

編號：CCMP92-RD-015

中醫婦科專科醫制度規劃研究

徐慧茵

中華民國中醫婦科醫學會

摘要

中醫醫療體系，在古代即有中醫專業分科制度，歷經長時間的演變，中醫專業分科制度迭有變化，至今，台灣中醫醫療體系並無明確的專業分科制度。現今醫學知識與技術蓬勃發展，進展一日千里，知識量極為龐大，而醫學潮流更趨向於精密之專業分工與合作，當前西方醫學已建立精細的醫療專科分科，擁有完整完善的西醫專科醫師制度，此時應嚴肅思考中醫專業分科之必要性與迫切性，在中醫以人為本之整體醫療思想與現念之基礎上，積極提昇中醫醫療行業品質，提供更好的中醫醫療照顧下，規劃研究中醫專科醫師制度之建立。

本研究以德菲技術（Delphi technique）為研究方法，參考歷代中醫專業分科制度及西醫專科醫師制度之相關文獻，以設計研究問卷，對台灣地區中醫界具代表性之中醫婦科專家、西醫婦產科專家、中醫醫療行政管理者、中醫婦科臨床醫師、中醫學院相關學系主任及教授及中醫師公會及中醫醫學會代表等，共計三十一人，進行問卷調查與專家座談。

進行問卷調查與專家座談。研究設計之問卷其內容共分為六大部分。

即：

1. 中醫婦科專科醫師甄審資格，
2. 中醫婦科專科醫師訓練醫院認定標準
3. 中醫婦科專科醫師訓練課程綱要
4. 中醫婦科醫師甄審方法
5. 中醫婦科專科醫師甄審成績計算方法
6. 中醫婦科專科醫師證書有效期限及其展延方法

問卷內容之六大部分，共計三十六個問題，並將每個問題以重要性及可行性兩問題，以七分法劃分其分數。將第一次問卷統計分析其平均數（Mean）、中數（Median）、標準差（std.deviation）、最大值（Maximum）及最小值（Minimum），將統計結果所得之平均數附核問卷題目之後，並進行第二次問卷，依據二次問卷結果將標準差小1之題目，視為收斂，即具有專家共同一致之意見，最後將未具收斂之題目以專家面對面之座談討論以獲取一致知共同意見。

研究結果，經二次問卷調查及二次專家座談，中醫婦科專科醫師制度六大主題，經由適度的修正後，均獲得中醫界各專家的共同意見，其具有建立中醫婦科專科醫師制度之重要性及可行性，本研究經由德菲技術，以獲得中醫婦科專科醫師制度規劃之量化性指標，並藉此將所得之內容規劃成中醫婦科專科醫師制度執行辦法以實際執行中醫專科醫師制度。

建議

政策及立法上的建議

實施中醫婦科專科制度，基本上對促進中醫執業專業化及提升患者就醫品質有所助益，但分科却有分割、破壞中醫整体醫療原則之虞。

中醫目前執業受到許多法制上不合宜的限制，諸如臨床檢驗及一般醫療器材及儀器使用的限制，如婦科生殖器抹片採檢、陰道塞劑之使用、陰道內診等，這些限制將會抹殺中醫專科醫師執業的能力，及降低患者就醫的品質，因此在中醫婦科專科制度實施之政策及立法上，應有完善的相關配套措施，取消不合宜的法令限制，去除中醫婦科專科制度實施之障礙。

對中醫教育行政管理者之建議

中醫教育應涵蓋完整的醫療應用內容，包括完整的中醫學及相關之現代醫學診斷學及儀器之使用，以培養具完整執業能力之中醫婦科專科醫師。

對中醫自主(公會)行政管理者之建議

加強中醫在職教育，尤以現代醫學新知，包括診斷學與儀器之知識、技術，使中醫師也能與時俱進，能使用現代醫療科技之知識、技術與儀器，以提升醫療品質，維護患者的健康與權益。

關鍵詞：專科醫師制度、德菲技術、建議事項

CCMP92-RD-015

Traditional Chinese Medical Gynecology Doctor Research Proposal

HSU Hui-Yin

Journal of Traditional Chinese Gynecology Medicine

ABSTRACT

The Chinese medicine is namely in ancient times professional separately section system, experience successively long time of after turn into, Chinese medicine professional separately section system contain variety. Up to now, the treatment system of Chinese medicine in Taiwan, without any explicit of the section system of professional. But present medical science knowledge and technique booming development, the knowledge quantity is extremely huge; The medical science current even inclines toward the profession of the nicety to divide into the work and cooperation, so the western medical science has establish at present the medical treatment profession of the fine divides into the section, owning complete doctor specialist system. At this time in response to serious thinking the Chinese medicine profession divides into the necessity and urgencies of the sections, in the foundation that the whole medical treatment that traditional medical science make people the center thought and present, promoting the Chinese medicine medical treatment quality actively; To provide the better Chinese medicine medical treatment looks after the premise next, the programming studies the establishment of Chinese medicine specialist system.

In this research, Delphi technique was used. For collecting information (or data), a questionnaire was used and a forum was held. The questionnaire is designed by referring the journals of the specialization system of Traditional Chinese Medicine and the physician specialization system of Western Medicine. Thirty-one respondents participated this research, including specialists in Chinese

Gynecology Medicine and western Gynecology Medicine; administrators or managers in Chinese medicine health administrations; partitions in Chinese Gynecology Medicine; deans and professors of Chinese medical schools or related departments; reprehensive of Chinese Medical Association and Traditional Chinese Medical association.

This research pass by questionnaire two times and an expert's group discussions, turn the six index sign with the quantity that virtuous Delphi Technique gain, be divided into Chinese medicine gynecology specialist system to six greatest topics; Then through each expert of field in Chinese medicine after the correction of the moderation, confirm it has the importance and the feasibility of establish Chinese medicine gynecology specialist system. Expect the conclusion of this research income cans do to program the reference that Chinese medicine gynecology specialist system carries out the way for the future according to.

suggest

The policy and legislates suggestion

Enforce Chinese medicine gynecology specialty system, hold the industry specialization and promote the sufferer to cure the quality to have the help to the Chinese medicine of advancement basically, but divide into the section? There is worry of sever, destroying the whole medical treatment axiom in Chinese medicine.

The Chinese medicine holds the industry to be subjected to many legal systems to be unsuited to the proper limit up at the present time, examining such as the clinic and the limit of the general medical and surgical equipment and instrument usage, if the gynecology genitals pap smear adopts the check, the use of vagina-inserted drugs, Internal exam via vagina ...etc. of the elixir, these limit will annihilate the Chinese medicine specialty the doctor holds the ability of the industry, and reduce the sufferer the quality for curing, so on the policy and lawmaking of the Chinese medicine gynecology specialty system implement, should have the perfect and related integration, the cancel is unsuited to the proper ordinance restriction enzymes, doing away with the obstacle of the Chinese medicine gynecology specialty system implement.

To Chinese medicine education administration the governor's suggestion

The Chinese medicine education should cover the integrity the medical

application content, including the integrity traditional Chinese medicine and the correlation modern of medicine diagnostics and the instrument use, have the integrity to hold the industry ability with the development in cure of the gynecology specialty doctor.

The suggestion to the administration governor of Chinese medicine

Enhance the Chinese medicine incumbency education, particularly with modern new information of medicine, including the diagnostics and the instrument knowledge, enables the traditional Chinese medical doctor also progress day by day, can use the knowledge of , the technology and instruments of the modern medical treatment technology, promotes the medical quality, maintains patient's health and the rights.

Keyword : Chinese Medicine specialist system, Delphi Technique, Suggest

第一章 緒論

研究背景與動機

中醫是現今台灣醫療體系中的一環,其具有完整的醫學哲學思想及全方位醫學理論體系,有完整的臨床診斷方法與治療技術,也有豐富的方劑與藥物,更是具有數千年豐富之臨床經驗,是古代人民醫療的主要依靠,也是現今台灣地區民眾醫療利用的一部分,至 2000 年台灣地區民眾之中醫醫療利用率也達 26.7%(鄧振華,2002)。

在中醫醫療行政體系上,早期即有中醫專科分科制度,經歷長時間演變,中醫專科分科制度迭有變化,至今,台灣中醫醫療體系,反而無明確之中醫專科分科制度。現今醫學蓬勃發展,其發展更是一日千里,而醫學潮流更趨向於精密之專業分工與合作,而當前西醫已建立完整的醫療專科分科,也有完善的專科醫師制度,中醫處於現今之醫療環境之中,實應嚴肅思考中醫專業分科之必要性與迫切性,在中醫整體醫療思想與觀念基礎上,係以個人之精力專注於某一臨床專門領域,發揮個人專精的專業科別。

本文即在於探討中醫專科醫師分科制度之可行性,並以中醫婦科專科醫師制度之建立相關主題: 中醫婦科專科醫師甄審資格,中醫婦科專科醫師標準,中醫婦科專科醫師甄審方法,中醫婦科專科醫師甄審成績計算方法,中醫婦科專科醫師證書有效期及其展延等,藉由專家意見之收集及整合。

第二節 研究目的

本研究計畫探討中醫婦科專科制度,具體的研究內容可能分幾方面進行:

- (1) 對臨床中醫師做相關的問卷調查,分析基層的醫師對於本制度的看法、需求、和將來可能配合的程度。
- (2) 對於現在已經具體設立中醫婦科的醫院(可能包括台灣和大陸)的臨床醫師作調查,評估中醫婦科自一般科獨立分野出來的利弊得失。

希望匯集各方面,包括中西醫婦科的臨床和學術研究專家、學者多方面的討論以中醫為骨幹,並借重目前已施行多年的西醫兒科專科醫師甄選方法,制定真正適合中醫婦科的專科醫師辦法。

第二章 文獻探討

第一節 台灣地區中醫制度現況

一.台灣醫療發展沿革

在 1865 年英國長老會傳教士 Maxwell，1872 年加拿大長老會傳教士 Makay 分別在台灣台南及淡水兩地設立西醫診所，在此之前傳統中醫為台灣主流醫學。

1895 年，台灣割讓給日本，日本政府改以西醫作為台灣主流醫學，從此中醫在台灣的發展開始式微，台灣割讓給日本前，中醫師數約為 1000 餘人，致 1946 年台灣光復，有執照之中醫師以不滿 20 人（陳永興，1997）。

台灣光復後採行中西醫並存的醫療政策，對於中醫師執照取得，採放鬆政策即中醫特考，此一放鬆政策加上大量大陸中醫師來台，至 1954 年，台灣地區中醫師數達 1545 人（Chi，1996）。

1958 年中國醫藥學院成立，開始了台灣地區醫學院中醫養成教育，1996 年成立七年制中醫系，1984 年成立五年制學士後中醫系，1988 年中國醫藥學院更負起中醫師特考筆試集中醫師教育訓練的責任，因此，台灣中醫師執照可分為兩大系統，一為中醫師檢覈考試（Chinese Medicine Physician License Exam；CMOLE），一為中醫師特考（Chinese Medicine Physician License Qualifying Exam；CMPSLQE）（Chi，1996），至此，我國中西雙元醫療並重的健康照護體系儼然成型。

二.台灣中醫醫療機構現況

我國中醫療機構的分類，可分為中醫診所、中醫醫院或中醫綜合醫院、教學醫院中醫部等三大類（游權隆，1990），我國全民健保施行後，其整體中醫醫療機構變化情形如下（中央健保局，1998）：

表 2-1 民國 84 年至 87 年底全民健康保險特約中醫醫療機構統計表

	中醫醫院及中醫綜合醫院	中醫診所
84 年底	102	1620
85 年底	88	1727
86 年底	82	1818
87 年底	69	1878

資料來源：1998 年全民健康保險統計

另外,在西醫醫院附設中醫部方面,各西醫醫院亦紛紛設立中醫科或中醫部,根據健保局的統計顯示,中醫門診每月平均申報院所數的變化情形如下(李漢修,1999):

表 2-2 民國 84 年至 86 年各類醫療機構中醫門診每月平均申報院所數

	84 年度	85 年度	86 年度
醫學中心	1	3	3
區域醫院	9	14	15
地區醫院	9	12	12
非評鑑 中醫醫院	68	81	73
中醫診所	1254	1662	1764

資料來源：李漢修，全民健康保險中醫利用概況簡介

三.台灣中醫師人力現況

1996 年台灣地區執業中醫師為 2992 人,較 1995 年的 3030 人,約減少 1.25 %,之後台灣地區中醫師人數即現增加的趨勢,至 2000 年底止台灣地區執業中醫師超過 4000 人以上。而今執業中醫師中,以特考及格之中醫師佔絕大多數,約為 3000 餘名,中醫學系或學士後中醫學系之執業醫師所佔比率較低,根據統計,1972 年至 1995 年共有 2200 名中醫系畢業生,但僅約十分之一從事中醫醫療,加上學士後中醫畢業人數約 700 餘人,使得台灣地區的執業中醫師仍以特考及格醫師為主,以下為民國 84 年至 87 年台灣地區醫師人力變化情形。

表 2-3 民國 84 年至 87 年底各類型執業醫師數統計表

年度	執業人數			每萬人口醫師執業數		
	西醫	中醫	牙醫	西醫	中醫	牙醫
84 年底	24465	3030	7026	11.46	1.42	3.29
85 年底	24790	2992	7254	11.52	1.39	3.37
86 年底	25730	3299	7573	11.83	1.52	3.48
87 年底	27071	3340	7099	12.35	1.52	3.60

資料來源：1.張永賢，中醫醫院評鑑標準之前導研究

2.行政院衛生署網站衛生統計資料

四.台灣中醫師養成現況

我國中醫師養成方式可分成下列兩大系統：

1. 中醫師特考 (Chinese Medicine Physician License Qualifying Exam; CMPSLQE) :

1950 年台灣地區開始辦理中醫師特考，其經中醫檢定考試合格即可報考，通過中醫師特考，即可取得中醫師資格，其報考資格不受學歷限制，截至 1996 年，台灣地區共舉辦 27 次中醫師特考，錄取中醫師達 2683 人，歷年來平均及格率 6.02%，透過該方式取得中醫師資格之執業中醫師為中醫醫療服務的提供主力，根據李氏等人的研究（李卓倫等人，1996）顯示，截至 1996 年 8 月，台灣地區執業中醫師中仍有約 60% 是經由中醫師特考方式來取得中醫師證書。

2. 中醫師檢覈考試 (Chinese Medicine Physician License Exam; CMPLE) :

中醫師檢覈考試主要針對七年制中醫系及五年制學士後中醫系，該種考試之報考資格需為受過大學醫學院教育之中醫系畢業生，或醫學院醫學系（西醫）學生且修完規定學分數中醫課程之畢業生，通過該考試即可取得中醫師證書。根據闕氏研究（闕巧婷，1999）指出 1996 年中國醫藥學院中醫系及學士後中醫系畢業生，領取中醫師執照比率為 83.9%，但以中醫執業的比率僅為 14.6%，而根據李氏等人研究（李卓倫等人，1996）指出，1996 年經過檢覈考試取得證書之執業中醫師佔全體執業中醫師比率已由 1989 年的 33.7% 提昇到 1996 年的 40%。

第二節 大陸地區中醫養成及晉升制度現況

一.大陸地區中醫師養成及晉升制度

1. 中醫師養成制度

（一）規範化培訓制度

中國對中醫師的養成規範化培訓制度。要求各級衛生行政部門和醫療單位對中醫師進行有組織有計畫的統一培訓。本制度對培訓對象，目的、內容、要求、方法、時間及考核辦法等有具體規定，是中醫師養成的基本條件（見附件一）

（二）在崗學習培訓制度

這是對中醫師在完成本職崗位工作任務的同時進行的學習培訓，主要有：
學習日制度：為病房實習日，多數由各臨床科室有計畫組織的進行。**病例討論制度**：對疑難危重病例和死亡病例，手術病例組織討論，互相學習，共同提高。死亡病例必須在一週內討論。**閱片，看圖學習制度**：放射，超聲，心腦電圖等影像科室，每天組織閱片，看圖分析學習。**會診制度**：對疑難危重病例組織本科室，多科室或院外的專家會診。**醫院大查房制度**：醫院每週組織一次業務大查房，院長業務副院長，醫務部門每週輪流到各臨床科室對疑難危重病例進行大查房。**專題學術報告制度**：每月或每季度由本院或聘請外院，外地著名專家做專題學術報告。**醫學會學術活動制度**：中醫學會每年有學術活動計畫，每月組織一次學術活動指定專家做專題學術演講或介紹學術上新理論，新技術以及國內外的學術進展等。

（三）高崗學習培訓制度

高崗學習培訓制度，有計畫有組織地選送培訓對象到外地，上級條件更好，水平更高的醫療、科研、教學單位去學習培訓，主要有：

- (1) 參加各種專業學習班、培訓班、研討班的培訓制度。
- (2) 參加專科專病新項目新技術進修培訓制度。
- (3) 參加專業學術會議學習制度。
- (4) 對口專業的參觀學習制度。

2. 中醫師晉升制度

（一）中醫師技術職務的分級

中醫師技術職務分為主任中醫師，副主任中醫師，主治中醫師，中醫師，此外還有中醫士是最低的一級。

主任中醫師，副主任中醫師為高級職務，主治中醫師中級職務，中醫師和中醫士初級職務。

（二）各級中醫師技術職務任職條件

- (1) **主任中醫師**：精通中醫理論，豐富的理論經驗，能夠指導和組織本科全面業務，能夠培養下級中醫師，能夠提出和負責本專業的臨床科研設計，具體指導科研工作，從事副主任中醫師工作5年以上。
- (2) **副主任中醫師**：通曉中醫理論，豐富的理論經驗，能夠指導和組織本科全面業務，能夠培養下級中醫師，能夠指導科研工作，從事本科主治中醫師工作5年以上。

- (3) 主治中醫師：掌握中醫理論，臨床經驗比較豐富，有一定水平的中醫學術論文，能夠組織本專業的業務工作，承擔有關教學，講課（包括經驗介紹，病案分析）；能夠指導下級中醫師解決疑難問題，並能主管病房工作。從事中醫師工作 5 年以上（大學專科畢業或相當大專水平的出師學徒需 7 年以上）。
- (4) 中醫師：熟悉中醫理論，能夠閱讀中醫經典著作和其他相關古典醫籍，並能查閱文件，能運用中醫理法方藥進行辯證論治。能夠獨力處理常見病，並在上級醫師指導下處理一般疑難病症，能對下級中醫師進行業務指導，掌握與本科有關的中醫診療技術，熟悉臨床常用方藥，能記載完整的中醫病歷，寫出完整病案分析，高等院校畢業或經夜大，函大，自學考試取得大專學歷，或從事本科醫士工作八年，並經省，自治區，直轄市統一考試及格者。
- (5) 中醫士：瞭解中醫基礎理論，掌握一定的中醫診療技術，能夠初步的運用中醫理法方藥進行辯證論治，在上級醫師指導下處理常見病症，能夠獨力書寫的中醫病歷，中等專業學要畢業或經夜大，函大，自學考試取得中學學歷，或經地，市統一招收初中畢業，從師學習 3 年以上，並經地，市統一考試及格者。

各級中醫師技術職務任職條件，是確認或晉升該級職務的依據。

3. 考評制度

考評是對各級中醫技術幹部在任期內對其品德，業績進行檢查和評定，作為對其聘任，晉升及獎懲的依據。

1. 考試分為年度考評和晉升考評兩種

年度考評：是對任期一年內的工作業績，工作表現等進行考評，每年一次。

晉升考評：是對某級職務任期期滿而申報晉升高一級職務者進行的綜合考評，每年進行。

2. 考評內容及分級

結合各職務的任職條件，考評內容從德能勤績四個方面進行。

德：指思想品德，社會公德，職業道德。如遵紀守法，愛國家，愛人民做得怎樣，關心病人，熱愛本職工作，事業心，責任心怎樣（見附件二）

能：指專業知識，技術水平及解決專業實際問題的能力

勤：指工作是否勤奮，堅守工作崗位，履行職責，工作任務做的怎樣

績：指工作業績，專業理論知識，學術技術的提高與創新做的怎樣

四項內容採用定量計分量法：德，能各 25 分，勤 20 分，績 30 分，四項總分為 100 分。按所得總分，進行等級評定，分別訂為優秀，稱職，不稱職三級。

優秀：總分在 86 分（含 86 分）以上，績項得分不低於 25 分。

稱職：總分在 70 分至不滿 86 分。

不稱職：總分不滿 70 分或在考評任期內有以下情況之一者：

--違紀違法，在被審問其期間

--受記過以上處分

--發生責任性醫療事故或二級以上技術事故

--德項得分不滿 15 分

考評不稱職者，不能申報晉升職務

3. 考評程序

(1) 個人做本階段總結作自我評定。申報晉升高一級職務者提交有關資料。

(2) 所在科室開全員會議，進行科室評議。

(3) 本單位審查資料，對其專業知識，技術水平，能力及德才表現做綜合評定，對申報晉升高一級職務者，同時寫出推薦意見上報。

(4) 評委會評審。申報晉升高一級職務，需報相應的評審委員會進行評審。

評審委員會分為高級，中級，初級三級。分別對申報高級，中級，初級職務者進行評審。

高級評委會由省級衛生行政部門建立。

中級評委會由地，市級衛生行政部組建。

初級評委會由縣，處級衛生行政部門，單位組建。各級評審委員會由原則性強，作風正派，辦事公道，擔任較高專業職務或具較高專業技術水平的人才組成。

中國的中醫隊伍，除了大多數來自正規中醫院校畢業生之外，還有家傳師授的和學徒出身的，更有師出無門自學成才的。在這些無學歷的中醫師中，不但有一技之長，有的還是名醫，為人民健康做出貢獻，在民眾中有一定的威望。為更好的發揮其專長，政府對他們實行弘揚中醫的優惠政策，對他們經過考試

和評審評定，對其專業理論知識，技術水平和資歷到達相應條件者，也給予評定為相應級別的中醫師職務資格（見附件三，四）。

經評審，對達到某級的中醫師任職條件者，發給該級職務資格證者，作為聘任依據。

4.聘任制度

中國對技術幹部普遍採用聘任制，對各級中醫師也是如此。醫療單位中各級技術人員都有相應的定額編制。單位領導根據定額編制和各級技術人員的實際，決定如何聘任。大多數是採同等聘任，及取得哪一級任職資格，聘任為那一級的職務。根據實際狀況，也可以高聘或低聘。聘任時，簽訂聘約，發給聘書和相應級別的工資福利待遇。

5.人才流動制度

取得某級任職資格，因某些原因沒有被聘任，或其專業，技術，才華沒能得到充分發揮，可以申請調離到期可以被聘任或可以充分發揮其作用的單位去應聘，也可以停薪留職，自找出路，有人才，各有所得。

附件一.

內科中醫師規範化培訓制度實施細則

一.總則

- (一) 目的：培養醫德高尚，作風正派，實踐工作能力強，醫學知識全面的內科中醫師。
- (二) 培養階段：培養與考核分前三年，後二年兩個階段培養。
- (三) 培養方式：專業技能以臨床實踐為主，醫學理論以業餘自學為主要按教學大綱參加考試。
- (四) 培養考核內容: (1) 政治思想，醫療道德 (2) 臨床實踐時間 (3) 專業技能 (4) 醫學理論 (5) 專業外文或醫古文

(五) 考核採學分制

二. 培訓對象

凡高等醫學院本科應屆畢業生，分配在實施單位任內科中醫師者，為當然培養對象，均按本細則予以培養，考核。

三. 實施單位

全區縣以以上中醫學院或相當該級醫院所屬的中醫內科，均可申請為實施單位。實施單位應向培訓對象發給統一的”臨床醫師培養記錄冊”

四. 培訓內容與要求

- (一) 政治思想，醫療道德：教育其獻身於中國的中醫事業，刻苦鑽研業務，發揚救死扶傷的精神。對工作認真負責，嚴格遵守各項規章制度和操作規程。要文明行醫，廉潔奉公不借職務之便謀職私利。
- (二) 臨床實踐時間：臨床實踐工作，包括在各病區，醫技科室的輪轉，在門診及臨床實驗室的工作，下基層參加醫療實踐，有計畫外派臨床進修學習等。培養階段內，必須完成120學分的參加臨床實踐工作的時間。
- (三) 專業技能

【第一年】

- 1.能正確詢問內科病史，進行四診八綱全身辨證及物理檢查，書寫全病歷和各種病程，診斷，治療等記錄，並能向上級醫師匯報病史，病情演變和提出診斷處理意見。
- 2.熟習所在門診及病區的各項診療常規，認真觀察病情，如發現異常，要認真負責予以妥善處理。
- 3.參加一定時間的門診工作，熟習該科急診工作常規，逐漸掌握常見病患的門診急診處理方法。
- 4.熟習掌握中醫內科常用醫療技術操作方法，並瞭解其適應症及禁忌症。如針灸，灸法，拔罐及常用穿刺注射等。
- 5.了解正常心電圖，超聲波，X線圖像的臨床表現和各種臨床檢驗的正常值，並初步掌握異常數值的意義。

6. 認真負責地做好帶教實習醫師的部分工作。

【第二年】

1. 進一步寫好病歷，較好地掌握常見病症的診斷和特別診斷。
2. 對常見病能進行妥善的治療和處理。
3. 繼續參加門診急診工作，熟習掌握常見急病的診斷，搶救。
4. 帶好下級醫師，寫好當年工作總結和心得體會。

【第三年】

1. 在寫好病歷的基礎上，能較好地掌握中醫內科常見病症的診斷和鑑別，並能予以正確處理；對於疑難病歷的診斷和處理，能提出獨立全面的見解。
2. 在上級醫師指導下，參加危重病人的搶救工作，並逐步掌握參加其他科的會診。
3. 擔任一定時間的門診工作，熟練地處理中醫內科門診各種急病。在病歷中體現中醫的病因、病機、辨證，做到理法方藥完備。
4. 繼續帶好下級醫師，在上級醫師指導下參加一定科研工作；進一步掌握特殊診療技術及其臨床意義。

【第四.五年】

第二階段的兩年為專業培養階段，在鞏固前三年的基礎上，進行一年專科培養，另一年擔任總住院醫師工作，或外派專科進修，兩年的要求：

1. 在中醫理論指導下，能準確熟練地處理中醫內科常見病多發病，能正確進行辨證論治，並能獨力處理疑難病症。
2. 較好的完成院內各科會診。
3. 完成有一定水準的論文及文獻綜述各一篇。
4. 有條件者，可結合臨床實踐完成一項臨床科研課題。

(四) 醫學理論，第一年精讀中醫各科全國高校統一教材為主，第二年以中醫內科學和西醫內科學為主，結合臨床實踐，閱讀有關資料，含國內期刊雜誌，並做好文摘卡

(五) 專業外文或醫古文：要求自學為主，達到水平考試及格。

五. 考核辦法及學分分配

- (一) 政治思想，醫療道德：由該科主任負責考核，根據對病人的服務態度，工作責任心，業務技術的鑽研精神，以及按對一般國家工作人員在政治思想，職業道德方面的要求，予以評定，要求每年均為良好以上。
- (二) 臨床實踐時間：共 120 學分，每年滿分為 30 學分。除國定假日及規定脫產學習（每週不超過 2 個半天）外，凡病，事假或其他脫離臨床工作時間累計超過 10 天以上時，按每 10 天為 1 學分計算，予以扣除，由科主任負責考核，並授與學分。
- (三) 專業技能：共 160 學分。

1. 病史質量：每年考核評定一次，病史完整，質量符合要求者，授予 5 學分，評定 4 年，共需 20 學分。
2. 帶教質量：每年考核評定一次，能較好完成帶教任務，授予 2.5 學分，評定 4 年，共 10 學分。
3. 論文質量：論文質量良好（可經上一級醫師評審或報告答辯），授予 5 學分。
4. 綜述質量：經評審良好者，授予 5 學分。

以上凡達不到要求者，均不授予學分，待下年補上。

臨床工作能力：共 120 學分，每年滿分為 24 學分，考核 5 年，由科主任負責。

考核根據對病情觀察分析能力，診斷與鑑別診斷及處理急病能力，實際操作能力等內容進行，並根據逐年培訓要求，凡達到及格以上者，可分別授予學分，達不到者，按其程度減少學分，特別優秀者，可加 1-2 學分。凡造成責任或技術醫療事故者，應斟酌或不授予全年的學分。

(四) 醫學理論：共 120 學分，其中公共課 10 學分，臨床必修課 70 學分，臨床選修課 20 學分。要按考核大綱要求組織統一考試。

考試及格以上者，授予規定學分。餘 20 學分，由本院根據其具體學習情況自行掌握授予。

(五) 專業外文或醫古文：參加統一考試，每年一次，達及格以上者認可通過。

(六) 凡經考核積滿 400 學分，專業外文或醫古文水平考試通過，政治思想，醫療道德，考核均良好以上者，本人寫書面總結，報科主任簽署同意，上一級領導審批，授予資格證書。可作為聘任主治中醫師技術職務的依據。

附：具體培養學習科目

公共課：醫學倫理課，醫學文獻檢索，每門 5 學分，共 10 學分

中醫臨床必修課：中醫內科學，實用內科學（西醫），神農本草（各 20 學分）中西醫新進展（10 學分）共 70 學分。

中醫臨床選修課：景岳全書，中醫急診，臨床指南醫案，精通周醫案，任選 2 課，每課 10 學分，共 20 學分。

（最後說明：中醫分科較細，在此以內科中醫師為例）

附件二.

醫務人員醫德規範

1. 救死扶傷，實行社會主義的人道主義。時刻為病人著想，千方百計為病人解除病痛。
2. 尊重病人的人格和權利，對待病人，不分民族，性別，職業，地位財產狀況，都應一視同仁。
3. 文明禮貌服務。舉止端莊，語言文明，態度和藹，同情，關心和體貼病人。
4. 廉潔秉公。自覺護紀守法，不以醫謀私。
5. 為病人保守醫密，實行保護性醫療，不洩露病人隱私和秘密。
6. 互學互尊。團結協作，正確處理同行同事間關係。
7. 嚴謹求實。奮發進取鑽研醫術，精益求精。不斷更新知識，提高技術水平。

附件三.

關於 60 年代以前的中醫藥學徒出師人員實行專業技術職務聘任的辦法（摘錄）

- (一) 曾獲得縣以上人民政府或衛生行政部門頒發的中醫師證書及相當資格證件後，行醫 25 年以上，經驗豐富，療效顯著，在群眾中享有一定信譽，根據”中醫藥人員技術職務任職條件”(以下簡稱”任職條件”)，經專家委員會評議合格者，有資格被聘為副主任中醫（藥）師或主任中醫（藥）師，條件達不到者可低聘主治（主管）中醫（藥）師。
- (二) 1966 年底以前，經縣以上衛生行政部門批准招收的中醫藥學徒：凡屬高中畢業從師學習中醫 3 年級以上，初中畢業 5 年級以上，經考試或考核合格，連續從事中醫（藥）工作 15 年者，根據”任職條件”，經專家委員會評議合格者，有資格被聘為主治（主管）中醫（藥）師；初中畢業從師學習中醫（藥） 3 年，連續從事中醫（藥）工作 15 年者，根據”任職條件”，經專家委員會評議合格者，有資格被聘為中醫（藥）師。
- (三) 60 年代初期招收的中醫專科學生肄業後，從師學習中醫，出師後一直從事中醫工作至今，根據”任職條件”，經專家委員會評議合格者，有資格被聘為主治（主管）中醫（藥）師，條件達不到者可低聘為中醫（藥）師。

由其他中級衛生技術人員改做中醫（藥）技術工作 20 年以上，根據”任職條件”，經專家委員會評議合格者，有資格被聘為主治（主管）中醫（藥）師；

15 年以上，根據”任職條件”，經專家委員會評議合格者，有資格被聘為中醫（藥）師。

- (四) 中醫藥學徒的文化程度，學習年限及行醫時間與以上各條不相符者，可參照上述規定，經過嚴格考試或考核，根據”任職條件”，經專家委員會評議，確定其相當的職務。

附件四.

關於對為取得學歷的中醫藥人員，聘任中醫（藥）師（上） 職務進行統一考試的通知（摘錄）

對於 60 年代以後沒有取得大，中專學歷的中醫藥學徒出師人員，應鼓勵他們參加高等教育中醫專業入學考試或參加國家批准的函大，夜大，職大等取得學歷。凡已取得職稱並在這次聘任中經評審委員會考試，考核合格者，予以承認。凡不能參加或未通過自學考試及函大，夜大，職大等考試取得學歷者，要明確為中醫（藥）士或擬由中醫（藥）士聘為中醫（藥）師，均需統一考試，方能具備受聘資格。

參加中醫師聘任資格考試的人員，必須從事中醫士工作 8 年以上的在職中醫人員。

考試科目 (1) 中醫基礎（包括中醫診斷）：(2) 中藥方劑 (3) 所從事的專業：(4) 醫古文。

參加中醫士聘任資格考試者，必須從師學習中醫 3 年以上的在職中醫人員。

考試科目 (1) 中醫基礎（包括中醫診斷）：(2) 中藥方藥 (3) 所從事的專業。

聘任資格的考試由中醫管理部門組織中醫院，校命題。聘任資格考試中的專業課除進行筆試外，還需要進行實際操作方面的考核，只有筆試合格者，方能參加實際操作方面的考核。

經過中醫（藥）師（士）聘任資格考試合格的人員，有資格按照技術照務聘任制規定的程序，被聘任為相應的技術職務，但不證明其具備大，中專學歷。

第三節 歷代中醫醫療專業分科慨況

一、歷代中醫醫學分科與醫事制度

依據史籍記載，於秦國時已有醫和、醫緩等著名專職醫生出現。中醫醫療的專業化和巫術迷信的日漸衰落，使中醫學得以擺脫巫術的羈絆，開始走上獨立發展的道路。春秋以後，醫巫分業，醫官、巫官，各有所司，醫則專以醫術及藥物治病。在《周禮》一書中，把“巫祝”列入“春官大宗伯”職責中，而

“醫師”則隸屬“天官冢宰”管轄。

周代醫術相較於殷商時期已有顯著進步，當時醫政制度也儼然確立。據《周禮·天官》記載，當代宮廷醫生已有食醫、疾醫、瘍醫、獸醫之分。食醫：有中士2人，近似今日之營養醫生，主管王室之飲食衛生。“掌和王之六食、六飲、六膳、百羞、八珍之齊。”疾醫：有中士8人，相當今日之內科醫生，“掌養萬民之疾苦……以五味、五穀、五藥養其病，以五氣、五聲、五色？其死生，兩之以九竅之變，參之以九藏之動，凡民之有疾病者，分而治之。”瘍醫：有下士8人，專管醫治腫瘍、潰瘍、金創、骨折等病，相當於今日之外科和傷科醫生。“掌腫瘍、潰瘍、折瘍之祝（同”注“，以藥敷著之也）、藥、剉（同”刮“，刮去膿血）、殺（用藥腐蝕其壞死之骨肉）之齊”。獸醫：有下士4人，乃專理獸病之醫生。“掌療獸病，療獸瘍”。

據《周禮·天官》記載，當時還有一套頗為完整的醫政組織和醫療考核制度。如謂“醫師（上士2人，下士2人）掌醫之政令，聚毒藥以供醫事。凡邦之有疾病者，疕瘍者造焉，則使醫分而治之。歲終則稽其醫事，以制其食。十全為上，十失一次之，十失二次之，十失三次之，十失四為下。”按鄭玄注：“食，祿也；全，猶癒也。以失四為下，五則半矣。”於此所稱之醫師，乃為眾醫之長，除為王室與卿大夫治病和掌管國家醫藥之政令外，還負責各地疫情，並採取相應措施加以預防和治療。

醫師之下，設有士、府、史、徒等專職人員，他們各有專任。士負責治病，即之前所提及的食醫、疾醫、瘍醫、獸醫；府（2人）掌藥物、器具和會計事務；史（2人）掌管文書和醫案；徒（20人）供役使，並看護病人。年終由醫師考查醫生們全年醫療成績的優劣，以制訂他們的級別和俸祿。對於獸醫之療獸病、獸瘍，亦按其醫治無效而引起死亡的數字，以進退之。

值得注意的是：在這一時期已開始重視對病歷記錄及死因報告。《周禮·醫師》載有：“凡民之有疾病者，分而治之，死終，則各書其所以而入於醫師。”這說明當時已能對病人分別處理，並有了記錄疾病治療經過的病歷。對於死者，還要求作出死亡原因的報告。

專職醫生的出現與醫事制度的建立，反映了當時醫學發展的水準，同時也有助於醫藥經驗的累積、整理與流傳，更進一步能促進對疾病的認識，與醫療技術的提高。

二、歷代中醫醫政設施

1、醫藥行政

晉朝沿用漢魏之舊制，仍設置太醫令以掌管醫政。並設有御醫及太醫。宋、齊、梁、陳醫制如前，大都設有太醫令、太醫丞以掌理醫政。梁朝時則將太醫令歸屬門下省，並設有藏藥臣以掌理藥政。北魏除設置太醫令外，在門下省也創設藥局，並置有太醫博士、太醫助教等。北齊時，太醫令、太醫丞歸屬太常，而門下省則統尚藥局，藥局內設有典御、侍御、尚藥監等職。北周還設有太醫下大夫、小醫上士、醫正上士中士、下士、主藥等。

隋初，則置門下省以統藥局，藥局中有典御、侍御師、尚藥監、侍御醫、直長、醫師等；置太常寺以統太醫署，太醫署中有太醫令、太醫丞、主藥、醫師、藥園師、醫博士、助教、按摩博士、祝禁博士等。到隨煬帝，則分門下省為殿內省，統尚藥局，置奉御、直長、食醫員、常藥直長、侍御醫、司醫、醫佐員等；太醫署另置醫監、藥藏局監、藥藏局丞、侍醫、典醫等。尚藥局侍御醫掌官中之醫職；太醫置掌府中之醫政，舊太常寺管轄，以後逐為定制。

唐代醫政，沿襲隋制，太常寺統太醫署，其編制有令 2 人、丞 2 人、醫監 4 人、醫正 8 人、府 2 人、史 4 人、主藥 8 人、藥童 24 人、藥園師 2 人、藥園生 8 人、掌固 4 人、醫師 20 人、醫工 100 人、醫生 40 人、典藥 1 人、針工 20 人、針生 20 人、按摩工 56 人、按摩生 15 人、咒禁師 2 人、咒禁工 8 人、咒禁生 10 人。殿中省統尚藥局，設有奉御 2 人、直長 4 人、書吏 4 人、侍御醫 4 人、主藥 2 人、藥童 30 人、司醫 4 人、醫佐 8 人、按摩司 4 人、咒禁司 4 人。

北魏時，朝廷明令供醫以療百姓之疾，為當時的重要醫政之一。是以廣集良醫，遠採名藥，以為百姓醫療所需；所需藥物，任醫量給之。此時，對於老年醫藥亦有視。《魏書·卷七·高祖紀》載：“……敕司州洛陽之民，年七十以上無子孫，六十以上無期親貧不自存者給以衣食。不滿六十而有廢痼之疾，無大功之親，窮困無以自療者，皆如別坊作遣醫救護，給醫師四人，豫請藥物以療之。”

北魏時還有“醫館”之設，以收治病人。《魏書·卷八·世宗紀》載，公元 501 年 10 月，“敕太常於閑敝處別立一館，使京畿（以一）內外疾病之徒，咸令居住，嚴敕醫署，分師療治，考其能否而行賞罰……。”

在唐代頗為重視公共醫藥，朝廷每年給藥以防民疾。當時之“悲田坊”與“養病坊”，即係收容貧民療病之所，前者為佛教徒私人所設立，後者為官方所組織。養病坊不僅收容窮苦病患，並包括養老恤孤與救濟工作。

三、歷代中醫醫學教育

劉宋時代（公元443年），設置醫學，以廣教授，這是官方設置醫學教育之始。北魏時有太醫博士、太醫助教等醫官設置；隋代更設“太醫署”，署內有主藥、醫師、藥園師、醫博士、助教、按摩博士等職。到了唐代，在隋的基礎上，擴大了太醫署，主管醫學教育，其組織結構皆較前代更為完善，由行政、教學、醫療、藥工四部分人組成。太醫署既是醫學教育機構，同時也是醫療單位，太醫署隸屬於太常時，設有太醫令、太醫丞各2人、府2人、史4人、主藥8人、藥童24人、藥園師2人、藥園生8人、醫監4人、醫正8人。其中太醫令掌醫療之法，總管醫、針、按摩、咒禁四科的教學和考試，是太醫署中的最高官職。

“太醫署”的醫學教育分為四科，即醫科、針科、按摩科、咒禁科，其中醫科最大，又分體療、少小、瘡腫、耳目口齒、角法等五個專業進行培養，根據各專業的教學內容分別規定了修業年限的長短，如體療七年，瘡腫、少小五年，耳目口齒四年，角法三年。除表中所列外，學生還有實習和月、季、年的考試制度。另外，太醫署還有一個藥學部，藥學部有藥園三頃，學習藥物的栽培、採集、炮製、製劑、使用等方面的知識。這種由國家創辦的醫學教育機構比義大利於公元872年創立的薩勒諾醫學校還早200多年，而且在組織結構、教學內容方面，都較之更為完備進步。

太醫署的組織結構

	博士	助教	師	工	學生	學習內容及其他
醫科	1	1	20	100	40	學習本草、脈經、甲乙經、並細分為體療、少小、瘡腫、耳目口齒、角法等科，學習年限規定依次是7,5,5,4,3年
針科	1	1	10	20	20	學習鏃針、圓針、鍶針、鋒針、鍛針、圓利針、毫針、長針、大針等九針的使用方法及素問、黃帝針經、明堂脈訣、神針等。
按摩科 (包括傷科)	1		4	16	15	學習消息導引之法
咒禁科	1		2	8	10	學習以咒禁除邪魅之法

值得注意的是，唐代太醫署還將針科、按摩科列為教學的專科，也是中醫醫學教育的創舉。針科學生還要掌握針科的專業知識，熟習“經脈孔穴”、“知浮沈滑澀之候”，“以九針為補瀉之法”治療各種疾病。按摩科學生要按照傳

統的導引、按蹠等方法，治療風、寒、暑、濕、饑、餓、勞、逸等“八疾”，並且還要作損傷折跌等傷科的正骨處理。唐代的醫學教育促進了針科、按摩的顯著發展。另唐代的醫學教育，於“太醫署”尚設有咒禁科。

除太醫署外，唐代還建立了許多地方性的醫學教育機構，且有一定的規定，茲據《唐六典》列表如下：

地方性醫學校分類的規定

學校名	博士	助教	學生額
京都學（包括京兆）、河南、太原）	1	1	20
都督府學	大	1	15
	中	1	15
	小	1	12
州學	上	1	15
	中	1	12
	下	1	10

金代的醫政制度多仿宋代，醫藥事務統由太醫院（太醫院之稱始於金代）掌管。設有提點（正五品）、院使（從五品）、副使（從六品）、判官（從八品）。分為十科，有正奉上太醫、副奉上太醫及長行太醫之分（見《續文獻通考·卷五十六》）。此外，還設有醫散官，舊制自六品而下有七級，天眷（公元 1138 ~ 1140 年）制：自從四品以下立廿五階（見《文獻通考·卷六十二》），公元 1224 年還在太后、兩宮設有醫令（正八品）、醫丞（正九品），由尚藥局、太醫院兼，掌供奉湯藥諸事。元代仍以太醫院為中央最高衛生行政機關，醫事管理也歸於太醫院。元代崇尚騎射，頗重醫術，骨傷科尤為發達。醫生地位高於歷代。太醫院秩正三品，還領導下屬醫官，負責調製供奉皇帝的藥物。太醫院還有散官共十五階，但多無職事，僅為標誌等第品階，同寄祿官。

第四節 台灣地區西醫專業分科現況

台灣地區西醫在長期借鏡於西方醫學制度下，其專業分科已朝向精細分工，現今西醫專業分科在內科系、外科系、精神科、小兒科、眼科、婦產科……等大分科之下，又分成各種次專科，如胸腔內科、胸腔外科、神經內科、神經外科、免疫風濕科……等，其依據人體系統、器官、功能……等進行專業分科，臨床上分科非常精細，而且其取得專科醫師資格需經過嚴謹及完整的臨床訓練與正式的考試程序，

才得以取得各種專科醫師資格,並以再教育方式維持其專科醫師的執業水準,同時,目前在台灣地區也限制每位醫師同時只能執業兩種次專科。

探究西醫專業分科之精細,專科醫師資格取得過程之嚴謹與完整,其精神主要再於維持專科醫師之專業水準,以確保每位專科醫師執業時其專業品質,以維護病患之就醫安全;並藉著專科醫學會持續舉辦之各種學術研討會,以進行專科醫師之再教育,使專科醫師能及時獲得相關之專業新知及技術;更在各專科領域的持續研究下,以持續推動各專科之進步與發展。

第五節 德菲技術

Delphi 是源自於古代希臘阿波羅神廟廟址,因其具有預測未來及傳達神諭的能力,故現代學者將專家預測方法,以阿波羅神的居住地命名為德菲技術(邱淑芬等,民 85)。

德菲技術 (Delphi technique) 是為了達到結構化團體溝通過程的一種方法,是一種政策方案預測的技術,在面臨政策問題複雜、資訊不足、性質專精時,邀請學者專家或利害關係者,藉由團體開會腦力激盪的方式,將團體決策結果提供作為可擇方案的參考。團體決策時,成員間不一定要面對面,可藉著文字的訊息與他人達成溝通,參與者甚至彼此不認識。

現今所使用的德菲技術 (Delphi technique) 是由美國藍德公司於 1950 年代初期,在美國空軍贊助下所從事的一項國防研究--「德菲計劃」,此計畫使用一連串廣泛密集的問卷,輔以控制性回饋資訊,希望能透過專家意見,了解相關的國防需求。到了 1960 年代中期,才發展成技術預估或其他決策資訊不易獲得時,作為輔助判斷的依據 (蔡炳坤,民 81)。

德菲技術 (Delphi technique) 程序可分為五個步驟：

- (1) 先將問題送交給每一位參與者,由他們寫下可能的解決方法、想法及提議,完成後再交給一位協調者,由他收集所有參與者的資訊。
- (2) 協調者將收集到的資訊列表後,再分送給各參與者,讓他們依其意見將各個提議組合,再將結果交回協調者。
- (3) 協調者將這些提議綜合整理為一列表後,再送回給所有的參與者。
- (4) 參與者排列或評估提議的解決方法,再送回給協調者。
- (5) 再將平均分數發送給各參與者再做一次評價,再送回協調者,此程序一再重複直到產生一致的結果為止。

在學術理論上，德菲技術（Delphi technique）的使用需要重複四次，有最多支持的解決方案就是參與者最明顯的選擇。但在實際應用上，因考慮參與研究的專家有其他工作，可參與討論的時間有限，一般從事實務研究時，多重複二～三次即停止（李孟勳，民 87；黃東琪，民 89）。

使用德菲技術（Delphi technique）的優點：(1) 採匿名方式較為客觀，且地位較高的人沒有機會去控制該團體。(2) 參加者能夠平等參與，因為他們不知道那些意見來自上司或員工，同時別人也不知道自己原先的意見為何，因此即使改變心意也不會覺得沒面子。(3) 可收集許多專家的意見且節省鉅額的旅費（林富滿，民 89）。

最適合採用德菲技術（Delphi technique）研究的情況：(1) 研究問題不需要精細的分析技術，而著重在集合一群人的主觀判斷。(2) 當時間和經費有限制，無法舉行參與者面對面的會議。(3) 人數太多無法有效作面對面溝通。(4) 參與者未曾有過順暢溝通經驗，或代表不同背景或虹同觀點的經驗和專業知能，不易建立溝通共識。(5) 為使面對面會議更具效率，希望能事先找出共同可接受的討論主題。(6) 參與者有嚴重的意見衝突或不同的政治對立，使得溝通過程必須採用匿名的方式，以去除權威和利害關係的影響。(7) 為確保每個成員具有平均參與的機會和具備相同的影響力，避免有權威人士的影響或排除集團力量的干擾。(8) 為改善不常參加聚會的團體成員對團體問題的關心，並提昇其對團體的參與感。

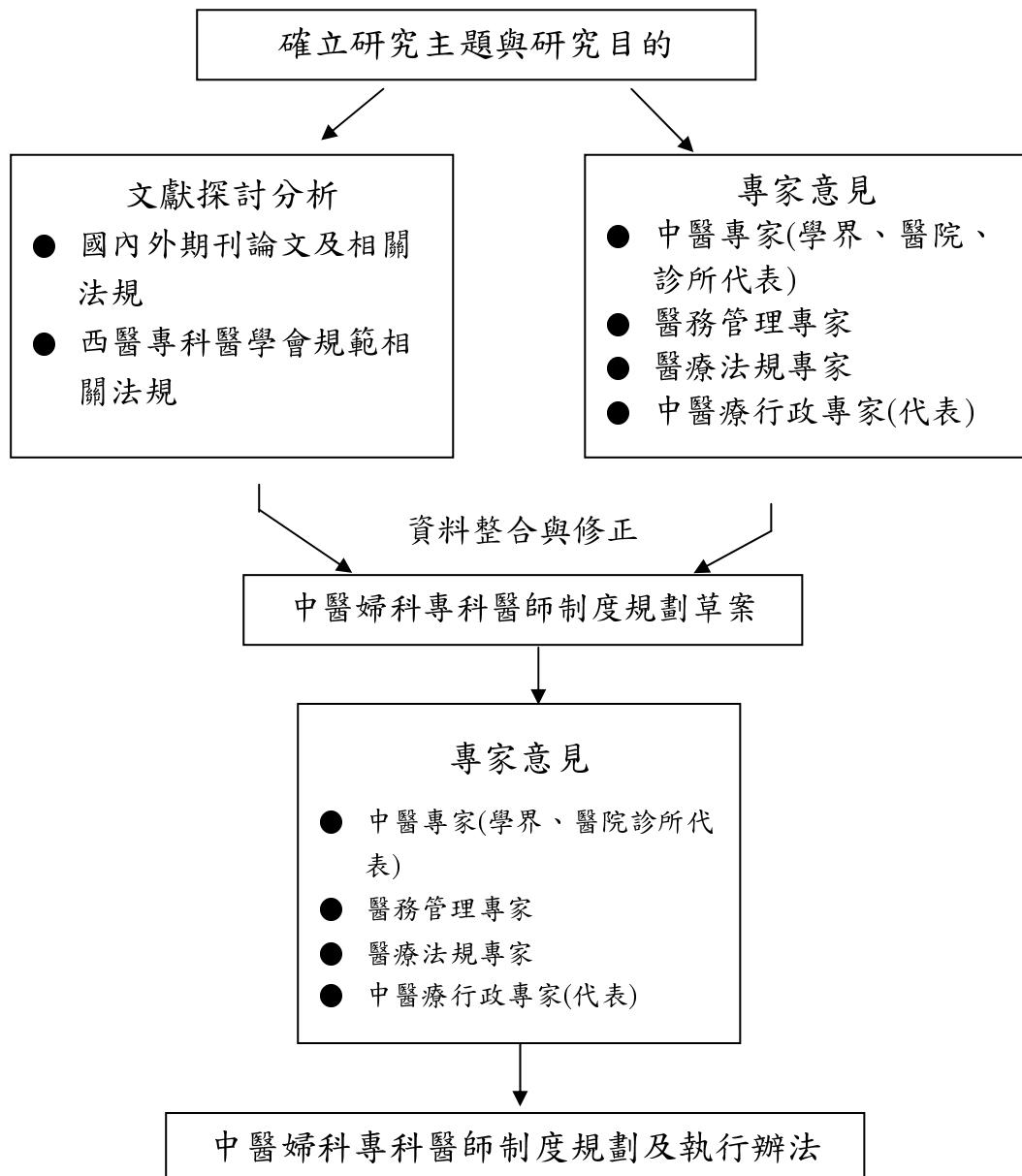
而德菲法為了確定是匿名的，一般採用郵寄問卷方式，但是也有以下數種變化：

- (1) 採用集體散發填答的方式：如在大型聚會中的分組討論會場上，利用休息的時間集體填答，可以在短時間之內收回，或個別投入收信箱內。
- (2) 採用個別遞送方式：如在同一住宅社區或同一辦公大樓內的各個不同的單位，可將問卷分別送往參與者手中，由其填答後自行送回、寄回，或工作小組再前往收回。
- (3) 採用郵寄的方式：這是最常使用的方式，其調查方式乃將問卷裝入信封寄給參與者，由其填答後再寄回給研究小組。

至於至少應有多少人參與此項問卷填答工作，並無一致的結論，如果是同質性高的團體，大約 15-30 人便已足夠。如果 Delphi 的研究時間緊迫，可能調查太多人，時間經費和人員是考慮樣本大小的重要因素，一般德菲法研究過程需時 45 天。如果德菲法的研究對象分成數個不同的類屬（category），每個類屬至少應有 5 到 10 人。

第三章 研究方法

第一節 研究架構



二、研究樣本：

本研究採用德菲技術以專家問卷以取得相關主題重要指標因子，並將問卷中未能達到統計收斂的相關問題及異於研究設計主題的相關問題，以專家座談方式來取得一致的專家共識，來獲得最終一致的意見。對專家的取樣對象涵蓋：中醫婦科專家、西醫婦產科專家、中醫醫療行政管理者、中醫婦科臨床醫師、中醫學院相關學系主任及教授及中醫師公會及中醫醫學會代表等，共計三十一人。其名單如下：

- 1.) 陳榮洲：秀傳醫院副院長、副教授、中醫婦科專家
 - 2.) 張白欣：基層中醫診所負責醫師、中醫婦科專家
 - 3.) 陳立德：中國醫藥大學後中醫系系主任、副教授、中醫婦科專家
 - 4.) 賴榮年：台北市中醫醫院婦科主任
 - 5.) 褚文杰：衛生署中醫藥委員會中醫組組長、中醫醫療行政管理者
 - 6.) 陳俊明：中醫師公會全國聯合會常務理事、中醫婦科專家
 - 7.) 鄭歲宗：中華民國中醫內科醫學會理事長、中醫醫學會代表
 - 8.) 劉桂蘭：台北市中醫醫院婦科主任、中醫婦科專家
 - 9.) 黃碧松：傳統中醫醫學會理事長、中醫醫學會代表
 - 10.) 張台蘭：基層中醫診所負責醫師、中醫婦科專家
 - 11.) 曹永昌：台北市中興醫院中醫部主任
 - 12.) 蘇三稜：中華民國中醫兒科醫學會理事長、中醫醫學會代表
- …等三十一位

第四章 研究結果

第一節 問卷資料統計結果

問卷及專家座談：

對象是中醫婦科學專家、行政官員及一般中醫師。

第一次問卷發出36份,回收30份,回收率為83.3%.

第二次問卷發出30份,回收28份,回收率為93.3%

就重要性而言:第一次問卷

標準差普遍都高於1，僅有「筆試不及格者，不得參加口試，口試不及格者，筆試及格成績得以保留二年。」及「中醫婦科學:女性生殖學之相關生理病理及經、帶、胎、產之生理病理。」二題之標準差小於1。其餘標準差都大於1，這在德菲法初期是很正常之現象。

就可行性而言:第一次問卷

有五個指標之標準差小於1，共計有「中醫有關女性生殖器、中醫經、帶、胎、產之相關受理學習。」、「口試方式:由三位(含)以上口試委員主試。」、「筆試成績:以六十分為及格。」、「口試成績:以三位(含)以上口試委員評分總平均滿六十分為及格。」、「中醫婦科專科醫師證者有效期為六年。」

第二次問卷之重要性.可行性:

其六大主題三十六項指標,其標準差都低於1,即其都具收斂,也就是專家意見趨於一致.

二次問卷資料統計結果----重要性

Variable	相對應題目	問卷次數	N	Max	Min	Average	Standard	Mode
A01	於合格之中醫婦科專科醫師訓練中 醫院所執業中醫婦科滿三年以上者。	第一次	30	7	1	4.8	2.01	7
		第二次	28	7	5	6.7	0.54	7
A02	修習中醫婦科在職教育學分滿180 學分者。	第一次	30	7	4	6.1	1.12	7
		第二次	28	7	5	6.21	0.57	6

A03	設施：設有中醫婦科門診之中醫醫院或附設中醫部門之醫院(認定棟準依衛生署規定)。	第一次	30	7	1	5.53	1.93	7
		第二次	28	7	6	6.43	0.5	6
A04	人員：應有中醫婦科專科醫師專任醫師(任職一年以上)三人以上，且其中一人應具中醫婦科專科醫師年資五年以上。	第一次	30	7	1	5.33	1.79	6
		第二次	28	7	5	6.54	0.58	7
7A05	醫療業務：中醫婦科門診全院全年在三千人次以上者。	第一次	30	7	1	4.93	1.84	7
		第二次	28	7	5	6.04	0.64	6
A06	醫療設備：應有獨立、舒適、隱密、寧靜之治療室	第一次	30	7	1	5.47	1.72	7
		第二次	28	7	5	6.04	0.58	6
A07	應有中醫婦科專科專任醫師(任職一年以上)三人以上且其中一人，應具中醫婦科專科年資三年以上	第一次	30	7	1	5.67	1.79	7
		第二次	28	7	5	6.71	0.53	7
A08	教學場所：應有寬敞、安靜之會議室。	第一次	30	7	1	5.63	1.61	7
		第二次	28	7	5	6	0.67	6
A09	醫學期刊：包括中醫婦科、西醫婦產科醫學雜誌(期刊)五種以上。	第一次	30	7	1	5.63	1.71	7
		第二次	28	7	6	6.54	0.51	7
A10	教科書：包括中醫婦科典籍及最新版教科書十本以上。	第一次	30	7	3	6.13	1.2	7
		第二次	28	7	5	6.36	0.56	6
A11	教科書：包括西醫婦產科之最新版教科書十本以上。	第一次	30	7	2	5.8	1.47	7
		第二次	28	7	4	5.89	0.83	6
A12	符合中醫婦科專科醫師訓練課程綱要之內容(三年內實施完畢)。	第一次	30	7	1	6.1	1.42	7
		第二次	28	7	6	6.71	0.46	7
A13	參與學術研討會每個月一次以上。	第一次	30	7	1	5.67	1.52	7
		第二次	28	7	5	6.29	0.53	6
A14	病歷討論每週至少一次以上	第一次	30	7	1	4.87	2.16	7
		第二次	28	7	6	6.32	0.48	6
A15	新知(期刊論文)討論每週至少一次以上。	第一次	30	7	1	5	2.12	7
		第二次	28	7	5	6.21	0.63	6
A16	中醫有關女性生殖器、及中醫經、帶	第一次	30	7	1	6.47	1.28	7

	胎、產之相關處理。	第二次	28	7	6	6.82	0.39	7
A17	中醫婦科門診每週至少二診以上。	第一次	30	7	1	5.47	1.66	7
		第二次	28	7	5	6.36	0.56	6
A18	女性生殖器官之胚胎、解剖、生理、病理及其神經內分泌學控制。	第一次	30	7	1	5.97	1.61	7
		第二次	28	7	5	6.18	0.55	6
A19	西醫不孕症之診斷及治療。	第一次	30	7	1	5.6	1.67	7
		第二次	28	7	5	5.86	0.76	6
A20	西醫產科學。	第一次	30	7	1	5.59	1.59	7
		第二次	28	7	4	5.68	0.86	5
A21	其他西醫有關婦產科學之基礎醫學。	第一次	30	7	1	5.87	1.59	7
		第二次	28	7	5	5.64	0.83	5
A22	醫療法規及醫學倫理學。	第一次	30	7	1	5.17	1.73	4
		第二次	28	7	5	5.86	0.8	5
A23	甄審方法分筆試及口試二種。	第一次	30	7	1	6.4	1.3	7
		第二次	28	7	6	6.82	0.39	7
A24	筆試不及格者，不得參加口試，口試不及格者，筆試及格成績得以保留二年。	第一次	30	7	4	6.6	0.81	7
		第二次	28	7	6	6.89	0.31	6
A25	筆試以中文命題(專有名詞可用英文標示)	第一次	30	7	4	6.27	1.08	7
		第二次	28	7	6	6.29	0.46	7
A26	中醫婦科學:女性生殖學之相關生理病理及經、帶、胎、產之生理病理。	第一次	30	7	4	6.63	0.81	7
		第二次	28	7	6	6.71	0.46	7
A27	西醫婦產科學。	第一次	30	7	1	5.37	1.81	7
		第二次	28	7	5	5.68	0.77	5
A28	其他西醫有關婦產科學之基礎醫學。	第一次	30	7	1	5.38	1.8	7
		第二次	28	7	4	5.43	0.79	5
A29	口試方法:由三位以上口試委員主試。	第一次	30	7	1	6.17	1.46	7
		第二次	28	7	6	6.75	0.44	7
A30	自備個案病例摘要二十例。	第一次	30	7	1	5.27	1.87	7
		第二次	28	7	5	6.18	0.55	6

A31	幻燈片、錄影帶及電腦等教學內容考試(符合中醫婦科專科訓練課程綱要之內容)	第一次	30	7	1	5.17	1.23	7
		第二次	28	7	5	5.67	0.64	6
A32	該次甄審筆試題目之內容。	第一次	30	7	1	5.5	1.45	6
		第二次	28	7	5	6.07	0.6	6
A33	筆試成績:以六十分為及格。	第一次	30	7	1	6.27	1.39	7
		第二次	28	7	6	6.82	0.39	7
A34	口試成績:以三位以上口試委員評分總平均滿六十分為及格。	第一次	30	7	1	6.37	1.35	7
		第二次	28	7	6	6.93	0.26	7
A35	中醫婦科專科醫師證書有效期限為六年。	第一次	30	7	1	6.34	1.4	7
		第二次	28	7	6	6.79	0.42	7
A36	中醫婦科專科醫師證書有效期限之展延:應於專科醫師證書有效期限內,參加學術活動或繼續教育積分達二百以上,其中一百二十點或以上必須由中醫婦科醫學會主辦之研討活動,另八十點或以下由中醫婦科醫學會協辦或由其他協會協辦之研討活動。	第一次	30	7	2	6.17	1.17	7
		第二次	28	7	6	6.75	0.44	7

二次問卷資料統計結果----可行性

Variable	相對應題目	問卷次數	N	Max	Min	Average	Standard	Mode
A01	於合格之中醫婦科專科醫師訓練中醫院所執業中醫婦科滿三年以上者。	第一次	30	7	1	4.8	2.01	7
		第二次	28	7	1	6.52	1.19	7
A02	修習中醫婦科在職教育學分滿 180 學分者。	第一次	30	7	3	5.77	1.17	6
		第二次	28	7	6	6.29	0.46	6
A03	設施：設有中醫婦科門診之中醫醫院或附設中醫部門之醫院(認定棟準依衛生署規定)。	第一次	30	7	1	4.87	2.06	7
		第二次	28	7	3	6.29	0.81	6
A04	人員：應有中醫婦科專科醫師專任醫師(任職一年以上)三人以上，且其中一人應具中醫婦科專科醫師年資五	第一次	30	7	1	4.87	1.87	6
		第二次	28	7	3	6.39	0.83	7

	年以上。							
A05	醫療業務：中醫婦科門診全院全年在三千人次以上者。	第一次	30	7	1	4.53	2.11	7
		第二次	28	7	5	6.04	0.58	6
A06	醫療設備：應有獨立、舒適、隱密、寧靜之治療室	第一次	30	7	1	5.3	1.73	7
		第二次	28	7	5	6.14	0.52	6
A07	應有中醫婦科專科專任醫師（任職一年以上）三人以上且其中一人，應具中醫婦科專科年資三年以上	第一次	30	7	1	5	1.95	7
		第二次	28	7	6	6.68	0.48	7
A08	教學場所：應有寬敞、安靜之會議室。	第一次	30	7	1	5.6	1.67	7
		第二次	28	7	5	6.04	0.64	6
A09	醫學期刊：包括中醫婦科、西醫婦產科醫學雜誌（期刊）五種以上。	第一次	30	7	1	5.6	1.79	7
		第二次	28	7	6	6.54	0.51	7
A10	教科書：包括中醫婦科典籍及最新版教科書十本以上。	第一次	30	7	3	6.1	1.35	7
		第二次	28	7	6	6.39	0.5	6
A11	教科書：包括西醫婦產科之最新版教科書十本以上。	第一次	30	7	2	5.67	1.63	7
		第二次	28	7	5	6.04	0.69	6
A12	符合中醫婦科專科醫師訓練課程綱要之內容（三年內實施完畢）。	第一次	30	7	1	5.67	1.77	7
		第二次	28	7	6	6.71	0.46	7
A13	參與學術研討會每個月一次以上。	第一次	30	7	1	5.4	1.69	7
		第二次	28	7	5	6.29	0.53	6
A14	病歷討論每週至少一次以上	第一次	30	7	1	4.47	2.08	4
		第二次	28	7	5	6.29	0.53	6
A15	新知（期刊論文）討論每週至少一次以上。	第一次	30	7	1	4.63	2.14	7
		第二次	28	7	5	6.25	0.59	6
A16	中醫有關女性生殖器、及中醫經、帶胎、產之相關處理。	第一次	30	7	1	6.5	1.22	7
		第二次	28	7	6	6.86	0.36	7
A17	中醫婦科門診每週至少二診以上。	第一次	30	7	2	5.27	1.8	7
		第二次	28	7	6	6.39	0.5	6
A18	女性生殖器官之胚胎、解剖、生理、	第一次	30	7	1	5.73	1.64	7

	病理及其神經內分泌學控制。	第二次	28	7	5	6.21	0.5	6
A19	西醫不孕症之診斷及治療。	第一次	30	7	1	5.37	1.61	7
		第二次	28	7	5	5.93	0.77	6
A20	西醫產科學。	第一次	30	7	1	5.34	1.52	7
		第二次	28	7	4	5.75	0.89	5
A21	其他西醫有關婦產科學之基礎醫學。	第一次	30	7	1	5.6	1.57	7
		第二次	28	7	5	5.64	0.87	5
A22	醫療法規及醫學倫理學。	第一次	30	7	1	4.93	1.62	4
		第二次	28	7	5	5.86	0.8	5
A23	甄審方法分筆試及口試二種。	第一次	30	7	1	6.33	1.42	7
		第二次	28	7	6	6.82	0.39	7
A24	筆試不及格者，不得參加口試，口試不及格者，筆試及格成績得以保留二年。	第一次	30	7	2	6.47	1.14	7
		第二次	28	7	6	6.86	0.36	7
A25	筆試以中文命題(專有名詞可用英文標示)	第一次	30	7	3	6.13	1.22	7
		第二次	28	7	6	6.29	0.46	6
A26	中醫婦科學:女性生殖學之相關生理病理及經、帶、胎、產之生理病理。	第一次	30	7	5	6.7	0.7	7
		第二次	28	7	6	6.71	0.46	7
A27	西醫婦產科學。	第一次	30	7	1	5.3	1.78	7
		第二次	28	7	5	5.75	0.8	5
A28	其他西醫有關婦產科學之基礎醫學。	第一次	30	7	1	5.21	1.78	7
		第二次	28	7	4	5.54	0.84	5
A29	口試方法:由三位以上口試委員主試。	第一次	30	7	1	6.3	1.39	7
		第二次	28	7	6	6.79	0.42	7
A30	自備個案病例摘要二十例。	第一次	30	7	1	5	1.76	7
		第二次	28	7	5	6.14	0.59	6
A31	幻燈片、錄影帶及電腦等教學內容考試(符合中醫婦科專科訓練課程綱要之內容)	第一次	30	7	1	5.07	1.39	6
		第二次	28	7	5	5.71	0.62	6

A32	該次甄審筆試題目之內容。	第一次	30	7	1	5.55	1.5	7
		第二次	28	7	5	6.07	0.54	6
A33	筆試成績:以六十分為及格。	第一次	30	7	1	6.37	1.33	7
		第二次	28	7	6	6.82	0.39	7
A34	口試成績:以三位以上口試委員評分 總平均滿六十分為及格。	第一次	30	7	1	6.43	1.3	7
		第二次	28	7	6	6.93	0.26	7
A35	中醫婦科專科醫師證書有效期限為六 年。	第一次	30	7	1	6.23	1.43	7
		第二次	28	7	6	6.86	0.36	7
A36	中醫婦科專科醫師證書有效期限之展 延:應於專科醫師證書有效期限內,參 加學術活動或繼續教育積分達二百以 上,其中一百二十點或以上必須由中 醫婦科醫學會主辦之研討活動,另八 十點或以下由中醫婦科學會協辦或由 其他協會協辦之研討活動。	第一次	30	7	3	6	1.14	6
		第二次	28	7	6	6.79	0.42	7

第三節 資料分析結果

本問卷六大主題,共計三十六項指標,即:

- 一、中醫婦科專科醫師甄審資格。
- 二、中醫婦科專科醫師訓練醫院認定標準。
- 三、中醫婦科專科醫師訓練課程綱要。
- 四、中醫婦科專科醫師甄審方法。
- 五、中醫婦科專科醫師甄審成績計算方法。
- 六、中醫婦科專科醫師證書有效期限及其展延方法。

請專家針對重要性及可行性分別給予1到7分的評分等級,並且在問卷上附上開放式問卷題項,請專家給予其他建議。

由二次問卷的統計結果發現,二次問卷專家選填的結果略有出入但差異不

大,少數較具差異的主題及專家於開放式問卷題項的建議,則於專家座談會討論以取得專家一致的意見。

就指標的重要性及可行性分別描述

一、中醫婦科專科醫師甄審資格

有二項指標,其重要性及可行性於第一次問卷都未達收斂,但第二次問卷即達收斂程度.

二、中醫婦科專科醫師訓練醫院認定標準

分四個子題,有十三項指標,其重要性及可行性於第一次問卷都未達收斂,但第二次問卷即達收斂程度.

三、中醫婦科專科醫師訓練課程綱要

分六個子題,有七項指標,於第一次問卷只有一項指標,其可行性達收斂,其餘其重要性及可行性都未達收斂,但第二次問卷即全部達收斂程度.

四、中醫婦科專科醫師甄審方法

分三個子題,有十項指標,其重要性及可行性於第一次問卷只有二項指標,其重要性達收斂,及一項指標,其可行性達收斂,其餘都未達收斂,但第二次問卷即全部達收斂程度.

五、中醫婦科專科醫師甄審成績計算方法

其二項指標之可行性於第一次問卷即達收斂,但其重要性則都未達收斂,但第二次問卷即全部達收斂程度.

六、中醫婦科專科醫師證書有效期及其展延

其二項指標,於第一次問卷只有一項指標,其可行性達收斂,另一指標其重要性及可行性於都未達收斂,但第二次問卷即全部達收斂程度.

專家座談所提出的重要議題

1. 中醫婦科專科醫師訓練醫院認定標準應加入品質控制。
2. 教學設備中教學器材,應包括幻燈機、投影機、錄影機及電腦網路等教學設備。
3. 種子醫師之產生。
4. 中醫專科醫師制度實施之時機。

1. 中醫婦科專科醫師訓練醫院認定標準

應加入品質控制,並應指定品質評估項目。

2. 教學設備中教學器材

應包括幻燈機、投影機、錄影機及電腦網路等教學設備。

3. 種子醫師之產生

產生之入會時間限制---2003.12.31。

應具備之條件---執業年資、在職教育、醫院專科訓練。

4. 中醫專科醫師制度實施之時機

教育訓練及法制條件之配套措施。

經過二次問卷調查及二次專家座談之後，中醫專科醫師制度規劃內容六
大主題,共計三十六項指標,都達到一致多數共識,而在專家座談所提出的重要
議題:1. 中醫婦科專科醫師訓練醫院認定標準應加入品質控制。2. 教學設備中
教學器材,應包括幻燈機、投影機、錄影機及電腦網路等教學設備。3. 種子醫
師之產生。4. 中醫專科醫師制度實施之時機。等也都有一致的共識,而也依此
些結果擬定”中華民國中醫婦科醫學會中醫婦科專科醫師甄審暫行辦法”,其完
整內容如附件三。

第五章 討論

中醫婦科專科醫師甄審資格

中醫婦科專科醫師訓練醫院條件及訓練課程,應符合本研究所規劃之相關
內容。

中醫婦科專科醫師訓練醫院硬體設備應符合醫療法規之相關規定之認定
標準,軟體上應符合本研究所規劃之相關內容,並且應加強教育師資及品質控
制。

中醫婦科專科醫師訓練課程綱要

以中醫婦科學、中醫臨床門診學習為主,西醫婦產科學及相關科學為輔,

並應有醫療法規及醫學倫理學之教育訓練。

中醫婦科專科醫師甄審方法

甄審方法分筆試及口試二種，口試需由三位(含)以上之口試委員共同評定。筆試及口試內容以中醫婦科學、門診病例為主，西醫婦產科學及相關科學為輔。

中醫婦科專科醫師甄審成績計算方法

筆試及口試均需達六十分(含)以上，筆試及格而口試不及格者，筆試成績得保留兩年。

中醫婦科專科醫師證書有效期及其展延

中醫婦科專科醫師證書有效期限為六年。

中醫婦科專科醫師證書有效期限之展延，需於六年修滿所規定之在職進修學分 200 點。

種子醫師之產生

應考慮專科執業年資、教育訓練及入會年資。

必備資格

1. 在國內合格之中醫醫療院所執業的臨床醫師，並修習中醫婦科在職教育學分滿 30 點者。
2. 本會會員於民國 92 年 12 月 31 日前入會者。

必備條件

以點數總和計算，點數總和超過 2 點，始符合資格。

點數計算方法： $A = \text{本會認定之訓練醫療院所年資} \times 0.6$

$B = \text{執業年資} \times 0.3$

$C = \text{參加本會年資} \times 0.4$

點數總和 = $A+B+C$

以上年資計算至報考截止日，滿一年者列入整數計算，不滿一年者不列入計算。

中醫專科醫師制度實施之時機

應在教育訓練完整和相關法制合宜之後實施。中醫目前執業受到許多法制上不合宜的限制,諸如臨床檢驗及一般醫療器材及儀器使用的限制,如婦科生殖器抹片採檢、陰道塞劑之使用、陰道內診等,這些限制將會抹殺中醫專科醫師執業的能力,及降低患者就醫的品質,因此在中醫婦科專科制度實施之時機,應在教育訓練完整和相關法制有完善的相關配套措施之後,以取消不合宜的法令限制,並使中醫師獲得完整專業執行能力之後,才是實施中醫婦科專科制度之最適當時機。

台灣西醫婦產科專科醫師制度,涵蓋了婦科及產科兩大領域,規定中華民國醫師凡在婦產科專科醫師訓練醫院完成四年以上之婦產科臨床訓練且須包括一年總醫師或總醫師同等之訓練,或領有外國婦產科之專科醫師證書經本署認可者。經婦產科專科醫師甄審筆試及口試二者皆及格者,得以取得西醫婦產科專科醫師。

其筆試內容包含：

- 1.一般婦科學：女性生殖器官之胚胎、解剖、生理、病理及其神經內分泌控制。
- 2.正常妊娠生理及產科照顧、異常妊娠、難產及高危險妊娠之診斷及處理。
- 3.生育控制。
- 4.不孕症之診斷及治療、女性生殖器官畸形、婦科腫瘤學、婦科內分泌學以及有關婦產科之診斷方法及手術技巧問題。
- 5.其他有關婦產科學之基礎醫學。

口試由數位口試委員主試，範圍如下：

- 1.個案病歷摘要二十例：應考者主治或參與治療之產科十例。（含高危險妊娠二例、產前併發症二例、產前遺傳診斷二例、產中併發症二例、產科超音波二例）一般婦科學二例、婦癌二例、不孕症及內分泌學二例、婦女泌尿學二例、內視鏡二例。
- 2.幻燈片或錄影帶等教學資料。
- 3.該次甄審筆試題目內容。

審視其取得婦產科專科醫師的訓練及考試過程,都相當完整及嚴謹。因此中醫婦科專科醫師制度可借鏡西醫婦科專科醫師制度,規範適當的符合,設計完整的中醫婦產科臨床訓練課程及時程,建立公平、公正、公開的筆試及口試

方式，於適當時機將中醫婦科專科醫師制度引入於中醫體系當中。

2. 應參考西醫制度來討論中醫現況與條件部分加以討論可行性，以修改制度。

台灣中醫現況與條件：

- 1.) 台灣中醫醫療院所超過 2500 家，但其中基層診所佔有比例超過九成以上，具醫院規模的少於一成；因此，缺乏軟硬體符合中醫婦科專科醫師訓練條件之中醫院。
- 2.) 台灣現有執開業中醫師約 4500 多人，而其取得中醫師的學歷資格背景有特考、學士後中醫系及中醫系三種，而其醫學背景差異極大。
- 3.) 台灣醫療體系及法規對中醫的限制很大，舉凡西醫的醫學檢驗、儀器及技術的使用，都禁止中醫師於臨床中運用，致使中醫師於臨床診療受到不合理的限制，此限制中醫師擁有完善診療的能力，也都將影響中醫師於臨床的服務品質。

由於現實環境大型的中醫醫院及現有相關醫療法規不合理的限制，使得中醫師沒有適當及足夠的中醫的醫院及無法獲得具有完整婦產科專科醫師訓練課程。

因此，審視西醫婦科專科醫師制度及西醫醫院之軟硬體條件，要施行中醫中醫婦科專科醫師制度，首先必需修正相關的醫療法規，使中醫師能擁有現代醫學中相關診療的學識、技術及儀器的使用，並鼓勵及協助中醫醫院的開設，以提供具中醫婦科專科醫師訓練條件之中醫院。

第六章 結論與建議

結 論

指標選取的界定值設定於平均值 5.0 以上，若標準過低，選取的指標將較浮濫，但若標準過高，選取的指標將較嚴苛，將會降低研究本身存在的意義。

本研究針對中醫婦科專科制度及施行辦法之內容經二次問卷及一次專家座談後，已獲得相當一致的意見，但在實施時機的時程上及相關配套措施上則有分歧的看法。

經過二次問卷調查及二次專家座談之後，中醫專科醫師制度規劃內容六
大主題，共計三十六項指標，都達到一致多數共識，而在專家座談所提出的重要
議題：1. 中醫婦科專科醫師訓練醫院認定標準應加入品質控制。2. 教學設備中
教學器材，應包括幻燈機、投影機、錄影機及電腦網路等教學設備。3. 種子醫
師之產生。4. 中醫專科醫師制度實施之時機。等也都有一致的共識，而也依此
些結果擬定“中華民國中醫婦科醫學會中醫婦科專科醫師甄審暫行辦法”，其完
整內容如附件三。

建議

政策及立法上的建議

實施中醫婦科專科制度，基本上對促進中醫執業專業化及提升患者就醫品
質有所助益，但分科却

有分割、破壞中醫整体醫療原則之虞

中醫目前執業受到許多法制上不合宜的限制，諸如臨床檢驗及一般醫療器
材及儀器使用的限制，如婦科生殖器抹片採檢、陰道塞劑之使用、陰道內診等，
這些限制將會抹殺中醫專科醫師執業的能力，及降低患者就醫的品質，因此在中
醫婦科專科制度實施之政策及立法上，應有完善的相關配套措施，取消不合宜的
法令限制，去除中醫婦科專科制度實施之障礙。

對中醫教育行政管理者之建議

中醫教育應涵蓋完整的醫療應用內容，包括完整的中醫學及相關之現代醫
學診斷學及儀器之使用，以培養具完整執業能力之中醫婦科專科醫師。

對中醫自主(公會)行政管理者之建議

加強中醫在職教育，尤以現代醫學新知，包括診斷學與儀器之知識、技術，使
中醫師也能與時俱進，能使用現代醫療科技之知識、技術與儀器，以提升醫療品
質，維護患者的健康與權益。

參考文獻

1. 李卓倫、紀駿輝、賴俊雄，”時間、所得與中西醫療價格對中醫門診利用之影響”，中華民國公共衛生雜誌，第 14 卷，第 6 期，第 470-476 頁，1995。
2. 李漢修，”全民健康保險中醫利用概況簡介”，醫院，第 32 卷，第 4 期，第 15-22 頁，1999。
3. 翁瑞宏，”全民健康保險中醫門診醫療利用之研究”，中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，2000。
4. 鄧振華，”中醫醫療資源與民眾特質對臺灣地區中醫醫療服務利用之研究”，中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，2001。
5. 趙榮章，”大陸地區中醫教育在附設醫院實習制度”，成都中醫藥大學附設醫院
6. 林毅，”大陸地區中醫師養成晉升制度”，廣西省桂林是中醫醫院。
7. 中華民國婦產科醫學會，”西醫婦產科專科醫師甄審原則”
8. 行政院衛生署，”婦產科專科醫師訓練醫院認定標準”，2000
9. 中華民國中醫師全國聯合會，”中醫師參加學術活動或繼續教育評分記點辦法”，2002
10. 行政院衛生署，”醫師執業登記及繼續教育辦法”
11. 黃東琪，”中醫門診總額支付制度醫療品質評估之研究”，中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，2000。
12. 張永賢，中醫醫院評鑑標準之前導研究。行政院衛生署網站衛生統計資料。

附錄

附錄一

中醫婦科專科制度規劃研究問卷——第一次問卷

專家您好：

本問卷是衛生署中醫藥委員會委託研究計劃-----”中醫婦科專科醫師制度規劃研究”-----之問卷.主旨旨在於收集您等各位專家之意見，藉由您等所提供之結果，作為本研究相關主題-----“中醫婦科專科醫師甄審資格，中醫婦科專科醫師訓練醫院認定標準，中醫婦科專科醫師甄審方法，中醫婦科專科醫師甄審成績計算方法，中醫婦科專科醫師證書有效期及其展延-----“之重要性及可行性（即適用性）之專家意見收集及整合，期盼您能提供寶貴之意見，以為建立中醫婦科專科醫師制度政策貢獻您的智慧，謝謝您！

計劃主持人：徐慧茵

協同主持人：鄧振華 程惠政

2003/05

問卷填答注意事項：

請各位專家填答問卷時，針對各項指標之重要性及可行性在適當之分數上勾選，並務必請將問卷完整填答，以維持問卷之有效性！ 謝謝！！

註：

1、重要性：指該指標是評估建立中醫婦科專科醫師制度不可或缺的指標。

2、可行性（即適用性）：指該指標是否適合用來評估中醫專科醫師制度建立的指標。

中醫婦科專科醫師制度規劃研究	普通	重要性分數							可行性分數						
		非常重 要			不可行				非常可 行			可行			
		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
I 、中醫婦科專科醫師甄審															
資格：		<input type="checkbox"/>													
1、於合格之中醫婦科專科醫師訓練中醫院所執業中醫婦科滿三年以上者。		<input type="checkbox"/>													
2、修習中醫婦科在職教育學分滿 195 學分者。		<input type="checkbox"/>													
II 、中醫婦科專科醫師訓練															
醫院認定標準															
一、醫院條件：		<input type="checkbox"/>													
1、設施：合於中醫聯合診所標準以上，且沒有中醫婦科門診者。		<input type="checkbox"/>													
2、人員：應有中醫婦科專科醫師專任醫師（任職一年以上）三人以上，且其中一人應具中醫婦科專科醫師。		<input type="checkbox"/>													
3、醫療業務：中醫婦科門診今年在三千人次以上者。		<input type="checkbox"/>													
4、醫療設備：應有獨立、舒適、隱密、寧靜之治療室。		<input type="checkbox"/>													
二、教學師資：		<input type="checkbox"/>													
應有中醫婦科專科專任醫師（任職一年以上）三人以上且其中一人，應具中醫婦科專科年資五年以上。		<input type="checkbox"/>													
三、教學設備：															
1、教學場所：應有寬敞、安靜之會議室。		<input type="checkbox"/>													
2、教學設備：		<input type="checkbox"/>													
2-1、醫學期刊：包括中醫婦科、西醫婦產科醫學雜誌（期刊）五種以上。		<input type="checkbox"/>													
2-2、教科書：包括中醫婦		<input type="checkbox"/>													

科典籍及最新版教科書十本以上。

2-3、教科書：包括西醫婦產科之最新版教科書十本以上。

四、教學內容：

1、符合中醫婦科專科醫師訓練課程綱要之內容（三年內實施完畢）。

2、參與學術研討會每個月一次以上。

3、病歷討論每週二次以上。

4、新知（期刊論文）討論每週二次以上。

III、中醫婦科專科醫師訓練

課程綱要

1、中醫婦科學：

1-1、中醫有關女性生殖器、及中醫經、帶胚、產之相關受理學習。

1-2、中醫婦科門診每週至少五診以上。

2、西醫婦科學：

女性生殖器官之胚胎、解剖、生理、病理及其神經內分泌學控制。

2、西醫不孕症之診斷及治療。

4、西醫婦科腫瘤學。

5、西醫婦產科之內分泌學。

6、西醫產科學。

7、中醫醫德史及西醫醫學倫理學。

IV、中醫婦科專科醫師甄審

方法：

一、甄審方法：

1、甄審方法分筆試及口試二種。

2、筆試不及格者，不得參加口試，口試不及格者，筆試及格成績得以保留二年。

二、筆試方式及內容：

1、筆試以中文及／或英文命題。

2、筆試內容（範圍）：

2-1、中醫婦科學：女性生殖學之相關生理病理及經、帶、胎、產之生理病理。

2-2、西醫不孕症之診斷及治療。

2-3、西醫婦科腫瘤學。

2-4、西醫婦科內分泌學。

2-5、西醫婦產科學。

2-6、其他西醫有關婦產之基礎醫學。

三、口試方式及內容：

1、口試方式：由數位口試委員主試。

2、自備個案病例摘二十例。

3、幻燈片、錄影帶及電腦等教學內容考試（符合中醫婦科專科醫師訓練課程綱要之內容）。

4、該次甄審筆試題目之內容。

V、中醫婦科專科醫師甄審績成計算方法：

1、筆試成績：以六十分為及格。

2、口試成績：以數位口試委員評分總平均滿六十分為及格。

VI、中醫婦科專科醫師證者有效期及其展延方法：

1、中醫婦科專科醫師證者有效期為六年。

2、中醫婦科專科醫師證者有效期之展延：醫師證者有效期限內，參加學術活動或繼續教育積分達二百四十點以上，其中一百六十點或以上必須由中醫婦科醫學會主辦之研討活動，另八十分或以下由中醫婦醫學會協辦之研討活動。

附錄二

中醫婦科專科制度規劃研究問卷——第二次問卷

醫師您好：

本問卷是衛生署中醫藥委員會委託研究計劃《中醫婦科專科醫師制度規劃研究》之問卷。主旨 在於收集您等各位醫師之意見，藉由您等所提供之結果，作為本研究相關主題----“中醫婦科專科醫師甄審資格，中醫婦科專科醫師訓練醫院認定標準，中醫婦科專科醫師甄審方法，中醫婦科專科醫師甄審成績計算方法，中醫婦科專科醫師證書有效期及其展延”----之重要性及可行性（即適用性）之專家意見收集及整合，期盼您能提供寶貴之意見，以為建立中醫婦科專科醫師制度政策貢獻您的智慧，謝謝您！

計劃主持人：徐慧茵 02-2763-7466

協同主持人：鄧振華 0921-481-129

程惠政

學會聯絡電話:02-37651195

問卷填答注意事項：

1. 請各位醫師填答問卷時，針對各項指標之重要性及可行性在適當之分數上勾選，並務必請將問卷完整填答，以維持問卷之有效性！
2. 本問卷是利用八月三十一日會員大會當日對與會醫生進行調查，請各位醫師利用暇餘空檔填妥，我們將在大會現場回收此份問卷。 謝謝！！

註：

-
- 1、重要性：指該指標是評估建立中醫婦科專科醫師制度不可或缺的指標。
 - 2、可行性（即適用性）：指該指標是否適合用來評估中醫專科醫師制度建立的指標。

中醫婦科專科制度規劃研究問卷《第二次》

中醫婦科專科醫師制度規劃研究	重要性分數 普通	重要性分數							可行性分數						
		非 常 重 要	不 可 行	非 常 可 行	非 常 重 要	不 可 行	非 常 可 行	非 常 重 要	不 可 行	非 常 可 行	非 常 重 要	不 可 行	非 常 可 行	非 常 重 要	不 可 行
I 、中醫婦科專科醫師甄審															
資格：		1	2	3	4	5	6	7 (平均值)	1	2	3	4	5	6	7 (平均值)
1、於合格之中醫婦科專科醫師訓練醫院完成中醫婦科滿三年以上訓練者。		<input type="checkbox"/>	(4.8)	<input type="checkbox"/>	(4.8)										
2、修習中醫婦科在職教育積分滿 180 點者。		<input type="checkbox"/>	(6.1)	<input type="checkbox"/>	(5.77)										
II 、中醫婦科專科醫師訓練															
醫院認定標準															
一、醫院條件：															
1、設施：設有中醫婦科門診之中醫醫院或附設中醫部門之醫院。(認定標準依衛生署規定)		<input type="checkbox"/>	(5.53)	<input type="checkbox"/>	(4.87)										
2、人員：應有中醫婦科專科醫師(任職一年以上)三人以上，且其中一人應具中醫婦科專科醫師年資五年以上。		<input type="checkbox"/>	(5.33)	<input type="checkbox"/>	(4.87)										
3、醫療業務：中醫婦科門診全院全年在三千人次以上者。		<input type="checkbox"/>	(4.93)	<input type="checkbox"/>	(4.53)										
4、醫療設備：應有獨立、舒適、隱密、寧靜之診療室。		<input type="checkbox"/>	(5.47)	<input type="checkbox"/>	(5.3)										
5、品質管制？		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>											
6、指定項目品質評估？		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>											
二、教學師資：															
應有中醫婦科專科醫師		<input type="checkbox"/>	(5.67)	<input type="checkbox"/>	(5)										

中醫婦科專科醫師制度規劃研究	重要性分數 普通	重要性分數							可行性分數						
		非 常 重 要	不 可 行	非 常 可 行	非 常 重 要	不 可 行									
中醫婦科專科制度規劃研究問卷《第二次》															

(任職一年以上)三人以上，且其中一人，應具中醫婦科專科醫師年資三年以上。

三、教學設備：

- 1、教學場所：應有寬敞、安靜之會議室。 (5.63) (5.6)
- 2、教學設備：
- 2-1、醫學期刊：包括中醫婦科、西醫婦產科醫學雜誌（期刊）五種以上。 (5.63) (5.6)
- 2-2、教科書：包括中醫婦科典籍及最新版教科書十本以上。 (6.13) (6.1)
- 2-3、教科書：包括西醫婦產科之最新版教科書十本以上。 (5.8) (5.67)
- 2-4、教學器材：包括幻燈機、投影機、錄影機及電腦網路等教學設備。

四、教學內容：

- 1、符合中醫婦科專科醫師訓練課程綱要之內容（三年內實施完畢）。 (6.1) (5.67)
- 2、參與學術研討會每個月一次以上。 (5.67) (5.4)
- 3、病歷討論每週至少一次以上。 (4.87) (4.47)
- 4、新知（期刊論文）討論每週至少一次以上。 (5) (4.63)

III、中醫婦科專科醫師訓練

中醫婦科專科醫師制度規劃研究	普通	重要性分數	可行性分數	
		非 常 重 要	不 可 行	非 常 可 行
課程綱要				

- 1、中醫婦科學： (平均值) (平均值)
- 1-1、中醫有關女性生殖器、及中醫經、帶胎、產之相關處理。 (6.47) (6.5)
- 1-2、中醫婦科門診每週 (5.47) (5.27)

至少二診以上。

- 2、西醫婦科學： (5.97) (5.73)
女性生殖器官之胚胎、解剖、生理、病理及其神經內分泌學控制。
- 3、西醫不孕症之診斷及治療。 (5.6) (5.37)
- 4、西醫產科學。 (5.59) (5.34)
- 5、其他西醫有關婦產科學之基礎醫學。 (5.87) (5.6)
- 6、醫療法規及醫學倫理學。 (5.17) (4.93)

IV、中醫婦科專科醫師甄審

方法：

一、甄審方法：

- 1、甄審方法分筆試及口試二種。 (6.4) (6.33)
- 2、筆試不及格者，不得參加口試，口試不及格者，筆試及格成績得以保留二年。

二、筆試方式及內容：

- 1、筆試以中文命題。(專有名詞可用英文標示) (6.27) (6.13)

2、筆試內容（範圍）：

- 2-1、中醫婦科學：女性生殖學之相關生理病理及經、帶、胎、產之生理病理。 (6.63) (6.7)

- 2-2、西醫婦產科學。 (5.37) (5.3)

中醫婦科專科醫師制度規劃研究	重要性分數		可行性分數	
	普	非	不	非
	通	常	可	常
		重	行	可
		要	行	行

- 2-3、其他西醫有關婦產科學之基礎醫學。 (5.38) (5.21)

三、口試方式及內容：

- 1、口試方式：由三位以上口試委員主試。 (6.17) (6.3)

- 2、自備個案病例摘要二十例。 (5.27) (5)

- 3、幻燈片、錄影帶及電腦等教學內容考試（符合中醫

婦科專科醫師訓練課程綱
要之內容)。

4、該次甄審筆試題目之內容 (5.5) (5.55)

V、中醫婦科專科醫師甄審

成績計算方法：

1、筆試成績：以六十分為及格。 (6.27) (6.37)

2、口試成績：以三位以上口試委員評分總平均滿六十分為及格。 (6.37) (6.43)

VI、中醫婦科專科醫師證書

有效期限及其展延方法：

1、中醫婦科專科醫師證書有效期限為六年。 (6.34) (6.23)

2、中醫婦科專科醫師證書有效期限之展延：應於專科醫師證書有效期限內，參加學術活動或繼續教育積分達二百點以上，其中一百二十點或以上必須由中醫婦科醫學會主辦之研討活動，另八十點或以下由中醫婦科醫學會協辦或由其他協會協辦之研討活動。

附錄三

(西醫)婦產科專科醫師甄審原則

民國 77、9、16 行政院衛生署衛署醫字第七五四五二九號公告

民國 79、8、14 行政院衛生署衛署醫字第八八九四五四號公告修正第九點及第十點

民國 86、3、21 行政院衛生署衛署醫字第八五〇七三五八五號公告修正第二點、第三點、第四點、第十點

民國 89、4、28 行政院衛生署衛署醫字第八九〇一八五二一號公告修正第二點及第四點

一、行政院衛生署（以下簡稱本署）為辦理婦產科專科醫師甄審（以下簡稱專科醫師甄審），特訂定本原則。

二、醫師符合下列各款資格之一者，得參加專科醫師甄審。

1. 凡在婦產科專科醫師訓練醫院完成四年以上之婦產科臨床訓練且須包括一年總醫師或總醫師同等之訓練，並取得該醫院訓練期滿之證明文件者。

2. 領有外國婦產科之專科醫師證書經本署認可者。前項第一款婦產科專科醫師訓練醫院，於依規定辦理認定前，依中華民國婦產科醫學會認可之醫院為之。於國外醫院接受專業訓練者，參照我國專科醫師訓練醫院標準個案審查。

三、專科醫師甄審分筆試及口試二部分，筆試及口試均及格者為合格。筆試不及格者，不得參加口試，口試不及格者，筆試及格成績得保留二年。

四、筆試採用選擇題，以中文或英文命題，其範圍如下：

1. 一般婦科學：女性生殖器官之胚胎、解剖、生理、病理及其神經內分泌控制。

2. 正常妊娠生理及產科照顧、異常妊娠、難產及高危險妊娠之診斷及處理。

3. 生育控制。

4. 不孕症之診斷及治療、女性生殖器官畸形、婦科腫瘤學、婦科內分泌學以及有關婦產科之診斷方法及手術技巧問題。

5. 其他有關婦產科學之基礎醫學。

口試由數位口試委員主試，範圍如下：

1. 個案病歷摘要二十例：應考者主治或參與治療之產科十例。（含高危險

妊娠二例、產前併發症二例、產前遺傳診斷二例、產中併發症二例、產科超音波二例）一般婦科學二例、婦癌二例、不孕症及內分泌學二例、婦女泌尿學二例、內視鏡二例。

2.幻燈片或錄影帶等教學資料。

3.該次甄審筆試題目內容。

五、專科醫師甄審成績採百分法計算，筆試成績以六十分為及格；口試成績以數位口試委員評分總分平均滿六十分為及格。

六、專科醫師甄審每年辦理一次，其報名日期、筆試及口試日期、地點及有關事項，於辦理前二個月公告之。

七、參加專科醫師甄審，以通信報名方式為之。

八、報名參加專科醫師甄審，應繳交下列表件：

1.報名表。

2.醫師證書及其影本各一份（正本驗畢發還）。

3.個人主治或參與治療之婦科、產科個案病歷摘要各二十五例。

4.第二點所定資格證明文件，補行口試者，繳交筆試及格證明文件。

5.最近一年內二吋正面脫帽半身照片三張。

6.其他有關證明文件。

九、婦產科專科醫師證書（以下簡稱專科醫師證書）有效期限為六年，期滿每次展延期限為六年。

十、申請專科醫師證書有效期限之展延，應於專科醫師證書之有效期限內，參加下列學術活動或繼續教育積分達二百四十點以上；其中一百六十分或以上必須由參加中華民國婦產科醫學會主辦的研討活動（A類）；另八十分或以下由中華民國婦產科醫學會協辦的研討活動（B類）

A類包括

參加中華民國婦產科醫學會（以下簡稱醫學會）大會或學術演講會，每半天得積分五點。醫學會主辦之國際性大會或學術演講會每半天得積分十點。演講者（包括海報展示第一作者）每次加得五點，擔任特別演講者每次得積分二十點。

參加中華民國婦產科醫學會主辦之研習會，每半天得積分五點，演講者每次得積分十點。

B類包括

中華民國婦產科醫學會協辦之研討活動。

投稿中華民國婦產科醫學會會刊雜誌，原著報告者第一作者得積分二十點，第二作者積分十點，其他作者得積分五點；其為病例報告者，第一作者得積分十點，第二作者得積分五點，其他作者得積分二點。刊登於國外積分認定標準相同。

參加中華民國婦產科醫學會會刊或會訊「繼續教育複習測驗」，於完成測驗後將答案寄回醫學會者，每次得積分五點。

參加國際性有關婦產科學術活動（須提出報名單或繳費證明單）每半天得積分五點，演講者得積分二十點，擔任特別演講者每次得積分四十點。六十歲以上參加前項之繼續教育或學術活動者，其積分加倍計算。

十一、申請專科醫師證書有效期限展延，應繳下列表件：

- 1.申請表。
- 2.符合第十點所定展延條件之證明文件。
- 3.最近一年內二吋正面脫帽半身照片三張。
- 4.其他有關證明文件。

十二、專科醫師甄審或專科醫師證書有效期限展延，得斟酌實際費用需要收取甄審費或查核費。前項規定，於委託專科醫學會辦理初審工作或先行查核者準用之，其收取之費額，專科醫學會應報本署備查。

十三、專科醫師甄審或專科醫師證書有效期限展延結果，由本署通知之，經專科醫師甄審合格或專科醫師證書有效期限准予展延者，得依專科醫師分科及甄審辦法規定，申請本署發給專科醫師證書或展延專科醫師證書有效期限。專科醫師甄審或專科醫師證書有效期限展延，於委託專科醫學會辦理初審工作或先行查核者，經本署複審或核定後，前項通知，由專科醫學會為之；其申請專科醫師證書或展延專科醫師證書有效期限時，由專科醫學會統一向本署申請。

十四、申請專科醫師甄審成績複查，應於收到成績單之日起十日內，以書面敘明理由申請之，逾期不予受理，並以一次為限。前項複查，不得要求重新評閱、提供參考答案、閱覽或影印試卷，亦不得要求告知閱卷人員之姓名或其他相關資料。專科醫師甄審委託專科醫學會辦理初審工作時，前項複查之申請，向專科醫學會為之。

十五、專科醫師甄審或專科醫師證書有效期限展延之有關試卷、論著及資格證

明文件等資料，除留供研究者外，保存二年，但保留筆試及格成績補行口試者，應保存四年。委託專科醫學會辦理專科醫師甄審初審工作或專科醫師證書有效期限展延先行查核工作時，有關試卷、論著及資格證明文件等資料，由醫學會依前項規定期限保存。

十六、專科醫師甄審，本原則未規定者，依專科醫師分科及甄審辦法之規定。

附錄四

中華民國中醫婦科醫學會

中醫婦科專科醫師甄審暫行辦法

製定日期：九十二年十月十九日

第一項 中華民國中醫婦科醫學會（以下簡稱本會）為辦理中醫婦科專科醫師甄審（以下簡稱專科醫師甄審）特訂定本暫行辦法。

第二項 本會會員符合下款資格者，得參加專科醫師甄審。

第一款 必備資格

1. 在國內合格之中醫醫療院所執業的臨床醫師，並修習中醫婦科在職教育學分滿30點者。
2. 本會會員於民國92年12月31日前入會者。

第二款 必備條件

以點數總和計算，點數總和超過2點，始符合資格。

點數計算方法： $A = \text{本會認定之訓練醫療院所年資} \times 0.6$

$B = \text{執業年資} \times 0.3$

$C = \text{參加本會年資} \times 0.4$

點數總和 = $A+B+C$

以上年資計算至報考截止日，滿一年者列入整數計算，不滿一年者不列入

計算。

第三項 專科醫師甄審分筆試及口試二部分，筆試及口試均及格者為合格。筆試不及格者，不得參加口試，口試不及格者，筆試及格成績得保留二年。

第一款 筆試

1. 筆試採用中文命題(專有名詞可用英文標示)。
2. 考試時間：二至三小時
3. 範圍如下：
 - (一) 中醫婦科學：女性生殖器官之相關生理病理及經、帶、胎、產之生理病理
 - (二) 西醫婦產科學。
 - (三) 其他西醫有關婦產科學之基礎醫學。

及格標準：專科醫師甄審成績採百分法計算，筆試成績以六十分(含)以上為及格。

第二款 口試

1. 口試由三位以上口試委員主試，範圍為婦科臨床病歷之診斷與處置。
2. 及格標準：專科醫師甄審成績採百分法計算，筆試成績以六十分(含)以上為及格。

第四項 專科醫師甄審每年辦理一次，其報名日期、筆試及口試日期、地點及有關事項，於辦理前二個月公告之。

第五項 參加專科醫師甄審，一律以通信報名方式為之。

第六項 報名參加專科醫師甄審，應繳交左列表件：

- (一) 報名表。
- (二) 醫師證書及其影本各一份(正本驗畢發還)。
- (三) 個人主治或參與治療之婦科、產科個案病歷摘要各五例。
- (四) 根據第三項筆試及格但口試不及格補行口試者，繳交筆試及格證明文件。
- (五) 最近一年內二吋正面脫帽半身照片三張。
- (六) 其他有關證明文件。

- 第七項 報名參加專科醫師甄審，經審查資格相符者，發給准考證，憑證參加筆試，經審查資格不符者，不得參加考試。
- 第八項 婦科專科醫師證書（以下簡稱專科醫師證書）有效期限為六年，期滿每次展延期限為六年。
- 第九項 申請專科醫師證書有效期限之展延，應於專科醫師證書之有效期限內，參加下列學術活動或繼續教育積分二百點以上；其中一百二十點或以上必須由參加本會主辦之研討活動（A類）；另八十點或以下由本學會或其他協會協辦之研討活動（B類）。

A類包括

- （一）參加中華民國中醫婦科醫學會（以下簡稱本會）大會及當天學術演講會，得積分二十點。本會主辦之國際性大會或學術演講會，每半天得積分四點。海報展示第一作者得五點，第二作者得三點，其他作者得一點。擔任特別演講者每次得積分五點。
- （二）參加本會主辦之研習會每半天得積分四點，演講者每小時得五點。

B類包括

- （一）本學會協辦之研討活動。
- （二）投稿本會刊雜誌，原著作者第一作者得積分五點，第二作者積分二點，其他作者得積分一點；其為病例報告者，第一作者得積分五點，第二作者得積分二點，其他作者得積分一點。刊登於國內外之其他雜誌由本會甄審委員認定者，其積分認定標準相同，另刊登國際或國內SCI期刊，且為婦科議題者得積分二十點。
- （三）參加本會雜誌會訊「繼續教育複習測驗」，於完成測驗後將答案寄回本會者，成績達八十分以上者，每次得積分1至五點。但每年不得超過五點。
- （四）參加國際性有關婦科學術活動（須提出報名單或繳費證明單）每半天得積分十點，演講者得積分二十點，擔任特別演講者每次得積分四十點。

附註：六十歲以上參加前項之繼續教育或學術活動者，其積分加倍計算。

- 第十項 申請專科醫師證書有效期限展延，應繳左列表件：

- (一) 申請表。
- (二) 符合第九項所定展延條件之證明文件。
- (三) 最近一年內二吋正面脫帽半身照片三張。
- (四) 其他有關證明文件。

第十一項 專科醫師甄審或專科醫師證書有效期限展延，得斟酌實際費用需要收取甄審費或查核費。

第十二項 申請專科醫師甄審成績複查，應於收到成績單之日起十日內，以書面敘明理由申請之，逾期不予受理，並以一次為限。

前項複查，不得要求重新評閱、提供參考答案、閱覽或影印試卷，亦不得要求告知閱卷人員之姓名或其他相關資料。本會辦理初審工作時，前項複查之申請，向本會為之。

第十三項 專科醫師甄審初審工作或專科醫師證書有效期限展延先行查核工作時、有關試卷、論著及資格證明文件等資料，由本會保存 7 年。

第十四項 甄審委員之聘任由理事會為之。其任期與理事會同。由甄審委員組成專科醫師甄審委員會，訂定前項之簡章。

第十五項 本會會員於民國 92 年 12 月 31 日前入會，於甄審辦法通過公佈實施三年內，得申請專科醫師甄審。

第十六項 本暫行辦法於本會公佈中醫婦科專科醫師施行甄審辦法後自動中止。

