

成功大學醫學系評鑑總評及建議決定

結 果	建 議
☒通過	「通過」，但須於 2014 年下半年以相關的新制準則追蹤建議改進情形，以瞭解新醫學院院長和新醫院院長對整體醫學教育的治理成效，同時瞭解對上述建議事項執行與改善之狀況。 1. 教育成果： 這幾年第一階段的國考通過率，並沒有預期的優秀成績。雙主修和輔修的同學，若能在排課避免衝堂，選修的同學可能更多，將展現多元教育的優秀成果。 2. 評鑑資料： 太多前後的不一致，特別是重要的資料。新的自評資料格式完成後，或許可以避免此問題的發生。 3. 行政和資源： 期許接任的醫學院院長和醫院院長，把握並珍惜現有的健康的行政體系，積極善用成大的雄厚資源，包括行政、財務與人力，拓展教學、研究與醫療，並盡快完成 BEST Center 的建設。在品質上更自我激勵、期許，朝向世界一流醫學院邁進。 4. 課程的設計與執行： (1) 通識和醫學人文課程的範疇與必修學分數宜適度精簡。 (2) 持續 STM 的運作。 (3) 持續改進醫三和醫四的整合課程以及臨床課程。詳細的理念、設計與教學方法，請看底下的說明。 (4) 課程的負責教師或 coordinators，宜請資深有經驗的教師，且必須賦於執行的權責，方能達成教學的目標。 (5) CFD 宜多開設增進教學品質和學習效果的課程。 (6) 鼓勵資深教授參與教學，並以傳承。 5. 醫學教育理念、課程安排策略與教學設計及教學方法： (1) 由策略到任務的教師發展規劃，從老師的教學素質的提升做出發點： (a) 必須強調老師對學習原則與教學原理的深入與整體的瞭解，使教育理念與課程安排策略，以及教學方法的設計能夠有一致性、具實質性，而且前後貫通、相互呼應及相輔相成。如此才能真正的營造及增強主動學習與自我學習的動機與環境，也才能達到實質的執行與施展，有效益的教學與學習。特別在教師發展上，老師必須熟悉並瞭解如何培育、增進及落實學生的主動學習與自我學習，並且能夠運用有效的教學步驟與方法，來實行與執行在每天的教學活動上。如此，老師也才能灌輸實習學生必須要先看病人，完成自己的病人評估與治療計畫，然後

參加病房查房與教學。老師也才會要求學生要先看病人，負起真正照顧病人的本份。從照護病人中學習專業知識；從照護病人中操作及鍛鍊邏輯思考；從照護病人中養成自我與終身學習；從實質照護病人中發展臨床決斷技能；從照護病人中經歷發展科學方法解決問題；從照護病人經驗中培養人際關係及溝通技巧。很明顯地，從學生自己能夠先去看病人，實質地照護病人；有機會先去瞭解並評估病人的情況，做鑑別診斷與治療計畫，才能夠真正地養成核心能力。不然，只是紙上作業，只是表面的操作，不但達不到實質的教學效果，更不會養成核心能力。

- (b) 在病房教學和門診教學上，老師必須強調以學生為中心的教學；也就是必須能夠在教學活動中知道學生需要什麼（知悉學生已經知道什麼，哪些是學生不瞭解、不知道或需要的地方），然後依學生的需要來教導。在教學中，也要同時引發學生的推理思考過程，使教學更有成效。不只是一味的講解，而要依學生的需要教導，如此才能達到知識運用的目標，而不只是獲取知識（The goal of education is application of knowledge, but not just acquisition of knowledge）。
- (c) 在小組教學上，盡量避免單向教學及單用 power point 的講課。老師一定要使用互動性與啟發性的教學，在互動中灌輸課題的正確觀念，讓學生能推理思考，而且真正達到知識的運用。
- (d) 在臨床研討會上（包括晨會與科部教學討論會）要更上一層樓，把引發與激勵學生推理思考的層面自然的運用在研討會的互動討論中，發揮知識的運用，而不只是知識的獲取（記憶）。如此教學才會更有成效。

關於以上的 (a)、(b)、(c)和(d) 四項建議，都是為達成醫學系教育目標的教學步驟與方式。經由這些基本的教學步驟與方式，培養與建立學生主動學習與自主學習才有立足點，培育學生核心能力才能夠落實，且有效的執行。

如果學生不先去看病人，不從真實的照護病人開始，有效的臨床教學就不能夠施展。如果老師只是講授，而不強調引發學生推理思考，學生永遠是被動學習者，學習成效自然不彰。

- (2) 器官模組的規劃與設計，必須將 PBL、TBL 以及 CBL 等工具有效地運用在能夠培養獨立自主與終身學習的理念與目標上。這個需要負責的老師團隊，從深入瞭解學習原則與教學原理做出發點，有效地運用 PBL、TBL 及 CBL 等教學工具（註：PBL、TBL 及 CBL 只是教學的工具與方法，而不是教學的“策略”）。
- (3) 器官系統模組的課程地圖，在書面上是以基本素養與核心能力為中心，但是實質上是相當的片斷及十分的複雜，必須使其建立在一個學習的基本原則上，並且環繞在主動學習的主軸上，才能實際地達到所定的教學目標。

- (4) 從學生入學開始即灌輸“以病人為中心的照護”觀念與課程，並且以實際課程及有效教學引導，養成主動學習及自我學習的習性。
- (5) 建立學長及學姐的楷模風氣與傳統。學長及學姐們建立的主動學習與自我學習的良好習性（在實習時能夠先去看病人，主動照護病人，從病人中學習，從照護病人中運用推理思考，並且養成核心能力），積極地影響學弟妹們。將主動學習與自我學習的良好習性，儘早介紹給學弟妹們，成為一個優秀的傳承。
- (6) 教導並培育住院醫師與醫學生的教學能力與素養，如建立“住院醫師即是老師（Residents As Teachers）”及“學長姐們如何教導學弟妹們（Students As Teachers）”的課程，能夠增進住院醫師與實習醫學生的有效學習，即參與有成效的教學。同時考慮建立有創意的課程或活動，提升學生的學習能力，促使學習更有成效，如介紹反思學習。
- (7) 五年級的實習課程是臨床教育的基石，是建立醫學生臨床醫學知識、技巧與態度的基本課程，必須強調其完整性，輔以足夠的時間來建立。建議將五年級的實習課程延伸至 48 個星期，包括有內、外、婦、兒及精神等主要臨床科目，而且內科必須有 12 個星期以上的課程。
- (8) 小科的密集上課，雖然立意甚佳，但缺乏教學成效。建議挑選幾個常見的疾病為病例，以互動討論，引導推理思考的方式進行，才會有學習成效。
- (9) 強化評估。在修課期間即給學生有意見回饋的機會，使學生在學習期間有改進的機會與時間。
- (10) 建立一完整體系的課程教學設計與方法，從一年級到六、七年級，使其完整的環繞在主動與自主學習的原則上，輔以有效教學來鼓勵並帶動學生的主動學習與推理思考。這個體系的課程教學設計與方法，須用一個有教育專長的老師小組來主導、輔助與監督，使其有統一性與一貫性（由一年級到六、七年級）。

6. 臨床技能中心、臨床技能訓練設備與多元化的協助教學設備：

在設備與設施及高科技的輔助教材的時代與環境裡，提醒成大教學主導者及老師們，必須十足的認定能夠引導學生運用知識的教學，能夠啟示學生推理思考的教導，能夠培養學生主動自我學習的步驟與過程，才是真正的有效教學。同時，臨床教學必須建立在實地照護病人中，而不是在技能中心。

唯有正確的教學原則與方法受到完全的認定與維護，教學才不會落入設備、設施與高科技的圈套與干擾，才能將良好的教學設備、設施及高科技輔助工具更適切地運用在有效益的教學上。而不會成為阻擾，甚至製造出教學競賽的局面，或教學設施的炫耀與教學假象。（註：成大尚無以上的現象，但須留意提防）。

7. 教學獎勵措施：

改進升等辦法（尤其在升等的規章和法條），並明文列出以教學績效的

	升等辦法。必須提醒成大，大學的首要任務及責任是提供一個優質的教育和學習環境。因此，如何權衡教師的教學、研究與服務，使成大能成為教育和研究的頂尖大學，應審慎規劃。 8. 學務和輔導： (a) 慎選「On Doctoring」的導師，加強他們的訓練，並評估其成效。 (b) 加強輔導委員會的功能，持續追蹤高關懷學生。 (c) 鼓勵同學去國內、外醫院實習與參加研究工作。 (d) 提高外籍生入學的中文標準，才不會浪費珍貴的資源。
☐ 通過 (有條件，將於_____再予追蹤)	
☐ 待觀察	
☐ 不通過	

成功大學醫學院醫學系

評鑑結果報告

（訪視日期：民國 101 年十二月十七日至十二月二十日）



民國 102 年四月

國立成功大學醫學院醫學系

101 學年度 TMAC 訪視評鑑報告

評鑑日期：民國 101 年 12 月 17 日至 12 月 20 日

醫學院評鑑委員會

民國 102 年 4 月 10 日

目錄	頁數
I. 訪視小組成員	3
II. 緒言	4
以下 III 至 VI 項評鑑: 含資料審查、簡報、實地參訪、面談和建議	
III. 行政與資源 (含教師發展中心)	5
IV. 教學和研究	7
1. 通識和醫學人文教育	7
2. 基礎教學和研究	10
3. 臨床教學和研究	14
V. 學務和輔導	19
VI. 學習環境與其他項目	23
VII. 總結與建議	24
VIII. 結論	28

I. 訪視小組成員

領隊：	慈濟大學醫學院藥理學教授	邱鐵雄
成員：	美國 Emory University 小兒科教授	楊義明
	美國 University of California, Irvine 放射科教授	蔡芳洋
	輔仁大學醫學院院長/小兒科教授	鄒國英
	陽明大學醫學院內科教授/北榮醫學教育中心主任	陳震寰
	長庚大學醫學系主任/內科教授	方基存
	高雄醫學大學外科教授	賴春生
	台北醫學大學醫學科學研究所/生理學教授	李文森
	台灣大學醫學院社會醫學科教授	何明蓉
	醫學院評鑑委員會主任委員/和信治癌中心醫院 神經科教授	賴其萬*

*: 新制準則試評委員

隨行人員： 朱宥樺資深管理師
張曉平秘書 (12 月 20 日)

訪視評鑑日期：民國 101 年 12 月 17 日至 20 日

II. 緒言

首先感恩成功大學（簡稱成大）在這四天訪視評鑑所提供的協助，整體性配合與支持，讓評鑑能在預定的行程順利完成。我們可以感受到成大全體教職員工對醫學教育的用心，令人感動。必須提及 TMAC 由貴校黃崑巖創院院長一手創立，在很短的時間就讓台灣的醫學教育能與美國的醫學教育相評比，我們皆與有榮焉。

此次評鑑包括八位國內及二位國外委員。二位國外委員為 Emory University 小兒科楊義明教授和 University of California, Irvine 放射科蔡芳洋教授，由旅外人才庫聘請，對台灣的醫學教育非常關心，也曾多次參與 TMAC 的醫學院評鑑。此次評鑑，他們不但提供醫學專業的建議，也提出醫學教育的理論和實務，相信對台灣的醫學教育將有深遠的影響。五位國內委員為 TMAC 委員（賴其萬、鄒國英、陳震寰、方基存和邱鐵雄），其中賴其萬教授為 TMAC 主任委員及新制準則試評委員，他全程參與訪視，但並不參與評鑑報告的撰寫。其餘三位國內委員（賴春生、李文森和何明蓉）由國內人才庫聘請，他們也都有醫學院評鑑的經驗。國內委員來自不同的公私立大學，涵蓋不同的專業領域，加上二位國外的資深委員，我們希望提出一份客觀、公正且具建設性的報告。

成大已有八十一年歷史，而醫學院成立也將近三十年，為南部唯一的綜合大學；成大在九十四年獲教育部選為「發展國際一流大學及頂尖研究中心計畫」的兩所重點大學之一。成大醫學院與附屬醫院舊院區和門診大樓新院區，已發展成為完整的醫學中心校區。醫學系的教育目標在九十年正式行諸文字，為「培育能夠提供完備醫療照護能力的醫師，這樣的醫師必需具備相當的人文素養及醫學倫理精神，並有豐富的醫學知識，良好的溝通能力及能利用科學方法解決問題；他（她）具有終身學習的態度，既是科學家也是社會的公民」。無可懷疑地，成大醫學院（系）已為國家培育超過一千五百位醫師，可期待未來也將持續為國家培育良醫。

這四天的訪視，我們參加了許多的活動，包括課堂旁聽、晨會、教學門診、門診教學、案例討論、morbidity and mortality conference 等。正式面談包括 54 位教師和醫師以及 78 位同學，總共 132 位，加上非正式面談，實際人數比這個數目大。此次 TMAC 評鑑為繼上次評鑑通過七年後的全面評鑑，並驗證前次 2009 年追蹤訪視委員們建議事項的執行成效。針對 2009 年追蹤訪視的建議，成大皆努力的進行改進，值得肯定。成大這幾年來在教育部五年五百億及邁向頂尖計畫獎勵下，已有很傑出的成果表現。謹就提供的資料和四天的訪視，提出下列的觀察和建議，做為貴校醫學教育改進的參考。

III. 行政與資源（含教師發展中心）

成功大學、醫學院及醫學系皆有完善的行政架構和幕僚。醫學系共有八個基礎醫學科和二十一個臨床醫學科；臨床學科主任由醫學院院長會同附設醫院院長意見，推薦適當人選簽請校長同意後產生；四位副系主任（名為學務、招生、教學和評鑑副系主任）各負責一個委員會（學生輔導、招生、課程和教師評審）。基礎學科與其碩士班合併成為科所合一的單位，科主任同時為所長係遴選產生。醫學系以其二十九個學科和研究所（加上獨立所和附屬醫院），為醫學院的最大教學單位。

醫學院院長、醫院院長和醫學系主任依遴選辦法產生。現任院長林其和教授將於2013年7月31日兩任期滿，此外附屬醫院院長於最近（2012年）往生，其繼任人選，值得關心和期待。醫學教育能否達到預期的目標，與醫學院院長和醫院院長是否能密切的合作，同心為醫學教育付出，至為相關。這幾年來，醫學院和醫院有和諧、密切的合作，營造雙贏的局面，有利於醫學教育的推展。成大醫學院執行管道（channel of command）的行政架構是很理想的，目前運作得非常順暢，校方也認同和支持此行政架構。

醫學院與附設醫院有極為正面的行政體系，醫學院院長對醫院院長遴選有相當的影響力。醫學院教務分處主任兼醫院教學副院長、醫學系主任兼醫院教學中心主任、醫學系臨床學科主任兼醫院臨床部科主任。這個行政體系明顯地鋪蓋成臨床教學的管道與執行面，對臨床教學的實施、推展與改進，具有極佳的功能。此行政體系可做為台灣各醫學院與附設醫院體系上的借鏡，甚至楷模。雖然醫學院院長與附設醫院院長過去每週都有會議，但宜建立常規的溝通機制。我們期盼目前順暢、和諧的兩院伙伴關係能夠永續。

在興辦醫學教育之危機中，成大大自述：「醫學院為成大九個學院之一，其資源分配必須與其他學院競爭，然又限於公家體制對人事與經費運用的規範，能彈性調整、應變幅度有限」。的確，校方從教育部取得的經費，根據各學院的學生人數分配給各個學院。與校長面談中得知校方有一筆可觀的校務基金可供校長應用。很感動校長深切瞭解醫學教育比其他教育更昂貴，需要更多的人力支持；校長也體會大學的最重要責任為提供優質的教育。對醫學院的未來，校長也有一些看法，例如，醫院收入若有盈餘，可提供給醫學院做為研究專用款（非取代醫學院經常預算）。成大工學院的歷史悠久，成就非凡，其產學合作及授權利益的成績，甚至超過麻州理工學院。成大醫學院已有將近30年的歷史，對成大的整體聲譽，有很大的加分作用。與黃校長面談時，他曾說成大在工學院方面的成就，可以讓成大成為世界2百大的大學，但成大若欲進入世界百大的大學，則必須有醫學院的加持，始得完成。由於醫學教育之投入成本甚高，包括養成時間、教學設備及研究儀器，雖然目前校方給予醫學院之預算優先考量，但委員們建議校方能給予醫學院院長正式參與整體預算分配之會議，以利運作。另外，生醫器材中心整合工學院和醫學院的專家與資源，可促進兩院的合作，從而增加彼此的瞭解，相輔相成，有助於成大未來的整體發展。

在國立大學的行政組織架構下，很明顯地醫學院的財源和空間是固定的，也因此影響醫學系和科所的運作。由於校方有校務基金，醫學院應可依其發展的需求，向校方請求給予需要的經費和空間。院系更要關心負責執行醫學教育的底層單位：基礎和臨床學科，務必給予足夠的預算和空間。現階段醫學系基礎學科的經費和空間，尤其是後者，是不夠的！成大醫學院已有亮麗的研究成果、很好的產學合作與很高的授權金，這些成果的維繫及擴展，除了需要研究計畫經費的支持外，還需要有足夠的空間。校方已經把水利工程系的一塊土地轉給醫學院；在這塊建地，醫學院林院長規畫成立 BEST (Biomedical Excellence and Synergy in Taiwan) CENTER，包含研發及育成等設施。希望校方和醫學院能很快有一共同可行的方案，開始建造新的研究大樓，使研究能量向上提升。校長也表示校方盡量讓行政流程更具有彈性且人性化。學校鼓勵老師們積極爭取產學合作的機會，也盡量幫助老師們爭取產學合作下的各項福利。

醫學院教師發展中心和醫院的教學中心各有不同的職責，但也共同推動師資培育課程，學分相互承認。師資培育課程包含基本教學和一般醫學；前者在 100 年舉辦了 38 場次，雖滿意度很高，但這些繼續培育活動中與 PBL 相關者有 3 場，共 11 小時、TBL 有 1 場共 2 小時、clinical presentation 為 0 場。這些活動的內容與醫學系採用多元教學方式：PBL、TBL、CBL 和 Clinical Presentation 的設計並不完全符合，且有老師誤認為 clinical presentation 的教法即是以案例來教導學生。

醫學系成立醫學教育期刊讀書會，鼓勵教師討論醫學教育，並組成研究團隊，向國科會及教育部等國家機構申請醫學教育研究資助，值得肯定和鼓勵。此讀書會目前參加者大多數為教授，是一個好現象，但宜多鼓勵年輕和新進的教師參與，從中汲取經驗並可達到傳承。

成大醫院共有開刀房 25 間，其中局部麻醉 3 間，另有一間心導管室。每間開刀房都配有 1-2 台電腦，提供手術排程、病人資料、手術記錄、手術繪圖及解剖圖之資訊，也可上網搜尋（如 pubmed）所需之醫學相關資料，落實「時時可學、處處可學」之教學理念。手術標本由工友負責標準作業程序，運送到病理科，彼此電話確認簽收，避免實習醫師當運送員之勞力工作。國考認證之國鼎臨床技能中心設有 14 間 OSCE 模擬診間，10 間模擬病房，1 間模擬 ICU，除了醫學系與護理系各自訓練基本照護能力外，宜加強落實以病人為中心之跨專業教育，提供平台讓醫學生與護理生對話溝通，落實以病人為中心之模擬訓練。

建議：

1. 為了未來成大整體的發展，學校應考慮醫學教育特殊的需求，給予更多的經費和空間方面的支持；此外醫學院應有必要進行募款，成立醫學教育基金，協助完成醫學教育的使命，特別是選送學生到國外學習，擴展國際觀。
2. 建議定期舉辦多元教學方法的師資培育活動，以繼續培育更多老師對這些教學方式的理念與方法得到共識，能夠確實執行，而達到提升教學成效的目的。

3. 把握並珍惜現有的健全行政體系與資源，拓展教學研究與醫療。在品質上更自我激勵，更自我期許，而且實現 TMAC 與台灣醫界及社會大眾對成大的極高期望。

IV. 教學和研究

1. 通識和醫學人文教育

成大重視醫學人文素養源自黃崑巖創院院長，其理念為眾所周知的「成為醫師之前，先作成功的人」。校園內充滿人文氣息，如：陶壁誓詞，由黃創院院長親筆揮毫的醫師誓詞，燒製在陶磚上，而後貼在壁上；代表 Hippocrates 精神的法國梧桐樹（習醫之樹）；崑巖圖書館的武田書坊，專門收藏與醫學相關之書籍；對孕婦表達憐惜和關懷的「招弟雕像」；定思園（Dean's Garden）的沉思；有 600 座位的成杏廳；以及「等待維納斯」等。值得一提的是在院長辦公室外面的牆上，掛著歷屆醫學系畢業生的照片和得到教學優良教師的名牌，無形中提升同學和教師的士氣和認同。校總區還有一座博物館，提供人文的學習環境。

於 100 學年度開設具有醫學人文特色的「On Doctoring，習醫之道」課程，給醫學系一與二年級選修，102 學年度將改為必修課目。課程設計及執行用心，學生反應佳。本課程內涵整合目前的導師制度、部分臨床體驗課程（如醫學生涯、臨床溝通演練等）與臨床技能課程，讓醫學生能在一至四年級就有比目前更多的臨床接觸。此為具創意的整合課程，期待能培養具人文素養和精湛醫術的全人醫師。但由於同學與導師有四年相處的機會，也因此導師的言行，將對學生品格的塑造，產生深遠的影響。如何慎選導師，無疑地，將是成大醫學系必須重視的問題。委員們發現，醫學系尊重同學，准許他們挑選導師；但醫學系可能需要研擬一套辦法，以免受歡迎的導師帶領太多同學。也需考量「On Doctoring，習醫之道」與原開設在一、二年級的「醫學生涯」課的重疊性。

成大醫學系的通識教育，由大學通識中心規劃，包含核心通識（16 學分），跨領域通識（10-14 學分）及融合通識（2-6 學分）。成大醫學院有非常豐沛多樣之博雅通識與醫學人文教育課程與環境，醫學系 106 年畢業生，其跨領域通識人文學修課就達 58 門、110 人次，然而 32 學分必修之通識課程延伸到高年級，是否會排擠到臨床實習之課程，宜加以檢視。融合通識 2 至 6 個學分，其中通識領袖論壇要聆聽 18 場演講，繳交手寫 1,500 字心得報告；通識生活教育實踐要閱讀書籍，手寫 3,000 字報告，從「聽」、「寫」著手，立意甚佳。如何融合這些知識與技能成為行為的準則，也就是「做」的部分，包括有服務學習，熱蘭遮人文行動網...等，形成很好的聽、說、讀、寫及做的通識教育網。但融合通識以多項認證及累積點數的方式完成，例如聽演講或閱讀經典寫心得，此領域似乎深度不足，易流於形式，是否達到通識教育的目標，尚待檢討。

一些通識教育的老師授課內容生動，也具實用性。然而大部分老師上課較少與學生有互動的現象，除了知識上的傳授，較少引發學生去思考及傳授如何去學習的方法。教學內容及方式應可再活潑些，應避免填鴨式的教學。有些學生仍把通識及人文課程當作營養學分。而授課老師對於學生的出席率及上課的態度也沒有甚麼要求，顯現師生對於這些非專業的科目似乎沒有太在意，而忽略了通識及人文教育在大學生的人格養成教育上的重要性。成大醫學院一向重視人文精神，不只在校園營造濃厚的人文氣氛，在課程上亦安排很多人文課程，然而人文精神的養成，很難從課堂上達到目的。建議學校在學生的生活教育上能更加落實人文的生活教育，從生活中學會彼此尊重，不要讓人文精神只成為情境下的產物。

英文醫學字彙的課程由外國老師上課，授課方式活潑，學生上課的態度積極，且有非常良好的反應。建議系上可增加類似的課程，以提升學生的外語能力及學習意願。另外，學生表示大一、大二充滿了「感性」的通識課程，特別是「醫學生涯」的課程，能夠與醫師跟診及跟刀，這是學習上最難忘與最震撼的課程。二下的「臨床溝通演練」課程設計是以授課、訪談老師以及“臨床困難溝通情境案例讓學生演練”，後者是以 PBL 小組討論方式進行。有學生對此課程設在 2 年級之恰當性提出質疑：缺少相關知識、不知可到哪裡查尋某些主題的資料、難以體會從未遇過的病人情境等。宜再檢視此課程之目標、課程設計及在哪一年級開課對學生有益。

第一講堂為可容納 100 多位同學的大講堂，前後距離較長，坐在後排的同學不易辨認螢幕上較小的字，建議校方改善，如在教室中間兩旁增加一組螢幕。

低年級的通識課程有的是在校總區上課，而下課十分鐘的時間要由校總區趕回醫學院上課，造成學生的困擾。建議學校在安排課程時，也可以把上課的地點放入考量。

根據學生選課資料，學生們選擇各式各樣的通識課程，沒有集中選修某些課程的狀況。面談發現，學生十分肯定跨領域通識學分，可以申請用外院課程抵，學生基本上“各取所需”，可以選修有興趣的課，甚至有些學生選擇負擔繁重的外系課程，但是心甘情願。

通識課程中的自然科學，如微積分、物理和化學，由理學院教師負責授課，與同學面談或評鑑報告中，並未發現有任何的問題。但從課程自評之「本課程之教學品質評估」項目的敘述，看不出學生是否學到該課程的一些與醫學相關的內容或具 clinical relevance。在通識和人文課程，對課程品質的評估，根據評鑑書面報告，其方法多元，但有些未聚焦，不知能否真正執行並達成提升教學品質的效果？例如：「觀察該科教師教學方法與學生課堂表現（如出席率）」；「由於為一年級新生的通識課程，未設計相關評量機制」；「使用負責老師所設計回饋問卷…負責老師於每學期初將學生的回饋與建議的教材納入 Teacher's Guide，以便各個老師改進其教學方式與教材」；或「本校教學發展中心實施之教學反應調查結果」或「由醫學院醫學系教學資源中心實施之教學反應調查結果」等。自然科學的課

程評估和醫學課程的評估方法和結果明顯地有很大的差別，此是否因系所評鑑和 TMAC 評鑑的標準和嚴謹度不同所致。

在 95 到 98 年畢業校友 80 份（雖少，但顯示他們關心）的核心能力認知分析中，人文素養、醫學倫理專業、病人照顧、醫學專業知識、臨床決斷技能、人際關係及溝通技巧最高，科學方法解決問題與自我及終身學習次之，而國際視野及負責之社會公民只有 30%，未來課程之設計與教學方法應予以補強。

建議：

1. 若系上必修學分可以更精簡，排課可以更集中，例如不排在每日的第 2，3 堂，學生會有更多時間選修綜合大學的多元課程。
2. 正式課程的部分，學生自主評鑑報告顯示，目前醫學人文課程必修課，部分內容重複，學分數過多，尚待整併及增強連貫性。
3. 通識課程的安排，應考慮上課的地點，避免在短時間內須由校總區趕回醫學院上課的困擾。
4. 大堂課的上課方式，成效有限。訪視時看到有些教師和學生互動有限，有些學生在課堂補眠或低頭用手機、筆電。
5. 訪視發現有些小組課程，組間差異太大，需要評估及確認各組皆有達成主要的課程目標。
6. 教師方面，訪談發現之前 STM（Society, Technology and Medicine）中心頗受歡迎的社會學專案教師離職，學生表示遺憾。而新進的、唯一的醫學系專任醫學人文教師，身為歷史學者卻要教社會學。建議設立經常性的單位，延續計畫經費快結束的 STM 中心。
7. 臨床教師與人文教師可進一步合作搭配，規劃連貫性課程，增進橫向及縱向的整合。
8. 增加國際視野及負責之社會公民相關的課程。
9. 課程評估方面，醫學人文課程的目標和成效，還有研議的空間。
10. 醫學系或學校應制定可適用於所有課程的評估方法，而且應有回饋的機制。
11. 參與及負責醫學人文教學工作的教師，需要升等的實質鼓勵。目前升等辦法雖有分軌，但是研究仍占決定性的 40%，數位投入大量時間於醫學人文的教師，長期無法從副教授升等為教授。雖然老師們沒有怨言，但其生涯發展需

要院方支持。與校長訪談中，校長曾提到目前教育部給予成大相當的自主性，也再度強調校長的教育理念，認為大學裡教學為首要任務。因此建議醫學系、院方及校方在升等制度上能落實對教學的重視，應可以制定更適於醫學人文教師/臨床老師的升等辦法，成為他校楷模。讓老師們除了研究外，也能重視教學，造福學子。

2. 基礎教學和研究

成大醫學系把生物化學作為自然科學而非基礎醫學，在二年級上下學期開課，共六學分，已實施多年，學生學習並無困難。生物統計和公共衛生在醫二全部上完，實在太早了。在學生沒有醫學背景的情況下學習完整的流病和公衛，不易引起學生的興趣，也不易完全了解公衛的重要性（雖然系方說明公衛課程為配合學生暑期的醫療服務團隊）。另外，在二年級開設選修的 Global Health，是創舉，除了可擴展同學的國際視野，也符合 WFME 的要求。

三年級整合課程：

三年級的課程包括大體解剖學（含實驗）、組織學（含實驗）、微生物學及免疫學（含實驗）、生理學（含實驗）、胚胎學、寄生蟲學（含實驗）和神經解剖學（含實驗）。三年級課程整合始自 99 年，在觀摩國外學校後，決定以香港中文大學醫學系的課程設計為學習對象，自 101 年上學期開始實施全新的整合課程。其規劃為：(1)以 organ system 分成 block 安排課程內容，上下學期各 4 個 blocks；(2)減少大堂授課，以每週不超過 30 小時為原則；(3)取消 100 學年之前在微免、生理及寄生蟲的 PBL 教學方式；及(4)加入 team-based learning 教學方式，每學期 3 個案例，每個案例 2 次各 2 小時。

三年級的整合課程雖經兩年規劃，但在 101 年上學期開始時，仍非全面性的整合，上學期實際為大體解剖與胚胎學整合，生理學與組織學整合，下學期為生理學與微免學整合，生化已移至 2 年級。原全面以英語上課的生理學，因實施多年以來學生的反應不佳，已開放老師自由選擇，大多數老師改用中文上課。另外，醫三之整合型課程在期中考之後，就沒有生理學與組織學之課程，一直要到下學期才有，學生建議能在三上連接，如此延續性會比較好。醫三每週上課時數仍高達 30 小時，未來需進一步整合，減少大堂課時數。

課程執行方式似乎尚未底定，「101 學年度第一學期醫學系三年級基礎醫學整合課程學習指引」所列課程整合之基本原則，列出“以多媒體教學、IRS、TBL，小組個案討論（PBL），提升同學上課之興趣與成效。”但在訪視期間所提供的三年級每週授課時間表並沒有小組個案討論（PBL）的教學活動。

解剖室已加裝新的抽風系統、手術無影燈及攝影教學系統，雖仍可聞到些福馬林味道，學生學習環境已有明顯改善。每週有四次大體解剖課，均是先上課一小時，接下來三小時即進行解剖大體實驗課。訪視期間所觀察解剖學科的上課，老師以

風趣且和生活連接方式介紹背部肌肉，使學生可以在愉悅氣氛下學習。解剖實驗除了提供學生們人體的學習外，也能對生命有更深切的認識，同時藉機讓學生提升人文素養。學生們課前對大體老師家屬的訪談，讓學生能親身去體驗生命的價值，學生在解剖實驗室外的走廊製作對大體老師感恩與回饋的壁報，都是不錯的教育方式。

修大體解剖學及大體解剖實驗課的有醫學系、物理治療系、職能治療系及研究所學生，約 150 人。實驗課每 16 人一具大體，每組再分 4~5 人一小組，每次由一小組的學生操刀解剖，另外幾組的學生則留在準備室或教室外走廊，等到最後一小時，再進入解剖室觀看操刀組同學說明解剖的成果。學生在解剖實驗室的學習態度可再莊嚴與努力些，盡量避免有嘻笑的行為。因為實驗操刀的問題，有些學生上課時是在走廊唸書或吃東西聊天。建議學科能有更適切的安排，以免影響學生的學習效果。

建議：

1. 大體解剖實驗課

- (1) 大體解剖實驗課雖然增加了 2 組大體，每組學生人數可以下降至 16 人，但只有一位老師，一位助教/教學助理指導所有學生，操刀組學生無法得到很好的指導。建議增加指導老師及教學助理，或是將學生分成 A、B 組，不同時段上課。
- (2) 2009 年追蹤訪視有關解剖實驗室的空調，已改善。解剖學實驗課，目前以研究生協助實驗，雖可節省支出，但研究生畢竟不會長期留在成大，因此有必要聘請專任的助教，提升大體解剖實驗的學習效果。
- (3) 因每次上課只有 1/3-1/4 的學生在操刀解剖，大體解剖室的空間應予以妥善規劃（如整理出存放標本的空間），讓其他的學生在此段時間可以有合理的空間使用，並妥善規劃這些學生在該期間的課程活動，使他們可以藉由模型、標本、X 光片等輔助教材學習解剖相關知識。
- (4) 大體解剖課的學分過重（8 學分），學生若沒修過即達 1/3 課未修過，建議衡量此課程的份量及學分數的調整。
- (5) 解剖的進度與 block 課程的銜接不理想，醫學系應謀求改進的方法。如：在三年級以授課、模型、標本及預先解剖好的大體等，讓學生學習與 block 相關的解剖知識；四年級或以後再做大體解剖。
- (6) 模型、標本等學習資源明顯不足，應增添。

2. 生理實驗課多只是助教在上課，實驗後的講解也是助教，無法滿足學生的求

知。此外，實驗課內容應與授課內容銜接，且以增加學生的領悟來設計，不要淪於技術性操作。

3. 三年級基礎課程的整合才剛開始，醫學系應擬定明確的課程評量項目及評量，以收集資料做為課程修正的依據。

四年級整合課程：

四年級課程自 97 學年開始規劃，於 98 年學年度首次推出改革後的課程，此整合課程的規劃為：

1. 不以傳統學科思維安排授課內容，而以 organ system 排課，上學期有 6 個 blocks，下學期有 5 個 blocks。整合進來的基礎學科有藥理學與病理學，再搭配實驗診斷學、臨床診斷學、基礎內、外及小兒科學。在各 block 開始上課前，有 orientation and review of organ system，並在結束前安排 clinical presentation lecture。
2. 減少大堂課時數，每週不超過 20 小時，檢視授課 PPT 檔案以減少重覆內容。
3. 以小組討論、PBL 學習方式，每學期在病生理課以 3 個教案整合基礎與臨床知識，期望訓練學生定義問題，討論問題，找尋資料的能力。
4. 在臨床診斷學強調 clinical presentation 方式的教學。
5. 101 學年開始在 block-based teaching 實施 team-based learning (TBL)。

在訪視期間觀察三組的小組討論，為第三個教案的第一次討論，系上將此個案例的討論定為評分的討論，規定 tutor 不可介入，放手讓學生主導，因而無法觀察到 tutor 的導引技巧。三組學生的進度有明顯的差異，有一組在課程進行到一半時，已為 concept map 列出不少內容，另二組則仍在澄清案例線索及基本觀念上打轉。學生自評資料顯示對病生理的 PBL 滿意度低。依課程規畫所附資料和教師訪談，病理和藥理學的整合，實際上還是以傳統的學科進行併裝教學，因此同學是否學習到這些知識的臨床相關性 (clinical relevance)，值得爾後仔細檢驗。TBL 才實施不久，尚無法評估其成效。

對教學的執行，教師會在學期初將 PPT 檔案上傳學校數位學習網站；課後提供 POWERCAM；教師的教材經過同儕的審查，優質的教材，在教師的評估時可得到加分。從教師教材審查意見表，可以知道很多教師的 PPT 檔案，不是投影片的張數過多，就是沒有明確的學習目標，下載的圖片未註明來源，內容過多，或圖片、字體模糊不清。被審查的教學檔案是否依審查意見修正，因無後續的記錄，無法得知。但教師可利用 POWERCAM 瞭解本身教學的狀況，做為改進的依據。

在各個 block system，有些學科所推薦的參考書超過一本，既使我們知道同學們皆依賴共筆，閱讀英文教科書的同學不多，仍然可能增加同學在學習上的困擾。

與 PBL 學習效果關係密切的課程應為論文寫作或研究，它能幫助同學建立自我學習的方法，培養終身學習的能力及慎思明辨（critical thinking）。成大只在四年級第一學期開了 1 學分的選修課程（論文研究）嚐試在二年級開一門 1 或 2 學分與論文寫作或研究相關的必修課程。此課程與 PBL 等學習模式將幫助成大完成培育暨是良醫又是科學家的醫學教育。

除了寄生蟲學科外，其餘的基礎學科皆是科所合一，因此除了教學，尚需參與學系或院校的研究生教學和服務。基礎學科的教師目前共有 64 位，稍嫌不夠。基礎學科老師的研究，這幾年的成果相當傑出，產學技轉的金額應是金國第一，令人稱羨。生醫方面的研究，仍然是未來的重點，也符合政府在生技產業的政策。研究空間明顯不足，應儘速設法解決，否則將嚴重影響既有的成果及未來的發展。如前述，校長已有解決空間不足的構想，委員們期盼成大能儘快解決建築大樓所需的經費。

成大醫學系有令人稱羨的低生師比，同學何其有幸。另外，校本部與醫學院在同一地區內且為綜合大學，同學有很多的機會可修習其他領域的科目，擴大學習的領域，目前有 5 位雙主修的同學，5 位選修輔系的同學，就是很好的證明。主、輔修的領域多元，如外國語文學系、電機工程學系、政治學系、經濟學系和物理學系；一位雙主修的同學，已從法律學系畢業。在培育醫師科學家方面，有改進的空間，目前有一位同學在進修 M.D./Ph.D. 學程。

在升等方面，教師可自行選擇審查記分標準，分成 A（教學 50%，研究 40%）B（研究 60%，教學 30%）和 C（服務 40%，研究 40%）組，各有不同的研究、教學和服務比例。升等管道則分為基礎醫學、臨床醫學和醫學人文、社會教師組。從 98 到 100 學年度升等教師率，以 A 和 C 組升等教授約 65 至 70%，B 組升等教授為 100%；升等助理和副教授則無差別。多種的升等管道和記分方法，可以讓專注於教學的教師，特別是曾得到教學成果、創新、傑出或優良獎的教師，能有升等、留在成大的機會，那將是學生的福氣，也是成大的驕傲。不過，即使教師在教學成果優秀，記分標準中研究所佔的比率，仍然高達 40%。希望研究比例能再降低，多鼓勵以教學、服務及輔導為主的教師。

成大在獎勵和鼓勵教學及研究，有下列措施：

1. 成大針對傑出研究和教學皆訂定獎勵辦法；但在升等方面，仍然偏向以研究為導向。在升等的條件中，研究可以到 60%，但教學只到 50%，而服務更只到 40%。我們無法要求每一位教師皆成為三項鐵人，但我們可期待每一位教師在一或二項工作中達到學校的要求；因此應有必要制定更合理且較能配合專業的升等辦法。既使成大定位為研究型大學，但請記得成大仍然是一個教育機構，其主要使命為提供莘莘學子一個優質的學習環境。

2. 基礎教師的研究非常突出，鼓勵多與臨床醫師合作，期盼未來在轉譯醫學有優異的成果。
3. 醫學院教學特優教師遴選，尚需針對其教材，經過同儕審查，此辦法值得他校參考。
4. 針對「教學創新獎」、「教學成果獎」、「教學傑出獎」與「教學優良獎」等舉辦發表活動。

成大在自評報告書中提及未來將面臨的危機之一，為在五年之內有 28 位資深教師將屆齡退休，而成大似乎並無措施繼續聘任這些教師，實在可惜，特別是教學、輔導和行政歷練豐富的教師。能夠將這些經驗傳承的方式，現行辦法為聘請退休資深教授和醫學教育專家等擔任顧問，而落實教師輔導機制 (mentoring) 目前以此辦法聘請林銘德教授，根據報告，其效果相當不錯，但是否能持續執行，值得觀察。

建議：

1. 四年級的整合課程已進行了 3 學年，其架構已逐漸穩固，整合式的學習有助於學生對不同學科相關知識的學習。但若使用 PBL 方式欲達到培育學生自我學習及同儕相互學習之目的，除案例編寫、tutor 培育外，PBL 小組討論次數也是一個重要因素，因學生與 tutor 均會有 learning curve。貴系應慎重評估一個學期僅三個案例（14 小時，不含 feedback 及 evaluation）否可以達到所設定的目標（對學生的學習方法，思維產生影響）
2. 需再加強師資培育，以減少組間的差異，使學生能從討論的過程中實質獲益。
3. 開設與論文寫作或研究相關的必修課程，以促進 PBL 課程學習的效果。
4. 鼓勵基礎和臨床研究的整合與產學的合作。
5. 所有的 block system，每一學門宜指定或推薦一本教科書。
6. 退休教授把經驗傳承下來的方式宜持續，此模式可作為他校的借鏡。
7. 應有以教學為主的升等辦法。

3. 臨床教學和研究

成功大學醫學院臨床訓練的基本設計為兩整年的 clerkship 及 1 年的 internship。Clerkship 和 internship 大致上均在成大醫學院附設醫院完成實習，

醫七學生必須到雲林分院完成十天的實習。每一屆有 6 名學生可以到財團法人和信治癌中心醫院實習，內、外科合計 12 週；少部份醫六學生可以申請到國外見習；醫七可外調至台大、和信、高醫、義大、慈濟大林和奇美實習一個月。

特色：

1. 兩年 clerkship 實習，所有臨床科部均會實習，核心課程以 E-化學習及個案討論進行，大幅減少實習中上大堂課的時間，lectures 大幅減少，增加病房實習的機會。
2. 成大醫學院與電機系合作，開發 Me-Learning 臨床醫學教學系統，在國科會研究計劃之補助下，已邁入第十年，有非常豐碩的成果，共有 109 個教案，其中又以護理的 28 個及外科 35 個為最多，以真實病例為主。內容不但有病人之主訴、病史、家族史、過去病史、生化檢驗、影像檢查、診斷治療...等資料，提供學習者自我學習與自我評估，甚至還包括跨科如 nursing assessment 及整體醫療的費用，臨床教師透過討論區扮演 learning facilitator，不亞於目前市面上的 DXR 系統，期許更進一步產、官、學合作，把發展出來的教學內容產品化，輸出成大的醫學教育高品質教材。
3. 成大附設醫院教學中心有完整的數位學習系統，各部科普遍設立 E-化學習網站，數位學習資源豐富。
4. 兩年的 clerkship 間，每週四下午規劃為選修時段，可以中止實習，去大學部修課，增加多元學習的機會。（但看下面待加強事項第四點說明）
5. 成大附設醫院主治醫師與醫學生人數比例佳，主治醫師臨床工作較輕鬆，願意花時間教學，教學氣氛佳。
6. 編印完整的實習醫學生手冊以及學習護照，開始使用學生學習歷程檔案夾收集學習資料，醫院教學中心有完整的雙向回饋資料，有助於掌握每一位實習醫學生的學習狀況。
7. 已經接受 2009 年 TMAC 追蹤訪視建議，將大部份的實習週數延長為 2 週以上的輪轉單元，有助於增加 primary care 的機會。
8. 內科部每週二、四為集中各次專科的 meeting，有助於跨科合作學習。
9. 開始應用 healthcare matrix、critical appraisal 於 morbidity and mortality 病例報告與期刊論文選讀 journal meeting，提升教學價值。
10. 臨床照顧醫療團隊完整，大部份的 teams 都包括 VS、 residents、 interns 及 CR，臨床教學資源完整。

11. 醫學生的學習態度佳，有人文氣息。
12. 國鼎臨床技能中心場地和設備完善。
13. 醫四臨床診斷學實習有到醫院接觸真實病人。
14. 成大醫學院附設醫院與成大醫學院關係良好，配合度佳，有助於提升臨床教學品質。
15. 臨床醫師的研究品質與數量皆很優秀。

待加強事項：

1. 在五、六年級的實習學生課程中，沒有讓學生真正的經歷臨床學習。相當多的五、六年級實習學生沒有主動先去看病人，而只是跟著主治醫師查房，完全失去臨床學習的本質與功效。很多學生沒有清楚瞭解先去看病人，負起照顧病人的職責（在適當的監督指導下）有些老師也不知悉學生先看病人，是學習臨床醫學的必要步驟，也是培育學生主動學習與推動思考的原動力。所以有些老師沒有讓學生一開始就知道先看病人是必須的，也是被要求與預期的，當然也就沒有執行。很多老師很認真且熱心地講給學生聽，做給學生看，帶著學生查房、說明、再說明，講詳細、再詳細。但是很少與學生互動，更缺乏讓學生有機會主動思考及推理。因此失去了臨床學習，也使得臨床學習效果不彰。這個缺失現象在住院病房與門診都有。
2. 醫四基礎臨床整合課程和醫五臨床實習連接仍不夠好，可考慮增加 orientation 的時間。醫五進入 clerkship 前有 1 週的職前講習，可考慮延長，適當加入急診醫學以及住院病人常見 complaints 的處理，以加強醫學生 primary care 的能力與信心。
3. 雖然 clerk 已經編到臨床照顧醫療團隊之中，但 clerks 沒有賦予實質臨床照顧的責任。對於所分配的病人，醫學生的責任，只是完成 6 份住院教學病歷，包括 1 份 on-service note，3 份 admission notes 及 2 份 progress notes；clerks 兩週的實習只有一次值班，次數太少，並未實際處理病人的 complaints，意義不大。類似的情況為很多的學生（低年級與高年級都有）將五、六年級課程為“見習”。其中有些學生（包括五、六年級的學生）的認為五、六年級只是用“看”的，而不必去參與照顧病人，不必去做。
4. 兩年的 clerkship 間，在週四下午可以離開醫院，造成實習中斷，也反應 clerk 沒有實質參與病人照顧，可有可無，不是真正的 primary care；clerkship 每週 1 學分已經隱含全時間實習的概念，在上班時間離開病房去選修其他課程，會有超修學分的爭議。例如，同學提到門診時間常與上課時間衝突，被迫翹課。

5. Clerks 所寫的病歷另外收集為教學病歷，不放在正式病歷中，不易培養責任感，也表示學生沒有真實參與病人照顧，沒有承擔照顧病人的責任。在實際訪談中，醫學生對所寫的教學病歷僅視為必須完成繳交的「作業」，並未視為學習的資源，對該病人的病情，亦未充份了解。也有醫學生反應 paper work 太多，看病人 10 分鐘，寫病歷 3 小時。有些 paper work 不能確實記錄所學，但又必須浪費時間去完成。
6. Clerks 輪轉到臨床科，在兩週內需要撰寫 1 份 on service note，3 份 admission note 及 2 份 progress note。一般是 PGY 提供適合寫病歷的病人，clerks 去 review 舊病歷，自行去看病人，take history，做 physical examination，寫成病歷，然後才交給主治醫師帶回去修改，沒有討論病歷寫作的機會；最好是主治醫師帶著學生去看病人，正式將學生介紹給病人。Clerks 第一次接病人時，主治醫師最好應全程在場。
7. Interns 雖有實際參與病人照顧，但仍以執行主治醫師或住院醫師交辦的臨床工作為主，獨立思考判斷的能力仍然不足，對自己病人病情的掌握仍然不夠熟悉，例如，在婦產科實習的 intern，已知即將進行卵巢癌手術的女病人有高血壓，卻不知道住院期間是否有服用降血壓藥，也不知道手術當天是否仍應繼續服用降血壓藥。
8. 住院病歷格式完整，但內容撰寫仍不夠確實，有矛盾之處，舉例而言，有位周邊神經病變的病人，病歷最後的 assessment 寫了 decreased muscle tone，但 physical examination 的神經學檢查部份卻記載 normal muscle tone。實驗室檢查的結果可直接帶進病歷中，但病歷上沒有針對檢查結果給予適當的判讀與評估。
9. 晨會均以臨床案例報告為主，強調病史和身體診查，但進行方式仍然非常傳統，沒有帶動學生（或住院醫師）正去主動推理。雖然讓學習者有機會發言，或者問學習者的意見，但是沒有推理的內涵或過程。例如，問“這個病人除肝臟發炎之外，還有什麼肝臟疾病？”如此只是問記憶而沒有太多的推理成份。但是，如果問“這個病人有如此情況，你要考慮什麼？”這樣的步驟與問法，自然地讓學生有機會、有空間去主動思考，去做有意義的推理思緒，學習成效才會彰顯，也是更有成效的教學。醫學生的參與度仍低，多半是總醫師與住院醫師之間的對話，或主治醫師的評論。內科的兩個大型晨會有非常好的型式與討論，但是仍然缺乏帶動醫學生臨床推理的步驟與方法。
10. 外科部的 M/M 晨會，討論第五掌骨創傷和大腸癌已轉移到肝/肺之肝手術不良預後的案例，整個過程沒有實習醫學生的參與，失去教學的機會。討論會中還有二位同學在吃早餐及幾位同學在小睡，完全無視於進行中的案例討論。此可能為沒有讓學生參加討論，而不當的行為也沒有得到老師的關切；可能會讓學生覺得雙重標準是可被接受的。

11. 神經科的晨會由主治醫師主持，參加的有很多住院醫師和學生（實習醫學生和實習醫師）。住院醫師和總住院醫師坐在中央桌子，學生則坐在外圍，Q/A 只有住院醫師，學生未參與。隔天，情形一樣。委員不知道這是交班的晨會，但兩天的案例皆很快結束，沒有適當的 differential diagnosis，主治醫師在討論結束前離開，總住院醫師也沒有給同學簡報。總住院醫師穿著 T-shirt 主持會議，主治醫師並未告知或糾正此不恰當的穿著；此與優良的專業素養不符合。委員相信，醫院或醫學院不會准許醫師穿 T-shirt。此種穿著應立即被糾正，並應建立一個制度。
12. 住院醫師雖然優質且具熱忱，可惜欠缺對實習醫學生（五、六年級）督導與要求，尤其是沒有激勵並要求學生必須要先看病人，在查房前要把病人的病情瞭解，並且包含思考對病人的評估與治療計畫。在病房教學時（ward rounds and bedside teaching）要主動的將自己對病人的瞭解、評估與治療計畫進行報告，並參與討論。如此才是真正的主動學習，也是有成效的學習。有些住院醫師好意的為學生沒有先看病人而辯護，理由包括：今天的晨會由八點延長到九點半，而沒有在九點準時結束等等。但，這不是理由，學生應該在晨會前先看病人，才有機會作有意義的學習。在訪視中，有機會與學生討論此考量與關切時，有些學生立即意會到問題的關鍵而主動的說：“我們應該提早來看病人”，而且是相當的肯定。
13. 醫學院的高年級學生沒有建立臨床實習的正確觀念，也還沒有養成主動學習性，讓學習變為被動而且失去效益。如此，實習學生仍然是被動學習者，同時也失去能夠對低年級的醫學生（尤其是三、四年級，但包括一、二年級）的影響，也沒有成為學弟、妹的典範與楷模（role model）。
14. 相當多臨床老師或住院醫師對實習醫學生的監督與激勵太消極，對實習學生缺少要求，也沒有經常提出讓學生思考、推理上的問題，失去主動學習的機會，也讓學習成效大打折扣。
15. 有些教學門診只有讓學生問診，但沒有讓學生獨立檢查病人。
16. 成大附設醫院電腦系統不穩定，常當機。
17. 住院醫師福利不夠好，R1 沒有年休，周六要上班，薪水不高。
18. 外調實習醫院僅限於少數教學醫院，應可以再增加，並鼓勵學生參加外調實習，擴展視野。
19. 主治醫師帶著醫學生穿梭看病人，沒洗手，錯失以身作則的機會。
20. Clerkship 實習，有些科不讓 clerk 刷手上刀。

21. 住院醫師與實習醫學生缺少機會學習有效的教學原理、步驟與方法，使成效無法在醫療團隊學習過程中建立，更無法借重與發揚。

建議：

1. 醫五內科 clerkship 可以考慮延長為 4 週為輪轉單元，加強師生關係，才有機會在後半程開始實質參與病人照顧，學習承擔責任，主治醫師也才有機會長時間觀察與評估學生，實施 mid-term evaluation，給予回饋。
2. 要求實習醫學生一定要看病人，而不是只抄寫或複製記錄。應在適當的時機，賦予 clerks 適當的醫療照顧責任，要讓學生覺得，這是我的病人；甚至也能讓病人覺得，醫學生是照顧團隊的一員。
3. 建議附設醫院教師培育中心多舉辦 student-centered clinical teaching 相關教學訓練課程，供住院醫師及主治醫師們研習。
4. 小兒科和急診科的教學有兒童虐待案例；家醫科和急診科的教學未涵蓋家暴；精神科應對學生加強自殺的教學。台灣社會家庭不幸的自殺和性虐待案例越來越嚴重，醫師應更警覺並預防這些悲劇的產生。醫學教育應多關注這些層面。家醫、急診、小兒和精神科的教學應包括家暴和兒童虐待。
5. 落實撰寫準確的病歷以及修正錯誤的英文。
6. 在教學門診和病例討論，加強與學生真正的互動。
7. 學生和所有的醫療人員必須遵守個人的衛生，有些醫療人員的穿著及儀容必須改善。
8. 教學門診紀錄的教學重點包括十大項目，可能太多，不易達成目標。

V. 學務和輔導

醫學系有一位副系主任負責學生的輔導工作，而學校的學務長為骨科的林啟禎教授，因此對醫學系的學務和輔導相當用心，其運作也相當順利。成大努力地完成學務的四大核心工作：健康大學、安全保障、友善校園和幸福工程。期望學生能有四大核心能力：1.語言與溝通能力；2.思考與判斷能力；3.專業與跨域能力；及 4.創新與領導能力。以達成培育具專業與領導能力、倫理與人文素養、關懷社會、創意與國際視野的各界菁英來貢獻國家及造福人類。學校、醫學院和醫學系方面設計了多元活動與制度，由許多熱情的老師參與規劃執行，令人感動。

學務的工作皆有完整的辦法與負責和執行的單位，更重要地是醫院積極地參與這

些工作，目的是希望所有成年人，都能維持良好及穩定的身心健康狀況。另外，受訓一個月以上，院外代訓醫師、醫事人員及各類實習學生等皆必要接受 (1) 胸部 X 光，(2) HBs Ag 及(3) HBs Ab 的檢驗。在心理健康方面:高關懷學生輔導機制包括校園精神疾病及自我傷害個案事件通報、憂鬱與自殺高關懷篩檢。憂鬱篩檢 19 分以上由導師視需要，轉介至心理師或精神科。導師制度為總導師制及小組導師雙軌制；每個學期需有兩次導談時間，意見可上「導生 e 通」反映處理。新的「On Doctoring」將取代現有的導師制度及部分課程，此已在前面敘述。針對學生的身心適應，除了填寫學生憂鬱（快樂）表及導師對話外，醫學系有專責心理師協助學生情緒、自我探索、學業、感情、兩性交往、自信和自我調適等問題之排解。遇情況特殊的學生，有加強輔導的機制。比較特別的是系上設有學長姐制，若能發揮它的功能，對整個醫學教育會有很深遠及正面的影響。成大有完整的校內、外服務學習教育課程，這些皆有潛移默化養成良好人格之效。在教師方面，學務處每一學期舉辦一次導師的輔導工作講習。

校園安全與生活輔導：住宿同學皆有機會與外系同學同住，有不同的交流機會。學校提供安全及無障礙校園。為了校園安全，成大從 2011 年與台南市合作實施「成大校園周邊安全方案」，值得稱讚，但卻沒有提醒同學穿越小東路往返校總區和醫學院之間應注意的交通問題。針對性別友善、性平等、性騷擾或性霸凌等議題，皆設有相關的委員會，並有標準作業及處理流程。

友善校園方面，讓學生感受生活、關懷生命及落實性別平等教育。照顧弱勢及尊重多元文化。醫學院新生座談舉辦認識台南之旅，包含古蹟、生態環保及美食；舉辦以新生為主的迎新宿營。另外，更舉辦以新生家長為主的家長座談會。由每學期固定舉辦的「校長座談」、「院長座談」和「系主任座談」等，事先蒐集學生意見，讓學生有機會與校、院、系主管直接面對面座談反映意見，以達良好溝通。每學期有 2-3 次透過「醫學系系學會權益部」和老師溝通。成大提供多種獎助學金協助需要的同學。

幸福工程乃培養學生具國際宏觀、合作領導、關懷社會與服務人群之精神；促進學生全人發展與職場競爭力；舉辦生涯規劃課程提供學生未來方向引導。學生生活受關懷，照顧學生之規劃無微不至，至為欽佩，替學生慶幸與高興。亦讓每位在成功大學工作者有希望，這是兼具幸福及希望之工程。

實地觀察執行狀況與學生反映需改善項目：

1. 依實地訪查與學生反映，學生社團、討論及活動空間不足。舉辦活動時常常要利用走廊等公共空間，造成路人與學生活動的不便，以及影響醫圖教室上課安靜度。
2. 依學生反映，學生社團及活動時間的規定與申請程序，限制太嚴格與繁複，希望有適當彈性與鬆綁，包含醫學院圖書館適度的開放討論空間及使用時間。

3. 學生反映學生自習空間不足，學校規劃的自習空間小、進出不方便、空調及品質需要改善。
4. 依學生反映醫學院圖書館是否可以適度開放帶書包進入；印表機列印收費是否可降低價格且合理化。
5. 學生反映醫學院安排有導師制度及生涯規劃，部分學生讚許制度規劃，但是部分學生卻不了解導師制度的功能，甚至有整學期尚未與導師見面的情況發生，應積極改善導師對學生關愛，來自異地的學生更需要陪伴與輔導。部分學生反映生涯規劃活動並無整體且持續之規劃。
6. 學生反映部分臨床醫師沒空執行導師任務，希望能更換以達到導師制度的目的。
7. 學生反映獎助學金條件限制較嚴格，獎學金制度之資訊公告與宣傳不足，建議加強公告系統及簡化申請系統；並建議考量目前四年一期之獎學金制度調整為七年一貫獎勵制。
8. 服務學習的實施要義需讓學生瞭解，安排服務時需注意學習及反思，學生反映舉例：一星期夾病歷、排書架等兩小時，似乎僅執行勞動並沒達到回饋學習目的。
9. 國考及格率數據呈現差距，需確實與加強兩個階段國考及格率之分析機制，以了解目前課程安排需改善之項目或特殊學生輔導之需求。
10. 連續三個年度都有同學因宿舍床位頂讓而受到處罰，98 及 99 年度有三位，記小過一次，100 年度有三個記申誡二次，處罰標準不一致，是否考慮其他柔性之處罰方式或事前加強宣導住宿規範。
11. 雖然住宿方面校部提供 6636 個床位，住宿同學皆有機會與外系同學同住，有不同交流機會。但仍宜增加更足夠床位，讓更多的學生能入住宿舍，亦期望更提升安全、無障礙校園。
12. 身體健康檢查與心理健康量表統整，不能只著重於點的注意，在兼顧隱私與輔導之下，更需落實至長期持續追蹤與輔導層面。
13. 臨床實習之臨床輔導機制較欠缺，並無完整規劃之通報系統及輔導追蹤系統，學生實習時無法及時反映出學習的困難與學習不足，並無交接學習狀況與補強、輔導機制之規劃。輔導機制之規劃宜包含：個人因素、醫師職業相關因素、醫學能力因素及健康因素等。

14. 有雙主修的同學在訪談過程中表示，從大二到大四期間，因沒有固定的空堂時間，因此在修他系的課程時，往往會遇到衝堂而無法及時完成學分，而延畢又會遇到學費繳交及其他客觀之壓力而不得不放棄。
15. 對於 6 位延畢的同學，其中 2 位到國外著名大學進修，另外 4 位則導因於學業成績不及格。除了成績不及格預警外，也有個別輔導記錄。特別對 1 位有學習障礙的同學，輔導記錄從 99-12-10 持續到 101-12-04，可以看出成大醫學院對學生有完整的輔導機制。
16. 學生進入臨床實習，除了在校的學生，五、六、七年級也有平安保險、團體保險，由醫學系編列預算承保（每人一年 375 元），另外他校在附設醫院實習超過 3 個月也由附設醫院免費團體保險（每人每月 40 元），學生到他院實習也會要求提供保險，這對學生之保障很周全。
17. 參加暑期研究的同學 99 年度有 59 位，100 年度有 43 位，完成研究報告者可獲得 5,000 元之獎學金，這是一個很好的措施。在學生訪談中也有同學不但在台灣醫學會中口頭發表，獲得優等獎，同時也寫成論文投稿中，這項學生參與研究之獎勵措施，很值得肯定，也期許每年能統計有持續研究活動之比率。
18. 醫學系的學生 99% 來自南部，只有少數幾位同學來自北部。在招生方面，是否有方法可以吸引北部的學生來報考及就讀成大。

建議：

1. 醫學院需建立學習困難學生輔導及追蹤制度，明確設定通報機制及系統。希望通報事項能包括：成績低落、態度和行為不佳、價值觀偏差、情緒不穩定之早期發現等，並適切的安排輔導，持續追蹤其輔導與轉銜成效，以免不幸校園事件的發生。更應於醫院內建制完善的臨床輔導委員會。輔導委員會之策略需包含：第一級預防：在問題發生之前的預防措施；第二級預防：早期發現問題；與第三級預防：尋求外在的幫助以解決問題等等。
2. 對於高關懷群的同學，從心理師、系主任、系辦及個案同學之間的持續關懷，並在尊重隱私的原則下，需有明確的標準行政作業程序，轉介精神科醫師宜訂立介入機制。
3. 目前的雙導師制度，易流於形式，其執行需要落實與改善，尤其在大一、大二導師應更密集與醫學生見面，以期提早了解學生學習狀況，協助建立學生醫師生涯方向，未來要做的不僅是優良導師，更要是生命導師。如臨床醫師兼任導師職務，因過於忙碌無法執行任務時，應適時更換適合之人選。「On Doctoring」成為必修課程後，將是一個很好的輔導辦法，此已在前面敘述。

4. 學生成立了很多社團，但多無固定的場所，唯獨成杏合唱團有保留的空間。醫學院已制定有學生社團與場地借用規範，但需重視學生意見及需求，改善學生社團與活動相關空間及使用時間，確保學生活動安全與學習安靜；並協助改善學生自習空間與品質。此外，系辦應有一較大的空間，讓學生有歸屬感。
5. 醫學院規劃有服務學習課程，但服務學習的精義需適時強調並讓學生了解體認，以達成實作服務、自我反思及社會責任等三項服務學習目標。
6. 醫學院已規劃有學生獎勵制度，但宜再積極提升獎助學金、獎學金、交換學生及出國進修的名額與機會，並鼓勵學生多參與校外活動。
7. 醫學院需定期分析國考及格率及檢討學生通過之成效指標，可依此據以為課程改善與學生輔導及補救教學之參考。
8. 外籍學生 8 位當中，有 5 位國語不佳，其中有位同學反映對教材及中文考題無法理解，另外有位同學反映在醫院實習也有語言上的障礙。除了語言輔導、個別輔導及 TA 幫忙外，外籍生普遍有學習上的障礙，外加經濟上的壓力，對於外籍生招生的中文基本能力，入學後的系列輔導機制、支援系統與轉、退學條件需要明確的規範。
9. 針對雙主修和輔修的同學，如何落實個別學習者的需求，宜做教學行政上之協調與溝通。

VI. 學習環境與其他項目

醫學院和醫院以天橋相連，而它們又隔著一條路與校本部相望；從醫學院到校本部，大概十分鐘的路程，若不趕課，相當便捷。醫學院的崑崙圖書館雖然較小，但電子資源足夠；武田書坊尤具特色，可惜同學們未好好利用。圖書館不準同學帶書進入，當初的考量或許會因時間的變遷而改變。有些同學會在醫 K 書中心或校總區圖書館溫習功課，達成個人的需求。

100 學年度，成大共有二萬一千多名同學，校方提供六千六百多個住宿床位。依教育部最低 40% 的住宿率，成大尚少二千個床位。與校長面談中，校方答覆將 BOT 先建一幢五百個床位的宿舍，之後會持續增建所需。

有幾個議題比較不為大家注意到，確是相當重要，但不是成大特有的問題：其一為教師或醫師在撰寫經歷或社會服務時，沒有清楚地把所擔任職務的起始和結束的年月記載，導致有教師在校外同時兼具有幾十個職務；其二為在填寫期刊的服務，把審稿的工作（reviewer）當做編輯（editor）；其三為根據所填寫的年月，一個人同時擔任數個重要學科的主任，又有很多的研究發表，很難想像他如何能

勝任；最後是院長、系主任或任何老師替同學寫的推薦信，特別是寄到國外，應精確的敘述，且最好請英文專家或有經驗者過目，這種潤飾過的推薦信才有說服力。

另外一個很重要的議題為防止性騷擾教育，它不應只限於一般的教師、醫師和行政人員，所有擔負行政責任的高階層的教師、醫師和行政人員都應該定期接受防止性騷擾教育。

建議：

1. 增建學生宿舍。
2. 增加自習的空間。
3. 注意履歷表的撰寫，務必落實，切勿因小失大。
4. 加強防止性騷擾教育。

VII. 總結與建議

成大設於文化古都，具有濃厚的文化氣息，兼具大都會的優勢。醫學院、醫院和其他學院全座落在同一校區，形成一個完整的綜合大學，提供多元的課程，學生可接受專業和多元的教育。在全體教職員工合心、合力的努力下，本著「氛圍比機制更能入心，影響比教導更能獲得認同（黃俊傑教授語）」的人本、人文精神，致力於醫學教育，為國家培育醫師，實在值得敬佩。

無可懷疑地，TMAC 的成立與執行，讓台灣的醫學教育提升，跟上世界潮流。此次評鑑，委員們可感受到成大對醫學教育的用心。我們深信接棒的醫學院長和醫院院長將會承續並推動進一步的醫學教育，同時我們提出以下的建議，期盼能幫助成大實現 TMAC 與台灣醫界及社會大眾對成大的極高期望。

1. 教育成果：

整體而言，成大醫學系（院）的醫學教育很成功，值得欽佩。但這幾年第一階段的國考通過率，並沒有預期的優秀成績。另一方面，針對雙主修和輔修的同學，若能在排課避免衝堂，選修的同學可能更多，將展現多元教育的優秀成果，值得他校學習。在增加國際交流與和學習以及擴展國際視野領域，成大仍然有努力的空間。最近幾屆畢業生，將近一半選五大科，沒有五大皆空的現象，也有將近一半的畢業生選擇留在南部執業，顯現教育的成功；但是否也反映南部的學生比較保守？招收的學生，也出現絕大部分來自南部的學校，殊少來自中、北部的高中。總之，

成大的醫學教育成果相當優秀，但我們期盼成大能培育更多、更傑出的醫師，也期待成大朝頂尖的目標邁進。

2. 評鑑資料：

TMAC 要求的資料相當多，的確非常不容易做到完美無瑕；但是委員們也不希望看到太多前後的不一致，特別是重要的資料。新的自評資料格式完成後，或許可以避免此問題的發生。

3. 行政和資源：

期許接任的醫學院院長和醫院院長，把握並珍惜現有的健康的行政體系，積極善用成大的雄厚資源，包括行政、財務與人力，拓展教學、研究與醫療，並盡快完成 BEST Center 的建設。在品質上更自我激勵、期許，朝向世界一流醫學院邁進。

4. 課程的設計與執行：

(1) 通識和醫學人文課程的範疇與必修學分數宜適度精簡。

(2) 持續 STM 的運作。

(3) 持續改進醫三和醫四的整合課程以及臨床課程。詳細的理念、設計與教學方法，請看底下的說明。

(4) 課程的負責教師或 coordinators，宜請資深有經驗的教師，且必須賦於執行的權責，方能達成教學的目標。

(5) CFD 宜多開設增進教學品質和學習效果的課程。

(6) 鼓勵資深教授參與教學，並以傳承。

5. 醫學教育理念、課程安排策略與教學設計及教學方法：

(1) 由策略到任務的教師發展規劃，從老師的教學素質的提升做出發點：

(a) 必須強調老師對學習原則與教學原理的深入與整體的瞭解，使教育理念與課程安排策略，以及教學方法的設計能夠有一致性、具實質性，而且前後貫通、相互呼應及相輔相成。如此才能真正的營造及增強主動學習與自我學習的動機與環境，也才能達到實質的執行與施展，有效益的教學與學習。特別在教師發展上，老師必須熟悉並瞭解如何培育、增進及落實學生的主動學習與自我學

習，並且能夠運用有效的教學步驟與方法，來實行與執行在每天的教學活動上。如此，老師也才能灌輸實習學生必須要先看病人，完成自己的病人評估與治療計畫，然後參加病房查房與教學。老師也才會要求學生要先看病人，負起真正照顧病人的本份。從照護病人中學習專業知識；從照護病人中操作及鍛鍊邏輯思考；從照護病人中養成自我與終身學習；從實質照護病人中發展臨床決策技能；從照護病人中經歷發展科學方法解決問題；從照護病人經驗中培養人際關係及溝通技巧。很明顯地，從學生自己能夠先去看病人，實質地照護病人；有機會先去瞭解並評估病人的情況，做鑑別診斷與治療計畫，才能夠真正地養成核心能力。不然，只是紙上作業，只是表面的操作，不但達不到實質的教學效果，更不會養成核心能力。

- (b) 在病房教學和門診教學上，老師必須強調以學生為中心的教學；也就是必須能夠在教學活動中知道學生需要什麼（知悉學生已經知道什麼，哪些是學生不瞭解、不知道或需要的地方），然後依學生的需要來教導。在教學中，也要同時引發學生的推理思考過程，使教學更有成效。不只是一味的講解，而要依學生的需要教導，如此才能達到知識運用的目標，而不只是獲取知識（The goal of education is application of knowledge, but not just acquisition of knowledge）。
- (c) 在小組教學上，盡量避免單向教學及單用 power point 的講課。老師一定要使用互動性與啟發性的教學，在互動中灌輸課題的正確觀念，讓學生能推理思考，而且真正達到知識的運用。
- (d) 在臨床研討會上（包括晨會與科部教學討論會）要更上一層樓，把引發與激勵學生推理思考的層面自然的運用在研討會的互動討論中，發揮知識的運用，而不只是知識的獲取（記憶）。如此教學才會更有成效。

關於以上的 (a)、(b)、(c)和(d) 四項建議，都是為達成醫學系教育目標的教學步驟與方式。經由這些基本的教學步驟與方式，培養與建立學生主動學習與自主學習才有立足點，培育學生核心能力才能夠落實，且有效的執行。

如果學生不先去看病人，不從真實的照護病人開始，有效的臨床教學就不能夠施展。如果老師只是講授，而不強調引發學生推理思考，學生永遠是被動學習者，學習成效自然不彰。

- (2) 器官模組的規劃與設計，必須將 PBL、TBL 以及 CBL 等工具有效地運用在能夠培養獨立自主與終身學習的理念與目標上。這個需要

負責的老師團隊，從深入瞭解學習原則與教學原理做出發點，有效地運用 PBL、TBL 及 CBL 等教學工具（註：PBL、TBL 及 CBL 只是教學的工具與方法，而不是教學的“策略”）。

- (3) 器官系統模組的課程地圖，在書面上是以基本素養與核心能力為中心，但是實質上是相當的片斷及十分的複雜，必須使其建立在一個學習的基本原則上，並且環繞在主動學習的主軸上，才能實際地達到所定的教學目標。
- (4) 從學生入學開始即灌輸“以病人為中心的照護”觀念與課程，並且以實際課程及有效教學引導，養成主動學習及自我學習的習性。
- (5) 建立學長及學姐的楷模風氣與傳統。學長及學姐們建立的主動學習與自我學習的良好習性（在實習時能夠先去看病人，主動照護病人，從病人中學習，從照護病人中運用推理思考，並且養成核心能力），積極地影響學弟妹們。將主動學習與自我學習的良好習性，儘早介紹給學弟妹們，成為一個優秀的傳承。
- (6) 教導並培育住院醫師與醫學生的教學能力與素養，如建立“住院醫師即是老師（Residents As Teachers）”及“學長姐們如何教導學弟妹們（Students As Teachers）”的課程，能夠增進住院醫師與實習醫學生的有效學習，即參與有成效的教學。同時考慮建立有創意的課程或活動，提升學生的學習能力，促使學習更有成效，如介紹反思學習。
- (7) 五年級的實習課程是臨床教育的基石，是建立醫學生臨床醫學知識、技巧與態度的基本課程，必須強調其完整性，輔以足夠的時間來建立。建議將五年級的實習課程延伸至 48 個星期，包括有內、外、婦、兒及精神等主要臨床科目，而且內科必須有 12 個星期以上的課程。
- (8) 小科的密集上課，雖然立意甚佳，但缺乏教學成效。建議挑選幾個常見的疾病為病例，以互動討論，引導推理思考的方式進行，才會有學習成效。
- (9) 強化評估。在修課期間即給學生有意見回饋的機會，使學生在學習期間有改進的機會與時間。
- (10) 建立一完整體系的課程教學設計與方法，從一年級到六、七年級，使其完整的環繞在主動與自主學習的原則上，輔以有效教學來鼓勵並帶動學生的主動學習與推理思考。這個體系的課程教學設計與方法，須用一個有教育專長的老師小組來主導、輔助與監督，使其有統一性與一貫性（由一年級到六、七年級）。

6. 臨床技能中心、臨床技能訓練設備與多元化的協助教學設備：

在設備與設施及高科技的輔助教材的時代與環境裡，提醒成大教學主導者及老師們，必須十足的認定能夠引導學生運用知識的教學，能夠啟示學生推理思考的教導，能夠培養學生主動自我學習的步驟與過程，才是真正的有效教學。同時，臨床教學必須建立在實地照護病人中，而不是在技能中心。

唯有正確的教學原則與方法受到完全的認定與維護，教學才不會落入設備、設施與高科技的圈套與干擾，才能將良好的教學設備、設施及高科技輔助工具更適切地運用在有效益的教學上。而不會成為阻擾，甚至製造出教學競賽的局面，或教學設施的炫耀與教學假象。（註：成大尚無以上的現象，但須留意提防）。

7. 教學獎勵措施：

改進升等辦法（尤其在升等的規章和法條），並明文列出以教學績效的升等辦法。必須提醒成大，大學的首要任務及責任是提供一個優質的教育和學習環境。因此，如何權衡教師的教學、研究與服務，使成大能成為教育和研究的頂尖大學，應審慎規劃。

8. 學務和輔導：

(a) 慎選「On Doctoring」的導師，加強他們的訓練，並評估其成效。

(b) 加強輔導委員會的功能，持續追蹤高關懷學生。

(c) 鼓勵同學去國內、外醫院實習與參加研究工作。

(d) 提高外籍生入學的中文標準，才不會浪費珍貴的資源。

VIII. 結論

本次評鑑決議：「通過」，但須於 2014 年下半年以相關的新制準則追蹤建議改進情形，以瞭解新醫學院院長和新醫院院長對整體醫學教育的治理成效，同時瞭解對上述建議事項執行與改善之狀況。