

臺北大學醫學院醫學系

評鑑報告



107年6月

臺北醫學大學醫學院醫學系

106 年追蹤評鑑報告

(評鑑日期：民國 106 年 11 月 23 日至 11 月 24 日)

訪視評鑑小組：

召集人	張上淳	國立臺灣大學醫學院院長/醫學院評鑑委員會執行長
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
委員	姚維仁	國立成功大學醫學系主任
	蔡哲嘉	高雄醫學大學醫學院副院長
	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
	曾芬郁	國立臺灣大學醫學系教授兼代理系主任
	羅竹芳	國立成功大學生物資訊與訊息傳遞所講座教授
行政人員	鄭國良	醫學院評鑑委員會管理師

目錄

壹、學校/醫學系概況及本次評鑑重點	
一、學校/學系概況.....	1
二、前次評鑑重要發現.....	1
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.....	4
三、查閱佐證資料或補充資料.....	9
四、人員座談與晤談.....	11
參、評鑑發現	
第 1 章 機構.....	16
第 2 章 醫學系.....	18
第 3 章 醫學生.....	34
第 4 章 教師.....	35
第 5 章 教育資源.....	39
肆、總結及認證結果	
一、總結.....	43
二、認證結果.....	44
附錄 106 年臺北醫學大學醫學院醫學系訪評行程.....	45

壹、學校/醫學系概況及本次評鑑重點

一、學校/學系概況

臺北醫學大學(以下簡稱北醫)自民國 49 年 6 月 1 日創立臺北醫學院以來，已有 57 年歷史。目前已有 10 個學院、1 個中心(通識教育中心)、14 個學系、40 個研究所，學生人數 6095 人，專任師資 624 人，職員 487 人，並有 3 家頗具規模的附屬醫院與 2 家醫療中心，包括臺北醫學大學附設醫院(以下簡稱北醫附設醫院或附設醫院)、臺北市立萬芳醫院(以下簡稱萬芳醫院)、衛生福利部雙和醫院(以下簡稱雙和醫院)、臺北癌症中心及寧波醫療中心(中國)。董事長為中央研究院張文昌院士，亦為北醫校友，從 103 年接任至今。校長為林建煌教授，106 年 8 月 1 日接任。

醫學院下轄學術單位除了醫學系，還包括呼吸治療系、呼吸治療學研究所碩士班、臨床醫學研究所碩/博士班、醫學科學研究所碩/博士班、臨床醫學研究所應用實證醫學碩士在職專班、國際醫學研究碩/博士學位學程，以及細胞治療與再生醫學國際博士學位學程等。醫學院代理院長為陳適卿教授，從 106 年 8 月接任代理院長一職。

醫學系為創校三學系之一，目前包括 8 個基礎學科與 18 個臨床學科，專任教師 267 位，占全校師資人數約 42%；醫學系學生 1016 名，占全校學生人數約 17%。劉燦宏教授為醫學系主任兼醫學院副院長，從 105 年 8 月接任至今，另有 6 位副主任與 5 位行政老師。

此外，醫學院評鑑委員會(以下簡稱 TMAC)於 103 年至北醫執行追蹤評鑑時，通識教育中心是人文暨社會科學院(以下簡稱人社院)的二級單位，評鑑結束後，通識教育中心很快恢復至一級單位，且教師、行政人力及空間都大幅增加(行政人員 10 名，教師 27 位，空間 91 坪)，尤其通識教育中心的三個實質(語言中心)或功能(人文藝術中心及反思寫作中心)中心，都有自己的行政單位，顯示學校重視通識教育的立場，並使通識教育中心的機能得以擴展。

二、前次評鑑重要發現

TMAC 從民國 90 年展開全國醫學系評鑑，北醫醫學系已歷經八次全面與追蹤評鑑，最近一次為 103 年 10 月 30~31 日之追蹤評鑑，訪評醫學系及三家附屬醫院(附設醫院、雙和醫院、萬芳醫院)，總共提出 38 項「符合，但須追蹤」(106 年改為「部

分符合」)與1項「不符合」項目，並於評鑑報告總結提出主要11項待改進事項如下：

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

11. 應多輔導學生及年輕教師的生涯規畫，早日建立學習及生涯的目標。

此次追蹤評鑑將依據 TMAC 新制評鑑準則，查驗前次評鑑的 38 項「符合，但須追蹤」與 1 項「不符合」項目之實際改進成效。

貳、訪評執行過程：

一、研讀自評報告

北醫醫學系於 106 年 9 月 28 日檢送自評報告至 TMAC。本次訪評小組成員共有 7 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，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，並分工收集欲訪查資料。實地訪評前一天(11 月 22 日)晚間進行「實地訪評行前會議」，會中討論內容包括自評報告內容、任務分工及訪評執行注意事項等相關議題。研讀自評報告後之相關討論議題分述如下：

1. 自評報告中強調北醫為通識領航學校，除了課程精進外，對於學生的主動學習亦極重視，持續嘗試發展各種自主學習機制，以養成學生終身學習的習慣。至於通識及醫學人文的教學理念及教師間的合作情況，則需在訪視時透過查閱佐證資料及訪談加以進一步瞭解。
2. 解剖實驗課與病理實驗課，都安排在三年級上學期上課，未整合於相關的 Block 之中。而在各系統疾病的 Block 中，亦未融入病理學課程，課程的整合並不完全。
3. 初階臨床體驗(On Doctoring)課程從 104 學年開始，從一年級至四年級的選修課程，每學期每年級修課人數上限以 50 名學生為原則。依據自評報告書這學期招收一年級與二年級學生兩班共 101 位，但事實上舉辦四次的活動，信義學堂第一次最多 26 位，然後減少至 19 位，最少 17 位；萬芳學堂第一次最多 21 位，然後減少至 13 位，最少 5 位；雙和講堂一次最多 28 位，然後減少至 10 位，實際參與的學生並不多。
4. 針對前次評鑑(103 年 10 月 30~31 日)委員建議：「落實臨床學科與醫療科部之連結以整合三院臨床資源」，醫學院已訂定「學科主任聘任辦法」，但本辦法並未詳述學科主任如何甄選，以及學科主任如何整合三家附屬醫院教學資源，參與規劃執

行臨床實習課程與教學檢討？又，醫學系主任如何統合學科主任與三家附屬醫院臨床科主任之間的溝通協調機制？

5. 自評報告中說明醫學系課程委員會設置辦法已明訂學生委員三名及代表性，但自評報告中的佐證資料之課程委員會設置辦法，並未見到有明確訂定學生代表三名之規定。
6. 自評報告中「103~106 年度國考分析數據」表格未明確說明第一階段與第二階段通過率。非一般生之國考通過率仍有改善進步空間，將進一步了解醫學系對未通過國考之學生是否有探討學習困難因素，並提出具體課業與心理輔導方案。
7. 三家附屬醫院臨床教師與住院醫師人數、教師資源不均問題仍然存在，內、外、婦、兒、急診科等具有一般醫學師資比率應以表格呈現，以說明清楚是否可因應未來兩年期 PGY 主訓醫院師資需求之規定。
8. 實習醫學生在不同教學醫院的訓練內容是否一致？三家附屬醫院及其他校外建教合作醫院之課程及學生評量是否有一致的標準？須要進一步查證。以國考複習班為例，北醫附設醫院為 2 小時，採自由報名；萬芳醫院則是 11 場，每場 1.5 小時；雙和醫院則未提及。此外，106 學年各級實習醫學生 CbD 表現結果，評核標準三院應是一致的，但各項成績顯示，附設醫院分數最高、雙和醫院次之、萬芳醫院最低，亦未見到進一步分析三家附屬醫院實習醫學生成績差別的原因與佐證資料。三家附屬醫院及其他校外建教合作醫院之課程與學生評量，並無一致的標準。
9. 醫學系有導師制度，但是否達到輔導學生功能，針對臨床階段學生之輔導，需要進一步了解通報程序與介入輔導機制之標準流程，以及列舉執行成效之佐證資料。
10. 自評報告中，同樣的內容重複出現於不同主題之中，例如開發實境團隊協作課程 (TRM) 學生整體滿意度為 4.9，其詳細回饋資料表內容與團隊資源管理(五下課程) 施行成效之問卷資料內容完全一樣；又，整合式客觀結構式臨床測驗 (iOSCE) 其三家附屬醫院學生的滿意度回饋資料，與整合性臨床決策思維訓練 (五上課程) 施行成效的回饋資料完全一樣。

二、訪視設施/設備/教學課程/會議

TMAC 訪評小組於106年11月23日至24日於北醫醫學系共進行兩天實地訪評，訪查了醫學系與三家附屬醫院—北醫附設醫院、雙和醫院、萬芳醫院之設備、設施，相關會議與教學活動。茲分述如下：

(一)通識教育與醫學人文、普通物理學及實驗：

北醫通識教育與醫學人文主要是以引導學生自主判斷、體驗參與以及「從實踐中反思」為理念規劃出來。在通識教育方面，北醫因獲教育部「大學學習生態系統創新計畫」三年補助，使北醫發展出多元自主學習制度與方案，並協助學生跨領域學習。

北醫醫學人文是大一貫穿至大五的必修課。參與醫學人文教育的教師來自醫學系醫學教育暨人文學科，主要教師唐功培-教育、林哲偉-臨床教學及陳建宇-醫學倫理，其它如人社院的醫學人文研究所與醫法所，以及腦科學研究所的教師也支援醫學人文授課，所以開設課程非常多元，包括：醫學典範及倫理實踐、醫學史、社會概論(社區醫學、重症病患照顧、醫師勞動、健保議題)、醫療品質學至心理學、醫療與法律、醫學倫理及跨領域臨床人文反思。

訪視學生上課時，發現上大班課時，前幾排座位都沒有學生，學生坐在後面處理自己的工作，學校對於學生上課狀況及學習成效並未給予足夠的重視。

至於跨領域人文反思課程，是由一位教學型主治醫師及護理部副主任共同指導，醫學系五年級男同學四位，穿著男護理師制服，分派至不同病房，以實習護理生的身分跟隨一位護理師進行觀察學習，於觀察學習後需要寫反思報告。

另外，訪視醫學系一年級普通物理學及實驗，主題為流體力學與人體生理功能。修課學生人數76位，在教室學生約50位。上課時，銀幕上投影片字體甚小，學生必須依據教師提供的講義協助才能得知內容。

(二)基礎與臨床整合課程：

1.醫學系四年級問題導向小組討論(四)：學生依據教案討論，由一位學生擔任主席，另一位學生在白板牆上整理紀錄。此次討論的教案為甲狀腺功能亢進，教案內容分段給予。小組討論教師及課程負責教師說明：每年徵詢有意願的教師擔任小組討論教師，小組教學列為升等需要的教學學分，每年大約有三位具經驗的小組教師願意續任。每學年暑假中開辦兩次小組教師研習營，教師可擇一參加，參加一次研習營的效期為三年。教案使用多年，小組教師並未參與教案的設計，課程負

責教師會參考學生及教師對於教案的回饋意見修正教案。

2. 病理學及實驗：醫學系三年級的必修課，應上課學生為 169 位，但上課 20 分鐘後仍只有大約 27 位學生出席。教室前方兩個螢幕，中間兩個螢幕，前方的兩個螢幕並不清晰。有的學生在看自己的手機或電腦。
3. 醫學系二年級生物化學及實驗課程：授課教師為黃彥華教授。全班 149 學生，每 4 位學生分成一組，每一張實驗桌安排兩組學生，每四桌安排一位助教或研究生指導。大部分學生都在動手操作蛋白質電泳實驗。
4. 醫學系三年級緊急醫療救護體系概論：該課程為選修課，當天上課主題為大型體育活動緊急醫療救護。該課程修課學生人數為 82 位，但實際在教室學生為 28 位。授課教師上課之投影片內容豐富實用，講課用心。
5. 大體解剖學實驗室：訪視當天雖然沒有上課，但實驗室內福馬林味道甚嗆鼻，實驗室內未看到福馬林空氣濃度與石炭酸濃度空氣偵測器，無法確知其空氣濃度數值是否符合規定值 (0.08 PPM/hour)? 為提供優良的師生教學與學習環境，宜重視實驗室的空氣污染問題。

(三) 大安校區模擬教育中心：

北醫大為擴充教學空間，於 105 年租下基隆路之大廈，作為行政教學之用，並於其內建立了模擬教育中心，提供校內校外人員模擬教學之用。該中心設計新穎且與國外專業教學團隊積極合作，並通過多項國際模擬教學認證。在硬體及學習環境方面，此中心的確能提供相當完善的服務；但是若以單獨一間大學的教學需求而言，使用率則太低，可儘量利用其多功能的設計讓學生的教學得到最大的利用。該中心雖可提供良好的教學設備及會議空間，但可能是不同校區的距離因素，醫學系使用此中心的頻率仍偏低。

(四) 全院學術 SPC：

此項活動為北醫附設醫院、萬芳醫院、雙和醫院的聯合視訊討論會，在內科及外科實習的醫學生均需出席。醫師需要刷卡核計參與教學活動的次數，出席踴躍，有些醫師需要在後面站立。三個院區的醫師均有發言討論，但較少有針對醫學生層級之較普遍性的提問與教學。

(五) 北醫附設醫院：

1. 北醫附設醫院經過歷任領導人及所有員工的努力，已發展成擁有三棟主要大樓的

醫療機構。不論在醫療人員專業水準及數量、設備等各方面，多年來已有長足的進步。但是醫師室(有時充當該單位之教學空間)與教學環境仍嫌狹小，影響醫學生及住院醫師之教學效果。此外，醫院的大會議室可舉辦全院性的教學演講，也規劃了相當完善的音響設備及側面壁掛螢幕，但這些設備在會議時並沒有被打開使用，相當可惜。

- 2.醫學系五年級身體診察(Physical examination)教學：此項教學活動由完成 PGY 訓練、現為研究助理的醫師擔任指導教師，教師準備好身體診察項目，學生抽籤後彼此進行操作，教師加以指正。
- 3.神經外科核心課程：基礎神經檢查。授課教師以簡報檔說明神經檢查，參加的學生包含醫學系五年級、六年級、七年級的學生，不清楚此核心課程的目標學生為哪一年級的學生，不同年級的學生須重覆上相同的課程嗎？
- 4.兒科教學門診：醫學系七年級學生先詢問病人病史及執行身體診察，教師在旁觀察，最後教師再加以指導。診間中另有兩位醫學系二年級學生在旁邊觀察。
- 5.婦產科 OSCE 演練：婦產科主治醫師及 Fellow 在討論室以模具教導醫學系七年級與六年級學生練習內診。
- 6.外科能力提升課程：由兩位教師指導醫學系七年級學生練習無菌操作技巧。醫學系七年級學生共七位，分三組，各由一位學生穿好隔離衣擔任主刀者，其餘學生擔任助手。預設狀況為有手前臂外傷病患需縫合傷口，學生須由無菌區拿取必要物品以完成縫合。在過程中，指導教師隨時請學生暫停以說明操作錯誤之處。教學區內另有三位醫學系五年級學生由另外一位教師說明穿、脫隔離衣。狹窄的空間中，另外有學生自主學習 OSCE 相關技能，教學部主任說明，學生可以登記自己進來練習，以手機攝影紀錄後上傳教學部，完成該項技能訓練。此項自主學習由前述負責身體診察教學的研究助理醫師協助指導。教學部同仁另外說明，小兒科技能訓練模具可以外借至病房討論室以教導學生。

(六)萬芳醫院：

- 1.建置 e-Portfolio 系統，作為整合三家教學醫院多元評量之平台，並規範教師線上回饋之最低字數，而學生期待在臨床教學實境，教師也能給予適當面對面回饋以達指導學習目標。
- 2.教學門診具有單面鏡，但教師與同儕並未善用此設施在隔間執行學生學習之觀察，

- 同時也未建置影音設備，以供錄影回播指導回饋之目的。
- 3.病房會議室空間較小，尤其執行跨領域團隊會議時參與成員眾多，較難面對面聚焦討論，影響教學時之互動成效。
 - 4.風濕免疫科教學門診：實習醫學生參與教學門診進行病史詢問，主要仍以醫學資訊內容為主，並無詢問心理與社會/家庭面向，臨床教師指導以實驗數據教學為主，並未關注到學員在身體診察、衛教、溝通技巧以及病人焦慮心理態度面向之表現，在回饋方面，教師單向給予學員回饋，未見到有雙向互動式之回饋，教師應加強雙向互動回饋技巧之運用。
 - 5.腎臟內科病房跨領域會議教學由教學型主治醫師主持，跨領域醫療團隊輪流報告討論病人照顧問題，重點是血液透析病人藥物使用調整與營養議題，現場觀察發現針對醫學生之學習成效與住院醫師學習如何參與跨領域團隊合作照護，需要更周全的準備與執行策略，如事先給予病人基本資料與討論議題大綱，各職類照護專有名詞初步了解，跨領域會議後之回饋仍需加強以病人為中心之延續照護，以及所需要之家庭及社會資源支持等。
 - 6.兒科病房以病例為基礎討論(Case-based discussion, CbD)教學評量：由實習醫學生(Intern)報告主照顧之泌尿道感染病人，主治醫師具教學熱忱，以指導式方法教導醫學生抗生素選擇與影像學檢查判讀，而基於成果導向醫學教育(outcome-based medical education)之概念，應以學習者為中心，藉由實地照顧病人進行工作中學習與評量，現場觀察後發現應加強臨床思路(Clinical reasoning)訓練與激發學員主動思考，避免侷限性記憶知識傳授，並提醒體認運用照會提供團隊整合照顧之重要性。

(七)雙和醫院：

- 1.11月23日下午與24日上午分別訪視雙和醫院相關教學課程、教學門診與住診教學，訪視單位包括：教學部 i-OSCE 課程(有七位六年級醫學生參與該課程)、一般醫學科教學門診(有一名六年級醫學生參與)、急診醫學科核心課程(有一名七年級醫學生參與)、胸腔內科住診教學(參與之醫學生包括五、六、七年級)、一般醫學科跨領域住診教學(參與之醫學生包括五、六、七年級)。
- 2.實地觀察住診教學及病例討論時，發現指導老師教學相當熱心，然而部分學生未顯示主動發問或回答之學習精神。
- 3.三家教學醫院採用一致的 e-Portfolio，對於實習醫學生之教學內容、評量表格

及回饋方式訂有一致的標準，師生對於該系統之使用均表示了解，且能及時給予學生評估。唯評量方式過於集中於知識面，對於行為及態度之評量，仍然不足。

4. 教學醫院每年均有舉辦「Residents as Teachers」課程，住院醫師具有教學熱忱，並能給予醫學生適當的評估及回饋。
5. 針對前一次評鑑之建議，雙和醫院教師發展中心於 105-106 年共舉辦 8 場次醫用台語課程，以常用的醫療詞彙教學為主軸，再搭配工作需求及學生程度給予各醫療對話情境之教學，藉此提升實習醫學生及醫護人員台語溝通能力。

三、查閱佐證資料或補充資料

TMAC 訪評小組於兩天實地訪評期間，查閱相關佐證與補充資料。茲分述如下：

1. 查閱北醫 105 學年度第 1 學期半自主及自主學習檔案，學生所發展的自主學習主題多元而有創意，學生經歷不同於一般醫學生的學習歷程。惟目前參與之醫學生人數較少，未來宜拓展參與學習的學生的來源與人數。
2. 臨床實習輪訓表：新制醫學系學生在五年級上學期時接受基礎內、外科各 9 週之臨床實習訓練。醫學系五年級下學期至六年級有進階內科、外科各 8 週，婦、兒、急診科各 6 週、精神科 3 週、其他 10 科各 2 週、自選 8 週的實習訓練。實習訓練場所包括附設醫院、萬芳醫院、雙和醫院及其他建教合作醫院。五年級下學期以後的實習輪訓順序因人而異，有的學生可能在五年級上學期的基礎內、外科以後，直接繼續去進階內、外科實習。五年級的 9 週基礎內科至三個病房，各三週。九週實習中，安排門診教學及心臟超音波、腎臟超音波、腸胃內視鏡、胸腔超音波等檢查室之學習，但無腹部超音波檢查之學習。
3. 整合課程教學意見表：在學期末請學生填寫課程教學意見表。整合課程會依據學生的反應進行修正，例如 block 的安排。但課程教學意見表並未涵蓋所有的課程，且某些課程的意見表發放(施測)率低，課程意見調查並不完整。
4. 臨床實習校外合作機構滿意度調查表：該表可以呈現校外實習機構對於北醫學生以及學生對於機構的滿意度調查，但沒有看到進一步的分析及追蹤。例如：學生對於北醫附設醫院的實習滿意度較其他醫院為低，另外，對於國立成功大學醫學院附設醫院的滿意度在 105 年明顯下降(滿意度 3.0)，與 104 學年度相較下降了 1.6，但沒有看到檢討分析或改進策略。

5. 學生學習歷程：校方設有學生學習歷程網站，學生須以電子檔上傳所有課程的報告，請七年級學生示範，顯示可以進入網站看到以前所有修習過的課程，但無法顯示上繳的課程報告內容。醫學系副主任、主任都不確定是否有權限可以進入網站，學生真正的成長歷程無法呈現或追蹤。學生進入臨床實習後，醫院的教學部設有 e-Portfolio，學生應該繳交的報告或是教師對於學生的評估由教學部監控是否依據流程完成，但所呈現的住診教學教師指導內容只有病歷的修改，與病歷寫作教學並無不同，並無教師針對學生的反思或是核心能力的成長所給予的回饋，例如跨領域臨床人文反思課程等課程學生所繳交之報告。此外，書寫病歷為實習醫學生學習重要的一環，醫院現行病歷尚未全面電子化，在醫令系統可加註主治醫師電子簽章，但病歷病程紀錄等之教師修訂仍在開發中，建議未來電子病歷系統能呈現主治醫師對住院醫師與醫學生病歷的指正評論，以有助學生在病歷寫作上之學習。
6. 課程委員會會議紀錄：系課程委員會會議紀錄顯示已增加學生代表名額，會議紀錄中，出席及缺席人員名單重複。此次訪視所見的會議紀錄並無關於各項課程或是臨床實習滿意度調查的分析與檢討。
7. 醫學系與三院的管道與溝通機制：自評資料呈現，因應新制醫學生臨床實習課程，醫學系召集三家附屬醫院教學副院長進行討論，醫院教學部確定實習訓練計畫與各臨床科部教學負責人開會討論宣導。查閱相關資料發現，教學部與臨床科部教學負責人並未充分實地參與規劃與決策過程，醫學系與教學部及臨床科部教學負責人之溝通協調仍須加強。
8. 跨領域團隊臨床實務如何訓練，以及如何規劃與安排醫學生的社區訓練：自評資料呈現，在基礎內科 9 週實習中，安排 1 週為跨領域照顧課程，例如安寧照護與長照醫療，跟隨跨領域職類人員共同學習，包括護理、藥學、社工、物理治療、職能治療等；社區訓練由預防醫學暨社區醫學部主導，安排醫學生參與社區 2.0 長期照護訓練。實地訪視後發現，學生之課程滿意度為 4.45 分，達到初步成果，建議讓學生進行更深入反思紀錄，並加強規劃單位與跨領域職類帶領教師溝通與必要之聯合師資培訓，促使更了解醫學生跨領域職類與社區訓練之教育目的與教學策略。
9. 是否將 DOPS 列入外科實習必要評量項目：依據教學部回應，教學部規定外科部

實習醫學生每二週執行 mini-CEX 或 DOPS 一次，但現場訪視發現，外科實習評量並未呈現 DOPS 評量與臨床督導層級(supervision levels)之關聯與成效分析。

四、人員座談與晤談

TMAC 訪評小組於兩天實地訪評期間，晤談對象包括基礎學科教師、通識與醫學人文教師、1~7 年級醫學生、三家附屬醫院之臨床學科教師、主治醫師、住院醫師與 PGY 醫師，並與張文昌董事長、林建煌校長、醫學院陳適卿代理院長、醫學系劉燦宏系主任座談。總計晤談 4 位通識及醫學人文教師、8 位基礎學科教師、三家附屬醫院之臨床教師與主治醫師共 16 位、住院醫師與 PGY 醫師共 21 位，以及 1~7 年級醫學生共 43 位。茲將晤談教師、醫師與醫學生所得之反映結果分述如下：

(一)醫學系：

1. 教師：

- (1)教師升等不易，某些教師因此離職或留職停薪。學校設有教學實務型升等辦法，雖然學校已盡力協助指標性教學型主治醫師升等，但教學型主治醫師普遍感覺升等不易，仍然需要努力發表臨床專科之研究論文。少數醫師已有跨學院跨科別合作的教學研究計畫及教學論文，有助於提升教學士氣。
- (2)有關教學技巧或教師發展等的師培課程稍嫌不足。PBL 課程小組教師的參與及帶領技巧不同，有些小組討論僅為讀書報告。PBL 小組教師之培訓只要求三年內參加過一次教師研習營即可，學期初、期中或期末沒有該年度小組教師之溝通討論會議，也沒有負責教師與小組學生代表的溝通會議，課程滿意度於期末執行，對於教學品質與教學成效無法立即掌控。
- (3)醫學系二年級下學期有簡單的問題導向小組討論(二)，讓學生去體驗問題導向小組討論的上課及學習方式。目前問題導向小組討論的教室是暫時使用，明年會有新建的問題導向小組討論教室。醫學系三年級上學期沒有 Block，但有問題導向小組討論(三)。原先醫學系三年級下學期與四年級上學期 Block 包含病理學及實驗，因學生的反應課程負擔太重，故全部抽出，單獨在醫學系三年級上學期成立病理學及實驗課程。醫學系三年級上學期藥理概論課，雙週上課，沒有 PBL。醫學系三年級下學期 3 個 Block 與醫學系四年級上學期 4 個 Block 的整合課程，是以各系統疾病為主的課程，由臨床學科教師主負責授課，基礎學科教師也會授課，

也要帶 PBL。

(4)大體解剖學實驗課上課時，20 位醫學生解剖一位大體老師，每一學年全班學生共解剖八具大體老師。大體解剖學實驗課操作時，醫學生分為頭頸、胸部、腹部、上肢與下肢等五個小組，同時進行五個部位解剖。

2. 一~四年級醫學生：

(1)訪談學生時發現，北醫最吸引學生的是地理位置，一般學生對學校向心力高。對通識課程反應是有好的課程，也有極不理想的課程，有些課程負擔偏重，除了上課外，又要參訪以及撰寫反思報告，很辛苦但學習效果充實。北醫的社團活動也是吸引學生的強項，參加各式服務隊讓學生學習到臨機應變及解決問題的能力。

(2)學生對於住的環境尚屬滿意，但希望學校可增加自學中心/學生讀書的空間。

(3)基礎與臨床整合課程有幾次變更，學生對於之前課程設計反應不佳，目前已參考學生意見修正。

(4)學校空間不足，實驗室擁擠，實驗課分配使用的時間緊湊。小組討論課也因為教室不足，需分不同時段之班別上課。

(5)有學生反應，系辦同仁更動頻繁，造成事務連絡不便。

(6)導師對學生的關心與輔導因人而異，有些學生表示感激導師的關心與支持，但也有些學生表示不清楚自己的導師是誰。

(7)有學生表示，曾有微積分課程成績批改錯誤，經學生反應後才加以修正。

(8)特殊管道入學的學生表示，並無加強輔導或溝通機制。

(9)學校注重國考要考的科目，在基礎學科或是臨床學科都有針對國考或 OSCE 等的加強補習。

(10)有學生表示修過醫療人類學，對社會學入門、醫療社會學有興趣，並認為醫師有醫療責任，發言要謹慎，晤談中提及醫學系有位教師上課以女性子宮開玩笑，讓許多同學反彈，明顯不尊重女性。

(11)晤談中，有學生認為 PBL 是整合上課內容、複習以前學過的東西，分析後再表達。通常在 PBL 時，學生們互相討論，Tutor 不講話。學生發言、討論與結論後，Tutor 再補充。但事實上，Tutor 帶學生的方式，差異甚大，有的變成主動教學，而不是引導學生學習。另外，學生建議「一般醫學概論」的溝通技巧，如能結合 Block、PBL，學習效果會更佳。

(12)有學生談到醫學系四年級課程的安排，上課老師都是臨床醫師，工作繁忙，不太了解學生的程度。上課時，有些內容，授課教師會說先看一次，以後還會再教，就跳過去。但同學們擔心以後到了醫院，教學會有落差，沒有機會再次學習，例如學生表示自己雖會看心電圖，但還是很生疏。

(二)北醫附設醫院

1. 臨床學科教師與主治醫師：

整體而言，教師們對北醫附設醫院近年來在教學上的努力，都感到肯定。也有越來越多的畢業校友，選擇回到自己的母校服務。雖然，近年來醫院也有教學型主治醫師的編制，但是，實際的臨床教學還是由各個分科根據自己科別的特色病人教學，未有一個全盤性、根據不同程級(Clerk 1/ Clerk 2/ Intern/ PGY)的學習目標所規劃之學習藍圖。許多教師具有教學熱忱，但多數還是以單方面的教授為主。大多數臨床教師們，對於各層級醫學生的學習重點與目標也不很清楚。

2. 住院醫師與 PGY 醫師：

所訪談的住院醫師及 PGY 醫師，均對於北醫附設醫院最近這幾年的進步感到高興。比起過去，也漸漸有較多的畢業校友願意選擇北醫附設醫院做為 PGY 及住院醫師訓練。但是，礙於目前北醫附設醫院尚不是醫學中心，許多科別也仍無訓練的員額與能量，而三家附屬醫院間(北醫附設醫院、雙和醫院、萬芳醫院)又尚無實質而有效的訓練合作機制，故大大的減少了許多年輕畢業生選擇回自己母校接受訓練的考量。

3. 五~七年級醫學生：

醫學生大抵對於留在自己學校附設醫院實習的反應都相當不錯。同學入學方式相當多樣性，興趣發展的方向也相當多元。此外，有家境清寒而認真向學(全班一、二名)的學生表示感激學校提供獎助學金機會。也有同學們表達了畢業後相當明確生涯規劃。對於這些願意多元發展又優秀的同學們，都希望學校方面對於他/她們畢業後人生發展的選擇，能有更多的輔導。

(三)萬芳醫院：

1. 臨床學科教師與主治醫師：

(1)教學型主治醫師負責學校擬真醫學與 OSCE 及萬芳醫院之臨床技能訓練，具有創新思維，如結合標準化病人與 Diagnosis Reasoning(DXR)軟體建立、OSCE 核心技

能教學。但過去曾有投入專職教學型主治醫師生涯，且具有教學熱誠者，以教學實務成果申請助理教授，卻未獲醫學系教評會通過。教學型主治醫師當事人建議醫學系修訂法規，以鼓勵投入醫學教育之年輕後進，雖然醫學系與學校升等規定已修訂教學多元升等辦法，但當事人及同儕仍然有未確定性之疑慮。

(2)有接受過「一般醫學師資培訓」(7小時課程與40小時實務)完訓之臨床主治醫師對一般醫學與以學習者為中心之教學技巧比較有概念，而未接受過師資培訓者則參與教學任務較少，其整體教學概念與實務教學技巧相對不足，對新制醫學系臨床實習課程規劃的了解也有待加強。

(3)與林校長座談時，林校長曾提出未來百師計畫，而且以臨床教職為優先考量，然而無教職之第一線臨床主治教師對此政策和資訊並非完全知悉，期待學校與醫院端應多加宣導與溝通，並提供具體師資培育方案，以鼓勵與協助臨床教師獲得教職。

2. 住院醫師與 PGY 醫師：

住院醫師與 PGY 醫師對目前工作量表示尚稱合理，大都皆能符合工時與值班隔天 PM 休息規定，多數住院醫師與 PGY 醫師也具有指導醫學生之意願，並對「Residents as teachers」師資培育課程肯定，認為有助於提升教學技巧之成效。然而對現行新制醫學生課程進入臨床實習之制度轉變並不清楚。住院醫師與 PGY 醫師認為醫學生應加強身體診療、臨床思路與臨床步驟技巧訓練，以及主動學習之態度。

3. 五~七年級醫學生：

(1)七年級醫學生對醫院安排每週定期核心課程教學持正面肯定，值班時也能獲得住院醫師與 PGY 醫師之協助及指導，開立藥物醫囑須經由住院醫師與主治醫師授權確認後執行。

(2)六年級醫學生表示每科輪訓期間只有一週太過頻繁，學習訓練時間不足。

(3)五年級醫學生對於減少大堂課授課，接受兩年完整的臨床實習課程表示肯定，然而，對於基礎內、外科課程安排，須完成規定核心案例種類與實際照顧案例缺乏一致相關性，輪訓時間與指導教師很難搭配。此外，輪訓期間接受 mini-CEX 與 CbD 評量時間不確定，造成臨床學習與適應之困難。

(四)雙和醫院

1. 臨床學科教師與主治醫師：

- (1)前次評鑑發現雙和醫院師資與住院醫師人數顯著最少，自 103 至 105 學年度起，雙和醫院專任主治醫師從 179 人增加至 219 人，具部定教職師資人數與比例亦逐年提升，從 87 位(43%)至 121 位(50%)，尤其師資缺乏之眼科及皮膚科，師資質量已有顯著改善。
- (2)學校雖然已訂有教學實務型升等辦法，協助指標性教學型主治醫師升等，但實際訪談中，教學型主治醫師普遍感覺升等不易。
- (3)醫學生對學校及醫院在教學方面的努力予以肯定，但實際訪談中，除了教學負責人外，不論是教師或住院醫師，對於各個層級醫學生的教育目標仍未完全了解。尤其是部分教師仍未了解新制醫學臨床實習教育目標與成果導向教育之訓練目標，以及如何因應新制醫學系課程改變而調整因應。

2. 住院醫師與 PGY 醫師：

- (1)前次評鑑發現雙和醫院師資與住院醫師人數最少，自 103 至 105 學年度起，雙和醫院專任主治醫師從 179 人增加至 219 人，具部定教職師資人數與比例亦逐年提升，院內住院醫師數量從 41 位增加至 92 位，師資質量已有顯著改善。
- (2)住院醫師與 PGY 醫師對目前工作量尚認為合理，大都能符合工時與值班隔天 PM 休息之規定，也具有教導醫學生之意願，並對「Residents as teachers」師資培育課程表示肯定。唯在實際訪談中，除了教學負責人外，不論是教師或住院醫師，對於各個層級醫學生的教育目標仍未完全了解。尤其是對於新制醫學系臨床實習課程的改變，以及各層級之訓練目標，並不了解。

3. 五~七年級醫學生：

醫學生對學校及醫院在教學方面的努力予以肯定。針對前次評鑑報告之發現，雙和醫院接駁車由原本 20 人小巴士換為 43 人大巴士，開車時間由早上 7:00 班次改為 6:50 發車，目前上班次為 06:40 一班(一大巴)、06:50 一班(小巴)、08:10 一班(小巴)，下午 05:40 車輛由 20 人座改為 43 人座。經晤談於雙和醫院實習之醫學生，對學校接駁車發車時間及次數，均表示能滿足教學需求，並無延遲學習之困擾。

追蹤評鑑期間，承蒙臺北醫學大學、北醫附設醫院、萬芳醫院、雙和醫院之主管、教師、醫師、行政工作人員和參與的同學之充分配合與協助，使得此次追蹤評鑑得以順利完成，謹此致謝。

參、評鑑發現

依 TMAC 新制評鑑準則，條列本次追蹤評鑑之發現如下：

第一章 機構

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。

前次評鑑發現：

醫學系主任之下，設置六名副系主任和五名行政教師，附屬三家教學醫院的教學副院長兼任臨床副系主任，教學部主任兼任臨床行政教師；雖然細部分工，但是授權的程度與責任的賦予仍有明顯差異。而為了落實臨床學科與醫療科部之連結以整合三院臨床資源，創新性的訂定學科主任聘任辦法，於內、外科學科並設置次專科主任。建立組織綿密有利整合，或是因為多重體系而導致權責不明，其成效有待觀察。

本次評鑑發現：

醫學系訂有「學科主任聘任辦法」，每年定期由院長及系主任共同主持會議，與學科討論每年之教學、研究、服務情況。在學生臨床實習方面，目前由醫學院陳適卿院長主持醫學系實習委員會，綜理學生實習事務及申訴處理，並由系主任及副系主任定期訪視結盟醫院及參與建教醫院之學生座談會，確保學生實習狀況。

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。

前次評鑑發現：

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

本次評鑑發現：

醫學系劉燦宏主任同時兼任醫學院教學副院長，協助發展醫學院各式教學事務，除院務推動外，於醫學系工作內容綜理所有系務。系主任並擔任多個系級委員會主任委員，對於相關事務之決策，占有重要之角色，另於院級、校級各個委員會中也是成員之一。系主任具高度熱忱，積極投入醫學系系務工作與對外募款，以提供各學科運用，顯示系主任擁有足夠的資源、權力，以遂行其治理醫學系和評估醫學系成效的職責。

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。

前次評鑑發現：

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

本次評鑑發現：

醫學院院長參與規劃並制定醫學系短、中程發展計畫書，並主導醫學院行政會議、醫學院院長室會議、與學科有約活動、教師研究討論會等各式活動，擔任醫學系實習委員會主任委員及列席指導醫學系臨床實習聯合醫學教育委員會，以協助醫學系系務推展。目前醫學院院長是由陳適卿教授代理，院長正在遴選過程中，新的院長選任後，仍需持續追蹤其參與情形。

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。

前次評鑑發現：

附屬三家教學醫院的教學副院長兼任臨床副系主任，教學部主任兼任臨床行政教師；雖然細部分工，但是授權的程度與責任的賦予仍有明顯差異。而為了落實臨床學科與醫療科部之連結以整合三院臨床資源，創新性的訂定學科主任聘任辦法，

於內、外科學科並設置次專科主任。如此綿密的分工，職權能否統合，課程是否整合，仍須追蹤觀察。此外，對校外 5 家建教合作醫院的課程，尚缺掌控的能力。

本次評鑑發現：

在北醫附設醫院的訪視過程中發現，雖然醫學系課程委員會中包括了教學醫院教學副院長，醫學系教學組織架構中，18 位臨床學科主任、12 個次專科主任，以及三院臨床行政教師與綿密複雜的編制。但在實際訪談中，多數臨床教師對於各層級醫學生的課程學習目標都不太清楚，還是流於各次專業各自教導自己專科領域的內容，缺少對於整體課程全盤性的瞭解。

此外，三家教學醫院對於學生的臨床實習訓練內容無法統一，醫學系對於學生在不同醫院的臨床實習缺乏掌控能力。學生在不同醫院訓練的滿意度調查，亦無追蹤分析及改進策略。

準則判定：部分符合

第二章 醫學系

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。

前次評鑑發現：

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

本次評鑑發現：

醫學系課程地圖之規劃對校教育目標、核心能力、課程設計並未逐次展開，亦未說明其對應關係。

此外，新制醫學系臨床實習課程規劃方面，已有核心內科與核心外科的設計，五年級上學期為基礎內科與外科，五年級下學期~六年級至各科輪訓兩週，以期提昇醫學生對一般醫學的認識與學習成效。但是在此訪查中，發現核心課程只是將內外科按照不同時間比重，將學生重新分配至各科。各次專科依據自身專科中常見疾病形式進行教學。在第一線執行教學任務的臨床教師，對於不同層級的醫學生其課程學習目標並不完全清楚，影響當初規劃核心課程的目的，例如在五年級上學期之基

礎內科實習中，安排與所在病房 primary care 非直接相關的特殊檢查見習等課程，特殊檢查包括胸腔超音波、消化內視鏡、心臟超音波、腎臟超音波；又例如外科的預讀資料與核心項目案例缺乏關聯性，主負責教師並未深入參與醫學系臨床學習課程設計過程與決策，學生也反應實際共同照顧之案例與核心項目案例難以吻合一致，學生臨床輪訓科別時常需要離開現行輪訓科別，以配合核心案例指導教師。

準則判定：部分符合

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。

前次評鑑發現：

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

本次評鑑發現：

三家附屬醫院積極辦理師資培育課程，105 年共辦理了 335 場次之教學能力提升與教學技巧課程，包含一般醫學示範中心培育 ACGME 六大核心能力教學評估(含 CbD、mini-CEX 評估技巧)認證教師、教學門住診研習營、多媒體教材製作等，藉此改善臨床教師教學教巧。實地訪視發現，臨床教師都十分認真且具有熱忱，但教學的方式還是多屬於單方面的講授示範，部分教師於床邊教學、門診教學、住診教學及病例討論會中，以指導方法直接告知醫學知識，較少鼓勵學生主動思考或發問，學生並未就病人資訊進行臨床推理，培育主動、獨立、終身學習的必要技能。

為提升醫學生自主學習而開設之初階臨床體驗(On doctoring)課程參與之醫學生人數不多，甚至有逐年減少之現象。至於所開設之半自主學習或全自主學習之課程中，醫學系學生參與的人數也不多，尚難看出醫學生有被培育主動、獨立學習之精神。

準則判定：部分符合

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。

前次評鑑發現：

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

本次評鑑發現：

從醫學生及醫師的訪談中發現，雖然絕大多數的同學都相當認真，對學校及醫院在教學方面的努力予以肯定，但除了教學負責人外，不論是醫學生或住院醫師，對於各個層級醫學生的教育目的仍未完全了解。尤其是許多教師仍未充分了解新制醫學系臨床實習教育目的與成果導向教育之訓練目標，以及如何因應新制醫學系課程改變而調整因應。

準則判定：部分符合

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。

前次評鑑發現：

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

本次評鑑發現：

學校在虛擬病房及模擬教案上提供了各種臨床情境教學的機會，但在實際臨床教學上，仍多以分次專科導向的教學模式，且教學方式也多以傳統的對答形式。每位同學都有屬於自己的評量回饋檔案，但教師的回饋大多趨於簡單及格式化，未能實際指出學生真正的學習問題。此外，不同教學醫院的臨床實習訓練內容及實際執行方式尚未統一，未呈現與所有學生實習場所負責人之相關聯繫會議紀錄，亦未針對臨床實習滿意度低的實習場域有所檢討或改進策略。

準則判定：部分符合

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。

前次評鑑發現：

醫學系課程委員會共有 17 名委員，包括兩名校外校友委員，似嫌較少，學生委員則僅有一名並且由醫學系學會會長擔任，代表性不足且並尚未經歷臨床實習課程，無法以受教者代表提供給教師適當之經驗回饋，應增加學生代表名額，期能涵蓋通識基礎與臨床各階段的層級。課程委員會只是制定課程，未能落時發揮監測課程與檢討學習成效的功能。

本次評鑑發現：

醫學系為統籌辦理系課程之規劃與審訂，依該校課程委員會設置辦法第二條規定，特訂定【臺北醫學大學醫學系課程委員會設置辦法】，並於 106 年 05 月 16 日教務會議核備通過，委員原由十三至十七人增加為十七至二十一人，由系主任擔任主任委員，另由教師代表 13 名、學生代表 3 名(基礎、臨床學生代表及學生會會長)、校友 1 名、學界 1 名及產業界代表 1 名共同組成之。除每學期召開一次系課程委員會外，每學期末，醫學系與各年級學生代表舉辦課程檢討會議，另於下一學年度開學前與各主授教師針對學生反應之課程問題，召開各科課程檢討及改善會議，檢討改善會議紀錄送課程委員會核備存查，希望達成監測課程進行與檢討學習成效的功能。

此外，醫學系為整合基礎、臨床學科以及三家附屬醫院的臨床教學，制訂了一套綿密而複雜的教學行政系統，包括了醫學系主任、基礎/臨床/國際各副主任、30 位臨床學科主任、基礎及臨床行政教師等等。但過度微細的分科，進而造成課程協調溝通上的困難。在實際觀察訪視中發現，各個臨床次專科對輪到該科實習的醫學生，也只是針對該科的常見或重點疾病加以介紹與教學，學生及臨床教師還是對整體的臨床教學架構與目標未有明確的了解。

教育負責單位，針對整體教學計畫在基層執行面上是否確切地落實，僅是從學習護照所顯示的統計數字加以評估，與實際執行情形有所落差。而課程委員會雖增

加學生代表名額，但課程委員會會議紀錄對於出、缺席人員的呈現方式有誤，且課程委員會亦未針對課程滿意度調查與學習成效進行監測與檢討。

準則判定：部分符合

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。

前次評鑑發現：

課程委員會一學期只開會一次，建議應增加開會次數，負責課程的監測與檢討。

本次評鑑發現：

醫學系課程委員會除每學期召開一次系課委會外，每學期末與各年級學生代表舉辦課程檢討會議，並於下一學年度開學前與各主授老師針對學生反應之課程問題，召開各科課程檢討及改善會議，檢討改善會議紀錄送課程委員會核備存查，希望藉以達成監測課程進行與檢討學習成效的功能。不過，從課程滿意度調查的施行來看，課程滿意度調查每學期一次，某些課程的滿意度調查施測率低，甚至某些課程沒有實施滿意度調查，課程滿意度調查未能徹底執行。課程委員會對於各項調查結果沒有追蹤分析及改進策略。因此，目前課程委員會的主要任務，僅是針對新課程的審查，較少討論課程的監測與檢討。

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。

前次評鑑發現：

必修學分太多，以致影響選修課程。

本次評鑑發現：

醫學系畢業修課學分數，在 101 學年度入學生畢業學分數為 250 學分，必修課程 219 學分，於 102 學年度入學生修訂畢業學分數調降至 239 學分，必修課程 199 學分，為提升學生選修課機會，故於 105 學年度課程委員會再次調整 106 學年度必選修學分數，將原畢業總學分數 239 學分調降至 231 學分，原必修課程 199 學分調降至 191 學分，以增加學生選修課程之機會。

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。

前次評鑑發現：

1. 醫學系 99 級於 103 年國考通過率約為 79%，比前兩年進步，但與同儕學校相比較則略為偏低，系主任說明的主要因素是因為外加名額(僑生、養成公費生、派外子女等)的學生考試成績比較低所導致，但並無更詳細的數據可再進行細部分析。
2. 由佐證資料及系主任之簡報中顯示，如同其他醫學院系一般，畢業生中有許多專業人才表現傑出，於學術、行政領導、藝術人文及社會服務等各領域，對國家、社會貢獻卓越；96 至 100 年度畢業生亦有 46%選擇內、外、婦、兒、急診等五大科。對於畢業生的專業行為及發展，如果可繼續長期的追蹤分析，並且與在校表現進行關聯性分析，可驗證教育目的之達成度。

本次評鑑發現：

醫學系持續有監測國考第一階段、第二階段的通過率及平均分數，並進一步分析不同管道入學同學之通過率，為協助醫學系同學通過國考，醫學系針對醫師國考每年開設有國考複習課程提供學生選修課程，學校建置「國考模擬測驗平台」，歷屆國考試題都在資料庫中，學生可以自行上網進行模擬測驗，教師也可以利用此平台彙整考題測驗學生。醫學系系辦公室也於每次國考前，舉辦國考模擬考，同學可自由報名參加。另於 106 年試行國考衝刺班，由優秀學長姐針對國考內容協助國考複習並輔導同學，該次複習班也獲得同學良好反應。惟這些作為只是協助同學通過國考，並非回頭檢視平日之教學與學習是否有改進之處。

此外，北醫自 104 學年度設有校務研究系統(Institutional Research, IR)，提供各學系線上雇主滿意度查詢平台，了解各產業對北醫畢業生之滿意度及該系教育目的之達成程度。

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。

前次評鑑發現：

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

本次評鑑發現：

目前學生的回饋多是針對教學的內容以及臨床技術的學習，較少有針對學習成效、教學方式的啟發性等進行探討，成效回饋未能深入，難以針對教學所面臨的真正問題核心進行改正。且對於課程的評估僅限於滿意度調查，滿意度調查亦未完整，亦無追蹤分析及改進策略，例如針對學生回饋建議「進入各臨床科前先給予 background knowledge 資訊、作業程序與學習資源」，教學負責單位未作積極回應；另外，針對教學回饋滿意度落後之科別，未有完整 PDCA 改善機制，訪查發現只呈現克伯屈克模式（Kirkpatrick model）四層次評估中的第一層（reaction）滿意度調查資訊，仍然未呈現更深層的評估，例如習得知能（learning）、行為改變（behavior）與學習成果（results）的數據及成效分析。

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。

前次評鑑發現：

1. Intern 照顧床數 3-5 床，值班每月不超過 9 班，此規劃之臨床工作負荷與預期從病人照顧獲得實務學習成效大致均衡，但是有些科平日大部分只照顧到 3 床，學習質量恐有不足。
2. 六年級醫學生每週安排一次夜間學習，到晚間 10 點。七年級醫學生每月值班 8 到 9 次，連續工時不會超過 32 小時，值班時需照顧 60 到 80 床病房，值班時工作負荷略嫌過重。
3. 課程委員會學生委員僅一名（如前所述）。

本次評鑑發現：

1. 醫學系透過課程評估及學習護照一致化等方式，期望學生們在三家教學醫院的學習能達到等同性。Clerk 及 Intern 的值班時間及次數符合衛生福利部規定。但在訪查時發，現仍有 Intern、PGY 或住院醫師值班時需同時負責 3 個樓層病房的情況，表面上看值班時數符合規定，實則危及學習品質及病人安全。
2. 課程委員會設置辦法已明訂學生委員三名，但自評資料所檢附之課程委員會設置辦法，並未有明確訂定學生代表三名之規定，與實際情形不一致。而該辦法第三條規定代表任期三年，但因教師及學生代表人員會依學年度更新，任期一次三年是否妥適，宜再考量。

準則判定：部分符合

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。

前次評鑑發現：

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

本次評鑑發現：

針對三家附屬醫院臨床教學評量整合一致性與連貫性的問題，醫學系期望藉由學科主任設立及三院聯合醫教會定期開會之機制加以改善，目前雖有學科主任聘任辦法，然而醫學系主任如何從三家附屬醫院中挑選與聘任學科主任，尚無明確依據，且學科主任是否能整合三家附屬醫院之實習課程規劃，尚無具體實證，而由新制醫學系臨床實習基礎內外科執行實況，從教師與學生訪談中突顯三家附屬醫院臨床教學整合一致性及連貫性仍有改善空間。而教師也反映評量寬鬆與嚴格程度會影響學

生對教師滿意度評量結果，醫學系建議針對三家附屬醫院評量之實習成績進行差異調整，此作法是否符合學理依據，仍有待商榷。

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。

前次評鑑發現：

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

本次評鑑發現：

前次評鑑發現雙和醫院師資與住院醫師人數顯著最少，自 103 至 105 學年度起，雙和醫院專任主治醫師從 179 人增加至 219 人，具部定教職師資人數與比例亦逐年提升，從 87 位(43%)至 121 位(50%)，尤其師資缺乏之眼科及皮膚科，師資質量已有顯著改善；而院內住院醫師數量從 41 位增加至 92 位，人數明顯提升。雙和醫院雖有改善，但萬芳醫院之住院醫師人數卻反而減少，自 102~105 學年度內科系住院醫師人數由 39 人降至 28 人，婦產科維持 3~4 人未變，兒科住院醫師人數維持 4~6 人，而外科系住院醫師人數則從 102 學年度的 18 人降至 105 學年度的 14 人，故「應有足夠數量之住院醫師擔任指導老師」的問題並未全面改善。學生反應向住院醫師學習的機會仍然不足。

此外，醫學系為提升住院醫師的臨床教學能力及品質，舉辦「Residents as Teachers」師資培訓工作坊，並利用標準化學生，讓受訓學員執行教學練習，藉由講師之講解，提升教學技巧，同時標準學生對受訓學員的回饋，可使受訓學員調整教學方式，提升教學品質。然而實地訪談中，發現住院醫師仍有相當多人並未參加或無印象有習得這些技巧，規劃與實際狀況仍有落差。

準則判定：部份符合

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。

前次評鑑發現：

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

本次評鑑發現：

醫學系訂有「學科主任聘任辦法」，每年定期由院長及系主任共同主持會議，與學科討論每年之教學、研究、服務現況，並由系主任、副系主任及行政老師檢視不同教學地點之教學內容，透過聯合醫學教育委員會或是期中訪視方式進行，已比之前有所改善，亦建立行政機制以求整合教學內容，但經由與同學晤談的反應，三院實際執行時仍有落差。

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。

前次評鑑發現：

雙和醫院因為距離校區較遠，交通成了學生學習上的困擾，最早交通車到院時間無法及時趕上晨會之開始時間，而晚間離院時間也造成學生學習責任制延長學習時之困擾。

本次評鑑發現：

醫學系針對醫學生實習，依規定提供實習保險、學習之援助與相關獎助學金。針對前次評鑑報告之發現，雙和醫院接駁車由原本 20 人小巴士換為 43 人大巴士，開車時間由早上 7:00 班次改為 6:50 發車，目前上班次為 06:40 一班(一大巴)、06:50 一班(小巴)、08:10 一班(小巴)，下午 05:40 車輛由 20 人座改為 43 人座。經晤談於雙和醫院實習之醫學生，對學校接駁車發車時間及次數，均表示能滿足教學需求，並無延遲學習之困擾。

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。

前次評鑑發現：

1. 臨床教學雖有明確的進步，但仍須加強訓練學生的主動學習及邏輯思考與推理判別的精神。由觀察床邊教學時發現，教師雖然提出相關臨床重點及提問，但太急於提供答案，啟發性不足，教學的內容對於七年級醫學生而言略嫌簡單，無法呈現實質 primary care 之深度，學生之應答較為被動，仍是單向式知識的教授，仍缺少互動及啟發式討論。
2. 觀察門診教學時發現，學生僅為觀察教師問診，並未實際動手做，而學生也鮮少發言，僅止於聽講，或簡單地回答教師的問題，床邊教學、臨床技能(含 OSCE)、教學門診與 CbD 方式皆有改善的空間。

本次評鑑發現：

在本次訪評中發現，臨床教學的確有相當的進步，各教學醫院也為了教學而設立數位教學型主治醫師。但從教學門診、教學住診之 CbD 評量與跨領域團隊討論會發現，教師具教學熱誠，但教學方法仍傾向單向知識性傳授，急於給予答案，缺乏啟發之互動式討論的缺失仍然存在。對於工作中評量工具(workplace assessment tools)如 mini-CEX、CbD、DOPS，配合雙向回饋，以及運用臨床思路訓練邏輯思考等教學技巧尚待加強。此外，大堂課的學生出席率不高、某些 PBL 小組討論淪於讀書報告，亦顯示教師的教學方法有改善的空間。

在教學環境方面，雖然校方成立了情境教學中心，但實際臨床教學的空間有些仍在狹小的醫師辦公室進行，使得師生以及不同層級之醫學生、住院醫師間之互動不佳，影響學習成效，顯示醫院在新建或改建時，並未將學生、住院醫師之學習視為重要的部分。

準則判定：部分符合

2.2.1.3 醫學系之教師必須督導醫學生的臨床學習。

前次評鑑發現：

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

本次評鑑發現：

在北醫附設醫院的某些科別，可能由於住院醫師的數量較少，醫學生在臨床輪訓時遇到問題，學生除了詢問主治醫師及總住院醫師外，許多時候只能向專科護理師學習。

且從教師與學生訪談得知，對醫學生臨床實習的教學與督導，仍然局限於某些特定的臨床教師，尤其是主要落在教學型主治醫師身上，對於主治醫師之教學貢獻度缺乏有系統性的評估和獎勵機制，也未與考核及升等制度作充分密切結合。

準則判定：部分符合

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。

前次評鑑發現：

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

本次評鑑發現：

臨床實習課程設計有學習護照、mini-CEX、DOPS、CbD、e-Portfolio 等多種評估方式，以評量學生的實習表現。北醫三家附屬醫院亦辦理師資培育課程，105 年共辦理了 335 場次之教學能力提升與教學技巧課程，包含一般醫學示範中心培育 ACGME 六大核心能力教學評估(含 CbD、mini-CEX 評估技巧)。此外，在三家附屬醫院教學負責人會議前，會進行區間性的作業查核，評估各科臨床指導老師回饋方向以及回饋項目，並於教學負責人會議提出檢討以期加以改善。

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。

前次評鑑發現：

學生的臨床學習主要以床邊教學及 case-based discussion 為主，床邊教學先由指導教師挑選適合教學的臨床個案，由學生實際操作，指導教師從旁觀察並做示

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

本次評鑑發現：

教師藉由 e-Portfolio 系統平台給予學生回饋，透過提醒及字數規定，已具初步即時回饋成效。然而除了線上回饋外，針對學生個別表現仍須在臨床教學現場當面給予更具體、個別差異性回饋，並且鼓勵學生先主動自我反思評估自我表現之優勢與缺點，以及與學生共同建構如何改善其技能、行為和態度之學習重點和策略，以達到教學與 formative assessment 的教育訓練目的。

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)。

前次評鑑發現：

學生的臨床學習主要以床邊教學及 case-based discussion (CbD)為主，除了是以教學為目的所設定的學習課程之外，同時也有具備了形成性評量(formative assessment)的功能，教師可更詳實地針對學生表現的優點，尤其是行為和態度方面，予以更多的口頭或書面上的回饋，激發學生的反思。對於學習單元期中(一週後)所進行之 CbD 評量，應該即時性讓學生獲得回饋意見，對於整體表現較不理想的面向(五等第 Likert scale 小於 4 分)，例如，身體診查與治療策略思維，應該積極安排補強課程，必要時可於課程結束後再安排後測，以確認學習效果。

本次評鑑發現：

醫學系醫學人文課程分小組進行，並安排許多參訪活動。評量學生的方式，除了筆試測驗知識，還會要求撰寫參訪心得報告或是小組上台報告，學生必須主動訪問、上網查閱蒐集資料，以及撰寫報告。教師會審閱心得或是指導報告，藉此評估學生的行為與態度，並給予回饋意見。

至於基礎與臨床整合課程則安排筆試評估學生的知識；實驗課程則以跑台或是技術操作等評估學生的技能；PBL 小組討論課程則根據整合課程的模組，設計許多臨床教案，由於許多臨床知識尚未教導，學生必須主動學習，上網搜尋或是查閱圖書，學習臨床知識，才能在小組討論中提出報告或是參與小組的討論。PBL 教師採用 Rubric 評量表，依據學生的發言邏輯性、查閱資料的完整度、書面報告的內容，以及討論的參與度進行評估。

在臨床教學方面，教師藉由 e-Portfolio 系統平台給予學生回饋，透過提醒及字數規定，已具初步即時回饋成效，然而除了線上回饋外，針對學生個別表現仍須在臨床教學現場當面給予更具體、個別差異性回饋，並且鼓勵學生先主動自我反思評估自我表現之優勢與缺點，以及與學生共同建構如何改善其技能、行為和態度之學習重點和策略，以達到教學與 formative assessment 的教育訓練目的。

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。

前次評鑑發現：

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

本次評鑑發現：

1. 醫學人文、基礎醫學各學科對學生的評量，仍多以學業或技術表現為評量準則。對於學生臨床實習表現的評量，雖有雙向的回饋機制，但教師對同學的回饋內容，仍多著重在技能及專業知識的學習，而較少對同學行為及學習態度的回應。例如某科病房以病例為基礎討論(CbD)教學評量，由實習醫學生(Intern)報告主照顧之病人，主治醫師具教學熱忱態度，以指導式方法教導醫學生抗生素選擇與影像學檢查判讀，而基於成果導向醫學教育(outcome-based medical education)之概念，應

以學習者為中心，藉由實地照顧病人進行工作中學習與評量，加強臨床思路 (Clinical reasoning) 訓練與激發學員主動思考，避免侷限性記憶知識傳授。

2. 教師藉由 e-Portfolio 系統平台給予學生回饋，透過提醒及字數規定，已具初步即時回饋成效，然實地訪視發現，有關住診教學的評量只有病歷的修改，並未見有關於學生核心能力的回饋。跨領域臨床人文反思課程的學生報告沒有教師的回饋。

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。

前次評鑑發現：

1. 臨床某一科之床邊教學於討論室中進行 case discussion，以小班上課為主，討論一名 13 歲因腹痛住院的女性病患，教師會交替詢問醫學生臨床思維及鑑別診斷，學生較少主動性提問或發表意見；臨床推理較少著墨於循序性的病史詢問、流行病學、以及理學檢查等層次所累積的邏輯推理診斷，而輕易地倚賴相信專科性影像學檢查(腹部超音波、甚至具 invasiveness 之內視鏡)的結果。
2. 教學門診中發現，學生不甚熟悉閩南語，與病人及家屬之溝通略感困難，應加強語言與溝通能力的練習。

本次評鑑發現：

針對前一次評鑑之發現，北醫附設醫院於 105 年辦理 2 場醫學台語應用課程，受訓 82 人次；萬芳醫院於 105 年辦理 3 場醫學台語應用課程，受訓 809 人次；雙和醫院教師發展中心則於 105-106 年共舉辦 8 場次醫用台語課程，藉此提升實習醫學生及醫護人員閩南語溝通能力。

不過，從教學門診、教學住診之 CbD 評量與跨領域團隊討論會之實地訪視發現，教師具教學熱誠，但教學方法仍傾向單向知識性傳授，較少有針對醫學生推理、決策、解決問題能力的討論與帶領。而教學方法，多仍用傳統的 lecture 教授模式，較少有引導學生主動思考能力的練習法。對於工作中評量工具(work place assessment tools)如 mini-CEX、CbD、DOPS，配合雙向回饋，以及運用臨床思路訓練邏輯思考等教學技巧亦尚待加強。

準則判定：部分符合

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。

前次評鑑發現：

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

本次評鑑發現：

1. 醫學系有人際溝通課程的開設，在情境教學中心也有包括標準化病人、OSCE 等醫病溝通的練習的管道。尤其，在醫五跨領域課程的安排中，醫學系可以提供醫學系學生對護理工作人員的工作有更深一層的認識與同理心的培養。但在實地訪評中發現，醫學生在真正臨床上面對病人時，不論在語言、溝通能力、人際互動各方面都仍有極大的改進空間。
2. 實習醫學生參與教學門診進行病史詢問，主要仍以醫學資訊內容為主，並無詢問心理與社會/家庭面向，臨床教師指導以實驗數據教學為主，並未關注到學員在身體診察、衛教、溝通技巧以及病人焦慮心理態度面向之表現。在回饋方面，教師較多單向給予學員知識性的指導，較少雙向互動的回饋。
3. 針對醫學生之學習成效與住院醫師學習如何參與跨領域團隊合作照護，需要更周全的準備與執行策略，如事先給予病人之相關資料與討論議題大綱，各職類照護專有名詞之初步了解，跨領域會議後之回饋仍需加強以病人為中心之延續照護以及所需要之家庭及社會資源支持等。

準則判定：部分符合

第三章 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。

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。

前次評鑑發現：

- 1.103 學年申請入學學生有 110 名(含繁星入學 30 名)，占一般招生比例達 81.5%，由「大學指考分發入學」的名額僅剩 25 名，占比不到百分之二十。如此策略必須要有更顯著的分析數據佐證，以提供「申請入學」學生於各方面的表現均優於「指考入學」學生之具體證據，方能達到適性揚才的效能，並且符合社會對醫學教育的期待。
2. 自 102 學年起，醫學系繁星入學增加面試機制，大學端選才的責任更為重大，北醫大繁星入學名額由 19 名增加為 30 名，醫學系須以符合「繁星計畫」精神的思維，而非沿用「一般個人申請」的面試方式，謹慎選才，達成「協助弱勢學生，平衡城鄉差距」之社會責任。

本次評鑑發現：

醫學系有多元入學管道，對於不同入學管道的學生表現有追蹤分析，例如「103~106 年度國考分析數據」顯示，非一般生之國考通過率仍有改善進步空間，醫學系對未通過國考的學生應探討學習困難因素，並提出具體課業與心理輔導方案。

此外，醫學系之繁星推薦面試安排時間與個人申請分屬於不同週次，主要考量在於繁星推薦之申請學生與個人申請學生之招生屬性不同，必須分開辦理甄試。且於繁星推薦面試內容及過程中，面試委員及評分標準更著重及發掘學生是否來自非明星高中或是弱勢族群，但學業及其他方面依舊有傑出之表現者。

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。

前次評鑑發現：

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

本次評鑑發現：

實地訪評發現在教學醫院中，醫學生們都普遍感受到臨床醫護人員教導的熱忱，校方也極力推展跨領域人文反思課程，希望提供醫學生們對團隊合作以及同理心等省思機會。但前次評鑑報告提及「住院醫師招收不足影響醫療品質與病人安全」，在此次的追蹤評鑑中，仍發現教學醫院某些科部之住院醫師人數實在太少，以至於學生們無法於第一時間得到問題的諮詢管道，例如萬芳醫院自 102~105 學年度內科系住院醫師人數由 39 人降至 28 人，婦產科維持 3~4 人未變，兒科住院醫師人數維持 4~6 人，而外科系住院醫師人數則從 102 學年度的 18 人降至 105 學年度的 14 人，故應有足夠數量之住院醫師擔任指導教師以確保其教學品質。

此外，醫學系須確保女學生在教室及圖書館能有不被騷擾的學習環境，在醫院需有重視病人隱私的醫療及教學環境。實際與學生晤談發現，醫學系有教師上課以女性子宮開玩笑，確有不妥，突顯該系性別平等教育不足(依據現行評鑑準則條文 1.1.0.2)。

準則判定：部分符合

第四章 教師 Faculty

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。

前次評鑑發現：

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

本次評鑑發現：

1. 在 103 年追蹤評鑑時，通識教育中心是人社院的二級單位，目前通識中心是一級單位，而且教師、行政人力及空間都大幅增加（行政人力 10 人、教師 27 人、空間 91 坪），尤其是通識教育中心的三個實質（語言中心）或功能（人文藝術中心及反思寫作中心）中心，都有自己的行政單位，讓通識中心的功能持續擴展。北醫醫學人文是大一貫穿至大五的必修課。參與醫學人文教育的教師來自醫學系醫學教育暨人文科，分別主修教育、臨床教學及醫學倫理，其他如人社院的醫學人文研究所、醫法所及腦科學研究所的教師也支援醫學人文授課，所以具備足夠數量的教師以開授多元課程。
2. 基於教學學分的需求，教師願意擔任 PBL 小組教學教師，但小組教學教師續任率不高。擔任小組教師前須參加教師培訓研習營，但參加一次研習營之效期為三年，對於教師教學能力之培訓要求似乎不高。此外，實地訪評發現，五年級學生之身體診察教學並非由主治醫師擔任，而是由一位完成 PGY 訓練、現為研究助理的醫師擔任指導教師，此種非制度性的設計是否恰當，宜加以檢討。
3. 前次評鑑發現住院醫師招收不足，影響醫療品質與病人安全，於本次評鑑中發現萬芳醫院自 102~105 學年度內科系住院醫師人數由 39 人降至 28 人，婦產科維持 3~4 人未變，兒科住院醫師人數維持 4~6 人，而外科系住院醫師人數則從 102 學年度的 18 人降至 105 學年度的 14 人，住院醫師總人數由 102 學年度的 109 人降至 105 學年度的 92 人，學生反應未有足夠數量之住院醫師擔任指導老師，影響教學品質。

準則判定：部分符合

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。

前次評鑑發現：

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

本次評鑑發現：

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，已有明確的政策，並訂有「臺北醫學大學教師聘任升等實施辦法」，教師新聘升等分為學術研究型、教學實務型及產學應用型等多元途徑，惟目前仍未有教師以「教學實務型」方式升等。

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。

前次評鑑發現：

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

本次評鑑發現：

北醫訂有「教師聘任規則」，明訂教師受聘後之基本權利義務，例如升等年限、授課時數、兼課兼職等，並於教師報到聘任時，簽署相關文件，同時核發教師

聘約，聘約內容包含聘期、責任、薪資制度、權利和福利等資料。此外，每學期辦理新進人員引導訓練，新進教師必須參與說明會並備有培訓手冊。

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。

前次評鑑發現：

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

本次評鑑發現：

北醫訂有「臺北醫學大學教師聘任升等實施辦法」，教師新聘升等分為學術研究型、教學實務型及產學應用型等多元途徑。此多元教師升等制度，三家附屬醫院會於院務會議，以及各科部科會中宣導與說明新制升等制度。升等的相關訊息及辦法等，於學校的行政網路公告。

此外，北醫針對升等年限將屆教師(未來兩年內)每學期辦理輔導，由教師針對教學、研究及服務填寫「升等年限屆滿教師輔導評估表」之個人評估，再由科系所主管提出具體輔導措施及建議，送校方「升等年限將屆教師輔導」追蹤會議，提供具體建議並持續每學期定期之追蹤。

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。

前次評鑑發現：

根據訪談及查看資料，學校鼓勵醫學人文及通識教師常和專業或臨床教師共同申請科技部教學計畫，例如解剖學與醫學人文教育專長的教師共同做解剖學相關之教學研究，一則提昇教學品質，再則讓教學型專科教師撰寫教育相關論文，未來可用在教學實務升等上，加速落實北醫積極推動的多元升等策略。

三院師資之年資或教職分佈不盡相同，必須考量對不同階段的醫師，尤其是對年輕、無教職、有教學熱誠的教師，是否有實質鼓勵作用，或者可能因相對剝奪而造成負面的影響；再者，若沒有完善的配套辦法，以研究為主的教師通常較易取得

升等教職的機會，薪資結構中若過多偏重研究及教職比率，將有可能影響臨床教學的推行。規劃中之「未來多元升等試辦計畫」中對教學績優的教師必須要有更多具體的鼓勵辦法，建全醫學教育教師(teaching tract)升等途徑，以達到研究與教學的平衡發展。

本次評鑑發現：

1. 教師升等不易，雖然學校已設有教學實務型升等辦法，且學校盡力協助指標性教學型主治醫師升等，但教學型主治醫師普遍感覺不易以此管道升等，仍認為需要努力於臨床專科之研究論文才可能升等。
2. 林校長座談時曾提出未來百師計畫，而且以臨床教職為優先考量，然而無教職之第一線臨床教師對此政策和資訊並不熟悉，期待學校與醫院端應多加宣導，並提供具體師資培育方案，鼓勵協助臨床教師獲得教職。

準則判定：部分符合

第五章 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。

前次評鑑發現：

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

本次評鑑發現：

目前醫學系系主任兼任醫學院教學副院長，相當具有熱忱，積極投入醫學系系務工作，擔任各式委員會主任委員，擁有相當之決策權力，且於院級、校級各式委員會中也擔任委員。醫學系系主任認為每年經費堪稱足夠。

準則判定：符合

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。

前次評鑑發現：

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

本次評鑑發現：

前次評鑑時仍籌建中的第二校區，已於今年(106年)初建置完成了「大安校區」。大安校區大樓包含地下六層，地上十九層（無4樓及14樓），總樓地板面積達7000多坪。大安校區鄰近大安及信義區，交通便利，除了1~7樓由附設醫院及口腔醫學院發展作為醫療用途，其餘樓層進駐的學校單位有醫學模擬教育中心、示範病房、遠距教學、雲端醫院展示中心、人體研究處、資訊處、事業發展處、進修推廣處、人社、公衛、管理學院所屬部分系所等教育研究、訓練及行政單位進駐，北醫長年以來所面臨的空間問題稍獲得解決。

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。

前次評鑑發現：

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

本次評鑑發現：

前次追蹤評鑑發現雙和醫院交通便利性之問題，此次實地訪評，雙和醫院接駁車已由原本20人小巴士換為43人大巴士，開車時間由早上7:00班次改為6:50發車，目前上班次為06:40一班(一大巴)、06:50一班(小巴)、08:10一班(小巴)，下午05:40車輛由20人座改為43人座。經晤談於雙和醫院實習之醫學生，對學校接駁車發車時間及次數，均表示能滿足教學需求，並無延遲學習之困擾。

準則判定：符合

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。

前次評鑑發現：

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

本次評鑑發現：

前次評鑑報告提及「住院醫師招收不足影響醫療品質與病人安全」，在此次的追蹤評鑑中，仍發現教學醫院某些科部之住院醫師人數實在太少，以至於學生們無法於第一時間得到問題的諮詢管道，例如萬芳醫院自 102~105 學年度內科系住院醫師人數由 39 人降至 28 人，婦產科維持 3~4 人未變，兒科住院醫師人數維持 4~6 人，而外科系住院醫師人數則從 102 學年度的 18 人降至 105 學年度的 14 人，故「應有足夠數量之住院醫師擔任指導老師」的問題有更加惡化之趨勢。

在教學環境方面，於實際訪視時，發現部分臨床教學在狹小的醫師辦公室進行，使得師生以及不同層級之醫學生、住院醫師間之互動不佳，影響學習成效，顯示臨床教學所需的教學空間並未得到醫院充分的重視。

準則判定：部分符合

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。

前次評鑑發現：

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

本次評鑑發現：

前次評鑑報告提及「住院醫師招收不足影響醫療品質與病人安全」，在此次的追蹤評鑑中，仍發現教學醫院某些科部之住院醫師人數實在太少，以至於學生們無法於第一時間得到問題的諮詢管道，例如萬芳醫院自 102~105 學年度內科系住院醫師人數由 39 人降至 28 人，婦產科維持 3~4 人未變，兒科住院醫師人數維持 4~6 人，而外科系住院醫師人數則從 102 學年度的 18 人降至 105 學年度的 14 人，故住院醫師問題有更加惡化之趨勢。於學生的訪談中，亦發現醫學生於臨床實習中，有許多時段因無住院醫師指導，仍然是由專科護理師給予指導。

準則判定：部分符合

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。

前次評鑑發現：

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

本次評鑑發現：

住院醫師與 PGY 醫師對目前工作量尚稱合理，大都能符合工時與值班隔天 PM 休息規定，也具有教導醫學生之意願，部份住院醫師對「Residents as teachers」師資培育課程表示肯定，認為有助於提升教學技巧之成效，惟實際訪談中，部分住院醫師並未完成或無印象有學習到相關內容。校方為提升臨床教學的品質，增設了 12 個次專科教學主任，在各教學醫院也設有教學型主治醫師的編制。但在實地訪評時發現，大多數臨床教師對現行新制醫學生課程進入臨床實習制度轉變並不熟悉，對於不同年級醫學生其學習目標仍不清楚。對輪訓到該次專科的 Clerk、Intern 仍是採取不分程度、全面一貫的教學內容。教師培訓時，對各層級醫學生的學習目標宜有明確的說明。

準則判定：部分符合

肆、總結及認證結果

一、總結

總體而言，此次追蹤評鑑發現學校在教學方面，無論是硬體建設（大安校區模擬教育中心，正在建設中的人文及社會科學院大樓，雙和校區教學研究及生醫科技大樓）或增加教學人力（增設次專科教學主任，教學型主治醫師的增置），各方面都投入了相當大的努力。各層級醫學生或畢業校友也都感受到校方在教學方面的努力。雖然，在整體健全教育制度（住院醫師的不足），以及臨床教學文化的建立，仍還有進步的空間，但學校這些年在教學改進方面的努力是值得肯定。經由此次兩天的追蹤評鑑，給予該校的整體建議包括：

1. 醫學系仍應該持續追蹤學生的學習與成長，特別是新制醫學系課程的規劃與安排，是否達成醫學系學生畢業前該有的學習目標與成果。
2. 應力求所有訓練醫院提供具等效性及等同性的臨床實習訓練，除了三家附屬醫院的等同性仍需持續加強努力外，其他合作訓練醫院的訓練內容是否等同及等效，也需要加以關注。
3. 加強對於學生的關懷與輔導，並對於臨床實習於各單位實習期間，給予更多即時性和具體描述優缺點之回饋。
4. 為提升醫學生自主學習而開設之初階臨床體驗(On doctoring)課程參與之醫學生人數不多，甚至有逐年減少之現象。至於所開設之半自主學習或全自主學習的課程中，醫學系學生參與的人數也不多，應持續加強鼓勵並確實使醫學生修習相關課程，以達培育醫學生主動、獨立、終身學習之目標。
5. 多培育具有教學熱忱及教學技巧的師資，避免大多數的教學責任都落於教學型主治醫師，應努力促使所有教師都共同致力於學生的教學，促進整體教學文化的建立。
6. 雖然已訂定多元升等的辦法，但醫學系教師及主治醫師普遍認為採教學型教師升等管道之困難重重，學校仍應持續加強努力輔導教師，並於制度與實際執行上展現出真正多元升等的成果。
7. 對於各項問卷調查結果及教學相關監測之結果，應有進一步分析與檢討，以持續改進教學品質。
8. 三家附屬醫院應持續努力改善各方面的條件，以招聘更多住院醫師，並強化

Resident as Teachers 之師資培育，以建構完善、整體之臨床教學環境-從主治醫師、住院醫師至醫學生。

9. 住院醫師、PGY 醫師之值班範圍應加以適當規範，以使醫學生之夜間學習得以在適當範圍內，於有住院醫師、PGY 醫師之指導下學習，以達成夜間實習之成效。
10. 醫院高層應更加重視於醫院內教學空間的改善，於各單位設有充足適當的教學空間與設備，以促進臨床學習效果。
11. 新制醫學系學生之臨床教學課程之規劃、設計與執行仍需持續監測，並檢討改善。同時，應加強宣導，以使三家附屬醫院之主治醫師及住院醫師了解新制醫學系臨床實習課程之規劃、學習目標及執行上與舊制醫學系之差異，以確保新制醫學系學生之臨床學習能達成該有的成果。
12. 病理學及藥理學並未加入整合課程中，此種安排是否妥適，仍應請持續加以檢討如何安排，較能確實達成整合課程之目的。

二、認證結果：

維持通過，於 2019 年執行全面評鑑。

附錄

TMAC 106 年度 臺北醫學大學醫學系訪評行程

【第一天】106 年 11 月 23 日(週四)

共同行程(學校)

時間	訪視活動內容	地點
09:00~09:10	人員介紹(Opening)	北醫前棟 4 樓誠樸廳
09:10~09:30	學校簡報(辦學簡介及改善執行概況)	
09:30~10:30	意見交換與討論	
10:30~11:15	座談：張文昌董事長	北醫前棟 3 樓會議室
11:15~12:00	座談：林建煌校長	
12:00~13:00	午餐	北醫前棟 3 樓會議室

分組 A：醫院教學組(附醫)

時間	訪視活動內容	地點
13:00~13:20	教學醫院簡報(臨床教學簡介及改善執行概況)	附設醫院第一醫療大樓 1051 會議室
13:20~13:50	意見溝通與討論	
13:50~16:00	*實地參訪與資料查證	
16:00~17:00	晤談：臨床學科教師	
17:00	賦歸(至 TMAC 會議室)	

分組 B、C：醫院教學組(萬芳及雙和醫院)

時間	訪視活動內容	地點
13:00~13:30	交通接駁(至各教學醫院)	萬芳醫院五樓第一會議室/雙和醫院第一醫療大樓 5 樓簡報室
13:30~13:50	教學醫院簡報(臨床教學簡介及改善執行概況)	
13:50~14:20	意見溝通與討論	
14:20~16:00	*實地參訪與資料查證	
16:00~17:00	晤談：臨床學科教師	
17:00	賦歸(至 TMAC 會議室)	

分組 D：通識與醫學人文、基礎與臨床整合組(學校)

時間	訪視活動內容	地點
13:00~16:00	*實地參訪與資料查證	北醫前棟 4 樓誠樸廳
16:00~17:00	晤談：人文通識及基礎學科教師	圖書館 5.6 號
17:00	賦歸(至 TMAC 會議室)	

【第二天】106年11月24日(週五)

分組 A：醫院教學組(附醫)

時間	訪視活動內容	地點
07:30~09:30	*實地參訪與資料查證	附設醫院第一 醫療大樓 1081 會議室
09:30~10:30	晤談：主治醫師、住院醫師及 PGY 醫師	
10:30~12:00	晤談：醫學生(5~7 年級)	

分組 B、C：醫院教學組(萬芳及雙和醫院)

時間	訪視活動內容	地點
07:30~09:30	*實地參訪與資料查證	萬芳醫院五 樓第一會議 室/雙和醫 院第一醫療 大樓 5 樓簡 報室
09:30~10:30	晤談：主治醫師、住院醫師及 PGY 醫師	
10:30~11:45	晤談：醫學生(5~7 年級)	
11:45~12:15	交通接駁(返回學校)	

分組 D：通識與醫學人文、基礎與臨床整合組(學校)

時間	訪視活動內容	地點
08:00~10:30	*實地參訪與資料查證	北醫前棟 4 樓誠樸廳
10:30~12:00	晤談：醫學生(1~4 年級)	圖書館 5.6 號

共同行程(學校)

時間	訪視活動內容	地點
12:00(12:15)~13:00	午餐	北醫前棟 3 樓會議室
13:00~14:00	晤談：陳適卿醫學院院長	
14:00~15:00	晤談：劉燦宏醫學系主任	
15:00~16:00	訪評委員共識討論	
16:00~17:00	綜合討論	北醫前棟 4 樓誠樸廳
17:00	賦歸(TMAC 將有專車接送委員至高鐵站)	

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