

中國醫藥大學醫學院醫學系

111 年度醫學教育品質認證 書面追蹤審查報告



111 年 12 月

中國醫藥大學醫學院醫學系

111 年度醫學教育品質認證

書面追蹤審查報告

審查小組：

召集人 陳震寰 國立陽明交通大學醫學院院長/TMAC 委員

委員 黃天祥 國立臺灣大學醫學院榮譽教授/輔仁大學醫學院講座教授/國泰綜合醫院教學部主任/TMAC 顧問

李文森 臺北醫學大學醫學院名譽教授

周穎政 國立陽明交通大學公共衛生研究所教授

目錄

壹、本次追蹤審查重點.....	1
貳、審查執行過程.....	2
參、審查發現	
第 1 章 機構.....	3
第 2 章 醫學系	6
第 3 章 醫學生.....	25
第 4 章 教師.....	28
第 5 章 教育資源.....	31
肆、總結及認證結果	
一、總結	34
二、認證結果	37

壹、本次追蹤審查重點：

臺灣醫學院評鑑委員會(以下簡稱TMAC)從民國90年展開全國醫學系訪視，中國醫藥大學(以下簡稱中醫大)醫學系已歷經7次全面與追蹤訪視，最近一次為107年12月10~13日全面訪視，總共提出27項「部分符合」項目，主要發現內容如下：

- 1.五年級學生於臺中榮民總醫院(以下簡稱臺中榮總)實習，兒科二星期、婦科亦二星期，但實習人數各約有 1/3(40 人)，內科平均 4 週，只有約 90 人前往實習，且學校容許學生自行更換實習地點，導致有學生實習 2 週，也有人實習 8 週，也有人未去實習，亦即每位學生的排程都不相同。依據學生訪談及查閱病歷發現，學生於臺中榮民總醫院內、兒科實習，第一週不接病人，只有 observation，主治醫師也僅要求病例報告 1 科 1 例，且不須報告，報告由 Intern 或住院醫師負責，醫學生只要參與即可。反觀於附設醫院實習的醫學生須自己準備病例，並加以討論。
- 2.附設醫院有混成式教學錄影，學生於課前須先預習，另有 procedure consult 須完成，在臺中榮民總醫院則無此要求，而二家教學醫院的評估方式，臺中榮民總醫院為 global rating，附設醫院則採 EPA。經訪談，臺中榮民總醫院教學負責人表示，不會為中國醫大的學生另設 training program，雖依由中國醫大設定的 core curriculum 上課，但不太清楚中國醫大進行的教學改革。而臺中榮民總醫院臨床教師未參加中國醫大的師資培訓，因此，教學方法與成績評量方式都不太相同。二家教學評量成績最終由中國醫大平均調整。
- 3.醫學系的基礎醫學課程包括解剖學、生物化學、遺傳學、免疫學、微生物學、病理學、藥理學、生理學和公共衛生學等。其中組織、神經解剖、生理、病理、藥理、內外科概論及臨床診斷學、公共衛生、流行病學、法醫及大體解剖(II)等，採器官系統整合，分 12 個模組進行教學。然而，並未將微生物及免疫學整合於模組課程中，欠缺應用微生物學、免疫學及基因遺傳學的部分，恐造成對一些疾病的理解與解釋上的困難。
- 4.中國醫藥大學教務處設「招生委員會」，設置委員若干人，由校長、副校長、招生室主任、教務長、研究生事務長、國際事務長、財務室主任、資訊中心主任、各招生學院院長及系所主管等組成之，負責審議醫學系招生名額、招生規

定、招生簡章及事務工作行事曆，並負責執行；醫學系設置「中國醫藥大學醫學院醫學系甄選入學委員會」，擬定甄選報名資格及招生名額、擬定各項甄選指定項目之甄試內容及評分方式、協助推薦面試及書面資料審查委員種子名單、審查甄選之報名資格、執行並督導甄選面試工作之進行。然而，醫學系並未設有正式的招生委員會，醫學系之招生，係與全校各系所統一由教務處招生委員會統籌辦理，醫學系依校招生委員會之決議，辦理甄選入學面談試務。

- 5.前次 TMAC 訪視發現，基礎醫學的專任教師人數略嫌不足。此次實地訪視發現，基礎醫學專任師資在 106 學年度努力加以改善(生化學科增加 1 名教師、寄生蟲學科增加 1 名教師、藥理學科增加 3 名教師)，107 學年度醫學系也另外增加 6 位專任教師名額(解剖學科 2 名教師、寄生蟲學科 1 名教師、生化學科 2 名教師、社會醫學科 1 名教師)。然而，病理學科的專任師資一直維持在 2-3 名之間。教師的授課鐘點雖然未超過規定(甚至一位專任教師的授課鐘點每學期只有 1-2 學分)，但許多的課程都是由不具教職身份的臨床主治醫師負責教學，且該無教職之主治醫師並未接受教學評估，其適當性宜再商榷。
- 6.中國醫大醫學院只有生物醫學科學研究所，醫學系教師並非都是該所的合聘教師，因此，教師們在招收研究生上有其困難之處。從資料顯示，校方雖有提供一些研究計畫經費補助，但醫學系基礎醫學教師在國家型計畫的申請通過率偏低。在沒有研究人力幫忙從事研究，又得負擔教學工作的情況下，造成一些基礎醫學教師的研究產值不甚理想，國際期刊的論文發表情形也較偏低，甚至有些老師在十幾年間仍未能達到升等標準。

貳、 審查執行過程

中國醫藥大學醫學系於 111 年 7 月 11 日檢送自評報告至 TMAC。本次追蹤審查小組成員共有 4 位委員，包含通識與醫學人文、基礎醫學、臨床醫學之專家、學者。小組召集人於追蹤審查會議前分別就該校「通識與醫學人文教育」、「基礎與臨床整合課程」、「臨床醫學教學」，以及認證準則所屬五大項目「機構」、「醫學系」、「醫學生」、「教師」、「教育資源」等加以任務分組，小組委員至少以一個月的時間研讀該校自評報告、檢閱相關資料，並於 8 月 25 日提出「待釐清問題」，請醫學系針對待釐清問題提出補充說明與佐證資料。追蹤審查小組

於 9 月 2 日召開「追蹤審查會議」，會中針對前次訪視的「部分符合」項目逐項檢視自評報告書、附件與附表，以及待釐清問題回覆等相關資料，並達成共識。

參、 審查發現

依據 TMAC 認證準則，條列本次追蹤審查之發現如下：

第 1 章 機 構

1.3.2 醫學系主任、教師、機構主管，以及校方相關部門和建教合作之教學醫院

主管必須對醫學系相關事務的權力與責任分派有清楚的認識。

前次發現：

中國醫大與附設醫院及建教合作之臺中榮民總醫院訂有實習合約，明訂雙方權利義務，並載明正式賦予醫學系主任、教師、機構主管，以及校內相關部門和建教合作之教學醫院主管對醫學系相關事務的權力與責任，著重教育學生專業素養之責任義務的規範。與建教合作醫院簽訂教學協定時，依據教育部「大學校院辦理醫學生實習實施原則」及「大學校院辦理新制醫學系醫學生臨床實習實施原則」辦理，要求合作之教學醫院需提供良好臨床學習環境、提升醫學臨床實習之課程品質、維護醫學生學習品質及身心安全等權益。對於學生的評核，也要求合作之教學醫院需以多元評估方式進行，以充分評估學生在全人醫學基本訓練及行醫六大核心能力所需具備的知識、溝通、態度及診療之技能等專業素養的要求是否有達到。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教學醫院主管，對醫學系相關事務的權力與責任分派有清楚了解。

惟，臺中榮總之主治醫師兼任中國醫大教職者有 8 位，但實際擔任教學負責人僅 1 位教師，大部分科部的教學負責人都為無兼任教職者，且大部分臺中榮總教師未參加中國醫大之教師培訓或系務等相關活動，對醫學生之評估亦與中國醫大附設醫院不一致，顯現臺中榮總之醫師或教師對醫學系相關事務的權力與責任分派並未完全清楚了解。

本次審查發現：

1. 中醫大醫學系自 96 學年度起安排學生在臺中榮總的部分內科次專科（含心臟、胸腔、腎臟、消化、一般內、血液腫瘤、感染、新陳代謝、風濕免疫）、兒科、婦產科與神經內科進行臨床實習，因臺中榮總陸續與其他醫學

校院合作，自 107 學年度起陸續減少或取消中醫大的實習容額(包括取消心臟內科/神經內科的容額，婦/兒科容額由 4 名減為 2 名，內科其他科別皆剩 1 個容額)。針對前次訪視發現「大部分臺中榮總教師未參加中國醫大之教師培訓或系務等相關活動，對醫學生之評估亦與中國醫大附設醫院不一致」，因臺中榮總同時接受多家醫學校院醫學生臨床實習，均採用 global rating 評估，無法採用中醫大醫學系所設計的多元評量方式，故中醫大醫學系 108 學年度見實習委員會決定，自 109 學年度起，將原來與臺中榮總合作的固定臨床實習科別調整至中醫大附設醫院，臺中榮總不再是主要教學醫院。

2.檢視「中國醫藥大學附設醫院實(見)習學生管理辦法」與「中國醫藥大學附設醫院實習醫學生實習辦法」，其中仍有醫學系七年制舊制之用語(例如「見習」)，並未完全更新法規內容。

準則判定：部分符合

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個教學醫院之教學計畫。

前次發現：

醫學系課程委員會和附設醫院臨床科部共同制定各科部臨床教學計劃及臨床技能監督層級，並定期召開會議檢討臨床實習科目內容與教育目的，並讓在所有教學地點的教師，能充分瞭解評估成效之課程評估與學生評量方法。且附設醫院及建教合作的教學醫院皆有制訂各院實習醫學生相關量表，進行各教學地點醫學生自評。各院評核結果，會透過醫學系與建教合作醫院之教學主管或教學推動人，定期召開會議討論醫學生自評表中所需改善事項，醫學系部門主管和教師亦定期至建教合作的教學醫院訪視學生的受教情形，以及每學期定時檢視學生的成績表現，確認各實習醫院有無異常，並於醫學系「課程委員會」進行檢討，以確認不同教學地點的課程安排符合教育經驗及教育目的。

惟，臺中榮總之主治醫師兼任中國醫大教職者有 8 位，但實際擔任教學負責人僅 1 位教師，大部分科部的教學負責人都為無兼任教職者，且大部分臺中榮總教師未參加中國醫大之教師培訓或系務等相關活動。接受訪談的主管表示，不會

為中國醫大醫學生另設 training program，雖有教授中國醫大設定的 core curriculum，但並不清楚中國醫大進行的教學改革，對於醫學生之評量亦與中國醫大附設醫院不一致，成績由中國醫大平均調整，顯現醫學系對臺中榮總之教學計畫並未完全掌控。

本次審查發現：

針對前次訪視發現「大部分臺中榮總教師未參加中國醫大之教師培訓或系務等相關活動」，以及「對醫學生之評量亦與中國醫大附設醫院不一致」，因臺中榮總同時接受多家醫學校院醫學生臨床實習，均採用 global rating 評估，無法採用中醫大醫學系所設計的多元評量方式，故中醫大醫學系 108 學年度見實習委員會決定，自 109 學年度起，將原來與臺中榮總合作的固定臨床實習科別調整至中醫大附設醫院，臺中榮總不再是主要教學醫院，中醫大主要教學醫院僅有其附設醫院。

準則判定：符合

第 2 章 醫學系

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：

醫學系新生入學時，以及醫學生開始見實習前，由醫學院院長、醫學系系主任主持新生入學說明會，以及實習前訓練營，告知學生醫學系之教學目標，並說明學校與附設醫院如何藉由教學方法與評量方式，來評量學生是否有達到醫學教學目標。醫學系亦發送簡介，揭示醫學系的教育目標。而附設醫院每年定期舉辦住院醫師大會與主治醫師大會，宣導與說明醫學系的教育使命與目標；附設醫院規範住院醫師參加「教師培育中心」辦理之師資培育課程，以落實醫學教育目標。

該系網頁上有公告教育目的、印發宣傳文件。且醫學系接受訪談之師生大部分清楚該系的教育目的。此外，醫學系進行醫學教育改革的過程，綜合學生、教師、畢業生與行政人員意見，並以座談會、問卷調查、交流平台、電子郵件進行意見蒐集與溝通。

惟大部分臺中榮總之醫師或教師未參加中國醫大之教師培訓等相關活動，實際訪談發現，對於醫學系的教育目的亦未完全瞭解，且對醫學生之評量亦與中國醫大附設醫院不一致。

本次審查發現：

- 1.針對前次訪視發現「大部分臺中榮總教師未參加中國醫大之教師培訓等相關活動，實際訪談發現，對於醫學系的教育目的亦未完全瞭解，且對醫學生之評量亦與中國醫大附設醫院不一致」，因臺中榮總同時接受多家醫學校院醫學生臨床實習，均採用 global rating 評估，無法採用中醫大醫學系所設計的多元評量方式，故中醫大醫學系 108 學年度見實習委員會決定，自 109 學年度起，將原來與臺中榮總合作的固定臨床實習科別調整至中醫大附設醫院，臺中榮總不再是主要教學醫院。
- 2.醫學系為讓參與教學的教師與醫師了解醫學教育目的，與建教合作教學醫院有簽署書面合作協議，規範雙方有關醫學生教育之基本責任，並了解醫學系之醫學教育目的。醫學系並定期舉辦改善及提升教師引導與輔導技巧之研討會或訓練活動，使參與者了解醫學系整體教育目的。對於新進基礎及臨床教

師，校方及醫院每年都有舉辦新進教師研習營，促使新進教師了解系上的教育目的。

準則判定：符合

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(objectives)得以實現。

前次發現：

醫學系課程委員會臨床實習組之「臨床實習委員會」，依照醫學系的教育目標訂定實習標準，包括訓練目標、學習重點、學習場域及訓練方式、考評機制與回饋等，附設醫院臨床科部據以完成醫學生實習訓練計劃書，經審查後送醫學系「臨床實習委員會」通過後實施。醫學系依據醫師法施行細則規定對於臨床實作之科別及週數或時數的規定，以及教育部訂定之「大學校院辦理新制醫學系醫學生臨床實習實施原則」之規範，規劃舊制醫學系五、六年級之實習週數分別為 48 週與 30 週，七年級為 12 個月，新制醫學系五年級的實習週數依然為 48 週，六年級為 36 週的臨床實習。107 學年度起，五年級實習所有主要專科都安排夜間不過夜的值夜學習；六年級進階實習包含每週一次過夜值夜學習，此外在一線臨床科，如泌尿科、耳鼻喉科、復健科等，亦安排 2 週一次地過夜學習。

惟依學生訪談及查閱病歷發現，醫學生在臺中榮總內、兒科實習的第一週不接病人，只有 observation，主治醫師之要求也較中國醫附設醫院輕鬆，例如病例報告 1 科 1 例，且不須醫學生報告，報告由 Intern 或住院醫師負責，醫學生僅參與即可，反觀於中國醫大附設醫院實習之學生須自行準備病例與討論。因此，教師並未完全確實監督醫學生的學習經驗，並加以指正，以確保醫學教育的目的(objectives)得以實現。

本次審查發現：

針對前次訪視發現臺中榮總與中醫大附設醫院在醫學生學習經驗，以及督導不一致之情況，中醫大醫學系 108 學年度見實習委員會決定，自 109 學年度起，

將原來與臺中榮總合作的固定臨床實習科別調整至中醫大附設醫院，臺中榮總不再是主要教學醫院。然而，醫學生皆回至中醫大附設醫院實習，實習醫學生人數增加，教師是否能確實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，有待持續追蹤。

準則判定：部分符合

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。

前次發現：

醫學系系課程委員會設醫學人文組、醫預課程組、基礎醫學組、臨床教學組，專司課程之規劃、執行、成效評估及改善管考，參與成員有各學科教師代表、通識教育中心代表、校外人及學生代表。醫學系課程的主授課教師會在學校課程管理系統內，建構相關的課程大綱，包括課程目的、學習目標、採用的學習方法、評量方式等，並在學期結束時發放問卷調查，了解學生學習狀況與需要改進之事項。經由各學科會針對各課程評量醫學生之系統/工具，定期進行分析及討論會議，同時亦針對總結性(summative)評量之測驗品質進行檢討是否適當，並在醫學系學科主任會議將針對各科所提出課程評量討論議案，進行彙整檢討。每學期『課程委員會』定期召開會議，以確保課程評量的妥當性。

臨床教學的部分則由附設醫院的醫學教育委員會定期召開課程評量檢討會議，附設醫院的混成式課程已在所有臨床科部實施，其中兒科、急診科有 66 個主題，內科系有 175 個主題，外科系有 131 個主題，每二至三年進行線上課程系統性重置修訂。臨床混程式課程的學習成效評估分四階層來評估，包括反應階層、學習階層、行為階層以及成果階層。因此，醫學系教師有共同參與和設計，並定期檢討和修訂醫學系課程。

不過，實地訪視發現，臺中榮總之主治醫師兼任中國醫大教職者有 8 位，但實際擔任教學負責人僅 1 位教師，大部分科部的教學負責人都為無兼任教職者，且大部分臺中榮總教師未參加中國醫大之教師培訓或系務等相關活動，因此，未

有 training program，只負責教授中國醫大提供的 core curriculum(lecture)，且對醫學生之評量亦與中國醫大附設醫院不一致，顯現臺中榮總之醫師或教師並未參與和設計醫學系課程單元的目的、內容和教學方法，以及整體課程之安排。

本次審查發現：

針對前次訪視發現「大部分臺中榮總教師未參加中國醫大之教師培訓或系務等相關活動」，以及「對醫學生之評量亦與中國醫大附設醫院不一致」，中醫大醫學系 108 學年度見實習委員會決定，自 109 學年度起，將原來與臺中榮總合作的固定臨床實習科別調整至中醫大附設醫院，臺中榮總不再是主要教學醫院。

準則判定：符合

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。

前次發現：

醫學系系課程委員會設醫學人文組、醫預課程組、基礎醫學組、臨床教學組，各課程小組的召集委員負責召集相關課程教師，擬定課程目標、授課方式、授課時數等，然後提報予課程委員會審理，每學期定期開會一次，必要時也可開臨時會議。各模組負責教師於授課結束後，針對學生問卷調查之回饋意見與課程調整的需求進行討論。醫學系從 102 年度起，每三到四年由系主任組成「課程評鑑小組」進行課程的自評，委請校外專家實地訪視，以檢測課程的內容與品質。臨床實習的部分，除了附設醫院的醫學教育委員會定期召開課程評量檢討會議，並定期舉辦教學醫院評鑑、醫學中心五大任務評鑑等等。外部評鑑機制則包括雇主評鑑、畢業生問卷、系友問卷以及課程評鑑。

惟學校每學期皆針對每一門課程進行學生意見調查，然基於個人資料保護，該意見只回饋給授課教師個人，系主任只能看到教學評量低於某一等級之評量結果，無法直接看到所有課程的評量結果，醫學系主任僅能部分監測課程。

本次審查發現：

針對前次訪視發現「惟學校每學期皆針對每一門課程進行學生意見調查，然基於個人資料保護，該意見只回饋給授課教師個人，系主任只能看到教學評量低

於某一等級之評量結果，無法直接看到所有課程的評量結果，醫學系主任僅能部分監測課程」。醫學系從 107 學年度起，除了在期中提供課程滿意度（包括學生回饋之質性意見）資料予以醫學院院長外，亦開放醫學系主任之權限，可自系統審閱歷年度評量結果(期中評量、期末評量結果)，共同檢視及監測課程品質，並適時調整課程或輔導教師進行改善。

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(objectives)之達成程度。

前次發現：

醫學系設有各種評量方法，以檢視學生是否達到所設立的教育目的與核心能力，同時也定期檢討學生的學習成果表現(如：校內考試成績、國考成績、臨床技能測驗…等)，以確認辦學成效。醫學系有呈現每年的國考通過率(第一階段國考：104 年通過 86.4%、105 年通過 78.86%、106 年通過 84.3%；第二階段國考：104 年通過 94.87%、105 年通過 94.87%、106 年通過 98.18%，以及全國 OSCE 的成績：104 年通過 99.24%、105 年通過 100%、106 年通過 99.2%)、休學或退學之人數、轉學之人數與留級人數等數據。

一般課程於學期中有「期中網路教學意見調查」，期末也有「教學評量問卷分析結果」及學生意見回饋。整合型課程則在各個模組課程結束後，亦會進行問卷調查。此外，部分醫學人文教師執行教學實踐研究，以具信效度之問卷、質性訪談等資料分析，做為學習成效評估，並回饋於教學的改善。

惟前次訪視發現，M50 畢業生問卷調查顯示有 18%的學生認為被教師（含醫師）不當對待，此次訪視檢閱 M54、M53、M52 三屆畢業生問卷針對曾遭遇不當對待的經驗，有無管道可以申訴或解決，回答「否」的百分比分別為 46.15、40.00、59.26，比例偏高。

本次審查發現：

前次訪視發現「畢業生問卷針對曾遭遇不當對待的經驗，有無管道可以申訴或解決，回答『否』的百分比比例偏高」，針對此情形，中醫大加強各申訴管道之

宣導，學校端設有系級管道、學生會管道、校級申訴管道等；附設醫院端有臨床導師制度，定期實習醫學生懇談會、定期問卷調查，及早發現醫學生在學校教育及臨床教育中所可能面臨的處境；醫學系經由大一新生座談、師生座談會，學務處於新生始業式、學務處網頁、醫學系網頁等，加強宣導各申訴管道。近三學年度醫學系畢業生問卷，學生是否曾被不當對待之經驗的比率平均小於 5%「107 學年 (M56/M55) 3.9%；108 學年(M57)6.47%；109 學年(M58) 3.10%」，學生知道「校內有提供申訴或尋求管道」的比率超過九成以上。惟，實際落實情形有待後續追蹤。

準則判定：部分符合

2.1.2.6 評估課程品質時，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。

前次發現：

- 1.醫學系設有「課程委員會」，每學期召開會議(若有需求會加開臨時會議)，以確定課程安排的妥當性及確保課程品質，課程會議有學生代表參與提供意見。校方於每學期期中執行「期中網路教學意見調查」；期末則執行「教學評量問卷分析結果」及學生意見回饋。教師可透過問卷瞭解課程的編排是否恰當；另，整合課程於每模組課程結束後，均透過問卷了解並蒐集學生意見，做為課程評估的改善依據。
- 2.系主任成立的「醫學系課程自我評鑑小組」負責督促醫學系課程自我評估與改善，同時將自我評鑑報告書及醫學系開設的所有課程、課綱，邀請校外專家學者審核。在臨床實習部分，除了定期召開實習醫學生教學檢討會之外，還有線上雙向教學回饋系統，進行教與學的雙向評估與回饋。
- 3.學校每期皆針對每一門課程進行學生意見調查，然基於個資保護，該意見只回饋給授課教師個人，系主任無法直接看到所有課程的評量結果。

本次審查發現：

- 1.針對前次訪視發現「系主任無法直接看到所有課程的評量結果」，中醫大自 107 學年度起，開放醫學系主任權限，可自系統直接審閱所有課程歷年度評量結果

(期中評量、期末評量結果)，並自 109 學年度起，期末教師教學意見調查問卷增加一題「學生對此課程整體的滿意度」調查，系主任亦可查閱審視。

2. 檢視實習醫學生雙向評估回饋流程，中醫大附設醫院教學部在醫學生實習結束前二天，醫教管理系統會以簡訊直接通知學生進行教學回饋，學生在實習結束後七天內必須完成回饋；學生回饋完成後，醫教管理系統再以簡訊通知教師進行評核，必須在回饋後七天內完成評分。然而，學生進行教學回饋之落實情形，有待後續追蹤。

準則判定：部分符合

- 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。

前次發現：

醫學系學生實習地點除了附設醫院外，亦包括臺北榮民總醫院、臺中榮民總醫院、林口長庚醫院、高雄長庚醫院、國泰綜合醫院、國立臺灣大學醫學院附設醫院、馬偕紀念醫院、光田綜合醫院及臺南市立安南醫院實習。各實習地點的臨床問題或病徵，在型態上與出現頻率有所不同，因此，醫學系會與合作醫院的教學主管或教學推動人定期召開會議，討論醫學生學習經驗的等同性，以及課程評估與評量方式是否具有等效性。惟，經委員實地訪查附設醫院與臺中榮民總醫院發現：

1. 五年級學生於臺中榮民總醫院實習，兒科二星期、婦科亦二星期，但實習人數各約有 1/3(40 人)，內科平均 4 週，只有約 90 人前往實習，且學校容許學生自行更換實習地點，導致有學生實習 2 週，也有人實習 8 周，也有人未去實習，亦即每位學生的排程都不相同。
2. 依據學生訪談及查閱病歷發現，學生於臺中榮民總醫院內、兒科實習，第一週不接病人，只有 observation，主治醫師也僅要求病例報告 1 科 1 例，且不須報告，報告由 Intern 或住院醫師負責，醫學生只要參與即可。反觀於附設醫院實習的醫學生須自己準備病例，並加以討論。

3. 附設醫院有混成式教學錄影，學生於課前須先預習，另有 procedure consult 須完成，在臺中榮民總醫院則無此要求，而二家教學醫院的評量方式，臺中榮民總醫院為 global rating，附設醫院則採 EPA。
4. 經訪談，臺中榮民總醫院教學負責人表示，不會為中國醫大的學生另設 training program，雖依由中國醫大設定的 core curriculum 上課，但不太清楚中國醫大進行的教學改革。
5. 大部分臺中榮民總醫院臨床教師未參加中國醫大的師資培訓，因此，教學方法與成績評量方式都不太相同。二家醫院之教學評量成績最終由中國醫大平均調整。

本次審查發現：

針對前次訪視發現臺中榮總教師培訓、醫學生實習與醫學生評量等情況，中醫大醫學系 108 學年度見實習委員會決定，自 109 學年度起將原來與臺中榮總合作的固定臨床實習科別調整至中醫大附設醫院，中醫大目前僅有附設醫院為主要教學醫院。

準則判定：不適用

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。

前次發現：

醫學系定期與各合作教學醫院的教師開會，檢討有關課程或臨床實習的規劃、執行、學生評量及課程評估。醫學系七年級的導師與臨床實習專案小組教師，亦會定期至各個實習醫院訪視實習醫學生，同時也參加相關的實習會議。醫學系每學期定期檢視學生的成績表現，確認各實習醫院有無異常，並在醫學系課程委員會中進行討論。惟實地訪視發現，臺中榮民總醫院共有 8 位主治醫師兼任中國醫大教職，其中只有一位任教學負責人，大部分科部的教學負責人都無教職，因此也沒有 training program，只負責教授中國醫大交代的 core curriculum(lecture)，且臺中榮民總醫院教學負責人不參加中國醫大的師資培訓或系務。

本次審查發現：

針對前次訪視發現「臺中榮民總醫院教學負責人不參加中國醫大的師資培訓或系務」，中醫大醫學系 108 學年度見實習委員會決定，自 109 學年度起將原來與臺中榮總合作的固定臨床實習科別調整至中醫大附設醫院，中醫大目前僅有附設醫院為主要教學醫院。

準則判定：不適用

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。

前次發現：

醫學系訂有一致性的教育目的、核心能力，以及對應之能力指標暨可評量行為表現，同時定期與各教學醫院召開檢討會議，以達成共識，確保所有教學地點的教學評量的一致性。惟實地訪視發現，附設醫院採混成式錄影帶教學(列入成績)、procedure consult(項目須完成)，評量則用 mini-CEX 與 Entrust EPA，上述部分在臺中榮民總醫院皆未執行，只用 global rating。

本次審查發現：

針對前次訪視發現臺中榮民總醫院只用 global rating 評量醫學生，與中醫大附設醫院不同。因臺中榮總同時接受多家醫學校院醫學生臨床實習，均採用 global rating 評估，無法採用中醫大醫學系所設計的多元評量方式，故中醫大醫學系 108 學年度見實習委員會決定，自 109 學年度起，將原來與臺中榮總合作的固定臨床實習科別調整至中醫大附設醫院，中醫大目前僅有附設醫院為主要教學醫院。

準則判定：不適用

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。

前次發現：

1. 查閱醫學人文課程學生課程評量意見，至少有 2 門課程學生表示對課程的評分標準感到質疑；而查閱醫學人文課程外審資料，少數執行教學研究之教師注意

到有關學習成效評量的信效度問題，大部分教師對於課程的學習成效評量並未特殊的規劃，僅標示評量的項目（如作業、上課參與、小組報告），以及占總分的百分比，未針對該項目提供學習成效的評量尺規或其他評量方法。此外，經查中國醫大 105 學年度適用的「中國醫藥大學教師教學意見品質提升委員會設置辦法」條文，相關該委員會之執掌有「二、研擬、審查與核定本校教師教學意見調查問卷。三、檢討與變更教師教學意見調查之問卷」，的確注意到評量本身的品質及信效度問題；再查中國醫大教師教學意見品質提升委員會紀錄，亦確實曾針對問卷題目的刪減等議題進行討論，但未見以問卷品質的分析作為討論的依據；106 學年度適用之「中國醫藥大學教師教學意見調查實施要點」，則未見關於問卷品質的檢討如何執行之相關規定。

2. 醫學系三、四年級的大班課程主要以量化方式：紙筆測驗、隨堂測驗、口頭評量及即時反饋；PBL 與 Case study 課程則同時採用質化方式評量，以 PBL 為例，學習評估標準以出席狀況(10%)、彙整表達(30%)及參與互動(60%)為評分標準。
3. 醫學系課程委員會與附設醫院教學部共同研議新制醫學系的臨床評量準則，除了總結性(summative)評量，還有形成性(formative)評量，如：mini-CEX、CbD(case-based discussion)等，使臨床評量能更具適當性及有效性。醫學教育臨床課程採混成式學習設計，促進學生搭配臨床實習的各階段與實習經驗同步完成應有的知識學習；各科訂定課程目標(goals)以及學習重點(learning objectives)，並錄製相對應之線上課程(醫智庫)，以確保醫學生有完整之學習體驗。有關「知識」面向的評量，除學生在閱讀過程中，有即時反思性題目以刺激線上學習外，醫智庫所有知識單元皆建置有對應之題庫，以利各科部進行線上階段性期中考。

本次審查發現：

1. 針對前次訪視發現，醫學人文課程加入了學習成效的評量尺規或其他多元評量方法。例如「溝通理論與技巧」課程中，依據不同的課堂活動有配合的學習單，學生透過參與活動後，填寫半結構式的學習單了解學生學習的情況。課程教師會收集學生的反思回饋，並在學生期末分組討論中針對個別的組別給予質性的回饋，同時蒐集量性與質性資料，讓課程教師可以隨著學生學習的狀況來調

整。

2. 在「教學意見調查問卷」改善方面，醫學系自 107 學年度起，將問卷題數修改為 6 題，並進一步修改問卷題目內容，除了由學生代表進行測試外，亦請統計專家進行問卷品質之統計評量分析。
3. 然而，前次訪視發現學生質疑醫學人文課程「評分標準」之問題，醫學系未有進一步說明。此外，醫學系課程評鑑雖有邀請校外委員審核，但檢視「中國醫藥大學課程外審委員審查意見表」中有關「評量項目」，卻只有「評量方式合理」一個項目，恐不足以佐證課程學習成效評量的規劃和評量品質及信效度。
4. 檢視自評報告書「109 學年度第一學期基礎暨臨床整合模組課程內分泌系統模組」課程意見，有學生反映 PBL 時常安排在課程之前，使討論難以進行，以及缺少 case study 之情況；另在「基礎臨床醫學整合課程檢討會議紀錄」中，有學生反映臨床醫師上課常遲到或忘記之情形。上述學生反映意見，將有待後續追蹤改善情況。

準則判定：部分符合

2.2.1.3 醫學系之教師必須督導醫學生的臨床學習。

前次發現：

附設醫院各科皆訂有教學訓練計畫書，詳細介紹科部師資、教學設備及相關資源、訓練課程與訓練方式、考評機制、回饋與改進方式。臨床教師、住院醫師可依循教學訓練計畫、實習醫學生臨床實習指引，以及實習醫學生實習辦法，帶領實習醫學生實習。依據附設醫院「臨床照護和臨床教學分流作業準則」，每年重新審訂臨床教師，具備臨床教師資格者方可帶領實習醫學生。

惟依據學生訪談及查閱病歷發現，部份醫學生的病例未修改，且醫學生在臺中榮總內、兒科實習的第一週不接病人，只有 observation，主治醫師之要求也較中國醫附設醫院輕鬆，例如病例報告 1 科 1 例，且不須報告，報告由 Intern 或住院醫師負責，醫學生僅參與即可。因此，教師並未完全確實督導醫學生的臨床實習。此外，醫學系學生每屆約 120~140 名左右，再加上 22 位中醫學系雙主修醫學系之學生，學生人數眾多。實地訪視 bed-side teaching 或案例討論等臨

床教學活動時，由於學生人數多，影響教師與學生雙向討論的情況，以及教師對醫學生之指導。

本次審查發現：

- 1.針對前次訪視發現臨床教師對於學生回饋與病歷修改等情形，醫學系自 108 年起，附設醫院的主治醫師、住院醫師與 PGY 總數(PGY+R+VS 總計 1089 位-1129 位；PGY+R 總計 431 位-468 位)相較於 106 年度和 107 年度增加(PGY+R+VS 總計 970 位-995 位；PGY+R 總計 367 位-371 位)。臨床照護與實習採分流方式進行，分為醫療服務組(service team)與教學組(teaching team)；附設醫院教學部訂有「床邊住診教學流程」，設計手機 mini-CEX.tw.entrust App，讓主治醫師對醫學生的表現做即時評估與回饋；並設計醫學生病歷評估表單，使用放聲思考法和醫學生病歷評估表單指導醫學生的病歷，每一位醫學生都可以聽從主治醫師的指導和檢視評核結果，且所有教學病歷指導的過程皆有錄音與錄影。然而，實際執行之情況仍有待實地訪視時加以檢視。
- 2.針對前次訪視發現臺中榮總督導醫學生臨床實習之情形，中醫大醫學系 108 學年度見實習委員會決定，自 109 學年度起，將原來與臺中榮總合作的固定臨床實習科別調整至中醫大附設醫院，中醫大目前僅有附設醫院為主要教學醫院。然而，醫學生全數回歸附設醫院實習後，主治醫師及住院醫師的質與量，是否足以組成完整之「教學組(teaching team)」，有待持續追蹤。

準則判定：部分符合

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。

前次發現：

- 1.醫學系 1~4 年級一般課程皆按學校規定時程舉辦期中與期末學習評量，評量結果於考畢一週告知學生，並將成績不理想同學通知生活導師，盡速安排課業輔導。
- 2.醫學系的基礎與臨床醫學整合課程，主要還是依作業報告、平常小考及期中與期末考成績評量。於規定日期進行評量考試後，考卷題目交由學生帶回，並於

二天後公佈答案，學生可進行考試題目疑義申覆。醫學系有預警制度，對成績表現不良者，由授課教師及導師進行輔導。

3. 臨床成績評量以「e 化醫教管理系統」來執行，讓學生藉由線上即時雙向回饋系統，要求臨床教師於兩週內完成對於學生的評核，學生可以藉此系統即時查閱其成績與臨床表現，並有足夠時間進行補救。
4. 醫學系課程委員會與附設醫院教學部共同研議新制醫學系的臨床評量準則，除了總結性(summative)評量，還有形成性(formative)評量，例如：mini-CEX、CbD(case-based discussion)等，但臺中榮總評量方式卻為 global rating，兩家教學醫院評量方式不一致，評量成績須由中國醫大加以平均調整。

本次審查發現：

1. 針對前次訪視發現臺中榮民總醫院只用 global rating 評量醫學生，與中醫大附設醫院不同。因臺中榮總同時接受多家醫學校院醫學生臨床實習，均採用 global rating 評估，無法採用中醫大醫學系所設計的多元評量方式，故中醫大醫學系 108 學年度見實習委員會決定，自 109 學年度起，將原來與臺中榮總合作的固定臨床實習科別調整至中醫大附設醫院，中醫大目前僅有附設醫院為主要教學醫院。
2. 檢視「實習醫學生雙向評估回饋施行細則」，中醫大附設醫院教學部在醫學生實習結束前二天，醫教管理系統會以簡訊直接通知學生進行教學回饋，學生在實習結束後七天內必須完成回饋；學生回饋完成後，醫教管理系統再以簡訊通知教師進行評核，必須在回饋後七天內完成評分。然而，學生進行教學回饋之落實情形，有待後續追蹤。

準則判定：部分符合

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。

前次發現：

1. 通識教育與醫學人文課程的學生學習評量，仍多以筆試、報告等以知識性的量

性評量為主，以服務學習課程為例，並未針對個別學生之服務行為與態度，提供質性之評量意見，僅有課業分數，難以提供學生完整的評量資訊。

- 2.基礎醫學的大班課程之評量，主要以隨堂紙筆測驗、期中考、期末考、及隨堂測驗與隨堂抽答等方式進行，仍著重知識領域的傳授，除了 PBL、Case study 及 pre-clerkship 課程有些質性評量外，較少有關於技能、行為和態度的描述。
- 3.臨床實習的整體總結評量是以多元方式進行教學成效評估，並依訓練內容選擇評量方式，包括病歷寫作、溝通技巧、臨床實習的主動性、醫智庫知識面的前後測、臨床觀察態度與技能、病歷寫作、客觀結構式臨床能力試驗、直接操作觀察、迷你臨床演練評量或其他具體評量方式等。

本次審查發現：

- 1.針對前次訪視發現「通識教育與醫學人文課程的學生學習評量，仍多以筆試、報告等以知識性的量性評量為主」，依自評報告所述，通識課程評量方式已趨向多元化，除了筆試及書面報告之外，實作作品與反思，個人或小組上台報告等評量，於通識課中很常見，並舉例「藝術概論」、「戲劇選讀」等課程，均是透過作品呈現，檢視個別學生學習成效，並在學生完成的過程中給予回饋其個別的表現。此外，針對前次訪視舉例之服務學習課程，依自評資料所述，服務學習的課程已經開始對學生的個別行為與態度，提供質性之評量意見，然而因為疫情的影響，暫時無法執行實體的服務學習課程及質性評量。對於上述改善措施之實際執行與落實情況，有待實地訪視時加以檢視。
- 2.針對前次訪視發現基礎醫學的大班課程之評量較少有關於技能、行為和態度的描述，醫學系自 108 學年度起，各基礎醫學課程實習課或實驗課，已要求帶領教師對於個別學生在該課程學習的狀況、碰到的問題、參與實驗的行為、技能與態度，給予直接回饋，必要時直接記錄於學生的實驗紀錄簿上，做為對同學的行為與態度的質性評量意見。但檢視質性評量意見，較類似於回答學生課堂上之疑問，非技能、行為和態度的描述，且相關質性評量意見過於簡略(如：表現不錯、學習態度佳請保持、有再進步空間加油)。
- 3.自 110 學年度起，中醫大醫學系的 moodle 數位學習系統全面要求教師不僅給予筆試、報告等知識性的量性評量分數外，更須對個別同學進行質性評估與回饋。惟評量方式的改變及成效評估，仍有待實地訪視時加以查核。

準則判定：部分符合

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。

前次發現：

中國醫大附設醫院已整合原有的智慧系統與醫療系統、教育訓練系統、教學系統等，將醫學生的臨床照護與階段性能力紀錄同步更新於學習藍圖與電子化的護照，以及評核表單。醫學生進行臨床照護時，所完成的學習技能可同步到個人學習歷程內，由教師進行覆核與回饋。學生完成個人技能的紀錄，指導教師可由網路系統來覆核學生的紀錄，並予以回饋，如果學生登錄不實，亦可以退件。此外，附設醫院建立臨床照護及臨床教學分流制度，臨床團隊分為「教學組(teaching team)」與「服務組(service team)」。臨床團隊教學組主治醫師需帶領受訓學員或實習醫學生共同組成臨床團隊，並對受訓學員及實習醫學生負有教學責任，教學團隊於每日迴診後，由實習醫學生對其照顧病人所有問題及當日處置紀錄於病歷內。部份主治醫師確實對實習醫學生書寫之病歷每日覆核，並做指正及評論。

實地訪視發現，部份醫五學生並未在第一線解決住院病人的臨床問題，例如白天 clerk 所照護的病人發生問題，護理師亦不會通知 clerk，而是通知 PGY 與住院醫師；醫七的學生則可承擔部份照顧住院病人的責任。

本次審查發現：

針對前次訪視發現「部份醫五學生並未在第一線解決住院病人的臨床問題」，醫學系規劃實習醫學生主要照顧病人數(primary care)為 1-3 床，在上級醫師監督及指導下進行夜間實習及過夜實習。五年級實習醫學生在住院醫師的帶領下進行夜間實習，學習與白天不同型態的臨床教學，每 1~2 週安排一次；六年級醫學生則加強過夜實習，學習開立醫囑等進階訓練，每週安排一次，以逐步加重醫學生承擔照護病人之責任。尤其，為提升五年級醫學生可以參與第一線解決住院病人的臨床問題，附設醫院目前已將五年級實習醫學生的姓名和手機號碼註記 primary care 病人的「空白醫囑」，並請病房護理師在病人發生非危急的臨床問題時，先通知五年級醫學生處理。惟，上述措施之實際執行與落實情況，有待實

地訪視時加以檢視。

準則判定：部分符合

2.3.3 醫學系的課程必須包括醫學人文教育。

前次發現：

醫學系以社會醫學科為負責醫學人文教育之專責單位，共有專任教師 7 名，其中一人為科主任。7 位專任教師專長含醫學、心理學、課程評鑑、哲學等。醫學系課程委員會中設醫學人文小組，專司醫學人文課程之規劃、執行、成效評估及改善管考。醫學人文課程以培養醫學人文基本素養、溝通與關懷技巧、建立多元文化與社會責任、熟悉醫學倫理與法律等四大核心能力為主軸，由一到六年級做縱貫的規畫；同時兼顧課程、非正式課程及學習環境的營造。而在課程成效的檢討上，部分執行教學實踐的教師，對課程的成效進行具信效度的分析，並回歸到課程的改革。根據醫學系所提供的資料，確實在四個核心能力的軸線上，已有縱貫的相應課程，其中溝通與關懷技巧在縱貫的課程規劃上，有針對該能力指標進行不同年級的進階規劃，其餘大都呈現的是不同的課程內容，在「能力指標」的規劃上，未見有層級的進階規劃；查閱學生的課程意見調查，有學生反應課程重複的現象，以及其他質性回饋意見如下：(1)有些多人共同授課的課程，課程內容及運作缺乏連續性；(2)有多門課，學生反應學期評量沒有清楚的交代，課程規劃主軸不明確；(3)有學生對課程主授課教師的專業性提出質疑；(4)學生建議理論性課程須結合實務，盡量不要僅是要同學報告代替老師講解。

本次審查發現：

針對前次訪視發現四大核心能力指標未有層級的進階規劃，醫學系目前已完成規劃四大核心能力不同層級的進階指標，以及達成初步成果。至於醫學生課程意見調查之質性意見，醫學系已與人文社會學科進行討論提升課程成效的方式，規劃與執行的方式包括「採取雙主授課教師方式」、「請教師給予學生即時回饋，讓學生明白報告是促進學生自我意見表達」、「請教師不僅需要在課程大綱中清楚說明成績評估方法，也須在第一堂課中以口頭方式告知學生」，以及「在共同授課課程中，主授課教師需依課程教學目標挑選合適授課教師」，自評報告並敘

述近幾年學生類似的回饋抱怨已大幅減少。惟，上述措施之實際執行與落實情況，有待實地訪視時加以檢視。

準則判定：部分符合

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。

前次發現：

醫學系的基礎醫學課程包括解剖學、生物化學、遺傳學、免疫學、微生物學、病理學、藥理學、生理學和公共衛生學等。其中組織、神經解剖、生理、病理、藥理、內外科概論及臨床診斷學、公共衛生、流行病學、法醫及大體解剖(II)等，採器官系統整合，分 12 個模組進行教學。然而，並未將微生物及免疫學整合於模組課程中，欠缺應用微生物學、免疫學及基因遺傳學的部分，恐造成對一些疾病的理解與解釋上的困難。

本次審查發現：

針對前次訪視發現醫學系「未將微生物及免疫學整合於模組課程中，欠缺應用微生物學、免疫學及基因遺傳學的部分，恐造成對一些疾病的理解與解釋上的困難」，醫學系的改善措施包括：(1)為加強同學對微生物及免疫學課程的了解，並順利通過國考，於四年級特別開設有「醫學總論」課程，排定微生物及免疫學複習課程，以加強同學對課程知識的掌握；(2)自 108 學年度起，於基礎醫學總論課程中增加對於微生物免疫學與基因遺傳學等授課時數，提高學生對於一些因微生物感染及免疫疾病所導致的疾病，能有效的理解並解釋其致病機轉，以及臨床應用之能力。惟，實際執行成效有待後續追蹤。

準則判定：部分符合

2.3.9 醫學系的課程應有介紹臨床研究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。

前次發現：

醫學系雖有轉譯醫學研究及研究倫理之選修課程，但必修課程較少，該系四年級僅一門 2 學分的「學術倫理」必修課程，主要以個案討論方式來探討一些研究上相關的倫理議題，更少有探討如何執行、評估和對病人解釋之實務，亦未見於臨床應用。此外，在研究所有規定碩博士生必修 0 學分的「研究倫理」，其他一些倫理相關課程皆為選修課。

本次審查發現：

1. 針對前次訪視關於臨床研究和轉譯研究課程之發現，中醫大醫學系已規劃於 4 門必修課（醫學研究方法，醫二下 2 學分；醫事法律學，醫四上 2 學分；生命醫學倫理學，醫四下 1 學分；臨床倫理學，醫五 1 學分，必修共計 6 學分），以及 7 門選修課（專題研究 I~IV，1~2 年級上下學期，各 2 學分；轉譯醫學概論，醫三上 2 學分；研究倫理，醫三上 2 學分；學術倫理，醫四上 2 學分；選修合計 14 學分）的課程內容中，加入「轉譯醫學研究及研究倫理」的內容或討論。
2. 依據自評報告所述，必修課「醫學研究方法」內容包括「幹細胞研究」、「醫學研究實作討論」、「如何研發醫療產品」等單元，已涉及轉譯醫學研究的問題，並規劃「研究倫理導論」、「研究倫理委員會簡介」等單元，已涉及研究倫理和學術倫理的基本議題。另一門必修課程「生命醫學倫理學」的「生命醫學倫理學的發展與原則」單元則包括了對研究倫理基本議題的介紹。而必修課「臨床倫理學」中，也有涉及醫學研究倫理和知情同意方面的討論。
3. 針對前次訪視發現轉譯醫學研究及研究倫理相關課程多為選修課程，必修課程較少，且少有探討如何執行、評估和對病人解釋之實務，亦未見於臨床應用。依自評報告所述，醫學系在大三開設的「研究倫理」選修課程中，增設有「知情同意」的單元，除了為修課學生介紹知情同意的基本要素、受試者同意書的內容外，也同時介紹在臨床中取得受試者知情同意的實務操作，包括如何為受試者說明研究計畫的方法及應注意事項、如何在電子病歷中紀錄取得知情同意的過程、如何評估受試者對研究計畫的瞭解程度，以及如何在電子病歷中檢視病人參與哪些臨床研究和涉及的禁忌藥物。但「轉譯醫學概論」、「研究倫理」與「學術倫理」等三門課程皆是選修課程，且檢視 108~110 學年度開課情況，

「轉譯醫學概論」與「學術倫理」皆因選課人數不足而未開成，僅有「研究倫理」在 109 學年度與 110 學年度達到開課人數，選課人數分別為 11 人與 30 人。

準則判定：部分符合

第 3 章 醫學生

3.1.1 醫學系（院）招生委員會，必須負挑選醫學生的責任。

前次發現：

中國醫藥大學教務處設「招生委員會」，設置委員若干人，由校長、副校長、招生室主任、教務長、研究生事務長、國際事務長、財務室主任、資訊中心主任、各招生學院院長及系所主管等組成之，負責審議醫學系招生名額、招生規定、招生簡章及事務工作行事曆，並負責執行；醫學系設置「中國醫藥大學醫學院醫學系甄選入學委員會」，擬定甄選報名資格及招生名額、擬定各項甄選指定項目之甄試內容及評分方式、協助推薦面試及書面資料審查委員種子名單、審查甄選之報名資格、執行並督導甄選面試工作之進行。然而，醫學系並未設有正式的招生委員會，醫學系之招生，與全校各系所統一由教務處招生委員會統籌辦理，醫學系依校招生委員會之決議，辦理甄選入學面談試務。

本次審查發現：

針對前次訪視發現「醫學系未設有正式的招生委員會」，中醫大醫學系已依據 TMAC 條文，參酌該校「招生委員會設置辦法」，重新訂定「中國醫藥大學醫學系招生委員會設置辦法」，並成立「中國醫藥大學醫學系招生委員會」，負責醫學系招生事務。該辦法草案於 111 年 3 月 18 日初擬，並於 111 年 7 月 14 日醫學系系務會議通過，經校長公告後實施運作。其實際運作情形，有待實地訪視時加以檢視。

準則判定：部分符合

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此學習環境，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。

前次發現：

醫學系設置「學生見、實習委員會」，附設醫院設置「醫學教育委員會」，負責協調、解決學生見實習期間學習相關事宜，以及學生申訴及違反專業素養行

為的事件處理，並將執行成果定期回報「系課程委員會」及「醫學系系務會議」。醫學系採用正式課程、非正式課程，以及潛在課程幫助學生瞭解獲得及展現「專業素養」之行為的知能與態度，具體的策略包括每年遴選優良教學主治醫師和住院醫師、每年遴選優良實習醫學生；且每一位醫學生皆有一位資深而具熱忱的臨床醫師擔任其臨床生活導師，當科部發現學生有違反專業行為準則時，導師即介入輔導，必要時由相關部門共同指導，或召開學習成效異常小組會議。103-106 學年度實習醫學生異常件數合計 29 件，經導師輔導後，皆未再發生異常事件。附設醫院為減少醫生負面專業行為的措施包括落實臨床工作負荷的工時制；七年級實習醫學生每日照顧床數不超 10 床，各科照顧床數平均 8 床，每月值班不超過 10 班；五六年級實習醫學生每日照顧床數 1-3 床。惟，M54 及 M53 級畢業生問卷中，針對 Internship 實習工作與學習搭配適中的問題，兩屆學生的得分為 3.63 與 3.03，並表示 Internship 的臨床工作負荷過重。

本次審查發現：

針對醫學生臨床工作負荷過重的問題，中醫大附設醫院具體的改善措施包括限制實習醫學生主要照顧病人數(primary care)為 1-3 床，五年級實習醫學生在住院醫師的帶領下進行夜間實習(17:00 至 22:00)，每 1~2 週安排一次；六年級醫學生則加強過夜實習(17:00 至隔日 8:00，隔日 day off)，每週安排一次，值班接新病人的上限為 3 床，過夜實習結束後 primary care 的病人由總醫師重新分配。透過值班查詢系統監測醫學生值班明細，若不符規定者通知科部改善，並請各科部教學推動人負責指導及加強監督管理。夜間實習值勤後之醫學生，按各科部屬性可 am/pm/day off 休息；實習期間發生身體不適，教學部立即協助就醫及休息，並通知科部總醫師，讓其所屬醫療團隊之住院醫師及專科護理師分擔其工作。依據自評報告資料 107-109 學年度醫學系畢業生問卷，『本系臨床實習的臨床實作的份量適中』的項目，近兩學年度學生(M57 與 M58)的滿意度，分別為 3.92 與 3.87，滿意較前次訪視提升。惟，實際執行情形有待實地訪視時加以檢視。

準則判定：部分符合

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。

前次發現：

中國醫大依據「中國醫藥大學教職員服務守則」、「中國醫藥大學教育行政人員獎懲辦法」、「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」、「中國醫藥大學職工申訴評議委員會設置辦法，以及服務聘約等，處理教職員工違反行為準則的事件。中國醫大依據「中國醫藥大學學則」、附設醫院依據「實習醫學生辦法」，處理醫學生違反行為準則的事件。性騷擾相關事件則依據「中國醫藥大學校園性侵害性騷擾或性霸凌事件危機處遇作業流程」處理。

醫學系師生如發生違反上述之準則行為，教職員工可依「中國醫藥大學職工申訴評議委員會設置辦法」提出申訴；醫學生在收到學校之懲處或其他措施及決議事件後，可依據「中國醫藥大學校園精神疾病」、「暴力及自我傷害個案事件危機處遇作業流程」、「中國醫藥大學學生申訴辦法」，以及「中國醫藥大學學生獎懲辦法」提出申訴。

惟，M54、M53、M52 三屆畢業生問卷針對曾遭遇不當對待的經驗，有無管道可以申訴或解決，回答「否」的百分比分別為 46.15、40.00、59.26，比例偏高。

本次審查發現：

前次訪視發現「畢業生問卷針對曾遭遇不當對待的經驗，有無管道可以申訴或解決，回答『否』的百分比比例偏高」，針對此情形，中醫大加強各申訴管道之宣導，學校端設有系級管道、學生會管道、校級申訴管道等；附設醫院端有臨床導師制度，定期實習醫學生懇談會、定期問卷調查，及早發現醫學生在學校教育及臨床教育中所可能面臨的處境；醫學系經由大一新生座談、師生座談會，學務處於新生始業式、學務處網頁、醫學系網頁等，加強宣導各申訴管道。近三學年度醫學系畢業生問卷，學生是否曾被不當對待之經驗的比率平均小於 5%「107 學年 (M56/M55) 3.9%；108 學年(M57)6.47%；109 學年(M58) 3.10%」，學生知道「校內有提供申訴或尋求管道」的比率超過九成以上(107 學年度 93.94%；108 學年度 91.37%；109 學年度 92.25%)。惟，實際落實情形有待後續追蹤。

準則判定：部分符合

第 4 章 教師

4.1.0 醫學系必須在通識教育、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。

前次發現：

前次 TMAC 訪視發現，基礎醫學的專任教師人數略嫌不足。此次實地訪視發現，基礎醫學專任師資在 106 學年度努力加以改善(生化學科增加 1 名教師、寄生蟲學科增加 1 名教師、藥理學科增加 3 名教師)，107 學年度醫學系也另外增加 6 位專任教師名額(解剖學科 2 名教師、寄生蟲學科 1 名教師、生化學科 2 名教師、社會醫學科 1 名教師)。然而，病理學科的專任師資一直維持在 2-3 名之間。教師的授課鐘點雖然未超過規定(甚至一位專任教師的授課鐘點每學期只有 1-2 學分)，但許多的病理課程都是由不具教職身份的臨床主治醫師負責教學，且該無教職之主治醫師並未接受教學評估，其適當性宜再商榷。

本次審查發現：

1. 針對前次訪視發現「許多的病理課程都是由不具教職身份的臨床主治醫師負責教學，且該無教職之主治醫師並未接受教學評估」，依據自評報告所述，醫學系病理學科的教學主要由醫學系病理學科與附設醫院病理部的「校院互聘」教師共同擔任，主要包括：專任教師、兼任教師、附設醫院病理醫師與病理相關專家。前次訪視發現的「不具教職身份的臨床主治醫師」是國內著名病理權威，具副教授資格，為避免軍公職退休再從事教職之爭議，因此該名主治醫師不願轉任學校正式專、兼任之教職。至於病理學課程歸屬於整合課程中，每個模組結束後，皆會針對各模組進行滿意度調查，同時提供學生回饋課程與個別授課教師的授課意見，也包括不具教職身分的臨床醫師。這些課程滿意度與個別教師(包括不具教職身分的臨床醫師)的回饋與教學評估資料，在醫學系的模組檢討會議中討論，並進行改進。惟，其實際執行情形有待實地訪視加以檢視。
2. 依自評報告，醫學系基礎醫學學科專任教師於 107-110 學年度，共新增 3 位基礎學科教師，分別為生化學科、解剖學科與社會醫學科，過去三年病理學科的專任師資仍只有 2 名，並未增加。而藥理學科從 108 學年度的 5 名，在 109 及 110 學年都減少為 4 名。醫學系預計於 111 學年度起，基礎學科將至少新聘 8 位教師，包括：病理學科新增 2 位教師、解剖學科 2 位教師、藥理學科 1 位教

師、寄生蟲學科 1 位教師，以及生化學科預計再新聘 2 位教師，其實際聘任情況，有待後續追蹤。

3. 檢視自評報告數據資料，中醫大通識教育中心的專任教師則從 108 學年的 29 名，每學年遞減，至 110 學年只剩 19 名，專任教師人數減少近三分之一。此外，中醫大醫學系 108 學年度見實習委員會決定，自 109 學年度起，將原來與臺中榮總合作的固定臨床實習科別調整至中醫大附設醫院，然而，醫學生全數回歸附設醫院實習後，主治醫師及住院醫師的質與量，是否足以組成完整之「教學組(teaching team)」，皆有待持續追蹤。

準則判定：部分符合

4.1.1 受聘為醫學系教師，必須有與職銜相稱的學經歷。

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。

前次發現：

醫學系教師的學術專長和學經歷，與其教學的科目大都能符合，教師們也都相當具有教學熱忱，除了認真授課外，對教案的製作、學生學習的評量與輔導也都很盡心，因此深受學生們的肯定與愛戴。惟，**基礎醫學的專任教師雖都具博士學位，仍有少數幾位教師的專業領域與其教學的範圍不甚符合，宜考量加以調整其編制，發揮教師所長。**

本次審查發現：

前次訪視發現「少數幾位教師的專業領域與其教學的範圍不甚符合」，檢視醫學系自評報告資料，仍有幾位教師的學術專長及學經歷與其擔任的教學科目不甚符合之情況，例如有兩位教師為生理學博士，卻分別編制在解剖學科與生化學科擔任教職；一名教師為藥理學博士，卻編制在生化學科；一名教師為毒理學博士，卻編制在微生物及免疫學科；有一名教師為病理學博士，卻編制在寄生蟲學科。教師的學術專長與實際教學情況，有待實地訪視時加以追蹤。

準則判定：部分符合

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。

前次發現：

中國醫大具有不少研究能力相當強的研究團隊，甚至由具有中央研究院院士身份的教授加以領導。然而，醫學院只有生物醫學科學研究所，醫學系教師並非都是該所的合聘教師，因此，教師們在招收研究生上有困難。從資料顯示，校方雖有提供一些研究計畫經費補助，但醫學系基礎醫學教師在國家型計畫的申請通過率偏低。在沒有研究人力幫忙從事研究，又得負擔教學工作的情況下，造成一些基礎醫學教師的研究產值不甚理想，國際期刊的論文發表情形也偏低，甚至有些教師在十幾年間仍未能達到升等標準。

本次審查發現：

1. 檢視自評報告數據資料，108-110 學年度醫學系基礎學科專任教師為第一或通訊作者的論文篇數多為 0~2 篇；擔任國家型計畫主持人的人數仍偏低，多為 0~2 人；指導研究生的人數亦多為 0~2 人。若檢視醫學系整體專任教師學術研究情況，108-110 學年度未有第一或通訊作者論文的教師人數比例為：51.2%、48.5% 與 55.8%；無研究計畫的教師人數比例為：48.8%、53.2% 與 60.6%；未有第一或通訊作者論文且無研究計畫的教師人數比例為：32.2%、33.9% 與 40.6%。
2. 檢視自評報告數據資料發現，108-110 學年度醫學系基礎學科專任教師為第一或通訊作者的論文篇數多為 0~2 篇，指導研究生的人數亦多為 0~2 人的情況下，藥理學科某位教師每年為第一或通訊作者的論文篇數多達 18~20 篇，每年指導的研究生多達 18~21 人；而核子醫學科 108 及 109 學年度都只有一位專任教師，且未擔任計畫主持人，但在 108 及 109 學年度卻有 48 及 28 篇論文發表。對於學校或學系提升教師學術研究成效之制度與規範、輔導措施，以及資源分配等實際執行情況，有待實地訪視時加以檢視。

準則判定：部分符合

第 5 章 教育資源

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、學習護照或重新設計課程等。

前次發現：

醫學系為確保醫學教育品質之等同性，建立統一的核心課程教材，定期修改與檢討教材內容，將線上教材與實習活動混成結合，其臨床混成式課程的線上端課程內容定期更新，每年度由附設醫院教學部請各教師提出教材內容修訂或更新需求，並匯整學生建議回饋，由「教學設計師」協助錄製教師進行每年度的線上課程內容更新，約每 2 至 3 年進行線上課程系統性重製修訂，以維持線上課程內容正確性和有效性。臨床混成式課程學生的線上課程完成率良好，從 102 學年線上課程完成率 74%，至 103-105 學年度加入線上期中評量、行動學習 APP 等課程設計機制，線上課程完成率皆高達 96%，確保特定專門領域課程，具有等同的學習經驗和等效的課程評估與學生評量方法。

醫學系亦定期與各教學地點之教師檢討與溝通有關課程或臨床實習之規劃、執行、學生評量及課程評估等事務。醫學系七年級導師與臨床實習專案小組教師定期至各實習醫院探視醫學系實習醫學生，亦參加各實習醫院舉辦之相關會議，並將該會議內容記錄於訪視紀錄表，以了解有關課程或臨床實習之規劃、執行、學生評量及課程評估等事務是否是一致。

惟，依據學生訪談及查閱病歷發現，學生於臺中榮民總醫院內、兒科實習，第一週不接病人，只有 observation，主治醫師也僅要求病例報告 1 科 1 例，且不須報告，報告由 Intern 或住院醫師負責，醫學生只要參與即可。反觀於附設醫院實習的醫學生須自己準備病例，並加以討論。且臺中榮民總醫院臨床教師未參加中國醫大的師資培訓，因此，教學方法與成績評量方式都不太相同，二家教學評量成績最終由中國醫大平均調整，未能確保醫學教育品質之等同性。本次審查發現：

針對前次訪視發現「大部分臺中榮總教師未參加中國醫大之教師培訓或系務等相關活動」，以及對醫學生教學方法與成績評量方式都與中醫大附設醫院不太相同，因臺中榮總同時接受多家醫學校院醫學生臨床實習，均採用 global rating 評估，無法採用中醫大醫學系所設計的多元評量方式，故中醫大醫學系

108 學年度見實習委員會決定，自 109 學年度起，將原來與臺中榮總合作的固定臨床實習科別調整至中醫大附設醫院，臺中榮總不再是主要教學醫院，中醫大主要教學醫院僅有其附設醫院。

準則判定：符合

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。

前次發現：

附設醫院第一年、第二年住院醫師，每年須接受「一般醫學基本能力」或「教學能力提升」師資培育訓練課程至少 2 小時，其中至少 1 小時為「教學能力提升」課程；第三年住院醫師以上，每年須接受「一般醫學基本能力」或「教學能力提升」師資培育訓練課程至少 4 小時，其中至少 2 小時為「教學能力提升」課程。學校自評報告描述，106 年度住院醫師參與課程完成率 100%，附設醫院教學部亦提供多元的教學回饋系統。但實際與住院醫師訪談過程中，住院醫師對培育課程印象並未深刻，亦有住院醫師表示，可在職前訓練中，列入如何教學、如何扮演好教師角色的相關課程，因為臨床工作非常忙碌，較難以全程參加師資培育課程。

本次審查發現：

針對前次訪視發現住院醫師對師資培訓課程印象並未深刻，以及臨床工作忙碌，難以全程參與師資培訓課程之情況，醫學系與附設醫院教學部進行一系列改進計畫，包括多元化住院醫師教學課程規劃(1)每年度教學部製作發布不同主題的線上數位教學能力提升課程，方便住院醫師參與，並給予時數認定；(2)每月辦理例行性教學能力提升課程，至少每週 2 小時課程；(3)每年至少辦理一次教學能力提升演講課程；(4)鼓勵臨床科部自行辦理教學能力提升相關課程，得經教學部師培中心認證後，取得對應時數；(5)鼓勵科部舉辦重點教學活動，讓住院醫師參與，並給予師培時數認證；(6)為體諒住院醫師臨床業務繁忙，導入 Library 系統，特地為住院醫師量身訂制住院總醫師全數位化的職前培訓課程，由系統主動將住院醫師納入修課對象，並個別化的主動通知住院醫師數位

學習進度，並於線上互動，有問題可以隨時於系統上進行發問與討論，由以往的實體課程，進而全數位化提供隨時隨地的自主學習；此外，教學部每年舉辦住院醫師教學競賽，讓住院醫師展現教學成果。惟，其實際落實與執行情形，仍有待實地訪視時加以檢視。

準則判定：部分符合

肆、總結及認證結果之建議

一、總結

中國醫藥大學醫學系創立於民國 47 年，成立已超過一甲子，培育許多優秀的醫師與充滿教學熱誠的教師。醫學系於 107 年 12 月 10~13 日接受 TMAC 全面訪視，總共提出 27 項「部分符合」，認證結果為「通過，效期六年」，於今年(111 年)提出書面自評報告，進行書面追蹤審查。審查自評資料發現，自前次實地訪視(107 年)後，醫學系針對前次須追蹤之準則，已著手推動相關改善計畫，致力於提升教師與醫療人員之質與量、減輕實習醫學生之負擔，以及落實相關師資培訓等，整體教學及實習環境已有改善。然而，有部分改善計畫雖已推行中，但其落實情形與實際執行成效須經實地訪視後才能得以確認，故仍有待後續追蹤。經審議後，原 27 項「部分符合」項目，有 5 項改為「符合」，另有 3 項準則因取消臺中榮總為主要教學醫院，已無教學地點的地理分隔之情況，準則判定改為「不適用」。從「通識及醫學人文」、「基礎與臨床整合」，以及「臨床教學」等三大認證準則面向，提出主要發現如下：

(一)通識及醫學人文

1.課程評量：

醫學人文課程加入了學習成效的評量尺規或其他多元評量方法。例如「溝通理論與技巧」課程中，依據不同的課堂活動有配合的學習單，學生透過參與活動後，填寫半結構式的學習單了解學生學習的情況。課程教師會收集學生的反思回饋，並在學生期末分組討論中針對個別的組別給予質性的回饋，同時蒐集量性與質性資料，讓課程教師可以隨著學生學習的狀況來調整。然而，前次訪視發現學生質疑醫學人文課程「評分標準」之問題，醫學系未有進一步說明。此外，醫學系課程評鑑雖有邀請校外委員審核，但檢視「中國醫藥大學課程外審委員審查意見表」中有關「評量項目」，卻只有「評量方式合理」一個項目，恐不足以佐證課程學習成效評量的規劃和評量品質及信效度。

2.對於醫學生質性評量：

針對前次訪視發現「通識教育與醫學人文課程的學生學習評量，仍多以筆試、報告等以知識性的量性評量為主」，依自評報告所述，通識課程評量方式

已趨向多元化，除了筆試及書面報告之外，實作作品與反思，個人或小組上台報告等評量，於通識課中很常見，並舉例「藝術概論」、「戲劇選讀」等課程，均是透過作品呈現，檢視個別學生學習成效，並在學生完成的過程中給予回饋其個別表現。此外，針對前次訪視舉例之服務學習課程，依自評資料所述，服務學習的課程已經開始對學生的個別行為與態度，提供質性之評量意見，然而因為疫情的影響，暫時無法執行實體的服務學習課程及質性評量。對於上述改善措施之實際執行與落實情況，有待實地訪視時加以檢視。

3.教師人數：

檢視自評報告數據資料，中醫大通識教育中心的專任教師則從 108 學年的 29 名，每學年遞減，至 110 學年只剩 19 名，專任教師人數減少近三分之一。

(二)基礎與臨床整合

1.對於醫學生質性評量：

針對前次訪視發現基礎醫學的大班課程之評量較少有關於技能、行為和態度的描述，醫學系自 108 學年度起，各基礎醫學課程實習課或實驗課，已要求帶領教師對於個別學生在該課程學習的狀況、碰到的問題、參與實驗的行為、技能與態度，給予直接回饋，必要時直接記錄於學生的實驗紀錄簿上，做為對同學的行為與態度的質性評量意見。但檢視質性評量意見，較類似於回答學生課堂上之疑問，非技能、行為和態度的描述，且相關質性評量意見過於簡略(如：表現不錯、學習態度佳請保持、有再進步空間加油)。

2.教師人數：

依自評報告，醫學系基礎醫學學科專任教師於 107-110 學年度，共新增 3 位基礎學科教師，分別為生化學科、解剖學科與社會醫學科，但過去三年病理學科的專任師資仍只有 2 名，並未增加，而藥理學科從 108 學年度的 5 名，在 109 及 110 學年都減少為 4 名。醫學系預計於 111 學年度起，基礎學科將至少新聘 8 位教師，包括：病理學科新增 2 位教師、解剖學科 2 位教師、藥理學科 1 位教師、寄生蟲學科 1 位教師，以及生化學科預計再新聘 2 位教師，其實際聘任情況，有待後續追蹤。

3.教師專業領域與教學科目：

前次訪視發現「少數幾位教師的專業領域與其教學的範圍不甚符合」，檢視本次醫學系自評報告資料，仍有幾位教師的學術專長及學經歷與其擔任的教學科目不甚符合之情況，例如有兩位教師為生理學博士，卻分別編制在解剖學科與生化學科擔任教職；一名教師為藥理學博士，卻編制在生化學科；一名教師為毒理學博士，卻編制在微生物及免疫學科；另有一名教師為病理學博士，卻編制在寄生蟲學科。

4.學術研究：

檢視自評報告數據資料，108-110 學年度醫學系基礎學科專任教師為第一或通訊作者的論文篇數多為 0~2 篇；擔任國家型計畫主持人的人數仍偏低，多為 0~2 人；指導研究生的人數亦多為 0~2 人。若檢視醫學系整體專任教師學術研究情況，108-110 學年度未有第一或通訊作者論文的教師人數比例為：51.2%、48.5%與 55.8%；無研究計畫的教師人數比例為：48.8%、53.2%與 60.6%；未有第一或通訊作者論文且無研究計畫的教師人數比例為：32.2%、33.9%與 40.6%。

(三)臨床教學

前次訪視發現大部分臺中榮總教師未參加中國醫大之教師培訓或系務等相關活動，以及對醫學生之指導及評量方式亦與中國醫大附設醫院不一致，導致多項準則因而被判定「部分符合」。中醫大醫學系考量臺中榮總同時接受多家醫學校院醫學生臨床實習，均採用 global rating 評估，無法採用中醫大醫學系所設計的多元評量方式，故自 109 學年度起，將原來與臺中榮總合作的固定臨床實習科別調整至中醫大附設醫院，臺中榮總不再是主要教學醫院，中醫大醫學系主要教學醫院僅有其附設醫院。然而，醫學生全數回歸附設醫院實習後，主治醫師及住院醫師的質與量，是否足以組成完整之「教學組(teaching team)」，以確實督導醫學生的臨床學習，有待持續追蹤。

整體而言，中國醫藥大學醫學系針對前次須追蹤之準則，已著手推動相關改善計畫，大部分發現已改善或改善中，可以看中國醫藥大學與醫學系，以及附設醫院對於營造更好的醫學教育環境之用心和努力。

二、認證結果：維持通過