

慈濟大學醫學院醫學系

評鑑報告



107年6月

慈濟大學醫學院醫學系

106 年全面評鑑報告

(評鑑日期：民國 106 年 12 月 4 日至 12 月 7 日)

訪視評鑑小組：

召集人	賴春生	高雄醫學大學醫學院教授/醫學院評鑑委員會委員
副召集人	黃天祥	國泰綜合醫院教學部部長/醫學院評鑑委員會委員
委員	劉克明	高雄醫學大學醫學院名譽教授/醫學院評鑑委員會委員
	吳明賢	國立臺灣大學醫學院教授
	楊生浦	義守大學醫學院教授暨學士後醫學系主任/義大醫院教學副院長
	蔡明哲	中山醫學大學醫學院院長
	林文琪	臺北醫學大學通識教育中心教授
	李信謙	臺北醫學大學醫學院醫學系精神學科副教授/ 雙和醫院精神科主任
	高國彰	和信治癌中心醫院資深顧問
行政人員	鄭國良	醫學院評鑑委員會管理師

目錄

壹、學校/醫學系概況及本次評鑑重點	
一、學校/學系概況.....	1
二、前次評鑑重要發現.....	2
貳、訪評執行過程	
一、研讀自評報告.....	3
二、訪視設施/設備/教學課程/會議.....	3
三、查閱佐證資料或補充資料.....	7
四、人員晤談.....	10
參、評鑑發現	
第1章 機構.....	15
第2章 醫學系.....	23
第3章 醫學生.....	49
第4章 教師.....	63
第5章 教育資源.....	68
肆、總結及認證結果	
一、總結.....	71
二、認證結果.....	72
附錄 106 年慈濟大學醫學院醫學系訪評行程.....	73

壹、學校/醫學系概況及本次評鑑重點

一、學校/學系概況

佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院(以下簡稱花蓮慈濟醫院)於民國 75 年(西元 1986 年)創立啟用後，創辦人證嚴法師深感良醫難尋，花蓮又位處東部偏鄉，醫師很難尋找，於是決定成立醫學院培養東部需要的醫事人才，歷經眾人努力，終於在民國 83 年 4 月 13 日教育部正式發文同意慈濟醫學院的設立，是故，慈濟大學創校於民國 83 年(1994)，成立之初始於醫學院，招生醫學系學生 50 名、公共衛生學系學生 50 名及醫事技術學系學生 50 名、護理學研究所碩士班碩士生 10 名，秉持著佛教「慈悲喜捨」的精神，以培育具人性關懷、重視誠正信實，能體現以人為本、視病猶親的慈濟人文精神，具體實踐「守護生命、守護健康、守護愛」的使命。民國 89 年，慈濟醫學院改名為「慈濟大學」，包括醫學院、生命科學院、人文社會學院及教育傳播學院。目前全校學生人數達 3648 人(統計至 106 年 8 月底)，醫學院學生人數約 1971 人(約占全校 54%，其中醫學生 391 人)，各級教師約 249 人。現任慈濟大學校長為王本榮教授，從民國 95 年 3 月接任迄今。

慈濟大學醫學院(以下簡稱醫學院)從三系一所開始，發展到目前設有七系、九個碩士學程，包括醫學系(含四個碩士學程：生理暨解剖醫學碩士班、微生物暨免疫學碩士班、生物化學碩士班及藥理暨毒理學碩士班)、醫學檢驗生物技術學系(含碩士班)、公共衛生學系(含碩士班)、護理學系(含碩士班)、醫學資訊學系(含碩士班)、物理治療學系(含碩士班)及學士後中醫學系(101 學年度成立)，醫學院並設置 3 個博士學位學程，包括醫學科學研究所博士班、藥理暨毒理學博士班及與中央研究院合辦的轉譯醫學博士學位學程。醫學院的任務也從培養醫療照護的醫師、中醫師、護理師、醫檢師、物理治療師、公共衛生及醫學資訊等專業人士，隨著碩、博士班研究所的發展，進一步培育醫師科學家、生物醫學、公共衛生、護理、物理治療、醫事檢驗與醫學資訊等高階研究與應用人才。現任醫學院院長為楊仁宏教授，從民國 100 年 8 月接任迄今。

慈濟大學醫學系(以下簡稱醫學系)於民國 83 年創校初期即已成立，由於基礎醫學為臨床醫學之重要基石，隨著醫學系各年級之教學需求，在三年內完成了全部基礎學科的設置。目前醫學系設有生物化學科、解剖學科、微生物學

科、免疫學科、生理學科、藥理學科、病理學科等基礎學科；臨床學科則設立內科學科、外科學科、小兒學科、婦產學科、麻醉學科、家庭醫學科、泌尿學科、神經學科、骨科學科、放射腫瘤學科、放射線醫學科、耳鼻喉暨頭頸外科學科、急診醫學科、腫瘤學科、實驗診斷學科、精神醫學科、眼及視覺學科、人文醫學科，基礎與臨床合計共有 25 個學科。100 學年度後，藥理暨毒理學碩士班/博士班、生理暨解剖醫學碩士班、微生物學及免疫學碩士班、及生物化學碩士班納入醫學系，透過基礎醫學、臨床醫學，醫學倫理等課程，將知識、技能、態度等各項層面融合於課程中，提供醫學生未來成為良醫的優質學習環境。現任醫學系系主任為陳宗鷹教授，從民國 101 年 8 月接任迄今，並置有謝坤叡副系主任、徐邦治副系主任、羅彥宇副系主任三人，以輔佐陳主任之系務運作。

二、前次評鑑重要發現

慈濟大學醫學系於民國 83 年開始招生，醫學院評鑑委員會(以下簡稱 TMAC)從民國 90 年展開全國醫學系評鑑，隨即接受 TMAC 評鑑，從 92 年至 103 年止，慈濟大學醫學系共接受了 6 次的全面與追蹤評鑑，最近一次為 103 年 11 月 6~7 日之追蹤評鑑，訪評醫學系及教學醫院—花蓮慈濟醫院，提出主要發現如下：

1. 人文醫學科教師深具教學熱忱，能針對能力指標發展課程並採取多元評量方式，並持續透過教師社群互動發展新的教學方法，如：反思日記寫作教學、肯定式探詢的典範學習法、TBL、跨團隊學習及敘事教學等，已初獲成果，建議學校持續給與支持，精進發展，未來的成果值得期待。
2. 大一、大二的反思日記教學，號召典範醫師擔任回饋教師，每位教師可獲得 34-36 小時的授課時數，此制度能鼓勵醫師的持續參與，值得肯定。
3. 反思日記作業，透過典範醫師每週給與學生貼心的回饋，確實促進學生書寫的動機，對自我反思習慣之養成有幫助。然從學生反思日記作業發現，描述個人感受較多，分析批判少，學校以培育具思辨分析之人才為教育目標之一，人文醫學科老師也表示即將啟動批判反思的教學革新，未來成果值得觀察與期待。
4. 通識教育中心與醫人文科的整體課程規畫、分工、整合有待強化。通識中心少數教師已針對醫學系「成果導向的教育理念」啟動初步的教學規畫，是否

能落實為教學實踐？以及是否能從點狀的落實到啟動全面通識必修課程的精進，有待持續觀察。

5. 住院醫師偏少，尤其內科及外科。
6. 大林慈濟醫院一年期實習課程，可以再做考慮或調整。
7. 實習醫學生 Evidence based medicine 可適度加強。

此次評鑑，除了查驗上述各項發現的實際改進成效外，並以 TMAC 新制評鑑準則進行全面評鑑。

貳、訪評執行過程：

一、研讀自評報告

慈濟大學醫學系於 106 年 9 月 28 日檢送自評報告至 TMAC。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、臨床醫學之專家、學者，以及一位國外委員，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，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，並分工收集欲訪查之資料。實地訪評前一天(12 月 3 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資料、任務分工、訪評執行注意事項、前次評鑑建議事項之改善與執行狀況，以及評鑑準則之判定標準相關議題。醫學系自評報告提供詳盡的文字敘述、數據、相片及圖表等佐證資料，非常用心，但難免有一些資料重複出現及誤解準則條文的意思，此部分訪評小組於實地訪評期間逐一查證。

二、訪視設施/設備/教學課程/會議

訪評小組於 106 年 12 月 4 日至 7 日，於慈濟大學醫學系共進行四天實地訪評，9 位訪視委員分成三組：通識及醫學人文、基礎與臨床整合，以及臨床教學組，分別訪視醫學系與教學醫院—花蓮慈濟醫院之教研設備、設施及相關會議與教學活動，並透過與師生晤談，以觀察與瞭解慈濟大學醫學系的課室與臨床教育實施狀況。茲將訪視設施、設備、教學課程與會議之發現分述如下：

(一)訪視設施/設備：

1. 圖書館：105 學年度經費 60,712,340 元。每位學生平均圖書經費 15,297 元，高於全國大學院校的平均圖書經費 3,619 元。圖書館寬廣、明亮、整潔，是良好的學習與自修環境。館內期刊、圖書種類甚豐，並有原住民藏書專區，可充分提供師生研究參考、教學及學習之需求。
2. 模擬手術中心：儀器設備齊全，完全免費提供醫療人員臨床技巧訓練的場所。多年來曾舉辦過 13 次醫學會模擬手術，共有 23 個專科醫學會，以及超過 160 家醫療院所等醫師共 1,265 人次參與，並有國外 12 個國家地區共 84 位醫師參與，有助於外科醫師手術技巧的提升。
3. 動物中心：作業管理嚴格，提供教師動物研究之需求。
4. 大體解剖學實驗室：12 個解剖枱皆裝置外科用無影燈，陳列多種人體構造標本。牆上掛有三具福馬林濃度偵測器，當時顯示的數據分別為 0.11、0.12、0.12 PPM，雖未超過標準，但空氣中仍有刺鼻的福馬林味道。

(二)訪視課程教學/會議：

1. 大體解剖學實驗課：有 6 位教師授課。每一個解剖枱大約 4-5 位醫學生同時動手解剖一位大體老師，每位解剖學科教師負責指導兩個解剖枱的學生。解剖實驗上課時，教師戴口罩及手套、學生戴帽子、口罩及手套。醫學生於默禱後開始操作，依據上課講義的內容標示，進行人體背部構造之解剖及討論，教師除回答醫學生問題，亦會親自參與動手解剖。
2. 醫學系一年級必修課普通生物學：幻燈片內容對比佳，講解中英文專業名詞，清楚易讀。
3. 醫學系一年級必修課微積分：觀察上課時，教師正好在白板上出二道考題進行小考，待學生交卷後，老師先自行解答第一題，另一考題則要求學生上台解答。教學方式活潑，師生互動佳。
4. 醫學系三年級必修課組織學(含實驗)：主題為免疫系統 (Immune system)，上課內容從胚胎發育開始介紹，相當有條理，也會問學生問題，學生會回答或教師自行提出答案。實驗時，要看三張組織切片，有四位教師在場指導。
5. 醫學系四年級必修課病理學實驗：課程主題為骨骼病理，內容為 2 張骨髓炎與骨結核病理切片，實驗時間為兩個小時。由於實驗時間相當長，學生僅要

看兩張切片，剩下可運用的時間甚長。

6. 醫學系四年級必修課骨骼肌肉(含風溼)模組：教學速度適中，會問學生有無問題，但學生無人提問，待下課才找教師討論問題。上課之幻燈片未加上標題及指標。

(三)訪視臨床教學/會議：

1. 復健科臨床教學：復健科的臨床教學為一對一互動式的教學，另外一位實習醫學生在臺北慈濟醫院實習，授課教師演講生動，和學習者有非常良善與熱絡的互動，四家慈濟醫院(花蓮、臺中、臺北、大林)的復健科臨床教學的教材統一，而且都放在教學網路上，讓學生能夠事先預習，除了上課 Q&A 的即時回饋之外，兩週實習結束後筆試，當場改完考卷後，和學習者互動回饋，考題是由復健科 12 位教師共同出題，然後從 400 道考題題庫中混合國考的題目，隨機抽樣 50 題當筆試的題目。學生除了在病房一起查房以及門診跟診外，每週五也會請連倚南教授到病房執行病例教學，下午則為教學門診。
2. 整形外科臨床教學：整型外科的病房教學是電子病歷的實務寫作，包括如何詳實記載病史、檢驗、臨床症狀、開刀紀錄、傷口特徵等，主治醫師和實習醫學生互動零距離，同時也把疾病 ICD-10 疾病碼的使用以及搜尋一一告訴實習醫學生。
3. 家醫科臨床教學：居家訪視前討論，主治醫師與實習醫學生互動良好。
4. 外科加護病房：由實習醫學生執行 primary care 住院病例的報告，每人照顧一到二床，由於昨日(12 月 4 日)才交班，因此學生對 case 的掌握並不十分熟悉，專科護理師會予以補充報告。經由主治醫師的訪談，了解外科加護病房有 3 位專責主治醫師(採固定薪水)、兩位住院醫師以及 4 位專科護理師，共有 30 床，其中包括神經內科 5 床及神經外科 10 床，分別由該科所屬的主治醫師及專科護理師負責照顧。每天都有病例的報告晨會、查房、床邊教學，10:30 到 11 點為病患家屬會客時間，每週一、三、五的 11 點到 12 點為住診教學時間，營養師、復健師以及臨床藥師大都會來參與會議，必要時手術的醫師也會被要求參與討論，形成團隊醫療。
5. 教學病房：教學病房是比較特殊的單位，主要是為了臨床教學而設立，共有 32 床，固定有一位資深教學型主治醫師負責，另外一位由腎臟科的三位主治

醫師輪流支援，另有一位住院醫師。授課教師著重於以真實病人為基礎的臨床推理教學，兩位實習醫學生以及一位住院醫師共同照護同樣的病人，要求他們各自畫出疾病的機制圖，然後予以即時的回饋，強調 patient-centered 的實證臨床教學。

6. 開刀房：訪評委員在醫學系主任陳宗鷹教授陪同下，到花蓮慈濟醫院二樓開刀房訪查，實習醫學生及教師都有衣櫃可以存放衣服及資料，手術房每間都有電腦，可以繕寫病例以及傳輸手術的圖片或手繪圖檔。手術房共有 18 間，包含一間局部麻醉的房間，對於擁有九百多床的慈濟醫院而言，訪談的醫師表示手術房空間不足，導致下午四點多接刀的時候，護理人員因為下班，人手不足而有取消刀表的情況。

麻醉科主任並無單獨的辦公室，晨會、教學、技能訓練、值班室都混在同一個空間，因此只有可活動的椅子，而沒有足夠的桌子。麻醉護理師有 40 多名，開刀房護理師有 50 多名，外加外科醫師、麻醉科醫師、住院醫師以及實習醫學生等，共用一個休息與用膳的空間，整體開刀房數與教學空間比較不足。

7. 臨床病理討論會：由實習醫學生分別報告病史、家族史、臨床檢查、檢驗判讀、影像判讀以及分析討論，最後由指導教師講評，同時將大體解剖的圖像實況和臨床症狀、檢驗數據以及影像配合。此為患者大體捐贈解剖，臨時安排的討論會，導致後面的臨床教學受到影響，而且八點鐘一到將近一半的實習醫學生及相關的老師離席，無法一起深入討論參與，殊為可惜，如果能夠安排適當的時間，那會有更多人的參與，教學效果會更普及。
8. 小兒科血液腫瘤病例討論會：實習醫學生全員出席，由醫學生報告病歷，並由主治醫師進行兒童特發性血小板低下紫斑症（idiopathic thrombocytopenic purpura，以下簡稱 ITP）教學完畢後，主要是由 Resident 提問，比較像 teaching for resident，實習醫學生比較被動，由 senior resident 向報告者提問，教學完畢前有重點提醒。
9. 肺癌聯合討論會：參加人員包括胸腔內科、胸腔外科、病理科、核醫科、影像醫學科及所有的住院醫師、實習醫學生參加，每兩週舉辦一次。case based discussion 由資深主治醫師主持，從診斷到後續的治療作整合性的討

論，依循 guideline 以及 EBM 從各科不同角度探討，會後訪問參與討論的醫學系六年級學生，認為實務收穫很多，現場觀查發現在訪評委員面前，師生之互動比較少一些。

10. 家醫科教學門診：此診主要是訓練 resident，因有 2 位 clerk 一起加入，變成 2 位 clerk、1 位 resident 一起看 1 位病人，不是很恰當，尤其對 clerk 而言內容過於 focus。
11. 小兒科教學門診：該科只有 1 位 Intern，看診前洗手，簽署同意書都合乎標準，進行也很順利，完畢後主治醫師與實習醫學生相互討論，最後實習醫學生反思自己之缺點，主治醫師同時進行 mini-CEX，此教學診進行得很好，實習醫學生反應有很好的收穫。
12. 精神科住診教學：有 1 位醫學系六年級學生、2 位精神科 Resident、1 位家醫 Resident，參與討論 Depression 之治療，主要是由精神科 resident 回答問題，醫學系六年級學生主動提問，積極參與討論。
13. 腎臟內科住診教學：有 2 位實習醫學生、1 位 resident 討論 1 位 hyperkalemia 病例，由 resident 報告病例，主治醫師與實習醫學生互動良好，引導實習醫學生思考鑑別。此病人為第 2 型糖尿病併腎病變、高血壓、腳腫，藥物使用不恰當造成高血鉀，需注意追蹤電解質及 Aldactone 之劑量，由於病人在急診的 EKG 有特別的變化，訪評過程中需將相關資料上傳，才得以呈現，主治醫師及住院醫師之操作並不熟練，經醫學院楊院長提醒，才發現資料並未上傳。
14. 手術訓練營：整形外科辦理醫學系五年級的手術訓練營，第一週有 3 小時的切割、縫合、打結的訓練，第二週實習結束前有外科技能測試，然後錄取前三名(第一名獎金 400 元)並取得資格參加學期末的「巧手杯」測試，第一名獎金 1000 元，這些獎金由某位醫師捐獻出來，學生反應良好，該醫師亦曾獲選為醫院以及學校的優良教師。

三、查閱佐證資料或補充資料

醫學系將各種佐證資料(如系務會議組織章程及會議紀錄、課程委員會組織

章程及會議紀錄、PBL 教案及教師授課與學生學習評量、教師的學經歷、計畫件數、論文發表情形…等)放置於現場供查詢。TMAC 訪評小組於四天實地訪評期間，查閱相關佐證與補充資料，茲分述如下：

(一) 查閱佐證資料：

1. 學生實習合約書：

- (1) 花蓮慈濟醫院合約書第 16 條「乙方依甲方收費標準一次繳付所有參與實習學生之實習費用，如逾期未繳或繳付不完全，甲方得逕行終止或解除契約」。然而，臺北慈濟醫院、大林慈濟醫院與臺中慈濟醫院的學生實習合約書中，皆未出現此條文。
- (2) 大林慈濟醫院的學生實習合約書第 8 條「乙方得提供甲方實習獎助學金或其他津貼，以提實習意願及學習動機」。惟全國公私立醫學校院院長會議之決議，六年制醫學系醫學生實習時，不得提供實習獎助學金或其他津貼。

2. 105 學年度第二學期醫學系四年級 PBL 教案會議紀錄及相關資料：

- (1) 胃腸模組 PBL 教案討論會於 106 年 2 月 15 日召開；胃腸模組 PBL 教案 Tutor meeting 於 106 年 2 月 23 日召開；胃腸模組 PBL 教案課前共識會議於 106 年 3 月 2 日召開；胃腸模組 PBL 教案檢討會議於 106 年 3 月 9 日召開，並提供附件：胃腸模組 PBL 教案審查表、PBL 小組學習評估表、Tutor 對每位學生書面回饋及改善意見、PBL 教案課程回饋調查單等。足以佐證胃腸模組 PBL 教案整體規劃過程相當嚴謹。
- (2) PBL 教案學生回饋意見表之重點摘要：某組 Tutor 指導的內容與其他組指導內容抵觸；Tutor 一直插話或追問，讓學生發言越來越不踴躍；Tutor 不斷重複要學生說一些已經講過的東西，完全沒有引導作用；Tutor 上課精神不濟，沒有事先準備教案內容，干擾教案進行；Tutor 介入過多，提出與教案不相關的問題，影響討論的時間；Tutor 講話太小聲，含糊不清，表達不清楚；Tutor 沒有認真聽討論，態度強硬，常用激問，熱情不足。由上述學生回饋意見，Tutor 在輔導醫學生進行 PBL 的教學專業能力方面，可進一步加強其 learner-center 之素養。

3. 改換模組學習之行政程序：該程序由系課規會討論，送院再送至校，程序完

整。

4. 學術倫理審查：論文抽審只在醫院有進行，醫學院只有升等時才審查論文有無違反學術倫理，平時未做抽審。
5. e-Portfolio：學校的 e-Portfolio 並不完整，而醫院的 e-Portfolio 也只是電子護照。
6. 內科教學計劃：查驗新制醫學系六年制及舊制醫學系七年制五年級內科教學計劃，兩者幾無差異。
7. 編列預算：訪評委員前往慈濟大學會計室了解醫學院、醫學系預算編列及使用情形，程序合於規定。

(二) 補充資料：

1. 105 學年度第二學期三下、四下模組課程教學滿意度：
 - (1) 三下神經模組：填卷率 68%，總平均 4.28。學生建議：Motor system 的部分，因為很多神經解剖學上過了，覺得可以濃縮。部分臨床醫師只被分配到一個小時的上課時間，卻準備了 80 張，甚至接近 200 張的 PPT。導致上課都很趕、教不完，也不知道重點在哪裡。同學建議更加濃縮或刪減內容，譬如說提案例時，可能提幾個標準的案例就足夠了。
 - (2) 四下胃腸模組：填卷率 70%，總平均 4.47。學生建議：教師上課內容和臨床技能的病史詢問太過相似，應該可以不用重複上課。老師 PPT 張數過多（一小時課程有 73 張），抓不太到重點在那裡。
2. 慈濟大學醫學系 106 學年三下、四下新制課程共識討論會議紀錄：會議日期 106 年 10 月 24 日 12:00。討論共識：(1) 上課講義需課前一週上傳至 Moodle，需請各主課教師協助督促提醒。(2) 主課教師應了解及督促課程內容，例如事先了解課程內容或實際參加課程，若 PPT 太多或不適、老師表達不明確，來年就可討論調整，並建議每 1 小時的講授主題，slide 盡量控制於 60 張左右。
3. 103-106 年慈濟大學醫學系畢業生問卷結果分析報告：
 - (1) 畢業後的計畫：沒有畢業生要繼續就學；有 39%-52% 畢業生選擇慈濟志業醫院就業；醫院的選擇以醫學中心為第一優先，其次為社區醫療機構，偏遠地區醫療排第四，第五為純學術研究排最後。

- (2)106 年畢業生對外科實習，19%認為期中回饋不足，8%認為被直接觀察不足，特別是在病史詢問(12%認為不足)與身體診察(8%認為不足)部分。
- (3)103 年，34%畢業生接受教師指導參與研究計畫，但從 104 年到 106 年，參與研究計畫的比例下降為 8%、6% 及 6%。
- (4)畢業生對整體校園生活設施優良的滿意度，從 103 年至 106 年分別為 3.7、3.9、4.1、3.8，平均而言較接近同意。
- (5)畢業生對整體學習資源充足方便的滿意度，從 103 年至 106 年分別為 3.4、3.9、4.0、3.9。
- (6)畢業生提出主要的弱點為：外放其他醫院體系實習機會較少，與外校醫學生交流機會少；競爭力與視野廣度不足；學術研究較缺乏；自信心不足。
- (7)畢業生對醫學系的建言：臨床課程—臨床上要求實習醫學生的報告太多(包含罕病以及重症，如果這是 routine 應該交由住院醫師以上的來報告，當然如果 run 的科別為重症單位另當別論)，導致實習醫學生往往花太多時間在報告上，反而無法在臨床好好的 review general 的疾病。有時報告做完，那科也差不多要 run 完了。
- 畢業生建議可以找高年級學生一起討論中、低年級課程規劃。
4. 新制醫學系第一屆(102 級)模組課程介紹：104 學年三下模組課程中之社區醫學(一)，學生反應「一直調課讓我們很困擾」。

四、人員晤談

TMAC 訪評小組於四天實地訪評期間，晤談對象包括基礎醫學教師、通識與醫學人文教師、臨床醫學教師、1~7 年級醫學生、四家教學醫院主治醫師、住院醫師與 PGY 醫師(臺中慈濟醫院主治醫師晤談以視訊方式進行；晤談當天恰巧有臺北、大林慈濟醫院之主治醫師在慈濟大學，遂現場接受晤談)，並與董事會代表：財團法人中華民國佛教慈濟慈善事業基金會(以下簡稱慈濟基金會)林碧玉副總執行長、慈濟教育志業蔡炳坤執行長、慈濟醫療事業林俊龍執行長、慈濟大學王本榮校長、醫學院楊仁宏院長、醫學系陳宗鷹主任、花蓮慈濟醫院林欣榮院長座談。總計晤談 8 位通識及醫學人文教師、7 位基礎醫學教師、臨床

教師與醫師(包括主治醫師、住院醫師與畢業後一般醫學醫師)共 40 位，以及 1~7 年級醫學生共 54 位。茲將教師、醫師與醫學生晤談所反映之內容，以及與董事、校長、醫學院院長系主任與醫院院長座談之摘要分述如下：

(一)教師、醫師晤談：

1. 每一個模組課程會先於模組課程共識會討論後再送出審查，藉以預備學生進入臨床課程。醫學系三年級第二學期一開學即開始模組上課，第一個模組「醫學概論模組」可以讓學生收心，並進入臨床相關課程的學習。模組課程於考完試後有課程座談會，系主任、主課教師與學生會參加檢討。
2. 接觸醫學生後，感受到這些學生非常優秀，家庭的支持度高，尤其進入三年級後，接觸大體解剖學，更為成熟，帶起來很有成就感。
3. 有教師反應，工作時間分配 30%教學、50%服務、20%研究，覺得升等困難，目前無法進行研究以升等，要由教學管道升等亦很困難。
4. 有醫師認為五年級醫學生只是見習不是實習，只要求寫病歷，其他 procedure 不能執行，只會選擇性讓 Intern 執行。另有醫師自承不知新制醫學系五年級實習內容與舊制有何差別與差異性。
5. 有住院醫師反應，因為在慈濟醫院當 PGY 時覺得不錯，留下來繼續擔任住院醫師，已選好次專科，認為在慈濟壓力小，值班 loading 尚可(6-8 班/月)。

(二)醫學生晤談：

1. 受訪醫學生是僑生，雖然中文可讀、說，但聽方面初始有困難，幸而得到校方協助，因而認為國際學生可能在學習上比較困難，希望學校公文有中、英版本以協助國際學生。
2. 受訪轉系生提及醫學系資源多、與他校同系活動機會較多、教師們也較會付出時間照顧學生，在轉入醫學系後覺得自主性增加。慈誠懿德爸媽輔導方式受益良多。圖書館藏書多，學習資源豐富，上網速度尚可。認同慈濟文化，畢業後想參加 NGO，出國參加醫療服務。
3. 一名醫學系三年級生表示，最喜歡的教師是某位解剖學教授，教學用心，講課能整合人體構造與功能，評分合理。至於最喜歡的通識課程是「臺灣山嶽與自然保育」，並學以致用，會上山勸導遊客關愛大自然，不要留垃圾在山上。

4. 一名醫學系五年級學生表示滿意在校的生活環境，也喜歡慈誠懿德爸媽的活動，認為雖然她/他們不是認識的長輩，但可獲得溫暖的依靠。另一方面，學校活動不會堅持與佛教相關，在醫院也不一定要吃素。至於對醫學人文課程的看法，大一時安排到鄉下家訪，被要求去找出問題並解決問題，學會幫老人家剪腳趾甲，不但減輕老人家走路時的不適，也體驗到視病如親的感受。
5. 一名受訪醫學生表達對模組課程的看法，認為生化學知識在臨床較少用到，而解剖學知識已經內化，所以模組課程以三理(生理學、病理學與藥理學)加上相關的臨床課程，內容適當。如果模組課程再加上生化學及解剖學等，則模組課程內容會太多，不好唸。臨床實習的 e-Portfolio 要透過上網繳交，負責教學的醫師會修改，如太差會退回重寫。
6. 一位受訪醫學生表示，心目中有多位典範醫師及優良教學教師，期許未來和他們一樣熱心教學，指導學生。該名醫學生認為在 PBL 上課時，六位同學一組一起學習，互相提出問題與討論，不但會分享資料，並可養成主動思考及深入思考問題的學習態度。
7. 有醫學生表示，模組上課規定，教師應於上課前一週即要將 PPT 上傳到 Moodle，但大部分臨床教師在上課前三天才上傳，少數臨床教師會在上課現場才給 PPT，沒有預習的機會，上課較不易吸收。至於 PBL 會在上課一週前即發給教案。
8. 新的模組課程系統教案加臨床課程，受訪學生覺得進度太快了，會感到學習困難。
9. 從醫學生的晤談中發現，學生對於學校的向心力很強，畢業後表示願意留下來花蓮慈濟醫院服務，甚至到偏遠離島地區服務，對教師的教學方法以及慈誠懿德爸媽關懷都持很正面的態度。

(三)董事會代表座談：慈濟基金會林碧玉副總執行長、慈濟教育志業蔡炳坤執行長、慈濟醫療事業林俊龍執行長

慈濟大學地處花蓮，對於原住民學生提供許多獎助學金，以培養原住民學生完成學業。然而，在醫學教育方面，醫學生招生名額受到教育部管制，原住民及離島地區醫事人員養成計畫公費生名額，亦由衛生福利部管制。醫學系無法自行擴增招生名額，以成立原住民專班，且醫學系入學成績門檻較高，以往

曾發生醫學系原住民學生學習成績不佳，或國家醫師執照考試較有困難的情形。

花蓮慈濟醫院的創立，是創辦人證嚴法師深感良醫難尋，花蓮又位處東部偏鄉，醫師很難尋找，因此，花蓮慈濟醫院成立多年來，已提升花東地區居民的健康水準，並透過學生社團進行社區衛教活動，將醫療服務更深入基層。

對於慈濟大學招募教師、花蓮慈濟醫院招募醫師所遇到的困難，董事會代表承諾會更努力宣揚，並擬定各種措施，吸引更多醫療人才到慈濟大學與花蓮慈濟醫院。

(四)慈濟大學王本榮校長座談：

慈濟基金下轄四大志業體系：慈善志業、文化志業、教育志業與醫療志業。教育志業下轄四個教育機構，包括慈濟大學、慈濟科技大學、慈濟中學與慈濟小學；而六個慈濟醫院(花蓮慈濟醫院、臺北慈濟醫院、臺中慈濟醫院、大林慈濟醫院、關山慈濟醫院、玉里慈濟醫院)隸屬於醫療志業，彼此之間溝通順暢，王校長亦是跨校院協調機制的成員。「策略發展會議」由基金會董事長證嚴法師主持，委員包括基金會副總執行長、秘書長、四大志業執行長、高階主管與慈濟大學王校長、中學校長；另有「醫療暨教育志業決策諮詢委員會」，委員包括醫療志業執行長、策略長、副執行長、主任秘書、慈濟大學王校長、醫學院楊院長、醫學系陳主任等。

每年由董事會挹注校務基金會，目前穩定成長累計 39 億多元。四家負有教學責任的慈濟醫院臨床部定教師比例比較少。此外，慈濟大學近幾年亦有教師被他校挖角，為了解決醫院與慈濟大學教師缺額的問題，著重教學型教師的提升，制定多元升等管道。未來生命科學院將併入醫學院，藉以增進研究產能，且慈濟大學已提出 5,000 萬元之研究計畫，將與中央研究院進行合作，以提升研究合作的平台。

慈濟大學預計於 107 學年度成立國際學院，併入中文、英文、管理、餐服、創新等學程，以培養畢業生具備語言專業謀生的能力。

(五)醫學院楊仁宏院長座談：

醫療志業下設「醫學教育暨研究管理委員會」共有 24 位委員，包括各教學醫院的教學負責人，下設中醫小組、醫教小組、研究小組等，楊仁宏院長為委員會主席，此委員會直接向醫療志業林俊龍執行長負責。每年醫療志業撥款

5,000 萬元於慈濟大學，其中每年約 250 至 300 萬元為醫學院之醫學教育經費。對於研究的提升，雖然有很多獎勵辦法，還在努力尋才之中。

(六)醫學系陳宗鷹主任座談：

醫學系陳宗鷹主任為麻醉科醫師，同時擔任花蓮慈濟醫院教學副院長，熱愛教學也喜歡和學生接觸。從 102 年即全心投入六年新制課程的改革工作，聯絡管道 24 小時開放，學生有任何問題都可以直接和他溝通、交流意見，系主任也力推教學型教師的升等，目前已經有五位教學型主治醫師，並爭取經費補助多位教師參加國際醫學教育學會，獎勵教師論文發表。對於臺北慈濟醫院、大林慈濟醫院、以及臺中慈濟醫院的臨床教學工作，為了力求教學內容及教學評估的一致性，利用視訊跨院會議和臨床教學負責人溝通。

針對花蓮慈濟醫院住院醫師招收不足的困境，慈濟大學提供了各種獎勵措施，鼓勵醫學系畢業生留在東部發展服務。慈濟大學提供了「慈濟獎助金」的獎勵，受補助的醫學生每年 20 萬元獎學金，每簽約一年，畢業後就必須相對於花蓮慈濟醫院服務一年，若畢業後不留在花蓮慈濟醫院服務，則需退還獎勵金，但沒有進一步罰則，大約有八成的畢業生會留下，只有 20%的畢業生繳回獎勵金。整體而言，目前有 23.1%的畢業生留在東部發展服務。

花蓮慈濟醫院方面，對於內科、外科、小兒科、婦產科、神經內科及神經外科這幾大科的第一年住院醫師，也提供 10 萬元的簽約金，以資鼓勵。為了鼓勵臨床主治醫師能夠在國際上發表論文，兩年內進一步發表成為期刊論文，醫院有提供公費學術假，補助出國的費用，如果發表 IF 5.0 以上的論文，則每篇補助 10 萬元。

此外，為了鼓勵臨床主治醫師能夠投入臨床教學，對於教學門診、住診教學以及臨床技能教學都有額外的津貼。整體而言，目前有 60.7%的住院醫師升為主治醫師後，仍繼續留在花蓮慈濟醫院繼續服務。

(七)慈濟醫院林欣榮院長座談：

花蓮慈濟醫院林欣榮院長上任一年多來，積極擴編招募主治醫師 40 多位，並以「品質提升，人才培育」為為治理醫院的宗旨，未來仍會繼續招募強化臨床主治醫師的陣容，計劃再招聘 90 多位的主治醫師。目前臺北慈濟醫院主治醫師中，有 110 位醫師具有部定教師資格，花蓮慈濟醫院則有 124 位醫師具部定

教師資格，以及 5 位教學型主治醫師。

林欣榮院長每週有與基金會董事長直接見面溝通的機會，報告目前醫院的經營狀況，以及所需的臨床教學與研究人力，以及儀器設備。

為了鼓勵臨床醫師能夠投入研究，花蓮慈濟醫院提供三種獎助方式包括：(1)醫療志業提供的研究人員獎助，只要提出簡要的 abstract 即可申請；(2)院級研究計劃，每件提供約 50 萬到 80 萬元的研究獎助，需要提出比較完整的研究計劃；(3)住院醫師及年輕主治醫師可申請的小資計劃，每件 20 萬元。第一年需要在慈濟醫學雜誌或其他刊物刊提出 review 或初期成果報告，第二年則需要有正式的論文刊出。

四天全面評鑑期間，承蒙慈濟大學、花蓮慈濟醫院之主管、教師、醫師、行政工作人員和參與的同學之充分協助與配合，使得此次全面評鑑得以順利完成，在此致謝。

參、評鑑發現

依 TMAC 新制評鑑準則，條列本次全面評鑑之發現如下：

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：

慈濟大學創校於民國 83 年，以「慈悲喜捨」的精神，培育具有人性關懷、重視誠正信實、體現以人為本、視病猶親的慈濟人文精神，具體實踐「守護生命、守護健康、守護愛」的使命。目前全校師生人數為 3,648 人，醫學院學生數為 1,971 人，其中醫學生為 391 人，各級教師共有 249 人，皆依教育部之相關法令設立，並招募學生。

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知識挑戰與探究精神，並且適用於培育學生的醫學教育環境。

發現：

慈濟大學為臺灣東部唯一的醫學類大學，肩負承擔東部高等醫學教育的使命與責任，辦學宗旨「以慈悲喜捨之精神，為社會培育「尊重生命，以人為本」懷抱濟世助人理念，實踐志工服務精神的優秀人才」，並定位為「以教導培育為基礎，重視利他人文的典範大學」。

醫學院宗旨為「培育以人為本，兼具慈濟人文服務精神及醫療照護專業的人才，承擔「守護生命、守護健康、守護愛」的目標」，教育目標為「培養具備實踐慈濟人文、思辨分析、團隊合作、終身學習精神的醫學專業人才」。

醫學系教育的宗旨為「培養具有慈悲喜捨精神、醫術精良、尊重生命、以人為本之良醫」，教育目標為「培養術德兼修、關懷生命、擁有慈濟大愛與利他之情懷、善於溝通、重視團隊合作、樂於承擔社會責任、並具備主動及終身學習的能力、以奠定醫學生成為良醫的基礎」，具有培育學生的良好醫學教育環境。

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：

花蓮慈濟醫院在 105 學年度住院醫師核准人數為零的科別，包括婦產科、神經外科、放射線診斷科以及核子醫學科；而住院醫師收訓人數不足的有內科、外科、神經科、麻醉科等，無法形成一個醫療團隊的臨床教學。

準則判定：部分符合

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(goals)

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：

醫學系學生採多元入學，包括繁星推薦、個人申請、指考入學、退伍軍人學生、原住民及離島地區醫事人員養成計劃公費生、重點科別培育計劃公費生、海外僑生以及外國學生。慈濟大學教職員工共有 733 人，身心障礙者有 11 人，占 1.5%，原住民身分計有 18 人，占 2.5%。

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：

學校設有「性別平等教育委員會」、「慈濟大學性別平等教育實施辦法」、「慈濟大學校園性侵害性騷擾或性霸凌處理機及防治實施要點」、「慈濟大學工作場所性騷擾防治措施、申訴及懲處要點」，落實推動性別平等教育，主要教學醫院也設立相關的性別平等法規與實施辦法。

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：

慈濟大學、醫學院、醫學系都有明確的組織章程以及組織結構，並明訂行政主管以及各種委員會的職責與權限。

準則判定：符合

1.2 決策單位

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

發現：

慈濟大學設有校務委員會及董事會，除了規範其職責之外，並定期開會以監督校務之發展。

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該校和醫學系。

發現：

慈濟大學的董事會、校務委員會、院務委員會等，有明訂委員之任期，皆符合規定進行改選，任期有相互重疊。

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：

醫學院院務委員會及董事會有其常軌之運作模式，並未發現與學校的成員或建教合作醫院有利益之衝突。

準則判定：符合

1.3 醫學院(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：

現任醫學系陳宗鷹主任學經歷豐富，且認真、負責。唯依據慈濟大學組織規程第八條規定「醫學系主任由院長推薦適當之副教授以上教師，陳情校長聘請兼任之」，目前尚未有公開遴選系主任的過程，學校主管表示，預計 107 年度會通過組織規章之修改與實行。

準則判定：部分符合

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

及該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：

醫學系主任透過醫學院主管會議、醫學院院務會議及各項委員會，能夠與其他單位有暢通的溝通管道。

準則判定：符合

1.3.2 醫學系主任、教師、機構主管，以及校方相關部門和建教合作之教學醫院主管必須對醫學系相關事務的權力與責任分派有清楚的認識。

發現：

醫學系與醫院相關主管透過系務會議、院務會議、校務會議、各項委員會以及跨院會議，對於醫學系相關事務的權責有所認識。

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：

醫學系主任陳宗鷹教授致力於醫學系課程改革及臨床教學的推行，醫學系105學年度的結算經費儀器設備費為6,262,930元，業務費為28,980,940元，比往年增加。

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團隊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：

醫學院長之遴聘及任期依慈濟大學組織規程第八條第七項辦理，任期為一任三年，連聘得連任之。醫學院院長與醫學系主任並無過於頻繁的人事變動或長期職位空缺之情形，亦無承擔過多校內外的其他職務，未影響領導工作的執行。目前院長辦公室設兩名職員，醫學系則為4名職員。

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：

醫學系在醫學院督考及協助之下訂定短、中程發展目標，並定期持續評估與追蹤成效之機制(如課規會、系務會議、院務會議、實習委員會等)。短程目標：(1)完成新制醫學系六年級課程規劃與執行並檢討成效。(2)強化醫學人文課程師資與內容，整合基礎與臨床模組教學。(3)建立自我評鑑機制。(4)體驗多元學習，鼓勵學生參與國際交流。(5)建構實習醫學生臨床電子護照，並完成臨床技能線上學習追蹤系統。中程目標包括：(1)持續優化新制醫學系課程。(2)形成縱貫的臨床課程，使醫學生從入學至畢業皆有臨床學習經驗。(3)落實自我評鑑建議進行改善。(4)提升教師教研專業成長與發展，並培育醫學教育人才。(5)拓展師生國際學術交流。

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：

醫學院在關於財務、人事、業務及主要議題的政策與決策過程，均依循體制與法規，經由各種透明化的制度或委員會議做成決議或決策，予以推動或執行，且有紀錄可查。預算編列機制為每年 3 月中由會計室公告學校網頁，系所依前一年度預算為基礎，及未來發展規畫所需經費，由系所每年編列。設備費由醫學院院長召開院系所主管會議，主管就總額分配平衡規劃及協商，透過討論決議。校共同儀器設備、校共用儀器擴充升級，則由系所填寫校共同儀器設備預算申請書經院長核准後，由研發處統籌送審，經核定後，由貴儀中心編列預算。至於教師人事新、續聘決策過程，由系所主管依系所發展需求、教師專業、教學研究提出需求，經三級教評會議審議後，決議教師之聘任與升等。

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：

慈濟大學與主要教學醫院間有合約書之簽訂，以確保醫學生和教師有適當的管道獲得醫學教育資源、教學醫院將教學及評量作為重點任務、規範醫學生暴露感染性或環境危害物，或其他職業傷害時的應變辦法、治療與後續追蹤的責任等事項。

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：

醫學生於四家慈濟醫院實習時，其臨床科會舉行跨院會議討論學生上課等事宜，然而各科部舉行會議之頻率不一，譬如眼科、泌尿部、家醫科、骨科、核醫科、醫學影像部、放射腫瘤部等，均一年只舉行一次檢討會議，未能及時確保不同教學地點之學生，其學習狀況的掌握與調整。

準則判定：部分符合

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：

醫學系為因應 102 學年度起之新制醫學系六年學制的實施，自 100 學年度起開始著手規劃六年制模組課程，由基礎與臨床教師擔任模組主課教師，負責研討模組課程內容、授課及評量方式，進行基礎與臨床醫學課程整合。

此外，醫學系經教學暨課程規劃委員會議決議，自 104 學年度起，取消派送每年 4 名長期實習醫學生至大林慈濟醫院。上述變革，慈濟大學於 105 年 11 月 29 日慈大醫學字第 1050002226 號函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：

醫學系為因應 102 學年度起之新制醫學系六年學制的實施，自 100 學年度起開始著手規劃六年制模組課程，由基礎與臨床教師擔任模組主課教師，負責研討模組課程內容、授課及評量方式，進行基礎與臨床醫學課程整合。

此外，醫學系經教學暨課程規劃委員會議決議，自 104 學年度起，取消派送每年 4 名長期實習醫學生至大林慈濟醫院。上述變革，慈濟大學於 105 年 11 月 29 日慈大醫學字第 1050002226 號函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：

醫學系於 104 年 9 月向衛生福利部(以下簡稱衛服部)提出公費生名額之申請，衛福部確定核定名額後，醫學系與各基礎學科主任、實驗課程教師、行政單位，針對教學空間、教學設備、經費預算進行多次會議溝通協調，包括可能影響之課程、教室容納人數、實驗室空間設備情形及預算分配使用等，於 105 年完成各項設備之預算編列，並陸續採購設備及空間修繕。醫學系自 105 學年起，增加衛福部重點培育計畫公費生 10 名，慈濟大學於 105 年 11 月 29 日慈大醫學字第 1050002226 號函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。

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

發現：

1. 醫學系提供 6 學年至少 219.5 學分及格始得畢業之課程，包括一、二年級基礎科學與醫學人文課程，三、四年級基礎臨床醫學整合課程，五、六年級臨床實習課程，以培養具一般醫學六大核心能力的醫師而銜接畢業後醫學教育。
2. 慈濟大學通識教育中心提供豐富多元的通識課程，學習慈濟人文、生命教育、邏輯思辨、環境保護等核心理念及學生自選課程，以培養訓練學生具思辨分析、團隊合作及服務精神的人才。而醫學系醫學人文系列包含醫學生涯、解剖人文課程、醫師專業素養與倫理等，具層級性及整合性的課程，並重視經驗學習、典範學習與反思內省訓練。醫學系的醫學人文學科與校層級的通識教育中心，已於 106 學年建立整合與溝通的機制，共同進行縱向及橫向的整合。
3. 三、四年級基礎臨床醫學整合課程，以基礎醫學為主融入臨床醫學的情境，共分為 13 個模組，每一個模組課程由一位資深基礎與一位臨床教師共同擔任模組的 coordinator，藉由基礎與臨床醫學教師的合作，規劃各模組之課程內容及範圍，使學生能認識基礎醫學與臨床關聯性(clinical relevance)，讓醫學生及早與臨床醫學銜接。並由醫學系統籌模組間縱向的連結，模組的 coordinator 為學科間的橫向聯繫，將基礎醫學知識搭配融入臨床情境教案的設計；把 PBL 教案導入醫病溝通與倫理議題。
4. 五、六年級臨床實習課程重視一般醫學(primary care)臨床核心能力的養成，以及學習跨領域團隊醫療照護，以一般醫學內涵為主的內、外、婦、兒、急診及家醫科為核心，並透過直接觀察(direct observation)、mini-CEX、DOPS、CbD、OSCE、360 度等多元評量方式，以評估學生學習狀況，並給予回饋指導。

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：

通識教育中心已於 106 學年第 1 學期開始推動微學分的自主學習，醫學系學生會提出「大學前必修課工作坊」，三天二夜 30 小時；醫學人文系列中的反思日誌、典範學習、訪談等，亦是學生主動學習能力的扎根訓練。而醫學系的 PBL 課程、臨床的 e-learning 課程、專題研究課程及臨床實習迴診教學、個案討論等種種方式，以推動醫學生的獨立學習以及自主學習的技能，並訂有評核的機制。

準則判定：符合

2.1 課程管理

2.1.1 目標(goals) 與目的(objectives)

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

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：

醫學系的教育目的包括「術德兼修、關懷生命、慈濟大愛、利他情懷、善於溝通、重視團隊合作、樂於承擔社會責任、具備主動及終身學習的能力」，上述教育目業經各級會議訂定，並有相對應之核心能力。課程大綱中亦有說明該課程與學系教育目的與核心能力之關連，成為教學課程的藍圖。

準則判定：符合

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

發現：

1. 通識教育及醫學人文教師自 106 年度起，透過醫學人文科暨通識教育中心課程會議，盤點醫學人文與通識課程，確認課程達到學系教育目標，更透過各教學社群，促進互動凝聚共識。實際與醫學系一、二年級醫學生之晤談中，

學生亦能清楚說明通識與醫學人文教育之教育目的。

2. 實地訪視期間與住院醫師、總住院醫師及主治醫師晤談發現，部分醫師仍無法清楚回覆新制醫學系五年級之教學目標及教學計畫，與舊制五年級有何差異。實際查驗內科六年制與七年制五年級內科教學計畫，內容幾無差異，學生至病房實習時，亦以見習為主。

準則判定：部分符合

- 2.1.1.3 醫學系或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：

醫學系自 99 學年度起即設立人文醫學學科，亦有專任教師擔任學科主任，協同學科其他專、兼任與未聘任教師，負責醫文課程規劃執行與成效評估，並定期召開會議進行課程改善，皆有會議紀錄可查。

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(objectives)得以實現。

發現：

在行政體制上，設有實習委員會監督整體醫學生實習的機制，同時透過 e-Portfolio 了解醫學生學習經驗。目前醫學生在花蓮慈濟醫院、臺北慈濟醫院、大林慈濟醫院與臺中慈濟醫院實習，各醫院、各科實習計畫以花蓮醫院內科實習計畫為藍本。但有些科部未善加檢視其計畫，以致婦產科實習地點仍 copy 為內科部，且雖然各科部有跨院視訊檢討會議，但未有定期之開會頻率，例如開會頻率有 1 年 1 次、半年 1 次、1 季 1 次，神經內科每月一次，甚至有逾時未召開者(內科、麻醉科)，與會人員也未必全部出席，恐難以確保醫學生有良好學習經驗。此外，學生臨床實習在不同院區，臨床個案及醫療情境有所不同，依自評報告中所呈現的實習期間未遇到案例比例，五年級為 14.46%、六年級為 4.62%，因此，醫學系雖有監督機制，但落實程度不足。

教學醫院為加強醫學生臨床學習品質，已增設教學型主治醫師，對教學相當投入且熱心。實地訪視時，發現某醫學科對於核心臨床學習採用錄影教學，

要求輪訓學生需事先閱聽，於單位輪訓時才與臨床教師討論，以節省相同授課時間的耗費，此作法固然立意良好，但缺乏學生自主學習可靠的監督機制，且未針對病患類型、臨床場域明訂學習內容，以落實臨床醫學教育之目的。

準則判定：部分符合

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：

醫學系教學暨課程規畫委員會設置辦法規定其成員含院長、主任、各學科主任、臨床學科主任代表、教師代表—含系代表、通識中心代表，以及學生代表、畢業生代表、校外委員等整合多元身分者的單位。其職權有：教育目標之審核與討論、擬定課程開設原則、協調校院系所的課程資源及師資、審議系專業必修及相關課程、審議系必修通識科目及校核心科目、審議系修業年限、評鑑系教學暨課程、系學生能力指標訂定及評估、審議課程相關事宜。

慈濟大學若有任何新開設課程、學分數更動、開課年級更動、課程名稱更動或停開課程者，需經由系、院、校三級教學暨課程規劃會議審議認可，才可實施。以醫學系四年級「骨骼肌肉.風濕模組」為例，該模組課程於 105 年度四年級下學期授課，3 學分，學生反應四年級上、下學期學分比例不均，導致下學期學分較重，經醫學系主管會議、106 學年四上新制課程共識會議討論，且經醫學系教學暨課程規劃委員會決議，將骨骼肌肉(含風濕)模組由四年級下學期調整至四年級上學期，並由 3 學分減少為 2 學分。

準則判定：符合

2.1.2.1 醫學系的教師必須負責醫學專業課程的設計與執行。

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. 慈濟大學訂定「慈濟大學教師服務辦法」及「服務聘約」，內容包括教師應致力於教學、研究、服務及輔導工作等予以規範。而醫學系下設有基礎醫學 7 學科及臨床醫學 18 學科，並置各學科主任 1 名，學科主任需負責教學規劃、

監督教學進行、評量學生學習成效及教學方法並檢討。學校課程若有新開之課程、學分數更動、開課年級更動、課程名稱更動或停開課程者，皆需經由系、院、校三級教學暨課程規劃會議審議認可，才可實施。

2. 醫學系為瞭解各課程的教學內容，每學期均透過教學暨課程規劃委員會進行確認，亦有各年級學生代表參與。教學暨課程規劃委員會透過課綱審查、課室觀察、學科共識會議等方式確認課程過往執行的成果，同時參酌學生對於課程、教師，以及科部等回饋意見。
3. 醫學系依據「慈濟大學教學暨課程規劃委員會組織規程」與「教師教學滿意度實施細則」，執行教師教學滿意度調查，實施時程以各學期期中、期末考試前實施為原則。期中、期末教學滿意度調查不論次數，於結果彙整後由教務處於「教師服務系統」上公布，提供授課教師、主課教師及開課單位主管參考，以利課程改進及教學檢討，確保醫學生有一定的學習品質。
4. 查閱課程委員會紀錄，醫學人文課程是由教師群組互動設計形成。訪談醫學人文教師發現，教師間針對課程設計的討論互動頻繁，並持續執行動態的調整，發展與時俱進的教學方法。

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：

1. 醫學系為監測教學內容，透過校方的課程資訊服務系統，與主要教學醫院的電子護照系統，掌握與監測課程內容與進度。醫學系自 105 學年下學期起，向各開課教師宣導於課程大綱中，針對教學目標、內容、教學進度應詳述說明或提供關鍵字，各課程主管可以更清楚地、規則地監測課程內容，並將監測的結果用於課程的改善及整合。課程資訊服務系統於 105 學年下學期完成建置，現已可查詢課程大綱。
2. 醫學系設置之教學暨課程規劃委員會，每學年確實依時程召開，透過課程回饋、滿意度調查與課室觀察，確認課程執行成果，並自 104 學年下學期開始試行課綱審查。然參照該系 106 年 4 月 19 日課綱審查結果，指出部分課程整體課程設計，無法判定符合醫學系之教育目標與核心能力，然此重要事項於後續會議，並未就審查結果執行追蹤或相應之修正，顯示課程之監測仍有可加強之處。

3. 查閱課委會紀錄，醫學人文課程委員會有針對課程規畫、教學成效進行討論與檢討。課程管理工具亦已發展出 e-Portfolio，但學生反應現仍採自由參加的雙軌制併行。因此，訪評期間與學生晤談時，無法查證其課程內容與教師所回饋的具體事項。
4. 醫學系模組課程教學，學生反應意見不少，例如學生提及「Motor System 的部分，因為很多神經上過了，覺得可以濃縮」、「有部分臨床醫師只被分配到一個小時的上課時間，卻準備了 80 多頁，甚至接近 200 頁的 PPT。導致上課都很趕、教不完，同學也不知道重點在哪裡，影響準備考試。建議更加濃縮或刪減內容」、「希望 PBL 的主題是可以深入研究常見的疾病 (e.g. DM)，而不是去探討一個可能一輩子都看不到的疾病」、「建議教師提供上課 PPT」等，但未見教學暨課程規劃委員會的檢討與改善措施。
5. 自評報告所列臨床核心學習項目(經說明為繳交報告數目)內科 276 項、外科 122 項、兒科只有 15 項、婦產科只有 17 項，婦兒科實習時數雖較短，但比率上落差太大。此外，實地訪視某幾個科別，部分主治醫師並未修改或修正醫學生病歷，也未注意醫學生 primary care 病例是否足夠，對於新制醫學系五年級實習內容，仍以見習之心態看待。
6. 醫學系主管對於臺中慈濟醫院的兒科師資異動，未能主動發覺予以調整，乃藉由學生反應管道才得知，課程委員會的監督功能仍有改善空間。

準則判定：部分符合

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：

慈濟大學之學生依教務處之選課辦法規定，可進行校際選課之科目學分數，以不超過該學期在本校選課總學分數的三分之一為原則，並鼓勵學生參與北二區計畫、東區跨校選修機制、泛太平洋大學聯盟通識課程整合「一校學生，五校選課」等校際選課。然，醫學系醫學生進行此選課需求者並不多，另外，關於臨床課程的規定，則以自選科 4 學分為限。至於醫學人文課程以必修為主，選修課程相對較少，通識課程中有相關的人文社會課程可供選修。醫學系 105 學年各年級學分數及選修學分比率如下表：

年級	選修時間的學分數	選修學分比率
1	必修34 學分、選修2 學分	5.6% (2/36)
2	必修25 學分、選修7 學分	21.9% (7/32)

3	必修31.5 學分	-
4	必修31.5 學分、選修1 學分	3.1% (1/32.5)
5	必修35 學分、選修4 學分	10.26% (4/39)
6	必修38 學分	-
7	必修51 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(objectives)之達成程度。

發現：

醫學系分別從二階段國家考試結果、學生校內考試成績、臨床技能測驗表現、醫學生畢業問卷、學生的課程評估及回饋、畢業生就業地點、畢業生就業型態、畢業生選科等面向收集資料，以評估其教育目的是否達成，並定期於教學暨課程規畫委員會中討論。依歷屆畢業生執業科別及就業區域分析結果顯示，留在東部離島服務的學生，占畢業生總數的 23%、而服務於內、外、婦、兒、急診五大科的畢業生則占 41%，符合其教育目的與社會責任。

準則判定：符合

2.1.2.6 評估課程品質時，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. 醫學系於召開教學課程規劃委員會議前，主要以問卷蒐集學生對課程和教師的評估，於課程結束時進行調查，每年至少進行 2 次，並在課規會中進行討論，也有回饋給教師調整教學內容參考。
2. 醫人文課程的問卷內容，評估課程對學生的反思能力、溝通技巧、團隊合作、醫學歷史與人文素養、利他精神、主動學習能力、性別議題、醫師專業及情緒管理等面向是否有所幫助。
3. 學生對模組課程有些建議，但未見教學暨課程規劃委員會的檢討與改善措施。

準則判定：部分符合

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：

依據慈濟大學學則第十八條：各學系學生每學期所修學分數，每學期不得少於十六學分，至多不得超過二十五學分…情況特殊經所屬學系主管核准，不受最低應修學分數限制…。學生選課後，導師或系主管可至資訊系統，查詢其導生(學生)之選課概況，系統中另記錄缺曠等資訊，供教師們了解學生其學習活動量。以醫學系模組課程為例，104 學年三下模組課程，各模組教學功能小組於 102、103 學年就討論教學目標內容、教學方式、教學進度、考試方式等進行初步規劃討論，醫學系再召開共識會議，討論模組間之教學時數、評分比例等之適切性，最後呈送教學課程規劃委員會報告核定開課，學期結束再進行檢討會議，以利未來改善依據。

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：

慈濟大學針對學生輔導設有「三軌輔導」機制，由醫學系挑選熱心、有經驗的教師擔任導師，從一年級到四年級，安排一名導師輔導 10 位醫學生；除了導師之外，還有專業心理師提供心理諮商輔導。此外，校方設有學習預警系統，讓主課教師於學期中針對學習狀況不如預期或是有狀況之學生進行預警，該預警會通知導師，以便導師進行了解與輔導。對於個別學生在課業與生活上的問題，初步由導師輔導，如評估需其它資源介入，則會提交醫學系醫學生輔導委員會討論，以便針對學生進行更適切之協助。

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：

1. 師資部分：花蓮慈濟醫院醫師具有部定教職者有 124 位、臺北慈濟醫院 117 位、大林慈濟醫院 59 位、臺中慈濟醫院 16 位。實地訪視與某位教學主管晤談，發現有參與師資培訓的醫師約 70%，甚至也有不參加師資培育的主治醫師。此外，住院醫師只在 R2 升 R3 時才檢視是否有參加教學能力訓練，顯現四家教學醫院師資不同，即使同一醫院、不同科別，教學的師資也有所差異。
2. 課程部分：四家教學醫院地理環境不同，臨床案例數也有很大差異，造成不同地點臨床訓練 exposure 不同。
3. 評量：四家教學醫院評分由於人數不同(臺北慈濟醫院 Intern 只有 4 位)，以致顯示不出統計的意義，但以 105 學年在臺北慈濟醫院內科評分的平均值 88 ± 2.16 ，與花蓮慈濟醫院的 81.3 ± 9.8 相較，成績評分上差異頗大，此部分仍須由醫學系加以持續檢視。
4. 監督在不同的教學醫院之臨床學科有跨院會議，對實習課程、教育目的與評分評估方式謀求共識，但是每個臨床科開會的頻率從每年一次、每半年一次、每季一次、到每月一次不等，頻率並不一致，對於不同教學地點的學生在學習過程中，或評估標準出現不一致的時候，恐難於即時達成共識。

準則判定：部分符合

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。

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：

105 學年度醫學系臨床學科專、兼任教師共有 280 名，包括花蓮慈濟醫院 101 名、臺北慈濟醫院 91 名、大林慈濟醫院 56 名、臺中慈濟醫院 28 名。四家教學醫院之間，透過跨院會議、教學醫院教育委員會、醫療志業醫學教育及研究管理委員會、校院聯繫志業策進會，以及不定期的訪視，確保醫學生在不同院區學習的品質，由醫學系主任及院長彙整學生學習情況。

在 103 年 11 月 TMAC 追蹤評鑑發現，大林慈濟醫院並無婦產科專科醫師訓練的資格，亦無住院醫師，因此，醫學系從 104 學年起停止選派醫學生到該院長期實習。106 年 3 月大林慈濟醫院婦產科通過專科醫師訓練醫院的資格，目前該科主治醫師共有 8 位，已有改善。在 105 學年度，花蓮慈濟醫院住院醫師

收訓人數不足的科別有內科、外科、神經科、麻醉科等，而住院醫師核準人數為零的科別有婦產科、神經外科、放射線診斷科、核子醫學科等，臨床教學師資在住院醫師的部份仍有不足。

準則判定：部分符合

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

發現：

醫學生的實習地點選擇由學生自主討論決定，時期排程選定後，原則上不得任意變更，若確實有更改實習單位之需求，依規定於實習日前三個月提出申請，經實習單位及系主管同意後，可以辦理後續變更之程序。

準則判定：符合

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

發現：

1. 醫學系經由系務會議、教學暨課程規劃委員會、實習委員會及跨院臨床科會議等機制協商，教師在不同教學地點以視訊的方式參與會議。然而，跨院臨床科的會議其開會頻率不一致，從每月一次、每季一次、每年一次都有，落實開會及檢討的機制仍有待加強。
2. 四家教學醫院部分科部因住院醫師不足，醫學生多由主治醫師帶領，但並非所有主治醫師都有教職或參加教師培育。臨床住院醫師不足，無法形成 teaching team，對於臨床的 team-based learning 是一大困擾，進而造成住院醫師及主治醫師臨床負擔大，影響到臨床教學，包括 assign primary case 病例不足、病歷修正未落實等情況。

準則判定：部分符合

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：

教學醫院設有師資培育中心，並舉辦實習共識會議以及跨院的協調會議，

以要求學習評量的一致性。四家教學醫院雖訂定一致的評量標準，但對於未參加師資培育之教師如何落實一致的評量標準，有待持續追蹤。

準則判定：符合

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：

醫學系對於分配至各教學地點的醫學生，提供學生保險、職涯輔導、健康照護以及學生關懷等支援與服務，醫學生皆可利用校務行政系統進行線上即時申請或與導師直接聯繫。

準則判定：符合

2.2 修業過程

2.2.1 教學

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

發現：

醫學生之修業年限依據慈濟大學學則第四章修業年限及學分加以規範，目前並未有在最長修業期限內，未取得醫學士學位的學生。

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：

醫學系基礎醫學課程、臨床醫學課程，以及臨床技能已建立各種多元化的成績評估標準，包括筆試、口試、口頭報告、小組討論、隨堂考試、實習學習護照、臨床技能護照等，同時也辦理相關的研討會與工作坊。

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：

為了鼓勵教師的教學方法與時俱進，慈濟大學訂了許多獎勵辦法，包括專業社群實施要點、教學專業成長補助要點、教師研究進修及參加學術會議辦法、創新與特色教學申請要點、教材製作及教案撰寫鼓勵辦法、網路教學課程實施辦法、MOOCS 推動實施辦法等，也提供教師對於模組課程、TBL 教學、PBL 教學、標準化病人之教學參與、線上學習，以及跨專業教育訓練等，並有定期開會檢視之機制。

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：

教學醫院的師生臨床指引包括臨床教師手冊、各臨床科的訓練計劃以及學員須知手冊，臨床教學部至少每年召開一次會議，每位導師平均照顧五位學生，從學生進入臨床實習後持續陪伴至畢業為止，規定每月要和學生進行座談一次，關心學生實習的情況。在行政助理方面，臨床教學部有行政助理 10 位，醫務部學科助理 11 人，共同襄助臨床的教學工作。唯在訪談中，部分醫師對不同新、舊制醫學生的差異，及督導臨床學習有不一致的認知，甚至有醫師不清楚新制醫學系六年制的學生已經進入臨床實習。

準則判定：部分符合

2.2.2 醫學生之評量

2.2.2.0 醫學系必須有適當的評量系統，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. 醫學系依據教學大綱中的評量方式，於評量後，由學生提出對課程的意見。教學暨課程規劃委員會中亦有學生代表，可表達對當前課程的看法。若對所設定的教學目的有所影響，則請主課教師回覆學生意見。
2. 醫學系之醫學人文課程，依照各階段不同之課程設計，透過反思日記、訪視活動參與以及個案報告等多種評量方式評估學習成果，並透過教師回饋，促

進學生的自主學習，評量方式多元。

3. 臨床課程運用不同的評量工具，例如 mini-CEX、筆試、考核表、學習護照、病歷寫作、臨床技能測驗、臨床技能護照、EBM 等，以評核學生的學習。每週固定的教學迴診及查房，也都能透過學生報告病案的過程，讓教師瞭解學生是否以達到設定的教學目的。

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. 查閱訪評現場及課程網頁之課程資料，醫學人文課程皆有課堂口頭發表（含期中、期末報告）、小組討論、報告前與任課教師討論，以引導學習者的方向及態度之規劃與設計，教師可立即或即時加以回饋或回應，幫助學生學習。通識課程亦多有如此規劃與設計。醫學系在通識教育、醫學人文、基礎醫學與臨床醫學的各教育階段，每一個學科都有評量機制，定期評量學生的學習成果，評量方式採多元評量策略，也有回饋及補救教學機制。醫學生可透過階段性評量，了解自我能力層次，修正自我學習方向，教師亦可利用電子學習系統以掌握醫學生的學習狀況表現，隨時提供必要的監督與指導。
2. 教學醫院之教學部，規定各學科在訓練計劃中明定教學回饋機制，為能夠及早獲得教學醫院回饋，透過臨床科部師生座談會議、教學部師生座談會、醫學教育委員會議、學生輔導委員會等，以監測臨床實習回饋的落實執行。教學部另製定有六大核心能力考核評量表，教師在學生實習結束後進行評量，所有評量會以系統通知學生評量結果，未達成者，經輔導後均能有所改善。

唯醫學系 103~106 年度畢業生對於臨床學科回饋評量的滿意度調查結果，在得到充足的「期中回饋」之滿意程度，外科依年度分別為 93%、91%、94%、79%；在「被直接觀察」的滿意程度，外科於 105 與 106 年度為 96%、92%。外科與其他臨床學科的「期中回饋」與「被直接觀察」之滿意度相較，滿意度較低。

準則判定：符合

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

發現：

1. 醫學系之醫學人文課程均於課綱中，依課程屬性載明評量制度，並依此確實執行。亦依照各階段不同之課程設計，透過反思日記、訪視活動參與及個案報告等多種評量方式，於學習過程中提供質性資料為主之形成性評量，並於期末提供整體課程之總結性評量。
2. 醫學系基礎醫學課程以知識評量為主，實作技能評估為輔，各課程依據課程學分數排定數次期中考、段考，並設定成績標準，做為各階段的總結性評量。透過各階段的總結性評量，輔助並督促學生完成各課程的學習。模組課程教師會在考試後 2 週內，將成績登錄於慈濟大學 moodle 教學平台，學生可即時了解，部分教師亦提供學生參看自己試卷，以利學生了解學習成效。
3. 花蓮慈濟醫院在學生的實習整體表現評量，以及核心作業回饋已採電子化，學生可經由系統查詢學習總表現。學生收到教師回饋平均天數為 10.5 天，符合花蓮慈濟醫院教學部之規定。

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. 醫學系之醫學人文課程，在一、二年級部分，透過包括反思日記寫作等多種評量作業，讓教師有機會了解醫學生知識領域以外的表現，並由回饋及整體評量中描述其行為與態度。
2. 醫學系在每一模組 PBL 課程結束後，會請各組 Tutor 評核自己所帶學生之學習情形。學生也可透過問卷對各組 Tutor 及教案加以回饋。若 Tutor 及學生之回饋結果不理想，會於學期末召開 PBL 委員會，對於評核結果不理想之 Tutor 及學生加以檢討。
3. 臨床實習評估表中，質性敘述部分僅以勾選項目呈現。此外，教師會將質性敘述記載於學生的學習護照中，提供學生參考。此敘述性評量涵蓋了對學生臨床技能及行為態度等描述與建議。實地訪視發現許多敘述性評量仍太過簡略，且不夠明確：例如「表現非常好」、「病歷宜再加強」等描述，學生無

法明確得知優缺點為何、表現不佳之處，或是病歷何處需要改進等，以致於學生無法藉由這樣的評量獲得實質的進步。

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，確保醫學生習得，並在直接觀察下展現核心臨床技能、行為和態度。

發現：

醫學系持續要求教師儘早評量學生表現，並將結果回饋予學生，以期能立即補強其學習成效。評量次數則依各科特性及實習時間長短訂定，包括醫學生的知識、技能、態度、病歷寫作、EBM 能力、醫病溝通、同儕溝通等等面向，並由主治醫師定期針對「責任感、積極性與學習態度的表現」、「與病患及家屬溝通能力」和「醫療團隊互動能力」等行為與態度進行評分；以及 OSCE 模擬訓練等。

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：

醫學系教學醫院各學科訓練計劃，主要是依據學校教學目標、全國公私立醫學校院院長會議與醫學院，以及醫院宗旨與目標所制定。醫院教學部每年三月，召集各學科訓練計劃主持人，依據 e-Portfolio 學生臨床學習及各階段進行修正，並於醫教會中追認後，新的訓練計劃才能於新學年實施。

然而，面對新、舊制醫學系醫學生在教學內容、目的等差異並未有清楚的規劃，在臨床輪訓各科時，教師未能針對學制改革後執行確實之更新，造成邏輯性較不足，例如 106 學年內科學，Clerk 核心學習項目有 87 項、Intern 核心學習項目 60 項；clerk 臨床技能項目 43 項、intern 臨床技能項目 39 項，intern 應具備的核心學習項目與臨床技能項目竟比 clerk 少，甚至實地訪視病房時，發現有些 clerk 的病人個案數比 intern 負責的還多。

此外，在訪視某科病房時，發現有 1 位 clerk 執行兩床 primary care，但該名 clerk 撰寫之病歷已超過 36 小時仍未被醫師修改；另訪視某科病房，intern 於 12 月 3 日值班接 1 名病人，其撰寫之病歷至 12 月 6 日仍未被醫師修

改，且仍只 primary care 1 位病人。另訪視某科病房，9 位五年級醫學生只有 1 人接了 1 位 18 歲病人，其撰寫之病歷不完整，也未見醫師修正，顯然並未落實臨床教育的過程中，逐步加重責任之要求。尤其，學生臨床實習共同問題是新接住院中的 primary care 病人，直接撰寫 progress note，未寫 acceptance note，此發現於前次追蹤評鑑中提及，至今仍未修正。

準則判定：部分符合

2.2.2.6 醫學系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：

醫學系運用多種模式，以評量醫學生在解決問題、臨床推理和溝通技能等能力，包括：

1. 在醫學人文教育課程規劃與評量設計，可持續評量醫學生在非技術面的臨床判斷上，解決問題與推理決策能力，也在各年級不同課程中，安排合乎教育進程的溝通課程與演練，以促進並評量醫學生之溝通能力
2. 臨床溝通倫理課程：醫學生五、六年級的「臨床溝通、倫理法律」系列課程中，以標準病人、小組討論及教師回饋的方式，進行指導與評估。「臨床溝通、倫理法律」課程同時以臨床倫理個案報告與討論課程，結合學生在臨床遇到的實際個案中的倫理、溝通與法律問題的討論狀況，以評核學生在臨床問處理、決策與反思的學習成效。
3. 標準化病人醫病溝通評量：醫學生五年級婦產科實習時，以標準化病人評量醫病溝通，臨床教師會給予質性回饋，而學生表現則列入該科臨床實習分數內。
4. OSCE 評量：醫學生五年級外科實習結束時，會進行筆試及 OSCE 考試，其中 OSCE 部份包含技術站及測驗臨床問題的解決能力；七年級時，醫學系會安排 1 次仿全國 OSCE 國考的模擬考(四站)，主要目的是提供學生身體檢查、技能操作、醫病溝通演練機會，學生模擬結束後會給予質性的回饋。此外，醫學系亦會分析醫學生 OSCE 考試成績，作為臨床學科課程安排之參考，例如近三年醫學生 OSCE 考試分析結果，醫學生在婦兒急診科與在病情解釋及臨床處置類型的臨床測驗分數稍低，故於 106 年起將開發相關科別教案，納入每年度模擬測驗考題中，並邀請相關科別教師擔任考官，於學生考試結束後進行檢討。

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：

醫學系對於「醫師的一般醫學特質和能力」的定義為：具備「全人醫療」照顧的能力，而所謂的「全人醫療」為對一個人的全面健康與所有層面，皆達到完善的境界的醫療，而其範圍是從身體(生理)、心理到文化、環境等各層面。至於對「自主學習能力」的定義為：學生能獨立思考、發現學習過程中的問題、分析問題、解決問題的能力。

醫學系為確保醫學生能獲得上述能力，醫學生一年級進入學校後，即參與學校所規劃之完整全人照護教育課程，提供基礎博雅教育，以及往後於臨床醫學領域可應用之倫理、法律、臨床溝通等醫學人文教育，課程內容涵括：醫學生涯人醫典範課程、人文醫學讀書會、服務學習、大體解剖及模擬手術課程、跨領域的學習、醫療與法律、安寧照護、義診活動、社區服務、醫師合心共識營等，讓醫學生接受完整的全人醫療照護學習，鼓勵醫學生主動學習獨立思辨，有助於終身學習能力之培養。

而醫學系醫學人文課程之教學方法不只是傳統的傳授式的教學，亦規劃大量的經驗學習，並輔以反思日記、典範學習、訪談、服務學習等教學方法，培養學生主動且獨立的態度。

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：

醫學系的課程領域包括通識、醫學人文、基礎醫學以及臨床醫學。畢業生必修課程的學分數為通識教育 32 學分、醫學人文與社會和行為科學 18 學分、基礎/臨床醫學課程 115 學分、臨床實習 95 學分，總計 260 學分。

七年制醫學系課程中，由全人教育中心負責 14 學分之校核心通識課程，以及人文醫學科主責之 17 學分醫學人文課程，由所提供之資料與師生訪談，發現除了表定正式課程外，更包含多項非正式與隱藏課程，各項課程活動均有相

對應之師資提供教學。

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：

慈濟大學之通識課程，由通識教育中心規劃並執行，除了開設共同核心必修課程之外，另提供人文、社會、自然、美學與藝術，共四大類科之全人教育選修通識課程，於課程地圖中清楚標明，並與醫學系人文醫學科進行整合。其整合機制除了透過二單位互派教師參與彼此的課程規劃委員會外，並透過組織教師社群，進行主題式課程發展，目前已針對倫理教育的主题進行跨單位的學習社群互動。目前整合課程有：通識教育中心與醫學系合開「大學入門」課程；通識服務學習、慈濟人文及生命教育課程與醫人文系列課程整合，有別於其他學系必修慈濟人文及生命教育課程 4 學分，醫學系以「慈濟人文暨服務學習」2 學分代之。

慈濟大學自 103 學年開始，逐步建立通識教育的三級學生學習評量機制，分別包括：基本素養指標學習成效評量（包括直接評量與間接評量）、個人通識基本素養學習成效評量，以及全校通識教育學生基本素養學習成效評量。

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. 醫學系之醫學人文課程，由人文醫學科規劃與執行。醫學人文課程採取縱貫及橫向的整合，縱向部分，從一、二年級的醫人文系列(一)、(二)、(三)、(四)，接著是大三到大五的醫師專業素養系列(一)、(二)、(三)、(四)，以及高年級的臨床溝通、倫理法律(一)、(二)，採取經驗學習規劃，引發相關知識的主動探索，以及醫學人文核心能力與態度的養成，縱向聯貫醫學系之醫學人文教育。橫向部分亦依據基礎與臨床醫學課程之進程，安排適切課程內容，包括在 PBL 課程中置入醫學人文相關議題與討論，加上非正式課程 Informal curriculum 及隱藏式課程 Hidden curriculum，增加課程安排的靈活度及廣度，醫學系之醫學人文教育可稱完備。
2. 醫學人文課程以往著重在醫學人文系列課程的發展，近期則著重醫師專業素

養系列及臨床溝通、倫理法律課程的發展，教師間以社群方式展開跨領域互動，促進人文社會與臨床教師的互動，其課程持續發展之成果值得期待與觀察。

3. 醫學系自 96 學年開始規劃醫學人文課程以來，即持續地因應學生的回饋與新教學法的嘗試，對課程進行檢討與改進。
4. 醫學院院長親自帶領全體醫學人文教師與通識教育中心展開跨單位合作，不僅建立跨單位共同關注課程發展的合作機制，且發揮樹立榜樣的啟動功能，未來通識教育與醫學人文教育的整合成果，值得期待。

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。

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：

醫學系醫學人文必修課，「醫學人文系列一、二」課程當中的「西方醫學史專題—社會的身體」，以及「敘事醫學」專題，透過敘事醫學的理論，讓醫學生理解病人故事對於醫療之重要性，從故事中理解影響病人就醫與醫療選擇的因素，並從多學科解釋一個人生病所涉及的專業意見，讓學生能夠了解認知健康、健康決定因素、及健康促進機會，且設計相關作業，讓學生進行課後的案例分析，更進一步形成對健康促進之認識。並以自製之質量化問卷，詢問學生對於教學之意見，以及學習成效。

醫學系四年級下學期開設「應用診斷學」，採用 PBL 的方式授課。由 Tutor 帶領學生進入教案的問題，模擬臨床實境，讓學生們學習解決醫療問題，並透過 Learning issues 的分工查閱文獻，讓學生們能基於實證，對醫療處置做出批判性決策。該課程的教案設計，除了臨床診斷治療外，也涵蓋目前臺灣常見的社會及倫理議題，例如病患常飲用感冒糖漿成癮，或是道聽塗說食用偏方等情節。現今新制醫學系進行模組課程規劃後，便將原本之應用診斷學教學融入各模組 PBL 教學中。

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：

醫學系基礎醫學課程自 102 學年度，新制六年制醫學生入學之前，即著手規劃新課程，在醫學系主任及三位副系任的帶領之下，和各基礎學科的主任進行模組課程的共識改革，將二年級的基礎醫學課程中的生物化學、微生物學、免疫學、分子細胞生物學等，整合成醫用生物學；三年級上學期維持組織學、大體解剖學、神經解剖學等橫向聯繫與搭配；從三年級下學期至四年級下學期，以器官系統導向的模組課程設計，將生理學、藥理學、病理學等基礎醫學課程，搭配臨床醫學課程。模組課程結束後，立即與學生進行回饋座談，回應學生的提問，並作為未來課程改進的方向。預期新制醫學系的課程設計，能夠支持醫學生精通現代科學知識、觀念和方法。惟對於 competency M3 的教學內容，有待適當的設計，學校已考慮將 Human Genetics 學科，從生命科學院納入醫學系，將有助於解決問題。

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：

醫學生透過一至四年級之課程，例如：普通生物學實驗、普通化學實驗、有機化學實驗、微小生物學實驗、醫用生物學小組討論暨實驗、寄生蟲學（含實驗）、基礎動物組織認知（含實驗）、組織學（含實驗）、生物統計與流行病學、醫學遺傳學、神經解剖學（含實驗）、大體解剖學實驗、病理學實驗、臨床診斷技能、基礎診斷學（含實習）、實驗診斷醫學與臨床技能等課程，得以直接應用科學方法觀察生物醫學反應，並透過蒐集、分析、解讀相關數據、應用書面或口頭報告與小組討論等方式，予以相互觀摩與回饋。

準則判定：符合

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

發現：

1. 醫學系主任在醫學生一、二年級之際，便利用期初、期末與系主任有約的座

談方式，鼓勵醫學生參與專題研究；同時在每學期教學暨課程規劃委員會開會時，向醫學生代表說明與提醒專題研究的課程，請學生代表轉告班上同學可選修此課程，參與各教師的研究。透過專題研究課程、醫學士／科學碩士學位學程、SCORE 研究交換計劃、臨床論文寫作指導，給予醫學生參與供醫學生參加學術研究活動，甚至學生至臨床學科實習時，臨床教師亦會適時提供適合研究發表之臨床個案議題，醫學系亦提供學生參加研究計劃及論文成果發表的補助要點。105 學年醫學系主任和學生會會長共同設立了臉書「慈濟醫學生研究交流平台」，目前共有 153 位師生參加，可傳達研究的訊息。唯 103 學年，醫學系有 34% 畢業生接受教師指導參與研究計畫，但從 104 學年至 106 學年，參與研究計畫的比例下降為 8%、6% 與 6%。

2. 醫學系提供各項鼓勵和支持醫學生，參與教師研究與學術活動之辦法與實績，雖未特別提出醫學人文領域之作為，然而與醫學生晤談中，某醫學系二年級學生提及其將醫療服務隊之衛教活動經驗，在帶隊教師鼓勵下，做成報告並將於國際會議中發表。此例子或許並非通例，但或可管窺醫學系在鼓勵醫學生參與醫學人文類研究與學術活動之作為。

準則判定：符合

2.3.9 醫學系的課程應有介紹臨床研究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：

慈濟大學為使學生具備從事研究工作所需的正確倫理認知與態度，自 105 學年度起入學之碩、博士班學生，均須於入學第一學期修習「學術研究倫理」課程，醫學生亦可選修此課程。同時在教學醫院，亦會不定期舉辦研究倫理課程，供醫學生參與學習。學校每年會舉辦轉譯醫學學術研討會，例如近期剛舉辦 106 學年第四屆轉譯醫學學術研討會，供學生及醫學生參加。

醫學系在社區醫學模組課程中，安排四小時之研究倫理課程，涵蓋臨床試驗、設計、執行等主要議題。研究倫理課程亦散見於其他醫學人文課程中，例如於醫學系四年級醫師專業素養課程中，配合各器官系統模組教學，安排相關倫理法律課程。而在高年級階段，則有臨床溝通倫理法律之真實案例討論，並有適當評量方式，符合研究倫理教學上之要求。

五至七年級醫學生在臨床科實習時，會依據各科教學訓練計劃書所訂之學習內容，透過如晨會、期刊討論會、病理討論會、PubMed 線上資料庫等，學習

「轉譯醫學研究」或「研究倫理」之相關主題新知。

準則判定：符合

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

發現：

醫學系在各年級醫學人文課程中，以病人為中心之核心概念，講授並討論各個不同醫療照護階段之原則與應用。以社區醫學模組為例，課綱涵蓋疾病預防、健康促進、社區健康營造等面向，並提供包含慢性病管理以及臨終安寧照護等實地學習。至於在教學醫院的全人醫療部份，包含一般醫學訓練、門診、住診教學訓練、急診醫學訓練、實證醫學、預防醫學的訓練等，以老人健康照護為例，該課程內容包括基礎教學、臨床初期跨專業整合教學與臨床實習教學，不但涵蓋各器官系統，而且包括預防、健康促進、急性、慢性、長期、復健和臨終照護等重要觀點。

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：

醫學系課程包括跨學科領域之老人醫學與急診醫學。老人醫學課程內容分為基礎教學、臨床初期跨專業整合教學與臨床實習教學三個階段：第一階段在醫學系四年級「社區醫學模組(一)課程」為基礎教學階段，規劃 8 小時老人健康照護課程。第二階段為醫學系五年級「臨床溝通、倫理法律(二)課程」，為臨床初期跨專業整合教學階段，以 TBL+IPE 的教學模式，透過個案討論增加學習成效。第三階段為醫學系六年級「家醫科醫學生實習課程、為臨床實習教學階段。至於急診醫學課程內容，則讓學生瞭解急診生態、特徵、緊急醫療救護、災難、創傷、毒物等概論，以及到院前救護技術等。

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適當比率之門診及住院醫療。

發現：

醫學生於五年級進入臨床後，各科依據科別特性及訓練需求，訂有訓練計劃，其教學內容包括住診教學、門診教學，並表列於每月的教學活動表中，五年級主要以病房教學為主，到七年級實習時則開始加入門診教學，讓學生於門診接觸病人時，能發揮醫病溝通之語言及非語言問診技巧，以收集完整的病史、作適當的病情解釋，並與病人建立良好的醫病關係，落實以病人為中心，且兼顧身體、心理及社會之完整性照顧病人的理念。

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：

醫學系的「人際溝通與醫病關係」課程，從一年級到高年級有不同深度與廣度的安排，初階課程著重傾聽技巧及溝通理論的教學，一、二年級在醫學人文課程系列中融入敘事、口述訪談的相關理論及家訪、社區關懷及大體老師家屬訪談的實習。三年級後融入在醫師專業素養課程系列中，以初次面對病人為主題進行相關禮儀及溝通技巧教學，教學方法多元，如使用影片、案例寫作、標準化病人演練等方式為之，並於 105 學年引入有特色的跨團隊教學。訪評期間與二至五年級醫學生訪談，學生普遍對各級溝通技巧課程抱持肯定態度。然而，若參考檢附之 104 到 106 學年臨床技能考試分項成績，發現「病情解釋」與「醫病溝通」項目仍較技術項目為低。

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：

醫學系以演講及案例討論單元的方式融入課程之中，相關課程包括標準化病人演練、醫學與法律、醫師專業素養、臨床溝通危機管理／預防職場暴力、兒虐手冊應用推廣教育訓練課程、家庭暴力以及性侵害防治教育訓練等。

此外，醫學系在醫學人文課程中，亦安排有暴力與虐待相關主題課程講授與案例討論。

準則判定：符合

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

發現：

醫學系從低年級之醫學人文課程，縱貫至臨床溝通倫理法律課程，皆有跨文化議題，以協助醫學生發展跨文化醫療照護能力，例如醫學人文系列課程中之跨文化專題、社區醫學模組中安排原住民訪談及跨文化工作坊等，善加利用花蓮在地多元族群特色及慈濟國際化資源，安排學生以服務學習及反思日記、TBL、基層醫單位見習、研究計畫、典範學習、批判反思等方式進行教學，雖然慈濟大學是佛教大學，但對於其他不同宗教信仰與文化的醫學生，並沒有任何排斥或強制的政策。跨文化議題的教學成效，也可以從 106 學年跨校比較的調查中獲得佐證。

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：

醫學系醫學人文課程系列、醫師專業素養系列、社區醫療模組、臨床溝通與倫理法律等課程，亦善加利用花蓮在地多元族群特色及慈濟國際化資源，安排學生以工作坊、小組討論、TBL、IPE、案例討論、典範學習、批判反思等方式進行教學。除了跨文化議題教學外，醫學系也在各年級課程中排入性別議題之教學，例如醫學人文系列課程中，融入敘事及醫療人類學的觀察與傾聽訓練，引導學生反思不同族群與性別在健康照護上的差異。醫師專業素養課程中也有性別與醫療主題，臨床溝通倫理法律亦有真實案例討論。

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：

醫學系在醫學生一至四年級的「醫學人文系列」及「醫師專業素養」系列課程中，規劃基礎的醫師誓言與醫學倫理原則課程。在學生對醫師專業與醫學倫理有基本的觀念後，進一步規劃不同層面的倫理議題課程，如孕婦及兒童的照顧倫理、生命末期照護的倫理、器官移植與資源分配等，以及擴及法律層面的醫療法律課程，如病人權利的倫理與法律困境、社會與法律對醫療的期待等主題，以涵蓋學生處理醫療倫理難題的知識與技巧。

實地訪視與醫學生晤談中，發現以訪問大體老師家屬為主之解剖人文課程迴響最大，學生指出因為家訪、持續的志工服務經驗，喚起人道關懷的熱情，畢業後願意在偏鄉服務。由於多項課程採用小組方式進行，使授課老師有機會直接觀察學生之倫理概念與行為資訊。

教學醫院於學生進入臨床實習前，安排至少一小時的醫學倫理相關課程；教學醫院錄製有數位學習課程，學生可在院外、院內觀看；在住診教學時，亦將倫理議題納入教學內容中，並安排全院性學術活動，提供學生學習機會。教學醫院已建構醫學倫理通報系統，一旦有疑似違反醫學倫理的行為發生時，可透過系統直接通報。

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：

慈濟大學制定「慈濟大學服務學習教育實施辦法」，統合全校服務學習課程、教學、學習及體制面等各項業務推展，並於教務處教師發展暨教學資源中心設置服務學習組，專責推動全校服務學習教育措施，可見校方對服務學習之學習面向的重視。

醫學系醫學人文系列一至四課程溶滲的服務學習，主要設計由慈濟志業體志工所帶領之家庭訪視活動，以為期兩年長期地關注於同一訪視戶為設計，一年級上學期由慈濟志工主導訪視活動，並輔以訪談技巧、訪視紀錄撰寫等課程，加強學生之親和力及溝通能力；下學期則著重於啟發學生之自主學習及獨立思考能力，由學生分組設計個案關懷服務計畫及發表成果，並獲教師及志工的回饋及指導。二年級則持續關懷一年級之個案關懷戶，落實服務深耕之理念。二

年共 10 次家訪。

此外，醫學生非正式課程的服務學習活動有：醫學系學生為主的「看見晴天醫療服務隊」服務團隊，利用學期間之課餘時間，對於在地原鄉學校學童進行長期課業輔導與生活關懷等陪伴服務活動；結合他系同學共同參與的「人本醫療社」學生社團，此學生社團服務方案包括—以花蓮在地教養、社福、中途安置機構等非營利組織進行校內外志願服務活動等；由醫學院主辦的社區或國際服務有—「人醫菲揚」、「慈濟人醫會東區社區義診」、「花蓮在地第一型糖尿病甜蜜成長工作坊關懷服務」、「海厝假日服務隊」、「黑熊醫院」、「與我童行暑期兒癌育樂營」等。

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：

醫學系自 102 年開始，採多站迷你面試 (multiple mini-interview, MMI) 取代傳統面試，由於個人特質並非明確可量化性標的，利用多站面試可將期待之良醫特質，以考題形式分散於不同站點，再經由受過多站迷你面試訓練的考官，按照標準程序以預先設定的良醫特質內容、評估標準、程序，最後將符合醫學系良醫特質潛能的適性學生選擇出來。

102 年初始採用 7 站多站迷你面試，每站面試 7 分鐘。特質方向分別為正向情緒、溝通能力、批判性思考、同理心、誠實負責、終身學習、內省/反思、人文、利他精神、團隊合作。每一站的情境問題由命題教師設計，再經由審核小組進行討論與修正。面試當天再由考官按命題教師指引，適切表達問題以評量學生。考官並於面試當天取得試題後，立即召開的共識會議擬定評量基準。最後考官在每個不同站點按照評量共識，針對學生的表現予以評量。

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：

醫學系依據大學招生委員會聯合會，入學方式採多元入學管道：繁星推薦、個人申請、考試入學三種主要管道，另有 10% 外加名額學生，包含外國學生、透過海外聯合招生之僑生、醫事養成公費生等。醫學系挑選醫學生的標準、政策和程序建立基礎為學測級分篩檢設定、書面資料核定、甄試面談、指考入學採計科目等標準，上述均由「入學招生暨學生國際交流委員會」訂定。

醫學系辦理需面試、筆試之入學管道，會由「入學招生暨學生國際交流委員會」依據各管道學生表現訂定最低錄取成績及正取、備取名額，提送校級招生委員會，最後則由教務處公告錄取榜單。繁星推薦與個人申請皆需經過二階段評核，各項評核標準經由「入學招生暨學生國際交流委員會」會議決定後，

公告周知。

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：

醫學系招生委員會置委員 10 人，含召集人 1 名、執行秘書 1 名、基礎醫學教師代表 4 名、臨床醫學教師代表 4 名。召集人由系主任擔任，執行秘書由系主任指派適當人員擔任之。教師代表 8 名，由醫學系專任教師互選之，委員任期二年，連選得連任，每學年召開 5-6 次會議。依各類招生入學之需要召開會議，必要時得召開臨時會，均由系主任召集之。

委員會職權包括：(1)負責本系各類招生入學相關事宜。(2)編訂招生簡章、監督招生之工作的進行。(3)擬定及修正本系各類招生細則、招生名額、考試方式、考試科目及執行方式。(4)擬定考試方式中口試、筆試及審查等進行方式及所佔的成績比例。(5)研擬各類考生的最低錄取標準及備取名額、裁決招生爭端及違規事項等。(6)負責聘任大學推薦甄試口試及考試委員。(7)負責醫學生出國研習、參加會議及學術交流之遴選事宜。

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：

醫學系辦理招生以繁星推薦、個人申請、外國學生、校內轉系等方式進行，考生係由隨機抽籤編排面試序號，面試名牌僅以序號取代姓名，歷年各招生管道面試題目無涉及或歧視申請者之背景或受政治、宗教、財務等因素影響。

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：

醫學系招生採多元入學，來源除繁星推薦 7 名(14%)、個人申請 26 名

(53%)、指考入學 16 名(33%)外，尚有 10%外加名額包含：外國學生 2 名、海外聯招僑生 2 名、原住民族及離島地區醫事人員養成公費生 1 名、政府派赴國外工作人員子女 1 名（配合教育部外加招生名額限制規定，104 學年起無招收派外子女）等。另呼應衛生福利部「重點科別培育公費醫師制度計畫」，自 105 學年度起招收衛生福利部 10 名公費學生。

慈濟大學醫學系因地處花東地區，為鼓勵在地學生留在東部升學、服務，特別針對宜蘭、花蓮、臺東的高中生、原住民以及清寒學生，實施第二階段指定項目加分，讓優秀且願意留鄉發展的學生能夠有機會進入醫學系就讀。目前醫學生的來源包含北、中、南、東，甚至離島、外國學生、僑生、原住民族學生等，具多元文化性。

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：

醫學系之招生簡章僅對視覺、辨色力、聽力、語言、精神或行動嚴重障礙，會影響學習及病患照顧者需慎重考慮，其他招生標準及施行方法皆與一般入學生相同，至今尚無身心障礙學生入學就讀。

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該校生活之特殊要求和限制。

發現：

醫學系招生於學校網頁上清楚載明招生簡章、課程綱要、招生資料、申訴辦法、學位學程要求、以及醫學系所有課程表。尤其慈濟大學在學生穿著上有所規範，上課期間學生需穿著校服，也於網頁上詳細說明。

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，但必須以不影響該校醫學生的可用資源為原則。

發現：

訪問醫學生主要為臨床學習觀摩，由花蓮慈濟醫院教學部訂定要點，納入實習委員會核備，醫院教學部將視學生需求予以相關協助。至於轉系醫學生，則依循慈濟大學校內轉醫學系的辦法辦理，校內轉醫學系為轉入二年級。

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：

醫學系訂定轉系生挑選機制，包括筆試與面試，通過轉系測驗入學之醫學生，其學分抵免與提高編級則按慈濟大學學則評核。學分抵免過程審核把關嚴格，學生必須提出具體修畢學分內容佐證資料，證明該修畢學分課程內容、學分數等相關資料，皆能符合醫學系同等課程能力之要求，方可提出抵免學分申請。轉系醫學生之挑選依法規辦理，過程公開、公正、公平。

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：

醫學系對於國、內外訪問醫學生的管理，皆視同正式受訓學生，訪問醫學生之檔案由醫院教學部保留。

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」，必須具備與將加入該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：

教學醫院的教學部對國、內外訪問醫學生的資料皆有保存，也都能參考其相當的程度，予以安排實習單位。在決定實習單位前，會詢問當科當月的學生數量，確定不會影響目前學生的資源，才安排訪問醫學生的加入。

準則判定：符合

3.3 醫學生之個人輔導制度

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。

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：

醫學系為增進學生學習及生活適應能力，於 101 學年系務會議訂定學生輔導辦法，建立學生輔導機制，並成立醫學系學生輔導委員會，以更加完善學生輔導機制，協助學生困難之處理，且追蹤學生輔導情形。對於有行為困擾和學習障礙的學生，設有預警機制並適時提供支持，以保密學生個人資料。系學會每學期亦定期舉辦各項活動，藉由活動聯絡系上同學間情感，培養團隊精神，並適調身心及舒緩沈重的課業壓力。

此外，慈濟大學諮商中心設有兼任主任 1 名、專任心理師 4 名、全職實習諮商心理師 2 名，另聘有兼任輔導老師 9 名（含一名駐診精神科醫師），提供個別諮商服務，以協助學生增進自我瞭解與處理感情、家庭、人際、課業、情緒等困擾。

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：

醫學系為增進學生學習及生活適應能力，建立完善學生輔導機制，特設置醫學系學生輔導委員會，並訂定醫學系學生輔導辦法，以協助規劃、執行學生輔導工作，醫學生一入學，便開始透過系所規劃的導師制度，給予生活與學業

輔導，每年級約 55 位學生，設有 5 位導師。每年並辦理生涯規劃座談、系友回娘家活動，邀請已執業之學長、姐返校分享選科經驗心得，提供學生諮詢參考。

對於學習困難之學生，醫學系依慈濟大學所訂學業預警及課後補強輔導辦法，針對期中考成績三科(含)以上或必修科二科(含)以上被勾選之學生，通知學生、家長、導師及系上主管協助關懷學生。導師收到通知，需一週內聯繫學生，並進行輔導，如需提供專業諮詢輔導者，應於收到通知二週內轉介諮商中心。諮商中心設有兼任主任、專任心理師、全職實習諮商心理師、兼任輔導老師、駐診精神科醫師，提供個別諮商服務，以協助學生增進自我瞭解與處理感情、家庭、人際、課業、情緒等困擾。

105 學年度，醫學系學生共休學 9 位、留級 4 位、退學 6 位，共 19 位學生。其中休、退學學生，以一年級及二年級學生 13 位居多，其中共有 12 位學生休、退學因素為「其他」。

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：

醫學系醫學生至校外選課，在基礎醫學課程方面，學生需依該校校際選課實施要點，與主課教師討論選課內容，並填妥校際選課申請單，經系所主管、教務處核可後，於每學期註冊選課時提出辦理。而臨床課程方面，需經醫學系實習委員會議、教學課程規劃會議討論決議，開放學生於七年級自選科實習期間，可選擇至通過醫院評鑑之醫學中心實習。醫學生於國內實習後，醫學系辦公室彙整實習機構對實習生各類評核及實習成績，並辦理學生實習座談，做為檢討及改善依據。

至於醫學生海外實習部分，學生實習後需繳回考核表及學習心得報告予醫學系辦公室，由學科主任參考，並核定實習成績。醫學系辦公室並建立檔案留存，以利監督與檢討醫學生海外學習成效。海外機構選修之六年級醫學生人數逐年增加，選修國內醫療機構七年級實習醫學生人數逐年減少。

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。

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：

慈濟大學訂有相關辦法與機制協助學生，避免學生因經濟因素或家庭突遭變故而影響學習。由學務處課外活動場地器材組、人文處慈懿活動組及國際暨兩岸事務處，承辦醫學生獎助金及經濟援助，學生可經由學務處網站、人文處網站、國際暨兩岸事務處網站、醫學院(系)網站公告等管道，得知各種貸款或獎助學金的資訊。新生手冊亦提供就學貸款的資訊及協助事宜。

醫學系有提供慈濟助學金，補助學生學雜費、住宿費、伙食費及生活費，每位學生每年補助約 20 萬元。目前未有醫學生因經濟因素，而延遲畢業或輟學。從 103-106 學年畢業生問卷調查顯示，醫學生皆滿意醫學系的經濟援助與諮詢服務。

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：

慈濟大學針對退還學生的學費、雜費和其他代收款項部分，依教育部「專科以上學校學雜費收取辦法」中的附表二「專科以上學校學雜費退費基準表」，辦理收、退費事宜。

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：

慈濟大學衛生保健組將保健相關資訊，定期更新並於學校網頁公告，亦透過校內相關會議及活動宣傳等，增加保健服務的訊息傳遞。另藉由師長、家長、

同學、電話、電子通訊…等多元管道與學生連繫互動。如果學生有就醫需求時，則會協助學生至花蓮慈濟醫院或鄰近診所就醫治療。慈濟大學學生至慈濟醫院就醫享有優惠，優惠項目如：免收掛號費，急診、門診部分負擔、自費項目、住院部分負擔等均可享九折優待。學生就醫後，衛生保健組將會進行後續追蹤，以確保學生健康問題是否有改善。

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。該涉及治療之醫療專業人員，必須不涉入受輔導醫學生之學業評估或升級。

發現：

慈濟大學設有諮商中心，針對學生提供心理輔導與精神治療。諮商中心基於保護學生，未經學生或家長授權，不可擅自公開學生輔導過程資訊，重視學生隱私，且不涉入受輔導醫學生之學業評估或升級。

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：

慈濟大學依據教育部「學校衛生法」與「學生健康檢查實施辦法」，規定新生入學時應完成健康檢查，檢查項目涵蓋教育部訂定之基本內容。健康檢查紀錄皆妥善保管，電子紀錄保存於衛生保健管理系統資料庫存放，紙本紀錄則保存於衛生保健組上鎖之資料櫃中存放，鑰匙由專人負責保管，於學生離校後進行紙本銷毀。衛生保健組亦依據衛福部對 B 型肝炎疫苗注射之建議，針對學生加強 B 型肝炎防治措施，與學生健檢合約醫院花蓮慈濟醫院合作，辦理 B 型肝炎防治講座、B 型肝炎疫苗接種、B 型肝炎表面抗體陰性者抽血複檢等防治作業。

準則判定：符合

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

發現：

醫學系提供職前訓練、e-learning、院內公告、學員須知手冊等多元方式，讓醫學生了解及避免接觸傳染性病原與環境危害。以職前訓練為例，五年級及七年級醫學生在進入實習前，安排至少 3-4 小時之課程，課程內容主要說明傳染原及其感染途徑，並訓練學生充份認識環境中，各項可能的危害，建立學生謹慎行事之觀念。教學醫院，亦制定多項感染相關作業標準，學生可利用院內網路，進行查詢及了解暴露(接觸)於受污染的體液、感染性疾病篩檢和追蹤、B 肝疫苗接種，和 HIV 病毒檢測必須遵循的規定。

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：

慈濟大學尊重所有學生之受教權益及個人自由，在該校「慈濟大學學則」、及該系招生入學簡章中，未有顯示 年齡、宗教、性別、性傾向、性別認同、國籍、種族、和特殊疾病之歧視。

醫學系在課程規劃上，亦重視學生在尊重不同性別、年齡、文化、宗教等知識與能力的培養，透過跨文化、性別醫學、老年與青少年醫學、社區醫學等課程，增加醫學生的知識層面的能力，透過溝通、同理心、倫理與反思的訓練，培養醫學生自我覺察的能力，以加強醫學生尊重與不歧視的觀念。並更進一步培養醫學生在面對歧視問題時，溝通與反思的能力。

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）。

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，應分擔創造此適當學習環境的責任。

發現：

醫學系的整體教育目標，在於培養術德兼修、關懷生命、擁有慈濟大愛與利他之情懷，善於溝通、重視團隊合作，樂於承擔社會責任，並具備主動及終身學習的能力，以奠定醫學生成為良醫之基礎。具體實踐要求，即醫學生畢業

前，須具備一般醫學六大核心能力，其第四項為「醫學人文與倫理之專業素養」。教學醫院規範實習醫學生的服務守則，訂定協議書明定專業素養原則，且對於學生的實習表現有統一的評核表，評核內容即包含專業素養的要求。

對於醫師專業素養之養成，以教學醫院及參與教學所有人員(包括主治醫師、住院醫師等)，為隱藏課程之重要學習場域。醫學生在此教學醫院實習過程中被引導，或是無意中接受學習場域之組織文化形塑，或是找出典範學習之教師，皆是影響醫學生專業素養認知形成之重要因素。

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：

醫學系所指的「專業素養」，乃是一個醫師所需的個人特質與行為，必須將病人利益置於個人利益之上。醫師專業素養的行為建立在：承諾將醫學知識做最高標準的實踐、承諾爭取病人的最大利益與福祉、承諾負起社會所期盼的醫療責任，包含以下六項特質：利他精神、可靠與負責、追求卓越、謹守醫師職責、誠實與正直、尊重他人。

醫學系在每個課程均有明確的授課大綱、分項課程、學習目的及教材，並公告於課程資訊服務系統供學生查詢，期能培育學生成為具備一般醫學六大核心能力之醫師。因此，醫學系依年級不同設計課程內容，讓醫學生能夠與時漸進，達到醫師專業素養之教育目標，並採用多元化的評量方式，例如考核表、mini-CEX、臨床倫理個案討論、醫病溝通 OSCE 演練與討論等，來觀察及評量醫學生在專業素養上的表現。

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

應定期評估此學習環境，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：

對於違反專業行為準則事件的通報機制，由主要教學醫院教學部訂定，包含有：1. 病人安全通報作業細則：通報事件分類共計十三項包含—藥物事件、

跌倒事件、輸血事件、醫療處置事件、公共意外事件、治安事件、傷害行為、管路事件、急救事件、檢查/查驗/病理切片事件、其他類事件等，舉凡與醫療作業流程、人員及設施有關之病人安全事件，一律視為異常並將啟動異常通報。

2. 醫學倫理個案諮詢作業辦法—當同仁面臨困難的臨床抉擇時，可透過醫學倫理委員會諮詢管道提出個案狀況，提供給醫療人員做為臨床決策之參考。

醫學生可透過與導師、系主管會談，以及課程檢討會議，或回饋報告等措施，讓其將所觀察到違反專業行為準則的事件進行通報，甚至於學生事務處、校長信箱等管道進行通報或反應。

教學醫院設有「人事評議委員會」，由醫院院長擔任召集人，此委員會原則上每一年召開一次，其職掌即包含同仁考績原則訂定及異常考績之議決等。除了對主治醫師、住院醫師、職員每年需接受工作、才能、學識、操行等進行評量外，亦針對不同職類的人員給予不同的評估。

準則判定：符合

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

發現：

慈濟大學對於學生、教師、職員訂有行為準則：慈濟大學教師倫理守則、慈濟大學教師違反送審教師資格規定處理要點、慈濟大學職員工獎懲辦法、慈濟大學學生懲處辦法。上述行為準則皆揭露於人事室、學務處網頁，可公開查詢。

教學醫院對於處理醫師、職員私人利益與機構責任亦訂有下列規範：慈濟醫療志業醫師倫理守則、學術倫理規範及論文查核辦法、廠商委託研究計畫管理辦法、慈濟醫療志業醫師與廠商間關係倫理行為規範。

此外，醫學生實習行為準則，皆參考及配合教育部大學校院辦理醫學系醫學生臨床實習實施原則，並列於各科教學訓練計畫書及實習合約書，佈達學生知悉。

學生如有違規事實，依據慈濟大學學生懲處辦法，得由有關單位提出具體事實、學生陳述表及輔導紀錄等相關資料後，依據法條予以建議，送學生事務處生活輔導組依權責會辦，及按行政程序處理。學生獎懲委員會議審議懲處案件時，得邀請相關單位、人員及當事人列席說明。

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：

慈濟大學學則第十六條：「各學系修業年限，醫學系為七年（含實習二年），自一〇二學年度以後，新入學之醫學系學生修業年限為六年（含實習）。其應修最低畢業學分，不得少於二百二十二學分。學生於修業年限內未修滿規定之科目與學分者，得延長修業年限，但以二年為限。必修科目和實習成績不及格者不得畢業」。

對於學生的懲戒處分，依據學生懲處辦法辦理之。另為求公平、公正討論及決議以確保學生權益，設置學生獎懲委員會。

上述辦法和程序，除公布於行政單位網頁和學生手冊，學生亦可透過師長與班級座談、導師座談或 E-mail、臉書等社群詢問並得以協助。

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：

醫學生升級，依學生臨床實習辦法第四條，修課注意事項規定：「本系一至四年級必修課程，未通過者不得修習五年級之臨床學科課程。101 級(含)之前入學之學生，五至六年級必修課程，未通過者不得進入七年級臨床實習。102 級(含)之後入學之學生，五年級必修課程，未通過者不得進入六年級實習」。而醫學生畢業或開除之相關規定，則依該校學則辦理。

若學生遭遇升級、畢業或開除的相關不利決定時，為使學生能有反應問題、表達訴求之機會，慈濟大學訂有學生申訴處理辦法及流程，成立學生申訴評議委員會。凡學生、學生會及其他相關學生自治組織，對於學校之懲處、其他措施或決議，認為違法或不當，致損害其權利或利益者，皆可向學生申訴評議委員會提出申訴，亦可從學校秘書室網站之申訴業務點選學生申訴，進行申訴。

醫學系每學期皆會舉辦與系主管有約、班級座談及系週會，對各年級學生解說，並讓學生知悉畢業門檻規定，及學生相關權益及其申訴管道。

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：

醫學系醫學生個人學習歷程內容及設計，學生可利用 e-Portfolio 系統了解個人學習、服務歷程、輔導紀錄、獎懲…等紀錄，然目前學校個人學習歷程才使用不久，功能不盡完善，須由學生主動登錄，亦無強制措施，以致登錄不完整。目前 e-Portfolio 系統只包含一~四年級學生，五年級學生進入臨床學習後，使用醫院的電子護照(不是學習歷程檔案)，欠缺評估回饋部分(目前仍是紙本)。

準則判定：部分符合

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：

醫學生之學業成績文件依規定，學籍電子檔成績資料永久保留，存於學校之系統資料庫中。紙本成績資料依個資管理(盤點)規範，存放於教務處資料櫃。若需調閱成績，依規定須提出「學生基本資料」紙本申請單，審查程序通過後，以加密方式提供電子檔，或書面紙本彌封送存提供之(並提醒請依個資管理處理)。

準則判定：符合

3.5.2 醫學系必須允許就學的醫學生複查和質疑其學習紀錄。

發現：

學生可透過校務行政系統，查詢個人學習紀錄(包括成績)，如對成績有疑問，可至教務處註冊組，下載成績複查申請單提出申請。如成績有誤，任課教師另填「教師成績更正(補登)申請表」，最遲於次學期開第三週前，由任課教師以書面送請系、所、學位程、通識教育中心開課單會簽。未改變生成績及格狀況者，由教務長審核，涉及改變學生成績及格狀況者，需經教務會議核查屬實後，成績始得更正。以上成績複查及更正事宜，依「慈濟大學申請成績複

查、更正及補登成績辦法」辦理，法規資訊及表單下載，皆已公告於教務處註冊組網頁。

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。

4.1 教師數量、資格和功能

4.1.0 醫學系必須在通識教育、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. 通識教育與醫學人文方面，主聘在通識教育中心的專任教師有 10 位，兼任教師 32 位，並由各專業學系支援開設通識相關領域課程。至於醫學系醫學人文學科有 5 位專任教師，兼任教師 1 位，且招募超過 20 名臨床醫師擔任小組老師，協助反思日記與讀書會等課程進行，應足夠負擔目前醫學系所規劃之醫學人文課程。不過在 106 年 9 月 18 日課程委員會醫學人文課程功能小組會議中，亦提及小組老師人數不足之議題。
2. 部份學科專任師資有所不足，基礎學科如免疫學科(專任 2 位、兼任 0 位)，花蓮慈濟醫院臨床學科如急診醫學科(專任 2 位、兼任 4 位)、家庭醫學科(專任 2 位、兼任 5 位)。

準則判定：部分符合

4.1.1 受聘為醫學系教師，必須有與職銜相稱的學經歷。

4.1.2 醫學系教師必須有能力，並持續承諾做為稱職的老師。

發現：

1. 通識教育與人文醫學科教師均具有與授課內容相對應之學經歷，且透過教師社群互動，以及教師發展繼續教育，持續提升教學能力。每學期均實施教學成效調查，並有外部教學觀察，在通識教育與醫學人文部分，教師人力雖無法曰充裕，但應可負擔醫學系相關課程之教學。
2. 基礎醫學與臨床醫學教師，均具有與授課內容相對應之學經歷，且醫學系透過多種管道，例如網頁公告、E-mail 通知、直接溝通等方式，讓所有參與教學(包括實驗)的人員，如教師、醫療相關人員、住院醫師、社會人士、教學助理、研究生等，能熟悉醫學教育的目標、所參與課程(含臨床實習)的教育目的、個別課程與臨床實習。而對於教師參與課程、臨床實習，或較大課

程單位的發展和實施時，則透過系主管、學科主任或教學型主治醫師等，已具備課程設計能力之教師的協助，在符合健全的教育原則和機構內明確教育目的下，執行適合的學生評量及課程評估方法。對於教師教學成效之教師評估，不論是基礎或臨床教師皆採多元評估、並於醫學系行政主管會議、系教評會等定期檢討。而對於教師經評估之教學評鑑或教師評鑑等結果，則會傳達給教師，且傳達給教師前，系主管對此評估結果有適當之瞭解，並會對評鑑之合宜性及影響加以檢討。

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：

1. 實地訪視查證相關資料，慈濟大學確實有各項提升教師學術研究的辦法。而於醫學人文領域，教師不僅投入跨領域教學，並長期進行跨領域教學的研究，亦有研究成果發表。過去一年透過教學社群之成立，以及計畫(如教育部補助大學在地實踐社會責任計畫等)之執行，可望持續鼓勵通識教育與醫學人文教師共同學術研究合作，以持續精進。但因合作方案剛啟動，且人文醫學科專任教師教學負擔與時數均較為飽和，其成果仍有待後續成效評估、驗證。
2. 基礎學科教師由外部支持之研究計畫偏低，實地訪視瞭解，基礎醫學科教師在研究上，面臨眾多困難，例如不容易招僱研究助理、學校經費補助不如臨床學科等情況。
3. 花蓮慈濟醫院、臺北慈濟醫院二家醫學中心級與準醫學中心級之教學醫院，其臨床教師可思考採取輪派制度，以實際支持與紓解花蓮慈濟醫院師資的臨床服務壓力，強化其研究能量，以協助年輕教員如講師、助理教授職級，於研究、服務及教學生涯之發展。

準則判定：部分符合

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：

醫學系由專任教師組成招生委員會，亦參與升級與畢業相關事務，從學生入學即有教師提供學生學業與職涯輔導。而實地訪視與教師訪談中，醫學系專

任教師亦清楚上述事項之職掌與執行。

準則判定：符合

4.2 教師人事政策

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

發現：

醫學院院長、醫學系主任、部門主管及醫學系教師之聘任、續聘、升等、解聘與延聘，均依相關法規辦理。然，依照 101 年 6 月 1 日校務會議通過之教師限期升等辦法第二條，101 學年起新聘，以及當年在職之講師與助理教授，應於 106 學年度結束前提出升等申請，否則自 107 學年度起不予續聘。實地訪視與教師晤談發現，多數通識教育與醫學人文教師，無法於短期內達到此要求。雖然學校主管表示將有折衷作法，但因尚未具體落實為明確政策，校方與醫學系仍需積極處理此攸關教師權益政策之修訂與執行。

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：

醫學系有提供每位教師有關聘期、責任、薪資制度、權利和福利等書面資料。實地訪視與教師晤談，受訪教師也確實了解相關權益與規範。

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：

慈濟大學制定與教師或職員私人利益與校方或系內責任相衝突之相關規定。實地訪視與教師晤談，受訪教師也確實瞭解相關權益與規範。

準則判定：符合

4.2.3 醫學系應定期給予老師個人學術表現與升等相關訊息的回饋。

發現：

醫學系每學年評核教師教學表現，每三年進行整體之教師評鑑，並於相關會議討論，將評核結果提供受評教師，並有回饋與追蹤輔導機制。實地訪視與教師晤談，受訪教師也確實收到相關訊息。

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、研究和領導能力。

發現：

慈濟大學設有教師發展暨教學資源中心，定期舉辦活動，以提升教師之專業發展，也於最新版之醫學系教師聘任升等審查辦法(106年7月14日教評臨時會通過)中，規範欲升等教師參與師培活動之時數。

然而，教師發展中心參與教師培訓率並未統計，僅以人次呈現。另於醫學系教師聘任升等審查辦法附件中，以專門著作送審，僅採行較偏向醫學科學領域之歸類計分方式，雖亦訂有教學成就送審類別，但並非完全適用如人文社會科學背景之人文醫學科教師。在教師晤談中，教師亦闡述此升等規範，有其窒礙難行之處。

此外，於部分臨床學科綜合臨床教學晨會中，仍見到臨床教師的教學與學生互動少，且未能針對各級醫學生、住院醫師的差異予以個別的提示與教導。

準則判定：部分符合

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。

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。

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：

醫學系系務會議、學生輔導委員會會議、教師評鑑會議、課規會、實習會議、入學招生暨國際交流委員會會議及 PBL 委員會會議，各項會議均有適合的教師參與。

各會議的代表之產生，依會議屬性，或選舉或指派。各會議開會頻率符合組織章程規定。會議決議由電子郵件寄予教師，並公告週知。

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，以便能成功地治理學系。

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：

慈濟大學有多重經費收入來源，全年總經費收入約 15 億元，總支出約 13 億元，100 學年~105 學年餘絀從 1 億 2 千萬至 2 億 3 千萬元之間不等，其中最主要的資金來源為基金會的捐贈，從 100 學年~105 學年，每年高達 5 億 8 千萬至 7 億 1 千多萬元，校務發展基金累計至 105 學年度為 39 億 7,747 萬元，整體財務資源穩定健全。

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：

醫學系依照教育部所核定的名額招生，在 105 學年度增加招收衛生福利部重點科別培育之公費生 10 名，外加外國學生兩名以及僑生兩名，105 學年度共招收 64 名醫學生。

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：

醫學系教師的辦公室空間、行政人員辦公室空間、醫學系學生的教室和實驗室空間、圖書館的空間大部分足數使用。唯在訪查花蓮慈濟醫院開刀房教學設施時，發現麻醉科主任、麻醉科主治醫師及住院醫師並無個別辦公室，而是將辦公室、麻醉插管技能訓練室和討論室混在一起，學習空間狹小。開刀房含

局部麻醉之房間共有 18 間，花蓮慈濟醫院擁有 971 病床，外科住院醫師在訪談中亦反應出開刀房不足之問題。醫學生除了在術中學習之外，術後與住院醫師、主治醫師回饋討論的教學空間比較缺乏，只有三樓一間醫護人員共用的休息區與用膳區。

準則判定：部分符合

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：

慈濟大學校園廣闊，醫學生教學地點有適當的學習空間與休息區，以及個人置物櫃，室內有插花、繪畫、茶道、書法等空間，室外則有田徑場、籃球場、排球場、網球場等體育設施。

準則判定：符合

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

發現：

慈濟大學設置「校園安全維護暨緊急應變委員會」，教學醫院也訂有「安全管制作業辦法」以及「危機管理暨緊急應變計劃」，設有警衛 12 人，保全 8 人，24 小時受理異常及暴力事件的通報，學生住宿有門禁管理。

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、學習護照或重新設計課程等。

發現：

四個教學醫院的臨床教學品質，主要透過跨院的會議來達成共識，但是臨床科的開會頻率不一，有的科每年一次、每半年一次、每季一次到每月一次，難保醫學教品質之等同性。

準則判定：部分符合

5.3 臨床教學設施及資源

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：

醫學生長期實習醫院為花蓮慈濟醫院與臺北慈濟醫院，都具備有圖書館設施、數位教學系統、技能教學系統，以及相關臨床教學的設施。

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：

四家教學醫院都有通過衛生福利部教學醫院評鑑，具備基本的教學設施以及資訊的資源。

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：

醫學生長期實習醫院為花蓮慈濟醫院與臺北慈濟醫院，花蓮慈濟醫院的住院醫師為 101 位、主治醫師為 222 位；臺北慈濟醫院住院醫師為 58 位、主治醫師為 233 位；第一年住院醫師之職前訓練，可以加強宣導其教學責任的義務，住院醫師在第二年升第三年時，必須參加師資培育中心舉辦之住院醫師教學技能工作坊，增加教學的技能輔導與落實。

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：

四家教學醫院雖有跨院的教學會議，以及師資培育中心舉辦的教學技能工作坊，但是訪談過程中，仍有部分醫師不熟悉臨床教學的教育目的與如何評量。

準則判定：部分符合

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：

慈濟大學訂有「慈濟大學圖書館圖書資料薦購辦法」，105 學年度慈濟大學圖書資料經費為 2 千 7 百多萬元，如果包含醫院，整體費用為 6 千多萬元。並設有圖書館委員會，定期開會，委員會有各學院的教師代表與學生代表參加，館藏的期刊、電子資料、圖書、視聽資料等相當豐富，師生亦踴躍使用。

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：

慈濟大學圖書館聘有 17 位專職人員，並透過各種多元的溝通管道，包括電話洽詢、親洽櫃檯、網路意見反應、圖書館電子信箱、慈大意見信箱等，即時回應師生的需求。

準則判定：符合

肆、總結及認證結果

一、總結

長期以來，慈濟大學醫學系醫學人文系列課程持續進行縱向與橫向的整合，除了傳統演講式的知識教學外，並發展出以經驗學習為主的社會參與方式學習單元，以及強化情境觀察、訪談及反思的學習方法的教學。打破以學科為主的教學，以議題、案例、實作協助學生發展應用知識、整合知識的能力，並善用慈濟各事業體的資源，為學生厚植利他的人文學習環境。

本次評鑑發現通識教育與醫學人文開始進行課程上的整合，並由醫學院院長親自帶領團隊互動，建立合作機制，通識教育與醫學人文教師以倫理教育為主題，組織教師社群，促進跨域共學，持續互動發展中。通識教育與醫學人文的合作是此次評鑑的亮點，建議持續給予實質的支持，促進教學的精進。

課程改革與課程模組的規劃與實施方面，先由下而上，建立各學科教師的共識，才能避免醫學生對於模組課程教學較為負面的回饋意見。

在 105 學年度，花蓮慈濟醫院住院醫師收訓人數不足的科別有內科、外科、神經科、麻醉科等，而住院醫師核準人數為零的科別有婦產科、神經外科、放射線診斷科、核子醫學科等，對醫學生在臨床學習環境中，無法形成一個兼具完整性與延續性的醫療團隊進行臨床教學。七年制醫學系改為六年制，查驗有些臨床學科之教學計畫內容幾無差別，主治醫師、住院醫師對於醫學教育目的之了解，有必要進一步落實。在行政體系上，雖然設有實習委員會，透過各科跨院視訊會議，藉以監督醫學生在不同地點之臨床實習內容與經驗，確保醫學教育目的得以實現，然而開會頻率從每月一次到每年一次不等，監督機制需落實加強。

慈濟大學醫學系從民國 83 年成立以來，為臺灣培育了無數的良醫，雖然地處東部，招募醫師與教師較為不易，在董事會、王校長、醫學院楊院長、醫學系陳主任及各位師長努力耕耘之下，在這四天的師生訪談及查核過程中，看到了許多對教學充滿熱誠，默默奉獻的臨床教師，以及許多貼心服務的慈濟志工，特別是慈誠懿德爸媽的關懷、無語良師的大體奉獻，這些都是社會對慈濟醫療志業體正面的肯定，也是慈濟大學醫學系的絕佳特色。當然，如何進一步加強四個教學醫院臨床教師的陣容，以及整體臨床教學品質與監督機制，期待在未來可以進一步加強落實，回歸慈悲喜捨、尊重生命、愛護生命、守護健康、以人為本的創立初衷。

二、認證結果：

通過，有效期限六年，效期內第三年提交自我改善計畫及執行情形，進行書面追蹤審查。

TMAC 106 年度慈濟大學醫學院醫學系訪評行程

【Day 1】-12/4(星期一)

慈濟大學醫學系

時間	內容
09:00~09:10	人員介紹
09:10~10:50	1. 簡報 (30 分鐘為限) 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
13:00~14:00	座談：醫學系陳宗鷹主任
14:00~16:00	1. 教學及研究：(一)通識與人文-簡報 (15 分鐘) 2. 教學及研究：(二)基礎與臨床整合-簡報(15 分鐘) 3. 教學及研究：(三)臨床教學-簡報 (15 分鐘) 4. 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】-12/5(星期二)

I. 醫院教學組：花蓮慈濟醫院

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
15:00~16:00	座談：花蓮慈濟醫院林欣榮院長

II. 通識與醫學人文組：慈濟大學醫學系

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

III. 基礎與臨床整合組：慈濟大學醫學系

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

訪評委員共同行程：慈濟大學醫學系

16:00~17:00	訪評委員共識討論
17:00	賦歸

【Day 3】-12/6(星期三)

I. 醫院教學組：花蓮慈濟醫院

時間	內容
07:30~11:00	實地參訪與資料查證

II. 通識與醫學人文、基礎與臨床整合組：慈濟大學醫學系

時間	內容
08:00~11:00	實地參訪與資料查證

訪評委員共同行程：慈濟大學醫學系

時間	內容
11:00~12:00	1. 簡報 (15 分鐘為限) 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：1~7 年級學生
16:00~17:00	訪評委員共識討論
17:00	賦歸

【Day 4】-12/7(星期四)

慈濟大學醫學系

時間	內容
08:00~09:00	實地參訪與資料查證(※臨床組訪評委員可彈性調整至花蓮慈濟醫院)
09:00~10:00	座談：醫學院楊仁宏院長
10:00~11:00	座談：王本榮校長
11:00~12:00	座談：慈濟基金會林碧玉副總執行長、慈濟教育志業蔡炳坤執行長、慈濟醫療事業林俊龍執行長
12:00~13:30	午餐暨訪評委員共識討論
13:30~14:30	綜合座談
14:30	賦歸(TMAC 將備專車分別接駁至機場與車站)

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。