

111 年度 國防醫學院 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
機構	<p>□違反程序 ■不符事實 □要求修正事項^(註)</p>	<p>準則條文：1.1.2 報告頁碼：8-9 準則判定：部分符合 報告原文： 國防醫學院提出在政策與實務上，採用許多方法來使其學生、教職員與其他學術團體的成員達到多元性。在招生方面，大部分的方法為透過不同的招生管道，提供獎助金招收學生，然而在多元背景學生的羅致、軍費生挑選等，因需符合國防部相關規定，於是如性別方面仍有名額限制，然在 111 年軍費生招收因男性學生未滿額，所以有增加女學生員額。實地訪視中，校長已表示未來會積極向國防部爭取放寬女學生員額。而在教職員方面，近年在學校努力下，已多增加文職師資員額，但整體而言，仍需更積極多元攬才，對於投注心力教學的醫師提供不同管道方式聘為教職，這部分學校的努力仍然有待加強。而在性別平等方面，在教育環境中已訂定相關性別平等辦法，並有相關訓練活動，其他社區組織互動上，學生則透過志工/服務學習參與。</p>	<p>1. 謝謝委員的建議，本校為國防部軍事學校，秉持為用而育之精神培育軍醫人才，除招收軍費生外，亦羅致退輔會代訓生、自費生及僑生等多元背景學生，且因應我國整體生育率、男女比，對性別的制式限制亦向國防部積極爭取並逐步改善，111 年男女比由過去 13:1 提升為 3:1，學校與時俱進之努力可見，然其成效實非立竿見影，望委員諒察。</p> <p>2. 本校訂有「國防醫學院教學型教師升等審查要點」，提供教師透過不同管道方式聘任為教職。本系系主任兼三軍總醫院教學副院長、副系主任兼三軍總醫院教學部主任，對於鼓勵及提供學系教師、準教師升等可有效運用兩院資源。試舉本系 108 年成立醫學人文教育中心為例，由王志嘉副教授擔任中心主任(教學型升等)，並陸續指導張耀文老師及廖芳藝老師採多元方式聘為教職。另本校亦成立腦科學中心，延攬國內、外專任人才加入，誠可謂傳承並延攬人才，望委員諒察。</p>	<p>■維持原議 □接受申復，僅修改報告文字 □接受申復，修改準則判定 □依「要求修正事項」修正報告內容</p> <p>說明： 1.報告書原文敘述中，對於軍事院校相關之限制能予以理解，亦肯定校長積極向國防部爭取放寬女學生員額之努力。</p> <p>2.報告書原文中，對於學校多增加文職師資員額亦表示肯定。不過，整體而言，學校仍需更積極多元攬才，對於投注心力教學的醫師提供不同管道方式聘為教職。</p> <p>3.綜上所述，報告書內容與準則判定維持原議。</p>
	<p>□違反程序</p>	<p>準則條文：1.1.3</p>	<p>謝謝委員指導，本系將積極加強訊息宣導。另</p>	<p>■維持原議</p>

<p>□不符事實 ■要求修正 事項^(註)</p>	<p>報告頁碼：9 準則判定：部分符合 報告原文：</p> <p>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權限系院校皆在明訂於組織章程中。醫學系有提供相關校、醫學院、醫學系的組織章程及其主管與委員會 職責與權限，然而現場訪視發現，部分委員會之權責不清，或是決策程序不甚明確，如課程委員會也負責訂定醫學系教育目標、系務會議則為負責通過及宣導、醫學人文教育中心須輔導學業成績不佳學生，以及教師評審委員會則亦審查重大課程事項等等。訪視現場發現，部分教師也表示不清楚部分政策或意見反映的決策過程。</p> <p>2. 醫學系現行課程委員會之成員組成，其基礎課程與通識人文教師代表人數共 5 位，且為選任委員，須經系主任推薦，相較於臨床學科 18 位當然委員，顯得比例失衡。同時各重要委員會之成員組成，例如系務會議，除了當然委員之外，選任委員多以系主任圈選或指派為主，未經遴選方式產生，顯示教職員在參與政策與實務上之成員組成，多元背景不足。</p>	<p>本系課程委員會設置要點，委員會當然委員及學生代表依任職職務產生，由醫學系下轄 18 個臨床學科主任及 1-6 年級系長擔任；選任委員含基礎課程及通識教育課程教師代表共 5 位，由系主任推薦擔任，基礎整合組各區段長由基礎學科教師擔任，由基礎學科主任出席；醫學人文教育中心成員包含醫學系及通識教育中心教師，故除醫學人文教育中心負責人外，亦有通識教育中心師長代表出席，確保與會師長具備充分表達意見之機會。此外，可依會議需要邀請相關人員列席參加，參與相關決策討論。本系後續將重新檢視委員組成及代表性與適切性，確保各領域及課程組教師角色權益與政策上之多元性。</p>	<p>□接受申復，僅修改報告文字 □接受申復，修改準則判定 □依「要求修正事項」修正報告內容</p> <p>說明：</p> <p>1. 肯定學校申復說明「本系後續將重新檢視委員組成及代表性與適切性，確保各領域及課程組教師角色權益與政策上之多元性」。</p> <p>2. 然，實地訪視時，檢視相關資料發現(例如 109 學年第一學期課程委員會會議簽到表)，基礎課程與通識人文教師代表人數與臨床學科代表人數相較，確實顯得比例失衡。故，報告書內容與準則判定維持原議。</p>
---	--	---	--

<p> <input type="checkbox"/>違反程序 <input checked="" type="checkbox"/>不符事實 <input type="checkbox"/>要求修正事項^(註) </p>	<p> 準則條文：1.3.1 報告頁碼：10-11 準則判定：部分符合 報告原文： </p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 現任醫學系主任張峰義教授專長為感染科，現任三軍總醫院副院長、台灣感染管制學會理事長、台灣感染症醫學會常務理事、醫策會醫院感染管制查核基準召集人、衛生福利部疾病管制署醫院感染管制查核委員等職，學經歷豐富，足以領導醫學教育、學術活動和病人照護。 2. 系主任之遴選依「國防醫學院學術主管及三軍總醫院部科主任遴選作業要點」辦理，且由於過去醫學系系主任均以軍職教職人員為優先考量選任，但由於軍職人員之任期常受限於軍職服役年限，導致系主任任期未滿即退伍之情形。因此，學校考量整體醫學教育延續與發展，遂於107年9月1日起遴選文職教師接任系主任職務。然而，系主任之遴選「經系評會審核通過後，簽會總務處，呈奉院長批示後召開院教評會審議，呈請院長面談後召開教師人事評議會議決議，陳報國防部聘任之」，難謂為公平、公開的遴選或遴聘。 	<p> 謝謝委員的建議，本系系主任遴選乃依「國防醫學院醫學系系主任、副系主任及各學科學術主管遴選聘任辦法」，流程與委員訪視結果相同。實務上，本系系主任遴選由醫學系教師公開遴選推薦擔任候選人，並經醫學系教師評議會(系評會)、院級教師評議會(院教評會)與院級人事評議審會(院人評會)三階段資格審查產生，各層級委員會組成多元，審查結果亦有會議記錄佐證備查，最後由國防部核定人事命令，過程周延，達到公平、公開之遴選，實望委員諒察。 </p>	<p> <input checked="" type="checkbox"/>維持原議 <input type="checkbox"/>接受申復，僅修改報告文字 <input type="checkbox"/>接受申復，修改準則判定 <input type="checkbox"/>依「要求修正事項」修正報告內容 </p> <p> 說明： 學校雖說明「系主任遴選由醫學系教師公開遴選推薦擔任候選人，並經醫學系教師評議會(系評會)、院級教師評議會(院教評會)與院級人事評議審會(院人評會)三階段資格審查產生，各層級委員會組成多元，審查結果亦有會議記錄佐證備查，最後由國防部核定人事命令，過程周延，達到公平、公開之遴選」。然而，系主任之遴選先經系評會審核通過後，簽會總務處，呈奉院長批示後召開院教評會審議，呈請院長面談後召開教師人事評議會議決議，陳報國防部聘任之，此過程實難謂為公平、公開的遴選或遴聘。故，報告書內容與準則判定維持原議。 </p>
--	--	--	---

<p>□違反程序 □不符事實 ■要求修正事項^(註)</p>	<p>準則條文：1.4.1 報告頁碼：12-13 準則判定：部分符合 報告原文：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 國防醫學院係國防部所屬軍事院校，校長須具少將軍階，且屬國軍之重要軍職，遴選乃依據「陸海空軍軍官士官任職條例施行細則」，「國軍軍官學、經歷管理作業規定」。然並無遴選委員會設置辦法，其副院長、學科主任則有相關遴選聘任辦法。醫學系主任兼任三軍總醫院教學副院長，可同時掌握臨床教學規劃與學生輔導相關事宜。依據「國防醫學院醫學系系主任、副系主任及各學科學術主管遴選辦法」，醫學系設有 6 名副系主任，所屬之 18 學科主任同時兼任三軍總醫院各部科主管，可執行學院政策，並溝通學系及醫院（臨床端）。 2. 隨著學生人數增加，國防醫學院及醫學系辦公室行政人員略顯不足，目前以計畫人員補足行政人力缺口，校長表示會盡力爭取經費，仍有待持續追蹤。 3. 醫學系課程委員會之成員組成，其基礎課程與通識人文教師代表人數共 5 位且為選任委員，與臨床學科 18 位當然委員比較顯得相對失衡。此外，各重要委員會之成員，例如系務會議，除了當然委員 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 謝謝委員的指導，本系辦公室行政人員編制 3 員，現員 3 員，另有專案計劃人員 5 員，協助處理本系行政事宜，校長亦持續爭取人力。另自 112 年起，本系副系主任兼任三軍總醫院教學部主任，有效整合醫院與學系行政作業，降低本系行政人員負擔。 2. 謝謝委員指導，本系將積極加強訊息宣導。另本系課程委員會設置要點，委員會當然委員及學生代表依任職職務產生，由醫學系下轄 18 個臨床學科主任及 1-6 年級系長擔任；選任委員含基礎課程及通識教育課程教師代表共 5 位，由系主任推薦擔任，基礎整合組各區段長由基礎學科教師擔任，由基礎學科主任出席；醫學人文教育中心成員包含醫學系及通識教育中心教師，故除醫學人文教育中心負責人外，亦有通識教育中心師長代表出席，確保與會師長具備充分表達意見之機會。此外，可依會議需要邀請相關人員列席參加，參與相關決策討論。本系後續將重新檢視委員組成及代表性與適切性，確保各領域及課程組教師角色權益與政策上之多元性。 	<p>■維持原議</p> <p><input type="checkbox"/>接受申復，僅修改報告文字 <input type="checkbox"/>接受申復，修改準則判定 <input type="checkbox"/>依「要求修正事項」修正報告內容</p> <p>說明：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 肯定校長持續爭取行政人力之努力。 2. 肯定學校申復說明「本系後續將重新檢視委員組成及代表性與適切性，確保各領域及課程組教師角色權益與政策上之多元性」。然，實地訪視時，檢視相關資料發現(例如 109 學年第一學期課程委員會會議簽到表)，基礎課程與通識人文教師代表人數與臨床學科代表人數相較，確實顯得比例失衡。 3. 綜上所述，報告書內容與準則判定維持原議。
--	--	---	---

		<p>之外，選任委員多以系主任圈選或指派為主，未經遴選方式產生，基礎整合課程、通識教育與醫學人文教育教學負責人，其參與角色權益並未能受到充分保障。</p>		
<p><input type="checkbox"/>違反程序 <input checked="" type="checkbox"/>不符事實 <input type="checkbox"/>要求修正事項^(註)</p>		<p>準則條文：1.4.3 報告頁碼：13-14 準則判定：部分符合 報告原文： 1. 依據〈國防醫學院校務會議設置要點〉第三條所示：「三、非學術主管之教師代表由各單位推選（系所合一單位推選教師代表各 2 人、各基礎教學單位推選教師代表各 1 人，醫學系所屬臨床學科推選教師代表 22 人）基礎及臨床教師若干人」。根據此設置要點條文內容顯示，校(院)會議對基礎學科推選教師人數或比例未能明確規定，保障其代表性。查證某次校務會議紀錄，實際參與會議總人數為 88 人，其中醫學系(含所屬臨床學科)代表共 23 人，而屬於基礎學科教師代表共 8 人，顯示醫學院尚未能保障基礎學科教師代表等主要利害關係人充分納入決策過程。另依據校(院)會議設置要點，尚未訂定教師代表遴選辦法，對於各學科教師代表等主要利害關係人充分納入決策過程之要點未能完全符合。</p>	<p>1. 謝謝委員的建議，本學院校務會議設置要點之教師代表人數依各教學單位編制人員比例推派代表，說明如下： (1) 系所合一單位教師編制為 13 至 16 人，故每單位推選教師代表 2 人。 (2) 基礎學科教師編制為 4 至 12 人，故每單位推選教師代表 1 人。 經統計教師代表與所屬編制人數之比例如下： (1) 醫學系暨所屬臨床學科及非醫學系暨所屬臨床學科：$43/491=0.0876$ (0.069-0.1265)。 (2) 基礎學科：$8/72=0.1111$。 以上資料顯示基礎學科教師代表並未被忽略，本校將動態調整教師代表人數以維持均衡，望委員諒察。 2. 謝謝委員指導，本系將積極加強訊息宣導。另本系課程委員會設置要點，委員會當然委員及學生代表依任職職務產生，由醫學系下轄 18 個臨床學科主任及 1-6 年級系長擔任；選任委員含基礎課程及通識</p>	<p><input type="checkbox"/>維持原議 <input checked="" type="checkbox"/>接受申復，僅修改報告文字 <input type="checkbox"/>接受申復，修改準則判定 <input type="checkbox"/>依「要求修正事項」修正報告內容 說明： 1. 經查相關資料，接受學校申復之佐證資料及說明，將該項發現「查證某次校務會議紀錄，實際參與會議總人數為 88 人，其中醫學系(含所屬臨床學科)代表共 23 人，而屬於基礎學科教師代表共 8 人，顯示醫學院尚未能保障基礎學科教師代表等主要利害關係人充分納入決策過程」等語刪除。 2. 實地訪視時，檢視相關資料發現(例如 109 學年第一學期課程委員會會議簽到表)，基礎課程與通識人文教師代表人數</p>

	<p>2. 國防醫學系現行課程委員會之成員組成涵蓋多元背景不足，其基礎課程與通識人文教師代表人數共 5 位且為選任委員，與臨床學科 18 位當然委員比較顯得相對失衡，同時醫學系相關業務、政策與決策皆須經過教師評審委員會審議通過，而且掌握重要決策的教評會與系務會議委員未採用從各層級和領域教師代表遴選制度，此組織規範及管理機制未能確保主要利害關係人共同參與及良好溝通，未符合系務決策透明化之要點。</p>	<p>教育課程教師代表共 5 位，由系主任推薦擔任，基礎整合組各區段長由基礎學科教師擔任，由基礎學科主任出席；醫學人文教育中心成員包含醫學系及通識教育中心教師，故除醫學人文教育中心負責人外，亦有通識教育中心師長代表出席，確保與會師長具備充分表達意見之機會。此外，可依會議需要邀請相關人員列席參加，參與相關決策討論。本系後續將重新檢視委員組成及代表性與適切性，確保各領域及課程組教師角色權益與政策上之多元性。</p>	<p>與臨床學科代表人數相較，確實顯得比例失衡。肯定學校申復說明「本系後續將重新檢視委員組成及代表性與適切性，確保各領域及課程組教師角色權益與政策上之多元性」，期許校方未來能更進一步提升各委員會組成之代表性與適切性。</p> <p>3. 綜上所述，接受申復，修改報告書原文，準則判定維持原議。</p>
<p>□違反程序 ■不符事實 □要求修正事項^(註)</p>	<p>準則條文：1.4.5 報告頁碼：15 準則判定：部分符合 報告原文：</p> <p>1. 醫學系課程委員會由系主任主持，委員會下設有臨床教學組及臨床實習組，系(院)負責人可審視、監督教學品質。醫學系於建教合作醫院配有實習導師，建教合作醫院也配有醫學生總導師，此作業有利雙邊溝通、協調及評估成果。訪視中可見醫學系導師訪視、座談會紀錄，也佐證主要教學醫院有參與醫學系臨床實習委員會會議。另外，醫學系訂有「國防醫學院兼任教師聘任作業程序」、「國防醫</p>	<p>1. 謝謝委員的建議，針對不同身份別(入學管道)對臨床實習學習差異部分說明如下：</p> <p>(1) 五年級課程為核心臨床實習(core clinical clerkship)，共計 38 週，無論身份別，實習地點皆為三軍總醫院，另學生於五年級結束前需完成本系律定之 80 項核心技能測驗，以符合實習之等同性。</p> <p>(2) 六年級為進階臨床實習課程(advanced clinical clerkship)，共計 46 週，此階段本系以學生完成核心臨床實習課程及 80 項核心技能為前提，提供學生選擇多元實習環境。本系與 8 間教學醫院(台北榮民</p>	<p>□維持原議 ■接受申復，僅修改報告文字 □接受申復，修改準則判定 □依「要求修正事項」修正報告內容</p> <p>說明：</p> <p>1. 經查相關資料，接受學校申復之佐證資料及說明，將該項發現「醫學系學生入學管道不同，在臨床實習的學習經驗也產生差異，例如非軍費生可申請三軍總醫院外的醫院實習，軍費生則僅能在三軍總醫院實</p>

		<p>學院醫學系各實習醫院臨床實習 Program Director 設置要點」，聘任建教合作醫院教師為國防醫學院兼任教職，並安排參與教師發展暨教學資源中心 (CFD)之教學方法與評量課程，有利加強認知醫學系教育目標及教學品質的標準。</p> <p>2. 然而，醫學系學生入學管道不同，在臨床實習的學習經驗也產生差異，例如非軍費生可申請三軍總醫院外的醫院實習，軍費生則僅能在三軍總醫院實習，而三軍總醫院的科別實習週數、選修要求等，與其他醫院不盡相同。此外，依據自評報告呈現 108 年醫學生分配至各合作醫院，醫學生建議事項計 23 項，但醫學系未呈現針對這些事項之改善追蹤成效之具體佐證資料。顯示醫學系課程負責教師無法完全掌控每個教學醫院其教學計畫之實際執行情形。</p>	<p>總醫院、台中榮民總醫院、高榮榮民總醫院、林口長庚醫院、財團法人奇美醫院、彰化基督教醫院、台大醫院與馬偕醫院)簽訂實習合約，透過教育計畫互審機制，確保學生於不同教學場域可獲得等效之能力。而學生可自由選擇上述實習場域，並未因軍費學生的身份而失去赴外院實習的選擇。</p> <p>2. 謝謝委員建議，本系每學期均由外院導師會同學員生大隊赴各外院進行實習醫學生座談，了解學生臨床實習之建議與回饋，多數建議事項均於現場已回覆學生，需討論之部分將移至本系課程委員會下轄之臨床實習組每學期進行檢視及討論，已掌握各院之教學狀況。</p>	<p>習，而」等語刪除。</p> <p>2.學校說明「本系每學期均由外院導師會同學員生大隊赴各外院進行實習醫學生座談，了解學生臨床實習之建議與回饋，多數建議事項均於現場已回覆學生，需討論之部分將移至本系課程委員會下轄之臨床實習組每學期進行檢視及討論」。然而，實際檢視相關資料，對於醫學生建議事項，醫學系確實未呈現針對這些事項之改善追蹤成效之具體佐證資料。</p> <p>3.綜上所述，接受申復，修改報告書原文，準則判定維持原議。</p>
<p>課程與學生評量</p>	<p><input type="checkbox"/>違反程序</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>不符事實</p> <p><input type="checkbox"/>要求修正事項^(註)</p>	<p>準則條文：2.1.1.1 報告頁碼：17 準則判定：部分符合 報告原文： 醫學系自我定位為「具有軍事醫學特色之醫學系」，其教育目的包括：1.兼具現代醫學專業及人文素養；2.追求主動學習與終身學習的精神；3.發揚軍事醫學之特色。教育</p>	<p>本系教育目的修訂作業說明如下：</p> <p>(1) 以 111 年修訂案為例，本系依 110-1 學期課程委員會委員建議，針對教育目的、目標、專業素養與核心能力提出修正建議，故由系主任召集系內系外醫學教育專家學者召開專家會議。</p> <p>(2) 依專家會議之決議，提案至系內會議進行</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>維持原議</p> <p><input type="checkbox"/>接受申復，僅修改報告文字</p> <p><input type="checkbox"/>接受申復，修改準則判定</p> <p><input type="checkbox"/>依「要求修正事項」修正報告內容</p> <p>說明： 檢視相關資料，醫學系教</p>

		<p>目標訂定為：1.專業知識與邏輯思辨；2.資訊科技與數位醫療；3.人文素養與全人照護；4.社會關懷與利他精神；5.國際視野與終身學習；6. 領導統御與團隊溝通；7.身心鍛鍊與軍醫責任。然而，教育目的的訂定機制不明確，依據資料所呈現，其訂定是由課程委員會所共同討論、專家會議，至系內會議、後至系務會議，呈核系務會議後通過；但現場訪視時亦發現由工作小組討論後呈核課程委員會，而課程委員會參與的代表性不明確，對於授課教師/醫學系系辦人員/學員生代表如何負責訂定教育目的說明不清，課程委員會通常並非設定教育目的之委員會，且自評報告書亦提到「討論並檢視本系的教育目標...」，為賦予此責任的理由亦未充分說明。</p>	<p>第一次審查，經委員修正通過後提至系務會議進行最終審查。</p> <p>(3) 系務會議為本系最高決策機構，修訂案經委員討論共識後，決議最終修訂版本，使完成教育計劃修訂流程。</p> <p>相關佐證資料詳附件 1。</p>	<p>育目的修訂作業確實如同申復說明，先由課程委員會所共同討論、專家會議，至系內會議、後至系務會議，呈核系務會議後通過。然而，現場訪視時亦發現是由工作小組討論後呈核課程委員會，而課程委員會參與的代表性也不明確，對於授課教師/醫學系系辦人員/學員生代表如何負責訂定教育目的說明也不清處。故，報告書原文與準則判定維持原議。</p>
<p>□違反程序 ■不符事實 □要求修正事項^(註)</p>	<p>準則條文：2.1.1.3 報告頁碼：18 準則判定：部分符合 報告原文：</p> <p>1. 國防醫學系訂定其教育目標，教育目標為 1.專業知識與邏輯思辨；2.資訊科技與數位醫療；3.人文素養與全人照護；4.社會關懷與利他精神；5.國際視野與終身學習；6.領導統御與團隊溝通；7.身心鍛鍊與軍醫責任。亦針對畢業醫學生應具備之核心能力，提供其相對應的能力說明。</p>	<p>1. 本系醫學人文教育課程參照北美醫學教育四階段(先認識一般人、了解生病的人、學習照顧社區的病人、治療急重症病人)，以縱貫式課程規劃貫穿醫學生階段。低年級課程為建立基礎醫學人文知識與導論，3、4 年級課程將人文素養融入 PBL 教案中，5、6 年級則結合人文講座與跨領域討論等時機進行授課。以醫病溝通教學為例，為達成醫病互動之核心能力，中心於各階段開設課程如下</p>	<p>■維持原議</p> <p><input type="checkbox"/>接受申復，僅修改報告文字</p> <p><input type="checkbox"/>接受申復，修改準則判定</p> <p><input type="checkbox"/>依「要求修正事項」修正報告內容</p> <p>說明：</p> <p>1.學校說明「醫學人文教育課程參照北美醫學教育四階段(先認識一般人、了解生病的人、學習照顧社區的病人、治療急</p>	

		<p>然而，對應之間的關聯不清，而所有 7 項目標又為其所定義的「專業素養」所有目標，換言之，其教育目標即為「專業素養」。且其課程地圖部分課程規劃欠缺較明確的縱貫發展與橫向連結，如在人文素養部分，課程的安排大部分在低年級，或是臨床前臨床基礎整合階段則較無連貫與橫向整合規劃，醫學人文課程原來的 13 學分必修在 110 學年度改為選修，只剩下一門必修課，原因為增加選修學分。現場訪視說明課程安排的時間上，同學還是會必選。如此規劃是否能符合醫學系核心能力發展，有待後續追蹤。</p> <p>2. 醫學系於課程委員會中提出關於醫學生評量與課程評估的成效，然而醫學系的評估機制中，各項委員會代表絕大多數為各臨床學科主管擔任，其透過遴選機制產生的教師代表為相對少數；此外，相關會議佐證資料顯示會議出席委員人數浮動（例如 110/08/06 會議紀錄的出席委員應到 60 人，實到 42 人，並含工作與行政人員），工作或行政人員亦列於人數計算。因此，評估教育成效的相關會議成員代表性與適切性有待商榷。</p>	<p>(1) 人際溝通技巧-與一般人溝通(1、2 年級)</p> <p>(2) 臨床溝通技巧-與常態情境病人溝通(3、4 年級)</p> <p>(3) 醫學人文講座-與困難病人溝通及衝突解決(5、6 年級)</p> <p>2. 依據 106 年 TMAC 指導，本校醫學生選修自由度較不足(12.7%)，建議提升。本系遂於 108 年成立醫學人文教育中心，至 110 年陸續開設生死學、敘事與反思、科技輔助醫病溝通學習、病人安全文化實務與法律、快樂成功學習知道、醫學人物典範與學習、療癒者得藝術等選修課程，提高學生選修自由度；然經醫學人文中心師長於 110 年檢討發現，學生實際選修自由度提升仍有限，究其原因，本系屬軍事院校，依規定需於低年級時完成通識必修課程 26 學分，故實際可選修課程時段減少，對此，本系醫學人文中心規劃模組化課程轉型，將醫學人文領域課程區分生命教育、醫病溝通、倫理法律性別以及心理社會等四大模組，原必修課程則改為選修，給予學生實質性的選修，111-112 年為課程轉換期，111 年先行將課程調整為必選修，後續制度將會賡續完善，還請委員卓參指導。</p>	<p>重症病人)，以縱貫式課程規劃貫穿醫學生階段」，並以醫病溝通教學為例。然而，實地訪視觀察如在人文素養部分，課程的安排大部分在低年級，或是臨床前臨床基礎整合階段，臨床學習階段則較無規劃。</p> <p>2.106 年度 TMAC 全面訪視確實發現醫學生選修自由度較不足(12.7%)之情況。但，醫學系為增加選修學分，將醫學人文課程原來的 13 學分必修課於 110 學年度改為選修，僅剩下一門必修課，但由於時間的安排，醫學人文課程雖改為選修之 13 學分，實際為必選修。學校說明醫學人文中心規劃模組化課程轉型「111-112 年為課程轉換期，111 年先行將課程調整為必選修，後續制度將會賡續完善」，並未指出與事實不符之處。</p> <p>3.綜上所述，報告書原文與準則</p>
--	--	---	---	--

			<p>相關佐證資料詳附件 2。</p>	<p>判定維持原議。</p>
<p>□違反程序 <input checked="" type="checkbox"/>不符事實 □要求修正事項^(註)</p>		<p>準則條文：2.1.1.4 報告頁碼：19-20 準則判定：部分符合 報告原文：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫學系課程包含醫學人文(含通識)、基礎科學、基礎臨床整合、臨床實習及軍醫養成教育課程，各項課程均訂有課程簡介，內容包含課程目標、對應系所核心能力與關聯性、課程說明、課程內容、評量方式以及疫情下課程的因應方式。 2. 國防醫學院醫學系提供多元的通識課程供同學選修，也與中研院合作提供通識課程，共有 28 個必修學分，及 6 個選修學分，有其對應的目標與核心能力。醫學人文由醫學人文教育中心主導規劃，目前共有 2 個學分，其中 13 個學分為必修並大部分納入通識課程，其醫學人文領域涵蓋人文主要幾個面向，如倫理、法律、社會學、歷史等。實地訪視發現，自 110 年開始，為增加通識選修學分，將醫學人文 11 個學分改為(必)選修，部分納入通識課程，訪視小組與教師及學 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 通識與人文在醫學院校相輔相成，但不盡相同。本校通識課程學分，向來包括通識教育中心所開設的通識必修、選修課程、以及醫學系的醫學人文必修課程。106 學年度後，共計 47 學分，包括：28 學分必修由通識教育中心開設，13 學分必修由醫學系開設，6 學分之通識選修由通識教育中心開設。108 年前，本系並無獨立之醫學人文專屬單位，主要由醫學系課程委員會的醫學人文組負責，於 108 年 1 月 1 日成立醫學人文教育中心後，13 學分必修由醫學系開設的醫學人文課程，由醫學系課程委員會的醫學人文組，挪至醫學人文教育中心主責。無論在醫學人文教育中心成立前或後，醫學人文均由醫學系負責，僅是本校將醫學人文必修課程與通識教育中心開設之通識必修課程，均視為通識類課程，主要是基於通識與人文在醫學院校相輔相成，可以互相了解與銜接。 2. 通識教育中心的課程，分為四大領域(組)，包括：文哲藝術、外國語文、醫學 	<p><input type="checkbox"/>維持原議 <input checked="" type="checkbox"/>接受申復，僅修改報告文字 <input type="checkbox"/>接受申復，修改準則判定 <input type="checkbox"/>依「要求修正事項」修正報告內容</p> <p>說明：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 學校說明「本校將醫學人文必修課程與通識教育中心開設之通識必修課程，均視為通識類課程，主要是基於通識與人文在醫學院校相輔相成，可以互相了解與銜接」。然而，通識為博雅課程，學校之自評報告也有清楚陳述博雅意涵，與醫學人文課程仍有不盡相同之課程任務及教育目標，與醫學人文之課程規劃需有更進一步釐清與界定。 2. 自評報告通識的領域為：文哲藝術領域、社政心理領域、醫

		<p>生晤談發現，師生對通識課程有正面回應。然通識為博雅課程，自評報告也有清楚陳述博雅意涵，與醫學人文課程仍有不盡相同之課程任務及教育目標，與醫學人文之課程規劃需有更進一步釐清與界定。又自評報告通識的領域為：文哲藝術領域、社政心理領域、醫學人文領域、外國語文領域，簡報時簡報檔則無醫學人文領域，改為醫療與社會領域，宜釐清之間關係。</p> <p>3. 醫學系的基礎醫學課程規劃，均有課程簡介涵蓋課程目標、對應核心能力與關聯性、課程說明、課程內容、評量方式等內容，並符合醫學系教育目標與畢業後從事一般醫學醫療工作的能力規劃。</p> <p>4. 醫學系訂有「國防醫學院醫學系課程委員會設置要點」，成立課程委員會，下設有「醫學人文」、「整合課程」、「臨床實習」、「軍陣醫學暨暑期課程」、「醫學科技」等5組，並要求每學期至少召開一次會議，對於各年級課程予以定期檢討、修正，並參考國內外醫學教育發展，規劃與設計醫學系基礎及臨床整合區段課程，以提昇教育品質。臨床課程成效由臨床實習組及三軍總醫院實習醫學生訓練管理委員會共同討論、監測實習的內容(含</p>	<p>人文、以及社政心理，其中6學分的通識選修，學生於畢業前必須由此四大類選三大類，始符合畢業門鑑。由於醫學人文教育中心於108年成立後，醫學人文教育中心於醫學系所開設的醫學人文選修，大部分列於專業選修(專業選修亦是6學分)，學生於選課時容易發生誤選(實際也發生)，而且通識教育中心的醫學人文組與醫學系的醫學人文教育中心名稱太像，為避免混淆與誤選，通識教育中心透過法定程序，於110學年期上學期正式將通識教育中心的醫學人文組(領域)，改為醫療與社會組(領域)，其所授課師資與內容與過往並無多大差異，詳見附件3。</p> <p>3. 另外，通識與人文在醫學院校相輔相成，但不盡相同，此亦為本校成立醫學人文教育中心的目的是，通識教育強調適任的公民素養、醫學人文教育則將人文、行為與社會科學等知識專業應用於具體上，歷年來均朝此目標設計課程，且通識教育中心與醫學人文教育中心的師資，每月均會共同開會討論，於評鑑書面2.2.2有詳細說明且落實，茲摘錄如下： 相較於通識課程的設計理念在訓練醫學系學生成為一個「社會人」，亦即培養具備現代社會應有的素養，醫學人文課程的設</p>	<p>學人文領域、外國語文領域，而實地訪視簡報時(111學年上學期)，簡報檔則無醫學人文領域，改為醫療與社會領域。學校說明「於110學年期上學期正式將通識教育中心的醫學人文組(領域)，改為醫療與社會組(領域)，其所授課師資與內容與過往並無多大差異」，名詞錯誤之資料係為校方所提供。但鑒於報告書之正確性，接受學校申復之佐證資料及說明，將該項發現「又自評報告通識的領域為：文哲藝術領域、社政心理領域、醫學人文領域、外國語文領域，簡報時簡報檔則無醫學人文領域，改為醫療與社會領域，宜釐清之間關係」等語刪除。</p> <p>3. 肯定學校通識教育中心與醫學人文教育中心教師規劃課程之努力。然而，實地訪視確實發現學校為增加通識選修學分，將醫學人文11個學分改為(必)選修，部分納入通識</p>
--	--	--	--	---

	<p>教學成效、滿意度)，會中均邀請醫五至醫六年級學生代表與會，並發表課程修訂意見。</p>	<p>計理念，除係銜接通識課程培養「社會人」的基礎，重點著重在將各類「人文知識」延伸至醫療活動的範圍，將醫學專業與人文知識或素養相結合，從社會人文觀點重視情境脈絡，對於特定活動或人類行為的影響，將其應用於醫學領域，培養醫師成為一位具備「全人照護」、「視病猶親」的醫師，此為本系醫學人文教育的基本理念與使命。</p>	<p>課程，但通識為博雅課程，與醫學人文課程仍有不盡相同之課程任務及教育目標，通識與醫學人文之課程規劃宜有更進一步釐清與界定。</p> <p>4. 綜上所述，接受申復，修改報告書原文，準則判定維持原議。</p>
<p>□違反程序 ■不符事實 □要求修正事項^(註)</p>	<p>準則條文：2.1.1.5 報告頁碼：20 準則判定：部分符合 報告原文： 醫學系提供醫學生自主學習的規劃，從通識課程階段、整合課程階段、臨床實習階段分別進行，並提供自主學習工具，如：線上心電圖教學系統、X 光影像判斷教學評量系統、臨床核心技能教學、AMBOSS 線上學習系統及線上國考測驗系統，並在課程、環境及軟硬體等資源上提供相關支援。然而，在一至四年級的課程規劃上，雖自評報告書提及每週約有 9-24 小時不等之非必修時段提供學生進行自主學習，但經由訪視小組與學生訪談，以及實地訪視中發現，三年級與四年級上學期整合課程階段，每週課程安排緊湊，每週僅不到 10 小時的「自主學習時間」，相對的在四年級下學期的整</p>	<p>謝謝委員的指導，本校之區段課程依照課程之學分數，每個學分對應教學時數為 18 小時，其中包含 PBL 6 小時，依照目前課程之安排，每週除了區段課程之外，至少會有 5 小時左右之 PBL 學習時間，加上每週之空堂時數，時間的安排會有 9 小時以上之「自主學習時間」，學生在準備區段的考試期間，也是自主學習的機會，藉由測驗可以得知不足之處，利用時間自我學習再補足。同時，由於四年級學生即將進入臨床，為滿足其臨床前之需求，增加其各項進入臨床所需之學習機會，包括線上心電圖教學系統、X 光影像判斷教學評量系統、臨床核心技能教學等，使其能利用「自主學習」為臨床實習作充足準備。</p>	<p>■維持原議 □接受申復，僅修改報告文字 □接受申復，修改準則判定 □依「要求修正事項」修正報告內容</p> <p>說明： 學校說明將「PBL 學習時間」與「準備區段的考試期間」皆列為自主學習之機會，其適當性宜再商榷。報告書之原文係為實際與學生晤談，以及實地檢閱整合課程相關資料所得，並無不符事實之處。</p>

		<p>合課程階段，每週卻又可達 15 小時，甚至更高的「自主學習時間」。學生意見反映也提及考試份量龐大，讀書與消化上課內容的時間不足，為準備各區段的考試，不可避免地影響自主學習的教育機會與成效。</p>		
<p>□違反程序 <input checked="" type="checkbox"/>不符事實 □要求修正事項^(註)</p>		<p>準則條文：2.1.1.6 報告頁碼：20-21 準則判定：部分符合 報告原文： 醫學系之專業素養定義即為其教育目標：1. 專業知識與邏輯思辨；2. 資訊科技與數位醫療；3. 人文素養與全人照護；4. 社會關懷與利他精神；5. 國際視野與終身學習；6. 領導統御與團隊溝通；7. 身心鍛鍊與軍醫責任。因此，專業素養的操作型定義與評量的能力標準，即為整個醫學系課程的運作與所有能力的發展與評量，這與一般醫學教育裡定義之專業素養不相同，尤其醫學系也提到將其核心能力與 ACGME 六大核心能力相對應，但六大核心能力之一即為專業素養，有其明確定義。是以，醫學系須再釐清「專業素養」內涵，方能發展對應之能力與相關課程發展與評量。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>素養</u>一詞，於十二年國教中強調與使用，其於課綱的「核心素養」係指一個人為適應現在生活以及面對未來的挑戰，所應該具備的知識、能力與態度。 2. <u>勝任能力</u>，即 Competence/ Competency，意思就是跟良好績效表現相關的個人特質或能力。依據 WHO1978 定義，醫療專業人員能力導向訓練的目的是依據當地的狀況，能夠達到訂定的精熟程度來執行醫療行為，以符合當地需求。 3. (專業)素養導向的醫學教育，與勝任能力導向的醫學教育，其意義是相通或相同的。在醫學生階段係與本系訂定的核心能力相通，在 PGY 階段需符合 ACGME 所強調的六大核心能力，亦即分別是醫學生在畢業前，畢業後，應該必須具備的知識、態度與技巧。 4. 本校醫學系訂有三個教育目的，包括： (一)發揚軍事醫學之特色；(二)兼具現代醫學專業及人文素養；(三)追求主動學習與終身學習的精神。並據此教育目的，訂 	<p><input checked="" type="checkbox"/>維持原議 <input type="checkbox"/>接受申復，僅修改報告文字 <input type="checkbox"/>接受申復，修改準則判定 <input type="checkbox"/>依「要求修正事項」修正報告內容</p> <p>說明： 醫學系之專業素養定義即為其教育目標，這與一般醫學教育裡定義之專業素養不相同，醫學系應釐清「專業素養」與「教育目標」兩者之間的不同，也須進一步釐清「專業素養」內涵，方能發展對應之能力與相關課程發展與評量。</p>

定七個教育目標。

- (1) 國際視野與終身學習。
- (2) 專業知識與邏輯思辯。
- (3) 資訊科技與數位醫療。
- (4) 人文素養與全人照護。
- (5) 社會關懷與利他精神。
- (6) 領導統御與團隊溝通。
- (7) 身心鍛鍊與軍醫責任。

再由教育目標，形成 10 個核心能力，亦即醫學生畢業時應具備的知識、態度與技巧，亦即專業素養。

5. 由於本校是軍校醫學系，與他校醫學生或 PGY 時期相較，尚會強調額外的軍醫專業素養，故本校訂有 10 個核心能力，其中 **品格修養能力、鍛鍊強健體魄能力**，是本系依據屬性增訂，並依此 10 大核心能力培訓，以期醫學生畢業前具有此專業素養，故其核心能力會比 PGY 時期的 ACGME 大大核心能力多，但此 10 個核心能力(專業素養)其實與 ACGME 六大核心能力相通與相輔相成，茲將對應表臚列於下：

核心能力	內涵	呼應 ACGME 六大核心能力
醫學科學知識	使學生能習得醫學相關基本科學知識、邏輯思辯與	MK

				研究能力	
			國際學習能力	增強學生國際競爭力，培養國際視野	MK, PROF
			良好臨床照護	使學生能獨立執行臨床技能、照護病人與良好的溝通能力	PC
			醫病互動能力	培養未來職場團隊合作與溝通協調技能	ICS, PROF, SBP
			終身學習能力	營造學生自主學習環境，培養終身學習能力	MK, PBLI
			社會參與能力	促進學生利他助人，提高參與公共事務的積極性	ICS, PROF, SBP
			品格修養能力	培育博愛忠真校風理念，鍛鍊學生面對挫折具備之堅毅力，強化其穩定與抗壓性	PROF
			文德品味能力	涵塑學生成熟性格與品德操守，養成良好的學習意願與工作態度，具備專業倫理素養	PBLI, PROF, ICS
			熟悉軍陣醫學	使學生具備軍事素養，瞭解戰傷急救、航太海底醫學等相關知識	MK, PC

		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center; vertical-align: middle;">鍛鍊強健 體魄</td> <td style="width: 40%; padding: 5px;">使學生具有健康的身體、心理、情緒、精神與標準的軍人儀態</td> <td style="width: 40%; padding: 5px;">軍校特有核心能力</td> </tr> </table> <p>本系的 10 個核心能力(即專業素養)，均有相關的對應課程與評量方式。舉例而言，如醫病互動能力，強調溝通與跨團隊，就醫病溝通能力，本系有對應的培養方式，如 1-2 年級的人際溝通技巧、3-4 年級的臨床溝通技巧、醫學與研究倫理、醫事法律以及 5-6 年級的醫病溝通 OSCE 練習與二次模擬、醫學人文融入臨床實習等。</p>	鍛鍊強健 體魄	使學生具有健康的身體、心理、情緒、精神與標準的軍人儀態	軍校特有核心能力	
鍛鍊強健 體魄	使學生具有健康的身體、心理、情緒、精神與標準的軍人儀態	軍校特有核心能力				
<p>□違反程序 □不符事實 ■要求修正事項^(註)</p>	<p>準則條文：2.1.2.1 報告頁碼：21 準則判定：部分符合 報告原文：</p> <ol style="list-style-type: none"> 醫學系設有課程委員會，下轄醫學人文、醫學科技、整合課程、臨床實習與軍陣醫學暨暑期課程組。課程委員會暨轄下各小組皆有固定的開會週期，定期審視、監測與檢討每學期的課程內容，以確保授課標準與品質。作為一整合課程的教育負責單位，課程委員會之成員需有明確的遴選機制與工作執掌，根據自評報告書所述，委員會組成包括醫學系主任、副系主任、各科部主任及校外學者專家(一名)、學生代表等。 然而，審視近三年課程委員會之會議紀 	<p>謝謝委員指導，本系將積極加強訊息宣導。另本系課程委員會設置要點，委員會當然委員及學生代表依任職職務產生，由醫學系下轄 18 個臨床學科主任及 1-6 年級系長擔任；選任委員含基礎課程及通識教育課程教師代表共 5 位，由系主任推薦擔任，基礎整合組各區段長由基礎學科教師擔任，由基礎學科主任出席；醫學人文教育中心成員包含醫學系及通識教育中心教師，故除醫學人文教育中心負責人外，亦有通識教育中心師長代表出席，確保與會師長具備充分表達意見之機會。此外，可依會議需要邀請相關人員列席參加，參與相關決策討論。本系後續將重新檢視委員組成及代表性與適切性，確保各領域及課程組教師角色權益與政策上之多元</p>	<p>■維持原議</p> <p><input type="checkbox"/>接受申復，僅修改報告文字 <input type="checkbox"/>接受申復，修改準則判定 <input type="checkbox"/>依「要求修正事項」修正報告內容</p> <p>說明：</p> <p>實地訪視時，檢視相關資料發現(例如 109 學年第一學期課程委員會會議簽到表)，基礎課程與通識人文教師代表人數與臨床學科代表人數相較，確實顯得比例失衡。肯定學校申復說明「本系後續將重新檢視委員組成及代表性與適切性，確保各領域及課程組教師角色</p>			

		<p>錄發現，其會議之應出席人數卻不固定，在行政主管並未異動的情形下，同一學年度上、下學期之當然委員名單亦不盡相同，許多工作或行政人員甚至列於人數計算。而課程委員會成員組成，基礎課程與通識人文教師代表為選任委員，且人數共 5 位，相對於臨床學科 18 位當然委員，其參與角色權益並未能受到充分保障。此外，課程委員會所聘之校外學者專家亦未列於會議紀錄之應出席名單中，無法明確顯示外聘委員之身分與代表性，校外學者專家本人無論於實體會議或是視訊會議均未請假或出席。醫學系雖有定期召開課程委員會，然其實際出席之成員組成並不固定、出席狀況未落實，以及委員會成員代表性與適切性有待商確的情況下，課程整體設計之連貫性與協調性、課程管理、評估與監測的執行成效有待進一步提升。</p>	<p>性。</p>	<p>權益與政策上之多元性」，期許校方未來能更進一步提升各委員會組成之代表性與適切性。</p>
<p>□違反程序 ■不符事實 □要求修正事項^(註)</p>	<p>準則條文：2.1.2.2 報告頁碼：22-23 準則判定：部分符合 報告原文： 1. 醫學系課程委員會下設醫學人文組、整合課程組、臨床實習組、軍陣醫學暨暑期課程組、醫學科技組等各組，依所屬學年課程進行課程檢視並進行評估，作為課</p>	<p>1. 謝謝委員的指導，針對學生反映部分區段課程內的連貫性、先後次序合宜性以及課程內容重複性的問題仍然存在。經查明，各區段長皆非常重視學生意見，並在區段會議召開時正面審視、回覆學生所提之意見並進行改善。如宿主防禦區段曾於 110 學年度被學生提及組織學課程正課時間不</p>	<p>1. 謝謝委員的指導，針對學生反映部分區段課程內的連貫性、先後次序合宜性以及課程內容重複性的問題仍然存在。經查明，各區段長皆非常重視學生意見，並在區段會議召開時正面審視、回覆學生所提之意見並進行改善。如宿主防禦區段曾於 110 學年度被學生提及組織學課程正課時間不</p>	<p>■維持原議 □接受申復，僅修改報告文字 □接受申復，修改準則判定 □依「要求修正事項」修正報告內容 說明： 1. 學校說明「目前醫學系基礎區</p>

		<p>程改進的依據。各學科之教學主管及授課教師可依課程委員會及各組會議決議進行課程內容調整，而教學主管可就數位學習平台內容進行課程內容監控，以辨認或修正課程內容中的不足及重複部份。</p> <p>2. 依自評報告書、教師晤談與實地調閱數位學習平台時發現，醫學系基礎與臨床整合課程以區段為教學單位，各教學區段之區段(一)內容主要為基礎課程、區段(二)內容則以臨床課程為主。各教學區段之區段(一)、(二)雖各自有區段長與副區段長負責統合教學進度與內容，且各區段於授課前後亦皆有召開各自的課前與課後會議，然各區段之區段(一)與區段(二)卻未見有效之溝通與整合，區段(一)與區段(二)之教師並未對彼此之授課內容有適當的了解，致使課程內容不必要的重複性偏高，授課難度不易掌握。此外，各教學區段(一)之區段長、副區段長幾乎皆由基礎學科教師擔任，然實地檢視課程委員會會議紀錄發現，課程委員會與會之當然委員中，基礎課程與通識人文教師代表為選任委員，且人數僅 5 位，相對於臨床學科 18 位當然委員，其參與角色權益並未能受到充分保障，在</p>	<p>足導致課程時間壓縮的問題，該區段已於 111 學年度將組織學課程增加 1 小時，依照學生所提建議進行改善，並於當年度區段前會議公佈予學生知悉。我們十分重視學生的寶貴意見，學生意見都能得到各區段回覆與解決。目前醫學系基礎區段課程安排適切性由區段長與授課教師於區段前會議時進行評估，並於區段後會議進行檢討，依據學生課程滿意度結果，對於課程內容連貫性、合宜性、重複性、難易度與份量已有明顯改善。考量區段長較難對區段內所有課程內容均能熟悉，未來針對區段內各學科授課之內容，將修正為由各學科主管或其授權教師進行該類課程審核制度，在區段前會議召開之前完成課程評估表審查，審查項目包含：課程連貫性、課程先後次序合宜性、課程內容重複性、課程簡報份量適宜程度等指標。該審查表經各學科課程審查人員審核簽名後交由區段長覆核存查。另外，針對委員提到基礎教師擔任區段長的課程協調上較不易反映給臨床教師，或未能及時因應。本系於區段開始前將區段內所有授課教師聯繫方式告知區段長，包含 email 與手機號碼，區段長能及時與臨床教師直接聯繫，國防醫學院基礎教師桌上電話亦能透過三軍總醫院</p>	<p>段課程安排適切性由區段長與授課教師於區段前會議時進行評估，並於區段後會議進行檢討，依據學生課程滿意度結果，對於課程內容連貫性、合宜性、重複性、難易度與份量已有明顯改善」。然而，實際與教師晤談與實地調閱數位學習平台時發現，各區段之區段(一)與區段(二)卻未見有效之溝通與整合，區段(一)與區段(二)之教師並未對彼此之授課內容有適當的了解，致使課程內容不必要的重複性偏高，授課難度不易掌握。</p> <p>2. 學校說明「本系於區段開始前將區段內所有授課教師聯繫方式告知區段長，包含 email 與手機號碼，區段長能及時與臨床教師直接聯繫，國防醫學院基礎教師桌上電話亦能透過三軍總醫院公務手機系統聯繫臨床醫師，我們已推廣各區段成立 Line 群組可即時聯絡授課教師」。不過，報告書原文並</p>
--	--	--	--	--

		<p>有關課程重要相關事項之檢討與修訂上(諸如主帶教師更換、學生或外審委員對課程之建議與回饋等),基礎學科教師能參與並表達意見,有待商榷。</p> <p>3. 醫學系近幾年強調醫學人文教育,雖成立醫學人文中心以專責推動,規劃從醫學系一年級起到六年級醫學生的所謂「縱貫式課程」,但在整體的發展中,仍以學期單元課程為主,未有連貫的規劃,同時在同一課程因學生人數多而分三班,同一主題但不同授課老師的內容與方式完全不同,在臨床部分的醫學人文只有數節的單元討論,未見融入於臨床實習的規劃。在三軍總醫院六年級醫學生是被安排在急診實習、耳鼻喉科、家醫科實習或每週學習保護時間時修習;然醫學系六年級醫學生在臺北榮民總醫院實習時,並未見有類似此必修課程的安排。同樣的,臺中榮民總醫院與高雄榮民總醫院的六年級實習課程,亦無「縱貫式課程」之安排。</p>	<p>公務手機系統聯繫臨床醫師,我們已推廣各區段成立 Line 群組可即時聯絡授課教師。各基礎區段課程前、後之會議紀錄均會寄發給所有授課教師知曉,未來我們將會更加落實各項制度以期能確實落實並提升區段課程授課品質。</p> <p>2. 本校的醫學人文課程非常多元,臨床各科都有相關之課程,醫學系醫學人文教育中心,於108年成立後,也針對醫學人文講座、跨領域討論會、醫學人文融入臨床實習(共計於四臨床科系開設)、臨床中的醫學人文(內科部開設)等,故實際上縱貫於全六年,由於三升四暑假課程,所開設的全為大堂課,主要考慮因素為國防學生無暑假、此與民間醫學院最大差異所在,此暑假期間可供醫學系運用,與各項相較,應屬優勢是,歷年來多是考量為減輕醫學生負擔,以及暑期時間妥善運用,多次在醫學生代表參與的系課委會多次討論,此為不得已的折衷方式,故多數課程於3升4暑假完成,5-6年級仍有開設諸多多元化之醫學人文課程推廣至各主要教學醫院,實屬良善建議,將做為持續精進之目標。</p>	<p>非僅指實質上的聯繫,而是各教學區段(一)之區段長、副區段長幾乎皆由基礎學科教師擔任,但檢視課程委員會會議紀錄發現,課程委員會與會之當然委員中,基礎課程與通識人文教師代表為選任委員,且人數僅5位,相對於臨床學科18位當然委員,其參與角色權益與是否能確實表達意見,有待商榷。</p> <p>3. 學校說明「歷年來多是考量為減輕醫學生負擔,以及暑期時間妥善運用,多次在醫學生代表參與的系課委會多次討論,此為不得已的折衷方式,故多數課程於3升4暑假完成,5-6年級仍有開設諸多多元化之醫學人文課程推廣至各主要教學醫院」,並未提出報告書原文不符事實之處。</p> <p>4. 綜上所述,報告書原文與準則判定維持原議。</p>
--	--	--	--	--

<p>□違反程序 ■不符事實 □要求修正事項^(註)</p>	<p>準則條文：2.1.2.3 報告頁碼：23-24 準則判定：部分符合 報告原文：</p> <p>1. 醫學系臨床教育之監督指導單位，計有「國防醫學院醫學系臨床實習委員會」、「醫學系課程委員會-臨床實習組」及三軍總醫院「訓練官管理委員會」。臨床實習委員會定期於每學年召開一次，共同討論臨床實習之規劃、執行、學生評量及課程評估等事務，以確保不同地點學習經驗之等同性及監督學生學習成效；臨床實習委員會負責醫五至醫六臨床實習課程規劃，並予以定期檢討、修正，並規劃六年制臨床實習課程，制定學生應經歷之「病患類型、臨床醫療情境及臨床場域」的學習標準；三軍總醫院設有訓練官管理委員會，與會成員多為醫學系專任教師，共同規劃實習課程內容及實習標準，並訂有各臨床學科實習醫學生訓練計畫。</p> <p>2. 實際訪視發現，醫學系五年級 core clinical clerkship(C1) 實習地點皆為三軍總醫院；六年級 advanced clinical clerkship (C2)則開放非軍費醫學生至建教合作醫院與國外實習，但學生對於輪訓安排的選擇自由度高，各教學醫院的課程安排</p>	<p>1. 謝謝委員建議，本系為給予學生多元化實習選擇，提供學生於六年級可自選不同之教學地點進行實習，也因此，本系自 106 年起，致力於確保實習等同性與等效性，說明如下，還請委員卓參：</p> <p>(1) 教學品質及實習內容部分，各實習醫院教育訓練計畫均有通過本系審查，在教學內容部分均可符合本系之教育目的及有效培養實習醫學生之能力，實習週數及課程內容雖不盡完全相同，然各院對實習醫學生之訓練並未打折扣。</p> <p>(2) 在評估學生成效方面，三軍總醫院以 CePO 網路系統評估學生成效，餘主要教學醫院考量整體資訊系統建構之整體性，雖未能直接套用三總之系統模式，然本系透過提供紙本表單、引繼 CePO 程式碼邏輯，協助各教學醫院能在評量本校學生上取得一致。針對外院僅提供最後成績單的部分，也謝謝委員的建議，本系後續將持續與各教學醫院溝通，於每學期收繳成績時，同步回饋學生表單結果，以利本系後續成效檢討分析。</p> <p>2. 教學醫院(三軍總醫院)有成立病歷審查暨教學委員會，主責全院住院醫師暨實習醫</p>	<p>□維持原議 ■接受申復，僅修改報告文字 □接受申復，修改準則判定 □依「要求修正事項」修正報告內容</p> <p>說明：</p> <p>1. 經查相關資料，接受學校申復之佐證資料及說明，將該項準則發現 2「六年級 advanced clinical clerkship (C2)則開放非軍費醫學生至建教合作醫院與國外實習」等敘述，修改為「六年級 advanced clinical clerkship (C2)則開放醫學生至建教合作醫院與國外實習」。</p> <p>2. 報告書原文敘述主治醫師對於醫學生撰寫病歷之要求不一致、主治醫師對於醫學生之病歷幾乎都是非常簡短之 comment，以及醫學生照護病人之情形等，皆為實地訪視之發現。</p> <p>3. 綜上所述，修改報告書原文，準則判定維持原議。</p>
--	--	--	--

及教學內容無法確保學習經驗的等同性及學生評量之等效性，例如三軍總醫院之內、外科實習為 4 週，但其他教學醫院內、外科實習為 2 週，此外，三軍總醫院以 CePO 網路系統來評估醫學生的學習成效，但六年級選擇至非三軍總醫院實習之醫學生則只有最後的成績單。

3. 此外，在教學醫院也會因學生人數的不同而影響教學的深度與廣度，例如實地訪視某一科別，發現主治醫師對於醫學生之病歷幾乎都是非常簡短之 comment，且對醫學生的要求不一致，有科別要求醫學生撰寫 Acceptance Note 與 Weekly summary，有些則無；此外，六年級醫學生到某科別四週，其中二週於 ICU，另二週於病房，但直到實習當週星期三才安排一例病人與醫學生照護，星期五病人即出院，第二週也只再安排一例病人，造成醫學生二週只看片斷的二例病人。

學生之病歷寫作教學。實習醫學生於進入醫院實習前排定職前教育課程中，明確介紹各項住院病人應完成之病歷態樣(包含 acceptance note 與 weekly summary)，與病歷寫作各項基本原則。各臨床科部設有病歷審查暨教學委員，每月於各臨床科部設有病歷寫作教學活動一小時一次，針對各科特色病人及病歷態樣進行專科化病歷寫作教學，並增進住院醫師及實習醫學生病歷寫作思維邏輯、糾舉平日缺失態樣，並加強指正。每月住院病歷抽查作業中，特別針對 Primary care 病人之實習醫學生病歷進行嚴格審查，未完成或病歷內容不完整者，將視內容缺失嚴重度予以要求額外參加病歷教學、記缺點、或到病歷審查委員會現場說明缺失原因及改進方案，並要求該病歷所屬實習臨床科部之臨床主治醫師教師限時完成指正與指導。

- (1) 各臨床科部於其實習醫學生教學訓練計畫中亦有明訂要求實習醫學生撰寫新病人符合 POMR 要求之 SOAP note。此外，在教學醫院之電子病歷住院病程系統"SOAP note 系統"中即建置各項住院病歷名稱與格式，包含 acceptance note 及 weekly summary。系統並具自動勾稽警示功能，標註並提

示病人應於限時內完成 weekly summary 一篇。主治醫師教師對實習醫學生病歷之內容有指正評論之責，主要為指正病歷內容缺漏、邏輯誤謬、或內容錯誤等態樣，並於評論中對指正之態樣進行簡短之原則指導。對於沒有明確需要指正內容之病歷，主治醫師教師可以以簡短語句回饋其病歷內容。本院住院病程系統尚設定主治醫師指正回饋比率之勾稽，並設有全院要求之閾值(>80%)，並每月檢討公布，期使主治醫師教師善盡指正回饋病歷內容之責。

- (2) 實習醫學生指定 Primary care 病人之原則，由各臨床科部視病人收療狀況各自律定，但病歷寫作要求之原則一致。各科常見收療非學習時間由急診入院病人，並非實習醫學生親自接手，而是隔日才由臨床教學團隊指定照護。頭一次接觸病人之實習醫學生均要求完成 Acceptance note，並當日仍要完成應完成之 SOAP note (即病程紀錄)。即使非由實習醫學生親自收療之新入院病人，也要求應於病程系統中補增一篇 Clerk admission note，以訓練實習醫學生熟悉接觸新病人應有的

			<p>初步評估、臆斷邏輯推理、及診療與衛教計畫之制定原則。病人若住院時間超過一周，系統會提醒應完成一篇 Weekly Summary，若為 Primary care 病人，即要求優先由實習醫學生完成該記錄。</p> <p>(3) 本院加護中心佔床率均高，唯有小兒加護中心，視季節與臨床實務狀況而有病人人數波動。小兒科因少子化與新冠疫情衝擊影響，住院率自疫情後有較低之趨勢，但卻是實習訓練必選科目，因而偶見某些月份的某些兒科病房單位中，實習醫學生比兒童病人還多的情況。且收療病人常態是以夜間急診收療為多，實習醫學生常在晨會交班後，才由醫療團隊指定 Primary care 病人對象。小兒部在其教學訓練計畫中已預擬配套措施，以加強實習醫學生在兒科的學習經驗與成效。若當月病人數無法讓所有該單位實習醫學生都能被指定 Primary care 床位時，仍由實習醫學生加入團隊診察並共同討論病人，或指派一位以上實習醫師共同 Primary care 一位重症病人。但對於病歷寫作之要求、指導與稽核原則，均依照各科部床教學訓練計畫內</p>	
--	--	--	---	--

			<p>容，與病歷寫作教學委員會之各項教學指導進行，並無不一致之情況，只可能有各科病人收療之特色不同，以致實習醫學生在各單位間輪替時，有混淆或漏失未完成之情事。該漏失情事之發生，與造成之病歷缺失態樣，將會由其主治醫師及時整正補強、該科部病歷審查暨教學委員教學、及每月病歷審查過程勾稽指正來完成其病歷寫作之教學指導。</p>	
<p>□違反程序 □不符事實 ■要求修正事項^(註)</p>	<p>準則條文：2.1.3.1 報告頁碼：25-27 準則判定：部分符合 報告原文：</p>	<p>1. 醫學系為達成教學目標，並依據「大專院校辦理新制醫學系醫學生臨床實習實施原則」，於「國防醫學院醫學系教育計劃」內明列各必修、選修學年週數及總學分。其中五年級臨床實習課程，包含畢業前一般醫學訓練(UGY)所有核心課程、全國公私立醫學校院院長會議通過 80 項臨床核心技能，皆在三軍總醫院實習之一學年內完成。依照醫學系五年級實習稱為 Core clinical clerkship，而六年級醫學生實習則稱為 Advanced clinical clerkship。在 Advanced clinical clerkship，非軍費生可選擇實習醫院除三軍總醫院外，尚有臺</p>	<p>謝謝委員的指導，本系為給予學生多元化實習選擇，提供學生於六年級可自選不同之教學地點進行實習，也因此，本系自 106 年起，致力於確保實習等同性與等效性，說明如下，還請委員卓參：</p> <p>(1) 教學品質及實習內容部分，本系要求學生於五年級及完成 80 項核心能力，使學生在進入六年級時，皆具有基礎臨床技能，並可依自身弱項於不同教學醫院加強臨床技能。此外，各實習醫院教育訓練計畫亦通過本系審查，在教學內容部分均可符合本系之教育目的及有效培養實習醫學生之能力，實習週數及課程內容雖不盡完全相同，然各院對實習醫學生之訓練並未打折扣。</p>	<p>□維持原議 □接受申復，僅修改報告文字 □接受申復，修改準則判定 ■依「要求修正事項」修正報告內容</p> <p>說明：</p> <p>1.經查相關說明與資料，依學校要求修正事項，將報告書原文「在 Advanced clinical clerkship，非軍費生可選擇實習醫院除三軍總醫院外」等敘述，修正為「在 Advanced clinical clerkship，醫學生可選擇實習醫院除三軍總醫院外」。</p>

		<p>北榮民總醫院、臺中榮民總醫院，以及高雄榮民總醫院為主要實習醫院。</p> <p>2. 檢視醫學系臨床醫學實習課程之規劃具有目標與連續性，但在六年級的實習安排上，臺北榮民總醫院與三軍總醫院之實際執行情況有所差距，例如臺北榮民總醫院執行上述核心課程或 80 項臨床核心技能教育時，已學過的醫學生依然能夠參加，不但重複學習，且排擠了 Advanced 的時間與機會；又，醫學系近幾年強調醫學人文教育，除成立醫學人文中心專責推動外，並規劃從醫學系一年級到六年級的所謂「縱貫式課程」。六年級醫學生在三軍總醫院是被安排在急診科、耳鼻喉科、家醫科實習，或於每週的學習保護時間修習；但醫學系六年級醫學生若在臺北榮民總醫院實習時，並未見上述課程之安排。此外，六年級醫學生於三軍總醫院之內、外科實習為 4 週，但其他教學醫院內、外科實習為 2 週；且外放其他教學醫院實習時，並未適當規範訓練選修科別之上限週數，造成有學生選擇某些科別實習超過四週以上。</p> <p>3. 醫學系努力規劃及推動四家主要教學醫院的評量同一化，包括推行等第制、13 項 core EPAs、21 項實習醫學生訓練考核表</p>	<p>(2) 成績評量方面，本系依 106 年委員建議，推動等第制，依科部特性制定評量標準，並以等第評核去分數化。自 108 起，本系每學期由系主任親自赴實習醫院進行座談，說明並提醒等第制標準及評量方式。部分醫院回饋之表單未能按本系要求之格式提供，本系將深自檢討，後續將持續與各教學醫院進行共識，確保各院在實務面上都能配合，達成評量之等同性。</p>	<p>2. 經查 106 年全面訪視報告原文，係為醫學系依「國防醫學院醫學系醫五、六、七實習成績評分注意事項」，規定對實習醫生成績進行校正，以平衡不同醫院評量方式，但各醫院評量細項（種類）並不一致，單面向進行學生各醫院總分調整，其公平性或學理依據，則未見說明，當時訪視委員並未建議推動等第制，恐為學校之誤解。</p> <p>3. 綜上所述，依要求修正事項修改報告書文字。</p>
--	--	---	---	---

		<p>等，希冀在不同教學醫院與不同科別達成具有等同的(comparable)學習經驗和等效的(equivalent)課程評估與學生評量方法。實地查證發現，部分教學醫院在 111 學年度前尚未落實執行與三軍總醫院一致性的等第制實習醫學生訓練考核方式。三軍總醫院嘗試將臨床實習評估盡量客觀化而採取等第制，並制定各等第之標準，但實際檢視其他主要教學醫院送回之評量表，各教學醫院仍未依照三軍總醫院制定的標準評量；同時針對 21 項中部份評核項目，例如「筆試或口試」，在部分不同臨床科別之評核方式及評定標準有所差異。因此，醫學生在不同教學醫院實習，未能獲得等同性之學習經驗與等效性評量。</p>		
<p>□違反程序 <input checked="" type="checkbox"/>不符事實 □要求修正事項^(註)</p>		<p>準則條文：2.2.1 報告頁碼：29 準則判定：部分符合 報告原文： 國防醫學院通識課程由通識教育中心負責，並有校級通識教育委員會，由教育長擔任主任委員，提供多元的通識課程供同學選修，並採小班教學，也與中研院合作提供通識課程，共有 28 個必修學分，及 6 個選修學分。自 110 年開始，為增加通識選修學分，將醫學人文 11 個學分改為(必)選</p>	<p>謝謝委員的建議，通識課程的領域與醫學人文課程的關係：通識教育中心開設的課程涵蓋文哲藝術領域、法政心理領域、醫療與社會領域和外國語文領域等。這些領域的課程旨在提供學生多元的學術視角，拓寬他們的知識面，培養跨文化交流和社會問題意識。同時，醫學人文課程則更加專注於醫療倫理、醫學史、醫學人文、醫病關係、敘事醫學等與醫學專業密切相關的領域。教育目標的差異：通識教育課程的目標是培養學生的</p>	<p><input type="checkbox"/>維持原議 <input checked="" type="checkbox"/>接受申復，僅修改報告文字 <input type="checkbox"/>接受申復，修改準則判定 <input type="checkbox"/>依「要求修正事項」修正報告內容 說明： 1.學校雖詳盡闡述通識課程的領域與醫學人文課程的關係、教育目標的差異等，但通識為博雅課程，其博雅意涵與醫學人</p>

		<p>修，部分納入通識課程，現場訪視時，教師及學生於訪談中對通識課程有正面回應。然，通識為博雅課程，自評報告書也清楚陳述博雅意涵，與醫學人文課程仍有不盡相同之課程任務及教育目標，與醫學人文之課程規劃須有更進一步釐清與界定。又自評報告書敘述通識的領域為：文哲藝術領域、社政心理領域、醫學人文領域、外國語文領域，於實的訪視簡報時，簡報檔則無「醫學人文領域」，改為「醫療與社會領域」，宜釐清之間關係。目前醫學系必修課程如英文課程並無抵免（如達到某到等同CEFR B2 或 C1 可抵免一般英文課程）機制。</p>	<p>綜合素養和博雅能力，讓他們成為具有全面思考和社會責任感的專業人才。而醫學人文課程的目標則是強化醫學專業人員的人文素養和倫理觀念，使其能夠更好地與病患溝通、理解文化差異、面對倫理困境等。在教育計畫及課程行政方面：通識課程主要是針對全校做課程規劃，而醫學人文課程則是以醫學系學生為主。目前，醫學系的必修課程中並未設立英文課程的抵免機制，原因為國防部為確保學生獲得足夠的英語能力以應對日後的臨床實踐和專業溝通需求，因此鼓勵英語程度較好的醫學生參與討論並擔任 tutor 的角色，以促進同儕間的學習和合作，這樣的參與可以進一步提高學生的英語能力和溝通技巧，同時為其他學生提供學習和導引的機會。</p>	<p>文課程仍有不盡相同之課程任務及教育目標，醫學系為增加通識選修學分，將醫學人文 13 個學分改為（必）選修，部分納入通識課程，宜進一步釐清與界定通識及醫學人文課程。</p> <p>2.自評報告通識的領域為：文哲藝術領域、社政心理領域、醫學人文領域、外國語文領域，而實地訪視簡報時(111 學年上學期)，簡報檔則無醫學人文領域，改為醫療與社會領域。學校於準則 2.1.1.4 說明「於 110 學年期上學期正式將通識教育中心的醫學人文組(領域)，改為醫療與社會組(領域)，其所授課師資與內容與過往並無多大差異」，名詞錯誤之資料係為校方所提供，且此準則亦未提出該項發現之申復。但鑒於報告書之正確性，接受學校申復之佐證資料及說明，將該項發現「又自評報告通識的領域為：文哲藝術領</p>
--	--	---	---	---

				<p>域、社政心理領域、醫學人文領域、外國語文領域，簡報時簡報檔則無醫學人文領域，改為醫療與社會領域，宜釐清之間關係」等語刪除。</p> <p>3 報告書原文「目前醫學系必修課程如英文課程並無抵免（如達到某到等同 CEFR B2 或 C1 可抵免一般英文課程）機制」等語，並非負面之發現，僅為依認證要點之事實陳述。</p> <p>4. 綜上所述，接受申復，修改報告書原文，準則判定維持原議。</p>
<p>□違反程序 <input checked="" type="checkbox"/>不符事實 □要求修正事項^(註)</p>		<p>準則條文：2.2.2 報告頁碼：29-30 準則判定：部分符合 報告原文： 1. 醫學系於 108 學年以前，以醫學系課程委員會下的「醫學人文組」負責規劃醫學人文課程的規劃與執行；108 學年以後，正式成立「醫學人文教育中心」，專責負責全系的醫學人文教學、研究、發展與整體規劃，並納入具有醫學人文專長教師，亦積極規劃培育年輕醫師投入醫學人文</p>	<p>1. 謝謝委員的指導，本校通識課程學分，向來即包括通識教育中心所開設的通識必修&選修課程、以及醫學系的醫學人文必修課程。目前共計 47 學分，包括：28 學分由通識教育中心開設的必修課程，13 學分由醫學系開設的必修課程，以及 6 學分的通識選修由通識教育中心開設。</p> <p>2. 由於本校為軍事院校，國防部部定必修課程計 28 學分，此為本校之特色之一，惟 100、103、106 年之 TMAC 評鑑，委員均</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>維持原議 <input type="checkbox"/>接受申復，僅修改報告文字 <input type="checkbox"/>接受申復，修改準則判定 <input type="checkbox"/>依「要求修正事項」修正報告內容</p> <p>說明： 1. 前次 TMAC 訪視確實發現醫學學生選修自由度較不足 (12.7%)之情況。但，醫學系為增加選修學分，將醫學人文</p>

		<p>教育。該中心並與通識中心藉由雙方會議參與建立溝通機制。課程委員會並有醫學人文組，由中心教師亦有參與，共同執行且對醫學人文教育課程執行成效持續性評估，檢討與改善。</p> <p>2. 醫學人文教育中心延聘/邀請多位通識及臨床教師加入，且有多位非常投入醫學人文課程教學及研究的教師，於臨床前課程提供一些機會融入人文學習，如解剖學課程或 PBL 有醫法倫人文議題，採用多元教學法；在臨床學習則提供講座或討論。然而，在整體醫學人文課程規劃上，於 108 學年重新調整必選修課程，醫學人文課程 13 學分又列入通識課程類，在自評報告書中列為必修 13 學分，但在訪視現場，醫學系解釋該 13 學分已都改為選修，但在時間安排上為必選修。將必修改為選修的原因是因為選修課程不多，需提高「選修自由度」。此外，近三分之一醫學人文相關課程集中在三年級、尤其是四年級暑假進行，於學生回饋中，亦提到醫學人文課程不宜塞在「課程空隙」。醫學系所規劃的「縱貫式課程」呈現較為點狀，亦較無法看到橫向連結。且部分課程如「病人、醫師與社會」由三位教師授課，但是內容進行與評量方式</p>	<p>認為如此會有通識選修自由度不足的疑慮，復以 110 年線上訪視亦是針對此部分提出自由度有改善，但仍不足 (6/47=12.8%)。因此，醫學系在 110 年底之線上訪視後，針對通識選修自由度不足的部分做出課程改革，由於醫學人文課程，在本校向來歸於通識類課程，故醫學系將必修 13 學分的醫學人文課程，歷經多次討論或共識將 11 學分改為必選修，以增加通識類課程的自由度，從 12.8% (6/47=12.8%)，提升至 36.2% (17/47=36.2%)，之後並經由系課委會，院課委會通過，再報國防部核定，故至 111 學年已入學之新生 (M122 期) 適用，因有時間差，造成部分書面資料與實地查證資料有落差，請諒察。</p> <p>3. 本校的醫學人文課程非常多元，臨床各科都有相關之課程，醫學系醫學人文教育中心，於 108 年成立後，也針對醫學人文講座、跨領域討論會、醫學人文融入臨床實習 (共計於四臨床科系開設)、臨床中的醫學人文 (內科部開設) 等，故實際上縱貫於全六年，由於三升四暑假課程，所開設的全為大堂課，主要考慮因素為國防學生無暑假、此與民間醫學院最大差異所在，此暑假期間可供醫學系運用，與各項相較，應屬優勢是，歷年來多是考量為減輕醫學生負擔，以</p>	<p>課程原來的 13 學分必修課於 110 學年度改為選修，僅剩下一門必修課，但由於時間的安排，醫學人文課程改為選修之 13 學分，實際為必選修。</p> <p>2. 學校說明「歷年來多是考量為減輕醫學生負擔，以及暑期時間妥善運用，多次在醫學生代表參與的系課委會多次討論，此為不得已的折衷方式，故多數課程於 3 升 4 暑假完成，5-6 年級仍有開設諸多多元化之醫學人文課程推廣至各主要教學醫院」，並未提出報告書原文不符事實之處。</p> <p>3. 針對報告書原文「部分課程如『病人、醫師與社會』由三位教師授課，但是內容進行與評量方式不一，人際溝通課程亦是如此」，學校說明「因各教師各有專長、醫學人文課程強調多元化之教學、以及目前趨勢係以強調達成勝任能力或素養導向的教學模式，在共同授</p>
--	--	--	---	--

		<p>不一，人際溝通課程亦是如此。整體課程的安排及大部分人文課程由必修改為（必）選修，以及課程時程安排的邏輯，有待醫學系進一步討論。</p> <p>3. 又，醫學人文教師的升等管道除一般生醫外，另有「教學升等」之管道。醫學人文為人文社會科學（如醫學人類學、醫學社會學、醫學文學等）與醫學或醫學教育的跨領域研究，宜考量人文社會科學相關領域之升等管道，以鼓勵多元背景或相關教學研究興趣之師資投入醫學人文領域。</p>	<p>及暑期時間妥善運用，多次在醫學生代表參與的系課委會多次討論，此為不得已的折衷方式，故多數課程於3升4暑假完成，惟於5-6年級仍有開設諸多多元化之醫學人文課程，有關學生意見表示係塞在課程空隙，或未能反應多數學生意見，請委員諒察。</p> <p>4. 有關「病人、醫師與社會」由三位教師授課，但是內容進行與評量方式不一，人際溝通課程亦是如此的部分，係因各教師各有專長、醫學人文課程強調多元化之教學、以及目前趨勢係以強調達成勝任能力或素養導向的教學模式，在共同授課的目標下，向來尊重個老師的專業與判斷，且本系於課程改革時確有將此部分納入，由張燕娣老師推動 lecture-tutorial 的教學模式於醫學人文導論(原生命教育與倫理)、醫用英文課程，此部分在國內醫學系中應已屬先驅，請委員諒察。</p> <p>5. 相關佐證詳<u>附件 4</u>。</p>	<p>課的目標下，向來尊重個老師的專業與判斷」。然而，同樣的必修課程，但內容進行與評量方式不一，是否已影響醫學生學習之等同性與等效性，實非能以「各教師各有專長」及「醫學人文課程強調多元化之教學」概括解釋。</p> <p>4. 綜上所述，報告書原文與準則判定維持原議。</p>
--	--	--	---	---

<p>□違反程序 □不符事實 ■要求修正事項^(註)</p>	<p>準則條文：2.2.4 報告頁碼：31 準則判定：部分符合 報告原文：</p> <p>1. 醫學系具有一整體之課程設計理念，並根據該理念規劃課程地圖，加以推動與執行。在基礎醫學課程規劃，從2年級下學期開始進行基礎整合課程，以區段課程概念，系統性的進行醫師養成教育基石的建立，並設有區段長進行區段課程協調與學生意見反映的主要窗口。基礎臨床整合課程於每區段開始前與結束後，皆會舉行檢討會議，就學生自我學習狀況、教師授課滿意度與課程整體滿意度等，進行相關的檢討與改善。依醫學系於自評報告書的主述中，若以學生通過國考及格率的範疇而言，確實有逐年進步的情形。</p> <p>2. 然而，實地訪視所檢核的學生意見回饋，以及學生晤談時的意見反映等，顯示目前部分區段課程內的連貫性、先後次序合宜性以及課程內容重複性的問題仍然存在，學生也提及有向校方反映，然而在基礎教師擔任區段長的課程協調上，因為較不易直接反映給臨床教師，或臨床教師因臨床業務較為繁忙，未能及時因應，相關意見是否有確實修訂或改善，後</p>	<p>謝謝委員的指導，針對學生反映部分區段課程內的連貫性、先後次序合宜性以及課程內容重複性的問題仍然存在。經查明，各區段長皆非常重視學生意見，並在區段會議召開時正面審視、回覆學生所提之意見並進行改善。如宿主防禦區段曾於110學年度被學生提及組織學課程正課時間不足導致課程時間壓縮的問題，該區段已於111學年度將組織學課程增加1小時，依照學生所提建議進行改善，並於當年度區段前會議公佈予學生知悉。我們十分重視學生的寶貴意見，學生意見都能得到各區段回覆與解決。目前醫學系基礎區段課程安排適切性由區段長與授課教師於區段前會議時進行評估，並於區段後會議進行檢討，依據學生課程滿意度結果，對於課程內容連貫性、合宜性、重複性、難易度與份量已有明顯改善。考量區段長較難對區段內所有課程內容均能孰悉，未來針對區段內各學科授課之內容，將修正為由各學科主管或其授權教師進行該類課程審核制度，在區段前會議召開之前完成課程評估表審查，審查項目包含：課程連貫性、課程先後次序合宜性、課程內容重複性、課程簡報份量適宜程度等指標。該審查表經各學科課程審查人員審核簽名後交由區段長覆核存查。另外，針對委員提到基礎教師擔任區段長的</p>	<p>■維持原議</p> <p>□接受申復，僅修改報告文字 □接受申復，修改準則判定 □依「要求修正事項」修正報告內容</p> <p>說明：</p> <p>1. 學校說明「目前醫學系基礎區段課程安排適切性由區段長與授課教師於區段前會議時進行評估，並於區段後會議進行檢討，依據學生課程滿意度結果，對於課程內容連貫性、合宜性、重複性、難易度與份量已有明顯改善」。然而，實際與醫學生晤談及檢視相關資料發現，目前「部分」區段課程內的連貫性、先後次序合宜性以及課程內容重複性的問題仍然存在。</p> <p>2. 學校說明「本系於區段開始前將區段內所有授課教師聯繫方式告知區段長，包含 email 與手機號碼，區段長能及時與臨床教師直接聯繫，國防醫學院基礎教師桌上電話亦能透過三</p>
--	---	--	---

		<p>續並無持續追蹤；此外，實地調閱課程委員會會議紀錄與數位學習平台時亦發現，雖課程委員會有做出每堂課的幻燈片數量盡量控制在五十張左右的建議，但審視下年度的課程安排中，針對相關議題（如學生反映上課幻燈片太多/內容太艱深）或人員，也未見有太多幅度的更改，顯示基礎臨床整合課程之檢討與改善，尚未充分落實。</p>	<p>課程協調上較不易反映給臨床教師，或未能及時因應。本系於區段開始前將區段內所有授課教師聯繫方式告知區段長，包含 email 與手機號碼，區段長能及時與臨床教師直接聯繫，國防醫學院基礎教師桌上電話亦能透過三軍總醫院公務手機系統聯繫臨床醫師，我們已推廣各區段成立 Line 群組可即時聯絡授課教師。各基礎區段課程前、後之會議紀錄均會寄發給所有授課教師知曉，未來我們將會更加落實各項制度以期能確實落實並提升區段課程授課品質。</p>	<p>軍總醫院公務手機系統聯繫臨床醫師，我們已推廣各區段成立 Line 群組可即時聯絡授課教師」。不過，報告書原文並非僅指實質上的聯繫，而在基礎教師擔任區段長的課程協調上，因為較不易直接反映給臨床教師，或臨床教師因臨床業務較為繁忙，未能及時因應，相關意見是否有確實修訂或改善，後續並無持續追蹤。</p> <p>3.綜上所述，報告書原文與準則判定維持原議。</p>
<p>□違反程序 ■不符事實 □要求修正事項^(註)</p>	<p>準則條文：2.2.8 報告頁碼：33 準則判定：部分符合 報告原文： 檢視家庭醫學部之兩週臨床實習課程表，主要呈現職業醫學、慢性病衛教、安寧緩和醫療、及社區導向之基層醫療等主題之授課教學模式，實務上僅有有限的大型醫院門診病房實習及家訪。實地訪視教學醫院，家庭暨社區醫學部教學住診於病房護理站進行，先由一位醫學生報告一例跌倒病人，接著至病房床邊由同一位醫學生進行簡單病史詢問及手腳肌力測試，主治醫師在旁</p>	<p>1. 謝謝委員的指導，本校醫學系臨床課程包括基層及社區學的臨床學習經驗，唯因醫學生在臨床課程，區分為醫五及醫六兩個階段，在醫五階段確實是以委員訪問醫五學生所見，以職業醫學、慢性病衛教、安寧緩和醫療、及社區導向之基層醫療等主題之授課教學模式，本校是先導入基層與社區的理論基礎，並以在醫院教學及練習為主，參與居家個案轉銜及社區營造活動為輔(基層診所及日照中心學習，在評鑑期間仍因疫情暫停)，先提供學生實務操作所需之知識及如何處理可能遭遇之困難</p>	<p><input type="checkbox"/>維持原議 <input checked="" type="checkbox"/>接受申復，僅修改報告文字 <input type="checkbox"/>接受申復，修改準則判定 <input type="checkbox"/>依「要求修正事項」修正報告內容</p> <p>說明： 經查相關資料，接受學校申復之佐證資料及說明，將該項發現「顯示臨床課程並未提供醫學生足夠的基層和社區醫療的臨床經驗」之敘述，改為「學校說明，醫學生至基層診</p>	

		<p>觀察，再回護理站由主治醫師進行總結。經詢問醫學生得知，實習兩週但未到社區，僅在病房學習。查看病歷紀錄，得知因病人不多，有二位醫學生同時照顧一位病人之情形，顯示臨床課程並未提供醫學生足夠的基層和社區醫療的臨床經驗。</p>	<p>情境，在醫六階段為輔助及加強版，即會讓學生更進一步實際參與基層診所、社區營造、護理之家及居家訪視等實務課程，進一步獲得足夠的臨床經驗。</p> <p>2. 病人數不足的部分，因新冠肺炎疫情，醫院調整床位，醫學中心以急重難症病人為首要任務，學生至家庭醫學科這兩週學習時，確實臨床病人數較少，但是在其他內外科學習時，仍可獲得充足照顧病人的學習機會，而在家醫科則以基層及社區為主，提供學生更充分的時間，學習基層和社區醫療的臨床經驗。</p>	<p>所及日照中心之學習，在實地訪視期間因新冠肺炎疫情暫停，且醫院中心亦因新冠肺炎疫情調整床位，以急重難症病人為首要任務，造成家庭醫學科臨床病人數較少。疫情後醫學生之基層和社區醫療的臨床學習情形，待下一次訪視時加以檢視」。</p>
<p>□違反程序 □不符事實 ■要求修正事項^(註)</p>	<p>準則條文：2.2.9 報告頁碼：33-35 準則判定：部分符合 報告原文：</p> <p>1. 實地訪視醫學系主要教學醫院所提供之門診及住院實習，針對臨床教學廣度和品質有主要幾點發現。首先以特定的教學門診來說，並非涵蓋所有科別，而有提供教學門診的科別，在教學時診間內同時有 4-5 位學員一起看診，同時指導教師也在現場，無法讓學生有足夠數量的門診學習，也無法讓學生培養足夠的獨立看診能力。此外，教學門診的病人幾乎都是複診病患，病患就診問題及目的單一，缺乏初診病患讓學生能學習完整評估及</p>	<p>1. 謝謝委員的指導，依三軍總醫院「教學門診」及「教學住診暨床邊教學」注意要點實施，除了放射診斷部、急診部、病理部、臨床病理科、核子醫學部等科部外，均已設立單獨教學門診，且教學個案數以不超過 10 人為限，臨床指導老師需於一旁觀察，並於學生看診後給予教學回饋。然病患來源雖可能為複診病患，其主述亦可能為新問題，經臨床指導老師實施完整教學門診後，學生仍能學習完整評估及判斷病人問題的能力。住診教學與小班教學仍存在不同處，住診教學有 Pre-Round，授課教師於教學前告知學員本次教學主題及學習目標，同時以電腦或電子行動裝置</p>	<p><input type="checkbox"/>維持原議 <input checked="" type="checkbox"/>接受申復，僅修改報告文字 <input type="checkbox"/>接受申復，修改準則判定 <input type="checkbox"/>依「要求修正事項」修正報告內容</p> <p>說明：</p> <p>1. 經查相關資料，接受學校申復之佐證資料及說明，將發現 1 「首先以特定的教學門診來說，並非涵蓋所有科別，而有提供教學門診的科別」之敘述，修改為「首先，有提供教學門診的科別」。</p>	

		<p>判斷病人問題的能力。而一般性的住診教學則與其他病房的小班教學十分類似，無法呈現住診教學的差異性。至於實習醫學生日常的門診及住院學習，學生雖然有參與門診學習，但也都以見習為主，較少參與門診實習。在病房中則大多有參與團隊的病患照護實習，此點較為落實。</p> <p>2. 此外，在臨床疾病的廣度學習方面，醫學生五年級都在三軍總院實習，六年級非軍費生則有很高比例到外院實習，以外科系為例，五年級實習八週、六年級為十二週，在三軍總院時將「一般外科、小兒外科、胸腔外科、泌尿外科、心臟血管外科、大腸直腸外科、整形外科、骨科、神經外科」混和，並開放學生選修，五年級選修四個單位、六年級選修三個單位。雖然醫學系強調鼓勵學生在五、六年級選擇不同單位實習，但實際上並無強制力，尤其六年級若是到他院實習，所能選擇單位更是受制於他院，醫學系管控情況較為薄弱。因此，發現有部分醫學生兩年的實習重複在某些科別，而部分科別則可能完全沒有去過。學生需要至所有外科次專科實習，但部分外科科系乃屬衛福部部定專科，應為必要學習科別，包含</p>	<p>完成病人基本資料、病歷紀錄及報告查閱。Round，由老師進行示範或由1位學生進行操作(系統性詢問病史及身體檢查診察)，其他學生觀察。Post-Round，由操作同學進行心得報告，其他同學給予回饋。最後教師總結與回饋，教導正確知識、技能、態度。</p> <p>2. 謝謝委員的指導，針對實習醫學生實習課程安排將檢視臨床實習量能及可能必要學習科別安排，期能與醫學系教育目的「發揚軍事醫學之特色」相符合，提升外科之學習。</p>	<p>2. 經查相關資料，接受學校申復之佐證資料及說明，將發現1「教學門診的病人幾乎都是複診病患，病患就診問題及目的單一，缺乏初診病患讓學生能學習完整評估及判斷病人問題的能力」之敘述，修改為「教學門診之病患就診問題及目的單一，缺乏讓學生能學習完整評估及判斷病人問題的機會」。</p> <p>3. 報告書原文關於教學門診與住診教學之實際執行情形，皆為實地訪視之發現。</p> <p>4. 綜上所述，接受學校申復，修改報告書文字，準則判定維持原議。</p>
--	--	---	--	--

		<p>「外科、骨科、泌尿科、神經外科、及整形外科」等，學生若無修習恐影響整體外科之學習。況且上列各科均與醫學系教育目的「發揚軍事醫學之特色」息息相關，學生若無修習該科別，恐難以發揚並符合醫學系軍事醫學的精神。</p> <p>3. 實地訪視教學醫院，發現不少五、六年級都在同一次專實習之學生，詢問其原因，部分學生回答是因為興趣、另一部分學生回答是因為該次專實習較為輕鬆，臺灣許多教學醫院已將骨科、泌尿科及神經外科均列為獨立科部，地位等同於外科部，在教師數量、病患人數方面均遠多於外科部的次專科。因此，將骨科、泌尿科及神經外科等科別與其他外科部次專科放在等同地位開放醫學生選修，醫學系宜進一步思考適當性，例如訪視時發現，三軍總醫院骨科共有三個病房(每一病房約 40-60 床)、超過 20 名主治醫師，但五、六年級實習醫學生卻僅有 3 名，相對而言，某外科次專科只有兩床住院病人、4 名主治醫師，卻有 5 位實習醫學生，每位學生在這兩科所獲得的臨床實習量能差異甚大，學習品質堪慮。醫學生選擇輕鬆的實習科別，而不選擇相對辛苦的實習科別，此情況值得醫學系重新思考</p>		
--	--	---	--	--

		學生實習課程的安排。		
<p>□違反程序 ■不符事實 □要求修正事項^(註)</p>		<p>準則條文：2.2.10 報告頁碼：35 準則判定：部分符合 報告原文： 醫學系有規劃相關的溝通技巧課程，但課程較為呈現點狀，未能有一整體溝通技巧課程設計的規劃與執行，包含一年級的人際溝通課程，課程有不同教師負責，內容目前尚未一致；二年級的「病人、醫師與社會」三位主授課教師其中之一，也會安排醫學生至醫院與病人家屬聊天；三升四年級的溝通技巧課程則以講演課程與病歷寫作教學為主，進入臨床時的職前訓也有安排，實際與醫學生晤談，學生大部分的回應亦是以講演為主。五年級在精神科則有教師一對一進行十幾分鐘溝通教學。但從所提供的書面資料及現場查證結果顯示，溝通技巧之養成，較缺一完整架構，尤其在演練實作的部分，也較為欠缺階段規劃能力形成及形成式評量。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 謝謝委員的指導，三升四年級的溝通技巧課程，目前是以講演課程與病歷寫作教學為主，務使學生了解各種臨床溝通困境，如壞消息告知、溝通與調解案例分析、客訴案例處理及病人的心理調適，並教導學生說寫作一致，將資料忠實的撰寫於病歷內。 2. 本院溝通技巧之養成，在演練實作的部分簡述如下： <ol style="list-style-type: none"> (1) 在 1-2 年級階段，安排醫學生至各場域與各種人士接觸及訪談，如課程：醫院體驗學習，課程：醫院縮影，課程：病人、醫師與社會，課程：暑期志工服務學習...等。 (2) 在 3-4 年級階段，將演練實作融入至各臨床區段課程的 PBL 第四幕，以小組方式演練，並以角色扮演方式模擬病人、家屬、醫護、志工...等各角色的心理面向、同理心、家庭會議召開方式、溝通技巧學習。 (3) 在 5-6 年級，使用各種臨床情境演練實作，如課程：6-1 溝通能力-包括與高齡與兒童病人溝通的能力，課程：6-2-提供病人衛教的能力，課程：全院 	<p>■維持原議 <input type="checkbox"/>接受申復，僅修改報告文字 <input type="checkbox"/>接受申復，修改準則判定 <input type="checkbox"/>依「要求修正事項」修正報告內容</p> <p>說明： 學校說明「三升四年級的溝通技巧課程，目前是以講演課程與病歷寫作教學為主，務使學生了解各種臨床溝通困境，如壞消息告知、溝通與調解案例分析、客訴案例處理及病人的心理調適，並教導學生說寫作一致，將資料忠實的撰寫於病歷內」，與報告書原文「三升四年級的溝通技巧課程則以講演課程與病歷寫作教學為主，進入臨床時的職前訓練也有安排，實際與醫學生晤談，學生大部分的回應亦是以講演為主」之敘述，未有不相符之處。故，報告書原文與準則判定維持原議。</p>

			<p>跨領域討論會中的桌上演練，課程： 教學門診 mini-CEX 現場考評，課程： OSCE 模擬考評-病史詢問及溝通技巧...等。</p>	
<p>□違反程序 ■不符事實 □要求修正事項^(註)</p>		<p>準則條文：2.2.12 報告頁碼：36 準則判定：部分符合 報告原文： 醫學系雖有列出培養學生跨文化照護能力的關資料，然大部分的課程皆較屬於講演，比較著重在知識面的輸入，缺乏實際演練的部分。在低年級部分有「病人、醫師與社會」及「普通社會學」等課程，有知識面的介紹，但是分為三班授課，三班課程進行方式與內容不盡相同。在多元族群方面之認識，學生訪談時表示來自低年級的「社會學」課程較多。自評報告書舉例的兩門通識課程，反而醫學生修習的人數相當少(只有個位數)。因在臨床基礎整合階段已無相關人文社會課程。PBL 的相關議題也多在法倫理，較無跨文化照護議題。對輔助及另類療法之認識則透過不同方式帶入。在臨床階段則透過三軍總醫院臨床線上學習歷程系統的跨文化之醫療照護能力，但欠缺訓練內容，所提供的教學方法也大多為演講或小組討論，欠缺實際演練，或融入臨床實作。整體而言，課程設計如何縱貫在每個</p>	<p>1. 系的「跨文化」醫療照護能力，有針對<u>性別、年齡、種族、與文化與疾病</u>等於不同階段規劃課程，並有多元之教學模式與具體評量成效。</p> <p>2. 就低(1-2)年級，「病人、醫師與社會」及「普通社會學」均是醫學系必修，醫學生修習的人數相當少(只有個位數)易有誤解，且該課程均由此領域專家黃淑玲教授(社會學與性別專長)與郭淑珍副教授(公衛)等開設，其專業、社會運動及授課，均有跨文化之意涵。另外，服務學習，一升二，二升三暑假的國際團有針對不同國籍，或是國內服務團有針對不同弱勢族群，為期三周的實作課程，過程符合體驗學習的模式，而且都必須進行成果發表，由老師評分與講評，係以體驗學習模式，結合祿對報告達成教學目標。</p> <p>3. 就中(3-4)年級，於臨床基礎整合階段，第四幕均為人文議題，雖以溝通、倫理與法律議題占多數，但仍有性別等跨文化議題。另外，四年級開設的醫療中的性別議題，亦是</p>	<p>■維持原議 □接受申復，僅修改報告文字 □接受申復，修改準則判定 □依「要求修正事項」修正報告內容</p> <p>說明： 1. 報告書原文指出國防醫學院自評報告所舉例的「兩門通識課程」並非「病人、醫師與社會」及「普通社會學」，而是「醫療人類學」及「多元文化與新移民健康」，現場查證資料顯示修課學生為個位數，並無誤解。 2. 跨文化議題多元，其中包含對於不同族群如性別、年齡、社經地位、移民、宗教、身心障礙等等，不同健康和疾病與治療包括態度、知識、技能的培養。訪視小組肯定國防醫學院在服務學習提供一些同學體驗弱勢族群服務，及教師將性</p>

		<p>階段的培養，以及評量學生理解不同文化和信仰的人們如何看待健康和疾病與治療，較為欠缺整體設計。</p>	<p>與跨文化相關的課程。</p> <p>4. 就高(5-6)年級的臨床實習，如小兒科，針對不同年齡小孩的溝通與對於疾病死亡的認知等，即屬於跨文化議題，授課教師田炯璽醫師也專精於此項目；家醫科實習於護理之家或是居家訪視，對於老年人的疾病照護亦屬之。</p> <p>5. 此外，家醫科王志嘉醫師於五年級性別、醫療及法律課程，每二周一次，每次2小時的課程，以微電影<u>情境導向</u>，透過PBL小組討論的方式，亦兼顧體驗學習的方式進行授課，均非以課堂授課方式進行，且學生於知識、態度與(技巧)等均有所成長，此部分已於今年2月發表於醫學教育雜誌(詳附件5)。(Shiao, YC., Lu, ZY.J., Fu, CP., Lin, JY, Chang, YW., <u>Wang, CC*</u>. A novel curriculum for the Same-Sex Marriage Act and Patient Right to Autonomy Act (SMPRA) module based on two new laws in Taiwan: a mixed-methods study. <i>BMC Med Educ</i> 23, 91 (2023). https://doi.org/10.1186/s12909-023-04076-9 (SCI, 3.263, 15/44, Q2, education, scientific disciplines)</p> <p>6. 另外，由於本校教學醫院的中醫部門次專</p>	<p>別議題結合醫療法律融入課程。但文化敏感度包含許多層面，需有系統的發展、培養態度並轉換成專業技能，文化能力在國防醫學院所對應ACGME的六大核心能力之專業素養也是重要的能力。訪視報告書亦提出在多元族群方面之認識，大多學生表示來自低年級的「社會學」課程較多，在其他階段較欠缺實際演練，或融入臨床實作之中。如同報告書原文所指出，課程設計如何縱貫在每個階段的培養，以及評量學生理解不同文化和信仰的人們如何看待健康和疾病與治療，較為欠缺整體設計。</p> <p>3.綜上所述，報告書原文與準則判定維持原議。</p>
--	--	---	--	---

			<p>科眾多，且均有教職，於高年級開設非常多的輔助及另類療法，列為醫學系專業選修6學分之課程，學生修課人數不少，期課程屬性屬於另類療法，也與跨文化相關，加以有研究計畫之申請，均有助於學生了解跨文化，茲附上國科會網站查詢之，本校鄭書孟教授主持輔助及另類療法國科會醫學教育研究計畫</p> <p>https://reurl.cc/v73pAa。</p> <p>7. 綜上，本系的跨文化能力，有針對<u>性別、年齡、種族、與文化與疾病</u>等於不同階段規劃課程，涵蓋輔助及另類療法，除大堂授課外，結合情境導向、體驗學習、PBL小組討論等教學模式，非一單一授課法進行，請委員諒察。</p>	
<p>□違反程序 ■不符事實 □要求修正事項^(註)</p>	<p>準則條文：2.3.2 報告頁碼：38 準則判定：部分符合 報告原文：</p>	<p>醫學系不同課程採不同評量方式，在基礎醫學課程規劃部分課程搭配 PBL 與 Forum 論壇，以增進學生自主學習機會；在臨床實習課程規劃 mini-CEX、DOPS、core EPAs、OSCE 等評量方式評估學生的學習情形，並有課程委員會進行課程檢討及追蹤改善情形。然而，且部分課程如「病人、醫師與社</p>	<p>謝謝委員的指導，「臨床溝通技巧」以互動式大堂授課方式進行，著重於臨床溝通技巧的認知面與情意面的能力建構。在技能面的訓練則是讓醫學生以標準化病人為對象進行模擬問診並且完成一份病歷，此部分僅佔該課程之三分之一。該課程評量方是包含心得報告及病歷寫作，著重於認知與情意面的評量，如委員所述，無「溝通能力」的評量方式。然而，醫學生於臨床實習階段，皆須完成「溝通能力」及「提供病人衛教的能力」臨床技能評估；於各科輪訓時接受 Mini-</p>	<p>■維持原議 <input type="checkbox"/>接受申復，僅修改報告文字 <input type="checkbox"/>接受申復，修改準則判定 <input type="checkbox"/>依「要求修正事項」修正報告內容</p> <p>說明： 學校說明「如委員所述，無『溝通能力』的評量方式。然而，醫學生於臨床實習階段，皆須完成『溝通能力』及『提供病人衛教的能力』臨床</p>

		<p>會」由三位教師授課，但是內容進行不同，是以評量方式不一。而臨床前醫學人文部分課程集中在三年級升四年級的暑期上課，且部分課程評量方式不明，而部分課程如「臨床溝通技能」則較著重在病歷書寫，無提供搭配的「溝通」評量方式。</p>	<p>CEX、DOPS 及等第制評量中，亦含有溝通技巧評估；於醫五、醫六的 OSCE 模擬考中，亦有醫病溝通與衛教的項目。如上述，本系對於醫學生臨床溝通技巧的評估，於不同訓練階段有不同且多樣的安排。</p>	<p>技能評估；於各科輪訓時接受 mini-CEX、DOPS 及等第制評量中，亦含有溝通技巧評估；於醫五、醫六的 OSCE 模擬考中，亦有醫病溝通與衛教的項目。然而，「臨床溝通技能」課程卻無「溝通」評量方式係為事實。故，報告書原文與準則判定維持原議。</p>
<p>□違反程序 ■不符事實 □要求修正事項^(註)</p>	<p>準則條文：2.3.3 報告頁碼：38-39 準則判定：部分符合 報告原文：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫學系醫學人文部分課程集中於三升四年級暑期集中上課，如（臨床）心理學為講授課程，形成式評量不明確。實際與醫學生晤談，部分學生對於集中上課的成效有所疑慮。 2. 醫學系在基礎醫學課程的規劃與國內大多數醫學系相似，以總結性評量為主，雖部分課程搭配 PBL 與 Forum 論壇以增進自主學習機會，但仍非形成性評量。 3. 針對臨床實習方面，實地晤談教師與學生發現，尚未全面落實執行在臨床輪訓課程中接受形成性評量與給予即時正式的回饋，以促使學生有足夠時間進行補救。針對學習困難學生，亦尚未系統性規 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 謝謝委員的建議，「心理學」課程主要是以知識的傳授為主，部分課程為技術的介紹，如心理衡鑑。評量方是包含課堂互動、課堂報告、小組作業等方式，如委員所述，並非以形成式評量為主。本系將部分醫學人文課程集中於三升四暑期，集中授課的優點可以讓學生專心於醫學人文專業能力的培養，免除其他醫學專業課程的干擾而將醫學人文課程當作其他專業課程間調劑。 2. 基礎課程以知識的傳遞為主。然而，PBL 及 Forum 論壇，可以訓練醫學生對於學習目標的設定、學習歷程的規劃與學習成果的展現，以及對醫學知識的蒐集、評讀、整合與運用。在 PBL 及 Forum 論壇的課程進行中，皆由教師引導、監督及評論，雖然沒有正式的形成 	<p>■維持原議</p> <p><input type="checkbox"/>接受申復，僅修改報告文字 <input type="checkbox"/>接受申復，修改準則判定 <input type="checkbox"/>依「要求修正事項」修正報告內容</p> <p>說明：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 學校說明「評量方是包含課堂互動、課堂報告、小組作業等方式，如委員所述，並非以形成式評量為主」，與報告書原文「（臨床）心理學為講授課程，形成式評量不明確」之敘述並無不相符之處；而醫學人文部分課程集中於三升四年級暑期集中上課亦為事實，學校說明將部分醫學人文課程集中於三升四暑期，可「免除其他 	

		<p>劃形成性評量作為持續改善學習之方案。</p>	<p>性評量表單，但是教師會根據學生的表現給予指導，亦屬於非正式的形成性評量方式。</p> <p>3. 在臨床實習階段，醫學生於臨床輪訓時會接受臨床教師（主治醫師與住院醫師）的指導與評量。醫學生接受正式評量的時機為教學門住診、Mini-CEX、DOPS，教師皆會給予正式的回饋；醫學生接受非正式評量的時機為會議、查房、報告、小班教學等，教師會給予及時的回饋。對於學習困難學生，於學校教育階段是由小家導師進行定期輔導；於臨床實習階段，除了小家導師外，還有專門的教師持續地追蹤該學生於各輪訓科的評量結果，並且對學生進行專案輔導與規劃補救教學方案。雖然本系未有針對困難學生設計的系統性形成性評量，但是會依照困難學生輔導機制給予輔導。</p>	<p>醫學專業課程的干擾，而將醫學人文課程當作其他專業課程間調劑」，此課程規劃之概念，相當值得商榷。</p> <p>2.學校說明「在PBL及Forum論壇的課程進行中，皆由教師引導、監督及評論，雖然沒有正式的形成性評量表單，但是教師會根據學生的表現給予指導，亦屬於非正式的形成性評量方式」。然而，實地訪視發現，部分課程雖有搭配PBL與Forum論壇以增進自主學習機會，但由於沒有正式的形成性評量表單，而無法確認為形成性評量。</p> <p>3.報告書原文「尚未全面落實執行在臨床輪訓課程中接受形成性評量與給予即時正式的回饋，以促使學生有足夠時間進行補救。針對學習困難學生，亦尚未系統性規劃形成性評量作為持續改善學習之方案」等敘述，為實地於臨床晤談教師</p>
--	--	---------------------------	---	---

				<p>與學生所得，未有不符事實之處。</p> <p>4.綜上所述，報告書原文與準則判定維持原議。</p>
<p><input type="checkbox"/>違反程序</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>不符事實</p> <p><input type="checkbox"/>要求修正事項^(註)</p>		<p>準則條文：2.3.5 報告頁碼：39-40 準則判定：部分符合 報告原文：</p> <p>1. 醫學系於醫學人文及相關專業素養方面，所提供的資料顯示以量性評量居多，較少書面之質性回饋。經實地詢問教師與學生，較多回饋為口頭方式。服務學習有書面質性回應，其他所提供的資料都較偏向簡單回應。</p> <p>2. 醫學系於基礎醫學課程的規劃上，區段課程有 PBL 教案與 Forum 論壇以質性方式評估學生，但也非所有區段課程皆有 PBL 教案與 Forum 論壇輔佐。此外，在四年級上學期的後段時間，則少有 PBL 教案與 Forum 論壇輔佐。</p> <p>3. 針對臨床實習方面，醫學系規劃執行等第制評量項目與 core EPA 考核方式，以評量學生之知識領域、技能、行為和態度，並在直接觀察下展現核心臨床技能、知識、行為和態度。但依據實地晤談教師與學生，以及觀察床邊教學與病歷查核</p>	<p>1. 謝謝委員的建議，於醫學人文及相關素養方面，以醫法倫相關課程為例，醫學系王志嘉副教授開立醫學倫理與法律相關課程，利用情境導向、跨學科和模擬法庭與角色扮演的創新教學方式，使學生更能對醫療法律的實際應用更加認識、減少對醫療糾紛的焦慮、能夠表現出同理心和應對調解之技巧(Chen et al. BMC Medical Education (2022) 22:284)。另外，以創新的教學方式和課程中質性的互動回饋，讓學生對近年才通過的「病人自主權利法」和「同婚專法」更加了解(Shiao et al. BMC Medical Education (2023) 23:91)，上述質性回饋和量性分析結果，已發表在頂尖的醫學教育期刊(BMC Medical Education)。醫學系的師長併用口頭及書面質性的方式於課後給予學生回饋，以期醫學生明確瞭解其學習過程中的不足，達到進一步提升學習成效。在書面質性回饋上，本學系將持續協助與要求，努力與完善內容。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>維持原議</p> <p><input type="checkbox"/>接受申復，僅修改報告文字</p> <p><input type="checkbox"/>接受申復，修改準則判定</p> <p><input type="checkbox"/>依「要求修正事項」修正報告內容</p> <p>說明：</p> <p>1.報告書原文「醫學系於醫學人文及相關專業素養方面，所提供的資料顯示以量性評量居多，較少書面之質性回饋。經實地詢問教師與學生，較多回饋為口頭方式」等敘述，為實地檢視相關書面資料，以及晤談教師與學生所得，未有不符事實之處。</p> <p>2.肯定醫學系教師規劃透過帶狀課程工作坊及 E-learning 建置各項 EPA 介紹及評核重點。但實地晤談教師與學生，以及觀察床邊教學與病歷查核得</p>

		<p>得知，普遍第一線教師尚未能充分了解及善用 EPA 評核精神進行直接觀察，並給予醫學生在技能、行為和態度方面具體的督導回饋，以及書面質性敘述。</p>	<p>2. 本學系家庭醫學科張耀文副教授已規劃透過帶狀課程工作坊及 E-learning 建置各項 EPA 介紹及評核重點，提供各級及新進醫師學習，本學系將持續協助與要求，努力與完善教師對醫學生技能、行為和態度表現的書面質性敘述之回饋。</p>	<p>知，普遍第一線教師尚未能充分了解及善用 EPA 評核精神進行直接觀察，並給予醫學生在技能、行為和態度方面具體的督導回饋，以及書面質性敘述。</p> <p>3. 綜上所述，報告書原文與準則判定維持原議。</p>
<p><input type="checkbox"/>違反程序 <input type="checkbox"/>不符事實 <input checked="" type="checkbox"/>要求修正事項^(註)</p>	<p>準則條文：2.3.7 報告頁碼：40-41 準則判定：部分符合 報告原文：</p>	<p>1. 依醫學系所提供資料，醫學系五年級與六年級訂有不同學習目標，同時依規定五年級不過夜值班學習、六年級則有過夜值班學習。實地訪視時發現，各科別的小班教學五與六年級都是一起上同樣的課程，而在臨床實習上，不論五或六年級在門診都偏向見習非實習，幾乎沒有接觸初診病患的機會。在手術室中，五、六年級亦幾無差別，部分科別實習醫學生都沒有實作機會，醫學生的實作經驗相當有限，亦無法展現出技能的成長及加重承擔責任，且在各科別五、六年級也是混和上課，知識傳授亦看不出差異性。</p> <p>2. 醫學生的臨床實習課程安排自由度高，</p>	<p>1. 謝謝委員指導，因各科核心課程為各科重點疾病照護，因此大五及大六學生皆須參加課堂上課。實習課程內容亦依照不同程度區分。部分科別實際訪查未能落實實施，未來將予以加強改善。</p> <p>2. 本校給予實習醫學生自由選擇臨床實習課程。針對委員意見未來將鼓勵實習醫學生避免選擇重複科別。未來也將再深入制定臨床科別不同階段實習醫學生之訓練目標、臨床實作及能力評核要求。</p> <p>3. 除了教學住診外，各科教師仍利用臨床各種非正式指導方式以 EPA 精神評核及指導醫學生。以達成不同階段之學習目標。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>維持原議 <input type="checkbox"/>接受申復，僅修改報告文字 <input type="checkbox"/>接受申復，修改準則判定 <input type="checkbox"/>依「要求修正事項」修正報告內容</p> <p>說明：</p> <p>1. 報告書原文關於五~六年級醫學生臨床實習情況之敘述，係為實地觀察所得，未有不符事實之處。</p> <p>2. 報告書原文關於五~六年級醫學生臨床實習選擇重複科別之敘述，係為實地訪視與晤談所得，未有不符事實之處。</p> <p>3. 報告書原文「發現教師普遍仍</p>

		<p>但對於輪訓醫院、科別、順序及期間的安排沒有系統性的規劃與監督，造成醫學生重複學習的情況，實地訪視發現有部分醫學生五、六年級兩年的實習重複在某些科別，而部分科別則可能完全沒有去過。而部分學生在五、六年級接受同一臨床科臨床實習，查證臨床科之五年級及六年級訓練計畫，發現其主要教學主題及訓練內容相似度很高，除了六年級訓練須夜間值班實習外，並未特別區分制定兩年實習醫學生在不同階段之訓練目標、臨床實作及能力評核要求。</p> <p>3. 實地觀察學生床邊教學與查核病歷，以及晤談教師與醫學生，發現教師普遍仍以直接指導及講述方式進行教學，尚未能充分了解及善用 EPA 評核精神進行直接觀察，並給予醫學生在知識、技能、行為和態度方面具體的臨床督導與回饋，以確保醫學生逐步展現各階段應有的程度，以承擔逐步加重的責任。</p>		<p>以直接指導及講述方式進行教學，尚未能充分了解及善用 EPA 評核精神進行直接觀察，並給予醫學生在知識、技能、行為和態度方面具體的臨床督導與回饋」等敘述，係為實地訪視所得，未有不符事實之處。</p> <p>4. 綜上所述，報告書原文與準則判定維持原議。</p>
--	--	--	--	--

<p>醫學生</p>	<p>□違反程序 ■不符事實 □要求修正事項^(註)</p>	<p>準則條文：3.1.1 報告頁碼：42 準則判定：部分符合 報告原文：</p> <p>1. 醫學系招生委員會主席及委員之產生方式依「國防醫學院醫學系招生委員會組織章程」辦理，學校因隸屬國防部，銜命國防部指示各性別名額及招收人數，女性軍費生人數長年多在 7 位左右。依自評報告書面資料與現場座談發現，因烏俄戰爭、少子化與兩岸情勢嚴峻關係，111 學年度的醫學系男性軍費生大幅減少，故校方向國防部極力爭取後，女性公費生人數大幅提升，從過往 7 位增加至 19 位，接近 3 倍之多，顯示學校可以與國防部有效溝通。期待校方持續努力，促使醫學生入學不受性別因素影響。</p> <p>2. 目前醫學系招生及培育醫學生相當多元，早已跨越單純的軍醫培育職責，包括自費生、衛福部地方醫事人員養成之原住民離島公費生、重點科別公費生等等，培育完成即與國內其他醫學系畢業生同等肩負照護全體國人健康的使命。然就招生過程而言，學校因隸屬國防部，規定各入學管道之醫學生皆須先通過軍校正期班體檢後方能申請；此體格標準門檻已排除部分有志申請就學之自費生、代</p>	<p>1. 謝謝委員的建議，本校為國防部軍事學校，除招收軍費生外，亦羅致退輔會代訓生、自費生及僑生等多元背景學生，且因應我國整體生育率、男女比，對性別的制式限制亦向國防部積極爭取並逐步改善，111 年男女比由過去 13:1 提升為 3:1，學校與時俱進之努力可見，然其成效實非立竿見影，望委員諒察。</p> <p>2. 體格標準部分，本校為軍事院校，不管為何種身分或及管道入學，入學後均需接受同等訓練，以避免同儕之間因為待遇不同而發生歧視或偏見。而作為軍事院校，訓練項目中無可避免會有一些項目有體格相關限制，國防部為確實掌握國軍軍事院校在學學生身體健康狀況，並為維護訓練安全，提昇整體國軍未來基層幹部健全體魄，因此入學時須先確認考生符合「軍事學校正期班學生體檢體格區分表」合格體位，方可確認訓練過程考生之健康與安全，望委員諒察。此外，除軍費生外，本校其他身分入學之考生（如自費生及代訓生），於畢業前 6 個月亦得申請服常備軍官役或義務役預備軍官，至基層單位服役，為確保該類人員亦有足夠之體格能力進行軍事任務，因此國防部目前仍要求各</p>	<p>■維持原議</p> <p><input type="checkbox"/>接受申復，僅修改報告文字 <input type="checkbox"/>接受申復，修改準則判定 <input type="checkbox"/>依「要求修正事項」修正報告內容</p> <p>說明：</p> <p>1. 報告書原文敘述中，對校長積極向國防部爭取放寬女學生名額之努力表示肯定。</p> <p>2. 報告書原文中，對於軍事院校須遵照國防部之體檢政策能夠理解。肯定學校將針對非軍費生部分(如自費生及代訓生)爭取部分較輕微之異常可適度放寬標準。</p> <p>3. 綜上所述，報告書內容與準則判定維持原議。</p>
------------	--	---	---	---

		<p>訓生的機會，例如輕度色盲之醫學生即無法通過體檢。醫學系宜就入學現況加以分析、討論，以及向國防部溝通，以回應當今國家及社會之期待。</p>	<p>種身分入學之考生須符合此體格區分表之合格體位。本校將進一步審視，針對非軍費生部分(如自費生及代訓生)，現行「軍事學校正期班學生體檢體格區分表」中是否有部分較輕微之異常可適度放寬，後續將與本校各級督導單位溝通討論，以回應當今國家及社會之期待。</p>	
<p>□違反程序 ■不符事實 □要求修正事項^(註)</p>		<p>準則條文：3.3.1 報告頁碼：47-48 準則判定：部分符合 報告原文：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 學校因隸屬國防部，銜命國防部指示各性別名額及招收人數，醫學系女性軍費生人數長年多在 7 位左右。依自評報告書面資料與現場座談發現，因烏俄戰爭、少子化與兩岸情勢嚴峻關係，111 學年度的醫學系男性軍費生大幅減少，故校方向國防部極力爭取後，女性公費生人數大幅提升，從過往 7 位增加至 19 位，接近 3 倍之多，顯示學校可以與國防部有效溝通。期待校方持續努力，促使醫學生入學不受性別因素影響 2. 此外，學校依據軍事學校正期班學生體檢體格區分表，註記報考國防醫學院者請詳閱相關限制，其中第 16 項次記載體位為「曾因自我傷害風險、癲癇疾病、精 	<p>謝謝委員的指導，對於「性心理異常」特質一般終生持續，因醫學系軍費生畢業後任命軍醫官，而「性心理異常經診斷確定」者，屬免役體位，故軍事學校正期班學生體檢體格區分表所註記之限制，其實對於具此特質且已診斷之學生是特殊保護，望委員諒察。</p>	<p><input type="checkbox"/>維持原議 <input checked="" type="checkbox"/>接受申復，僅修改報告文字 <input type="checkbox"/>接受申復，修改準則判定 <input type="checkbox"/>依「要求修正事項」修正報告內容</p> <p>說明：</p> <p>經查相關資料，接受學校申復說明，將發現「由於『性心理異常』涵蓋性別認同障礙、性別倒錯、性別認同等面向，也與醫學系書面報告中自述『對於宗教信仰、性別認同、民族血統、種族或性傾向等在本系招生過程中均無特定之考量』有所出入，也與條文中的醫學系應不得有任何性傾向、性別認同的期待有所差異」之敘述，修改為「此軍校正期班體檢標準門檻已排除部</p>

		<p>神官能症、精神病、嚴重型憂鬱症、器質性腦徵候群、口吃或啞、性格異常、性心理異常、自閉症、杜瑞氏症、神經性厭食症或暴食症、智能偏低等病症經診斷確定者」視為不合格，不得報考。由於「性心理異常」涵蓋性別認同障礙、性別倒錯、性別認同等面向，也與醫學系書面報告中自述「對於宗教信仰、性別認同、民族血統、種族或性傾向等在本系招生過程中均無特定之考量」有所出入，也與條文中的醫學系應不得有任何性傾向、性別認同的期待有所差異。</p>		<p>分有志申請就學之自費生、代訓生的機會。醫學系宜就入學現況加以分析、討論，以及向國防部溝通，以回應當今國家及社會之期待」。故，接收申復，修改報告書文字，準則判定維持原議。</p>
<p>□違反程序 ■不符事實 □要求修正事項^(註)</p>	<p>準則條文：3.3.2 報告頁碼：48 準則判定：部分符合 報告原文：</p> <p>1. 醫學系以其七項教育目標：「專業知識與邏輯思辨、資訊科技與數位醫療、人文素養與全人照護、社會關懷與利他精神、國際視野與終身學習、領導統御與團隊溝通、身心鍛鍊與軍醫責任」作為專業素養，並透過制訂核心能力與實習醫學生實習守則作為提供學生應瞭解與培育的專業素養面向，並以課程委員會作為主要定期檢視並監督的執行單位，也透過醫學人文教育中心及醫學科技教育中心進行專業素養規劃，同時透過學系網頁</p>	<p>1. 素養一詞，於十二年國教中強調與使用，其於課綱的「核心素養」係指一個人為適應現在生活以及面對未來的挑戰，所應該具備的知識、能力與態度。</p> <p>2. 勝任能力，即 Competence/ Competency，意思就是跟良好績效表現相關的個人特質或能力。依據 WHO1978 定義，醫療專業人員能力導向訓練的目的是依據當地的狀況，能夠達到訂定的精熟程度來執行醫療行為，以符合當地需求。</p> <p>3. (專業)素養導向的醫學教育，與勝任能力導向的醫學教育，其意義是相通或相同的。在醫學生階段係與本系訂定的核心能力相通，在 PGY 階段需符合 ACGME 所</p>	<p>■維持原議 □接受申復，僅修改報告文字 □接受申復，修改準則判定 □依「要求修正事項」修正報告內容</p> <p>說明： 醫學系之專業素養定義即為其教育目標，這與一般醫學教育裡定義之專業素養不相同，醫學系應釐清「專業素養」與「教育目標」兩者之間的不同，也須進一步再釐清「專業素養」之定義與內涵，方能落實執行專業素養的操作</p>	

		<p>公告上述機制與專業素養內容。專業素養評量方式與工具施行，則以實習醫學生階段為主，包含 mini-CEX、80 項臨床核心技能、13 項 core EPAs、21 項實習醫學生訓練考核、OSCE、書面報告、討論與成果發表等方式進行。評量結果，經由課程委員會或臨床實習委員會等途徑往上至醫學系系主任、校長；對於專業素養不足的學生提供協助與輔導是透過雙導師制度、小家制度，再由醫學人文教育中心進行成效評估與檢討。</p> <p>2. 然而，醫學系之專業素養定義即為其教育目標，專業素養的操作型定義與評量的能力標準，即為整個醫學系課程的運作與所有能力的發展與評量，這與一般醫學教育裡定義之專業素養不相同。是以，醫學系須再釐清「專業素養」之定義與內涵，方能落實執行。</p>	<p>強調的六大核心能力，亦即分別是醫學生在畢業前，畢業後，應該必須具備的知識、態度與技巧。</p> <p>4. 本校醫學系訂有三個教育目的，包括： (一)發揚軍事醫學之特色；(二)兼具現代醫學專業及人文素養；(三)追求主動學習與終身學習的精神。並據此教育目的，訂定七個教育目標。 (1) 國際視野與終身學習。 (2) 專業知識與邏輯思辯。 (3) 資訊科技與數位醫療。 (4) 人文素養與全人照護。 (5) 社會關懷與利他精神。 (6) 領導統御與團隊溝通。 (7) 身心鍛鍊與軍醫責任。 再由教育目標，形成 10 個核心能力，亦即醫學生畢業時應具備的知識、態度與技巧，亦即專業素養。</p> <p>5. 由於本校是軍校醫學系，與他校醫學生或 PGY 時期相較，尚會強調額外的軍醫專業素養，故本校訂有 10 個核心能力，其中品格修養能力、鍛鍊強健體魄能力，是本系依據屬性增訂，並依此 10 大核心能力培訓，以期醫學生畢業前具有此專業素養，故其核心能力會比 PGY 時期的 ACGME 大大核心能力多，但此 10 個核</p>	<p>型定義與評量的能力標準。</p>
--	--	---	---	---------------------

心能力(專業素養)其實與 ACGME 六大核心能力相通與相輔相成，茲將對應表臚列於下：

核心能力	內涵	呼應 ACGME 六大核心能力
醫學科學知識	使學生能習得醫學相關基本科學知識、邏輯思辯與研究能力	MK
國際學習能力	增強學生國際競爭力，培養國際視野	MK, PROF
良好臨床照護	使學生能獨立執行臨床技能、照護病人與良好的溝通能力	PC
醫病互動能力	培養未來職場團隊合作與溝通協調技能	ICS, PROF, SBP
終身學習能力	營造學生自主學習環境，培養終身學習能力	MK, PBLI
社會參與能力	促進學生利他助人，提高參與公共事務的積極性	ICS, PROF, SBP
品格修養能力	培育博愛忠真校風理念，鍛鍊學生面對挫折具備之堅毅力，強化其穩定與抗壓性	PROF

		<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1003 148 1128 347">文德品味 能力</td> <td data-bbox="1128 148 1451 347">涵塑學生成熟性格與品德操守，養成良好的學習意願與工作態度，具備專業倫理素養</td> <td data-bbox="1451 148 1659 347">PBLI, PROF, ICS</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1003 347 1128 491">熟悉軍陣 醫學</td> <td data-bbox="1128 347 1451 491">使學生具備軍事素養，瞭解戰傷急救、航太海底醫學等相關知識</td> <td data-bbox="1451 347 1659 491">MK, PC</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1003 491 1128 639">鍛鍊強健 體魄</td> <td data-bbox="1128 491 1451 639">使學生具有健康的身體、心理、情緒、精神與標準的軍人儀態</td> <td data-bbox="1451 491 1659 639">軍校特有核心能力</td> </tr> </table> <p>本系的 10 個核心能力(即專業素養)，均有相關的對應課程與評量方式。</p>	文德品味 能力	涵塑學生成熟性格與品德操守，養成良好的學習意願與工作態度，具備專業倫理素養	PBLI, PROF, ICS	熟悉軍陣 醫學	使學生具備軍事素養，瞭解戰傷急救、航太海底醫學等相關知識	MK, PC	鍛鍊強健 體魄	使學生具有健康的身體、心理、情緒、精神與標準的軍人儀態	軍校特有核心能力	
文德品味 能力	涵塑學生成熟性格與品德操守，養成良好的學習意願與工作態度，具備專業倫理素養	PBLI, PROF, ICS										
熟悉軍陣 醫學	使學生具備軍事素養，瞭解戰傷急救、航太海底醫學等相關知識	MK, PC										
鍛鍊強健 體魄	使學生具有健康的身體、心理、情緒、精神與標準的軍人儀態	軍校特有核心能力										
<p>□違反程序 ■不符事實 □要求修正事項^(註)</p>	<p>準則條文：3.3.3 報告頁碼：48-49 準則判定：部分符合 報告原文：</p> <p>1. 醫學系課程委員會為負責執行及監督醫學生專業素養培育環境的單位，亦設有臨床實習委員會，同時主要教學醫院的教學部負責監督實習醫學生臨床實習狀況與進度，並提供學生學習情況予醫學系。各主要教學醫院課程負責人亦參加臨床實習委員會會議，而醫學系系主任也帶領行政與教學團隊，至各主要教學醫院與課程負責人討論與瞭解學生實習情形。醫學系與主要教學醫院皆有簽訂實習合約書，而各主要教學醫院與醫學</p>	<p>1. <u>素養</u>一詞，於十二年國教中強調與使用，其於課綱的「核心素養」係指一個人為適應現在生活以及面對未來的挑戰，所應該具備的知識、能力與態度。</p> <p>2. <u>勝任能力</u>，即 Competence/ Competency，意思就是跟良好績效表現相關的個人特質或能力。依據 WHO1978 定義，醫療專業人員能力導向訓練的目的是依據當地的狀況，能夠達到訂定的精熟程度來執行醫療行為，以符合當地需求。</p> <p>3. (專業)素養導向的醫學教育，與勝任能力導向的醫學教育，其意義是相通或相同的。在醫學生階段係與本系訂定的核心能力相通，在 PGY 階段需符合 ACGME 所</p>	<p>■維持原議</p> <p><input type="checkbox"/>接受申復，僅修改報告文字</p> <p><input type="checkbox"/>接受申復，修改準則判定</p> <p><input type="checkbox"/>依「要求修正事項」修正報告內容</p> <p>說明：</p> <p>醫學系之專業素養定義即為其教育目標，這與一般醫學教育裡定義之專業素養不相同，醫學系應釐清「專業素養」與「教育目標」兩者之間的不同，也須進一步釐清「專業素養」之定義與內涵，醫學系及其主要教學醫院的成員，</p>									

		<p>系皆有相關師資培育課程，增進教師成長與培育。</p> <p>2. 然而，醫學系之專業素養定義即為其教育目標，專業素養的操作型定義與評量的能力標準，即為整個醫學系課程的運作與所有能力的發展與評量，這與一般醫學教育裡定義之專業素養不相同。是以，醫學系須再釐清「專業素養」之定義與內涵，醫學系及其主要教學醫院的成員，包括教師、職員、住院醫師、主治醫師、醫學生和其他臨床人員等方能瞭解，並落實執行。</p>	<p>強調的六大核心能力，亦即分別是醫學生在畢業前，畢業後，應該必須具備的知識、態度與技巧。</p> <p>4. 本校醫學系訂有三個教育目的，包括： (一)發揚軍事醫學之特色；(二)兼具現代醫學專業及人文素養；(三)追求主動學習與終身學習的精神。並據此教育目的，訂定七個教育目標。 (1) 國際視野與終身學習。 (2) 專業知識與邏輯思辯。 (3) 資訊科技與數位醫療。 (4) 人文素養與全人照護。 (5) 社會關懷與利他精神。 (6) 領導統御與團隊溝通。 (7) 身心鍛鍊與軍醫責任。 再由教育目標，形成 10 個核心能力，亦即醫學生畢業時應具備的知識、態度與技巧，亦即專業素養。</p> <p>5. 由於本校是軍校醫學系，與他校醫學生或 PGY 時期相較，尚會強調額外的軍醫專業素養，故本校訂有 10 個核心能力，其中品格修養能力、鍛鍊強健體魄能力，是本系依據屬性增訂，並依此 10 大核心能力培訓，以期醫學生畢業前具有此專業素養，故其核心能力會比 PGY 時期的 ACGME 大大核心能力多，但此 10 個核</p>	<p>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方能瞭解，並落實執行。</p>
--	--	--	---	---

心能力(專業素養)其實與 ACGME 六大核心能力相通與相輔相成，茲將對應表臚列於下：

核心能力	內涵	呼應 ACGME 六大核心能力
醫學科學知識	使學生能習得醫學相關基本科學知識、邏輯思辯與研究能力	MK
國際學習能力	增強學生國際競爭力，培養國際視野	MK, PROF
良好臨床照護	使學生能獨立執行臨床技能、照護病人與良好的溝通能力	PC
醫病互動能力	培養未來職場團隊合作與溝通協調技能	ICS, PROF, SBP
終身學習能力	營造學生自主學習環境，培養終身學習能力	MK, PBLI
社會參與能力	促進學生利他助人，提高參與公共事務的積極性	ICS, PROF, SBP
品格修養能力	培育博愛忠真校風理念，鍛鍊學生面對挫折具備之堅毅力，強化其穩定與抗壓性	PROF

			<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1014 151 1126 347">文德品味 能力</td> <td data-bbox="1126 151 1451 347">涵塑學生成熟性格與品德操守，養成良好的學習意願與工作態度，具備專業倫理素養</td> <td data-bbox="1451 151 1648 347">PBLI, PROF, ICS</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1014 347 1126 491">熟悉軍陣 醫學</td> <td data-bbox="1126 347 1451 491">使學生具備軍事素養，瞭解戰傷急救、航太海底醫學等相關知識</td> <td data-bbox="1451 347 1648 491">MK, PC</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1014 491 1126 639">鍛鍊強健 體魄</td> <td data-bbox="1126 491 1451 639">使學生具有健康的身體、心理、情緒、精神與標準的軍人儀態</td> <td data-bbox="1451 491 1648 639">軍校特有核心能力</td> </tr> </table> <p>本系的 10 個核心能力(即專業素養)，均有相關的對應課程與評量方式。</p>	文德品味 能力	涵塑學生成熟性格與品德操守，養成良好的學習意願與工作態度，具備專業倫理素養	PBLI, PROF, ICS	熟悉軍陣 醫學	使學生具備軍事素養，瞭解戰傷急救、航太海底醫學等相關知識	MK, PC	鍛鍊強健 體魄	使學生具有健康的身體、心理、情緒、精神與標準的軍人儀態	軍校特有核心能力	
文德品味 能力	涵塑學生成熟性格與品德操守，養成良好的學習意願與工作態度，具備專業倫理素養	PBLI, PROF, ICS											
熟悉軍陣 醫學	使學生具備軍事素養，瞭解戰傷急救、航太海底醫學等相關知識	MK, PC											
鍛鍊強健 體魄	使學生具有健康的身體、心理、情緒、精神與標準的軍人儀態	軍校特有核心能力											
<input type="checkbox"/> 違反程序 <input checked="" type="checkbox"/> 不符事實 <input type="checkbox"/> 要求修正事項 ^(註)	<p>準則條文：3.4.1 報告頁碼：50-51 準則判定：部分符合 報告原文：</p> <p>醫學系於 108 年 3 月第二次系教評會審查通過「國防醫學院醫學系授受理國內外大學院校學生臨床體驗學習課程(clinical shadowing program)作業規定」；依此規定，接受「非設籍港澳、大陸之國內外非見實習年及之醫學系學生或相關學生」，在許可的範圍觀察與體驗臨床學科醫師的執業情境。然而，對於有實習資格的國內外醫學生，其申請作業管道、申請資格審查，實習領域的安排，以至實習結束的資料保管等，皆依照「三軍總醫院各醫事院校見、實習學</p>	<p>謝謝委員的指導，學系應查驗每位交換或訪問醫學生的資格、保有記載每位交換或訪問醫學生的完整名冊、核准其作業與醫學系應建立並保留每位交換或訪問醫學生的個人檔案等等資料等要求，實均由醫學系以公文簽奉長官核定，內容及包括訪問醫學生之相關資料，相關佐證詳<u>附件 6</u>。</p>	<p><input type="checkbox"/>維持原議 <input checked="" type="checkbox"/>接受申復，僅修改報告文字 <input type="checkbox"/>接受申復，修改準則判定 <input type="checkbox"/>依「要求修正事項」修正報告內容</p> <p>說明：</p> <p>1.檢視相關資料，SCOPE 與 SCORE 之國外交換醫學生及訪問醫學生，其申請作業管道透過醫學系系學會，而醫學系確實有查驗每位交換或訪問醫學生的資格、保有記載每位交換或訪問醫學生的完整名冊、並保留每位交換或訪問醫學生</p>										

		<p>生作業規定」辦理。因涉及申請之學生人數必須不影響到醫學系及其建教合作之教學醫院可提供學生容額、可用資源及醫學教育品質等因素，與本條文認證要點「醫學系應查驗每位交換或訪問醫學生的資格、保有記載每位交換或訪問醫學生的完整名冊、核准其作業」與「醫學系應建立並保留每位交換或訪問醫學生的個人檔案等等資料」等要求，不完全符合。</p>		<p>的個人檔案等等資料。</p> <p>2.然而，實地訪視時，檢視相關書面資料及晤談相關行政單位，發現國內醫學生是依照「三軍總醫院各醫事院校見、實習學生作業規定」，向三軍總醫院申請、辦理實習事宜。</p> <p>3.綜上所述，接受學校申復，報告書原文「然而，對於有實習資格的國內外醫學生」修改為「然而，對於有實習資格的國內醫學生」，準則判定維持原議。</p>
<p>教師</p>	<p><input type="checkbox"/>違反程序 <input type="checkbox"/>不符事實 <input checked="" type="checkbox"/>要求修正事項^(註)</p>	<p>準則條文：4.1.1 報告頁碼：52 準則判定：部分符合 報告原文：</p> <p>1. 在通識教育與醫學人文教師人數方面，學校與醫學系雖設有通識教育中心與醫學人文教育中心，但據自評報告書所載之數據，最近一學年度 (110 學年度) 通識教育中心(含醫學人文)之專任教師數僅為 12 人，又自評報告中呈現通識教育與醫學人文教師每週平均授課時數為 30.45 小時，不太符合常理，宜再釐清。</p>	<p>謝謝委員的指導，本系於 108 年成立醫學人文教育中心，惟中心屬任務編組，故實際上中心成員編制上屬「通識教育中心專任教師」及「醫學系各學科專任教師」，資料數據呈現遂集中於通識教育中心專任師資。另授課時數部分，應為本系未能充分理解認證準則意涵致數據提供有所落差，本系將虛心檢討。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>維持原議 <input type="checkbox"/>接受申復，僅修改報告文字 <input type="checkbox"/>接受申復，修改準則判定 <input type="checkbox"/>依「要求修正事項」修正報告內容</p> <p>說明： 報告書原文未有與事實不符之處，維持原議。</p>

		<p>2. 醫學系提供之自評報告資料顯示具備足夠數量的臨床教師，然實地加以檢視，各科別教師數量分配失衡，恐影響學生相關領域之學習。4大臨床學科中，婦科、兒科長期專兼任教師皆不到10位，其他較小但仍為重要專科的復健科及皮膚科，長期專兼任教師皆不到5位，以此教師數量，恐難以負荷每學年平均約150位實習醫學生的臨床實習，甚至影響醫學生臨床經驗的學習。</p>		
<p>□違反程序 <input checked="" type="checkbox"/>不符事實 □要求修正事項^(註)</p>		<p>準則條文：4.1.4 報告頁碼：53-54 準則判定：部分符合 報告原文：</p> <p>1. 醫學系近年來積極開發創新的教學方法，包括利用既有資源與結合最新科技，發展出諸如擬真情境教學、ZUVIO、精準解剖學AR/VR教室與類器官工程之生物列印等，非常具有單位特色，是相當值得期待的教學亮點。然實地晤談教師發現，無論教學資歷深淺，並非所有教師都具有嫻熟應用最新科技的能力，也並非所有教師都具備改變教學方法的意願、動機與熱忱。誠然教學方法的好壞不能以是否運用最新科技與資源來衡量，但如何提升醫學系內整體教師對於持續精進教學方法的熱忱，共同將現有設備與資</p>	<p>1. 謝謝委員的指導，本系致力於推動創新教學模式，提升教學成效，針對提升本系教師對於持續精進教學方法的熱忱，茲說明如下：</p> <p>(1) 本系及三總設有教學型及培訓型主治醫師團隊，透過每月定期會議，除檢討分析教學成效外，也積極發展並推廣臨床創新教學模式，如虛擬病人診療系統、臨床技能工作坊等。</p> <p>(2) 本系刻正推動教學型及培訓型主治醫師培訓與遴選計畫，逐步擴大師資參與，持續提升本校教學環境。</p> <p>(3) 定期辦理教學共識營、教學方法工作坊、優良主治/住院醫師選拔等活動，透過分享、議題討論、公開表揚等方式，激發教師教學熱誠，凝聚教師共識。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>維持原議 <input type="checkbox"/>接受申復，僅修改報告文字 <input type="checkbox"/>接受申復，修改準則判定 <input type="checkbox"/>依「要求修正事項」修正報告內容</p> <p>說明：</p> <p>1. 報告書原文敘述中，對醫學系致力於推動創新教學模式，以提升教學成效之努力表示肯定。不過，報告書原文「無論教學資歷深淺，並非所有教師都具有嫻熟應用最新科技的能力，也並非所有教師都具備改變教學方法的意願、動機與熱忱」等敘述，係為實地晤談教師所得，未有不符事實之處。</p>

		<p>源做最大之發揮與利用，值得醫學系深入思考。</p> <p>2. 實地訪視醫學人文課程相關教學，因學生人數眾多分三班上課，但每班的教學內容不同、教學方式不同，無法達到一致性的教學目的。而一般傳統的大班上課可能影響與學生互動，亦未見採用創新模式教學克服相關的困難。</p> <p>3. 此外，實地訪視教學醫院發現，醫學生的實作經驗及機會非常有限，例如門診大多只是跟診，而在手術室也只是看刀居多，或在某一科討論會中，討論室為細長型，主治醫師坐在前方面對著螢幕討論診斷與治療，背對醫學生，完全沒互動，顯示並非所有教師之教學方法都與時俱進。</p>	<p>2. 針對前半對學生分成三班的部分，係指二年級上學期的病人、醫師與社會課程，為確保學生有充足討論與反思的機會，故將學生分成 6 個班級，由 3 位老師(張燕娣老師、郭淑珍老師、顏芳姿老師)負責授課。這三位老師均為本系醫學人文教育中心師資，課前會針對課程大方向進行討論，以確保教學內容符合課程與本系之教育目的；另創新模式教學部分，本系於 111 年開始推動模組化課程設計，從醫學人文導論(舊稱生育教育與倫理)首先試辦。醫學人文導論開設 6 個班級，由張燕娣老師擔任總負責老師，每班授課老師分別由醫學人文教育中心師資廖芳藝老師、蘇國銘老師、王永志老師、簡秋娟老師、沈伯鍵與顏芳姿老師擔任。課程開始前，由張燕娣老師與各授課教師召開共識會議，從授課內容、互動反思、討論及成績評量等進行討論，在大原則確定下始授課，同時課程進行期間張老師會輪流至每間教室旁聽，確保課程目的不變。本系另於 111-1 學期醫學人文組課程檢討會時機檢視學生及老師的回饋，均獲正面評價，後續會持續推廣至其他課程。</p> <p>3. 針對臨床各科部的教學活動，包括教學門診/教學駐診，小班教學討論等，皆有律定</p>	<p>2. 學校說明「學生分成三班的部分，係指二年級上學期的病人、醫師與社會課程，為確保學生有充足討論與反思的機會，故將學生分成 6 個班級，由 3 位老師(張燕娣老師、郭淑珍老師、顏芳姿老師)負責授課。這三位老師均為本系醫學人文教育中心師資，課前會針對課程大方向進行討論，以確保教學內容符合課程與本系之教育目的」。然而，實地訪視發現，三位教師授課內容與教學方式皆不同，甚至評量方也不一致，已影響醫學生學習之等同性與等效性，未能確保教學內容符合課程與醫學系之教育目的。此外，報告書原文「一般傳統的大班上課可能影響與學生互動，亦未見採用創新模式教學克服相關的困難」敘述，係為實地訪視所得，未有不符事實處。</p> <p>3. 報告書原文關於醫學生於臨床</p>
--	--	--	--	---

			<p>相關教學模式(pre-round, round, post-round)給臨床各科部，且院內有辦理教學方法示範，請各科部的教學老師參與，並製作教學方法示範影片提供各科部老師學習，教學過程需鼓勵學生多表達，增加互動及雙向回饋。訓練官亦定期各科部交叉互審稽核臨床教學活動，適時指出教學模式之缺失，並給予回饋改進。在醫學生實際操作方面，目前已持續加強在 primary care 以及夜間學習時間，在指導監督之下，實際接觸病人並適當地操作基本臨床技能，增加醫學生實際臨床經驗。</p>	<p>實習之情形，係為訪視委員實際訪視教學醫院所得，未有不符事實處。</p> <p>4.綜上所述，報告書原文與準則判定維持原議。</p>
<p>□違反程序 □不符事實 ■要求修正事項^(註)</p>	<p>準則條文：4.1.5 報告頁碼：54-55 準則判定：部分符合 報告原文：</p>	<p>1. 國防醫學院醫學系於建教合作醫院皆有實習導師，建教合作醫院也配有學校醫學生總導師，以利雙邊溝通、協調及評估成果。實地訪視可見醫學系導師訪視、座談會議紀錄，亦佐證主要教學醫院有參與醫學系臨床實習委員會會議。此外，學校訂有「國防醫學院兼任教師聘任作業程序」、「國防醫學院醫學系各實習醫院臨床實習 Program Director 設置要點」，聘任建教合作醫院教師為國防醫學院兼任教職，安排參與教師發展暨教學資源</p>	<p>1. 謝謝委員建議，本系為給予學生多元化實習選擇，提供學生於六年級可自選不同之教學地點進行實習，也因此，本系致力於確保實習等同性與等效性。106 年本系依評鑑委員建議，取消分數制調整機制，改推動等第制，依科部特性制定評量標準，並以等第評核去分數化。自 108 起，本系每學期由系主任親自赴實習醫院進行座談，說明並提醒等第制標準及評量方式。惟對於部分醫院回饋之表單未能按本系要求之格式提供，本系將深自檢討，後續將持續與各教學醫院進行共識，確保各院在實務面上都能配合，達成評量之等同性。茲說明如上，還請委員卓參。</p>	<p>■維持原議 □接受申復，僅修改報告文字 □接受申復，修改準則判定 □依「要求修正事項」修正報告內容</p> <p>說明：</p> <p>1.經查 106 年全面訪視報告原文，係為醫學系依「國防醫學院醫學系醫五、六、七實習成績評分注意事項」，規定對實習醫生成績進行校正，以平衡不同醫院評量方式，但各醫院評量細項（種類）並不一致，單面向進行學生各醫院總</p>

		<p>中心(CFD)之教學方法與評量課程，以利加強對醫學系教育目標及教學品質標準的認知。</p> <p>2. 醫學系努力規劃及推動四家主要教學醫院的評量同一化，包括推行等第制、13 項 core EPAs、21 項實習醫學生訓練考核表等，希冀在不同教學醫院與不同科別達成具有等同的(comparable)學習經驗和等效的(equivalent)課程評估與學生評量方法。實地查證發現，部分教學醫院在 111 學年度前尚未落實執行與三軍總醫院一致性的等第制實習醫學生訓練考核方式。三軍總醫院嘗試將臨床實習評估盡量客觀化而採取等第制，並制定各等第之標準，但實際檢視其他主要教學醫院送回之評量表，各教學醫院仍未依照三軍總醫院制定的標準評量；同時針對 21 項中部份評核項目，例如「筆試或口試」，在部分不同臨床科別之評核方式及評定標準有所差異。</p> <p>3. 實地查閱醫學生之病歷，發現主治醫師幾乎都有簡短之 comment，且主治醫師對醫學生之要求亦不一致，有些須撰寫 Acceptance Note 與 Weekly summary，有些則無。此外，醫學生的實作經驗及機會非常有限，例如門診大多只是跟診，而在</p>	<p>2. 針對臨床各科部的教學活動，包括教學門診/教學駐診，小班教學討論等，皆有律定相關教學模式(pre-round, round, post-round)給臨床各科部，且院內有辦理教學方法示範，請各科部的教學老師參與，並製作教學方法示範影片提供各科部老師學習，教學過程請老師鼓勵學生多表達及操作，增加互動及雙向回饋。訓練官亦定期於各科部進行交叉稽核臨床教學活動，適時指出教學模式之缺失，並給予回饋改進，同時納入醫院之相關會議進行整體檢討改善。在醫學生實際操作方面，目前已持續加強在 primary care 以及夜間學習時間，在指導監督之下增加實際接觸病人並適當地操作基本臨床技能，提升醫學生實際臨床經驗，謝謝委員指導。</p>	<p>分調整，其公平性或學理依據，則未見說明。當時訪視委員並未建議推動等第制，恐為學校之誤解。</p> <p>2.報告書原文關於「部分教學醫院在 111 學年度前尚未落實執行與三軍總醫院一致性的等第制實習醫學生訓練考核方式」、「其他主要教學醫院送回之評量表，各教學醫院仍未依照三軍總醫院制定的標準評量」，以及「針對 21 項中部份評核項目，例如『筆試或口試』，在部分不同臨床科別之評核方式及評定標準有所差異」等敘述，皆為實際檢視評量表評核表所得之發現，未有不符事實。</p> <p>3.報告書原文敘述主治醫師對於醫學生撰寫病歷之要求不一致、主治醫師對於醫學生之病歷幾乎都是非常簡短之 comment，以及醫學生臨床實習之情形等，皆為實地訪視之</p>
--	--	--	--	---

		<p>手術室也只是看刀居多，究其原因，部分教師擔心學生能力不足，就避免讓學生實務操作，以加速臨床服務的進行，但教師應認知讓學生有充分練習機會，才能達成良好的學習成效。</p>		<p>發現。</p> <p>4. 綜上所述，報告書原文與準則判定維持原議。</p>
<p>□違反程序 ■不符事實 □要求修正事項^(註)</p>		<p>準則條文：4.1.7 報告頁碼：56 準則判定：部分符合 報告原文： 醫學系設有系務會議、招生委員會及課程委員會等各委員會，各委員會之委員組成皆訂有遴選辦法，以確保教師能夠直接參與系內的相關治理和決策過程。然實地訪視發現，部份委員會雖具有明確的遴選辦法，然召開會議時，實際與會委員名單與人數卻不固定，以課程委員會而言，會議出席簽到單只有列出當然委員，沒有選任委員的參與，且當然委員的名單在同一學年度上、下學期的會議簽到單中也不盡相同。考量會議的參與程度乃是教師針對系上重要事項有共同討論、制定、審閱與修訂的機會，醫學系各會議實際參與程度就教師而言，是否具有足夠的代表性，醫學系需進一步商榷。</p>	<p>謝謝委員的指導，委員所提出會議出席簽到單只有列出當然委員的問題，雖不影響系上各選任委員的出席率，卻容易造成應出席卻未列名之選任委員產生誤解，本系將刻正改善，將選任委員詳列於簽名冊中。而當然委員名單在上、下學間有所更動之原因，因為部分教師生涯規劃有職務調動之情形，並非因委員名單疏漏或是參與度不佳所導致，懇請委員重新評估。另外，針對委員會會議成員參與度問題，本系課程委員會成員選任係由系主任遴選，後於系務工作會議上通過後即納入課程委員會，依據該委員會章程規定，出席比率達到應出席委員二分之一人數即可進行會議，因此委員會決議事項均符合相關程序。對於未能及時出席委員，本系於會後告知委員相關會議結果，若委員對討論議題仍有疑義，亦將相關意見呈予系主任並納入決策考量，並未完全排除其建議。未來本系將會會議實際參與程度納入於每學期委員遴選標準。</p>	<p>□維持原議 ■接受申復，僅修改報告文字 □接受申復，修改準則判定 □依「要求修正事項」修正報告內容</p> <p>說明：</p> <p>1. 學校說明「委員所提出會議出席簽到單只有列出當然委員的問題，雖不影響系上各選任委員的出席率，卻容易造成應出席卻未列名之選任委員產生誤解，本系將刻正改善，將選任委員詳列於簽名冊中」，顯示報告書原文並未不符事實。</p> <p>2. 經查相關資料，接受學校申復之佐證資料及說明，將該項發現「且當然委員的名單在同一學年度上、下學期的會議簽到單中也不盡相同」等語刪除。</p>

				3. 綜上所述，修改報告書原文，準則判定維持原議。
教育資源	<input type="checkbox"/> 違反程序 <input type="checkbox"/> 不符事實 <input checked="" type="checkbox"/> 要求修正事項 ^(註)	<p>準則條文：5.3.1 報告頁碼：60-61 準則判定：部分符合 報告原文：</p> <p>1. 醫學系的主要教學醫院-三軍總醫院、臺北榮民總醫院、臺中榮民總醫院與高雄榮民總醫院皆通過衛生福利部教學醫院評鑑。依據醫學系所提供三軍總醫院實習醫學生值班室間數及床位數，可分為公共區域實習醫學生值班室共 7 間，其中男實習醫學生為 5 間、24 床位數；女性實習醫學生為 2 間、14 床位數；另外，除各病房有專屬醫師值班室外，尚有公共區域醫師值班室共 8 間，其中男值班室 6 間、40 床位；女醫師值班室 2 間、14 床位數。然而，實際訪談醫師及實習醫學生，多數學生指出病房的值班室會有資深住院醫師獨用一間，另外要再男、女醫師與醫學生分室，常有不足問題，此情況也分別反映在醫學系 109 年及 110 年畢業生滿意度問卷調查的分數(34.88%、42.07%)中。實地查證發現，2 樓中央走道公共區域中，確有男實習醫學生值班室及女醫師值班室存在，但未</p>	<p>謝謝委員的指導，針對實習醫學生值班室床位數及空間之議題，經國防醫學院醫學系系主任裁示，已由三軍總醫院各臨床部科統計平日與假日實習醫學生值班人數，來確認值班室需求，最後統計結果平日與假日最大值班人數為 28 人；重新盤點公共區域實習醫學生值班室後，重新調整為 5 間 28 床提供給實習醫學生於平日與假日使用，同時律定每床每日各部科值班室床位使用者，確保實習醫學生在各臨床部科值班時，能達到一人一床，讓實習醫學生值班期間能有空間休憩；另為避免資深住院醫師獨用一間之情事，已將實習醫學生值班室之門禁設定為僅實習醫學生進入，避免非實習醫學生之人員可進入值班室。</p>	<p>3. 綜上所述，修改報告書原文，準則判定維持原議。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>維持原議 <input type="checkbox"/>接受申復，僅修改報告文字 <input type="checkbox"/>接受申復，修改準則判定 <input type="checkbox"/>依「要求修正事項」修正報告內容</p> <p>說明： 醫學系於實地訪視結束後，即積極盤點公共區域實習醫學生值班室，重新調整為 5 間 28 床提供給實習醫學生於平日與假日使用，同時律定每床每日各部科值班室床位使用者，確保實習醫學生在各臨床部科值班時，能達到一人一床，讓實習醫學生值班期間能有空間休憩，並重新設定值班室之門禁，避免資深住院醫師獨用一間之情事，對此予以肯定。然，報告書原文係為實地訪視當時之實際情況。故，維持原議。</p>

		<p>有如提供資料所說的女性實習醫學生值班室。尤其醫學系近幾年醫學生總數增加(訪視時總數 1013 人)，醫學系宜積極與實習醫院協商，以改善實習醫學生值班室使用空間的需求。</p> <p>2. 實地訪視教學醫院，某些科別以護理站或超音波室進行住診教學，教學對象包括住院醫師、PGY 及醫學生等，教學空間狹窄，且有教學視訊及音訊設備不佳之情況。三軍總醫院設有單透鏡視窗(one-way mirror window)的教學門診診間僅有兩間，由各科教師向教學室登記使用，但訪視發現一個教學門診可能同時有五~六位學生，空間較為擁擠。</p>		
<p>□違反程序 □不符事實 ■要求修正事項^(註)</p>		<p>準則條文：5.3.2 報告頁碼：61-62 準則判定：部分符合 報告原文：</p> <p>1. 依據醫學系所提供三軍總醫院實習醫學生值班室間數及床位數，可分為公共區域實習醫學生值班室共 7 間，其中男實習醫學生為 5 間、24 床位數；女性實習醫學生為 2 間、14 床位數；另外，除各病房有專屬醫師值班室外，尚有公共區域醫師值班室共 8 間，其中男值班室 6 間、40 床位；女醫師值班室 2 間、14 床位數。然而，實際訪談醫師及實習醫學</p>	<p>1. 謝謝委員的指導，針對實習醫學生值班室床位數及空間之議題，經國防醫學院醫學系系主任裁示，已由三軍總醫院各臨床部科統計平日與假日實習醫學生值班人數，來確認值班室需求，最後統計結果平日與假日最大值班人數為 28 人；重新盤點公共區域實習醫學生值班室後，重新調整為 5 間 28 床提供給實習醫學生於平日與假日使用，同時律定每床每日各部科值班室床位使用者，確保實習醫學生在各臨床部科值班時，能達到一人一床，讓實習醫學生值班期間能有空間休憩；另為避免資深住</p>	<p>■維持原議 □接受申復，僅修改報告文字 □接受申復，修改準則判定 □依「要求修正事項」修正報告內容</p> <p>說明：</p> <p>1. 醫學系於實地訪視結束後，即積極盤點公共區域實習醫學生值班室，重新調整為 5 間 28 床提供給實習醫學生於平日與假日使用，同時律定每床每日各部科值班室床位使用者，確</p>

		<p>生，多數學生指出病房的值班室會有資深住院醫師獨用一間，另外要再男、女醫師與醫學生分室，常有不足問題，尤其醫學系近幾年醫學生總數增加(訪視時總數1013人)，醫學系宜積極與實習醫院協商，以改善實習醫學生值班室使用空間的需求。</p> <p>2. 實地訪視教學醫院，某些科別以護理站或超音波室進行住診教學，教學對象包括住院醫師、PGY 及醫學生等，教學空間狹窄，且有教學視訊及音訊設備不佳之情況。三軍總醫院設有單透鏡視窗(one-way mirror window)的教學門診診間僅有兩間，由各科教師向教學室登記使用，但訪視發現一個教學門診可能同時有五~六位學生，空間較為擁擠，以致部分學生未能完整學習教學門診。</p> <p>3. 此外，教學門診的病人幾乎都是複診病患，病患就診問題及目的單一，缺乏初診病患讓學生能學習完整評估及判斷病人問題的能力。又某一科別共有三個病房(每一病房約40-60床)、超過20名主治醫師，但五、六年級實習醫學生卻僅有3名，相對而言，另一科次專科只有兩床住院病人、4名主治醫師，卻有5位實習醫學生，每位學生所獲得的臨床實習廣度</p>	<p>院醫師獨用一間之情事，已將實習醫學生值班室之門禁設定為僅實習醫學生進入，避免非實習醫學生之人員可進入值班室。</p> <p>2. 本院特色為各病房第二護理站做為專用之住診教學空間，為確保住診教學與病人隱私，於21處病房第二護理站櫃台，加裝拉簾等配置，以維護教學對象授課品質。本院訂有「教學門診及教學住診暨床邊教學注意要點」，各部科再依特性及訓練計畫需要各自訂定住診教學訓練計畫，各職類均有完整住診教學訓練計畫與訓練場所，住診教學於床邊教學後，師生至各病房討論室或第二護理站執行回饋及相關教學活動；本院病房共有三個護理站，第一、第三護理站為臨床護理使用，第二護理站專作醫師、護理與醫事人員之住診教學專用，且備有白板、電腦等設備以利教學。另本院教學門診均因應教學醫院評鑑及本院教育訓練計畫等規劃合宜之開診診次(部定專科RRC若有其他頻率規定每月仍請依當月學員數)：Clerk 1個 course 1次(C2：所有科、C1：PED& GYN)、部專住院醫師及PGY每月1次；裝設有單透鏡教學門診診間，主要供大內外科使用，其他需相關衡鑑工具及特殊設備協助診療之科部，診間告示牌亦會顯示為教學</p>	<p>保實習醫學生在各臨床部科值班時，能達到一人一床，讓實習醫學生值班期間能有空間休憩，並重新設定值班室之門禁，避免資深住院醫師獨用一間之情事，對此予以肯定。然，報告書原文係為實地訪視當時之實際情況。故，維持原議。</p> <p>2. 報告書原文理解教學醫院各病房第二護理站做為專用之住診教學空間，但實地訪視發現，該教學空間狹窄，且有教學視訊及音訊設備不佳之情況。此外，實際訪視教學門診，發現一個教學門診可能同時有五~六位學生，空間較為擁擠，以致部分學生未能完整學習教學門診。</p> <p>3. 學校說明「複診病患，其主述亦可能為新問題，經臨床指導老師實施完整教學門診後，學生仍能學習完整評估及判斷病人問題的能力」，但實際訪視</p>
--	--	---	--	--

		<p>和品質有所差異。</p>	<p>門診。</p> <p>3. 謝謝委員的指導，依三軍總醫院「教學門診」及「教學住診暨床邊教學」注意要點實施，除了放射診斷部、急診部、病理部、臨床病理科、核子醫學部等科部外，均已設立單獨教學門診，且教學個案數以不超過 10 人為限，臨床指導老師需於一旁觀察，並於學生看診後給予教學回饋。然病患來源雖可能為複診病患，其主述亦可能為新問題，經臨床指導老師實施完整教學門診後，學生仍能學習完整評估及判斷病人問題的能力。住診教學與小班教學仍存在不同處，住診教學有 Pre-Round，授課教師於教學前告知學員本次教學主題及學習目標，同時以電腦或電子行動裝置完成病人基本資料、病歷紀錄及報告查閱。Round，由老師進行示範或由 1 位學生進行操作(系統性詢問病史及身體檢查診察)，其他學生觀察。Post-Round，由操作同學進行心得報告，其他同學給予回饋。最後教師總結與回饋，教導正確知識、技能、態度。</p>	<p>發現，復診病患就診問題及目的單一，缺乏初診病患讓學生能學習完整評估及判斷病人問題的能力。此外，報告書原文關於教學門診與住診教學之實際執行情形，皆為實地訪視之發現。</p> <p>4. 綜上所述，報告書原文與準則判定維持原議。</p>
--	--	-----------------	--	---

*各項目可增列申復內容

註：「要求修正事項」係針對訪視報告中之人名、地名、課程名稱、數據等資料提出修正說明，且該修正與準則判定無涉