

輔仁大學醫學院醫學系

110 年度醫學教育品質認證 書面審查報告



111 年 2 月

輔仁大學醫學院醫學系

110 年度醫學教育品質認證

書面審查報告

審查小組：

- | | | |
|------|-----|--------------------------------------|
| 召集人 | 方基存 | 長庚大學醫學院內科學教授/臺灣醫學院評鑑委員會委員 |
| 副召集人 | 林文琪 | 臺北醫學大學通識教育中心教授兼反思寫作中心主任/臺灣醫學院評鑑委員會委員 |
| 委員 | 朱宗信 | 國立臺灣大學醫學教育暨生醫倫理學科暨研究所教授/臺灣醫學院評鑑委員會委員 |
| | 馬國興 | 國防醫學院解剖學教授兼研究發展室主任/醫學系副系主任 |
| | 謝式洲 | 國立成功大學醫學院外科學教授兼副院長/醫學系系主任 |

目錄

壹、本次書面審查重點.....	1
貳、審查執行過程.....	2
參、審查發現	
第 1 章 機構.....	3
第 2 章 課程與學生評量	6
第 3 章 醫學生.....	23
第 4 章 教師.....	24
第 5 章 教育資源.....	30
肆、總結	31

壹、本次書面審查重點：

臺灣醫學院評鑑委員會(以下簡稱TMAC)從民國90年展開全國醫學系訪視，輔仁大學(以下簡稱輔大)醫學系已歷經11次全面與追蹤訪視，原訂109年下半年進行效期屆滿前之全面訪視。然，因新型冠狀病毒肺炎(以下簡稱COVID-19)疫情之影響，遂延至111年下半年進行實地全面訪視，並於今年(110)年下半年進行書面審查，以確保學校醫學教育之品質。輔大醫學系最近一次醫學教育品質認證為106年11月28~12月1日之全面訪視，總共提出30項「部分符合」項目，主要發現內容如下：

(一) 通識及醫學人文教育

醫學系目前的醫學人文課程以醫學系為主要規劃單位，醫學人文教師為醫學系專任臨床醫師，而由系主任負責課程規劃、管理、追蹤及成效評估，非最適當人選。醫學院長與校長提及未來希望由原來的師資聘任適合的教師負責，期望達到更好課程規劃管理。

(二) 基礎醫學教師人數

在過去幾次的評鑑報告中，都曾提出基礎醫學的專任教師人數不足。這次實地訪評，基礎醫學專任老師的人數並無明顯的改變。實際訪談多位教師都表示，授課時數超過10小時，教師負擔明顯較大；訪評期間與兩位董事的訪談中，兩位董事答應會與校長及院系主管討論增加基礎醫學專任教師的可能性。

(三) 臨床醫學教育

(1)三家教學醫院(國泰綜合醫院，以下簡稱國泰醫院；新光吳火獅紀念醫院，以下簡稱新光醫院；天主教耕莘醫院，以下簡稱耕莘醫院)各有教學特色，但教學資源亦有顯著落差，在學生評分方面，三家教學醫院呈現實質差距；對於教學及評量的一致性缺乏四方同時溝通；醫學系雖有分析原因進行改善措施，但執行成效仍待加強。

(2)前次訪視發現三家教學醫院規劃臨床教學活動時，應避免造成學生被動學習，加強從照顧病人中養成主動學習的習慣，並增加hands-on學習的機會；本次訪視依然發現學生不能在第一線處理病人的臨床問題，沒有實質承擔照顧病人的責任，實際訪談住院醫師和主治醫師，大都認為六年制醫學系五年級的學生仍是見習，與七年制五年級醫學生的見習相同，沒有區別。學生的病歷書寫僅被

當作是作業，不會歸到正式病歷中。有些科別的住院醫師或PGY醫師人數較少，學生無法在完整的教學團隊中學習。

- (3)因應從民國108年起的PGY2.0啟動，醫學系也從七年制改為六年制，輔仁大學醫學系是否已經做好新制醫學系的改變，是本次以及日後訪視的重點。輔仁大學附設醫院(以下簡稱輔大附醫)到何時才能收支平衡的正常運作？三足鼎立如何和平轉移為以輔大附設醫院為中心的新的合作型態？七年制轉變成六年制除了修業年限的縮減外，是否也有臨床訓練品質的提升？仍有待未來的追蹤訪查。

貳、審查執行過程

輔仁大學醫學系於110年9月14日檢送自評報告至TMAC。本次書面審查小組成員共有5位委員，包含通識與醫學人文、基礎醫學、臨床醫學領域之專家、學者，小組召集人於書面審查會議前分別就該校「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」、「課程與學生評量」、「醫學生」、「教師」、「教育資源」等加以任務分組，小組委員至少以一個月的時間研讀該校自評報告、檢閱相關資料，並於10月26日提出自評報告審查意見(待釐清問題)予輔仁大學醫學系。審查小組於11月2日召開「視訊座談暨審查會議」。會中，書面審查小組先與學校醫學教育負責人視訊座談，學校出席代表包括江漢聲校長、醫學院葉炳強院長、葉建宏副院長(兼新光吳火獅紀念醫院副院長)、簡志誠副院長(兼國泰綜合醫院副院長)、王琨副院長(兼天主教耕莘醫院副院長)、醫學系王文奇系主任、天主教輔仁大學附設醫院教學部黃俐穎主任及全人教育課程中心黃孟蘭主任等學校主管。醫學系主任先就前次訪視需追蹤項目之改善情況、針對COVID-19相關教學與臨床實習之因應與調整，以及待釐清問題之回應進行簡短報告，審查小組再就報告內容與書面資料加以詢問。座談結束後，書面審查小組針對前次訪視的「部分符合」項目逐項討論，並達成共識。

參、審查發現

依據 TMAC 認證準則，條列本次書面審查之發現如下：

第 1 章 機構

1.3.4 (1.3.3) 醫學系主任必須有足夠的資源、權力，以遂行其治理醫學系和評估醫學系成效的職責。

前次訪視發現：

1. 醫學系依據「輔仁大學專任師資員額調整作業原則」管控教師數量，並依據醫學系升等聘任辦法及相關規定審查新聘教師、教師升等、學生回饋、研究、教學及服務方面的表現。

2. 醫學系專任基礎醫學教師人數長期以來均維持 24 名，教學負荷過重。

本次審查發現：

醫學系已於 109 學年度增聘 2 名基礎醫學師資，分別為微免學科與生化學科。但藥理學科教師 108 與 109 學年度每週平均授課時數分別為 11.87 與 12.24 小時；解剖學科教師 108 與 109 學年度每週平均授課時數分別為 11.70 與 11.64 小時，教學負擔較為沉重。

準則判定：部分符合

1.4.2 (1.4.1) 醫學系隸屬之醫學院必須參與醫學系務規劃，並共同為該學系設定方向以達成可預見的成果。

前次訪視發現：

醫學院參與規劃醫學系訂定發展目標的程序、審核、預算、執行、監督及稽核機制並不清楚，而醫學系的短程目標、中程目標以及長程目標是 105 學年度系務會議中訂定，其具體內容例如中程目標的第一項為「將加入 AAMC 增加與國外醫學生交流」，似與醫學系及醫學院的使命願景和目標關連性不大。

本次審查發現：

醫學系於 110 年 7 月 8 日系務會議中修正短、中、長程目標，然將「提高本系排名」列為長期目標，且對應院級目標為「尊重生命、服務熱忱、宏觀視野」，其關聯性

與論述不夠清楚。醫學系表示「若是排名評分要項不能反映本系價值，會再予以反思、尋求契合本系價值觀之其他系統，或調整目標設定來論述」。醫學系針對長程目標後續調整情況，有待持續追蹤。

準則判定：部分符合

1.4.5 (1.4.3.1) 醫學系與其建教合作之主要教學醫院的關係中，醫學系課程負責教師必須掌控每個教學醫院之教學計畫。

前次訪視發現：

- 1.系主任每年會至三家教學醫院訪視學生實習課程的安排與設計內容，監督是否依照實習訓練計畫書執行教育訓練。
- 2.第一屆六年制醫學生剛進入三家教學醫院實習，實際訪談教學醫院的臨床教師，包括主治醫師以及資深住院醫師都不太清楚六年制和七年制實習課程有何差別；除了有參與醫學系臨床課程規劃的負責人以外，其他的臨床教師仍然認為醫五的學生應該以見習為主，且三家教學醫院訓練環境及成果的等同性及等效性仍有些不同。
- 3.醫學系每季發行「輔醫系報」，作為教學溝通的平台，但部分臨床教師並未閱讀。

本次審查發現：

1. 針對三家教學醫院訓練環境及成果的等同性及等效性，醫學系主任與副主任會走訪各教學醫院探視學生學習狀態，或利用即時通訊軟體了解教學現場及學生的意見，並與系辦同仁一同瞭解任課臨床教師、行政幹部在教學現場面臨的問題，隨時掌握學生的學習狀況。醫學系主任會與臨床副系主任、醫院教學部主管定期召開會議，並有會議紀錄留存。但檢視會議紀錄發現缺少後續追蹤及改善情況，例如「臨床實習課程回饋」的質性意見中，多位醫學生對某家教學醫院之回饋意見較為負面，但未见醫學系後續回應與具體改善策略。此外，輔仁大學於 109 年度成立輔醫「一校四院」教學聯盟，共同舉辦師資培育課程，期望藉由共同師資培育以達成四家主要教學醫院的等同性及等效性，校方的努力值得肯定，但因一校四院教學聯盟剛啟動，其成效有待後續追蹤。
2. 醫學系以「輔醫系報」做為橫向聯繫，期望以之做為教師了解系上醫學教育目的之重要媒介，前次訪視時發現知道該報刊者不多。配合醫學系於 109 年組成一校四院

教學聯盟之策略，系報改採「輪流主編」以促進一校四院的參與；並採取線上及紙本的傳播模式，實施各種鼓勵閱讀措施，確實有加強系報流通的具體作為，但即時性不足，其實際成效有待持續觀察。

準則判定：部分符合

1.4.6 (1.4.4、1.4.4.1、1.4.4.2) 醫學系若有對教育品質與成果重大影響的修正計畫、事件或變動，必須於當年度通知醫學院評鑑委員會。

前次訪視發現：

- 1.請說明自前次書面追蹤審查後，醫學系相關重要變動。
- 2.請說明醫學系因應新型冠狀病毒肺炎(COVID-19)疫情，相關教學與臨床實習之調整。

本次審查發現：

1. 自前次訪視後，原醫學院長林肇堂教授於108年1月卸任，由葉炳強教授接任醫學院院長，以及基礎醫學副系主任與臨床副系主任等人事變動，已於110年4月10日輔校人字第1100007894號函通知。
2. 因應COVID-19疫情，相關教學與臨床實習之調整包括：(1)醫學系三、四年級PBL課程調整為遠距「線上PBL」(online PBL)的上課方式；基礎醫學實驗課程改成同步與非同步的情況來實施；組織學與病理學實驗，藉由數位玻片雲端系統供醫學系學生使用，學生可以依照上課進度在家透過此數位化系統快速搜尋到所需要的影像資料作觀察。其他基礎醫學實驗課程(生理、藥理、免疫)亦改採用非同步錄影網路教學。至於大體解剖實驗課程，每組每次操刀盡量減少至2人，並購置頭戴式運動攝影機供實驗解剖同學配戴，可同步播放與錄影解剖過程，提供給無法到實驗室現場一同參與的同學觀看。課後可將錄製影片的精華片段剪輯後，上傳至雲端服務平台供全班同學複習觀看。(2)五、六年級實習生臨床實習延後開訓，紅色熱區(急診、加護病房等)實習順序調整，夜間實習暫停，暫停跨院學習與外放他院實習等相關調整。上揭教學與實習之調整業於110年9月13日輔校研二字第1100016667號函通知。

準則判定：符合

第 2 章 課程與學生評量

2.1.1.2 (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瞭解其醫學教育目的。

前次訪視發現：

- 1.醫學系於 106 年 1 月 11 日重新修訂之教育目的為「培養具有：足夠醫學知識、關心社會需求、具有教學熱忱、終身學習、團隊精神、倫理精神、世界觀、獨立思考、研究及溝通之能力之醫師，亦即具有天主教精神的醫師」，但經與教學醫院教師及學生訪談，部分教師及學生並不知悉，且無完整納入評量表內。
- 2.醫學系強調「輔醫系報」做為橫向聯繫，使教師了解系上醫學教育目的之重要媒介，但所訪談的教師或醫師大都表示沒有看過，且對於師資培育的課程亦無特別的印象，對於新制醫學系五年級及六年級醫學生與舊制的差別，教師也不是很清楚，顯示橫向聯繫的努力還需加強。
- 3.針對住院醫師 Residents as Teachers 的課程或概念較弱，部分醫師表示沒有參加過專門為教學醫學生之相關課程。許多科別的住院醫師招收不足，醫學生恐缺乏學習的對象。

本次審查發現：

1. 前次實地訪談發現部分教師及學生並不知悉醫學系的醫學教育目的。醫學系於自評報告書中呈現，透過各種管道(如各課程委員會、系務委員會、系網、輔醫系報、師資培育課程、系主任的訪視等)宣導教育目的，但實際情況有待後續追蹤。
2. 前次訪視發現醫學系以輔醫系報作為聯繫工具，但訪談時大部分教師及醫師表示未看過。目前輔醫系報每年編輯出刊，由醫學系與各教學醫院輪流主編，做為教學溝通的平台，但即時性不足，且由於現有程式設計無法提供閱讀人次，無法得知教師與醫師是否確實閱讀輔醫系報，其「橫向聯繫」的實際成效有待持續追蹤。
3. 前次訪視發現部分住院醫師未參加教導醫學生之相關培育課程，自評報告書回覆師資培育中心每年定期舉辦師資培育課程，並有完整師資培育計畫。總醫師晉升也要求有教學領域的時數，並鼓勵住院醫師訓練過程中至少參與一次教學類的工作坊，以增加住院醫師擔任指導者的能力與知識，但未提供實際參與率及成效。此外，前次訪視發現耕莘醫院許多科別的住院醫師招收不足之情況，近三年外科系住院醫師穩定招收 2-3 名；內科住院醫師也每年穩定招收 1-2 名。但 110 年度兒科住院醫師人

數為 0 名。

準則判定：部分符合

2.1.1.3 (2.1.1.0、2.1.1.1)醫學系（院）的教師必須參與訂定其學系的教育目標，該教育目標必須以醫學生畢業時應具備之能力加以陳述，上述能力必須能被評量，並符合專業及大眾之期待。

前次訪視發現：

- 1.輔大醫學系訂定通識教育及醫學人文的課程要求與目標，然自評報告中只提供通識教育課程地圖，醫學人文縱貫至不同階段之課程地圖較不明確。
- 2.醫學系所提出的教育目的為「培養具有：足夠醫學知識、關心社會需求、具有教學熱忱、終身學習、團隊精神、倫理精神、世界觀、獨立思考、研究及溝通之能力之醫師，亦即具有天主教精神的醫師」，這些特質有些是很難做為評估成效的依據，例如具教學熱忱、世界觀及倫理精神等。故，在自評報告書中，一些課程與教育目的之間的關係就顯得有些勉強，且自評報告書中，教育目標與教育目的也一直被混雜使用。而在課程與教育目的之間的關係，自評報告書將教育目的歸列成三大面向：人性關懷、奉獻精神、及術德兼備，宜再重新思考，特別在許多基礎醫學及通識課程不知如何讓學生「術」與「德」能兼備。因此，醫學系制定之目的及核心能力，須整體評估後再修訂，課程之規劃需依不同核心能力等級來分配權重，不宜僅以「有、無」來檢討其成效，如此才能找出課程不足之處，以改善橫貫或縱貫之課程，符合專業及大眾之期待。
- 3.臨床之六大核心能力評量表格中，各項評估項目之歸類不太正確，實地訪評發現 360 度評估品項簡單，執行情形需要再落實。

本次審查發現：

1. 針對前次訪視發現「自評報告中只提供通識教育課程地圖，醫學人文縱貫至不同階段之課程地圖較不明確」，醫學系自評報告回覆「因為本系所必須培育學生的核心能力涵蓋範圍廣，單一課程或單一面向、單一年級之課程無法涵蓋所有之核心能力。因而確實大部分的通識或基礎課程無法涵蓋所有面向，須經由六年課程逐步培育」。自評報告書之說明並未完全回應前次訪視的問題，如：核心能力的「可被評量」性

仍有疑慮。而通識課程及醫學人文課程之規劃，從自評報告書的正文及視訊座談會議中的口頭報告，都只見通識及醫學人文課程名稱，未見依照不同核心能力等級來分配權重的具體報告，亦未見以能力指標為核心，縱貫通識、醫學人文到基礎學科及臨床課程的全面整合報告。

2. 從自評報告書附件醫學人文教育委員會的會議紀錄中發現，醫學系於106學年度決議，以「反思、溝通技巧、生命價值、性別與跨文化」進行一到六年級醫學系人文課程設計，從自評報告書中可見溝通技巧面向的縱貫式設計已有初步的成果，然報告書中未針對「反思、溝通技巧、生命價值、性別與跨文化」四個面向做整體地縱貫設計規劃、各年級發展的能力指標及對應的課程、課程設計及教學方法的說明。
3. 前次訪視發現臨床之六大核心能力評量表格項目歸類有些不正確，學校已修正並提出新的臨床學科平時考核表。而針對360度（多面向）評估品項表單，學校已準備進行內、外科360度評估，待IRB(人體實驗計畫審核)通過後施行，其後續施行成效有待持續追蹤。

準則判定：部分符合

2.1.1.5(2.0.2)醫學系應提供醫學生自主學習的教育機會，以培育終生學習的能力。

前次訪視發現：

- 1.該系對主動學習的定義是根據 Malcolm Knowles 在 1975 年所建議的定義，在有人或無人幫助下，個人以主動方式來分析自我的學習需求，列出學習目標，確認相關的學習資源（人與物），選擇採用恰當的學習策略，並評估學習成果。
- 2.醫學人文課程依據課綱，有小組討論機會，現場觀察的幾門課剛好大多以講授課為主，也較難看出評核主動學習能力之評核工具。
- 3.醫學系的課程特色是以 PBL 的學習方式，讓同學能夠主動自己找尋資料，學習整理與批判，並透過小組同學間的討論，以達到自我學習的訓練以及培養終身學習的技能，雖然學生自評問卷中對於 PBL 課程的回應並不是很理想，但經由教學醫院主治醫師訪談結果得知，醫學生普遍具備主動學習的習慣及能力。
- 4.醫學系在臨床積極推動 PBT(Patient-based teaching)教學，但從耕莘醫院的觀察發現，只有少部分的科別能夠執行(例如兒科)。此外，臨床實習單位普遍將學生的課表(行

程表)排滿，較缺乏適當的空堂讓學生自主學習。

本次審查發現：

1. 檢視自評報告書，並未針對醫學人文課程「評核主動學習能力之評核工具」進行說明。自評報告書中指出：「醫學人文課程對於學生主動及自主學習的評量，主要由授課教師從學生口頭或書面報告之資料收集的廣度及深度、口頭報告的投入及態度評量，除口頭回饋外反應在平時成績及報告成績上」。如果是「資料收集的廣度及深度、口頭報告的投入及態度評量」作為自主學習的能力表現的指標，醫學系並未針對「評核工具」是什麼提出具體說明。
2. 自評報告書中以課程中有議題報告、小組討論、辯論等教學安排，以及成績評量中含心得作業、口頭報告等，以此作為學校通識及醫學人文有「提供自主學習的機會」之說明，並未能充分回應該校自主學習的定義。學校自主學習定義是：「在有人或無人幫助下，個人以主動方式來分析自我的學習需求，列出學習目標，確認相關的學習資源（人與物），選擇採用恰當的學習策略，並評估學習成果」。未見學校針對該定義提供以下學習規劃的說明，如：如何引導學生分析自己的學習需求、如何引導學生發展自己的學習目標、如何培養找尋學習資源的能力、如何協助學生發展開自我導向學習及進行自我評估能力等。
3. 前次訪視發現醫學系推動 PBT(Patient-based teaching)教學，實際觀察耕莘醫院只有兒科做到。醫學系自評報告書面回覆目前耕莘醫院婦產科亦執行 PBT 教學，其他教學醫院部分科別也實行此教學方法，但並不完全，特別是在內、外科之教學。此外，前次訪視發現臨床實習單位普遍將學生的課表排滿，較缺乏適當的空堂讓學生自主學習。醫學系目前臨床課表已排入每週數小時的臨床自主學習時段，其實際執行情形有待後續追蹤。

準則判定：部分符合

2.1.2.1 (2.1.2.0、2.1.2.3)醫學系必須有一個整合課程的教育負責單位，負責連貫且協調課程之整體設計、管理、評估與監測。

前次訪視發現：

1. 醫學系雖然設置不同功能性的課程委員會，但是並未充分運用各種評估結果、座談

會、滿意度問卷、回饋問卷等，加以評估並改善課程。課程評估結果主要以量性結果呈現，質性意見分析不足。不同課程之內容未規劃不同權重之核心能力分配，難以顯現出學生所欠缺之核心能力。(2013 年版 2.1.2.0)

2. 醫學系有設置專門負責三、四年級的課程委員會，以協調與安排基礎與臨床整合課程，同時也負責評估教師教學及評量學生學習成效。委員會的委員除了系上行政主管外，也包含臨床與基礎醫學的教師及學生代表，不過委員主要是指派產生，而非遴選。(2013 年版 2.1.2.0)
3. 醫學系於 105 年設立醫學人文課程委員會，但似乎沒有涵蓋在自評報告中的課程委員會架構圖裡。目前兩次會議紀錄僅呈現簡單檢討課程的內容，例如有無重複性，尚無法看出對於課程全面性地規劃及管理。(2013 年版 2.1.2.3)
4. 基礎醫學課程(大三及大四課程)主要由三、四年級的課程委員會負責監測。大堂課部分，委員會針對學生對課程內容及授課老師的評量，定期加以檢討與改進。對於 PBL 課程，課程委員會每年會蒐集學生與小組導師(每單元會有三次小班導師會議，討論教案的使用情形及學生的學習狀況，並作成會議紀錄)意見，並於課程委員會中討論與修正。(2013 年版 2.1.2.3)
5. 醫學系整體臨床實習課程的評估，是由五、六年級課程委員會負責課程監測，但經由實地訪視，醫學生之自評問卷結果並未被充分分析。(2013 年版 2.1.2.3)

本次審查發現：

1. 針對前次訪視發現醫學系未充分運用各種評估結果，加以評估並改善課程，自評報告回覆：「學生及教師於意見回饋單中所提出的質性意見，會於各年級課程、PBL 單元規劃會議或臨床相關的課程委員中討論，提供下次課程修訂的參考，讓課程執行與成效更為精進」，並舉「溝通技巧」課程為例，然實際只有該門課程確實參考學生意見，並調整課程。檢視自評報告書面資料，醫學系未針對各種評估結果、座談會、滿意度問卷、回饋問卷等加以評估、檢討、改善，相關執行機制並不明確。
2. 前次訪視發現三、四年級課程委員會的委員組成主要是指派產生，而非遴選，醫學系自評報告書回覆：「三四年級課程委員會的委員組成由系主任及參與課程規劃與運作的老師共同組成，由於各單元及相關課程內容有其特殊性，由對課程內容最熟悉的教師共同參與、分工，最能了解課程的執行。因而委員主要是系內各學科教師推派代表，委派工作有分工意涵」，委員改由各學科教師「推派」產生。然而，推派

制的執行辦法尚未見於規章上清楚載明，醫學系表示會再與同仁溝通或修正，其後續執行情形有待持續追蹤。

3. 學校醫學人文教育委員會針對醫學人文及通識教育課程的改革提出重點方向的討論，至於全面性的課程規劃，例如橫向與縱向的設計、各年級發展的能力指標及對應的課程、課程設計及教學方法等，未見詳細說明，其管理及落實情形，有待持續追蹤。針對 PBL 課程，課程委員會每年會蒐集學生與小組導師(每單元會有三次小班導師會議，討論教案的使用情形及學生的學習狀況，並作成會議紀錄)意見，並於課程委員會中討論與修正；三年級及四年級基礎醫學課程有進行學生對課程內容及授課教師的評估，但其評估、檢討及改善之機制並不明確。
4. 前次訪視發現整體臨床實習課程的評估，由五、六年級課程委員會負責監測，但醫學學生的自評問卷結果並未被充分分析。醫學自評報告書面回覆五、六年級課程委員會討論學生自評問卷結果，質性反應事項予以各教學醫院改進，並舉例說明。其確切之評估、檢討、改善之機制有待持續追蹤。

準則判定：部分符合

2.1.2.2(2.1.2.1、2.1.2.2)醫學系課程委員會應確保醫學系課程每一單元的目標、內容和教學方法，以及整體課程之安排，必須由醫學系教師共同參與和設計，並定期檢討和修訂。

前次訪視發現：

1. 醫學人文部分課程單元的目的、內容和教學方法有醫學系教師共同參與和設計，唯仍需良好的定期檢討方式，這部份需要有實際負責的單位和教師從事相關管理及溝通的工作。
2. 醫學系的基礎醫學課程主要分為大二的預醫課程、大三及大四的 PBL 及依身體系統分類的單元課程(從基礎到臨床的整合課程)。預醫課程的授課內容由各授課老師設計與執行，而 PBL 的每個教案及單元課程之各單元，則分別由一群基礎與臨床教師共同研商、設計與執行。對於 PBL 及單元課程，每單元會有學生對課程、小組導師與單元授課教師進行評估；每單元也有三次小班導師會議，討論教案的使用情形及學生的學習狀況。大班課程主要是透過學生課後的評估加以檢討，檢討結果都會送至課

程委員會討論及修正課程內容與授課方式。

3. 醫學系五、六年級臨床課程評估包含對於課程、考試、評量等內容之定期檢討和修訂，但對於課程的設計與執行成效評估則不足，例如臨床實習評量表其評量項目中之專業素養內容有所誤植。此外，實地訪視發現，醫學系對於學生自評問卷的結果未深入分析並提出因應措施。

本次審查發現：

1. 醫學系醫學人文教育委員會負責醫學人文課程的規劃及管理，包含「收集相關人文課程的執行狀態、學生對課程的意見於會議討論。」等評估的工作，但依近年會議紀錄顯示，大部分是規劃案，並未針對執行成果進行具體評估的議案。醫學人文教育規劃案如何落實，以及如何針對教學實踐進行定期檢討，仍有待持續追蹤。
2. 前次訪視發現五、六年級臨床課程設計與執行成效評估不足，且其中專業素養內容有誤植。自評報告書面回覆：「透過五、六年及臨床課委會對課程設計與執行成效評估，以學習護照微調，教師教法回饋參考等來進行改善」。此項逐漸改善當中，其實際執行成效有待後續追蹤。另，臨床實習評量表其評量項目中之專業素養內容有所誤植之處，亦已改正。此外，前次訪視發現醫學系對學生自評問卷的結果未深入分析並提出因應措施，自評報告書面回覆五、六年級課程委員會對自評問卷的結果加以評估，並於各科會議中檢討，自評報告書中亦有舉例說明，此項逐漸改善當中，其實際執行成效有待後續追蹤。

準則判定：部分符合

- 2.1.2.5 (2.1.2.5) 醫學系必須收集並運用各種不同的成果數據，以證明其教育目的之達成程度。

前次訪視發現：

輔大醫學系有蒐集各項成果數據，例如：第一及第二階段國家醫師執照考試的結果、臨床技能測驗的表現、醫學生畢業問卷數值、醫學生升級及畢業比例、畢業生的選科、畢業後住院醫師的表現等等，該系的第一階段及第二階段國家醫師執照考試，以及臨床技能測驗的通過率佳，畢業生至醫院工作也受到很好的評價，尤其在溝通技巧、表達能力、及解決問題的能力較他校畢業生為佳。但仍有部份表現不如預期之數據，並未

進行積極檢討改善，例如：畢業生問卷調查中「您覺得您的能力在同一教學醫院的 intern 之中程度如何？」僅 6.8 分(10 分為滿分)，及「建構基礎知識僅 3.2 分」(5 分為滿分)；畢業校友對於母校系上所開設的課程是否為輔仁大學醫學教育之強項的調查中，一般的平均分數都落在 3.5 分(5 分為滿分)左右，針對上述結果，醫學系未深入分析並擬訂改善策略。

本次審查發現：

前次發現為畢業生問卷中有些項目如「自己程度評估」及「建構基礎知識」偏低，但醫學系並未深入擬定改善策略。醫學系自評報告書面回覆中，雖提到各弱項的可能原因，但仍未擬定具體改善策略，亦未明確指出於哪一會議上，曾針對畢業生問卷調查中部份表現不如預期之數據，進行深入分析並擬訂改善策略。

準則判定：部分符合

2.1.3.1 (2.1.3.0)醫學系對所有主要教學地點所提供的特定專門領域課程，必須具有等同的(comparable)學習經驗和等效的(equivalent)課程評估與學生評量方法。

前次訪視發現：

- 1.醫學系臨床實習分別在耕莘、國泰、新光三家教學醫院實習，七年制學生在五、六、七年級都會於三家教學醫院輪訓，但每名學生到各教學醫院實習的年級和科別都不相同。五、六、七年級實習醫學生使用醫學系所設計的紙本學習護照，主治醫師和住院醫師主要經由學生的紙本學習護照提供教學與評量。
- 2.為達成三家教學醫院之等同的學習經驗和等效的課程評估與學生評量，醫學系要求三家教學醫院製作共同的核心課程，統一 80 項臨床技能教學，同時安排系上主管交叉訪視各個教學醫院，並從學生端獲得意見回饋，以監測教學品質。此外，醫學系執行各種宣導方式，如：舉辦新進教師訓練營；五、六、七年級的臨床醫學教育與課程委員會，宣導臨床教師對於學生評量需一致性；三家教學醫院使用相同的評分說明與評量表；經常舉辦共識課程訓練；系主任每年會到三家教學醫院訪視；系務會議中，宣導教學目的與評量方式一致性的重要。
- 3.不過，由問卷調查結果顯示，三家教學醫院仍有許多差異性，例如醫學系與三家教學醫院的教師培育活動為各自分開舉辦，對於教學及評量的一致性缺乏四方同時溝

通，難達其一致性；在學生評分方面，三家教學醫院亦有差距，醫學系雖有分析原因進行改善措施，但執行成效有加強空間。

- 4.此外，醫學系強調「輔醫系報」為橫向聯繫的重要媒介，但所晤談的教師與醫師大都表示沒有看過，且對於師資培育的課程，亦無特別的印象，顯示橫向聯繫不足。
- 5.(2013 版 2.1.3.5)醫學系臨床實習之三家教學醫院，皆使用統一格式之學生平時考核表暨成績表、課程問卷、學系醫學教育回饋問卷，並定期統計三家教學醫院的教師對於學生的評量成績及問卷。然，依據簡報資料，103-105 學年度三家教學醫院對於學生的評分，「內科實習一」的評分以耕莘醫院最高分（83.5±13.7），新光醫院最低分（77.2±25.8）；「外科實習二」的評分以國泰醫院最高分（87.4±1.6），耕莘醫院最低分（75.2±35.1），顯示仍有落差。

本次審查發現：

1. 前次訪視發現臨床實習醫學生到不同教學醫院所安排的臨床實習科別或修習年級都不相同。自評報告書面僅回覆：「三家教學醫院各自有教學活動，本於個別需求性，是分散活動設計與成本。但會通知並且邀請其他友院同事參與有關教學活動內容、時間、地點。參與者也可與講員及他院伙伴切磋」，並未改善前次訪視發現。
2. 輔仁大學於 109 年度成立輔醫「一校四院」教學聯盟，共同舉辦師資培育課程，期望藉由共同師資培育以達成四家主要教學醫院對於教學及評量的一致性，校方的努力值得肯定，但因一校四院教學聯盟剛啟動，其成效有待後續追蹤。
3. 前次訪視發現學生評分在各家教學醫院有些差距，自評報告書面答覆：「各醫師可能評分有異，學生分到不同醫院不是依成績分派，因此些許的評分差異，應是在合理範圍。評分標準也於事前學科會議中宣導。各院評分超過 90 分、低於 70 分，都須說明事由」，並未提出具體改善策略。
4. 醫學系以「輔醫系報」做為橫向聯繫，期望以之作為教師了解系上醫學教育目的之重要媒介，前次訪視時發現知道該報刊者不多。醫學系於 109 年組成一校四院教學聯盟輪流主編，促進一校四院的參與；並採取線上及紙本的傳播模式，實施各種鼓勵閱讀措施，確實有加強系報流通的具體作為，但即時性不足，其實際成效有待持續觀察。

準則判定：部分符合

2.2.2 (2.3.3+2.1.1.3) 醫學系的課程必須包括醫學人文教育。

前次訪視發現：

醫學系於 105 年設立醫學人文課程委員會，系主任暫代委員會主席，但目前兩次會議紀錄僅呈現簡單檢討課程的內容，尚無法看出全面且有效的課程規劃及管理。

目前的醫學人文課程以醫學系為主要規劃單位，醫學人文教師為醫學系專任臨床醫師，由系主任負責課程規劃、管理、追蹤及成效評估等等。系主任雖很認真投入醫學人文工作，但因忙碌，並非醫學人文課程之規劃、執行、成效評估與課程改善的最適當人選。醫學院院長與校長提及未來希望由原來的師資聘任適合的教師負責，期望達到更好課程規劃管理。

本次審查發現：

醫學系於 105 年度成立醫學人文教育委員會，負責該系醫學人文及通識課程的規劃、管理、追蹤及成效評估等等，已於 110 學年邀請司馬忠副教授擔任醫學人文課程委員會的召集人，但尚未見執行課程成效評估，以及檢討與改善，有待後續追蹤。

準則判定：部分符合

2.2.5 (2.3.7、2.3.9) 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，以及介紹臨床和轉譯醫學研究，包括該研究應如何執行、評估、和對病人解釋，並瞭解如何應用於病人的醫療照護上。

前次訪視發現：

醫學系課程安排上，主要是著重在系統單元、PBL 及 SIL 的教學以達到基礎與臨床上的課程整合。然而，在臨床研究及轉譯醫學的研究介紹上則較為欠缺。在倫理課程方面，人文教育課程中有生命倫理學及醫學倫理學，於五、六年級時以課堂講授方式授課。對於學術倫理主要著重在論文寫作上，作者排序的主題介紹，其他如醫療倫理、研究倫理...等內容則較少著墨。

本次審查發現：

1. 前次訪視發現，醫學系在臨床研究及轉譯醫學的研究介紹較為欠缺。依據自評報告回覆，醫學系目前一至六年級開設與臨床研究、轉譯醫學研究及醫療倫理相關之課程包括：一年級「科學研究導論」、「醫學發展對倫理的影響」課程皆會安排學術

倫理的相關議題的介紹。五年級的「醫療政策與法律」「實證醫學」及六年級的「專業-醫學倫理學」等課程，但仍缺少有關轉譯醫學研究的介紹。

2. 前次訪視發現，人文教育課程中有生命倫理學及醫學倫理學，於五、六年級時以課堂講授方式授課，醫療倫理及研究倫理等內容較少。自評報告回覆：「五、六年級實習時，臨床教師在個案討論或床邊教學時，亦會向學生介紹臨床研究結果及應用到病人照顧時的考量」，其實際執行情形有待後續追蹤。

準則判定：部分符合

2.2.6 (2.3.8) 醫學系應提供足夠的機會，鼓勵和支援醫學生參與教師的研究和學術活動。

前次訪視發現：

該醫學系與國外幾所醫學院的醫學系合作，有 M.D./Ph.D.、M.D./M.S.、學程等 program 供同學至海外學習，目前已有幾位同學至合作單位學習，但多偏重臨床上的短期見習。校內方面，由於醫學系未從一年級時就積極宣導，學生到大三、大四接觸到基礎教師課程後，才欲參加系上教師實驗室的研究時，因為課業太重，很難再有時間去參加這些學術活動。且目前研究經費申請困難，系上有些教師的研究工作受阻，也是無法積極鼓勵學生參加課業以外的學術活動原因之一。

本次審查發現：

1. 有關學生研究，低年級有開設必修「科學研究導論」課程，及選修的「生物醫學專題研究」課程，並提供相關研究補助的申請管道。110 學年度醫學系有 5 位學生獲科技部大專生研究計畫(四年級 3 位，五年級 2 位)，1 位三年級學生獲科學文教基金會與國家衛生研究院合辦的第十六屆醫學系學生暑期研究計畫；申請該院研究發表獎勵者，109 學年度受獎者五年級 2 人，三年級 3 人，二年級 1 人，已逐漸看到鼓勵醫學生參與研究的成效。
2. 自評報告書中並未回覆醫學系教師因研究經費申請困難，而研究受阻的解決方案及成效。

準則判定：部分符合

2.2.9 (2.3.12) 醫學系提供醫學生的臨床經驗必須包括適當比例之門診及住院醫療。

前次訪視發現：

醫學系的於臨床訓練規劃包括床邊教學、手術室教學、教學門診、教學住診、值班訓練等，對於如何具體落實 hands on 的精神？primary care 過程中，教學醫院是否提供足夠的學習機會，讓學生實際參與病人照顧中學習？這幾個面向有一些值得討論的發現如下：

第一、班表：在工作班表中，未將實習醫學生(clerk)置入於醫療團隊中。

第二、學生在教學醫院實習時，每週行程表中，裝載的學習課程太滿，排定許多課程由教師以上課或帶領各式的討論方式進行，與教師與教學負責人訪談後進一步了解，如此安排，主要是方便學校（或醫學系）作為計算教師學分數量的依據。至於在團隊中，主要負責帶領醫學生的主治醫師並未被配與學分計算的機制。這類的週課表比較像是 teacher-centered，或是 school-centered 之設計，而非 student-centered 之設計。如此設計，恐令人擔心是否會影響學生在參與病人照顧中的學習。

第三、學生的病歷書寫是另外用非正式的紙本書寫，而且其所撰寫的病歷不會被歸到正式病歷中。因此，病歷寫作僅被當作是作業，實際的正式病歷是仰賴住院醫師或專科護理師或主治醫師完成。此制度降低讓學生 hands on 的參與，學生也易淪為無關緊要的角色。

第四、傳統七年制的五、六年級實習，實際上以見習為主，學生沒有實質承擔照顧病人的責任；106 學年度為第一屆六年制學生進入臨床實習，這些新制的五年級學生的實習方式與舊制沒有差別，依然不能實質承擔照顧病人的責任，雖然有安排指導 primary care 的醫師，但每日的臨床工作只是花少許的時間詢問病史和理學檢查，然後撰寫病歷、不能開處方；夜間學習到晚上十點，無法在第一線處理病人的問題。

第五、在教學醫院中，有些科別的住院醫師或 PGY 醫師的人數較少，例如耕莘醫院內科部，甚至很多的次專科是完全沒有住院醫師。學生缺少上一級的住院醫師組成完整的教學團隊，少了可以作為學習的 role model，恐欠缺團隊互動的經驗。

第六，耕莘醫院與新光醫院均利用 OSCE Center 示範空間，開設「教學門診」，臨床老師可觀察學生的表現並予以即時回饋，學生均表示有助於學習成效，值得肯定。

本次審查發現：

1. 前次訪視發現工作班表中，未將實習醫學生置入於醫療團隊中。自評報告回覆「在

工作班表中，已經將實習醫學生 (clerk) 置入於醫療團隊班表」，並以 110 年 8 月耕莘醫院外科班表為例。

2. 前次訪視發現醫學生實習時，學習課程排太滿，比較為教師導向設計，而非學生導向設計。自評報告回覆已安排學生自主學習時段，並舉例新光醫院神經科、國泰醫院小兒科、耕莘醫院耳鼻喉科等，皆有表訂時段給予自主學習。惟，前次訪視發現臨床學習排定許多課程由教師以上課或帶領各式的討論方式進行，恐令人擔心是否會影響學生在參與病人照顧中的學習，其實際改善情況有待後續追蹤。
3. 前次訪視發現關於醫學生病歷書寫，目前進入臨床實習時，實習醫學生於有住院病人實習的科別，需書寫 Progress note 以及 Admission note，若無書寫 Admission note 則須書寫一份 General History，書寫後交給臨床指導醫師批改。但目前各教學醫院對於醫學生書寫的病歷批改執行方式並不一致，例如：耕莘醫院、國泰醫院與輔大附醫為紙本印出修改與學生討論，而新光醫院可以 HIS 電子病歷完成，並可對比修改。
4. 前次訪視發現，傳統七年制的五、六年級實習，實際上以見習為主，實習學生沒有實質承擔照顧病人的責任，但自評報告回覆實習醫學生不能也不該「實質」承擔第一線照顧病人的責任，須在資深醫療人員監督下完成夜間與日間照護行為，似誤解前次發現之意涵，未提出相關改善措施。
5. 前次發現耕莘醫院許多科別的住院醫師招收不足之情況，近三年外科系住院醫師穩定招收 2-3 名；內科住院醫師也每年穩定招收 1-2 名。但 110 年度兒科住院醫師人數為 0 名。

準則判定：部分符合

2.2.10 (2.3.13) 醫學系的課程必須教導溝通技巧，包括與病人及其家屬、同事和其他健康專業人員的溝通。

前次訪視發現：

醫學系規劃溝通技巧訓練，由醫學二年級「溝通技巧」課程開始，內容包含人際溝通基本理論、自我認識、語言及非語言的溝通技巧，以及在一般的醫療情境、特殊醫療情境的溝通與衛教講演。課堂上有角色扮演，團體活動以及結構性客觀臨床技能評估等設計，亦請耕莘醫院牧靈部教師協助帶領醫學生臨床關懷病人實習。

醫學系五年級與六年級學生在病房實習時，雖然有分配 primary care 病人，但並未承擔實質醫療照顧責任，未被授權處理病人的臨床問題，每日只需要花費約半小時的時間詢問病史和進行身體診察，然後撰寫病程紀錄；對溝通技巧的學習，主要還是觀察主治醫師查房時與病人和家屬的應對。因此，高年級臨床實習訓練中，雖然有安排各項臨床實作，卻缺乏完整計畫性進階式之臨床醫病溝通訓練規劃。

本次審查發現：

醫學系溝通技巧學習於低年級有溝通技巧課程，內容包含人際溝通基本理論、自我認識、語言及非語言的溝通技巧，以及在一般的醫療情境、特殊醫療情境的溝通與衛教講演。課堂上有角色扮演，團體活動以及結構性客觀臨床技能評估等設計，亦請耕莘醫院牧靈部教師協助帶領醫學生臨床關懷病人實習。高年級溝通技巧課程，融入在病房實習的 primary care，著重於詢問病史和進行身體診察的溝通練習，及觀察主治醫師查房的溝通行為為主。自評報告雖回覆可藉由查核學生所寫的病歷，掌握學生與病患溝通品質，以及醫院內醫療不良事件檢討、學生每學期繳交醫學法律倫理案例作業也可呈現醫病溝通訓練的觀摩與演練，但仍未見有完整的課程學習設計及規劃。

準則判定：部分符合

2.2.12 (2.3.15、2.3.16)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和治療的反應，且醫學生必須認識與學習妥善處理其本身、他人及提供醫療照護過程中的性別、年齡、種族與文化與疾病等的偏見。

前次訪視發現：

1.對於性別平權、墮胎、避孕、人工生殖等因不同宗教信仰產生之爭議問題，訪談時發現輔仁大學展現高度之包容性，基本上沒有歧視的現象。此外，學生也反應課堂上可充分表達意見，師生之間也可包容不同之看法。在訪談校內高層領導主管時，表示只要不公開挑戰天主教的教義，一切都是許可的。不過，若要積極考慮民眾之健康權及就醫平等權時，醫學教育的目的及內容無可避免地抵觸到宗教大學的基本立場，尤其重大爭議之問題(如性別平權、墮胎、人工生殖)。輔仁大學宜在宗教自由及醫學生受教權益之間，配合國家政策及社會變遷，建立定期檢視機制，提出符合醫學教育目的之整體策略。

- 2.有關跨文化照顧能力，醫學系在自評報告列舉許多課程並以說明的方式來呈現學生所學習到的知識，但是根據現場訪視，醫療社會學涵蓋有關多元文化族群議題幾個單元，在學生的訪談中，也呈現學生對課程是否有涵蓋多元文化及多元文化照護議題不甚了解，大部分回想到的就是這門課程名稱。然而，在自評報告中卻沒有被列舉在屬於有跨文化醫療照護能力發展的課程，以目前所列的相關課程及訓練來看，皆屬於知識及態度面向，如何能縱貫發展態度、知識、技能，並連接到未來的多元文化或跨文化照護能力的專業素養的發展，延伸臨床實作實習，尚未見較具體規劃。自評報告中所提的學生對其跨文化照護教學目標的滿意度，其項目內容與跨文化照護關聯不大；自評報告中的360度評量，提到某些評量面向，可加強學生在跨文化的培養訓練，但評量項目內容與跨文化照護相關性不明顯，只有專業素養一欄帶過，而此處專業素養的定義與ACGME核心能力的專業素養定義似有混淆。
- 3.有關性別課程較少，只有在醫療社會學有1-2個單元（約2-4小時）有所提及，性別與醫療的相關知識課程，有強化的空間；訪談資料亦呈現，學生對文化議題的關心大致來自學生自辦的相關活動。有關文化偏見方面與準則2.3.15的發現相同，且自評報告中所描述使用360度評量學生也與上述2.3.15的發現相同，並未見有這些項目的評量。

本次審查發現：

1. 針對前次訪視跨文化課程之發現，自評報告書僅指出一至四年級有多個課程在奠基學生的跨文化照顧的知識與技能，但未能說明多個課程之間的模組設計；而五、六年級實習時，有機會實際接觸跨文化照顧的情境，但仍然未指出在臨床實習教學中，如何設計跨文化學習。此外，醫學系提及利用一、二年級的山地服務學習來進行跨文化照顧教育，仍然未見具體的教學設計說明。整體觀之，未見跨文化照顧課程的縱貫整合的規劃及評量。
2. 自評報告書已回覆醫學系散佈在各個課程中的性別單元。但前次訪視發現360度評量學生並未見有跨文化或性別項目的評量，自評報告書中未有相關說明。

準則判定：部分符合

2.3.7 (2.2.2.5)臨床教育的過程中，醫學系必須確保醫學生逐步展現各階段應有的知識、技能、行為和態度，以承擔逐步加重的責任。

前次訪視發現：

- 1.醫學系採用 ACGME 六大核心能力（病人照護、醫學知識、人際溝通技巧、醫師專業素養、醫療體系內的行醫、從工作中學習成長）訂定畢業前應有之基本素養與核心能力（技能、行為、態度）清單。ACGME 六大核心能力已具體設計於實習考核表中，但考核項目與六大核心能力之間的關聯性不夠，例如將「問診及病歷寫作之技巧」、「運用 EBM 找尋資料的能力」列入「專業素養」中。
- 2.醫學系對學生的核心能力導向有初步規範 EPAs(Entrustable Professional Activities, EPAs)。EPAs 評量制訂於四年級結束與六年級畢業前兩階段。學習目標從一至六年級循序安排，輔以觀察、評量與指導，使學生知識、技能、行為和態度能力日益增進。醫學系 EPAs 是依據 AAMC 的建議，經過討論、修正為符合臺灣現況，並於系務會議中修訂，亦經課程委員會通過。臨床實作的內容包含：病史詢問、病歷寫作、身體檢查、實驗室數據判讀、鑑別診斷臨床技術等等。由於五年級實習醫學生缺乏即時紀錄病歷的要求，以致病歷中 progress note 的紀錄能力及認知不佳，對於病歷寫作之能力養成，即時回饋及教育不足。
- 3.實地訪評發現，七年制的五、六年級實習醫學生不能在第一線處理病人的問題，七年級則通常在第二線協助 PGY 和住院醫師處理問題、執行抽血、換藥、置鼻胃管、導尿管，以及操作心電圖等臨床工作；六年制的五年級實習仍然是見習，只有小兒科、婦產科、一般外科設計了跨年級實習。

本次審查發現：

1. 前次訪視發現六大核心能力有部分誤植，醫學系已改正，並列出電子護照六大核心能力評核項目。
2. 前次訪視發現關於醫學生病歷寫作的能力養成，即時回饋及教育不足。目前進入臨床實習時，實習醫學生於有住院病人實習的科別，需書寫 Progress note 以及 Admission note，若無書寫 Admission note 則須書寫一份 General History，書寫後交給臨床指導醫師批改。但各教學醫院批改病歷的執行方式並不一致，耕莘醫院、國泰醫院與輔大附醫為紙本印出修改與學生討論，而新光醫院可以 HIS 電子病歷完成，並可對比修改。此外，視訊座談會議時，學校主管雖說明醫學生所寫病歷當天或隔天早上即

會修改，但實際執行情形有待後續追蹤。

3. 前次訪視發現主要在於強調舊制及新制醫學生學習應透過病人的第一線照護，但自評報告回覆：「七年制、六年制重疊操作中產生的實習困擾已經不存在，目前五六年級學生課程設計已經調整」，僅針對各個科別訓練的安排加以調整，並未述及如何提升醫學生第一線照護病人之能力。

準則判定：部分符合

2.3.8 (2.2.2.6) 醫學系課程必須持續評量醫學生解決問題、臨床推理、決策和溝通的能力。

前次訪視發現：

醫學系三至七年級醫學生每一學期的期末考皆在輔仁大學醫學系進行 OSCE 評量，成績併入學期成績，作為總結性評量，考試中同時提供即時回饋，幫助學生改進，作為形成性評量；針對考試成績不理想之同學，亦有輔導機制。

除了上述 OSCE 評量，醫學系五、六年級之評量，依不同年級規劃各式評量方式，包括臨床病人或標準病人實作評量、mini-CEX、CPBT (clinical patient based teaching)、Chart Stimulated Recall、Oral Examination、e-Portfolio 與學習護照、教學門診及教學住診、360 度評量、DOPS、PBT(Patient-based teaching)等。但於實地訪視臨床實習時發現，CPBT 之執行並不確實，且執行模式及紀錄與系方規範不一致。此外，由於醫學生在三家教學醫院輪訓，持續、完整病歷紀錄的教學與評量未達一致性，導至醫學生病歷寫作亦缺乏臨床邏輯推理。

本次審查發現：

1. 前次訪視發現 CPBT 之執行並不確實，且執行模式及紀錄與系方規範不一致。自評報告書回覆目前各教學醫院 CPBT 依照醫學系規範執行，並以兒科為例，兒科臨床實習護照規定每週進行一次 CPBT，皆有執行及留存紀錄，且醫學系已設電子學習護照，在四家教學醫院運作。但其實際執行情形有待後續追蹤。
2. 針對病歷紀錄的教學與評量未達一致性問題，自評報告書中指出：「病歷寫作加強工作會尋求一校四院更多共識，有機會以工作坊推動」，但未提出具體的改善措施及成效檢討。目前各教學醫院批改病歷的執行方式仍不一致，耕莘醫院、國泰醫院與

輔大附醫為紙本印出修改與學生討論，而新光醫院可以 HIS 電子病歷完成。

準則判定：部分符合

第 3 章 醫學生

3.2.2 (3.3.0、3.3.0.1)(2013 版的 2.1.2.8)醫學系必須針對學習成效不佳，以及有行為困擾的學生，提供適當之學業及生涯輔導，並在採取適當的紀律處分前，提供該醫學生必要的輔導和支援。醫學系應有適當及有效的制度，以協助學習成效不佳的醫學生。

前次訪視發現：

輔仁大學已建置即時的「期中預警系統」，並與「導師輔導系統」連結，透過期中預警系統、導師輔導系統、年級負責教師、單元組長，以及系上的完整輔導機制，讓學習成效不佳的醫學生能夠自我警惕、儘早發現自身問題，並與教師討論改善的方法。此外，導師及授課老師亦會加以了解學生學習成效不佳的原因。授課老師除了給予特別輔導外，系上也會安排成績較為優秀的同學對同儕提供學習上的幫助。然而，在教學醫院之臨床實習，對於學習困難及表現不佳之醫學生，並無長期追蹤輔導機制及流程，尤其在相同科別及不同教學醫院輪訓時，缺乏持續性與銜接性的輔導。

本次審查發現：

自評報告書中指出，臨床實習時，學生可以透過各醫院的師生座談反應學習困難，也有臨床導師的制度可以輔導學生學習，但未說明學生在教學醫院臨床實習時，在不同科別及不同教學醫院輪訓時，持續性與銜接性的輔導機制如何推動及運作。

準則判定：部分符合

3.4.1 (3.2.0)(2013 年版 3.2.2)醫學系隸屬之學校為了拓展師生學術交流，可制定合宜辦法接受交換或訪問醫學生。

前次訪視發現：

醫學系曾有日本佐賀大學的訪問學生，因為屬於短期進修，所以醫學系並無要求相關紀錄。醫學系已經與醫學院的國際交流部執行長溝通，訂定相關規定，日後有來訪之

學生，將齊備資料，以便留檔紀錄與管理。

本次審查發現：

醫學系已與主管國際交換或訪問醫學生的國際交流部溝通，訂定管理辦法，對訪問學生的資料及檔案加以紀錄與管理。惟，實際執行與落實情形待實地訪視時加以檢視。

準則判定：部分符合

第 4 章 教師

4.1.1 (4.1.0)學校必須在通識教育、醫學人文、基礎醫學和臨床醫學具備足夠數量的教師，以符合醫學系的需要和任務。

前次訪視發現：

- 1.醫學系的通識教育由校級全人教育中心負責，輔仁大學為綜合大學，有充足的通識師資。醫學系醫學人文專任教師相對較少，但有臨床心理系、社會學系等其他系教師支援。
- 2.在過去幾次的評鑑報告中，都曾提出基礎醫學的專任教師人數不足。這次實地訪評，基礎醫學專任老師的人數並無明顯的改變。自評資料中，雖然呈現專任老師的平均授課時數約 8.5 小時，但實際訪談多位教師都表示，授課時數超過 10 小時，教師負擔明顯較大，甚至寄生蟲學教師僅有 1 名。而學生於訪談中也表示，可能是因為基礎醫學老師人數不足，因此有幾組的 PBL 是由兩位臨床老師來擔任。不過，訪評期間與兩位董事的座談中，兩位董事答應會與校長及院系主管討論增加基礎醫學專任教師的可能性。
- 3.醫學系臨床教師在三家教學醫院按學校規定配置，目前共有 84 位專任師資。對於其他協助臨床實習相關教學師資，經由醫院教學(研)部推薦，醫學系聘任為兼任臨床教師，負責臨床實習，105 年共 155 位臨床兼任教師。依醫學系每一屆約 50 位醫學生計算，主治醫師的人數應可符合教學需要和任務。但教學醫院有部分臨床科別，因住院醫師招募不足，無法在臨床上組成一個完整的照護團隊(團隊包括住院醫師或 PGY 醫師、實習醫學生、主治醫師)，例如耕莘醫院內、外科住院醫師招收不足，尤其以內科最為嚴重，恐造成醫學生缺乏學習的對象，無法落實團隊學習及指導監督之機制。

本次審查發現：

1. 醫學系已於 107 學年度合聘全人中心一位人文教師，投入醫學系醫學人文教育發展規劃，並邀請一位全人中心教師參與倫理課程的規劃及教學。107-109 學年舉辦至少四場醫學人文教育委員會，針對通識及醫學人文教育提出具體的改革建議，但未見 108 學年度的會議紀錄。會議紀錄中相關的改革建議很多，但其具體執行成果及檢討很少，其執行成果有待持續追蹤。
2. 醫學系已於 109 學年度增聘 2 名基礎醫學師資，分別為微免學科與生化學科。但藥理學科教師 108 與 109 學年度每週平均授課時數分別為 11.87 與 12.24 小時；解剖學科教師 108 與 109 學年度每週平均授課時數分別為 11.70 與 11.64 小時，教學負擔較為沉重。
3. 前次發現耕莘醫院許多科別的住院醫師招收不足之情況，近三年外科系住院醫師穩定招收 2-3 名；內科住院醫師也每年穩定招收 1-2 名。但 110 年度兒科住院醫師人數為 0 位。

準則判定：部分符合

4.1.3(4.1.3)醫學系教師應承諾致力於持續精進學術研究，以符合高等教育機構的特色。
前次訪視發現：

醫學系為提升教師參與產學及研究計畫的動能，訂定補助及獎勵辦法提供學術研究及研究經費，亦訂有「輔仁大學新進教師服務辦法」及「輔仁大學學術研究計畫補助辦法」，以增進新進及年輕教師的學術研究成效。且醫學系系主任會針對近三年學術研究不佳之教師，如學術文章發表和校內外研究計畫案不足者，予以面談和了解原因，並鼓勵老師多爭取研究機會。不過，醫學系的專任基礎老師持有科技部計畫的人數並不多，研究論文發表的情況也有很多進步的空間。

醫學系與三家教學醫院之間有合作計畫，教學醫院並提供一些研究經費供醫學系教師與醫院的臨床醫師共同申請。唯教學醫院主治醫師對職涯規劃或是升等制度，並非十分清楚，尤其是對 B 管道(教學比重增加)普遍不熟，升等意願亦不是太積極。醫學系在輔導、鼓勵方面仍有改善空間。

本次審查發現：

1. 醫學系為提升教師參與產學及研究計畫的動能有訂定相關辦法，針對表現不佳者也

有輔導改善機制，然 106-109 學年度，醫學系所有教師中擔任研究計畫主持人，人數分別為：109 人、101 人、93 人、58 人，呈現逐年降低的趨勢；期刊及專書發表數亦不穩定，分別為 248 篇、199 篇、231 篇與 186 篇。醫學系在輔導、鼓勵方面仍有改善空間。

2. 醫學系與醫學院已積極輔導鼓勵，也於教學醫院適當會議中宣導 B 管道(教學比重增加)升等，已有一位臨床教師準備循此管道升等，具體成效有待後續觀察。

準則判定：部分符合

4.1.5 (2.2.1.3) 醫學系之臨床課程負責教師必須督導醫學生的臨床學習。

前次訪視發現：

1. 國泰醫院教學部依據醫學系設計的臨床實習課程，為輪訓至該院的五、六、七年級實習醫學生排定各科實習的時程及師資，包括導師；臨床科負責教育訓練的主管則排定個別學生在該科實習的細節課程，包括晨會、住診教學、教學門診、primary care 指導教師等。醫學生實習的方式，大部份時間在參與臨床科安排的各種教學活動與課程，專為學生安排的教學通常由該科主治醫師共同分擔授課；國泰醫院大部份的臨床科並無教學團隊的設計，因此，學生通常並非固定跟隨一位主治醫師學習有關住院病人的 primary care，而是由資深住院醫師挑選適當的病人，學生再跟隨該病人的主治醫師查房，學生不能在第一線處理病人的臨床問題，只需每日看病人一次、進行病史詢問和理學檢查、練習撰寫病程病歷紀錄，且病程紀錄不被列入正式病歷，不會被執行，住院醫師或主治醫師會協助指導修改。
2. 至於協助醫學生臨床學習的行政支援方面，耕莘醫院原有一位醫學系聘用、派駐於耕莘醫院的教學助理，轉職到甫成立的輔大附設醫院。而原耕莘醫院職位懸缺 3 個月仍招募不到人選，恐影響學生實習之行政事務進行。輔大附設醫院成立後所帶來資源配置之衝擊，尤其是對醫學系臨床教師與醫學生之權益，有待觀察。
3. 實際訪談住院醫師和主治醫師，大都認為六年制醫學系五年級的學生仍是見習，與七年制五年級醫學生的見習相同，沒有區別。

本次審查發現：

1. 前次訪視發現，國泰醫院大部份的臨床科並無完整教學團隊的設計，因此，學生通

常並非固定跟隨一位主治醫師學習有關住院病人的 primary care。自評報告中回覆：「國泰醫院因無專科病房之設計，因此在多數臨床科別無限制教學團隊之人數，也讓學員能接觸更多好的臨床教學案例。因此學員通常允許跟隨多位主治醫師來學習有關住院病人的 primary care」，其實際運作情況及學習成效有待後續追蹤。此外，目前進入臨床實習時，實習醫學生於有住院病人實習的科別，需書寫 Progress note 以及 Admission note，若無書寫 Admission note 則須書寫一份 General History，書寫後交給臨床指導醫師批改。國泰醫院為紙本印出修改與學生討論，學校主管雖說明醫學生所寫病歷當天或隔天早上即會修改，但實際執行情形有待後續追蹤。

2. 前次訪視發現耕莘醫院原有一位醫學系聘用、派駐於耕莘醫院的教學助理，轉職到甫成立的輔大附設醫院，而原耕莘醫院職位懸缺 3 個月仍招募不到人選之情況。原有職位懸缺情況先由耕莘醫院教學部門其他同仁支援，而耕莘醫院的教學助理一職已於民國 107 年補聘。
3. 前次訪視發現，住院醫師和主治醫師大都認為六年制醫學系五年級的學生仍是見習，與七年制五年級醫學生的見習相同，沒有區別。自評報告書回覆：「依據觀察，經過這幾年有多梯次六年制醫學系五六年級學生的臨床實習，住院醫師和主治醫師已充分了解與七年制的差異」，其執行實際情形有待後續追蹤。

準則判定：部分符合

4.1.7 (4.3.0、4.3.1、4.3.2) 醫學系應有適當的機制讓教師直接參與系內的相關治理和決策過程。

前次訪視發現：

1. 醫學系設有系務會議、課程委員會、學生事務委員會等 15 個委員會，讓教師參與醫學系相關政策和程序之討論、制定、審閱及修訂。除了教評會委員是由指派與選舉產生，其他所有的委員會幾乎都是指派，且授權範圍幾乎都是「建議 (recommendation)」。此機制減少許多教師參與系上相關決策的機會，委員之代表性不足。
2. 實地訪視發現，醫學系的政策決定皆會以電子郵件、系網教師、系報等通知教師，但部分教師反應，對校方及醫學系政策都是被動告知，例如學校對於一定時間內沒獲

科技部計畫的教師，校內不再補助計畫，或者對升等分軌制度也並非完全清楚內涵，顯示這些攸關教師權益的事項，醫學系與教師的溝通不足。

- 3.新制六年制醫學系已經到五年級實習階段，部分臨床醫師仍不大清楚新制與舊制在臨床訓練要求之差異，顯示臨床教師參與系務或各項措施宣導之不足，醫學系對於鼓勵三家教學醫院之臨床教師參與討論和制定、審閱及修訂醫學系政策和程序的機會，仍有改進的空間。

本次審查發現：

1. 前次委員指出醫學系除了教評會委員是由指派與選舉產生，其他所有的委員會幾乎都是指派，且授權範圍幾乎都是「建議(recommendation)」。此機制減少許多教師參與系上相關決策的機會，委員之代表性不足。針對此問題，自評報告書指出醫學系很多委員會採「推派制」，並附有近年通知推派的電子信件。然而，推派制的執行辦法尚未見於規章上清楚載明，醫學系表示會再與同仁溝通或修正，其後續執行情形有待追蹤。
2. 前次訪視發現醫學系與教師的溝通不足，自評報告書僅回應「系教評會委員由投票選舉產生。三四年級課程委員會的委員組成是由系主任及參與課程規劃與運作的老師共同組成」、「除了系教評會及課程委員會之外的委員會委員主要是系內各學科教師推派代表，委派工作有分工意涵。委員產生方式，由學生、各基礎學科教師及各教學醫院推派」，並未提出具體改善措施。
3. 前次訪視發現新制六年制醫學系已經到五年級實習階段，部分臨床醫師仍不大清楚新制與舊制在臨床訓練要求之差異。目前醫學系固定召開學科教學會議、年級教學會議，於會中持續宣導，其執行成效有待後續追蹤。

準則判定：部分符合

- 4.2.1 (4.2.0、4.2.1) 學校對教師的聘任、續聘、升等、解聘或延聘，必須有明確的政策。
前次訪視發現：

輔仁大學醫學院院長、醫學系主任、醫學系相關部門主管的聘任、續聘及任期設定是依據「輔仁大學學術主管遴選辦法」辦理；醫學系教師的聘任和續聘制度是依據「輔仁大學教師聘任辦法」辦理；醫學系專兼任教師升等按「輔仁大學教師升等辦法」辦理，

並於 105 學年度修訂升等辦法，制訂教師升等有 A、B 兩種管道。教師可按比例不同或教學成果，著重於基礎研究或醫學教育之分軌制度。但此 A、B 兩種管道制定之精神與內容顯然與教育部推動多元升等政策不盡相同，且從晤談中發現，教學醫院主治醫師對職涯規劃或是升等制度並不十分清楚，尤其是 B 管道(教學比重增加)普遍不熟悉，況且 B 管道雖然教學比重略有增加，對於研究仍有很高的要求，如以 B 管道升等依然有相當的困難。

本次審查發現：

前次訪視發現輔仁大學 B 管道(教學比重增加)教學升等與教育部多元升等不盡相同，雖然教學比重略有增加，對於研究仍有很高的要求。該辦法已於 109 年校教評會核備通過。相應 B 管道(教學比重增加)教學升等，為解決臨床教師因工作繁重而可能帶來的升等困難，已有校內合作研究的輔導措施，鼓勵教師從事教學研究及發表，並有行政上的加強宣導作為。目前有一位教師擬申請 B 管道升等，具體成效有待後續觀察。

準則判定：部分符合

4.2.4 (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、研究和輔導的技能和領導能力。

前次訪視發現：

醫學院設有醫學教育中心，執行醫學院教師繼續教育，並依據教學、研究、服務與自我成長等面向安排活動，在教學面向以配合輔仁大學醫學系的 PBL 特色教學為主軸，每學期會針對新進與已受訓練之在職教師進行初階與進階的 PBL 工作坊、規劃教師進階之輔導及領導能力課程，以提升教師們的教學能力，但對於其他如提升研究、大班教學與評量、及領導能力等活動則相對偏少。

醫學院還未有博士班學生，碩士生的人數也少，對於教師研究能量的提升造成阻力，且目前醫學系教師在科技部計畫的申請上亦偏少，未見醫學系提出具體可行之對策。

本次審查發現：

1. 醫學院設有醫學教育中心，執行醫學院教師繼續教育，並依據教學、研究、服務與自我成長等面向安排活動，在教學面向除了安排配合輔仁大學醫學系的 PBL 特色教學之系列活動外，並規劃勝任能力導向教學、臨床推理、技能教學、醫學人文等多

面向的培訓課程。

2. 醫學系為提升教師參與產學及研究計畫的動能有訂定相關辦法，針對表現不佳者也有輔導改善機制，然 106-109 學年度，醫學系所有教師中擔任研究計畫主持人，人數分別為：109 人、101 人、93 人、58 人，呈現逐年降低的趨勢，針對醫學系教師申請研究案逐年下降的情況，仍未見提出具體可行之對策。近期醫學系有舉辦提升研究的相關培訓活動，其成效有待持續追蹤。

準則判定：部分符合

第 5 章 教育資源

5.3.4 (5.3.3) 醫學系建教合作之教學醫院的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標，並擔任教學和評量的角色。

前次訪視發現：

訪談臨床主治醫師和住院醫師，仍認為醫學系五年級和六年級的學生為見習，造成主要的教育訓練模式是安排許多教學活動和課程，對於住院病人的照顧仍不放心讓學生參與，未付予醫學生在第一線處理病人的責任。因此，對於臨床實習所強調的 primary care、hands-on，只安排一至三床的住院病人，讓學生每日練習病史詢問和生理學檢查，以及撰寫病歷，學生無法由承擔照顧責任中學習。

此外，耕莘醫院內、外科住院醫師招收不足，尤其以內科最為嚴重，無法組成完整的教學團隊，且有住院醫師沒有上過專門為醫學生教學所安排的課程。

本次審查發現：

1. 前次訪視發現醫學生實習時，臨床主治醫師和住院醫師，仍認為醫學系五年級和六年級的學生為見習，造成主要的教育訓練模式是安排許多教學活動和課程，對於住院病人的照顧仍不放心讓學生參與，未付予醫學生在第一線處理病人的責任。然而，本次自評報告書中並未提出相關具體改善措施。
2. 前次發現耕莘醫院許多科別的住院醫師招收不足之情況，近三年外科系住院醫師穩定招收 2-3 名；內科住院醫師也每年穩定招收 1-2 名。但 110 年度兒科住院醫師人數為 0 名。

準則判定：部分符合

四、總結

輔大醫學系最近一次醫學教育品質認證為 106 年 11 月 28~12 月 1 日之全面訪視，認證結果為「通過，效期三年」，原訂 109 年下半年進行效期屆滿前之全面訪視。然，因新型冠狀病毒肺炎(COVID-19)疫情之影響，遂延至 111 年下半年進行實地全面訪視，並於今年(110)年下半年進行書面審查，以確保學校醫學教育之品質。前次全面訪視總共提出 30 項「部分符合」項目，對應 2020 年版醫學教育品質認證準則後，共有 27 項「部分符合」項目需追蹤審查(另，準則 1.4.6「醫學系若有對教育品質與成果重大影響的修正計畫、事件或變動，必須於當年度通知醫學院評鑑委員會」為本次書面審查必須追蹤項目)。

審查自評資料發現，自前次實地訪視(106 年)後，醫學系針對前次須追蹤之準則，已著手推動相關改善計畫。然而，有部分改善計畫雖已推行中，但其落實情形與實際執行成效須實地訪視後才能得以確認，故仍有待後續追蹤。從醫學系通識及醫學人文、基礎醫學與臨床醫學等三大面向，提出主要發現如下：

一、通識及醫學人文

醫學系由醫學人文教育委員會負責醫學人文與通識課程的規劃、管理與評估，醫學系已於 107 學年度合聘全人中心一位人文教師，投入醫學系醫學人文教育發展規劃，並邀請另一位全人中心教師參與倫理課程的規劃及教學。107-109 學年舉辦至少四場醫學人文教育委員會，針對通識及醫學人文教育提出具體的改革建議，相關的改革建議很多，但少見針對教學成果進行評估及再檢討的議案，也少見對於前期改革成果的評估再檢討。例如在 106 學年度醫學人文教育委員會的會議紀錄中，發現醫學系決議，以「反思、溝通技巧、生命價值、性別與跨文化」進行一到六年級醫學系人文課程設計，但從自評報告書內容僅可見針對溝通技巧面向的縱貫式設計已有初步的成果呈現，未見其他面向比較明確的縱貫設計與規劃、各年級發展的能力指標及對應的課程、課程設計及教學方法的說明。醫學系醫學人文教育委員會已積極投入醫學人文及通識教育品質提升的規劃，其實施過程中如何評估與修正，以及其具體落實的成果如何，有待後續追蹤。

二、基礎醫學

(一)基礎醫學師資：

在過去幾次醫學系的訪視報告中，都曾提出基礎醫學科專任教師不足的問題。本次書面審查發現醫學系已增聘 2 位專任教師，總數為 26 人，但 109 學年度基礎教師教學時數平均仍超過 10 小時，尤其藥理學科教師 108 與 109 學年度每週平均授課時數分別為 11.87 與 12.24 小時；解剖學科教師 108 與 109 學年度每週平均授課時數分別為 11.70 與 11.64 小時，教師教學負擔仍然未見明顯緩解。

(二)PBL 課程：

醫學系近三年醫師證照國家考試的表現優良，但前次訪視報告顯示輔大醫學系所蒐集之畢業生問卷中「建構基礎知識」的認同度偏低。本次書面審查所呈現之「109 學年度畢業生問卷調查統計」，回收 28 份六年制畢業生問卷，其中有 9 份問卷顯示 PBL 為「本系醫學教育可改進之處」。但自評報告中，醫學系所擬定之改善 PBL 課程的策略僅為改善學生的調適方法，並未深入分析並擬定更有效之改善策略。

三、臨床醫學

(一)畢業生問卷之改善措施：

109 學年度畢業校友對於母校的回饋問卷調查統計，有許多項目滿意度都在 4 以下，平均大約 3.5 左右(5 分為滿分)，有一項目(臨床實習中的臨床實作的份量)甚至滿意度掉至 2.89，但醫學系仍未擬定改善策略。

(二)主要教學地點之等同性與等效性：

TMAC 醫學教育品質認證準則中，醫學系對所有主要教學地點所提供的特定專門領域課程，必須具有等同的(comparable)學習經驗和等效的(equivalent)課程評估與學生評量方法。106 年實地訪視時，輔大醫學系臨床實習分別在耕莘醫院、國泰醫院、新光醫院等三家教學醫院，近年又加上輔大附醫共為四家教學醫院。但四家教學醫院等級不同，有醫學中心及區域醫院等，雖各有其教學特色，但教學資源亦有所落差。輔仁大學於 109 年度成立輔醫「一校四院」教學聯盟，共同舉辦師資培育課程，期望藉由共同師資培育以達成四家主要教學醫院對於教學及評量的一致性，校方的努力值得肯定，但因一校四院教學聯盟剛啟動，其成效有待後續追蹤。

輔大醫學系自 109 學年度推動電子學習護照，並於四家教學醫院運用，希冀達到等同的學習經驗和等效的課程評估與學生評量方法。雖在推動過程中遭遇一些困難，但輔大醫學系仍努力克服。由於電子學習護照剛啟動不久，其成效仍待後續觀察。

此外，前次訪視發現醫學系以輔醫系報作為醫學系與教學醫院橫向聯繫工具，但訪談時大部分教師及醫師表示未看過。目前輔醫系報每年編輯出刊，由醫學系與各教學醫院輪流主編，作為教學溝通的平台，但即時性不足，且由於現有程式設計無法提供閱讀人次，教師與醫師是否確實閱讀輔醫系報，其「橫向聯繫」的實際成效有待持續追蹤。

整體而言，輔仁大學醫學系針對前次須追蹤之準則，大部分已著手推動相關改善計畫，尤其輔醫「一校四院」教學聯盟，共同舉辦師資培育課程，期望藉由共同師資培育以達成四家主要教學醫院對於教學及評量的一致性，校方的努力值得肯定，亦是本次書面審查的最大亮眼，其後續執行成果令人期待。