

## 109 年度 臺北醫學大學醫學系醫學教育品質認證申復意見表

| 項目  | 申復事由 | 準則、報告原文   | 學校申復意見  | TMAC 申復意見回覆說明   |
|---|------|---|---|---|
| 第一章<br><br><input type="checkbox"/> 違反程序<br><input checked="" type="checkbox"/> 不符事實<br><input type="checkbox"/> 要求修正事項 |      | <p><u>準則條文</u>：1.4.2<br/> <u>報告頁碼</u>：15<br/> <u>準則判定</u>：部分符合<br/> <u>報告原文</u>：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，一般教師代表缺乏參與決策之管道，相關決策之透明度與參與度不足。</p> | <p>感謝委員意見，本校於現場提供之佐證資料夾 18 院務會議會議紀錄，在 107 年 09 月 18 日院務會議中已針對上次追蹤訪視委員之審查意見加以重視(附件 1)，故已經調整「院務會議組織章程(附件 2)」，修正法規保障”教師代表”提名，請參閱自評報告中(頁 1-235)「107 學年院務會議委員代表身分明細表」之 42 位當然委員，調整現行 108 學年度組成為：<u>當然委員 16 位，學生代表 2 位及教師代表 7 位</u>，提供教師代表參與並提升決策之透明度，委員現場審查佐證資料時可能審閱 107 學年度前之會議紀錄，方有如此誤解。</p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> 維持原議<br/> <input type="checkbox"/> 接受申復，僅修改報告文字<br/> <input type="checkbox"/> 接受申復，修改準則判定<br/> <input type="checkbox"/> 依「要求修正事項」修正報告內容</p> <p>說明：<br/>       經查學校「院務會議組織章程」，當然委員除了兩名學生代表外，還包括院長、副院長、各學系、研究所及學程主管、副主管。至於一般教師代表則由院長提名，而非教師互選所產生，其代表性是否適宜，值得再商榷。故，報告原文所述「一般教師代表缺乏參與決策之管道，相關決策之透明度與參與度不足」並未不符事實。惟，為使學校更具體瞭解訪視委員所關注的問題，修改報告文字，將「一般教師代表缺乏參與決策之管道，相關決策之透明度與參與度不足」之敘述，改為「一般教師代表</p> |

| 項目  | 申復事由   | 準則、報告原文   | 學校申復意見   | TMAC 申復意見回覆說明  |
|-----|--|---|--|--|
|     |  |   |  | 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」，準則判定維持「部分符合」。  |
| 第二章 | <input type="checkbox"/> 違反程序<br><input type="checkbox"/> 不符事實<br><input checked="" type="checkbox"/> 要求修正事項 | <p><u>準則條文</u>：2.1.2.0<br/> <u>報告頁碼</u>：23<br/> <u>準則判定</u>：部分符合<br/> <u>報告原文</u>：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。</p> <p>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，例如重要的病理學和藥理學獨立於「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、藥理學與臨床的 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</p> | <p>委員發現 2，委員可能誤解，本校係將「藥理概論」(1 學分)獨立於整合課程之外，因為藥理概論主要提供學生對藥理有基本之了解，課程內容講授：藥理緒論、自主神經系統藥物及毒理學等，為了奠基後續整合課程準備，因此以獨立之方式授課於三年級上學期。有關藥理學課程整合，請參閱自評報告中(頁 2-14)「(四)第二階段「臨床醫學整合課程」：主要介紹人體各主要系統的疾病與治療。三年級下學期以及四年級上學期施行，將臨床常見的疾病依照系統與藥理學進行課程整合。」即藥理學授課主要依模組整合於「疾病系統整合課程(8 個疾病模組)」(頁 2-43)「表二、橫向整合課程」，並非獨立於整合課程之外。</p> <p>委員發現 3，感謝委員意見，本校「多元自主學習計劃(Gap Semester)專案」，實為提供學生一段完整且較長時間的海外學習，尚屬實驗性質，每年限十名，進入之初，學生必須經過甄選，在緊縮的課程</p> | <input type="checkbox"/> 維持原議<br><input type="checkbox"/> 接受申復，僅修改報告文字<br><input type="checkbox"/> 接受申復，修改準則判定<br><input checked="" type="checkbox"/> 依「要求修正事項」修正報告內容<br><p>說明：<br/>         經查學校確實將「藥理概論」(1 學分)獨立於整合課程之外，而藥理學授課主要依模組整合於「疾病系統整合課程(8 個疾病模組)」，故依「要求修正事項」刪除報告內容中「藥理學」一詞。其餘發現未有需修正之處，維持原議。</p> |

| 項目  | 申復事由   | 準則、報告原文   | 學校申復意見   | TMAC 申復意見回覆說明  |
|-----|--|---|--|--|
|     |  | <p>排在不同學期，學生學習成效有待追蹤。</p> <p>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。</p> <p>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%。</p> | <p>中，本校均設有作業規範及安排副系主任及行政老師協助輔導，並針對可能之困難提供課前預習，目前學生均適應良好，感謝委員之建議，此變動題卻可能影響整體課程先後順序的合理性與邏輯性，本校針對每位參與之同學均密切觀察，除積極輔導學生外，協助同學於寒暑假期間進行先修課程，並安排授課老師與同學討論，本校亦定期於系課程委員會中，追蹤檢討。</p> <p>委員發現 4，感謝委員意見，本校定期收集學生國考成績，作為課程設計之參考，目前國考一首考通過率與全國相當，此一議題，本校將於系課程委員會中，追蹤檢討。</p> |  |
| 第四章 | <input type="checkbox"/> 違反程序<br><input type="checkbox"/> 不符事實<br><input checked="" type="checkbox"/> 要求修正事項 | <p><u>準則條文</u>：4.1.0<br/> <u>報告頁碼</u>：73~74<br/> <u>準則判定</u>：部分符合<br/> <u>報告原文</u>：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</p>  | <p>委員發現 4，感謝委員意見，針對專任臨床教師的每週授時數從 106-107 學年度上升原因，請參閱自評報告中(頁 4-8)「第 12 行 另外本校於 107 學年度修正授課時數計算標準，故授課時數略微增長。」及委員書面審查意見回覆(頁書面回覆-33~34)「最後 3 行 針對授課總學分數部</p>   | <p><input checked="" type="checkbox"/> 維持原議<br/> <input type="checkbox"/> 接受申復，僅修改報告文字<br/> <input type="checkbox"/> 接受申復，修改準則判定<br/> <input type="checkbox"/> 依「要求修正事項」修正報告內容</p> <p>說明：<br/>           學校指稱臨床教師授課時</p> |

| 項目          | 申復事由        | 準則、報告原文   | 學校申復意見  |             |             | TMAC 申復意見回覆說明  |      |  |      |      |          |      |      |  |
|-------------|-------------|---|---|-------------|-------------|--|------|--|------|------|----------|------|------|--|
|             |             | <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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</p> | <p>份，本校計算基準分為以課堂及教師兩種方式分別呈現，課堂計算方式較無太大變動，而教師學分數則以臨床學科於 106-107 年增幅最為劇烈，主要是因應 108 年 01 月 29 日教務處處務會議通過「專、兼任教師臨床見(實)習教學授課時數表」修訂計算公式，將「時數/週(U÷ 36)」應修正為「時數/週(U÷ 18)」，更能清楚顯示臨床教師之教學負擔。」，實為計算基準改變之問題，107 學年度臨床授課時數計算標準修訂為學分(即每週授課時數)，用意為更能清楚顯示臨床教師之教學負擔，分母由原來的 36 修法為 18 所致(比照課堂每 18 小時為一學分)，因為授課時數計算標準改變，導致 107 學年度時數上升，然若以原本 106 學年度標準之計算方式，專任臨床教師的授課時數實為逐年下降，兼任臨床教師亦同理。</p>         |             |             | <p>數偏高，是計算基準改變所造成。然，醫學生臨床實習課程為學年制，而非學期制。因此，報告原文之計算「時數/週(U÷ 36)」為合理；「時數/週(U÷ 18)」之計算應為學期制之課程。發現之重點並非授課時數的計算，而是希冀學校整體考量臨床教師的授課時數與教學負荷，臨床教師數應可再加強。故，報告原文未有需修正之處，維持原議。</p> |      |  |      |      |          |      |      |  |
|             |             |   | <table border="1"> <tr> <td data-bbox="1104 1145 1290 1345">教師週授課時數(平均)</td> <td data-bbox="1301 1145 1395 1345">專任教師(自評報告書)</td> <td data-bbox="1395 1145 1489 1345">專任教師(書面回覆修訂)</td> <td data-bbox="1489 1145 1686 1345" rowspan="2">備註說明</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="1301 1345 1395 1425">臨床學科</td> <td data-bbox="1395 1345 1489 1425">臨床學科</td> </tr> </table> | 教師週授課時數(平均) | 專任教師(自評報告書) | 專任教師(書面回覆修訂)   | 備註說明 |  | 臨床學科 | 臨床學科 | (102) 學年 | 5.19 | 2.60 |  |
| 教師週授課時數(平均) | 專任教師(自評報告書) | 專任教師(書面回覆修訂)  | 備註說明  |             |             |  |      |  |      |      |          |      |      |  |
|             | 臨床學科        | 臨床學科  |   |             |             |  |      |  |      |      |          |      |      |  |

| 項目       | 申復事由 | 準則、報告原文  | 學校申復意見  |      |      |  | TMAC 申復意見回覆說明 |
|----------|------|--|---|------|------|--|---------------|
|          |      | <p>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。</p> <p>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</p> | (103) 學年                                      | 5.19 | 2.60 |  |               |
| (104) 學年 | 5.02 | 2.51   |   |      |      |  |               |
| (105) 學年 | 4.75 | 2.38   |   |      |      |  |               |
| (106) 學年 | 4.19 | 2.10   |   |      |      |  |               |
| (107) 學年 | 7.11 | 3.56   | 計算基準從分母 36 改為 18 所致，若用原 106 學年以前計算方式應為"1.78"。 |      |      |  |               |

| 項目        | 申復事由   | 準則、報告原文   | 學校申復意見  | TMAC 申復意見回覆說明   |
|-----------|--|---|---|---|
|           |  | <p>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。</p>  |   |   |
| <p>總結</p> | <p><input type="checkbox"/>違反程序<br/><input type="checkbox"/>不符事實<br/><input checked="" type="checkbox"/>要求修正事項</p> | <p><u>準則條文</u>：肆、總結及認證結果之建議<br/><u>報告頁碼</u>：88<br/><u>準則判定</u>：NA<br/><u>報告原文</u>：一、總結.....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和藥理學獨立於「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、藥理學與臨床 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。</p> | <p>同上題 2.1.2.0 之陳述<br/>委員發現 3，委員可能誤解，本校係將「藥理概論」(1 學分)獨立於整合課程之外，因為藥理概論主要提供學生對藥理有基本之了解，課程內容講授：藥理緒論、自主神經系統藥物及毒理學等，為了奠基後續整合課程準備，因此以獨立之方式授課於三年級上學期。有關藥理學課程整合，請參閱自評報告中(頁 2-14)「(四)第二階段「臨床醫學整合課程」：主要介紹人體各主要系統的疾病與治療。三年級下學期以及四年級上學期施行，將臨床常見的疾病依照系統與藥理學進行課程整合。」即藥理學授課主要依模組整合於「疾病系統整合課程(8 個疾病模組)」(頁 2-43)「表二、橫向整合課程」，並非獨立於整合課程之外。</p> | <p><input type="checkbox"/>維持原議<br/><input type="checkbox"/>接受申復，僅修改報告文字<br/><input type="checkbox"/>接受申復，修改準則判定<br/><input checked="" type="checkbox"/>依「要求修正事項」修正報告內容</p> <p>說明：<br/>經查學校確實將「藥理概論」(1 學分)獨立於整合課程之外，而藥理學授課主要依模組整合於「疾病系統整合課程(8 個疾病模組)」，故依「要求修正事項」刪除報告內容中「藥理學」一詞。</p> |