

編號：CCMP92-RD-014

中醫內科專科醫師制度規劃研究

鄭歲宗

中華民國中醫內科醫學會

摘要

專科醫師制度在西醫各科已實施有年，成效良好，中醫界則囿於各方面因素未臻成熟而並未跟進，致形成發展之瓶頸。近數年來時移勢變，大型醫院紛紛設立中醫醫學中心及附設中醫部，足證此係因應現實需求及在潮流衝擊下，仍普獲大眾肯定之景況。

本研究計畫，係以專家意見徵詢、專科制度共識研討會及問卷調查等方式進行。並擴大參與面，廣邀學術機構、公會、西醫教學醫院附有中醫部門的人員及教學醫院之內科專家學者開會討論，並且採用德菲法（Delphi Technique）以協助使制度之規劃更能系統性呈現專家之意見及促成共識之形成。據此擬定「中醫內科專科醫師甄審原則」、「中醫內科專科醫師訓練課程綱要」、「中醫內科專科醫師訓練醫療院所認定標準」等，以形成中醫內科專科醫師制度。力求經驗與實務之傳承，以專科分工化提昇醫療品質，俾供衛生主管機關推動專科醫師制度時有很明確之參考據據。

本研究小組總計發出342份問卷調查者，經回收有效問卷總共88份。研究對象為執業或曾經執業之中醫師。調查研究乃針對本研究小組召集中醫內科專家學者及各公會、學會、醫院代表諮詢會議所擬定中醫內科專科醫師之「甄審原則」、「訓練課程綱要」、「訓練醫療院所認定標準」中之重要內容及實施意願、實施影響等方面進行的問卷調查。

經統計分析其結果及其代表意義為（1）在報考資格方面，基本同意所擬方案者其平均同意率為74.7%。（2）在考試內容方面，基本同意所擬方案者其平均同意率為87.5%。（3）在訓練計劃方面，基本同意所擬方案者，其平均同意率為84.5%。（4）在對制度規劃資訊了解方面，普遍知道比率為60%。（5）

在制度影響中醫發展方面，正面肯定有利比率為 77%。(6) 在制度影響中醫內科發展方面，正面肯定有利比率為 80%。(7) 在制度影響民眾健康保障方面，正面肯定有利比率為 91%。(8) 在制度影響對醫師本身方面，正面肯定有利比率為 83%。(9) 在總結意願方面，積極贊成實施此制度之比率為 84%。由上列問卷調查統計結果之分析，代表著大多數的中醫師，是傾向贊同規劃實施，符合中醫特性的中醫內科專科醫師制度的。

然規劃研究過程中亦遭遇到不少問題與困難。譬如過去師徒授受的中醫教育方式如何轉化為群聚而嚴謹的醫學院校教育；僅憑少數幾所中醫藥醫學院校培訓出的中醫各科專業人力是緩慢而不足的；中醫專科醫師實習及訓練場所明顯是不足的；專科性的中醫臨床培訓師資也是明顯不敷所需；分佈各地教育程度不一的特考中醫師，如何培訓再教育使其能通過專科醫師之甄審；專業分科實施後中醫資源勢必重整，如何解決各種接踵而來的演變與挑戰等均為中醫界應群策群力，形成共識，共同解決的問題。

總之，中醫現代化是時代潮流，而中醫專科化是中醫醫療品質提昇所必經之路，也是傳統醫學登上全球主流醫學所無法避免的趨勢。所有中醫藥從業人員都應該有此認知，也必須義無反顧地支持政府的中醫藥政策。但對於中醫內科專科醫師制度共識建立、培訓、實施的方式、時間點等方面及整合教學醫院、教學制度、再教育訓練之條件與相關性應做一全面性考量，妥善規劃，以早日建立符合台灣中醫特色的中醫內科專科醫師制度。

關鍵詞：中醫內科、專科醫師、中醫內科專科醫師、專科醫師制度

CCMP92-RD-014

Traditional Chinese Medical Interns Doctor Research Proposal

Cheng Sui-chung

Society of Traditional Chinese Internal Medicine of Formosa R.O.C.

Abstract

‘Western’ medicine already has implemented successfully such a system for many years, the Chinese medical community for a number of reasons has been kept confined resulting in lack of maturity and unable to keep pace. However, recent years has seen a shift by large hospitals who have established Chinese medical centers or adjunct departments. Such actions prove the increasing need and popularity of such medical treatment.

The present research report was based on the opinions and of experts in the field compiled through meetings and questionnaires. To hear the opinions of the largest group of specialists possible, we held discussion meetings with members of the Chinese Physician’s union, personnel from Chinese medical departments in Western hospitals, and internal medicine specialists in teaching hospitals. The Delphi Technique was employed to systematize the expert opinions and to formulate a consensus. Accordingly, to establish the Chinese Physician’s Internal Medicine Specialization, we drafted the ‘Principles for the examination and selection of the Chinese Internal Medicine Specialist,’ the ‘Outline and Syllabus for the Training Curriculum for the Chinese Internal Medicine Specialist,’ and the ‘Standards of Recognition for the training institutions for the Chinese Internal Medical Specialist.’ In order to improve the quality standard of medical treatment through specialization, we establish a tradition of practical experience to provide the Department of Health with a clear reference standard in their promotion of the System for the physician specialist.

The research subcommittee sent out a total of 342 questionnaires of which 88 were returned. Those questioned were professional or once-professional Chinese physicians. The investigation focused on the general issues regarding 'examination and selection principles,' 'general training and study,' and 'standards of training hospitals' as well as actual inclination, repercussions and other issues regarding the specialization of Chinese Internal medicine. The statistical analysis revealed that 1) 74.7% generally approved of the qualifications for examination; 2) 87.5% generally approved of the examination content; 3) 84.5% generally approved of the planned training; 4) approximately 60% had some knowledge or understanding of the planned system; 5) 77% felt that the system would have some positive effect on the development of Chinese medicine; 6) 80% believed that the system would have a positive influence on the development of Chinese Internal Medicine; 7) 91% believed that the system would positively benefit the health of the general public; 8) 83% felt the system would positively benefit the physician of Chinese medicine; 9) 84% responded that they would actively approve and participate in the enactment of this system. Thus, according to the analysis of the questionnaire results, the majority of representative physicians tend to approve of the plan regarding the specialization of Chinese Internal Medicine.

Yet numerous questions and problems cropped up in the course of the research for this project. For example: how will the present student-disciple education system transform into a structured and institutional group education system? Again, the experts in each specialization of the few designated training hospitals are insufficient; the internship and training facilities are insufficient; there are obviously too few experts to help train the Chinese physicians; the educational level of the Chinese physicians qualified through the 'special examination' system are not uniform raising the problem of how to provide further education such that the physician is able to pass the specialization examination; after the divisions of specialization are enacted, the resources of the Chinese physician will undergo inevitable readjustment and the issue of how to resolve the rapid onset of changes and challenges must be decided through common consensus.

In conclusion, there is a recent movement to push for modernization of Chinese medicine and specialization is a necessary path to take to improve its quality standard. Further, it is an inevitable trend in view of the global popularity of traditional medicine. All Chinese herbalists should recognize this fact and must wholeheartedly support the government's policy. However, certain factors as the

methods of establishment, training, and enactment as well as the time frame concerning and integration teaching hospital, teaching system, again the term and the relativity of the specialization training of Chinese internal medicine must be carefully and completely re-considered for proper planning to expediently establish a specialization system for internal medicine appropriate to the special quality of Chinese medicine in Taiwan.

Keywords: Chinese Internal Medicine, Specialist, Chinese Internal Medicine Specialist, System of Physician Specialization

壹、前言

一、研究問題背景

台灣的正式醫療體系，一直以西醫為主，但隨著疾病型態轉變、西藥對慢慢退化性疾病療效不彰、醫療科技昂貴化、醫療資源分布不均、傳統文化的影响……等因素，加上中醫在民間有相當程度的普遍性，使得一向被忽略的中醫傳統醫療又重新受到重視。然而在台灣以往有關醫事人力及專科醫師制度的研究，多著重於西醫的探討，對於中醫界，往往冠之以「不科學」的社會輿論或「密醫」等字眼，並無深入研究中醫在台灣醫療生態所扮演的功能及其存在的困境。

中醫是我中華民族傳統文化的精髓，不僅歷史悠久，而且領域浩瀚，博大精深，數千年來，對於人們身心健康的增進和維護，具有不可磨滅的功勞與貢獻；然而在發展過程中，由於缺乏科學實證方法，致延宕其進一步發展之契機，加以中醫養成教育與在職訓練等尚未樹立完善模式、執業環境惡性競爭等因素，導致醫療水準參差不齊。

專科醫師制度在西醫各科已實施有年，成效良好，中醫界則囿於各方面因素未臻成熟而並未跟進，致形成發展之瓶頸。近數年來時移勢變，大型醫院紛紛設立中醫醫學中心及附設中醫部，足證此係因應現實需求及在潮流衝擊下仍普獲大眾肯定之景況。

為因應時代脈動，並期以現代化、科學化之方法，證實中醫治療效果與作用機轉，進而使其邁向國際化，與現代醫學接軌，是國人尤其是中醫界必須共同努力之課題。中醫內科醫學，是中國醫學之重要組成部份，在現代醫療體系上，與西方醫學足以互補，因之，制定中醫內科專科醫師制度，達成推動其實施發展之共識，以提昇醫療之專業素質，自為當務之急。

鄧振華（2002年）曾指出，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%。

如眾所知，我國整體醫療人力不患寡而患不均。李淑宜（1989年）卻研究發現，中醫醫療人力患寡更患不均，除了地理分布不均，中西醫醫師比率亦顯懸殊，西醫師執業人數為中醫師的8倍，有些地區甚至相差12倍，而每萬人口僅有中醫師1.2名；中醫醫療人員的教育背景普遍偏低且參差不齊。但在

民眾需求方面研究報告指出 60%~70%的家庭曾使用過中醫醫療，且在中醫納入保險給付後，中醫對西醫的替代性相當高。

中國醫學係歷經數千年古代先哲實踐累積的一種醫學，在醫療行政體系上，中醫早期即有專科分科制度，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。

本研究即在探討中醫專科醫師分科制度之可行性評估，並嘗試模擬建立「中醫內科專科醫師制度」之前驅調查研究為主題，藉由各方意見之收集及整合及透過問卷調查及專家會議等方法，期能找出中醫界之共識與對策。

二、台灣西醫首先實施專科醫師制度

民國七十五年十二月二十六日修正公布的醫師法第七條之一規定：「醫師經完成專科醫師訓練，並經中央衛生主管機關甄審合格者，得請領專科醫師證書。」此法使專科醫師制度有了法律依據。此制度的建立一方面是建立起鑑定住院醫師訓練的標準，另一方面則希望專科醫師必須是經過完整的專科住院醫師訓練。

此制度強調的首要是經過專科住院醫師的訓練過程，「專」倒非最重要的，因為專科視分科程度而定。

其次，專科醫師的業務範圍無排他性，排他是反方向的規定。法律上並未規定各專科醫師的業務範圍（如內科醫師可做什麼？外科醫師可做什麼？），但若遇到較複雜的病例，如人工「水晶體的植入，規定一定要眼科專科醫師才能做。動開心手術，也只有心臟外科專科醫師才可以做。」若是眼科醫師想為車禍腦部受傷的病人進行急救，或是幫產婦接生，在法律上是未被限制的，我國的法律只提到「非領有醫師證書者，不得使用專科醫師名稱。」（醫師法第七條之二）、「專科醫院—專科診所之負責醫師，須具有專科醫師資格」。

台灣的專科醫師制度是仿效美國的專科醫師制度，和美國的制度頗相似，如「住院醫師」制度的採用。但在美國，並非所有醫院都有「住院醫師」，一定要經專科醫學會評定其住院醫師訓練計畫合格的醫院才有「住院醫師」，若無教學訓練計畫則無「住院醫師」，這樣做並不恰當。台灣方面則不論是否有

教學計畫，皆將醫師職稱分「主治醫師」、「住院醫師」。美國的專科醫師制度是由各專科醫學會辦理，而我們則是採政府（行政院衛生署）和各專科醫學會彼此合作的方式，衛生署訂定原則性的法令，保留覆審權及核定權，其餘的作業則基於尊重各分科的特性由各專科醫學會辦理，如：專科醫師訓練醫院評鑑、專科醫師訓練計畫綱要、專科醫師甄審辦法之擬訂等。此乃鑑於民情及公信力之差異，所以我們的政府較美國政府參與的多。

民國77年6月，政府頒佈「專科醫師分科及甄審辦法」，但因中醫迄未有專則之事務管理機構，因此由西醫率先投入專科醫師之臨床教育訓練。西醫挾龐大之醫療資源，從事專科醫師之培訓工作，在短短十多年間，「專科化」實施得十分徹底。根據衛生署統計，至91年年底為止，全台西醫醫師共計31,511人，但至91年5月份為止，通過衛生署專科醫師甄審而領證者，就已達到30,184人次（其中包括一人有一張以上專科醫師證書者）；包括牙醫在內，專科及次專科類別，共有26項（其中『職業醫學專科醫師』尚未辦理甄審）。

一般而言，醫學生從醫學院畢業取得醫師執照後就可以執業。然而，醫師若無經過畢業後一段時間的專業訓練（post-graduate professional training），很難能提供有品質保證的醫療服務。專科醫師制度，即為確保醫療品質提供安全之醫療服務而設的，此制度在歐美多國已實施很久。換句話說，醫學生畢業取得醫師執照後，需在合格的教學醫療院所經過一段時間的一般與專科訓練，在指導老師的督導下，完成必要且嚴格的訓練課程後，始能獨立為病人服務。

三、制度草創初期之放寬條款及推行阻力—以復健科專科醫師制度為例

西醫復健科專科醫師制度的制定過程可以分為二個階段：第一階段是由中華民國復健醫學會自己主動辦訓練、考試，第二階段約民國七十七年，衛生署（當時署長為施純仁教授）開始辦理專科醫師制度後，復健醫學會接受衛生署委託，辦理初審，再送交衛生署複審，去年剛好滿六年，所以第一批展延專科醫師資格是去年辦理的。

當初會想建立專科醫師制度，有二個原因：一是要建立榮譽制度；另一個目的，是要達到品質管制，確保訓練出來的醫師，在專業素質上能夠達到國際水準，要有這種穩定的水準，應該由二個方向著手，首先要規範住院醫師訓練的流程，包括要接受多少年訓練，訓練的內容要包括那些項目，以及那種層次的醫療院所、有那種師資、有什麼樣的完整訓練計畫、品管才能夠訓練專科醫師，這樣子比較嚴謹。

以復健科來說，參加專科醫師甄審之資格，是要在復健科專科醫師訓練醫

院完成三年以上之復健科臨床訓練，並取得該醫院訓練期滿之證明文件，或是領有外國之專科醫師證書，才可以參加專科醫師的考試（包括筆試、口試）。

有些人在剛開始推行專科醫師制度的時候，早已經實際從事臨床復健工作多年，但他們並不符合「復健科專科醫師甄審原則」中規定的「在復健科專科醫師訓練醫院接受三年（含）以上之復健科臨床訓練」，不過由於他們在制度制定前早已開始執行復健業務，所以剛開始的三年，允許他們和接受過訓練的醫師一樣參加考試，不過後來發現這些未受過完整訓練的人參加專科醫師考試考取率較受過完整訓練的人為低，證明了三年的訓練確實有其效果，不過，也引起這些未考取的醫師反彈、投書，這是當初推行這個制度的一個阻力。

復健科專科醫師制度與其他學會不同的是：大多數學會在推行專科制度之初，都有所謂「放寬條款」，就是已實際從事該科業務多年者，可以免試取得專科醫師資格，有點像「保送」，而復健科一開始就堅持一律參加考試，只有五位例外——考官（甄審委員），所以就連賴主任當時本身雖已經具有副教授資格，仍然是參加考試才取得專科醫師證書。這樣嚴謹地力求公平，一方面減少了「保護既得利益者」的批評，另一方面，卻也造成了部份醫師的抱怨。

四、研究目的

本研究之目的乃探討建立中醫內科專科醫師制度前驅性、可行性之評估研究。

本研究計畫將以專家意見徵詢、專科制度共識研討會及問卷調查等方式進行。擬擴大參與面，廣邀學術機構、公會、西醫教學醫院附有中醫部門的人員及教學醫院之內科專家學者開會討論，並採用德菲法（Delphi Technique）、名義團體法（Nominal Group），以協助使制度之規劃更能系統性呈現專家之意見及促成共識之形成。據此擬定「中醫內科專科醫師甄審原則」、「中醫內科專科醫師訓練課程綱要」、「中醫內科專科醫師培訓標準及相關實施細則」等，以形成中醫內科專科醫師制度。力求經驗與實務之傳承，以專科分工化提昇醫療品質，俾供衛生主管機關推動專科醫師制度時有很明確之參考據據。

為提昇醫療服務品質與效率、合理控制醫療費用，提高專業自主性，中醫門診總額支付制度於八十九年七月正式實施。為避免總額支付制度實施後，中醫團體會在成本控制的藉口下，減少必要的醫療服務及降低醫療服務品質，衛生署乃在該計劃中建立品質確保與監控方案，並要求健保局定期就民眾就醫可近性、醫療服務品質滿意度及差額負擔進行監控。而推動中醫專科醫師制度化，則可能是提昇中醫醫療品質的重要指標。

中醫「專科化」是為了追求醫療品質的提昇。但是如何讓整個中醫現階段

的醫療人力全面性改造，卻是一項艱鉅的工作。因為要讓中醫醫療品質提昇，就必需擷取西方醫學研究發展的模式，來調整中醫藥教育及臨床醫療實務培訓的架構，才能符合現代化的需求。

民國83年12月，行政院衛生署成立「中醫藥委員會」，正式專責管理全台中醫藥事務。而「中醫藥委員會」為提升中醫師之執業素質，其中一項重要工作就是「輔導中醫界成立專科醫學會」，並逐步建立「中醫師專科醫師制度」。既然「中醫專科化」已是中醫朝向現代化不可避免的趨勢，那麼推動中醫專科制度就勢在必行。只是此時是否凝聚足夠共識？此時是否是制度形成的成熟時機？有否可能繼續墨守成規，不實施中醫專科化而能與西醫各科分庭抗衡、迎頭趕上？

貳、文獻綜述

一、歷代中醫專業分科概況

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。其中集內外婦兒五官科醫術於一身，又精於砭刺針灸、按摩、湯液、熱熨等療法病的神醫『扁鵲』，於周遊列國時“隨俗為變”，依據各地風俗民情之需要而分科治病，例如：為婦女治病而為「帶下醫」（婦科醫師）、為老人治病而為「耳目瘡醫」（五官科醫師）、為小兒診治而為「小兒醫」（兒科醫師），可以說是中醫分科的始祖，也是「中醫兒科專科醫師」的第一人。

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、瘡醫、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。”瘡醫：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、剗（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”。

直到隨唐時期，太醫署則設立「少小科」，促進了兒科醫學的專業發展。此一時期，臨床醫學已漸朝專科化發展。

宋朝初期，將醫科分為方脈科、瘡科、及針科三科；至宋神宗則將醫科分為九科。其後歷經金元時期，則曾為十科；此一時期明醫輩出。李時珍之「本草綱目」更將各科疾病之防治藥方，收編十分完善。

明代，太醫院醫官、醫士、醫生等，則依醫術分為大方脈科、商寒科、小方脈科、婦人科、外科、正骨科、痘診科、眼科、針灸科等十三科。

從歷代醫藥展史中可見，中醫專科之診病方式，以及學術發展狀況，往往是隨著政治及經濟狀態的改變，而產生興衰之現象。尤其是隨唐盛世，文人輩出，主政者重視醫藥管理及考核，中醫開始走向分科治療。而由這個現象也可以看出，在社會經濟文化發達的時期，人們會開始注重生活內容品質的提昇，這其中也包含了與健康息息相關的「醫藥」，因此醫藥「專病專治」的學術發展，便自然地形成。

二、台灣地區中醫師培訓制度現況

陳立德（1997 年）曾研究探討台灣三種主要中醫師養成管道，其養成中醫師的教育程度、學歷背景及登錄執業的分佈現況；祈能提供中醫住院制度建立時所需之人才庫資訊，及提供教育、考選、醫政單位做為提昇中醫醫療品質、擬訂中醫相關政策的參考。

其結果為：至 1997 年 8 月 31 日止，台灣共有中醫師 3248 人登錄執業，其中中醫系背景者佔 11.1%、學士後中醫系背景者佔 10.8%，其餘 78.1% 的執業中醫師都是以中醫特考及格者為主。台北市是台灣登錄執業中醫師人數最多的中醫師公會，而每十萬人口中醫師數則以台中市的 45.3 人最多。中醫系第一至二十二屆學生登錄執業中醫者佔 16.3%，該系執業中醫人數隨歷年各項中醫保險開辦而有增加趨勢。中醫系畢業之受訪執業中醫師，42.7% 服務於醫院，57.3% 服務於診所；服務於醫院之受訪者，其擁有西醫專科醫師證書的人數比例，明顯比服務於診所者高。學士後中醫系第一至十二屆學生，70.8% 的人數比例來自於台灣十一所醫學院；畢業自各醫學院藥學系所為其最主要的原始畢業系所類別，佔 34.5%。1989 至 1996 年中醫特考及格中醫師，教育程度較 1982 至 1986 年及格者提昇；其受訪者有 23.2% 的最高教育程度與醫學相關；非醫學相關教育背景者中，高中以下程度者其應考次數顯著大於大學以上程度者；受訪者應考次數四次與教育程度及應考所費時間有顯著相關，但與醫學相關教育則否。中國醫藥學院中國醫學研究所碩、博士班與陽明大學傳統醫藥學研究所碩士班甲組之研究生，兩者均以中醫系畢業背景者為主。

現已執業之中醫師應加強其專科專病繼續教育考核的篩選，而正規中醫養成教育則應往多元化人才培育的方向發展；至於評估中醫住院制度的發展方向，則是了解目前中醫師能力素質之後，馬上應進行的任務。

行政院衛生署，中醫藥委員會 2003 年之行動綱領中有關中醫專科專業人力培訓有二：

（一）成立「中醫臨床教學中心」：

林宜信主委指出：現行中醫見實習醫生、住院醫師訓練，受限於目前國內缺乏中醫住院環境，僅接受中醫門診見實習訓練，影響中醫師執業素質。為健全中醫臨床教學環境，將陸續推動中醫師繼續培育計畫及中醫護理人員訓練計畫：

1.92 年度將完成設立 7 家「中醫臨床教學中心」，俾使中醫醫事人員培育過程制度化，預期將有 60% 執業中醫師接受繼續教育，50% 護理人員參與中醫護理訓練。

2. 實施「建構中醫整體臨床教學體系計畫」、「建立中醫醫療照護模式計畫」(含中醫住院、中醫會診、中醫藥事服務及中醫護理照護)，以提昇中醫醫療服務品質。

(二) 建立中醫醫院訪查制度，確保民眾就醫安全：

西醫醫院評鑑自民國 76 年實施以來，已有效提昇西醫醫療品質，奠定良好分級醫療基礎，惟中醫部分迄今尚未辦理評鑑作業；為督導中醫醫院加強業務管理，提昇中醫醫院服務品質，將於民國 92 年度起開始進行「中醫教學機構(醫院)訪查計畫」。本年度預定先行訪查 40 家，訪查項目包括設施、人員、醫療業務及設備、品質保證、指定項目品質評估及教學訓練等，未來全面建構中醫醫院評鑑機制，藉以落實提昇中醫醫療素質。

三、台灣地區中醫教育在附設醫院中醫養成制度

中國醫藥大學附設醫院張恆鴻、林宏任醫師（1996 年）曾以中國醫藥大學附設醫院為例，探討了台灣地區中醫教育在附設醫院中醫養成制度。中國醫藥大學成立於 1958 年，但最初二十餘年間，限於客觀環境，中醫臨床訓練一直未上軌道。1980 年附設醫院成立，設置中醫部，中醫之培訓規模粗具。目前中國醫藥大學附設醫院中醫部門設內、婦、兒、傷、針灸五針，另有中醫診斷研究室、中西合作醫療中心及中藥局等相關單位，業務包括門診、會診、住院及健檢等，並舉辦各種例行教學及學術研討會，以落實中醫人材之養成。

附設醫院中醫部受學院之委託，安排學士後中醫系（1 年）、中醫系（每年 3 個月）、特考班（10 個月）之見習與實習，每年約百餘人。訓練內容包括：病歷寫作、基本針灸及傷科手法、診斷技巧、病例報告及期刊研讀等。

住院醫師訓練制度全程為期四年，前二年除負責住院病患之第一線照顧外，並於各次專科輪調學習，參與各科病房會診及門診工作，以及指導見實習醫師之中醫基礎訓練。第三年得至西醫部相關科別或中醫部其他科別受訓半年。其餘時間在本科特定範疇繼續深入，並參與科內學術研討之規畫。第四年升任總醫師，負責科內一般行政業務、見實習醫師之教學，安排科內學術研討學程，並接受專科門診訓練，選擇特定主題，進行研究論文之撰寫。總醫師任期屆滿，經行政、學術、業務各方面之綜合考評後，得申請晉升主治醫師。

主治醫師為中醫部各科之骨幹，開設專科門診，負責住院病患之診療，接受各科會診，並進行專題研究及教學工作，或升任各科主任。

中醫部醫師除臨床業務之外，甚多進入研究所進修博碩士學位，或擔任學院教職。目前 66 名員額中，具博碩士學位者 30%，另有 18% 尚在進修中。具

講師以上資格者 42%，出版各種專門著作甚多。

台灣地區中醫教學醫院較少，而中醫部編制亦有限，因此經常邀請院外學有專精之學者專家，前來舉行學術交流及臨床研討。1992 年至 1996 年大陸中醫學者曾來短期訪問（一週至三個月不等）者 18 人，未來仍將更進一步，與大陸各大中醫學院之附設醫院進行交流。

十六年來曾到中國醫藥大學附設醫院中醫部見實習之學生共計 1136 名，特考學員 85 名，曾接受住院醫師訓練者 133 名，其中升任主治醫師 44 名。離職人員前往全省各大中醫醫院，或西醫教學醫院中醫部擔任負責人或主治醫師者甚多，對臺灣地區中醫界有重要之貢獻。

以往中醫界較少舉行學術研討會，中國醫藥大學附設醫院中醫部近九年來，主辦國內或國際中醫學術研討會共十種，協辦者亦有九種，國外人士前來中國醫藥大學附設醫院中醫部接受臨床訓練（三週至二年不等）者，1990 年至 1996 年間共計 20 國，134 人，其中絕大多數（125 人）在針灸科，9 人在內科，逐漸將中醫人才推向國際，以及醫療社會結構之上層。

四、大陸地區中醫師養成制度現況

廣西省桂林市中醫醫院林毅醫師（1996 年），曾綜合探討了大陸地區中醫師養成制度如下：

（一）規範化培訓制度

中國對中醫師的養成實行規範化培訓制度。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、時間及考核辦法等做了具體規定，是中醫師養成的基本制度。

（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提高，形式多樣，方法靈活，主要有：

- 1.學習日制度：每周安排半天為病房實習日，多數由各臨床科室有計畫有組織的進行。可以自學、可以討論也可組織問題解答等。
- 2.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。針對性強，學習效果好。
- 3.閱片，看圖學習制度：放射，超聲，心腦電圖等影像科室，每周組織多次閱片，看圖分析學習。
- 4.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。尤

其是著名專家的會診常會學到新知識、新理論、新技術、新方法。

5. 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，對診療工作進行大檢查、大討論，學習提高。
6. 專題學術報告制度：每月或每季度由本院或聘請外院，外地著名專家作專題學術報告。
7. 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的新理論、新技術以及國內外的學術進展等。

（三）高崗學習培訓制度

中醫師規範化培養的目的、內容和要求等，不是所有中醫醫院都能通過在崗學習培訓能達到或完成的。所以，相應地建立高崗學習培訓制度，有計畫有組織地選送培訓對象離開崗位到外地培訓，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。

五、大陸地區中醫師晉升及考評制度現況

廣西省桂林市中醫醫院林毅醫師（1996 年），曾綜合分析探討了大陸地區中醫師晉升制度如下：

（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下面的一級。

主任中醫師，副主任中醫師為高級職務，主治中醫師為中級職務，中醫師和中醫士為初級職務。

（二）各級中醫師技術職務任職條件

1. 主任中醫師：

（1）精通中醫理論：系統掌握與本專業有關的各家學說，對某些學說有較深的造詣，並有獨到的見解，掌握本專業的學術源流及國內外學

術發展情況。

- (2) 有豐富的臨床經驗：能熟練地運用中醫理、法、方、藥進行辨證論治，解決本專業的疑難、危、急、重症，有顯著療效。在繼承發揚中醫學術方面有顯著成績，並有較高水平的論著和論文。
- (3) 能夠指導和組織本科全面業務，具備承擔本專業的專題講座或講課的能力，能夠培養下級醫師，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，並作出一定的成績。
- (4) 從事副主任中醫師工作五年以上。

2.副主任中醫師：

- (1) 通曉中醫理論，熟練與本專業有關的各家學說，對某些學說比較精通，並有所發揮，熟悉本專業國內外學術發展情況。
- (2) 有豐富的臨床經驗，能熟練地運用中醫理、法、方、藥進行辨證論治，解決本專業的疑難、危急重症，有較顯著療效。在繼承發揚中醫學術方面有較大的成績，並有較高水平的論著和論文。
- (3) 能夠指導和組織本科全面業務，具備承擔本專業的專題講座或講課的能力，能夠培養下級醫師，能夠指導科研工作，並作出一定的成績。
- (4) 從事本科主治醫師工作五年以上。

3.主治中醫師：

- (1) 掌握中醫理論，了解本專業的各家學說和國內外學術動態。
- (2) 臨床經驗比較豐富，能熟練地運用中醫理、法、方、藥進行辨證論治，解決本科疑難危急重症，有較好的療效。在繼承發揚中醫學術方面有一定的成績，並有一定水平的論文。
- (3) 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），能夠指導下級醫師解決疑難問題，並能主管病房工作，能夠承擔本專業的科研任務，具有總結臨床經驗的能力。
- (4) 從事醫師工作五年以上（大學專科畢業或相當大專水平的出師學徒需七年以上）。

4.中醫師：

- (1) 熟悉中醫基礎理論，能夠閱讀中醫經典著作和其他有關古典醫籍，並能查閱文件。對本專業的有關學說和國內學術動態有所了解，並

能在實踐中加以體驗。

- (2) 能夠運用中醫理、法、方、藥進行辨證論治。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，能對下級人員進行業務指導。
- (3) 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，寫出完整的病案分析。
- (4) 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、直轄市統一考試合格者。

5. 中醫士：

- (1) 瞭解中醫基礎理論，掌握一定的中醫診療技術，能夠初步運用中醫理、法、方、藥進行辨證論治，在上級醫師指導下處理常見病，能獨力書寫中醫病歷。
- (2) 中等專業學校畢業或經夜大、函大、自學考試取得中專學歷，或經地、市統一招收的初中畢業，從師學習 3 年以上，並經地、市統一考試合格者。

各級中醫師技術職務的任職條件，是確認或晉升該級職務的依據。

(三) 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

- (1) 年度考評是對任期一年的工作績效，工作表現等進行考評，每年一次。
- (2) 晉升考評是對某級職務任職期滿而申報晉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

結合各級職務的任職條件，考評內容從德、能、勤、績四個方面進行。

- (1) **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。
- (2) **能**：指專業理論知識，技術水平及解決專業實際問題的能力。
- (3) **勤**：指工作是否勤奮，堅守工作崗位，履行職責，完成工作任務做

得怎樣。

(4) 縢：指工作業績，專業理論知識，學術技術的提高與創新做得怎樣。

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。

(1) 優秀：總分在 86 分（含 86 分）以上，績項得分不低於 25 分。

(2) 稱職：總分在 70 分至不滿 86 分者。

(3) 不稱職：總分不滿 70 分，在考評任期內有以下情況之一者：

①違紀違法，在被審查期間。

②受記過以上處分。

③發生責任性醫療事故或二級以上技術事故。

④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) 所在科室召開全員會議，進行科室評議。

(3) 本單位審查資料，對其專業理論知識，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、中級和初級三級。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組建。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有較高專業技術水平的人員組成。

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，為人民健康做出了較大貢獻，在民眾中有一定的威望。為更好地發揮其專長，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，技術水平和資歷達到相應條件者，

也給予評定為相應級別的中醫師職務資格。

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。

（四）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。大多數是採取同等聘任，即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。

（五）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，可以申請調離到其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，有人盡其才，各有所得。

六、大陸地區中醫教育在附設醫院臨床實習制度現況

成都中醫藥大學附設醫院趙榮章醫師（1996 年），曾歸納探討了大陸地區中醫教育在醫院臨床實習制度。臨床實習制度，是根據中醫專業培養目標，讓學生在教師指導下，以醫院為課堂，以病人為對象，以能力培養為目的的教學過程，是中醫醫學人才培養的必須環節。從大陸地區創辦中醫學院開始，即將臨床實習作為必修教學內容。在以後的辦學實踐過程中，又不斷完善臨床實習管理，增加臨床實習內容，改進臨床實習方法，改革臨床實習考試，使臨床實習管理不斷完善，內容逐漸規範，方法不斷更新，考試漸趨規範，培養出了大批高級中醫師。

歸納起來，大陸中醫教育在附設醫院臨床實習制度有如下重點內容：

（一）培養目標

一九八二年，中醫高教主管部門制訂頒發的中醫、中藥、針灸三個專業的教學計劃明確規定，中醫專業的專業目標是“系統掌握中醫學基礎理論、基本知識和基本技能，並學習一些必要的西醫學基礎理論和基本技能，能較熟練和準確地運用四診八綱、理法方藥對常見病進行辨證論治，對一些常見的急重症進行一般處理，為繼承發展中醫藥打下基礎。”這一培養目標明確地規定了中

醫學生培養方向，應掌握的“三基”和相應能力，一直指導著各院校的培養工作。近十年，雖然中醫院校開設的專業增加了骨傷、針灸、康復、外科等，但總未脫離以上總目標。

根據培養目標提出的學生要掌握“基礎理論、基本知識和基本技能”（即三基）的要求，各中醫院校附設醫院或臨床醫學院系，負責實習的具體實施。

（二）臨床實習的類型

1. 課堂見習

學生在醫療現場（門診或病房）進行主動的直接觀察，了解四診和辨證論治的實際過程，以補充和豐富課堂所學，並進行初步實踐的教學形式。

2. 教學實習（階段實習）

以彌補課堂學習之不足為目的臨床實習。一般安排學生跟師學習，並參加一定的實際工作，以獲得有關實際知識和技能，鞏固和加強理論知識，初步學會運用知識解決防病治病的問題，培養獨立進行辨證論治的能力。

3. 畢業實習

培養學生進行獨立工作而設的重要教學形式。它是理論聯繫實際，知識轉化為能力的重要環節，是對教學質量的綜合檢驗。

（三）臨床實習的時間及具體安排

1. 課堂見習

隨課堂教學安排。

2. 教學實習

第三學年上期或下期，安排八～十週，按教學計劃課程執行情況，主要實習已經過理論課學習的中醫科目。

3. 畢業實習

共四十五～四十八週，安排中、西醫內科，西醫外科（主要在病房）各十二週，中醫婦、兒、外（皮）、骨傷、眼（含耳鼻喉科）、針灸共十二週，主要安排門診。

（四）管理

1. 組織管理

臨床實習任務，首先由高等中醫院校的教學主管部門（教務處），下達給臨床醫學院（系），院系的教學管理部門（教育科或醫教科、教學辦）編制實習計劃，並把具體任務安排到各臨床科室。臨床科室負責編制本科實習大綱，科室教學秘書負責具體安排、落實任務。

學生實習結束後，通過考核，由教師按畢業實習評分表評出成績，交科室審核簽署意見後，匯總院系教學管理部門，交院校教務處。

2.教學管理

（1）實習準備

又叫臨床實習前考試，是正式進入臨床前的一個強化理論學習的教學活動。先對臨床常用的中西基本知識進行複習，加深印象，然後模擬病人或用影象方法考基本操作（四診和望、摸、叩、聽）和筆試。

此外科室在收到學生後，要對學生進行統一教育，介紹醫院規章制度，本科特色，管理方法。

（2）帶習方式

①門診帶習：

見習：教師診治病，一面示範操作，一面講解提問，學生抄方，在教師指導下進行操作。此期七天左右。

試診：學生自行採集病史資料，在教師指導下進行操作，在“試診本”上書寫病歷、處方，經教師改正後再抄正。

②病房帶習：

在教師指導下，學生獨立詢問、檢查、管理、護理病人和完成醫療文件書寫，教師審改和糾正，並教會學生觀察病情，督促完成各種醫療任務，培養學生的臨床能力和養成嚴謹的作用。

（3）考核方式

①教學實習考核

教學實習一般採取考查方式考核。按實習計劃、實習大綱要求，按統一的考查表格由帶習教師評分，實習組長匯總返校交管理部門，一律採用百分制記分。

②畢業實習考核

一種是學科實習結束後的出科考試。考核標準包括學生掌握本科基本理論知識和基本技能的程度，以及運用中醫理論指導解決本科實際問題的能力。考試方法有平時情況評定、出科理論考試、

床旁考試，一般三種考試方法綜合運用，最後根據權重確定學生成績。

另一種考試為畢業實習成績綜合評定。包括各科平均實習成績，帶教教師和管理教師鑒定意見，畢業論文質量三方面的綜合意見，按一定比分值最後評定畢業實習總成績，並將此成績作為全面評價畢業生培養質量的依據之一。有的院校設有畢業論文考核，又增加了畢業考試一項，考試畢業實習的主要科目（如西內、中內、針灸），這種理論考試，完全模擬臨床思維，一個步驟一個步驟，逐漸深入。而多數醫院則對學生採取了臨症測驗，這種考試一般較嚴，完全和親自上臨床一樣，教師在考核過程中不能給予幫助。

（4）質量檢查

質量檢查是學生實習成功的重要保證，附設醫院除將其作為日常工作經常進行外，還安排每年三次大檢查。第一次檢查帶習教師、學生分管床位、科室安排是否落實；第二次檢查主要對學生進行“臨症檢測”，其方法和畢業實習考試一樣，但結果不進入畢業成績，只作為平時成績的參考和今後努力的方向。第三次全院組織交叉教學檢查，考查科室教學查房的組織方法、認真態度和教學水平。

3.紀律管理

因學生實習分散到臨床科室，不像理論學習時集中便於管理。所以附設醫院制訂了許多實習紀律及措施，規定了實習醫師職責、醫療道德、醫療保護規範、病事假報告制度、學生和帶習教師相處的準則、醫療上的權限、曠課的處理辦法、休假辦法、夜班值班補休、補實習等。遇實習學生違反紀律，醫院可根據《實習手冊》、《學籍管理規定》等管理辦法，處理學生或終止畢業實習。

4.教師輔導

（1）臨診輔導：在帶習過程中進行，病人先由學生初步診治，提出處理意見，寫在試診本上，然後教師複診，對學生診治中出現的錯誤、存在的問題、解決的辦法有針對性地指出。遇到典型、疑難、複雜病例，立即求教，隨時講解。

（2）集中輔導：一般叫講課。根據本科實際病種和診療特點，舉行專題講座、報告、討論、選擇典型病例示教等。

（五）經費

學生到醫院後，根據教育主管部門的規定，由院校付給一定生活、交通等補助。

（六）其他

為了提高中醫大學生的臨床能力，各中醫院校採取了用聲象等手段對學生進行檢測；將臨床課直接放到科室，結合具體病種講解，利用模擬臨床思維的程序化考試方法，標準化病人的考試方法，實習後期專科定向培養方法，延長畢業實習時間的方法，增加急診科實習的方法等等，較大地調動和增強了學生學習的自覺性，起到了提高學生臨床能力的作用。

七、大陸地區中醫內科醫師規範化培訓制度現況

廣西省桂林市中醫醫院林毅醫師（1996 年），曾歸納整理大陸地區中醫內科（專科）醫師規範化培訓制度。並引用有關規定詳述其實施內容如下：

（一）中醫內科醫師培訓總則

- 1.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。
- 2.培養階段：培養與考核分前三年，後二年兩個階段培養。
- 3.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。
- 4.培養考核內容：
 - (1) 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。
- 5.考核採用學分制。

（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

1. 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。
2. 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。
3. 專業技能

(1) 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，逐漸掌握常見疾病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臨床意義。
- ⑥認真負責地做好帶教實習醫師的部分工作。

(2) 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地治療和處理。
- ③繼續參加門診急診工作，能熟習掌握常見急症的診斷，搶救。
- ④帶好下級醫師，寫好當年工作總結和心得體會。

(3) 第三年

- ①在寫好病例的基礎上，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與處理，能得出獨立全面的見解。
- 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疾病。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、教好下級醫師，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。

(4) 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，能熟練地準確處理中醫內科常見病多發病，能正確進行辯證論治，並能獨力處理疑難病症。
- ②較好地完成院內各科會診。
- 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。

4.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。

5.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

- 1.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。
- 2.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。
- 3.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。

(5) 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，診斷與鑒別診斷及處理疾病能力，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。

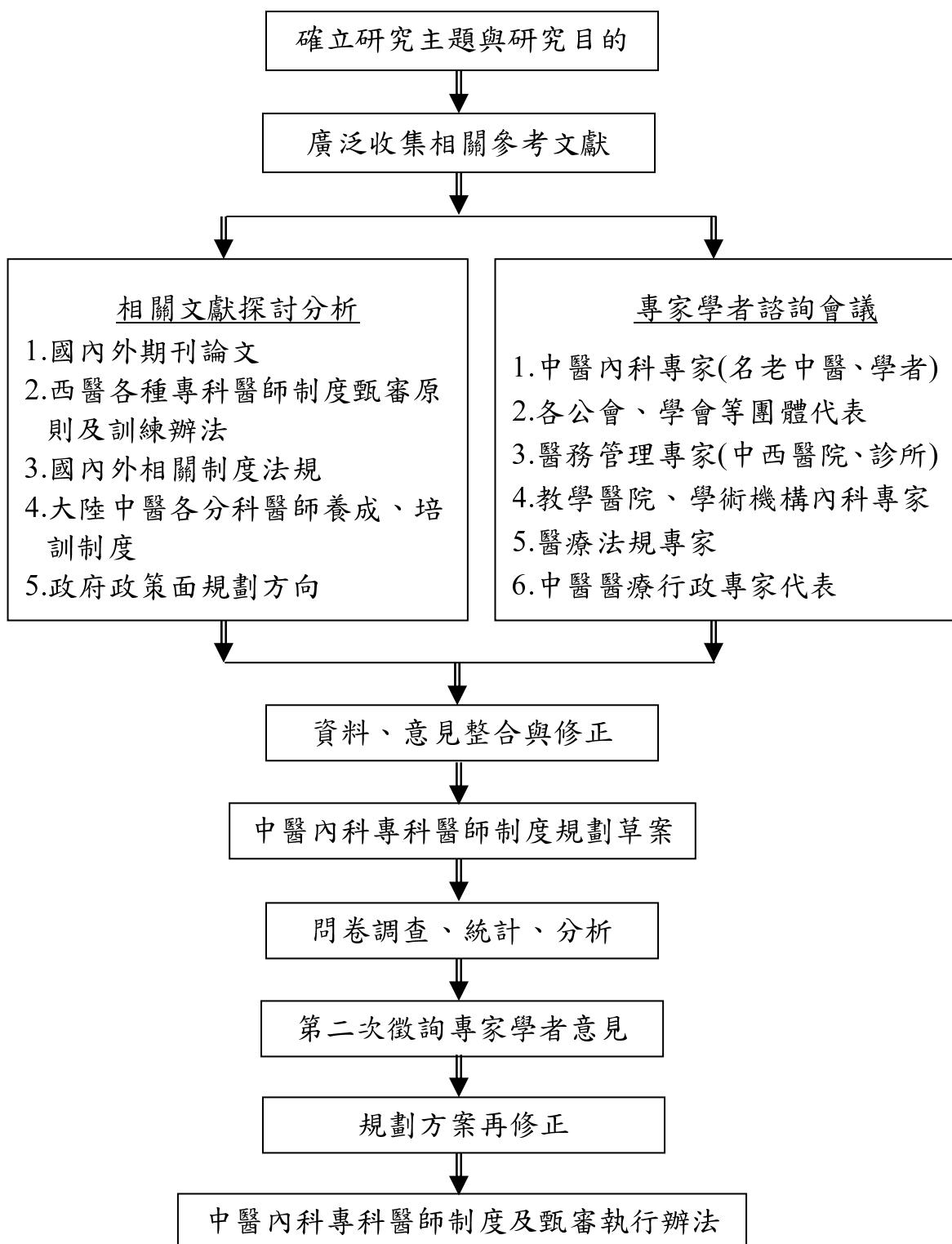
1. 醫學理論：共 120 學分，其中公共課 10 學分，臨床必修課 70 學分，臨床選修課 20 學分。要按考核大綱要求組織統一考試。參加考試及格以上者，授予規定學分。餘 20 學分，由所在醫院根據其具體學習情況自行掌握授予。
2. 專業外文或醫古文：參加統一考試，每年一次，達及格以上者認可通過。
3. 凡經考核積滿 400 學分，專業外文或醫古文水平考試通過，政治思想，醫療道德，考核均良好以上者，本人寫書面總結，報科主任簽署同意，上一級領導審批，授予資格證書。可作為聘任主治中醫師技術職務的依據。

(六) 附：具體培養學習科目

1. 公共課：醫學倫理課，醫學文獻檢索，每門 5 學分，共 10 學分。
2. 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。
3. 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。

參、研究設計與方法

一、研究架構



二、研究主旨

(一) 計畫主要目標：

1. 為配合政府推動提高台灣地區醫療服務品質政策，並依據醫師法等法令，持續推動執業中醫師之繼續再教育及專業分科分化。
2. 擬定培訓中醫內科之執業醫師具備高水準中醫內科專業素養，並兼通西醫內科之專科醫師制度計畫。此係推動中醫內科專科醫師制度實施之前導研究，以作為衛生署實施中醫內科專科醫師制度之參考準據。
3. 廣徵各界意見，規劃中醫內科專科醫師制度與甄審執行辦法。

(二) 政策與法令依據：

1. 醫師法第七條之一（75.12.26 修正公佈）規定：「醫師經完成專科醫師訓練，並經中央衛生主管機關甄審合格者，得請領專科醫師證書。」其目的在建立專科醫師之訓練標準，及期許各醫學專科醫師必須經過專科醫師完整且嚴格之訓練。
2. 行政院衛生署中醫藥委員會 91.8.20 衛中會研字 91008995 號函，推動中醫師專科醫師制度。
3. 行政院衛生署 79.6.29 發布之專科醫師甄審規章。

(三) 問題狀況與發展需求

1. 為因應民眾之需求，給予民眾高醫療品質之中醫醫療服務。
2. 為配合政府及中醫師公會全國聯合會推動醫師之繼續教育制度。
3. 為配合時代潮流，培養在中醫內科領域上具有高水準專業知識及技能之中醫內科專科醫師。
4. 為使中醫教、考、用政策得以串聯執行，擬以專科醫師之培育及考核為重點，了解學校教育基礎中醫師之內涵，以配合制度擬定連接教育之部份。
5. 中醫內科在傳統與現代醫學的接軌上，更須透過此「中醫內科專科醫師制度」為橋樑，邁向中西醫整合之路。
6. 關於「中醫內科專科醫師制度」，其甄審原則、訓練醫院之認定標準及訓練課程綱要，更須藉此前導研究為參考之依據，進行中醫內科專科醫師之訓練規劃藍圖。

三、研究內容

(一) 工作項目：

- 1.擬定「中醫內科專科醫師甄審原則」草案。
- 2.擬定「中醫內科專科醫師訓練課程內容及臨床訓練計畫」草案。
- 3.擬定「中醫內科專科醫師訓練醫療院所認定標準」草案。
- 4.擬定「中醫內科專科醫師制度相關施行細則」草案。
- 5.參考國內外中西醫內科專科醫師及各有關內科細分科專科醫師制度，收集相關文獻資料，研究各項法令規章。
- 6.廣泛徵詢各學術機構，中醫學院及附設醫院專家學者對建立中醫內科專科醫師制度之意見。
- 7.邀請學術機構、公會、西醫教學醫院附有中醫部門的人員及教學醫院之內科專家學者研討，形成共識，以建立制度。
- 8.透過問卷調查，實際訪查，了解執行中醫內科業務之醫療院所數，以評估及建立中醫內科專科醫師訓練之場所及人力配置。
- 9.中醫人才及師資資料庫建立及執業形態之統計。

(二) 本計畫與醫療保健之相關性：

全民健康之維護端賴豐富之醫療資源，其重點與醫療人力之充裕及醫療品質之提昇為主。中醫內科專科醫師制度之建立，對於培育中醫內科專業醫師人才、維護國人健康，自有其必要性，亦正是落實醫療保健服務重要之一環。本計畫與醫療保健相關性之有關研究論文引述：

- 1.全民健康的維護有賴於充足的醫療資源，最重要的包括兩點：第一是醫療人力的充裕，第二是醫療品質的提昇。而專科醫師制度的建立對醫療品質的提昇，更有其必要性及重要性（于大維等，1999）。
- 2.有關「專科醫師及次專科醫師之培育」，在「國家衛生研究院」「論壇」之「醫療人員培育及醫療制度委員會」為提昇專科醫師及次專科醫師之培育，建議把創辦「住院醫師制度」及「fellowship」的美國，及把美國制度當作藍本而修改的加拿大兩國的制度，當作參考寫成建議案（宋瑞樓，2002）。
- 3.在保險給付方面，專科醫師與非專科醫師之間的給付差異也有其必要性。於 1998 年衛生署成立專科醫師制度時，雖無次專科醫師制度；但是這些次專科學會自己執行次專科醫師培育制度及其甄審與頒布證書，雖然不是正式之制度，公保、勞保及全民健保都把它當為支付制定資料之一（宋瑞樓，2002）。

四、研究設計

(一) 設計研究計劃

1. 收集文獻與探討：

- (1) 收集國內外相關期刊與研究論文。
- (2) 收集研究大陸中醫內科醫師訓練、任用、考核相關辦法及法規。
- (3) 收集探討中西醫專科醫學會相關資料與建立專科醫師制度過程、問題及相關法規。

2. 設計問卷：由文獻探討所獲資料針對相關主題設計問卷內容。

3. 問卷調查：

- (1) 選擇中醫內科相關領域之學者、名老中醫、公會代表、教學代表進行調查。
- (2) 選擇各縣市臨床醫師常態分佈隨機抽樣調查（含公私醫院、診所醫師）。
- (3) 選擇西醫內科專科醫師代表調查。

4. 專家學者諮詢會議：廣泛邀請中醫內科專家、學者、臨床醫師代表等針對研究主題，面對面座談，找出問題，凝聚共識，以獲取較一致性的結果。

5. 結果分析：將問卷調查結果與專家意見，綜合整理、分析結果，並再次邀集專家學者、醫師代表等進行探討、修正，並擬定更完整之意見整合。

6. 討論與建議：將資料分析獲得之相關結論與成果，進行分析與討論，並總結共識，提出建議。

(一) 計劃完成目標

1. 建立對中醫內科專科醫師之養成教育計畫，實行規範化甄選培訓制度。
2. 收集相關文獻資料、法令規章和國內外有關論文及既有制度研究與發展方向。
3. 由衛生署中醫藥委員會指導，並交由中華民國中醫內科醫學會主持此研究計畫。擬邀請中醫學術研究機構，及各中醫學院、中醫教學醫院有關之中醫內科專家學者，參與研究、形成共識，並確立制度。
4. 擬定「中醫內科專科醫師甄審原則」草案，提供衛生署參考修正及實施。
包括：

- (1) 主旨及相關法令依據。
- (2) 參加甄審資格。
- (3) 筆試及口試範圍和及格標準。
- (4) 報考資格證件及表格。
- (5) 申請展延中醫內科專科醫師應具備之條件及參加繼續教育之積分辦法。
- (6) 證書之頒發、查核及相關單位權責。
- (7) 甄審文件保存及管理等事項之研擬。

5.擬定「中醫內科專科醫師訓練課程及臨床考核綱要」草案，提供衛生署參考修正及實施。

- (1) 邀請彙整專家學者研究建立中醫專科制度相關問題及解決辦法。
- (2) 分階段實施之可能性研究。
- (3) 教學設備、場所、課程內容、培訓機構及人員認定辦法。
- (4) 各中醫內科細專科與本專科架構之建立。
- (5) 教育訓練醫療院所應將教學容量（可訓練多少醫師）納入考量。

6.擬定「中醫內科專科醫師培訓標準及相關實施細則」草案，提供衛生署參考修正及實施。

- (1) 培訓機構認定標準。
- (2) 教學人員認定標準。
- (3) 門診與會診訓練。
- (4) 中醫內科細分科訓練。
- (5) 相關實施細則之研討。

(三) 擬定進行步驟

- 1.研究小組成員工作分配。
- 2.擬定參加「中醫內科專家徵詢會議」名單。
- 3 問卷調查內容設計。
- 4.中醫內科專家徵詢會議。
- 5.寄發通知及討論主題給各「專家」。

6. 專家會議：

(1) 專科醫師相關主題之討論。

(2) 問卷修訂。

7. 寄發問卷。

8. 回收問卷。

9. 整理統計。

10. 專家會議：課程內容實施與評估。

11. 中醫各界內科專科制度共識研討會。

12. 報告之撰寫初稿。

13. 專家會議：審稿意見。

14. 論文報告。

15. 論文收案。

五、研究方法

(一) 研究方式

本研究計畫，將以專家意見徵詢、專科制度共識研討會及問卷調查等方式進行。擬擴大參與面，廣邀學術機構、公會、西醫教學醫院附有中醫部門的人員及教學醫院之內科專家學者開會討論，並採用德菲法（Delphi Technique）、名義團體法（Nominal Group），以協助使制度之規劃更能系統性呈現專家之意見及促成共識之形成。據此擬定「中醫內科專科醫師甄審原則」、「中醫內科專科醫師訓練課程綱要」、「中醫內科專科醫師培訓標準及相關實施細則」等，以形成中醫內科專科醫師制度。力求經驗與實務之傳承，以專科分工化提昇醫療品質，俾供衛生主管機關推動專科醫師制度時有很明確之參考據據。

(二) 形成制度分析方法

1. 德菲法技術簡介

德菲法（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。

在學術理論上，德菲法技術（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）。

2. 實施步驟

德菲技術法（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。

（三）德菲法（Delphi technique）優點與運用

1. 使用優點：

現今所使用的德菲法技術（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）。

使用德菲法技術（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）。

2. 最佳採用研究情況

最適合採用德菲法技術（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。

3. 運用方式種類

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。

六、實施計畫研究方式

以專家徵詢、專業制度研討會及問卷調查等方法為主。

（一）專家徵詢

本制度之規劃實施應以中醫學系及教學醫院中醫內科科部專家及各名老中醫內科專家為徵詢對象，建立可行之內容（訓練及考核）與評估方式。以此結合中醫各界共識，秉持固本求新之精神，召開會議或電話及書面徵詢中醫學系及教學醫院中醫內科科部專家，融會教學與實證之新知，與學界加強互動與交流，整合中醫界力量，使相關制度之規劃更見周全，則訓練及考核之評估方式更見落實可行，進而達成教、考、用密切契合之最高目標。

（二）專科制度研討會

擬擴大參與面，廣邀學術機構、公會、西醫教學醫院附有中醫部門的人員及教學醫院之內科專家學者參與，並開會討論，以利推動並取得中醫界共識。以專家座談或研討會方式訂定中醫內科專科醫師必需之訓練內容、課程與進度，以及訓練醫院與師資之條件。

有關制度、實施計畫之擬定及成效評估與探討等各項工作，將衡酌實際狀況，由學術機構、公會、西醫教學醫院附有中醫部門的人員及教學醫院之內科專家學者中，邀請適當人選參與開會，借重其專業素養與經驗，使制度設計、市場需求與學術思維相結合，獲致最完善之研究成果。

（三）問卷調查法

問卷內容包括：

- 1.個人基本資料。
- 2.訓練背景。
- 3.訓練內容。
- 4.訓練課程。
- 5.執業項目。
- 6.醫療院所的設備與師資。

肆、結果

一、訂定「中醫內科專科醫師甄審原則」

就本研究期中報告中所附「中醫內科專科醫師甄審原則」草案全文，針對參加中醫內科專科醫師甄審之資格任定、考核辦法、證書有效期限、證書展延辦法、繼續教育及專科醫師訓練場所（含師資及設備）等事項，透過問卷調查及中醫內科專家學者代表諮詢會議討論後，綜合修訂「中醫內科專科醫師甄審原則」。（見後附成果一）

二、訂定「中醫內科專科醫師訓練醫療院所認定標準」

本研究參考國內外中醫內科專科醫師訓練場所相關文獻，召集中醫內科專家學者代表諮詢會議，就訓練醫療院所之條件、教學師資、教學設備及教學內容，綜合修正訂定「中醫內科專科醫師訓練醫療院所認定標準」。（見後附成果二）

三、訂定「中醫內科專科醫師訓練課程綱要」

本研究綜合分析大陸、韓國（南韓）、台灣西醫界各種相關中醫內科專科醫師之訓練課程相關資料與文獻，召集中醫專家學者代表諮詢會議，就中醫內科學術課程訓練，中醫內科臨床訓練，中醫內科門診訓練及評估標準等項內容綜合訂定「中醫內科專科醫師訓練課程綱要」。（見後附成果三）

肆、完成「中醫內科專科醫師制度專家意見問卷調查統計資料成果報告」

本研究小組經於5月底發出35份，8月16日再發出307份，總計發出342份問卷調查表，經回收88份。回收率為26%。研究對象為執業或曾經執業之中醫師。研究內容包括「調查對象之基本資料」、「中醫內科專科醫師甄審原則」、「中醫內科專科醫師訓練醫院認定標準」、「中醫內科專科醫師訓練課程綱要」。經歸納統計完成「中醫內科專科醫師制度專家意見問卷調查統計資料成果報告」。（見後附成果四）

(一) 成果一

中醫內科專科醫師甄審原則

第一項 行政院衛生署以下簡稱本署為辦理中醫內科專科醫師甄審（以下簡稱專科醫師甄審）特訂定本原則。

第二項 醫師符合左列各款資格之一者，得參加專科醫師甄審。

凡在國內合格之中醫醫療院所執業的臨床醫師，並修習中醫內科在職教育學分滿 200 點者。

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；而筆試及格但口試不及格者，筆試及格成績得保留二年。

第一款 筆試

1. 筆試採用中醫內科各臨床相關系統疾病，以中文命題（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：

（1）參考本會出版之“台灣中醫內科治療手冊”。

（2）中醫內科相關中藥學。

（3）中醫內科相關方劑學。

4. 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. 口試由數位口試委員主試，範圍內容包括中醫內科臨床病例之診斷與處置。

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，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內科個案。（格式如附件）
- 4.第二項所訂資格證明文件。
- 5.補行口試者，繳交筆試及格證明文件。
- 6.最近一年內二吋正面脫帽半身照片三張。
- 7.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 中醫內科專科醫師證書（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每六年達二百點以上；其中一百二十點或以上必須參加（A類）由中華民國中醫內科醫學會主辦之研討活動；另八十點或以下（B類）中華民國中醫內科醫學會協辦之研討活動。

A類包括

- 1.參加中華民國中醫內科醫學會（以下簡本會）大會及當天學術演講會，得積分二十點。醫學會主辦之國際性大會或學術演講會，每半天得積分五點。演講者每次得五點，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十點。
- 2.參加本會主辦之研習會，每次得積分四點，演講者每次得五點。

B類包括

- 1.本學協辦之研討活動，其積分認定標準同A類第二款。
- 2.投稿中華民國中醫內科醫學會刊雜誌，原著報告者第一作者得積分十點，通訊作者積分十點，第二作者得積分五點，其他作者得積分二點；其為病例報告者，第一作者得積分五點，通訊作者得積分五點，其他作者得積分二點。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，且為內科議題者得積分二十點。

3. 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醫學會者，成績達八十分以上者，每次得積分一至五點。每年不能超過五點。
4. 參加國際性有關內科學術活動（須提出報名單或繳費證明單）每次得積分十點，演講者得積分二十點，擔任特別演講者每次得積分四十點。

※六十五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：

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。

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。

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，由醫學會依前項規定期限保存。

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 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規定。

(一) 成果二

中醫內科專科醫師訓練醫療院所認定標準

壹. 醫療院所條件

項目	標準	備註
1. 設施	設有中醫內科門診之中醫醫院、中醫聯合診所或附設中醫內科門診部門之醫院	
2. 人員	應有中醫內科專科醫師（任職一年以上）二人以上。	
3. 醫療業務	最近一年內中醫內科門診每天平均不少於十五人次，並涵蓋不同年齡、性別與各種疾病。	
4. 品質管制	具有完備之病歷記載與統計 ①具備完備之圖書室。 ②有按期舉行之學術研討會、臨床病例研討會及醫學雜誌研讀會等。	
5. 指定項目品質評估	①應設醫學教育訓練小組，由資深中醫內科專科醫師主持，且定期開會、備有記錄，執行各項教學訓練計畫之審查及推動與訓練成果之評估。 ②定期評估受訓醫師之專科知識、能力、學習素質及服務態度。 ③對訓練計畫之成果訂有具體評估計畫。	

貳. 教學師資

項目	標準	備註
1. 科主任	應有獨立編制的中醫內科主任	
2. 主治醫師	應有中醫內科專科醫師（任職一年以上）二人以上，且其中一人應具中醫內科專科醫師年資三年以上。	每週最少10小時臨床教學

參.教學設備

項目	標準	備註
1.教學場所	應有適當的討論室（或教室）	
2.教學設備	①適當的會議空間及各項試聽設備 ②豐富充足的圖書設備 A.圖書室 B.管理人員 C.中西醫內科醫學期刊 D.中西醫內科醫學書籍	

肆.教學內容

項目	標準	備註
1.教學課程	符合中醫內科專科醫師訓練課程綱要之內容	
2.教學內容	①舉辦學術研究會每個月一次以上 ②舉辦病例討論會每週一次以上 ③舉辦新知（期刊論文）討論會每週一次以上	

(三) 成果三

中醫內科專科醫師訓練課程綱要

項目	訓練內容	備註
1. 中醫內科學術課程訓練	(1) 常見疾病之診斷治療概要（可參考本會出版之《中醫內科治療手冊》）。 (2) 中醫內科相關中藥學。 (3) 中醫內科相關方劑學。	
2. 中醫內科臨床訓練	(1) 有關中醫內科疾病之診治處理。 (2) 參加學術研究會每個月一次以上。 (3) 參加病例討論會每週一次以上。 (4) 參加新知（期刊論文）討論會每週一次以上。 (5) 參加臨床病例討論會，每週至少一次。	
3. 中醫內科門診訓練	中醫內科門診每週至少二診以上。	
4. 其他	(1) 醫事法規 (2) 醫學倫理 (3) 醫療品質	
5. 評估標準	<p>如何評估一位訓練完成之醫師已達專科要求如下：</p> <p>臨床專業技能訓練</p> <p>①能正確詢問中醫內科病史、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，並能獨立向其他專家彙報病史、病情演變及提出診斷處理意見。</p> <p>②熟悉所在診療院所及病區各項診療常規，認真觀察病情，如發現異常，可認真負責妥善處理。</p> <p>③熟悉並可靈活掌握中醫內科常見醫療技術操作方法，瞭解其適應性症及禁忌症。</p> <p>④可充分掌握中醫內科常見病之臨床表</p>	

	<p>現，並確實掌握異常病理變化之臨床意義。</p> <p>⑤能有效掌握中醫內科常見病診斷及鑑別，並能予以正確處理；對疑難病例之診斷與處理，能獲致獨立全面見解。</p> <p>⑥由病歷中能正確體現中醫之病因、病機、辨證，做到理、法、方、藥一貫而完備。</p> <p>(2) 中醫內科及相關學科之醫學理論訓練</p> <p>①精通中醫理論，系統掌握與中醫內科有關之學說理論，並有較深造詣，且能掌握中醫內科與西醫內科等相關學術源流及國內外學術發展情況。</p> <p>②能有系統融會貫通並掌握各種醫學理論，熟練地運用中醫理、法、方、藥，進行辨證論治。</p>	
--	---	--

(四) 成果四

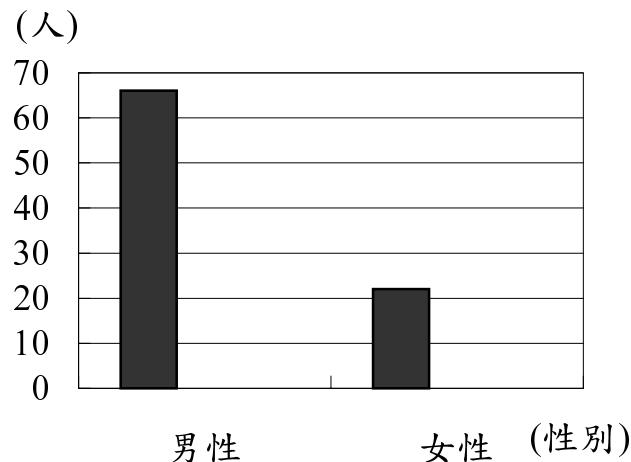
中醫內科專科醫師制度研究成果報告

問卷調查統計資料表

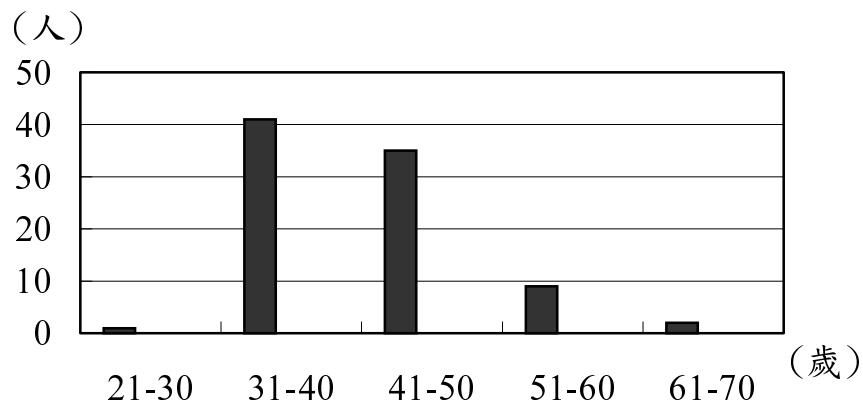
發出問卷342份 回收88份

1. 基本資料統計：

(1) **請問您的性別**：男性-66人 女性-22人 (*以男性居多)



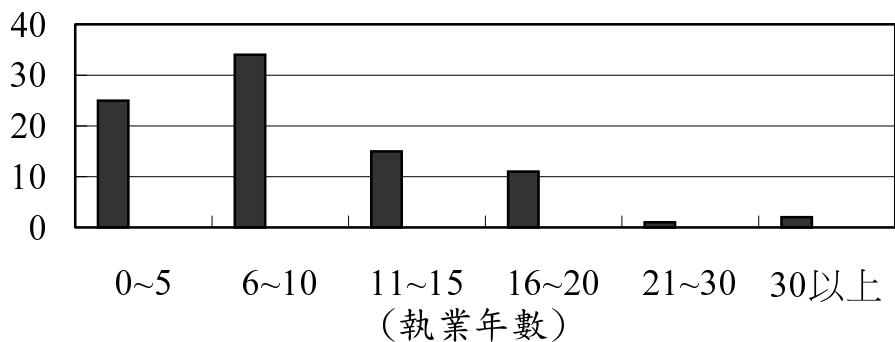
(2) **請問您的年齡**：21-30歲(1人) 31-40歲(41人)
41-50歲(35人) 51-60歲(9人)
60-70歲(2人) (*以31-40歲年齡居多)



(3) 請問您執行中醫有幾年:

0-5 年 (25 人) 6-10 年 (34 人) 11-15 年 (15 人)
16-20 年 (11 人) 21-30 年 (1 人) 30 年以上 (2 人)
(*以執業 6-10 年的中醫師最多)

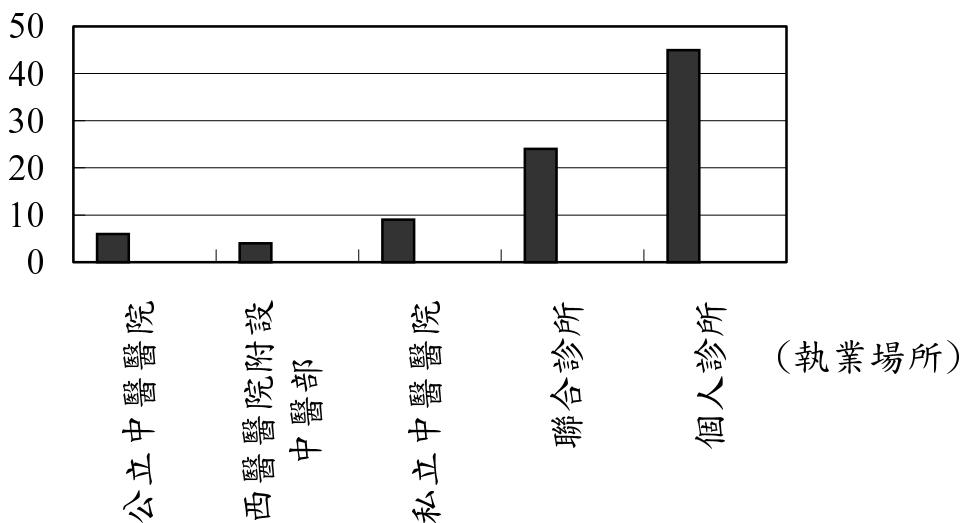
(人)



(4) 請問您目前最主要執業的場所:

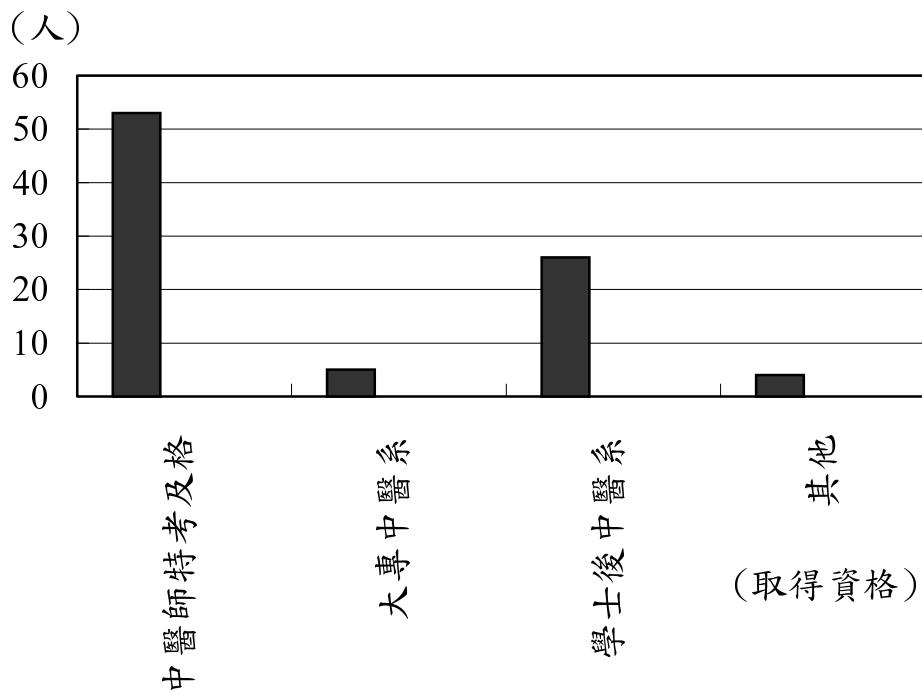
公立中醫醫院-6 人 西醫醫院附設中醫部-4 人
私立中醫醫院-9 人 聯合診所-24 人個人診所-45 人
(*以個人診所居多)

(人)



(5) 請問您中醫師資格取得來自：

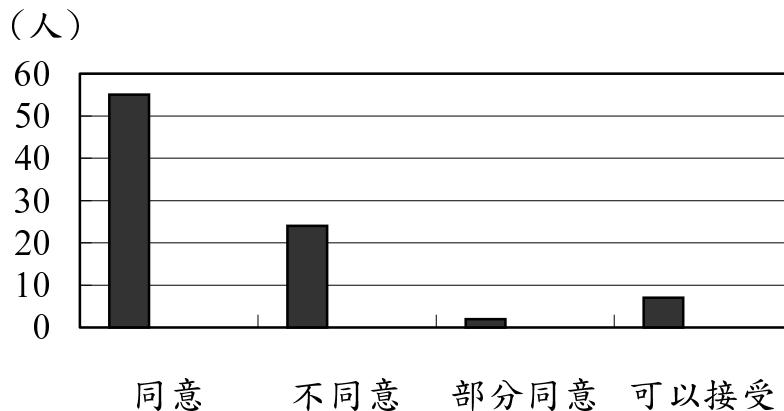
中醫師特考及格-53人 大專中醫系-5人
學士後中醫系-26人 其他-4人
(*以中醫師特考及格人數居多)



2. 報考資格：

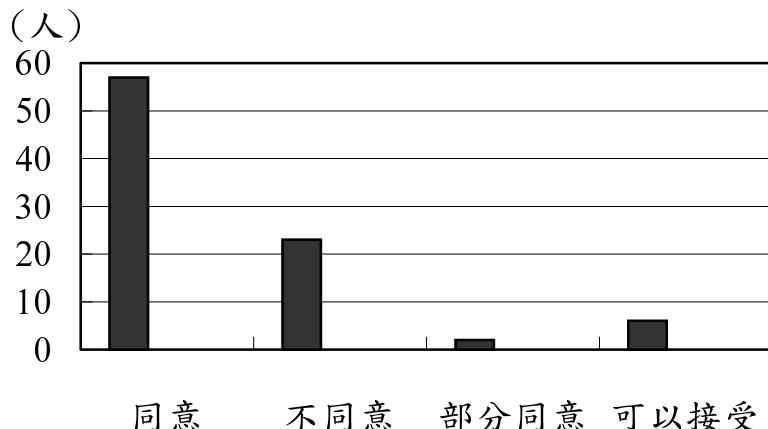
(1) 在國內合格之中醫醫療院所執業的臨床醫師，並修習中醫內科在職教育，學分滿200點者。

同意-55人 不同意-24人 部分同意-2人 可以接受-7人
(*此方案以同意者佔多數)



(2) 加入中醫內科醫學會滿三年。

同意-57 人 不同意-23 人 部分同意-2 人 可以接受-6 人
(*此方案以同意者佔多數)



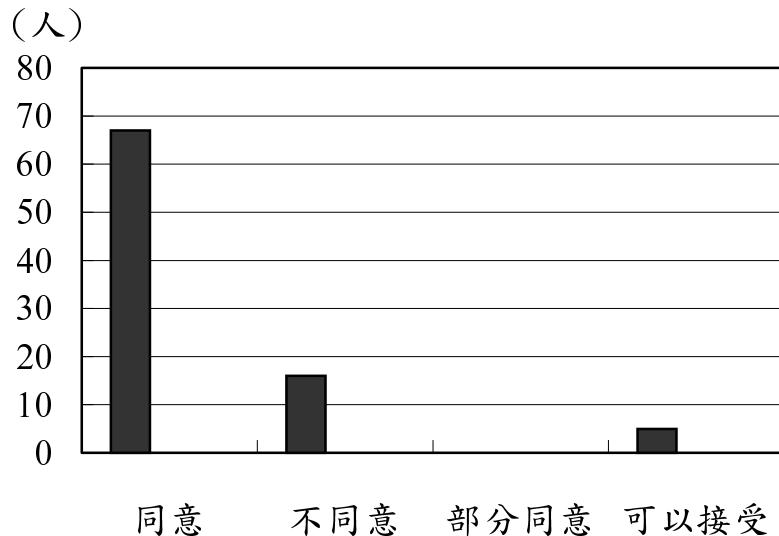
(3) 以點數總和計算，點數總和超過 2 點，始符合資格。

點數計算方式: A=本會認定之訓練醫院年資 x 0.6

B=執業年資 x 0.3 C=參加本會年資 x 0.4

點數總和 = A + B + C

同意-67 人 不同意-16 人 部分同意-0 人 可以接受-5 人
(*此方案以同意者佔多數)

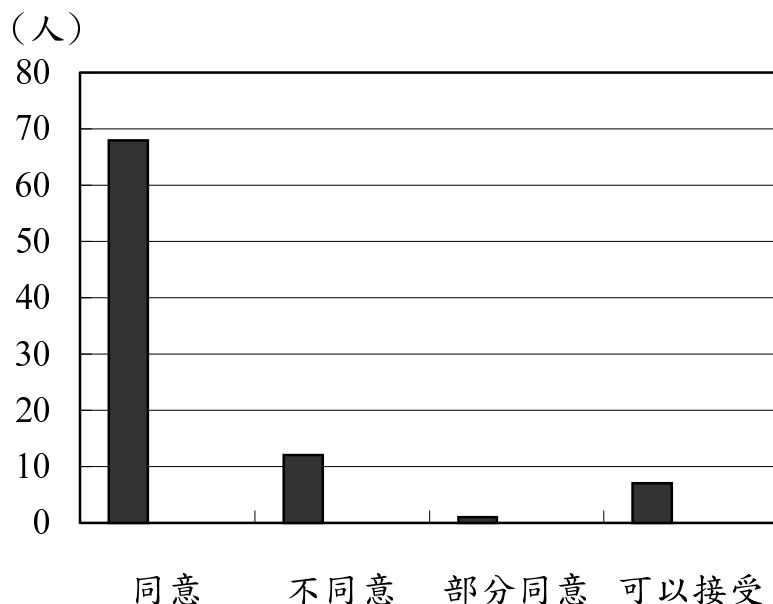


3. 考試內容：

(1) 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；而筆試及格但口試不及格者，筆試及格成績得保留二年。

同意-68人 不同意-12人 部分同意-1人 可以接受-7人

(*此方案以同意者佔多數)

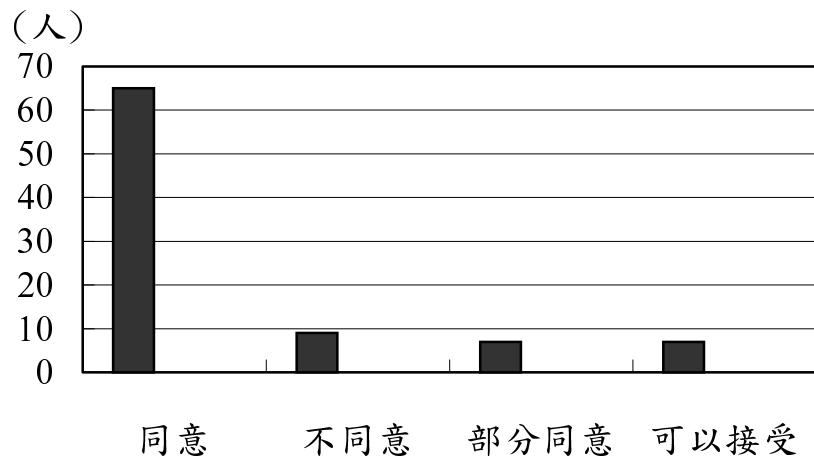


(2) 筆試：

- ① 筆試採用中醫內科各臨床相關系統疾病，以中文命題（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：
 - A. 參考本會出版之《台灣中醫內科治療手冊》。
 - B. 中醫內科相關中藥學。
 - C. 中醫內科相關方劑學。
- ④ 及格標準：專科醫師甄審成績採百分法計算，筆試成績以六十分為及格。

同意-65人 不同意-9人 部分同意-7人 可以接受-7人

(*此方案以同意者佔多數)

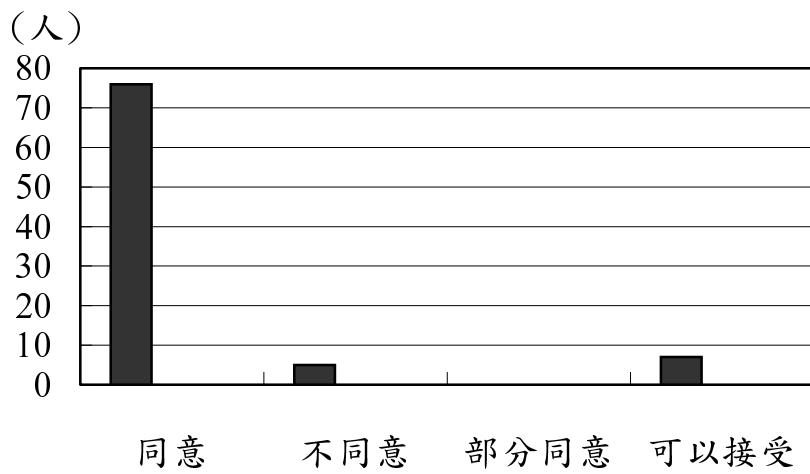


(3) 口試：

①口試由數位口試委員主試，範圍為中醫內科臨床病例之診斷與處置。
②及格標準：以數位口試委員評分總分平均滿六十分（含）以上為及格。

同意-76 人 不同意-5 人 部分同意-0 人 可以接受-7 人

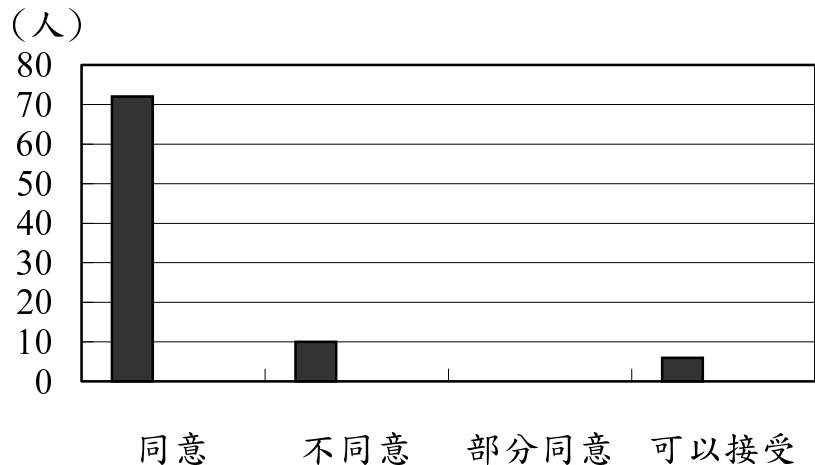
(*此方案以同意者佔多數)



③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。

同意-72 人 不同意-10 人 部分同意-0 人

可以接受-6 人 (*此方案以同意者佔多數)



4. 專科醫師的訓練計劃：

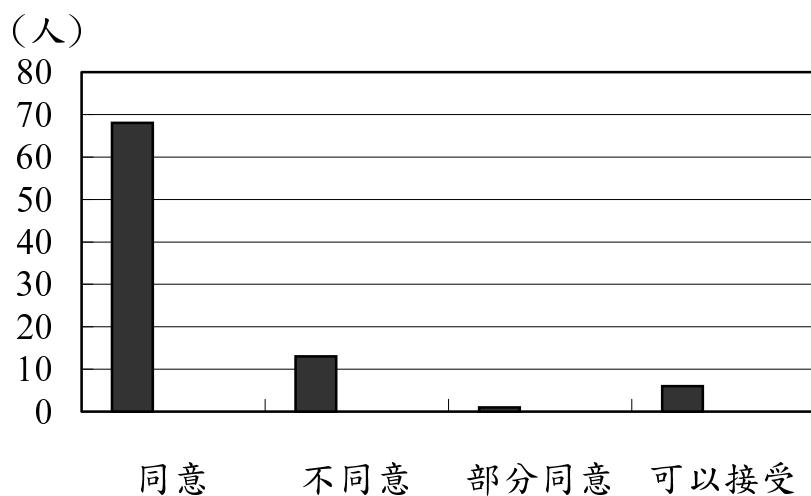
申請專科醫師證書有效期限之展延，應於專科醫師證書之有效期限內，參加下列學術活動或繼續教育積分每六年達二〇〇點以上；其中一百二十點或以上必須參加（A類）由本學會主辦之研討活動；另八十點或以下（B類）本會協辦之研討活動。

A類包括：

- (1) 參加中華民國中醫內科醫學會（以下簡稱本會）大會及當天學術演講會，得積分三十點。醫學會主辦之國際性大會或學術演講會，每半天得積分五點。演講者每次得五點，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十點。
- (2) 參加本會主辦之研習會每半天得積分四點，演講者每次得五點。

同意-68人 不同意-13人 部分同意-1人 可以接受-6人

(*此方案以同意者佔多數)



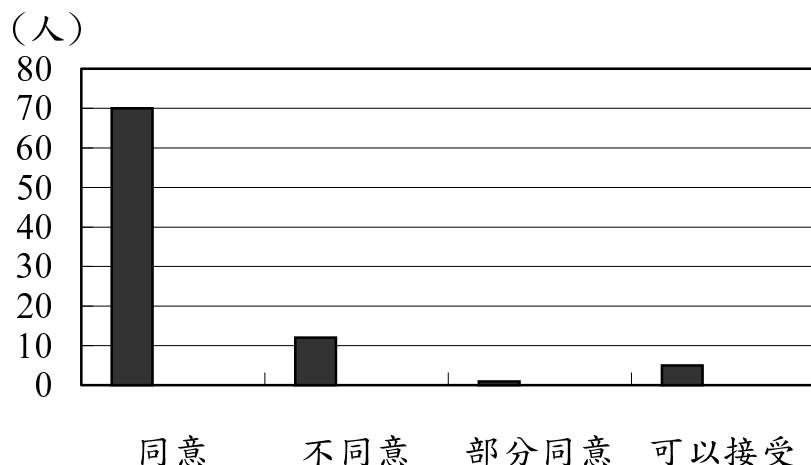
B 類包括：

- (1) 參加本會協辦之研討活動，其積分認定標準同 A 類第二款。
- (2) 投稿本會雜誌會刊，原著報告者第一作者得積分十點，通訊作者積分十點，第二作者得積分五點，其他作者得積分二點；其為病例報告者，第一作者得積分五點，通訊作者得積分五點，其他作者得積分二點。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，且為內科議題者得積分二十點。
- (3) 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。
- (4) 參加國際性有關內科學術活動（須提出報名單或繳費證明單）每次得積分十點，演講者得積分二十點，擔任特別演講者每次得積分四十點。

※六十五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。

同意-70 人 不同意-12 人 部分同意-1 人可以接受-5 人

(*此方案以同意者佔多數)

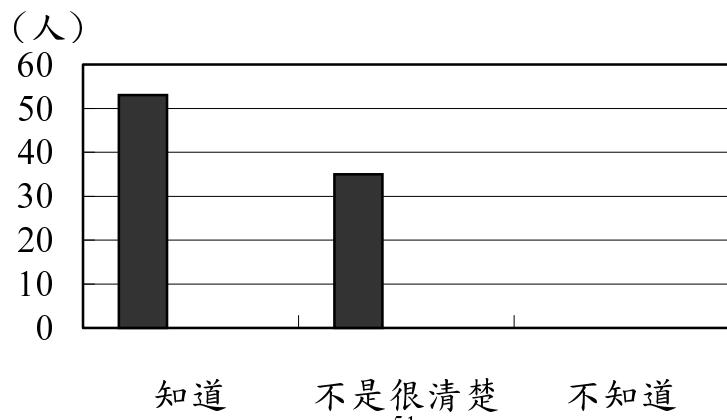


5. 其他：

(1) 請問您對專科醫師制度是否了解?

知道-53 人 不是很清楚-35 人 不知道-0 人

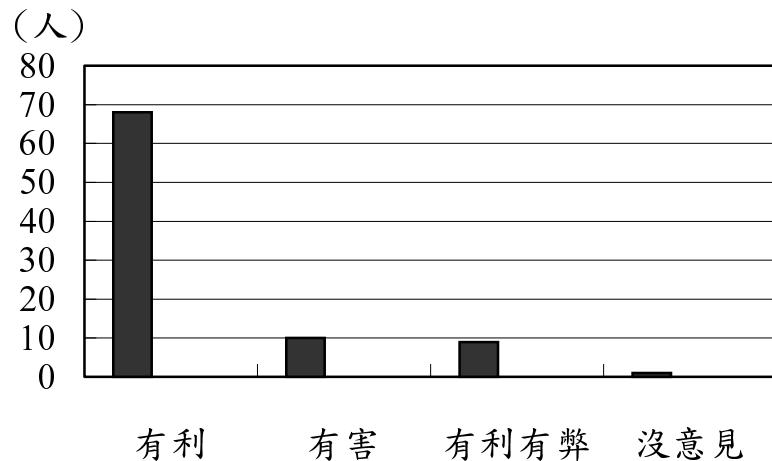
(*知道的人佔大多數)



(2) 請問您認為中醫專科醫師制度對中醫的發展有何影響?

有利-68人 有害-10人 有利有弊-9人 沒意見-1人

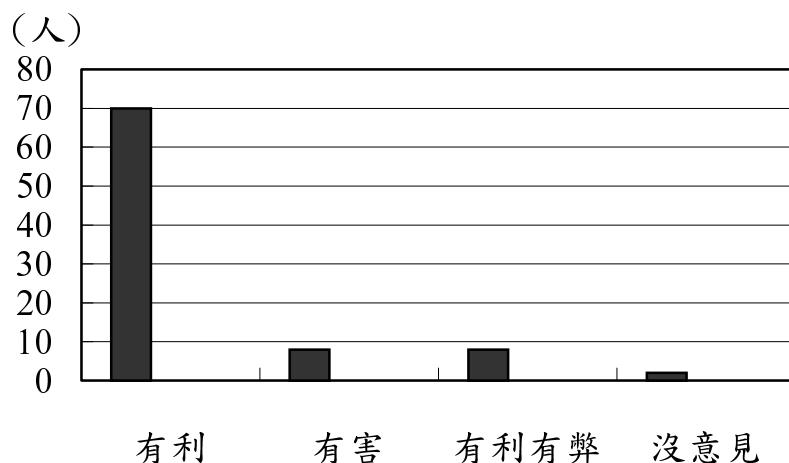
(*大多數認為是有利的)



(3) 請問您認為中醫內科專科醫師制度對中醫內科的發展有何影響?

有利-70人 有害-8人 有利有弊-8人 沒意見-2人

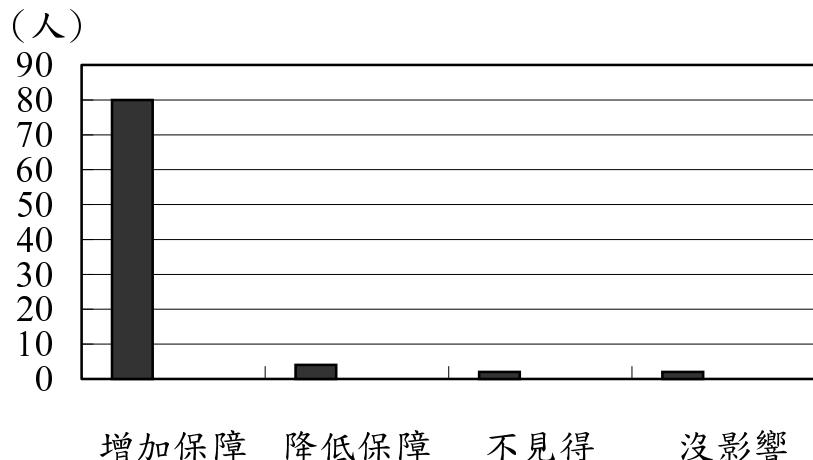
(*大多數認為是有利的)



(4) 請問您認為中醫內科專科醫師制度對民眾健康及就醫保障有何影響?

增加保障-80人 降低保障-4人 不見得-2人 沒影響-2人

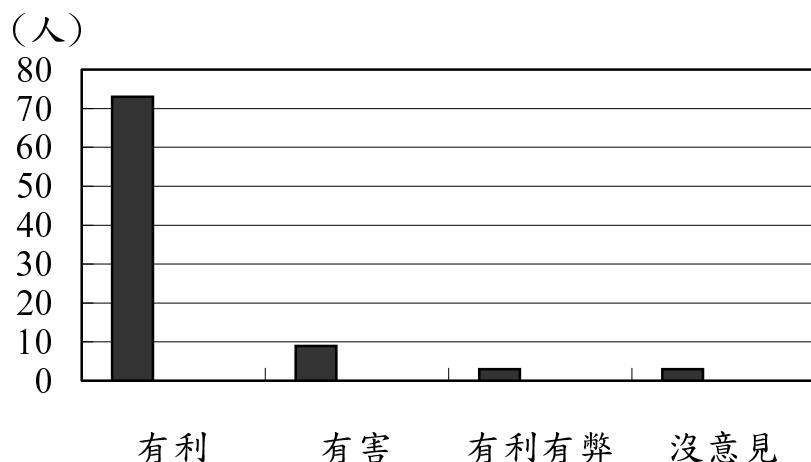
(*大多數認為是增加保障)



(5) 請問您認為中醫內科專科醫師制度對醫師本身有何影響?

有利-73 人 有害-9 人 有利有弊-3 人 沒意見-3 人

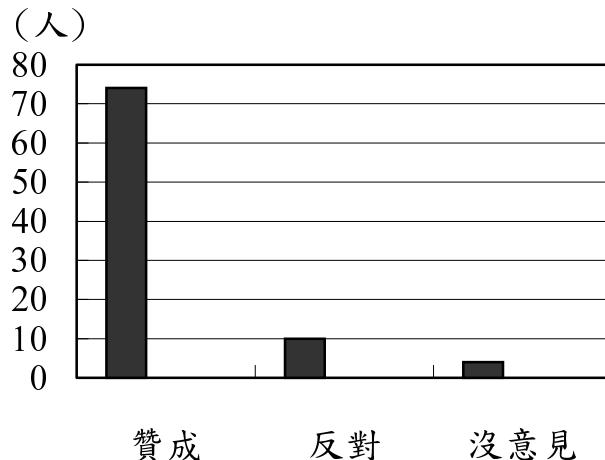
(*大多數認為是有利的)



(6) 請問您對中醫內科專科醫師制度是否贊成?

贊成-74 人 反對-10 人 沒意見-4 人

(*絕大多數認為是贊成的)



伍、討論

二、規劃研究中所遭遇到的問題與困難

江鳳凰醫師曾研究指出，從整個中醫醫療發展的史實中，我們可以發現中醫的醫療傳承的教育方式中，是偏向於個別性的教導——例如師徒授受，群聚而嚴謹的學習（醫學院校），則是不足的。個別性的教導，主觀性知識可能多於客觀性；而群聚性的教學方式及內容，其客觀及一致性的知識傳授，則可相對地提高。因此，即使今日已有高等教育學府（中醫學院、研究所）存在，但中醫住院制度未全面實施，無法落實專科化醫療的臨床實務培訓。雖然，目前中國醫藥學院附設醫院嘗試培訓中醫各科專業人力，但在中醫藥政策未全面改善之前，這個方式培養出的專科醫師仍然有限。而僅憑中國醫藥學院、長庚醫學院及有意投入發展中醫教育的慈濟醫療系統，中醫臨床教育訓練人力的培植是緩慢的，所以「專業性的中醫臨床培訓師資」，嚴格地說起來也是不足的。過去中醫屬於自主性分科的醫療行為，在歷史演變中已逐漸凋零、失傳（中醫各科均如此），僅有如中醫傷科、針灸等少數技術，因容易與現代醫學接軌（傷骨科與西醫解剖學、針灸與物理學和解剖學），而有較進步性之發展外，中醫各科之專業發展仍是緩慢乃至停滯的。

台灣由於特殊之政經情勢，早期的中醫藥政策搖擺不定，加上中醫教育體系單薄，導致中醫師之人力嚴重不足，只好倚賴從自修方式參加檢特考取得執照之中醫師，投入對傳統醫藥有廣大需求的中醫醫療市場。然而不可否認地，此種不限學歷，只要有興趣就可以自由報考的方式，的確令人對特考中醫師產生「質」方面的質疑，但是只要這個考試制度存在一天，這個問題就無法避免。但對於這種自發性投入醫療市場的中醫人力，在過去醫藥未普及的時代，是具有舉足輕重的功能，這其中最大的因素就是「人們對傳統醫藥的信賴」。尤其是科技發達的今日，西方醫學及治療雖帶給人類許多便利，但藥物副作用所帶來的「藥害」也讓人們恐慌，所以傳統醫藥的定位便逐漸被人們從新評估。這個現象對傳統中醫藥而言是可喜的，但在西醫精緻化醫療專業分科趨向發展的現實中，要讓民眾將傳統中醫擺在天枰的兩端衡量，中醫未來的發展模式則不言可知。

既然「中醫專科化」已是中醫朝向現代化不可避免的趨勢，那麼推動中醫專科制度就勢在必行。但是令人困擾是，如何將已分佈全國各地教育程度不一的特考中醫師，加以培訓、提昇為「專科醫師」？其次是，專科化是否應建立在分級治療的基礎上？這樣一來，轉診制度如果無法落實，則專科醫師制度之實施，其必要性是甚麼？而所謂的專業分工之間，會不會重新產生利益上的衝突？

從以上的問題來看，對於中醫醫療市場中佔有將近 7 成的特考中醫師，其「專科」之培訓師資來源，以及培訓方式，是值得考量的一大問題。譬如，對一個已執業十年以上的特考中醫師，該採用甚麼樣的師資來對他們進行臨床的教育訓練？此外，特考及格的中醫師多半選擇自行開業的方式，來執行醫療業務，如果要進行「專科醫師」之培訓工作，除了採行繼續教育累積學分的方式外，如果

需要採行「中醫住院臨床」培訓方式來取得「中醫專科醫師」的資格，執行上可能就會有很大困難。因為住院訓練的方式，對多數身負經濟重擔的獨立開業醫師而言，要讓他們長時間放下診務專心去受訓，是非常困難的。這樣一來，要如何對特考中醫師作「專科醫師」資格上的認定，就成了一個令人困擾的問題。

二、問卷調查統計結果

本研究共發出 342 份問卷調查表，經回收有效問卷 88 份，回收率為 26%，尚稱正常。經統計結果及其代表意義如下：

中醫內科專科醫師制度問卷調查資料分析如下：

(一) 基本資料統計：

統計意義如下：

1. 性別

以男性居多

男性-	66 人
女性-	22 人

2. 年齡

以 31~41 歲最多

21~30 歲-	1 人
31~40 歲-	41 人
41~50 歲-	35 人
51~60 歲-	9 人
61~70 歲-	2 人
70 歲以上-	0 人

3. 執業時間

以執業 6~10 年者最多

0~5 年-	25 人
6~10 年-	34 人
11~15 年-	15 人
16~20 年-	11 人

21~30年- 1人
30年以上- 2人

4. 執業場所 以個人診所執業者取多

公立醫院	6人
西醫附設中醫部或中醫科	4人
私立中醫醫院	9人
聯合診所	24人
個人診所	45人

5. 中醫師取得資格 以特考及格者最多

特考及格	53人
大專中醫科	5人
學士後中醫系	26人
其他	4人

(二) 報考資格

6. 第一點 (學分辦法) 基本同意率為 70%

同意	55人
不同意	24人
部分同意	2人
可以接受	7人

7. 第二點 (加入學會滿三年) 基本同意率為 72%

同意	57人
不同意	23人
部分同意	2人
可以接受	6人

8. 第三點 (點數計算方式) 基本同意率為 82%

同意	67人
不同意	16人
部分同意	0人
可以接受	5人

(以上平均同意率為 74.7%)

(三) 考試內容

1. 第一點 (筆試／口試辦法) 基本同意率為 85%

同意	68人
----	-----

不同意	12 人
部分同意	1 人
可以接受	7 人

2. 第二點 (筆試內容) 基本同意率為 82%

同意	65 人
不同意	9 人
部分同意	7 人
可以接受	7 人

3. 第三點 (口試內容) 基本同意率為 94%

同意	76 人
不同意	5 人
部分同意	0 人
可以接受	7 人

4. 第四點 (公告辦法) 基本同意率為 89%

同意	72 人
不同意	10 人
部分同意	0 人
可以接受	6 人

(以上平均同意率 87.5%)

(四) 專科醫師訓練

1.A 類 基本同意率為 84%

同意	68 人
不同意	13 人
沒意見	1 人
可以接受	6 人

2.B 類 基本同意率為 85%

同意	70 人
不同意	12 人
沒意見	1 人
可以接受	5 人

(以上平均同意率 84.5%)

(五) 制度影響方面

1. 對制度是否了解

了解知道比率 60%

知道	53 人
不是很清楚	35 人
不知道	0 人

2. 專科制度對中醫發展有何影響

正面肯定有利比率 77%

有利	68 人
有害	10 人
有利有弊	9 人
沒意見	1 人

3. 內科專科制度對中醫內科發展有何影響 正面肯定有利比率 80%

有利	70 人
有害	8 人
有利有弊	8 人
沒意見	2 人

4. 對民眾就醫有何影響

正面肯定有利比率 91%

增加保障	80 人
降低保障	4 人
不見得	2 人
沒影響	2 人

5. 對醫師本身有何影響

正面肯定有利比率 83%

有利	73 人
有害	9 人
有利有弊	3 人
沒意見	3 人

6. 制度是否贊成

積極贊成比率 84%

贊成	74 人
反對	10 人
沒意見	4 人

三、問卷調查統計資料分析

(一) 基本資料

透過回收之 88 份有效問卷中，發現受調採樣者，年齡介於 26~67 歲之間，其中以 31~40 歲共 41 人最多，41~50 歲也有 35 人次之；中醫師受調者男性 66 人，女性 22 人，以男性居多；中醫師已執業年資以 6~10 年 34 人最多；中醫師資格取得途徑以特考及格 53 人最多，學士後中醫系 26 人次之，大學中醫系 5 人再次之，僑字只佔極少數。目前主要執業場所以個人診所 45 人最多，聯合診所 24 人次之，私立中醫醫院 9 人，公立醫院 6 人，西醫附設中醫部 4 人，以上均符合中醫師生態常態分佈之現況，故問卷調查代表性符合常理。

（二）報考資格

1. 在國內合格之中醫醫療院所執業的臨床醫師，並修習中醫內科在職教育，學分滿 200 點者。

a. 統計分析

此方案同意者 55 人，合併可以接受者 7 人，共計基本上同意者 62 人，同意率 70%，不同意者則有 24 人，以同意者佔多數。

b. 不同意見彙整

此案同意率為 70%，然仍有部份中醫師意見，認為在職教育學分須滿 200 點者，門檻過高，部份修改意見提議改為 120 點，讓更多人有甄審機會。然而部份中醫專家學者則為考慮中醫專科醫師的專業水平提昇，仍建議維持原案，但實施前可考慮先降低標準，再逐年逐次提高之。

2. 加入中醫內科醫學會滿三年

a. 統計分析

此方案同意者 57 人，合併可以接受者 6 人，共計基本同意者 63 人，同意率 72%，不同意者有 23 人，以同意者佔多數。

b. 不同意見彙整

此案雖同意率有 72%，然仍有部份意見認為 3 年太長，1~2 年較宜，也有少數認為以點數總和計算即可，不必限制入會年資。

3. 以點數總和計算，點數總和超過 2 點，始符合資格。

點數計算方式： $A = \text{本會認定之訓練醫院年資} \times 0.6$

$B = \text{執業年資} \times 0.3$

$C = \text{參加本會年資} \times 0.4$

點數總和 = $A + B + C$

a.統計分析

此方案同意者 67 人，合併可以接受者 5 人，共同基本同意者 72 人，同意率 82%，不同意者有 16 人以同意者佔多數。

b.不同意見彙整

此案雖同意率高達 82%，然部份反對者認為本案對特考及格者較不公平；亦有人建議加入學術研究成就合併入計算（如發表國際論文期刊或學術成就得獎者）。此點因評審標準及如何量化有技術上的困難，謹陳列意見，供最後實施之參考。

（三）甄審考試內容

1. 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；而筆試及格但口試不及格者，筆試及格成績得保留二年。

a.統計分析

此案 88 份問卷中同意者 68 人，可以接受者 7 人，共計基本同意者 75 人，同意率 85%，不同意者 12 人，以同意者佔大多數。

b.不同意見彙整

此案取得較多共識，同意率 85%，然部份意見認為筆試即可，不必口試；部份認為口試即可不必筆試，部份人擔心口試委員的評審標準，是否能維持客觀性及公平性。筆試及格、口試不及格者，筆試及格成績保留建議由二年改為三年。

2.筆試

- (1) 筆試採用中醫內科各臨床相關系統疾病，以中文命題（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：
 - ①參考本會出版之《台灣中醫內科治療手冊》。
 - ②中醫內科相關中藥學。
 - ③中醫內科相關方劑學。
- (4) 及格標準：專科醫師甄審成績採百分法計算，筆試成績以六十分為及格。

a.統計分析

本案同意者 65 人，可以接受者 7 人，共計基本上同意者 72 人，同

意率 82%，不同意者 9 人，以同意者佔大多數。

b. 不同意意見彙整

此案同意率 82%，然部份意見認為宜訂定筆試科目明確參考之考試指定書目；部份人建議建立相關考試題庫。

3. 口試

- (1) 口試由數位口試委員主試，範圍為中醫內科臨床病例之診斷與處置。
- (2) 及格標準：以數位口試委員評分總分平均滿六十分（含）以上為及格。

a. 統計分析

本案同意者 76 人，可以接受者 7 人，共計基本同意者 83 人，同意率 94%，不同意者 5 人，以同意者佔多數。

b. 不同意意見彙整

本案同意率 94%，大多數受調者均同意。然部份人建議，須先由本學會建立甄審儲訓部分「種子醫師」制度，從中再遴選中醫內科專家及學者擔任命題及口試委員等考試委員。

- (3) 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。

a. 統計分析

本案同意者 72 人，可以接受者 6 人，共計基本同意者 78 人，同意率 89%，不同意者 10 人，以同意者佔多數。

b. 不同意意見彙整

本案同意率 89%，然部份意見建議每年辦理兩次；多數人建議，每年在固定月份舉辦；公告日期亦有人建議宜改辦理前三個月。

(四) 專科醫師證書展延及訓練計劃

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每六年達二〇〇點以上；其中一百二十點或以上必須參加（A 類）由本學會主辦之研討活動；另八十點或以下（B 類）本會協辦之研討活動。

1. A 類包括：

(1) 參加中華民國中醫內科醫學會（以下簡稱本會）大會及當天學術演講會，得積分三十點。醫學會主辦之國際性大會或學術演講會，每半天得積分五點。演講者每次得五點，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十點。

(2) 參加本會主辦之研習會每半天得積分四點，演講者每次得五點。

a.統計分析

本案同意者 68 人，可以接受者 6 人，共計基本同意者 74 人，同意率 84%，不同意者 13 人，以同意者佔多數。

b.不同意見彙整

本案 84% 同意率，然部份意見仍覺每六年達 200 點以上的標準太高；部份人建議可加倍國內、外舉辦之國際性學術大會的點值積分數。鼓勵大家參加，提昇中醫內科學術水準。

2.B 類包括

(1) 參加本會協辦之研討活動，其積分認定標準同 A 類第二款。

(2) 投稿本會雜誌會刊，原著報告者第一作者得積分十點，通訊作者積分十點，第二作者得積分五點，其他作者得積分二點；其為病例報告者，第一作者得積分五點，通訊作者得積分五點，其他作者得積分二點。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，且為內科議題者得積分二十點。

(3) 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。

(4) 參加國際性有關內科學術活動（須提出報名單或繳費證明單）每次得積分十點，演講者得積分二十點，擔任特別演講者每次得積分四十點。

※六十五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。

a.統計分析

本案同意者 70 人，可以接受者 5 人，共計基本同意者 75 人，同意率 85%，不同意者 12 人，以同意者佔多數。

b.不同意見彙整

本案同意率 85%，然部份醫師覺積分點值標準仍太高；部份人建議學術研究會勿只集中於北、中兩區，可考慮多往南部或東部輪流辦理，否則受訓之可及性較低，對南部及東部醫師較不方便。

（五）制度影響方面

1. 請問您對專科醫師制度是否了解？

a. 統計分析

此案在有效問卷 88 份中，知道者 53 人，不是很清楚者 35 人，完全不了解者 0 人，知道者 53 人較了解中醫內科專科制度之規劃方向者，佔 60%，不是很清楚者佔 40%，知道者佔多數。

b. 意見彙整

此案因整個制度仍在規劃研究階段，並未全面性公佈或傳達，即能有 60% 的人知道，中醫內科之專科制度之規劃，雖仍有 40% 的人不是很清楚規劃方向，但完全不了解者 0%，可見中醫師對資訊的掌控及政策走向均普遍性地關心。

2. 請問您認為中醫專科醫師制度對中醫的發展有何影響？

a. 統計分析

此案在有效問卷 88 份中，認為有利者 68 人，代表正面肯定有利比率為 77%，認為有害者 10 人，認為利弊互見者 9 人，沒意見者 1 人。正面肯定此制度之規劃對中醫界的發展是有利者，仍佔大多數。

b. 意見彙整

此案正面肯定有利比率為 77%，大部份的中醫同道仍肯定此規劃方向。部份有不同意見者，也大都認為實施本制度短期對中醫界有害，因會有部份反彈聲音等問題，然長期來說，對中醫界的發展是有利的。

3. 請問您認為中醫內科專科醫師制度對中醫內科的發展有何影響？

a. 統計分析

此案在所有問卷 88 份中，認為有利者 70 人，代表正面肯定有利比率為 80%，認為有害者 8 人，認為利弊互見者 2 人，沒意見者 2 人。可見正面肯定此制度之規劃方向對中醫內科之發展是有利者，仍佔大多數。

b. 意見彙整

此案正面肯定有利比率者佔 80%，部份的意見認為中醫理論注重整

體，很難去分科發展。然此制度對中醫內科發展大致而言仍覺利多弊少。

4. 請問您認為中醫內科專科醫師制度對民眾健康及就醫保障有何影響？

a. 統計分析

此案 88 份中，認為增加民眾健康及就醫保障者 80 人，故正面肯定者佔 91%，覺得降低保障者 4 人，覺得不見得有影響者 2 人，覺得沒影響者 2 人。故大多數均覺得本制度對民眾健康及就醫權益上是增加保障的。

b. 意見彙整

此案正面肯定者佔 91%，故大部份醫師均認為就民眾健康保障方面是值得實施的。

5. 請問您認為中醫內科專科醫師制度對醫師本身有何影響？

a. 統計分析

88 份問卷中，本案共有 73 人認為有利，代表正面肯定有利比率為 83%，認為有害者 9 人，利弊互見者 3 人，沒意見者 3 人。故對醫師本身影響而言，大多數的中醫師均肯定此制度之研究發展。

b. 意見彙整

此案正面肯定有利比率為 83%，大多數均覺得醫師專精專科發展對醫師本身是有利的，然多數人亦覺得對醫師本身是有壓力的。

6. 請問您對中醫內科專科醫師制度是否贊成？

a. 統計分析

有效問卷 88 份中，贊成者 74 人，表示中醫師界正面肯定贊成此制度者 84%，反對者 10 人，沒意見者 4 人。可見正面肯定並贊成規劃實施中醫內科專科醫師制度的中醫師是佔大多數的。

b. 意見彙整

本案對中醫內科專科醫師制度之規劃，有全方位整體代表結論性之意見徵詢意義。正面肯定贊成之中醫師佔有 84%，可見基本上已取得中醫界之共識，值得衛生署規劃實施此制度之參考。

陸、結論

民國 75 年醫師法中增訂「第七條 專科醫師甄審制度」，經立法院三讀通過，於民國 76 年頒佈施行，此即中醫專科醫師之法源基礎。民國 77 年 6 月，頒佈「專科醫師分科及甄審辦法」，但因中醫迄未有專責之事務管理機構，因此由西醫率先投入專科醫師之臨床教育訓練。西醫挾龐大之醫療資源，從事專科醫師之培訓工作，在短短十多年間，「專科化」實施得十分徹底。

根據衛生署的計劃，中醫藥委員會將於 93~97 年度，利用 5 年時間，來建立完整的中醫醫療體系（包括中醫診療、中藥藥事服務及中醫護理照護），以及中醫臨床教學訓練制度（含中醫見實習醫師、住院醫院、藥事人員及護理人員訓練）。從政府積極規劃將中醫藥教育及臨床訓練內容，全面改造及充實中醫軟硬體建設的政策來看，台灣之傳統醫學教育已開始步入正軌，且逐漸向中西醫學整合之路邁進。因此，為配合這個趨勢，成立多年，且早就不遺餘力地推動中醫師繼續教育的各中醫專科醫學會（內、婦、兒、針、傷），此次乃奉衛生署中醫藥委員會之委託，研究推動「中醫專科醫師制度」之可行性評估及制度設計規劃研究。

中醫「專科化」是為了追求醫療品質的提昇。但是如何讓整個中醫現階段的醫療人力全面性改造，卻是一項艱鉅的工作。因為要讓中醫醫療品質提昇，就必需擷取西方醫學研究發展的模式，來調整中醫藥教育及臨床醫療實務培訓的架構，才能符合現代化的需求。

民國 83 年 12 月，行政院衛生署成立「中醫藥委員會」，正式專責管理全台中醫藥事務。而「中醫藥委員會」為提升中醫師之執業素質，其中一項重要工作就是「輔導中醫界成立專科醫學會」，並逐步建立「中醫師專科醫師制度」。既然「中醫專科化」已是中醫朝向現代化不可避免的趨勢，那麼如何早日規劃並推動適合中醫界的中醫專科制度就勢在必行。

本研究計畫，係以專家意見徵詢、專科制度共識研討會及問卷調查等方式進行。並擴大參與面，廣邀學術機構、公會、西醫教學醫院附有中醫部門的人員及教學醫院之內科專家學者開會討論，且採用德菲法（Delphi Technique）以協助使制度之規劃更能系統性呈現專家之意見及促成共識之形成。據此擬定「中醫內科專科醫師甄審原則」、「中醫內科專科醫師訓練課程綱要」、「中醫內科專科醫師訓練醫療院所認定標準」等，以形成中醫內科專科醫師制度。力求經驗與實務之傳承，以專科分工化提昇醫療品質，俾供衛生主管機關推動專科醫師制度時有很明確之參考準據。

一、制度實施意願調查總結

為徵詢中醫界制度實施意願及修改意見調查，本研究小組總計發出 342 份問卷調查者，經回收有效問卷總共 88 份。研究對象為執業或曾經執業之中醫師。調查研究乃針對本研究小組召集中醫內科專家學者及各公會、學會、醫院代表諮詢會議所擬定中醫內科專科醫師之「甄審原則」、「訓練課程綱要」、「訓練醫療院所認定標準」中之重要內容及實施意願、實施影響等方面進行問卷調查的。

經統計分析其結果及其代表意義如下：

- (一) 在報考資格方面，基本同意所擬方案者其平均同意率為 74.7%。
- (二) 在考試內容方面，基本同意所擬方案者其平均同意率為 87.5%。
- (三) 在訓練計劃方面，基本同意所擬方案者，其平均同意率為 84.5%。
- (四) 在對制度規劃資訊了解方面，普遍知道比率為 60%。
- (五) 在制度影響中醫發展方面，正面肯定有利比率為 77%。
- (六) 在制度影響中醫內科發展方面，正面肯定有利比率為 80%。
- (七) 在制度影響民眾健康保障方面，正面肯定有利比率為 91%。
- (八) 在制度影響對醫師本身方面，正面肯定有利比率為 83%。
- (九) 在總結意願方面，積極贊成實施此制度之比率為 84%。

由上列問卷調查統計結果之分析，代表著大多數的中醫師，是傾向贊同規劃實施，符合中醫特性的中醫內科專科醫師制度的。

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工系統，也有較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。

二、各項問卷反映有待解決之問題彙整

- (一) 發現仍有少數中醫師因對中醫專科醫師制度之內容不了解，而產生疑慮，因此拒絕作答，甚至產生一些反彈聲音。
- (二) 有一定數量之醫師認為實施中醫專科醫師制度，對基層中醫師未來生計是否有影響產生疑慮。

- (三) 部份人不明白實施中醫專科制度之目的及必要性何在？
- (四) 如何界定中醫內科與西醫內科之異同？
- (五) 過去師徒授受的中醫教育方式如何轉化為群聚而嚴謹的醫學院校教育？
- (六) 僅憑少數幾所中醫藥醫學院校培訓出的中醫各科專業人力是緩慢而不足的。
- (七) 中醫專科醫師實習及訓練場所明顯是不足。
- (八) 專科性的中醫臨床培訓師資也是明顯不敷所需。
- (九) 分佈各地教育程度不一的特考中醫師，如何培訓再教育使其能通過專科醫師之甄審？
- (十) 專業分科實施後中醫資源勢必重整，如何解決各種因利益衝突而來的挑戰？
- (十一) 初期不宜冒然推動中醫專科醫師制度與健保給付掛勾，以免引起不必要的民怨。
- (十二) 實施前應再與基層醫師充分溝通與宣導。

以上問題應由政府及中醫界群策群力，凝聚共識共同解決。

柒、建議

為因應時代脈動，並期以現代化、科學化之方法，證實中醫治療效果與作用機轉，進而使其邁向國際化，與現代醫學接軌，是國人尤其是中醫界必須共同努力之課題。中醫內科醫學，是中國醫學之重要組成部份，在現代醫療體系上，與西方醫學足以互補，因之，制定中醫內科專科醫師制度，達成推動其實施發展之共識，以提昇醫療之專業素質，自為當務之急。以下提出三點建議：

一、由各學會先行培訓「種子醫師」

建議由本學會（中華民國中醫內科醫學會）召集中醫內科專家學者一起研討擬定「中醫內科專科醫師甄審暫行辦法」（請見附錄二）。定期公告舉辦甄審考試。以先行儲備培訓中醫內科專科醫師之種子醫師。

其重要內容如該暫行辦法中所列：

中醫內科專科醫師甄審暫行辦法

第一項 中華民國中醫內科醫學會（以下稱本會），為先行儲訓辦理中醫內科專科醫師甄審（以下簡稱專科醫師甄審）特訂定本暫行辦法。

第二項 醫師符合左列各款資格者，得參加專科醫師甄審。

第一款 必備資格

1.在國內合格之醫療院所執業的臨床中醫師，並修習本會認定之中醫內科相關在職教育學分滿30點者。

2.本會會員於民國92年10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. 筆試採用中醫內科各臨床相關系統疾病，以中文命題（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：

(1) 參考本會出版之內科常見疾病治療手冊。

(2) 中醫內科相關中藥學。

(3) 中醫內科相關方劑學。

4. 及格標準：專科醫師甄審成績採百分法計算，筆試成績以一百分為滿分，六十分（含）以上為及格。

第二款 口試

1. 口試由數位口試委員主試，範圍內容包括中醫內科臨床病例之診斷與處置。

2. 及格標準：以口試委員評分總合平均一百分為滿分，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。

二、明定評估中醫內科專科醫師專業準則

本研究小組認為，為提昇中醫內科專科醫師之專業水準，特研討擬訂建議此中醫內科專科醫師專業評估準則。

如何評估一位訓練完成之醫師已達專科要求如下：

（一）臨床專業技能訓練

1. 能正確詢問中醫內科、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，並能獨立向其他專家彙報病史、病情演變及提出診斷處理意見。

2. 熟悉所在診療院所及病區各項診療常規，認真觀察病情，如發現異常，可認真負責妥善處理。

3. 熟悉並可靈活掌握中醫內科常見醫療技術操作方法，瞭解其適應性症及禁忌症。

- 4.可充分掌握中醫內科常見病之臨床表現，並確實掌握異常病理變化之臨床意義。
- 5.能有效掌握中醫內科常見病診斷及鑑別，並能予以正確處理；對疑難病例之診斷與處理，能獲致獨立全面見解。
- 6.由病歷中能正確體現中醫之病因、病機、辨證，做到理、法、方、藥一貫而完備。

(二) 中醫內科及相關學科之醫學理論訓練

- 1.精通中醫理論，系統掌握與中醫內科有關之學說理論，並有較深造詣，且能掌握中醫內科與西醫內科等相關學術源流及國內外學術發展情況。
- 2.能有系統融會貫通並掌握各種醫學理論，熟練地運用中醫理、法、方、藥，進行辨證論治。

三、制度設計部份修改意見彙整

(一) 在考試內容方面：

- 1.考試委員的資格審查不可浮濫。
- 2.建議能指定考試參考書目。
- 3.建議能編寫參考題庫。

(二) 在訓練課程方面：

- 1.訓練課程應充分發揮中醫的治療特色，以中醫為主，西醫為輔；並應加強病案實例研討。
- 2.訓練的醫療院所應提出中醫內科的教學訓練計劃，除臨床教學外尚應包括重要中醫內科相關學術代表性雜誌研讀及學術論文的提出。
- 3.繼續教育或學術活動舉辦地點，北、中、南、東是否能平衡辦理，並評估可否加入光碟函授教學。
- 4.最好能漸進實施中醫住院醫師制度，以搭配中醫專科醫師制度之實施。
- 5.可考慮加入部分在西醫內科醫院見習機會，或安排西醫醫學中心或教學醫院與中醫會診之實習。

(三) 訓練醫療院所方面

- 1.要先行輔導醫療院所符合訓練醫療院所之評鑑標準。
- 2.須增加訓練醫療院所數量並提昇教學設備，必要時由政府補助經費。

（四）制度規劃設計方向

1. 應參考最先實施中醫專科醫師制度的韓國經驗（請見附錄四），並參酌中國大陸中醫分科經驗，以找出最適合台灣的中醫專科醫師制度。
2. 參酌台灣和美國等國家西醫內科專科醫師制度優缺點及現況產生之問題（參見附錄五），提早預防並研擬因應辦法。
3. 在制度實施前應配合修改相關法令及配套措施，以規劃出最佳本土化的制度。
4. 針對中醫內科專科醫師制度共識建立、培訓、實施的方式、時間點等方面及整合教學醫院、教學制度、再教育訓練之條件與相關性應做一全面性考量，妥善規劃，以早日建立符合台灣中醫特色的中醫內科專科醫師制度。

捌、參考文獻

1. 王榮樞，【專科醫師制，之我見】，《北市醫誌》，1993.08
2. 謝博生，【內科專科醫師與基層醫療人力】，《內科學誌》，1993.03
3. 洪傳岳等，【我國內科專科醫師訓練醫院之分析】，《內科學誌》，1993.03
4. 吳英璉、林俊甫，【關於專科醫師制度】，《綠杏》，1995.03
5. 宋文娟、藍忠孚，【內科專科醫師人力問題之剖析－美國 vs. 臺灣】，《醫務管理期刊》，2001.03
6. 韓良俊，【評論“我國牙醫專科醫師訓練之狀況與建言”一文】，《中華牙醫學會訊》，2000.11
7. 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，1999
8. 關巧婷，【臺灣西學中醫師養成制度之研究】，中國醫藥學院，醫務管理研究所碩士論文，1998
9. 鄭志卿，【醫療雙元體系與中醫系學生專業生涯抉擇之關係】，國立臺灣大學，公共衛生學研究所碩士論文，1995
10. 郭德銘，【中醫系畢業生對中醫教、考、用問題的看法及其相關因素之探討】，國立台灣大學，公共衛生學研究所碩士論文，1995

- 11.李淑宜,【中醫醫療體系及經營管理之初步探討】,中國醫藥學院,醫務管理研究所碩士論文,1889
- 12.彭彥屏,【加入世界貿組織我國中醫藥面對大陸衝擊及因應策略之研究】,中國醫藥學院,醫務管理研究所碩士論文,2002
- 13.陳淑娟,【台灣專科醫師之市場價值研究初探—以實際收入和目標收入為例】,國立臺灣大學,衛生政策與管理研究所碩士論文,1998
- 14.楊麗慧,【中醫師生產力之調查與其相關因素之探討】,中國醫藥學院,醫務管理研究所碩士論文,2002
- 15.陳富來,【服務品質與服務缺口關係之研究:以中醫醫療為例】,銘傳大學,管理科學研究所碩士在職專班碩士論文,2002
- 16.楊美玲,【台灣地區中醫師人力空間分布之研究】,彰化師範大學,地理學系碩士論文,2002
- 17.鄧振華,【台灣地區中醫醫療資源及民眾特質對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
- 18.林雨菁,【總額支付制度中醫醫院門診醫療服務品質指標之研究】,中國醫藥學院,醫務管理研究所碩士論文,2000
- 19.張育嘉,【中醫醫療資源對醫療利用之影響:可用效應與誘發效應之分析】,國立陽明大學,醫務管理研究所碩士論文,2000
- 20.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,1999
- 21.蘇貫中,【中醫醫院評鑑制度建立之研究】,中國醫藥學院,環境醫學研究所碩士論文,1998
- 22.游隆權,【台灣地區中醫醫療機構現況之研究】,中國醫藥學院,醫務管理研究所碩士論文,1889
- 23.李淑宜,【中醫醫療體系及經營管理之初步探討】,中國醫藥學院,醫務管理研究所碩士論文,1889
- 24.衛生署,【西醫內科專科醫師甄審原則】
- 25.衛生署,【內科專科醫師訓練醫院認定標準】,90.3.21 衛署醫字第 0900018249 號函公告修正
- 26.衛生署,【內科專科醫師訓練課程綱要】,90.3.21 衛署醫字第 0900018249 號函公告修正
- 27.中華民國中醫師公會全國聯合會,【中醫師參加學術活動或繼續教育評分記點辦法實施計畫】,91.3.3 第五屆第二次理監事聯席會議修正公告
- 28.衛生署,【家庭醫學科專科醫師甄審原則】
- 29.林宜信,【21世紀現代中醫之人才培育】,《21世紀台灣新中醫》秀芳出版

社，1999 年，P.143

30. 林宜信，【台灣中醫藥的過去,現在與未來】，《21 世紀台灣新中醫》，秀芳出版社，1999 年

31. 行政院衛生署網站，【台灣地區歷年醫療機構及其他醫事機構執業醫事人員數】

32. 行政院衛生署網站，【專科醫師制度】

33. 行政院衛生署網站，【全國醫事人力規劃政策建言書-中醫師人力規劃】

34. 廣東省中醫醫院，《中國醫學史-台灣中醫藥之發展史》

35. 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之影響】，《中華民國公共衛生雜誌》，第 14 卷，第 6 期，P.470-476，1995

36. 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

37. 行政院衛生署，【醫師執業登記及繼續教育辦法】

38. 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。

39. 林毅，【大陸地區中醫師養成晉升制度】，廣西省桂林市中醫醫院，1996.5.12 兩岸中醫藥臨床教育交流研討會論文

40. 林毅，【內科中醫師規範化培訓制度實施細則】，廣西省桂林市中醫醫院，1996.5.12 兩岸中醫藥臨床教育交流研討會論文

41. 趙榮章，【大陸地區中醫教育在附設醫院臨床實習制度】，成都中醫藥大學附設醫院，1996.5.12 兩岸中醫藥臨床教育交流研討會論文

42. 張恆鴻、林宏任，【台灣地區中醫學院附設醫院中醫養成制度】，中國醫藥學院附設醫院，1996.5.12 兩岸中醫藥臨床教育交流研討會論文

43. 陳梅生、黃維三，【台灣地區中醫生養成制度】，中國醫藥學院，1996.5.12 兩岸中醫藥臨床教育交流研討會論文

44. 張永賢，【台灣地區中醫醫院概況】，中國醫藥學院附設醫院，1996.5.12 兩岸中醫藥臨床教育交流研討會論文

45. 趙尚久，《中醫實習醫師手冊》，湖南中醫醫院，1992 年上海科學技術出版社 P.75-84

46. 孟慶雲，【中醫藥高等教育的發展】，《中國中醫藥發展五十年》，1999 年 9 月 P.44-48

47. 孟慶雲，【中醫醫院的發展】，《中國中醫藥發展五十年》，1999 年 9 月 P.44-48

48. 江潤洋，【中醫人材培訓策略初探】，《杏林新聲》，2000 年 7 月香港中文大學中醫學院，第一屆執業中醫進修文憑課程特刊論文 P.22-24

附錄一

親愛的 專家您好：

行政院衛生署中醫藥委員會委託中華民國中醫內科醫學會負責「中醫內科專科醫師制度規劃研究」。本研究小組特別製作一份問卷，懇請您在百忙中抽空填寫後寄回，您的寶貴意見將是我們擬定「中醫內科專科醫師制度規劃研究」的重要參考資料。

說明如下：

壹、本研究的研究對象是執業或曾經執業的中醫師。

貳、研究的內容包括「中醫內科專科醫師甄審原則」、「中醫內科專科醫師訓練醫院認定標準」、「中醫內科專科醫師訓練課程綱要」。

參、本研究將有助於中醫專科醫師制度之建立。

肆、本研究小組除保證 貴醫師資料與研究期間之隱密性外，研究報告的撰寫也僅就資料作綜合統計與學術研究，貴醫師的個人資料並不在描述範圍。

(一) 基本資料

1、請問您的性別：男 女

2、請問您的年齡：

21-30 歲 31-40 歲 41-50 歲 51-60 歲 61-70 歲 70 歲以上

3、請問您執行中醫有幾年：

0-5 年 6-10 年 11-15 年 16-20 年 21-30 年 30 年以上

4、請問您目前最主要執業的場所是在：

公立中醫醫院 西醫醫院附設中醫部或中醫科 私立中醫醫院 聯合診所 個人診所 其他 _____

5、請問您中醫師資格取得來自：

中醫師特考及格 大專中醫科 學士後中醫系 其他 _____

(二) 中醫內科專科醫師甄審原則草案

第一項 中華民國中醫內科醫學會（以下簡稱本會）為辦理中醫內科專科醫師甄審（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。

(三) 報名資格

1. 在國內合格之中醫醫療院所執業的臨床醫師，並修習中醫內科在職教育學分滿 200 點者。

同意
 不同意

修訂意見：_____

2. 加入中醫內科醫學會滿三年。

同意
 不同意

修訂意見：_____

3. 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： $A = \text{本會認定之訓練醫院年資} \times 0.6$

$B = \text{執業年資} \times 0.3$

$C = \text{參加本會年資} \times 0.4$

點數總和 = $A+B+C$

同意
 不同意

修訂意見：_____

(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)

(四) 考試內容

1. 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；而筆試及格但口試不及格者，筆試及格成績得保留二年。

同意
 不同意

修訂意見：_____

2. 筆試

(1) 筆試採用中醫內科各臨床相關系統疾病，以中文命題（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：

① 參考本會出版之內科常見疾病治療手冊。

② 中醫內科相關中藥學。

③ 中醫內科相關方劑學。

(4) 及格標準：專科醫師甄審成績採百分法計算，筆試成績以六十分為及格。

同意

不同意

修訂意見：_____

3. 口試：

(1) 口試由數位口試委員主試，範圍為中醫內科臨床病例之診斷與處置。

(2) 及格標準：以數位口試委員評分總分平均滿六十分（含）以上為及格。

同意

不同意

修訂意見：_____

(3) 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。

同意

不同意

修訂意見：_____

(五) 專科醫師的訓練計劃

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每六年達二〇〇點以上；其中一百二十點或以上必須參加（A類）由本學會主辦之研討活動；另八十點或以下（B類）本會協辦之研討活動。

A類包括

1. 參加中華民國中醫內科醫學會（以下簡稱本會）大會及當天學術演講會，得積分三十點。醫學會主辦之國際性大會或學術演講會，每半天得積分五

點。演講者每次得五點，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十點。

2. 參加本會主辦之研習會每半天得積分四點，演講者每次得五點。

同意
 不同意

修訂意見：_____

B 類包括

1. 參加本會協辦之研討活動，其積分認定標準同 A 類第二款。
2. 投稿本會雜誌會刊，原著報告者第一作者得積分十點，通訊作者積分十點，第二作者得積分五點，其他作者得積分二點；其為病例報告者，第一作者得積分五點，通訊作者得積分五點，其他作者得積分二點。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，且為內科議題者得積分二十點。
3. 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。
4. 參加國際性有關內科學術活動（須提出報名單或繳費證明單）每次得積分十點，演講者得積分二十點，擔任特別演講者每次得積分四十點。

※六十五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。

同意
 不同意

修訂意見：_____

(六) 其他

1. 請問您對專科醫師制度是否了解? 知道 不是很清楚 不知道

2. 請問您認為中醫專科醫師制度對中醫的發展有何影響?

有利 有害

3. 請問您認為中醫內科專科醫師制度對中醫內科的發展有何影響?

有利 有害

4. 請問您認為中醫內科專科醫師制度對民眾健康及就醫保障有何影響?

增加保障 降低保障

5. 請問您認為中醫內科專科醫師制度對醫師本身有何影響?

有利 有害

6.,請問您對中醫內科專科醫師制度是否贊成?

贊成 反對

7.中醫內科專科醫師甄審原則，整體建議事項，請專家提供寶貴意見。

附錄二

中華民國中醫內科醫學會

中醫內科專科醫師甄審暫行辦法

第一項 中華民國中醫內科醫學會（以下稱本會），為先行儲訓辦理中醫內科專科醫師甄審（以下簡稱專科醫師甄審）特訂定本暫行辦法。

第二項 醫師符合左列各款資格者，得參加專科醫師甄審。

第一款 必備資格

1. 在國內合格之醫療院所執業的臨床中醫師，並修習本會認定之中醫內科相關在職教育學分滿 30 點者。

2. 本會會員於民國 92 年 10 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. 筆試採用中醫內科各臨床相關系統疾病，以中文命題（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：

（1）參考本會出版之內科常見疾病治療手冊。

（2）中醫內科相關中藥學。

（3）中醫內科相關方劑學。

4.及格標準：專科醫師甄審成績採百分法計算，筆試成績以一百分為滿分，六十分（含）以上為及格。

第二款 口試

1.口試由數位口試委員主試，範圍內容包括中醫內科臨床病例之診斷與處置。

2.及格標準：以口試委員評分總合平均一百分為滿分，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，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內科個案。（格式如附件）

（四）第二項所訂資格證明文件。

（五）補行口試者，繳交筆試及格證明文件。

（六）最近一年內二吋正面脫帽半身照片三張。

（七）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，憑證參加考試，經審查資格不符者，不得參加考試。

第八項 中醫內科專科醫師證書（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達二百點以上；其中一百二十點或以上必須參加（A類）由中華民國中醫內科醫學會主辦之研討活動；另八十點（B類）由中華民國中醫內科醫學會協辦之研討活動。

A類包括

（一）參加中華民國中醫內科醫學會（以下簡稱本會）大會及當天學術演講會，得積分二十點。醫學會主辦之國際性大會或學術演講會，每半天得積分五點。演講者每次得積分五點，海報展示第一作者得積分五點，第二作者得積分三點，其他作者得積分一點。擔任特別演講者每次得積分十點。

（二）參加本會主辦之研習會，每次得積分四點，演講者每次得五點。

B 類包括

- (一) 本會協辦之研討活動，其積分認定標準同 A 類第二款。
- (二) 投稿中華民國中醫內科醫學會刊雜誌，原著報告者第一作者得積分十點，通訊作者積分十點，第二作者得積分五點，其他作者得積分二點；其為病例報告者，第一作者得積分五點，通訊作者得積分五點，其他作者得積分二點。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，且為內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醫學會者，成績達八十分以上者，每次得積分一至五點。但每年不得超過五點。
- (四) 參加國際性有關內科學術活動（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。

※六十五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，應繳下列表件：

- (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。

第十三項 專科醫師甄審工作或專科醫師證書有效期限展延查核工作時、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。

第十六項 本會會員於民國 92 年 10 月 31 日前入會，於甄審辦法通過公佈實施三年內，申請專科醫師甄審，優先辦理。

第十七項 本暫行辦法於公佈中醫內科專科醫師甄審辦法實施後自動中止。

附錄三

（西醫）內科專科醫生甄審原則

一、行政院衛生署（以下簡稱本署）為辦理內科專科醫師甄審（以下簡稱專科醫生甄審），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。

（一）凡在專科醫師訓練醫院接受三年（含）以上之內科臨床訓練，並取得該醫院訓練期滿之證明文件者。

（二）領有外國之內科專科醫師證書，經本署認可者。

前項第一款專科醫師訓練醫院，於本署依規定辦理認定前，依中華民國內科醫學會認可之醫院為之。

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，筆試成績得予保留二年，如兩次補行口試均不及格者，應重行報名專科醫師甄審。

（一）筆試：

1.命題方式：採用選擇題，以中文命題（專有名詞得附英文）。

2.考試時間：二至三小時。

3.科目範圍：

（1）心臟血管疾病。

（2）胸腔疾病。

（3）消化系疾病。

（4）新陳代謝內分泌疾病。

（5）腎臟疾病。

（6）風濕免疫及過敏疾病。

（7）血液腫瘤疾病。

（8）感染症疾病。

（9）與內科有關之神經、精神及皮膚科疾病等。

1.及格標準：以一百分為滿分，六十分（含）以上為及格。

(二) 口試：

1. 實施方式：每一參加甄審者，須經三至五位口試委員之口試。
2. 內容範圍：與筆試科目範圍同。
3. 及格標準：以口試委員評分總和平均一百分為滿分，六十分（含）以上為及格。

四、專科醫師診審每年辦理一次，其報名及筆試日期與考試地點等有關事項，於辦理前二個月公告之。

五、參加專科醫師甄審，以通信報名方式為之。

六、報名參加專科醫師甄審，應繳交下列表及證明文件：

- (一) 報名表。
- (二) 醫師證書影本。
- (三) 現職服務證明書影本。
- (四) 醫師執業執照影本。
- (五) 專科醫師訓練醫院訓練期滿證明書影本。
- (六) 外國之內科專科醫師證書影本。
- (七) 最近一年內二吋正面脫帽半身光面黑白相片三張。
- (八) 甄審費。

七、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。

八、內科專科醫師證書（以下簡稱專科醫師證書）有效期限為六年，期滿每次展延期限均為六年。

九、申請專科醫師證書有效期限展延，應於專科醫師證書之有效期限六年內，參加下列學術活動或繼續教育之積分達三百分以上。

- (一) 參加中華民國內科醫學會年會及當天之學術會議，每次積分三十分。
- (二) 參加中華民國內科醫學會安排之學術演講，或參加內科各細分科之專科醫學會年會中之學術會議，每次積分二十分為限。
- (三) 參加中華民國內科醫學通訊教育及格者，每期積分十分。
- (四) 六年之中於中華民國內科醫學誌發表有關內科論文者，每篇第一作者積分三十分，第二作者積分二十分，其他作者積分十分。
- (五) 參加經本署認可之醫師公會，國內外內科各細分科醫學會或國內外

醫學院、教學醫院等辦理之內科學術演講會或繼續教育課程，每小時積分五分為限，但每次總分不得超過積分二十分，惟單一演講者，以積分五分為限。

(六) 參加國外經本署認定有關內科醫學國際學術會議，每次積分二十分為限。

(七) 在中華民國內科醫學會發表論文演講（或壁報），每篇積分二十分（限第一作者）。

(八) 六年之中於本署認可之國內外醫學雜誌發表有關內科學論文者，每篇第一作者積分二十五分，第二作者積分十五分，其他作者積分五分。

(九) 非中華民國內科醫學會會員，得參加該醫學會所舉辦之繼續教育或學術活動，其參加辦法由該醫學會訂定之。

(十) 參加經本署認可以其他醫學會，舉辦之學術演講會或進修課程，其內容與內科相關者，每次積分十分為限，通訊教育及格者每期積分五分為限。

前項各款所訂學術活動或繼續教育之認定，於委託專科醫學會辦理專科醫師甄審初審工作或展延專科醫師證書有效期限先行查核工作者，由專科醫學會為之。

第一項第一款第四款之總積分不得少於一百五十分，其他各款之總積分超過一百五十分者，以一百五十分計算。

十、申請專科醫師證書有效期限展延，應於公告之限期內，以通信方式申請，並繳交下列表件：

(一) 申請表。

(二) 符合第九點所定展延條件之各項證明文件。

(三) 最近一年二吋正面脫帽半身光面黑白相片二張。

(四) 查核費。

十一、專科醫師甄審或專科醫師證書有效期限展延，得斟酌實際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。

十二、專科醫師甄審或專科醫師證書有效期限展延之結果，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，向本署申請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。

十三、領有美、日、加、英、法、德等六國經認證之內科專科醫師證書，且最近三年乃繼續於該國從事內科診療工作，並具有下列資格者，得免筆試。

- (一) 領有中華民國身分證。
- (二) 中華民國醫學院畢業。
- (三) 擁有中華民國醫師證書。
- (四) 有中華民國醫師執業執照。

(五) 目前任職於國內醫學中心（含準醫學中心）醫院內科工作者為限。

十四、專科醫師甄審或專科醫師證書有效期限展延，其有關之試卷、論著及資格證明文件影本等資料，保存二年。

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延先行查核工作時，有關之試卷、論著及資格證明文件影本等資料，由專科醫學會依前項規定期限保存。

十五、本署於辦理專科醫師甄審或專科醫師證書有效期限展延，或委託專科醫學會辦理上項初審或查核工作，得依據本原則另訂簡章，規定各項細節實施之。

十六、本原則未規定事項，依「專科醫師分科及甄審辦法」之規定辦理。

附錄四

韓國漢醫師專科醫師修練及資格認定的有關規定

第一條（目的）本規定依據醫療法第五五條第一項及第三項的規定為規範，韓（漢）醫師專科醫師的修練及資格認定的必要事項為目的而制定的。

第二條（定義）本規定中使用的用語的建議如下：

- 1.「韓（漢）醫師專科醫師」是所謂經在韓方（漢）醫院為取得「韓（漢）醫師專科醫師」資格而修練的一般修練醫師及專科修練醫師而言。
- 2.「一般修練醫師」是指已取得韓（漢）醫師資格的人，在一定的所屬韓方修練醫院進行臨床各科實際修練的人而言。
- 3.「專科修練醫師」是已經過「一般修練醫師」過程的人，在一定的所屬韓（漢）方修練醫院，專門修練專門科目中一門的人而言。
- 4.「韓（漢）方修練醫院」是指經衛生部長官任命的專門培養修練韓（漢）方專科醫師的韓（漢）方醫院而言。（包括附設有韓（漢）方診療部的國立、公立醫院）
- 5.「專屬指導專科醫師」是指在韓（漢）方修練醫院指導教育韓（漢）方修練醫師的韓（漢）方專科醫師而言。

第三條（專門科目）韓（漢）醫師專科醫師的專門科目是韓（漢）醫內科、韓（漢）醫婦科、韓（漢）醫小兒科、韓（漢）醫精神神經科、針灸科、韓（漢）醫眼、韓（漢）醫耳鼻咽喉科、韓（漢）醫皮膚科、韓（漢）醫復健科以及四象體質科。

第四條（修練）

- 1.要成為韓（漢）醫師專科醫師的人，必須按本規定在韓（漢）方修練醫院完成修練。
- 2.除第1項外，如新設專科科目時，可根據衛生部長官指令指定的韓（漢）方修練醫院完成相關的科目的人為新設科目的專科韓（漢）醫師。其認定期限為完成第1項的修練過程的人，成為最初新設科目的專科醫師的資格為止。

第五條（修練期限）

- 1.韓（漢）醫師專科醫師修練期限「一般修練醫師」為一年，「專科修練醫師」為三年。但如果屬於以下各項之一者則「一般修練醫師」可修練十個月，「專科修練醫師」為二年十個月。<修改 2002.1.26>

(1) 軍醫官完成現役後編入預備役兵後，要進行專科韓（漢）醫師修練時。

(2) 完成在農漁村保健醫療機構特別規定的義務後的當年，要進行韓（漢）醫師專科修練時。

1.除第 1 項外根據專科修練目的不同，而需要調整修練期限時，可根據衛生部指令所規定可縮短其修練期限。

2.修練期限為修練當年的三月一日起至下一年的二月底為止，但如果符合第 1 項時可以修練當年的五月一日起至下一年的二月底為止。

3.除第 3 項外，如果韓（漢）方修練醫院暫時無法聘用韓（漢）醫師專科修練醫師時或其他不得已時，可經衛生部長官的認可修練期限，可從九月一日起至下一年的八月底為止。

第六條（韓（漢）方修練醫院的指定標準）

1.要成為韓（漢）方修練醫院的韓（漢）醫院必須要具備以下條件：

(1) 要設有修練的專門科目的診療科。

(2) 要有專門修練科目的專屬指導專科醫師。

(3) 韓（漢）方醫院的規模，診療科目、專屬指導專科醫師數按科目其人力、物力、及裝備和診療設施要分別達到衛生部規定的一般修練醫院與專科修練醫院的指定標準。

2.除第 1 項外衛生部長官可指定以下各條之一的醫院按不同的標準指定為韓（漢）方修練醫院。

(1) 國、公立醫院設有韓（漢）方診療部時。

(2) 其他韓（漢）醫師專科醫師人力需要調整等，保健醫療政策上需要時。

第七條（韓（漢）方修練專科醫院的指定）

1.要成為韓（漢）方專科修練醫院者，按衛生部的規定要向衛生部長官提出申請。

2.衛生部長官按第 1 項接到申請後，按第六條的指定標準審查後認為符合標準時，可指定為韓（漢）方修練專科醫院。

第八條（韓（漢）方修練醫院的定員） 在韓（漢）方修練醫師的定員數是衛生部長官按各修練醫院的不同而予以指定。

第九條（修練過程） 韓（漢）方專科醫師的修練過程是按衛生部長官的指令

而進行修練過程。

第十條（國、公立醫院對韓（漢）方專科醫師的報酬） 被指定的國、公立醫院對修練中的韓（漢）方專科修練醫師，按國、公立醫院的預算範內，以五至六級公務員的報酬付給。

第十一條（修練韓（漢）方醫院院長的權限）

- 1.修練韓（漢）方醫院院長在第八條規定的定員範圍內按衛生部長指定的規定，可以聘用並指導監督韓（漢）方專科修練的全過程。
- 2.修練韓（漢）方修練醫院長可以解除聘用認為不稱職的韓（漢）方訓練醫師。

第十二條（修練規則及記錄備考）

- 1.韓（漢）方修練醫院要準備好以下各條記錄及規定並保管好。
 - (1) 關於實行韓（漢）方專科修練的指導、監督的規定。
 - (2) 按第九條規定全修練過程的全部修練記錄。
 - (3) 關於韓（漢）方專科修練的各種會議記錄。
 - (4) 關於韓（漢）方專科修練的各種學術會議記錄。
 - (5) 關於韓（漢）方專科醫師的聘用及解聘的記錄。
- 2.以上第1條至第5條的記錄要保留五年。

第十三條（修練專科韓（漢）方醫院的遷移） 修練專科韓（漢）方醫院長如發生以下事由之一時，可以向其他韓（漢）方修練醫院轉介其韓方專科修練醫師。

- 1.按第十六條規定取消韓（漢）方專科修練醫院的指定時。
- 2.韓（漢）方修練醫院的部分科目未達到第六條第1項的規定標準，而發生調整專科修練醫師的人員數時。
- 3.其他因不得已的事由其還在修練中的專科修練醫師，難以再續繼進行修練時。

第十四條（禁止兼職）韓（漢）方修練醫師不可開設醫療機構或兼其他的職務。

第十五條（關於監督其韓（漢）方修練醫院院長），衛生部長官可以向韓（漢）方修練醫院院長，要求有關韓（漢）方專科醫師修練的資料，並可以指示、監督、修練情況。

第十六條（取消指定）

衛生部長官如發現以下各條之一時，可以取消韓（漢）方修練醫院的指定或命令六個月內的停業或修改設施。

1. 未達到第六條規定的修練韓（漢）方醫院的條件。
2. 超過第八條規定的韓（漢）方專科修練醫師的聘用名額。
3. 未按第十二條規定的規則備齊或保管有關資料。
4. 未遵守衛生部長官規定的指示。

第十七條（聽政會） 衛生部長官長根據第十六條規定，取消韓（漢）方修練醫院的指定時要召開聽政會。

第十八條（韓（漢）醫師專科醫師的認定）

1. 可以被認定為韓（漢）醫師專科醫師者必須要符合以下各項之一者，而且要通過衛生部長官主持的韓（漢）醫師專科醫師資格考試。
 - (1) 已修練完成本章所規定的修練過程韓（漢）醫師。
 - (2) 依照第四條第二項的規定被衛生部長官認定已修練完成修練過程的韓（漢）醫師。
2. 根據第 1 項的第 2 款所規定的人中，符合在韓（漢）方修練專科醫院擔任修練指導的經歷已經超過四年的人中，根據衛生部長官指定的第一項的規定可以減免韓（漢）醫師專科醫師資格考試中的部分科目。<新設 2002.1.26>
3. 衛生部長官可以根據第一項規定的韓（漢）醫師專科醫師的考試，根據醫療法規第廿六條第一項的規定，授權讓韓（漢）醫師會實施。
4. 韓（漢）醫師專科醫師資格考試的方法及報考方法和其他必要事項是以衛生部的指令為基準。

第十九條 衛生部長官根據第十八條的規定，對韓（漢）醫師專科醫師考試合格者，二個月內發送其相關的韓（漢）醫師專科醫師證書。

第二十條（委託業務）

衛生部長官根據第七條規定的關於指定韓（漢）方修練醫院的資格調查業務和第八條規定的韓（漢）醫師專科修練醫師的定員人數的資料調查業務，可委託給相關韓（漢）方醫療機構進行。

附則<第 16616 號 1999.>

第一條 (實行日期) 本規定自發佈之日起實行。

第二條 (修練期間的特惠)

1. 凡符合以下各項之一者，根據本規定可以認為被聘用為韓（漢）醫師專科醫師而在進行修練中，此時已修過的修練時間，按第五條第 1 項合計入修練過程期間。

(1) 本規定實行當時，根據兵役法第五八條第二項第一號規定，正在軍事專科醫師機關被選為軍事專科醫師要員而進行少量的修練過程。

(2) 本規定實行當時，在高於軍事專科醫師修練標準的韓（漢）方醫院，根據第 1 號規定進行軍事專科醫師修練過程的人或以上的修練過程的人。

2. 根據兵役法第五八條第二項第一號規定。在軍事專科醫師修練機關被選為軍事專科醫師要員修練三年以上一定科目的人，可視為在韓（漢）方修練醫院已修練一年以上的修練過程。

第三條 (專屬指導專科醫師的特惠)

1. 本規定實行當時，身為執照韓（漢）醫師在韓（漢）方醫院工作已超過三十六個月或在韓（漢）醫院工作超過七十二個月的人中，在修練韓（漢）方專科醫院工作時，可視為指導專科醫師。但 2007 年一月一日後在韓（漢）方修練醫院工作的人並不認為專屬指導專科醫師。

2. 衛生部長官根據第 1 項的規定被認定屬指導專科醫師的人，根據高等教育法被聘為韓（漢）醫科大學的副教授以上的人，可以不受第十八條第 1 項的規定限制，可認為為韓（漢）醫師專科醫師。

3. 符合以下之一的人根據衛生部長官的指令第十八條第 1 項的規定可以減免韓（漢）醫師專科醫師考試的部分科目。

(1) 被認定為專屬指導專科醫師，根據高等教育法規被聘為韓（漢）醫科大學的助理教授或專科講師的人。

(2) 被認定為專屬指導專科醫師並在修練韓（漢）方醫院工作三年以上的人。

4. 第 2 項和第 3 項的規定至 2006 年 12 月 31 日止有效。

【專門修改】2002.1.26

第四條（關於指定韓（漢）方修練醫院的特惠）

- 1.根據兵役法第 58 條第二項第 1 號的規定軍事專科醫師的修練機構根據附則第 2 條第 1 項第 1 號的符合條件的人到完成修練過程為止，可不受第六條的規定所限而認定為修練韓（漢）方專科醫院。但如果要重新招收韓方專科醫師時，要根據第六條的規定標準，受到衛生部長官的認定。
- 2.符合附則第 2 條第 1 項第 2 號規定的韓（漢）方醫院到 2002 年 2 月 29 日為止，不受第六條的規定限制而認定為韓（漢）方修練專科醫院。

總統令第 17501 號（2002.01.26）

韓（漢）醫師專科醫師修練及資格認定規定之修改令如下：

第五條第 1 項中「專科修練醫師的修練期限為二年十個月」更改為「一般修練醫期限為十個月，專科修練醫師的期限為二年十個月」

第十八條第 2 項及第 3 項定為第項 3 和第 4 項，並同時新增第 2 項如下：

符合第 1 項第 2 號的人中，在修練韓方專科醫院擔任修練指導已超過四年以上的人，根據衛生部長官令第 一 項規定之韓（漢）醫師專科醫師考試中可以減免部分科目。

總統令第 16616 號的「韓（漢）醫師專科醫師修練及資格認定的規定」的附第三條如下：

第三條（專屬指導專科醫師的特惠）

- 1.本規定實行當時，身為韓（漢）醫師在韓（漢）方醫院工作超過三十六個月以上或韓（漢）醫院工作七十二個月以上的人中，在修練韓（漢）方醫院工作的人，可以認定其工作期間為專屬指導專科醫師。但自 2007 年 1 月 1 日以後在修練韓（漢）方醫院工作的人，則不認定為專屬指導專科醫師。
- 2.衛生部長官可根據第 1 項之規定認定為專屬指導專科醫師的人，根據高等教育法在韓（漢）醫科大學任副教授以上的人，不受第十八條第 1 項的規定的限制，可認定為韓（漢）醫專科醫師。
- 3.符合以下資格之一者，根據衛生部長官第十八條第 1 項的規定的韓（漢）醫師專科醫師考試中可以減免部份科目。

專屬指導專科醫師，根據高等教育法在韓（漢）醫科大學任助理教授

或專科講師的人。

專屬指導專科醫師在修練韓（漢）方醫院工作三年以上。

4. 第 2 項及第 3 項的規定有效期限至 2006 年 12 月 31 日。

附則自發布之日起實行

註：【部分修改修改理由】

為早日推行韓（漢）醫師專科醫師的制度，並擴充指導韓（漢）方專科醫師的專屬專科指導醫師的指定範圍，使得專屬專科指導醫師取得專科韓（漢）醫師資格的特惠制度更完整而修改。

（附註：此份資料承蒙美國楊維傑醫生及其學生協助翻譯工作，特此致謝）

附錄五

西醫經驗借鏡—內科專科醫師問題剖析

內科專科醫師人力問題之剖析—美國 VS 台灣

作者：宋文娟、藍忠孚、洪錦墩

前言

一九九五年三月，台灣地區開始實施全民健康保險，對原先多種保險共存的醫療體系帶來莫大的衝擊。根據蔡瑞熊（1999）之研究顯示，健康保險制度與專科醫師人力規劃有密切相關。換言之，各專科醫師成長趨勢與健保給付息息相關，給付較好的科，專科醫師人力成長便較高。

由於健保的支付制度對專科醫師之供給產生結構性之改變，再加上未來要推動之總額預算制度牽涉各專科醫療費用分配，因此有關專科醫師之科別分布才開始受到關注。本研究為了解臺灣人數最多的專科—內科，全民健保實施後之人力問題，因此對內科專科醫師人力以國內外文獻探討及十位專家深度訪談方式，期推古綜今，清晰點明內科專科人力現況及未來問題。

本文就美國與臺灣之內科醫師人力相關文獻進行以下探討。

美國之內科人力存在著過度專科化與基層人力不足二問題，探討內容如下：

(一) 過度專科化

1. 問題所在

根據美國醫學教育委員會 (Council on Graduate Medical Education, COGME) 於一九九四年提出的第四次的報告，假設醫師供給與各專科間的住院醫院比率未改變，預測至 2000 年時，將短缺 35,000 位一般科醫師，同時會過於供給 115,000 位專科醫師 (Lyttle & Levey, 1994)。這項預測顯示，專科的發展已使醫師群體傾向投入專科，為此所造成的結果是一般科醫師人力下降。主要原因在於近年來完成內科住院醫院訓練後進入次專科接受繼續教育的人不斷增加。

以 Kassebaum 及 Szenas (1992, 1993) 的研究指出，在一九八二年，醫學院畢業生計劃進入一般內科的百分比也由一九八二年的 14.3% 滑落至一九九三年的 4.5%，事實上，同時期計劃進入醫療專科者已由 7.6% 呈倍數成長至 14.2%。Petersdorf (1993) 的研究指出，在美國內科諮詢會 (American Board of Internal Medicine, ABIM) 認可一般內科合格之後又繼續完成內科次專科認證者，由一九八一年以前的 42%，在十年後增至 67%。另一篇由 Lyttle (1991) 的研究顯示，住院醫師選擇進入次專科訓練者，由一九七六年的 60% 攀升至一九八八年的 70%，在近幾年已達到了 85% 的程度。不論研究的方法或材料如何，在在顯示出美國已有過度專科化的趨勢。

3. 過度專科化之原因

為什麼會有愈來愈多的內科醫師要進入次專科，主要的誘因是 (ABIM, 1994)：

- (1) 就一般性醫學知識與技術作循序漸進的延伸。
- (2) 醫師角色的更進一步確認。
- (3) 財務報酬的誘因。
- (4) 個人興趣。
- (5) 執業型態的吸引。
- (6) 滿足成就感。

4. 專科實證結果

自一九三六年，美國內科諮詢會 (ABIM) 創立，已經接受 111,409 位內

科醫師及 56,561 位次專科醫師之認證，其中人數最多的是心臟血管內科及腸胃內科 (Barondess, 1993)。

根據 Meyer (1996) 等人對腸胃內科醫師的實證研究結果顯示，美國腸胃內科醫師快速成長，腸胃內科醫師照護的國民數是美國主要健康維護組織 (Health Maintenance Organizations, HMOs) 人力平均值的二倍，此外腸胃內科醫師與基層醫療及其他專科有較顯著的佔有率，研究者並建議應減少腸胃內科醫師的訓練計劃，有目標地使五年內數目降 25% (50%)。

Klctke (1997) 根據美國醫療協會 (American Medical Association, AMA) 一九九三年的醫師主檔分析腎臟科醫師人力，當完住院醫師後 (postresident) 的腎臟科醫師有 4,355 位，他們不是小兒腎臟科就是成人腎臟科，在美國，每十萬人口中有 1.67 位腎臟科醫師，以目前成長的速度看來，明顯高過全美人口成長的比率，光就一九九〇 (一九九三就增加了 19%，而近幾年，國外醫學院畢業 (International Medical Graduate, IMGs) 投入美國腎臟科醫師數目非常之多，其比率之高甚至超過美國本土醫學院畢業者 (United States Medical Graduates, USMGs)，若維持現有情況，成人腎臟科醫師人數之供給將自一九九三 (二〇一〇年間增加 101%；若增加的比率持續攀高，則增加比率將達 134%。

5. 過度專科化的影響

美國醫學教育委員會 (COGME) 預測，若現今次專科不斷增加的趨勢持續下去，將可能發生以下情況：

- (1) 基層醫療服務提供者中，未受過或只受過一些基層醫療教育的次專科醫師數量會增加。
- (2) 次專科醫師進入基層醫療體系服務，則成本支出會增加。
- (3) 過於供給次專科醫師其成本會比過於供給一般科醫師來得高，因為次專科醫師會使用較先進的高科技儀器並且使用醫院資源。
- (4) 次專科醫師有集中於都市地區的趨勢，如此會使得現今所存在的都市與偏遠地區間醫師人力差距問題更加惡化。
- (5) 次專科醫師會較一般科醫師提供更多的醫療服務，例如會提供一些非必要性的檢查或治療。

6. 過度專科化之解決方案

對於專科化成為主流趨勢，美國內科諮詢會提出未來次專科醫師的角色要與一般科不同，其應為 (AMBI, 1994)

- (1) 非長期照顧的醫療。
- (2) 複雜型態疾病的患者。
- (3) 主要醫療程序的決定者。
- (4) 擔任醫療資訊的諮詢者。
- (5) 對病患團體強調預防疾病的方法。
- (6) 訓練一般科醫師。
- (7) 就專業領域上提供新知識與新方法。

其他尚有許多專家提出不同的建議方案。例如：在早期曾經建議住院醫師訓練應增至四年，並且一般科訓練及次專科醫師訓練要分開為兩種路徑，在完成四年訓練後，受訓者可以取得一般內科或次專科的資格認證，但是兩者不可同時取得。但這提議並未被接受(Luke, Terwillger & Ibrahim, 1993)。

Stein (1991) 主張將住院醫師的訓練應增加至四年，多出來的一年可以花四個月在非醫院的照護，八個月訓練一至兩個次專科領域，最主要的目的在於增加次級與三級醫療醫師的數量。

美國聯邦內科委員會 (Federated Council for Internal Medicine, FCIM) 則建議專科訓練的時間應要延長，同時專科醫師訓練的人數不可以增加。

不論適用哪一種方式，似乎並未奏效，因為專科化已成為一股漫延不止的趨勢。

(一) 基層醫療人力不足

1. 問題所在

其實「基層醫療人力不足」與「過度專科化」是一個問題的兩面，因為專科化成為一股趨勢，在結束三年住院醫師訓練後繼續接受次專科訓練的人數增加，使在一般內科領域中執業醫師人數減少，因而造成基層醫療人力的不足。

在美國，一般內科 (general internal)、一般小兒科 (general pediatrics)、家庭醫學科 (family practice) 被定義是基層醫療的主要科別 (Schroeder, 1993)。美國大約有三分之一的醫師是一般內科、一般小兒科及家庭醫學科，在加拿大約有二分之一是一般科醫師，而在英國有三分之二 (FCIM, 1992)。而近幾年來進入基層醫療領域的醫師數在逐漸減少中，一般科醫師在吸引住院醫師至該領域中，內科是下降幅度最大者，由一九八六年的 4,143 位醫學院畢業生降至一九九三年的 3,079 位 (Schroeder, 1993)。

2.基層醫療人力不足之原因

有研究指出，會吸引或阻止醫學生選擇內科的原因主要是內科的輪派 (ambulatory rotations)、榮譽階級、可以當執業醫師，這些因素對成為內科醫師具有高度的相關性 (Schwartz, 1991; Babbott, 1991; McMurray, 1993; Federman, 1992; Kassenbaum, 1993)，而預期收入較低是讓醫學生對基層醫療卻步的主因 (Petersdorf, 1992; Colwill, 1992)。

3.基層醫療人力不足之解決方案

美國參議院議員 Jay Rockefeller's 及眾議院議員 Henry Waxman's 於一九九三年提「基層醫療法案」(The Primary Care Workforce Act of 1993)，他們提議美國醫學院畢業生接受住院醫師訓練的總數目要被受限至 110%，並且要有 50% 進入基層醫療體系服務。這項被稱為「110% 與 50%」的政策其實是來自於醫學教育委員會 (COGME) 及醫學院教授協會 (Association of Professors of Medicine)，這項法案究竟會帶來多大的轉機至今仍未清楚 (Luke, et al., 1993)。

美國聯邦內科醫學委員會 (Federated Council for Internal Medicine, FCIM) 認為要解決這樣的問題是需要進行改革，要鼓勵改變醫學院的課程，應該要更早強調非住院病患照顧的經驗與技巧。醫學院的課程及住院醫師訓練中應包含更多各種的訓練經驗，像是預防醫學、道德準則、環境與職業健康、諮詢輔導及資訊評估。要改革住院醫師的訓練也應要包括減少醫療服務、要有更多的時間貢獻在教育上。對教導醫學生及住院醫師成立一般內科醫師將需要就現存問題去進行方向的改革，要擴充基層及非住院病患的照護，並對入會的會員及發展中的教職人員重新開始 (FCIM, 1992)。

美國聯邦內科醫學委員會提出以下建議 (FCIM, 1992)：

1. 醫學生畢業接續住院醫師的訓練後，能有 50% 進入一般內科執業。
2. 美國醫學院院長必需能擔保在學校的醫學課程可以提供一般內科及所有有關基層醫療方面的教育及訓練。
3. 醫院的主管、執業單位及學術研究中心必需要讓醫學生及住院醫師清楚從事一般內科醫師是令人欽佩與尊敬的。
4. 內科部門主管要重視規劃他們的課程，強調一般內科教育包括非住院病患的基礎醫學訓練。
5. 政府立法單位、行政部門及其分支單位應該要參加一般內科的活動以吸引更多的人。
6. 除此之外，對於健康照護支付體系是需要改變，要提高執業所得及補償支出。

7. 聯邦政府的研究及教育體系應該要增加培育一般內科的研究人員。

國內針對內科醫師人力的相關研究非常的少，不似美國如此地蓬勃發展，以下將國內目前已發表之內科人力數據與研究結果做一簡略介紹。

(一) 內科專科之研究

洪傳岳（1993）針對一九九一年至一九九三年三年間，通過內科專科醫師訓練認定之醫院共106家進行分析，結果發現就內科專科醫師訓練人力而言，我國內科專科醫師訓練最高容量為每年670名，但受訓中之第一年住院醫師只有452位，各年住院醫師合計1,640位，就訓練的醫院而言，平均每個訓練醫院只有15.5位內科住院醫師，與美國平均每個訓練課程有45.2位住院醫師相比，我國訓練醫院之規模太小，有必要將小規模之醫院整合成較大規模之訓練課程，以提昇師資與水準。

謝博生（1993）在同期期刊評論洪傳岳的研究指出，未來的十年，專科醫師的訓練將是影響國內醫療人力供應及醫療品質的重要關鍵，謝並估計，如果各專科服務基層的意願不變，每年約有100位家庭醫學科、50位小兒科、200位內科專科醫師加入基層醫療行列，以這樣的速度，需至公元2007年基層醫療才可以達到適當的水準。屆時將有1,750位家庭醫師、1,250位小兒科醫師，更重要的是有5,000位內科專科醫師在基層醫療服務。他同時認為以洪傳岳的研究結果內科目前106家教學醫院有452位第一年住院醫師，只達每年招收容量的三分之二，且地區醫院每位住院醫師仍需照顧二十床，因此內科住院醫師仍有其需求與增加的空間。

(二) 內科次專科之研究

國內對於內科次專科的研究甚少，陳燕玲（1997）曾對內科次專科—腎臟科進行人力供需研究，其發現於一九九六年時，台灣地區有412位腎臟專科醫師，男性有372位，女性有40位，過去每年約增加30~50位腎臟科專科醫師。其以血液透析需求來推估，未來腎臟專科醫師供給量不能滿足病人的需求量，其建議先提高醫師生產力將每位腎臟科醫師所照顧的透析病人數作適度提昇，其次再考慮增加醫師供給量。

本研究以質性研究的方法，由台灣內科醫學會遴選十位次專科理事長、秘書長等職人士，由研究小組進行深度訪談，訪談重點在於內科暨其相關次專科人力議題，在個別訪談後，並再邀集各受訪人員進行面對面之共同討論。研究期間為一九九九年九月至十月，為期二個月。

以下為十位內科專家之意見及焦點團體（focus group）討論之結果。

(一) 您認為達到內科及各次專科醫師人數比率較佳的方式為（可複選）。

	認為首要	認為次要	認為更次要
健保支付制度	5 人次		
由專科醫學會把關	1 人次	2 人次	
由醫學教育下手	2 人次		1 人次

專家們認為達到人數比率較佳的方式多數認為首要在於健保支付制度。

(二) 您認為內科各次專科醫師中，那些次專科最易招募，其依序為何？

	第一	第二	第三
心臟科	5 人次	2 人次	1 人次
腸胃科	3 人次	5 人次	
胸腔科		1 人次	1 人次
腎臟科	1 人次		4 人次

專家認為最容易招募的次專科為心臟科、腸胃科、腎臟科。

(三) 你認為目前內科及其次專科醫師於人力議題上，最大的問題在何處？您認為應如何解決？

問題1：全民健保支付影響醫師專科人力分配。

(1) 問題陳述

- ①容易獲得給付的科別，人會愈來愈多，例如：心臟內科、胃腸、腎臟。
- ②醫療糾紛多的科人力較少，目前內科次專科中人力最多的是心臟科。
- ③目前所有次專科人力都受健保影響，往後十年甚至包括醫學教育、醫學倫理、醫師治療行為等都會受到健保的影響造成選科扭曲。
- ④全民健保對於具有技術性（technical）的項目給付較好，所以在專科上如腸胃科、腎臟科等，可為病患進行胃鏡、內視鏡、血液透析等技術性工作者的專科人力招募較容易，工作也比較不需耗費精力。但是對於需要應用到知識性（knowledge）的項目進行判定診斷，健保給付較差，一些專科如免疫風濕等，人力招募就成問題。

(2) 解決方法

- ①醫療制度，特別是全民健康保險，應該要修正支付制度，不能單以量來決定，質的問題需一併考量。
- ②廢除健保。
- ③部分負擔金額提高、保大不保小、實施 HMO 制度等，以改變病患的就診行為。
- ④實施醫師分級制度。
- ⑤診察費要按科別調整，現今免疫風濕科、癌症、內分泌等科花的時間較多，但所得到的診察費卻一樣，並不公平。轉診應給予經濟誘因。

問題 2：醫師人力分布不均。

(1) 問題陳述

- ①次專科醫師在科別分布上亦有不均之現象。
- ②醫師人力在城鄉分布不均。

(2) 解決方法

應依各類疾病人數來決定各專科別醫師總數。

問題 3：現代醫師的觀念轉變。

(1) 問題陳述

- ①現代人的觀念是錢多事少離家近。
- ②年輕醫師考量將來出路及金錢報酬問題，選擇心臟內科、腸胃內科等科。
- ③因勞基法及現代人重視休假觀念，且女醫師增多產假問題亦多，增加醫師人力需求。

(2) 解決方法

利用過去的以病患為出發點之思想及現代的技術才是對的。

問題 4：醫學教育出了問題。

(1) 問題陳述

- ①醫學畢業生應該要有較好的訓練制度，許多住院醫師沒有在大醫院接受較完整的訓練，即到小醫院。小醫院不但無法提供完整的訓練，也沒有足夠的醫師人力情況下，住院醫師只有一直的工作。
- ②醫療機構病房配置過度專業化，影響實習醫師及住院醫師訓練也朝向專科化。

(2) 解決方法

- ① 制定完善的住院醫師訓練計劃，在美國大部分的醫院沒有住院醫師，只有訓練的醫院才有住院醫師，而且有住院醫師的醫院，其住院醫師訓練計劃（program）規定的相當的嚴謹。
- ② 對住院醫師的觀念轉變，住院醫師是學生，只有這段時間可以加以教育，若未好好的教導，這段時間就白費了。
- ③ 病房配置不應專科化，使學生能接觸內科病人多元化。

問題5：醫師薪水採浮動制（PF制）。

(1) 問題陳述

醫師薪水採用PF制，造成以量取勝來增加薪資，醫師以病患為重要的工作，但是醫學中心的醫師是要以教學、研究為主要目標，不只是看病患。

問題6：專科醫師資格問題。

(1) 問題陳述

- ① 病人應適當加以分類，由合適的專科醫師或由一般科醫師來診治。
- ② 部分專科醫師錄取率高，資格取得容易，造成素質參差不齊。

就內科及其相關次專科而言，人力問題之因可劃分為二類，分別是外部因素及內部因素之影響，以下分述之。

(一) 外部因素

6. 全民健保是決定人力結構分配的首要因子

專家們認為目前健保支付制度下，需耗用較多心力、腦力及精神之專科醫師（如：內科、兒科）之所得相對較低；在內科專科中，無應用技術性服務之次專科醫師，其所得又較有技術性服務者為低。這些情況會使得醫師人力結構發生重大改變。

在過去，健保未實施前，因為有自費病患可以貼補損失，在健保之後，97%以上的民眾都納入保險體系，健保局給付成了各醫療院所的經濟命脈，因此跟著給付走就成了一種現象，不僅醫療人力如此，醫院的各項決策也會如此。

7. 報酬方式是誘導醫師工作方向的重要因子

醫師獎勵金制度（physician fee）在目前已深深影響著醫師工作方向，這種浮動薪資的給付看重“量”的提供，對於門診量貢獻度愈大的醫師PF的

獲得就愈多，醫療院所直接受益。就醫院經營理念而言，PF制是一項正向激勵因子，可以憑藉著看診量的多寡決定收入。但是這項制度在強調“量”的上升時，會與健保給付較佳的項目結合，使醫療檢查、檢驗項目也提升。這種現象已不單存在內科上，這已成為醫療界普遍的問題。

（二）內部因素

1. 住院醫師制度弊端叢生

許多住院醫師無法接受良好完整的訓練，淪為醫療瑣碎事務處理者。而且部分醫學院本身師資不足、空間欠缺、器材及實習場所不夠，再加以學生畢業後礙成績所限，無法進入醫學中心接受住院醫師訓練，在「先天不足，後天失調」的情況下，如何能培育出技術精湛又仁心仁術的良醫？

2. 價值觀念轉變

新一代年輕人對工作「錢多、事少、離家近」的價值觀念，影響了對專科的選擇，使得熱門科、冷門科與二十年前完全相反，而暴露出各專科結構不平衡的情況。

總結而言，在付出與報酬不成比例，耗費體力、腦力較少、給付較佳的科別人力會呈現飽和，反之，耗用體力、腦力較多、給付較差的科別人力將呈現不足，在勞逸不均的情境下，問題若不解決，最後有可能出現無醫師診治要至國外看病的現象，這問題的嚴重性有可能較外科人力問題有過之而無不及。醫師是醫事人力體系中最能直接影響醫療品質、就醫可近性與醫療成本，而內科醫師又是所有專科中人數最多的，因此內科醫師人力問題是現今衛生政策執政者所不可不重視。

