

# 國立陽明大學醫學系

## 全面訪視報告



109 年 7 月

# 國立陽明大學醫學院醫學系

## 108 年度全面訪視報告

(評鑑日期：民國 108 年 12 月 23 日至 12 月 26 日)

### 訪視小組：

召集人	黃天祥	輔仁大學醫學院講座教授/國泰綜合醫院教學部主任/醫學院評鑑委員會委員
副召集人	林啟禎	國立成功大學特聘教授/醫院評鑑暨醫療品質策進會董事長/醫學院評鑑委員會委員
委員	蔡明哲	中山醫學大學醫學院院長/外科學教授
	許文明	國立臺灣大學醫學系教授/臺大醫院小兒外科主任
	楊生浦	義守大學醫學院教授暨學士後醫學系主任/小兒科教授/義大醫學院教育副院長
	李文森	臺北醫學大學醫學研究所教授/生理學教授
	劉鴻文	花蓮慈濟醫院職業醫學科主任/國際醫療中心副主任/慈濟大學醫學科學研究所兼任教授
	廖世傑	中國醫藥大學醫學系副教授
	蕭宏恩	中山醫學大學通識教育中心教授
行政人員	張曉平	醫學院評鑑委員會執行秘書
	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.....	2
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.....	7
四、人員晤談.....	8
參、訪視發現	
第 1 章 機構.....	10
第 2 章 醫學系.....	20
第 3 章 醫學生.....	49
第 4 章 教師.....	62
第 5 章 教育資源.....	68
肆、總結及認證結果	
一、總結.....	72
二、認證結果.....	75
附錄 108 年度國立陽明大學醫學院醫學系訪視行程.....	76

## 壹、學校/醫學系概況及本次訪視重點

### 一、學校/學系概況

國立陽明大學創設於民國 64 年，初為「國立陽明醫學院」，同時成立醫學系，招生名額 120 名，為配合政府推行公醫政策，當時全部招收公費生。行政院於民國 66 年核定退除役官兵輔導委員會榮民總醫院(現臺北榮民總醫院，以下簡稱「臺北榮總」)為學校教學醫院。創校宗旨即秉持校訓「真知力行、仁心仁術」之精神，培養優秀醫生下鄉服務，以解決偏遠地區之醫療問題。第一屆醫學系公費生於民國 71 年畢業，由政府分發至各公立衛生醫療機構服務，國立陽明大學畢業生自此深入臺灣每一角落，成為國內基層醫療之重要支柱。

民國 83 年奉核改名為「國立陽明大學」，成為國內第一所以醫學為主的綜合大學。目前學校共有學生約 4 千 3 百餘人，專任教師約 4 百人，共有 7 個學院：醫學院、牙醫學院、護理學院、生命科學院、生物醫學暨工程學院、人文與社會科學院以及藥物科學院；並有國立陽明大學附設醫院於宜蘭，為原本之署立宜蘭醫院，現有蘭陽、新民兩院區並行運作，分別承擔急重症及長期照護功能角色，總床數計一般急性病床 400 床、特殊病床 186 床，為蘭陽地區唯一區域級教學醫院。另，學校教學醫院還包括前述臺北榮總、臺中榮民總醫院(以下簡稱「臺中榮總」)、高雄榮民總醫院(以下簡稱「高雄榮總」)，以及臺北市立聯合醫院、亞東醫院，合計 1 萬 1 千餘床。現任校長為郭旭崧教授，106 年 12 月接任迄今。

醫學院目前設有醫學系、十二個研究所及四個學程，以教學及研究屬性進行區分，可分為臨床醫學、基礎醫學及公共衛生學三大領域。研究所包括臨床醫學研究所、傳統醫藥研究所、急重症醫學研究所、生理學研究所、藥理學研究所、解剖學及細胞生物學研究所、腦科學研究所、公共衛生研究所、醫務管理研究所、衛生福利研究所、環境與職業衛生研究所及生物醫學資訊研究所(與生命科學院合設)等；另設醫師科學家學程、國際衛生碩士學位學程、公共衛生碩士學位學程、轉譯醫學博士學位學程及環境科技博士學位學程(臺灣聯合大學系統)等。現任醫學院院長為陳震寰教授，107 年 8 月上任至今。

醫學系共有 19 個臨床學科，包括內科、外科、婦產、小兒、家庭醫學科、眼科、皮膚、神經、精神、耳鼻喉、放射線、泌尿、骨科、核子醫學、復健醫學、麻

醉、急診、病理及高齡醫學學科；8 個基礎學科，包括公共衛生、微生物、解剖、藥理、生物化學、生理、熱醫及環境與職業醫學科。現任醫學系系主任為凌憬峯教授，專長為放射線學科，從 107 年 8 月接任至今。另有 5 位副系主任協助系務推動，分別為黃志賢教授(泌尿學科)、白雅美教授(精神學科)、嚴錦城副教授(藥理學科)、兵岳忻副教授(生物化學學科)與黃惠君教授(內科學科)。

## 二、前次訪視重要發現

醫學院評鑑委員會(以下簡稱 TMAC)從民國 90 年展開全國醫學系訪視，國立陽明大學醫學系已歷經 6 次全面與追蹤訪視，最近一次為 104 年 11 月 12~13 日為期兩天之追蹤訪視，訪視對象包括醫學系與臺北榮總，訪視結果為維持通過，於訪視報告提出總結如下：

1. 這次陽明大學醫學院醫學系的追蹤訪評，觀察到該系在系主任的領導及各級主管之支持下，教學體系合作執行運作良好，並且有不少教師熱心、積極的投入教學的工作，學校及主要教學醫院均共同塑造一個培育良醫的場所。陽明大學為臺灣頂尖大學之一，除了地理及資源上的優勢，足以吸引優秀的學生外，教師及行政體系也盡力尋求在教學、研究上各方面的改進與發展。自創校至今，畢業生對臺灣社會有許多貢獻，尤其在公共衛生、偏鄉服務及衛生行政等方面有其特色；隨著社會變遷及修業制度之改變，10 年後之陽明大學又是什麼型態？應對未來有 vision 及規劃。就觀察所見，陽明大學這些年的教學有兩項特色：一、課程的發展有不錯的規劃機制，而且收集、紀錄討論的資料相當完整，較缺乏的是整體成效分析。未來如果能引進教育專家來分析這些資料，對於設計符合臺灣學生需求的教育方案必定會更為合理。二、以培養醫師科學家為指標，所發展的相關課程、行政協助、獎勵已經累積不少經驗。而且進一步在 2015 年招收醫師科學家學程(B 組)。未來，如何與教學醫院合作，協助醫師科學家的職涯發展，宜有完整的規劃及配套措施，以免浪費人才。
2. 學校以研究型大學自評，也朝此方向邁進，但在醫學系當中，學生之興趣還是以臨床為主。換句話說，國內 Ph. D., M. D. 之學程尚難起色，陽明六年制醫學系之醫師科學家學程是新增的學程，陽明應可在這方面成為領頭羊，鼓勵學生以研究為志向。送學生到國外學習之政策立意良善，但因為中斷在臺之醫學課程，

宜有因應對策，作為一個國立大學及資源豐富之學校，建議強化以研究為導向之機制學程並給予誘因。

3. 學生對醫學人文及醫學倫理之興趣不足，雖然陽明有良好之師資，而且熱心教學，但學生之志向似乎以醫學專科為主。如何讓學生建立起”服務人群”、  
“懸壺濟世”之情懷，是醫學人文要思考之重心，也許可開授 “生命意義學”，以醫學史中之典範為例引導學生，比如為何馬雅各、蘭大弼來臺，德瑞莎奉獻一生、史懷哲從神學改攻醫學以濟世救人之史實，供學生思索。人社中心人才濟濟，可在醫學人文學科中以合聘之方式強化師資陣容。醫學倫理之課程排在 5 年級，但學生興趣缺缺，如二年級時有生命醫學倫理為必修，5 年級之課程可考慮以選修呈現。醫學人文因以公衛為主導，課程上以醫學為取向，宜以人文之思考為主，不應以科學數據為導向。醫學人文有它的非科學面，故宜強化人文思考之討論及分析。上課時發現很多學生看其他書籍或睡覺，也許是因期中考正在進行之故，教師上課內容宜更活潑化。或許可舉辦教師觀摩或座談，以改進教學效果。
4. PBL 教案也有改善，只是 PBL 的 tutor/co-tutor 還要加強訓練，除了要熟悉教案之外，也應該適時介入引導學生走進教案的核心目標及鑑別診斷。PBL 教案中，建議把醫學影像也帶入或介紹學生找尋如何利用醫學影像來幫助診斷。這恐怕要在 CFD 去研究討論。這也是上次 TMAC 評鑑建議的事項，但並沒有改善多少。
5. 醫學系六年級臨床多元自選實習的部分，分散於二十幾家合作教學醫院，並未列出臨床各科部應學習的核心課程和核心技能，以至於學生在各院實習的類型和經驗差異甚大。

此次訪視除了查驗上述各項訪視發現的實際改進成效外，並以 TMAC 認證準則進行全面訪視。

## 貳、訪視執行過程：

### 一、研讀自評報告

國立陽明大學於 108 年 9 月 16 日檢送醫學系自評報告及參考附件至 TMAC。本次全面訪視小組成員共有 9 位委員，包含通識與醫學人文、基礎醫學、臨床醫學之

專家、學者，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學校自評報告，並分工收集欲訪查資料。實地訪視前一天(12月22日)晚間召開「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。研讀自評報告內容後，相關討論議題分述如下：

1. 醫學系參加醫師科學家課程的學生數為何?以及截至目前為止，已經有多少位學生完成醫師科學家的學程?
2. 醫學系如何評估醫師是否具有國際競爭力?
3. 醫學生臨床實習階段須學習「一般醫療照護的基本能力」、溝通與病人建立關係、責任心及歸屬感，醫學生之臨床選修實習選院、科標準為何?醫學生每兩週輪替實習科別，該如何確保醫學生習得一般醫療照護的基本能力?
4. 臨床實習評分，雖然以等第制，但是最後統計的結果還是存在教師間或不同實習機構間的些微差距，其中，各實習醫院使用統一考核表仍存在評分差異，具體改善做法為何?
5. 醫學系採科所合一，系與所之間的定位為平行或上下單位?

## 二、訪視設施/設備/教學課程/會議

TMAC 訪視小組於 108 年 12 月 23 日至 26 日於國立陽明大學醫學院進行四天實地全面訪視，訪查了醫學院與臺北榮總、臺中榮總與高雄榮總之設備、設施、相關會議與教學活動。茲分述如下：

- (一)圖書館：圖書館寬廣、明亮、整潔，是良好的學習與自修環境。館內期刊、圖書種類甚豐，並有廣泛醫學人文倫理及原住民藏書專區，可充分提供師生研究參考、教學及學習之需求。此外，特別規劃醫學人文走廊與醫學人文 corner，具有人文主題取向的設計。
- (二)學生自修中心：新建立之區域，閱讀環境齊全，完全免費提供醫學生及與國際生交流自修之場所。
- (三)大體解剖學實驗室：完善大體解剖皆裝置外科用無影燈，陳列足夠且多種人體構造標本。牆上設置兩台福馬林濃度偵測器，當時顯示的數據未超過標準。

(四)基礎醫學教室：多間新穎、明亮與完整投影設備之多功能授課教室，訪視現場學生皆回應教學設施佳。

(五)人文與社會科學院：人文與社會科學院所在的知行樓，位處高峰，可遠眺臺北盆地。知行樓雖為數十年的舊大樓，但在精心的規劃及設計下，人性化的內部改裝，營造人文氛圍的學習環境。此外，尚有各樓層戶外之平台空間，目前亦已有所構思及規劃，結合環繞之山林，塑形人與自然共處、和諧的時空交疊。

(六)醫學人文辦公室：位於醫學館三樓的醫學人文辦公室暨教師研究室，藉由校外捐款的支助，教師與學生共同規劃、設計，自行前往居家用品大賣場購得材料，師生協力組裝，展現一種溝通、人際互動、人情味、開放的人文場域，身處其中感到溫馨、舒適、自在。

(七)臺北榮總：

1. 臨床科部與教學會議：骨科部、一般內科實證醫學討論會、腎臟科晨會、腸胃肝膽科住診教學、胸腔部教學查房、小兒科教學門診、外科病房、開刀房、整形外科住診教學、泌尿科住診教學、外科教學門診、外科手術教學、大腸直腸外科、泌尿科死亡病例及併發症研討會、兒童醫學部內外聯合跨團隊討論會、兒童醫學部晨會（新病人個案教學）、婦女醫學部教學門診

2. 實地訪視臨床科部與教學會議後，有以下幾點發現：

(1) 小兒科部晨會教學當天，由兒童腎臟科楊教授主持，會議內容因材施教、生動活潑，主治醫師和學習者互動佳，同時也教導醫學生慢性腎臟疾病的處置流程與判讀。

(2) 查核 3 名五年級醫學生 TAS 登入情形，發現 3 名中有 2 名必填項目(身體檢查、病史詢問、實驗室檢查、基礎臨床技能等)為 0%。學校自評報告敘述每月助教及主任會上網查核通知，但仍有如此高比率不符，顯示要求不夠嚴謹，另點開 mini-CEX 欄位也是主治醫師未完成即時評量的超過 50%，有評量部分 feedback 簡單並未指出應加強部分。再檢視其他實習科別五年級醫學生 TAS 登入情形，發現同樣結果，據陪評人員表示，因尚有 10 天該科才完訓，很多 clerk 於最後幾天才完成登錄，顯示缺乏即時回饋的作用。但經後來查證六年級醫學生及住院醫師(國立陽明學畢業)的 TAS，仍發現多人並非 100%完成，尤其導師會議欄位完成率小於 30%，顯然導師之功能僅限聚餐及生活關懷，並無實際學習導引功能。由於抽查 TAS 登錄亦不太理想，因此再查核目前在某科實習的 20 多位五年

級醫學生的 TAS，發現僅 50%左右醫學生有照進度登錄，餘者皆嚴重落後，尤其是 UGY 的 80 項技能須在該科完成的部分。至於 mini-CEX 部分，有將近 25%教師未評等，有將近 50%教師未給評語，而評語皆是較空泛簡單的評語，如認真學習、繼續加油等，師培方面仍須加強。

- (3)某科的住診教學，主治醫師先在護理站對 2 位五年級醫學生上課，主題是膽囊炎，包括臨床症狀、診斷至治療，然後至床邊教學，由於病人已放了引流，所有的症狀、病徵都沒有，身體檢查也沒有 Murphry' s sign；五年級醫學生也操作一遍後，便完成住診教學。但病人有 AF 要主治醫師檢查，並說明她即將回美國做電燒，也詢問是否做膽囊切除，很可惜主治醫師並未依全人照護的理念對醫學生進一步教學。此外，檢視現場一位五年級醫學生的 TAS 系統，他於星期一到病房，並無 assign primary care 病人，直到第二天接了新病人，但住院病歷書寫方式，包括過去病史與現在病史混淆不清，主治醫師亦未修改，僅做了一些無關要緊數字修改。
- (4)某科教學門診，主治醫師先向醫學生簡單說明病人狀況，接著病人進來，主治醫師向病人說明取得同意後，便與其他兩位五年級生離開至單面鏡室觀看醫學生看診及執行身體檢查；接著帶其他同學進入診間指出問診及身體檢查的缺失並示範。原則上應該是病人離開診間，主治醫師才指出醫學生的缺失，主治醫師再請病人進來進行看診，此教學門診程序值得再思考。
- (5)某科住診教學，由 1 位五年級醫學生對一新住院病人進行病史詢問，有異於一般的住診教學，通常會採取已有良好醫病關係的住院病人來進行，而非新住院病人，這樣的住診教學其適當性宜再考量。
- (6)某科部表定為教學查房，但實際上為影像判讀。五年級醫學生做了非常短的病史，抽血檢查有輕微貧血、高血鈣，接著呈現一張胸部 X 光，主治醫師要住院醫師判讀，期間未討論病人的狀況，如此的教學查房不符期待。
- (7)訪視委員在病房查看病歷發現以下問題：
  - A. 醫學生接病人未寫 Acceptance note 就直接寫 progress note，而且是直接 copy 原先病歷，只有 1 位同學重新 review 病歷後再寫 progress note。
  - B. 醫學生 Primary care 病人 Discharge 不寫 Discharge Note(由住院醫師寫)，失去整理病歷加以總結的學習機會。
  - C. 醫學生週五下班沒有交接的 Note(或 weekly summary)，週末、日由值班醫師寫二行簡單的 Note。
  - D. 有一下午 Clerk 對於新住院病人寫了 Admission note，但沒有人簽核，直到

第二天下午主治醫師才修改，亦即將近一天病歷上沒有醫師簽核病歷，這樣是否符合法令規定？

E. 在某科有 2 位五年級醫學生病歷一整週 progress note，沒有住院醫師也沒有主治醫師修改或簽核。

F. 有一位在某科實習的五年級醫學生因主治醫師出國沒有分配病人，也沒有參加別組主治醫師回診，直到第三天才有一個 primary care 病人，不僅教師沒有負責，學生學習態度也不對。

(八)臺中榮總與高雄榮總：

TMAC 訪視小組分別於 108 年 12 月 24 日與 25 日上午，訪查了臺中榮總與高雄榮總之設備、設施、相關會議與教學活動，包括晨會、病例討論、PBL、查房教學、臨床病例討論會、心電圖教學等，並有以下幾點發現：

1. 授課教師皆教學認真，但授課模式差異甚大，有些教師授課生動，和醫學生有非常良善與熱絡的互動；但亦有授課教師為單向的教學，與醫學生並無太多互動。
2. 有些授課內容應是主要訓練 resident，但因為有新報到醫學生一起加入，變成 2 位醫學生、2 位 resident 一起看一位病人，且對醫學生而言，授課內容似乎過於專科化。
3. 可能受限於住院醫師工時的影響，部分晨會進行至一半，會有住院醫師先行離席的現象產生，此外，亦有可能因會議時間有限，許多會議中並無讓醫學生有太多獨立自主思考提問參與。

### 三、查閱佐證資料或補充資料

1. 國立陽明大學醫學院 2019 年(108 學年度)醫學系 TMAC 自我評鑑評報告與附件佐證資料
2. 國立陽明大學醫學院醫學系 TMAC 評鑑簡報手冊
3. 臺北榮民總醫院 TAS 學習歷程系統
4. 醫院臨床教育訓練工作坊與訓練活動
5. 國立陽明大學課程與臨床實習資料
6. 醫學系畢業生問卷結果、

7. 醫學生自主評鑑報告書、
8. 臺北榮民總醫院實習醫學生訓練計畫書
9. 臺中榮民總醫院實習醫學生訓練計畫書
10. 高雄榮民總醫院實習醫學生訓練計畫書
11. 教學評量及研究不良教師的輔導紀錄
12. 基礎學科每位教師這三年的授課時數
13. 基礎學科每位教師這三年的論文發表數及國家型計劃數
14. 學生學習成績不良之輔導紀錄
15. PBL 的學習質性評量
16. 轉譯醫學倫理課程
17. 105~107系務、院務、校務會議記錄：查看三年來系務、院務、校務會議紀錄，發現系務會議時間在院務會議之後，如此系務決定事項或要等一學期才能送到院務會議。此外，校的院級教師評審委員會設置辦法說明須送至校務會議通過，而院的教師評審委員會設置辦法卻是送至院教評會備查，呈校長核定，兩者並不一致。
18. UGY 五年級核心課程檢討會議紀錄：查 UGY 五年級核心課程檢討會，本來每三個月一次，106 年開了三次，107 年全年未開，108 年也只於 108 年 11 月才召開一次，顯示工作小組運作監督不良。
19. 臨床導師會議記錄：查臨床導師會議發現分三時段開會，每三個月一次，但總體的出席率並不佳，平均約 60%，且討論事項很少，未見醫學生輔導的討論，多為院方訊息傳達。

#### 四、人員晤談

TMAC 訪視小組於四天實地訪視期間，晤談對象包括醫學系臨床學科教師、基礎學科教師、通識與醫學人文教師、醫學系之醫學生，以及臺北榮民總醫院、臺中榮民總醫院與高雄榮民總醫院之臨床學科教師、主治醫師、住院醫師與 PGY 醫師，並與郭旭崧校長、醫學院陳震寰院長、醫學系凌憬峯系主任、臺北榮民總醫院高壽延副院長、楊令瑀部主任、臺中榮民總醫院陳啟昌部主任、陳昭惠科主任、謝祖怡科主任、高雄榮民總醫院林曜祥副院長與周康茹部主任座談。

總計晤談通識及醫學人文領域相關教師 8 位、基礎學科與整合課程負責教師 8 位、醫學院臨床學科教師 12 位，臺北榮民總醫院、臺中榮民總醫院與高雄榮民總醫院之臨床教師與主治醫師共 17 位、住院醫師與 PGY 醫師共 16 位，以及醫學系醫學生共 72 位。茲將晤談內容摘敘如下：

(一)臨床教師晤談：

1. 教師都有教學熱誠，對於教學津貼並不太關心，但在自評報告內有「臨床教師對於頒發優良教師獎狀有不如直接發給獎金」之評論，這也顯現在病房對醫學生之監督與指導有相當差異。非陽明大學畢業之臨床導師對於醫學系的教學目的仍朦朧不明，對於將有醫師工程師的學程亦不清楚，其他無教職的主治醫師亦是如此。此外，對臨床實習的要求以 TAS 登錄為主，但必須醫學生登錄後轉送主治醫師才知道，並不會主動督導醫學生完成，這也是 TAS 常會登錄不完整的原因之一。臺北榮總臨床科主任與醫學系臨床學科主任不一致，乃體制所限，對於學校的要求，每科主任態度就不一致。此一問題自有訪評以來即存在，宜思考長遠解決之道。
2. 數位臺中榮總臨床教師反映，臨床工作負擔較重，且醫學系目前亦無提供足夠教職名額分配，覺得升等不容易。

(二)醫學生晤談：

1. 數位受訪醫學生表示，心目中有多位典範醫師及優良教學教師，期許未來和他們一樣熱心教學，指導學生。此外，醫學生認為 PBL 上課時，同學一組一起學習，互相提出問題與討論，不但會分享資料，並可養成主動思考及深入思考問題的學習態度。醫學生對於學校的向心力很強，畢業後表示願意留下來偏鄉醫院服務，對教師的教學方法都持正面的態度。
2. 高年級醫學生普遍對學校持正面肯定的態度，包括宿舍、日常生活，也都認為三~四年級課業繁重，有一名五年級醫學生初入外科覺得步調太快跟不上，尤其對醫學名詞縮寫、藥名常須事後查資料，認為三年級 PBL tutor 應加強引導，常覺得走了很多冤枉路，到現在仍須常回顧三年級 PBL 筆記，四年級 PBL 則與臨床相關幫助很大。有一名 B 組同學覺得 B 組的學程設計很好，做了一些不同的研究嘗試，目前雖無論文，但他覺得 B 組課程啟發研究興趣，但畢業後還是要先完成臨床訓練。對於 B 組學制是否優於 A 組，他表示不知道，但覺得多一年做臨床研

究，覺得很有趣。

全面訪視期間，承蒙國立陽明大學、臺北榮民總醫院、臺中榮民總醫院與高雄榮民總醫院之行政主管、教師、醫師、行政工作人員和參與的同學之充分配合與協助，使得此次全面訪視得以順利完成，謹此致謝。

## 參、訪視發現

依 TMAC 認證準則，條列本次全面訪視之發現如下：

### 第 1 章 機 構

1.0 醫學系必須為依相關法令，經教育部核准設立之教育機構或教育機構的一部分，並經醫學院評鑑委員會評鑑認可提供醫學教育及授予醫學學士學位。

發現：

1. 國立陽明大學前身為國立陽明醫學院，創立於民國 64 年；創校的目的在於培育偏鄉服務的優秀醫生，解決偏遠地區之醫療缺乏的問題。民國 71 年起，醫學系畢業的公費生分發至各公立衛生醫療機構服務，深入臺灣地區每一角落，成為國內基層醫療骨幹。民國 90 年，當時李登輝總統宣告國立陽明大學醫學院已成功完成階段性使命。
2. 國立陽明醫學院於民國 83 年奉核改名為「國立陽明大學」，成為國內第一所以醫學為主的綜合大學，並陸續成立生物醫學暨工程學院、生命科學院、護理學院、牙醫學院、人文與社會科學院以及藥物科學院，培育新世代的醫學專業與尖端領域之研究人才。訪視期間可感受到國立陽明大學醫學系強大的企圖心和創新的精神，除致力於培育服務偏遠地區的醫療專業人才外，也努力培育「醫師科學家 (physician scientist)」，以及具國際競爭力的醫師。

**準則判定：符合**

1.0.1 醫學系隸屬之學校必須創造一個能孕育知識挑戰與探究精神，並且適用於培育學生的醫學教育環境。

發現：

訪視期間，深深感受到國立陽明大學強大企圖心，自許成為「臺灣最優秀之醫

學、生命科學與公共衛生教育與研究學府」，並成為國際一流之學術機構。在教育部「發展國際一流大學計畫」、「邁向頂尖大學計畫」及「高等教育深耕計畫」的經費挹注下，生醫領域之教學及研究方面均獲得長足的進步；基因體、腦科學的研究與生醫光電的發展上，深具國際競爭的優勢，陸續完成第一個百萬鹼基人類基因體定序、第 4 號染色體千萬鹼基定序、黑猩猩第 22 號染色體定序；教師的優秀論文經常發表於 Nature、Science、Nature Neuroscience、Nature Cell Biology、PNAS 等國際知名學術期刊。各項世界大學評比中，國立陽明大學也獲得優良的評價。學校不論研究風氣、學術成果、知識創新及人才培育等各方面，已然具備國際一流大學的實力。

**準則判定：符合**

## 1.1 組織

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

發現：

1. 國立陽明大學和主要建教合作的臺北榮總、臺中榮總與高雄榮總醫療相關的學術研究及臨床醫學專門領域，可分為 8 個基礎學科與 19 個臨床學科，共 27 個學科；各領域的基礎研究教師及臨床醫師大都參與醫學生的培育。因此，醫學生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；而分別至臺北榮總、臺中榮總與高雄榮總訓練的醫學生可跟隨畢業後醫學教育與醫學繼續教育的醫師學習。而國立陽明大學各研究所除了協助基礎醫學教學外，並可提供醫學生進修碩士及博士學位；各榮民總醫院可提供醫學生住院醫師訓練及各項繼續教育。
2. 此外，各領域的優秀熱忱基礎研究教師及臨床醫師參與醫學系培育醫學生的教學習環境，形成一個良好的醫學教育團隊。醫學系每學期皆進行網路課程及教學評估調查，採網路方式進行，問卷放至「陽明入口網」/「校園學習」/「學生課程教學滿意度」，分為「課程」及「教學」兩種，課程評估是針對課程的整體教學品質做調查；而教學評估為針對老師的授課品質做調查。

**準則判定：符合**

- 1.1.0.1 醫學系隸屬之學校應在政策與實務上，使其學生、教職員與其他學術團體的成員達到適當的多元性，並且必須不斷的、系統化的、目標(goals)明確的努力，以期吸引並留住多元背景的學生、教職員與其他成員。

發現：

1. 醫學系學生採多元入學，包括指考分發、申請入學、繁星推薦、僑生海外聯招、偏鄉及離島公費生、駐外人員子女及外國學生申請入學外；另自 104 學年度起新增陽明弱勢學生個人申請「不分系招生(璞玉組)」；自 105 學年度起依衛福部「重點科別培育公費醫師制度計畫」，招收公費生。學生來自不同地區、不同族群、不同社經地位，而六年級可選擇東部區域醫院參訪、山地醫療、馬拉威進行國際衛生醫療實習；學生學習過程中，認識不同文化、體認健康照護的不平等，期能提供多面向、多元化的健康照護。
2. 此外，校方亦依照政府身心障礙者權益保障法和進用身心障礙人員作業要點規定聘任身障教職員，目前已晉用身心障礙醫學院教職員人數：專案教授 1 員、教授 1 員、副教授 1 員、助理教授 1 員、臨時工 1 員。

**準則判定：符合**

- 1.1.0.2 醫學系隸屬之學校與其建教合作之教學醫院，必須在學習與工作環境中落實性別平等的原則。

發現：

學校設立性別平等教育委員會，由校長、教務長、學務長、總務長及心理諮商中心主任擔任當然委員，邀請校方單位主管兩名、職員技工代表二名、教師代表四名及學生代表二名組成委員會，其中女性委員佔二分之一以上。校方並設立性別平等資訊網及公布國立陽明大學校園性侵害性騷擾或性霸凌防治法規，在北、中、南等主要教學醫院亦都有設置相關性別平等之機制與原則。

**準則判定：符合**

- 1.1.1 醫學系隸屬之學校其組成，包含行政人員、教師、醫學生和委員會的職責和權限，必須在醫學系、醫學院或學校的組織章程中明訂。

發現：

國立陽明大學、醫學院、醫學系都有明確的組織章程以及組織結構，並明訂行

政主管以及各種委員會的職責與權限。而行政人員、教師和醫學生的職責及權限，皆已在大學、醫學院、醫學系的組織章程及各項委員會設置辦法中明訂。

### **準則判定：符合**

## **1.2 決策單位**

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

發現：

國立陽明大學為國立大專院校，並無董事會，其運作在教育部督導下，依〈國立陽明大學組織章程〉、〈國立陽明大學校務會議規則〉、〈國立陽明大學校務發展委員會設置辦法〉、〈國立陽明大學校務發展委員會會議規則〉等辦法接受校務委員會之監督。院務、校務會議組織明確，職責說明清楚。惟，經查相關會議紀錄，院級教師評審委員會設置辦法修訂後送院教評會，校長核定即可，但在校之院級教師評審委員會設置辦法則規定，須送校務會議通過，實際執行與法規不太一致。

### **準則判定：符合**

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

發現：

經詳細審閱陽明大學校務委員會、院務委員會歷年委員名單，其委員任期相互重疊，且任期應足以使其能夠了解學校和醫學系。醫學系主任透過醫學院主管會議、醫學院院務會議，以及各項委員會等，能夠與醫學院院長及其他單位有暢通的溝通管道。

### **準則判定：符合**

1.2.2 醫學系隸屬之院（校），其院（校）務委員會或董事會之運作，必須具備並遵循正式的政策和程序，以避免與該學校的成員間、建教合作之教學醫院間及任何相關企業間的利益衝突。

發現：

學校已制訂「利益衝突迴避法」、〈國立陽明大學研發成果運用之利益迴避原

則〉、「科研成果商業化手冊利益衝突管理篇」、〈國立陽明大學建教合作實施辦法〉等利益衝突管理辦法與審查機制，審議、監督及處置各項可能之利益衝突。且學校屬公立機構，相關利益皆受主計單位監督，亦無利益衝突之情事。

**準則判定：符合**

### 1.3 醫學院(系)負責人

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

發現：

醫學系主任之遴選依〈國立陽明大學系所主管遴選辦法〉辦理公平、公開的遴選作業，現任醫學系主任凌憬峯教授學經歷豐富，曾擔任醫學系副主任，認真、負責，具合格學歷與經驗，足以領導醫學教育、學術活動和病人照護。

**準則判定：符合**

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

發現：

醫學系主任與院、校有正式及暢通的溝通管道，醫學系亦有課程委員會、教師評審委員會、教學發展委員會、教學評估委員會、臨床實習委員會、UGY 工作小組會議等相關會議與委員會，能與醫學教育相關主管溝通。

**準則判定：符合**

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

發現：

1. 醫學系相關教育主管透過系務會議、院務會議、校務會議、各項委員會以及跨院會議等，對於醫學系相關事務的權責認識與了解。惟，醫學系系主任與主管雖有定期至各建教合作醫院拜訪的活動，但缺乏確切證明透過該參訪能有效地進行責任分派，譬如三家榮民總醫院的多個臨床科主任或教學主管，多半由醫學系的兼

任教職人員擔任，責任分派與從屬關係不清晰，且國立陽明大學附設醫院的院長位階與醫學院院長平行，在教學治理上以系主任位階之協調機制如何建立，並能有效達成治理，有待持續觀察。

2. 實際訪視臺中榮總與高雄榮總之教學主管，對於醫學系相關業務的權利與責任分派並未有清楚的認識，例如不同教學醫院，評分方式有等級制與分數制；DOPS 之評分臺中榮總分為 1-5 級，而臺北榮總則是 0-9 級；國立陽明大學附設醫院啟動輔導的分數為 79.5 分，臺北榮總則是 75 分。

### **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。

發現：

1. 醫學系凌主任致力於醫學系課程改革及臨床教學的推行，醫學系預算由校、院統籌分配，校方每年分給醫學院的年度預算(設備費及業務費)總額，108 年為新台幣\$21,126,570 元，醫學系實驗材料費 108 年為新台幣 3,221,805 元。醫學教育特別預算每年約有新台幣\$32,715,000 元可由醫學系主任規劃運用。
2. 三家榮民總醫院轄下的醫學教育委員會設置要點規定不一致，且實際檢視其中一家教學醫院之醫教會會議簽到紀錄，重要主專科如內科、外科代表並未出席，醫教會的功能恐未臻全面落實。
3. 由於國立陽明大學與榮民總醫院(北、中、高)分屬二個體系：教育部及國軍退除役官兵輔導委員會(以下簡稱「退輔會」)，兩者間無從屬關係，且醫學系專任教師容額有限，醫學系主任難有充分權力保證適量的專任教師以達到醫學生的教育目的。且部分主要教學醫院之教育主管，以及不具教職但參與教學之臨床主治醫師，並未清楚了解及接受系主任評估，並改善其教學成效。

### **準則判定：部分符合**

#### **1.4 醫學系之管理**

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

發現：

醫學院長之遴聘及任期依〈國立陽明大學組織規程〉辦理，另有三位副院長分

別負責「院務發展之統籌及執行」、「國際事務之推展」、「院務發展之策略規劃」。醫學系除系主任外，另有四位副主任及各學科主任、行政同仁及助理；醫學院院長與醫學系主任及相關行政團隊並無過於頻繁的人事變動或長期職位空缺之情形，亦無承擔過多校內外的其他職務，未影響領導工作的執行。醫學院院辦公室目前設置行政人力計兩名，分別負責院人事、經費業務，以及教務、總務、學務等相關業務。醫學系設行政人員 4 名，協助系務之執行。

### 準則判定：符合

1.4.1 醫學系隸屬之醫學院必須參與醫學系務規劃，並共同為該學系設定方向以達成可預見的成果。

發現：

1. 醫學院設置各項委員會協助短、中程計畫之推展、審核及評估：為因應發展需求及提升競爭力，推動彈性、多元之人力發展策略，設有「人力資源發展委員會」，擬訂學術人力資源發展策略、評估系所教師人力及其學術表現、制定教師學術卓越獎助辦法、審查學術卓越獎勵及特聘教授資格，以及其他與學術人力資源發展相關事項。醫學系短、中程計畫之制訂，經醫學系系務會議討論後，須提報至院務會議研議、審定。醫學系短、中程計畫中因執行計畫所需之人事、委員會及設置辦法、相關辦法及規章之修訂，亦須提報至院務會議討論，經研議、審定後執行；短、中程計畫之推展過程中所需之經費由醫學院協助籌措支應。
2. 醫學系以「培養仁心仁術、終身學習、視野廣闊、關懷社會及具有多元發展潛力的醫師」為使命，醫學系設「課程委員會」，負責制定醫學系教學發展方向，審核及監督課程內容及計劃執行、學生自我學習成效、課程及教學評估；「課程委員會」下設置「教學發展委員會」和「教學評估委員會」負責推動、執行，並向「課程委員會」負責。
3. 醫學系在醫學院督考與協助之下訂定短、中程發展目標，並定期持續評估與追蹤成效之機制（如課規會、系務會議、院務會議、實習委員會等）。醫學系已訂出六大核心能力，透過校內必修課程培養出能適應潮流，並勝任當世社會所需要的良醫：短程目標：(1) 規劃有特色之課程- MD/PhD 及 MD/Engineer 跨領域雙專長課程。(2) 強化醫學人文課程師資與內容，整合基礎與臨床模組教學。(3) 辦理學生生涯輔導相關活動。(4) 與國外進行學術交流。中程目標包括：(1) 與國外進行學術交流。(2) 規劃與管理教學及學習資源。(3) 落實自我評鑑建議進行改善。(4) 提升教師教研專業成長與發展，並培育醫學教育人才。長程目標：(1) 拓展師生國

際學術交流培育具國際競爭力醫師 (2) 培育「醫師科學家」(3) 「服務醫療資源缺乏地區醫師」(4) 「跨域雙專長醫師」。

#### **準則判定：符合**

1.4.2 醫學系所屬之醫學院應確保有關財務、人事、業務、政策與決策過程的透明化，並應與主要利害相關者進行良好溝通。

發現：

1. 醫學院經由主管會議、院務會議、教學評估委員會、教師發展委員會及教師評審委員會等各項委員會進行有關財務、人事、業務等主要議題的研議與決策，並依循陽明大學體制與法規，經由各種透明化的制度或委員會議做成決議或決策，予以推動或執行，且記錄皆公告、轉發相關單位及人員。
2. 醫學系短、中程計畫之制訂，經醫學系系務會議討論後，須提報至院務會議研議、審定。醫學系短、中程計畫因執行計畫所需之人事、委員會及設置辦法、相關辦法及規章之修訂，亦須提報至院務會議討論，經研議、審定後執行；短、中程計畫之推展過程中所需之經費由醫學院協助籌措支應。醫學系基本上是依前一年度預算為基礎，及未來發展規畫所需經費，由系所每年編列。設備費由醫學院院長召開院系所主管會議，主管就總額分配平衡規劃及協商，透過討論決議。校共同尖端儀器設備、校共用儀器擴充升級，則由系所填寫校共同儀器設備預算申請書經院長核准後，由校方統籌送審經核定後編列預算。此外，人事新、續聘決策過程由系所主管依系所發展需求、教師專業、教學研究提出需求，經三級教評會議審議後決議教師之聘任與升等。

#### **準則判定：符合**

1.4.3 醫學系所屬之醫學院必須與建教合作教學醫院（含大學附設醫院）簽署書面合作協議，其內容須規範雙方有關醫學生教育之基本責任。

發現：

1. 國立陽明大學與主要教學醫院間簽訂合約書，以確保醫學生和教師有適當的管道獲得醫學教育資源、教學醫院將教學及評量作為重點任務、規範醫學生暴露感染性或環境危害物，或其他職業傷害時的應變辦法、治療與後續追蹤的責任等事項。
2. 國立陽明大學附設醫院與陽明醫學院暨陽明醫學系對於實習計畫合約書乃根據

〈國立陽明大學附設醫院實見習作業實施要點及細則〉規範之。最近一次的修正日期是 107 年 11 月 13 日，該細則載明實習醫學生工作津貼每人每月 9000 元，顯然未能即時更新以符合醫學院校長會議之決議。又，醫學生之成績考核規範仍採取分數制執行評核，與其他主要建教合作之教學醫院採等第制明顯不一致，且相關落實性別平等的原則亦未見於該要點內。

#### **準則判定：部分符合**

1.4.3.1 醫學系與其建教合作之主要教學醫院的關係中，醫學系課程負責教師必須掌控每個教學醫院之教學計畫。

發現：

醫學系設立臨床實習委員會，由醫學系系主任擔任召集人，成員除醫學系各學科主任外，並有所有負責必修科目之主要教學醫院及建教合作醫院（含國立陽明大學附設醫院、三家榮民總醫院、和信治癌中心醫院、亞東醫院、臺北市立聯合醫院等）之教學部主任或課程負責人及醫學生代表等參與。透過醫學系臨床實習委員會每年定期訪視合作之教學醫院，並與其定期召開會議，醫學系課程負責教師大致能掌控各教學醫院之教學計畫。不過，部分住診教學、CbD 仍以 mini-lecture 的方式進行；臨床實習成效評估系統尚未能整合，如 TAS 系統中 mini-CEX 的評估，臺中榮總為 5 級分，臺北榮總為 9 級分。

#### **準則判定：部分符合**

1.4.4 醫學系隸屬之學校必須每年通知醫學院評鑑委員會有關學系的重大修正計畫或重大變動。

發現：

1.104 年追蹤訪視，醫學系 B 組招生未通知醫學院評鑑委員會，業於 106 年 1 月 9 日補行文；新成立醫師工程組業於 108 年 11 月 4 日來函。招收衛生福利部重點科別培育計畫公費生，已於 106 年 1 月 9 日行文醫學院評鑑委員會。

2. 梁廣義校長任期屆滿，業經遴選結果，由郭旭崧教授擔任新任校長，已於 107 年 4 月 27 日行文醫學院評鑑委員會。醫學院陳維熊院長任期屆滿，經遴選結果，由陳震寰教授擔任院長，以及醫學系王署君系主任任期屆滿，經遴選結果，由凌憬峯教授擔任系主任，皆於 107 年 8 月 16 日行文醫學院評鑑委員會。

#### **準則判定：符合**

1.4.4.1 醫學系任何課程和學分上的重大修正計畫，必須通知醫學院評鑑委員會。  
發現：

- 1.104 年追蹤訪視，醫學系 B 組招生未通知醫學院評鑑委員會，業於 106 年 1 月 9 日補行文；新成立醫師工程組業於 108 年 11 月 4 日來函。招收衛生福利部重點科別培育計畫公費生，已於 106 年 1 月 9 日行文醫學院評鑑委員會。
2. 醫學系為精進課程並增進學生自主學習，經教學發展暨課程委員會通過刪減必修學分數，並自 108 學年度起實施，已於 108 年 5 月 24 日行文醫學院評鑑委員會。

**準則判定：符合**

1.4.4.2 醫學系在以下情形若有重大變動時必須通知醫學院評鑑委員會，包括：學制、招收醫學生的（人）數，或在該機構的可用資源，如師資、硬體設施或財務等的變動。

發現：

1. 醫學院於 107 年經由企業捐款，成立了「醫學院十年發展建設計畫」基金，協助醫學院系所發展教研亮點，已於 108 年 5 月 24 日行文醫學院評鑑委員會。
2. 醫學系為精進課程並增進學生自主學習，經教學發展暨課程委員會通過刪減必修學分數，並自 108 學年度起實施，已於 108 年 5 月 24 日行文醫學院評鑑委員會。

**準則判定：符合**

## 第 2 章 醫學系

2.0 醫學系之基本醫學教育目標(goals)，應為培養優秀和稱職的醫師，使其於一般醫學知識和技能上，表現專業素養和追求卓越特質。

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

發現：

1. 醫學系主要教育目標是使醫學生皆能成為具國際競爭力的醫師，並有部分學生能成為醫師科學家，或是服務於醫療資源缺乏地區。醫學系的教育目的乃在於培養醫學生具備六大核心能力：(一)人文素養與社會關懷、(二)專業知識與自主學習、(三)溝通協調與團隊合作、(四)專業素養及堅守倫理、(五)全人醫療與健康照護、(六)邏輯思辨和自我反省。
2. 醫學系提供完善 6 學年課程，包括二年級醫預基礎科學與醫學人文課程，三、四年級基礎臨床醫學整合課程，五、六年級臨床實習課程，以培養具一般醫學六大核心能力的醫師而銜接畢業後醫學教育。醫學系亦提供豐富多元的「醫學人文與社會」系列課程，學習醫學人文生命教育、邏輯思辨、環境保護等核心理念及學生自選課程，以培養訓練學生具思辨分析、團隊合作及服務精神的人才。而醫學系醫學人文系列從「尊重病人自主」、「健康與社會正義」及「醫師專業倫理」出發包含醫學生涯、解剖人文課程、醫師專業素養與倫理等，具橫向及縱性的整合課程，並重視典範學習、經驗學習與反思內省訓練。

**準則判定：符合**

2.0.2 醫學系必須提供醫學生主動、獨立學習的教育機會，以培育終身學習的必要技能。

發現：

醫學系提供醫學生主動、自主學習的課程包括：(1)人文教育的主動式學習；(2)問題導向 PBL 課程；(3)醫四基礎臨床技能(BCS)小組主動學習課程；(4)翻轉教室(小兒科)；(5)臨床實習晨會、教學門診與病房教學迴診；(6)實證醫學翻轉教學。此外，醫學系的問題導向 PBL 課程結合臨床的 e-learning 課程、專題研究課程及臨床實習臨床迴診教學、個案討論等多元方式，以推動醫學生

的獨立學習以及自主學習的技能，培養終生學習的必要技能，並訂有評核的機制。

## 準則判定：符合

### 2.1 課程管理

#### 2.1.1 目標(goals) 與目的(objectives)

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

2.1.1.1 醫學系所呈現的教育目的必須以學生畢業時應具備的能力加以陳述，上述能力必須能被評量，並符合專業及大眾之期待。

發現：

1. 醫學系的教育目標是使每位醫學生皆能成為具有國際競爭力的醫師，並有部分學生能成為醫師科學家，或是服務於醫療資源缺乏地區。醫學系的教育目的在於培養醫學生具備六大核心能力：(一)人文素養與社會關懷、(二)專業知識與自主學習、(三)溝通協調與團隊合作、(四)專業素養及堅守倫理、(五)全人醫療與健康照護、(六)邏輯思辨和自我反省。然而，對於所謂的「100%達到國際競爭力」亦難評估，關於國際競爭力的可評估指標為何？系、院、校方尚未設定共識，目前較難以評估。
2. 醫學系 104 年追蹤訪視報告提及，由訪談中得知，學生對於「服務偏鄉」的概念仍舊相當模糊。醫學系於 108 學年度始，利用暑假期間開設「行醫醫定行」2 學分的選修課程，帶領修課學生見習偏鄉醫療，增加學生下鄉服務之意願。然而，此課程雖然於 108 年暑假有 32 位學生修習，但畢竟仍是選修課程。由此次訪視與學生的晤談中，對於「服務偏鄉」的概念僅限為「衛教」、「帶帶活動」，對於偏鄉醫療之所需的觀察與了解，仍未清楚意識。

## 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。

發現：

1. 醫學系與建教合作教學醫院有簽署書面合作協議，規範雙方有關醫學生教育

之基本責任，並了解醫學系之醫學教育目的。系上並定期舉辦改善及提升教師引導與輔導技巧之研討會或訓練活動，使參與者了解醫學系整體教育目的。對於新進基礎及臨床教師，校方及醫院每年都有舉辦新進教師研習營，使新進教師了解系上的教育目的。醫學系每學期舉辦 PBL 教師引導技巧訓練營、教案檢討會議、導師輔導知能研討工作坊、基礎臨床技能訓練課程(BCS)引導教師研習營以及臨床教師暨導師共識會等，藉由這些定期舉辦研討會或訓練活動，使參與會議或活動的人員了解醫學系整體教育目的，以及達成教育目的之方式及實施成效等。

2. 雖然醫學生、教師(基礎與臨床)都大致了解醫學系的教育目的，但部分臨床教師及主要教學醫院主治醫師、住院醫師及其他負責醫學生教育與評量之人員等，對於教育目的了解之程度有所差異，以致在執行臨床實習計畫的落實程度也有所落差。

### **準則判定：部分符合**

2.1.1.3 醫學系或醫學系隸屬之學校必須有主要負責醫學人文教育的教師或單位。

發現：

醫學系之醫學人文教育主要由醫學人文課程委員會來規劃，負責主管為雷文玟主任，醫學系將公共衛生科與醫學人文科合併為「公共衛生暨醫學人文科」，加之科所合一的結果，「公共衛生暨醫學人文科」即在於「公共衛生研究所」的編制之內。但基於何種理念與宗旨將公共衛生與醫學人文此二種看似專業背景有相當差異的科別合而為一，卻無相關資訊或資料可供查詢、參閱。再者，「公共衛生暨醫學人文科」編制 14 位專任教師中，亦有偏於公共衛生專業課程教師（8 位）及偏向醫學人文課程教師（6 位）之分別，此同一編制單位卻有兩方不同教師參與之「公共衛生課程委員會」以及「醫學人文課程委員會」的分別即可見得。

### **準則判定：符合**

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

以確保醫學教育的目的(objectives)得以實現。

發現：

國立陽明大學醫學系臨床實習監督機制於前次訪視相較雖有進步，但實地訪視臺北榮總、臺中榮總與高雄榮總三家教學醫院，仍有相關發現分述如下：

1. 臺北榮總：查核 5 年級生 TAS 登入情形，發現有多位學生必填項目(身體檢查、病史詢問、實驗室檢查、基礎臨床技能等)為 0%。雖然醫學系自評報告提及每月助教及主任會上網查核通知，但仍有如此高比率不符。另點開 mini-CEX 欄位也是主治醫師未完成即時評量的超過 50%，有評量的部分 feedback 較簡單，並未指出學生應加強部分。查看病歷發現如下：(1)接病人未寫 Acceptance note 就直接寫 progress note，而且是直接 copy 原先病歷，只有 1 位同學重新 review 病歷後再寫 progress note。(2)primary care 病人 Discharge 不寫 Discharge note(由住院醫師寫)，失去整理病歷加以總結的學習機會。(3)週五下班沒有交接的 Note(或 weekly summary)，周末、日僅由值班醫師寫二行簡單的 Note。(4)有一下午新住院病人 Clerk 寫了 Admission note，但沒有人簽核，直到第二天下午主治醫師才修改，亦即將近一天病歷上沒有有照醫師簽核病歷，此是否符合法令規定？(5)在某科有 2 位五年級醫學生病歷一整週的 progress note，沒有住院醫師也沒有主治醫師修改或簽核。(6)有一位某科五年級實習醫學生因主治醫師出國沒有分配病人，也沒有參加別組主治醫師回診，直到第三天才有一個 primary care 病人，不僅教師沒有負責，同學的學習態度也不對。(7)在內科抽查 20 位醫學生 TAS 登錄情況，僅 50%左右有照進度登錄，餘者皆嚴重落後，尤其是 UGY 的 80 項技能須在內科完成的部分。(8)mini-CEX 部分有將近 25%教師未評等，有將近 50%教師未給評語，而評語皆是較為空泛簡單的評語，如認真學習、繼續加油，師培方面仍須加強。
2. 於臺中榮總與高雄榮總訪談陽明大學畢業校友、醫學生多人，均表示滿意國立陽明大學的教育品質，對醫學系有堅強的向心力，值得肯定。於高雄榮總與六年級醫學生晤談時，學生表示個人學習歷程需使用高雄榮總的學習歷程系統，無法與前一年五年級於臺北榮總的評核系統 TAS 連貫，需要學生個人自行上傳維護，顯見學習評量的登載入口與格式未臻一致。

**準則判定：部分符合**

### 2.1.2 課程委員會之責任

- 2.1.2.0 醫學系必須有一個整合的教育負責單位，負責連貫且協調課程之整體

設計、管理和評估。

發現：

1. 醫學系設置「課程委員會」，負責決策和監督，主要職權為制定教學發展方向，審核及監督課程內容及計劃執行、學生自我學習成效、課程及教學評估，以及其他相關事務。並設置「教學發展委員會」和「教學評估委員會」二個次委員會為執行單位，向課程委員會負責。依據設置辦法，課程委員會是「為研議、推展及審核醫學系相關之教學發展、課程改進、教學評估、學生學習評量，及教學研究等方案」，而教學發展委員會是「為研擬教學改進方案，修訂、整合課程內容，及教學研究」，但兩個委員會卻是同時一起開會。依據了解，會議程序是相關提案由教學發展委員會審議後，再送課程委員會再審議，但由於兩個委員會有部分委員重疊且提案一致，故自 101 學年度第 2 學期始即合併開會，會議紀錄亦無區分。且醫學系課程並無外審制度，難免球員兼裁判之嫌。再者，教學發展委員會「得設工作小組，執行相關任務」，目前共有 19 個工作小組的設立，且每一工作小組皆有一至二位負責教師，但並無任何任務、工作內容、會議等等相關資訊、資料可供查詢。
2. 此外，依自評報告及佐證資料顯示，醫學系之課程委員會其組成人員包含各學科主任，針對課程之協調、管理和評估也有妥善分工。但之前醫學系之臨床學科主任有兼任多科情況，目前雖已改善，但尚未完全消除。
3. 醫學系將公共衛生科與醫學人文科合併為「公共衛生暨醫學人文科」，加之科所合一的結果，「公共衛生暨醫學人文科」即在於「公共衛生研究所」的編制之內。然而，在此同一編制內卻有「公共衛生課程委員會」及「醫學人文課程委員會」分別二個不同的課程委員會，猶如兩個單位在課程的整體設計、管理和評估上，各自整合負責。
4. 醫三至醫五同學於指定時間內完成該課程與教學評估問卷，該必修課程的學期成績加總分二分。雖然課程與教學評估問卷為評估課程的重要依據，但受訪學生及教師皆反映，此類獎勵不合宜。

### 準則判定：部分符合

- 2.1.2.1 醫學系的教師必須負責醫學專業課程的設計與執行。
- 2.1.2.2 醫學系課程每一個單元的目的、內容和教學方法，以及整體課程之安排，必須由醫學系教師共同參與和設計，並定期檢討和修訂。

發現：

醫學系的課程是由教學發展委員會各工作小組、年級課程協調人、區段負責人及課程負責人共同規畫執行。新課程於執行前須經課程委員會審查通過，才得以實施。教學成效，由教學評估委員會負責規劃並執行課程及教學之評估。學生回饋結果，經由教學評估委員會審查檢視後，將結果提供各工作小組、年級課程協調人、區段負責人及課程負責人參考，以作為調整課程之依據。對於評量結果較差課程，每學期每門課由教學評估委員會委派 2-3 位委員與課程負責人進行座談與溝通，針對學生回饋意見進行討論與建議課程如何修改，並持續追蹤觀察。對於評量結果較差的教師，由主管或課程負責人與之會談溝通，協助其修正教學內容與方法，並安排其接受師資培育課程。

### 準則判定：符合

2.1.2.3 醫學系教師或課程委員會必須負責監測課程，包括各學科的教學內容，以實現醫學系的教育目的。

發現：

1. 醫學系課程管理主要由課程委員會負責，包含制定醫學系教學發展方向，審核及監督課程內容及計畫執行、學生自我學習成效、課程及教學評估，以及其他相關事務。課程委員會下設置「教學發展委員會」和「教學評估委員會」二個次委員會，分別負責研擬教學改進方案，修訂、整合課程內容及教學研究與推展教學評估及學生學習評量。
2. 依醫學系學生自評報告，針對四年級整合課程，學生反映不斷出現課程內容重複的情況，顯示課程內容在編排上並未受到足夠監測，且許多學生反映四年級課業繁重，既然需要花費這麼多時間上課，卻又上了許多重複的內容，那麼是否相對地也許某些重要的課程被遺漏了呢？醫學系宜更有系統性檢視所有教師的課程內容，以保障學生的有效學習。此外，在臨床實習部份也有許多學生反應部分科別在五、六年級會重複實習，但卻有部分科別都沒機會參與，影響學生將來的科別選擇。醫學系目前五年級核心實習都在臺北榮總，實習科別可獲得有效安排，但六年級則為選修，分散於不同醫院實習，雖然學生可能會盡量選擇五年級沒去過的科別實習，但仍無法避免重複及遺珠之可能，因而影響學生的學習權益。由於臨床分科極多，醫學系宜更積極地檢視醫學生的實習科別，避免重複實習相同或相近科別。又，依佐證資料顯示，醫學系實習課程委員會各主要實習科別負責人實際會議出席率並不高，對實習課程的監測是否落實，待持續觀察。

3. 醫學系 104 年追蹤訪視報告提出學生上網填答課程評估問卷比率過低之問題，醫學系為提升填答率，除了有學校獎勵，醫學系亦有所獎勵。但在與學生訪談中提及相關獎勵時，除了有填答的學生具優先選課資格這一項外，對於其他的獎勵並不清楚或一無所知。

**準則判定：部分符合**

- 2.1.2.4 醫學系的課程必須包括選修的課程，以輔助必修課程和臨床實習。

發現：

1. 醫學系並未規定學生在同一專科領域選修的上限，僅要求學生應在大五進入實習課程前，修畢通識 28 學分及醫學人文與倫理領域課程選修至少 4 學分。基礎醫學因課程繁重，選修課程偏少，目前只有細胞生物學、醫師科學家專題研究、神經症狀學。
2. 依畢業生問卷調查，臨床選修因有許多實習醫院提供選擇，滿意度比較高，但通識課則被學生認為較為侷限，醫學系已積極與其他研究或學術機構合作，以提供學生更多的選修課程，且學校未來若與國立交通大學合併後，課程應更加多元。

**準則判定：符合**

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

發現：

醫學系的基礎醫學課程評估其教育目的之達成程度，是以醫師國考第一階段的通過率及畢業生問卷為評估指標。醫學系第一階段的醫師國考通過率為 79.03%，而全國平均通過率為 52.35%，醫師國考成績優秀。但學校強調教學宗旨包括培養具國際競爭力醫師、醫師科學家，以及偏鄉醫師。因此，僅以醫師國考成績並不足以證明其教育目的之達成。醫學系應更加具體描述其國際競爭力、臨床科研表現，以及對偏鄉醫療之提升，以作為課程改善之參考。例如，醫學系設定整體課程的教育目標是使每位醫學生皆能成為具國際競爭力的醫師，而部分學生能成為醫師科學家或服務於醫療資源缺乏地區的醫師，卻未說明具國際競爭力的醫師、醫師科學家以及醫療資源缺乏地區的醫師的成效評估。

## 準則判定：部分符合

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

發現：

醫學系於評估課程品質時，有納入醫學生對課程、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，形式包括各式問卷與學生的自主評鑑。醫學系畢業校友對於基礎醫學的教學，108 年平均分數介於 3.6-3.8。學生反應，有些問題先前學長姊已有反應，卻未被改善，例如四年級學生自主評鑑報告書，學生對於校方設計的教學評量/課程回饋題目是否能有效反映我的感受，評為 2.43 分，傾向不同意；而對於校方設計的教學評量/課程回饋題目是否確實被校方回應與處理，評為 2.51 分，傾向不同意；同學並反映，在填寫教學評量/課程回饋題目時，由於時間間隔過久，常無法回憶授課教師的上課內容。

## 準則判定：部分符合

2.1.2.7 應由醫學系課程委員會、學系的行政和領導階層以及醫學生代表，共同制定並執行醫學生從事必要學習活動所需的時間，包括醫學生於臨床實習在臨床和教育活動的全部時數。

發現：

1. 醫學系課程是由教學發展委員會各工作小組、年級課程協調人、區段負責人及課程負責人共同規劃，經課程委員會審查通過後實施。教學發展會設有學生代表。醫學系的基礎與通識人文課程，除了一上、二上及四上每週超過 20 小時的上課時數，其餘上課時數都在 11-16 小時之間。
2. 依佐證資料顯示，學生多年反應三~四年級課程過重，實際檢視課程安排，PBL 每週安排 4-5 堂，雖然總上課時數仍在合理範圍，然而系方及委員會應納入適當考量及向學生說明。此外，醫學系不同的實習醫院對學習內容及時數規定也不盡相同。醫學系對於學生的學習時數應有更合理考量。

## 準則判定：部分符合

2.1.2.8 醫學系應有適當及有效的制度，以協助學習成效不佳的醫學生。

發現：

1. 醫學系設有雙向動態及多軌並行的警示機制，可以早期發現且有效協助學習成效不佳的學生，對屬於學習弱勢的學生，也可發揮早期預防及協助的功能。此雙向警示機制為由課程授課單位隨時發現學習表現不佳的學生，並向上回報醫學系系辦及系主任或副系主任，再由系主任或副系主任召集負責助教，了解授課單位的解決方法，必要時可轉介參加教務處或學務處所提供之課後輔導系統；另一方面，則通知該生導師加以輔導與協助。
2. 醫學系對於弱勢生(聽障)、外籍生及僑生有特殊的安排與輔導，以幫助他們學習成效。對於考試成績不理想的同學，則分別由助教及導師輔導其學習及心理困境。

**準則判定：符合**

### 2.1.3 地理分隔之教學地點的治理

2.1.3.0 醫學系對所有教學地點所提供的特定專門領域課程，必須具有等同的 (comparable) 學習經驗(包括臨床)和等效的 (equivalent) 課程評估與學生評量方法。

發現：

1. 師資部分：主要三家教學醫院專、兼任師資聘任數目明顯不同，且大多隸屬於臺北榮總。實地訪視期間，訪視委員與幾位醫院教學主管晤談，發現有參與師資培訓的醫師約 70-80%，甚至也有不參加師資培育卻參與臨床教學的主治醫師。此外，住院醫師也未一致性接受相當程度教學能力訓練，即使同一醫院、不同科別，教師的教學熱誠也有所差異。
2. 課程部分：三家教學醫院地理環境不同，臨床案例數也有差異，造成不同地點臨床訓練 exposure 強度不同。此外，臺北榮總實施翻轉教室，但並未在臺中榮總、高雄榮總採用，難謂學習經驗一致。
3. 評量：臺北榮總、臺中榮總與高雄榮總為達到等同性與等向性，使用相同的評估表。但實地檢視，發現在部分執行面上，還是有些微差異，例如 DOPS 之評分在臺中榮總分為 1-5 級，而臺北榮總則是 0-9 級，學生亦表示不了解分數如何換算，並擔心是否會導致學生成績權益受損，此部分仍須由醫學系加以持續檢視。
4. 在不同的教學醫院之臨床學科有跨院會議，對實習課程、教育目的與評分評

估方式謀求共識，但是每個臨床科開會的頻率從每年一次、每半年一次、每季一次、到每月一次不等，頻率並不一致，對於不同教學地點的學生在學習過程中，或評估標準出現不一致的時候，恐難於即時達成共識。另，查閱臨床實習委員會議簽到表，常有核心科主任或實習醫院代表未到的情形，監督機制之落實有待持續追蹤。

### **準則判定：部分符合**

2.1.3.1 醫學系（院）的負責人必須對學系的治理與品質負責，並確保各教學地點有足夠的師資。

2.1.3.2 醫學系在各教學地點的主要學術主管，必須在行政上對醫學系（院）的負責人負責。

發現：

醫學系對課程的審視、監督與指導由系主任每學期定期召開課程委員會，對所有的課程評估成效進行審視，並審查所有新開設的課程。此外，為了確保每位學生在不同的教學地點（實習機構）受到相同的教育品質與標準一致，每一學年校長、院長與系主任會至主要教學醫院（三家榮總），與該院教學副院長、教學部主任和相關教學負責教師進行討論，會議中會針對臨床實習等相關問題進行溝通討論並與教學單位長官進行臨床實習課程內容規劃討論會議，並依前一學年學員反饋意見，進行新學年之實習修改參考。醫學系主任確保臺中、高雄榮總師資足夠，而臺中、高雄榮總主要學術主管及教學部主任直接向醫學系主任負責教學行政事務責任。

### **準則判定：符合**

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

發現：

醫學系主任承擔挑選及分配醫學生的臨床實習地點及實習路徑，但三家榮民總醫院實習各有一定配額，一般由醫學生組成委員會自行處理，醫學生的實習地點選擇由學生自主討論決定，經學生們自行協調、抽籤，時期排程選定後，原則上不得任意變更。訪視委員與學生晤談時，有學生表示被迫去臺中榮總、

高雄榮總實習之情事。醫學生若確實有更改實習單位之需求，依規定提出申請，經實習單位及系主管同意後，可以辦理後續變更之程序。

### **準則判定：符合**

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

發現：

1. 醫學系經由系務會議、教學暨課程規劃委員會、實習委員會及跨院臨床科會議等機制，整合各教學地點的各學科教師。醫學系每學期定期召開實習委員會，由醫學系主任主持，召集三家榮民總醫院、國立陽明大學附設醫院等主要教學醫院，以及建教合作醫院等教學部負責人，就教學課程、教學內容和評量方法加以檢視與修訂，並由各教學醫院分享醫學生的評量資料、課程或臨床實習的評估資料。會議結果需提報醫學系課程委員會通過，經院務會議、臨床實習委員會等院級相關會議討論通過後，依規定上呈校級相關會議審議或備查。
2. 基於上述做法，醫學系有適當行政機制整合各教學地點各學科教師，但實際檢視相關會議紀錄，臨床實習委員會之會議出席率不佳，且一學期只有召開一次，再加上分屬不同體制，難竟全功。

### **準則判定：部份符合**

2.1.3.5 醫學系必須訂定一致的標準以評量所有教學地點的醫學生。

發現：

主要教學醫院均設有師資培育中心，醫學系並舉辦實習共識會議以及跨院的協調會議，以要求學習評量的一致性。臺北榮總、臺中榮總與高雄榮總為達到一致的評量標準，使用相同的評估表。但實地檢視，發現在部分執行面上，還是有些微差異，例如 DOPS 之評分在臺中榮總分為 1-5 級，而臺北榮總則是 0-9 級，學生亦表示不了解分數如何換算，並擔心是否會導致學生成績權益受損，此部分難謂評量一致。此外，對於未參加師資培育之教師如何落實一致的師培評量標準，仍需持續追蹤。

### **準則判定：部分符合**

2.1.3.6 醫學系應確保分配至各教學地點的醫學生具有等同的受教權利，並獲得同樣的支持的服務，例如與職業傷害有關的保健服務和諮詢等。

發現：

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

**準則判定：符合**

## 2.2 修業過程

### 2.2.1 教學

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

發現：

國立陽明大學學則規定醫學系的修業年限，102 學年度起入學新生的修業期限含臨床實習為六年；醫學系 B 組自 104 學年度起入學新生的修業期限含臨床實習為七年。學生在規定修業期限內，未修足該學系應修科目及學分者，得延長修業期限，以二年為限，惟身心障礙學生因身心狀況及學習需要，得延長修業期限，至多四年。

**準則判定：符合**

2.2.1.1 醫學系各學科的教師，應建立該學科的成績標準，並適當地在跨學科與跨專業的學習經驗中融入這些標準。

發現：

醫學系各學科教師皆有建立該學科成績標準並融入跨學科與跨專科學習中，且採多元評量，醫學生的評量方式包括筆試、專題報告、個案報告、同儕報告時提問及回饋觀察評量、書面報告、PBL 及 BCS 小組討論之表現、OSCE 等評量。

**準則判定：符合**

2.2.1.2 醫學系教師的教學方法應與時俱進。

發現：

醫學系為確保教師的教學方法與時俱進，訂定鼓勵教師研習、教學的相關法規和制度，升等辦法中明訂教師升等必須參與課程規劃、設計或改進、參與PBL教學、擔任委員會的職務。醫學系教師的教學方法屢有創新，例如翻轉教室、share course 數位學習、CBS 訓練使用 SP 等。但仍有部分 PBL 的 wrap up 發現有教師未能針對同學於討論過程中的內容及討論方式加以積極回饋。

### 準則判定：符合

#### 2.2.1.3 醫學系之教師必須督導醫學生的臨床學習。

發現：

1. 臺北榮總：查核 5 年級生 TAS 登入情形，發現有多位學生必填項目(身體檢查、病史詢問、實驗室檢查、基礎臨床技能等)為 0%。雖然醫學系自評報告提及每月助教及主任會上網查核通知，但仍有如此高比率不符。另點開 mini-CEX 欄位也是主治醫師未完成即時評量的超過 50%，有評量的部分 feedback 較簡單，並未指出學生應加強部分。訪視某科部時，表定為教學查房，但實際上為影像判讀。五年級醫學生做了非常短的病史(呼吸困難來急診)抽血檢查有輕微貧血、高血鈣，接著呈現一張胸部 X 光，主治醫師請住院醫師判讀，期間全無討論病人的狀況，這樣的教學查房恐不符期待。此外，查看醫學生病歷發現如下：(1)接病人未寫 Acceptance note 就直接寫 progress note，而且是直接 copy 原先病歷，只有 1 位同學重新 review 病歷後再寫 progress note。(2)primary care 病人 Discharge 不寫 Discharge note(由住院醫師寫)，失去整理病歷加以總結的學習機會。(3)週五下班沒有交接的 Note(或 weekly summary)，周末、日僅由值班醫師寫二行簡單的 Note。(4)有一下午新住院病人 clerk 寫了 Admission note，但沒有人簽核，直到第二天下午主治醫師才修改，亦即將近一天病歷上沒有有照醫師簽核病歷，此是否符合法令規定？(5)在某科有 2 位五年級醫學生病歷一整週的 progress note，沒有住院醫師也沒有主治醫師修改或簽核。(6)有一位某科五年級實習醫學生因主治醫師出國沒有分配病人，也沒有參加別組主治醫師回診，直到第三天才有一個 primary care 病人，不僅教師沒有負責，同學的學習態度也不對。(7)在內科抽查 20 位五年級醫學生 TAS 登錄情況，僅 50%左右有照進度登錄，餘者皆嚴重落後，尤其是 UGY 的 80 項技能須在內科完成的部分。據陪評人員表示，因尚有 10 天內科才完訓，很多 clerk 多於最後幾天完成登錄。但後來查證 6 年級及國立陽明大學畢業的住院醫師之 TAS，仍發現多人並非 100%完成。(8)mini-CEX 部分有將近 25%教師未評等，有

將近 50%教師未給評語，而評語皆是較為空泛簡單的評語，如認真學習、繼續加油，師培方面仍須加強。

2. 於臺中榮總與高雄榮總訪談陽明大學畢業校友、醫學生多人，均表示滿意國立陽明大學的教育品質，對醫學系有堅強的向心力，值得肯定。於高雄榮總與六年級醫學生晤談時，學生表示個人學習歷程需使用高雄榮總的學習歷程系統，無法與前一年五年級於臺北榮總的評核系統 TAS 連貫，需要學生個人自行上傳維護，顯見學習評量的登載入口與格式未臻一致。此外，臺北榮總、臺中榮總與高雄榮總為達到一致的評量標準，使用相同的評估表。但實地檢視，發現在部分執行面上，還是有些微差異，例如 DOPS 之評分在臺中榮總分為 1-5 級，而臺北榮總則是 0-9 級，學生亦表示不了解分數如何換算，並擔心是否會導致學生成績權益受損。

**準則判定：部分符合**

## 2.2.2 醫學生之評量

- 2.2.2.0 醫學系必須有適當的評量系統，就知識、技能、行為和態度採用多種評量方式，來評量醫學生於整個課程中之學習成果。

發現：

醫學系設有教學評估委員會，負責推展教學評估與學生學習評量。在基礎醫學大班上課的學習評量以期中、期末及平時小考為主，至於 PBL 及 BCS 的評分方式，則是以個人在小組內的效率影響力、溝通領導能力、對知識的追求性、小組互動及專業態度的表現，以及小組整體表現評估為依據。醫學生臨床實習查核表就知識、技能、行為、態度來評量學習成果，並採用 e-portfolio、TAS、OSCE、mini-CEX 等方式評量。為確保教師的教學方法應與時俱進，學校訂定鼓勵教師研習、教學的相關法規和制度，升等辦法中明訂教師升等必須參與課程規劃、設計或改進、參與 PBL 教學、擔任委員會等職務。

**準則判定：符合**

- 2.2.2.1 醫學生在每門課程和臨床實習應接受評量，並儘早給予正式的回饋，以便有足夠時間進行補救。

發現：

1. 醫學系的基礎課程是以器官系統整合課程進行，每個區段結束後進行測驗評量，並進行考題分析與講解，讓學生瞭解各學科的考題答對率，學生可依此結果即時擬定補救作法。學生也可針對自己無法達到最低標準的科目，在期中向學系或學科助教提出補救教學申請。至於 PBL 課程部分，在每個 PBL 教案結束時，引導教師會帶領小組醫學生進行回饋性評量，讓每位學生了解自己在該教案的表現。此外，學期中除了對該區段表現評分外，亦固定安排一對一訪談式的結構性形成性評量(formative assessment)，提供學生特質描述的回饋。
2. 依自評報告及佐證資料顯示，醫學系在每門臨床實習課程均有評量方式，但即時回饋性卻有些差異，以臺北榮總 TAS 系統為例，實地訪查學生之資料，教師的回饋常未完善，臨床實習評量未能即時，且回饋過於簡略，難以及時補正缺失。醫學系既已建置完善之評量系統，宜有適當的機制以督促教師盡早完成評量及回饋，協助學生學習。

### 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)。

發現：

1. 醫學系基礎醫學教學大班課的評量以期中、期末及小考為主，考試成績在課程結束後兩週內教師要上傳成績。至於 PBL 課程部分，在每個 PBL 教案結束時，引導教師會帶領小組醫學生進行回饋性評量，讓每位學生了解自己在該教案的表現。此外，學期中除了對該區段表現評分外，亦固定安排一對一訪談式的結構性形成性評量(formative assessment)，提供學生特質描述的回饋。
2. 臺北榮總已建置 TAS 系統，訪視委員實際檢核 5 年級醫學生 TAS 登入情形，發現有部分學生必填項目(身體檢查、病史詢問、實驗室檢查、基礎臨床技能等)為 0%。自評報告提及每月助教及主任會上網查核通知，但仍有一定比率的學生不符合，顯示要求不夠嚴謹，另點開 mini-CEX 欄位也是主治醫師未完成即時評量的超過 50%，有評量的部分 feedback 過於簡單，且未指出醫學生應加強部分。由 TAS 登錄可知，不論 formative 或 summative 評量，大部分教師都未達到適時地執行形成性評量與總結性評量。
3. 依學生自評報告學生反應評量時機不佳，如果教師評量未能適時，評量就很難正確而公平，實地訪視也發現教師確實常未能適時評量。另外，學生人數多

常需分班上課，不同班別也有評分標準不一情況需要調整評分。而 A 組與 B 組學生即使是相同課程，但因與 B 組學生一起上課的同學並非醫學系學生，相對於 A 組同學都是醫學生，最後以畢業總成績仍是醫學系學生一起評比，AB 兩組事實上形成不公平競爭。最後以臨床實習來說，各醫院的評分系統並不一致，因此也很難公平比較。醫學系宜注意不同組別及不同實習醫院評量的公正性。

### 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。

發現：

1. 部分醫學人文課程之課綱太過簡略、甚至闕如，無法辨識其相關知識的傳授、教學方法、課堂操作，醫學生評量等等資訊。
2. 醫學系基礎醫學教學大班課的評量以期中、期末及小考為主，考試成績在課程結束後兩週內教師要上傳成績。至於 PBL 課程部分，在每個 PBL 教案結束時，引導教師會帶領小組醫學生進行回饋性評量，讓每位學生了解自己在該教案的表現。此外，學期中除了對該區段表現評分外，亦固定安排一對一訪談式的結構性形成性評量(formative assessment)，提供學生特質描述的回饋，包括技能、行為和態度的描述。
3. 醫學生臨床實習查核表就知識、技能、行為、態度來評量學習成果，並採用 e-portfolio、TAS、OSCE、mini-CEX 等方式評量。其中，臺北榮總已建置 TAS 系統，系統能顯示敘述性之評量。惟，訪視委員實際檢核 5 年級醫學生 TAS 登入情形，發現有部分學生必填項目(身體檢查、病史詢問、實驗室檢查、基礎臨床技能等)為 0%。自評報告提及每月助教及主任會上網查核通知，但仍有一定比率的學生不符合，顯示要求不夠嚴謹，另點開 mini-CEX 欄位也是主治醫師未完成即時評量的超過 50%，有評量的部分 feedback 過於簡單，且未指出醫學生應加強部分。由 TAS 登錄可知，不論 formative 或 summative 評量，大部分教師都未完全達到以敘述方式描述其技能、行為和態度。

### 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，確保醫學生習得，並在直接觀察下展現核心臨床技能、行為和態度。

發現：

醫學系針對學生學習成果有持續性之評量，並將結果回饋予學生，以期能立即補強其學習成效。評量次數則依各科特性及實習時間長短訂定，包括醫學生的態度、知識、技能、EBM能力、病歷寫作、醫病溝通、同儕溝通等等面向，並由主治醫師定期針對「與病患及家屬溝通能力」、「責任感、積極性與學習態度的表現」和「醫療團隊互動能力」等行為與態度進行評分，以及完善 OSCE 模擬訓練等。至於 80 項核心臨床能力也分別依各科特性完成實作與評估。

**準則判定：符合**

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

發現：

1. 醫學系要求主要三家教學醫院(三家榮民總醫院)各學科訓練計劃，依據學校教學目標、全國公私立醫學校院院長會議，以及醫院宗旨與目標所制定。醫學系每年均定期與主要教學醫院，依據學生臨床學習及各階段進行修正。例如醫學系六年級於各單位實習時，針對 80 項核心項目教導同學，並提供多次演練來提升同學臨床技能以及醫療行為態度，並適時進行同學與考官回饋(雙向回饋)，於考試後將成績單給予同學，讓同學了解自己不足之部分。
2. 醫學系稱五年級學生為 clerk，而六年級學生為 subintern，並依照此稱呼逐步加重學生臨床之責任及工作，相較於傳統上五、六年級醫學生均稱為 clerk 或 junior clerk 及 senior clerk，似乎更能區別兩者的差別及承擔責任之不同。

**準則判定：符合**

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

發現：

1. 醫學系已運用多元模式評量醫學生在解決問題、臨床推理和溝通技能等能力，包括：(1). 在醫學人文教育課程規劃與評量設計，可持續評量醫學生在臨床判斷上，解決問題與推理決策能力，也在各年級不同課程中，安排合乎教育進程的溝通課程與演練，以促進並評量醫學生之溝通能力。(2). 問題導向學習 PBL 小組教學：醫學生於第一次接觸 PBL 課程前，醫學系會安排 PBL 說明會，讓學

生瞭解 PBL 課程施行方式、評分標準。(3). 臨床溝通倫理課程：醫學系四年級 Basic Clinical Skills (BCS) 課程內涵臨床思辨/決策能力、溝通能力訓練；醫學生五、六年級的「臨床溝通、倫理法律」系列課程中，以標準病人、小組討論及教師回饋的方式，進行指導與評估。(4). 實際個案病人進行醫病溝通評量。(5). 臨床技能 OSCE 評量：醫學系安排多次 OSCE 測驗、OSCE 考核(內涵臨床問題、臨床思辨/決策能力、溝通能力評量)。(6). 教學門診與病房 primary care 訓練(解決臨床問題、臨床思辨/決策能力、溝通能力) 及內科床邊教學 GIVE ME FIVE 互動式臨床教學(一般內科)。

2. 從上述評量模式觀之，醫學系從低年級的筆試、PBL、BCS 到高年級的 min-CEX、CbD、EBM、OSCE 等，針對醫學生解決問題、臨床推理、決策和溝通的能力有相當完善及持續性的評量，但相對帶來的問題是十分繁雜的評估表單，再加上實地訪視時發現臺北榮總的 TAS 評估系統就如學生所反映一般，使用上並不流暢且表單繁多，可能花費學生及評估教師不少時間，恐也是實地訪視發現學生評估表單經常不完整的原因之一。

## 準則判定：符合

### 2.3 課程內容

2.3.0 醫學系的課程內容，應確保醫學生能獲得良好及有效率的不分科醫師所需之特質和能力，並能以主動且獨立的態度達成終身學習的能力。

發現：

1. 國立陽明大學依據美國醫學院協會 (Association of American Medical Colleges) 於 2009 年發佈「未來醫師所需的科學基礎」，與 2011 年「未來醫師所需的社會行為科學基礎」，將 ACGME 六大核心能力轉化為醫學系學生的六大核心能力，包括：(一)人文素養與社會關懷、(二)專業知識與自主學習、(三)溝通協調與團隊合作、(四)專業素養及堅守倫理、(五)全人醫療與健康照護、(六)邏輯思辨和自我反省；並訂定六大核心能力之訂定次能力、定義及評量方法。對於「自主學習能力」的定義為能以主動且獨立的態度發掘問題，與時俱進活用最新且最具公信力的資料蒐尋工具，以實證精神決定對病患最好的診療方式，進一步執行研究並與相關領域專家學者進行交流，達成獲得終身學習能力的最終目標。
2. 陽明醫學系不僅有四領域的通識課程，在醫學人文課程設計，是以醫學人文與社會為基礎的 5 年縱貫課程。陽明醫學系通識與醫學人文課程的教學目的是

提供學生以病人為中心和對社會關懷與醫師倫理，在教學方法中以多元方式，例如：講授、環境教育、PBL，培養醫學生傾聽、對話、溝通與思辯的主動且獨立學習的態度，期冀學生具有終身學習的能力。

3. 陽明大學設有共同教育中心，負責通識課程的規劃與開設。通識課程共分三大類別：語言（中文，2 學分，英文，4 學分），核心通識（共六大領域，至少跨四領域修習 12 學分），博雅選修通識（不分領域，6 學分）。課程多元多樣，即使中文、英文課程亦非傳統中、英文的開課、教學，而規劃、設計 PBL 等教學方法，督促及促進學生自主、終身學習之能力。另有與中央研究院合作之「大學部跨系選修」課程之規劃與開設（可計入博雅選修通識學分），聘請中研院研究員授課，至中研院上課，更增進了通識課程之多元視野及開擴性。
4. 三、四年級將大體解剖、組織學、胚胎學、生理學整合成以器官為基礎 (organ base) 的區塊(block)教學；其中包括二循環的 PBL 小組討論，第一循環以病理生理學(pathophysiology)為主，探討致病原因；第二循環以診斷、治療的思考為主。希望藉由課程進行間同學相互分享、討論各自的看法，引導教師與同學相互回饋以及自身的評估，養成主動學習、終身學習的能力。
5. 臨床實習過程中晨會，住診教學、教學門診、病例討論會皆評量醫學生解決問題、臨床推理、決策及溝通之能力。在學生畢業生問卷中，86.1%學生肯定現在對一般的臨床問題學生有能力透過自主學習去解決。

### 準則判定：符合

- 2.3.1 醫學系必須包括四個廣泛領域的教育：通識、醫學人文、基礎醫學和臨床醫學，而學士後醫學系必須包括醫學人文、基礎醫學和臨床醫學。

發現：

1. 醫學系一、二年級為醫預教育，包含「通識教育課程」及「醫學人文課程」、科學發表與思維課程、醫療資訊學課程，以及進階英文課程，這些課程的共同特色是加強小組教學與體驗課程；而三、四年級是以問題導向小組學習(PBL)為核心的基礎臨床整合課程：包含三年級的課程以「基礎醫學」為主的 PBL 整合課程，以區段形式授課；四年級課程為基礎臨床醫學 PBL 整合課程，也以區段形式授課，基礎醫學課程包括生物化學、微生物及免疫學、大體解剖學、組織學、神經解剖學、胚胎學、生理學、寄生蟲學、醫學遺傳學、流行病學、公共衛生概論、生物統計學、藥理學……等。而五、六年級的「臨床醫學」實習訓練為實習前導入課程（兩個半月，於臺北榮民總醫院）、核心實習訓練

(core clerkship 48 週，於臺北榮民總醫院及和信治癌中心醫院) 及準實習醫師訓練 (Subinternship 36 週，於臺北、臺中和高雄榮民總醫院，一個月於國立陽明大學附設醫院實習，同時允許至多三個月的外調選修實習(含國內外教學醫院)。

2. 上述三階段六年制課程架構下，包含了通識、醫學人文、基礎醫學和臨床醫學等四大領域的課程整合其中：兩年醫預課程 (涵蓋醫學人文課程與通識教育課程)，兩年基礎醫學與臨床醫學整合課程，兩年臨床醫學實習課程，並搭配醫師與社會課程、醫師科學家課程、溝通技巧課程、社區醫學等課程。

**準則判定：符合**

- 2.3.2 醫學系 (院、校) 必須提供醫學生通識教育。

發現：

1. 國立陽明大學通識教育課程之設計、規劃與執行，由共同教育中心統籌，並由人文與社會學院協助，通識課程之設計與規劃，並於 103 學年度起與中央研究院合作設置「人文講座」，106 學年度第 1 學期起，國防醫學院及臺北醫學大學兩校亦加入「人文講座」，共同提升國內以生醫為主大學通識教育之品質。
2. 104 年追蹤訪視報告曾發現：「通識教育課程仍不足，學生訪談表示常選不上想選的課」。學校分析原因，近年學校開設的通識課程每年達 80-90 門之多，通識課程選不到課的主要原因是，各學系必修課程眾多，導致學生能夠選修通識的時段有限，並將核心通識課程分為六大領域之後，過去要求學生必須選修 28 學分，且必須包含六大領域的五領域，限縮了同學能夠選課的彈性。因此，自 108 學年度開始，原本核心通識六大領域必修五領域之規定改為必修四領域，博雅通識學分數也由 10 學分減為 6 學分，總學分數由 28 學分降為 24 學分，增加了同學選課的自由，以回應學生反映無法修習若干課程之意見。實地訪視發現，課程多元與豐富，且課程可開設學生數並不高，所以較少發生因學生人數而無法開課之情事，課程之審核，有經過三級三審，亦定期召開「議事小組」會議，針對開課方向，新課程大綱等進行實質審查。

**準則判定：符合**

- 2.3.3 醫學系的課程必須包括醫學人文教育。

發現：

1. 醫學系設有專門單位「公共衛生暨醫學人文學科」負責醫學人文課程，並設有主任一名，並透過多元管道，例如醫學人文與社會領域課程檢討師生座談會、醫學系醫學生自評報告書、陽明大學醫學系畢業生問卷與醫學系網路課程評估等，持續評估醫學人文教學成效。
2. 依據上述資料結果，陽明醫學系降低醫學人文與社會必修學分，例如：由 101 學年必修 15 學分降至 108 學年必修 12 學分；陽明醫學系也與其他學術單位開設多元醫學人文與社會必修課程。
3. 考量學生是教育的主體，學生對課程反饋或許有時會加入個人主觀意見。陽明醫學生本著熱愛學校，定期辦理以整體學生為樣本的醫學系醫學生自評報告。教學單位課程或可與學生針對學生在醫學系醫學生自評報告對課程反饋進行溝通，不僅可為醫學人文課程修改參考，亦可給予學生正向鼓勵，讓學生更參與學校與教育事務動機。
4. 目前醫學人文與社會課程努力開設多元小班的課程，然而該學科的專任相關師資有限，且部分教師身兼其他職務，因此，雖所有教師全力奉獻以維持多元、豐富且高品質醫學人文課程，但亦增加教師的教學負荷。
5. 未來陽明醫學系或將設立醫師工程師的學程。如設立，醫師與工程師間的理念或有差異，故該組醫學人文教育課程的發展與評估則清楚定義，確保該組畢業生依然有完整醫師專業風範。

**準則判定：符合**

2.3.4 醫學系的課程應讓醫學生能根據實證和經驗培養慎思明辨的能力，並發展醫學生能運用原則和技能以解決健康和疾病問題的能力。

2.3.5 醫學系的課程必須包括醫學基本原則暨其科學概念。

發現：

1. 國立陽明大學醫學系將 ACGME 六大核心能力轉化為醫學生的六大核心能力：(一)人文素養與社會關懷、(二)專業知識與自主學習、(三)溝通協調與團隊合作、(四)專業素養及堅守倫理、(五)全人醫療與健康照護、(六)邏輯思辨和自我反省；並訂定六大核心能力之訂定次能力、定義及評量方法。
2. 三、四年級將大體解剖、組織學、胚胎學、生理學整合成以器官為基礎 (organ base) 的區塊 (block) 教學；其中包括二循環的 PBL 小組討論，第一循環以病理生理學 (pathophysiology) 為主，探討致病原因；第二循環以診斷、

治療的思考為主。希望藉由課程進行間同學發掘或提出問題、針對問題蒐集資料、分析資料，並做出具實證醫學基礎的決策。同時藉由分享、討論各自的看法，以及引導教師與同學間相互回饋和自身的評估，養成學生主動學習、終身學習的能力。

3. 近 3 年，醫學系實施畢業生問卷與學生自評。醫學系與共同教育中心和學校相關單位有針對學生自評問卷召開相關會議，與學生面對面進行討論共議與解決問題。唯在部分課程與教學環境的改善速度，仍未獲得學生認同。

### **準則判定：符合**

- 2.3.6 醫學系的課程必須包括基礎醫學的內容，足以支持醫學生精通現代科學知識、觀念和方法，以做為獲得及利用科學於個人與群體健康及當代醫療的基礎。

發現：

醫學系的基礎醫學課程安排於大二至大四。課程內容包括大二的生物化學、微生物學及免疫學，大三的大體解剖學、組織學、胚胎學、神經解剖學、生理學、寄生蟲學及醫學遺傳學，以及大四的藥理學。三年級課程為整合器官系統為主的區段設計，全年共分成 10 個區段，整合課程除第 1 區段外，每週均有二次 PBL 教案討論，以四節式進行，學習疾病發生的結構、生理、生化、遺傳、心理、公共衛生及醫學人文與社會。近年也將第一個練習教案中放入微生物免疫學議題，讓學生在解教案流程同時，也能複習微免課程所學知識。四年級整合課程包含 11 個區段，每週有二次 PBL 教案討論，然進行方式仍為四節式，重點在於學習疾病之病理發生機轉、流行病學、診斷流程、醫病關係、精神心理及醫學社會人文之研究並訓練學生邏輯思考診斷疾病之能力。根據 108 年畢業生問卷調查，畢業生們認為大體解剖、生理及藥理的基礎較有助於臨床實習；而只有公共衛生學對於公共衛生醫療較有幫忙。

### **準則判定：符合**

- 2.3.7 醫學系的課程應包括實驗或其他直接應用科學方法準確觀察生物醫學現象和數據分析判讀的操作機會。

發現：

1. 醫學系一、二年級主要是基礎科學的訓練，包含生物、物理、普通化學、有

機化學、生物化學、微生物與免疫等實驗課程，皆是配合課堂內容以科學方法進行實際動手操作，從原理的理解、觀察反應、實驗結果的收集分析與報告整理與討論。

2. 三、四年級之基礎醫學的實驗課包括生物化學實驗、微生物與免疫學實驗、生理學實驗、藥理學實驗、組織學實驗、大體解剖實驗、寄生蟲實驗、神經解剖實驗及臨床解剖學、跨領域生醫科學技術實驗(一)(二)(暑期課程)(B組)。這些實驗課程皆可直接應用科學方法觀察生物醫學反應，並且收集、分析與解讀科學數據。
3. 此外，醫師科學家專題研究、醫師科學家實驗室實習及大學生參與研究計畫中，醫學生可至各實驗室跟隨指導教師進行專題研究，學習應用科學方法準確觀察生物醫學現象和數據之分析、判讀。

**準則判定：符合**

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

發現：

1. 醫學系於網頁公告，並以 EMAIL 通知全系同學參與研究機會。為鼓勵醫學生參與研究和學術活動，設立多元的獎學金申請制度，鼓勵醫學生參與暑期國外研究、國際會議發表論文，並積極鼓勵醫學生申請攻讀國外之碩、博士班研究所，期望培育出具有 MD-PhD 學位之醫師。107 學年度補助 86 位醫學生參與國內、外研究或學術活動的補助金額統計共 NT\$5,990,000。108 年科技部大專生參與研究計畫，國立陽明大學共通過 36 件，其中醫學系通過 17 件(47%)。
2. 醫學系亦提供醫學生到與國外簽定姊妹校合約的大學進行短期實習，如：Johns Hopkins、University of Washington、University of California San Diego、Duke University 等，使醫學生能夠利用選修實習時間前往實習，並有補助。同時鼓勵醫學生申請這些合作大學的碩、博士學程。

**準則判定：符合**

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

發現：

醫學系二年級必修之「科學發表與思維」課程，內容包含(一)科學論文的組成、格式及內容、(二)科學思考的邏輯及科學論文產生的過程、(三)科學論文的寫作及學術倫理，目的在建立醫學生對學術研究倫理的概念。三、四年級之醫學人文導論、倫理學、醫師科學家研究概論，以及整合課程中的 PBL 課程等課程，皆加入研究倫理、醫學倫理的概念。另外，亦開設有轉譯醫學課程，內容包含有倫理議題。

### 準則判定：符合

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

發現：

1. 醫學系教育以「以病人為中心」的整合性全人照顧理念，落實於課程設計在各年級醫學人文課程中，並討論各個不同醫療照護階段之原則與應用。以社區醫學模組為例，教育課綱涵蓋疾病預防、健康促進、社區健康營造等面向，並提供包含慢性病管理以及臨終安寧照護等實地學習。一、二年級醫學人文教育強調尊重病人的醫學倫理價值，三年級公衛課程與社區醫學強調預防，至四年級臨床技能訓練課程，垂直地整合醫學系的臨床前和臨床實習課程，共同強調急性、慢性、疾病預防、健康促進、長期、復健和臨終照護等以病人為中心的醫療照護。
2. 在臨床教學醫院的訓練，包含一般醫學訓練、門診、住診教學訓練、急診醫學訓練、實證醫學、預防醫學的訓練等，以老人健康照護為例，該課程內容包括基礎教學、臨床初期跨專業整合教學與臨床實習教學，不但涵蓋各器官系統，而且包括預防、健康促進、急性、慢性、長期、復健和臨終照護等重要觀點。

### 準則判定：符合

2.3.11 醫學系的課程必須包括基層和社區醫療的臨床經驗，且有機會獲得跨學科領域（例如急診醫學和老年醫學等）和支持一般醫療執業所需之學科（例如影像診斷學和實驗診斷學等）的教育。

發現：

1. 醫學系課程之規劃，學生於一、二年級開始接受醫預教育，包含「通識教育課程」及「醫學人文課程」、基層和社區醫療思維課程、醫療資訊學課程等。

三年級於公共衛生領域課程，設有醫療與社會-進階公共衛生議題等課程。三年級基礎醫學 PBL 整合課程中，亦設有社區醫學課程與社區醫學實習。在四年級設有必修課程醫療與社會人文，引導醫學生關心群體健康、衛生政策制度等議題。

2. 在五年級實習前預備課程期間設有急診醫學(一、二)、老人醫學等必修課程；並於五年級 48 週的核心實習安排有高齡科與家醫科實習(各 1 週)，影像診斷科實習 4 週、其他實習科別也安排影像診斷相關內容。在社區醫學實習方面，102 學年度入學之六年制實習醫學生，於五年級前往位於宜蘭的國立陽明大學附設醫院進行 4 週實習，主要以社區醫療、居家訪視等為主；自 103 學年度入學之六年制實習醫學生，則改為六年級時前往位於宜蘭的國立陽明大學附設醫院進行 4 週實習

**準則判定：符合**

2.3.12 醫學系提供醫學生的臨床經驗必須包括適當比率之門診及住院醫療。

發現：

醫學系要求醫學生於五年級進入臨床後，各科依據科別特性及訓練需求，訂有訓練計劃，其教學內容包括住診教學、門診教學，並表列於每月的教學活動表中，五年級實習主要以一般醫學病房學習為主，到六年級實習時則開始加入門診教學，讓學生於門診接觸病人時，能發揮醫病溝通之語言及非語言問診技巧，以收集完整的病史、作適當的病情解釋並與病人建立良好的醫病關係，例如內科每月安排 5-6 次床邊教學，由同學於進院前選填，再由授課教師帶領學生在 bedside 針對病患進行互動式的教學(每次 90-100 分鐘，學生每次最多 3-4 人)，內容包含：symptom、sign、family history、physical examination，佐以 lab data 請學生加以鑑別診斷，教師提醒病人問診技巧與重點，必要時示範典型的 physical finding，加強學生的印象與學習，也會討論到現行治療學。

**準則判定：符合**

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

發現：

1. 醫學系已開設「人際溝通與醫病關係」課程，從醫預課程一年級到高年級均有不同深度與廣度的安排。初階課程著重傾聽技巧及溝通理論的教學(含醫用台語)，一、二年級在醫學人文課程系列中融入敘事、口述訪談的相關理論及家訪、社區關懷及大體教師家屬訪談的實習。三年級後融入在醫師專業素養課程系列中，以初次面對病人為主題進行相關禮儀及溝通技巧教學，教學方法多元，如使用影片、案例寫作、標準化病人演練等方式為之，並於引入有特色的跨領域團隊教學。四年級上下學期之「基礎臨床技能訓練課程(BCS, Basic clinical skills training)」，將學生分為16組，每組安排8-9位學生，由1~2位tutor及cotutor帶領示範，並配合教案搭配標準化病人演練。訪視委員與二至五年級醫學生訪談中發現，學生普遍對各級溝通技巧課程抱持肯定態度(例如：105-107年度教學醫院臺北榮民總醫院開設了溝通技巧相關課程共21堂)。
2. 惟，實地訪視發現，主要實習科部所提供的教學門診病人其實都是特別安排的複診病人，而跟診教學也沒有獨立先看初診病人的機會，對於培養學生獨立解決問題、進行臨床推理、擬訂決策和有效溝通的能力並不足夠。
3. 此外，教學門診及住診教學等課程安排上，可能需要特別規劃，例如實地訪查臺北榮總住診教學時，發現學生在bedside報告病史卻偶有被病患打斷糾正情況，造成雙方尷尬，同時病人可能有先在其他醫院就診過，但結果不理想再轉至臺北榮總，學生報告時若用詞不當，恐有引發醫療糾紛的疑慮。教師宜先確定該次住診教學的主要目的為何，若為身體檢查或是傷口換藥，就以該項目為教學主軸即可，避免在病患面前報告完整病史，或是學生應於報告前先與病患及上級指導醫師再溝通、確認，此亦為溝通技巧訓練之一部分。

## 準則判定：符合

- 2.3.14 醫學系的課程必須為醫學生在解決常見社會問題中的醫療傷害部分所扮演的角色做準備(例如教導有關暴力和虐待的診斷、預防、適時的通報和處置)。

發現：

醫學系於新生入學後，於新生訓練時即介紹性別平等教育課題，並持續以演講及案例討論單元的方式融入課程之中，相關課程包括標準化病人演練、醫學與法律、醫師專業素養、臨床溝通危機管理／預防職場暴力、兒虐手冊應用推廣教育訓練課程，家庭暴力以及性侵害防治教育訓練等。此外，醫學系在課

程安排上，由公共衛生暨醫學人文學科負責規劃低年級通識教育必修醫學人文領域、倫理類課程、醫學人文相關課程。三、四年級問題導向 PBL 課程教案中包含社會重大醫療、病人倡議與社會責任感等相關內容與學習目標。五年級必修課程臨床技術訓練內容亦包含兩性議題、性別平等與勞工安全與尖銳物品扎傷之通報流程，以及病人安全與醫品通報等相關的申訴管道。六年級臨床實習-急診科每個月都排有 1 小時核心課程，針對性侵、家庭暴力及兒虐的診斷、處置及通報等主題授課。

### **準則判定：符合**

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

發現：

1. 面對臺灣已為多元族群融合社會，國立陽明大學提供學生跨文化能力相關之知識、技能、行為和態度的教學，其教學目的提昇該系學生對影響健康的多元族群文化認知、社會文化因素相關的認知與跨文化溝通能力。同時開設「替代醫療」相關課程，提供學生明白多元族群運用替代醫學的機會。
2. 在「跨文化」醫療照護能力學習設計，陽明醫學系不僅開設以醫學為本的語言課程，並提供跨文化相關課程。這些跨文化課程橫跨一到四年級，這些課程首先以課堂講授奠基學生基本知識，並佐以討論方式，例如：群體討論和合作學習法，提供學生進行腦力激盪來讓學生自我建構對跨文化醫療的思辨能力。
3. 陽明大學醫學系以評量表、自我評估、雙向評核等多元方式，評量學生在跨文化學習成效，惟尚未發現測驗的信度與效相關報告。誠態度的評估遠較知識與技能評估難，若有課程教學成效評估便可做為課程修改依據。同時，在四年級基礎臨床技能訓練課程(BCS)中，有較多臨床教師參與教學，臺北榮總教學部教師培育科亦於105-108 年度舉辦多次跨文化相關培訓活動，以利課程順利執行。

### **準則判定：符合**

2.3.16 醫學系的學生必須學會認識與妥善處理其本身、他人及提供醫療照護過程中的性別與文化偏見。

發現：

1. 醫學系提供多元及豐富的課程，以培養醫學生在健康照護過程中對於任何個人偏見有自我省思的能力。在一年級上學期到二年級上學期醫學人文類必修 2 學分，列出 13 門課程，課程範疇從管理到醫學史等，讓學生依其學習興趣進行選課。
2. 教育不僅在言教，亦在身教。陽明大學醫學系開設豐富課程培養學生性別尊重觀念，與設有專責單位和架設「國立陽明大學性別平等資訊網」(<https://gender.ym.edu.tw/bin/home.php>) 負責學校性別平等事宜；惟在醫學系醫學生自評報告書中(佐證資料, 104-106 學年度學生自評報告)，不僅在臨床學習，亦在學校學習時，多可發現性別不平等甚至歧視事件發生(p. 148, 170, 171, 293, 294, …)。學生縱有性別平等知識，風行草偃，不保學生未來職業中不會有性別不平等行為發生。

### 準則判定：符合

- 2.3.17 醫學系教育必須包括醫學倫理和人文價值的教導，並要求醫學生於照顧病人、與病人家屬及其他與病人照護有關的人員互動時，秉持倫理原則。研究倫理及迴避利益衝突的重要性應加以注意。

發現：

1. 醫學系依據多元回饋，例如：評鑑回饋、學生課程回饋、教師與教學單位回饋與反思，進行醫學倫理和人文價值課程的修改。現陽明醫學系規劃貫穿一到五年級的醫學倫理和人文價值相關課程，教導學生溝通、醫學人文、醫學倫理、人道價值與醫事法律。貫穿式課程的設計目的不僅在於提供學生進臨床學習前具有足夠醫學倫理、迴避利益衝突、人道價值與溝通技巧基本知識。亦在進入臨床實習之際，學生有較高學習動機時，要求醫學生修習必修「臨床倫理」課程，更盡完善學生在臨床中進行人文與倫理反思。
2. 醫學系在醫學倫理和人文價值課程，採用多元教學方法，例如：課堂講授、環境教育、團體討論與合作教學法。醫學倫理和人文價值課程主要教師是由 3 位專任教師擔任，也配合基礎與臨床教師，擴大教師與教學內容。學校和台北榮總也對針對教師開設醫學倫理與臨床運用等師資發展課程。
3. 在醫學倫理和人文價值課程學習評量中，採用測驗、報告、教案製作與深度反思等方法。自評報告書所述學校醫學倫理教育不僅要培養一個「好」醫師(actor) …讓「好」醫師不會做「錯」事(action)。聽其言而觀其行，陽明醫學系以臺北榮總的 TAS 系統為例，系統性的紀錄及處理每位學生在學期間

違反醫學倫理行為。惟 TAS 在其他醫院的系統有如臺北榮總；另，TAS 主要填寫者為臨床醫師，但醫學倫理的體現不僅在與醫師互動上，也在與所有醫事人員團隊合作和與病患和病屬的互動，現尚未見到多角度評估方式。同時，尚未看到將六年級倫理學習與先前倫理學習完全整合。

### **準則判定：符合**

2.3.18 醫學系應提供足夠的機會，鼓勵和支持醫學生參加服務學習活動。

發現：

1. 醫學系於二年級下學期開設一門 2 學分必修課「醫學人文的實踐」，讓每位同學能於在學期間透過機構實地觀察、訪談，以及親身參與服務，與病人互動，培養對病人的同理心。本課程為，採小組教學，學生共分 12 組赴 12 間醫療機構，進行服務學習，每位同學需在醫療機構完成至少 20 小時的服務學習。另自 108 學年起，於暑期開設一選修課「行醫醫定行」，結合偏鄉醫療的服務學習與在地人文體驗活動，讓醫學生了解在鄉村社區醫療應具備之能力與態度，並提升學生視野及在地認同。
2. 除了上述常規課程外，醫學生也能透過學校或企業贊助提供的各種活動參與服務，進行學國際/國內衛生醫療服務團，例如自 104 年度起，醫學生可藉由參與「學生暑期海外健康服務計畫」至國外進行偏鄉服務，醫學生得參與由醫師組成的短期醫療服務團隊，前往偏遠區域從事健康照護協助；「醫龍壯遊世界活動」醫學生可以個人或團隊方式報名壯遊世界主題之實踐計畫，透過評選選出之個人或團隊可獲企業補助至國外進行服務學習；另學生社團利用寒暑假期間組成服務隊，至偏鄉中小學或社區服務，提供各類型的志工服務，例如陽明十字軍及勵青社。

### **準則判定：符合**

## 第 3 章 醫學生

- 3.0 挑選醫學生時，醫學系可以使用多種方法，但這些方法應確保選定的醫學生具備必要的特質和能力（例如智慧、廉正和適宜的個人情緒與特質），以成為良好及有效率的醫師。

發現：

1. 國立陽明大學醫學系學生入學管道包括指考分發、申請入學、繁星推薦、僑生海外聯招、偏鄉及離島公費生、駐外人員子女及外國學生申請入學外；另自 104 學年度起新增陽明弱勢學生個人申請「不分系招生(璞玉組)」；自 105 學年度起依衛福部「重點科別培育公費醫師制度計畫」，招收公費生。
2. 醫學系於學生入學面談時，設有專門委員會辦理，並依據醫學系辦學目標進行面談設計，唯缺乏面談效度指標與評分者間及整體面談信度指標，作為爾後學生入學面談參考依據。

**準則判定：部分符合**

### 3.1 招生

- 3.1.0 醫學系必須制定挑選醫學生的標準、政策和程序，並且能隨時提供給有志申請者及其輔導者。

發現：

1. 醫學系招生由招生委員會設計招生策略、制定簡章、主持面談委員招募、訓練、對於重要事項形成決策。該委員會每學年召開 5~8 次會議，針對醫學生入學標準、招生程序檢討修正，以招收適性之人才進入醫學系就讀。
2. 醫學系 A 組申請方式分為個人申請與繁星推薦，甄試面談委員由專任教師及醫學系兼任講師級以上教師擔任，面談分組盡可能同時包括精神科專科醫師或心理學專家、基礎醫學教師、臨床學科教師及通識人文教師等，每組 3~4 位委員進行評分。
3. 醫學系 B 組採基礎學科筆試、甄試面談與書面資料審查方式，面談分為一般面談與科學面談兩組，面談委員由專任教師及醫學系兼任講師級以上教師擔任，每組 3~4 位委員進行評分。一般面談委員由包括精神科專科醫師或心理學專家、基礎醫學教師、臨床學科教師及通識人文教師等擔任。科學面談委員由包括基礎科學教師、基礎醫學教師與臨床學科教師等擔任。
4. 醫學系招生資料以簡章及在國立陽明大學官網、醫學系網頁公告，將資訊傳

達給有志申請的學生。國外招生管道，則透過國際事務處負責宣傳。

### **準則判定：符合**

3.1.1 醫學系（院）招生委員會，必須負挑選醫學生的責任。

發現：

醫學系設有招生委員會，設計與執行招生方式、內容與流程。醫學系也定期召開會議，針對學生的入學標準與相關程序進行討論。招生委員會每年在招生相關業務完成後，針對當年度甄試過程與結果進行討論，並針對考生及面談委員回饋問卷加以統計分析，以做為未來試務檢討改善之用；經各管道錄取考生在校之各項表現，也列入檢討評估，作為各類項招生人數比例調整之依據。

### **準則判定：符合**

3.1.2 醫學系對醫學生的挑選，必須有公開公平的辦法，不受任何政治、宗教或財務因素的影響。

發現：

醫學系在辦理醫學生的挑選，具有公開公平的辦法，不受任何政治、宗教或財務因素的影響，亦注意避免利益衝突情事發生。面談委員研習營及委員注意事項中，皆特別提醒口試內容不可涉及政治、宗教和考生隱私，醫學系於面談當日皆請面談委員簽署面談委員聲明書（聲明無個人利益衝突情形，包括考生與關係人皆無四親等以內之親屬）、關係揭露聲明書。

### **準則判定：符合**

3.1.3 醫學系應自己發展計畫或與其他機構發展夥伴合作關係，以利擴大具申請入學資格者之多元化背景。

發現：

醫學系透過多元管道宣傳，例如至高中端宣傳，介紹多元入學管道，讓更多不同背景的學生得以了解申請訊息。國立陽明大學醫學系學生入學管道包括指考分發、申請入學、繁星推薦、僑生海外聯招、偏鄉及離島公費生、駐外人員子女及外國學生申請入學外；另自 104 學年度起新增陽明弱勢學生個人申請「不分系招生(璞玉組)」；自 105 學年度起依衛福部「重點科別培育公費醫師

制度計畫」，招收公費生。

### **準則判定：符合**

3.1.4 醫學系必須依相關法規辦理有關身心障礙申請者之入學、修業和畢業之規範。

發現：

國立陽明大學訂有身心障礙學生之修業和畢業之規範，歷年來醫學系招收聽覺障礙學生一名(104 學年度入學)、厭食症學生一名(105 學年度轉系入學)、自閉症學生一名(106 學年度入學)，目前修業中。語言障礙學生一名，已於 104 學年度畢業。

### **準則判定：符合**

3.1.5 醫學系的簡章、課程綱要、招生資料及其他資訊，必須呈現學系的任務和目的、載明醫學士學位及所有雙學位課程的要求，提供最新學校年度行事曆的課程選項，並說明學系所提供全部必修課程和臨床實習的資料。簡章、課程綱要、招生資料及其他資訊亦應包括學校生活之特殊要求和限制。

發現：

醫學系的簡章、課程綱要、招生資料及其他資訊，有呈現學系的任務和目的、載明醫學士學位及所有雙學位課程的要求，並說明學系所提供全部必修課程和臨床實習的資料，例如醫學系 A 組與 B 組之招生資料與修業要求等資訊，皆載明於招生簡章。

### **準則判定：符合**

## **3.2 訪問學生和轉學生(含校內轉系)**

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

發現：

國立陽明大學訂有「訪問醫學生」和「轉系醫學生」相關實施辦法，提供有意願同學進行轉系相關資訊。近三年醫學系僅一、二年級有 1~2 位轉系學生；

目前尚無訪問醫學生。

### **準則判定：符合**

3.2.1 有意願轉入醫學系之學生應證明其在轉學前的教育，有等同於將轉入後同班同學之程度。

發現：

依〈陽明大學醫學系接受轉系生作業要點〉，醫學系得視當學年度缺額決定是否得以招收校內轉系生。符合成績要求規定之考生須統一參加初試筆試測驗，筆試成績由醫學系招生委員會審定須達最低分數標準始得參加複試面試。由招生委員進行轉系生面談。總成績計算方式：筆試成績佔 50%，面試成績佔 50%，可確保轉系生學業基本程度。轉系後由醫學系輔導降轉或平轉醫學系一、二年級修讀。

### **準則判定：符合**

3.2.2 醫學系隸屬之學校應查驗每位「訪問醫學生」的資格、保有記載每位訪問學生的完整名冊、核准其作業，並提供該生之原屬學校學習成效評量。

發現：

醫學系目前尚無訪問醫學生，該準則不適用，但宜注意臺北榮總的訪問醫學生人數必須不影響到本身既有容額及醫學教育品質。

### **準則判定：不適用**

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

發現：

醫學系目前尚無訪問醫學生，該準則不適用，但宜注意臺北榮總的訪問醫學生人數必須不影響到本身既有容額及醫學教育品質。

### **準則判定：不適用**

### 3.3 醫學生之個人輔導制度

3.3.0 醫學系必須設有能夠發揮功能的醫學生個人輔導制度，包括促進醫學生健康和幫助醫學生適應醫學教育的身心需求的方案。

3.3.0.1 針對有行為困擾的問題學生，醫學系在採取適當的紀律處分前，必須提供該醫學生必要的輔導和支持。

發現：

1. 依據〈國立陽明大學導師制實施辦法〉，每位新生一入學即被指定一位基礎導師，每位導師輔導 12~15 名學生，協助解決學生學業及生活上的問題包括選課諮詢與輔導。另依據〈醫學系臨床導師制度作業辦法〉，於醫五、醫六學生實習期間安排臨床導師，每位導師輔導 1~2 名學生，每個月至少與導生開會討論一次，瞭解導生學習進度、審核自評表及各式生活輔導，且每個月須繳交與學生的訪談紀錄表至 TAS 系統。每位導師輔導導生期間倘若有相關重大問題，將轉知醫學系協助，或藉由心理諮商中心、學務處資源、精神專業醫療等進一步幫助學生。相關輔導內容，除必要得知之人，將基於保密原則不外洩任何資訊。
2. 針對有行為困擾的問題學生，醫一~醫四：每學期醫學系會提供導師期中、期末不及格同學的成績，請導師協助輔導提醒學生，同時請導師回繳「國立陽明大學醫學系學生學期成績輔導紀錄單」，並同步電子郵件通知學生課業問題，除成績外，若學生有其他問題，導師輔導後同樣回傳「國立陽明大學醫學系學生特殊狀況輔導紀錄單」，讓醫學系了解學生情形並提供協助，若有需要將再個別和學生約談。高年級醫學生則依據「醫五、醫六、醫七成績評分注意事項」，若不符合專業行為分兩階段處理程序：第一階段：實習期間考核成績 <75 分或由教學醫院主動通報學生有非專業行為時，醫學系辦將主動請副系主任展開調查，若涉及不符合專業行為，將正式召開醫學系學生輔導會議。第二階段：系主任將召開學生輔導會議討論個案，執行不符合專業行為的確認與警告，規範學生輔導以及行為修正的方式。以上均會辦導師協同處理。

**準則判定：符合**

#### 3.3.1 學業及生涯輔導

3.3.1.0 醫學系必須設置有效的制度整合教師、課程主負責人、學生事務主管等共同負責生活、輔導和學業指導工作。

發現：

1. 醫學系輔導體系包括第一線：導師、任課老師、系辦助教。第二線：心理諮商中心、學務處。第三線：心理諮商中心、教官協助緊急狀況及後送、精神醫療專業。依據〈國立陽明大學導師制實施辦法〉，每位新生一入學即被指定一位基礎導師，每位導師輔導 12~15 名學生，協助解決學生學業及生活上的問題包括選課諮詢與輔導。
2. 另依據〈醫學系臨床導師制度作業辦法〉，於醫五、醫六學生實習期間安排臨床導師，每位導師輔導 1~2 名學生，每個月至少與導生開會討論一次，瞭解導生學習進度、審核自評表及各式生活輔導，且每個月須繳交與學生的訪談紀錄表至 TAS 系統。每位導師輔導導生期間倘若有相關重大問題，將轉知醫學系協助，或藉由心理諮商中心、學務處資源、精神專業醫療等進一步幫助學生。相關輔導內容，除必要得知之人，將基於保密原則不外洩任何資訊。
3. 學生進入臨床實習之前，若於校內或至其他機構實習期間有發生學習不良等情事，會將資訊傳達與之後安排實習之醫院，以利院方能提早安排適任之臨床教師與導師，適時給予學生相關輔導與協助，學生輔導機制堪稱完備。

**準則判定：符合**

- 3.3.1.1 如果允許醫學生在他校醫學系或機構（包括外國）修習選修課程，在母校行政單位應有其課務統籌管理系統，以便事前審查及核准提出的校外選修，確保對方機構提交醫學生表現評量報告，並由學生提交學習報告。

發現：

1. 國立陽明大學醫學系允許醫學生在他校醫學系或機構（包括外國）修習選修課程。國內校外選修可選擇至國立陽明大學教學醫院以外之醫院(包括國外知名教學醫院)實習，但實習醫院需與學校建教合作或簽訂實習合約，且需為區域醫院以上或經核准視同區域醫院等級者，該實習醫院需提交實習企劃書，說明如何訓練醫學生，經醫學系臨床學科主任審核通過後，同學方得前往實習。
2. 至於國外選修，同學需通過全民英檢中高級初試(或其他同等英語認證)方得提出書面申請，經學校國外實習甄選會面談通過者，方能申請國外實習。實習機構需為醫學系主管會議認可之國外大學醫學院(或醫院)。實習機構需繳回由醫學系設計之評分表，評量學生之實習表現。為確保學生獲得完整的臨床訓練，學生實習後須繳交實習心得、填寫實習教學醫院回饋問卷，才算完成該實習課

程。

**準則判定：符合**

### 3.3.2 財務援助諮詢和資源

3.3.2.0 醫學系應針對有需要經濟援助的醫學生，提供獎學金、貸款或其他來源的資訊。

3.3.2.1 醫學系應建立適當的機制，以盡量減少學生因教育開支而負債的直接影響。

發現：

1. 國立陽明大學設有相關辦法與助學措施機制，提供有經濟困難之醫學生援助。學生可經由學務處網站、國際事務處網站、教務處網站、醫學系網站公告之獎助學金專區管道等得知申請各種獎學金、貸款的資訊，包含相關負責單位及承辦人員聯絡方式，醫學系於新生訓練座談會時，也會特別提醒醫學生相關獎學金說明與申請管道。
2. 國立陽明大學自 104 學年度起新增弱勢招生-個人申請「不分系招生(璞玉組)」，招收對象為低收入戶、中低收入戶、特殊境遇家庭子女、符合弱勢助學資格者、原住民學生、新移民或其子女、身心障礙子女。提供優厚入學獎學金(每名 5 萬元)及每月就學津貼 5000 元、補助面試交通及住宿費、學雜費減免；助學措施有弱勢助學金、工讀機會、優先住宿、宿費減免優惠、弱勢學習輔導、心理諮商輔導、導師制度等。醫學系 105、106 學年度招收名額為各 1 名，107 學年度提高至 2 名，藉以鼓勵處於劣勢卻又努力上進的優秀學生能進入醫學系就讀。

**準則判定：符合**

3.3.2.2 針對退還醫學生的學費、雜費和其他代收款項部分，醫學系隸屬之學校必須有明確和公平的政策。

發現：

針對退還醫學生的學費、雜費和其他代收款項部分，學校依〈國立陽明大學學生離校退費作業要點〉辦理。

**準則判定：符合**

### 3.3.3 保健服務和個人輔導

3.3.3.0 醫學系必須讓醫學生獲得預防、診斷、治療等保健服務。

發現：

國立陽明大學設有衛生保健組與心理諮商中心，提供醫學生身心保健服務與免費門診時間，並結合臺北榮民總醫院，提供學生完善之醫療保健服務。

**準則判定：符合**

3.3.3.1 提供醫學生精神治療或心理輔導，或其他健康服務。該涉及治療之醫療專業人員，必須不涉入受輔導醫學生之學業評估或升級。

發現：

國立陽明大學設有心理諮商中心，為校級一級單位，利用多元管道宣傳心理諮商服務。學生自行求助或轉介時，即時由專任心理師進行初步會談評估，安排後續諮商輔導。心理諮商中心的心理師與轉介精神科醫師，皆遵守心理師及精神醫療保密隱私原則，不涉入受輔導醫學生之學業評估或升級。

**準則判定：符合**

3.3.3.2 醫學系應遵循衛生福利部及相關機構的規定，訂定醫學生所需的預防接種政策。

發現：

醫學系新生入學時，B 型肝炎表面抗原、抗體檢驗為健康檢查必要項目，學校為 B 型肝炎表面抗原、抗體皆呈陰性同學安排 0-1-6 個月時程的校內疫苗注射。並遵循衛生福利部及相關機構的規定，配合每年流感疫苗施打措施，視情況安排實習學生在學校內進行疫苗接種。

**準則判定：符合**

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

發現：

國立陽明大學於衛保組網頁傳染病防治專區，公告各項傳染病預防作業流程。醫學五年級臨床實習前，也須進行相關職前訓練。

## 準則判定：符合

### 3.4 學習環境

3.4.0 醫學系應不得有任何年齡、宗教、性別、性傾向、性別認同、國籍、種族、和特殊疾病的歧視。

發現：

1. 實地訪視學習環境，雖然醫學院大樓有電梯，但並不適用於輪椅。而在實驗大樓等建築物，並沒有無障礙設施，且部分建築物的動線規劃，會有人車爭道的危險。
2. 醫學系前次追蹤訪視即發現，由學生自評報告顯示有 44%女性實習醫學生覺得實習環境不夠性別友善。此次訪視，查閱畢業生問卷調查，顯示受到教師性別上不平等對待或對教師性別態度不滿意百分比為 2014 年 12.6%，2015 年 5.9%，2016 年 6.1%，2017 年 15.1%，2018 年 12.3%，2019 年(七年制)6.8%，2019 年(六年制)4.8%，不當對待則介於 1.5%至 5.4%，數據雖有進步，但性別歧視存在的情形，仍有改善空間。

## 準則判定：部分符合

3.4.1 醫學系必須確保其學習環境可以促進及發展醫學生明確和適當的專業素養（如態度、行為和認同）。

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

發現：

1. 醫學系培育專業素養相關的知識、技能與態度專業素養學習環境，安排講堂授課(如：醫學系五年級法醫學)、臨床實習(如：醫學系六年級家庭醫學科臨床實習安排安寧病房實習等)、小組實地參訪討論(如：醫學系三年級與四年級醫療與社會)等方式。台北榮總並建置電子教學評估系統(TAS)，提供學生線上填寫個人的學習經歷，自動與臨床系統連結和整合，匯入醫學生的臨床照顧病人種類和參與手術學習的經歷等資料。該系統可以協助臨床教師觀察監測學生之核心臨床學習經驗、了解其學習進度和預期是否有落差，並給予適時的輔導。每個 course 當中，指導之臨床教師必須於醫學生實習一半時進入系統，檢視其指導學生的臨床學習經驗與護照完成進度，並給予回饋和建議；若學生有明

顯專業素養的問題，臨床教師臨床導師應給予適當之輔導，以了解其學習的情況和學習的態度。但 TAS 登入情況不甚理想，且助理的督導功能並未發揮。

2. 每個臨床實習單位都設置有 UGY program director，每月和每年負責監測該科所有學員的學習進度及是否有不合乎專業素養的行為。每月 program director 必須檢視該訓練單位所有實習醫學生的學習經驗和護照，以了解其學習狀況，並根據其臨床表現予以加減分。若遇醫學生有表現不佳或有專業素養和態度的問題，會主動了解和輔導，必要時呈報教學部之 UGY 工作小組懲處和輔導。經查 UGY 工作小組會議紀錄，應每三個月一次，但 106 年只有 3 次，107 年全無召開，108 年則至 11 月才再啟動。

### **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。

發現：

1. 醫學系主要教育目標是使醫學生皆能成為具國際競爭力的醫師，並有部分學生能成為醫師科學家，或是服務於醫療資源缺乏地區。醫學系的教育目的乃在於培養醫學生具備六大核心能力：(一)人文素養與社會關懷、(二)專業知識與自主學習、(三)溝通協調與團隊合作、(四)專業素養及堅守倫理、(五)全人醫療與健康照護、(六)邏輯思辨和自我反省。醫學系並於各年級運用不同的評估方式，如 mini-CEX 評量、問卷回饋、筆試、上台報告(專題報告、個案報告)、同儕報告時提問及回饋觀察評量、書面報告、小組討論表現之觀察評量(例如：PBL、BCS)、臨床模擬訓練評量(例如：GOSCE、OSCE)、臨床實作評量(workplace assessment)及質性評量、護照回饋等，以檢視醫學生達成程度。
2. 臨床實習的監督、評估，醫學系設有臨床實習委員會、UGY 工作小組，TAS 會議在各實習醫院以六大核心能力評估表進行評估由臨床教師、臨床導師來執行，臺北榮總以 TAS 系統(含 e-portfolio ,e-passport ,e-assessment)，臺中榮總以 e-portfolio，高雄榮總亦以 e-portfolio 來登錄，遇有實習狀況不佳者：知識不足者由 UGY 工作小組輔導，技能不足者則在 OSCE 時提供一對一補救教學，若有不符專業行為者，第一階段由教學醫院通知副系主任展開調查並請導師、臨床教師/精神科醫師定期輔導。第二階段由系主任召開學生輔導會議討論，進行不符合專業行為的確認與警告，規範學生輔導以及行為修正方式。若仍無改善或影響病人安全則勒令休學或停訓，直至恢復功能再恢復訓練。

### **準則判定：符合**

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

發現：

醫學系與各臨床學習單位皆訂有適當的策略，以釐清維護專業準則和行為的正負面影響因素。但在成績考核方面，仍有分數與建議的落差情況，雖醫學系及建教合作醫院擬定各種策略來提升正面、減輕負面的影響，然而檢視各項會議紀錄發現委員出席率不佳，甚至常有主要科別主任缺席亦未有人代理，UGY工作小組甚至超過一年未舉行會議檢討，另 TAS 系統及 e-portfolio 登錄情況不佳，回饋簡略不確實。

**準則判定：部分符合**

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

發現：

國立陽明大學明訂許多策略預防職場暴力，例如：國立陽明大學執行職務遭受不法侵害預防計畫，具有完善申訴管道和執行。學生對於學校懲處、其他措施或決議有違法或不當，致損害學生權利或利益，可向學務處提出申訴。

**準則判定：符合**

3.4.3 醫學系必須對所有的教師和醫學生公布醫學生評量、升級、畢業，和懲戒處分的標準與程序。

發現：

國立陽明大學以多元方式考核醫學生學業成績，明訂學生升級與畢業辦法，將醫學生評量、升級、畢業等相關辦法議公告於醫學系系網頁。依據國立陽明大學學生獎懲辦法，處理學生獎懲事宜。

**準則判定：符合**

3.4.4 醫學系對於會影響醫學生學籍所採取的措施，必須符合公平且正式的程序。  
發現：

國立陽明大學針對學校對學生升級、畢業或開除的相關不利決定，會通知學生及學生家長，並告知相關人與家屬其權益及申訴管道，相關規定亦公告於學校網頁。

**準則判定：符合**

### 3.5 學生紀錄

3.5.0 醫學系必須為每位醫學生建立一個記錄重要資料的學習歷程檔案。

發現：

1. 醫學系以多元方式建立學生學習歷程檔案，但發現於一至五年級是以相同量表與量尺進行評估。但在六年級，因學生學習地點不同，在量表工具(如 TAS)與量尺的使用，如 mini-CEX 或是 DOPS 是用 5 級分還是 9 級分，是醫學系必須考量之處。唯有相同評量工具與標準，學生學習成效方能有可比性與相似性分數，作為學生歷程檔案的基礎。
2. 此外，實地檢視某學科課程委員會會議記錄，提及：「兩班教學風格及學期成績給分方式有差異，事後兩班的成績雖已由本學科調整」。教師對學生給分應由教師自主，非教學與行政單位可自行更改。另檢視臺北榮民總醫院醫學教育委員會某一次 UGY 工作小組紀錄，某同學學業分數 90 分，操行分數 93 分，會議仍建議輔導該位同學，教師之評分與委員會之建議似並不一致。

**準則判定：部分符合**

3.5.1 醫學系學生的學習紀錄必須保密，除非醫學生本人同意或依法須提供，否則只提供給有需要知道的教師和行政人員。

發現：

學校建置導師生 e 化平台，學生資料包含：(1)校內住宿資料、(2)請假情形、(3)課外活動社團參與情形、(4)基本資料查詢、(5)操行成績登錄及查詢、(6)相關資料查詢。但學生基本資料資料缺乏更新，也無學生校內住宿資料。此外，學校曾提供大學部學生家長查詢成績報告作業，是否得宜或符合政府法規有待商榷，此一制度已於 108 學年度取消。

**準則判定：部分符合**

3.5.2 醫學系必須允許就學的醫學生複查和質疑其學習紀錄。

發現：

醫學生個人成績由教師或助教於 E-campus 系統中登錄分數，成績存放於伺服器系統中，學生個人成績須由本人親上系統查閱，如欲複查和質疑其學習紀錄，則依學生成績作業要點辦理。

**準則判定：符合**

## 第 4 章 教師

4.0 醫學系必須確保有足夠數量、具相關背景並熱心教學的教師，同時提供必要的在職與繼續訓練，且能留任稱職的教師。

### 4.1 教師數量、資格和功能

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

發現：

1. 依佐證資料顯示，醫學系在通識教育、醫學人文、基礎醫學等領域師資結構呈現倒金字塔型，亦即由教授往下至講師階層人數遞減，依此情況如資深教授逐漸退休，醫學系教師結構恐有斷層危機之虞，宜及早因應。
2. 醫學系將公共衛生科與醫學人文科合併為「公共衛生暨醫學人文科」，且科所合一，「公共衛生暨醫學人文科」即在於「公共衛生研究所」的編制之內。目前 14 位專任教師中，有 6 位屬醫學人文教師，其中有 3 位是公共衛生專業背景，除了本身所在公共衛生研究所課程外，亦需支援全校公共衛生相關必、選修課程。另外，雖有 10 位與其他專業科所合聘支援醫學人文課程之教師，但皆為「從聘」，並非主聘，且未有人文教師於其中。
3. 醫學系基礎學科師資充足，以 107 學年度專任師資名額為例：生理學科（專任 8 名及兼任 2 名）、生物化學科（專任 15 位及兼任 8 位）、微生物學科（專任 11 位及兼任 8 位）、藥理學科（專任 10 位及兼任 19 位）、解剖學科（專任 10 位）、熱帶醫學科（專任 1 位，除了 1 位專任副教授其餘皆為合聘、兼任或客座）、環境暨職業醫學科（專任 7 位及兼任 10 位）。
4. 部分臨床學科專任教師人數，如外科學科僅有 4 位、婦產學科 1 位、兒科學科 3 位、急診醫學科 1 位，其餘大多為兼任教師，且有許多學科沒有教授級，甚至副教授級教師。而專、兼任臨床教師大多為臺北榮總主治醫師，其他的主要實習醫院（臺中榮總、高雄榮總、亞東醫院、臺北市立聯合醫院）之兼任教師比率相對低，且各實習醫院臨床科教師都需負擔他校學生之教學，是否都能符合國立陽明大學醫學系對學生教學之期待？實地晤談臺北榮總之年輕主治醫師，雖都具教學熱誠，但大多表明無意成為國立陽明大學的專任教師，此情況已存在多年，醫學系宜思考如何改善。

**準則判定：部分符合**

- 4.1.1 受聘為醫學系教師，必須有與職銜相稱的學經歷。
- 4.1.2 醫學系教師必須有能力，並持續承諾做為稱職的老師。

發現：

1. 醫學系提供並鼓勵教師參加學科與教學能力的訓練活動，並定期舉辦與教學相關的活動與研習營，訓練活動含概校級、院系級之專業發展與教學技巧訓練活動。此外，醫學系亦積極鼓勵教師參與區域性、全國性和國際性會議，其中包括國內醫學院校主辦之國際研討會、全國性之教育事務會議和補助教師出席國際醫學教育研討會，且對象包括醫學人文教師、基礎醫師教師與臨床教師。108 年共有 4 位（5 人次）之醫學人文教師接受學校補助出國參加 AMEE、WFME、「第 17 屆人文新方向：邁向知識與機器融合的人類 4.0 世界醫學人文國際學術研討會（西班牙）」，但皆未發表論文。
2. 醫學系基礎學科的專任教師都具博士學位，且學術專長及學經歷與其擔任的教學科目大都能符合。基礎醫學科於各學科定期科務會議，以及醫三醫四整合課程區段會議中，向參與授課之教師、助教、研究生宣導該課程之學習目的，使其熟悉課程的規劃與安排及該堂課要達成的教育成效。醫學系定期對教師的教學成效加以評估，並且將評估的結果回饋給授課教師。教師評估回饋意見主要來自學生、同儕、主管和委員會委員。為有效收集學生回饋意見，醫學系設置有網路教學評估系統，定期收集學生對教師、課程的回饋意見，而且問卷結果提供作課程負責人做課程規劃及教師聘用的參考。基礎醫學教師大都具有相當的教學熱忱，因此深受學生們的肯定。對於評量結果較差教師的分析結果，會提供給所屬單位主管參考，並依「醫學系處理網路教學評估較差教師作業流程」處理。自 104 年後共有三位評量結果較差教師，依流程處理後，三位教師皆已依學生回饋意見修改上課方式，其中二位已提升為優良教師，另一位老師學生回饋分數也有所提升。
3. 依佐證資料顯示，醫學系之專、兼任教師均有稱職之學經歷，並持續參與各式教師研習活動，以維持作為稱職教師之能力。但醫學系臨床學科專任教師仍有身兼多科現象，此點在前次追蹤訪視已被列為持續追蹤項目，醫學系雖有改善，但仍未達百分之百。

**準則判定：符合**

- 4.1.3 醫學系教師應承諾致力於持續精進學術研究，以符合高等教育機構的特色。

發現：

1. 國立陽明大學為鼓勵專任教師從事卓越學術研究，聘請校外委員組成委員會，依研究績效評審辦法進行評審與推薦，排列教師獎勵等級，然後給予研究績效獎勵。此外，制定論文成果獎勵辦法，鼓勵教師及研究人員發表國際一流期刊論文。除校級研究績效獎勵外，醫學院另有訂獎勵辦法，並舉辦新聘教師研習會，由教師發展中心定期舉辦新聘教師研習會，邀請單位主管與傑出教師與新進教師分享如何爭取研究計畫。
2. 就各專業領域學術研究成果，公共衛生研究所六位醫學人文教師，除了三位教師研究成果與醫學人文較有關聯外，其餘三位教師仍屬於自身專業的研究，僅零星幾篇（項）堪稱與醫學人文有所關聯。
3. 大部分基礎學科教師近三年內每年都有獲得國家型計畫補助，且每年都有以第一或通訊作者發表文章於國際期刊。但仍有幾位教師近三年內沒有拿到國家型計畫補助，亦未有文章發表於國際期刊。
4. 實地訪視發現，臨床學科教師亦持續精進學術研究，每年皆有科技部研究計畫經費補助，論文發表等。

**準則判定：符合**

- 4.1.4 醫學系教師必須參與醫學生入學、升級與畢業相關事務之決定，也必須提供醫學生學業及職涯輔導。

發現：

醫學系招生委員會由系主任遴聘學校教師擔任，依據〈國立陽明大學醫學系招生委員會組織規程〉參與醫學生入學招生相關事務籌劃，職責包括擬定各項評選項目之評選方式、招生簡章、考試委員資格、人數，聘任考試委員、追蹤學生入學後之學習表現、其他有關招生之重大事項等。對於提供醫學生學業及職涯輔導，醫學系於學生在學期間落實實施導師制度，分別安排有基礎導師及臨床導師提供醫學生學業及職涯輔導，並依據〈國立陽明大學導師制實施辦法〉及〈醫學系臨床導師制度作業辦法〉辦理。

**準則判定：符合**

## 4.2 教師人事政策

- 4.2.0 學校針對院長、醫學系主任、部門主管以及醫學系教師的聘任、續聘、升等、

解聘或延聘，必須有明確的政策。

發現：

醫學院院長及主任是透過遴選委員會遴選產生，一任三年，得連任一次。續聘及解聘則院長須經院務會議，而系主任須經系務會議通過。醫學系學科主任由醫學院院長暨醫學系主任共同推薦，並由校長聘請兼任之。教師之聘任升等及解聘則依教師法第十四條所述執行，且需經學校三級三審通過。教師升等分為一般(學術)型及教學型，對於分軌制教師之能力與評估能力皆訂有標準。

**準則判定：符合**

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

發現：

關於教師聘期、責任、薪資制度、權利和福利等書面/網站資料，是透過學校的人事室經由網路或電郵告知每位教師。人事室同時成立人事法規及常用表格專區供教師參考。

**準則判定：符合**

4.2.2 醫學系(院、校)必須有處理教師或職員私人利益與校方或系內責任相衝突的規定。

發現：

教師對於處理私人利益與學校或系內責任相衝突時，需符合學校相關的倫理規範，研究亦需遵照迴避原則執行，當教師遇到有疑慮之處，可由法規內獲得相關資訊，且相關的法令規範皆置於網站，提供教師查閱，例如學術研究倫理規範依國立陽明大學〈學術誠信委員會設置及學術倫理案件審議辦法〉規定辦理。

**準則判定：符合**

4.2.3 醫學系應定期給予老師個人學術表現與升等相關訊息的回饋。

發現：

1. 學校訂有〈教師評估辦法〉，評估教師在校期間之教學、研究與服務的表現。

對於編制內專任教師（講師以上），除特定條件另有規定外，均應於到校任職後滿 3 年接受第一次評估，其後每隔 5 年接受一次評估，評估項目包含教學、研究、服務與輔導。教師評估會依教師的各項表現來給予綜合性的評核。未通過評估者，人事室以密件通知所屬學院、系所主管，並將其教評會補充之資料副知教師發展中心。教師發展中心寄送「教師發展自我分析表」給相關教師，教師自行填寫完畢後送回教師發展中心，由教師發展中心主任召集該學院、系所主管及教師本人，主動了解其問題，並適時提供教師發展建議，系主任也將針對教師需協助的部分做一對一訪談輔導，會後由所屬單位主管作成紀錄並於一個月內送教師發展中心備查。

2. 學校訂有多元的教師升等辦法(研究型及教學型)，而且每種升等辦法都有明確的申請資格標準。學科主任、系主任、院長會根據教師的研究學術表現和教學表現給予教師升等的參考建議。每年二月、七月是教師升等的申請時間。主管會根據教師各個面向的表現，提出申請升等管道的建議。

### **準則判定：符合**

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

發現：

1. 學校於民國 94 年成立教師發展中心，專責提供學校教師專業成長諮詢、培訓等服務。醫學系設置有「醫學系教師發展中心」，提供教師專業發展的機會，並開設多樣化的課程（其中包括提升教學、輔導、評量、研究和領導能力之活動），鼓勵教師吸收新知以提昇並精進教學品質及研究技能。為了協助教師能夠成長與升等，學校（院、系）有完善的資淺教師輔導機制及未達升等標準教師輔導機制。對於新進教師之輔導，校方辦有「New Faculty Orientation」及「New Faculty Retreat」，同時有「Mentor-Mentee」制度。對於未達評估或升等標準之教師輔導，人事室以密件通知所屬學院、系所主管，並將其教評會補充之資料副知教師發展中心。教師發展中心寄送「教師發展自我分析表」給相關教師，教師自行填寫完畢後送回教師發展中心，由教師發展中心主任召集該學院、系所主管及教師本人，主動了解其問題，並適時提供教師發展建議，系主任也將針對教師需協助的部分做一對一訪談輔導，會後由所屬單位主管作成紀錄 並於一個月內送教師發展中心備查。
2. 學校訂有多元的教師升等辦法(研究型及教學型)，而且每種升等辦法都有明

確的申請資格標準。學科主任、系主任、院長會根據教師的研究學術表現和教學表現給予教師升等的參考建議。每年二月、七月是教師升等的申請時間。主管會根據教師各個面向的表現，提出申請升等管道的建議。

3. 醫學系著重在課程改革與提升教學成效，因此有許多教學改革與提升方法。但依據「國立陽明大學公共衛生暨醫學人文學科 107 學年度第二學期醫學人文與社會課程委員會會議紀錄，案由二：擬建立醫學人文師資聘任原則及課程汰弱存強政策」。提升教師教學成效方法應非為「汰弱存強」，應為每位教師提供專業發展的機會，以提升其教學能力。

**準則判定：符合**

### **4.3 治理**

4.3.0 醫學系的治理和決策過程應有適合的教師參與。

4.3.1 醫學系應有適當的機制讓教師直接參與系內的相關決策。

4.3.2 醫學系必須建立機制，提供系內教師有參與討論和制定、審閱及修訂醫學系政策和程序的機會。

發現：

醫學系設有課程委員會、教學發展委員會、教學評估委員會、招生委員會、臨床實習委員會、OSCE 國家考試工作委員會、教師評審委員會及系務會議。各委員會之成立皆有設置辦法，並依據各委員會設置辦法之工作職掌運作及執行。各委員會委員除了正、副主任及各學科主任外，亦有推選教師代表參加。

**準則判定：符合**

## 第 5 章 教育資源

5.0 醫學系主任應擁有足夠的資源，以便能成功地治理學系。

### 5.1 財務

5.1.0 醫學系（院、校）現有和預期的財務資源必須足以維持健全的醫學教育，並完成學系和學校的其他辦學目標。

發現：

醫學系的收入除了學生的學雜費（6 千餘萬元）外，主要有政府撥款、研究經費補助及建教合作醫學院撥款等。臺北榮民總醫院和國立陽明大學獲得尹書田醫療財團法人捐贈，自民國 102 年至 114 年間，贊助「卓越醫師人才培育計畫」，總捐贈金額為新台幣 4 億 4 仟萬元。醫學院自 107 年起由潤華染織廠股份有限公司捐贈每年新台幣 1 億元經費（10 年總計新台幣 10 億元經費），成立了「醫學院十年發展建設計畫」基金。醫學院每年決算金額自 102 年度的 6.1 億餘元，逐年成長至 107 年度的 8.0 億餘元，顯示其財務資源足以維持健全的醫學教育，完成醫學系的辦學目標。

**準則判定：符合**

5.1.1 醫學系隸屬之學校不可超收其總資源所能容納的醫學生名額，不應為增加學費收入而錄取資格不符、留滯不適當數量的醫學生，影響醫學系的教育使命和品質。

發現：

醫學系每年固定招收自費生 119 名，外籍生、派外子女、離島及原住民公費養成計畫、僑生等約 10~12 名；自 105 學年度起，依衛福部「重點科別培育公費醫師制度計畫」，招收公費生 18~20 名。因此，105 學年度招收 147 名醫學生、106 學年度招收 150 名醫學生、107 學年度招收 151 名醫學生，招生人數逐年增加，但仍在醫學系總資源所能容納的醫學生名額內。

**準則判定：符合**

### 5.2 一般設施

5.2.0 醫學系必須擁有或確定有權使用建築物和設備，以達成其教育與其他目標。

發現：

醫學系的教師、行政人員和支援人員的辦公室主要分布在醫學館、實驗大樓、守仁樓等，主要教學醫院的臨床教師亦有個人專用的辦公空間，教師與行政人員的辦公空間皆配備有電腦、網路、印表機等設備。醫學系教師亦有專屬的研究空間。而醫學生可以使用的學習空間有實驗室、教室、圖書館、醫學館醫學人文空間、小組討論室、K書中心以及多處開放式討論空間等。醫學系教師與行政人員的辦公室空間、醫學系學生的教室和實驗室空間、圖書館的空間等，足敷使用以達成其教育目標。

**準則判定：符合**

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

發現：

國立陽明大學校園廣闊，醫學生教學地點有適當的學習空間與休息區，以及個人置物櫃，室內有藝文、繪畫、有氧運動、書法等空間，室外則有田徑場、籃球場、排球場、網球場等體育設施。惟，校區位於廣闊之高斜度之山坡，校區較不利於肢體不便之學生於每個教學地點間的往返，對於校區內的無障礙設施也宜多加注意。

**準則判定：符合**

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

發現：

國立陽明大學設有安全警示系統，並針對學生活動範圍裝設 24 小時監控攝影機，並於校園僻靜處加裝緊急求救裝置，由駐警隊隨時巡邏監控，另駐衛警隊以及保安人員負責學校安全，並於夜間編組巡邏，隨時注意可疑人物及危安物件，以維護全校師生安全。此外，主要教學醫院也訂有〈安全管制作業辦法〉以及「危機管理暨緊急應變計劃」，設有足夠警衛保全，24 小時受理異常及暴力事件的通報，學生均有安排住宿，並設置門禁管理。

## 準則判定：符合

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

發現：

三家主要教學醫院的臨床教學品質之維持，主要透過醫學系召開跨院實習會議以達成共識，但是各教學醫院內各臨床科的學生學習檢討會議開會頻率則較不一致，有的科每年一次、每半年一次、每季一次到每月一次。此外，電子學習歷程護照 TAS 系統只有於臺北榮總實習時可應用，故在晤談其他非臺北榮總的臨床教師時，發現這些具教學熱忱的臨床教師群並不熟悉 TAS 系統，並表示亦未獲得醫學系授權資安許可使用 TAS 系統，以致較難有效雙向整合評估學生學習歷程表現。此外，臺北榮總實施翻轉教學也未在臺中榮總、高雄榮總實施。

## 準則判定：部分符合

### 5.3 臨床教學設施及資源

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

發現：

國立陽明大學附設醫院為評鑑合格之區域教學醫院，醫學生必須至附設醫院實習至少一個月，了解醫學中心以外之社區醫療情境，具備照顧不同區域病人的能力。此外，主要建教合作醫院包括臺北榮總、臺中榮總、高雄榮總、和信醫院；另亞東醫院、臺北市立聯合醫院為有限合作訓練醫院。這些建教合作醫院均有足夠的硬、軟體設施、臨床教師、住院醫師和病人種類，可提供醫學生足夠廣度和深度的良好門診及住院學習與照護機會，並可提供醫學生不同層級醫院的臨床照護經驗。

## 準則判定：符合

5.3.1 作為醫學生教育的各主要教學醫院或其他臨床設施，必須有適當的教學設施和資訊資源，並通過衛生福利部教學醫院評鑑。

發現：

國立陽明大學附設醫院與其他建教合作醫院皆通過衛生福利部教學醫院評鑑，並且有適當的教學設施和資訊資源。為了臨床教學之需要，各主要教學醫院皆設置教學病房或教學病床，並以包括主治醫師和住院醫師的教學團隊進行臨床教學。醫學生皆有適切的個別學習空間、討論室、會議室及臨床技能訓練空間。每位醫學生至各科實習時，皆有其專屬的置物櫃可儲存其個人物品。主要教學醫院皆設置值班室、置物櫃、每日更換之床單和值班服，以便醫學生過夜學習。

**準則判定：符合**

5.3.2 醫學系必修的臨床實習應在健康照護機構進行，其住院醫師或其他合格人員在教師的督導下，亦有參與醫學生教學的責任。

發現：

查閱病房醫學生病歷發現(1)有一醫學生 primary care admission note 住院醫師及主治醫師並未當日簽核，隔日也只見主治醫師簽核，顯然當夜也未交班。(2)某病房兩位五年級醫學生病歷一整週 progress note 沒有修改也沒有住院醫師或主治醫師簽核。(3)有一位五年級醫學生分派至病房因主治醫師出國沒有分配病人，醫學生在病房沒有住院醫師、總醫師及主治醫師主動去關心，醫學生也沒主動參加別組的教學活動；在訪視中住診教學也只見主治醫師與醫學生互動，未見住院醫師參與。

**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。

發現：

主治醫師與住院醫師雖忙於臨床照顧，仍有熱心教學者，但亦有部分主治醫師及住院醫師並未完全盡到督導、教學、評量之角色，例如實地訪視發現一般住院病歷 progress note 只有主治醫師簽核，甚少見住院醫師參與其中，或只見醫學生寫的 progress note 而未見主治醫師簽核。

**準則判定：部分符合**

## 5.4 圖書館與資訊資源

5.4.0 醫學系（院、校）必須有維護良好的圖書館和資訊設施的使用權利，具適當規模、館藏豐富，並有足以支持其教育和其他任務的資訊科技。

發現：

國立陽明大學圖書館藏含電子書為 37 萬餘冊，電子期刊 26,983 種(含 OA 期刊)、資料庫 168 種、視聽資料 21,000 餘件。另提供 Cochrane Library、ClinicalKey、Primal Pictures-3D RealTime 3D 解剖學資料庫、UpToDate 實證醫學資料庫、Endnote 書目管理軟體等 23 種數位學習課程及線上講義下載。館藏及其資訊科技足以支持其教育和相關任務。近三年，圖書館決算 105 學年度為 6 千 2 百餘萬元、106 學年度為 6 千 3 百餘萬元、107 學年度為 5 千 8 百餘萬元。

**準則判定：符合**

5.4.1 醫學系隸屬之學校的圖書館和資訊服務員工，應及時回應醫學系之教師、住院醫師和醫學生的需求。

發現：

國立陽明大學圖書館現任館長為麻省理工學院科學技術與社會所博士郭文華教授，並聘任圖書館學專業專職人員 14 位、非圖書館學專業專職人員 3 位、工讀生 3 位。105 年起，各系、所配置學科館員，提供館藏資源新資訊，學生如有任何建議亦可隨時透過助教與學科館員連繫。師生可隨時上網推薦書刊（學術期刊須專任教師 3 人以上聯名推薦或系所相關會議同意由圖委代表薦購）；學術期刊每年 4 月底前彙整推薦清單後，提案至圖委會會議討論，並視年度核撥預算辦理。

**準則判定：符合**

## 肆、總結及認證結果之建議

### 一、總結

國立陽明大學醫學系在醫學人文與通識課程設計與施行，獲得校方的支持，整合校內所有相關教學資源與外在學術單位與醫療單位，如中央研究院、振興醫院、草屯療養院等，提供完善課程培養學生國際觀與全人觀環境，辦學成效也在學生晤談中得到肯定。此外，從學生辦理「醫學生自主評鑑報告」可以看

出醫學生對醫學系的摯愛，學生對於整體課程的重視也令人感到欣羨。學校與醫學系也針對醫學生自主評鑑報告書進行回饋與教學提升。然而，經過四天的全面訪視發現，醫學系在整體課程規劃與管理，以及臨床教學的落實，仍還有些亟需進一步商榷之處，茲分述如下：

(一) 課程規劃與管理：

1. 醫學系設置「課程委員會」，負責決策和監督，主要職權為制定教學發展方向，審核及監督課程內容及計劃執行、學生自我學習成效、課程及教學評估，以及其他相關事務。並設置「教學發展委員會」和「教學評估委員會」二個次委員會為執行單位，向課程委員會負責。依據設置辦法，課程委員會是「為研議、推展及審核醫學系相關之教學發展、課程改進、教學評估、學生學習評量，及教學研究等方案」，而教學發展委員會是「為研擬教學改進方案，修訂、整合課程內容，及教學研究」，但兩個委員會卻是同時一起開會。依據了解，會議程序是相關提案由教學發展委員會審議後，再送課程委員會再審議，但由於兩個委員會有部分委員重疊且提案一致，故自 101 學年度第 2 學期始即合併開會，會議紀錄亦無區分。且醫學系課程並無外審制度，難免球員兼裁判之嫌。再者，教學發展委員會「得設工作小組，執行相關任務」，目前共有 19 個工作小組的設立，且每一工作小組皆有一至二位負責教師，但並無任何任務、工作內容、會議等等相關資訊、資料可供查詢。
2. 此外，依自評報告及佐證資料顯示，醫學系之課程委員會其組成人員包含各學科主任，針對課程之協調、管理和評估也有妥善分工。但之前醫學系之臨床學科主任有兼任多科情況，目前雖已改善，但尚未完全消除。
3. 醫學系將公共衛生科與醫學人文科合併為「公共衛生暨醫學人文科」，加之科所合一的結果，「公共衛生暨醫學人文科」即在於「公共衛生研究所」的編制之內。然而，在此同一編制內卻有「公共衛生課程委員會」及「醫學人文課程委員會」分別二個不同的課程委員會，猶如兩個單位在課程的整體設計、管理和評估上，各自整合負責。

(二) 臨床教學：

1. 國立陽明大學醫學院與主要臨床訓練場所臺北榮總、臺中榮總、高雄榮總的合作關係有很大的改善，惟國立陽明大學與榮民總醫院(北、中、高)分屬二個體系：教育部及退輔會，兩者間無從屬關係，且醫學系專任教師容額有限，醫學系主任難有充分權力保證適量的專任教師以達到醫學生的教育目的。且部分主要教學醫院之教育主管，以及不具教職但參與教學之臨床主治醫師，並未清楚了解及接受系主任評估，並改善其教學成效。

2. 臨床師資部分：主要三家教學醫院專、兼任師資聘任數目明顯不同，且大多隸屬於臺北榮總。實地訪視期間，訪視委員與幾位醫院教學主管晤談，發現有參與師資培訓的醫師約 70-80%，甚至也有不參加師資培育卻參與臨床教學的主治醫師。此外，住院醫師也未一致性接受相當程度教學能力訓練，即使同一醫院、不同科別，教師的教學熱誠也有所差異。
3. 課程部分：三家教學醫院地理環境不同，臨床案例數也有差異，造成不同地點臨床訓練 exposure 強度不同。此外，臺北榮總實施翻轉教室，但並未在臺中榮總、高雄榮總採用，難謂學習經驗一致。
4. 評量：臺北榮總、臺中榮總與高雄榮總為達到等同性與等向性，使用相同的評估表。但實地檢視，發現在部分執行面上，還是有些差異，例如 DOPS 之評分在臺中榮總分為 1-5 級，而臺北榮總則是 0-9 級，學生亦表示不了解分數如何換算，並擔心是否會導致學生成績權益受損，此部分仍須由醫學系加以持續檢視。
5. 在不同的教學醫院之臨床學科有跨院會議，對實習課程、教育目的與評分評估方式謀求共識，但是每個臨床科開會的頻率從每年一次、每半年一次、每季一次、到每月一次不等，頻率並不一致，對於不同教學地點的學生在學習過程中，或評估標準出現不一致的時候，恐難於即時達成共識。另，查閱臨床實習委員會議簽到表，常有核心科主任或實習醫院代表未到的情形，監督機制之落實有待持續追蹤。
6. 學生在醫療場域中曾因性或性別遭受不平等對待的比率依然過高，此點急需學校與實習單位重視與改善。因為學生不僅聽教師所說的學，也從看教師所做的學。醫學教育絕對要提供學生一個多元尊重學習環境，讓學生培養未來醫療執業中尊重所有生命。陽明大學應著重在無障礙空間與設備的設置，以提供有需要同學使用。因地理因素，這是一個耗時耗費工程。
7. 查核醫學生 TAS 登入情形，發現填答率不佳，校方解釋，由於尚未完訓，很多學生於最後幾天才完成登錄，顯示缺乏即時回饋的作用，另點開 mini-CEX 欄位也是超過 50%主治醫師未完成即時評量的，甚至有教師未評等，未給評語的情況，有的 feedback 簡單，評語皆是較空泛簡單的評語，如認真學習、繼續加油等，並未指出醫學生應加強部分，師培方面仍須加強。

國立陽明大學將與國立交通大學進行合併，如何確保國立陽明大學既有優良學風「真知力行、仁心仁術」，培養一位具仁心仁術的稱職醫師，而非一位醫匠，則是陽明大學必須思考問題。

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  
2020.8.1~2023.07.31，預計2022年下半年進行全面訪視）

附錄

TMAC108 年度國立陽明大學醫學院醫學系訪視行程

【Day 1】-12/23(星期一)

國立陽明大學醫學系

時 間	內 容	說 明
09:00~09:10	人員介紹	1. 學校就校方、醫學院、醫學系、教學醫院主要主管進行介紹。 2. 訪視小組召集人介紹訪視小組成員。
09:10~11:00	1. 簡報 (40 分鐘為限) 行政 (含機構、課程管理及教育資源) 與前次訪視改進情況 2. 意見交換與討論	1. 校方就行政與教育資源(準則第一章與第五章)與前次訪視改善情況進行 40 分鐘簡報。 2. 訪視小組針對上述簡報內容, 以及自評報告內容提出問題與討論。
11:00~12:00	實地參訪 (校園導覽)	依校方規劃與帶領, 訪視小組實地參訪醫學教育相關之設備與設施。
12:00~13:00	午餐	
13:00~14:00	座談：醫學系凌憬峯系主任	訪視小組就系務之規劃與推動、教育資源、醫學院及學校之授權與支持等情況, 與系主任進行座談。
14:00~14:40	1. 教學及研究：(一) 通識與醫學人文簡報 (15 分鐘為限) 2. 意見交換與討論	1. 校方就通識與醫學人文(準則第二章)教學現況進行 15 分鐘簡報。 2. 訪視小組針對上述簡報內容, 以及自評報告內容提出問題與討論。
14:40~15:20	1. 教學及研究：(二) 基礎與臨床整合簡報 (15 分鐘為限)	1. 校方就基礎與臨床整合(準則第二章)教學現況進行 15 分鐘簡報。 2. 訪視小組針對上述簡報內容, 以及自評報告內容提出問題與討論。

	2. 意見交換與討論	論。
15:20~16:00	1. 教學及研究：(三) 臨床教學簡報 (15 分鐘為限) 2. 意見交換與討論	1. 校方就臨床教學(準則第二章)現況進行 15 分鐘簡報。 2. 訪視小組針對上述簡報內容，以及自評報告內容提出問題與討論。
16:00~17:30	1. 訪視委員共識討論 2. TMAC 備有專車於 16 時，接送 2 名訪視委員、1 名行政人員前往臺中	1. 訪視小組針對第一章機構與第五章教育資源等準則進行共識討論。 2. 待釐清之準則，將於明日搜集相關佐證資料。
17:30	賦 歸	TMAC 備有專車接送訪視小組回到飯店。

【Day 2】-12/24(星期二)

I. 臨床教學組：臺北榮民總醫院

時 間	內 容	說 明
07:30~09:50	實地參訪與資料查證	訪視委員實地訪視教學醫院之晨會與相關臨床教學活動。
09:50~10:50	座談：教學醫院主管-高壽延副院長、醫院教學部負責人-楊令瑀部主任	訪視委員就教學醫院之臨床教學情況與教學醫院主管或教學部負責人進行座談。
10:50~11:00	臨床教學組委員返至醫學系	
11:00~12:00 (地點：醫學系)	1. 簡報 (15 分鐘為限)：教師 2. 意見交換與討論	1. 校方就教師(準則第四章)進行 15 分鐘簡報。 2. 訪視小組針對上述簡報內容，以及自評報告內容提出問題與討論。
12:10~12:50 (地點：醫學系)	午餐	
12:50~13:00	臨床教學組委員返至臺北榮民總醫院	
13:00~14:00	晤談：臨床學科教師	訪視委員採「一對一」方式與臨床學科教師晤談。
14:00~15:00	晤談：主治醫師及住院醫師	訪視委員採「一對一」方式與主治醫師及住院醫師晤談。
15:00~15:30 (地點：醫學系或教學醫院)	實地參訪與資料查證	訪視委員實地訪視醫學院或教學醫院之相關教學活動，或查證陳列於訪視現場之佐證資料。

## II. 臨床與基礎整合組/通識與醫學人文組：國立陽明大學醫學系

時 間	內 容	說 明
08:00~11:00	實地參訪與資料查證	訪視委員實地訪視醫學系之相關教學活動，或查證陳列於訪視現場之佐證資料。
11:00~12:00	1. 簡報（15 分鐘為限）： <b>教師</b> 2. 意見交換與討論	1. 校方就教師(準則第四章)進行 15 分鐘簡報。 2. 訪視小組針對上述簡報內容，以及自評報告內容提出問題與討論。
12:00~13:00	午餐	
13:00~14:00	<b>晤談：基礎醫學、通識與醫學人文學科教師</b>	訪視委員採「一對一」方式與基礎醫學、通識及醫學人文教師晤談。
14:00~15:30	實地參訪與資料查證	訪視委員實地訪視醫學系之相關教學活動，或查證陳列於訪視現場之佐證資料。

## III. 共同行程：國立陽明大學醫學系

15:30~17:00	訪視委員共識討論	1. 前一天待釐清準則之查證結果。 2. 訪視小組針對第四章教師之準則進行共識討論。 3. 待釐清之準則，將於明日搜集相關佐證資料。
17:00	賦 歸	TMAC 備有專車接送訪視小組回到飯店。

IV. 臨床教學組(2名委員)：臺中榮民醫院

時 間	內 容	說 明
07:30~09:00	實地參訪與資料查證	訪視委員實地訪視教學醫院之晨會與相關臨床教學活動。
09:00~10:00	座談：教學醫院主管-呂炳榮 榮教學研究副院長、醫院教學部負責人-陳啟昌 部主任、陳昭惠科主任、謝怡科主任	訪視委員就教學醫院之臨床教學情況與教學醫院主管或教學部負責人進行座談。
10:00~11:00	晤談：主治醫師及住院醫師	訪視委員採「一對一」方式與主治醫師及住院醫師晤談。
11:00~12:00	晤談：醫學生	訪視委員採「一對一」方式與醫學生晤談。
12:00~	賦 歸	TMAC備有專車接送訪視委員與行政人員至臺中高鐵站，前往高雄。

【Day 3】-12/25(星期三)

I. 臨床教學組：臺北榮民總醫院

時 間	內 容	說 明
07:30~10:50	實地參訪與資料查證	1. 訪視委員實地訪視教學醫院之晨會與相關臨床教學活動。 2. 訪視委員查證陳列於訪視現場之佐證資料，以利晚間共識會議之共識與討論。
10:50~11:00	臨床教學組委員返至醫學系	

III. 臨床與基礎整合組/通識與醫學人文組：國立陽明大學醫學系

時 間	內 容	說 明
08:00~11:00	實地參訪與資料查證	訪視委員實地訪視醫學系之相關教學活動，或查證陳列於訪視現場之佐證資料，以利晚間共識會議之共識與討論。

IV. 共同行程：國立陽明大學醫學系

11:00~12:00	1. 簡報 (15 分鐘為限) 醫學生 (學務及輔導) 2. 意見交換與討論	1. 校方就醫學生之學務及輔導 (準則第三章) 進行 15 分鐘簡報。 2. 訪視小組針對上述簡報內容，以及自評報告內容提出問題與討論。
12:00~13:00	午餐	
13:00~15:00	晤談：醫學生	訪視委員採「一對一」方式與醫學生晤談。

15:00~15:30 (地點：醫學系或 教學醫院)	實地參訪與資料查證	訪視委員實地訪視醫學系或教學醫院之相關教學活動，或查證陳列於訪視現場之佐證資料，以利晚間共識會議之共識與討論。。
15:30~17:00	訪視委員共識討論	1. 前一天待釐清準則之查證結果。 2. 訪視小組針對第三章醫學生之準則進行共識討論。
17:00	賦 歸	TMAC 備有專車接送訪視小組回到飯店，並於飯店會議室召開共識會議，針對尚未共識之準則逐項進行討論與共識。

## II. 臨床教學組(2名委員)：高雄榮民總醫院

時 間	內 容	說 明
07:30~09:00	實地參訪與資料查證	訪視委員實地訪視教學醫院之晨會與相關臨床教學活動。
09:00~10:00	座談：教學醫院主管-林曜祥副院長、醫院教學部負責人-周康茹主任	訪視委員就教學醫院之臨床教學情況與教學醫院主管或教學部負責人進行座談。
10:00~11:00	晤談：主治醫師及住院醫師	訪視委員採「一對一」方式與主治醫師及住院醫師晤談。
11:00~12:00	晤談：醫學生	訪視委員採「一對一」方式與醫學生晤談。
12:00~	賦 歸	TMAC 備有專車接送訪視委員與行政人員至高雄高鐵站，返回臺北。

**【Day 4】-12/26(星期四)**

國立陽明大學醫學系

時 間	內 容	說 明
09:00~11:00	實地參訪與資料查證	訪視委員就前晚共識會議中待釐清之項目，查證相關佐證資料。
11:00~12:00	座談：醫學院陳震寰院長	訪視小組就院務之規劃與推動、教育資源、醫學院及學校對醫學系主任之授權與支持等情況，與院長進行座談。
12:00~13:00	午餐	
13:00~14:00	座談：校長或其代表人	訪視小組就校務之規劃與推動、教育資源(財務)、對院長與系主任之授權與支持、與董事會的關係等情況，與校長進行座談。
14:00~16:00	訪視委員共識討論	1. 訪視委員就前晚共識會議中待釐清之項目，討論查證結果與共識。 2. 討論「綜合座談」之報告內容。
16:00~17:00	綜合座談	訪視委員就：通識及醫學人文、基礎與臨床整合、臨床教學、醫學生、教師、機構與教育資源等部分，向校方提出訪視之發現(每位委員約5分鐘)。
17:00	賦 歸	TMAC 備有專車接送訪視小組至臺北車站。

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。