和技能，在醫學生的養成過程中取得專業素養和追求卓越的特質。但與醫學生訪談時，大部份學生只能說出該校培育良醫的教育目標，至於其他三個教育目標能說出來的人不多。在晨會中觀察學生的口頭病例報告，在病房中和晤談室訪談學生、檢視病歷寫作，以及在教學門診觀察學生問診的表現，學生們的一般醫學知識和技能表現良好。

臺大醫學院與醫院教學資源充沛，教學主管對教學資源深入瞭解，課程地圖清晰呈現教學藍圖與脈絡。訪談時發現負責醫學人文的教師們都非常有教育

理念及熱誠，參觀醫學人文的小組討論時，發現學生也樂於學習，因此臺大醫學系應有充足條件達成其教育目標。

準則判定：符合

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. 在臺大醫學系四大教育目標：培育良醫、服務社會、領導醫界、貢獻人類的導向下，有訂立一般醫學的醫學教育，臺大醫學系畢業前應具備的基本素養與核心能力為：(1)具備醫學專業知識、醫療技能正與人文素養，(2)具有終生學習的能力與團隊合作精神，(3)掌握並善用醫學新知。課程地圖含蓋基礎醫學、臨床醫學、人文素養，可做為畢業後醫學教育的銜接課程。
2. 課程地圖清楚規劃出對醫學系的培育計畫，其中第一階段為大學基礎課程(包括共同、基礎及通識三大面向)，第二階段為專業課程(包括基礎醫學、臨床醫學及醫學人文三大面向)。有關通識與醫學人文方面，除了校本部所提供的多元通識課程外，醫學人文課程與服務學習貫穿一至六年級，且醫學人文中常包括小組討論與體驗學習。在參觀課程教學時發現臺大醫學系提供許多學生學習醫病溝通的機會，例如「家庭社會與醫療」中與標準化病人的演練。由於臺大醫學院對標準化病人有完整的培訓計畫，與素質極高的標準化病人一起演練，學生能有效學習醫病溝通，並感受對於一般醫學醫療能力的重視。
3. 醫學系包含四個基礎學科及十八個臨床學科，並規劃了清楚的課程地圖，一年級下學期修習完有機化學課程後，二年級上學期即加入生化課程，醫三是基礎醫學整合課程，將大體解剖學、組織學、胚胎學、生理學等四種課程以organ system系統主題做整合，醫四基礎臨床整合課程主要包括五大系統，各器官系統由病理學、藥理學、初階之臨床醫學課程整合在其內，提供學生能將基礎融合臨床的學習環境與架構。每一器官系統均會安排一位資深的老師擔任協調員(coordinator)，審視該系統課程安排及上課內容。除了課程地圖所呈現的脈絡外，也做了八個重點課程模組的整合規劃(人文關懷、整合

溝通能力、倫理與法律、社會責任、科學研究、基礎科學、基礎醫學及臨床醫學)，使課程間有適合的銜接，學生的學習兼具深度、廣度及延續性，以達全人醫療教育。

4. 現行的七年制課程，有完整的實習醫學生訓練計畫書；針對 2017 年將上路的六年制醫五實習課程，每一個可實習科別，都有對應的實習課程負責人以及五年級和六年級訓練計畫書。

準則判定：符合

- 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. 臺大醫學系所提供的主動學習活動的定義是指該活動能夠訓練學生發現問題、釐清問題，並能夠尋找解答方案，且能透過反思，辯證判斷解答方案之過與不及，進一步再發現問題、釐清問題的學習輪迴。主動學習活動主要透過問題導向(problem based learning, PBL)課程來進行訓練，二年級每週平均二小時，三、四年級每週平均四小時，醫學院地下一樓並有 16 間可容納 10-12 人的小組討論教室，評量包括同儕評估、教師評估。除了立即回饋也舉辦 PBL 教學錄影帶競賽及創意問題競賽，增加學習之興趣。醫三、醫四年級均搭配導入應用或臨床案例的「小組討論」課程，教師與學生均稱此「小組討論」為「問題導向學習(PBL)」，然而觀察其進行過程學習主題是由學生分配準備、蒐集資料、再進行報告討論，此作法與 PBL 不一樣，並未包括評估自我的學習需求，也缺少自我探索學習主題的機會，經與負責規劃協調的教師及學生訪談發現，其進行方式及師生互動之關係屬於「小組案例討論或小組教學」，學生自主學習的訓練機會相對較少，與一般認知的「PBL」也不同；此種非典型「PBL」教學策略也存在高年級的臨床實習教學活動中，臺大醫學系將「小組案例討論或小組教學」誤用「PBL」稱呼，須檢討其教學成效是否與預期一致。而有些臨床實習課程中安排過多的上課，減少了學生照顧病人的責任與從過程中自主學習的機會。此種學習方式的成效需要追蹤。

2. 臺大醫學系自 81 學年度開始以器官系統(organ system)為基礎，實施醫三的基礎醫學整合課程、醫四的基礎和臨床整合課程；課程規劃分為大堂課、實驗課和小組討論。從實地訪查和學生訪談，了解小組討論指導教師皆經挑選臨床主治醫師、教育訓練後擔任。101 學年三年級基礎醫學整合課程小組討論實施「發掘問題、解決問題、綜合整理」三階段討論；結果顯示這些同學在 102 學年接受第一階段國家醫師執照考試平均成績自 67.8 (102 學年)、70.6 (103 學年)逐年進步到 70.8 分(104 學年)，考試通過百分比自 80.7%(102 學年)、90%(103 學年)逐年進步到 92.6%(104 學年)。
3. 醫三及醫四年級於週三、週四減少或不安排課程，完整空出一天提供學生較多時間，依個人的學習規劃選修課程，以培養醫學生主動、獨立學習。訪談時發現學生選課相當多元，極具自主性，反映在醫學生選擇修習輔系及雙主修的學生人數逐年增加。

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：

醫學系的教育目標為：培育良醫、服務社會、領導醫界、貢獻人類，畢業前應完成三大核心能力，包括：基礎醫學知識、臨床醫學知識與技能、醫學人文素養，以及畢業時具備三項能力與態度，包括具備醫學專業知識及技能，與人文素養及服務熱忱、具有終身學習與團隊合作精神、掌握並善用醫學新知的能力。訂有相對應的課程串聯核心能力與教育目標。醫學系訂有五年發展計畫（103 年—107 年）包括教學、研究、建教合作、組織發展、行政支援等，並由醫學院之相關行政單位與委員會評估執行情況，預期目標是否達成，有持續追蹤之機制。

各核心能力與整體教育目的相互對應，由整體教育目的而開設分項課程，

可整合歸納出的八個重點課程模組（人文關懷、整合溝通能力、倫理與法律、社會責任、科學研究、基礎科學、基礎醫學及臨床醫學），以作為建立課程內容的準則。然後依據必修課程、必修臨床實習課程、階段或學年課程，或整合課程，規劃了課程評估的頻率、方式、授權機制及行政支援，整體課程成效評估機制完整。

準則判定：符合

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. 臺大醫學系的教育目標為「培育良醫、服務社會、領導醫界、貢獻人類」，並依據教育目標訂定畢業生應「具備醫學專業知識、醫療技能與人文素養」、「具有終生學習的能力與團隊合作精神」、「掌握並善用醫學新知」等基本素養與核心能力；並符合專業及大眾之期待，事實上臺大醫學系的畢業生不少在臺灣醫界以及政府都扮演重要領導者角色。
2. 醫學與人文整體課程教育目的，包括：具備人文思考與關懷、醫學倫理與法律的基本知識及思維、醫療與生死思考明辨的能力，醫學系的課程設計，大致有依循此核心能力加以描述與規劃，依此開出的分項課程主要分列在人文關懷、整合溝通能力、倫理與法律、社會責任等重點課程模組中，循序建立學生醫學人文素養核心能力。在通識與醫學與人文課程的教育目的評量方式，主要是紙筆測驗、申論題、課程參與及論文報告。
3. 醫學系針對基礎醫學知識、臨床醫學知識及技能，以及醫學人文素養訂定了整體教育目的以及所屬的核心能力。臨床醫學知識及技能核心能力的評估包括筆試，以及至臨床技能中心和臺大醫院微創手術訓練中心所進行的客觀結構式臨床測驗(Objective Structure Clinical Examination, OSCE)和操作型技能直接觀察評量(Direct Observation of Procedural Skills, DOPS)；內科實習已經加入學生學習歷程檔案的評量與回饋。

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：

醫學系新生有新生訓練，新進教師有師資培訓計畫，藉此讓醫師以及其他負責醫學生教育與評量人員了解其醫學教育目的，並再藉由紙本學習護照和輪轉新實習科別時，執行實習課程說明(orientation)，進一步傳達教育目的。但經訪談醫學生、住院醫師、主治醫師、臨床科主任、學科主任，大部分受訪者無法說出該系完整的教育目的，甚至有部分臨床教師並不清楚新制與舊制醫學系醫五、醫六實習教學目的之差別。從訪談中發現大部分學生及教師都知道教育目標之一是培養優秀稱職有專業素養的醫師，但無法勾勒出完整的教育目標，包括領導醫界。醫學系仍需進一步加強推動教育目的與理念。

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：

臺大醫學系醫學人文教育主要由：1. 醫學院一級單位共同教育及教師培訓中心(倪衍玄主任)之共同教育組(陳彥元組長)，配合醫學系及醫學教育暨生醫倫理學科規劃整體人文縱貫性課程教學與評估；2. 醫學系(吳明賢系主任)/暨醫學教育暨醫學倫理學科(朱宗信科主任)負責相關課程之規劃、執行、成效評估與課程改善。包括 26 位專兼任(醫學教育暨醫學倫理學科)教師(包括一位講師級專業技術人員)。醫學人文教育課程安排極佳，只是兩個單位在溝通或決策的合作機制上的定位較不明確。

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：

醫學系與附設醫院教學部共同制定實習醫學生訓練計畫範例，附設醫院各訓練單位皆依範例要求，於計畫中訂有「病患類型、臨床醫療情境及臨床場域」標準，並經醫院教學部與醫學教育委員會共同審查通過後實施，以符合醫學系臨床教育的目的 (objectives)。學生登錄其核心臨床學習經驗於兩大系統，包括學習歷程檔 e-portfolio(ePo)與臨床學習護照，指引學生須學習的常見的病人類型和臨床醫療情境，主治醫師和訓練計畫負責人則藉由學習護照上簽章或學習歷程檔，給予回饋；醫七的學生實質負責照顧一至三床住院病人，且獲得住院醫師和病房總醫師的監督與指正；七年制醫五的學生則課堂授課時數仍多，臨床實習以觀察為主，動手的機會不多。而監督機制則是每三個月開會一次的醫學教育委員會，結合醫學院共同教育及教師培訓中心、醫學系學生臨床實習委員會、附設醫院教學部三個單位，辦理監測各臨床科部醫學生訓練計畫執行情形成效。至於學習上的補救措施，明確的系統化機制，以友善學習環境及主動介入的氛圍輔導之。

準則判定：符合

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：

醫學系課程委員會規劃醫學系課程，研議課程修訂及協調課程內容，由醫學系系主任擔任主席，醫學院院長，教務分處主任，共同教育及教師培訓中心主任，內科主任及外科主任為當然委員，加上基礎學科主任互選四名和臨床學科主任互選四名，依據規定無學生代表，只必要時列席系課程委員會議。學生非代表這點需追蹤。

至於實習成效的評估與檢討，則透過醫學院共同教育及教師培訓中心、醫

學系學生臨床實習委員會與附設醫院醫學教育委員會共同監管，醫學系學生臨床實習委員會由醫學院院長擔任主席，成員包括院長、教務分處主任、系主任、院長遴選聘委員，以及學生代表，學生代表由醫學系學生會推派。

準則判定：符合，但須追蹤

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. 醫學人文之相關討論課程，在學期前舉辦小組指導教師討論會議，審閱教案，學期間亦有會議討論課程。
2. 醫學系包含 9 個基礎學科及 18 個臨床學科。醫三是基礎醫學整合課程，將大體解剖、組織學、胚胎學、生理學等 4 種課程以 organ system 系統主題做整合；醫四為基礎臨床整合課程主要包括五大系統，各器官系統先病理學、臨床疾病表現、藥理學、內科臨床治療、外科臨床治療依序安排，每一器官系統均會安排一位資深的老師擔任 coordinator，審視該系統課程安排及上課內容。
3. 醫五、醫六臨床實習課程、計畫訂定，以及實習成效之評估與檢討，均由醫學院醫學系學生臨床實習委員會負責，醫五、醫六 (clerkship) 實習課程的設計、內容及評量方式，由臨床學科負責主管、各科主任及教學負責人及醫五學生代表組成醫學教育委員會討論、規劃各項核心課程。醫學系臨床教師經由擔任各臺大醫院臨床科各層級學生及學員 (M5, M6, M7, PGY, RRC)、教學訓練計畫負責人 (program directors)，參與訓練計畫書的撰寫，並依據訓練計畫書內容執行臨床訓練。教學訓練計畫負責人角色至為重要，但目前醫學系並未有具體作法減少其臨床工作負擔，保障薪資，或是增加升遷的機會。
4. 臺大醫院教學部設置五名教學型主治醫師，負責全院性臨床教育訓練事務，表現優異，因薪資有保障，且有機會升等，故皆願意長期留任。

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. 醫學系透過系院校級課程委員會審議(1)規劃及審議系、所、學位學程，必、選修課程內容及課程結構。(2)依規定審議系、所、學位學程，學期課程之開設及異動。(3)其他與系、所、學位學程，課程或教學有關事項之協調、整合或改進。醫學院醫學系學生臨床實習委員會定期開會，評估與檢討實習成效，並據以修正改進實習課程。
2. 醫學系課程每個單元的教學目的、內容和教學以及整體課程之安排，行政體系上都會經由醫學系教師共同參與和設計，並經由課程委員會每三個月開會定期檢討，基礎、臨床課程整合協會則依各模組單元需求進行實務檢討，而各單元課程教育的目的與醫學系教育目標之連結則需要被強化。教學評量採用「教學效果調查表問卷」及「醫學系病房實習回饋」，評量結果經由共同教育及教師培訓中心主任、教學評鑑組組長、共同召集人、執行秘書審閱後，以書面送給課程負責人參酌。
3. 個別課程的授課教師可自行依照課程規劃進行課程內容修改，以提升教學與學習，基礎與臨床整合課程內容之修正，則須經由每一模組課程討論會議審議後，方能執行變動。臨床實習課程的設計、內容及評量方式，由臨床學科負責主管、各科主任及教學負責人、醫五學生代表在醫學教育委員會一起規劃討論內、外、婦、兒、急診五大科核心課程，達成共識。
4. 在七年制與六年制醫學課程的轉變中，由於臺大醫學院張上淳院長也同時擔任全國醫學校院長會議新制醫學系課程改革小組召集人，以及臺灣醫學教育學會理事長，負責全國醫學生技能(OSCE)考試的規劃與執行。臺大醫學系的課程設計基本上是以穩健的步驟進行，例如醫學系三年級為基礎醫學整合課程，四年級為基礎臨床整合課程，每一器官系統由一位資深的老師擔任 coordinator，審視該系統課程安排及上課內容；臺大醫學系醫三、醫四年級均搭配導入應用或臨床案例的「小組討論」課程，新舊制並無太多的改變。臨床實習課程七年制中的醫五、醫六的實習醫學生(clerkship)、七年級實習

醫師(internship)的訓練內容與深度與六年制醫五、醫六的實習課程應有不同考量。六年制實習課程由於仍屬規劃階段尚未進入執行階段，目前第一屆的六年制醫學生已到四年級，規劃醫學院系規劃課程設計的主管與臨床教師也已注意到相關問題，依據新制醫學系課程改革小組共識，六年制醫五與醫六年級的實習醫學生(clerkship)須安排參與第一線醫療照顧的實習，但與主治醫師訪談時發現，仍有主治醫師認為六年制的實習為「見習」，不預期有新的改變，醫學系教師參與新課程的程度仍有出入。

準則判定：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：

醫學院醫學系學生臨床實習委員會及臺大醫院醫學教育委員會負責監測及督導各科部教學訓練計畫。臺大之「課程管理工具/資料庫」設有「臺大課程網」，協助教師進行個別化、系統化、網路化的教學設計。

一、二年級通識人文課程於期中、期末進行課後問卷調查與線上教學評量，以及系上主管對於各年級課程內容規劃進行評估，進而調整授課內容、學分數、學期別與上課方式等。

基礎醫學透過課程檢討會議及課後問卷調查作為課程改進參考，臨床實習藉由實習座談會、實習回饋表以及各教學單位、臨床科部課程委員會、共同育教及師資培育中心、臨床實習委員會、教學部、醫學教育委員會定期開會討論，監測課程內容及教學成效，以達成課程的垂直及水平整合。醫六年級有新開設「臨床操作技能補強課程」，其使用頻率及成效仍有待觀察。

醫學系從各教學單位、臨床科部課程委員會、共同教育及教師培訓中心、醫學系學生臨床實習委員會、教學部、醫學教育委員會的定期會議中，監測教學品質、發現相關問題、修正各課程不足及重複的部分，例如因此發現畢業時應具備的八十項臨床技能中有需要補強的內容，再設計新課程提供學習機會。

準則判定：符合

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：

為了增加學生選課的自由度，105 學年共同及通識課程自 30 學分調降至 24 學分，醫學系將核減之 6 學分改開放學生選修。醫學系三、四年級整合課程皆有一天不排課，以便學生依興趣選修其他課程。六年級學生可依興趣自選 3 個科實習，每個科別 6 週，共 18 週，18 學分；選修科目包含臨床類和醫學研究類，亦可選擇在六年級下學期的時候出國選修，學分上限為 12 學分，七年級學生可自選 3 科實習，每個科別有 4 週，共 12 週，12 學分。

準則判定：符合

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. 臺大醫學系以第一、二階段國家考試的結果、基礎及臨床各課程學生成績表現、課程回饋、畢業問卷、畢業生工作表現、工作地點來評估教育目的達成的程度。

2. 102、103、104 學年度第一階段和第二階段國家考試成績通過率均逐年增加。

104 學年度第一階段國家考試通過率為 92.6%，第二階段通過率為 100%。

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. 醫學系課程評估透過問卷調查(各科的教學效果調查表、整合課程評估問卷、醫學生課程意見統計、病房實習回饋表等)、焦點團體(課程改進座談會、班代會議、原住民學生會議紀錄等)、同儕審查(小組討論學習學生互評表)、及畢業生問卷等，作為評估課程與教學品質之策略。(1)醫學人文之相關討論課

程，在學期前舉辦小組指導教師討論會議，審閱教案，學期之間並亦有會議討論課程。共同教育小組對於醫學人文課程控管主要以學生評量為主，評估不佳者，有主負責教師了解後溝通，連續兩次學生反應不佳者，則先調整授課教師。(2)醫學系三年級的「基礎醫學整合課程」、四年級的「基礎和臨床整合課程」在上完課的小組討論時，進行學生對大堂課上課教師、小組討論指導教師及小組討論本身質性和量化的回饋；回收時，印象仍然深刻、回收率也非常好；回饋的結果也立即處理，在教學品質的評估和改善上值得肯定。(3)此外，臺大醫院教學部持續收集醫五/醫六實習醫學生病房實習回饋表，醫七實習醫師對科部教學滿意度調查資料，醫七臨床指導教師教學滿意度調查等資訊，於臺大醫院醫學教育委員會報告，並擬建立教學效果評量資料庫，這是前瞻性的規劃，對於課程可以進行持續性、縱貫性的分析、檢討、改善的評估機制。

2. 2016年6月1日實施畢業生問卷調查，填答率達92.2%，問卷包括整體醫學教育、課程(通識、人文醫學、服務學習、小組討論、基礎醫學、臨床醫學)、臨床實習、學生支持、學習方式、個人能力評估、個人職涯規劃等7大面向，都有詳細的資料呈現並分析。其中對於通識、人文醫學、基礎醫學(與臨床整合)的整體滿意度較低，尤其在寄生蟲學、醫學心理、醫療社會、醫學倫理等課程(滿意度小於3.5)，但尚未見相關的因應或改善。在臨床醫學課程，臨床實習方面，以及個人六大核心能力自我評量等有詳細的分析。有關臨床醫學課程和臨床實作的份量是否適中以及評量是否公平等，學生的評價較低；分科實習方面，外科(~3.8)和婦產科(~3.7)有關臨床教師給學生的監督和回饋、指導病史詢問以及身體檢查的評價，較內科和小兒科為低，值得進一步分析改善；此外，學生也對學習護照的使用，幫助學習的效果普遍評價不佳(2.43)，值得檢討。

準則判定：符合

- 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. 在臨床實習期間，醫學系、課程委員會、醫院教學部、醫教會、醫學系學生臨床實習委員均定期監測臨床實習勤務時間及學習時間的適當性，以維護醫學生學習與身心安全等權益。醫學系課程委員會無學生代表。但有關實習成效的評估與檢討則由醫學系學生臨床實習委員會負責，有學生代表參與。
2. 依據「大學校院辦理醫學生臨床實習實施規則」，醫學系與附設醫院教學部共同訂定各臨床實習科部之實習規範，予以定期會議檢討，訪談醫學生及實習醫學生並無過勞情況。臺大醫院主治醫師以及住院醫師人數充裕，加上七年制實習醫師第一線照顧(primary care)1-3床住院病人，因而醫學生沒有明顯過勞的問題。問題是七年制醫五與醫六年級的學生在實習期間，有相當份量的講堂授課，排擠了在第一線親自照顧病人的機會，醫六學生有時得離開病房去上課，中斷在病房照顧病人的時間。2016年6月1日實施畢業生問卷調查，有關臨床醫學課程和臨床實作的份量是否適中，學生的評價較低。

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：

多元入學管道中，「考試分發」的同學應有一定的程度；但我們發現1~7年級後10名的同學中，較多考試分發的同學。醫學系主管和同學晤談後，發現部分同學對醫學沒有熱情，所以醫學系也嘗試輔導這些同學們轉到他們真正有興趣、有熱情的系所。

醫學系有成績警示系統，發現成績不及格的學生，會通知學生本人、家長，以及導師進行輔導，有紀錄可循。在基礎課程方面：在醫三、四必修科目於各學期期中考後，向各學科進行學生成績調查，如有成績不理想的學生，會立即通知學生本人注意、並通知該生導師加以輔導並與父母聯繫瞭解；若學生有二分之一學分不及格記錄者，則會立即通知父母注意其子女之成績現況，採取必要的協助措施。

在臨床課程方面：醫五內、外、婦、兒科實習結束前均有筆試、DOPS 或 OSCE 測驗，課程出席率或學習成效不佳的學生，科部會通知系辦同仁，並通知導師協助關心與輔導，對於 OSCE 表現後百分之十的學生有提出警訊，輔導學生持續改善，進行連續性的追蹤監測。小兒部並有溝通技巧訓練課程，學生可與標準化病人演練並有回饋。臺大醫院內科部針對醫五和醫七的學生實施個案報告，要求學生以六大核心能力做自我省思，並由負責臨床教師逐一給予質性回饋，從曾芬郁副主任提供的資料佐證，經由學生的報告可了解部分學生的學習與成長。

準則判定：符合

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：

臺大醫學系教學場所除醫學院外，主要是醫學院附設醫院—臺大醫院，醫學系與附設醫院臨床教學單位已建置完整的組織架構，經由系統性、制度化地溝通與交流，確保醫學生具有等同的學習經驗和等效的課程評估與學生評量方法。由於臺大醫學系未有地理分隔之教學地點的情況，本準則不適用。

準則判定：不適用

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：

臺大醫學系學生主要在醫學院與臺大醫院上課、實習；所有基礎、臨床教學師資皆來自臺大醫學院與臺大醫院，醫學院的「共同教育及教師培訓中心」與附設醫院「教學部」合作密切，共同辦理師資培訓，確保教學品質一致。臺大醫院教學主管也同時是醫學系教師兼主管；醫學系吳主任與各教學單位、教學主管、教師溝通順暢，能夠有效治理醫學系，確保各教學單位有足夠的師資與良好的教

學品質。由於臺大醫學系未有地理分隔之教學地點的情況，本準則不適用。

準則判定：不適用

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：

臺大醫學系學生主要在醫學院與臺大醫院上課、實習；所有基礎、臨床教學師資皆來自臺大醫學院與臺大醫院，醫學院的「共同教育及教師培訓中心」與附設醫院「教學部」合作密切，共同辦理師資培訓，確保教學品質一致。臺大醫院教學主管也同時是醫學系教師兼主管；醫學系吳主任與各教學單位、教學主管、教師溝通順暢，能夠有效治理醫學系，確保各教學單位有足夠的師資與良好的教學品質。由於臺大醫學系未有地理分隔之教學地點的情況，本準則不適用。

準則判定：不適用

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：

臺大醫學系學生主要在臺大醫學院和臺大醫院上教學、實習；Problem based learning(PBL)小組討論和臨床實習皆依課程大綱隨機分組，或由學生自行分組、選科，再由負責教師調整；因此確保教學地點、學習路徑及教學品質一致。由於臺大醫學系未有地理分隔之教學地點的情況，本準則不適用。

準則判定：不適用

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：

臺大醫學系學生主要在醫學院與臺大醫院上課、實習；所有基礎、臨床教學

師資皆來自臺大醫學院與臺大醫院，醫學院的「共同教育及教師培訓中心」與附設醫院「教學部」合作密切，共同辦理師資培訓，確保教學品質一致。臺大醫院教學主管也同時是醫學系教師兼主管；醫學系吳主任與各教學單位、教學主管、教師溝通順暢，能夠有效治理醫學系，確保各教學單位有足夠的師資與良好的教學品質。由於臺大醫學系未有地理分隔之教學地點的情況，本準則不適用。

準則判定：不適用

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：

臺大醫學系學生主要在醫學院與臺大醫院上課、實習；所有基礎、臨床教學師資皆來自臺大醫學院與臺大醫院，醫學院的「共同教育及教師培訓中心」與附設醫院「教學部」合作密切，共同辦理師資培訓，協助各教學單位制定各項教學計畫及評估方式，確保醫學生評量的標準一致。由於臺大醫學系未有地理分隔之教學地點的情況，本準則不適用。

準則判定：不適用

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：

醫學系學生主要在臺大醫學院與臺大醫院上課、實習；臺大醫學院教務分處定期公告各種獎學金及學費補助申請資訊；醫學系、附設醫院教學部與景福校友會共同推動各項人文活動、職涯輔導座談會，協助醫學生開拓視野、平衡身心發展。學生與系辦的聯繫管道通暢，不論親臨、電話或電子郵件，皆爭取時效為學生服務；醫學系所有學生皆於每學期註冊時投保學生平安保險；學生可持全民健保卡至臺大保健中心就醫，除健保外，享有學生身份之優惠。由於臺大醫學系未有地理分隔之教學地點的情況，本準則不適用。

準則判定：不適用

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：

「國立臺灣大學學則」第十七條制訂臺灣大學採用學年學分制，醫學系修業年限為六年另加實習一年；自 102 學年度起新入學之醫學系學生修業年限為六年。原採七年制醫學系入學之學生，倘遇延修(畢)或休(復)學，須依七年制相關規定完成修業課程。學則第十七條之一規定可延長修業 2~4 年的各項條件。從民國 99 年 8 月 1 日到民國 106 年 8 月 1 日止共有 18 名學生退學，包括成績不良無法在修業期限內修完學分而自行辦理退學者 9 人，因成績不及格而被退學者 5 人，因身體健康因素而自行辦理退學者 2 人，因故身亡者 2 人。

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. 臺大醫學系學生之各樣評量系統，皆於課程大綱載明。基礎課程採多元成績評定方式，包括平時測驗、期中、期末評量，評量施行之頻率與實驗要求等，由開課教師制定、提科/所之課程委員會、經醫學系課程委員會審議後，再提醫學院課程委員會通過後定案。臨床課程之評量系統，除傳統的紙筆測驗、學生簡報以評量醫學生的知識面學習成果外，並建置各項評量學生態度面、技能面的臨床評估工具，如mini-CEX、DOPS、CbD、OSCE、360度評估，各臨床教學單位依訓練特性有不同的施作頻率、制度、人員、分數之使用。評量方式不強調記憶能力，而注重邏輯分析、應用及解決醫學問題之能力，同時考量實習醫師之工作態度、責任感和人際關係，並依據病歷記載、病史詢問、理學檢查、數據分析、邏輯推理、治療處置及醫病關係進行整體評估，例如內科部評量成績所佔比例如下：病房實習45%、筆試20%、門診實習5%、小組

討論10%、OSCE 10%、portfolio 5%、病歷審查5%。此外，也透過醫學院的共同教育及師培中心、醫學系學生臨床實習委員會、附設醫院教學部、醫學教育委員會共同監測臨床各訓練單位有關訓練計劃執行之狀況，包括總結性評量、評估方法、回饋機制等，並於每年九月舉辦的新進教師研習會等策略達到教師評量的一致性。

2. 醫學系於2014年開始嘗試跨學系小組討論，安排醫技系四年級同學加入醫學系四年級的小組討論課；2015年藥學系、護理系加入四年級的小組討論課，2016年物理治療學系、職能治療學系、牙醫學系也加入醫學系三年級的小班討論課。不同學系的同學們在問題導向的討論中各有發揮，互相學習，雖可增進不同學系學生間的互動與了解對問題看法的異同，有助於適應未來跨領域合作的醫療環境生態，是一種跨專業的創意教學，值得鼓勵；訪評委員發現小組指導教師仍為醫學系原來之tutor，其他學系加入之同學多屬選修且人數較少，醫學系為基礎臨床整合課程，但其他系則為非整合性課程，因此在規劃此種課程時如何與其他學系溝通教學之目標、或如何與該系原有課程銜接或整合的問題等，都待進一步釐清與審酌。經由與幾位教師訪談，也發現培育跨學科與跨專業的師資有許多執行上的困難，需要更細緻的規劃、師資培育及整合。

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. 醫學系在人文課程部分使用小組討論，雖稱為問題導向學習(PBL)，但是仍然較屬於小組討論學習。也提供體驗學習。在「家庭、社會與醫療」科目之「告知壞消息」課程結合上課(lecture)、小組討論、標準病人演練及同學、教師回饋。六年級的「臨床倫理與法律」必修課程，課程議題多元，包含學生拍攝省思影片，心得的撰寫與討論。對於授課反應較不理想的教師會有主負責教師跟教師溝通，了解問題。醫學系有辦理師資培訓，醫學人文部分有定期檢討課程成效。

2. 臺大醫學系二、三、四年級實施號稱為問題為導向(PBL)的小組教學；小組教學各有兩位負責教師，每一學年度各年級的小組教學公開招聘小組教師，小組教師必須參加研習營，由負責教師說明課程目標與內容、學習評量與教學評鑑；隨後所有小組教師就小組討論進行方式、教案設計、評分方式取得共識。每學年學生以隨機分派方式分為 16 組，每組約有 8-9 名學生，由一位臨床教師負責指導，小組教師同時擔任該組同學的導師。每小組每週有 2 小時的 PBL 課程，由一位同學擔任主持人，學生主動準備與討論，教師以促進者 (facilitator) 角色積極協助討論之進行。各年級每學期負責教師召開小班教師座談會至少三次，教師們分享教學心得及討論小組教學所遭遇的問題。各年級負責教師每學期也舉辦學生代表座談會，聽取各小組學生對於課程內容、進行方式等之感想與建議，並據以改進 PBL 教學。二年級的課程結合醫學與人文，上學期以「醫師與社會」、下學期以「醫師與人文」為主題，目標在使學生熟稔小組討論技巧，藉由良醫典範之薰陶培養學生之道德情操，並經由醫學人文與社會層面之探討，涵養其人性與社會關懷。三年級的 PBL 小組討論配合解剖、生理的基礎課程，每個教案分尋找問題、討論、再搜尋資料與結論等三段式的方式進行；藉由三段式的課程設計促使學生主動發掘問題，並能整合與應用基礎知識來解決問題，提昇自我導向學習能力，達到問題導向學習之目標。四年級的 PBL 小組討論配合病理、藥理基礎課程，每個教案討論在當週完成。醫學系四年級同學開始進入臨床醫學的學習，教案內容的設計多由個案之臨床問題開始，引導學生在討論中整合應用基礎大堂課的所學。
3. 醫學系在二、三、四年級實施的小組討論近年來有許多創新，例如：醫二上學期的最後一堂課每一小組擇一主題做團體報告，全體師生立即給回饋。2012 年開始進行臨床隨行 (clinical shadowing) 活動，醫二及醫三的學生每學期各有兩次機會跟隨臨床教師學習，於門診、病房、手術室、實驗室或討論會觀察教師的工作，以增加對於未來醫師生涯的了解。2014 年開始嘗試跨學系小組討論，安排醫技系四年級同學加入醫學系四年級的小組討論課。2015 年藥學系、護理系加入四年級的小組討論課，2016 年物理治療學系、職能治

療學系、牙醫學系也加入醫學系三年級的小班討論課。不同學系的同學們在問題導向的討論中各有發揮，互相學習，增進對不同學系的了解，也為未來在醫療環境中的合作建立良好基礎。但委員也發現規劃與執行上出現的問題，如培育跨學科與跨專業的師資培育，需要更細緻的規劃及整合等。

4. 臨床教學引進教學門診、教學迴診、mini-CEX、DOPS、CbD、OSCE、360 度評估等教學、評量系統。各臨床教學單位依訓練特性有不同的施作頻率、制度、人員、分數之使用，學生知識面、態度面、技能面的學習成果並重；評量方式不強調記憶能力，而注重邏輯分析、應用及解決醫學問題之能力，同時考量實習醫師之工作態度、責任感和人際關係，並依據病歷記載、病史詢問、理學檢查、數據分析、邏輯推理、治療處置及醫病關係進行整體評估。
5. 醫學院共同教育及教師培育中心研習規劃組，以及臺大醫院教學部定期舉辦一般醫學師資訓練，包括醫學教育研習會、一般師培演講及工作坊、新進教師研習會、小班教學教師培訓研營、主治醫師教學技巧工作坊、人際與溝通技巧教學工作坊、潛在課程與專業素養工作坊、主治醫師進階教學研習會等，並派教師赴美國史丹佛醫學院學習 Stanford Medicine 25 身體診查教學技巧，持續提升臨床教師教學技巧。不過訪談時發現，仍有部份臨床教師只有參與線上學習課程，而未參與實體教學技巧提升課程。

準則判定：符合

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. 臺大醫學系五、六、七年級學生主要在臺大醫院實習；醫學院的「共同教育及教師培訓中心」與附設醫院「教學部」合作密切，共同辦理師資培訓，制定臨床科部訓練計畫，依五、六、七年級實習醫學生之需求，訂定完整可行的教學訓練內容，並依不同層級制訂具連貫性之教學目標及核心能力，以做為實習醫學生學習及教師教學之依據，透過醫學院的共同教育及師培中心、醫學系學生臨床實習委員會、附設醫院教學部、醫學教育委員會共同監測臨床各訓練單位有關訓練計劃執行之狀況，同時以教學滿意度調查、實習醫生座

談會、醫學生實習座談會、病房實習回饋調查等收集回饋內容，作為臨床教學參考，並制定實習相關規定、安全防護須知、感染管制、檢驗病理指引、病歷寫作及相關規範、藥物資訊及資訊系統使用指引及規範等制訂一系列規範及臨床指引，於實習前發給實習醫學生使用。

2. 臺大醫院的臨床醫師，包括住院醫師，均有良好的教學傳統，樂於教學；醫五醫六和醫七的學生實習，住院醫師或病房總醫師扮演重要的角色。各臨床科均設置訓練計劃課程主任和副主任，負責執行計劃及學生實習相關業務。醫五與醫六的臨床實習學生沒有直接承擔照顧病人的責任，少有病人安全的問題；醫七的實習醫師可專注照顧一至三床住院病人，與同病房的住院醫師共同值班，容易獲得協助和指導。

準則判定：符合

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. 醫學系各學科都設有 program director 負責課程之教學目標、教學內容、學習效果、及課程評估，醫學系學生實習委員會協助臨床實習課程及計畫之訂定及實習成效之評估和檢討，醫學院教育委員會之督導小組則定期到各科部督查，透過醫學院的共同教育及師培中心、醫學教育委員會檢討教學目標之落實，同時以教學滿意度調查、座談會、回饋調查等收集回饋內容，作為評量教學成效之參考。
2. 醫學人文課程在低年級除傳統紙筆測驗外，亦有小組討論、反思及論述性寫作或報告要求，但資料上少看見教師針對醫學生的知識、行為和態度給予的評量及回饋；教師表示大部分皆在課程/小組討論中直接回饋給學生。在中高年級學生則與標準化病人演練，再由教師及標準化病人評量後回饋。
3. 基礎醫學課程均明訂課程大綱，其中均揭露該學科成績評定方式，包括平時測驗、期中、期末評量，評量施行之頻率與實驗要求等，由開課教師制定、提

科/所之課程委員會、經醫學系課程委員會審議後、再提醫學院課程委員會通過後定案。

4. 臨床訓練部科均訂有實習醫學生訓練計畫，醫五、醫六、醫七年級臨床實習課程之評量採多元方式評量學生的表現，包括紙筆測驗、簡報臨床教學引進教學門診、教學迴診、mini-CEX、DOPS、CbD、OSCE、360 度評估等教學、評量系統。各臨床教學單位依訓練特性有不同的施作頻率、制度、人員、分數之使用，學生知識面、態度面、技能面的學習成果並重；評量方式不強調記憶能力，而注重邏輯分析、應用及解決醫學問題之能力，同時考量實習醫師之工作態度、責任感和人際關係，並依據病歷記載、病史詢問、理學檢查、數據分析、邏輯推理、治療處置及醫病關係進行整體評估。例如臺大醫院內科部針對醫五和醫七的學生實施個案報告，以六大核心能力做自我省思，並由負責臨床教師逐一回饋，可由學生報告中了解學生的學習與成長。

準則判定：符合

- 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. 醫學系、臺大醫院教學部與醫學教育委員會每三個月舉行會議，檢討形成性評量在學生輔導學習的效果；討論結果以文字回饋給各訓練單位與訓練課程負責人，以監測臨床實習「回饋」的落實執行。若發現學員學習成效不佳時，便依已建置的流程，啟動檢討改進機制。
2. 各學科所採用的回饋評量不盡相同，醫學系的多元評量包括平時測驗、期中、期末評量，針對態度與臨床技能方面的評量包括 mini-CEX、DOPS、CbD、OSCE、360 度評估等。透過醫學院的共同教育及師培中心、醫學系學生臨床實習委員會、附設醫院教學部及醫學教育委員會，共同監測臨床各訓練單位訓練計畫執行之狀況，包括總結性評量、評估方法、回饋機制等。
3. 臨床實習「回饋」的落實執行仍可更進一步加強，包括形成性評量之系統性規劃，例如在內科醫五年級的訓練計畫中有結構式形成性評量（structured

formative assessment)，實習過程中學生在每3週(共9週)結束時從團隊主治醫師及總醫師會收到一定的回饋(口頭及護照)，內科從醫五到醫七年級還有連續性的追蹤及對比，但其他科部就未看到有系統性的規劃 formative assessment；又不同科系使用的 mini-CEX 表格不盡相同，以及評量的標準不一，例如外科評量用 1-9 級、表現良好項目、評語、觀察時間、滿意度；小兒科用 A+ --- F 共 10 級，沒有填寫評語的地方；急診科用 1-9 級，有表現良好欄，但沒有觀察時間。缺乏系統性的規劃，以至於無法利用 mini-CEX 在各科的表現，長期追蹤學生臨床能力成長的情況，如此較難以比較學生在不同階段的成長；在訪談學生時發現許多學生在實習過程中，並不瞭解自己的學習進度與臨床表現，恐造成沒有足夠時間進行補救，等看到分數時已是數週到數月後，也不一定有質性的敘述。因此，醫學系對於形成性評量作為系統性規劃臨床科部「回饋」的政策和程序，以及監測臨床實習「回饋」的落實執行等方面，還有再加強的空間。

準則判定：符合，但須追蹤

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. 各臨床實習課程皆制定臨床實習訓練計畫，由專責教師擔任課程主任或訓練計畫主持人 (program director)，主導課程/計畫之制定、執行、監督與改善；依醫學系之學習目標，訓練計畫中明訂學習目標、師資、教學活動與安排、評量工具與方式；附設醫院教學部提供學習歷程檔案範例、學習護照以及筆試、口試、OSCE、mini-CEX、DOPS、CbD、360 評估等各種教學評估工具，供各科部參考。並透過計畫執行前的審查制度，確保各計畫之訂定與執行皆涵括形成性評量與總結性評量；各科部也依訓練特性，設計多元的總結性評量。
2. 醫學系、臺大醫院教學部與醫學教育委員會每三個月舉行會議，檢討形成性評量在學生輔導學習的效果；討論結果以文字回饋給各訓練單位與訓練課程負

責人，以監測臨床實習「回饋」的落實執行。

3. 此外，醫五、醫六、醫七年級實習學生都有學習護照，各科自行設計學習護照的評量項目，無明確的系統性規劃，以至於很難由學習護照的評量結果追蹤學生長期的成長表現。有部份學生認為，學習護照僅有提醒學習的功能。

準則判定：符合

- 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. 各科部實施「實習醫學生訓練計畫」時，考量訓練特性與學員的需求，應用 mini-CEX、DOPS、CbD、OSCE 等評估工具提供學生敘述性的回饋。
2. 醫學系與臺大醫院教學部共同制定與推廣的學習護照，將「能力里程碑」/EPAs (Entrustable Professional Activities)的精神融入護照中，但對於能力里程碑的達成、或技能、行為和態度等方面之敘述較少有個別化之質性回饋，臨床教師給予學生實習表現的質性敘述仍未完全具體落實。
3. 醫學人文及基礎醫學課程的評量較沒有質性敘述。不過，五年級的「家庭、社會與醫療」其中的醫病溝通與人際關係訓練，運用標準化病人參與醫學生的教育訓練課程，提供學生演練醫病互動及模擬的臨床情境，標準化病人於演練過程中，也參與醫學生評量，並會寫下質性的描述，於演練後參與師生的討論、給予醫學生描述性回饋。

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. 臺大醫學系與臺大醫院教學部依據 100 年 3 月 25 日全國公私立醫學校院院長會議第 51 次會議所通過之「醫學生畢業時基本能力之臨床技能評估方式與標準」，共 81 項醫學生畢業時必須精熟之臨床核心能力，同時參考國內、外的

醫學教育文獻、臺大醫學系醫學教育發展之需要，邀集各臨床科部醫學教育專家代表，共同訂定醫學生必須精熟之臨床核心能力清單，並考量不同學習階段的程度，制定實習醫學生的學習護照。醫學系內、外、婦、兒、急診科的臨床實習皆在實習課程的後半期舉行形成性評量的 OSCE；並以每年四月底至五月初所舉辦之「全國醫學系聯合辦理的 12 站 OSCE」為總結性評量，通過者則認定具備國家醫師考試第二階段分試的應考資格。

2. 臺大醫院教學部臨床技能中心和臺大醫院微創手術訓練中心均有教學型主治醫師負責，師資與設備精良，運作良好，醫五年級內、外、婦、兒科實習結束前均有 OSCE 測驗，直接評量核心臨床技能。大部份的科別採用 mini-CEX 評估學生的臨床表現。為了持續評量學生學習成果，確保醫學生學習成效，除在直接觀察下檢視醫學生核心臨床技能、行為和態度的表現外，更需要予以即時性的回饋與指導。然而，通過醫學生畢業問卷就學生病史詢問有被觀察的比例，從外科的 66.35%到內科的 97.12%，身體檢查有被觀察的比例則從外科的 69.90%到內科的 97.09%，各臨床科的 DOPS 仍然有加強品質之空間。

準則判定：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. 臺大醫學系依據全國醫學系共同訂定之畢業前應具備的 81 項臨床核心能力，以及六年制醫學系畢業生應具備的 80 項臨床核心能力，由各臨床訓練科部代表與附設醫院教學部規劃各階段實習醫學生應具備之能力，並根據各科部的訓練需求，針對各種臨床操作技術制訂「受訓醫師及醫學生監督規範」、「受訓醫師及醫學生侵入性技能監督等級要點」、「受訓醫師及醫學生之臨床能力訓練監督要點」，內容除了臨床操作技術外，也包括各層級實習醫學生應具備之醫學知識 (medical knowledge)、病人照顧 (patient care)、人際關係與溝通技巧 (interpersonal communication skills)、從工作中學習及成長 (Practice based learning and improvement)、制度下之臨床工作 (systems

based practice)、專業素養 (professionalism) 等六大核心能力。資深之醫療團隊成員每天依據訓練計畫進行臨床能力之評量與考核；醫學系與附設醫院的醫學教育委員會每三個月監測各臨床科部的醫學生訓練計畫執行情形，以確保醫學生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。

2. 醫五、醫六、醫七年級皆有不同訓練計畫書，描述各階段的教學目標與評量方式；針對侵入性操作型技能，臺大醫院訂有「受訓醫師及醫學生侵入性技術監督等級要點」，將監督等級分為四級：等級 1 為獨立操作、等級 2 為密切監督、等級 3 為在場監督、等級 4 為觀察者。此外，為加強醫五年級學生身體診察能力，特別增加三小時心血管(CV)、腸道(GI)加強課程。不過，實際晤談學生，大部分醫五與醫六年級醫學生不知道用帳號可以開處方。
3. 醫學系在規劃新制臨床實習課程時，準備導入 EPAs(Entrustable Professional Activities)是很好的嘗試，擬在內科部醫五與醫六年級訓練計畫中規劃 7 個 EPAs，醫五有 EPA1-5、醫六有 EPA1 及 EPA2，訪評委員發現 EPAs 應是五、六年級隨著訓練時間逐漸熟練，也就是逐漸增加可信賴度 (entrustability)，而非以五、六年級來區分 EPAs 的項目。

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：

1. 醫二、醫三年級每週有導師帶領的小組討論，醫三、醫四的解剖學、病理、藥理課程有 PBL 的教學，臨床實習則有病例為主(CbD)的引導式教學，評量與回饋依據不同課程採用不同方式，包括筆試、OSCE、360 度評估、DOPS、mini-CEX、六大核心能力等。小組討論指導教師皆由臨床主治醫師經挑選、教育訓練後擔任一學期。醫三基礎整合課程上學期 5 次小組討論、下學期 3 次小組討論；醫四基礎臨床整合課程上學期 14 次小組討論、下學期 15 次小組討論。101 學年三年級基礎醫學整合課程小組討論實施「發掘問題、解決問題、綜合整理」

三階段討論；結果顯示這些同學在 102 學年接受第一階段國家醫師執照考試通過率，成績自 67.8 (102 學年)、70.6 (103 學年)逐年進步到 70.8 (104 學年)，通過百分比自 80.7% (102 學年)、90% (103 學年) 逐年進步到 92.6% (104 學年)。

2. 臺大醫學系自 81 學年開始以 organ system 為基礎，實施三年級的基礎醫學整合課程、四年級的基礎和臨床整合課程；分為大堂課、實驗課和小組討論。從實地訪查和學生訪談，了解教學品質和到課率佳；課程內容豐富、詳盡、解說認真，但師生互動不是太熱絡。
3. 現場訪視發現醫學系五年級「家庭、社會與醫療」課程中，採用標準化病人來教導學生演練「告知壞消息 (imparting bad news)」之醫學倫理相關議題與溝通技巧，並由標準化病人與教師回饋方式來進行教學與評量。又例如內科部針對醫五和醫七年級的學生實施個案報告以六大核心能力做自我省思，並由負責臨床教師逐一回饋。
4. 醫學系對學生以小組討論、OSCE、臨床觀察等方式評量醫學生解決問題、臨床推理、決策和溝通的能力。每位醫學生於實習過程均有在晨會中口頭報告病例和學術論文的機會，在報告的過程，總醫師和主治醫師會適當地給予評論與回饋。實地至病房訪查醫學生所寫的病歷，有關病史的部份敘述良好，但對於診斷和處置的部份，則完全接受簽署住院時的診斷，尚不敢完全依據自己的問診和身體診察結果練習下診斷與擬訂處置計劃。

準則判定：符合

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. 醫學系以「全人照護」的概念來定義「一般醫學特質和能力」，從基礎醫學到臨床醫學逐次融入課程之中，而「自主學習能力」則以獨立思考、反思覺查、知識搜尋、判斷之思維循環模式來定義。臺大醫學系自 1992 年開始推動醫學

教育改革，採用 PBL 教學法，培育學生自主學習、解決問題能力；減少大堂課授課，加強基礎與臨床整合；加強人文、倫理、法律、實證醫學教學，提升專業素養；臨床實習強調做中學，加強基礎照護的能力。各年級的 PBL 小班教學，指導教師每次上課程皆會注意學生的學習狀況，同時注意是否達成「醫師的一般醫學特質和能力」及「自主學習能力」的訓練目標；期末並有報告撰寫，讓醫學生對整學期的學習進行反思與沈澱。每學期前、中、後的三次會議中，教師們分享、檢討教學與學生學習的狀況；期末共同教育及教師培訓中心舉辦課程檢討會議，檢討課程進行的狀況，以確保醫學生確實具備「醫師的一般醫學特質和能力」及「自主學習能力」。

2. 醫學系以六大核心能力作為不分科醫師所需特質和能力的評量面向，通過比較不同年級的 OSCE，例如曾芬郁副主任在內科所做的 5 年級到 7 年級對於六大核心能力掌握度的比較，以及畢業生問卷中對於六大核心能力自評中，可以看到這些能力養成的執行成效。

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：

醫學系課程地圖完整規劃出通識、醫學人文、基礎醫學和臨床醫學四大領域課程。醫學系有提供通識及醫學人文課程。通識課程配合大學部通識課程核心領域，其中部分一、二年級醫學人文（必修）課程認列通識（基本能力）課程。臺大醫學系自 81 學年開始以 organ system 為基礎，實施醫三年級的基礎醫學整合課程、醫四年級的基礎和臨床整合課程；分為大堂課、實驗課和小組討論，小組討論指導教師皆由臨床主治醫師經挑選、教育訓練後擔任一學期。從實地訪查和學生訪談中，了解教學品質和到課率佳；課程內容豐富、詳盡，解說認真。醫五、六、七年級皆有不同臨床訓練計畫，各階段的教學目標與評量方式也都具備。

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：

臺大的通識教育理念係由醫學系之共同教育及師培中心之共同教育小組負責。通識教育課程設計理念為引導學生以自我為主體，透過討論、思辨、批判與比較去瞭解自我以及周遭的自然世界、社會環境、時代與文化，也學習從他人角度來看待事物，從而體會成為關懷社會國家、重視公共利益、自然生態、彼此和諧共存的現代公民。核心課程包括文學、歷史、哲學、藝術、物質、數學、社會、生命。

負責通識教育的共同小組在醫學院所開設屬通識領域的醫學人文課程有追蹤成效檢討，配合臺灣大學之通識教育修習規定，臺大有完整的通識課程地圖，醫學系自八大領域選定 5 領域，所選課程必須涵蓋至少 3 領域，希望給予學生全人教育之奠基石。醫學系必須修 15 學分的通識課程，臺灣大學校本部提供豐富的通識課程，共有八大核心課程領域(A1-A8)，而醫學系指定領域包括 A1 文學與藝術、A2 歷史思維、A3 世界文明、A4 哲學與道德思考、A5 公民意識與社會分析。大部分的學生選屬 A5（公民意識與社會分析）領域，依據選課資料及學生訪談發現，部分學生對學習能自主規劃，然部分學生則仍保有通識營養學分（較不需學術承載度）想法。經進一步與學生訪談以及和校方通識負責主管了解，發現有幾門特別受醫學生歡迎的課程，在課程參與度及評量要求較鬆的傾向，舉例如其中一門課，兩百多位學生上課卻安排只能容納 100 位學生的教室，上課不點名，且整學期只交一份報告，其學生成績呈現過半 A 以上；有一門課甚至可以不上課，有過半成績 A+(120/225)；另一門則高達 149 人（修課人數 228）A+。

臺大醫學系的通識課程配合臺灣大學的通識教育課程，主要在於培養醫學生宏觀的視野，對社會、人文及環境等議題有較全方位的了解；醫學系開設與醫學相關之通識課程，包括「醫學與人文」、「醫療與社會」兩門課程。

通識教育除臺大希望提供學生「生存之人文、社會及自然環境建立互為主體性之關係外」，與醫學教育連結更可以奠定在醫學專業素養所需的自我覺察、人際關係、人類行為、社會與文化等等知識根基。有接受訪談學生談到，通識課程

不錯，但通常到了較高年級才了解人文社會等通識課程的意義。在整體通識課程方面，在新生入學時，是否也因較缺乏給予總體的「通識課程的設計理念」、課程論述及適當輔導與導引，而部分學生在選擇通識課程部分仍偏向人云亦云。如何能在臺大通識理念：「引導學生能以本身為主體去看待知識，透過討論、思辨、批判與比較，去瞭解自己，以及與己身相繫的自然世界、社會環境及時代與文化，也學習以他人的眼光看待事物，從而成為能關懷社會國家、重視公共利益及與自然生態和諧共存的現代公民」結合醫學生專業素養的發展，值得醫學系與校方相關通識課程負責單位再溝通討論。

準則判定：符合

2.3.3 醫學系的課程必須包括醫學人文教育。

發現：

1. 通識教育課程涵蓋八大核心領域，醫學人文與專業素養課程從一、二年級的文、史、哲、藝延伸到高年級的家庭、社會、醫療、生死、倫理、法律學，貫穿基礎與臨床課程，實踐通識教育的特性：基本性、多元性、整合性、貫通性。在臨床實習端，各科部之核心課程也包含生死、倫理與法律的實務病例討論，落實從學生—實習醫學生—主治醫師以病人為主之團隊學習。學習成效可從倫理敏感度(ethic awareness)、醫學人文知識(knowledge)、推理(reasoning)的角度來評估，電子學習檔案(e-portfolio)可提供縱向的追蹤。
2. 醫學系有屬共同教育中心下之共同教育小組負責醫學人文課程設計、持續性評估，並對其施行成效檢討與改善。該小組有堅強團隊及負教學熱忱的教師，除編制為醫學人文領域教師外，邀請人文社會科學教授參與授課，並依課程性質招募相關人文領域助教帶領討論。除此，已有多位臨床醫師參與課程，使得人文教學貫穿至臨床能更確實。
3. 臺大醫學系為培育「全人醫療照護人才」，從大一入學前的「醫學系習醫先修體驗學習營」開始，即展開了學生醫學人文的學習之旅。體驗學習營讓學生扮演不同的患者諸如目盲、四肢行動障礙等，並寫下承諾卡，對於培育以病人為中心之同理有所幫助。不過，醫生的人文素養、照顧病人中對人的敏感

度的培養，主要來自直接的病人照顧實作中，在五、六年級的臨床實習當中，醫學生直接照顧病人的機會及責任，以及藉由照顧病人所遇到的醫學人文問題做討論的機會還可加強。醫學人文設計理念與專業素養結合，課程結合專業課程貫連至臨床，然而課程地圖上卻缺少了三、四年級明顯的區塊，雖有回應是人文或專業素養相關課程較為融入式，但也顯示較不易看出其階段性目標。

4. 「醫學與人文」課程涵蓋文、史、哲、藝等面向，設計立意良好，是為大班授課，期間有帶領學生1~2次體驗學習，課程安排在一上，而二年級下學期另安排「醫師與人文」小組討論，由校總區人文相關助教支援帶領討論。兩次課程之間隔有一年。大班上課為知識面之建立，然也較無法提供足夠的互動，通常輔以小組討論，可以提升學生參與及知識層面的運用與思考。實地訪查亦發現，即便教師講演認真精彩，大部分後座的學生仍然從事與該課程無關的活動，這通常是一般醫學系人文課程大班上課的困境。而部分受訪的中高年級學生對醫學人文的課程直接印象亦為上課的課程或小組討論，鮮有能整體說出課程與小組討論的相輔相成。

5. 醫學系提供醫學人文教育相關課程包括：

醫一 醫學與人文(上學期)

醫二 醫療與社會、醫師與社會小組討論(上學期)、醫師與人文小組討論(下學期)

醫四 臨床醫學總論(與標準病人(SP)溝通實作演練；上、下學期)

醫五 家庭、社會與醫療(與SP溝通實作演練；上、下學期)

醫六 臨床倫理與法律(上、下學期)

醫七 臨床倫理溝通演練(與SP溝通實作演練；上、下學期)

醫七 醫學人文體驗課程(參觀醫學人文博物館，探討人的本質與特性，上、下學期)

此外，人文通識也整合至專業課程，如人文理念也融入在大體解剖學中。相較於過去通識人文與專業切斷式教育，目前在統整上改良很多。

6. 現場資料查證顯示，臺大醫學系倫理、文化能力、性別、溝通能力等帶入不同

課程中之模組訓練，但較缺核心能力階段發展里程碑 (milestones)，在不同階段間較難看出課程連貫性，可能導致部分學生較無法了解這些人文課程的目的 (根據學生訪談)。但如在上述通識教育所提，課程若能有整體論述，並貫連整個學習 progressive milestones 設定，會讓縱貫性課程更明確。

7. 五年級之「家庭、社會與醫療」是為利用家醫科實習而帶入課程，以議題方式小組案例討論，是為臨床結合人文，專業素養甚佳的設計。然觀察到有部分課程，即便教案已事先給學生，部分學生仍然未準備即參與討論，在討論中才以手機查閱資料，學生主動學習可再強化。但另一 breaking bad news 課程結合上課、小組討論、SP 及同學、教師回饋，是相當好的課程模式，如在人力，經費允許下，值得持續推廣。
8. 醫學院亦有特別用心在人文環境的形塑上，改善學生人文活動空間，在實體環境強化藝術氛圍，並規劃周遭提供學生討論空間，善用醫學人文博物館所提供的潛在學習課程等。而學生在這些有形及潛在的課程中，也有如楓城人文薈萃等刊物發行，紀錄展現學生的發掘自我學習過程。

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. 臺大醫學系三、四年級的基礎與臨床醫學整合之「問題導向小組討論」教導醫學生實證醫學 (evidence based medicine, EBM) 技巧並反覆練習運用；五年級到外科九週，前二週的核心課程再度強調 EBM 於臨床醫學之重要性與應用，接下來七週分派到各分科學習，每週至少有二個案例進行 PBL，訓練學生評讀文獻，對於新的診斷及治療方法也以 EBM 方式進行分析。對於醫學系課程應有解決臨床問題的能力訓練，實際訪視臨床訪視胸腔內科病房實習，採小組教教學，有 4 位五年級同學參加，由教師先有系統的詳細簡介如何身體檢查 (physical examination)，包括 paradoxical movement、purse lip、barrel chest、clubbing finger、palpation、percussion、auscultation……等，

並到 bedside 示範 PE，然後同學二人一組，在教師監督下對真的病人執行 PE，最後回討論室討論並回饋。乳房外科由實習醫學生收集住院病人目前及過去的病史與影像作病例報告，主治醫師對 mammography、axillar lymph node 的判讀、病史，都能即時予以回饋，實習醫學生也主動收集相關文獻，報告治療的策略。乳房外科週三是病房整合性臨床教學的時段，落實 Clerk-Intern-Resident-VS 的 bedside teaching，先在 primary care 的 Intern 帶領下，由兩位醫五同學先作 History Taking，然後在主治醫師的指導下作身體檢查(PE)，最後回到討論室再次檢視這位病人的影像檢查，共同討論，學生可以得到立即的回饋，以 bedside 真的病人作深入討論，包括檢查、治療、預後以及預計開刀方式，所有參與討論的同學非常投入，隔天可到開刀房(OR)看該病人的開刀，讓學習者得到比較完整的知識與技能。而小兒外科病房實習教學，由五年級同學到病房接新住院病人，獨立做 history taking 及 PE，然後每位同學到討論室報告病例，教師針對病例向同學一方面引導式提問，一方面教學，做為 decision making 的基礎，同學在住院醫師監督下開立 assessment 的醫囑，學生能實務的從真實病人及家屬學到溝通、醫學知識、病人照護、臨床技能…等臨床核心能力，培訓解決臨床問題的能力。

2. 六、七年級學生於各次分科晨會及期刊文獻選讀(journal reading)時，參與個案討論及最新文獻研讀；三週內需報告 1-2 次，並由教師指導與評論。實際病人照顧時，也要求學生搜尋最新文獻之醫學研究進展，為臨床照顧所遭遇的問題，尋求最佳的解決方法。經由這些訓練，醫學生應能夠根據實證和經驗培養慎思明辨的能力，應用 PubMed、UpToDate 等資料庫搜尋最新的醫學研究進展、嚴謹地評讀論文、評估及應用新的診斷、治療方法，但實地訪查發現仍有部份學生並未能應用實證醫學於臨床照顧。

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：

醫學系的培育計畫第二階段為專業課程，包括基礎醫學、臨床醫學及醫學人文。有關醫學人文包括小組討論與體驗學習。基礎醫學包含 9 個基礎學科臨床 18 個學科，提供學生能將基礎融合臨床醫學基本原則暨其科學概念。

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. 由評鑑資料顯示，基礎醫學課程包含臨床相關生物醫學內容，並透過系、院、校各級的課程委員會，基礎和臨床醫學教師能相互溝通協商，104 年度第一階段國考通過率為 92.56%(全國平均通過率為 63.33%)，2016 年畢業生填答基礎醫學課程整體滿意度從 3.27 ± 1.11 到 4.29 ± 0.83 不等。
2. 臺大醫學系二年級安排「生物化學」、「寄生蟲學」等基礎醫學必修課程，三年級安排生理學、大體解剖及實驗、組織學、胚胎學、微生物免疫學、神經解剖學以及解剖生理小組討論等基礎醫學必修課程；四年級安排病理學及實驗、藥理學、病理藥理小組討論；五年級除臨床醫學課程外，安排必修的「臨床病理討論」，以保有基礎醫學課程之浸潤；六年級之後，則開放醫學生選修基礎醫學課程。如此安排，讓醫學生能夠熟悉現代科學知識、觀念和方法，做為將醫學研究成果應用於個人與群體之健康照護及醫療的基礎。

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. 臺大醫學系生物化學、大體解剖學、組織學、胚胎學、神經解剖學、微生物學、免疫學、寄生蟲學、生理學、藥理學等必修課程皆包涵實驗課程；其中生理學與藥理學實驗課程透過課程設計與安排，學生得以直接應用科學方法，準

確觀察生物醫學反應，並且收集、分析、解讀科學數據（實際或模擬）。

2. 醫學系的課程除了基礎醫學課程包含實驗操作外，臨床課程也包括實際操作及模擬練習，例如藥理學實驗及生理學實驗包含了神經、肌肉、血壓、呼吸、心電圖…等生物醫學反應的科學觀察與分析。

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：

臺大是研究型頂尖大學，提供醫學系師生豐富而多元性的研究機會，醫學院在 2015 年共有 777 件研究計劃，經費為 15 億 8 百多萬元。2015 年發表 SCI 論文 2119 篇，SSCI 論文 172 篇，從 2015 年起舉辦基因體中心暑期研習營，醫學系也開設有「醫學士論文」、「進階醫學研究」等選修課程，鼓勵學生共同參與研究，由臺大醫學院專任教師或附設醫院的臨床教師擔任研究指導，於寒、暑假或是學期中參與研究；醫學院並有「財團法人臺灣醫學發展基金會論文獎」等多項獎助醫學生參與研究之獎學金；另每年度編列預算，公開表揚全院研究表現優異者，並頒贈獎金以資鼓勵。2016 年學生參與的研究計劃共有 12 項，2015 年 14 項，2014 年 19 項。最近三年(2014-2016 年)醫學生參與科技部計劃的人數(每年 7-13 人)，研究成果獲得臺灣醫學發展基金會獎勵人數(每年 3-5 人)，以及獲得吳健雄學術基金會人數(每年 1-3 人)。與學生訪談，大多數學生都知道有機會參與教師的研究，但自己實際參與者很少。

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：

醫學系課程中，關於學術倫理及不當學術行為，在二年級上「醫師與社會」小組討論的教案 27：「參考、引用與抄襲」；以「轉譯醫學研究」及「研究倫理」

為教學目的之正式相關課程為六年級「臨床倫理與法律」課程第 10 單元：「醫學研究倫理」中有所討論，係採多元評量的必修課程，包括小組討論互評、時事案例報告師生共評、心得報告教師評分、紙筆測驗…等。因此，在「轉譯醫學研究」及「研究倫理」方面的教學，僅有在 2 年級及 6 年級各有一次討論，強度似乎不夠；臺大醫學院蔡甫昌教授已在「臺灣學術倫理教育資源中心」參與發展學術研究倫理網路課程，該課程並未被採納在醫學系課程內。

訪談學生時，大部份的學生不記得曾學過有關學術倫理的課程，也不清楚什麼是學術倫理，以為學術倫理就是臨床倫理，畢業生調查對倫理教學滿意度相對偏低。臺大醫學系有引領臺灣醫學倫理教學的教師，在這方面應更有能力強化訓練。臨床和轉譯研究的基礎醫學與倫理原則應如何執行、評估、和對病人解釋，並應用於病人的照護上是關鍵，光只修完課並無法達成目的，重點在於臨床照顧病人時能運用所學。

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：

臺大醫學系臨床教學課程之設計主要「以病人為中心」之跨團隊、跨領域的整合性全人照顧，以五年級的必修「家庭、社會與醫療」課程為代表，整合了科技醫療、家庭醫學、社區醫學三個面相，每一面向各兩週，共為期六週。前兩週的家庭醫學課程有八大模組，包括家庭醫業，社區醫療，行為醫療，預防醫學，緩和醫療，老年醫學，倫理法律政策，醫療與社會。該課程內容涵蓋了預防醫學、健康促進、急性、慢性、長期、復健和臨終照護等重要觀點；並經由體驗學習、標準化病人等多元教學策略，以涵蓋知識、技能、行為和態度之學習；教學場域也涵蓋醫學中心、區域醫院和基層診所；最重要的是由跨領域、跨團隊、跨場域的師資共同參與課程的推行；開課單位定期辦理師資群的討論與意見交流，以確實檢討、改善。

實地參加靈性關懷討論會，由總醫師主持，住院醫師報告病例，資深主治醫

師在場指導，還有宗教師、營養師、護理師、社工師、心理師參加，討論團隊就接觸狀況、接觸行為觀察，針對病情告知、死亡準備、如何善終等議題進行團隊合作會議，分配工作，醫五和醫七的醫學生也在場，這是學習全人醫療的極佳範例！「家庭社會醫療」課程內容非常豐富，但總計只有六週，在每一個學習單元的時段很短，其最終的學習成效，有待評估。

實地參訪家醫科門診教學，主要訓練對象為第一年住院醫師，每週看一次教學診，有三個攝影機，診間隔壁有控制室，也有單向鏡，主治醫師可以看到住院醫師的看診過程；看完診，住院醫師會來控制室請主治醫師指導並確認住院醫師撰寫的電子病歷；家醫部每年會有一次錄影帶討論會，請住院醫師自行挑選一段影帶，接受主治醫師評論與指導。這是很好的教學門診訓練模式，只是醫五學生只有一週在家醫科實習，沒有安排教學門診，醫學生只能自行利用空檔，請求總醫師安排旅遊、戒煙、減重等特色門診。

準則判定：符合

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：

臺大醫學系五年級的必修課程：「家庭、社會與醫療」整合了科技醫療、家庭醫學、社區醫學等三個面相，每一面向各兩週，共為期六週；其中科技醫療由附設醫院影像醫學部負責醫學生的教學，主題包括有各式影像診斷學、侵入性與非侵入性治療之介紹；社區醫學則主要以基層醫療機構之參訪與社區健康營造之活動參與為學習主軸，前往基層醫療院所、公立衛生所、群體醫療執業中心、地區醫院(臺大雲林及金山分院)、長照機構、健康照護基金會、安寧緩和醫療機構等基層醫療照護單位，學習體驗基層醫療作業、民眾健康促進、社區資源應用、長照安養計畫、緊急醫療及防災系統、預防醫學、衛生行政、身心輔導、居家安寧緩和醫療等以社區居民為中心的健康照護活動，並實作學習民眾衛教、公衛調查與居家訪視等項目；醫學生除學習最基層醫療院所之跨領域的一般醫學，也學

習第一線急診醫學的處置以及高齡化社區的老人醫學等。

除了醫學系五年級六週的「家庭、社會與醫療」必修課程外，急診醫學和老年醫學是基層和社區醫療的重要臨床實習項目，急診醫學實習，醫五必修實習一週，醫六自選六週，醫七自選四至五週。實地訪視急診部，七年級實習醫師可以看診班 12 小時、大夜 12 小時、重症區 12 小時；但醫五學生到急診部實習一週，學習以核心課程的授課為主。

準則判定：符合

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. 臺大醫學系於五年級開設「門診醫學及急診醫學」，除安排於急診醫學實習 1 週外，並安排於皮膚科、耳鼻喉科、骨科、眼科、泌尿科門診各實習 1 週，讓剛進入臨床的實習醫學生有機會接觸門診病人。五、六年級的臨床實習，所有臨床科部皆考量各該科部之訓練特性、訓練需求，訂定實習醫學生訓練計畫，各有不同的門診與病房實習的規劃；以內科為例，五年級的學習以病房學習為主，到七年級實習時則開始會加入門診教學，讓學員逐漸能有醫療體系的整體觀、全人醫療照護的概念、延續性的疾病照護學習；但以家醫科為例，則自五年級的學習便開始體驗社區醫療以及門診照護的模式，比起內科有更多門診學習的比例。受訪學生對於五、六年級的 Hands on 機會仍期待可以增加，包括到門診及開刀房的學習，臨床實習仍然比較偏重上課。
2. 實地訪查某科教學門診，安排四名醫五學生和一名醫七學生，兩名醫五學生一組先在隔壁的學生門診(student clinics)對一名病人問診並撰寫初診病歷，學生門診(student clinics)空間很小，兩名醫五學生共用診間，共同問診，一名學生必須坐在床上，問診完，要填寫一般初診病歷，主治醫師修改後，送回病歷室掃描成 PDF 檔，上傳到病人的檔案，成為正式病歷的一部份。醫七學生則跟在主治醫師旁看診。

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：

臺大醫學系無論在醫學人文與專業素養的八大領域或醫學生六大核心能力裡，「溝通能力」(communication)皆為其要素，呈現其對溝通能力之重視。而在課程上，有橫向與縱向設計：一、二年級學習通識與藝術人文科學，開拓視野，累積人生經驗，提升同理心；三年級學習醫學專業的知識建構、辯證思考以及團隊合作學習，藉以累積人際溝通經驗；四年級「臨床醫學總論(一)、(二)-內科分組實習」則是接續三年級所學，除循序漸進學習更深入的醫學專業知識外，並學習將病史詢問、理學檢查等技巧融入於醫病溝通、人際溝通之中，為五年級臨床實習之基本心態作準備。五年級則在跨科課程「家庭、社會與醫療」之中，以個案討論、迷你演講、課外學習、臨床實境體驗與標準化病人的互動演練，學習醫病溝通，並以 OSCE、mini-CEX 等方式評估溝通技巧能力。七年級臨床實習的醫病溝通教學，各臨床科部考量其屬性，如兒科部的醫病關係有其特殊性，各有不同之教學策略與方式。

然，對溝通技巧從人際溝通(interpersonal)到醫病(doctor-patient)溝通，甚而跨科溝通(inter-professional communication)的架構上，可以更有階段性(milestones)的建立，以提供學生教師對該系此重要核心能力的教學及學習的目標的了解；而低年級階段溝通能力是以期待培養人文素養及同理心發展，亦可加入上述所提通識課程論述。根據訪談，臨床前的溝通能力評量大部分以教師口頭回饋為主。

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：

臺大醫學系有關暴力和虐待的診斷、預防、適時的通報和處置等，在五年

級「家庭、社會與醫療」、六年級「精神醫學」、「急診醫學及實習」等課程中提到。有學生受訪時表示，在小兒科實習時曾學會兒童虐待的通報。

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：

臺大醫學系在「跨文化」醫療照護能力的訓練上，雖在各學習訓練階段都有帶入，大部分訓練落在臨床學習；態度、知識等養成是漸進的，臺大醫學系尚需更明確的發展跨文化能力（態度、知識、技能）教學目的。首先，定義跨文化照護能力以及其所涵蓋的不同信仰及健康信念的族群。

醫學系低年級在不同帶狀「醫學人文課程」中，點狀加入一些議題的講演，如大二課程之醫療和社會課程中，探討如何透過制度設計、權力關係、文化價值等面向，來了解病痛的社會生成，亦有帶入傳統醫療的歷史背景探討，及疾病污名化。然此階段較屬知識層面帶入，在對不同文化和信仰人們之不同健康信念之覺知（awareness）及態度養成，若有更明確設定此階段的教學目標，甚而在社會學及心理學課程亦有部分連結，搭配臺大醫學系已規劃完整的服務學習，而至高年級的服務及臨床學習，將對貫連跨文化照護技能培養（如溝通能力）發展更有成效。

至於三、四年級則較缺乏跨文化能力發展的貫連，雖在四年級有提供標準化病人互動思考醫療與文化的相關性，運用課程所提供之各種醫病溝通模式，進行不同文化考量下醫病溝通，進行「跨文化」醫療照護。但所提供的資料較難以看出這方面的實際作法及成效，例如如何將種族、性別、宗教、移民、社經地位、輔助醫療不同族群等等帶入醫病溝通評量。訪談四年級學生對文化知能也無太多概念，於訪視現場所提供的三年級學習案例「遺傳基因」，引用 Angelina Jolie 的案子，雖主要討論倫理議題，但案例本身即有文化、性別議題，若能在議題（learning issues）加入討論或強化此階段在跨文化訓練的貫連，可以學習跨文化知識、態度甚至溝通能力。

在五年級「家庭社會與醫療」則有醫療與文化、臺灣的醫療文化、傳統中醫之各種療法文化議題討論，並參觀中醫醫院和臺大醫院輔助及整合中心，有助醫學生瞭解跨文化的醫療，是對臺灣醫療文化及輔助醫療等為涵蓋面較廣的訓練。所提供的金山社區醫學訓練課程中，有一分組報告特別就醫療與文化提到外籍配偶與新臺灣之子，該作業有深度對不同族群新移民的觀察反思，訪視現場有提供這學期（2016年11月）該課程學生個別的課程反思，有一位學生觀察到拜訪生病的阿嬤因腳抽筋使用中藥，卻也描述自己不知如何反應及判斷。而這也顯示學生尚無法結合之前的所謂的課程，強化其跨文化照護準備度，這可供醫學系在相關文化能力課程成效上的參考。

實習醫學生有六大核心領域之溝通能力和專業素養，有涵蓋到對不同種族、文化等，臨床科別列入溝通能力項下的「能尊重不同文化、種族、信仰、情緒、及各年齡層的病人以及其他醫療團隊成員」為學習及評估標的。如何將前階段態度的養成與知識的取得，轉成臨床照顧能力。而在臨床階段評估亦發現，雖在溝通能力及專業素養有評估，但有些是套裝式評估（如溝通能力一項），雖列出要點，但每科評量內涵不同，只有少數科別提到上述幾個跨文化能力要點。從評估表較無法得知如何評量學生在不同族群看待健康和疾病及對各種症狀、疾病和治療的反應及技能。

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：

1. 臺大醫學系有開設如二年級「醫療與社會」課程，探討女性主義生命倫理、醫療場域中之性別不平等之性別平等相關議題，以及五年級「家庭、社會與醫療」課程，安排跨文化議題之演練案例，讓學生在與標準化病人互動的過程中，能夠思考醫療與文化的相關性，運用課程所提供之各種醫病溝通模式，進行不同文化考量下之醫病溝通，之後並由標準化病人給予質性與量性的回饋，以確保課程已達到教學目的，在有關文化能力、性別、倫理、同理等等

等方面，都是以此為評量重點，如何在標準化病人訓練及OSCE 檢核這些能力，這部分需更明確說明。該課程亦講授醫療的公平，疾病污名化，並藉由五年級課程進一步提供課程及社區照護經驗了解社會各種健康照護不平等的差異。課程也提供了解人口快速老化及社會照顧功能萎縮下的需求變化，制度、社會快速變遷所衍生的健康照護議題，這擴展醫學生在臨床學習視野之外，給予更宏觀的「系統思維」與「社會責任」導向。透過小組討論以及校內外的體驗學習活動，加上資料的收集、聽課、活動參與、反思、討論與回饋、親身體驗的循環，引導學生鍛鍊自我反思能力，覺察可能的偏見。

2. 性別方面則有「醫療與社會」中，講授社會之不平等中提到，課程中講授女性主義生命倫理、醫療場域中之性別不平等時，有探討性別平等相關議題。六年級的「臨床倫理與法律」必修課程，其中有關「生殖醫學倫理」、「器官移植倫理」等主題，涵蓋健康照護之性別與文化偏見等議題，課程多元包含學生拍攝省思影片，心得的撰寫討論反性別與文化偏見。

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：

通識教育課程涵蓋了八大核心領域，醫學人文與專業素養課程從一、二年級的文、史、哲、藝延伸到高年級的家庭、社會、醫療、生死、倫理、法律學，基礎與臨床課程，實踐通識教育的特性：基本性、多元性、整合性、貫通性。在臨床實習端，各科部之核心課程也包含生死、倫理與法律的實務病例討論，落實從”學生—實習醫學生—主治醫師”以病人為主之團隊學習。經由醫學倫理和人文價值的教導，在臨床實習階段，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。

在醫學人文課程，臺大醫學系二年級「醫療與社會」課程中之「生命倫理學」介紹當代生命倫理之發展、理論、方法與主要議題，期能幫助修課同學對於

生命倫理學有一基本瞭解與興趣，奠定日後學習臨床倫理與法律議題之基礎」，其中針對醫學倫理的原則、醫師誓詞、臺大醫院倫理守則有詳細之介紹。六年級必修之「臨床倫理與法律」課程之「醫療專業主義與醫療組織倫理、醫療工作中的利益衝突」，讓學生討論有關利益衝突的觀念與如何管理及處置，了解「利益衝突的迴避」包含：醫病之間、醫師與廠商之間、醫師同儕之間、師生之間等。臺大醫院在 2003 年制定「臺大醫院醫療人員行為規範」，針對病人、廠商對於醫師之餽贈，提出明確之規範，亦在本課程教導醫學生。

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：

1. 臺灣大學制定「國立臺灣大學服務學習課程施行辦法」，所有學生必須修畢必修之服務學習(一)、(二)與(三)計三課程始得畢業。臺大醫學系配合學校服務學習政策，提供必修之三階段服務學習，並在中高年級提供國際志工服務機會。在第一階段及第二階段各為 16 小時，由學生依據個人興趣，參與不同的社團服務或機構服務。在第三階段之學習為 40 小時，除仍保留學生自主學習活動規劃至社區及邊遠地區服務外，並由系辦與醫療機構（主要為臺大醫院），醫學系服務學習有專屬負責助教，統籌協助學生進行服務學習，與社工室合作，溝通無礙，並設有流程及訓練課程供學生參考學習。
2. 臺大醫學系學生可參與的志工服務學習活動十分多元，包括(1)醫學系合作之服務單位，如門診區、急診區、病房服務；(2)臺大各服務性社團開設的服務活動，如臺大醫學院學生社會服務團(醫服團)、臺大傳統醫學研究社、臺大光鹽社臺東蘭嶼服務、臺大世界志工社印度孟買服務隊；(3)社會服務，如康泰醫療教育基金會好醫師先修營、臺東基督教醫院醫療見習營、恆春基督教醫院醫療傳道見習營；(4)國際醫療服務：由醫學院國際事務中心與醫學系聯合附設醫院新竹分院辦理拉達克醫療服務隊，由臨床教師帶領熱心服務的醫學生前往北印度拉達克進行醫療服務與學習。為鼓勵與確保同學參與服務活動，服務學習課程屬必修課程，預算經費皆在校方教務、學務經費規劃之內；

除教師專責指導，協助學生進行活動規劃外，活動經費也可透過各種管道獲得補助；醫學系與附設醫院統籌提供各類師資、行政人力、行政聯繫、醫藥用品及醫療器材，提供多元醫學相關講座，鼓勵學生參加並認證服務學習講座時數。

3. 醫學系設有楓城利他獎，實質鼓勵學生的志願服務。而依據學生訪談，其服務學習課程給與不同面向的體驗學習，有些學生表示至偏遠地區的服務讓他們自發性的再回去服務，而亦有學生表示其服務學習的經驗讓其能將課堂上所學的心理學、社會學等有所反思與運用，達到"頂石" (capstone)效果。
4. 整體而言，臺大醫學系服務學習自規劃面至成效面都相當有顯著，在發展利他精神及社會責任是潛在的課程導向培育良醫的目標。

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：

有多元選才的管道，包括個人申請、考試分發、僑生分發、奧林匹亞入學、繁星推薦入學、政府赴外工作子女就學管道、離島及原住民名額、僑生單獨招生、「希望入學」招生案(須符合1. 近3年為低收入戶或中低收入戶；2. 特殊境遇家庭；3. 新移民子女)及海外僑生及港澳生高中推薦入學案，及衛福部20名公費生名額。

推甄考試內容包括術科及面試。面試命題依據醫學系招生委員會議訂定之人格特質及能力向度設計，每位考生面試時間約為30分鐘，面試考官有充分的時間觀察及了解考生特質，並依關懷弱勢及對社會的熱誠、科學分析、邏輯思考及獨立判斷的能力、倫理判斷能力、表達溝通能力等四個面向對考生進行綜合性評估。面試考官亦有培訓機制。

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：

國立臺灣大學醫學院醫學系特設醫學系招生委員會遵照「國立臺灣大學醫學院醫學系甄試入學招生辦理細則」所訂定的甄試入學招生方式及程序、審議及修訂錄取標準、決定錄取學生及其他招生相關事宜辦理招生手續。個人申請簡章、公費生及繁星推薦簡章都已上傳到大學甄選入學委員會的網站上，而「希望入學」由學校統籌辦理審查、僑外海推生是單獨招生。

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：

國立臺灣大學醫學院醫學系特設醫學系招生委員會，負責挑選醫學系學生的任務以及分析相關資料，招生委員會設置委員 15 名，委員任期為一年得連聘，而行政主管的任期則因職務異動而有所更換。挑選醫學生的評分方法包括已建立的「評分的客觀性及一致性」、「評分項目及標準訂定」及「評分紀錄方式」。面試委員都有經過培訓，考官對於評分都有先做充分的討論與溝通。

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：

挑選醫學生的評分方法依據已建立的「評分的客觀性及一致性」、「評分項目及標準訂定」及「評分紀錄方式」。面試委員都有經過培訓，考官對於評分都有先做公開充分的討論與溝通，未受任何政治、宗教或財務因素的影響。

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：

目前升學管道設有繁星推薦、個人申請、指考分發、僑生分發、奧林匹亞、在地養成公費生、駐外人員子女、重點科別公費生、僑生海推生及希望入學等十種管道。105 學年度多元化入學管道新增下列 4 項：(1)僑生單獨招生案(馬來西亞獨立中學)錄取 1 名。(2)「希望入學」招生案(須符合 1. 近 3 年為低收入戶或中低收入戶；2. 特殊境遇家庭；3. 新移民子女)錄取 1 名。(3)105 學年度海外僑生及港澳生高中推薦入學案。(4)衛福部 20 名公費生名額。其中，「希望入學」招生主要嘉惠低收入戶或中低收入戶、特殊境遇家庭及新移民子女，頗有特色與意義。事務工作係由系辦公室人員一起承擔，財源從考生支付費用核銷，不足額由醫學院補助，105 年不足額費用高達 78%皆由院補助。

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：

醫學系依教育部特殊教育法第三條之規定定義身心障礙，係指生理或心理障礙，分類共有 13 種，甄試招生的身心障礙則分成 6 項：視障、聽障、腦性麻痺、自閉、學習障礙及其他障礙，其升學的甄試招生特殊管道統一公告於身心障礙學生升學大專校院甄試招生網站，並於個人申請招生簡章說明辨色力異常或語言、聽力、行動及精神嚴重障礙等，會影響學習及照顧病患者，宜慎重考慮。

醫學系並未限制身心障礙學生入學，故以往進入該系就讀者仍有聽障生或辨色力弱(色弱)等。而教職員均理解須保障身心障礙者之就學權利，並視需要給予必須之協助。臺大修業規定亦遵照相關規定對特殊教育學生鑑定及就學輔導委員會鑑定為身心障礙安置就學之學生，得延長修業年限，其延長之期限合計不得超過四年。

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：

相關資訊在臺灣大學教務處網頁皆可查到簡章、課程綱要、招生資料、最新學校年度行事曆及各種課程選項、必修(選修)課程。臨床實習的各項課程及訓練排程資料可由附設醫院教學部教育組網址查詢。

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：

醫學系依「國立臺灣大學醫學院醫學系接受國外院校醫學生臨床見習處理原則」接受國外院校醫學生見習，在不影響該系學生教學資源下，可以拓展師生學術交流、增長同學的國際觀。另依據「國立臺灣大學醫學院醫學系轉系辦法」，提供該校有志於醫學志業的同學轉系。醫學系為確保短期訪問學生人數不影響既有容額及教學品質，要求各科部於考量原長期實習學生數目後，每年提報予教學部各月份可接受短期訪問學生人數，各校再依各科部各月人數薦送學生。

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：

臺大醫學系訂定「國立臺灣大學醫學院醫學系轉系辦法」，明訂轉系規定及嚴格的審查程序，以確保轉進醫學系的他系學生在各方面均具備了等同於將轉入後同班同學的程度。轉系之實施辦法公開公正與公平，並公告於教務處網頁「國立臺灣大學轉系、輔系或雙主修專區」及國立臺灣大學醫學院醫學系轉系辦法之規定辦理。

準則判定：符合

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：

該系完整留存每位訪問醫學生之個人檔案，且只收就讀學校為美國、加拿大、比利時、德國、法國、義大利、盧森堡、荷蘭、丹麥、愛爾蘭、英國、希臘、西班牙、葡萄牙、奧地利、芬蘭、瑞士、南非、澳洲、紐西蘭、日本、新加坡、瑞典、冰島、挪威等 25 個國家及香港地區之學校及與臺灣大學或醫學院簽有建教合作合約之學校，或經世界醫學生聯盟(IFMSA)及國際牙醫學生聯盟(IADS)所轉介者。國外訪問醫學生名冊正本由醫學系管理，副本由教學部留存。

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：

醫學系依「國立臺灣大學醫學院醫學系接受國外院校醫學生臨床見習處理原則」接受國外院校醫學生見習，在不影響該系學生教學資源下，可以拓展師生學術交流、增長同學的國際觀。另依據「國立臺灣大學醫學院醫學系轉系辦法」，提供該校有志於醫學志業的同學轉系。醫學系為確保短期訪問學生人數不影響既有容額及教學品質，要求各科部於考量原長期實習學生數目後，每年提報予教學

部各月份可接受短期訪問學生人數，各校再依各科部各月人數薦送學生。

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：

醫學系設置的輔導制度整合教師、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，能發揮其生活、輔導和學業指導的功能。並訂有醫學生輔導之相關辦法如「導師制實施辦法」、「學生輔導委員會組織規程」、「醫學院醫學系導師工作暨導生輔導委員會設置辦法」等。

導師制度經多年的實踐，顯示功能良好，為增加導師輔導功能，採小班方式，每位導師平均編排6-8位導生，每年約有140位醫學系教師擔任導師，小班編排的方式讓學生受到較多的關注。醫學系辦公室同仁與導師保持密切聯繫，若有學生考試成績不佳或其他需要輔導之狀況，立即知會導師加強輔導。一年級以基礎學科教師擔任導師、提供學生接觸參與基礎研究的機會，二~四年級由小班臨床教師兼任導師，每週與學生密切互動，五~七年級由資深臨床教師擔任導師以協助同學適應或解決臨床問題。與學生訪談皆一致肯定由小班臨床教師兼任導師的制度，甚至以這些導師為學習典範(role model)，例如：謝松蒼、吳建昌、葉育彰、戴浩志、戴春暉、吳明賢、張逸良教授等人都受到學生肯定；委員進一步發現該制度尚有安排醫學生「early clinical exposure」及「clinical shadowing」的機會。

此外，心理輔導中心培養eNTU PEER，建立學生同儕間的關懷支持網絡，可以早期發現有問題的同學。結合各輔導資源(例如宿舍輔導員)，協助關懷住宿學生；小教師制度，可以協助學習困難學生。

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：

醫學系設置的輔導制度整合教師、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，能發揮其生活、輔導和學業指導的功能。並訂有醫學生輔導之相關辦法如「導師制實施辦法」、「學生輔導委員會組織規程」、「醫學院醫學系導師工作暨導生輔導委員會設置辦法」等。心理輔導中心培養eNTU PEER，建立學生同儕間的關懷支持網絡，可以早期發現有問題的同學。結合各輔導資源(例如宿舍輔導員)，協助關懷住宿學生；小教師制度，可以協助學習困難學生。

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：

醫學系設置的輔導制度整合教師、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，能發揮其生活、輔導和學業指導的功能。並訂有醫學生輔導之相關辦法如「導師制實施辦法」、「學生輔導委員會組織規程」、「醫學院醫學系導師工作暨導生輔導委員會設置辦法」等。

準則判定：符合

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：

醫學生在外國修習選修課程，由系辦統籌管理課程相關行政事務，除了進行事前審查相關作業及核准醫學生所提出的校外選修課程之外，並要求收訓臺大醫學系醫學生的學術機構向該系提交該醫學生訓練期間的表現評量報告，醫學生回

國後必須繳交學習報告，並由醫學系委託專任教師進行審查。事前審查及核准機制行之有年，過程相當嚴謹。參加甄選的學生必依照辦法通過規定的語言能力測驗，以及通過在校成績門檻、繳交英文(或德、日語)自傳，始可報名參加甄選。國外學校對該系的學生多所肯定，也促進與國外醫學院校的國際交流。

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：

醫學院系設有多種獎助學金，包含醫學系獎助學金、導師基金等可提供同學申請，每年約 24~36 位學生需要貸款。

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：

醫學院系設有多種獎助學金，包含醫學系獎助學金、導師基金等，可提供同學申請，每年約 24~36 位，或許是國立大學學費之負擔較低，需要貸款的學生並不多。此外，許多受訪學生不知道有獎學金、貸款或其他資助的相關資訊。

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：

臺大針對退還醫學生的學費、雜費和其他代收款項部分，訂有明確和公平的政策。

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：

醫學生包括外訓的實習醫學生，設立學生保健中心提供保健服務及信息。附設醫院亦提供相關保健服務信息給臨床實習醫學生。實習前，學生需檢附 B 型肝炎、X 光檢驗報告，經過安全衛生室的查核合格後，方能進行臨床實習。醫院於施打流感疫苗季節前，根據學生意願提供施打流感疫苗。

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：

臺大提供醫學生精神治療或心理輔導，或其他健康服務。參與治療之醫療專業人員，並不涉入受輔導醫學生之學業評估或升級。提供醫學生的精神治療或心理輔導，結合機制包括導師、心理輔導中心、生活輔導組教師、雙導師輔導等，以提高個案輔導效能，強化學生之心理輔導。

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：

臺大醫學系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。

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：

針對醫學生可能接觸到傳染性和環境危害物質，訂有相關的因應策略。尤其5年級學生進入附設醫院臨床課程後，實習報到當天需繳交B型肝炎、胸部X光檢驗報告，並須經安全衛生室查核合格，另為降低學生尖銳物針扎及血體液暴露之風險，附設醫院提供各項教育訓練。醫學生至各科部實習時，再次宣導實習場所安全防護設備及相關安全措施，以及感染控制、病人安全及預防針扎等相關規定及流程，如發生尖銳物針扎及血、體液暴露，醫護同仁會協助通報安全衛生室，並進行後續檢查及治療追蹤。

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：

臺大已制定相關規定，強調不得有任何年齡、宗教、性別、性傾向、性別認同、國籍、種族、和特殊疾病的歧視的相關法規，如國立臺灣大學「性別平等教育委員會設置辦法」、「校園性侵害或性騷擾防治辦法」、「工作場所性別歧視案件處理要點」等。醫學生於臨床實習期間，臺大醫院訂有「倫理守則」，明確規範「必須公正地對待病人，不可因個人偏私或病人性別、年齡、身分、地位、族群、疾病、宗教、國籍及性傾向等條件之不同而有差別待遇」。此外，臺大醫院亦設有「性騷擾防治及申訴處理委員會」，宣導性別平等觀念，並訂有「性騷擾防治措施申訴及懲戒處理辦法」及附設醫院禁止工作場所性騷擾之書面聲明。亦遵照衛福部制訂之「我國感染愛滋病毒實習醫學生實習原則」處理及教育部「各級學校防治人類免疫缺乏病毒傳染及保障感染者權益處理要點」，醫學系特別重視對感染愛滋病(HIV)學生等其他性傳染疾病隱私權之保護，其接受醫學教育與實習訓練之機會亦受到保障，並兼顧病人安全與職業安全之維護。

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：

臺大醫學院是臺灣最早的醫學院校，具有典範前輩與醫學人文的環境與藝術情境，例如醫學人文館、圓形劇場等，型塑獨特人文醫學環境的氛圍；張院長與其他多位教師與醫師不約而同提及「熱愛教學是臺大醫學院的DNA」，是相當良好的hidden curriculum自然流露。醫學系亦發展自己的「專業素養」教育內涵，強調醫學專業素養八大核心能力指標，包括：精益求精(excellence)、人文關懷(humanism)、勇於承擔(accountability)、利他助人(altruism)、誠信正直(integrity)、倫理思辨(ethics)、溝通能力(communication)及臨床能力(clinical competence)。

準則判定：符合

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：

醫學院系鼓勵教師參與專業素養相關的課程或國際會議，以提升專業素養的教學能力，共同教育與教師培育中心亦舉辦相關課程或工作坊。醫院亦訂有的師資培育要點相關規定，透過教師培育中心提供許多不同面向之教師培育課程、全人教育及專業素養課程。

在培育醫學生專業素養方面，透過下列方式提供專業素養學習環境：在教學方面有大班授課(如：醫學系六年級生死學、醫學系五年級臨床病理討論等等)、小班課程(如：醫學系五年級外科學及家庭、社會與醫療等等)、小組討論(如：醫學系六年級臨床倫理與法律等等)與床邊教學(如：所有臨床技能實習科等等)共同構成。透過上述的方式培育專業素養相關的知識、技能與態度。此外，醫學系二年級小班教學中的clinical shadowing、醫學系三年級升四年級的解剖學大體教師公祭典禮及醫四升五年級時的白袍典禮、楓城利他獎的頒發等等，都是提供學生專業素養的潛在性課程(hidden curriculum)，醫學生參與服務學習也

有利於利他人文素養的培養。

準則判定：符合

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：

醫學系已發展自己的「專業素養」教育內涵，強調醫學專業素養八大核心能力指標。從醫學系到醫院實習專業素養相關之課程與環境，有傳承、有典範、有規範及實施方法與評量。學生專業素養的評估以「多元」、「多次」、「多面向」的方式進行，採用多種不同評估方式，對醫學系學生進行專業素養評估，例如紙筆測試、mini-CEX、個案討論(case-based discussion)或是床邊隨機口試、學習心得反思、六大核心能力的評估等。其中，楓城利他獎是營造重視人文專業素養的良好方法之一。

準則判定：符合

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：

評鑑期間適逢臺大郭明良教授違反學術倫理事件，醫學院有婦產科教師涉入學術倫理的爭議，醫學院及臺灣大學正在調查進行中，TMAC也將持續觀察臺灣大學及醫學院維護專業準則和行為的具體作為，以制定適當的策略，如何提升正面與減輕負面的影響。

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：

臺大訂有各項供醫學系（院、校）教師與學生遵循之相關準則，其中依不同

身分如醫學生、住院醫師、教師（全職、兼職和志工）及職員均訂有法則與規範。各項行為準則明訂如下：醫學生—國立臺灣大學學則、國立臺灣大學學生個人獎懲辦法及國立臺灣大學學生請假辦法。住院醫師—臺大醫院倫理守則。教師—國立臺灣大學教師倫理守則。職員—公務員服務法。以上行為準則於入學或就任現職時，以書面資料方式告知或公告於所屬單位網頁上提供查詢，須落實及遵守相關辦法守則。該系教師若有違反行為準則將送系（科、所）教評會、院教評會及校教評會開會討論處理；至於學生若有不適切的行為或校園性騷擾事件發生時，亦訂有處理辦法與流程。

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：

醫學系對於醫學生的評量、升級、畢業和懲戒處分訂定有明確的辦法，並週知教師和醫學生。

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：

醫學系對於升級、擋修會影響醫學生學籍的措施均有所規定，例如一至四年級系訂必修科目全部修過且及格，且共同必修科目及通識課程合計修得學分數在四學分以上，方能修習五年級臨床實習課程。另畢業、退學之相關規定則依學則辦理。對醫學生升級、畢業或開除的相關不利決定時之處理程序，能符合公平且正式的程序。

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：

臺大已於 2010 年 9 月推出學生學習歷程檔 e-portfolio(ePo 1.0 版)，整合與學生有關的各項資訊系統，包括：學生學籍資料（含個人及家長通訊資料）、課程地圖、網路選課、成績管理、名次查詢、修課檢視、畢業審查、期中教學意見、期末教學評鑑等和學生有關的各項資訊系統，以及記錄每位學生在校期間的完整學習歷程。在回饋方面，學生可以於發表學習心得或經歷於「學習反思」後，自行決定邀請其他學生或特定教師給予回饋，系統在學生設定邀請後，會以電子郵件通知該學生或教師進行回饋。但與師生訪談中，發現師生並不熟悉或常使用此一 ePo 平台。

醫院使用的畢業前(undergraduate year, UGY)學習護照由教學部彙整內科、外科、婦產科及小兒科部所提出各一冊的學習指引，以及其他基本訓練課程一冊(含畢業前一般醫學訓練 36 小時基本課程)，雖然設計的目的在培養醫學生的六大核心能力以延伸為畢業後一般醫學訓練之基礎，但畢業生意見調查顯示成效有限。

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：

關於學生學習歷程檔 ePo，學生在學時或畢業後均可以沒有限制的查閱。除了學生本人之外，僅有其授權之人可以分享其所寫之學習心得或是學習經驗，且僅有其同意公開的部分得以被其他人查閱，其餘所有資訊只有學生本人可以查閱、填寫與修正。目前的保存沒有期限，即使畢業後也可以使用 ePo。

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：

ePo 及 UGY 學習護照中的所有科目成績，學生均可自行查詢，當學生對於某一科目最終成績有疑義時，均可自行向該科目負責教師查詢。若經仔細審視後發現，該科目成績必須變更，則該科目負責教師必須透過醫學院教務分處，填具「國立臺灣大學成績更正申請書」並獲得核可後，為該醫學生變更該科目成績。

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：

依據 105 年 12 月統計資料，醫學系有專任教師 239 名，臨床教師 262 名，生師比達 4.09:1，有足夠數量。

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：

臺灣大學共同教育中心大學通識教育組的師資充足，加上臺大醫學院共同教育及教師培訓中心的師資，足以開設豐富的通識課程。

準則判定：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：

專任教師超過百分之五十為教授，教師均有相稱的學經歷。

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教師。

發現：

1. 主治醫師教學經驗豐富，總醫師主持會議能力與住院醫師口頭報告能力佳，還有多位退休的教授每週來病房住診以及開設教學門診。
2. 醫學院提供許多教師培訓活動且參與人數多，對於教師教學成效有系統性的評量(大堂課、小組討論、臨床實習)，並由主管適當解讀後回饋給教師。102-104 學年度師培時數 2 小時完訓比例，住院醫師超過八成，主治醫師超過九成。

準則判定：符合

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：

醫學院教師獲得科技部、衛福部、國衛院、財團法人及產業界研究計畫之總件數及經費相當高，2015 年總計 777 件、15 億元。

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：

醫學系教師經由擔任招生委員會委員或甄試入學考官，參與醫學生入學相關事務；經由擔任導師輔導學生學業及生涯規劃。由於醫一、醫二、醫三、醫四、醫五年級以上學生各由不同的教師擔任導師，故導師的需求量很大，2015 年有 138 名教師擔任導師。

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：

臺大醫學院近年來盡力推動多元教師升等計畫，逐步修正教師聘任升等辦法，取消教師歸類積分，而由醫學系教學服務小組實質審查升等教師之教學服務表現，拉開差距，鼓勵有熱忱從事教學的教師。臺大醫學院尚未正式實施教師多元升等制度，依據部分受訪教師表示，雖然有感受到院方重視教學的方向，但無正式制度，仍對於教學所付出的心力能否受到肯定有所疑慮。

準則判定：符合，但須追蹤

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：

醫學系有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，臺灣大學、臺大醫學院和臺大醫院人事室之相關資料豐富完整。

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：

臺大醫院研究倫理委員會建立「臨床研究利益衝突的審議及處置之標準作業程序書」、「臺大醫院醫療人員行為規範」等規定，研究倫理委員會下設置利益衝突審議小組。

準則判定：符合

4.2.3 醫學系應定期給予教師個人學術表現與升等相關訊息的回饋。

發現：

臺大訂有「國立臺灣大學醫學院專任教師評鑑辦法」，定期評估教師個人學術研究以及教學表現，表現不合格者予以輔導。教師個人學術研究表現傑出者，

依教師獎勵及補助要點定期給予老師獎勵。教師年資及研究、教學有相當表現，則可以依據升等辦法提出升等。升等通過後，教師會收到升等通過回函，若升等沒有通過，教師也會收到信函告知未通過之理由。

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：

醫學系有舉辦提升教學、研究等方面的課程或研討會，102-104 年師培時數 2 小時完訓比例，住院醫師超過八成，主治醫師超過九成。此外，學校出資協助教師出國進修的機會，如醫學院和教學醫院為加強身體診察教學，派送五名臨床教師去美國學習 Stanford Medicine 25，回國後舉辦身體診察教學共識工作坊，提升臨床教師相關教學技能。對於無法達到升等標準的教師，有些科部主任會提供協助，比如幫助新進或中生代教師加入共同研究計畫的機會；在給予教師研究方面的支持上，可針對教師的需求提供協助；在訪談中，有教師表示最需要的是研究助理的支持，但院內計畫經費只能編耗材，不能聘助理；面對醫學院要求發表高影響力論文的壓力，若執行研究的人力不足，恐影響研究品質。

準則判定：符合

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：

醫學院和附設醫院教學行政架構完整，包括招生、導師工作暨導生輔導，系務工作小組、系課程委員會、各年級課程規劃會議、附設醫院醫學教育委員會等，教師有許多機會參與；各級會議紀錄完整，醫學系的治理和決策公開透明。

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：

醫學系成立較晚，有關教師聘任與升等，因醫學系教師與醫學院教師重疊性高，故未設計系教評會議。醫學院院務會議是醫學院(包括醫學系在內)的最高決策單位，醫學系教師可經由票選成為院務會議教師代表，再經票選成為院務會議各委員會的委員，直接參與醫學院系的重要決策。教師亦可經由選舉成為系課程委員會委員，參與有關課程設計規劃與執行的決策。

醫學系百分之五十以上的教師都有擔任導師，教師可經由導師會議和導師工作輔導委員會發表意見。醫學系教師亦可經由參加招生委員會和特別專案會議，參與招生和課程改革事務。

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：

臺大醫學院醫學系常設的委員會包括招生委員會、導師工作暨導生輔導委員會、系務工作小組、系課程委員會等，前三個委員會委員由系主任指派，系課程委員會委員則由選舉產生。

醫學系教師可以經由選舉成為醫學院院務會議委員，然後再經選舉成為院務會議各委員會的委員。

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：

醫學系主任依據「國立臺灣大學教師員額調整準則」、「國立臺灣大學校級教師員額運用諮詢小組設置要點」，可確實掌握醫學系教師的人數與素質。在醫學院院長的管理和協助下，醫學系主任有足夠的資源，治理醫學系，確保教學成效。

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：

臺大醫學院的共教及師培中心與附設醫院的教學部，彼此在教學與行政上有很好的互動合作，目前醫學系上共聘有 239 位專任教師、262 位臨床教師，兼任教師有 482 位，系的生師比為 4.09：1，生師比佳，但鑑於 105 年度醫學系有更多元入學管道，學生數比去年增加 20 位，未來 6 年預計將增加 120 位學生，醫學院及附設醫院須及早規劃師資、學習空間環境的增加。

臺大醫學院 104 年度收入來自大學撥款約 7 億元，自籌款約 14 億元，用以支持其下的 2 個專業學院，7 個學系含 27 個學科，25 研究所，一個學位學程，3 個研究中心，從醫學院之收支餘絀表可以看出醫學系的預算收入及相關基金收入，近六年來一直持平未增加，為因應增加的學生數之教育需求，財源規劃需要更多元與更積極，以持續維持良好的教學品質。

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：

臺大醫學系設有招生委員會，每年委員會會固定開會討論，並決定多元管道入學學生名額及成績；配合國家政策招收公費生之名額，也事先與各學科主任確認教學資源充足後，再於招生委員會定案，不會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。

醫學系學生採多元入學管道，共有 10 個不同管道，其中「希望入學」招收 1 名學生，只有下列三個條件才可申請：新移民子女、中低收入、特殊事件或變故，學校每月補助生活津貼，免學雜費。但由於 105 學年剛入學，後續學習情況

仍需觀察。「僑外海推生」招收 1 名，由馬來西亞、港澳地區甄選。「重點科別公費生」有 20 名學生，學生員額大幅增加，小組教學的空間有所不足，為確保適當的學習環境空間，預計 2016 年底可完成增加 4 間小組教室，總計有 20 間小組教室，總資源足以達成醫學系的教育使命和品質。

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：

依據所附的資料及現場簡報，目前設施足以容納全年的醫學生與其他修習同樣課程學生的授課講堂，同時也有醫學生可以使用的學習空間，學生學習空間包括醫學院圖書館、醫學人文館討論室、學生自習室、開放式討論空間、大講堂(18 間)、小組討論教室(16 間)、臨床技能中心(clinical skill center)以及圖書館的「醫聊室」、討論室、多處開放空間…等。

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：

臺大醫學系在醫學院 1~5 樓共有 18 間大型講堂可供學生上課；B1 小組討論教室、2F 學生開放討論空間、圖書分館 3F 討論室可供學生進行各項討論課程；B2 實驗室、三東實驗室、四東實驗室、四西實驗室可供學生進行各項實驗課程；杏園師生活動中心、醫學人文館大廳、1F 講堂木椅區、圖書館二樓「醫聊」室、視聽室、社團辦公室、圓形小劇場可供學生休息、休閒；醫學院區的體育館、網球場、籃球場可供學生運動、健身。醫學系除提供醫學生上課實驗用儲存顯微鏡、電腦的儲物櫃外；另外在院內樓層的空間中提供醫學生個人專用的儲物櫃，畢業時才歸還儲物櫃。

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：

臺大醫學系學生主要在醫學院、臺大醫院上課、實習，在醫學院、醫院及急診處出入口設有駐警室，由專職駐衛警 24 小時值班，負責維安工作；在醫學院、醫院各樓層和校園的開放空間設有監視系統，由駐衛警 24 小時錄影監控。駐衛警定時巡邏校園及各樓層，以維護校園及實習場所的安全。總院與各分院有交通車，提供教職員生往返不同地點間交通的便利性和安全性。

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：

臺大醫學系學生主要在醫學院、臺大醫院上課、實習；醫學院設有「醫學系學生臨床實習委員會」，以建立健全的臨床實習制度、提供良好的臨床學習環境、提升醫學臨床實習課程的品質、維護醫學生的學習品質及身心安全等權益。醫學系與附設醫院教學部共同制定實習醫學生訓練計畫範例，附設醫院各訓練單位皆依範例要求，於計畫中訂有「病患類型、臨床醫療情境及臨床場域」標準，並經教學部與醫院醫學教育委員會共同審查通過後實施，以符合醫學系臨床教育的目的 (objectives)。醫學系的課程委員會與共同教育及教師培訓中心和附設醫院的醫學教育委員會定期每三個月開會議，共同監督、指導臨床教育。

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：

臺大醫學系學生主要於醫學院附設醫院—臺大醫院進行各項臨床教學、訓練，並依據醫學院和臺大醫院研議通過之「國立臺灣大學醫學院附設醫院提供各學系(所)學生實習要點」辦理各項臨床教學、訓練；臺大醫院為衛生福利部評鑑合格之醫學中心，各科部設備新穎、齊全，師資充足、門診、住院服務量足可提供優質的臨床教學、訓練。

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：

臺大醫學系學生主要於醫學院附設醫院—臺大醫院進行各項臨床教學、訓練，並依據醫學院和臺大醫院研議通過之「國立臺灣大學醫學院附設醫院提供各學系(所)學生實習要點」辦理各項臨床教學、訓練；臺大醫院為衛生福利部評鑑合格之醫學中心，除了有設配完善的臨床技能中心(clinical skill center)以及豐富圖書館藏書，各科部設備新穎、齊全，師資充足、門診、住院服務量足可提供優質的臨床教學、訓練。臺大醫院的教學設施和資訊資源已通過 100 年度衛生福利部教學醫院評鑑，合格效期為 101 年 1 月 1 日到 105 年 12 月 31 日，透過建置完整的網路教學平台，提供醫學生各項臨床基本或專業相關課程，不受時間和空間限制。此一網路平台除豐富的課程資源、便捷的訓練管理機制、個人化的頁面外，也提供簡便的報名選課、退選或主動調訓機制。

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：

臺大醫學系學生主要於醫學院附設醫院—臺大醫院進行各項臨床教學、訓練；臺大醫院為衛生福利部評鑑合格之醫學中心，各科部設備新穎、齊全，師資

充足、門診、住院服務量足可提供優質的臨床教學、訓練。

臺大醫院之住院醫師在主治醫師之督導下參與醫學生教學的責任；教學熱忱是臺大的優良傳統，外科賴鴻緒教授開設的「住院醫師的教學責任—如何做好學弟妹的指導工作」，以及葉啓娟醫師的「住院醫師如何教好學弟妹」，以及其他新進住院醫師職前訓練課程等，對於住院醫師的臨床教學技能有很大的助益。

住院醫師開訓時，由教學部說明住院醫師之權利與義務，強調教學是本院住院醫師的義務，並請住院醫師查看該專科醫學生實習訓練計畫之內容，了解教學的目標、如何評估學生學習上的困難及因應的方法；多數科別設有負責實習醫學生教學的住院總醫師，參與教學的住院總醫師也協助修改年度訓練計畫。

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：

臺大醫學院附設醫院訂有「師資培育要點」，將主治醫師、住院醫師及各類醫事人員列為師資培育對象，詳列課程內容及課程實施方式，規定教師每年需接受師資培育課程之時數，如擔任臨床醫事人員培訓計畫之教師，每年需受訓 4 小時，其餘人員均需達 2 小時。每年年初以教育訓練管理系統(TMS)提醒每位教師應完成之師培時數，年底以書面提醒並稽核完成度。附設醫院設有鼓勵措施，鼓勵教師參與訓練，例如教師參與師培課程，均給予時數認證，並列為升遷考核之依據。臺大醫院主治醫師、住院醫師及醫事人員均負有教學任務，各科部每年依教學需要，指派醫師參加 PGY 導師研習營、教學師資工作坊等師資培育課程。

住院醫師每年必須參加至少 2 小時的線上或面授的師資培訓課程，除了熟悉課程與臨床實習的教育目的之外，也加強他們的教學和評量技巧，完成受訓比率達 90% 以上。

準則判定：符合

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：

醫學院圖書分館以學科服務、參考諮詢、圖書期刊、館藏流通等面向，提供醫學院師生各項教學、研究所需之資源。醫學院圖書館 104 年度總收入為 87,281,337 元，含醫學院或學校撥款 37,690,592 元、附設醫院或合作醫院撥款 45,838,644 元以及捐贈 2,524,584 元。104 學年度圖書館資源利用共有 6,006 人次。據臺灣大學圖書館所發布的消息，目前全校訂購近 4,700 種期刊，其中 Elsevier Science Direct 的 784 種期刊占訂購種數 17%，所需費用卻占期刊採購總金額 33%。臺大雖然在今年將訂購的期刊數從 2008 年的 833 種減少為 784 種，但是訂購費用卻增加為 143%。Elsevier 是世界上最大的醫學與其他科學文獻出版社之一，旗下的出版品包括知名學術期刊《刺絡針》(The Lancet)、《細胞》(Cell)，影響指數 (Impact factor, IF) 都很高，從 2017 到 2019 年，Elsevier 漲幅 4%，由於負擔過高，臺大決定停止訂購，醫學院圖書館已做好與國外合作的準備。

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：

圖書館共有 22 位職員，分為期刊雜誌組、技術服務組、及推廣服務組，醫學院圖書分館人員具備醫學圖書館員專業素養及技能，足以因應醫療環境需求與變化，以提供醫療從業人員妥善之圖書資訊與科技服務；且主動引進各項優質醫學電子資源及工具，並加入 Open Access 期刊會員，鼓勵師生向 Open Access 期刊投稿，享文章處理費 85 折優惠。

平日圖書館開放到晚上十時，假日則到下午五點，考試期間則開放到夜間 12 點。從 2016 年 12 月 1 日至 2017 年 1 月 20 日止，發起「”醫”起畫藍圖」活動，收集各界使用者對圖資的意見與建議，也開闢「”醫”聊室」提供互動討

論之空間。截至 105 年 10 月 31 日止，共同圖書 126,652 冊，電子期刊 8,990 種，紙本期刊 415 種，裝訂期刊 139,049 冊，電子書 9,293 種，視聽資料 3,506 件。

準則判定：符合

肆、總結及評鑑結果：

一、總結：

臺大醫學院歷史悠久，人才濟濟，長期以來位居臺灣醫學教育的領導地位。本次訪評小組發現臺大醫學院上自院長、副院長、醫學系主任、副主任，到臺大醫院的院長及各科部主管均相當重視及投入醫學教育。醫學院與醫院建立互相支援的教學行政組織及資源互補，共同推動醫學人文、基礎醫學及臨床教學計畫，師資豐富加上優秀的醫學生，期待能夠達到該校培育良醫的教育目標。

建議以下準則可再加強：

1. 準則 1.0.1 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。最近醫學院發生違反學術倫理事件後，學校宜因應並且提出方案，才可確保仍為適於培育學生的醫學教育環境。
2. 準則 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。系的課程設計者誤解 PBL 的精神，其課程安排實際上是以小組討論模式，此作法與 PBL 不同，所預期的教育成果也不一樣。此外，五、六年級醫學生的 hands on 機會仍可以增加，以提供醫學生更多主動自我學習的機會，並培育終身學習的必要技能。
3. 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。醫學院的教育目標須明確的展現，且落實於課程執行，並讓所有教師與學生皆知道此教育目標。
4. 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。系課程委員會並無學生代表，學生只必要時列席

系課程委員會議，宜改善。

5. 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。醫學系宜整體規劃並落實與評估形成性評量、實習中回饋，以及敘述性評量的效果。
6. 準則 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。學生對於學術與臨床倫理的概念有些混淆，加上最近醫學院發生違反學術倫理事件，宜加強師生研究及學術倫理教育。
7. 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。宜建立明確教師分流機制，讓教學優良的教師有適當的評估及明確的升等制度。

二、評鑑結果：通過，效期六年，於 2019 年進行書面追蹤評鑑。

附錄

TMAC 2016 年國立臺灣大學醫學院醫學系訪評活動行程

【Day 1】-12/13 (星期二)

國立臺灣大學醫學系

時間	內容
09:00~09:10	人員介紹
09:10~10:50	1. 簡報 (請以 30 分鐘為限) 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 2. 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 (訪視委員討論)
13:00~14:00	座談：醫學系吳明賢主任
14:05~14:40	1. 簡報 (請以 15 分鐘為限) 教學及研究：(一) 通識與人文 2. 意見交換與討論
14:40~15:15	1. 簡報 (請以 15 分鐘為限) 教學及研究：(二) 基礎與臨床整合 2. 意見交換與討論
15:15~15:25	Break
15:25~16:00	1. 簡報 (請以 15 分鐘為限) 教學及研究：(三) 臨床教學 2. 意見交換與討論
16:00~17:00	訪評委員共識討論
17:00	賦歸

【Day 2】-12/14 (星期三)

I. 人文通識組：國立臺灣大學醫學系

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	晤談：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：國立臺灣大學醫學系

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	晤談：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：臺大醫院

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：醫院何弘能院長、江伯倫教學副院長、醫院教學部朱宗信主任
14:00~14:10	Break (換場地)
14:10~15:00	晤談：臨床學科教師
15:00~16:00	晤談：主治醫師及住院醫師

訪評委員共同行程：國立臺灣大學醫學系

16:00~17:00	訪評委員共識討論
17:00	賦歸

【Day3】-12/15 (星期四)

I. 人文通識與基礎臨床整合組：國立臺灣大學醫學系

時間	內容
08:00~09:00	實地參訪與資料查證
09:00~10:00	1. 簡報 (請以 20 分鐘為限) 醫學生 (學務及輔導) 2. 意見交換與討論
10:00~10:15	Break (換場地)
10:15~12:00	座談：1~7 年級學生
12:00~13:00	午餐
13:00~16:00	實地參訪與資料查證
16:00~17:00	訪評委員共識討論
17:00	賦歸

II. 醫院教學組：臺大醫院/*國立臺灣大學醫學系

時間	內容
07:30~09:00	實地參訪與資料查證
*09:00~10:00	1. 簡報 (請以 20 分鐘為限) 醫學生 (學務及輔導) 2. 意見交換與討論
10:00~10:15	Break (換場地)
*10:15~12:00	座談：1~7 年級學生
*12:00~13:00	午餐
13:00~16:00	實地參訪與資料查證
*16:00~17:00	訪評委員共識討論
17:00	賦歸

III. 訪評委員共同行程：國家教育研究院臺北院區 604 會議室

時間	內容
17:30~20:30	訪評委員共識會議

【Day 4】-12/16（星期五）

國立臺灣大學醫學系

時間	內容
09:00~11:00	實地參訪與資料查證（※臨床組訪評委員可彈性調整至臺大醫院）
11:00~12:00	座談：醫學院張上淳院長
12:00~13:00	午餐
13:00~14:00	查閱書面資料
14:00~16:00	訪評委員共識討論
16:00~17:00	綜合座談
17:00	賦歸

註：

「實地參訪與資料查證」之時段訪評委員可依訪視查證之需要參加課堂上課、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訪談，但必須經得受訪對象同意。