

中山醫學大學醫學院醫學系

評鑑報告



2016年6月

中山醫學大學醫學院醫學系

2015 年全面評鑑報告

(訪評日期：2015 年 11 月 24 日至 11 月 27 日)

訪評小組：

召集人 林其和 國立成功大學兒科教授/醫學院評鑑委員會主任委員

副召集人 方基存 長庚大學醫學院內科教授/醫學院評鑑委員會委員

訪評委員 邱鐵雄 慈濟大學醫學院藥理學科兼任教授

林文琪 臺北醫學大學通識教育中心副教授兼主任

鄭授德 長庚大學醫學院醫預科主任/解剖學副教授

呂佩穎 高雄醫學大學醫學院醫學系醫學人文暨教育學科教授

張聖原 慈濟醫療志業策略長/外科教授

林瑋如 美國羅格斯大學醫學院副院長/家醫科副教授

吳明賢 國立臺灣大學醫學系主任/內科教授

行政人員 朱宥樺 醫學院評鑑委員會組長/資深管理師

張曉平 醫學院評鑑委員會執行祕書

鄭國良 醫學院評鑑委員會管理師

目 錄

壹、學校/醫學系概況	1
貳、評鑑訪視執行過程	
一、研讀自評報告與網頁資訊.....	2
二、實習醫院訪評.....	3
三、參閱佐證資料或補充資料.....	3
四、參訪教學設施與設備.....	4
五、資料查證.....	5
六、人員晤談.....	9
參、訪視評鑑之發現	
第一章 機構	9
第二章 醫學系	16
第三章 醫學生	49
第四章 教師	60
第五章 教育資源	67
肆、總結及對醫評會的評鑑結果建議	
一、總結.....	71
二、評鑑結果.....	75
附錄：TMAC 2015 中山醫學大學醫學系訪評行程	76

壹、學校/醫學系概況：

中山醫學大學(以下簡稱中山醫大)1954年由周汝川博士所創立，1960年經教育部核准名為中山牙醫專科學校，招收兩班88名四年制學生。1962年經教育部核准更名為私立中山醫學專科學校，並增設醫科；1966年附設醫院中港院區落成作為學生實習的場所；1977年該校經教育部核准改制為中山醫學院，並將醫科改為七年制醫學系；2001年升格為中山醫學大學，並成立醫學院及其他四個學院及二個獨立的中心(通識教育中心和體育中心)。中山醫大現有6,629學生，包含987名醫學系學生。總共有442位專任教師和427位兼任教師；與醫學系相關的專任教師共118位，兼任有103位。中山醫大從草創到目前的規模，其辦學的精神值得鼓勵。

從2000年開始全國醫學系的評鑑，中山醫大歷經TMAC六次的全面和追蹤評鑑，最近的一次為2013年的追蹤評鑑。該次評鑑發現主要五個改進事項：

1. 在組織架構上，校長的位置應在附設醫院之上，在董事會有更多支持和足夠授權下，統領醫學教育團隊，規劃醫學教育短、中、長程目標，編列足夠預算，確實執行，以建立有特色的中山醫大醫學教育體系。
2. 不論單獨或合併附設醫院計算，中山醫大除了資產總額增加和淨值增加之外，其財務指標顯示其財務狀況不佳，尤其長期銀行借款尚有33.9億元。應積極處理閒置土地等資產及加強募款，以償還借貸，建立健全的財務，才能永續經營醫學教育。
3. 中山醫大醫學系應建立教師編制，晉用適當師資，經由大學和附醫師資發展中心(CFD)分工合作，以提高教師教學品質，尤其促使教師具備培養學生主動學習、獨立思考、解決問題的終身學習能力。
4. 新制教育改革課程已推行二年，積極繼續推行之外，基礎臨床整合課程仍有改善空間，臨床教學課程不連貫是重大缺失，且分在三個教學醫院執行，應加強課程評估，並據以修訂使新制臨床課程較完善。99年入學學生將於五年級開始新的臨床實習課程，TMAC應予密切追蹤。
5. 醫學系轉系辦法及其執行過程有重大違失，遭教育部糾正，應檢討修訂相關辦法及執行流程，以符規定。

除了上述5點，在院系組織架構方面，依據中山醫大醫學院院長的遴選辦

法，院長一任三年，經校長評審可連任一次。從 2000 年起，院長和二位代理院長任期各為一年，第一和第三任院長任期二年，第二和第四任院長各任期三年(第四任院長尚同時兼任醫學系主任二年)，十五年來沒有一位院長連任。就醫學系系主任的任期，2000 年後，有一位任期三年，三位任期二年，五位任期一年和二位任期大約一個月至一個半月，同樣地沒有一位系主任連任。如此頻繁的人事更動恐會影響教育政策的執行及教學的成果；此外，在課程管理、設計方面，自評報告書所附的七年制和六年制的必修和臨床實習課程、學分數和評量方法完全一樣。六年制的必修課和臨床實習和七年制完全相同，由此觀之，六年制為七年制的壓縮版，顯示六年制課程的規劃似乎未有修正的考量。基礎學科(生化、生理、病理、解剖和藥理)教師的授課時數，就 101 至 104 學年度的統計，每週超過 10 小時的教師：101 年有 12 位(藥理有 1 位教師每週上 15 小時)，102 年有 5 位，103 年有 7 位(1 位藥理教師每週上 13 小時)，104 年有 3 位。此外，統計表上發現有些教師每一學年度教學的時數變動很大。

上述各項為本次評鑑追蹤重點。中山醫大針對前次建議，於自評報告書中提出「100-102 學年度中長程校務發展計畫」與「102-105 學年度中長程校務發展計畫」治校理念之變革，並進行新的基礎與臨床整合的模組教學，大幅降低課程的重疊；另外也與建教合作醫院(彰化基督教醫院、台南奇美醫院和高雄長庚醫院)達成臨床實習教學的共識，俾讓學生能接受同等品質的臨床教育。此次評鑑除了查驗前幾次評鑑建議的實際改進成效外，並以 TMAC 新制評鑑準則進行全面的評鑑。

貳、評鑑執行過程：

一、研讀自評報告與網頁資訊

中山醫大醫學系網站上呈現 101 年入學七年制醫學系新生應修科目學分表，醫學系亦提供該年入學學生(現為四年級)之模組進度表，藉此檢視課程安排方式。TMAC 要求提供 11 個模組之進度表以瞭解基礎醫學與臨床醫學的內容是否相契合，時間的配置是否妥善，基礎醫學各學門相互之間(如解剖、生理、生化等)的授課內容是否重複，但因為無從得知每一特定授課內容，亦無法由其教務處網頁獲得每一節課的授課內容大綱，因而採用的資訊有限。

依據基本應修科目學分表，學生先於一年級安排通識選修、醫學人文及基礎科學課程，再於二年級兩學期及三年上學期進行基礎醫學(含實驗)課程，大體解剖學及實驗安排於三年級下學期的前七週密集進行，隨後展開11個模組教學，至四年級下學期時結束。

由應修科目學分表內各基礎醫學課程所列之正課學分數，乘以18週，實驗課學分數，乘以18週再乘以3小時，換算成為特定基礎醫學科目之教學(含評量)時數，共計1008小時。其中各模組內基礎醫學科目時數共計278小時。在各模組內著重互動討論學習方式之問題導向學習(PBL)時數為68小時約，占總時數約25%。合計基礎醫學各科目授課所占總時數為1286小時，臨床醫學部分則占520小時，兩者之中各含有實驗課及實作練習，講授性質的課程依舊占大多數。

二、實習醫院訪評

1. 中山附醫訪視活動包含：教學門診、住診教學、晨會與病例討論會，以及與醫院主管、醫師和醫學生訪談。
2. 奇美醫院：此次全面評鑑由兩位委員南下台南奇美醫院進行實地訪評，參與教學活動包括教學門診、住診教學、晨會與病例討論會、心電圖及心電生理學討論會，以及與醫院主管、醫師和醫學生訪談。
3. 彰化基督教醫院：此次全面評鑑由三位委員南下彰化基督教醫院進行實地訪評，參與教學活動包括教學門診、住診教學、晨會與病例討論會，以及醫院主管、醫師和醫學生訪談。

三、參閱佐證資料或補充資料

1. 中山醫學大學醫學院醫學系 TMAC 新制評鑑自評報告書 2015 年度。
2. 中山醫學大學醫學院醫學系 TMAC 新制評鑑自評報告書附件資料上、下冊。
3. 中山醫學大學醫學院醫學系 TMAC 新制評鑑自評報告書-附錄(102 年追蹤評鑑建議、附表-課程與臨床實習資料表七年制、六年制)。
4. 中山醫學大學醫學院醫學系 TMAC 實地訪評手冊(簡報資料)。
5. 奇美醫療財團法人奇美醫院簡報資料。
6. 彰化基督教醫院簡報資料。

7. 現場會議紀錄、教案、師資訓練規章及記錄、病歷記錄、學生報告書、學生學習護照等各項佐證資料。
8. 中山醫學大學醫學院醫學系實地訪評待釐清意見回覆資料。

四、參訪教學設施與設備

(一)圖書館(含醫學人文專區)

圖書館位於學人樓一樓，本身空間並不大，藏書區及閱覽區皆小，訪談學生時亦有此表示，並希望開放時間延長。醫學人文專區在其中一角，設有開放式專櫃。牆面展示視聽圖書借閱心得寫作分享，圖書館空間較小，座位數僅可容納495人，醫學系學生亦反應圖書館座位常一位難求。

(二)電腦教室

位於正心樓內，架高地板下藏管線，內區分為三區塊，各有9x2、8x2、9x2台電腦子機及1台電腦母機。全部共計52+1台。

(三)表演廳

供學生社團活動或表演之用的空間。舞台縱深較深(約8米)，座席面廣(約20米)，但縱深淺僅7排，計有左、中、右三區塊。左區各橫排為6~8席x7排、中區各橫排7~9席x7排、右區各橫排6~8席x7排，共計約150餘席。

(四)教室

杏樓杏二~四教室之格局約為縱長方形，以四條縱貫走道區隔為五區，每一橫排自右至左分別為2~3、3、3、3、2~3個座席，一橫排總共13~15座席。再以橫向走道於第7排及第8排之間區隔為前後段，前段共7排，後段共6排。全部共計165座席。教室前方牆面懸掛主銀幕，寬約2.5米、高約2米。在橫向走道之左右兩端各垂掛一較小之輔助銀幕，寬約1.8米、高約1.6米，供坐於後段學生觀察。座椅為單腳柱型式，離席之後自動前傾，向桌面靠攏，以方便進出。座板鋪面為布面材質，背靠板為塑膠材質。塑膠材質地面，有低矮台階自前而後逐級升高。左右牆面有窗，垂掛不透光窗簾。後牆有進出口，其牆面貼掛教師指導學生的研究海報四幅。電子講桌位於面向銀幕之左前角落。但是其電腦銀幕為站立式(垂直於桌面)，高度正好擋住教師之前方視線。整體教室給予潔淨新穎之觀感。

(五)附設醫院討論室

中山附醫有足夠教學病房、討論室及會議室，但訪視仍發現有極為吵雜的討論室，影響到討論。

五、資料查證

針對自評報告、活動行程中的簡報、座談與聽課的事項，做進一步的查核工作。

(一)基礎醫學教師授課時數

自 101 學年第一學期至 104 學年第一學期共計 7 學期，綜合表列時數如下。平均授課時數較高之學科在藥理、解剖、生化及生理學科，其教學時數計算方式，除解剖學科之外，其餘學科的實驗課，並非依照實際在場授課之時數核計，而是以學分數計算。授課時數不足之教師對此感到不安，擔憂會遭致解僱或是減薪；依照校方政策，若是超出教育部規定之職級對應授課時數之規定(每週授課要求，教授 8 小時，副教授 9 小時，助理教授及講師 10 小時)，並未額外發給超授課鐘點費。

學科	表內 教師人數	網站 教師人數	每週每師平均 授課時數	授課時數 最低者	授課時數 最高者
藥理	6	5	9.58	7.00	12.98
解剖	9	11	9.41	7.62	10.85
生化	5	5	9.29	6.90	12.08
生理	5	4	8.57	6.22	9.95
寄生蟲	3	4	5.44	3.94	7.68
微免	7	7	5.33	1.47	6.63
病理	5	6	2.85	1.82	4.23
法醫	2	2	1.31	1.19	1.42

(二)模組教學之教材

基礎和臨床整合課程的模組教學有完整的作業流程，例如：教材內容經過自審、複審（由模組負責教師，director）和定期外審，做為品質管理。這個學年度開始實施的行政教師制度，其功能為承擔部分模組 director 的責任，複審教學教材和實際到教室聽課，瞭解教師和學生上課的情形，並提供教師於教學方面可改進之處。行政教師包含二位基礎教師和二位臨床教師，依據他（她）們教學資歷和經驗，能否完成任務，尚待觀察。在教材方面，較多現象為 ppt 的張數太多；面談時學生指出有些教師甚至二小時要放 200 張 ppt。此外，學生希望考試後能有機會跟教師檢討考題內容。

（三）On doctoring 習醫之道

學生對 On doctoring 皆有很好的反應。On doctoring 已經實施多年，卻仍在試辦的階段，由十多位臨床導師，從二年級開始，每位導師每年收二位學生直到六年級畢業。因為參與的臨床導師不多，因此不是每位想參與的學生皆有機會加入，全依抽籤的運氣。實際上，參與的學生與其臨床導師的互動並不多，整個的課程缺乏引發學生個人的反思。所訪談的學生之中有三位選擇此「習醫之道」，均未能實際描述所見所學，並且不約而同皆云：最近學生較忙或是教師較忙，即將在下週約時間進行，此課程的運作及成效需要檢討。

（四）Meet Professor 暨讀書會

醫學系為加強所招收醫學生的信心與認同感，主動邀請 16 位師長對於一年級新生進行關切以及說明中山醫大的願景，其目的在於降低醫學生休學的比例。作法上，第一次進行是由師長主動召集，爾後由該組學生視需求與師長要求再作安排。學生對 Meet Professor 有很好的反應，透過 16 位熱心教學的老師，傳達更多有關中山醫大的資訊給一年級的新生，目的在激發學生認識自己，促進師生互動，協助學生提早做人生規劃，並且營造校園氛圍，提昇學生認同中山醫大。學生皆認同，但此活動只有一次且時間很短，其成效需要再評估。

（五）學生暑期重修

醫學系課業相對繁重，部分新生未能瞭解自身的生涯規劃，因而失去學習

的動力，導致學業成績欠佳，部分科目甚至未能及格。尚有其他，譬如轉系、轉學、專案選派出國修課、課程改革等原因以致申請暑期修習。為使學生的學習年數不致於延長，因而訂定暑期修習的辦法；但是密集的暑修課程是否能夠使學生獲得與其他順利通過學生一樣的實力，則待密切觀察。

(六)學生輔導

醫學系一年級新進學生每 10 至 12 位，由一位基礎醫學學科教師擔任該組學生導師，持續至三年級下學期為止。在升入二年級之前，目前採取志願形式，部分學生得申請進入「習醫之道」，自二年級起由指定臨床學科教師擔任其導師，因而部分二、三年級的導師所輔導的學生較少。學生人數若是過多則以抽籤決定是否得以加入。由於基礎醫學學科教師人數不足以擔任所有一至三年級導師，因此，須由少數臨床學科教師支援擔任。四、五年級的導師則絕大部分由臨床醫師擔任。

導師的工作除對於高關懷學生及學業成績落後學生的輔導，對於其餘一般學生的輔導宜依其制定工作項目、確實執行並留存活動紀錄。例如：心理衛生教育推廣、學生適應團體心理測驗、性別平等教育推廣活動、輔導股長培訓班級輔導、諮輔志工與關懷天使培訓、學生申訴評議委員會、實習諮商心理師督導等。在輔導之下，絕大部分學生若是對於自身未來所將擔任的社會角色以及所須具備的知識、技能、態度有所覺悟，應當會對於提升自我能力有所急迫感。

(七)期中預警機制

依據學校流程，醫學生的期中考試成績，教師須於一週之內輸入，在期中考後甚至有期中補考。在補考之後兩週內，預警名單方才由教務處提供給導師、系主任，以及教學資源中心。在此時學期已經過了接近三分之二，導師及醫學系方才標出應當輔導的學習成效欠佳學生，是否為時已晚？恐無法達到預警之目的。有可能學生缺曠課，授課教師在授課當時面對將近 140 位學生，無暇一一點名，因而也無從瞭解缺曠課學生何人，更無法關切其原因何在。此種發生於第一線的學習狀況能有效地讓系方及該班級學生之導師知曉，及時輔導是一大挑戰。

其實，面對上課時僅一半的出席人數，教師應當心中有數，須檢討學生目

前的學習型態。有教師認為：「若是真正能夠觀覽 PowerCam，甚至可以加快播放速度，即便未透過互動學習，也能習得內涵，獲得其中核心能力，那又何必要求到課堂？」。甚至提出「翻轉教室」也是要求學生自我學習，但是「翻轉教室」學習方式其作法是：學生必須自行觀覽教材的心得，然後於小組集會時提出討論，並即時評量。這不同於不上課只看 PowerCam 的情況。

甫入大學的醫學生，如果未能深切瞭解日後在職場上對於能力、態度的嚴峻要求，未能把握學習的時機及資源，就容易產生僅求學業成績輕鬆及格，容易畢業的錯誤心態。因此，與其在學期中、後段發生學習成效低落之時，施以效果有限的課後輔導，倒不如尋求根本之計，提早讓入學的新生認知即將面臨的社會責任，以及社會大眾對此「醫師」角色的期待。

期中預警的輔導並非無益，對於特定科目之學習方式未能立即掌握的學生，及時的拉拔與輔導是絕對有必要的。同時，在教輔合一的前提之下，學業成績的呈現是學生有無學習困難的一項有效的指標。學習成績欠佳若是呈現於大規模的普遍科目，則意味著其他背後的原因，譬如：家庭經濟狀況困難、親近家人的健康出現狀況、男女親密關係出現變化等等，更需要導師立即深入關注，重點在即時。若按照該校的期中預警制度的程序，恐怕在期末時學業成績難有立即的起色，可能因為背後原因的擴大而導致更嚴重的結果。

(八) 模組的內容以及模組內各學門授課時數之安排

醫學系李副系主任說明如何訂定每一個模組的授課時間長短。假設某一基礎課程之學分數為 4 學分，在二年上至三年上各學期的單一(未編入模組之中)的科目，若是已經安排有 1 學分課程，則將剩餘 3 學分換算成時數，將其分散於適當的模組中。各個模組之中再安插一至二個 PBL 討論教案以及期中及期末評量。

(九) 實習評量

醫學系教學暨課程委員會(簡稱課委會)每一學年舉行二至三次會議，有 1 至 5 年級學生和系學會代表。但臨床學科教師委員較少參與課委會的開會。有關教材的審核已有完善、執行成效良好的標準。課委會的職責之一為監測教師的教

學品質，目前雖有行政教師的審視，但其效果尚待觀察。至於學生於不同醫院臨床實習的等同和等效性，則透過醫院的主管參與課委會（前述臨床醫師參與課委會會議）和每一季的共識會議來管控。依據 104 年 10 月 15 日的課委會記錄，關於「實習成績評量標準化」的說明：「…皆已向臨床教師宣達共識的考核評分參酌，不再變更基準分數。實習成績回到學校後將進行標準化調整」，但是審視三家實習醫院打的實習分數，仍然可看到各醫院有不同的基準。

六、人員晤談

訪談對象包括臨床醫學教師 34 位、基礎醫學教師 6 位、通識與醫學人文教師 9 位、1~4 年級醫學生 25 位、5~7 年級醫學生 46 位、PGY 醫師與住院醫師 11 位、醫學院林俊哲院長、醫學系蔡明哲主任、呂克桓校長與董事會林中生董事及主管共 13 位；總共訪談中山醫大、奇美醫院及彰基醫院人員各 106、15 及 21 人。

在訪評期間，承蒙中山醫學大學、中山醫學大學附設醫院、彰化基督教醫院、奇美醫院全體教職員及主管的充分協助與配合，使得此次 TMAC 的全面評鑑得以順利完成，謹此致謝。

參、依據 2013 版本準則全面評鑑之發現如下：

第 1 章機構

1.0 醫學系必須為依相關法令，經教育部核准設立之教育機構或教育機構的一部分，並經醫學院評鑑委員會評鑑認可提供醫學教育及授予醫學學士學位。

發現：

1960 年創設中山牙科專科學校，1962 年增設醫科改為中山醫專，1977 年核准升格為中山醫學院含七年制醫學系，2001 年核准改制為中山醫學大學。醫學系學生畢業授予醫學士學位。

準則判定：符合

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。

發現：

中山醫學大學從草創時期的幾間教室，陸續成立實驗大樓、圖書館、學生宿舍、研究大樓等。學校也先後成立醫學院等五個學院、二個獨立中心及一個醫學中心級的附設醫院。這些硬體設施皆位於同一校區且有成長空間，鄰近的高鐵/台鐵/捷運共構有利於學校未來的發展。該校也與國外大學建立合作關係，選派學生到國外醫院進行短期的學習。

準則判定：符合

1.1 組織

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。

發現：

該校除醫學院外，尚有與生物、健康和醫學人文相關的四個學院和兩個中心，兩個生物醫學相關的研究所，附設醫院和三家合作教學醫院，提供醫學生通識、專業和持續教育學習的場域和機會。

準則判定：符合

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。

發現：

行政和教職員的選聘、續聘等程序皆依校規定的需求辦理。招生採多元管道方式，含繁星、甄試、指考、離島學生和僑生。鼓勵學生參與服務學習及典範的認知和學習。

準則判定：符合

1.1.0.2 醫學系隸屬之學校與其建教合作之教學醫院，必須在學習與工作環境中落實性別平等的原則。

發現：

學校已訂有相關辦法：(1)依「性別平等教育法」第十二條所訂定之「性別平等教育實施規定」；(2)「中山醫學大學學則」中訂有性別平等相關之學籍及學習權益與義務；(3)「校園性侵害性騷擾或性霸凌防治要點」及「性侵害性騷擾或性霸凌事件調查處置流程圖」，這些辦法在該校已經公布周知，落實性別平等的原則。

準則判定：符合

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。

發現：

針對 2013 年追蹤評鑑之發現及建議，中山醫大已有若干修正組織章程。2013 年追蹤評鑑時，中山醫大校長和附設醫院教學總院長均是董事會之下的平行關係成員，當時校長是否能完全主導醫學教育，尤其是臨床醫學教育方面，是有疑慮的。此次訪評發現組織架構已有修正，附設醫學總院長由醫學大學三位副校長之一兼任，醫學院院長兼任附設醫院之教學副院長，醫學系主任則兼任附設醫院之教學部主任。依此組織架構，已較上次評鑑合理，然而，校、院長於財務上之核決授權不高，大多數的案子均須經董事會（長）決定，因此組織調整後，校長是否能就此全盤掌握醫學教育，仍待持續觀察。

準則判定：符合，但須追蹤

1.2 決策單位

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。

發現：

「財團法人中山醫學大學捐助章程」明訂董事會之職權與董事會議召開事項；校

務及院務委員會亦明訂其發展計畫、預算等事項。

準則判定：符合

- 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學校和醫學系。

發現：

董事任期為四年，連選得連任，第十二、十三屆董事有多名連任。校/院務委員會 103 和 104 學年度有多位委員連任。

準則判定：符合

- 1.2.2 醫學系隸屬之院（校），其院（校）務委員會或董事會之運作必須具備並遵循正式的政策和程序，以避免與該學校的成員間、建教合作之教學醫院間及任何相關企業間的利益衝突。

發現：

1. 若干教師由董事會（長）指示聘用，卻無法融入團隊，以致聘用不久即離職，顯示董事會應設法了解及適度尊重科部之建議，才可確實充足教學人力資源。
2. 依 2013 年追蹤評鑑報告，當時之校長、醫學院長、醫學系主任均表示於任期屆滿後再續任，以穩定行政團隊，當時對於主管治校之信心和決心均令訪評小組印象深刻。但此次訪評時，三位行政團隊主要主管均已換人，校方雖有說明，仍顯示人事更換頻繁，不利理念及治校之傳承及長期規劃。雖然和資深林董事晤談時，林董事表達董事會對校院主管之尊重和支持，然而仍可看到董事會對於學校人事、財務的「關注」，相當程度影響該校醫學教育，需要再追蹤。

準則判定：符合，但須追蹤

1.3 醫學系負責人

- 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。

發現：

依據「中山醫學大學組織章程」由院長推薦副教授以上之教師 2 到 3 人選，校長圈選聘兼之，任期三年，期滿由院長評鑑後，再經校長同意，得連任一次。從 2000 到 2014 年，僅有一位系主任任期三年，三位任期二年，五位任期一年，二位任期大約 1 至 1 個半月。系主任應通過公平、公開的遴選或遴聘過程，中山醫大系主任由院長推薦，校長圈選聘兼。此外，主任更替過於頻繁，恐影響行政和教學的規劃及成果。

準則判定：不符合

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、以及學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。

發現：

醫學院每二週定期召開「醫學院系主管會議」，另外藉由參與各種委員會或其他相關的活動，也有得與各級單位溝通的管道。醫學系另有三位副系主任和四位行政教師協助處理系上教師及學生事務。

準則判定：符合

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。

發現：

該校醫學院院長兼附設醫院教學副總院長，系主任兼附醫醫教部主任。系主任與三個教學醫院皆有一定的實習指導制度、權利義務、實習評量與檢討和人力配置等相關辦法。系與建教合作醫院每季舉辦一次臨床共識檢討會，醫學院院長、醫學系主任、副系主任及各建教醫院教學代表、實習業務承辦人皆參與討論。

準則判定：符合

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。

發現：

中山醫大近幾年陸續完成教學/研究大樓，校本部的教學空間、設施足夠，且除

了例行預算，醫學系另編列特別預算，提供教師參與國內外醫學教育研討會，如 AMEE 或日本醫學教育年會。但是，校內圖書館的座位似不夠，特別是碰到考試期間，學校需另開放教室給學生使用；此外，一些基礎學科如藥理學科，師資有減少的現象。

準則判定：符合

1.4 醫學系之管理

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。

發現：

醫學系除了系主任外，尚有三位副系主任協助行政、基礎和臨床教學工作，另有四位行政教師協助整合課程的工作。醫學院院長、醫學系系主任皆一任三年，可連任一次，但十年來，皆無院長或系主任連任，相當多的院長和系主任任期為一或二年，醫學系管理及長期目標不易落實。

準則判定：符合，但須追蹤

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。

發現：

醫學系雖然有調查畢業校友就業現況，其數據顯示多數校友從事實際臨床照護及基層醫療，但是醫學系對於朝向重點培育在地化、社區化，非都會區之基層醫療人才，並無實質規劃課程及列入教育目標，僅以行腳醫療體驗實習、輪訓於社區醫學及特色醫療等，尚無證據支持這些做法足以培育與啟發在地化這方面的人才。此外，學校亦欠缺定期評估是否圓滿完成目標之機制和文件證明。

準則判定：符合，但須追蹤

1.4.2 醫學系所屬之醫學院應確保有關財務、人事、業務、政策與決策過程的透明化，並應與主要利害相關者進行良好溝通。

發現：

實地訪評與晤談中發現，學校相關業務決策過程的透明化仍然不足。

準則判定：符合，但須追蹤

1.4.3 醫學系所屬之醫學院必須與建教合作教學醫院（含大學附設醫院）簽署書面合作協議，其內容須規範雙方有關醫學生教育之基本責任。

發現：

中山醫大已有與建教合作醫院簽訂實習合約書，三家醫院合約書內容各異，在執行核心課程的一致性方面，並未落實，尤其在臨床教師對學生的評量執行面，雖有共識會，但在實際訪談中卻顯現缺乏共識性，並無一致的教學及評量標準。此外，每家教學醫院教師是否皆具教學及專業能力、職員是否認知教育目標，仍須持續追蹤。

準則判定：符合，但須追蹤

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

發現：

該校有規劃整合各合作教學醫院的一致性，但在落實核心課程的教學及護照評量卻無一致的基準，實際訪視及訪談時也發現作法不一致、立即回饋的評量及授課內容有別。此外，今年度新增之高雄長庚合作教學醫院，其臨床教師比例是否增加，也待持續觀察。

準則判定：符合，但須追蹤

1.4.4 醫學系隸屬之學校必須每年通知醫學院評鑑委員會有關學系的重大修正計畫或重大變動。

發現：

中山醫大於2014年7月29日，曾將醫學系重要課程修正計畫內容通知醫學院評鑑委員會。

準則判定：符合

1.4.4.1 醫學系任何課程和學分上的重大修正計畫，必須通知醫學院評鑑委員會。

發現：

中山醫大醫學系由七年制改為六年制學程，有將更改的學程內容通知醫學院評鑑委員會。

準則判定：符合

1.4.4.2 醫學系在以下情形若有重大變動時必須通知醫學院評鑑委員會，包括：學制、招收醫學生的（人）數，或在該機構的可用資源，如師資、硬體設施或財務等的變動。

發現：

教育部暫停中山醫大醫學系招收轉系生以及與高雄長庚醫院建教合作之變動，醫學院評鑑委員會已收到相關公文通知。

準則判定：符合

第 2 章 醫學系

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。

發現：

1. 該校「醫學院」之教育目標為：「(1)應具備基本現代資訊知識與語言能力。(2)應兼具人文藝術及醫學倫理素養。(3)應擁有醫學專業知識與觀念。(4)應熟練診療之基本技能及創新與應變之能力。(5)應養成社會服務熱忱及團隊合作精神。(6)應深具終生學習的能力並善於獲取新知識，維持並提升本身之專業知識與技能」；「醫學系」之教育目標為：「病患照護、醫學專業知識、人際溝通技巧、專業素養、醫療體系內之行醫、臨床工作中學習與改善」(見《中山醫學大學醫學院醫學系 TMAC 新制評鑑自評報告書 2015 年度》頁 1-54~1-55)
2. 醫學系以 ACGME 六大核心為教育目標，輔以下列三項理念構成：博雅暨醫學人文教育紮根、基礎與臨床整合模組課程和「以病人為中心的醫療」的臨床教學。基礎和臨床整合模組已有完整的標準作業，但是其餘二項的設計和執行尚有改進的空間。
3. 在校生雖然在第一階段醫師國考的表現，通過率達 80%以上。但對於學生學習態度的要求上，未能顯出有追求卓越特質的作為。對於啟發初階醫學生的各項作為，習醫之道(On Doctoring)、Meet Professor 未能全面貫徹落實，成效待評估。

準則判定：符合，但須追蹤

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。

發現：

1. 課程由醫學系教學暨課程委員會（簡稱課委會）和醫學系學生臨床實習委員會設計、執行和檢核。系方與建教合作醫院的臨床核心課程規劃除了課委會的審核外，尚經過每季的共識會議制定。系教學暨課程委員會審查辦法明訂「課程增設或變更時，應提送各級教學暨課程委員會審查」照字意會經校級。報告書提及貴系課程由醫學系教學暨課程委員會（簡稱課委會）和醫學系學生臨床實習委員會設計、執行和檢核。系方與建教合作醫院的臨床核心課程規劃除了課委會的審核外，尚經過每季的共識會議制定。
2. 自我評鑑報告書頁 2-1 中指出：「本系課程地圖依據教育目的以及六大核心進行建構，六大核心為：病患照護、醫學專業知識、人際溝通技巧、專業素養、醫療體系內之行醫、臨床工作中學習與改善。課程地圖即符合上述核心能力與下列三項理念構成，以達學習與教學雙向成效。」經查附件【附件 2-0-1】所提供之課程地圖，主要以「醫學院」之教學目標進行進行醫人文與博雅教育、基礎醫學教育及臨床醫學教育課程進行整理，未見「醫學系」與「醫學院」教育目標之對應，該課程地圖無法充分顯示各階段、各個課程與「醫學系」六大教育目標的對應關係。
3. 醫學系缺乏公共衛生學科之編制。公共衛生學的相關課程過於薄弱，僅於家庭與社區醫學模組內安置「流行病學方法」2 小時、「生物統計與臨床運用」2 小時、「衛生教育」1 小時、「環境污染防治」1 小時、「環境毒物學」1 小時、「全民健保」2 小時，共計 9 小時。

準則判定：符合，但須追蹤

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。

發現：

1. 在 Block by Block 教學課程中，仍以大堂課、填鴨式教學為導向，雖有部分課程

以問題導向學習 (PBL) 來教授，但經訪談學生仍是以共筆及記憶式應付考試。

2. 雖然在基礎醫學與臨床醫學的 11 個模組之中有 PBL 討論機會，但是僅有 16 個案，每案大多非三段式(2 小時x3 次)，而僅為兩段式(2 小時x2 次)，合計 68 小時的時間。
3. 臨床技能中心只能提供技巧/技術，無法教導或讓學生身歷其境學習同理心，跟病人面對面學習才能引發學生主動學習、獨立實習、以病人為中心的觀念。
4. 在臨床實務訓練方面，為了能達成作中學的目標，系方明訂有醫學生臨床實習值勤工作細則及規定，包含照顧床數、值班天數等皆合乎教育部規範辦理之「臨床實習實施原則」。系方規劃實習醫學生在主治醫師與住院醫師指導下執行 primary care 病人的各項工作，包括：病史詢問、身體檢查、擬定治療計畫、開立醫囑、記載 Admission Note 與 Progress Note，協助主治醫師與住院醫師處理住院病人各種臨床問題；在主治醫師或住院醫師指導下執行相關臨床技術（例如：放置導尿管、鼻胃管、靜脈注射、氣管插管等），要確實掌握病人的病情，並即時向住院醫師或主治醫師報告。五、六年級實習醫學生則每兩週挑選三份 note 為目標，不限病人、Admission note/ Progress note/ Acceptance Note 不拘，一般以 Admission note 為主，配合各院醫教部作業方式，電子病歷線上批閱或紙本各科留存供醫教部查核。實地訪查發現五年級實習醫學生第一天接照顧病人時，僅僅只寫 Progress note 而非書寫 Acceptance Note，這與全人照護病人的目標不一致，須檢討做法。系方制定各年級須照護床數及必須完成之病歷書寫規定，但訪視仍發現多數未符合其應照護床數之基準，在病歷書寫方面並未達成即時回饋和修正，致無法逐步增長其能力。有時醫學生因科部病人過少而沒照顧到病人，喪失了學習照顧病人的機會；實地訪查時中發現醫學生未在主治醫師查房之前先去看病人，而是被動等待主治醫師教學，這與準則要求學生主動學習的精神不符。
5. 中山醫大重視隱性課程與非正式課程，並企圖透過這課程作為培育學生主動學習與獨立學習的機制，期待學生可以將隱性課程與非正式課程中培育的能力遷移到正式課程中去「彰顯學習成果」，並且藉著參與各種不同性質的課程達到主動、獨立和終身學習的機會。隱性課程（規劃並帶領偏遠地區小孩的活動等），非正式課程（如醫學人文工作坊、服務學習、參與研究）和正式課程（如 PBL、晨會、門診/住診教學等）均是培育學生主動學習與獨立學習能力的機會。教導學生使用 e-library，

可增進學生主動和終身學習的技能。典範學習及部分志工服務由系學會學生來規劃與主導，確實提供醫學會幹部主動學習的機會，但並非每一位同學皆可參與活動，殊為可惜。

6. 中山醫大通識教育、醫學人文課程經觀察及訪談教師與學生發現在通識/醫學人文課程規劃上大部分仍以教師授課為主，較少看到互動式教法設計，觀察到的幾門通識課程如醫學倫理、醫學與人文、緊急照護等及部分醫學人文課程都較缺乏互動，且明顯看出學生只來聽課未有事先或課後準備要求。大堂上課未有互動，甚至有學生滑手機或看其他課程筆記等活動。有些課程有帶入期末小組報告(如英文)或工作坊(如醫病溝通)，但整體而言，缺乏可以增加讓學生主動獨立學習的教學活動；特別的發現：麻醉科及內科有二位臨床教師設計相關醫學人文探索反思及敘事醫學，提供學生甚佳的主動探索及學習機會，他們透過教師、同儕回饋進入學習而後價值的深化；但因 clerkship 選課的不同，並非所有的學生都有機會接受該融入式課程訓練。

準則判定：符合，但須追蹤

2.1 課程管理

2.1.1 目標與目的

- 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。

發現：

1. 醫學系的整體課程規劃訂定有五項教育目的：一、應兼具人文藝術及醫學倫理素養。二、應擁有不斷成長的醫學專業知識與技能。三、應具備終生學習思考與研發，以提升醫療品質。四、應養成社會服務熱忱及團隊合作精神。五、應時時關懷病患，以增進社區與全民之健康。課程經醫學系教學暨課程委員會、醫學系學生臨床實習委員會及建教合作醫院的核心課程共識通過及執行。這些委員會或共識會議的人員包含院長、系主任、副系主任、科主任、教學醫院教學負責醫師和各年級學生代表，還包含畢業校友和校外專家等。
2. 醫學系訂有整體課程目的及成果評量方式，但對於評量及問卷的分析並無深入探討改善措施及策略。

3. 校長面談時說明中山醫大以往之畢業生，多數為開業醫師，執行第一線之臨床病人照顧，已成為該校之特色之一，然觀察其七年制醫學課程中，未見將其畢業生導引至開業醫師之相關設計與內涵。

準則判定：符合，但須追蹤

- 2.1.1.1 醫學系所呈現的教育目的必須以學生畢業時應具備的能力加以陳述，上述能力必須能被評量，並符合專業及大眾之期待。

發現：

1. 該校醫學系依美國 ACGME 訂定六大核心能力設計課程，基礎與臨床整理模組課程，已開始針對六大核心能力進行學生課後問卷施測，以了解六大核心能力的增進的狀況；亦依六大核心能力進行畢業後學生及顧主滿意度之問卷施測，希冀藉由課程問卷調查（量化和質性）、各階段國考測驗和課程的評估，瞭解學生學習各項能力之成效，並做為課程改進的指標。但看不出該校對於六大核心能力之基礎醫學及臨床醫學的評量有完整檢討、評估機制，也無法看到學生各項能力的缺點及補救方式。
2. 在醫學系教育目的的實踐檢視上，該系學生在知識層面上第一階段國考通過率（84%）成果良好。但是，國考主要是知識層面檢視，其餘技能、態度等則是在職場上社會大眾所深切期待之面相，目前僅用 OSCE 檢視並未有其實際照顧病人能力的評估。此外，該校以是否完成服務學習（0 學分 18 小時）當成達到「社會服務熱忱及團隊合作精神」的根據，此不是該項教育目的之有效評量，需再審慎檢視。
3. 依自評報告之自述，一、二年級通識教育與醫學人文學習著重在溝通能力及同理病人痛苦能力的培養（自評報告，頁 2-35），但不見針對學生是否有此能力的評估。

準則判定：符合，但須追蹤

- 2.1.1.2 醫學系必須讓所有醫學生、教師及參與教學之主治醫師、主要教學醫院的住院醫師以及其他負責醫學生教育與評量之人員了解其醫學教育目的。

發現：

1. 該系於新生入學時的新生訓練時明白揭櫫醫學教育的目的，並運用校內與學系網頁公告平台、班會宣導及課程內容設計等方式讓學生了解。經查網頁及資料檔案屬實。經訪談醫學系導師，教師會利用班會進行宣導。相關指導人員的宣導，主要是

透過參與系課程及系務會議、科務會議、導師會議，研究助理則透過研究生班會以及書報討論會宣導。

2. 訪談 1-7 年級學生都說知道學校及醫學系有訂定學生應具備之核心能力，但學生幾乎都無法敘明這些能力與內涵為何，未能具體說明他們所瞭解的醫學教育目的。但多數能瞭解基礎科學擋修的機制。
3. 學生於基礎醫學時學習 PBL，雖然到了五年級與六年級時仍記得 PBL 的討論，但不瞭解整個課程安排的意義。此外，OSCE 是培養照顧病人能力或測試的手段、不是教育的目的地，無法取代學生接觸病人的學習。
4. 實際訪談中，住院醫師及部份主治醫師對於醫學教育目的並不完全了解，亦有部份醫師不曾參加過任何師資培育有關的課程。
5. 中山醫大有安排各合作主要教學醫院的定期座談會及臨床導師培訓營，但訪視發現臨床教師對於互動式教學方式與共通評量表的基準和新式評量方式如 CBD、Mini-CEX 無法完全了解評量方式及其使用目的。

準則判定：符合，但須追蹤

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。

發現：

中山醫學系 103 學年度成立醫學人文學科，可見醫學系對涵養學生人文素養及培養醫師社會責任及專業素養的重視。然而，目前只有一位專任教師兼主任，以及一位兼任教師，其他活動皆由他科或系、中心支援。納編於醫學人文之相關課程尚未有醫學人文小組先規劃與課程審議，仍然直接由醫學系課程委員會審理。課程除「醫師與社會」有邀請醫社系一位教師，倫理法律課程及醫師病人與社會課程邀請倫理法律教師協同教幾次課程外(在模組課程有帶入人文法律倫理討論)，整體而言，在人文社會科學的跨領域對話仍需加強。通識教育與醫學系人文課程有些時數可互相認可，根據訪談，這變通方式是依學生反應，希望可以兩方面課都被認定。通識教育與醫學系人文課程性質與教學目標不相同，兩方面課都被認定有待審議。

準則判定：符合，但須追蹤

2.1.1.4 醫學系隸屬之學校必須設有監督機制，以確保教師訂定醫學生學習的常見的

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。

發現：

1. 在臨床實習時，系方與各教學醫院皆訂有共同學習的核心課程及病人類型，但在分級督導方面，因中山附醫部分醫療科部住院醫師不足，無法確實完成完整團隊教學與即時回饋、指正的成效，對各項核心能力並無訂立各年級或輪訓不同教學醫院須要達到的評量基準。
2. 醫學系缺少 program director 衡量全盤臨床教學，雖然有學習手冊，但五和六年級學生與病人接觸不足，不足以養成醫師與病人的互動關係，學習「以病人為中心」而不是「以病例為中心」。
3. 臨床見實習學生分佈不同之合作教學醫院，宜有協調整合之機制，以監督並確保學生臨床實習有等同的教育環境和學習經驗，以及等效的評估方法。

準則判定：符合，但須追蹤

2.1.2 課程委員會之責任

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。

發現：

1. 醫學系教學暨課程委員會負責課程的規劃、檢討、評估、審核和控管等工作。委員會的組成包含系主任、副系主任、各科主任、教學醫院教學負責人、學生代表、系學會代表、畢業校友代表和校外專家。教材內容須經過自審、複審和定期外審。99級開始修正後的基礎和臨床整合模組教學，希望改進過去模組教學出現的不連貫。行政教師每個學期會到教室參與聽課後提供建議。教學暨課程委員會無設置次委員會，但依狀況與角色不同設置各工作小組，執行相關任務，如：「醫學院院系主管會議」負責：(1)訂定與審查各年級課程規劃執行與評量等事宜。(2)訂定醫學生實習教育計畫。(3)學生學習事務討論。(4)審議系務相關重大提案。另如：「醫學系模組課程整合檢討小組」負責規劃三至四年級基礎與臨床整合課程的教育目的與整體教學品質，確保教學內容得以銜接、整合不重覆。經實地訪視發現「醫學系模組

課程整合檢討小組」之運作確實執行。

2. 校方訂有各項醫學教育成效指標，包括第一及第二階段國考通過率、內部考試學生成績、臨床技能考試通過率，畢業生問卷反應、課程及實習評估、畢業生就業地點等各項指標，訪視發現系方有各項指標數據，但無深入探討分析其改善之原因，作為在知識、技能、態度、行為等課程教學改善參考及策略的規劃。
3. 臨床學科的監測不夠，尤其三個教學醫院的標準不一。據訪談學生瞭解，奇美醫院的臨床講課比較豐富，中山附設醫院的成績比較嚴格，彰化基督教醫院觀察機會比自己動手機會多。教學門診方面，只有家醫科讓學生與病人談，多半教學門診老師雖願意教，但學生並非第一線，缺乏先接病人的經驗。
4. 103 學年度始成立「醫學人文學科」，有關醫學人文課程之發展，並無專責的次委員會，也無工作小組，只在「醫學系教學暨課程委員會」及「醫學院院系主管會議」討論。經查閱醫學系醫學人文課程之教學評量，學生在質性意見中反應：有些課程內容有重複的現象、有課程內容與課程題目之符合度不夠。

準則判定：符合，但須追蹤

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。

發現：

1. 醫學系所有的基礎醫學科課程、基礎和臨床整合模組和臨床實習課程皆由開課教師規劃課程，送系教學暨課程委員會審議，再經院和/或校相關單位審查通過後執行。基礎與臨床整合課程內容之修正，則經由每一模組課程討論會議審議後，方能執行變動。
2. 醫學系個別課程和實習課程之課程內容、學生評量方式等，皆由授課教師自行依照課程規劃進行修改，以同步配合提升教學與學習。
3. 臨床實習部分醫五、醫六(clerkship)實習醫學生實習課程的設計、內容及評量方式以「一般醫學」之精神為旨，由建教合作之主要教學醫院醫學教育負責主管、各科主任及教學負責人、醫五學生代表與會，並規劃內、外、婦、兒、急診五大科分組討論核心課程，由醫學系學科主任主導與各院共同討論核心課程，訂出核心課程共識。

準則判定：符合

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。

發現：

1. 課程中每一單元教材皆由授課教師規劃、執行。系課委會每學期至少開會二次，檢討與修訂與課程相關的議題。但是會議記錄簽到表顯示，除 3、4 位學生代表之外，應到教師人數為 8、9 人，但是往往僅到 3、4 位，許多臨床教師未能出席。
2. 資料顯示，基礎學科、基礎與臨床整理模組課程，有課程發展機制及進行教學評量。但是「醫學人文學科」目前尚未啟動如同基礎學科、基礎與臨床整理模組課程的發展過程，應針對必修課程及選修課程進行整體架構的再檢討，每一門課程每一個單元的目的、內容和教學方法進行再檢視。
3. 醫學系醫學人文課程分成醫學系開設的與通識教育中心開設醫學人文課程，這是該校規劃課程的特色，然而醫學系對於通識教育中心開設之醫學人文課程常作選修與必修的異動，整體安排尚不穩定。此外，醫學系醫學人文課程如有協同授課方式，流於組合性課程，課程的名稱目的與課程內容安排不盡相符（如醫學藝術與人文），學生之回饋未有具體作法，通常只回饋給授課老師了解，缺乏後續課程有無實質改進之追蹤機制。

準則判定：符合，但須追蹤

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。

發現：

1. 醫學系設有四位行政教師，檢視教學 PPT 及在每一模組課程之中選擇 5 次旁聽。行政教師是否能完全檢視 PPT 內容正確性，或是前後各講次之授課內容是否銜接妥當以及重覆，須持續追蹤其成效。據稱此乃模組的正、副負責教師之任務。但是，該校課程進度表上並未詳列每一堂課之課程大綱，行政教師如何有效檢視則是一大挑戰。
2. 學生臨床實習時每兩週輪科目，學生這個階段須學習「一般照護的基本能力」、溝通與病人建立關係、責任心及歸屬感，輪動頻繁很難達成此能力。

3. 基礎醫學科學課程之人類遺傳學與其他基礎課程比較，學生的評估相對低。此課程六年制學程從三上改在二下授課，同學的評估可能更差，系教學暨課程委員會應謀求改進的方案。
4. 醫學系醫學人文課程皆有進行教學評量及分析。然教學評量的內容主要是課程滿意度之調查，並未針對學生實質的學習成效或六大核心能力進行能力評估。

準則判定：符合，但須追蹤

2.1.2.4 醫學系的課程必須包括選修的課程，以輔助必修課程和臨床實習。

發現：

四大醫學教育領域，通識、醫學人文、基礎醫學和臨床醫學課程，皆提供選修的課程，讓有興趣的同學選修。另外，中山醫大也與中興大學簽定法學碩士培育計畫，提供學生多元選修的學習機會。訪談跨校選修同學表示：參與此計畫能滿足學習興趣、課程具深度、收穫很多；然醫學系本身的課程繁重，可能只能選修而無法完成學程，若能有更彈性的通識或醫學人文的選修規定，或許更可以支持同學進行深度的學習。

準則判定：符合

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。

發現：

校方訂有各項醫學教育成效指標，包括第一及第二階段國考通過率、內部考試學生成績、臨床技能考試通過率，及畢業生問卷反應、課程及實習評估、畢業生就業地點等各項指標，訪評發現系方有各項指標數據，但較無深入分析探討其需改善之原因，以作為在知識、技能、態度、行為等課程教學改善參考及策略的規劃。第一階段國考通過率：101 年度 87.05%，102 年度 87.22%，103 年度 82.82%，104 年度 84.03%；第二階段國考通過率：101 年度 94.74%，102 年度 92.23%，103 年度 95.73%，104 年 95.24%；均比全國平均通過率高，但仍須分析部分學生未通過第一階段國考之原因，並於進入臨床實習後持續給予學生輔導。

畢業生臨床技能測驗(OSCE)於 102 年度通過率 97.66%，103 年度率 97.66%，整體通過率高，但醫學系方面仍需依測驗技能題之細項分析，檢討臨床技能教學上之盲點

及缺失，補強相關之教學策略以提升臨床技能訓練成效。對於未通過之醫學生需再給予追蹤輔導，以協助其技能之養成。

學生畢業前有教學為導向之臨床技能測驗或標準化病人評量，並有回饋問卷及滿意度調查，整體規劃滿意度佳。但在臨床實作方面應確保各教學醫院學生被直接觀察到各項能力。畢業校友就業現況數據顯示多數校友從事實際臨床照護及基層醫療，反映出該校重點培育在地化、社區化，非都會區之基層醫療人才，但看其課程規劃並未將培育基層醫療人才列入教育目標，僅安排行腳醫療體驗實習、輪訓於社區醫學及特色醫療課程，對於培育啟發此方面人才的著力顯得單薄。

通識教育課程與醫學人文課程皆有課程評量，然該評量主要反應學生對課程的意見而不是學生的學習成效。此外，學校一再強調重視非正式課程學習的特色，然有關學生在非正式課程中的學習成效，未見大規模的成果數據分析。

準則判定：符合，但須追蹤

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。

發現：

該系學生有機會在期末滿意度調查之問卷上表達對於所接授課程之感受，及質性的建議；對於教師個人的教學表現也另有機會表達意見。有關通識教育和醫學人文課程之品質，主要以課程問卷蒐集學生之意見。

準則判定：符合

2.1.2.7 應由醫學系課程委員會、學系的行政和領導階層以及醫學生代表，共同制定並執行醫學生從事必要學習活動所需的時間，包括醫學生於臨床實習在臨床和教育活動的全部時數。

發現：

「中山醫學大學學則」第十六條之一規定：各學系學生修習學分數，最高學年（應屆畢業生）每學期不得少於九學分，不得多於二十八學分；其餘學年每學期不得少於十六學分，不得多於二十八學分；延長修業期間則不受最低學分之限。有醫學生代表參與系課程委員會。

準則判定：符合

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。

發現：

1. 中山醫學系實施導師生制，並制定有「醫學系學生輔導作業流程」，針對學習成效不佳之學生進行輔導。教務處有針對學生成績發出之預警通知，並將個案列為「一般關懷名單」，通知該生導師，由導師進行關心與輔導，系上並一同協助其改善或解決問題。並有持續追蹤的機制，如問題未獲改善或解決，列為「中度關懷名單」並啟動醫學系主任或指定代理人、該生導師、精神科醫師與學務處諮商輔導中心輔導員組成小組，與該生進行輔導會談（視個案情況邀請家長參與），協助其改善與解決問題。如問題仍然尚未獲改善，進而列為「高度關懷名單」，由醫學系輔導小組成員與諮商輔導中心共同追蹤，並與家長保持聯繫。經查記錄，執行確實。並設置教學助理工作，徵選成績優良之學長、姊擔任學習輔導助理，配合學習預警機制，協助輔導學習成效不佳學生。
2. 臨床學習成效需進一步落實，訪評發現部分合作醫院並無完善回報、輔導機制，醫學系一至四年級學生可用筆試/功課評分，較易發現學習成效不佳的學生；五至七年級沒有評量標準機制、沒有導師追蹤，較難即時發現。因此，建教合作教學醫院之輔導亦必須有嚴謹的困難學員之診斷及輔導機制，分析困難學員危險度並依據危險度給予不同強度之輔導流程，以達早期發現、早期介入，防止問題的擴大之輔導成效。以確保困難學習學員在臨床知識、技能、態度及行為能達到一致標準。

準則判定：符合，但須追蹤

2.1.3 地理分隔之教學地點的治理

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

發現：

醫學生在四家主要教學醫院實習，但在教學門診、住診教學及核心課程的授課方式皆不一致，雖有制式的評量表單及共識會，但對其評量項目並無有一致的操作型定

義，僅以區隔 80-90 分數來呈現，無法實際反應學生等同性及等效性的學習成效。

準則判定：符合，但須追蹤

2.1.3.1 醫學系（院）的負責人必須對學系的治理與品質負責，並確保各教學地點有足夠的師資。

發現：

1. 醫學系教學人力和素質已獲得校院方重視，若干科部已逐漸改善。然而，中山醫大附設醫院外科部雖已於近二年增聘師資，但師資仍相當不足。尤其是已數年沒有住院醫師，嚴重損及醫學生之教學以及教學團隊之完整性，亟待改善。院方說明，明年已有 PGY 表達申請外科住院醫師之意願，應採更積極之作法，儘速建置外科住院醫師之教學系統。
2. 與學生晤談發現，學生喜歡在中山醫大附設醫院實習，因為有學長、姐的教導，學生比較敢發問，學長、姐也比較願意教導。因此，中山醫大學生選擇留校為 PGY 以及 PGY 留校申請住院醫師之情況比以往已有增加，顯示學生對於學校及附醫之信心和認同往正向發展。惟若干科部未獲住院醫師訓練審核委員會(RRC)核定訓練容額（如骨科、眼科…等）是重大警訊，亟待充實教學師資及設備。
3. 臨床實習時，夜間值班在部分科別因住院醫師數量不足或夜間住院病人數量多，造成七年級實習醫學生值班負荷增加，夜間必須負責接許多位超過規定的住院病人，甚至也發生 Intern 只協助記錄(打)Admission Note 而住院醫師只開醫囑的分工現象，與臨床全人照顧之目的及訓練不一致，對訓練醫學生沒看病人而記載病歷，對病歷書寫能力有極大負面影響，學員們常自比喻為 “Note 製造機”，要再檢討臨床訓練問題反應機制，儘速解決其學習困境。

準則判定：不符合

2.1.3.2 醫學系在各教學地點的主要學術主管，必須在行政上對醫學系（院）的負責人負責。

發現：

有定期之共識會議和其教學醫院之課程負責人協調，以求臨床教學之一致性，基本上各醫院都是依照醫學系要求之規定執行。奇美醫院及彰基醫院有主治醫師擔任中

山醫大之兼任教師，然而他（她）們對於中山醫大之學生教學並未分配有較重之責任，也未積極參與中山醫大之課程設計，其根本原因須進一步了解並尋求改善之道。

準則判定：符合

2.1.3.3 醫學系的負責人必須承擔挑選和分配所有醫學生之教學地點或學習路徑（如實習科別、先後順序）等的最終責任。醫學系應有機制讓醫學生在理由正當且情況允許時，可要求更換教學地點。

發現：

目前中山大學四家主要教學醫院彰基、奇美、高長及中山附醫，其臨床輪訓採套裝安排由學生選擇，clerkship 以 16 週為基準的快速不同醫院輪訓，醫學生的核心能力養成及評量於四家教學醫院必須隨受訓時間制定不同的能力等級和評量方式，系方必須研擬長期追蹤方案，評估不同訓練醫院其核心能力的訓練成效。

準則判定：符合，但須追蹤

2.1.3.4 醫學系在各教學地點的各學科教師，必須以適當的行政機制整合其功能。

發現：

醫學系整合的方式包括（1）系主任與合作醫院醫教部主任直接聯絡溝通；（2）與建教合作醫院每一季的聯合共識會議，討論核心課程等；（3）定期到各教學醫院進行訪視、座談；（4）系教學暨課程委員會邀請合作醫院教學主管參與，和（5）系務會議提供系內教師表達對系務和政策等之意見。

準則判定：符合

2.1.3.5 醫學系必須訂定一致的標準以評量所有教學地點的醫學生。

發現：

1. 以「中山醫學大學醫學系實習醫學生訓練考核表」，在各教學醫院就知識、技能、行為和態度訂定共同標準，進行考核。三家教學醫院實習學生訓練考核表中，行為與態度評核基本分數(85分)；學業成績基本分數(85分)。評分成績為 85 分加減 5 分，不切實際，多半教師給分 80~90 分之間，以避免需要解釋為何給分較低或較高。若用 grading system，則全部為 A，並未恰當的區別學生的學習成效。於 104 學年

度第一次課委會，有關實習成績評量標準化，「各院皆已向臨床教師宣達共識的考核評分參酌，不再變更基準分數。實習成績回到學校後將進行標準化調整」，調整的根據為何，需詳細說明。

2. 醫學系有安排定期的與各建教合作醫院舉行臨床教學會議、教師共識會、課程規劃會議及實習醫學生座談會議，討論內容涵蓋臨床教學內容、學習考核方式及標準等議題，希望確保各合作教學醫院學習成效和目標達到一致性，但在訪視中發現臨床教師對於互動式教學方式與共通評量表的基準和新式評量方式如 CBD、Mini-CEX 無法完全了解評量方式及其使用目的，宜加強教師評量訓練及補強互動式教學方法。

準則判定：符合，但須追蹤

- 2.1.3.6 醫學系應確保分配至各教學地點的醫學生具有等同的受教權利，並獲得同樣的支持的服務，例如與職業傷害有關的保健服務和諮詢等。

發現：

1. 由實際觀察及學生的訪談中，學生在不同合作教學醫院的學習經驗，所獲得之指導，照顧仍有所差異，硬體設備合乎教學所需也有所差異。中山醫大醫學系之教學負責人雖已很努力，但由於配合之師資人力、住院醫師人力及他們所學到的教學指引等因素，仍有待持續改進。
2. 學生可透過學校的網路進入學生資訊系統，取得相同的受教權和服務；但三家教學醫院與校方的合約內容有些許差異。

準則判定：符合，但須追蹤

2.2 修業過程

2.2.1 教學

- 2.2.1.0 醫學系必須依照教育部規定，制定醫學生完成醫學系課程而取得醫學學士學位所需的最長修業期限。

發現：

依「中山醫學大學學則」，採學年學分制，修業年限六年，101 學年度(含)以前入學醫學系學生，另加實習一年。雙學位學程，如與中興大學合辦的醫學學士/法學碩士學位培育計畫辦法，則為在中山修畢 4 年醫學系課程後，接著到中興大學碩士班唸

該研究所，完成碩士學位後，再回到中山醫大完成最後二年的醫學教育課程取得醫學士學位。

準則判定：符合

2.2.1.1 醫學系各學科的教師，應建立該學科的成績標準，並適當地在跨學科與跨專業的學習經驗中融入這些標準。

發現：

依「中山醫學大學學則」，各科以 60 分爲及格分數，取得該學科的學分。另以「中山醫學大學醫學系實習醫學生成績評分參酌表」訂定在各教學醫院的實習成績，分爲學業基本分數 85（評分區間 80-90），行為態度基本分數 85（評分區間 80-90），不具分辨效果。通識與醫人文學科未見建立學科成績標準或評分之 rubrics（評量規劃）。所附醫學人文課程作業之評分，採專家自由心證之評量，分數偏高，差距不大，不見其評量 rubrics 之規劃。

準則判定：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。

發現：

醫學系經由和附醫師資發展中心(CFD)合作，舉辦多項培訓活動：住院醫師亦老師教育計畫、一般醫學師資培訓、全人醫療師資培訓課程、微型教學工作-有效教學結構與互動技巧、OSCE 考官培訓工作坊、OSCE 教案撰寫；網路學習包含，e-library learning，問題/病例導向學習，模擬教具學習，標準化病人，晨會、討論會等，促使教師具備培養學生主動學習、獨立思考、解決問題的終身學習能力。在實地訪評發現，部分臨床教師雖有參加各式演講會及研習會合乎計點要求，但在門診教學、住診教學、互動式教學、回饋方式及各式評量如：Mini-CEX、DOPS 等皆無法落實。

醫學人文學科或許因剛成立，資料顯示已開始有一些教學研習活動，然不見醫學人文課程教師在課堂上進行教學實踐之改革，經課堂觀察及學生訪談，發現醫學人文課程及通識課程大部分以知識灌輸式的、演講式教學為主，少部分課程有引導學生進行小組討論。有二位通識教育中心教師會主動參與校外教學研習活動，嘗試採取新的教學方法，進行教學試驗中，然有教師表示，因配套的教學支援不足，有時難以持續

進行課程發展。

準則判定：符合，但須追蹤

2.2.1.3 醫學系之教師必須督導醫學生的臨床學習。

發現：

奇美醫院接受中山學生參與之 clerkship 和 internship，七年級至奇美醫院一年實習之中山醫大學生約十位，是其重要之 intern 來源之一。該院對於醫學生之教學相當重視，投入相當之教學資源。奇美因為沒有自己的醫學院，因此對於各學校之見實習學生基本上一視同仁，沒有制度設計上或是實際教學之差異，臨床教學人力和住院醫師比中山附醫充沛，對於中山醫大五、六年級和七年級學生均指定有教學負責人，中山醫大學生基本上對於奇美醫院之教學環境評價不錯。不過，奇美採取住院醫師和實習醫師分別第一線照顧病人，因此五、六年級醫學生分配病人數及所獲得足夠之學習機會略嫌不足。中山醫大附醫、彰基醫院各科部有實習負責醫師及教學型主治醫師負責督導醫學生的臨床學習，學生也是缺乏足夠之第一手照顧病人的學習機會。

此外，實地訪評三家教學醫院發現，部分臨床教師引入醫學敘事教學，引導學生進行關鍵事件書寫、分享及人文反思，學生反映出主動積極的學習態度。

準則判定：符合

2.2.2 醫學生之評量

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。

發現：

1. 中山醫學大學醫學院醫學系的教育目標：培養具備六大核心能力，為畢業後醫學訓練與研究奠定紮實的基礎。教育宗旨：醫學的目的在救人，醫人醫病要醫心。臨床教育課程依培養六大核心能力進行建構，六大核心包括：病患照護、醫學專業知識、人際溝通技巧、專業素養、醫療體系內之行醫、臨床工作中學習與改善，強調「以病人為中心的醫療」之臨床教學：臨床教學落實 primary care，完成核心課程原則：動手做、做中學。為加強醫學生臨床技能，亦拍攝教學示範影片，要求實習醫學生完成 80 項臨床技能核心課程，強化臨床技能。目前由中山附醫、彰化基督教

醫院、奇美醫院、高雄長庚紀念醫院等四家主要教學醫院負責執行臨床醫學教育，醫學系有安排定期的與各建教合作醫院舉行臨床教學會議、教師共識會、課程規劃會議及實習醫學生座談會議，討論內容涵蓋臨床教學內容、學習考核方式及標準等議題，以確保各合作教學醫院學習成效和目標達到一致性，但在訪視中發現臨床教師對於互動式教學方式與共通評量表的基準和新式評量方式如 CBD、Mini-CEX 無法完全了解評量方式及其使用目的。

2. 基礎醫學依據學生出席率、實驗表現、PBL 討論方面加以評量技能、行為和態度，但此評量占評分比很少，仍然以期中考及期末考的測驗成績為主。臨床實習的評量，多半學科沒有筆試或口試，只有訓練考核表做總結，學生甚至不曉得自己的分數，回答「送到教務處去了」。
3. 自評報告書中以時數認證作為評量學生表現的方法，有待商榷。自評報告中指出：「一至四年級除正式課程之學習測驗外，學校亦安排多項多元學習體驗時數與活動，增進社會服務學習與同等心。」(頁 2-101~102)，以時數認證作為評量學生表現的方法，以中山醫大「能力百分百」活動為例，該活動的教學目標含激發學生的六種基本能力：口語與寫作溝通能力、資訊科技運用能力、邏輯與計算推理能力、人文關懷能力、倫理涵養與道德思辨能力、創意與審美能力。此課程要求學生於畢業前應參加至少 100 小時各項符合增益基本能力之活動。以教學成效而論，學生參與 100 小時之活動未必能達到六種基本能力，需以其他學習成效評估證據才能有效說明其學習成果。
4. 通識教育課程之授課大綱雖然全面做了能力指標的設定，但未見針對所標定的能力指標進行教學規劃，也未見針對該能力指標的評量設計，仍然採取傳統專家自由心證的評量，未見發展系統化的學習成效評量；查閱醫學系之醫學人文課程大綱，未見發展針對學習者學習成效（知識、技能、行為和態度）為核心的評量規畫，評量只為評分，而未見有效透過評量來促進學生自主學習。

準則判定：符合，但須追蹤

- 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。

發現：

1. 臨床教師對於學生照護病人時之評量缺乏形成性、回饋性評量機制，往往無法將學生的缺點及弱點即時矯正與補強，繼續將缺點帶到下一個輪訓科課程中。
2. 有住院醫師的學科通常是住院醫師評量實習學生，沒有住院醫師的科系則由主治醫師評量。教師附簽學生學習護照的情形不一，三家教學醫院的標準不一致。
3. 實習醫學生無法說出和書寫鑑別診斷及診斷(Impression)之內涵，臨床老師教導醫學生如何書寫鑑別診斷及診斷以訓練醫學生之臨床推理需加強。訪視發現 progress note 紀錄呈現每天幾乎一樣之內容，並無呈現實際病程變化內容，須加強教師即時回饋學生住院病歷(admission note)及 progress note 紀錄，尤其是分析紀錄，將臨床推理觀念導入病歷記載中以提升學生病歷記錄能力。雖有教師增、修、刪的教學紀錄，但對學員即時回饋及邏輯臨床推理並無落實，在住院病歷中修改的地方並無簽名與紀錄修改時間點，對病歷書寫核心能力養成有很大影響。
4. 基礎醫學課程多為選擇題方式評量，原則上授課單位在考後一週將期中考成績上傳校方系統，學生自行查閱。如成績低過設定標準，會由教務處成績預警系統通知導師及系方。
5. 部分通識教育課程及醫學人文課程有課堂報告，教師能即時給與口頭回饋。

準則判定：符合，但須追蹤

- 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)。

發現：

1. 發現臨床教師對於學生照護病人時之評量缺乏形成性、回饋性評量機制。中山醫大學生之評量表部分項次不易評量，奇美醫院臨床教師表示應於下次共識會中一起討論重新研擬，以使評量能客觀呈現不同實習機構之等效性。
2. 以六大核心能力為導向的形成性評量(formative assessment)沒有做到，教師需再檢討有效評估並引導學生進步的學習方式。
3. 形成性評量乃是藉助於期中評量的結果，適時地檢討改進。但，評量試題的信度與效度的則有待確立。

準則判定：符合，但須追蹤

2.2.2.3 評量醫學生必修的醫學人文、基礎醫學和臨床實習的表現，除了知識領域，應包含以敘述方式描述其技能、行為和態度。

發現：

1. 基礎醫學部分科目之評量，多以選擇題型測驗，成績也是以分數表現，無敘述方式描述其技能、行為和態度。除非是在模組之中的 PBL 討論部分。
2. 醫學人文課程的部分，較多是以交報告的方式呈現，以評分方式(百分比)評量，大部分學生介於 80-90 分，在百分比中，只有 10 分的間距所呈現的學習成效表現為何，並不清楚。大部分的作業評量成績不見敘述方式描述技能、行為、態度或以評量尺規呈現分數所代表之意涵。歸為醫學人文之「英文」與「醫學名詞學」則有考試及報告。醫病溝通有二次 workshop 讓學生演練並評分。自評報告書中指出醫學人文課程中的部分課程採分組報告，教師當場給與建議並作為學期成績評分標準，然未見分組報告的評分格式 rubrics 或評分標準。整體而言，formative assessment 及 summative assessment 需更清楚敘明。

準則判定：符合，但須追蹤

2.2.2.4 醫學系必須持續評量學生學習成果，確保醫學生已習得，並在直接觀察下展現核心臨床技能、行為和態度。

發現：

教師未落實持續性評量追蹤學生學習成果。考核表宜思考如何修正，目前主要是評分，其標準居 80~90 分之間，很多教師為避免被要求多加說明(低於 80 分或高於 90 分)，就定在 85 分上下，如果五年級學生已達 85~90 分，六年級與七年級的進步空間為何？且學生都知道哪一家教學醫院評分較高或低，成績預警機制也無法有效發揮。

準則判定：符合，但須追蹤

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。

發現：

醫學系規劃有各年級照護床數及必須完成之病歷書寫規定，但實地訪評中，仍多

數未符合照護床數基準，在病歷書寫方面並未完成即時回饋及修正，以致無法確定其逐步成長能力。

準則判定：符合，但須追蹤

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。

發現：

臨床輪訓課程中，因為在不同教學醫院接受訓練，無一致性評量學生的解決問題、臨床推理決策能力及溝通能力，雖有規劃學生各項參與、晨會、門診、住診及核心課程教學，但仍需檢討輪訓單位中的不一致成效。教師未落實「持續性評量」學生表現，在內科表現好的，在其他學科則未必。有的學科著重於溝通(如精神科)，有的學科則沒有，無負責人或單位持續評量學生的溝通能力。

準則判定：符合，但須追蹤

2.3 課程內容

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。

發現：

1. 中山醫大之基礎醫學教育是在三、四年級，以 11 個模組教學為主，傳授基礎醫學課程，輔以課程之前臨床課程導論和期中、期末之模組間溝通。五年級上學期全部醫學生均於附設醫院接受 22 週之前臨床課程 pre-clerkship。五年級下學期和六年級上學期則分別在三家教學醫院進行 clerkship (附醫、彰基和奇美醫院)，六年級下學期和七年級則為 internship，期間還設計了一個月之特色醫療，可至上述醫院以外之醫院去一個月，例如高長之肝移植，振興之心移植…等。模組之設計採臨床教師為負責人，基礎教師為副負責人之模式，每一模組均有一堂人文課程，以討論相關之倫理等問題，大致上做到基礎與臨床課程之整合，但仍有一些問題需要逐步調整，例如：模組之間的關聯性，重複或遺漏。Pre-clerkship 之設計，顯然是強化學生從學校進入醫院之空隙，然而五上全數同學均在附醫，其教學人力(尤其是住院醫師)明顯不足，上過該課程之學生反應不一，課程內容仍在摸索，是否能達成原始設計之目標仍待觀察。

2. 醫學生無法確實執行在查房之前先去看病人，而是被動式等待主治醫師教學，需再改善學生於查房前訪視病人，並針對臨床問題與主治醫師討論。
3. 自評報告指出該校培養學生「主動且獨立的態度達成終身學習的能力」主要策略有：
 - (1)提供課外多元活動學習，以培養學生的反思和主動學習之動力。學生主動學習可由三類課程漸進式培養，從「隱性課程」中增進主動學習與解決問題之認知能力；進而從「非正式課程」，例如戶外之社團活動、志工服務等參與活動之過程中，慢慢累積發現問題並思考解決方式。
 - (2)基礎臨床整合模組中安排有一定比率的PBL課程訓練學生主動思考，讓學生在臨床工作中具有終身學習之能力。但從資料檔案中發現學生活動記錄，並沒有詳細書寫學習歷程；活動本身也沒有系列化、結構化的規劃與引導；學生並非有意識地針對能力的養成去做學習，僅根據自己的時間及興趣隨機地去參與活動，並把它當作增廣見聞的活動而已，也就是說學生在參與活動的過程中，並沒有被引導進行：
 - (1)評估自我的學習需求、
 - (2)確認、分析和組合與學習需求相關之資訊、
 - (3)評估資訊來源之可信度、
 - 也沒有(4)與同儕及指導者分享討論所得的資訊，大部分同學僅是完成點數的蒐集而已，有簡單的心得撰寫，但不見經常性的討論。如果活動沒有針對如何培養學生主動學習與獨立學習之認知與能力的養成上去規劃與引導，學生也沒有積極參與，要期待學生在非系列的、非結構化的活動中，培養出「主動學習與獨立學習之認知與能力」，很難有成效。

準則判定：符合，但須追蹤

- 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。

發現：

課程涵蓋 28 學分通識課程，14 學分醫學人文課程，85 學分基礎醫學和 104 學分臨床醫學課程。

準則判定：符合

- 2.3.2 醫學系（院、校）必須提供醫學生通識教育。

發現：

中山醫學大學通識教育分為六大領域，全校教師參與教學踴躍。但仔細檢核六大領域的內容及其配合的校級核心能力，並未有清楚界定與課程地圖呈現。發現相當多課程的屬性不清且重疊，部分與該校所期待養成的核心能力與公民素養關聯不大。簡單舉例：同樣類似的台灣文學課程，「台語文文學」歸屬語言溝通，但「台語文學欣賞」與「台灣醫事文學」為創意美學領域，「台灣民間文學與文化」則在人文關懷，且有些課程應屬專業課程都歸在科技應用領域或人文涵養領域，如臨床醫學概論、放射醫療概論等等較屬專業概論性課程納入通識教育的適宜性，值得商榷。該些課程亦無限制醫學系學生選修。除此，一些較屬醫學領域人文或社會科學的課程也歸入通識教育，如醫師與生死、醫師與社會等，造成醫學生可能在「人文涵養」領域只修醫學人文課程，或只修其他通識課程，大學教育或醫學人文教育的基礎不足，不利醫學系規劃掌握學生在人文社會科學應接觸的課程。

如此現象，顯示專業課程、醫學人文和通識課程在通識課程領域裡相互重疊，該校 102 年的通識評鑑中也有指出該問題，然一年多以來這些問題似乎沒有獲得有效改善，甚至發現一些課程譬如「醫學名詞學」在 102 年為醫學系必（或選）修，103 年改為通識課程，因執行有困難（有太多他系學生修，造成授課對象與內容調整困難），104 年又回到醫學系選修；修課人數也因此變動很大，從 102 年五十多人，103 年 174（其中醫學系 120 人）人，因 103 年很多學生修過了，到 104 年變醫學系選修後不到 20 人。另一門課「醫師與生死」在 103 年為醫學系選修，104 年又移轉到通識，而 104 學年度在 33 位修課學生中只有 7 位醫學生修課。這同時也可能顯示課程委員會未能實質審查課程歸屬之適宜等考量。醫學人文課程或基礎專業課程轉移到通識教育，可能引起學生在博雅教育所需建立的核心能力之基礎及培養公民素養方面混淆不清，依據查證資料，103 學年度第一學期修課最多的兩大類型的課程為與醫學相關，較專業的課程，如臨床醫學台文演練、醫學美容，臨床醫學、放射醫學概論等。在另一類醫學生修習較多的通識課程，檢視該些課程的學生成績，發現異常的高，舉例這些課程中兩門，其中一門 203 名學生修課，135 個學生 90 分以上，56 個學生 80 分以上；另一門課 163 個學生，121 個學生 90 分以上(含 13 個 100 分)，36 個 80 分以上，如此現象是否需進一步檢視學生修通識課程的動機。且通識之課程人數上限，據了解，是由教師自行決定，有些課程修課人數動輒達 200 人，大班課程如何進行互動，配套措施如教學助理的支援機制不明。另外大部分通識課程只集中排在禮拜一整天，根據訪談，

學生反應常常選不到想要修的課程。

通識主管表示目前已陸續將課程外審，期待能重整課程。且校方表示將積極開始與鄰近如中興大學進行通識課程修課學分互認協定，期待給予學生更多選擇。

另通識課程中的共同教育「大學之道」、「英文」及「閱讀與書寫」等，目前非通識中心統籌主導。英文由應外系，中文由台語系，與通識教育中心及醫學系溝通協調的機制為何並不清楚。閱讀與書寫有加入本土醫學文學作品閱讀，有針對醫學生的規劃，但須更明確瞭解學生閱讀一些台語羅馬字文章前，要先置語言能力與訓練。英文則歸為醫學人文，一併於 2.3.3 討論。

大學之道（103 學年開設）由教務處規劃，學務處與通識中心一起執行，希望學生能更早適應大學生活並了解中山醫大。然從課程進度無法看出較具體的課程內容，經查證為期一學年的課程，除一些必要的心理職涯測驗上機等，有 2/3 為導師自行安排的時間，讓學生更了解中山醫大及大學生活，但訪談的學生皆無法明確說出大學之道導師時間明確用意為何及會談的內容，他們表示通常是老師想找他們就利用這時間。有學生已取得該科成績，但不知道該科目所得的成績依據、評量為何。教務處在 TMAC 訪評期間時，對該課程所提出的課程內容疑問有書面答覆，表示在未來會檢討該課程的目標，內容與進行方式。

人力及組織運行方面，整體而言，而通識課程目前專任教師 4 位，二位屬哲學領域，二位藝術。師資明顯不足，明年將納編台語文師資，師資多元仍待加強。通識中心主任(五年內更動三次)更動頻繁，不利目前對通識課程規劃、管理與執行。而二位行政人員各自負責課程行政及服務學習，行政人力支援顯不足。而通識綜理全校共同教育及通識教育及服務學習，需有更高領導階層統合協調各學院、學務處與教務處。

準則判定：符合，但須追蹤

2.3.3 醫學系的課程必須包括醫學人文教育。

發現：

醫學人文的廣泛定義包括育醫學教育和實踐相關的人文與社會科學。在這方面，醫學系所提供的醫學人文可分為「文化與社會」、「人際關係與溝通」、「醫學倫理/法律」等三個主軸，開設課程有「文化與社會」類：醫師與社會、醫學藝術與人文、醫師病人與社會(一)、醫師病人與社會(二)、醫師病人與社會(三)、醫學名詞學、醫

學生涯規畫面面觀；「人際關係與溝通」類：人際關係與溝通、醫病溝通；「醫學倫理/法律」類：醫師與生死、英文(一)、英文(二)、醫學倫理/法律(一)：醫學倫理思維、醫學倫理/法律(二)：法律、醫事案例分析。另外，有推薦醫學生選修之醫學人文通識課程，一共分成三個部分，分別為 1. 「醫學人文課程」：醫學人體素描進階、醫療社會學概論、生死價值與醫學、台灣民俗醫療文化、性別與醫學倫理、醫學人體素描入門、台灣醫事文學；2. 「通識中心邀約醫學系開設之醫學人文課程」：醫師與社會、醫學藝術與人文、醫師與生死；以及 3. 「合乎醫學的人文課程」：生死美學等 7 門課程。

以學生修習的課程趨向來看，「通識中心邀約醫學系開設之醫學人文課程」：修課的人數明顯較多，但有兩門既列為醫學人文課程又放在通識課程。而在中山醫大醫學系認定的醫學人文課程中，在 103 年醫學生修課人數卻明顯不高，在「醫學人體素描進階」是 16 人（修課總數 50 人），「醫療社會學概論」是 6 人（修課總數 90 人），「生死價值與醫學」是 6 人（修課總數 59 人），台灣民俗醫療文化是 6 人（修課總數 69 人），性別與醫學倫理是 0 人，醫學人體素描入門是 4 人（修課總數 104 人），台灣醫事文學 0 人。英文雖為大一英文，但醫學系自行規劃課程，納入醫學人文，兩位教師其中一位授課的醫學系教師，負責將人文部分加入，是不錯的跨域課程設計，但如此並非一般普通的英文課程（General English），以英檢抵免的學生雖有部分會去旁聽，但是大部分反而沒有修習到。

上述的課程規劃，需要更明確的構面定義。每一構面需更清楚定義目標，如何透過醫學系人文課程及通識的人文涵養課程讓學生能更加了解自己、人類的遭遇與痛苦等，甚而發展和培養觀察、分析、通情和自我反思的技能；需清楚舉例課程如何能幫助醫學生了解生物科學和醫學如何在文化和社會背景進行。

隱性課程-課外多元體驗涵蓋「心之谷」活動、醫學人文教育工作坊、「中山達人」系列講座、習醫之道(On Doctoring)、Meet Professor 座談、醫學人文學科活動等等，設計豐富多元也都有其立意與目標。但有些活動可以同時認列 2~3 種活動（擇 2）點數，雖可加強學生動機，但如此設計跟有這麼多不同認證活動的原期待是否有落差？Meet Professor 座談立意良好，一年級安排一次會談幫助學生了解未來學習與職涯，但如何跟其他類似的正式與非正式 tutoring（如大學之道）及 role modeling 與 formation of professional identity（如 On Doctoring）的課程更有效階段性連結？以及如何在整個學習過程中之檢視其成效？可能非單純以護照集點可以印證。而

On Doctoring 多年來仍在試驗階段，無法全面實施是因為無足夠的教師，可多方面鼓勵有職銜或無職銜教師加入。除此，醫學人文活動有涵蓋自我閱讀及書寫，醫學人文圖書收藏應可更多元豐富。

整體而言，在訪談的 9 位參與醫學人文或醫學系通識課程的教師，可深切的感受到教師教學的熱忱及對學校向心力。訪談學生對老師及一些人文課程亦有肯定。如有完善的規劃與提供教師需要的教學資源與教學技巧訓練，讓教師能有方向貢獻所長，且能適時給予教師適當的回饋，如教學或服務時數鼓勵老師，必能為學校醫學人文教育賦予更深遠的影響與意義。

準則判定：符合，但須追蹤

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。

發現：

1. 二、三年級的人際關係、醫病溝通等課程，三、四年級的基礎和臨床整合課程加上 PBL、案例探討可培養學生慎思明辨與解決醫療之知識，五、六年級的臨床實習則訓練學生臨床技能、團隊合作等六大核心能力。另外提供十多門涵蓋認知和醫師與社會關係的課程讓學生選修。
2. 訪評期間參加了內分泌新陳代謝科跨領域團隊會議，會中有實習醫學生、住院醫師、新陳代謝科醫師、心臟科醫師、衛教師、營養師及藥師，採取以病人為中心的團隊合作討論，共同協助病人解決問題。其互動式討論和教學模式及團隊合作精神值得成為跨領域團隊會議之模範。
3. 基礎醫學的知識教導，配合以實驗應證。學生若是以認真的態度追循進行，當能夠培養出慎思明辨的能力。若是教師未能自過程上加以循循善誘，只是要求最後的理論上的結果，學生則順應教師要求，因而忽略其過程，只求記憶教師所要求的結果，則無從建立慎思明辨的能力。學生未能在原則上進行理解，只求記憶片段瑣碎知識，或是僅知基本理論而未能進而在技能上苦練熟稔，則無從建立解決健康和疾病問題的能力。第一及第二階段醫師國考是檢視片段瑣碎知識的記憶，OSCE 則是在標準病人及模具上檢視操作的過程，這些畢竟與在實際病患上的實作有所差距，以病人為師的訓練過程不容或缺。

4. 通識教育中心所開設之醫學人文課程及醫學系所開設之醫學人文課程，授課方式以大班演講為主，或於課堂上有單元式的角色扮演，沒有持續性的經驗學習與實踐的學習規劃，不利培養學生「根據實證和經驗培養慎思明辨的能力」。

準則判定：符合，但須追蹤

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。

發現：

現代醫學所需要學習的基礎醫學和臨床醫學，已包含在必須修習的課程內。

準則判定：符合

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。

發現：

醫學系課程包含傳統的基礎醫學課程，加上細胞生物學和人類遺傳學。

準則判定：符合

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。

發現：

醫學系提供十門必修實驗課程（皆一學分），與一門選修實驗課程（有機化學實驗，一學分）。

準則判定：符合

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

發現：

依「中山醫學大學醫學系參與研究實施要點」鼓勵同學參與教師的研究計畫，並依「中山醫學大學醫學系學生參與暑期研究發表獎勵活動」在2015年10月中旬舉辦同學研究成果發表會。參與暑期研究的同學以一、二年級占多數。已停辦的MD/PhD學程有一畢業生。

依據該系提供出近三年參與部分教師所提供醫學生研究的題目清單，每年暑期有將近二、三十位醫學系學生參加。至於是否最後有所收穫或是達到發表的階段，端視學生參與研究的心態與積極投入時間與精神而定。2015年12月13日，藥理學科黃相碩主任所指導的三年級周嘉宇同學，將在健康科學文教基金會假臺北醫學大學所舉辦的暑期研究計畫成果發表會上，進行英語口頭發表。

準則判定：符合

2.3.9 醫學系的課程應有介紹臨床和轉譯研究的基礎醫學與倫理原則，包括該研究應如何執行、評估、和對病人解釋，並應用於病人的照護上。

發現：

必修的基礎和臨床課程皆涵蓋與轉譯醫學相關的知識，至於是否清楚地將這些知識運用在床邊教學，尚待持續追蹤。

準則判定：符合，但須追蹤

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。

發現：

一年級的「醫師與生死」、二年級的「醫師與社會」、三/四年級的基礎和臨床整合模組、五/六年級的臨床實習課程，和一些選修課程等，都會討論本準則所陳述的觀點。「以病人為中心」的概念應貫穿在每一科，而不是等到七年級。讓學生從頭到尾跟隨及負責1~2位病人，比讓他們「觀察」5~10個病人重要，據學生反應，有些教學醫院實缺hands-on實務經驗，這些學習經驗無法以OSCE取代。

準則判定：符合，但須追蹤

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。

發現：

該系參考台灣醫學生聯合會新制醫學教育改革建議，臨床學習納入基層/社區醫

療，於 102 學年度起由五/六年級實習醫學生開始在北、中、南社區醫院進行基層/社區實習，學生也必須在急診醫學、社區醫學（家庭醫學或老人醫學）、影像診斷學和臨床病理學實習。

準則判定：符合

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。

發現：

必修臨床實習科目皆含門診與住院醫療，制定門診和住院教學以及每日照顧的床數和每月值班的天數。在教學門診方面，附設醫院訂有「教學門診執行辦法」強調須經由學員臨床看病人表現來做各面向的即時回饋，而非以單純講述或示範方式來教導學員，但在訪視中發現有學生只在旁觀摩學習的現象，系方仍須檢討落實以學習者為導向之教學門診，教學門診是提供學員難得的即時回饋學習的機會及教師運用引導式教學的時機。例如：教學門診期間當學生進行問診時，教師應仔細觀察學生問診過程的儀態、臨床思路、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。

住診教學方面，附設醫院訂有「教學住診執行辦法」，但訪視中發現每位學生接受住診教學之頻率不一致，系方亦無規範其學生接受住診教學之頻率，臨床教師亦使用各種不同方式來教學，最常以案例報告式的臨床講課為主，較缺乏引導式的教學，宜落實互動式教學和床邊教學，以培養學生床邊醫學和臨床推理能力。床邊教學宜重視床邊醫學的示範及指導，面談病人和示範身體檢查時需加強學員對於病人感受敏感度、隱私及權益之倫理教育。

此外，奇美及彰基醫院在院長的領導下均積極投入教學，兩機構與中山醫大簽訂有明確之實習合約書，保障實習醫學生受訓之權益。奇美醫院整體教學團隊完整(照護團隊包含：實習醫學生、住院醫師及主治醫師)，對於中山醫大醫學生之臨床課程規劃、學生評量及輔導，皆定期與中山醫大召開共識會及檢討座談會，保持良好的互動聯繫關係，並且積極舉辦師資培育研習會強化教師教學能力。訪視中發現在教學門診方面，學生只有在聽講的現象，院方須加以落實以學習者為導向之教學門診，教學門診是提供學員難得的即時回饋學習機會、可以藉由直接觀察引導學習，以便回饋給學生。

準則判定：符合，但須追蹤

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。

發現：

教導溝通的系列課程包括：(1)醫學系二年級：人際關係與溝通：上課方式為原則講述、工作坊及 OSCE 演練考試；(2)醫學系三年級：醫病溝通：上課方式含原則講述及困境處理。(3)醫院見實習溝通技巧：含精神科實習時，安排講授基礎溝通技巧，掌握溝通基本原則，及實際參與臨床情境。應著重每日巡診與病人之溝通，安排醫學生對病人進行衛教與病人家屬和醫療團隊的其他人員溝通等

準則判定：符合

2.3.14 醫學系的課程必須為醫學生在解決常見社會問題中的醫療傷害部分所扮演的角色做準備（例如教導有關暴力和虐待的診斷、預防、適時的通報和處置）。

發現：

在一些基礎和臨床整合模組課程，適時加入社會常見的醫療傷害問題，俾便學生認知和瞭解如何處置。如「虐待辨識之探討：以玻璃娃娃為例」，同時介紹通報機制。在家庭暴力與臨床實習課程可能牽涉到的學科，列了急診科/家庭醫學科/精神科，但小兒科缺少在這方面的課程。

準則判定：符合，但須追蹤

2.3.15 醫學系的教師和醫學生必須理解不同文化和信仰的人們如何看待健康和疾病及對各種症狀、疾病和治療的反應。

發現：

跨文化能力通常涵蓋知識、態度、技能，所涵蓋的內容包括能了解不同文化（含種族、不同國家、性別、社經地位、宗教、老年、殘障等等）對醫療照護所產生的影響，學生需有社會文化的基礎知識，以及社會文化流行病學的概念，並能檢視在學習過程中可能產生的偏見，進而不同文化對不同醫療信念的影響。醫學教育在其訓練過程需給予學生相關技能及培養相當的準備度，以能理解不同文化和信念如何影響對健康及疾病的觀點。在這些面向，中山醫大醫學系雖有提供正式課程及非正式課程資料，

並界定發展跨文化能力的目的為「藉由醫學教育之跨文化能力之課程(含非正式課程)，探討醫學專業能力涵蓋知識，態度及技能，透過活動多元的方式給予同學創作展現，開拓學生醫學人文的思維與視野」，但所舉證內容多以學生活動呈現，在醫學人文課程訪談中及「醫學生」部分簡報時，雖有回覆跨文化能力培育的提問，但大多仍在活動面及交換學生計畫安排。

在相關課程方面較無整體性規劃，無足夠的資料供確切判斷醫學系是否給予有系統的跨文化能力在知識、態度及技能培育。自評報告書所呈現在一、二年級通識教育部分跟跨文化能力有關的課程，大部分都為語言課程，如日文、西班牙文等等，語言課程若未有設計帶入顯性的跨文化溝通教學，並不代表有融入跨文化能力之教育。列入與跨文化能力有關的少數其他課程有二門課跟台灣社會文化有關，但修課人數相當少，其他一門屬相關課程為「多元文化與社會關懷」，103/104 學年度資料上，沒看到任何醫學生修。而亦注意到，在自評報告未列入跟跨文化有關，但跟社會文化流行病學較相關的一門的通識課程（亦列入醫學人文課程）－「醫療社會學」在 103 學年度則只有 6 個醫學生修。在醫學人文課程其中一個主軸為文化與社會，所列出跟跨文化能力相關的二門課為醫學藝術與人文、醫師病人與社會（應該還漏了「醫師與社會」）。但除了醫師病人與社會外，其他兩門課皆為選修，且課程內容並未見太多跨文化方面的著墨，如「醫學藝術與人文」著重在醫學史，「醫師與社會」較有關聯的則只有一次課程主題為文化制度與社會（2hrs），一次為身心障礙關懷（2hrs）。根據書面資料及訪談，三、四年級模組課程有帶入性別議題討論或如家庭醫學模組等，讓學生了解特殊族群等，是甚佳的設計。但如一、二年級未有相關課程的導引，如何讓學生能進入有意義的討論及深度學習（deep learning）與將「理解」轉化為合適的態度與準備度是值得觀察的。而 Pre-clerkship 中的醫師病人與社會由教師上課，不同主題，有敘事醫學等大致為寫綜合心得。在進入不論是議題討論或 pre-clerkship 階段課程前，需要前階段更有系統的知識與態度養成。

臨床教學有一位教師透過敘事醫學部分討論病情告知，有一學生有海外交換實習的經驗，而能敘說不同文化下，家屬與病人在病情的認知，是很好的反思與社會文化對醫病溝通的學習。但因只有一科，且並非所有學生都會有經歷到，可以思考更明確帶入臨床實踐中典範或同儕學習。整體性學生接受跨文化訓練之設計及評量並未明確呈現。

準則判定：符合，但須追蹤

2.3.16 醫學系的學生必須學會認識與妥善處理其本身、他人及提供醫療照護過程中的性別與文化偏見。

發現：

中山醫醫學系的自評報告在通識教育給予相關教學，自評報告所提的如通識教育「醫學倫理」及其他如「老人健康照護」、「性別與醫學倫理」、「多元文化與社會關懷」、「身心障礙的生命故事」等等，修課醫學生人數大多皆個位數甚至沒有，如何能確定學生有基本的理論知識，多元學習族群之差異，並藉由課程提供學生機會，超越生活有限經驗，能檢視能反省自己可能存在之性別及文化偏見，進而能妥善處理可能造成的醫療不平等與導致病人對醫療制度的不信任？這些是必須比較明確帶入課程，並提供「所有」醫學生學習的機會。

準則判定：符合，但須追蹤

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。

發現：

中山醫學系教育在醫學系課程有醫學人文課程部分，而通識中心亦將醫學人文精神作為理念。醫學人文課程部分，醫學倫理、醫病溝通列入必修課程，並在通識課程中亦有一些醫學人文課程在其人文涵養領域（有關醫學人文課程這部分發現已詳細討論於 2.3.3），整體而言，通識教育課程的有也有幾門醫學倫理課程，但修課醫學生人數不多，103 學年度醫學倫理修課人數上學期 10 人，下學期 71 人，醫學倫理學修課人數 11/204；104 年度通識課程醫學倫理修課人數 1/66，醫學倫理學修課人數 38/156。在醫學系醫學倫理思維為二年級必修，但不確定是否這是通識課程學習後進展的進階課程？此門必修課程學生評量不佳，質性回饋部分呈現對教師授課之內容不認同，雖有將評量回饋給教師，並未進一步追蹤課程修正。課程評量方式為 5 個基本的問題；課程內容是否符合期待、授課老師是否適任等等，以及一個開放型問題，可能不足以供課程進一步回饋與分析實質課程的內容與成效之關聯。尚未見有同儕評量及學生焦點

訪談等其他方式來提供課程改進依據。一到四年級和臨床課程中用來評量學生是否獲得或展現倫理行為的工具所獲得的資料與該系六大核心能力來當學習成效指標的關聯性為何？三、四年級模組課程加入多次倫理議題，每議題為一場一小時 lecture（講授），但如何帶入 PBL 的 learning issues，以及評估學生這方面的倫理價值之展現與深化，則需更明確。

在強化溝通能力方面，醫學系開設必修人際關係與溝通課程，並階段性進展開設必修醫病溝通，大部分還是以課程講授為主，有期中、期末工作坊，以情境給予演練是非常好的設計。課程安排在評量方面，缺少形成式和總結式評量的呈現。在 2.3.15 所提到臨床教學透過敘事醫學部分討論病情告知，是很好的醫病溝通的教導與經驗學習及人文價值深化教學。

醫學系有提供文件證明設有相關醫療倫理、研究倫理及迴避利益衝突條列倫理原則。

準則判定：符合，但須追蹤

2.3.18 醫學系應提供足夠的機會，鼓勵和支持醫學生參加服務學習活動。

發現：

中山醫大服務學習為一門 0 學分的課，一學年共 18 小時，除了兩個小時，分為兩大類，一為系服務，含系學會及系辦服務，一為校內外服務，各為 8 小時。系上專業服務此項課程包含各系領域課程特別設計安排服務系上或社區服務之項目，由各系自行安排與認證；校內外志工服務為學生自由選擇規劃。目前只有一個行政人員負責該業務，未有規劃教師或更有機制及理念的協助輔導學生規劃服務活動，雖然也可說是學生自主的表現，但是適當的引領會讓學生從事服務學習更有方向與理念，更能有循序漸進的學習過程與經驗。而校內外服務部分，雖有心得繳交，但都是非常制式約一百字簡短感言。在系服務部分，亦呈現類似問題，學生在系服務方面，如不參與系學會活動如「心之谷」活動等，8 小時只選擇在系辦服務如打字送公文，雖然熱心的行政人員會給予教導如 excel 的運用，但與服務學習的理念，即指有組織的學習經驗，用事前準備及反思的態度結合社區服務，並回應社區的議題而提供服務等不同。規劃良好的服務學習通常提供學生體驗學習及深入社區不同族群之良好機會，有助於階段性展延到社區服務。醫學系需要在這一區塊建立與通識教育與學務處合作機制，積極

參與學生系服務及校內外志工服務的部分，設計階段性社區服務以銜接到未來社區醫療實習的根基。

此外，評鑑報告書中指出：將擴大社區服務的範圍到鄰近崇倫及西川社區發展中心，並結合相關科系的專業、資源、人力，投入關懷兒童與青少年、老人、身心障礙者以及病人與家屬的社會服務活動，發展「社區服務中心」，讓學生參與營造社區及推動社會服務(自評報告書頁 2-105)，實地訪評時，尚未見開設社區營造相關課程，也未見此規劃案之具體實踐。值得肯定的是，100 年-102 年有醫學生連續獲得外交部國際青年大使交流計畫-吐瓦魯團，參與國際醫療服務。

準則判定：符合，但須追蹤

第 3 章 醫學生

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。

發現：

依據「中山醫學大學醫學系甄選入學招生作業要點」，設置「醫學系甄選入學招生小組」負責行政，並由本小組推薦教師若干名，由校長圈選為書面審查委員與面試委員。面談者之組成為：基礎醫學教師、臨床醫學教師、學生代表、校友代表(具部定教職)，約 4-5 位為一組。面談者需參與培訓，參考自評報告提到該校醫學系使用多種方法挑選醫學生流程，確保所選定的醫學生具備必要的特質和能力。

準則判定：符合

3.1 招生

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。

發現：

選才標準、政策和程序的資訊經由「大學甄選入學委員會」及「大學入學考試中心」所編撰之年度簡章，傳達給有志申請的學生及其輔導老師。

準則判定：符合

3.1.1 醫學系（院）招生委員會，必須負挑選醫學生的責任。

發現：

醫學系依據「中山醫學大學醫學系甄選入學招生作業要點」執行之，招生委員會由系主任擔任主席，培訓甄試面談委員為該會平時工作。

準則判定：符合

3.1.2 醫學系對醫學生的挑選，必須有公開公平的辦法，不受任何政治、宗教或財務因素的影響。

發現：

醫學系依據「中山醫學大學醫學系甄選入學招生作業要點」執行之。但因為有超收轉系生的事實，被教育部勒令暫停轉系招生，目前沒有轉系作業。

準則判定：符合，但須追蹤

3.1.3 醫學系應自己發展計畫或與其他機構發展夥伴合作關係，以利擴大具申請入學資格者之多元化背景。

發現：

依照教育部招生途徑及招生名額進行。學測後申請甄試、繁星推薦、指定科目考試、特殊管道(僑生、外籍生、離島及原住民公費養成生、「政府派赴國外工作人員子女返國入學辦法」招收派赴國外工作人員子女)。近三年來，逐步提升申請入學的管道招收學生人數，並相對降低指考招生人數，經由繁星推薦人數目前維持 12 位。

準則判定：符合

3.1.4 醫學系必須依相關法規辦理有關身心障礙申請者之入學、修業和畢業之規範。

發現：

該系於 104 學年度各招生管簡章已加註「視覺、聽力、語言、精神或行動嚴重障礙者，請慎重考慮。」此註依 103 年 08 月 28 日全國公私立醫學校院院長會議—新制醫學系工作小組「醫學系招生與追蹤小組」第 3 次會議討論：各醫學系入學政策對辨色力異常學生的建議為之。

準則判定：符合

3.1.5 醫學系的簡章、課程綱要、招生資料及其他資訊，必須均衡與準確地呈現學系的任務和目的、載明醫學士學位及所有雙學位課程的要求，提供最新學校年度行事曆的課程選項，並說明學系所提供全部必修課程和臨床實習的資料。簡章、課程綱要、招生資料及其他資訊亦應包括學校生活之特殊要求和限制。

發現：

1. 招生簡章、招生資料公佈於：<http://recruit.csmu.edu.tw/bin/home.php>
2. 課程綱要公佈於：<http://csads.csmu.edu.tw/schedule/ByTimeQueryX.asp>
3. 行事曆公告於學校網頁首頁：<http://www.csmu.edu.tw/front/bin/home.phtml>

準則判定：符合

3.2 訪問學生和轉學生（含校內轉系）

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，但必須以不影響學校醫學生的可用資源為原則。

發現：

目前教育部核定該系每年一般管道(申請入學、繁星推薦、指考)之招收名額共計135位。包括其他經由特殊管道(僑生、外籍生、離島及原住民公費養成生，以及轉系生)招收之學生，醫學系一至四年級全班人數分別為139、141、133、144位。至於轉系醫學生的部分，醫學系之前曾因超收轉系生，目前被教育部暫停轉系招生。

準則判定：符合，但須追蹤

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。

發現：

「醫學系校內申請轉系細則」有相關規範，然目前「校內轉入醫學系」的制度已經為教育部指示暫停招生。

準則判定：符合，但須追蹤

3.2.2 醫學系隸屬之學校應查驗每位「訪問醫學生」的資格、保有記載每位訪問學生的完整名冊、核准其作業，並提供該生之原屬學校學習成效評量。

發現：

醫學系有制定訪問學生相關申請審定流程，並有紀錄呈現。

準則判定：符合

3.2.3 自其他醫學系(包括外國醫學系)前來臨床實習和短期訓練的「訪問醫學生」，必須具備與將加入學校的醫學生在臨床經驗上相當的資歷。訪問學生的人數必須不影響到醫學系及其建教合作之教學醫院本身醫學生之既有容額及醫學教育品質。

發現：

自其他醫學系(包括外國醫學系)前來該系參加臨床實習和短期訓練的「訪問醫學生」，均具備與學校的醫學生在臨床經驗上相當的資歷。

準則判定：符合

3.3 輔導

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。

發現：

1. 一至四年級之導師制：醫學生 10 人至 12 人分配一位導師負責對於導生在學業、生活、身心方面的關懷與輔導，如果導師無法解決的個案，由系辦安排主任與學生會談，之後再轉介學務處身心健康中心，由專業輔導老師進行輔導，甚至有精神科醫師協助處理學生的個人需求。經查閱相關資料，會談紀錄完整；訪談同學對導師制感到滿意。
2. 101 學年度二上開始實施習醫之道(On Doctoring)，是特殊導師制，一位導師每學年分配一至二位學生，學生將追隨導師至六年級。目前已有 14 位教師、52 位學生參與。經訪問同學發現，同學肯定對 On Doctoring 制，但需抽籤才能爭取參與資格，沒有抽中者因而感到遺憾。
3. 辦公室職員積極發揮輔導功能：訪談學生發現學生與系辦公室職員的互動良好，暱稱辦公室職員為辦公室姊姊或哥哥，同學表示她/他們不僅服務態度親切，而有求必

應。經訪談辦公室姊姊，發現透過臉書專頁，職員們輪班回應同學們的留言，並及時協助同學解決問題。職員主動發揮學生輔導功能，強化了同學對醫學系的認同感。

準則判定：符合

3.3.0.1 針對有行為困擾的問題學生，醫學系在採取適當的紀律處分前，必須提供該醫學生必要的輔導和支持。

發現：

經查閱相關檔案資料，特殊問題學生的通報及關懷輔導機制完整，紀錄詳實。

準則判定：符合

3.3.1 學業及生涯輔導

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。

發現：

1. 設有導師制度，每位輔導不超過 12 位為原則。並與教務處期中成績預警系統有聯繫，導師獲得學生成績欠佳之期中評量成績後採取輔導行動。惟此流程繁瑣冗長，應當加強 E 化體系，將成績欠佳之學生狀況連結自動發件，通知該生特定之導師與系方，並運用即時線上系統，敦促其導師對其輔導對象進行聯繫，瞭解原因，給予輔導，隨後線上回應紀錄。如此，則能確保即時通知與及時處置，又能保密學生個人資料。
2. 經查閱相關檔案資料，一到四年級學生在校期間，學校整合導師、授課教師、教務處成績預警系統、學生事務單位等共同負擔特殊學生的學業、生活及生涯輔導。訪問同學表示，學習有問題時，大都能獲得支援。
3. 設有教學輔導員，學生學習成績不良時，可以由導師或學生自行申請教學助理 (TA)，協助課程輔導。訪談同學表示：知悉此制度，但學生比較常利用的機制是參與班級讀書小組，與同學一起預習/複習/討論各學科之學習。
4. 檢視 Meet Professor 座談之心得，不少同學表示在演講中，對習醫之路產生內在動機的激勵，並對中山醫大產生認同感。

準則判定：符合

3.3.1.1 如果允許醫學生在他校醫學系或機構（包括外國）修習選修課程，在母校行政單位應有其課務統籌管理系統，以便事前審查及核准提出的校外選修，確保對方機構提交醫學生表現評量報告，並由學生提交學習報告。

發現：

校外選修由導師、系主任及教務長負責學生校內外選修課程的輔導。

準則判定：符合

3.3.2 財務援助諮詢和資源

3.3.2.0 醫學系應針對有需要經濟援助的醫學生，提供獎學金、貸款或其他來源的資訊。

發現：

學校備有清寒獎學金等協助減輕學生財務負擔之辦法，且專責單位、公告及申請流程明確。103 學年(97 級)畢業生問卷學生經濟援助諮詢滿意度調查，不滿者僅 6.3%。

準則判定：符合

3.3.2.1 醫學系應建立適當的機制，以盡量減少學生因教育開支而負債的直接影響。

發現：

備有清寒獎學金等協助減輕學生財務負擔之辦法，且各類獎助學金、貸款及工讀金申請機制完備。

準則判定：符合

3.3.2.2 針對退還醫學生的學費、雜費和其他代收款項部分，醫學系隸屬之學校必須有明確和公平的政策。

發現：

依據「專科以上學校學雜費收取辦法」及「專科以上學校學雜費退費基準表」之規定，訂定「中山醫學大學學生休、退學退費標準表」，並依學生辦理日期核算退費金額。

準則判定：符合

3.3.3 保健服務和個人輔導

3.3.3.0 醫學系必須讓醫學生獲得預防、診斷、治療等保健服務。

發現：

學校於正心樓1樓學務處設有「身心健康中心」提供簡易醫療服務，如遇重大傷病則轉介至附設醫院就醫。

準則判定：符合

3.3.3.1 提供醫學生精神治療或心理輔導，或其他健康服務的醫療專業人員，必須不涉入受輔導醫學生之學業評估或升級。

發現：

負責醫學系學生的個案管理師依受輔醫學生狀況，由身心健康中心分派心理師(或兼任輔導老師)與學生進行個別諮商，分派心理師(或兼任輔導老師)時，皆依「教師輔導學生辦法」及「學校輔導工作計畫」之規定，指派非學生當學年所修課程科目之授課老師，故不涉入受輔醫學生之學業評估或升級。

準則判定：符合

3.3.3.2 醫學系應遵循衛生福利部及相關機構的規定，訂定醫學生所需的預防接種政策。

發現：

前往醫院實習之前，每年6月由中山附醫就施打疫苗之名單造冊，包含全年於中山附醫實習之學生，10月份施打疫苗時，若有剩餘則開放對短期實習學生施打。

準則判定：符合

3.3.3.3 醫學系必須制定政策，有效解決醫學生接觸感染和環境危害的問題。

發現：

解剖學科大體解剖實驗室針對防腐過之遺體所散發氣味之抽排裝置有效，排放至樓頂。藥理學實驗室有準備急救藥包，以備鼠咬之後之緊急處理。學生可從學務處電子看版、海報及網站(<http://osa.csmu.edu.tw/bin/home.php>)及環境與安全衛生中心(<http://safety.csmu.edu.tw/bin/home.php>)知悉相關傳染性和環境危害的政策

並配合相關單位宣導。

準則判定：符合

3.4 學習環境

3.4.0 醫學系應不得有任何年齡、宗教、性別、性傾向、性別認同、國籍、種族、和特殊疾病的歧視。

發現：

1. 相關辦法有：(1)依「性別平等教育法」第十二條所訂定之「性別平等教育實施規定」；(2)「中山醫學大學學則」中訂有性別平等相關之學籍及學習權益與義務；(3)「校園性侵害性騷擾或性霸凌防治要點」及「性侵害性騷擾或性霸凌事件調查處置流程圖」。
2. 98 學年度「海外聯合招生委員會」分發一位年齡 67 歲之僑生，多年沒有工作，僅存積蓄須繳交日後返回香港的公屋租金，由 98 學年第二學期起需借錢繳交學費及支付生活之案件。故於 99 年 03 月 17 日行文至僑委會及教育部建請增列招收僑生申請來台就讀醫學系之入學條件，經教育部函轉海外招生委員會並由其回覆說明：「招生學校如有特殊入學條件(如年齡及財力限制等)之訂定需求建請應自行納入該校「各系組招生」規定」中，故於 100 學年度起，海外招生入學規定增列條件，年齡 40 歲(含)以下、財力證明(具備足夠在華就學之財力)。

準則判定：符合

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)。

發現：

1. 專業素養由醫學系教學暨課程委員會審議。公告於醫學系網頁：<http://med.csmu.edu.tw/bin/home.php>。
2. 透過導師生制、習醫之道 On Doctoring、Meet Professor 座談、基礎與臨床整合課程、授袍典禮、臨床實習職前訓練等全面展開專業素養教育。

準則判定：符合

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。

發現：

根據實地觀察許多教師與職員為了「創造適當學習環境」而努力，且相關法規皆於學校網頁中公告。

準則判定：符合

3.4.1.2 醫學系應明訂醫學生在學校與職場該具備的專業素養。

發現：

1. 醫學系教育目的：

- (1)應兼具人文藝術及醫學倫理素養。
- (2)應擁有不斷成長的醫學專業知識與技能。
- (3)應具備終生學習思考與研發，以提升醫療品質。
- (4)應養成社會服務熱忱及團隊合作精神。
- (5)應時時關懷病患，以增進社區與全民之健康。

2. 培育具備ACGME六大核心能力之明日良醫：

- (1)病患照護
- (2)人際溝通技巧
- (3)醫學專業知識
- (4)專業素養
- (5)臨床工作中學習與改善
- (6)醫療體系內之行醫

準則判定：符合

3.4.1.3 醫學系及建教合作醫院的成員，包括其教師、職員、住院醫師和醫學生應定期評估學習環境，以釐清維護專業準則和行為的正負面影響因素，以制定適當的策略，提升正面與減輕負面的影響。

發現：

訂定「優良臨床教師選舉及獎勵辦法」、「優良實習醫學生選舉辦法」，於附醫每

年選出優良實習醫學生及優良臨床教師，並於醫學生結業餐會公開頒發獎牌，優良臨床教師及優良實習醫學生專業楷模可為同學樹立學習典範。

準則判定：符合

3.4.2 醫學系（院、校）必須明訂與公布教師與學生關係的行為準則，並制定處理違反準則的政策。

發現：

學校已廣泛性對校內專兼任教師及行政人員的聘約中訂定規範；性別平等委員會亦對於性侵害、性騷擾等訂定規範；校方也依照教育部霸凌防治法則辦理。

準則判定：符合

3.4.3 醫學系必須對所有的教師和醫學生公布醫學生評量、升級、畢業，和懲戒處分的標準與程序。

發現：

醫學系對醫學生評量、升級、畢業和懲戒處分的程序，乃依據「中山醫學大學學則」、「醫學系學生擋修辦法」辦理之，並透過新生入學輔導、班會等集會進行宣導與說明，相關法規悉置於網頁(<http://msg.csmu.edu.tw/message/MSG004.aspx?admin=0>)

提供全校教職員及學生瀏覽、下載使用。

準則判定：符合

3.4.4 醫學系對於會影響醫學生學籍所採取的措施，必須符合公平且正式的程序

發現：

相關學籍依中山醫學大學學則第七章四十六條辦理。學則置放學校網頁首頁/全校法規/學生隨時可查調(<http://msg.csmu.edu.tw/message/MSG004.aspx?admin=0>)。

準則判定：符合

3.5 學生紀錄

3.5.0 醫學系必須為每位醫學生建立一個記錄重要資料的學習歷程檔案。

發現：

1. 醫學生歷年成績單，內含每學年修課科目、修習學分及修習成績及操行等。成績資料建置於校教務資訊系統，由負責學生成績管理之承辦人員登錄資訊系統(需帳號及密碼登入)，方可審閱學生學業紀錄或依學生申請需求列印提供。學生經由個人所屬帳號及密碼登錄學生資訊系統隨時掌握所修科目成績。學生成績永久保存於教務系統。
2. 學生學習歷程(E-portfolio)：學務處於 100-101 學年架構學生學習歷程(E-portfolio)(<http://ep.csmu.edu.tw/>)，提供在校生管理在校期間學習過程的管理系統。學生可藉由系統呈現學習成果、社團志工活動、工讀實習服務及個人能力等。102 學年後資料儲存改由教學資源暨教師成長中心的數位學習系統(<http://lms.csmu.edu.tw/>)取代之。系統建置資料皆可供學生自行登錄及查閱。

準則判定：符合

- 3.5.1 醫學系學生的學習紀錄必須保密，除非醫學生本人同意或依法須提供，否則只提供給有需要知道的教師和行政人員。

發現：

任課教師、系上主任及秘書如需調閱學籍或成績等事項，可向註冊課務組提出申請，註冊課務組以加密形式提供相關檔案。

準則判定：符合

- 3.5.2 醫學系必須允許就學的醫學生複查和質疑其學習紀錄。

發現：

1. 學生可生可在學習歷程(E-portfolio)(<http://ep.csmu.edu.tw/>)及數位學習系統(<http://lms.csmu.edu.tw/>)資訊系統隨時掌握所修科目成績。
2. 學生對學期成績如有疑慮，可至教務處網頁下載「學生學期成績複查申請書」提出申請複查。
3. 教務處於學期結束後寄出之學期成績單有備註說明：學生對學期成績有疑義時，於次一學期開學後七日內，填具「學生學期成績複查申請書」向該科授課教師反映，超過規定期限不得再以任何理由，要求授課教師提出更改成績要求。

準則判定：符合

第 4 章教師

4.0 醫學系必須確保有足夠數量、具相關背景並熱心教學的教師，同時提供必要的在職與繼續訓練，且能留任稱職的教師。

發現：

醫學人文、基礎醫學和臨床醫學有些科部師資不足。雖然基礎醫學學科的教師在教學鐘點核算數目上，並未特別高出教育部的標準，但是核算實驗課程鐘點數的方式，對於實際在場指導實驗的教師並未反映貢獻在場教學時數。有些教師學期每週平均教學鐘點超出教育部核定時數，並無超鐘點費用加給。

準則判定：符合，但須追蹤

4.1 數量、資格和功能

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。

發現：

1. 醫學系教學人力和素質獲得校院方重視，中山醫大附設醫院若干科部已逐步改善，然而外科部雖已於近二年增聘師資，但仍相當不足。尤其是已數年沒有住院醫師，嚴重損及醫學生之教學以及教學團隊之完整性，亟待改善！院方說明，明年已有畢業後一般醫學學員(PGY)表達申請外科住院醫師之意願，仍建議更積極、儘速建置外科住院醫師之教學系統。此外，中山醫大學生選擇留校為PGY，以及PGY留校申請住院醫師之情況比以往已有增加，顯示學生對於學校及附醫之信心和認同朝正向發展，惟若干科部未獲住院醫師審查委員會(RRC)核定訓練容額（如骨科、眼科…等）是重大警訊，亟待充實教學師資及設備。
2. 基礎醫學學科並未包含公共衛生學科。但由公衛學院教師提供醫學系課程，融入各模組，惟相關於公衛領域之課程總時數為38小時。這些時數是否足以呼應第一階段醫師國考之公衛相關配分15分，宜審慎評估。
3. 醫學人文學科已成立第二年，現有一位專任和一位兼任教師，與校級通識教育中心的專兼任教師二位共同負責醫學人文教育。醫學人文教師策劃課程的人力單薄。參

與 On Doctoring 臨床典範教師的數目有限，當被問及為何這些年 on Doctoring 仍然是維持試辦？系方回應：參與 On Doctoring 之教師人數不夠多之故。醫學人文以及臨床典範教師數目不夠，校方應予以重視。

準則判定：符合，但須追蹤

4.1.1 受聘為醫學系教師，必須有與職銜相稱的學經歷。

發現：

醫學系教師之學經歷與其職銜相稱。

準則判定：符合

4.1.2 醫學系教師必須有能力，並持續承諾做為稱職的老師。

發現：

1. 每學期期末均有「中山醫大學生教學評量問卷」線上調查，問卷內容涵蓋教師教學準備、教學知能、教學態度與調適等問題，評量結果教師可經由「教職員資訊系統」之「評量/問卷」項目查詢歷年成績，以提供教師做日後課程規劃的依據。單位主管亦可以察看單位教師的評量結果，以便適時給予教師關懷。
2. PBL 問卷，學生對教師的評量內容包括「教師會適當地鼓勵學生的學習動機」、「適當引導學員邏輯思考與判斷」，以及「教師對 PBL 的教學目標清楚等」問題。醫學系的 PBL 評量結果均由資訊系統統一發佈給授課教師本人，以提供教師日後課程規劃的改進依據。
3. 「教師教學評量實施辦法」第七條明白規定教學評量未達標準的輔導機制，該校實施三階段教師輔導機制。
4. 學校訂有「提升教師參與教學研究能力研習活動辦法」，活動辦法中第二條第一項規定「教師全學年需參與研習總點數至少 10 點。每一大類課程至少須參與現場研習必修 1 點。」以確保教師持續進修自我能力以補足欠缺的部份。
5. 參加「工作坊」學習之後，需要實地演練，教師需要追蹤其學習後教學效果。
6. 臨床學科醫師訪談中發現，部份醫師對於醫學系教學目標或對於學生能力評估並不清楚。部分醫師亦陳述不曾參加任何針對醫師教學能力指導的活動。

準則判定：符合，但須追蹤

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

發現：

該校訂有「中山醫學大學教師研究提升輔導辦法」、「中山醫學大學新進教師研究計畫補助辦法」，並確實執行以協助教師研究發展。實地訪評發現，教師的專長及興趣不同，並非每位教師都適合研究以及申請到研究計畫，但是每一位教師都應符合當教師的基本條件，要由有經驗的教師帶領新進教師學習(mentoring)。

準則判定：符合，但須追蹤

4.1.4 醫學系教師必須參與醫學生入學、升級與畢業相關事務之決定，也必須提供醫學生學業及職涯輔導。

發現：

1. 實施導師制度，Meet Professor 講座、習醫之道 On Doctoring，啟動醫學系教師參與醫學生學業及職涯輔導。
2. 醫學生入學、升級與畢業相關事務之決定，由教師於系務會議決定。
3. 多元入學學生面談人員之組成為：基礎醫學教師、臨床醫學教師、學生代表、校友代表(具部定教職)，約 4-5 位為一組。

準則判定：符合

4.2 人事政策

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。

發現：

1. 醫學院院長、醫學系系主任、副系主任更替依舊頻仍，不確定該校對於該等主管聘任之明確的政策為何，僅訂有院長及系主任之任期不超過三年為原則，但無任期中更替的原則。
2. 通識教育中心組織調整中，主任更換頻繁，課程結構及編制內教師亦在調整中，其後續的發展值得觀察與注意。而通識教育中心做為院級單位，作為負責全校之通識教育課程，「中心會議」之成員只有中心之專任教師，可再商榷。此外，學校已於

104 年 7 月公佈實施教師多元升等辦法，支持教師朝學術研究、技術應用及教學實務等多面向發展，該辦法並針對不同系所教師進行分類，以利訂定適合各學術領域的審核細則。然 104 年 7 月通過的「中山醫學大學教師多元升等實施辦法」第三條，未見醫學人文學科在分類中，將來若有非臨床或基礎學科之教師主聘在醫學人文學科，恐有升等上的困擾。醫學人文科目目前界定為臨床醫學科，教師依照臨床學科升等辦法。對於醫學人文歸為「臨床學科」有別於一般學校的規定，需再斟酌，並應考量臨床醫師若有屬於醫學人文方面著作時之相關升等計分配套方法。

準則判定：符合，但須追蹤

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。

發現：

相關規定於專任、兼任教師之聘約中明定之，相關規定有：專任教師聘約、講座設置辦法、客座教師聘任辦法及進用專案教師辦法。兼任教師聘約、臨床教師設置辦法、專業技術人員擔任教學辦法、專任職技人員校內兼課審核原則。

準則判定：符合

4.2.2 醫學系（院、校）必須有處理教師或職員私人利益與校方或系內責任相衝突的規定。

發現：

1. 教師之升等採三級審查。教師如發生停聘、解聘、不予續聘之情事者，應由各系、所、中心詳敘理由及法令依據，經系、所、中心、院、校教評會，初審、複審、決審通過後，陳請校長核定，於轉報教育部核准後辦理。
2. 初審過程如有爭議時，系、所、中心教評會具體載明原因送院教評會複審。複審過程如有爭議時，院教評會具體載明原因送校教評會決審。
3. 依據附件 4-2-11-12-13 公布相關教師專業倫理守則。

準則判定：符合

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。

發現：

1. 訂有「中山醫學大學教師研究論文、專書發表獎勵辦法」及「中山醫學大學教育部特殊優秀人才彈性薪資實施辦法」，以獎勵老師於教學研究之發展。附設醫院「論文發表獎勵辦法」針對附設醫院之專任員工，發表論文時給予口頭獎勵及獎金。
2. 設有研究成果暨人力資源庫，(<http://csads.csmu.edu.tw/HumanResources/open/HRKindOpenList.htm>)，可供查詢教師之相關研究成果，教師可於教職員資訊系統輸入每年發表研究、論文。
3. 教師升等皆需經由系教評會議討論並決議，其會議紀錄均公告於教職員資訊系統-醫學系之檔案櫃可供查閱、查詢。
4. 科部主任應要求教師列出年度學術表現資料，包括教學貢獻，每年主任面對面給予教師回饋，並共同制定下一年度努力的方向。

準則判定：符合

- 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。

發現：

1. 中山醫學大學設置有「教學資源暨教師成長中心」其業務執掌包括：（一）教學發展。（二）教學評量/ 教師評鑑。擬定「提昇教師教學研究能力研習活動辦法」，除明訂每位專任教師依辦法每學年度須參與 10 點研習活動外，並將研習活動依據教學評量辦法細分為「教學準備」、「教學知能」、「教學態度與調適」、「專業成長」四大類，每一類別需至少累積一點參與中心所舉辦之活動，使教師能依其自我定位加強所需課程。經由和附醫教師成長中心(CFD)之合作，舉辦多項培訓活動：住院醫師亦老師教育計畫、一般醫學師資培訓、全人醫療師資培訓課程、微型教學工作-有效教學結構與互動技巧、OSCE 考官培訓工作坊、OSCE 教案撰寫等。這些都是提高教學品質，尤其促使教師具備培養學生主動學習、獨立思考、解決問題的終身學習能力。在訪視發現部分臨床教師，雖有參加各式演講會及研習會合乎計點要求，但在門診教學、住診教學、互動式教學、回饋方式及各式評量如：Mini-CEX、DOPS 等皆無法落實規範。顯示教學資源暨教師成長中心和附醫 CFD 必須檢討教師培育計畫，釐清現狀臨床教學之弱點，加強臨床教師之教學能力並落實成效評估，使達成

醫學教育目標。

2. CFD 之層級已於 101 年 1 月改編制為一級單位，整合醫學院教師成長中心人力，目前共計 2 位專任職員及 3 位計畫助理，定期舉辦相關研習活動，102、103 學年度共計舉辦 189 場活動，共計 11,197 人次參與；研究發展處訂有「中山醫學大學教師參加國際會議論文發表補助辦法」，鼓勵本校專任教師參加國外舉辦之國際性學術會議論文發表；研究發展處亦制訂「中山醫學大學教師研究提升輔導辦法」、「中山醫學大學新進教師研究計畫補助辦法」以提升教師之研究能力。
3. 在實地訪視發現部分臨床教師，雖有參加各式演講會及研習會以合乎計點要求，但在門診教學、住診教學、互動式教學、回饋方式及各式評量如：Mini-CEX、DOPS 等皆無法落實規範，顯示教學資源暨教師成長中心和附醫 CFD 必須全面檢討教師培育計畫，釐清現狀臨床教學之弱點，加強臨床教師之教學能力發展並落實成效評估。
4. 對於教學不良的教師需要即時採取行動，以目前的條例，對於沒改進的教師需要 1~2 年後才能真正改善。

準則判定：符合，但須追蹤

4.3 治理

4.3.0 醫學系的治理和決策過程應有適合的教師參與。

發現：

1. 約三個月召開一次醫學系系務會議，會議中各部門主任及教師成員可提出對系、院及校計劃及決策的意見。
2. 約兩週召開一次醫學院系主管會議，各部門主任可經由此會議提案討論相關事宜，與取得主任共識。且課程相關內容需先經由此會議進行初步討論、追蹤修訂，再提教學暨課程委員會提案。
3. 系務會議紀錄均公告於教職員資訊系統-醫學系之檔案櫃。

準則判定：符合

4.3.1 醫學系應有適當的機制讓教師直接參與系內的相關決策。

發現：

各委員會、小組的委員數列表如下：

委員會名稱	委員數	委員產生：指派或選舉	委員會的報告對象	授權範圍 (R/A/B)
系務會議	119	專任教師	院務會議	B
系教師評審委員會	7	選舉	院教師評審委員會	B
甄選入學招生小組委員	11	選舉	校級招生委員會	B
教學暨課程委員會	30	指派	院教學及課程委員會	B

小組名稱	委員數	委員產生：指派或選舉	委員會的報告對象	授權範圍 (R/A/B)
模組課程整合檢討小組	228	指派	教學暨課程委員會	B
院系主管會議	10	指派	系務會議	B

R：建議，A：執行，B：雙重角色

準則判定：符合

4.3.2 醫學系必須建立機制，提供系內教師有參與討論和制定、審閱及修訂醫學系政策和程序的機會。

發現：

該系的教師可被遴選參與系相關的會議，如系務和院務會議、教評會等，制定、審議和修訂與系和教師、學生權益有關的政策，並將會議紀錄通知教師。

準則判定：符合

第5章教育資源

5.0 醫學系主任應擁有足夠的資源，以成功地治理學系。

發現：

醫學系系主任的任期，2000 年後，有一位任期三年，三位任期二年，五位任期一年和二位任期大約一個月至一個半月，沒有一位系主任連任。如此頻繁的人事更動，其所反應的是主管任期的不穩定性與所掌握的資源有限，恐影響教育政策的執行及教學的成果。

準則判定：符合，但須追蹤

5.1 財務

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。

發現：

1. 整個學校的收入/支出及轉帳概要表顯示從 97 到 102 學年度，每年皆有餘額，且多年的餘額超過億元。醫學系的主要收入來自學生的學雜費收入，預算依學校會計單位之訂定而編列。雖然在預算的編審和執行辦法明文規定每年提撥部分收入到校務發展準備金，做為學校中長程發展所需，但該校是私立學校並不適用校務基金規範。。
2. 近二年各項財務指標均逐漸改善，依校方提供之資料，將大學和附醫合併計算：

科目	102 學年度	103 學年度
資產總額	120.6 億	124.1 億
流動資產	8.0 億	11.3 億
負債總額	49.9 億	49.0 億
長期銀行借款	32.0 億	28.4 億
負債比率	41%	39%
流動比率	55%	65%
長期借款對淨值比率	45%	38%

3. 附設醫院近五年每年之收支淨額約成長 2 億，103 年成長 3 億，103 年之餘絀達 3.8 億，經營績效逐年進步，然附醫每年資本門投資總額偏低（102 學年度 2.5 億、103 學年度 2.4 億），餘絀均以償還大學負債為先，相對醫學系之教學研究、圖書經費、

人才招募等影響教育品質之投資反而不足，建議董事會在財務趨於穩定之情況下，應適當提升教學品質資本運用。

準則判定：符合，但須追蹤

5.1.1 醫學系隸屬之學校不可超收其總資源所能容納的醫學生名額，不應為增加學費收入而錄取資格不符、留滯不適當數量的醫學生，影響醫學系的教育使命和品質。

發現：

每年依教育部核准名額以個人申請、繁星和指考方式，錄取大約 135 名學生。延畢的學生 94 至 96 學年度少於 3 名。學校設立預警制度、導師輔導、TA 輔導等協助學生的學習。

準則判定：符合

5.2 一般設施

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。

發現：

醫學系專用的建築有實驗大樓和正心樓，杏樓，80%為醫學生上課用，另有研究大樓、行政大樓、圖書館和多功能運動場供全校師生使用。這些建築物和內部設備，應可達成其教育目標。

準則判定：符合

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。

發現：

在校本部、附醫和彰基/奇美/高長合作醫院皆有大多數學生滿意的學習空間，個人置物櫃等設施。彰基醫院有運動休閒中心，高雄長庚醫院有員工健康促進中心和游泳池，校本部有多功能運動場。但學生對學校之休憩空間一半不滿意（高達 50%），此外，彰基醫院有些學生宿舍缺窗戶，安全堪慮，需要改善。

準則判定：符合，但須追蹤

5.2.2 醫學系應確保其所有教學地點的醫學生、教職員之人身與財產的安全及保障，以及確保教師和醫學生往返不同地點間交通的便利性和安全性等。

發現：

一年級學生住學校宿舍；二至四年級可選擇在校外租房子，導師需訪察並填寫賃居訪視輔導記錄；五年級後的實習則與實習醫院爭取住免費的醫院宿舍，提供便利的安全性。學校和合作醫院皆有 24 小時的保安全管理。實習醫院要求學生完成必需的 B 肝抗體、疫苗注射及胸部 X-ray 檢查等。

準則判定：符合

5.2.3 有多個教學地點的醫學系應建立適當的措施，以確保醫學教育品質之等同性，例如：增設電子網路設施、重新設計課程等。

發現：

透過數位學習平台（由各院分配完成數位教學課程 PowerCam，由系彙整再提供給各院）和學習護照以確保教育品質的等同性。

準則判定：符合

5.3 臨床教育設施及資源

5.3.0 醫學系（院、校）必須擁有醫學生臨床教學所需的適當資源或確切的使用權。

發現：

與中山醫大附設醫院業務比，彰化基督教醫院或奇美醫院的門診及住院病人比較多，學生反映「希望中山醫大附設醫院能大一點，看多一點」。中山醫大附設醫院外科沒有住院醫師，學生跟隨專科護理師或主治醫師學習；而彰化基督教及奇美醫院臨床教學團隊較健全，醫學系均可掌控空間的使用權。

準則判定：符合，但須追蹤

5.3.1 作為醫學生教育的各主要教學醫院或其他臨床設施，必須有適當的教學設施和資訊資源，並通過衛生福利部教學醫院評鑑。

發現：

附醫有足夠教學病房、討論室、臨床技能中心、圖書館及會議室，但訪視中仍發現有極為吵雜的討論室，不適合討論使用，影響到需要安靜的討論環境；奇美醫院及彰化基督教醫院圖書館有資訊資源，討論室、教室均符合需求。各院也都通過衛生福利部教學醫院評鑑。

準則判定：符合

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。

發現：

除了部分科別、單位並無足夠數量之住院醫師之外，三家教學醫院實習醫生在病房單位實習時，有住院醫師參與學生教學指導。

準則判定：符合，但須追蹤

5.3.3 醫學系建教合作之教學醫院，住院醫師和其他督導或教育醫學生者，必須熟悉課程與臨床實習的教育目的，並擔任教學和評量的角色。

發現：

醫學系沒有系統化的中央監測系統，主觀意見比客觀評量多，需要加強訓練臨床教師及導師的評量技能，如何給予面對面的總結性評估，才有辦法幫助學生持續性提升其臨床照顧病人的能力。

準則判定：符合，但須追蹤

5.4 圖書館與資訊資源

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。

發現：

圖書館空間較小，座位數僅可容納 495 人，不足以供全校 21 學系使用，醫學系學生亦反應圖書館座位常一位難求。

準則判定：符合，但須追蹤

5.4.1 醫學系隸屬之學校的圖書館和資訊服務員工，應及時回應醫學系之教師、住院醫師和醫學生的需求。

發現：

校本部和附設醫學的圖書和資訊設施以及中部聯合圖書系統能滿足教師、醫學生和住院醫師的需求。分派到合作醫院實習的學生也可經由網路使用校本部和附設醫院的圖書和資訊。合作醫院也有圖書和資訊設施供實習醫學生使用。

準則判定：符合

肆、總結及待改善事項

一、總結：

中山醫學大學從 TMAC 開始醫學系的評鑑工作，已經歷六次「有條件通過」的評鑑結果。此次接受新評鑑準則為期四天的全面評鑑，有九位訪評委員參與，訪查三家合作實習教學醫院，並且詳細審核評鑑的五大章項目，每個項目都有二位以上委員交互審查，以提供完整且客觀的評鑑。

中山醫大這幾年建成了正心樓、研究大樓和圖書館等的硬體設施，明顯改善教學和學生學習的空間。前次評鑑提到組織架構及行政上之建議，校長的位階已明顯在附設醫院院長之上，且董事會也給予校長更多授權。醫學系系主任和副主任均對醫學教育相當投入，另有行政人員積極的支援。所查訪三家實習教學醫院，設備和設施及臨床主治醫師均符合教學醫院要求，臨床教師也一定程度投入教學，學生於不同醫院可有更多樣的臨床案例及學習經驗，這些皆顯示中山醫大投入醫學教育的努力和用心。從 99 學年度開始實施的基礎和臨床整合模組教學，已有完整的運作程序，參與的教師皆熱心投入。最近二年的國考成績超過國家的平均通過率。引導學生向典範學習的特色課程有 On Doctoring，學生有機會從二年級到六年級跟著同一位臨床教師；另外 Meet Professor 則希望能營造一個氛圍，

讓一年級的新生開始體會當醫師的福氣，並讓他們能以中山醫大為榮，認同學校。學校有不少有心的教師及主管投入教學工作很值得鼓勵。

本次評鑑的目的在於運用同儕審查學校醫學教育的機制，確保在適合的環境下培育學生成稱職的醫師。基於評鑑結果，本訪評小組特提出中山醫大待改善事項如下：

組織：

1. 醫學系主任的遴選及續任宜有更明確的辦法，以免異動頻繁。
2. 醫學系主任對於專任教師的聘任宜有更大的建議權。
3. 通識教育委員會與教育中心的組織定位及職掌宜再澄清，以利單位運作。

課程管理：

1. 醫學系課程規劃必須與教育目標一致，並且需收集資料以驗證是否達成其教育目標。
2. 課程發展單位要規劃如何透過課程來培育學生自主學習及終身學習必備的能力，並與潛在課程相結合。
3. 通識與醫學人文的課程宜針對學生的核心能力去規劃，重新檢視課程屬性之適宜性，並需要評估學習成效是否達到校方訂定的教育目標。
4. 服務學習是經驗學習的一種，以服務為媒介，整合通識與專業課程，使學生能落實服務學習中的「學習」精神。
5. 新的六年制課程重新規劃基礎醫學課程，有些課安排在二年級，這是否會壓縮到這階段通識、人文課程的學習效果需要評估。
6. 三、四年級基礎和臨床整合模組課程安排新設置的行政教師督導，其成效有待檢視。
7. Pre-clerkship 安排“症狀導向”課程，學生的出席率低，須檢討其需要性及進行模式。此外，臨床教師授課的課程，學生出席率僅 55%，學系應檢討原因。
8. 加強學生在臨床上收集病史、理學檢查及解決問題的能力。

9. 病歷書寫：學生有些只負責寫部分病歷；值班只負責寫 admission note，住院醫師則只開醫囑，這種非全人照護病人的實習方式應盡速改善。有些 Progress note 每天幾乎一樣，沒有呈現病程變化內容。應增加學生接觸病人機會，教導其臨床推理以及書寫病歷的核心能力。
10. 教學門診應落實以學習者為中心之教學門診。
11. 住診教學宜以學習者為中心之互動式教學，以培養學生床邊表現和臨床推理能力。教師要著重床邊示範及指導，並且強調對於病人感受之敏感度以及倫理教育。
12. 三家主要教學醫院臨床輪訓的邏輯性必須再檢討：以 16 週為基準的快速不同醫院輪訓，必須評估學生於不同訓練醫院其核心能力的訓練成效之品質。
13. 系方與各教學醫院皆訂有共同的核心課程及學習病例，目前各項數據並無法證明醫學生有無達成核心能力。
14. 學生在多家教學醫院的學習要確保有等同的內涵以及等效的評量，並且有連續性的監督其學習成效。
15. 畢業生問卷調查結果需加強分析，並以此來檢視中山醫大醫學教育目標與課程設計的成效。

醫學生：

1. 需追蹤及評估不同管道入學醫學生的學習狀態，尤其中山醫大入學指考採計國文強項之學生，與其他醫學生是否入學後表現不同？
2. 依據「醫學系學生輔導作業流程」，有針對學習成效不佳學生分級進行輔導的制度，但是學生在醫院實習時亦必須有輔導機制，以確保病人安全及學生實習成效。

師資：

1. 專任師資特別是某些基礎科別及臨床科部仍然不足，需要增強。
2. 有些基礎教師上課的時數偏多，CFD 或學校宜有協助年輕教師成長的方案。
3. 教學資源暨教師成長中心(CFD)和附醫必須積極檢討教師培育計畫，釐清教師教學之弱點及需求。

4. 須強化通識及專業學系教師對「通識教育」、「醫學人文教育」及「專業教育」相互關係之溝通。此外，醫學人文以及臨床典範教師不夠，校方當予以重視。
5. 臨床教師(包括住院醫師)宜加強其教學評量訓練及互動式教學方法。
6. 須加強教師對學生之形成性、回饋性評量，須加強臨床教師教學回饋的能力。

教育資源

1. 附醫每年資本門投資總額偏低，建議董事會在財務趨於穩定之情況下，應以提升教學品質為資本投入之首要考量。
2. 需要加強訓練臨床教師及導師的評量技能，如何給予面對面的總結性評估，才有辦法幫助學生持續性提升其臨床照顧病人的能力。

分析各章之準則判定結果如下：

準則項目	準則判定	
第一章 機構	符合	12 項 (57.1%)
	符合，但須追蹤	8 項 (38.1%)
	不符合	1 項 (4.8%)
	不適用	0 項 (0%)
第二章 醫學系	符合	15 項 (27.8%)
	符合，但須追蹤	38 項 (70.4%)
	不符合	1 項 (1.8%)
	不適用	0 項 (0%)
第三章 醫學生	符合	30 項 (90.9%)
	符合，但須追蹤	3 項 (9.1%)
	不符合	0 項 (0%)
	不適用	0 項 (0%)
第四章 教師	符合	8 項 (57.1%)
	符合，但須追蹤	6 項 (42.9%)
	不符合	0 項 (0%)
	不適用	0 項 (0%)
第五章 教育資源	符合	6 項 (46.2%)
	符合，但須追蹤	7 項 (53.8%)
	不符合	0 項 (0%)
	不適用	0 項 (0%)

伍、評鑑結果：有條件通過，於 2018 年進行追蹤評鑑

TMAC 2015 中山醫學大學醫學系訪評行程

【Day 1】-104/11/24 (星期二)

時間	內容
09:00~09:10	人員介紹
09:10~10:50	行政(含機構、課程管理及教育資源)與教師(含CFD、教師服務)及前次評鑑改進情況 A. 簡報(30分鐘為限) B. 意見交換與討論
10:50~11:00	Coffee Break
11:00~12:00	實地參訪(校園導覽)
12:00~13:00	午餐(訪評委員討論)
13:00~14:00	座談:醫學系主任
14:00~14:40	教學及研究:(一)通識及醫學人文 A. 簡報(15分鐘為限) B. 意見交換與討論
14:40~15:20	教學及研究:(二)基礎與臨床整合 A. 簡報(15分鐘為限) B. 意見交換與討論
15:20~16:00	教學及研究:(三)臨床實習 A. 簡報(15分鐘為限) B. 意見交換與討論
16:00~17:00	訪評委員心得檢討
17:00	賦歸

【Day 2】-104/11/25 (星期三)

I. 通識及醫學人文組：學校

時間	內容
08:00~12:00	實地參訪與資料查證
12:00~13:00	午餐
13:00~14:00	座談：通識人文學科教師
14:00~16:00	實地參訪與資料查證
16:00~17:00	訪評委員心得檢討
17:00	賦歸

II. 基礎與臨床整合組：學校

時間	內容
08:00~12:00	實地參訪與資料查證
12:00~13:00	午餐
13:00~14:00	座談：基礎學科教師
14:00~16:00	實地參訪與資料查證
16:00~17:00	訪評委員心得檢討
17:00	賦歸

III. 臨床實習組：中山附醫

時間	內容
07:30~12:00	實地參訪與資料查證
12:00~13:00	午餐
13:00~14:00	座談：醫院院長、教學副院長、醫院教學部負責人
14:00~15:00	座談：主治醫師及住院醫師
15:00~16:00	座談：臨床學科教師
16:00~17:00	訪評委員心得檢討
17:00	賦歸

※註：臨床實習 C 組（奇美醫院）於下午 16:00 接駁，出發至台中高鐵站前往台南。

【Day 3】-104/11/26（星期四）

I. 通識及醫學人文組、基礎與臨床整合組：學校

時間	內容
08:00~12:00	實地參訪與資料查證
12:00~13:00	午餐
13:00~15:00	座談：1~4 年級學生
15:00~17:00	實地參訪與資料查證
17:00	賦歸

II. 臨床實習組 (A)：彰基

時間	內容
07:30~11:00	實地參訪與資料查證
11:00~12:00	實習醫院教學（臨床教學簡介及改善現況）： A. 簡報（30 分鐘為限） B. 意見交換與討論
12:00~13:00	午餐
13:00~14:00	座談：5~7 年級學生
14:00~15:00	座談：醫院院長、教學副院長、醫院教學部負責人
15:00~16:00	座談：主治醫師及住院醫師
16:00	賦歸

III. 臨床實習組 (B)：奇美

時間	內容
07:30~11:00	實地參訪與資料查證
11:00~12:00	實習醫院教學（臨床教學簡介及改善現況）： A. 簡報（30 分鐘為限） B. 意見交換與討論
12:00~13:00	午餐
13:00~14:00	座談：5~7 年級學生
14:00~15:00	座談：主治醫師及住院醫師
15:00~16:00	座談：醫院院長、教學副院長、醫院教學部負責人
16:00	賦歸（台南高鐵站回台中飯店）

【Day 4】-104/11/27（星期五）

時間	內容
9:00~10:00	醫學生（學務及輔導） A. 簡報（15 分鐘為限） 意見交換與討論
10:00~11:00	實地參訪與資料查證
11:00~12:00	座談：醫學院院長
12:00~13:00	午餐
13:00~14:00	座談：校長
14:00~15:00	座談：董事長或董事會代表
15:00~16:30	訪評委員心得檢討
16:30~17:00	綜合座談
17:00	賦歸

※ 與醫學院院長、醫學系主任、醫院院長、醫院教學負責人座談：重點在查核行政（機構、課程管理及教育資源）與教師培訓的成效、建置鼓勵教師分流升等的機制。