

台北醫學大學醫學系評鑑總評及建議決定

結 果	建 議
<input checked="" type="checkbox"/> 通過	<ol style="list-style-type: none"> 1. 校方與附屬三家教學醫院的教學指揮系統需清楚的劃分。 2. 通識教育課程數量及、時段及授課方式需評估與改進。 3. 基礎與臨床課程的整合仍待加強。 4. 學生實習的醫院有七家之多，北醫目前已增加雙和醫院，四家非北醫系統的醫院未能配合課程的要求，因此宜縮減實習醫院數目，以保障實習品質的一致性。 5. 課程委員會應有學生代表，並且加強與學生的溝通。 6. 基礎醫學師資需增強。 7. 校方需再提昇臨床師資教學能力，對於教師教學上的表現應適度的反應於其升等及其他獎勵。 8. 校方經營雙和醫院付出的人力與資源對醫學教育的影響仍需要後續的觀察。 <p>決議：「通過」至 2012 年 12 月 31 日，但需於 2011 年進行追蹤訪視。</p>
<input type="checkbox"/> 通過 (有條件)	
<input type="checkbox"/> 待觀察	
<input type="checkbox"/> 不通過	

台北醫學大學醫學院醫學系

醫學教育改進計畫遠程目標

暨追蹤評鑑報告

(訪視日期：民國九十八年十一月四日至十一月六日)



民國九十九年四月

醫學院評鑑委員會 (TMAC)
九十八學年度台北醫學大學醫學系評鑑訪視報告

訪視小組成員：

召集人：	林其和	成功大學醫學院院長（兒科教授）
成員：	邱鐵雄	慈濟大學醫學院藥理暨毒理研究所所長
	洪 蘭	中央大學認知神經科學研究所所長
	賴春生	高雄醫學大學醫學院院長（外科教授）
	薛尊仁	成功大學醫學院醫學系系主任（內科教授）
隨行人員：	朱宥樺	醫學院評鑑委員會組長

（訪視評鑑日期：民國九十八年十一月四日至十一月六日）

目 錄

	頁
1. 前言-----	3
2. 行政-----	6
組織、分院	
3. 教學-----	7
通識人文課程	8
基礎課程整合	9
臨床實習課程	10
學習評估	14
4. 學生-----	15
選擇學生、導師制度	
5. 師資-師資培育、升等-----	16
6. 教學資源-圖書館、技能中心、附設醫院--	18
7. 追蹤教育部醫學教育改進計畫執行的情形-	19
8. 總結-----	20

前言

台北醫學大學成立於 1960 年，明年即將創校 50 週年。目前擁有 5 個學院、419 位專任教師以及 6,061 位學生。醫學系（北醫）由 8 個基礎學科、17 個臨床學科所組成。成員包括：專任教師 187 位、醫學生 1,108 位，其師生比為 1：5.93。北醫於 2005 年通過 TMAC 的評鑑，最近一次接受 TMAC 追蹤訪視評鑑日期在 2008 年 1 月 7 日。自上次評鑑日期到現在的這段時間，北醫分別於 2007 年展開 5 年級臨床新實習課程以及 2009 年進行醫學系 3、4 年級整合課程。今年初，台北醫學大學由邱文達教授接任校長。

TMAC 這次訪評北醫的目的如下：

1. 對之前追蹤訪視所提出的建議事項進行審視。
2. 追蹤教育部醫學教育改進計畫執行的情形。
3. 新人新政，瞭解邱校長如何規劃北醫的未來。

2008 年 1 月 7 日 TMAC 追蹤訪視所提的重要建議事項有：

1. 基礎醫學教育的師資仍嫌薄弱，尤其是教授級師資最缺。
2. 配合北醫的辦學理念與世界醫學教育聯盟訂定的七項能力來規劃醫學系人文通識課程，並且加強學生們對通識課程目標的認識。

3. 基礎與臨床醫學課程的整合尚未達成。
4. 臨床課程改為五年級下學期全實習。臨床教師的人力包括主治醫師與住院醫師是否已經準備好增加的教學負擔？
5. 台北醫學大學將拋棄「小而美」而朝向「中而美」的醫院規模經營，隨之而來的營運壓力是否會對教學品質產生負面的衝擊須進一步的觀察。

本次評鑑訪視小組（survey team）成員共有 5 人：由 TMAC 委員（2 名）與 TMAC 儲備人才庫選聘的醫學教育界專家（3 名）組成。TMAC 就國內學校的教授、專家，迴避利益衝突，依據基礎學科、臨床學科以及通識教育等各領域選配適當的訪視委員。

本次訪視行程共有三天，其進行方式分成學校簡報、分組現場訪視、個別座談（基礎與臨床教師、不同年級與不同入學管道或背景相異學生、主治醫師及住院醫師）與綜合討論等。訪視報告由委員預先分組後依據校方提供的自評報告、現場訪查、個別座談以及現場補充的資料，綜合委員們每天互相交換的訪查心得後分別撰寫，再由召集人彙整而成。

報告內容分成行政（組織、分院）、教學（通識人文課程、基礎

課程、臨床實習課程、學習評估)、學生、師資、教學資源(圖書館、技能中心、附設醫院)、追蹤教育部醫學教育改進計畫執行的情形以及總結等段落來敘述。

本訪視小組所有的成員要感謝台北醫學大學、醫學院、醫學系以及醫院行政人員充分的協助與適當的安排。邱文達校長、曾啟瑞院長、謝銘勳主任、朱娟秀副主任以及接受訪問的師生、人員所提供的寶貴的資料對評估北醫現況相當有幫助，這使得 TMAC 三天的訪視任務以及報告能夠順利的完成。

行政

行政人員：北醫系辦人員有 3 名，動物室人力 2 名，共儀人力 4 名，八個基礎學科秘書/助理共 16 名，合計人力 25 名。與幾個學生數目類似的他校醫學系相比，其行政人員數目應要增加。若要協助處理每位學生的 e-portfolio，超過 1,000 名學生檔案只靠 3 名系辦人員恐怕人力不夠，應考慮增聘系辦行政人員。

需更明確的行政架構：三所附屬醫院教研部或教學副院長與醫學系主任職務的關係架構不清楚；各學科主任與三所附屬醫院相對的科部主任之職責架構宜及早確立，讓學科主任之教學理念及計畫可以順利的在各醫院落實。

要授予醫學系主任實質的權力與資源，這裡面包括對各組召集人、各模組（Block）協調負責人（coordinator）的選擇與資源提供，訂定各組的行政運作模式與運作時間表，並且能逐項督導進行。課程改革是一浩大的工程，需要 Top down 的行政支援，以及 Bottom up 的行動支持。同時更要有配套鼓勵措施，包括教學津貼、制定升等辦法、教學時數認證...等。

委員會應有學生代表、落實與學生多溝通：北醫設有課程委員會來審核課程的開設和修正，但在 96 學年度第一次課程委員會議（96 年 8 月 17 日）並無學生代表參加。目前組織章程已明列學生代表、

校友、學界及產業界若干人共同組成，惟仍未敘明是否 1~7 年級皆有學生代表參與課程的制定，宜再斟酌考慮。

分院

北醫之前經營的醫院有附屬與萬芳醫院，最近又加上開始營運的雙和醫院。後者有 135 位主治醫師，其中有 48 位具有部定教職；除新聘之外，有些具有教職的醫師是由北醫附屬或萬芳醫院轉過來。目前雙和醫院初期營運雖然已經可以收支平衡，然而在目前健保制度下其全面營運時是否仍可維持目前的水準仍待觀察。

TMAC 要求學校各附屬醫院或分院應有相同的教學品質，然而訪視北醫各附屬醫院所看到的教學品質並不一致。這現象與醫院教研單位與學校間的架構不清楚有關。附屬教學醫院數目現又增加雙和醫院，勢必更加教學醫院彼此關係的複雜度，因此應趕儘快釐清。

教學

教育目標：大多數北醫學生對醫學系之教育目標並不清楚。醫學系師生皆需明白其教育目標，如此在規劃或執行教學課程時才知道方向以及是否有朝教育目標前進。

通識教育

通識課程乃透過專業與通識的整合，配合服務學習、典範學習、經典閱讀以培育具人文素養與社會關懷的專業人才。校方實際開設通識課程高達 239 門，其中還包括音樂及閱讀課程，頗值得喝采。與同一規模的學校相比，北醫開授通識課程的數目相當豐富，可見學校安排課程的用心。可是，通識課程大都集中於同一天，萬一當天教師或學生有事無法上課，學生學習的機會就完全喪失，相當可惜。建議通識教育課程能分散時段授課。

北醫學生認為通識是營養學分的概念及上課出席率不高（老師上得很好，但學生之出席率不高）仍然存在。有些課程，因為同學口耳相傳為營養學分而因此選修的同學很多，北醫語文課程特別是日文課很受學生歡迎，考其原因，不外乎是教師教學認真，上課能學到東西。可見學生對課程的接受度與授課教師相當有關係。值得一提的，北醫的通識教育完全沒有開授中文相關課程。現今台灣有不少的學生中文表達能力不足，因此學校應加強學生使用中文的能力。

總之，同學的反應是：一、二年級很輕鬆，三、四年級課程很繁重，甚至仍有同學要求三、四年級醫學課程應分散到一、二年級。

基礎與臨床的整合課程

北醫課程近兩年來有大幅度的改革；2009 年開始，三、四年級基礎醫學進行基礎和臨床的整合課程。舊制課程以學科為主導，新制則改成模組（block 制或系統制）方式，並且大幅度降低授課的時數。新課程時數減少最大的部分來自於實驗課的縮減。此實驗課的縮減是否會引影響學習成果需再評估。整合課程包含解剖、生理、藥理、病理、微免和寄生蟲學科。課程進行的方式仍然以大堂課為主，再輔以實驗、PBL 和少量的醫學人文。醫三以基礎醫學為主，外加 2 小時~4 小時和臨床相關之課程，共 27 學分（舊制 33 學分）。三年級下學期預定的新課程共有 345 小時，時數與其他學期課程時數相比多太多，宜考慮減少。PBL 每一次 4 小時，多數是以 2 個 2 小時完成一個教案。PBL 的課程似乎不足以帶起學生主動學習的機會。四年級課程以器官系統為主，共有 24 學分（舊制 32 學分），課程中也融入 clinical skills、PBL、以及各系統重大發展史有關的人文課程。

三、四年級學生上課出席情況不佳，有些課只有不到 1/4 學生上課。是課程內容，教學技巧或教室硬體設備的問題？或是剛好教學及考試時段互相干擾？這些現象均需再檢討改進。

整體而言，三、四年級的基礎與臨床醫學課程整合值得鼓勵。宜適度增加小組討論之時數及利用臨床個案來消化基礎課程及概念。但

是，校方必須確實的檢討與改進學生的學習態度、課程內容、教學及考試時段互相干擾等影響學生學習的因素。

五至七年級臨床實習

2007 年開始，新的醫五的核心課（core curriculum）被濃縮成八學門以及八次臨床核心課並且集中於上學期每天上課約 6 小時。短時間內拋給同學大量的資料，可想見的，難以消化。接受訪談的所有高年級學生都認為醫五的核心課需要再調整。

舊課程，另訂定“sub-core curriculum”的課程並且安排學生到各實習醫院相關的臨床科上課。同時院方編撰各科的核心教材作為教學範本。此立意甚佳，但北醫 clerk 學生除了體系內 3 家醫院外，也會到新光、馬偕、奇美、國泰等 4 家非北醫體系的醫院 3 個月的實習。另外，6 年級可選中榮、高榮以及台東馬偕醫院一個月。根據學生表示，其他醫院並未依「聯合醫學教育委員會」規定上“sub-core curriculum”，同學臨床受教內容依不同實習醫院而有不同，也因此造成同學的不安。建議所有 clerk 只到北醫附屬的 3 家醫院，並且必須照醫學教育委員會規劃操課，如此教學品質才可確保一致性。

學生對整合課程似有疑慮，擔心遺漏核心的知識。由課程改革小組與學生的協調會議紀錄可看到 97 學年 5 年級的新課程已經送出到教

育部，但直到開學前一個月校方才跟學生代表開會協調。這樣匆促的作法導致學生需退選已經選修的課。課程的改變需慎重其事，課委會如果事先能邀請學生參與，雙方經溝通後才推出新課程，學生對新課程的支持度才會提昇。

五年級下學期及六年級的臨床實習表是學生每週換一個 course。可以想像，一週的時間內，環境才剛認識就要換科，這種「蜻蜓點水」式的安排，雖有廣度，深度卻甚為不足，無法讓學生真正能有 primary care 及 hands-on 的機會，更無法讓他／她們了解病人從住院至出院整個過程。七年級（Intern）亦有多科只排一至二週的實習課程，這種實習的成效堪慮。宜考慮減少學生實習的科部，並延長每個科部 Intern 實習時間。

Orientation: Intern 及 clerk 到臨床各科大都是由總醫師做 orientation。建議能加入各科護士長的 orientation，一方面可讓護理人員認識同學，成為 team work 一員，另一方面也是讓學生知悉護理作業的規範，有助於醫學生與護理人員彼此之溝通。一般而言，各科教學目標如何、實習時段安排的用意及重點，非負責課程的醫師無法說明清楚，因此各科的課程說明必須要求負責的主治醫師出場解說才可達成此目標。

病歷書寫：住院病歷（Admission note）缺乏 Assessment and plan，

住院病歷無法看出實習醫學生之臨床思路。病程紀錄 (Progress note) 方式，萬芳醫院用 DMAP，其他醫院用 SOAP，以致學生至各醫院需要重新學習記錄病程方式，容易混淆，建議三所附屬醫院使用的病程紀錄格式一致化。

值班：由於附屬醫院住院醫師短缺，Intern 值班時往往負責 3~4 個分屬不同科別的病房，有的科甚至 Intern 還沒有到過，並不熟悉作業方式。這造成他／她們醫療處置上的壓力與不安，並且會危害病人安全。Intern 不是勞力，應基於培育人才之角度來重新思考其值班的工作。

急診室：附醫急診醫學有 9 堂核心課程，每天下午 3:30~4:30 由 tutor 小組教學，配合 simulator 之演練，同學學習成效良好。clerk 方面，採取所謂“保姆制”，由主治醫師指定一位住院醫師帶領一位 clerk，十二小時一起輪值，Intern 只有一位（急診實習為選修），進行互動式小組教學，唱作俱佳，令人深刻印象。

婦產科：Intern 實習 4 人一組，萬芳 3 週，附醫 3 週，Intern 在附醫分配是以工作場域為主，一位在病房換藥、一位在手術房跟刀、一位在門診，另一位依需要安排。開刀及術後照護者由不同 Intern 負責的奇怪現象，據該校學生表示：這是把 Intern 當作工廠裝配員人力的安排；完全沒有以學習者的需要考量。院方需迅速改善。

內科病房核心課程：題目為 metabolic acidosis，一位 tutor 面對 5 位同學小組教學，彼此互動很好而且以臨床檢驗數據來分析，教學效果佳。三家附設醫院內科部在每月第二週四早上 7:00~9:00 舉行聯合討論會，由三院輪流主持，並有視訊服務，此視訊會議應可推廣於其他科室之會議

教學門診：教學門診及門診教學要定義清楚。同一時間有 6-7 位學生看一位患者，對患者隱私及權利有不少之傷害。另外，身體檢查要確實，不宜隔著衣服作檢查。臨床診斷學課程，學生缺少互相演練及病房實習的機會，並且幾乎在五年級下學期才能接觸病人。應該考慮四年級進入醫院前就需培養學生臨床技能的基本能力。醫師與學生比有 1 對 2 或 1 對 1 的教學門診，從 history taking、Physical exam、diagnosis 到治療，都是以學生為主之教學。這些成效再次驗證小組教學，互動良好之教學方式最受學生肯定。教學門診看診時學生所展現的身體檢查技巧並不確實；學生一來沒替量病人血壓，再而腹部檢查只要求病人坐著掀開衣服用手摸一摸。雖有安排教學門診，但這樣的教學其品質堪慮。北醫教師培育中心應培育醫師（包括住院醫師）臨床教學的功夫。

雙和醫院目前只有 4 位醫七的學生，應可得到最好的照顧。學生們認為可學得最多的常是在實際參與照顧病人時。這是 hands-on 學

習的效果的另一例證。

學習評估

北醫規劃有多樣化的評估方式，除了 written test，OSCE 及 PBL 外，還有 Mini-CEX、modified DOPS、實習醫學生共同學習護照、實際操作/病人照顧經驗彙總表以及 portfolio 等。其中學習護照要核對分類編號來填寫診斷或症狀。學生表示他們重視學習過程，也認同學習成效之登錄考評，但希望能夠融合統整評估方式，否則輪到一科可能只有 1~2 週的時間，卻要填寫許多的 checklists，徒流於形式。根據 97.09.12 聯合教學醫院學生座談會記錄，6 家實習醫院有 4 家少用或並未依學習護照內容授課。學生臨床實習地點分散於各醫院，每家課程執行的程度均不一致，這種教學品質堪慮。現今北醫三家附屬醫院的容量及病人數應足以提供其學生的教學所需。在教學品質的考量上，校方實在沒理由再讓學生到他院去實習。

院方推行 Portfolio 值得鼓勵。內容詳細載明學習心得，primary care 的病例，考試題目與成績以及老師之回饋。由於每位學生在每一科都要留下紀錄，因此紙本的 portfolio 檔案保存上將是一個問題。另外，portfolio 是屬於學生個人的學習紀錄，其隱私也需要保護，建議可朝發展 e-portfolio 方向來改進。至於護照之填寫，仍只有蓋章且未如期

完成填寫的情形，教師的質性回饋意見也幾乎沒有，宜加強質性回饋意見的填寫。

Mini-CEX 在各醫院皆全力推廣，並且配合教學門診進行。雖然目前推行量很好，但質方面仍要加強，且考核的醫師應接受過評估培育課程。不宜同一時間內讓多位學生對於同一位病執行 Mini-CEX。

目前所設計的學生對臨床課程評值表太過簡略，無法真正了解學生對臨床學科教學之滿意度。教學評估表在三院應盡量一致化才可以比較，以保障學生的學習品質。院方要特別留意學生 97 學年度大五上學期課程的滿意度低於 3，宜思考如何改進以增加學生滿意度。

九十六至九十八學年度北醫應屆畢業生國家醫師考試通過率均達 90 % 以上，超過全國平均通過率。

加強學生的英語能力

醫學系（學校）有必要加強學生的英文閱讀能力，也同時可準備學生面對三年級課程大多是英文的醫學書的情境。在討論會時，一些常用英文字有些醫師英文發音有誤，會誤導學生，院方應加強培育英文發音正確的老師。

甄選學生

北醫甄選學生入學比例由 93 學年度的 5 % 增加到 98 學年度的 48%，明年度擬增加到 70 %，這努力值得肯定。但需要考慮驟然大
幅提高甄選學生入學率是否會有成效。

面談方式由 3-4 位面談委員同時與一位學生對談 25 分鐘，接著另
外 2 位委員採團體面談方式共 80 分鐘。面談最大的挑戰是必須建立
施測的客觀性，以示公平。此外，北醫必需在甄選學生上考慮平衡弱
勢族群的學生，並且縮短城鄉的差距。

導師制度

導師制度：學生 1-4 年級時分配一位導師，5-7 年級另有一位導
師。學生偶爾會與導師聚餐，但就僅於此，導師功能尚未落實。反倒
是大一到六共同學號的同學“家聚”比較受同學喜愛，因為可以彼此
交換訊息，低年級生可了解未來高年級的求學生涯而先有所準備。

師資培育與升等

師資培育的功夫待加強：檢視 50 位參與 5 年級臨床核心課程的
教師所使用的教材以及上課情形，有 20 % 教師的幻燈片超過 100 張，
他們因此上課的時間不夠，只好草草結束或延長上課時間。

相對於之前的訪視資料，65 位專任基礎醫學老師數目並沒有明顯

增加，基本上基礎醫學教授的師資依然薄弱。解剖學科人員仍然不足，應給予更多的名額，以滿足教學的需求。

設置教學型主治醫師：津貼補助 5 萬元/月，目前共有北醫有 11 位教學型主治醫師，這對提昇其教學品質相當有助益。院方並無特別規範教學型主治醫師要有多少教學、服務及研究量。建議教學型主治醫師相關的義務、權利及升等辦法宜明確規範，以利單位遵循運作。雖然三所附屬醫院辦了相當多場研討會，由委員觀察到的門診教學情況，北醫教師培育中心應培育醫師（包括住院醫師）臨床教學的功夫。

對於教師投入教學鼓勵仍可加強，除了升等辦法正考慮使用更量化的教學積分外，全醫學院或醫院應遴選教學優良老師，並給予獎金、選入教學金榜或配章來激勵老師投入教學。教學卓越教師獎金雖然已經由 2,000 元提升至 10,000 元，但相對於其他醫學院校的獎勵份量，仍然有加碼的空間。

教師升等項目中，目前教學與服務放在一起考核。比例為：教學+服務 $\leq 20\%$ ，年資 10%，研究 70%。研究的份量最重，明白的顯示學校最重研究表現。要提高教學績效的權重，並且應該儘速分開評估教學與服務，才可能加強老師教學的意願。有些老師的教學負擔較重，為了鼓勵這些老師能安心、穩定地持續在北醫服務，學校應考慮教學優良的教師在升等方面有不一樣的考量。

雖然萬芳醫院規定住院醫師升主治醫師至少需完成 8 小時提昇教學能力課程，其他醫院對住院醫師之師資培育要再加強及確實執行。許多住院醫師沒有上過師資培育相關課程，也不知有學分之規定。此外各附屬醫院的資深住院醫師不足，大大的影響到對學生的教學。

教學資源的利用

這幾年來，北醫在硬體方面的設施，改變非常多，已經蛻變成一個嶄新的面貌。除了新建的綜合研究大樓、第三醫療大樓，附屬醫院的長廊有台灣醫界典範系列介紹，值得肯定。除了各醫院原先的技能中心，新設雙和醫院也另開闢新的臨床技能中心。校園內學生上課的環境仍然有待加強，例如：大堂課的階梯教室仍然存在，尤其是 3201 教室是長方型、字幕小，期望能儘速改善甚或重建這些教室以改善大堂課的品質。

圖書館（校本部）空間雖不大，但藏書完備。教育部教學卓越計畫經費補助以及三家附醫提撥經費注入下，全校每年的圖書經費超過 5,500 萬。為了配合整合課程的實施，宜增購整合課程必需的書本經費，每種圖書可考慮購買 10 本。另外，應增設學生讀書中心，以避免學生佔用圖書館作為讀書中心，減損了圖書館之真正用途。

教學醫院

北醫之前經營的醫院有附屬與萬芳醫院，最近又加上開始營運的雙和醫院後總床數已經超過 3,000 床，其提供的臨床個案數、多樣性以及複雜度已經足以支援醫學系學生的臨床教學所需。

追蹤教育部醫學教育改進計畫執行情形

1. 基礎醫學師資依然不足，尤其是資深教師仍欠缺。雖然教授級人數由原先 14 位增至 23 位，然而主要增加的是醫科所合聘教授，而非迫切需要的學科。
2. 通識課程數目已有增添並且依世界醫學教育聯盟所訂定的七項能力來規劃，但是安排的時段與授課方式仍有待檢討改進。
3. 課程已經有基礎與臨床的初步整合，但過程少有學生參與並且以課堂上課為主，宜增加小組討論的份量。
4. 臨床實習分散在七家醫院，其教學及評估的品質不一，雖然已訂有獎勵教學措施並且有設置教學型主治醫師，但成效仍待提昇。
目前雙和醫院已經開始營運未來將會擴充至 1,400 床，院方務必規劃將來容納所有醫學生在附屬醫院內實習。
5. 北醫未來將拋棄「小而美」而朝向「中而美」的醫院規模經營，是否營運壓力會對教學品質產生負面的衝擊須進一步的觀察。

總結

台北醫學大學新的領導團隊在邱文達校長的領導下，充分展現企圖心：學校要邁向國際一流大學，附屬三家醫院則朝向「中而美」的醫院規模經營。秉持此一雄心，這幾年台北醫學大學積極的向外界募款與爭取到教育部教學卓越計畫，在校內充實校園建設、培育師資與改革課程，此次訪視時可看出其團隊積極、具體的表現。

北醫有下列幾項有待改進：

1. 校方與附屬三家教學醫院的教學指揮系統需清楚的劃分。
2. 通識教育課程數量及、時段及授課方式需評估與改進。
3. 基礎與臨床課程的整合仍待加強。
4. 學生實習的醫院有 7 家之多，北醫目前已增加雙和醫院，四家非北醫系統的醫院未能配合課程的要求，因此宜縮減實習醫院數目，以保障實習品質的一致性。
5. 課程委員會應有學生代表，並且加強與學生的溝通。
6. 基礎醫學師資需增強。
7. 校方需再提昇臨床師資教學能力，對於教師教學上的表現應適度的反應於其升等及其他獎勵。
8. 校方經營雙和醫院付出的人力與資源對醫學教育的影響仍需要後

續的觀察。

決議：

「通過」至 2012 年 12 月 31 日，但需於 2011 年進行追蹤訪視。