馬偕醫學院醫學系

追蹤訪視報告

TAIWAN MEDICAL ACCREDITATION COUNCIL
醫學院評鑑委員會

108 年 6 月

馬偕醫學院醫學系

107 年追蹤訪視報告

（訪視日期：民國 107 年 11 月 19 日至 21 日）

訪視小組：

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	楊仁宏	慈濟大學醫學院院長/醫學院評鑑委員會委員
委　員	蔡哲嘉	高雄醫學大學醫學院副院長
	陳琮琳	國立成功大學醫學院副教授
	曾芬郁	國立臺灣大學醫學院教授/醫學院評鑑委員會委員
	朱娟秀	臺北醫學大學教務處教務長
	呂佩穎	高雄醫學大學人文社會學院院長/醫學院評鑑委員會委員
行政人員	鄭國良	醫學院評鑑委員會管理師

目錄

壹、學校/醫學系概況及本次訪視重點
一、學校/學系概況.....1
二、前次訪視重要發現.....1
貳、訪視執行過程
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.....5
四、人員座談與晤談.....6
參、訪視發現
第 1 章　機構.....7
第 2 章　醫學系.....20
第 3 章　醫學生.....73
第 4 章　教師.....82
第 5 章　教育資源.....89
肆、總結及認證結果
一、總結.....96
二、認證結果.....99

附錄 107 年馬偕醫學院醫學系訪視行程.....100

壹、學校/醫學系概況及本次訪視重點：

一、學校/醫學系概況：

馬偕紀念社會事業基金會（以下簡稱馬偕基金會，即馬偕醫院董事會)，為了培養傳承馬偕精神的醫師，於民國 84 年成立醫學院籌備小組，民國 86 年向教育部提出申請設立馬偕醫學院。民國 94 年 6 月，馬偕醫學院獲得教育部通過准予籌設，98 年 3 月教育部同意立案。98 年 8 月，經歷 14 年的籌備，馬偕醫學院正式成立，招生醫學系學生 40 人、護理學系學生 40 人。隨後於 101 年 8 月成立聽力暨語言治療學系與生物醫學研究所碩士班,103 年成立護理學系二年制在職專班(105 學年度停招)與長期照護研究所。目前馬偕醫學院共有醫學系、護理學系、聽力暨語言治療學系、生物醫學研究所與長期照護研究所，以及全人教育中心。104 年更名為「馬偕學校財團法人馬偕醫學院」(以下簡稱馬偕醫學院)，現任學校董事會之董事長為劉世春牧師，於 107 年 10 月上任。校長為李居仁教授，106 年 8 月接任迄今。

醫學系目前包括 8 個基礎學科與 23 個臨床學科(包含醫學人文學科)。醫學系系主任為吳懿哲副教授，從 105 年 8 月接任至今，另有 2 位副系主任，分別為周逸鵬教授、李朝雄副教授。

二、本次訪視重點：

醫學院評鑑委員會 (Taiwan Medical Accreditation Council, 以下簡稱 TMAC) 依輔導新設立醫學院職責，自 99 學年度起，每年派遣訪視小組對馬偕醫學院醫學系進行訪視，最近一次為 104 年 11 月 17~20 日之全面訪視，訪視醫學系及教學醫院-馬偕紀念醫院之臺北院區(以下簡稱臺北馬偕醫院)與淡水院區(以下簡稱淡水馬偕醫院)，總共提出 81 項「符合，但須追蹤」(106 年改為「部分符合」)與 9 項「不符合」項目，並於訪視報告總結提出主要待改進事項如下：

(一)馬偕醫學系自 2009 年開始招收學生，現今第一屆學生已進到七年級實習。主任及幾位課程負責人（主任）對於醫學系各項事務均很熟悉，亦可見他們的努力，為醫學系事務可說是盡心盡力，惟全系專任教師人數長久以來嚴重不足，不論是基礎學科或臨床學科均呈現不足的情況。

(二)課程安排雖已盡心安排，但在醫學人文、基礎臨床整合課程及臨床實習等各階段之課程，仍有待努力改進之處。

(三)由醫學生訪談中，可見到多數學生對於醫學系很有向心力，表示醫學系在教學、照顧、輔導學生方面盡心盡力。

(四)經查閱書面資料與自我評鑑報告書，觀察醫學系三及四年級學生的小組討論，及與學生訪談，對醫學系三、四年級課程所見如下：

1.授課時數及授課內容的安排，基礎與臨床老師的授課內容有重複的現象。四年級的授課時數較重，一星期中學生的空堂時數不多。

2.觀察醫學系三、四年級PBL小組討論的進行，有些組的學生有以討論的方式進行學習，但也有些組別仍是以短講(mini-report)的方式進行。

3.醫學生大多能積極參與 PBL 開教案時製作觀念圖，老師也適時給與指點。但發現因製作觀念圖需要花較多的時間，而犧牲了對造成病人症狀的多種可能原因的腦力激盪，且導致有些組的學生，針對教案帶出來需要學習的知識，變更為分工合作式的學習，即學生只查詢觀念圖上某一部分的知識，再依賴別的同學所查資料做的筆記，去學習觀念圖上其他部分的知識 (包括 PBL 教案所定的主要學習主題)。醫學系宜深思如何在幫助學生架構所學的知識，及培育學生主動學習技能和深化學習知識之間取得平衡。

4.學生對 PBL 小組討論課程的目的不太明瞭，系上需再清楚界定 PBL 的目的是什麼，如此才能制定恰當的 PBL 學習流程，以能達到課程目的。

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

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

(六)在五、六、七年級的臨床教學方面，主要在馬偕醫院的台北院區、淡水院區進行，亦有部份時間至台東馬偕院或其他醫院進行短期實習，大致有足夠之科別單位、

病人種類及病人數量進行臨床實習，惟經實地訪視、學生與醫師之訪談、書面資料查閱仍有下列尚待該系努力的發現：

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

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

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

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

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

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

此次追蹤訪視依據 TMAC 認證準則，查驗前次訪視的 81 項「符合，但須追蹤」與 9 項「不符合」項目之實際改進成效。

貳、訪視執行過程：

一、研讀自評報告

馬偕醫學院醫學系於 107 年 6 月 29 日檢送自評報告至 TMAC。本次追蹤訪視小組成員共有 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，小組召集人於訪視前分別就該校「通識與醫學人文教育」、「基礎與臨床整合課程」、「臨床醫學教學」，以及認證準則所屬五大項目「機構」、「醫學系」、「醫學生」、「教師」、「教育資源」

等加以任務分組,委員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 18 日)晚間進行「實地訪視行前會議」,會中討論內容包括自評報告內容、任務分工及訪視執行注意事項等相關議題。

二、訪視設施/設備/教學課程/會議

TMAC訪視小組於107年11月19日至21日於馬偕醫學院醫學系進行三天實地訪視,訪查了醫學系與馬偕紀念醫院之設備、設施、相關會議與教學活動。茲分述如下:

(一)訪查教學設備、設施:

1.醫學系:解剖學實驗室、化學實驗室、漁人村心理輔導中心

2.教學醫院-馬偕紀念醫院:

馬偕紀念醫院為醫學中心級之教學醫院,實地訪視臺北及淡水兩院區,兩院區各有千床病房提供醫學生臨床實習。淡水馬偕醫院主要提供醫學生臨床實習的場所為恩典樓及馬偕樓,另有綜合研究大樓(中大型會議)及圖書館。臨床技能學習也以淡水馬偕醫院為主,設有臨床技能中心,包括訓練、平時技能測試及臨床技能國家考試的空間及設備。醫學生臨床實習課程為一體規劃,並於臺北和淡水兩院執行教學課程,已改善前次訪視所發現同一學科實習需兩院移動之問題;依臨床課程地圖,臨床學科教學計畫書堪稱完備,並有適時修正,依據學生訪談,教師上課模式已大為改善。依據學生訪談及檢視近兩年各項教學活動評量表,亦照教學計畫內容執行教學活動。各臨床實習科部皆訂有訓練計畫書,並利用 85 項臨床技能學習護照、核心課程登錄表、多元評值表、mini-CEX 、DOPS、CbL 及 CbD 評估等,紀錄學生的學習歷程。

馬偕紀念醫院由醫學教育部(以下簡稱醫教部)統籌及整合各臨床學科教學之執行;除各臨床學科訂有教學計畫及設置計畫主持人外,並有臨床導師、導生制度(導師導生比為 1:4)、院層級臨床輔導小組與輔導流程,以及臨床學科教學會議、臨床導師會議、醫學教育小組會議和醫教委員會等會議,共同負責醫學生生活、輔導與學業指導工作。

(二)訪視教學課程:

1.醫學系:

PBL 討論(三與四年級)、醫療發展進步史、英美短篇故事賞析、真理與悖論、環境變化與人類健康心理學概論、馬偕講座、普通心理學、化學實驗、人類遺傳學、病理學、

生理學、精神科學、醫療資訊學(教師運用學校虛擬教室平臺及線上討論進行教學，課堂上實際操作)、分子細胞生物學、放射治療學、解剖學實驗(同學分四組，每組有一位老師指導，同學多數專心學習，實驗室管理佳，乾淨且無福馬林味道)、生物學(教師使用 Zuvio 與同學互動)、臨床營養學(教師教學活潑，運用臨床案例討論，與學生有互動)。

2.臨床教學活動：

內科部視訊晨會 Grand round(Thyroid storm 個案報告)、淡水馬偕醫院一般醫學教學病房住診教學、一般醫學病房之臨床推理與病歷書寫、小兒科部之新生兒評估住診教學、精神科急性住院個案住診教學、一般醫學內科住診教學與心臟超音波示範教學、血液腫瘤科住診教學、婦產科晨會、小兒科晨會、急診室晨會等。值得一提的是，訪視期間，訪視委員觀察了臺北馬偕醫院婦產科的晨會(case conference)，包括主治醫師、住院醫師及實習醫學生約 50 人參與，討論一名 35 歲產婦下腹部間歇性疼痛，發現不正常子宮收縮並出現 fetal distress 現象，主持的主治醫師與部主任根據臨床症狀、超音波檢查逐步引導醫學生、住院醫師臨床思維，是一場很好的病例討論兼具教學意義。此外，急診室的 case conference，主治醫師黃明源以兩位病人 case 1 vaginal discharge、case 2 diffuse abdominal pain 引導學生診斷思考的推理過程，並營造學生參與討論、發表意見的氛圍。

三、查閱佐證資料或補充資料

1.研究倫理相關課程（課程大綱、課程投影片等)。

2.準則 2.3.15～17（文化、性別等議題)之相關課程、課綱資料，學習成效查閱。

3.查閱醫學人文課程委員會/性別平等委員會等會議記錄。

4.查閱醫學生研究計畫資料。

5.查閱通識課程學生修課資料成效。

6.查詢線上評量、雙向回饋及臨床教學滿意度執行現況。

7.教學醫院醫學教育小組會議與檢討機制、師資培育規劃與運作實況。

8.教學醫院外科住院醫師核准及收訓人數。

9.查閱 104~106 學年度校課程委員會會議紀錄。

10. 查閱 104~106 學年度指導馬偕醫學系五、六、七年級醫學生臨床實習(非臨床導師)的臨床教師身分別及各別指導學生數。

11. 查閱 104~106 學年度學生自評資料。

12. 查詢馬偕醫學院校級教師發展組織架構運作與年度師資培育課程、教師評鑑與教師升等法規、教師輔導、及鼓勵多元升等機制。

13. 查詢馬偕醫學院鼓勵教師從事學術研究之計畫補助成果獎勵措施；學校訂定教師在研究、學術責任及機構利益等相關利益衝突辦法，如產學合作案法規，以及學術倫理審查機制與實際運作情形。

四、人員晤談

TMAC 訪視小組於三天實地訪視期間，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、馬偕紀念醫院之臨床學科教師、主治醫師、住院醫師與 PGY 醫師，並與劉世春董事長、葉宏一董事、陳美麗董事、李居仁校長、醫學系吳懿哲系主任座談。總計晤談 5 位通識及醫學人文領域相關教師、7 位基礎學科教師、臨床教師與馬偕紀念醫院之主治醫師共 28 位、住院醫師與 PGY 醫師共 11 位，以及 1~7 年級醫學生共 43 位。

整體訪談結果顯示：(1)醫學生對教師教學熱忱之投入與醫學系用心規劃臨床實習課程予以肯定，表示住院醫師學長姐提供實質教導與協助，有助於臨床學習。(2)教師均相當程度投入醫學系與教學醫院在臨床醫學教育之改善計畫，並充分感受到學生給予肯定與鼓勵。(3)主治醫師與住院醫師樂於參與教導醫學生，傳授臨床醫學知識與技能，但表示需要參與醫學教育創新與教師培育課程，以精進教學方法與臨床技能評量技巧，期待未來能有機會在醫學系與教學醫院長遠發展。

追蹤訪視期間，承蒙馬偕醫學院、馬偕紀念醫院之主管、教師、醫師、行政工作人員和參與同學之充分配合與協助，使得此次追蹤訪視得以順利完成，謹此致謝。

參、訪視發現

依據 TMAC 認證準則，條列本次追蹤訪視之發現如下：

第 1 章 機構

1.0.1 醫學系隸屬之學校必須創造一個能孕育挑戰知識與探究的精神，並適於培育學生的醫學教育環境。

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

1.馬偕醫學院以發揚馬偕博士「寧願燒盡 不願銹壞」及校訓「敬天愛人 謙忍卓決」的服務奉獻精神，確立辦學目標與發展主軸，透過課程與教學模式、協助教師成長與等努力，發展書院式學習與輔導模式，連結校園與社區、人文與服務，以「生活馬偕」、「生涯馬偕」、「生態馬偕」及「生命馬偕」為策略，以期建立該校發展的主軸與特色，以培育未來之醫師。

2.由於馬偕醫學院目前除了醫學系外，僅有護理學系、聽力暨語言治療學系，以及生物醫學研究所碩士班、長期照護研究所碩士班，雖設有全人教育中心，然受限地理位置與校園及師資規模，較無法提供或設計更多元化的選修課程，也缺乏和其他專業領域學生或研究生互動的機會。因此，該校在創造一個能孕育挑戰知識與探究的精神的醫學教育環境，仍有待持續追蹤觀察。

3.畢業生針對所受醫學教育品質的滿意度調查，填答「不滿意」及「非常不滿意」的比率，104 年、105 年、106 年度分別為 5%、3%、11% 。106 年度度畢業生不滿意度增加之原因，有待校方進一步分析與追蹤。

準則判定：部分符合

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。

前次訪視發現：

1. 醫學系五年級的職前訓練有安排 nurse-shadowing program，讓學生能觀察體驗護理人員在醫療團隊中的角色，進入醫學系七年級也有安排 pharmacist-shadowing program，讓學生能體會學習藥師，在藥事作業中扮演的重要團隊角色，這些跨專業領域的學習可以提升彼此專業的認同與合作。
2. 學校規模有限，無法如同其他學校充分提供與其他專業領域之學生，以及研究生互動機會。
3. 目前只有醫學系、聽語系學生，雖在實習階段與其他健康相關領域學生有些互動，但在校互動甚少。
4. 臨床實習時，部份科部住院醫師人數較少或不足，因此未必能完整在住院醫師指導下學習。實際訪談醫學生時，亦有同學反應，臨床科部未有完全準備要指導如此多的七年級 Intern，因此他們剛開始時，常仰賴專科護理師給予指導。

本次訪視發現：

1. 馬偕醫學院執行教育部深耕計畫「大學實踐社會責任計畫（USR）－跨領域在地醫療諮詢」，整合醫學、護理、聽語三系資源，使醫學系學生有機會在 UGY 開始跨域與護理、聽語系的同學一起進行家訪等學習活動。然而，由於學校規模有限，學生無論在通識課程的多元性或在學習過程中，與其他健康相關專業領域或其他非醫學類學生及研究生互動之機會較為受限。
2. 馬偕紀念醫院為該校醫學系主要實習醫院，近 3 年各科部 PGY 及住院醫師收訓人數明顯改善，且臺北院區及淡水院區均設有一般醫學病房，並增設教學型主治醫師，醫學系主任及副主任分別擔任教學醫院醫教部主任及副主任，種種努力，使臨床教學環境較以往改善許多。實際訪談醫學生，同學多反應能受到教師、主治醫師與住院醫師的指導。惟，部分六年級醫學生夜間值班時，須至其他病房值班；部分同學值

班時所寫之入院病摘已過數日仍未見主治醫師簽核、批改，臨床教學之落實情況有待進一步加強。

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。

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

1. 馬偕醫學系多元入學管道以招收多種不同來源之學生，亦努力讓同學參加多元活動、多元發展，且利用暑假期間讓同學至醫療資源缺乏的偏鄉地區服務學習，體驗利他精神之實踐。
2. 馬偕醫學院身心障礙之教職員仍僅 1 人，未達政府法令規定。
3. 受限於學校規模，醫學系專任教師共 75 位(不含客座教授)，包括基礎醫學 18 位、臨床教師 55 位、醫學人文學科 2 位，其中一位講師聘期至 2018.07.31，另一位醫師於 107 學年聘任中；雖有醫學系醫學人文學科和校級全人教育中心的設置，但多元專業背景教師的聘任仍顯不足，須持續追蹤。

準則判定：部分符合

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。

前次訪視發現：

1. 醫學院設有性別平等委員會，委員人數共 16 人，男女各半，也包含學生代表三人，家長代表一人；訂有性別平等教育實施要點、推動性別平等教獎勵辦法、校園性侵害性騷擾或性霸凌防治規則、教職員工性騷擾防治、申訴及懲戒辦法，醫院負責單位為醫學倫理委員會，從課程、宣導、申訴管道、諮商輔導到心理輔導的機制皆具備。
2. 雖有課程及法規，但在臨床學習專業素養的評量內，未見醫學生相關學習評量。

本次訪視發現：

醫學院設有性別平等委員會，亦訂有性別平等教育實施要點、校園性侵害性騷擾或性霸凌防治規則等相關法規。教學醫院馬偕紀念醫院設「醫學倫理委員會」為性別平等負責單位，針對醫學生於職前教育中加以介紹任務職責，並由員工教育委員會針對教職員生每年規劃、安排性別平等及性騷擾防治相關課程。然 104 年至 106 年 12 月共七場員工教育委員會舉辦之課程，五、六年級醫學生參與人數皆為零，七年級學生人數以學年平均約 20 至 25 人，學生並未全體參與學習，仍未見校方或院方發展具體可行之性別平等教育成效的評量機制，有待持續追蹤。

準則判定：部分符合

1.2.1 醫學系隸屬之學校其校或院務委員會或董事會若干成員的任期應相互重疊，且任期應足以使他們能夠了解學校和醫學系。

前次訪視發現：

1. 第四屆董事會成員 19 人當中，有 11 人為上一屆董事會留任。
2. 校務會議委員涵蓋校長、一級主管、教師代表、技職代表、學生代表，其任期有相互重疊。

3.至於董事會每位成員是否能夠全盤了解學校和醫學系之運作，有待觀察。

本次訪視發現：

訪視期間，馬偕醫學院董事會劉世春董事長、葉宏一董事、陳美麗董事出席面談，表達全力支持醫學院、醫學系的發展，其中葉宏一董事是前馬偕醫學系創系主任，目前亦是馬偕紀念醫院的醫學教育副院長。因此，目前的董事會運作應足以了解學校和醫學系的發展與施政。學校與醫院之董事會成員亦有相互重疊，醫院董事會之董事長為學校董事之一，並負責學校董事會財務小組，展現醫院董事會對於學校之財務充分支持與發展。學校董事會成員及校務會議委員於前、後屆均有部分成員任期相互重疊。

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。

前次訪視發現：

1.有訂立明確之組織章程包括「馬偕學校財團法人捐助章程」及「財團法人馬偕醫學院內部控制制度」，規範相關之職責和權限，避免不當之利益衝突。

2.校長的職位是全職且專任的，對醫學系的發展扮演重要的角色，但目前魏校長仍兼職於陽明大學從事研究工作，對於醫學院及醫學系的發展，須持續觀察。

3.馬偕醫院董事會雙包案，是否影響醫學院任務之執行，須持續觀察。

本次訪視發現：

TMAC 訪視期間(107 年 11 月 19-21 日)，馬偕醫院董事長雙包案仍未完全定案，且財團法人台灣基督教長老教會馬偕紀念社會事業基金會董事於107年11月16日改選，但訪視期間馬偕紀念醫院院長仍由施壽全醫師代理，馬偕紀念醫院董事會與醫院高層人事與政策的紛擾，對馬偕醫學院之辦學的影響，仍須持續追蹤觀察。

準則判定：部分符合

1.3 醫學系負責人

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

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

醫學系主任之遴選依據馬偕醫學院系所主管遴選辦法，吳懿哲副教授依該遴選辦法被選出，接任前主任葉宏一教授擔任醫學系主任，吳主任亦兼任馬偕紀念醫院醫學教育部主任，是位心血管醫學專家，曾擔任醫學系臨床學科主任、馬偕紀念醫院醫學教育部副主任，經歷臺灣醫學教育學會學術委員會委員、歐洲心臟學會 Fellow、中華民國心臟學會出版委員會副主委…等學經歷，且過去擔任醫學系臨床學科主任(103-105 年，相當於目前的臨床副系主任)，有足夠的熱誠與能力領導醫學系任務及使命。

準則判定：符合

1.3.1 醫學系主任必須能與醫學院院長或負責醫學系最終責任的行政主管、以及學校其他人員有暢通的溝通管道，這是完成其職責的必要條件。

前次訪視發現：

1. 醫學系主任葉宏一教授，兼任馬偕紀念醫院教學副院長。臨床學科主任吳懿哲副教授，兼任馬偕紀念醫院醫教部副主任。透過校務會議、醫院院務會議、系務會議及各種委員會，與學校其他人員形成溝通管道。
2. 醫學系主任對師資員額與經費之使用權，仍有相當限制。

3. 馬偕醫學院規模尚小，醫學系主任與醫學院院長（校長）間溝通並無不暢通之問題，惟對於臨床科教員教學時數之是否可彈性認定，訪談中看出似乎過去並無一致看法或缺乏完整之溝通，以解決此一問題。

本次訪視發現：

醫學系吳懿哲系主任透過校務會議、醫院院務會議、系務會議及各種委員會，與校長及學校其他人員溝通管道通暢。吳系主任兼任馬偕紀念醫院醫教部主任，亦足以讓醫學系主管對醫學院與教學醫院之間相關事務的權力與責任有清楚之認知。此外，吳主任於擔任醫學系主任之前，擔任醫學系臨床學科主任兼馬偕紀念醫院醫教部副主任，對於系務相當熟悉，與各相關人員的溝通很容易進入狀況，而前次訪視發現臨床科教員教學時數之是否可彈性認定一事，校方亦已訂有認定辦法。

準則判定：符合

1.3.2 醫學系主任、教師、機構主管，以及校內相關部門和建教合作之主要教學醫院主管必須對醫學系相關事務的權力與責任有清楚的認識。

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

目前醫學系吳懿哲系主任兼任馬偕紀念醫院醫教部主任，醫教部設 3 位副主任，分別由彭純芝講師、林慶忠助理教授及陳旭照助理教授擔任；其中彭純芝副主任兼醫學教

育小組主席，協助負責規劃及督導五、六、七年級實習醫學生、PGY 及住院醫師教育課程，以及各科教學計劃之擬訂與執行、支援醫學系相關教學業務，並參與建教合作醫學院校之會議、協助教學醫院評鑑等業務。林慶忠副主任規劃安排臨床技能訓練中心(OSCE)之業務、協調及督導內科系五、六、七年級實習醫學生輪訓及住院醫師教育課程；陳旭照副主任負責協調及督導外科系五、六、七年級實習醫學生輪訓及住院醫師教育課程。

然而，醫學系李朝雄副系主任兼醫學系臨床學科主任，其主要任務為綜理所有臨床學科，但實際運作上僅負責 PBL Tutor 會議、醫學系三、四年級模組會議(規劃與整合基礎與臨床醫學課程)，其在馬偕紀念醫院中並未擔任主要督導醫學生實習和整合的工作，而是由醫院醫教部彭純芝副主任負責，並主持臨床醫學教育小組會議。此一運作機制與該校 107 學年度訂定「馬偕學校財團法人馬偕醫學院醫學系教學行政主管設置要點」所述：臨床（實習）學科主任則負責統籌和規劃本系五、六年級同學在實習醫院之臨床實習活動，並不相符。

此外，醫學系部分臨床學科主任並未同時兼任醫院中相對應的臨床科部主任，故，在臨床的教學及實習指導方面，需仰賴非專任教師之主治醫師，而臨床科部主任或主治醫師參與醫學系之事務較少，對醫學系的臨床教學、評量與教學成效等事務的瞭解不足，醫學系臨床學科主任是否可以充分整合臨床科部之教學訓練，仍有待持續追蹤。

因此，醫學系是否能主導並掌握實習醫學生學習的狀況，或與教學醫院之間的溝通、協調整合，須持續追蹤其成效。

準則判定：部分符合

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。

前次訪視發現：

1. 系主任下設系辦公室掌管 8 個委員會、基礎學科主任綜理 9 個學科、臨床學科主任綜理所有臨床學科；醫學系主任葉宏一教授，兼任馬偕紀念醫院教學副院長；臨床學科主任吳懿哲副教授，兼任馬偕紀念醫院醫教部副主任，這些資源與權力，可以讓

系主任來治理醫學系和評估醫學系成效，至於是否得到充分資源與賦權，則仍待後續觀察。

2. 醫學系主任對師資員額與經費之使用權，仍有相當限制。

3. 醫學系主任對於專任教師的聘任，顯然不能如其所願的順利聘任，以致無法將學生的教學繼續向上提升。其中部份原因，似乎來自不同部門主管，對於教學時數的認定，未能有一致的看法。人事單位有其看法，未能從寬依實際狀況認定；訪談中，校長雖認為應可從寬依實際狀況認定，但系主任顯然不知道校長的想法。

4. 系主任過去對於臨床科教學之掌握，因多數主治醫師均非醫學系教師，不易掌握教學情形。近幾個月醫學系主任同時擔任馬偕醫院教學副院長，較為容易掌握臨床教學之情況。但此制度非長久的設計，系主任任期已因實際需要超過該校自訂的規定，若換新的主任時，仍然不易掌握臨床科之教學治理與成效的問題。

本次訪視發現：

1. 醫學系設有兩位副系主任，周逸鵬副系主任兼基礎學科主任(綜理基礎學科)、李朝雄副系主任兼臨床學科主任(綜理所有臨床學科)、醫學人文學科主任及 8 個委員會，協助系主任推動各項系務發展。目前醫學系吳懿哲系主任兼任馬偕紀念醫院醫教部主任，醫教部設 3 位副主任，分別由彭純芝講師、林慶忠助理教授及陳旭照助理教授擔任；其中彭純芝副主任兼醫學教育小組主席，協助負責規劃及督導五、六、七年級實習醫學生、PGY 及住院醫師教育課程，以及各科教學計劃之擬訂與執行、支援醫學系相關教學業務，並參與建教合作醫學院校之會議、協助教學醫院評鑑等業務。林慶忠副主任規劃安排臨床技能訓練中心(OSCE)之業務、協調及督導內科系五、六、七年級實習醫學生輪訓及住院醫師教育課程；陳旭照副主任負責協調及督導外科系五、六、七年級實習醫學生輪訓及住院醫師教育課程。依此架構，醫學系吳主任於治理醫學系之相關業務上，有足夠的行政資源。

2. 系主任與醫學系相關主管之正式溝通主要透過系務會議、系招生委員會、系課程委員會等管道交流溝通。

3. 醫學系 104 學年度到 106 學年度基礎學科教師由 16 名增至 19 名(另含一名不佔缺教授)，臨床學科專任師資從 9 名增至 45 名。醫學人文學科由 1 名增加到 4 名，可見

到醫學系自上次訪評至今於師資增聘上之努力，以及學校給予系主任的資源，以改善其治理醫學系的成效。

準則判定：符合

1.4 醫學系之管理

1.4.0 醫學系及所屬之醫學院的行政治理階層應包括行政同仁及助理、其他組織單位的負責人及職員，並應在院長及系主任的領導下共同完成醫學教育的使命。

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

1. 依據馬偕醫學院組織規程設醫學系主任一人，系主任下設兩位副系主任，周逸鵬副系主任兼基礎學科主任(綜理基礎學科)、李朝雄副系主任兼臨床學科主任(綜理所有臨床學科)、醫學人文學科主任及 8 個委員會，協助系主任推動各項系務發展等，共同為醫學教育的使命而努力。
2. 醫學系辦公室有 9 位行政人員，其中一位為專任人員，其餘 8 位為約聘人員。惟依據 TMAC 訪視委員之共識，不論專任或約聘人員均視為專責人員，以協助系主任推動系務發展。

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。

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

1. 學校訂立四項基本素養、五項核心能力；醫學系訂立五項基本素養及七項核心能力，並以延續馬偕精神、提供醫學生「身、心、靈」之全人教育為目標，以培養明日良醫為使命。
2. 醫學院基本上能展現參與醫學系相關系務規劃，並共同為該學系設定方向之規劃，但所共同設定之方向及其預見的教育成果，例如：校核心能力之一的「國際觀與競爭力」、系七項核心能力之一的「教學、研究與創新」等指標，仍有待畢業後持續追蹤。

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。

前次訪視發現：

1. 醫學系有關之人事、業務、政策，其決策遵循馬偕醫學院校務會議規則、馬偕學校財團法人捐助章程及相關委員會，過程呈現透明化。馬偕紀念社會事業基金董事會已

於法院公証承諾自 104 學年度至 113 學年度十年期間，捐助醫學院 34 億元，每年約 3 億 4 千萬，是屬於經常門，以聘任臨床專任教職為優先，但目前尚未有全盤計畫，衛福部也尚未核准，仍需後續追蹤。

2. 臨床教師屢次反應教學時數認定之問題一直未加以解決，顯示決策過程尚未完全透明化。

本次訪視發現：

1. 醫學系有關之人事、業務、政策，其決策遵循馬偕醫學院校務會議規則、馬偕學校財團法人捐助章程及相關委員會，過程展現透明化的努力。
2. 訪視期間，馬偕醫學院董事會劉世春董事長、葉宏一董事、陳美麗董事出席與 TMAC 訪視小組座談。劉世春董事長提出馬偕紀念醫院捐助承諾書「由財團法人台灣基督教長老教會馬偕紀念社會事業基金會(本基金會)贊同馬偕學校財團法人馬偕醫學院(校方)之辦學理念，為長期支持校務發展與提升教學品質，經本基金會於 106 年 6 月 4 日董事會通過，本基金會承諾自 104 年學年度至 113 學年度合計十年期間，捐助校方共三十四億元，依法令規定辦理捐助。代表人：黃春生。公證人：陳李聰(重慶聯合事務所認證)」。在基督教長老教會馬偕紀念社會事業基金會的承諾下，第一筆捐贈約 2 億多元已於 107 年 8 月 9 日獲中央主管機關衛福部核准核撥馬偕醫學院。

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。

前次訪視發現：

1. 除了醫學系主任葉宏一教授兼任馬偕紀念醫院教學副院長，臨床學科主任吳懿哲副教授兼任馬偕紀念醫院醫教部副主任之外，各臨床科設有教學負責人，掌控各科之教學計畫，醫院之醫教部負責整體之規劃、執行與評估。每組醫學生約 4-5 人也設有臨床導師一人，輔導臨床學習事務。

2. 醫學系課程負責人負責許多的事務，而無法對臨床的教學品質，有深入的了解與督導，如有些臨床科別的教學活動時數太多，或是學生一週在台北馬偕醫院、一週在淡水馬偕醫院，使得學生無法充份從事direct patient care。
3. 在醫學系六年級同學選擇馬偕醫院以外之實習醫院時，醫學系並未實際掌控那些實習醫院其教學計畫之執行。
4. 醫學系課程負責教師，對於馬偕醫院各科教學情形之掌控主要是經由醫院教學部的副主管身份進行掌控。惟各科教學計畫之訂定，均是各科自行訂定，醫學系課程負責教師之掌控程度仍有待加強。

本次訪視發現：

目前醫學系吳懿哲系主任兼任馬偕紀念醫院醫教部主任，醫教部設3位副主任，分別由彭純芝講師、林慶忠助理教授及陳旭照助理教授擔任；其中彭純芝副主任兼醫學教育小組主席，協助負責規劃及督導五、六、七年級實習醫學生、PGY及住院醫師教育課程，以及各科教學計劃之擬訂與執行、支援醫學系相關教學業務，並參與建教合作醫學院校之會議、協助教學醫院評鑑等業務。林慶忠副主任規劃安排臨床技能訓練中心(OSCE)之業務、協調及督導內科系五、六、七年級實習醫學生輪訓及住院醫師教育課程；陳旭照副主任負責協調及督導外科系五、六、七年級實習醫學生輪訓及住院醫師教育課程。

然而，醫學系李朝雄副系主任兼醫學系臨床學科主任，其主要任務為綜理所有臨床學科，但實際運作上僅負責PBL Tutor會議、醫學系三、四年級模組會議(規劃與整合基礎與臨床醫學課程)，其在馬偕紀念醫院中並未擔任主要督導醫學生實習和整合的工作，而是由醫院醫教部彭純芝副主任負責，並主持臨床醫學教育小組會議。此一運作機制與該校107學年度訂定「馬偕學校財團法人馬偕醫學院醫學系教學行政主管設置要點」所述：臨床（實習）學科主任則負責統籌和規劃本系五、六年級同學在實習醫院之臨床實習活動，恐有牴觸之虞。

再者，醫學系部分臨床學科主任並未同時兼任醫院中相對應的臨床科部主任，故，在臨床的教學及實習指導方面，需仰賴非專任教師之主治醫師，而臨床科部主任或主治醫師參與醫學系之事務較少，對醫學系的臨床教學、評量與教學成效等事務的瞭解有限，醫學系臨床學科主任是否可以充分整合臨床科部之教學訓練，也須持續追蹤。因此，醫

學系是否能主導並掌握實習醫學生學習的狀況，或與教學醫院之間的溝通、協調整合，須持續追蹤其成效。

又，部分臨床學科之教學評量由醫院之醫教部規劃執行，臨床科部主管及教師並未被充分告知評量方式及評量結果。此外，各臨床學科教學計畫之訂定由各學科自行訂定，醫學系對於教學醫院整體教學計畫及課程負責教師執行各科教學計畫的掌控程度，仍有待加強。

準則判定：部分符合

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。

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

1. 醫學系培育醫學生所必須具備之七大核心能力，由課程雷達圖發現「終身更新醫學知能的能力」、「關懷人文與環境的能力」表現較佳，但「溝通與合作的能力」、「評判思維與自我反省能力」、及「立足國際追求卓越的能力」表現較弱，因此，醫學系課程對專業知識養成外，以全人教育課程及非課程之共學園活動(共學園雷達圖)，來強化關懷人文與環境的能力、服務弱勢族群的能力、和溝通與合作的能力。
2. 醫學系 103、104、105 及 106 學年度第一階段國考初次應考通過率分別為 95.5%、87.5%、93.2%及 86.1%；第二階段國考初次應考通過率分別為 104 年的 92.5%、

105 年的 97.3%及 106 年的 97.7%；全國 OSCE 通過率 104 及 105 年皆為 100%，106 年為 97.8%，顯示醫學系實踐醫學教育目標之努力。

準則判定：符合

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

前次訪視發現：

1. 醫學系一、二年級加強醫學人文教育，由醫學人文委員會負責統整醫學人文教育、課程與活動，其下設有醫學人文小組，結合通識/醫學人文及臨床師資共同規劃縱向之教育。
2. 在通識課程規劃方面，除基本語文能力以及核心通識課程外，因應教育目標，將通識課程依內涵分為天、地、人、心四大領域，由此引導學生接受不同面向的通識教育，確為馬偕醫學院之特色。在實際執行面，負責通識課程之全人教育中心亦於 103 年度通過大學校院通識教育評鑑，實屬不易。
3. 由學生及教師訪談中均發現，因學校整體學生人數較少，能開設之通識課程科目種類均有所限制；且由於校址較為偏遠等關係，不易邀請校外老師專家前來授課。雖有校外選課機制，但實際選課學生仍占極少數；另為了課程安排便利，將通識課程集中一天（本學期為週四）；上述幾點均會影響通識教育的廣度與深度，亟需追蹤醫學生於此養成過程中，是否能達成通識博雅教育之基本目標。
4. 醫學人文課程規劃除核心課程外，並將所制定之 34 顆醫學人文種子，擴散於其他醫學課程中，立意頗佳。但於執行面則與通識教育一樣面臨師資的困境，一到四年級所提供之課程，囿於課程負責老師之專長，較限於倫理哲學面向，較缺乏其他行為及社會科學的課程裝備。重要的醫學法律、醫學倫理以及臨床溝通等課程，又規劃於進入臨床實習前，以六週密集授課來完成（依據 104 學年度第 1 學期 5 年級課程表），其學習成效亦待評估。
5. 醫學系三、四年級強化基礎與臨床醫學之整合課程，配合 PBL 小組教學，減少大堂課及重疊課程，增加自主學習之時間。

6. 醫學系五、六、七年級學生進入臨床實習，強調 hands-on 的落實，對於各科相關之核心基本技能及臨床基本知識，在醫教部之統籌下各科都有建立，85 項必修臨床技能也有進一步分配到各科去執行與評估，惟其落實度似有待後續追蹤觀察。
7. 醫學系五年級學生開始臨床實習課程，至各專科實習。醫學系五年級學生實習前有一個月的集中上課，每天 8 小時的大講堂課程（lecture）。在訪談時學生反映整天上多堂課，效果不佳。建議可把課程改為數位學習，由學生在家自行研習，而由老師縮短大班 lecture 時間，僅作有疑問題的溝通，如此可提升課堂上課的價值。
8. 五、六年級同學之臨床實習，每天的 schedule 安排太多教學課程，早上有課，下午也有課。訪談學生也說上課太多，因此常常沒有辦法跟隨主治醫師迴診，影響實習。另外，雖然每個專科或次專科實習皆有兩週的時間，但有些次專科實習，一週在台北院區。一週在淡水院區，要讓醫學生實際上能直接從病人學習是有困難的。
9. 醫學系七年級同學的臨床實習應加重直接從病人學習的深度，但為了每個專科都能去，每個單位僅去實習兩週，如此能從頭到尾完整連續照顧一位病人的機會是不多的。既然五、六年級時每個專科都已去過，應考慮 Intern 的實習，每個單位應以更長時間為單位來實習。

本次訪視發現：

1. 馬偕醫學院在通識課程規劃方面，依全人教育內涵規劃為天（宗教與哲學）、地（科學與環境）、人（歷史與人文）、心（藝術與美育）四大領域，引導學生接受不同面向的通識教育，想法頗有創意；但在醫學系醫學人文課程地圖則反映為「知己、知人、知天、知愛、知用」等核心目標之間關係的釐清有待持續追蹤。
2. 受限於學校規模與地理位置，通識課程開設之科目種類有限，且不易邀請校外教師、專家前來授課，雖有校外選課機制，但實際選課學生仍占極少數；醫學人文課程於執行上同樣面臨通識教育的困境，一到四年級所提供之課程，囿於課程負責教師之專長偏向倫理哲學，雖有新聘心理學背景老師，但仍然較缺乏社會科學的課程，恐影響通識教育與醫學人文教育的廣度與深度，對於連結將來臨床之核心能力的學習成效，有待持續追蹤。
3. 醫學系三、四年級課程各規劃 8 個模組，以正常人體功能和異常人體疾病相關醫學知識為主要整合內容。課程採雙螺旋模式整合，以 PBL 作為輔助基礎和臨床醫學整合

課程間之橋樑。三年級納入社區志工服務與生死學，四年級納入社區醫學與臨床溝通技巧等課程，並於 PBL 教案內融入醫學人文議題。惟，基礎臨床整合課程每週必修上課時數仍多，學生能自主學習時段少，且無選修課程，課程多元性不足。

4. 新制臨床實習課程規劃銜接五年級與六年級臨床實習前，各安排5週及2週密集上課，課程包括婦、兒、實證健康照護、醫學法律與病歷書寫等，受訪學生反映此短期間的大班授課模式，吸收效果有限，且病歷書寫課程未與病人照顧實務結合，較難發揮預期成效。而五年級臨床實習包括內外科各 12 週、婦兒科各 5 週、家庭醫學科 2 週。六年級臨床實習包括內科、外科核心實習各 6 週，其他臨床科各 2 週，校內外多元學習 8 週，以及臺東馬偕醫院偏遠地區醫療實習 2 週。實習醫院臨床實習輪訓場域以臺北馬偕醫院病房為主，淡水馬偕醫院為輔，經訪談得知，學生對內科部、家醫科及臺東馬偕醫院之社區醫學臨床實習給予肯定，認為有豐富學習機會研習一般醫學。然，亦有學生反應在病房值班、急診與偏遠地區醫療臨床實習期間，感到教師督導仍有不足之處，教師宜依學員能力及病人複雜度給予及時的督導，以免影響病人安全與造成學員受到醫療爭議之風險。

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。

前次訪視發現：

1. 自評報告中，羅列了許多與培育終身學習必要技能的相關課程，透過 PBL 教學、分組討論、病例討論、報告書寫、主題教學、EBM 教育等方式，強化終身學習之技能。
2. 依據醫學系提供自評資料，在通識、基礎、醫學人文課程中，主要以鼓勵發表看法、運用開放性問題、合作學習、提供教材資源、自定主題探索以及主題教學等六個方式引導主動獨立學習。依所提供資料，基礎課程包括普通生物、普通化學、有機化學以及相關實驗之主動學習，均著重於課前預習。
3. 訪視期間，觀摩醫學系一年級普通生物學之授課，學生主動發問的狀況較不踴躍，以課前預習所能培養主動、獨立學習之習慣，其效果仍需進一步評估。

4. 在通識以及醫學人文課程中，亦有主動學習時數之安排（自評報告第一冊 P.48 普通心理學主動學習時數恐為誤植），部分課程亦提供成果供參。
5. 所觀摩通識課程中，“夢的賞讀”由主授老師，帶領修課同學透過夢的報告分享，共同參與討論，課程操作細膩，兼顧個別學習與團體動力，難能可貴。另一門兒童哲學課程，因課程主題所限，較以傳統授課方式進行，但主授老師亦能適度利用課程內容，引導學生回應開放性問題。
6. 另由校方提供資料中，呈現過去一段時間，有不少學生自主推動之服務性活動。學生訪談中，亦表示校方支持鼓勵許多課程外活動。但學生訪談中指出，可能因為學生人數較少，活動規劃與執行多集中部分較主動之學生，也造成負擔不均的狀況。整體而言，在基礎通識以及醫學人文課程中，雖透過課前預習及課程中，引導鼓勵等方式提供學生主動、獨立學習之機會，但多為教師主導，學生學習習慣之形塑，仍需更積極之作為及時日以養成。
7. 許多課程，有朝與培育終身學習必要技能的方向規劃設計，但仍有努力空間。所列的引導學生主動學習的六種方法，有幾項比較是互動式的教學，如鼓勵學生多發表個人看法。
8. 書面資料上，列出評量學生發展終身學習技能的工具，包括學習檔案、實作、作品、書面實驗報告、紙筆測驗等。學校雖然有為每位一到四年級的學生，建置學習歷程檔案（e-portfolio），在臨床實習時教學醫院，也有為醫學生建立學習歷程檔案。但其中所放的內容，大多是學生的選課資料、成績、社團參與等。與學生訪談，也發現並沒有老師會以學習歷程檔案中的資料，與學生談論他在終身學習技能方面的成長。故醫學系宜再研議透過學習檔案，培育學生發展終身學習技能的做法。
9. 四年級課程仍太多，限縮醫學生自主學習的時間。
10. 四年級有以 PBL 課程為主軸的整合課程，讓學生學習終身學習的必要技巧。但進入臨床實習後，除了照顧病人學習外，應有較具體的作法，以強化學生主動學習及終身學習的能力。
11. 太注重 OSCE，而忽略與病人面對面實習，未能真正學習到如何建立關係、溝通，以病人為中心的照護。

本次訪視發現：

1. 醫學系定義主動學習為「教師或課程能以引導方式，引發學生主動學習行為及態度稱之」，對提供主動、獨立學習的教育機會的定義為「教師或課程能以引導方式引發學生主動學習行為及態度」稱之，藉主動學習達到課程設定之學習目標。惟主動學習僅限於教師引導的部分課程內操作來達到課程的學習目標，因此不易評估醫學系提供醫學生主動、獨立學習的教育機會，能否達到培育終身學習的技能與成效尚待評估。
2. 醫學系於自評報告中敘述，通識教育及醫學人文方面提供許多規劃主動學習的課程，但現場觀察發現，部分通識課程仍以較傳統講授授課方式進行，單向講授，經與學生訪談也表示聽課及共筆是主要學習方式。而基礎臨床整合課程每週必修上課時數仍多，學生能自主學習時段較少。
3. 醫學系自評報告中呈現：醫學系五六(七)年級臨床實習「主動學習」之時數每週約 10 小時，而其執行課程內容為臨床病例討論會與住診教學，而觀察臨床教學現場，仍以教師主導及單向傳授知識為居多，多以國考複習用書作為學習主要參考工具，並未參考具有實證及 UPDATE 之醫學資訊來源。經實際查證得知，大部分教學單位並未主動提供給學生自我學習教材，以及教導運用終身學習如實證醫學之技能。
4. 教學醫院規劃各臨床科推動模擬個案導向學習(Case-based learning, CBL)，每科約 3 例核心主題以促進「主動學習」，而學生自評資料顯示：排序較高前三項是期能熟悉深化了解此疾病、強化臨床推理、解決臨床疑惑等，其五分法平均分數為 4.06、4.03、3.97，尚未達到優異程度。同時各科實際執行 CBL 成效評估尚未清楚，如何與實際病人照護學習相輔相成，仍須持續觀察。
5. 畢業生問卷調查結果，「終身更新醫學知能的能力」位居畢業生自評最佳優勢排序第 6、7 位，最需加強之排序第 3 位。反應馬偕醫學系在提供醫學生主動獨立學習的教育機會、培育終身學習技能這方面仍須持續推動。

準則判定：部分符合

2.1 課程管理

2.1.1 目標與目的

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

前次訪視發現：

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

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。

前次訪視發現：

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

而對核心能力評量方式及欲達成目的有所疑義。此項關注在本次訪視中仍然存在，各項能力，除於服務弱勢族群能力中，有參與相關活動之要求外，仍均以既定課程之修習與通過為標準。如此，是否真能檢視學生是否於畢業時，已獲得各項能力，需審慎檢視之。

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

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

本次訪視發現：

1. 馬偕醫學院以醫學生在畢業前擁有七大核心能力為其教育目的。但在 5-6 年級的臨床課程則配合馬偕教學醫院以一般醫學六大核心能力為目標，雖然醫學系研擬出一個對應表，但如何產生其對應關係則並未說明，例如「服務弱勢族群的能力」vs.「病人照護、醫療體系內行醫」、「關懷人文與環境的能力」vs.「病人照護、醫療體系內行醫」等，其對應的適當性並無文獻或研究予以支撐，因此在臨床階段缺少七大核心能力評估之依據，因此，七大核心能力與一般醫學六大核心能力之對應與評量之可靠性，都需後續再追蹤。此外，各課程在開課前由授課教師自訂各核心能力之比重，課程大綱說明核心能力最多選出四項核心能力，但仍有課程(如模組 3A-3H)超過四項，醫學系並未對課程核心能力有訂定準則或審查基準。七大核心能力競賽也大多採計學生參加社團或服務活動的次數。整體而言，該校針對前次訪視發現之缺失有進行改善，但仍無法看到對於學生的能力完整且連貫的評估。

2. 通識教育及醫學人文課程七大核心能力發展，仍較單純以教師認定勾選其課程需養成的能力為主，至於該課程是否有達到這些目的，根據受訪教師表示，仍然由教師自行追蹤，醫學人文課程委員會也較少見這方面的追蹤評估。

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。

前次訪視發現：

1. 於自評及檢附資料以及學校網頁，均清楚載明馬偕醫學系教育目的之基本素養與核心能力。訪視過程中，所接觸校內教師與行政人員，以及訪談之通識與醫學人文教師與一到四年級醫學生，多數可了解醫學教育目的。
2. 或許因為進入臨床實習前大多數醫學系學生均住宿校內，且校方以家庭單位為概念建構集合住宿的環境，加上包括學務長等幾位教師亦常留宿校內，且定期於課後與學生會面晤談，整體環境讓在校階段之醫學生，能更加了解並認同馬偕醫學系醫學教育的目的。但仍然有學生不太知道醫學系整體課程之教育目的七大核心能力，或是醫學系教育是要培育他們成為怎樣的醫師。
3. 醫學生參與了 PBL，完成了功課，但不是每位學生都瞭解其教育目的。PBL 是為了訓練他們與臨床接軌、主動學習等能力。
4. 醫學系五至七年級學生，對學校近年所推行的政策可能聽說過，但不清楚實際意義，例如 e-portfolio、醫學院共學園。
5. 雖然自評表中有描述如何讓指導者了解教育目的，但訪談發現，並非所有師生及參與教學之主治醫師、住院醫師以及臨床科部負責醫學生教育與評量之相關人員，都了解醫學教育目的，許多臨床科部之醫師都不太明瞭何謂醫學系的七大核心能力，亦有部份科部住院醫師，不曾參加過任何師資培育有關的課程，故造成其對於醫學教育目的不了解的情形。
6. 實際訪視中發現，仍有許多主治醫師並未將教學視為重要責任。

本次訪視發現：

醫學系透過新生訓練、授課大綱及網頁資訊，希藉此讓醫學生瞭解醫學教育目的。實際與學生與教師晤談結果顯示，並非參與教學之主治醫師及臨床科部負責醫學生教育與評量之 Program Directors 都了解醫學系的醫學教育目的與醫學系的七大核心能力，尤其對醫學系七大核心能力與醫院六大核心能力之對應關係感到混淆。

準則判定：部分符合

2.1.1.3 醫學系隸屬之學校必須有主要負責醫學人文教育的教師或單位。

前次訪視發現：

1. 有設立馬偕醫學院全人教育中心，作為負責醫學人文教育的單位。
2. 學系之通識教育由全人教育中心負責，另有一位醫學系專任教師負責醫學人文教育。
3. 雖無專責單位，但於醫學系下設有醫學人文委員會，其目的在提升醫學系醫學人文教學品質與醫學生學習成效，而其對課程之決議則須提醫學系課程委員會討論。
4. 於訪談過程中，主責教師表示在學校階段之醫學人文教育，可以得到全人教育中心以及系方的實質支持，但因僅有一位專任師資，課程開設以及活動規劃方面自然有所限制。
5. 負責醫學人文教育的教師及單位主要為醫學系黃苓嵐博士及全人教育中心主任蔡碧華博士，在知天、知地、知人、知心、知己、知愛、知用之概念下設計相關課程，並有臨床教師投入教學，除了正式課程外，並以馬偕共學園、馬偕講座、大體老師追思感恩典禮、白袍典禮、醫學人文研討會來強化醫學人文之涵養。
6. 該校確實有負責醫學人文教育的單位及教師，惟教師人數偏少，對於完整的醫學人文教育，較不易達到理想的境界。
7. 而於醫院實習階段之醫學人文教育，則另籌設馬偕醫學人文小組，隸屬於醫院之教師培育中心（依據 2014 年 12 月 31 日之會議紀錄）。雖醫學院全人教育中心主任與醫學系醫學人文專責教師均參與該小組，但是否能主導規劃醫院端之醫學人文教育仍未明確。基於此，仍需審慎檢視醫學人文課程規劃之連貫以及教育目的之貫徹性。

本次訪視發現：

1. 馬偕醫學院的通識教育由全人教育中心負責主任蔡碧華博士負責，全人教育中心，醫學系醫學人文學科由黃苓嵐博士負責醫學人文教育的規劃，確實有主要負責醫學人文教育的教師與單位。在知天、知地、知人、知心、知己、知愛、知用之概念下設計相關課程，除了正式課程外，並以馬偕共學園、馬偕講座、大體老師追思感恩典禮、白袍典禮等活動來強化醫學人文之涵養。
2. 馬偕醫學院目前設有醫學人文學科、包含一位哲學、一位心理學及兩位臨床教師，負責醫學教育不同階段教學與相互支援，並有相關會議統籌課程規劃，也涵納多位臨床醫師加入醫學人文教學，醫院之醫學人文小組亦有定期會議。惟教師人數只有 4 位，相對較為缺少社會科學或公衛流行病學類之課程。

準則判定：符合

2.1.1.4 醫學系隸屬之學校必須設有監督機制，以確保教師明訂醫學生須學習的常見的病人類型和臨床醫療情境，並提供和醫學生程度層級相符的臨床教育環境。教師必須監督醫學生的學習經驗，必要時並加以指正，以確保醫學教育的目的得以實現。

前次訪視發現：

1. 模擬體驗或技能訓練，無法讓學生體會到以病人為中心身、心、靈醫治。醫學系五年級與六年級學生，需加強與病人相處接觸的機會，住院病人從住院到出院，教學門診讓學生第一線問診，才能加以體會。
2. 臨床實習各科部皆訂有訓練計畫書，利用 85 項臨床學習護照，核心課程登錄表，Mini-CEX 及 CbD 評估，來監督學生的學習歷程。
3. 馬偕醫學院之實習醫院為台北及淡水馬偕紀念醫院，病人類型和臨床醫療情境足以提供醫學生程度層級相符的臨床學習環境，同時每一臨床學科，訂有核心知能及監督機制。
4. 目前內、外、婦、兒科有以臨床個案討論方式來補足，但其他科每位學員可能學習體驗不一，臨床實習以 VS 為 center，而非以 learner 為 center。

5. 現場訪視發現，病房有些 Intern 書寫的病歷，病人住院已有 5 天，主治醫師皆未給予覆核，也沒有給予指正或評論。
6. 馬偕醫院大致可提供學習各種疾病的環境，惟教師對於學生的學習經驗與學習成效的掌握、及提供必要之指正，仍有待加強。例如：學生病歷的書寫，抽查審視後發現雖有基本的修改，但實際內容有不恰當的地方，而未被指正之處，也多所見到，顯示臨床學習之指導仍有待加強。

本次訪視發現：

1. 馬偕醫學院之主要實習醫院為馬偕紀念醫院之臺北及淡水院區，實習醫學生基本上於兩院區輪流安排，淡水院區主要安排精神科、神經內科、神經外科、復健科、放射腫瘤科、血液腫瘤科等科別，兩院區臨床學習環境各有特色，能提供足夠多樣的病人類型和臨床情境給醫學生學習，臨床學科亦訂有核心知能及多元評量(如 mini-CEX，DOPS、CBL、CbD 及 OSCE 等)，部分受訪的實習醫學生多能感受到主治醫師與住院醫師、PGY 的熱心教學，對於醫院也因為學長姐住院醫師的存在更感受親切；亦有馬偕醫學院畢業的住院醫師反映「醫院的教學更有制度化、馬偕醫院的主治醫師已逐漸更為接納馬偕醫學院」。
2. 教學醫院醫教部設計的學生學習檔案，某些學生的學習心得或報告並未有教師的回饋，七大核心能力競賽也大多採計學生參加社團或服務活動的次數。因此，無法看到教師對學生能力完整且連貫的評估。此外，現場訪視發現，仍有醫學生書寫的病歷，病人已住院 5 天，主治醫師未給予覆核，也無給予指正或評論。另有發現一胃癌的病人有 tarry stool 及嚴重貧血，週五住院輸血後發生 fever 等症狀，但直到週二檢視病歷的 progress note 卻仍完全無住院醫師或醫學生相關的記錄，也未見主治醫師指正。部份病歷雖有主治醫師副簽修改，但實際內容仍有不恰當的地方或未被指正之處，顯示床邊教學及病歷撰寫的品質仍有待持續落實。
3. 各臨床學科訂定核心疾病主題及臨床技能與多元評量方法，包括 mini-CEX、CbD、DOPS、CBL 及年度 OSCE。實地訪查發現，教師評量選項勾選偏單一等級如 8/9 分，教師對學員心得回饋不夠具體，部份心得報告無教師的評論或回饋，甚至有評量完全無書寫內容之情事，亦有兩三月前的學生實習成績並未評定登錄，上述情形未見醫學系或教學醫院醫教部有查察軌跡。

4. 針對學生臨床經驗不足之處，教學醫院規劃各臨床科推動個案導向學習(Case-based learning, CBL)每科約 3 例核心主題模擬個案來輔助補足，而學生自評資料顯示：排序較高前三項是期待能熟悉深化了解此疾病、強化臨床推理、解決臨床疑惑等，其五分法平均分數為 4.06、4.03、3.97，尚有進步空間。同時各科實際執行 CBL 成效評估尚未清楚，如何與實際病人照護學習相輔相成仍須長期追蹤。

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。

前次訪視發現：

1. 醫學系設有課程委員會，作為整合的教育負責單位。就其架構觀之，由於醫學系下並未設獨立學科，僅依課程屬性設立學群，再由學群組成基礎與臨床課程小組，醫學人文課程則另有醫學人文委員會。課程委員會確實遵照其設置要點每學期召開會議，但因下轄無學科及次委員會，能否有效檢視並監測個別教師與課程之成效，執行上或有困難。譬如開設於醫學系三年級之醫院及社區志工服務課程，多次教學評量分數較低，雖有進行教師訪談，但未見實質教學提升成效，恐與組織架構之系統性因素有關。
2. 醫學系有課程委員會，但亦有互不隸屬的醫學人文課程委員會，雖然醫學人文委員會的委員亦是課程委員會成員，但兩個委員會決議如不一致，將如何處理？此種模式使得醫學系課程委員會，未能主導負責醫學系全部課程的規劃、管理和評估。應考慮系課程委員會要如何安排，才是實質的整合的教育單位。
3. 課程之整體設計、管理和評估仍未完善，例如依自評報告之內容，骨質疏鬆症應在骨骼關節學內 (P.76)，但查骨骼關節學並無骨質疏鬆症此單元。
4. 醫學系課程委員會功能尚待加強，會議記錄沒有呈現檢討所有課程學生滿意度或建議事項的討論。

5. 馬偕醫學院教學評量辦法第八條後續追蹤機制學生課程意見回覆表：凡期中、期末教學評量施測結束後，受評課程之教師須於兩週內至 Portal 填寫學生課程意見回覆表，針對學生開放式意見逐一回覆。但實際上網查看，僅有部分教師有回覆學生意見，也沒有一個整合的教育負責單位在負責查核。
6. 依自評報告提供之組織圖（自評報告第一冊 P.70)，課程委員會負責範圍並未及於非課程部分。就醫學生之養成而言，課程外活動亦有其重要性，包括體驗以及服務學習，亦應於課程設計中一併考量。

本次訪視發現：

1. 前次訪視發現醫學系有課程委員會，但亦有互不隸屬的醫學人文課程委員會，雖此次發現醫學人文委員會在規劃課程方面，有醫學人文小組亦隸屬課程委員，但兩個委員會平行放置，與實際醫學系之課程委員會需綜理全部課程的規劃、管理和評估職責顯現不一致。根據系主任及教師解釋，醫學人文委員會除管理「正式」課程外，亦規劃活動等非正式課程，但無論是學分課程或課外活動，廣義皆屬課程，且檢視其每學期開一次的委員會議紀錄，內容幾乎為課程增減調整等，此種模式使得醫學系課程委員會，制度上未能完全以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。此外，根據馬偕醫學院醫學系課程委員會設置要點(107 年 06 月 13 日，106 學年度第 4 次校課程委員會通過)，「醫學系為研議、推展及審核本系相關之教學發展、課程改進、教學評鑑、學生學習評量，及教學研究等方案，設置課程委員會，該會下設置四小組：『基礎醫學小組』、『臨床醫學小組』、『醫學人文小組』，……各小組應在系課程委員會開會前召開會議，研討課程規劃，並將結果送至系課程委員會審議。」因此，馬偕醫學系課程委員會理應負責連貫且協調課程之整體設計、管理和評估，但目前醫學人文委員會與醫學系課程委員會仍舊平行存在，醫學人文委員會的決議並未再送醫學系課程委員會審議或報告，並不符合系課程委員會設置要點。又依據醫學系醫學人文委員會設置要點(104 年 4 月 24 日第七次系務會議通過)第四條規定「(醫學人文委員會)每次開會均須作成記錄，並於會後一週內呈主席，轉呈醫學系系主任核准後實施。」，但第五條又規定「本會對於醫學人文課程之決議須提系課程委員會討論。」，顯然醫學系醫學人文委員會設置要點與醫學系課程委員會設置要點的規定與執行有所牴觸。

2. 自評報告中之課程管理委員會組織架構圖呈現:臨床醫學教育小組由馬偕紀念醫院醫教部副主任負責，但另設「臨床實習」組，在醫學系由校外實習委員會督導，而臨床醫學教育小組不受此實習委員會督導，對臨床課程之整體設計、管理和評估之協調整合從屬關係需要更明確界定與統合。此外，淡水馬偕醫院之臨床教育角色任務以臨床技能訓練評量及 OSCE 規劃執行為主,在定位上如何與臺北馬偕醫院分工整合,尚須明確規範。

準則判定：不符合

2.1.2.1 醫學系的教師必須負責醫學專業課程的設計與執行。

前次訪視發現：

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

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。

前次訪視發現：

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

等方面進行檢討，修正課程、教材及教學方法等，這些實非一個大模組會議所能勝任。

3. 每個模組課程，並未經由基礎及臨床老師共同參與規劃。

4. 馬偕醫學系必修臨床實習課程，是由馬偕紀念醫院醫學教育委員會下之醫學教育小組協助，臨床實習課程的安排，由各科部自行規劃設計，而各科部提報之教育訓練計畫調整、學生臨床實習考核方式等，不須提經醫學系課程委員會討論。且醫學系教師未必有參與共同規劃設計。醫學系及所聘的臨床學群教師，應對臨床實習課程負起規劃監督的責任，臨床實習課程委員會應設於醫學系之下，而教學醫院為執行單位，可以受邀參與課程之規劃。

5. 課程之整體設計、管理和評估仍未完善，例如依自評報告之內容，骨質疏鬆症應在骨骼關節學內 (P.76)，但查骨骼關節學並無骨質疏鬆症此單元。

6. 訪評過程中，未見每一單元定期檢討修訂的紀錄。

7. 課程較缺乏嚴謹的檢討與修訂機制，觀看臨床科部的實習訓練計畫書，沒有每年檢討實習成果與修訂訓練計畫書。醫學系七年級學生為第一屆進入臨床實習，尚未見定期檢討與修訂之成果。

8. 臨床實習課程的安排，由各科部自行規劃設計，醫學系教師未必有參與共同規劃設計。醫學系七年級學生為第一屆進入臨床實習，尚未見定期檢討與修訂之成果。

本次訪視發現：

1. 醫學系設有課程相關委員會，負責課程之整體設計、管理和評估，然醫學系教師在個別課程內容或評量調整、上課時間及授課師資異動可直接實施，無須經過課委會討論通過。三、四年級模組課程上課時間因有課程先後關係，不得異動。若異動須經模組負責人及總負責人同意，其他改變需經課委會同意。另，檢視 105 學年度 M3、M4 基礎臨床學科跨模組大會議紀錄，22 位應出席會議教師有 14 位請假，大小模組的會議紀錄也未能呈現對課程檢討與修訂，會議恐未能達預期成效，且醫學系未訂定執行時程及追蹤機制，較難對課程安排、教材內容及學習成效有完善的監測及落實 PDCA 改善。

2. 臨床實習課程的安排，由各科部自行規劃設計，醫學系教師未必共同參與規劃設計。臨床科部的實習訓練計畫書並未每年檢討實習成果與修訂訓練計畫書，課程較缺乏嚴謹的檢討與修訂機制。
3. 醫學系部分臨床學科主任並未同時兼任醫院中相對應的臨床科部主任，故，在臨床的教學及實習指導方面，需仰賴非專任教師之主治醫師，而臨床科部主任或主治醫師參與醫學系之事務較少，對醫學系的臨床教學、評量與教學成效等事務的瞭解有限，醫學系臨床學科主任是否可以充分整合臨床科部之教學訓練，也須持續追蹤。

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。

前次訪視發現：

1. 依自評報告及現場說明，醫學系課程之任何內容調整、評量改變、師資異動、學分修改、實習分發…等都經由授課教師負責人提出，經相關課程委員會議決。
2. 系課程委員會雖照既定程序運作，但由課程委員會會議紀錄所檢附課程資料（自我評鑑報告第三冊），較難看出如何依據教學內容來實現教育目的。
3. 醫學系三、四年級模組課程，只有一個大模組會議來檢討及安排模組的課程及相關學習活動，而各個模組課程、PBL 小組討論課程設有另外進行委員會議或小組會議對課程內容及活動進行規劃與檢討。每年在執行模組課程及 PBL 小組討論課程前，須依老師及學生對課程安排、內容、教材、老師教學的意見及學生學習狀況、學習成效等方面進行檢討，修正課程、教材及教學方法等，這些實非一個大模組會議所能勝任。三及四年級的模組課程授課時數及授課內容的安排，基礎與臨床老師間的授課內容有重複的現象，四年級的課時數較重，一星期中學生的空堂時數不多。
4. 至於訪視過程檢視有關課程監測，以醫學系四年級社區醫學與實習課程為例，先前因評量結果不理想，於 101 學年度上學期結束後訪談教師，做課程之規劃檢討，但似乎成效不佳。102 學年度之教學評量仍未提升太多，故於學年結束後再次進行教師訪

談，並於下學年度課程更換教學評量不佳之教師。雖後續教學評量結果確實有改善，但若能切實執行課程監測制度，應可更有效率的做課程改善。

5. 醫學系四年級的授課時數較重，五、六年級的核心課程與四年級的授課內容重複，這些都突顯老師間的溝通及課程縱向規劃、溝通的不足。

6. 臨床學科中，尤其是選修科之課程內容，皆以尊重各科安排為主，並未有嚴謹的組織監測，因而有些科的次專科內容過多。

7. 馬偕醫學系設置有課程委員會，檢討評估必選修課程之規劃與執行，對必修課程也進行期中與期末之學生評估，並要求開課教師逐一回覆學生提問，作為教師改進課程之依據。制度設計完善，然於訪視過程中，發現教師回覆之制度並未能確切落實。此外，因醫學系下未設有學科，僅依屬性組成學群，歸入基礎或與臨床課程小組。由此架構，課程委員會必須直接監督個別課程之設計、執行與檢討修訂。依照課程委員會召開之頻次與能涵蓋之討論範圍，較擔心所謂定期檢討與修訂之確實執行比率。

本次訪視發現：

1. 醫學系課程委員會必須負責監測臨床實習課程，以及各學科的教學內容與評量，但依醫學系自評報告說明，臨床實習「各科部提報之教育訓練計畫、學生臨床實習考核方式等，不須提案課程委員會討論及通過，即可直接實施。」此政策及運作方式有待商榷。

2. 教師可透過全校課程查詢閱覽課程相關資訊，亦可運用關鍵字查詢授課資訊。訪視期間實際使用子宮頸癌查詢相關課程，只查到 2 門課，並未如自評報告資料所述在許多門課程講授，未能有效提供課程內容查詢及監測功用。另外，醫學系建立「教學檔案平台」收集授課教師的教學檔案供參，但與教師訪談，有些教師對此平台不熟悉，有些教師使用會因權限設定而受限。因此，對於減少教師授課內容重複，或課程內容縱向規劃之助益因而受限。

3. 醫學系對於各項課程雖有要求學生填答回饋意見，但未確實依據評量結果進檢討改進。另有學生反應未填答期中教學評量，即無法看到後續課程之教材，醫學系宜研擬增加評量填答率，但又不影響學生學習的更適當方式。

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。

前次訪視發現：

1. 醫學系有 9 個學分的選修課程，供學生選修。
2. 選修課程的安排在一年級有一學分，二年級四學分，三、四年級零學分，五年級二學分，六年級二學分；校外選修課程最多十八週，以不超過該學生該學期修習學分之三分之一為原則。
3. 關於通識以及醫學人文課程，囿於學校目前規模以及相應對師資，雖已力求課程之多樣化與面向均衡，但仍有所侷限。因此，系上亦鼓勵學生透過校際選課模式選修他校以及夏季學校課程。由所檢附資料以及學生訪談中發現，多數因為地理位置關係，實際選課同學仍鳳毛麟角(夏季學院 101-103 學年度醫學系學生修課人數分別為 2、6、3 人)。對於培育醫學生臨床專業以外的人文社會領域相關素養，當有較負面之影響。

本次訪視發現：

1. 通識教育與醫學人文課程，囿於學校規模、學生人數以及相應對師資，雖已力求課程之多樣化，並不計學生選課人數盡量開課，但仍有所侷限，較不利培育醫學生臨床專業以外的人文社會領域相關素養。
2. 自評報告呈現除一、二年級有 6 學分選修課程，佔比為 13.3%及 15.8%，三、四年級皆無選修課程。五、六年級也分別僅有 2 及 1 學分選修課程。由醫學系 106 學年度畢業生歷年修習選修課程統計表發現，選修課程少且集中在一年級的醫學系及全人教育中心課程，必修課程比例高，無法提供學生較多元學習機會。與學生訪談，多位學生也表達課程多元性不足。
3. 醫學系目前推展規劃數位醫療與人工智慧系列課程，也在深耕計畫補助下推展醫學系數位人才培育計畫，如舉辦創意競賽(Medical Innovation Technology, MIT)，是否足以滿足醫學生的選修需要，有待持續追蹤。

準則判定：部分符合

2.1.2.5 醫學系必須收集並運用各種不同的成果數據，包括國家測試及格標準，以證明其教育目的之達成程度。

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

1. 馬偕醫學院醫學生於 103、104 、105 及 106 學年度第一階段國考初次應考通過率分別為 95.5％、87.5％、93.2％及 86.1%；第二階段國考初次應考通過率分別為 104 年的 92.5％、105 年的 97.3％及 106 年的 97.7%；全國 OSCE 通過率於 104 及 105 年皆為 100%，106 年為 97.8%，國考通過率佳。
2. 依畢業生問卷調查結果，自評最需加強能力，第一屆依序是國際化(45%)、自我推銷(45%)、創新開發(33%)及第二屆最高是自我推銷(56.4%)、其次是創新(53.8%)、國際化(43.6%)。此與第一及第二屆畢業生自評最需加強的核心能力最高兩項是教學、研究與創新(40%及 28.2%)及立足國際、追求卓越(22.5%及 38.5%)一致。該結果可提供醫學系課程持續檢討之參考。
3. 第一屆畢業生滿一年的流向調查顯示，至少 70%(21 位)第一志願選擇內、外、婦、兒及急診醫學科，符合醫學系培育具社會使命感的醫師之辦學精神。

準則判定：符合

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

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

1. 醫學系透過問卷評估與外部評估蒐集醫學生對課程之意見，問卷包括教務處綜合服務組每年四次的教學評量、系學會每年一次的自評問卷、學校每年一次的畢業生與雇主問卷，以及醫學系 PBL 問卷，作為教師教學能力、課程改進及成效指標之依據。課程委員會則不定期利用課程架構及新課程外審，確認課程架構與內容是否符合學系需求。依 105 學年度 1~4 年級學生自評報告書，共收集 98 份四分量表問卷(回收率 54%)，結果顯「不同意」及「非常不同意」通識課程能拓展視野有 58.1%，「不同

意」及「非常不同意」服務學習課程設計適當有 78.8%。106 學年度 1~4 年級學生自評報告書中,「不同意」及「非常不同意」服務學習課程具有良好學習成效仍有 49.1%。

2. 針對進入五、六年級前之五週與兩週密集授課之婦兒科、醫法倫理與職前臨床技能訓練課程，其教學品質滿意度調查資料顯示，80%以上人數表示「非常同意」與「同意」，而教學滿意度調查須注意調查時間與成績評定時間之前後順序、間隔，從學生與教師晤談中證實，確實會影響學生作答之真實性。

3. 臨床實習各科部皆訂有訓練計畫書，並利用 85 項臨床學習護照、核心課程登錄表、多元評值表、mini-CEX、DOPS、CbL 及 CbD 評估，紀錄學生的學習歷程。然檢視評量內容較為形式，甚至有評量完全無書寫內容之情事，上述情形未見醫學系或醫院醫教部加以督導。另，審視多項評值(量)及相關會議紀錄，少有實質課程檢討，而重要教學會議內容多偏向學生庶務討論，而非學習環境或學習成效等檢討與改善。

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。

前次訪視發現：

1. 馬偕醫學系除課程委員會外，亦透過包括教學評量、師生座談會，以及導師座談來了解、並評估醫學生學習活動時數安排之適當性。在一到四年級學生訪談中，均可了解及接受目前系上安排之學習活動時數。

2. 學校之醫學系課程委員會,下設臨床課程小組與實習醫院之醫教部(含醫學生代表)，共同制定醫學生在臨床實習含臨床和教育活動之時數，該系目前剛有第一屆之實習醫師，每月排班上限 8 班，單週工時不超過 88 小時，是否全面落實有待追蹤。

3. 在系課程委員會會議資料中,並沒有呈現有關制定臨床實習活動全部時數限制的紀錄，另外系課程委員會僅有一位學生代表，是否足以代表實習學生們的意見，可考慮增加不同年級的學生代表。

4. 在臨床實習 Clerk 實際直接照顧病人經驗不多，但擔任 Intern 馬上要實際照顧 6-9 位病人。且訪談 Intern 在內科有時，會照顧超過 10 位病人，和自評表所述照顧 5-6 位病人，似乎有所不同，過多的臨床服務量會影響 Intern 學習的成效。

本次訪視發現：

馬偕醫學院教務處每學期舉辦 2 次的教學意見調查，醫學系舉辦期中、期末師生座談會、導生座談、及臨床教學意見座談會，學生可於會中提出建議，由教師或學生代表彙整後於系務會議提出，並經課程委員會討論後，調整或修改醫學系課程規劃。若議案涉及課程增減或學分改變，則必須於校課程委員會提出議決後，送教務會議通過後實施。至於臨床實習醫學生至教學醫院實習時數之安排原則，依據教育部之實習醫學生臨床指引規範辦理。

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。

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

醫學系透過期中預警、導師會議、通識預警及畢業審查等機制，發現學習成效不佳學生，透過授課教師或導師申請課業輔導，輔導結果會由導師會議追蹤。師生訪談大多數表示知悉，並皆依此流程執行。至於醫學生進入臨床實習後，設計臨床教師擔任各組

實習醫學生導師角色。過去兩年來曾有適應不良、OSCE 測驗不及格、學習成效不佳之個案顯示即早發現，並予以追蹤輔導是重要的工作。此外，醫學系李朝雄副主任為精神科醫師，亦會協助導師共同輔導學生。

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。

前次訪視發現：

1. 關於通識以及醫學人文課程，於校區內所提供之課程，均有等同之學習經驗與等效之課程評估。但於進入臨床前，集中六週內完成之醫學倫理、法律以及醫用英文等課程，雖教學評量成效不錯，但因反思為人文課程重要元素，學習經驗是否等同校區內之學習，仍有待追蹤觀察。
2. 目前醫學生都在馬偕紀念醫院同一體系實習。但對於醫學生外送選修之科別，醫學系無法有效掌握其教學內容。
3. 今年為該校第一年有七年級醫學生至馬偕醫院實習，同學會被分派至台北馬偕或淡水馬偕實習。由實際觀察及同學的訪談中，同學在兩地的學習經驗，所獲得之指導、照顧、硬體設備等，仍有所差異。
4. 馬偕醫學系之教學負責人雖已很努力，但由於配合之師資、住院醫師人力及他們所受到的教學指引等因素，本項目標仍有待持續改進。

本次訪視發現：

馬偕醫學院之主要實習醫院為馬偕紀念醫院臺北及淡水院區，實習醫學生基本上於兩院區輪流安排，淡水院區主要安排精神科、神經內科、神經外科、復健科、放射腫瘤科、血液腫瘤科等科別，其餘內、外、婦、兒、急診、皮膚、眼科等學科主要於臺北院區實習，兩院區臨床學習環境各有特色，能提供足夠多樣的病人類型和臨床情境，臨床學科亦訂有核心知能及多元評量方式(如 mini-CEX、DOPS、CbD、OSCE、學習護照、85

項核心技能護照等)。學生接受等同學習經驗與等效的評量模式，較前次訪評時之發現已有所改善。

準則判定：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。

前次訪視發現：

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

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。

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

目前醫學系主任同時擔任馬偕紀念醫院醫教部主任，但醫學系部分臨床學科主任並未同時兼任醫院中相對應的臨床科部主任，故，在臨床的教學及實習指導方面，需仰賴非專任教師之主治醫師，而臨床科部主任或主治醫師參與醫學系之事務較少，對醫學系的臨床教學、評量與教學成效等事務的瞭解有限，醫學系臨床學科主任是否可以充分整合臨床科部之教學訓練，也須持續追蹤。

因此，醫學系是否能主導並掌握實習醫學生學習的狀況，或與教學醫院之間的溝通、協調整合，須持續追蹤其成效。

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。

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

醫學生之實習科別、先後順序由醫學系分配，且允許醫學生可互相協調更換學習地點或路徑。

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。

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

醫學系與教學醫院定期舉辦共識會議（如大模組會議、區段會議、跨模組會議）或共識營(醫學人文)，以及各式各樣的工作坊（如 PBL、CBL、OSCE 考官訓練會議），使教師與醫師能直接交換意見，保持聯絡管道的暢通，以使各學科教師與負責人能對課程或臨床實習的教育目的（objectives）及評分方式產生共識。

醫學生參與臺東馬偕醫院「偏鄉醫療」課程(為期兩週之必修課程)，醫學系相關主管與課程負責人會於課程開始前，與臺東馬偕醫院之臨床教師進行多次共識會議，共同

擬訂教學計畫書之內容與方向。並在學生開始實習後，進行實地訪視，以確認教育目的是否落實以及評分方式是否一致。

準則判定：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。

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

馬偕醫學院之主要實習醫院為馬偕紀念醫院臺北及淡水院區，實習醫學生基本上於兩院區輪流安排(另有短期至台東馬偕醫院進行「偏鄉醫療」之學習)，淡水院區主要安排精神科、神經內科、神經外科、復健科、放射腫瘤科、血液腫瘤科等科別，其餘內、外、婦、兒、急診、皮膚、眼科等學科主要於臺北院區實習，兩院區臨床學習環境各有特色，能提供足夠多樣的病人類型和臨床情境，臨床學科亦訂有核心知能及多元評量方式(如 mini-CEX、DOPS、CbD、OSCE、學習護照、85 項核心技能護照等)。經由多次共識會議，不同教學地點採用一致之評量方式進行學生之學習評量。

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。

前次訪視發現：

1. 系課程委員會及各學科，訂有通過該學科的成績標準，臨床實習亦有多元評估及標準。
2. 全人教育中心已訂定有通識教育之選課規範與成績標準，並透過校級課程委員會與醫學系醫學人文教育整合。然而，因醫學系無專責單位負責醫學人文課程，依靠任務編組之醫學人文委員會以及一位總攬行政事務的醫學人文專任教師，能否適當地跨

學科跨專業融入醫學人文標準，值得觀察。以整合課程 PBL 為例，雖已將醫學人文議題置放其中，但實際執行仍須權責單位監督並檢討成效。

3. 目前有與護理及藥理作跨學科與跨專業的課程(IPE)，在醫五實習的職前訓練中安排各一天的學習，但仍未有系統化地規劃 IPE 之課程。
4. 臨床科雖有跨領域的團隊照顧討論會等之活動，但與學習評估並無相關連結或將其學習經驗融入評估標準中。
5. 各科系實習課程臨床教師，有些借重總住院醫師，有些由主治醫師評分，有的學科有筆試，有的學科則沒有，並無一定標準。

本次訪視發現：

1. 馬偕醫學院目前僅有醫學系、護理系、聽語系，跨學科及跨領域的學習機會較少。
2. 醫學習五年級實習的職前訓練中，規劃半天至一天安排醫學生跟隨護理師及藥師的跨領域學習，但此學習並未納入常規的教育訓練課程，且臨床科別提供這方面學習經驗也以一般醫學示範病房為主。臨床科部雖有跨領域的團隊照顧討論會活動，但與學習評估並無相關連結。此外，部分實習課程借重住院醫師教學及隨堂後評分，然評分標準並未有科部共識，端賴各住院醫師自我拿捏，經由訪視亦發現有部分學生表示並不了解在各臨床科部被評量的標準。

準則判定：部分符合

2.2.1.2 醫學系教師的教學方法應與時俱進。

前次訪視發現：

1. 教師發展中心過去舉辦多次與教學方法相關之研討活動，在訪視觀摩普通生物學教學中，授課老師亦能善用 IRS 即時反饋系統增進與學生互動。目前更積極引進敘事醫學於臨床教學中，教學方法持續精進。
2. 教師發展中心為了幫助教師的教學方法與時俱進，舉辦許多相關的工作坊或研討會。在淡水馬偕醫院有設備完善的技能中心，提供模具或已受訓的標準病人給需要的師生，醫學系主任很努力的推動獎勵教學的晉升規則、補貼教師費、教學優良主治醫

師、教學優良住院醫師、教學型專責主治醫師…等措施，至於系統化的全面與時俱進，則仍待觀察。

3. 臨床實習仍有許多 lecture 課程，應減少 lecture 課程，多利用數位學習、個案討論等方法來進行。

4. 醫學系安排了許多教學技能相關之師資培育課程，值得肯定。惟訪談中，部分主治醫師（臨床學科）對於參與教學，擔任專、兼任教師興趣缺乏，對於教學能力之提升也就沒有太大興趣。

本次訪視發現：

1. 學校為鼓勵教師創新教學，推動互動式數位學習、翻轉教學及教師研習活動。醫學系提出模擬研討會、標準化病人介入模組及 PBL 教學、聯合教學及 CBL 案例教學的與時俱進教學方法，並導入及時互動軟體 CACOO 於 PBL、ARS 互動式教學、急救教育 e 化系統及創意競賽等創新教學。

2. 在通識課程及基礎與臨床整合課程部份，經教師訪談及現場課程訪視，大多數課程仍以單向講授方式進行，少數教師會運用 Zuvio 或課堂提問與學生互動。

3. 教學醫院整體規劃培育臨床教師的教學方法與時俱進之執行成效與評估機制仍然不足，訪視教學現場第一線教師，尤其是兼任教師之教學方法仍以單向知識傳授為主，以學習者為中心的教學概念與教學實務技巧仍須持續提升。醫院醫教部近期開始以 one-minute-preceptor 推動 resident-as-teacher，甚至開始推動教學門診 SANPPS 互動教學，但某些臨床老師仍然不知道這些教學方法及教學模式之推動，執行成效有待後續追蹤。

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。

前次訪視發現：

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

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

本次訪視發現：

1. 醫學系臨床各科皆編訂實習醫學生訓練計畫，並規劃多元評量方式，包括 mini-CEX、DOPS、CbD、OSCE、學習護照、85 項核心技能護照、線上學習心得，以及線上實習醫學生多元評量表單等，但發現 mini-CEX，雖有質性回饋意見，但多簡略而無具體、實質的回饋意見。
2. 訪視期間仍發現有部分主治醫師進行床邊教學時，過多的指導、較少的直接觀察學生與病人溝通或身體檢查的表現，而忽略了即時提供學生回饋改善的學習機會，須進一步加強對實習醫學生的直接觀察、立即性的評估與回饋。
3. 醫學系五年級與六年級學生於臨床實習時，雖有加入主治醫師與住院醫師的病人照護團隊，但也發現部分實習醫學生並未每日紀錄病人的病程(progress note)，或病歷看不出書寫的臨床推理等情形，顯示臨床教師對於醫學生實際病人照護、病歷書寫、醫病溝通的指導與回饋仍有不足或待持續落實之處。

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。

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

1. 醫學系臨床各科皆編訂實習醫學生訓練計畫，並規劃多元評量方式，包括 mini-CEX、DOPS、CbD、OSCE、學習護照、85 項核心技能護照、線上學習心得，以及線上實習醫學生多元評量表單等，但發現對於知識、技能與行為態度整體評量偏向於單一等級勾選，mini-CEX 雖有質性回饋意見，但多簡略而無具體、實質的回饋意見，而部分學生的臨床技能及臨床學習護照並未確實記載，甚至有學生表示不清楚在各科部如何被評核。此外，臨床實習前設計「職前臨床技能訓練」一學分正式課程，集中五天內完成，而由訪談教師與學生得知，該期間 ACLS 證照訓練與測驗已占約 2 天多，學生反映在臨床技能訓練練習的時間及教師指導回饋仍不足。
2. 訪視期間仍發現有部分主治醫師進行床邊教學時，過多的指導、較少的直接觀察學生與病人溝通或身體檢查的表現，而忽略了即時提供學生回饋改善的學習機會，須進一步加強對實習醫學生的直接觀察、立即性的評估與回饋。
3. 醫學系五年級與六年級學生於臨床實習時，雖有加入主治醫師與住院醫師的病人照護團隊，但也發現部分實習醫學生並未每日紀錄病人的病程(progress note)，或病歷看不出書寫的臨床推理等情形，顯示臨床教師對於醫學生實際病人照護、病歷書寫、醫病溝通的指導與回饋仍有不足或待持續落實之處。

準則判定：部分符合

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。

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

1. 醫學系基礎醫學與臨床醫學整合課程，除 PBL 課程外，並未採用回饋性評量。有三年級學生訪談時反應，區段考試結束後考卷未發還，亦未讓學生了解錯誤的部分，以至於無法得之需加強之處
2. 醫學系臨床各科皆編訂實習醫學生訓練計畫，並規劃多元評量方式，包括 mini-CEX、DOPS、CbD、OSCE、學習護照、85 項核心技能護照、線上學習心得，以及線上實習醫學生多元評量表單等，但實地訪視發現某些學生兩、三個月前輪訓過的科別尚未給予成績，學生無法及時得知自己何處需要改進。

3. 訪視期間仍發現有主治醫師進行床邊教學時，過多的指導、較少的直接觀察學生與病人溝通或身體檢查的表現，而忽略了即時提供學生回饋改善的學習機會，須進一步加強對實習醫學生的直接觀察、立即性的評估與回饋。
4. 醫學系五年級與六年級學生於臨床實習時，雖有加入主治醫師與住院醫師的病人照護團隊，但也發現部分實習醫學生並未每日紀錄病人的病程(progress note)，或病歷看不出書寫的臨床推理等情形，顯示臨床教師對於醫學生實際病人照護、病歷書寫、醫病溝通的指導與回饋仍有不足或待持續落實之處。

準則判定：部分符合

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)。

前次訪視發現：

1. 醫學系所有課程及臨床實習都有設計多元的評量學習成效方法，包括平時測驗、口頭報告、同學互評、期中期末考、繳交報告、學習單及教學評量，而臨床實習之評量則包括 CbD、Mini-CEX、DOPS、Learning Portfolio、學習護照、85 項核心技能護照、線上學習心得、線上實習醫學生多元評量表單等。
2. 依據自評報告所提供必修課程資料，每門課程均有針對該課程之學習成效評量。系上亦舉辦過多場學習成效評量研討會，但較偏向臨床教學場域之評量。對於基礎以及醫學人文課程，引進符合教育理念之多面向評量方式，當可更有效度地評量學習成效。
3. 自評表中，師資培育課程缺乏對於評量工具，例如 Mini-CEX、DOPS、CbD 等的介紹及共識，但在臨床實習評量中，觀察到每位老師對於 Mini-CEX 的評分制度，有不一致的評分方法。
4. 臨床實習時，老師及學生都不甚瞭解「總結性評量」的真正意義，需要再加強輔導與說明，以達實效。

5.在某科之實習醫學生其 Admission Note 及 Progress Note 是離開該科後一星期繳交給 CR，再交醫教部存檔。其中未見回饋，即使有回饋修改，學生也無法得知。因此，沒有即時回饋即非 formative assessment，只繳交報告，沒有回饋不等於 assessment。

本次訪視發現：

1.部分醫學人文課程形成式評量較不明確，如某課程教學方式以講演為主，平時成績占 20%，期中考及期末考各占 40%，仍以總結性評量為主。

2.針對臨床實習，教學醫院已設計病歷資訊系統追蹤病歷指正教學紀錄，在一般醫學指導教師進行示範病房已有落實及成效，而在各臨床科之實施成效尚須長期追蹤。醫院設定科部教學負責人須做期中回饋機制,而實地訪視內科部有執行計畫加以佐證，但其他臨床科部的期中檢討回饋機制及佐證實例資料仍然不足。

3.醫學系臨床各科都編訂實習醫學生訓練計畫，並規劃多元評量方式包括 mini-CEX、DOPS、CbD、OSCE、學習護照、85 項核心技能護照、線上學習心得、與線上實習醫學生多元評量表單等，但發現 mini-CEX，雖有質性回饋意見，但多簡略而無具體實質的回饋意見。

4.醫學系五年級與六年級學生於臨床實習時,雖加入主治醫師與住院醫師的病人照護團隊，但也發現部分實習醫學生並未每日紀錄病人的病程(progress note)，或病歷看不出書寫的臨床推理等情形，顯示臨床教師對於醫學生實際病人照護、病歷書寫、醫病溝通的指導與回饋仍有待進一步落實。

準則判定：部分符合

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。

前次訪視發現：

1.從自評報告中看到醫學人文的蘊涵、普通心理學、社區醫學、醫學倫理學等課程已訂有質性評量，其他領域與實習之質性評量，則尚未落實。

2. 部分必修醫學人文課程，如醫學系一年級之醫學人文蘊涵，確實就學生之行為與態度作成描述性回饋。於訪談過程中，學生對此質性回饋亦給予正向回應。然其他課程仍以傳統知識領域之評量為主，缺乏敘述性之評量。
3. 一些教學和評量學生的方法，不宜擴大解讀，如此會使系上老師以為大多數課程均有做到，而失去改進的契機。例如此條文及上一條文的形成性評量、質性評量的做法，系上大多數的課程均言已做到，但實質上是有差距的。
4. 系上對這些條文項目列出標準選項，讓各科老師勾選，因而系辦公室更須對這些條文有正確的了解。要正確了解該教學方法或評量方法的實質作法與目的，然後再看在哪些課程，適合採用某種特殊的教學方法和評量方式，以提升教學品質和給學生多元的評量。
5. 評量表內包含六大核心能力，但敘述部分，僅有少數科別做得好。
6. 臨床實習的評量，如 Mini-CEX，有質性回饋意見，但多簡略，無法呈現完整的回饋意見。
7. 學習成效評估仍以量性評估為主，質性的評估(以敘述方式描述其技能、行為和態度)仍相當欠缺。

本次訪視發現：

1. 醫學人文課程所提供質性反饋機制，大多以課堂口頭回饋及報告給分及意見回饋。以現場資料檢視，較少針對醫學生的行為與態度採用描述性評量。此外，馬偕紀念醫院從 105 年 9 月至 107 年 5 月共舉辦 8 場次臨床醫學人文討論會，106 與 107 年各一場敘事醫學工作坊，以提供研習機會，但是否落實於平日臨床學習與病人照護，其成效尚待後續觀察。
2. 醫學系臨床各科都編訂實習醫學生訓練計畫，並規劃多元評量方式包括 mini-CEX、DOPS、CbD、OSCE、學習護照、85 項核心技能護照、線上學習心得、與線上實習醫學生多元評量表單等，但發現 mini-CEX，雖有質性回饋意見，但多簡略而無具體實質的回饋意見。

準則判定：部分符合

2.2.2.4 醫學系必須持續評量學生學習成果，確保醫學生已習得，並在直接觀察下展現核心臨床技能、行為和態度。

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

1. 臨床實習各科部皆訂有訓練計畫書，並利用 85 項臨床學習護照、核心課程登錄表、mini-CEX、DOPS、CbL 及 CbD、多元評值表等，紀錄學生的學習歷程。雖然有行為和態度評量項目，但訪談師生得知，臨床實習仍然以臨床醫學知識傳授為主，針對臨床教育之行為和態度領域，醫學生學習評量之反思心得及教師質性具體回饋之呈現仍然不足，實地訪視時仍見到有部分回饋評量表完全無書寫回饋內容之情事，亦有同一教師針對不同醫學生、不同實習期間的評量表，其評量勾選項目及質性回饋內容(含表現良好、加強項目)竟完全一樣。
2. 訪視期間仍發現有主治醫師進行床邊教學時，過多的指導、較少的直接觀察學生與病人溝通或身體檢查的表現，而疏忽了提供學生即時回饋改善的學習機會，對於實習醫學生的直接觀察、立即性的評估與回饋，仍有加強改善的空間。

準則判定：部分符合

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。

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

1. 自評報告說明：臨床教育強調學生須具備 ACGME 六大核心能力，新制醫學系 Clerkship 五年級內外科各 12 週，六年級內外科各 6 週，雖然有安排 ICU 實習課程，但除了輪訓科別場域區別外，在臨床訓練、病人照顧及評量要求上，尚未能呈現五、六年級學生能逐步展現各階段應有的知識、技能、行為和態度之整體臨床能力照顧責任。另外，婦科、小兒科等重要臨床實習僅在五年級輪訓各 5 週，六年級並無設

計第二階段臨床實習課程，而輪訓至其他科別時也未能呈現逐步加重臨床照顧責任及加強能力之規劃設計。

2. 醫學系五年級與六年級學生於臨床實習時，雖加入主治醫師與住院醫師的病人照護團隊，但也發現部分實習醫學生並未每日紀錄病人的病程(progress note)，或病歷看不出書寫的臨床推理等情形，顯示臨床教師對於醫學生實際病人照護、病歷書寫、醫病溝通的指導與回饋，並未完全展現逐步加重的責任。

3. 部分科部住院醫師(包括 PGY 住院醫師)夜間值班負責範圍太大，對於舊制七年級醫學生之夜間實習安排亦有同樣狀況，對於逐步加重承擔責任之安排並非適切。

準則判定：部分符合

2.2.2.6 醫學系課程必須持續評量醫學生解決問題、臨床推理、決策和溝通的能力。

前次訪視發現：

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

2. PBL 可以培育學生的臨床推理，但無法保證醫學生與病患的溝通能力，該系仍須加強五至七年級醫學生的臨床責任。

3. 臨床推理是從認知到決策的一系列推理運作過程，它直接影響到病人最後的診斷與治療的成效，而立即性的評估與回饋，是提供醫學生實務推理之必要途徑。醫學系已規劃多元評量方式，然而互動式教學與即時性回饋，仍須進一步落實。

4. 臨床實習病歷書寫使用 POMR 方式，但對於臨床推理 (clinical reasoning)大都書寫簡略或錯誤，病歷看不出書寫者的臨床推理，臨床教師也沒有給予指正。

本次訪視發現：

1. 臨床實習各科部皆訂有訓練計畫書，並利用 85 項臨床學習護照、核心課程登錄表、mini-CEX、DOPS、CbL 及 CbD、多元評值表等，紀錄學生的學習歷程。雖然有行為和

態度評量項目，但訪談師生得知，臨床實習仍然以臨床醫學知識傳授為主，針對臨床教育之行為和態度領域，醫學生學習評量之反思心得及教師質性具體回饋之呈現仍然不足，例如有回饋評量完全無書寫內容之情事，亦有同一教師針對不同醫學生、不同實習期間的評量表，其評量勾選項目及質性回饋(含表現良好、加強項目)竟完全一樣。

2. 醫學系從 106 學年度起，在臨床學習階段規劃虛擬「個案導向學習」(Case-based learning, CBL)，以訓練及評量學生之臨床推理與問題解決能力，而學生自評這課程可強化臨床推理(4.03/5 分法)及臨床疑惑解決(3.97/5 分法)，已有初步成效，然而，實際檢視 CbD 與 mini-CEX 評量，教師評量較無針對學生個別表現評量（例如皆是 8/9 分)，並給予具體回饋。

3. 醫學系五年級與六年級學生於臨床實習時，雖加入主治醫師與住院醫師的病人照護團隊，但實際審閱醫學生病歷書寫資料發現部分實習醫學生並未每日紀錄病人的病程(progress note)，或病歷看不出書寫的臨床推理等情形，顯示教師對於學生在臨床推理與決策思辨和溝通能力訓練，並未給予適當的指導與評核。

準則判定：部分符合

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。

前次訪視發現：

1. 依自評報告所列課程內容多元，馬偕醫學院是一所教會學校，承襲馬偕精神之特質，強調利他、同理心、誠信、道德、社會責任等特質與能力，也透過 PBL、小組討論、個案報告、臨床照護來培育獨立學習之能力。

2. 醫學系課程基本上包括：通識、人文、基礎醫學及臨床醫學，於相關資料及自評報告中，顯示負責人已努力規劃醫學系的課程。

3. 醫學系的通識與醫學人文課程，旨在提供醫學生臨床專業以外，特別於人文社會領域之關切，以及專業判斷以外，包括同理心與道德判斷等之特質與能力。

4. 馬偕醫學系之通識與醫學人文課程，雖已具備此課程需求之基本，但仍應與時俱進，並尋求師資擴充，以提供更多元化之課程。
5. PBL 配合模組可以達成學習理論，卻無法培養利他精神及同理心或文化敏感性，需加強學生與病人的接觸，加強責任感。
6. 學生對 PBL 小組討論課程的目的不太明瞭，有學生認為主要的目的是培育學生的溝通技能。系上的課程整合暨 PBL 學習指引手冊上所列的學習目的，也多偏向知識層面的獲得，及同學分享討論、主動參與小組討論。系上需再清楚界定此課程的目的是什麼，如此才能制定恰當的學習流程，以能達到課程目的。
7. 觀察三、四年級 PBL 小組討論的進行，有些組的學生有以討論的方式進行學習，但也有些組別仍是以短講(mini-report)的方式進行。學生大多能積極參與開教案時製作觀念圖，老師也適時給與指點。但發現因需花較多的時間製作觀念圖，而犧牲了對造成病人症狀的多種可能原因的腦力激盪，且導致有些組的學生針對教案帶出來需要學習的知識更為分工合作式的學習，即學生只查詢觀念圖上某一部分的知識，再依賴別的同學所查資料做的筆記，去學習觀念圖上其他部分的知識（包括 PBL 教案所訂定的主要學習主題）。系上宜深思如何在幫助學生架構所學的知識，及培育學生主動學習技能和深化學習知識之間取得平衡。
8. 臨床實習有個案討論、小組討論，逐漸養成終身學習的能力。
9. 有學生在老師指派要他做 primary care 的病人後 2 天，尚對該病人的病情不了解，且在等待老師要給的閱讀資料。
10. 臨床實習不論 Clerk 或 Intern，皆以至所有各專科或次專科實習為課程之安排，與一般醫學教育的目的似乎不同，但此是台灣各大醫學院的共同問題。
11. 臨床實習中各單位亦安排多面向之學習與評估方式，但在訪評期間之實際觀察中，發現許多教學活動，仍以單向之傳授為主。醫學生於個案報告及文獻閱讀之綜整報告時，見到此種單向傳授的情形。由主治醫師總結時亦見到此種現象；甚至主治醫師的 bedside teaching，往往也見到老師單向講授臨床知識或經驗，較少引導學生主動思辨。

本次訪視發現：

1. 醫學系雖已具備通識教育與醫學人文課程之基本需求，但師資人數與專長領域仍需持續擴充，以提供更多元化之課程。
2. 醫學系制定七大核心能力，臨床學習則以 ACGME 的六大核心能力為五至七年級醫學生應達成的臨床能力。另外，為促進醫學生七大核心能力之達成，設有馬偕醫學院醫學系核心能力審查辦法，將七大核心能力之達成表現，分為標準、優良、傑出三等級，104 學年（含）以後入學者，醫學生均須取得七大核心能力達「標準」等級（含）以上，始得授予畢業證書。醫學系雖然制定七大核心能力與臨床學習之六大核心能力對照表，但實際訪談實習醫學生及臨床教師時，發現多數都不清楚其間的關係。

準則判定：部分符合

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。

前次訪視發現：

1. 依自評報告所列，醫學系有提供四個領域課程，包括通識教育、醫學人文、基礎醫學和臨床醫學四個教育領域。
2. 馬偕醫學系在通識課程方面，由全人教育中心規劃天地人心四大群組課程；醫學人文課程，亦從過去四個學分擴充為十三個必修學分。
3. 醫學倫理教育欠缺基礎倫理學理論架構，只在醫學系五年級實習前 8 週內，有短暫臨床個案型教學，較欠缺宏觀面。

本次訪視發現：

1. 醫學系課程內容已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，但醫學倫理相關課程，尤其是臨床前的倫理課程仍較為零散，分佈在各個不同課程中，未能顯現整體課程設計之架構，也缺少縱向的課程發展說明。
2. 目前五、六年級臨床實習課程已涵蓋各器官系統，及急、慢性、長期、復健和臨終照護等重要觀點，並提供直接病人照護的學習機會。

準則判定：部分符合

2.3.2 醫學系（院、校）必須提供醫學生通識教育。

前次訪視發現：

1.依馬偕醫學系自評報告所列課程已包括通識教育。

2.馬偕醫學系由醫學院全人教育中心，依據校級基本素養與通識核心能力規劃通識教育課程。其教育目的包含於醫學系教育目的內涵中，故可融合於整體醫學教育當中。除國文與英文之基本語文能力及核心通識課程外，更規劃天、地、人、心四個領域的特色課程。32 學分的通識教育課程，可以使通識教育涵蓋面能更全備。整體課程規劃用心。

3.唯於學生訪談中進一步瞭解課程執行，或因考慮不同系所課程安排，通識課程集中開設時段（本學期為週四上下午），使學生選課受到限制。雖規劃四個特色領域，但每個領域的課程多樣性仍受師資限制；有利用校際選課，選修其他學校課程的學生又占極少數，這也會影響博雅教育核心素養的養成。

4.通識教育有天、地、人、心核心課程，近年來才有各領域必修學分，且許多科目之歸類不是很恰當，須持續加以追蹤。

本次訪視發現：

1.通識教育涵蓋天、地、人、心四大面向，為總體目標，受限於學校規模及學生人數，較難如一般大學提供多元的課程選擇，尤其在社會科學部分課程明顯欠缺，且此四面向又有重疊之處，以致以此四大項分類呈現部分課程介於模糊地帶。而學校訂有每面向必須修課規範，部分學生及畢業生問卷皆反應修課受限。大學之全人教育需提供學生多元博雅課程，目前所面臨的困難，學校宜有更積極作法解決。另於實地訪視時現場資料呈現，104 學年度第 1 學期、105 學年度第 1 學期，以及 106 學年度第 1 學期的馬偕講座之平均分數各為 96.8、85.3 及 75.9，同一門課在 104 及 106 學年度，學習平均分數差距達 20 分，但未見對此課程的學生學習成效滑落加以檢討。

2.醫學系之英文畢業門檻設定為等同全民英檢中級(CEFR B1，一般設定為高中畢業應有能力指標)，國內其他醫學系，對於醫學生要求一般設定為中高級初試以上，相較之下較為寬鬆，而畢業生自評對於「立足國際，追求卓越」之核心能力表現最不理想，兩者是否有所關聯，值得校方進一步瞭解。訪視現場與校方主管座談，校方回應此

為對於所有馬偕醫學院學生的門檻，並非僅針對醫學系學生，未來會考量提高對學生語言能力之要求。

準則判定：部分符合

2.3.3 醫學系的課程必須包括醫學人文教育。

前次訪視發現：

1. 醫學系以知己、知人、知天、知愛，與知用來建構一至七年級的醫學人文課程。
2. 醫學系的醫學人文教育分三大階段：認同（知己、知人）、理解（知天、知愛）、實踐（知用）循序漸進，從醫學系一到醫學系五年級都有安排醫學人文教育。
3. 醫學系聘有一位專任教師負責醫學人文教育，並設有醫學人文委員會以提升醫學人文教育品質。除醫學系教師外，也與全人教育中心互相支援，更延伸醫學人文教育到醫院實習階段，另於馬偕醫院下設馬偕醫學人文小組。
4. 必修之醫學人文課程，雖於 104 學年度由 4 個必修學分增加至 13 個必修學分，但並非均勻分布於各年級當中。例如醫學系三、四年級較主要之社區及志工服務，以及社區醫學與實習（共 5 學分），較屬於社區醫療及公共衛生範疇，觀察其課綱內容，跟一般認定之醫學人文課程不盡相同。而醫事法律，醫學倫理以及臨床溝通技巧等 5 學分課程，又是利用醫五進入臨床前以六週密集授課完成。知識傳遞或無大礙，但對需要反思的人文課程，可能還是得密切注意成效。
5. 選修的傳統醫學概論與針灸學，一般似乎也不會列入醫學人文教育中。整體觀之，或因師資限制，屬於社會科學的社會學、人類學等課程較為欠缺。
6. 簡報中指出醫學人文教育，規劃將 34 顆醫學人文種子擴散於醫學課程中，其訂定之依據雖有所本，但綜觀這些元素，卻不盡相等。如“抗生素濫用的後果”為一公衛議題，但另一個“法醫學”則為學科類別。定義上的混淆會影響課程設計安排，而所呈現資料,除 PBL 課程於教案撰寫的教學目標中略微提到醫學人文範疇的討論外，並無明確指出如何均勻地將這些共識重要的醫學人文種子擴散於醫學課程中。醫學人文課程建構之落實仍需更堅強之論述，方能評估教育目的之達成。

7. 醫學倫理之課程明顯不足，師資也不足，醫學系一至四年級無倫理學之理論課程，醫學系五年級在 10 週密集邀請臨床老師以臨床案例進行教學，內容受到案例限制。

本次訪視發現：

1. 馬偕醫學院相當重視醫學人文教育，也積極延攬教師，亦規劃縱貫性醫學人文課程，規劃「核心課程」與「隱藏課程」，值得肯定。然而在社會及行為科學方面的課程，仍未見明顯改善，若無知識面的基礎，貫連基礎與臨床階段的人文案例討論學習成效將會受到影響。現場觀察 PBL 課程進行時，顯示學生在人文議題的討論較無法深入。
2. 34 顆醫學人文種子仍然使用在 3、4 年級 PBL 課程之人文議題元素參考；綜觀這些元素，前次訪視所提出的定義上的混淆疑問仍然存在，如「法醫學」、，「遺傳諮詢」、「營養學」等等，一般不列為醫學人文領域。而所呈現資料 PBL 課程於教案撰寫的教學目標中，略微提到醫學人文範疇的討論外，並無明確指出如何均勻地將這些醫學人文種子有系統及階段性的帶入醫學課程中。醫學人文課程之架構仍需更清楚、完整，方能評估教育目的是否達成。
3. 受限於學校規模，通識教育及醫學人文師資及課程應可以相互支援，並在總體博雅與專業人文素養與能力之培育中，有課程橫向與縱向連結。全人教育的課程地圖，與醫學人文課程地圖的縱向及橫向聯繫與連結並不明確，且根據教師訪談，目前的兩邊對話仍停留在兩大區塊各自規劃，對於醫學生的階段性素養與能力培養較無共識。

準則判定：部分符合

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。

前次訪視發現：

1. 學系的課程為了達到「基於實証提出批判性決策能力」、「解決醫療問題之技能」、「認知與瞭解社會對於醫療照護的需要與要求」之多元能力，依自評報告所列包括實証醫學、公共衛生學、社區醫學、醫學人文、環境與職業醫學、醫學倫理、生死學、

臨床診斷學等課程，並以筆試、報告、PBL、OSCE、CbD、Mini-CEX 等方式評估學生運用原則和技能，以解決健康和疾病問題的能力。

2. 慎思明辨能力之培養，有助於醫學生未來面對健康疾病問題時之因應能力。於自評報告中，醫學人文課程包括醫學人文的蘊涵、生死學、醫院社區志工實習、社區醫學、醫學倫理與法律等，乃規劃用來培養學生認知與瞭解社會，對於醫療照護之需求與要求等的重要課程。但上述課程，綜觀其課綱，加上與學生訪談所悉，均較為強調個體反思，較少以社會及群體觀點來省思醫療照護需求。而部分課程，如醫院社區志工實習課程，多以上課講授方式進行，也缺少實際場域的體驗學習。

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

本次訪視發現：

1. 馬偕醫學院醫學系課程設計，依年級區分：本系一、二年級課程為醫預科教育，並導入臨床相關生物醫學內容。三、四年級課程為醫學基礎及臨床課程；五、六年級為臨床醫學課程。其中，三年級課程主要教授人體系統之功能與生理病理學之概念和知識，四年級課程則主要教授臨床疾病之發生、診斷和治療等主要概念和知識；三、四年級之課程在上、下學期以人體器官系統各分為 8 個區段；課程採雙螺旋設計授課理念，並且在三、四年級課程內以臨床教案-PBL 學習模式來引導醫學生建立自我學習和團隊合作之自主學習態度，讓相關之基礎醫學與臨床知識互相結合，幫助學生深入瞭解基礎醫學與臨床醫學兩者之知識相關重要性。

2. 醫學系於臨床實習課程中，加入 case-based learning (CBL)之學習方式，以補足學生在各科臨床實習中，可能沒有遭遇到的必須學習個案。

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。

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

醫學系於基礎醫學的課程規劃上，強調跨領域整合及科學基礎的重要性。採用系統整合式雙螺旋課程設計，三年級主要教授人體系統之功能與生理、病理之概念與知識，四年級主要教授臨床疾病之發生、診斷和治療之概念與知識，並輔以臨床教案的 PBL 學習。施行成效佳，教學評量均在 4 以上，且醫學生第一階國考通過率於 103~106 學年度分為 95.5%、87.5%、93.1%及 86.1%。畢業生問卷亦顯示，對於「基礎醫學領域所學有助於臨床實習及公共衛生醫療」，大多表示贊同。

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。

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

醫學系訂有「學生參與專題研究計畫獎補助要點」，鼓勵學生參與教師研究，並將相關訊息公告及電子郵件讓學生周知。近三年，每年都有學生參與專題研究、期刊論文及學會發表、以及獲科技部研究創作獎，顯示學校對於醫學生參與研究之重視與努力。

準則判定：符合

2.3.9 醫學系的課程應有介紹臨床和轉譯研究的基礎醫學與倫理原則，包括該研究應如何執行、評估、和對病人解釋，並應用於病人的照護上。

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

1. 馬偕醫學院於 107 年修訂「馬偕醫學院學術研究倫理教育課程實施要點」，所有學生須於在學期間完成至少六小時學術倫理課程，預計於 108 學年度入學生開始實施，執行成效尚待後續追蹤。
2. 目前基礎與臨床課程方面，部分課程有置入相關研究倫理的課程，低年級實驗課程有涵蓋研究倫理介紹，參與其中學生亦表示有相關研究課程教導。然，於臨床實習階段時，醫學生如何將醫學研究倫理原則運用於病人的照護上有待持續加強。

準則判定：部分符合

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。

前次訪視發現：

1. 醫學系課程涵蓋有預防、健康促進、急性、慢性、長期、復健和臨終照護等課程，也包括至安寧病房實習一週，了解臨終照護問題。

2. 該準則重要觀點已涵蓋在課程中，但是各學科的次序宜再思考，例如可以將「以病人為中心」的科目，安排在醫學系五年級（兒、婦、家庭醫學、社區醫學），將次專科安排在醫學系六年級（麻醉、耳鼻喉、眼科、醫事法律、急診）等等。

本次訪視發現：

醫學系於課程設計中，規劃公共衛生學、家庭醫學、社區醫學、內科學、急診醫學、復健科和生死學等，學習以病人為中心的整合照顧。由一個疾病的急慢性治療，往前推到健康促進、危險因子預防，往後延伸到長期照護、復健與臨終照護等，也學習多重疾病的診治、用藥知識、共病因子的辨識。藉由講課、個案討論及實際的社區醫療服務，獲取知識、技術、能力。並於三至四年級時期實施整合課程，以各器官系統為導向，含有健康促進、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。

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

關於基層和社區醫療的臨床學習經驗，醫學系於二年級規劃基本臨床技能(Basic Clinical Skills)課程(必修零學分)，學習基本臨床技能以及早期臨床接觸(early clinical exposure)，內容包含在地醫療諮詢(4hrs)，執行方式由臨床醫師帶領學生到三芝在地家庭訪問並提供衛教，使學生了解在地醫療的團隊學習及現有健康醫療照護模

式的學習；另有「醫院與社區志工服務」課程(1 學分)，透過志工服務課程以瞭解及參與社區醫療工作。四年級開設有「社區醫學」課程上下學期一學分，共兩學分。規劃上下學期總共 32 堂社區醫學大課堂課程，包含社衛生行政與健康管理、民眾健康信念與就醫行為的探討、社區醫院、衛生所與基層診所的業務介紹、社區老人照顧與長期照顧體系等等，並與社區醫學實習課程相互配合。

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。

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

醫學系於一至七年級的課程中，規劃教導溝通技巧，包括：一年級「醫學人文的蘊涵」；二年級「敘事、理解與溝通」、「普通心理學」、「基本臨床技能」；三年級的學生在籌劃舉行「大體老師追思禮拜」之前，親與大體老師家屬進行敘事訪談，在彼此溝通互動過程中，得以深刻感受與學習大體老師及其家屬奉獻之愛；四年級「臨床技能」、「臨床診斷學實習」、循環學模組中的「循環學人文」單元；五六(七)年級則於各臨床科的教學門診均有以實際病人進行溝通訓練，且六年級精神醫學則安排實際的會談技巧

與團體心理治療訓練。「臨床醫學人文討論會」則讓學生藉由特定案例與病人、家屬、相關醫療人員學習如何進行敘事訪談與溝通，並進行全院性的報告與討論。

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）。

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

自評資料及訪視現場所呈現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）皆較偏為醫師面對暴力時的因應相關課程，是為對前次訪視意見理解上有落差。而現場後續所提供的相關課程資料部份，呈現較為零散分佈，如所提供資料為小兒科（整學期 36 小時）的預防醫學兩個小時課程中，於近 90 張的課程投影片中、有 8、9 張帶過兒童受虐議題，但並未提出佐證在其他課程有帶入相關病人倡議等社會問題，也未能呈現後續如何貫連性融入其他課程以強化相關議題的學習成效。臨床溝通技能有帶入部分議題練習，若無基礎課程提供知識深度與廣度學習，以及態度的發展，連結臨床溝通技能之成效仍有待觀察。

準則判定：部分符合

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。

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

依目前書面資料、訪談結果顯示，醫學系課程之文化照護能力的發展養成，較為零碎散佈在各階段，醫學人文及臨床教育的部分較缺乏呈現整體成效，醫學人文 34 顆種子也未見所謂的不同文化信念價值觀等。而在態度、知識及技能方面如何有階段的發展，例如學生進行偏鄉或在地三芝地區服務時，是否能有醫療與社會文化脈絡之相互影響，亦或學生於臨床階段的訪視病患，是否有引領瞭解不同的信念對疾病與醫療不同的認知與觀點。且該校也有人文老師研究指出，有修過醫學人文課程輔助、另類醫療與人文素

養選修課程,在臨床技能表現較佳,但醫學生必須理解不同文化和信仰非選擇性的興趣,而是在面對日益多元文化的社會及病人需具備的能力。相關知識、技能、行為與態度之評量無明顯呈現，根據學生訪談，多數學生亦對這方面學習並非完全瞭解。

再者，根據學校所提供「跨文化」醫療照護之教學能力，檢視內容多數也屬於較為一般的人文講座，訪視過程發現 cardiovascular system PBL「中邪的表妹」，學習的議題有文化中對「中邪」的概念與其指涉的意義，是為融入不同健康信念很好的例子。然，教師參考資料卻幾無相關資料，依教師訪談指出，目前具有人文議題的 PBL 於 107 年度將加以討論。

準則判定：部分符合

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。

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

醫學系課程內容中，較缺乏性別與醫療及相關文化偏見等議題與概念，在自評報告所提出於一門課程有相關議題的討論，但缺乏呈現整體性，以及如何在不同階段帶入相關能力的培養。依學生訪談，皆表示較少有類似的性別與醫療議題。而上述內容的欠缺，也與整體醫學人文課程中，較無社會科學、人類學等課程相關，無法就多層面了解社會

與疾病關聯，以及反思文化與性別偏見影響醫療照護之多種面向。其中，醫學系提供資料中有列出醫學人文課程輔助、另類醫療與人文素養選修課程，課程涵納豐富輔助醫療議題，是為提供學生檢視自我對輔助醫療之文化偏見的良好學習機會，然較缺乏中醫、輔助醫療的文化相對討論，且該課程為選修課程，並非所有學生均有修習此課程。

準則判定：部分符合

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。

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

依學校提供所有的醫學倫理相關課程資料，臨床前的倫理課程仍顯見較為零散，分佈於各個不同課程中，仍無法顯見整體課程設計之架構，也缺少縱向的課程發展說明。臨床階段之倫理學較集中於幾週內上課，10 人一組進行臨床敘事醫學訪談，並進行團體報告，根據 106 學年度醫學倫理課程的問卷資料呈現，部分學生對課程時間安排表示較緊湊，亦有學生反應希望增加「理論課程」，此種反應也正顯現臨床前的倫理課程教學缺乏整體架構之問題。

準則判定：部分符合

第 3 章 醫學生

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。

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

醫學系招生管道具多元性，近年來大力支持大學繁星推薦，此管道招生名額占該系醫學生 25%，為全國最高比例。此外，醫學系亦積極參與衛生福利部的「原住民族及離島地區醫事人員養成計畫」，協助培育偏鄉之醫師人力以解決偏鄉醫療人力資源不足的問題。

準則判定：符合

3.2 訪問學生和轉學生（含校內轉系）

3.2.0 醫學系隸屬之學校可提供資源，以滿足訪問醫學生和轉系醫學生的需求，但必須以不影響學校醫學生的可用資源為原則。

前次訪視發現：

1.目前沒有提供轉系生的辦法。

2.沒有轉系生。

本次訪視發現：

1. 醫學系訂有「馬偕醫學院學生轉系辦法」，規定申請轉系的基本資格、名額限度、申請程序及辦理甄試作業等重要規範，各學系並須依校級轉系辦法訂定各學系轉系作業要點或施行細則，明訂各系招收名額原則、申請條件、甄試項目及占分比等。醫學系訂有「醫學系轉系施行細則」，最近二次的轉系考試，因考生皆未通過第一階段筆試，便無法接受面試轉系。
2. 醫學系至今並未接受長期「訪問醫學生」，僅接受短期「交換醫學生」，自 104 至 106 學年度共有 19 名交換醫學生，為期在兩個月以內，主要在馬偕紀念醫院接受見習教學，視臨床端之訓練容額予以安排，不會影響醫學系學生之訓練資源。

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。

前次訪視發現：

目前沒有轉學生。

本次訪視發現：

醫學系訂有「馬偕醫學院學生轉系辦法」，規定申請轉系的基本資格、名額限度、申請程序及辦理甄試作業等重要規範，各學系並須依校級轉系辦法訂定各學系轉系作業要點或施行細則，明訂各系招收名額原則、申請條件、甄試項目及占分比等。醫學系訂有「醫學系轉系施行細則」，最近二次的轉系考試，因考生皆未通過第一階段筆試，便無法接受面試轉系，故目前仍然沒有轉學生。

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。

前次訪視發現：

目前沒有訪問學生。

本次訪視發現：

依馬偕醫學院醫學系提供的訪問醫學生資料，醫學生來源為校際間 MOU 或經醫學生之 SCOPE 而來，從 105 年 1 月至 107 年 7 月止，共有 33 位訪問醫學生至馬偕紀念醫院見習。其申請流程為透過馬偕醫學院轉送申請人已填寫的「馬偕紀念醫院國外醫療見習人員申請表」予馬偕紀念醫院，該申請表之審核部門主管欄位依序至馬偕紀念醫院院長，其流程可見於馬偕醫院 100 年度 1 月修訂「國外學生申請臨床見習流程」，見習結束亦由馬偕紀念醫院具名給予證明。由此可見，馬偕醫學院並未實質查驗每位訪問醫學生的資格，資格審核皆由醫院端執行，難謂有「醫學系隸屬之學校應查驗每位訪問醫學生資格」及其他相應需執行工作之確實作為。

準則判定：部分符合

3.2.3 自其他醫學系(包括外國醫學系)前來臨床實習和短期訓練的「訪問醫學生」，必須具備與將加入學校的醫學生在臨床經驗上相當的資歷。訪問學生的人數必須不影響到醫學系及其建教合作之教學醫院本身醫學生之既有容額及醫學教育品質。

前次訪視發現：

目前沒有訪問學生。

本次訪視發現：

依馬偕醫學院醫學系提供的訪問醫學生資料，醫學生來源為校間 MOU 或經 SCOPE 等，從 105 年 1 月至 107 年 7 月止，共有 33 位訪問醫學生至馬偕紀念醫院實習。其申請流

程為透過馬偕醫學院轉送申請人已填寫的「馬偕紀念醫院國外醫療見習人員申請表」予馬偕紀念醫院，該申請表之審核部門主管欄位依序至馬偕紀念醫院院長，其流程可見於馬偕醫院 100 年度 1 月修訂「國外學生申請臨床見習流程」，實習結束亦由馬偕紀念醫院具名給予證明。由此可見，馬偕醫學院並未實質查驗每位訪問醫學生的資格，資格審核皆由醫院端執行，醫學院或醫學系並未掌握來訪醫學生之臨床經驗上之資歷。

準則判定：部分符合

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。

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

1. 醫學系整合學務處、導師、心理諮商中心與臨床心理師共同負責醫學生的生活、輔導和學業指導工作，包括與系主任有約、聯合導師會議、臨床導師會議、身心會診、高關懷或學習困難等輔導流程。
2. 醫學生臨床實習由馬偕紀念醫院醫教部統籌及整合各臨床學科，並執行教務及事務事項；除各臨床學科訂有教學計畫及計畫主持人外，亦有臨床導師、導生制度(現狀為 1:4)、院層級臨床輔導小組與輔導流程，以及臨床學科教學會議、臨床導師會議、醫學教育小組會議和醫教委員會等會議，共同負責醫學生生活、輔導合學業指導工作。

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)。

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

1. 醫學系規劃之課程或活動，例如馬偕講座、薪傳講座、醫學典範講座、臨床導師制度(醫院)、臨床醫學人文討論會、臺東偏鄉「偏遠地區醫療」及一般（全人）醫學輪訓課程等，有助於培養醫學生的人文專業素養，但缺少具體的成效評量。
2. 實際訪談馬偕紀念醫院的多位教學主管與主治醫師，包括醫學系主任、系副主任、醫教部副主任、內科、一般醫學內科、外科、急診科、婦產科、小兒科等多位主治醫師或主任，可以感受到他/她們多數對於馬偕醫學院的認同、對於醫學教育與指導醫學生的熱忱，所營造的教學氛圍，訪談的醫學生也多能明顯感受到醫院對於教學的重視。
3. 訪談馬偕醫學院醫學系畢業之住院醫師表示，近 3 年來馬偕紀念醫院對於教學逐漸重視，主治醫師也漸落實固定的教學門診、教學住診的時間，更增加了畢業生與在學的實習醫學生學弟、妹對於學校的向心力。所晤談的幾位實習醫學生也表示，有自己的學長、姊在醫院當住院醫師，覺得更親切，也受到更多的指導。
4. 醫學系制定七大核心能力，臨床學習則以 ACGME 的六大核心能力為五至七年級醫學生應達成的臨床能力。醫學系雖然制定七大核心能力與臨床學習之六大核心能力對照

表，但訪談的實習醫學生及臨床教師及住院醫師並不熟悉其間的關係。此外，國際醫學教育對於醫學專業素養(professionalism)之內涵有一定程度的認知，醫學系除了訂定的七大核心、ACGME 六大核心能力之外，也須思考與國際上對於醫學專業素養內涵的接軌，例如六大核心能力之專業素養所定兩項分類，一為守時及回應臨床傳呼，一為具有同理心及醫療行為符合醫學倫理，皆為較細節或籠統的分類，專業素養定義不明，不利整體課程發展、能力培養與評估。

準則判定：部分符合

3.4.1.1 醫學系及其建教合作醫院的成員，包括教師、職員、住院醫師、主治醫師、醫學生和其他臨床人員，應分擔創造適當學習環境的責任。

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

醫學系制定七大核心能力，臨床學習則以 ACGME 的六大核心能力為五至七年級醫學生應達成的臨床能力。醫學系雖然制定七大核心能力與臨床學習之六大核心能力對照表，但訪談的實習醫學生及臨床教師及住院醫師並不熟悉其間的關係。此外，國際醫學教育對於醫學專業素養(professionalism)之內涵有一定程度的認知，醫學系除了訂定的七大核心、ACGME 六大核心能力之外，也須思考與國際上對於醫學專業素養內涵的接軌，例如六大核心能力之專業素養所定兩項分類，一為守時及回應臨床傳呼，一為具有同理心及醫療行為符合醫學倫理，一則過於細節狹隘，一則過於籠統的分類，顯示該系對於專業素養定義不明，不利整體課程發展、能力培養與評估。

準則判定：部分符合

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。

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

醫學系制定七大核心能力，臨床學習則以 ACGME 的六大核心能力為五至七年級醫學生應達成的臨床能力。醫學系雖然制定七大核心能力與臨床學習之六大核心能力對照表，但訪談的實習醫學生及臨床教師及住院醫師並不熟悉其間的關係。此外，國際醫學教育對於醫學專業素養(professionalism)有一定之內涵，醫學系相關主管對於醫學生之定義、內涵、能力培養與評估，仍待進一步改善。實際訪談時，臨床教師、住院醫師及醫學生多數對醫學專業素養內涵不清楚或不熟悉，難以協助創造適當的學習環境。

準則判定：部分符合

3.4.1.3 醫學系及建教合作醫院的成員，包括其教師、職員、住院醫師和醫學生應定期評估學習環境，以釐清維護專業準則和行為的正負面影響因素，以制定適當的策略，提升正面與減輕負面的影響。

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

馬偕紀念醫院醫教部統籌及整合各臨床學科執行教務與事務事項，除各臨床學科訂有教學計畫及計畫主持人外，亦有臨床導師、導生制度(現狀為 1:4)、院層級臨床輔導

小組與輔導流程，以及臨床學科教學會議、臨床導師會議、醫學教育小組會議和醫教委員會等會議等，共同負責醫學生生活、輔導合學業指導工作。然而，審視其多項評值(量)及相關會議紀錄，重要教學會議內容多偏向學生生活庶務討論，而非學習環境的檢討與改善。

準則判定：部分符合

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。

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

學校及教學醫院皆建置 e-portfolio 平台系統，鼓勵學生建置及記錄個人學習歷程資料，並舉辦 e-portfolio 比賽，學校在規劃上相當努力，然而在實地訪視時發現，檔案之管理及教師之回饋並未完整，尤其在臨床實習時未見醫院規劃有效之機制，將學習歷程重要資料與紀錄作為學生回饋之依據。

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。

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

教師登錄學生課程成績(含作業、平時測驗、期中考、期末考及學期總成績等)，須以個人帳號密碼登入系統，學生亦得以個人帳號密碼登入系統查詢個人各項成績。教師授課之各課程學期總成績確定後，傳送至教務系統，並須列印紙本課程學期成績單送註冊組檢核，並由註冊組妥為存放於庫房上鎖鐵櫃內，教務系統內之成績管理功能僅註冊組承辦人員使用之帳號密碼經授權得以操作及使用。

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。

前次訪視發現：

1. 馬偕醫學系過去幾年間，臨床學科與基礎學科專任教師雖有增長，但教師數量仍然不足。醫學人文學科僅有一名專任教師，雖有校級全人教育中心教師支援，但因全人教育中心負責全校通識課程，人力亦捉襟見肘，醫學人文教師的增聘，有實際上的需求。醫學院及醫學系應對各科教師人力需求，進行整體性的評估，提出具體招募計畫，並切實執行。

2. 學校持續為新進教師辦理新進教師研習會，每學期至少舉辦兩場教師研習，並有教學與研究交流分享。另針對 PBL 亦持續辦理工作坊，可見該校於教師在職與繼續教育方面的努力。
3. 專任臨床教師不足，許多臨床學科沒有專任教師。馬偕醫院有許多符合資格的主治醫師，應盡速克服困難，招募足夠的臨床專任教師，如此才能對於醫學生臨床實習的課程規劃與執行，能落實教育目的。
4. 教師均熱心教學，每年需修一定的教育學分(6 學分)，然教師數不足，103 年與 104 年訪視亦提出相同問題，學校規劃將來會再聘請約 36 位教師，分配於基礎與臨床課程中，但未見具體規劃內容。

4.1 數量、資格和功能

4.1.0 學校必須在通識教育、醫學人文、基礎醫學和臨床醫學具備足夠數量的教師，以符合學系的需要和任務。

前次訪視發現：

1. 醫學系 104 學年的基礎學群教師有 17 名（包括 2 位臨床醫師聘任為病理科老師)，臨床學群教師有 9 名，專案教師 23 名。馬偕醫學院董事會於近期同意，醫學系自 104 學年度起逐漸增加教師員額 36 人。此方面的成效尚待觀察。
2. 通識教育由校級全人教育中心負責，依照規劃開設語言及共同必修，以及天、地、人、心四個特色領域課程。訪談教師實瞭解目前人力勉可負擔，然因每位教師老師專業背景，加上兼任老師聘任不易，所能開設課程之多樣性也有所侷限。至於醫學人文則創系以來僅有一名專任教師，訪談中瞭解系上雖允諾也進行教師招募，但因種種因素目前仍僅有一名專任老師，恐無法滿足目前醫學系對醫學人文課程的規劃，如何擬定計畫招募適任之醫學人文教師，為當務之急。
3. 專任臨床教師不足，且許多的臨床學科例如眼科，泌尿科，家醫科…等，沒有專任教師，馬偕醫院有許多符合資格的主治醫師，應盡速克服困難，招募足夠的臨床專任教師，如此才能對於醫學生臨床實習的課程規劃與執行能上軌道。
4. 專任臨床學科教師只有 22 位，兼任 173 位，宜鼓勵院方及臨床教師儘量爭取教職。此外，解剖學科僅一名專任教授、兩名專任副教授，教師數不足，且無教學助理。

5. 部份科別、部份單位並無足夠數量之住院醫師，以指導實習醫學生，擔任醫學院專任教師之主治醫師人數太少，以致完全溶入醫學系教學作業之臨床科部教師太少。
6. 每年訪視皆提出專任教師（包含基礎醫學與臨床醫學之各學科）數量不足之問題，然改善情況有限。

本次訪視發現：

1. 學校教師發展中心每年定期舉辦新進教師研習會、問題導向學習(PBL)之教師培育與教案撰寫工作坊、多元升等及教學與研究分享會；而教學醫院端也針對臨床教學舉辦個案導向學習(CBL)及臨床技能 OSCE 考官培訓，以及一般醫學師資培訓，鼓勵臨床教師取得完訓證明。惟，學校與教學醫院尚未針對教學創新與教師專業發展之需求，進行系統性的長遠教師培育計畫與定期執行成效評估。
2. 前次訪視發現師資數量不足，尤其是專任臨床教師，僅 22 位，兼任教師 173 位，甚至有臨床學科無專任教師。本次訪視資料顯示，104 學年度到 106 學年度，基礎學科教師由 16 名增至 19 名(另含一名不佔缺教授)，臨床學科專任師資由 9 名增至 45 名，醫學人文學科教師由 1 名增加到 4 名，反映馬偕醫學系招募師資之努力。然而，教師職級分佈，教授僅 3 位(外科、眼科、麻醉科)，重要臨床學科副教授級教師分別為內科 2 位、婦產科 3 位、兒科 2 位，仍須持續進行整體的教師人才招募、培育與留任措施，以確保足夠數量、稱職且長久留任的教師，落實醫學教育目標。此外，檢視資料發現多數新聘的臨床專任教師多從馬偕醫院借調，如何建立有效的臨床師資聘任與留任制度，仍待進一步追蹤。

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。

前次訪視發現：

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

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。

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

1. 馬偕醫學院訂有「馬偕醫學院教師研習辦法」，專任教師每學年規定之研習基本時數：教授 6 小時、副教授 8 小時、助理教授 9 小時、講師 10 小時。每學年度結束後，由教師發展中心將各教師研習時數及明細送教師本人及教師所屬單位主管備查。現場提供資料顯示，約有四成教師完成 6 小時以上時數之研習。學校每年定期舉辦教師培育課程，104 學年度 28 場次、105 學年度 25 場次、106 學年度 14 場次，主題包括新進教師研習會、PBL 教師與教學撰寫工作坊、教師多元升等及教師教學研究交流分享會。但教學與研究交流分享會皆以研究主題為主，針對如何運用教學概念與實務教學技巧之課程與演練仍須持續強化。
2. 教學醫院醫教部設有教師培育中心單位，其教師培育課程由醫教部各工作小組舉辦教師培育活動組成，缺乏系統性之整體或長遠規劃。

3. 部分教師以其他校院(馬偕醫護管理專科學校)的教師資格借調、轉聘為馬偕醫學院醫學系之師資，是否有與職銜相稱的學經歷、能力，有待後續追蹤。

準則判定：部分符合

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。

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

1. 學校訂定鼓勵教師從事學術研究之計畫補助要點、成果獎勵要點、優良教師遴選與優良教材之獎勵要點、教師出席國際會議等辦法。近三年，馬偕醫學院參加歐洲醫學教育年會(AMEE)教師人數每年約 12~17 人，並有論文發表，顯示校方強化醫學教育研究與世界潮流接軌之努力。然，104~106 學年度醫學系之學術期刊論文發表分別是 84、76、63 篇，擔任研究計畫主持人分別為 18、18、16 人，仍有待逐步成長之努力。教師訪談時亦表達，受限於學校地理位置與教師人數，較難有合作研究，亦造成研究助理聘任及留任之困難，研究進度受阻。
2. 醫學人文及通識教育部分教師表示，在研究方面仍較需要制度上之支援，並能針對專業給予不同類型研究發表的尊重。

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。

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

醫學生入學相關事務方面，醫學系設有系招生委員會，共有 11 位教師擔任委員，而多元入學管道的個人申請與繁星推薦考試採取兩階段，第一階段為書面審查，每年由 3 位教師負責；第二階段採用 multiple mini interview (MMI)方式，面試前開設 MMI 面試教師訓練營，以 106 學年度為例，共有 31 人與會，會中討論與擬定各站口試題目，正式 MMI 共設有 10 站，每站由一位教師負責，另有系主任、一位預備面試教師與一位總協調教師。在升級與畢業相關方面，學生依循馬偕醫學院學則、醫學系學生修業辦法、醫學系學生修課注意事項之規定，此三項法規分別由的校教務會議、系務會議、以及系課程委員會審議訂定之，皆有醫學系教師參與上述會議。

醫學系教師擔任學生導師提供輔導，一至四年級由基礎學科教師擔任，每班設有 3 位導師，五年級後轉由臨床醫師接續擔任臨床導師，提供進一步之職涯輔導。各課程教師亦提供辦公室時間，供學生詢問學業課程相關問題。

此外，班級導師可透過申請「馬偕共學園」學習認證制度，辦理醫學生職涯輔導活動，亦可針對學生生涯發展相關需求，向學務處生活輔導組，申請辦理入班講座及生涯輔導活動。而心理諮商中心每學期辦理「系心交流會議」，由醫學系主任及心理諮商中心聯合主持會議，協助醫學系教職員瞭解醫學生在校適應狀況。

準則判定：符合

4.2 人事政策

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

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

學校訂有相關辦法審查主管及教師的聘任、續聘、升等、解聘或延聘等，並有通告教師與舉辦說明會，讓教師清楚瞭解學校與醫學系政策，亦訂定有教學型教師升等辦法，學校也舉辦教師多元升等說明會，鼓勵教師申請，惟目前尚未有教師提出升等計畫。教師訪談時皆表示，教學升等不易達成，並無此規劃。此外，教師升等輔導辦法中，對契約年限內可能無法升等者，可依據辦法申請教師升等輔導計畫。然，有教師於訪談時表達對於「限期升等制度」在馬偕醫學院施行的適切性有所疑慮。

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。

前次訪視發現：

1. 學校訂有在研究，學術責任，及機構利益等相關利益衝突的辦法。
2. 自評報告中說明研究、學術責任、以及機構利益衝突之規範所本，但其監測並不僅止於宣導及事後懲戒，理應主動呈報有利益衝突可能之校外職務以及產學合作案。學校訂定教師在研究、學術責任及機構利益等相關利益衝突辦法，如產學合作案並規範教師應主動通報及遵守法規。

本次訪視發現：

學校已訂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，包括教師及研究人員學術倫理事件審議辦法、教職員工行政倫理規範、教職員工廉政倫理規範及約聘雇人員工作規則，迄今並無個案發生。而該校之「馬偕學校財團法人馬偕醫學院學術研究倫理教育課程實施要點」第二點規範專任專案教師專業技術人員於三年內完成至少 6 小時學術倫理教育課程研究；新進教師於一年內完成至少 6 小時學術倫理教育課程研習。此外，為辦理產學合作，依據教育部「專科以上學校產學合作實施辦法」訂定「馬偕醫學院產學合作實施辦法」，規範產學合作相關人員之利益衝突迴避。馬偕醫學院教師及研究人員學術倫理事件審議辦法公告於學校網站供教師查詢。

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。

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

學校訂定教師評鑑與教師升等法規，定期給予教師個人學術表現與升等相關訊息的回饋，學校藉由收集教師學術表現資料、每年教師年資加薪加俸評訂辦法，以及每三年教師評鑑，給予老師個人學術表現及升等相關訊息的回饋，並於前一年通告教師當事人，若未達標準，亦有提供輔導機制及研究計畫申請補助。

準則判定：符合

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

前次訪視發現：

1.學校有新進教師研習會及師資培育課程，提供教師有關教學，研究，輔導等技能。

2.除了問題導向學習工作坊 (PBL)，宜增加「形成性評量」及「總結性評量」等基本教學工具，幫助學生有效率的成長。

3.自評報告中羅列校方舉辦各項教師培育活動，但除 PBL 工作坊外，醫學系教師參與人數顯然較少。

4.因醫學院體質上就偏重生物醫學之研究，也有較多資源，對非生物醫學領域—包括通識與醫學人文教師，或應於可能範圍內，提供更多研究以及國際交流機會。

本次訪視發現：

1.學校教師發展中心每年定期舉辦新進教師研習會、問題導向學習(PBL)之教師培育與教案撰寫工作坊、多元升等及教學與研究分享會，但參與人數較少；而教學醫院端也針對臨床教學舉辦個案導向學習(CBL)及臨床技能 OSCE 考官培訓，以及一般醫學師資培訓，鼓勵臨床教師取得完訓證明。惟，學校與教學醫院尚未針對教學創新與教師專業發展之需求，進行系統性的整體或長遠教師培育計畫與定期執行成效評估。

2.通識教育以及醫學人文教師，校方考量其專業研究社群差異，另外訂定評量標準；該校亦訂定有教學研究型教師升等辦法，但其相關規定需更明確讓教師瞭解，實際與教師晤談發現，部分教師對相關制度並不瞭解。

準則判定：部分符合

第 5 章 教育資源

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。

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

訪視期間，訪視委員與馬偕醫學院董事會代表劉世春董事長、葉宏一董事、陳美麗董事晤談，均表達全力支持醫學院、醫學系的發展，其中葉宏一董事是前馬偕醫學系系主任，目前也是馬偕紀念醫院的醫學教育副院長，能夠了解學校和醫學系的發展與施政。劉世春董事長於訪談中，提出馬偕紀念醫院捐助承諾書「由財團法人台灣基督教長老教會馬偕紀念社會事業基金會(本基金會)贊同馬偕學校財團法人馬偕醫學院(校方)之辦學理念，為長期支持校務發展與提升教學品質，經本基金會於106年6月4日董事會通過，本基金會承諾自104年學年度至113學年度合計十年期間，捐助校方共三十四億元，依法令規定辦理捐助。代表人: 黃春生。公證人: 陳李聰(重慶聯合事務所認證)」。在基督教長老教會馬偕紀念社會事業基金會的承諾下，第一筆捐贈約 2 億多元已於 107年8月9日獲中央主管機關衛福部核准核撥馬偕醫學院。目前兩院新任期董事會之間有溝通機制，對於捐贈承諾之執行將有所助益，期待能持續有效執行捐贈承諾，以支持醫學院的發展。

準則判定：符合

5.2.1 醫學系應確保在每個教學地點有適當的醫學生學習空間、休息區以及個人置物櫃或其他安全的儲存設施。如有保健和健身設施更理想。

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

馬偕紀念醫院某些臨床科部的教學空間較為狹窄，有待進一步思考空間之運用，例如恩典樓病房實習時之學習空間，實地訪視時尚可見教師與學生在病房護理站內共用空間執行教學，且在不大的空間內還有其他醫院同仁五人以上共用此場所。

準則判定：部分符合

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。

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

學校每年均聘請保全公司駐，24 小時全年無休維護校園安全，並設置多處巡邏點，而各棟教學大樓及活動中心廁所均設置緊急求救系統與緊急安全求救鈴，維護校園教職員生遭遇緊急事件時，迅速通報及處理應變措施。此外，學校設有交通接駁車，接送教

職員往返車站及醫院間的交通，並已於102學年度起獲得淡水客運公司於該校設置站牌，且為確保淡水客運行車安全，學務處校安承辦同仁與淡水客運站務人員持續追蹤聯繫，了解車輛保修現況。本校每年編列足額預算，針對公務接駁車輛定期包養及相關耗材維護；並另有專用之基金為提供學生往返上課地點(如：馬偕紀念醫院淡水院區)之專車。

準則判定：符合

5.2.3 有多個教學地點的醫學系應建立適當的措施，以確保醫學教育品質之等同性，例如：增設電子網路設施、重新設計課程等。

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

臺北馬偕醫院及淡水馬偕醫院的各個臨床單位，可與馬偕醫學院之網路系統連結，包括e-portfolio、課程地圖、共學園、線上測驗、線上學習及回饋，都可在數位學習平台上交流。

準則判定：符合

5.3 臨床教育設施及資源

5.3.0 醫學系（院、校）必須擁有醫學生臨床教學所需的適當資源或確切的使用權。

前次訪視發現：

1. 馬偕紀念醫院為通過教學醫院評鑑之醫學中心，病人之多樣性、教學設施及臨床教師數量，足以成為教學所需的適當資源。醫學系主任兼任馬偕紀念醫院之教學副院長，使用權可以落實。
2. 有醫學中心級的馬偕醫院作為主要的臨床教學場所，臨床教學設施應屬充足。
3. 醫學某科病房區的教室有點小，晨報時有些擁擠，但能利用銀幕及白板教學。

4. 馬偕紀念醫院部份科別及部份單位，並無足夠數量之住院醫師，以指導實習醫學生。擔任醫學院專任教師之主治醫師人數太少，以致完全融入醫學系教學作業之臨床科部教師太少。

本次訪視發現：

馬偕紀念醫院為通過教學醫院評鑑之醫學中心，病人之多樣性、教學設施及臨床教師數量(主治醫師 550 位、住院醫師 343 位、PGY 醫師 81 位)，並建置教學影音資源分享平台(FMS)、教育訓練整合系統統、3D 人體解剖資料庫等教學設備，足以提供教學所需的適當資源。

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。

前次訪視發現：

1. 馬偕紀念醫院為通過教學醫院評鑑之醫學中心，合格效期為 102 年 1 月 1 日至 105 年 12 月 31 日。
2. 馬偕醫院作為主要的臨床教學場所，通過醫學中心級教學醫院評鑑，臨床教學設施與資訊資源應屬充足。
3. 部份單位（特別是淡水馬偕的舊大樓內)，並未預期會有如此多的醫學生來實習，以致並無搭配的教學硬體設備，包括討論室空間狹小，難以容納全部住院醫師、PGY 學員及醫學生；電腦數量不足（訪談中學生反應病房 station 電腦數量不足，以致學生常可能須等待電腦被使用之空檔時，才可使用電腦上線看病人資料)。

本次訪視發現：

馬偕紀念醫院為通過教學醫院評鑑之醫學中心，病人之多樣性、教學設施及臨床教師數量(主治醫師 550 位、住院醫師 343 位、PGY 醫師 81 位)足夠，並建置教學影音資源分享平台(FMS)、教育訓練整合系統統、3D 人體解剖資料庫等教學設備。但醫院某些臨床科部的教學空間較為狹窄，有待進一步思考空間之運用，例如恩典樓病房實習時之學習空間，實地訪視時尚可見教師與學生在病房護理站內共用空間執行教學，且在不大

的空間內還有其他職類醫事同仁同時使用此場所之情形，造成教學活動受到干擾。部分單位教學空間不佳之情形，仍有待持續改善。

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。

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

1. 教學醫院部分臨床科部住院醫師不足的問題，相較前次訪視已有改善，醫院醫教部開始以 one minute preceptor（OMP）推展 resident-as－teacher 的概念，其成效有待持續追蹤。於住院醫師訪談時，部分住院醫師並不清楚相關措施，也未參與相關教育訓練活動，亦顯示此部分仍有待持續努力。
2. 臨床實習時，醫學生參與教學團隊，有主治醫師與住院醫師的指導，協助臨床學習。然，部分臨床科部實習課程借重住院醫師教學及隨堂後評分，但評分標準並未有科部共識，端賴上課的住院醫師其自我拿捏。

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。

前次訪視發現：

1. 臨床教學的評量很多元，包括 DOPS、Mini-CEX、筆試、心得報告、學習護照、訓練手冊報告等等，由於各臨床科採用之評量方法不一，有些主治醫師及住院醫師對評估之技巧比較不熟悉，需要進一步培訓。
2. 多半的主治醫師與住院醫師都有肩付起教育的責任，也都有填寫評估表。
3. 訪談住院醫師與主治醫師，大都不熟悉醫學系的學習目標與七大核心能力。
4. 醫學系雖也針對住院醫師，辦理教學相關之研習活動，但訪談中發現部份住院醫師不曾參加過這些活動，故對於臨床實習的教學目標、評估方式等並不清楚。
5. 臨床教師對於學生之回饋並未即時。學生的報告大部份寫得很好，可是臨床教師有批改回饋的比較少，有些回饋學生並沒有看到，因此對於二週輪調一次的臨床科而言，需考量評量的落實與即時性的回饋。

本次訪視發現：

臨床實習各學科訂有訓練計畫書，並利用 85 項臨床技能、學習護照、核心課程登錄表、mini-CEX、DOPS、CbL 及 CbD、多元評值表等，紀錄與評量學生的學習歷程。然，實際查閱評量內容，並未完全落實，有評量完全無書寫內容之情事，甚至有臨床教師未針對學生之病歷或報告給予及時的修正或回饋。於實際訪談時，部分住院醫師對於其教學職責及相關內容並未清楚。

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。

前次訪視發現：

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

本次訪視發現：

馬偕醫學院與馬偕紀念醫院的圖書館館藏、期刊資源等，堪稱完備。且馬偕醫學院、馬偕醫院及馬偕護專自 103 學年度起已採用「館際合作」方式，建置整合查詢服務，整合電子期刊、電子書相關資源，讓馬偕體系彼此互相共享資源。

準則判定：符合

肆、總結及建議認證結果

一、總結：

近年來，馬偕醫學院與馬偕紀念醫院均致力於提升教師與醫療人員之質與量、醫學教育的深度與廣度，以及研發能量，整體教學及實習環境大幅改善，畢業生及學生對學校與馬偕紀念醫院具有更強的向心力、榮譽感。經三天實地追蹤訪視，從醫學系機構、醫學系課程與教學、醫學生、教師與教育資源等五大認證準則面向，提出主要發現如下。

1. 首先，醫學系的課程相關委員會組織規劃、職責劃分較不清楚。前次訪視發現醫學系有課程委員會，但另有互不隸屬的醫學人文課程委員會，雖此次發現醫學人文委員會在規劃課程方面，雖有醫學人文小組成員亦隸屬課程委員會，但教學行政上兩個委員會位階平行，與實際醫學系之課程委員會需綜理全部課程的規劃、管理和評估職責顯現不一致之處。根據系主任及教師解釋，醫學人文委員會除管理「正式」課程外，亦規劃活動等非正式課程，但無論是學分課程或課外活動，廣義皆屬課程，檢視其每學期開一次的委員會議紀錄，內容幾乎為課程增減調整等，此種設計使得醫學系課程委員會在制度上未能成為一個完全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。此外，課程管理委員會組織架構圖呈現：臨床醫

學教育小組由馬偕紀念醫院醫教部副主任負責，但另設「臨床實習」組由醫學系校外實習委員會督導，而臨床醫學教育小組不受此實習委員會督導。馬偕醫學系對於課程相關委員會組織規劃、職責劃分、對臨床課程之整體設計、管理和評估機制，醫學院與教學醫院之間的協調整合需要更明確界定與統合。

2. 醫學系制定七大核心能力，臨床學習則以 ACGME 的六大核心能力為五至七年級醫學生應達成的臨床能力。另外，為促進醫學生七大核心能力之達成，設有馬偕醫學院醫學系核心能力審查辦法，將七大核心能力之達成表現，分為標準、優良、傑出三等級，104 學年(含)以後入學者，醫學生均須取得七大核心能力達「標準」等級(含)以上，始得授予畢業證書。醫學系雖然制定七大核心能力與臨床學習之六大核心能力對照表，但訪談的實習醫學生及臨床教師多不清楚其間的關係。此外，醫學系雖訂有七大核心能力，但由授課教師自訂課程各核心能力之比重，醫學系並未對課程核心能力有訂定準則或審查基準，以致於發生七大核心能力僅注重社團服務次數的計數之情況。

3. 學校在通識教育及醫學人文方面，已逐年改善師資，醫學人文並能跨學院及醫院合作，強化教學，學生亦認為對於服務弱勢及關懷人文能力較其他面向顯著，值得肯定。然在通識部分，囿於學校地理位置與師資，課程多元性不足，通識教育及醫學人文在社會行為科學等課程仍然相對欠缺，較不利學生在醫療社會與專業素養知識的發展，而倫理培養在理論至實踐亦需更有架構規劃。目前在通識教育及醫學人文方面偏向各自發展，缺乏有效溝通，恐影響醫學系了解階段性能力發展及人文教育縱貫發展。

4. 三、四年級基礎與臨床整合課程採模組化設計，並規劃各層級模組會議，惟並未訂定執行時程及追蹤，較難對課程安排、教材內容及學習成效有完善的監測及落實 PDCA 改善機制，至於 PBL 的教案撰寫以及師資訓練有一定之規範，課程進行亦進行評量，但評量方式不夠確實，且未依據評量結果加以持續檢討與改進，顯現醫學系課程之整體設計、管理和評估仍未盡完善。此外，基礎與臨床整合課程每週必修上課時數仍多，學生能自主學習時段少。

5. 目前馬偕紀念醫院教學副院長由馬偕醫學院前醫學系主任葉宏一教授擔任，吳懿哲系主任兼任醫院醫教部主任，醫教部設 3 位副主任，由彭純芝講師、林慶忠助理教授

及陳旭照助理教授擔任，各有職掌，尤以彭純芝副主任身兼醫學教育小組主席，勇於承擔與善盡職責，值得肯定。但學校(醫學系)與醫院在醫學生的臨床教育之整體課程設計、管理、評估機制及整合上，尚有加強空間。

6. 馬偕醫學院在李居仁校長接任之後，提升醫學院與與馬偕紀念醫院之間的關係，包括遴聘醫院資深主治醫師擔任專任臨床教師，部分解決馬偕醫學院多年臨床師資不足的困境，但檢閱資料發現，該批專任臨床教師多為借調，因此，師資之穩定度及專任臨床教師質量之持續改善仍須追蹤觀察。此外，臨床學科訂有臨床實習計畫書，並有臨床學科教學負責人(學科主任)，以 85 項臨床技能、學習護照、核心課程登錄表、mini-CEX、DOPS、CbL 及 CbD、多元評值表等，紀錄與學生的學習歷程。然，在學生學習成效上，臨床教師(含主治醫師及住院醫師)對各式評量表單內容及意義似乎不夠明瞭，許多教學計劃的推行尚未普及於各臨床科部所有老師，許多評量也還沒有辦法做到 PDCA。且醫學系部分臨床學科主任並未同時兼任醫院中相對應的臨床科部主任，故，在臨床的教學及實習指導方面，需仰賴非專任教師之主治醫師，對醫學系的臨床教學、評量與教學成效等事務的瞭解有限，是否可以充分整合臨床科部之教學訓練，也須持續追蹤。

7. 馬偕醫學院董事會提出馬偕紀念醫院捐助承諾書，承諾自 104 年學年度至 113 學年度合計十年期間，捐助校方共三十四億元，依法令規定辦理捐助第一筆捐贈約 2 億多元已於 107 年 8 月 9 日獲中央主管機關衛福部核准核撥馬偕醫學院，若往後年度確實能依計劃逐年捐贈，財務資源應足以維持醫學教育之發展。馬偕紀念醫院董事會之紛擾初步似已落幕，但醫院院長人選之爭尚未完全結束，兩院董事會之間有溝通機制，對於捐贈承諾之執行將有所助益，惟馬偕紀念醫院院長人事案對臨床教學後續之影響，仍有持續追蹤觀察之必要。

二、認證結果：

通過，有效期限三年，效期屆滿前實施全面訪視(註:效期 2019.8.1~2022.07.31，2021 年下半年進行全面訪視)

附錄

107 年度馬偕醫學院醫學系追蹤訪視行程

【Day 1】-11/19(星期一)

Ⅰ.馬偕醫學院醫學系

時間	內容
08:50~09:00	人員介紹
09:00~09:30	學校簡報(辦學簡介及改善執行概況)
09:30~10:30	實地參訪與資料查證
10:30~11:00	意見交換與討論
11:00~11:50	座談：醫學系吳懿哲系主任
11:50~12:30	午餐

Ⅱ.醫院教學組：淡水馬偕醫院

時間	內容
12:30~13:30	交通接駁
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	訪視委員共識討論(淡水馬偕醫院、臺北馬偕醫院兩地視訊)
17:00~	賦歸

Ⅲ. 醫院教學組：臺北馬偕醫院

時間	內容
12:30~14:00	交通接駁
14:00~14:20	教學醫院簡報(臨床教學簡介及改善執行概況)
14:20~14:50	意見溝通與討論
14:50~16:00	實地參訪與資料查證
16:00~17:00	訪視委員共識討論(淡水馬偕醫院、臺北馬偕醫院兩地視訊)
17:00~	賦歸

Ⅳ. 基礎與臨床整合組、通識及醫學人文組：馬偕醫學院醫學系

時間	內容
12:30~15:00	實地參訪與資料查證
15:00~16:00	交通接駁至淡水馬偕醫院
16:00~17:00	訪視委員共識討論(淡水馬偕醫院、臺北馬偕醫院兩地視訊)
17:00~	賦歸

【Day 2】-11/20(星期二)

Ⅰ.醫院教學組：淡水馬偕醫院

時間	內容
07:30~11:00	實地參訪與資料查證
11:00~12:00	**晤談：臨床學科教師**
12:00~13:00	午餐
13:00~14:30	實地參訪與資料查證
14:30~15:30	**晤談：主治醫師及住院醫師(及 PGY 醫師)**
15:30~16:30	**晤談：5~7 年級醫學生**
16:30~	賦歸(交通接駁至淡水成旅晶贊飯店會議室)

Ⅱ.醫院教學組：臺北馬偕醫院

時間	內容
07:30~11:00	實地參訪與資料查證
11:00~12:00	**晤談：臨床學科教師**
12:00~13:00	午餐
13:00~14:00	實地參訪與資料查證
14:00~15:00	**晤談：主治醫師及住院醫師(及 PGY 醫師)**
15:00~16:00	**晤談：5~7 年級醫學生**
16:00~	賦歸(交通接駁至淡水成旅晶贊飯店會議室)

Ⅲ.基礎與臨床整合組、通識及醫學人文組：馬偕醫學院醫學系

時間	內容
08:00~11:00	實地參訪與資料查證
11:00~12:00	**晤談：基礎、通識與醫學人文學科教師**
12:00~13:00	午餐
13:00~15:00	實地參訪與資料查證
15:00~16:00	**晤談：1~4 年級醫學生**
16:00~	賦歸(交通接駁至淡水成旅晶贊飯店會議室)

【Day 3】-11/21(星期三)

馬偕醫學院醫學系

時間	內容
09:00~11:00	實地參訪與資料查證
11:00~12:00	**座談：李居仁校長**
12:00~13:00	午餐
13:00~14:00	**座談：董事長或其代表人**
14:00~16:00	**訪視委員共識討論**
16:00~17:00	**綜合座談**
17:00	賦歸(交通接駁至紅樹林捷運站與臺北車站)

註：

「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。