臺北醫學大學醫學系

全面訪視報告

TAIWAN MEDICAL ACCREDITATION COUNCIL
醫學院評鑑委員會

109 年 7 月

臺北醫學大學醫學院醫學系

108 年度全面訪視報告

（評鑑日期：民國 108 年 12 月 10 日至 12 月 13 日）

訪視小組：

召集人	張上淳	國立臺灣大學副校長/醫學系內科學教授/醫學院評鑑委員會主委
副召集人	楊令瑀	國立陽明大學醫學院兒科學教授/臺北榮民總醫院教學部主任/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/內科學教授
	羅崇杰	國泰綜合醫院外科部主任
	謝式洲	國立成功大學醫學系主任/外科學教授
	鄒國英	輔仁大學醫學系榮譽教授/天主教耕莘醫院兒科部顧問醫師/醫學院評鑑委員會顧問
	謝坤叡	慈濟大學學生事務長/醫學系生理學科教授兼副系主任
	王秀雲	國立成功大學通識教育中心副主任/醫學院 STM 中心主任
	雷文玫	國立陽明大學醫學院醫學系公共衛生暨醫學人文學科主任
行政人員	鄭國良	醫學院評鑑委員會管理師

目錄

壹、學校/醫學系概況及本次訪視重點

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.....6

四、人員晤談.....7

參、訪視發現

第 1 章　機構.....9

第 2 章　醫學系.....19

第 3 章　醫學生.....56

第 4 章　教師.....73

第 5 章　教育資源.....81

肆、總結及認證結果

一、總結.....88

二、認證結果.....92

附錄 108 年度臺北醫學大學醫學院醫學系訪視行程.....93

壹、學校/醫學系概況及本次訪視重點

一、學校/學系概況

臺北醫學大學(以下簡稱北醫大)創設於民國 49 年，初為臺北醫學院，民國 65 年設立臺北醫學院附設醫院(以下簡稱附設醫院)，於 85 年接受臺北市政府委託經營臺北市立萬芳醫院(以下簡稱萬芳醫院)。民國 89 年臺北醫學院升格改名「臺北醫學大學」，民國 97 北醫大第三所附屬醫院雙和醫院開始營運。北醫大發展至今，已從創校的三系擴充成長為 12 個學術單位(11 學院 1 中心)，包括醫學院、口腔醫學院、藥學院、護理學院、公共衛生學院、人文暨社會科學院、醫學科技學院、管理學院、醫學工程學院、營養學院及跨領域學院等 11 學院及通識教育中心。此外，設有 18 個行政單位、 9 個研究中心、6 個醫療單位、5 個事業單位，以及 2 個醫療團，在學學生 6,000 餘人，並包含附設醫院、萬芳醫院、雙和醫院、臺北癌症中心、臺北神經醫學中心及寧波醫療中心之「一校六院」之規模。董事長為中央研究院張文昌院士，亦為北醫校友，從 103 年接任至今。校長為林建煌教授，106 年 8 月 1 日接任。

醫學院下轄兩個學系、三個研究所，兩個碩士班，以及一個博士學位學程。兩學系包括醫學系(學士班)、呼吸治療學系(學士班)。三個研究所包括臨床醫學研究所 (碩士班、博士班、實證醫學碩士在職專班)、醫學科學研究所(碩士班、博士班)、及國際醫學研究所(碩士學位學程、博士學位學程)。兩個碩士班包括呼吸治療學系碩士班、醫學院人工智慧醫療碩士在職專班。一個博士學位學程為細胞治療與再生醫學國際博士學位學程。現任醫學院院長為郭漢彬教授，107 年 4 月上任至今。

臺北醫學大學醫學系成立於民國 49 年，迄今已有 59 年歷史，為臺北醫學大學創校時科系之一，目前醫學系設有基礎醫學 7 學科，臨床醫學 32 學科。現任醫學系系主任為劉燦宏教授，兼醫學院教學副院長，專長為復健學，從 105 年 8 月接任至今，另有 6 位副系主任協助系務，分別為吳瑞裕副系主任(基礎)、蕭哲志副系主任(基礎)、張君照副系主任(臨床)、粟發滿副系主任(臨床)、林裕峯副系主任(臨床)、方旭彬副系主任(國際)。

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，北醫大醫學系已歷經 9 次全面與追蹤訪視，最近一次為 106 年 11 月 23~24 日為期兩天之追蹤訪視，訪視對象包括學校與附設醫院、萬芳醫院與雙和醫院，訪視結果為維持通過，於訪視報告提出總結與待改進事項分述如下：

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

習之成效。

10.醫院高層應更加重視於醫院內教學空間的改善，於各單位設有充足適當的教學空間與設備，以促進臨床學習效果。

11.新制醫學系學生之臨床教學課程之規劃、設計與執行仍需持續監測，並檢討改善。同時，應加強宣導，以使三家附屬醫院之主治醫師及住院醫師了解新制醫學系臨床實習課程之規劃、學習目標及執行上與舊制醫學系之差異，以確保新制醫學系學生之臨床學習能達成該有的成果。

12.病理學及藥理學並未加入整合課程中，此種安排是否妥適，仍應請持續加以檢討如何安排，較能確實達成整合課程之目的。

此次訪視除了查驗上述各項訪視建議的實際改進成效外，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

北醫大於 108 年 9 月 16 日檢送醫學系之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 9 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。

整體而言，臺北醫學大學醫學系的自評資料十分豐富且圖文並茂，學校均依據各條文詳細作答，並附上大量的佐證資料，顯現醫學系對準備此次全面訪視的用心。自評報告書每章均有總論性的概述與結論，惟部分資料在資料的閱讀理解上有些困難，部分文字內容和圖表的數據不一致，例如學校臨床學科的聘任教師看似增加很多，但是對照表格教師總數卻未見到增加，實地訪視查證才知聘任包含升等，故教師的總數並無明顯的增加。此外，北醫大的自評資料呈現大多是依照 TMAC 的準則提供，較難看到學校的特色，學校雖然也列舉了

許多的創新做法，但整體自評報告內容仍多為敘述學校如何辦理醫學教育，但對學校創新與改變課程的教學成效都僅建立於學生的滿意度，缺乏多樣自我評估的資料來支持這些改變的必要性，再加上許多條文的敘述內容為目前才剛起步的作法，尚未有長期的追蹤結果與成效分析，這些部分雖然可顯現出北醫大在醫學教育的企圖心，但對訪視委員的研讀造成許多困難，而自評報告書寫內容重複性多，因而增加了許多篇幅。

二、訪視設施/設備/教學課程/會議

TMAC 訪視小組於 108 年 12 月 10 日至 13 日於北醫大醫學院進行四天實地全面訪視，訪查了醫學系與附設醫院、萬芳醫院與雙和醫院之設備、設施，相關會議與教學活動。茲分述如下：

(一)空間設施：實地觀察了大安校區醫學模擬中心、臨床技能中心(急救現場前五分鐘、呼吸道窘迫模擬課程、CVP 技能教學)、學生自學空間與多元學習空間、擬真訓練中心、OSCE 考場、病理組織藥理實驗室、寄生蟲實驗室(可以提供學生每人一台顯微鏡)、大體解剖室、PBL 小組討論教室及跨領域學院。

(二)基礎醫學課程：實地觀察了大堂授課、大體解剖課、TBL 的上課及 PBL 小組討論，茲將發現分述如下：

1.大堂課的學生出席率約八到九成，多數的學生會使用 ipad 和電腦觀看教師於課前提供的講義或 PPT 檔，有些同學是直接看教師放映出來的 PPT 檔，少數同學上課期間在看共筆，也有少數的同學趴在桌上睡覺、或是與同學談話、或是吃早餐。教室有多個銀幕方便學生觀看。教師講課的速度不會太快，會以提問或用有顏色的字加強重點，提高學生的注意力。

2.大體解剖實驗課：醫學系 8 具大體、牙醫學系 4 具大體，醫學系每 20 位學生一組， 大部分的學生都圍站在解剖台四周，進行解剖的操作或是觀看解剖的地方，少數學生坐在中間的長條桌翻閱書本。解剖室內放有兩台 VR 裝置，學生可以觀看解剖構造，操作觀看 VR 的空間不大，現場沒有看到學生在使用這套設施。

3.觀察五組 PBL 小組討論的課程，前三組正在進行分享查詢資料的階段。醫學

生所查到的資料整理成 word 檔和 PPT 檔，並事先寄給同學，報告者照著檔案報告。無論是報告者或是其他學生及教師，大部分時間是眼睛注視著放置在個人 ipad 或電腦上的檔案，彼此間幾乎沒有 eye contact。鮮少看到教師的介入和同學間的討論。另兩組觀察時，課程已快結束，已經發下最後一頁的教案資料，有一組的學生會在白板上寫出不正常的檢驗結果，並闡釋其可能的機制和其他結果的相關性，教師有對於該組進行的狀況給予回饋，或是請學生回顧這個學期所經歷的三個教案的想法；另一組白板上則沒有寫字或圖，教師有口頭給予回饋，但與學生間的互動較少。

4.TBL 是利用一間大實驗室(病理組織藥理的實驗室)進行，參訪課程的時候已進行到 TBL 的最後一階段，學生分成 4 大組，各在實驗室的一個角落進行活動，被觀察的小組中的一位學生正上台報告該組所製作的 concept map。每一大組的學生人數約有 40 名，相近兩個實驗室角落的組別因為距離較近，因而會聽到別組學生報告和私下討論的聲音，相互干擾。所繪製的 concept map 因為內容較多，導致螢幕上所顯示的字過小不太容易看到內容，學生報告完後也沒有提問討論。

(三)臨床科部會議與教學：實地訪視附設醫院、萬芳醫院與雙和醫院各科部之晨會、病例討論會、跨團隊會議、實證醫學---SDM 實作、教學門診(包括 AI 教學門診)、住診教學、病房教學及臨床技能設施與教學，茲將發現分述如下：

1.委員在訪視的過程中發現，北醫大十分樂意投資教學器材，不論基礎或是臨床學科的教學設備都十分齊全，更購買了高擬真的儀器與設備做為教學的輔助。目前學校正研發 VR 相關的技術用於臨床與教學使用，若能充分使用這些設備提供學生自主學習，將可大大提升學習效率。訪視期間參與許多教學課程與科別的會議，可以感受臨床教師在授課或是討論過程中的專業與熱誠，然而醫學生的表現則較為被動，無法積極參與晨會的討論。醫學生都習慣坐在會議室的後面角落，會議中的討論內容雖然精彩，但仍以住院醫師以及主治醫師為對象，會議當中也常有醫學生遲到的現象。

2.臨床課程分為核心實習課程和進階實習課程。核心實習課程規劃為 19 週、進階實習課程規劃為 65 週，其中包含部分集中上課的大堂授課。核心實習課程

以收集核心案例和核心症狀為目標，如此的實習目標規劃讓學生更關心的是完成個案的收集，較難完全沈浸在團隊的實作學習當中，以及落實醫學生的一線照顧。且訪談中發現，同一個內科或外科的次專科實習時間長短也沒有一致的規範，有的同學到該科實習一週，有的同學到該科實習兩週。醫學系雖解釋學生輪訓的單位安排是由負責教師分派，以協助其可以達成核心個案的收集，但究竟臨床實習的安排是以單位主治醫師為核心的團隊學習？還是以負責教師為核心的派遣實習？醫學系應有更清楚的釐清。

3.除了內、外、婦、兒和八週外放選修的臨床課程外，其他科的輪訓均是由醫學系安排，幾乎每一位學生都會去每個小科實習，有些小科甚至只有三天至五天，知識多以單方向的課室上課為主，較缺乏讓學生自選的彈性以及落實「實習非見習」的教育理念。

4.實地訪視當中發現，少數的臨床科別為學生安排了豐富的課堂教學內容，雖然主題和臨床相關，但是讓醫學生以為是在醫院上課的臨床學習，較缺乏理論和實作的整合。訪視當中見到教師對於不同層級或職類的人員傳授相同的內容，例如在某科的病歷寫作課程，上課的對象除了醫學生，還包括住院醫師、專科護理師等。

5.住診教學教學還是多以會議室上課與知識傳遞為主，相關背景知識應可由醫學生在住診教學前準備，住診教學應更聚焦在病人臨床問題的解決和臨床思路的導引。此外，住診教學較不合宜選擇剛住院的急診新病人，一則是醫病關係尚未建立，且病人也尚缺乏足夠的臨床資訊可供討論。訪視教學門診時發現，多數還是由主治醫師看診，學生被動性地在旁觀察與學習，未能達成訓練醫學生獨立看診的訓練目標，比較類似一般門診教學。

三、查閱佐證資料或補充資料

1.臺北醫學大學醫學院 2019 年(108 學年度)醫學系 TMAC 自我評鑑評報告與附件資料

2.臺北醫學大學醫學院醫學系 TMAC 評鑑簡報手冊

3. 臨床實習課程地圖：三家附設與附屬醫院核心內科、核心外科、跨領域人文反思課程規劃及運作模式

4. 三家附設與附屬醫院臨床實習滿意度

5.近三年三家附設與附屬醫院實習課程評估資料，如滿意度(量化/質性)與檢討重點

6.e-portfolio 資料

7. 三家附設與附屬醫院病歷記錄

8. 臨床教育相關法規及獎勵辦法

9.課程結構討論會議之會議紀錄

10.問題導向小組課程規劃會議之會議紀錄

11.授課內容重複性的查詢：查看授課標題、教師提供的課程講義和 PPT 檔

12.二年級及三年級 PBL 及 TBL 課程負責教師、tutor 名單

13.二年級及三年級 PBL 及 TBL 課程教案

14.PBL 及 TBL 課程之學生評量、學生給教師的回饋

15.PBL 及 TBL 評量表彙整後之後續處理

整體而言，學校事先準備的佐證資料大致完整，訪視過程若需要更多的佐證資料時，陪評人員(包括教師與行政同仁)都會熱心協助，且能快速提供補充資料，整個過程相當有效率，陪評的主管與教師對於教學十分熟悉，也都能即時答覆委員在資料上發現的問題。北醫大的佐證資料大多都是說明學校做了許多努力、許多創新，然而，相關評估資料與後續之追蹤及如何持續自我改進之作法的教學成果展現則相對不足，評估資料仍只是以學生對授課教師或是課程的滿意度為依據。

四、人員晤談

TMAC 訪視小組於四天實地訪視期間，晤談對象包括基礎學科教師、通識與醫學人文教師、附設醫院與萬芳醫院及雙和醫院之臨床學科教師、主治醫師、住院醫師與 PGY 醫師、一~六年級之醫學生，委員並與張文昌董事長、林建煌校長、醫學院郭漢彬院長、醫學系劉燦宏系主任、附設醫院陳瑞杰院長、張君照副院長、教學部陳建宇主任、萬芳醫院陳大樑院長、粟發滿副院長、教學部蘇裕謀主任、雙和醫院吳麥斯院長、林裕峰副院長、教學部譚家偉主任等行政主管座談。

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、附設醫院與萬芳醫院及雙和醫院之臨床教師 20 位、主治醫師與住院醫師及 PGY 醫師共 20 位，以及醫學系醫學生共 72 位。茲將晤談發現摘敘如下：

(一)教師與醫師：

1.與課程負責人面談中，多位教師提到學校非常在乎醫學生所學的內容，且三間主要教學醫院必須教授完全相同內容與看到類似的病人。訂定學習目標與學習項目的過程中，都有邀請三家主要教學醫院的代表參與會議。但授課教師通常沒有太多機會能對醫學生學習內容表達意見，僅能按表操課。教師們對於北醫大醫學生的表現多持正面評價，但也有幾位臨床教師抱怨醫學生自我要求不足，僅想做完功課，不想把事情做好，且訪查發現臨床實習或是課堂的討論會中大半的醫學生並沒有事先好好準備。不過，教師一般也不敢對醫學生有太多的要求，但是會努力幫學生尋找合適的病人，讓學生學習到所有的臨床核心項目。

2.在與教師的訪談當中發現，多數的教師都具有高度的教學熱忱，也願意投注在一線的教學當中。不過對於學校的教學行政部分則多屬接受指令，甚至包括教學醫院的單位主管也表示，他們對實習課程的安排不能有自主性，必須聽從醫學系的指令。醫學系對教學醫院有足夠的掌控權固然良好，但是也應考量每家教學醫院的個別差異。

3.學校的專任教師若未能順利升等成功，過了期限就會被要求轉為兼任。雖然，學校在自評資料當中有說明輔導機制，但是訪談的教師表示，升等還是有相當的困難度，而對學校的安排多只能接受。

(二)醫學生：

1.與學生晤談當中發現，學生有三位同時照顧一位病人，而三位學生輪流寫一份病程紀錄的狀況。學生對臨床學習目標的理解是要收集足夠的臨床個案來完成 e-portfolio。e-portfolio 可能是新建置的系統，所以學生對 e-portfolio 的熟悉程度仍有待加強。

2.病歷寫作是醫學生很重要的學習，過去因為北醫大經歷多項的醫院評鑑，而每一項評鑑都有其特殊的要求，所以基本的病歷結構已經變成要符合各種評鑑的工具，舉例來說，訪談中發現每位病人都要勾選是癌症病患還是非癌症病患，

家族病史要勾選父母詳或不詳，而現在用藥史應是要詳實紀錄病人目前的用藥情況，但受訪的學生該欄位多未勾選，學生說明是主治醫師尚未決定，所以未勾選用藥史。病歷是教導臨床思路和全人照護相當重要的教學工具，學校引入結構化病歷雖可降低醫師和醫學生寫作病歷的時間，但也應謹慎觀察是否限制了醫學生臨床思路和鑑別診斷的學習機會，甚至可能傳達了對病歷寫作的錯誤認知與了解。

全面訪視期間，承蒙臺北醫學大學、臺北醫學大學附設醫院、萬芳醫院、雙和醫院的行政主管、教師、醫師、行政工作人員和參與同學之充分配合與協助，使得此次全面訪視得以順利完成，謹此致謝。

參、訪視發現

依 TMAC 醫學教育品質認證準則，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：

教育部於民國 89 年核准「臺北醫學院」改名為「臺北醫學大學」，設醫學院、口腔醫學院、藥學院、護理學院及公共衛生暨營養學院等五大學院，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。

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：

1.醫學系訂定教育目標為「培養人文素養與社會關懷；多元學習與專業技能；資訊管理與國際視野；溝通技巧與團隊合作；思辨創新與追求真理的醫學專業人才」，期望培養醫學生五項之核心能力:「培養思辨能力與倫理價值、精進醫學知識、熟悉臨床技能、善用資訊管理、提升溝通能力及養成創新與研

究」。

2.經實地訪視及晤談，醫學系提供充足的軟硬體設備教育環境，然而在「學術」的教育環境除了知識建構及學問探討外，也須在正式課程及隱藏課程之教育環境中，建構專業素養之價值觀，並能在學習及病人照顧中實踐。機構對於建構教育的目標、培育專業價值之學術教育環境的優先順序以及監督此教育環境的機制仍有成長之空間。

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。

發現：

北醫大有多元化的課內、外活動，讓醫學生能與許多不同健康相關專業領域的學院系所學生互動。近幾年醫學系到其他健康相關專業領域學系授課的教師，每年約有 124-208 人，而其他健康相關專業領域學系到醫學系授課的教師，每年約有 13-28 人；醫學生選修其他健康相關專業領域學系課程的人數，每年約有 31-71 人，其他健康相關專業領域學系學生選修醫學系課程的人數，每年約有 52-67 人。醫學系在學習環境與課程設計上，能提供醫學生許多的資源及讓不同背景的師生可以互動學習的環境，此外並提供畢業後醫學教育與醫學繼續教育的醫師學習的機會。

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.為提供多元化教育環境，醫學系根據五大方向制定出多元化教育環境政策：多元化學生、多元化教師、多元化課程、多元化環境、多元化組成之董事會

與行政團隊成員等。在招生方面，醫學系教育部定招生名額為 135 名，包括各種不同方式之招生管道，以 108 學年度為例，計有繁星推薦 33 名，個人申請 85 名，展翅 A 組 1 名(中低收入及弱勢生)，大學指定考試入學分發名額卻逐年降低，至 108 學年度指考名額降至僅 16 名(佔學校招生名額僅 11.8%)。

2.醫學系將指考名額逐年轉至個人申請入學及繁星推薦名額，然而，「繁星推薦入學」欲縮短城鄉差距之精神，並未完全達到。根據訪視現場學校所提供之近 7 年資料(102-108)，203 位繁星推薦入學者，僅 108 年度 1 位是屬於教育部定義之「非都會型高中之偏遠高中」(1/203=0.5%)，其餘都是來自「都會型高中」或「非都會型之一般高中」，而「非都會型之一般高中」很多是升學型的明星私立高中。訪視現場晤談之繁星入學的醫學生也都是來自「都會型高中」，沒有完全符合縮短城鄉差距之精神，仍有改善空間。

3.在聘任身心障礙人員方面，106 年度不足 4 名，但校方已在 107 年度補足法定員額。

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：

1.為落實性別平等，校方訂定相關性別法規《性別平等教育委員會組織章程》，明定組織之工作職掌及運作等事宜。另有「性別平等教育委員會」為主要負責單位，設置「教育組」、「活動組」及「空間組」，教育組推廣性別平等教育之課程、教學及評量等；活動組規劃辦理性別平等教育相關活動，每學期舉辦職場性侵害、性騷擾或性霸凌防治之教育宣導活動；空間組規劃及建立性別平等之安全校園空間。

2.北醫大三家附設與附屬醫院性別平等之相關委員會為「性別平等教育委員會」，負責受理與執行單位為「人力資源室」，其下設立有「性騷擾申訴調查處理委員會」與「員工關懷小組」。

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：

學校、醫學院、醫學系設有明確的組織章程及組織結構。臺北醫學大學訂有組織章程，設置校長一人，副校長四人，下設有 12 個學術單位(含 11 個學院、通識教育中心)、18 個行政單位、9 個研究中心、3 所附設與附屬醫院、3 家醫療中心、5 個事業單位，以及 2 個醫療團。職責和權限在醫學系、醫學院或學校的組織章程中皆有明訂。

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：

醫學系依法規章程，需陳報校院務委員會及董事會之教育事務包括：教育事務相關的重要行政事項，包括組織架構、財務資源配置、教學資源投入與相關措施、研發資源投入及相關措施、校務治理檢核及管考制度、教師聘任及升等、研究獎勵和輔導機制、學生入學管理機制、課程規劃與管理機制等。

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：

學校董事會與院務委員會成員的任期，前後屆皆有部分連任重疊，及合宜的新舊成員交接，以維持組織的穩定性，有助於成員對醫學教育事務之熟稔度。

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：

1.北醫大已制訂《臺北醫學大學董事及監察人行事準則》及《臺北醫學大學暨

附屬醫院教職員工利益迴避辦法》，明文規範相關利益迴避之正式的政策、程序和範圍。

2.訪視期間，媒體報導董事會紛爭、醫院浮報健保、誤切器官之相關負面新聞。訪視小組與董事長、校長、醫學院院長座談時，校方已針對上述事件有所澄清。目前政府相關部門已介入調查中，然對於學校、教學醫院、醫學生，以及整體醫學教育之影響，有待後續追蹤。

準則判定：部分符合

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：

1.北醫大訂有《臺北醫學大學系所主管遴選辦法》，醫學系系主任之遴選依此辦法產生及遴聘。為協助系務，醫學系增設副系主任，基礎醫學之副系主任由系主任推薦經院長及校長核定後任命之，臨床醫學副系主任則由附設與附屬醫院教學副院長兼任之，以兼顧基礎及臨床在教學、研究與服務的運作。

2.醫學系現任系主任為劉燦宏教授，兼任醫學院教學副院長，專長為復健醫學科，從 105 年 8 月上任至今，學經歷豐富，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：

醫學系系主任可透過會議、電子公文等各種型式之溝通管道，與醫學院院長或校長溝通。醫學院院長與醫學系系主任均為校務會議與行政會議的當然委員，定期召開會議討論相關事務。經訪談系主任、院長、校長及其他相關人員，均表示有暢通的溝通管道。

準則判定：符合

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

發現：

醫學系主任下設有副主任 6 人(分別為基礎醫學 2 位、臨床醫學 3 位、國際事務 1 位)、行政教師 5 人(分別為基礎醫學 2 位、臨床醫學 3 位)、系秘書 3 人、基礎學科主任 7 人、臨床學科主任 32 人，並設有 7 個委員會，分別為系務會議、課程委員會、實習委員會、聯合醫學教育委員會、教師評審委員會、招生委員會、學生輔導委員會，工作分派職責清楚。

準則判定：符合

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

發現：

醫學系主任兼醫學院教學副院長，可配置醫學教育及相關資源，並協助發展醫學院各式教學事務，於醫學系綜理所有系務，擔任醫學系各式委員會代表，擁有決策權力，可遂行其治理醫學系和評估醫學系成效的職責。

準則判定：符合

1.4 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：

1. 醫學院長有三名副院長協助教學、研究與國際事務；系主任有六位副主任協助臨床與基礎教育。醫學院、系聯合辦公室下設有 2 位學院經理、1 位院秘書、1 位負責國際事務之專員、1 位臨床實驗室管理員及 3 位醫學系秘書，分別負責相關行政庶務，協助院長及系主任推行系務及院務。且近六年基礎與臨床學科均有學科主任與 19 名學科助教共同負責實驗與相關庶務，足堪完成相關任務。
2. 醫學系主任兼醫學院教學副院長，可協助發展醫學院各式教學事務，並且可

於醫學系內綜理所有系務、擔任醫學系各式委員會代表，擁有決策權力，可遂行其治理醫學系和評估醫學系成效的職責。

準則判定：符合

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

發現：

醫學院院長參與規畫並制定醫學系短、中程發展計畫書，配合校方發展方向訂定發展特色及各式評估 KPI 指標，並召開共識營及各項院務相關會議，藉由主管共同參與會議凝聚共識，並定期舉辦各項會議，進而研擬院務發展之方針、策略及執行機制。經由此機制對可預見的成果訂定目標，協助醫學系能有效率地追蹤成效與進展。

準則判定：符合

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

發現：

醫學院透過 ERP (Enterprise Resource Planning) 之線上系統整合預算的編審、核算及執行，並有系所學程會議等橫向之溝通與院務會議等縱向之決策機制，就財務、人事、業務進行決策。惟，院務會議之當然代表均為各級主管，一般教師代表則由院長提名，而非教師互選所產生，以致一般教師代表缺乏適當參與決策之管道，相關決策之透明度與參與度是否足夠，值得商榷。

準則判定：部分符合

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

發現：

醫學院與附設醫院、雙和醫院與萬芳醫院等主要合作教學醫院，均有簽署書面合作協議，內容包括教學醫院應確保醫學生和教師有適當的管道獲得醫學

教育資源及合作醫院應將教學及評量當作其重點任務；負責教育醫學生的教師應扮演的角色並規範醫學生暴露到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。

準則判定：符合

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

發現：

醫學系訂有實習醫學生學習護照及各臨床實習訓練計畫書，以確定在各醫院之實習目標，確保各醫院能依據計畫執行訓練內容，並藉此掌握實習醫院執行計畫之情況。醫學系另設有 Primary care 及夜間實習辦法，讓訓練醫院有準則可依循。學科主任除訓練計畫擬定外，亦負責辦理每學期課程稽核工作。

準則判定：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.學校課程變革分別有兩次通知(第 10701485、10715028 號函)醫學院評鑑委員會，主要變更內容為修正 106、107 入學生必修學分事宜。而自前次訪視之相關人事變動通報醫學院評鑑委員會共 3 次(第 10510052、10615926、10703577)，主要是有關醫學系主任新任遴選結果、醫學院院長代理人選及正式院長遴選結果之通知。至於醫學系招生人數名額配合衛生福利部執行重點科別公費生計畫，增額 10 名也於 107 年通知醫學院評鑑委員會。

2.惟，學校「105-107 年完成大安校區、君蔚樓與人文暨社會科學學院，並將於未來 3 年內完成癌症大樓與雙和新建工程，107 至 108 年透過教育部深耕計畫補助，針對教育空間與設備進行更新」，自 106 年前次追蹤訪視後，上述硬體更新或新建（有關校區/臨床實習場所），並未通知醫學院評鑑委員會。

3.此外，北醫自 107 學年起，施行「多元自主學習計劃(Gap Semester)專案」，縮短同學四年修業年限為三年半，擠出一學期的 Gap Semester，讓部分學生前往國外名校學習，然此變動是否會影響整體課程先後順序的合理性與邏輯性仍須考慮與討論；另北醫大於 105 學年度實施「學碩一貫學程」(M.D.-

M.S.)，亦未通知醫學院評鑑委員會。上述二者皆屬課程變動，應通知醫學院評鑑委員會。

準則判定：不符合

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.學校課程變革分別有兩次通知(第 10701485、10715028 號函)醫學院評鑑委員會，主要變更內容為修正 106、107 入學生必修學分事宜。而自前次訪視之相關人事變動通報醫學院評鑑委員會共 3 次(第 10510052、10615926、10703577)，主要是有關醫學系主任新任遴選結果、醫學院院長代理人選及正式院長遴選結果之通知。至於醫學系招生人數名額配合衛生福利部執行重點科別公費生計畫，增額 10 名也於 107 年通知醫學院評鑑委員會。

2.惟，北醫自 107 學年起，施行「多元自主學習計劃(Gap Semester)專案」，縮短同學四年修業年限為三年半，擠出一學期的 Gap Semester，讓部分學生前往國外名校學習，然此變動是否會影響整體課程先後順序的合理性與邏輯性仍須考慮與討論；另北醫大於 105 學年度實施「學碩一貫學程」(M.D.-M.S.)，亦未通知醫學院評鑑委員會。上述二者皆屬課程變動，應通知醫學院評鑑委員會。

準則判定：不符合

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.自前次訪視之相關人事變動通報醫學院評鑑委員會共 3 次(第 10510052、10615926、10703577)，主要是有關醫學系主任新任遴選結果、醫學院院長代理人選及正式院長遴選結果之通知。至於醫學系招生人數名額配合衛生福利部執行重點科別公費生計畫，增額 10 名也於 107 年通知醫學院評鑑委員會。

2.惟，學校「105-107 年完成大安校區、君蔚樓與人文暨社會科學學院，並將於未來 3 年內完成癌症大樓與雙和新建工程，107 至 108 年透過教育部深耕計畫補助，針對教育空間與設備進行更新」，自 106 年前次追蹤訪視後，上述硬

體更新或新建（有關校區/臨床實習場所），並未通知醫學院評鑑委員會。

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。

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. 醫學系訂定的核心能力為：具備倫理判斷與服務社會的能力、具備醫學知識與臨床技術的能力、具備數據分析與國際合作的能力、具備良好溝通與領導團隊的能力、具備跨域整合與研究創新的能力等，並建立起課程地圖，與其核心能力相對應。醫學人文教育強調臨床實作與反思，特別是倫理教育的成效，但整體課程因過度強調實作，而使知識承載與思辯訓練較為薄弱。此外，課程先後順序的規劃與執行內容仍有改善空間，尤其在基礎科學與基礎醫學課程的先後順序與銜接性需完整且一貫，學生方能依據課程地圖的引導，達成核心能力的養成。例如：當部分學生依循學校先修課程規劃於正式入學之前完成部分課程學分，且達一學期總學分之情形下，學生於正式入學後的第一學年第二學期在尚未完成第二學年第一學期的課程進度時，卻得以選讀第二學年第二學期之課程，而學生選讀完第二學年第二學期之課程後，再選讀第二學年第一學期的課程進度，接著再選讀完第三學年第二學期之課程。上述制度違反前後課程規劃的銜接性與邏輯性，只求選畢所有課程即可，此舉不僅與提高學年編級之制度與精神相衝突，也顯現出醫學系課程的先後順序與銜接性需重新思考與規劃。其他關於課程基本資料、課程介紹、授課方式、授課目的與學習目標等授課大綱，皆已給予學生學習的基本依據。
2. 一般醫學概論是以課堂講授方式，教導常見病徵、各器官系統之身體檢查及實驗室診斷，只有兩次兩小時的實作練習課程。而基本臨床技能(一)及(二)課程是介紹各個不同系統的一些特殊檢查：如超音波、支氣管擴張劑的使用、無菌技術、傷口處理、插鼻胃管、靜脈注射等。五年級上學期內科與外科實習課程之前有一週的加強課程，在其中有一小時介紹病歷書寫原則與實例討論。檢視這些與病史詢問及身體檢查的相關課程，學生在進入五年級臨床實習課程接觸真實病人之前，有關病史詢問及身體診察的實作經驗不多。

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。

發現：

1. 學校透過課程與活動，以培育學生終身學習的必要技能，並透過通識教育課程、系必修課程、系選修課程、跨領域數位自學課程、系學會主導的自主學習與參加活動機會、臨床實習主導的自主學習與參加活動機會等規劃，期待藉此提供醫學生主動與獨立學習的教育機會，例如通識教育的自主學習制度即有少數同學善用此制度而有亮眼的成果。然而，另觀醫學系於報告書提及 PBL 課程進行時會有一至二位學生進行白板書寫，一至二位學生紀錄及撰寫書面報告，但現場實際訪視時，發現 PBL 小組討論教室空間甚小，無法充分達成原醫學系的課程規劃，讓醫學生進行白板書寫，而且部分 tutor 似乎也不清楚或不在意是否需有學生進行白板書寫。此空間設計與執行方式都不易營造醫學生主動、獨立學習的機會與環境。另外在訪談醫學生的過程中，學生雖能瞭解醫學系營造醫學生主動、獨立學習的規劃或用心，但卻也提及空間過小與人數過多等限制了 PBL 小組討論的美意。
2. 實地訪視 TBL 導向式教學進行時，看到系上努力規劃出合作與討論的學習模式，但限於 TBL 課程使用之空間為一般實驗課程教室，但又要營造出分組討論與分享的氛圍，因此於四個角落搭配投影機或大型液晶螢幕進行分組分享。但各組利用擴音設備分享之際，又會彼此干擾，如何讓 TBL 導向式教學不會成為於大型教室進行 PBL 小組的課程模式，需要醫學系再多多思考與規劃，以期能達到提供醫學生主動、獨立學習的教育機會。
3. 此外，學生隨各自的需求將初階臨床體驗課程變成提早了解各科的管道或是變成服務學習，亦脫離原來課程設計的理念。

準則判定：部分符合

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.醫學系的教育目的為培養具備人文素養與社會關懷、多元學習與專業技能、資訊管理與國際視野、溝通技巧與團隊合作、思辨創新與追求真理的醫學專業人才。基於上述目的所制訂學生畢業後須具備的核心能力為：具備倫理判斷與服務社會的能力、具備醫學知識與臨床技術的能力、具備數據分析與國際合作的能力、具備良好溝通與領導團隊的能力、具備跨域整合與研究創新的能力等。

2.醫學系課程地圖有將各年級的課程與各教育目的及核心能力相對應，為加強培育學生的核心能力，近年課程的規劃上也進行相關調整，例如數據分析、跨領域相關的課程等，也增加了國際交流計畫與參與的學生人數，並藉由多種管道以期持續改善課程規劃，其中包含學生的課程評量、課程外審、畢業生問卷等。

準則判定：符合

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

發現：

醫學系於新生始業式活動時進行大一學生宣導，亦在系上網頁顯示教育目的，並於系辦公室外以電子看板輪播呈現加以推廣。此外，在主要教學屬醫院之教學部部務會議、教學負責人會議等對科部主任進行說明宣導，加強受訓醫院及臨床教師了解醫學系之教育目的。然，實際與教師、醫師，以及醫學生晤談時，發現雖多數具主管職或曾任主管職之教師與醫師能瞭解醫學系之教育目的，但其他教師和約有一半的醫學生則不清楚並無法闡述醫學系之教育目的，而誤將「通過國家考試」當作醫學系之教育目的。至於對於醫學系要培育出什麼樣的醫學專業人才，在訪談中發現學生最有印象的是研究能力，不過也有學生提及倫理思維、人文素養、跨領域學習、合作學習等。

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：

1.該系設有醫學教育暨人文學科，並設置科主任一名。現任科主任為吳建志副教授，並有兩位專任教師、一位合聘教師，及三位兼任教師。

2.醫學人文課程(如初階臨床體驗)低年級就進入臨床場域體驗、透過實作及反思寫作，將臨床與人文融合，而且以小班、臨床與人文師資合作授課之模式進行，值得肯定。不過，授課教師也因此需要整合來自機構、臨床與人文的師資，以及協調體驗的病人與機構或醫院，常須動用教師個人研究計畫的人力協助。但倘若這門課不是新開的課而有申請教學計畫，或是當年度科技部研究計畫未獲補助，就可能沒有可支援的助理。人力資源不足恐增加教師行政負擔，影響教學品質。

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：

1.醫學系監督醫學生臨床實習的單位分別為課程委員會及臨床實習聯合醫學教育委員會，並訂有相關設置辦法「臺北醫學大學醫學系課程委員會組織章程」、「醫學系臨床實習聯合醫學教育委員會設置辦法」等。臨床實習聯合醫學教育委員會負責檢視整個實習課程之規劃及實習標準內容，若有重大變革則提至「醫學系課程委員會」中討論。

2.醫學系建立臨床實習學生電子化個人歷程檔案 e-Portfolio，用資訊科技來協助臨床教學，提供「學生、學校、臨床教師、科部、院區教學部」等五端共用分享及管理，並達即時雙向回饋之功能，學員也可將個人的學習護照以電子檔下載而加以保存。惟，實際檢視雙向回饋系統平台，教師有未完成、未能即時給予回饋的情況，有些科別是在課程結束或最後一天才進行評量回饋，可能無法及時改善學生的問題。

3.在三~四年級的課程教學，醫學系特別規劃融入臨床醫療情境之相關課程，但此些課程之縱向連結尚有成長空間，例如：PBL 教案撰寫教師如何能確保教案撰寫內容符合該年級的學習狀況，而非淪為單純鑑別診斷的進行，需要有更完善之規劃，以確保醫學教育目的之達成。

4.醫學系於醫學生五年級上核心內科及核心外科時，為確保醫學教育目的之實

現，特別訂定核心知識與核心案例照護，醫學系規範每位醫學生於核心內科須完成 8 項核心案例照護，其中含 6 項必要核心案例和 2 項其他自選案例；核心外科須完成 9 項主訴項目之案例照護，其中必須完成 6 項必要核心案例和 3 項其他自選案例。而以收集核心案例為目的的實習安排，容易誤導學生只看「病」而不看「病人」，難落實以「病人為中心」的全人照護課程設計理念。

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.醫學系有課程委員會，並有課程規劃組，底下設通識人文課程小組、基礎科學課程小組、基礎及臨床整合小組、問題導向小組、臨床實習小組等編制。同時課程委員會每學期均針對醫學系課程的教學評量結果、學生回饋意見、課程品質稽核表和各小組檢討會議建議來進行審視、檢討和修訂，以 PDCA 改善方式進行。然而，系課程委員會章程明訂，置委員十七至二十一人，除由系主任擔任主任委員外，另由教師代表、學生代表、校友、學界及產業界代表若干人共同組成之，其中含學生代表三人，分別是系學會會長、臨床實習代表、班代。

2.醫學系課程需具「連貫且協調」，但實際訪查時發現整體課程的順序編排邏輯性或適當性可再詳細思考，例如重要的病理學獨立於「器官系統整合課程」或「疾病系統整合課程」之外，並沒有整併在重要的基礎和臨床的「整合課程」中，這樣會造成病理學與臨床的 dissociation。大體解剖 lecture 與實驗課則分別在不同學期上課，lecture 與實作安排在不同學期，學生學習成效有待追蹤。

3.107 學年起的「多元自主學習計劃(Gap Semester)專案」，縮短同學四年修業年限為三年半，擠出一學期的「Gap Semester」前往國外名校學習。但實地訪視發現醫學系將四下的課程空出之規劃為上學期課程不動，下學期整個依年級往前挪，致使整個課程的邏輯順序性更混亂。Gap Semester 立意很好，但須更周延考量整個課程的合理性與邏輯性。此外，該制度的施行應在系課程委員會詳細分析與討論。

4.醫學系為讓醫學生在第一階段國考有兩次參加考試的機會，將國考必修科目在四年級上學期上完，但會壓縮到醫學生其他重要通識、人文選修課程，或其他重要的 hidden curriculum 活動，這些課程對醫師的養成教育相當重要，其適當性宜再評估。根據學校提供的第一階段國考通過率：105 學年為 83%、106 學年為 80%、107 學年為 84%，但該數據為醫學生參加兩次考試的加總通過率，應不能依此來與其他醫學院四年級下學期結束後僅參加一次的首考通過率比較。經與醫學系確認後，第一階段國考的首考通過率：105 學年為 73.6%、106 學年為 68.4%、107 學年為 86.3%。

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：

1.醫學系有課程委員會，並有課程規劃組，底下設通識人文課程小組、基礎科學課程小組、基礎及臨床整合小組、問題導向小組、臨床實習小組等編制。同時課程委員會每學期均針對醫學系課程的教學評量結果、學生回饋意見、課程品質稽核表和各小組檢討會議建議來進行審視、檢討和修訂，以 PDCA 改善方式進行。然而，北醫大課程委員會中教師代表不具主管職者，僅一人，且為前任副系主任，如何能獲得直接面對學生之教學現場教師及醫學生等實質回饋，有待後續繼續追蹤。

2.課程委員會會議僅檢視各整合課程三個面向(授課內容、授課方法及課程評量)的總評量結果，但並未針對教案內容、學習主題是否妥適，以及教師評量進行討論。訪查過程觀察到的課程縱向整合性不佳，相同的內容會重複出現在不同的課程，而學生與教師也同意有重複學習的內容。電腦查詢系統只能查詢到授課主題，無法查詢到授課內容中的 keyword。

3.學校建置授課進度表維護系統，提供學生修習前參考，並依據課程評估指標的結果，作為課程改進的依據。然而，醫學系需有一明確且能夠整合的課程規劃團隊，仔細檢視各年級各學年與各學期課程先後順序的規劃與銜接性，除了對於可順利升級醫學生的學習狀況掌控外，避免使各年級未能順利升級的醫學生以及優秀醫學生因課程銜接規劃不佳而導致學習障礙。並且除了使用教師授課評量外，如何能更有效且實質地掌握各課程的教師授課情形，避

免教師授課評量淪為教師迎合學生的工具。再者，於三~四年級的課程教學，雖有融入臨床醫療情境之相關課程，但其課程縱向連結尚有成長空間，例如：PBL 教案撰寫教師如何確保教案撰寫內容符合該年級的學習狀況，而非淪為單純鑑別診斷的進行，課程需要有更完善規劃，以確保醫學教育目的之達成。

4.醫學系課程委員會設置臨床實習組，以制定醫學系臨床醫學課程之教育目的及評估整體教學品質。經實地訪視及訪談查證，附設與附屬醫院之臨床學科主任、教學負責人針對臨床實習課程之目標、規劃、運作，與醫學系課程委員會之間雙向溝通協調機制及實務，仍有障礙及改善空間。就以三家主要教學醫院核心內科及外科的課程規劃、運作模式為例，皆有須透過課程委員會機制進行溝通協調之必要。

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。

發現：

醫學系教師或「系課程委員會」負責監測課程，透過學校資訊系統進行監測各學科的教學內容與課程大綱，亦進行課程的教學評量及分析。各學科主授的課程內容，主要由各主授教師與學科主任負責監測，在科務會議進行課程內容的修正與討論，再將結果匯報「系課程委員會」討論與確認。整合課程則由醫學系統模組的主授課教師與醫學系副主任負責監測，各整合課程負責教師會邀請另外二至三位教師及行政人員參與課程的檢討及調整。臨床實習課程的監測，由三家主要教學醫院聯合醫學教育委員會，以及系主任與教學副院長、教學部主任，臨床各學科主任等共同負責監測。

準則判定：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：

醫學系選修課程，在 108 學年度有提高「選修課程」學分數為 24 學分，其中可認列他系 10 學分，可選修課程包含跨包括基礎科學、醫學人文、進階基礎醫學、進階臨床醫學、醫學研究及其他。在六年級下學期醫院實習期間，可選

擇八週至附屬教學醫院、國內外知名教學醫院、醫療行政機關（包括衛生所）及基層醫療院所實習，或參與研究單位研究及國內外醫療服務工作。

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：

醫學系設有多元的學習評量方法，並定期匯整學生成果表現，如校內各科目期中考與期末考成績、國考成績及臨床技能測驗等，以評估學生是否達到醫學系設立的教育目的與核心能力。根據學校提供的第一階段國考通過率：105 學年為 83%、106 學年為 80%、107 學年為 84%，但該數據為醫學生參加兩次考試的加總通過率，應不能依此來與其他醫學院四年級下學期結束後僅參加一次的首考通過率比較。經與醫學系確認後，第一階段國考的首考通過率：105 學年為 73.6%、106 學年為 68.4%、107 學年為 86.3%。

準則判定：符合

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

發現：

1. 學校訂定有教學評量實施辦法，以瞭解學生學習意見，亦成立教學評量委員會督導評量執行品質，同時評量包含教學評量與課程評量等。醫學系已運用教師教學評量、課程評量與醫學生問卷回饋，作為課程品質評估依據之一。在課程品質評估，許多課程僅提供 5(非常滿意)、4(滿意)、3(普通)、2(不滿意)、1(非常不滿意)的量化評估，質性評估較少，或無教師之回饋。對於滿意度不高的課程，也未見有 PDCA 具體的檢討改善措施。如資料呈現 10 個主要基礎科目在「基礎醫學課程的施行成效」上，根據醫學生在自評問卷中，學生對課程滿意度達 80%以上的科目包括解剖、微免、寄生蟲、生理及藥理學等，但對 5 科滿意度未達 80%的科目並未見有具體的檢討改善措施。
2. PBL、TBL、CBL 為不同於一般課程設計及目的的課程，但均使用相同的課程評估表，較難用以確實地評量課程的品質及了解需如何改善課程品質。

3. 依據實地訪視及訪談、資料查證，臨床教師對學生臨床實習執行雙向評估回饋，大多是制式回覆，評量不夠具體，且並未依據學生的臨床表現，特別是有待指正的專業態度與行為給予適當的指正回饋。

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：

醫學系有「系課程委員會」負責制定監測課程，包括各學科的教學內容、臨床實習在臨床和教育活動等等。依其「系課程委員會設置辦法」第三條，「本會置委員十七至二十一人，由系主任擔任主任委員，另由教師代表、學生代表、校友、學界及產業界代表若干人共同組成之...」。但實際訪視及查證資料，課程委員會成員主要由系主任擔任主任委員及各學科主任為主要代表委員，實際參與課程教學的教師代表及學生代表甚少，根據會議記錄，出席的學生代表常僅一位班代表參與。

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：

學校教務處設有期初預警、期中預警、重大事件(行為等)通知行政老師及導師關心輔導，以進行通知、關懷、輔導等流程，且醫學系規劃有家族式導師制度。目前雖一、二年級與三、四年級時之導師不同，但仍有明確制度以進行學生輔導。

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. 實習醫學生訓練計畫由醫學系訂定共同的教育目的，並於三家主要教學臨床實習聯合教育委員會討論作成決議，其臨床實習課程分為實習醫學生(Clerk 1)共 19 週，包括核心內科 9 週(含跨領域人文反思 1 週)、核心外科 9 週(含每週兩小時共十八小時之醫學倫理案例討論)，三家主要教學醫院實習醫學生使用共通的線上臨床教育系統 e-portfolio 2.0 及評量表單，進行臨床實習作業與評量。
2. 依據書面資料及訪談發現，萬芳醫院與雙和醫院兩家附屬醫院之醫學生五年級核心內科之課程設計、時間規劃安排，以及醫學生參與病人照顧模式比較相似，而附設醫院則與萬芳醫院及雙和醫院之課程規劃與進行方式則不太一致，例如核心內科期間之人文反思課程實施，在萬芳醫院及雙和醫院是獨立一週規劃，而附設醫院則未規劃獨立一週進行，且課程內容安排運作方式也不同。此外，實習醫學生(Clerk 1)須完成之 6 項核心教案，在附設醫院是由病房主任分配指派，萬芳醫院及雙和醫院則由各科別主治醫師分配帶領。而學生須完成這 6 項核心個案，與 Clerks 所輪訓臨床實習之主負責照顧病人的案例，常遭遇無法吻合一致之困難。綜合上述，醫學生在三家附設與附屬醫院教育經驗的等同性存在有差異。
3. 在內、外科實習部分，每位醫學生之內科核心實習和進階實習會在同一家附設或附屬醫院進行，外科實習亦然。初階實習部分，學生概分為三大組，每組在三家主要教學醫院 (附設醫院、雙和醫院、萬芳醫院)輪轉其二，例如某組在萬芳醫院進行內科實習、在雙和醫院進行外科實習。醫學系規範每位醫學生於核心內科須完成 8 項核心案例照護，其中含 6 項必要核心案例和 2 項其他自選案例；核心外科須完成 9 項主訴項目之案例照護，其中必須完成 6 項必要核心案例和 3 項其他自選案例。實地訪談和訪視發現，每位醫學生被分別安排到各次專科的實習期間不同，例如 A 生在胸腔外科實習兩週、整形外科實習一週，而 B 生在整形外科實習兩週、胸腔外科一週；雖然是由指導教師視收集案例需要指派學生至各專科，但學校所排定之各科輪轉時間卻是在學期初已經排定，訪談時學生也表示不能彈性更動。如此安排可能是考慮各次專科的教學資源，而非考量醫學生的學習需求，即使在同一家實習醫院也未能符合學習經驗的等同性及「以學生為中心」的課程規劃理念。而以收集核心案例為目的的實習安排，容易誤導學生只看「病」而不看「病人」，難落實以「病人為中心」的全人照護課程設計理念。

4. 臺北醫學大學 Clerk 2 之 65 週進階輪訓內科、外科、婦產科、小兒科、急診科，以及選修科別之實習課程，內科、外科實習是接續 Clerk1 之內科、外科實習課程，每位學生被安排在與其 Clerk1 相同的附設或附屬醫院繼續進行進階輪訓。但主要必修科目婦產科與小兒科實習則是平均分配在三家附設與附屬醫院和另外五家合作醫院實習。醫學系說明安排醫學生至八家教學醫院接受婦產科、小兒科實習是希望學生能到體系以外的醫院實習，使其了解自己學校體系的臨床教學並不遜色於其他醫院，但很難解釋為何內科、外科實習不是以此教育理念作為安排。而且三家附設與附屬醫院分屬醫學中心、準醫學中心、區域醫院，教學規模與資源不同，已具備能瞭解臺灣不同層級、規模醫院之意義，為何婦產科、小兒科實習又另外安排五家教學醫院？婦產科與小兒科實習為必修課程，而且只有一次輪轉實習，其中有八分之五的學生是分派至三家主要教學醫院以外的合作醫院去接受訓練，難符合學習經驗等同(comparable)和課程評估與學生評量方法等效 (equivalent)的教育要求。

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：

1. 醫學系訂定機制，每季召開三院聯合實習委員會，呈報教學滿意度，以供校級臨床教育委員會作為 KPI 核發獎勵金之依據，以及每學年與五家建教合作醫院召開八院聯合醫學教育委員會議，以了解其臨床實習執行成效。
2. 北醫大之「三年百師計畫」期待三家附設與附屬醫院都能增聘專、兼任臨床教師，而且有分配給三家主要教學醫院的目標數。數據顯示 106-108 學年度有許多新的臨床教師聘任，但是臨床教師的總人數並沒有明顯的增加，例如婦產學科由 106 學年度之 58 人(含無銜職教師)降至 107 學年度之 31 人(含無銜職教師)；小兒學科由 106 學年度之 35 人(含無銜職教師)降至 107 學年度之 25 人(含無銜職教師)，反而總教師數減少。校方解釋臨床教師數實際無明顯增加的原因為(1)新的聘任教師多為升等，而非新聘；(2)退休與離職教師人數與新聘教師人數相抵；(3)107 學年度病理學科改歸類為臨床學科等因素。
3. 北醫大醫學生之臨床實習主要是在三家附設與附屬醫院中進行，其中雙和醫

院規模最大，而過去兩年在主治醫師的增聘和住院醫師的招收也有明顯的改善；但是在萬芳醫院和附設醫院主治醫師的增聘和住院醫師的招募則未有明顯的成長，雙和醫院的住院醫師和臨床研究員之總數由 105 年之 77 名增加至 124 名、附設醫院由 94 名增加至 98 名、萬芳由 92 名增加至 96 名。北醫大醫學系每屆約 140~150 名醫學生平均分配在三家附設與附屬醫院實習，附設醫院除接受北醫大醫學生臨床教育外，亦接受他校實習醫學生，其中以附設醫院之內科與外科接受外校實習醫學生為最多。實地訪視中發現(包括與住院醫師及醫學生訪談時之實際了解)，附設醫院之部分實習醫學生被安排在沒有住院醫師指導的團隊，而是由專科護理師直接指導實習醫學生。106 年追蹤訪視時發現之「應有足夠數量之住院醫師擔任指導老師」的問題並未明顯改善。

準則判定：部分符合

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

發現：

醫學系訂有分配醫學生之教學地點或學習路徑原則，且訂有《臨床實習分發施行細則》，依其機制挑選和分配醫學生之教學地點。醫學生之分組及實習醫院之選擇乃由醫學生自己協調決定，遇當屆有分組困難時，再由系主任與醫學生代表討論處理。在與學生訪談時發現，每位醫學生之實習安排均於五、六年級實習之前即已排定；五年級 19 週為主要教學醫院三取二，但是對於為何不同醫學生之某些內科次專或外科次專實習時間長短不同，學生表示是由學校統籌安排，學生並不清楚如此安排的理由，而學校亦無提出具體說明。五年級 19 週之初階實習訓練和 65 週之進階實習訓練，除 8 週之自由選科外，其實習科別和先後順序都是由醫學系行政單位排定，受訪學生表示並不知道實習期間有更換教學地點之機制，也不知道有學長姊或同學更換實習地點之情事。學校雖訂定有《臨床實習分發施行細則》，但是應於實習開始之前告知學生，而不是當學生有特殊學習困難情況發生時，再由系主任進行輔導了解及安排更換實習地點。

準則判定：部分符合

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：

醫學系目前設置有 32 位臨床學科主任，透過系務委員會和課程委員會定期討論與整合其課程、評量與教學成果。為了讓不同教學地點(含 PBL 分組)的教師了解該教學課程的教育目的、評量方法，醫學系定期舉辦教師共識營和稽核活動。除此之外，醫學院院長、系主任會定期追蹤各學科之教學成果，以及討論三家主要教學醫院之整合策略。主要教學醫院之教學負責人訪談當中發現，主要教學醫院完全配合醫學系之行政要求，以完成醫學系的教育使命。如此之整合模式雖可達到教學與評量的一致性，但是若能透過更彈性的整合機制，使各教學醫院能在異中求同、同中求異，則更能發揮各個教學地點或教學醫院的教學特色。整體而言，醫學系已經透過適當的機制整合了各教學地點之學科教師的教學功能。

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。

發現：

1. 實習醫學生訓練計畫由醫學系訂定共同的教育目的，並於三家主要教學臨床實習聯合教育委員會討論作成決議，其臨床實習課程分為實習醫學生(Clerk 1)共 19 週，包括核心內科 9 週(含跨領域人文反思 1 週)、核心外科 9 週(含每週 2 小時共 18 小時之醫學倫理案例討論)，三家主要教學醫院實習醫學生使用共通的線上臨床教育系統 e-portfolio 2.0 及評估表單，進行臨床實習作業與評量。
2. 依據書面資料及訪談發現，萬芳醫院與雙和醫院兩家附屬醫院之醫學生五年級核心內科之課程設計、時間規劃安排，以及醫學生參與病人照顧模式比較相似，而附設醫院則與萬芳醫院及雙和醫院之課程規劃與進行方式不太一致，例如核心內科期間之人文反思課程實施，在萬芳醫院及雙和醫院是獨立一週規劃，而附設醫院則未規劃獨立一週進行，其課程內容安排運作方式也不同。此外，實習醫學生(Clerk 1)須完成之 6 項核心教案，在附設醫院是由病房主任分配指派，萬芳醫院及雙和醫院則由各科別主治醫師分配帶領。而學生須完成這 6 項核心個案，與 Clerks 所輪訓臨床實習之主負責照顧病人的案例，常遭遇無法吻合一致之困難。綜合上述，醫學生在三家附設與附屬醫院教育經驗的等同性存在有差異。
3. 醫學系針對教學評量部分，多著重於檢視學生回饋及辦理課程稽核活動，讓

負責教師了解課程進行及學生滿意度狀況，作為課程規劃參考。在學生評量的等效性部分，醫學系說明與教學醫院相關之三項課程皆有相同評量表單，以及回收評量表單後會調整分數計算基準，以評量三家附設與附屬教學醫院的醫學生，但是對其合格的標準並無清楚的說明與規劃。醫學系有針對不同教學地點的評分標準舉辦共識活動，但是對不同學習地點臨床實習的評量結果是否達等效性，並沒有作定期的分析、檢討與改善。婦產科、小兒科於108 年 7 月 24 日的八院聯合會議決議，各院除了原有評核方式外，新增加評量工具(mini-CEX、DOPS)，婦產科與小兒學科主任也將再確認評量次數，並修訂於訓練計畫。醫學系婦產科與小兒實習是分散在八家教學醫院進行，除了統一評量方式外，三家主要教學醫院及五家合作醫院之指導教師是否完全了解此兩門必修科的評量標準和及格標準，尚待持續追蹤。

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：

醫學系透過實習事務「MY2 線上系統」等方式，讓醫學生能得到教務或學務需求相關照顧及支援服務。醫學系與其各實習醫院均簽訂有實習合約書，合約書內容符合教育部訂定之《大專院校辦理醫學生臨床實習原則》，合約書內容包含意外保險、疫苗接種、教學方式、健康照顧等。醫學系主任及臨床副系主任有定期至合作醫院與實習醫學生座談。另外，醫學系有提供線上辦理服務(休退學、學生證、學生選課、役期折減)，其中之學生休退學辦理，倘因實習地點不便時，亦可委託醫學系辦代為處理，醫學系會寄發休學證書或修業證明給予學生。醫學系亦建置學生學習系統提供學生線上查詢修課資訊、個人學業成績及列印在學證明及線上申請成績單及相關證明書。醫學系醫學生於不同實習場所遭致意外或疾病時，學校可提供健康諮詢及協助，讓不同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。

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：

臺北醫學大學訂有《臺北醫學大學學則，》醫學系依照教育部規定，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。醫學系(含臨床訓練)之修業年限為六年，得延長修業年限，以二年為限。倘因懷孕、生產或撫育三歲以下幼兒(持相關證明)或因遭逢教育部認定之重大災害，得視實際需求延長修業年限。於規定修業期限內，學生學業成績累計二次或連續二次不及格科目之學分數達到每學期總學分數 1/2，予以退學，而修業期限屆滿時，仍未修足學系規定應修科目與學分者以退學辦理。醫學系 102-107 學年期間共 26 位醫學生未能於最長修業期限內取得醫學學士學位，其中 16 位為志趣不合/轉學、1 人因為學業成績未達畢業標準、8 位因為休學逾期未復學、1 位逾期未註冊。

準則判定：符合

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

發現：

1. 醫學系建立多元評量醫學生學習成效的制度，評量形式包括形成性(formative)或總結性(summative)評量。評量方式包含筆試、書面報告、口頭報告、實務操作、Zuvio 評核、PBL 評量、TBL 前後測、iRAT 與 gRAT，以及臨床操作 mini-CEX、DOPS 與 OSCE 等，評量內容包括量性評量和質性回饋。
2. 醫學系亦制定多元評量相關進行的頻率、施作制度、人員、分數之使用等，醫學系針對評量結果定期分析與檢討，但是少見到對評量工具有定期檢討(例如八個教學醫院是在 108 年方加入增加 mini-CEX、DOPS 評量工具的要求)。學校與醫學系對教師提供訓練，使學科主任、課程負責人及負責課程規劃與評量的教師具備評量的能力。實地訪視發現，e-portfolio 2.0 系統中有許多表單教師並未即時完成評量；而在質性回饋的內容多使用罐頭式的回饋文字，比較少見到指導教師給予可以幫助學生改善的 Specific 回饋意見。
3. 臨床科部實習部分，19 週核心實習分數計算包含(1)Primary care 50%(有完成即可拿 45%，其餘為加分)、(2)紙筆測驗 30%、(3)教學部 20%(10 分教學部、10 分 e-portfolio)，65 週進階實習分數計算包含(1)考核表 80%、(2)教學部 20%(10 分教學部、10 分 e-portfolio)。實地訪視發現所謂的 Primary Care 是指

有完成核心內科 8 項核心案例照護(其中含 6 項必要核心案例和 2 項其他自選案例)；核心外科有完成 9 項主訴項目之案例照護(其中含 6 項必要核心案例和 3 項其他自選案例)，並上傳到教學系統，即可以拿到分數；而且考核仍主要以考核知識的紙筆測驗、護照完成度和醫院教學部的行政配合度為主。如此的成績評量標準會引導學生誤以為醫院是有病人與案例的課室，而學生在醫院最主要的任務是收集足夠或更多的臨床案例，以及去上更多的與核心主訴相關的課程。實際訪視與訪談當中發現，學生把醫院、或專科單位、或病房當作是可以收集到案例的場域，學生未能真正融入團隊當中，擔任一線照顧者的角色。考試引導教學，如果制度未能適當地將一線臨床照護的表現融入評分標準當中，可能會誤導學生將病人或案例視為學習的材料或資源而已，難以強化其專業認同感。

4. 醫學系於 Clerk 1 和 Clerk2 共舉辦兩次 OSCE 模擬測驗。實地訪視當中發現，學生應該於內科、外科實習的時段，會被醫學系要求離開所屬醫療團隊集中去上婦產科 OSCE 的複習課程。OSCE 評量固然很重要，但應盡量不要影響臨床經驗學習。

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。

發現：

1. 醫學系依校既定之教育目標及目的，訂定醫學生學習後之核心能力有培養思辨能力與倫理價值、精進醫學知識熟悉臨床技能、善用資訊管理、提升溝通能力、養成創新與研究等。校方設有教學獎勵指標及作業細則，以及提升教師教學表現暨課程品質發展獎勵辦法，以鼓勵教師教學精進，亦依據教學暨課程評量實施辦法對於教學評量未達 3.5 分之教師，進行輔導追蹤。其中 TBL 被醫學系訂為特色教學之一，醫學系在二~四年級分年級採用 PBL 小組討論、TBL 導向式教學、CBL 課程教學，希望達成主動學習與獨立學習的規劃，並揚棄過往單一大班課堂上課的情形。
2. 醫學系於 101 學年度開始進行 PBL 教學，以培養學生主動、獨立學習與終身學習的能力。為加強學生團隊學習、臨床推理，部分 PBL 教學進階改成 TBL(Team-based learning) 教學(三下~四上，107 學年度開始)與 CBL(Case-based learning)教學(四下，105 學年度開始)。PBL 小組討論為一獨立的課程，醫學系規劃此課程的原則為先上基礎醫學相關的課程，然後在下學期的 PBL

小組討論課，再以臨床情境教案切入引導學生學習與其相關的內容，如二下的第一階段整合課程是以解剖學和生理學為主，而二下的 PBL 課程為學習二上開課的微生物免疫學相關的內容，三上的 PBL 課程是學習解剖與生理的相關內容。如此的課程規劃，在基礎醫學知識學習乘載量重時，對達成 PBL 課程目的的影響為何，宜慎重評估。

3. PBL 教案均由臨床情境切入所要帶出學生學習的內容，但所用的情境及引出的學習主題是否適合學生的學習階段，宜再慎重檢視。如二年級上學期生化課程的 PBL 教案所提供的臨床情境太過複雜，大部分是學生未曾學習過的臨床醫學內容。各年級 PBL 教案有一個普遍的現象，即是學習的目標過多。觀察 PBL 小組討論及實際與學生訪談，顯示學生是以分配學習目標的模式進行資料查詢，在小組討論時，學生與教師均以「報告」稱呼學生針對尋找內容進行的討論。實際觀察幾組 PBL 小組課程的進行，亦見到學生以整理好的 PPT 或 word 檔案（事先已提供給小組成員）報告所準備的主題，幾乎不見相互討論或補充，均是盯著電腦看，學生之間很少有 eye contact。學生共同的反應為 PBL 度過就好、應付應付。
4. PBL 教案學習目標的陳述方式不一致，有的用不完整的句子陳述、有的用問句（如：基因突變與疾病的關係有沒有更加確定 PKU 基因缺陷的方法）。學習目標的陳述不明確，影響 tutor 或學生了解學習目標的學習範疇與深度。此外，發送第一頁及第二頁的教案資料後，同學們會在課堂時間上網查詢與教案相關的資料，如此做法導致學生們的互動及討論減少了。
5. PBL 小組討論課程是隨機分組，課程的評分是教師的評分佔 90%，學生個人作業佔 10%，小組作業為用以加分。教師評的成績送到醫學系上後，會經過校正， 但無法得知校正的基礎是什麼，及如何校正；教師及學生也都不知道系上是如何校正這個分數。
6. PBL 教案是以英文寫作，但看到多處文法錯誤或陳述的語意不易明瞭。經實際瞭解，PBL 教案完成後並不會交給諳熟英文的人士修改。而初帶 PBL 小組討論的教師對於不太參與討論的學生有些困擾，不太知道要如何處理。
7. 醫學系根據分析 105-107 年雇主滿意度問卷，發現需強化的能力有較高比例是「責任及紀律、問題解決及團隊合作」，因而決定自 107 學年度開始以 TBL 教學方式取代部份 PBL 課程。TBL 是利用一間大實驗室進行 (病理組織藥理的實驗室)，學生分成 4 個大組各在實驗室的一個角落進行活動，所挑選到的小組及該小組的一位學生要上台報告該組所製作的 concept map (概念圖)。每一大組的學生人數約有 40 名，相近兩個實驗室角落的組別因而會聽到別組學

生報告和私下討論的聲音，會有相互的干擾。 所繪製的 concept map 因為內容較多，在螢幕上所顯示的字體過小不太容易看到內容，學生報告完後也沒有較多的提問討論。而授課教師亦發現學生對於繪製 concept map 有些困難，需要給予較多的介入與協助。學生於晤談中也反應 TBL 要花太多的時間畫 concept map。

8. 大體解剖實驗課程與過往一樣，仍然是 20 位醫學生向大體教師學習，但與醫學生晤談發現，醫學生對於此項學習亦不置可否，也樂於不需過度動手學習。醫學系希望藉由互動式解剖軟體，以增進醫學生實際操作之能力，但如何呈現學習成效，以及加強、增進醫學生的使用與滿意度，宜再考量。
9. 「與時俱進的教學方法」在臨床方面之課程包括：醫學倫理與法律特論、跨領域人文反思、iOSCE 等，經實地訪視及訪談，上述醫學系認定之特色教學之參與教師侷限於少數教學負責人，較無擴至大多數教師，而各科教學負責人及第一線教師並未充分了解「與時俱進教學方法」的教育目標或目的，及其實務應用。

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。

發現：

1. 教學醫院教學部於網站公告「實習醫學臨床實習指引」，並規範教學負責人會議宣達實習醫學生之臨床實習實施原則，經實地訪視及訪談查證，主要科別教學負責人比較清楚「實習醫學生臨床實習指引」及其實地應用的臨床學習準則，然而第一線臨床教師，尤其無教職的臨床教師，對臨床實習指引、準則與實地運作制度較不清楚。此外，學校訂有《實習醫學生導師制作業規範》，規範導師每月與學生定期面談，但真正落實之比例尚未達理想。同時學生在輪訓各科臨床實習，並無由輪訓科別臨床教師在課程中或結束前給予及時導師支持回饋。
2. 每位醫學生之內科核心實習和進階實習會在同一家附設或附屬醫院進行，外科實習亦然。初階實習部分，學生概分為三大組，每組在三家主要教學醫院(附設醫院、雙和醫院、萬芳醫院)輪轉其二，例如某組在萬芳醫院進行內科實習、在雙和醫院進行外科實習。醫學系規範每位醫學生於核心內科須完成 8 項核心案例照護，其中含 6 項必要核心案例和 2 項其他自選案例；核心外科須完成 9 項主訴項目之案例照護，其中必須完成 6 項必要核心案例和 3 項其

他自選案例。實地訪談和訪視發現，每位醫學生被分別到各次專科的實習期間不同，例如 A 生在胸腔外科實習兩週、整形外科實習一週，而 B 生在整形外科實習兩週、胸腔外科一週；雖然是由指導教師視收集案例需要指派學生至各專科，但學校所排定之各科輪轉時間卻是在學期初已經排定，訪談時學生也表示不能彈性更動。如此安排可能是考慮各次專科的教學資源，而非考量醫學生的學習需求，即使在同一家實習醫院也未能符合學習經驗的等同性及「以學生為中心」的課程規劃理念。而以收集核心案例為目的的實習安排，容易誤導學生只看「病」而不看「病人」，難落實以「病人為中心」的全人照護課程設計理念。

3. 北醫大醫學生之臨床實習主要是在三家附設與附屬醫院中進行，其中雙和醫院規模最大，而過去兩年在主治醫師的增聘和住院醫師的招收也有明顯的改善；但是在萬芳醫院和附設醫院主治醫師的增聘和住院醫師的招募則未有明顯的成長，雙和醫院的住院醫師和臨床研究員之總數由 105 年之 77 名增加至 124 名、附設醫院由 94 名增加至 98 名、萬芳由 92 名增加至 96 名。北醫大醫學系每屆約 140~105 名醫學生平均分配在三家附設與附屬醫院實習，附設醫院除接受北醫大醫學生臨床教育外，亦接受他校實習醫學生，其中以附設醫院之內科與外科接受外校實習醫學生為最多。實地訪視中發現，附設醫院之部分實習醫學生被安排在沒有住院醫師指導的團隊，而是由專科護理師直接指導實習醫學生。106 年追蹤訪視時發現之「應有足夠數量之住院醫師擔任指導老師」的問題並未明顯改善。
4. 學生臨床實習 19 週核心實習分數計算包含(1)Primary care 50%(有完成即可拿 45%，其餘為加分)、(2)紙筆測驗 30%、(3)教學部 20%(10 分教學部、10 分 e-portfolio)，65 週進階實習分數計算包含(1)考核表 80%、(2)教學部 20%(10 分教學部、10 分 e-portfolio)。訪視發現所謂的 Primary Care 是指有完成核心內科 8 項核心案例照護(其中含 6 項必要核心案例和 2 項其他自選案例)；核心外科有完成 9 項主訴項目之案例照護(其中含 6 項必要核心案例和 3 項其他自選案例)，並上傳到教學系統，即可以拿到分數；而且考核仍主要以考核知識的紙筆測驗、護照完成度和醫院教學部的行政配合度為主。如此的成績評量標準會引導學生誤以為醫院是有病人與案例的課室，而學生在醫院最主要的任務是收集足夠或更多的臨床案例，以及去上更多的與核心主訴相關的課程。實際訪視與訪談當中發現，學生把醫院、或專科單位、或病房當作是可以收集到案例的場域，學生未能真正融入團隊當中，擔任一線照顧者的角色。考試引導教學，如果制度未能適當地將一線臨床照護的表現融入評分標準當中，

可能會誤導學生將病人或案例視為學習的材料或資源而已，難以強化其專業認同感。

5. 醫學系於 Clerk 1 和 Clerk2 共舉辦兩次 OSCE 模擬測驗。訪視當中發現，學生應該於內科、外科實習的時段，會被醫學系要求離開所屬醫療團隊集中去上婦產科 OSCE 的複習課程。

準則判定：部分符合

2.2.2 醫學生之評量

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

發現：

1. 北醫大醫學系採用多種評量方式來評量醫學系學生在醫學人文、基礎醫學、臨床實習時的知識、技能、行為和態度的表現，其中包括 (1)筆試測驗、(2)技術操作評量、(3)PBL、TBL、CBL 小組報告、(4)參訪心得、反思心得與讀書報告、(5)臨床實習之 mini-CEX、DOPS、CbD、OSCE 等評量方式。課程評量工具有依照各課程需求而訂定之，以促進醫學生的自主學習，例如在體驗式課程的 Rubric 評量表、通識跨領域「完全自主學習課程」及半自主學習課程(N+2)中的「主題觀察作業」、TBL 課程中每個教案進行個人(iRAT)與團體(gRAT)前測和概念構圖繪製及 mini-CEX、DOPS、CbD 等評量作法均有助於促進該系醫學生反思及自主學習。醫學系的授課進度表系統有明示各課程的「評量工具、考試方式和頻率，以促成課程目標（goals）/目的（objectives）、過程和預期成果的達成」。
2. 經實地訪視發現，少數醫學生及住院醫師在臨床實習表現不符合專業素養的態度及行為，例如缺席、遲到、服裝不整等，醫學系須建立適當的評量系統，以查核、評量醫學生的知識、技能、行為和態度，教師也須依學生態度表現主動介入指正，共同分擔評量專業素養的學習成效。同時依資料顯示，臨床教師對學生臨床實習執行雙向評估回饋，大多是制式回覆，不夠具體及特定性，未依學生臨床表現，特別是待指正的專業態度的行為給予適當的指正回饋。
3. 此外，於 Clerk1 核心內科、外科實習結束後，執行 OSCE 模擬測驗評量基本臨床技能，並於 Clerk2 再次執行 OSCE 模擬測驗，評量基本臨床技能、病情

解釋、病人衛教、病史詢問、診療決策等。但此兩次 OSCE 測驗是屬於形式評量(formative assessment)性質目的，不列入學科成績列為總結性評量(summative assessment) 性質目的，是否考量列為臨床技能課程或臨床實習之成績比例以促進評量引發學習之教育成效，有待醫學系與醫院討論建立共識。

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。

發現：

1. 北醫大醫學系已建置即時性的成績查詢系統(學生學習系統/我的學習/成績查詢)，學生可透過學習系統進行成績查詢，教師亦可即時反應醫學生之學習成果，讓醫學生表現不佳時有足夠時間進行補救。學校對於學習成效不佳的學生制定有「學習預警制度」，其中包含期初預警及期中預警，並有「預警、輔導及追蹤」機制；然，醫學系所提供之各屆醫學生畢業率卻有下降情況，107 學年度六年制醫學系學生畢業率只有 88.05%，其中 7 位學生因為多科基礎課程未能及格，以致於無法如期進入臨床實習以及畢業。醫學系宜重新檢視「預警、輔導及追蹤」的成效。
2. 在 TBL 課程進行中，學生接受個人及組別評量後，指導教師亦於一週內給予正式的回饋，以便醫學生有足夠的時間進行補救；醫學人文課程則於反饋報告後，反應學生之學習成果，以便醫學生表現不佳時，有足夠時間進行補救。然而，關於 PBL 課程卻無說明如何回饋，僅以課堂發言與討論情形作為主要評分依據，未明確見到各 tutor 於小組討論之際或之後，進行回饋。
3. 臨床實習課程雖規劃有 mini-CEX、DOPS、CbD 等評量方式以評量醫學生的學習成效與臨床表現，但並無呈現結構式形成性評量（structured formative assessment），教師之質性回饋偏少。且所有的實習輪訓課程均以兩週為一單位，而實習第二週的週五（即實習的第 10 天）即進行 mini-CEX、DOPS、CbD 等評量，其評量時間點和評量頻率的適切性應再重新檢討與規劃。醫學系新建置「電子化學習歷程檔案」系統 (簡稱 e-portfolio)可提供醫學生與教老師雙向溝通。然訪視過程發現，教師與學生對該系統的操作和查詢並不熟悉，對每位學生是否有完成核心內科 8 項核心案例照護和核心外科 9 項主訴項目之案例照護，仍需由行政管理者後台追蹤並通知學生，指導教師難即時檢視

每位學員的進度。此外，實地訪談臨床實習醫學生發現，有的科別學生僅有書寫 progression note，自己照顧的病患沒有寫 admission note，在 e-portfolio 雙向回饋系統平台，教師也有未完成、未能即時給予回饋的情況，有些科別是在課程結束或最後一天才進行評量回饋，可能無法及時改善學生的問題。檢閱臨床教師對學生臨床實習執行雙向評估回饋，顯示大多是制式回覆，不夠具體及特定性，未依據學生臨床表現，特別是待指正的專業態度的行為，給予適當的指正回饋。

4. 訪談醫學生的病患病史詢問，有些學生會從主訴直接跳至影像檢查，忽略了身體診察(理學檢查)及臨床思路(clinical reasoning)的重要性。尤其，醫學系與附設醫院院方在推行「結構化病歷」，雖可節省寫作病歷的時間，但訪談醫學師與住院醫師，並觀摩實際操作情形，醫學生及住院醫師可以利用病歷模板範本(template)很快勾選 checklist，就完成並產生一份病歷，但對整個病患病情的臨床思路(clinical reasoning)途徑及科學邏輯訓練，就醫學教育觀點來看，其實是要深思的。

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：

醫學系制定有一套評量系統，稱作「my2TMU」，其中包含「學生學習系統」平台和「電子化學習歷程檔案」系統 (e-portfolio)，讓醫學生能及時了解其在課程和臨床實習的表現。課程或臨床實習結束後的四至六週內，學科或實習單位會提供學生期末成績，供學生查詢總結評量成績。醫學系之課程及臨床實習之評量有包含「形成性評量」 (formative assessment)和「總結性評量」(summative assessment)。 形成性評量包括小考、筆試、小組討論、小組報告、參訪活動、反思心得、跑檯、實作等，通常在考試後一週內學生會知道其形成性評量成績 ；而學校有規定於課程結束或實習結束兩週內要繳交總結性評量成績。醫學系之臨床實習課程每科皆規劃有 mini-CEX、DOPS、CbD 等形成性評量，實習課程結束時各科規劃有總結性評量(例如筆試和考核表)，並且於於 Clerk1 核心內、外科實習結束後，執行 OSCE 模擬測驗評量基本臨床技能；Clerk2 再次執行 OSCE 模擬測驗，評量醫學生基本臨床技能、病情解釋、病人

衛教、病史詢問、診療決策等。

準則判定：符合

2.2.2.3 評量醫學生必修的醫學人文、基礎醫學和臨床實習的表現，除了知識領域，應包含以敘述方式描述其技能、行為和態度。

發現：

1. 北醫大醫學系對醫學生於各課程和臨床實習表現除了量性的評量，也有質性的敘述。質性的描述含括技能、行為和態度等三方面。 其中在醫學人文、基礎醫學等課程評量，許多課程僅依 Rubric 評分表，提供 5 (優或非常滿意)、4 (佳或滿意)、3 (可或普通)、2 (待加強或不滿意)、1 (劣或非常不滿意)的量化評估，描述性、質性或對技能、行為和態度的評估較少，或教師只有簡略之回饋。
2. 訪視中發現，人文通識教育的質性敘述回饋內容較豐富且適切，然 PBL/TBL/CBL 和臨床實習的敘述性評量和回饋相對簡略。其中 PBL、TBL、CBL 等三類課程的課程理念不同，不同的教學策略和方法其所要達成的教育目標、技能、行為和態度應屬不同，但是對照其所使用之評分表和評量尺標卻完全相同。此外，授課教師在 PBL/TBL/CBL 對學生進行之質性敘述回饋略顯簡略，且多屬罐頭式文字串，較難幫助學生從中修正調整其自我學習的面向。檢視 PBL 課程資料，目前 tutor 在 PBL 課程僅以學生發言與討論情形作為主要評分依據，未明確見到各 tutor 於小組討論之際或之後，進行回饋或以敘述方式描述個別學生之知識、技能和態度等學習成效與成果。
3. 臨床實習評量包含 mini-CEX、DOPS、CbD、考核表、門住手術教學紀錄單、雙向回饋系統(e-portfolio 2.0 系統平台)和學期 OSCE 測驗等，各式的工具內容皆有提供學生質性敘述性回饋的功能，但同樣是質性敘述回饋略顯簡略，且多屬罐頭式文字串。實地晤談學生、教師與醫師，師生建議評量次數宜適量，以免造成過度負荷影響評量目的，且評量種類也須依照內、外科系之特性來優先考量選擇評量方式，以符合臨床教育與評量目標。檢視醫學系新建置之 e-portfolio 系統，雖可紀錄核心內科案例照護和核心外科主訴項目案例之達成情形，但卻無法顯現每位醫學生能力里程碑/EPA 的達成狀況和其學習落差。

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：

1. 臨床實習評量包含 mini-CEX、DOPS、CbD、考核表、門住手術教學紀錄單、雙向回饋系統(e-portfolio 2.0 系統平台)和學期 OSCE 測驗等，各式的工具內容皆有提供學生質性敘述性回饋的功能。此外，於不同的實習階段亦有 GOSCE 或 OSCE 評量，評量的內容與工具多元性，而其中的 iOSCE 能整合電子資源具有創新性。不過，質性敘述回饋略顯簡略，且多屬罐頭式文字串，恐無法呈現醫學生在直接觀察下所展現核心臨床技能、行為和態度
2. 學校新開發的臨床實習學生電子化個人歷程檔案 e-portfolio，能以「學習者」為中心，透過將歷程檔案完整紀錄，可以達到考核追蹤與雙向回饋的目的。臨床教育 e-portfolio 平臺為新開發之平台，訪視當中發現部分學生和教師對此系統使用的熟悉度略顯不足，需要靠行政同仁的協助才可完成。
3. 學校透過教學性的 OSCE 來培養醫學生的核心能力，訓練醫學生的技能操作、醫病人溝通、衛教、病情解釋的能力，立意良好，也受到醫學生的肯定與喜愛。訪視當中，某教學醫院安排醫學系於日常的床邊實習時段，集中前往參加婦科的 OSCE 主題複習教學，而參加該教學活動的醫學生並非在婦科實習，而是在其他必修實習科別實習，而教授的內容為問診技巧與婦產科的實習內容有重複性。於必修科別的常規實習時間將學生抽離去做大堂的課室教學，恐影響醫學生在該輪訓科別的實習，以及團隊為基礎的臨床實習設計理念。

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。

發現：

1. 醫學系為 19 週內、外科核心課程和 65 週進階實習課程訂定課程目標，以 ACGME 所建議之六大核心能力為主軸。核心內科須完成 8 項核心案例照護(其中含 6 項必要核心案例和 2 項其他自選案例)，核心外科須完成 9 項主訴項目之案例照護(其中含 6 項必要核心案例和 3 項其他自選案例)。進階實習課程則是以身體檢查、症狀或徵候、病態或疾病、影像判讀、實驗診斷技巧為主。
2. 每位學生的兩階段臨床實習課程(以內科為例)雖然都規劃在同一家教學醫院進行，但是除了照顧床數、夜間/過夜實習之區別外，並沒有在訓練計畫中明確

釐清「逐步展現之各階段能力」。而 e-portfolio 電子歷程中，並未見到有明確之能力里程碑或 EPA 之描述。醫學系之實習課程僅有就技能與技能部分描述核心實習課程應達到之 Level 1-Level 2；進階實習課程應達到 Level 2-Level 3，但是並沒有見到有針對醫學生畢業前需達成之八十項核心技能做階段性、持續性的追蹤，而 e-portfolio 雖有記載醫學生的學習經歷，但是並沒有呈現醫學生在各項能力的時序性變化和 Clerk 1 到 Clerk 2 的階段性逐步成長。

準則判定：部分符合

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

發現：

1. 醫學系運用 PBL、TBL 和 CBL 以訓練醫學生解決問題、臨床推理、決策和溝通的能力。PBL/TBL 成績評量包括討論成績和書面報告成績，每個教案均有一份評分表，評量醫學生在該教案兩週的表現。然，PBL 和 TBL 為不同的教育目的和教學方式，兩種不同課程規劃的教學模式所使用之評量表卻完全相同。此外，目前在 PBL 課程僅以學生發言與討論情形作為主要評分依據，未明確見到各 tutor 於小組討論之際或之後，進行回饋或以敘述方式描述個別學生之知識、技能和態度等學習成效與成果。
2. 醫學系規劃核心及進階臨床實習課程，以訓練醫學生照顧病人之能力，讓醫學生於照顧病人當中學習如何解決臨床問題與溝通技巧，同時訓練其臨床推理能力。醫學系運用 mini-CEX、DOPS、CbD、OSCE 和 iOSCE 等評量方式來評量醫學生於門診、住診時之問診、身體診察、操作技能能力，而該校特別設計規劃之整合式客觀結構性臨床評量 iOSCE (i = informative、integrated、investigated、innovative)是課程亦是評量方式，該課程運用真實臨床案例之檢驗和影像數據訓練醫學生之臨床思路，並且運用考官和標準化病人對學生進行評量與回饋，課程與評量方式具有創新性。
3. 醫學系針對不同年級安排不同的評量方式，其中包括三年級之「一般醫學概論」之病歷書寫、四年級下學期之 4 項臨床操作技能評量，五年級之 iOSCE 課程與評量，核心內、外科實習後之 OSCE 模擬測驗，實習結束後之高階 OSCE 模擬考試等。然而，訪視當中發現附設醫院引用「結構化病歷」，結構化病歷雖然可以減少病歷寫作時間，但是影響醫學生的臨床推理和鑑別診斷的學習；另在雙和醫院的訪視中發現，醫院為了配合不同評鑑要求，置入許多套版式的病歷模板，例如現在用藥史會自動連結該病患之門診用藥，但

是卻沒有勾選，由於病歷結構化使學生誤認為現在用藥史是該病患未來的用藥計畫，但是指導教師並未針對該錯誤給予評量與指正。實際與醫學生訪談，臨床實習醫學生在報告病例及病歷寫作方面，其臨床推理、問題解決、醫病共享決策及溝通能力尚待加強，例如疾病的危險因子評估、系統性思考以分析問題及解決方案、運用檢驗及檢查來了解病因、進而選擇治療方法、了解病人心理及家庭社會與文化對病人的影響、建立全人醫療照護的概念及溝通模式等。

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。

發現：

1. 醫學系定義「醫師的一般醫學特質和能力」為具備同理心能關懷病人與社會的能力、具備紮實的醫學知識以及具備臨床技能操作的能力、具備跨領域人際溝通及協調合作的能力、具備數據分析與資源管理以及適應國際職場的能力、具備發掘問題並能創新尋求解決的能力，並訂有評核之標準。
2. 醫學系運用問題導向學習(PBL)、小組討論及個案討論等教學方式培養醫學生的「自主學習」，並且將自主學習、半自主學習與彈性學制作為醫學系重要的發展方向。完全自主學習課程與半自主學習(又稱 N+2)課程立意良好，但是參與該課程與完成的學生比例有限，該課程彈性大，但學分的認定是由教師群認定，其認定的標準與評核的標準主觀性大。另外，「初階臨床體驗課程(一)~(六)」選修課程目的在協助學生形塑醫師專業角色認同(Professional Identity Formation)，發展醫師職業原則(專業素養)及建立長期互助支持系統，但是多由學生啟動，且學生流失率高，學生流失後教師也不能再指導其他的學生。其評核方式為學生必須交雙週雜記，其精神類似 On Doctoring，但是在執行面略顯鬆散。醫學系引進 PBL 教學多年，其目的為培育學生主動學習、獨立學習與終身學習的能力，但目前的課程設計、教案編寫及執行方式內容需符合該年級醫學生的學習狀況、知識承載度以及預計之學習內容，避免成為單純鑑別診斷的學習，因此需要有更完善的課程內容規劃與檢核，以確保醫學生能獲得良好能力，達成醫學教育目的。另在一年級下學期開設「基礎醫學總論」，原為兩學分選修課，在 107 學年改為 1 學分的選修課。會議紀

錄上記載此課是為大一學生提前做國考相關的準備，而自評報告說明此課程「主要在進行基礎醫學課程簡介與說明學習要點」，醫學系需確認開設此課程的目的及需要性。

3. 107 學年起的「多元自主學習計劃(Gap Semester)專案」，縮短同學四年修業年限為三年半，擠出一學期的「Gap Semester」讓部分學生可以前往國外名校學習。但實地訪視發現醫學系將四下的課程空出之規劃為上學期課程不動，下學期整個依年級往前挪，致使整個課程的邏輯順序性混亂。Gap Semester 立意良好，但須更周延考量整個課程的合理性與邏輯性。
4. 醫學系為讓醫學生在第一階段國考有兩次參加考試的機會，將國考必修科目於四年級上學期上完，但壓縮到醫學生其他重要通識、人文選修課程，或其他重要的 hidden curriculum 活動，這些課程對醫師的養成教育相當重要，其適當性宜再評估。

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。

發現：

1. 北醫大醫學系的課程涵蓋通識、醫學人文、基礎醫學和臨床醫學。通識相關課程(一般大一到大四修習)由學校通識教育中心所設計規劃，主要課程(28 學分)分為「必修核心通識課程」及「選修領域課程」，上述必修(12 學分)分類為：1.經典閱讀、2.基礎英文、3.基礎程式設計、4.拇山講座及 5.人工智慧導論。選修共須完成 16 學分，提供 6 種領域，每領域須完成 2 學分。
2. 醫學人文課程主要由醫學系醫學教育暨人文學科規劃開課，其教育與課程設計理念在於培養 1.資訊能力、2.敘事能力、3.跨領域能力及強化、4.決策能力與 5.溝通能力等，上述課程依不同學年完成。課程包括一年級：醫學研究概論、普通心理學；二年級：醫學典範與倫理實踐、醫學資訊暨人工智慧學、醫學與社會：理論與實踐；三年級：醫學史、醫療品質學、實證醫學；四年級：醫療與法律、醫學心理學、醫學倫理專題討論；五年級以上：跨領域人文反思、醫學倫理法律案例、醫病關係與會談技巧等。
3. 基礎醫學的課程架構為：一年級下學期生化學(一)；二年級上學期學習分子生物學、生物化學（二）暨實驗、微生物免疫學暨實驗、寄生蟲學暨實驗、人體解剖與功能概論等；二年級下學期第一階段整合課程以解剖學和生理學為

主，依器官系統安排大堂授課內容 (骨骼肌肉，呼吸循環，消化，神經，泌尿生殖內分泌系統)；三年級上學期分別上大體解剖學、胚胎學、藥理學概論、病理學及實驗；三年級下學期及四年級上學期進入第二階段整合課程「臨床醫學整合課程」，以藥理學與臨床各學科為主，依器官系統安排大堂授課內容，包括三年級下學期：一般醫學概論、外科概論、呼吸循環系統疾病、消化系統疾病及骨骼肌肉系統疾病；四年級上學期：神經系統疾病、內分泌系統疾病、泌尿及男性生殖系統疾病、女性生殖系統疾病及血液淋巴腫瘤系統疾病）。醫學生於四年級上學期結束後，即取得參加第一階段醫師國家考試的資格。另在二年級上下學期及三年級上學期，有以小組論進行方式的 PBL 課程；三年級下學期至四年級上學期有 TBL 課程；以及四年級下學期在教學醫院進行的 CBL 課程。

4. 訪視期間觀察大堂授課學生的出席率約八到九成，多數的學生會使用 ipad 和電腦觀看教師提供的講義或 PPT 檔，少數同學在看共筆，有些同學是直接看教師放映出來的 PPT 檔，也有少數的同學趴在桌上睡覺或是與同學談話或是吃早餐。教師講課的速度不會太快，會以提問或用有顏色的字加強重點，提高學生的注意力。而大體解剖實驗課是醫學系 8 具大體、牙醫學系 4 具大體，醫學系每 20 個學生一組，大部分的學生都圍站在解剖台四周，進行解剖的操作或是觀看解剖的地方，少數學生坐在中間的長條桌翻閱書本。解剖室內放有兩台 VR 裝置，學生可觀看解剖構造，但操作觀看 VR 的空間不大，現場沒有看到有醫學生在使用這套設施。教室兩側各有一個監測甲醛濃度的感應器，顯示器是裝在實驗室外之高牆上，進入解剖室仍可以聞到些許福馬林的味道。
5. 臨床課程於醫學系四年級開始進行授課，四年級之臨床技能課程暨 PBL 案例討論，醫學生於三家附設與附屬醫院輪流學習 45 項臨床技能，如各器官系統之理學檢查、常用之臨床技能，包括導尿管放置、鼻胃管放置、十二導程心電圖操作、子宮頸抹片技術、骨折與石膏固定術、呼吸道處置(呼吸系統評估、氣管內管置放術)等；同時也會學習各種感染控的課程，如防護衣穿脫、手術室無菌技術操作原則等。臨床實習包含核心內、外科臨床實務學習共 19 週，核心能力分為核心案例照護及核心技術，核心內科實習期間，同時「開立跨領域學習及人文反思」課程；進階實習課程共 65 週，實習醫學生進入進階內、外科實習，該階段照顧病人的床數增加外，同時由主治醫師及住院醫師指導下，進行夜間值班學習，學習值班時處理病人臨床突發狀況，增加醫學生解決臨床問題、臨床決策能力。每一階段臨床實習結束前，醫學系均安排一次總結性 OSCE 評量，以了解醫學生是否已完成臨床學習目的，及所需具備之

知識、技能及態度

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：

北醫大通識教育強調跨領域、創意、實作及反思寫作，教學方法能激發學生學習動機，並融入許多主動學習的空間，在教學方法的創意與努力值得肯定。但通識教育在 106 學年度起開始逐步增加 AI 及創意設計等必修/必選修的要求後，語文類及其他工具性課程佔通識教育 24 個必修/必選修學分的一半，與較具博雅教育知識基礎與核心價值的學分不相上下，架構及比重是否適宜，校方宜再斟酌，以避免混淆了通識教育培養博雅素養的角色定位。在此背景之下，再加上醫學人文課程已有不少強調實作或體驗，整體而言，實作/體驗課程在比例上似乎過高，且部分實作/體驗課程的知識內容與實作關係較鬆散，雖然實作(或體驗)課程有其重要性，但應從學生學習的角度將醫學人文與通識課程一併考量，適度調整。

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。

發現：

1. 醫學系醫學人文課程縱貫五年，強調「自主判斷、體驗參與、以及從實踐中反思」，教學方法創新，以激發學生學習動機，構想良好。在現場簡報中，多次強調該校校歌歌詞中「學好做人方做醫」的精神，惟細看該校醫學系通識人文課程的調整，非常強調創新創業、新科技之學習(例如程式設計、人工智慧等)，且都列為必修或必選修，嚴重壓縮了其他的通識人文之學習時間。鼓勵學生學習新知識、新技能固然重要，但不應壓縮醫學教育中非常重要的通識人文教育，以免只培育出知識技能很強的「醫匠」，而非極具人文素養的「醫師」。
2. 此外，在引進體驗參與時，由於醫學人文比較模糊的教學目標容易被臨床更具體的學習目標掩蓋，醫學人文的學習目標應清楚設定，且有足夠的時數或設計，讓醫學生學習到醫學人文相關的知識基礎或核心價值，讓醫學人文方面的學習目標也成為評量標準的一部份，以確保醫學人文的教育成效。

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。

2.3.5 醫學系的課程必須包括醫學基本原則暨其科學概念。

發現：

醫學系透過基礎科學、基礎及臨床醫學、臨床醫學、臨床實習等四階段科學與醫學課程規劃，以培養數據分析及研究創新能力、基礎及臨床醫學知識、臨床醫學知識及臨床技術技能等，讓醫學生有依據實證與學習經驗培養思辨能力，以及運用知識及技能解決醫學相關的能力，這些課程提供醫學生提出問題、生成假說或假設、收集與分析正確有效資訊或資料、適當運用資訊與做成執行作為等訓練與養成。在二年級上學期有流行病學，三年級下學期有必修的實證醫學課程，另有具特色的活動(clinical based-PBL-EBM learning)，醫學生透過此訓練發表多篇文獻。

準則判定：符合

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

發現：

1. 醫學系的基礎醫學課程安排從一年級下學期到四年級上學期，涵蓋生物化學、解剖學、生理學、微生物免疫學、寄生蟲學、公共衛生學、藥理學、病理學等。部份基礎醫學課程是單科授課，如生物化學、微生物免疫學、寄生蟲學、藥理學概論及病理學；部份基礎醫學課程是以整合課程方式進行，如二年級下學期的「基礎醫學整合課程」，將解剖學(含組織及胚胎學)與生理學依照人體系統進行課程整合；三年級下學期以及四年級上學期施行的「臨床醫學整合課程」，將臨床常見的疾病依照系統與藥理學進行課程整合。
2. 醫學系另開設多門基礎醫學的選修課程，如分子生物技術學、進階寄生蟲學、基因體及蛋白質體學、進階解剖學、進階免疫學、進階藥理學及進階微生物學等。

準則判定：符合

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

發現：

醫學系的實驗或實作課程，包括生物化學實驗、微生物學暨免疫學實驗、寄生蟲學實驗、組織學實驗、大體解剖學實驗、生理學實驗、病理學實驗、藥理學實驗等，加上虛擬實境臨床整合課程、基本臨床技能課程、iOSCE 課程、TRM 課程等實作或模擬課程，讓醫學生有操作性學習經驗。而普通化學實驗、普通生物學實驗、普通物理學實驗及有機化學實驗等為選修實驗課，亦多以學生實務操作進行學習。微免實驗室有新添購顯微鏡，寄生蟲實驗室可以提供學生每人一台顯微鏡，實驗室空間適宜。

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：

醫學系對醫學生的研究能力相當重視，開設必修的「醫學研究概論」與選修的「專題研究」課程，並鼓勵學生到實驗室交換研究或參與雙聯學制，提供碩班與博班逕讀機會。學校也訂定「鼓勵教師指導大專學生參與科技部計畫獎勵辦法」，給予經費支援或提供學生研究經費來源的訊息。此外，醫學系並開設醫師科學家學程，甄選通過後，可於修業期間修讀碩士及博士學位，或依據《學生一貫修讀學士及碩士學位辦法》及各系所學位學程《碩士班預備研究生甄選規定》申請甄選碩士班預備研究生。實際與學生晤談時，發現對於醫學系要培育出什麼樣的醫生，醫 學生最有印象的是研究能力。

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：

醫學系一至四年級的轉譯醫學研究及倫理原則之相關課程開設包含有：一年級下學期的「醫學研究概論」；三年級下學期的「實證醫學」、「醫學品質

學」；四年級下學期的「醫學倫理專題討論」；五年級上學期的「一般醫學臨床教學」一小時的與「醫學倫理法律臨床特論」等，多個課程教授學生研究與學術倫理及轉譯醫學研究相關議題。查閱上述課程的授課主題，較偏重文獻查證、實驗方法、研究設計、論文寫作、病人自主、醫病共享決定與知情同意等方面。然而，實際與醫學生晤談發現，除了對醫學倫理專題討論有印象之外，對於其餘課程均少有印象，故醫學系於此些課程介紹與講解之時，應多與醫學生說明課程與轉譯醫學研究及倫理原則的相關性，並強調與病人照護應用的連結。

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. 北醫大醫學系課程架構秉持著全人照護之教育，並以「病人為中心」之精神，課程包含「人文關懷、服務熱忱」，讓學生了解在醫學知識外仍須照顧到病人及家屬之感受，培養同學專業倫理價值。然而，在通識人文教育課程的安排上卻十分僵化，學校已經幫所有學生選定一些必選的通識課程，除非少數學生有強烈的自主學習動機外，其餘同學的通識範圍極為類似。
2. 臨床上的倫理學習多數仍停留在教室利用標準化的個案互動教學。醫學生在課堂的討論十分熱烈，但對於倫理或是專業素養的培育並沒有在臨床照顧中確實感受到。在醫學生 primary care 的病人病歷記載，不論是 assessment 或是 plan，僅陳述病人相關的急性臨床問題，沒有以病人為中心的全人、全程的討論或記載。有關復健或是臨終照顧等重要觀點，也沒有在病歷上呈現，而臨床教師所修改的病歷部分，同樣著重疾病的治療，包括藥物或是檢查項目。
3. 實地訪視中，臺北癌症中心邱仲峯院長主持安寧緩和療護科的「醫護社心靈跨團隊會議」中有醫師、護理師、藥師、社工、靈性關懷師等跨團隊成員參與討論，讓學生有感受到全人照護的概念。但有些科別的會議與教學中，都太著重影像的判讀，簡單的 history 報告後，就直接影像的 reading 討論，重要的臨床思路或 differential diagnosis 沒有太多討論。
4. 整體而言，醫學生臨床實習的 rotations 仍著重於臨床技能與知識的獲得，在臨床科別的實習並沒有足夠「全人、全程」與「以病人中心」的醫學教育觀點與內涵。

準則判定：部分符合

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. 醫學生有關基層及社區醫療之學習經驗，在校學習期間包括「流行病學」與「環境與社區衛生學」等必修課程；選修課程包括「全球衛生執行及醫療人道援助」 (一年級上學期，2 學分)。學校的相關醫療社團也提供機會，讓醫學生到偏鄉的地區與國外學習。在臨床實習階段，醫學生主要於「家庭醫學科」實習，課程內容包含介紹居家照護、社區醫療等，並實際至社區參與服務、居家訪視及社區健康活動及衛教。然而，醫學生的社區和基層醫療的接觸僅限於在家庭醫學科的兩週實習才有機會參與，時間上並不足夠。同時，整個家醫科的臨床學習範圍遠多於基層和社區醫療，換句話說，醫學生實際能有 hands on 或居家照護的機會較少，僅能在旁觀察主治醫師如何與病人互動。此外，實際訪視發現，其中一家主要教學醫院有進行跨領域人文反思社區課程，提供醫學生參與居家照護學習機會，其滿意度約 4.0-4.3，但是醫學生反映須有更充裕時間安排與規劃，以促進學習效果，而該跨領域人文反思課程模式在另外兩家主要教學醫院並未規劃廣泛實施。
2. 醫學系在各器官系統導向課程中規劃流病、環衛、公衛、社區與老人醫學及相關預防醫學知識、行為及態度，但實地訪視臨床實習執行狀況，教師並未強調預防醫學及老人醫學、長期照護概念以進行臨床教學，學生也尚未確實掌握這些概念應用於實務照顧病人學習(Primary care) 。實際訪視發現，醫學生的急診醫學科的臨床實習中，許多時間仍是停留在會議室的教學，床邊照顧病人或臨床教學的機會較少。附設與附屬醫院的急診部有各種病人前來就診，醫學生到各臨床科實習亦接觸各類的年長病人，但從醫學生病歷的呈現以及與他們的個案討論和互動中發現，幾乎所有醫學生都努力於學會這些急診與老人的疾病，而完全忽略急診與老人臨床照顧的特殊性與專業性。而影像診斷學和實驗診斷學的教學較偏重專科導向，尚未能落實未來執業所需的一般醫學教育目標。

準則判定：部分符合

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：

1. 實習醫學生於各科別門診及病房學習的規劃，列於各科實習醫學生訓練計畫書中，訓練計畫書內容包括門診教學、住診教學、手術教學、急診教學等之實行狀況。附設與附屬醫院教學部會安排教學門診予各科之實習醫學生參與，實習醫學生於臨床科部實習期間至少參加一次教學門診；而一般門診教學於臨床科別實習期間規定至少 1 次/週。住院醫療學習部分，規定實習醫學生之 primary care 數量，安排案例核心課程學習、床邊教學、晨會討論、個案報告等，並規定於當科該完成之教學紀錄上傳至 e-portfolio 系統，以提供各醫院教學部追蹤進度及提報異常落後學生。
2. 實地訪視發現多數各科部臨床教師的住診教學相當認真，與學生互動佳。在一般內科病房看到臨床教師先在電腦前與兩位醫學生、一位 PGY 討論病人相關的臨床問題後，接著帶這三位學員到床邊一起看病人，學員都很認真學習，過程中都有與病人互動。面談的醫學生都表示，早上七點就到醫院，利用晨會前的短暫時間先去看看自己負責的病人，待晨會後與主治醫師共同查房。

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. 醫學系將溝通概念、知識融入通識課程，溝通技巧的教學在進入臨床前就有安排相關課程，例如台語醫學也是學校的一個亮點，溝通技巧訓練安排在臨床階段之『整合性臨床決策思維訓練』(iOSCE) 擬真課程，以及五年級下學期之『團隊資源管理』（Team Resource Management，TRM）情境模擬課程。對於醫學生的評估方面，與其他人員的溝通是否有效也是各種對學員的評估，例如 mini-CEX、DOPS 中的一個項目。然而，各種語言的學習固然重要，但如何與跨文化的病人與家屬溝通，會是醫學生重要的課題，這個面向並未看到學校在臨床實習的階段中有被重視。同樣的，如何與同儕或是其它醫療專業人員溝通也是重要部份。訪視委員參加的許多會議，包括誇領域多科團隊會議當中，並未看到各領域的代表在會議中發表專業看法，發言的皆是主治或是住院醫師，在臨床教學情境偏向對醫學生的單向教學，並未扮演橋樑角

色，促使醫學生與病人及其家屬互動溝通學習，教師並未善用引導帶動討論，促進醫學生與跨領域團隊互動，進行溝通學習。

2. 自評報告所列的課程有的認列為與溝通技巧教導(如英文會話、英文簡報、新聞英文、或 PBL 小組討論課程...等等)，有些牽強，且無「溝通技巧」在該各個課程的評量比率，且僅少數課程有標準化病人實作訓練。

3. 在臨床實習的核心內科 9 週、核心外科 9 週課程中，羅列核心內科 8 項核心案例照護和核心外科 9 項主訴項目之案例照護，學校宜在臨床實習課程中教導醫學生溝通技巧及以病人為中心的「全人醫療」概念，而不是只是學習「疾病(disease)」。在與住院醫師或醫學生訪談時，從醫學生報告自己照顧病患的過程中，可觀察到醫學生偏重 disease 本身和影像學的情況。

準則判定：部分符合

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：

醫學系規劃「生活與民法」課程，以及醫學人文課程教導家庭暴力、性騷擾、性侵害犯罪防治、醫療過失等法律層面議題，讓學生從法律層面，探索暴力事件議題。在醫學生進入臨床前，學校安排一週的職前訓練，課程內容包括家庭暴力、性騷擾、兒少虐待事件評估及處置所寫成的標準教案。在臨床實習階段，急診醫學科安排家庭暴力(Domestic violence)個案討論，精神醫學實習安排病人暴力行為處置教學。於五年級上學期一般醫學臨床教學從 108 學年度起，增加了醫療暴力議題實例介紹，讓同學了解實際現場真實狀況及相關後續處理方式。

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：

目前醫學系課程有培養國內跨文化照護所需要的台語、客語等語言課程，醫學倫理相關課程也有照護外籍病人的相關案例，例如實地訪視「法律與倫理

特論」課程」時，醫學生所討論的案例涉及外籍移工性侵，涵蓋跨文化的議題，但缺乏對於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、疾病和治療的反應之相關課程。

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。

發現：

學校除了一般性地討論性別文化的課程外，也有開設性別與心理健康的課程，帶領醫學生針對病人性別差異所需留意的議題進行討論。然而，檢視相關課程資料，許多課程為醫院所舉辦的演講，較難判斷此類相關課程的教學與學習成效。

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。

發現：

1.課程架構包含典範學習（二年級「醫學典範與倫理實踐」及三年級「醫學史」）、倫理思辯（「醫學倫理專題討論」、「跨領域臨床人文反思」）醫療法律（「醫療與法律」）和醫病理解與溝通（一年級普通心理學及大五醫療心理學到大六「醫病關係與會談技巧」），內容包含醫學倫理、人道價值及溝通技巧，五年級的「醫學倫理法律特論」以個案方式提升同學解決臨床難題的能力，循序漸進培養學生人文價值、倫理素養及溝通技巧，並包含研究倫理及醫師與廠商與同儕間之利益衝突。

2.上述課程進行方式包含課堂學習、小組討論、演講及體驗學習，案例類型多元、上課風氣活潑、內容實用，能培養學生解決醫學倫理難題的能力。

3.評量方式則利用通識學習檔案中的反思日誌、醫學倫理與法律課程的反思作業表單、實習醫學生考核表、住診教學紀錄表，除此之外，並輔以導師生座談、實習醫學生座談及以及 Adverse Event Reporting System (AERS)，能夠從多面向評估學生之倫理知能，並從教師與同儕等面向，透過學習評量尺規等

方式，提供質性回饋。不過 AERS 主要的精神是維護病人安全，是否能有效發現學生違反倫理之行為，有待商榷。

4.倫理相關授課教師包括具有法律、醫學倫理專長之背景，並有師資培訓工作坊、共識會議及期末檢討會議，有助於提升教師之教學能力。

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：

學校將基礎服務學習列為必修課，透過服務學習中心、專屬網站與 App 公布相關資訊；此外，醫學系必修與選修課程融入許多社區機構的參訪體驗，也有多樣化的服務性社團，讓醫學生有機會及早接觸與服務病人或社區，也透過社團補助及競賽等方式，鼓勵與支持服務學習活動。

準則判定：符合

第 3 章　醫學生

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

發現：

醫學系用以評估醫學系申請者之個人特質，係以多元評量工具來進行甄選，包含：(一)書面資料審查、(二)個人面談及團體面談。醫學系招生入學管道多元，包含一般招生(部定名額)及外加名額，並推動全方位審查「個人申請」考生學習歷程檔案，及制定評分標準與評量尺規。招生入學管道多元，目前就讀的學生有一般招生(部定名額)、繁星推薦、弱勢入學、僑生以及重點培育的公費生。校方對於各類入學的醫學生也會就課業表現持續追蹤，發現畢業成績，各管道入學之醫學生之間並無顯著差異。

準則判定：符合

3.1 招生

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

發現：

北醫大醫學系各項招生管道之入學標準、甄選方式與日期、及招生名額等，主要是由「醫學系招生委員會」所審訂，並經校招生委員會通過後，提報大學招生委員會聯合會公佈於各項入學之招生簡章內，並且同時以網路方式公開相關資訊，也透過國內、外招生宣傳，讓有意願申請者及其輔導教師、家長等知悉。醫學系挑選醫學生的標準、政策和選人程序，是依據「臺北醫學大學校招生委員會」以及「醫學系系招生委員會」規章之規定實施，並於每一學年度配合教育部、衛生福利部及大學招生委員會聯合會(招聯會)之相關制度與法規，制定及修訂醫學系招生之招生簡章與挑選醫學生之方式。實地訪視發現北醫大確實依照學校所定的程序執行招生相關事宜。

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：

北醫大設有「校招生委員會」統籌全校各系所招生入學試務工作。醫學系則依【臺北醫學大學醫學院醫學系系招生委員會組織章程】之規定，訂定醫學生招生標準、政策及甄選流程。醫學系招生委員會成員由醫學系系主任擔任主任委員，其餘成員由系主任就基礎及臨床各學科主任圈選任命之，並提至系務會議通過，必要時得邀聘醫學院院長、其他單位主管，如通識教育中心主任、學生輔導中心主任擔任委員。委員會委員任期為二年，連選得連任，且委員會定期開會並進行招生檢討與選才規劃，進行招生改進事宜討論，及實行回饋檢討機制。

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：

醫學系招生簡章對於新生入學之年齡、出生背景、宗教、政治、財務因素、性別、性傾向、性別認同、國籍、種族和特殊疾病等並無限制，僅於招生簡章中的備註欄加註提醒「身心健康狀況會影響學習及照顧病患者，宜慎重考慮」。為求甄試過程與結果達到客觀、公平及公正，學校訂定委員保密與利益迴避協定書，參與招生試務之人員必須遵守利益迴避原則，並簽署「利益迴避書」。為避免委員名單過早公佈，導致外界有不必要或不可預期之干擾，北醫大的招生組及系辦公室會將圈選名單委員於一個月前以電話「個別告知」，並確認該時段圈選委員之行程可以擔任。

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：

醫學系確實獲得校方人力、物力、財務等資源與支援，以協助醫學生之選才，並透過衛生福利部原住民及離島地區醫事人員養成、展翅計畫 A 組(醫、牙、藥學系)、個人申請中低收入戶優先錄取等方式，以增加弱勢學生之入學，經大學入學考試中心登錄有案之低收入戶及中低收入戶考生，予以學費全免優待，

保障其受教權。同時透過國內、外招生宣傳，擴大有意申請入學資格者之多元化背景。

準則判定：符合

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

發現：

醫學系符合教育部規定，並無限制身心障礙考生入學，且自 108 學年度起招生簡章之相關文字改為正面表列之文字，更避免限制性負面觀點與文字敘述。學校學則符合教育部規定亦載明在學之身心障礙學生，得延長修業年限至多四年，也不受學業成績累計二次不及格科目之學分數，以及連續二次不及格科目之學分數達該學期修習學分總數三分之二之成績退學的規定。畢業之規範與一般學生相同，學生修業期滿，修足學校規定科目與學分數，成績均及格者，得由學校發給學位證書。「身心障礙」學生入學後，可依其自身需求提供全面性之協助。目前北醫大醫學系並沒有入學前有身心障礙的身分的學生申請入學。

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：

醫學系於招生簡章中清楚載明醫學系之招生目標：為培養人文關懷、服務熱誠、多元學習、全球視野、領導能力、團隊合作、思辨創新、追求真理的醫學專業人才，並於醫學系網頁的課程資訊載明醫學士學位、學碩一貫學程、醫師科學家學程之雙學位學程的課程要求。學校最新年度行事曆的課程選項及醫學醫學系所提供全部必修課程和臨床實習的資料皆透過網頁提供，醫學生可藉由教務處課務組網頁、醫學系網頁、學生專屬平台網頁系統等多重學校網頁查詢，以獲得完整資訊。其他關於學校生活之特殊要求和限制皆於學校網頁、學則、學生事務處相關辦法與網頁提供與載明，以便醫學生等有志進入醫學系，

或已在學的醫學生瞭解。

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：

1. 醫學系對於訪問醫學生和轉系醫學生皆已訂定相關實施辦法，包括【臺北醫學大學醫學系訪問醫學生實施作業辦法】、【國際學生見習申請標準規範辦理】、【實習醫學生管理標準規範】，轉系醫學生則是依據【臺北醫學大學轉系考試規定】辦理、執行。醫學系接受訪問醫學生的名額與制度，以不影響醫學系醫學生教學資源之前提，且符合拓展師生國際學術交流，以及增進同學的國際視野的目標，透過國際事務處與醫學院等單位統一收件、檢核，再至醫學系進行確認而達成。
2. 轉系醫學生的部分，名額依循教育部規定於醫學系各學年度招收人數中，因學生未報到與退學所生之缺額為限，未含保留入學資格（學籍）、休學或外加名額造成之缺額，故此部分確實符合規定，並無超收之事情。過去幾年每年僅有一~兩名學生轉入醫學系二年級。

準則判定：符合

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

發現：

依據【臺北醫學大學轉系考試規定】，其一年級學業成績總平均在 82 分以上者，以及轉醫學系者，不得降轉之規定，經由筆試(英文、普通化學、普通生物學)及面試，按招生名額，依筆試佔 70%及面試佔 30%合算之總成績高低順序，由招生委員會決定最低錄取標準。有意願轉入醫學系之學生必須通過轉系考試及面談。北醫大依據上述規定確實執行，且過去幾年過去幾年每年僅有一~兩名學生轉入醫二年級，未錄取轉系生進入醫學系三年級及四年級之課程。轉系生畢業後均能順利考取醫師執照，經醫學系歷年統計分析結果發現，轉入學生之學業表現及國考通過率，皆優於醫學系一般招生管道入學之醫學生。

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。

發現：

1.醫學系對於訪問醫學生的資格與管理，係由學校國際事務處、醫學院系辦公室及三家主要教學醫院教學部依標準及流程進行，透過國際事務處為主要收件窗口，醫學院進行資格確認，並媒合三家主要教學醫院教學部與單位，並妥善管理其相關檔案，包含：申請表、學生證影本、成績單、研習計畫書、院長推薦信、個人簡歷、有效護照影本、證件照片、保險證明、近三個月內健康紀錄、疫苗接種紀錄、來回航班資訊，甚至語言證明文件與申請者學校之公文等。訪問醫學生學習結束後，醫學系提供該生之學習成效評量攜回原屬學校。

2.根據主要教學醫院【員工健康管理辦法】，訪問醫學生需檢附 3 個月內胸部 X 光檢查、B 型肝炎、麻疹、德國麻疹及水痘抗體反應免疫紀錄單，而後由教學部進行健康追蹤作業。被學校分配見習醫學生的醫院皆訂定相關訪問醫學生的規定，建立並保留訪問醫學生個人檔案，包含健康史、疫苗接種史、傳染性病原體或環境危害暴露史、保險和責任保險記載的檔案。訪視現場檢視佐證資料，三家主要教學醫院都有完整的標準作業規範。

準則判定：符合

3.2.3 自其他醫學系(包括外國醫學系)前來臨床實習和短期訓練的「訪問醫學生」，必須具備與將加入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：

「訪問醫學生」臨床觀摩由北醫大國際事務處、醫學院系辦公室及三家主要教學醫院教學部共同作業管裡。醫學院專責國際業務專員負責轉介申請者資料，進行資格確認及相關內容後，轉送醫院教學部，由其進行臨床科部媒合，媒合完成則通知醫學院媒合結果及後續見習事宜，醫學院彙整媒合結果至國際事務處負責專員。媒合公告統一由校單位轉知結果，並寄送同意函給申請人/學

校，蒐集申請者之海外醫療保險證明、3個月內疫苗證明及健康檢查報告、航班資訊、在臺灣住宿地址等。若是國內各校醫學生的身份者，需另簽訂實習醫學生實習合約書，以明訂雙方之權利與義務。因為臺北醫學大學附設醫院的名稱上有「臺北」兩字，造成外國訪問學生選定臺北醫學大學附設醫院為主要訪問醫院的人數，比例遠較其他兩家附設醫院高出許多。自 107 學年度起，已經儘量宣導及分流，成效開始顯現，但未來仍須觀察此分流是否得宜，以避免過度集中於臺北醫學大學附設醫院，造成影響醫學系醫學生的受教品質。

準則判定：符合

3.3 醫學生之個人輔導制度

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

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

發現：

1.醫學系對於醫學生的輔導制度，包含：醫學系的家族式導師生制度、學生事務處、學生輔導中心等，進行三級預防輔導工作，協助學生學業與生涯輔導。學校針對有身心需求輔導之學生，於學生輔導中心設有專責心理輔導教師進行輔導，醫學生訪談中也表示，所有醫學生都定期與導師見面或吃飯。

2.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，有提供該醫學生必要的輔導和支持。學務處專責提供在校生必要之輔導與資源，導師在與導生接觸的過程中，如發現學生在情緒及行為上出現反常行為，導師會先關懷學生近況，並與學生討論是否願意接受學輔中心的心理師專業協助。經由導師的轉介，讓學生可以接受進一步的心理醫療專業協助，所有輔導活動均在嚴格保密的情況下，臨床教師或導師均嚴守並遵行對於學生保密原則。

3.此外，醫學系設有醫學系輔導委員會，在系上接獲轉介學生後，由此委員會擬定輔導措施，透過與學生輔導中心共同合作與定期聯繫，了解學生輔導情形，並協助學生。

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. 醫學系的導師制度資訊由學務處定期進行導師輔導工作審核，附設或附屬醫院之導師輔導成效由教學部審核。聯合醫學教育委員會及教學部，如果接到導師反映實習異常事件，將主動與實習醫學生面談了解原因，必要時與相關部門共同討論輔導措施或召開實習異常事件會議，及通知家長有關學生學習狀況及輔導措施。對於學習困難之學生提供特別之輔導管道。導師制度輔導範圍包括：一、學業及生涯輔導；二、保健服務及個人身心輔導；三、財務援助諮詢及資源。因此，於《臺北醫學大學導師實施辦法》中再明確導師所賦予之責任，再訂定【臺北醫學大學導師輔導工作準則】，透過此準則，以多元工具蒐集學生對學業、生活與生涯輔導施行成效之資料，而該成效之相關資料可以被定期評估。
2. 醫學系的家族式導師生制度為一~二年級一位導師三~四年級一位導師，與醫學生訪談發現，多位一與三年級的醫學生表示遲至訪視當月（12 月），尚未見過導師，亦不知導師之姓名。而到了臨床的第五年與第六年則由一位主治醫師擔任導師。雖然在臨床的這兩年會到三家不同的主要教學醫院，但學生的導師並沒有改變，發生導師與醫學生非在同一家實習醫院的情況，受訪醫學生表示此情形對學生造成一定程度的不便，例如學生必須很主動地與導師聯繫，否則導師無法得知學生的學習狀況；若學生碰到困難時，導師也不知道要找實習醫院的哪位同儕協助他們；而學生都來到醫院實習一段時間了，但並未如學校所說的定期會與導師見面。因此，如發生導師與醫學生非在同一家實習醫院的情況，導師輔導角色已被醫院教學部及醫院教學副院長取代，此安排恐無法有效率地瞭解醫學生的學習進展，容易造成片段式的學習，當醫學生碰到學習障礙時，亦無法有效或是及時的介入。

準則判定：部分符合

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. 學校已訂定校際選課實施辦法【臺北醫學大學校際選課實施辦法】，作為醫

學系醫學生至他校選修課程之依據，北醫大結盟學校有中原、臺師大、臺北大、北科大、海大、東吳、文化、世新、淡江、銘傳、輔仁、實踐、大同、逢甲、靜宜等，並有學生境外研修作業要點，讓學生至境外大學校院進行短期或長期研修等事宜有相關準則與注意事項。

2. 臨床實習中訂有自選臨床實習課程，並辦理自選課程說明會，讓醫學生了解校外實習課程如何選擇與應注意事項，鼓勵同學於實習課程後期，可至其他體系實習，了解不同醫療機構之特色。醫學生可於六年級時期選擇至北醫大附設、附屬醫院或國內教學醫院，依興趣選擇實習科目，共實習四～八週。校外進行實習課程後，於課程結束時，系上均與該機構回收學生評核成績，以利負責教師了解同學表現與成果，並要求醫學生繳交實習心得進行課程評核。實際與學生面談發現，同學都清楚這些權益，多名學生也都有選擇到中南部醫學中心實習，對於這些校外的學習反應十分正面。
3. 若經由校際選課實施辦法之成績，係由教務處成績管理單位進行管理，對於自選臨床實習課程之學習成效與評量，則由醫學系自行管理，所有相關事宜均有其制度，並遵守辦法進行之。

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：

北醫大承辦獎助學金單位為學務處課外活動指導組及生活輔導組。醫學系則依據學務處公告代為轉知學生，並協助轉介至學務處辦理後續申請事宜。學校設有弱勢助學專區，並設有單一窗口負責弱勢助學業務，相關訊息透過新生入學專區網頁、學生事務處生活輔導組就學貸款專區、學校首頁最新消息公告、學生事務處於新生入學始業式宣導、畢業生宣導等方式提供資訊，亦透過 e-mail 方式傳達給所有學生。此外，學校亦獲得高教深耕計畫的弱勢助學計畫，以提供文化與經濟不利學生的協助資源。北醫大醫學院透過特定募款計畫，如「鵲橋計畫-培育國際化頂尖醫學人才」募款基金，以及各項特定獎學金，如：拇山新苗培力獎助學金、黃際鑫醫師獎學金、全聯佩樺圓夢助學金、全聯佩樺

清寒優秀醫護青年獎學金獎學金、林茂生獎助學金、尹書田助學基金等，透過就學補助審查委員會給予相關學生申請，協助醫學生安心就學。

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：

申請休學者，係依【臺北醫學大學學則】及【學生休學及新生保留入學資格申請規定】辦理；休學或退學經核准者，退費標準則依據教育部之【專科以上學校學雜費收取辦法】之「專科以上學校學雜費退費基準表」辦理退費。

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：

1. 北醫大為落實職場安全衛生管理，以職場安全衛生管理國際驗證管理系統為架構，設置「環保暨安全衛生處」，以下設有單位：1.衛生保健組、2.環境安全組、3.各環安專業委員會。「衛生保健組」為北醫大專責單位提供醫學生(包括外訓實習的醫學生)保健服務的信息和管道，並且讓醫學生獲得預防、診斷、治療等保健服務。衛生保健組定期辦理新生健康檢查、學生健康促進、學生健康管理、傳染病防治與宣導及不定期執行緊急傷病處理、學生保險理賠申請等，對醫學生提供預防、診斷和治療的保健服務系統。
2. 實習醫學學生進入臨床實習後，統一由三家主要教學醫院輪流辦理體檢業務，並於負責醫院規定之時間完成；新進員工必要(法規)檢查項目包括：血液血清生化檢查：HBsAg、Anti-HBs、VDRL、Anti-HCV、水痘抗體、麻疹抗體、腮腺炎抗體、德國麻疹抗體等，以優惠價格提供同學進行健康檢查，更於107 年 7 月 25 日醫學系臨床實習聯合醫學教育委員會議決議，增加六年制實習體檢次數，配合醫療機構要求學生每年均需接受健康檢查。

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：

醫學系醫學生之心理輔導與健康服務，主要分屬學校之學生事務處學生輔導中心，以及環保暨安全衛生處衛生保健組進行協助與提供資源，皆遵守個資法的準則予以保密，並具備標準流程與機制管理學生相關資訊。同時相關輔導教師，如心理師、社工師、輔導教師等，亦非學校課程之授課教師，故不涉入受輔導學生之學業評估、成績給予，甚至升級與否之職務上的利害關係。其他涉及治療或輔導之醫療專業人員，亦不涉入受輔導醫學生之學業評估或升級與否之決定。學校所有教職員依據教育部所頒佈之「教育體系個人資料安全保護基本措施及作法」，以執行個人資料安全保護管理規範，所有教職員皆須遵守相關規定，確保醫學生權益，不因身體、精神或心理問題（例如藥物濫用、性傳播疾病等）等，而影響受教權或其他應有之相關權益。

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：

醫學系確實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，並確實執行之。北醫大主動提供同學進行實習前健康檢查服務，實習醫學生進入臨床實習後，統一由三家主要教學醫院輪流辦理體檢業務，並於負責醫院規定之時間完成；新進員工必要(法規)檢查項目包括：血液血清生化檢查：HBsAg、Anti-HBs、VDRL、Anti-HCV、水痘抗體、麻疹抗體、腮腺炎抗體、德國麻疹抗體等，以優惠價格提供同學進行健康檢查，更於 107 年 7 月 25 日醫學系臨床實習聯合醫學教育委員會議決議，增加六年制實習體檢次數，配合醫療機構要求學生每年均需接受健康檢查。

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：

1. 學校設有環保暨安全衛生處，以保障教職員工生之安全與健康，並依職業安

全衛生法及其施行細則規定，訂定安全衛生工作守則，對於一～四年級醫學生定期舉辦衛生保健教育講座，教導學生感染性疾病及環境危害、或傷殘對於身體的損害，及其對學習活動的可能影響，並告知預防的方法，以及感染與環境危害發生後之處理與治療程序，並舉辦教育宣導活動。學生於任何有可能面臨危險的接觸性傳染和環境危害狀況之科目學習或課外活動(例如醫院訪視)前，教師及相關工作人員必須舉辦預防教育說明會及訓練，並告知處理政策與流程。

2. 針對五～六年級實習醫學生訂有【健康檢查篩檢追蹤機制流程】，監測醫學生身體狀況，如有任何異常均需進行追蹤及通報機制。若醫學生於實習時遇到相關狀況，皆依據實習醫院訂定之作業流程進行。
3. 對於訪問醫學生要求檢附 3 個月內胸部 X 光檢查、B 型肝炎、麻疹、德國麻疹、及水痘抗體免疫反應紀錄單，而後由醫院教學部進行健康追蹤作業，實習前要求學員至電子教學平臺進行職前教育訓練，訓練內容包含病人安全、用藥安全、醫學倫理、危機處理、病歷寫作、環境安全、經驗分享、及系統使用訣竅等，讓學員能更快熟悉工作環境。

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：

北醫大提供性別平等、多元發展、互敬互信之學習環境，對教職員工和學生以多重管道進行宣導教育及輔導措施，塑造平等、平權意識，以避免歧視發生。學校明訂【臺北醫學大學性別平等教育實施規定】及【臺北醫學大學導師實施辦法】，教師使用教材、從事教育活動、和輔導學生時，應具備性別平等意識，符合有教無類之教育原則，不得因學生之性別、能力或成績、宗教、種族、黨派、地域、家庭背景、身心障礙、或犯罪紀錄等，而有歧視待遇。對於行為偏差之教職員生除予以輔導與懲戒，並研議改善預防措施，避免再度發生。此外，對於某些疾病及弱勢學生提供弱勢助學輔導專區協助。因此，醫學系在招生簡章明文說明，對於新生入學之年齡、宗教、性別、性傾向、性別認同、國籍、種族、和特殊疾病並無限制，過去僅提醒某些障礙可能會造成醫學習部分課程的學習困難，但自 108 學年度起，招生簡章之相關文字改為正面表列之

文字，更避免限制性負面觀點與文字敘述。對於臨床實習之醫學生，教學醫院亦有相關準則與辦法可協助感染愛滋病毒實習醫學生實習，而未剝奪其學習權益與受教權。

準則判定：符合

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

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

發現：

1. 北醫大主要之建教合作醫院為臺北醫學大學附設醫院、萬芳醫院與雙和醫院，其他建教合作醫院包括奇美醫院、馬偕醫院、國泰醫院、臺北慈濟醫院、新光醫院等，也都通過教學醫院評鑑。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等，對北醫大的醫學生負有專業素養養成的義務與責任。醫學系為培育能勝任促進醫學生專業素養的教師，北醫大「教師發展中心」結合「附屬醫院教學部」提供一系列的教師專業成長研習課程，以確保教師能勝任促進學生專業素養的教育能力。然而，從 PBL 小組的課程討論模式中，tutor 間的帶領醫學生討論的模式不一、要求度不一、方法不一，如何落實確保醫學生在此學習環境可以發展明確和適當的專業素養，則是一大考驗。PBL 小組討論教室空間甚小，無法充分達成醫學生互動與課程設計原意；TBL 小組分享時，各組報告相互聲音干擾；大體解剖實驗課程，約 20 位醫學生向 1 位大體教師進行學習等，都是醫學生學習環境的重點之一。另外，導師之間的交接，與學生跨年級時導師的更替之際，如何避免醫學生已開學三個月卻不知或無法找到導師的困境，都是非課程之活動所屬的學習環境所涵蓋，也是需要再多努力提昇學習環境完備之處。
2. 此外，委員參加的各種晨會觀察到，臨床實習的醫學生常在會議室的後面座位，未積極參與討論，幾位同學甚至嚴重遲到，也未見主治醫師當面規勸他們必須準時出席。在床邊教學或是病歷的記載均是對病人病情的敘述，對於如何接觸病人、如何與病人交談，這方面的教學較為欠缺，學生也少被教導如何表現出專業素養。同時，對於醫學生的評量方面，專業素養的項目僅在 mini-CEX 或是 DOPS 中的一個小項目，較缺類似 360 度評量的全面評量，也缺乏醫事人員或是護理人員對醫學生的直接觀察。整體觀之，醫學生太重視

知識與技能的取得，專業素養的培育並沒有被學生、教師或是院方高層重視。

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. 北醫大的醫學系期望醫學生經教育訓練過程中所應發展的「專業素養」，是以校訓「誠樸」為宗旨，以期達到「人文素養與社會關懷、多元學習與專業技能、溝通技巧與團隊合作、資訊管理與國際視野、思辨創新與追求真理」的醫學系教育目標。期望醫學生在養成過程中具備「倫理判斷與服務社會、醫學知識與臨床技術、良好溝通與領導團隊、數據分析與國際合作、跨域整合與研究創新」五種核心能力，成為才德兼備的好醫師。
2. 然而，委員在訪視的過程發現，整個北醫大的臨床實習仍著重知識與技能的獲得，有關醫學系標榜的「培養思辨能力」與「倫理價值的核心能力」仍只停留利用教案在教室上課的層級，臨床教師並未利用醫學生 primary care 的病人進行深度的討論，建立醫學生正確的專業價值包括利他主義、責任感、同情心、追求卓越的企圖心等。當委員與五、六年級的醫學生共同討論個案時也發現，學生溝通技巧的能力欠缺，個案報告時常由 chief complaint 直接跳到電腦斷層或是驗血的報告，完全忽略詳細問診與身體診察的重要性，不僅醫學生如此報告個案，住院醫師也相去不遠，臨床教師並未加以糾正。如此一來，臨床照顧完全著重在疾病的診斷與治療，而忽略全人全程的思考模式。

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：

1. 醫學生專業素養學習環境的定期評估及專業素養準則的維護，是由「醫學系系務會議」責成「系課程委員會」統籌制定、維護及評估學習環境，再由「系課程委員會」監督「聯合醫學教育委員會」及「實習委員會」所執行，並將執行成果定期回報「系課程委員會」進行檢討，制定適當的策略以提升

正面的成效與減輕負面的影響，每年遴選優良教學主治醫師和住院醫師，鼓勵教學；每年遴選優良實習醫學生，鼓勵同儕學習。

2. 然而，系課程委員會章程明訂，置委員十七至二十一人，除由系主任擔任主任委員外，另由教師代表、學生代表、校友、學界及產業界代表若干人共同組成之。但教師代表不具主管職者，僅一人，且為前任副系主任，學生代表僅三人，分別是系學會會長、臨床實習代表、班代。如何獲得直接面對醫學生之教學現場教師的回饋，以及接受核心能力培養與訓練的醫學生之實質回饋，以達到有效評估學習環境，並釐清維護專業準則和行為的正負面影響因素，以制定適當的策略與改善方向？此外，委員在訪視的過程的觀察教學醫院的成員，包括教師、職員、住院醫師、主治醫師、醫學生和護理師等，應該都要有分擔創造適當學習環境來建立醫學生專業素養的責任，但是責任歸屬主要還是集中在少數的有教職或是教學型的臨床教師的身上，教師、職員、住院醫師和醫學生也沒有定期評估學習環境是否能促成醫學生專業素養的獲得，各項評估都侷限於學員對臨床教師或是臨床課程的滿意度。

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：

學校已依【性侵害性騷擾或性霸凌防治規定】，於教師聘任規則及教師聘約中訂定倫理相關規範，公布教師與學生關係的行為準則。此外，在學生獎懲辦法與醫學系學生實習實施辦法中，也針對學生之行為準則訂定相關規範。若違反行為準則時，依據教育部校園安全及災害事件通報作業要點，視事件類別必要時進行校安通報，或通知導師、系辦、家長知悉，甚至視事件需要性轉介學生事務處學生輔導中心進行諮商輔導。若在實習時發生時，可經由醫療異常事件通報系統 (AERS)、病人、同儕、教師、醫療團隊中其他醫事人員(如：護理師、藥師等其他醫事人員)之回饋、學生座談會等獲得訊息，並進行通報或通知。而相關申訴機制則可透由教師申訴、員工申訴與學生申訴等辦法與機制達成，各項行為準則之宣導與佈達，透過教育訓練、會議、座談會、活動等予以提醒與告知。對於畢業生的問卷調查，醫學系亦進行分析、瞭解。

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：

依北醫大「臺北醫學大學學則」第廿四條規定，學生成績評量分為學業(包括實習)、操行二種，均以一百分為滿分，六十分為及格；倘經校課程委員會及教務會議通過之性質特殊科目，得採「通過」、「不通過」之考評方式。新生於開學前得依北醫大「學生抵免學分要點」辦理抵免。每學年新生入學通知皆附上新生手冊內含北醫大學則規範，相關辦法公告於教務處/學務處/醫學系網頁，並定期更新，關於成績評量公告、升級及畢業條件除透過網頁公告，另也透過 E-mail 通知，務求訊息正確且完整傳遞。除學校學生學習系統預警通知外，另系辦於每年級於臨床實習前一年，皆主動發布訊息給每位同學了解自己修課狀況，讓同學能提早準備缺修課程。

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：

北醫大為保障學生合法權益，設有「學生申訴評議委員會」。學生收到對其升級、畢業或開除等相關不利之決定時，可向「學生申訴評議委員會」提出申訴，再依【臺北醫學大學學生申訴辦法】辦理。醫學生若對升級、畢業有異議時，學生可先至教務處提出疑慮，先由教務處就學生之修業期間修課狀態查明狀況，必要時得召開會議討論再予以處理。北醫大學生、學生會及其他相關學生自治組織對於學校之懲處、相關措施或決議，認為違法或不當，致損害其權利或利益者，得依申訴辦法相關規定，向學校提起申訴。

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. 北醫大已建置臨床教育 e-portfolio 系統(「學生學習系統」)，包含：(一)我的

學習：成績查詢、修課清單、成績排名、學習指標趨勢、畢業資格審查、輔系、在學證明、操行成績證明；(二)我的榮譽：獎學金、獲獎資訊；(三)我的生活：幹部紀錄、校隊紀錄、獎懲紀錄、出缺勤紀錄、助學服務、弱勢助學金、就學貸款；(四)我的發展：Ucan、職涯雷達；(五)透過「職涯雷達」職能診斷結果，學生可以依能力狀況，規劃自己的能力養成計畫，並做階段性的檢視紀錄。學生可藉由系統評量瞭解自己弱項、強項，臨床教師亦可於線上直接幫學生評量，達雙向互動回饋，學生也可啟動自主學習發送作業給指定教師評核，最後實習期間相關教學紀錄可完整呈現與攜出。通過學習歷程檔案之內容，教師可了解學生學習狀況，以加強學員及臨床教師之交流互動，了解學員的學習進度，加強學員自我反省與自主學習之能力，以作為學生未來申請住院醫師訓練時之參考內容。學習紀錄的完成率將作為學生實習成績的評核依據，每月由教學部行政人員檢查學生之作業完成率。每月由教學部行政人員檢查臨床教師回饋內容，若回饋內容過度簡易，無實質建議，則由教學部進行退件作業。以上之審查結果均會於實習醫學生座談會、教學負責人會議進行定期報告。於 108 學年度提高效能，新增 80 項核心能力檢核完成狀況，導入 e-portfolio 2.0 版本。

2. 雖然北醫大設立的 e-portfolio 2.0 功能完善與多元化，幾乎所有關於整個六年學生生涯的過程均能完整記錄。然而，仔細研讀臨床教育 e-portfolio 系統與上網操作發現，目前這個系統在其臨床的部分主要是在提醒臨床醫學生必須完成醫學系所要求的學習項目，例如 80 項的核心能力，或是 clerk 1 外科或內科學的基本要求，包括相關的病人記錄或是問卷等等功課的繳交。系統或教學部藉著這個系統會主動提醒醫學生何種課業未完成，但對於醫學生是否有學好或是如何學得更好等方面，這個系統無法呈現。臨床教師的評語還是多著重在量化的部分，summative 的評語則太空泛。如此，醫學生的學習多呈現片斷化的成果，加上 clerk 2 的課程安排十分緊湊，許多 rotations 僅兩週長，e-portfolio 系統的效能則大打折扣。同時整個 e-portfolio 資料庫架構十分複雜，除了學生外又涵蓋指導醫師、科教學負責人、科主任、教學部及教學副院長等，雖然每月有教學部行政人員檢查學生之作業完成率與臨床教師回饋內容，若回饋內容過度簡易，無實質建議，則由教學部進行退件作業。整個運作還是停留在完成的效率層面，而非真正利用這個系統評量瞭解學生自己的弱項、強項甚至專業素養方面的優、缺點。

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：

學生於臨床教育端 e-portfolio 之評量與分數，僅有學生本人與評核教師及教學部行政人員看得到以及能查詢資料，此系統亦可於學習歷程內呈現其評量分數。e-portfolio 系統資料存放地點是放在學校資訊處機房硬碟，管理單位及人員則是教務處臨床教育委員會人員。

準則判定：符合

3.5.2 醫學系必須允許就學的醫學生複查和質疑其學習紀錄。

發現：

醫學生若有需要複查或質疑其學習紀錄時，可依申請複查及更改成績辦法，填妥於註冊組網頁之複查成績申請表後進行。此申請程序經由授課教師查核，經系所主管、註冊組、副教務長及教務長簽核後，始通知學生前往教務處查閱複查結果，當有需變更學習記錄與成績時，需經上述程序，並於各學期最後一日（截止日）進行，方得變更之。校方公告教師學期成績輸入日程之同時，亦同步公告教師成績更改及學生複查流程。對於在臨床學習的學習歷程之評量與分數評核，因為是同步看到評核教師所輸入之評語及回覆，若醫學生有疑慮，皆可透過教學部與臨床教師進行討論。

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. 北醫大醫學系 107 學年度計有通識教育專任教師 25 人、兼任教師 44 人；醫學人文教師專任教師 2 人、兼任教師 1 人；基礎學科專任教師 62 人、兼任教師 11 人；臨床學科專任教師 196 人、兼任教師 170 人。雖然前次訪視校方訂有「三年百師」之規劃，但教師總數自 106 年 11 月追蹤訪視之後，並未有明顯的增加。
2. 北醫醫學系教師多具有良好之專業能力，並具有教學熱忱。通識教育中心之專兼任教師人數趨於穩定。而醫學人文教育的主力教師是來自醫學教育暨人文學科，同時由醫學人文研究所、醫療暨生物科技法律研究所及心智意識與腦科學研究所教師支援，並且和醫學科技學院的醫學資訊研究所教師合作規劃多元的醫學人文課程，但是每位醫學人文專任教師的平均授課時數還是居高不下（105/106/107 學年度分別為每週 20.27/12.95/14.03 小時），部分教師之教學負擔仍過重；訪談當中教師反應希望學校能給予醫學人文教更足夠的行政人力支援。
3. 108 學年度基礎醫學專任教師共 62 位，其中教授 24 位、副教授 23 位、助理教授 15 位；生化暨分生學科 18 位、解剖學科 11 位、生理學科 8 位、微生物免疫學科 8 位、藥理學科 8 位、病理學科 6 位、寄生蟲學科 4 位。基礎學科專任教師人數總數雖然穩定，但是某些學科卻有減少狀況，例如解剖學暨細胞生物學科和微生物免疫學科。此外，基礎醫學專任教師平均授課鐘點，在 105 學年為 9.06 小時、106 學年為 9.4 小時、107 學年為 9.62 小時，有逐年增加趨勢，在實地訪視當中發現，解剖實驗課每位教師指導之學生人數仍然偏多；兼任教師的平均授課鐘點也有增加之趨勢。與教師訪談中發現，個別基礎學科教師近兩年的教學時數偏高，主因為原有基礎學科教師退休或離職後，尚未有相關教師補入所造成。另外，目前醫學系推動課程整合的目標不變，但課程整合並非意味著教師授課時數會下降，甚至可能因為分班授課而增加

授課時碩，如何有足夠數量之教師，符合醫學教育之所需，需再觀察未來之調整與變動而定。

4.臨床專任教師雖於 106 學年度略有增加，但是於 107 學年度卻不增反降，若扣除 6 位因病理學科改歸類為臨床學科而增之臨床專任教師，實質上 107 學年度之臨床專任之人數反而呈現負成長，而可見到的是專任臨床教師的每週授課時數由 106 學年度的每週 4.19 小時上升至 107 年的每週 7.11 小時，兼任臨床教師的每週授課時數也由 106 學年度的每週 1.94 小時上升至 107 年的每週 3.71 小時。其授課時數雖然未超出教育部所規範的上限，但若考量教師在其他學系與照顧病人的服務量以及其他臨床教學量（包括一年期 PGY、二年期 PGY、專科住院醫師和次專科住院醫師），以及研究、行政、繼續教育的負荷量，臨床教師的數量仍顯不足。此外，由校方所提供的每學年聘任教師名冊觀之，106-107 學年度聘任之教師多為升等而非新聘，以骨科學科為例，自評報告書敘述 106-107 學年度聘任狀況為 10 位，但是 106 年之骨科學科專任教師總數為 9 人，兼任教師為 4 人，而 107 學年度之專任教師數為 10 人，兼任教師數為 0 人），故其總教師人數並未增加；而其他如泌尿學科、耳鼻喉學科、小兒學科、婦產學科亦然，而其中以婦產學科（含無銜職教師，總數由 58 人下降至 31 人）和小兒學科（含無銜職教師，總數由 35 人下降至 25 人）的教師總數下降最多。因應六年制醫學系改制和二年期的 PGY 訓練，醫學系是否能確保且留任數量足夠的熱心教學教師，達到三年百師的目標有待後續觀察。而不具備教職的主治醫師亦是負責醫學生臨床教學的重要者，北醫大三家附設與附屬醫院於 105-107 三年內之無銜職教師人數互有消長之現象。其中雙和醫院之主治醫師人數有增加，由 257 人增加到 270；但是相對地附設醫院、萬芳醫院並無明顯增加。三家主要教學醫院負責相同數目之醫學生實習，但是教師人數卻有落差，難以確保教學品質的等同性。

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. 醫學系教師之學經歷皆符合其教學專長，且學校教務處下設有教師發展委員會，舉辦與課程設計、學生評量和課程評估等方面的教師繼續教育訓練課程或活動，並規範教師參與教師繼續教育活動的最低最低時數，依教師職級不

同而有不同的要求。另也鼓勵教師成立專業成長社群，辦理醫學模擬師資培育課程，進行醫學模擬教師師資認證，以推動此方面的教學。學校鼓勵教師申請外部教學計畫和教育部之教學實踐研究計畫，並鼓勵與支持教師參與國內和國際性醫學教育會議，近年有不少教師參加歐洲醫學教育學會年，會並發表論文、和主持工作坊。

2. 北醫大醫學系將該系之教育目標(goals)和目的(objectives) 公告於醫學系網站、電子看板、始業式活動、學科會議宣達並於醫院端相關教學會議宣達，以利教學相關人員都能熟悉。然而，在訪視和訪談過程中發現有部分課程負責人並不知悉醫學系之醫學教育目標(goals)和目的(objectives)，參與課程、臨床實習規劃之課程負責人應熟悉醫學教育目標(goals)和目的(objectives)，才能執行良好的課程設計和採用精準的評量和課程評估方法。
3. 醫學系聘任洪德仁醫師為醫學系社區醫師教師，讓 160 位醫學生以分批方式體驗洪醫師如何推動社區醫學及執行三種轉診模式，期間洪德仁醫師為醫學系同學舉辦了「建構失智症友善樂活設計工作坊」，讓醫學生與大同大學工業設計研究所學生一起透過實地訪查以及團體討論，共同發展提案。洪醫師是一位稱職的社區醫師教師，也能成為醫學生典範，讓學生瞭解現代照顧病人的方法。但是 160 位醫學生病人只由一位典範醫師指導似乎過少，若能邀請更多的熱心的社區教師參與，相信更能讓學生瞭解不同特質醫師之現代照顧病人的方法。
4. 醫學系積極地舉辦許多與提升教學能力相關的師培課程及臨床繼續教育課程，但有些課程的參與人數眾多，例如附設醫院 105 年度舉辦之全人照護師培課程，單一場次參加者即高達 1812 人，所呈現之資料難以了解該師培課程是負責教學之臨床醫師參與還是醫事人員參與。
5. 在教師的教學成效和教師評估，學校每位教師每學年至少需接受一次教學評估，評估問卷種類分為講演教學、實驗課程、報告型及通識教學等四類問卷，由學生進行教學內容、方法、態度、教師專長與學生學習成效等五大構面之評估，目前對教師的教學成效評估仍多是根據學生回饋意見，較少同儕或課程負責人評估。另在教師評鑑之教學部份，計分 500 分當中有 340 分是根據教師的實際課堂每週授課學分數，高於全體平均極為特優，可以獲得 340 分；教師繼續教育時數 80 分；而真正能反映教學評量結果的分數只有 80 分，如此的配分比例難以鼓勵教師積極精進對醫學生的教學。醫學系有許多教師積極熱心投入教學，但無法從制度面來鼓勵教師參與與精進教學，故可以見到教學的任務仍落在幾位醫學教育者身上。對於教師的評估方式亦未見到有定

期檢討、精進的會議紀錄。

6. 醫學系建置線上教師教學評量成績查詢系統，讓教師可以隨時進入系統確認自己的教學成效，然在訪談時，有教師並不知道有此查詢系統。醫學系有針對教師教學評量低於 3.5 分者提供一對一的輔導制度。

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。

發現：

1. 北醫大近年來積極在學術研究和教學創新方面有許多的成長與進步，並訂定學術研究獎勵辦法，對被高引用次數論文、專利及技轉等成果給予獎勵，另有相關辦法獎勵研究傑出之研究團隊或實驗室。醫學系教師從 106 年至 107 年間發表論文數總數有增加，而 107 年 IF>10 的論文數也有增加，大學整體論文之產出表現佳。學校另有深耕計畫補助、教學實踐研究計畫等外部經費補助。
2. 醫學系訂有教師評鑑及研究人員評鑑機制，以評估教師及研究人員之各面向研究成果，其中包括對基礎教師及臨床教師之研究部分的積分要求 。對研究有卓越表現的教師訂有多元的獎勵制度；而對評鑑總值在排名順序後 5%者，也有相關的輔導及是否續聘的相關機制；學校亦提供專任教師未獲校外研究經費補助時的橋接計畫規劃。
3. 惟，醫學系 105 至 107 學年度醫學系的期刊論文數略微減少，雖然 IF 平均值有上升，但是值得注意的是有些學科的期刊論文數呈現逐年下降，例如基礎學科中之解剖學暨細胞生物學科、生物化學暨細胞分子生物學科、病理學科、藥理學科；臨床學科中之一般醫學科、小兒學科、內科學科、耳鼻喉學科、骨科學科、婦產學科等，而且下降幅度有些學科是大於百分之五十，醫學系宜對教師的學術研究成效加以定期檢討，並給予輔導。

準則判定：部分符合

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

發現：

1. 北醫大醫學系設置校級招生委員會、系級招生委員會規劃醫學生招生事宜，

近百位醫學系專、兼任教師在招生委員會的安排與訓練下，參加醫學系的招生事務。

2. 醫學系參與醫學生升級、抵免、實習、畢業相關事務的教師多侷限醫學系的行政主管，例如系主任、副系主任、基礎行政老師、臨床行政老師，合計約莫 11 人，而一般教師參與該事務或提供意見的機會則較有限。
3. 醫學系共有導師 90 人(基礎老師 48 位、臨床教師 42 位)，平均 12-15 位醫學生搭配 1 位導師，進入醫院學習另有臨床實習之臨床教師協助，另設有 6 位副系主任及 5 位行政老師，提供學生相關生涯輔導及學業指引。學校另訂有教學助理制度，提供醫學生課業輔導和自主學習諮詢預約。

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：

1. 北醫大針對醫學院院長、醫學系主任、部門主管以及醫學系教師的聘任、續聘、升等、解聘或延聘，已有明確的政策，並訂有教師聘任規則、教師聘任升等實施辦法、臨床教師聘任辦法、教授延長服務辦法等相關規範。而對教師評鑑也訂有教師評鑑辦法，內容包括教學與服務的績效。
2. 醫學系有三家附設與附屬教學醫院，學科主任之產生是由三家附設與附屬醫院之臨床單位部門主管互相推舉產生，所以學科主任必為某一附設與附屬教學醫院之單位部門主管，以落實臨床學科之教育目標與理念。然，實地訪視發現醫學系小兒學科主任並非任何一家附設與附屬教學醫院之小兒科主任，而是一般型主治醫師，雖說其資歷高於三位臨床部門主管，應可以實踐學科教育，但是相關的制度和做法需持續觀察。
3. 醫學系教師新聘升等分為「學術研究」、「教學實務」及「產學應用」等多元升等路徑，讓教師適性發展。106 學年度已有一位臨床主治醫師教師通過「教學實務型」升等助理教授；107 學年度另有醫學教育暨人文學科兩位教師依「教學實務型」途徑分別提出升等為教授與副教授。
4. 三家附設與附屬教學醫院均設置有「教學型主治醫師」，過去三年有新增兩位教學型主治醫師，並訂有每年教學成果的審核機制。訪談教學型主治醫師表示，醫院有提供基本薪資保障，另有執行臨床醫療業務之醫師費和協助教

學業務之教學津貼。

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：

北醫大醫學系訂有教師聘任規則，明定教師基本權利義務，並於教師報到時簽署聘僱契約書、核發教師聘書，聘約內容包括聘期、責任、薪資制度、權利和福利等資料。此外，亦定期辦理新人引導訓練，邀請秘書處及人力資源處演講授課，其主題包含教師權利與義務(教師升等、教師評鑑、教師獎勵、教師福利、兼職借調等課程)，與新進教師建立良好互動基礎，為所有新聘教師提供相關的權利與義務資訊，讓新進教師能夠盡快適應。三家附設與附屬教學醫院每半年會舉辦「主治醫師大會」，提供新進臨床教師相關訊息及新進教師所需的事項。

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：

1. 北醫大訂有「臺北醫學大學暨附屬醫院教職員工利益迴避辦法」，讓新進教職員工於到職時簽署聲明書揭露，確認無利益衝突之事實或疑慮後始得任用，且每年教師評鑑作業及職員考核作業時，需再次確認或變更無利益衝突之事實或疑慮。學校亦對違反該辦法與違反學術倫理之情事訂定有處理機制，對技轉案也訂有「研發成果管理及運用之利益衝突迴避作業辦法」。
2. 學校將「臺北醫學大學暨附屬醫院教職員工利益迴避辦法」公告於人力資源處網站，並定期舉辦關於學術倫理之繼續教育活動，讓教師得以了解學術倫理守則。
3. 學校教師若有違反利益迴避辦法規定情節重大者，會提送教師送校級教師評審委員會議處，其他人員送所屬機構人力資源規劃暨評議委員會議處；若涉及其他法律責任者，依相關法律處理之。
4. 醫學系舉出 105 年 11 月和 107 年 12 月兩個違反個人資料保護法和利益衝突的

處理過程，但並未說明該系如何落實持續監測利益衝突倫理規範的具體作法。發生的兩個案例為遭來函舉發及主持人主動申報，並非是透過持續監測的策略或方法而發現，略屬被動而非主動。

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. 北醫大訂有「臺北醫學大學教師聘任升等實施辦法」，並將教師新聘升等分為學術研究型、教學實務型及產學應用型等多元途徑。多元教師升等制度升等的相關訊息及辦法等有於學校的行政網路公告。此外，三家附設與附屬醫院於院務會議及各科部科會中，宣導與說明新制的多元升等制度。
2. 醫學系相關主管在教師升等屆滿前兩年內，審視教師個人學術表現與升等資料，並填寫「升等年限屆滿教師輔導評估表」，給予具體輔導措施及建議，並送校方「升等年限將屆教師輔導」追蹤會議，之後持續每學期定期追蹤。
3. 醫學系部門主管在教師提出升等時，會先對教師個人學術表現與升等資料進行回饋，再交與醫學系教評會進行不同升等途徑的實質審查，之後醫學院與學校再針對教師教學、研究、產學和服務情形進行綜合審議，經通過始可進行外審。外審通過後，再由校教評通過。

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. 北醫大醫學系搭配三家附屬教學醫院舉辦了豐富而多元的師資培育課程與活動，提供專業專業發展的機會，以提升其教學、輔導和研究的技能和領導能力。該校設立有校級「教師發展中心」及「研究推動中心」和「學生輔導中心」，舉辦的師培課程內容包括課程設計、教材製作、教學技巧、評估回饋技巧、溝通及輔導、著作權與智慧財產權、創新與科技教學導入、跨領域課程合作、教學經驗分享、教學實踐研究、 醫學研究、輔導知能、產學升等和教學研究研習活動等。
2. 北醫大於 106 年追蹤訪視時提出「三年百師」計畫、「為未來而教」的遠大

願景與目標。然，過去兩年期間各附設與附屬教學醫院並未達成預設的招募目標（平均每個主要教學醫院預期應增加 30 位教師），學校教師總人數並未明顯的增加，而自評報告中所列之各臨床學科聘任教師，多為升等或由兼任轉專任。

3. 實際與教師訪談過程中，教師反應升等仍有相當的困難度，雖然醫學系已有臨床教學主治醫師循教學實務升等管道順利升等為助理教授，並有二位醫學人文學科教師已於 107 學年申請升等為教授和副教授，但是教學實務升等仍有專業期刊論文積分的門檻，對想循此升等路徑升等的教師仍有相當的困難度存在。
4. 學校雖制訂有升等年限將屆教師的輔導機制，但有訪談時教師表示因已屆升等年限，所以被要求由專任轉兼任。學校對升等年限將屆之教師的輔導機制應定期檢討與改善。

準則判定：部分符合

4.3 治理

4.3.0 醫學系的治理和決策過程應有適合的教師參與。

4.3.1 醫學系應有適當的機制讓教師直接參與系內的相關決策。

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

發現：

醫學系設有系務會議、課程委員會、教師評審委員會、招生委員會、實習委員會和臨床實習聯合醫學教育委員會等，各委員會也皆具相關設置辦法。然而，各委員會的委員選拔並非完全是遴選或推選制度，舉例而言：系務會議之委員，絕大多數為當然委員，其他委員由系主任就專任教授、副教授、助理教授、講師中共提名 5 至 6 名報請院長兼聘，而推薦之 6 位委員中，3 位為主要教學醫院之院長，以及 3 位臨床行政教師（也是相當於主管職），因此整個系務會議除 5 位醫學生外，幾乎全部為主管職之委員，亦無適當遴選機制，讓基礎與臨床教師有被遴選的可能性。同樣情況，課程委員會之教師代表不具主管職者，僅1人，且為前任副系主任，學生代表僅3人，而非各級醫學生代表參與。

準則判定：部分符合

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：

學校收入來源多元，除基本學雜費外，另包含政府撥款、研究補助金、附屬醫院支援收入等，自 102-107 學年度醫學院藉由其他多元收入使總收入保持穩定增加(8 億-10.5 億)。醫學院之學雜費收入佔總收入比率逐年下降，專兼任教師人事費及教學研究支出等逐年增加，不過，醫學院收支短缺主要仰賴學校自有資金及三家附設與附屬醫院收支盈餘的挹注，故財務方面應屬無虞，且全校每年均有收支結餘，金額亦逐年增加，足以顯見學校財務結構健全。

準則判定：符合

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

發現：

1. 北醫大近 5 年的醫學生名額介於 151-162 人之間，招生方式主要包含個人申請、繁星推薦和指定考試。醫學系成立系招生委員會，定期召開系招生委員會議，委員會下設置委員共 13 名，委員會成員由醫學系系主任擔任主任委員，其餘成員由系主任就基礎及臨床各學科主任圈選任命之，並提至系務會議通過，必要時得邀聘醫學院院長、學校其他單位主管，如通識教育中心主任及學生輔導中心主任擔任委員。
2. 學校於 107 學年度入學生配合衛福部重點科別培育公費生計畫，新增招生名額 10 名，其餘招生管道皆配合相關政府部分分發及教育部核定容額。102-107 學年度醫學系新生數約 160 人(151-162 人)，並未超收學生或錄取資格不符、滯留不適當數量的醫學生。

準則判定：符合

5.2 一般設施

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

發現：

醫學系基礎學科教師與實驗室，主要座落於醫學綜合大樓後棟各樓層；臨床學科教師辦公室與實驗室主要設置於醫學綜合大樓 7 樓；醫學系行政人員及支援人員辦公室也同樣設置於醫學綜合大樓後棟 8 樓，以利協助教師與學生的各項事務。學校含醫學系學生的學習空間包含教學大樓、形態學大樓、體育館、實驗大樓、杏春樓、教研大樓、醫學綜合大樓、大安校區及拇山學院；其中用於醫學生教育面積共約 2 萬 2 千平方公尺，包含大安校區醫學模擬中心等。三家主要教學醫院包括附設醫院第一至第三醫療大樓、萬芳醫院及雙和醫院第一、第二醫療大樓，用於醫學生教育面積共約 20 萬 9 千平方公尺，床數共 2511 床，可提供醫學生足夠的臨床學習空間。學校另設有學生自習中心及跨領域學院，提供同學多元化的空間。

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：

1. 學校近年積極更新教學資源與硬體設備，106 學年度透過教育部深耕計畫補助，針對教育空間與設備進行更新。為鼓勵學生進行多元自主學習，也設立學生自學空間(共 953 席)與多元學習空間(共 177 席)。校內也設有個人置物櫃、保健中心。三家主要教學醫院也設置有醫學生置物櫃及休息室，供醫學生臨床學習時使用。
2. 但實地訪視附設醫院時，有些會議室或討論室仍相較狹小，如訪視急重症醫學部在第三大樓 6F 內科加護病房討論室的晨會，眾多主治醫師與住院醫師、護理師、專科護理師及應出席的 12 位醫學生等，空間相當擁擠。近三年醫學系畢業生對於學校空間使用度，在滿意及非常滿意百分比分別為 54%、64%及 66%，教學空間之滿意度仍有提升之空間。

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。

發現：

學校為維持學生與教職人員安全，委由保全公司承接業務，24 小時輪值。校內設有 13 處緊急求救系統、廁所設置緊急壓扣、公共區域設有監視系統，部分場所設有門禁系統進行出入控管。硬體設備部分定期進行消防、建物、機電保養與安全檢查。針對校園安全、實驗室安全以及緊急急救訓練等，有進行宣導及教育訓練。三家主要教學醫院皆有保全維安系統，校區與三家主要教學醫院之間，校方有提供交通接駁車。

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、學習護照或重新設計課程等。

發現：

1. 實習醫學生訓練計畫由醫學系訂定共同的教育目的，並於三家主要教學臨床實習聯合教育委員會討論作成決議，其臨床實習課程分為實習醫學生(Clerk 1)共 19 週，包括核心內科 9 週(含跨領域人文反思 1 週)、核心外科 9 週(含每週兩小時共十八小時之醫學倫理案例討論)，三家主要教學醫院實習醫學生使用共通的線上臨床教育系統 e-portfolio 2.0 及評估表單，進行臨床實習作業與評量。
2. 依據書面資料及訪談發現，萬芳醫院與雙和醫院兩家附屬醫院之醫學生五年級核心內科之課程設計、時間規劃安排，以及醫學生參與病人照顧模式比較相似，而附設醫院則與萬芳醫院及雙和醫院之課程規劃與進行方式不太一致，例如核心內科期間之人文反思課程實施，在萬芳醫院及雙和醫院是獨立一週規劃，而附設醫院則未另外獨立一週進行，其課程內容安排運作方式也不同。此外，實習醫學生(Clerk 1)須完成之 6 項核心教案，在附設醫院是由病房主任分配指派，萬芳醫院及雙和醫院則由各科別主治醫師分配帶領。而學生須完成這 6 項核心個案，與 Clerk 所輪訓臨床實習之主負責照顧病人的案例，常遭遇無法吻合一致之困難。綜合上述，醫學生在三家附設與附屬醫院教育經驗的等同性存在有差異。
3. 在內、外科實習部分，每位醫學生之內科核心實習和進階實習會在同一家附

設或附屬醫院進行，外科實習亦然。初階實習部分，學生概分為三大組，每組在三家主要教學醫院 (附設醫院、雙和醫院、萬芳醫院)輪轉其二，例如某組在萬芳醫院進行內科實習、在雙和醫院進行外科實習。醫學系規範每位醫學生於核心內科須完成 8 項核心案例照護，其中含 6 項必要核心案例和 2 項其他自選案例；核心外科須完成 9 項主訴項目之案例照護，其中必須完成 6 項必要核心案例和 3 項其他自選案例。實地訪談和訪視發現，每位醫學生被分別到各次專科的實習期間不同，例如 A 生在胸腔外科實習兩週、整形外科實習一週，而 B 生在整形外科實習兩週、胸腔外科一週；雖然是由指導教師視收集案例需要指派學生至各專科，但學校所排定之各科輪轉時間卻是在學期初已經排定，訪談時學生也表示不能彈性更動。如此安排可能是考慮各次專科的教學資源，而非考量醫學生的學習需求，即使在同一家實習醫院也未能符合學習經驗的等同性及「以學生為中心」的課程規劃理念。而以收集核心案例為目的的實習安排，容易誤導學生只看「病」而不看「病人」，難落實以「病人為中心」的全人照護課程設計理念。

4. 臺北醫學大學 Clerk 2 之 65 週進階輪訓內科、外科、婦產科、小兒科、急診科，以及選修科別之實習課程，內科、外科實習是接續 Clerk1 之內科、外科實習課程，每位學生被安排在與其 Clerk1 相同的附設或附屬醫院繼續進行進階輪訓。但主要必修科目婦產科與小兒科實習則是平均分配在三家附設與附屬醫院和另外五家合作醫院實習。醫學系說明安排醫學生至八家教學醫院接受婦產科、小兒科實習是希望學生能到體系以外的醫院實習，使其了解自己學校體系的臨床教學並不遜色於其他醫院，但很難解釋為何內科、外科實習不是以此教育理念作為安排。而且三家附設與附屬醫院分屬醫學中心、準醫學中心、區域醫院，教學規模與資源不同，已具備能瞭解臺灣不同層級、規模醫院之意義，為何婦產科、小兒科實習又另外安排五家教學醫院？婦產科與小兒科實習為必修課程，而且只有一次輪轉實習，其中有八分之五的學生是分派至三家主要教學醫院以外的合作醫院去接受訓練，難符合學習經驗等同(comparable)和課程評估與學生評量方法等效 (equivalent)的教育要求。

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：

1. 附設醫院、雙和醫院與萬芳醫院皆通過衛生福利部教學醫院評鑑，總床數共達 2511 床，依據最近統計結果，實際可使用床數包含附設醫院 741 床、萬芳醫院 743 床及雙和醫院 1027 床。三家主要教學醫院每年門診人數約達 144 萬-170 萬人；每年住院人數介在 2.6-3.7 萬人；急診人次介在 5.2-9.5 萬人。此外，醫學生能夠了解不同醫療層級及地域醫院之差別，獲取足夠且多元的臨床學習經驗。
2. 三家主要教學醫院除了提供充足多元的臨床資源，三院也在多項臨床技術上有重點發展項目，例如附設醫院近年在顱顏手術、智慧醫院、生殖醫學及達文西機械手臂手術投注大量心力；萬芳醫院在社區醫學中心、長期照護、晚期癌症整合治療、慢性肺病、TB 肺結核防治、實證大數據以及轉譯醫學等方面具備完善資源與臨床經驗；雙和醫院在癌症整合治療、神經醫學、精準微創手術以及呼吸照護上也有卓著穩定的發展，讓學生獲得最新穎的知識與技能，同時具備面對快速轉變的醫療環境之能力。

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：

附設醫院、雙和醫院與萬芳醫院皆通過衛生福利部教學醫院評鑑，總床數共達 2511 床，依據最近統計結果，實際可使用床數包含附設醫院 741 床、萬芳醫院 743 床及雙和醫院 1027 床。三家主要教學醫院每年門診人數約達 144 萬-170 萬人；每年住院人數介在 2.6-3.7 萬人；急診人次介在 5.2-9.5 萬人。此外，醫學生能夠了解不同醫療層級及地域醫院之差別，獲取足夠且多元的臨床學習經驗。此外，附設醫院會議室、討論室共 50 間；萬芳醫院全院教室、討論室、或會議室共 90 間；雙和醫院各型會議室共 48 間。三家主要教學醫院提供醫學生使用的置物櫃數目介在 175-180 個之間、值班室 19-56 間。經統計附設醫院、萬芳醫院與雙和醫院使用於醫學生教育的空間面積分別約為 58,911、58,252、92,053 平方公尺。學校及三家附設與附屬醫院均設有無線網路及相關醫療資訊系統，且皆可透過遠端認證連線使用學校圖書館電子館藏資料，具有有適當的教學設施和資訊資源。

準則判定：符合

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

發現：

1. 108 學年度三家附屬醫院的主治醫師及住院醫師人數分布：附設醫院主治醫師共 232 名、住院醫師人數共 89 名、臨床研究人員共 8 名；萬芳醫院主治醫師共 227 名、住院醫師人數共 83 名、臨床研究人員共 23 名；雙和醫院主治醫師共 241 名、住院醫師人數共 125 名、臨床研究人員共 4 名。
2. 北醫大醫學系實習醫學生是平均分配至三家附設與附屬醫院，而這些科別之主治醫師、住院醫師及臨床研究員皆有參與醫學生教學的責任及重要督導角色。但依據自評報告資料顯示：附設醫院之內科主治醫師 11 位，與萬芳及雙和醫院比較相對偏低，臨床研究員（總醫師）在外科 0 位、兒科 1 位、婦產科 0 位、家庭醫學科 0 位，明顯不足。萬芳醫院外科臨床研究員 0 位，雙和醫院之外科、兒科及婦產科之臨床研究員皆是 0 位，顯示住院醫師與臨床研究員之教學師資不足。
3. 此外，前次追蹤訪視發現臨床有部分團隊卻乏住院醫師，而是由專科護理師指導時習醫學生的情況，此次實地訪視發現附設醫院仍有部分團隊缺乏住院醫師或臨床研究員之直接指導，而是由專科護理師一線指導實習醫學生情況。

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：

1. 附設醫院訂有【臺北醫學大學附設醫院住院醫師晉升評核辦法】與【住院醫師指導實習醫學生辦法】，規定住院醫師每年須接受至少 2 小時師資培育訓練課程，但並無執行成效之書面資料供佐證。經實地訪視及訪談查證，醫學系建教合作之教學醫院，住院醫師在教導、督導和評量醫學生之角色責任，雖然有法規機制或師培課程，但從晨會、病例討論會，以病房病歷教學等教學活動觀察發現，住院醫師及總醫師之實際參與教學和評量角色及責任仍不足。
2. 此外，前次追蹤訪視發現臨床有部分團隊缺乏住院醫師，而是由專科護理師

指導時習醫學生的情況，此次實地訪視發現附設醫院仍有部分團隊缺乏住院醫師或臨床研究員之直接指導，而是由專科護理師一線指導實習醫學生情況。

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：

學校圖書館備有紙本及電子期刊，108 年 7 月底統計圖書資源：圖書紙本合計 158,989 冊、紙本期刊 665 種、期刊合訂本 21,579 種、電子書 91,877 種、電子期刊 18,300 種、中外文電子資料庫共 123 種、非書籍資料共 22,826 件。配合學校定位發展，其中 AI 人工智慧、醫學教育及大數據圖書資源，近年來陸續採購，於 108 年 8 月起購置 AI 人工智慧及大數據圖書約 200 種，數量足夠提供教師及學生使用，除現有資源外，平均每年每位學生生圖書經費平均超過 11,900 元，圖書館總館與分館並定期了解各單位及師生圖書資訊需求，擴充相關資源。

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：

學校圖書館館長為通識教育中心教授兼任圖書館館長，學歷為國立臺灣大學圖書資訊學研究所博士，具有圖書與資訊的專業背景。18 位專業館員皆具圖書資訊專業背景，其中具碩士學位佔 67%，另有助理館員及臨時人力（以時計資）共 17 人，整體團隊合計 35 名專業人力，能夠為北醫圖書館與全校師生提供最專業的服務。除了學校總館外，醫院圖書分館館員皆具備管理圖書館和資訊服務的能力，提供醫院臨床單位足夠與流通的圖書資訊，並提供線上網站協助圖書資源利用線上課程及圖書資源的推薦管道。此外，透過醫院（人力資源室、教學研究部等）定期舉辦的住院醫師及實見習生座談會，收集了解他們使用圖書資源的意見和需求，加以妥善的回應和改善。

準則判定：符合

肆、總結及認證結果之建議

一、總結

近年來，臺北醫學大學在醫學教育方面，無論是在硬體建設(包括大安校區、君蔚樓與人文暨社會科學學院的完竣，以及未來 3 年內即將完成的癌症大樓與雙和新建工程)或是增加教學人力(包括教學型主治醫師的增置、住院醫師人數的增加)等各方面都投入了相當大的努力。各層級醫學生、教師與醫師皆感受到校方的努力，對於學校都有強烈的認同感和向心力，令人印象深刻。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.醫學系課程委員會章程明訂，置委員十七至二十一人，除由系主任擔任主任委員外，另由教師代表、學生代表、校友、學界及產業界代表若干人共同組成之，學生代表三人，分別是系學會會長、臨床實習代表、班代。但教師代表不具主管職者僅一人，且為前任副系主任。課程委員會之代表性有待商榷。

2.課程委員會會議僅檢視各整合課程三個面向(授課內容、授課方法及課程評量)的總評量結果，並未針對教案內容、學習主題是否妥適，以及教師評量的結果加以討論。實際觀察縱向課程整合性不佳，重複的內容出現在不同的課程。學生與教師也反應有重複學習的內容。電腦查詢系統只能查詢到授課主題，無法查詢到授課內容中的 keyword。

3.醫學系課程需具「連貫且協調」，實際訪查課程邏輯性順序編排或適當性，整個課程設計是可再詳細思考，例如將重要的病理學獨立於「器官系統整合課程」或「疾病系統整合課程」之外，而沒有整併在重要的基礎和臨床的「整合課程」中，造成病理學與臨床 dissociation。大體解剖 lecture 與實驗課分別在不同學期上課，將 lecture 與實作安排在不同學期會不會影響學生的學習成效有待追蹤。此發現從前次追蹤訪視至今，仍未完全改善。

4.107 學年起的「多元自主學習計劃(Gap Semester)專案」，縮短同學四年修業年限為三年半，擠出一學期的「Gap Semester」讓部分的學生可以前往國外學校學習。但實地訪視發現醫學系將四下的課程空出之規劃為上學期課程不動，下學期整個依年級往前挪，而致使整個課程的邏輯順序性更混亂。Gap

Semester 須更周延考量整個課程的合理性與邏輯性，且該制度的施行應在系課程委員會詳細分析與討論。此外，多元自主學習計劃(Gap Semester)專案與105 學年度實施的「學碩一貫學程」(M.D.-M.S.)，皆屬課程變動，但都未通知醫學院評鑑委員會。

5.醫學系為讓醫學生在第一階段國考有兩次參加考試的機會，將國考必修科目在四年級上學期上完，但會壓縮到醫學生其他重要的通識、人文選修課程、或其他重要的 hidden curriculum 活動。然而這些課程對醫師的養成教育相當重要，此種嚴重壓縮通識人文及基礎醫學之教育學習時間之課程設計，其適當性宜再詳加考量。

6.該校非常強調創新創業、產學合作，近年於醫學系之通識課程中加入了創意設計、程式設計、人工智慧等通識課程，且列為必修或必選修課程，壓縮了其他重要的醫學人文、通識課程之學習時間，加上前述四年課程壓縮至三年半之設計，對於培育具人文素養之良醫的影響，該校宜多加考量。

7.醫學系引進 PBL 教學多年，其目的為培育學生主動學習、獨立學習與終身學習的能力。但目前的課程設計、教案編寫及執行方式是否能達到此目的，醫學系需收集多面向的資料做整體評估。TBL 是去年(107 年)才引進的教學方法，時間規劃是比照原有的設計，但課程內容有自己的創新部分，即在最後一階段(第三週) 要學生以小組為單位畫所給教案主要問題的概念圖(concept map)。目前 TBL 的執行面有一些問題需改善，如在各組間分享概念圖時相鄰兩組的干擾，以及學生要花很多時間在課堂上畫概念圖，概念圖要涵蓋內容的廣度和深度，學生所理解的和教師所期待的仍存在不小的差距。此外，PBL 與 TBL 為不同於一般課程設計及目的的課程，但均使用相同的課程評量表，較難以準確評估課程的品質及了解需如何改善課程品質。

(二)臨床教學：

1.校方很鼓勵教學，訂有「教學實務型」教師升等辦法，並設有「臨床教育委員會」，此外校方並提供高額獎勵金鼓勵認真投入教學達到指標的教師，但訪談多位教學型主治醫師，普遍反映以教學實務升等不易，且學校有六年的限期升等壓力，此發現從前次追蹤訪視至今，仍未完全改善。

2.臨床實習課程雖規劃有 mini-CEX、DOPS、CbD 等評量方式以評量醫學生的學習成效與臨床表現，但並無呈現結構式形成性評量（structured formative assessment），教師之質性回饋偏少。且所有的實習輪訓課程均以兩週為一單位，而實習第二週的週五（即實習的第 10 天）即進行 mini-CEX、DOPS、CbD 等評量，其評量時間點和評量頻率的適切性應再重新檢討與規劃。醫學系新建置「電子化學習歷程檔案」系統 (簡稱 e-portfolio)可提供醫學生與教老師雙向溝通。然訪視過程發現，教師與學生對該系統的操作和查詢並不熟悉，對每位學生是否有完成核心內科 8 項核心案例照護和核心外科 9 項主訴項目之案例照護，仍需由行政管理者後台追蹤並通知學生，指導教師難即時檢視每位學員的進度。此外，實際訪談臨床實習醫學生發現，有的科別學生僅有書寫 progress note，自己照顧的病患沒有寫 admission note，在 e-portfolio 雙向回饋系統平台，教師也有未完成、未能即時給予回饋的情況，有些科別是在課程結束或最後一天才進行評量回饋，可能無法及時改善學生的問題。檢閱臨床教師對學生臨床實習執行雙向評估回饋，顯示大多是制式回覆，不夠具體及特定性，未依據學生臨床表現，特別是待指正的專業態度的行為，給予適當的指正回饋。

3.在內、外科實習部分，每位醫學生之內科核心實習和進階實習會在同一家附設或附屬醫院進行，外科實習亦然。初階實習部分，學生概分為三大組，每組在三家主要教學醫院 (附設醫院、雙和醫院、萬芳醫院)輪轉其二，例如某組在萬芳醫院進行內科實習、在雙和醫院進行外科實習。醫學系規範每位醫學生於核心內科須完成 8 項核心案例照護，其中含 6 項必要核心案例和 2 項其他自選案例；核心外科須完成 9 項主訴項目之案例照護，其中必須完成 6 項必要核心案例和 3 項其他自選案例。實地訪談和訪視發現，每位醫學生被分別到各次專科的實習期間不同，如此安排可能是考慮各次專科的教學資源，而非考量醫學生的學習需求，即使在同一家實習醫院也未能符合學習經驗的等同性及「以學生為中心」的課程規劃理念。而以收集核心案例為目的的實習安排，容易誤導學生只看「病」而不看「病人」，難落實以「病人為中心」的全人照護課程設計理念。

4.臺北醫學大學六年級之 65 週進階輪訓內科、外科、婦產科、小兒科、急診科，以及選修科別之實習課程，內科、外科實習是接續五年級之內科、外科實習課程，每位學生被安排在與其五年級相同的附設或附屬醫院繼續進行進階輪訓。但主要必修科目婦產科與小兒科實習則是平均分配在三家附設與附屬醫院和另外五家合作醫院實習。醫學系說明安排醫學生至八家教學醫院接受婦產科、小兒科實習是希望學生能到體系以外的醫院實習，使其了解自己學校體系的臨床教學並不遜色於其他醫院，但很難解釋為何內科、外科實習不是以此教育理念作為安排。婦產科與小兒科實習為必修課程，而且只有一次輪轉實習，其中有八分之五的學生是分派至三家主要教學醫院以外的合作醫院去接受訓練，難符合學習經驗等同(comparable)和課程評估與學生評量方法等效 (equivalent)的教育要求。北醫大三家附設與附屬醫院臨床教學之等效性與等同性從前次追蹤訪視至今，仍未完全改善。

5.北醫大之「三年百師計畫」期待三家附設與附屬醫院都能增聘專、兼任臨床教師，而且有分配給三家主要教學醫院的目標數。數據顯示 106-108 學年度有許多新的臨床教師聘任，但是臨床教師的總人數並沒有明顯的增加，例如婦產學科由 106 學年度之 58 人(含無銜職教師)降至 107 學年度之 31 人(含無銜職教師)；小兒學科由 106 學年度之 35 人(含無銜職教師)降至 107 學年度之 25 人(含無銜職教師)，反而總教師數減少。校方解釋臨床教師數實際無明顯增加的原因為(1)新的聘任教師多為升等，而非新聘；(2)退休與離職教師人數與新聘教師人數相抵；(3)107 學年度病理學科改歸類為臨床學科等因素。

6.北醫大醫學生之臨床實習主要是在三家附設與附屬醫院中進行，其中雙和醫院規模最大，而過去兩年在主治醫師的增聘和住院醫師的招收也有明顯的改善；但是在萬芳醫院和附設醫院主治醫師的增聘和住院醫師的招募則未有明顯的成長，雙和醫院的住院醫師和臨床研究員之總數由 105 年之 77 名增加至 124 名、附設醫院由 94 名增加至 98 名、萬芳由 92 名增加至 96 名。北醫大醫學系每屆約 140~105 名醫學生平均分配在三家附設與附屬醫院實習，附設醫院除接受北醫大醫學生臨床教育外，亦接受他校實習醫學生，其中以附設醫院之內科與外科接受外校實習醫學生為最多。實地訪視中發現，附設醫院之部分實習醫學生被安排在沒有住院醫師指導的團隊，而是由專科護理師直接

指導實習醫學生。106 年追蹤訪視時發現之「應有足夠數量之住院醫師擔任指導老師」的問題並未明顯改善。

7.訪談醫學生的病患病史詢問，有些學生會從主訴直接跳至影像檢查，忽略了身體診察(理學檢查)及臨床思路(clinical reasoning)的重要性。尤其，醫學系與附設醫院院方在推行「結構化病歷」，雖可節省寫作病歷的時間，但訪談醫學生與住院醫師，並觀摩實際操作情形，醫學生及住院醫師可以利用病歷模板範本(template)很快勾選 checklist，就完成並產生一份病歷，但對整個病患病情的臨床思路(clinical reasoning)途徑及科學邏輯訓練，就醫學教育觀點來看，其實是要深思的。

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

TMAC 108 年度臺北醫學大學醫學院醫學系訪視行程

【Day 1】-12/10(星期二)

臺北醫學大學醫學院醫學系

時 間	內 容	說 明
09:00~09:10	人員介紹	1. 學校就校方、醫學系、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）	交通接駁至臺北醫學大學-大安校區；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	地點：醫學綜合大樓前棟 3 樓會議室
13:00~13:40	1. 簡報（15 分鐘為限）**教學及研究：（一）通識與醫學人文** 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。
13:40~14:20	1. 簡報（15 分鐘為限）**教學及研究：（二）基礎與臨床整合** 2. 意見交換與討論	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。
14:20~15:00	1. 簡報（15 分鐘為限）**教學及研究：（三）臨床教學** 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。
15:00~16:00	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。
16:00~17:30	訪視委員共識討論	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，將於明日蒐集相關佐證資料。
17:30	賦 歸	TMAC 備專車接送訪視小組回到飯店。

【Day 2】-12/11(星期三)

I. 臨床與基礎整合組/通識與醫學人文組：臺北醫學大學醫學系

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	**晤談：基礎醫學、通識與醫學人文學科教師**	訪視委員採「一對一」方式與教師晤談。
12:00~13:00	午餐	地點：醫學綜合大樓前棟 3 樓會議室
13:00~14:30	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。

II. 臨床教學組：臺北醫學大學附設醫院

時 間	內 容	說 明
07:30~08:45	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。
08:45~09:00	**教學醫院**簡報	院方就臨床教學現況進行 15 分鐘簡報；訪視小組針對簡報內容，以及自評報告內容提出問題與討論。
09:00~10:00	**座談： 教學醫院主管-陳瑞杰院長、張君照副院長 醫院教學部負責人-陳建宇主任**	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：臨床學科教師**	訪視委員採「一對一」方式與教師晤談。
11:00~12:00	**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。
12:00~13:00	午餐	地點：臺北醫學大學附設醫院
13:00~14:10	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。
14:10~14:20	委員返至臺北醫學大學	

III.醫院教學組(1 名委員)：萬芳醫院

時 間	內 容	說 明
07:30~08:45	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。
08:45~09:00	**教學醫院**簡報	院方就臨床教學現況進行 15 分鐘簡報；訪視小組針對簡報內容，以及自評報告內容提出問題與討論。
09:00~10:00	**座談：** **教學醫院主管-陳大樑院長、粟發滿副院長** **醫院教學部負責人-** **蘇裕謀主任**	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：臨床學科教師**	訪視委員採「一對一」方式與教師晤談。
11:00~12:00	**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。
12:00~13:00	午餐	地點：萬芳醫院
13:00~14:10	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。
14:10~14:30	交通接駁至臺北醫學大學	由校方安排接駁訪視委員回醫學系。

IV.醫院教學組(2 名委員)：雙和醫院

時 間	內 容	說 明
07:30~08:45	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。
08:45~09:00	**教學醫院**簡報	院方就臨床教學現況進行 15 分鐘簡報；訪視小組針對簡報內容，以及自評報告內容提出問題與討論。
09:00~10:00	**座談：** **教學醫院主管-吳麥斯院長、林裕峯副院長** **醫院教學部負責人-** **譚家偉主任**	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：臨床學科教師**	訪視委員採「一對一」方式與教師晤談。
11:00~12:00	**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。
12:00~13:00	午餐	地點：雙和醫院
13:00~14:00	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。
14:00~14:30	交通接駁至臺北醫學大學	由校方安排接駁訪視委員回醫學系。

V.共同行程：臺北醫學大學醫學院醫學系

時 間	內 容	說 明
14:30~15:30	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。
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。

委員共識會場：臺北醫學大學醫學綜合大樓前棟 3F 會議室

簡報資料會場：臺北醫學大學醫學綜合大樓前棟 4F 誠樸廳

【Day 3】-12/12(星期四)

I. 臨床與基礎整合組/通識與醫學人文組：臺北醫學大學醫學院醫學系

時 間	內 容	說 明
08:00~10:00	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。
10:00~12:00	**晤談：醫學生**	訪視委員採「一對一」方式與醫學生晤談。
12:00~13:00	午餐	地點：醫學綜合大樓前棟 3 樓會議室

II. 臨床教學組：臺北醫學大學附設醫院

時 間	內 容	說 明
07:30~10:00	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。
10:00~12:00	**晤談：醫學生**	訪視委員採「一對一」方式與醫學生晤談。
12:00~12:10	臨床教學組委員返至醫學系	
12:10~13:00	午餐**(地點：**醫學綜合大樓前棟 3 樓會議室**)**	

III.醫院教學組(1 名委員)：萬芳醫院

時 間	內 容	說 明
07:30~10:00	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。
10:00~12:00	**晤談：醫學生**	訪視委員採「一對一」方式與醫學生晤談。
12:00~12:20	交通接駁至臺北醫學大學醫學系	由校方安排接駁車，接送訪視委員至醫學系。
12:20~13:00	午餐**(地點：**醫學綜合大樓前棟 3 樓會議室**)**	

IV.醫院教學組(2 名委員)：雙和醫院

時 間	內 容	說 明
07:30~10:00	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。
10:00~12:00	**晤談：醫學生**	訪視委員採「一對一」方式與醫學生晤談。
12:00~12:30	交通接駁至臺北醫學大學醫學系	由校方安排接駁車，接送訪視委員至醫學系。
12:30~13:00	午餐**(地點：**醫學綜合大樓前棟 3 樓會議室**)**	

V.共同行程：臺北醫學大學醫學院醫學系

13:00~14:00 **(地點：醫學系)**	**座談：醫學系劉燦宏系主任**	訪視小組就系務之規劃與推動、教育資源、醫學系及學校之授權與支持等情況，與系主任進行座談。
14:00~15:30 **(地點：醫學系或附設醫院)**	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。

委員共識會場：臺北醫學大學醫學綜合大樓前棟 3F 會議室

簡報資料會場：臺北醫學大學醫學綜合大樓前棟 4F 誠樸廳

【Day 4】-12/13(星期五)

臺北醫學大學醫學院醫學系

時 間	內 容	說 明
09:00~10:00	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。
10:00~11:00	**座談：醫學院郭漢彬院長**	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。
11:00~12:00	**座談：林建煌校長**	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。
12:00~13:00	午餐	地點：醫學綜合大樓前棟 3 樓會議室
13:00~14:00	**座談：張文昌董事長**	訪視小組就校務之規劃與推動、教育資源(財務)、對校長之授權與支持等情況，與董事會代表進行座談。
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。

委員共識會場：臺北醫學大學醫學綜合大樓前棟 3F 會議室

簡報資料會場：臺北醫學大學醫學綜合大樓前棟 4F 誠樸廳