

中國醫藥大學醫學院醫學系

追蹤評鑑報告

(訪視評鑑日期：民國 103 年 12 月 15 日至 12 月 17 日)



民國 104 年 6 月

中國醫學大學醫學院醫學系

103 年追蹤評鑑報告

(評鑑日期：民國 103 年 12 月 15 日至 12 月 17 日)

評鑑訪視小組：

召集人	宋維村	天主教若瑟醫院首席顧問/醫評會委員
副召集人	方基存	長庚大學醫學系內科教授兼主任/醫評會委員
委員	邱鐵雄	慈濟大學醫學院藥理學科兼任教授/醫評會委員
	羅竹芳	成功大學生物科學與科技學院教授兼院長/醫評會委員
	張聖原	台北慈濟醫院外科教授兼策略長
	賴春生	高雄醫學大學整型外科教授兼副校長
	倪衍玄	台灣大學醫學院小兒科教授兼副院長/ 共同教育及教師培訓中心主任/
行政人員	朱宥樺	醫學院評鑑委員會組長暨資深管理師
	鄭國良	醫學院評鑑委員會專員
	張曉平	醫學院評鑑委員會執行秘書

目 錄

壹、 學校/醫學系概況及本次評鑑重點	
一、 學校概況.....	2
二、 歷次或前次評鑑重要發現.....	3
三、 追蹤改善事項.....	4
貳、 評鑑執行過程	6
參、 評鑑發現	
第1章 機構	8
第2章 醫學系	10
第3章 醫學生.....	23
第4章 教師.....	25
第5章 教育資源.....	28
第6部份 無法對應準則之上次評鑑建議事項.....	30
肆、 總結及評鑑結果	
一、 總結.....	31
二、 評鑑結果	33
附件：TMAC 2014 中國醫藥大學醫學系訪評活動行程.....	34

壹、學校/醫學系概況及本次評鑑重點

一、學校概況

中國醫藥大學（以下簡稱中醫大），原為中國醫藥學院，創立於1958年，經教育部核准招收醫科100名學生和藥學系52名學生。醫科於1973年改名為醫學系。從創校之後，歷經董事會、校長和師生的努力，自1965年起逐漸增設學院和學系，於2003年教育部核准正式變更為現名。目前中醫大有七個學院、二十個學系、二十八個碩士班、十九個博士班和三個附設醫院，為具中、西醫藥整合特色的醫學大學。醫學院設有醫學系、牙醫學系（學士和碩士班）、臨床醫學研究所（碩、博士班）、基礎醫學研究所（碩、博士班）、癌症生物學研究所（碩士班）、免疫學研究所（碩士班）、老化醫學博士學位學程、轉譯醫學博士學位學程、及癌症生物與藥物研發博士學位學程等共九個單位。醫學系設有解剖、生理、生化、微生物、藥理、寄生蟲、病理、和社會醫學等八個基礎醫學科；內、外、婦產、小兒、耳鼻喉、眼、皮膚、放射、神經、精神醫學、家庭醫學、復健醫學、麻醉、骨、泌尿、放射腫瘤、急診醫學、核子醫學、實驗診斷學等十九個臨床學科。目前全校有學生7,370人、專任教師508人；醫學系有學生937人、專任教師144人。中央研究院院士李文華教授於2014年2月就任校長。醫學院林正介教授自98學年度就任院長（現兼任副校長）和醫學系李正淳教授自100學年度就任主任（現兼任醫學院副院長），均已擔任該職務多年。

茲將與該醫學系醫學教育發展相關之重要事項簡述如下：2001年第一波醫學教育改革，貫徹「問題導向小組學習」（PBL教室改建啟用），整合基礎、臨床課程，提升醫學教育成效。2002年揭櫫十年百億規劃與校訓新詮釋為：仁（視病猶親），慎（修己善群），勤（終身學習），廉（術德兼修）2005年啟動第二波醫學教育改革，前教育部長黃榮村接任校長，提出三年增聘百位優良教師，朝向一流大學邁進。2006年與台北醫學大學和高雄醫學大學簽訂策略聯盟合作議定書，就四方面進行合作交流。2007年五、六年級開始新制臨床醫學課程（clerkship）。2008年急診部周致丞醫師開始推動「混成式學習」（blended learning），結合網路端的數位課程（可讓學生自主學習，減少臨床教師授課時間）和面對面端的臨床實習（可讓臨床教師投入更多時間與同學進行臨床個案討論），增加互動學習；2008-2010試行2年，多數學生反應極佳，兒科接著實施

二年，也很成功，2013年推廣至13臨床科部，至今已推廣至30臨床科部。2010年第三波醫學教育改革，進行學制改革計劃，三、四年級開始新制整合課程。2012年成立「醫學院標竿設定規劃與學習小組」，向國際標竿醫學院校學習。2013年正式啟動六年制醫學教育，完成階段整合。2014年個人申請入學甄試面談採MMI和小組面談方式招生。

新制六年必修課程學分數的配置為：一上20、一下24，二上19、二下17，三上11.5、三下14.5，四上14.5、四下11.5，五50，六38，共220必修學分（七年制必修264學分）。另外，四下前須通過校外英文鑑定（英檢或多益）；一至四年級如有必修科目不及格，無法進入五年級學習。有關醫學人文課程，除了三年級為選修外，其餘各年級提供不等學分的必修課程。一至四年級每週有一次二小時的PBL課程，除了基礎臨床整合課程的PBL外，其他1、2年級的課程，也會適時加入。

2014年請三位校外委員檢視102學年度開始的六年制課程規劃，委員們對「課程教育目標」、「課綱與課程內容」、「師資」、「學分分配」和「建立儲備師資人才庫」等五個項目皆給予高度的肯定，但也提出一些改進的建議，例如，「六年制課程培養出來的學生要等同醫師執照要做的事」，「課程目標可以再寫清楚」，「臨床教育之核心課程要通盤制定」，「核心課程的定義仍有待釐清」和「增加些基礎醫學教師」。有委員不同意「課程規劃與設計及自我改善品質之機制運作成效」，另一委員則建議需呈現具成效的確切數據。中醫大對校外委員的建議有檢討改進。

二、歷次或前次評鑑重要發現

中醫大醫學系於2003年首次接受TMAC（醫學院評鑑委員會，簡稱醫評會）評鑑，當年為有條件通過；2005年配合教育部六年改革計劃之追蹤訪視，首次通過TMAC的評鑑；2007和2009年二次追蹤訪視均維持「通過」。2012年的全面評鑑結果為「有條件通過」。茲將歷次評鑑和追蹤評鑑之主要建議臚列如下：

2003年評鑑針對弱項的建議為：加速延攬教師和加強CFD的運作，減輕學生的課業負擔，考慮是否必修中醫課程，PBL之改進，提升學生主動學習和解決問題的能力，降低退學率和學生紀律觀念的養成等。2005年的建議為：（1）降

低退學率；(2) 由上而下的管道健全，但由下而上的機制待改進；(3) 臨床研究待加強，產學合作待進一步開發；(4) 行政效率待改善。2007 年追蹤評鑑的建議為：(1) 醫學教育改革應參照學生和教師（由下而上）的意見；(2) 經二波改革，基礎和臨床整合課程已上軌道，減少重複，唯醫四下到醫五的課程安排及學習成效，仍要繼續觀察；(3) 臨床教學已有明確方向，應繼續提升品質，培養學生解決問題的能力，床邊教學可更尊重病人；(4) 應將住院醫師納入教學體系及部份 CFD 課程；(5) 增加基礎和臨床教學的師資，達到黃校長三年百師的目標，提高臨床主治醫師的教學意願。2009 年追蹤評鑑的建議為(1)宜繼續增加通識、基礎和臨床的師資，尤其後者面對臨床實習學生增加的壓力；(2) 第三階段教改宜多參考學生和教師的意見，加強基礎和臨床的整合；(3) 建立各教學醫院教學品質評估的機制及跨醫院臨床核心課程的教學目標、內容和評量，以提升教學品質；(4) 臨床教學可更尊重病人並教導學生妥適的處理態度和方法；(5) 資深住院醫師已納入 CFD 系統，其他年級住院醫師及研修醫師也應納入該系統；(6) 臨床學習成效評量已有成果，宜朝有特色的臨床評量及高階 OSCE 等提升；(7) 追蹤教學和研究經費的分配，評估並追蹤「569 升等辦法」、研究倫理及其配合措施對師資的影響。

2012 年中醫大醫學系接受醫評會第二次的全面評鑑，結果為有條件通過，訪視評鑑委員關切該醫學系的醫學教育品質，期待該校及其教學醫院應能夠做到「教學、研究與服務合理的平衡」。中醫大對 2012 年評鑑結果不服，2014 年 12 月 15-17 日追蹤評鑑時尚在司法訴訟中，但中醫大同意並檢送針對 2012 年評鑑建議事項之自評資料，接受 2014 年追蹤評鑑。

三、追蹤改善事項

(一) 評鑑建議事項

2012 年中醫大醫學系全面評鑑，醫評會提出之總評建議如下：

醫學教育的真諦，乃在將我們這一代最優秀的醫學知識、技術與態度，毫無保留地傳承給下一代的醫學生，使得台灣社會的後代子孫，能持續得到最好的醫療照護。委員們在中國醫藥大學看到許多默默耕耘的教師具有這種特質，但在學校與醫院現實的制度下，其教學的付出並未獲得肯定，同時也觀察到學校不乏

聰明又有進取心的醫學生，這些都是中國醫藥大學最寶貴的資產，希望早日能夠建立更重視教學的醫療環境，替台灣造就更多的良醫。

有鑑於中國醫藥大學對研究的重視，加上醫院經營擴大服務量，而相對地影響醫療及教學人力，以致於醫學生無法在有足夠主治醫師或住院醫師指導的安全友善學習環境下學習，委員們一致表示對其醫學教育品質的關切。同時某些科系師資缺乏，也是急待改善。TMAC 期待該校及其教學醫院應能夠做到「教學、研究與服務合理的平衡」。

本訪視團隊建議給予「有條件通過」，須於 2013 年底前提出具體可行的計畫，有效改善住院醫師的招募及鼓勵主治醫師的教學意願，而且在住院醫師招募情況改善之前，要有改進並維持醫學教育品質的辦法，並於 2014 年下半年以相關的新制準則進行追蹤評鑑。

以下各項建議衷心期盼中國醫藥大學能採納檢討並予以改善：

1. 醫學院必須更清楚地定義其目標，以與追求卓越一致，這將對中國醫藥大學的醫學教育與研究，在許多層面造成重大影響，包括必須要招收的學生與聘任的教師的特質、資源的分配、投資的優先順序等。同時學校應該重視如何建立良好的學風，讓醫學生建立良好的傳統，有如高醫、北醫有多位畢業校友榮獲醫療奉獻獎。

1.1. 中國醫藥大學應在醫學教育投入更多資源，不僅包括聘任研究學者，還包括招募教師與臨床教育者，同時在升等制度的設計，應該重視老師用於教學的努力。對於所有臨床教師，應給予適當的獎勵，並建立教學型主治醫師制度。

建議：

在臨床教學的內涵及設計上，必須要有足夠的教學人力，特別是要網羅足夠的住院醫師，以達成教導後進及經驗傳承的使命。醫學生的課程（醫學與醫預科課程）、應該重新安排，以更符合能培育真正具有照顧病人能力的好醫師的目標。

1.2. 委員們了解中國醫藥大學與國內大多數的醫學大學一樣，並非綜合大學，因此在醫預科課程方面會有較多困難，但中國醫藥大學應該開發新課程或與其他大學合作，更有效的重新組合與安排課程，讓醫學教育更豐富。

- 1.3 目前學校對於醫學院醫學系投入的資源，不足以達到學校網站提到的醫學教育與研究的目標。建議學校需要投入更多資源，以提昇教育與研究的基礎設備。這些設備可能包括高科技教學器材，例如 podcast、video streaming (視訊串流)，以改善基礎科學教室等。基礎學科的師資太少，不足以負擔共同學科的教學全校化 (6 個微免老師要負責 1000 名各系所學生的課，教學負擔太重。) 務請敦聘足夠的醫師陣容，減輕基礎老師授課時數，藉以提昇教學品質，這兩者均須學校的資源投入。
2. 提供更好的學術環境，讓臨床醫師能夠在學術上順利發展，擴增兼任臨床教師數目。
 - 2.1 立即著手改善附設醫院薪資，福利，教學環境等因素，增聘住院醫師。
3. 有效地調整現有主治醫師和住院醫師的臨床工作負擔，讓臨床醫師有時間指導醫學生看病人。
4. 適度減少臨床部科課堂授課式的教學活動，讓醫學生有足夠的時間參與病人的醫療照顧，直接從病人身上學習。
5. 中國醫藥大學附設醫院的 CFD，應經常性舉辦 student centered 的教學技巧，以提昇臨床醫師，包括主治醫師和住院醫師的教學能力。
6. 配合實習醫學生人數眾多的需求，擴大部份臨床部科的會議室空間。
7. 在所有提供給委員們的教學活動中，全科部的大迴診 (departmental grand rounds) 與 Morbidity and Mortality Conferences 很明顯地不見了。幾乎所有的討論會或教學課都是由專科進行。事實上，全科部的大迴診是為整個部門人員，提供最新診斷與治療知識的良好管道。同時亦應加強教學迴診 (teaching rounds)，而非僅有服務為主的 service rounds。

貳、評鑑執行過程：

- (一) 訪視評鑑委員(以下簡稱訪評委員)於2014年9月底接到醫評會轉寄之中醫大 103 年度新制追蹤評鑑報告(以下簡稱自評報告)及醫評會歷次評鑑中醫大醫學系之評鑑報告電子檔，訪評委員即依其專長分配之通識與醫學人文、基礎醫學和基礎臨床整合、臨床醫學、和行政之分組，整理中醫大醫學系歷次評鑑資料及本次(2014年)追蹤評鑑查核重點，閱讀並整理自評報告。

訪評委員於 2014 年 12 月 14 日 18:30-21:00 舉行追蹤訪評會前會，確定委員分工與訪視評鑑行程，亦對自評報告之內容交換意見和委員訪評之任務協調。

- (二) 訪視評鑑行程完全依醫評會和中醫大事前協調安排之行程進行，詳如附件。
- 在訪評過程中，安排委員和通識和醫學人文教師、基礎醫學教師、臨床醫學教師、1-7 年級醫學生、主治醫師、住院醫師及 PGY 醫師座談。七位委員共訪談 4 位通識和人文教師、4 位基礎醫學教師、22 位臨床醫學教師、43 位各年級學生、27 位主治醫師和住院醫師，總共正式訪談 100 位教師、各級醫師和學生，顯示訪談對象均衡分佈於教育提供者和接受者，具有代表性。訪評過程及訪評前後，請中醫大提供的文件包括：(1)醫院師資培育(CFD)認證制度及學校師資培育(CFD)認證制度；(2)中國醫藥大學教師學術研究、著作或倫理不當行為處理要點；(3)中國醫藥大學附設醫院暨體系院所學術倫理案件查核辦法；(4)中國醫藥大學附設醫院生活導師制實施要點；(5)中國醫藥大學附設醫院教學推動人設置辦法；(6)中國醫藥大學附設醫院教學型主治醫師設置辦法；(7)中國醫藥大學附設醫院臨床教學師資培育暨獎勵辦法；(8)中國醫藥大學附設醫院暨體系院所轉譯醫學博士學位學程培訓辦法；(9)中國醫藥大學教師聘任及升等評審辦法；(10)中國醫藥大學臨床醫學教育貢獻獎；(11)校務會議相關章程及紀錄；(12)醫學院院務會議設置辦法及紀錄；(13)課程委員會設置辦法及紀錄；(14)外國學生招生規定和 2015 年招生簡章；(15)學士學位學生轉系辦法等文件。訪視查核資料時，訪談教務、學務、圖書館、人資、會計等主管人員及董事會秘書等合計數十位(沒有正式統計其人數)。訪評/觀察的教學課程、實驗課程、PBL、模擬學習課程、個案討論會、核心課程、小核心課程、住診教學、教學門診等課程及教學設備遍及訪視評鑑時段提供給學生學習的所有課程。訪視評鑑的三天中，上述普遍的訪視、查核和討論，支持本次評鑑訪視有適當的代表性。

特別感謝在李校長領導下的中醫大所有同仁配合及協助，使本次訪視評鑑得以順利完成。

參、評鑑發現

第 1 章 機構

1. 發現：

- (1) 與常務董事、校長、醫學院院長和醫學系主任座談，可以感受這些醫學教育領導人對教育的理想與認真推行。董事會對新校長的措施和規劃完全接受與配合。校長也充分授權並支持院長和系主任，加上良好的溝通和穩定的資源，第四波的醫學教育改革值得期待。
- (2) 與校長座談，校長表達他的治校理念，董事會對學校也相當支持，目前投注相當的經費在學校未來的發展上。除了聲明中醫大是一所研究型的醫學大學，不會成為綜合大學外，尚強調重視通識和醫學人文教育，是培養醫學生成為未來的領導人才不可或缺的，因此由陳副校長兼任通識中心主任，重新規劃通識課程。目前致力於基礎學科的整頓及通識人文教育的培養，未來的規畫是轉譯醫學、巨量資料分析與臨床生技的發展等。主張各大醫學院應該盡可能發展各自的特色，中國醫藥大學最特別的應該是中醫藥的研究。
- (3) 醫學院院長表示：醫學院院長現兼任副校長，有足夠權力規畫和執行院務。對三型教師、教學型主治醫師、研究分流等都已有規畫，2015 年 5 月份開始新制度。院長對人事任命依”最需要的和最好的”原則用人，有責有權。醫學院和醫學系共同檢討設計現在的七年制和六年制課程，以及全力支持醫學系系主任的教學計畫。和醫學系系主任座談，系主任表示有足夠權力和資源規畫和執行系務。
- (4) 查閱校務會議和醫學系有關的會議紀錄，發現符合 1.0.1、1.1.0、1.1.0.1 及 1.1.1 之評鑑準則。
- (5) 訪談董事會秘書及查閱 100 年至 103 年之董事會組織章程、董事會組織成員及其任期、及董事會審議人事變更、財產變更、組織變更等之會議紀錄，符合 1.2.0 及 1.2.1 之評鑑準則。

評鑑準則：

- 1.0.1 醫學系隸屬之學校必須創造一個能孕育挑戰知識與探究的精神，並適於培育學生的醫學教育環境。

- 1.1.0 醫學系隸屬之學校應提供醫學生在學術環境中學習的機會，使其能與其他健康相關專業領域的學生、研究生及專業學位學程的學生互動，並在臨床環境中學習，包含跟隨畢業後醫學教育與醫學繼續教育的醫師學習的機會。
- 1.1.0.1 醫學系隸屬之學校應在政策與實務上，使其學生、教職員與其他學術團體的成員達到適當的多元性，並且必須不斷的、系統化的、目標明確的努力，以期吸引並留住多元背景的學生、教職員與其他成員。
- 1.1.1 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和權限，必須在醫學系、醫學院或學校的組織章程中明訂。
- 1.2.0 醫學系隸屬之學校必須受其校院務委員會或董事會之監督。校院務委員會或董事會之職責必須予明訂。
- 1.2.1 醫學系隸屬之學校其校或院務委員會或董事會若干成員的任期應相互重疊，且任期應足以使他們能夠了解該校和醫學系。
- 1.3.0 醫學系必須設醫學系主任一名，具備合格的學歷與經驗，足以領導醫學教育、學術活動和病人照護，並應通過公平、公開的遴選或遴聘過程。為協助系務，得增設副系主任。
- 1.3.1 醫學系主任必須能與醫學院院長或負責醫學系最終責任的行政主管、以及該校其他人員有暢通的溝通管道，這是完成其職責的必要條件。
- 1.3.2 醫學系主任、教師、機構主管，以及校內相關部門和建教合作之主要教學醫院主管必須對醫學系相關事務的權力與責任有清楚的認識。
- 1.3.3 醫學系主任必須有足夠的資源、權力，以遂行其治理醫學系和評估醫學系成效的職責。
- 1.4.0 醫學系及所屬之醫學院的行政治理階層應包括行政同仁及助理、其他組織單位的負責人及職員，並應在院長及系主任的領導下共同完成醫學教育的使命。
- 1.4.1 醫學系隸屬之醫學院必須參與醫學系務規劃，並共同為該學系設定方向以達成可預見的成果。

以上 12 項準則均

符合 符合，但須追蹤 不符合

第 2 章 醫學系

1. 發現：

- (1) 依自評資料所述之中醫大之教育目標為培養五大核心能力，包括主動學習與自我改進之能力、人際關係與溝通技巧之能力、人文關懷與社會服務之能力、專業知識與倫理素養之能力、健康促進與前瞻未來之能力。醫學系教育目標為：培育一位具備仁慎勤廉的稱職好醫師。
- (2) 醫學系的教育目的為：培育重視生命並服膺倫理原則的醫師、培育有思辨與創新能力、能有效進行溝通的醫師、培育具醫學專業知識、能自主性與終身學習並進行多元發展的醫師、培育以全人醫療為中心，能負起攸關預防保健之社會責任的醫師。
- (3) 與校長、醫學院院長、醫院院長、以及醫學系主任會談均可以感受這些領導人除改善臨床教育，亦對通識及醫學人文教育重視，尤其是校長非常有魄力與遠見，目前致力於基礎學科的整頓及通識人文教育的培養。

評鑑準則：

- 2.0 醫學系之基本醫學教育目標(goals)，應為培養優秀和稱職的醫師，使其於一般醫學知識和技能上，表現專業素養和追求卓越特質。
- 2.1.1.0 醫學系(院)的教師必須訂定其學系的教育目的，以作為建立課程內容的準則和評估醫學系成效的依據。

以上 2 項準則均

符合 符合，但須追蹤 不符合

2. 發現：

- (1) 醫學人文課程委員會召集人為社會醫學科劉秋松主任。目前社會醫學科新增五位專任教師，因此師資包括 8 位專任及一位兼任教師，領域涵蓋生命關懷、醫學倫理、行為心理、研究學術倫理學、醫務管理及醫療社會學等。開授課程包括醫療與社會、生命關懷、老人醫學概論、醫務管理學概論、醫學史、醫學生涯、心理學、病人關懷與實踐、醫學研究法、臨床倫理學、研究倫理、醫療社會學等。醫學人文課程貫穿各年級，同時也銜接醫學(專業)與博雅課程。課程內容及師資都可給予肯定。

(2) 通識中心剛由陳偉德副校長兼任，非常有效率地推動中醫大的通識教育改革，協調通識與醫學人文的銜接與貫穿。同時也能持續檢討並帶動重整與精進人文與通識教學課程架構規劃。現有的通識課程分成基礎通識(人文及藝術、社會科學及自然/生命科學)及跨領域課程。中醫大近期重新規劃將近 100 門通識課程重整為九大領域(有些課為跨領域)：倫理道德、文學藝術、歷史文明、社會科學、認知推論、全球視野、外國語文及科技工藝。學生在九大領域中的各領域都必須選一門修習。其它非正式課程尚包括博雅經典講座、藝文展演活動(如訪視時的伊斯蘭文明的展覽)、服務學習(1、2 年級稱服務學習，之後則稱杏服學習)及課外社團活動等。重新規劃之教育藍圖有利於師生對中醫大通識教育理念的認識，並由非正式課程強化學生的解決問題及領導能力。新的規劃預計 104 年開始實施。中醫大現行有 8 學分必修英語通識課程，通識中心目前也依學生學習成效，檢討必修英語通識課程是否需改進或改為選修。

評鑑準則：

2.1.1.3 醫學系隸屬之學校必須有主要負責醫學人文教育的教師或單位。

2.3.2 醫學系(院、校)必須提供醫學生通識教育。

2.3.3 醫學系的課程必須包括醫學人文教育。

以上 3 項準則均

符合 符合，但須追蹤 不符合

以下 2 項準則要合併基礎醫學教育和臨床醫學教育之發現後才能評鑑：

2.3.0 醫學系的課程內容，應確保醫學生能獲得良好及有效率的不分科醫師所需之特質和能力，並能以主動且獨立的態度達成終身學習的能力。

2.3.1 醫學系必須包括四個廣泛領域的教育：通識、醫學人文、基礎醫學和臨床醫學，而學士後醫學系必須包括醫學人文、基礎醫學和臨床醫學。

3. 發現：

(1) 中醫大設有校課程委員會，醫學院課程委員會及醫學系課程委員會，各司其職。醫學系課程委員會，每學期開會一次，分三組先討論課程實質內容，再提委員會討論確認。系主任兼主任委員，其他成員包括醫預組 6

人(含 2 位通識教育中心委員)、基礎醫學組 7 人、臨床醫學組 9 人、附醫教學部主任 1 人、校外人士代表 1 人及學生代表 2 人。其工作職掌包括：a. 依本系「醫學教育政策委員會」之政策決議，擬定並執行本系教學課程之科目名稱、必選修科目學分數、修課人數限制等相關事宜。b. 研議各課程規畫之負責人選等事項。c. 擔任各課程整合小組之召集委員，負責召集相關課程教師，擬定課程目標、授課方式、時數等，以提報本會審理。

(2) 訪評委員與負責整合課程以及參與醫預組和基礎醫學組的四位基礎教師面談，釐清該系課程委員會的運作。發現七年級(實習)由附設醫院教學部主任代表，是否妥當，宜再考慮。每一模組皆有負責的老師，每一位上課老師的檔案皆要上網。學生學習有困難時，會有預警告知導師、模組負責教師及系主任。學生也評估教師的教學品質，授課教師及系主任(為課程委員會主任委員)會收到評估的結果，系主任再轉告科主任，由科主任進行瞭解及必要的協助。學生對整合課程的規劃、學習等多個層面皆傾向於滿意和很滿意，對基礎醫學導論模組的評估較低。學生代表二位皆為醫四同學，一位為系會長，另一位為系學會醫教部代表，宜考慮增加其他年級的代表。另外的委員面談系課程委員兩位學生代表之一，這位同學他只參加一次會議，並不十分清楚委員會的功能和運作的方式。

(3) 與教師訪談時可感受到教師的教學熱忱，及願意積極參與教學計畫。以 PBL 方式上生命與倫理對學生的學習有極大的影響。學生對通識與醫學人文課程都持肯定態度。參訪上課情形，老師與學生互動良好，教室更新使教學環境大幅改進，教師與學生都非常滿意。

評鑑準則：

2.1.2.0 醫學系必須有一個整合的教育負責單位，負責連貫且協調課程之整體設計、管理和評估。

2.1.2.1 醫學系的教師必須負責醫學專業課程的設計與執行。

2.1.2.2 醫學系課程每一個單元的目的、內容和教學方法，以及整體課程之安排，必須由醫學系教師共同參與和設計，並定期檢討和修訂。

2.1.2.3 醫學系教師或課程委員會必須負責監測課程，包括各學科的教學內容，以實現醫學系的教育目的。

2.1.2.6 評估教學品質時，醫學系必須納入醫學生對課程、臨床實習和教師，以及各種其他措施的回饋或教學品質評估。

以上 5 項準則均

符合 符合，但須追蹤 不符合

4. 發現：

(1) 國考成果：第一階段國考通過率 102 年度通過率 87.29%，103 年度通過率 84%，第二階段國考通過率 102 年度通過率 91.3%，103 年度通過率 97.3%，比起全國整體通過率為佳，但仍有畢業時尚未通過第一階段國考之畢業生。臨床技能測驗(OSCE)於 102 年度通過率 99.1%，103 年度率 97.3%，整體通過率高顯現臨床技能訓練培育成效佳，但身體診察(Physical Examination)和神經學診察(Neurological examination)是弱項。

(2) 對於 M50 畢業生 112 位的問卷調查顯示整體七年醫學教育品質滿意及非常滿意佔 67%，臨床實習期中回饋未落實的比例家醫科佔 27%，精神科則有 29%。臨床技能指導病史詢問未評量的比例婦產科佔 21%，外科則有 20%。臨床技能指導身體診察未評量的比例家醫科佔 21%，精神科佔 21%，外科佔 20%，婦產科則有 19%，評量與回饋是臨床教學很重要的方法，應予重視落實。有 18%的學生認為被老師（含醫師）不當對待，這有待學校進一步去了解。

評鑑準則：

2.1.2.5 醫學系必須收集並運用各種不同的成果數據，包括國家測試及格標準，以證明其教育目的之達成程度。

符合 符合，但須追蹤 不符合

5. 發現：

(1) 三、四年級的基礎臨床整合課程，該系在 2010 年啟動，也就是第三波醫

學教育改革。此課程「主要教導學生具有專業的基礎醫學知識、自我學習能力、良好的溝通技巧、批判性思考能力及基礎的臨床技術」，以一階段整合方式將基礎醫學分科科目與內、外科概論和臨床診斷學暨實習統整成 10 個器官模組，加上 PBL (9 個) 和 case study (8 個) 小組討論的方式設計 (七年制)，使同學瞭解基礎醫學在臨床端的應用。五、六年級緊接著為「二階段臨床學程」的規劃，加強臨床實務的經驗。

- (2) 整合課程的規劃包含解剖學、組織學、胚胎學、生理學、病理學、藥理學及內、外科概論，學習目標，評量方式，同學的意見和每個模組結束後的檢討。102 學年度整合課程，同學對基礎醫學總論、器官模組 I 和 11 相關的課程目標、教師的授課、學生的學習、評量和行政服務品質，皆高度的肯定 (非常滿意和滿意的百分比很高)。每一個 PBL 教案分二次進行：第一次課程討論包含宣讀教案並找出應學和想學的項目，提出假說，提出所需要的資訊或應學的知識，以及把學習項目歸納、凝聚成學習目標等四個步驟；第二次課程討論包含將蒐集的資料加以整合組織成自己的知識、達成自主學習，小組學習和總結回饋等三步驟。模組課程學分仍然以學科學分呈現。
- (3) 訪評委員觀察教師授課和學生上課的情形，參與的有必修課普通物理學、生理學 (三)、病理學 (一) 與選修課程。必修課程 為大堂課講課方式，教師皆認真上課，即使在大講堂，ppt 圖片也很清楚，但有些原始圖片未註明引用的出處；大堂課上課方式缺少互動；也有少數學生滑手機、吃東西或補眠。委員參與整合課程生理學的大堂課，發現重複生化和藥理已經上過的內容，顯示整合不夠。有一選修課由生理學科陳老師以英文上課，相當不錯。此課程限定修課人數 (約 30 位)，但互動不多，僅 2、3 位同學回答。另一英文教學選修課與生命倫理有關，教師的英文很流利，老師雖有提問，僅教學生以舉手表示，未以英文回答。其他選修課，教師皆為傳統式地認真教學，部分學生則做自己的事，可視為營養學分的課程。
- (4) 訪評委員分組短暫觀摩 PBL 課程：每一個教案分二次完成，每次 2 小時。當天下午的教案與內分泌相關。有一組委員觀看的一組 (由中央控制室

透過單向玻璃或室內的 monitor)並未即刻宣讀新教案，而是針對上次的教案做結論。因時間關係未繼續觀摩；倒是 3 位同學晚到。

評鑑準則：

- 2.3.5 醫學系的課程必須包括醫學基本原則暨其科學概念。
- 2.3.6 醫學系的課程必須包括基礎醫學的內容，足以支持醫學生精通現代科學知識、觀念和方法，以做為獲得及利用科學於個人與群體健康及當代醫療的基礎。
- 2.3.7 醫學系的課程應包括實驗或其他直接應用科學方法準確觀察生物醫學現象和數據分析判讀的操作機會。

以上 3 項準則均

符合 符合，但須追蹤 不符合

以下 5 項準則要合併通識、臨床醫學、和基礎醫學教育才能評鑑：

- 2.0.1 醫學系的教師必須設計一套能提供一般醫學的醫學教育，並為進入畢業後醫學教育而準備的課程。
- 2.0.2 醫學系必須提供醫學生主動、獨立學習的教育機會，以培育終身學習的必要技能。
- 2.3.0 醫學系的課程內容，應確保醫學生能獲得良好及有效率的不分科醫師所需之特質和能力，並能以主動且獨立的態度達成終身學習的能力。
- 2.3.1 醫學系必須包括四個廣泛領域的教育：通識、醫學人文、基礎醫學和臨床醫學，而學士後醫學系必須包括醫學人文、基礎醫學和臨床醫學。
- 2.3.4 醫學系的課程應讓醫學生能根據實證和經驗培養慎思明辨的能力，並發展醫學生能運用原則和技能以解決健康和疾病問題的能力。

6. 發現：

- (1) 醫學系在學習上針對多元學生的特定需求，來提升醫學生學習成效，包括鼓勵醫學生向醫學系提出課業輔導開課申請，再由教務處學習中心聘請教師、研究生或同系成績優秀同學擔任教學人員來進行學生課業輔導，並藉由課後第二次複習方式提升醫學生學習成效，來持續追蹤輔導成效及相關事宜。醫學系在僑生及外籍生如有學習上的困難時，則可由學習

中心安排課業輔導班或透過醫學系「暖暖小甜心」活動，由醫學系輔導小老師進行一對一的輔助學習。但成績預警執行及態度行為表現不佳，則較缺乏輔導小組持續性的追蹤輔導，無法呈現整體長期輔導成效。

- (2) 附設醫院設有學習成就偏低學員輔導措施及流程，以成績、學習成效不佳、口試、Mini-CEX、OSCE 表現不佳為通報基準，由於以 "表現不佳及成績低於 70 分" 較無法顯現出臨床實際表現及隱藏於照顧病人之危險等級，仍須再檢討訂立「學習成就偏低學員」之定義、嚴重等級、通報系統及通報管道，並規劃如何成立困難學員輔導小組及追蹤與輔導期程，分析困難學員危險程度並依據危險程度給予不同強度之輔導流程，以達早期發現、早期介入及防止問題擴大之輔導成效。(準則 2.1.2.8)

評鑑準則：

- 2.1.2.8 醫學系應有適當及有效的制度，以協助學習成效不佳的醫學生。
- 3.3.1.0 醫學系必須設置有效的制度整合教師、課程主負責人、學生事務主管等共同負責生活、輔導和學業指導工作。

以上 2 項準則均

符合 符合，但須追蹤 不符合

7. 發現：

- (1) 臨床醫學課程以醫院就是醫學院之觀念，安排包括：混成式學習(blended learning)、循序漸進臨床技能訓練、高擬真醫學模擬訓練、醫療體系行醫訓練、學習成效多元評估(包括 Mini-CEX, OSCE, DOPS 等)、多元課程規劃。安排 5、6 年級實習醫學生除第一線照顧病人外，以病例討論、教學門診、教學住診為主軸，而知識的架構則以醫智庫支援的大核心課程為基礎，以學生的需要安排自己上醫智庫學習，並連結病人照護經驗，而教師角色為傳道、解惑甚於授業。經訪談各級教師、醫師及醫學生，相較於過去大堂授課，皆給予正面的評價，在已執行多年之急診、小兒科等單位，其系統化數位教學及評量已具有成效。病例討論及教學住診皆有安排醫學生準備案例來討論，但是由於參與教學住診及病例討論之學生人數較多，10 至 18 位醫學生，往往無法瞭解學習者之個別思維，

反映出病例討論教學之引導性及互動性教學仍須加強，這對培養醫學生獨立思考及臨床推理的能力是極為重要的。至於急診病例討論採取模擬實境互動性教學，以醫學生角色扮演模擬急診場景及情境，輔以教師引導及教學，則為值得讚許之教學方式。

- (2) 教學住診由於醫學生較多，且於面談病人與示範身體診察時皆讓醫學生接觸病人，對於病人之感受、隱私及權益須再評估及檢討。由於附設醫院已施行臨床照護分流制度，目前5、6年級實習時皆安排在有住院醫師或PGY醫師及7年級實習醫學生之團隊照護與督導學習，呈現完整醫療團隊之照護，但於訪視時發現有4位或以上之5、6年級實習醫學生於同一團隊中學習，對於臨床教師指導及回饋工作負荷較大外，七年級醫療病人數亦受影響。病歷寫作教學方面，院方已建制了良好的電子化修正系統，以不同顏色字體顯現出病歷中各級醫師之增修刪功能，但是於現場訪視中仍有病歷記載出現醫學名詞縮寫於出院病歷摘要或病程紀錄，或病歷未顯現出實際病程變化。
- (3) 教學門診方面制訂有教學門診規範，訪視發現主治醫師常以示範者來教學，未接病人之醫學生則以旁觀者學習，並非以所有學習者為中心之教學，無法即時瞭解個別學生表現及回饋給醫學生進行教學。問診內容、溝通能力、身體診察技巧、鑑別診斷能力、決定後續計畫能力等。
- (4) 7年級實習醫學生反映雖然臨床教師工作繁忙，但皆願意且熱心教導。目前7年級實習時皆安排有住院醫師或PGY之督導學習，值勤安排原則上為每月9-10班，以及醫學生連續值勤不得超過三十二小時之原則，合乎實習醫學生臨床指引規定。
- (5) 從103年9月15日開始實施「臨床混成式學習」線上課程期中測驗，學習者必需完成線上閱讀相關單元後，才能進行測驗，截至103年11月底，醫五線上課程學習完成率從93%到100%，平均98%。期中成績從78.94到92.40，平均86.01。醫六線上課程學習完成率從97%到100%，平均98%。期中成績從86.10到94.71，平均90.27。整體量化成效不錯，但學生自學的主動性仍待後續觀察。
- (6) 目前臨床部分仍為七年制醫學系，委員觀察到內外科整合仍有缺乏整合

現象，例如同一心臟疾病，何時應用內科治療，何時應由外科接手，可加強整合。

(7) 上次評鑑提到在其他醫院實習某些科(兒科)效果優於本院。此次特別加以了解，發現是由於本院病人遠多於外院，因此外院的主治醫師有較多的時間教學。現在由於本院住院醫師增加，以及醫智庫的施行，在適當教學安排下，病人較多有機會看到的不同病例，有利學習。

(8) 以下為委員訪談對某些教學較詳細之敘述：

- a. 心臟內科輪轉兩週，該科知識性之核心課程置於醫智庫之網路上，提供學生線上學習,由科主任指派七位主治醫師撰寫七個常見疾病之單元，然後把幻燈片及講者錄音錄影，每一單元一小時，為了確認學生有上網自我主動學習，在輪轉一週時會有前測，二週結束後有後測，心內每週一、三、五由實習醫學生報告病例，有總醫師及負責的主治醫師出席，週二為內科部會議，週四為心內會議，所有學生及主治醫師都要求出席。心內共有 64 床及 20 床 ICU，而主治醫師有 25 位，但只有 3 位住院醫師，實習醫師及醫學生有 12 位，為了落實主治醫師一住院醫師一實習醫學生之臨床學習團隊，換算之下，只有 3 位主治醫師負責帶學生，而每位需帶 4 位醫學生，負擔似乎很重，所有科內之教學活動由二位主治醫師負責，也就是教學推動者，臨床教學以 case- based learning 為主。
- b. 胸腔外科對於混成式學習由兩位教學推動者主負責，有三個單元包括肺癌、食道癌及氣胸，對學生實施前測及後測，醫學生需到門診及開刀房，主要以 DOPS 來做學習評量。每週一、週四為胸外會議，週三為外科部會議由部長主持，週五為外科系會議由院長主持，週六則為全院學術性演講，會鼓勵學生參加，參加者未來申請附設醫院可加分。輪轉到外科部的醫五同學約有 30-40 位，會利用一個週六下午由外科總醫師為他們舉辦縫合訓練營，訓練認識外科器械以及利用豬皮、豬肝練習基本縫合技巧。醫五、醫六、醫七學期末都會舉辦 OSCE，強調身體診察、神經學診察及相關之技能。
- c. 目前附設醫院有三位專任教學型主治醫師，包括一般內科鄒吉生，風

濕免疫科吳柏樟，急診部周致丞，另有一位為聘任講座教授小兒科楊義明。醫院有基本薪外加診療抽成及教學門診收入。醫療服務佔 30%，教學相關業務需達 70%，接受醫學教育委員會指派之相關評鑑或教學之業務。附設醫院之專任教學型主治醫師員額為八名，院方積極鼓勵外科系之主治醫師參加。對於 OMP (one minute preceptor) 的推動，主要為一系列連貫問題、解決問題、臨床推理及回饋之教學法，只有推行二個多月，成效尚待追蹤。

- d. 訪談主治醫師發現：外科部每年會舉辦一次外科技能訓練營，利用週六早上演講，下午練習外科技能，實習醫師縫豬腳，住院醫師則練習腹腔鏡技術，過去兩年在臨床教學部之挹注幫忙下，每年付 50 萬台幣給彰濱秀傳紀念醫院，可到微創中心受訓，目前因經費關係，改在附設醫院動物實驗中心舉辦。每週三有由實習醫學生主講的外科病理討論會(surgical pathological conference)，由外科部陳自諒部長主持，取材自病人，外科全員參加。一般內科教學型主治醫師鄒吉生所採用的[階層式思維]教學方法，主要訓練學生邏輯思考，全方位思考，從病史開始，聚焦主要病人之主診，示範全套理學檢查，書寫病歷，每位同學在期中及該課程期末都要以投影片報告，老師則予以立即回饋，受訪學生都表示學習成效很好。
- e. 訪談住院醫師發現：基本上為落實 VS-R-Intern/Clerk 之團隊臨床教學，住院醫師需要修改實習醫學生之病歷。外科住院醫師平均照顧 10-15 床，值班隔天下午休假，每月少於十班，為了改善工作負荷。病房聘有專科護理師，手術室則聘用外科助理。神經外科為一獨立之部門，下分腦血管神外、腫瘤神外、脊椎外科、一般神外四大部門，約有住院病人 120 位，住院醫師每天需有三線值班，包括病房、加護病房、急診及手術室，因此八位神外住院醫師值班，超時工作無法避免，同時也無法隔天下午休假，雖然有八位主治醫師值班 on call，神外住院醫師之工作量超量。
- f. 訪談學生發現：對於醫院提供的教學環境大多予以正面肯定，每科都有醫智庫提供混成式學習，仍有小核心課程之演講，在手術室可學習

到基本之傷口縫合技能及各種腫瘤、疾病、外傷、移植...之各種手術觀察，各科都有固定之學術會議時間，對於基層照顧的病人，詢問之下，大都能掌握病情進展，也對於實務治療有所了解，學生在面談中充滿自信，他們對醫院之建議為期待電子網路、電子病歷之操作速度能加快，以及臨床教學記錄與評估之書面工作能減少，進一步整合。實習醫師值班隔天為上午休假，照顧的病床數以十床為上限，這方面的工作量基本上都有落實。

評鑑準則：

- 2.1.1.4 醫學系隸屬之學校必須設有監督機制，以確保教師明訂醫學生須學習的常見的病人類型和臨床醫療情境，並提供和醫學生程度層級相符的臨床教育環境。教師必須監督醫學生的學習經驗，必要時並加以指正，以確保醫學教育的目的得以實現。
- 2.2.1.3 醫學系之教師必須督導醫學生的臨床學習。
- 2.2.2.0 醫學系必須有適當的系統，就知識、技能、行為和態度採用多種評量方式，來評量醫學生於整個課程中之學習成果。
- 2.2.2.2 醫學系所有課程及臨床實習的負責人，在每門課程及臨床實習時，必須設計一套評量學習成效的制度，以公正和適時地執行形成性評量(formative assessment)與總結性評量(summative assessment)。
- 2.2.2.5 臨床教育的過程中，醫學系必須確保醫學生逐步展現各階段應有的知識、技能、行為和態度，以承擔逐步加重的責任。
- 2.2.2.6 醫學系課程必須持續評量醫學生解決問題、臨床推理、決策和溝通的能力。
- 2.3.10 醫學系的課程必須以病人為中心，涵蓋各器官系統，並包括預防、健康促進、急性、慢性、長期、復健和臨終照護等重要觀點。
- 2.3.11 醫學系的課程必須包括基層和社區醫療的臨床經驗，且有機會獲得跨學科領域（例如急診醫學和老年醫學等）和支持一般醫療執業所需之學科（例如影像診斷學和實驗診斷學等）的教育。
- 2.3.12 醫學系提供醫學生的臨床經驗必須包括門診及住院醫療。
- 2.3.13 醫學系的課程必須教導溝通技巧，包括與病人及其家屬、同事和其他健

康專業人員的溝通。

3.4.1 醫學系必須確保其學習環境可以促進及發展醫學生明確和適當的專業素養（如態度、行為和認同）。

3.4.1.1 醫學系及其建教合作醫院的成員，包括教師、職員、住院醫師、主治醫師、醫學生和其他臨床人員，應分擔創造適當學習環境的責任。

綜合 7.發現之臨床醫學教育發現，以上 12 條評鑑準則之訪評結果均為：

符合 符合，但須追蹤 不符合

8. 發現：

(1)中醫大及其附設醫院目前均設有教師發展中心，並皆制訂有相關之設立宗旨與目的、受訓對象、課程內容、實施方法、認證制度、檢討制度及獎勵制度。醫院之師資培育主要受訓對象為 1. 醫院臨床醫師(主治醫師、住院醫師)。 2. 各職類醫事人員臨床教師。 3. 一般醫學訓練師資。課程內容依教學醫院評鑑條文及教學醫院教學費用補助計畫成效指標：1. 一般醫學基本能力：病人安全、醫療品質、醫病溝通、醫學倫理、醫事法規、感染控制、實證醫學、病歷寫作等課程。 2. 教學能力提升課程：課程設計、教學技巧、評估技巧、教材製作、跨領域團隊合作照護、領導或其他依教師需求等課程。 3. 一般醫學教師研習營及 40 小時訓練課程。中醫大之師資培育主要受訓對象為校內專任教師(含校院共聘教師) 及校內專案、兼任教師。課程內容包括：一、教師研習與輔導:(一)教師研習課程：1. 教學精進(提升教學系列、數位時代教學策略系列、數位教材製作系列課程、PBL 工作坊、教學經驗分享與觀摩、臨床師資培訓)。 2. 專業成長(精進研究系列、評鑑系列講座、專業成長領域、校長講座、傳承系列講座、新進教師研習)。 3. 互動式諮詢。(二)新進教師輔導措施。(三)與附設醫院教學部合作培訓一般醫學師資。(四)推廣 PBL 教學理念，培訓 PBL Tutor 師資。(五)教師傳習制度。(六)教師培養第二專長。 二、典範表揚與同儕學習:(一)教學優良教師遴選。(二)辦理校長講座系列專題演講。(三)教師專訪。(四)教師專業社群。 三、教學輔助機制:(一)編輯與出版教師教學手冊。(二)推廣 IRS 即時反饋系統。(三)出版教師電子報。(四)購置教學補助軟硬體設備。(五)

提供教學資源並建置教師教學 DVD 教學分享區。(六)建置教材資源室。四、多元化教學策略推廣:(一)翻轉課堂推廣。(二)開放式課程推廣。兩單位皆有定期舉辦提昇教師教學能力的課程。上述顯示二個 CFD 功能符合評鑑準則，但仍須加強兩單位之認證整合。

(2)參與教學住診及病例討論之人數較多，經現場訪視其人數由 10 位醫學生至 18 位醫學生，往往無法瞭解學習者之個別思維，反映出病例討論教學之引導性及互動性教學仍須加強，這對培養醫學生獨立思考、主動終身學習及臨床推理的能力是極為重要。教學門診方面制訂有教學門診規範，但執行面須確實完成，訪視發現主治醫師常以示範者來教學，其他醫學生則為旁觀者來學習，並非以整組學習者為中心之教學，無法即時瞭解個別學生表現及回饋給學生，例如：門診時學生進行問診時，教師應仔細觀察學生問診過程的儀態、思路、內容、溝通能力、身體檢查技巧、鑑別診斷能力、決定後續計畫能力等，以便結束後回饋給學生。故須追蹤教師住診教學及門診教學之教學技能。

(3)目前混成式教學有 30 個臨床科部實務推展，有很好成效，然而尚有部份臨床教學單位尚未執行，且網路學習和臨床面授之時間和學分如何分配，面授實習之內容規畫，醫智庫之 update，學生和課程評量等都須追蹤。

(4)短時間教學法(OMP)剛完成教師訓練開始推行，須追蹤其執行情形和檢討改進。

(5)醫療照護分流，是否有助於教師落實培養學生主動學習解決問題的教學方法，亦須追蹤。

合併通識人文教育(發現 2)、基礎醫院教育(發現 5)及臨床醫學教育(發現 7)，有下列 2 項評鑑準則符合但須追蹤：

2.2.1.2 醫學系教師的教學方法應與時俱進。

2.3.0 醫學系的課程內容，應確保醫學生能獲得良好及有效率的不分科醫師所需之特質和能力，並能以主動且獨立的態度達成終身學習的能力。

符合

符合，但須追蹤

不符合

9. 發現：

(1)通識醫學人文課完成縱向整合，新的課程規劃將自 104 年度起實施，須追蹤其執行。

(2)基礎臨床整合課程，仍有加強整合減少重複教學的必要，須追蹤。

(3)醫學系課程之教育目標為符合六大核心能力，六年制的學生尚未進入基礎臨床整合和臨床學習階段，須追蹤此課程規畫是否能達成期待目標。

合併通識人文教育(發現 2)、基礎醫學教育(發現 5)及臨床醫學教育(發現 7)，
下列 6 項評鑑準則為符合：

2.0.1 醫學系的教師必須設計一套能提供一般醫學的醫學教育，並為進入畢業後醫學教育而準備的課程。

2.0.2 醫學系必須提供醫學生主動、獨立學習的教育機會，以培育終身學習的必要技能。

2.2.2.1 醫學生在每門課程和臨床實習應接受評量，並儘早給予正式的回饋，以便有足夠時間進行補救。

2.3.1 醫學系必須包括四個廣泛領域的教育：通識、醫學人文、基礎醫學和臨床醫學，而學士後醫學系必須包括醫學人文、基礎醫學和臨床醫學。

2.3.4 醫學系的課程應讓醫學生能根據實證和經驗培養慎思明辨的能力，並發展醫學生能運用原則和技能以解決健康和疾病問題的能力。

2.3.17 醫學系教育必須包括醫學倫理和人文價值的教導，並要求醫學生於照顧病人、與病人家屬及其他與病人照護有關的人員互動時，秉持倫理原則。研究倫理及迴避利益衝突的重要性應加以注意。

符合

符合，但須追蹤

不符合

第 3 章 醫學生

1. 發現：

招生：採多元入學管道。2014 年起個人申請甄試面談採 MMI 和小組面談。

評鑑準則：

3.0 挑選醫學生時，醫學系可以使用多種方法，但這些方法應確保選定的醫學生具備必要的特質和能力（例如智慧、廉正和適宜的個人情緒與特質），以成

為良好及有效率的醫師。

- 3.1.0 醫學系必須制定挑選醫學生的標準、政策和程序，並且能隨時提供給有志申請者及其輔導者。

以上 2 項準則均

符合 符合，但須追蹤 不符合

2. 發現：

教育部責成 TMAC 審查該系轉系生狀況：中醫大設置校內各學系修讀學士學位學生轉系辦法，轉系之相關業務由教務處專責統一辦理。醫學系不接受降轉，申請轉系限轉入二年級。此辦法也規定申請資格及評分方式。轉系名額為該系學生招生、退學所生之缺額為限，不含保留入學資格、休學或外加名額造成之缺額，且由該系依據教學設備及維護醫學教育品質等考量提報招生人數。該系在 103 學年度有 5 個缺額，但釋出 3 位轉系員額。經第一階段筆試（英文 20%，普通生物學 20%，普通化學 10%），有 9 位同學達到筆試加權總成績最低標準 32.19，參加第二階段口試（50%），最後錄取成績最高的 3 名同學（最低錄取分數 78.18）。該系系主任提供面談委員人數（3 人）之 2 倍數（6 人）名單至教務處招生組，由校長勾選 3 位面談委員。該系和委員們於面談過程前後均不知道同學的筆試成績，面談錄影檔交招生組存查。整個轉系流程嚴謹。面談 2 位轉系生均稱轉系考試公平。

評鑑準則：

- 3.2.0 醫學系隸屬之學校可提供資源，以滿足訪問醫學生和轉系醫學生的需求，但必須以不影響該校醫學生的可用資源為原則。
- 3.2.1 有意願轉入醫學系之學生應證明其在轉學前的教育，有等同於將轉入後同班同學之程度。

以上 2 項準則均

符合 符合，但須追蹤 不符合

3. 發現：

- (1) 中醫大學務處下設有生活輔導組，處理學生生活輔導事項，及設於方伶

亭旁民宅之心理輔導組，提供教職員工學生「從身、心、靈方面，培養珍愛生命的態度、擴展性別多元化意識，並提供個別化職涯輔導的服務。」委員訪談心輔組許儷緝組長，參觀心理諮商室，及了解許組長提供之服務統計。

- (2) 訪談時，有學生表示至訪談時尚未有生輔組人員訪問校外學生住宿單位。
- (3) 該系退學人數：103 學年度有 6 位，100-102 學年度各有 3 位，大都為志趣不合而退學或轉學。

評鑑準則：

3.3.0 醫學系必須設有能夠發揮功能的醫學生個人輔導制度，包括促進醫學生健康和幫助醫學生適應醫學教育的身心需求的方案。

符合 符合，但須追蹤 不符合

第 4 章 教師

1. 發現：教師數量、資格和功能

- (1) 訪視評鑑時醫學系有學生 937 人、專任教師 144 人。
- (2) 自我評鑑報告及補充資料中，對人文與通識教學教學之改善措施有所說明。參與通識教學的教師包括通識中心 28 位專任教師、55 位兼任教師及 17 位支援通識中心的其它系所專任教師。在系所專任教師的投入下，人力應可因應目前規劃之通識課程。資深教師的參與通識教學(如李文華校長親自負開授「科學發現的樂趣」通識課程)，實質影響全校師生對通識教育重視。
- (3) 醫學人文課程委員會召集人為社會醫學科劉秋松主任。目前社會醫學科新增五位專任教師，因此師資包括 8 位專任及一位兼任教師，領域涵蓋生命關懷、醫學倫理、行為心理、研究學術倫理學、醫務管理及醫療社會學等。開授課程包括醫療與社會、生命關懷、老人醫學概論、醫務管理學概論、醫學史、醫學生涯、心理學、病人關懷與實踐、醫學研究法、臨床倫理學、研究倫理、醫療社會學等。醫學人文課程貫穿各年級，同時也銜接醫學(專業)與博雅課程。課程內容及師資都可給予肯定。

- (4) 從醫學系提供的基礎教師 100 至 102 學年度授課時數的統計表：7 個基礎學科的全體教師每人每週平均授課時數，100、101、102 學年度上學期依序為 5.90、6.11、6.32；下學期依序為 4.99、5.56、5.83，呈現增加的趨勢。以解剖學科而言，3 個學年度上學期的每週平均授課時數皆超過 9 小時，102 學年度甚至超過 10 小時。100 至 102 學年度下學期，生化學科每人每週平均授課時數依序為 7.27、9.41、9.92 小時，也是呈現增加的趨勢。此數據顯示基礎學科師資不足，授課負擔過重，不但影響教學品質，也會影響研究和服務的品質。此在解剖學科將更嚴重，因為下個學年度將會有六、七年制課程重疊的問題。另外，請校、院和系瞭解，教育部針對各級教師上課的時數，雖已無任何的規定，但上述資料顯示，基礎醫學教師的人力，須加以追蹤。
- (5) PGY 醫師招收情形 100 年度 9 位，101 年度 32 位，102 年度 48 位，103 年度 55 位；五大重點科住院醫師招收人數 100 年度 17 位，101 年度 6 位，至 102 年度 30 位，103 年度 32 位，104 年度 39 位。這些資料顯示上次訪評時重點科住院醫師嚴重不足影響教學之情形，已改善過去招收住院醫師極度不足影響教學之情形。但本次訪評時發現有 4 位以上(含)之 5、6 年級實習醫學生於同一醫療團隊中學習，對於臨床教師指導回饋工作負荷較大，而住診教學時也看到超過 10 位學生(最多達 18 位)圍繞著 1 位病人學習，恐影響病人、教師和學生，須追蹤。

評鑑準則：

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

符合 符合，但須追蹤 不符合

2. 發現

- (1) 教師升等：中醫大制訂有教師聘任及升等評審辦法(民國 103 年 10 月 23 日人字第 100012874 號函公佈)，為全校聘任及升等之規範，為鼓勵教師適才適性發展其專業職能，協助教師在教學、研究、服務均衡發展，並建立教師多元升等管道。自 102 學年度起，教師分流升等類型分為教學

型、研究型及並重型等三類，但對於教學型主治醫師之分流升等尚未有規章。

- (2) 教師升等雖然 102 學年度開始做分流制度，但與老師的訪談中，多數的老師的觀念基本上仍然是以論文為導向的升等與評鑑方式，顯示多數的老師並不了解這個新制度。委員查閱師培紀錄就可以發現仍然有相當比例的人(以教學部電腦紀錄而言大約 100 人)在 11 月底之前未完成師培課程，新進主治醫師(或是備任主治醫師)對師培課程也不清楚。

評鑑準則：

- 4.2.0 學校針對院長、醫學系主任、部門主管以及教師的聘任、續聘、升等、解聘或延聘，必須有明確的政策。
- 4.2.1 醫學系應提供每位教師關於聘期、責任、薪資制度、權利和福利等書面資料。
- 4.2.3 醫學系應定期給予老師個人學術表現與升等相關訊息的回饋。

以上 3 項評鑑準則均

符合 符合，但須追蹤 不符合

3. 發現

- (1) 教師發展中心：中醫大及中醫大附設醫院目前均設置有教師發展中心，並皆制訂有相關之受訓對象、設立宗旨與目的、課程內容、實施方法、認證制度、檢討制度及獎勵制度。醫院之師資培育主要受訓對象為 1. 醫院臨床醫師(主治醫師、住院醫師)。 2. 各職類醫事人員臨床教師。 3. 一般醫學訓練師資。課程內容依教學醫院評鑑條文及教學醫院教學費用補助計畫成效指標：1. 一般醫學基本能力：病人安全、醫療品質、醫病溝通、醫學倫理、醫事法規、感染控制、實證醫學、病歷實做等課程。 2. 教學能力提升課程：課程設計、教學技巧、評估技巧、教材製作、跨領域團隊合作照護、領導或其他依教師需求等課程。 3. 一般醫學教師研習營及 40 小時訓練課程。大學之師資培育主要受訓對象為校內專任教師(含校院共聘教師)及校內專案、兼任教師。課程內容包括：一、教師研習與輔導：(一)教師研習課程：1. 教學精進(提升教學系列、數位時代教學

策略系列、數位教材製作系列課程、PBL 工作坊、教學經驗分享與觀摩、臨床師資培訓)。 2. 專業成長(精進研究系列、評鑑系列講座、專業成長領域、校長講座、傳承系列講座、新進教師研習)。 3. 互動式諮詢。(二) 新進教師輔導措施。(三)與附設醫院教學部合作培訓一般醫學師資。(四) 推廣 PBL 教學理念，培訓 PBL Tutor 師資。(五)教師傳習制度。(六)教師培養第二專長。 二、典範表揚與同儕學習:(一)教學優良教師遴選。(二) 辦理校長講座系列專題演講。(三)教師專訪。(四)教師專業社群。 三、教學輔助機制:(一)編輯與出版教師教學手冊。(二)推廣 IRS 即時反潰系統。(三)出版教師電子報。(四)購置教學補助軟硬體設備。(五)提供教學資源並建置教師教學 DVD 教學分享區。(六)建置教材資源室。 四、多元化教學策略推廣:(一)翻轉課堂推廣(二)開放式課程推廣。兩單位皆有定期舉辦提昇教師教學能力的課程，但仍須加強兩單位之認證整合。如：初任教師、資深教師、師傅教師(master teacher)等之分級制度，強化有效教學方法，以達到最有效的教學。並且落實於日常教學中。

(2) 委員查閱師培紀錄就可以發現仍然有相當比例的人(以教學部電腦紀錄而言大約 100 人)在 11 月底之前未完成師培課程，新進主治醫師(或是備任主治醫師)對師培課程也不清楚。

評鑑準則：

4.2.4 醫學系必須為每位教師提供專業發展的機會，以提升其教學、輔導和研究的技能和領導能力。

符合 符合，但須追蹤 不符合

第 5 章 教育資源

1. 發現：

依中醫大決算報告，自 100 學年度(101 年 7 月 31 日)至 102 學年度(103 年 7 月 31 日)，其資產總額分別約 192 億、199 億，和 215 億，其負債總額分別約 12 億、11 億、11 億，其中長期銀行借款分別約 3 千 6 百萬、2 千 8 百萬和 2 千萬，而淨值(權益基金及餘絀)分別約 180 億、189 億和 205 億。計算其負債比率分別為 6.38%、5.36%和 4.97%；流動比率分別為 104.16%、114.54%和 132.23%；長期

借款對淨值比率均低於1%。顯示其財務穩健。未來10年，中醫大的重大投資計畫為水滸校區之土地約60億和開發約70億，共約130億，以中醫大現有淨值及附設醫院每年14-18億元之收益盈餘，水滸校區購地和開發之財務需求，似不會對該校教育財務資源發生重大影響。

評鑑準則：

5.1.0 醫學系（院、校）現有和預期的財務資源必須足以維持健全的醫學教育，並完成學系和學校的其他辦學目標。

符合 符合，但須追蹤 不符合

2. 發現：

中醫大圖書經費近三年決算數分別為5千8百萬、5千6百萬和5千1百萬。其中醫學系分別為74萬、47萬和48萬，有逐年減少現象。但附醫圖書館亦提供服務，學生對圖書館並無抱怨。

評鑑準則：

5.4.0 醫學系（院、校）必須有維護良好的圖書館和資訊設施的使用權利，具適當規模、館藏豐富，並有足以支持其教育和其他任務的資訊科技。

符合 符合，但須追蹤 不符合

3. 發現：

(1) 醫學大樓四、五樓改建後，提供一個更寬廣、促進實驗室人員溝通、合作的空間，基礎醫學教師皆非常滿意，展現新校長和系主任的用心。

(2) 與學生訪談發現學生對學校整體的滿意度高、認同學校，但反應：自習的空間不夠，PBL教室雖有開放，但常搶不到坐位；硬體空間可再加強，如系圖和系討論室；有些教室夏天上課冷氣不夠。

評鑑準則：

5.2.0 醫學系必須擁有或確定有權使用建築物和設備，以達成其教育與其他目標。

5.2.1 醫學系應確保在每個教學地點有適當的醫學生學習空間、休息區以及個人置物櫃或其他安全的儲存設施。如有保健和健身設施更理想。

符合 符合，但須追蹤 不符合

4. 發現：

中醫大針對上次評鑑建議，在近兩年中確實制定相關措施以改善醫師招聘包括：提高住院醫師福利（落實住院醫師導師度、改善住院醫師訓練制度、增加住院醫師薪資、逐步完成住院醫師每週 88 工時制度）、擴增主治醫師並彈性配合參與值班、增加醫療輔助人力實施臨床照護分流制度，已改善附設醫院住院醫師及 PGY 醫師薪資、福利及教學環境等。PGY 醫師招收情形 100 年度 9 位，101 年度 32 位，102 年度 48 位，103 年度 55 位；五大重點科住院醫師招收人數 100 年度 17 位，101 年度 6 位，至 102 年度 30 位，103 年度 32 位，104 年度 39 位。這些資料顯示上次評鑑後已改善過去招收住院醫師極度不足影響教學之情形。經與各級醫師及醫學生訪談，多數醫學生對附設醫院有良好的向心力，大都表示願意留下來繼續接受下一階段訓練。

評鑑準則：

5.3.2 醫學系必修的臨床實習應在健康照護機構進行，其住院醫師或其他合格人員在教師的督導下，亦有參與醫學生教學的責任。

符合 符合，但須追蹤 不符合

第 6 部份 無法對應準則之上次評鑑建議事項

1. 發現：

教師學術研究、著作或倫理不當行為處理要點：中醫大制訂有教師學術研究、著作或倫理不當行為處理要點並依中國醫藥大學附設醫院暨體系院所學術倫理案件查核辦法執行檢核機制。中醫大訂有「研發成果管理及運用之利益衝突迴避原則」，規定當事人執行技術移轉業務時應揭露可能發生之利益衝突，並規定當事人或其關係人遇有利益衝突之情事者，當事人應即自行迴避，或促請其關係人迴避；並特設利益衝突審議委員會，以審議送交本校院研究倫理委員會審查而有顯著財務利益或可能構成利益衝突之非財務關係案件，以及審議有否機構財務利益衝突之情形。依實地訪查確認執行單位及執行者皆有按其規章執行。有關其要點所稱教師學術研究、著作或是倫理不當行為，指有下列情形之一：

- (一) 教師資格審查履歷表、合格人證明故意登載不實、代表著作未確實填載為合著及繳交合著人證明。
- (二) 嚴重違反學術倫理。
- (三) 著作、作品、展演及技術報告有抄襲、剽竊或其他舞弊情事。
- (四) 學、經歷證件、成就證明、專門著作已為刊物接受將定期發表之證明、合著人證明為偽造、變造。
- (五) 送審人或經由他人有請託、關說、利誘、威脅或其他干擾審查人或審查程序情節嚴重。
- (六) 未遵守本校專任教師服務聘約規定。
- (七) 違反教師法第十七條之規定。
- (八) 其他明顯違反教師倫理之情事，包括教學倫理、學術倫理、人際倫理、社會倫理等。

(追蹤 2012 評鑑建議事項，無直接對應新準則)

肆、總結及評鑑結果

一、總結

從 2012 年醫評會評鑑後，中醫大在醫學教育的努力是值得肯定和鼓勵的，在軟、硬體皆投入相當多的資源：在 2012 年成立「醫學院標竿設定規劃與學習小組」，向國際標竿醫學院校學習；2013 年正式啟動六年制醫學教育，完成階段整合；2009 年自急診開始推動臨床混成式學習，至 2014 年評鑑時已建立醫智庫，完成 30 個臨床科部的混成式學習課程；2014 年個人申請甄試面談採 MMI 和小組面談方式招生；硬體方面陸續完成醫學大樓四、五樓教師辦公室和實驗室的修建並汰換實驗儀器設備等。此次訪評，委員們透過該系的自評報告、簡報和討論、訪視觀察、資料查核、隨堂聽課以及面談等方式，追蹤上次評鑑建議項目的改善情形。委員們肯定該系對改善的努力，尤其創立臨床混成式學習模式，建立醫智庫方便學生及有需要者隨時上網查尋自學，深得絕大多數受訪談的學生、住院醫師、主治醫師和教師的認同和讚許，是台灣醫學教育的創舉和值得學習的優點。

就中醫大醫學系整體教育而言，其通識人文教育的理念和執行值得肯定，相信未來有能力自我檢討及持續精進。在基礎醫學和基礎臨床整合方法，部份基

礎科別師資仍然不足、教學負擔重，且基礎和臨床整合課程仍然有重複教學的現象。在臨床教學方面，上次評鑑教學人力不足等攸關臨床教學之環境，在過去兩年都有明顯進步，師生訪談中都充滿教與學的熱忱與自信，但仍有住診教學小組人數太多，部份門診和住診教學要加強落實主動學習等可檢討改善之處。

依醫評會新制評鑑準則(2013 版)追蹤 2012 年評鑑建議事項，尚有下列四項，目前符合準則，但須追蹤：

1. 準則 2.2.1.2 醫學系教師的教學方法應與時俱進。

理由：本次訪視發現：(1)極受好評的臨床混成式教學尚未推展至全部臨床單位，網路學習和臨床面授之時間和學分如何分配，面授實習之內容規畫，醫智庫之 update，學生和課程評量等都須追蹤；(2)短時間教學法(OMP)剛完成教師訓練開始推行，須追蹤其執行情形和檢討改進；(3)部份住診教學小組人數太多，部份門診和住診教學要加強落實主動學習之教學技巧，須追蹤；(4)醫療照護分流對臨床醫學教育之影響亦須追蹤。

2. 準則 2.3.0 醫學系的課程內容，應確保醫學生能獲得良好及有效率的不分科醫師所需之特質和能力，並能以主動且獨立的態度達成終身學習的能力。

理由：本次訪視發現：(1)通識醫學人文課完成縱向整合，新的課程規劃將自 104 年度起實施，須追蹤其執行；(2)基礎臨床整合課程，仍有加強整合減少重複教學的必要，須追蹤；(3)六年新制的學生尚未進入臨床學習階段，須追蹤此一課程規劃能否達到六大核心能力的教育目標。

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

理由：本次訪視發現：(1)從醫學系提供的基礎教師 100 至 102 學年度授課時數的統計表：7 個基礎學科的全體教師每人每週平均授課時數，100、101、102 學年度上學期依序為 5.90、6.11、6.32；下學期依序為 4.99、5.56、5.83，呈現增加的趨勢。以解剖學科而言，3 個學年度上學期的每週平均授課時數皆超過 9 小時，102 學年度甚至超過 10 小時。100 至 102 學年度下學期，生化學科每人每週平均授課時數依序為 7.27、9.41、9.92 小時，也是呈現增加的趨勢。此數據顯示基礎學科師資不足，授課負擔過重，不但影響教學品質，也會影響研究和服務的品質。此在解剖學科將更嚴重，

因為下個學年度將會有六、七年制課程重疊的問題。另外，請校、院和系瞭解，教育部針對各級教師上課的時數，雖已無任何的規定，但上述資料顯示，基礎醫學教師的人力，須加以追蹤。(2)在臨床教學方面，訪視時發現有 4 位或以上之 5、6 年級實習醫學生於同一醫療團隊中，對臨床教師指導回饋工作負荷較大，而住診教學時也看到超過 10 位醫學生(最多達 18 位)圍繞著 1 位病人學習，恐影響病人、教師和學生，須追蹤。

4. 準則 2.1.2.5 醫學系必須收集並運用各種不同的成果數據，包括國家測試及格標準，以證明其教育目的之達成程度。

理由：(1) 國考成果：第一階段國考通過率 102 年度通過率 87.29%，103 年度通過率 84%，第二階段國考通過率 102 年度通過率 91.3%，103 年度通過率 97.3%，比起全國整體通過率為佳，但仍有畢業時尚未通過第一階段國考之畢業生。臨床技能測驗(OSCE)於 102 年度通過率 99.1%，103 年度率 97.3%，整體通過率高顯現臨床技能訓練培育成效佳，但身體診察(Physical Examination)和神經學診察(Neurological examination)是弱項。(2) 對於 M50 畢業生 112 位的問卷調查顯示整體七年醫學教育品質滿意及非常滿意佔 67%，臨床實習期中回饋未落實的比例家醫科佔 27%，精神科則有 29%。臨床技能指導病史詢問未評量的比例婦產科佔 21%，外科則有 20%。臨床技能指導身體診察未評量的比例家醫科佔 21%，精神科佔 21%，外科佔 20%，婦產科則有 19%，評量與回饋是臨床教學很重要的方法，應予重視落實。有 18%的學生認為被老師(含醫師)不當對待，這有待學校進一步去了解。

二、評鑑結果：通過，於 2018 年進行全面評鑑。

TMAC 2014 中國醫藥大學醫學系訪評活動行程

【Day 1】-103/12/15 (星期一)

時間	訪評活動內容
09:00~09:10	人員介紹 (Opening)
09:10~09:30	學校簡報 (辦學簡介及改善執行概況)
09:30~10:30	意見溝通與討論
10:30~10:50	coffee break
10:50~11:30	座談：醫學系主任
11:30~12:10	座談：醫學院院長
12:10~12:50	午餐

A. 人文通識組 (學校)

時間	訪評活動內容
12:50~13:00	coffee break
13:00~14:00	座談：人文通識教師
14:00~15:30	*實地參訪與資料查證

B. 基礎臨床整合組 (學校)

時間	訪評活動內容
12:50~13:00	coffee break
13:00~14:00	座談：基礎教師
14:00~15:30	*實地參訪與資料查證

C. 醫院教學組 (附設醫院)

時間	訪評活動內容
12:50~13:00	彈性調整 (步行或接駁至附設醫院)
13:00~14:00	教學醫院簡報(15分鐘)及意見溝通與討論
14:00~15:00	座談：臨床教師
15:00~15:30	彈性調整 (步行或接駁至學校)

共同 (學校)

15:30~16:10	座談：醫院院長
16:10~17:00	座談：校長
17:00	賦歸

【Day 2】-103/12/16（星期二）

A. 人文通識組（學校）

時間	訪評活動內容
08:00~12:00	*實地參訪與資料查證
12:00~13:00	午餐
13:00~14:30	學生面談（1~4 年級）
14:00~17:00	*實地參訪與資料查證
17:00	賦歸

B. 基礎臨床整合組（學校）

時間	訪評活動內容
08:00~12:00	*實地參訪與資料查證
12:00~13:00	午餐
13:00~14:30	學生面談（1~4 年級）
14:30~17:00	*實地參訪與資料查證
17:00	賦歸

C. 醫院教學組（附設醫院）

時間	訪評活動內容
07:30~10:30	*實地參訪與資料查證
10:30~12:00	座談：主治醫師、住院醫師及 PGY 醫師
12:00~13:00	午餐
13:00~14:30	學生面談（5~7 年級）
14:30~16:50	*實地參訪與資料查證
16:50~17:00	彈性調整（步行或接駁至學校）
17:00	賦歸

*：「實地參訪與資料查證」之時段訪評委員可依訪視查證之需要自行安排，除參加課堂上課、參與討論會、調閱佐證資料外，亦可主動邀約包括授課教師、行政主管、學生或行政職員等與查證事項直接相關之對象進行個別訪談，但必須經得受訪對象同意。

【Day 3】-103/12/17（星期三）

A. 人文通識組（學校）

時間	訪評活動內容
08:00~12:00	*實地參訪與資料查證

B. 基礎臨床整合組（學校）

時間	訪評活動內容
08:00~12:00	*實地參訪與資料查證

C. 醫院教學組（附設醫院）

時間	訪評活動內容
07:30~11:50	*實地參訪與資料查證
11:50~12:00	彈性調整（步行至學校）

D. 共同（學校）

時間	訪評活動內容
12:00~13:00	午餐
1300:~14:20	*實地參訪與資料查證
14:20~15:00	座談：董事長或董事會代表
15:00~16:00	訪視小組心得總結討論
16:00~17:00	綜合討論
17:00	賦歸