

義守大學醫學院學士後醫學系
外國學生專班

評鑑報告



2017年6月

義守大學醫學院學士後醫學系 外國學生專班

2016 年全面評鑑報告

(訪評日期：2016 年 12 月 20 日至 23 日)

訪評小組：

召集人 林秀娟 奇美醫院講座教授/醫學院評鑑委員會委員

副召集人 陳維熊 國立陽明大學醫學院院長/醫學院評鑑委員會委員

訪評委員 李怡靜 中山醫學大學醫學院醫學系教授兼副系主任

林偉如 美國紐澤西州羅格斯大學醫學院副院長

陳耀楨 美國康乃爾大學威爾醫學院病理學教授

黃天祥 國泰綜合醫院教學部主任/醫學院評鑑委員會委員

廖世傑 中國醫藥大學推廣教育中心主任

羅崇杰 國泰綜合醫院外科部主任

鄭授德 長庚大學醫學院解剖學科副教授兼醫學系醫預科主任

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.....	1
二、實地訪評.....	2
三、訪視設施/設備	3
四、資料查證.....	3
五、人員晤談.....	8
參、訪評發現	
第一章 機構	8
第二章 醫學系	15
第三章 醫學生	41
第四章 教師	54
第五章 教育資源	59
肆、總結及評鑑結果	
一、總結.....	63
二、評鑑結果.....	66
附錄：TMAC 2016 年義守大學醫學院學士後醫學系外國學生專班 訪評活動行程	67

壹、學校/醫學系概況：

義守大學前身為高雄工學院，1990年首屆招生，1997年更名為義守大學。目前學校設有8大學院、41個學系、20個碩士班、七個博士班。全校學生共16,373人。該校具有國際化之特色，於2009年成立國際學院，近年來擴大招收境外生，外籍學生數為綜合私校第三，師資的國籍涵蓋十餘國。該校於2013年4月獲教育部同意，依據行政院核定之「協助邦交國家培育醫學人才計畫」暨教育部「學士後醫學系外國學生專班招生及教學計畫」架構下，並依國家安全會議「非洲醫療衛生合作專案小組」決議由外交部所屬的財團法人國際合作發展基金會(以下簡稱國合會)援助，協助邦交國家培育醫療人才。於102學年度成立義守大學醫學院學士後醫學系外國學生專班(以下簡稱後醫學系)，開始招收邦交國家及友好國家之大學畢業生，每屆上限四十名，施予醫學專業教育及訓練，全程4年，期培育具國際醫療水準之醫療人才，於畢業後返回原國家服務。由2013年至2016年已招收四屆，總計有來自中南美、非及大洋洲地區18個國家，共計140名學生就學中。

後醫學系於2014年第一次接受TMAC訪視，該次的訪視發現絕大多數為「符合，但須追蹤」，並有12項「不符合」之發現，最近的一次訪視為2015年的追蹤訪視。

2016年為後醫學系第一次接受TMAC全面訪評，除了查驗前兩年訪視時各項建議的實際改進成效外，並以TMAC新制評鑑準則五大章：1. 機構 2. 醫學系 3. 醫學生 4. 教師 5. 教育資源，逐項進行訪評。

貳、評鑑執行過程：

一、研讀自評報告：

自評報告於2016年10月28日檢送至TMAC，包括自評報告本文(達496頁)，以及四本附件資料。本次訪評小組成員共有9位委員，委員分別就該校「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，以至少一個月的時間研讀自評報告，並分工收集欲訪查資料。委員審閱自評資料後，有需受評學校再提出的待釐清問題或補充資料，於實地訪評一週前由TMAC轉請受評學校準備補充說明與資料於評鑑

現場。

在書面自評資料填寫方面，較之前二年已有改善，但仍有少部分項目所填的資料與題項的主旨不相符合。此外，附件資料中多為制式表格，例如課程滿意調查報告等，較少見分析檢討之質性說明。

二、實地訪評：

TMAC 於 2016 年 12 月 20 日至 23 日共進行四天實地訪評。訪評小組成員有 9 位委員，小組召集人於實地訪評前分別就該校「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，訪評委員以至少一個月的時間研讀自評報告，並記錄欲進一步訪查與釐清之資料。

實地訪評前一天(12月19日)晚上進行「實地訪評行前會議」，會中討論自評報告內容、任務分工及訪評執行等相關議題。訪評委員依學術專長領域之分工情形：通識及醫學人文—廖世傑委員、基礎與臨床整合—陳耀楨委員(國外委員)、李怡靜委員、鄭授德委員；臨床教學—黃天祥委員、林秀娟委員、陳維熊委員、林偉如委員(國外委員)及羅崇杰委員。其中，廖世傑委員及羅崇杰委員亦曾於 2015 年至該校訪評。TMAC 隨訪行政人員為鄭國良先生。

訪評方式包括：現場佐證資料查閱、人員面談、相關教學設施/設備檢視以及參與會議等蒐集資料。

第一天上午先由後醫學系楊生滿主任進行學校業務簡報，接著實地參訪學校設施，下午與後醫學系楊生滿主任、劉麗芬副主任、梁正隆副主任與陳韻如副主任座談，續由謝幸燕助理教授、劉麗芬副主任及梁正隆副主任分別就「通識與醫學人文教育」、「基礎醫學教育」、「臨床醫學教學」三方面簡報，委員現場與出席主管及教師們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、臨床醫學教師、主治醫師、住院醫師，並與主要教學醫院—義大醫院杜元坤院長、楊生滿教學副院長、教學部梁正隆部長、林季緯主任、黃如蕙醫師、李少明醫師

等教學主管們座談。

第三天除實際課室與臨床教學活動、資料查證之活動外，主要為訪談一至四年級之外國學生，並由後醫學系陳韻如副主任簡報醫學生之學務與輔導。

第四天訪評委員進行相關資料的最終查證與釐清，並與醫學院陳翰容院長、楊智惠副院長、蕭介夫校長、林麗娟副校長、李樑堅副校長及林志龍董事長座談。與董事長座談結束後，全體訪評委員進行評鑑準則的討論與共識。最終與義守大學全體教師代表、行政人員、主管階層、董事長、校長及醫療執行長進行綜合座談，會中報告四天訪評的初步發現，於12月23日下午5點結束四天訪評的行程。

三、訪視設施/設備：

訪評委員參訪臨床技能中心、小班教室、圖書館、大體解剖室、實驗室、熱帶醫學研究中心及學生宿舍。在接受參訪的展示上，學校投注不少物力資源，但這些設施之投注是否對於學生的學習產生實際效益，仍須再加以衡量與檢討。

四、資料查證：

此次全面評鑑針對受評學校所提供的自評資料(包括自評報告與附表)、學校主管的簡報資料、置於評鑑現場的佐證資料，以及基礎與臨床整合課程的課程架構、基礎醫學教師授課時數的等方面進行查證，分述如下：

(一)自評報告與佐證資料

1. 義守大學醫學院學士後醫學系外國學生專班 TMAC 評鑑自評報告 2016 年。
2. 義守大學醫學院學士後醫學系外國學生專班 TMAC 評鑑自評報告 2016 年課程與臨床學習資料附表。
3. 義守大學醫學院學士後醫學系外國學生專班 TMAC 委員手冊(簡報資料)。
4. 義守大學醫學院學士後醫學系外國學生專班 TMAC 評鑑待釐清問題回覆。
5. 訪評現場會議紀錄、教案、師資訓練規章及紀錄、病歷紀錄、學生報告書、學生學習護照等各項佐證資料。

(二)基礎與臨床整合課程

該系的部分(並非全部)基礎醫學課程於一、二年級以 organ system 進行教學，共計 16 單元，各單元皆包含實驗。部分單元屬於專屬科目(如單元三：微生物學、感染與免疫學；單元十一：公共衛生學(含實驗)；單元十四：大體解剖學實驗)並未與其他基礎醫學以 organ system 相契合，而是每週於固定時段授課。其他科目，如生物化學及人類遺傳學(含實驗)、醫學倫理、藥理學(含實驗)、醫學資訊、醫療判斷等亦同為獨立科目。醫學人文課程融入部份模組，或另獨立列為選修。

實際上以 organ system 融合之基礎醫學科目為解剖學、組織學、胚胎學、生理學、藥理學，以及諸多臨床醫學的課程及病理學。以 104 學年第一學期(二年級上學期)的單元八：腎臟泌尿系統(含實驗)為例，2015-09-14(週一)開始，首日上午在單元緒論之後並未先以解剖學開場，而是以組織學(上午)及胚胎學(下午)，週二下午才上解剖學，如此先上微觀的結構，再上巨觀的結構，其課程安排的邏輯性宜再清楚說明。第一週的週五上午先上兩節生理學，再於第二週的週一及週二上午各上兩節藥理學，但是週二下午再上三節生理學，及週三下午的生理學實驗，此種非傳統的課程排序，亦須清楚說明其邏輯性；抑或遷就授課教師尚有其他學系的課程必須講授的考量，而做此權宜調度。

然後，諸多臨床醫學課程與臨床技巧課程，以及病理學及病理實驗陸續登場。第五週的週三上午進行基礎醫學部分的測驗；第六週的週五下午進行總結，第七週上午進行臨床醫學部分測驗。

第一、二、三週的週五第五、六節分三次進行第一案 PBL 討論，最後連續三週(第四、五、六週)的週三第五、六節為 PBL 討論(每案三次各兩小時)，但是所提供的課表上並未列主題。事實上所有課表的每一堂課，皆未列載教學大綱，因而無從研判先後講授的各堂課的內容是否有重複現象。依據晤談學生當場輸入其帳號密碼開啟 Moodle 系統，得知大部分課堂的 PPT 檔案，甚至到授課完畢亦未曾上傳至 Moodle 系統。另值得關注的是，在每一單元諸多基礎醫學緊鑼密鼓地逐日，甚至逐堂接續登場，學生們在剛上完解剖、組織後，必須迅速吸收該系統結構方面的知識，以便立即再將功能性的知識(生理學)繼續往上堆疊，學生在每週一至週五密集上課 30 至 40 節的狀況之下，能夠充分吸收的程度有多少，值得再考量。尤其是非英語系國家的學生，是否能在未

預習之下，立即充分了解非英語為母語的教師所講授之知識，以便緊接著的下一堂課再堆疊上其他相關學門的知識，其成效值得觀察。

最令人擔憂的是修畢一、二年級諸多單元與獨立課程後，對於學生進入臨床之前的各項能力缺少檢核機制，其中最為重要的即為知識層面的充分備妥。雖然，這些外國學生在返回其母國，或許尚有其他考核機制，但是畢業生若是無法通過該項機制，對於此一專班的訓練成效，將引人質疑。

觀察其剛入學的一年級上學期的單元一：基礎醫學與生理恆定(含實驗)，在第二週起，當其他基礎醫學課程的緒論(introduction)還正在陸續介紹時，一共 22 節對身體各部位的 physical examinations 及 history taking 陸續出現，甚至在第二週的週一便講授「Clinical applications: Parkinson's disease; Myasthenia gravis」。對於後醫學系學生是否都能夠在尚未充分備有基礎醫學的知識基礎之下，理解這一些 PE 的機轉及目的，宜再加以考量。

(三)基礎醫學師資

根據其 104 學年第 2 學期第 4 次系務會議紀錄(105 年 05 月 18 日召開，公布於該專班之網頁 sitemap，http://www2.isu.edu.tw/interface/sitelist.php?dept_mno=326e)，決定將增聘基礎師資。當時已經確定之 11 位基礎師資由該次會議紀錄引述如下：

1. 目前已確定的 105-1 後醫專任基礎師資結構如下：

- (1)病理學科 (1 名，許朝添醫師)
- (2)生理學科 (2 名，劉麗芬、王淑綺教師)
- (3)組織解剖學科 (2 名，周明加、廖智凱教師)
- (4)微免與寄生蟲學科 (2 名，戴宗玄、許淳茹教師)
- (5)生化學科 (2 名，林尊湄、陳韻如教師)
- (6)藥理學科 (2 名，楊智惠、林柏每教師)
- (7)醫學人文學科 (0 名)
- (8)公衛暨流病學科 (0 名)。

評鑑當時，請求該院提供目前在此專班之基礎學科教師授課時數一覽表

(105.12.22 製表)如下：

1041-1051 學年度學士後醫學系外國學生專班基礎學科教師授課時數一覽表

105.12.22

時/週(教師每週授課時數=課程教學時數+模組教學時數)

學科	主/從聘	姓名	104 學年度第 1 學期		104 學年度第 2 學期		105 學年度第 1 學期	
			後醫系 授課時數	非後醫系 授課時數	後醫系 授課時數	非後醫系 授課時數	後醫系 授課時數	非後醫系 授課時數
生理	主聘	劉麗芬	2.94	8	3.72	8	2.44	9
		王淑綺	0.28	7	0.33	10.5	0.11	7
		邱芳瑩	0	12	0	11	0.06	9
	從聘	邱秀靜	0	9	0.61	8	0	9
組織 解剖	主聘	周明加	0.67	9	4.94	4	0.56	7
		廖智凱	1.61	11	4.94	5	1.44	13
		簡溢均	0.72	10	0.39	10	0.72	10
	從聘	李秉家	0.94	8	0.61	8	0.67	7
微免 暨寄 生蟲	主聘	戴宗玄 (兼任)	2.17	0	1.11	0	1.89	3
		許淳茹 (兼任)	2	0	2.56	0	2.89	1
		王瑜琦	0	11.5	0	11	0.06	11
	從聘	郭志峰	0	12	0	12	0	12
生化 暨遺 傳	主聘	陳韻如	1.89	10	0.11	8	1.33	6
		林尊湄 (兼任)	0.44	0	0.11 (兼任)	0	2.5	0
	從聘	陳麗琴	0.44	10	0	11	0.22	9
藥理	主聘	林柏每	0.67	11	0.28	9	0.11	11
		楊智惠	0	9	0	9	0.11	9
		張立青	0.72	10	0.17	8	0.44	10
醫學 人文	主聘	謝幸燕	0	7	0	11	0	11
	從聘	鄭惠珠	0	10	0	10	0	10

註：

(一) 專任教師每週基本授課時數為教授八小時，副教授、助理教授九小時，講師十小時。參與本校教學深耕計畫之教師，應依本校「教學深耕計畫實施辦法」另加基本授課時數。

(二) 專任教師大學部及研究所超授時數與進修部授課時數合計以四小時為限，其規範標準得由院(中心)訂之。

(三) 核減基本授課時數依下列規定辦理：

兼任行政職務者：

(一) 一級行政主管：核減四小時。

(二) 二級行政主管：核減二小時。如一人身兼二個以上主管職務者，得再核減一小時。

(三) 所長、系主任、副系主任：核減二小時。

(四) 兼任其他性質特殊業務，經專簽核准者，按核准內容辦理。

(五) 兼任多項行政職務者，至多核減四小時。

另，後醫學系學科主任可核減鐘點二小時，但不予上述規定重複申請。

茲將該系目前基礎醫學師資 20 位(含 5 位從聘)於義大集團(含義守大學及義大醫院)先前的聘任單位，及上表提供各基礎師資在最後三個學期的教學鐘點數表列如下。由此表可以看出所有主聘於後醫學系之教師中，有多位後醫學系教師的教學鐘點時數，占其總教學鐘點時數未及 1%，其中不乏三學期來，每週教導後醫學系學生的平均鐘點數未達一小時者，甚至是 0 小時，由此可知師資調度之情況，似為臨時的任務編組單位，由其他原聘單位改聘至後醫學系。

105-1			先(目)前 聘任	104-1		104-2		105-1		三學期合計		每學期平均		三期合計 不分系
聘任				後醫	其他	後醫	其他	後醫	其他	後醫	其他	後醫	其他	
生理	劉麗芬	主聘	生技系	2.94	8.00	3.72	8.00	2.44	9.00	9.10	25.00	3.03	8.33	34.10
	王淑綺	主聘	後中醫	0.28	7.00	0.33	10.50	0.11	7.00	0.72	24.50	0.24	8.17	25.22
	邱芳瑩	主聘	放射系	0.00	12.00	0.00	11.00	0.06	9.00	0.06	32.00	0.02	10.67	32.06
	邱秀靜	從聘	物治系	0.00	9.00	0.61	8.00	0.00	9.00	0.61	26.00	0.20	8.67	26.61
組織 解剖	周明加	主聘	後中醫	0.67	9.00	4.94	4.00	0.56	7.00	6.17	20.00	2.06	6.67	26.17
	廖智凱	主聘	後西醫	1.61	11.00	4.94	5.00	1.44	13.00	7.99	29.00	2.66	9.67	36.99
	簡溢均	主聘	放射系	0.72	10.00	0.39	10.00	0.72	10.00	1.83	30.00	0.61	10.00	31.83
	李秉家	從聘	職治系	0.94	8.00	0.61	8.00	0.67	7.00	2.22	23.00	0.74	7.67	25.22
微免 暨 生蟲	戴宗玄	主聘	醫研部	2.17	0.00	1.11	0.00	1.89	3.00	5.17	3.00	1.72	1.00	8.17
	許淳茹	主聘	醫研部	2.00	0.00	2.56	0.00	2.89	1.00	7.45	1.00	2.48	0.33	8.45
	王瑜琦	主聘	生技系	0.00	11.50	0.00	11.00	0.06	11.00	0.06	33.50	0.02	11.17	33.56
	郭志峰	從聘	護理系	0.00	12.00	0.00	12.00	0.00	12.00	0.00	36.00	0.00	12.00	36.00
生化 暨 遺傳	陳韻如	主聘	生技系	1.89	10.00	0.11	8.00	1.33	6.00	3.33	24.00	1.11	8.00	27.33
	林尊湄	主聘	醫研部	0.44	0.00	0.11	0.00	2.50	0.00	3.05	0.00	1.02	0.00	3.05
	陳麗琴	從聘	營養學系	0.44	10.00	0.00	11.00	0.22	9.00	0.66	30.00	0.22	10.00	30.66
藥理	林柏每	主聘	護理系	0.67	11.00	0.28	9.00	0.11	11.00	1.06	31.00	0.35	10.33	32.06
	楊智惠	主聘	生技系	0.00	9.00	0.00	9.00	0.11	9.00	0.11	27.00	0.04	9.00	27.11
	張立青	主聘	職治系	0.72	10.00	0.17	8.00	0.44	10.00	1.33	28.00	0.44	9.33	29.33

醫學	謝幸燕	主聘	醫管系	0.00	7.00	0.00	11.00	0.00	11.00	0.00	29.00	0.00	9.67	29.00
人文	鄭惠珠	從聘	醫管系	0.00	10.00	0.00	10.00	0.00	10.00	0.00	30.00	0.00	10.00	30.00
	總計時數			15.49	164.50	19.88	153.50	15.55	164.00	50.92	482.00	16.97	160.67	532.92

五、人員晤談

訪談對象包括臨床醫學教師、基礎醫學教師、通識與醫學人文教師、1~4 年級醫學生談、PGY 醫師、住院醫師、主治醫師、林志龍董事長、蕭介夫校長、林麗娟副校長、李樑堅副校長、醫學院陳翰容院長、楊智惠副院長、醫學系楊生涌主任、劉麗芬副主任、梁正隆副主任、陳韻如副主任、義大醫院杜元坤院長、林季緯主任、黃如蕙醫師、李少明醫師。

本次訪評進行相當順利，實應感謝校方及義大醫院之主管、教師、醫師、行政工作人員和參與的同學，由於許多人員的配合與協助，使得訪評小組能順利達成任務。

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：

後醫學系為經教育部核准設立之教育機構，畢業生授予醫學學士學位。

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：

義守大學以培育務實創新、崇禮尚義、有為有守之專業人才為教育目標，並以卓

越教學、特色研究、優質服務、國際接軌為辦學目標。對於對研究倫理、學術不良行為、利益衝突等，亦有相關法規。

準則判定：符合

1.1 組織

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

發現：

後醫學系一、二年級學生在醫學院學習，然因該系為外籍學生專班，語言、文化、風俗之差異及課程高度之特殊性與複雜性，並未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有良好的互動，校方曾安排與外語學系建立學伴制度，然學生間年齡差距因素，並未獲得良好成效；105 學年建立與後中醫學系學伴制度，經與學生訪談得知，校方曾安排一次會面，但因文化背景、生活習慣及朋友認知上的差異性，後來就無聯繫，學伴制度計畫尚未落實。

三、四年級的醫學生於義大醫院臨床科別學習，外籍醫學生由於語言問題，目前只能跟隨特定的主治醫師學習，醫院做了許多努力，但醫學生還是較難與其他醫護人員溝通，不易在臨床環境中學習。

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. 義守大學是一座綜合性大學，其後醫學系教師除了來自臨床與相關領域外，亦有來自管理、人文學院。但是教師多為醫學院合聘或兼任師資，相對減少了在醫學院專任的教學時間。

2. 後醫學系主要為培育有醫療需求邦交國之醫療人才為目的，截至 105 學年總共已招收來自 18 國家、總共 140 位學生。學生來自不同的國家及不同成長背景，相對的多樣化。

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：

該校針對性別平等議題成立「性別平等委員會」及「性騷擾防治委員會」，以推行性別平等。

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：

義守大學對於校務、醫學院院務、後醫學系系務訂有相關組織章程，校、院、系各委員會之組成與職責亦有明文規定。

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：

義守大學有明訂校務會議設置辦法，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：

義守大學董事會成員之替任，皆依法規呈報教育部核准後始聘任之。現任林志龍董事長於105學年度接任，之前亦為義守大學董事，董事會若干成員任期有重疊。

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：

義守大學與義大醫院為迴避潛在之利益衝突，設置義守大學與義大醫院決策協調平台，學校代表人為蕭介夫校長，醫院代表人為李伯皇主委，雙方相關成員每半年舉辦會議。此外，義守大學訂有「義守大學研發成果與技術移轉管理辦法」；義大醫院設有人體試驗委員會(IRB)，執行保密和利益衝突與迴避管制。

準則判定：符合

1.3 醫學系負責人

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

發現：

後醫學系依「義守大學學士後醫學外國學生專班系主任遴選要點」遴選系主任，現任系主任楊生滿教授於該系創立時擔任主任一職至今。

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：

後醫學系於醫學院之架構下，相關系務執行、規劃與檢核，皆受醫學院之監督，後醫學系系主任與醫學院有正式之溝通管道(院務會議)，與行政主管訪談，表示溝通無礙。

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：

後醫學系訂有組織要點，明訂相關事務權責。此外，後醫學系主任楊生浦教授兼任義大醫院教學副院長，以期望醫學生臨床實習課程安排與監督更為妥善。

準則判定：符合

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

發現：

1. 系主任楊生浦教授自醫學系創始之初即擔任此一職務，更於 103 學年第二學期起同時擔任義大醫院之教學副院長，兼醫學教育委員會副主任委員，如此的安排能更有效提供資源予在臨床學習的醫學生，與對醫院各實習科別教師之要求。然而，依據實際觀察，在臨床教學方面，除了一般醫學內科及一般醫學外科等教學專任教師以外，其他臨床科部對於臨床教學的要求參差不齊，尚有改善的空間。
2. 目前醫學院院長是由陳翰容教授擔任，曾擔任過義大癌症醫院院長，在醫院臨床方面具有相當資深的經驗，對教學方面也非常投入，以期能協助系主任整合基礎與臨床的教學工作。

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. 義守大學醫學院自 102 年教育部正式核准後至今，已更換數任院長，目前由陳翰容教授擔任醫學院院長。醫學院院長人事更換過於頻繁，恐會影響學校長期發展的一貫性，以及院務推動的穩定性。
2. 義守大學醫學系海外專班自 102 年奉准招生開始，即由楊生滿教授擔任系主任，輔以劉麗芬副教授、陳韻如副教授及梁正隆副教授擔任副主任。對於系務發展的一貫性有實質的了解與助益。
3. 醫學院現任院長與醫學系主管之間，有定期且較緊密的互動，對整體院務的推展與以往相較已有進步。

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：

醫學院訂定短程、中程的發展計畫書(strategic plan)，每年皆訂定三年期之教學、研究、國際化、產學合作及推廣教育、學生輔導及就業情形等任務目標，後醫學系系務規劃亦包含任務目標之中。

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：

醫學院各項決策依照校方規定之決策程序執行，例如財務預算需召開經費審查會議，由醫學院、會計處及各系所主管共同討論財務及未來經費規劃事宜。每年預算由後醫學系依近三年發展規劃、編列後，需經系務會議討論，通過後續送醫學院，進

行院級預算討論；相關師資聘任則由後醫學系先上簽呈要求員額新增，並於校方同意後召開新聘教師委員會，並完成校內三級三審之師資審核制度。

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：醫學院與義大醫院簽有書面合作協議。

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：

後醫學系楊生滿主任雖然同時擔任義大醫院教學副院長，期能提升臨床教學的專業性，且義大醫院為了強化臨床教學亦成立了一般醫學外科及一般醫學內科，並由專人負責。但實際觀察發現，醫院整體的臨床教學除了一些科別(如一般醫學內科、一般醫學外科等)外，各科教學的差異甚大。在科內，各臨床教師對教學的熱忱度也不盡相同。臨床教學師資培訓工作是改善臨床教學風氣的當務之急。

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：

後醫學系針對 105 學年度入學學生，調整課程內容包括科目名稱、開課年級/課程名稱/必選修/學分等，已通知醫學院評鑑委員會。

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：

後醫學系針對 105 學年度入學學生，調整課程內容包括科目名稱、開課年級/課程名稱/必選修/學分等，已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：

後醫學系自 102 學年度招生以來，未有「對教育品質與成果有重大影響的事件或變動」包括：學制改變、招收學生數一年增減 10%，或三年 20%；師資數之增減、硬體設施之變動、財務之變動、臨床教學機構變動等情事。至於後醫學系針對 105 學年度入學學生，調整課程內容包括科目名稱、開課年級/課程名稱/必選修/學分等，已通知醫學院評鑑委員會。

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：

義守大學後醫學系的教育目標包括：具備以基礎理論與臨床應用、終身學習及多元發展的醫師、以全人醫療為中心、具備人道及關懷、國際衛生服務等面向，教育來自十八國家的外籍醫學生。這些目標涵蓋甚廣，兼具預防保健、公共衛生及醫學倫理，課程設計也注重母國醫療服務之需要，若能確實執行與持續評估及修改，將可培養出優秀和稱職的醫師。

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：

後醫學系學生的學習幾乎都集中在知識技能方面，個案討論的範圍很少涵蓋醫學倫理或是人道關懷相關議題。該系基礎醫學教育以模組(16單元)方式來進行，模組則為各器官系統內胚胎學、解剖學、組織學、生理學、病理生理學、病理學、臨床疾病，藥理學、治療學再加 PBL/TBL、實驗來完成；臨床醫學則三年級為內、外、急診、家醫，四年級為婦產、兒、眼、耳鼻喉、神經、復健、影像、病理、皮膚、麻醉、精神、腎內、腫瘤、新代、風濕免疫；除了一般醫學內科(2 星期)、家醫(4 星期)、兒科(4 星期)教學較為上軌道外，其他科由於語言限制及教師、住院醫師缺乏，對學生之要求不一致，學生較欠缺 hands-on 機會。

大部分學生的臨床學習皆屬觀察，訪評中查看學生所交 primary care case report，實為學生 modify 住院醫師之病歷(報告中有中文，醫學生也不知其意思)，並非由學生真正 take history 及做身體檢查所得來的病歷。由於一般醫學病房有三~四位教學型主治醫師，又是示範病房，理應是學習一般醫學的較佳場所，但在內科實習(3 個月)中只占二星期，甚為可惜；且一般醫學病房的病人常為其他科不收之病人，或為複雜病人，並未經過篩選，應該加以衡量作為教學之適合程度。而每一臨床科別，科與科之間以及科內各教師之間，對於教學的投入亦不相同。

此外，在課程架構上，後醫學系已有課程地圖，也提供學習護照列出必修及進階課程，但學習護照欠缺回饋，多僅見蓋章，甚為可惜。

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. 醫學系雖然在 M1 與 M2 設計 PBL、TBL 等教學方式，希望學生能達到主動學習的目標，但實際訪視後有以下四點發現：

- (1) 在自評報告書表 2-3 所呈現基礎與臨床整合課程主動學習活動內容，除 PBL、TBL 能符合提供醫學生主動學習、獨立學習的機會外，其他包括實驗課（實驗課課程內容大都是經由教師設計及講解、指導下完成學習）、clinical skill（只能提供技術教導，無法讓學生直接接觸病人、學習同理心引起主動學習與獨立學習的動機）及評量與回饋（只能反應學生學習的成效及對課程的建議）等，以上學習活動均與準則要求學生主動學習的精神不相符合。
 - (2) PBL、TBL 主動學習的時間總共 194 小時（經查證課程進度表，以及詢問課程負責教師，「單元十一：公共衛生學」並無 PBL、TBL 課程），僅占基礎與臨床整合課程教學時數（共 1548 小時）的 12.5%；非基礎與臨床整合簡報中所呈現的 17%。
 - (3) 此次實地訪視期間，後醫學系未有 PBL 與 TBL 課程的進行，所以無法實際了解學生們對主動學習的認知及成效為何，但與學生訪談過程得知，學生會依被分配的單元做準備，而且準備過程中也較少與其他同學互相討論。
 - (4) 此外，上述課程結束之後，缺乏一個有效的評量工具去評核學生的學習效果。
2. 由臨床學習訪視中發現，學習之 primary care case report 後面有透過搜尋文獻來討論，但多為「up to date」之類總合性參考資料，幾無討論文獻資訊可靠性之著墨。臨床學習最主要是由照護病人中學習，但實際觀察仍有誤解病人意思、溝通不良之情況（例如學生誤解未做 bronchoscopy，以為是做 bronchoscopy 失敗，又病人 intermittent 使用 nasal oxygen，因未見病人使用而以為未使用 oxygen，以致不了解病人疾病之嚴重度），雖然醫院提供翻譯軟體，但成效並不佳。

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：

該系所定的教育目標明示畢業醫學生應該具有美國 ACGME 的六大核心能力。然

而，課程內容的設計與執行多以醫學知識及技能為主，其他的面向仍相當不完整。尤其在病人照顧、人際關係溝通技巧、專業素養、系統中學習等層面的核心能力之課程內容的設計與成效評估，須要考慮如何克服學生的文化差異及語言隔閡，這些部分更顯得困難及不足。

準則判定：不符合

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. 目前在招收的四屆學生當中，二、三、四年級各班除志願離校者外，其餘全都順利升級。部份學生的學業成績，其實是在教師一再輔導，並多次提供補考機會才及格通過。最令人擔憂的是完成 M1、M2 基礎教育時，缺乏一個客觀而嚴謹的評量指標，無法對學生在踏入臨床之前的各項能力加以確認，包括最為重要的知識層面是否充分備妥。在完成 M3、M4 時，亦缺乏針對各個學生的臨床醫學知識及技能，有客觀合宜的評量方式。雖然，這些外國學生在返回其母國，或許尚有其他考核機制，但是若畢業生無法通過其母國考核機制，將引起友邦對於此一專班的訓練成效之質疑。
2. 今年至實習醫院訪評實際觀察 M3、M4 臨床教學，雖然已有一般醫學內科及一般醫學外科的設立，在臨床教學上熱心地投入並發揮實質的作用，但並非所有臨床科部都是如此；且對於學生輪訓的科別及學習內容也缺乏一個統籌的管控機制，以致在臨床學習輪訓時，各科部之間各教各的，缺乏一致的規劃。
3. 醫院主治醫師訪談中提及，為不影響外交及學生經濟來源，以致無法執行適當的延畢措施，同時在訪談學生時發現，有些程度低落的學生已進入四年級，不符合專業之期待。此外，在臨床學習課程有些臨床科不要求學生寫 progress Note，難以確知學生真有 hands-on 或與病人 interaction；primary case report form 有複製之缺失，卻未見主治醫師修改且仍然給予高分。檢視臨床學習評量表，即使程度低落的學生仍可得 80⁺分，稍佳的學生可得 90⁺分，這與臺灣其他醫學院落差甚大，評量表之回饋亦常是空白，而總表也僅有短短無關學習課程之評語。

4. 後醫學系對於醫學生在臨床科別「見習」過程之評量並不完整。學校將核心能力評量歸類成「醫學知識」、「學習態度」、「臨床技能」三部分，且各占 30-40%的總成績。如此的評量方式造成學生在「醫學知識」部分的成績不理想，但由於「學習態度」或「臨床技能」部分的成績高，而將總平均拉到超過 80 分。舉例來說，有位學生的內科後測考試成績僅 52 分，這在其他的醫學院校應補考甚至重修，但是該名學生的學習態度與臨床技能的分數相當高，而因此能通過內科學的整體評估。由於學習態度與醫學知識，甚至臨床技能的評量方式與重點不同，無法都用 percentile 來呈現，目前的評量方式鑑別度不夠，如此臨床評量方式會造成學生醫學知識嚴重不足，卻又能「高分」通過該臨床科課程的情況。

準則判定：不符合

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

發現：

1. 臨床教師們(包括醫師、護理師)知道後醫學系的教育目的，以及學校創立醫學系的決心，也都努力於英文環境的營造，但師資培育仍待加強，如何評量學生，給予回饋將是重點，例如在評量表上勾選都是 3 或 4，只有 1~2 個 5(4 是優於同儕，5 是高出其層級之表現)，但總分卻是 97 分以上。
2. 有些教學醫院的臨床教師，對不同年級學生的學習目標並不清楚，還是以次專科的專業知識在進行教學。且後醫學系沒有針對 M3、M4 clerkship 個別不同階段，訂定全盤而完整的學習目標。臨床教學仍停留在授權各科的某幾位熱心教師進行臨床教學，以致 M3、M4 的教育目標顯得零亂而缺乏完整性。

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：

後醫學系於 105/08/01 設立醫學人文教育委員會，新增聘醫學人文教育主任，由

他系教師轉任，但 104 學年第 1 學期至目前 105 學年第 1 學期於該系之授課時數為 0 小時。目前醫學人文課程之授課仍以臨床醫師為主，雖與外籍醫學生互動佳，然而，整個醫學人文的教育單位成立不久，宜持續追蹤該單位的成效或執行上面臨的困難。

此外，醫學人文學科負責設計、規劃和執行醫學人文相關課程與評估成效，惟在課程評估與改善方面較無具體佐證。同時，醫學人文課程並不獨立於整體醫學課程，進行醫學人文設計、規劃和執行與評估成效，仍需與基礎和臨床醫學教師結合。

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. 後醫學系使用器官整合的方式教學，但學生到了臨床無法有效利用基礎醫學所學，臨床教師常需再次「複習」這些教材。教案式的教學雖可促進學生自主學習，然而也發現許多討論的內容缺乏主軸，或過於艱深與不重要的枝節。
2. 教學醫院為加強臨床學習品質，已增設一般醫學內科以及一般醫學外科。其負責人也對教學相當投入且熱心。但該院主要病人大都屬於其他專科範圍，且其他科部的教學仍各行其是，目前臨床學習都由臨床各科自行負責，各科監督執行程度不一，例如 progress note 是在臨床教學會議決定實施，但只有少數科別在執行；又如學習護照中雖列有必修課程，但實際執行上之落實程度仍待改進。臨床醫學教育尚缺乏一個有實質決策力的單位，為教學醫院整體臨床教學及師資培訓擬訂通盤的規劃。

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. 後醫學系課程委員會主要負責課程整合的規劃，並設置基礎醫學課程、醫學人文課程、臨床學習課程等次委員會，主要負責課程設計、執行及評估等工作。經實地訪視發現，以 organ system 為架構分成十六個單元的基礎與臨床整合課程，有些單元在同一模組內的課程安排順序因需配合基礎教師在原先所屬系所上課的時間，而導致無法依序安排基礎醫學課程內容，造成學生無法達到循序漸進的學習效果；此外，十六個模組間缺乏彼此溝通的共識會議機制，導致課程內容產生重複及遺漏的現象。
2. 目前模組課程各有負責人負責縱向整合，後醫學系劉副主任負責橫向整合。檢視該系 104 與 105 年學年模組課程，後者在模組一、模組二各減少 9 堂、7 堂課，其他模組也各減 1 堂並併入藥理學，以增加學生自主學習時間。又因併入藥理學，有些模組藥理學是在臨床疾病之前(如 CV、nephrology、endocrinology)授課；有些是重複，如 diabetic nephropathy 在 nephrology 及新陳代謝，urological PE 在第一模組及 nephrology；hypertension、dyslipidemia 在 CV 與新陳代謝等；另內分泌新陳代謝模組糖尿病比重太高，導致其他一些重要的內分泌疾病及觀念未提及。由此看來，模組內容仍須再討論，且模組間之整合也須加強。而針對基礎與臨床整合課程的學習成效評估，系上除了參考 USMLE step 1 考題當作測試學生的工具外，尚未制訂出更公平、更客觀的評量方式。
3. 在醫院所觀察醫學生的臨床教學，仍是各科各行其是，臨床科別間的差異明顯，甚至連醫學生是否該寫病歷都有不同的作法，缺乏統籌整理。醫學生前兩年的整合型課程學習，並無法與臨床的醫學教育連結，臨床教師常需要再重新教導一些「基礎」的醫學知識。

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. 醫學生一、二年級時，後醫學系規劃諸多 organ system 課程，然目前許多任課教師

在課程規劃當時，並非後醫學系教師，專聘單位尚在其他學系，甚至是義大醫院。能否全心共同投入後醫學系課程之安排與規劃，並定期檢討和修訂，將持續加以觀察。

2. 醫院各科訂有學習目標與學習手冊，然而內容過多過廣，學生可能無法在合理的時間完成。同時由於語言的隔閡，一些學習重點無法在急診或是病房執行，醫院認為病人無法「配合」這些外籍醫學生的臨床學習，而讓學習成效大打折扣。學生多安排在有住院醫師或是 PGY 的次專科，雖然增加學生與訓練中的醫師之互動，但也因為如此的安排反而影響學生「全面性」學習。學習手冊要求的疾病或臨床症狀無法完全學習，教師也沒有安排這些學生到其他臨床教師的單位，以補全學習手冊的基本要求。

準則判定：不符合

- 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：

後醫學系設有課程委員會審查課程，也有模組教學檢討會，但常因遷就臨床醫師的時間而有變動，例如單元二於 104 學年授課順序較有條理，105 學年卻加以變動，會議紀錄亦未見討論課程更動的理由，且定期檢討與修訂課程的會議紀錄亦較缺乏，為何修訂之原由也無法得知。

臨床學習課程由各科實習課程負責人安排，以學習護照列出必修及進階課程，據實際觀察，某科晨會由住院醫師簡報病史後，即以電腦斷層檢查討論診斷，有一學生提問如何由 symptom /sign 來診斷 chronic sinusitis，因其母國並無 CT；顯示教師對於如何教這些外國專班學生尚不熟悉，且臨床照護常立即使用高科技影像診斷，欠缺以基本功(history taking、physical examination)來加以診斷之訓練；其次，某科病房進行 Case-based Discussion 應到三名學生，卻僅有一位學生出席(系方事後說明主治醫師同意另二名學生可以不依照 teaching schedule，但也未見教師另外安排 teaching，臨時也找不到人)，如此情況顯示雖有臨床教學課程表，但並未落實執行，

也暴露出後醫學系學生輔導上雖有架構，但導師並未上報問題，直接遷就學生要求另行安排，針對如此安排是否恰當，亦未見討論，且此案例討論是由教師報告 case history 後，再由教師提出問題，此種教學方式也不符 CbD 教學之常規方式。

訪評時，於某科門診觀察教學情況，二位學生坐在後面觀察醫師看診，因言語不通，不明瞭問診、檢查狀況，僅由醫師事後簡短說明主訴、診斷、處置，效果並不佳；另有二位學生正觀察剖腹產的進行，但手術檯上已有多人圍繞，二人也未著手術衣無法接近，也沒有人向其說明手術進行情形，幾無學習效果，不如在手術房外直播說明較有效果；再觀察神經科門診教學，主治醫師示範一些神經檢查並指出 sign，再請學生體驗(rigidity, dyskinesia)，這樣教學可令學生印象深刻，算是所觀察中最佳的臨床教學。

由主治醫師、住院醫師訪談發現，教師評估認為約有 6 成學生程度可算及格，其他約 4 成學生不及格，雖然也有少數令教師驚艷的學生，但從學生評量表整體觀之，卻是全數及格。教師將這些學生定位為「見習」，「hands-on」只有少數科別在執行，且落實情形不佳。學生的 primary care case report 其實多是 modify 病歷紀錄而來，並非學生自己問病人取得病史及做身體檢查。

至某病房訪視時，單獨與學生面談發現這組學生雖較有學習動機，但詢問「病歷中 SIADH 是何意思？」及「為何下此診斷？」，皆無法回答，對於一些臨床數據判讀也只會比照正常值範圍，不會依病人情況來解讀，然而主治醫師、住院醫師在教學中並未注意到。

一般醫學病房有二位主治醫師負責教學，相當盡責。但有些主治醫師因英文表達不佳，便與其他醫師交換部分工作負擔，且教學方法尚待師資培訓加強。此外，至某病房請教師拿出學生 progress note，教師卻稱學生都沒寫 progress note，然臨床學習委員會決定學生必須寫 progress note，事後詢問學生發現許多科都沒要求，臨床學習委員會之功能及監督執行仍待加強。

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. 課程委員會對於課程的監測，無法落實到課程內容，殊因大多數課程沒有列舉出該堂課程的教學大綱及內容。即便是以 organ system 安排課程，也無機制確認該 organ system 諸多課程的橫向連結是否完善。此外，若是以 organ system 教學，尤其應當注意不同學門授課順序的邏輯性。以 104 學年第一學期(二年級上學期)的單元八：腎臟泌尿系統(含實驗)為例，2015-09-14(週一)開始，首日上午在單元緒論之後並未先以解剖學開場，而是以組織學(上午)及胚胎學(下午)，週二下午才上解剖學，如此先上微觀的結構，再上巨觀的結構之考量原因宜清楚說明。第一週的週五上午先上兩節生理學，再於第二週的週一及週二上午各上兩節藥理學，但是週二下午再上三節生理學，及週三下午的生理學實驗，此種非傳統的課程排序，其邏輯性為何，抑或遷就於授課教師尚有其他學系的課程必須考量，而如此權宜調度。此外，在基礎醫學教育結束(M1、M2 結束)時，缺乏客觀的評量制度。
2. 課程委員會對於課程的監測成效在臨床科別的教學並不顯著。各科的教學方式、對學生的要求差異相當大，負責單位並未輔導或改善。臨床教師的評估僅侷限於醫學生的滿意度。在臨床醫學教育 M3、M4 各階段完成後，亦同樣缺乏實質有效的評量制度，以確保醫學教育的成效。
3. 後醫學系課程委員會透過 Moodle 課程管理平台監測課程內容，但實際發現基礎與臨床整合課程的每個模組在 Moodle 系統內之資料，除上課進度表外，其他功能並未完整提供學習資料(例如上課教材上傳不齊全)，以致於學生無法獲得完整學習。由此顯現後醫學系課程委員會的監測職責及功能尚有待落實。

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學習。

發現：

義守大學是綜合性大學，提供外籍醫學生許多選修的機會，同時有提供許多社區服務的課程供學生參與。然而，可能因為言語的隔閡與必修課程多之壓力，後醫學系

學生並沒有好好利用這些自我成長的機會，參與的學生數並不多。

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：

該專班學生無法參加考試院考選部醫師國考，目前僅利用通過模擬 USMLE 測驗為教學成效評估的依據，但 USMLE 是針對美國的醫學生教育所設計，單單靠 USMLE 的模擬考題為評估依據，似乎不足，且因學生已經事前經過題庫演練，缺乏客觀評量之機制。因此，該專班學生目前缺乏「國家測試及格標準」之機制，無從確認其教育目的之達成。

準則判定：不適用

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

發現：

1. 後醫學系具有醫學人文課程品質監督機制，並聘請專家學者擔任課程設計與評鑑工作，並邀請學生一起參與相關會議。惟在相關佐證資料與實地觀察中，尚缺乏經過課程評估後醫學人文課程的改變與理由，以及相關會議紀錄。
2. 在臨床教學實際訪查時發現。雖然，醫學系針對每一個 rotate course 都有學生的評估表格，學生的滿意度也都有回饋給教師參考。但是評估表多屬檢核項目勾選方式，缺少敘述性的實質回饋，易使此評估流於形式化而未能達到課程改進的目的。
3. 由學生對課程滿意度之調查最低為 92⁺分、最高為 96 分(102-104 學期教學滿意度調查)，這樣的學生回饋對教學盲點之找尋並無助益，缺少外部客觀評估方式。

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，包括醫學生於臨床學習在臨床和教育活動的全部時數。

發現：

上課時數、實習時數，及工作量負荷尚稱合理。後醫學系的重要會議均有醫學生代表參加，且有簽名佐證。

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：

學校的輔導機制堪稱健全，國合會每一年級均有一位駐校經理關心學生的生活起居；臨床導師在這兩年確實執行定期面談，且有紀錄佐證。此外，還設有預警機制，協助學習成效不佳的醫學生。但無法確定該輔導機制是否確實有效，因醫學生可以多次補考直至通過(甚至有補考五次，等於習作練習背熟考題答案)，該機制是否對學習不佳學生的學習成效有實質上的提升效果，宜再考量。

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：

後醫學系無地理分隔之教學地點的情況，故此準則不適用。

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：

後醫學系無地理分隔之教學地點的情況，故此準則不適用。

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：

後醫學系無地理分隔之教學地點的情況，故此準則不適用。

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：

後醫學系無地理分隔之教學地點的情況，故此準則不適用。

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：

後醫學系無地理分隔之教學地點的情況，故此準則不適用。

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：

後醫學系無地理分隔之教學地點的情況，故此準則不適用。

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：

後醫學系無地理分隔之教學地點的情況，故此準則不適用。

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：

根據義守大學規定，後醫學系最長修業年限為六年，目前尚未有第一屆畢業生。但國合會所提供醫學生的獎學金僅有四年，若未能如期四年畢業，恐對延畢之醫學生造成不小的經濟負擔。

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. 基礎醫學課程採模組教學，再以模組混合評分，基礎模組課程訂有及格成績標準，然有部分醫學生透過一而再、再而三的補考與複習，才通過成績標準。
2. 臨床科別的成績標準將核心能力評量歸類成「醫學知識」、「學習態度」、「臨床技能」三部分，且各占 30-40%的總成績。如此的評估方式造成學生即使在「醫學知識」部分的成績不理想，但由於「學習態度」或「臨床技能」部分的成績評分高，而能將總平均提升超過 80 分。因此，目前臨床評估方式恐造成醫學知識不足，卻又能「高分」通過該課程的現象。
3. 後醫學系已努力建立各學科的評量標準，但無法具體佐證有跨學科與跨領域的成效，亦未見後醫學系提供足夠的訓練機會，使參與評分的臨床主治醫師具有足夠執

行教學評量之能力，因此，學生評量成績(最低 80 分、最高 90⁺分)比其他醫學院校高出很多。

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. 師資培育中心定期舉辦相關訓練課程，例如舉辦多項教師教學研討會及工作坊。臨床教師每年必須參加至少六個小時的訓練課程，才具備擔任教師的資格。此外，在 2014、2015、2016 年分別以公費資助教師前往國外學習英文創新教學法、參加 AMEE 年會、PBL 教學研討會等活動。然而，卻沒有定期評估或檢討每位臨床教師的教學能力、教學方法及內容。
2. 臨床醫師如何由服務型轉變成臨床教師，仍待師資培訓加強其教學能力。義大醫院多半主治醫師較少有教導 Clerk 經驗，又其 practice 之方式並不適合教導醫學生。例如訪評期間參加其 CPC，雖然老師學生都熱心參與，但一 multiple myeloma 病例病程報告中無尿檢資料，biochemical data 不完整，physical examination 簡略，診斷依靠影像檢查，對於一個腎臟功能不好的病人，1 個月執行了 3 次 MRI(with contrast)，不是很好的示範，個案討論中也缺乏檢討。
3. 在基礎醫學教育方面，雖然醫學系努力建立以 PBL、TBL 的教學模式，但對老師之教學方式及學生的學習成效卻缺少有效的評量制度。

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：

每位醫學生都是臨床照顧團隊的一份子，團隊中有各層級的住院醫師與 PGY 醫師，對於醫學生的學習有所幫助。然而，醫學生在醫院的角色仍被定義為「見習」，相關要求比起臺灣其他醫學院較低。雖然教學型主治醫師十分有熱誠，但是目前大多科部的臨床教學仍著重於講授病理與處置之知識層面，而忽略了臨床基本功夫，例如病

史的取得、完整的身體檢查及臨床推理，且大部分臨床教師對於不同層級醫學生的臨床學習目標及準則並不清楚，以致淪為各次專科針對其專業領域進行教學，導致整體臨床教學缺乏全盤規劃的完整性。

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. 後醫學系稱已建立 e-portfolio，但與學生晤談時，6 位中只有一位學生是資料較完整，但也僅限成績表及臨床 case report、臨床學習評量表；另一位則 download 在自己的電腦；另一位則是只有 3 年級資料，4 年級已過 3 個月未見 download；另二位則明說未做；另一位則其平板電腦一直無法連線。即使是最完整的資料，也僅限學科，未包括其他學習成長的檔案，如服務學習、研究學習、課外活動等，並發現評量表技能方面多勾選未評，可見學生甚少與病人接觸。
2. 目前在臨床學習的評估包括 mini-CEX、DOPS、CbD，以及 360 度的綜合評估，但部分臨床教師對醫學生表現不好的項目，並未敘明原因或是改善建議，對於如何輔導學生或是改善其學習方式，以及學生如何藉此自我提升，缺乏實質助益。

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學習應接受評量，並儘早給予正式的回饋，以便有足夠時間進行補救。

發現：

學生在每個學科均有定期與即時之評量與回饋。每月至少都會與導師面談一次，討論各種學習困難及如何改善。然而，臨床學科的評估仍以個案報告為主，後測試題僅占少部分，評量過於寬鬆，回饋也過於簡單。此外，每位同學都有一本學習護照，載明至每一單位學習的成效與雙向回饋，但其回饋內容過於簡略，恐有流於形式之虞。

準則判定：符合，但須追蹤

2.2.2.2 醫學系所有課程及臨床學習的負責人，在每門課程及臨床學習時，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. 後醫學系每一個課程大都有設計一套學習評量制度，但在執行面上尚未落實，且未針對整體的成效加以分析，進行課程檢討及改進。在臨床方面限於學生之語言能力，以擬真模式(標準病人或模型)技能之評估來評估，case report 及實習評量表則送至醫學教育部供學生查閱，但由學生實際 download e-portfolio 之情形來看，實難以確認學生有得到即時回饋及形成性評量。
2. 義大醫院已發展類似 mini-CEX、OSCE、CbD，甚至 DOPS 的評估方式，但所選擇的病人之病歷記載或是身體檢查，卻大都不是由醫學生所親自執行。
3. 後醫學系將畢業前一般醫學核心臨床能力及常見疾病，以學習護照方式將之分散於各科實習完成後，以蓋章方式簽核，完成後由後醫學系檢核，基本上是有一套制度，但其執行恐流於形式。

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、基礎醫學和臨床學習的表現，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. 如何加強醫學人文教育成效評估，作為提昇整體醫學教育成效，是醫學教育者所關心的研究與實境議題。後醫學系採取多元評估方法評量醫學生在整個課程中之學習成效，但大部分著重於基礎與臨床醫學，缺乏進行醫學人文方面的行為和態度評量。
2. 在基礎醫學部分，評量學生在知識領域以數字方式顯示成績，並未見以敘述方式描述學生的表現。
3. 醫學生的臨床學習幾乎都以醫學知識為主，並未在晨會、小組教學或是照顧病人過

程中，討論醫學人文及倫理素養的培養。此外，在每一科部其評量方式多以量性評量或檢核表為主，且大部分科別界定醫學生為見習，欠缺與病人之互動，因此在技能、行為、態度之評量指導老師難以進行質性的敘述，且多以中文描述，造成學生無法了解教師對其回饋。

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. 雖然義大醫院及義守大學都已展現極大的努力建立翻譯溝通的管道，且大多數學生也展現出良好的學習意願，但語言的隔閡造成溝通與醫病關係建立的侷限。因此，許多核心臨床技能的學習即受到影響，例如醫學生沒有自己問診、寫 admission note，甚至不用寫 progress notes；學生無法 hands-on，很難直接觀察評估其臨床技能、行為和態度。
2. 由於該系將於 106 年產生第一屆畢業生，目前尚無畢業生歸國後之執業情形資料，宜持續追蹤，以確保教學成效。

準則判定：符合，但須追蹤

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

發現：

臨床學習各科僅排一次 course，在三與四年級的臨床課程安排上，與一、二年級所學的模組課程關連性較低，只看到輪訓到不同的次專科學習，較難發現針對不同年級醫學生，而有明確不同學習目標之規劃。

三與四年級醫學生臨床學習均定位為見習，因此未見有逐步加重各階段之責任，例如四年級排有兒科及家醫科，實際觀察學生在與病人互動方面有進步，學生在訪談時也坦言到了第四年使用翻譯軟體後，稍微可與病人溝通，但要達到直接由病人取得

病史，並做身體檢查及臨床照護訓練，進而達到 EPA/milestone 之要求，確實有所困難。依自評報告書 P.2-153，醫學生畢業前將有一場 summative OSCE (10 站)為授予學位與否重要依據，2017 年六月即將知道結果，formative OSCE 家醫科執行 2 次，但未見其結果。此外，另表顯示臨床醫師觀察學生 take history、physical examination 只有 20%及 30-50%，稍嫌偏低。

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. 大部分的教學仍著重於講授知識，評量也多只在知識層面；而缺乏對於解決問題、決策能力之培養與評量。在臨床學習上，由於醫學生語言的隔閡，直接與病人接觸的時間與學習要求執行程度不一，許多重要的核心能力無法有效展現在病人照顧上；病史多半不是學生自己親自問診得來，難以顯現臨床推理和溝通能力。
2. 義大醫院在 OSCE 實作測驗，雖有規劃如何訓練醫學生醫病溝通能力，但在實際臨床學習方面，接觸病人時幾乎都由主治醫師擔任轉譯，對於培育醫學生的溝通技巧造成影響，很難真正落實醫病溝通的學習。

準則判定：不符合

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. 學生病歷報告有學習以 EBM 方式執行以問題為導向的文獻選讀，並自主學習，但限於語言能力，即使有翻譯軟體，不分科醫師所需之特質和能力包括：醫病溝通、同理心、疾病社會面向、文化敏感度等之培育仍難達理想。一、二年級的 PBL 課程也有利於培養自主學習能力，惟此次訪評無法看到 PBL 課程進行的情形。
2. 教學醫院為了確保醫學生能獲得有效的不分科醫師訓練，設立了一般醫學內科以及

一般醫學外科，但經過實地訪評發現，大部分臨床學習還是多以各次專科輪訓及次專科疾病治療為學習導向，而部分主治醫師對於醫學生所需具備的畢業前一般醫學能力也並未完全了解。

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：

後醫學系設有基礎醫學、臨床醫學之相關課程，而近來也極力在加強醫學人文領域之課程，例如基礎醫學領域部分，以模組方式與醫學人文及臨床醫學搭配，但部份則獨立形成一個模組，如單元三：微生物學、感染與免疫學；單元十一：公共衛生學(含實驗)；單元十四：大體解剖學實驗，尤其模組課程縱向及橫向的整合仍待加強，有些課程內容重覆或遺漏。

醫學人文方面較少選修課程，並缺乏融入臨床醫學之學習；此外，在自我評鑑報告中敘述：「在醫學人文課程安排上，加入可以強化人文素養…社會行為的課程」與學分表，兩者所顯示在通識、醫學人文、基礎/臨床醫學整合課程、臨床學習無社會行為學分數，資料並不一致。後醫學系在醫學人文課程之設計仍須整合。

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：

該系為學士後醫學系，此準則不適用。

準則判定：不適用

2.3.3 醫學系的課程必須包括醫學人文教育。

發現：

後醫學系設有相關辦法與表格進行醫學人文課程設計、規劃與執行，作為課程檢

討與改善依據，同時後醫學系聘請教授整合醫學人文課程；但在所附資料與實地觀察中，仍缺少相關會議紀錄以顯示醫學人文課程設計、規劃與執行，以及課程成效檢討與改善之依據。

此外，後醫學系近年來相當努力加強醫學人文相關之課程及活動，包括學校舉辦院內、院外有關醫學人文教育的課程，學生表示喜歡課外參訪活動及社區相關的健康促進活動，亦增聘了謝幸燕及鄭惠珠兩位醫學人文相關的教師。然，醫學人文教育須有許多親身之實踐經驗，若缺乏語言文化能力，難以達到醫病溝通、病人關懷、社會關懷，尤其具同理心、同情病人感受，了解文化與個人疾病經驗，以及醫療互動恐有所困難，學生來臺灣習醫之前，若能具有一些中文能力，將有極大助益。

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：

義守大學擁有豐富的數位資源，可做為實證醫學的訓練，訪視過程中也見到學生使用，惟電腦上的操作不如實際照顧病人時主動發掘問題之運用，臨床學習仍少見實際照護病人將所學加以運用，以解決健康與疾病問題，因此仍有待追蹤。此外，學生也質疑高科技是否能在其母國應用，教師須注意如何運用基本技能及簡單設備，以解決健康和疾病問題的可行性。

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：

由後醫學系所提供資料發現，課程中具有醫學基本原則及科學概念，惟學生的了解程度及運用情形尚待評估。

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. 後醫學系的課程以器官導向為主，PBL 的教學有臨床醫師參與。然而，基礎醫學與臨床醫學課程間的整合，有二項隱憂：(1)臨床部分大幅壓縮基礎醫學課程內容；(2)不少基礎醫學課程是由臨床醫師授課，雖然實用性強，但恐失去基礎醫學科學知識之深度與廣度；此外，目前之評估方式也不易察覺基礎醫學知識是否充足。
2. 「微生物學、感染學與免疫學」授課教師皆為兼任師資，恐不利於課程的整合與設計；師資問題於前次訪視報告中也提出發現，但仍未見系上提出積極改善措施。
3. 受訪學生表示，一、二年級學習十分辛苦，不知所學對於臨床有何重要性，直到至臨床學習後，才後悔當初未能有效學習，又必須再花時間重新複習。

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：

基礎與臨床整合課程每個模組皆有安排實驗課程，約占總課程時數的 13%。受訪學生表示實驗診斷課程，對於未來回到祖國行醫具有很大幫助。實地訪視時亦發現學生於實驗診斷科練習做 Gram stain，並在顯微鏡下觀察，此為實用的實驗課。

不過，目前後醫學系大體老師取得困難，解剖學科實際進行解剖操作的時數，遠較臺灣其他醫學系為少，僅在當學期(二年下)之週二上午 09:20 至 10:10 講解操作一小時，下午 13:30 至 17:20 上刀操作四小時。全學期 18 週，總上刀時數最多也才 72 小時，不到臺灣其他醫學系的一半時數。且每一具大體不可能由 40 位學生同時上刀，而是分為四組逐一上刀，各組 10 位學生一齊操作一小時，接著換下一組上刀，當其中一組上刀時，其他 30 位學生在觀察模型及標本與複習。如此接力完成當天進度，一組 10 位學生圍繞一具遺體同時上刀，也是過於擁擠不太容易操作。由此，可以計算出每生每週至多操作 1 小時，全學期至多 18 小時。這個時數可能不到臺灣其他醫學系每位

學生的三分之一實際操作時數，由此可見解剖實驗訓練的紮實程度不足。至於斥資 400 餘萬所購得之國內首部 ANATOMAGE 大體影像平台，則位於另一樓層的教室，無法當場讓學生自行上手操作探詢知識。國內除慈濟大學醫學系大體異常充沛之外(4~5 位學生解剖一具大體)，一般醫學系約為不超過 10 位學生共同解剖一具大體，且全期總操作時數都遠超過該系，雖然該系已透過宗教管道進行募集，仍相當拮据，學生受教品質堪虞。

此外，解剖為一獨立單元—第 14 單元，平均分布於二年級下學期的各週二，並不跟隨其他接續登場的各單元，因此，一年級上、下學期，及二年級的上學期各個模組單元之中所提的大體解剖學形態學的知識，都只是透過 PPT 來學習獲得，完全將課堂 lecture 所得的知識，與大體老師身教所得的立體型態知識切割，造成事倍功半的教學成效。醫學生所得的立體型態觀念，是透過 ANATOMAGE 平台在教室短暫展示獲得，其效果有待進一步追蹤。

大體解剖學實驗雖是耗費教學資源與師資人力最鉅的科目，但是乃是基礎醫學之中基礎，國內各醫學系無一將其偏廢，不僅是因為其實質上奠定了醫學的基礎，對於醫學生的培育過程中，修習該科目之後所建立起之心理成長里程碑的意義是無庸置疑的。

準則判定：不符合

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：

根據學校所提供的資料，有幾位醫學生曾與臨床醫師或基礎醫學教師共同做研究。然而發表研究論文之案例，主要為由國合會舉辦之校內口頭論文發表，或是其他校內海報發表。未見曾參加臺灣實證醫學競賽獲獎之詳細資料(如主題、著作、指導教師等)。該系學生參與教師的研究和學術活動之表現與國內其他各校醫學生仍有距離。

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：

義大醫院醫學研究部設有「臨床轉譯研究的基礎醫學與倫理原則」的系列課程，學校的醫學研究中也研究倫理之介紹，亦有幾位醫學生參與教師指導的研究計畫，並有成果發表，但學生是否已了解，而且能應用於病人照護，則有待觀察。

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. 臨床課程中，醫學生大都有參加醫療團隊的照護，但由於言語的隔閡，與病人深入溝通仍是難以解決的問題。且學生在返回其母國行醫時，每個人所面對的醫療環境及文化背景並不相同，如何針對每位醫學生就其將來之需要加以規劃、設計課程，是相當大的考驗。
2. 臨床課程及實習雖有社區醫學及預防醫學(連同家庭醫學共 1 個月)，但仍以急性照顧為主，有關復健長照及臨終照護較少涉及，且課程少有強調社會文化差異及以病人為中心全人照護之培育。

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：

後醫學系的臨床教學仍以急性照護為主，當學生到家醫科時，會有較多的機會參與社區醫療與接觸健康促進的相關課程，並於 105 學年開始有老人醫學、家庭醫學、預防醫學及社區醫學共 1 個月，但仍是見習，學習成效仍待觀察。

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：

醫學生均有安排至病房及門診學習，但由於學生在醫院的學習被定義成為「見習」，學習過程主要以觀察為主，hands-on 的實際學習仍不足，多屬於單向的教學，缺少教師、病人與同學雙向互動的機制，其學習成效仍待後續追蹤評估。

準則判定：符合，但須追蹤

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

發現：

語言的隔閡一直是國外醫學生與病人、家屬，甚至醫護人員在溝通上的障礙。在過去這段時間，由於學校與醫院的努力，包括舉辦溝通技巧的教學訓練相關課程，許多科部的跨領域團隊會議（IPE）亦看到醫學生參與。但囿於語言障礙，醫學生在臨床學習時，與病患之溝通仍須靠醫師翻譯。醫病關係建立的學習，仍是尚待解決的課題。

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：

後醫學系之醫學生來自十八個國家，學生在修業結束後，將回到自己的國家服務，返回母國所面臨的社會及醫療傷害問題與臺灣有相當差異。在此所面臨的社會問題，不一定會發生在其母國。應因人而異，針對其日後可能會面臨的相關議題，進行討論學習。

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. 後醫學系的外籍學生來自不同國家，每個國家有其獨特的歷史文化及生活習慣，對於不同文化信仰的人面對健康議題的不同反應，其敏感性應該更高，但臨床教師却較少針對此一議題與同學進行討論。
2. 訪視中，學生對於病人的文化與信仰幾無了解，雖有開設相關課程，是否能確實應用，仍待觀察。

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：

學校提供社區服務，以及認識臺灣民俗等學習機會；醫院亦要求臨床醫師要上兩個小時的師資培育課程，包括學習與如何處置與學生互動中可能產生的文化偏見。但在訪視中發現，後醫學系的外籍學生來自不同國家，文化及生活習慣差異也造成學生之間的衝突、相互否定，甚至肢體暴力事件，學校雖努力改善此問題，然而還是觀察到學生有相互歧視的情況，顯然學生本身的文化偏見仍待藉由學習加以改進。

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：

後醫學系開設醫學倫理和人文價值相關課程，並以 UNESCO BIOETHICS 教案提供學員作為討論案例。然而臨床醫學的教導與學習仍太偏重於醫療知識與技能的獲得，對於醫學倫理相關的重要性並沒有在日常病人照護上被強調。這點在訪視中觀察到所

參與的病例會議或小組討論中，大多忽略探討倫理的原則以及可能的利益衝突。

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：

後醫學系採取多元方式鼓勵依學生參與服務學習，例如：舉辦參訪區域醫院、養護中心、老人長照中心、偏遠地區的相關活動，可惜，學生參加的並不踴躍，且該類活動是否能定位為「服務學習」，尚缺乏實際的成效評估作為佐證。

準則判定：符合，但須追蹤

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：

義守大學後醫學系外國學生專班是依據教育部「協助邦交國家培育醫學人才計畫」進行招生，必須透過外交部使館將招生訊息公諸於該國家適合之對象，欲報名之考生上線向義守大學網站報名，經過初步報名程序的篩選，通過者於駐外使館參加筆試，成績合格者再參與線上面試。自評報告書提及，由系上成立後醫學系外國專班「招生甄選甄審小組」制定招生簡章內容，並推薦數位專任教師，交由校級招生主任委員分別圈選兩位面談及兩位書面資料審查委員。面談委員須加以培訓，並依筆試(20%)、書審資料審查(40%)及面談(40%)等多種評估方式，以確保能挑選的學生除具一般醫學生應有的特質及能力外，還須具有人道關懷及國際衛生服務意願的特質。

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：

後醫學系限於對友邦國家學士後學生招收之特殊性質，必須透過外交部使館將招生訊息公諸於該國家適合之對象，欲報名之考生上線向義守大學網站報名，經過初步報名程序的篩選，通過者於駐外使館參加筆試，成績合格者再參與線上面試，由義守大學醫學院之教師加以甄試，根據該系界定之良醫特質進行篩選，最終再通知錄取者前來就讀。

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. 招生委員會，102 年第 1、2 學期及 103 學年第 2 學期之會議記錄陳列於該專班網頁 (http://www2.isu.edu.tw/interface/sitelist.php?dept_mno=326e)，但於 103-10-24 之後，便無更新的會議紀錄。
2. 成立招生甄審小組 由系主任擔任召集人，負責制定挑選醫學生的標準、政策和程序、培訓甄試委員及錄取標準的決議。
3. 為避免再發生 102 及 103 學年入學的海地學生在授予學位別認知上的差異，而導致退學的情形，招生甄選小組已於 104 學年招生面談時先告知申請者，本學程畢業後僅授予 MD degree；並預計在 106 學年招生簡章中明確列示「本學程是招收未獲得醫師資格之學生前來就讀」之必要條件。

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. 後醫學系招收之對象限於友邦國家，以及侷限定義的「友好」國家之適合對象，俾使合格之應徵者接受國合會之獎學金。

2. 前次訪視曾提出義守大學審查學生資格前，先由各地外交部辦事處審核，是否會影響其公平性之疑慮。此次訪視了解申請入學之學生，係向義守大學及國合會直接在兩邊網站上申請，應無此疑慮。
3. 招生資訊宣傳的普及率與 102~105 學年學生來源分佈有極大的相關性，訪談學生的過程發現，學生獲知招生訊息的管道，除史瓦濟蘭是經由駐外使館透過媒體進行招生宣傳外，其他友邦國家的學生大部分是經由親友告知才主動向駐外使館詢問相關事項。校方應積極與外交部、國合會討論，如何針對不同友邦國家文化水平差異性進行有效的招生宣傳方式，以達到對醫學生的挑選具有公開公平性。

準則判定：符合，但須追蹤

- 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：

後醫學系依據教育部「協助邦交國家培育醫學人才計畫」進行招生，對象限於邦交國與友好國家，性質較為特殊，故此準則不適用。

準則判定：不適用

- 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：

後醫學系依據教育部「協助邦交國家培育醫學人才計畫」進行招生，對象限於邦交國與友好國家，性質較為特殊，故此準則不適用。

準則判定：不適用

- 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學習的資料。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. 後醫學系之招生簡章 (ADIMMISSION GUIDELINES) 公布於網頁 ([http :
//www2.isu.edu.tw/upload/326e/1/2015%20Admission%20Guidelines.pdf](http://www2.isu.edu.tw/upload/326e/1/2015%20Admission%20Guidelines.pdf))，清楚規範。但該系並不提供雙學位課程。
2. 自評報告內容發現，104 學年有 7 位來自海地的學生因在授予學位別認知上的差異，導致學習中斷而遭退學的情形。招生甄選小組改進措施，除了強調簡章原有說明外，並於 104 學年招生面談時，先告知申請者「本學程畢業後僅授予 MD degree」；並預計在 106 學年招生簡章中明確列示「本學程是招收未獲得醫師資格之學生前來就讀」之必要條件，並與學校獎懲連結。

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：

後醫學系依據教育部「協助邦交國家培育醫學人才計畫」進行招生，對象限於邦交國與友好國家，性質較為特殊，故此準則不適用。

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：

後醫學系依據教育部「協助邦交國家培育醫學人才計畫」進行招生，對象限於邦交國與友好國家，性質較為特殊，故此準則不適用。

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：

後醫學系依據教育部「協助邦交國家培育醫學人才計畫」進行招生，對象限於邦交國與友好國家，性質較為特殊，故此準則不適用。

準則判定：不適用

3.2.3 自其他醫學系(包括外國醫學系)前來臨床學習和短期訓練的「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：

後醫學系依據教育部「協助邦交國家培育醫學人才計畫」進行招生，對象限於邦交國與友好國家，性質較為特殊，故此準則不適用。

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. 後醫學系導師制度由基礎醫學教師擔任一、二年級學生之導師，每位導師輔導 10 位學生；臨床教師擔任三、四年級學生之導師，每位導師輔導 2 位學生。根據所陳列之學生個人檔案，僅少許檔案記載醫學生的個人輔導紀錄，有部分是導師對該組導生之群體宣布，並非一對一之師生對話輔導；有些紀錄一學期只有一次，無法確定是否能夠發揮功能。至於幫助醫學生適應醫學教育的身心需求方案並亦未發現。
2. 目前個人輔導制度，包括國合會駐校經理、導師、心理諮商師及精神科醫師，雖堪稱完備，但訪視時發現，有兩位學生希望自成一組 rotate，而在被分派到與其他同學一組時，拒絕出席晨會。學校在不得已的情況下，只好允許這種不符合醫學生應

培養團隊精神的行為存在。雖屬特例，卻是學生個人輔導失敗的例子，宜持續追蹤。

準則判定：符合，但須追蹤

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，必須提供該學生必要的輔導和支持。

發現：

後醫學系 105 學年針對學生輔導，分成以下系統：

1. 國合會駐校經理：每年級分配一位國合會駐校經理，國合會駐校經理是第一線掌握學生學習生活與健康狀況的人員；在與國合會經理訪談時發現，她們 24 小時不關手機，隨時接受學生的問題；並與學生訪談中，也印證國合會經理在學生的學習過程中扮演相當重要的角色。她們必須針對來自不同文化和宗教背景的學生，並以不同的輔導方式，使其能適應臺灣的求學環境。但此次訪談發現，只有一位國合會經理任期超過 1 年，其餘三位皆在 105 學年才新聘任，第一線輔導人員的流動率太高，恐影響學生的學習及生活適應。
2. 班級導師：自評報告呈現 1-2 年級一位導師負責 10 位導生，在學業生活、身心方面予以關懷與輔導；但與學生訪談發現，班級導師的關注與輔導大部份侷限在學習表現上；另由學生的學習歷程檔案發現，105 學年一年級導師與導生只有一次訪談記錄，訪談記錄日期及內容顯示導師與新生的第一次訪談太晚進行，且學生回饋的內容與字跡都一樣。3-4 年級則是有臨床導師，一位臨床導師負責 1-2 位學生；此外，還有「多元導師」，授課教師會安排 office hours，幫助學生課業輔導。
3. 學生輔導委員會：自評報告書雖有呈現「定期開會討論學生輔導個案」的規定，並以 104-2 學期末「兩位大學生因彼此溝通不良而造成班上有紛爭」進行討論。經查閱學生輔導委員會紀錄、當事者的學習歷程記錄及訪談學生發現：(1)校方輔導系統太晚介入，致使紛爭事件複雜化（104-2 開學後即有明顯跡象，但到期末才由學生主動要求系上要介入處理）；(2)至 105-1 學年(TMAC 訪視時間)，並未發現有任何對此案例的追蹤紀錄及結案紀錄；(3)應對全系學生持續地進行「人際溝通」相關課程與講座(目前儘安排一次)。

4. 分層進行學生輔導系統立意良好，但未見層與層系統間，輔導者對有行為問題個案的立即性意見溝通與互動。

準則判定：符合，但須追蹤

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. 國合會於義守大學設有駐校經理，協助掌握學生生活、學習和健康情形。駐校經理需有良好外語能力執行上述工作。此外，從 103 至 105 年，駐校經理經常更替，是否能與學生培養關係，進行第一線掌握學生生活、學習和健康情形，值得再觀察。
2. 後醫學系有國合會之駐校經理擔任第一線之學生生活輔導工作，但是僅限於生活輔導。除第一線接觸學生的國合會經理外，並設有導師制度，1-2 年級班級導師主要由一位教師負責輔導 10 位學生；3-4 年級臨床導師是由一位臨床醫師負責輔導 1-2 位學生，以及多元導師等輔導系統。
3. 1-2 年級班級導師大部份由基礎學科教師擔任，可在短時間內掌控學生的學習效果；針對學習表現不佳的學生，藉由授課教師 office hours 及讀書會進行課業輔助（委員手冊中，輔導成效內容列舉的讀書會種類，經訪談負責教師及學生均表示，並非列舉的讀書會課程皆有進行；實際上讀書會進行的次數並不多）。
4. 學業輔導及生活輔導制度大致完備，但對於學業困難的學生，都是以補課、補考的方式全部及格升級，到目前並無學生重修或留級的情形，與臺灣其他醫學系之要求有顯著落差。尤其該系醫學生無法參加考選部舉辦之醫師第一階段國考，且該系目前亦無有效的評量機制，無法評估學生的學習成效，令人對於該系整體學習成效產生疑慮。

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：

該專班全部課程皆於義守大學及義大醫院修習，故此準則不適用。

準則判定：不適用

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：

後醫學系學生領受外交部國合會補助連續 4 年之全額獎學金，學習及生活所需費用無虞。

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：

後醫學系學生領受外交部國合會補助連續 4 年之全額獎學金，以及每人每月 15000 元新台幣的生活費與每學期 15000 元新台幣的書籍費，有些學生甚至可存下生活費寄回家鄉貼補家用，學習及生活所需費用無虞。此外，學校設有「義守大學博愛急難慰問金」及「義大校友會急難扶助金」，可協助學生緊急救助使用。

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：

後醫學系依據教育部「協助邦交國家培育醫學人才計畫」進行招生，對象限於邦交國與友好國家，學生領受外交部國合會補助連續 4 年之全額獎學金，學生若是不願繼續就讀，亦無還款之虞。

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：

醫學生在母國錄取之後，必須檢錄健康檢查證明；在就學之後，亦有義大醫院更進一步之體格健康檢查；在進入臨床學習之前，亦補接種應當施打之預防注射。此外，後醫學系上課地點緊鄰義大醫院，如遇重大傷病可於短時間內轉送至醫院接受診斷與治療，並於自評報告書中列出詳盡預防接種流程，但於學生個人檔案並未呈現保健與預防的相關資料。

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：

醫學生需進一步輔導時，由導師轉介駐校心理師或義大醫院精神科醫師，提供醫學生心理輔導或精神治療。相關輔導人員都需顧及學生權利進行保密；此外，涉及治療之醫療專業人員不涉入受輔導學生之學業評估和升級。

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：

後醫學系學生在國合會招生前，就必須通過健檢繳交由合格醫院出具之健康證明；在新生入學前亦有義大醫院提供新生健檢；已經完成基礎與臨床醫學模組單元的學生，在進入三年級臨床學習前，依照規定施打疫苗，並由醫院評估是否需要疫苗接種。

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：

後醫學系有制定相關政策，在學生臨床學習前需進行職前訓練，學習手冊亦有教育學生預防的方法、接觸後的處理等相關程序。不過，醫學生所解剖的蛔蟲是經由福馬林防腐處理，但學生觀察操作的實驗桌檯面，並無抽排氣裝置，實驗室內亦未具備沖眼及緊急淋水裝置。

準則判定：符合，但須追蹤

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：

義守大學依據「性別平等教育法」，無性別歧視，同時使學生能有表達訴求之公平機會，並訂定學生申訴處理流程及辦法，成立「學生申訴評議委員會」。然，該項準則唯一可能被影響的因素為，該專班招生的對象以邦交國的學士畢業生為主，領受國合會的獎學金，因此，在「國籍」一項需遷就於該系的設立宗旨。

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. 後醫學系有安排專業素養的相關課程，期望學生藉由基礎與臨床整合課程及醫學倫理課程，獲得專業素養；並由醫療志工服務、寒暑假短期醫院見習、授袍典禮、臨床學習之前訓練等課程進行體驗與實踐專業素養。
2. 前次訪視發現，醫學生的臨床學習多侷限於見習，且與其他非醫師的醫療團隊成員

間，互動較少，不利於專業素養的發展與養成。此次訪視發現，上述現象在學校與醫院的努力下，雖有逐漸改善，與護理師的互動也有增加，但是語言的隔閡仍影響學習及專業素養之養成，醫學生無法在臨床見習階段，與病患進行言語溝通、詢問病史，更遑論能夠獨立判斷或培養合宜之醫病互動行為。

3. 因尚未有畢業生，故無法評估其教學環境是否能使學生具備促進改善友邦醫療環境、終身學習及多元發展的專業素養能力。

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：

1. 後醫學系學生在基礎醫學的學習、行為及認同的表現相當積極與熱情。
2. 在分擔創造適當學習環境的責任方面，義大醫院目前仍主要集中於部分教學型主治醫師，住院醫師和其他臨床醫療人員分擔之教學責任相形有限。期望在未來幾年其他成員將會更熟習與外籍醫學生互動，也更明瞭自己在這些醫學生的學習過程中所應扮演的角色。

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：

後醫學系訂定四項專業素養：(1)可以對常見的倫理困境，使用兼顧倫理法則、社會文化差異、經濟與法律的思辨方法，做出合宜的倫理決策。(2)能展現追求卓越、利他主義、責任感、同情心、同理心、負責、誠實、正直和嚴謹的醫療與研究倫理。(3)能遵守醫療體制和法律的規範，並有自我反省能力及團隊工作能力(能尊重同事，並願意與人建立積極的合作模式)。(4)能於制度下進行臨床工作，並妥善規劃自己的生涯、有效運用時間，具抗壓性。

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：

醫學生學習的最大負面因素，仍為學生與病人之間的語言隔閡。醫學生與病人的溝通，目前主要依賴主治醫師，但主治或住院醫師在翻譯過程，往往不可避免的加入醫學術語與對病人症狀的主觀詮釋，相對地壓縮了學生學習的空間及效果，如果用非醫療人員來翻譯，或許能減少此項缺點的產生。校方曾考慮用該校應用外語學系學生擔任外語翻譯志工，宜持續評估其可行性。

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：

教師與學生關係的行為準則不單單限囿於性別平等、性騷擾、性侵害方面，而是應當更加廣泛性地訂定所有師與生之間可能發生之違反倫理規範之項目，如同本準則所提之「不當對待」。目前該校設有性別平等委員會，對於校內教師與學生的行為準則訂定相關規範。

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：

後醫學系對學生評量、升級、畢業和懲戒處分的辦法是依據「義守大學學則」、「義守大學學生獎懲辦法」辦理，並藉由新生入學時說明，以及於教務處、學務處網頁公告等方式進行宣導。

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：

義守大學設置「學生申訴評議委員會」處理學生申訴事項，並透過新生說明會加以宣傳。

準則判定：符合

3.5 學生紀錄

3.5.0 醫學系必須為每位醫學生建立一個記錄重要資料的學習歷程檔案。

發現：

1. 學生雖有學習歷程檔案，但內容貧乏，進入臨床之前的預防接種紀錄亦未存於檔案之內。導師對於導生的會談紀錄，多屬宣導，甚至是一位導師同時對多位導生的宣布。部分導師與學生會談的頻率低，一學期約為一次。在三與四年級臨床學習紀錄方面，一般需要靠學生自己上傳填寫，但各個同學紀錄的完整性也相去甚遠。
2. 學校雖有建置 e-portfolio 機制，協助學生建立電子化個人學習歷程檔案，但與學生訪談過程中，請學生示範如何使用 e-portfolio，其中有同學能順利操作進入系統並呈現內容，可是學生習歷程檔案內容只有學生姓名、學號及照片，有些甚至只是同樣一份全班會議的紀錄，出現在多位學生的檔案裡；另一位同學因尚未建立檔案而無法進入系統；在自評報告書當中，該系也表示「目前學生填寫的意願不是很踴躍，以致網路上學習歷程檔案內容只有個人資料」。在前二次的訪視報告中也指出無法落實學習歷程紀錄。

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：

後醫學系學生學習紀錄使用之流程規範，目前並沒有設定，只有一簡單的表格暫時權充此功能，且所有學生的檔案都在同一檔案櫃裡，拿到鑰匙的人即使只被授權閱覽某一學生紀錄，仍然可以看到其他學生的檔案，保密性不足，需要建立更完備的標準流程（SOP）。

準則判定：不符合

3.5.2 醫學系必須允許就學的醫學生複查和質疑其學習紀錄。

發現：

學生如對成績有疑慮 可至教務處提出申請複查填寫「成績申請複查表」，經由教務處向該科授課教師反應。若複查結果確實成績有誤，授課教師必須依循學校流程進行成績更改。

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. 部分臨床科別的人力仍不足，每位臨床教師的臨床業務又繁忙，真正花時間教導這些初進入醫院的外籍學生仍有困難。至於臨床師資只靠每科 2-3 位主治醫師組成教學團隊，負責教學任務，其他主治醫師不負責教學，形成一個醫院內有二種主治醫師，這對於醫院教學氛圍的營造相當不利。此次訪視時，即使同一教學團隊的醫師，亦不清楚整個教學計畫，對於教學目標、目的沒有全盤整合，每個人只負責自己被分配到的部分，再加上督導不周全、佈達不清楚，導致執行起來各行其是。
2. 臨床教學技巧偏重依賴高科技診斷，而非基本臨床技能，且臨床教師對教學的要求、授課能力與內容也無一致性，亦無定期被評量與檢討。現有的教師都很有熱誠，深受醫學生喜愛，但是以現有短缺的人力欲做好醫學教育，恐還有一段差距。

3. 基礎醫學師資調度之情況似為任務編組，有些老師是由其他原聘單位改聘至後醫學系，而部分基礎學科老師教學負擔相當重。

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. 後醫學系醫學人文課程之授課仍以臨床醫師為主，雖具有熱心且與外籍醫學生互動佳，然而，整個醫學人文的教育單位成立不久，宜繼續增加負責醫學人文教學師資，如能結合義守大學整體教學能量，例如：整合語言學院、通識教育中心等教學單位，應可提供醫學生更多元與深入的醫學人文教育。
2. 現場訪視組織學暨病理學實驗室，組織學切片標本玻片三位學生共用一套，顯微鏡由學校提供每位學生一台，儲放於除濕乾燥櫃內，對於40位學生的班級而言，硬體設備充足，惟在組織學實驗課時，在場指導的教師相當欠缺。兩位教師的授課鐘點數業已超過基本時數。
3. 臨床師資雖有義大醫院支援，但教學技巧仍待培訓，醫院的師資培育中心僅安排課程追蹤每位臨床教師的學習時數，並沒有對臨床教師的授課做評量，而僅依賴醫學生的課後滿意度為依據，這樣的評量與追蹤並不完整。

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：

熱心參與教學的教師都有相關的職銜，包括多名住院醫師不論在小組討論或是手術房，都與醫學生有良好的互動，學生也都很喜歡他們的教學。

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. 後醫學系教師聘任需三級三審，學經歷與職銜相稱，惟多資淺者，而這些資淺教師擔負許多教學責任，難免影響其醫療專業之精進與學術發展。
2. 學校舉辦了多場師資培育課程，除少數場合外，多數主治醫師參與並不踴躍(反而護理師參與較多)，甚為可惜，且課程較欠缺教師的生涯規劃與輔導，這部份卻是資淺教師急切需要。
3. 後醫學系對於教師的評量仍不完整，幾乎全依賴醫學生的滿意度為依據。訪談到的臨床教師都有很高的教學熱誠，但是有些教得太廣或是對初入臨床的三年級學生來說，內容太難。

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：

該校對於研究卓越或產學合作成果良好的教師，予以可觀的實質獎勵，並定期邀請「大師」蒞校演講，安排年輕教師與這些大師「串聯」。後醫學系教師每年皆有評鑑，檢視評鑑表，學術研究門檻比起臺灣其他醫學院較為寬鬆；臨床教師之臨床工作繁重，加上教學責任，較少著力於學術研究；倒是教學型主治醫師在醫學教育學會、期刊致力於醫學教育之研究，頗具有潛力。

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：

後醫學系教師參與入學、升級、畢業相關事務之決定，仍集中於少數主管，雖可收事權專一之效，但教師參與不普及恐不易形成全體共識，且外籍醫學生身分特殊，對於學生學業及職涯輔導與臺灣其他醫學院有很大的不同與挑戰。

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：

義守大學對於教師多元化升等與對教師的要求，有制定明確的政策。

準則判定：符合

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

發現：

學校對相關規定有提供書面資料。

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：

義守大學對於處理教師或職員私人利益與校方或系內責任相衝突，已制定相關規定。

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：

每位教師都有自己的 portfolio，自己也可以隨時查閱。升等的管道十分多元化，相關訊息亦容易取得。

準則判定：符合

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

發現：

1. 師資培育單位的功能尚不完善，侷限於辦理教學技巧的課程以及多元文化的演講；義大醫院的多數教師與臨床醫師仍十分年輕，本身需要生涯的規劃與輔導，學校提供這方面的服務不足。從部份臨床醫師的訪談中，可以感受到他們對未來的徬徨。
2. 檢視教師評鑑表，包含教學、研究、輔導與服務三部分，但在第三部分並無輔導的分數，雖說將之歸納在導師之內，但二者有時是不同教師在執行，且輔導比起導師更為辛苦，應給予適當肯定。
3. 後醫學系之師資陣容，不只是在人數上的補齊，在教師發展中心對於培育教師教學能力的執行工作，亦有待成長。除了師資的人數之外，協助師資執行教學任務的各學科專職技術人員，仍缺乏；如果事事皆由任教之教師執行，教師不可能有充足的時間完整規劃教學事項，其自身承受校方的諸項要求，尤其是在於研究的成果緊緊相連於其個人之升等或延聘方面，教師往往不得不在其個人的學術職涯與學生的學習成效之中做一抉擇；再者，即便是教師有心提升學生的受教品質，用心研發更新、更有效率的教學方式，但是若是缺乏專業的技術人員，以及幹練的行政團隊提供支援，即便教師有心，但事必躬親地摸索嘗試，也將是事倍功半，更何況投注於教學方面的心力愈多，相對減少個人研究發展上的投注，將可能對教師的職涯發展產生負面影響。

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：

後醫學系的各委員會皆有教師參與。

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：

教師可參與後醫學系的各委員會，討論並決議相關決策。

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：

後醫學系相關會議之決策仍集中於少數主管，其他教師較少參與；臨床學習委員會會議出席名單中，有些科部負責人並未簽到，亦無代理人，且會議紀錄也極為簡單，看不出政策決議的討論過程。

準則判定：符合，但須追蹤

第5章 教育資源

5.0 醫學系主任應擁有足夠的資源，以成功地治理學系。

發現：

後醫學系主任雖然也兼任教學醫院之教學副院長，但在臨床教學方面，各科部却仍各行其事，缺乏統籌的全面規劃。後醫學系對於臨床教學似乎仍缺乏一個全盤而完善的規劃。

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：

醫學院絕大多數收入來源均由外交部與義大醫院之補助款。醫院每年撥付六千萬元給醫學院，主要負擔專任教職主治醫師之薪資，且對於教學型主治醫師也以保障薪

資方式予以鼓勵。

不過，外交部之補助款端賴與邦交國的外交情況，有其不穩定性，是否能長久依賴政府支持，有待思考。且學校缺乏一個穩定而自主的運作基金。

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：

目前該系依據教育部「協助邦交國家培育醫學人才計畫」進行招生，對象限於邦交國與友好國家，亦有招生名額限制。

準則判定：不適用

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：

醫學院區於 2008 年落成，包含教學大樓 A、B、C 棟、育成研究實驗大樓、大體教學大樓，可充分提供醫學生上課教室和實驗室，以及教師、行政人員和支援人員使用之辦公室、實驗室和研究室。校本部和醫學院區均設有圖書館，並附有自修座位。在教學大樓 B 棟 8 樓部分空間和 C 棟 8 樓為後醫學系專用之空間，含有基礎教室、實驗室、自修室、置物間、開放式交誼廳，亦提供該系教師及行政人員專用之辦公室和會議室。

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：

醫學院教學大樓 B 棟 8 樓部分空間和 C 棟 8 樓為後醫學系專用之空間，含有基礎教室、實驗室、自修室、置物間。

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：

義守大學在校本部、醫學院區、義大醫院和學生宿舍皆有保全人員，除了在出入口和重點區域 24 小時排班之外，更定期巡邏校園各處。在校園及醫院周邊、走道、以及特殊區域都設置有監視器。

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：

後醫學系無多個教學地點，故此準則不適用。

準則判定：不適用

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：

教學醫院硬體設備佳，在人才資源方面雖有相當數量的主治醫師及病人，但投入後醫學系教學之主治醫師比例尚不普遍，且在整個醫療團隊中，PGY 及住院醫師的數量明顯不足。

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：

後醫學系教學醫院為義大醫院，通過衛生福利部教學醫院評鑑。義大醫院除臨床之教學訓練空間外，並建立臨床技能中心及國際微創中心等二大中心，提供各臨床科之臨床技能訓練及模擬訓練之用；臨床技能中心建置 PBL 教室四間、TBL 互動式教室一間、模擬手術室及模擬加護病房各一間、大型模擬診間六間及標準 OSCE 考間 32 間，皆裝設完整視聽設備以利監測及回饋；微創手術訓練中心內設微創手術訓練室、顯微手術訓練室及多功能教室。

準則判定：符合

5.3.2 醫學系必修的臨床學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：

教學醫院有相當數量的主治醫師及病人提供臨床教學，但在整個醫療團隊中，PGY 及住院醫師的數量不足。某些科部的住院醫師數量明顯缺乏，教學及醫學生評核工作只得全由主治醫師負責。此外，主治醫師對後醫學系教學的投入，會不會影響到住院醫師的訓練，也需要一併考量。

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學習的教育目的，並擔任教學和評量的角色。

發現：

實地訪評發現，PGY 及住院醫師的數量不足，教學及醫學生評核工作主要由主治醫師負責。且大部分臨床學習還是多以各次專科輪訓及次專科疾病治療為學習導向，部分醫師對於醫學生所需具備的畢業前一般醫學能力也非完全了解。

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：

義守大學於 2012 年將圖書館和電算中心整併為圖書與資訊處（簡稱圖資處），於醫學院校區配置圖書服務館員 3 人和資訊服務工程師 2 人，除提供豐富之圖書資源和服務外，亦提供良善的資訊資源服務。此外，醫學院學生可借閱義大醫院醫學圖書暨資訊中心之書籍與期刊，還可透過 Hyint 電子資源整合查詢系統，於校內外不限場域共享義大醫院之資源，如 OVID Medline Database、The Cochrane Library、Dentistry & Oral Sciences Source、UpToDate 實證醫學主題評論資料庫、Micromedex healthcare series 醫療照護系列(藥學資料庫)、CINAHL PLUS、LWW Collection、Access Medicine 等資料庫。

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：

針對教師與醫師之需求，該校圖書館提供兩者人員可依需求申請購置需要之圖書，在開放時間提供全校(包含學生)相關圖資服務，未開放時間也可利用電子資料庫進行相關需求查詢。

準則判定：符合

肆、總結及評鑑結果：

一、總結：

義守大學醫學院學士後醫學系協助政府辦理邦交國家外籍醫學生訓練，為國內創舉，投入的人力與資源相當龐大。來自十八個國家的醫學生同在後醫學系與義大醫院實

習，更彰顯出學校對國際化之努力。不只是醫學生認清自己是國際村的一份子而認真學習，教師或是醫院醫療照顧團隊成員，更體會到為提升邦交國的醫療衛生水準，展現出使命感與責任心，共同教導外籍醫學生。全英語的學習環境從教室開始，逐漸走入臨床學習環境，在醫院裡所有小組討論與常規的全院討論會，只要有醫學生聆聽，皆使用英語進行。雖然許多客觀的條件無法與臺灣其他醫學院相較，但義守大學卻能在有限的資源下，持續努力醫學生之教育，且不斷提升品質與進步，誠屬不易。近年來，在學校高層及醫學院師生通力合作下，整體教學環境及師資都有所進步。教學制度與學生的學習環境也逐漸踏入正軌。以下就依據四天實地訪評所觀察到的事項提出總結。

有關醫學人文方面：(1)義守大學具有豐富之醫學人文與社會學教師群，提供後醫學系學生醫學人文與社會課程。該系目前聘請社會學相關教授負責醫學人文設計與執行，但仍有待發揮義守大學整體師資來提昇醫學教育成效。(2)為提昇醫學教育成效，後醫學系課程委員會中分設醫學人文、基礎醫學與臨床學習課程委員會。課程委員會縱向架構完整，惟3個委員會間課程設計、執行與評估的橫向連結，仍須加強。(3)多元化學生背景是該系的特色，該系學生臨床學習單位義大醫院已有醫學倫理教學制度，如果能融合學生多元背景來進行醫學倫理討論，其特色或許可成為該系亮點。(4)了解個別學生的不同學習需求與生活協助，是將多元化學生背景特色轉換成亮點的重要因素之一。(5)國合會於後醫學系設有駐校經理協助第一線掌握學生生活、學習和健康情形，為讓駐校經理能達成上述工作，仍須提昇駐校經理語言和溝通能力，並降低駐校經理離職率。

後醫學系在硬體設備或師資制度方面，已逐步踏入正軌，而學校與醫院高層的大力支持是其主因。但是目前後醫學系主要的經費是外交部援外計畫的補助與義大醫院的投注。長遠來看，若要維持後醫學系的永續發展，仍須有穩定而充沛的經費來源。此外，目前醫學教育的軟硬體設備都已投入相當大的心力，教學醫院方面也相當積極地投入教學工作，但教學風氣尚未全面形成，仍有待建立更完備的教學績效獎勵制度，鼓勵更多的臨床醫師投入教學工作。

義守大學後醫學系招生對象與機制不同於臺灣其他醫學院校，學生的素質參差不齊，雖然在修業年限明文規定4+2年，但因為國合會所提供的全額獎學金僅有四年，所

以實質上幾乎是四年畢業的保證班，令人對將來畢業生的品質有所疑慮。在基礎醫學學習成效評估方面，臺灣其他醫學院校有擋修制度，或是以第一階段國考通過為升上五年級臨床學習的條件，但這都不適用於義守大學後醫學系的學生，該系需要建立自己的嚴格把關機制，確保醫學生在進入臨床學習之前，都已具備足夠的基礎醫學知識，包括解剖、生化、病理、藥理等。在訪評期間，系方主管表示曾試圖利用國考試題或美國國家考試題做為把關機制，但似乎不是非常理想，期望教師們持續集思廣義，建置出可以明確評估學生各基礎學科學習成效的機制，以確保畢業生在醫學知識上有相當程度的素質。另一個重要的關鍵，校方應與國合會討論，萬一學生無法順利四年畢業時，學費及生活費應如何規劃，包括是否轉為部分自費，或繼續給予多少金額的獎學金補助等，在這因應機制完善建立後，教師們才能放心地確實把關，避免目前讓有學習困難的學生一直不斷重複補考至通過的情況。

基礎學科的教學資源及教學方式，都有需要再加強的地方，例如解剖學的大體老師，目前 40 名學生共用一具大體老師，顯然不足，學校雖已在這方面努力，但的確是目前急需改善的地方。此外，組織及病理學科的考試，並不包括實際看切片，無法測知學生在形態學上的學習成效，宜改進。在全面走向單元教學的同時，課程委員會必須花更多的功夫和各學科教師溝通、改進，以確保基礎醫學教學品質與學生的學習成效，避免沒有學好的學生因為在單元教學的系統，經由其他容易拿分數的部分，加分而過關。

在課程內容的整合方面，目前各單元縱向的整合大致上尚稱完備，但橫向的整合仍僅靠副系主任一人過濾教案，避免重複，但即使發現未臻理想的部分，也來不及在上課前修正，有待系級課程委員會負起更多課程橫向整合的功能，及早運作、及時改進各單元，確保基礎與臨床醫學各科在教學整合上的廣度與深度。

該系所定的教育目標明示畢業醫學生應該具有美國 ACGME 的六大核心能力。然而，課程內容的設計與執行多仍以醫學知識及技能為主，其他的面向仍相當不完整。受限於語言隔閡，學生與病人及其他醫事相關人員的互動不足，缺乏互動嚴重影響學生學習溝通能力、專業素養等相關核心能力的機會。因此，該系臨床教育需要徹底改善，須訓練學生最基本的問診、檢查、診斷、治療計劃和獨立書寫病歷。

綜觀上述發現，義守大學現階段仍應持續凝聚共識，將教育國外醫學生視為最重

要的目標，並強化師資培育的單位與其功能，吸引更多位臨床醫師以及基礎醫學教師加入行列，努力改善醫院的學習環境，強化醫療團隊的語言能力及外籍醫學生的中文程度，同時多讓這些醫學生，參與學校醫學教育或課程規劃相關的討論。

二、評鑑結果：待觀察，於 2019 年進行實地追蹤評鑑。

TMAC 2016 年義守大學醫學院學士後醫學系

外國學生專班訪評活動行程

【Day 1】-12/20(星期二)

義守大學學士後醫學系

時間	內容
09:00~09:10	人員介紹
09:10~10:50	1. 簡報 (30 分鐘為限) -楊生涌系主任 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 (訪評委員討論)
13:00~14:00	座談：醫學楊生涌系主任、梁正隆副系主任、陳韻如副系主任、劉麗芬副系主任
14:00~14:40	教學及研究：(一) 通識與人文-謝幸燕教師 簡報 (15 分鐘為限) 意見交換與討論
14:40~15:20	教學及研究：(二) 基礎與臨床整合-劉麗芬副主任 簡報 (15 分鐘為限) 意見交換與討論
15:20~16:00	教學及研究：(三) 臨床教學-梁正隆副主任 簡報 (15 分鐘為限) 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】-12/21(星期三)

I. 義守大學學士後醫學系

組別	人文通識組	基礎臨床整合組
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	晤談：基礎學科教師
14:00~15:00	實地參訪與資料查證	

II. 醫院教學組：義大醫院

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	晤談：臨床學科教師
14:00~15:00	晤談：主治醫師及住院醫師

訪評委員共同行程：義大醫院

15:00~16:00	座談：醫院杜元坤院長、楊生滿教學副院長、醫院教學部梁正隆部長、林季緯主任、黃如蕙醫師、李少明醫師、陳素婷課長
16:00~17:00	訪評委員共識討論
17:00	賦歸

【Day 3】-12/22(星期四)

I. 人文通識與基礎臨床整合組：義守大學學士後醫學系

時間	內容
08:00~11:00	實地參訪與資料查證
11:00~12:00	1. 簡報 (15 分鐘為限) -陳韻如副主任 醫學生 (學務及輔導) 2. 意見交換與討論
12:00~13:00	午餐
13:00~14:00	實地參訪與資料查證
14:00~16:00	晤談：1~2 年級學生
16:00~17:00	訪評委員共識討論
17:00	賦歸

II. 醫院教學組：義大醫院/*義守大學學士後醫學系

時間	內容
07:30~11:00	實地參訪與資料查證
*11:00~12:00	1. 簡報 (15 分鐘為限) -陳韻如副主任 醫學生 (學務及輔導) 2. 意見交換與討論
*12:00~13:00	午餐
13:00~14:00	實地參訪與資料查證
14:00~16:00	晤談：3~4 年級學生
16:00~17:00	訪評委員共識討論
17:00	賦歸

【Day 4】-12/23(星期五)

義守大學學士後醫學系

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義大醫院）
11:00~12:00	座談：醫學院陳翰容院長、楊智惠副院長
12:00~13:00	午餐
13:00~14:00	座談：蕭介夫校長、林麗娟副校長、李樑堅副校長
14:00~15:00	座談：林志龍董事長
15:00~16:30	訪評委員共識討論
16:30~17:00	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。