

ISSN : 2305-087X

中醫藥年報

Yearbook of Chinese Medicine and Pharmacy

年刊 2022 (111 年) 第十一期

Annual 2022 Issue 11

(第一冊)



中華民國一百一十一年十二月 製作

Published in December, 2022

衛生福利部

Ministry of Health and Welfare

ISSN : 2305-087X

中 醫 藥 年 報

Yearbook of Chinese Medicine and Pharmacy

年刊 2022 (111 年)

第十一期

Annual 2022

Issue 11

衛生福利部

Ministry of Health and Welfare

中華民國一百一十一年十二月 製作

Published in December, 2022

中醫藥年報第十一期

(第一冊)

計畫編號	計畫名稱	執行機構	計畫主持人
MOHW108-CMAP-M-113-000101	建構中醫日間照護模式—失智症日間照護模式及教學機制	彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院	黃頌儼
MOHW108-CMAP-M-113-000102	建立中醫參與長期照顧服務模式計畫	中華民國中醫師公會全國聯合會	陳運泰
MOHW108-CAMP-M-114-122404	研擬中醫藥發展專法草案計畫(2-2)	中華民國中醫師公會全國聯合會	施純全
MOHW108-CMAP-M-212-000102	輔導中醫臨床技能評估模式及臨床教學實務訓練計畫	長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院	楊賢鴻
MOHW108-CMAP-M-212-000104	輔導中醫臨床技能評估模式及臨床教學實務訓練計畫	彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院	張順昌
MOHW108-CMAP-M-212-000105	輔導中醫臨床技能評估模式及臨床教學實務訓練計畫	義大醫療財團法人義大癌治療醫院	游榮聖

建構中醫日間照護模式—失智症日間照護 模式及教學機制

黃頌儼

彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院

摘 要

研究目的：

臺灣已進入高齡化社會，且速度遠超越世界各國。據國家發展委員會 2016 年之推估，2026 年則會成為超高齡(super-aged)社會。依衛生福利部(民國 100 年)委託臺灣失智症協會進行之失智症流行病學調查結果，以及內政部 106 年 12 月人口統計資料估算：臺灣 65 歲以上老人共 3,268,013 人，其中輕微認知障礙(MCI)有 598,694 人，佔 18.32%；失智症人口有 259,013 人，佔 7.93% (包括極輕度失智症 105,180 人，佔 3.22%，輕度以上失智症有 153,832 人，佔 4.71%)。也就是說 65 歲以上的老人每 12 人即有 1 位失智者，而 80 歲以上的老人則每 5 人即有 1 位失智者。政府戮力推動包括長期照顧在內的高齡政策，因應這波轉瞬即逝的銀色海嘯。高齡醫學講求跨專業的整合，中醫為使用數千年傳統醫學，具有豐富的老年養生保健與疾病防治內容，可在高齡照護中扮演重要的角色。

與多數已開發國家不同，基於傳統孝順的美德，臺灣失智症家屬大多選擇在家中自行照護患者，雖然患者可得到較好的照顧，但隨著壽命的延長，家庭的負擔也越發沉重，易造成主要照護者併發憂鬱或其他相關的精神問題。由於初期失智症患者常因家屬對於失智症的認識不足，而忽略了早期治療的時機，等到開始介入治療時，往往已出現使家屬感到較為困擾的精神行為症狀，進而尋求養護機構的長期照護，產生更高的社會成本。此外，失智症是目前造成老年醫療負擔逐漸加重的重要病症之一。由於進行性的腦部退化，將使得患者的認知功能逐步下降，在未得到妥善治療與照顧的情況下，更會使得患者的死亡率上升。目前失智症並未找到可完全治癒的藥物或手術方式，故治療的重點放在如何減緩腦部的退化，並盡可能地維持患者的認知功能，增進生活品質。中醫是華人地區最為普遍被接受的輔助與替代醫療，一般民眾認知可以「補身體」預防疾病或退化的產生，但往往缺乏醫師的診治輕信偏方流傳而造成誤用等情況發生。

研究方法：

過去彰化基督教醫院中醫部偕同西醫相關單位進行多項中西醫合作治療計畫，包括 106 年度「建構中西醫急腹症急診留院觀察照護模式及教學機制計畫」、「探討中醫醫療與長期照護制度之發展模式研究」、「建立中醫參與戒毒治療模式暨成效評估計畫」，及 107 年度「探討中醫醫療與長期照護制度之發展模式研究」。

「建構中西醫合作照護模式計畫-電針治療對重症加護病房病人胃排空延遲的療效評估」、「建立中醫參與戒毒治療模式暨成效評估計畫」等，病患皆獲得滿意療效。透過中西醫共同照護模式，一方面降低醫療成本，另一方面更讓中西醫彼此了解、截長補短，將傳統中醫在現代醫學的制下發揮更有效的治療。基於上述理由，彰化基督教醫院中醫部與神經醫學部嘗試以中西醫結合治療的方式，提供失智症患者品質更好的日間照護模式。

本計畫擬依照過去彰化基督教醫院中西醫合作治療經驗，辦理完整的失智症之中西醫日間照護，建置中\西醫\藥\護等臨床照護及教學模式，評估醫療成本，並搭配現代化舌診儀器、心率變異度分析等，結合失智症評估量表作臨床療效監測，作為醫療品質之評估，完成中醫對於失智症患者療效分析。此研究在失智症的日間照護上為中西醫共同治療失智症之先河，可做為未來中西醫共同照護（含醫、藥、護及行政管理）模式之政策建議。

結果與討論：

本研究發現藉由雷射針灸此種非侵入性治療，較傳統針灸能為個案所接受，並搭配中醫文康活動與坐式太極拳，除了頭部穴位刺激，改善認知功能外，以及中醫文康活動強化個案對於事物之認知與手眼協調動作，坐式太極拳亦能改善個案之肢體動作。在認知功能障礙 CASI 量表中在統計上並無達到顯著差異，其表示有可能有助於失智症個案延緩認知功能退化，特別於長期記憶、短期記憶、空間概念與構圖、思緒流暢度有微幅上升，顯示記憶部分可能對於失智症是有所改善的；在注意力、心智操作、時空定向力、抽象與判斷、語言能力仍有進步空間。

關鍵詞：失智症、中西醫、日間照護

Dementia Day Care of Traditional Chinese Medicine

Sung-Yen, Huang

Changhua Christian Hospital Changhua Christian medical Foundation

ABSTRACT

Aim:

Taiwan had become an aging society from 1993, and the speed of aging is far beyond the world. According to the estimation of the National Development Council in 2016, Taiwan will become a super-aged society in 2026. According to the results of the epidemiological survey of dementia conducted by the Taiwan Dementia Association commissioned by the Ministry of Health and Welfare in 2011 and the demographic estimates of Ministry of Interior in December, 2017, there are 3,268,013 elderly people over the age of 65 in Taiwan, of whom 598,694 are minor cognitive impairment (MCI), accounting for 18.32%, and the population of dementia was 259,013, accounting for 7.93% (including 105,180 people with extremely mild dementia, accounting for 3.22%, and 153,832 people with mild dementia, accounting for 4.71%). That is, every 12 people over the age of 65 have 1 person who is dementia, and those who are over 80 years old have 1 person who is dementia. The government is striving to promote the old age policy, including long-term care, in response to this wave of silver tsunami. Geriatrics emphasizes the integration of interdisciplinary, traditional Chinese medicine (TCM) for the use of thousands of years of traditional medicine, rich in elderly health care and disease prevention and control content, can play an important role in the elderly care.

However, unlike most developed countries, based on the traditional ethic of filial duty, most family choose home-care for dementia patient. Although getting more attention of their sons and daughters, the patients still produce many economic problems to their family along with their aging. The main caregivers even get depression or associated psychotic symptoms through the period. Besides, due to the lacks of understanding of initial dementia, patients were ignored and missed the timing of early treatment. It was usual that family might feel trouble about the psychotic behavior, then they just noticed that patient need treatment. This caused the higher social costs for severe type of dementia in long-term care agencies. Because of the progressive brain degrading, it makes a gradual decline of cognitive function. As not receiving proper care as the mortality rate increased. Nevertheless, dementia is an incurable disease by drugs or surgery. TCM is the most common used therapy of complementary and alternative medicine. Taiwan inherits traditional Chinese culture, and the people popularly accept TCM for preventing aging. The general public's cognition can "complement the body" to prevent the occurrence of disease or degeneration, but it often lacks the diagnosis and

treatment of doctors and criticizes the confession and causes misuse.

Method:

In the past, the Department of Traditional Chinese Medicine of the Changhua Christian Hospital and the relevant units of Western medicine conducted a number of Chinese and Western medicine cooperation treatment programs, including the "Construction of the nursing care model and teaching mechanisms of Western and Chinese medicine for acute abdomen pain of inward observation in emergency department", "Exploring the development model of TCM medical care and long-term care system", and "Establishing Chinese medicine participation in drug treatment mode and effectiveness evaluation plan" in 2017, and "Exploring the development model of TCM medical care and long-term care system", "Constructing a model of Chinese and Western medicine cooperative care model of efficacy evaluation of electroacupuncture treatment for delayed gastric emptying in patients with severe intensive care unit", and "Establishing Chinese medicine participation in drug treatment mode and effectiveness evaluation plan" in 2018. Patients in these programs have achieved satisfactory results. Through the common care model of Chinese and Western medicine, on the one hand, it reduces the cost of medical care, on the other hand, it allows Chinese and Western medicine to understand each other and balance the strengths and weakness, and to make TCM more effective treatment under the modern medical system. For these reasons, the Department of Traditional Chinese Medicine and Neurology of the Changhua Christian Hospital try to provide a better day care model for patients with dementia by integrated Chinese and Western medicine treatment.

According to previous experience of combined treatment at Changhua Christian hospital, this study aims at developing a model for daytime care of dementia by traditional Chinese and Western medicine. Detailed contents of this study include setting up related medical, pharmaceutical, nursing cooperation mode, evaluating medical cost, analysis of tongue diagnosis, pulse diagnosis, heart rate variability, etc., combined with the dementia assessment scale for clinical efficacy monitoring, as a medical quality assessment, complete the analysis of the efficacy of Chinese medicine for dementia patients. This study is the first in the treatment of dementia for Chinese and Western medicine in the day care of dementia, and can be used as a policy recommendation for the future mode of care of Chinese and Western medicine.

Results & Discussion:

This study found that non-invasive treatments such as laser acupuncture (Head acupoint stimulation) along with Chinese Medicine recreational activities and sitting Tai-Chi would be more acceptable by the cases compared with traditional acupuncture. In conclusion, head acupoint stimulation can improve cognitive function, Chinese Medicine recreational activities can strengthen the recognition of things and hand to eyes coordination, and sitting Tai-Chi can improve the physical movements of the case. However, there is no statistically significant difference in the CASI scale, which suggests that those treatments may help dementia cases in the memory part that delay cognitive function degradation such as long-term memory, short-term memory, Drawing (visual construction) and Animal (category fluency), but there is still room for improvement in attention, mental manipulation, orientation, abstraction thinking, and language.

Keywords: Dementia, Chinese and Western medicine, Integrated medicine, day care

壹、前言

臺灣已進入高齡化社會，且速度遠超越世界各國。據國家發展委員會 2016 年之推估，2026 年則會成為超高齡(super-aged)社會。依衛生福利部(民國 100 年)委託臺灣失智症協會進行之失智症流行病學調查結果，以及內政部 106 年 12 月人口統計資料估算：臺灣 65 歲以上老人共 3,268,013 人，其中輕微認知障礙(MCI)有 598,694 人，佔 18.32%；失智症人口有 259,013 人，佔 7.93%（包括極輕度失智症 105,180 人，佔 3.22%，輕度以上失智症有 153,832 人，佔 4.71%）。也就是說 65 歲以上的老人每 12 人即有 1 位失智者，而 80 歲以上的老人則每 5 人即有 1 位失智者。政府戮力推動包括長期照顧在內的高齡政策，因應這波轉瞬即至的銀色海嘯。高齡醫學講求跨專業的整合，中醫為使用數千年傳統醫學，具有豐富的老年養生保健與疾病防治內容，可在高齡照護中扮演重要的角色。

與多數已開發國家不同，基於傳統孝順的美德，臺灣失智症家屬大多選擇在家中自行照護患者，雖然患者可得到較好的照顧，但隨著壽命的延長，家庭的負擔也越發沉重，易造成主要照護者併發憂鬱或其他相關的精神問題。由於初期失智症患者常因家屬對於失智症的認識不足，而忽略了早期治療的時機，等到開始介入治療時，往往已出現使家屬感到較為困擾的精神行為症狀，進而尋求養護機構的長期照護，產生更高的社會成本。此外，失智症是目前造成老年醫療負擔逐漸加重的重要病症之一。由於進行性的腦部退化，將使得患者的認知功能逐步下降，在未得到妥善治療與照顧的情況下，更會使得患者的死亡率上升。目前失智症並未找到可完全治癒的藥物或手術方式，故治療的重點放在如何減緩腦部的退化，並盡可能地維持患者的認知功能，增進生活品質。中醫是華人地區最為普遍被接受的輔助與替代醫療，一般民眾認知可以「補身體」預防疾病或退化的產生，但往往缺乏醫師的診治輕信偏方流傳而造成誤用等情況發生。

貳、材料與方法

本計畫之執行流程如圖一，詳述如下：

一、建立日照個案

- (一) 從失智中心轉介。
- (二) 醫院門診或診所轉介。
- (三) 長照機構及 C 據點。

二、洽詢合作機構：包含長照機構及 C 據點

- (一) 尋求與住宿式和社區式長期照顧機構等單位合作。
- (二) 若有新的合作單位，計畫人員將仍先進行機構之實地考察，了解長輩現行照顧現況，調查需求及其現行所需之人力、工作量及費用等負擔等基本資訊。。
- (三) 擬定目標機構，實地訪查並說明專案，並於溝通後取得合作共識。

三、活動設計

- (一) 原則以定向肢體運動、配合音樂節奏、透過團隊參與為主。
- (二) 內容包含中醫治療（如經絡推拿、針灸等）、養生功法（太極拳、八段錦等）及文康活動（認識穴位及穴位按摩；認識藥食同源及桌遊等）。
- (三) 活動時間：每期 8 週，每週 5 天，每天 6 小時。

四、收案樣本評估

針對 CDR 分期：可疑~中度，招募個案，並於施行後評估其結果與成效。

五、基本資料收集

- (一) 以中醫望聞問切四診合參並記錄
- (二) 前測：心率變異度分析測量儀及舌診儀等，失智症相關評估量表（如：臨床失智症評估量表[CDR]之分期、MMSE、IADL 等）。

六、成效評估

- (一) 針對已實施的對象進行後測：心率變異度分析測量儀及舌診儀等，及失智症相關評估量表，並於模式施行後，排定於期中報告前舉行至少一次團隊檢討會議，討論收案進度和照顧面或流程所遭遇的問題，並提出改善措施。
- (二) 將中醫失智症日間照護情況拍攝成影片及製作文宣。

七、期中報告

進度評估，初步成果彙整，問題分析及改善方案，及相關紀錄。

八、期末專家諮詢暨共識會議

- (一) 討論日照施行之結果，並給予建議。
- (二) 中醫參與失智症日間照護及延緩失能指引建議。
- (三) 中醫參與失智症日間照護及延緩失能規劃政策建議與其共識。

九、疑似~中度失智症個案之中醫全人照顧作業指引

- (一) 本年度擬以「住宿式長期照顧機構及社區長照中心」之「疑似~中度失智個案」為主，制定作業指引。
- (二) 依服務場域、對象、評估方式(含評估量表等工具)、照顧目標、中醫全人照顧計畫及品質指標等項目為大綱。

十、成果經驗分享會

- (一) 本計畫擬召開 1 場中醫參與失智症日間照顧制度及延緩失能之模式成果經驗分享會。
- (二) 針對前揭「日照個案中醫社區或居家照護服務模式」、「住宿式長照機構疑似~中度個案中醫全人照顧模式及其作業指引」等主題進行分享。
- (三) 期擴散本計畫之經驗，並作為推廣中醫與日照相關單位合作的共識平台。

十、期末報告

- (一) 針對收案數統計分析、案例撰寫，及相關成效與指標分析。
- (二) 參考前揭目標之成果，討論中醫參與長期照顧制度之照護模式，並擬定政策建議書一份。

參、結果

本研究主要探討以「坐式太極拳」與「雷射針灸」等中醫特色照護治療對失智症患者之效益，評估失智症患者經「中醫失智症日間照護」後自身改善情況。

個案來源由彰化基督教醫院神經醫學部及失智症共同照護中心等轉介個案，擬收治三十例經臨床失智評估量表(CDR)分期屬疑似至中度之失智症之個案，若個案為阿茲海默類型之患者，同期間則持續服用西醫藥物。藉由失智症共照中心協助分別接洽失智症據點相關單位進行合作考察，初步選擇為彰化基督教醫院中華院區得憶園據點、鹿港基督教長青院區長青園據點、二林基督教醫院失智據點、員林基督教醫院失智據點、道周醫院家鶴據點、切膚之愛基金會魏愛倫學苑、切膚之愛基金會連瑪玉學苑，經團隊會議評估後選擇彰化基督教醫院中華院區得憶園據點及道周醫院家鶴據點作為本研究執行地點。

資料收集部分，西醫評估由神經內科負責認知功能障礙篩檢量表(CASI)、精神行為量表(NPI)、簡易老人憂鬱量表(GDS-15)評量測驗，由失智症據點人員協助高齡者衰弱量表(Kihon Checklist)填寫；中醫評估則由研究助理負責舌診、脈診儀器測量，中醫師負責望聞問切四診診斷。

日間照護課程規畫由坐式太極拳指導員帶領個案坐式太極拳活動；中醫師執行雷射針灸；中醫師、中藥師、護理師、個案管理師共同進行中醫文康活動的設計及執行。

坐式太極拳為彰化基督教醫院中醫師研發，適用於健康、衰弱乃至輕到中度失能的長者，以改良的八式太極拳為活動主軸，能改善關節炎、增強肌力、協調感與平衡感。

雷射針灸使用德國 RJ 公司出產的爾傑雷射儀 Laser Pen (RJ laser S/N) (衛署醫器輸字第 022119 號)。穴位選取百會、四神聰、風池。以低能量的雷射 (功率 300mW、Nogier G 18688Hz, 2J) 照射穴位，透過提供穴位能量刺激人體，以調整經絡氣血運行。

失智症患者名單須先由據點人員提供，由計畫團隊人員進行篩選，研究所使用之雷射針灸雖然與傳統針灸相比，屬於非侵入性、無痛、安全、省時，仍須排除相關疾病不可施作，例如頭部外傷、癌症、心律調節器、癲癇等，並透過雷射針灸廠商海金龍公司指導中醫師實際安全操作方式。

本計畫失智症個案共篩選 37 人，其中排除 1 名癲癇及 1 名心律調節器

無法收案，總計共收案 35 人，執行期間有 6 人因跌倒、骨折及住院等因素中途退出，最後共 29 人收案完成。臨床失智(CDR)評估屬於中度 2 人，輕度 8 人，極輕度為 8 人，疑似為 11 人；中途退出為中度 2 人，輕度 1 人，極輕度為 3 人。而確診失智症類型屬阿茲海默症為 16 人，其他為血管型 1 名，路易氏體 1 名；中途退出為阿茲海默症 5 人及額葉型 1 人。35 人年齡平均為 77 歲，最年長者為 93 歲，最年輕為 61 歲。

肆、討論

結果發現脈診檢查儀(N=26)中，排除心律不整及無法測量，自律神經活性(HRV)從平均 30.69 下降至 26.88，交感神經(LF)從平均 172.92 上升至 232.42，而副交感神經平均 220.19 下降至 186.54，以上皆未達顯著差異；在認知功能障礙 CASI 量表(N=29)中，量表總分為 100 分，平均從 57.2 微幅下降至 54.8，但統計上未達顯著差異；另外，在長期記憶、短期記憶、空間概念與構圖、思緒流暢度面向平均有呈現上升趨勢，則注意力、心智操作、時空定向力、抽象與判斷、語言能力面向平均呈現有下降趨勢。老人簡易憂鬱量表(GDS-15)則呈現下降趨勢，統計上無顯著差異。高齡者衰弱 Kihon Checklist 量表(N=29)中，總分由平均 11.8 下降至 10.4，達顯著差異(0.002)，且包含獨立生活、運動功能、膳食營養、口牙功能、社會退縮、失智、憂鬱等七個面向，除口牙功能外其他皆顯示有改善趨勢，憂鬱面向則有顯著差異(0.001)，其顯示可能有助於日常生活功能之改善。

失智症據點之 29 名個案經統計，參加本計畫中醫日間照護課程全程參與無缺席共 7 名，出席率 9 成共 14 名，達總人數 29 名之 72%，即顯示個案參與意願較高，且對於中醫接受度良好，普遍認為穴道按摩、中藥材認知是日常生活所需，於課程結束後個案也表示希望能繼續參加中醫日間照護課程。

伍、結論與建議

「失智症日間照護」模式於認知功能障礙 CASI 量表中在統計上並無達到顯著差異，其表示有可能有助於失智症個案延緩認知功能退化，特別於長期記憶、短期記憶、空間概念與構圖、思緒流暢度有微幅上升，顯示記憶部分可能對於失智症是有所改善的；在注意力、心智操作、時空定向力、抽象與判斷、語言能力仍有進步空間，值得進一步討論的是與非失智症長者是否有差異，可能一般長者在這些功能也會逐漸衰弱。由於本計畫時程較短，可收案之個案數較少，若能依照臨床失智評估量表(CDR)分期及認知功能障礙(CASI)量表作為分類，較能瞭解中醫治療對於哪部分族群較有顯著效果。

在設計失智症日間照護課程時，因每位失智症個案之認知功能障礙程度不盡相同，是需要瞭解每位失智症長者的狀況，甚至利用調查方式，包含長者過去的工作、興趣、嗜好等，然而中醫師過去曾未參與規劃失智症日間照護課程的相關訓練，若未來能針對這部分培訓，相信針對性的課程設計將有助於失智症長者的各個面向不足之處進行延緩甚至改善。

誌謝

本研究計畫承蒙衛生福利部計畫編號 MOHW108-CMAP-M-113-000101 提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此致謝。

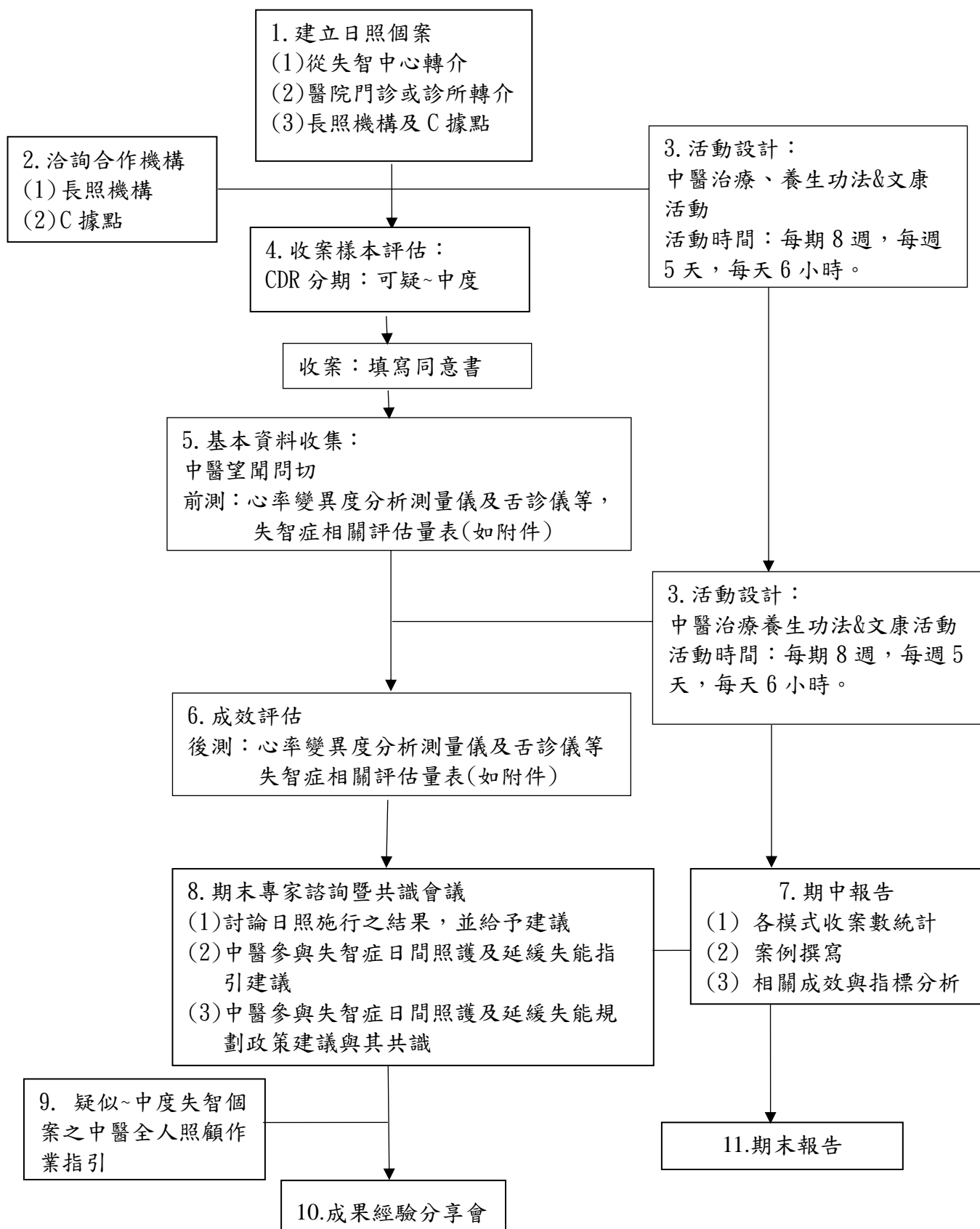
陸、參考文獻

1. 國家發展委員會，中華民國人口統計報告（103 至 150 年）
https://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=84223C65B6F94D72
2. 內政部統計處，103 年 6 月底人口結構分析。行政院內政部統計通報，2014.
3. 傅中玲，臺灣失智症現況。臺灣老年醫學暨老年學雜誌，2008. 3(3): p.169-181.
4. 衛生福利部，臺灣失智症協會民國 100 年至 101 年底全國失智症盛行率調查. 2013.
5. 陳榮基，陳.邱.湯.林.史.，失智症盛行率調查報告。臺灣臨床失智症協會.
6. Chen, T.F., et al., Institution type-dependent high prevalence of dementia in long-term care units. *Neuroepidemiology*, 2007. 28(3): p. 142-9.
7. Liu, C.K., et al., Incidence and subtypes of dementia in southern Taiwan: impact of socio-demographic factors. *Neurology*, 1998. 50(6): p. 1572-9.
8. 劉景寬, et al., 臺灣失智症的流行病學。應用心理研究, 2000(7): p. 157-169.
9. 邱麗蓉, 謝佳容, and 蔡欣玲, 失智症病患主要照護者的壓力源, 評價和因應行為與健康之相關性探討。精神衛生護理雜誌, 2007. 2(2): p. 31-44.
10. 謝沛錡 and 林麗嬋, 失智症的機構照護：由日間照護到護理之家。應用心理研究, 2014(60): p. 85-113.
11. Liu, H.C., et al., Prevalence and subtypes of dementia in a rural Chinese population. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 1998. 12(3): p. 127-34.
12. 陳欣, 我國失智症盛行率及其病患醫療利用和死亡情形探討, 衛生福利研究所 2007, 國立陽明大學.
13. Sleeman, K.E., et al., Reversal of English trend towards hospital death in dementia: a population-based study of place of death and associated individual and regional factors, 2001-2010. *BMC Neurol*, 2014. 14: p. 59.
14. Association, A.s., 2010 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 2010. 6(2): p. 158.
15. 陳宗顯, 失智之流行病學研究及其醫療耗用, 務管理學研究所碩士在職專班 2008, 高雄醫學大學. p. 1-100.
16. Joel G. Anderson, Carol E. Rogers, Ann Bossen, Ingelin Testad, and Karen M.

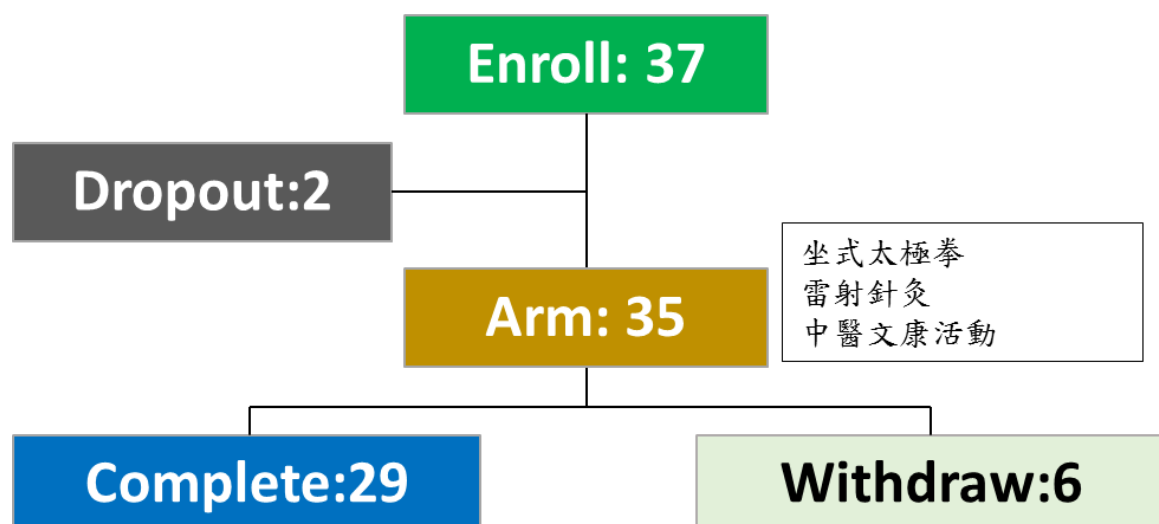
- Rose, Mind–Body Therapies in Individuals With Dementia. *Res Gerontol Nurs.* 2017; 10(6):288-296.
17. Linda C.W. Lam , Rachel C.M. Chau , Billy M.L. Wong , Ada W.T. Fung , Cindy W.C. Tam , Grace T.Y. Leung , Timothy C.Y. Kwok , Tony Y.S. Leung , Sammy P. Ng , Wai M. Chan, A 1-Year Randomized Controlled Trial Comparing Mind Body Exercise (Tai Chi) With Stretching and Toning Exercise on Cognitive Function in Older Chinese Adults at Risk of Cognitive Decline. *JAMDA* 13 (2012) 568.e15e568.e20
 18. Sheung-Tak Cheng, Pizza K. Chow, You-Qiang Song, Edwin C.S. Yu, Alfred C.M. Chan, Tatia M.C. Lee, and John H.M. Lam, Mental and Physical Activities Delay Cognitive Decline in Older Persons with Dementia. *Am J Geriatr Psychiatry* 22:1, January 2014.
 19. Peng, W.N., et al., Acupuncture for vascular dementia. *Cochrane Database Syst Rev*, 2007(2): p. CD004987.
 20. Zhou, Y. and J. Jin, Effect of acupuncture given at the HT 7, ST 36, ST 40 and KI3 acupoints on various parts of the brains of Alzheimer' s disease patients. *Acupunct Electrother Res*, 2008. 33(1-2): p. 9-17.
 21. Wang, Z., et al., Effect of acupuncture in mild cognitive impairment and Alzheimer disease: a functional MRI study. *PLoS One*, 2012. 7(8): p. e42730.
 22. Zeng, B.Y., S. Salvage, and P. Jenner, Effect and mechanism of acupuncture on Alzheimer's disease. *Int Rev Neurobiol*, 2013. 111: p. 181-95.
 23. Jiang, G., Z. Chen, and X. Lai, Clinical Studies of Electroacupuncture on Mental Tri-Points and Sishencong Acupoint (EX-HN1) for Vascular Dementia. *Journal of Guangzhou University of Traditional Chinese Medicine*, 2002. 20(4): p. 271-273.
 24. Wang, M., et al., Observations on the efficacy of point" Tousanshen" acupuncture as a main treatment for vascular dementia. *Shang Hai Zhen Jiu Za Zhi*, 2005. 24(6): p. 12-14.
 25. Rodriguez-Mansilla, J., et al., Ear therapy and massage therapy in the elderly with dementia: a pilot study. *J Tradit Chin Med*, 2013. 33(4): p. 461-7.
 26. Kwok, T., et al., The effectiveness of acupuncture on the sleep quality of elderly with dementia: a within-subjects trial. *Clin Interv Aging*, 2013. 8: p. 923-9.

27. Benito-Leon, J., et al., Long sleep duration in elders without dementia increases risk of dementia mortality (NEDICES). *Neurology*, 2014. 83(17): p. 1530-7.
28. Zhong, X.Y., et al., Clinical effects of acupuncture combined with nimodipine for treatment of vascular dementia in 30 cases. *J Tradit Chin Med*, 2009. 29(3): p. 174-6.

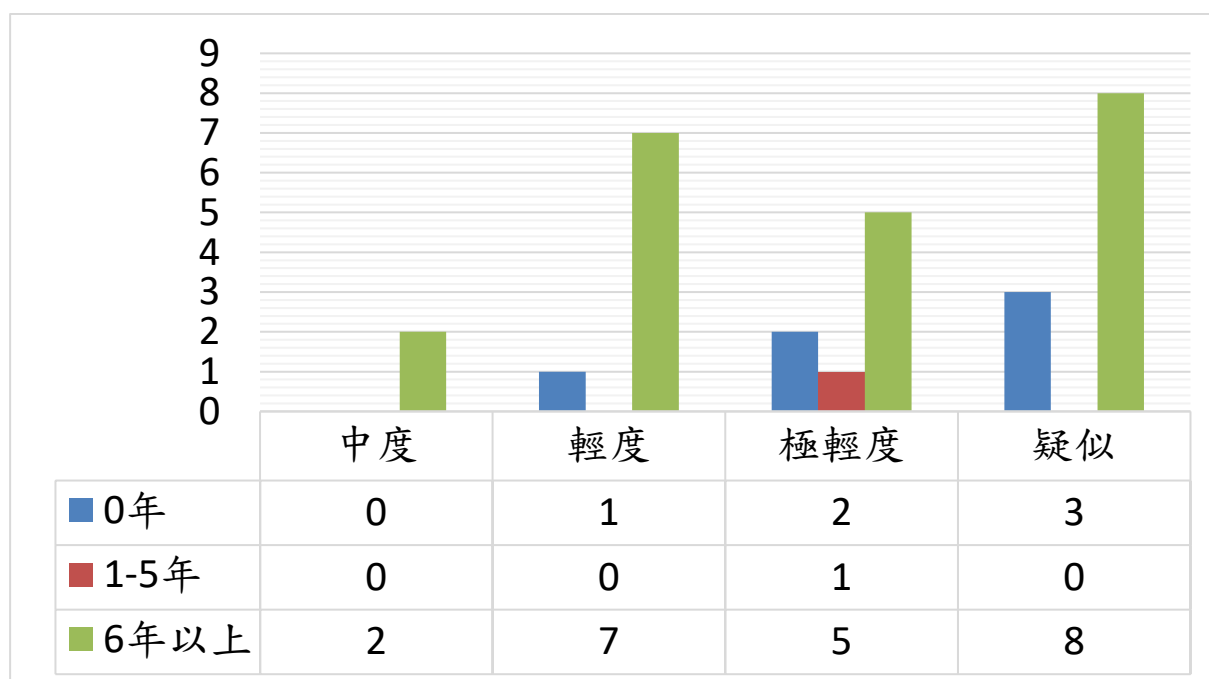
柒、圖、表



圖一、研究流程



圖二、建構中醫日間照護模式-失智症個案收案狀況



圖三、建構中醫日間照護模式-失智症個案教育程度分析

表一、人口學特性分析

	總計 (n=29)		組別							
			中度失智 (n=2)		輕度失智 (n=8)		極輕度失智 (n=8)		疑似 (n=11)	
	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比
1.性別										
男	7	0.24	1	0.5	1	0.13	1	0.13	4	0.36
女	22	0.76	1	0.5	7	0.88	7	0.88	7	0.64
2.年齡										
60-69	7	0.24	1	0.5	1	0.13			5	0.45
70-79	8	0.28			1	0.13	3	0.38	4	0.36
80-89	13	0.45	1	0.5	5	0.63	5	0.63	2	0.18
90歲以上	1	0.03			1	0.13				
3.教育程度										
0年	6	0.21			1	0.13	2	0.25	3	0.27
0-5年	1	0.03					1	0.13		
6年以上	22	0.76	2	1	7	0.88	5	0.63	8	0.73
4.類型										
阿茲海默	16	0.55	1	0.5	7	0.88	8	1.00		
額葉型										
血管型	1	0.03	1	0.5						
路易氏體	1	0.03			1	0.13				

表二、自律神經活性-配對樣本 T 檢定分析

	Group	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	t	df	Sig. (2-tailed)
HRV (神經活性)	前測	26	30.69	14.853	2.913	1.198	25	0.242
	後測	26	26.88	16.347	3.206			
LF (交感神經)	前測	26	172.92	283.778	55.653	-0.632	25	0.533
	後測	26	232.42	439.175	86.129			
HF (副交感神經)	前測	26	220.19	244.113	47.874	0.477	25	0.638
	後測	26	186.54	296.740	58.196			

表三、認知功能障礙 CASI-配對樣本 T 檢定分析

	Group	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	t	df	Sig. (2-tailed)
CASI 總分	前測	29	57.290	18.5804	3.4503	1.468	28	0.153
	後測	29	54.752	22.1212	4.1078			
長期記憶	前測	29	7.862	2.9487	0.5476	-0.812	28	0.424
	後測	29	8.138	2.7219	0.5054			
短期記憶	前測	29	4.610	3.1965	0.5936	-0.280	28	0.781
	後測	29	4.752	3.6856	0.6844			
注意力	前測	29	5.931	1.4375	0.2669	2.533	28	0.017
	後測	29	5.241	1.7041	0.3164			
心智操作	前測	29	4.621	3.0754	0.5711	1.249	28	0.222
	後測	29	4.103	3.3948	0.6304			
時空定向力	前測	29	12.483	4.9398	0.9173	2.208	28	0.036
	後測	29	11.103	6.2982	1.1695			
抽象與判斷	前測	29	5.345	1.8181	0.3376	0.583	28	0.565
	後測	29	5.103	2.4399	0.4531			
語言能力	前測	29	7.645	2.2909	0.4254	2.845	28	0.008
	後測	29	6.862	2.3823	0.4424			
空間概念與構圖	前測	29	5.483	3.1009	0.5758	-0.374	28	0.711
	後測	29	5.655	3.5079	0.6514			
思緒流暢度	前測	29	3.310	1.9658	0.3650	-1.758	28	0.090
	後測	29	3.793	2.0420	0.3792			

表四、Kihon Checklist 高齡衰弱量表-配對樣本 T 檢定分析

	Group	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	t	df	Sig. (2-tailed)
Kihon Checklist 總分	前測	29	12.276	4.1909	0.7782	3.388	28	0.002
	後測	29	10.345	3.1879	0.5920			
獨立生活 (1-5 題)	前測	29	2.207	1.7804	0.3306	0.171	28	0.865
	後測	29	2.172	1.5369	0.2854			
運動功能 (6-10 題)	前測	29	2.724	1.4856	0.2759	0.197	28	0.846
	後測	29	2.690	1.2565	0.2333			
膳食營養 (11-12 題)	前測	29	0.414	0.5680	0.1055	1.361	28	0.184
	後測	29	0.310	0.4708	0.0874			
口牙功能 (13-15 題)	前測	29	1.207	0.9016	0.1674	-0.386	28	0.702
	後測	29	1.276	1.1306	0.2100			
社會退縮 (16-17 題)	前測	29	0.45	0.506	0.094	1.410	28	0.169
	後測	29	0.28	0.455	0.084			
失智 (18-20 題)	前測	29	1.93	0.799	0.148	0.571	28	0.573
	後測	29	1.83	0.848	0.157			
憂鬱 (21-25 題)	前測	29	3.345	2.1427	0.3979	3.695	28	0.001
	後測	29	1.793	1.6340	0.3034			

表五、其他量表-配對樣本 T 檢定分析

	Group	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	t	df	Sig. (2-tailed)
憂鬱 GDS-15	前測	27	3.296	2.9196	0.5619	-1.800	26	0.083
	後測	27	4.333	2.5869	0.4979			
精神行為 NPI-Q	前測	20	4.150	6.4911	1.4515	-0.437	19	0.667
	後測	20	4.750	9.1816	2.0531			

捌、附件

附件一、研究相關圖文介紹



圖一、部內專家會議：2月11日由本院中醫部主任、主治醫師、住院醫師、中藥師、個案管理師、研究助理等規劃日間照護執行方式、中醫文康活動內容、雷射針灸等。



圖二、跨團隊專家會議：2月13日邀請本院神經內科主任、失智症共照中心執行長、失智症共照中心護理長等相關人員與會，共同討論中西醫合作方式，評估計畫收案執行地點。



圖三、舌診儀檢查：擷取舌面上之特徵，如津液、裂紋、瘀斑、齒痕、朱點、舌苔及舌質、舌苔厚薄度與腐膩度、舌色等。



圖四、脈診儀檢查：量測心跳、收縮壓、舒張壓、心律變異性 HRV（自律神經功能）、低頻成分 LF（交感神經）、高頻成分 HF（副交感神經）、LF/HF 低頻高頻成份比值（交感/副交感平衡指標）及五分鐘內不規則心跳數等八個生理參數。



圖五、得憶園失智症據點-坐式太極拳：採坐式來打太極拳八式，可降低老年個案因肌力不足或平衡感不佳而跌倒的風險。



圖六、得憶園文康活動-養生豆豆豬：結合豬年，透過黏貼中藥材、豆類種子來訓練手部協調，進而帶入養生觀念。



圖七、得憶園-雷射針灸：穴位選取百會、四神聰、風池。以低能量的雷射照射穴位，透過提供穴位能量刺激人體，以調整經絡氣血運行。



圖八、得憶園-文康活動-小植物大功效（植物器官與藥用）：由中醫部藥師帶領長者認識中藥材來源與製作取得方式。



圖九、得憶園-文康活動-乒乓賓果中藥材：將中藥材圖片貼在紙上，並利用丟乒乓球彈跳至杯子中，藉此訓練長者手眼協調及認識中藥材的趣味遊戲。



圖十、得憶園-文康活動-歐 no 中藥材：設計不同四種顏色及八種中藥材圖片，訓練長者對於色彩及圖片敏感度的桌上遊戲。



圖十一、得憶園-文康活動-抓藥趣：設計各種藥膳配方及中藥材，訓練長者拼湊能力並認識藥方的桌上遊戲。



圖十二、得憶園-文康活動-聞香驅蚊動手做：由中醫部藥師指導長者製作驅蚊包，並且帶回家裡使用。



圖十三、家鶴據點-文康活動-養生豆豆豬：結合豬年，透過黏貼中藥材、豆類種子來訓練手部協調，進而帶入養生觀念。



圖十四、家鶴據點-文康活動-吹墨梅花：運用四十二節氣，介紹節令藥膳進補，並且透過吹墨方式訓練肺活量及協調性。



圖十五、家鶴據點-文康活動-西瓜紙扇：利用製作手工藝訓練長者手部精細動作，並帶領長者了解中醫體質及四性食物選擇。



圖十六、家鶴據點-期初專家討論會議：邀請道周醫院復健科組長、失智症據點物理治療師、護理師等討論家鶴據點個案收案方式及計畫執行細節。



圖十七、中西醫失智症經驗分享研討會：主要參加為失智症中西醫醫學相關專業人士及有興趣者（含中醫師與中醫藥相關領域之醫事、護理、長照等相關人員），經網路報名 90 名截止後仍報名相當踴躍，當天現場約 80 位。



圖十八、家鶴據點-期末專家討論會議：討論中醫日間照護執行進度、收案狀況，討論明年度失智症執行方式。

附件三、同意臨床試驗證明書



同意臨床試驗證明書

Clinical Trials Approval Certificate(New Protocol)

135 Nanxiao St., Changhua City, Changhua County 500, Taiwan (R.O.C.)
Tel :886-4-723-8595 ext.8442
E-mail:d9065@cch.org.tw
彰化基督教醫院 Changhua Christian Hospital

500 彰化市南校街 135 號
聯絡人：洪翠霞
Contact Person : Tsui-Hsia Hung
電話：(04)723-8595 轉 8442
E-mail: d9065@cch.org.tw

計畫中文名稱：中醫參與失智症日間照護模式計畫
計畫主持人：黃頌儼 / 協同主持人：陳嘉允、陳運泰、張凱茗、王文甫、李聰界
試驗機構名稱：彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院
本會編號：190402
核准日(審查通過日)：西元 2019 年 06 月 11 日
核准臨床試驗期間：西元 2019 年 06 月 11 日 至 西元 2020 年 06 月 10 日止

計畫書：版本 3，2019-05-31
受試者同意書：版本 3，2019-05-31
海報：版本 2，2019-05-01
問卷：1. 憂鬱量表：版本 2，2019-05-01
2. 問卷式神經精神病徵調查表 (NPI-Q)：版本 1，2019-04-01
3. 知能篩檢測驗(CASI)：版本 1，2019-04-01
4. Kihon Checklist(25 項測驗評估)：版本 1，2019-04-01

未預期事件或藥品嚴重不良反應通報、後續定期追蹤之程序及應注意事項，請參閱背面。

Protocol Title: Dementia Day Care of Traditional Chinese Medicine
Principal Investigator(s): Sung Yen Huang / Co Investigator: Chen Chia Yun、Yun Tai Chen、
Jhang Kai Ming、Wenfu Wang、Lee Tsung Chieh
Institution: CHANGHUA CHRISTIAN HOSPITAL
CCH IRB No.: 190402
Date of Approval: Jun 11, 2019
Duration of Approval: from Jun 11, 2019 to Jun 10, 2020
Protocol: Version 3, May 31, 2019
Informed Consent: Version 3, May 31, 2019
Poster: Version 2, May 01, 2019
Questionnaire: 1. 憂鬱量表：Version 2, May 01, 2019
2. 問卷式神經精神病徵調查表 (NPI-Q)：Version 21, Apr 01, 2019
3. 知能篩檢測驗(CASI)：Version 21, Apr 01, 2019
4. Kihon Checklist(25 項測驗評估)：Version 21, Apr 01, 2019

See the back of this page for the procedures for reporting unanticipated problems, or drug serious adverse reactions, or interim, and other important notes.

彰化基督教醫院
第二人體試驗委員會
主任委員：葉坤土



Sincerely Yours
KunTu Yeh, M.D.
Chairman
Institutional Review Board Committee B
Changhua Christian Hospital, Taiwan

 2019-Jun-11
(signature, date)

本會組織與執行皆符合 ICH-GCP
The Institutional Review Board performs its functions according to written
Operating procedures and complies with ICH-GCP and with the applicable regulations.

地點 彰化基督教醫院 第二醫療大樓11F
嘉瑪王學南講堂（彰化市南校街135號）
報名 線上報名（搜尋關鍵字「彰基教育研討會」，
搜尋「中西醫失智症經驗分享研討會」）
聯絡 (04)723-6595 #1229 柯先生或賴小姐

指導 衛生福利部中醫藥司
主辦 彰化基督教醫院中醫部、神經醫學部
協辦 中醫師公會全國聯合會、彰化縣中醫師公會
中西醫整合醫學會、台灣中醫師學會
中國醫藥大學中醫學系

中西醫失智症 經驗分享研討會

108
·
10
·
20
(日)
13:00
—
17:15

失智症診斷與治療

王文甫 主任／副院長

彰基體系神經醫學部暨鹿港基督教醫院

失智症精神行為問題與溝通

張凱茗 執行長

彰化基督教醫院 失智症關懷中心

失智症桃園經驗分享

何紹彰 理事長

桃園市中醫師公會

中醫長照據點之失智照護

杜穎純 醫師

林森發 全方位中醫診所

彰化基督教醫院
CHANGHUA CHRISTIAN HOSPITAL



中醫失智症日間照護及延緩失能 作業指引(草案)

彰化基督教醫院 中醫部

中華民國 108 年修編

壹、宗旨

本計畫選擇老年失智症作為收案條件，針對日間照護或具有長期照護需要的失智症患者，整合中醫與西醫建立共同照護的模式。團隊中亦包含中藥師、個案管理師及護理師等，加強彼此的醫療及行政系統之整合，建構中西醫合作照護模式，以達全人醫療為目標。

貳、前言

臺灣已進入高齡化社會，且速度遠超越世界各國。據國家發展委員會 2016 年之推估，2026 年則會成為超高齡(super-aged)社會。依衛生福利部(民國 100 年)委託臺灣失智症協會進行之失智症流行病學調查結果，以及內政部 106 年 12 月人口統計資料估算：臺灣 65 歲以上老人共 3,268,013 人，其中輕微認知障礙(MCI)有 598,694 人，佔 18.32%；失智症人口有 259,013 人，佔 7.93%（包括極輕度失智症 105,180 人，佔 3.22%，輕度以上失智症有 153,832 人，佔 4.71%）。也就是說 65 歲以上的老人每 12 人即有 1 位失智者，而 80 歲以上的老人則每 5 人即有 1 位失智者。政府戮力推動包括長期照顧在內的高齡政策，因應這波轉瞬即逝的銀色海嘯。高齡醫學講求跨專業的整合，中醫為使用數千年傳統醫學，具有豐富的老年養生保健與疾病防治內容，可在高齡照護中扮演重要的角色。

參、失智症

一、西醫

- (一) 概說：失智症是一種由腦部神經疾病、身體系統性疾病、藥物或成癮物質使用索引惹的持續性認知功能下降的疾病，但其實並不是單一項疾病，而是一群症狀的組合，也就是一「症候群」。主要是以記憶力、定向力、判斷力、計算力、抽象思考力、注意力、語言等認知功能障礙為主，同時可能出現干擾行為、個性改變、妄想或幻覺等症狀，這些症狀的嚴重程度足以影響其人際關係、工作能力及自我照顧能力。
- (二) 成因：腦部神經退化疾病引起之失智症（包括阿茲海默症、額顳葉失智症、路易體失智症、帕金森失智症或亨汀頓症的失智症等）、血管性失智症及其他續發性失智症。續發性失智症包括下列原因引起的失智症：酒精成癮物質或醫藥、頭部創傷、梅毒、人類後天免疫不全病毒、庫賈氏症、缺 B12、葉酸或鈣質、甲狀腺低下、

硬腦膜下出血、腦部慢性生長的腫瘤、轉移的腫瘤、放射線治療、一氧化碳或重金屬中毒所引起失智症等。

(三) 診斷：初診時會先釐清病史及必要的理學、神經學、精神狀態檢查，並先排除譫妄、憂鬱及藥物造成失智的可能。

1. 完整病史進展過程：認知功能障礙的臨床表現在 NIA-AA 診斷標準包含記憶功能、推理與判斷功能、視空間功能、語言功能、個性與行為。
2. 神經心理測驗：包含簡易智能檢查(MMSE)及臨床失智症評估量表(CDR)。此項檢查的目的在於對失智症的病人提供整體的認知功能受損狀況，並評估其疾病嚴重度
3. 腦部影響：包含有頭部電腦斷層(CT)與磁共振造影(MRI)，檢查的目的在尋找構造性的病變如額葉與顳葉腫瘤，慢性硬腦膜下出血，水腦症或是腦血管病變。磁共振造影可以顯示海馬迴與附近相關構造，更能清楚顯示老年失智症的構造型病變。
4. 相關檢驗：感染及免疫（神經性梅毒、庫賈氏症）、代謝及內分泌（甲狀腺機能低下、低血糖、鈉或鈣離子過高或過低）、營養失調（維生素 B1B6B12 缺乏）、藥物副作用、毒物（鉛中毒、酒精濫用、非法毒品）、慢性心肺疾病（如心衰竭、慢性阻塞肺病）、顱內病灶（常壓性水腦症、硬腦膜下血腫）。

(四) 藥物治療：目前只有神經與精神科醫師可以開立健保給付之阿茲海默症與帕金森失智症特殊治療藥物（即乙醯膽鹼酶抑制劑 NMDA 受體拮抗劑）。

(五) 非藥物治療：非藥物的介入或治療已經成為當今防治失智症的重要對策，包含懷舊治療、認知活動、音樂團體、藝術創作、運動團體、現實定向治療等。

二、中醫

(一) 源流：「腦為元神之府，為髓之海」是人體主宰神智功能的器官，《羅氏會約醫鏡》中指出：「健忘者，心腎不交也，為事有始無終，言談不知首尾，治者宜補腎而使之上交，養心而使之下降，則水火交濟，和健忘也。」，而在《汪昂、本草備要》則指出：「人之記性皆在腦，小兒善忘者，腦未滿也，老人健忘者，腦漸空也。」失智症患者在認知功能與記憶力會逐漸下降，生活功能也越來越差，而異常的精神症狀在中期之後將加速惡化，如焦慮、幻覺、妄想

等，也提升照護者的難度。

因此，在中醫的治療上，針對不同的失智症病程及類型，了解屬於哪種證型而對症下藥。

(二) 病因病機：

1. 氣鬱型：長期情志不暢、氣機郁滯而形成的以性格內向不穩定、憂鬱脆弱、敏感多慮為主要表現的體質，失智症患者臨床表徵為妄想及幻覺，多半來自於不安全感，例如喪失記憶的不好、自己的事情無法掌握等。
2. 陽虛型：功能減退而偏有寒象，形寒肢冷，面色白光白，精神萎靡，舌淡胖嫩，苔薄白，脈弱無力為主要表現的體質，失智症患者臨床表徵為整天發呆、心不在焉，甚至有明顯憂鬱情緒，充滿負面想法。
3. 陰虛型：為營養物質不足而偏於熱象，潮熱盜汗，颧紅骨蒸，手足心熱，口燥咽乾，失眠多夢，遺精耳鳴，舌質紅，苔少，脈細數，失智症患者臨床表徵為疑惑又焦慮，非常神經質，很容易受到驚嚇，隨時處在很緊繃狀態無法放鬆，而多半伴隨著失眠問題。
4. 其他型：具有怪異行為，情緒異常不同於氣鬱型生氣，或是陽虛型憂鬱以及陰虛型焦慮，所表現出來的都是無法理解的舉動。

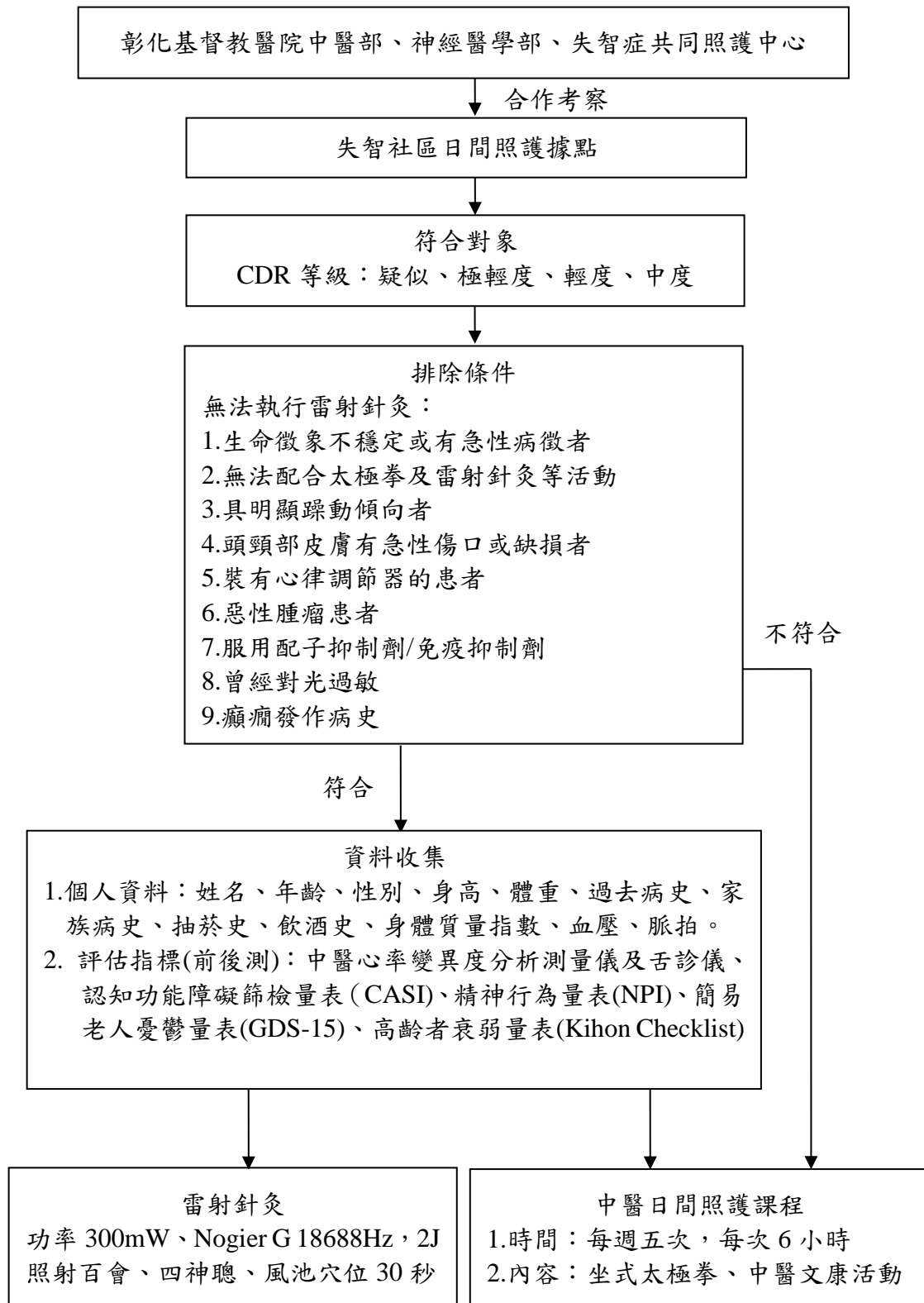
(三) 辯證施治：

1. 氣鬱型：氣鬱在先、郁滯為本，故疏通氣機為氣鬱體質者的治療原則，選用抑肝散或柴胡類方劑，是中醫治療精神與神經類疾病特別常用藥物，對於焦慮緊繃、減少憂鬱有明顯效果，尤其以「柴胡加龍骨牡蠣湯」最為常見，對於失智症患者情緒亢奮、煩躁不安，具有重鎮安神的效果，能夠穩定情緒。
2. 陽虛型：主要治療為「補養陽氣」，包括人參、黃耆、附子、肉桂等大補陽氣的藥物，較為嚴重的患者可選用「麻黃附子細辛湯」治療陽氣虛弱，治療有明顯體力衰弱、四肢冰涼、疲倦之患者。另外可以搭配複方「真武湯」治療雙腳水腫、血壓降低、容易喘等症狀。
3. 陰虛型：依照情況可給予酸棗仁湯、天王補心丹等養陰安神的方劑，有助於幫助患者恢復情緒，且對於心神不寧、記憶減退、

睡臥不安有良好效果，或是使用炙甘草湯加龍骨牡蠣，可緩解妄想及極度恐懼的症狀。另外，甘麥大棗湯雖然只有甘草、浮小麥、大棗等三種藥劑，但對於容易受到驚嚇、不安的患者有一定的療效。

4. 其他型：針對這類型患者的特殊感覺、奇怪的動作與異常行為，可使用「開竅藥」，特別能治療神智不清、昏沉迷糊，或是有異常的五官感覺。抑或者使用另一方劑「牛黃清心丸」，具有鎮靜情緒、安定心神、減輕異常感覺的效果。
5. 針灸：除了以百會、四神聰等頭部穴位，可有效改善認知功能，若呈現負面情緒，如憂鬱冷漠、不願互動等自我封閉傾向，可加上艾炙來提振精神；如出現易怒、焦慮等情形，可加強神庭、本神、太陽穴等有抑制過度亢奮情緒的穴位。
6. 穴道按摩：若有表現出嚴重恐慌、心神不寧、悸動不安，透過按摩心經脈靈神四穴之神門、陰郄、通里、靈道，有助於心情、心神等精神症狀。

肆、中醫失智症日間照護及延緩失能模式



一、來源：由彰化基督教醫院神經醫學部及失智症共同照護中心等轉介個案，擬收治三十例經臨床失智評估量表(CDR)分期屬疑似至中度之失智症之個案，若個案為阿茲海默類型之患者，同期間則持續服用西醫藥物，並藉由失智症共照中心協助分別接洽失智症據點相關單位進行合作考察。

二、資料收集：

- (一)個人資料：姓名、年齡、性別、身高、體重、過去病史、家族病史、抽菸史、飲酒史、身體質量指數、血壓、脈拍。
- (二)符合對象：針對臨床失智評估量表(CDR, Clinical Dementia Rating)分期評估可疑至中度分數者。

(三)排除條件：

- 1. 生命徵象不穩定或有急性病徵者
- 2. 無法配合太極拳及雷射針灸等活動
- 3. 具明顯躁動傾向者
- 4. 頭頸部皮膚有急性傷口或缺損者
- 5. 裝有心律調節器的患者
- 6. 惡性腫瘤患者
- 7. 服用配子抑制劑/免疫抑制劑
- 8. 曾經對光過敏
- 9. 癲癇發作病史

二、評估指標（前後測）：中醫心率變異度分析測量儀及舌診儀、認知功能障礙篩檢量表(CASI, Cognitive Ability Screening Inventory)、精神行為量表(NPI, Neuropsychiatric Inventory)、簡易老人憂鬱量表(GDS-15, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)、高齡者衰弱量表(Kihon Checklist)

三、執行方式：以「坐式太極拳」與「雷射針灸」等中醫特色照護治療對失智症患者之效益，並設計「中醫文康課程」，以評估失智症患者經「中醫失智症日間照護」後自身改善情況。

- (一)坐式太極拳：坐式太極拳為彰化基督教醫院中醫師研發，適用於健康、衰弱乃至輕到中度失能的長者，以改良的八式太極拳為活動主軸，能改善關節炎、增強肌力、協調感與平衡感，並由實習醫學生在旁協助引導長者打拳動作。

- (二)雷射針灸：使用德國 RJ 公司出產的爾傑雷射儀 Laser Pen (RJ laser

S/N)(衛署醫器輸字第 022119 號)。穴位選取百會、四神聰、風池。
以低能量的雷射(功率 300mW、Nogier G 18688Hz, 2J)照射穴位，
時間為 30 秒，透過提供穴位能量刺激人體，以調整經絡氣血運行。

(三)中醫文康課程：由彰化基督教醫院中醫師、中藥師、護理師、個案管理師共同進行中醫文康活動的設計及執行，以團隊活動參與的方式進行，結合定向肢體運動、音樂節奏、團隊參與等活動，以了解預防、或延遲失智的成效。同時由見實習醫學生、實習藥劑生、實習護生擔任課程助理，協助當天活動課程執行。

四、坐式太極拳招式表



第一式
雲手

第二式
野馬分鬃

第三式
搜膝拗步

第四式
按掌

手隨腰轉
手在正中線

身體傾斜出去
前手臂開展

手隨腰轉
手臂開展

前傾 30~45 度
手臂開展



第五式
海底針

第六式
肘法

第七式
金雞獨立

第八式
纏絲

身體前傾
手至少要摸到小腿

手隨腰轉
肩關節要旋轉

腳需離地
手向上抬高

竹棒移動
高低差>20 公分

五、課程規劃技巧：根據失智症的特性與需求，作最合理的安排，能適性、適齡，視地點彈性調整，充分與據點互動與運用據點資源；因此，對於活動設計應先跳脫「訓練」的觀點，日間照顧失智據點的服務在於用「支持」的觀點融入，在活動設計上，首先需要充分掌握教學情境；其次，需要正確瞭解參與者的需求和特性；然後才能掌握參與者的能力與所需介入的支持強度；最後，需要瞭解如何應用活動帶領的策略與方法，為失智症患者進行活動設計。

(一)雙軌設計原則：

採用「雙軌方式」進行活動設計。一軌是「規範性需求」，亦認為失智症個案「應該或一定要」知道的知識或技能。另一軌是「參與者想要的需求」，透過與參與者本身互動來瞭解其想要的活動內容為何。

(二)共同協商原則

活動內容及進度並非一成不變，可以與參與者進行討論，共同選擇，並從其最感興趣或最需要的單元進行；亦即，感興趣的部分可多教些，不感興趣的部分也許可以少教些。

(三)環環相扣原則

活動設計的各個部分之間必須扣緊，不宜脫節。尤其帶領的方法或活動的進行，必須與活動目標及個別化目標有關。

(四)進度調整原則

失智症患者參與速度不一，且通常速度較慢；對失智症患者不宜趕進度，除了反覆練習以幫助其記憶與熟練外，宜根據其個別速度調整活動進度。

(五)生活實用原則

無論活動內容如何，應儘量將其與失智症患者生活相連結，使活動能夠有助於生活中的應用或問題的改善。

六、日間照護課程表：

週	週一	週二	週三	週四	週五
一	抓藥趣 (桌遊)	認識 中醫四診	水果賓果 (團康)	淺談失智症	小植物大功效-植 物器官與藥用
二	中藥賓果 (剪紙)	中醫講古	兒時回憶 (懷舊)	老人症候群	五行五色五臟中 藥連連看
三	西瓜扇子 (手工藝)	肩頸腰膝關節 保養	好身手 (摺紙)	認識肌少症	數字方劑加減乘 除
四	五性食物 (藝術)	好食好藥 如何飲食	吹墨梅花 (藝術)	淺談老年憂鬱	中藥 1+1=?
五	豆豆養生豬 (手工藝)	中醫體質介紹	豆豆養生豬 (手工藝)	養生之道	聞香驅蚊動手做 (驅蚊包)
六	節日節慶 (懷舊)	上肢穴位按摩	誰是熊貓 (手工藝)	正確刮痧推拿 與禁忌	透視訪問 中成藥
七	骰子遊戲 (團康)	下肢穴位按摩	超級估價王 (團康)	老年視力與護 眼穴位	中藥名真有趣：十 二生肖也入藥!?
八	歐 no 中藥材 (桌遊)	談銀髮族正確 飲食與營養	口嘗中藥辯五 味(茶包)	穴位按摩複習	補益藥帖 DIY
負責 講師	個管師 護理師 實習護生 研究助理	中醫師 實習醫學生 個管師	個管師 護理師 實習護生 研究助理	中醫師 實習醫學生 個管師	中藥師 實習藥劑生 研究助理

附件六、「中醫失智症日間照護及延緩失能」方案

方案綱要	<p>1. 方案類別：</p> <p>(1) 肌力強化運動-坐式太極拳八式</p> <p>(2) 社會參與-十巧手、團康、桌遊、手工藝</p> <p>(3) 膳食營養-藥膳烹飪、中藥材、養生食物</p> <p>(4) 認知促進-折紙、剪貼、穴道按摩</p> <p>2. 方案對象：疑似至中度失智</p> <p>3. 方案時間：每期 8 週，每週 5 次，每次 6 小時</p> <p>4. 方案目標：</p> <p>(1) 維持長者原有身體功能及自理能力，透過專業人員肌耐力訓練，增強身體肌耐力降低跌倒風險。</p> <p>(2) 透過多種感官元素刺激，達到減緩失智長輩認知功能，維護長者生理，並減少憂焦慮。</p> <p>5. 方案簡介：</p> <p>運用藝術及有氧運動減緩長者退化速度，且利用團體氣氛及動力帶動支持長者，讓長者得到有被需要感覺，降低焦慮及功能退化，以達到身心健康。</p>																						
方案內容	<table border="1"> <thead> <tr> <th>週次</th><th>內容(請具體說明每次活動內容)</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>前測</td><td></td></tr> <tr> <td>第 1 週</td><td>主題：破冰、紙上談兵 (介紹彼此及老人常見問題處理)</td></tr> <tr> <td>第 2 週</td><td>主題：剪紙精彩(中藥材剪貼)</td></tr> <tr> <td>第 3 週</td><td>主題：折折撐起(折紙活動做手部精細動作)</td></tr> <tr> <td>第 4 週</td><td>主題：畫中有話(構圖上色後續講解內容)</td></tr> <tr> <td>第 5 週</td><td>主題：大珠小珠落玉盤(黏貼手工藝)</td></tr> <tr> <td>第 6 週</td><td>主題：任督二脈(穴道按摩刮痧)</td></tr> <tr> <td>第 7 週</td><td>主題：幸福競爭力(腦力團康遊戲競賽)</td></tr> <tr> <td>第 8 週</td><td>主題：口嘗辯五味(中藥材製作)</td></tr> <tr> <td>後測</td><td></td></tr> </tbody> </table>	週次	內容(請具體說明每次活動內容)	前測		第 1 週	主題：破冰、紙上談兵 (介紹彼此及老人常見問題處理)	第 2 週	主題：剪紙精彩(中藥材剪貼)	第 3 週	主題：折折撐起(折紙活動做手部精細動作)	第 4 週	主題：畫中有話(構圖上色後續講解內容)	第 5 週	主題：大珠小珠落玉盤(黏貼手工藝)	第 6 週	主題：任督二脈(穴道按摩刮痧)	第 7 週	主題：幸福競爭力(腦力團康遊戲競賽)	第 8 週	主題：口嘗辯五味(中藥材製作)	後測	
週次	內容(請具體說明每次活動內容)																						
前測																							
第 1 週	主題：破冰、紙上談兵 (介紹彼此及老人常見問題處理)																						
第 2 週	主題：剪紙精彩(中藥材剪貼)																						
第 3 週	主題：折折撐起(折紙活動做手部精細動作)																						
第 4 週	主題：畫中有話(構圖上色後續講解內容)																						
第 5 週	主題：大珠小珠落玉盤(黏貼手工藝)																						
第 6 週	主題：任督二脈(穴道按摩刮痧)																						
第 7 週	主題：幸福競爭力(腦力團康遊戲競賽)																						
第 8 週	主題：口嘗辯五味(中藥材製作)																						
後測																							
師資人才推薦	<p>(一)專業師資</p> <p>1. 資格定義：受過失智症專業訓練且具備之專業能力足以提供方案指導員及協助員進行活動實務操作時之理論指導及教學建議者。</p> <p>2. 培訓及認證機制：具失智症與高齡照護專業領域教育訓練且有相關服務經驗經驗證明者。</p> <p>(二)指導員(主要帶領者)</p> <p>1. 資格定義：具有方案教學經驗且有社區活動帶領之實務</p>																						

	<p>經驗者。</p> <p>2. 培訓及認證機制：受過高齡服務培訓或失智症服務訓練且具有認證者。</p> <p>(三)協助員（協同帶領者）</p> <p>1. 資格定義：受過長期照護相關教育訓練且具有社區活動帶領或協助實務經驗者。</p> <p>2. 培訓及認證機制：曾參與長期照護課程或社區相關活動服務經驗者。</p>
--	---

附件七、「中醫失智症日間照護及延緩失能」臨床路徑

編號	姓名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	病歷號碼
	第一週治療	第二至七週治療	第八週治療
基本評估	<input type="checkbox"/> 病史、現病史詢問(神經內科及精神科等疾病史含完整病史進展過程等) <input type="checkbox"/> 臨床心理量表(CDR) <input type="checkbox"/> 藥物史(含用藥狀況紀錄) <input type="checkbox"/> 疼痛評估 <input type="checkbox"/> CBC、Glucose、RPR、Vit B12、TSH/free T4、GOT/GPT, BUN/Cre	<input type="checkbox"/> 現病史詢問(心理精神狀態及失智症狀評估) <input type="checkbox"/> 用藥狀況紀錄與評估 <input type="checkbox"/> 疼痛評估	<input type="checkbox"/> 現病史詢問(心理精神狀態及失智症狀評估) <input type="checkbox"/> 用藥狀況紀錄與評估 <input type="checkbox"/> 疼痛評估
檢驗檢查	<input type="checkbox"/> 基本生命體徵：T / P / R / BP <input type="checkbox"/> 中醫四診及辨證	<input type="checkbox"/> 基本生命體徵： T / P / R / BP	<input type="checkbox"/> 基本生命體徵： T / P / R / BP
成效指標	主要成效指標 <input type="checkbox"/> 簡易老人憂鬱量表 GDS-15 <input type="checkbox"/> 高齡者衰弱量表 Kihon Checklist <input type="checkbox"/> 精神行為量表 NPI-Q <input type="checkbox"/> 認知功能障礙篩檢量表 CASI		主要成效指標 <input type="checkbox"/> 簡易老人憂鬱量表 GDS-15 <input type="checkbox"/> 高齡者衰弱量表 Kihon Checklist <input type="checkbox"/> 精神行為量表 NPI-Q <input type="checkbox"/> 認知功能障礙篩檢量表 CASI
治療	<input type="checkbox"/> 雷射針灸：穴位選取百會、四神聰、風池，使用爾傑雷射儀 Laser Pen，功率 300mW、Nogier G 18688Hz、2J，照射時間 30 秒 <input type="checkbox"/> 坐式太極拳八式 <input type="checkbox"/> 中醫文康活動	<input type="checkbox"/> 雷射針灸：穴位選取百會、四神聰、風池，使用爾傑雷射儀 Laser Pen，功率 300mW、Nogier G 18688Hz、2J，照射時間 30 秒 <input type="checkbox"/> 坐式太極拳八式 <input type="checkbox"/> 中醫文康活動	<input type="checkbox"/> 雷射針灸：穴位選取百會、四神聰、風池，使用爾傑雷射儀 Laser Pen，功率 300mW、Nogier G 18688Hz、2J，照射時間 30 秒。 <input type="checkbox"/> 坐式太極拳八式 <input type="checkbox"/> 中醫文康活動
護理照護	<input type="checkbox"/> 紀錄每日出席狀況 <input type="checkbox"/> 雷射針灸護理指導 <input type="checkbox"/> 心理精神狀態及失智症狀評估	<input type="checkbox"/> 紀錄每日課程出席狀況 <input type="checkbox"/> 穴位皮膚狀況評估 <input type="checkbox"/> 心理精神狀態及失智症狀評估	<input type="checkbox"/> 紀錄每日課程出席狀況 <input type="checkbox"/> 穴位皮膚狀況評估 <input type="checkbox"/> 心理精神狀態及失智症狀評估
其他	<input type="checkbox"/> 缺席狀況追蹤	<input type="checkbox"/> 缺席狀況追蹤	<input type="checkbox"/> 缺席狀況追蹤 六個月後追蹤臨床心理量表 CDR
簽章	醫師/護理師	醫師/護理師	醫師/護理師

附件八、政策建議

中醫失智症日間照護模式之政策建議 2019.11.12

壹、背景說明

臺灣已進入高齡化社會，且速度遠超越世界各國。據國家發展委員會 2016 年之推估，2026 年則會成為超高齡(super-aged)社會。依衛生福利部(民國 100 年)委託臺灣失智症協會進行之失智症流行病學調查結果，以及內政部 106 年 12 月人口統計資料估算：臺灣 65 歲以上老人共 3,268,013 人，其中輕微認知障礙(MCI)有 598,694 人，佔 18.32%；失智症人口有 259,013 人，佔 7.93%（包括極輕度失智症 105,180 人，佔 3.22%，輕度以上失智症有 153,832 人，佔 4.71%）。也就是說 65 歲以上的老人每 12 人即有 1 位失智者，而 80 歲以上的老人則每 5 人即有 1 位失智者。政府戮力推動包括長期照顧在內的高齡政策，因應這波轉瞬即逝的銀色海嘯。高齡醫學講求跨專業的整合，中醫為使用數千年傳統醫學，具有豐富的老年養生保健與疾病防治內容，可在高齡照護中扮演重要的角色。

貳、全球趨勢

近年來，失智症所造成的經濟問題在世界上引起廣大的討論，2010 年全球失智症報告直接以「失智症對全球經濟之衝擊」作為標題，2010 年全球失智症的醫療照護成本，總估計約在 6040 億美元左右，已達到全球國內生產毛額 GDP 的 1%，每位失智症患者之總花費約美金 12,400 元，而臺灣在 2003 年則估計每位失智症患者每年所花費之經濟成本約 31-71 萬元，即使最低照護時間估算，全國失智症患者仍要花費五十億元；2008 年的研究中，則指出失智症患者雖在門診就醫次數上與一般老人並無明顯差異，但其住院天數則較長，所耗用之醫療成本與無形或難以量化之照護成本顯然更為龐大；這些都代表了失智症患者的照護問題需要更多的努力及改善。

參、中醫失智症日間照護模式之建議

一、規劃針對中醫師的失智症相關教育訓練課程

目前中醫師可參與失智症醫事專業 8 小時訓練課程，而中醫有針灸、藥物、按摩、運動等治療方法，但對於失智症的常用治療、失智症嚴重程度以及何時開始治療的經驗較為不足，治療時機正確不僅可以延緩病人的退化速度，並且減輕精神跟行為症狀，讓病人可以維持良好的生活方式，減輕家屬的負擔。

二、中醫師參與規劃失智症日間照護課程之訓練

日間照護中心的課程設計內容與方式、有無針對失智症者規劃適宜的非藥物療法課程是相當重要的，中醫師過去曾未參與規劃失智症課程的相關訓練，且基於個別化的差異，在長者接受課程前，會做基本的調查，了解他們過去的工作、興趣、嗜好等，讓長者做的都是開心且擅長的活動，增加長者參加的意願，也有助於認知功能的改善。

三、中醫加入社區長照網絡

為落實在地老化政策理念，長照 2.0 積極普及充實社區照顧資源。因失智症病程長達 8~10 年，能就近就醫最理想。而失智患者病情到某個程度後，可能很難理性溝通，要說服他上一趟大醫院並不容易，大醫院病人又多，候診時間長，對患者和照顧者都是考驗，中醫若能加入社區長照網絡，在鄰近就得到治療，可以省去許多時間與精力。

四、中醫模組加入的優勢

本次中醫以非侵入性雷射針灸、中醫文康活動以及坐式太極拳為模組，進行研究計畫時共收案 35 人，6 人因跌倒、骨折及住院等因素中途退出，並未有個案因為中醫介入的副作用或是對於針灸的不適而中途退出本計畫，與傳統針灸相比具有高度可接受性，且並未有內服中藥，不會因為個案有吞嚥困難或是需要並服西藥等問題而造成照顧者的困擾，大多數個案對這樣的治療模式均可接受，也較容易於醫療院所或照顧據點推廣。

附件九、案例報告

財團法人彰化基督教醫院		病歷號碼: <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	
中醫會診病歷記錄表(一)		姓名: <input type="text"/>	
		床號: <input type="text"/> 年齡: 72	

會診日期: 108.6.27 中醫會診科別: _____ 中醫會診醫師: 陳培基

籍貫: 彰化 居住地: 彰化市 職業: 退休 婚姻: 喪偶

一、主訴:

日間疲倦頭暈約一個月

二、現病史:

患者自述近來於腦神經科就診並定期服藥追蹤，近一個月類似日間疲倦頭暈，偶有頭暈有天旋地轉感，無頭痛無嘔吐感，未服西藥將症減。

三、過去病史:

四、個人史:

飲食習慣: ☒素食 ☒雜食 ☐辛辣 ☐油炸 ☐茶 ☐咖啡 ☐其他 (種類: _____)

過敏: ☒無 ☐藥物 (症狀: _____) ☐食物 (症狀: _____)

抽煙: ☒無 ☐包/天 年; 喝酒: ☐無 ☐瓶/天 年 (種類: _____)

運動: ☐無固定運動 ☒有固定運動 (種類: 走路-健步 頻率: 5次/天、週)

生活環境: ☐都市 ☒住宅區 ☐商業區 ☐工業區 ☐農村 ☐山區 ☐河邊

家庭狀況: ☐獨居 ☐與人同住 (☐父 ☐母 ☒配偶 ☐子 ☐女)

1700-9703 8.5*11" 1x100x0 本 97.03 山富 病歷編號: 7-9-1

五、家族史：

六、中醫四診：

(一)望診：

體格 ☐肥胖 ☐略胖 ☐中等 ☒略瘦 ☐消瘦 ☐壯 ☐弱
面色 ☒黃紅隱隱、明潤含蓄 ☐青 ☐赤 ☐黃 ☐白 ☐黑 ☐萎黃 ☐晃白 ☐不華
☐晦滯 ☐顏紅 ☐油光 ☐乾燥
指甲 ☒無異狀 ☐軟弱 ☐粗厚 ☐乾枯 ☐剝離 ☐淡白 ☐杵狀指 ☐匙狀 ☐扁平
皮膚 ☒無異狀 ☐肌膚甲錯 ☐黑斑 ☐瘰癧 ☐指甲周皮膚灰暗
☐四肢癱瘓、全身脫屑
毛髮 ☒無異狀 ☐易落 ☐鬚髮早白 ☐無髮 ☐稀疏
口唇 ☒無異狀 ☐紅 ☐淡 ☐暗 ☐黑
舌診：
今日刮過舌苔 ☒無 ☐有 飲食內容 ☐無 ☐有，種類： 顏色：
舌形 ☒中 ☐胖 ☐瘦 ☐歪斜 ☐痿軟
舌質 ☐淡白 ☐偏淡 ☐淡紅 ☒偏紅 ☐紅 ☐絳 ☐黯
☐朱點 ☐癰點 ☐齒痕 ☐裂紋 ☐蒼老 ☐嬌嫩
舌苔 ☒白 ☐黃 ☐黑 ☐染苔
☐膩 ☐厚 ☐薄 ☐剝 ☐少 ☐無
津液 ☐少 ☒平 ☐多
舌下絡脈 ☒正常 ☐怒張 ☐曲張 ☐集結成珠
證型：☒平和 ☐特異 ☐氣鬱 ☐血瘀 ☐濕熱 ☐痰濕 ☐陰虛 ☐陽虛 ☐氣虛
☐火熱 ☐風 ☐其他 (說明：_____)

(二)聞診：嗅氣味 ☒無異狀 ☐臭 ☐特異氣味

聽聲音 ☒無異狀 ☐沙啞 ☐高亢 ☐低微 ☐氣短

(三)問診：

全身 ☒無不適 ☐耐寒熱 ☐怕熱 ☐怕冷 ☐發熱(時間：) ☐惡寒 ☐寒熱往來
☐惡風 ☐五心煩熱 ☐自汗 ☐盜汗 ☐動易汗出 ☐倦怠 ☐身重 ☐身痛
☐體重減輕 公斤/(週、月) ☐體重增加 公斤/(週、月)
情志 ☒平常 ☐易怒 ☐善喜 ☐憂慮 ☐善思 ☐悲傷 ☐恐懼 ☐易驚 ☐易緊張
☐健忘 ☐煩躁 ☐工作壓力 ☐其他
睡眠 ☒平常 ☐不易入睡 ☐淺眠 ☐多夢 ☐易醒 ☐早醒 ☐徹夜不眠 ☐多寐
頭項 ☒無不適 ☐頭痛(部位： 性質： 時間：)
☐頭昏 ☐頭重 ☒頭暈 ☐眩暈 ☐項強
☐目眩 ☐目癢 ☐目乾澀 ☐目赤 ☐目痛 ☐視力模糊 ☐複視 ☐目翳
☐羞明 ☐眵多 ☐目眵多 ☐其他
☐鼻塞 ☐鼻乾 ☐鼻涕涕(質： 色： 量：)
☐鼻癢 ☐鼻痛 ☐鼻涕倒流 ☐噴嚏
☐耳鳴(☐左耳 ☐右耳 ☐高頻 ☐低頻) ☐重聽 ☐聾(☐左耳 ☐右耳)
☐耳癢 ☐耳痛 ☐耳中流膿

財團法人彰化基督教醫院

中醫會診病歷記錄表(二)

病歷號碼:

☐男 ☐女

姓 名:

床 號:

年齡:

- ☐口乾 ☐喜(熱溫涼冰)飲 ☐少飲 ☐漱口不欲飲 ☐多飲 ☐口酸
☐口苦 ☐口甜 ☐口鹹 ☐口淡 ☐口臭 ☐口黏 ☐口破 ☐多涎
☐舌破 ☐舌痛 ☐舌麻 ☐舌強 ☐唇乾 ☐唇癢 ☐唇麻 ☐牙痛 ☐齦齒
☐咽喉痛 ☐喉中有痰梗感 ☐吞嚥困難(☐固體 ☐液體)

- 胸部 ☒無不適 ☐胸悶 ☐胸痛(部位: 性質:)
☐喘 ☐哮 ☐上氣 ☐短氣 ☐少氣
☐喜太息 ☐呵欠 ☐咳血 ☐咳嗽(時間:) ☐頻咳(時間:)
☐痰(質: 色: 量:) ☐心悸 ☐脅痛

- 腹部 ☒無不適 ☒食欲正常 ☐食欲增加 ☐食欲減退 ☐納佳 ☐納可 ☐納差
☐吞酸 ☐泛酸 ☐噯氣 ☐呃逆 ☐噯心 ☐乾嘔 ☐嘔吐(內容:)
☐腹痛(部位: 性質:)(☐喜按 ☐拒按)
☐腸鳴 ☐矢氣
☐腹脹(部位: 性質:)

- 二便 ☒大便/日/行(質: 耳 色: 量: 耳)
☐排不淨感 ☐裡急後重 ☐大便失禁 ☐肛門灼熱 ☐肛門作痛 ☐肛癢
☐肛門重墜 ☐血便
☒小便量正常 ☐色() ☐泡沫() ☐異味()
☐小便頻數 ☐小便不通 ☐小便不利 ☐小便疼痛 ☐尿急
☐尿後餘瀝 ☐餘尿感 ☐小便失禁 ☐夜尿 次 ☐遺尿

- 腰背 ☒無不適 ☐背痛 ☐背冷 ☐背熱 ☐脅痛 ☐腰痠 ☐腰冷重腰痛
☐腰膝無力 ☐尾閭痛

- 四肢 ☒無不適 ☐疼痛 ☐麻木 ☐無力 ☐瘦削 ☐腫脹(部位:)
☐強直 ☐拘急 ☐抽搐 ☐舞蹈 ☐筋惕肉跳(部位:)
☐震顫(☐resting ☐postural ☐action ☐intentional)(部位:)
☐手足厥冷 ☐手足心熱

- 生殖:《女》G P SA AA 初經 歲 停經 歲
 帶下 ☐無 ☐有 色 ☐透明 ☐白 ☐黃 ☐赤 ☐青 量 ☐多 ☐少
 質 ☐清稀 ☐黏稠 味 ☐無味 ☐腥臭 ☐穢臭 ☐陰癢

(四) 初診:

寸 8.5
關 8.5
尺 8.5

寸 8.5
關 8.5
尺 8.5

- 證型: ☒平和 ☐特異 ☐氣鬱 ☐血瘀 ☐濕熱 ☐痰濕 ☐陰虛 ☐陽虛 ☐氣虛
☐火熱 ☐風 ☐其他(說明:)

脈診儀:

1700-9703

8.5*11"

1x100x0 本

97.03 山富



病歷編號: 7-9-1

財團法人彰化基督教醫院
中醫會診病歷記錄表(一)

病歷號碼: ☐男 ☒女
姓 名:
床 號: 年齡: 83

會診日期: 108.7.3 中醫會診科別: _____ 中醫會診醫師: 黃舒解
籍貫: 彰化 居住地: 彰化市 職業: 退休 婚姻: 喪偶

一、主訴:

腰痠 10+years (脊椎開口)
腳痠 (雙腳)
失眠 1年

二、現病史:

三、過去病史:

脊椎開口 10+years

四、個人史:

飲食習慣: ☐素食 ☒葷食 ☐辛辣 ☐油炸 ☐茶 ☐咖啡 ☐其他 (種類: _____)
過敏: ☐無 ☒藥物 (症狀: ^{aspirin}) ☐食物 (症狀: _____)
抽 煙: ☒無 ☐包/天, _____ 年; 喝酒: ☒無 ☐瓶/天, _____ 年 (種類: _____)
運 動: ☐無固定運動 ☒有固定運動 (種類: 散步 ; 頻率: _____ 次/天、週)
生活環境: ☐都市 ☒住宅區 ☐商業區 ☐工業區 ☐農村 ☐山區 ☐河邊
家庭狀況: ☐獨居 ☒與人同住 (☐父 ☐母 ☐配偶 子 | 女 |)

1700-9703

8.5*11"

1x100x0 本

97.03 山富



病歷編號: 7-9-1

五、家族史：

六、中醫四診：

(一)望診：

體格 ☐肥胖 ☐略胖 ☒中等 ☐略瘦 ☐消瘦 ☐壯 ☐弱
面色 ☒黃紅隱隱、明潤含蓄 ☐青 ☐赤 ☐黃 ☐白 ☐黑 ☐萎黃 ☐晄白 ☐不華
☐晦滯 ☐顏紅 ☐油光 ☐乾燥
指甲 ☒無異狀 ☐軟弱 ☐粗厚 ☐乾枯 ☐剝離 ☐淡白 ☐杵狀指 ☐匙狀 ☐烏平
皮膚 ☒無異狀 ☐肌膚甲錯 ☐黑斑 ☐瘰癧 ☐指甲周皮膚灰暗
☐四肢瘰癧、全身脫屑
毛髮 ☒無異狀 ☐易落 ☐鬚髮早白 ☐無髮 ☐稀疏
口唇 ☒無異狀 ☐紅 ☐淡 ☐暗 ☐黑
舌診：
今日刮過舌苔 ☒無 ☐有 飲食內容 ☐無 ☐有，種類： 顏色：
舌形 ☒中 ☐胖 ☐瘦 ☐歪斜 ☐痿軟
舌質 ☐淡白 ☐偏淡 ☐淡紅 ☐偏紅 ☒紅 ☐絳 ☐紫
☒朱點 ☐癰點 ☐齒痕 ☐裂紋 ☐蒼老 ☐嬌嫩
舌苔 ☒白 ☐黃 ☐黑 ☐染苔
☐膩 ☒厚 ☐薄 ☐剝 ☐少 ☐無
津液 ☐少 ☒平 ☐多
舌下絡脈 ☒正常 ☐怒張 ☐曲張 ☐集結成珠
證型：☒平和 ☐特異 ☐氣鬱 ☐血瘀 ☒濕熱 ☐痰濕 ☐陰虛 ☐陽虛 ☐氣虛
☐火熱 ☐風 ☐其他 (說明：)

(二)聞診：嗅氣味 ☒無異狀 ☐臭 ☐特異氣味
聽聲音 ☒無異狀 ☐沙啞 ☐高亢 ☐低微 ☐氣短

(三)問診：

全身 ☐無不適 ☐耐寒熱 ☐怕熱 ☒怕冷 ☐發熱(時間：) ☐惡寒 ☐寒熱往來
☐惡風 ☐五心煩熱 ☐自汗 ☐盜汗 ☐動易汗出 ☐倦怠 ☐身重 ☐身痛
☐體重減輕 公斤/(週、月) ☐體重增加 公斤/(週、月)
情志 ☒平常 ☐易怒 ☐善喜 ☐憂慮 ☐善思 ☐悲傷 ☐恐懼 ☐易驚 ☐易緊張
☒健忘 ☐煩躁 ☐工作壓力 ☐其他
睡眠 ☒平常 ☐不易入睡 ☐淺眠 ☐多夢 ☐易醒 ☐早醒 ☐徹夜不眠 ☐多寐
頭項 ☒無不適 ☐頭痛(部位： 性質： 時間：)
☐頭昏 ☐頭重 ☐頭暈 ☐旋暈 ☐項強
☐目眩 ☐目痛 ☒目乾澀 ☐目赤 ☐目痛 ☐視力模糊 ☐複視 ☐目翳
☐羞明 ☐眵多 ☐目眵多 ☐其他
☐鼻塞 ☐鼻乾 ☒鼻流涕(質： 色： 量：)
☐鼻癢 ☐鼻痛 ☐鼻涕倒流 ☐噴嚏
☐耳鳴(☐左耳 ☐右耳 ☐高頻 ☐低頻) ☐重聽 ☐聾(☐左耳 ☐右耳)
☐耳癢 ☐耳痛 ☐耳中流膿

1700-9703

8.5*11"

1x100x60 本

97.03 山富



編譯編號：7-9-1

財團法人彰化基督教醫院

中醫會診病歷記錄表(二)

病歷號碼:

☐男 ☐女

姓 名:

床 號:

年齡:

- ☒口乾 ☐喜(熱溫涼冰)飲 ☐少飲 ☐漱口不欲飲 ☐多飲 ☐口酸
☐口苦 ☐口甜 ☐口鹹 ☐口淡 ☐口臭 ☐口黏 ☐口破 ☐多涎
☐舌破 ☐舌痛 ☐舌麻 ☐舌強 ☐唇乾 ☐唇瘡 ☐唇麻 ☐牙痛 ☐齦齒
☐咽喉痛 ☐喉中有痰梗感 ☐吞嚥困難(☐固體 ☐液體)

胸部 ☒無不適 ☐胸悶 ☐胸痛(部位: 性質:)

☐喘 ☐哮 ☐上氣 ☐短氣 ☐少氣

☐喜太息 ☐呵欠 ☐咳血 ☐咳嗽(時間:) ☐頻咳(時間:)

☐痰(質: 色: 量:) ☐心悸 ☐脅痛

腹部 ☐無不適 ☒食欲正常 ☐食欲增加 ☐食欲減退 ☐納佳 ☐納可 ☐納差

☐善飢 ☐泛酸 ☐噯氣 ☐呃逆 ☐噁心 ☐乾嘔 ☐嘔吐(內容:)

☐腹痛(部位: 性質:)(☐喜按 ☐拒按)

☐腸鳴 ☐矢氣

☐腹脹(部位: 性質:)

二便 ☒大便三日一行(質: 稀 色: 量:)

☐排不淨感 ☐裡急後重 ☐大便失禁 ☐肛門灼熱 ☐肛門作痛 ☐肛瘻

☐肛門重墜 ☐血便

☒小便量正常 ☐色() ☐泡沫() ☐異味()

☐小便頻數 ☐小便不通 ☐小便不利 ☐小便疼痛 ☐尿急

☐尿後餘瀝 ☐餘尿感 ☐小便失禁 ☐夜尿次 ☐遺尿

腰背 ☐無不適 ☒背痛 ☐背冷 ☐背熱 ☐脊痛 ☒腰痠 ☐腰冷重腰痛

☐腰膝無力 ☐尾閥痛

四肢 ☐無不適 ☐疼痛 ☒麻木 ☐無力 ☐瘦削 ☐腫脹(部位: 雙手)

☐強直 ☐拘急 ☐抽搐 ☐舞蹈 ☐筋惕肉跳(部位:)

☐震顫(☐resting ☐postural ☐action ☐intentional)(部位:)

☐手足厥冷 ☐手足心熱

生殖: 女 G3P3 SA 0 A A 0 初經 歲 停經 歲

帶下 ☐無 ☐有 色 ☐透明 ☐白 ☐黃 ☐赤 ☐青 量 ☐多 ☐少

質 ☐清稀 ☐黏稠 味 ☐無味 ☐腥臭 ☐穢臭 ☐陰癢

(四)切診:

左

寸 浮

關 滑

尺 沉有力

右

寸 沉

關 滑

尺 沉

證型: ☐平和 ☐特異 ☐氣鬱 ☐血瘀 ☐濕熱 ☒痰濕 ☒陰虛 ☐陽虛 ☐氣虛
☐火熱 ☐風 ☐其他 (說明:)

脈診儀:

1700-9703

8.5*11"

1x100x0 本

97.03 山富



病歷編號: 7-9-1

財團法人彰化基督教醫院
中醫會診病歷記錄表(一)

病歷號碼: ☒男 ☐女
姓 名:
床 號: 年齡: 82

會診日期: 108.6.28 中醫會診科別: _____ 中醫會診醫師: 李連倫

籍貫: 彰化 居住地: 彰化市 職業: 無 婚姻: 喪偶

一、主訴:

眼睛乾已多年.

二、現病史:

患者自覺眼睛乾已多年,覺得澀
四者皆差不多。口乾口苦尚可。眼可。納可。大便一日一行。成形。

三、過去病史:

膝關節滑液心臟瓣膜

四、個人史:

飲食習慣: ☐素食 ☒葷食 ☐辛辣 ☐油炸 ☐茶 ☐咖啡 ☐其他(種類: _____)
過 敏: ☒無 ☐藥物(症狀: _____) ☐食物(症狀: _____)
抽 煙: ☒無 ☐包/天, 年; 喝酒: ☐無 ☐瓶/天, 年(種類: _____)
運 動: ☒無固定運動 ☐有固定運動(種類: _____); 頻率: _____次/天、週)
生活環境: ☒都市 ☐住宅區 ☐商業區 ☐工業區 ☐農村 ☐山區 ☐河邊
家庭狀況: ☐獨居 ☒與人同住(☐父 ☐母 ☐配偶 ☒子 ☒女)

1700-9703

8.5*11" 1x100x0 本 97.03 山富

病歷編號: 7-9-1

五、家族史：

六、中醫四診：

(一) 望診：

體格 ☐肥胖 ☐略胖 ☐中等 ☒略瘦 ☐消瘦 ☐壯 ☐弱
 面色 ☐黃紅隱隱、明潤含蓄 ☐青 ☐赤 ☒黃 ☐白 ☐黑 ☐萎黃 ☐晃白 ☐不華
☐晦滯 ☐額紅 ☐油光 ☒乾燥
 指甲 ☒無異狀 ☐軟弱 ☐粗厚 ☐乾枯 ☐剝離 ☐淡白 ☐杵狀指 ☐匙狀 ☐扁平
 皮膚 ☐無異狀 ☐肌膚甲錯 ☐黑斑 ☐瘰癧 ☒指甲周皮膚灰暗
☐四肢癱瘓、全身脫屑
 毛髮 ☐無異狀 ☐易落 ☐鬚髮早白 ☐無髮 ☒稀疏
 口唇 ☒無異狀 ☐紅 ☐淡 ☐暗 ☐黑
 舌診：
 今日刮過舌苔 ☒無 ☐有 飲食內容 ☐無 ☐有，種類： 顏色：
 舌形 ☒中 ☐胖 ☐瘦 ☐歪斜 ☐痿軟
 舌質 ☐淡白 ☐偏淡 ☐淡紅 ☒偏紅 ☐紅 ☐絳 ☐黯
☐朱點 ☐癰點 ☐齒痕 ☒裂紋 ☐蒼老 ☐嬌嫩
 舌苔 ☐白 ☐黃 ☐黑 ☐染苔
☐膩 ☐厚 ☐薄 ☐剝 ☒少 ☐無
 津液 ☒少 ☐平 ☐多
 舌下絡脈 ☒正常 ☐怒張 ☐曲張 ☐集結成珠
 證型：☐平和 ☐特稟 ☐氣鬱 ☐血瘀 ☐濕熱 ☐痰濕 ☒陰虛 ☐陽虛 ☐氣虛
☐火熱 ☐風 ☐其他（說明：_____）

(二) 聞診：嗅氣味 ☒無異狀 ☐臭 ☐特異氣味
 聽聲音 ☐無異狀 ☐沙啞 ☐高亢 ☒低微 ☐氣短

(三) 問診：

全身 ☒無不適 ☐耐寒熱 ☐怕熱 ☐怕冷 ☐發熱（時間：_____）☐惡寒 ☐寒熱往來
☐惡風 ☐五心煩熱 ☐自汗 ☐盜汗 ☐動易汗出 ☐倦怠 ☐身重 ☐身痛
☐體重減輕 公斤/（週、月） ☐體重增加 公斤/（週、月）
 情志 ☒平常 ☐易怒 ☐善喜 ☐憂慮 ☐善思 ☐悲傷 ☐恐懼 ☐易驚 ☐易緊張
☐健忘 ☐煩躁 ☐工作壓力 ☐其他
 睡眠 ☒平常 ☐不易入睡 ☐淺眠 ☐多夢 ☐易醒 ☐早醒 ☐徹夜不眠 ☐多寐
 頭項 ☒無不適 ☐頭痛（部位：_____ 性質：_____ 時間：_____）
☐頭昏 ☐頭重 ☐頭暈 ☐旋暈 ☐項強
☐目眩 ☐目癢 ☐目乾澀 ☐目赤 ☐目痛 ☐視力模糊 ☐複視 ☐目淚
☐羞明 ☐眵多 ☐目汨多 ☐其他
☐鼻塞 ☐鼻乾 ☐鼻流涕（質：_____ 色：_____ 量：_____）
☐鼻癢 ☐鼻痛 ☐鼻涕倒流 ☐噴嚏
☐耳鳴（☐左耳 ☐右耳 ☐高頻 ☐低頻）☐重聽 ☐聾（☐左耳 ☐右耳）
☐耳癢 ☐耳痛 ☐耳中流膿

1700-9703

8.5*11"

1x100x0 本

97.03 山富



病歷編號：7-9-1

財團法人彰化基督教醫院

中醫會診病歷記錄表(二)

病歷號碼:

☐男 ☐女

姓名:

床號:

年齡:

☒口乾 ☐喜(熱溫涼冰)飲 ☐少飲 ☐漱口不欲飲 ☐多飲 ☐口酸

☐口苦 ☐口甜 ☐口鹹 ☐口淡 ☐口臭 ☐口黏 ☐口破 ☐多涎

☐舌破 ☐舌痛 ☐舌麻 ☐舌強 ☐唇乾 ☐唇癢 ☐唇麻 ☐牙痛 ☐齦齦

☐咽喉痛 ☐喉中有痰梗感 ☐吞嚥困難(☐固體 ☐液體)

胸部 ☒無不適 ☐胸悶 ☐胸痛(部位: 性質:)

☐喘 ☐哮 ☐上氣 ☐短氣 ☐少氣

☐喜太息 ☐呵欠 ☐咳血 ☐咳嗽(時間:) ☐頻咳(時間:)

☐痰(質: 色: 量:) ☐心悸 ☐骨痛

腹部 ☒無不適 ☐食欲正常 ☐食欲增加 ☐食欲減退 ☐納佳 ☐納可 ☐納差

☐善飢 ☐泛酸 ☐噯氣 ☐呃逆 ☐噁心 ☐乾嘔 ☐嘔吐(內容:)

☐腹痛(部位: 性質:)(☐喜按 ☐拒按)

☐腸鳴 ☐矢氣

☐腹脹(部位: 性質:)

二便 ☒大便 日一行(質: 色: 量:)

☐排不淨感 ☐裡急後重 ☐大便失禁 ☐肛門灼熱 ☐肛門作痛 ☐肛瘻

☐肛門重墜 ☐血便

☐小便量正常 ☐色() ☐泡沫() ☐異味()

☐小便頻數 ☐小便不通 ☐小便不利 ☐小便疼痛 ☐尿急

☐尿後餘瀝 ☐餘尿感 ☐小便失禁 ☐夜尿 次 ☐遺尿

腰背 ☒無不適 ☐背痛 ☐背冷 ☐背熱 ☐脊痛 ☐腰痠 ☐腰冷重腰痛

☐腰膝無力 ☐尾閭痛

四肢 ☒無不適 ☐疼痛 ☐麻木 ☐無力 ☐瘦削 ☐腫脹(部位:)

☐強直 ☐拘急 ☐抽搐 ☐舞蹈 ☐筋惕肉跳(部位:)

☐震顫(☐resting ☐postural ☐action ☐intentional)(部位:)

☐手足厥冷 ☐手足心熱

生殖: (女) G P SA AA 初經 歲 停經 歲

帶下 ☐無 ☐有 色 ☐透明 ☐白 ☐黃 ☐赤 ☐青 量 ☐多 ☐少

質 ☐清稀 ☐黏稠 味 ☐無味 ☐腥臭 ☐穢臭 ☐陰癢

(四) 切診: 左

右

寸

關

尺

證型: ☐平和 ☐特異 ☐氣鬱 ☐血瘀 ☐濕熱 ☐痰濕 ☐陰虛 ☐陽虛 ☐氣虛

☒火熱 ☐風 ☐其他(說明:)

脈診儀:

1700-9703

8.5*11"

1x100x0 本

97.03 山富



病歷編號: 7-9-1

財團法人彰化基督教醫院

中醫會診病歷記錄表(一)

病歷號碼:

☐男 ☒女

姓名:

床號:

年齡: 85-

會診日期: 108.8.27 中醫會診科別: _____ 中醫會診醫師: _____

籍貫: 彰化 居住地: 和美 民族: 漢 職業: _____ 婚姻: _____

一、主訴:

走路喘已一年

360號91卷

二、現病史:

走路喘, 出氣時心悸, 目前吃長期心臟病藥

三、過去病史:

左腳大腿骨折打釘

右肺白內障

四、個人史:

飲食習慣: ☐素食 ☒葷食 ☐辛辣 ☐油炸 ☐茶 ☒咖啡 ☐其他(種類: _____)

過敏: ☒無 ☐藥物(症狀: _____) ☐食物(症狀: _____)

抽煙: ☒無 ☐包/天, _____年; 喝酒: ☒無 ☐瓶/天, _____年(種類: _____)

運動: ☐無固定運動 ☒有固定運動(種類: 散步; 頻率: 1次/天、週)

生活環境: ☐都市 ☒住宅區 ☐商業區 ☐工業區 ☐農村 ☐山區 ☐河邊

家庭狀況: ☐獨居 ☐與人同住(☐父 ☐母 ☐配偶 ☒女)

1700-9703

8.5*11"

1x100x0 本

97.03 山富



病歷編號: 7-9-1

五、家族史：

六、中醫四診：

(一)望診：

體格 ☐肥胖 ☐略胖 ☒中等 ☐略瘦 ☐消瘦 ☐壯 ☐弱
面色 ☒黃紅隱隱、明潤含蓄 ☐青 ☐赤 ☐黃 ☐白 ☐黑 ☐萎黃 ☐晃白 ☐不華
☐晦滯 ☐面紅 ☐油光 ☐乾燥
指甲 ☒無異狀 ☐軟弱 ☐粗厚 ☐乾枯 ☐剝離 ☐淡白 ☐杵狀指 ☐匙狀 ☐扁平
皮膚 ☒無異狀 ☐肌膚甲錯 ☐黑斑 ☐瘡瘍 ☐指甲周皮膚灰暗
☐四肢癱瘓、全身脫屑
毛髮 ☐無異狀 ☐易落 ☒鬚髮早白 ☐無髮 ☐稀疏
口唇 ☐無異狀 ☐紅 ☐淡 ☐暗 ☐黑

舌診：

今日刮過舌苔 ☐無 ☐有 飲食內容 ☐無 ☐有，種類： 顏色：
舌形 ☒中 ☐胖 ☐瘦 ☐歪斜 ☐痿軟
舌質 ☐淡白 ☐偏淡 ☐淡紅 ☒偏紅 ☐紅 ☐絳 ☐黯
☐朱點 ☐瘀點 ☐齒痕 ☐裂紋 ☐蒼老 ☐嬌嫩
舌苔 ☐白 ☐黃 ☐黑 ☐紫
☐膩 ☐厚 ☐薄 ☐剝 ☒少 ☐無
津液 ☐少 ☒平 ☐多
舌下絡脈 ☒正常 ☐怒張 ☐曲張 ☐集結成珠
證型：☐平和 ☐特稟 ☐氣鬱 ☐血瘀 ☐濕熱 ☐痰濕 ☐陰虛 ☐陽虛 ☐氣虛
☐火熱 ☐風 ☐其他 (說明：_____)

(二)聞診：嗅氣味 ☒無異狀 ☐臭 ☐特異氣味

聽聲音 ☒無異狀 ☐沙啞 ☐高亢 ☐低微 ☐氣短

(三)問診：

全身 ☐無不適 ☐耐寒熱 ☒怕熱 ☒怕冷 ☐發熱(時間：) ☐惡寒 ☐寒熱往來
☐惡風 ☐五心煩熱 ☒自汗 ☐盜汗 ☐動易汗出 ☐倦怠 ☐身重 ☐身痛
☐體重減輕 公斤/(週、月) ☐體重增加 公斤/(週、月)
情志 ☐平常 ☐易怒 ☐善喜 ☐憂慮 ☐善思 ☒悲傷 ☐恐懼 ☐易驚 ☐易緊張
☒健忘 ☐煩躁 ☐工作壓力 ☐其他
睡眠 ☐平常 ☐不易入睡 ☐淺眠 ☐多夢 ☐易醒 ☐早醒 ☐徹夜不眠 ☐多寐
頭項 ☐無不適 ☐頭痛(部位： 性質： 時間：)
☐頭昏 ☐頭重 ☐頭暈 ☐眩暈 ☐項強
☐目眩 ☒目癢 ☒目乾澀 ☐目赤 ☐目痛 ☒視力模糊 ☐複視 ☐目瞶
☐羞明 ☒眵多 ☒目淚多 ☐其他
☐鼻塞 ☐鼻乾 ☐鼻流涕(質： 色： 量：)
☐鼻癢 ☐鼻痛 ☐鼻涕倒流 ☐噴嚏
☒耳鳴(☐左耳 ☐右耳 ☐高頻 ☐低頻) ☒重聽 ☐聾(☐左耳 ☐右耳)
☐耳癢 ☐耳痛 ☐耳中流膿

財團法人彰化基督教醫院

中醫會診病歷記錄表(二)

病歷號碼:

☐男 ☐女

姓 名:

床 號:

年齡:

- ☒口乾 ☒喜(熱溫涼冰)飲 ☐少飲 ☐漱口不欲飲 ☐多飲 ☐口酸
☐口苦 ☐口甜 ☐口鹹 ☒口淡 ☐口臭 ☐口黏 ☐口破 ☐多涎
☐舌破 ☐舌痛 ☐舌麻 ☐舌強 ☐唇乾 ☐唇瘡 ☐唇麻 ☐牙痛 ☐齦齒
☐咽喉痛 ☐喉中有痰梗感 ☐吞嚥困難(☐固體 ☐液體)
- 胸部 ☐無不適 ☐胸悶 ☐胸痛(部位: 性質:)
☒喘 ☐哮喘 ☐上氣 ☐短氣 ☐少氣
☐喜太息 ☐呵欠 ☐咳血 ☐咳嗽(時間:) ☐頻咳(時間:)
☒痰(質: 稠色 量: 9) ☐心悸 ☐脅痛
- 腹部 ☐無不適 ☐食欲正常 ☐食欲增加 ☐食欲減退 ☐納佳 ☒納可 ☐納差
☐善飢 ☐泛酸 ☐噯氣 ☐呃逆 ☐噁心 ☐乾嘔 ☐嘔吐(內容:)
☐腹痛(部位: 性質:)(☐喜按 ☐拒按)
☐腸鳴 ☐矢氣
☐腹脹(部位: 性質:)
- 二便 ☒大便 日 行(質: 色: 量:)
☐排不淨感 ☐裡急後重 ☐大便失禁 ☐肛門灼熱 ☐肛門作痛 ☐肛瘻
☐肛門重墜 ☐血便
☐小便量正常 ☐色() ☐泡沫() ☐異味()
☐小便頻數 ☐小便不通 ☐小便不利 ☐小便疼痛 ☐尿急
☐尿後餘瀝 ☐餘尿感 ☐小便失禁 ☐夜尿 次 ☐遺尿
- 腰背 ☒無不適 ☐背痛 ☐背冷 ☐背熱 ☐脊痛 ☒腰痠 ☐腰冷重腰痛
☐腰膝無力 ☐尾閭痛
- 四肢 ☒無不適 ☐疼痛 ☐麻木 ☐無力 ☐瘦削 ☐腫脹(部位:)
☐強直 ☐拘急 ☐抽搐 ☐舞蹈 ☐筋惕肉跳(部位:)
☐震顫(☐resting ☐postural ☐action ☐intentional)(部位:)
☐手足厥冷 ☐手足心熱
- 生殖:《女》G P SA AA 初經 歲 停經 歲
帶下 ☐無 ☐有 色 ☐透明 ☐白 ☐黃 ☐赤 ☐青 量 ☐多 ☐少
質 ☐清稀 ☐黏稠 味 ☐無味 ☐腥臭 ☐微臭 ☐陰癢

(四)切診:

寸 滑

關 弦滑

尺 沉

右代

滑

沉

沉

證型: ☐平和 ☐特異 ☐氣鬱 ☒血瘀 ☐濕熱 ☐痰濕 ☐陰虛 ☐陽虛 ☐氣虛
☐火熱 ☐風 ☐其他(說明:)

脈診儀:

1700-9703

8.5*11"

1x100x0 本

97.03 山富



病歷編號: 7-9-1

財團法人彰化基督教醫院

中醫會診病歷記錄表(一)

病歷號碼:

☐男 ☒女

姓 名:

床 號:

年齡: 65

會診日期: 108.8.27 中醫會診科別: _____ 中醫會診醫師: _____

籍貫: 臺南 居住地: 彰化和美 職業: 自由業 婚姻: 已婚

一、主訴:

易忘事情已3年

二、現病史:

1. 會忘記生活瑣事如忘記開瓦斯。
2. 識人佳, 記人佳。可辨認家人及說出名字。
3. 中肯語平, 對事物關心度一般。
4. 行車力可。

三、過去病史:

1. 白內障: 半年, 眼睛不適至眼科檢查確診輕度白內障, 使視力稍模糊。
2. 藥物熱惡風, 多汗, 頭、面、軀軀、四肢均易出汗。

四、個人史:

飲食習慣: ☐素食 ☒單食 ☐辛辣 ☐油炸 ☐茶 ☐咖啡 ☒其他(種類: 早餐如素)

過敏: ☐無 ☒藥物(症狀: 唇上黑疹1-2個) ☐食物(症狀:)

抽煙: ☒無 ☐包/天, 年; 喝酒: ☒無 ☐瓶/天, 年(種類:)

運動: ☐無固定運動 ☒有固定運動(種類: 散步; 頻率: 1次(天、週) 10~15分/次)

生活環境: ☐都市 ☒住宅區 ☐商業區 ☐工業區 ☐農村 ☐山區 ☐河邊

家庭狀況: ☐獨居 ☒與人同住(☐父 ☐母 ☒配偶(子)(女))

1700-9703

8.5*11"

1x100x0 本

97.03 山富



病歷編號: 7-9-1

五、家族史：無

六、中醫四診：

(一) 望診：

體格 ☐肥胖 ☒略胖 ☐中等 ☐略瘦 ☐消瘦 ☐壯 ☐弱
 面色 ☒黃紅隱隱、明潤含蓄 ☐青 ☐赤 ☐黃 ☐白 ☐黑 ☐萎黃 ☐晃白 ☐不華
☐晦滯 ☐頰紅 ☐油光 ☐乾燥
 指甲 ☒無異狀 ☐軟弱 ☐粗厚 ☐乾枯 ☐剝離 ☐淡白 ☐杵狀指 ☐匙狀 ☐扁平
 皮膚 ☒無異狀 ☐肌膚甲錯 ☐黑斑 ☐瘰癧 ☐指甲周皮膚灰暗
☐四肢瘰癧、全身脫屑
 毛髮 ☒無異狀 ☐易落 ☐鬚髮早白 ☐無髮 ☐稀疏
 口唇 ☐無異狀 ☐紅 ☐淡 ☒暗 ☐黑
 舌診：舌淡紅苔薄白邊齒痕
 今日刮過舌苔 ☒無 ☐有 飲食內容 ☐無 ☒有，種類：雲吞 顏色：
 舌形 ☐中 ☐胖 ☒瘦 ☐歪斜 ☐痿軟
 舌質 ☐淡白 ☐偏淡 ☒淡紅 ☐偏紅 ☐紅 ☐絳 ☐黯
☐朱點 ☐瘀點 ☒齒痕 ☐裂紋 ☐蒼老 ☐嬌嫩
 舌苔 ☒白 ☐黃 ☐黑 ☐染苔
☐膩 ☐厚 ☒薄 ☐剝 ☐少 ☐無
 津液 ☐少 ☒平 ☐多
 舌下絡脈 ☒正常 ☐怒張 ☐曲張 ☐集結成珠
 證型：☐平和 ☐特業 ☐氣鬱 ☐血瘀 ☐濕熱 ☐痰濕 ☐陰虛 ☐陽虛 ☐氣虛
☐火熱 ☐風 ☐其他（說明： ）

(二) 聞診：嗅氣味 ☒無異狀 ☐臭 ☐特異氣味

聽聲音 ☒無異狀 ☐沙啞 ☐高亢 ☐低微 ☐氣短

(三) 問診：

全身 ☐無不適 ☐耐寒熱 ☒怕熱 ☐怕冷 ☐發熱（時間： ）☐惡寒 ☐寒熱往來
☒惡風 ☐五心煩熱 ☒自汗 ☐盜汗 ☐動易汗出 ☐倦怠 ☐身重 ☐身痛
☐體重減輕 公斤/（週、月） ☐體重增加 公斤/（週、月）
 情志 ☒平常 ☐易怒 ☐善喜 ☐憂慮 ☐善思 ☐悲傷 ☐恐懼 ☐易驚 ☐易緊張
☐健忘 ☐煩躁 ☐工作壓力 ☐其他
 睡眠 ☒平常 ☐不易入睡 ☐淺眠 ☐多夢 ☐易醒 ☐早醒 ☐徹夜不眠 ☐多寐
 頭項 ☒無不適 ☐頭痛（部位： 性質： 時間： ）
☐頭昏 ☐頭重 ☐頭暈 ☐旋暈 ☐項強
☐目眩 ☐目癢 ☐目乾澀 ☐目赤 ☐目痛 ☒視力模糊 ☐複視 ☐目瞶
☐羞明 ☐眵多 ☐目汨多 ☐其他 白內障，右眼
☐鼻塞 ☐鼻乾 ☐鼻流涕（質： 色： 量： ）
☐鼻癢 ☐鼻痛 ☐鼻涕倒流 ☐噴嚏
☐耳鳴（☐左耳 ☐右耳 ☐高頻 ☐低頻）☐重聽 ☐聾（☐左耳 ☐右耳）
☐耳癢 ☐耳痛 ☐耳中流膿

財團法人彰化基督教醫院

中醫會診病歷記錄表(二)

病歷號碼:

☐男 ☒女

姓 名:

床 號:

年齡: 65

- ☐口乾 ☐喜(熱溫涼冰)飲 ☐少飲 ☐漱口不欲飲 ☒多飲 ☐口酸
☐口苦 ☐口甜 ☐口鹹 ☐口淡 ☐口臭 ☐口黏 ☐口破 ☐多涎
☐舌破 ☐舌痛 ☐舌麻 ☐舌強 ☐唇乾 ☐唇癢 ☐唇麻 ☐牙痛 ☐齦齒
☐咽喉痛 ☐喉中有痰梗感 ☐吞嚥困難(☐固體 ☐液體)
胸部 ☐無不適 ☐胸悶 ☐胸痛(部位: 性質:)
☐喘 ☐哮 ☐上氣 ☐短氣 ☐少氣
☐喜太息 ☐呵欠 ☐咳血 ☒咳嗽(時間: 吸痰或咳痰) ☐頻咳(時間:)
☐痰(質: 色: 量:) ☐心悸 ☐脅痛
腹部 ☒無不適 ☐食欲正常 ☐食欲增加 ☐食欲減退 ☐納佳 ☐納可 ☐納差
☐善飢 ☐泛酸 ☐噯氣 ☐呃逆 ☐噁心 ☐乾嘔 ☐嘔吐(內容:)
☐腹痛(部位: 性質:)(☐喜按 ☐拒按)
☐腸鳴 ☐矢氣
☐腹脹(部位: 性質:)
二便 ☒大便1日1行(質: 量: 色:)
☐排不淨感 ☐裡急後重 ☐大便失禁 ☐肛門灼熱 ☐肛門作痛 ☐肛瘻
☐肛門重墜 ☐血便
☐小便量正常 ☐色() ☐泡沫() ☐異味()
☒小便頻數 ☐小便不通 ☐小便不利 ☐小便疼痛 ☐尿急
☐尿後餘瀝 ☐餘尿感 ☐小便失禁 ☒夜尿2次 ☐遺尿
腰背 ☒無不適 ☐背痛 ☐背冷 ☐背熱 ☐脊痛 ☐腰痠 ☐腰冷重腰痛
☐腰膝無力 ☐尾閭痛
四肢 ☒無不適 ☐疼痛 ☐麻木 ☐無力 ☐瘦削 ☐腫脹(部位:)
☐強直 ☐拘急 ☐抽搐 ☐舞蹈 ☐筋惕肉跳(部位:)
☒震顫(☒resting ☐postural ☐action ☐intentional)(部位: 手) ☐手足厥冷 ☐手足心熱
生殖: 《女》G2 P2 SA AA 初經(不記得)歲 停經 50 歲
帶下 ☐無 ☐有 色 ☐透明 ☐白 ☐黃 ☐赤 ☐青 量 ☐多 ☐少
質 ☐清稀 ☐黏稠 味 ☐無味 ☐腥臭 ☐穢臭 ☐陰癢

- (四)切診: 左 右
寸 重 略弦數 略弦數
關 略細數 浮弦數 無汗
尺 略弦數 略弦數
證型: ☐平和 ☐特寒 ☐氣鬱 ☐血瘀 ☐濕熱 ☐痰濕 ☒陰虛 ☐陽虛 ☐氣虛
☐火熱 ☐風 ☐其他(說明:)

脈診儀:

1700-9703

8.5*11"

1x100x0 本

97.03 山富



病歷編號: 7-9-1

財團法人彰化基督教醫院
中醫會診病歷記錄表(一)

病歷號碼: ☐男 ☒女
姓 名:
床 號: 年齡: 64

會診日期: 108.8.28 中醫會診科別: _____ 中醫會診醫師: _____

籍貫: 彰化 居住地: 和美鎮 職業: 退休 婚姻: 已婚

一、主訴:

夜間不易入睡已1年多

二、現病史:

夜間須躺30分鐘以上入睡, 淺眠易醒, 易受聲響影響, 無多夢, 約00:00睡, 08:00起。

三、過去病史:

無重大疾病、慢性病史

四、個人史:

飲食習慣: ☐素食 ☒葷食 ☐辛辣 ☐油炸 ☐茶 ☐咖啡 ☐其他 (種類: 食肉類較少)
過敏: ☒無 ☐藥物 (症狀:) ☐食物 (症狀:)
抽 煙: ☒無 ☐ 包/天, 年; 喝酒: ☒無 ☐ 瓶/天, 年 (種類:)
運 動: ☐無固定運動 ☒有固定運動 (種類: 走路、拉筋; 頻率: 1次/天、週)
生活環境: ☐都市 ☒住宅區 ☐商業區 ☐工業區 ☐農村 ☐山區 ☐河邊
家庭狀況: ☐獨居 ☒與人同住 (☐父 ☐母 ☒配偶 子 女)

1700-9703

8.5*11" 1x100x0 本 97.03 山富

 病歷編號: 7-9-1

五、家族史：

六、中醫四診：

(一) 望診：

體格 ☐肥胖 ☐略胖 ☒中等 ☐略瘦 ☐消瘦 ☐壯 ☐弱
面色 ☒黃紅隱隱、明潤含蓄 ☐青 ☐赤 ☐黃 ☐白 ☐黑 ☐萎黃 ☐晄白 ☐不華
☐晦滯 ☐額紅 ☐油光 ☐乾燥
指甲 ☒無異狀 ☐軟弱 ☐粗厚 ☐乾枯 ☐剝離 ☐淡白 ☐杵狀指 ☐匙狀 ☐扁平
皮膚 ☒無異狀 ☐肌膚甲錯 ☐黑斑 ☐瘰癧 ☐指甲周皮膚灰暗
☐四肢瘰癧、全身脫屑
毛髮 ☒無異狀 ☐易落 ☐鬚髮早白 ☐無髮 ☐稀疏
口唇 ☒無異狀 ☐紅 ☐淡 ☐暗 ☐黑
舌診：
今日刮過舌苔 ☐無 ☒有 飲食內容 ☒無 ☐有，種類： 顏色：
舌形 ☒中 ☐胖 ☐瘦 ☐歪斜 ☐痿軟
舌質 ☐淡白 ☐偏淡 ☒淡紅 ☐偏紅 ☐紅 ☐絳 ☐黯
☐朱點 ☐瘀點 ☐齒痕 ☐裂紋 ☐蒼老 ☒嬌嫩
舌苔 ☒白 ☐黃 ☐黑 ☐紫苔
☐膩 ☐厚 ☒薄 ☐剝 ☐少 ☐無
津液 ☐少 ☒平 ☐多
舌下絡脈 ☒正常 ☐怒張 ☐曲張 ☐繫結成珠
經型：☒平和 ☐特寒 ☐氣鬱 ☐血瘀 ☐濕熱 ☐痰濕 ☐陰虛 ☐陽虛 ☐氣虛
☐火熱 ☐風 ☐其他 (說明：_____)

(二) 聞診：嗅氣味 ☒無異狀 ☐臭 ☐特異氣味

聽聲音 ☒無異狀 ☐沙啞 ☐高亢 ☐低微 ☐氣短

(三) 問診：

全身 ☒無不適 ☐耐寒熱 ☐怕熱 ☐怕冷 ☐發熱(時間：_____) ☐惡寒 ☐寒熱往來
☐惡風 ☐五心煩熱 ☐自汗 ☐盜汗 ☐動易汗出 ☐倦怠 ☐身重 ☐身痛
☐體重減輕 公斤/(週、月) ☐體重增加 公斤/(週、月)
情志 ☒平常 ☐易怒 ☐善喜 ☐憂慮 ☐善思 ☐悲傷 ☐恐懼 ☐易驚 ☐易緊張
☐健忘 ☐煩躁 ☐工作壓力 ☐其他
睡眠 ☐平常 ☒不易入睡 ☒淺眠 ☐多夢 ☒易醒 ☐早醒 ☐徹夜不眠 ☐多寐
頭項 ☐無不適 ☐頭痛(部位：_____) 性質：____ 時間：____
☐頭昏 ☐頭重 ☐頭暈 ☐旋暈 ☐項強
☐目眩 ☐目癢 ☐目乾澀 ☐目赤 ☐目痛 ☐視力模糊 ☐複視 ☐目瞤
☐羞明 ☐眵多 ☒目淚多 ☐其他
☐鼻塞 ☐鼻乾 ☐鼻流涕(質：____ 色：____ 量：____)
☐鼻癢 ☐鼻痛 ☐鼻涕倒流 ☐噴嚏
☐耳鳴(☐左耳 ☐右耳 ☐高頻 ☐低頻) ☐重聽 ☐聾(☐左耳 ☐右耳)
☐耳癢 ☐耳痛 ☐耳中流膿



財團法人彰化基督教醫院

中醫會診病歷記錄表(二)

病歷號碼:

☐男 ☒女

姓 名:

床 號:

年齡: 64

☐口乾 ☐喜(熱溫涼冰)飲 ☐少飲 ☐漱口不欲飲 ☐多飲 ☐口酸
☐口苦 ☐口甜 ☐口鹹 ☐口淡 ☐口臭 ☐口黏 ☒口破 ☐多涎
☐舌破 ☐舌痛 ☐舌麻 ☐舌強 ☐唇乾 ☐唇癢 ☐唇麻 ☐牙痛 ☐齦齒
☐咽喉痛 ☐喉中有痰梗感 ☐吞嚥困難(☐固體 ☐液體)

胸部 ☐無不適 ☒胸悶 ☐胸痛(部位: 性質:)
☐喘 ☐哮 ☐上氣 ☐短氣 ☐少氣
☐喜太息 ☐呵欠 ☐咳血 ☐咳嗽(時間:) ☐頻咳(時間:)
☐痰(質: 色: 量:) ☐心悸 ☐脅痛

腹部 ☐無不適 ☒食欲正常 ☐食欲增加 ☐食欲減退 ☐納佳 ☒納可 ☐納差
☐善飢 ☒泛酸 ☒噯氣 ☐呃逆 ☐噁心 ☐乾嘔 ☐嘔吐(內容:)
☐腹痛(部位: 性質:)(☐喜按 ☐拒按)
☐腸鳴 ☐矢氣
☐腹脹(部位: 性質:)

二便 ☐大便日行(質: 量: 色:)
☐排不淨感 ☐裡急後重 ☐大便失禁 ☐肛門灼熱 ☐肛門作痛 ☐肛癢
☐肛門重墜 ☐血便
☒小便量正常 ☐色(淡黃) ☐泡沫() ☐異味()
☐小便頻數 ☐小便不通 ☐小便不利 ☐小便疼痛 ☐尿急
☐尿後餘瀝 ☐餘尿感 ☐小便失禁 ☐夜尿次 ☐遺尿

腰背 ☒無不適 ☐背痛 ☐背冷 ☐背熱 ☐脅痛 ☐腰痠 ☐腰冷重腰痛
☐腰膝無力 ☐足間痛

四肢 ☐無不適 ☐疼痛 ☐麻木 ☐無力 ☐瘦削 ☒腫脹(部位: 膝關節)
☐強直 ☐拘急 ☐抽搐 ☐舞蹈 ☐筋惕肉跳(部位:)
☐震顫(☐resting ☐postural ☐action ☐intentional)(部位:)
☐手足厥冷 ☐手足心熱

生殖: (女) G P SA AA 初經 歲 停經 50 歲
 帶下 ☐無 ☐有 色 ☐透明 ☐白 ☐黃 ☐赤 ☐青 量 ☐多 ☐少
 質 ☐清稀 ☐黏稠 味 ☐無味 ☐腥臭 ☐穢臭 ☐陰癢

(四) 切診: 左 右
 寸 滑 滑
 關 弦滑 弦滑
 尺 滑 滑
 證型: ☒平和 ☐特異 ☐氣鬱 ☐血瘀 ☐濕熱 ☐痰濕 ☐陰虛 ☐陽虛 ☐氣虛
☐火熱 ☐風 ☐其他(說明:)

脈診儀: 1700-9703 8.5*11" 1x100x0 本 97.03 山富



病歷編號: 7-9-1

財團法人彰化基督教醫院
中醫會診病歷記錄表(一)

病歷號碼: ☐男 ☒女
姓 名:
床 號: 年齡: 68

會診日期: 108.8.28 中醫會診科別: 中醫會診醫師:

籍貫: 彰化 居住地: 彰化市新華里彰信路一段26巷90號 職業: 退休 婚姻:

一、主訴:

氣喘月餘

咳嗽月餘

二、現病史:

四年前膽囊直腸切除手術後發作, 每遇風寒冷易發至全
一個月內前感冒後發作, 咳嗽, 呼吸較利
支氣管哮喘

三、過去病史: AC 68, PC 170-200

糖尿病、高血脂、

HTN

四、個人史:

飲食習慣: ☐素食 ☒雜食 ☐辛辣 ☐煙炸 ☐茶 ☐咖啡 ☐其他(種類:)

過敏: ☒無 ☐藥物(症狀:) ☐食物(症狀:)

抽 煙: ☒無 ☐包/天, 年; 喝酒: ☒無 ☐瓶/天, 年(種類:)

運 動: ☐無固定運動 ☐有固定運動(種類: 晨跑 體力: 頻率: 30min 次/天、週)

生活環境: ☐都市 ☒住宅區 ☐商業區 ☐工業區 ☐農村 ☐山區 ☐河邊

家庭狀況: ☐獨居 ☒與人同住(☐父 ☐母 ☐配偶 子 女)

1700-9703

8.5*11"

1x100x0 本

97.03 山富



病歷編號: 7-9-1

五、家族史：

六、中醫四診：

(一)望診：

體格 ☐肥胖 ☐略胖 ☐中等 ☐略瘦 ☐消瘦 ☐壯 ☐弱
面色 ☒黃紅隱隱、明潤含蓄 ☐青 ☐赤 ☐黃 ☐白 ☐黑 ☐萎黃 ☐晄白 ☐不華
☐晦滯 ☐顴紅 ☐油光 ☐乾燥
指甲 ☐無異狀 ☐軟弱 ☐粗厚 ☐乾枯 ☐剝離 ☐淡白 ☐杵狀指 ☐匙狀 ☐扁平
皮膚 ☐無異狀 ☐肌膚甲錯 ☐黑斑 ☐瘰癧 ☐指甲周皮膚灰暗
☐四肢癢、全身脫屑
毛髮 ☐無異狀 ☐易落 ☐鬚髮早白 ☐無髮 ☐稀疏
口唇 ☐無異狀 ☐紅 ☐淡 ☐暗 ☐黑
舌診：
今日利過舌苔 ☒無 ☐有 飲食內容 ☒無 ☐有，種類： 顏色：
舌形 ☐中 ☐胖 ☐瘦 ☐歪斜 ☐痿軟
舌質 ☐淡白 ☐偏淡 ☐淡紅 ☒偏紅 ☐紅 ☐絳 ☐黯
☐朱點 ☐癰點 ☐齒痕 ☐裂紋 ☐蒼老 ☐嬌嫩
舌苔 ☒白 ☐黃 ☐黑 ☐染苔
☐膩 ☐厚 ☒薄 ☐剝 ☐少 ☐無
津液 ☐少 ☒平 ☐多
舌下絡脈 ☒正常 ☐怒張 ☐曲張 ☐集結成珠
證型：☒平和 ☐特異 ☐氣鬱 ☐血瘀 ☐濕熱 ☐痰濕 ☐陰虛 ☐陽虛 ☐氣虛
☐火熱 ☐風 ☐其他（說明：_____）

(二)聞診：嗅氣味 ☐無異狀 ☐臭 ☐特異氣味

聽聲音 ☐無異狀 ☐沙啞 ☐高亢 ☐低微 ☐氣短

(三)問診：

全身 ☐無不適 ☐耐寒熱 ☐怕熱 ☒怕冷 ☐發熱（時間：_____）☐惡寒 ☐寒熱往來
☐惡風 ☐五心煩熱 ☐自汗 ☒盜汗 ☐動易汗出 ☐倦怠 ☐身重 ☐身痛
☐體重減輕 公斤/（週、月） ☐體重增加 公斤/（週、月）
情志 ☐平常 ☐易怒 ☐善喜 ☐憂慮 ☐善思 ☐悲傷 ☐恐懼 ☐易驚 ☒易緊張
☐健忘 ☐煩躁 ☐工作壓力 ☐其他
睡眠 ☐平常 ☒不易入睡 ☐淺眠 ☐多夢 ☐易醒 ☐早醒 ☐徹夜不眠 ☐多寐 服藥 0.5
頭項 ☐無不適 ☐頭痛（部位：_____ 性質：_____ 時間：_____）
☐頭昏 ☐頭重 ☐頭暈 ☐旋暈 ☐項強
☐目眩 ☒目癢 ☒目乾澀 ☐目赤 ☐目痛 ☐視力模糊 ☐複視 ☐目眠
☐羞明 ☐眵多 ☐目眵多 ☐其他
☐鼻塞 ☐鼻乾 ☐鼻涕（質：清 色：白 量：少）
☐鼻癢 ☐鼻痛 ☐鼻涕倒流 ☐噴嚏
☐耳鳴（☐左耳 ☐右耳 ☐高頻 ☐低頻）☐重聽 ☐聾（☐左耳 ☒右耳）
☐耳癢 ☐耳痛 ☐耳中流膿

1700-9703

8.5*11

1x100x0 本

97.03 山富



病歷編號：7-9-1

財團法人彰化基督教醫院

中醫會診病歷記錄表(二)

病歷號碼:

☐男 ☐女

姓名:

床號:

年齡:

- ☐口乾 ☐喜(熱溫涼冰)飲 ☐少飲 ☐漱口不欲飲 ☐多飲 ☐口澀
☐口苦 ☐口甜 ☐口鹹 ☐口淡 ☐口臭 ☐口黏 ☐口破 ☐多涎
☐舌破 ☐舌痛 ☐舌麻 ☐舌強 ☐唇乾 ☐唇癢 ☐唇麻 ☐牙痛 ☐齦齒
☐咽喉痛 ☒喉中有痰梗感 ☐吞嚥困難 (☐固體 ☐液體)

- 胸部 ☐無不適 ☐胸悶 ☐胸痛 (部位: 性質:)
☐喘 ☐咳 ☐上氣 ☐短氣 ☐少氣
☐喜太息 ☐呵欠 ☐咳血 ☐咳嗽 (時間:) ☐頻咳 (時間:)
☒痰 (質: 色: 量:) ☐心悸 ☐脅痛

- 腹部 ☐無不適 ☐食欲正常 ☐食欲增加 ☒食欲減退 ☐納佳 ☐納可 ☐納差
☐善飢 ☐泛酸 ☐噯氣 ☐呃逆 ☐噁心 ☐乾嘔 ☐嘔吐 (內容:) ☐腹脹 (部位: 性質:) (☐喜按 ☐拒按)
☐腸鳴 ☐矢氣
☐腹脹 (部位: 性質:)

- 二便 ☒大便日行 (質: 色: 量:) ☐便秘
☐排不淨感 ☐裡急後重 ☐大便失禁 ☐肛門灼熱 ☐肛門作痛 ☐肛瘻
☐肛門重墜 ☐血便
☒小便量正常 ☐色 () ☐泡沫 () ☐異味 ()
☐小便頻數 ☐小便不通 ☐小便不利 ☐小便疼痛 ☐尿急
☐尿後餘瀝 ☐餘尿感 ☐小便失禁 ☐夜尿次 ☐遺尿

- 腰背 ☐無不適 ☐背痛 ☐背冷 ☐背熱 ☐脊痛 ☒腰痠 ☐腰冷重腰痛
☐腰膝無力 ☐尾閭痛

- 四肢 ☒無不適 ☐疼痛 ☐麻木 ☐無力 ☐瘦削 ☐腫脹 (部位:)
☐強直 ☐拘急 ☐抽搐 ☐舞蹈 ☐筋惕肉潤 (部位:)
☐震顫 (☐resting ☐postural ☐action ☐intentional) (部位:)
☐手足厥冷 ☐手足心熱

- 生殖: (女) G P SA AA 初經 歲 停經 歲
 帶下 ☐無 ☐有 色 ☐透明 ☐白 ☐黃 ☐赤 ☐青 量 ☐多 ☐少
 質 ☐清稀 ☐黏稠 味 ☐無味 ☐腥臭 ☐穢臭 ☐陰癢

- (四) 切診: 左 右
 寸 滑 滑
 關 滑
 尺 沉有力
 證型: ☐平和 ☐特裏 ☐氣鬱 ☐血瘀 ☐濕熱 ☐痰濕 ☐陰虛 ☐陽虛 ☐氣虛
☒火熱 ☒風 ☐其他 (說明:)

脈診儀: 1700-9703 8.5*11" 1x100x0 本 97.03 山富



病歷編號: 7-9-1

財團法人彰化基督教醫院

中醫會診病歷記錄表(一)

病歷號碼:

☐男 ☒女

姓名:

床號:

年齡: 88

會診日期: 108.8.28 中醫會診科別: _____ 中醫會診醫師: _____

籍貫: 彰化 居住地: 和美 和協里 職業: 退休 婚姻: 喪偶

一、主訴:

左、右腿股骨頭麻至膝外側多年。
影響步行。 痛

二、現病史:

左眼失明、右膝關節置換。

三、過去病史:

HTN、心臟病。

四、個人史:

飲食習慣: ☐素食 ☒葷食 ☐辛辣 ☐油炸 ☐茶 ☐咖啡 ☐其他(種類: _____)

過敏: ☒無 ☐藥物(症狀: _____) ☐食物(症狀: _____)

抽煙: ☒無 ☐包/天, 年; 喝酒: ☒無 ☐瓶/天, 年(種類: _____)

運動: ☐無固定運動 ☒有固定運動(種類: 散步; 頻率: 3-5次/天、週)

生活環境: ☐都市 ☐住宅區 ☐商業區 ☐工業區 ☒農村 ☐山區 ☐河邊

家庭狀況: ☒獨居 ☐與人同住(☐父 ☐母 ☐配偶 子 女)

1700-9703

8.5*11" 1x100x0 本 97.03 山富



病歷編號: 7-9-1

五、家族史：

六、中醫四診：

(一) 望診：

體格 ☐ 肥胖 ☐ 略胖 ☒ 中等 ☒ 略瘦 ☐ 消瘦 ☐ 壯 ☐ 弱
面色 ☒ 黃紅隱隱、明潤含蓄 ☐ 青 ☐ 赤 ☐ 黃 ☐ 白 ☐ 黑 ☐ 萎黃 ☐ 晃白 ☐ 不華
☐ 晦滯 ☐ 頰紅 ☐ 油光 ☐ 乾燥
指甲 ☒ 無異狀 ☐ 軟弱 ☐ 粗厚 ☐ 乾枯 ☐ 剝離 ☐ 淡白 ☐ 杵狀指 ☐ 匙狀 ☐ 扁平
皮膚 ☒ 無異狀 ☐ 肌膚甲錯 ☐ 黑斑 ☐ 瘰癧 ☐ 指甲周皮膚灰暗
☐ 四肢癢斑、全身脫屑
毛髮 ☒ 無異狀 ☐ 易落 ☐ 鬚髮早白 ☐ 無髮 ☐ 稀疏
口唇 ☒ 無異狀 ☐ 紅 ☐ 淡 ☐ 暗 ☐ 黑
舌診：
今日刮過舌苔 ☒ 無 ☐ 有 飲食內容 ☐ 無 ☐ 有，種類： 顏色：
舌形 ☒ 中 ☐ 胖 ☐ 瘦 ☐ 歪斜 ☐ 痿軟
舌質 ☐ 淡白 ☐ 偏淡 ☒ 淡紅 ☐ 偏紅 ☐ 紅 ☒ 絳 ☐ 黯
☐ 朱點 ☒ 瘀點 ☐ 齒痕 ☐ 裂紋 ☐ 蒼老 ☐ 嬌嫩
舌苔 ☒ 白 ☐ 黃 ☐ 黑 ☐ 染苔
☐ 膩 ☐ 厚 ☐ 薄 ☐ 剝 ☐ 少 ☐ 無
津液 ☐ 少 ☒ 平 ☐ 多
舌下絡脈 ☐ 正常 ☐ 怒張 ☒ 曲張 ☐ 集結成珠
證型：☐ 平和 ☐ 特稟 ☐ 氣鬱 ☐ 血瘀 ☐ 濕熱 ☐ 痰濕 ☐ 陰虛 ☒ 陽虛 ☐ 氣虛
☐ 火熱 ☐ 風 ☐ 其他 (說明：_____)

(二) 聞診：嗅氣味 ☒ 無異狀 ☐ 臭 ☐ 特異氣味
聽聲音 ☐ 無異狀 ☒ 沙啞 ☐ 高亢 ☐ 低微 ☐ 氣短

(三) 問診：

全身 ☐ 無不適 ☐ 耐寒熱 ☐ 怕熱 ☒ 怕冷 ☐ 發熱(時間：) ☐ 惡寒 ☐ 寒熱往來
☐ 惡風 ☐ 五心煩熱 ☐ 自汗 ☐ 盜汗 ☐ 動易汗出 ☐ 倦怠 ☐ 身重 ☐ 身痛
☐ 體重減輕 公斤/(週、月) ☐ 體重增加 公斤/(週、月)
情志 ☐ 平常 ☐ 易怒 ☐ 善喜 ☐ 憂慮 ☐ 善思 ☐ 悲傷 ☐ 恐懼 ☐ 易驚 ☐ 易緊張
☒ 健忘 ☐ 煩躁 ☐ 工作壓力 ☐ 其他
睡眠 ☐ 平常 ☒ 不易入睡 ☒ 淺眠 ☐ 多夢 ☐ 易醒 ☐ 早醒 ☐ 徹夜不眠 ☐ 多寐
頭項 ☐ 無不適 ☐ 頭痛(部位： 性質： 時間：)
☐ 頭昏 ☐ 頭重 ☐ 頭暈 ☐ 旋暈 ☒ 項強
☐ 目眩 ☐ 目癢 ☐ 目乾澀 ☐ 目赤 ☐ 目痛 ☐ 視力模糊 ☐ 複視 ☐ 目瞤
☐ 羞明 ☐ 眵多 ☐ 目淚多 ☐ 其他
☐ 鼻塞 ☐ 鼻乾 ☐ 鼻流涕(質： 色： 量：)
☐ 鼻癢 ☐ 鼻痛 ☐ 鼻涕倒流 ☐ 噴嚏
☐ 耳鳴(☐ 左耳 ☐ 右耳 ☐ 高頻 ☐ 低頻) ☐ 重聽 ☐ 聾(☐ 左耳 ☐ 右耳)
☐ 耳癢 ☐ 耳痛 ☐ 耳中流膿



財團法人彰化基督教醫院

中醫會診病歷記錄表(二)

病歷號碼:

☐男 ☐女

姓 名:

床 號:

年齡:

- ☒口乾 ☐喜(熱溫涼冰)飲 ☐少飲 ☐漱口不欲飲 ☐多飲 ☐口澀
☐口苦 ☐口甜 ☐口鹹 ☐口淡 ☐口臭 ☐口黏 ☐口破 ☐多涎
☐舌破 ☐舌痛 ☐舌麻 ☐舌強 ☐唇乾 ☐唇癢 ☐唇麻 ☐牙痛 ☐齦齒
☐咽喉痛 ☐喉中有痰梗感 ☐吞嚥困難(☐固體 ☐液體)

- 胸部 ☐無不適 ☒胸悶 ☐胸痛(部位: 性質:)
☐喘 ☐噎 ☐上氣 ☐短氣 ☐少氣
☐喜太息 ☐呵欠 ☐咳血 ☐咳嗽(時間:) ☐頻咳(時間:)
☒痰(質: 色: 量: 少) ☐心悸 ☐骨痛

- 腹部 ☒無不適 ☐食欲正常 ☐食欲增加 ☐食欲減退 ☐納佳 ☐納可 ☐納差
☐善飢 ☐泛酸 ☐噯氣 ☐呃逆 ☐噯心 ☐乾嘔 ☐嘔吐(內容:)
☐腹痛(部位: 性質:)(☐喜按 ☐拒按)
☐腸鳴 ☐矢氣

- ☐腹脹(部位: 性質:)

- 二便 ☒大便(日/行)(質: 色: 量:)
☐排不淨感 ☐裡急後重 ☐大便失禁 ☐肛門灼熱 ☐肛門作痛 ☐肛瘻
☐肛門重墜 ☐血便

- ☒小便量正常 ☐色(淡黃) ☐泡沫() ☐異味()

- ☐小便頻數 ☐小便不通 ☐小便不利 ☐小便疼痛 ☐尿急

- ☐尿後餘瀝 ☐餘尿感 ☐小便失禁 ☐夜尿次 ☐遺尿

- 腰背 ☐無不適 ☐背痛 ☐背冷 ☐背熱 ☐脊痛 ☒腰痠 ☐腰冷重腰痛
☒腰膝無力 ☐足間痛

- 四肢 ☐無不適 ☐疼痛 ☒麻木 ☐無力 ☐瘦削 ☐腫脹(部位: 大腿外側)
☐強直 ☐拘急 ☐抽搐 ☐舞蹈 ☐筋惕肉澀(部位:)
☐震顫(☐resting ☐postural ☐action ☐intentional)(部位:)
☐手足厥冷 ☐手足心熱

- 生殖: (女) G4 P4 SA AA 初經 20 歲 停經 50~60 歲
 帶下 ☐無 ☐有 色 ☐透明 ☐白 ☐黃 ☐赤 ☐青 量 ☐多 ☐少
 質 ☐清稀 ☐黏稠 味 ☐無味 ☐腥臭 ☐穢臭 ☐陰癢

(四)切診:

左

寸 鉅

關 細

尺 洪

右

滑

細

洪

- 證型: ☐平和 ☐特稟 ☐氣鬱 ☐血瘀 ☐濕熱 ☐痰濕 ☐陰虛 ☒陽虛 ☐氣虛
☐火熱 ☐風 ☐其他 (說明: 四肢不溫)

脈診儀:

1700-9703

8.5*11"

1x100x0 本

97.03 山富



病歷編號: 7-9-1

財團法人彰化基督教醫院
中醫會診病歷記錄表(一)

病歷號碼: ☐男 ☒女

姓名:

床號:

年齡: 84

會診日期: 108.8.28 中醫會診科別: 中醫會診醫師:

籍貫: 彰化 居住地: 和西街 職業: 歌仔劇演員 婚姻: 是

一、主訴: 膝關節無力十年。

二、現病史: 走路無力, 腿前側內側痛, 大腿痛連小腿。
記憶力退化, 僅可用電鍋煮食物。
左腳較無力, 右腳痛甚(隨時都在痛)。

三、過去病史: 肝囊泡、鼻中隔彎曲。
腎水腫
脊椎L3.4.5滑脫、子宮巢切除、膀胱脫垂、青光眼

四、個人史:

飲食習慣: ☐素食 ☒葷食 ☐辛辣 ☐烤炸 ☐茶 ☐咖啡 ☐其他(種類:)

過敏: ☒無 ☐藥物(症狀:) ☐食物(症狀:)

抽煙: ☒無 ☐包/天, 年; 喝酒: ☒無 ☐瓶/天, 年(種類:)

運動: ☐無固定運動 ☒有固定運動(種類: 健康操氣功; 頻率: 1次/天、週)

生活環境: ☐都市 ☒住宅區 ☐商業區 ☐工業區 ☐農村 ☐山區 ☐河邊

家庭狀況: ☐獨居 ☒與人同住(☐父 ☐母 ☒配偶 子 女)

1700-9703

8.5*11" 1x100x0 木 97.03 山雪



病歷編號: 7-9-1

五、家族史：

六、中醫四診：

(一)望診：

體格 ☐肥胖 ☐略胖 ☒中等 ☐略瘦 ☐消瘦 ☐壯 ☐弱
面色 ☒黃紅隱隱、明潤含蓄 ☐青 ☐赤 ☐黃 ☐白 ☐黑 ☐萎黃 ☐晃白 ☐不華
☐晦滯 ☐潮紅 ☐油光 ☐乾燥
指甲 ☒無異狀 ☐軟弱 ☐粗厚 ☐乾枯 ☐剝離 ☐淡白 ☐杵狀指 ☐匙狀 ☐扁平
皮膚 ☒無異狀 ☐肌膚甲錯 ☐黑斑 ☐痤瘡 ☐指甲周皮膚灰暗
☐四肢癢斑、全身脫屑
毛髮 ☒無異狀 ☐易落 ☐鬚髮早白 ☐無髮 ☐稀疏
口唇 ☒無異狀 ☐紅 ☐淡 ☐暗 ☐黑
舌診：
今日刮過舌苔 ☒無 ☐有 飲食內容 ☐無 ☐有，種類： 顏色：
舌形 ☐中 ☐胖 ☐瘦 ☐歪斜 ☐痿軟
舌質 ☐淡白 ☐偏淡 ☐淡紅 ☒偏紅 ☐紅 ☐絳 ☐黯
☐朱點 ☐癰點 ☐齒痕 ☐裂紋 ☐蒼老 ☐嬌嫩
舌苔 ☐白 ☒黃 ☐黑 ☐染苔
☐膩 ☒厚 ☐薄 ☐剝 ☐少 ☐無
津液 ☐少 ☒平 ☐多
舌下絡脈 ☐正常 ☒怒張 ☐曲張 ☐集結成球
證型：☐平和 ☐特異 ☐氣鬱 ☐血瘀 ☒濕熱 ☐痰濕 ☐陰虛 ☐陽虛 ☐氣虛
☐火熱 ☐風 ☐其他 (說明：)

(二)聞診：嗅氣味 ☒無異狀 ☐臭 ☐特異氣味

聽聲音 ☒無異狀 ☐沙啞 ☐高亢 ☐低微 ☐氣短

(三)問診：

全身 ☐無不適 ☐耐寒熱 ☒怕熱 ☐怕冷 ☐發熱(時間：) ☐惡寒 ☐寒熱往來
☐惡風 ☐五心煩熱 ☐自汗 ☐盜汗 ☒動易汗出 ☒倦怠 ☐身重 ☐身痛
☐體重減輕 公斤/(週、月) ☐體重增加 公斤/(週、月)
情志 ☒平常 ☐易怒 ☐善喜 ☐憂慮 ☐善思 ☐悲傷 ☐恐懼 ☐易驚 ☐易緊張
☐健忘 ☐煩躁 ☐工作壓力 ☐其他
睡眠 ☐平常 ☐不易入睡 ☐淺眠 ☐多夢 ☐易醒 ☒早醒 ☐徹夜不眠 ☐多寐
頭項 ☐無不適 ☒頭痛(部位：顳側) 性質：隱痛 時間：
☐頭昏 ☐頭重 ☐頭暈 ☐旋暈 ☐項強
☐目眩 ☐目癢 ☐目乾澀 ☐目赤 ☐目痛 ☒視力模糊 ☐複視 ☐目瞶
☐羞明 ☐眵多 ☐目眵多 ☐其他
☒鼻塞 ☐鼻乾 ☐鼻流涕(質： 色： 量：)
☐鼻癢 ☐鼻痛 ☒鼻涕倒流 ☐噴嚏
☐耳鳴(☐左耳 ☐右耳 ☐高頻 ☐低頻) ☐重聽 ☐聾(☐左耳 ☐右耳)
☐耳癢 ☐耳痛 ☐耳中流膿

1700-9703

8.5*11" 1x100x0 本 97.03 山富



病歷編號：7-9-1

財團法人彰化基督教醫院
中醫會診病歷記錄表(二)

病歷號碼: ☐男 ☐女
姓 名:
床 號: 年齡:

☐口乾 ☐喜(熱溫涼冰)飲 ☐少飲 ☐漱口不欲飲 ☐多飲 ☐口酸
☒口苦 ☐口甜 ☐口鹹 ☐口淡 ☐口臭 ☐口黏 ☐口破 ☐多涎
☐舌破 ☐舌痛 ☐舌麻 ☐舌強 ☐唇乾 ☐唇癢 ☐唇麻 ☐牙痛 ☐齦齦
☐咽喉痛 ☒喉中有痰梗感 ☐吞嚥困難(☐固體 ☐液體)
胸部 ☒無不適 ☐胸悶 ☐胸痛(部位: 性質:)
☐喘 ☐喘 ☐上氣 ☐短氣 ☐少氣
☐喜太息 ☐呵欠 ☐咳血 ☒咳嗽(時間: 時時) ☐頻咳(時間:)
☐痰(質: 色: 量:) ☐心悸 ☐脅痛

腹部 ☒無不適 ☒食欲正常 ☐食欲增加 ☐食欲減退 ☐納佳 ☐納可 ☐納差
☐善飢 ☐泛酸 ☐噯氣 ☐呃逆 ☐噯心 ☐乾嘔 ☐嘔吐(內容:)
☐腹痛(部位: 性質:)(☐喜按 ☐拒按)
☐腸鳴 ☐矢氣

☐腹脹(部位: 性質:)
二便 ☒大便 / 日 / 行(質: 形 色: 正常 量: 中等)
☐排不淨感 ☐裡急後重 ☐大便失禁 ☐肛門灼熱 ☐肛門作痛 ☐肛瘻
☐肛門重墜 ☐血便

☐小便量正常 ☐色() ☐泡沫() ☐異味()
☒小便頻數 ☐小便不通 ☐小便不利 ☐小便疼痛 ☐尿急
☐尿後餘瀝 ☐餘尿感 ☐小便失禁 ☒夜尿 次 ☐遺尿 時時
腰背 ☐無不適 ☐背痛 ☐背冷 ☐背熱 ☒脊痛 ☐腰痠 ☐腰冷重腰痛
☒腰膝無力 ☐尾閥痛

四肢 ☐無不適 ☐疼痛 ☐麻木 ☒無力 ☐瘦削 ☒腫脹(部位: 膝內側)
☐強直 ☐拘急 ☐抽搐 ☐舞蹈 ☐筋惕肉跳(部位:)
☐震顫 (☐resting ☐postural ☐action ☐intentional)(部位:)
☐手足厥冷 ☐手足心熱

生殖: (女) G P 5 SA AA 初經 歲 停經 歲
帶下 ☐無 ☐有 色 ☐透明 ☐白 ☐黃 ☐赤 ☐青 量 ☐多 ☐少
質 ☐清稀 ☐黏稠 味 ☐無味 ☐腥臭 ☐穢臭 ☐陰癢

(四) 切診: 左 右
寸 滑 沉
關 弦數 沉
尺 沉
證型: ☐平和 ☐特異 ☐氣鬱 ☐血瘀 ☒濕熱 ☐痰濕 ☐陰虛 ☐陽虛 ☐氣虛
☐火熱 ☐風 ☐其他 (說明:)

脈診儀: 1700-9703 8.5*11" 1x100x0 本 97.03 山富 病歷編號: 7-9-1

財團法人彰化基督教醫院

中醫會診病歷記錄表(一)

病歷號碼:

☐男 ☒女

姓 名:

床 號:

年齡: 90

會診日期: 108.9.4 中醫會診科別: _____ 中醫會診醫師: 黃有男

籍貫: 彰化 居住地: 480 彰和路 職業: 無 婚姻: 喪偶

一、主訴:

膝蓋酸軟多年

二、現病史:

6年前曾做復健

三、過去病史:

DM, HTN, 高膽固醇, 清血路的藥

四、個人史:

飲食習慣: ☐素食 ☒葷食 ☐辛辣 ☐烤炸 ☐茶 ☐咖啡 ☐其他 (種類: _____)

過敏: ☒無 ☐藥物 (症狀: _____) ☐食物 (症狀: _____)

抽 煙: ☒無 ☐包/天, _____ 年; 喝酒: ☐無 ☐瓶/天, _____ 年 (種類: _____)

運 動: ☐無固定運動 ☒有固定運動 (種類: 散步; 頻率: _____ 次/天、週)

生活環境: ☐都市 ☐住宅區 ☐商業區 ☐工業區 ☒農村 ☐山區 ☐河邊

家庭狀況: ☒獨居 ☐與人同住 (☐父 ☐母 ☐配偶 子 女)

1700-9703

8.5*11"

1x100x0 本

97.03 山富



病歷編號: 7-9-1

五、家族史：

六、中醫四診：

(一)望診：

體格 ☐肥胖 ☐略胖 ☒中等 ☐略瘦 ☐消瘦 ☐壯 ☐弱
面色 ☒黃紅隱隱、明潤含蓄 ☐青 ☐赤 ☐黃 ☐白 ☐黑 ☐萎黃 ☐晄白 ☐不華
☐晦滯 ☐頰紅 ☐油光 ☐乾燥
指甲 ☒無異狀 ☐軟弱 ☐粗厚 ☐乾枯 ☐剝離 ☐淡白 ☐杵狀指 ☐匙狀 ☐扁平
皮膚 ☒無異狀 ☐肌膚甲錯 ☐黑斑 ☐瘙癢 ☐指甲周皮膚灰暗
☐四肢瘰癧、全身脫屑
毛髮 ☒無異狀 ☐易落 ☐鬚髮早白 ☐無髮 ☐稀疏
口唇 ☐無異狀 ☐紅 ☐淡 ☐暗 ☐黑
舌診：
今日刮過舌苔 ☐無 ☐有 飲食內容 ☐無 ☐有，種類： 顏色：
舌形 ☒中 ☐胖 ☐瘦 ☐歪斜 ☐痿軟
舌質 ☐淡白 ☐偏淡 ☒淡紅 ☐偏紅 ☐紅 ☐絳 ☐黯
☐朱點 ☐瘀點 ☐齒痕 ☐裂紋 ☐蒼老 ☐嬌嫩
舌苔 ☐白 ☐黃 ☐黑 ☐染苔
☐膩 ☐厚 ☒薄 ☐剝 ☐少 ☐無
津液 ☐少 ☒平 ☐多
舌下絡脈 ☒正常 ☐怒張 ☐曲張 ☐繫結成珠
證型：☐平和 ☐特稟 ☐氣鬱 ☐血瘀 ☐濕熱 ☐痰濕 ☐陰虛 ☐陽虛 ☐氣虛
☐火熱 ☐風 ☐其他 (說明：_____)

(二)聞診：嗅氣味 ☒無異狀 ☐臭 ☐特異氣味

聽聲音 ☒無異狀 ☐沙啞 ☐高亢 ☐低微 ☐氣短

(三)問診：

全身 ☒無不適 ☐耐寒熱 ☐怕熱 ☐怕冷 ☐發熱(時間：) ☐惡寒 ☐寒熱往來
☐惡風 ☐五心煩熱 ☐自汗 ☐盜汗 ☐動易汗出 ☐倦怠 ☐身重 ☐身痛
☐體重減輕 公斤/(週、月) ☐體重增加 公斤/(週、月)
情志 ☒平常 ☐易怒 ☐善喜 ☐憂慮 ☐善思 ☐悲傷 ☐恐懼 ☐易驚 ☐易緊張
☐健忘 ☐煩躁 ☐工作壓力 ☐其他
睡眠 ☐平常 ☒不易入睡 ☐淺眠 ☐多夢 ☐易醒 ☐早醒 ☐徹夜不眠 ☐多寐
頭項 ☒無不適 ☐頭痛(部位： 性質： 時間：)
☐頭昏 ☐頭重 ☐頭暈 ☐旋暈 ☐項強
☐目眩 ☐目脹 ☐目乾澀 ☐目赤 ☐目痛 ☐視力模糊 ☐複視 ☐目眠
☐羞明 ☐眵多 ☒目淚多 ☐其他
☐鼻塞 ☐鼻乾 ☐鼻流涕(質： 色： 量：)
☐鼻癢 ☐鼻痛 ☐鼻涕倒流 ☐噴嚏
☐耳鳴(☐左耳 ☐右耳 ☐高頻 ☐低頻) ☐重聽 ☐聾(☐左耳 ☐右耳)
☐耳癢 ☐耳痛 ☐耳中流膿

財團法人彰化基督教醫院

中醫會診病歷記錄表(二)

病歷號碼:

☐男 ☐女

姓 名:

床 號:

年齡:

- ☒口乾 ☐喜(熱溫涼冰)飲 ☐少飲 ☐漱口不欲飲 ☒多飲 ☐口酸
☐口苦 ☐口甜 ☐口鹹 ☐口淡 ☐口臭 ☐口黏 ☐口破 ☐多涎
☐舌破 ☐舌痛 ☐舌麻 ☐舌強 ☐唇乾 ☐唇癢 ☐唇麻 ☐牙痛 ☐齦齒
☐咽喉痛 ☐喉中有痰梗感 ☐吞嚥困難(☐固體 ☐液體)

胸部 ☒無不適 ☐胸悶 ☐胸痛(部位: 性質:)

- ☐喘 ☐哮 ☐上氣 ☐短氣 ☐少氣
☐喜太息 ☐呵欠 ☐咳血 ☐咳嗽(時間:) ☐頻咳(時間:)
☐痰(質: 色: 量:) ☐心悸 ☐脅痛

腹部 ☐無不適 ☒食欲正常 ☐食欲增加 ☐食欲減退 ☐納佳 ☐納可 ☐納差

- ☐善飢 ☐泛酸 ☐噯氣 ☐呃逆 ☐噁心 ☐乾嘔 ☐嘔吐(內容:)
☐腹痛(部位: 性質:)(☐喜按 ☐拒按)

☐腸鳴 ☐矢氣

☐腹脹(部位: 性質:)

二便 ☒大便日行(質: 色: 量:)

- ☐排不淨感 ☐裡急後重 ☐大便失禁 ☐肛門灼熱 ☐肛門作痛 ☐肛瘻
☐肛門重墜 ☐血便

☒小便量正常 ☐色() ☐泡沫() ☐異味()

- ☐小便頻數 ☐小便不通 ☐小便不利 ☐小便疼痛 ☐尿急
☐尿後餘瀝 ☐餘尿感 ☐小便失禁 ☒夜尿/次 ☐遺尿

腰背 ☐無不適 ☐背痛 ☐背冷 ☐背熱 ☐脊痛 ☒腰痠 ☐腰冷重腰痛

☒腰膝無力 ☐尾閭痛

四肢 ☐無不適 ☐疼痛 ☐麻木 ☒無力 ☐瘦削 ☐腫脹(部位:)

☐強直 ☐拘急 ☐抽搐 ☐舞蹈 ☐筋惕肉潤(部位:)

☐震顫(☐resting ☐postural ☐action ☐intentional)(部位:)

☐手足厥冷 ☐手足心熱

生殖:《女》G P SA AA 初經 歲 停經 歲

帶下 ☐無 ☐有 色 ☐透明 ☐白 ☐黃 ☐赤 ☐青 量 ☐多 ☐少

質 ☐清稀 ☐黏稠 味 ☐無味 ☐腥臭 ☐穢臭 ☐陰癢

(四)切診: 左

右

寸

關

尺

緊滑

緊滑

證型: ☒平和 ☐特異 ☐氣鬱 ☐血瘀 ☐濕熱 ☐痰濕 ☐陰虛 ☐陽虛 ☐氣虛

☐火熱 ☐風 ☐其他(說明:)

脈診儀:

1700-9703

8.5*11"

1x100x0 本

97.03 山富



病歷編號: 7-9-1

財團法人彰化基督教醫院

中醫會診病歷記錄表(一)

病歷號碼: ☐男 ☒女
姓 名:
床 號: 年齡: 72

會診日期: 2019.9.3 中醫會診科別: 中醫會診醫師: 李永凱

籍貫: 彰化 居住地: 和美鎮 職業: 農 婚姻: 已婚

一、主訴:

心臟、胸悶已多年

二、現病史:

記憶差已多年

三、過去病史:

記憶差、心臟病、糖尿病。

四、個人史:

飲食習慣: ☒素食 ☐葷食 ☐辛辣 ☐油炸 ☐茶 ☐咖啡 ☐其他(種類:)

過 敏: ☒無 ☐藥物(症狀:) ☐食物(症狀:)

抽 煙: ☒無 ☐包/天, 年; 喝酒: ☒無 ☐瓶/天, 年(種類:)

運 動: ☐無固定運動 ☒有固定運動(種類: 散步; 頻率: 次/天、週)

生活環境: ☐都市 ☐住宅區 ☐商業區 ☐工業區 ☒農村 ☐山區 ☐河邊

家庭狀況: ☐獨居 ☒與人同住(☐父 ☐母 ☐配偶 ☒子、女)

1700-9703

8.5*11" 1x100x60 本 97.03 山富

病歷編號: 7-9-1

五、家族史：

六、中醫四診：

(一) 望診：

體格 ☐肥胖 ☐略胖 ☒中等 ☐略瘦 ☐消瘦 ☐壯 ☐弱
面色 ☐黃紅隱隱、明潤含蓄 ☐青 ☐赤 ☒黃 ☒白 ☐黑 ☐萎黃 ☐晃白 ☐不華
☐晦滯 ☐顴紅 ☐油光 ☐乾燥
指甲 ☒無異狀 ☐軟弱 ☐粗厚 ☐乾枯 ☐剝離 ☐淡白 ☐杵狀指 ☐匙狀 ☐烏平
皮膚 ☒無異狀 ☐肌膚甲錯 ☐黑斑 ☐瘡瘍 ☐指甲周皮膚灰暗
☐四肢癱瘓、全身脫屑
毛髮 ☒無異狀 ☐易落 ☐鬚髮早白 ☐無髮 ☐稀疏
口唇 ☒無異狀 ☐紅 ☐淡 ☐暗 ☐黑
舌診：
今日刮過舌苔 ☒無 ☐有 飲食內容 ☐無 ☐有，種類： 顏色：
舌形 ☐中 ☐胖 ☒瘦 ☐歪斜 ☐痿軟
舌質 ☐淡白 ☐偏淡 ☒淡紅 ☐偏紅 ☐紅 ☐絳 ☐黯
☐朱點 ☐瘀點 ☒齒痕 ☐裂紋 ☐蒼老 ☐嬌嫩
舌苔 ☒白 ☐黃 ☐黑 ☐染苔
☒膩 ☐厚 ☐薄 ☐剝 ☐少 ☐無
津液 ☒少 ☐平 ☐多
舌下絡脈 ☐正常 ☐怒張 ☐曲張 ☐集結成珠
類型：☐平和 ☐特異 ☐氣鬱 ☐血瘀 ☐濕熱 ☒痰濕 ☐陰虛 ☐陽虛 ☐氣虛
☐火熱 ☐風 ☐其他（說明：_____）

(二) 聞診：嗅氣味 ☐無異狀 ☒臭 ☐特異氣味

聽聲音 ☒無異狀 ☐沙啞 ☐高亢 ☐低微 ☐氣短

(三) 問診：

全身 ☐無不適 ☐耐寒熱 ☐怕熱 ☐怕冷 ☐發熱（時間：_____）☐惡寒 ☐寒熱往來
☐惡風 ☐五心煩熱 ☐自汗 ☐盜汗 ☐動易汗出 ☒倦怠 ☐身重 ☐身痛
☐體重減輕 公斤/（週、月） ☐體重增加 公斤/（週、月）
情志 ☐平常 ☐易怒 ☐善喜 ☐憂慮 ☒善思 ☐悲傷 ☐恐懼 ☐易驚 ☐易緊張
☒健忘 ☐煩躁 ☐工作壓力 ☐其他
睡眠 ☒平常 ☐不易入睡 ☐淺眠 ☐多夢 ☐易醒 ☐早醒 ☐徹夜不眠 ☐多寐
頭項 ☐無不適 ☐頭痛（部位：_____ 性質：_____ 時間：_____）
☐頭昏 ☐頭重 ☐頭暈 ☐旋暈 ☐項強
☐目眩 ☒目癢 ☒目乾澀 ☐目赤 ☐目痛 ☐視力模糊 ☐複視 ☐目瞶
☐羞明 ☐眵多 ☐目泪多 ☐其他
☐鼻塞 ☐鼻乾 ☐鼻流涕（質：_____ 色：_____ 量：_____）
☐鼻癢 ☐鼻痛 ☐鼻涕倒流 ☐噴嚏
☐耳鳴（☐左耳 ☐右耳 ☐高頻 ☐低頻）☐重聽 ☐聾（☐左耳 ☐右耳）
☐耳癢 ☐耳痛 ☐耳中流膿



財團法人彰化基督教醫院

中醫會診病歷記錄表(二)

病歷號碼:

☐男 ☐女

姓 名:

床 號:

年齡:

- ☒口乾 ☐喜(熱溫涼冰)飲 ☐少飲 ☐漱口不欲飲 ☐多飲 ☐口酸
☐口苦 ☐口甜 ☐口鹹 ☐口淡 ☒口臭 ☐口黏 ☐口破 ☐多涎
☐舌破 ☐舌痛 ☐舌麻 ☐舌強 ☐唇乾 ☐唇癢 ☐唇麻 ☐牙痛 ☐斷齒
☐咽喉痛 ☐喉中有痰梗感 ☐吞嚥困難(☐固體 ☐液體)
胸部 ☒無不適 ☐胸悶 ☐胸痛(部位: 性質:)
☒喘 ☐哮 ☐上氣 ☐短氣 ☐少氣
☐喜太息 ☐呵欠 ☐咳血 ☐咳嗽(時間:) ☐頻咳(時間:)
☐痰(質: 色: 量:) ☐心悸 ☐脅痛
腹部 ☐無不適 ☐食欲正常 ☐食欲增加 ☐食欲減退 ☐納佳 ☐納可 ☐納差
☐善飢 ☐泛酸 ☐噯氣 ☐呃逆 ☐噁心 ☐乾嘔 ☐嘔吐(內容:)
☐腹痛(部位: 性質:)(☐喜按 ☐拒按)
☐腸鳴 ☐矢氣
☐腹脹(部位: 性質:)
二便 ☒大便日行(質: 色: 量:)
☒排不淨感 ☐裡急後重 ☐大便失禁 ☐肛門灼熱 ☐肛門作痛 ☐肛瘻
☐肛門重墜 ☐血便
☒小便量正常 ☐色() ☐泡沫() ☐異味()
☐小便頻數 ☐小便不通 ☐小便不利 ☐小便疼痛 ☐尿急
☐尿後餘瀝 ☐餘尿感 ☐小便失禁 ☒夜尿1次 ☒遺尿
腰背 ☐無不適 ☐背痛 ☐背冷 ☐背熱 ☐脊痛 ☒腰痠 ☐腰冷重腰痛
☒腰膝無力 ☐尾閭痛
四肢 ☒無不適 ☐疼痛 ☐麻木 ☐無力 ☐瘦削 ☐腫脹(部位:)
☐強直 ☐拘急 ☐抽搐 ☐舞蹈 ☐筋惕肉跳(部位:)
☐震顫(☐resting ☐postural ☐action ☐intentional)(部位:)
☐手足厥冷 ☐手足心熱
生殖:《女》G P SA AA 初經 歲 停經 歲
帶下 ☐無 ☐有 色 ☐透明 ☐白 ☐黃 ☐赤 ☐青 量 ☐多 ☐少
質 ☐清稀 ☐黏稠 味 ☐無味 ☐腥臭 ☐穢臭 ☐陰癢

(四)切診:

左

右

寸
關
尺

左脈結代, 右脈細滑

證型: ☐平和 ☐特異 ☐氣鬱 ☐血瘀 ☐濕熱 ☒痰濕 ☐陰虛 ☒陽虛 ☐氣虛
☐火熱 ☐風 ☐其他(說明:)

脈診儀:

1700-9703

8.5*11"

1x100x0 本

97.03 山嵐



病歷編號: 7-9-1

財團法人彰化基督教醫院
中醫會診病歷記錄表(一)

病歷號碼: 女男 ☐ 女
姓名:
床 號: 年齡: 66

會診日期: 8/1 中醫會診科別: 中醫會診醫師: 李家鼎

籍貫: 彰化 居住地: 和美鎮 職業: 無 婚姻: 已婚

一、主訴:

眠差 1 年。

二、現病史:

失眠難、鎮定劑服用、夜尿 2-3 次、深睡即、精神可。

三、過去病史:

肝指數偏高。

四、個人史:

飲食習慣: ☐ 素食 ☒ 雜食 ☐ 辛辣 ☐ 油炸 ☐ 茶 ☐ 咖啡 ☐ 其他 (種類:)

過敏: ☒ 無 ☐ 藥物 (症狀:) ☐ 食物 (症狀:)

抽 煙: ☒ 無 ☐ 包/天, 年; 喝酒: ☒ 無 ☐ 瓶/天, 年 (種類:)

運 動: ☐ 無固定運動 ☒ 有固定運動 (種類: 散步; 頻率: 次/天、週)

生活環境: ☐ 都市 ☒ 住宅區 ☐ 商業區 ☐ 工業區 ☐ 農村 ☐ 山區 ☐ 河邊

家庭狀況: ☐ 獨居 ☒ 與人同住 (☐ 父 ☐ 母 ☐ 配偶 ☒ 子 女)

1700-9703

8.5*11" 1x100x0 本 97.03 山書



病歷編號: 7-9-1

五、家族史：

六、中醫四診：

(一) 望診：

體格 ☐ 肥胖 ☐ 略胖 ☐ 中等 ☒ 略瘦 ☐ 消瘦 ☐ 壯 ☐ 弱
 面色 ☐ 黃紅隱隱、明潤含蓄 ☒ 青 ☐ 赤 ☐ 黃 ☐ 白 ☐ 黑 ☐ 萎黃 ☐ 晄白 ☐ 不華
☐ 晦澀 ☐ 額紅 ☐ 油光 ☐ 乾燥
 指甲 ☒ 無異狀 ☐ 軟弱 ☐ 粗厚 ☐ 乾枯 ☐ 剝離 ☐ 淡白 ☐ 杵狀指 ☐ 匙狀 ☐ 扁平
 皮膚 ☐ 無異狀 ☐ 肌膚甲錯 ☐ 黑斑 ☐ 瘰癧 ☐ 指甲周皮膚灰暗
☐ 四肢癢、全身脫屑
 毛髮 ☒ 無異狀 ☐ 易落 ☐ 鬚髮早白 ☐ 無髮 ☐ 稀疏
 口唇 ☐ 無異狀 ☐ 紅 ☒ 淡 ☐ 暗 ☐ 黑
 舌診：
 今日刮過舌苔 ☐ 無 ☐ 有 飲食內容 ☐ 無 ☐ 有，種類： 顏色：
 舌形 ☐ 中 ☐ 胖 ☒ 瘦 ☐ 歪斜 ☐ 痿軟
 舌質 ☐ 淡白 ☐ 偏淡 ☒ 淡紅 ☐ 偏紅 ☐ 紅 ☐ 絳 ☐ 黯
☐ 朱點 ☒ 瘀點 ☐ 齒痕 ☐ 裂紋 ☐ 蒼老 ☐ 嬌嫩
 舌苔 ☒ 白 ☐ 黃 ☐ 黑 ☐ 染苔
☒ 膩 ☐ 厚 ☐ 薄 ☐ 剝 ☐ 少 ☐ 無
 津液 ☐ 少 ☒ 平 ☐ 多
 舌下絡脈 ☐ 正常 ☒ 怒張 ☐ 曲張 ☐ 集結成珠
 證型：☐ 平和 ☐ 特異 ☐ 氣鬱 ☒ 血瘀 ☐ 濕熱 ☒ 痰濕 ☒ 陰虛 ☐ 陽虛 ☐ 氣虛
☐ 火熱 ☐ 風 ☐ 其他 (說明：_____)

(二) 聞診：嗅氣味 ☒ 無異狀 ☐ 臭 ☐ 特異氣味

聽聲音 ☒ 無異狀 ☐ 沙啞 ☐ 高亢 ☐ 低微 ☐ 氣短

(三) 問診：

全身 ☐ 無不適 ☐ 耐寒熱 ☒ 怕熱 ☒ 怕冷 ☐ 發熱(時間：) ☐ 惡寒 ☐ 寒熱往來
☐ 惡風 ☐ 五心煩熱 ☐ 自汗 ☐ 盜汗 ☒ 動易汗出 ☐ 倦怠 ☐ 身重 ☐ 身痛
☐ 體重減輕 公斤/(週、月) ☐ 體重增加 公斤/(週、月)
 情志 ☐ 平常 ☐ 易怒 ☐ 善喜 ☒ 憂慮 ☐ 善思 ☐ 悲傷 ☐ 恐懼 ☐ 易驚 ☐ 易緊張
☐ 健忘 ☐ 煩躁 ☐ 工作壓力 ☐ 其他
 睡眠 ☐ 平常 ☒ 不易入睡 ☐ 淺眠 ☐ 多夢 ☐ 易醒 ☐ 早醒 ☐ 徹夜不眠 ☐ 多寐
 頭項 ☐ 無不適 ☐ 頭痛(部位： 性質： 時間：)
☐ 頭昏 ☐ 頭重 ☐ 頭暈 ☐ 旋暈 ☐ 項強
☐ 目眩 ☐ 目癢 ☐ 目乾澀 ☐ 目赤 ☐ 目痛 ☒ 視力模糊 ☐ 複視 ☐ 目瞶
☐ 羞明 ☐ 眵多 ☐ 目淚多 ☐ 其他
☐ 鼻塞 ☐ 鼻乾 ☐ 鼻涕涕(質： 色： 量：)
☒ 鼻癢 ☐ 鼻痛 ☐ 鼻涕倒流 ☐ 噴嚏
☒ 耳鳴(☐ 左耳 ☐ 右耳 ☐ 高頻 ☐ 低頻) ☐ 重聽 ☐ 聾(☐ 左耳 ☐ 右耳)
☐ 耳癢 ☐ 耳痛 ☐ 耳中流膿

1700-9703

8.5*11"

1x100x0 本

97.03 山富



病歷編號：7-9-1

財團法人彰化基督教醫院

中醫會診病歷記錄表(二)

病歷號碼:

☐男 ☐女

姓 名:

床 號:

年齡:

- ☒口乾 ☐喜(熱溫涼冰)飲 ☐少飲 ☐漱口不欲飲 ☐多飲 ☐口酸
☐口苦 ☐口甜 ☐口鹹 ☐口淡 ☐口臭 ☐口黏 ☐口破 ☐多涎
☐舌破 ☐舌痛 ☐舌麻 ☐舌強 ☐唇乾 ☐唇癢 ☐唇麻 ☐牙痛 ☐齦齒
☐咽喉痛 ☐喉中有痰梗感 ☐吞嚥困難(☐固體 ☐液體)
胸部 ☐無不適 ☐胸悶 ☐胸痛(部位: 性質:)
☐喘 ☐哮 ☐上氣 ☐短氣 ☐少氣
☐喜太息 ☐呵欠 ☐咳血 ☐咳嗽(時間:) ☐頻咳(時間:)
☐痰(質: 色: 量:) ☐心悸 ☐脅痛
腹部 ☐無不適 ☐食欲正常 ☐食欲增加 ☐食欲減退 ☐納佳 ☒納可 ☐納差
☐善飢 ☐泛酸 ☐噯氣 ☐呃逆 ☐噯心 ☐乾嘔 ☐嘔吐(內容:)
☐腹痛(部位: 性質:)(☐喜按 ☐拒按)
☒腸鳴 ☐矢氣
☒腹脹(部位: 性質:)
二便 ☐大便2日1行(質: 色: 量:)
☐排不淨感 ☐裡急後重 ☐大便失禁 ☐肛門灼熱 ☐肛門作痛 ☐肛癢
☐肛門重墜 ☐血便
☒小便量正常 ☐色() ☐泡沫() ☐異味()
☐小便頻數 ☐小便不通 ☐小便不利 ☐小便疼痛 ☐尿急
☐尿後餘瀝 ☐餘尿感 ☐小便失禁 ☒夜尿2次 ☐遺尿
腰背 ☒無不適 ☐背痛 ☐背冷 ☐背熱 ☐脅痛 ☐腰痠 ☐腰冷重腰痛
☐腰膝無力 ☐尾閭痛
四肢 ☐無不適 ☐疼痛 ☐麻木 ☐無力 ☐瘦削 ☐腫脹(部位:)
☐強直 ☒拘急 ☐抽搐 ☐舞蹈 ☐筋惕肉潤(部位: 雙足) ☐震顫(☐resting ☐postural ☐action ☐intentional)(部位:)
☐手足厥冷 ☐手足心熱
生殖:《女》G P SA AA 初經 歲 停經 歲
帶下 ☐無 ☐有 色 ☐透明 ☐白 ☐黃 ☐赤 ☐青 量 ☐多 ☐少
質 ☐清稀 ☐黏稠 味 ☐無味 ☐腥臭 ☐穢臭 ☐陰癢

(四)切診:

左

右

寸

關

尺

脈

型

脈

診

儀

8.5*11"

1x100x0 本

97.03 山富

脈診儀:

8.5*11"

1x100x0 本

97.03 山富

脈診儀:

8.5*11"

1x100x0 本

97.03 山富

脈診儀:

8.5*11"

1x100x0 本

97.03 山富

體型: ☐平和 ☐特異 ☐氣鬱 ☐血瘀 ☒濕熱 ☐痰濕 ☐陰虛 ☒陽虛 ☐氣虛
☐火熱 ☐風 ☐其他(說明:)

1700-9703

8.5*11"

1x100x0 本

97.03 山富



病歷編號: 7-9-1

財團法人彰化基督教醫院
中醫會診病歷記錄表(一)

病歷號碼: ☐男 ☒女
姓 名:
床 號: 年齡: 85

會診日期: 8/1 中醫會診科別: 中醫會診醫師: 李家凱

籍貫: 彰化 居住地: 彰化市 職業: 無 婚姻: 已婚

一、主訴:

雙膝疼痛多年

二、現病史:

行走膝痛, 久生石膝酸痛

三、過去病史:

Rt knee op 膝關節置換 11/11

四、個人史:

飲食習慣: ☐素食 ☒雜食 ☐辛辣 ☐油炸 ☐茶 ☐咖啡 ☐其他(種類:)

過敏: ☒無 ☐藥物(症狀:) ☐食物(症狀:)

抽煙: ☒無 ☐包/天, 年; 喝酒: ☒無 ☐瓶/天, 年(種類:)

運動: ☐無固定運動 ☐有固定運動(種類:) ; 頻率: 次/天, 週)

生活環境: ☐都市 ☒住宅區 ☐商業區 ☐工業區 ☐農村 ☐山區 ☐河邊

家庭狀況: ☐獨居 ☒與人同住(☐父 ☐母 ☐配偶 子 女)

1700-9703

8.5*11" 1x100x0 本 97.03 山富



病歷編號: 7-9-1

五、家族史：

六、中醫四診：

(一) 望診：

體格 ☐ 肥胖 ☒ 略胖 ☐ 中等 ☐ 略瘦 ☐ 消瘦 ☐ 壯 ☐ 弱
 面色 ☐ 黃紅隱隱、明潤含蓄 ☐ 青 ☐ 赤 ☒ 黃 ☐ 白 ☐ 黑 ☐ 萎黃 ☐ 晃白 ☐ 不華
☐ 晦滯 ☐ 顯紅 ☐ 油光 ☐ 乾燥
 指甲 ☒ 無異狀 ☐ 軟弱 ☐ 粗厚 ☐ 乾枯 ☐ 剝離 ☐ 淡白 ☐ 杵狀指 ☐ 匙狀 ☐ 扁平
 皮膚 ☒ 無異狀 ☐ 肌膚甲錯 ☐ 黑斑 ☐ 瘡瘍 ☐ 指甲周皮膚灰暗
☐ 四肢瘰癧 ☒ 全身脫屑
 毛髮 ☐ 無異狀 ☒ 易落 ☐ 鬚髮早白 ☐ 無髮 ☐ 稀疏
 口唇 ☐ 無異狀 ☐ 紅 ☐ 淡 ☒ 暗 ☐ 黑
 舌診：
 今日刮過舌苔 ☐ 無 ☐ 有 飲食內容 ☐ 無 ☐ 有，種類： 顏色：
 舌形 ☐ 中 ☒ 胖 ☐ 瘦 ☐ 歪斜 ☐ 痿軟
 舌質 ☐ 淡白 ☐ 偏淡 ☐ 淡紅 ☐ 偏紅 ☒ 紅 ☐ 絳 ☐ 黯
☐ 朱點 ☐ 癰點 ☐ 齒痕 ☐ 裂紋 ☐ 蒼老 ☐ 嬌嫩
 舌苔 ☐ 白 ☒ 黃 ☐ 黑 ☐ 染苔
☒ 膩 ☒ 厚 ☐ 薄 ☐ 剝 ☐ 少 ☐ 無
 津液 ☒ 少 ☐ 平 ☐ 多
 舌下絡脈 ☐ 正常 ☒ 怒張 ☐ 曲張 ☐ 集結成珠
 證型：☐ 平和 ☐ 特異 ☐ 氣鬱 ☐ 血瘀 ☒ 濕熱 ☐ 痰濕 ☐ 陰虛 ☐ 陽虛 ☐ 氣虛
☐ 火熱 ☐ 風 ☐ 其他 (說明：)

(二) 聞診：嗅氣味 ☒ 無異狀 ☐ 臭 ☐ 特異氣味

聽聲音 ☒ 無異狀 ☐ 沙啞 ☐ 高亢 ☐ 低微 ☐ 氣短

(三) 問診：

全身 ☐ 無不適 ☐ 耐寒熱 ☒ 怕熱 ☒ 怕冷 ☐ 發熱(時間：) ☐ 惡寒 ☐ 寒熱往來
☐ 惡風 ☐ 五心煩熱 ☐ 自汗 ☐ 盜汗 ☒ 動易汗出 ☐ 倦怠 ☐ 身重 ☐ 身痛
☐ 體重減輕 公斤/(週、月) ☐ 體重增加 公斤/(週、月)
 情志 ☐ 平常 ☐ 易怒 ☐ 善喜 ☒ 憂慮 ☐ 善思 ☐ 悲傷 ☐ 恐懼 ☐ 易驚 ☐ 易緊張
☐ 健忘 ☐ 煩躁 ☐ 工作壓力 ☐ 其他
 睡眠 ☒ 平常 ☐ 不易入睡 ☐ 淺眠 ☐ 多夢 ☐ 易醒 ☐ 早醒 ☐ 徹夜不眠 ☐ 多寐
 頭項 ☐ 無不適 ☒ 頭痛(部位： 性質： 時間：)
☒ 頭昏 ☐ 頭重 ☒ 頭暈 ☐ 眩暈 ☐ 項強
☐ 目眩 ☐ 目癢 ☐ 目乾澀 ☐ 目赤 ☐ 目痛 ☒ 視力模糊 ☐ 複視 ☐ 目瞑
☐ 羞明 ☐ 眵多 ☐ 目汨多 ☐ 其他
☐ 鼻塞 ☐ 鼻乾 ☐ 鼻流涕(質： 色： 量：)
☐ 鼻癢 ☐ 鼻痛 ☐ 鼻涕倒流 ☐ 噴嚏
☐ 耳鳴(☐ 左耳 ☐ 右耳 ☐ 高頻 ☐ 低頻) ☒ 重聽 ☒ 聾(☒ 左耳 ☐ 右耳)
☐ 耳癢 ☐ 耳痛 ☐ 耳中流膿

1700-9703

8.5*11"

1x100x0 本

97.03 山富



病歷編號：7-9-1

財團法人彰化基督教醫院

中醫會診病歷記錄表(二)

病歷號碼:

☐男 ☐女

姓 名:

床 號:

年齡:

- ☒口乾 ☐喜(熱溫涼冰)飲 ☐少飲 ☐漱口不欲飲 ☐多飲 ☐口微
☐口苦 ☐口甜 ☐口鹹 ☐口淡 ☒口臭 ☐口黏 ☐口破 ☐多涎
☐舌破 ☐舌痛 ☐舌麻 ☐舌強 ☐唇乾 ☐唇癢 ☐唇麻 ☐牙痛 ☐齦齒
☐咽喉痛 ☐喉中有痰梗感 ☐吞嚥困難(☐固體 ☐液體)

胸部 ☐無不適 ☒胸悶 ☐胸痛(部位: 性質:)

☐喘 ☐哮喘 ☐上氣 ☐短氣 ☒少氣

☐喜太息 ☐呵欠 ☐咳血 ☐咳嗽(時間:) ☐頻咳(時間:)

☐痰(質: 色: 量:) ☐心悸 ☐脅痛

腹部 ☐無不適 ☐食欲正常 ☐食欲增加 ☐食欲減退 ☐納佳 ☐納可 ☒納差

☐善飢 ☐泛酸 ☒噯氣 ☐呃逆 ☐噁心 ☐乾嘔 ☐嘔吐(內容:)

☒腹痛(部位: 性質:)(☐喜按 ☐拒按)

☐腸鳴 ☐矢氣

☒腹脹(部位: 性質:)

二便 ☒大便(日/行(質: 色: 量:))

☐排不淨感 ☐裡急後重 ☐大便失禁 ☐肛門灼熱 ☐肛門作痛 ☐肛癢

☐肛門重墜 ☐血便

☒小便量正常 ☐色() ☐泡沫() ☐異味()

☐小便頻數 ☐小便不通 ☐小便不利 ☐小便疼痛 ☐尿急

☐尿後餘澀 ☐餘尿感 ☐小便失禁 ☐夜尿 次 ☒遺尿

腰背 ☐無不適 ☐背痛 ☐背冷 ☐背熱 ☐脊痛 ☒腰痠 ☐腰冷重腰痛

☒腰膝無力 ☐尾閭痛

四肢 ☐無不適 ☒疼痛 ☒麻木 ☒無力 ☐瘦削 ☐腫脹(部位: 右膝,)

☐強直 ☐拘急 ☐抽搐 ☐舞蹈 ☐筋惕肉跳(部位:)

☐震顫(☐resting ☐postural ☐action ☐intentional)(部位:)

☐手足厥冷 ☐手足心熱

生殖: (女) G4P4 SA AA 初經 歲 停經 歲

帶下 ☐無 ☐有 色 ☐透明 ☐白 ☐黃 ☐赤 ☐青 量 ☐多 ☐少

質 ☐清稀 ☐黏稠 味 ☐無味 ☐腥臭 ☐穢臭 ☐陰癢

(四) 切診: 左 右

寸

關

尺

證型: ☐平和 ☐特稟 ☐氣鬱 ☒血瘀 ☐濕熱 ☐痰濕 ☐陰虛 ☒陽虛 ☐氣虛

☐火熱 ☐風 ☐其他(說明:)

脈診儀:

1700-9793

8.5*11"

1x100x0 本

97.03 山南



病歷編號: 7-9-1

財團法人彰化基督教醫院
中醫會診病歷記錄表(一)

病歷號碼: ☐男 ☒女
姓 名:
床 號: 年齡: 76

會診日期: 8/1 中醫會診科別: 中醫會診醫師: 李永甄

籍貫: 彰化 居住地: 和美鎮 職業: 農 婚姻: 已婚

一、主訴:

雙膝痠痛

二、現病史:

咽卡痰成。
爬樓梯痠痛，雙膝痠痛。

三、過去病史:

HTN. 扁桃腺開刀。

四、個人史:

飲食習慣: ☐素食 ☒葷食 ☐辛辣 ☐油炸 ☐茶 ☐咖啡 ☐其他(種類:)

過敏: ☒無 ☐藥物(症狀:) ☐食物(症狀:)

抽煙: ☒無 ☐包/天, 年; 喝酒: ☒無 ☐瓶/天, 年(種類:)

運動: ☐無固定運動 ☒有固定運動(種類: 走路; 頻率: 7次/天, 週)

生活環境: ☐都市 ☒住宅區 ☐商業區 ☐工業區 ☐農村 ☐山區 ☐河邊

家庭狀況: ☐獨居 ☒與人同住(☐父 ☐母 ☒配偶 子 女)

1700-9703

8.5*11"

1x100x0 本

97.03 山富



病歷編號: 7-9-1

五、家族史：

六、中醫四診：

(一) 望診：

體格 ☐ 肥胖 ☐ 略胖 ☒ 中等 ☐ 略瘦 ☐ 消瘦 ☐ 壯 ☐ 弱
 面色 ☐ 黃紅隱隱、明潤含蓄 ☐ 青 ☐ 赤 ☐ 黃 ☒ 白 ☐ 黑 ☐ 萎黃 ☐ 晄白 ☐ 不華
☐ 晦滯 ☐ 頰紅 ☐ 油光 ☐ 乾燥
 指甲 ☒ 無異狀 ☐ 軟弱 ☐ 粗厚 ☐ 乾枯 ☐ 剝離 ☐ 淡白 ☐ 杵狀指 ☐ 匙狀 ☐ 扁平
 皮膚 ☒ 無異狀 ☐ 肌膚甲錯 ☐ 黑斑 ☐ 瘰癧 ☐ 指甲周皮膚灰暗
☐ 四肢瘰癧、全身脫屑
 毛髮 ☐ 無異狀 ☐ 易落 ☐ 鬚髮早白 ☐ 無髮 ☐ 稀疏
 口唇 ☐ 無異狀 ☒ 紅 ☐ 淡 ☐ 暗 ☐ 黑
 舌診：
 今日刮過舌苔 ☒ 無 ☐ 有 飲食內容 ☐ 無 ☐ 有，種類： 顏色：
 舌形 ☐ 中 ☒ 胖 ☐ 瘦 ☐ 歪斜 ☐ 痿軟
 舌質 ☐ 淡白 ☐ 偏淡 ☒ 淡紅 ☐ 偏紅 ☐ 紅 ☐ 絳 ☐ 黯
☐ 朱點 ☒ 瘀點 ☐ 齒痕 ☐ 裂紋 ☐ 蒼老 ☐ 嬌嫩
 舌苔 ☒ 白 ☐ 黃 ☐ 黑 ☐ 染苔
☐ 膩 ☐ 厚 ☒ 薄 ☐ 剝 ☐ 少 ☐ 無
 津液 ☒ 少 ☐ 平 ☐ 多
 舌下絡脈 ☐ 正常 ☒ 怒張 ☐ 曲張 ☐ 集結成珠
 經型：☐ 平和 ☐ 特異 ☒ 氣鬱 ☐ 血瘀 ☐ 濕熱 ☐ 痰濕 ☐ 陰虛 ☐ 陽虛 ☐ 氣虛
☐ 火熱 ☐ 風 ☐ 其他 (說明：_____)

(二) 聞診：嗅氣味 ☒ 無異狀 ☐ 臭 ☐ 特異氣味

聽聲音 ☒ 無異狀 ☐ 沙啞 ☐ 高亢 ☐ 低微 ☐ 氣短

(三) 問診：

全身 ☒ 無不適 ☐ 耐寒熱 ☐ 怕熱 ☐ 怕冷 ☐ 發熱(時間：) ☐ 惡寒 ☐ 寒熱往來
☐ 惡風 ☐ 五心煩熱 ☐ 自汗 ☐ 盜汗 ☐ 動易汗出 ☐ 倦怠 ☐ 身重 ☐ 身痛
☐ 體重減輕 公斤/(週、月) ☐ 體重增加 公斤/(週、月)
 情志 ☒ 平常 ☐ 易怒 ☐ 善喜 ☐ 憂慮 ☐ 善思 ☐ 悲傷 ☐ 恐懼 ☐ 易驚 ☐ 易緊張
☐ 健忘 ☐ 煩躁 ☐ 工作壓力 ☐ 其他
 睡眠 ☐ 平常 ☐ 不易入睡 ☒ 淺眠 ☐ 多夢 ☐ 易醒 ☐ 早醒 ☐ 徹夜不眠 ☐ 多寐
 頭項 ☐ 無不適 ☐ 頭痛(部位： 性質： 時間：)
☐ 頭昏 ☐ 頭重 ☒ 頭暈 ☐ 眩暈 ☐ 項強
☐ 目眩 ☐ 目癢 ☐ 目乾澀 ☐ 目赤 ☐ 目痛 ☒ 視力模糊 ☐ 複視 ☐ 目瞤
☐ 羞明 ☐ 眵多 ☐ 目眵多 ☐ 其他
☐ 鼻塞 ☐ 鼻乾 ☐ 鼻流涕(質： 色： 量：)
☐ 鼻癢 ☐ 鼻痛 ☐ 鼻涕倒流 ☐ 噴嚏
☐ 耳鳴(☐ 左耳 ☐ 右耳 ☐ 高頻 ☐ 低頻) ☐ 重聽 ☐ 聾(☐ 左耳 ☐ 右耳)
☐ 耳癢 ☐ 耳痛 ☐ 耳中流膿

1700-9703

8.5*11"

1x100x0 本

97.03 山憲



病歷編號：7-9-1

財團法人彰化基督教醫院

中醫會診病歷記錄表(二)

病歷號碼:

☐男 ☐女

姓 名:

床 號:

年齡:

- ☒口乾 ☐喜(熱溫涼冰)飲 ☐少飲 ☐漱口不欲飲 ☐多飲 ☐口酸
☐口苦 ☐口甜 ☐口鹹 ☐口淡 ☐口臭 ☒口黏 ☐口破 ☐多涎
☒舌破 ☐舌痛 ☐舌麻 ☐舌強 ☐唇乾 ☐唇瘡 ☐唇麻 ☐牙痛 ☐齦齒
☐咽喉痛 ☒喉中有痰視感 ☐吞嚥困難 (☐固體 ☐液體)
胸部 ☐無不適 ☒胸悶 ☐胸痛(部位: 性質:)
☐喘 ☐哮 ☐上氣 ☐短氣 ☐少氣
☐喜太息 ☐呵欠 ☐咳血 ☐咳嗽(時間:) ☐頻咳(時間:)
☐痰(質: 色: 量:) ☐心悸 ☐脅痛
腹部 ☐無不適 ☐食欲正常 ☐食欲增加 ☐食欲減退 ☐納佳 ☒納可 ☐納差
☐善飢 ☐泛酸 ☐噯氣 ☐呃逆 ☐噁心 ☐乾嘔 ☐嘔吐(內容:)
☐腹痛(部位: 性質:)(☐喜按 ☐拒按)
☐腸鳴 ☐矢氣
☐腹脹(部位: 性質:)
二便 ☒大便>日 | 行(質: 色: 量:)
☐排不淨感 ☐裡急後重 ☐大便失禁 ☐肛門灼熱 ☐肛門作痛 ☐肛瘻
☐肛門重墜 ☐血便
☐小便量正常 ☐色() ☐泡沫() ☐異味()
☒小便頻數 ☐小便不通 ☐小便不利 ☐小便疼痛 ☐尿急
☐尿後餘瀝 ☐餘尿感 ☐小便失禁 ☒夜尿4次 ☐遺尿
腰背 ☐無不適 ☐背痛 ☐背冷 ☐背熱 ☐脊痛 ☐腰痠 ☐腰冷重腰痛
☐腰膝無力 ☐尾閭痛
四肢 ☐無不適 ☐疼痛 ☐麻木 ☒無力 ☐瘦削 ☐腫脹(部位: 雙膝)
☐強直 ☐拘急 ☐抽搐 ☐舞蹈 ☐筋惕肉跳(部位:)
☐震顫 (☐resting ☐postural ☐action ☐intentional)(部位:)
☐手足厥冷 ☐手足心熱
生殖: (女) G5P5 SA AA 初經 歲 停經 歲
帶下 ☐無 ☐有 色 ☐透明 ☐白 ☐黃 ☐赤 量 ☐多 ☐少
質 ☐清稀 ☐黏稠 味 ☐無味 ☐腥臭 ☐穢臭 ☐陰癢

(四) 切診:

左

右

寸 弱

關 弱

尺

證型: ☐平和 ☐特寒 ☐氣鬱 ☐血瘀 ☐濕熱 ☒痰濕 ☒陰虛 ☐陽虛 ☐氣虛
☐火熱 ☐風 ☐其他 (說明:)

脈診儀:

1700-9703

8.5*11"

1x100x0 本

97.03 山富



病歷編號: 7-9-1

財團法人彰化基督教醫院

中醫會診病歷記錄表(一)

病歷號碼: ☒男 ☐女

姓 名:

床 號:

年齡: 77

會診日期: 108.08.22, 中醫會診科別: _____ 中醫會診醫師: 張李亞倫

籍貫: 彰化 居住地: 和美鎮 職業: 無 婚姻: 已婚

一、主訴:

膝蓋痛+多年

二、現病史:

足路疼痛

三、過去病史:

類風濕關節炎 10+年, 退化性關節炎, HTN, 氣喘

四、個人史:

飲食習慣: ☐素食 ☒雜食 ☐辛辣 ☐油炸 ☐茶 ☐咖啡 ☐其他(種類: _____)

過敏: ☒無 ☐藥物(症狀: _____) ☐食物(症狀: _____)

抽 煙: ☒無 ☐包/天, _____年; 喝酒: ☒無 ☐瓶/天, _____年(種類: _____)

運 動: ☐無固定運動 ☒有固定運動(種類: 走路; 頻率: 1次/天, 週)

生活環境: ☐都市 ☒住宅區 ☐商業區 ☐工業區 ☐農村 ☐山區 ☐河邊

家庭狀況: ☐獨居 ☒與人同住(☐父 ☐母 ☒配偶 子 女)

1700-9703

8.5*11"

1x100x0 本

97.03 山富



病歷編號: 7-9-1

五、家族史：

六、中醫四診：

(一) 望診：

體格 ☐肥胖 ☐略胖 ☒中等 ☐略瘦 ☐消瘦 ☐壯 ☐弱
面色 ☒黃紅隱隱、明潤含養 ☐青 ☐赤 ☐黃 ☐白 ☐黑 ☐萎黃 ☐晄白 ☐不華
☐晦滯 ☐顯紅 ☐油光 ☐乾燥
指甲 ☒無異狀 ☐軟弱 ☐粗厚 ☐乾枯 ☐剝離 ☐淡白 ☐杵狀指 ☐匙狀 ☐扁平
皮膚 ☐無異狀 ☐肌膚甲錯 ☒黑斑 ☐瘙癢 ☐指甲周皮膚灰暗
☐四肢癱瘓、全身脫屑
毛髮 ☒無異狀 ☐易落 ☐鬚髮早白 ☐無髮 ☐稀疏
口唇 ☐無異狀 ☐紅 ☐淡 ☐暗 ☐黑
舌診：
今日刮過舌苔 ☒無 ☐有 飲食內容 ☒無 ☐有，種類： 顏色：
舌形 ☒中 ☐胖 ☐瘦 ☐歪斜 ☐痿軟
舌質 ☐淡白 ☐偏淡 ☒淡紅 ☐偏紅 ☐紅 ☐絳 ☐黯
☐朱點 ☐瘀點 ☐齒痕 ☐裂紋 ☐蒼老 ☐嬌嫩
舌苔 ☐白 ☐黃 ☐黑 ☒染苔
☐膩 ☐厚 ☐薄 ☒剝 ☐少 ☐無
津液 ☒少 ☐平 ☐多
舌下絡脈 ☒正常 ☐怒張 ☐曲張 ☐集結成珠
證型：☐平和 ☐特異 ☐氣鬱 ☐血瘀 ☐濕熱 ☐痰濕 ☒陰虛 ☐陽虛 ☐氣虛
☐火熱 ☐風 ☐其他 (說明：_____)

(二) 聞診：嗅氣味 ☒無異狀 ☐臭 ☐特異氣味

聽聲音 ☒無異狀 ☐沙啞 ☐高亢 ☐低微 ☐氣短

(三) 問診：

全身 ☐無不適 ☐耐寒熱 ☒怕熱 ☒怕冷 ☐發熱(時間：) ☐惡寒 ☐寒熱往來
☐惡風 ☐五心煩熱 ☒自汗 ☐盜汗 ☐動易汗出 ☐倦怠 ☐身重 ☐身痛
☐體重減輕 公斤/(週、月) ☐體重增加 公斤/(週、月)
情志 ☐平常 ☐易怒 ☐善喜 ☐憂慮 ☐善思 ☐悲傷 ☐恐懼 ☐易驚 ☐易緊張
☐健忘 ☐煩躁 ☐工作壓力 ☐其他
睡眠 ☒平常 ☐不易入睡 ☐淺眠 ☐多夢 ☐易醒 ☐早醒 ☐徹夜不眠 ☐多寐
頭項 ☐無不適 ☐頭痛(部位： 性質： 時間：)
☐頭昏 ☐頭重 ☒頭暈 ☐旋暈 ☐項強
☐目眩 ☐目癢 ☐目乾澀 ☐目赤 ☐目痛 ☐視力模糊 ☐複視 ☐日暝
☐羞明 ☐眵多 ☐目淚多 ☐其他
☐鼻塞 ☐鼻乾 ☐鼻流涕(質： 色： 量：)
☐鼻癢 ☐鼻痛 ☐鼻涕倒流 ☐噴嚏
☐耳鳴(☐左耳 ☐右耳 ☐高頻 ☐低頻) ☐重聽 ☐聾(☐左耳 ☐右耳)
☐耳癢 ☐耳痛 ☐耳中流膿

1700-9703

8.5*11"

1x100x0 本

97.03 山富



病歷編號：7-9-1

財團法人彰化基督教醫院

中醫會診病歷記錄表(二)

病歷號碼:

☐男 ☐女

姓 名:

床 號:

年齡:

- ☒口乾 ☐喜(熱溫涼冰)飲 ☐少飲 ☐漱口不欲飲 ☐多飲 ☐口酸
☒口苦 ☐口甜 ☐口鹹 ☐口淡 ☐口臭 ☐口黏 ☐口破 ☐多涎
☐舌破 ☐舌痛 ☐舌麻 ☐舌強 ☐唇乾 ☐唇癢 ☐唇麻 ☐牙痛 ☐齦齒
☐咽喉痛 ☐喉中有痰梗感 ☐吞嚥困難(☐固體 ☐液體)

胸部 ☐無不適 ☐胸悶 ☐胸痛(部位: 性質:)

☐喘 ☐哮 ☐上氣 ☒短氣 ☐少氣

☐喜太息 ☐呵欠 ☐咳血 ☒咳嗽(時間:) ☐頻咳(時間:)

☐痰(質: 色: 量:) ☐心悸 ☐脅痛

腹部 ☐無不適 ☐食欲正常 ☐食欲增加 ☐食欲減退 ☐納佳 ☒納可 ☐納差

☐善飢 ☐泛酸 ☐噯氣 ☐呃逆 ☐噁心 ☐乾嘔 ☐嘔吐(內容:)

☒腹痛(部位: 左腹 性質: 悶痛) (☒喜按 ☐拒按)

☐腸鳴 ☐矢氣

☒腹脹(部位: 左腹 性質: 悶脹)

二便 ☒大便一日/行(質: 色: 量:)

☐排不淨感 ☐裡急後重 ☐大便失禁 ☐肛門灼熱 ☐肛門作痛 ☐肛瘻

☐肛門重墜 ☐血便

☐小便量正常 ☐色() ☐泡沫() ☐異味()

☐小便頻數 ☐小便不通 ☒小便不利 ☐小便疼痛 ☐尿急

☐尿後餘瀝 ☐餘尿感 ☐小便失禁 ☒夜尿>次 ☐遺尿

腰背 ☒無不適 ☐背痛 ☐背冷 ☐背熱 ☐脊痛 ☐腰痠 ☐腰冷重腰痛

☐腰膝無力 ☐尾間痛

四肢 ☐無不適 ☒疼痛 ☐麻木 ☐無力 ☐瘦削 ☐腫脹(部位: 雙膝)

☐強直 ☐拘急 ☐抽搐 ☐舞蹈 ☐筋惕肉跳(部位:)

☐震顫(☐resting ☐postural ☐action ☐intentional)(部位:)

☐手足厥冷 ☐手足心熱

生殖: (女) G P SA AA 初經 歲 停經 歲

帶下 ☐無 ☐有 色 ☐透明 ☐白 ☐黃 ☐赤 ☐青 量 ☐多 ☐少

質 ☐清稀 ☐黏稠 味 ☐無味 ☐腥臭 ☐穢臭 ☐陰癢

(四) 切診: 左 右

寸 鉅數

關 弦

尺

證型: ☐平和 ☐特寒 ☐氣鬱 ☐血瘀 ☒濕熱 ☐痰濕 ☒陰虛 ☐陽虛 ☐氣虛

☐火熱 ☐風 ☐其他(說明:)

脈診儀:

1700-9703

8.5*11"

1x100x0 本

97.03 山富



病歷編號: 7-9-1

附件十、期中報告審查意見回復表

衛生福利部 108 年度「促進中醫多元發展計畫」
期中報告審查意見回復表

分項 1：建構中醫日間照護模式計畫

執行單位：彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院

項次	審查意見	辦理情形
1	建議依據研究成果研議「延緩失智方案」。	感謝委員鼓勵與支持，將依年度成果研擬延緩失智模式，並提供中醫藥司作為政策推廣。
2	個案行動不便（如：照顧者無暇陪同前來、患者跌倒等）是參與本計畫的重要限制，課程如改以媒體素材呈現較能便利推廣。	感謝委員建議，本計畫以雷射針灸及肢體活動等多樣化治療組合期能延緩失智，若成果可看出此模式能有明確效果，之後可就再單一治療模式之成效進行探討與推廣。
3	收案符合進度，宜持續積極完成。	感謝委員鼓勵與支持。

※本表請於 108 年 11 月 15 日前併同期末報告初稿繳交。

建立中醫參與長期照顧服務模式計畫

陳運泰

中華民國中醫師公會全國聯合會

摘 要

研究目的：

我國人口結構正以極快的速度老化，推估至 114 年即會達超高齡(super-aged)社會標準---老年人口比達 20%。若將身心障礙者人數一併計入，據估 114 年我國長照需求人數更會高達 81 萬多人，足見解決長照問題刻不容緩。臺灣具發達的中醫系統，並在失能族群有較高的需求，其效益亦有相應之實證支持，應當盡早建立中醫參與長期照顧的服務模式，增進中醫與長照團隊各職類的合作，提供長期照顧需求者更多元而優質照顧方案。

研究方法：

本計畫首先進行機構考察，了解需求，同時進行文獻回顧，蒐集中醫處置長照個案呼吸系統問題之實證文獻，作為建立「中醫優化長照個案照顧品質方案---呼吸系統」模式之參考，再邀請中醫藥、護、西醫及長期照顧相關領域等之長官與學者專家參與專家會議，討論相關議題，達成共識後，即進行收案準備工作，完備後展開試驗收案。試驗結果將於第二次專家會議中討論，共識後制定政策建議與作業流程，並於「中醫參與長期照顧服務模式經驗分享會」中與各界分享交流。

結果與討論：

經討論與共識後本計畫訂立之中醫優化長照個案照顧品質方案為「中醫協助預防長照機構高風險住民肺炎之發生」，故設計「中藥對長照機構高風險住民肺炎發生率之影響」的隨機對照試驗，共收案 160 人，實驗組與對照組各 80 人。實驗組使用科學中藥粉「定喘湯」與「半夏厚朴湯」的合方共 10 克/天。每天服用兩次(BID，午晚飯後，與西藥間隔一小時)，每次 5 克；對照組使用焦糖染色之玉米澱粉，劑量服法同實驗組。共給藥 84 天，介入前後執行抽血檢驗與痰液鏡檢等。主要觀察指標為個案「肺炎(Pneumonia)的入院率」。初步結果為，服藥 84 天期間，實驗組肺炎感染率 10.0%，感染密度 16.6‰；對照組肺炎感染率 35.1%，感染密度 74.1‰。「肺炎道感染」累積發生率，實驗組顯著低於對照組($p<0.001$)，經檢定

實驗組介入期間「肺炎感染入院」累積發生率低於對照組($p<0.001$)。痰液細菌染色鏡檢方面，實驗組痰液中革蘭氏陽性球菌、革蘭氏陰性桿菌、革蘭氏陽性桿菌皆減少($p<0.05$)，僅革蘭氏陰性球菌無顯著差異；對照組痰液則顯示革蘭氏陽性球菌下降($p<0.05$)而革蘭氏陰性球菌上升($p<0.05$)。營養指標方面，實驗組的 Albumin 與 Transferrin 在介入後皆獲得增加($p=0.003$, $p<0.001$)，唯 Hb 未顯著增加，對照組則無顯著變化。白血球計數方面，實驗組中嗜中性球有減少($p<0.05$)，對照組則無顯著變化。肝腎功能方面，實驗組與對照組的 GOT 與 Creatinine 皆無顯著變化，唯實驗組 eGFR 反略有提升($p<0.05$)。本試驗初步結果顯示：長照肺炎高風險住民服用中藥期間內「肺炎感染入院率」較低於未服用中藥者，且服藥後痰液中細菌量減少，營養指標上升，反應肺部發炎有所減輕，且並未對肝腎功能造成影響，甚至可能有保護腎功能的潛力。

本團隊三年來已示範性提出針對包括泌尿道感染與肺炎高風險族群的中醫預防方案，以及養生運動---太極拳八段錦提升 IADL 模式等，並皆有實證數據支持有助於提升長照系統的品質，延緩失能程度，及減少相關花費與負擔。企望未來能推廣與擴散，形成「當長照場域有符合這類條件之個案，就應照會中醫協助預防」的共識與政策。

關鍵詞：中醫、長期照顧、肺炎感染、半夏厚朴湯、定喘湯

The Study of Development Model of Traditional Chinese Medicine Combined Long-term Care System

Yun Tai Chen

National Union of Chinese Medical Doctors' Association, R.O.C

ABSTRACT

Aim:

Taiwan's population structure is aging at an extremely fast rate, and it is estimated that by 114 years, it will reach the super-aged social standard--the elderly population ratio is 20%. If the number of people with physical and mental disabilities is counted together, it is estimated that the number of long-term needs in Taiwan will reach more than 810,000 in 114 years. This shows that it is imperative to solve the problem of long-term photos. Taiwan has a well-developed Chinese medicine system and has high demand in the disabled population. Its benefits are also supported by empirical evidence. It is necessary to establish a service model for Chinese medicine to participate in long-term care as soon as possible, and to enhance the cooperation between the Chinese medicine and the long-term team. Providing long-term care for those who have more money and quality care programs.

Method:

This project first conducts an institutional inspection to understand the needs, and at the same time conducts a literature review, and collects empirical evidence on the treatment of long-lived cases of respiratory system problems, as a model for establishing a "Chinese medicine optimization long-term case care quality program---respiratory system" model. For reference, the senior officials and scholars of Chinese medicine, nursing, western medicine and long-term care related fields will be invited to participate in the expert meeting to discuss relevant issues. After reaching a consensus, the preparatory work for the case will be completed, and the trial will be completed after completion. The results of the trial will be discussed in the second expert meeting. After

the consensus, the policy recommendations and operational procedures will be formulated. The "Traditional Chinese Medicine Participation in the Long-Term Care Service Model Experience Sharing Session" will be shared with the community.

Results:

After discussion and consensus, the scheme has established a TCM-optimized long-term care quality scheme for "Chinese medicine to help prevent the occurrence of high-risk residents with pneumonia in the long-term establishment". A randomized controlled trial of the impact of the incidence rate, a total of 160 patients, 80 patients in the experimental group and the control group. The experimental group used a combination of scientific Chinese medicine powder "Dingchuan Tang" and "Pinxia Houpu Soup" for a total of 10 g / day. Take twice a day (BID, after lunch and dinner, separated from western medicine by one hour), 5 grams each time; the control group used caramel-stained corn starch, and the dose was the same as the experimental group. A total of 84 days were administered, and blood tests and sputum microscopy were performed before and after intervention. The main observation was the case "Pneumonia admission rate". The preliminary results showed that during the 84-day period, the infection rate of the experimental group was 10.0%, and the infection density was 16.6‰. The infection rate of the control group was 35.1%, and the infection density was 74.1‰. The cumulative incidence of "pneumonia infection" was significantly lower in the experimental group than in the control group ($p < 0.001$). The cumulative incidence of "pneumonia infection admission" was lower in the experimental group than in the control group ($p < 0.001$). In the sputum bacterial staining microscopy, Gram-positive cocci, Gram-negative bacilli and Gram-positive bacilli in the experimental group were reduced ($p < 0.05$), and only Gram-negative cocci were not significantly different; The sputum showed a decrease in Gram-positive cocci ($p < 0.05$) and a decrease in gram-negative cocci ($p < 0.05$). In terms of nutritional indicators, the experimental group's Albumin and Transferrin increased after intervention ($p = 0.003$, $p < 0.001$), but Hb did not increase significantly, but there was no significant change in the control group. In terms of white blood cell count, there was a decrease in neutrophils in the experimental group ($p < 0.05$), but no significant change in the control group. Regarding liver and kidney function, there was no significant change in GOT and Creatinine between the experimental group and the control group, but the eGFR in the experimental group was slightly improved ($p < 0.05$). The preliminary results of this trial showed that the rate of "pneumonia infection admission" during the period of taking Chinese medicine for long-term pneumonia was lower than that of those who did not take Chinese medicine, and the amount of bacteria in the sputum decreased after taking the medicine, the nutritional index increased, and the lungs became inflamed. It is relieved and does not affect liver and kidney function, and may even have the potential to protect kidney function.

In the past three years, the team has demonstrated a Chinese medicine prevention

program for high-risk groups including urinary tract infections and pneumonia, as well as a health-care movement---Taijiquan Ba Duanjin to enhance the IADL model, and all have empirical data support to help improve the long-term According to the quality of the system, delay the degree of disability, and reduce the associated costs and burdens. It is hoped that the future will be promoted and spread, forming a consensus and policy that "when a long-term field has such a condition, we should take care of Chinese medicine to prevent it."

Keywords: Chinese medicine, long-term care, pneumonia infection, Banxia Houpu Tang, Dingchuan Decoction

壹、前言

一、概述

臺灣的人口結構老化相當迅速，107 年二月我國已正式邁入高齡(aged)社會--老年人口占總人口比達 14%，推估再經 7 到 8 年，此比率將再來到 20%--即超高齡(super-aged)社會之標準¹。依衛生福利部之統計，若將身心障礙者照顧人數一併計入，107 年我國長期照顧需求人數為 58 萬 814 人，推估至 114 年則將達 81 萬 1971 人，足見解決長照問題刻不容緩。

臺灣具發達的中醫系統，並在失能族群有較高的需求，其效益亦有相應之實證支持，且日、韓國皆有傳統與互補醫學的專業人員參與長期照顧制度，故應發展中醫參與長期照顧的服務模式，增進中醫與長照團隊各職類的合作，發揮中醫之特長，提供長期照顧需求者更多元而優質照顧方案。

二、我國長照政策、制度與服務的推行概況

我國自87年起即陸續推動包括「建構長期照護先導計畫」、「加強老人安養服務方案」與「照顧服務福利及產業發展方案」等多項計畫²，期因應失能及老年人口日益提高的長照需求，並為日後全面推行長照服務建置軟體基礎。後續民國97年施行的「我國長期照顧十年計畫」極具規模和代表性³，而105年9月29日更頒布「長期照顧十年計畫2.0」，並於106年1月實施。

(一)長期照顧十年計畫2.0之發展重點

1. 納入65歲以上長者、55歲以上山地原住民、50歲以上身心障礙者、僅IADLs失能且獨居老人、50歲以上失智症患者、55-64歲失能平地原住民、49歲以下失能身心障礙者、65歲以上僅IADL失能之衰弱(frailty)老人等八類失能者為服務對象。
2. 推動社區整體照顧模式，包含設立ABC三級機構，即A社區整合型服務中心、B複合型服務中心、C巷弄長照站等，採因地制宜的服務模式，期失能者能在住家車程30分鐘內的活動範圍中，建構「結合醫療、介護、住宅、預防、以及生活支援」等醫護養服務一體化之照顧體系。
3. 著重社區式及居家式服務方案，提供包括：社區整體照顧模式（成立社區整合型服務中心、複合型服務中心與巷弄長照站）、原住民族地區社區整合型服務、居家護理、居家及社區復健、喘息服務及家庭照顧者支持服務據點、照顧服務（居家服務、日間照顧、家庭托顧）、輔具購買/租借及居家無障礙環境改善、老人

營養餐飲服務、交通接送、長期照顧機構、失智症照顧服務、小規模多機能服務、預防性照顧（社區預防性照顧、預防或延緩失能之服務）、銜接照護（銜接出院準備服務、銜接居家醫療）等。

4. 持續推動各類長照人員（照顧服務員、社工人員、各類醫事人員、照顧管理人員）之培訓。完成長期照護醫事人員及照顧管理人員各三個階段課程規劃(Level 1、2、3)，並設計專業訓練課程，將特殊疾病（如失智等）需求納入課程內容。

「長期照顧十年計畫2.0」之經費從105年的40多億元，逐年增加到108年的338億元，預估109年將達近400億元，足見政府之重視。而計畫推動迄今，全國也已布建超過7千個社區服務據點，服務使用人數108年1至7月已突破20萬人，為107年同期的8萬餘人的二倍半，成效極佳。

(二)長期照顧服務法

為健全長照服務體系之發展，保障接受長照服務者之尊嚴及權益，並使長照制度具有完備之法源基礎，行政院仿效醫療法的精神，制定出七章五十五條的長期照顧服務法⁵，並已於民國105年05月15日通過，共七章六十六條，目前正持續在架構子法⁶與相關法律修法之階段。

(三)長期照顧保險法

為確保民眾均能平等而有效地獲得長期照護服務，減輕民眾取得長照服務的財務負擔，民國97年底行政院經濟建設委員會便已會同衛生署及內政部，開始規劃長期照護保險，擬用保險與稅收混合的方式，藉由國人自助互助、風險分擔的精神，籌措能永續支持長照服務發展的財源。98年7月衛生署成立「長期照護保險籌備小組」進行長照保險法規、體制、財務、給付、支付、服務輸送、服務品質等構面之規劃工作，今衛生署改制為衛生福利部，102年7月成立社會保險司接續規劃與推動長照保險制度，以保障全體國民長期照護的需求⁷。行政院已制定有長照保險法草案，將待進一步討論與審議。

三、臺灣老年人口對中醫的需求與使用

臺灣老年人口在中醫門診利用次數，並非是所有年齡群中最高的，65歲以上老年人的中醫利用率逐漸下降的。基於樣本數、取樣區域、觀察時間及統計方式等的不同，各研究統計出的中醫利用率略有差異，但一般多維持在20%~30%間⁸，已經不只一項研究發現^{9,10}，中醫的利用率和利用次數都呈現

門型曲線的特徵（迥異於西醫的J型曲線），亦即35到65歲間的人口中醫利用率和利用次數最高，但隨著歲數越高，利用率和利用次數反而會逐年降低，學者分析除了與人口結構中老年人口總數下降，以及老年人急重症的醫療利用增多外，老年人也可能因為行動限制等交通因素而減少中醫醫療門診之利用。並建議「未來中醫門診醫療應強化於老人醫療利用服務擴展以因應高齡化社會的到來」¹⁰。事實上，老年人因失能而導致無法自行決定醫療，以及送住機構等因素，都會使就診中醫門診的難度大增。

中醫在老年常見慢性或退化性疾病的控制與復健，以及急性病的預防，有著相當的優勢，民眾亦存在高度需求，故過去即已有研究指出中醫應主動輸送服務至長照場域，如行政院衛生署89年度之科技研究發展計畫中，曾調查長期照護機構對於提供中醫醫療服務態度，在十二家長照機構中，有八所訪談機構表示支持與贊成，原因包括住民自身需求、家屬肯定中醫對於慢性病及老化之療效、提供住民及家屬多元化的醫療照顧選擇及中西醫良性競爭可提高醫療品質等，且多數長照機構認為提供中醫醫療模式為以「特約中醫師」方式為最方便可行，足見長期照顧機構對中醫服務之需求¹¹。

四、長照個案接受中醫照顧之效益與實證

以長照機構之個案為例，目前無論國內、外長照機構所服務的住民年齡分佈90%為 ≥ 65 歲，10%為 ≤ 65 歲，75%的住民需要三項以上的日常活動功能協助，近九成的住民都罹患二種或以上的慢性疾病，其中高血壓、骨關節疾病、糖尿病、腦血管、呼吸與心臟疾病皆為長照機構老人常見的健康問題^{12, 13}。上述多重慢性疾病所造成的影響除了造成住民失能程度增加而須更多日常生活的協助外，也衍生出許多不適症狀，如：疼痛、失眠、呼吸困難與排便問題，以下就部分症狀提出實證¹⁴。

老年失眠是多重因子造成，常與共病症及藥物有關。與失眠相關的疾病有關節炎、慢性疼痛、肥胖、高血壓、高血脂、糖尿病...等。老人常有多重用藥，可能造成失眠的藥物有中樞神經刺激劑、高血壓藥物、支氣管擴張劑、神經科或身心科用藥¹⁵。機構中老人睡眠障礙比例更高，研究顯示機構住民睡眠品質不佳佔53%，有失眠情形的住民佔27.6%，有三成的住民對於主觀的睡眠品質感到不滿意，也曾使用過安眠藥助眠，超過一半住民睡眠效率未達85%，每週至少一次無法在30分鐘入睡者高達80%¹⁶。至於安眠藥的過度使用或濫用也被詬病，2005年美國國家衛生研究院失眠專家會議認為，常見的抗組織胺、抗癲癇藥物及抗精神病藥物常被用來治療失眠，但其風險高過益處，而苯二氮機鹽類(BZDs)則有過度嗜睡、注意力不集中的副作用，且與

認知障礙和跌倒有相關性，非苯二氮機鹽類(non-BZDs)亦有夢遊、惡夢等副作用。行為治療的效果較藥物持久，甚至可達二年，目前建議以行為治療作為老人慢性失眠的第一線治療，藥物作為第二線治療，此外，合併多種行為治療比單一治療效果更好。

對於無法配合行為療法的機構住民，中醫外治法即是非藥物療法的另一選擇。Hai Yong Chen的系統性回顧歸納出耳針被證實能改善失眠，效果甚至較diazepam佳。即使不使用針刺，穴位敷貼王不留行子並予以穴位按壓也有其作用，而最常被使用的耳穴點分別為：神門、心、後枕部、皮質下、腦、腎^{17,18}。另外也有研究顯示，對長照機構中失眠的住民按壓心經神門穴，可使睡眠品質量表(Athens Insomnia Scale-Taiwan form scores)分數獲得改善，甚至在停止穴位按摩的兩周內，仍能維持效果，且幾乎無副作用，建議可納入常規照護流程¹⁹。

便秘是老年人常見的健康問題，男性有四分之一，女性有三分之一有便秘，特別是在長照機構中，有53-73%護理之家住民有便秘問題²⁰，便秘並非老化必然的生理現象，老年人常因多種疾病與多重藥物使用等因素而增加便秘的機會。便秘會導致腹部不適、食慾減退和噁心，解便過度用力可能導致痔瘡、肛裂、直腸脫垂、肛門疼痛和出血等，也可能發生昏厥、心肌缺氧或腦血管意外。老年便秘最主要的問題是大便堵塞，尤其好發在活動力受限或心智功能下降的老人，可能因而導致腸阻塞、大腸潰瘍、小便滯留、泌尿道感染等併發症，也可能因糞便自堵塞處邊緣溢流出來，反而造成失禁或腹瀉的現象²¹。瀉劑的使用，則會有腹脹、排氣、腸絞痛或嚴重腹瀉等副作用，目前滲透性瀉劑如lactulose或polyethylene glycol為慢性便秘老年人的首選藥物，但需考慮其價格的昂貴²²。

目前實證醫學顯示中醫對老人便秘也有良好效果。在長照機構患有慢性便秘之住民中，隨機分配使用中藥製劑或lactulose八周，結果發現兩組皆有緩解便秘的效果，但使用中藥製劑的住民其自發性腸蠕動較增加、使用塞劑的次數較少，且費用也較便宜，顯示中藥製劑可作為常用瀉劑之代替品²³。在非藥物療法的部分，也可使用針灸促進腸道蠕動。研究顯示針刺足三里、上巨虛、天樞、水道、氣海、關元加上經皮電刺激(Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation)八週後，能促進副交感神經活動，改善便秘²⁴。

除了積極中醫針藥治療之外，中醫護理也可應用於長期照護，舉凡膳食衛教、穴位按摩、太極拳、八段錦功法及中醫五行音樂等，皆可做為長照機構常規照護的內容²⁵。尤其未來推動長照2.0，更著重預防及延緩失能之服務，

並擴大失智症老人為服務對象。有研究指出，長照機構成員（60歲以上長者），在接受每週三次、每次55分鐘之銀髮太極健身操12週後，舒張壓下降、柔軟度增加、體脂肪及內臟脂肪下降，心理之憂鬱狀況也有顯著改善²⁶。這些都有助於延緩失能發生。

綜上所述，中醫的治療對於患者有益。藉由中醫參與長期照顧機構制度的建立，可使失能者不會因行動不便、無法自主或送住機構等因素而影響其接受中醫的服務，期在中醫服務導入後，改善國內長期照護機構住民慢性病的惡化、維持住民獨立功能和節省慢性病之照護成本，並促進老人健康與生活品質。

五、規劃中醫參與長期照護制度之模式

依照《長期照顧服務法》第三條之定義，長期照顧係「指身心失能持續已達或預期達六個月以上者，依其個人或其照顧者之需要，所提供之生活支持、協助、社會參與、照顧及相關之醫護服務。」本法於第十、十一、十二條規範居家、社區、機構住宿等三類場域之服務項目，皆有「醫事照護服務」和「預防引發其他失能或加重失能之服務」等兩項，另本法附帶通過決議之第十一項亦明言：「長照體系應該是一個涵蓋醫療照護與照顧服務的持續性照護體系，只有無縫的銜接與跨領域的照護計畫才能真正提供優質的長照服務，而非創立照護體系中另一個鴻溝，建立片斷的服務體系只是讓民眾更受苦。」再鑑於世界衛生組織提出「隨著當前全球普遍的財政緊縮，在健康促進、自我衛生保健和疾病預防方面使用傳統和互補醫學，實際上可減少衛生保健費用。」日本、韓國也皆有傳統醫學之專業人員參與長期照顧體系，建立臺灣長照體系的中醫醫護服務管道與模式，在實證的基礎上，發揮中醫提升生活及照顧品質的優勢，有其多方而深遠的意義。

基於上述背景，我們希望透過本計畫提出具體中醫參與長照服務的流程與模式，並在長照場域中收案評估成效，再依據結果及專家意見回饋進行檢討改善，研擬適合的作業指引，並對未來中醫參與長照之政策提出規劃建議。

貳、材料與方法

一、合作機構考察與團隊會議

- (一) 邀請住宿式長期照顧機構等單位進行合作。
- (二) 住宿式長照機構因住民的居住環境、飲食及照顧品質等條件一致性較高，可視為研究上的同一族群(cohort)，以之作為評估中醫照顧模式成效的基礎，能降低偏差(bias)的產生。
- (三) 計畫人員將先進行合作機構之實地考察，了解住民現行照顧現況，調查住民需求等，同時召開團隊會議邀請機構同仁參與，並於溝通後取得合作共識。

二、籌組專家諮詢委員會

邀請專家至少 7 名，將含括中醫藥護、西醫及長期照顧相關領域等之長官與學者專家，並邀請參與專家會議。

三、期初專家會議

將討論本年度計畫重點「中醫優化長照個案照顧品質方案---呼吸系統」模式、「中醫參與長期照護顧制度之模式政策建議」及「長照機構中醫照顧模式作業指引」等議題。

四、擬定「中醫優化長照個案照顧品質方案－呼吸系統」模式草案

依專家會議之共識，擬定施行細節，建立「中醫優化長照個案照顧品質方案－呼吸系統」模式的收案條件、排除條件、分組方式、受試者數目、評估指標、執行方式等內容。

五、相關臨床收案準備工作（含 IRB 審查）

待「中醫優化長照個案照顧品質方案－呼吸系統」模式草案確定後，將撰寫 IRB 計畫書申請審查、估算藥品需求量聯繫廠商備製與制訂試驗收案查給藥及追蹤流程等。

六、模式施行與收案

擬待 IRB 審查通過後，開始招募個案進行介入，並於施行後評估其結果與成效。

七、收案進度檢討

模式施行後，排定於期中報告前舉行至少一次團隊檢討會議，討論收案進度和照顧面或流程所遭遇的問題，並提出改善措施。

八、期中報告

撰寫期中報告：進度評估，初步成果彙整，問題分析及改善方案，及相

關紀錄。

九、收案資料統計及分析（含案例報告製作）

（一）中醫呼吸系統長期照顧服務模式收案統計，相關資料建檔。

（二）案例撰寫

（三）相關成效與指標分析

十、第二次專家會議

擬討論「中醫優化長照個案照顧品質方案---呼吸系統」施行之結果，及「中醫參與長期照護制度之模式政策建議」和「長照機構中醫照顧模式作業指引」等議題。

十一、中醫參與長期照顧制度之模式經驗分享會

本年度擬召開 1 場中醫參與長期照顧制度之模式成果經驗分享會。

十二、長照機構中醫照顧模式作業指引

（一）參考施行成果以及「中醫參與長期照顧模式專家諮詢委員會」所提出建議修訂。

（二）依服務場域、對象、評估方式（含評估量表等工具）、照顧目標、中醫照顧計畫及品質指標等項目為大綱

十三、中醫參與長期照顧制度之模式政策建議

透過「中醫參與長期照顧模式專家諮詢委員會」，參考前揭目標之成果，討論中醫參與長期照顧制度之照顧模式，並擬定政策建議書一份。

十四、期末報告及製作相關文宣與影片

完成期末報告並製作相關文宣與影片。

十五、研究流程圖

請詳見圖表-圖一

參、結果

一、合作機構考察與團隊會議

團隊於 108 年 5 月 14 日拜訪馨園長期照顧中心暨吉康護理之家，分別與負責人李護理長及廖護理長討論合作案細節。

108 年 5 月 14 日拜訪吉祥老人養護中心暨寶祥長期照護中心，與負責人林主任討論合作案細節。

108 年 5 月 21 日拜訪衛生福利部彰化老人養護中心暨雲林基督教醫院附設護理之家，分別與負責人譚院長及楊護理長討論合作案細節。

108 年 5 月 28 日拜訪鹿港基督教醫院附設護理之家暨衛生福利部中區老人之家，分別與負責人洪護理長及陳主任討論合作案細節。

二、籌組專家諮詢委員會

本計畫已邀請包括中醫、西醫胸腔科與長照第一線之照護專家(分別來自彰化、南投與草屯等地之公私立長照機構共九間 11 名專家)，組成專家諮詢委員會。(附件一、專家邀請名單)

三、期初專家會議

本計畫於 108 年 3 月 5 日召開專家會議，邀請中醫師、西醫胸腔科醫師與長照第一線之照護專家(分別來自彰化、南投與草屯等地之公私立長照機構共九間 11 名專家)，討論「中醫優化長照個案照顧品質方案---依功能系統分類」相關議題並達成初步共識，設計「運用中藥降低長照機構肺炎高風險住民肺炎發生率之研究」。當日議題包括：

【議題一】是否把 ADL 作為收案的條件？

【議題二】收案條件提到生命徵象穩定期間要持續多久？急性病癥指的是什麼？

【議題三】如果參與這個研究大概需要多少樣本數？是否針對研究計畫舉辦說明會？

【議題四】之前參與泌尿道感染的計畫的住民有持續在吃泌尿道感染的中藥，那是否要排除收案？

【議題五】收案樣本數約略需要 180 位的依據是什麼？

【討論六】如果計畫結束後是否中醫這邊會持續提供服務？

【討論七】目前只有西醫進行醫事合作服務，未來中醫可以直接進入機構做門診服務或巡診嗎？

【討論八】是否能進入 C 據點為長者服務？計畫用藥是否能融入食材請廚

師煮成煲湯給長輩服用？

【討論九】狀況比較不佳的個案無法採驗檢體，是否影響研究計畫？

會議出席名單與詳細會議內容如附件三。

四、擬定「中醫優化長照個案照顧品質方案－呼吸系統」模式

本計畫經專家會議討論與共識後訂立之中醫優化長照個案照顧品質方案為「中醫協助預防長照機構高風險住民肺炎之發生」，故設計「中藥對長照機構高風險住民肺炎發生率之影響」的隨機對照試驗，試驗內容如下

(一) 收案條件：

年紀大於 65 歲之長照機構住民，巴氏量表小於 90 分，經醫護人員診察，至少持續兩周生命徵象穩定且未有急性病徵者，並同時須合併下「肺炎高風險」條件之一之族群。

肺炎高風險：

- A. 慢性肺病病史（如氣喘、慢性阻塞性肺病等）
- B. 心臟衰竭病史
- C. 糖尿病病史
- D. 失智症病史
- E. 中風後遺症
- F. 氣切
- G. 鼻胃管使用
- H. 過去半年曾發生過一次（含以上）肺炎或過去一年曾發生過至少兩次（含以上）肺炎者

(二) 排除條件：

- A. 經醫護人員診察，屬生命徵象不穩定或有急性病徵者
- B. 無法配合中醫相關處置者（例如：不願意或無法服用中藥等）
- C. 預期壽命不到一個月，或有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已不可避免者（例如：癌症或八大非癌末期等）
- D. 已在洗腎或末期腎病變患者(ESRD)
- E. 個案或照顧者主動表示，個案過去服用半夏厚朴湯或定喘湯曾發生不良反應者，則排除之。

(三) 收案管道：

- A. 向彰基體系或彰基中醫部合作過之長照機構說明計畫，徵詢機構參與意願。
- B. 機構同意後，由機構照護人員（護理或感管人員等）進行住民之

病歷回顧，篩選出該機構符合任納入條件並同意參與研究計畫者。

C. 研究人員向個案與家屬說明計畫後簽署。

(四) 受試者數目：

肺炎高風險族群的肺炎發生率約 30%²⁸，假定中藥組能降低 50% 的發生率，檢定力設 80%，流失率設 20%，推估實驗組與對照組各約需 80 人，兩組共 160 人。

(五) 分組方式：

本研究為單盲、隨機對照試驗，將以長照機構為單位，採取塊狀排列隨機分派(permuted block design)為兩組，block size 為 4 或 6，實驗組為 80 人、對照組為 80 人。

(六) 執行方式：

實驗組接受中藥粉「定喘湯」與「半夏厚朴湯」的合方共 10 克/天。對照組則接受焦糖染色之澱粉 10 克/天。兩組皆每天服用兩次 (BID，早晚飯後，與西藥間隔一小時)，每次 5 克，連續服用 12 週。收案流程如圖表-圖二。

服藥期間若因故住院或因故服用抗生素，則暫停試驗中藥，至返回機構或抗生素服用結束後繼續服用。

(七) 評估方式

- A. 服藥期間 (12 周) 肺炎住院率
- B. 住院率與住院天數統計 (含各因素造成之住院)
- C. 試驗期間死亡率 (含各因素造成之死亡)
- D. 痰液細菌染色鏡檢 (給藥前、12 週末收集)：常規檢體量需 5-10ml，細菌培養將由彰化基督教醫院執行，痰液採集將由機構護理人員協助執行。
- E. 抽血檢驗 (給藥前與第 12 週末收集) 包括營養指標如白蛋白 (albumin)、運鐵蛋白 (transferrin)、血紅素 (Hb)、白血球總數與白血球分類計數 (WBC/DC) 與肝腎功能 (GPT、Creatinine) 等。抽血主要由研究團隊執行。

(八) 統計方式

- A. 基本資料的比較將採用 Chi-square test 或 Fisher's exact test。
- B. 抽血檢驗的前後比較將採用 Wilcoxon Signed Ranks Test 或 Paired t-test。

C. 肺炎的累積發生率將採用 Kaplan-Meier analysis 呈現，P 值使用 Log-rank test。

D. 風險比(HR)將採用 Cox proportional-hazards regression analysis。

五、相關臨床收案準備工作（含 IRB 審查）

108 年 4 月 25 日彰化基督教醫院審核通過（核准證明請參閱附件五）。

108 年 5 月 14 日至 108 年 5 月 28 日陸續與各合作長照機構接洽合作模式，討論執行細節與互相協助之內容。

六、模式施行與收案

108 年 6 月 1 日至 108 年 6 月 9 日完成受試者同意書簽屬。

108 年 6 月 25 日至 108 年 7 月 2 日完成介入前的受試者中醫體質辨證（含舌診、脈診）、檢查抽血檢驗、痰液收集與量表評估等。

108 年 6 月 26 日至 108 年 9 月 24 日同步在八家長期照護機構開始介入（投藥）。

108 年 9 月 15 日至 108 年 9 月 28 日完成介入後抽血檢驗、痰液收集與量表評估等。

108 年度與長期照顧單位，「吉祥老人養護中心」、「寶祥老人長期照顧中心」、「衛生福利部中區老人之家」、「衛生福利部彰化老人養護中心」、「馨園老人長期照護中心」、「吉康護理之家」、「鹿港基督教醫院附設護理之家」、「雲林基督教醫院附設護理之家」機構進行合作收案。

108 年度計畫預計收案 160 人，合作機構計 8 間。收案流程圖如附件四

七、收案進度檢討

研究團隊於 108 年 5 月 24 日開收案進度討論會。（附件二-圖 2）

主要討論內容包括：

1. 分配訪視機構
2. 確認第一次訪視時間
3. 訪視頻率為每兩周一次及每周一次電話聯絡機構負責人詢問住民狀況。
4. 說明個案報告表內容及書寫方式
5. 紀錄服藥前患者狀況、舌診、脈診及中醫體質辨證
6. 提醒中藥品開立方式與流程及注意事項

會議出席名單與紀錄如附件六。

八、期中報告

108 年 7 月 31 日完成撰寫期中報告包含進度評估、初步成果彙整、問題分析及改善方案及相關紀錄。

107 年 8 月 14 日至衛生福利部出席計畫期中報告。

九、收案資料統計及分析(含案例報告製作)

「中藥對長照機構高風險住民肺炎發生率之影響」的隨機對照試驗：

初步結果顯示，至 108 年 10 月 15 號為止共收案 160 人，納入分析人數為 144 人。其中實驗組人數 70 人，女性 33 人，平均年齡 78.64 歲(± 12.15)，Charlson Index 2.19 (± 1.48)分；對照組 74 人，女性 35 人，平均年齡 79.2 歲(± 11.7)，Charlson Index 2.42 (± 1.33)分。納入分析資料共 144 人，經由 Student's t-test 統計結果顯示實驗組與對照組基本資料無明顯差異，詳如圖表-表一。

在服藥 12 週期間內，實驗組的感染率為 10.0%，感染密度 16.6‰；感染率 35.1%，感染密度 74.1‰。

以 Kaplan-Meier 法呈現服藥 12 週期間內「肺炎道感染」累積發生率如圖表-圖三，透過 Log-rank test 檢定後，實驗組的發生率顯著低於對照組($p < 0.001$)。

實驗組介入期間內「肺炎感染入院率」經 Cox 比例風險回歸模式分析顯示，無論單一變相或經多變項回歸校正的情況下，實驗組的風險都較對照組為少($p < 0.05$)，詳如圖表-表二。

痰液細菌染色鏡檢(Gram stain)方面，實驗組服用中藥後革蘭氏陽性球菌、革蘭氏陰性桿菌、革蘭氏陽性桿菌皆顯著下降($p < 0.05$)，僅革蘭氏陰性球菌無顯著差異；對照組呈現革蘭氏陽性球菌顯著下降($p < 0.05$)，蘭氏陰性球菌顯著上升($p < 0.05$)，詳如圖表-表三。

營養指標(albumin、transferrin、Hb)方面，實驗組服用中藥後與服用前對比，Albumin 顯著增加($p = 0.003$)、Transferrin ($p < 0.001$)，僅 Hb 無明顯變化，對照組前後測對比則無顯著故不表示，詳如圖表-圖四。

血液檢驗方面，實驗組的嗜中性白血球在服用中藥後顯著減少($p < 0.05$)，對照組前後測對比則無顯著差異，詳如圖表-圖六。

肝腎功能方面，實驗組與對照組的 GOT 與 Creatinine 皆無顯著變化，唯實驗組 eGFR 反略有提升($p < 0.05$)，詳如圖表-圖五。

十、第二次專家會議

108 年 11 月 06 日於彰化基督教醫院舉辦 108 年度「建立中醫參與長期照顧服務模式計畫」第二次專家會議。(照片請參閱附件二圖 11、12，詳細會議記錄請參閱附件八)

當日除報告試驗結果，並討論政策建議與作業流程之制定，重要議題包括：

【討論一】長照機構長輩對中醫接受度高，是否有適當管道能長中醫師至機構提供服務？

【討論二】中醫是否可以根據季節設計適合機構長輩的茶療，用少量的經費並做出成效？

【討論三】護理之家的住民有對針灸復健有較高需求，許多顱腦和脊髓損傷以及中風住民的，在西醫急性期治療結束後來到機構，中醫能否接手進行延續性的復健照護？

【建議一】去年泌尿道計畫中醫治療後許多病人仍延續治療，建議配合健保資料庫，將近年研究成果進行比較，並且定期開立抽血單張搭配藥方健保碼，協助病人做定期追蹤，即可做比較，使用少量的經費即可達到更高的研究價值。

【建議二】疫苗保護力時間及疫苗是否對影響研究結果還需進一步討論。從上次 11 月打完疫苗至計畫開始 6 月底 7 月初，疫苗是否還具保護力進而影響實驗數據，還需要再斟酌。

【建議三】中醫介入長期照顧機構，其中有幾個病症較建議發展：偏頭痛、失眠、失智症等，尤其失智症住民在秋冬時整天情緒不穩定容易不吃不喝不睡，失智行為問題較為嚴重相較於記憶力，難以控制。未來可設計試驗導入針灸介入，觀察情緒行為問題、就醫次數或治療藥物的用量等有無下降。

【建議四】中醫打拳影片可以提供到長照機構或是院內網頁的資料，供長期照顧機構長輩做為常規運動。另也建議將打拳模組推廣至社區，針對部分仍有站立能力的長輩，建議新增站立的形式，可協助長輩訓練腹部、腰部、腳部的肌力。

十一、中醫參與長期照顧制度之模式經驗分享會

本計畫於 108 年 10 月 15 日彰化基督教醫院辦理「中醫參與長期照顧服務模式分享會」(議程如附件九)，由主持人發表近年研究成果，供院內同工、院外嘉賓參考。演講題目：在長照團隊中發揮中醫師之專業。研究會照片詳見附件二圖 8-10。

另外本計畫執行期間團隊亦陸續參與多場中醫界與衛福部長照司、健保署及國衛院等有關單位舉辦之會議，擴散本計畫之成果與經驗，協助提出實證資料、提供政策制訂與政策協調之建議，以期與開通中醫參與長照之管

道，釐清相關疑異，爭取中醫在長照場域之發展。重要活動紀事包括：

- (一) 2019-03-17 中醫師全聯會舉辦第 89 屆國醫節大會暨中醫健保成果報告，期間全聯會陳旺全會長向蔡英文總統提出將中醫納入長照體系之建議，蔡總統表示政府已記下該建議，並強調未來政府會持續投入更多資源，促進中醫藥相關產業發展，團隊主持人亦於會中向中醫界之先進同道暨健保會委員報告歷年執行中醫參與長照計畫之成果(如附件二-圖 3)。
- (二) 2019-04-25 團隊主持人暨協同主持人向衛福部陳時中部長、中醫藥司黃怡超司長與長照司周道君副司長報告中醫參與長照之現況與遭遇之障礙。部長指示相關部會召開會議，進行政策溝通與協調(如附件二-圖 4-6)。
- (三) 2019-05-09 中醫師全國聯合會參與「居家中醫醫療服務收案條件之收案程序溝通會議」，本團隊提供過去執行成果與相關資料，終於讓中醫師納入居家團隊，並爭取到收案對象由原限於四大疾病類別包括急性中風、腦傷、脊髓損傷、腫瘤等，開放為居家三階段皆可收案，另原定由西醫師照會轉介的模式，也開放成為中醫師能自行收案。「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」已於 2019-05-30 公告修定，並於 2019-06-01 實施，正式開通中醫參與長照的其中一條管道。
- (四) 2019-06-09 國衛院「高齡健康與長照研究中心」舉辦「長照中醫」研議論壇，團隊主持人與協同主持人參與協助制訂「中醫於高齡健康與長照政策規劃建議書」之部分章節。
- (五) 2019-06-20 團隊主持人與協同主持人參加衛福部長照司召開之「發展具中醫特色之長照服務研商會議」，釐清相關疑義，及商討日後中醫參與長照之方向。

十二、擬定「長照機構中醫照顧模式」作業指引

「長照機構肺炎高風險個案之中醫照顧作業指引」請參閱附件九。

十三、中醫參與長期照顧制度之模式政策建議

中醫參與長期照顧制度之模式政策建議請參閱附件十一。

十四、期末成果報告

108 年 11 月 09 日完成期末成果報告撰寫。

本計畫業已製作完成中醫居家醫療之宣傳短片以及海報各一，可供日後推廣中醫居家醫療時使用，影片圖例如附件二-圖 7。

其他具體成果方面，本團隊於 104 年曾提出一份「中醫參與長期照顧制度之模式政策建議書」，106、107 年又提出修訂版，重要建議內容如：

- (一) 應規劃中醫參與居家醫療之服務管道
- (二) 中醫師全聯會鼓勵中醫師參加Level I、II、III等長照相關專業教育訓練
- (三) 社區失能(智)預防與延緩之方案中宜有一定比例之中醫之課程
- (四) 中醫診所成為社區服務據點
- (五) 長期照顧相關協會、學會、系所和民間團體等，安排中醫角色之介紹與照顧經驗交流等，近三年內在上級長官和各界夥伴的支持以及中醫界的努力之下，已逐步得到落實，如：

1. 健保署於 107 年共召開三次會議，研議如何將中醫納入居家醫療整合照護計畫，本團隊提供過去執行成果與相關資料，終於讓中醫師納入居家團隊，並爭取到收案對象由原限於四大疾病類別包括急性中風、腦傷、脊髓損傷、腫瘤等，開放為居家三階段皆可收案，另原定由西醫師照會轉介的模式，也開放成為中醫師能自行收案。「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」已於 2019-05-30 公告修定，並於 2019-06-01 實施，正式開通中醫參與長照的其中一條管道。
2. 本團隊也曾於107年協助彰化縣中醫師公會撰寫「彰化縣社區居家中醫服務補助計畫」案，並獲彰化縣政府撥款支持，使彰化縣的中醫師能率全國之先進行居家中醫照護；
3. 目前中醫師公會皆和西醫師公會定期共同辦理Level I~ II 的課程，Level III也能開放中醫師能參與，而中醫界內部制定的Level II目前也已在著手規劃中；
4. 本團隊將本計畫中改良的八式太極拳之課程內容，製作成 12 週之教案---「康壽太極-運用古典養生學預防及延緩失能與失智」，向彰化縣衛生局進行地方自薦，並獲審核通過，業已在彰化縣的與失智社區據點施行，並擴散到台中的 C 據點，未來更期盼能提升為全國性之方案；
5. 彰化縣和桃園縣已有各一間中醫診所申請長照C據點成功，且運作良好，未來應會有更多中醫院所參與；
6. 團隊成員更積極參與各項長照相關會議，分享中醫師在長照的定位與服務內容，增進長照團隊各職類以及民眾對於中醫師角色之了解。

肆、討論

肺炎(pneumonia)是長照機構住民第二常見的感染症，也是導致長照住民死亡與住院的主要原因，其發生率也較一般社區住民高出 6~10 倍。若能有效減少長照住民的肺炎發生率，將能減少死亡率與住院率，近而減少相關併發症（如營養不良與功能退化等）與醫療費用。

施打肺炎鏈球菌疫苗與流感疫苗已證實能減少老年人的肺炎發生及後續併發症的嚴重度，唯仍無法完全杜絕肺炎之發生，除了與疫苗保護力的侷限及個體的差異性外，也與吸入性肺炎的發生有關。

根據世衛組織傳統醫學策略之建議，使用傳統和互補醫學，實際上可減少醫療健保費用的支出。針對吸入性肺炎，過去已有研究指出，中藥方劑「半夏厚朴湯」可透過增加「substance P」的濃度，提升反覆吸入性肺炎患者的吞嚥能力，也用於減少失智症老人吸入性肺炎之風險。日本老年醫學會編纂之「高齡者の安全な藥物療法ガイドライン 2015」也建議中風患者可使用「半夏厚朴湯」增加吞嚥與自咳能力，減少吸入性肺炎之發生。針對慢性肺病等造成的老年肺炎，有研究者以射干麻黃湯配合西藥 Mucosolvan 加強緩解老年支氣管哮喘，考量長照機構的肺炎高風險族群，多為偏虛寒而兼有熱痰的寒熱錯雜體質，「定喘湯」則是一個有預防肺炎潛力的方劑。「定喘湯」是中醫臨床控制老年慢性肺病與氣喘的常用方，對於呼吸道發炎疾病的控制效果有臨床與基礎的研究支持。

以中醫的觀點來看，「半夏厚朴湯」與「定喘湯」合方，則具宣降肺胃之氣，清痰化熱痰的功效，適合長照機構肺炎高風險族群常見的易喘多痰之症狀，同時「半夏厚朴湯」與「定喘湯」合方也不會過於寒涼或燥熱，適合大部分的體質作為預防肺炎的使用。

故本計畫提出「中藥對長照機構高風險住民肺炎發生率之影響」的隨機對照試，納入長照機構內屬於肺炎高風險的族群，給予持續三個月之「半夏厚朴湯」與「定喘湯」合方，探討能否降低給藥期間之肺炎發生率等相關指標，以突顯中醫在長照場域預防醫學的優勢。

本計畫試驗方案：「中醫優化長照個案照顧品質方案---呼吸系統」使用中藥方劑「半夏厚朴湯」與「定喘湯」合方減緩長照住民肺炎發生機率。初步結果顯示肺炎感高染風險之長照個案在接受中藥介入後，實驗組服藥 12 週期間的「肺炎感染住院率」較對照組為低($p<0.05$)詳如：表二，顯示中藥方劑能有效減緩長照住民肺炎住院。實驗前後皆有做血液檢測與痰液檢

測能明確了解服用中藥方劑可否在生理上有助於長照住民，初步結果顯示實驗組血中的嗜中性白血球與痰液中的細菌量有減少($p<0.05$)，而實驗組白蛋白、轉鐵蛋白等營養指標亦顯著上升($p<0.001$)詳如：圖四、六。說明長照住民服用中藥方劑可透過減緩肺部發炎與提升免疫力。另外服用中藥期間對肝腎功能亦無造成影響，甚至有提升腎功能的潛力($p<0.05$)詳如：圖五，我們提出假設或許是因中藥透過減緩肺部發炎與提升免疫力，減少肺部感染的發生，進而減少住院率，保留較好的營養狀況。

本試驗受限於經費與計畫時限等因素，介入時間僅能到 12 周，未來應有更長時間的介入以觀察長期效果。

另值得一提的是，本團隊近三年所提出的方案皆需服用科學中藥，常會遇到合作機構的護理人員與家屬反應住民平時已經服用多種西藥，擔心再服用中藥會增加身體的負擔，以致對加入試驗有所遲疑。為澄清照護人員與家屬因不清楚而存在的誤解，本團隊特準備資料說明關於服用中藥對身體的影響，指出少數確實有肝腎毒性的偽禁中藥材早已禁用，近年更有數篇研究皆已指出在中醫師合理指導下使用科學中藥，非但不會對身體造成負擔，甚至能改善慢性腎臟病患者的預後，且目前臺灣的科學中藥粉由各大藥廠製作，對於藥材的進口與製程都有相關單位做嚴謹的檢核與把關。而護理人員與家屬在聽過說明後，大多可轉為支持及配合。另本研究之結果也證實在專業中醫師處方下合理使用中藥，並不會對肝腎功能造成影響，甚至可能有保護腎功能的潛力，這樣的資訊應該積極推廣，改正各界對於中醫藥不正確的刻板印象。

伍、結論與建議

本團隊認為中醫在長照場域要發揮重要角色，就應針對長照場域的需求，發展具實證力與專一性的問題解決方案（亦即中醫在長照的商業模式），才能為服務提供者（中醫界）與接受者（長照服務受眾）雙方創造最大經濟效益。而中醫在長照領域的優勢主要在「特定疾病與失能的預防」，次則是「照顧問題的解決方案」與「復能」。

本團隊三年來已示範性提出針對包括泌尿道感染與肺炎高風險族群的中醫預防方案，以及養生運動---太極拳八段錦提升 IADL 模式等，並皆有實證數據支持有助於提升長照系統的品質，延緩失能程度，及減少相關花費與負擔。企望未來能推廣與擴散，形成「當長照場域有符合這類條件之個案，就應照會中醫協助預防」的共識與政策。

本計畫 106 至 108 年度共舉行過多次專家會議及三場大型研討會，與會專家學者及長官等肯定中醫能共同參與高齡醫學暨長期照顧的領域。對於弱勢的失能族群與長輩，共同以全人、全團隊及全程照顧的理念，讓各職類都能貢獻心力、發揮所長，實為社會進步的表現，更是我們弱勢朋友乃至家屬和照顧者之福祉。且經過 106 至 108 年度至長照場域實務參與，並執行相關試驗方案後，中醫界逐漸能提出更具體、更有實證力的中醫臨床服務內容與其效益，建議應繼續支持衍生性之研究，讓試驗品質能提升至最佳，並持續推動相關中醫照護方案成為常態性的長照服務內容，推廣至長照各場域。

有關日後中醫參與長照服務之發展，擬建議如下：

（一）中醫界累積更多長照情境的照護經驗。現行長照場域已逐步開放中醫參與，針對三種不同的長照場域持續完善相應之服務模式，重點建議如下：

1. 居家式：「居家醫療整合照護試辦計畫」已在 108 年 5 月底正式將中醫納入團隊，並將收案對象由原限於四大疾病類別包括急性中風、腦傷、脊髓損傷、腫瘤等，開放為居家三階段皆可收案，另原定由西醫師照會轉介的模式，也開放成為中醫師能自行收案。

唯目前有意願參與能力執行居家醫療的中醫院所仍極少，除給付效益的衡量，個案來源和軟硬體配置等問題對中醫院所來說都是有待克服的障礙。建議相關主管機關應提出配套之輔

導措施並提供適當資源，協助中醫院所能順利參與居家醫療，例如個案來源部分，應協助中醫院所媒合至當地適合的居家醫療團隊，另長照管理中心等官方有關單位能回答民眾疑問，並協助民眾連結到所需的中醫資源。

2. 機構住宿式：目前公私立中大型住宿式機構未有常態的中醫診療服務，然而過去的研究調查皆顯示機構對中醫的需求很高，亦有越來越多相應的實證支持中醫加入之效益，建議應參考西醫及牙醫現行之模式（如牙醫門診總額特殊醫療服務計畫等），設立中醫駐診空間，提供居住機構行動不便或失能的長者公平、便利的中醫服務，同時也應比照西醫，開放與發展機構的中醫巡迴診療服務模式。
3. 社區式：發展社區健康養生巡迴診療等服務，同時持續發展以中醫為主體的日間照護模式，並持續提升失能(智)預防與延緩方案中中醫課程之比例，長照司全國性之失能(智)延緩方案宜有部分名額保留予中醫界，目前在近兩百個長照司負責之方案模組(107+78)裡完全仍沒有中醫界所提出的模組，實極為可惜，建請中醫藥司及長照司能主導邀請中醫界代表共同協商，讓中醫優質的方案與人才實際參與進長照體系。另亦建議中央主管單位能持續提供研究案或輔導方案之經費，協助基層中醫院所開發有助融入社區預防醫療與長照的模式與方案，深化中醫師在社區的影響力。

- (二) 相關法規與流程的鬆綁，經費的支持。由中醫師全聯會協助了解相關法規是否有所限制，並爭取相關單位經費與行政流程的支持。
- (三) 中醫特色養護服務納入長期照顧給付與未來的長照保險。建請相關單位規劃中醫特色養護服務納入長期照顧保險，包括養生操、藥浴、薰洗、中醫飲食宜忌衛教、經絡穴位按壓、藥膳食療衛教、體質調理等服務內容，以讓失能者能選擇更多元而全面的照顧方式。
- (四) 於福利機構設置中醫診間及建立中醫照顧模式。建議衛生福利部參照內政部於民國 97 年在身心障礙福利機構設置牙醫診間及 104 年於部屬老人福利機構設置口腔照護模式，於部屬老人福利機構先行試辦中醫醫療服務並補助相關設施經費。

有關日後中醫長照服務的品質提升之規劃，擬建議如下：

1. 中醫界進行更多以長照情境為主要的研究。建請相關單位支持中

醫界進行更多以長照情境為主的研究，累積更多實證資料，可著重於預防失能或失能加重、重度失能的症狀照護、安寧療護、緩和療護、失智症的防治與延緩以及中醫高齡醫學等主題。

2. 持續挹注充足經費支持長照場域中醫臨床研究的深化與優化。
中醫治療有益於長照個案的實證已越來越多，唯國家資助之中醫研究之在經費與時程等存在諸多限制。舉例而言，在失能的延緩與預防方面，對於輕度到中度失能之個案，如欲測量其肌力變化，一般測量體適能之客觀儀器如握力器等多難以適用於該群個案，而高階的肌力測量儀如 microfet 等，則動輒數萬至數十萬間，同樣若欲測量步態與協調等功能，高階的客觀運動狀態測量儀器更是價位驚人。另外關於中藥研究的執行，一般得標之經費，僅夠聘請一般能處理行政事務之助理，有關試驗部分也只能委其執行最基礎的工作如資料登記等，若需增加樣本數，延長介入時間(到半年甚至一年)，以及提升試驗複雜度(如雙盲)等，則絕對需有再聘請專門的臨床試驗管理人員參與，才能確保試驗之品質，以目前歷年得標之經費實難達成。隨著全球及臺灣人口的持續老化，長照場域做為未來醫療場域以外的健康照護研究的重點，許多主題仍值得中醫界投入，期待未來國家能持續挹注充足的資源支持長照場域中醫臨床研究的深化與優化。

3. 中醫師應積極融入長照團隊。

- 3-1 中醫師全聯會持續鼓勵中醫師參加 Level I、II、III 等長照相關專業教育訓練，以熟悉長照的情境、語言和照顧目標，並取得參與長照體系的基本資格。

- 3-2 建議中醫藥司能持續挹注資源協助中醫師全聯會及各地公會等，建立中醫師的社區醫療網，以便媒合個案，深化中醫師在社區的影響力。

4. 團隊成員的相互了解與交流。為了讓長照團隊的其他成員更清楚中醫的角色與專業，中醫界應制定有實證基礎的標準教材以及照顧指引，在各職類的培訓及再教育時介紹。對象單位如：

- 4-1 勞動部

- A. 照顧服務員訓練課程：增加合適的中醫照護知識技能，以及預防職業傷害之自我保健。

B. 家庭照護訓練課程(待長期照顧保險法實施後)-同上。

4-2 衛福部-委託各縣市政府衛生局

長照相關人員的教育進修課程:可安排一定比例的中醫知識技能。

4-3 長期照顧相關協會、學會、系所和民間團體等，安排中醫之介紹與照顧經驗交流，並進一步共擬合作計畫。

5. 中醫長照的社區宣傳衛教。中醫界應當在社區有計畫的安排宣導活動，讓民眾了解長期照顧結合中醫的益處，進而支持中醫長照的服務。
6. 中醫系醫學生增加長期照顧相關之教育時數。為及早因應我國超高齡社會之來臨，提供長照多元照顧服務模式，建議衛福部、教育部推動產學合作，規劃中醫師養成教育時，應安排長照體系服務實習一定之時數，讓中醫職類提早熟悉長照服務團隊以了解更多長照之情境。
7. 中醫導引相關專業職類之養成。未來於長照體系提供中醫特色照護模式，如教導失能者太極拳或八段錦等中醫導引時，指導人員應具備一定程度的中醫基本知識與運動醫學知識，或通過中醫導引之訓練與認證，建請有關單位重視相關專業職類之養成，以及中醫導引等相關之訓練與認證的規範化和制度化，以在日後為長照體系提供更高品質、更具一致性的中醫特色照護服務。

誌謝

本研究計畫承蒙衛生福利部計畫編號 MOHW108-CMAP-M-113-000102 提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此致謝。

陸、參考文獻

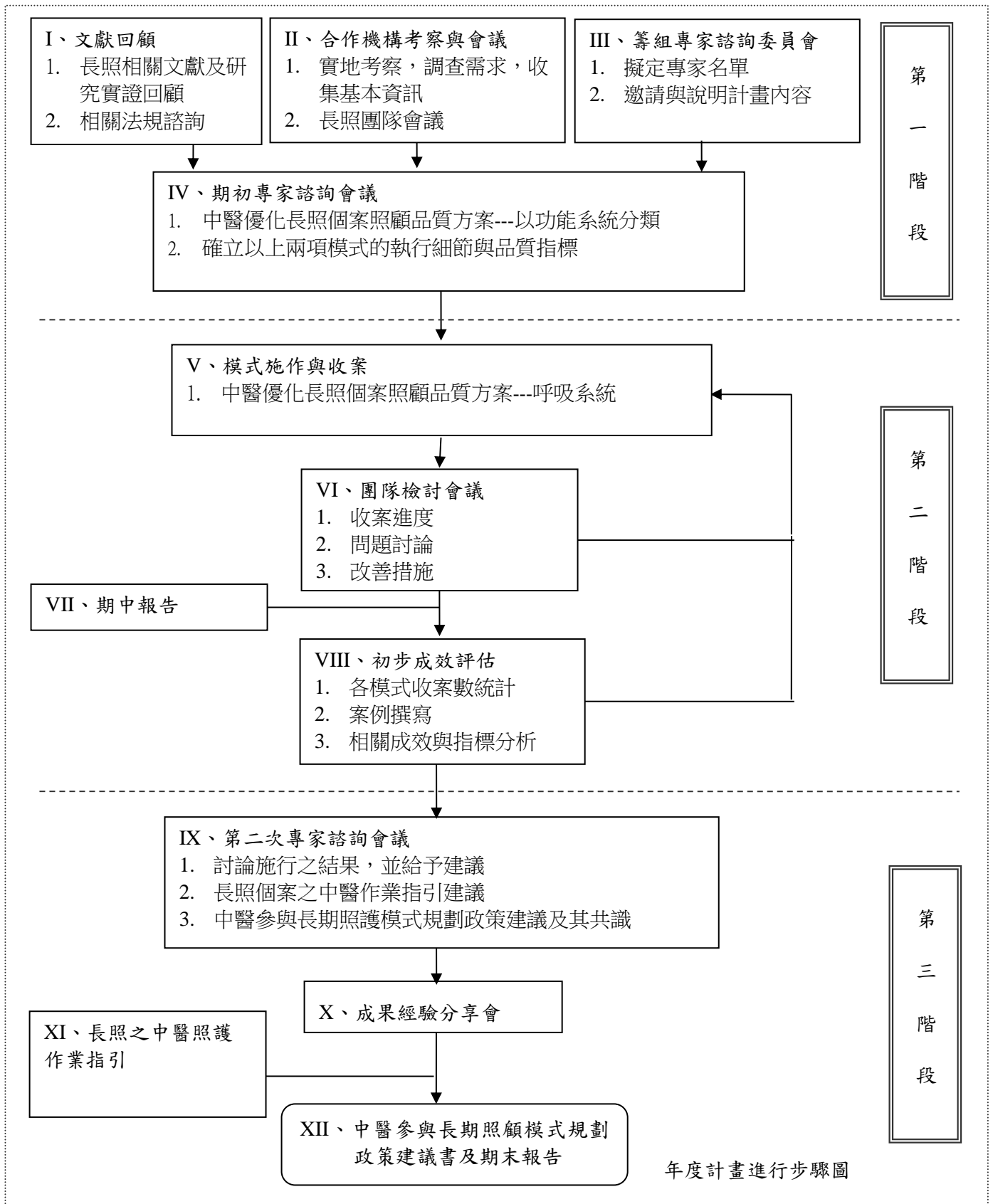
1. 國家發展委員會 中華民國人口推計報告（103至150年）
https://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=84223C65B6F94D72
2. 經建會人力規劃處，長期照護保險制度初步規劃成果與構想，臺灣經濟論衡，7(10):12-32，2009。
3. 長期照護服務網計畫（第一期）－102年至105年（核定本），檢自衛生福利部護理與健康照護司網站：<http://www.mohw.gov.tw/cht/DONAHC/>
4. 我國長期照顧十年計畫-101年至104年中程計畫，檢自衛生福利部護理與健康照護司網站：<http://www.mohw.gov.tw/cht/DONAHC/>
5. 長期照護服務法草案，檢自行政院網站：<http://www.ey.gov.tw/>
6. 「長期照護服務法草案」審議進度，檢自立法院網站：<http://lis.ly.gov.tw/>
7. 長照保險制度規劃，檢自衛生福利部社會保險司網站：
<http://www.mohw.gov.tw/CHT/DOSI/>
8. 李卓倫，中醫醫療利用率及其影響探討，行政院衛生署中醫藥年報，22:2:1-82，2004。
9. 李丞華、周穎政，全民健保中醫門診利用率及其影響因素，臺灣公共衛生雜誌，23:2:100-107，2004。
10. 洪錦墩、郭慈安、李卓倫、陳文意、黃光華、施雅文，老年人於全民健康保險中醫門診醫療服務之利用分析，臺灣老人保健學刊，6:2:136-157，2010。
11. 劉景昇、張素紅、嚴秀娟、廖國棟、汪魯培，臺灣地區中醫醫院附設長期照護機構可行性之探討委託研究報告。
12. 陳雪姝、蔡淑鈴、黃欽印（2009）。長期照護機構住民醫療利用分析－以中部四縣市為例。臺灣公共衛生雜誌，28（3），175-183。
13. Kelly, A., Conell-Price, J., Covinsky, K., Cenzer, I. S., Chang, A., Boscardin, W. J., & Smith, A. K. (2010). Length of stay for older adults residing in nursing homes at the end of life. *Journal American Geriatrics Society*, 58, 1701-1706. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.03005.x
14. Wowchuk, S. M., McClement, S., & Bond Jr., J. (2007). The challenge of providing palliative care in the nursing home: Part II internal factors. *International Journal of Palliative Nursing*, 13(7), 345-350
15. 老年人的失眠 謝昌成，蕭雅尤，家庭醫學與基層醫療，第二十八卷，第

七期

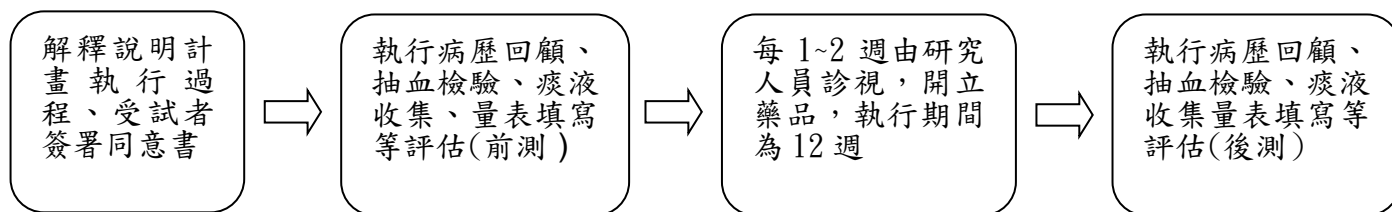
- 16.機構住民幸福感與睡眠品質之相關性探討 陳昱如
<http://etd.lib.nctu.edu.tw/cgi-bin/gs32/ymgsweb.cgi?o=dymcdr&s=id=%22GYQ222660640%22.&searchmode=basic>
- 17.Jin RF. Stimulating auricular acupoint by Semen Vaccariae to treat internal diseases complicated with insomnia in 64 cases. *Zhejiang J Trad Chinese Med* 2003;213.
- 18.Chen HY1, Shi Y, Ng CS, Chan SM, Yung KK, Zhang QLAuricular acupuncture treatment for insomnia: a systematic review.*J Altern Complement Med.* 2007 Jul-Aug;13(6):669-76.
- 19.Jia-Ling Suna, Mei-Sheng Sung, Mei-Yu Huang, Guang- Chih Cheng, Chia-Chin Line, Effectiveness of acupressure for residents of long-term care facilities with insomnia: A randomized controlled trial, *International Journal of Nursing Studies*
Volume 47, Issue 7, July 2010, Pages 798–805
- 20.Harari D, Gurwitz JH, Avorn J, Choodnovskiy I, Minaker KL: Constipation: assessment and management in an institutionalized elderly population. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 947-52。
- 21.The Merk Manual of Geriatrics 2000. Constipation. <http://www.merck.com/mkgr/mm/sec13/ch110/ch110a.jsp> [October 2, 2008 accessed]
- 22.Wilson LA: Understanding bowel problems in older people: Part 2. *Nurs Older People* 2005; 17: 24-9.
- 23.Chien-Hsun Huang,Jui-Shan Lin,Tsai-Chung Li,Shih-Chang Lee,Hsiu Po Wang,Hung-Chi Lue,and Yi-Chang Su, Comparison of a Chinese Herbal Medicine (CCH1) and Lactulose as First-Line Treatment of Constipation in Long-Term Care: A Randomized, Double-Blind, Double-Dummy, and Placebo-Controlled Trial, *Evid Based Complement Alternat Med.* 2012; 2012: 923190.
- 24.Chen CY, Ke MD, Kuo CD, Huang CH, Hsueh YH, Chen JR.The influence of electro-acupuncture stimulation to female constipation patients. *Am J Chin Med.* 2013; 41(2):301-13. doi: 10.1142/S0192415X13500225.
- 25.106 年度死因別統計，檢自衛生福利部中央健保署網站
<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-3541-113.html>

- 26.國人全民健康保險就醫疾病資訊，檢自衛生福利部中央健保署網站
https://www.nhi.gov.tw/Resource/webdata/27297_2_%E5%9C%8B%E4%B%A%BA%E5%85%A8%E6%B0%91%E5%81%A5%E5%BA%B7%E4%BF%9D%E9%9A%AA%E5%B0%B1%E9%86%AB%E7%96%BE%E7%97%85%E8%B3%87%E8%A8%8A.pdf
- 27.K. Iwasaki, Q. Wang, T. Nakagawa, T. Suzuki and H. Sasaki, The Traditional Chinese Medicine Banxia Houpo Tang improves swallowing reflex. *Phytomedicine*. 1999 May;6(2):103-6
- 28.Koh Iwasaki et.al, A Pilot Study of Banxia Houpu Tang, a Traditional Chinese Medicine, for Reducing Pneumonia Risk in Older Adults with Dementia. *J Am Geriatr Soc*. 2007 Dec; 55 (12):2035-40. Epub 2007 Oct 18
- 29.王进进,射干麻黃湯聯合沐舒坦治療老年支氣管哮喘療效觀察, *Mod Diagn Treat 現代診斷與治療* 2017 Nov 28 (22)
- 30.林麗味(Li-Wei Lin)；蕭秋月(Chiu-Yueh Hsiao)；葉淑惠(Shu-Hui Yeh)；賀天蕙(Tien-Hui Ho)中醫護理於長期照護之應用，*長期照護雜誌*；9 卷 4 期 (2005 / 12 / 01)，P373 - 382
- 31.李培偉(Pei-We Lee)；賴美嬌(Mei-Chiao Lai)，銀髮太極健身操對長照機構內長者身心健康影響之研究，*商業現代化學刊*；7 卷 3 期 (2014 / 03 / 01)，P283 - 299

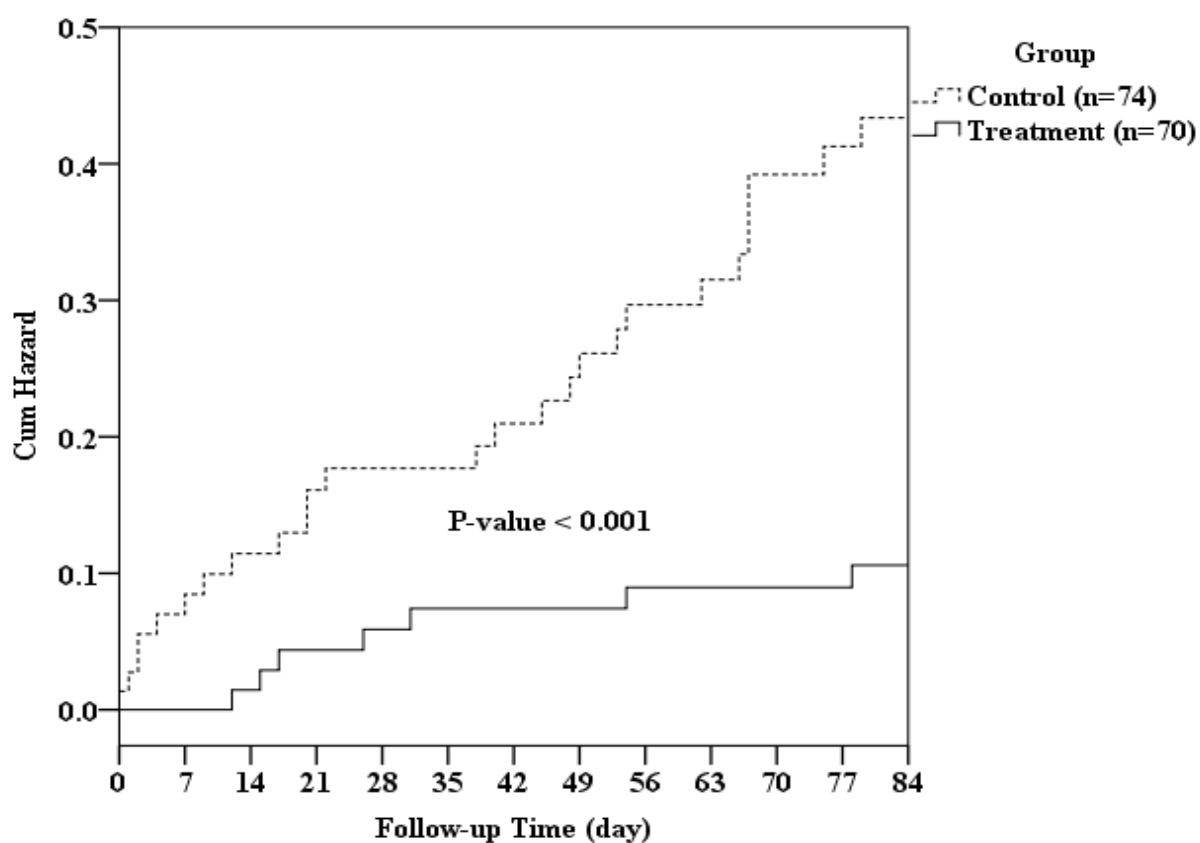
柒、圖、表



圖一、研究流程圖



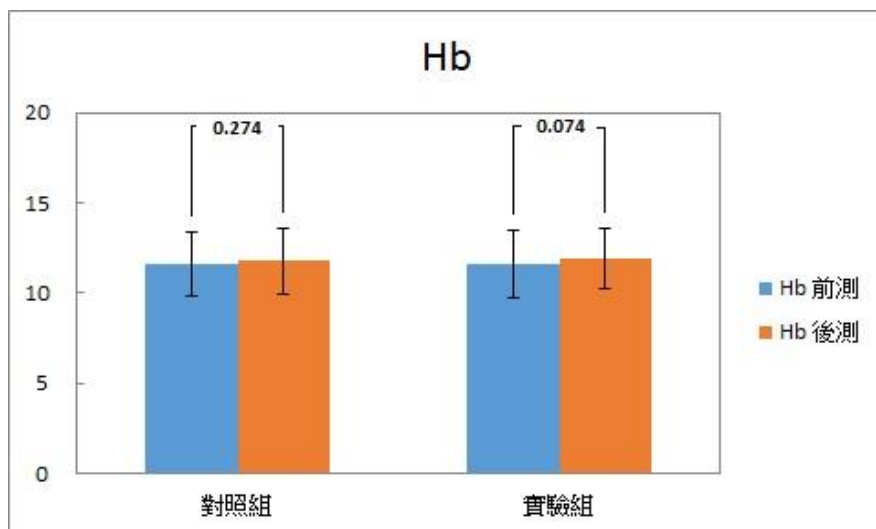
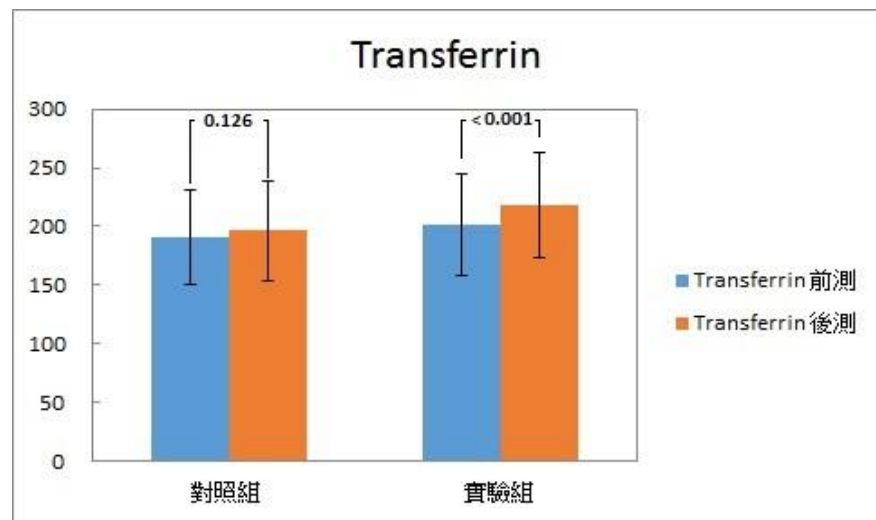
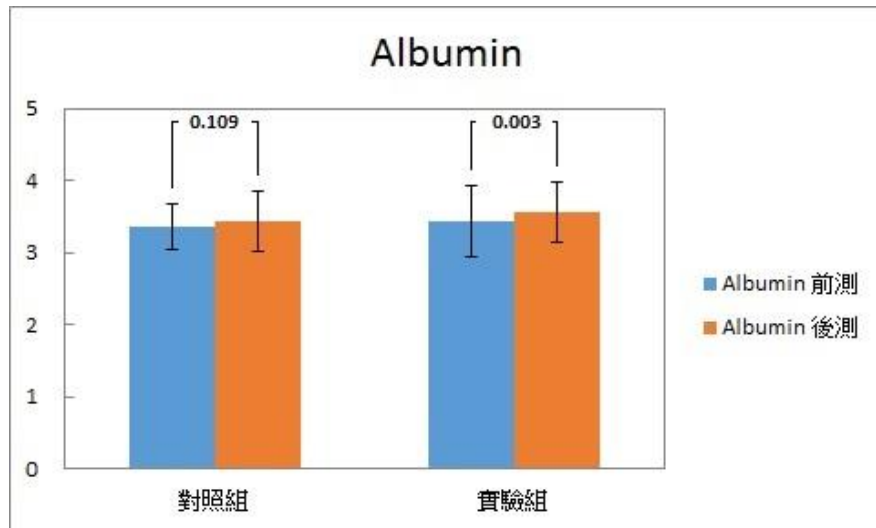
圖二、收案流程圖



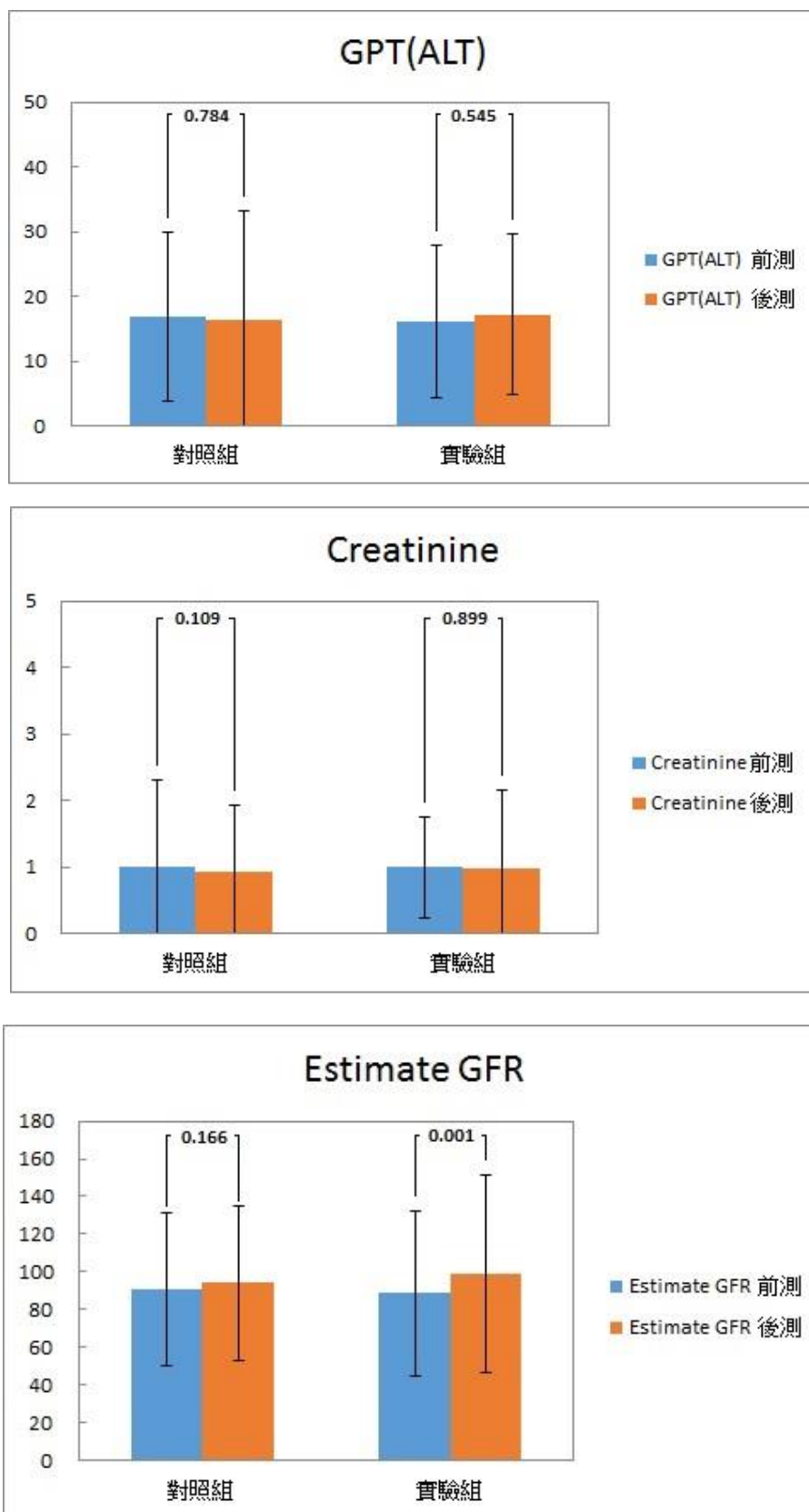
P-value by Log-rank test

Follow-up time: from 給藥日 till 第 1 次 PN 日/death/第 84 天

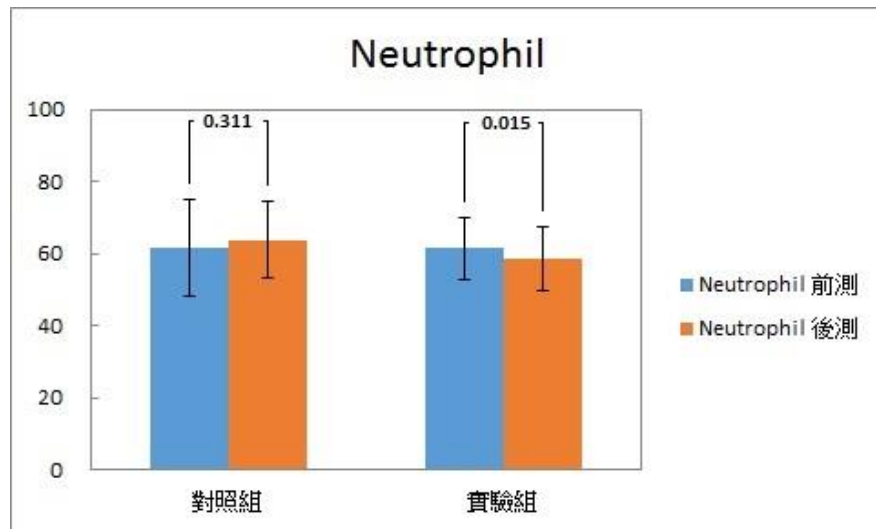
圖三、給藥期間(84 天)內 PN 累積發生率



圖四、給藥期間(84 天)內營養指標，實驗組僅 Hb 無明顯變化



圖五、給藥期間(84 天)內肝腎功能，僅實驗組 EGFR 顯著增加



圖六、給藥期間(84 天)內血液檢驗，僅實驗組嗜中性白血球顯著減少

表一、受試者基本資料

	組別						
	對照組			實驗組			P-value
	N	Mean	SD	N	Mean	SD	
年齡	74	79.18	11.69	70	78.64	12.15	0.789
身高	74	158.03	7.29	70	158.56	7.72	0.673
體重	74	53.27	11.73	70	53.2	9.63	0.973
BMI	74	21.26	4.21	70	21.16	3.57	0.884
Charlson Index	74	2.42	1.33	70	2.19	1.48	0.321

		組別				Total		P-value
		對照組		實驗組				
		(n=74)		(n=70)		(n=144)		
		N	%	N	%	N	%	
性別	女	35	47.3	33	47.8	68	47.6	0.950
	男	39	52.7	36	52.2	75	52.4	

	組別				P-value
	對照組		實驗組		
	(n=74)		(n=70)		
	N	%	N	%	
TRS	3	4.1	5	7.1	0.485
NG	32	43.2	24	34.3	0.270
HEP	34	45.9	28	40.0	0.471

表二、Cox proportional-hazards regression analysis of PN

		半年內 PN			Univariate analysis			Multiple analysis (adjusted)		
		Total	N	%	Hazard ratio	95% C.I.	P-value	Hazard ratio	95% C.I.	P-value
組別	對照組	74	26	35.1	1.000			1.000		
	實驗組	70	8	11.4	0.281	0.127 - 0.621	0.002	0.201	0.087 - 0.467	<0.001
NG 病史	無	88	14	15.9	1.000			1.000		
	有	56	20	35.7	2.561	1.293 - 5.074	0.007	2.400	1.188 - 4.846	0.015
Follow-up time: from 給藥日 till 第 1 次 PN 日/death/第 180 天										

表三、痰液細菌染色鏡檢(Gram stain)

		對照組 (n=64)								實驗組 (n=53)							
		前測		後測		情況變化人數			P-value	前測		後測		情況變化人數			P-value
		N	%	N	%	減少	增加	不變		N	%	N	%	減少	增加	不變	
Gram-positive cocci	-	1	1.6	7	10.9	33	15	16	0.007	2	3.8	6	11.3	31	9	13	<0.001
	1+	3	4.7	7	10.9					2	3.8	18	34.0				
	2+	24	37.5	23	35.9					24	45.283	19	35.849				
	3+	23	35.9	21	32.8					18	34.0	6	11.3				
	4+	13	20.3	6	9.4					7	13.2	4	7.5				
Gram-negative bacilli	-	6	9.4	9	14.1	27	27	10	0.794	2	3.8	5	9.4	30	5	18	<0.001
	1+	13	20.3	7	10.9					8	15.1	24	45.3				
	2+	22	34.4	18	28.1					26	49.1	21	39.6				
	3+	13	20.3	24	37.5					8	15.1	3	5.7				
	4+	10	15.6	6	9.4					9	17.0	0	0.0				
Gram-positive bacilli	-	17	26.6	23	35.9	24	16	24	0.238	14	26.4	22	41.5	26	8	19	0.002
	1+	13	20.3	14	21.9					7	13.2	16	30.2				
	2+	22	34.4	16	25.0					19	35.8	11	20.8				
	3+	9	14.1	8	12.5					12	22.6	3	5.7				
	4+	3	4.7	3	4.7					1	1.9	1	1.9				
Gram-negative cocci	-	42	65.6	28	43.8	12	26	26	0.045	33	62.3	21	39.6	15	20	18	0.900
	1+	2	3.1	11	17.2					1	1.9	18	34.0				
	2+	13	20.3	14	21.9					12	22.6	12	22.6				
	3+	6	9.4	7	10.9					6	11.3	2	3.8				
	4+	1	1.6	4	6.3					1	1.9	0	0.0				
Yeast	-	60	93.8	56	87.5	3	6	55	0.248	49	92.5	49	92.5	4	4	45	0.763
	1+	2	3.1	6	9.4					3	5.7	4	7.5				
	2+	2	3.1	2	3.1					1	1.9	0	0.0				
Yeast with pseudohyphae	-	61	95.3	63	98.4	3	1	60	0.194	52	98.1	53	100.0	1	0	52	0.317
	1+	1	1.6	1	1.6					1	1.9	0	0.0				
	2+	2	3.1	0	0.0					0	0.0	0	0.0				

P-value by Wilcoxon Signed Ranks Test

捌、附錄

附件一、專家邀請名單

附件二、活動圖集

附件三、期初專家會議紀錄

附件四、收案流程圖

附件五、IRB 核准證明

附件六、收案進度討論會

附件七、案例報告

附件八、第二次專家會議紀錄

附件九、研討會議程

附件十、長照機構肺炎高風險個案之中醫照護作業指引

附件十一、中醫參與長期照顧模式規劃政策建議書

附件十二、期中查驗會議委員建與應補充項目回覆

附件十三、期末成果報告審查意見回覆

附件一、專家邀請名單

107 年度『建立中醫參與長期照顧服務模式計畫』

專家諮詢委員邀請名單（依姓名筆劃排序）

序號	姓名	職務	單位
1	李○春	護理長	馨園老人長期照護中心
2	林○如	主任	吉祥/寶祥老人養護中心
3	林○皓	主任	彰化基督教醫院胸腔內科暨臨床試驗中心
4	洪○林	護理長	鹿港基督教醫院附設護理之家
5	陳○美	主任	衛生福利部中區老人之家
6	曾○娜	督導	健祥護理之家
7	楊○子	護理長	雲林基督教醫院附設護理之家
8	廖○瑤	護理長	吉康護理之家
9	顏○盈	主任	線東大眾護理之家
10	譚○皓	院長	衛生福利部彰化老人養護中心

附件二、活動圖集



圖 1、「建立中醫參與長期照顧服務模式計畫」期初專家會議紀錄



圖 2、收案進度討論會



圖 3、中醫師全聯會舉辦第 89 屆國醫節大會暨中醫健保成果報告-主持人亦向中醫界先進同道暨健保會委員報告歷年執行中醫參與長照計畫之成果。



圖 4、團隊主持人暨協同主持人向衛福部陳時中部長、中醫藥司黃怡超司長與長照司周道君副司長報告中醫參與長照之現況與遭遇之障礙。部長指示相關部會召開會議，進行政策溝通與協調。



圖 5、團隊主持人暨協同主持人向衛福部陳時中部長、中醫藥司黃怡超司長與長照司周道君副司長報告中醫參與長照之現況與遭遇之障礙。部長指示相關部會召開會議，進行政策溝通與協調。

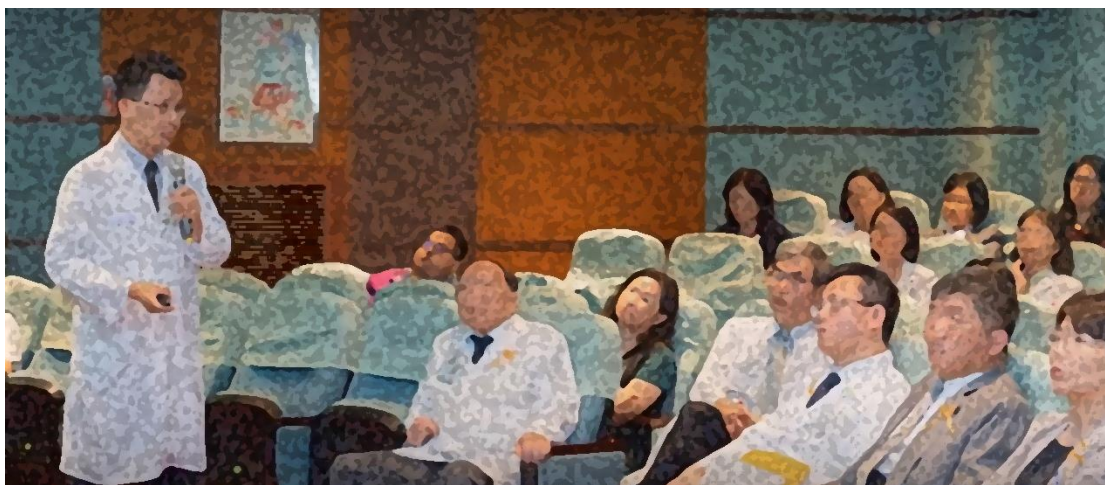


圖 6、團隊主持人暨協同主持人向衛福部陳時中部長、中醫藥司黃怡超司長與長照司周道君副司長報告中醫參與長照之現況與遭遇之障礙。部長指示相關部會召開會議，進行政策溝通與協調。



圖 7、本計畫業已將中醫居家照護之實況拍製成影片，可供日後宣傳中醫居家照護時使用。



圖 8、108 年 10 月 15 日於彰化基督教醫院魏克思學術講堂辦理『中醫參與長期照顧服務模式分享會』。

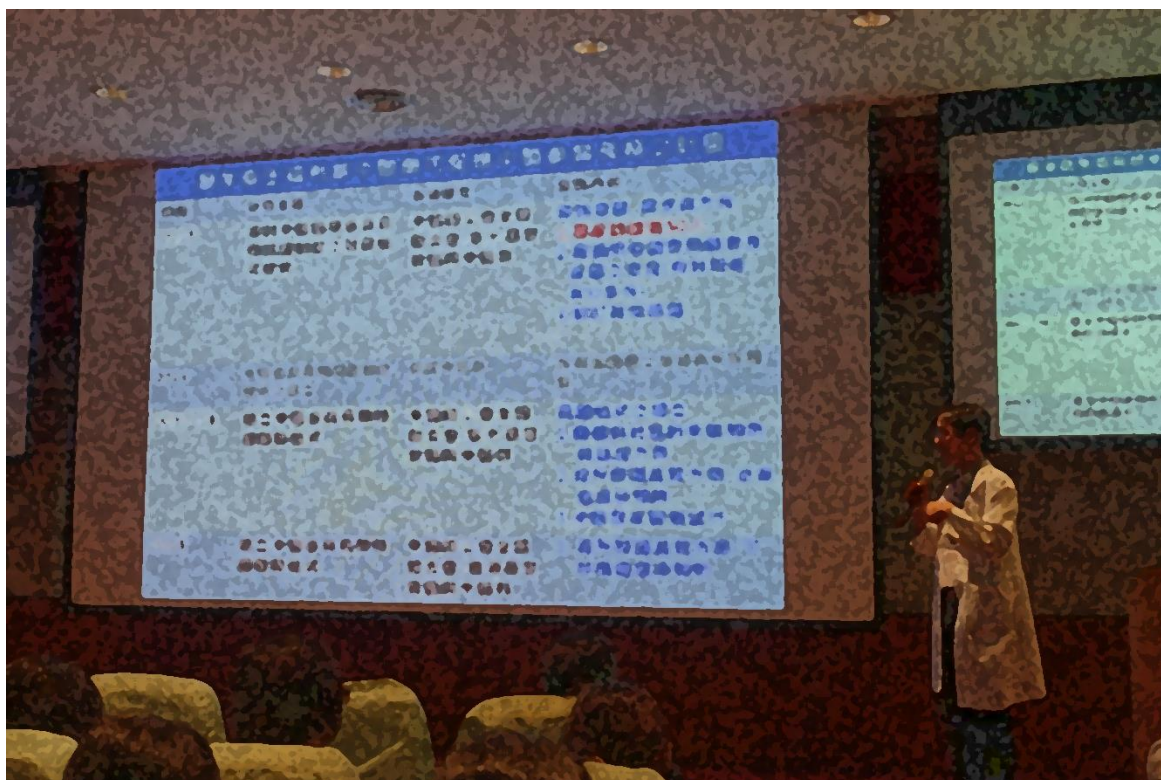


圖 9、『中醫參與長期照顧服務模式分享會』成果分享

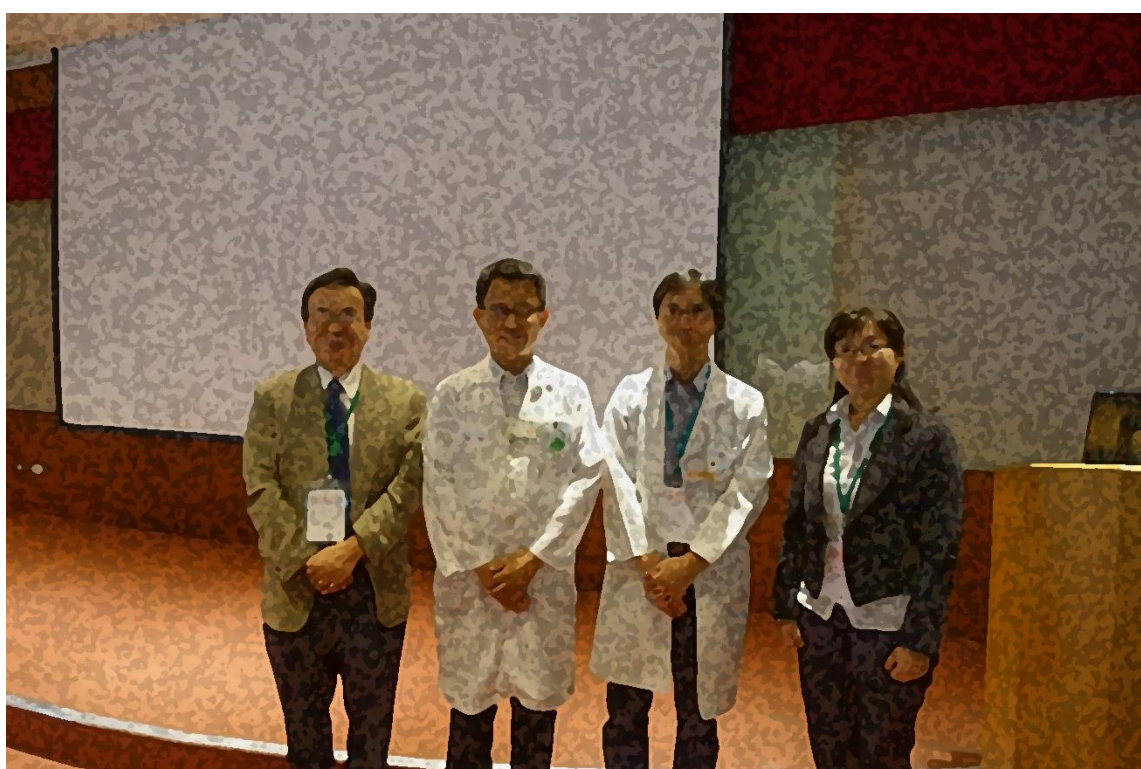


圖 10、參與『中醫參與長期照顧服務模式分享會』貴賓，由左至右為：中國醫藥大學中醫學系羅綸謙系主任、彰化基督教醫院中醫部黃頌儼主任、彰化基督教醫院陳運泰主治醫師、衛生福利部中醫藥司涂瑜君科員。



圖 11、「建立中醫參與長期照顧服務模式計畫」第二次專家討論會議



圖 12、「建立中醫參與長期照顧服務模式計畫」第二次專家討論會議

附件三、期初專家會議紀錄

108 年度「建立中醫參與長期照顧服務模式計畫」

期初專家諮詢委員會會議紀錄

會議時間：108 年 03 月 05 日 下午 12:00 至 13:00

會議地點：彰化基督教醫院教學研究大樓 B2 中醫臨床技能中心

會議主席：鹿港基督教醫院 中醫部

陳○泰 主治醫師

出席人員：彰化基督教醫院 中醫部

黃○儼 主任

彰化基督教醫院 胸腔內科暨臨床試驗中心

林○皓 主任

衛生福利部彰化老人養護中心

譚○皓 院長

衛生福利部中區老人之家

陳○美 主任

雲林基督教醫院附設護理之家

楊○子 護理長

鹿港基督教醫院附設護理之家

洪○林 護理長

吉康護理之家

廖○瑤 護理長

吉祥/寶祥老人養護中心

林○如 主任

線東大眾護理之家

顏○盈 主任

健祥護理之家

曾○娜 督導

列席人員：鹿港基督教醫院

許○鄉 管理師

彰化基督教醫院 中醫部

梁○爾 醫師

彰化基督教醫院 中醫部

張○哲 醫師

彰化基督教醫院 中醫部

巫○萱 醫師

彰化基督教醫院 中醫部

張○雅 醫師

彰化基督教醫院 中醫部

洪○茹 醫師

彰化基督教醫院 中醫部

周○仔 醫師

彰化基督教醫院 中醫部

陳○鑫 醫師

彰化基督教醫院 中醫部

賴○美 個案管理師

彰化基督教醫院 中醫部

謝○慧 個案管理師

彰化基督教醫院 中醫部

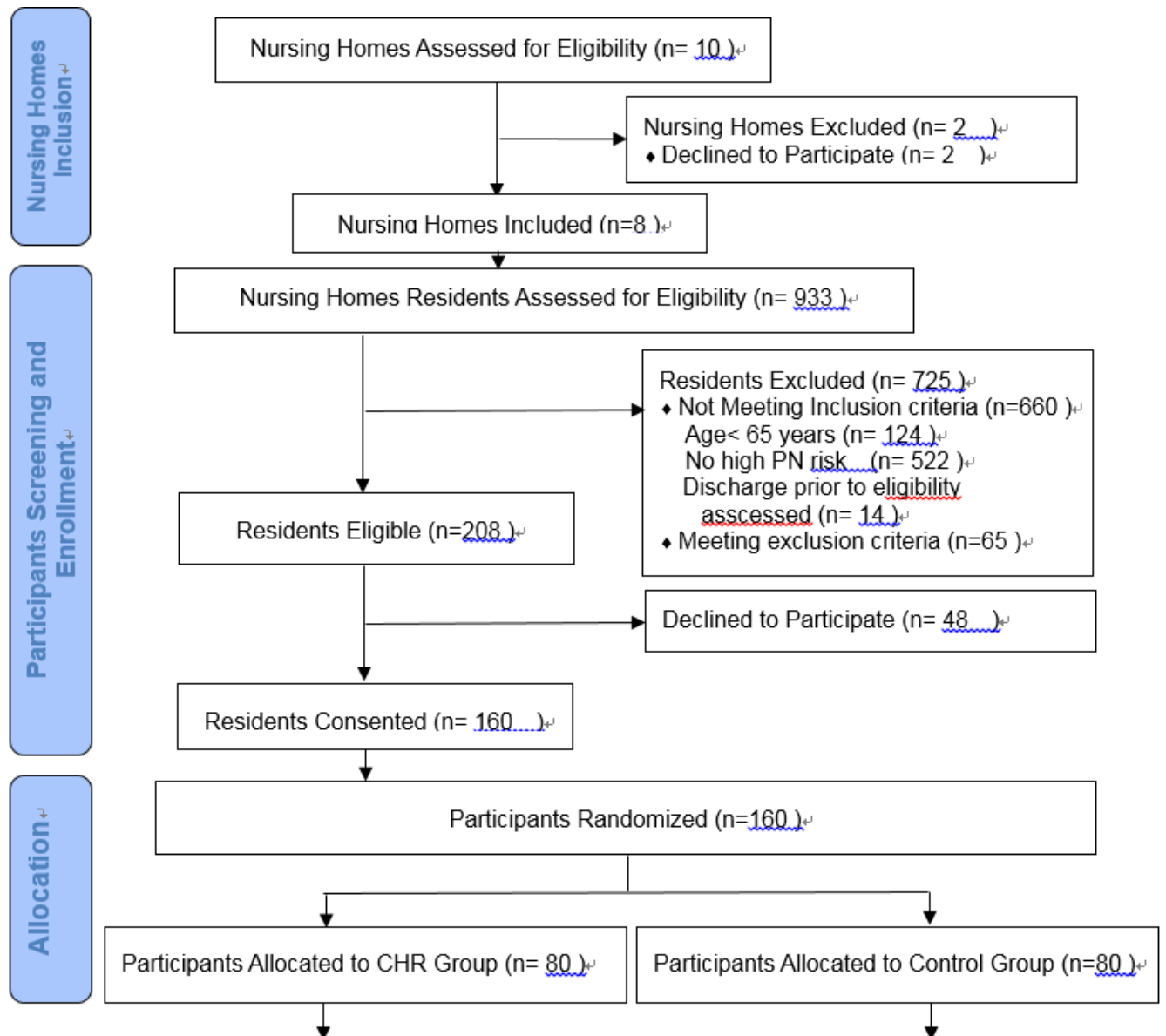
柯○瀚 研究助理

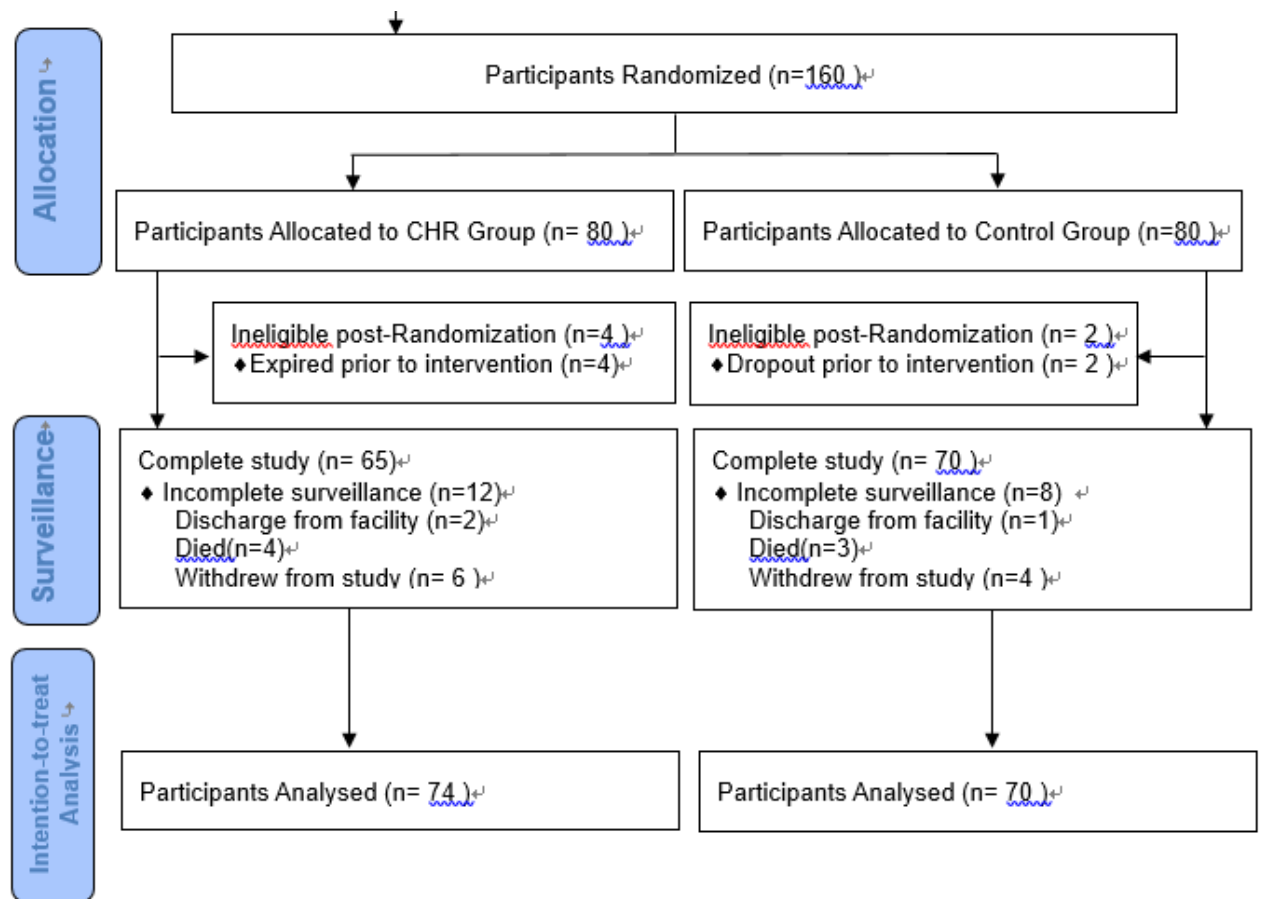
【主席報告】

【專家討論】

【專家建議】

附件四、收案流程圖





附件五、IRB 核准證明



同意臨床試驗證明書

Clinical Trials Approval Certificate(New Protocol)

135 Nanxiao St., Changhua City, Changhua County 500, Taiwan (R.O.C.)
Tel :886-4-723-8595 ext.8442
E-mail:d9065@cch.org.tw
彰化基督教醫院 Changhua Christian Hospital

500 彰化市南校街 135 號
聯絡人：洪翠霞
Contact Person : Tsui-Hsia Hung
電話：(04)723-8595 轉 8442
E-mail: d9065@cch.org.tw

計畫中文名稱：運用中藥降低長照機構肺炎高風險住民肺炎發生率之研究
計畫主持人：陳運泰 / 協同主持人：林聖皓、羅綸謙、許秀慧、黃頌儼、李聰界
試驗機構名稱：彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院
研究經費來源：衛生福利部
計畫編號：MOHW108-CMAP-M-113-000101 / 本會編號：190309
會議日期：西元 2019 年 04 月 25 日
核准日期(審查通過日)：西元 2019 年 04 月 25 日
核准臨床試驗期間：西元 2019 年 04 月 25 日 至 西元 2020 年 04 月 24 日止

計畫書：版本 2.0，2019-04-08

受試者同意書：版本 2.0，2019-04-08

問卷：1. 臺灣版迷你營養估量表：版本 2.0，2019-04-08

2. 標準吞嚥功能評量表：版本 1.0，2019-04-08

資料及安全性監測計畫書：版本 1.0，2019-04-08

未預期事件或藥品嚴重不良反應通報、後續定期追蹤之程序及應注意事項，請參閱背面。

Protocol Title: Study on the use of traditional Chinese medicine to reduce the incidence of pneumonia in residents with high risk of pneumonia

Principal Investigator(s): Yun Tai Chen / Co Investigator : Sheng Hao Lin、Lun Chien LO、Hsu Hsiu Hui、Sung Yen Huang、Lee Tsung Chieh

Institution: CHANGHUA CHRISTIAN HOSPITAL

Sponsor: MOHW

Protocol No.: MOHW108-CMAP-M-113-000101 / CCH IRB No.: 190309

Date of meeting: Apr 25, 2019

Date of Approval: Apr 25, 2019

Duration of Approval: from Apr 25, 2019 to Apr 24, 2020

Protocol: Version 2.0, Apr 08, 2019

Informed Consent: Version 2.0, Apr 08, 2019

Questionnaire: 1. 臺灣版迷你營養估量表：Version 2.0, Apr 08, 2019

2. 標準吞嚥功能評量表：Version 1.0, Apr 08, 2019

Data and Safety Monitoring Plan (DSMP): Version 1.0, Apr 08, 2019

See the back of this page for the procedures for reporting unanticipated problems, or drug serious adverse reactions, or interim, and other important notes.

彰化基督教醫院

第三人體試驗委員會

主任委員：張櫻霖

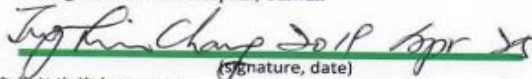
Sincerely Yours

IngLin Chang, M.D.

Chairman

Institutional Review Board Committee C

Changhua Christian Hospital, Taiwan


(signature, date)

本會組織與執行皆符合 ICH-GCP

The Institutional Review Board performs its functions according to written
Operating procedures and complies with ICH-GCP and with the applicable regulations.



同意臨床試驗證明書

附件六、收案進度討論會

108 年度「建立中醫參與長期照顧服務模式計畫」

收案進度討論會紀錄

會議時間：108 年 05 月 24 日 下午 08:30 至 09:30

會議地點：彰化基督教醫院教學研究大樓 2 樓中醫門診第八診

會議主席：鹿港基督教醫院 中醫部 陳○泰 主治醫師

出席人員：鹿港基督教醫院 中醫部 陳○泰 主治醫師

彰化基督教醫院 中醫部 梁○爾 醫師

彰化基督教醫院 中醫部 陳○亮 醫師

彰化基督教醫院 中醫部 莊○雯 醫師

彰化基督教醫院 中醫部 謝○慧 個案管理師

彰化基督教醫院 中醫部 林○美 研究助理

【討論與建議】

- 分配訪視合作機構及確認第一次訪視時間
- 訪視頻率為每兩周一次及每周一次電話聯絡機構負責人詢問住民狀況
- 說明個案報告表內容及書寫方式
- 紀錄服藥前患者狀況、舌診、脈診及中醫體質辨證
- 說明中藥品開立方式與流程及注意事項

附件七、案例報告

「中醫長期照顧模式」案例報告

姓名	年齡	BMI	過去病史 (收案條件)	其他病史	Charlson Index	住院	Expired
李 00	79	15.7	DM、NG	HTN、 CVA	3	2019.06.26-07.04 PN 2019.07.21-07.31 PN 2019.09.04- 09.05UTI、sepsis	
林 00	97	24.5	DM、PN、 NG、AR	CVA、 HTN	5	2019.08.20-09.05 PN	
林 00	88	16.7	HEP、PN		1	2019.07.8-07.26 PN 2019.08.23-09.06 UTI 2019.09.22-09.27 PN	
林 000	75	21.1	DM	LCA	3		
姚 0	83	19.1	DeM、NG		1	2019.07.10-07.15 UTI	
施 00	89	22.0	CHD、PN	HTN	1		
施 00	67	26.48	AR	HL	1	2019.07.1-07.09 TIA	
陳 00	74	23.8	DM、 HEP、 TRS、NG	CVA	5	2019.07.01-07.05 UTI	
鄭 00	89	16.526	CHD、 DM、 DeM、PN		3	2019.06.23-06.28 PN 2019.08.10-08.16 PN	
李 00	83		AR	BPH、 PKD	2		
陳 00	90		HEP、 NG、PN		2	2019.08.11-08.17 PN	
江 0	84		DM	BPH	1		
劉 000	69		PN		0	2019.07.09-07.17 bronchoPN	
蔡 0	85		HEP、NG	HTN	2		2019.09.05 Expired
陳 00	70		DM、 HEP、 NG、PN	HTN、 BPH、PU	5	2019.08.28 - 09.08 PN	
周 00	74		DeM、 HEP、PN	HTN、 Seiz	4		2019.08.21 septic shock

附件八、第二次專家會議紀錄

108 年度「建立中醫參與長期照顧服務模式計畫」

第二次專家會議紀錄

會議時間：108 年 11 月 06 日 下午 2:00 至 3:30

會議地點：彰化基督教醫院教學研究大樓 B2 中醫臨床技能中心

會議主席：陳運泰醫師

出席人員：衛生福利部彰化老人養護中心 李○道 護理科科長

雲林基督教醫院附設護理之家 楊○子 護理長

鹿港基督教醫院附設護理之家 洪○林 護理長

吉祥/寶祥老人養護中心 林○如 主任

彰化基督教醫院 中醫部 黃○儼 主任

彰化基督教醫院 中醫部 梁○爾 醫師

彰化基督教醫院 中醫部 莊○雯 醫師

彰化基督教醫院 中醫部 陳○泰 醫師

彰化基督教醫院 中醫部 楊○蒨 藥師

彰化基督教醫院 中醫部 謝○慧 個案管理師

彰化基督教醫院 中醫部 甘○翔 研究助理

【主席報告】

長期照顧是明確的政策，感謝衛生福利部中醫藥司提供經費執行計畫，也感謝各位機構來完成合作計畫。去年針對泌尿道感染預防初步執行成效良好，今年聚焦在肺炎，期待研究成果可以應用在未來對長輩有很大的幫助。中醫對預防醫學比較擅長，不少研究也顯示可以往這個方向進行。本次會議主要的內容是報告今年計畫的成果，另就試驗過程、未來合作方式、照顧指引與政策建議等也請專家提供寶貴意見。

【報告 108 年度長照計畫施作成果】（詳見 PPT 內容）

【專家討論】

【專家建議】

附件九、長照機構中醫照護模式作業指引

長照機構肺炎高風險個案之中醫照護作業指引

一、對象

年紀大於 65 歲之長照機構住民，巴氏量表小於 90 分，經醫護人員診察，至少持續兩周生命徵象穩定且未有急性病徵者，並同時須合併下「肺炎高風險」條件之一之族群。

肺炎高風險：

- A. 慢性肺病病史(如氣喘、慢性阻塞性肺病等)
- B. 心臟衰竭病史
- C. 糖尿病病史
- D. 失智症病史
- E. 中風後遺症
- F. 氣切
- G. 鼻胃管使用
- H. 過去半年曾發生過一次（含以上）肺炎或過去一年曾發生過至少兩次（含以上）肺炎者

須排除對象：

- A. 經醫護人員診察，屬生命徵象不穩定或有急性病徵者
- B. 無法配合中醫相關處置者（例如：不願意或無法服用中藥等）
- C. 預期壽命不到一個月，或有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已不可避免者（例如：癌症或八大非癌末期等）
- D. 已在洗腎或末期腎病變患者(ESRD)
- E. 個案或照顧者主動表示，個案過去服用半夏厚朴湯或定喘湯曾發生不良反應者，則排除之。

二、評估

1. 參考量表：

- a. 巴氏量表(ADL)
- b. 工具性日常生活活動量表(IADL)
- c. 臺灣版迷你營養評估量表
- d. 標準吞嚥困難測試(SSA)若因無意識或精神錯亂無法自行表達者，則略過

2. 中醫四診評估，進行中醫體質與健康狀態辨證分析

3. 肺炎住院率與住院天數統計

4. 每日熱量攝取計量

5. 每日心跳與呼吸次數

三、介入方式

可以「定喘湯」與「半夏厚朴湯」作為主要預防方劑，執行醫師亦可依個案實際需求與辨證狀況調整。

「定喘湯」與「半夏厚朴湯」的建議劑量為各 5 克，合方共 10 克/天，每天服用兩次（BID，午晚飯後，與西藥間隔一小時），每次 5 克

介入與觀察時間建議可以 12 週為一期。

注意事項

1. 定喘湯與半夏厚朴湯二方不會過於寒涼或燥熱，適合一般體質作為預防肺炎的使用，唯仍應先有中醫師為個案進行過體質辨證之後再服用，並仍需追蹤患者服藥狀況，不宜自行購買服用。
2. 體質如有特殊之偏性，如寒、熱、虛、實等其中一項較為偏重時，仍應按實際辨證結果挑選更適合之方劑。
3. 有關「半夏厚朴湯」與「定喘湯」之可能副作用與處理方式如下：

藥方「半夏厚朴湯」與「定喘湯」皆為中醫長久來用於治療呼吸道疾病的固有成方，實證文獻未見重大不良反應之報導，唯：

- a. 藥方定喘湯有含有少量麻黃，研究指出大量服用麻黃可能產生升高血壓、降低食慾、失眠等反應，唯定喘湯中之麻黃用量極少，且已經過炮製與配伍減去其烈性，若個案在服用後仍出現相關情況，在調整劑量或停藥即可改善。
- b. 藥方定喘湯有含有少量白果，研究指出大量服用未經炮製的白果，可能產生中樞神經系統及腸胃道症狀，包括噁心、嘔吐、煩躁不安、抽搐、呼吸困難等反應，唯定喘湯中之白果用量極少，且已經過炮製與配伍減去其烈性，若個案在服用後仍出現相關情況，在調整劑量或停藥即可改善。

四、目標

降低給藥期間之肺炎發生率，提升營養狀況。



中醫參與長期照顧服務模式分享會

在長照團隊中發揮中醫師之專業

陳運泰主治醫師 彰化基督教醫院中醫部

指導 衛生福利部中醫藥司
主辦 中華民國中醫師公會全國聯合會
協辦 彰化基督教醫院中醫部

108

10

15

(二)

12:00

13:30

彰化基督教醫院 教學研究大樓 11 F
魏克思學術講堂
(彰化市旭光路235號)

報名 線上報名(搜尋關鍵字「彰基教育

研討會」，找尋「中醫參與長期照顧
服務模式分享會」，或通訊報名。

聯絡 (04)723-8535 #4229

甘先生或賴小姐



附件十一、中醫參與長期照顧模式規劃政策建議書

108 年中醫參與長期照顧服務模式計畫

政策建議書

(一)總論

1. 我國發展長期照顧服務體系（以下簡稱長照體系）與長期照顧保險，乃攸關全民福祉之重要政策，除有賴相關單位及專家學者的努力，更需要社會各界的共同承擔，貢獻智慧和心力。
2. 依照《長期照顧服務法》第三條之定義，長期照顧係「指身心失能持續已達或預期達六個月以上者，依其個人或其照顧者之需要，所提供之生活支持、協助、社會參與、照顧及相關之醫護服務。」本法於第十、十一、十二條規範居家、社區、機構住宿等三類場域之服務項目，皆有「醫事照護服務」和「預防引發其他失能或加重失能之服務」等兩項，另本法附帶通過決議之第十一項亦明言：「長照體系應該是一個涵蓋醫療照護與照顧服務的持續性照護體系，只有無縫的銜接與跨領域的照護計畫才能真正提供優質的長照服務，而非創立照護體系中另一個鴻溝，建立片斷的服務體系只是讓民眾更受苦。」爰建請相關單位及專家學者積極規劃包含中醫等醫事職類參與長照體系的管道與模式。

(二)中醫參與長照體系的條件與動力

1. WHO 傳統醫學策略(2014~2023)指出「隨著當前全球普遍的財政緊縮，在健康促進、自我衛生保健和疾病預防方面使用傳統和互補醫學，實際上可減少衛生保健費用。」值得相關單位重視，並於制定相關照顧政策與法規時，將中醫的專業服務納入規劃。
2. 中醫門診利用率和利用次數呈門型曲線（西醫為J型曲線），即 35 到 65 歲間的人口中醫利用率和利用次數最高，但隨著歲數增高卻會逐年降低。學者分析老年人可能因行動限制等交通因素而減少中醫門診之利用，並建議「未來中醫門診醫療應強化於老人醫療利用服務擴展以因應高齡化社會的到來」。開拓中醫參與長照的服務輸送管道，除了有關中醫長遠的發展，亦跟保障長者及失能者接受照護的公平性與可近性有關，亟需相關單位加以重視。
3. 中醫具有簡便、緩和與成本效益高等優勢，最為適合長期照顧的情境，支持中醫療效的實證文獻亦越來越多，建請相關單位及專家學者積極搭建友善的橋樑，促成中醫專業服務輸送至長照體系。

4. 我國即將成為高齡社會，距超高齡社會亦在咫尺，人口老化及勞動人口減少，勢必對國內產業和經濟造成衝擊，建請相關單位及專家學者能以前瞻的眼光，將中醫視為長照產業的一環，從促進長照產業發展及活絡市場的角度思考中醫參與長照的意義。
5. 當前長照體系尚存在諸多困境，尤以各式人力短缺問題（包括評估人力和照顧人力等）為最，建請相關單位及專家學者能以開放的思維，規劃透過中醫來改善長照困境的對策，讓長照體系充分結合中醫的各項資源，達到多贏的目標。

(三)中醫參與長照體系的供需狀況

1. 長照體系存在對中醫服務的需求。依 104 年「探討中醫醫療參與長期照護制度之發展模式研究」的專家回饋及問卷調查結果，顯示長期照顧體系確實有中醫服務的需求，相關單位及專家學者應於予重視。
2. 中醫在長照體系的角色。中醫專業能協助長照體系改善的問題，包括：
 - 2-1 預防失能及失能加重（例如減少腦血管疾病的復發、強化骨密度和肌力以預防跌倒傷害、改善退化性關節炎、減緩失智症之加重、體質調理等）。
 - 2-2 中重度失能個案的症狀改善（例如失智症的精神行為異常、痰多需頻繁抽痰、褥瘡、便秘、慢性疼痛、肢體關節僵硬攣縮、吞嚥困難等）。
 - 2-3 協助提升照護品質（包括減少用藥、臥床時間、急診次數、住院天數/次數、跌倒率、感染率、疼痛等）。
 - 2-4 透過減少失能與減少照顧需求，進而降低照顧者負擔以及照顧的費用。
3. 提高失能者接受中醫照護服務可近性。失能者要接受照護原較一般人不便，提供友善便利的中醫服務輸送管道，對有需求的失能者其權益的保障意義重大。
4. 中醫遠端長期照顧。長照服務應結合發達的通訊科技，例如開發遠端長期照顧的作業平台，讓照顧者可即時反應個案的變化，並將個案的資料如舌診、脈診、病灶等相關數據及影像按時上傳到雲端資料庫，如有異常變化時中醫師即可往診訪視。

(四)中醫長照服務的輸送

1. 現行長照場域已逐步開放中醫參與，針對三種不同的長照場域持續完善相應之服務模式，重點建議如下：

1-1 居家式：「居家醫療整合照護試辦計畫」已在 108 年 5 月底正式將中醫納入團隊，並將收案對象由原限於四大疾病類別包括急性中風、腦傷、脊髓損傷、腫瘤等，開放為居家三階段皆可收案，另原定由西醫師照會轉介的模式，也開放成為中醫師能自行收案。

唯目前有意願參及能力執行居家醫療的中醫院所仍極少，除給付效益的衡量，個案來源和軟硬體配置等問題對中醫院所來說都是有待克服的障礙。建議相關主管機關應提出配套之輔導措施並提供適當資源，協助中醫院所順利參與居家醫療，例如個案來源部分，應協助中醫院所媒合至當地適合的居家醫療團隊，另長照管理中心等官方有關單位能回答民眾疑問，並協助民眾連結到所需的中醫資源。

1-2 機構住宿式：目前公私立中大型住宿式機構未有常態的中醫診療服務，然而過去的研究調查皆顯示機構對中醫的需求很高，亦有越來越多相應的實證支持中醫加入之效益，建議應參考西醫及牙醫現行之模式(如牙醫門診總額特殊醫療服務計畫等)，設立中醫駐診空間，提供居住機構行動不便或失能的長者公平、便利的中醫服務，同時也應比照西醫，開放與發展機構的中醫巡迴診療服務模式。

1-3 社區式：發展社區健康養生巡迴診療等服務，同時持續發展以中醫為主體的日間照護模式，並持續提升失能(智)預防與延緩方案中中醫課程之比例，長照司全國性之失能(智)延緩方案宜有部分名額保留予中醫界，目前在近兩百個長照司負責之方案模組(107+78)裡完全仍沒有中醫界所提出的模組，實極為可惜，建請中醫藥司及長照司能主導邀請中醫界代表共同協商，讓中醫優質的方案與人才能實際參與進長照體系。另亦建議中央主管單位能持續提供研究案或輔導方案之經費，協助基層中醫院所開發有助融入社區預防醫療與長照的模式與方案，深化中醫師在社區的影響力。

2. 相關法規與流程的鬆綁，經費的支持。由中醫師全聯會協助了解相

關法規是否有所限制，並爭取相關單位經費與行政流程的支持。

3. 中醫特色養護服務納入長期照顧給付與未來的長照保險。建請相關單位規劃中醫特色養護服務納入長期照顧保險，包括養生操、藥浴、薰洗、中醫飲食宜忌衛教、經絡穴位按壓、藥膳食療衛教、體質調理等服務內容，以讓失能者能選擇更多元而全面的照顧方式。
4. 於福利機構設置中醫診間及建立中醫照顧模式。建議衛生福利部參照內政部於民國 97 年在身心障礙福利機構設置牙醫診間及 104 年於部屬老人福利機構設置口腔照護模式，於部屬老人福利機構先行試辦中醫醫療服務並補助相關設施經費。

(五)中醫長照品質的提升

有關日後中醫長照服務的品質提升之規劃，擬建議如下：

1. 中醫界進行更多以長照情境為主的研究。建請相關單位支持中醫界進行更多以長照情境為主的研究，累積更多實證資料，可著重於預防失能或失能加重、重度失能的症狀照護、安寧療護、緩和療護、失智症的防治與延緩以及中醫高齡醫學等主題。
2. 持續挹注充足經費支持長照場域中醫臨床研究的深化與優化。中醫治療有益於長照個案的實證已越來越多，唯國家資助之中醫研究之在經費與時程等存在諸多限制。舉例而言，在失能的延緩與預防方面，對於輕度到中度失能之個案，如欲測量其肌力變化，一般測量體適能之客觀儀器如握力器等多難以適用於該群個案，而高階的肌力測量儀如 microfet 等，則動輒數萬至數十萬間，同樣若欲測量步態與協調等功能，高階的客觀運動狀態測量儀器更是價位驚人。另外關於中藥研究的執行，一般得標之經費，僅夠聘請一般能處理行政事務之助理，有關試驗部分也只能委其執行最基礎的工作如資料登記等，若需增加樣本數，延長介入時間（到半年甚至一年），以及提升試驗複雜度（如雙盲）等，則絕對需有再聘請專門的臨床試驗管理人員參與，才能確保試驗之品質，以目前歷年得標之經費實難達成。隨著全球及臺灣人口的持續老化，長照場域做為未來醫療場域以外的健康照護研究的重點，許多主題仍值得中醫界投入，期待未來國家能持續挹注充足的資源支持長照場域中醫臨床研究的深化與優化。
3. 中醫師應積極融入長照團隊。
 - 3-1 中醫師全聯會持續鼓勵中醫師參加 Level I、II、III 等長照相關

專業教育訓練，以熟悉長照的情境、語言和照顧目標，並取得參與長照體系的基本資格。

3-2 建議中醫藥司能持續挹注資源協助中醫師全聯會及各地公會等，建立中醫師的社區醫療網，以便媒合個案，深化中醫師在社區的影響力。

4. 團隊成員的相互了解與交流。為了讓長照團隊的其他成員更清楚中醫的角色與專業，中醫界應制定有實證基礎的標準教材以及照顧指引，在各職類的培訓及再教育時介紹。對象單位如：

4-1 勞動部

甲. 照顧服務員訓練課程：增加合適的中醫照護知識技能，以及預防職業傷害之自我保健。

乙. 家庭照護訓練課程（待長期照顧保險法實施後）-同上。

4-2 衛福部-委託各縣市政府衛生局

長照相關人員的教育進修課程：可安排一定比例的中醫知識技能。

4-3 長期照顧相關協會、學會、系所和民間團體等，安排中醫之介紹與照顧經驗交流，並進一步共擬合作計畫。

5. 中醫長照的社區宣傳衛教。中醫界應當在社區有計畫的安排宣導活動，讓民眾了解長期照顧結合中醫的益處，進而支持中醫長照的服務。

6. 中醫系醫學生增加長期照顧相關之教育時數。為及早因應我國超高齡社會之來臨，提供長照多元照顧服務模式，建議衛福部、教育部推動產學合作，規劃中醫師養成教育時，應安排長照體系服務實習一定之時數，讓中醫職類提早熟悉長照服務團隊以了解更多長照之情境。

7. 中醫導引相關專業職類之養成。未來於長照體系提供中醫特色照護模式，如教導失能者太極拳或八段錦等中醫導引時，指導人員應具備一定程度的中醫基本知識與運動醫學知識，或通過中醫導引之訓練與認證，建請有關單位重視相關專業職類之養成，以及中醫導引等相關之訓練與認證的規範化和制度化，以在日後為長照體系提供更高品質、更具一致性的中醫特色照護服務。

(六)中醫參與長照體系的長期展望

1. 長期照顧乃連續性照護的一環，中醫在規劃參與長期照顧時，同時

也應參與建立持續性、整合性、周全性的照護體系，以讓中醫具有更多元的服務管道，包括：

1-1 急性期：除了中醫會診，應再發展中醫住院等模式。

1-2 急性後期（中期照護）：除了一般門診，應發展中醫住院，中醫日間照顧等模式。

1-3 長期照顧期：發展居家式、社區式、機構住宿式的相應中醫服務模式（參考第四點第 1 項）

註：以上內容以「107 年中醫參與長期照顧制度之發展規劃政策建議書」為藍本修訂。

附件十二、期中查驗會議委員建議與應補充項目回覆

1. 請補充說明 8 所參與機構之類型（如：護理之家與老人福利機構）分佈，且這些參與機構的評鑑等級為何。

感謝委員指導。

機構類型	機構名稱	評鑑年度 105	評鑑年度 106	評鑑年度 107
老人福利機構	彰化縣私立吉祥老人養護中心			甲
	彰化縣私立馨園老人長期照護中心			甲
	彰化縣私立寶祥老人長期照護中心		甲	
	衛生福利部彰化老人養護中心	優		
	衛生福利部中區老人之家	優		
護理之家	雲林基督教醫院附設護理之家			合格
	鹿港基督教醫院附設護理之家			合格
	吉康護理之家			合格

附表為 8 所收案機構類型與評鑑等級（說明：老人福利機構評鑑每三年評鑑一次分數由高至低區分為優等、甲等、乙等、丙等。護理之家每四年評鑑一次僅合格、不合格區分）

2. 研究結果可比較實驗組機構下呼吸道感染的品質監測結果。

感謝委員指導，各機構介入時間內機構下呼吸道感染的品質監測結果如下表

機構感染指標「下呼吸道感染發生密度」統計資料							(千分比)
機構 月份	A	B	C	D	E	F	G
6 月	0.51	0.35	0.91		1.84	0.8	0
7 月	0.25	0.34	0	3.7	0	1.1	1.82
8 月	0.98	0	0	1.6	1.16	0	0
9 月	0.51	0	0	0.6	0	0	3.89

分析比較後可知，本研究收案對象為機構內高風險族群，已先收集過該族群之發生率，再依此推估樣本數，由於是高風險族群，故下呼吸道感染的比率相較與總群體可能會偏高。

3. 請補充說明本計畫之安慰劑為何，長期觀察的時間多長。

感謝委員指導。本研究所使用的安慰劑為經染色過之玉米澱粉。研究介入（服藥）時間為 12 周，之後持續追蹤至 24 周。

4. 應該結合機構的長照指標（尤其客觀指標）進行分析。

感謝委員指導。將再另行跟各機構索取介入時間內機構下呼吸道感染的品質監測結果等客觀指標，並加以分析比較。

5. 可進行疾病進程(Natural Course)的紀錄，尤其是上呼吸道感染後的疾病進程，有助於觀察「中藥」在呼吸道保養角色。

感謝委員指導。本研究設有感染後住院天數之統計，若能縮短實驗組的住院天數，或可間接說明中藥在縮短疾病進程的效果，同時本研究亦有抽血檢驗慢性阻塞性肺病的指標(eosinophil)與痰液染色鏡檢等，從另一角度觀察「中藥」是否有助呼吸道之保養。

6. 收治研究案例符合進度，宜持續積極完成。

感謝委員的勉勵。

附件十三、期末成果報告審查意見回復

- 一、已經完成期中審查建議修正；已經完成計畫之成果指標、臨床指引及政策建議。

感謝委員審查與支持。

- 二、參加長照模式皆為「彰基」體系，如能廣邀其他醫療單位參與學習或建言，也許會更好。

感謝委員的寶貴建議，謹說明如下：

本年度計畫執行時除邀請彰基體系附設護理之家外，同時亦有邀請公私立長照單位共同參與，如部立彰化老人養護中心、部立中區老人之家以及三間私立機構等，並召開一次分享會與兩次專家會議，就研究成果進行交流，與會來賓與專家也不吝提出建言，使本計畫之執行與成果更能貼近長照體系之需求。

另本年度由於執行團隊將計畫定位在照護模式之開發，且須進行臨床試驗收案，加上研究經費和計畫時程等主客觀條件的限制，故優先與團隊熟悉、照顧品質穩定且參與意願高之單位進行合作，唯日後團隊仍會持續將歷年的成果，以及所開發之模式，透過中醫師全聯會或其他管道，安排合適的時機(如研討會以及各單位繼續教育時)進行分享，聽取各界寶貴意見，也期盼未來在時間與經費更充裕的情況下，能在此基礎上進行更大規模的合作與交流，廣邀其他醫療單位參與學習，提供建言。

- 三、本期末報告撰寫方式較注重質性描述，在量化工作方面報告呈現較沒系統性，對泌尿道感染執行的 study 亦看不清其結論重點為何。

感謝委員的寶貴意見，謹說明如下：

本年度的研究預防機構高風險住民肺炎之發生為主，已依照委員的寶貴建議，於結案報告中增加「營養指標」、「肝腎功能」、「血液檢驗」、「痰液細菌染色鏡檢」等結果之數值與圖表。

有關泌尿道感染的預防則為 106 與 107 年之研究，本報告為述明這三年綜合的成果，故於「摘要」及「結論與意見」兩處有略作提及。討論：

本計畫試驗方案：「中醫優化長照個案照顧品質方案---呼吸系統」使用中藥方劑「半夏厚朴湯」與「定喘湯」合方減緩長照住民肺炎發生機率。初步結果顯示肺炎感高染風險之長照個案在接受中藥介入後，

實驗組服藥 12 週期間的「肺炎感染住院率」較對照組為低 ($p<0.05$) 詳如：表二。

實驗前後皆有做血液檢測與痰液檢測能明確了解服用中藥方劑可否在生理上有助於長照住民，初步結果顯示實驗組血中的嗜中性白血球與痰液中的細菌量有減少 ($p<0.05$)，而實驗組白蛋白、轉鐵蛋白等營養指標亦顯著上升 ($p<0.001$) 詳如：圖四、六。

另外服用中藥期間對肝腎功能亦無造成影響，甚至有提升腎功能的潛力 ($p<0.05$) 詳如：圖五。

已補充於：p17、p18、p23、p26、p33、p58、p59、p60、p62。

- 四、請補充說明定喘湯與半夏厚朴湯兩種肺炎預防方劑之使用不需中醫處方，任何人皆可至中藥房購買嗎？就當一般茶葉喝嗎？有無禁忌？（還是禁忌與本計畫的排除條件同？有無副作用？）

感謝委員的寶貴意見，謹說明如下：

本研究所使用的定喘湯與半夏厚朴湯之科學中藥粉，屬中醫師臨床常規之處方，但也正如同許多西藥可在社區藥局購得一般，定喘湯與半夏厚朴湯之科學中藥粉在中藥房或部分藥局等處亦可購得，相關法規的部分尚須請教有關單位釋疑。

本試驗選用定喘湯與半夏厚朴湯，主因即在於此二方不會過於寒涼或燥熱，適合一般體質作為預防肺炎的使用(如 p23~24 之論述，並新增於附件九、長照機構肺炎高風險個案之中醫照護作業指引 p84)，唯由於本試驗投藥前仍有中醫師為受試者進行體質辨證篩選之步驟，故建議未來推廣使用時，仍應先有中醫師為個案進行體質辨證後再服用為妥，並需追蹤患者服藥狀況，似不宜自行購買當茶飲用。

禁忌部分，除本計畫之排除條件外，體質如有特殊之偏性，如寒、熱、虛、實等其中一項較為偏重時，仍應按實際辨證結果挑選更適合之方劑，另有副作用詳列於下(原於 IRB 計畫書與受試者同意書中述明，今已補充於附件九、長照機構肺炎高風險個案之中醫照護作業指引 p84~85)：

藥方「半夏厚朴湯」與「定喘湯」皆為中醫長久來用於治療呼吸道疾病的固有成方，實證文獻未見重大不良反應之報導，唯：

- A. 藥方定喘湯有含有少量麻黃，研究指出大量服用麻黃可能產生升高血壓、降低食慾、失眠等反應，唯定喘湯中之麻黃用量極少，且已經過炮製與配伍減去其烈性，若個案在服用後仍出現相關情

況，在調整劑量或停藥即可改善。

- C. 藥方定喘湯有含有少量白果，研究指出大量服用未經炮製的白果，可能產生中樞神經系統及腸胃道症狀，包括噁心、嘔吐、煩躁不安、抽搐、呼吸困難等反應，唯定喘湯中之白果用量極少，且已經過炮製與配伍減去其烈性，若個案在服用後仍出現相關情況，在調整劑量或停藥即可改善。

五、請補充實驗組與對照組受試者在中風、鼻胃管使用與氣切人數之差異，以了解兩種研究對象在肺炎風險的差異。

感謝委員的寶貴意見，謹將實驗組與對照組受試者在中風、鼻胃管使用與氣切人數之差異列表說明如下，並已於報告 P.61，表一中補充，經分析後顯示使用鼻胃管者其肺炎發生顯著高於未使用者(如下表並補充於 P.62 表 2)，氣切及中風之族群未見顯著差異。

	組別				P-value
	對照組		實驗組		
	(n=74)		(n=70)		
	N	%	N	%	
TRS	3	4.1	5	7.1	0.485
NG	32	43.2	24	34.3	0.270
HEP	34	45.9	28	40.0	0.471

Cox proportional-hazards regression analysis of 半年內PN

		半年內PN			Univariate analysis			Multiple analysis (adjusted)		
		Total	N	%	Hazard ratio	95% C.I.	P-value	Hazard ratio	95% C.I.	P-value
NG病史	無	88	14	15.9	1.000			1.000		
	有	56	20	35.7	2.561	1.293 - 5.074	0.007	2.400	1.188 - 4.846	0.015

Follow-up time: from 給藥日 till 第1次PN日/death/第180天

研擬中醫藥發展專法草案計畫(2-2)

施純全

中華民國中醫師公會全國聯合會

摘 要

研究目的：

世界衛生組織發表「2002~2005 傳統醫學戰略」及「2014~2023 傳統醫學戰略」，呼籲各國應重視並制定政策管理傳統醫藥，我國憲法增修條文第十條中明訂「政府應推行全民健康保險，並促進現代和傳統醫藥之研究發展」，但目前國內尚未制定中醫藥發展法。衛生福利部於 106 年執行中醫藥發展專法可行性評估計畫，完成中醫藥發展法架構與可行性評估。107 年執行研擬中醫藥發展法草案計畫，依據我國中醫藥法律架構、中醫醫療與中藥產業現況，以及韓國《韓醫藥發展法》、中國《中醫藥法》與世界衛生組織傳統醫學戰略內容，提出《中醫藥發展法》草案條文、總說明、政策說帖與適法性分析。本計畫擬依循前述計畫研究成果，邀集產、官、學各界專家舉辦共識會議，討論與修改《中醫藥發展法》草案條文，凝聚各界共識，並了解草案對各界之影響性。

研究方法：

本計畫採用文獻分析、深入訪談與焦點團體訪談方法，彙整政策說帖、適法性分析報告，其他相關計畫成果與會議諮詢成果，進行衝擊影響分析、法規影響評估及性別影響評估報告之立法背景說明、必要性說明與成本與效益分析。另外，透過召開多次專家會議與共識會議滾動式修正《中醫藥發展法》草案條文與說明，並蒐集相關文獻與法規逐步擬定《中醫藥發展法》子法規草案。

結果：

為確立國家中醫藥發展之基本原則，保障及穩定挹注經費，促進中醫藥永續發展並增進全民健康福祉，本計畫擬定《中醫藥發展法》草案，其要點如下：一、用詞定義。二、政府應保障並充實中醫藥發展所需經費；中央主機關應定期訂定中醫藥發展計畫，並遴聘（派）中醫藥學者專家及產業界人士代表召開會議，諮詢中醫藥發展政策。三、中醫藥發展之補助或獎勵事項。四、強化中醫藥於全民健康照護之功能及角色，並提升中醫藥資源可近性及醫療品質，發展中西合作與具特色之照護質及服務。五、政府應發展及輔導國內中藥藥用植物種植，完善中藥品質管理規範，加強中藥上市後監測，並輔導中藥產業開拓國際市場。六、推廣與輔導保存具中醫藥特色之知識及傳統技藝，建置國家中醫藥知識庫，整合產官學之研究資源，以發展中醫藥實證。七、衛生福利部國家中醫藥研究所，為配

合執行中醫藥發展計畫，得設置中醫藥研究基金。八、鼓勵中醫藥研究及管理成果進行國際交流；健全中醫醫事人力規劃，培育中醫藥科技研究人才，並普及國民中醫藥知識教育。

討論：

本計畫共提出七章二十四條之《中醫藥發展法》草案與草案總說明，並擬定草案問答集、中醫藥專有名詞及草案英譯版，並擬定《中醫藥發展獎勵補助辦法》、《承租公有土地或國營事業土地作中藥藥用植物種植使用辦法》、《中藥抽驗稽查辦法》等三個子辦法草案，以利後續子法規討論與法制作業執行。擬定衝擊影響分析、法規影響評估及性別影響評估，針對立法背景、必要性、有效性進行完善分析，並初步分析草案成本與效益。為提升《中醫藥發展法》草案效益，建議未來朝中醫藥現況與困境進行滾動式研究，建置中醫藥政策成本效益分析研究模式，並持續考察、評析鄰近國家《傳統醫藥專法發展法》實施之經驗及成果，以利後續《中醫藥發展法》草案之修訂。

關鍵詞：傳統醫學戰略、中醫藥、中醫藥發展法

The Proposal for Developing the Chinese Medicine and Pharmacy Development Act (2-2)

Chun-Chuan Shih
Taiwan Chinese Medical Association

ABSTRACT

Aim:

The World Health Organization announced “Traditional Medicine Strategy 2002-2005” and “Traditional Medicine Strategy 2014-2023” to appeal every country emphasizing on the policy and management of traditional medicine. Although the 10th article on the “Additional Articles of the Constitution of the Republic of China” defined that “The State shall promote universal health insurance and promote the research and development of both modern and traditional medicines.” Yet, the government has not passed any special acts for the development of Chinese medicine and pharmacy. The Ministry of Health and Welfare performed “Chinese Medicine Development Law and its assessment program” in 2017 which includes finished structure and feasibility assessment of “Chinese medicine and pharmacy Development Act”. “The Proposal for Developing the Chinese medicine and pharmacy Development Act program” in 2018 which based on Chinese medicine and pharmacy regulations and present situation of our country, “Korean Medicine and Pharmaceuticals Promotion Act” of Korea, “Law of the People's Republic of China on Traditional Chinese Medicine ” of China, “WHO Traditional Medicine Strategy “to draw up draft articles on “the Chinese medicine and pharmacy Development Act(the Act) ” and it’s general description, persuasion report and lawfulness report. On the basis of the results from previous programs, we will invite Chinese medicine experts from pharmaceutical factories, hospitals, academic institutes, and the government to hold consensus conferences for discussing and amending the Act, building consensus and understand the impact of the Act among participants.

Method:

By using literature analysis, in-depth and focus group interview methods to integrate persuasion report, lawfulness report, other relevant project results and conference consultation results. Then developing Chinese medicine and pharmacy background and present situation, legislative necessity description and cost and benefit description of impact analysis, regulatory impact analysis and gender impact assessment report. In addition, through the convening of several expert meetings and consensus meetings, the provisions and descriptions of the Act were revised in a rolling manner, and collect relevant literature and regulations to gradually draw up the draft of sub-

regulations.

Results:

In order to establish the basic principles of the development of the national Chinese medicine and pharmacy, secure and suffice the relevant and necessary funds, foster the sustainable development of the Chinese medicine and pharmacy and protect the health and wellbeing of all nationals, this plan draws up “the Chinese medicine and pharmacy Development Act”. The main points of the Act are as follows: 1. Definition. 2. The government shall guarantee and plenitude the funding for development; the central Competent Authority shall formulate the development of the Chinese medicine and pharmacy on a regular basis, and recruit (appoint) the Chinese medicine and pharmacy experts and industry representations to hold the consultation meetings periodically to provide advice on the development policy of the Chinese medicine and pharmacy. 3. The rewards or subsidies for the Chinese medicine and pharmacy. 4. Strengthen the function and role of the Chinese medicine and pharmacy in the national health insurance and the health care system, increase the accessibility and quality of Chinese medicine medical resources, develop the Chinese medicine in combined and the diversified health care. 5. The government shall develop and support the cultivating of Chinese medicinal plants, strengthen the management of source improve the regulations governing the strengthen the original management and post-market monitoring of the Chinese medicine products, and assist Chinese pharmaceutical industry with the international market. 6. Promote and assist in conserving the knowledge and traditional skills with the Chinese medicine and pharmacy, establish the national wisdom base for the Chinese medicine and pharmacy, integrate the research resources of the industry, government and academy to facilitate the evidence-based Chinese medicine and pharmacy. 7. The National Research Institute of Chinese Medicine of the Ministry of Health and Welfare may set up a Chinese medicine and pharmacy research fund to implement the Chinese medicine and pharmacy development plans. 8. Encourage the international collaboration on the research and management result of Chinese medicine and pharmacy, consummate the plans for the professional workforce of the Chinese medicine, strengthen the talent cultivation of the Chinese medicine and pharmacy research and popularize the education of Chinese medicine and pharmacy knowledge of nationals.

Discussion:

This program has finished the draft and general description of the Act which has seven chapters and twenty-five articles. The articles question and answer set, english translation of the articles and the technical term of Chinese medicine and pharmacy also have been completed. In order to facilitate the discussion and legal process of sub-regulations, the draft of “Chinese medicine and pharmacy Reward or Subsidy Regulation”, “Rent Public Lands or Lands of State-Owned Enterprises for Chinese Medicinal Plant Agricultural Production Regulation” and “Chinese Medicine Products Random Inspection and Auditing Regulation” have finished as well. Impact analysis, regulatory impact analysis and gender impact assessment reports have been comprehensively investigated in terms of legislative background, necessity and effectiveness, then preliminary analysis the cost and benefits of the Act. In order to improve the effectiveness of the Act, it is recommended to conduct rolling research on the current situation and dilemma of Chinese medicine and pharmacy in the future, establish a cost-benefit analysis and research model for Chinese medicine and pharmacy policies, and continuously investigate or evaluate the experiences and achievements of

the "Traditional Medicine Development Law" in nearby countries to facilitate the subsequent revision of the “Chinese Medicine and Pharmacy Development Act “.

Keywords: Traditional medicine strategy, Chinese medicine and pharmacy Development Act, Traditional Chinese medicine

壹、前言

依據世界衛生組織(World Health Organization，以下簡稱 WHO)的定義傳統醫學為傳統中醫學(Traditional Chinese Medicine)、傳統希臘、埃及與阿拉伯醫學，以及傳統印度醫學等各地傳統醫學的統稱，療法包含藥物與非藥物（如針灸、推拿），全世界約有百分之八十的人依賴各國傳統醫學進行初級衛生保健服務，為現代西醫體系以外非常重要的醫療照護來源[1.2]，WHO也於 2002 年通過《2002~2005 年傳統醫學戰略》，緊接在第 56 次大會發表 WHA56.31 號決議，認可傳統醫學的醫療價值，呼籲各國建立傳統醫學國家政策與法律架構，以提升傳統醫學對醫療體系之貢獻，並對降低特別是貧困人口的過高死亡率和患病率方面起到更為重要的作用[3.4]。在 2013 年 WHO 匯集各國專家重新制定《2014~2023 年世界衛生組織傳統醫學戰略》與進一步細化戰略內容，敦促各國政府進一步提高傳統醫學的規範性與安全性，與提高醫療服務提供者的技能，以確保病人安全[5.6.7]。

長久以來，中醫與西醫同是華人地區醫療保健的主要方式，臺灣在 1987 年開始於勞保試辦中醫業務，逐年漸擴大給付規模與金額，於 1981 至 1994 年間，臺灣約有 66%的民眾經常性使用中藥材[1]，1993 年起農、漁、福保逐漸開辦中醫給付，1994 年憲法增修條文第十條中明訂「政府應推行全民健康保險，並促進現代和傳統醫藥之研究發展」[8]，確立社會福利與傳統醫藥發展之基本法源。1995 年全民健保開辦，於此背景下，中醫和西醫同樣納入保險給付，促進中醫醫療照護發展[9]，並在《全民健康保險法》第四十七條至第五十條、第五十四條基礎上，於 2000 年推動中醫總額支付制度[10]，進一步提升民眾對中醫醫療利用之可近性，據統計在 1996 至 2001 年間，有高達 62.5%的民眾曾使用中醫健保資源[11.12]，使用型式主要為中藥治療(85.9%)，針灸(11.0%)和傷科推拿治療(3.1%)[11]，民眾使用中醫門診次數期間內呈現逐年成長趨勢，在 2013 年至 2017 年使用中醫門診民眾平均中醫就診次數就從 5.60 成長到 5.91[13.14]，另有研究顯示每月約有 10.4%的民眾有使用過中醫醫療服務[15]，每年約有 30%全民健保投保對象，至少一次以健保身分就診中醫[16]，顯示民眾對中醫醫藥照護體系之高度肯定。2016 年衛生福利部發布之《2025 衛生福利政策白皮書》「發展中醫健康照護」與「健全中藥品質管理制度」章節，也同樣收錄中醫藥之發展目標與政策，為符合我國社會人口結構與醫療需求之變化，以及中醫藥產業現況之瓶頸，中醫藥政策之支持確有其必要性。

在法律管理方面，有《醫師法》、《藥師法》、《醫療法》、《藥事法》等醫政藥政法律作為中醫藥管理之基礎，也具有《醫療法實施細則》、《藥師法施行細則》、《醫療機構設置辦法》、《藥事法施行細則》、《藥品查驗登記審查準則》、《藥品優良臨床試驗準則》、《中藥新藥查驗登記須知》、《中藥藥品查驗登記審查須知暨其有關規定》等命令與行政規則，相較之下，我國中醫藥管理尚稱完整。

從上述說明可得知，我國中醫藥政策與法律基礎完備，並發布許多中醫藥政策、規範與計畫，已符合《2014~2023 年世界衛生組織傳統醫學戰略》內容，透過「各國需依據具國情更充分了解傳統醫學」與「各國需依據人民需求選擇傳統醫學型式，制定政策、法規和指南」兩大步驟，提升傳統醫學於全民健康之角色與貢獻[17]。但臺灣法律架構為西醫與中醫於相同規範管理，在部分面向無法切合中醫藥特性，造成中醫藥品質、研究、醫療利用、人力資源因行政與財政支援不足、醫藥政策有向西醫傾斜之現象，缺少中醫藥整體性考量之未來規劃，法律無法切合中醫藥發展需要等，因而面臨發展瓶頸與停滯，另外，我國憲法增修條文第十條雖已揭示促進傳統醫藥之研究發展為基本國策之一，但迄今仍未有像 2003 年韓國發布之《韓醫藥育成法》，以及 2017 年中國大陸實施之《中醫藥法》，具有促進中醫藥發展，和提升政府中醫藥職責與管理之專責法律，藉以宣示永續中醫藥發展之政策規劃與政策法制化，此為我國亟需努力之目標。因此，本計畫承續衛生福利部 2017 年「中醫藥發展專法研擬及可行性評估計畫」和 2018 年「研擬中醫藥發展專法草案計畫」內容，修正《中醫藥發展法》內容，並召開專家與共識會議凝聚共識，以完善符合我國國情與中醫藥管理現況之《中醫藥發展法》，以利中醫藥醫療品質改善，促進全民健康與福祉提升，並呼應 WHO 推廣傳統醫學之精神。

貳、材料與方法

一、研究方法

(一) 文獻分析法

文獻分析法(Document Analysis)係透過文獻之蒐集、分析、研究以獲所需資料之方法，並對文獻作客觀有系統描述之研究方法。文獻分析為注重客觀、系統及量化之研究方法，其分析文獻內容與文獻學術傳播過程，可藉此釐清研究之背景事實、理論發展狀況，其不僅對文獻內容作敘述性解說，並可推論文獻內容對整個學術傳播過程所發生之影響。

本研究主要蒐集中國大陸、韓國之管理模式、法規及其相關發展狀況之專書、期刊論文、博碩士論文、會議論文集、網路資源等資料，評估我國法規規範、實務及產業面之需求與衝擊，以期在此基礎上探討中醫藥產業立法之方向，以健全發展中醫藥發展。

本研究主要蒐集中國大陸、韓國等國家制定中醫藥發展法相關法制文獻，包括推動規劃經驗與其發展狀況之專書、期刊論文、博碩士論文、會議論文集、網路資源等資料，分析中國大陸、韓國、等國家制定中醫藥發展之立法情形、架構內容、制定模式及其理論建構和實際操作。

(二) 比較分析法

本研究採貝瑞岱(George Bereday)比較研究方法[18]與比較法學(Comparative Jurisprudence) [19]進行型橫向比較分析。貝瑞岱比較研究方法分為兩階段四步驟，第一階段為區域性比較，為描述(Description)與解釋(Interpretation)步驟，本階段將會客觀且有系統的蒐集中國大陸、韓國等國家中醫藥發展專法之立法情形、架構內容、制定模式及執業相關法制管理規定等內容，並客觀了解背後含意與觀點；第二階段為比較研究，為並列(Juxtaposition)與比較(Comparison)階段，此部分將依據第一階段所蒐集之文獻，依據內容與特色進行重點式分類，並比較中國大陸、韓國、等國家之差異[20.21]。最後一階段則採比較法學最後一階段，檢視上開之比較結果，了解各國在不同問題之應對方式，分析可作為我國《中醫藥發展法》參考之可能性與限制[22]，以促進我國《中醫

藥發展法》之訂定，健全發展中醫藥服務體系，提升中藥藥事業務之品質及保障民眾中醫就醫、中藥用藥安全相關工作。

因 2018 年研擬中醫藥發展專法計畫已於適法性分析與政策說帖報告中進行韓國《韓醫藥發展法》與中國大陸《中醫藥法》之立法背景、法律特點、規範對象與範圍、法律調和性以及實施成果進行比較，因此，本年度計畫將會視《中醫藥發展法》草案修訂過程，適時引用相關文獻。另外，也會比較與分析各專家會議與共識會議之成果，擬定《中醫藥發展法》草案修訂方向。

(三) 深度訪談法

質性研究之研究方法有觀察法(Observation)、調查法(Survey)、訪談法(Interview)、紮根理論(Grounded Theory)等。訪談法(Interview)在質性研究中，為蒐集研究資料之重要方法，透過深度訪談(In-Depth interview)，可瞭解研究對象真正之想法與意見，並進行《中醫藥發展專法》之草案修正與建議。訪談之定義(Interviewing)，根據其型式而有多種不同解釋，其指研究者與受訪者面對面之語言交換，使受訪者表達意見或認知等資料；訪談法可蒐集到比問卷調查之一次評量更廣泛、更深入之資料。本研究採取深度訪談法，針對有十年以上關於中醫、藥學、法學、中醫藥相關產業等國內外實務專家、學者為受訪者進行深入訪談。本研究訪談採取半結構式開放性訪談，訪問之進行為直接與訪問對象面對面接觸，問答之方式進行。所謂半結構訪談(Semistructured Interview)，以訪談指引(Interview Guide)或訪談表作為訪談之依據，導引訪談進行，另本研究採開放式問題(Open-Ended Question)，係指受訪者可針對問題，依照其想法回答，無特殊限制，經由開放式問題較彌補封閉式問題可蒐集較豐富之資料。

(四) 焦點團體訪談法

焦點團體訪談法(Focus Group Interview)係以發展、探索和驗證問題之質性研究方法，研究者依據研究目的，設計問題，在一位具有豐富專業知識及熟悉主持事務之主持者引導下，收集訪談對象對特定現象或問題的看法、感覺、知識和經驗。本研究擬邀請中醫、藥學、法學、中醫藥相關產業等等不同領域之專家學者，與各大醫藥學院(校)相關學系，中醫師公會、藥師(藥劑生)

公會、中藥商公會、業界代表（包含中醫醫院、中醫診所、藥局、中藥製造業、中藥販賣業等）及官方代表（衛福部、教育部、科技部、農委會），進行專家會議及產、官、學共識會議針對《中醫藥發展法》草案之立法情形、制定模式、法律架構、草案內容、草案說明，取得立法共識。

(五) 政策分析法

William N. Dunn 認為「政策分析乃是一門應用的社會科學，其在論證(argumentation)和公共辯論(public debate)中運用多種研究調查建立、批判並傳播政策相關知識」[23]，另外，G.Majone 認為「政策分析是論證的過程(process of argument)」[23.24]。因此，本方法主要應用 William N. Dunn 提出的政策論證(policy argumentation)六大要素：(1)尋找《中醫藥發展法》相關資訊；(2)依據資訊與邏輯確立《中醫藥發展法》主張；(3)具體化《中醫藥發展法》條文主張；(4)尋求相關法學專家、主管機關、文獻研究支持；(5)提出反面或相對《中醫藥發展法》論證；(6)提出客觀指標幫助評估《中醫藥發展法》論證，以及建立該法之可議信度。上述方法可以幫助本計畫尋找有力資訊、強化《中醫藥發展法》本身主張、提出反證以抗辯不同看法，以增加《中醫藥發展法》之說服力和解釋力，並促進政府機關與利益相關人士接受該法[25]。2018 年研擬中醫藥發展專法計畫已完成前 3 項要素，因此，本年度計畫將透過深度訪談法與焦點團體訪談法，邀請中醫藥產、官、學研之專家進行《中醫藥發展法》草案之後續要素執行、意見蒐集與修正。

(六) 《中醫藥發展法》之總說明

總說明係說明法律草案之立法目的、立法基本原則、立法緣起及背景、法律架構內容等，著重於立法背景及政策目的，將政策與實際融合，其功能為使立法機關瞭解法案背景與便於司法、行政機關日後進行法律解釋。因總說明內容包括該法律所欲規範之功能及效果，並說明該法律之主要內容，使立法者能理解該法律制定之政策目的及理由，以及支持該法案[26]。當法律通過後，條文本身可能有所缺漏或意涵模糊，此時為解決疑義，司法、行政機關可進行歷史解釋，參考總說明中所揭示之立法歷史背景、目的、精神、沿革等內容，了解立法者原來意圖，以探求條文真

義，解決相關歧異[27]。

《中醫藥發展法》是以中醫藥為主軸，為達成基本原則、理念與國家政策方針之專法，因此，本計畫之草案總說明將參照以發展條例與發展法為名之法律。該等法律因具「最高指導原則」之基本法[28]，與規範行政機關行為與其各種面向之作用法性質[29]，故其總說明撰寫具有比較研究之價值，如：已經通過之《生技新藥產業發展條例》、《農業發展條例》、《中小企業發展條例》、《再生水資源發展條例》、《國際機場園區發展條例》、《運動產業發展條例》、《花東地區發展條例》、《再生能源發展條例》、《原住民族語言發展法》、《文化創意產業發展法》等等。另以基本法為命名之法律，如：《環境基本法》、《客家基本法》、《教育基本法》、《原住民族基本法》、《通訊傳播基本法》等亦可參酌比較探討。2018 年研擬中醫藥發展專法計畫已完成《中醫藥發展法》草案總說明初稿，因此，本年度計畫將就草案總說明之立法要點與逐條說明進行意見蒐集與修正，並會邀集醫療法規專家進行法律術語與技術之修正。

(七) 《中醫藥發展法》之法規政策影響評估

法規政策影響評估（Regulatory Impact Analysis, Regulatory Impact Assessment; 簡稱 RIA）其為政府機關法制作業前置之政策評估機制，日本以「政策評價（評估）法」規範之。其係針對各種管制性或非管制性之措施，經由系統性分析過程，提出實施法規後可能產生之社會、企業及政府的相關效益與成本，並針對規範背景、問題爭點、規範目的進行明確陳述，分析後會就預評估資訊與受影響主要利害關係者進行有意義的諮商程序後，進行最後方案之選定[30]。

本計畫將依據國家發展委員會公布之 RIA 兩大作業步驟進行研究，第一階段為形成政策階段，應進行政策分析作業、影響評估作業：(1)描述中醫藥相關法制現況與欲處理議題；(2)釐清中醫藥政策欲改善目標與成因；(3)設定《中醫藥發展法》方案之目標；(4)擬定《中醫藥發展法》之方案；(5)《中醫藥發展法》主要影響，並質化或量化執行後之成本與效益；(6)諮詢利害關係人，包含：主管機關、中醫師、中藥商、中藥廠等；(7)統整與回應外建意見，並選定較能符合社會民眾期待和專業之最終執行方案。

第二階段為形成法規草案階段，本計畫將協助主關機關：(8)規劃如何執行中醫藥發展法，以及建立績效評估方法；(9)並提供評估結果給主管機關，協助草案預告[31]。2018年研擬中醫藥發展專法計畫已完成第一階段之前4大步驟，內容皆可見該年度成果之政策說帖，因此，本年度將進行後續的專家意見蒐集與《中醫藥發展法》草案修正，並協助專家問題之蒐集，草擬相關意見回覆，促進主管機關推動《中醫藥發展法》草案之修正。

二、研究設計

本研究分為兩大部分，第一部分為臺灣《中醫藥發展法》草案修正之意見彙整與分析，第二部分為《中醫藥發展法》草案之草案總說明、子法規草案、衝擊影響評估、法規影響評估、性別影響評估建立，此兩大部分皆進行理論探討、實證調查、歸納分析進而提出研究結果等4個階段，以完成本計畫之成果要求。

(一) 理論與文獻探討

本階段在於蒐集與研究相關理論與文獻(包含專書、期刊論文、博碩士論文、會議論文集、網路資源等資料)，以及2018年研擬中醫藥發展專法計畫成果，作為專家會議與共識會議討論，與衝擊影響評估、法規影響評估、性別影響評估等報告之背景資料。

(二) 實證調查分析

本研究希以實證調查訪談結果來支持學理上之推論與擬定《中醫藥發展法》草案修正方向，此部分將以深度訪談法、焦點團體訪談法進行中醫藥產、官、學研之專家訪談，並輔以政策分析法之邏輯推論、反面或相對論證等步驟強化訪談內容、提升《中醫藥發展法》草案之說服力、增加各項評估報告之解釋力。

(三) 比較分析與歸納整理

依據貝瑞岱比較方法與比較法學方法，將前開理論資料、文獻資料、深入訪談進行文字資料整理，並依據整理研究重點與待解決之疑慮進行並列、比較、歸納，本計畫亦將專家會議結果進行歸納整理，已提升《中醫藥發展法》草案之修正成果。

(四) 研究結果

透過上開研究設計，第一部分臺灣《中醫藥發展法》草案修正之意見彙整與分析，第二部分《中醫藥發展法》草案之草案總說明、子法規草案、衝擊影響評估、法規影響評估、性別影響評估建

立之兩大步驟研究結果如下：

	第一部分為臺灣《中醫藥發展法》草案修正之意見建立	第二部分為《中醫藥發展法》草案之分析報告建立
理論與文獻探討	(1)確立專家會議與共識會議開會目標與方向 (2)確立《中醫藥發展法》草案之背景資料與討論方向之彙整資料 (3)確立草案總說明、子法規草案、法規詞語之英譯用法	(1)分析臺灣與各國中醫藥發展法之政府單位、產業與學術單位，以及影響範圍、可能產生之風險與成本效益 (2)建立風險與成本校益衝擊調查之目的、綱要，以及評估要點與指標 (3)確立衝擊影響評估、法規影響評估、性別影響評估之背景資料
實證調查分析	召開專家會議與共識會議，並建立會議紀錄逐字稿	透過訪談與會議方式對相關利害關係之政府單位、產業與學術單位等，進行風險與成本效益衝擊調查
比較與歸納分析	(1)比較與分析專家會議與共識會議成果，彙整草案疑慮與修正方向，並專寫相關回應與草案內容	(1)對風險與成本效益衝擊調查進行統整與分析 (2)比較會議內容與參考文獻，修正各評估報告
研究結果	(1)確立修訂後《中醫藥發展法》草案與草案總說明之修訂原則與方向 (2)確立《中醫藥發展法》草案子法規規劃 (3)提出《中醫藥發展法》草案英譯版 (4)社會疑慮與草案常見疑問Q&A	量化或非量化成本效益與衝擊，確立性別影響評估、法規影響評估、衝擊影響評估

三、研究實施步驟

(一) 本計畫決標後 2 週配合衛生福利部中醫藥司建立本計畫細部計畫書，並共同召開會議討論計畫執行可行性與應修正方向。前述細部計畫書會包含專家會議、共識會議之召開時間、地點、方式、議程，以及草案實施後之風險與成本效益衝擊評估之方

式等執行細節。

- (二) 蒐集與擬訂不同背景，中醫、中藥、醫療法規及衛生政策等不同領域與代表性之專家會議委員名單與共識會議之產、官、學、研參與名單。《中醫藥發展法》草案修訂：1.依據 2018 年研擬中醫藥發展專法草案計畫之成果，提出修正後草案與草案總說明（含立法精神、目的、重點，條文名，條文內容，條文說明）；2.如有必要，依據專家會議與共識會議等所提應進一步改善議題，如：中醫藥研究發展、中醫藥法財務或基金設立等內容，偕同相關專家、團體或政府機關召開會，釐清需求與草案修改方向；3.依據專家會議、共識會議，或其於會議與討論之決議，修正草案與草案總說明。召開 2 次專家會議：1.建立開會時間、地點，並會同衛生福利部擬定專家會議委員名單，該名單會包含中醫、中藥、醫療法規及衛生政策等領域之產官學研專家及主管機關代表；2.擬定會議議程、會議目標與應討論問題，並於召開會議前 2 週提供衛生福利部中醫藥司審閱；3.彙整會議與意見記錄 1 份，並於會後 1 週提供紀錄交衛生福利部中醫藥司審閱；4 會中擬討論草案精神、目的、重點、條文內容、條文名、條文說明，發展草案共識與立法原則，以修正草案、草案總說明；子法規草案藍圖與相關內容；《中醫藥發展法》之風險與效益等內容。
- (三) 召開 3 次產官學共識會議：1.建立開會時間、地點，並會同衛生福利部中醫藥司擬定共識會議邀請名單；2.擬定會議議程、會議目標與應討論問題，並於召開會議前 2 週提供衛生福利部中醫藥司審閱；3.彙整會議發言逐字稿，以及各界所提問題及意見錄與意見記錄 1 份，並於會後 1 週提供記錄經衛生福利部中醫藥司審閱；4 會中擬討論草案之精神、目的、重點、條文內容、條文名、條文說明，發展草案共識與立法原則，以修正草案、草案總說明；及討論《中醫藥發展法》之風險與效益。
- (四) 建立各項分析報告之背景資料：1.建立韓國《韓醫藥發展法》、中國大陸《中醫藥法》、臺灣《中醫藥發展法》之相關利害關係政府單位、產業與學術單位之名單，分析實施前後之影響範圍，以及可能之風險與成本效益；2.依據文獻建立各項評估報告之撰寫綱要；3.依據文獻建立成本效益評估機制；4.分析 2018 年

研擬中醫藥發展專法計畫之成果報告，建立性別影響評估、法規影響評估、衝擊影響評估等分析報告之相關內容；5. 撰寫衝擊影響評估之背景、現況與問題、可能影響之社會相關利害關係人與範圍；6. 撰寫法規影響評估之草案法規層面必要性、法規替代方案分析、可能影響之社會相關利害關係人與範圍；7. 撰寫性別影響評估之性別議題分析。

- (五) 建立風險與成本效益衝擊調查：1. 建立成本效益分析方式；2. 針對社會相關利害關係人進行訪談式調查；3. 統整與分析調查結果；4. 撰寫衝擊影響評估之社會與政府可能發生之風險、量化與非量化成本效益分析；5. 撰寫法規影響評估之社會與政府之量化與非量化成本效益分析。
- (六) 依據前開會議結果建立修正後之臺灣《中醫藥發展法》原則與條文：1. 撰寫修正後臺灣《中醫藥發展法》草案條文、條文名、條文說明；2. 撰寫《中醫藥發展法》草案草案總說明(含立法目的、精神、重點概論)；3. 提出《中醫藥發展法》之子法規草案藍圖與相關內容；4. 提出性別影響評估、法規影響評估、衝擊影響評估等分析報告初稿內容。
- (七) 協助衛生福利部進行相關立法準備工作：1. 建立簡單易懂之草案總說明；2. 會同法學專家協助衛生福利部發布草案與草案總說明；3. 彙整前開專家會議與共識會議之疑慮與草案常見疑問，建立 Q&A，並於必要時會同法學專家提供衛生福利部法學意見與諮詢；4. 彙整專家會議與共識會議紀錄，撰寫法規影響評估分析報告之公開諮詢程序章節。
- (八) 協助主管機關召開有關單位協調會議：1. 協助主管機關確立單位協調會議流程、目標、議程、提問回覆；2. 彙整有關單位協調會議紀錄。
- (九) 撰寫 2019 年所需報告：專家會議與共識會議紀錄與意見回覆報告、修正後草案與草案總說明、子法規草案、衝擊影響評估、法規影響評估、性別影響評估、《中醫藥發展法》英譯版。

參、結果

一、2018 年「研擬中醫藥發展專法草案」計畫建議彙整

2018 年「研擬中醫藥發展專法草案」計畫共召開 3 次專家會議與 2 次計畫審查會議，刪除針對計畫研究方向、韓國《韓醫藥育成法》與中國大陸《中醫藥法》研究方向、以及適法性分析政策說帖等報告之建議後，彙整《中醫藥發展法》草案條文架構與條文內容建議如下表一。

表一、2018 年「研擬中醫藥發展專法草案」計畫中醫藥發展法草案修正建議彙整

章節	專家建議(含專家會議與期中、期末審查會議)	建議出處
原則方向	1. 草案為基本法，條文數目目標精簡至 10~12 條，以中醫藥重點政策與大方向為主。	第二次專家會議、期中審查會議
	2. 草案就中醫藥管理事項，應具有特別法之性質，其他法律規定與未來制定之「中醫藥發展法」規定不相同時，必須優先適用「中醫藥發展法」相關規定。	期末審查會議
	3. 建議將衛生福利部 2025 政策白皮書中中醫、中藥內容納入。	期中審查會議
	4. 發展中醫實證醫學與研究、中醫資料庫、中醫居家照護、健全中醫醫事人員團隊、中藥安全管理、中醫藥納入國民教育、中藥製劑創新、鼓勵產學合作為草案整合重點。	第二次專家會議
	5. 建議針對重要條文授權訂立施行辦法。	第二次專家會議
	6. 建議保留「施行細則制定依據」之多條條文概括授權與重要條文之「授權主管機關訂定辦法」兩種立法技術。	第三次專家會議
	7. 建議各條文之鼓勵改為獎勵，並編列預算給予實質獎勵。	第三次專家會議
第一章總則、第二章中醫藥發展計畫	8. 與國民健康、中醫藥制度化(各中醫藥政策實施之法源依據)、中醫藥科學化、中醫藥產業發展、傳承與維持中醫藥精神、爭取經費支持、合理化人力與財力分配作為立法目標。	第一次、第二次、第三次專家會議
	9. 草案中的用詞定義，建議要和現施行法的名詞定義一致。	期中審查會議

章節	專家建議(含專家會議與期中、期末審查會議)	建議出處
	10. 建議第二條定義訂定方式有以下兩種，並皆可於立法過程中討論：第一為制定完善的中醫與中藥定義；第二為不進行中醫與中藥定義條文制定，可授權主管機關於其於法律、命令訂定，或使用行政函釋進行解釋。	第三次專家會議
	11. 建議第二條之中醫與中藥定義應以廣義方式制定，將中醫使用現代科技製造或高度純化中藥之可行性之相關文字納入中醫藥管理條文之中，且現有法律已訂定之內容，建議不納入《中醫藥發展法》草案之中。	第三次專家會議
	12. 建議第二條中藥定義參考 2017 年 2 月 10 日《衛部中字第 1061860023 號》藥事法修正草案之第六條二項內容，並建議包含中藥製劑定義	第三次專家會議
	13. 建議中醫藥政策討論應邀請產、官、學界進行討論。	第一次專家會議
	14. 建議第四條「中醫藥代表」與第八條「諮議會設置目的及任務」條文可以合併。	第二次專家會議
	15. 第八條「中醫藥發展諮議委員會」為重點，務須納入，惟諮議會之角色及職掌宜再審視。	期末審查會議
	16. 在附帶條件或相關計畫建立等框架下提出經費爭取。	第一次專家會議
	17. 建議「保障經費」刪除，修改為授權主管機關建立財團法人等架構。	第二次專家會議
	18. 建議第五條「保障經費」可仿照財團法人中華民國紡織業拓展會形式向廠商收取配額管理費作為金費來源。	第二次專家會議
	19. 建議第六條呼應醫療科技評估政策，以利經費爭取。	第三次專家會議
第三章 中醫醫療照護	20. 增加組織架構內容，以增加實質效果。	第一次專家會議
	21. 建議增加中醫跨科別管理。	第一次專家會議
	22. 建議第十二條之鼓勵改為較為強制與實際作為之用語。	第三次專家會議

章節	專家建議(含專家會議與期中、期末審查會議)	建議出處
	23. 建議第十四條「鼓勵發展中醫特色照護模式」長期照護修改為長期照顧。	第二次專家會議
第四章 中藥產業	24. 建議修改第四章之章節名「中藥產業」改為「中藥產業發展」。	第三次專家會議
	25. 建議包含製藥管理、新藥開發、院內製劑、國際行銷、產業多元化等規範。	第一次專家會議
	26. 建議增加中醫藥國際規範標準資料庫、國際研究實證資料庫等內容。	第一次專家會議
	27. 建議第二十二條「中醫藥研究基礎知識庫建立」與第二十三條「中醫藥臨床安全性資料庫建立」之資料庫以數位公開分享形式，以利中醫藥研究發展。	第二次專家會議
	28. 建議增加中醫藥智慧財產權與專利相關規範。	第一次專家會議
	29. 建議增加中藥產業推動活化的未來方向。	期末審查會議
	30. 建議第十六條至第十九條合併條文，並建議依據中藥材與中藥製劑分為兩大條文訂定。	第三次專家會議
	31. 建議第十六條「提升中藥品質管理」與第十八條「加強中藥品質管制」條文可以合併。	第二次專家會議
	32. 建議第十六條條文架構「提升中藥品質管理」改為「建立中藥品質管理」或「適時修訂中藥品質管理」。	第三次專家會議
	33. 建議第十七條「鼓勵中藥種植與強化源頭管理」與第十六條「提升中藥品質管理」順序對調。	第三次專家會議
	34. 建議修改第十七條「鼓勵中藥種植與強化源頭管理」條文架構，另立中藥源頭管理架構，並建議條文內容修改「積極推廣」成具有實質支持性之用語，並建議不限制為「本土」中藥種植，可包含非本土之高經濟價值中藥材種植。	第三次專家會議
	35. 建議第十八條條文架構「加強中藥品質管制」改為「加強中藥品質管理」，修改條文內容「適時公布調查結果」之『調查』用詞，與刪除『適時』用詞。	第三次專家會議

章節	專家建議(含專家會議與期中、期末審查會議)	建議出處
	36. 建議第十九條條文架構「加強中藥新藥管理」改為「鼓勵中藥新藥發展」，並僅保留條文內容前段文字「政府應鼓勵中藥新藥研究與開發」，將後段之「加強相關安全性與有效性管理」文字與第十八條整合。	第三次專家會議
	37. 建議第十九條「加強中藥新藥管理」與第二十五條「鼓勵中藥新藥研發」條文可以合併。	第二次、第三次專家會議
	38. 建議有爭議性之條文先不納入，如院內製劑部分。	期中審查會議
第五章 中醫藥 研究發 展	39. 建議修改第二章「中醫藥發展計畫」或第五章「中醫藥研究發展」章節名以避免混淆。	第二次專家會議
	40. 建議對中醫藥相關之研發基金設立法律支持。	期末審查會議
第六章 中醫藥 人才培 育	41. 中醫藥人才培育章節應放在最前面，才能凸顯我國中醫藥發展缺乏人才的最大困境。	期末審查會議
	42. 增加中醫師人力管制之原則性規範。	第一次專家會議
	43. 確認中醫護理人員與中藥藥事人力等中醫師輔助人員之養成與培育規劃。	第一次專家會議、 期末審查會議
	44. 建議考量中藥商與中藥專業人才之管理及人才之培育，建議另外訂出可行規範，與提出未來發展方向。	第一次、第三次專 家會議、期末審查 會議
	45. 建議中藥專業人員之建置與職權，應於相關專責法律訂定，並不宜列入《中醫藥發展法》草案之中。	第三次專家會議

二、臺灣《中醫藥發展法》草案 2019 年專家會議與共識會議召開歷程一覽表

(一) 2019 年專家會議與共識會議召開時程

1. 2019 年 3 月 28 日(四)第一次專家會議
2. 2019 年 5 月 19 日(日)共識會議
3. 2019 年 6 月 19 日(三)研商「中醫藥發展法」草案會議
4. 2019 年 8 月 19 日(一)「中醫藥發展法」草案專家諮詢會議
5. 2019 年 8 月 22 日(四)研商「中醫藥發展法」草案跨部會會議
6. 2019 年 8 月 22 日(四)研商「中醫藥發展法」草案會議

7. 2019 年 8 月 27 日(二)研商「中醫藥發展法」草案跨部會第 2 次會議
8. 2019 年 8 月 29 日(四)中醫藥發展法草案第二次專家諮詢會議
9. 2019 年 9 月 5 日(五)研商「中醫藥發展法」草案跨部會第 3 次會議
10. 2019 年 12 月 20 日(五)第二次專家會議

(二) 2019 年 3 月 28 日(四)第一次專家會議內容簡述

1. 會議目的：邀請各界專家委員針對第一版《中醫藥發展法》草案進行條文內容修正，第一版《中醫藥發展法》草案共 28 條，條文內容為研究團隊修正 2018 年「中醫藥發展專法草案計畫」期末報告共 36 條《中醫藥發展法》草案條文內容。
2. 與會單位與代表：邀請衛生福利部中醫藥司、衛生福利部國家中醫藥研究所，以及中醫、中藥、衛生政策、醫療法律等各界專家擔任專家委員，並邀請中醫藥相關團體推派代表參與會議，專家委員名單如下表三，實際出席人數為衛生福利部中醫藥司 8 位，衛生福利部國家中醫藥研究所 1 位，專家委員 3 位，中醫藥相關團體專家委員 5 位，研究團隊 6 位。

表二、2019 年「中醫藥發展專法草案計畫」第一次專家會議之專家委員邀請名單

類別	專家委員名單
中醫專家委員	林○○講座教授、孫○○教授、張○○教授、張○○教授、許○○院長/教授、陳○○主任、楊○○院長/教授、楊○○教授、葉○○教授、陳○○主任
中藥專家委員	張○○教授、顧○○教授、李○○教授、吳○○名譽教授
衛生政策專家委員	王○○教授、李○○教授、許○○教授、李○○教授
醫療法規專家委員	何○○教授、林○○醫師/律師、陳○○教授、蘇○○醫師/律師
中醫藥相關團體專家委員	中華民國製藥發展協會(郭○○副主委代表)、臺灣製藥工業同業公會(江○○副主委代表)、中華民國中藥商同業公會全國聯合會(馬○○理事長代表)、中華民國藥劑生公會全國聯合會(陳○○理事長代表)、臺灣中藥工業同業公會(蔡○○理事長代表)、中華天然藥物學會(黃○○理事長代表)、中華民國藥師公會全聯會(曾○○秘書長代表)

3. 《中醫藥發展法》草案討論與修訂方向：進行條文合併、刪除、順序移動與文字修正；新增中醫藥、中藥新藥定義、成立專責機構或成立基、獎勵或補助、中藥種植土地承租優惠、中醫藥與相關保健知識之課程應由專家研訂等條文；研商基金或財團法人成立之可能性與條文體例；研商中醫藥發展諮議會執掌與條文體例；研商中醫藥獎勵或補助項目及方式，會議記錄詳見附錄一。

(三) 2019 年 5 月 19 日(日)共識會議內容簡述

1. 會議目的：邀請產、官、學界中醫藥相關單位進行第二版《中醫藥發展法》草案總說明、條文內容、逐條條文說明研商與意見彙整，以利各界共識凝聚與增進對草案之了解，第二版《中醫藥發展法》草案共 27 條，該版本草案為研究團隊依據 108 年 3 月 28 日(四)第一次專家會議內容，審酌意見後修改條文內容，並參考立法院公告各種草案總說明，以及世界衛生組織「2014-2023 年傳統醫學戰略」、「2011-2020 年西太平洋區域傳統醫學戰略」內容擬定草案總說明與逐條說明。
2. 與會單位與代表：本次會議邀請衛生福利部中醫藥司、衛生福利部國家中醫藥研究所，以及北、中、南中醫藥相關公會、學會、醫院、學校等 20 個單位，中醫藥相關單位邀請名單如下表四，實際出席人數為衛生福利部中醫藥司 4 位，衛生福利部國家中醫藥研究所 2 位，中醫相關單位 18 位，中藥相關單位 9 位，研究團隊 7 位。

表三、2019 年「中醫藥發展專法草案計畫」共識會議中醫藥相關單位邀請名單

類別	中醫藥相關單位名單
中醫	中華民國中醫師公會全國聯合會（12 個名額）、臺北市立聯合醫院、中國醫藥大學附設醫院、長庚醫療財團法人桃園長庚紀念醫院、奇美醫療財團法人奇美醫院、義大醫療財團法人義大醫院、佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院、長庚大學中醫學系、中國醫藥大學中醫學系、中國醫藥大學、學士後中醫學系、義守大學學士後中醫學系、慈濟大學學士後中醫學系（以上單位皆各 1 個名額）
中藥	臺灣製藥工業同業公會（6 個名額）、中華民國中藥商同業公會全國聯合會（3 個名額）、中華民國藥師公會全國聯合會（6 個名額）、

	中華民國藥劑生公會全國聯合會（3 個名額）、臺灣中藥工業同業公會（3 個名額）、中華民國製藥發展協會（1 個名額）
--	---

3. 《中醫藥發展法》草案討論與修訂方向：進行條文合併、文字修正；研商中醫藥研究基金設立必要性並新增相關條文；修改主管機關條文體例；研商中醫藥發展計畫項目與條文體例；研商中藥種植獎勵與補助內容與條文體例，會議記錄詳見附錄二。

(四) 2019 年 6 月 19 日(三) 研商「中醫藥發展法」草案會議內容簡述

1. 會議目的：邀請衛生福利部部內各單位進行第三版《中醫藥發展法》草案總說明、條文內容、逐條條文說明，以及涉及單位之權責研商與意見彙整，以利衛生福利部內共識凝聚與增進對草案之了解，第三版《中醫藥發展法》草案共 26 條，該版本草案為研究團隊依據 108 年 5 月 19 日(日)共識會議內容，審酌意見後修改條文內容，並因內容重複刪除鼓勵中藥新藥研發條文，草案總說明與逐條說明則進行簡化與文字修正。
2. 與會單位與代表：本次會議邀請衛生福利部食品藥物管理署、衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部國家中醫藥研究所、衛生福利部法規會、醫事司、長期照護司、社會保險司、會計處、綜合規劃司、國際合作組等 10 個單位，實際出席人數為衛生福利部中醫藥司 11 位，衛生福利部國家中醫藥研究所 2 位，衛生福利部部內各單位 12 位，研究團隊 2 位。
3. 《中醫藥發展法》草案討論與修訂方向：進行條文文字修正；研商部分條文涉及單位與權責；修改條文適用與用詞定義之體例；研商中藥新藥定義立法必要性與適法性；研商財團法人設立合適性與設立性質；研商中藥種植租金優惠、租期保障之內容與體例；研商中醫藥發展基金設立合適性、經費來源、支出用途及條文體例等內容；研商施行細則立法必要性，會議記錄與逐字稿詳見附錄三。

(五) 2019 年 8 月 19 日(一)「中醫藥發展法」草案專家諮詢會議內容簡述

1. 會議目的：邀請法律專家進行第四版《中醫藥發展法》草案總說明、條文內容、逐條條文說明修正，以完善草案法律體例與用詞。第四版《中醫藥發展法》草案共 26 條，該版本草案是

依據研商 108 年 6 月 19 日(三)「中醫藥發展法」草案會議內容，審酌意見後修改條文內容，並刪除財團法人設立與施行細則授權條文而成，條文逐條說明則有針對部分中醫藥內容進行補充說明。

2. 與會單位與代表：邀請 4 位法學專家，實際出席人數為衛生福利部中醫藥司 6 位，法學專家 3 位，研究團隊 1 位。
3. 《中醫藥發展法》草案討論與修訂方向：進行總說明文字刪減、條文文字修正與順序調整；研商主管機關條文體例與跨部會權責辦理方式；研商中醫與中藥定義內容；研商中醫藥獎勵或補助、中醫醫療品質管理、中醫醫事人力規劃、中醫藥科技研究人才、國民中醫藥知識之職權機關；研商中醫藥發展計畫實施與推動方式；研商中藥種植租金優惠、租賃期限保障、土地承租履約管理事項辦法訂立必要性；研商預算編列，加強中藥風險管理及上市後監測措施等條文之逐條說明補充必要性；研商中醫藥發展基金內容，並建議獨立條文，會議記錄詳見附錄四。

(六) 2019 年 8 月 22 日(四)研商「中醫藥發展法」草案跨部會會議內容簡述

1. 會議目的：邀請行政院各部會進行跨部會研商會議，對第五版《中醫藥發展法》草案之中醫藥獎勵或補助、中藥產業輔導、中醫藥人才培育等條文內容與說明進行修正，並提供各單位業務執行經驗與現況，以作為條文施行與各單位合作之基礎。第五版《中醫藥發展法》共 25 條，該版本草案是依據 108 年 8 月 19 日(一)「中醫藥發展法」草案專家諮詢會議內容，審酌意見後修改條文內容，並將中醫藥發展基金新增為獨立條文，草案總說明與逐條說明則依據會議結果進行刪減與補充說明。
2. 與會單位與代表：邀請科技部、經濟部、教育部、行政院農業委員、財政部國有財產署等 5 個單位，實際出席人數為衛生福利部中醫藥司 11 位，衛生福利部國家中醫藥研究所 3 位，各單位代表 13 位，研究團隊 2 位。
3. 《中醫藥發展法》草案討論與修訂方向：研商中醫藥獎勵或補助各項內容之獎勵或補助現況，各項中央目的事業主管機關

合適性，以及獎勵或補助辦法訂立必要性；研商中藥材種植（因法規委員建議中藥種植改為中藥材種植）獎勵、補助與推廣現況，中央目的事業主管機關權責、訂立土地承租履約管理事項辦法合適性，《國有財產法》第四十三條含括土地範圍以及公有土地相關單位與權責；研商促進中藥產業經濟發展權責；研商中醫藥科技研究人才中央目的事業主管機關權責與內容；研商中醫醫事人力與國民中醫藥教育中央主管機關與中央目的事業主管機關之權責，鼓勵中醫藥相關專業課程之合適性與鼓勵方式，高級中等以下學校課程綱要擬定與審查之權責與現有機制，會議記錄與逐字稿詳見附錄五。

(七) 2019 年 8 月 22 日(四) 研商「中醫藥發展法」草案會議內容簡述

1. 會議目的：邀請行各縣市衛生局進行中央與地方單位研商會議，對第五版《中醫藥發展法》草案涉及地方衛生局事項，如主管機關、中醫藥發展計畫、中藥之風險管理及上市後監測措施等條文內容與說明進行修正，並提供各地方衛生局業務執行經驗與現況，以作為條文施行與地方衛生局合作之基礎。本次會議討論之草案版本與 108 年 8 月 22 日(四)研商「中醫藥發展法」草案跨部會會議相同，為第五版《中醫藥發展法》草案。
2. 與會單位與代表：邀請各縣市衛生局共 22 個單位，實際出席人數為衛生福利部中醫藥司 8 位，各縣市衛生局 16 位，研究團隊 2 位。
3. 《中醫藥發展法》草案討論與修訂方向：研商中央與地方主管機關權責；研商地方衛生局執行中醫藥相關業務現況，中醫藥發展計畫中央與地方主管機關配合模式，計畫可能內容與可能執行困境等，會議記錄與逐字稿詳見附錄六。

(八) 2019 年 8 月 27 日(二)研商「中醫藥發展法」草案跨部會第 2 次會議內容簡述

1. 會議目的：邀請中藥材種植相關單位，對中藥材種植土地租金優惠、租期保障事項等事項進行研商與現況討論，以協助該條文之修正，並做為後續政策擬訂與各單位執行之基礎。
2. 與會單位與代表：邀請行政院農業委員會農糧署、行政院農業委員會林務局、財政部國有財產署、經濟部國營事業委員會、內政部、國軍退除役官兵輔導委員會等 6 個單位，實際出席人

數為衛生福利部中醫藥司 11 位，各單位代表 7 位，研究團隊 2 位。

3. 《中醫藥發展法》草案討論與修訂方向：研商中央目的事業主管機關權責，土地承租履約管理事項辦法訂立與公告方式，國軍退除役官兵輔導委員會與行政院農業委員會林務局所管理土地可供中藥材種植之可行性與土地可能管理方式，刪除土地承租履約管理事項辦法訂立改為適用《有機農業促進法》可能性，會議記錄與逐字稿詳見附錄七。

(九) 2019 年 8 月 29 日(四) 中醫藥發展法草案第二次專家諮詢會議內容簡述

1. 會議目的：邀請法律專家進行第六版《中醫藥發展法》草案總說明、條文內容、逐條條文說明修正，以完善草案法律體例與用詞。第六版《中醫藥發展法》草案共 25 條，該版本草案是依據 108 年 8 月 22 日(四)研商「中醫藥發展法」草案跨部會會議、108 年 8 月 22 日(四)研商「中醫藥發展法」草案會議、108 年 8 月 27 日(二)研商「中醫藥發展法」草案跨部會第 2 次會議共三次會議內容，審酌意見後修改條文內容，主要進行像中藥藥用植物、居家醫療等用詞修正，條文逐條說明則有針對中央目的事業主管機關權責進行修正。
2. 與會單位與代表：邀請 4 位法學專家，實際出席人數為衛生福利部中醫藥司 7 位，衛生福利部國家中醫藥研究所 3 位，法學專家 4 位，研究團隊 2 位。
3. 《中醫藥發展法》草案討論與修訂方向：研商中醫與中藥定義及其說明；研商中醫藥發展法地方主管機關配合辦理方式；研商中醫藥獎勵或補助辦法訂立與公告方式；研商發展具中醫特色之長期照顧、居家照護及預防醫學等條文之逐條說明補充必要性；研商中藥藥用植物種植（因行政院農業委員會及地方衛生局建議中藥材種植改為中藥藥用植物種植）獎勵與土地租賃期限保障方式、相關辦法訂立及公布方式；研商中醫藥發展基金條文體例與經費來源；研商衛生福利部國家中醫藥研究所保障房舍事項，並新增為獨立條文，會議記錄詳見附錄八。

(十) 2019 年 9 月 5 日(四)研商「中醫藥發展法」草案跨部會第 3 次會

議內容簡述

1. 會議目的：邀請國有財產與衛生福利部國家中醫藥研究所房舍事項相關單位，對衛生福利部國家中醫藥研究所房舍租賃、捐贈、使用等事項進行研商與現況討論，以協助該條文之修正，並做為後續政策擬訂與各單位執行之基礎。
2. 與會單位與代表：邀請行政院主計總處、財政部國有財產署、教育部、衛生福利部國家中醫藥研究所等 4 個單位，實際出席人數為衛生福利部中醫藥司 7 位，衛生福利部會計處 3 位，衛生福利部國家中醫藥研究所 1 位，各單位代表 4 位，研究團隊 1 位。
3. 《中醫藥發展法》草案討論與修訂方向：研商衛生福利部國家中醫藥研究所房舍現有狀況與問題；研商國有財產動產與不動產撥用、無償使用相關法規、程序與機制；研商新增條文內容與現有國有財產相關法規之適法性，以及援引相關行政法人條文之適法性，會議記錄與逐字稿詳見附錄九。

(十一) 2019 年 12 月 20 日(五)第二次專家會議內容簡述

1. 會議目的：邀請各界專家委員針對 2019 年 12 月 4 日立法院三讀通過《中醫藥發展法》的中醫藥專有名詞及條文英譯進行討論，並討論依據《中醫藥發展法》第七條第二項訂定之《中醫藥發展獎勵補助辦法》草案和依據第十三條第三項訂定之《承租公有土地或國營事業土地作中藥藥用植物種植使用辦法》草案名稱、架構及條文。
2. 與會單位與代表：邀請衛生福利部中醫藥司、衛生福利部國家中醫藥研究所，以及中醫、中藥、衛生政策、醫療法律等各界專家擔任專家委員。《中醫藥發展法》英譯、子法規討論及修訂方向：討論與確認中醫藥專有名詞英譯，如：中醫藥英譯確認為「Chinese medicine and pharmacy」，討論子法規名稱與內容，並討論《承租公有土地或國營事業土地作中藥藥用植物種植使用辦法》公告品項、申請資格及承租人義務之條文內容，會議記錄詳見附錄十。

三、臺灣《中醫藥發展法》總說明（中文）

中華民國憲法增修條文第十條第五項已明定「國家應推行全民健康保險，並促進現代和傳統醫藥之研究發展」，為落實憲法所賦予國家應促進現

代及傳統醫藥研究發展之義務，及因應世界衛生組織（World Health Organization，以下簡稱 WHO）發表「2014~2023 年傳統醫學戰略」，呼籲各國應重視並制定政策管理傳統醫藥，健全傳統醫學之制度規範及提升病人安全，促進傳統醫學對全民健康之角色與貢獻，精進中醫藥發展。又綜觀近年來，鄰近國家為發展傳統醫學，紛紛制定傳統醫藥專法，已為傳統醫藥之發展奠定法制基礎，並帶動傳統醫學之快速發展。反觀我國雖已將中醫藥納入醫療及全民健康保險體系，並制（訂）定多項中醫藥政策及法規；然而在中醫藥醫療、產業、研究及人才培育等範疇，由於行政及財政支援不足，致無法針對中醫藥發展特性與需求提供適當資源，刻正面臨發展瓶頸及停滯困境，亟需制定法律遂行國家賦予之義務，確立國家中醫藥發展之基本原則，保障及穩定挹注經費，促進中醫藥永續發展並增進全民健康。爰擬具「中醫藥發展法」（以下簡稱本法）草案，共計二十四條，其要點如下：

- （一）本法之立法目的、主管機關及用詞定義。（第一條至第三條）
- （二）政府應保障並充實中醫藥發展所需經費，訂定中醫藥中長程發展計畫；邀集中醫藥學者專家及產業界人士代表，針對中醫藥發展政策規劃提供諮詢。（第四條至第六條）
- （三）明定中醫藥發展之補助或獎勵事項。（第七條）
- （四）提升中醫醫療可近性與醫療品質，發展中西醫合作與具中醫特色之醫療照護，並強化中醫藥於全民健康照護之功能與角色。（第八條至第十一條）
- （五）發展國內中藥產業，完善中藥品質管理，輔導產業開拓國際市場。（第十二條至第十五條）
- （六）推廣及輔導保存具中醫藥特色之知識及傳統技藝，建立國家中醫藥知識庫，整合產官學研究資源，發展中醫藥實證醫學。（第十六條至第十八條）
- （七）明定衛生福利部國家中醫藥研究所得設置中醫藥研究基金。（第十九條）
- （八）鼓勵中醫藥研究及管理成果，進行國際交流；健全中醫醫事人力規劃，培育中醫藥科技研究人才，普及國民中醫藥知識教育。（第二十條至第二十三條）

中醫藥發展法

條文	說明
第一章 總 則	章名。
第一條 為促進中醫藥永續發展，保障全民健康及福祉，特制定本法。	<p>一、明定本法立法目的。</p> <p>二、為落實憲法增修條文第十條第五項所賦予國家應促進現代及傳統醫藥研究發展之義務，並因應 WHO 「2014~2023 年傳統醫學戰略」，呼籲各國應重視並制定政策管理傳統醫藥，健全傳統醫學之制度規範及提升病人安全，促進傳統醫學對全民健康之角色與貢獻，精進中醫藥發展，爰於第一條揭櫫本法之立法目的，確立國家中醫藥發展之基本原則，保障及穩定挹注經費，促進中醫藥永續發展並增進全民健康。</p>
第二條 本法所稱主管機關：在中央為衛生福利部；在直轄市為直轄市政府、在縣（市）為縣（市）政府。	明定本法之主管機關。
<p>第三條 本法用詞，定義如下：</p> <p>一、中醫：指以中醫學理論為基礎，從事傳統與現代化應用開發及促進健康與治療疾病之醫療行為。</p> <p>二、中藥：指以中藥學理論為基礎，應用於診斷、治療、減輕或預防人類疾病之中藥材及中藥製劑。</p> <p>三、中醫藥：指中醫及中藥。</p>	<p>一、本法之用詞定義。</p> <p>二、參考現行藥事法第六條明定中藥定義。</p> <p>三、中醫學理論包括陰陽、五行、經絡、臟象、病因病機、四診八綱、辨證論治等學說及其於養生保健與診斷治療之運用。</p> <p>四、中藥學理論包括採集、鑑定、炮製、性味、歸經、藥理、方劑、用法、配伍禁忌等學說及其於疾病治療之運用。</p>
第四條 政府應致力於中醫藥發展，保障並充實其發展所需之經費。	參考文化創意產業發展法第八條及原住民族語言發展法第二十九條，明定政府應保障並充實編列經費，確保中醫藥發展政策之推動。

第二章 中醫藥發展計畫	章名。
<p>第五條 為促進中醫藥發展，中央主管機關應每五年訂定中醫藥發展計畫；其計畫內容如下：</p> <p>一、中醫藥發展之目標及願景。</p> <p>二、提升中醫醫療照護品質。</p> <p>三、提升中藥品質及促進產業發展。</p> <p>四、促進中醫藥研究發展及國際合作交流。</p> <p>五、中醫藥人才培育。</p> <p>六、其他促進中醫藥發展事項。</p> <p>前項中醫藥發展計畫，中央主管機關應會商相關機關定之。</p> <p>直轄市、縣（市）政府得依前項計畫，訂定地方中醫藥發展方案並實施之。</p> <p>主管機關得要求相關機關（構）、學校、法人或團體協助前二項計畫或方案之推動。</p>	<p>一、為促進與實踐中醫藥之永續發展，爰於第一項明定中央主管機關應每五年訂定中醫藥發展計畫，規劃中醫藥發展之目標及願景，明定中醫藥發展計畫之內容及範圍，作為各項內容推動之依循。該項第一款至第六款明定中醫藥發展計畫應包含之事項。</p> <p>二、第二項明定中央主管機關研擬中醫藥發展計畫時，應會商相關機關定之。</p> <p>三、中醫藥發展計畫為全國性事務，直轄市、縣（市）政府得依中醫藥發展計畫訂定因地制宜之發展方案，並予以實施，爰明定第三項。</p> <p>四、第四項明定主管機關得要求機關（構）、學校、法人或團體協助配合推動中醫藥發展計畫。</p>
<p>第六條 中央主管機關應遴聘（派）中醫藥學者專家及產業界人士代表，定期召開會議，辦理中醫藥發展政策諮詢事項。</p>	<p>明定中央主管機關應遴聘（派）中醫藥學者專家及產業界人士，邀請中醫師、藥師（藥劑生）及中藥商等民間團體代表參與，諮詢事項包括：推動及諮詢中醫醫療及照護、中藥品質管理與產業發展、中醫藥研究發展及中醫藥人才培育等政策規劃事項。</p>
<p>第七條 中央主管機關應就下列事項，給予適當之獎勵或補助：</p> <p>一、中醫藥研究及發展。</p> <p>二、中藥製劑創新及開發。</p> <p>三、中藥藥用植物種植。</p> <p>前項獎勵或補助之對象、條件、申請程序、額度、審查、核准、廢止及其他相關事項之辦法，由中央主管機關定之。</p>	<p>一、為促進中醫藥發展事項之推動，並考量各事項權責機關之不同，爰於第一項明定中央主管機關辦理中醫藥發展事項應採行獎勵或補助措施。</p> <p>二、第一項第二款中藥製劑之創新及開發包含中央主管機關審查認定屬新成分、新療效複方、新使用途徑、新藥材、藥材新藥用部位、新複方等。</p> <p>三、第一項第三款中藥藥用植物，指依中醫藥理論，取其全形或一部分經加</p>

	<p>工、炮製成中藥材，得供用於診斷、治療、減輕或預防人類疾病者。</p> <p>四、第二項明定獎勵或補助之相關辦法，由中央主管機關定之。</p>
第三章 中醫藥醫療及照護	章名。
第八條 政府應強化中醫藥在全民健康保險與醫療照護體系中之功能及角色，保障民眾就醫及健康照護之權益。	我國實施中醫、西醫醫療照護體系雙軌制度，全民健康保險制度已將中醫醫療服務納入全民健康保險給付範圍，為確保民眾就醫與健康照護之權益，爰於本條明定應強化中醫藥於全民健康保險與醫療照護體系之功能及角色，促進全民健康福祉。
第九條 中央主管機關應建立中醫醫療品質管理制度，鼓勵中醫現代化發展。	參考醫療法第一條提高醫療品質之立法目的，明定政府應辦理中醫醫事人員臨床訓練及中醫醫療機構評鑑，建立中醫醫療品質管理制度，鼓勵依據中醫學理論發展科學方法及技術，進行中醫在疾病預防、診斷、治療之實證研究及中醫醫療器材研發，促進中醫現代化發展。
第十條 政府應促進中醫醫療資源均衡發展，完善偏鄉醫療照護資源，鼓勵設立中醫醫療機構或各層級醫院設立中醫部門，提高中醫醫療資源之可近性。	參考醫療法第八十八條促進醫療資源均衡發展之精神，為促使中醫醫療資源均衡分布，縮短城鄉醫療差距，爰於本條明定政府應鼓勵設立中醫醫療機構或各層級醫院設立中醫部門，促使中醫醫療資源均衡分布，普及中醫醫療資源。
第十一條 政府應鼓勵發展具中醫特色之預防醫學、居家醫療、中西醫合作及中醫多元醫療服務，促進中醫醫療利用及發展。	<p>一、我國已邁入高齡社會，希藉由中醫治病與全人健康照護之特色，促使中醫醫療照護早期介入，爰明定政府應鼓勵發展具中醫特色之預防醫學（如中醫養生運動）及居家醫療（如提供到宅失能者之中醫針灸、傷科服務）。</p> <p>二、我國為中醫與西醫雙軌醫療體系，為促使醫療資源妥善利用，爰明定政府應發展中西醫合作，建立中西醫合作照護（如癌症治療等）及中醫多元醫療服務（如中醫戒毒），促進中醫醫療利用及發展。</p>

第四章 中藥品質管理及產業發展	章名。
<p>第十二條 中央主管機關應強化中藥材源頭管理，積極發展及輔導國內中藥藥用植物種植；必要時，得會同中央目的事業主管機關辦理之。</p> <p>承租公有土地或國營事業土地種植中藥藥用植物，其品項經中央主管機關會商中央目的事業主管機關核定者，得給予獎勵及土地租賃期限保障；其土地租賃期限，不受國有財產法第四十三條及地方公有財產管理法規關於租期之限制。</p> <p>前項獎勵及租賃期限保障事項之辦法，由中央主管機關會商中央目的事業主管機關、公有土地管理機關、國營事業及相關部會定之。</p>	<p>一、國內隨著養生、保健風潮興起，對中藥材需求大幅增加，我國中藥材近九成仰賴進口，爰於第一項明定應發展國內中藥藥用植物種植，減少對進口中藥材之依賴，並應強化源頭管理規範，逐步增加中藥材邊境查驗之品項或抽驗率，確保中藥材品質。</p> <p>二、為推廣中藥藥用植物種植，鼓勵投入中藥藥用植物種植產業，考量中藥材收穫期較長，爰於第二項提出獎勵及土地租賃期限保障，減少契約變更與土地收回之成本與壓力，不受國有財產法第四十三條及地方公有財產管理法規關於租期之限制。</p> <p>三、第三項明定獎勵及租賃期限保障事項相關辦法，由中央主管機關會商中央目的事業主管機關、公有土地管理機關、國營事業及相關部會定之。</p>
<p>第十三條 中央主管機關應完善中藥品質之管理規範，促進中藥規格化、標準化及現代化。</p>	<p>為保障國民用藥安全，爰於本條明定中央主管機關應完善中藥品質之管理規範，透過現代化科學技術，建立中藥品質管制規格及標準，以提升中藥品質。</p>
<p>第十四條 主管機關應加強中藥上市後之監測，並公布執行結果。</p> <p>前項中藥上市後監測內容、品項、數量及其他相關事項之辦法，由中央主管機關定之。</p>	<p>一、為有效監控上市後中藥之品質，爰於第一項明定中央及地方主管機關應加強中藥上市後監測措施，訂定中藥年度稽查計畫，擇定抽驗品項及數量，並公布執行結果，保障國民用藥安全。</p> <p>二、第二項明定中藥上市後監測辦法，由中央主管機關定之。</p>
<p>第十五條 政府應輔導中藥產業開拓國際市場，提升中藥產業發展。</p>	<p>近年全球傳統醫學市場逐漸增加，世界各國逐漸重視傳統藥品之管理，競爭逐漸增大，為增進我國中藥產業國際競爭力，爰明定應透過法律、政策及貿易等面向，輔導中藥產業開拓國際市場，促進中藥產業發展。</p>

第五章 中醫藥研究發展	章名。
第十六條 政府應推廣及輔導保存具中醫藥特色之知識及傳統技藝，並鼓勵保有、使用或管理者提供相關資訊。	為保存中醫藥傳統技藝與傳統知識，如中藥材傳統炮製技術與工藝，以確保中醫醫療理論及中藥製藥傳統知識，輔導保存、推廣與延續，爰於本條明定。
第十七條 中央主管機關應就中醫藥基礎研究、應用研究及臨床與實證研究，建置國家中醫藥知識庫，進行資料蒐集及分析。	參考英國國家健康暨社會照顧卓越研究院(National Institute for Health and Care Excellence)資料庫建立之精神，為提升中醫藥研究效率與產業發展，掌握國際最新脈動，爰於本條明定應建立各項中醫藥研究之國家中醫藥知識庫，並應蒐集國際資訊，以利中醫藥國際合作交流。
第十八條 政府應整合產官學之研究及臨床試驗資源，提升中醫藥實證基礎，鼓勵產學合作，促進中醫藥創新及研究發展。	鑒於產官學研究資源之整合，有助於促進中醫藥創新與研究發展，此外，政府透過政策鼓勵產學合作，促進中醫藥基礎研究、應用研究、臨床及實證研究，提升中醫藥實證基礎，爰明定本條。
<p>第十九條 衛生福利部國家中醫藥研究所為配合第五條計畫之執行，得設置中醫藥研究基金。</p> <p>前項基金之來源如下：</p> <p>一、受贈收入。</p> <p>二、基金之孳息收入。</p> <p>三、其他收入。</p> <p>前項各款收入，應循附屬單位預算方式撥入基金。</p> <p>第一項基金之用途如下：</p> <p>一、為增進科學技術研究發展所需支出。</p> <p>二、延攬及培訓傑出人才所需支出。</p> <p>三、智慧財產及技術移轉所需支出。</p> <p>四、受贈收入指定用途支出。</p> <p>五、管理及總務支出。</p> <p>六、其他有關支出。</p>	<p>一、衛生福利部國家中醫藥研究所是臺灣唯一國家級之中醫藥研究機構，為配合第五條計畫之執行，由於政府預算有限，造成該所人力和研究經費之不足，廣籌財源挹注，始能永續中醫藥研究及臨床研究能量。</p> <p>二、參考科學技術基本法第十三條第三項中央研究院設置科學研究基金之精神，爰於第一項明定衛生福利部國家中醫藥研究所得設置中醫藥研究基金，基金經費來源包含受贈收入、基金孳息收入及其他收入，不透過公務預算撥補。</p> <p>三、藉由第一項中醫藥研究基金之挹注，提供中醫藥基礎與臨床研究重要根本，可將中醫藥實證醫學之研發成果轉化成中醫藥產業科技，進而發展創新中藥產品與新藥，以達成臺灣中醫藥創新之重要基石。</p>

第二十條 政府及中醫藥學術研究機構，應就中醫藥研究及管理成果，進行國際交流。	為促進中醫藥管理與提升研究量能，並增進國際影響力成為國際標竿，鼓勵政府及中醫藥學術研究機構進行國際交流，爰明定本條。
第六章 中醫藥人才培育	章名。
第二十一條 中央主管機關及中央目的事業主管機關應完善中醫醫事人力規劃，整合教學資源，培育中醫藥人才。	我國為中醫與西醫雙軌醫療體系，中央主管機關及中央教育主管機關應整合教學資源，培育中醫醫事專業人才與完善醫事人力規劃，作為中醫藥實證研究與中醫藥醫療服務品質之基礎，爰明定本條。
第二十二條 政府應加強培育中醫藥科技研究人才，提升中醫藥發展。	為促進中醫藥研究與實證醫學發展，中央主管機關、中央教育主管機關及相關主管機關依其權責加強培育中醫藥科學技術人才，以提升研究量能，完善中醫醫療照護科學化基礎。
第二十三條 政府應普及中醫藥與相關保健知識之教育及學習，提升國民中醫藥知識。	為普及國民對中醫藥之認識，期藉學校教育促使中醫藥素養向下扎根，爰明定本條。
第七章 附則	章名。
第二十四條 本法自公布日施行。	明定本法之施行日期。

四、臺灣《中醫藥發展法》草案專有名詞及條文（英文翻譯）

（一）中醫藥相關專有名詞英譯研究

1. 中醫藥相關專有名詞建議英譯表

為利於臺灣《中醫藥發展法》草案英譯，蒐集各文獻資料進行中醫要專有名詞之英譯彙整，文獻來源包含：世界衛生組織傳統醫學戰略英文原文，臺灣與各國政府出版之書籍或標準英譯版（如：衛生福利部出版之《臺灣中醫藥之發展》、《臺灣中藥典》、《香港中藥材標準》），臺灣與各國公告之法規英譯版（如：《衛生福利部組織法》、《香港中醫藥條例》、《韓醫藥發展法》、《藥物優良製造準則》、《藥品查驗登記審查準則》、《藥事法》、《藥師法》等），專門中醫藥英譯書籍與文獻（如：《英文中醫詞彙入門》、《The Theory of Chinese

Medicine》等)，以及中醫藥司、國家中醫藥研究所網頁英譯，並提出《中醫藥發展法》草案中有名詞建議英譯，詳見如下表四。

表四、臺灣《中醫藥發展法》草案專有名詞及條文英譯探討

專有名詞 中文	參考資料			專有名詞英 譯草案
	出處	詞語	英譯	
第三條 中醫藥	《2014~2023 年傳統醫學戰略》	中醫藥條例	Chinese Medicine Ordinance	Chinese medicine and pharmacy
		中醫藥委員會	Chinese Medicine Council	
		藏醫學、蒙醫學、維吾爾醫學和傣醫學	Tibetan, Mongolian, Uygur and Dai traditional medicine.	
		中醫藥	traditional Chinese medicine	
		中醫草藥療法	traditional Chinese herbal therapy	
	WHO International Standard Terminologies on Traditional Medicine in the Western Pacific Region	中醫學；中醫	traditional Chinese medicine	
		東洋醫學	Oriental medicine	
	《衛生福利部組織法(法規)》第二條	中醫藥	Chinese medicine	
	《韓醫藥發展法(法規)》第二條	韓醫藥	Korean Medicine and Pharmaceutics	
	《中醫藥法(法規)》第一條	中醫藥	Traditional Chinese Medicine	
	《臺灣中醫藥之發展(政府出版書籍)》第3頁、第11頁	中醫藥	Traditional Chinese medicine	
	《臺灣中醫藥之發展(政府出版書籍)》第81頁	中醫藥	Traditional medicine	
	中醫藥司	Department of Chinese Medicine and Pharmacy		
	國家中醫藥研究所	The National Research Institute of Chinese Medicine		
第三條 中醫	《醫師法(法規)》第三條	中醫必要課程	the curriculum required for Chinese medicine	Chinese medicine
	《專科醫師分科及甄審辦法(法規)》第二條、《教育人員任用條例(法規)》第十六之一條	中醫學系	departments of Chinese Medicine	

專有名詞 中文	參考資料			專有名詞英 譯草案
	出處	詞語	英譯	
	《全民健康保險醫療辦法(法規)》第八條	中醫針灸	traditional Chinese medicine acupuncture	
	《韓醫藥發展法(法規)》第二條	韓醫學	Korean Medicine	
	《臺灣中醫藥之發展(政府出版書籍)》第 11 頁、第 19 頁	中醫	Chinese medicine	
第三條中 醫學理論	《臺灣中醫藥之發展(政府出版書籍)》第 29 頁	中醫學概論	general knowledge of Chinese medicine	Chinese medical theory 註：因原條文內容曾有中醫使用中醫學理論進行定義會有循環定義疑慮，經討論認為中醫學理論為專有名詞仍保留於條文內容中，爰不使用 The Theory of Chinese Medicine 用法，改為單一名詞用法以避免疑慮。
	WHO International Standard Terminologies on Traditional Medicine in the Western Pacific Region	中醫基礎理論	basic theory of traditional Chinese medicine	
	《The Theory of Chinese Medicine (book)》	The Theory of Chinese Medicine		
	《What is the role of Chinese medical theory in modern scientific research(book)》	Chinese medical theory		
	《Does the traditional Chinese medicine theory of five circuits and six qi improve treatment effectiveness? A systematic review of randomized controlled trials (paper)》	traditional Chinese medicine theory		
	中國醫藥大學課表 https://web1.cmu.edu.tw/courseinfo/Home/Course_outline?mCos_id=74000069&mCos_Class=A&mSmtr=1081	中醫基礎理論	Basic theory of Chinese Medicine	
	中國醫藥大學課表 https://web1.cmu.edu.tw/courseinfo/Home/Course_outline?mCos_id=41000003&mCos_Class=A&mSmtr=1081	中醫學特論	Special topics on Chinese medicine	
第三條中 藥	《2014~2023 年傳統醫學戰略》沒有提到中藥或傳統藥，指泛稱為傳統醫學產品	傳統醫學產品	T&CM products	Chinese medicine products
	《藥事法(法規)》第六條	藥品	medicaments	
	《藥事法(法規)》第二十九條	中藥課程	the training of Chinese medicines	
	《藥事法(法規)》第一〇三條	非屬中醫師處方藥品	non-prescription Chinese medicaments	
	《藥物優良製造準則(法規)》第五條	中藥藥品製造業者	Chinese herbal medicine manufacturers	

專有名詞 中文	參考資料			專有名詞英 譯草案
	出處	詞語	英譯	
	《藥品查驗登記審查準則(法規)》第九十二條第三項	中藥藥品安定性試驗基準	stability tests of Chinese medicine products	
	《韓醫藥發展法(法規)》第二條	韓藥	Herbal medicines	
	《臺灣中醫藥之發展(政府出版書籍)》第 11 頁	中藥	Chinese pharmacy	
	《臺灣中醫藥之發展(政府出版書籍)》第 45 頁	中藥品質管理	the quality control of traditional Chinese medicine	
	第三條 中藥學理論	WHO International Standard Terminologies on Traditional Medicine in the Western Pacific Region	中藥學	
《中醫藥法(法規)》第三條		中醫藥理論和實踐	TCM theories and practice	
《英文中醫詞彙入門(書籍)》		中藥學	Chinese pharmaceutics	
《臺灣中醫藥之發展(政府出版書籍)》第 29 頁		中藥學概論	general knowledge of Chinese pharmacy	
香港大學網頁 https://hkuspace.hku.hk/prog/fdn-in-chinese-materia-medica		中藥學基礎知識	Foundation in Chinese Materia Medica	
香港大學網頁 https://hkuspace.hku.hk/interest/life-and-health-sciences/chinese-medicine/chinese-medicine-pharmaceutics		Chinese Medicine Pharmaceutics		
第三條 中藥材	《中醫藥法(法規)》第二十二條	中藥材	TCM material	Chinese medicine materials
	《中醫藥法(法規)》第二十三條	道地中藥材	genuine regional TCM material	
	《藥事法(法規)》第一〇三條	中藥材	Chinese medicine materials	
	《食品及相關產品標示宣傳廣告涉及不實誇張易生誤解或醫療效能認定準則(法規)》第五條第三項	中藥材	raw materials in traditional Chinese medicine	
	《香港中醫藥條例(法規)》	中藥材	Chinese herbal medicine	
	《韓醫藥發展法(法規)》第二條	韓藥材	Herbal preparations	
	《臺灣中醫藥之發展(政府出版書籍)》第 45 頁	中藥材	Traditional Chinese medicine materials	

專有名詞 中文	參考資料			專有名詞英 譯草案
	出處	詞語	英譯	
	《臺灣中醫藥之發展(政府出版書籍)》第 15 頁	中藥(材)、植物性藥材	Traditional Chinese medicine & herbs	
	《臺灣中藥典(政府出版書籍)》	中藥材	crude drugs	
	《香港中藥材標準(政府出版書籍)》	中藥材	Chinese Materia Medica	
第三條 中藥製劑	《藥事法(法規)》第一〇三條	中藥製劑	Chinese medicine preparations	Chinese medicine preparations
	《藥品查驗登記審查準則(法規)》第八十一條、第一〇四條	中藥製劑	Chinese medicine preparation	
	《藥師法(法規)》第十五條	中藥製劑	Chinese pharmaceutical products	
	《臺灣中醫藥之發展(政府出版書籍)》第 51 頁	中藥製劑	Traditional Chinese medicine preparation	
第五條 中醫藥發展計畫	《韓醫藥發展法(法規)》第六條	韓醫藥綜合發展計畫	a comprehensive plan for the development of Korean Medicine and Pharmaceuticals ("comprehensive plan")	Chinese medicine and pharmacy development plans
	《下水道法(法規)》第四條	發展計畫	development policies and schemes	
	《大學法(法規)》第十六條	發展計畫	development plans	
	《山坡地保育利用條例(法規)》第二十九條	發展計畫	development plans	
	《山坡地保育利用條例施行細則(法規)》第十四條	國土綜合發展計畫	national general development plan	
第三章章名中醫醫療及照護	《中醫藥法(法規)》第六條	中醫藥服務體系	TCM service system	Chinese medicine health care
	《安寧緩和醫療條例(法規)》第三條、《人體試驗管理辦法(法規)》第七條、《病人自主權法(法規)》第三條	醫療照護	medical care	
	《臺灣中醫藥之發展(政府出版書籍)》第 19 頁	中醫醫療照護	Traditional Chinese medicine health care	
第十條 中醫醫療機構	《中醫藥法(法規)》第十一條	中醫醫療機構	TCM medical institutions	Chinese medicine medical institutions
	《醫療機構執行感染管制措施及查核辦法(法規)》法條名稱	醫療機構	medical care institutions	
	《濫用藥物尿液檢驗及醫療機構認可管理辦法(法規)》法條名稱	醫療機構	medical institutions	

專有名詞 中文	參考資料			專有名詞英 譯草案
	出處	詞語	英譯	
	《指定精神醫療機構管理辦法(法規)》法條名稱	精神醫療機構	psychiatric care institutions	
第十條 中醫部門	《中醫藥法(法規)》第十二條	中醫藥科室	TCM departments and clinics	Chinese medicine department
	《專科護理師於醫師監督下執行醫療業務辦法(法規)》第四條	醫療部門	medical departments	
	《臺灣中醫藥之發展(政府出版書籍)》第 37 頁	中醫部門	department of Chinese medicine 和 Chinese medicine department	
第十條 中醫醫療資源之可近性	《全民健康保險法》第四十三條、《入出國及移民法》第三十八之一條、《身心障礙者權益保障法》第二十一條	醫療資源	medical resources	accessibility of Chinese medicine medical resources
	WHO 網站 https://www.who.int/gender-equity-rights/understanding/accessibility-definition/en/	accessibility		
第十一條 中西醫合作及中醫多元醫療服務	WHO International Standard Terminologies on Traditional Medicine in the Western Pacific Region	中西醫結合	integration of traditional Chinese and Western medicine	Western/Chinese medicine combined and diversified Chinese medicine health care
	《中醫藥法(法規)》第三條	中西醫並重	equal emphasis to TCM and western medicine	
		中西醫結合	integration of TCM and western medicine	
	《臺灣中醫藥之發展(政府出版書籍)》第 41 頁	中西醫合作照護模式	Western/Chinese medicine combined care model	
		中醫多元照護模式	diversified Chinese medicine care model	
第十一條 預防醫學、居家醫療	《中醫藥法(法規)》第十八條	中醫藥預防、保健服務	TCM prevention and health care services	preventive medicine, home health care
	《臺灣中醫藥之發展(政府出版書籍)》第 87 頁	預防醫學	preventive medicine	
	《What is Preventive Medicine? (paper)》、國家教育研究院雙語詞彙、學術名詞暨辭書資訊網	預防醫學	preventive medicine	
	《罕見疾病防治及藥物法(法規)》第三十三條	居家醫療	有使用居家醫療但沒有英譯	

專有名詞 中文	參考資料			專有名詞英 譯草案
	出處	詞語	英譯	
	FDA 網頁 https://www.fda.gov/medical-devices/home-health-and-consumer-devices/cdrh-home-health-care-committee-hhcc	FDA CDRH Home Health Care Committee		
第七條、第十二條 中藥藥用植物	《海關進口稅則(法規)》第二類第十二章章名	藥用植物	medicinal plants	Chinese medicinal plants
	《台灣常用藥用植物圖鑑第二冊英文版(政府出版書籍)》	藥用植物	medicinal plants	
第十二條 源頭管理	《資源回收再利用法(法規)》第五條、《行政院環境保護署毒物及化學物質局組織法(法規)》第一條	源頭管理	source management	source management
	《食品安全衛生管理法》第三十五條	源頭管理	source control	
第十三條 中藥規格化、標準化及現代化	《行動通信業務管理規則(法規)》第十六條、《國土測繪法(法規)》第二十二條、《最有利標評選辦法(法規)》第五條	標準化	standardization	specification, standardization and modernization of Chinese medicine product
	《中華民國憲法增修條文(法規)》第十條	現代化	modernization	
	ICH Guidelines Q6 https://ichguideline.weebly.com/q6-specifications.html	Specifications		
第十四條 上市後監測	《臺灣中醫藥之發展(政府出版書籍)》第 71 頁	風險管理	safety risk management	safety risk management and post approval monitoring
	《藥品查驗登記審查準則(法規)》第三十八之一條	上市後風險管理計畫	a post-approval risk management plan	
	《期貨信託基金管理辦法(法規)》第三十八之一條	監控措施	monitoring and control measures	
	《學校衛生法(法規)》第十三條	監控措施	monitoring measures	
第十五條 中藥產業	《臺灣中醫藥之發展(政府出版書籍)》第 85 頁	中藥產業	traditional medicine industry	industry of Chinese medicine product
	《中醫藥法(法規)》第一條	中醫藥事業	traditional Chinese medicine undertaking	
	《韓醫藥發展法(法規)》第四章	韓方產業	Korean Medicine Industry	
第十六條 具中醫藥特色之知	《文化資產保存法(法規)》第三條	傳統知識及實踐	Traditional Knowledge and Practices	knowledge and traditional skills with Chinese
		傳統技藝	Traditional skills and crafts	

專有名詞 中文 識及傳統 技藝	參考資料			專有名詞英 譯草案 medicine and pharmacy characteristics
	出處	詞語	英譯	
		傳統工藝	Traditional Craftsmanship	
	《文化資產保存法施行細則 (法規)》第十條	手工製作為 主之傳統技 藝	mainly handmade crafts and skills	
第十七條 國家中醫 藥知識庫	《中醫藥法(法規)》第四十三 條	中醫藥傳統 知識保護資 料庫	TCM traditional knowledge protection database	National Chinese medicine and pharmacy Knowledge Bases
	《國立公共資訊圖書館組織 法(法規)》第二條	主題知識庫	subject knowledge bases	
第十八條 中醫藥實 證	《探討醫師使用行動醫療 APP 行為之實證研究(論 文)》、《臺灣醫療糾紛訴訟案 件現況與影響之實證研究(論 文)》等	實證研究	Empirical Research	Chinese medicine and pharmacy evidence based research
	《實證醫學於健康照護之應 用(論文)》	實證醫學	Evidence Based Medicine	
第二十一 條中醫醫 事人力	《中醫藥法(法規)》第十五條	中醫醫師	TCM physician	physician manpower of Chinese medicine
	《癌症防治法(法規)》第七條	醫事人力	medical manpower	
	《人口販運防治法(法規)》第 九條、《人工生殖機構許可辦 法(法規)》第二條、《人體器 官移植條例(法規)》第十六條	醫事人員	medical personnel	
	《人體生物資料庫管理條例 (法規)》第二十七條	醫事人員	healthcare worker	
	《臺灣中醫藥之發展(政府出 版書籍)》第 23 頁	中醫醫事人 員	traditional Chinese medicine physicians	
	《臺灣中醫藥之發展(政府出 版書籍)》第 27 頁	中醫醫事人 員	Chinese medicine workers	
	國家教育研究院雙語詞彙、 學術名詞暨辭書資訊網 http://terms.naer.edu.tw/detail/ 577772/	人力規劃	work force planning	
	《Medical education and physician manpower from the national level.(paper)》	Medical education and physician manpower		
第二十一 條培育中 醫藥人才	《中醫藥法(法規)》第七條	培育中醫藥 人才	cultivate TCM talents	talent cultivation of Chinese medicine and pharmacy
	《中醫藥法(法規)》第十六條	中醫藥專業 技術人員	professional TCM technicians	
	《水下文化資產保存法(法 規)》第十一條	專業人才培 育	educate and train the relevant professionals	

專有名詞 中文	參考資料			專有名詞英 譯草案
	出處	詞語	英譯	
	《文化創意產業發展法(法規)》第一條	健全文化創意產業人才培育	strengthen talent cultivation of the Cultural and Creative Industries	
	《有機農業促進法(法規)》第五條	人才培育	personnel training	
第二十三條中醫藥相關保健知識	《中醫藥法(法規)》第四十四條	中醫養生保健服務	TCM health care services	health care knowledge of Chinese medicine and pharmacy
	《身心障礙者健康檢查及保健服務準則(法規)》法條名稱	保健服務	Healthcare Services	
	《優生保健法(法規)》法條名稱	保健法	Health Act	
	《老人福利服務提供者資格要件及服務準則(法規)》第七十條	預防保健教育	Education of prevention and health care.	

2. 中醫藥相關專有名詞專家建議彙整

依據表四研究成果諮詢中醫藥專家委員建議，並於 2019 年 12 月 20 日第二次專家會議進行討論，專家委員建議與會議結果詳見下表六。

表五、臺灣《中醫藥發展法》草案中醫藥專有名詞專家建議彙整與結論建議

專有名詞 中文	研究團隊 英譯建議	專家委員 英譯建議	結論建議
第三條 中醫藥	Chinese medicine and pharmacy (參考自中醫藥司英文名稱 Department of Chinese medicine and pharmacy)	一、同意：專家 1、專家 2、專家 3、專家 7 二、不同意，建議修改為： ● 專家 4 Traditional Chinese medicine and pharmacy ● 專家 5、專家 6 Traditional Chinese Medicine	Chinese medicine and pharmacy
第三條 中醫	Chinese medicine (參考自中醫藥司出版之《臺灣中醫藥之發展》中醫英譯 Chinese medicine)	一、同意：專家 1、專家 2、專家 3、專家 6、專家 7 二、不同意，建議修改為： ● 專家 4、專家 5 Traditional Chinese medicine	Chinese medicine
第三條 中醫學理論	Chinese medical theory (為避免循環定義疑慮爰不使用 The Theory of Chinese Medicine 用法)	一、同意：專家 1、專家 2、專家 3、專家 6、專家 7 二、不同意，建議修改為： ● 專家 4 Traditional Chinese medical theory	Chinese medical theory

專有名詞 中文	研究團隊 英譯建議	專家委員 英譯建議	結論建議
		● 專家 5 Traditional Chinese Medicine	
第三條 中藥	Chinese medicine products (參考自《藥品查驗登記審查準則(法規)》中藥藥品安定性試驗基準 stability tests of Chinese medicine products)	一、同意：專家 1、專家 2、專家 3 二、不同意，建議修改為： ● 專家 4、專家 5 Traditional Chinese medicine products ● 專家 6 Chinese medicines ● 專家 7 Chinese herbal products	Chinese medicine products
第三條 中藥學理論	Chinese pharmaceuticals (參考自中醫常用參考書籍《英文中醫詞彙入門》中藥學 Chinese pharmaceuticals)	一、同意：專家 3、專家 7 二、不同意，建議修改為： ● 專家 1 Chinese pharmacy ● 專家 2 Chinese Medicine Pharmaceuticals ● 專家 4、專家 5 Traditional Chinese pharmaceuticals ● 專家 6 Chinese medicinal theory	Chinese pharmacy
第三條 中藥材	Chinese medicine materials (參考自《藥事法》中藥材 Chinese medicine materials)	一、同意：專家 2、專家 3、專家 6 二、不同意，建議修改為： ● 專家 1 Chinese materia medica ● 專家 4 Traditional Chinese medicine materials ● 專家 5 Traditional Chinese Medicine Raw Materials ● 專家 7 Chinese herbal materials	Chinese medicine materials
第三條 中藥製劑	Chinese medicine preparations (參考自《藥事法》中藥製劑 Chinese medicine preparations)	一、同意：專家 1、專家 2、專家 3、專家 6 二、不同意，建議修改為： ● 專家 4、專家 5 Traditional Chinese medicine preparations ● 專家 7 Chinese herbal preparations	Chinese medicine preparations
第五條 中醫藥發展計畫	Chinese medicine and pharmacy development plans (參考自《山坡地保育利用條例施行細則》第十四條國土綜合發展計畫 national general development plan)	一、同意：專家 2、專家 3 二、不同意，建議修改為： ● 專家 1 Development plans of Chinese medicine and pharmacy ● 專家 4 Traditional Chinese medicine and pharmacy development plans ● 專家 6 Chinese medicine and pharmaceuticals development plans	Development plans of Chinese medicine and pharmacy

專有名詞 中文	研究團隊 英譯建議	專家委員 英譯建議	結論建議
		<ul style="list-style-type: none"> ● 專家 7 Development plan for Chinese medicine and pharmacy 	
第三章章名 中醫藥醫療 及照護	Chinese medicine health care (參考自中醫藥司出版之《臺灣中醫藥之發展》中醫醫療照護英譯 Traditional Chinese medicine health care)	一、同意：專家 1、專家 2、專家 3、專家 6、專家 7 二、不同意，建議修改為： <ul style="list-style-type: none"> ● 專家 4 Traditional Chinese Medicine medical and health care 	Chinese medicine in health care
第十條 中醫醫療機 構	Chinese medicine medical institutions (參考自《濫用藥物尿液檢驗及醫療機構認可管理辦法》醫療機構 medical institutions)	一、同意：專家 2、專家 3、專家 6、專家 7 二、不同意，建議修改為： <ul style="list-style-type: none"> ● 專家 1、專家 4 Traditional Chinese medicine medical institutions 	Chinese medicine medical institutions
第十條 中醫部門	Chinese medicine department (參考自中醫藥司出版之《臺灣中醫藥之發展》中醫部門英譯 department of Chinese medicine 和 Chinese medicine department)	一、同意：專家 3 二、不同意，建議修改為： <ul style="list-style-type: none"> ● 專家 1、專家 2、專家 6 Department of Chinese medicine ● 專家 4 Traditional Chinese Medicine Department ● 專家 7 Chinese medical department 	Department of Chinese medicine
第十條 中醫醫療資 源之可近性	accessibility of Chinese medicine medical resources (參考自 WHO 可近性英譯 accessibility)	一、同意：專家 1、專家 2、專家 3、專家 6、專家 7 二、不同意，建議修改為： <ul style="list-style-type: none"> ● 專家 4 accessibility of Traditional Chinese medicine medical resources 	accessibility to Chinese medicine resources
第十一條 中西醫合作 及中醫多元 醫療服務	Western/Chinese medicine combined and diversified Chinese medicine health care (參考自中醫藥司出版之《臺灣中醫藥之發展》中西醫合作照護模式 Western/Chinese medicine combined care model 和中醫多元照護模式 diversified Chinese medicine care model)	一、同意：專家 2、專家 3、專家 7 二、不同意，建議修改為： <ul style="list-style-type: none"> ● 專家 1 integration of TCM and western medicine and diversified Chinese medicine health care ● 專家 4 Cooperation of Western/Chinese medicine and diverse Chinese medicine medical care ● 專家 6 Combination of Western/Chinese medicine and diversified health care of Chinese medicine 	Chinese medicine in combined and diversified health care

專有名詞 中文	研究團隊 英譯建議	專家委員 英譯建議	結論建議
第十一條 預防醫學、 居家醫療	preventive medicine, home health care (參考自國家教育研究 院詞彙彙整網站預防 醫學 preventive medicine 和 FDA 之 CDRH Home Health Care Committee)	一、同意：專家 1、專家 2、專家 3、專家 6、專家 7 二、不同意，建議修改為： ● 專家 4 Preventive medicine, home medical care	preventive medicine, home health care
第七條、第 十二條 中藥藥用植 物	Chinese medicinal plants (參考自《海關進口稅 則》藥用植物 medicinal plants)	一、同意：專家 1、專家 2、專家 3、專家 6 二、不同意，建議修改為： ● 專家 4 Chinese Medicine medicinal plants ● 專家 7 medicinal plants	Chinese medicinal plants
第十二條 源頭管理	source management (參 考自《資源回收再利用 法》、《行政院環境保 護署毒物及化學物質 局組織法》源頭管理 source management)	一、同意：專家 2、專家 3、專家 4、專家 6 二、不同意，建議修改為： ● 專家 1、專家 7 source control	original management
第十三條 中藥規格 化、標準化 及現代化	specification, standardization and modernization of Chinese medicine product (參考自各現有 法規與 ICH 指引之規 格化、標準化及現代 化英譯)	一、同意：專家 2、專家 3、專家 4、專家 7 二、不同意，建議修改為： ● 專家 1 specification, standardization and modernization of Chinese medicine products ● 專家 6 specification, standardization and modernization of Chinese medicines	specification, standardization and modernization of Chinese medicine products
第十四條 上市後監測	post approval monitoring (參考自《藥品查驗登 記審查準則》上市後 風險管理計畫 a post- approval risk management plan)	一、同意：專家 2、專家 3、專家 7 二、不同意，建議修改為： ● 專家 4 Post Marketing Surveillance ● 專家 6 post-market monitoring	post-market monitoring
第十五條 中藥產業	industry of Chinese medicine product	一、同意：專家 2、專家 3、專家 4 二、不同意，建議修改為： ● 專家 1 Chinese pharmaceutical industry ● 專家 6 industry of Chinese medicines ● 專家 7 industry of Chinese herbal product	Chinese pharmaceutical industry

專有名詞 中文	研究團隊 英譯建議	專家委員 英譯建議	結論建議
第十六條 具中醫藥特色之知識及傳統技藝	knowledge and traditional skills with Chinese medicine and pharmacy characteristics (參考《文化資產保存法》傳統技藝 Traditional skills and crafts)	一、同意：專家 1、專家 2、專家 3、專家 4、專家 7 二、不同意，建議修改為： ● 專家 6 knowledge and characteristic skills of traditional Chinese medicines	knowledge and traditional skills with Chinese medicine and pharmacy
第十七條 國家中醫藥知識庫	National Chinese medicine and pharmacy Knowledge Bases (參考自《國立公共資訊圖書館組織法》主題知識庫 subject knowledge bases)	一、同意：專家 1、專家 2、專家 3、專家 7 二、不同意，建議修改為： ● 專家 4 National Traditional Chinese medicine and pharmacy Knowledge Base ● 專家 6 National Traditional Chinese Medicine Wisdom	National wisdom base for Chinese medicine and pharmacy
第十八條 中醫藥實證	Chinese medicine and pharmacy evidence based research (參考自《實證醫學於健康照護之應用》實證醫學 Evidence Based Medicine)	一、同意：專家 3 二、不同意，建議修改為： ● 專家 1 Evidence based Chinese medicine and pharmacy ● 專家 2 Evidence Based Medicine of Chinese medicine and pharmacy ● 專家 4 Evidence Based Traditional Chinese Medicine ● 專家 6 evidence-based traditional Chinese medicine ● 專家 7 Evidence based Chinese medicine and pharmacy research	Evidence-based Chinese medicine and pharmacy
第二十一條 中醫醫事人力	physician manpower of Chinese medicine 《參考自《Medical education and physician manpower from the national level.(人力資源專門研究論文)》Medical education and physician manpower》	一、同意：專家 3、專家 7 二、不同意，建議修改為： ● 專家 1 Medical manpower of Chinese medicine ● 專家 2 Chinese medicine workers (如過有包含其他非醫師之相關人員)，Chinese medicine physicians (如果只指中醫師) ● 專家 4 Traditional Chinese Medicine Medical Personnel ● 專家 6 manpower of Chinese medicine	professional workforce of Chinese medicine

專有名詞 中文	研究團隊 英譯建議	專家委員 英譯建議	結論建議
第二十一條 培育中醫藥 人才	talent cultivation of Chinese medicine and pharmacy (參考自《文化創意產業發展法健全文化創意產業人才培育 strengthen talent cultivation of the Cultural and Creative Industries)	一、同意：專家 1、專家 3、專家 4、專家 7 二、不同意，建議修改為： ● 專家 2 educate and train the relevant professionals of Chinese medicine ● 專家 6 talent education of traditional Chinese medicine	talent cultivation of Chinese medicine and pharmacy
第二十三條 中醫藥相關 保健知識	health care knowledge of Chinese medicine and pharmacy(參考自《老人福利服務提供者資格要件及服務準則(法規)》預防保健教育 Education of prevention and health care.)	一、同意：專家 3、專家 4、專家 7 二、不同意，建議修改為： ● 專家 1TCM related health care knowledge ● 專家 2 knowledge of Chinese medicine and pharmacy in health care ● 專家 6 health care knowledge of traditional Chinese medicine	health for knowledge of Chinese medicine and pharmacy
第十二條、 十三條、 第十四條等 中央主管機 關	專家新增建議 條文原本翻譯 central Competent Authority	專家 1central authority 其他法規資料： ● 《師資培育法》、《國民年金法》、《文化資產保存法施行細則》、《獸醫師法》 central competent authority	依照原本翻譯
第二十一條 中央目的事 業主管機關	專家新增建議 條文原本翻譯 第十二條 related authorities 第二十一條 the central authority in charge of relevant industries	專家 1the central purpose business administration 其他法規資料： ● 《獸醫師法》 central social administration authority ● 《押標金保證金暨其他擔保作業辦法》 relevant central competent authorities ● 《消防法》 public sector regulating authorities ● 《外國人從事就業服務法第四十六條第一項第八款至第十一款工作資格及審查標準》 competent authorities for other purposes at the central government level ● 《廢棄物清理法施行細則》 central industry competent authority	依照原本翻譯

(二) 臺灣《中醫藥發展法》草案條文英譯建議

根據前項中醫藥專有名詞英譯研究，擬定《中醫藥發展法》條文中英對照如下表七。

表六、《中醫藥發展法》條文中英對照

《中醫藥發展法》中文	《中醫藥發展法》英譯 (底線為條文中醫藥專有名詞英譯)
《中醫藥發展法》	<Chinese Medicine and Pharmacy Development Act>
第一章 總 則	Chapter 1 General Principles
第一條 為促進中醫藥永續發展，保障全民健康及福祉，特制定本法。	Article 1 This Act is enacted to foster the sustainable development of the Chinese medicine and pharmacy and protect the health and wellbeing of all nationals.
第二條 本法所稱主管機關：在中央為衛生福利部；在直轄市為直轄市政府；在縣（市）為縣（市）政府。	Article 2 The term "Competent Authority" as used in this Act shall mean the Ministry of Health and Welfare at the central government level, the municipal governments at municipality level, or the county/city governments at the county/county-administered city level.
第三條 本法用詞，定義如下： 一、中醫：指以中醫學理論為基礎，從事傳統與現代化應用開發、促進健康及治療疾病之醫療行為。 二、中藥：指以中藥學理論為基礎，應用於診斷、治療、減輕或預防人類疾病之中藥材及中藥製劑。 三、中醫藥：指中醫及中藥。	Article 3 The terms used in this Act are defined as follows: 1. "Chinese medicine": refers to the medical treatment based on the Chinese medical theory that engaged in the development of traditional and modern applications, health promoting and disease treatment. 2. "Chinese medicine Products": refers to the Chinese medicine materials and the Chinese medicine preparations that apply to diagnosis, treatment, mitigation and prevention the diseases based on the Chinese pharmacy. 3. "Chinese medicine and pharmacy": refers to the Chinese medicine and the Chinese medicine Products.
第四條 政府應致力於中醫藥發展，保障及充實其發展所需之經費。	Article 4 The government shall contribute to developing the Chinese medicine, guarantee and plenitude the funding for development.
第二章 中醫藥發展計畫	Chapter 2 Development Plans of Chinese medicine and pharmacy
第五條 為促進中醫藥發展，中央主管機關應每五年訂定中醫藥發展計畫；其內容如下： 一、中醫藥發展之目標及願景。 二、提升中醫醫療照護品質。 三、提升中藥品質及促進產業發展。	Article 5 For the purpose of enhancing the development of the Chinese medicine and pharmacy, the central Competent Authority shall formulate the development plans of the Chinese medicine and pharmacy every five years, items of which shall include the following matters:

《中醫藥發展法》中文	《中醫藥發展法》英譯 (底線為條文中中醫藥專有名詞英譯)
<p>四、促進中醫藥研究發展及國際合作交流。</p> <p>五、中醫藥人才培育。</p> <p>六、其他促進中醫藥發展事項。</p> <p>前項中醫藥發展計畫，中央主管機關應會商相關機關定之。</p> <p>直轄市、縣（市）主管機關得依前項計畫，訂定地方中醫藥發展方案並實施之。</p> <p>主管機關得要求相關機關（構）、學校、法人或團體協助第一項計畫或前項方案之推動。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. the objective and vision of the development of the Chinese medicine and pharmacy; 2. the quality enhancement of the health care of the Chinese medicine; 3. the quality enhancement of the Chinese medicine products and the promotion of the industry development; 4. improvement of the research and international collaboration of the Chinese medicine and pharmacy; 5. the talents training of the Chinese medicine and pharmacy; 6. others for promoting the development of the Chinese medicine and pharmacy. <p>The preceding development plans of the Chinese medicine and pharmacy shall be enacted by the central Competent Authority in conjunction with the related authority.</p> <p>Competent Authorities at the municipality level or the local county/county-administered city level shall formulate and implement the local Chinese medicine development project in accordance with the preceding plan.</p> <p>The Competent Authorities may request the related agencies (institutions), schools, juridical persons and organizations to implement the plan as referred to in Paragraph 1 and 3 of this Article and the preceding projects.</p>
<p>第六條 中央主管機關應遴聘（派）中醫藥學者專家及產業界人士代表，定期召開諮詢會議，辦理中醫藥發展政策諮詢事項。</p>	<p>Article 6</p> <p>The central Competent Authority shall recruit (appoint) the Chinese medicine and pharmacy experts and industry representations to hold the consultation meetings periodically to provide advice on the development policy of the Chinese medicine and pharmacy.</p>
<p>第七條 中央主管機關應就下列事項，給予適當之獎勵或補助：</p> <p>一、中醫藥研究及發展。</p> <p>二、中藥製劑創新及開發。</p> <p>三、中藥藥用植物種植。</p> <p>前項獎勵或補助之對象、條件、申請程序、額度、審查、核准、廢止及其他相關事項之辦法，由中央主管機關定之。</p>	<p>Article 7</p> <p>The central Competent Authority shall provide the reasonable rewards or subsidies for the following matters:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. the research and development of the Chinese medicine and pharmacy; 2. the innovation and development of the Chinese medicine preparations; 3. the cultivating of the Chinese medicinal plants. <p>The objects, qualification, application procedures, quotas, examination, approval, abolitions and other matters of the preceding awards or subsidies shall be determined by the central Competent Authority.</p>
<p>第三章 中醫藥醫療及照護</p>	<p>Chapter 3 Chinese Medicine in Health Care</p>

《中醫藥發展法》中文	《中醫藥發展法》英譯 (底線為條文中醫藥專有名詞英譯)
第八條 政府應強化中醫藥在全民健康保險與醫療照護體系中之功能及角色，保障民眾就醫及健康照護之權益。	Article 8 The government shall strengthen the function and role of the Chinese medicine and pharmacy in the national health insurance and the health care system, and protect the interests of the people for medicinal treatment and health care.
第九條 中央主管機關應建立中醫醫療品質管理制度，鼓勵中醫現代化發展。	Article 9 The central Competent Authority shall establish the quality management system for the Chinese medicine to encourage the Chinese medicine in modernization.
第十條 政府應促進中醫醫療資源均衡發展，完善偏鄉醫療照護資源，鼓勵設立中醫醫療機構或各層級醫院設立中醫部門，提高中醫醫療資源之可近性。	Article 10 The government shall facilitate the balanced development of the Chinese medicine medical resources, improve the rural health care resources, encourage the establishment of the Chinese medicine medical institutions or the department of the Chinese medicine within every hospital levels, and increase the accessibility of Chinese medicine resources.
第十一條 政府應鼓勵發展具中醫特色之預防醫學、居家醫療、中西醫合作及中醫多元醫療服務，促進中醫醫療利用及發展。	Article 11 The government shall encourage the preventive medicine and the home health care with characteristic of Chinese medicine, the Chinese medicine in combined and the diversified health care, and promote the utilization and development of the Chinese medicine.
第四章 中藥品質管理及產業發展	Chapter 4 Quality Management and Industrial Development of the Chinese Medicine products
第十二條 中央主管機關應強化中藥材源頭管理，積極發展及輔導國內中藥藥用植物種植；必要時，得會同中央目的事業主管機關辦理之。 承租公有土地或國營事業土地種植中藥藥用植物，其品項經中央主管機關會商中央目的事業主管機關核定者，得給予獎勵及土地租賃期限保障；其土地租賃期限，不受國有財產法第四十三條及地方公有財產管理法規關於租期之限制。 前項獎勵條件、方式與土地租賃期限保障及其他相關事項之辦法，由中央主管機關會商中央目的事業主管機關、公有土地管理機關、國營事業及相關機關定之。	Article 12 The central Competent Authority, in conjunction with related authorities if necessary, shall strengthen the original management of the Chinese medicine materials and actively develop and support the cultivating of Chinese medicinal plants. The lease of public land or land owned by the state-owned enterprises to cultivate Chinese medicinal plants, which are approved by the central Competent Authority in conjunction with related authorities, shall be entitled to receive rewards and the guarantee of land lease period; while Article 43 of National Property Act and the local regulations regarding the lease period of the public property shall not apply to the preceding land lease period. The award requirements, process, land lease period guarantee and other related matters shall be determined by the central Competent Authority in consulting with the central authorities in charge of relevant industries, the authority governing the public land or the land owned by state-owned enterprises and other related authorities.

《中醫藥發展法》中文	《中醫藥發展法》英譯 (底線為條文中醫藥專有名詞英譯)
第十三條 中央主管機關應完善中藥品質之管理規範，促進中藥規格化、標準化及現代化。	Article 13 The central Competent Authority shall consummate the regulations governing the quality control of the Chinese medicine products and implement the specification, standardization and modernization of Chinese medicine Products.
第十四條 主管機關應加強中藥上市後之監測，並公布執行結果。 前項中藥上市後監測內容、品項、數量及其他相關事項之辦法，由中央主管機關定之。	Article 14 The Competent Authority shall improve the post-market monitoring of the Chinese medicine products and announce the result of such measures. The regulations governing the monitoring of the matters, items, quantity and other related matters of the post-market monitoring shall be prescribed by the central Competent Authority.
第十五條 政府應輔導中藥產業開拓國際市場，提升中藥產業發展。	Article 15 The government shall assist the Chinese pharmaceutical industry with the international market promotion and facilitate it's development.
第五章 中醫藥研究發展	Chapter 5 Research and Development on the Chinese Medicine and Pharmacy
第十六條 政府應推廣與輔導保存具中醫藥特色之知識及傳統技藝，並鼓勵保有、使用或管理者提供相關資訊。	Article 16 The government shall promote and assist in conserving the knowledge and traditional skills with the Chinese medicine and pharmacy, and encourage the possessor, user or manager to provide relevant information.
第十七條 中央主管機關應就中醫藥基礎研究、應用研究與臨床及實證研究，建置國家中醫藥知識庫，進行資料蒐集及分析。	Article 17 The central Competent Authority shall establish the national wisdom base for the Chinese medicine and pharmacy to collect and analyze the information of basic research, applied research, clinical research and empirical research on the Chinese medicine and pharmacy.
第十八條 政府應整合產官學之研究及臨床試驗資源，提升中醫藥實證基礎，鼓勵產學合作，促進中醫藥創新及研究發展。	Article 18 The government shall integrate the research and clinical trials resources of the industry, government and academy to facilitate the evidence-based Chinese medicine and pharmacy, encourage the industry-academia collaboration and improve the innovation and research of the Chinese medicine and pharmacy.
第十九條 衛生福利部國家中醫藥研究所為配合第五條第一項中醫藥發展計畫之執行，得設置中醫藥研究基金。 前項基金之來源如下： 一、受贈收入。 二、基金之孳息收入。 三、其他收入。 前項各款收入，應循附屬單位預	Article 19 The National Research Institute of Chinese Medicine of the Ministry of Health and Welfare may set up a Chinese medicine and pharmacy research fund to implement the development plans of the Chinese medicine and pharmacy mentioned in the Paragraph 1 of the Article 5. The fund mentioned in the Paragraph 1 of this Article are as follows: 1. donations;

《中醫藥發展法》中文	《中醫藥發展法》英譯 (底線為條文中中醫藥專有名詞英譯)
<p>算方式撥入基金。</p> <p>第一項基金之用途如下：</p> <p>一、為增進科學技術研究發展所需支出。</p> <p>二、延攬及培訓傑出人才所需支出。</p> <p>三、智慧財產及技術移轉所需支出。</p> <p>四、受贈收入指定用途支出。</p> <p>五、管理及總務支出。</p> <p>六、其他有關支出。</p>	<p>2. interest from the funds;</p> <p>3. other incomes.</p> <p>The source of mentioned in previous paragraph shall be appropriated in accordance with the budgeting procedures of the subsidiary units to the fund.</p> <p>The purpose of the funds mentioned in the Paragraph 1 of this Article shall include the following:</p> <p>1. expense of science and technology research;</p> <p>2. expense for talents recruitment and training;</p> <p>3. expense for Intellectual property and technology transfer;</p> <p>4. expense for specific purpose designated by the donation;</p> <p>5. expense for management and general affairs;</p> <p>6. other expenses.</p>
第二十條 政府及中醫藥學術研究機構，應就中醫藥研究及管理成果，進行國際交流。	<p>Article 20</p> <p>The government and Chinese medicine and pharmacy academic research institution shall conduct the international collaboration on the research and management result of Chinese medicine and pharmacy.</p>
第六章 中醫藥人才培育	Chapter 6 Talent Cultivation of the Chinese Medicine and Pharmacy
第二十一條 中央主管機關及中央目的事業主管機關應完善中醫醫事人力規劃，整合教學資源，培育中醫藥人才。	<p>Article 21</p> <p>The central Competent Authority and the central authority in charge of relevant industries shall consummate the plans for the professional workforce of the Chinese medicine, integrate educational resources and cultivate talents of the Chinese medicine and pharmacy.</p>
第二十二條 政府應加強培育中醫藥科技研究人才，提升中醫藥發展。	<p>Article 22</p> <p>The government shall strengthen the talent cultivation of the Chinese medicine and pharmacy technological research to facilitate the development of the Chinese medicine and pharmacy.</p>
第二十三條 政府應普及中醫藥與相關保健知識之教育及學習，提升國民中醫藥知識。	<p>Article 23</p> <p>The government shall popularize the education and learning for the healthful knowledge of Chinese medicine and pharmacy to improve nationals' knowledge of the Chinese medicine and pharmacy.</p>
第七章 附 則	Chapter 7 Supplementary Provisions
第二十四條 本法自公布日施行。	This Act is in force on the date of promulgation.

五、臺灣《中醫藥發展法》草案 Q&A

(一)問題清單

依據專家會議與協商會議的討論內容，並為協助各界了解各條之

立法背景及目的、中醫藥專有名詞內容、立法展望等內容訂立以下問題清單。

總說明與第一條

Q1：《2014~2023 年傳統醫學戰略》內容與《中醫藥發展法》是否有相關性？

Q2：《中醫藥發展法》必要性為何

Q3：《中醫藥發展法》草案立法目的為何？

Q4：總說明所提行政與財政支援不足之緣由為何？

Q5：憲法增修條文是指傳統醫藥之研究發展，而《中醫藥發展法》僅有其中一章有關於研究是否內容有所不足？

Q6：《中醫藥發展法》的內容多為鼓勵性質且多為現有政策，是否有立法必要性？

Q7：《中醫藥發展法》立法模式為何？

Q8：《中醫藥發展法》哪部份具有基本法與作用法概念？

第二條

Q9：《中醫藥發展法》哪些條文可能會涉及到縣市政府？

第三條

Q10：中醫藥定義的必要性？

Q11：中醫定義有參考哪些文獻？

Q12：中醫定義有哪些創新與重點？

Q13：中醫定義之中何謂「現代化應用開發」？

Q14：中醫定義之中何謂「醫療行為」？

Q15：中藥定義有參考哪些文獻？

Q16：中藥定義有哪些創新與重點？

Q17：中藥定義之「預防人類疾病」是否會包含健康食品？

Q18：中藥定義是否適用《藥事法》第六條第一項和第三項？

Q19：中藥定義之中藥材與中藥製劑的定義為何？中藥製劑與《藥事法》第八條製劑是否有所差異？

Q20：中藥定義有沒有包含現在的青草藥？會不會跟食藥署的可供食品使用一覽表管理有關？

第四條

Q21：我國現行中醫藥經費狀況？與韓國、中國大陸比較差異？

Q22：屬於宣示性條文/不夠具體，是否考慮刪除或修改文字？

Q23：經費投入是否限定中醫藥發展政策？

第五條

Q24：為什麼中醫藥發展計畫五年一期？

Q25：發展計畫擬定之可能過程？

Q26：如何實現第一項第二款之提升中醫醫療照護品質？

Q27：如何實現第一項第三款之提升中藥品質？

Q28：如何實現第一項第三款之促進產業發展？

Q29：第一項第六款其他中醫藥發展之事項是指甚麼？

Q30：第三項地方之施政方案與中央主管機關要如何合作？計畫與現行中醫藥政策施行方式是否有差別？哪些事項需要協助？

Q31：第四項機關(構)、團體是指哪些？

Q32：中醫藥發展計畫是否會進行檢討？

Q33：韓國的韓醫藥綜合發展計畫經費與執行成果為何？

第六條

Q34：具體說明中醫藥學者專家及產業界人士代表可能組成？

第七條

Q35：衛生福利部與其他部會現行有無相關補助計畫與輔導措施？

Q36：條文之獎勵或補助措施會涉及哪些部會？經費來源為何？

Q37：獎勵或補助相關辦法之立法規劃？

Q38：第一項內容沒提到的事項是否就無法獎勵或補助？

第八條

Q39：中醫健保費用佔全體健保費比例？

Q40：何謂強化中醫藥之功能與角色？

第九條

Q41：現有中醫醫療管理制度包含哪些？未來可能發展方向？

Q42：何謂現代化發展？要如何鼓勵？

第十條

Q43：中醫醫療資源是指那些？

Q44：目前中醫醫療資源是有哪些不足？是否已有改善方案？

Q45：如何提升中醫醫療資源均衡發展？

第十一條

Q46：何謂中醫多元醫療服務？發展多元醫療服務的必要性？

- Q47：現有的中醫西合作包含哪些？
Q48：如何提升中西醫整合醫療與發展？
Q49：中醫在長期照顧是否能發揮功能？
Q50：何謂預防醫學？臺灣預防醫學現況？
Q51：中醫在預防醫學是否能發揮功能？

第十二條

- Q52：中藥藥用植物土地獎勵與保障之必要性？
Q53：目前農業委員會對中藥藥用植物之措施與政策？
Q54：何謂源頭管理？
Q55：條文僅限定輔導國內中藥藥用植物種植是否妥適？
Q56：中藥材來源不僅為植物，是否要增加範圍至養殖、畜牧？
Q57：種植後中藥材以鮮品販賣，是否仍屬於中藥藥用植物獎勵對象範圍？
Q58：本條參考條文？
Q59：本條第二項與第三項內容哪些部分有所突破？
Q60：本條第三項辦法是否會與第八條第三款之中藥藥用植物辦法重疊？
Q61：因前有機農業促進法已有相關措施，只要中藥藥用植物進行有機種植即可適用，該內容是否就不需訂立？

第十三條

- Q62：何謂規格化、標準化、現代化？規格化與標準化兩者差異？
Q63：目前規格化、標準化、現代化之規範與政策為何？

第十四條

- Q64：目前中藥上市後監測措施包含哪些？
Q65：本條文之中央與地方主管機關的權責分工為何？
Q66：要進行公布的執行結果可能包含哪些內容？

第十五條

- Q67：中藥進出口值一年多少？目前中藥常有往來之國際市場包含哪些？主要競爭對手為何？
Q68：現有中醫藥國際市場輔導措施？
Q69：可能有哪些輔導措施？
Q70：是否會有與其他國家政策結合之可能性？

第十六條

Q71：何謂傳統技藝、知識？

Q72：由哪些單位進輔導？如何進行保存與推廣措施？

Q73：如何鼓勵所有、使用或管理者提供相關資訊？

第十七條

Q74：基礎研究、應用研究及臨床與實證研究之範圍為何？

Q75：國家中醫藥知識庫建立與執行預計會由哪個單位負責？

Q76：國家中醫藥知識庫呈現方式與分析方式為何？

Q77：國家中醫藥知識庫的使用方式為何？

Q78：英國國家健康暨社會照顧卓越研究院資料庫的建立與使用情況為何？

第十八條

Q79：產官學是包含哪些單位？

Q80：要由哪個單位來整合產官學之資源？

Q81：目前有哪些促進產官學整合之措施？

Q82：產官學資源應如何整合？

Q83：中藥臨床試驗中心概況與未來需協助方向？

第二十條

Q84：目前中醫藥國際交流有甚麼政策與措施？

Q85：如何進行中醫藥研究及管理成果國際交流？且可能效益為何？

第二十一條

Q86：此條內容是否有包含中藥商、推拿整復人員養成與教育？

Q87：中藥商為近年關注焦點為甚麼沒有列入本條內容？

Q88：各大專校院的中醫系、學士後中醫學系年招生多少人？現有中醫師人力數？目前人力困境？

Q89：由哪個單位來整合教學資源？那些教學資源需要整合？

第二十二條

Q90：目前大專校院中醫藥相關科系碩士班、博士班招生人數多少？

Q91：加強培育中醫藥科技研究人才原因？

Q92：如何加強中醫藥研究人才培育，和鼓勵人才投入產業？

第二十三條

Q93：中醫藥與相關保健知識內容為何？

Q94：如何進行中醫藥教育普及？可能會有何益處？

六、臺灣《中醫藥發展法》草案子法規草案

(一)《中醫藥發展獎勵補助辦法》草案

參考《文化部協助獎勵或補助文化創意事業辦法》、《經濟部協助獎勵或補助文化創意事業辦法》、《客家知識體系發展獎勵補助辦法》、《文化資產獎勵補助辦法》、《水下文化資產獎勵補助辦法》等辦法，擬定各款中醫藥發展事項適用之獎勵或補助辦法，草案內容共十條，第一條條文架構包含法源依據、第二條委託辦理、第三條申請資格、第四條得獎勵或補助事項、第五條獎勵方式、第六條補助方式、第七條每年訂定獎勵計畫、第八條申請案件審議、第九條不予核准或撤銷情形、第十條實施日。該辦法透過第七條授權，使中央主管機關每年可依預算內容與政策目標訂定獎勵計畫，並授權中央主管機關訂定申請期間、申請資料、獎勵或補助對象、審查程序、經費核撥及核銷等內容，各項申請案之受理、審查或核定主要由中央主管機關執行，並可依據第二條委託其他單位執行請案之撥付、成效追蹤或追回補助款等事項，以減輕中央主管機關之行政負擔，詳情請見下表八。

表七、《中醫藥發展獎勵補助辦法》草案條文內容與參考依據

條號	架構	條文內容	參考依據
第一條	法源依據	第一條 本辦法依中醫藥發展法(以下簡稱本法)第七條第二項及第十三條第二項規定訂定之。	
第二條	申請資格	衛生福利部(以下簡稱本部)或所屬機關得依本辦法獎勵或補助從事中醫藥發展之自然人、法人或團體。	《客家知識體系發展獎勵補助辦法》第二條 客家委員會(以下簡稱本會)得依本辦法獎勵從事客家學術與在地知識研究等與客家知識體系發展及厚植相關之自然人、法人或團體。 《文化部協助獎勵或補助文化創意事業辦法》第二條 從事本法第三條第一項第一款至第七款及第十五款之文化創意產業，且符合下列資格條件之一之文化創意事業，文化部(以下簡稱本部)得提供相關協助、獎勵或補助： 一、依法設立或登記之公司、財團法人或社團法人。

			<p>二、依商業登記法設立登記之獨資、合夥事業。</p> <p>三、具有相關文化創意知識、能力、造詣或技藝之個人。</p> <p>前項文化創意事業有下列情事之一者，本部得不予協助、獎勵或補助：</p> <p>一、使用票據經拒絕往來尚未期滿。</p> <p>二、公司淨值為負值。</p> <p>三、申請之日前三年內，曾有違反協助、獎勵或補助相關法令、約定或條件之紀錄。</p> <p>四、其他有具體事實足認給予協助、獎勵或補助有偏頗之虞或顯不合理。</p>
第三條	得獎勵或補助事項	<p>本部得優先就下列中醫藥發展活動，提供獎勵或補助：</p> <p>一、中醫藥研究及發展。</p> <p>二、中藥製劑創新及開發。</p> <p>三、中藥藥用植物種植。</p>	<p>《文化部協助獎勵或補助文化創意事業辦法》第三條</p> <p>本部或所屬機關對從事本法第三條第一項第八款至第十一款、第十三款及第十四款規定文化創意產業之文化創意事業，得提供下列產業活動之補助：</p> <p>一、研發創作類：</p> <p>（一）促進產業創新或研究發展。</p> <p>（二）鼓勵設置創新或研究發展中心。</p> <p>（三）協助設立創新或研究發展機構。</p> <p>（四）促進產業、學術及研究機構之合作。</p> <p>（五）協助地方產業創新。</p> <p>二、人才培育類：</p> <p>（一）鼓勵對學校人才培育之投入。</p> <p>（二）以配合產業發展需求為目的之在職訓練、養成訓練、人才延攬或其他相關人才培育工作。</p> <p>三、經營管理類：</p> <p>（一）發展事業品牌、提升經營管理能力。</p> <p>（二）運用智慧財產創造營運效益、建立智慧財產保護及管理制度。</p> <p>（三）為拓展國際市場而進行國際合作交流或參與國內外競賽或會展。</p> <p>（四）推廣宣導優良文化創意產品或服務。</p> <p>四、其他促進文化創意產業發展之事項。</p> <p>《經濟部協助獎勵或補助文化創意事業辦法》第三條</p> <p>本部得優先就下列產業活動，提供協助、獎勵或補助：</p> <p>一、辦理核心創作及獨立工作者之育成與輔導。</p>

			<p>二、鼓勵優秀人才投入文化創意產業創業。</p> <p>三、拓展國際市場、建立自有品牌，包括培植文化創意產業優秀人才、打造自有品牌走向國際、輔導文化創意產業提升自有品牌包裝精緻、行銷國際之能量。</p> <p>四、輔導核心創作及獨立工作者進駐文化創意聚落。</p> <p>五、鼓勵直轄市、縣（市）政府整合地方資源推動文化創意產業發展。</p> <p>六、協助業者參與國際文化創意產業會展、博覽會。</p> <p>七、補貼中小型文化創意產業貸款利息。</p> <p>八、其他文化創意產業之研發、生產、行銷、推廣、授權等產業活動</p>
第四條	獎勵方式	<p>本辦法所定獎勵之方式如下：</p> <p>一、發給獎狀、獎座或獎牌。</p> <p>二、授予榮銜或其他榮譽。</p> <p>三、其他獎勵方式。</p>	<p>《文化資產獎勵補助辦法》第三條</p> <p>本辦法所定獎勵之方式如下：</p> <p>一、發給獎狀、獎座或獎牌。</p> <p>二、授予榮銜或其他榮譽。</p> <p>三、發給獎金。</p> <p>四、其他獎勵方式。</p>
第五條	補助方式	<p>本辦法所定補助之方式如下，並得為補助附款：</p> <p>一、補助經費之全部或部分。</p> <p>依自籌款情形補助部分經費。</p>	<p>《文化資產獎勵補助辦法》第四條</p> <p>本辦法所定補助之方式如下，並得為補助附款：</p> <p>一、補助經費之全部或部分。</p> <p>二、依自籌款情形補助部分經費。</p> <p>三、補助向金融機構貸款所生利息之全部或部分。</p>
第六條	每年訂定獎勵計畫	<p>前二條之獎勵或補助內容及方式，本部得逐年訂定計畫實施之。</p> <p>前項計畫內容應包含申請期間、申請資料、獎勵或補助對象、審查程序、經費核撥及核銷等相關作業程序。</p>	<p>《客家知識體系發展獎勵補助辦法》第五條</p> <p>前二條之獎勵項目及方式，本會得逐年訂定計畫實施之。</p> <p>前項計畫內容應包含申請期間、申請資料、獎勵項目、方式與模式、獎勵對象、審查程序、經費核撥及核銷等相關作業程序。</p>
第七條	申請案件審議	<p>本部得邀集學者、專家及機關代表辦理補助案件之審查；其審查基準如下：</p> <p>一、計畫可行性。</p> <p>二、經費合理性。</p> <p>三、執行之能力、經歷及實績。</p> <p>四、對整體中醫藥產業與發展之影響。</p>	<p>《水下文化資產獎勵補助辦法》第五條</p> <p>主管機關為審查前條獎勵推薦案，得邀集學者、專家及機關代表召開審查會議審查之。</p> <p>《客家知識體系發展獎勵補助辦法》第七條</p> <p>依本辦法申請獎勵之案件，經學發會審議後，由本會核定之。</p>

		五、國際潮流之符合。 其他本部規定之事項。	《文化部協助獎勵或補助文化創意事業辦法》第九條 本部得邀集有關機關代表、文化創意產業領域之專家學者或業界人士辦理協助、獎勵及補助案件之審查；其審查基準如下： 一、計畫可行性。 二、經費合理性。 三、執行之能力、經歷及實績。 四、對整體產業之影響。 五、文化與科技跨界結合之程度。 六、地方特色之提升。 七、城鄉及區域均衡發展之促進。 八、文化藝術普及之促進。 九、國際潮流之符合。 十、其他本部規定之事項。
第八條	不予核准或撤銷情形	有下列情事之一者，本部得不予獎勵或補助；已獎勵或補助者，得撤銷或廢止之；並視情節輕重，以書面行政處分追回全部或部分之獎勵或補助： 一、提供虛偽、不實之文件、資料。 二、未經本部同意，逕予變更原定計畫。 三、對於協助、獎勵或補助之事項重複申請。 違反本部就補助之核准所為之附款。	《文化部協助獎勵或補助文化創意事業辦法》第十條 有下列情事之一者，本部得不予協助、獎勵或補助；已協助、獎勵或補助者，得撤銷或廢止之；並視情節輕重，以書面行政處分追回全部或部分之獎勵或補助： 一、申請案有第二條第二項各款情事之一。 二、提供虛偽、不實之文件、資料。 三、未經本部同意，逕予變更原定計畫。 四、對於協助、獎勵或補助之事項重複申請。 五、違反本部就補助之核准所為之附款。
第九條	實施日	第十條 本辦法自發布日施行。	

(二)《承租公有土地或國營事業土地作中藥藥用植物種植使用辦法》草案

參考《國有耕地放租實施辦法》、《承租公有土地或國營事業土地作有機農業使用優惠辦法》、《長期照顧服務機構專案申請租用公有非公用不動產審查辦法》、《文化部促進民間提供適當空間供文化創意事業使用獎勵或補助辦法》等辦法，擬定公有土地或國營事業土地使用辦法，草案內容共十條，第一條法源依據、第二條適用土地、第三條公告品項、第四條申請資格、第五條申請過程、第六條租賃期限保障、第七條承租人義務、第八條及第九條適用辦法、第

十條實施日。透過《承租公有土地或國營事業土地作中藥藥用植物種植使用辦法》第二條、第三條、第六條細化適用土地範圍、適用品項範圍以及租期保障之方式；第四條、第五條、第七條則是則是使申請人了解申請流程與義務；第八條、第九條則是針對適法性進行規範，《承租公有土地或國營事業土地作中藥藥用植物種植使用辦法》詳細條文內容與參考依據，詳見下表九。

表八、《承租公有土地或國營事業土地作中藥藥用植物種植使用辦法》條文內容與參考依據

條號	架構	條文內容	參考依據
第一條	法源依據	第一條 本辦法依中醫藥發展法(以下簡稱本法)第十三條第二項規定訂定之。	
第二條	適用土地	第二條 本辦法適用之土地，為依法可供從事農作使用之公有或國營事業土地。	《承租公有土地或國營事業土地作有機農業使用優惠辦法》第二條 本辦法適用之土地，為依法可供從事農作、森林、水產、畜牧等有機農業使用之公有或國營事業土地。
第三條	公告品項	中央主管機關應會同中央目的事業主管機關視中醫藥資源需求提供已核定中藥藥用植物品項，供公有土地或國營事業土地管理機關參考。	《承租公有土地或國營事業土地作有機農業使用優惠辦法》第三條 中央主管機關應提供承租人是否符合第一項資格之資訊，供公有土地管理機關或國營事業參考。 《先驅化學品工業原料之種類及申報檢查辦法》第三條 本條例所稱先驅化學品工業原料，係指可流供製造毒品之原料，依其特性分為二類，其品項如下：……
第四條	申請資格	得申請租用公有土地或國營事業土地種植中藥藥用植物之機關（構）、法人、團體或個人，應符合下列各款情事之一： 一、種植核定中藥藥用植物。 二、配合中醫藥發展政策，經中央主管機關或地方主管機關指定或委託辦理中藥藥用植物保存、種植、研究與推廣。	《承租公有土地或國營事業土地作有機農業使用優惠辦法》第三條 本辦法適用之農產品經營者，應具備下列資格之一： 一、依本法第三條第十一款通過驗證者。 二、經中央主管機關指定之機關（構）、法人或團體認定符合本法第三條第三款之耕作方式，並登錄於中央主管機關指定資訊系統之友善環境耕作者。

條號	架構	條文內容	參考依據
			<p>《長期照顧服務機構專案申請租用公有非公用不動產審查辦法》第二條 設立長期照顧服務機構(以下簡稱長照機構)者,依本法第十七條第一項規定,申請租用公有非公用不動產,應符合下列條件:</p> <p>一、非以營利為目的之財團法人、公益社團法人。</p> <p>二、配合國家長期照顧(以下簡稱長照)服務政策,經各級主管機關指定或委託辦理長照服務。</p>
第五條	申請過程	<p>第五條 申請租用公有土地或國營事業土地種植中藥藥用植物者,應備妥公有土地管理機關或國營事業公告規定資料,並提出申請。</p> <p>公有土地管理機關或國營事業核准申請時,應副知中央主管機關;其有變更或異動者,亦同。</p>	<p>《產業園區委託申請設置規劃開發租售管理辦法》第八條 參與公開甄選之公民營事業,應於公告所定期限屆滿前,備妥資格證明文件、服務構想書、財務計畫及其他公告規定資料,向主管機關提出申請。</p> <p>《休閒農業輔導管理辦法》第二十六條 直轄市、縣(市)主管機關核發容許使用同意書或核准興辦事業計畫時,休閒農場範圍內有公有土地者,應副知公有土地管理機關。</p> <p>《感染性生物材料管理辦法》第九條 設置單位應於設生安會或置生安專責人員後一個月內,報中央主管機關備查,並副知地方主管機關;其有異動者,亦同。</p>
第六條	租賃期限保障	<p>第六條 公有土地管理機關或國營事業應給予前項申請之租期保障不得少於公有土地或國營事業規定之租期。</p> <p>土地租賃期間屆滿三個月前,由申請人向放租機關申請續約,經放租機關審核,無未依原約定用途使用經限期改善未改善、積欠租金或核定品項變更等情形,得辦理續約,並保有相同租期保障。</p>	<p>《交通部民用航空局經管國際機場園區公有土地提供使用辦法》第三條 民航局以土地出租機場公司使用時,其租賃期限,每次不得逾二十年。土地租賃期間屆滿六個月前,由機場公司向民航局申請續約,經民航局審核,無未依原約定用途使用經限期改善未改善、積欠租金或國家重大政策變更等情形,得辦理續約。</p> <p>《國有耕地放租實施辦法》第十三條 國有耕地租約租期屆滿,除依本辦法規定不再續租者外,承租人有意續租者,應於租期屆滿前三個月內申請換約。</p>

條號	架構	條文內容	參考依據
第七條	承租人義務	<p>第七條 承租人有下列情事之一者，應於喪失資格之日起三十日內，通報該公有土地管理機關或國營事業，違反者依所訂租約管理事項辦理；放租機關得收回耕地，承租人不得請求補償：</p> <p>一、非自任耕作，或將耕地全部或一部轉租於他人使用。</p> <p>二、未種植核定中藥藥用植物者。</p>	<p>《國有耕地放租實施辦法》第十二條 承租人應自任耕作，並不得將耕地全部或一部轉租於他人使用。承租人違反前項規定，放租機關得依相關法令規定收回耕地，承租人不得請求補償。</p> <p>《文化部促進民間提供適當空間供文化創意事業使用獎勵或補助辦法》第八條 申請人有下列情事之一者，本部得不予獎勵或補助；已獎勵或補助者，得撤銷或廢止之，並視情節輕重，以書面行政處分追回全部或部分之獎勵或補助：</p> <p>一、補助案有第二條第一項但書各款情事之一。</p> <p>二、提供虛偽、不實之文件、資料。</p> <p>三、未經本部同意，逕予變更原定執行計畫。</p> <p>四、對於獎勵或補助之事項重複申請。</p> <p>五、違反本部就補助之核准所為之附款。</p> <p>《承租公有土地或國營事業土地作有機農業使用優惠辦法》第三條 農產品經營者喪失前項資格者，不適用本辦法租金優惠及租期保障之規定；農產品經營者應於喪失資格之日起三十日內，通報該公有土地管理機關或國營事業，違反者依所訂租約管理事項辦理。</p>
第八條	適用辦法	<p>第八條 種植核定中藥藥用植物者承租第二條所定土地所涉履約管理事項，應優先適用本辦法規定，本辦法未規定者，依公有土地管理機關或國營事業相關規定辦理。</p>	<p>《承租公有土地或國營事業土地作有機農業使用優惠辦法》第六條 農產品經營者承租第二條所定土地所涉履約管理事項，應優先適用本辦法規定，本辦法未規定者，依公有土地管理機關或國營事業相關規定辦理。</p>
第九條	適用辦法	<p>第九條 公有土地或國營事業土地供農作使用，且採委託經營方式辦理者，公有土地管理機關或國營事業得比照本辦法內容，提供租期保障。</p>	<p>《承租公有土地或國營事業土地作有機農業使用優惠辦法》第七條 公有土地或國營事業土地供農作、森林、水產、畜牧等有機農業使用，且採委託經營方式辦理者，公有土地管</p>

條號	架構	條文內容	參考依據
			理機關或國營事業得比照本辦法之租金優惠及租期保障方式，提供權利金優惠及約期之保障。
第十條	實施日	本辦法自發布日施行。	

(三)《中藥抽驗稽查辦法》草案

參考《食品及相關產品輸入查驗辦法》、《輸入藥物邊境抽查檢驗辦法》、《農藥使用及農產品農藥殘留抽驗辦法》、《藥物檢驗機構認證及委託認證管理辦法》、《輸入藥物邊境抽查檢驗辦法》、《化粧品回收處理辦法》、《藥物回收處理辦法》等辦法，擬定《中藥抽驗稽查辦法》共八條，第一條法源依據、第二條定義、第三條年度計畫訂定、第四條流程、第五條稽查規定、第六條抽驗規定、第七條結果備查與公告、第八條實施日。《中藥抽驗稽查辦法》透過第三條的年度計畫公告相關品項與抽驗稽查細節，第四條至第六條則是規範中央主管機關或委託機關對被抽驗或稽查單位之流程與規範，第七條則是規範委託機關之職責，詳情請見下表九。

表九、《中藥抽驗稽查辦法》草案條文內容與參考依據

條號	架構	條文內容	參考依據
第一條	法源依據	第一條 本辦法依中醫藥發展法(以下簡稱本法)第十四條第二項規定訂定之。	
第二條	定義	<p>本辦法用詞，定義如下：</p> <p>一、稽查：指由查驗人員對中醫藥業務執行，與中藥外觀、性狀、標示及其他符合法令規定之檢查。</p> <p>二、抽驗：指由查驗人員抽取樣品檢查包裝及標籤，並將樣品送交實驗室內進行感官、化學、生物或物理性之檢驗。</p> <p>三、中藥抽驗及稽查業者：指中藥販賣業者、中藥製造業者、中醫醫療機構及其他相關業者。</p>	<p>《食品及相關產品輸入查驗辦法》第二條</p> <p>查核：指由查驗人員核對產品品名、規格、包裝，並就其外觀、性狀、標示及其他符合法令規定之檢查。</p> <p>檢驗：指由查驗人員抽取樣品送交實驗室，進行感官、化學、生物或物理性之檢查及化驗。</p> <p>《輸入藥物邊境抽查檢驗辦法》第二條</p> <p>查驗：指對輸入藥物於輸入許可前所為之抽查與檢驗。</p> <p>檢驗：指於實驗室內進行感官、化學、生物或物理性之檢驗。</p> <p>註：《藥事法》第二十五條有定義標籤</p>

條號	架構	條文內容	參考依據
			註：因計畫內有包含市場、夜市或市集稽查爰增加「其他相關業者。」
第三條	年度計畫訂定	<p>中央主管機關應每年訂定中藥年度抽驗及稽查計畫，派員或委託機關實地進行中藥抽驗與稽查。</p> <p>前項中藥年度抽驗及稽查計畫內容如下：</p> <p>一、中藥抽驗及稽查實施期程。</p> <p>二、中藥抽驗及稽查執行流程。</p> <p>三、中藥抽驗及稽查業者範圍。</p> <p>四、中藥抽驗品項及數量。</p> <p>五、中藥稽查要點及項目。</p> <p>六、中藥稽查查檢表與抽驗紀錄表。</p> <p>七、其他協助抽驗及稽查事項。</p>	<p>《合作社稽查考核及獎勵辦法》第二條 主管機關應每年訂定年度稽查計畫及實施期程，派員實地稽查合作社應稽查總社數十分之一以上為原則；無法派員實地稽查時，得以書面稽查。</p>
第四條	流程	<p>中央主管機關派員或委託機關進入中藥抽驗及稽查業者現場，執行業務時，應出示執行職務之證明文件或顯示足資辨別之標誌，並命其提供有關資料，中藥抽驗及稽查業者不得規避、妨礙或拒絕；必要時，得邀請專家或民間團體協助之。</p> <p>中央主管機關派員執行前項業務時，得通知地方主管機關派員到場。</p>	<p>《農藥使用及農產品農藥殘留抽驗辦法》第八條 主管機關派員執行前條第一項抽取樣品或查詢時，應出示執行職務之證明文件或顯示足資辨別之標誌。</p> <p>《藥事法》第七十三條 直轄市、縣(市)衛生主管機關應每年定期辦理藥商及藥局普查。 藥商或藥局對於前項普查，不得拒絕、規避或妨礙。</p> <p>《嚴重藥物不良反應通報辦法》第八條 中央衛生主管機關或其委託機構，於必要時，得向醫療機構、藥局及藥商請求提供嚴重藥物不良反應病人之就醫紀錄、給藥紀錄或產品資料，醫療機構、藥局及藥商不得拒絕。</p> <p>《溫室氣體認證機構及查驗機構管理辦法》第十六條 中央主管機關得派員攜帶證明文件，進入認證機構、查驗機構或查驗現場，進行書面或現場稽查工作，並命其提供有關資料，認證機構及查驗機構不得規避、妨礙或拒絕。 ……中央主管機關派員進入業務案件查驗現場時，得通知地方主管機關派員到場。</p>

條號	架構	條文內容	參考依據
			《動物展演管理辦法》第二十一條 直轄市、縣（市）主管機關應每年指派動物保護檢查員稽查展演動物之營業場所、紀錄及管理情形；必要時，得邀請專家或民間團體協助之。
第五條	稽查規定	<p>中央主管機關派員或委託機關執行稽查時，得以下列方式為之：</p> <p>一、書面稽查：要求稽查對象依中藥年度抽驗及稽查計畫所列項目提供資料。</p> <p>二、現場稽查：派員或委託機關進入中藥抽驗及稽查業者現場，以稽查文件資料、藥品包裝與標籤、核實中醫藥業務執行人執照與操作，或與中醫藥業務執行人員訪談等方式進行，且以不影響現場作業活動為原則。</p> <p>中央主管機關或委託機關發現資料不完備時，得限期中藥抽驗及稽查業者補充說明；其方式得以書面通知或現場說明方式進行。</p> <p>中央主管機關或委託機關執行第一項業務時，若有偽藥、禁藥及劣藥嫌疑者，應將案件移送司法機關偵辦；若有不符合事項，應當場作成紀錄，填具中藥稽查查檢表，交由在場人員閱覽並簽章後，由中央主管機關或委託機關依法辦理。</p>	<p>《溫室氣體認證機構及查驗機構管理辦法》第十六條 中央主管機關執行稽查作業時，得以下列方式為之：</p> <p>一、書面稽查：要求稽查對象依附表二所列項目提供資料。</p> <p>二、現場稽查：派員進入認證機構、查驗機構或查驗現場，以稽查文件資料、觀察認證或查驗情形，或與業務執行人員訪談等方式進行，且以不影響認證及查驗現場作業活動為原則。</p> <p>中央主管機關發現資料不完備時，得限期認證機構或查驗機構補充說明；其方式得以書面通知或現場說明方式進行，補充說明總日數以三十日為限。</p> <p>《化粧品回收處理辦法》第八條 回收作業計畫書內容有缺漏者，直轄市、縣（市）主管機關得通知限期補正。</p> <p>《藥物檢驗機構認證及委託認證管理辦法》第二十九條 受託者及其人員受託辦理認證工作時，其迴避事項，依行政程序法之規定。 受託者辦理前項工作時，不得有觸犯刑事法律之行為；有觸犯嫌疑者，中央衛生主管機關應將其移送司法機關偵辦。</p> <p>《貨物稅稽徵規則》第六十七條 稽查人員查獲違章案件，應當場作成紀錄，填具違章案件報告表，詳實載明貨物持有人名稱、地址、負責人姓名、住址、貨物品名、規格、數量、進貨價格、貨物來源及違章事實等，交由貨物持有人或在場人員閱覽並簽章後，由主管稽徵機關依法辦理。</p>
第六條	抽驗規定	中央主管機關或委託機關辦理中藥抽驗所需樣品，得以無償方式取得，但其數量應以足供檢驗所必需者為限。於抽取中藥樣品後，經現場人	<p>《輸入藥物邊境抽查檢驗辦法》第十五條 查驗機關辦理查驗所需樣品，得以無償方式取得，但其數量應以足供檢驗所必</p>

條號	架構	條文內容	參考依據
		<p>員簽名封緘後，送中央主管機關或委託檢驗機關進行檢驗。</p> <p>中央主管機關或委託機關應將檢驗結果以書面轉知業者，業者對檢驗結果有異議時，得於收到通知之後繳納檢驗費用，向主管機關或委託機關申請原檢體複驗，並以一次為限。</p> <p>中藥檢驗規格與檢驗方法，應依中華藥典、臺灣中藥典、十大醫藥先進國家出版之藥典及中央衛生主管機關公告之規定辦理。</p> <p>前項檢驗不合之中藥，中央主管機關或委託機關應監督業者依藥物回收作業程序與相關規定辦理。</p>	<p>需者為限。於抽取樣品後，並應開具取樣憑單予報驗義務人。</p> <p>《輸入藥物邊境抽查檢驗辦法》第五條 輸入之藥品，其檢驗規格與檢驗方法，應依中華藥典、十大醫藥先進國家出版之藥典及中央衛生主管機關公告之規定辦理。</p> <p>《農藥使用及農產品農藥殘留抽驗辦法》第九條 主管機關依第七條第一項規定抽取之樣品，經會同生產者、貨主、其代表人或指派之人員簽名封緘後，送中央主管機關委任或委託之檢驗機關（構）檢驗農藥殘留。 主管機關接獲農藥殘留量檢驗報告後，應將檢驗結果以書面轉知生產者或貨主，檢驗結果超過衛生主管機關所定安全容許量時，主管機關除應命生產者或貨主不得販售該農作物或農產品外，並得派員進行追蹤管理；已採收者，主管機關應通知集貨場、果菜批發市場及衛生主管機關。</p> <p>《農藥使用及農產品農藥殘留抽驗辦法》第九之一條 生產者或貨主對於前條第二項檢驗結果有異議時，得於收到通知之次日起十日內繳納檢驗費用，向主管機關申請原檢體複驗，並以一次為限。檢驗機關（構）應於七日內將檢驗結果以書面通知送驗主管機關及生產者或貨主。經檢驗合格之農作物或農產品，始得准予販售。</p> <p>《輸入藥物邊境抽查檢驗辦法》第二十一條 輸入藥物查驗不合格者，該產品除法律另有規定者外，由報驗義務人辦理退運或銷毀之。 前項不合格之藥物，如經具結先行放行，查驗機關應命報驗義務人回收之，並依前項規定辦理。</p>

條號	架構	條文內容	參考依據
			《化粧品回收處理辦法》第十一條 直轄市、縣（市）主管機關應督導回收作業之執行；收受回收成果報告書後，得至化粧品製造、貯存及販賣場所，檢查回收情形。
第七條	結果備查與公告	委託機關應將抽驗及稽查結果彙整並將結果報中央主管機關備查。	《藥物回收處理辦法》第十八條 直轄市或縣（市）衛生主管機關應就第一級及第二級藥物回收作業之後續處理方法及日期，對轄區內藥物製造或輸入業者予以查核，並將查核結果報中央衛生主管機關備查。
第八條	實施日	本辦法自發布日施行。	

七、臺灣《中醫藥發展法》草案產官學影響對象與範圍意見諮詢

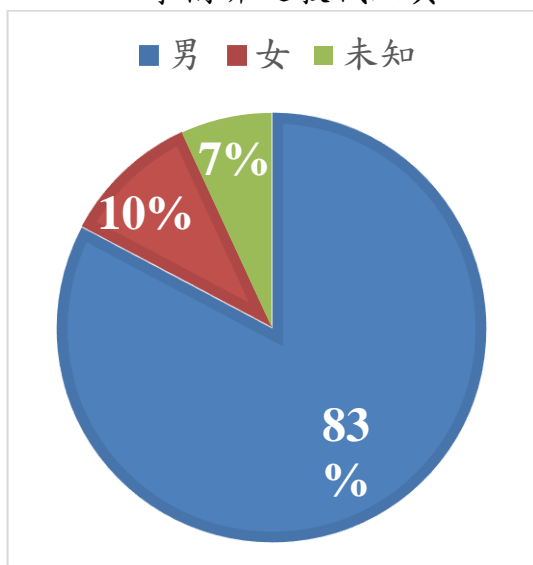
（一）意見表蒐集方式

2019/5/19 共識會議發放 33 份意見表，共回收 18 份；2019/6/30 傳統醫學發展法法學論壇發放 70 份意見表，共回收 11 份。意見提供者資料採不記名方式，意見內容同時採開放與封閉問答方式，以了解草案和意見提供者所代表單位（或職業）之相關性、影響性，草案內容為使用第二版《中醫藥發展法》草案，詳見附錄二，意見諮詢表內容，詳見附錄十一。

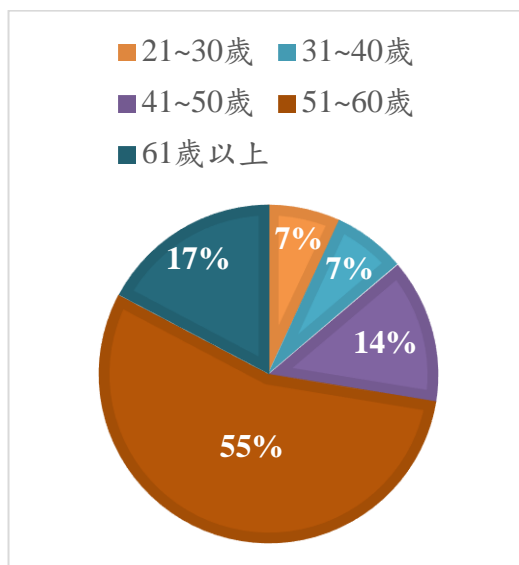
（二）回收意見表之基本資料分析

兩場會議意見提供者性別男性佔 83%（共 24 人）、女性佔 10%（共 3 人）、未填寫性別佔 7%（共 2 人），統計圖詳見圖一。意見提供者年齡落在 21~30 歲佔 7%（共 2 人）、31~40 歲佔 7%（共 2 人），41~50 歲佔 14%（共 4 人）、51~60 歲佔 55%（共 16 人）、61 歲以上佔 17%（共 5 人），統計圖詳見圖二。意見提供者所代表單位（或職業）主要為產業界的職業，中醫師佔 48%（共 14 人）、中藥商佔 14%（共 4 人）、藥廠從業人員佔 14%（共 4 人）、教職人員或研究人員佔 10%（共 3 人）、律師佔 4%（共 1 人），勾選複數單位則是意見提供者重複勾選政府、產業、學術職業，共佔 10%（共 3 人），統計圖詳見圖三。勾選複數單位之中，1 人重複勾選產業界之中醫師、藥廠從業人員，以及學術界之教職人員；1 人重

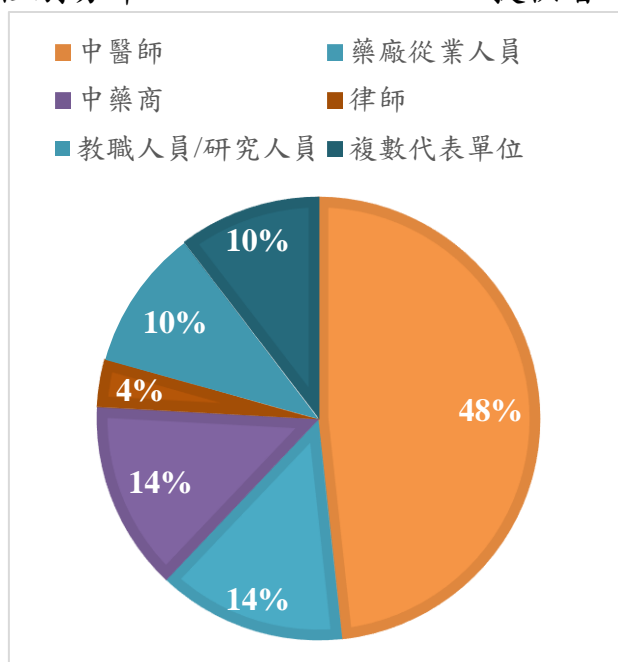
複勾選政府之其他、產業界之中醫師，以及學術界之教職人員、研究人員；1 人重複勾選政府之其他、產業界之藥廠從業人員，以及學術界之教職人員。



圖一、產官學影響對象與範圍意見提供者性別分布



圖二、產官學影響對象與範圍意見提供者年齡分布



圖三、產官學影響對象與範圍意見提供者代表單位（或職業）分布

註：複數代表單位代表意見提供者複選政府、產業、學術職業類別。

(三) 草案和兩場會議意見提供者所代表單位（或職業）相關性彙整

因意見諮詢第一題是以封閉式問法詢問草案和意見提供者所代表單位（或職業）之相關性，所以，為確切連結草案與產、官、學界之關聯性，勾選複數代表單位之 3 份意見表，皆不納入彙整，

另外，代表單位為律師者，本題並未填寫，也不納入彙整，因此，以下內容共彙整 25 份回覆之意見表。

草案與藥廠從業人員、中藥商相關性之意見回覆統整，詳見表十。藥廠從業人員與中藥商 8 位在第十四條至第十八條較一致認為有關連性，且其中 6 位認為第八條與其相關，因此，這 6 條與藥廠和中藥商相關性較高。第一條、第六條、第七條、第二十一條、第二十四條則是偏向藥廠從業人員較有相關，可能是因藥廠較有研發需求，因此，可間接協助研發事項之條文相關性較高。第二十二條是藥廠 2 位、中藥商 2 位認為有相關性；第二十三條、第十九條是藥廠 1 位、中藥商 2 位認為有相關性；第二條、第五條、第九條、第十二條、第十三條是藥廠 1 位、中藥商 1 位認為有相關性，以上條文相關性考量可能來自意見提供者之個人工作經驗與考量面向之多寡有管，可能非代表具有普遍相關性，但仍可進一步討論與推估其潛在相關性與影響性。若以章節來看相關性高低：第一為第四章中藥品質管理與產業發展；第二為第五章中醫藥研究發展；第三為第二章中醫藥發展計畫、第六章中醫藥人才培育；第四為第一章總則、第三章中醫醫療照護。

草案與中醫師相關性之意見回覆統整，詳情請見表十二。在第三章、第五章、第六章每條條文都半數以上認為與中醫師相關；在第一章、第二章、第四章中 6~8 位認為與中醫師相關為第一條、第二條、第三條、第四條、第六條、第七條、第十五條、第十七條，5 位認為與中醫師相關為第五條、第十四條、第十八條，4 位認為與中醫師相關為第八條、第十六條。若以章節來看相關性高低：第一為第三章中醫醫療照護；第二為第六章中醫藥人才培育；第三為第五章中醫藥研究發展、第一章總則；第四為第二章中醫藥發展計畫、第四章中藥品質管理與產業發展。

草案與教職人員與研究人員相關性之意見回覆統整，詳表見十三。除第二十三條、第二十四條有 2 位認為有相關以外，其餘條文都僅只 1 位或 0 位認為相關，因只有 3 位意見提供者，內容可作為部分參考。

若比對表十一和表十二內容，結果如下：在第一章是中醫較為相關，推測可能是中醫師與藥廠、中藥商相比，中醫師較為直接面對社會大眾的期待及常面臨中西醫雙軌制度的磨合，認為第一章

對中醫藥發展的注重及資金的挹注，可提升中醫藥於中西醫雙軌制度中的話語權與關注度，且較利於中醫師面對整體醫療環境。在第二章各條相關性不一，第六條對中醫和中藥都相關可能是因中醫藥發展計畫為全面性涵蓋；第七條對中醫較為相關，可能是因填表的中醫師有 10 位年齡介於 51~60 歲與 61 歲以上，屬於目前中醫界主要發言之年齡層，若草案通過被邀請參與諮議會機率較高；第八條是在中藥較為相關，可能是因獎勵與補助事項偏向中藥與創新研究，無直接寫到中醫醫療部分，讓中醫師認為相關性較低。在第三章和第四章是各自與中醫和中藥較為相關。在第五章是中醫和藥廠從業人員較為相關，推估可能與中醫師實證研究與藥廠藥品研發之工作範圍與經驗有關。在第六章是中醫較為相關，可能是因中醫已具有完善院校教育體系較可推估未來政策走向與藍圖，且中醫多會與病患直接接觸中醫藥知識推廣後的變化較容易回饋到中醫師上。

表十、《中醫藥發展法》草案與藥廠從業人員、中藥商之相關性

章節	類別 條文號	代表單位（或職業）相關性								總計
		藥廠				中藥商				
		1	2	3	4	1	2	3	4	
第一章	第一條	●		●					●	3
	第二條			●					●	2
	第三條								●	1
	第四條								●	1
	第五條	●							●	2
第二章	第六條	●	●	●					●	4
	第七條	●		●					●	3
	第八條	●	●	●		●		●	●	6
第三章	第九條	●							●	2
	第十條				●				●	2
	第十一條								●	1
	第十二條	●							●	2
	第十三條	●							●	2
第四章	第十四條	●	●	●		●	●	●	●	7
	第十五條	●	●	●	●	●	●	●	●	8
	第十六條	●	●	●	●	●	●	●	●	8

章節	類別 條文號	代表單位（或職業）相關性								總計
		藥廠				中藥商				
		1	2	3	4	1	2	3	4	
	第十七條	●	●	●	●	●	●	●	●	
	第十八條	●	●	●		●	●	●	●	7
第五章	第十九條				●		●		●	3
	第二十條								●	1
	第二十一條	●	●						●	3
	第二十二條	●			●		●		●	4
第六章	第二十三條	●					●		●	3
	第二十四條	●	●						●	3
	第二十五條								●	1
第七章	第二十六條								●	1

表十一、《中醫藥發展法》草案與中醫師之相關性

章節	類別 條文號	代表單位（或職業）相關性														總計
		中醫師														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
第一章	第一條		●	●	●			●		●		●		●	●	8
	第二條		●	●	●			●		●		●		●	●	8
	第三條	●	●	●	●						●			●	6	
	第四條	●	●	●	●					●		●			●	7
	第五條	●	●		●					●		●			●	5
第二章	第六條		●	●	●			●	●	●		●			●	8
	第七條			●		●					●	●	●	●	6	
	第八條			●	●						●			●	4	
第三章	第九條			●	●			●		●		●	●	●	●	8
	第十條		●	●	●			●		●	●	●	●	●	●	10
	第十一條	●	●	●	●	●		●		●	●	●	●	●	●	12
	第十二條		●	●	●	●	●	●		●	●	●	●	●	●	12
	第十三條			●	●	●		●		●	●	●	●	●	●	10
第四章	第十四條				●						●	●	●		●	5
	第十五條			●				●		●	●	●	●		●	7
	第十六條			●							●	●			●	4
	第十七條			●				●		●		●	●	●	●	7
	第十八條			●				●		●		●			●	5
第	第十九條			●		●		●		●		●		●	●	7

章節	類別 條文號	代表單位（或職業）相關性														總計
		中醫師														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
第五章	第二十條		●	●		●		●			●	●	●	●	8	
	第二十一條			●		●		●	●		●	●	●	●	8	
	第二十二條			●		●		●		●	●	●	●	●	8	
第六章	第二十三條		●			●		●			●	●	●	●	7	
	第二十四條			●	●	●		●			●	●	●	●	8	
	第二十五條	●		●	●	●		●		●	●	●	●	●	10	
第七章	第二十六條			●				●			●		●	●	5	

表十二、《中醫藥發展法》草案與學術界教職及研究人員之相關性

章節	類別 條文號	代表單位(或職業)相關性			總計
		教職人員、研究人員			
		1	2	3	
第一章	第一條				0
	第二條			●	1
	第三條				0
	第四條				0
第二章	第五條		●		1
	第六條		●		1
	第七條		●		1
	第八條				0
第三章	第九條				0
	第十條				0
	第十一條				0
	第十二條				0
	第十三條				0
第四章	第十四條		●		1
	第十五條				0
	第十六條				0
	第十七條				0
	第十八條				0
第五章	第十九條		●		1
	第二十條		●		1
	第二十一條				0
	第二十二條	●			1
第六章	第二十三條	●	●		2
	第二十四條	●	●		2

	第二十五條		●		1
第七章	第二十六條				0

(四) 草案和意見提供者所代表單位(或職業)影響性彙整

因意見諮詢第二題和第三題是以封閉式或開放式問法詢問草案和意見提供者所代表單位(或職業)之影響性，所以，為確切連結草案與關係對象，勾選複數代表單位之 3 份，皆不納入彙整，另外，代表單位為律師者，此題並未回覆，也不納入彙整，因此，以下內容共彙整剩餘 25 份意見表之回覆。

1. 《中醫藥發展法》草案特定條文參與意願影響性彙整

針對特定條文詢問意見提供者所代表單位(或職業)的參與意願，詳情請見表十四。

在第十一條、第十二條、第十三條部分，中醫師超過半數認為條文內容可以提升設立中醫醫療機構或中醫醫療部門，以及發展中醫多元醫療服務或中醫特色照護；而對藥廠與中藥商部分則是半數肯定，半數未填答或需進一步政策或法規才能決定，可能是因條文較與中醫醫療直接關係，若要提升藥廠與中藥商參與意願，可能需有進一步政策表明發展醫療資源與服務可提升中藥產銷，或進行多元醫療服務可提升中藥藥費等誘因。在第十四條、第十七條、第十九條部分，對藥廠從業人員提升意願較多，對中藥商部分則是與第十一條至第十三條相當，中醫師則是提升意願人數不到半數，多未填寫答或需進一步政策或法規才能決定，可能是因條文較與中藥產業與研究直接關係，對製藥產業影響較大，對中醫師影響較小，且可能較無法推估後續政策內容與影響。

第二十一條對中醫師、藥廠、中藥商都有提升參與意願，可能是因該條文會影響到藥廠新藥研發的臨床試驗，以及中醫師進行臨床實證醫學研究，並可見臨床研究之必要性與需求性。

綜合來看，第十二條及第十三條、第十四條、第二十一條提升一參與意願較多，而整體約有 25% 表需擬訂細部內容後才會有較明確的意願。

表十三、《中醫藥發展法》草案特定條文參與意願影響性

	中醫師 (14 份)				藥廠從業人員 (4 份)				中藥商 (4 份)				教職及研究人員 (3 份)				總計 (25 份)			
	●	✕	▲	◇	●	✕	▲	◇	●	✕	▲	◇	●	✕	▲	◇	●	✕	▲	◇
第十一條	9	1	3	1	2	0	0	2	2	0	1	1	1	0	0	2	14	1	4	6
第十二條 第十三條	12	0	2	0	2	0	0	2	2	0	1	1	1	0	0	2	17	0	3	5
第十四條	6	0	4	4	4	0	0	0	2	0	1	1	3	0	0	0	15	0	5	5
第十七條	5	0	5	4	3	0	0	1	2	0	1	1	1	0	0	2	11	0	6	8
第十九條	5	1	4	4	3	0	0	1	2	0	1	1	2	1	0	0	12	2	5	6
第二十一條	10	0	3	1	3	0	0	1	2	0	1	1	0	1	0	2	15	1	4	5

註：●-會提升參與意願；✕-不會提升參與意願；▲-需有進一步政策或法規才能決定；
◇-未填寫

2. 《中醫藥發展法》草案非特定條文影響性彙整

針對非特定條文之影響性諮詢，中醫師、藥廠從業人員、教職與研究人員對各條影響性意見，詳見表十五。

表十四、《中醫藥發展法》草案非特定條文影響性彙整

條文號	中醫師提出影響內容	藥廠從業人員提出影響內容	教職與研究人員提出影響內容
第二條		名詞定義清楚	定義較為清楚，有助於未來研究使用
第四條	經費保障；有錢好辦事		
第五條	有專屬機構才能施行政策		
第六條		促進產業發展；提升中藥品質與促進產業發展；中醫藥人才培育	
第八條		鼓勵中醫藥發展的永續與創新；中醫藥發展創新研究、中藥新藥研發、中藥種植	
第九條	提升中醫藥在整體醫療體系之保障；能設立中醫國家級醫院		
第十條	可提升中醫醫療品質並導正民眾看法；確保提升醫療品質		
第十一條	提高可見性和就醫涵蓋面與中西醫合作機會；醫療資源均衡發展；能設立中醫國家級醫院		提升各機構設立中醫醫院意願
第十二條	提升中西醫的彼此認可與合作機會	促進中醫多元服務與中西醫整合	促進中醫多元醫療服務
第十三條	提升利用率與涵蓋面；具中醫特色之長期照顧、居家照護、預防醫學等		促進中醫多元醫療服務
第十四條	落實本土中藥用法減少來源依賴	中藥材種植	促進中藥栽培
第十五條	提升醫療品質有助病人信心	促進中藥品質提升；中藥品質之管理規範	中藥品質管制規格會更加嚴謹
第十七條	促進中藥產業發展	中藥新藥之研究與開發	
第十八條		中藥產業開拓國際市場	
第二十條	臨床研究、實證研究		
第二十一條	產官學研究與臨床試驗資源；使中醫創新及科學化	產官學研究	
第二十二條	國際交流；使中醫有藍海的條件		

條文號	中醫師提出影響內容	藥廠從業人員提出影響內容	教職與研究人員提出影響內容
第二十三條	增加醫學體系橫向聯繫與互相認可；中醫醫事人力規劃；好人才是中醫的命脈使中醫永續		
第二十四條	培育中醫藥科技研究人才	加強中醫藥科技人才培養	
第二十五條	向下植根中醫藥概念，逐步引導民眾就醫觀念	落實國民基本教育納入中醫藥	

(五) 總結

雖兩次會議意見回覆份數較少，但可初步了解到《中醫藥發展法》草案對於產業界之相關性與影響性，並協助衝擊影響評估之擬定。在相關性方面，第三章中醫醫療照護與第四章中藥品質管理與產業發展條文能使中醫與中藥了解條文內容與其相關，而第五章中醫藥研究發展與第六章中醫藥人才培育之擇偏向與中醫較有相關，但推測可能會因個人工作經驗與範圍而有影響，兩個章節條文與中藥相關性仍不可忽視。在影響性方面，第十一條、第十二條、第十三條較可以提升中醫師對醫療及照護之參與意願；第十四條、第十七條、第十九條可以提升藥廠、中藥商於中藥種植與中藥研究之參與意願；第二十一條則可提升中醫師、藥廠、中藥商對臨床與實證研究之參與意願，可見條文可提升產業界對中醫藥發展之信心，並符合現有需求，但仍需進一步規劃政策或法規以利中醫師、藥廠、中藥商釐清草案影響性。

八、臺灣《中醫藥發展法》草案法案及性別影響評估檢視表

(一)法案及性別影響評估檢視表

草案內容為使用預告版《中醫藥發展法》草案，詳見結果三。

【第一部分】：本部分由機關人員填寫

108.10.01 生效

填表日期： 年 月 日			
· 填表人姓名：_____ 職稱：_____ 電話：_____ e-mail：_____			
身分： <input type="checkbox"/> 業務單位人員 <input type="checkbox"/> 法制單位人員 <input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____			
· 本案已於法案研擬初期 <input type="checkbox"/> 徵詢性別諮詢員之意見，或 <input type="checkbox"/> 提報各部會性別平等專案小組 （會議日期：____年____月____日）			
性別諮詢員姓名：_____ 服務單位及職稱：_____ 身分：符合本表填表說明 第三點第____款（如係提報各部會性別平等專案小組者，免填）			
填 表 說 明			
一、行政院所屬各機關主管法律案報院審查，應依「行政院所屬各機關主管法案報院審查應注意事項」及「中央行政機關法制作業應注意事項」規定辦理。			
二、除廢止案（及配合行政院組織改造整批處理、單純訂修之法律案）外，皆應依據本表進行「法案及性別影響評估」。			
三、建議各單位於法案研擬初期，即應徵詢性別諮詢員（至少1人）或提報各部會性別平等專案小組，收集性別平等觀點之意見。性別諮詢員應符合下列資格之一：			
（一）現任臺灣國家婦女館「性別主流化人才資料庫」專家學者（公、私部門均可）。 （人才資料庫網址： http://www.taiwanwomencenter.org.tw/ ）			
（二）現任或曾任行政院性別平等會民間委員。			
（三）現任或曾任各部會性別平等專案小組民間委員。			
（四）曾任各機關性別平等專責人員（性平業務至少占所辦業務7成以上）累積滿2年者，或曾任性別平等兼辦人員（性平業務至少占所辦業務3成以上）累積滿3年者。			
（五）曾辦理或協助各機關「法案及性別影響評估檢視表」填寫作業，且經行政院性別平等處「性別影響評估案例分享專區」收錄至少1案者。			
四、法案研擬完成後，應併同本表送請性別平等專家學者進程序參與（至少預留1週的填寫時間）參酌其意見修正法案內容，並填寫「玖、性別影響評估結果」後通知程序參與者。			
壹、法案名稱	中醫藥發展法草案		
貳、主管機關	衛生福利部	主辦機關	衛生福利部中醫藥司
參、法案內容涉及領域：	勾選（可複選）		
3-1 權力、決策、影響力領域			
3-2 就業、經濟、福利領域			
3-3 人口、婚姻、家庭領域			
3-4 教育、文化、媒體領域			
3-5 人身安全、司法領域			
3-6 健康、醫療、照顧領域	✓		
3-7 環境、能源、科技領域			
3-8 其他（勾選「其他」欄位者，請簡述法案涉及領域）			

肆、問題界定與訂修需求			
項目	說明		備註
4-1問題界定	4-1-1 問題描述	我國憲法增修條文第十條明定發展傳統醫學研究為我國基本國策，也已制定許多作用法管理中醫藥事項，但我國尚未像鄰近國家制定傳統醫藥發展專法，使我國中醫藥法律體系缺少整體性及促進中醫藥發展之法制基礎，並與鄰近國家傳統醫藥政策、法規、產業、設施等快速發展之現況，逐漸產生差距。另外，在我國中醫藥醫療、產業、研究及人才培育等範疇，由於行政與財政支援不足，面臨發展瓶頸與停滯，亟需制定中醫藥發展專法遂行國家賦予之義務，並促進中醫藥永續發展。	簡要說明所面臨問題之梗概。
	4-1-2 執行現況及問題之分析	<p>一、審度我國現有中醫藥相關法律、命令，散見於藥事法、醫療法、醫師法、藥品查驗登記審查準則等，多著眼於行政管理與推動，未存在類似基本法性質且落實憲法增修條文第十條與現有中醫藥法律、命令精神之法律架構。</p> <p>二、世界衛生組織近年公布多份傳統醫學戰略敦促各國重視與發展傳統醫學，並提出國家政策與財務支援的重要性。具有傳統醫藥發展法的韓國與中國大陸，即分別透過《韓醫藥發展法》與《中醫藥法》法制化世界衛生組織之精神，並將傳統醫藥作為國家核心產業。我國現有中醫藥相關法律、命令沒有中醫藥國家政策與財務支援之法制基礎，使中醫藥發展需要國家支援時，無法源依據。</p> <p>三、中醫藥相關法律、命令無法支持與改善中醫藥發展困境。如：現有中醫多元醫療服務已執行多年且成果豐碩，但未有法源作為相關政策與計畫之施行依據，另外，像現有中醫藥研究量能不足，源於缺乏整體性計畫與預算協助中醫藥研究發展，也未有法源依據，擬定切合中醫藥需求之法規、政策、補助或獎勵事項等。</p> <p>四、我國中醫藥事務之中央主管機關為衛生福利部(中醫藥司)，促進中醫藥發展事項也與經濟部、科技部、農業委員會等部會有關，但各部會政策、資源並未進行整合，且未有整體性長遠目標與願景，影響我國擬定中長程計畫以促進中醫藥發展。</p> <p>五、部分中醫藥名詞與範疇並未定義與釐清，如：中醫、中藥定義，以及使用現代化科學技術進行中醫醫療行為且未有明確法源做為依據，協助釐清是否屬於中醫藥範疇。</p> <p>六、我國為發展中醫藥事項，已執行多種政策，並分階段推動各項管理措施，如：中藥科學化與新藥研發為二十四項重點發展項目之一、中醫藥研</p>	1.業務推動執行時，遭遇問題之原因分析。 2.說明現行法規是否不足、須否配合現況或政策調整。

		究現代化與國際化建構臺灣成為中草藥科技島等，但政策大多未具整體性，且與法律相比，穩定性較為不足。	
4-2訂修需求	4-2-1 解決問題可能方案	<p>一、進行中醫、中藥之定義。(第2條)</p> <p>二、建立中醫藥財政支援與國家級中長程計畫之法源依據，對政策穩定性必有所助益，並促進中醫藥永續發展。(第4條、第5條)</p> <p>三、在政策、獎勵與補助、以及管理實施等事項，進行經濟部、科技部、農業委員會各單位間的水平整合，與中央主管機關、地方主管機關各層級的垂直整合，並奠立相互協助與協調之基礎。(第5條、第7條、第12條、第14條等)</p> <p>四、明確政府於中醫醫療及照護、中藥品質管理與產業發展、中醫藥研究發展及中醫藥人才培育等事項之職責與目標，與各事項之發展重點與範疇。(第8條至第23條)</p> <p>五、建立各項中醫藥政策、措施與計畫之法源依據，以充實施政之正當性與穩定性。(第9條至第11條、第13條至第14條、第19條、第21條至第23條等)</p> <p>六、建立中醫醫療之發展主軸，以加強我國中西醫雙主流醫療體系之中醫應有角色，並保障民眾就醫權益。(第8條至第11條)</p> <p>七、建立中藥品質管理基礎，以及國內外中藥產業之協助基礎，以改善中藥產業競爭力不足困境，並保障民眾用藥安全。(第12條至第15條)</p> <p>八、建立中醫藥研究整合與協助之基礎，並鼓勵國際交流進行，改善中醫藥研究量能不足困境，以及增加我國中醫藥國際影響力。(第16條至第20條)</p> <p>九、建立中醫醫事人力、中醫藥科技研究人才教育基礎，改善相關人力不足困境，並建立國民中醫藥普及教育基礎，使中醫藥貼近民眾生活。(第21條至第23條)</p>	請詳列解決問題之可能方案及其評估（涉及性別平等議題者，併列之）。
	4-2-2 訂修必要性	<p>一、現有中醫藥法律、命令多為行政管理之作用法，並未落實憲法增修條文第十條第五項之精神。</p> <p>二、我國尚未像鄰近國家將中醫藥產業做為國家核心產業進行發展與推動，也尚未將國家預算與行政支持法制化。</p> <p>三、我國中醫藥產業面臨中醫醫療可近性，中藥產業競爭力，中醫藥研究量能，中醫藥人力教育等面向皆面臨瓶頸與困境。</p> <p>四、我國中醫藥政策大多未具整體性規劃，且與法律相比，穩定性較為不足。</p>	請說明最終必須訂修法案以解決問題之理由；如有立委提案，並請納入研析。

4-3 配套措施及相關機關協力事項	<p>一、法制作業之配合：</p> <p>(一) 中醫藥發展獎勵補助辦法訂定，該辦法須徵詢各相關單位，包含科技部、經濟部、農業委員會之意見。(第7條)</p> <p>(二) 中藥材種植承租公有土地或國營事業土地管理辦法，該辦法須徵詢各相關單位，包含科技部、經濟部、財政部國有財產署之意見。(第12條)</p> <p>(三) 中藥上市後監測辦法訂定，該辦法須徵詢各地方主管機關意見，以確保中藥材、中藥製劑抽驗，中醫醫療機構稽查之執行。(第14條)</p> <p>二、因應配套措施之訂定與執行：</p> <p>(一) 中央主管機關與地方主管機關之中醫醫事人力管理、中醫醫療服務管理與宣導、中藥查核與稽查、中醫藥衛生教育等事項的職權分配與討論。(第11條、第13條、第14條第23條等)</p> <p>(二) 中藥發展獎勵或補助措施之執行與辦理，需與科技部、經濟部、農業委員會等部會進行職權分配與討論。(第7條)</p> <p>(三) 中藥材種植承租公有土地或國營事業土地管理之執行與辦理，需與科技部、經濟部、財政部國有財產署進行職權分配與討論。(第12條)</p> <p>(四) 中藥產業輔導，需與經濟部進行職權分配與討論。(第15條)</p> <p>(五) 中醫醫事人力與國民中醫藥普及之教育，需與教育部進行權責職權與討論。(第21條、第23條)</p> <p>(六) 中醫藥科技人材之教育，需與科技部進行職權分配與討論。(第22條)</p>	<p>配套措施諸如人力、經費需求或法制整備等；相關機關協力事項請予詳列。</p>
伍、政策目標	<p>一、奠立國家整體性行政與財政支持基礎，促進中醫藥永續發展。</p> <p>二、建立優質的中醫醫療照護體系，提升中醫醫療可近性與醫療品質，確保民眾就醫權益。</p> <p>三、完善中藥品質與產業管理，接軌國際管理趨勢，提升國民用藥安全與中藥產業競爭力。</p> <p>四、鼓勵產、官、學研之資源整合，強化中醫藥研究量能與實證基礎，提升我國中醫藥於國際傳統醫學之影響力。</p> <p>五、系統性健全中醫醫事與中醫藥科技研究人員之培育與規劃，完善國民中醫藥基礎教育。</p>	<p>簡要說明政策取向。</p>
陸、徵詢及協商程序		
項目	說明	備註
6-1 法案主要影響對象	<p>一、涉及行政單位包含中央及地方主管機關，以及經濟部、科技部、教育部、農業委員會等，與中醫藥發展相關之部會。</p> <p>二、涉及之非政府單位包含中醫藥相關公會、學會、法人、團體等，中醫醫療相關之機構、單位、從業人員等，中藥產業相關之藥廠、製造商、販賣商、從業人員，中醫</p>	<p>請說明法案內容主要影響之機關(構)、團體或人員。</p>

	藥研究相關之學校、學會、公司、法人、團體、從業人員等。	
6-2對外意見徵詢	<p>一、自2017年起陸續邀請產、官、學、研各界召開草案目標與條文之擬訂，2017年度至2018年主要為草案的擬訂，2019年為草案的修正與協商。</p> <p>二、2017年共召開4次專家會議，分別於2017年9月10日、2017年10月29日、2017年11月12日、2017年11月26日，邀請中醫、中藥專家討論草案立法模式、架構及初步內容。</p> <p>三、2018年共召開3次專家會議，分別於2018年8月29日、2018年10月11日、2018年11月1日，邀請中醫、中藥、衛生政策、醫療法規專家，完成草案架構與條文擬訂。</p> <p>四、2019年共召開4次專家會議，於2019年3月28日邀請中醫、中藥、衛生政策、醫療法規專家，2019年8月19日、2019年8月29日邀請法律專家進行草案細部文字修訂；於2019年12月22日召開第二次專家會議邀請中醫、中藥、衛生政策、醫療法規專家，討論中醫藥專有名詞英譯集子法規草名稱、架構及內容。</p>	<p>1. 請說明對社會各界徵詢意見及與相關機關(構)、地方自治團體協商之人事時地。</p> <p>2. 徵詢或協商時，應敘明其重要事項、有無爭議、相關條文、主要意見、參採與否及其理由(含國際參考案例)，並請填列於附表；如有其他相關資料，亦請一併檢附。</p> <p>3. 對社會各界徵詢意見，應落實性別參與，如有相關參與者性別統計資料，請一併檢附。</p>
6-3與相關機關(構)及地方自治團體協商	<p>一、2019年總共召開5次溝通與協商會議，邀請中醫藥相關團體、衛生福利部內部單位、中央政府各部會、地方政府衛生主管單位進行會議。</p> <p>二、2019年5月19日邀請全北、中、南中醫藥相關公會、學會、醫院、學校等20個單位，實際出席人數為衛生福利部中醫藥司4位，衛生福利部國家中醫藥研究所2位，中醫相關單位18位，中藥相關單位9位，研究團隊7位，共40位出席，並對定義、主管機關、中醫藥發展計畫等事項進行建議。</p> <p>三、2019年6月19日邀請衛生福利部食品藥物管理署、衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部國家中醫藥研究所、衛生福利部法規會、醫事司、長期照護司、社會保險司、會計處、綜合規劃司、國際合作組等10個單位，實際出席人數為衛生福利部中醫藥司11位，衛生福利部國家中醫藥研究所2位，衛生福利部部內各單位12位，研究團隊2位，共27位出席，進行逐條條文文字修訂。</p> <p>四、2019年8月22日召開第一次行政院跨部會研商會議，邀請科技部、經濟部、教育部、行政院農業委員、財政部國有財產署等5個單位，實際出席人數為衛生福利部中醫藥司11位，衛生福利部國家中醫藥研究所3位，各單位代表13位，研究團隊2位，共29位代表出席，進行中醫藥獎勵或補助、中藥產業輔導、中醫藥人才培育等事項進行討論。</p> <p>五、2019年8月22日召開地方衛生局研商會議，邀請各縣市地方衛生局，實際出席人數為衛生福利部中醫藥司8位，各縣市衛生局16位，研究團隊2位，共26位代表出席，進行中醫藥發展計畫討論。</p>	

	<p>六、2019年8月27日召開第二次行政院跨部會研商會議，邀請行政院農業委員會農糧署、行政院農業委員會林務局、財政部國有財產署、經濟部國營事業委員會、內政部、國軍退除役官兵輔導委員會等6個單位，實際出席人數為衛生福利部中醫藥司11位，各單位代表7位，研究團隊2位，共20位代表出席，進行中藥材種植補助討論。</p> <p>七、2019年9月5日召開第三次行政院跨部會研商會議，邀請行政院主計總處、財政部國有財產署、教育部、衛生福利部國家中醫藥研究所等4個單位，實際出席人數為衛生福利部中醫藥司7位，衛生福利部會計處3位，衛生福利部國家中醫藥研究所1位，各單位代表4位，研究團隊1位，共16位代表出席，進行衛生福利部國家中醫藥研究所設立中醫藥研究基金討論。</p>
--	---

柒、成本效益分析及對人權之影響：

項目	說明	備註
7-1 成本	<p>一、在中醫藥專家諮詢、中醫藥獎勵或補助，以及中藥材種植都有立法訂立的需求，因此，在中央主管機關與中央相關部會（如：科技部、經濟部、財政部、行政院農業委員會、教育部等），會產生後續立法工作的會議費用、人事費用、協商與溝通成本。（第6條、第7條、第12條）</p> <p>二、為使中醫藥政策能穩定發展與執行，並使政策符合各界需求，因此，需制定五年一期的中醫藥發展計畫，並邀請中醫藥學者專家及產業界人士進行政策諮詢，因此，在中央主管機關方面，中長程計畫之擬訂、諮詢、執行、成果蒐集等，都會新增行政管理與人事成本，並會新增邀請專家諮詢之會議費用、人事用費與溝通成本；在地方主管機關方面，同樣會新增中長程計畫之擬訂、執行、成果蒐集等行政管理與人事成本；在民間中醫藥相關之機關、學校、機構、法人或團體，則會因中長程計畫之內容。（第5條、第6條）</p> <p>三、中醫藥發展事項龐雜，且為改善中醫藥研究量能不足、中醫藥人才不足，以及提升中藥產業競爭力等問題，都需要不同部會之協商與溝通，因此，會增加中央主管機關與中央相關部會（如：科技部、經濟部、財政部、行政院農業委員會、教育部等）之間的溝通成本，並可能會因政策目標而新增相關措施，連帶新增行政管理、人事或財務成本。然後跨部會間的合作，可增加政策整體性與完整性，則可減少政策重覆或不符合中醫藥發展需求之成本（第7條、第12條、第15條、第18條、第21條、第22條、第23條）</p> <p>四、為增加國民接觸中醫醫療的可能性及方便性，並縮減就醫時間及經濟成本，並發展具中醫特色之醫療服務，因此，中央主管機關會擬訂相關政策協助發展中醫醫療品質、醫療資源可近性、多元醫療服務，並會增加相關行政管理、人事與財務成本。（第8條至第11條）</p>	<p>1. 關於成本及效益，指政府及社會為推動及落實法案必須付出之代價及可能得到之效益。</p> <p>2. 得量化者應有明確數字，難以量化者亦應有詳細說明。</p>

	<p>五、為完善中藥源頭管理、品質管理、風險管理及上市後監測措施，中央與地方管理機關需投入更多人力進行中藥品質監控與稽查，並會視管理需求與必要性修改相關管理規範，也會產生相關人力與法制成本。在中藥產業方面則會因管理規範變動，而產生新管理規範學習成本，以及修改中藥品質、中藥製造標準等成本。（第13條及第14條）</p> <p>六、為協助中醫藥基礎研究、現代及應用研究、臨床及實證研究之進行，需建立具中醫藥特色之知識及傳統技藝、中醫藥研究文獻資料、中醫藥研究資源之資訊整合與推廣措施。在中央主管機關及相關部會方面，預期會新增軟體（如資訊整合網路平台等）、硬體（如中醫藥文物保存空間等）、印刷品之建立與購買成本，以及後續管理、推廣與更新等行政與人事成本。在中醫藥相關研究單位、團體、學校、法人，或相關知識、文獻、傳統技藝之提供者方面，則是有提供資訊之時間與溝通成本。（第16條至第18條）</p> <p>七、為完善中醫藥人才培育與普及國民教育，需擬訂相關中醫藥教育政策，以及辦理相關教育課程與活動。在中央主管機關、地方主管機關及相關部會方面，預期會增加中醫醫事人力管理與教育政策、中醫藥科技研究人才教育政策、中醫藥保健知識教育政策之行政管理成本，以及辦理中醫藥相關教育課程或活動之人事費與場地費等。對中醫醫療人員、中醫藥研究人員、中藥產業人員、國民等，預期會有中醫藥相關知識之學習成本，且為促進中西醫療人員合作，因此，西醫師、護理師等也預期會有中醫藥相關知識之學習成本。（第21條至第23條）</p>	
7-2效益	<p>一、擘劃長遠且宏觀之中醫藥政策藍圖：透過中醫藥發展計畫擬訂，以及各章節條文，確立中醫藥發展基本原則、施政方針，使中醫醫療與中藥產業融入國家發展，永續中醫藥政策發展。</p> <p>二、促進中醫藥政策、計畫、法制、預算整合與單位協調：透過各章節條文整合中央各部會與地方主管機關於中醫藥管理之角色，提升政府功能，奠定良好的中醫藥支持體系，促進中醫藥改革與發展。</p> <p>三、符合國際傳統醫學潮流：近年世界衛生組發布《2002-2005傳統醫學戰略》、《2014-2023傳統醫學戰略》、《2011-2020西太平洋區域傳統醫學戰略》等戰略，旨在推動各國重視傳統醫學管理，並透過傳統醫學人才教育、創新研發、標準訂定、訊息分享等提升傳統醫學可近性與合理利用，透過條文可彌補我國憲法的不足，並將國際傳統醫學發展理念納入其中，亦可符合世界傳統醫學趨勢的發展。</p> <p>四、正視中醫藥需求與困境：透過中醫藥發展諮議會的設立，以及各章節條文，促使中醫藥發展政策推動取得法源，並可滿足各界對中醫藥發展的熱烈需求。</p>	

	<p>五、奠定中醫醫療與中藥產業基礎：透過中醫藥研究發展與中醫藥人才培育章節條文，發展中醫藥科技與人力資源，解決中醫藥各界人力需求，並提升中醫藥研究創新量能與科學化技術，取得我國中醫藥於國際傳統醫學之競爭優勢。</p> <p>六、提升中醫醫療與中藥產業品質：透過中醫醫療及照護與中藥品質管理及產業發展章節條文，提升中醫藥品質，促進中醫藥特色醫療發展，並加強中藥品質監控與管理，完善國民中醫醫療權益與中藥用藥安全。</p>		
7-3對人權之影響	7-3-1 憲法有關人民權利之規定	本草案對象為全體國民，不分年齡、族群、膚色、性別、語言、宗教、政見或其他主張民族本源或社會階級、財產、出生等等，內容也符合憲法有關人民權利之規定及司法院解釋，符合公平正義原則。	請檢視法案是否符合憲法有關人民權利之規定及司法院解釋。
	7-3-2 公民與政治權利國際公約	本草案對象為全體國民，不分年齡、族群、膚色、性別、語言、宗教、政見或其他主張民族本源或社會階級、財產、出生等等，內容符合公民與政治權利國際公約，及聯合國人權事務委員會之一般性意見。	依公民與政治權利國際公約及經濟社會文化權利國際公約施行法，請檢視法案是否符合公約規定及聯合國人權事務委員會之一般性意見，以積極促進各項人權之實現。
	7-3-3 經濟社會文化權利國際公約	本草案對象為全體國民，不分年齡、族群、膚色、性別、語言、宗教、政見或其他主張民族本源或社會階級、財產、出生等等，內容符合經濟社會文化權利國際公約，且未違反該公約第十二條、第十三條、第十五條有關身體健康、教育及科學研究之條文，也符合經濟社會文化權利委員會之一般性意見。	依公民與政治權利國際公約及經濟社會文化權利國際公約施行法，請檢視法案是否符合公約規定及聯合國經濟社會文化權利委員會之一般性意見，以積極促進各項人權之實現。
捌、性別影響評估：以下各欄位除評估法案對於不同性別之影響外，亦請關照對不同性傾向、性別特質或性別認同者之影響。			
	評估結果		備註
8-1 從性別統計及性別分析，確	一、草案內容係為因應中醫藥產業發展，為我國中醫藥產業奠定健全成長環境，因此，規範對象與執行方式皆未涉及特定性別、性傾向或性別認同者，惟本案第六章涉及		1.蒐集既有的與法案相關之性別統計資料，

認與法案 相關之性 別議題	<p>中醫藥人才培育，攸關中醫醫事人力資源，為協助日後該章條文政策施行與中醫醫事人力性別討論，以下列出截至2019年2月20日之衛生福利部各類醫事人員性別統計數據，以供參酌。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 執業中醫師，2018年男性為4,740人、女性為2,148人，男性人數為女性人數之2.21倍。 2. 執業西醫師，2018年男性為38,089人、女性為9,389人，男性人數為女性人數之4.06倍。 3. 藥師，2018年男性為13,375人、女性為15,942人，男性人數為女性人數之0.84倍。 4. 藥劑生，2018年男性為3,461人、女性為2,514人，男性人數為女性人數之1.38倍。 5. 護士，2018年男性為159人、女性為18,570人，男性人數為女性人數之0.009倍。 6. 護理師，2018年男性為4,745人、女性為14,6054人，男性人數為女性人數之0.03倍。 <p>二、草案第六章中醫藥人才培育也包含中醫藥科技研究人才培育，因中醫藥科技研究人才所涉產業多元，且統計上尚未形成一類職業，爰以衛生福利部國家中醫藥研究所研究人員性別統計代表。截至2019年4月23日，2018年男性15人，女性9人，男性人數為女性人數之1.67倍。</p> <p>三、因藥師、藥劑師、護理師、護士並未所有人員有接受中醫藥學分訓練，所以，後續可透過各公會與學校進行蒐集相關性別統計資訊。另外，中醫藥研究人才也為具有專門性別統計，預計未來可透過藥廠、相關學系蒐集相關性別統計資訊。</p>	<p>並進行性別分析。</p> <p>請參閱行政院性別平等會「性別平等研究文獻資源網」(https://www.gender ey.gov .tw/research/)、「重要性別統計資料庫」(http://www.g ender.ey.gov.t w/gecdb/)、各部會性別統計專區及我國婦女人權指標(http://ww w.gec.ey.gov. tw/)。</p> <p>2. 性別統計與性別分析應盡量顧及不同性別、性傾向及性別認同者，並宜與年齡、族群、地區、障礙情形等面向進行交叉分析。</p> <p>3. 請根據前開性別統計及性別分析，確認並說明法案性別議題。</p> <p>4. 如既有性別統計及分析資料不足，請提出需強化之處及其建置方法。</p>
8-2 落實性別 平等相關 法規政策 之內涵	<p>一、草案內容符合《消除對婦女一切形式歧視公約施行法》，《消除對婦女一切形式歧視公約》中與健康/醫療/照顧有關的第五條、第十條、第十一條、第十二條規，以及《性別平等政策綱領》健康、醫療與照顧章節等規範意旨。</p>	<p>1. 若涉及下列情形，本欄位不得填列無關：</p> <p>(1) 法案內容係</p>

	<p>二、草案內容係為保障中醫藥發展，促進全民健康與福祉，且第六章條文僅為政府於中醫藥教育之方針與全面性規畫，並無針對特定性別、性傾向或性別認同者，爰本次立法架構下並不需進一步的性別改善措施。但依據前項中醫醫事人力、中醫藥科技之性別統計資料男女性別間仍具有比例差異，預期會於實際政策執行時，配合衛生福利部推動性別主流化計畫目標與辦理情形，積極配合性別政策綱領，制訂具性別意識及公平之中醫藥健康、醫療與照顧政策，推動性別友善之中醫藥醫療與照顧環境；鼓勵從業人員、學生破除性別隔離，投入非傳統性別之中醫藥教育中；建立具性別觀點之中醫醫事人力、中醫藥科技研究人才、中醫藥健康研究與統計分析。</p>	<p>以特定性別、性傾向或性別認同者為規範對象。</p> <p>(2) 法案內容涉及一般社會認知既存的性別偏見。</p> <p>(3) 「8-1」性別統計資料顯示性別比例差距過大。</p> <p>2. 性別平等相關法規、政策、白皮書或計畫包含消除對婦女一切形式歧視公約(CEDAW)及其一般性建議、性別平等政策綱領及各機關有關促進性別平等相關之政策白皮書或計畫等。</p> <p>3. 請依8-1法案相關之性別議題，說明其與前開性別平等相關法規政策之相關性。</p> <p>4. 除前開性別平等相關法規政策外，可進一步思考並說明法案落實下列原則之情形：</p> <p>(1) 採行一定方式去除現行法規及其執行所造成之差別待遇，提供</p>
--	--	---

		<p>較為弱勢之一方必要之協助，以促進其實質地位之平等。</p> <p>(2)消除或打破性別刻板印象與性別隔離，以消弭因社會文化面向所形成之差異，或提供不同性別、性傾向或性別認同者平等機會獲取社會資源，提升其參與社會及公共事務之機會。</p> <p>5.請優先將有助落實上開內容之部分納入相關條文規定(例如涉及諮詢及審議性質之機制，其成員任一性別比例不得少於三分之一)授權命令或未來業務執行事項，並於本欄位提出說明。</p>
--	--	--

九、臺灣《中醫藥發展法》草案衝擊影響及法規影響評估

(一)衝擊影響及法規影響評估概論

臺灣中醫藥管理已有穩定發展，在中醫醫療及照護、中藥產業、中醫藥研究、中醫醫事人力教育等各領域皆有相關政策與資源投入，但現有法律體系與政策目標皆未體現世界衛生組織傳統醫學戰略精神，且鄰近國家與地區有公告傳統醫學發展法作為政策發展與目標推動之基礎，但臺灣仍尚未有專法支持中醫藥發展，且現

有法規多為任務性，並非針對長遠發展之目標與願景。另外，在中醫藥各項領域中面臨經費不足、中藥原料自給自足能力低、中藥產業競爭力不足、中醫藥產業取得補助或獎勵比例低、中醫藥研究量能不足、中醫醫事人力規畫與訓練不足、中醫藥科技研究人才不足等困境，但中醫醫療及照護在慢性疾病患者與特定疾病治療皆有重大助益，且中藥產業具有國際競爭力與經濟實力，爰需制定《中醫藥發展法》建立整體性政策，改善現有困境，發展中醫藥之優勢，提升臺灣中醫藥在國際影響力，完善國民中醫醫療品質與中藥用藥安全，達到產、官、學三贏局面。

《中醫藥發展法》透過四個方向落實法律效益：第一為第四條的保障預算、第七條的獎勵或補助、第十九條中醫藥發展基金方式，給予各項政策與計畫實際支持；第二為第五條的中醫藥發展計畫，為第三章至第六章內容之政策與發展發向訂立中長程目標，分階段達成，並依據成果效益滾動式修正政策方向；第三為訂立細部命令或行政規則完善母法內容，包含第七條《中醫藥發展獎勵補助辦法》、第十二條《承租公有土地或國營事業土地作中藥藥用植物種植使用辦法》、第十四條《中藥抽驗稽查辦法》、第十九條《中醫藥發展基金收支保管及運用辦法》；第四為中央與地方主管機關之垂直與水平溝通，促進中醫藥發展政策擬定與實施，包含第七條獎勵或補助政策、第十二條中藥藥用植物種植與源頭管理、第十五條中藥產業國際市場提升等。

《中醫藥發展法》可能受影響對象包含中醫藥相關公學會或聯盟、中醫醫療及照護相關機構或單位、中藥產業與研究相關機構或單位、中醫藥相關科系、中央與地方主管機關以及一般民眾，其中，依據研究團隊諮詢結果，相關性在不同領域具有不同程度關聯性：在中醫師部分關聯性依序為第三章，第六章，第五章中、第一章，第二章、第四章；在藥廠從業人員和中藥商部分關聯性依序為第四章，第五章，第二章、第六章，第一章、第三章。

《中醫藥發展法》主要是規範政府，因此，許多成本效益預估多為政府主動付出，像政策制定與施行、法規制定與施行、辦理或委託辦理教育訓練等，對產業界和學術界付出的主要為協助政府和適應政府政策之成本。

(二)衝擊影響及法規影響評估架構說明

草案內容為使用預告版《中醫藥發展法》草案，詳見成果三，衝擊影響及法規影響評估有參考《臺北市政府各機關執行行政法規影響評估應注意事項》和《教育部提法規會審議法規案件檢核表》之《附件一 ○○○（法規名稱）草案（修正草案、廢止案）衝擊影響評估體例》之架構。前者架構包含必要性評估(執行現況、問題界定、檢討現行法)、有效性評估(法律架構目的、影響對象及範圍、可能風險分析)、成本效益分析(得量化事項、非量化事項)；後者包含法規必要性分析(修正法規背景、法案之政策目的)、法規替代方案檢視、法規影響對像評估、法規成本效益分析、公開諮詢程序。參考部分研究與報告後得知內容多為相同方向，且衝擊影響評估架構涵蓋範圍較廣，爰以衝擊影響評估體例為準，並於標題後附註，該章節相當於哪一個法規影響評估架構。

(三)必要性分析(法規必要性分析)

1. 法規執行現況

《中醫藥發展法》草案為新立法草案，並未有法規執行現況，且該法涉及範圍廣泛以下就現有狀況進行說明。

(1) 主管機關：政府遷台後在內政部下設中醫藥委員會提供中醫藥發展諮詢建議，且於 1995 年設置行政院衛生署中醫藥委員會專責管理中醫藥業務[32]，在 2013 年為配合衛生署組織改造為衛生福利部，原中醫藥委員會改為中醫藥司，由原來的三級機關提升為二級機關[33]，並廢止《行政院衛生署中醫藥委員會組織條例》中醫藥司職責訂於《衛生福利部處務規程》第十三條之中，業務範圍包含中醫藥政策、中醫醫事人員、中醫醫事機構、中藥(材)與植物性藥材、其他中醫藥事務之管理、發展政策之規劃與相關法規研擬。同年也公布《衛生福利部國家中醫藥研究所組織法》將原隸屬教育部之中醫藥研究所，改隸衛生福利部，與部內中醫藥司相互呼應，提供中醫理論、中醫療技術、中藥材品質、中藥藥典籍研究數據與規劃，並進行中醫藥研究人員之培訓，完善中醫藥整體政策之完整性[34]。

(2) 近年施政目標：依據《衛生福利部中程施政計畫(102 至 105 年度)》中醫藥相關施政重點包含：(A)透過異常物質限量標

準定立與抽查、包裝標示訂立，以及中藥廠查驗推動中藥用藥安全環境，提升中醫藥品質；(B)透過取得中醫藥研究專利或進行技術轉移、輔導教學醫院成立中藥臨床試驗中心、編輯《臺灣中藥典》、成立國際中醫藥學術電子期、參加WHO 傳統醫藥工作小組會議、健全中醫藥教育訓練及服務網絡品質等推動中醫藥科技發展及中醫藥國際衛生事務[35]。而在《衛生福利部中程施政計畫(106 至 109 年度)》僅列出「提升中藥(材)稽查量能，落實源頭及通路管理，保障民眾藥品消費安全」之施政綱要與「中藥品質與產業提升」計畫[36]，但於衛生福利部年度中醫藥管理業務中可得知施政重點包含：(A)透過中藥製劑與中藥材品質管理檢驗、中藥廠管理與 GMP 訓練、中藥查驗與中藥廠稽查人員訓練與提升、中藥商產業升級與專業能力提升等提升中藥品質與產業；(B)透過負責醫師、專科醫師等訓練制度，以及日間照護、長期照顧、戒癮治療等醫療模式發展，提升中醫醫療照護品質與多元發展[37]。

- (3) 中醫醫事人員概況：中醫醫事人力以下分為中醫師、護理師、藥師與藥劑生進行介紹。在中醫師方面，資格取得方式分為專門職業及技術高等考試與專門職業及技術人員特種考試，前者依據《醫療法施行細則》第一之三條需經大學院校教育與中醫內科、傷科、針灸學科、婦兒科實習達 45 周或 1800 小時以上，目前每年預計共 365 位畢業生(中醫系：中國醫藥大學 60 位中醫與 60 位中西醫雙主修、長庚大學 50 位；學士後中醫學系：中國醫藥大學 100 位、義守大學 50 位、慈濟大學 45 位)，後者須自修或民間師徒相授習醫，並經檢定考試及格始取得報考資格，且在通過後須接受為期 18 個月的臨床訓練，於 1950 年至 2011 年共有 3,613 位通過特種考試，但該考試方式已於 2011 年廢止[38]。截至 2018 年底，中醫師共 6,623 人，每萬人口中醫師數為 2.81，且各鄉鎮每萬人口中醫師數高低比值逐年降低(每萬人口中醫師數 > 3.0 鄉鎮／每萬人口中醫師數 ≤ 1.0 鄉鎮)，從 1999 年 8.13 降低至 2018 年 3.72 [39]。為完善中醫師臨床訓練分階段推動臨床教育訓練計畫包含 2002-2008 年「建

構中醫整體臨床教學體系計畫」建置中醫師臨床訓練基礎環境、2009-迄今「中醫醫療機構負責醫師訓練計劃」、2015-迄今「中醫專科醫師制度建構計畫」，並於 2014 年正式實施負責醫師制度，中醫師須接受合格院所 2 年訓練後使得擔任中醫負責醫師，2017 年訂定《中醫負責醫師主要訓練診所遴選基準》進行中醫優質主訓院所遴選確保中醫負責醫師之訓練，到 2019 年受訓人數達 479 人，合格主訓診所共 46 家，訓練醫院共 49 家，另外，也於 2016 辦理「建置中醫臨床技能測驗中心計畫」建置 7 家技能中心，以利未來中醫專科醫師審查[40]。護理師、藥師、藥劑師則是透過修習相關課程培育中醫藥專業能力，詳細內容詳見以下內容與表十五。

- (4) 在護理師方面，在 2000 年衛生署中醫藥委員會中華民國護理學會研訂出中醫護理業務範圍與中醫護理訓練之科目[41]，目前由臺灣中醫護理學會協助開設共 7 科 9 學分之中醫護理課程供有需要的護理師修習[42]，取得學分後可在醫師指示下進行針灸取針、灸法、耳穴埋豆、中藥超聲霧吸入法、中藥保留灌腸、坐藥法等醫療輔助行為[43]，到 2017 年底共 2,572 位護理人員取得學分認證[32]。在藥師方面，則依據《藥師法》第十五條第二項、《衛署藥字第 365918 號》、《技字第 17231》可在修習 16 學分中醫藥相關課程即可製造、供應與調劑中藥，而藥劑生則是依據《衛署藥字第 84005086 號》修習 144 小時課程即可從事中藥買賣及管理[44]，在人數上多數藥學系近年已將中醫藥 16 學分課程納入必修課程中，相對上較容易掌握人力增減，2011 年 5 月 9 日統計約 32,000 位，但藥劑生平均年齡接近接近 60 歲，未來能繼續執業時間有限[45]，因此，未來除中醫師以外，會以藥師主要人力來源。

表十五、各類醫事人員修習中醫藥課程規範

科目	護理師	藥師	藥劑生
中醫學概論	2 學分	0	0
中藥學概論	1 學分	1 學分	18 小時
藥膳學	1 學分	0	0

科目	護理師	藥師	藥劑生
針灸護理學	1 學分	0	0
傷科護理學	1 學分	0	0
中醫護理學	2 學分	0	0
中醫護理實習	1 學分	0	0
本草學	0	2 學分	18 小時
中藥方劑學	0	3 學分	0
中藥炮製	0	3 學分	36 小時
生藥學	0	7 學分	72 小時
學分總數	9 學分	16 學分	144 小時
已通過人數	2,572 位 (2017 年)	約 32,000 位 (2011 年 5 月 9 日統計)	未有公開數據

- (5) 中醫醫療及照護概況：我國已於 1995 年開辦全民健保險，並將中醫與西醫一同納入給付範圍，但僅給付中醫門診診療費用，未包含中醫住院費用，近年中醫門診費用佔全民健康保險費用逐年增加，但比例卻逐年下降在 2019 年中醫門診費用為 259 億元，佔整體費用 3.63%，詳見表十六。
- (6) 中醫醫療機構型態包含中醫醫院、中醫診所、醫院附設中醫部門，截至 2018 年底分別有 5 家、3,839 家、113 家[46]，為確保中醫醫療品質與符合《醫療法》第 28 條、第 95 條規範，分別於 2006 年辦理中醫醫院評鑑、2011 年教學醫院附設中醫部門納入教學醫院評鑑，截至 2018 年 5 月分別有 4 家、43 家醫院通過評鑑，也於 2015 年將醫院附設中醫部門納入醫院評鑑，但屬於試評條文，評量結果並不納入評鑑成績計算[47]。為擴展中醫醫療範圍，滿足國民醫療需求，逐步輔導教學醫院辦理相關計畫，2013 年起「建構中西醫合作照護模式」已建立頭頸部腫瘤、眩暈急診、痛症急診、慢性不癒傷口、逆流性食道炎、小兒性早熟、兒童異位性皮膚炎、急診腸阻塞等 8 種中西照護模式，其中自 2018 年起將急症處置眩暈、腸阻塞、胸悶、胸痛、心悸、軟組織疼痛、經痛、偏頭痛、癌症疼痛、骨骼關節相關疼痛、腦中風等納入健保試辦計畫；2014 年「建構中醫日間照護模式」已建立小兒氣喘、失智症、慢性腎臟病、食道癌、乳癌等 11 種中醫日間照護模式；2015 年「建立中醫參與長期照顧服務

模式」；2016 年「建立中醫參與戒癮治療模式」[32]。在中醫總額醫療照護架構下，也辦理許多試辦計畫，如：小兒氣喘、小兒腦性麻痺、兒童過敏性鼻炎等門診照護計畫；腫瘤患者手術、化療、放療後，腦血管疾病等西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫等，促進中西會診與中醫門診之醫療發展[48]。以上試辦計畫也帶來許多實證成果並發表許多文獻，詳見以下內容與表十七。像長期照顧患者在中醫結合西醫治療時可以改善病患的慢性便秘、下背疼痛和憂鬱症狀[49]，也可降低或減少糖尿病患者之血糖、血壓、血脂肪、急性併發症（如：蛋白尿、眼底病變、神經病變）[50]等。對其他疾病具有良好的輔助效果：(A)慢性腎臟病在臺灣盛行率 11.3%[51]，且為健保單一給付金額最高的疾病[52]，中醫與西醫合治時可以降低惡化成腎衰竭的風險，也可以降低死亡率[53]；(B)國內十大死因之首的癌症，中醫與西醫合併治療也能提高療效並降低副作用[54]；(C)第四大死因的腦血管疾病[55]中的中風也可以透過中醫針灸降低血壓預防復發機率[56]，並減少中風後的失智症[57]、肺炎[58]、癲癇[59]的發生率及死亡率[60]，而接受針灸的顱腦損傷患者其損傷後一年內住院、急診之醫療利用（次數或醫療費用）相對減少[61]，罹患中風的風險也較低[62]；(D)在不孕症方面，中醫與西醫合併治療可提高人工受精懷孕率及活產率[63]，並可節省醫療支出，減少不孕症夫婦心理及經濟上負擔[64]；(E)中醫耳穴貼壓與雷射針灸可降低毒癮復犯率[65]；(F)使用中藥或針灸進行腸阻塞患者以及運動傷害者等急症，大幅緩解患者疼痛，並加速復原速度[66]。

表十六、近五年中醫門診費用占全民健康保險總額比例

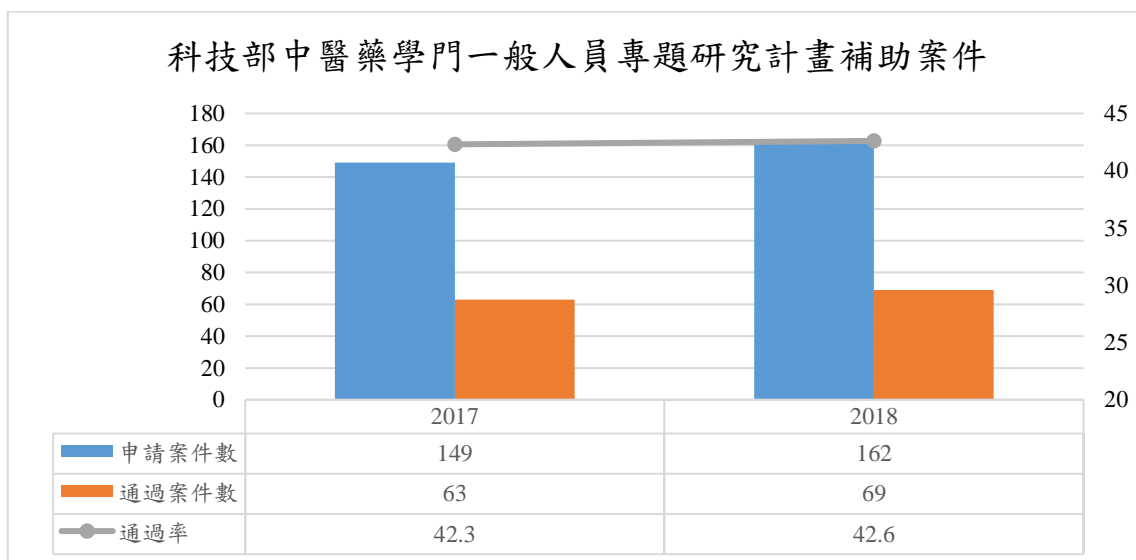
年度	全民健康保險總額(百萬)	中醫門診費用(百萬)	佔比
2015 年	590,836	22,129	3.75%
2016 年	619,551	22,998	3.71%
2017 年	654,506	23,933	3.66%
2018 年	685,343	24,819	3.62%
2019 年	713,978	25,918	3.63%

表十七、近年中醫多元醫療及照護計畫論文發表概況

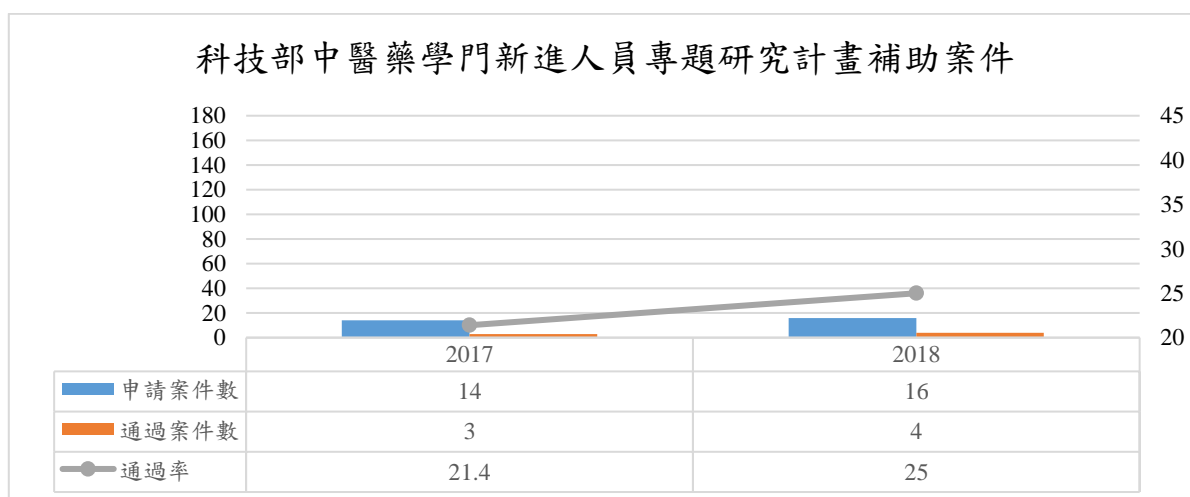
計畫模式	計畫時間	計畫件數	發表論文件數	
			國內期刊	國外 SCI 期刊
中西醫合作照護模式	2013-2018 年	11 件	1 篇	3 篇
中醫日間照護模式	2013-2018 年	10 件	0 篇	1 篇
中醫戒癮治療模式	2016-2018 年	5 件	0 篇	0 篇
中醫長期照顧制度	2015-2018 年	3 件	2 篇	1 篇

(7) 中醫藥研究概況：在研究建設方面，衛生福利部已設立國家中醫藥研究所進行中醫藥研究，該研究所起源於 1934 年立法院所通過之《國立中醫研究院組織條例》，1963 年正式成立國立中國醫藥研究所病隸屬於教育部，1995 年《國立中國醫藥研究所組織條例》公布實行，2013 年衛生署更名為衛生福利部且研究所改隸屬於衛生福利部之下，爰廢止《國立中國醫藥研究所組織條例》，並公布實行《衛生福利部國家中醫藥研究所組織法》更名為衛生福利部國家中醫藥研究所。該所分別設置所長、副所長及主任秘書 1 人，5 個研究業務單位，3 個行政幕僚單位，共編制 43 人。研究單位包含中醫藥基礎研究組、中醫藥臨床研究組、中藥化學研究組、中藥材發展組、中醫藥典籍組，已進行中醫醫療、中醫理論、中藥基原與保存培育、中藥安全、中藥藥理、中藥品質與相關典籍之研究與交流。另外，自 2001 年起，陸續補助共 18 家醫院成立中藥臨床試驗中心，提供產業界進行臨床研究，於 2006 年輔導財團法人醫學研究倫理基金會成立「中醫藥聯合人體試驗倫理委員會」，建立臨床試驗審查機制，並於 2007-2008 年補助 5 家教學醫院執行「教學醫院成立中藥臨床試驗中心計畫」進行人員招募訓練，及制定臨床試驗標準作業手冊，迄今剩中山醫學大學附設醫院、中國醫藥大學附設醫院、國立成功大學醫學院附設醫院、長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院、慈濟醫療財團法人佛教慈濟綜合醫院台中分院、義大醫療財團法人義大醫院，共 6 家臨床試驗中心。在政策面上，過去執行許多國家型計畫推動中醫藥研究，發展學術與應用研究、促進產學合作、健全人才培訓、輔導國際合作以及臨床規範建立等[67.68]，計畫演

變如下：1987 年的國科會中藥大型研究計畫，同年行政院通過「加強生物科學技術產業推動方案」優先發展產業中包含「科學化中草藥」[69]，並於 1997 年明定中藥科學化與新藥研發為二十四項重點發展項目之一[70]，在 1999 年，確立中草藥研究發展開發計畫，並將中草藥研究領域從國家型計畫中獨立出來，2000 年經濟部技術處提出「中草藥產業技術發展五年計畫」，於 2001~2005 年執行該計畫[71]；2003~2010 年「生技製藥國家型科技計畫」將中藥與西藥、生物藥品一同納入執行，整合國科會、經濟部、衛生署研擬、推動與執行計畫，並在新藥探索、臨床前試驗、臨床試驗、藥品上市不同時期結合國家衛生研究院、中研院、各大專院校與研究機構、經濟部支援之研發機構(工研院生物醫學工程中心、生物技術開發中心、製藥工業技術發展中心、動物科技研究所、核能研究所)、醫學中心及藥廠或生技公司等學、研、產各界資源，執行該計畫[72]，之後，生技製藥國家型科技計畫與基因體醫學國家型科技計畫兩者整合成為「生技醫藥國家型科技計畫」，自 2011 年到 2016 年執行，於 2011 年生醫科專成果展上，即推出之中草藥新藥發明如治療腸炎用藥 DLS-01、抗憂鬱用藥 PDC-1421 等[73]，目前常態性的補助政策為科技部生科司學門的藥學及中醫藥學學門專題研究計畫，近兩年中醫藥專題研究申請案件數與通過案件數詳見以下內容與圖一，2017 年與 2018 年分別通過 66 件和 73 件計畫案，平均通過率為 40.5%和 41.1%，新進人員則分別通過 3 件和 4 件計畫案，平均通過率為 21.4%和 25%[74.75]，與 2014 年新進人員通過數為 8 件，通過率為 40.0%相比[76]，申請數與通過數偏少，有年輕研究人才培育隱憂。在新藥研究方面，自 1991 年開始到 2014 年共有 23 件臨床試驗申請，其中 14 件通過執行，6 件完成第二期和第三期臨床試驗，其中，於 2005 年核發壽美降血脂一號(衛署成製第 015926 號)，以及 2011 年核發化療漾內服液(衛署成製第 015926 號)兩張中藥新藥藥證[77]。



圖一、近兩年科技部中醫藥學門一般人員專題研究計畫補助案件數



圖二、近兩年科技部中醫藥學門新進人員專題研究計畫補助案件數

(8) 中藥品質與風險管理現況：我國自 1982 年開始推行 GMP 制度，同年要求中藥濃縮製劑廠與西藥廠同步實施 GMP 製造規範，並於 1988 年底要求均須符合 GMP 製造規範。之後透過 1991 年《衛署藥字第 954863 號》、2000 年《衛署中會字第 89023780 號》分階段促進傳統藥廠實施 GMP 製造規範，並在 2004 年公告《署授藥字第 0930000210 號》，若不實施 GMP 製造規範，則藥證僅展延至 2005 年 2 月 28 日，並由衛生署公告廢止[78.79]。最後在 2005 年 9 月 30 日中藥廠全面實施 GMP 製造規範，並於 2018 年公告《中藥優良製造確效作業基準》從 2020 年開始分階段實施，到

2026 年確實施行。在中藥材品質管理方面有可供食品使用 18 項中藥材品質標準《衛部中字第 1051860028 號》、可同時提供食品使用之中藥材《衛部中字第 1071860124 號》、二氧化硫與黃麴毒素《衛部中字第 105860702 號》、重金屬《衛部中字第 1051861110》、限用保育類藥材、應施輸入查驗中藥材之相關查驗規定《衛部中字第 1051861847 號》和中藥材邊境查驗之檢驗項目及基準、中藥材飲片之標籤或包裝應標示事項處理原則《衛部中字第 104160988 號》等。在中藥製劑管理方面有含細辛製劑之相關管理規定《衛署授藥字第 0930000756 號》，指標成分《衛署中會字第 89040256 號》、《衛署中會字第 0910079191 號》，基準方列表《衛署中會字第 84056272 號》、《衛署中會字第 89037929 號》、《衛署中會字第 0900002545 號》，異常物質《署授藥字第 0930000211 號》、《署授藥字第 0950003236 號》、《署授藥字第 0980001933 號》、《署授藥字第 1000002752 號》、《署授藥字第 1021881313 號》，標籤標示《署授藥字第 0960337455 號》、《衛部中字第 1021881289 號》、《衛部中字第 1041860237 號》，委託製造《衛部中字第 1051861458 號》等。另外，藥典部分則是在 2004 年 3 月公告第一版《中華中藥典》，後 2005 年更名為《臺灣中藥典》，於 2012 年 12 月公告第二版《臺灣中藥典》，2018 年 10 月公告第三版《臺灣中藥典》，共蒐錄 355 項中藥材與 2 項中藥製劑規格。其他風險管理部分包含依照《中藥新藥查驗登記需知》、《中藥新藥臨床試驗基準》的上市前臨床試驗審查與品質標準審查；中西藥併用研究與實證資料蒐集建立中西藥併用諮詢庫；依據《藥事法》第四十五之一條、《嚴重藥物不良反應通報辦法》第二條到第六條所進行的中藥不良反應通報等。在中藥製造與坊賣業方面，截至 2019 年 6 月目前共有 90 家中藥 GMP 藥廠[80]，中藥販賣業者截至 2017 年共 10157 家，執行批發、零售、輸入與輸出業務，中藥販賣業者共分為三類：由藥師、藥劑生或中醫師駐店管理共 1,210 家、兼營中藥調劑零售業務藥局共 3,851 家、具有中

藥基本知識及鑑別能力人員或列冊中藥商管理共 8,947 家 [32]。

- (9) 中藥產業規模概況：根據經濟部統計處工業生產統計磁帶資料，臺灣中藥整體製造銷售主要以內銷居多，以 2012 年至 2016 內銷比與外銷比差距約 5~6 倍之間，像在 2016 年內銷比為 84.79%，外銷比為 15.21% [81]。中藥製劑 2018 年產值約 81.6 億元，較 2017 年的 79.5 億元，約成長 2.7%，而 2017 產值也比 2016 年約成長 2.8%，在出口方面，2018 年中藥製劑出口總額達約 9.4 億元，較 2017 年總額 8.4 億元，約成長 12%，而 2017 總額也比 2016 年 7 億元，約成長 20%，前 5 大出口地區依序為新加坡、美國、馬來西亞、日本及香港，約占我國中藥出口值近 70%，其中，依據經濟部國際貿易局的進出口實績統計，是臺灣製藥產業裡面唯一呈貿易順差之類別 [82,83]。中藥材進出口方面，臺灣全球藥用植物第五大進口國，2016 年進口額達 43.9 億元，總量約為 3.3 萬公噸，出口額僅 6 億元，出口總量為 1,138 公噸，進出口值及進出口量皆呈現入超，顯示臺灣中草藥十分仰賴進口，依據中華民國海關進出口統計 2012 年至 2016 年數據，前 5 國進口比例約占整體的 80~90%，前三名依序為中國大陸、日本、韓國，第四、五名有義大利、印尼、印度、美國、加拿大等地區，其中，中國大陸進口值占整體進口值 50% 以上；在出口部分，以 2012-2016 年數據來看中藥材出口單位價格高於進口單位價格的 4-15 倍，2016 年出口量前三高品項依序為檀香、仙草與吉林人參，由於臺灣不生產人參，所以，出口量皆為進口產品轉出口，可見臺灣提高中藥材經濟價值之能力，且臺灣也有柴胡、山藥、當歸、薄荷、黃芩、麥門冬、地黃等中藥材之產能 [81]。
- (10) 中藥產業之補助與獎勵概況：2011 至 2017 年科技部、經濟部及教育部在各項產業之產業合作計畫投入經費已達 139 億餘元，並扮演不同功能與角色 [84]：科技部為創新知識推動者，鼓勵需求導向之創新研發，銜接產學落差；經濟部為產業價值推升者，協助廠商創造價值，及解決產業共通性商品化技術缺口；教育部為知識流動促進者，整合

大學及研究法人能量，並促進人才交流。

2. 界定具體問題

- (1) 未落實世界衛生組織傳統醫學戰略與我國憲法增修條文精神：世界衛生組織《2002-2005 年傳統醫學戰略》、《2014-2023 年傳統醫學戰略》、《2011-2020 年西太平洋區域傳統醫學區域戰略》皆有提出傳統醫學國家政策之重要性，並且於區域戰略中提到國家政策應得到法律的支持，目前我國已進行許多中醫藥研究或促進計畫，並配合衛生福利部施政方向每 4 年進行中程計畫之訂定，但像中醫多元發展、中西醫合作、中藥種植等政策並未實際法制化，有違世界衛生組織傳統醫學戰略之精神。另外，《中華民國憲法增修條文》第十條第五項規範「國家應推行全民健康保險，並促進現代和傳統醫藥之研究發展」，但現行政策或法規目的多為提升中醫藥品質或解決現有困境，未具有整體性與前瞻性之發展規劃與支持。因此，需擬定具基本法性質之法律，扶持中醫醫療、中藥產業、中醫藥研究、中醫藥人才等政策，並促進中醫藥相關事項全面性發展。
- (2) 落後鄰近國家傳統醫學發展趨勢：韓國近年有感於韓醫藥與西醫藥原理與應用不同，且韓醫藥相關管理分散於《醫療法》與《藥事法》之中，讓政策與法規對韓醫藥推行之支援相當不足，爰於 1998 年提出相關草案，與相關政府部門、公會、團體協商修正後，於 2003 年公告《韓醫藥發展法》(法律第 6965 號)，2004 年 8 月 7 日正式施行，也於同日發布施行《韓醫藥發展法執行法令》。《韓醫藥發展法》共 6 章 18 條，期望透過韓醫藥專門法律確立韓醫藥定位，並明確政府責任和義務，訂定韓醫藥發展需獎勵與支援事項，將韓醫藥做為國家核心產業進行育成與推動，促進韓醫藥普及化與現代化，更將韓醫藥推廣至全球傳統醫藥市場，提升韓醫藥之國際影響力[104]，在該發展法授權之下，從 2006 年開始韓國衛生保健福祉部已經施行三次韓醫藥發展計畫，建立韓醫藥產業園區、韓藥臨床試驗中心、韓藥優良運銷中心，發展與補助韓醫醫療、韓藥品質、韓醫藥產業、韓醫藥國際交流等事項，對韓醫藥各事項皆有所提升與進步，並於

2015 年整合全國韓醫藥檢驗與產業振興組織建立「韓藥振興財團」，在 2018 年經組織改造與人力擴增後更名為「韓醫藥振興院」，成為韓國衛生保健福祉部底下專職韓醫藥發展之公家機關，系統性完成韓醫藥國家體制支援體系[105]。中國大陸自 1984 年起開始討論《中醫藥法》制定歷時 33 年評估、討論與協商[106.107.108]，最終於 2016 年通過《中醫藥法》於 2017 年正式實施，該法共 9 章 63 條，對政策、經費、醫療服務、醫療機構、醫療人力、研究、教育、藥品品質等面向進行完整規範，確劃分主管機關職權，希望解決中醫藥法制架構無系統化、年代久遠[106.109]、「中醫西化」與「中藥西管」[110.113]等問題，並解決部分行政審核冗長過程[112]、主管機關權責不清[113]等問題。而我國同樣面臨法制架構不足，無法落實憲法增修條文第十條第五項之義務與內容，並缺乏中長期之中醫藥發展整體政策改善經費、人力、醫療、產業等困境，爰建議需參考韓國與中國大陸經驗訂立推動中醫藥發展之專法。

- (3) 中醫藥經費不足：臺灣衛生福利部中醫藥業務在 2019 年預算為 1.143 億元，比 2018 年預算增加 0.467 億元(69%)，但也僅佔整體衛生保健支出之 0.056%[114]。相比韓國 2018 年韓醫藥預算佔保健福祉部預算約 0.09%，約 16.1 億台幣；中國大陸 2019 年中醫藥預算佔國家衛生健康委員會約 6.0%，約 60 億台幣；臺灣投入金額分別相差 14 倍和 52 倍，且佔整體健康衛生預算比例也最低。

註：韓國保健衛生福祉部 2018 年預算為 642,416 億韓元，其中韓醫藥預算為 580.45 億韓元（約 16.1 億台幣），佔保健衛生福祉部預算約 0.09%，比 2017 年預算約增加 148.3 億韓元(34.3%)[115]，而 2017 年預算比 2016 年預算增加約 15.2%[116]。

註：中國大陸國家衛生健康委員會 2019 年預算約 226.89 億人民幣（約 998 億台幣）[117]，其中中國大陸家中醫藥管理局預算為 13.69 億人民幣（約 60 億台幣）[118]，佔國家衛生健康委員會預算約 6.0%，比 2018 年預算約減少 400 多萬人民幣(0.24%)[119]，而 2018 年預算

比 2017 年預算減少約 1.2 億人民幣(15.2%)。

- (4) 高齡化社會與慢性疾病擴張造成醫療需求與費用增加 [120]: 臺灣在 2018 年已正式邁入高齡社會[49], 預計在 2025 年 65 歲以上人口突破總人數的 20% 成為超高齡社會[121]。據研究顯示, 老人最常見的慢性疾病為高血壓、白內障、心臟病、胃潰瘍或胃病、關節炎或風濕症等, 且有多重慢性疾病現象, 有 88.7% 老人至少患有一種慢性疾病, 71.7% 老人至少患有兩種種慢性疾病, 51.3% 老人至少患有三種慢性疾病[122], 並會使醫療費用增加, 據統計合併有五種慢性以上平均醫療費用最高, 平均年醫療費用為 147,351 元; 第二為合併有高血壓、糖尿病、心臟病及關節炎者, 平均年醫療為 89,208 元[123], 且糖尿病、高血壓性疾病、癌症、腦血管性疾病等也為 2017 年全民健康保險醫療費用前十大花費疾病[124]。根據多份研究報告顯示, 中醫結合西醫對多種慢性病患者具有正面的幫助, 減少併發症與再次住院機率, 進一步減輕醫療資源耗用與經費支出問題, 但中醫費用佔健保費用 2015 年至 2019 年每年平均僅 3.67%, 費用平均約 239 億, 在 2019 年僅佔 3.63%, 費用約 259 億, 且相較於西醫, 中醫健保給付品項比較少, 每日藥費給付也不到 32 元, 使得自費機率增加、用藥品質與項目有限, 影響民眾中醫醫療權益。另外, 西醫住院中醫會診、急診會診中醫原本較沒有健保給付, 是在病人醫療需求與臨床實證計畫下才爭取到健保給付, 也需相關資源投入以持續推動中醫醫療及照護之發展。
- (5) 中藥原料自給自足能力低: 臺灣中藥材 90% 來自於進口, 其中超過 50% 來自中國大陸, 容易造成中藥材價格以倍數翻漲, 使臺灣外匯增加, 且品質又不穩定, 讓民眾用藥安全產生風險和疑慮[125], 但近五年我國中藥材出口單位價格高於進口價格 4-15 倍, 可見我國中藥品質管理與提升附加價值之實力[81], 爰需發展臺灣中藥藥用植物種植產業, 並保持品質與出口優勢, 但臺灣中藥材生產與人力成本上較高, 政府也降低相關補助, 且臺灣氣候並不適合部分中藥栽種品質無法與道地藥材相比[126], 爰需相關政策改善現況,

並從源頭保障民眾用藥安全與品質。

- (6) 中藥產業競爭力不足：依據 2008 年研究我國 89% 中藥廠商多為中小企業[127]，普遍缺乏研發核心能力與技術[74]，雖然，國內大學及研究機構基礎研究水準高，具有多數人力與設備資源，但研究主題分散，欠缺連結型的跨領域整合政策與規劃，無法針對重要的中醫藥問題有所突破，且未能將學術機構之發現與人才連結至產業之中，使學術研究量能與產業研發量能無法通力合作[74.75.128.129]，且產業研究經費主要來源為科技部，缺乏經費挹注，使研究經費不足[128]，另外，新藥查驗登記過程漫長，且國內市場規模小[130]，讓企業難以因應新藥研究所需之龐大經費與回收相關投資，而且中醫藥研發依據多為古代典籍除非為新組成、新藥用部位、新製程，研發後難有專利保護[131]，進一步減少中藥新藥研發意願。以中藥產銷而言，2012 年至 2016 內銷比與外銷比差距約 5~6 倍之間，中藥製劑基本上是以內銷為主，成長性不足，且國際市場開拓能力不足，缺乏跨領域之領導與規劃人才[132]，跟日本、歐美產品相比較難打入國際市場中[127]。
- (7) 中醫藥產業取得補助或獎勵比例低：在各部會之補助與獎勵部分(詳見表)，除衛生福利部中醫藥司之補(捐)助案、科技部生命科學司藥學及中醫藥學門之補助以外，其他國家發展委員會、經濟部、農業發展委員會之相關補助或獎勵對象都不限於中醫藥產業，雖各廠商單位可視資格進行申請，但就資料數據來看中醫藥相關案件佔總通過案件多不超過 10%，甚至低於 1%，有佔率超過 10% 的農業生物科技園區促進園區事業研究發展補助，主因是該申請對象僅限該科技園區且該園區有多家中醫藥廠商進駐，推測中醫藥通過案件低可能原因是計畫內容並無法切合中醫藥產業之需求，廠商不清楚相關資訊，申請流程可能造成阻礙，廠商所提資料不符合相關規定與需求等因素，爰需進一步檢討相關補助或獎勵計畫之內容與經費。
- (8) 中醫藥研究量能不足：在政府投入政策與資源來看，雖然過去已提出許多國家型計畫，但政府缺乏整體的中醫藥研究

政策，使臺灣中醫藥研究量能無法發揮[81]，研究經費投入也相當有限，從政府研究資訊系統(GRB)的統計可看出，中草藥相關研究於 1999 年開始逐漸增加，但到 2007 年後持平，2011 年開始逐漸下降至今[133]，分配至科技部藥學及中醫藥學門之經費也逐年遞減[128]，且根據調查執業中醫師及中藥相關研究人員多認為中醫藥研究經費支援不足[134]，另外，像中藥臨床試驗中心因人力與經費不足，迄今只剩 6 家臨床試驗中心，且目前經費規模每年僅能輔導 4-7 家醫院進行實證研究與中西醫整合醫療，影響實證研究人才培育與研究發展[135]，無法實踐世界衛生組織《2011-2020 西太平洋區域傳統醫學戰略》加強傳統醫學實證基礎奠定有力科學證據之戰略。

- (9) 中醫醫事人力規畫與訓練不足：中醫師數 2018 年為 2.81 人/每萬人口[136]，已遠超過衛生署訂定中醫師 2.2 人/每萬人口之中醫師人力充足標準[137]，可見中醫師人力已經過於飽和，另外，雖然各鄉鎮每萬人口中醫師數高低比值逐年降低，但目前三高縣市分別為台中市 4.73、嘉義市 4.09、台北市 3.19，前三低縣市分別為金門縣 0.50、澎湖縣 0.48、連江縣 0 [136]，全臺灣鄉鎮、離島無中醫醫事服務機構共 84 個鄉鎮(區)，只有一家中醫醫事服務機構共 76 個鄉鎮(區) [138]，可見中醫師人力地理分布不均。在中醫師臨床教育部分，目前具有《中醫醫療機構負責醫師訓練計畫》與《中醫專科醫師制度建構計畫》，前者面臨訓練名額無法滿足畢業生需求、訓練課程與學校實習內容重複、實習學生能執行醫療業務界限不清、受訓人逐年增加但補助經費不足等問題[139.140.141]；後者面臨《專科醫師分科及甄審辦法》並未有中醫師專科制度之法源依據，以及面臨意見不一與配套措施不明等問題，可見負責院校教育的教育部與畢業後醫師訓練的衛生福利部，並未進行妥善的銜接與規劃[32]，且中醫臨床訓練需進行更長遠且完整的制度與財務規劃[142]，另外，民眾同時接受中、西醫療的情況相當普遍，但中醫與西醫缺乏對等的溝通與互動[143]，且進行中醫藥臨床試驗時，若單純以西醫之訓練與背景來執行中藥臨床

試驗，往往會忽略中醫觀點之獨特性或收案時錯過在中醫標準上應收案之病人，副作用部分西醫與中醫看法可能也會不同，因此，需相關中西醫整合教育與訓練，加強合作並建立具中醫藥特色之臨床醫療與試驗模式[144.145]。

- (10) 中醫藥科技研究人才不足：整題來說缺少專門領域研究人員，無法在研究上提供專業意見，多數研究中中醫藥之數不足，無法建立中醫藥科學方法，且長期沒有注入新血，使研究的原創性逐年降低[128.129.146]，依據2017年、2018年科技部藥學及中醫藥學門專案研究計畫之數據，中醫藥學部分新進人員通過案數分別為3件及4件，通過率分別為21.4%及25%，同時期藥學部分新進人員通過案數分別為12件及8件，通過率分別為46.2%及50%，相比之下，中醫藥人才斷層較為明顯[74.75]。依據經濟部工業局調查，2019年生技產業專業人才保守至樂觀估計需2800-3400人[147]，根據中藥製劑產業占臺灣製藥產業約12%比例來計算[148]，2019年中藥製劑產業人才推估需336-408人，但中醫藥、傳統醫學、天然物相關系所碩、博士2019年招生名額，每年只能投入約76人，無法滿足人才需求，各系所人數詳見表十八，且碩士以上之製藥相關高階研究人才、技術顧問人才、專案經理、高階經理等階有招募難度[147]，在中醫藥相關系所人才不足情況下，應該也會面臨研究人才供需失衡問題。另外，臺灣執業中醫師因90%人力服務於中醫診所，且因業務繁忙、研究訊息取得不易，以及國內中藥臨床試驗的市場及需求少等因素，使得中醫師較難投入中醫藥研究之中[134.149]。

表十八、2019年中醫藥相關研究所招收人數

系所	學籍	人數
大葉大學生物科技暨資源學院藥用植物與保健學系	碩士班	10
高雄醫學大學藥學院天然藥物研究所	碩士班	10
	博士班	2
臺北醫學大學藥學院中草藥臨床藥物研發博士學位學程	博士班	1
國立陽明大學醫學院傳統醫藥研究所	碩士班	10
	博士班	6
長庚大學中醫學系傳統中醫學碩士班	碩士班	2

系所	學籍	人數
長庚大學中醫學系天然藥物碩士班	碩士班	5
長庚大學臨床醫學研究所博士班中醫學組	博士班	3
長庚大學生物醫學研究所天然藥物組	博士班	1
中國醫藥大學中醫學院中國藥學暨中藥資源學系	碩士班	3
	博士班	1
中國醫藥大學中醫學院針灸研究所	碩士班	2
	博士班	1
中國醫藥大學中醫學院國際針灸碩士學位學程	碩士班	5
中國醫藥大學中獸醫碩士學位學程	碩士班	3
中國醫藥大學中醫學院中醫學系	碩士班	5
	博士班	2
中國醫藥大學中醫學院中西醫結合研究所	碩士班	2
	博士班	2
總數	碩士班	57
	博士班	19

3. 現行法檢討

- (1) 現有法律體系並未具有中醫藥施政基礎與推動發展之法律：現有中醫藥相關法律體系，於法律位階包含《醫療法》、《醫師法》、《藥師法》、《護理人員法》、《藥事法》、《醫事人員人事條例》、《藥事法》、《藥害救濟法》等；於命令位階包含《醫療法施行細則》、《護理人員法施行細則》、《醫療機構設置標準》、《護理機構分類設置標準》、《藥事法施行細則》、《藥物製造業者檢查辦法》、《藥物製造工廠設廠標準》、《藥品優良臨床試驗準則》、《藥品查驗登機審查準則》等，皆為目標與任務型法律與命令，多針對醫事人員職責、醫療機構、藥廠製造品質、藥品販售等零散事項，並未具有產業發展常見之創新研發、市場開拓、人才培訓、行銷推廣、資金挹注和配套法令與推動機制等[135]，爰需研擬包含政策法源、經費補助、中醫醫療照護提升、中藥研究與創新、中藥產業提升、中醫藥推廣、中醫藥人才培育等事項之新草案。
- (2) 現有法律體系並未體現世界衛生組織傳統醫學戰略之精神：尚未體現《2011-2020 年西太平洋區域傳統醫學戰略》(以下簡稱《2011-2020 年戰略》)精神內容如下：(A) 《2011-

2020 年戰略》提到獲得政治、社會和資金支持，對於傳統醫學為健康保險體系提出貢獻非常重要，雖然我國對中醫藥事項有提供經費施行，但目前法律並未像《文化創意產業發展法》、《國家語言發展法》、《原住民族語言發展法》、《國際合作發展法》等在編列經費支持或獎勵補助措施有實質法源依據，相對上資金支持就較不穩定。(B)《2011-2020 年戰略》提到政策制定時需有消費者、傳統醫學提供者、其他醫療從業人員、學術機構、行業和媒體的支持，但目前只有《醫療法》第八章醫事審議委員會遴聘不具民意代表、醫療法人代表身分之醫事、法學專家、學者及社會人士進行醫療制度、醫療技術、人體試驗等事項之審議，並沒有相關審議會或委員會邀集各界人士擬定中醫藥相關政策。(C)《2011-2020 年戰略》提到需確保消費者能夠適當瞭解各種傳統醫學模式、安全性和功效，但在現有中醫藥法律體系並未有像《客家基本法》第十二條、《國家語言發展法》第九條、《動物保護法》第四之一條、《原住民族語言發展法》第十九條將相關中醫藥基礎認知與教育事項納入國民基本教育，或鼓勵大專校院、研究機構開設相關課程等提升國民中醫藥基礎教育之法源依據。(D)《2011-2020 年戰略》提到需要制定和實施傳統醫學實踐和產品方面有效的政策、條例和標準，雖然現有中醫藥法律體系已經有許多命令、行政規則進行中醫醫療與中藥產品之品質管理，但在《醫療法》與《藥事法》中並未像《食品安全衛生管理法》第二章與第四章針對政府之管理職責進行法制化，或有相關法律條文作為品質管理之命令、行政規則之法源依據。(E)《2011-2020 年戰略》認為應訂立相關政策、條例和標準，以支持與加強實證基礎與創新，並提到實證基礎可以確認傳統醫學治療是否恰當，且得以研究結果為基礎將傳統醫學納入或拓展醫療保險覆蓋範圍。雖然我國現行健保試辦計畫或相關政策支持實證醫學與中醫醫療多元發展，但現有中醫藥法律體系並未有相關法源依據，使實證醫學與創新醫療無法受到法律支持。(F)《2011-2020

年戰略》提到應發展與建立資料庫和資訊系統，以此作為實證傳統醫學實踐和研究的基礎。我國現有公開之中醫藥資料庫僅有中西藥交互作用資訊網，但該網資訊網於 2004 年補助計畫，並透過 2007 年、2011 年補助計畫進行整合成為現行資訊網，而在中藥不良反應方面，雖有相關通報系統但相關內容與後續評估並未公開，並未利於研究基礎支持。現有中醫藥法律體系並未有中醫藥資料庫建立之依據，且中醫藥研究資訊不僅止於中西藥交互作用與不良反應，還應包含藥理、功效、臨床、藥材資源、法規政策等，爰使相關政策推動無法受到法律支持，且使研究資訊數位化範圍受限。(G)《2011-2020 年戰略》提到應為西醫從業人員和其他醫療服務提供者提供傳統醫學正規教育，以加強對傳統醫學之認識和尊重。目前我國有相關試辦計畫與健保給付內容促進中西醫療合作(如：西醫住院中醫會診、急診會診中醫增加健保給付內容)，但目前中醫藥法律體系並未有法律條文支持其他醫療人員之中醫藥教育，可能造成中西醫療合作之困難。(H)《2011-2020 年戰略》提到應進行國際間合作，與加強國內標準與國際間標準之協調。雖我國現行有中醫藥國際交流政策與計畫，像近年新南向交流言研討會與國際東洋醫學會等，但中醫藥法律體系並未有相關條文進行支持。綜合上述，在財務支持、中醫藥人才培育、中醫醫療政策、中醫藥標準等多與世界衛生組織傳統醫學戰略趨勢有所差距，爰需訂立中醫藥整體性法律，讓中醫藥政策與願景有法源基礎，以利我國中醫醫療與中藥產業更加長遠發展。

- (3) 未有針對中醫藥產業相關獎勵或補助計畫之法源：目前有中醫藥產業申請案例之獎勵或補助計畫對象多非針對中醫藥，如：《藥物科技研究發展獎勵辦法》的藥物科技研究發展獎、《生技新藥產業發展條例》的租稅優惠、《產業創新條例》的租稅優惠主要是針對製藥產業；《經濟部協助產業創新活動獎勵補助及輔導辦法》的小型企業創新研發計畫主要是針對小型企業；《農業生物科技園區促進園區事業研究發展補助要點》的農業生物科技園區促進園區事業研究

發展補助主要是針對科技園區內駐點廠商，且未像《文化創意發展法》第十二條、《經濟部協助獎勵或補助文化創意事業辦法》、《文化部協助獎勵或補助文化創意事業辦法》對文化創意事業提供完整性獎勵或補助法源，使得中醫藥產業補助或獎勵政策並未有整體且穩定之法律支持。

- (4) 未有鼓勵中醫藥人才培育之法源：現有《醫師法》、《藥師法》、《護理人員法》多為針對單一醫事人員之資格、執業、義務、懲處進行規範，並未有像《客家基本法》第十八條，《文化基本法》第十七條、第十八條、第二十三條，《原住民族基本法》第十條，《文化創意發展法》第十一條，《原住民族語言發展法》第二十條，《國家語言發展法》第十一條等鼓勵人才培育之法源依據，且面對中醫藥科技研究人才不足、中醫醫事人力困境等問題，亟需訂定中醫藥人才培育之法源。

(四) 必要性評估（法規替代方案檢視）

1. 法案目的

《中醫藥發展法》草案參考世界衛生組織《2002~2005 年傳統醫學戰略》、《2014~2023 年傳統醫學戰略》、《2011-2020 年西太平洋區域傳統醫學戰略》，我國《2025 衛生福利政策白皮書》以及相關中醫藥政策報告進行擬定，以符合國際管理潮流及我國中醫藥發展現況與需求。草案共七章二十六條，希藉《中華民國憲法增修條文》所賦予發展傳統醫學義務及訂立相關法律之立法權力，訂立中醫藥整體性法律，奠定各項政策之基礎與法效性，並提高中醫醫療及照護可近性與合理利用，提升中藥用藥安全，鼓勵中醫藥研究與開發，積極發展國內中藥產業，開拓國際市場，健全中醫藥行政與法律體系，改善中醫藥發展瓶頸及困境。各章節目的與精神如下：

- (1) 第一章總則與第二章中醫藥發展計畫，完善政府中醫藥管理制度，提升對中醫藥之重視，建立中醫藥發展政策與財務支持，奠立中醫藥發展具永續性之願景與藍圖。
- (2) 第三章中醫醫療及照護，發展具中醫特色之照護模式，與擴展中醫醫療利用範圍，提升中醫利用可近性，完善國民健康照護環境。

- (3) 第四章中藥品質管理與產業發展，完善中藥品質與風險管理，提升中藥產業競爭力與經濟發展。
- (4) 第五章中醫藥研究發展，加強中醫藥知識與研究資料保存與國際交流，鼓勵產官學合作與臨床研究，厚實研發量能，促進中醫藥創新與研究發展。
- (5) 第六章中醫藥人才培育，完善中醫醫事人力與科技研究人才培育，並推廣國民中醫藥科普教育，奠立國家中醫藥競爭力之基礎。

2. 其他替代選項評估

依據中國大陸《中醫藥法》、韓國《韓醫藥發展法》所包含政策、經費、醫療服務、醫療機構、人力教育、研究、產業、產品品質、保健、國際交流、廣告傳播等事項，逐一分析中我國醫藥相關法律範圍，內容如下表十九。依據表十九內容，可見現有相關法律命令內容較為針對性，並非針對中醫藥整體，且多為任務性，並非針對長遠發展之目標與願景，相比之下《中醫藥發展法》草案含括多數內容，另外，依據前項必要性研究可見許多政策並未立法，且未跟隨世界衛生組織潮流，爰需訂立《中醫藥發展法》以符合所需，並實際提升我國中醫藥產業發展與重視。

表十九、《中醫藥發展法》草案與現有中醫藥相關法律內容比較

內容 法律名稱	政策	經費	醫療 服務	醫療 機構	人力 教育	中藥 產業	中藥 品質	保健	國際 交流	廣告 傳播
中醫藥發展 法草案	●	●	●	●	●	●	●	●	●	×
醫療法	●	×	●	●	×	×	×	×	×	●
醫師法	×	×	×	×	●	×	×	×	×	×
藥師法	×	×	×	×	●	×	×	×	×	×
護理人員法	×	×	×	×	●	×	×	×	×	×
藥事法	×	×	×	×	●	●	●	×	×	●

(五) 有效性評估（法規影響對象評估）

1. 可能受影響對象及其參與範圍

(1) 可能受影響對象

A. 產業界-中醫藥相關公會或聯盟，如：中華民國中醫師

公會全國聯合會、中華民國製藥發展協會、臺灣製藥工業同業公會、中華民國中藥商同業公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、臺灣中藥工業同業公會、中華民國天然藥物學會、中華民國藥師公會全聯會、南臺灣中草藥產學聯盟、中藥製劑層析指紋成份鑑定產學聯盟、中醫藥食療健康產業產學聯盟等。

- B. 產業界-中醫醫療及照護相關機構或單位，如：中醫醫院、附設中醫部門之醫院、中醫診所、中藥臨床試驗中心等。
- C. 產業界-中藥產業與研究相關機構或單位，如：中藥藥廠、中藥商、藥局、生技製藥廠商、中醫藥設備或技術提供廠商、中藥效能檢測廠商（包含功能性成分篩檢、動物藥理與安全性試驗等）、中藥種植產業、中藥原物料與產品供應鏈相關廠商、中醫藥產學合作中心、臺灣經濟研究院生物科技產業研究中心、財團法人工業技術研究院、財團法人生物技術開發中心、財團法人國家實驗研究院科技政策研究與資訊中心等。
- D. 學術界-中醫藥相關科系，如：中醫系、學士後中醫、中醫藥相關研究所等。
- E. 政府部門，如：衛生福利部（中醫藥司、綜合規劃司、社會保險司、醫事司、長期照顧司、會計處、國際合作組、中央健康保險署）、衛生福利部國家中醫藥研究所、地方政府衛生局、經濟部、科技部、教育部、行政院農業委員會、財政部國有財產署、經濟部國營事業委員會、內政部、具有公有土地之國營事業（如：台糖、國軍退除役官兵輔導委員）等。

(2) 可能受影響對象與相關條文

鑒於 2019/5/19 共識會議與 2019/6/30 傳統醫學發展法學論壇之意見諮詢結果，中醫師與藥廠從業人員、中藥商基本上對各章節條文都有關聯性，但有程度差異，在中醫師部分關聯性依序為第三章，第六章，第五章、第一章，第二章、第四章；在藥廠從業人員和中藥商部分關聯性依序為第四章，第五章，第二章、第六章，第一章、第三章，因此，於表二十表示各影響對象與條文之高、中、低相關性，其中

中醫醫療及照護相關機構或單位、中藥產業與研究相關機構或單位主要以 2019/5/19 共識會議與 2019/6/30 傳統醫學發展法法學論壇之意見諮詢結果為主，中醫藥相關公學會或聯盟、中醫藥相關科系、政府部門則進行推估。

表二十、中醫藥發展法草案條文與各界之關聯性

章節	條號	中醫藥相關公學會或聯盟	中醫醫療及照護相關機構或單位	中藥產業與研究相關機構或單位	中醫藥相關科系	政府部門
第一章	第一條	▼	▼	▼	▼	●
	第二條	■	■	■	■	●
	第三條	■	■	■	■	●
	第四條	▼	▼	▼	▼	●
第二章	第五條	●	●	●	●	●
	第六條	■	■	■	■	●
	第七條	●	■	●	■	●
第三章	第八條	▼	●	▼	▼	●
	第九條	▼	●	▼	▼	●
	第十條	▼	●	▼	▼	●
	第十一條	▼	●	▼	▼	●
	第十二條	▼	●	▼	▼	●
第四章	第十三條	▼	▼	●	▼	●
	第十四條	▼	■	●	▼	●
	第十五條	▼	■	●	▼	●
	第十六條	▼	▼	●	▼	●
第五章	第十七條	■	■	●	●	●
	第十八條	■	■	●	●	●
	第十九條	■	■	▼	●	●
	第二十條	■	■	●	●	●
	第二十一條	■	■	●	●	●
第六章	第二十二條	●	■	▼	●	●
	第二十三條	●	■	▼	●	●
	第二十四條	●	●	▼	●	●

2. 落實本法規案之方法

因《中醫藥發展法》草案主要是規範政府，因此，於以下表二十二列出各條展望與政策建議，以利法案落實。整體而言，《中醫藥發展法》草案落實方法有四個方向：第一，第四條的保障預算、第七條的獎勵或補助、第十九條中醫藥發展基金方

式，給予各項政策與計畫實際支持；第二，第五條的中醫藥發展計畫，為第三章至第六章內容之政策與發展發向訂立中長程目標，分階段達成，並依據成果效益滾動式修正政策方向；第三，訂立細部命令或行政規則完善母法內容，包含第七條《中醫藥發展獎勵補助辦法》、第十二條《承租公有土地或國營事業土地作中藥藥用植物種植使用辦法》、第十四條《中藥抽驗稽查辦法》、第十九條《中醫藥發展基金收支保管及運用辦法》；第四為中央與地方主管機關之垂直與水平溝通，促進中醫藥發展政策擬定與實施，包含第七條獎勵或補助政策、第十二條中藥藥用植物種植與源頭管理、第十五條中藥產業國際市場提升等。

表二十一、中醫藥發展法草案建議政策與措施

條號	建議政策與措施
第一條	建議將本條立法目的之精神納入衛生政策白皮書與中醫藥中長程計畫之中作為中醫藥發展之主軸。
第二條	建議適時與衛生福利部國家中醫藥研究所、地方政府衛生局、經濟部、科技部、教育部、行政院農業委員會各單位進行溝通，並依政策與措施之職權，建立良好溝通與分工模式，避免政策或措施重複。
第三條	建議將定義內容與《臺灣中藥典》和其他相關法律整合，並依據定義內容執行後續中醫、中藥相關定義之函詢。
第四條	建議與第五條之中醫藥發展計畫擬定相關預算。
第五條	<p>(1) 建議向中醫藥發展諮議會諮詢或辦理委辦計畫進行中醫醫療、中藥產業、中醫藥研究、中醫藥人力等之需求與困境研究，以提出符合現況之政策與措施。</p> <p>(2) 中醫藥發展計畫為本法之實施重點，可將本法規範事項具體化為中長程計劃，並依據施行成果進行考核、效益分析與後續計畫之滾動式修正。</p>
第七條	<p>(1) 建議依據《經濟部協助獎勵或補助文化創意事業辦法》、《文化部協助獎勵或補助文化創意事業辦法》、《文化資產獎勵補助辦法》、《客家知識體系發展獎勵補助辦法》、《水下文化資產獎勵補助辦法》擬定《中醫藥發展獎勵補助辦法》，內容建議包含法源依據、得獎勵或補助事項、獎勵方式、補助方式、申請資格、每年訂定獎勵計畫、申請檢附計畫書內容、委員會審議、受補助人義務、成效評估及考核評估、審查基準、不予核准或撤銷情形等事項。</p>

條號	建議政策與措施
	(2) 因草案第十三條為針對中藥藥用植物種植之土地優惠與承租事項，爰建議本條中藥藥用植物獎勵事項可以包含中藥資源實地考察、保存與研究、教育推廣等，補助事項可能包含中藥資源典籍出版補助、實地輔導栽種、栽種種苗補助、栽種器具設備補助、國內產銷補助或媒合、外銷展覽補助、外銷推廣補助等。
第八條	建議針對中醫醫療資源分配（如：加強無醫鄉巡迴醫療計畫之經費），中醫介入模式（如：增加中醫給付病種、增加科學化中醫診療儀器給付、過政策增加院內及門診中醫介入之合法性），提升民眾就醫意願與滿意度以及滿足民眾需求（如：輔導中醫門診改善民眾看診不便之措施）等。
第九條	(1) 建議持續改善目前各項評鑑內容，並進行中醫藥相關的標準程序擬定與教育，像針灸埋線護理標準程序與教育訓練、醫療機構內中藥炮製煎煮標準程序與教育訓練、醫療機構內中藥製劑製造標準程序與教育。 (2) 建議鼓勵或補助相關科學化研究與產品實踐研究，如：人體證型理論之生理分析，中醫診斷與治療醫療儀器之研發等。
第十條	建議透過政策規劃、法規鬆綁、訂定配套措施等方式改善中醫醫療資源，如：透過法規改善中醫進駐醫護室、中醫巡迴醫療借助公共場所與衛生所之狀況；偏遠地區設立含中醫部門之醫療機構時其病床數審查可放寬標準，或設立中醫部門可增加醫院評分；在現行巡迴醫療計畫之下，給予資源增加無中醫鄉或中醫資源不足地區之巡迴數、服務人次；鼓勵教育體系培育公費生，或放寬原住民、偏鄉地區之學生招收標準，以利學生畢業後至偏鄉地區開業、執業等。
第十一條	建議未來朝以下方向擬定政策：鼓勵醫事人員進行中西整合教育；推廣中西醫整合醫療之效益；進行中西醫院內會診、出院後中西醫合作之流程簡化、資訊彙整、增加健保給付等事項；新增特定疾病之健保給付項目，以及新增試辦計畫；鼓勵特定疾病醫療與照護之中醫藥基礎研究和實證研究等。
第十二條	(1) 建議參考《國有耕地放租實施辦法》、《承租公有土地或國營事業土地作有機農業使用優惠辦法》，以及相似體例之《獎勵民間參與交通建設使用公有土地租金優惠辦法》、《長期照顧服務機構專案申請租用公有非公用不動產審查辦法》，擬定《承租公有土地或國營事業土地作中藥藥用植物種植使用辦法》，內容建議包含適用土地、申請資格、申請檢附資料、申請過程、租約內容、承租人義務等。 (2) 建議與目的事業管理機關、土地管理機關、地方主管機關協

條號	建議政策與措施
	<p>商是否各直轄市、縣市、鄉鎮有擬訂補助原則之需求或是否需要相關協助，以利政策推動。</p> <p>(3) 建議獎勵部分與第七條《中醫藥發展獎勵補助辦法》合併，一般獎勵方式可以分為發給獎狀、獎座或獎牌；授予榮銜或其他榮譽；發給獎金；其他獎勵方式。目前有機農業《有機農業獎勵及補貼辦法》提出生態保育獎勵金與有機農業生產金，相關《有機農業生產輔導計畫補助原則》則是提供設備、肥料之補助金，爰建議針對優良農業操作(GAP)栽培技術與提升中藥產銷等內容提供補助金或獎勵金，以鼓勵農民改善中藥品質與提升種植產量。</p>
第十三條 第十四條	<p>(1) 建議完善法規規範，以及完善生產製造、市場與販售之品管與監督為主軸，並建議參考《食品及相關產品輸入查驗辦法》、《輸入藥物邊境抽查檢驗辦法》、《農藥使用及農產品農藥殘留抽驗辦法》、《藥物檢驗機構認證及委託認證管理辦法》、《輸入藥物邊境抽查檢驗辦法》、《化粧品回收處理辦法》、《藥物回收處理辦法》等辦法，擬定《中藥抽驗稽查辦法》。</p> <p>(2) 完善法規規範：完善中藥品質、安全性與療效性法規；完善中藥製劑查驗登記法規；完善中藥製造與販售法規等，主動探討各項中藥品質疑慮(特定中藥於臺灣中藥典規格之管理，濃縮中藥製劑之規格管理，改變特定中藥之藥證管理方式等)；連接國際中藥材與中藥製劑品質管理規範。</p> <p>(3) 完善生產製造、市場與販售之品管與監督：提升相關人員之教育(如：加強中藥藥廠之cGMP訓練與教育)；加強稽查措施之執行力與標準；增加品管、品保技術開發與支援(如：鼓勵開發中藥指標成分檢驗技術)；加強上市後不良反應與中西藥交互作用之監測與風險評估。</p>
第十五條	<p>(1) 建議與經濟部、國貿局訂定國際中醫藥經貿指導策略，並與其他國政策，包含「新南向政策」、「五加二產業創新計畫(生醫產業創新推動方案)」、「品牌臺灣發展計畫」等進行結合，協助廠商從各計畫取得產業交流、技術人才交流、中醫藥產業聚落提升、國際市場拓銷資源[150]等內容。</p> <p>(2) 建議完善政策與法規，如：跨部會整合資源促進中醫藥產業聚落或產業鏈形成；修改中藥新藥相關法規減少研發與查驗登記成本與時程；訂立中醫藥推廣政策，包含透過網路、研討會、醫療等內容建立臺灣中醫藥品牌，透過國際醫療推動國際中醫藥產業發展，專注高經濟價值產品推廣等政策[132.151]。</p>

條號	建議政策與措施
	<p>(3) 建議增加實質措施，如：吸引民間資金投入或規劃政府經費投入；增加產學合作獎勵措施；增加多元產品之獎勵；增加租金優惠措施；規劃補助措施協助廠商進入國際市場增加產值[151.152]。</p> <p>(4) 建議國際人才培育與交流：因臺灣中醫醫療培育制度嚴謹且中藥產品具有特色，建議以醫學帶動中藥之銷售與推動，鼓勵外籍學生進修中醫課程、增加中醫師與各國之交流與駐點等，促進各國市場瞭解臺灣中醫藥[153]。</p> <p>(5) 針對特定議題進行國際合作與雙邊互惠合作，提高中醫藥產業與管理發展，如：與東南亞國家交流，可促進東南亞國家作為臺灣中藥進口替代來源，提升當地經濟，臺灣也可以提供萃取與炮製技術提升東南亞國家技術，並可透過交流促進臺灣了解東南亞國家管理法規，促進臺灣中藥產品進入東南亞市場提升臺灣中藥經濟產值[133.151]。</p> <p>(6) 依據市場特性，擬訂不同政策，並加強已有中醫藥產品出口銷售與據點之國家交流，如：臺灣在新加坡、美國及日本已有成熟的市場，應加強該類國家交流；印尼屬於新興市場，但行政效率、民族性、國際化程度低，則先以保健品、化妝品開拓市場；韓國近年開始有臺灣中藥產品打入，考量同有中醫藥文化背景，建議以醫帶藥方式提升開拓市場；紐西蘭缺乏中醫藥與傳統醫學法規和產業環境，建議以膳食補充品開拓市場[153]。</p>
第十六條	<p>建議參考過去「中醫文獻保存整理與老中醫學術傳承之經驗交流」計畫[154]之內容與建議，並與文化部或地方主管機關討論短、中、長程傳統技藝、知識保存與推廣措施，措施可以包含傳統技藝、知識之調查、評估、審查、列冊、修復、保存、維護或資料庫建立、內容記錄、追蹤等；推動傳統技藝、知識之國內外宣傳、展覽館或展覽辦理等；進行傳統技藝、知識之現代化研究與分析；進行傳統技藝、知識推廣之人才教育訓練與研習。</p>
第十七條	<p>(1) 因英國國家健康暨社會照顧卓越研究院資料庫主要為幫助健康與公共衛生單位的醫護人員依據實證資訊建立更好的照護方式[155]，因此，建立中醫藥國家知識庫第一步建議為確立知識庫目的與適用對象。</p> <p>(2) 為資料蒐集，除國際英文期刊網站以外，建議參考過去專家建議，委託政府機關、學術單位、醫療機構、研究機構、法人，如：臺灣生技整合育成中心(supra integration and incubation center)、財團法人醫藥品查驗中心(center for drug evaluation)、社團法人國家生技醫療產業策進會等進行現有資料庫與資源</p>

條號	建議政策與措施
	<p>整合，目前資料庫資包含財團法人醫藥工業技術發展中心建立之藥材資料庫、國家中醫藥研究所資料庫、中研院化學資料庫、經濟部中草藥技術委員會 300 種中草藥之藥材基原、DNA 鑑定及圖譜資料、工業技術研究院約 2000 種化學圖譜等[157]。</p> <p>(3) 英國國家健康暨社會照顧卓越研究院資料庫主要分類方式為文獻內容（次類別為指引和政策、次要實證、實際案例資訊、初步研究、正在進行的研究、藥品目前資訊、措施支援資訊、給一般民眾的資訊、病人決策輔助工具）和文獻領域（次類別為臨床、管理和管制、藥物和技術、公共衛生、社會照顧），爰建議第三步為進行知識庫架構與網頁建立與整合，並建議知識庫應建立專有名詞釋義清單，彙整領域內相關文獻，以及全球相關政策、法規、品質標準等，針對國際中草藥發展趨勢、國際合作策略探討、中醫藥生技研發應用、新藥開發等相關經驗等進行分析，並適時公告重大研究成果，以利各界建立中醫藥研究方向與目，並適時修訂法規以符合最新趨勢。</p> <p>(4) 英國國家健康暨社會照顧卓越研究院資料庫使用方式為免登陸且免費提供資訊，並提供一鍵下載所有蒐查到的資料來源與內容[158]，因該資料庫也希望民眾能進一步瞭解醫療人員所提供之照護內容，並改善自己的建康，爰為公開方式，所以，國家中醫藥知識庫之使用會因適用對象而不同，並建議針對是否建立電子資料庫建立管理及使用辦法進行討論，如有需要擬定，建議參考《無形資產評價基準暨評價資料庫之建置與管理辦法》訂立各研究資料庫之定義與範圍，申請負責單位與方式，使用者資格管理負責單位，部分資料之權限設定，開放特定政府機關資料之蒐集權限法源等。</p>
第十八條	<p>建議參考德國工業 4.0 平台(Industrie 4.0 Platform)與英國知識移轉夥伴計畫(Knowledge Transfer Partnership)精神[159]，建立研究與臨床試驗資源平台。</p> <p>(1) 平台可能目的：</p> <ul style="list-style-type: none"> A. 彙整產業、醫院、學校等研究與臨床試驗需求，了解資源分布並協助政策規劃。 B. 建立單一且一致性產官學媒合窗口，協助找尋適合國內外合作對象，減少時間成本及合作風險。 C. 建立全國中醫藥研究與臨床試驗中心架構與推動相關實務工作進行。 D. 建立補助與獎勵措施之政策、申請、審核平台與窗口。

條號	建議政策與措施
	<p>(2) 平台可能內容：</p> <p>A. 產業、醫院、學校等研究與臨床試驗需求，或試驗可能發展方向。</p> <p>B. 中醫藥研究與臨床試驗相關研發機構、單位、中心等試驗場域資料庫。</p> <p>C. 中醫藥研究與臨床試驗研究人材資料庫。</p> <p>D. 不同中醫藥研究主題人才訓練課程、研討會與論壇資訊。</p> <p>E. 各種合作案資訊(成功案例、進行中案例、結案案例等)。</p> <p>F. 中醫藥補助與獎勵措施之政策、計畫公告彙整與遞交申請之窗口。</p> <p>G. 中醫藥研究與臨床試驗之經驗交流、討論會議資訊公告。</p> <p>(3) 可能結合之中醫藥補助與獎勵措施：</p> <p>可參考英國政策（企業進行薪資給付，政府則會依照企業規模進行補助），透過平台媒合之產學合作案，所需聘請之長期研究人員，進行適當薪資補助。</p>
第十九條	<p>目前衛生福利部五大基金分別依據《醫療藥品基金收支保管及運用辦法》、《管制藥品製藥工廠作業基金收支保管及運用辦法》、《全民健康保險基金收支保管及運用辦法》、《國民年金保險基金管理運用及監督辦法》及《衛生福利特別收入基金收支保管及運用辦法》進行管理，爰建議後續訂立《中醫藥發展基金收支保管及運用辦法》，並建立基金管理與運用單位。</p>
第二十條	<p>依據過去研究結果彙整升中醫藥研究及管理成果國際交流政策，建議內容如下[132]：</p> <p>(1) 建議參考過去「建立傳統醫藥國際合作平台」[160]、「建立中醫藥法規諮詢平台，規劃中醫藥法規制度」[161]之研究成果與內容，建構國際傳統醫藥交流平台網站與交流窗口，以利訊息交流與活動參與。</p> <p>(2) 持續推動國際中醫藥期刊。</p> <p>(3) 舉辦國際傳統醫學研討會，並辦理各各國傳統醫藥相關團體組團至臺灣研習，並採取措施吸引外國人才來台學習中醫，如：針對具有他國醫師資格者減免學習中醫之年限；改善法規吸引有興趣學生來台就讀中醫。</p> <p>(4) 鼓勵中醫師、學研單位與業者出國參訪與發表成果。</p>
第二十一條	<p>在整合教學資源部分建議參考 CIRN 國民中小學課程與教學資源整合平臺[162]，委託專業單位建置中醫藥教學資源整合平臺，將中醫藥課程綱要、中醫藥課程教材、中醫藥課程創新教材與規劃、中醫藥教育單位、中醫藥教育專業人才、中醫藥教育網站與資源等資訊進行彙整，協助大專院校師資交流，與促進中醫醫事</p>

條號	建議政策與措施
	人力得知學習與進修管道，並配合高級中等以下學校課程綱要施行，進行相關資源與教材收錄，協助高級中等以下學校了解中醫藥與相關保健知識，並得知相關進修機會。
第二十二條	<p>根據過去研究結果彙整中醫藥科技研究人才培育政策，建議內容如下：</p> <p>(1) 因許多中醫藥研究之研究設計過於簡略，執行步驟不夠嚴謹，資料分析不夠詳細，結論解讀不夠客觀，爰需加強研究人才之研究設計能力與撰寫期刊能力[149]。</p> <p>(2) 培育可以結合知識和務實之源頭控管 GAP 藥材的種植、採收成為飲片、飲片的管理及儲存、原材料的成萃取與純化、活性藥物成分生產、臨床評估模式的選擇、產品開發及市場銷售等專業人才[157]。</p> <p>(3) 輔導學術單位推動產學相關學程與課程，並邀請產業人士授課或研討[157]；由專家開設中西醫藥研究的比較、中醫藥的生物活性測定方法、中醫藥於臨床醫學上的應用等課程，培育中醫藥臨床研究人才[149]，並鼓勵在職員工進修[163]。</p> <p>(4) 建立專門機關吸引海外人才來台與促進國內人才就業；改善法規與環境，吸引海外人才就業，並吸引海外學生以先就學再就業方式，解決中長程人力不足問題；重金禮聘國際知名學者，培育人才，並吸引人才來台或留台服務[163]。</p>
第二十三條	建議增加國小、國中、高中之基礎教育或遊戲活動促進學生了解中醫藥基礎知識；增加中醫藥生活化之書籍、影音、網路資訊之出版；促進中醫藥育教博物館、中藥觀光工廠、中醫藥傳統技藝之建立，並設計科普教育內容作為博物館和觀光工廠規劃內容之參考，發展中醫藥觀光與教育效益；舉辦中醫義診與中醫藥博覽會，增加一般民眾接觸中醫藥之機率。

(六) 可能風險及成本效益分析(法規成本效益分析)

因《中醫藥發展法》為政策目標之法律，無法像特定規範具有明確政策與財務計算基準，如：《教師待遇條例》草案的教師待遇改變計算、《生技新藥產業發展條例》擴大適用範圍之稅式支出計算等，且參考《能源法》、《無動力飛行運動專業人員資格檢定辦法》、《臺北市樹木保護自治條例》、臺北市光害管制自治條例》、《臺北市耕地租約登記自治條例》等法律命令之成本效益分析模式，多為非量化成本效益說明，爰依據前項政策措施建議擬定逐條成本效益分析，詳見下表二十三。

表二十二、中醫藥發展法草案不得量化成本效益分析

第一條		
對象	成本	效益
政府部門	(1) 需花費了解草案內容與目的之時間成本。 (2) 主管機關與主管機關以外部會之溝通，以及向各部會說明草案內容與目的之時間與人力成本。	(1) 中醫藥政策符合國際潮流，提升臺灣於國際傳統醫學影響力。 (2) 奠立中醫藥政策基礎，增加中醫藥政策制定之合法性，提高政府的積極主動性，與提升各界對中醫藥之重視。 (3) 凝聚各部門對中醫藥政策之重視度與方向，促進以政府為首之政策形成。
產業界 學術界	(1) 需花費了解草案內容與目的之時間成本。	(1) 可受利於整體性中醫藥政策或中醫藥地位提升所帶來的產業穩定發展。
第二條		
	成本	效益
政府部門	(1) 各部門權責劃分與討論之時間與人力成本。 (2) 各部門執行或協助政策實施，需耗費的時與人力成本。	(1) 確立權責與溝通模式，提升中醫藥政策與規劃之效率。 (2) 各部門執行或協助政策實施時具有法源依據，增加合法性。
產業界 學術界	(1) 需花費了解各部門職責之時間成本。	(1) 減少釐清權責單位之時間。 (2) 可依各部門權責進行督促與間監督。
第三條		
	成本	效益
政府部門	(1) 確認各法律、命令是否有扞格，以及必要時變更法律、命令內容，需花費時間、財務與人力成本。 (2) 進行各部門與部內人員定義教育以及擬定相關部內教育文件或原則之時間與人力成本。 (3) 各界對定義疑慮之回覆時間與人力成本。	(1) 有利於界定後續政策範圍與適用對象，並提升政福部門規劃政策與整合法之效率。 (2) 避免因人事變動造成中醫藥函釋原則或內容變動。

產業界	(1) 需花費了解定義之時間成本。	(1) 依據先前會議的諮詢，不論產業界或學術界皆有人士肯定中醫藥定義清楚，並有助於未來研究。
學術界		
第四條		
	成本	效益
政府部門	(1) 需提供充足經費以支持中醫藥發展，可能會需開發經費財源，並增加經費之編列。 (2) 經費規劃與管理之時間與人力成本。	(1) 編列相關經費具有法源，提升其正當性，並有助於編列經費推動相關政策與措施。
產業界	因本條為政府經費編列之義務，初步評估產業界與學術界並不會產生成本。	(1) 依據先前會議的諮詢，有產業界人士肯定條文可使經費充足，並有利於相關政策執行。
學術界		
第五條		
	成本	效益
政府部門	(1) 中央主管機關蒐集相關資料與研究進行中醫藥發展計畫之調查與規劃，以及各年度或五年一度之成果評估皆需花費時間、財務與人力成本。 (2) 中醫藥發展計畫依每年度政策目標與重點需支出相應的經費。 (3) 地方主管機關若需提出地方中醫藥發展施政方案，需花費時間、人力之成本，並可能因中央主管機關之規劃，需付擔部分執行經費。	(1) 中醫藥發展計畫為整體性政策，定調基本目標，奠定戰略基礎，促使各項政策能朝相同方向邁進。 (2) 中醫藥發展計畫具有持續性意義，解決過往政策瑣碎化之問題並切合各界需求，並定期改善政策疑慮與問題，使經驗與能量得以延續，逐步達成中醫藥發展目標與願景。 (3) 本條提出中央主管機關、地方主管機關、民間團體之合作正當性與分工模式，提升政策效率。 (4) 可以地方政府角度發展地方性中醫藥特色，活化地方學術或經濟活動。
產業界	(1) 當中央或地方主管機關提出中醫藥發展計畫協助需求時，需提供相關人力、時間與物質成本。 (2) 需花費了解中醫藥發展計畫各項政策與措施之時間成本。	(1) 可受益於計畫之整體性與連續性，改善過往僅完成階段性任務之政策方向，逐步提升中醫藥產業之整體競爭力。
學術界		

第六條		
	成本	效益
政府部門	(1) 規劃與召開會議之時間與人力成本。	(1) 建立合法的政策溝通平台，可擬定符合現況之中醫藥發展計畫，並了解各項政策之實質影響，減少提升中醫藥發展之阻力與困境。
產業界 學術界	(1) 各界專家參加諮議會所需之時間與人力成本。	(1) 各界需求得被中央主管機關參採，提升中醫藥發展效率與合適性。
第七條		
	成本	效益
政府部門	(1) 擬定《中醫藥發展獎勵補助辦法》之時間、人力與財務成本。 (2) 各部會溝通或管理獎勵或補助政策之時間與人力成本。 (3) 支付獎勵或補助政策之經費。 (4) 若《中醫藥發展獎勵補助辦法》規定需進行獎勵或補助案件之成果驗收與效益分析，則需花費相關時間、人力與財務成本。	(1) 給與相關獎勵或補助具有法源，提高政策合法性與適當性。 (2) 促進中醫藥發展目標與方向朝基本政策邁進。 (3) 各項獎勵或補助政策之制定與執行可促進橫向與垂直部會之經驗與資源交流。 (4) 具組織性規畫獎勵或補助政策，可避免資源重疊，減少經費與資源浪費。
產業界 學術界	(1) 需花費了解各項政策，及申請各項獎勵或補助之時間成本。	(1) 可能有助於提升各界投入意願與資源，並減少進行中醫藥研究及發展、中藥製劑創新及開發、中藥藥用植物種植之財務成本。
第八條		
	成本	效益
政府部門	(1) 可能需適時進行中醫藥在全民健康保險與醫療照護體系之政策檢討與調查，並進行政策變動，則需花費相關時間、人力與財務成本。	(1) 可提升中醫在醫療體系之作用，擴展中醫使用範圍。 (2) 滿足民眾醫療需求，提升民眾使用中醫意願，並保障病人醫療權利，完善政府於健全醫療體系之義務與職責。

產業界	(1)可能需在政府政策檢討與調查時，提供相應資料，則需花費時間、人力與財務成本。 (2)需花費了解變動後政策內容之時間成本。	(1)民眾使用中醫機率可能增加，可能帶動中醫醫療產業之人力、設備、研究成果與收入增加。 (2)增加政府對中醫藥在全民健康保險與醫療照護體系之政策之主動性，各界意見可被政府適時參酌，並減少各件主動分析與提出政策意見之時間、人力與財務成本。
學術界		
第九條		
	成本	效益
政府部門	(1)中央主管機關制定與執行中醫醫療品質制度時，需花費相關時間、人力與財務成本。	(1)使政府建立中醫醫療品質制度具有法源，提升正當性。 (2)將中醫醫療品質納入法律之中，完善政府在中醫醫療之職責與義務。
產業界	(1)需花費了解相關政策內容之時間成本，以及執行政策之時間、人力與財務成本。	(1)促進各項中醫醫療品質管理研究進行。 (2)促進中醫學理論研究與實務化發展，提升預防、診斷、治療之實證研究及中醫醫療器材研發，促進中醫現代化發展。 (3)依據先前會議的諮詢，有產業界人士提出有助於提升民眾對中醫醫療之信心，進一步提升中醫醫療利用率。
學術界		
第十條		
	成本	效益
政府部門	(1)政府制定、變更與執行中醫醫療資源均衡制度時，需花費相關時間、人力與財務成本。	(1)銜接《醫療法》內容，增加制定與變更中醫醫療資源均衡政策之合法性與適當性，提升國民中醫醫療可近性，完善政府職責與義務。
產業界	(1)設立中醫醫療機構或中醫部門，需花費相關時間、人力與財務成本。 (2)執行中醫醫療資源均衡措施所需之時間、人力與財務成本。 (3)若有教育體系建立公費生與畢業後駐診偏鄉之措施，需花費相關審查、管理與財	(1)依據先前會議的諮詢，各界表達意見中有超過半數認為會增加設立中醫醫療機構或各層級醫院設立中醫部門之意願。另外，有產業界人士表達可提升中醫藥於醫療體系之保障，提升中醫醫療資源均衡性，並增加設立國家級中醫院之可能性。
學術界		

	務成本。	(2) 執行中醫醫療資源均衡措施可能得到法規鬆綁、配套措施與相關計畫之資源與財務協助，提升中醫醫療之方便性與效率。
第十一條		
	成本	效益
政府部門	(1) 政府制定、變更與執行預防醫學、中西醫合作及中醫多元醫療服務制度時，需花費相關時間、人力與財務成本。 (2) 為促進中西醫合作，政府可能需花費時間、人力與財務成本，協助中西醫療代表溝通與協商。	(1) 減少各項醫療支出與資源浪費，減輕全民健康保險負擔。 (2) 擴大中醫醫療利用範圍，滿足民眾需求，完善政府醫療照護之職責與義務。
產業界	(1) 建立中西醫合作於中醫多元醫療服務之轉介或治療流程，需花費時間與人力成本。 (2) 中西合作之醫事人員教育與病患衛教教育之時間與人力成本。 (3) 需花費向民眾推廣各項中醫治療成果之時間與人力成本。	(1) 依據先前會議的諮詢，各界表達意見中有超過三分之二認為會增加進行中西醫合作與中醫多元醫療服務之意願，也會增加會進行各種中醫照護與治療模式之意願，另外，不論產業界或學術界人士認為條文可促使中西合作並相互認可。 目前已有需多預防醫學、中西醫合作及中醫多元醫療服務計畫提出效益，爰以下內容彙整相關計畫成果作為佐證[164.165.166.167.168.169.170]：
學術界	(4) 需花費彙整相關臨床與實證研究成果，或建立最終治療模式或指引之時間與人力成本。 (5) 需花費向民眾推廣各項中醫照護與治療成果之時間與人力成本。	(2) 驗證中醫醫療理論效能，奠定中西醫療合作之實證與臨床基礎，建立特定並種中西醫合作或中醫治療模式與評估流程，促進中西醫療研究發展。 (3) 提升中西醫多重用藥安全性，改善西醫治療所帶來之副作用，或改善病患生活品質與疾病風險，或縮短療程提高治療效益。 (4) 發揮中醫預防失能、減少失能、改善症狀的專業，提升中醫在各種

		<p>照護與醫療模式之角色。</p> <p>(5) 可奠定各種照護模式之經驗與量能，完善相關照護或健康管理模式。</p>
第十二條		
	成本	效益
政府部門	<p>(1) 中央主管機關與中央目的事業主管機關制定、變更與執行各項源頭管理政策時，需花費相關時間、人力與財務成本。</p> <p>(2) 擬定《承租公有土地或國營事業土地作中藥藥用植物種植使用辦法》之時間、人力與財務成本。</p> <p>(3) 若有必要可能需進行其他相關法律或命令適用性評估、討論或修改條文，需花費相關時間、人力與財務成本。</p> <p>(4) 擬定可使用公有土地或國營事業土地種植之中藥藥用植物品項所需之時間、人力與財務成本。</p> <p>(5) 各部會溝通或管理承租辦法，審核申請文件，執行沒收土地等懲罰之時間與人力成本。</p> <p>(6) 若辦法有訂定需給予土地管理機關或公有土地管理機關相關財務獎勵，則需支付適當經費。</p>	<p>(1) 減少臺灣中藥材自給自足能力低之問題，降低中藥材入超所帶來的外匯增加問題，並避免中藥材價格翻漲情形發生，提升民眾對於政府之信心與評價。</p> <p>(2) 從源頭改善品質，有助於降低異常物質檢驗與管理成本。</p> <p>(3) 有助於公有土地或國營事業土地之活化，避免公有財產閒置。</p> <p>(4) 中藥藥用植物種植獎勵與租賃期限有法源依據，提升政策正當性與合法性。</p> <p>(5) 建立中藥藥用植物種植之各部門溝通平台與職權分工，提升相關政策規畫與執行品質。</p>
產業界	<p>(1) 需花費了解源頭管理政策內容之時間成本。</p> <p>(2) 需花費了解土地承租政策內容與繳交申請案之時間成本。</p> <p>(3) 需負擔承租公有土地或國</p>	<p>(1) 有助於提升中藥品質，減少中藥製造業、中醫醫療之品管負擔，並提升民眾對中藥品質之信心。</p> <p>(2) 依據先前會議的諮詢，各界表達意見中有超過半數認為會增加中藥藥用植物種植之意願，另外，有</p>

學術界	營事業土地之義務與責任，與付出中藥藥用植物種植之勞力、設備與物料。	產業界人士認為條文可促使本土中藥使用率增加。 (3) 帶動中藥藥用植物種植產業所需之設備、肥料、技術之經濟與研究發展。 (4) 降低中藥藥用植物種植農民或業者之財務與心理負擔。
第十三條、第十四條 (因兩條內容性質相近爰以下成本效益一起評估)		
	成本	效益
政府部門	(1) 中央主管機關制定、變更與執行各項品質管理與監督政策或《中藥抽驗稽查辦法》時，需花費相關時間、人力與財務成本。 (2) 辦理相關產業人員之品質管理培訓課程、風險管理與上市後監測措施課程時，需花費相關時間、人力與財務成本。 (3) 中央主管機關與地方主管機關提供執行結果時，需花費相關時間與人力成本。	(1) 使政府建立中藥品質管理與監督制度具有法源，提升正當性。 (2) 將中藥品質管理與監督政策納入法律之中，完善政府在中藥品質之職責與義務。 (3) 促進中藥品質與安全性逐步提升與科學化，進一步保障國民用藥安全。
產業界	(1) 協助中央主管機關制定品質管理標準與技術開發，與風險管理及上市後監測措施時，需花費相關時間、人力與財務成本。 (2) 需花費了解品質管理與監督政策、風險管理及上市後監測措施之時間成本，以及訓練員工之人力與時間成本。 (3) 可能會產生變更產品品質標準所需的時間、人力與財務成本。	(1) 依據先前會議的諮詢，各界皆有表達條文可以使中藥品質管理更加嚴謹，提升中藥品質，並有助於病人信心提升。 (2) 風險管理及上市後監測措施可促進中西藥併用與不良反應之學術研究與醫療用藥，而執行結果公告可幫助各界選擇優良中藥，避免用藥風險。
學術界	(1) 協助中央主管機關制定品質管理標準與技術開發、風險管理與安全性討論時，需	

	<p>花費相關時間、人力與財務成本。</p> <p>(2) 需花費了解品質管理與監督政策、風險管理及上市後監測措施之時間成本。</p>	
第十五條		
	成本	效益
政府部門	<p>(1) 各部門擬定中醫藥產業政策，整合各項中醫藥國際貿易資源，以及制定、變更與執行產業規範時，需花費相關時間、人力與財務成本。</p> <p>(2) 若需增加實質獎勵或補助政策，需花費相關財務成本。</p>	<p>(1) 使政府建立整體性中醫藥產業政策具有合法性，並以國家資源發揮我國中醫藥產業優勢，提升我國中醫藥對國際傳統醫學之影響力及提升臺灣中藥經濟實力與價值。</p> <p>(2) 可能因特定議題之國際合作與雙邊互惠合作，促進國家關係與產業關係提升。</p>
產業界	<p>(1) 協助政府制定中藥產業與國際市場政策與規範時，需花費相關時間、人力與財務成本。</p> <p>(2) 中藥產業進行國際貿易與合作時，需花費相關時間、人力與財務成本。</p> <p>(3) 中醫相關團體與產業可因以醫帶藥方式，培育中醫師進入不同市場推廣或協助中藥產業規畫推廣內容等，都需花費時間、人力與財務成本。</p>	<p>(1) 依據先前會議的諮詢，有產業界人士認為可以促進中藥產業開拓國際市場。</p> <p>(2) 相關政策可能促進產業交流、技術人才交流、中醫藥產業聚落提升、國際市場拓銷資源提升等。</p> <p>(3) 可能會因產業互動增加技術、法規與人才交流，提升中藥產業與經濟發展。</p>
學術界	<p>(1) 協助政府制定中藥產業與國際市場政策與規範時，需花費相關時間、人力與財務成本。</p> <p>(2) 協助產業界分析與規劃提升產業措施、國際市場營運與推廣措施時，需花費相關時間、人力與財務成本。</p>	<p>(1) 可能會因中藥產業國際人才培育與交流，促進外籍學生或傳統醫學專家來台交流，促進傳統醫學研究、技術、法規、教育等學術發展，並加深我國中醫藥學術研究對國際傳統醫學之影響力。</p>

第十六條		
	成本	效益
政府部門	(1)政府制定與執行具中醫藥特色之知識及傳統技藝管理、審查、鼓勵與推廣政策時，需花費相關時間、人力與財務成本。 (2)辦理培育相關推廣及保存人員之課程時，需花費相關時間、人力與財務成本。	(1)使政府建立傳承中醫藥特色之知識及傳統技藝各項制度具有法源，提升正當性。
產業界	(1)協助政府制定具中醫藥特色之知識及傳統技藝相關政策時，需花費相關時間、人力與財務成本。 (2)進行具中醫藥特色之知識及傳統技藝之現代化研究與分析，推廣之人才教育訓練與研習，或修復、保存、維護或資料庫建立，需花費相關時間、人力與財務成本。	(1)依據先前會議的諮詢，各界表達意見中有近半數認為會增加各界對具中醫藥特色之知識及傳統技藝之推廣與保存意願。 (2)相關知識與技藝保存與研究可以豐富中醫藥研究，並為學術研究與臨床治療提供借鏡與線索。 (3)減輕相關知識及傳統技藝保存、研究、推廣之負擔。 (4)提升相關知識及傳統技藝保存意識，增加傳統傳承，填補中醫藥歷史，減少未來文獻考證的困難。
學術界		
第十七條		
	成本	效益
政府部門	(1)政府主動或委託進行國家中醫藥知識庫建立、管理時，需花費相關時間、人力與財務成本。 (2)若有需要制定知識庫使用辦法，則需花費相關時間、人力與財務成本。	(1)知識庫中對研究與法規之資訊搜集可以協助政府得之最新資訊，並修改相關法規與政策，促進臺灣與各國規範之協和與接軌，滿足國際標準提升我國中醫藥產業名聲與品質。 (2)知識庫預計會整合現有資料庫資源，可減少各資料庫獨立運做之時間、人力與財務成本，並提升知識庫之整體性與實用性。

產業界	(1)協助政府建立與管理國家中醫藥知識庫時，需花費相關時間、人力與財務成本。 (2)協助政府整合現有資料庫資源時，需花費相關時間、人力與財務成本。	(1)英國國家健康暨社會照顧卓越研究院資料庫對患者、醫療人員、組織之效益包含：幫助患者與醫療人員取得具臨床證據最佳的照護方式與改善自身健康和預防疾病，幫助衛生與醫療人員有效的將資源與能力用於提供最能改善健康狀況的方式，幫助衛生與醫療人員確定醫療措施符合規範並增加人員之信心等[171]，符合National Health Service Litigation Authority 標準讓相關組織降低風險管理費用，使相關組織了解國家政策並改變資源分配減少成本，提升民眾經濟和福祉等，以上內容可以做為我國效益之參考。 (2)知識庫可以協助各界人士減少檢索時間，增加對國際趨勢與各國法規、品質標準、研究之了解，可以即時修改研究與產品策略或標準，減少變更成本並與國際潮流接軌。
學術界	(3)了解知識庫之使用，需花費相關時間、人力成本，若知識庫使用需收取費用則需花費財務成本。	
第十八條		
	成本	效益
政府部門	(1)依據前述研究建議，政府在本條可能會建立或委託建立研究與臨床試驗資源平台，政府進行平台建立與管理時，需花費相關時間、人力與財務成本。	(1)可以建立全國性中醫藥研究與臨床試驗中心架構，並彙整各界需求，提升政策規畫與實施效率。
產業界	(1)協助政府建立研究與臨床試驗資源平台，需花費相關時間、人力與財務成本。	(1)依據先前會議的諮詢，各界表達意見中有超過半數認為會增加進行產官學合作與臨床研究之意願，另外，有產業界人士認為會進中醫藥創新及科學化。
學術界	(2)了解平台之使用，需花費相關時間、人力成本。	(2)整合，減少各界搜尋資源與合作之時間、人力與財務成本。 (3)產學合作可以彌補兩者研究資源落差，促進研究成果產品化，並能

		提升中醫藥研究量能。
第十九條		
	成本	效益
政府部門	(1)衛生福利部國家中醫藥研究所進行基金管理模式(收入保管、用途使用等)建立,以及訂立《中醫藥發展基金收支保管及運用辦法》時,需花費相關時間、人力與財務成本。	(1) 建立基金法源,可能改善研究經費不足問題,並提升衛生福利部國家中醫藥研究所研究量能。 (2) 促使衛生福利部國家中醫藥研究所中醫藥產學合作經費得以充分運用。
產業界	(1) 若衛生福利部國家中醫藥研究所透過中醫藥發展基金進行相關研究補助或委託,各界可能需花費時間與人力成本進行申請。	(1) 中醫藥相關研究與人才培訓可能得到支持並減輕負擔。
學術界		
第二十條		
	成本	效益
政府部門	(1) 依據前述研究建議,政府在本條可能會建立或委託建立國際傳統醫藥交流平台,並持續推動國際中醫藥期刊,需花費相關時間、人力與財務成本。 (2) 依據前述研究建議,本條可能會辦理國際傳統醫學研討會、臺灣中醫藥各界人才出國政策、吸引國際人才來台學習政策等,需花費相關時間、人力與財務成本。 (3) 吸引國際人才來台學習政策可能需要制定或變更相關法規,需花費相關時間、人力與財務成本。	目前已有部分促進國際交流計畫提出做法與效益,爰以下內容彙整相關計畫成果作為佐證 [132.160.161.172]: (1) 建立交流平台可以擴展臺灣與各國實質合作與交流,並建立臺灣中醫藥在國際上地位與影響力。 (2) 平台內容可以作為政府政策制定之依據。 (3) 推動國際中醫藥期刊、辦理國際研討會與學術成果發表,可以增加國際對臺灣中醫藥發展的認識與信心,促進臺灣與其他傳統醫事人員之交流,提升中醫醫療合作與交流機會,並可以鞏固臺灣在中醫藥教育、學術研究、醫療衛生之國際地位。 (4) 鼓勵臺灣中醫藥各界人才出國可以促進中醫藥在各國的應用,並可增加臺灣中醫藥在國際的曝光與知名度。

產業界	(1) 了解平台之使用、進行相關政策計畫申請、參加相關培訓等，需花費相關時間、人力成本。	(1) 依據先前會議的諮詢，有產業界人士認為條文可以提升中醫藥之國際交流。 目前已有部分促進國際交流計畫提出做法與效益，爰以下內容彙整相關計畫成果作為佐證[132]：
學術界		(2) 推動國際中醫藥期刊，可提升研究論文品質，有助於研究交流與國際化。 (3) 辦理國際研討會與學術成果發表可使臺灣各界單位與國際單位取得聯繫，促進交流等。
第二十一條		
	成本	效益
政府部門	(1) 依據前述研究建議，政府在本條可能會建立或委託建立中醫藥教學資源整合平台，需花費相關時間、人力與財務成本。 (2) 政府在溝通、制定、變更、執行中醫醫事人力規劃政策與鼓勵大學校院開設相關專業課程時，需花費相關時間、人力與財務成本。	(1) 政府可依平台內容制定政策與人力規劃。 (2) 條文可促進中西醫合作，進一步完善國民醫療照護品質。
產業界	(1) 協助政府建立平台與了解平台之使用時，需花費相關時間、人力成本。	(1) 系統性中醫醫事人力規劃可能改善現有中醫師人力過多、中醫師臨床教育資源不足等問題，提升相關人力專業與就業環境，可進一步改善國民中醫就醫環境。 (2) 平台之教學資源與人力資源彙整可以協助各界減少取得資訊之各項成本。
學術界	(1) 協助政府建立平台與了解平台之使用時，需花費相關時間、人力成本。 (2) 若需開設中醫藥相關專業課程則需花費聘任教師、課程規劃與溝通之相關時間、人力成本。	(3) 開設中醫藥相關專業課程可能會增加中醫藥專業人才之就業機會與薪資。 (4) 依據先前會議的諮詢，有產業界人士認為條文可以使中西醫聯繫增加，並奠定互信基礎，且認為規劃中醫醫事人力可以奠定中醫醫療永續發展之基礎。

第二十二條		
	成本	效益
政府部門	<p>(1) 政府在溝通、制定、變更、執行中醫藥科技研究人才政策，與辦理或輔導相關單位舉辦專業課程時，需花費相關時間、人力與財務成本。</p> <p>(2) 若需制定或變更法規環境促進海外人才來台與促進國內人才就業，或禮聘專家來台，需花費相關時間、人力與財務成本。</p> <p>(3) 若需設立專門機關吸引海外人才，則需進行評估，並花費營運相關時間、人力與財務成本。</p>	<p>目前已有部分中醫藥科技研究人才與臨床試驗人才培育計畫提出做法與效益，爰以下內容彙整相關計畫成果作為佐證[129.134.173]：</p> <p>(1) 可以促進臺灣中醫藥研究在國際能見度。</p> <p>(2) 可以加速促進中醫現代化、中藥科學，並與國際化研究接軌。</p> <p>(3) 可以增加中醫藥研究成果之經濟效益。</p> <p>(4) 可以促進中藥發展並提升國民健康。</p>
產業界	<p>(1) 參與相關培訓課程、協助辦理相關課程、鼓勵員工進行在職訓練等，需花費相關時間、人力與財務成本。</p>	<p>(1) 可能因為培訓課程之職缺或教育，增加相關專業人員之收入與就業機會。</p> <p>(2) 依據先前會議的諮詢，有產業界人士認為條文可以促進中醫藥科技研究人才培育。</p> <p>目前已有部分中醫藥科技研究人才與臨床試驗人才培育計畫提出做法與效益，爰以下內容彙整相關計畫成果作為佐證[129.134.174]：</p>
學術界		<p>(3) 提升參與中醫藥國際事務之能力。</p> <p>(4) 提升中醫藥專業知識能力與研究品質。</p> <p>(5) 可能提升論文投稿與研討會論文產出，增加國際研討會參加機會。</p> <p>(6) 科學化中醫藥之生理與病理學，強化中醫藥研究基礎，提高國民接受度。</p>

第二十三條		
	成本	效益
政府部門	(1) 政府辦理相關推廣教育課程、博覽會、義診，出版相關中醫藥書籍，修訂高級中等以下學校課程綱要，都需花費相關時間、人力與財務成本。	目前已有部分推廣教育計畫提出做法與效益，爰以下內容彙整相關計畫成果作為佐證[175.176.177.178]： (1) 改善民眾健康行為，提升民眾對中醫藥之認識，增加中藥用藥安全。 (2) 系統性培育中醫藥推廣教育人力，提升中醫藥教育專業性，並使相關用藥安全推廣經驗得以傳承。
產業界	(1) 協助政府舉辦相關推廣教育課程、博覽會、義診，出版相關中醫藥書籍，修訂高級中等以下學校課程綱要，都需花費相關時間、人力與財務成本。 (2) 若要發展博物館、觀光工廠，則需花費相關規劃、管理之時間、人力與財務成本。	(1) 提升民眾產業界和學術界的信心，可能帶來觀光效益與經濟效益。 (2) 可能各種推廣活動、課程、博物館、觀光工廠等增加相關專家人員之收入與就業機會。
學術界		

十、獎勵或補助條文建議報告

(一) 獎勵或補助辦法立法模式

1. 建議立法模式一：可以參考《罕見疾病防治及藥物法》方式逐條授權，如：該法第十條授權之《罕見疾病防治工作獎勵及補助辦法》在從事疾病防治工作時補助相關人力培育、研究及設備所需經費，第十三條授權之《罕見疾病國際醫療合作補助辦法》提供補助至國外進行國際醫療合作，第二十五條授權之《罕見疾病藥物供應製造及研究發展獎勵辦法》提供獎勵給罕見疾病藥物或特殊營養食品之供應、製造及研究發展，第三十三條授權之《罕見疾病醫療照護費用補助辦法》提供補助給罕見疾病預防、篩檢、研究之相關經費及特殊營養食品、居家醫療照護器材費用。
2. 建議立法模式二：可以參考《文化創意產業發展法》第十二條授權之《文化部協助獎勵或補助文化創意事業辦法》與《經濟部協助獎勵或補助文化創意事業辦法》、《客家基本法》第十六

條授權之《客家知識體系發展獎勵補助辦法》、《文化資產保存法》第九十八條授權之《文化資產獎勵補助辦法》、《水下文化資產保存法》第四十二條授權之《水下文化資產獎勵補助辦法》等，以單一條文授權各種獎勵或補助事項，且該母法條文需具有得獎勵或補助事項，以及授權主管機關或特定部會擬定辦法之內容。

(二) 單一條文授權之獎勵或補助辦法架構比較

鑒於第二版《中醫藥發展法》草案以類似《文化創意產業發展法》第十二條之體例立法，爰以下彙整以單一條文授權之獎勵或補助辦法內容進行架構比較，以利後續辦法訂定，詳見下表二十四。

表二十三、單一條文授權之獎勵或補助辦法架構比較

	文化部協助獎勵或補助文化創意事業辦法	經濟部協助獎勵或補助文化創意事業辦法	客家知識體系發展獎勵補助辦法	水下文化資產獎勵補助辦法	文化資產獎勵補助辦法
第一條	法源依據	法源依據	法源依據	法源依據	法源依據
第二條	申請資格	申請案處理得委辦	申請資格	得獎勵事項	申請資格
第三條	得協助、獎勵或補助事項	得補助事項	得獎勵事項	申請資格	獎勵方式
第四條	協助方式	補助申請資格	獎勵方式	申請資格	補助方式
第五條	獎勵方式	補助申請資格	每年訂定獎勵計畫	審議會審查推薦案	補助之受益人義務
第六條	補助方式	補助申請資格	客家學術發展委員會設立	獎勵方式	申請資格
第七條	申請檢附文件	得補助項目	委員會審議後核定	申請方式	不適用範圍
第八條	申請檢附計畫書內容	補助比率	補助額度	審議會審查申請案	施行日
第九條	審查基準	申請檢附計畫書內容	補助契約內容	補助方式	
第十條	不予核准或撤銷情形	申請檢附計畫書檢附期限	績效檢核與受獎勵者義務	得補助事項	
第十一條	研究成果歸屬	審查基準	施行日	申請計畫書審查	
第十二條	施行日	審查期限		申請計畫執行與變更	
第十三條		補助契約內容		施行日	
第十四條		受補助人義務			

	文化部協助獎勵 或補助文化創意 事業辦法	經濟部協助獎勵 或補助文化創意 事業辦法	客家知識體系發 展獎勵補助辦法	水下文化資產獎 勵補助辦法	文化資產獎勵補 助辦法
第十五條		補助撤銷情形			
第十六條		成效綜合評估			
第十七條		申請人聲明事項			
第十八條		計畫成果歸屬			
第十九條		受補助案件公開 資訊			
第二十條		得獎勵事項與 方式			
第二十一條		獎勵申請資格			
第二十二條		服務窗口建立			
第二十三條		成效評估及考核 評估			
第二十四條		經費來源			
第二十五條		施行日			

(三) 總結

1. 因具有基本法性質之法律多以單一條文授權獎勵或補助辦法，爰建議中醫藥發展法採相同方式，而母法條文應包含得獎勵或補助事項，以及辦法授權條文。
2. 建議以單一子法方式訂立《中醫藥發展獎勵補助辦法》，內容建議包含法源依據、得獎勵或補助事項、獎勵方式、補助方式、申請資格、每年訂定獎勵計畫、申請檢附計畫書內容、委員會審議、受補助人義務、成效評估及考核評估、審查基準、不予核准或撤銷情形等。

(四) 建議《中醫藥發展法》可參考的條文

1. 《罕見疾病防治及藥物法》

- (1) 第十條：中央主管機關應獎勵各級醫療機構、研究機構及罕見疾病相關團體從事罕見疾病防治工作，補助相關人力培育、研究及設備所需經費。

前項獎勵及補助之項目、範圍、金額，由中央主管機關定之；直轄市、縣（市）主管機關並得準用之。

- (2) 第十三條：罕見疾病病人或其法定代理人得備具申請書、第十條規定之醫療或研究機構出具之證明書、診療計畫書及

相關證明文件，向中央主管機關提出申請，經審議會審議通過後，中央主管機關得提供補助至國外進行國際醫療合作。

前項醫療合作為代行檢驗項目者，得由第十條規定之醫療或研究機構申請補助。

前二項補助之申請程序、應備之書證資料及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。

- (3) 第二十五條：主管機關得獎勵罕見疾病藥物或維持生命所需之特殊營養食品之供應、製造及研究發展；其獎勵對象、方式或被獎勵者應遵循事項之辦法，由主管機關定之。
- (4) 第三十三條：中央主管機關應編列預算，補助罕見疾病預防、篩檢、研究之相關經費及依全民健康保險法未能給付之罕見疾病診斷、治療、藥物、支持性與緩和性照護及維持生命所需之特殊營養食品、居家醫療照護器材費用。其補助方式、內容及其他相關事項之辦法，由中央主管機關定之。

前項補助經費，得由菸品健康福利捐之分配收入支應或接受機構、團體之捐助。

- (5) 《文化創意發展法》第十二條

主管機關及中央目的事業主管機關得就下列事項，對文化創意事業給予適當之協助、獎勵或補助：

- a. 法人化及相關稅籍登記。
- b. 產品或服務之創作或研究發展。
- c. 創業育成。
- d. 健全經紀人制度。
- e. 無形資產流通運用。
- f. 提升經營管理能力。
- g. 運用資訊科技。
- h. 培訓專業人才及招攬國際人才。
- i. 促進投資招商。
- j. 事業互助合作。
- k. 市場拓展。
- l. 國際合作及交流。
- m. 參與國內外競賽。
- n. 產業群聚。

- o. 運用公有不動產。
- p. 蒐集產業及市場資訊。
- q. 推廣宣導優良文化創意產品或服務。
- r. 智慧財產權保護及運用。
- s. 協助活化文化創意事業產品及服務。
- t. 其他促進文化創意產業發展之事項。

前項協助、獎勵或補助之對象、條件、適用範圍、申請程序、審查基準、撤銷、廢止補助及其他相關事項之辦法，由中央目的事業主管機關定之。

(6) 《文化資產保存法》第九十八條

有下列情形之一者，主管機關得給予獎勵或補助：

- a. 捐獻私有古蹟、歷史建築、紀念建築、考古遺址或其所定著之土地、自然地景、自然紀念物予政府。
- b. 捐獻私有國寶、重要古物予政府。
- c. 發見第三十三條之建造物、第五十七條之疑似考古遺址、第七十六條之具古物價值之無主物或第八十八條第一項之具自然地景價值之區域或自然紀念物，並即通報主管機關處理。
- d. 維護或傳習文化資產具有績效。
- e. 對闡揚文化資產保存有顯著貢獻。
- f. 主動將私有古物申請指定，並經中央主管機關依第六十八條規定審查指定為國寶、重要古物。

前項獎勵或補助辦法，由文化部、農委會分別定之。

(7) 《客家基本法》第十六條

政府應積極獎勵客家學術與在地知識研究，鼓勵大專校院設立客家學術相關院、系、所與學位學程，發展及厚植客家知識體系。

前項獎勵額度、標準及方式之辦法，由客家委員會定之。

(8) 《水下文化資產保存法》第四十二條

對於水下文化資產保存、修復、保護、管理、人才培育及教育宣導工作有貢獻，或經核准進行各類水下文化資產活動著有績效者，主管機關得給予獎勵或補助。

前項獎勵或補助之範圍、方法、內容、基準及其他相關事項之辦法。

十一、財團法人與基金可行性分析與設立建議

(一) 法律面向可行性

1. 財團法人：衛生福利部捐助 10 家財團法人之中只有 3 家是透過特別法設立，國家衛生研究院透過設置條例設置，《財團法人國家衛生研究院設置條例》訂立設置目的、經費來源與董事會組織規範；器官捐贈登錄移植中心、藥害救濟基金會則分別透過《人體器官移植條例》與《藥害救濟》提出成立財團法人之可能性，並提出該財團法人得辦理事項，賦予財團法人設立與業務之法律正當性。因此，若欲建立中醫藥發展相關財團法人，建議於《中醫藥發展法》草案訂立相關條文，該條文建議包含成立專責機構、政府委託事務之可能性，以及得委託業務或該機構之執行業務，另外，如有需要建議於條文中授權子法定立可能性，以及建議規畫該財團法人之捐助章程架構。
2. 基金：目前衛生福利部基金多數透過特別法形式建立基金設立法源，如：醫療發展基金依據《醫療法》、家庭暴力及性侵害防治基金依據《家庭暴力及性侵害防治法》、全民健康保險紓困基金依據《全民健康保險法》、藥害救濟基金依據《藥害救濟法》、預防接種受害救濟基金依據《傳染病防治法》、菸害防制及衛生保健基金依據《菸害防制法》、食品安全保護基金依據《食品安全衛生管理法》、疫苗基金依據《傳染病防治法》、生產事故救濟基金依據《生產事故救濟條例》、長照服務發展基金依據《長期照顧服務法》、國民年金保險基金依據《國民年金法》等。另外，許多發展基金也是依據特別法定立成立依據，如：離島建設基金依據《離島建設條例》第十六條第一項、國土永續發展基金依據《國土計畫法》第四十四條第一項、能源研究發展基金依據《能源管理法》第五條第一項、再生能源發展基金依據《再生能源發展條例》第七條第一項、行政院國家科學技術發展基金依據《科學技術基本法》第十二條第一項、行政院國家發展基金依據《產業創新條例》第二十九條、原住民族綜合發展基金依據《原住民

族委員會組織條例》第十六條之一與《原住民族基本法》第十八條等。因此，若欲建立中醫藥發展相關基金，建議於《中醫藥發展法》草案訂立相關條文，該條文建議包含設立目的、基金來源，以及授權行政院訂立收支保管及運用辦法之條文。但因目前共有 11 個基金納入衛生福利特別收入基金之中，且《衛生福利特別收入基金收支保管及運用辦法》納入 11 個基金之經費來源，也使部分特定基金之收支保管及運用辦法廢止，如：2017 年廢止《社會福利基金收支保管及運用辦法》、2013 年廢止《全民健康保險紓困基金收支保管及運用辦法》、2011 年廢止《藥害救濟基金收支保管及運用辦法》、2008 年廢止《預防接種受害救濟基金收支保管及運用辦法》，因此，中醫藥發展相關基金可能不須獨立建立收支保管及運用辦法，需進行《衛生福利特別收入基金收支保管及運用辦法》修法之架構規劃。

(二) 財務面向可行性

1. 財團法人：依據《財團法人法》政府捐助財團法人政府捐助金額應超過 50%，目前衛生福利部捐助 10 家財團法人創立基金政府捐助占比從 76%~100%，且多數為 100%。因各財團法人營運規模差異大，因此，選擇 2017 年前四大財團法人進行詳細財務比較，從以下表二十五可得知創立捐助金額差異大，且並非會每年固定捐助金額給予財團法人，另外，從經費來源來看基本上為利息、捐贈、政府補助或招標計畫、政府委託計畫、自籌經費。在經費收支部分，從 2016 年收入支出金額來看除國家衛生研究院以外，都收入都多於支出，若以收入扣除政府捐助與委辦金額來看，剩餘利息、捐贈、自籌經費差異大，可能是受各財團法人業務影響，並可見上述收入來源之必要性。在人事方面，各財團法人都遵守《政府捐助之財團法人從業人員薪資處理原則》辦理，因此，建議中醫藥發展財團法人之人事薪資應遵照上述原則辦理，並參考現有財團法人進行董事長、執行長、其他專業從業人員（特聘研究員、資深正研究員、資深研究員、正研究員、研究員、副研究員、助研究員、醫事人員...）等人員職稱規劃與薪資劃分，但也可從下表中得知各財團法人人事費占比

差異大，該情形應與業務內容有關，像占比最高的醫藥品查驗中心依據《藥事法施行細則》第二十二之一條協助中央衛生主管機關執行醫藥品查驗登記技術性資料審查作業，其結果會做為藥證核發之依據，需延聘大量具有醫學、藥學、化學、生物、統計、醫才、法律、藥物經濟等專業訓練背景之專業人力，相對設備及研究耗材等費用支出較少。

因此，建議假設中醫藥發展財團法人之政府創立捐助金額為 1 億元，且占捐助比率 100%，經費來源包含利息、捐贈、政府補助或招標計畫、政府委託計畫、自籌經費等討論以下文提可能性與發展方向：

- (1) 政府創立捐助金額為 1 億元，且占比 100%對現行財務衝擊與可能性，並且該金額是否能使財團法人初期營運順利？
- (2) 政府是否可每年或適時撥款捐助？
- (3) 除利息以外，捐贈、政府補助或招標計畫、政府委託計畫之可能性、可能金額、可能發生頻率為何？
- (4) 自籌經費相關業務之收費可能性、可能金額、可能發生頻率為何？
- (5) 人事職稱與薪資層級為何？
- (6) 業務方向與人事、設備與耗材等支出之關係，以及合理性？

表二十四、五家衛生福利部捐助財團法人設立規模比較[179]

	國家衛生 研究院	醫藥品查驗 中心	醫院評鑑暨醫 療品質策進會	病理發展 基金會
2017 年人數規模	819 人	291 人	146 人	72 人
創立基金金額	100,000 千元	10,000 千元	13,000 千元	15,000 千元
創立基金中政府捐助 基金比率	100%	100%	76.93%	100%
2017 年政府累計捐助 基金比率	100%	100%	81.6%	100%
2017 年政府委辦金額 佔當年收入比率	28.8%	65.6%	44.8%	0%
2017 年政府捐助金額 佔當年收入比率	65.7%	15.4%	54.7%	4.9%
2017 年用人費佔當年 支出比率	26.1%	43.7%	80.2%%	52.3%
經費來源	利息；政府補助計畫；捐贈；受託研究及提供服務之收入。	利息；政府委辦計畫。	政府招標計畫；政府補助計畫；捐贈；出版品；自籌經費。	利息；非健保檢驗收入；健保檢驗收入；租金。
2016 年收入（千元， 千位數後三位省略）	3,364,472	387,050	224,815	330,546
2016 年支出（千元， 千位數後三位省略）	3,469,566	335,495	213,814	277,660
2016 年收入扣除政府 補助額後收入（包含 業務內與業務外，千 元，千位數後三位省 略）	324,365	1,331	39,023	315,786

2. 基金：衛生福利部管理基金多於特別法中提出基金來源，以衛生福利特別收入基金來看，各項基金來源主要包含政府撥款、捐贈、利息與其他收入，其餘較為特別的像藥害救濟基金有業者徵收金、代位求償金；疫苗基金、社會福利基金、長照服務發展基金有公益彩卷回饋金或菸品健康福利捐；食品安全保護基金有違反《食品安全衛生管理》之罰金、沒收

或抵償現金等，因此，建議中醫藥發展基金以政府撥款、捐贈、利息與其他收入作為收入來源，若欲有徵收金、回饋金、福利捐、罰金等來源，需進一步討論。因特種預算基金未有獨立管理法規，2018 年 04 月立法院財政委員會針對《中央政府特種基金管理條例》草案進行審議時，主計長朱澤民曾表示希望各部會不要再增設基金，也希望立法院配合，不要再讓特種基金成立[180]，衛生福利部也於會中提出部內五大基金因攸關國民健康權益且依據專法辦理，無法裁併。因此，以上因素皆會影響中醫藥發展基金之成立，如若需成立，建議評估以下問題：

- (1) 中醫藥發展基金獨立成立可能性？或是納入衛生福利特別收入基金可能性？
- (2) 納入衛生福利特別收入基金是否會排擠其他基金收入？
- (3) 納入基金後實施計畫之可能方向與金額？
- (4) 若需特別收入來源，需考量徵收金之可能性，《藥事法》等法律罰金使用可能性，回饋金或福利捐使用合理性等。

(三) 業務面向可行性

因業務主要為分析中醫藥發展現況與需求，並須分析國家中醫藥研究所的業務衝突性，因此，此段落不依據財團法人以及基金區分，建議業務如下：

1. 為協助中醫藥發展，建議業務包含中醫藥政策與中長程發展計畫研擬，此部分需包含法制、經濟、貿易、產業、人力、醫療等現況分析、專業研究、國際交流等，建議整合經濟部、科技部、臺灣經濟研究院生物科技產業研究中心等研究能量與經驗。
2. 2013~2018 年國家中醫藥研究所單位預算評估報告提出，研究方向偏重於中藥及化學，中醫臨床甚為缺乏[181]，因此，建議業務仍包含中醫研究面向，另外，中醫多元照護與中醫特色照護模式之臨床研究也應進行研究。
3. 目前國家中醫藥研究所對中藥研究方向主要為活性研究、機轉研究、臨床實證研究、交互作用研究、臺灣中藥典分析方法開發，相比起來中藥成分純化與分離、中藥製劑、中藥製造、臺灣中藥典以外的中藥鑑別與分析方法開發等較少著

墨，建議中藥研究也應納入業務之中，並整合財團法人生物技術開發中心、財團法人醫藥工業技術發展中心等研發方向與經驗。

4. 目前中藥新藥研究面臨企業經費不足、研發能力不足、缺乏整體政策等因素[81.127.146]，因此，建議納入中藥新藥研究，與企業中藥新藥研發協助等事項。
5. 藥品上市查驗登記為重要的行政許可程序，在西藥與醫療器材方面，食品藥物管理署進行查驗登記收件，技術性資料則委託醫藥品查驗中心審查，最後相關科技建議交由食品藥物管理署發證或駁回；在中藥方面，中醫藥司進行收件、行政資料與技術性資料，食品藥物管理署研檢組進行樣品檢驗，最後交由中醫藥司發證或駁回。藥品查驗登記中心提供諮詢輔導業務給予公司進行新藥審查，也提供專業技術審查與技術指引意見，提升藥品查驗登記品質[182]，而中藥尚缺如同藥品查驗登記審查中心之專業審查機制與人員培訓，建議業務需有查驗登記事項。
6. 在中醫師人力方面，目前面臨中醫師人力過剩與醫療分配不均[183]、中醫臨床訓練未進行妥善規劃等問題[184.185]，因此，建議納入中醫人力資源與品質管理等事項。

(四) 監督面向可行性

1. 財團法人：財務審計方面，依據《財團法人法》第九條、第十九條、第二十條、第二十一條、第二十二條、第二十五條、第五十五條進行財務運用與預決算報告，第十條、第十一條、第二十五條、第二十七條進行洗錢防制事宜。權責與內部管理方面，依據《財團法人法》第二十四條、第二十五條、第六十一條建立人事、會計、內控等制度；第二十五條、第五十五條建立工作計畫與報告；第三十四條、第四十條、第四十三條、第四十五條、第四十七條、第四十八條、第四十九條、第五十九條建立政府捐助財團法人董監事組織，以及董監事決議；第二十五條、第二十六條、第五十六條進行資訊公開事宜；第三十一條至第三十八條進行財團法人合併與解散。
2. 基金：目前特種基金尚未有完善監督法律，現存問題如下：

許多基金成立法源不足；對績效不彰基金，未有相關退場機制；訊息接露不足；盈餘剩餘分配與短處虧損補足各基金處理方式不一等問題[186]。另外，基金也因未建立策略性預算制度，造成基金無法對施政方向進行中長期規劃[187]，且可能因事權分散，基金無法跨部會整合支援，缺乏統籌調度制度等缺點[187.188]。

(五) 《韓醫藥發展法》之韓醫藥振興院介紹

韓國韓藥振興財團前身為韓國韓方產業振興院(2006 年成立，原名為大邱慶北韓方產業振興院 대구경북한방산업진흥원，後於 2011 年改為韓國韓方產業振興院 한국한방산업진흥원) 與 羅南道韓方振興院 (전라남도한방산업진흥원) 其中，大邱慶北韓方產業振興院在 2006 年 7 月依據《民法(민법)》第三十二條以及《關於衛生福利部設置與監督非營利公司之規定 (보건복지부소관비영리법인의설립및 감독에관한규칙)》第四條建立，之後，大邱慶北韓方產業振興院依據《韓醫藥育成法》第十三條與羅南道韓方振興院合併與 2015 年成立韓藥振興財團韓藥振興財團(한약진흥재단；National Development Institute of Korean Medicine)，韓藥振興財團隸屬於保健衛生福祉部(보건복지부 장관)，100%由中央政府出資，董事會與人事也由政府任命，而韓藥振興財團並未規劃韓醫藥發展綜合計畫，該計畫由隸屬於未來創造科學部(미래창조과학부)國家科學技術研究會(국가과학기술연구회)的韓醫研究院(한국한의학연구원；Korea Institute of Oriental Medicine)規劃，因此，兩者並未完全釐清業務內容，像兩者都有進行政策研究與韓醫藥研究，但就整體而言，韓藥振興財團偏向韓藥與產業，韓醫研究院偏向韓醫。但在 2018 年 11 月經過修法將韓藥振興財團更名為韓醫藥振興院(한국한의학진흥원)，成為保健衛生福祉部底下唯一公務機構，此次修法意義如右：將範圍從韓藥擴大至韓醫藥；行政機關建置告一段落，且使國家財政與行政支援更為完善；鑑於先前韓醫藥綜合發展計畫多為委託案件，韓醫藥振興院成立後可專門執行韓醫藥發展事項並作為統籌中心[189.190.191]。

韓藥振興財團成立之前有針對「韓國韓方產業振興院轉變為韓藥振興財團」進行效益評估，該評估分為兩大部分，第一部分為中央與地方經費分擔比例之探討，第二部分為韓藥振興財團成立後產業關聯分析。第一部份為彙整韓方產業振興院產值為 258 億韓元，若改為韓藥振興財團每年營運可節省 20 億韓元，並透過淨現值分析(Net Present Value Analysis)、益本比分析(Benefit- Cost Ratio Analysis)、內部報酬率分析 (Internal Rate of Return Analysis)分析中央與地方不同比例分擔 60 億韓元保健福祉項目時的經濟效益，當中央與地方 5:5 負擔時，經濟價值不高，但若 10:0 或 8:2 都具有經濟價值。第二部分之產業關聯分析法為透過生產原料取得和生產產品提供的架構，顯示出經濟體系內產業間相互關係與經濟活動的縮影[192]，最後結果顯示出投入 180 億韓元，可在首爾、江原、忠清、全羅、大邱慶北、慶南區創造生產達 444 億韓元，附加價值達 134 億韓元，就業達 476 名[193]。

(六) 結論

1. 基於以下因素建議設立財團法人：

- (1) 基金監督管理尚未完善，且主計長朱澤民曾表示希望各部會不要再增設基金，另外，今年度第一次專家會議有多位專家認為醫院評鑑暨醫療品質策進會、國家衛生研究院、醫藥工業技術發展中心等財團法人都對醫藥事務與發展產生實質助益，爰認為與基金相比，財團法人為較適當的方式。
- (2) 衛生福利部中醫藥司人力與預算有限，恐難以負擔中醫藥發展計畫之龐大工作，且在不同計畫與考察報告中提出不同單位的必要性，如：中醫藥生技發展中心協助中醫藥研究運用與研發[194]；吸引海外人才之專門機構等[163]，且韓國《韓醫藥發展法》也於 2015 年將各相關單位整合以財團法人性質設立韓藥振興財團，因此，建議臺灣《中醫藥發展法》參考韓國經驗設立專職之中醫藥發展財團法人。

2. 建議參考《客家基本法》第十七條於《中醫藥發展法》草案中訂立財團法人設立之條文，並參考《財團法人客家公共傳

播基金會設置條例》訂立後續設置條例和捐助章程。

3. 中醫藥發展財團法人業務內容建議：

- (1) 建議業務內容與國家中醫藥研究所區分，並以整合、創新、諮詢與輔導、掌握最新脈動等面向進行業務設計。
- (2) 建議分為中醫藥政策研究組、中藥產業研究組、中醫醫療研究組、中醫藥專業培育組、中藥品質檢驗中心，進行各項議題之政策研究、資源整合、產業輔導、國際交流、人員訓練等事務。

十二、韓國韓醫藥發展綜合計畫成果分析

(一) 韓國韓醫藥發展綜合計畫擬定流程與執行方式

1. 計畫籌備過程：第二期綜合發展計畫籌備過程 2010.5~2010.11 各單位擬訂計畫，2010.5/2010.7 分別進行相關會議，並在 2010.5~2010.12 召開五次協調會議，2011.1~2011.2 進行部會間協商，2011.2 任命韓醫藥發展審議會。第三期綜合發展計畫籌備過程為 2015.4 進行韓醫藥發展審議會籌組，約 50 個人組成，2015.08~2015.10 向各部門諮詢計畫內容，2015.12 開公聽會，2016.01 給審議會進行審查，2016.05 開始施行計畫。
2. 計畫各部分領域制定機構：韓醫由韓國健康與社會研究院制定(한국보건사회연구원；Korea Institute for Health and Social Affairs)、韓藥和韓醫藥研究院由韓醫學研究院制定(한국한의학연구원；Korea Institute of Oriental Medicine)、韓藥產業由大邱慶北韓醫藥工業研究院制定(대구.경북한방산업진흥원；Daegu Gyeongbuk Institute for Oriental Medicine)
3. 由保健福祉部統籌後，通知各相關部會進行執行，包含食品醫藥安全廳、農林水產食品部、科學技術部、知識經濟部、農村發展管理局等。

(二) 各次韓醫藥發展綜合計畫之經費與內容大綱

《韓醫藥發展法》自 2003 年發布後依據該法第六條共執行三次韓醫藥發展綜合計畫，三次韓醫藥發展綜合計畫之經費與內容比較詳見下表二十六。

表二十五、三次韓醫藥發展綜合計畫之經費與內容比較

	第一次韓醫藥發展 綜合計畫 (2006 年-2010 年)	第二次韓醫藥發展 綜合計畫 (2011 年-2015 年)	第三次韓醫藥發展 綜合計畫 (2016 年-2020 年)
經費	3968 億韓元 (原本經費為 7315 億韓元， 實際使用 54.2%，約 108.4 億台幣)	1 兆 99 億韓元 (約 276 億台幣)	1 兆 7400 億韓元 (約 475.5 億台幣)
主要 方向	韓方整體基礎建設及研究	開發產品及 產學合作	開發新藥及 推廣海外市場
核心 內容	1. 韓方醫療先進化 2. 強化韓藥管理 3. 韓醫藥產業化 4. 韓方 R&D 革新	1. 韓方醫療服務先進化 2. 強化韓藥材品質管理 3. 確保韓醫藥研究核心技 術 4. 韓醫藥產業發展加速化 及全球化	1. 強化證據醫學及提高信 任度 2. 提高韓醫藥的可近性 3. 進行韓醫藥產業育成 4. 強化基礎研究及加強國 際競爭力

(三) 第一次韓醫藥發展綜合計畫主要成果[195]

1. 投資金額分析

韓醫藥發展綜合計畫除保健福祉部以外，教育科學技術部、知識經濟部、食品醫藥品安全處皆有投入資金以協助韓醫藥產業、研究、醫療服務與韓藥材管理之中，第一次韓醫藥發展綜合計畫投資金額分析詳見下表二十六。

表二十六、第一次韓醫藥發展綜合計畫投資金額分析

各單位投資金額			各領域投資金額		
單位	占比	金額	單位	占比	金額
教育科學技術部	44.5%	1767 億	韓醫藥研究開發	63.2%	2506 億
保健福祉部	40.4%	1601 億	韓醫藥產業	19.8%	785 億
知識經濟部	8.1%	321 億元	韓醫藥醫療服務	16.9%	669 億元
食品醫藥品安全處	7.0%	278 億	韓藥材管理	0.2%	6 億

2. 多個韓醫藥基礎設施建立

- (1) 2006 年在地方醫學中心設立韓醫學科(順天、清洲、釜山)。
- (2) 2008 年設立國立釜山大學韓醫學系(부산대학교 한의학전문대학원；Pusan National University School of Korean Medicine；每年招生 50 人)。
- (3) 2010 年設立國立釜山韓醫學醫院(부산대 한방병원)，引

入 PBL 和 OSCE 加強培育韓醫藥人員，並促進韓醫藥科學化、標準化、全球化，設有內科、婦科、兒科、針灸、復健科(한방재활의학과)、精神科(한방신경정신과)、四象體質科(사상체질)，和 3 個醫療中心內傷中心(영하면서 내상센터)、中風腦疾病中心。(중풍뇌질환센터)、脊椎關節中心(척추관절센터)[196]。

(4) 2010 年設立最早的韓醫學臨床試驗中心，國立釜山大學韓醫學臨床試驗中心。

(5) 2010 年設立優良韓藥流通支援中心，如安東市、平昌市、濟川市等。

(6) 5-10 中長期投資至各種韓醫學研究中心，如：針灸經絡整合研究中心(침구경락과학 연구센터)、癌症預防研究中心(암예방소재개발연구센터)、心血管疾病天然藥物研究中心(심혈관계질환천연물개발연구센터)。

3. 增加地方韓藥發展項目的支援，如：慶南三清郡共 1375 億韓元，中央 645 億韓元，地方 730 億韓元；忠北堤川市共 1266 億韓元，中央 507 億韓元，地方 609 億韓元，民間 150 億韓元；大邱慶北共 608 億韓元，中央 294 億韓元，地方 257 億韓元，民間 578 億韓元。以慶南為例，就有進行建立中藥生產基地、中藥種植產銷與旅遊體驗、中藥種植產品高附加價值研究等項目，建立三清草藥研究所、韓藥產業支援中心、韓醫藥養老綜合大樓、韓藥農場、韓藥醫院與護理設施等，並舉辦三清草藥節，自 2007 年以來每年吸引超過 100 萬遊客。以忠北為例，促進韓藥種植、韓藥加工、韓藥批發和零售、韓藥市場、製藥公司、大學、世明大學韓醫學院、研究中心、市政府等產業與公司形成韓醫藥聚落。

4. 奠定韓醫醫療服務基礎

(1) 2009 年將韓醫藥納入健康保險之中。

(2) 2010 年韓醫學醫院和一般醫院可同時雇用相同醫護人員，增加醫護人員可近性。

(3) 2010 年改善 65 歲以上老人韓醫藥自費狀況。

(4) 2005 年至 2009 年韓醫生和韓醫學醫療機構數量都有增加，醫院增加 2%，診所增加 28%，韓醫師增加 29%，總

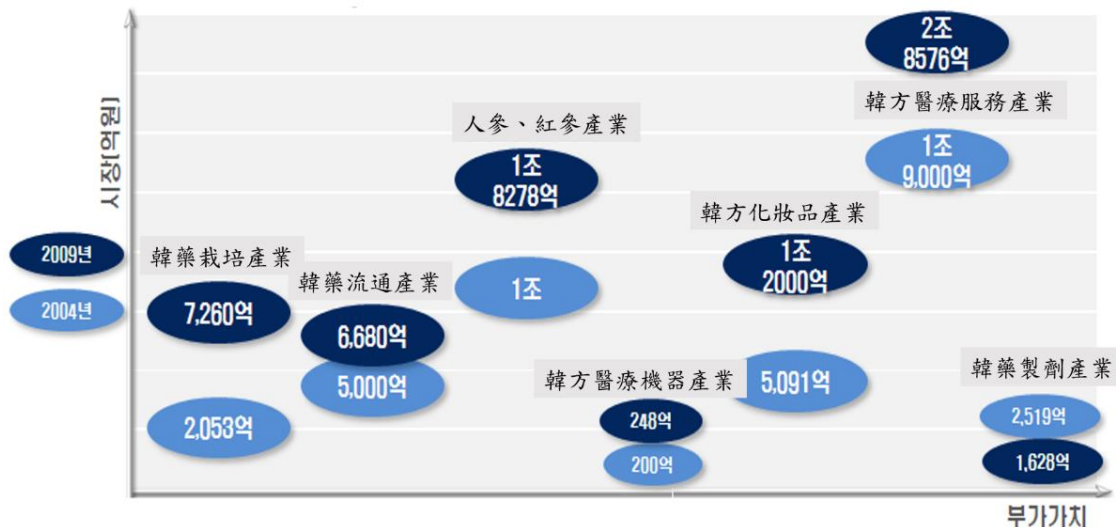
醫療費 59%。

5. 韓藥管理成果

- (1) 2007 年韓方醫療機構必須使用規格韓藥材。
- (2) 2009 年必須標示有毒韓藥。
- (3) 2009 年建立 ISO 傳統醫藥相關技術委員會。
- (4) 2009 年全面韓藥綜合管理，廢除自有規格，進行統一銷售流通、統一重金屬標準等。
- (5) 進口韓藥材嚴格檢查品項自 95 種增加到 546 種。
- (6) 韓藥製造工廠製造品項自 69 種擴大到 453 種。

6. 韓醫藥市場發展

韓國韓醫藥市場占全球傳統醫藥市場約 3.1%(約 240 兆韓元)，國內市場規模逐漸擴大，整體市場從 2004 年 4.4 兆韓元成長至 2009 年 7.4 兆韓元，增長約 65%，其中，成長最高的為韓藥種植產業，成長 253%，雖然種植農民下降但種植農地面積逐年增加，第二高的韓方化妝品產業，成長 135%，且國內韓藥化妝品不斷擴大，2005 年 2010 年共成長 54%。



圖三、第一次韓醫藥發展綜合計畫實施成果

7. 韓醫藥研發能力、產品創新和技轉成果

- (1) 2009 年核准 7 件新藥臨床試驗申請。
- (2) 韓醫學研究院成果：SCI (E)文章 2005 年到 2009 年增加 13.5%；2004 年專利申請僅 10 件，計畫施行後從 2005 年至 2009 年每年專利註冊量平均為 20 件，2009 年專利申

請量為 68 件，海外申請為 10 件，註冊為 22 件。

- (3) 知識經濟部的區域創新中心(지식경제부지역혁신센터)支持大邱韓醫大學韓醫學整合研究中心(대구한의대동서생명의학연구센터)、大田大學韓醫學研究中心(대전대한방생명자원연구센터)、世明大學韓醫學生物技術支援中心(세명대한방바이오임상지원센터)等三所韓醫學研究中心進行韓藥化妝品開發(如美白抗皺功能性化妝產品研發)、食品開發與技術轉移(如蜂膠柿餅)、中小企業技術指導、人力培訓、協助宣傳和廣告活動。
- (4) 自 2006 到 2010 年間保健福祉部共投資 428.6 億韓元，有 5 件商品化，30 件試製品，3 件技術轉移。

(四) 第二次韓醫藥發展綜合計畫主要成果[197]

1. 各面向預算金額為醫療服務方面 6472 億韓元，草藥管理方面 1662 億韓元，研發方面 3414 億韓元，產業化方面投資 3414 億韓元[198]。
2. 韓方醫療服務先進化(韓藥振興財團建立，面對國內高齡化狀況，及吸引海外需求)
 - (1) 將韓醫藥導入不孕症治療和慢性病管理系統，加強癌症和腦血管疾病治療臨床實踐，推廣不孕症治療指引等內容。
 - (2) 以保健福祉部和文化觀光部為中心舉辦國際醫療會議，持續經營海外市場。
 - (3) 2013 年舉辦東醫寶鑑出版 400 週年紀念活動和三清傳統世界傳統醫藥博覽會。
 - (4) 2014 年進行第二階段韓醫學專科醫院(對婦科、中風、脊椎進行高難度治療的醫院級醫療機構)和韓醫學醫院級醫療機構認證[199]。
 - (5) 開發針灸標準與特別疾病的診斷標準。
 - (6) 將韓醫藥保健衛生中心項目(한방건강증진 HUB 보건소사업)整併至社區綜合健康促進項目(지역사회 통합건강증진사업)中。(補充：2005 年即選擇 23 個醫療中心設立韓醫藥保健中心，投入 7100~9100 萬韓元做為基礎建設和營運的經費，為一般民眾開設專門韓藥飲

食課程、韓醫學課程、慢性病預防課程、中風預防課程、氣功課程[200.201]，2006 年增加至 30 個，2007 年為 35 個，2008 年為 45 個，2009 年為 55 個，2010 年為 65 個，2011 年為 70 個，2013 年為 84 個[202]，以 2011 年為例，該計畫項目費用為 28.27 億韓元，每個中心平均得到 4.349 萬韓元，但中央和地方政府須平均分擔費用[203]。社區綜合健康促進項目依據《國民健康促進法》第 5-3 條韓國健康增進開發院(한국건강증진개발원; Korea Health Promotion Institution)業務成立，並在 2013 年從國家主導改為地方政府主導業務[204]。)

(7) 2013 年、2014 年分別在 130 個公共衛生中心和 944 個韓醫徐診所實施韓醫藥健康促進計畫(한의학건강증진 프로그램운영)。

3. 強化韓藥材品質管理（消除韓藥種植與產銷之風險）

(1) 2011 年開始導入韓藥材履歷制度；禁止販賣韓藥業者自行加工及包裝的行為；韓藥製造業者所生產的規格韓藥一定要透過韓藥批發業者交易；使用規格韓藥材之業者優先補助及輔導企業昇級；訂立韓藥材供需調整委員會細部執行方法及營運規定，並調整相關法律；GAP 技術研發；各項異常物質之檢驗方法開發。

(2) 2012 年開始規格韓藥流通及使用義務化；導入 GMP 管理基準、《大韓民國藥典(KP)》第 10 次修正；《大韓民國藥典外韓藥(生藥)規格集(KHP)》第 4 次修正；《生藥等殘留、污染物質基準及試驗放法》廢除等韓藥品質改善。

4. 確保韓醫藥研究核心技術（加強對科學化、標準化、工業化核心技術的研發和投資）

(1) 5 年研究方面預計投資 3,410 億韓元[200]。

(2) 建立韓醫藥實證研究體系，進行中西醫整合臨床研究，進行新韓藥製劑的臨床研究（如：레일라정為具有 12 種韓藥的治療關節炎藥物）。

(3) 提高韓藥萃取技術，持續研發高附加價值材料，促進韓醫藥設備商業化。

- (4) 本土藥材的保存研究及開發，確保 196 種韓藥之資源，並頒布《生物多樣性保護及利用法(생물다양성보전및이용에관한법률)》。
 - (5) 進行韓醫藥研究創新與開法，包含針灸經絡研究中心(침구경락과학센터)、癌症預防研究中心(암예방소재연구센터)、韓藥體液控制研究中心(한방체액조절연구센터)。
5. 韓醫藥產業發展加速化及全球化（透過訊息科技、生物科技和奈米科技的結合開發以韓醫藥為基礎之專利與產品）
- (1) 成立韓藥振興財團。
 - (2) 擴大世明大學韓醫學生物技術支援中心和忠北園區(충북테크노파크)的地方軟膏產業促進項目(등한의약특화지역연고산업진흥사업)。
 - (3) 支援優良韓藥流通設施運作；培育進口依賴度高的韓藥作物；建立注意事項標示標準。
 - (4) 鼓勵與補助地方開辦韓醫藥相關建設與韓醫藥博覽會，如：三清韓醫藥主題公園(한방약초테마공원조성)、長興四象醫學體驗園區(사상의학체험랜드)、濟川韓醫學自然療養中心(한방명의촌및제천한방자연치유센터)、順天韓藥植物園(한방약초재배공원)、第 14 屆韓國韓醫藥博覽會以及各地韓醫藥節（嶺川、大邱、濟川等）。
 - (5) 鼓勵與吸引外國病人使用韓方醫療服務。
6. 韓醫學研究院研究成果
- (1) 從 2006 年到 2014 年 SCI (E)文章數量每年增長 28.4%。
 - (2) 2006 年至 2010 年專利申請平均 44.6 件，2011 年至 2014 年每年專利申請平均增加 83 件。

		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	총계
論文	SCI(E)	26	50	71	95	108	154	191	169	192	1,056
	非SCI	88	153	159	153	166	169	180	159	134	1,361
專利	申請 國內/國外 (國內/國外)	22 (17/5)	31 (27/4)	41 (33/8)	68 (58/10)	61 (48/13)	72 (54/18)	86 (54/32)	84 (56/28)	90 (64/26)	555 (411/144)
	登錄 國內/國外	20 (20/0)	21 (20/1)	13 (13/0)	24 (21/3)	21 (20/1)	39 (36/3)	37 (35/2)	50 (43/7)	67 (52/15)	292 (260/32)

圖四、第一次與第二次韓醫藥綜合發展計畫研究成果彙整

(五) 第三次韓醫藥綜合發展計畫內容與目前成果

1. 第三次韓醫藥綜合發展計畫背景[205]

(1) 整體背景

- A. 老年人口與慢性疾病增加使醫療費用持續增長，醫療費用於 2000 年佔 GDP 7.2%，至 2012 年成長至 8.9%。
- B. 傳統醫學全球市場逐漸擴張，從 2015 年 1.141 兆美元到 2020 年 1.542 兆美元，年成長率 5.98%。
- C. 因缺乏安全性證據支持韓醫藥，且韓醫藥相關健康保險停滯，使韓醫藥市場逐漸萎縮，韓醫藥支出佔健保支出從 2013 年 4.15% 降低至 2016 年 3.74%，在 2016 年 6750 個給付項目中也僅佔 289 個項目，且以 2013 年數據來看韓醫藥產業與中國大陸、日本傳統醫學產業相比分別差 73 倍和 5 倍，僅有 2867 億韓元。

(2) 細部背景與願景

- A. 西醫臨床治療指引與韓醫藥不同，有發展韓醫藥臨床診療標準指引之必要。
- B. 韓醫每年會新增 850~900 人，有供過於求的狀況出現，需要對韓醫藥課程與人力資源進行改善，並進行臨床培訓。
- C. 韓醫藥健保使用費用下降主因為治療費用高昂，且在國民強烈要求背景下，需要韓醫藥安全性、有效性、臨床實證以及成本效益之研究，以促進健康保險給付韓醫藥範圍增加。
- D. 脊椎、關節等骨骼肌肉疾病在健康保險給付率低，所以，需要提高相關治療之給付。
- E. 自 2009 年以來韓藥種植與採收面積逐年下降，年平均下降率分別為 4.62% 和 3.77%，韓藥進口量從 2009 年 5.4% 增加到 17.4%，且缺乏韓藥種植資訊與優良栽培準則，使得韓藥品質不良，因此，需要採取措施確保國產韓藥的穩定性和依賴國外進口的問題。
- F. 韓醫藥缺乏有效性與安全性研究，急需進行相關研究與發展。

G. 雖然傳統醫學全球市場逐漸擴張，但相關韓藥許可受到限制，相關應用產業規模小，近年韓醫藥產業市場增加逐漸趨緩，在 2010 年為 2.552 兆韓元，占製藥市場規模 1.3%，到 2013 年為 2.867 兆韓元僅占製藥市場規模 1.5%，另外，韓醫藥在海外市場也表現不佳。

H. 2020 年韓醫藥四大願景為標準化韓醫臨床治療、提高韓醫藥可近性與健保給付範圍、進行韓藥 KFDA 審查管理與提升韓醫藥產業、透過海外擴展加強韓醫藥國際競爭力。

2. 第三次韓醫藥綜合發展計畫內容

第三次韓醫藥發展綜合計畫已於 2016 年公布執行，共四大核心目標與九大推動內容，第三次韓醫藥發展綜合計畫內容詳見下表二十八。

表二十七、第三次韓醫藥發展綜合計畫內容

成果目標	推動課題	細部課題	預計執行內容[205.206]
1.通過韓醫臨床診療標準指引的開發與推廣，提高並強化證據性與信賴度。	1.開發韓醫臨床診療標準指引。	1-1.開發韓醫臨床診療標準指引。	2019 年計畫完成 8 項臨床研究，2019 預計完成 8 種疾病臨床診療標準指引，2020 年預計完成 22 種疾病臨床診療標準指引。 建立整合臨床資訊中心。
		1-2.支援開發韓醫臨床診療標準指引所需的臨床研究。	
	2.韓醫臨床診療標準指引的普及與擴散。	2-1.推廣韓醫臨床診療標準指引。 2-2.建構開發韓醫臨床診療標準指引的支援體系。	
2.強化保障性與通過公共醫療的擴大，提高韓醫藥的可近性。	3.強化韓醫藥的保險給付保障性。	3-1.韓醫藥保險給付制度的改善。 3-2.活化韓醫、西醫雙向合作。	2017 年在 65 家韓醫醫院與診所開始給付骨骼肌肉疾病的推拿治療(Chuna treatment)。韓醫藥與西醫整合治療，以及研究中的韓藥也有可能得到保給付。讓更多擁有韓西醫雙證照之醫療人員開設醫療機構，並允許醫院級醫療機構進行聘僱。促進韓西醫合作，提高保險給付費用，發展合作標準，並透過比較性研究發展合作效益與經濟效益評估。根據國家公共衛生計畫(HP2030)發展韓醫藥健康改善項目。 2018 年預計於全國公立醫療機構中由
	4.強化韓醫藥公共衛生照護。	4-1.強化韓醫藥公共衛生照護。	

成果目標	推動課題	細部課題	預計執行內容[205.206]
			國家韓醫藥諮詢委員會(한의학국공립의료기관 협의체, 此名為暫時名稱)推廣韓醫藥與保健政策。
3.通過技術創新與融合,發展韓醫藥產業。	5.強化韓藥(材)品質管理與流通體系。	5-1.建立韓藥資源生產、儲存和管理系統。	確保韓藥資源、發展韓藥栽培標準與技術、管理韓藥資源與運銷。 建立韓藥臨床試驗中心,發展和商品化韓藥。
		5-2.韓藥(材)的製造、流通管理體系的先進化。	
	6.通過技術創新,支援韓醫藥商品。	6-1.支援韓藥製劑的開發與專業化。	促進韓醫藥與西醫藥整合治療與醫療器材研發。 透過國際合作建立全球化韓醫藥科學化證據,韓美醫院合作建立針灸和推拿治療臨床試驗。 支援5個韓藥流通設施,加強產銷管理。 建立藥物針灸之標準與規格(韓藥結合針灸的新中藥注射型態)。 建立研究韓藥毒性之基礎設施。 建立韓醫藥非臨床試驗準則。 改善食品與藥品安全處對韓醫藥診斷設備之審查程序。 投資相關創新研究,如:中東呼吸症候群冠狀病毒感染症(Middle East respiratory syndrome coronavirus; MERS-CoV)研究,透過個人健康數據記錄與資訊通信技術進行韓醫藥治療異位性皮膚炎研究。
		6-2.為韓藥製劑振興奠立基礎。	
	7.支援韓醫藥 R&D。	7-1.強化支援韓醫藥 R&D。	
		7-2.以韓醫藥為主的產品開發與支援。	
4.建立先進基礎設施與強化國際競爭力。	8.建立韓醫藥發展基礎設施。	8-1.強化韓醫人力專業性。	邀請海外專家開設培訓課程,向世界衛生組織與世界衛生組織西太平洋區域辦事處派遣專家,參加世界中醫藥學會聯合會(World Federation of Chinese Medicine Societies; WFCMS)等,加強吸引外國病人至韓國治療。 關注傳統醫學智財相關內容與協議,以及傳統醫學政策相關內容。 參加 ISO 國際標準組織(ISO/TC 249、ISO/TC 215),建立韓醫藥國際標準,促進國內外標準之一致性。 執行 2014 年所制定的 2015-2024 韓醫藥標準化戰略(한의학표준화전략로드맵(2015-2024))
		8-2.韓醫藥知識的資訊化與國家資源化。	
		8-3.強化對韓藥振興財團的政策支援。	
	9.強化韓醫藥國際競爭力。	9-1.支援韓醫人力國際交流與韓醫藥全球化。 9-2.奠定韓醫國際標準化基礎。	

3. 2017 年韓醫藥產業規模 (2019 年 3 月公告數據) [207.208]

(1) 韓醫師人數逐漸穩定增加, 2015 年的 23,178 人到 2017

年為 24,560 人，為歷年最高。

- (2) 韓醫診所也穩定增加，2015 年的 13,605 家到 2017 年為 14,155 家，韓醫醫院則是從 260 家增加到 312 家。
- (3) 韓醫藥產業 2017 年銷售額比 2015 年增加 14.9%，達到 9.92 兆韓元。其中，與 2015 年數據相比，韓醫診所與醫院的銷售額增加 8,242 億韓元，增加 17.4%；製造業增加 4,151 億韓元，增加 12.5%；零售業減少 130 億韓元，減少 7.8%。
- (4) 韓醫藥相關公司 2017 年總數為 29,479 家，比 2015 年增幅 0.6%。依照產業內容來看健康保健增加 606 家，增幅 4.3%；製造業增加 299 家，增幅 2.3%；零售業減少 121 家，降幅 6%。
- (5) 韓醫藥產業員工 2017 年總數為 108,746 人比 2015 年增幅 4.2%。依照產業內容來看健康保健增加 2265 人，增幅 2.1%；製造業下降 80 人，降幅 0.2%；零售業減少 363 人，降幅 10.4%，使零售業產生人力困境。以性別做為區分的話，女性占 59.7%，男性占 40.3%，女性 70%於健康保健業；男性 47.6%從事製造業，48.2%從事健康保健業。
- (6) 韓藥製造業出口總量下降，從 2015 年 2,030 億韓元下降至 2017 年 1,772 億韓元，其中人參出口從 1479 億韓元下降至 823 億韓元，韓藥飲料製造 300 億韓元，韓藥提取加工 122 億韓元，含藥化妝品 69 億韓元等與 2015 年相比皆有下降。與 2015 年相比唯一有增加的為韓藥製造與韓醫藥醫療器材，分別達到 81 億韓元和 127 億韓元。
- (7) 整體而言韓醫藥保險收入占 57.4%，非保險收入占 42.6%。其中，韓醫醫院醫療保險收入占 47.5%，非保險收入為 52.5%；韓醫診所醫療保險收入占 59.6%，非保險收入為 40.4%。
- (8) 整體而韓藥占韓醫藥費用中的 32.4%，非藥物占 67.6%。
- (9) 韓醫藥管理部門之困難包含醫院和診所之間的過度競爭(59.6%)、韓藥供應困難和價格上漲(10.5%)、政府錯誤政策(9.4%)。
- (10) 韓醫藥海外擴展之困難包含尋找海外代理商(28.8%)、出

口所需的金融和保證服務(27.6%)、海外市場訊息與國內公司之聯繫(13.1%)。

4. 2018 年韓醫藥預算分布[115]

(1) 年度預算為 580.45 億韓元，比 2017 年增加了 148.3 億韓元，增幅 34.3%。

(2) 特殊預算內容與說明

A. 韓醫基礎研究 19.67 億韓元，為開發韓醫整合(한의융합)產品與技術，以及針對常見的疑難雜症之韓醫整合技術開發 2 大項目取得預算，但細部內容有重複的疑慮，執行後很難確認預算分配與效益之間的關聯性，原因可能來自韓藥政策科與科學技術情報通信部（韓醫藥振興院與韓醫學研究院分屬不同部門，2018 年韓藥振興財團已改為韓醫藥振興院，爰此部分名稱與以上內容不同）等為不同部門，但有重複業務，建議應建立溝通機制，達到最小業務量。（韓醫整合智能管理項目並未取得預算）。

B. 韓醫藥產業發展 216.96 億韓元，與 2017 年相比增加 78.64 億韓元，增幅 56.9%，主因出在建立湯藥調劑標準設施 64 億韓元（包含 2 億韓元的院外煎湯室評價認證制度營運，未來可能會結合醫療法之醫療機構認證制度一起規劃與整合），建立韓藥非臨床研究設施 55 億韓元，建立臨床實驗用韓藥製劑生產設施 45 億韓元等，反應韓藥調劑、生產、研究等設施建立的費用，另外，韓醫醫療利用與韓藥消費調查減少 6.45 億韓元。

C. 韓醫藥臨床診療與資訊化 7.11 億韓元，該項目屬於韓醫藥振興院內容，該項目目的主要是將韓醫藥經驗標準化與數據化，以做為臨床依據和大數據分析與應。各分項預算包含構築韓醫臨床診電子醫務紀錄系統 1.3 億韓元，韓醫臨床診療系統數據標準化 2.2 億韓元，韓醫藥臨床診療系統與韓醫藥綜合數據庫建立 2.07 億韓元，建立韓醫臨床信息中心品質管理體系構 1.54 億韓元。

D. 韓醫藥振興院預算在 2018 年 2 月 2 日從韓醫藥產業發展項目區隔成獨立 1 項，2018 年度預算為 69.54 億韓元。

(六) 結論

1. 韓醫藥綜合發展計畫的主要成果：

- (1) 韓醫藥相關基礎設施得以建立，包含優良韓藥流通支援中心、韓醫學臨床試驗中心等。
- (2) 韓醫臨床診療標準指引與韓藥品質管理標準得以建立與提升。
- (3) 地方研究中心、研究園區、健康照護項目，以及韓醫藥活動或博覽會得以得到經費支持。
- (4) 提升韓醫藥國際影響力之政策得以得到支持。
- (5) 韓醫藥產業規模持續增加（近年成長減緩），在 2004 到 2009 年整體韓醫藥市場規模成長 65%，成長最高的為韓藥種植產業，成長 253%，到 2017 年韓醫藥產業銷售額比 2015 年增加 14.9%，達到 9.92 兆韓元。
- (6) 韓醫學研究院從 2006 年到 2014 年 SCI (E) 文章數量每年增長 28.4%，專利申請案件在 2006 年僅 22 件，到 2014 年為 90 件，每年平均約 61 件。

2. 韓醫藥發展目前困境：

- (1) 韓醫藥仍缺乏安全性與有效性證據，且健保給付有限。
- (2) 韓醫師人力供過於求。
- (3) 韓藥國內種植與採收面積逐年下降，且國內韓藥種植品質尚未掌握。
- (4) 韓醫藥產業市場增加逐漸趨緩，且近年出口總量下降。
- (5) 韓醫藥海外市場擴展仍然遇到瓶頸。

肆、討論

一、韓國《韓醫藥發展法》困境與借鏡之討論

以下針對韓國韓醫藥發展目前所遇到的困境進說明，並提出對臺灣《中醫藥發展法》之建言：

- (一) 韓國韓藥政策科與科學技術情報通信部對韓醫藥藥研究皆有預算分配及政策規劃，但細部內容有重複疑慮且難以確認後續成本效益之歸屬，爰建議《中醫藥發展法》在政策規劃時應以單一單位為主，並建立良好的溝通機制，避免預算浪費，並取得最大化效益。
- (二) 韓醫藥仍然缺乏有效性與安全性研究，韓國保健福祉部將於 2020 年投入 77.79 億韓元（約 2.16 億台幣）於韓藥新藥研發，並投入 54.39 億韓元（約 1.51 億台幣）於韓醫整合技術研發，也預計於未來 10 年間投入 1576 億韓元（約 43.7 台幣）[209]，而我國目前已有中醫藥研究經費不足之困境，爰建議透過《中醫藥發展法》之中醫藥發展計畫仿照韓國經費投入模式，增加中醫藥研究經費已提升中醫藥有效性與安全性基礎。
- (三) 韓國在 2008 年以 BTL 形式（Build-Transfer-Lease，民間興建完成後移轉給政府，政府再出租給他人使用）投資 515 億韓元於安東市、濟川市、濟南郡、平昌郡、和順郡建立 5 個韓藥流通設施，希望能提升種植中藥農民收入與提升當地經濟，但以平昌郡為例，每年需花超過 10 億韓元維護設施，且 2017 年傳出韓藥運銷功能失常[210]；以和順郡為例，每年營運皆為赤字，在 2015 年將價值 20 億韓元的股票出售，使該設施完全私有化，並始中藥銷售從剛開始 70~80% 下降至 2017 年 35.1% [211]，爰建議《中醫藥發展法》在進行相關基礎建設時需考量後續營運狀況，並應避免完全民營化無法達到當初規畫目的之情事發生，另外，建議後續考察韓國韓藥流通設施內容與效益評估報告，以利臺灣中藥藥用植物種植產品運銷之借鏡。
- (四) 韓醫藥產業市場雖逐年增加但增加趨勢減緩，且在海外市場遇到瓶頸，爰建議《中醫藥發展法》在進行中醫藥產業相關計畫時應參考韓國執行經驗，並適時調整政策面對海外市場，以提升中醫藥產業市場與產值。

二、臺灣《中醫藥發展法》草案設立財團法人或行政法人分析之討論

在前述「財團法人與基金可行性與設立建議報告」中，主要因監督管理機制與 2019 年 3 月 28 日第一次專家會議的討論，建議以財團法人形式設立協助單位，並因韓國《韓醫藥發展法》有建立韓藥振興財團因應韓醫藥發展事項之前例，且認為衛生福利中醫藥司預算與人力有限的情況下，建立專門辦理中醫藥發展事項之中醫藥發展財團法人有其必要性，並在 2019 年 6 月 19 日共識會議針對財團法人規模與營運進行諮詢(詳見附錄二)，總結各項意見如右：創立規模比較偏向國家衛生研究院規模，建議創立基金為 1 億元且由政府 100% 捐助成立；後續經營比較偏向國家衛生研究院與醫院評鑑暨醫療品質策進會模式，政府累計捐助基金仍應佔 100%，且委辦金額與捐助金額應合計佔財團法人年收入 50%~90% 以上左右，用人費佔比約 30%~70% 左右。但在主管機關評估財政量能後，建議不列入條文，爰本計畫所列《中醫藥發展法》草案條文，並未含財團法人設立之法源，但在研究團隊在考察韓藥振興財團成本效益評估後(詳見成果十四)，認為該評估的中央與地方經費分擔比例之探討與韓醫藥產業關聯分析探討，皆具有系統性假設與計算，爰建議未來應參考前述做法，依照中醫藥發展財團法人需求與規模，確立條件假設後進行成本效益分析，以實質確認中醫藥發展財團法人建立必要性。

另外，韓藥振興財團在 2018 年修法將韓藥振興財團改為韓醫藥振興院，做為衛生保健福祉部底下唯一行政機關，專門執行韓醫藥發展事項，該模式推測是以行政法人角色執行《韓醫藥發展法》責任與義務，可見韓醫藥專責單位之必要性，以及財團法人模式尚無法完善韓醫藥發展之國家財政與行政支援，且在 2019 年 8 月 29 日第二次專家諮詢會議中，有專家提出國家中醫藥研究所行政法人化建議，爰建議未來應進一步討論行政法人化之可行性。我國近年已逐步推動各機關單為之行政法人化，並於 2011 年通過《行政法人法》，行政法人使人事與特殊專業人才任用、會計、採購等作業更具彈性且提高效率，減少國家財政負擔，降低政治性干擾，提升多元參與可能性，強化經營責任及成本效益，並且行政法人融合公、私組織之優點與特性，可避免成立財團法人衍生之問題[212.213]，目前已成立國家表演藝術中心、國家災害防救科技中心、國家中山科學研究院、國家運動訓練中心、國家住宅及都市更新中心、文化內容策進院等單位，而衛生福利部之醫藥品查驗中心也於 2010 年提出行政法人化之目標，但經多年討論尚未通過行政法人化，

支持意見認為行政法人化可使預算獨立與財務自主，使該中心主要負責之查驗登記業務流程加速[214.215]，並使該中心建立法規專業權威負起相關審查責任[216]；反對意見認為食品藥物管理署可能淪為許可證核發的橡皮圖章[217]，且行政法人化並無法縮短審查程序[218]，整體而言必要性不足[219]。爰建議參考醫藥品查驗中心之經驗，進行國家中醫藥研究所行政法人化或新設立中醫藥發展行政法人之可行性與成本效益分析。

三、臺灣《中醫藥發展法》草案中藥藥用植物獎勵必要性與展望之討論

依據研究團隊之研究發現，臺灣在部分中藥藥用植物雖已具有產能，但仍十分仰賴進口，此現況隨之帶來中藥品質管理風險與經濟壓力，日本與韓國過去皆有相同困境，但皆透過實質措施提升中藥自給自足能力。日本在1990年之後，開始大力發展草藥基地並建立草藥種植園，使日本中藥材進口量和進口值下降，到2018年日本已成為僅次於美國的世界第二大中藥出口國[220]。韓國在《韓醫藥發展法》將強化韓藥材生產環境的安定性納為韓醫藥發展的基礎政策，透過第一期韓醫藥綜合發展計畫，進行中藥生產基地建立、中藥種植產銷與旅遊體驗發展、中藥種植產品高附加價值研究等措施，使韓藥種植產業，在2005-2009年間成長253% [195]，後續第二期與第三期醫藥綜合發展計畫皆持續對國內韓藥資源及韓藥栽培標準與技術進行發展。借鏡日本與韓國經驗，國家整體政策有助於國內中藥資源發展，另外，臺灣中藥用植物產業因生產與人力成本較高，使產品價格不具優勢，爰《中醫藥發展法》將中藥藥用植物種植納為中醫藥發展主軸之一有其必要性。

在後續展望方面，韓國近年認為韓藥缺乏優良栽培準則，造成至今仍無法確保國產韓藥的穩定性，爰建議臺灣應對已具有產能之中藥，如：柴胡、山藥、當歸、薄荷、黃芩、麥門冬、地黃，發展大規模栽培穩定供應，並發展臺灣良好農業規範(Taiwan Good Agricultural Practice)，維持中藥材品質與成分含量[152]。在子法規方面，鑒於《中醫藥發展法》第七條已有獎勵或補助法源，爰建議第十三條之中藥藥用植物種植獎勵也納入依據《中醫藥發展法》第七條訂立的《中醫藥發展獎勵補助辦法》條文規劃之中，並建議參考行政院農業委員會《轉(契)作作物獎勵標準》訂立獎勵或補助金額，以及建立案件申請與審查程序，而《中醫藥發展法》第十二條建議訂立《承租公有土地或國營事業土地作中藥藥用植物種植使用辦法》建立公有土地或國營事業土地使用機制與申請流程，並應確保後續執行之流暢性。

四、臺灣《中醫藥發展法》草案法律授權模式之討論

《中醫藥發展法》草案可能子法包含第七條之《中醫藥發展獎勵補助辦法》，第十二條之《承租公有土地或國營事業土地作中藥藥用植物種植使用辦法》，第十四條之《中藥抽驗稽查辦法》以及第十九條之《中醫藥發展基金收支保管及運用辦法》。

因獎勵或補助為攸關人民權利與義務，爰第七條之獎勵或補助辦法應用命令之辦法體例立法。目前獎勵及補助辦法有兩種模式，一種模式為針對各條之目的進行獎勵或補助辦法立法，如：《罕見疾病防治工作獎勵及補助辦法》、《罕見疾病國際醫療合作補助辦法》等；第二種模式為統整性的概括獎勵或補助，並適用辦法中所含之各種事項與業務，如：《文化部協助獎勵或補助文化創意事業辦法》、《文化資產獎勵補助辦法》等。因《中醫藥發展法》草案第七條擬訂時，主要參考《文化創意產業發展法》第十二條，且使用統整性獎勵與補助辦法之母法多為發展法與基本法體例，爰建議《中醫藥發展獎勵補助辦法》以統整性獎勵與補助辦法立法，內容建議包含法源依據、得獎勵或補助事項、獎勵方式、補助方式、申請資格、每年訂定獎勵計畫、申請檢附計畫書內容、委員會審議、受補助人義務、成效評估及考核評估、審查基準、不予核准或撤銷情形等事項，若有細部的獎勵或補助金額、程序、適用對象可因不同中醫藥發展事項，訂立符合主管機關各年度政策目標與中醫藥產業現況之行政規則，以為因應。

第十二條之中藥藥用植物種植與獎勵土地租賃期限保障之授權立法，因第七條已進行獎勵或補助辦法統整性立法，爰第十二條中藥藥用植物種植獎勵事項也會納入《中醫藥發展獎勵補助辦法》之中，而土地租賃期限保障攸關人民權利與義務，且過往公有土地租賃或優惠事項都是使用命令之辦法體例立法，爰建議訂立《承租公有土地或國營事業土地作中藥藥用植物種植使用辦法》，並建議參考《國有耕地放租實施辦法》、《承租公有土地或國營事業土地作有機農業使用優惠辦法》，擬訂法源依據、主管機關、適用土地、申請資格、申請檢附資料、申請過程、租約內容、承租人義務等內容，完善基本申請資格、流程與義務。

五、臺灣《中醫藥發展法》草案非量化與量化成本效益評估之討論

研究團隊依照丘昌泰《建立行政機關管制性法規影響分析機制暨實證研究-能源管理法修正草案案例和北銀發行公益彩卷案例》、國家發展委員會《法規政策影響評估作業手冊-動物保護法第十二條修正案例》、《生技新藥產業發展條例擴大範圍稅式支出報告》、《無動力飛行運動專業人員資

格檢定辦法草案(修正草案)衝擊影響評估》、《教師待遇條例草案衝擊影響評估》、《電子化政府計畫成本效益評估方法之研究》等文獻進行非量化與量化成本效益方法建立，其中以量化成本效益分析具有許多限制，說明如右：1.前述具量化分之案例多為單一政策或與財務有關，但《中醫藥發展法》為整體性法律較難以假設單一財務數據或標準；2. 前述具量化分之案例多有實際數據做為計算基礎，如：課徵總額、各層級教師薪水、彩卷佣金收入等，但中醫藥相關數據較久遠或不齊全，無法做為參考，如：中藥藥用植物最新數據為 2015 年之產值與產量，但沒有公頃數，不利進行第十二條之政府獎勵成本計算，鑒於前述原因，衝擊影響及法規影響評估之成本效益分析以非量化分析為主。另外，因先前會議對特定條文的提升意願諮詢中，各界代表約有 25% 表示需擬訂細部內容後才會有較明確的意願，因此，研究團隊彙整過去的中醫藥相關研究計畫成果與建議，逐條擬定具體政策方案與規劃，以利非量化成本效益分析。

六、臺灣《中醫藥發展法》草案英譯之討論

因中醫藥專有名詞多具有不同翻譯，在選擇中醫藥專有名詞英譯時，以《中醫藥發展法》用語整體性與關連性為首要原則，並優先使用現有的法規英譯、政府出版品英譯用詞，若無相同專有名詞之英譯，則依照語意與常用性進行修正。其中，影響《中醫藥發展法》英譯範圍最廣的專有名詞英譯為「中醫藥」英譯，因過去許多文獻、書籍、法規多有使用 chinese medicine 一詞代表中醫藥，有時也會單獨代表中醫或中藥，鑒於《中醫藥發展法》第二條有區分中醫藥、中醫及中藥，爰建議「中醫藥」使用「Chinese medicine and pharmacy」，「中醫」使用「Chinese medicine」，「中藥」使用「Chinese pharmacy」以利區分。另外，部分專有名詞在臺灣現有的法規英譯不同，如：中藥製劑在《藥品查驗登記審查準則》第八十一條和《藥師法》第十五條，分別為「Chinese medicine preparation」、「Chinese pharmaceutical products」，鑒於《藥事法》和《藥品查驗登記審查準則》使用相同英譯，爰建議使用「Chinese medicine preparation」作為中藥製劑英譯，而《中醫藥發展法》第二條中藥定義原本有包含之「中藥飲片」也具有相同問題，在《藥物製造工廠設廠標準》第二十條為「concoct sliced Chinese herbal medicines」、《輸入藥物邊境抽查檢驗辦法》第六條「tablets ready for decoction」、《藥品查驗登記審查準則(法規)》第八十條「Chinese medicine drinks」，爰建議未來應做中醫藥相關法規之專有名詞英譯統整與研究。

七、臺灣《中醫藥發展法》草案未來展望之討論

針對臺灣《中醫藥發展法》立法後之施行方向，說明與建議如下：

- (一) 因第七條、第十二條及第十四條之子法與科技部、經濟部、農業委員會等部會相關，建議召開跨部會會議與地方衛生局會議討論《中醫藥發展獎勵補助辦法》、《承租公有土地或國營事業土地作中藥藥用植物種植使用辦法》、《中藥抽驗及稽查辦法》內容、實施模式，以及過往政策施行經驗，以做為參考。
- (二) 過往有許多計畫針對產業、研究、人才培育之概況進行調查，並依據專家建言提出許多政策建議，如：針對中醫藥產業的 2011 年「探索中醫藥及其產業發展趨勢」、2014 年「中醫藥國際合作策略與發展趨勢分析」、2014 年「國際中醫藥產業發展趨勢探討與對策研析」；針對文獻保存的 2007 年「中醫文獻保存整理與老中醫學術傳承之經驗交流」；針對中醫藥國際合作的 2013 年「中醫藥國際合作與發展策略」、2010 年「建立傳統醫藥國際合作平台」；針對中醫藥人才與教育的「中醫藥健康安全防護資訊網平台管理與維護」、2011 年「中醫藥臨床試驗人才培訓課程」、2012 年「中醫藥研究人才培訓課程」、2013 年「提升中醫師臨床試驗專業能力」、2017 年「推動中醫藥用藥安全衛生教育及成效評估探討」，可進行政策建議彙整，但對中醫藥產業之困境與調查之最新資料多在 2011-2014 年執行與分析，若以此為中醫藥發展計畫擬定依據，恐無法切合現況，爰建議於各期中醫藥發展法計畫開始擬定前，進行中醫藥醫療及照護、中藥品質管理及產業發展、中醫藥研究、中醫藥人才培育、中醫藥國際交流等進行過往政策建議彙整與現況調查，以利中醫藥發展計畫之擬訂。
- (三) 中醫藥發展計畫、中醫藥獎勵或補助、承租公有土地或國營事業土地作中藥藥用植物種植使用等政策目前尚沒有雛形，建議於初步擬定後建立執行前與執行後成本效益分析模型，以利後續政策檢討與規劃。

伍、結論與建議

依據本研究之相關文獻探討、深度訪談，及九次專家會議、共識會議、跨部會會議、法規委員會會議決議，提出結論與建議如下：

一、計畫成果彙整

本計畫完成《中醫藥發展法》草案之總說明、草案英譯版、問與答列表、草案成本與效益諮詢、法案及性別影響評估、衝擊影響及法規影響評估，以及協助草案討論之報告，如：諮議會設立條文分析、財團法人與基金設立可行性分析、獎勵或補助辦法條文架構分析、韓國韓醫藥綜合發展計畫成果分析等內容。

二、臺灣《中醫藥發展法》草案效益與影響概述

《中醫藥發展法》草案共七章二十四條，主要內容包含政策、經費、中醫醫療服務、中醫醫療機構、中藥產業、中藥品質、中醫藥人力教育、保健知識傳播、國際交流等項，與現有《醫療法》、《醫師法》、《藥師法》、《護理人員法》、《藥事法》等法律相比，含括內容較為廣泛且全面，符合國際傳統醫學潮流，且條文多能因應我國中醫藥發展需求與困境，如：草案第四條及第七條因應中醫藥經費不足與中醫藥產業取得補助或獎勵比例低困境，奠定良好的中醫藥行政與財政支持體系；草案第八條至第十一條因應我醫療需求與費用增加困境，並發揮中醫藥醫療服務優勢；草案第十二條及第十五條因應中藥原料自給自足能力低、中藥產業競爭力不足困境；草案第十八條及第十九條因應中醫藥研究量能不足困境取，得我國中醫藥於國際傳統醫學之競爭優勢；草案第二十一條及第二十二條因應中醫醫事人力規畫與訓練及中醫藥科技研究人才不足困境。

《中醫藥發展法》草案的落實方法有四個方向：第一為實質的經費支持，包含第四條的保障預算、第七條的獎勵或補助、第十九條中醫藥發展基金方式等；第二為第五條的中醫藥發展計畫，計畫將會依據第三章至第六章內容擬定政策內容與中長程目標，分階段達成目標，並依據成果效益滾動式修正政策方向；第三為訂立細部命令或行政規則完善母法內容，包含第七條《中醫藥發展獎勵補助辦法》、第十二條《承租公有土地或國營事業土地作中藥藥用植物種植使用辦法》、第十四條《中藥抽驗稽查辦法》、第十九條《中醫藥發展基金收支保管及運用辦法》；第四為中央與地方主管機關之垂直與水平溝通，促進中醫藥發展政策擬定與實施，包含第七條獎勵或補助政策、第十二條中藥藥用植物種植與源頭管理、第十五條中藥產業國際市場提升等。因此，《中醫藥發展法》草案對於政府之成本多為財務支出、政策或

法律擬定、變更、執行之人力、溝通與時間成本，對於中醫藥相關公學會或聯盟、中醫醫療及照護相關機構或單位、中藥產業與研究相關機構或單位、中醫藥相關科系等影響對象之成本則多為參加相關訓練課程、說明會之人力與時間成本，以及了解政策或法律內容之人力與時間成本等。在《中醫藥發展法》草案效益方面，對政府而言草案促進中醫藥政策、計畫、法制、預算整合，確立中醫藥發展基本原則、施政方針與政策推動法源，促進中央與地方整合中醫藥政策資源與溝通管道，奠定良的中醫藥行政與財政支持體系，使中醫醫療與中藥產業融入國家發展，擘劃長遠且宏觀之中醫藥政策藍圖，增加我國中醫藥於國際傳統醫學之影響力，並完善政府提升國民健康照護之職責；對於中醫藥產業與學術相關機構或單位之效益，則是提升投入中醫醫療服務、中藥產業、中醫藥研究等事項之意願，並可能減少投入成本、時間、人力等，另外，可能會因政府各項措施施行、計畫委託辦理、訓練課程辦理等增加中醫醫療服務品質，中藥產業競爭力，中醫藥人員之收入、就業機會及人才交流，中醫藥研究量能等事項。

三、未來相關計畫可執行方向建議

- (一) 邀請經濟部、科技部、行政院農業委員會、國家中醫藥研究所、地方主管機關等單位，以及中醫藥專家共同討論擬定命令形式之《中醫藥發展獎勵補助辦法》、《承租公有土地或國營事業土地作中藥藥用植物種植使用辦法》、《中藥抽驗稽查辦法》、《中醫藥發展基金收支保管及運用辦法》。
- (二) 擬定《中醫藥發展法》草案之宣傳文宣與常見問題回應，以增加各界對草案目標與展望之了解。
- (三) 彙整過往研究計畫攸關政策建議之成果，並進行中醫醫療、中藥品質、中藥產業、中醫藥研究、中醫藥教育 5 大方向現況與困境研究，並建立各項中醫藥相關數據，如：中藥產業產值、中醫藥科技研究就業人數、中藥藥用植物栽種面積等，以作為中醫藥發展計畫擬定之基礎。
- (四) 建議統整與修正現有法規之中醫藥專有名詞英譯。
- (五) 建立各項政策之成本效益分析模型，以利後續政策檢討與規劃。
- (六) 考察韓國韓醫藥振興院於韓醫藥綜合發展計畫之角色與展望，以利中醫藥發展財團法人或行政法人之必要性與效益評估。
- (七) 持續研究韓醫藥發展現況與困境，以利中醫藥發展計畫之擬定與討論。

誌謝

本研究計畫承蒙衛生福利部計畫編號 MOHW108-CMAP-M-114-122404 提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此致謝。

陸、參考文獻

1. 李卓倫、紀駿輝、張永賢、吳許暉：台灣 1995-2006 中醫政策與中醫總額制度的回顧與前瞻性規畫--中醫總額與家庭醫師在制度面與財務面的整合。行政院衛生署中醫藥委員會 2007 年度委託研究計畫，臺北 2007。
2. Akerele O. Nature's medicinal bounty : don't throw it away. World Health Forum. 1993 ; 14(4) : 390-395.
3. 《2002-2005 年世界衛生組織傳統醫學戰略(中文版)》，世界衛生組織。連結網址：http://www.who.int/publications/list/who_edm_trm_2001_1/zh/，2018 年 10 月 16 日最後訪問。
4. 總編輯林宜信：中醫藥科學化暨全球智財及管理策略。行政院衛生署中醫藥委員會，2006。
5. 世界衛生組織：《世界衛生組織傳統醫學戰略：2002-2005》。連結網址：http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1_chi.pdf，2018 年 10 月 24 日最後訪問。
6. 世界衛生組織：《世界衛生組織傳統醫學戰略：2014-2023》。連結網址：http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/3/9789245506096_chi.pdf?ua=1，2018 年 10 月 24 日最後訪問。
7. 張淼、顧敦禹：世衛通過未來 10 年傳統醫學戰略將推動中醫藥發展。連結網址：<http://scitech.people.com.cn/BIG5/n/2014/0526/c1057-25063372.html>，2018 年 10 月 24 日最後訪問。
8. 中華民國憲法增修條文。連結網址：<http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawSingle.aspx?Pcode=A0000002&FLNO=10>，2018 年 11 月 12 日最後訪問。
9. 林永農：台灣中醫的過去現在與未來展望。順天醫藥 2005；4。
10. 朱益宏：全民健康保險總額支付制度下藥品支付政策之探討。元照出版公司，2017。
11. Chen FP, Chen TJ, Kung YY, Chen YC, Chou LF, Chen FJ, Hwang SJ. Use frequency of traditional Chinese medicine in Taiwan. BMC Health Serv Res.

2007；7：26.

12. Chun-chuan Shih, Jaung-geng Lin, Chien-chang Liao, Yi-chang Su. The utilization of traditional Chinese medicine and associated factors in Taiwan in 2002. Chin Med J 2009；122：1544-8.
13. 《104 年中醫門診總額整體性醫療品質資訊公開報告 專業版》，衛生福利部中央健康保險署。連結網址：[http：//www.nhi.gov.tw/Resource/webdata/30914_2_104%E4%B8%AD%E9%86%AB%E5%B9%B4%E5%A0%B1_%E5%B0%88%E6%A5%AD0720.pdf](http://www.nhi.gov.tw/Resource/webdata/30914_2_104%E4%B8%AD%E9%86%AB%E5%B9%B4%E5%A0%B1_%E5%B0%88%E6%A5%AD0720.pdf)，2018 年 10 月 16 日最後訪問。
14. 《106 年中醫門診總額整體性醫療品質資訊公開報告 專業版》，衛生福利部中央健康保險署。連結網址：[https：//www.nhi.gov.tw/DL.aspx?sitessn=292&u=LzAwMS9VcGxvYWQvMjkyL3JlbGZpbGUvMC8yNTc0MS8xMDbkuK3phqvlubTloLFf5bCI5qWtMDYxMy5wZGY%3D&n=MTA25Lit6Yar5bm05aCxX%2BWwiOalrTA2MTMucGRm&ico%20=.pdf](https://www.nhi.gov.tw/DL.aspx?sitessn=292&u=LzAwMS9VcGxvYWQvMjkyL3JlbGZpbGUvMC8yNTc0MS8xMDbkuK3phqvlubTloLFf5bCI5qWtMDYxMy5wZGY%3D&n=MTA25Lit6Yar5bm05aCxX%2BWwiOalrTA2MTMucGRm&ico%20=.pdf)，2018 年 10 月 16 日最後訪問。
15. 施純全：台灣中醫醫療利用之研究—醫療資源、人口地理社經因數及健康行為之影響。中國醫藥大學中國醫學研究所博士論文，2011。
16. 施純全、林昭庚、李采娟、蘇奕彰、陳潮宗、陳俊明、陳旺全、莊明蒼：台灣中醫醫療利用性別差異及其相關因數研究：針對婦女健康議題，月經、妊娠、產後、更年期之分析，行政院衛生署中醫藥委員會 2009 年度研究計畫，臺北 2010。
17. 《2014-2023 年世界衛生組織傳統醫學戰略(中文版)》，世界衛生組織。連結網址：[http：//www.who.int/publications/list/traditional_medicine_strategy/zh/](http://www.who.int/publications/list/traditional_medicine_strategy/zh/)，2018 年 10 月 16 日最後訪問。
18. 梁福鎮：比較教育學：起源、內涵與問題的探究。五南文化事業機構，台北 2013。
19. 倪正茂：比較法學探悉，中國法制出版社，2006。
20. 吳明清：教育研究—基本觀念與方法之分析。五南文化事業機構，台北 1998 年。
21. 黃聖剛：臺灣、中國、日本、韓國藥典中生藥內容之比較研究。中國醫藥大學中國藥學研究所，2006。
22. 黃舒芄：比較法作為法學方法：以憲法領域之法比較為例。月旦法學雜誌，2005；120:183-198。

23. 張世賢：政策論證。五南圖書出版股份有限公司，台北 2015。
24. Majone, G. Evidence, Argument, and Persuasion in the Policy Process. New Haven, Yale University Press, 1989.
25. 政策論證之要素，連結網址：<http://superseven.pixnet.net/blog/post/34113101-%E6%94%BF%E7%AD%96%E8%AB%96%E8%AD%89%E4%B9%8B%E8%A6%81%E7%B4%A0>，2018 年 10 月 16 日最後訪問。
26. 羅傳賢：立法程序與技術。五南圖書出版股份有限公司，台北 2014。
27. 陳意：法學概要。五南圖書出版股份有限公司，台北 2011。
28. 蔡秀卿：基本法之意義與課題，當代公法新論(中)。元照出版公司，台北 2002。
29. 李由、林實恭：行政法(概要)完全攻略。三民輔考，台北 2017。
30. 國家發展委員會：法規政策影響評估作業手冊。2016。
31. 陳書丞：立法程序與技術(第四版)。五南圖書出版股份有限公司，台北 2015。
32. 黃怡超等編輯：臺灣中醫藥之發展。衛生福利部，2018。
33. 黃怡超：臺灣中醫藥發展現況與未來展望。北市中醫會刊 2016；22(1)。
34. 邱文達：衛生福利政策之擘畫與展望。社區發展季刊 2014；145。
35. 行政院中程施政計畫(102 至 105 年度)。連結網址：https://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=59691E739AAFFB67，2019 年 6 月 17 日最後訪問。
36. 行政院中程施政計畫(106 至 109 年度)_108 年 2 月調整版。連結網址：https://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=022D89DDFBD678FC，2019 年 6 月 17 日最後訪問。
37. 衛生福利部年度施政計畫。連結網址：<https://www.mohw.gov.tw/lp-11-1.html>，2019 年 6 月 17 日最後訪問。
38. 高尚德、高明見：我國中醫師證照考試之現階段變革暨方向。國家菁英 2014；10(1)：35-50。
39. 黃頌儼：中醫門診總額執行成果報告。中華民國中醫師公會全國聯合會，2019。
40. 陳時中：立法院第 9 屆第 3 會期社會福利及衛生環境委員會第 7 次全體委員會議：「中醫師的養成及規劃」-中醫師臨床訓練制度專案報告。衛生福利部，2017。

41. 朱宗藍、廖美南、施欣欣：台灣中醫護理食物現況與未來發展。護理雜誌 2000；47(6)：20-24。
42. 陳俞沛：中醫護理學分學會認證納入評鑑和適法性探討。醫療品質雜誌 2016；10(4)。
43. 行政院衛生署《衛署醫字第 0900017656 號》(2001 年 3 月 12 日公布)。
44. 廖慧伶：臺灣中藥房經營現況、消費者行為及其未來發展趨勢之研究。中國醫藥大學中國醫藥學研究所，2004。
45. 中醫藥司藥事法第 103 條部份條文修正草案公聽會。連結網址：<http://www.pharmas.org.tw/2013photo/20130816.html#location1>，2019 年 9 月 16 日最後訪問。
46. 衛生福利部中醫藥司：中醫師公會全國聯合會第 10 屆第 12 次理事監事聯席會議-中醫專科醫師制度規劃。2019 年 7 月 21 日報告。
47. 衛生福利部中醫藥司：精進中醫優質發展策略。連結網址：<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Ptq-ai-DUZMJ:https://www.jct.org.tw/dl-3275-8e4cd1f752c940a393869939ed3b751c.html+&cd=1&hl=zh-TW&ct=clnk&gl=tw>，2019 年 6 月 19 日最後訪問。
48. 衛生福利部中央健康保險署：中醫總額醫療照護試辦計畫。連結網址：https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=72BC884C2492611C&topn=D39E2B72B0BDF15，2019 年 6 月 19 日最後訪問。
49. 楊晉瑋、陳星諭、陳俊良、楊賢鴻：臺灣中醫對於長期照顧患者的生活品質及心率變異之療效評估。J Chin Med 2018；29(1)：42-59。
50. 傅茂祖：以 2001 年台灣糖尿病照護管理計畫為基礎比較中、西醫糖尿病治療的效益和順從度。中醫藥年報 24：187-230，2004。
51. 國家衛生研究院：台灣慢性腎臟病臨床診療指引，慢性腎臟病流行病學、診斷及惡化因子。2015 年。
52. Lin, Yuh-Feng (PI)Chiou, Hung-Yi (CoI)Hsu, Yung-Ho (CoI)Wu, Mei-Yi (CoI)Hsieh, Fang-I (CoI)Bai, Chyi-Huey (CoI)Hsieh, Yi-Chen (CoI)Chien, Li-Nien (CoI)Wang, Yuan-Hung (CoI)Wu, Mai-Szu (CoI)Yang, Shwu-Huey (CoI)Lin, Ying-Chin (CoI)Lin, Chia-Chin(CoI)，慢性腎臟病世代追蹤研究(101-104 年)-104 年度後續擴充。
53. Lin MY, Chiu YW, Chang JS, Lin HL, Lee CT, Chiu GF, Kuo MC, Wu MT, Chen HC, Hwang SJ. : Association of prescribed Chinese herbal medicine use with risk of end-stage renal disease in patients with chronic kidney disease.

Kidney Int. 2015 Dec; 88(6): 1365-1373.

54. 楊晉瑋等：台灣中醫住院對癌症病患的輔助治療之評估。J Chin Med 2012；23(2)：153-163。
55. 衛生福利部統計處：106 年度死因統計。連結網址：
<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-3960-113.html>。2019 年 6 月 20 日最後訪問。
56. Yu-zheng Du, Xin-xin Gao, Cheng-Ting Wang, Hai-zhen Zheng, Yun Lei, Meng-han Wu, Xue-min Shi, Hai-peng Ban, Wen-long Gu, Xiang-gang Meng, Mao-ti Wei and Chun-xiao Hu .Acupuncture lowering blood pressure for secondary prevention of stroke: a study protocol for a multicenter randomized controlled trial. Trials 18:428，2017。
57. Chun-Chuan Shih, Chun-Chieh Yeh, Chaur-Jong Hu, Hsin-Long Lane, ChinChuan Tsai, Ta-Liang Chen, Chien-Chang Liao (2017, Jul). Risk of dementia in patients with non-hemorrhagic stroke receiving acupuncture treatment: a nationwide matched-cohort study from Taiwan's National Health Insurance Research Database. BMJ Open, 7(6).
58. Chuen-Chau Chang, Ta-Liang Chen, Chao-Shun Lin, Chi-Li Chung, Chun-Chieh Yeh, Chaur-Jong Hu, Hsin-Long Lane, Chien-Chang Liao, Chun-Chuan Shih (2018, May). Decreased Risk of Pneumonia in Stroke Patients Receiving Acupuncture: A Nationwide Matched-pair Retrospective Cohort Study. PLOS ONE, 13(5), 10.1371.
59. Hu-Wen Weng, Ta-Liang Chen, Chun-Chieh Yeh, Hsin-Long Lane, Chien-Chang Liao, Chun-Chuan Shih (2018, Oct). The effects of Bu Yang Huan Wu Tang on poststroke epilepsy: a nationwide matched study. Clinical Epidemiology, 10, 1839-1850.
60. Chuen-Chau Changa, Ta-Liang Chena, Hsienhsueh Elley Chiud, Chaur-Jong Hue, Chun-Chieh Yehf, Chin-Chuan Tsaih, Hsin-Long Laneh, Mao-Feng Suni, Fung-Chang Sungj, Chien-Chang Liao, Jaung-Geng Lin, Chun-Chuan Shih (2016, Jan). Outcomes after stroke in patients receiving adjuvant therapy with traditional Chinese medicine: A nationwide matched interventional cohort study. Journal of Ethnopharmacology, 77(2016):46–52.
61. Ta-Liang Chen, Chin-Chuan Tsai, Hsin-Long Lane, Wen-Ta Chiu, Chien-Chang Liao, "Reduced Use of Emergency Care and Hospitalization in Patients

- with Traumatic Brain Injury Receiving Acupuncture Treatment", Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, vol. 2013, no. 262039, 2013.06
62. Chun-Chuan Shih, Yi-Ting Hsu, Hwang-Huei Wang, Ta-Liang Chen, Chin-Chuan Tsai, Hsin-Long Lane, Chun-Chieh Yeh, Fung-Chang Sung, Wen-Ta Chiu, Yih-Giun Cherng, Chien-Chang Liao, "Decreased Risk of Stroke in Patients with Traumatic Brain Injury Receiving Acupuncture Treatment: A Population-based Retrospective Cohort Study", PLoS One, vol. 9, no. 2, pp. e89208, 2014.02
63. See CJ, McCulloch M, Smikle C, Gao J. Chinese herbal medicine and clomiphene citrate for anovulation: a meta-analysis of randomized controlled trials. J Altern Complement Med. 2011 May;17(5):397-405.
64. 李建國、溫宏軒、陳俊賢、林子萍、丁梅燕、吳洲輝、王芬郁、邱潔婷：以病人為中心-中西醫不孕症治療之跨科合作與推廣。連結網址：https://llg.cgmh.org.tw/share_file/160330002.pdf，2019 年 6 月 20 日最後訪問。
65. 彰化基督教醫療財團法人鹿東基督教醫院，建立中醫參與戒毒治療模式與成效評估計畫，MOHW105-CMAP-M-114-000110，2016 年。
66. 中西醫合治，急症更給力。連結網址：<https://www.mohw.gov.tw/cp-3569-38998-1.html>，2019 年 6 月 20 日最後訪問。
67. 魏于翔：我國中草藥研發歷程、植物新藥法規及廠商現況。連結網址：[http://www.biotaiwan.org.tw/download/structure4/%E9%AD%8F%E4%BA%8E%E7%BF%94/107/%E6%88%91%E5%9C%8B%E4%B8%AD%E8%8D%89%E8%97%A5%E7%A0%94%E7%99%BC%E6%AD%B7%E7%A8%8B%E3%80%81%E6%A4%8D%E7%89%A9%E6%96%B0%E8%97%A5%E6%B3%95%E8%A6%8F%E5%8F%8A%E5%BB%A0%E5%95%86%E7%8F%BE%E6%B3%81\(201712\).pdf](http://www.biotaiwan.org.tw/download/structure4/%E9%AD%8F%E4%BA%8E%E7%BF%94/107/%E6%88%91%E5%9C%8B%E4%B8%AD%E8%8D%89%E8%97%A5%E7%A0%94%E7%99%BC%E6%AD%B7%E7%A8%8B%E3%80%81%E6%A4%8D%E7%89%A9%E6%96%B0%E8%97%A5%E6%B3%95%E8%A6%8F%E5%8F%8A%E5%BB%A0%E5%95%86%E7%8F%BE%E6%B3%81(201712).pdf)，2019 年 6 月 20 日最後訪問。
68. 李連滋、黃明章：各國中醫藥發展與我國研發的銜接，工研院生醫工程中心。連結網址：<http://www.jirb.org.tw/DB/File/Download/930809-1.pdf>，2019 年 6 月 20 日最後訪問。
69. 長庚紀念醫院中藥臨床試驗中心。連結網址：<https://www1.cgmh.org.tw/intr/intr6/c5c010/ctc1%E7%B0%A1%E4%BB%8B.html>，2019 年 6 月 20 日最後訪問。

70. 鄧哲明：台灣中草藥研究回顧與展望。第 29 屆天然藥物研討會，2014 年 9 月 27 日。
71. 經濟部：中草藥產業技術發展五年計畫執行總成果。2006。
72. 行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告：生技製藥國家型科技計畫辦公室運作計畫。2004。
73. 許慈真：淺論中草藥專利保護與發展。智慧財產權月刊 2013；180：55-86。
74. 黃聰龍：107 年度生科司學門發展規劃及成果報告-藥學及中醫藥學學門發展規劃及成果報告。科技部生命科學研究發展司，2018 年。
75. 黃聰龍：106 年度生科司學門發展規劃及成果報告-藥學及中醫藥學學門發展規劃及成果報告。科技部生命科學研究發展司，2017 年。
76. 科技部生命科學研究發展司業務說明暨學門規劃座談會，2014 年。
77. 黃怡超等編輯：臺灣中醫藥之發展。衛生福利部，2017。
78. 我國實施中藥 GMP 之現況說明。連結網址：<https://www.mohw.gov.tw/cp-207-18500-1.html>，2019 年 6 月 19 日最後訪問。
79. 台灣中藥的新里程碑 — 中藥廠 GMP 制度。連結網址：<http://www.brion.org.tw/article-2-content.php?FatherNo=&LevelNo=&Seq=2055&LevelName=>，2019 年 6 月 19 日最後訪問。
80. GMP 藥廠名單。連結網址：<https://dep.mohw.gov.tw/DOCMAP/cp-854-5659-108.html>，2019 年 6 月 19 日最後訪問。
81. 劉依蓁、魏于翔：臺灣中草藥產業貿易及研發現況分析。農業生技產業季刊 2017；52：25-34。
82. 吳忠勳等人編輯：2018 生技產業白皮書。經濟部工業局，2018 年。
83. 巫文玲：2018 年第四季及全年我國製藥產業回顧與展望。生物技術開發中心，2019 年。
84. 如何加強監督政府推動科技產學合作計畫執行情形，歡迎您來發表意見。連結網址：<https://cy.join.gov.tw/policies/detail/daf0a6a2-b7f0-4061-9330-555505e97492>，2019 年 10 月 18 日最後訪問。
85. 生醫產業創新推動方案-完善生醫產業發展體系帶動民間投資成長。連結網址：https://www.most.gov.tw/folksonomy/detail?article_uid=aee0c223-1c1d-471d-9ef6-1150e4949b93&menu_id=9aa56881-8df0-4eb6-a5a7-32a2f72826ff&l=ch，2019 年 10 月 18 日最後訪問。

86. 行政院第 3522 次會議生醫產業創新推動方案。科技部，2016 年。
87. 生技醫藥產業發展推動計畫(107 年辦理情形)。連結網址：<https://join.gov.tw/acts/detail/b21321da-7479-4b02-8cbe-13e1b02d6876>，2019 年 10 月 18 日最後訪問。
88. 台灣生技醫療產業推動現況。連結網址：<https://www.ey.gov.tw/Page/5A8A0CB5B41DA11E/fea217e2-81da-46bc-9fe5-55cfe66b53a0>，2019 年 10 月 18 日最後訪問。
89. 行政院國家發展基金管理會 108 年第 1 季季報。連結網址：<http://www.df.gov.tw/attachement/108%E5%B9%B4%E7%AC%AC1%E5%AD%A3%E5%AD%A3%E5%A0%B1.pdf>，2019 年 10 月 18 日最後訪問。
90. 「衛福部·經濟部 藥物科技研究發展獎」15 年專刊。連結網址：<https://www.fda.gov.tw/tc/siteListContent.aspx?sid=8917&id=24781>，2019 年 10 月 18 日最後訪問。
91. 經濟部生技醫藥產業發展推動小組：中華民國 2019 生物技術與醫藥產業簡介。2018 年。
92. 經濟部：生技新藥產業發展條例擴大適用範圍稅式支出評估報告。2018 年。
93. 資誠聯合會計師事務所曾惠瑾副所長：生技新藥條例增修對我國生技產業之影響及相關優惠政策比較。連結網址：<https://www.pwc.tw/zh/publications/bio-insights/bio-insights-1003.html>，2019 年 10 月 18 日最後訪問。
94. 補助業界開發國際市場計畫。連結網址：<https://www.trade.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeID=1784&pid=594838>，2019 年 10 月 18 日最後訪問。
95. 108 年度科技計畫簡介。連結網址：<http://www.idbproject.org.tw/download/publication/19.pdf>，2019 年 10 月 18 日最後訪問。
96. 製藥產業技術輔導與推廣計畫技術輔導案申請須知。連結網址：http://www.pitdc.org.tw/file/News/_TW1503656047_0.pdf，2019 年 10 月 18 日最後訪問。
97. 科技專案補助資源。連結網址：https://www.moea.gov.tw/MNS/doit/content/Content.aspx?menu_id=13391，2019 年 10 月 18 日最後訪問。

98. 中小企業智財價值升級計畫。連結網址：<https://ipcc.moeasmea.gov.tw/aboutus/intro.html>，2019 年 10 月 18 日最後訪問。
99. 小型企業創新研發計畫(SBIR)。連結網址：<https://www.moeasmea.gov.tw/ct.asp?xItem=13340&CtNode=1185&mp=1>，2019 年 10 月 18 日最後訪問。
100. 《科部產字第 1050042521 號函》修正科技部補助產學技術聯盟合作計畫作業要點。2016 年 6 月 23 日。
101. 《科部產字第 1060066413 號函修正》科技部產學合作研究計畫-先導型、開發型、應用型說明對照表。2017 年 8 月 22 日公告。
102. 農業科技專案計畫服務網。連結網址：<https://agtech.coa.gov.tw/Field/>，2019 年 10 月 18 日最後訪問。
103. 行政院農業委員會農業生物科技園區。連結網址：<https://www.pabp.gov.tw/CHT/cl01070102.aspx>，2019 年 10 月 18 日最後訪問。
104. 韓國國家紀錄院，韓醫藥發展法。連結網址：<http://archives.go.kr/next/search/listSubjectDescription.do?id=001561&pageFlag>，2019 年 10 月 24 日最後訪問。
105. 金泰珍：韓醫藥育成法修正後韓醫藥產業發展展望。中華民國中醫師公會全國聯合會，傳統醫學發展法法學論壇，2019 年 6 月 30 日報告。
106. 郭瀟雅：法路難行。中國醫院院長 2014；16：50-55。
107. 李鐵柱：爭論中醫藥立法。浙江人大 2013；9：42-44。
108. 于文明：我國中醫藥立法之進展。前進論壇 2011；10：35-38。
109. 李哲、魯兆麟：論我國中醫藥法律層面專門立法-國外的經驗與啟示視角。中國自然醫學雜誌 2008；10(1)：4-8。
110. 李金平：《中醫藥法》開啟中醫藥發展新篇章。中國醫藥指南 2017；15(24)：191-192。
111. 溫會兵，關於中醫藥立法工作的幾點思考。連結網址：http://www.npc.gov.cn/npc/bmzz/jkww/2013-11/21/content_1814049.htm，2019 年 10 月 24 日最後訪問。
112. 張文燾、李筱永：中醫藥法背景下對醫療機構中藥製劑法律規制研究。中國醫院 2017；21(11)：56-59。
113. 許可塑、湯少梁、王振宇：中醫藥法式腳下國家對地方轉移支付中醫藥項目是全劃分的探討。中國衛生經濟 2016；35(12)：11-14。

114. 衛生福利部 109 年度預算案。連結網址：<https://dep.mohw.gov.tw/DOA/cp-658-49152-112.html>，2019 年 10 月 24 日最後訪問。
115. 내년 한의약정책관 예산。連結網址：[살펴보니 http://www.healthfocus.co.kr/news/articleView.html?idxno=75629](http://www.healthfocus.co.kr/news/articleView.html?idxno=75629)，2019 年 10 月 24 日最後訪問。
116. 2017 년도 보건복지 예산안 분석：보건의료 분야。連結網址：<https://www.peoplepower21.org/Welfare/1465990>，2019 年 10 月 24 日最後訪問。
117. 國家衛生健康委員會 2018 年部門預算。連結網址：<http://www.nhc.gov.cn/caiwusi/s3574/201904/643f3f97e2de48e89d4b2f4f0595533f.shtml>，2019 年 10 月 24 日最後訪問。
118. 國家中醫藥管理局 2019 年中央部門預算公開報告。連結網址：<http://gcs.satcm.gov.cn/zhengcewenjian/2019-04-02/9501.html>，2019 年 10 月 24 日最後訪問。
119. 國家中醫藥管理局 2018 年中央部門預算公開報告。連結網址：<http://gcs.satcm.gov.cn/zhengcewenjian/2019-07-19/10294.html>，2019 年 10 月 24 日最後訪問。
120. 張國偉：誰需要長期照顧？慢性疾病擴張的討論。社區發展季刊 2011；136。
121. 醫師在長期照護的角色。連結網址：http://www.tma.tw/TakeCare2018/files/106.09.05_New.pdf，2018 年 11 月 12 日最後訪問。
122. 衛生福利部國民健康署：研究顯示：五成老人有三種以上慢性病。連結網址：<https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=112&pid=1949>，2019 年 6 月 20 日最後訪問。
123. 許志成、徐祥明、徐瑱淳等：台灣地區老年人健康行為之影響因素分析。臺灣公共衛生雜誌 2003；22（6）：441-452。
124. 健保花費前十大疾病排名(2017)。連結網址：<http://espro.cc/1/laZnl>，2019 年 10 月 24 日最後訪問。
125. 蘇勳璧：本土藥用植物生產鏈。連結網址：<https://talk.ltn.com.tw/article/paper/1084712>，2019 年 10 月 24 日最後訪問。
126. 行政院農業委員會花蓮區農業改良場蘭陽分場張同吳分場長：臺灣中草藥產業發展現況與展望。2018 年 12 月 16 日中華民國中醫師公會全國聯合會中藥材品質管理與產業發展趨勢學術研討會講義。

127. 劉崇喜：建構高屏地區發展科技中草藥產業鏈計畫—中草藥產值評估分析。中醫藥年報 2008；26(6)。
128. 吳永昌：105 年度生科司學門發展規劃及成果報告-藥學及中醫藥學學門發展規劃及成果報告。科技部生命科學研究發展司，2016 年。
129. 計畫主持人：劉得任。中醫藥研究人才培訓課程。計畫編號：CCMP100-RD-27，2011。
130. 蘇國漢：台灣中草藥商品化與市場進入研究。國立中山大學管理學院高階經營碩士學程在職專班，2017。
131. 葉嘉新：中草藥新藥研發的法規策略與挑戰，財團法人醫藥品查驗中心。連結網址：<http://www2.cde.org.tw/Data/CDEDoc/%E4%B8%AD%E8%8D%89%E8%97%A5/Pages/%E4%B8%AD%E8%8D%89%E8%97%A5.aspx>，2018 年 11 月 12 日最後訪問。
132. 計畫主持人：劉祖惠。中醫藥國際合作與發展策略。計畫編號：CCMP102-RD-017，2014。
133. 魏于翔：天然藥物及藥材開發產業化推動與新南向發展策略規劃研討會報導。保健產品 2018；53：97-102。
134. 計畫主持人：李飛鵬。中醫藥研究人才培訓課程。計畫編號：CCMP101-RD-007，2012。
135. 衛生福利部：中醫優質發展計畫草案(109~113 年)。2019。
136. 2018 年中醫門診總額執行成果報告。中華民國中醫師公會全國聯合會，2018。
137. 洪錦墩：未來十年人口變遷對中醫醫療服務及人力政策影響的預測。中醫藥年報 2008；27(4)。
138. 《健保醫字第 1070034456 號 108 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案》(2018 年 12 月 26 日公告)。
139. 衛生福利部食品藥物管理署，《署授藥字第 1020003747 號》(2013 年 7 月 22 日公告)。
140. 衛生福利部中醫藥司，《衛部中字第 1051861110 號》(2016 年 8 月 10 日公告)。
141. 衛生福利部中醫藥司，《衛部中字第 1051860702 號》(2016 年 5 月 10 日公告)。
142. 提升中藥品質管理及年度展望。連結網址：<https://www.mohw.gov.tw/fp-207-18190-1.html>，2018 年 11 月 12 日最後訪問。

143. 計畫主持人：鄭振鴻。建構中西醫合作住院醫療模式。計畫編號：CCMP97-RD-040，2008。
144. 中國醫藥大學附設醫院：教學醫院成立中藥臨床試驗中心。計畫編號：MOHW103-CMAP-M-212-000301，2014。
145. 長庚醫療財團法人：教學醫院成立中藥臨床試驗中心。計畫編號：CCMP102-CT-204，2013。
146. 金屬工業研究發展中心：中草藥產業聚落研發聯盟計畫。連結網址：<https://www.mirdc.org.tw/DevelopView.aspx?Cond=1597>，2018 年 11 月 12 日最後訪問。
147. 2017-2019 生技產業專業人才需求推估調查摘要。連結網址：<https://www.italent.org.tw/ePaperD/15/ePaper20170400006>，2019 年 10 月 7 日最後訪問。
148. 巫文玲：2018 年第四季及全年我國製藥產業回顧與展望。生物技術開發中心產業季報 2019。
149. 計畫主持人：郭英調。中醫藥臨床試驗人才培訓課程。計畫編號：CCMP100-RD-028，2011 年。
150. 品牌台灣發展計畫第二期。連結網址：<https://www.branding-taiwan.tw/counseling/>，2019 年 10 月 7 日最後訪問。
151. 計畫主持人：陳甘霖。探索未來中醫藥及其產業發展趨勢與管理對策。計畫編號：CCMP100 -RD-043，2011。
152. 計畫主持人：鄭慧文。台灣中醫藥產業價值鏈提升動能計畫：食品科技暨農業科技與中醫藥結合之發展策略及創新研究規畫。計畫編號：CCMP99-RD-049，2010 年。
153. 計畫主持人：劉祖慧。中醫藥國際合作策略與發展趨勢分析。計畫編號：MOHW103-CMAP-M-114-000414，2013。
154. 計畫主持人：楊淑齡、張恒鴻。中醫文獻保存整理與老中醫學術傳承之經驗交流。計畫編號：CCMP96 -RD-213，2007。
155. National Institute for Health and Care Excellence :NHS Evidence Process and Methods Manual. 連結網址：<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310369/>，2019 年 10 月 7 日最後訪問。
156. 林聖興：中西藥交互作用資訊網站之建構。中國醫藥大學中西醫結合研究所，2005。

157. 計畫主持人：吳介信。國際中醫藥產業發展趨勢探討與對策研析。計畫編號：MOHW103-CMAP-M-114-000429，2014。
158. Evidence search. 連結網址：<https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/evidence-services/evidence-search>，2019 年 10 月 7 日最後訪問。
159. 台灣經濟研究院：經濟部商業司 106 年度專案計畫期末執行成果報告-商業服務業產學研創新合作平台機制之建立輔導計畫。經濟部商業司，2017 年。
160. 計畫主持人：高尚德。建立傳統醫藥國際合作平台。計畫編號：CCMP99-RD-039，2010。
161. 計畫主持人：陳憲堂。建立中醫藥法規諮詢平台，規劃中醫藥法規制度。計畫編號：CCMP100-RD-102，2011。
162. CIRN 國民中小學課程與教學資源整合平臺。連結網址：<https://cirn.moe.edu.tw/Facet/Home/index.aspx?HtmlName=Home&ToUrl=>，2019 年 10 月 7 日最後訪問。
163. 王玫婷、李隆盛：生技產業製藥領域人才短缺問題之探討。中華管理評論 2014；17(3)。
164. 計畫主持人：賴榮年。發展夫妻共同參與中西醫整合治療不孕症照護服務模式研究。計畫編號：MOHW-104-CMAP-M-114-122406，2015。
165. 計畫主持人：許中華。中西醫整合住院治療手術或放化療後癌症病人之模式研究(2-2)。計畫編號：MOHW103-CMAP-M-114-122403，2014。
166. 計畫主持人：何宗融。104 年度「中西醫合作照護模式」慢性不癒傷口中西醫合作新照護模式。計畫編號：MOHW104-CMAP-M-114-112419，2015。
167. 計畫主持人：楊生滿。中西醫合作照護及整合性管理規劃模式的探討。計畫編號：MOHW105-CMAP-M-114-112104，2016。
168. 計畫主持人：陳俊良。中醫參與長期照顧制度之模式之建立與實作-以護理之家為例。計畫編號：MOHW105-CMAP-M-114-000107，2016。
169. 計畫主持人：羅綸謙。探討中醫醫療參與長期照護制度之發展模式研究。計畫編號：MOHW104-CMAP-M-114-000420，2015。
170. 計畫主持人：蘇奕彰。中醫預防醫學健康管理模式發展評估計畫。計畫編號：MOHW106-CMAP-M-114-000422，2017。
171. Benefits of implementing NICE。連結網址：<https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/into-practice/benefits-of-implementing-nice-guidance>，

2019 年 10 月 7 日最後訪問。

172. 計畫主持人：張永勳。國際中藥產業現代化研討會，計畫編號：CCMP96-CP-019，2007。
173. 計畫主持人：張永勳。中醫藥國際人才之培訓暨中醫藥國際交流平台之建立（2-2）。計畫編號：CCMP99-RD-107，2010。
174. 計畫主持人：郭英調。提升中醫師臨床試驗專業能力。計畫編號：CCMP102-RD-012，2013 年。
175. 計畫主持人：張淑貞。整合型計畫：中藥種子教師培訓及社區用藥安全教育計畫。計畫編號：CCMP97-CP-006，2008。
176. 計畫主持人：涂進益。協助推動中藥用藥安全廣播電台宣導活動。計畫編號：CCMP98-CP-007，2009。
177. 計畫主持人：宓哲華。臺灣南部地區民眾中藥用藥習慣調查及宣導用藥安全計畫。計畫編號：CCMP101-CP-003，2012。
178. 計畫主持人：林時宜。推動中醫藥用藥安全衛生教育及成效評估探討。計畫編號：MOHW106-CMAP-M-114-000424，2017。
179. 衛生福利部：政府捐助之財團法人 106 年度衛生福利部行政監督報告。連結網址：<https://www.mohw.gov.tw/dl-51454-066bf26f-59f8-4e83-b314-44e1b71ad665.html>，2019 年 10 月 23 日最後訪問。
180. 主計長籲各部會別再設特種基金。連結網址：<https://money.udn.com/money/story/5648/3110095>，2019 年 02 月 25 日最後訪問。
181. 衛生福利部（不含社會福利部分）、中央健康保險署、國民健康署及國家中醫藥研究所 2013 年度至 2018 年度單位預算評估報告。連結網址：<https://www.ly.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=6595>，2019 年 02 月 25 日最後訪問。
182. 公部門業務以行政法人或財團法人辦理之可行性分析。連結網址：<https://www.ea.sinica.edu.tw/file/File/%E5%85%AC%E9%83%A8%E9%96%80%E6%A5%AD%E5%8B%99%EF%BC%88%E4%BB%A5%E5%8C%96%E5%AD%B8%E7%89%A9%E8%B3%AA%E7%99%BB%E9%8C%84%E7%AE%A1%E7%90%86%E6%A5%AD%E5%8B%99%E7%82%BA%E4%BE%8B%EF%BC%89%E4%BB%A5%E8%A1%8C%E6%94%BF%E6%B3%95%E4%BA%BA%E6%88%96%E8%B2%A1%E5%9C%98%E6%B3%95%E4%BA%BA%E8%BE%A6%E7%90%86%E4%B9%8B%E5%8F%AF%E8%A1%8C%E6%80%A7.pdf>，2019 年 2 月 25 日

最後訪問。

183. 林昭庚、陳俊明、施純全、陳欣欣：中醫師人力現況與規劃。中醫藥雜誌 2001；231-242。
184. 歐世宸、李育權、蔡璧卉、邱汶珊：中醫臨床訓練報導(一)：「中醫醫療機構負責醫師訓練計劃」的困境與挑戰。研精醫訊 2014；101。
185. 黃新家、陳怡帆、盧政男、陳泰佑、楊賢鴻、林建雄、吳建隆、李科宏：台灣中醫傷科人才養成及業務發展之調查分析。中醫藥雜誌 2012；23(2)：113-132。
186. 2018 年 04 月 26 日立法院第 9 屆第 5 會期財政委員會第 17 次全體委員會議「中央政府特種基金管理條例 中央政府特種基金之設立、保管、運用、考核、合併及裁撤情形檢討」蘇巧慧委員報告內容。
187. 行政院主計處第二局專門委員 呂秋香，中央政府特種基金預算制度之回顧與展望。連結網址：<http://www.bas-association.org.tw/catalog/arts/09304030.pdf>，2019 年 2 月 25 日最後訪問。
188. 鄭如孜：提升中央政府非營業特種基金資金運用效能之研究。財政部國庫署，2011。
189. 韓醫藥產業的中樞：NIKOM 韓藥振興財團介紹手冊(簡體中文版)。2017 年。
190. 재단법인 대구경북한방산업진흥원 설립 허가를 알려드립니다。連結網址：http://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb0601vw.jsp?PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=03160501&page=8&CONT_SEQ=38558，2019 年 2 月 25 日最後訪問。
191. 한약진흥재단。連結網址：<https://ko.wikipedia.org/wiki/%ED%95%9C%EC%95%BD%EC%A7%84%ED%9D%A5%EC%9E%AC%EB%8B%A8>，2019 年 2 月 25 日最後訪問。
192. 主持人：陳美燕教授。臺北市運動產業發展暨經濟效益分析-運動衛星帳及投入產出模型勞務採購案。2017。
193. 한국한방산업진흥원의 국가 한약진흥재단 한 타당 조사。連結網址：https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:qn277qMJ374J:https://policy.kiom.re.kr/attach/filedownloads/do_down/no/367/url/eNortjI1sILSLy5NMjAxMNRPLCrJTM5JLdbPzEtJrdAvSUzKSc1MAUsgXjqJuVcJxal6BckpqfQWyhZA1wwTx4Tgg..+&cd=2&hl=zh-TW&ct=clnk&gl=tw，2019 年 2 月 25 日最後訪問。

194. 衛生福利部中醫藥司：參加 2015 海峽兩岸醫藥衛生協議「中醫藥研究交流與中藥材安全管理工作組」會議、港澳考察及廣州中藥生產基地考察考察報告。2015。
195. 제 2 차 한의약육성발전계획(2011~2015) 。連結網址：
<http://www.korea.kr/archive/expDocView.do?docId=28723>，2019 年 10 月 25 日最後訪問。
196. 부산대 한방병원은 한의학 임상연구의 중심 。連結網址：
http://www.ekomnews.com/bbs/board.php?bo_table=news&wr_id=16164，2019 年 10 月 25 日最後訪問。
197. 제 3 차 한의약육성발전 종합계획(2016~2020) 。連結網址：
<http://www.korea.kr/archive/expDocView.do?docId=37108>，2019 年 10 月 25 日最後訪問。
198. 15 년까지 총 1 조원 투자 한의약산업 10 조원 시장으로 육성。連結網址：
<https://www.khidi.or.kr/board/view?pageNum=1&rowCnt=10&menuId=MENU00579&maxIndex=9999999999999999&minIndex=9999999999999999&schType=0&schText=&categoryId=&continent=&country=&upDown=0&boardStyle=&no1=0&linkId=144117>，2019 年 10 月 25 日最後訪問。
199. 보건의료 。連結網址：
http://www.mohw.go.kr/react/policy/index.jsp?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=06290101&PAGE=1&topTitle=%EC%A0%84%EB%AC%B8%EB%B3%91%EC%9B%90%20%EC%A7%80%EC%A0%95，2019 年 10 月 25 日最後訪問。
200. 한방 HUB 보건소 23 개 。連結網址：지정 <http://www.hkbs.co.kr/news/articleView.html?idxno=66057>，2019 年 10 月 25 日最後訪問。
201. 양주시보건소, 한방 면역증진교실 참가자 모집 。連結網址：
<http://www.kmaeil.com/news/articleView.html?idxno=71856>，2019 年 10 月 25 日最後訪問。
202. 87 년 한방의료보험에서 'HUB 보건소' 사업까지 。連結網址：
<https://www.mjmedi.com/news/articleView.html?idxno=24862>，2019 年 10 月 25 日最後訪問。
203. Hub 보건소사업 현주소 。連結網址：
<http://www.mjmedi.com/news/articleView.html?idxno=19648>，2019 年 10 月 25 日最後訪問。

204. 사업개요 。 連 結 網 址 ： <https://www.khealth.or.kr/board?menuId=MENU00862> , 2019 年 10 月 25 日最後訪問。
205. Dr. Lee Tae Geun. Policy for Korean Medicine in Republic of Korea. 19th International Congress of Oriental Medicine.
206. 2018 년 제 3 차 한의약육성 발전 계획은? 。 連 結 網 址 ： http://www.akomnews.com/bbs/board.php?bo_table=news&wr_id=5334 , 2019 年 10 月 25 日最後訪問。
207. 한의사수 역대 최고...한의약산업 규모 9 조원 달해 。 連 結 網 址 ： <http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=1065829> , 2019 年 10 月 25 日最後訪問。
208. 2017 년 국내 한의약산업 규모 9 조 4282 억원, 종사자 10 만명 넘어. 連 結 網 址 ： <https://www.msn.com/ko-kr/money/topstories/2017%EB%85%84-%EA%B5%AD%EB%82%B4-%ED%95%9C%EC%9D%98%EC%95%BD%EC%82%B0%EC%97%85-%EA%B7%9C%EB%AA%A8-9%EC%A1%B0-4282%EC%96%B5%EC%9B%90-%EC%A2%85%EC%82%AC%EC%9E%90-10%EB%A7%8C%EB%AA%85-%EB%84%98%EC%96%B4/ar-BBUkWdp> , 2019 年 10 月 25 日最後訪問。
209. 한의약 혁신기술개발에 10 년간 1576 억원 투입 。 連 結 網 址 ： https://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=130738&sc_word=&sc_word2= , 2019 年 10 月 25 日最後訪問。
210. 원주 R)한약재유통센터 부실운영 '혈세' 。 連 結 網 址 ： <http://www.gnmbc.co.kr/post/48961> , 2019 年 10 月 25 日最後訪問。
211. 우수한약재유통지원시설 있으나 마나? 。 連 結 網 址 ： <http://m.hwasunjachinews.net/6743> , 2019 年 10 月 25 日最後訪問。
212. 行政院人事行政局：行政法人法草案說帖。2003。
213. 行政法人設置有關問題之研究：考試院研究發展委員會。2005。
214. 縮短新藥審查時程 將設國家藥物審查中心 。 連 結 網 址 ： <http://www.gbimonthly.com/2017/02/8032/> , 2019 年 02 月 25 日最後訪問。
215. 衛生福利部：「國家藥物審查中心設置條例」草案報告。立法院第 9 屆第 3 會期司法及法制、社會福利及衛生環境委員會第 1 次聯席會議，2017。

216. 經濟日報 陳紹琛 論醫藥品查驗中心行政法人化。連結網址：
<https://money.udn.com/money/story/10164/2340023>，2019 年 02 月 25 日
最後訪問。
217. 【專文】論「國家藥物審查中心設置條例草案」的正當性。連結網址：
[https://www.peoplenews.tw/news/ed23825f-8770-4b59-8cd8-
0d3e99f037f3](https://www.peoplenews.tw/news/ed23825f-8770-4b59-8cd8-0d3e99f037f3)，2019 年 02 月 25 日最後訪問。
218. 專家觀點 -CDE 行政法人化的思維與建議。連結網址：
[https://m.ctee.com.tw/album/6586847f-b6a8-40bf-bbfb-57436444bd4c/
3319](https://m.ctee.com.tw/album/6586847f-b6a8-40bf-bbfb-57436444bd4c/3319)，2019 年 02 月 25 日最後訪問。
219. 查驗中心行政法人化報告 段宜康批不及格。連結網址：
<https://n.yam.com/Article/20170309112228>，2019 年 02 月 25 日最後訪
問。
220. Annie Xianghong Lin, Ging Chan, Yuanjia Hu, Defang Ouyang, Carolina Oi
Lam Ung, Luwen Shi, Hao Hu. Internationalization of traditional Chinese
medicine: current international market, internationalization challenges and
prospective suggestions. Chin Med. 2018; 13:

輔導中醫臨床技能評估模式及臨床教學實務訓練計畫

楊賢鴻

長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院

摘 要

本計畫之研究目的乃為整合中醫藥臨床師資，規劃適用中醫師資培育教學模式，培訓中醫臨床師資。於 108 年 7 月 27、28 辦理指導醫師中醫臨床教學實務訓練課程，中醫臨床教學實務訓練課程共 33 位中醫指導醫師參與，得以適用於兩年期負責醫師訓練計畫之受訓醫師訓練。

4 月底完成提交 6 例包含中醫內、針灸科之 OSCE 教案。運用審查過的教案，辦理之中醫 OSCE 考試，亦邀請 7 家輔導院所參加，完成辦理 3/13 中醫部實習中醫學生 OSCE 臨床技能評估考核。共 36 位實習中醫學生參加；9/20 中醫部實習中醫學生教學型 OSCE 考試，共 65 位實習中醫學生參加；10/2 受訓醫師教學型 OSCE 考試，24 位受訓醫師參加。辦理 10/2 專科醫師教學型 OSCE 考試，2 位受訓醫師參加。2 位實習考官 3/13 中醫 OSCE 考試實際評分完成訓練。協助 7 家主要訓練醫院處理中醫師臨床教育訓練相關問題。6/20 完成中醫內科、針灸科專科醫師實地試評。收訓 2 位中醫內科及中醫針灸科專科試辦受訓醫師。期為繼續推動中醫 OSCE 教案題庫之建置及教案品質提升及落實培育優質師資而努力。

關鍵詞：中醫、客觀結構式臨床技能測驗、師資培育

The Program for Evaluated the Model of TCM Clinical Skill and TCM Clinical Teaching

Yang Sien-Hung
Linko Branch of Chang Gung Memorial Hospital

ABSTRACT

The purpose of this project is to unify the clinical teachers of Traditional Chinese Medicine (TCM). This plan is suitable for training clinical instructors. To cultivate excellent clinical instructors, two training courses were offered to TCM physician instructors on July 27th and 28th 2019, respectively. There were thirty-three TCM physician instructors attending these hands-on training courses. Those TCM physicians could satisfy the requirement for instructors in 2-year Training Program for Responsible TCM Physicians.

We have completed and submitted six teaching cases of TCM-OSCE in two fields, including internal medicine and acupuncture in Chinese Medicine. We held TCM-OSCE examinations with evaluated teaching cases for thirty-six Chinese medical students on Mar. 13th, 2019; sixty-five Chinese medical students on Sep. 20th, 2019; twenty-four physicians on Oct. 2nd, 2019; two TCM specialist physicians on Oct. 2nd, 2019. Furthermore, we assisted those training hospitals with issues related to TCM clinical teaching training. As a result of aforementioned efforts, this project would establish a TCM-OSCE question bank, further enhance the quality of teaching cases, and cultivate excellent instructors.

Keywords: TCM, OSCE, TCM Clinical instructor training course

壹、前言

中醫是中國數千年流傳的瑰寶，目前遍佈世界逾 130 國家，也是我國民眾習於選用之醫療方式之一。世界衛生組織(WHO)曾於 2002 年第 55 屆世界衛生大會，首度發表長達 80 頁之「2002-2005 年傳統醫藥全球策略」專業報告，建請各國政府將傳統醫學發展納入現有醫療政策，並設立專責機構辦理。《2014~2023 傳統醫學戰略》，確定傳統醫學和補充醫學的發展方向。2019 年世界衛生大會 WHA，首度將中醫納入章節，未來中醫疾病與診斷，就可依據《國際疾病分類 ICD》編碼，進行系統歸類。影響層面包括中醫的研究內容，以及健保申報的範圍認定。衛生福利部中醫藥司為完善的滿足民眾求診中醫治療的需求，提供民眾優質中醫就醫環境、提升中醫醫療服務品質首由強化中醫師培育資訓練做起。歷年來規劃負責醫師訓練、中醫住院醫師訓練、中醫專科醫師訓練等三階段執行，期能提升中醫整體競爭力。

鑑於中醫藥臨床訓練之推動，皆需根基於健全訓練環境及完備教學師資的基礎上，自 2009 年起，本院配合國家政策辦理「中醫醫療機構負責醫師訓練計畫」，以建構中醫整體臨床教學體系，建立中醫醫事人員培訓制度，提升中醫醫事人員執業素質。為建立中醫師臨床訓練制度，經歷多次專家共識會議，透過專家會議凝聚臨床訓練教學共識，持續檢討並逐步修訂中醫醫療機構負責醫師訓練之師資培訓方式、臨床教學師資條件、臨床教材課程及成效評值方式。

以往醫師考試採筆試方式，只能評量考生之醫學知識，無法反應其臨床照護能力及技能。隨著現代醫學進步，醫學教育以一種盡可能貼近臨床的真實環境和更符合醫學倫理的方式展開教學與考核，以提升醫療專業人員知識，態度的培養與各項臨床操作技能。目前台灣中醫學教育也正朝此方向再進行改革，也逐步從傳統師徒制轉變為系統化的學校教育。客觀結構式臨床技能測驗(Objective Structured Clinical Examination，簡稱 OSCE)是近多年來在全球醫學教育領域興起的一種臨床能力考試模式，目前已經成為醫學教育公認有效的臨床能力測驗方法之一。臨床技能的評量必須儘量接近工作情境，進行的測驗內容應模擬實際病人處置，而且擬真度愈高，學生在實務上愈能運用所學於病人身上。OSCE 不只是測量臨床技術的重要工具，也是教導臨床技術不可或缺的，OSCE 刺激學生重視對臨床技術的正確學習，由學生在 OSCE 的成績分析，也能看出學生之弱點，給學生很有

效的回饋，更能給評分者與施行單位很好的回饋，做為日後改進教學的重要參考。

考選部自 2013 起，將通過臨床技能評估—客觀結構式臨床測驗(OSCE)納入西醫師考試分試考試第二階段之應考資格，長期目標並將 OSCE 列為醫師第二階段考試之應考科目，以測驗學生臨床實作能力。相較於西醫的臨床教學訓練，傳統中醫藥的教學訓練，一直缺少量化且客觀的評量標準，成為近年來中醫 OSCE 實行的迫切原因，傳統上中醫多以師徒相傳方式進行，不只臨床技能，評估項目亦包含人品、性格、天分等無法量化的標準，且是否訓練完成，多由老師自行決定，然而臨床評量的一致性與公平性卻很難達到。近代中醫師考核雖有國家考試，但是多侷限於筆試，對於臨床技能的考核，仍極為缺乏。雖然在近代高等教育對於中醫的規範化和所謂的學院化後，學習的歷程區分為基礎知識學習與臨床實習，對於學生臨床經驗的累積與初步認識有相當助益，但是「如何評量學生是否已了解基本臨床技能？」，以往一直缺乏具有共識及公信力的評量方式。

客觀結構式臨床測驗(OSCE)，在 1975 年由 Dr. RM Harden 等人所提出，嘗試解決客觀性的問題，並期待能評估醫師「技能」與「態度」兩方面的學習成果。台灣醫學教育學會於 2009 年 7 月提出 High-Stakes OSCE 考場設施、考官訓練、標準化病人訓練、試題及評量表、測驗及格設定標準。OSCE 是以客觀的方式評估臨床能力的試驗方式的一種，由標準化病人演出接近真實的患者情況，由考生依據本身學習的臨床技巧對於患者情況進行評估，再由考官對此進行評估。考核層面包括病史詢問、理學檢查、醫病溝通、衛教與臨床技能操作等，涵蓋了醫療面談及身體檢查的「技能」與「態度」的評估，尤為重要的是客觀性(objective)的要求，是考核中最難達成的部分，所謂「高客觀性」的評估指的是：不論是誰都能以相同的基準接受評估，答案正確與否的判斷並不會受到評分者的個人主觀所影響。故而在整個考試中，考題的擬訂、考官的訓練和標準化病人的訓練，是 OSCE 考試中最重要的三個部分。

長庚紀念醫院於 2005 年起推動林口長庚醫院臨床技能中心成立，並於 2010 年通過臨床技能測驗考場認證。目前臨床技能測驗考場設於林口長庚醫院兒童大樓 B2。中醫部自 2012 年即開始籌辦並試行全國第一次中醫的 OSCE 考試，目前每年固定舉辦中醫實習醫學生 OSCE 前後測評量，並有豐碩經驗。期間亦發現架構一專門之中醫臨床技能測驗中心之重要性，因為有專門的機構、人力與經費，才能使每次的 OSCE 都能依標準進行且使經

驗世代傳承，且更重要的是，藉由 OSCE 評量結果同時可以反映出教學問題而予以改進，故本計畫之目的在於將 OSCE 辦理之過程標準化、配合未來全面推動之可行性，以作為架構專門之訓練、考核中心的參考，發展成熟教案並嘗試將訓練與考核成果落實於學員、醫師的教學中，以促進教學品質。

林口長庚醫院中醫部涵蓋台北、林口及桃園三院區，臨床教學及師資內涵均是統合三個院區一起進行。多年來配合衛生福利部政策，積極推動各項中醫師臨床訓練制度。先後承接中醫負責醫師訓練計畫、北區核心醫院、指導醫師培訓計畫、建置中醫臨床技能測驗中心計畫。目前擁有台北、林口、桃園三院區共 35 位優質指導醫師，為全國中醫指導醫師人數最多之醫院，且歷年承接中醫負責醫師訓練計畫均評核為優等。自 106 年承接「輔導中醫臨床技能評估模式及臨床教學實務訓練計畫」計畫迄今，期能透過建立系統性的新進中醫師臨床訓練制度，銜接醫學教育與臨床服務、培育具有全人醫療教學能力之臨床指導教師、研訂中醫藥各科臨床技能評估方式題庫，期能將中醫藥技能檢定方式，導向一致性、客觀及具體化，為將來中醫專科醫師制度做準備，以完善中醫藥臨床訓練環境，提升中醫藥師執業素質，並提供民眾優質的中醫醫療照護品質。

貳、材料與方法

本計畫由林口長庚醫院中醫部與長庚醫院臨床技能中心共同規劃，聯合台北、林口及桃園三院區硬體及中醫師資資源。透過執行下列步驟來完成如下工作項目：

一、撰寫教案及辦理學員之臨床技能測驗(OSCE)

規劃 4 月底前至少提出 6 個教案（中醫內科及針灸科，其中至少 1 教案為中醫會診或中西醫整合），及如何進行學員中醫臨床技能測驗(OSCE)。

(一) 撰寫教案：配合衛生福利部之計畫要求，規劃於 4 月底前提出中醫內科、中醫針灸科共 6 個教案（其中至少 1 教案為中醫會診）。

本計畫師資充裕，共有 35 位中醫指導醫師協助教案撰寫。

(二) 陸續召開 108 年 OSCE 臨床技能評估測驗工作會議，針對教案內容規劃、考題之及格標準設定、共識進行討論及審視。在及格標準設定方面，針對已經完成的考題，原則上使用 modified Angoff 方法進行及格標準設定。

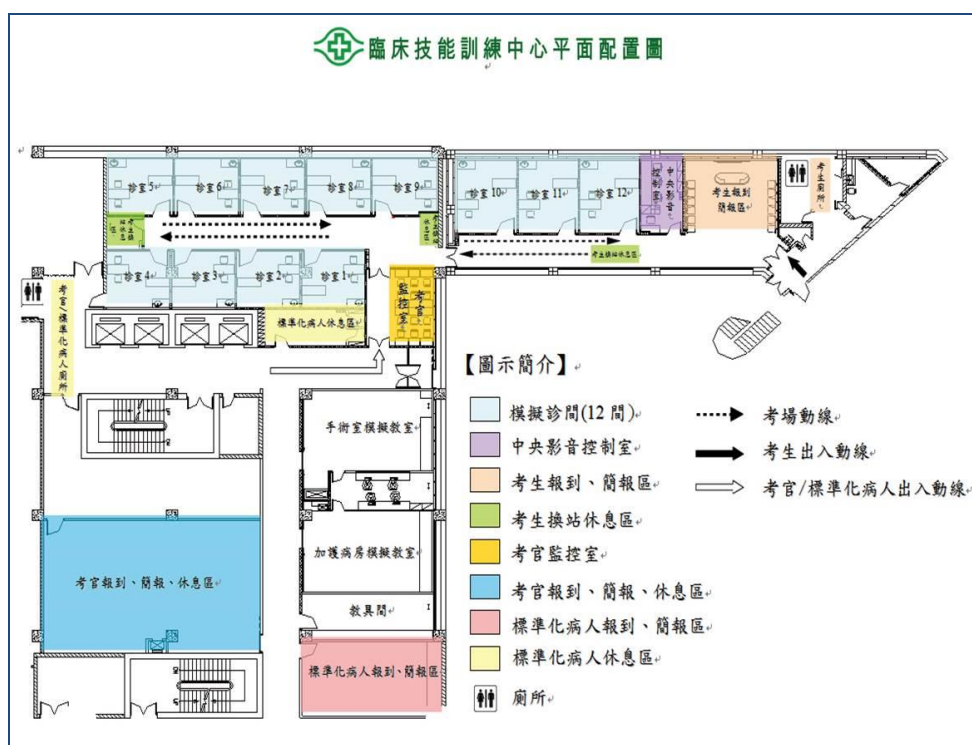
(三) 提出 6 個教案至「中醫專科醫師制度建構計畫-建置題庫及規範中心」由醫學教育、OSCE 專家進行審視。

科別\ 面向	中醫四診		病情解釋	醫病溝通	臨床處理 與衛教	單項技能操作
	病史詢問	身體檢查				
中醫內科	胃痛	胸痛	卵巢癌 中醫會診		胸痛	
中醫針灸科	面癱				頭痛、 暈針	

(四) 在考題校正時，即以 Cronbach's $\alpha > 0.7$ 當成考題信度的最低標準，未達標準者需以再度修改考題、重拍片等步驟使其高於標準。效度評估以專家效度與外在效度為主，專家效度以考題設計之初，尚未進行信度評估前以專家團隊評估進行之，而外在效度則與學員之日常表現成績進行相關性分析得知。

(五) 規劃進行受訓學員 OSCE 臨床技能評估考核。

1. 考場安排



2. 教案方面：配合衛生福利部之計畫進度持續撰寫中醫 OSCE 教案並進行驗證，於 4 月底前提出 6 個教案。針對本院辦理之 OSCE 臨床技能評估考試，教案盡量涵蓋中醫各面向需求。選題原則為對應中醫核心課程進度及中醫常見病種來提出考題藍圖與設備需求。
3. 考官方面：本院每年辦理多次 OSCE 臨床技能評估考試，以期每位考官每年均有參與評分之權利及義務。本院中醫各科具考官資格之考官人數如下說明：

科別	中醫內科	中醫兒科	中醫針灸科	中醫骨傷科	中醫婦科	TOTAL
人數	12	1	11	3	5	32

科別	台灣醫學教育學會認定考官名單	經台灣醫學教育學會初次認定，但無專科醫師證書無法展延，但為中醫認定之中醫考官	中醫認定之中醫考官	TOTAL
人數	9	3	20	32

4. OSCE 臨床技能評估考核安排

(1) 3/13 辦理 107 學年度實習中醫學生總結型 OSCE 考試

A. 107 學年度實習中醫學生總結型 OSCE 考試時程表

項目	說明														
測驗日期	108 年 3 月 13 日(三)														
測驗地點	林口長庚醫院兒童大樓 L 棟地下二樓臨床技能中心														
測驗對象	107 年度林口長庚紀念醫院中醫部實習中醫學生 36 位														
考試規劃	<p>●考生分 6 組，每組 6 站，分三梯次進行考試。</p> <p>●同時段 2 組考生同時進行考試；每站 1 位考官。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>各梯次內容</th><th>時間</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>報到</td><td>20 分鐘</td></tr> <tr> <td>考前說明</td><td>10 分鐘</td></tr> <tr> <td>考前準備</td><td>56 分鐘</td></tr> <tr> <td>[(換站&讀題)+測驗]x6</td><td>(2+8) x6 鐘</td></tr> <tr> <td>梯次換場休息</td><td>15 分鐘</td></tr> <tr> <td>每梯次共計</td><td>110 分鐘</td></tr> </tbody> </table>	各梯次內容	時間	報到	20 分鐘	考前說明	10 分鐘	考前準備	56 分鐘	[(換站&讀題)+測驗]x6	(2+8) x6 鐘	梯次換場休息	15 分鐘	每梯次共計	110 分鐘
各梯次內容	時間														
報到	20 分鐘														
考前說明	10 分鐘														
考前準備	56 分鐘														
[(換站&讀題)+測驗]x6	(2+8) x6 鐘														
梯次換場休息	15 分鐘														
每梯次共計	110 分鐘														

時間		考生		
		第一梯	第二梯	第三梯
07:00-07:20	20M	工作人員報到事前準備		
07:20-07:30	10M	考官與標準化病人報到		
07:30-08:30	1H	考官評分共識/標準化病人演出訓練		
08:10-08:30	20M	考生報到	考生報到	
08:30-08:45	15M	考前說明 考前準備	考前說明	
08:45-09:45	1H	考試		
09:45-10:00 換場休息	15M	問卷	考前準備	
10:00-11:00	1H		考試	
10:40-11:00	20M		考試	考生報到
11:00-11:15 換場休息	15M		問卷	考前說明 考前準備
11:15-12:15	1H			考試
12:15-12:30 考試結束	15M			問卷

B. 考官名單

站別	考試項目	考官姓名	實習考官姓名
1	胃痛	楊 00	--
2	小兒性早熟	陳 00	--
3	排卵期出血	高 00	郭 00
4	頭痛	尤 00	--
5	坐骨神經痛	李 00	--
6	三伏貼皮膚-灼傷處理	郭 00	林 00
7	胃痛	黃 00	--
8	小兒性早熟	林 00	--
9	排卵期出血	陳 00	--
10	頭痛	楊 00	--
11	坐骨神經痛	楊 00	--
12	三伏貼皮膚-灼傷處理	高 00	--

(2) 9/20 辦理 108 學年度實習中醫學生教學型 OSCE 考試。共計 65 位實習中醫學生（7 年級及 8 年級）參加。

A. 108 年度教學型 OSCE 考試時程表

項目	說明														
測驗日期	2019 年 9 月 20 日(五)														
測驗地點	林口長庚醫院兒童大樓 L 棟地下二樓臨床技能中心														
測驗對象	108 年度林口長庚紀念醫院中醫部實習中醫學生 65 位														
考試規劃	<p>● Intern 考生分 33 組，每組 2 站，分 6 梯次進行考試，同時段 6 組考生同時進行考試；每站 1 位考官，共 12 站。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>各梯次內容</th><th>時間</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>報到</td><td>20 分鐘</td></tr> <tr> <td>考前說明</td><td>10 分鐘</td></tr> <tr> <td>考前準備</td><td>5 分鐘</td></tr> <tr> <td>考試時間</td><td>(2+8+2+1) x2 分鐘</td></tr> <tr> <td>梯次換場休息/填寫問卷</td><td>10 分鐘</td></tr> <tr> <td>每梯次共計</td><td>75 分鐘</td></tr> </tbody> </table>	各梯次內容	時間	報到	20 分鐘	考前說明	10 分鐘	考前準備	5 分鐘	考試時間	(2+8+2+1) x2 分鐘	梯次換場休息/填寫問卷	10 分鐘	每梯次共計	75 分鐘
各梯次內容	時間														
報到	20 分鐘														
考前說明	10 分鐘														
考前準備	5 分鐘														
考試時間	(2+8+2+1) x2 分鐘														
梯次換場休息/填寫問卷	10 分鐘														
每梯次共計	75 分鐘														

時間		考生					
		第一梯	第二梯	第三梯	第四梯	第五梯	第六梯
07:30-8:30	1H	考官評分共識/標準化病人演出訓練					
08:10-08:30	20M	考生報到	考生報到	考生報到			
08:30-08:45	15M	考前說明 / 考前準備	考前說明	考前說明			
08:45-09:10	25M	考試與回饋	考前準備	考前準備			
09:10-09:35	25M	問卷	考試與回饋	考前準備			
09:35~10:10	25M		問卷	考試與回饋	考生報到	考生報到	考生報到
10:10-10:25	15M			問卷	考前說明 / 考前準備	考前說明	考前說明
10:25-10:50	25M				考試與回饋	考前準備	考前準備
10:50-11:15	25M				問卷	考試與回饋	考前準備
11:15-11:40	25M					問卷	考試與回饋
11:40~11:55	15M						問卷
11:55-12:30	25M	檢討與討論					

B. 配題藍圖及考官名單

編號	配題藍圖		考官名單
	測驗科別	題目名稱	
1	內科	過敏性鼻炎	陳 00、江 00、陳 00 林 00、許 00、郭 00
2	針灸科	上肢穴位標定	許 00、陳 00、陳 00 鄭 00、謝 00、楊 00

教學型 OSCE 規劃僅考兩站之目的著重在回饋，並導引實習中醫學生後續學習與應試之正確方向，故考題以典型而具有代表性，總結型 OSCE 雖曾認為站數越多信度越佳，然而站數應該多少卻無定論，2011 年 review 即發現越多站並非一定可以增加信度，變異甚大，可能

還是與考站品質相關，且實務上增加考站，硬體成本提高甚多，故已然非定論。故在考量現實（今年考生雙倍、硬體擴充不及）與過去經驗，且中醫不若西醫，考站較亦具有多面向特質，與臨床情況相符，故以兩站設計。

- (3) 10/2 辦理新進中醫師（負責醫師訓練計畫受訓醫師）OSCE 考試。共計有長庚 12 位、長庚代訓 2 位、部立桃園醫院 3 位、恩主公醫院 3 位、部立臺北醫院 4 位共 24 位新進中醫師參加。

A. 108 年度新進中醫師教學型 OSCE 考試時程表

項目	說明	
測驗日期	2019 年 10 月 2 日(三)	
測驗地點	林口長庚醫院兒童大樓 L 棟地下二樓臨床技能中心	
測驗對象	本院新進中醫師（含代訓醫師）及外院住院醫師共計 24 人（第一~三梯次）	
考試規劃	考生分 3 組，每組 8 站，共 3 梯次進行考試；每站 1 位考官，共 8 站。	
	各梯次內容	時間(第 1~3 梯)
	報到	20 分鐘
	考前說明	10 分鐘
	考前準備	5 分鐘
	考試時間	(2+8+2) x8 分鐘
	梯次換場休息/填寫問卷	10 分鐘
	每梯次共計	141 分鐘

時間		考生		
		第一梯	第二梯	第三梯
07:30-08:30	1H	考官評分共識/標準化病人演出訓練		
08:05-08:25	20M	考生報到	考生報到	
08:25-08:40	15M	考前說明/ 考前準備	考前說明	
08:40-10:16	96M	考試與回饋	考前準備	
10:16-10:30	14M	換場	考前準備	
10:30-12:06	96M	問卷	考試與回饋	
11:20-11:40	20M		問卷	考生報到

12:06-12:40	34M	Break/Lunch	考前說明/考前準備
12:40-14:16	96M		考試與回饋
14:16~14:36	20M		問卷

- (4) 10/2 辦理專科醫師計畫受訓醫師試辦計畫 OSCE 考試。共計 1 位中醫內科受訓醫師及 1 位中醫針灸科受訓醫師參加。

項目	說明	
測驗日期	2019 年 10 月 2 日(三)	
測驗地點	林口長庚醫院兒童大樓 L 棟地下二樓臨床技能中心	
測驗對象	本院 1 位中醫內科受訓醫師及 1 位中醫針灸科受訓醫師參加。	
考試規劃	考生分 2 組，每組 8 題，每位考官 4 題。	
	各梯次內容	時間
	報到	20 分鐘
	考前說明	10 分鐘
	考前準備	5 分鐘
	考試時間	(2+8+2) x8 分鐘
	梯次換場休息/填寫問卷	10 分鐘
	每梯次共計	141 分鐘

時間		考生
09:00-10:30	1.5H	標準化病人演出訓練 考官/標準化病人共識
09:50-10:15	96M	考生報到
10:16-10:30	14M	考前說明/考前準備
10:30-12:35	96M 30M	考試、回饋與問卷

5. 辦理受訓學員 OSCE 臨床技能評估考核需進行考官之共識會議。

6. 辦理 3/13 受訓學員 OSCE 臨床技能評估考核，同時安排有 2 位參與實習考官參與，取得中醫 OSCE 考試之考官評分認證時數。

二、調查本部所分派之中醫負責醫師訓練院所需求、輔導本部所分派之訓練院所，處理中醫師訓練相關問題

自 106 年起主要訓練診所家數逐年增加，在臨床教學訓練上較缺乏經驗。依據 107 年執行狀況，透過電話聯繫了解主要訓練院所需要，負責醫

師訓練護照填寫及教學課程辦理方式等協助處理中醫師訓練相關問題。協調代訓容額事宜、訓練時數及過勞問題。

108 年仍配合衛生福利部之分派，聯繫相關中醫負責醫師訓練院所建立聯絡網，以電話及 E-mail 互相聯繫溝通，調查訓練院所需求，主動提供基本課程資訊、師資培育課程。針對臨床實務訓練課程提供相關資訊。

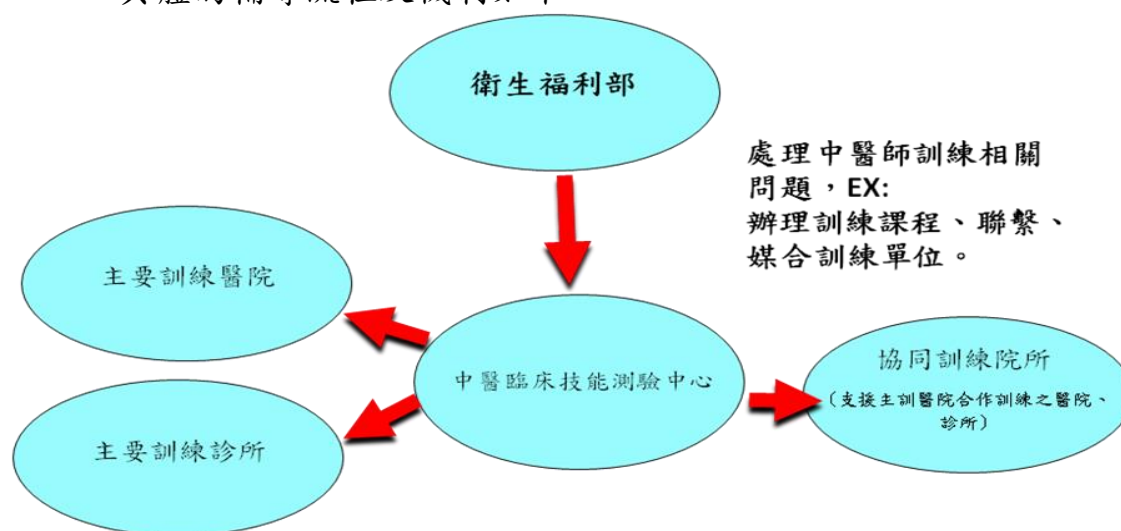
針對主要訓練診所執行期中報告或實地訪查事宜提供經驗分享，必要時安排有教學經驗之醫師配合出席實地訪查。

(一) 主要訓練醫院（台北長庚紀念醫院、林口長庚紀念醫院、桃園長庚紀念醫院、基隆長庚紀念醫院、衛生福利部臺北醫院、衛生福利部桃園醫院、恩主公醫院、衛生福利部樂生療養院）

(二) 主要訓練診所（一品堂(新竹)、李思慧、黃秀凌、恩典、風澤、仁心堂、一品堂(平鎮)）。

(三) 協同訓練院所（支援主訓醫院合作訓練之醫院、診所）目前有元康中醫診所，在中醫師訓練相關問題提供協助。

具體的輔導流程及機制如下：



三、辦理臨床醫學指導教師之中醫臨床教學實務訓練

依衛生福利部 106 年 6 月 30 日修正函頒「中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓認證要點」規劃：為落實衛生福利部「中醫醫療機構負責醫師訓練制度」，建立系統性新進中醫師臨床訓練制度，以銜接醫學教育及臨床服務，培育具全人醫療教學能力的指導醫師，此師資培訓認證要點規定：符合資格之醫師欲取得指導醫師資格認證需完成中醫師六大核心能力及教學技能課程七小時及中醫臨床教學實務訓練課程十小時。

依此要點規劃辦理臨床醫學指導教師之中醫臨床教學實務訓練課程：

(一) 培育對象：於主要訓練醫院（經衛福部中醫醫療機構負責醫師訓練計畫審查通過之醫院）或協同訓練院所（支援主訓醫院合作訓練之醫院、診所）執業中醫滿五年以上之中醫師。

(二) 實務訓練課程內容包括：

1. 中醫專科門診教學：

(1) 培育課程內容安排：中醫專科門診教學（包括中醫內科、中醫婦科、中醫兒科、中醫針灸科或中醫傷科課程）。

(2) 依中醫各科臨床核心能力課程來分配安排，內容包含中醫內科、中醫婦科、中醫兒科、中醫針灸科及中醫骨傷科門診中如何讓受訓醫師能充分掌握各科臨床生理、病理特色，熟練診視、操作技巧；學習臨床病因病機推演與理法方藥臨床思路，瞭解各科臨床常見疾病之中西醫診斷與辨證論治重點。可增加教學技巧部分，例如課程設計、教材製作及溝通技巧。

(3) 教學方式：安排課室教學說明、臨床操作教學等。

2. 中醫病房或會診教學

(1) 中醫病房教學

① 培育課程內容安排：依中醫各科病房臨床常見訓練核心能力取題。

② 內容包含：如何讓受訓醫師能充分掌握中醫病房中目前各科常見住院病種之臨床生理、病理特色，熟練診視、照護技巧；學習臨床病因病機推演與理法方藥臨床思路，瞭解中西醫診斷與合作重點。

③ 教學方式：安排課室教學說明、案例分組討論、臨床操作教學。

(2) 會診教學

① 培育課程內容安排：搜集西醫常見會診病種，參考中醫各科臨床核心能力。

② 內容包含：舉例如何讓受訓醫師能充分掌握西醫常見會診科別病種之臨床生理、病理特色，熟練診視、照護及中西醫溝通等技巧，瞭解中醫診斷、介入與合作重點。。

③ 教學方式：安排課室教學說明、案例分組討論、臨床操作教學。

3. 指導中醫臨床教學討論會

- (1) 培育課程內容安排：舉例中醫臨床教學討論會辦理方式。
- (2) 分享常見中醫各科所常見臨床教學討論會、EBM 及中醫臨床案例討論進行模式。
- (3) 教學方式：案例分組討論、回饋。

4. 中醫臨床技能實作評估學習

- (1) 培育課程內容安排：介紹中醫臨床技能實作評估常見辦理方式。
- (2) 依中醫常見臨床技能測驗執行如 Mini-CEX 及 DOPS 說明。
- (3) 教學方式：安排課室教學說明、案例分組討論、臨床操作教學。

5. 訓練成效評估及回饋

- (1) 培育課程內容安排：教學能力及成效評估訓練。
- (2) 分享常見介紹中醫各科臨床評估成效評估及回饋。
- (3) 教學方式：安排課室教學說明、案例分組討論、臨床操作教學。

(三) 培育課程師資：邀請 102~107 年取得指導醫師資格者擔任講師。

(四) 課程辦理方式：

中醫臨床教學實務訓練工作坊辦理方式：採專題分享、實例討論、分組討論活動進行。參考 105~107 年「中醫臨床教學實務訓練課程-中醫實務訓練工作坊」辦理模式，辦理 108 年度「中醫臨床教學實務訓練工作坊」。規劃 1 天半課程，包含課室教學、小組討論、操作教學。為維護上課品質，規劃報名人數為 36~48 人。完成培育 33 名臨床醫學指導教師之中醫臨床教學實務訓練。

課程表如下規劃：

衛生福利部		
108 年度「輔導中醫臨床技能評估模式及臨床教學實務訓練計畫」		
臨床醫學指導教師之中醫臨床教學實務訓練工作坊 (十小時)		
指導單位：衛生福利部		
主辦單位：長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院		
合辦單位：三軍總醫院中醫部		
報名方式：函購上報名，名額 40 位，本課程免費		
聯絡人：李秋慧 助理 聯絡電話：03-31962000 轉 2646		
課程日期：108 年 7 月 27 日(星期六) 13:00-17:00、7 月 28 日(星期日) 08:30-17:00		
課程地點：長庚醫療財團法人桃園長庚紀念醫院 B2 簡報室		
33378 桃園市龜山區舊路村溪湖路 123 號		
中醫實務訓練工作坊-7/27 (W六)		
時間	議題	講者 / 主持人
13:30~13:40	工作坊介紹(簡報室)	楊賢鴻 教授
13:40~14:30	內科門診教學	黃怡嘉 醫師
14:30~15:20	針灸科門診教學	楊宗憲 醫師
15:20~16:10	婦兒科門診教學	郭順利 醫師
16:10~17:00	綜合討論	

衛生福利部		
108 年度「輔導中醫臨床技能評估模式及臨床教學實務訓練計畫」		
臨床醫學指導教師之中醫臨床教學實務訓練工作坊 (十小時)		
指導單位：衛生福利部		
主辦單位：長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院		
合辦單位：三軍總醫院中醫部		
報名方式：函購上報名，名額 40 位，本課程免費		
聯絡人：李秋慧 助理 聯絡電話：03-31962000 轉 2646		
課程日期：108 年 7 月 27 日(星期六) 13:00-17:00、7 月 28 日(星期日) 08:30-17:00		
課程地點：長庚醫療財團法人桃園長庚紀念醫院 B2 簡報室		
33378 桃園市龜山區舊路村溪湖路 123 號		
中醫實務訓練工作坊-7/28 (W日)		
時間	議題	講者 / 主持人
08:30~9:00	報到	
09:00~09:10	工作坊介紹	楊賢鴻 教授
09:10~10:00	中醫臨床技能實作評估學習 Mini-CEX	黃悅熙 醫師
10:00~10:30	中醫臨床技能實作評估學習 OSCE	許中原 醫師
10:50~11:10	Break	
11:10~12:00	中醫會診教學	宮保祿 醫師
12:00~13:00	Lunch	
13:00~13:50	中醫病房教學	陳星瑜 醫師
13:50~14:40	中醫臨床教學討論會-1	陳星瑜 醫師
14:40~15:30	中醫臨床教學討論會-2	陳曉峰 醫師
15:30~16:20	訓練成效評估及回饋	郭順利 醫師
16:20~17:00	綜合討論	

四、出席「中醫專科醫師制度建構計畫-建置題庫及規範」相關會議

衛生福利部鑒於中醫界期盼建立專科醫師制度，為培育具實證研究及專科教學能力之中醫師，衛生福利部遂於 106-108 年委託醫策會辦理「中醫專科醫師制度建構計畫」。本院自 105 年承接建置中醫臨床技能中心、106~107 年承接「輔導中醫臨床技能評估模式及臨床教學實務訓練計畫-審視教案中心」，逐步完成輔導中醫臨床技能評估模式的成型及臨床教學實務訓練課程的規劃，為落實未來中醫專科臨床技能評量等工作而努力。故 108 年配合參與 5/27、7/8、8/26「中醫專科醫師制度建構計畫-建置題庫及規範」相關會議，參與中醫 OSCE 題庫建置及審查。

五、辦理中醫專科醫師試辦訓練

108 年本院配合中醫專科醫師試辦訓練計畫，執行中醫內科及中醫針灸科之中醫專科醫師試辦訓練計畫。目前中醫內科及針灸科之中醫專科醫師試辦訓練計畫做規劃說明如下：

(一) 訓練宗旨與目標

1. 中醫內科：以全人醫療為中心，來培育現代醫學專業知識及中醫臨床診療思維能力之中醫內科專科醫師。
2. 中醫針灸科：精進中醫師在中醫針灸領域之臨床醫學能力及學術研究為宗旨，以培育具備現代醫學專業知識及全人醫療思維能力之針灸科專科醫師。

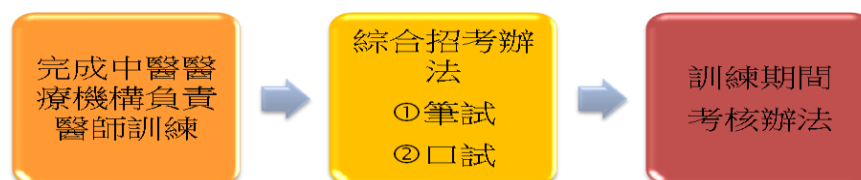
(二) 訓練計畫執行架構

本院中醫部規劃制定中醫專科醫師訓練課程內容。針對訓練課程內容，受訓醫師接受除中醫部提供之中醫指導醫師師資外，另有訂定二家協同訓練醫院：台北長庚醫院—著重提供多元化教學門診；桃園長庚醫院—著重提供中西醫及中醫住院訓練。

中醫內科專科受訓醫師：郭○○醫師；中醫針灸科專科受訓醫師：張○○醫師，2 位均為中醫醫療機構負責醫師訓練完訓醫師。

(三) 訓練規劃：

1. 受訓學員資格：中醫醫療機構負責醫師訓練完訓醫師
2. 收訓流程



3. 教學課程安排

中醫專科醫師 第一年	西醫專科 6 個月 西醫急重症訓練 6 個月 (包含 ICU 2 個月及急診 4 個月)
中醫專科醫師 第二年	中醫專科 12 個月

4. 訓練期程安排

姓名	月份	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月
郭○○	訓練課程	急診	急診	急診	腎臟科	心臟內科	血液科
	指導教師	朱○○	陳○○	吳○○	范○○	陳○○	郭○○
	月份	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月
	訓練課程	風濕免疫科	整形外科	整形外科	CCU	中醫內科	中醫內科
	指導教師	張○○	張○○	高○○	何○○	林○○	林○○

姓名	月份	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月
張○○	訓練課程	復健科	復健科	急診	急診	NMICU	MICU
	指導教師	游○○	游○○	周○○	張○○	黃○○	曾○○
	月份	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月
	訓練課程	急診	中醫 針灸科	中醫 針灸科	中醫 針灸科	中醫 針灸科	中醫 針灸科
	指導教師	牛○○	陳○○	楊○○	唐○○	陳○○	唐○○

(四) 中醫內科、針灸科專科醫師試辦訓練師資及容額如下說明：

中醫專科醫師	當科臨床醫學 指導教師人數	受訓學員 人數
中醫內科	3	1
中醫針灸科	4	1

參、結果

一、撰寫教案及辦理學員之臨床技能測驗(OSCE)

(一) 撰寫教案：配合衛生福利部之計畫要求，規劃於4月底前提出中醫內科、中醫針灸科共6個教案（其中至少1教案為中醫會診）。

1. 教案審查狀況如下說明：

科別\面向	中醫四診		病情解釋	醫病溝通	臨床處理與衛教	單項技能操作
	病史詢問	身體檢查				
中醫內科	胃痛 8/7 通過	胸痛 10/21 ver.3	胰臟癌 中醫會診 10/20 ver.2		胸痛 10/21 ver.3	
審查結果	通過	修改後接受修訂審查中	修改後重審審查中		修改後接受審查中	
中醫針灸科	面癱 8/22 通過				頭痛 8/12 通過、暈針 10/17 通過	
審查結果	通過				通過	

2. 6題送審教案內容如附件一。

(二) 辦理學員之臨床技能測驗(OSCE)

1. 3/13 辦理 107 學年度實習中醫學生總結型 OSCE 考試

(1) 107 學年度實習中醫學生總結型 OSCE 考試規劃

① 配題藍圖

編號	配題藍圖						
	測驗科別	題目名稱	中醫病史詢問	中醫四診與身體診察	病情解釋與醫病溝通	臨床處理與中醫衛教	中醫單項技能操作
1	內科	胃痛	V				
2	兒科	小兒性早熟			V		
3	婦科	排卵期出血	V				
4	針灸科	頭痛				V	
5	骨傷科	坐骨神經痛		V			
6	中藥	三伏貼皮膚灼傷處理			V		V

②考官名單

站別	考試項目	考官姓名	實習考官姓名
1	胃痛	楊○○	--
2	小兒性早熟	陳○○	--
3	排卵期出血	高○○	郭○○
4	頭痛	尤○○	--
5	坐骨神經痛	李○○	--
6	三伏貼皮膚-灼傷處理	郭○○	林○○
7	胃痛	黃○○	--
8	小兒性早熟	林○○	--
9	排卵期出血	陳○○	--
10	頭痛	楊○○	--
11	坐骨神經痛	楊○○	--
12	三伏貼皮膚-灼傷處理	高○○	--

(2)成績分析：

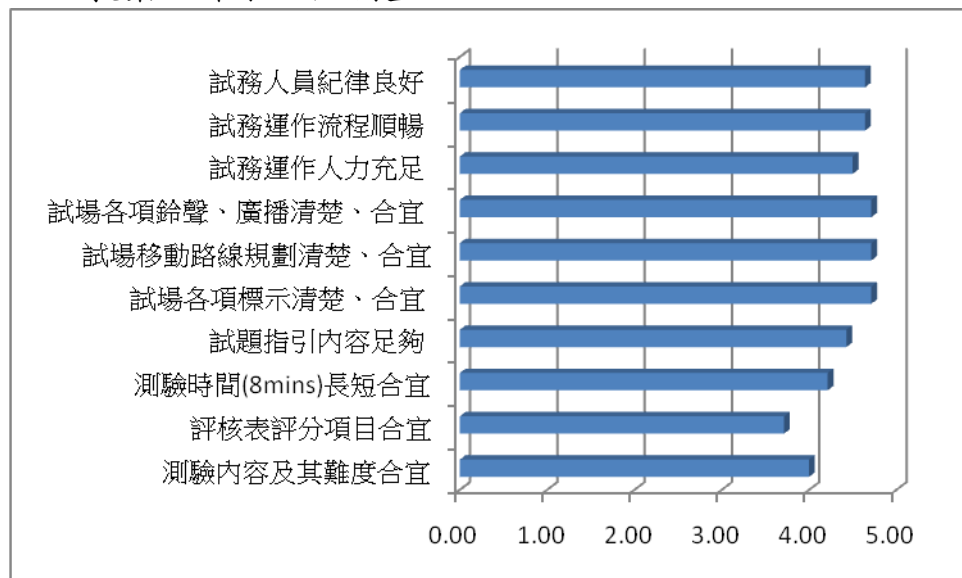
	胃痛	小兒性早熟	排卵期出血	頭痛	坐骨神經痛	三伏貼
(Angoff)預設及格標準	22	18	20.67	13.67	15.33	21.33
Regression 及格標準	15.67	15.22	15.21	9.14	10.47	15.68
(Angoff)預設及格標準及格人數	11	21	10	1	6	17
及格率	47.83%	91.30%	43.48%	4.35%	26.09%	73.91%
Regression 及格標準及格人數	23	21	21	14	22	21
及格率	100.00%	91.30%	91.30%	60.87%	95.65%	91.30%

	胃痛	小兒性早熟	排卵期出血	頭痛	坐骨神經痛	三伏貼
難易度	100.00%	90.91%	86.36%	81.82%	90.91%	77.27%
	極容易	極容易	極容易	極容易	極容易	容易
鑑別度	0.00%	18.18%	27.27%	36.36%	18.18%	45.45%
	鑑別度低	鑑別度低	尚可	優良	鑑別度低	非常優良

(3)滿意度回饋

a. 考官回饋：

蒐集考官針對教案設計內容及評分項目之建議，會轉知給教案工作小組做調整。



題目	對於本考題之建議
三伏貼皮膚-灼傷處理	<ol style="list-style-type: none"> 1. 有破皮(可能)傷口，題目內碘酒宜改為優碘，且備品要改優碘而不是紅色碘酒。 2. 當 Intern 由外-->內消，並無選項可扣分，建議評分說明 10，去掉使用紗布...床單或其他器具，改由內-->外螺旋消毒 3. 有些考生在找手套，下次是否需要準備?? 4. 有些評分項目可再更動，準備器材部分可再接近需求
小兒性早熟	<ol style="list-style-type: none"> 1. 評分項目 3：3.衛教時會避免使用醫學專業術語，是否有 1 分？ 2. 問生長發育會讓考生覺得是身高體重，較少人想到 turner stage； 3. 西醫追蹤無特別異常，可能不一定會想到自動建議追蹤 3.大多數人無法說出骨齡超前，可能需設計 SP 詢問
坐骨神經痛	<ol style="list-style-type: none"> 1. 考生會額外想做其他 test，或誤認為其他 test，如單腳跳...，可事先再腳本加入說明。 2. 有些考生忍不住就會問 LQQOPERA，劇本中已有，但可再獨立標出，再達成回答一致性與正確性。

題目	對於本考題之建議
	3. 隱私權的保護可加入題目 4. X 光片影印清晰度不足。 5. X 光及 MRI 不 match，日後可找機會更換，-->MRI S1/S2 處會誤導考生判讀，MRI 可給 2-3 個切面或其他角度切面搭配較好判讀。 6. PE：應加入肌力測試、感覺測試、DTR，較完整且符合常規檢查模式。 7. SP 下肢無力的設定有點奇怪，MP 不足?對壓痛的部位不是很了解。
胃痛	1. 第 8 項，自汗、盜汗不易明確問出； 2. 第 9 項，幾點睡，幾乎所有考生均未問到。 3. 病史詢問可標示不需洗手
排卵期出血	1. 增加 G0P0A0、胎產史的評分項目。 2. 是否有西醫檢查及藥物使用評分 3. 生產史不清楚，診斷中醫、西醫需寫明 4. 要增加 G0P0A0 的評分項目
頭痛	1. 評分項目 12：可新增飲食建議、勿吹風等提醒，手腳穴位也要選。 2. 考題減少、答題之選項過多，有些題目可能的答案可能比較開放，information 很充足，往往考生直接下 Dx，針刺同意書內容有涉及考題內容，考生有些會宣讀其內文。

b. 考生回饋



因此次測驗為總結型 OSCE 測驗，故題目之分配採各科別及面向平均。題目雖屬容易及極容易，但仍有鑑別度。於 108.3.27 辦理 OSCE 考生座談會，針對實習中醫學生對試題的疑慮做說明，只有 1 位不及格(3 站不通過)

進行輔導。於實習中醫學生學期結業式時頒發優秀名單。

2. 9/20 辦理 108 學年度實習中醫學生教學型 OSCE 考試

共計 65 位實習中醫學生（7 年級及八年級實習中醫學生）參加。

(1) 配題藍圖

編號	配題藍圖							
	測驗科別	題目名稱	時間(分)	中醫病史詢問	中醫四診與理學檢查	病情解釋與醫病溝通	臨床處理與中醫衛教	中醫單項技能操作
1	內科	過敏性鼻炎	8			V		
2	針灸科	上肢穴位標定	8				V	

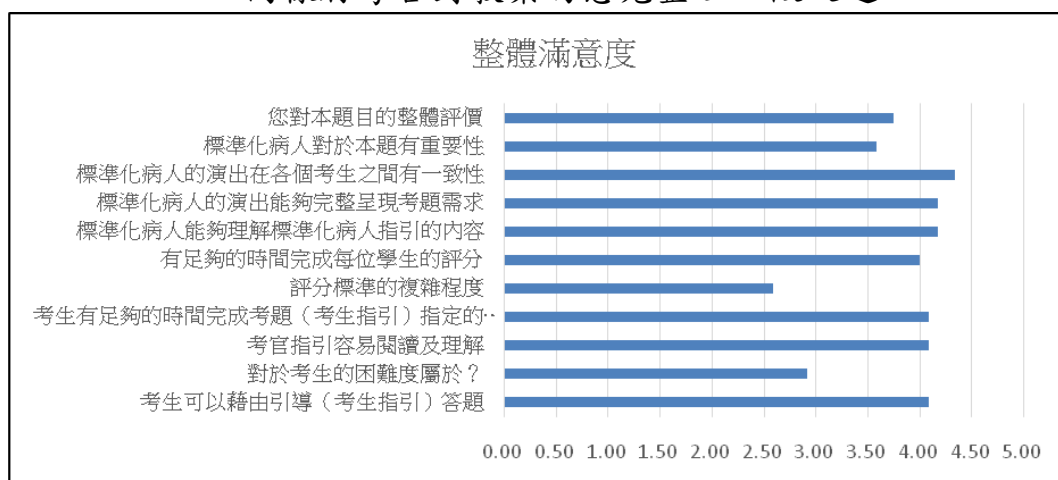
本次 OSCE 測驗共有 65 位實習醫師參加教學型僅規劃兩站目的在於著重試後現場直接回饋，並導引實習中醫學生後續學習與應試之正確方向，以考題典型而具有代表性為考量。

(2) 滿意度回饋分析

a. 考官回饋

將整體做分析，發現考官對整體評價滿意度為 3.75，尚稱滿意。

同樣將考官對教案的意見整理以做改進。



因只考 2 題，故分開比較如下：

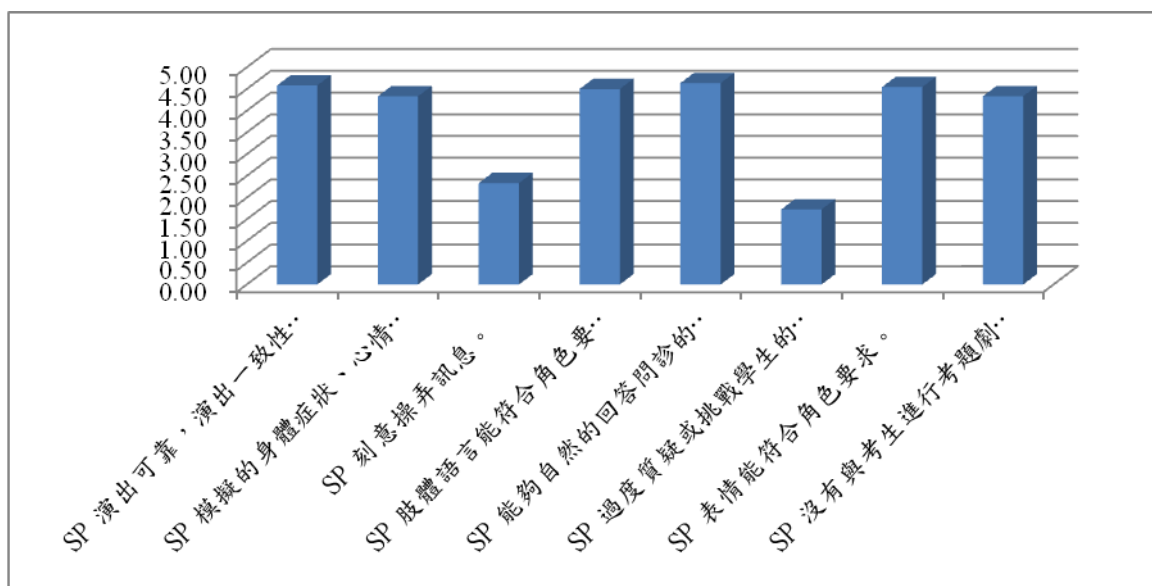
過敏性鼻炎



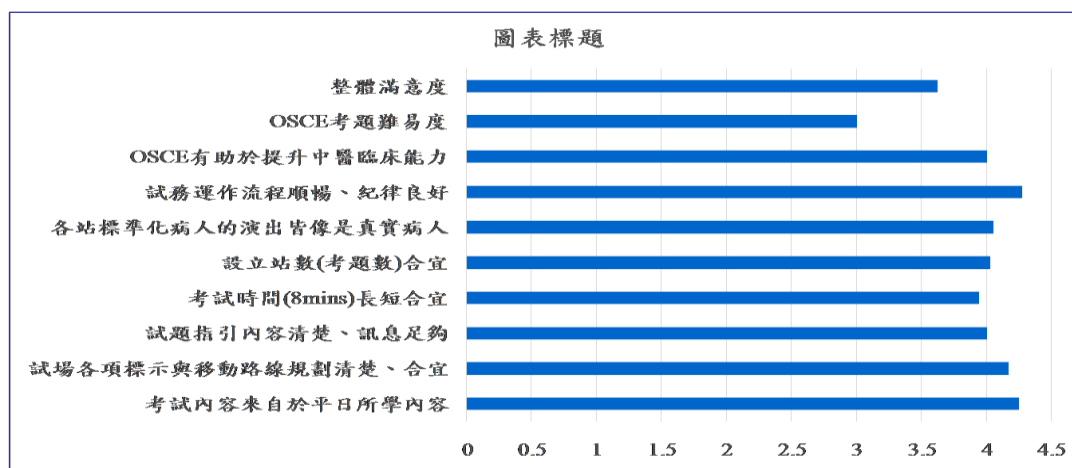
上肢穴位標定



由圖表可看出 2 組的考官均認為考生指引及考官指引在閱讀及理解上是容易的、足夠時間完成評分；上肢穴位標定的考官認為此題對考生而言過於簡單、時間是充裕的、SP 的重要性不大；過敏性鼻炎組的考官認為考題難度中等，考生不一定有足夠的時間完成考題（考生指引）指定的任務，總的來說考官對 SP 之演出是滿意的。



b. 考生回饋



(3) 試題分析

	過敏性鼻炎	穴位
Regression 及格標準	13.79	11.85
Regression 及格標準及格人數	59	54
及格率	90.77%	83.08%

	過敏性鼻炎	穴位
難易度	94.44%	72.22%
	極容易	容易
鑑別度	11.11%	55.56%
	鑑別度低	非常優良

3. 10/2 辦理新進中醫師（負責醫師訓練計畫受訓醫師）OSCE 考試。

共計 24 位新進中醫師參加。

(1)配題藍圖

編號	配題藍圖							
	測驗科別	題目名稱	時間(分)	中醫病史詢問	中醫四診與身體診察	病情解釋與醫病溝通	臨床處理與中醫衛教	中醫單項技能操作
1	內科	胃痛*	8	V				
2	兒科	兒童生長發育檢查判讀與衛教	8			V		
3	婦科	產後調理中醫四診與身體診察	8		V			
4	針灸科	頭痛*	8				V	
5	針灸科	面癱*	8	V				
6	一般科	三伏貼皮膚灼傷處理	8			V		V
7	骨傷科	踝扭傷引起之第五跖骨基底部骨折	8		V			
8	骨傷科 (外院題)	踝扭傷合併腓骨骨折*	8			V		

*標示題目為與專科醫師考試共用題目。

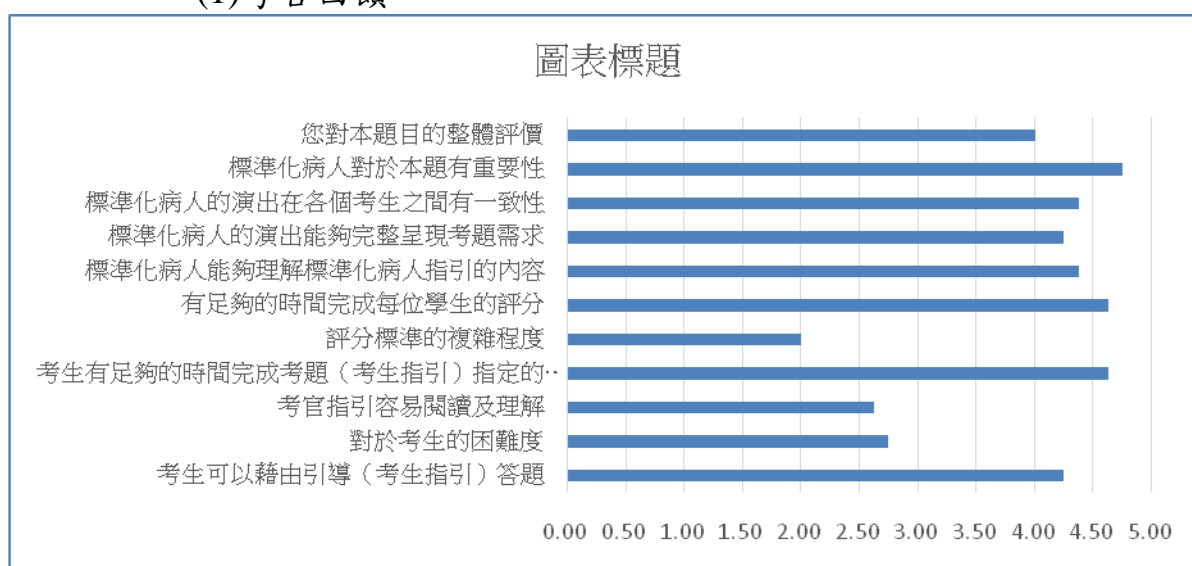
(2)考生名單

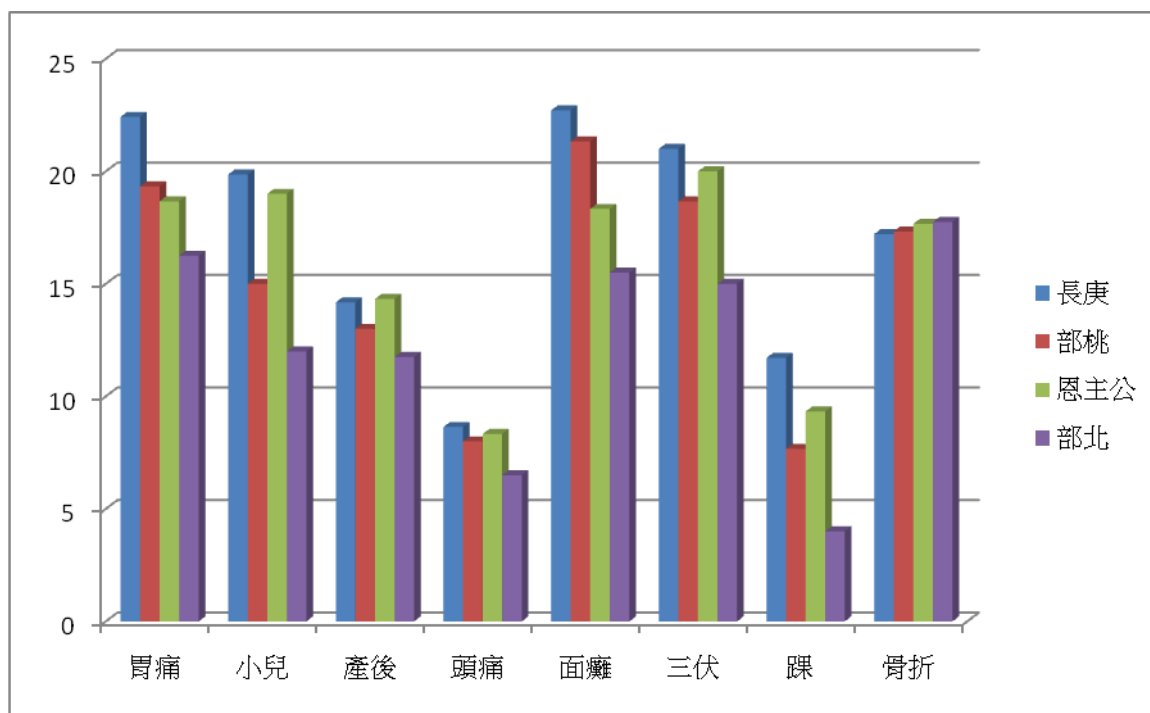
編號	姓名	服務院所
A01	詹 OO	長庚
A02	魏 OO	長庚
A03	馬 OO	長庚
A04	沈 OO	長庚
A05	張 OO	長庚
A06	何 OO	長庚
A07	陳 OO	長庚
A08	吳 OO	長庚
B01	邱 OO	部立桃園醫院
B02	莊 OO	部立桃園醫院
B03	陳 OO	部立桃園醫院
B04	黃 OO	恩主公醫院
B05	楊 OO	恩主公醫院

編號	姓名	服務院所
B06	柯 OO	恩主公醫院
B07	蔡 OO	長庚代訓
B08	莊 OO	長庚代訓
C01	李 OO	部立臺北醫院
C02	彭 OO	部立臺北醫院
C03	蘇 OO	部立臺北醫院
C04	趙 OO	部立臺北醫院
C05	羅 OO	長庚
C06	宋 OO	長庚
C07	周 OO	長庚
C08	俞 OO	長庚

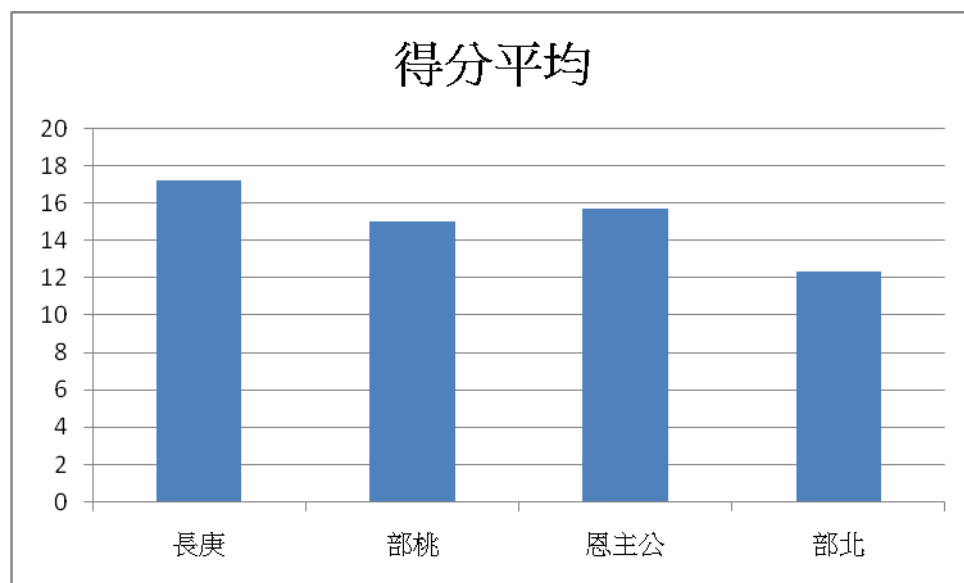
4. 滿意度回饋分析：

(1)考官回饋

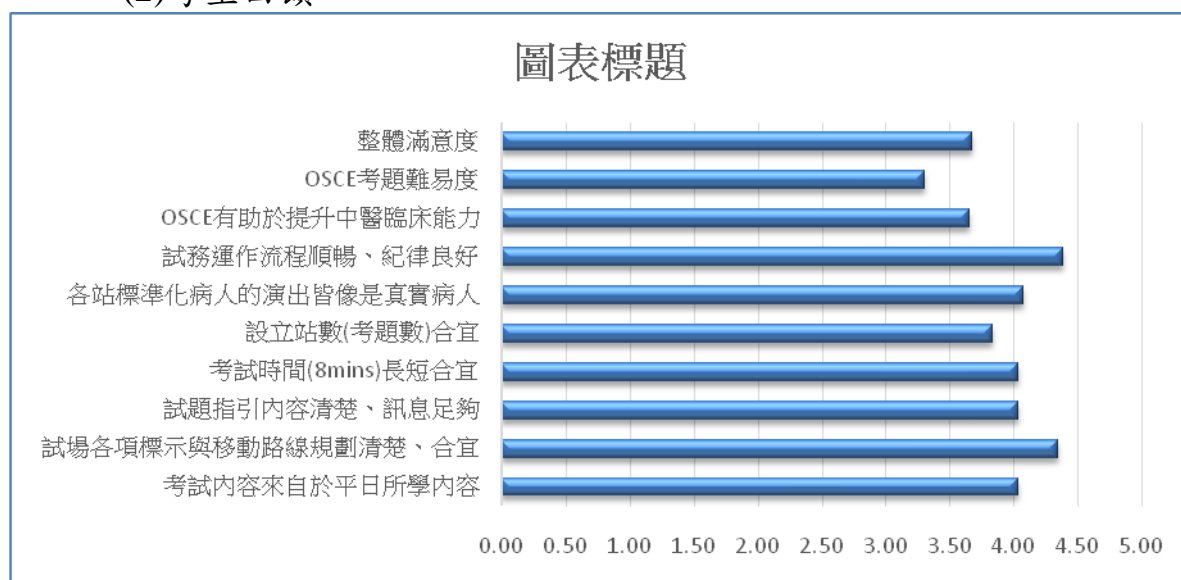




- a. 對本場考試題目的整體評價：由統計上來看，考官對此這
個八題教案整體評價為滿意。
- b. 考官對試題在「考官指引」及「評分標準」二項的複雜程
度是相對偏簡單的結果。
- c. 本次考試，講師利用較長時間及一對一對 SP 做演出訓
練，可反映出 SP 的演出在各細項均有較高滿意度，相對
SP 對試題的反應也呈現較佳滿意度。
- d. 在各院得分比較下：本院整題均呈現不錯成績，可能與平
常熟悉的訓練模式有關；部立桃園醫院在”病史詢問”面向
類的題目則表現較佳；恩主公醫院在兒童生長發育檢查判
讀與衛教/病情解釋與醫病溝通、產後調理/中醫四診與身
體診察、三伏貼皮膚灼傷處理/醫病溝通中醫單項技能操作
等題目表現較佳。



(2) 考生回饋

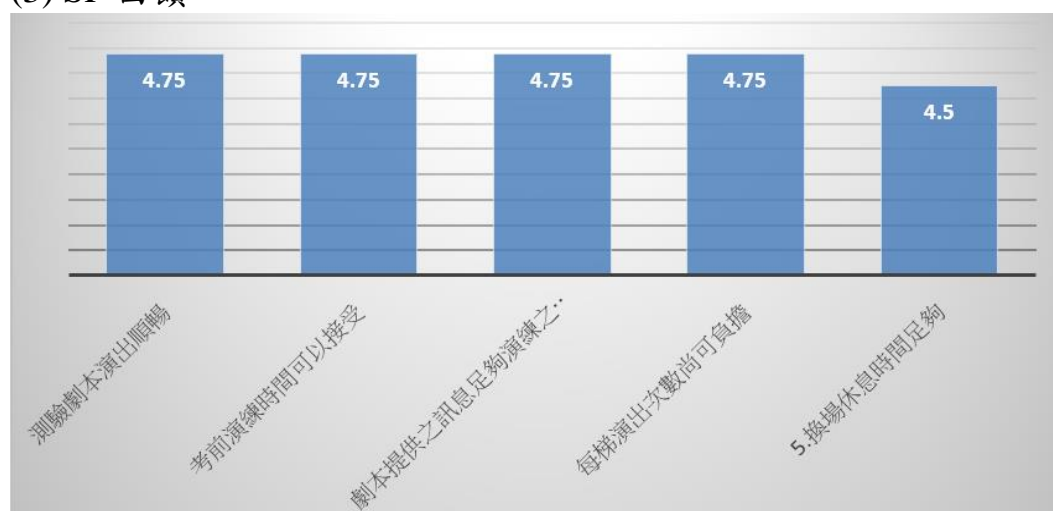


因考生回饋問卷採不記名方式，故無法比較本院與外院的滿意度。但受訓學員仍提供給本院許多建議如下：

您對於考題有何建議	對於 OSCE 整體有何建議
1. 覺得這次的考題比起 intern 時，及這次 intern 的考試都完善許多，對學理及臨床技巧也有更深入的設計 2. 性早熟與骨齡希望自己可以多加強 題目清楚 3. 跟 intern 考那一次比起來順暢很多 4. 很多題評分項目不明確	1. 大家辛苦了 2. 看診法不太像 3. 老師回饋用心，考題多樣有趣 4. 考官回饋對考生很重要，很有幫助 5. 希望能增加回饋時間以及整體建議 6. 問診及指示再清楚標示 7. 這次好像比 intern 那次辦得更好了

您對於考題有何建議	對於 OSCE 整體有何建議
題目好心機 中醫 or 西醫 PE 不明確 5. 部分考題可再清楚標示須回答部分 6. 有些題目上指示不用做 PE 的部分，考官回饋時仍須做 PE 評估，這部分指示要再清楚 7. 骨齡用背的好困難 8. 面癱題目寫不用 PE，但 List 上似乎要要求患者看判斷 9. 骨齡偏難，建議有圖譜	不錯

(3) SP 回饋



5. 試題分析

	胃痛	兒童生長發育檢查判讀與衛教	產後調理	頭痛	面癱	三伏貼皮膚灼傷處理	踝扭傷引起之第五跖骨基底骨折	踝扭傷合併腓骨骨折*
(Angoff)預設及格標準	18	15	25	10	23	16	14	--
Regression及格標準	16.709	14.108	11.708	5.548	15.330	14.772	4.188	13.766
(Angoff)預設及格標準及格人數	20	19	0	4	7	21	6	--
及格率	83.33%	79.17%	0.00%	16.67%	29.17%	87.50%	25.00%	0.00%
Regression及格標準及格人數	22	19	19	23	21	23	19	24
及格率	91.67%	79.17%	79.17%	95.83%	87.50%	95.83%	79.17%	100.00%

*踝扭傷合併腓骨骨折該題原先以為可取得醫策會提供之及格標準。

	胃痛	兒童生長發育檢查判讀與衛教	產後調理	頭痛	面癱	三伏貼皮膚灼傷處理	踝扭傷引起之第五跖骨基部骨折	踝扭傷合併腓骨骨折
難易度	85.71%	71.43%	71.43%	92.86%	78.57%	92.86%	64.29%	100.00%
	極容易	容易	容易	極容易	容易	極容易	容易	極容易
鑑別度	28.57%	57.14%	28.57%	14.29%	42.86%	14.29%	42.86%	0.00%
	尚可	非常優良	尚可	鑑別度低	非常優良	鑑別度低	非常優良	鑑別度低

6. 10/2 辦理專科醫師計畫受訓醫師試辦計畫 OSCE 考試。

共計 1 位中醫內科受訓醫師及 1 位中醫針灸科受訓醫師參加。

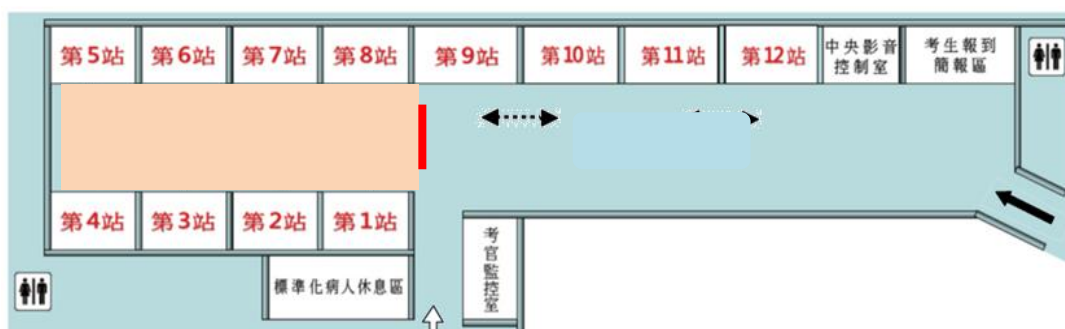
編號	姓名	服務院所
B11	郭 OO (中醫內科)	長庚
B12	張 OO (中醫針灸科)	長庚

(1) 配題藍圖、站數考官 SP 分配說明

① 中醫內科

編號	配題藍圖							
	模擬診間	題目名稱	時間(分)	中醫病史詢問	中醫四診與身體診察	病情解釋與醫病溝通	臨床處理與中醫衛教	中醫單項技能操作
1	9	成人發燒	8	V				
2	10	胃痛	8	V				
3	9	頭痛	8	V		V		
4	10	成人咳嗽	8	V				
5	9	貝西氏病	8	V				
6	10	末期腎臟病變患者面臨血液透析抉擇	8			V		
7	9	大腸激躁症	8	V				
8	10	泌尿道炎	8	V				

跑站流程



②中醫針灸科

編號	配題藍圖							
	模擬診間	題目名稱	時間(分)	中醫病史詢問	中醫四診與身體診察	病情解釋與醫病溝通	臨床處理與中醫衛教	中醫單項技能操作
1	11	踝扭傷合併腓骨骨折	8			V		
2	12	面癱	8	V				
3	11	憂鬱症	8			V		
4	12	腰扭傷(急性腰痛)	8		V			
5	11	退化性關節炎	8					V
6	12	頭痛	8				V	
7	11	腕隧道症候群	8					V
8	12	膝部挫傷	8	V	V			

跑站流程



(2)成績分析

本次考試之中醫內科教案均採用醫策會提供之題組，中醫針灸科除醫策會提供之題組(7題)，另增加1題為本院完成通過之題目，均為8站。本次考試設定為教學型測驗，考官於該題試後立刻回饋給受訓醫師，做為該專科學習的重點提醒。

①題目型態：中醫內科共計有6題面向為病史詢問，中醫針灸科面向配題較為平均。

②考官對教案回饋：

A. 中醫內科：

a. 成人咳嗽：請問對白例句為什麼會有輪椅坐多久了嗎？這個病人有坐輪椅嗎？

b. 頭痛：

i. 頭痛的劇本對白例句無說明緩解因素及證型

- ii. 症狀為同寒,舌脈診為風熱,無法判斷同寒 or 同熱頭痛
- iii. 貝西氏病的考生指引之測驗主題說明應?鑑別診斷
- iv. 貝西氏症證型的標準答案為陽虛浮火,但寒象並不明顯

B. 中醫針灸科:

- a. 腰扭傷:腰部的活動角度部分比重太多,中間的評分項目反而沒有。P E 的考題應減少問診部分,如加重、減緩因子應放在病史詢問。
- b. 退化性關節炎:
 - ii. 姿勢:一定要曲膝嗎?
 - iii. 測驗項目 10, 梁丘穴錯字。
- c. 頭痛:
 - i. 道具中針灸同意書是否必要?可能會誤導考生。
 - ii. 答題說明可更明確。例如:請說明要選何經絡治療。
 - iii. “優勢”用粗體,但這個問題太籠統了。
- d. 膝部挫傷:評分項目沒有中間內容。

③考官對學員回饋:

- a. 膝部挫傷:回答尚完整,個人和過去病史漏了。
- b. 面癱:個人和家族病史較不完全,對於 central type 之鑑別診斷應詢問的部份較不足。

④成績分析:因醫策會未提供原始出題醫院設定之及格分數,故以得分比率得出各題得分率。

a. 中醫內科：

序號	1	2	3	4	5	6	7	8
題目	成人發燒	胃痛	頭痛	成人咳嗽	貝西氏病	末期腎臟病變患者面臨血液透析抉擇	大腸激躁症	泌尿道炎
總分	36	28	28	28	26	20	26	24
得分	34	22	28	28	26	20	26	23
得分率	94.44%	78.57%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	95.83%
整體表現	5	4	5	5	5	5	5	5
整體得分率	96.00%							

b. 中醫針灸科：

序號	1	2	3	4	5	6	7	8
題目	踝扭傷合併腓骨骨折	面癱	憂鬱症	腰扭傷	退化性關節炎	頭痛	腕隧道症候群	膝部挫傷
總分	20	36	26	22	34	16	22	40
得分	18	30	22	17	25	11	21	27
得分率	90.00%	83.33%	84.62%	77.27%	73.53%	68.75%	95.45%	67.50%
整體表現	5	4	5	4	4	3	5	4
整體得分率	80.06%							

由前可知：

- 中醫內科受訓學員在整體表現上 7 題為”優秀”，僅”胃痛-病史詢問”為良好，得分率為 96%，該學員當月仍於西醫受訓中，絲毫不影響臨床表現。
- 中醫針灸科受訓學員在整體表現上 3 題為”優秀”；4 題為”良好”，1 題為”普通”，該學員自 8 月起開始中醫針灸受訓，未來可針對病史詢問的完整性及臨床解釋做加強。

大體上 SP 均屬符合 OSCE 需求。今年共辦理 4 場中醫 OSCE 測驗，訓練中醫 OSCE SP 為 127 人次，多位 SP 曾多次參與，漸漸熟悉中醫 OSCE 的元素及表演特色，逐步建立中醫 SP 人才資料庫。

(三)中醫臨床技能提升成效

本院每年辦理多次 OSCE 測驗，將成績進行分析比較，中醫臨床技能提升人數占受訓人數的百分比值說明如下：以同時參與 107.9.14 教學型及 108.3.13 總結型 OSCE 測驗實習中醫學生比較（同一屆，但有輪訓其他院區），共 34 位，整體及格率由 84% 提昇至 88%，以平均成績統計，中醫臨床技能成績提升人數為 22 位，占受訓人數的 65%。

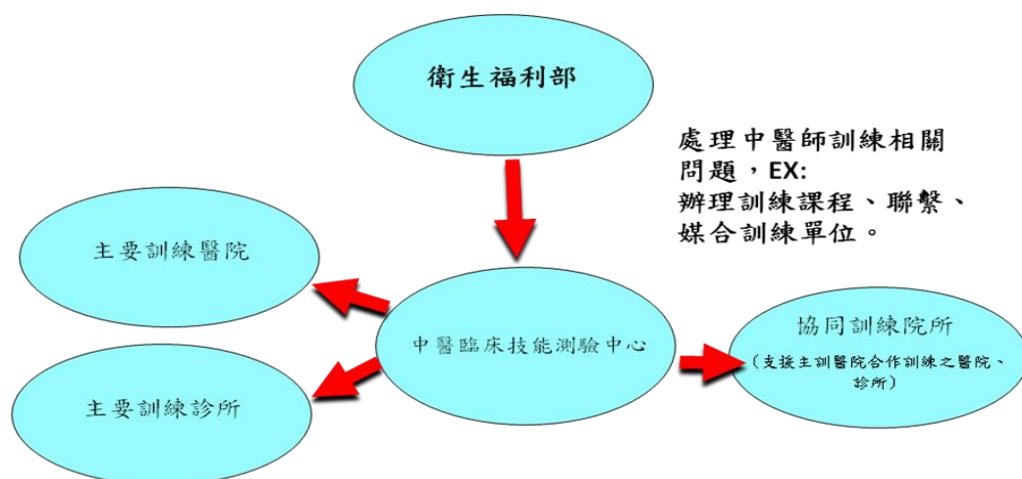
二、調查本部所分派之中醫負責醫師訓練院所需求及處理中醫師訓練相關問題

本院自 105 年起承接中醫 OSCE 中心計畫，配合輔導衛生福利部所分派之訓練院所，處理中醫師訓練相關問題，依循往年執行狀況，透過電話聯繫建立聯絡網，了解主要訓練院所需要，針對負責醫師訓練護照填寫、教學課程辦理方式、協調代訓容額事宜、訓練時數及過勞問題調查等中醫師訓練相關問題。

(一)衛生福利部所分派之訓練院所如下：

1. 主要訓練醫院包括：台北長庚紀念醫院、林口長庚紀念醫院、桃園長庚紀念醫院、基隆長庚紀念醫院、衛生福利部桃園醫院、恩主公醫院、衛生福利部臺北醫院及衛生福利部樂生療養院。
2. 主要訓練診所：
一品堂中醫診所（新竹、平鎮）、新竹市李思慧中醫診所、黃秀凌中醫診所、恩典中醫診所、風澤中醫診所、仁心堂中醫診所。
3. 協同訓練院所（元康中醫診所）。

(二)針對中醫師臨床教育訓練相關問題進行電郵及電話訪問瞭解、提供協助，主動提供基本課程資訊、師資申請、培育課程諮詢，協調代訓容額事宜、訓練時數及過勞問題。建立溝通模式如下：



1. 協調提供基本訓練相關課程及跨領域課程供受訓學員參加。僅鄰近風澤中醫診所所有受訓醫師前來參加。
2. 轉知中醫臨床訓練課程及辦理受訓醫師 OSCE 考試資訊。如受訓醫師 OSCE 考試，衛生福利部臺北醫院主持人當日亦到現場了解受訓醫師 OSCE 表現。
3. 本院協同主持人，參與主要訓練診所實地訪查事宜提供經驗分享。
4. 主要訓練診所針對本院能主動提供基本課程資訊、師資申請、展延方式、培育課程諮詢宣導均給予正向回饋。

三、辦理臨床醫學指導教師之中醫臨床教學實務訓練

(一) 於 7 月 27~28 日(六、日)假桃園長庚紀念醫院 B2 簡報室辦理臨床醫學指導教師之中醫臨床教學實務訓練課程。規劃 1 天半課程，採統一課室教學搭配小組討論、操作教學及實例分享方式進行。

1. 7 月 27 日主要為中醫專科門診教學，課程進行內科系--中醫內科、中醫針傷科、中醫婦兒科；課程辦理方式如分享教學門診常見問題、實例討論、評估模式、課程設計、教材製作及醫病溝通技巧。
2. 7 月 28 日課程主要為：
 - (1) 本院郭醫師分享多年中醫執行訓練成效評估及回饋經驗；
 - (2) 陳醫師分享本院執行中醫病房教學及結合臨床教學討論會的模式經驗。
 - (3) 官醫師分享本院針灸會診教學經驗，包括西醫臨床會診

部份；

(4) 教學組黃醫師針對中醫臨床技能實作評估學習中以影片實例，實際操作 Mini-CEX 評分方式；

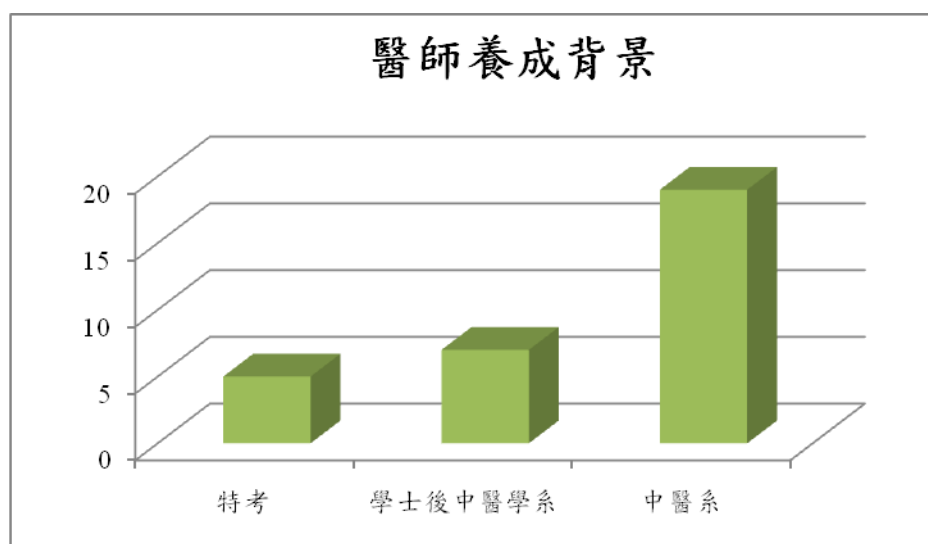
(5) 中醫 OSCE 小組組長許醫師在中醫臨床技能實作評估學習單元提出本院 OSCE 試務經驗。

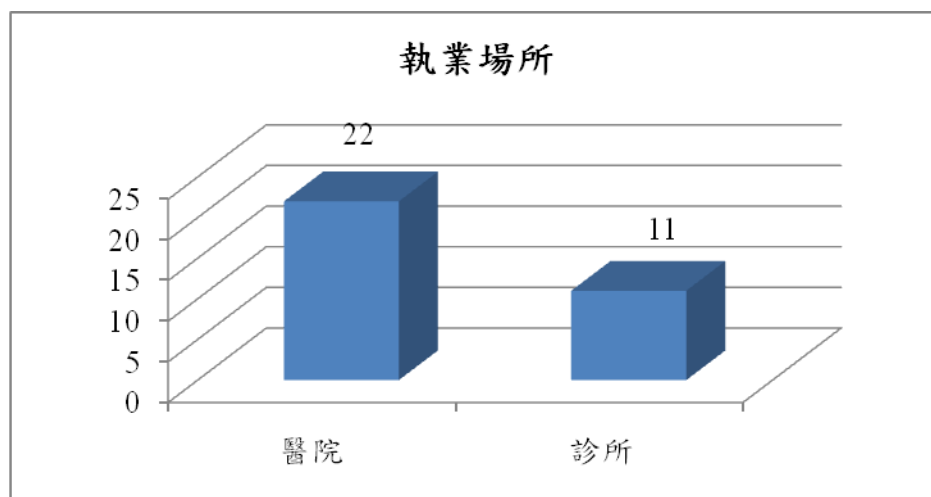
(6) 中醫臨床教學討論會則由陳醫師分享針對期刊及實證討論會常見注意事項。

(二) 經發文轉知各主要訓練院所學會、公會公告，電聯確認主要訓練院所效期到期之醫師課程資訊。共計 50 位中醫師報名，3 位只參與 7/28 課程，完成培育 33 人次臨床醫學指導教師。

(三) 針對訓練成效的評估方式，如下說明：

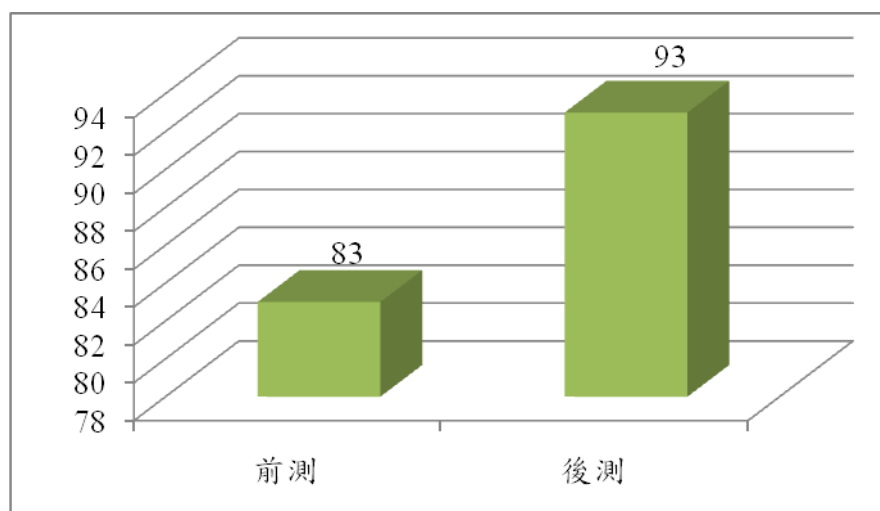
1. 受訓教師在訓練前後以試題考試來評量學習成效。考卷分為前測及後測，前測測驗卷在學員未上課前先發放，後測測驗卷在講師全數講課後發放。
2. 針對課程滿意度以滿意度問卷來評量成效評值，透過問卷調查蒐集指導醫師回饋意見，再予以統計分析。
3. 進行學員分析



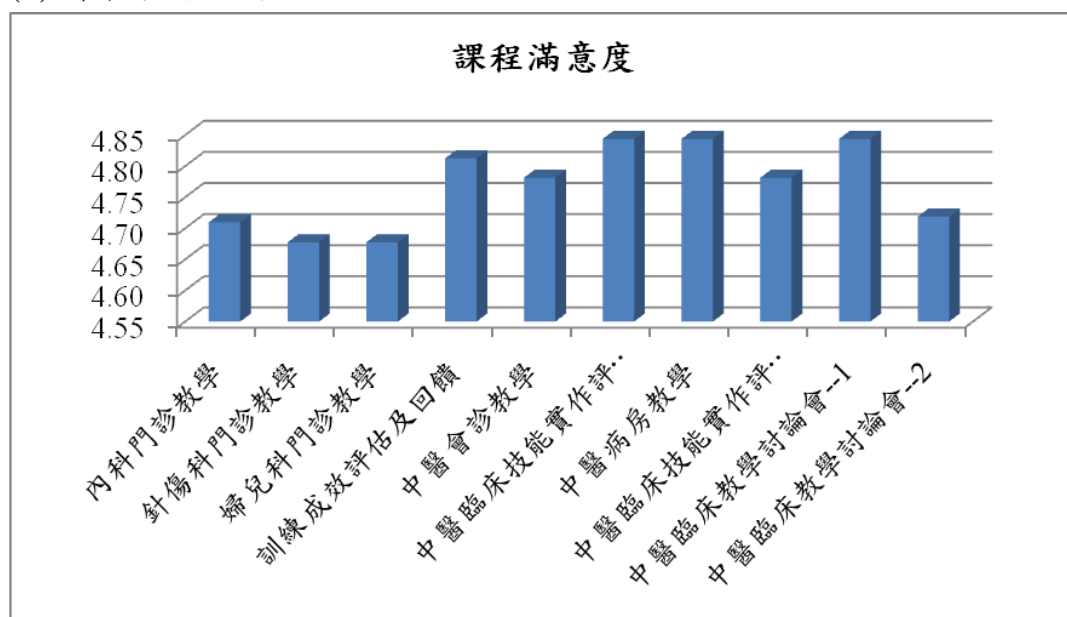


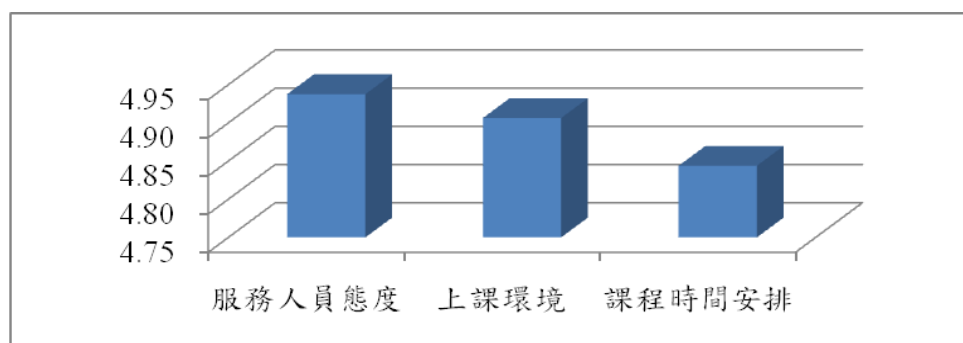
本次課程較以往參加的學員為中醫系畢業人數比例增加，服務於醫院的比率也較高。

(1) 前後測分析比較，結果呈現後測成績較佳，有學習成果。



(2) 課程整體而言：





四、出席「中醫專科醫師制度建構計畫-建置題庫及規範」相關會議

配合「中醫專科醫師制度建構計畫-建置題庫及規範」會議說明如下：

日期	會議名稱
5/27、7/8、8/26	中醫專科醫師制度建構計畫-建置題庫及規範」會議
3/13	中醫專科醫師制度建構計畫-中醫專科專案小組第一次會議
6/12	中醫專科醫師制度建構計畫-中醫專科專案小組第二次會議
9/23	中醫專科醫師制度建構計畫-中醫專科專案小組第三次會議
11/25	中醫專科醫師制度建構計畫-中醫專科專案小組第四次會議
4/22	中藥教學臨床技能中心專家會議
4/17、9/27	建立中醫師臨床訓練專家共識會議
8/14	中醫專科醫師制度試評檢討說明會

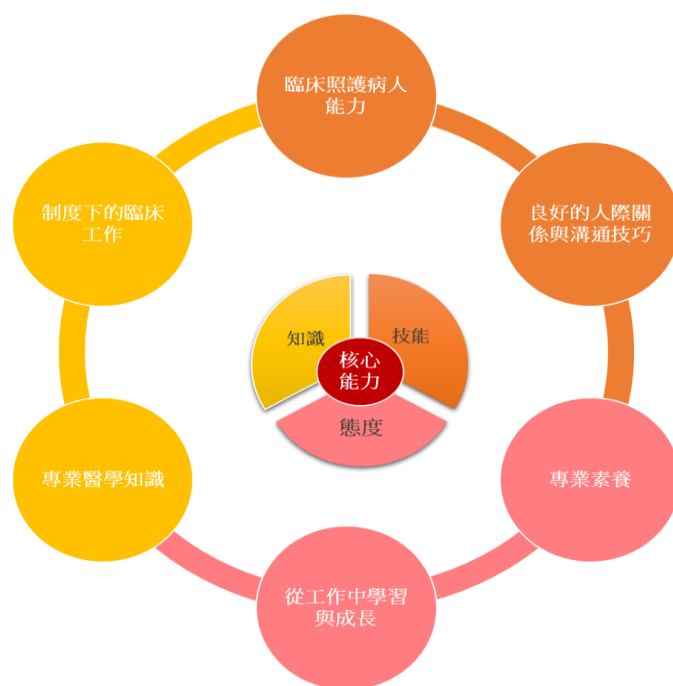
配合「中醫專科醫師制度建構計畫」會議，均有參與辦理之會議。

五、辦理中醫專科醫師試辦訓練

108 年本院配合衛生福利部政策獲得承接中醫專科醫師試辦訓練計畫的機會，以培育具備現代醫學專業知識及全人醫療思維能力的訓練宗旨執行中醫內科及中醫針灸科之中醫專科醫師試辦訓練計畫。

本院著重專病學習，受訓學員於外訓西醫前，需規劃未來發展主題，以臨床、研究角度思考專病或專門領域方向及學習目標。設定欲受訓科別，並於受訓前於科內進行口頭報告，受訓期間需依照設定之目標完成護照登錄。完訓後，須再次報告學習心得，作為成效評估。

在整體學習上：以核心課程為綱，在中醫訓練期間，每月針對一核心主題並配合學員專病興趣，安排一位主治醫師指導，並設計問卷每月有雙向評核。



目前中醫內科及針灸科之中醫專科醫師試辦訓練計畫規劃說明如下：

(一) 訓練規劃說明

1. 中醫內科專科訓練計畫

內科專科 第一年	西醫專科 6 個月 西醫急重症訓練 6 個月 (包含 ICU 2 個月及急診 4 個月)
內科專科 第二年	中醫專科 12 個月

2. 中醫針灸科專科訓練計畫

內科專科 第一年	1. 西醫相關專科 6 個月及西醫急重症訓練 6 個月 (包含 ICU 2 個月及急診 4 個月)。 2. 送訓西醫相關專科科別如下：復健科(至少一個月)、神經內科(至少一個月)、或其他專題訓練相關之專科。
內科專科 第二年	接受 12 個月針灸專科專病訓練。

(二) 訓練方式包括：

1. 住院訓練(臨床照護、住院教學)、會診
2. 門診訓練(門診教學、教學門診、指導下獨立看診)
3. 學術會議(含臨床病例報告、期刊討論、典籍研讀、聯合討論會等)

4. 教學訓練（師資培育課程）

5. 核心課程訓練

6. 基礎及臨床研究訓練

7. 論文撰寫

(三) 訓練成果評值方式

1. 第一年專科受訓醫師考評方式：

(1)學習護照之學習成果

(2)各項會議檢討回饋

(3)訓練科目核心課程測驗

(4)臨床操作訓練評估（Mini-CEX、DOPS 量表等）

(5)訓練科目完成綜合評分與受訓人員定期學習回饋記錄。

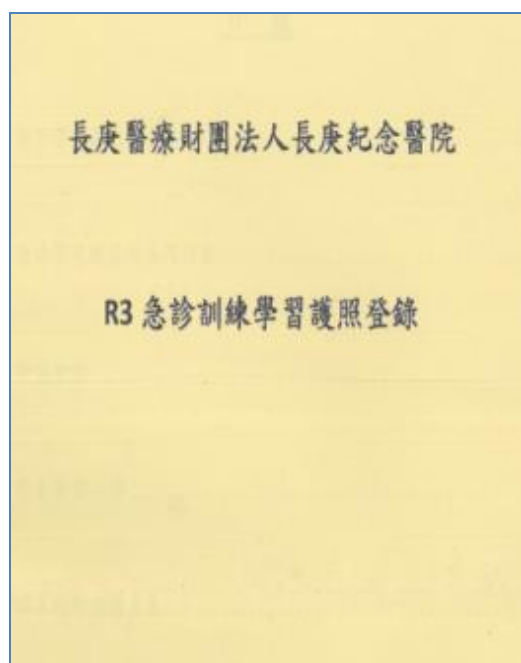
2. 第二年專科受訓醫師考評方式：

(1) 教學及學習紀錄

(2) 定期審查評估專科受訓醫師書寫病歷

(3) 門診病歷（教學門診）

(4) 每年結束時有一次綜合性評估報告，評量範圍包括知識、技能及態度。評量採多樣性評估，結果列入年資升級考核。



(四) 成效評值

為瞭解受訓醫師的訓練，於 3/29 辦理 R3 訓練檢討會議。針對受訓醫師的意見反應，陸續於 4/12、5/3、5/10 辦理教學組訓練檢討會議進行後續處理。未來將規劃設計學習問卷，針對不同的

外訓科別、領域，受訓時間長短，讓學員給予回饋，作為日後學員外訓規劃參考。

- (五) 為配合 108 年中醫專科醫師（中醫內科、中醫針灸科）制度的推動，另為提昇本院教學設備、教案撰寫及 OSCE 教學，基於上述目標，故本院現進行相關教學儀器設備及教具採購中。

教具/針灸模型組		數量
1	頭部針灸模型	1
2	針灸訓練成人手臂模型	1
3	針灸訓練模塊	2
4	臀部針灸模型	1
5	舌診儀	1
6	脈診儀	1

- (六) 6/20 接受貴部委託醫策會辦理之中醫內科、針灸科專科醫師實地試評。針對委員意見提出回復如下：

1. 中醫內科

項次	委員意見	回復說明
1	4.2 工作及學習環境： 貴院宜充實中醫醫療設備、圖書及值班室	1. 本院圖書館中西醫圖書藏書豐富，並有電子資源可供醫師院內及院外連線，包含 pubmed、中文電子期刊資料庫、中國期刊網等大量中西醫文獻可供受訓醫師搜尋使用。 2. 添購中醫舌診儀及脈診儀等中醫醫療設備，均已進入採購階段。 3. 目前受訓醫師於西醫受訓期間，值班室為受訓西醫科別之病房值班室。中醫病房的值班地點則於協同訓練桃園院區，桃園院區 8F 中醫病房設有男女值班室各一間。
2	4.3 責任分層及漸進： 建議貴院中醫專科訓練與中醫負責醫師訓練之差異宜分層規劃明確。	規劃中醫負責醫師訓練為一般中醫訓練；中醫專科訓練本院則規劃為銜接專科主治醫師之訓練，目標在訓練醫師對於其有興趣發展的專病有更深入的了解，除臨床醫療外，更需加強行政、研究及與西醫師溝通合作等能力。

項次	委員意見	回復說明
3	6.2 教學設備： 建議貴院增加 中醫診斷儀器 及指導教師辦 公室	1. 添購中醫舌診儀及脈診儀等中醫診斷儀器，均已進入採購階段。 2. 目前因應本院硬體增建整修，未來調整自 109 年 1 月再增加 1 個診間；另除目前的兒童醫院 2K 之指導教師辦公室擬增加規劃空間。

2. 中醫針灸科：無

肆、討論

本計畫規劃適用中醫藥臨床教學實務師資培育教學模式，盼以分享本院教學訓練模式及臨床教學經驗，共同培訓適用之中醫藥臨床師資。於 107 年 7 月 27~28 兩日完成辦理指導醫師中醫臨床教學實務訓練課程，中醫臨床教學實務訓練課程共 33 位中醫指導醫師參與，得以適用於兩年期負責醫師訓練計畫之受訓醫師訓練，109 年課程教材規劃將六大核心能力、全人醫學與臨床教學實務訓練課程做結合。

4 月底完成初步提交 6 例包含中醫內科、針灸科各 3 題之 OSCE 教案。運用新研發及審查過的教案，陸續辦理本院之中醫 OSCE 考試，亦邀請 15 家輔導主要訓練院所參加，共計 127 位醫師參與考試，並於 3/13 辦理實習中醫學生 OSCE 臨床技能評估考核時，同時安排有 2 位參與實習考官參與，完成取得中醫 OSCE 考試之考官評分認證時數。

今年新參與承接中醫專科醫師訓練計畫，共 2 位醫師參訓。規畫中醫專科醫師訓練計畫與本院中醫發展目標進行磨合，配合受訓學員個人學習需求調整，未來將規劃設計學習問卷，針對不同的外訓科別、領域，受訓時間長短，讓學員給予回饋，作為日後學員外訓規劃參考。本院規劃未來以西醫 PGY 訓練折抵 R3 西醫訓練，以吸引更多西醫 PGY 完訓後之優秀中醫師參加中醫專科訓練，將於明年共識會議提至醫學會做討論。期能為提升中醫師訓練品質及繼續推動中醫藥 OSCE 教案題庫之建置及教案品質提升及落實培育優質師資而努力。

伍、結論與建議

本院多年來在衛生福利部的政策下循序漸進的承接執行計畫的過程中，順利完成規劃中醫師資培育教學模式以辦理指導醫師臨床教學實務訓練課程，進而培訓中醫藥臨床指導師資，得以適用於兩年期負責醫師訓練計畫之受訓醫師訓練。逐步完成 6 題中醫內科及針灸科教案，以辦理受訓學員的臨床技能考試。協助轄區所分配之主要訓練院所，本院 OSCE 臨床技能考試設定為教學型測驗 Formative examination (即時回饋型評量)，採考官現場直接回饋做溝通交流，以利他院參與 OSCE 考試的受訓學員能從試驗中成長，調整學習。未來有更多新的醫師加入中醫專科醫師訓練，期能共同為未來健全各層級中醫醫師能力而努力。

誌謝

本研究計畫承蒙衛生福利部計畫編號 MOHW108-CMAP-M-212-000102 提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此致謝。

陸、參考文獻

1. 蔡淳娟、林其和、陳琮琳、趙可式、葉宗烈、蔡景仁、張伊凡.OSCE 之測驗結果分析：成功大學醫學院經驗.醫學教育第十卷第四期 2006
2. 李石增主編 (2012)。客觀結構式臨床測驗-從基礎建立到執行與品質監測(第二版)。台北市：台北愛思唯爾。
3. 楊賢鴻主編(2018)。中醫客觀結構式臨床測驗(第一版)。台北市：台灣愛思唯爾。
4. 蔡淳娟(2012)。OSCE 實務：建立高品質臨床技術測驗的指引(第三版)。高雄市：聯新亞洲醫學教育有限公司。
5. 2002 年至 2005 年世界衛生組織:傳統醫藥及替代醫藥全球策略。WHO: Traditional Medicine Team，Essential Drugs and Medicine Policies Department，Health and Pharmaceutical Cluster.
6. 陳立德.中醫藥年報.第一期，第二冊.
7. Spencer， J.A. and R.K. Jordan， Learner centred approaches in medical education. Bmj， 1999.
8. Gagne， R. M.， Briggs， L. J.， & Wager， W. W. 原著，陳正昌等人譯(1998)。教學設計原理。台南: 五南圖書出版公司。
9. Brannick MT, Erol-Korkmaz HT, Prewett M. A systematic review of the reliability of objective structured clinical examination scores. Medical Education. 2011;45(12):1181-1189.

輔導中醫臨床技能評估模式及臨床教學實務訓練計畫

張順昌

彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院

摘要

研究目的：

本計畫配合衛生福利部強化中醫界專業實證科學研發量能與服務品質，朝向客觀、結構化的訓練制度，擬運用本院原有之客觀性結構型臨床技能測驗(OSCE)場地，辦理中醫 OSCE 考核，提供中醫臨床教學實務訓練課程，培訓中醫臨床師資。另外，以教育角度推動中醫專科醫師訓練制度，提供以全人醫療為中心，培育現代醫學專業知識及中醫臨床診療思維能力之中醫專科醫師。

研究方法：

設置中醫臨床技能測驗教室、培訓中醫 OSCE 考官與標準化病人、訓練教案作者並建構中醫 OSCE 教案以辦理中醫 OSCE 考核；辦理 10 小時之臨床教學實務訓練課程，培育中醫臨床醫學指導教師；輔導衛福部所分派之中醫負責醫師訓練院所訓練院所，調查需求並處理中醫師訓練相關問題；制定中醫內科、針灸科專科醫師訓練計畫書，配合住院醫師能力與分級制度，在專責主治醫師督導及定期檢討評量機制之下，培訓內科或針灸科專科醫師。

結果與討論：

本計畫完成中醫內科及針灸專科 OSCE 共 6 例(含中醫會診)；辦理臨床教學實務訓練課程，共有 65 位中醫師參與；辦理 7 場次中醫 OSCE 考核，完成 38 位學員(含 1 位中醫內科專科受訓學員)之測驗。中醫 OSCE 實務可作為多元化具體教學評估方式，配合臨床教學實務訓練課程及中醫專科醫師試辦訓練，能提升中醫臨床教學、訓練與考核品質，提供民眾更優質的中醫醫療照護品質。

關鍵詞：中醫客觀性結構型臨床技能測驗、中醫師資培訓、中醫專科醫師訓練

Project of Assisting Chinese Medicine Clinical Skill Evaluation and Clinical Instruction Training Program

CHANG, SHUN-CHANG
Changhua Christian Hospital

ABSTRACT

Aim:

The plan cooperates with the Ministry of Health and Welfare to strengthen the professional scientific research, development capacity and service quality of the Chinese medicine. It is planned to use the objective structural clinical skills test (OSCE) center of Changhua christian hospital to handle TCM-OSCE assessment and providing clinical instruction training course. In addition, we will promote the training system of Chinese medicine specialists to instructing the trainees to focus on holistic medical care and cultivate medical professional knowledge and TCM clinical diagnosis and treatment thinking ability.

Method:

To deal with TCM-OSCE assessment, we set up a TCM-OSCE center. TCM-OSCE examiner, standardize patients and the teaching plan authors training course were arranged. We also conducted 10 hours of clinical instruction training course. TCM internal medicine and acupuncture specialist training program were compiled.

Results & Discussion:

We completed 6 Chinese medicine specialist OSCE teaching plans and handled 7 times of TCM-OSCE assessment. The TCM-OSCE practice can be used as a diversified specific teaching evaluation method, in conjunction with clinical instruction training courses and TCM specialists' trial training, which can improve the quality of TCM clinical teaching, training and assessment, and provide people with better quality TCM medical care quality.

Keywords: TCM Clinical skills, TCM-OSCE, Chinese medicine specialist training

壹、前言

一、背景與現況

客觀結構式臨床技能測驗（Objective Structured Clinical Examination，簡稱 OSCE）在歐美國家的醫學教育中已推行多年，而臺灣自 2006 年開始推廣 OSCE 後，亦於 2012 年將「通過 OSCE 考試」列為醫師國考考試前的必備條件之一，並於 2013 年首次舉辦西醫 OSCE 國考。臺灣的中醫教育在受到西方醫學教育的影響之下，逐漸從傳統師徒制轉變成系統化課程教育，近年來，為了加強中醫臨床訓練，衛生福利部開始推動「中醫臨床教學訓練改善計畫」及「中醫醫療機構負責醫師訓練計畫」等，考選部也計畫將 OSCE 列為牙醫師、中醫師、藥師等的國考執照資格項目之一，透過國考方式的變革，得以「教、考、訓、用」一致，以期培育出具備以病人為中心之臨床工作者，因此 OSCE 的執行將成為中醫臨床教學訓練的重要項目。OSCE 對於目前的中醫臨床教育而言，是一項創新且具有全人意義的訓練與評量方式，為了提升中醫「以病人為中心」的醫療準則及信念，OSCE 是在中醫醫學教育改革的實踐上一項重要工作，除了可以適時反應出受試者的臨床技能以及醫病溝通能力，並在訴求以病人安全為前提的醫療照護下，更加健全醫學生的臨床訓練。

另，考量中醫訓練目前以一般科為主，易造成人才培育扁平化，以致中醫研究、臨床教學量能不足，為培育具實證研究及專科教學能力之中醫師，衛生福利部中醫藥司遂於 106-108 年委託醫策會辦理「中醫專科醫師制度建構計畫」。

二、目的

本計畫擬以本院已獲得衛福部認可辦理 OSCE 之測驗場地（隸屬臨床技能訓練中心）為基礎，透過規劃周延的臨床技能評估測驗計畫，辦理中醫客觀結構式臨床測驗考核，其中尚包括中醫 OSCE 考題建構、培訓中醫 OSCE 標準化病人及考官培訓。在中醫醫療機構負責醫師訓練計畫之基礎上，配合試辦推動中醫專科醫師訓練制度，培訓具備現代醫學專業知識及全人醫療思維能力之專科中醫師。期能將中醫技能檢定方式，導向一致性、客觀及具體化，並強化中醫臨床師資、提供合宜訓練場所及充裕的訓練容額，以完善中醫臨床訓練環境。

貳、材料與方法

一、辦理中醫客觀結構式臨床測驗考核

(一)設置中醫臨床技能測驗教室

設置中醫臨床技能測驗教室，除可供臨床技能教學訓練使用，並可進行教學型或測驗型 OSCE。空間應包含門診模擬診間、模擬病房、模擬加護單位病房、討論室、考生休息室、考官及標準化病人休息室等。模擬診間標準配備應包含：電子時鐘、專用電腦、診療桌、診療椅、病人診療椅，含有：被子、床單、枕頭的診療床、洗手槽等提供符合中醫模擬臨床實境空間設備。測驗教室內部皆有錄音錄影設備，並有獨立中控室。設置時需考量考場動線安排，設有報到區域、考官/標準病人、考生不同休息區域，進行區隔。

(二)試題藍圖建構

主持人與中醫內科與針灸科指導教師及 OSCE 考場工作人員進行考試籌備會議，依測驗的範圍及重點訂出以二維矩陣形式的考題藍圖。

以中醫內科及針灸科領域為例，在擬訂之 OSCE 目的為測驗考生臨床導向的病史詢問、病情解釋、醫病溝通技巧、理學檢查、臨床處置與衛教、單項能操作等能力，故縱軸為此六項核心能力，而橫軸則分別為中醫內科及中醫針灸科相關等二項。若各項的重要性及課程比重相當，則可形成下列的考題藍圖。

專業技能(科別) 臨床核心能力	中醫 內科	中醫針 灸科	合計
病史詢問	1		1
病情解釋	1		1
醫病溝通	1		1
臨床處理與衛教		1	1
身體檢查		1	1
單項技能操作		1	1
合計	3	3	6

(三)教案作者訓練

舉辦 OSCE 命題工作坊，各科命題教師必須參與。OSCE 命題工作坊主題擬包含 OSCE 的基本理念、如何撰寫 OSCE 考題、OSCE

考題及考試的合格標準設定、撰寫演練等。

(四)考題撰寫暨審查

研訂建置中醫內科及針灸科至少 6 個 OSCE 教案(含中醫會診或中西醫整合)，並呈送「中醫專科醫師制度建構計畫-建置題庫及規範中心」審視。規範命題考官撰寫 OSCE 考題時需包含：告示牌、考生指引、考官指引、標準化病人劇本、評分表及操作型定義等項目。並依試題類別如標準化病人題所需增加檢查報告單及圖片，技能操作試題所需增加道具、耗材數量及診間示意圖指引說明，並規範評分表項數設立於 10-15 項。

(五)標準化病人培訓

辦理標準化病人培訓工作坊，培訓中醫 OSCE 標準化病人。內容預計包含標準化病人通識課程、表演訓練課程、考題訓練課程、參與 OSCE 演出等。

(六)考官培訓

辦理考官培訓工作坊，培訓中醫 OSCE 考官。內容預計包含 OSCE 基本課程(OSCE 基本概念與現況、OSCE 整體規劃、OSCE 的常見問題等)、評分方法課程(OSCE 評分表與及格標準之制定原則、OSCE 評分共識建立等)、參與 OSCE 評分等。

(七)中醫客觀結構式臨床測驗

舉辦至少一場中醫臨床技能測驗(OSCE)，完成至少 30 名學員之測驗。每場 OSCE 均進行 OSCE 籌備會議，測驗前會召開考生說明會，說明測驗流程、報到順序、測驗時間、考站次序安排以及測驗中的各項考生注意事項等。至考試結束後則進行檢討會議，並對 OSCE 考場試務品質進行分析、檢討和訂出改進方案。

二、辦理臨床醫學指導教師之中醫臨床教學實務訓練

依衛福部 106 年 6 月 30 日修正函頒「中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓認證要點」規劃，擬舉辦至少一場臨床指導教師培訓之中醫臨床教學實務訓練課程(十小時)：議程包括中醫專科門診教學(三小時)、中醫病房或會診教學(二小時)、指導中醫臨床教學討論會(二小時)、中醫臨床技能實作評估學習(二小時)、訓練成效評估及回饋(一小時)。預計培育至少 30 名中醫臨床醫學指導教師。

三、輔導衛福部所分派之中醫負責醫師訓練院所訓練院所，調查需求並處理中醫師訓練相關問題

落實中醫醫療機構負責醫師訓練計畫是培養合格中醫師的重要政策，也是臺灣未來培育優質中醫臨床醫師的主要渠道和關鍵環節，彰基中醫部自民國 98 年開始參加並執行中醫醫療機構負責醫師訓練計畫，至今已邁入第八年，本部於民國 100 年分別通過中醫藥司辦理之中醫醫院與附設醫院中醫部門評鑑與醫策會辦理之教學醫院評鑑，民國 106 年通過醫策會辦理之教學醫院評鑑。並且連續多年中醫藥司之實地訪查結果皆獲「優等」，足見中醫部對本計畫之執行成效深獲中醫藥司長官之肯定，目前政策推廣至各院所，本部亦當全力配合調查各院所訓練需求。

- (一) 配合衛生福利部政策，輔導或協助中區部分訓練院所處理中醫師訓練相關問題。
- (二) 參與中華民國中醫師公會全國聯合會「中醫負責醫師訓練之受訓醫師與訓練機構媒合平台」專家共識會議。
- (三) 針對主要訓練醫院部分課程師資不足，本院將協助支援所分派之訓練院所不足之科別的師資與教學，例如：中醫骨傷科、中藥局、中醫婦科、中醫兒科等，以協助各訓練院所皆能完成符合規定之訓練課程。

四、辦理中醫專科醫師試辦訓練

- (一) 制定中醫內科、針灸科專科醫師訓練計畫書，配合住院醫師能力與分級制度，在專責主治醫師督導及定期檢討評量機制之下，培訓內科或針灸科專科醫師。
- (二) 預計完成至少 1 名受訓學員之中醫內科或針灸科專科醫師試辦訓練。
- (三) 接受實地審查委員的試評作業、派員出席「中醫專科醫師制度建構計畫」相關會議及配合會議決議辦理後續事宜。
- (四) 提報完整中醫專科醫師試辦訓練報告。

五、出席衛福部「中醫專科醫師制度建構計畫-建置題庫及規範」相關會議。

參、結果

一、辦理中醫客觀結構式臨床測驗考核

(一) 設置中醫臨床技能測驗教室

1. 本計畫假本院臨床技能訓練中心之 OSCE 場地舉辦測驗，考場配置圖如下：



考官及標準化病人提前考生 30 分鐘報到及入場，與考生以時間區隔隔離。

2. 訓練空間

	<p>模擬病房</p>	<p>3</p>	<p>技術操作、模擬床邊教學及考核</p>
	<p>模擬加護病房</p>	<p>3</p>	<p>技術操作、模擬床邊教學及考核</p>

	<p>模擬 診間</p>	<p>9</p>	<p>技術操作、模擬 診間看診及教學</p>
	<p>技能 操作 室</p>	<p>1</p>	<p>技術操作教學及 考核</p>
	<p>會議 室</p>	<p>1</p>	<p>開會及教學討論 使用</p>
	<p>錄控 室</p>	<p>1</p>	<p>教案影片錄製及 製作</p>

診間內設備說明



病房內設備說明



(二) 試題藍圖建構

依醫策會教案審查委員之建議，並由計畫主持人、中醫內科與針灸科指導教師進行籌備會議，訂出以二維矩陣形式的中醫專科醫師訓練教案藍圖如下：

面向 \ 科別		中醫內科	中醫針灸科	合計
		中醫內科	中醫針灸科	合計
中醫診斷	病史詢問	1		1
	身體檢查		1	1
病情解釋			1	1
醫病溝通		1		1
臨床處理與衛教		1		1
單項技能操作			1	1
合計		3	3	6

(三) 教案作者訓練

於 108/2/16 舉辦中醫 OSCE 命題工作坊，邀請醫學教育專家陳祖裕教授指導中醫部臨床教師群，主題包含 OSCE 的基本理念、OSCE 考題各項目的 What and Why、如何撰寫 OSCE 考題、OSCE 考題及考試的合格標準設定、撰寫演練等。



(四)考題撰寫暨審查

依據醫策會提供之命題單元、範圍及教案範本，本院於108/4/30 已完成6 個教案（中醫內科及針灸科各3 例，含中醫會診教案1 例，教案詳如附件一所示），逕送衛福部辦「中醫專科醫師制度建構計畫-建置題庫及規範中心」審視。

教案測驗科別、面向與題目如下列藍圖所示：

面向 \ 科別		中醫內科	中醫針灸科
中醫診斷	病史詢問	貝西氏病*	
	身體檢查		腰扭傷*
病情解釋			踝扭傷合併腓骨骨折*
醫病溝通		非創傷性顱內出血 (中醫會診)	
臨床處理與衛教		鼻咽癌	
單項技能操作			腕隧道症候群*

上述教案計有貝西氏病、踝扭傷合併腓骨骨折、腰扭傷及腕隧道症候群等4 例經醫策會教案審視中心選定為108 年度中醫專科受訓醫師OSCE 測驗教案。

(五)標準化病人培訓

於108/7/6 舉辦標準化病人培訓工作坊，計有14 位新訓SP 及9 位展延SP，共23 位參與。主題包含SP 的概念與SP 在全國OSCE 聯考的角色、OSCE 常見問題、標準化病人權利與義務、情緒/性格/病癥指導與訓練者模擬演練、劇本導讀教案討論與教案演練及教案角色形塑等。

 彰化基督教醫院 Changhua Christian Hospital 108年度標準化病人培訓工作坊		時間	訓練主題	課程名稱	講師	主持人
一、活動日期：108年07月06日(星期六) 二、活動時間：08:20-15:30 三、活動地點：教學研究大樓十樓臨床技能訓練中心 第二會議室 四、主辦單位：中山醫學大學醫學院、中山醫學大學附設醫院、彰化基督教醫院臨床技能訓練中心&中醫部、台灣標準化病人協會 五、認證學分：台灣醫學教育學會 通識課程2小時、表演或戲劇訓練課程2小時、教案訓練課程2小時 六、參加對象：有興趣擔任標準化病人者。 七、學員人數：25~35人，額滿為止。 八、聯絡人：臨床技能訓練中心 盧安淇/事務員 TEL: 7238595 分機4021 Email: 35058@cch.org.tw		8:00-8:10	報到			
		8:10-8:20	開營致詞		彰化基督教醫院 教學部 王士忠 主任	彰化基督教醫院 標準化病人中心主任 林明豐 主任
		8:20-9:20	通識課程	SP的概念與聯在全國OSCE 聯考的角色	彰化基督教醫院 標準化病人中心主任 林明豐 主任	彰化基督教醫院 標準化病人中心主任 林明豐 主任
		9:20-10:20		標準化病人權利與義務	臺灣標準化病人協會 詹昇隆 理事長	彰化基督教醫院 標準化病人中心主任 林明豐 主任
		10:20-10:30	休息			
		10:30-12:30	表演或戲劇訓練課程	情緒、性格、病癥指導與訓練者模擬演練	臺灣標準化病人協會 江秀娟 講師	彰化基督教醫院 標準化病人中心主任 林明豐 主任
		12:30-13:30	午餐			
		13:30-15:30	教案訓練課程	劇本導讀、教案討論與教案演練及教案角色形塑	臺灣標準化病人協會 陳貴雲 講師	彰化基督教醫院 標準化病人中心主任 林明豐 主任
		15:30	散會			



(六)考官培訓

於 108/6/1 舉辦考官培訓工作坊，計有 30 名臨床教師參與（含本院輔導之主訓院所-榮癸貞診所陳○○醫師）。培訓主題包含 OSCE 基本概念與臺灣國考現況、OSCE 整體規劃、OSCE 評分表與及格標準之制訂原則、OSCE 考官角色與考官應注意事項、考場突發狀況之處理、考題教案設計討論、OSCE 評分共識建立與示範教案評分演練等。

108年 OSCE考官培訓工作坊

- 一、目的：為推廣客觀結構式臨床測驗 (OSCE) 之認知，及培育各職類醫師及醫事人員 OSCE 考官，期望藉由課程的教學及推廣，更提升考官對 OSCE 的認知及增加醫事職類 OSCE 考官。
- 二、日期：108年06月01日 (六) 08:30-17:30
- 三、地點：彰化基督教醫院 教學研究大樓10F-第二會議室 (搭乘10F2號電梯)
- 四、主辦單位：衛生福利部、彰化基督教醫院-教學部臨床技能訓練中心&中醫部、教師培育中心、高雄醫學大學、高雄醫學大學附設中和紀念醫院
- 五、指導單位：衛生福利部
- 六、報名人數：院內20人，外院10人 (額滿為止)
- 七、授課對象：本院及外院醫療單位臨床教師
- 八、活動負責人：中醫部-賴宏美 個管師
- 九、聯繫電話 / E-mail：04-7238595 轉4230 / 55602@cch.org.tw
- 十、報名方式：院內同工-彰基教育網報名；院外人士-採用QR Code報名



時程	課程主題	主講人
08:30-09:00	報到	
09:00-09:10	長官致詞	彰化基督教醫院 教學部 陳祖銘 教育長
09:10-10:10	OSCE基本概念與台灣國考現況	高雄醫學大學醫學院 劉克明 名譽教授
10:10-11:00	OSCE整體規劃	
11:00-11:10	Coffee Break	
11:10-12:00	1.SP在高階OSCE的角色與常見問題 2.SP的概念與SP在全國OSCE聯考的角色 3.SP的訓練步驟與方法	彰化基督教醫院 胸腔內科 林明泰 醫師
12:00-13:00	午餐	
13:00-13:50	OSCE評分表與及格標準之制訂原則	彰化基督教醫院 教學部 陳祖銘 教育長
13:50-14:50	1.OSCE考官角色與考官應注意事項 2.考場突發狀況之處理	
14:50-15:00	分組 / Coffee Break	
15:00-17:00	OSCE評分方法課程： 1) 考題教案設計討論：目標、SP指引、評量表 2) OSCE評分共識建立與示範教案評分演練	彰化基督教醫院 臨床技能訓練中心 王竹賢 主任
17:00-17:10	綜合討論	
17:10-17:30	Closing Remarks	所有指導教師



(七)中醫客觀結構式臨床測驗

1. 108 年度共計辦理 7 場次中醫 OSCE，受測學員 38 名，測驗時間及學員組成如下表所示：

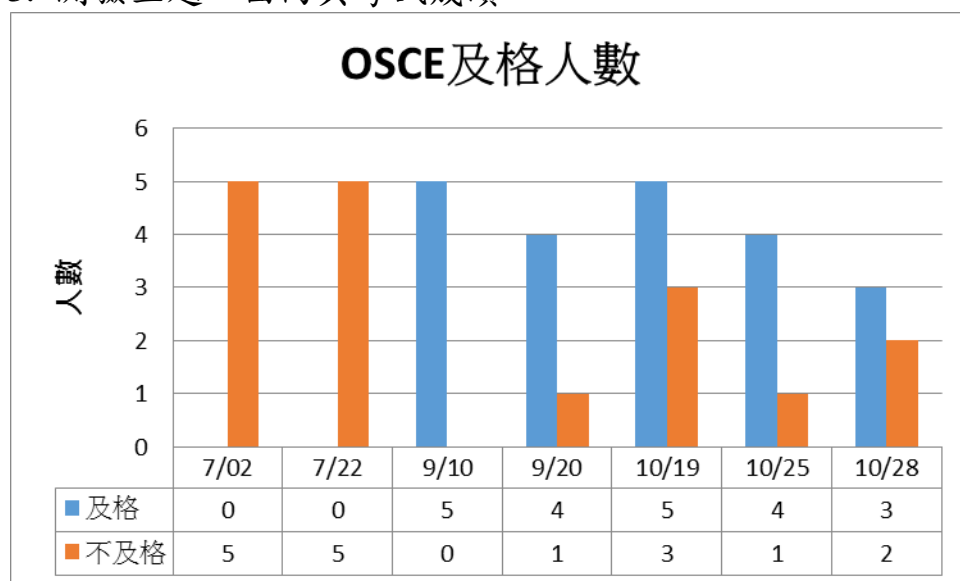
時間	學員 實習醫學生	負責醫師計畫 受訓學員	專科醫師計畫 受訓學員	合計
07/02	0	5	0	5
07/22	2	3	0	5
09/10	5	0	0	5
09/20	5	0	0	5
10/19	0	7	1	8
10/25	3	2	0	5
10/28	3	2	0	5
合計	18	19	1	38

2. 考官及 SP 共識會

每次測驗前由考官、教案作者與 SP 進行共識會，針對考題演練討論演出重點、評分項目等，使 SP 演出能符合教案角色需求。



3. 測驗主題、面向與考試成績

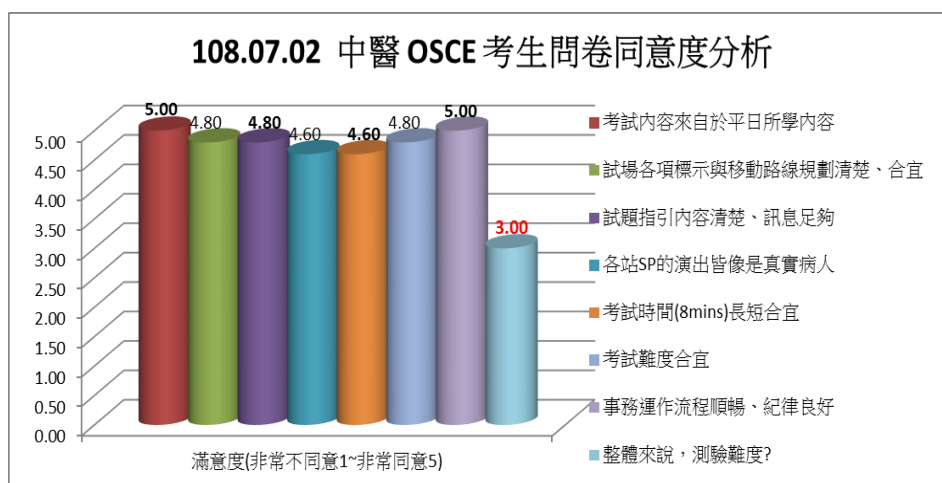


	受訓人數	臨床技能提升人數	中醫臨床技能提升人數占受訓人數比
專科受訓醫師	1	1	100%
負責醫受訓醫師	19	5	26.32%
實習醫學生	18	15	83.33%

(1) 07/02 第一場

站別	科別	測驗主題	面向
一	針灸科	退化性膝關節炎	單項技能操作
二	針灸科	三伏天穴位敷貼	單項技能操作
三	兒科	小兒過敏性鼻炎	病史詢問
四	傷科	急性腰扭傷	身體檢查
五	內科(藥局)	參類藥物諮詢	臨床處理與衛教

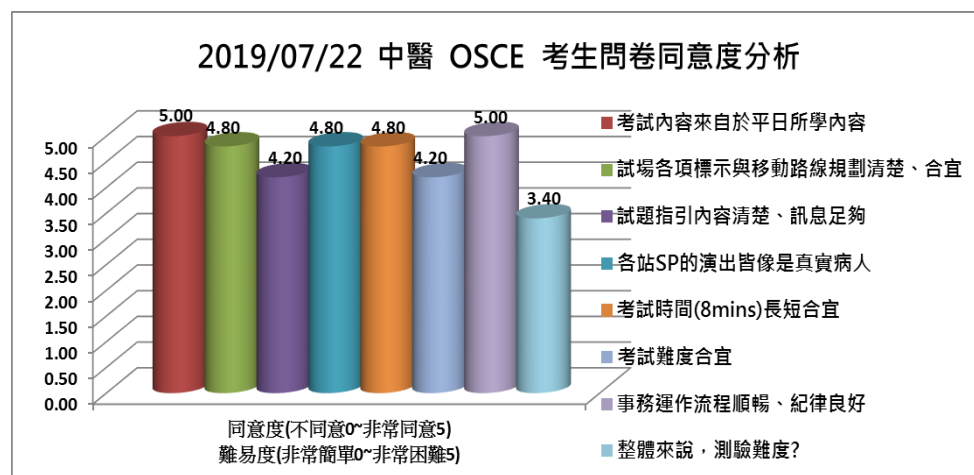
考生編號	成績	通過成績	通過站數	成績判定
A	296.9	385.60	1	不合格
B	301.9	385.60	0	不合格
C	379.7	385.60	2	不合格
D	377.8	385.60	2	不合格
E	328.6	385.60	0	不合格



(2)07/22 第二場

站別	科別	測驗主題	面向
一	針灸科	退化性膝關節炎	單項技能操作
二	針灸科	三伏天穴位敷貼	單項技能操作
三	兒科	小兒過敏性鼻炎	病史詢問
四	傷科	急性腰扭傷	身體檢查
五	婦科	經前緊張症候群	病史詢問

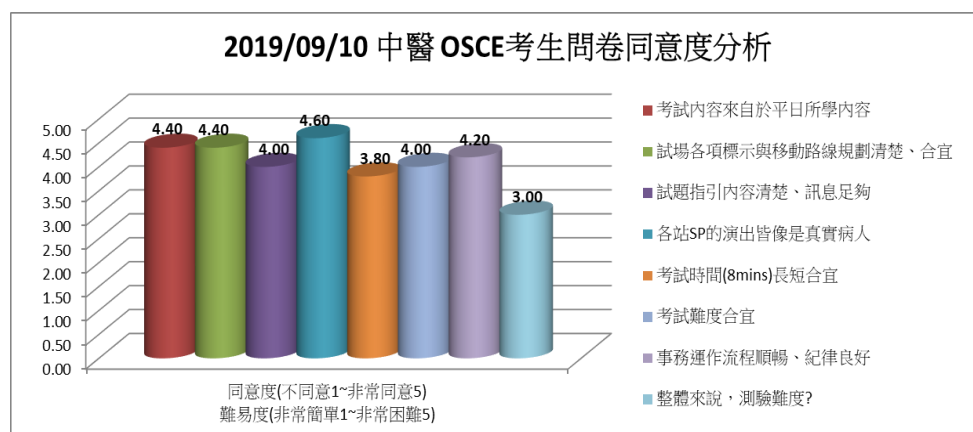
考生編號	成績	通過成績	通過站數	成績判定
A	324.4	391.83	3	不合格
B	282.5	391.83	2	不合格
C	308.1	391.83	2	不合格
D	324.4	332.68	4	不合格
E	282.5	332.68	2	不合格



(3) 09/10 第三場

站別	科別	測驗主題	面向
一	針灸科	退化性膝關節炎	單項技能操作
二	婦科	經前緊張症候群	病史詢問
三	傷科	踝扭傷第二意見	醫病溝通
四	傷科	急性腰扭傷	身體檢查
五	婦科	女性泌尿道感染	病史詢問

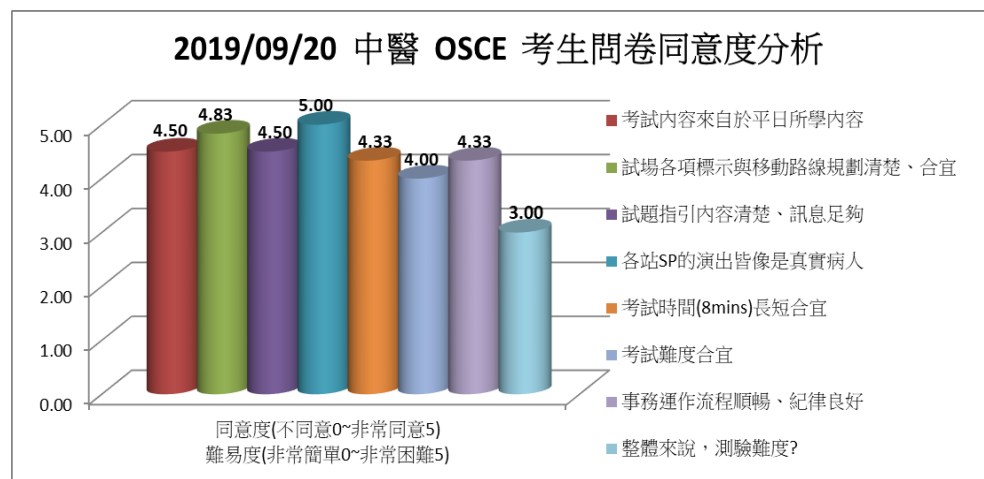
考生編號	成績	通過成績	通過站數	成績判定
A	366.4	318.60	3	合格
B	360.0	318.60	3	合格
C	345.6	318.60	2	合格
D	396.1	318.60	4	合格
E	373.6	318.60	3	合格



(4) 09/20 第四場

站別	科別	測驗主題	面向
一	針灸科	退化性膝關節炎	單項技能操作
二	婦科	經前緊張症候群	病史詢問
三	傷科	踝扭傷第二意見	醫病溝通
四	傷科	急性腰扭傷	身體檢查
五	婦科	女性泌尿道感染	病史詢問

考生編號	成績	通過成績	通過站數	成績判定
A	409.4	318.60	4	合格
B	305.6	318.60	2	不合格
C	360.0	318.60	4	合格
D	341.9	318.60	2	合格
E	411.7	318.60	4	合格

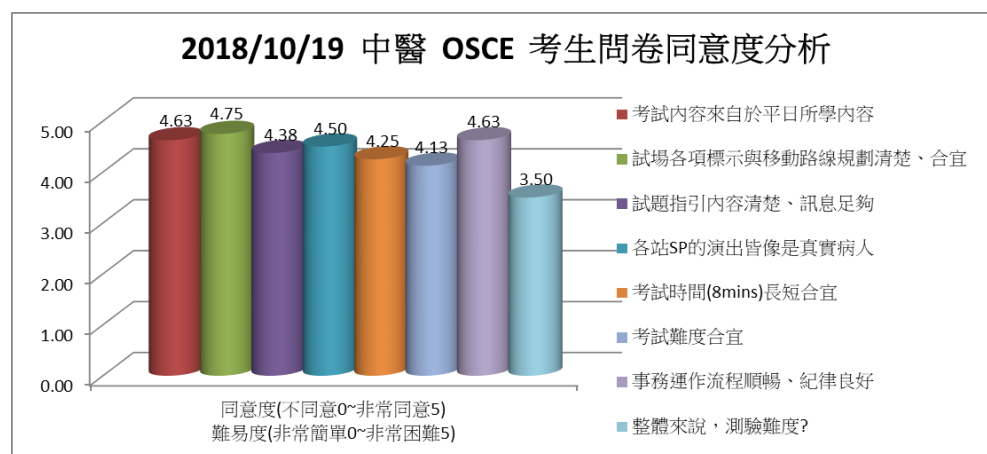


(5) 10/19 第五場

(本場次為 108 年度中醫專科受訓醫師 OSCE，使用之教案經醫策會教案審視中心核定)

站別	科別	測驗主題	面向
一	內科	大腸激躁症	病史詢問
二	內科	ESRD 患者面臨血液透析抉擇	醫病溝通
三	內科	成人咳嗽	病史詢問
四	內科	貝西氏病	病史詢問
五	內科	成人發燒	病史詢問及病情解釋
六	內科	泌尿道炎	病史詢問
七	內科	胃痛	病史詢問
八	內科	頭痛	病史詢問及病情解釋

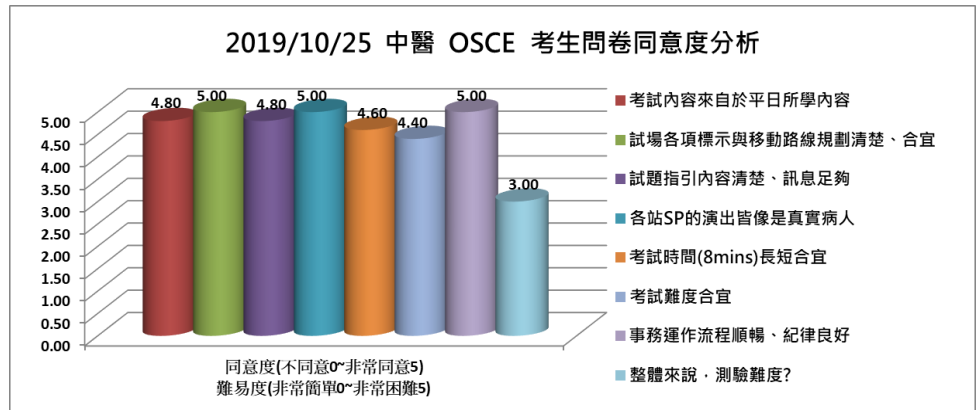
考生編號	成績	通過成績	通過站數	成績判定
A	617.5	560.00	7	合格
B	587.5	560.00	5	合格
C	548.7	560.00	5	不合格
D	575.4	560.00	6	合格
E	513.6	560.00	3	不合格
F	605.6	560.00	7	合格
G	580.6	560.00	6	合格
H	558.0	560.00	4	不合格



(6) 10/25 第六場

站別	科別	測驗主題	面向
一	針灸科	退化性膝關節炎	單項技能操作
二	針灸科	暈針	臨床處理與衛教
三	兒科	小兒過敏性鼻炎	病史詢問
四	傷科	踝扭傷第二意見	醫病溝通
五	婦科	經前緊張症候群	病史詢問

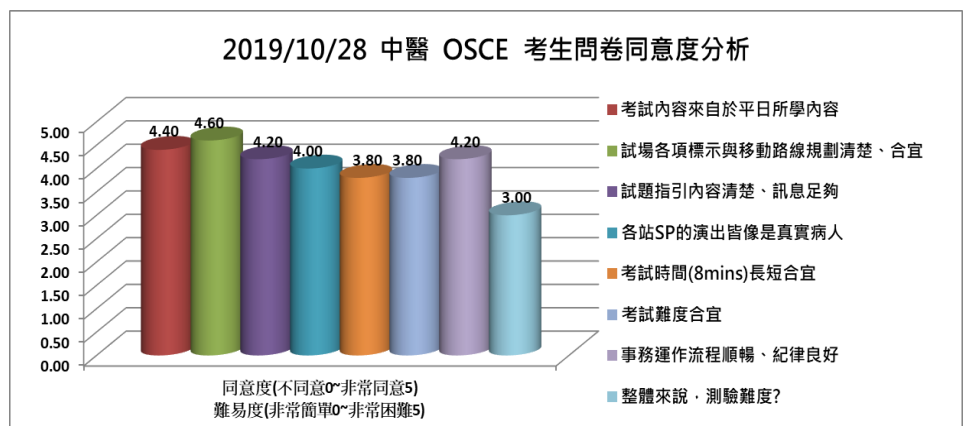
考生編號	成績	通過成績	通過站數	成績判定
A	318.3	311.30	3	合格
B	363.6	311.30	4	合格
C	399.7	311.30	4	合格
D	383.6	378.50	3	合格
E	342.5	378.50	3	不合格



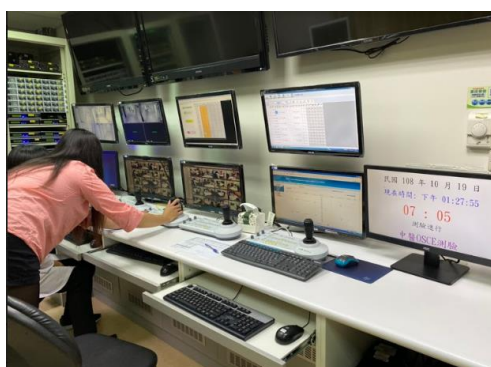
(7) 10/28 第七場

站別	科別	測驗主題	面向
一	針灸科	退化性膝關節炎	單項技能操作
二	針灸科	暈針	臨床處理與衛教
三	兒科	小兒過敏性鼻炎	病史詢問
四	傷科	踝扭傷第二意見	醫病溝通
五	婦科	經前緊張症候群	病史詢問

考生編號	成績	通過成績	通過站數	成績判定
A	330.0	311.30	3	合格
B	320.8	311.30	3	合格
C	357.8	311.30	3	合格
D	353.9	378.50	2	不合格
E	371.1	378.50	2	不合格



4. 中醫 OSCE 紀實



二、辦理臨床醫學指導教師之中醫臨床教學實務訓練

依衛福部 106 年 6 月 30 日修正函頒「中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓認證要點」規劃，擬舉辦至少一場臨床指導教師培訓之中醫臨床教學實務訓練課程（十小時）：議程包括中醫專科門診教學（三小時）、中醫病房或會診教學（二小時）、指導中醫臨床教學討論會（二小時）、中醫臨床技能實作評估學習（二小時）、訓練成效評估及回饋（一小時）。

(一)時間：108 年 8 月 25 日

(二)地點：彰化基督教醫院教學研究大樓 11 樓魏克斯講堂

(三)參與人數：共計 65 人（含醫院 27 人、診所 38 人）

(四)中醫臨床實務訓練課程議程表：

時 間	講 題	主講者
07:30-07:50	報 到	
07:50-08:00	主席開幕、貴賓致詞	
08:00-09:00	臨床訓練成效評估及回饋 以 Healthcare Matrix 進行學員 學習成效評估及回饋	中山醫學大學附設醫院 中西整合醫療科 林榮志主任
09:00-12:00	中醫專科門診教學實務 中醫內科門診教學實務 中醫婦科門診教學實務 中醫針灸科門診教學實務	彰化基督教醫院中醫內科 李聰昇主任 彰化基督教醫院中醫婦科 李佳穎主任 彰化基督教醫院中醫針灸科 陳嘉允主任
12:00-12:30	Lunch	
12:30-14:30	中醫會診及病房教學實務 討論與評論	彰化基督教醫院中醫部 黃頌傑主任
14:30-16:30	指導中醫臨床教學討論會 中醫內科臨床教學討論會 中醫針灸科臨床教學討論會	彰化秀傳紀念醫院中醫部 呂友文主任 中國醫藥大學北港附設醫院 中醫部針灸科 徐堅銘主任
16:30-18:30	中醫臨床技能實作評估學習 中醫 OSCE 教案建置實務	中國醫藥大學附設醫院中醫部 陳瑩陵主治醫師

(五)講師授課與學員上課情形：





三、輔導衛福部所分派之中醫負責醫師訓練院所訓練院所，調查需求並處理中醫師訓練相關問題

(一) 落實中醫醫療機構負責醫師訓練計畫是培養合格中醫師的重要政策，也是臺灣未來培育優質中醫臨床醫師的主要渠道和關鍵環節，本院為單一主訓醫院，依據醫策會所分派院所（醫院、診所）及規範訪查內容來進行訓練需求調查，以了解所分派之中醫負責醫師訓練院所之需求。依據 108 年各中醫臨床技能中心輔導之訓練院所及中醫師公會全聯會徵詢主訓診所意願，分派輔導之訓練院所所有秀傳紀念醫院中醫部、中國醫藥大學北港附設醫院中醫部、嘉義基督教醫院中醫部、嘉義長庚紀念醫院中醫科、一品堂中醫診所和美分院、東方中醫診所和美分院、榮癸貞中醫診所、隆安中

醫診所、一品堂中醫診所斗六分院共九家。

(二) 108/06/01 積極推動各主訓院所參與 OSCE 考官培訓工作坊



(三) 108/07/25 輔導之主訓院所-榮發貞診所至本院參訪學習及交流



(四) 108/10/20 舉辦輔導主訓院所臨床教學訓練事宜討論會議

20191017
<https://redaction.cch.org.tw/Pdf/CchDocPrint.aspx?docid=10000000&docname=中醫臨床教學訓練事宜討論會議出席調查表>

彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院 函

院 址：556彰化市南校街135號
 傳 真：7228289
 電 話：04-7228595 分機 4230
 電子郵件：55602@cch.org.tw
 承 辦 人：賴宏典

受文者：秀傳紀念醫院中醫部

發文日期：中華民國108年9月19日
 發文字號：一〇八彰基院字第100000374號

主旨：依據108年衛生福利部(原)給辦理「輔導中醫臨床技能評估模式及臨床教學實務訓練計畫」(計畫編號：衛服108-中服-第212-000104)，為協助協助輔導所分派之訓練院所，本院就調查及了解目前負責醫師受訓狀況、臨床教學訓練事宜、訓練需求等相關問題，以利協助處理，必要時提供相關資源，敬請各主訓院所派員與會討論。

正本：秀傳紀念醫院中醫部、中國醫藥大學北港附設醫院中醫部、嘉義基督教醫院中醫部、嘉義長庚紀念醫院中醫部、一品堂中醫診所和美分院、東方中醫診所和美分院、崇安中醫診所、康安中醫診所、一品堂中醫診所斗六分院

副本：() 準時參加會議。
 () 不克參加會議。
 () 不克參加會議之原因：_____

二、參與會議人員

姓名/職稱：
 行動電話/電話：
 E-mail：

三、敬請填妥上列資料並於 10 月 14 日前以電子郵件回傳或致電回復。

彰化基督教醫院 中醫部
 賴宏典
 電話：04-7228595 分機 4230
 傳真：04-7228289
 E-mail: 55602@cch.org.tw

**臨床教學訓練事宜討論會議
出席調查表**

會議時間：108 年 10 月 20 日(星期日)下午 2 時
 會議地點：彰化基督教醫院，總院一期 11 樓，外科醫研室(彰化市南校街 135 號)
 檢附出席調查表，請於 10 月 14 日前以電子郵件回傳(55602@cch.org.tw)或致電回復(04-7228595 分機 4230)。

一、院所名稱(請勾選)：

- ☐ 秀傳紀念醫院中醫部
- ☐ 中國醫藥大學北港附設醫院中醫部
- ☐ 嘉義基督教醫院中醫部
- ☐ 嘉義長庚紀念醫院中醫部
- ☐ 崇安中醫診所
- ☐ 東方中醫診所和美分院
- ☐ 一品堂中醫診所和美分院
- ☐ 一品堂中醫診所斗六分院
- ☐ 康安中醫診所

() 準時參加會議。
 () 不克參加會議。
 () 不克參加會議之原因：_____

二、參與會議人員

姓名/職稱：
 行動電話/電話：
 E-mail：

三、敬請填妥上列資料並於 10 月 14 日前以電子郵件回傳或致電回復。

彰化基督教醫院 中醫部
 賴宏典
 電話：04-7228595 分機 4230
 傳真：04-7228289
 E-mail: 55602@cch.org.tw



提問單位	問題
榮癸貞中醫診所 陳○博院長	代訓醫師工時問題，建議修改訓練的內容與時間，將五天的訓練時間精簡（減量不簡質）至三天，二天則回歸至原來的院所工作；向原來的院所請假三天，完成三天六個診次的訓練時間，另兩天則在原院所工作，訓練時間可以調整，採取學習製學分制，可以透過一些管道取得學分，部分課程可以利用假日由公會或中執會或全聯會舉辦共同課程，院所則採特色課程，這樣較不受工時的限制。
嘉義長庚紀念醫院中醫科吳○源主任	工時及交通問題，因位置偏遠，建議集中訓練時間，減少舟車勞頓及交通安全問題的考量。
嘉義基督教醫院中醫部謝○哲醫師	因代訓學員皆是附近診所，目前尚無太大問題，相關學分的認定及行政配套須要更完善。

中國醫藥大學北港附設醫院中醫部賴○謝主任	目前有代訓及自訓學員，自訓的部分與安南醫院共訓，無太大問題，代訓的部分也因考量學員舟車勞頓的問題，若因時間上無法配合也不勉強，但有提供錄音錄影檔觀看，也因為如此，期待部分課程的學習可以找其他主訓院所配合。
彰化基督教醫院中醫部陳○允針灸科主任	一般代訓學員在原診所一週約 3-4 診，其餘時段在代訓院所，因需往返兩家院所，有交通安全上的考量及代訓學員素質及學習態度參差不齊也容易出現學員可能未出現在主訓診所的情形，所以應該更重視代訓學員教學品質，期待不僅可以取得資格在學習上也有所收穫。
東方中醫診所和美分院翁○佑副院長	目前無代訓學員為主訓診所，希望可以有醫學中心的教學資源可以共享。

補充輔導說明如下：

- 1.關於工時問題的部分，在不違反勞動基準法之下，代訓學員之時數認定，應可依各訓練院所作彈性調整。
- 2.可善加利用的訓練資源有地方公會、教學醫院、學校合作，分享其文獻蒐集及教學網站相關資源、圖書及期刊。另外我們也提供教學行事曆於公開的網站上，若有興趣的課程也歡迎主訓院所的同仁一起來學習。

http://www2.cch.org.tw/layout_4/page.aspx?id=1700&oid=7087

彰基中醫部教學行事曆

108 年彰化基督教醫院中醫部十一月網路公告版				
一	二	三	四	五
				11/01 傷科核心課程— 傷科外敷與內服藥
11/04	11/05 內科核心課程— 失眠之中醫治療	11/06	11/07	11/08
11/11	11/12 婦科核心課程— 痛經之中醫診治及 基礎體溫判讀	11/13 中藥核心課程— 中藥真偽替代辨識 教學	11/14 針灸核心課程— 下背痛臨床治療應 用	11/15
11/18 會診病例報告	11/19	11/20 跨領域會診病例報 告	11/21 實證醫學-EBM 報告 12:15 開始	11/22
11/25 分科教學-病例報告	11/26 實習生病例報告	11/27 實習生病例報告	11/28	11/29

上課地點:彰化基督教醫院-教研大樓 B2 臨床技能中心
上課時間:12:30-13:30
連絡電話:04-7238595 轉 4026

- 3.輔導學術研究，本院為激勵學術研究與臨床服務同步精進，積極推動院內研究與爭取院外研究資源以提升研究風氣。若有興趣的主訓院所也可以一同來進行中醫臨床相關研究及學術交流或輔導參與國際學術活動等。



4.輔導參與中醫 OSCE，現今醫療趨勢強調醫療品質與病人安全，醫療從業人員臨床技術的養成，傳統都是直接從病人身上施行，拿病人當實習工具，慢慢累積經驗，往往是從錯誤中學習，從病人痛苦中成長，不僅嚴重影響醫療品質更使病人生命安全受到威脅。鑑於醫療品質與病人安全的重要性，及客觀結構式臨床測驗 (OSCE) 納入臺灣中醫師國家考試應考資格，也是未來趨勢，有興趣的主訓院所可以派學員前來參與，在執行真正臨床醫療操作前，都能利用臨床技能訓練中心所提供的環境與模組教具，獲得充分完善的臨床訓練，以致到臨床照護病患時，都能發揮優秀的醫療專業能力，給予病患安全的照護。



5.主訓院所、受訓醫師、指導教師等相關問題反映之溝通管道不良及訊息通知無法即時性，使用即時通訊軟體，增加溝通之便利性。

編號	主訓院所名稱	108 年 9 月 1 日後規定 平均每週訓練時數/平均 採認代訓醫師於執登院 所看診時數	108 年 7 月 平均每週訓練時數/平均 採認代訓醫師於執登院 所看診時數
6	長庚醫療財團法人嘉義長庚紀念醫院	28/12	28/12
7	東方中醫診所	無	14/無 (108/7 月已結訓)
8	一品堂中醫診所 -和美	無	無
9	一品堂中醫診所 -斗六	無	無
10	彰化基督教醫院	28/12	28/12

(六) 有辦理代訓且調整代訓契約書內容

編號	主訓院所名稱	調整代訓契約書之條文內容
1	隆安中醫診所	以衛生福利部公布之新版「中醫醫療機構負責醫師訓練計畫」代訓契約書範本，新增丙方及相關條文於契約書中。
2	中國醫藥大學 北港附設醫院	調整第八條：丙方於訓練期間
3	嘉義基督教醫院	1. 調整第 5 條：於甲乙方間所必要之交通時間，合併計算為工作時間。 2. 新增第 4 條：丙方若符合勞動部公告適用勞動基準法適用對象者，其於訓練期間，遭遇職業災害而致死亡、失能、傷害或疾病時，甲方應依勞動相關法令規定，予以補償。
4	秀傳醫療社團 法人秀傳紀念 醫院	1. 調整第一條：訓練期間自民國 108 年 9 月 1 日起至民國 109 年 12 月 31 日止，共計 16 個月。 2. 第四條：調整丙方完訓採認方式依訓練時數採認：以每週 5 個工作天 40 小時為主要訓練時間，並完成學習護照內容。二年內完成所有課程之訓練內容要求，並經評核通過。 3. 新增第五條：乙方可採認丙方看診時數每週上限 3 診，認定標準（擇一即可）：(1)該診所為主訓醫院之協同訓練診所。(2)該診所醫師具指導教師資格。(3)該診所可提供中醫一般

編號	主訓院所名稱	調整代訓契約書之條文內容
		<p>科訓練之症狀或疾病案例。</p> <p>4. 調整第六條：丙方若符合勞動部公告適用勞動基準法適用對象者，其於訓練期間，遭遇職業災害而致死亡、失能、傷害或疾病時，甲方應依勞動相關法令規定，予以補償。</p> <p>5. 調整第七條：丙方於甲方看診與乙方訓練時數，兩者均為工作時數，且於甲乙方間所必要之交通時間，合併計算為工作時間，須符合「住院醫師勞動權益保障及工作時間指引」規定。</p>
5	長庚醫療財團法人嘉義長庚紀念醫院	因衛福部 108 年 08 月 23 日發函修正「中醫醫療機構負責醫師訓練計畫契約書」之內容新增及修正，故本院重新簽約之代訓契約目前還在法務審查中。
6	彰化基督教醫院	調整第八條：丙方於訓練期間 本院重新簽約之代訓契約目前還在流程中。

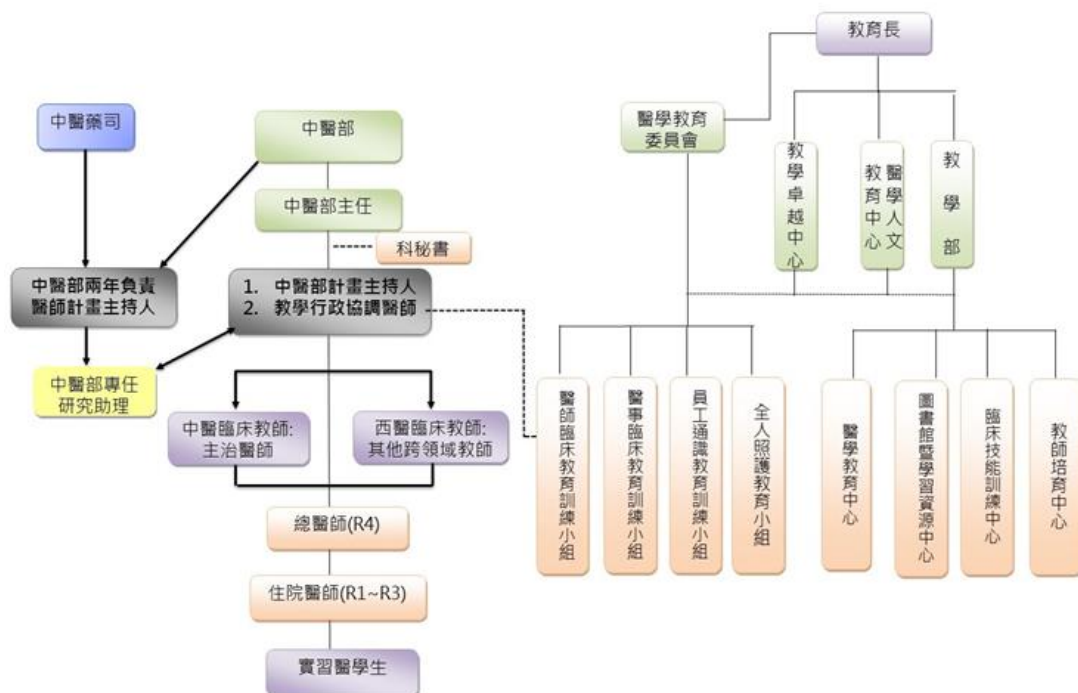
四、辦理中醫專科醫師試辦訓練

(一)訓練宗旨與目標

1. 中醫內科：秉持大醫精誠理念，以全人醫療為中心，來培育現代醫學專業知識及中醫臨床診療思維能力之中醫內科專科醫師，使受訓醫師具備全人醫療及以病人為中心的理念與態度，培育六大核心能力。
2. 中醫針灸科：培育具備現代醫學專業知識及全人醫療思維能力之針灸科專科醫師，發展傳統醫學並和現代醫學互相結合。

(二) 訓練計畫執行架構

1. 本院設有醫學教育訓練相關部門，架構下的各層級均有其自身任務及執掌，由醫院教學部協調各教學單位，使計畫順利進行。



(1)醫院定期舉辦全院醫師臨床教學訓練小組會議以及醫學教育委員會，部科內定期舉行教學行政會議，將訓練計畫之內容宗旨與目標，宣達給包括科（部）負責人、專科指導老師及主治醫師、教學行政人員、住院醫師。並定期檢討教學之成效並修正訓練計畫書之內容。

(2)教學部每年度舉辦全院性教學品質訪查，針對各部科教學訓練計畫執行與成效進行客觀評估與回饋，輔助專科訓練計畫的執行。

(3)專科醫師相關執行狀況知會教學部及教育長，適時並給予協助與指導。

2. 有完善的訓練計畫與執行機制

(1)部內制定有內科及針灸科專科醫師訓練計畫書，內含核心課程、師資、教學資源、訓練課程與訓練方式、考評機制、執行等內容。

(2)於教學行政會議中，計畫主持人與指導教師們可有效傳達本訓練計畫的宗旨與目標；並於執行專科醫師訓練計劃前，計畫主持人與受訓人員進行面談，傳達訓練宗旨與目標，以及計畫執行相關內容，使學員能充分瞭解計畫內容。

(三) 教學場所與設備

1. 本院五樓為圖書館，內包含中醫書籍、置物櫃及討論室。

中醫書籍	置物櫃
	
圖書館討論室	
	

2. 住院醫師辦公室內設有置物櫃、內涵豐富參考書資源的圖書櫃、及多台電腦病有網路，供住院醫師使用，以提高工作效率及有效學習。

住院醫師辦公室暨會議室	住院醫師室個人置物櫃
	
住院醫師辦公室內的圖書櫃	住院醫師辦公室的電腦
	

3. 本部具教學功能之獨立門診 7 間、檢查室 1 間、衛教諮詢室 1 間、治療室治療床 13 床。

中醫候診區	中醫衛教諮詢室
	
中醫診間	中醫治療室
	





4. 診間備有電腦一台，PACS 螢幕 1 台，印表機一台，護理人員工作台，診療床，圍簾

中醫門診診間設備	診療床與洗手台
	

5. 討論室、會議室：供會議/教學使用。

住院醫師辦公室、討論室	會議及教學討論室
	

6. 中醫檢查室之中醫診斷儀器

自動化舌診儀	聞診儀
	
脈診儀	良導絡
	

7. 院內有提供教材製作（錄製教學影片）及學術相關服務(印製學術論文海報)等設備。

大眾傳播中心教材製作	海報印製
	

8. 院內設有臨床技能中心並備有相關教學設施。自 2011 年開始舉辦中醫 OSCE，為臺灣率先實施中醫 OSCE 的醫院之一，已累積多年實行經驗。

OSCE 實測情形 1	OSCE 實測情形 2
	

(四) 教學訓練內容

1. 中醫內科

- (1) 每週獨立門診 4 診[雲基：週一下午診；週二下午診；週四下午診；總院：週二上午診]、每月病房照護 8 個案例以上。

	
獨立門診	病房會診訓練

- (2) 基本訓練課程工作項目：需上過全人醫療病人安全、醫學倫理、醫療法規、實證醫學、感染控制、醫務行政、醫療品質、醫療文書寫作、衛生政策以及急救訓練並取得高級心臟救命術證書（三年展延一次）。

- (3) 中醫內科學訓練目標及要達成的工作項目

訓練目標	透過本訓練，使受醫師能充分掌握內科臨床生理、病特色熟四診技巧，學習臨床病因機推演與理法方藥思路瞭解內科常見疾之中西醫診斷與辨證論治重點。
訓練內容	1. 中醫內科臨床病歷紀錄與醫療文書寫作。 2. 中醫內科臨床健保申報。 3. 中醫內科望聞問切四診診察。

訓練 內容	4.中醫內科臨床病因病機診斷分析。 5.中醫內科理法方藥臨床治療思路。 6.中醫內科門診常見疾病之臨床診療重點。 7.中醫內科臨床病例寫作及報告。 8.中醫內科需緊急照會西醫之狀況。 9.中醫內科重要典籍與醫家學說研討。 10.內科中西醫學期刊討論。 11.中醫內科臨床常用方藥研討。
----------	---

(4)中藥學訓練目標及要達成的工作項目

訓練 目標	透過本訓練，使受訓醫師能充分瞭解中藥局作業準則，熟悉中藥調劑、炮製依規處置，實際瞭解臨床診療與用藥配合情形。
訓練 內容	1. 藥局經營管理訓練，含軟硬體設施與異常事件處理。 2. 藥庫管理作業訓練，含採購、驗收、盤點與帳務管理。 3. 常用飲片與中藥（含炮製品）之外觀性狀、規格等級辨識訓練。 4. 中藥材真偽替代、品質良窳之辨識訓練。 5. 高警訊藥品之認知與貯存管理訓練。 6. 濃縮中藥調劑及給藥作業訓練，包括準備、調劑、善後與發藥衛教。 7. 飲片調劑及給藥作業訓練，包括準備、調劑、善後與發藥衛教。 8. 固有成方傳統製劑之調劑及給藥作業訓練，包括準備、調劑、善後與發藥衛教。 9. 中藥用藥安全及法規藥典認識，含異常物質、交互作用、不良反應及配伍禁忌。 10.中藥相關中西醫學期刊討論。 11.中藥相關典籍研讀與討論。 12.住院（或會診）調劑及給藥作業訓練，包括飲片煎煮、出院帶藥衛教與跨團隊照護合作。（選訓） 13.中藥製品品質管控訓練，包括濃縮中藥、飲片（炮製）及成方製劑之製備流程與品管注意事項。（選訓） 14.臨床中藥學訓練，包括中醫臟腑及各器官系統之病機治法與方藥關係。（選訓）

(5)中醫內科專科核心課程

教學主題	內科核心課程	典籍及參考書籍
中醫肝膽腸胃科學	臨床常見消化系統疾病（腹脹、便秘、腹瀉）之症治	1.脾胃論 2.黃文東論脾胃病 3.台北臨床三十年 4.萬病回春 5.醫宗金鑑雜病心法要訣 6.溫病條辨 7.朱仁康臨床經驗集 8.景岳全書 9.金匱要略 10.醫學衷中參西錄 11.趙炳南醫案 12.徐宜厚皮科傳心錄 13.朱仁康臨床經驗集 14.口齒類藥 15.審視瑤函 16.神農本草經 17.醫方集解
	胃食道逆流之中醫診治	
	膽結石肝炎肝硬化之中醫診治	
中醫腎臟科學	泌尿系統之常見疾患（癃閉、夜尿、頻尿、尿路發炎）的中醫診治	
	常見腎臟疾患之中藥用藥宜忌	
中醫風濕免疫科學	臨床常見痹症之診治與用藥	
	紅斑狼瘡的中醫診斷與治療	
	乾燥症的中醫治療	
中醫心臟科學	心血管疾病的中醫觀點和治療	
	心臟疾患（心律不整、瓣膜閉鎖不全）的中醫診治法	
中醫精神科學	失眠；情緒障礙的中醫診治	
中醫內分泌科學	糖尿病之中醫診治	
	甲狀腺疾患之中醫診治	
	高血脂以及高血壓的中醫治療法	
中醫皮膚學	乾癬的中醫診治與成效	
	青春痘之診治	
	常見皮膚疾患的中醫診治法	
	異位性皮膚炎的中醫治療	
中醫耳鼻喉科學	過敏性鼻炎的治療	
	眩暈的臨床治療	
	耳鳴之中醫診治	
	外感的證型與治法	

教學主題	內科核心課程	典籍及參考書籍
中醫胸腔科學	咳嗽之中醫診治	
	COPD 以及慢性支氣管炎的治療	

- (6) 指導教師定期與受訓學員進行雙向回饋，並檢討教學內容
- (i) 每月安排各種內科相關會議。如分科教學病例報告、會診病例報告、內科核心課程。
 - (ii) 期刊討論報告每月至少一次，由指導醫師指定特定主題，由受訓醫師收集整理報告。
 - (iii) 特殊病例個案討論每 2 個月 1 次，探討臨床較少見或困難之特殊病例。
 - (iv) 中醫會診皆有資深指導醫師帶領。會診前指導教師與受訓醫師先看過病人基本資料、病歷，後於病房實際接觸病人及治療。每月一次病房大迴診，討論當時所有會診病人之現況、治療方向。
 - (v) 部內積極邀請國內中醫領域專家進行專題演講，或由受訓醫師自行報名參加國內中醫針灸相關學分進修課程，聽取針灸領域前輩之專題演講。與西醫部門合作密切，一年至少 4 次跨領域病例報告，邀請西醫專科醫師、中藥局藥師、腎臟醫師等院內各領域同工一同討論。
 - (vi) 彰基中醫部積極參與基礎及臨床研究，皆由資深指導醫師帶領受訓醫師共同進行，並定期撰寫 IRB 期中、期末報告等。
 - (vii) 彰化基督教醫院每週五早上進行全院學術會議，每週皆會以 e-mail 通知各單位醫師，中醫部亦會安排於行事曆。另亦有錄影可進行線上學習。
 - (viii) 部內曾主辦多次研討會，如 107 年度海洛因戒治與中醫輔助治療經驗分享研討會、建立中醫參與長期照顧服務模式研討會、中西整合醫療應用在重症病房照護研討會；108 年中西醫失智症經驗分享研討會、中醫參與長期照顧服務模式分享會等國內大型研討會，部門醫師皆積極參與。

(ix)補助醫師參與國內外研討會，於中醫相關研討會皆有壁報或論文發表。

(x)除傳統課程外，彰基中醫部亦安排特殊醫學專業知識課程。

(xi)安排內科專科 OSCE 考試。

2. 中醫針灸科

(1) 每週獨立門診 4 診[二基：週一上、下午診；週四上午診；總院：週五上午診]、每月病房照護（各項住院試辦計畫）6 個案例以上、會診 8 個案例以上。

(2) 規劃兩年期核心課程。

教學主題	針灸專科核心課程
中西醫整合治療訓練	神經內科疾病之針灸治療：腦中風之針灸治療
	呂景山對穴：啟閉醒腦開竅
癌症及緩和醫療訓練	呂景山對穴：平肝息風通絡止痛、散結消腫
老年周全評估及針灸治療訓練	中醫參與長照之角色與經驗：以彰基為例
婦、兒科病證之針灸治療	婦科疾病之針灸治療：痛經、月經失調、不孕症
	小兒疾病之針灸治療：小兒腸胃道疾患、小兒呼吸道疾患
	呂景山對穴：婦人雜病
	周佐宇醫道精要婦科常見疾病之針灸療法
	承淡安中國針灸學講義：內外陰部、子宮及卵巢、其他婦人科疾患
運動系統疾病針灸治療	承淡安中國針灸學講義：小兒科疾患
	一般骨傷科疾病針灸治療：頸部與上臂疾病及腰部與下肢疾病之針灸治療
	呂景山對穴：疏經活絡祛風止痛
神經系統疾病針灸治療	周佐宇醫道精要：坐骨神經痛針灸治療
	神經內科疾病針灸治療：腦中風之針灸治療

教學主題	針灸專科核心課程
	周佐宇醫道精要：顏面神經麻痺之療法 承淡安中國針灸學講義：腦髓、脊髓、末梢神經、運動神經痙攣、炎性及變性神經官能的神經、運動器疾患
消化系統疾病針灸治療	肝膽腸胃疾病之針灸治療：消化系病症（腹脹、消化不良、噁心嘔吐、便秘）之針灸治療 呂景山對穴：和表裡調氣血疏肝膽、清熱利濕退黃、醒脾開胃增食、調整腸胃止瀉通便、調整腸胃理氣止痛 承淡安中國針灸學講義：口腔、咽頭、食道、胃、腸、腹膜、肝膽疾患、脾腫大
呼吸系統疾病針灸治療	胸腔科疾病之針灸治療：呼吸與循環系統疾病（咳嗽、氣喘、過敏性鼻炎） 呂景山對穴：疏風解表清熱、止咳平喘 承淡安中國針灸學講義：喉頭、氣管及支氣管、肺臟、肋膜疾患
循環系統疾病針灸治療	呂景山對穴：清熱涼血止血、開胸順氣利膈暢中、強心止痛 承淡安中國針灸學講義：心臟、脈管、血液疾患
泌尿生殖系統針灸治療	中醫腎臟與泌尿科學：泌尿系統疾病之針灸治療 呂景山對穴：利尿消腫、固精止帶攝尿 承淡安中國針灸學講義：腎臟、膀胱、溺道、生殖器疾患
外科及五官科疾病針灸治療	五官科疾病之針灸治療：顏面疾病之針灸治療 周佐宇醫道精要：耳鳴耳聾及聾啞之針灸治療 周佐宇醫道精要：頭部常見疾病之針灸療法

教學主題	針灸專科核心課程
	呂景山對穴：祛風止癢、清熱明目、清熱解毒消腫、通竅亮音益聰
	承淡安中國針灸學講義：眼疾患、耳鼻疾患
精神醫學針灸治療	呂景山對穴：寧心安神、鎮靜鎮驚抗癲癇
急症針灸治療	急診常見疾病，急腹症、痛症、眩暈之針灸治療

(3)指導教師定期與受訓學員進行雙向回饋，並檢討教學內容

- (i)每月安排各種針灸相關會議。如分科教學病例報告、會診病例報告、針灸核心課程、針灸書籍研讀。
- (ii)期刊討論報告每月至少一次，由指導醫師指定特定主題，由受訓醫師收集整理報告。
- (iii)特殊病例個案討論每 2 個月 1 次，探討臨床較少見或困難之特殊病例。
- (iv)中醫會診皆有資深指導醫師帶領。會診前指導教師與受訓醫師先看過病人基本資料、病歷，後於病房實際接觸病人及治療。每月一次病房大迴診，討論當時所有針灸科會診病人之現況、治療方針。
- (v)部內積極邀請國內中醫領域專家進行專題演講，或由受訓醫師自行報名參加國內中醫針灸相關學分進修課程，聽取針灸領域前輩之專題演講。
- (vi)與西醫部門合作密切，一年至少 4 次跨領域病例報告，邀請西醫專科醫師、中藥師、復健科醫師、等院內各領域同工一同討論。
- (vii)彰基中醫部積極參與基礎及臨床研究，皆由資深指導醫師帶領受訓醫師共同進行，並定期撰寫 IRB 期中、期末報告等。
- (viii)彰化基督教醫院每週五早上進行全院學術會議，每週皆會以 e-mail 通知各單位醫師，中醫部亦會安排於行事曆。另亦有錄影可進行線上學習。

(ix)部內曾主辦多次研討會，如 107 年度海洛因戒治與中醫輔助治療經驗分享研討會、建立中醫參與長期照顧服務模式研討會、中西整合醫療應用在重症病房照護研討會等國內大型研討會，部門醫師皆積極參與。

(x)補助醫師參與國內外研討會，於中醫相關研討會皆有壁報或論文發表，如 ICMART、ICBTS、ISAMS、WCCM、東洋醫學會等。

(xi)除傳統中醫課程外，彰基中醫部亦安排特殊醫學專業知識課程。

但是要去幫助別人就會非常開心的那種，

(五)訓練成果

1. 中醫內科訓練成果

受訓醫師一名，依訓練目標執行，成果如上病醫醫療服務、教學及研究項目表列於下--

	訓練項目	訓練內容
醫療服務	病例報告寫作及追蹤記錄	<p>4 例/月</p> <p>由指導醫師修改給予指導。</p> <p>追蹤記錄，共同討論病例治療過程，指導醫師可給予臨床診療相關建議。</p> <div data-bbox="593 1301 1431 1906"> <div data-bbox="1157 1272 1431 1323" style="border: 1px solid red; padding: 2px;">主治醫師指導</div> <div data-bbox="593 1301 997 1906"> <p>彰化基督教醫院附屬人彰化基督教醫院 中醫內科門診跟診病例報告</p> <p>病歷號碼: 123456789 性別: 男 姓名: 趙○君 床號: 門診病人 年齡: 24</p> <p>受訓醫師: 謝品儒 指導醫師: 李曉忠 報告日期: 108 年 3 月 13 日</p> <p>看診日期: 108 年 3 月 7 日 主訴: 咳嗽、痰多已四天。</p> <p>現病史: 星期五晚上因天寒咳嗽咳痰的冷感，隔天起床後咳嗽加重，現伴發聲音嘶啞。第二天後已無發燒，現聲音較恢復，但咳嗽仍較劇烈，胸膈悶悶，痰量多，身體疲憊，氣促，痰多且色黃。咳嗽時喉嚨乾痛，無痰內癢及胸部悶痛感，病發前兩天有服用感冒藥。</p> <p>四診: 望: 精神尚佳，體型中等，舌淡紅，苔薄白。 聞: 無特殊氣味，聲音嘶啞。 問: 有過敏性鼻炎，平日喜冷飲，不耐寒，近幾天因天寒熱感而加重。大便一日一行，小便偏黃，LMP: 6/15，經期正常，不會經痛，既可，上述問題均與此次咳嗽無直接關聯。 切: 脈滑。</p> <p>診斷: 中醫診斷: 感冒 (風熱內盛外感風寒; 外寒裡熱) 治則: 清熱散寒解鬱，內清肺熱疏風</p> <p>處方: ■ 指導醫師處方 預防感冒散 4g，桑葉散 2.5g，桂枝 1.5g，枳殼 1.4g，黃芩 1.2g，葛根黃 1.2g，黃芩 (前) 11.2g，桑葉 1g，薄荷 0.5g，連翹 0.5g ■ 受訓醫師自擬處方 麻杏石甘湯 7g，麻黃 1g，防風 1g，黃芩 1g，桑葉 1g，連翹 1g，桂枝 1g，法半夏 1g，紫菀 1g</p> </div> <div data-bbox="997 1301 1431 1906"> <p>理法方藥分析:</p> <p>理: 患者有過敏性鼻炎體質，先天氣不足，肺的固本功能不健，寒濕天時時易受外邪侵襲而為病，加上感冒，影響肺之運化功能，使體內寒有濕滯，患者就診上因寒濕濕熱，感受風熱而發熱，流涕鼻塞熱內蘊，又因吹冷氣感受寒邪外感，因寒一經感受寒濕後感寒邪，即所謂寒濕熱，使得肺氣鬱閉，失於宣通而致寒濕鬱熱(寒濕鬱熱)且肺氣鬱閉不通則咳，並因寒濕不調而有痰濕停聚，病發前兩天服用感冒藥，因感冒藥之寒性，第二天體質已與上升，聲音嘶啞恢復，但從患者咳嗽喉乾冷，因肺有寒邪未盡，另外，因體質虛弱，因感冒而發熱，從患者肺病病後仍咳嗽，連咳之咳，因感冒，痰多，上逆為咳，因感冒咳嗽及喉乾喉痛而無痰，痰多則多且偏黃濕熱，痰多則因濕熱不升則成痰，病發前，身體疲憊，小便頻數因感冒而體內有熱，苔微黃，脈滑亦主痰濕，是為肺熱又因感冒咳嗽喉乾喉痛而發熱。</p> <p>法: 清熱散寒解鬱，內清肺熱疏風</p> <p>方: 麻杏石甘湯 7g，麻黃 1g，防風 1g，黃芩 1g，桑葉 1g，連翹 1g，桂枝 1g，法半夏 1g，紫菀 1g</p> <p>藥: 主要以前方之甘溫藥性，止咳為主方，方中麻黃辛溫發散寒邪，石膏甘寒可清肺熱，杏仁宣降肺氣，甘草益氣和中，調和諸藥，且麻黃不單能配石膏，防其大寒傷胃；另輔以麻黃，防風，增強散寒宣肺之力，黃芩寒涼，從寒邪不為毒熱，肺氣得宣，不致上述；黃芩生清熱散寒，為清肺解鬱之要藥，輔以桑葉和連翹，加強清肺解毒之力，肺熱得清，肺氣得清；桂枝散肺結，配法半夏溫肺除痰，合而增強肺宣之力，並能化解痰濕與天相結，防止痰濕結聚，以利肺氣宣暢；紫菀潤肺下氣，潤肺止咳，諸藥合用以期清熱散寒宣肺，清熱化痰，止咳之效。</p> </div> </div>
	門診跟診訓練	<p>1 診/週</p> <p>(1) 課後討論臨床重點病例，由訓練學員主動提出問</p>

題，並做資料查詢。



獨立門診訓練

4 診/週

- (1) 雲基：週一下午診；週二下午診；週四下午診；
總院：週二上午診
- (2) 特殊案例由學員整理後可與指導醫師討論。

雲林基督教醫院		彰基總院	
上午	第 0183 診間 陳錦亮 Q 0180333	第 0181 診間 李金榮 Q 0862907	彰基大樓中醫二部 謝昌儒 Q 0181032
5月27日 星期一	下午	第 0183 診間 陳錦亮 Q 0149363	5月28日 星期二
晚上	第 0181 診間 謝昌儒 Q 0181032	第 0181 診間 陳文煥 Q 0129423	彰基大樓中醫一診 內科
下午	第 0183 診間 陳錦亮 Q 0180333	上午	第 0183 診間 張廣昌 Q 0140816
5月28日 星期二	第 0183 診間 謝昌儒 Q 0181032	第 0181 診間 陳錦亮 Q 0180333	5月30日 星期四
下午	第 0183 診間 謝昌儒 Q 0181032	下午	第 0183 診間 謝昌儒 Q 0181032



住院會診教學

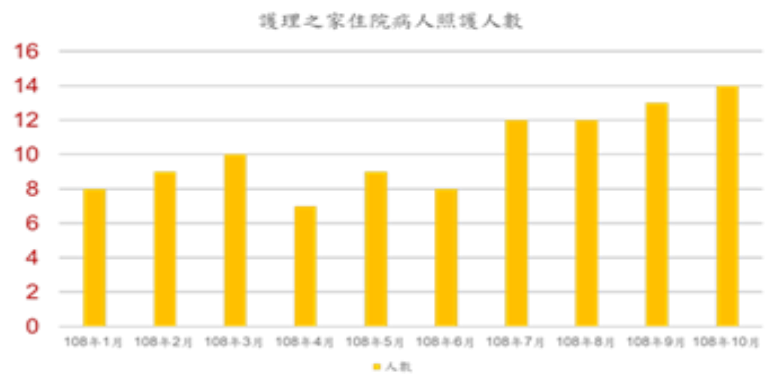
(1) 內專指導醫師每月會診 8 個案例數以上。受訓學員參與會診教學；每月並參與部門內病房大巡診討論會議。

108年10月	原會診人數	新會診人數	門診患者數/診次	會診患者數/診次
侯慶成醫師	0	3		
黃顯鑑醫師	5	2	0	週一三五：3.31人，週二四：1.67人
李豐昇醫師	8	16(新會15+轉入0+急診1)	6.25(二上午門診中風)	8.36
陳耀名醫師	8	16(新會15+轉入0+急診1)	6.25(二上午門診中風)	8.36
陳金福醫師	0	12	0	
陳允允醫師	7	6	0	週一四五：8.45人，週二三六：3.83人
張顯昌醫師	13	26(19新會+2小兒+1急診)	5	11.6
李俊道醫師	13	26(19新會+3產後+1急診)	5	11.6
陳泰醫師(中華)	13	13(新會1+轉入11+急診1)	0	星期一13.8人(計+藥) 星期三6人 星期五14.25人
說明	反映時會診患者數 本月新會診人數		急診會診人次4	華仁醫院平均開藥人數: 5.2

108年5月	原會診人數	新會診人數
侯慶成醫師	1	3
黃顯鑑醫師	5	5 (共照:1, 會診4)
李豐昇醫師	4	8+3(急診)
陳文娟醫師	0	1
陳允允醫師	6	11(共照:10/新會:1/計畫:0)
陳耀名醫師	9	12 (會診10+急診2)
張顯昌醫師	0	1(1個兒童)
李俊道醫師	0	21(3個急診+4個產後)
陳泰醫師(中華)	21	12(新會2+轉入10)

(2) 病房照護每月 8 個案例數以上：由護理之家護理師協助住院病人掛號，受訓醫師於門診空檔或門診結束時間至護家診療病人，再回門診系統開立

中藥，由中藥局將藥物送至護家。




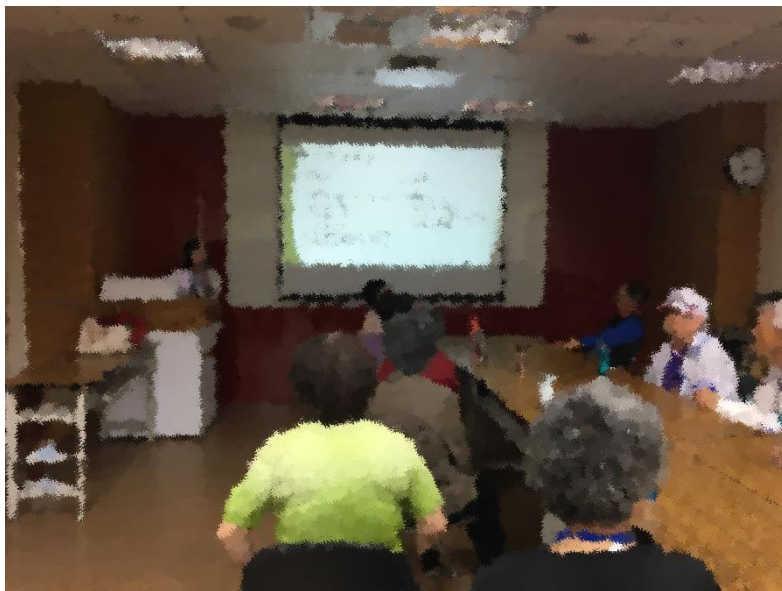
(3) 居家照護：至案家進行診療，視病患需求給予衛教與相關治療。



對外中大型演講

10 次以上/年

演講日期	演講主題
108/01/09	癌症放化療後的中醫調理
108/02/13	兒童鼻過敏
108/03/26	產後調理面面觀
108/03/27	兒童癌症之中醫調理
108/04/20	疲勞症候群

		108/05/17	一起對抗過敏體質
		108/06/20	肩頸痠痛及便秘的中醫治療
		108/08/09	中醫衛教
		108/08/24	中醫調理
		108/10/08	哈啾!鼻過敏遠離我
		108/11/26	中醫護心
			
			
		積極參與醫院各單位演講邀約、部門與病房合作衛教、社區大學或各公部門之課程規劃。	
教學	指導資淺住院醫師/實習醫學生	1-2 篇/月	

(1)資淺住院醫師/實習醫學生於病例報告 1-2 週前
需與內專受訓學員討論報告，受訓學員給予相關
指導。



病例報告-耳聾、耳鳴

指導醫師: VS 黃頌徽醫師
CR 謝昌儒醫師
R2 周芳仔醫師
報告者: Intern 魏騰哲
報告日期: 2019-07-23





(1) R3 晉升 R4
EBM 認證
(2) R3 晉升 R4
OSTE 學習
評量營

通過

查詢	181032	複製給→		
181032	謝昌儒	1700	中醫部	1050801
執照證書 教職證書				
執照證書 L		118906 2017/12/5		<input type="checkbox"/> 有效 <input type="checkbox"/> 複
張次	執照字	執照號	執照日	領照日
1	中醫執		1070629	1070629
2	ACLS	10400147	1040125	1040125
5	中醫執		1051026	1051026
6	師資證02教學評量方法		1080316	0
7	EBM		1080517	1080517
99	師資證01住院醫師教師		1051217	0
99	ACLS	ACLS	1061129	0


參與每週的中
藥、方劑教學

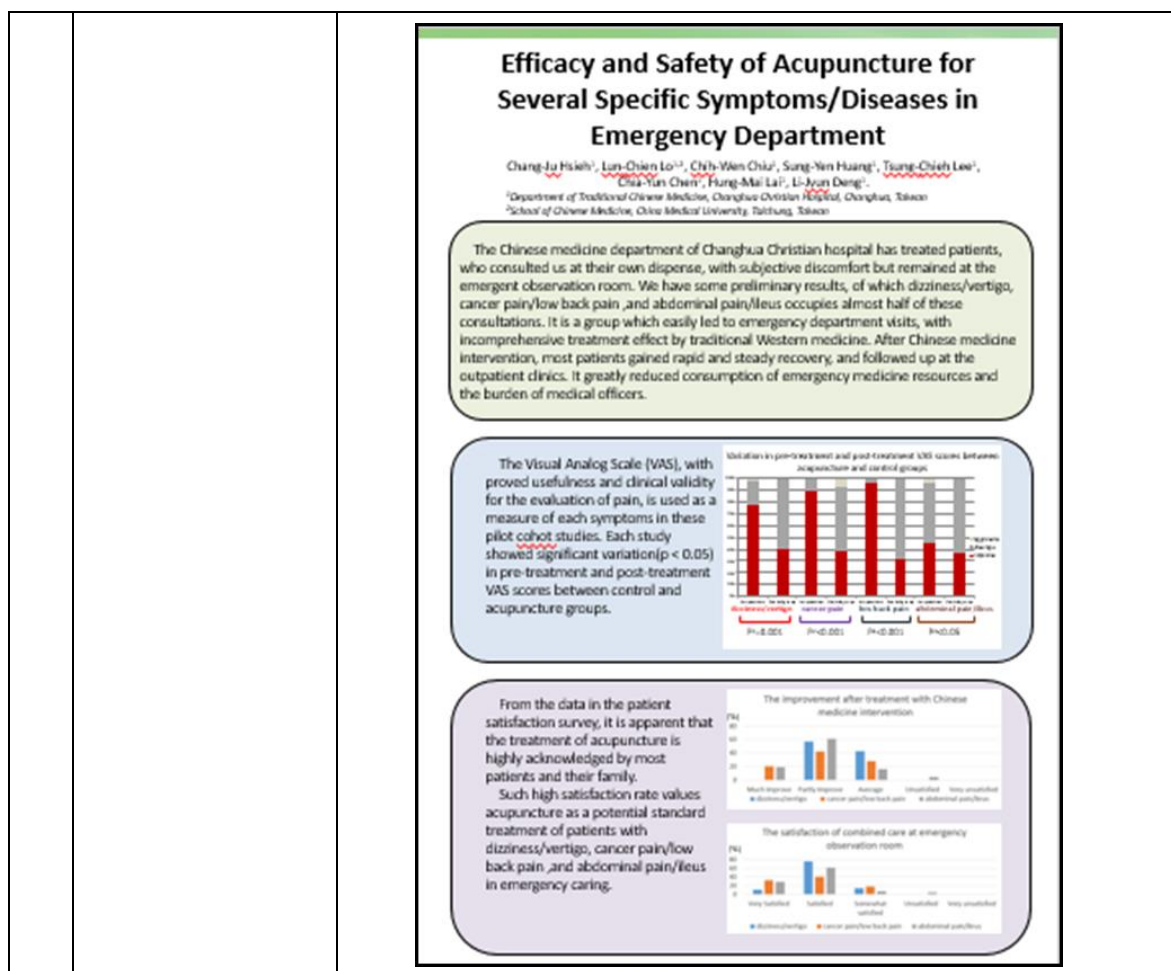
1-2 次/週，會後給予臨床經驗分享。

105 年彰化基督教醫院中醫部十月行事曆

日	一	二	三	四	五	六
		10/01 內科急上急救(12-30) 醫檢士實習生輪值 診: Derm, wound 指導: 莊凱雲、莊品 黃淑儀、莊品儀、莊品	10/02 內科急上急救-上 呼吸系統 指導: 莊凱雲、莊品 莊品儀、莊品	10/03 主治醫師會議 適合醫師: 00	10/04 內科急上急救-下 內中重症系統病之中醫 診: 內科急上急救 指導: 莊凱雲、莊品 莊品儀、莊品	10/05 醫事: 會議人力調度 研習: 會議協助 心導: 會議協助 婦產: 醫務協助 牙安: 醫務協助
10/06	10/07 內科急上急救-中 教學-中醫教學(10-1)主 指導: 莊凱雲、莊品 莊品儀、莊品	10/08 內科急上急救-下 指導: 莊凱雲、莊品 莊品儀、莊品	10/09 內科急上急救-中 二、方劑教學(10-2) 指導: 莊凱雲、莊品 莊品儀、莊品	10/10 雙十節 適合醫師: 00	10/11 內科急上急救-中 科檢查(10-20-50) 診 指導: 莊凱雲、莊品 莊品儀、莊品	10/12 醫事: 會議人力調度 研習: 會議協助 心導: 會議協助 婦產: 醫務協助 牙安: 醫務協助
10/13	10/14 內科急上急救-中 研習-中醫教學(10-3) 指導: 莊凱雲、莊品 莊品儀、莊品	10/15 長庚研討會 適合醫師: 00	10/16 內科急上急救-中 研習-中醫教學(10-4) 指導: 莊凱雲、莊品 莊品儀、莊品	10/17 內科急上急救-中 研習-中醫教學(10-5) 指導: 莊凱雲、莊品 莊品儀、莊品	10/18 主治醫師會議 適合醫師: 00	10/19 醫事: 會議人力調度 研習: 會議協助 心導: 會議協助 婦產: 醫務協助 牙安: 醫務協助
10/20	10/21 內科急上急救-中 研習-中醫教學(10-6) 指導: 莊凱雲、莊品 莊品儀、莊品	10/22 內科急上急救-中 研習-中醫教學(10-7) 指導: 莊凱雲、莊品 莊品儀、莊品	10/23 內科急上急救-中 研習-中醫教學(10-8) 指導: 莊凱雲、莊品 莊品儀、莊品	10/24 內科急上急救-中 研習-中醫教學(10-9) 指導: 莊凱雲、莊品 莊品儀、莊品	10/25 研習 適合醫師: 00	10/26 醫事: 會議人力調度 研習: 會議協助 心導: 會議協助 婦產: 醫務協助 牙安: 醫務協助
10/27	10/28 研習 適合醫師: 00	10/29 內科急上急救-中 研習-中醫教學(10-10) 指導: 莊凱雲、莊品 莊品儀、莊品	10/30 內科急上急救-中 研習-中醫教學(10-11) 指導: 莊凱雲、莊品 莊品儀、莊品	10/31 研習 適合醫師: 00	11/01 主治醫師會議 適合醫師: 00	11/02

	內科手冊編輯	1 次/年	
研究	中醫典籍研讀	1 次/月	<div>   </div> <p>(1) 依內科專科核心課程參考書籍，安排進度，定期進行讀書會。</p>
	文獻期刊閱讀	1 篇/月(詳見護照)	
	參與研究計畫編寫	1-2 件/年	<p>(1) 兒童白血病之治療前後舌診與脈診變化之探討</p> <p>(2) 協助部門各項研究計畫之研討會辦理</p>

		<div style="text-align: center;">  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> 彰化基督教醫院 人體試驗委員會 同意書核准日期：2019 Apr 15 </div> </div> <h3 style="text-align: center;">臨床試驗受試者同意書</h3> <p style="text-align: center;">我們邀請您參加本人體試驗，此份同意書提供您本研究相關資訊，計畫主持人或研究人員將為您詳細說明並回答相關問題。</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>受試者姓名</td> <td>出生日期</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>病歷號碼</td> <td>性別</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>聯絡電話</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>通訊地址</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table> <p> <input type="checkbox"/> 藥品 <input type="checkbox"/> 其它： </p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>計畫編號</td> <td>P201811-34</td> <td>IRB 編號</td> <td>E201808</td> </tr> <tr> <td>計畫名稱</td> <td colspan="3">以木防己湯及真武湯治療水腫患者之病案報告</td> </tr> <tr> <td>研究執行期限</td> <td colspan="3">約 3 年 0 月</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>委託單位/藥廠</td> <td>無</td> <td>執行單位</td> <td>彰化基督教醫院中醫部</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">計畫主持人</td> <td rowspan="4">張昌儒</td> <td>機構名稱</td> <td>彰化基督教醫院</td> </tr> <tr> <td>部門/職稱</td> <td>中醫部/中醫兒科代理主任</td> </tr> <tr> <td>電話/分機</td> <td>04-72500000/22000</td> </tr> <tr> <td>手機</td> <td>0937-2200000</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">臨床共同主持人</td> <td rowspan="4">王維志</td> <td>機構名稱</td> <td>彰化基督教醫院</td> </tr> <tr> <td>部門/職稱</td> <td>血液腫瘤科/主任</td> </tr> <tr> <td>電話/分機</td> <td>04-72500000/22000</td> </tr> <tr> <td>手機</td> <td>0937-2200000</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">研究人員</td> <td rowspan="2">張昌儒</td> <td>機構名稱</td> <td>彰化基督教醫院</td> </tr> <tr> <td>部門/職稱</td> <td>中醫部/住院醫師</td> </tr> </table> <p style="text-align: center; font-size: small;">版本第六版 日期：2016/6/17</p>	受試者姓名	出生日期	年	月	日	病歷號碼	性別				聯絡電話					通訊地址					計畫編號	P201811-34	IRB 編號	E201808	計畫名稱	以木防己湯及真武湯治療水腫患者之病案報告			研究執行期限	約 3 年 0 月			委託單位/藥廠	無	執行單位	彰化基督教醫院中醫部	計畫主持人	張昌儒	機構名稱	彰化基督教醫院	部門/職稱	中醫部/中醫兒科代理主任	電話/分機	04-72500000/22000	手機	0937-2200000	臨床共同主持人	王維志	機構名稱	彰化基督教醫院	部門/職稱	血液腫瘤科/主任	電話/分機	04-72500000/22000	手機	0937-2200000	研究人員	張昌儒	機構名稱	彰化基督教醫院	部門/職稱	中醫部/住院醫師
受試者姓名	出生日期	年	月	日																																																												
病歷號碼	性別																																																															
聯絡電話																																																																
通訊地址																																																																
計畫編號	P201811-34	IRB 編號	E201808																																																													
計畫名稱	以木防己湯及真武湯治療水腫患者之病案報告																																																															
研究執行期限	約 3 年 0 月																																																															
委託單位/藥廠	無	執行單位	彰化基督教醫院中醫部																																																													
計畫主持人	張昌儒	機構名稱	彰化基督教醫院																																																													
		部門/職稱	中醫部/中醫兒科代理主任																																																													
		電話/分機	04-72500000/22000																																																													
		手機	0937-2200000																																																													
臨床共同主持人	王維志	機構名稱	彰化基督教醫院																																																													
		部門/職稱	血液腫瘤科/主任																																																													
		電話/分機	04-72500000/22000																																																													
		手機	0937-2200000																																																													
研究人員	張昌儒	機構名稱	彰化基督教醫院																																																													
		部門/職稱	中醫部/住院醫師																																																													
投稿中文相關期刊	<p>1 篇/年</p> <p>(1) 中醫藥研究論叢。以木防己湯及真武湯治療水腫患者之病案報告。</p> <p>(2) 東洋醫學會壁報投稿。Efficacy and Safety of Acupuncture for Several Specific Symptoms/Diseases in Emergency Department.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>● 中醫藥研究論叢</p> <p>■ 212.10 以木防己湯及真武湯治療水腫患者之病案報告</p> <p>TJ TCM.21(2): 103-114, 2018 DOI: 10.6516/TJTCM.201809_21(2).0010</p> <p style="text-align: center;">以木防己湯及真武湯治療水腫患者之病案報告</p> <p style="text-align: center;">A Case Report of Mu Fang Ji Tang and Zhen Wu Tang Used in the Patient with Edema</p> <p style="text-align: right;">謝昌儒¹ 羅維謙² 李聰昇^{1*}</p> <p style="text-align: right;">1 財團法人彰化基督教醫院中醫部，彰化，台灣 2 中國醫藥大學中醫學系，台中，台灣</p> <p>【摘要】 水腫在臨床照護上是很常見的相關症狀，可涉及各種內外因以及五臟虛損，甚至是三焦之氣化功能。此病例為一名有胸腺瘤病史之水腫患者，施行過左下肺葉切除及腹主動脈支架置放手術，入院時影像學檢查有左側肋膜積水情形，初以《金匱要略》中所述及之調胃支飲方法調治，方以木防己湯加減，用藥後病人呼吸喘促較減緩，然腹脹仍持續，且夜間因胃嘈雜不適欲嘔吐，四肢水腫未獲得改善甚而逐漸加重，慮及脾腎運化水濕，改以真武湯溫腎陽、利水氣，治療後諸症漸減。故透過此病例，討論痰、飲、水、濕的中醫初步論治，並分析木防己湯與真武湯的相關臨床見證與治療的關係。</p> <p>【關鍵詞】水腫、痰飲、木防己湯、真武湯、腹脹</p> </div>																																																															



2. 中醫針灸科訓練成果

受訓醫師因個人生涯規劃於 108 年 4 月底離職，僅能就前四個月分析計畫執行成果，本部門規劃專科醫師以急診、重症病房為訓練場所，與重症單位共同照護(combine care)病患，對於針灸專科之深度較能與負責醫師訓練計畫區分，受訓學員雖因生涯規劃離職，但在座談時也認可此種較具深度的訓練方式。



受訓學員門診跟診



開單醫院

開單站

狀態

來源

帳

執行查詢

開單日期

到

被會診科別

中醫師

會診清單

開單科別

急診醫事部

被會診醫師(或P)的主治

匯出清單

開單醫師

最後回覆醫師

匯出清單

出院前通知被會醫師

中醫試辦計劃

最後回覆醫師

14天內未完成

資料來源

線上 (0000022後)

查單

安寧首次共同開單

取銷外傷

高壓氣

送往急門診

轉AC

出院前通知並提供AC管理費

列印時有病情摘要

匯出時有PLAN回覆內文

有勾選單且尚未完成

以開單時間排序

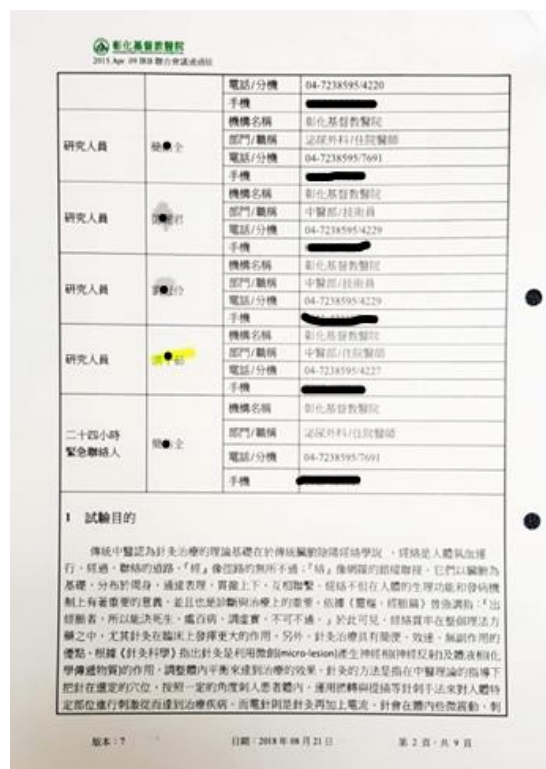
編號	狀態	來源	急診	序號	開單日期	姓名	開單時間	最後回覆	出院日	處理時間	急	指定	開單科別	開單醫師
Y	完成會診	急診	0	2	20190513	下午 12:10:52	N	N	急診醫事部	蔡子強				
Y	完成會診	急診	0	2	20190506	上午 10:42:45	N	N	急診醫事部	蔡子強				
Y	完成會診	急診	0	3	20190508	下午 07:29:29	N	N	急診醫事部	蔡子強				
Y	完成會診	急診	0	1	20190506	下午 03:29:11	N	N	急診醫事部	蔡子強				
Y	完成會診	急診	0	2	20190508	下午 12:18:06	N	Y	急診醫事部	蔡子強				
Y	完成會診	急診	0	2	20190508	上午 11:13:24	N	N	急診醫事部	蔡子強				
Y	完成會診	急診	0	2	20190508	上午 11:13:50	N	N	急診醫事部	蔡子強				
Y	完成會診	急診	0	2	20190508	上午 11:54:09	N	N	急診醫事部	蔡子強				
Y	完成會診	急診	0	3	20190508	上午 11:14:06	N	N	急診醫事部	蔡子強				
Y	完成會診	急診	0	3	20190508	上午 12:54:01	N	N	急診醫事部	蔡子強				
Y	完成會診	觀察室	0	2	20190508	下午 12:30:40	N	N	急診醫事部	蔡子強				
Y	完成會診	觀察室	0	1	20190508	下午 05:57:08	N	N	急診醫事部	蔡子強				
Y	完成會診	觀察室	0	1	20190506	上午 10:59:34	N	N	急診醫事部	蔡子強				
N	作廢	觀察室	1000	1			N	N	急診醫事部	蔡子強				
Y	完成會診	觀察室	0	1	20190502	下午 12:54:59	N	N	急診醫事部	蔡子強				
Y	完成會診	觀察室	0	1	20190504	下午 05:08:02	N	N	急診醫事部	蔡子強				
Y	完成會診	觀察室	0	2	20190502	下午 06:58:35	N	N	急診醫事部	蔡子強				
Y	完成會診	觀察室	0	2	20190502	下午 07:00:59	N	N	急診醫事部	蔡子強				
N	作廢	觀察室	1000	2			N	N	急診醫事部	蔡子強				
N	作廢	觀察室	1000	2			N	N	急診醫事部	蔡子強				

單數 = 115

49



發表論文，參與醫學研討會



參與中西醫合作研究-

針灸治療在前列腺肥大的療效研究

五、出席衛福部「中醫專科醫師制度建構計畫-建置題庫及規範」相關會議

(一) 出席「中醫專科醫師制度建構計畫」專案小組第一次會議

時間：108 年 3 月 13 日（星期三）上午 09:30~12:00

地點：IEAT 會議中心 11 樓第一會議室

與會者：中醫針灸科主任 陳○允

(二) 出席「中醫專科醫師制度建構計畫」中醫 OSCE 題庫建置暨規範共識第一次會議

時間：108 年 5 月 27 日(星期一)13:30

地點：醫策會 6 樓 601 會議室

與會者：計畫主持人 張○昌

(三) 出席「中醫專科醫師制度建構計畫」專案小組第二次會議

時間：108 年 6 月 12 日（星期三）上午 09:30

地點：醫策會 601 會議室

與會者：中醫針灸科主任 陳○允

(四) 出席「中醫專科醫師制度建構計畫」中醫 OSCE 題庫建置暨規範共識第二次會議

時間：108 年 7 月 8 日(星期一)14:00

地點：醫策會 6 樓 601 會議室

與會者：計畫主持人 張○昌

(五) 出席「中醫專科醫師制度建構計畫」中醫 OSCE 題庫建置暨規範共識第三次會議

時間：108 年 8 月 26 日(星期一)14：00

地點：醫策會 6 樓 601 會議室

與會者：計畫主持人 張順昌

(六) 出席「中醫專科醫師制度建構計畫」專案小組第三次會議

時間：108 年 9 月 23 日（星期一）上午 09:30

地點：IEAT 會議中心 11 樓第一會議室

與會者：中醫內科主任 李○界

(七) 出席中醫專科醫師試辦訓練「成果發表及期末報告審查會議」

時間：108 年 11 月 4 日（星期一）13:30-17:00

地點：醫策會 6 樓 601 會議室

與會者：中醫部主任 黃○儼、中醫針灸科主任 陳○允

肆、討論

一、辦理中醫客觀結構式臨床測驗

(一) 落實中醫臨床訓練與中醫 OSCE 實務的銜接

中醫試題教案評分內容的共識，必須教、考、訓、用一致。在建置試題教案的過程中，中醫臨床核心課程仍存在專業知識重於臨床應用的現象，未能落實引導醫學生如何從病人的四診蒐集，銜接進行中醫診斷與處置的思考以及如何與病人有效溝通。以病史詢問為例，考生時常以從頭問到腳的問診方式進行中醫問診，臨床教師必須反思如何引導學生以有效的中醫問診邏輯，針對患者主訴，依據重要性的資訊、有次序地開始進行並完成問診。透過臨床教師參與 OSCE 的試題教案寫作與評分內容共識，有助於臨床教師思考選擇中醫臨床常見的議題，並且在未來更有效地落實中醫臨床訓練與中醫 OSCE 實務的銜接。

全面性的臨床診療常需要相當時間與患者或家屬進行互動溝通，但礙於 OSCE 形式的限制，需考量教案的可行性，並非所有臨床議題或測驗面向都能適當呈現，尤其中醫針灸治療手法較無法顯出資淺醫師與專科醫師的差異性，故在教案撰寫有很多侷限。因此，除了測驗主題與面向的選擇，還須透過 SP 劇本演練、改善等，在有限的時間內，進行有效的呈現，以利學生回應，並進行評分與即時回饋。而有時 SP 無法適合教案角色所需，有可能會遭遇 SP 條件不適合劇本角色的困難（如實際臨床上小兒及老年人就醫的狀況很多，但無法招募合適年齡的 SP），進而造成教案命題的限制。

此外在真實的臨床工作中，除了臨床技能，其他如團隊工作、領導能力、資源分配運用等，也在臨床實務中扮演了相當重要的角色，但 OSCE 由於是模擬情境，因此在諸多因素的影響下，考生的表現也不一定是他們在工作時的真正表現，因為考生都曉得自己正在模擬的情境中被觀察，因此會盡量的表現良好，因此在解釋 OSCE 評量結果時須更謹慎考量。

(二) 發展適合於中醫 OSCE 的擬真模具

若運用現有的西醫擬真模具，如西醫膝關節注射模型及腰椎穿刺模型提供針灸科技能操作技術試題使用時，雖然能解決考生

不在 SP 身上進行針刺操作流程演示的限制，然而仍未能完全符合針灸操作過程的需求。未來若要坚持發展高品質的試題教案，應該要根據中醫臨床需求，發展中醫 OSCE 的模具。

(三) 運用現有的 SP 資源並加強中醫基礎知識的訓練

SP 必需經過一定的表演訓練，並能在演出過程中專注應付考生的各式反應，要能有投入中醫教育的熱忱與一定的責任感。未來應有效利用現有全臺灣的 SP 人力資源，並加強推廣中醫 OSCE 的 SP 招募，應該設法奠基在既有的 SP 資源基礎上，配合中醫 OSCE 試題教案的需要，定期舉行中醫基礎知識的認識與訓練，培訓適合又有熱忱的中醫 SP。

二、中醫專科醫師試辦訓練

近年中醫在國際關注越來越高，與現代醫學的對話亦發頻繁，而目前醫學發展仍以科學實證為主，中醫過去礙於沒有專科的分類，使國內中醫的發展受限，醫療技術與研究停滯，尤其在急重症的照護難與西醫整合，提供民眾更優質的醫療照護。目前中醫尚未有專科化制度，若臺灣能領銜國際，將會是臺灣中醫發展的轉機，然而中醫界對專科分科、訓練機構及訓練內容，尚未達成共識，在中醫專科醫師尚未法制化前，本院配合衛福部透過專科試辦計畫，凝聚專科別及訓練內涵等共識，進行試辦訓練，據以檢討訓練規範。

伍、結論與建議

一、辦理中醫客觀結構式臨床測驗

未來中醫 OSCE 的規劃與發展，尚待許多工作的進行以臻於完善，除了在題庫建構的數量需增加外，內容也要重視強化中醫意涵。人才培訓方面更是迫在眉睫，建議由公證單位培訓並認證命題師資、考官及標準化病人，鼓勵基層診所臨床教師一同參與，方能建構出一套完善的中醫 OSCE 系統，以作為進行全國性測驗之預備。

二、中醫專科醫師試辦訓練

本年度專科規劃之臨床紙本作業過多，如受訓學員一個月須繳交八份紙本病歷報告，再加上其他各種報告以及臨床業務，實則排擠學員訓練及學習時間。建議應規劃專科醫師較明確之訓練目標，並依照訓練目標規劃相關訓練內容及訓練大綱，以及所需經費，讓專科訓練可順利推動。此外，應參酌各醫院的特色教學，以完成訓練為目標，並且考量師資培訓不易，擴大師生比，提升容留訓練容額，以利專科未來發展。

誌謝

本研究計畫承蒙衛生福利部計畫編號 MOHW108-CMAP-M-212-000104 提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此致謝。

陸、參考文獻

1. 陳瑩陵。中醫客觀結構式臨床測驗試題教案建置之行動研究。國立彰化師範大學教育研究所碩士論文，2017。
2. 許中華。建置中醫臨床技能測驗中心計畫。中醫藥年報 2017；第六期(第三冊)。
3. 洪裕強。建置中醫臨床技能測驗中心計畫。中醫藥年報 2017；第六期(第三冊)。
4. 楊成湛。建置中醫臨床技能測驗中心計畫。中醫藥年報 2017；第六期(第三冊)。
5. 蔡淳娟。OSCE 實務：建立高品質臨床技術測驗的指引。台北：聯新國際醫療集團，2009。
6. 陳文戎。中醫就醫人口成長關鍵因素之研究。國立中山大學高階經營碩士學程在職專班碩士論文，2015。
7. 尚莉麗。OSCE 客觀全面評價中醫臨床類學生臨證能力。中醫藥臨床雜誌 2010；22:2。
8. 董懿容、陳瑩陵、侯俊成、謝清水。中醫 OSCE 之醫病溝通教案設計與執行。中醫教育 2014；4:57-60。
9. 考選部。臨床技能測驗(OSCE)納入牙醫師、中醫師、藥師國家考試應考資格之可行性研討會會議實錄(民 102.01)。臺北市：考選部。
10. Katharine Reid, David Smallwood, Margo Collins, Ruth Sutherland, Agnes Dodds. Taking OSCE examiner training on the road: reaching the masses. Med Educ Online. 2016; 21: 10.3402/meo.v21.32389. Published online 2016 Sep 28. doi: 10.3402/meo.v21.32389.
11. Marliyya Zayyan. Objective Structured Clinical Examination: The Assessment of Choice. Oman Med J. 2011 ; 26(4): 219–222.
12. Claus Hamann, Kevin Volkan, Mary B Fishman, Ronald C Silvestri, Steven R Simon, Suzanne W Fletcher. How well do second-year students learn physical diagnosis? Observational study of an objective structured clinical examination (OSCE). BMC Med Educ. 2002; 2: 1. Published online 2002 Jan 10. doi: 10.1186/1472-6920-2-1.
13. Barrows, H S.. An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. AAMC. Academic Medicine 1993 ; 68 (6): 443

- 451.
14. Barry, M., Bradshaw, C., & Noonan, M. Improving the content and face validity of OSCE assessment marking criteria on an undergraduate midwifery programme: a quality initiative. *Nurse Educ Pract* 2013 ; 13 (5): 477-480.
 15. Birtwhistle R, Bartman I, Smee S. Effect of SP Gender on Candidate Performance in an OSCE Station in a High Stakes Examination. Poster session presented at the 12th International Ottawa Conference 2006, New York, NY.
 16. 劉克明，黃裕勝。應用英美醫學生臨床技能測驗模式落實臺灣醫學生臨床技能測驗評估。醫學教育 2003；7(1):15-21。
 17. 劉敏，劉克明。以客觀結構式教學測驗(OSTE)評量臨床教學技巧。醫學教育 2006；10(2): 98-104。

輔導中醫臨床技能評估模式及臨床教學實務訓練計畫

游榮聖

義大醫療財團法人義大癌治療醫院

摘 要

為健全中醫師臨床訓練制度，衛生福利部朝向建立中醫負責醫師訓練、中醫住院醫師訓練、中醫專科醫師訓練三階段規劃執行。鑑於臨床教學實務訓練之推動，皆需根基於健全訓練環境及完備教學師資的基礎上，爰此衛生福利部乃自2009年起，開始逐年輔導教學醫院辦理「中醫醫療機構負責醫師訓練計畫」，強化各院軟硬體教學設備，以建置中醫臨床技能評估模式及教學實務訓練環境。為進一步整合臨床師資及受訓醫師臨床技能測驗方式，並為中醫專科醫師訓練制度鋪路，衛生福利部爰擬訂「輔導中醫臨床技能評估模式及臨床教學實務訓練計畫」（即本計畫）。

經執行本計畫，本院完成臨床醫學指導教師之中醫藥臨床教學實務訓練，並舉辦「輔導主訓醫院執行中醫負責醫師訓練事宜會議」以確立訓練品質。透過本院舉辦中醫受訓學員臨床技能評估考核，讓臨床醫學指導教師掌握 OSCE 機制、教案撰寫技能、評分標準設定，並就送審通過之教案辦理一場 OSCE 測驗，及試辦專科醫師訓練，期能將中醫技能檢定方式，導向一致性、客觀及具體化，完善中醫臨床教學實務訓練，提升中醫師執業素質，為中醫專科醫師制度鋪路，提供民眾優質的中醫醫療照護品質。

關鍵詞：衛生福利部、中醫醫療機構負責醫師訓練計畫、輔導中醫臨床技能評估模式及臨床教學實務訓練計畫

Counseling Chinese Medicine Clinical Skills Assessment Model and Clinical Teaching Practice Training Program

Yu, Jung-Sheng
E-Da Cancer Hospital

ABSTRACT

In order to establish and strengthen the training system of Chinese medicine clinical skills, the Ministry of Health and Welfare puts the goal into practice by three-stage process, physician training of Responsible Physicians of Chinese Medicine Institutions, resident training of Chinese Medical Institutions, and specialist training of Chinese Medical Institutions. Due to promoting the clinical practice training is based on soundly training environment and completely qualified teachers, the Ministry of Health and Welfare has counseled teaching hospitals to hold “the Cultivation Courses of Chinese Medicine Instructors for Offering Training to Responsible Chinese Medicine Doctors” in order to strengthen teaching equipment, establish TCM clinical skills assessment model and teaching practice training environment since 2009. The purpose of integrating qualified clinical teachers and clinical skill examination, making preparation for training system of Chinese Medicine specialists, the Ministry of Health and Welfare will also propose the program “Counseling Chinese Medicine clinical skills assessment model and clinical teaching practice training program”.

By delivering this program, we completed the TCM clinical teaching practice training course for the instructors of physicians and pharmacists, and held the meeting of “Counseling the Main Training Hospital in the Implementation of TCM Responsible Physicians” for the purpose of the establishment of training quality.

Through the evaluation of clinical skills of TCM trainees, we hope the clinical medical instructors will master OSCE mechanism, teaching plan writing skills, scoring standard setting and examiner training. And conduct an OSCE with the qualified teaching plans.

We hope the TCM clinical skills examination to be conducted coherently,

objectively and specifically, improve the clinical training environment of TCM, complete the quality of practicing TCM practitioners, pave the way for the system of Chinese medicine specialist, and providing people with high quality of TCM care by this program.

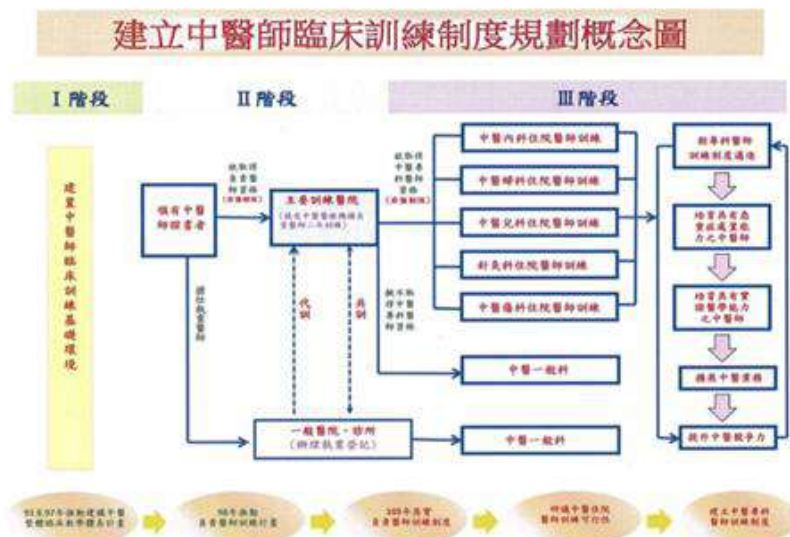
Keywords: The Ministry of Health and Welfare ,Chinese Medicine Instructors for Offering Training to Responsible Chinese Medicine Doctors, Counseling Chinese Medicine Clinical Skills Assessment Model and Clinical Teaching Practice Training Program.

壹、前言

依衛生署 99.9.24.衛署醫字第 0990026030 號公告「醫療法第 18 條第 2 項，中央主管機關指定供訓練負責醫師之醫院、診所」，負責醫師為中醫師者，自 103 年 1 月 1 日起，中醫醫療機構負責醫師訓練場所，為經教學醫院評鑑合格之中醫部門及指定辦理中醫醫療機構負責醫師訓練計畫之中醫醫院，接受 2 年訓練，始得擔任。因此受訓醫師須已執業登記，方能採認。

中醫負責醫師資格採認方式：執業登記於合格訓練醫院之受訓醫師，可以執登年資或列印結訓證書採認其資格，執業登記於診所或未通過評鑑合格之醫院之受訓醫師，完訓後列印結訓證書以資證明。

為健全中醫師臨床訓練制度，衛生福利部擬具「建立中醫師臨床訓練制度規劃概念圖」(圖一)，朝向建立中醫負責醫師訓練、中醫住院醫師訓練、中醫專科醫師訓練三階段規劃執行，期能提升中醫整體競爭力。



圖一、建立中醫師臨床訓練制度規劃概念圖

鑑於臨床訓練之推動，皆需根基於健全訓練環境、臨床技能中心(圖二)及完備教學師資的基礎上，爰此衛生福利部乃自民國 98 年起，開始逐年輔導教學醫院辦理「中醫醫療機構負責醫師訓練計畫」，培育各院教學師資訓練，以提升中醫臨床教學實務訓練課程；該計畫推動迄今，中醫教學訓練基地已從原 10 家增至 47 家，且各訓練醫院之訓練內涵均趨於一致，對中醫臨床教學實務之訓練，頗具成效。



圖二、義大醫療臨床技能中心

為進一步整合臨床師資，齊一受訓醫師臨床技能測驗方式，並為中醫專科醫師訓練制度鋪路，衛生福利部爰擬訂「輔導中醫臨床技能評估模式及臨床教學實務訓練計畫」（即本計畫）。本計畫透過教學醫院補助，辦理臨床醫學指導教師之中醫臨床教學實務訓練、輔導衛生福利部所分派之訓練院所，處理中醫師訓練相關問題（含協調代訓容額事宜）、撰寫教案及辦理學員之 OSCE 臨床技能評估考核及試辦中醫專科醫師訓練計畫，期能將中醫臨床技能檢定方式，導向一致性、客觀及具體化，完善中醫臨床教學實務訓練，提升中醫師執業素質，為中醫專科醫師制度鋪路，提供民眾優質的中醫醫療照護品質。

貳、材料與方法

一、撰寫教案及辦理學員之臨床技能測驗(OSCE)

承辦此計畫後，依衛生福利部所指定科別（係指針灸及中醫內科），本院已於4月底前提出至少6個教案（其中至少1教案為中西醫整合），送本計畫「中醫專科醫師制度建構計畫-建置題庫及規範中心」審視，並依教案審視中心提供之通過教案辦理一場受訓學員的OSCE臨床技能評估考核。

科別	教案題目	狀態
內科	咳嗽	已送核；修改中
內科	高血壓頭痛	已送核；修改中
內科	異位性皮膚炎	已送核；修改中
針灸科	失眠	已送核；通過
針灸科	網球肘（中西醫整合）	已送核；通過
針灸科	媽媽手	已送核；通過

執行本計畫，本院於2月12日進行內部教案撰寫共識會議，遵照衛生福利部指定科別（係指針灸及中醫內科），其中一個教案為中西醫整合，於會議中制定教案題目及撰寫人員，依「中醫專科醫師制度建構計畫-建置題庫及規範中心」審視之教案範本格式規定撰寫教案，並於3月12日再次召開教案修改討論會議，針對教案格式及測驗方向進行討論以及修改，就撰寫完成6個教案於4月底逕送「中醫專科醫師制度建構計畫-建置題庫及規範中心」審視。

為更瞭解OSCE教案教案審核及評量方式，游榮聖主任擔任教案審核委員出席108年度「中醫臨床技能測驗題庫建置暨規範共識第一次會議」相關會議，並依會議中就各OSCE中心提出教案撰寫及面向加以討論，並於會議上與各委員審核各中心負責之教案題目。

本院於10月11日運用由「教案審視中心」審視通過之教案：中醫內科（成人咳嗽、頭痛、大腸激躁症、泌尿道炎、貝西氏病、成人發燒、胃痛、末期腎臟病變(ESRD)患者面臨血液透析抉擇）及針灸科（退化性關節炎、腕隧道症候群、腰扭傷、憂鬱症、膝部挫傷、踝扭傷合併腓骨骨折、頭痛），辦理中醫受訓學員臨床技能評估考核（圖三），分別為上午場-針灸科、下午場-中醫內科，其30名考生係由本院及奇美醫療財團法人奇美醫院中醫部、台南市立醫院中醫部、衛生福利部臺南醫院中醫科、郭綜合醫院中醫科、臺南市立安南醫院中醫部、衛生福利部新營醫院中醫科之等共

7 家中醫負責醫師訓練院所之受訓學員擔任（附件一、附件二(教案)）。

醫院名稱	奇美醫院	台南市立醫院	臺南醫院	郭綜合醫院	台南市立安南醫院	新營醫院	義大癌治療醫院
考生人數	1	4	0	0	4	0	20

		
108年中醫受訓學員臨床技能評估考核		
指導單位:衛生福利部		
主辦單位:義大癌治療醫院中醫科		
時間:108年10月11日(星期五)		
地點:義守大學醫學院區B棟7樓臨床技能中心(高雄市燕巢區義大路8號)		
時間	議程	地點
08:50-09:00	考官報到	互動室教室
09:00-09:20	評分說明共識會議	互動室教室
09:10-09:20	SP報到	討論室3
	考生報到	討論室4
09:20-09:40	考官、SP共識	互動室教室
	第一組考生說明	討論室4
09:40-10:40	第一組針灸科OSCE	OSCE考場
10:10-10:20	第二組考生報到	討論室3
10:20-10:40	第二組考生說明	討論室3
10:50-11:50	第二組針灸科OSCE	OSCE考場
11:50-12:30	回饋與討論	
12:00-13:30	考官報到、午餐	
13:30-13:50	評分說明共識會議	互動室教室
	SP報到	討論室3
13:30-13:50	考生報到	討論室4
	考官、SP共識	互動室教室
13:50-14:10	第一組考生說明	討論室4
14:10-15:20	第一組內科OSCE	OSCE考場
14:50-15:10	第二組考生報到	討論室3
15:10-15:30	第二組考生說明	討論室3
15:30-16:40	第二組內科OSCE	OSCE考場
16:40-17:30	回饋與討論	

圖三、10月11日108年中醫受訓學員臨床技能評估考核時程表

會後的討論與回饋中，透過考官、受訓學員及 SP 的即時回饋，可以瞭解受訓學員對於 OSCE 臨床技能評估考題的適應度，對於未來於所從事之臨床工作是否產生實質助益。

1.針灸科考官：

- (1)關於腰扭傷教案，初次考生易緊張，在考核時，沒注意案例資訊，把整個整療過程全部診察一次。
- (2)關於頭痛教案，在測驗主題上建議給予針灸治療頭痛的優勢及解釋副作用，但大多考生著重在於針灸後的副作用，忽略另一項評核重點。
- (3)考生在考核時，因為戴上口罩，音調稍小，讓 SP 跟考官聽不太清楚。
- (4)關於憂鬱症教案，主要情境是住院病房，但大多考生在沒細看考題，認為是在門診治療，建議考生在讀題時可以注意場景主訴。
- (5)關於膝蓋挫傷教案，大多考生在讀題完後仍會告知 SP 要做哪些治療，雖然這不影響評核，但會占用時間，其他理學檢查某些項目就沒做到，在執行理學檢查可以邊說邊做，讓考官更容易知道考生所要執行的測驗項目。

(6)關於踝扭傷合併腓骨骨折教案，考生進考場表現較緊張，大都忽略了確認患者身分。

2.內科考官：

- (1)關於成人發燒教案，大多考生在病史詢問都問的不錯，但沒考慮到發燒患者要問 TOCC 的病史。這題評分表也需要考生詢問職業史，但因為案例資料就呈現出病患的職業，導致就忽略問而沒得分。
- (2)關於大腸激躁症教案，考生進考場時可以先詳讀案例資訊，這題主要是病史詢問，考生應針對病史詢問，但做了其他額外的診療項目，雖不加分但也不扣分，反而卻疏忽病史詢問的家族史及過去病史。
- (3)關於胃痛教案，考生都有做到自我介紹跟病人辨識。建議考生要詳讀案例資訊，瞭解此教案要測驗的項目再執行。
- (4)關於貝西氏病教案，
- (5)關於末期腎臟病變(ESRD)患者面臨血液透析抉擇教案，考生可以透過到案例資訊跟期刊資料來對病患說明。
- (6)關於泌尿道炎教案，考生若確切完成 LQQOPERA、家族史、過去病史、過敏史，就大概完成 7 成的分數，建議考生考試前可以有明確的 SOP 跟思考邏輯，就會比較清楚考試方向。

3.考生：

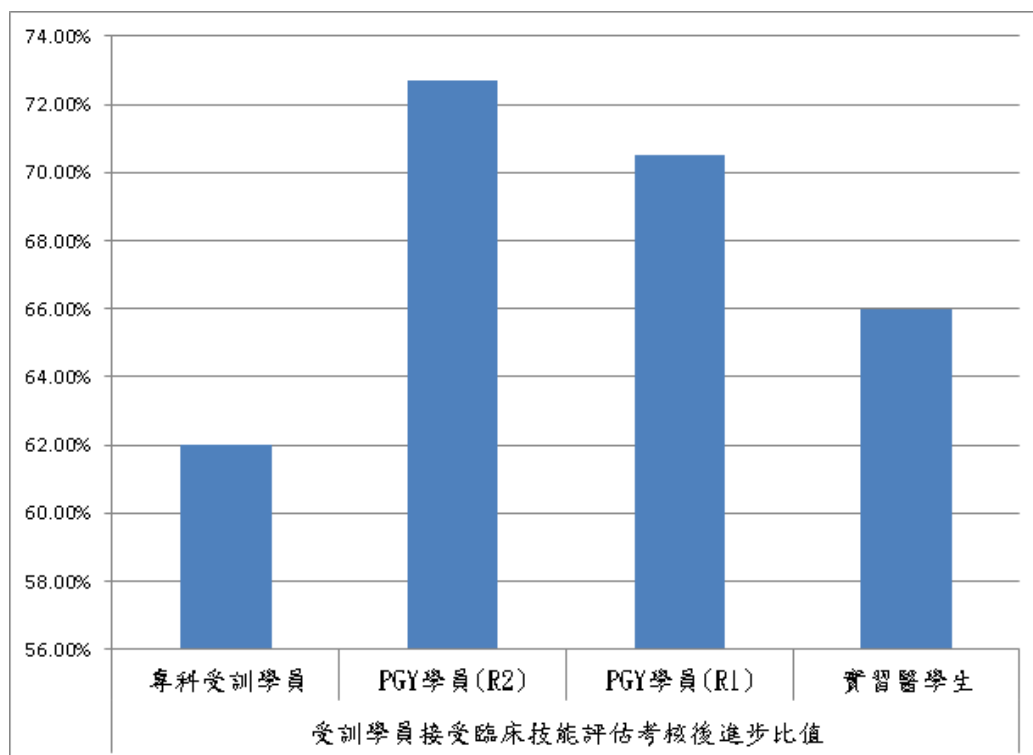
- (1)考題的述敘有些題目過長，可再將考題精簡，對於需測驗的部分可再明確(ex：簡化為 1-2 項)，其餘相關規定可於進考場前於門前公告。
- (2)門口的標示要註明考試的理學檢查、衛教等。
- (3)退化性關節炎的取穴偏難，就是在考國考題進入診間病史字太多，需在太多時間閱讀。
- (4)有的關卡題目少，有的題目多，時間分配有些奇怪，一般不會一隻手針內外關又針養老。

4.SP：

- (1)建議問診過程中，要先了解病患的語言來進行治療。
- (2)考生因太緊張，考題提示 X 光片無異狀，但部分考生在判讀 X 光片時，皆有不同診斷。
- (3)如考官所言，考生太過緊張，測驗方向都只看了一半，所問診的內容並非考題重點。另也有考生因了解 SP 於西醫就診過，容易以先前門診醫師的判斷為主，就沒採取其他判斷或理學檢查。
- (4)大多考生都會先問有看過西醫嗎？西醫怎麼回答？請盡量避免此問題。

對於本院專科醫師受訓學員、中醫醫療機構負責醫師訓練計畫之受訓學員及實習醫學生進行考核，考核者為臨床醫學指導教師，對於學員完成中醫受訓學員臨床技能評估考核後，評量學員是否將所學運用於臨床領域中，由統計後瞭解，所有受測考生在中醫臨床技能都有提升(100%)，但依考生的族群有不同的提升程度。。

透過辦理中醫受訓學員臨床技能評估考核，就員接受臨床技能評估考核後進步比值(圖四)，專科訓訓學員於考核後提升 62% (內科 54%，針灸科 70%)，中醫醫療機構負責醫師之第二年受訓學員提升 72.7%，中醫醫療機構負責醫師之第一年學受訓學員提升 70.5%，實習醫學生提升 66%，依照上述各考生族群進步的幅度可以預測本次教案中心發放考試的教案是較適合提升負責醫師之第二年受訓學員，可供教案中心參考未來考試教案的修正，但整體評核表現對於受訓學員之中醫臨床技能提升是頗具成效。



圖四、各類受測考生族群接受臨床技能評估考核後進步比值

鑑於中醫臨床訓練之推動有必要確實掌握中醫師在中醫醫療機構訓練期間獲得負責醫師資格、中醫專科醫師資格之臨床技能，需要有一套客觀而完善的臨床檢定測驗來評量學生的臨床技能能力，在衛生福利部輔導推動下，義大癌治療醫院備有中醫臨床技能測驗中心予以提供培訓中醫師資之場所，評估受訓學員全方位的臨床技能面向，並確認受訓學員於完訓後所從事之臨床教學產生實質助益，皆有利於 OSCE 未來執行的必要性。

10月11日中醫受訓學員臨床技能評估考核如圖五、圖六。



圖五、中醫受訓學員臨床技能評估考核實況(I)



圖六、中醫受訓學員臨床技能評估考核實況(II)

二、調查本部所分派之中醫負責醫師訓練院所需求

執行本計畫，於108年05月04日及10月11日各召開中醫負責醫師訓練會議，邀請調查衛生福利部所分派參與，於會議中調查中醫負責醫師訓練所需求，並輔導及處理中醫負責醫師訓練院所相關問題。

三、辦理臨床醫學指導教師之中醫臨床教學實務訓練

執行本計畫依衛生福利部所指派輔導之臨床醫學指導教師，訂定相關評核與成效監測。在知識提升方面，進行核心課程教學之後測，以了解受訓臨床教師是否充分學習吸收；於態度方面，依據學習護照完整性與課程出席情況了解受訓教師能否遵循課程設計，按部就班完成課程要求；而於技能方面，則於訓練過程中安排實作評核，以了解受訓教師能否將所學實際應用於臨床場域中，對學生提供高品質的教學並熟悉各種評核工具實際進行評量與回饋。

依衛生福利部 106 年 6 月 30 日修正函頒「中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓認證要點」規劃。輔導衛生福利部所分派之中醫負責醫師訓練院所（以鄰近轄區縣市劃分，至少 3 縣市），提供該院所之臨床醫學指導教師接受中醫臨床教學實務訓練，訓練內容應提供下列課程項目：

- (一) 中醫專科門診教學：至少 3 小時
- (二) 中醫病房或會診教學：至少 2 小時
- (三) 指導中醫臨床教學討論會：至少 2 小時
- (四) 中醫臨床技能實作評估學習：至少 2 小時
- (五) 訓練成效評估及回饋：至少 1 小時

本院於 108 年 09 月 29 日舉辦「108 年中醫臨床醫學指導教師教學實務訓練課程」（圖七）規劃輔導衛生福利部所分派之中醫醫療機構負責醫師訓練計畫之主訓醫院，提供本院中醫科、奇美醫療財團法人奇美醫院中醫部、台南市立醫院中醫部、衛生福利部臺南醫院中醫科、郭綜合醫院中醫科、臺南市立安南醫院中醫部、衛生福利部新營醫院中醫科之臨床醫學指導教師及所分配轄區縣市內的診所醫師，接受中醫臨床教學實務訓練課程，培育 43 名臨床醫學指導教師接受中醫臨床教學實務訓練課程（附件三）。

108年中醫臨床醫學指導教師教學 實務訓練課程

指導單位:衛生福利部

主辦單位:義大癌治療醫院中醫科

協辦單位:奇美醫療財團法人奇美醫院中醫部、台南市立醫院中醫部、衛生福

利部臺南醫院中醫科、郭綜合醫院中醫科、臺南市立安南醫院中醫部、衛生

福利部新營醫院中醫科

時間:108年09月29日(星期日) 08:00至17:30

地點:義大癌治療醫院A6大講堂

時間	議程	主講人
07:30-08:00	報到	
08:00-08:50	中醫門診教學(婦科)	李長殷 主任
08:50-09:40	中醫會診教學	蔡金川 部長
09:40-10:30	指導中醫臨床教學討論會 I	蔡金川 部長
10:30-11:20	中醫門診教學(針灸科)	台南市立安南醫院 唐偉誠 醫師
11:20-12:10	中醫門診教學(內科)	台南市立醫院 張耀宏 醫師
12:10-13:20	午餐	
13:20-14:10	中醫病房教學	高雄長庚紀念醫院 張正杰 主任
14:10-15:00	中醫臨床技能實作評估學習 II	游瑋聖 主任
15:00-15:50	中醫臨床技能實作評估學習 I	馬易世 主任
15:50-16:40	指導中醫臨床教學討論會 II	陳泰佑 主任
16:40-17:30	訓練成效評估及回饋	陳泰佑 主任
17:30~	賦歸	

圖七、中醫臨床醫學指導教師教學實務訓練課程

為讓受訓學員瞭解衛生福利部所執行之「中醫醫療機構負責醫師訓練計畫」及積極推動「輔導中醫臨床技能評估模式及臨床教學實務訓練計畫」，本院邀請本院資深臨床醫學指導教師於課程中解說如何執行中醫臨床常用之評測工具及分享 OSCE 教案撰寫經驗分享與如何撰寫劇本，亦邀請各主訓醫院之資深臨床醫學指導教師群授課中醫臨床教學課務訓練課程及授課中分享實例教學，課後開放問題與討論。

9月29日臨床醫學指導教師教學實務訓練課程現場狀況參照圖八。



圖八、臨床醫學指導教師教學實務訓練課程

四、處理中醫師訓練相關問題（含輔導主要訓練診所執行臨床教學訓練事宜，必要時配合出席實地訪查）。

執行本計畫，期中和期末將召開檢討會議，輔導衛生福利部所分派之訓練院所，處理中醫師訓練相關問題（含協調代訓容額事宜）。並根據多次專家共識營會議紀錄所提中醫師訓練相關問題，訂定輔導重點和處理原則。

本院已於 2019 年 05 月 04 日舉辦第一場「輔導主訓醫院執行中醫負責醫師訓練事宜討論會議（I）」（圖九），邀請奇美醫療財團法人奇美醫院中醫部、台南市立醫院中醫部、衛生福利部臺南醫院中醫科、郭綜合醫院中醫科、臺南市立安南醫院中醫部、衛生福利部新營醫院中醫科等夥伴院所之臨床醫學指導教師等相關人員參加會議，會中說明本院今年度預定辦理中醫臨床醫學指導教師臨床教學實務訓練課程、辦理中醫專科醫師試辦訓練、撰寫教案，及受訓學員 OSCE 臨床技能評估考核等活動舉行時間及相關內容，並於會議中討論中醫師訓練之相關問題。

時間	議程	主講人/主持人
16:00-16:00	報到	
16:10-17:00	輔導中醫臨床技能評估模式及臨床教學實務訓練計畫執行時間及相關內容	主持人: 游榮聖 主任
17:00-17:30	中醫醫療機構負責醫師訓練計畫執行內容的問題與討論	主講人: 游榮聖 主任
17:30-	主訓醫院聯誼	

圖九、輔導主訓醫院執行中醫負責醫師訓練事宜討論會議（I）

於第一場「輔導主訓醫院執行中醫負責醫師訓練事宜討論會議」中，討論各主訓醫院期間所面臨之問題，如：

- (一) 依衛生福利部 108 年 01 月 02 日修正函頒「中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓認證要點」規劃。新證認臨床醫學指導教師資格效期四年，每次展延四年，首次申請師資認證需符合「中醫師須

具備負責醫師資格」。而舊制認證認臨床醫學指導教師資格於 109 年 12 月 31 日到期者，申請展延師資後，將以新制實施認證。

(二) 本院依衛生福利部指定科別至少提出 6 個教案（其中一個為中西醫整合教案）逕送「中醫專科醫師制度建構計畫-建置題庫及規範中心」審視，再就審視通過的教案數，辦理一場受訓學員的 OSCE 臨床技能評估考核。

(三) 勞動部已於 108 年 3 月 12 日公告住院醫師自 108 年 9 月 1 日起，適用勞動基準法；但中醫專科受訓醫師因尚未法制化，故不適用。請各主訓醫院需注意受訓醫師工時問題。

(四) 對於受訓學員欲查詢文獻資料，各家主訓醫院之圖書館電子資料庫若未購買電子期刊網，則可以透過各醫院圖書館之館際合作方式，查詢到學員想得知的資訊。主持人亦對此項加以建議幾點方式，可先向醫院申請採購，請各家院所詢問圖書館管理員是否可以協助查詢，再者可以館際合作方式，會酌收部分費用。

主持人於會後針對今年承接計畫任務加以說明，義大癌治療醫院將於 9 月 29 日舉辦一場中醫臨床醫學指導教師培訓課程，屆時將邀請夥伴醫院之臨床醫學指導教師擔任講師及出席課程；新制臨床醫學指導教師展延提升教師教學技能培育課程（十六小時），目前學會針對此課程仍在討論中，待學會公告後會再將資訊傳達各主訓醫院宣導；衛生福利部致力推動中醫專科醫師制度建構計畫，並邀請箇中醫專科醫師試辦醫院之專科受訓醫師參與中醫專科 OSCE 評核考於，期能更健全完善中醫專科醫師制度。

輔導主訓醫院執行中醫負責醫師訓練事宜討論會議（I）當日實況參照圖九。



圖十、輔導主訓醫院執行中醫負責醫師訓練事宜討論會議（I）當日實拍

第二場「輔導主訓醫院執行中醫負責醫師訓練事宜討論會議(Ⅱ)」(圖十一)於 2019 年 10 月 11 日舉辦，亦邀請 7 家夥伴院所之臨床醫學指導教師參加會議，會中針對 9 月 03 日「108 年度中醫專科醫師制度建構計畫暨中醫專科試辦醫院說明會」之專科醫師訓練制度加以說明及年度工作項目做討論：

(一) 受訓學員工時問題：

1. 因應勞基法 9 月 14 日上路，請各主訓院所需注意受訓學員的時數，以免工時超時。目前各家醫院都會實施打卡制度，一日最高不超過 10 小時。對於代訓醫師，台南市立醫院採用打卡制度，若有夜診醫師則中午上班，依夜診時間下班打卡。
2. 對於有收代訓受訓學員，各家醫院採用抵三診方式，讓學員依診所時間減免三診。

(二) 臨床醫學指導教師展延問題：

延續 5 月 4 日前提及關於臨床醫學指導醫師展延問題，台灣中醫醫學會公告，109 年起臨床醫學指導師資展延為 4 年 16 學分，但目前因學會尚未確切公告，待學會公告後，屆時會通知各主訓院所。

(三) OSCE：

未來 OSCE 可能會列入 PGY 結訓或專科醫師結訓主要考核項目，OSCE 中心每年都會舉辦一場中醫 OSCE，建議各主訓院所盡可能擬派受訓學員參與 OSCE，瞭解 OSCE 機制。

10 月 11 日輔導主訓醫院執行中醫負責醫師訓練事宜討論會議(Ⅱ)當日實況參照圖十二。

108年度 輔導主訓醫院執行中醫負責醫師訓練事宜 討論會議 II

指導單位:衛生福利部

主辦單位:義大癌治療醫院中醫科

時間:108年10月11日 (星期五) 17:00-18:30

地點:義守大學醫學院區B棟7樓 互動式教室

時間	議程	主持人/主講人
17:00-17:30	報到	
17:30-18:30	1. 輔導中醫臨床技能評估模式 及臨床教學實務訓練計畫執行 活動檢討。 2. 中醫醫療機構負責醫師訓練 計畫執行內容的問題與討論。	主持人:游榮聖 主任
18:30-	賦歸	

圖十一、輔導主訓醫院執行中醫負責醫師訓練事宜討論會議（II）

五、出席本部「中醫專科醫師制度建構計畫-建置題庫及規範」相關會議

為能確實掌握中醫 OSCE 教案品質及制定規範，並更進一步孕育未來中醫專科醫師受訓場所，及中醫專科醫師制度鋪路，本院將出席「中醫專科醫師制度建構計畫-建置題庫及規範」相關會議。

日期	出席者	會議名稱
3月13日	蔡 OO 部長	108 年度「中醫專科醫師制度建構計畫」專案小組第一次會議
4月17日	游 OO 主任	108 年建立中醫師臨床訓練第一次專家共識會議
5月15日	蔡 OO 部長	中醫專科訓練計畫試辦醫院共識會議
5月27日	游 OO 主任	108 年度中醫專科醫師制度建構計畫「中醫臨床技能測驗題庫建置暨規範共識第一次會議」
6月12日	蔡 OO 部長	108 年度「中醫專科醫師制度建構計畫」專案小組第二次會議
7月08日	游 OO 主任	108 年度中醫專科醫師制度建構計畫「中醫臨床技能測驗題庫建置暨規範共識第二次會議」
8月14日	蔡 OO 部長	108 年度中醫專科醫師制度建構計畫「實地試評檢討會議」

日期	出席者	會議名稱
9 月 23 日	蔡 OO 部長 陳 OO 醫師	「中醫專科醫師制度建構計畫」第三次專案小組會議
9 月 24 日	陳 OO 醫師	研商中醫住院醫師納入勞動基準法之衝擊及因應事宜會議
9 月 27 日	游 OO 主任	108 年度建立中醫師臨床訓練第二次專家共識會議
11 月 4 日	倪 OO 主任	「108 年度中醫專科醫師試辦訓練計畫」成果發表及期末報告審查會議
11 月 25 日	蔡 OO 部長	108 年度中醫專科醫師制度建構計畫專案小組第四次會議

六、辦理中醫專科醫師試辦訓練

本院執行專科醫師訓練計畫，將依照 107 年專科醫師制度建構計畫訂定中醫專科醫師訓練之能力分層及課程學習目標作為制定標準。

癌治療醫院依中醫內科、針灸科專科醫師試辦訓練之計畫書，按師生比 1:1 原則，本院可收訓容額、擬收訓人數及人員名單如下：

科別	臨床醫師指導教師名額	可收訓容額	擬收訓人數	受訓學員名單
內科	3	2	1	陳 OO 醫師(R4)
針傷科	3	2	1	陳 OO 醫師(R3)

依中醫內科專科醫師訓練課程基準及針灸科專科醫師訓練課程基準，排定兩受訓學員之訓練期程表。

108 年度中醫內科專科醫師試辦訓練-受訓醫師課程期程表(專科訓練第一年)

序	姓名	月份	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月
1	陳	訓練課程	中西醫整合治療訓練	中醫血液及腫瘍疾病治療	中醫消化系統疾病治療	中醫五臟肺系疾病治療	中醫傳染病學與治療	中醫神經系統疾病治療	中醫內分泌及新陳代謝系統疾病治療	中醫心血管及肺系統疾病治療	中醫生殖及泌尿系統疾病治療	中醫皮膚系統疾病治療	中醫風濕免疫疾病治療	中醫老年及身心疾病治療
		訓練醫院	義大癌治療醫院	義大癌治療醫院	義大癌治療醫院	義大癌治療醫院	義大癌治療醫院	義大癌治療醫院	義大癌治療醫院	義大癌治療醫院	義大癌治療醫院	義大癌治療醫院	義大癌治療醫院	義大癌治療醫院
		指導教師	蔡金川部長	蔡金川部長	蔡金川部長	馬易世主任	馬易世主任	馬易世主任	游榮聖主任	游榮聖主任	游榮聖主任	李長殷主任	李長殷主任	李長殷主任

中醫內科專科訓練計畫-受訓醫師課程期程表

姓名	月份	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
陳	訓練大綱	泌尿生殖系統	婦兒科疾病	外科及五官科	精神醫學	運動醫學與急症訓練	老年周全評估及針灸治療訓練	消化系統	呼吸系統	循環系統	中西醫整合治療訓練	神經系統	癌症及緩和醫療訓練
	訓練院所	義大癌治療醫院	義大癌治療醫院	義大癌治療醫院	義大癌治療醫院	義大癌治療醫院	義大癌治療醫院	義大癌治療醫院	義大癌治療醫院	義大癌治療醫院	義大癌治療醫院	義大癌治療醫院	義大癌治療醫院
	指導教師	倪健航	倪健航	倪健航	倪健航 林原禾	倪健航 梁文深	倪健航 蔡金川	倪健航 林新杰	倪健航 林新杰	倪健航 林新杰	倪健航 林原禾 蔡坤璋	倪健航	倪健航
	日期	01/30	02/22	03/22	04/18	05/14	06/24	07/04	08/09	09/13	10/11	11/22	12/13
	課程內容	慢性腎炎之針灸處置	腦性麻痺之針灸處置	濕疹及皮膚炎之針灸處置	藥物戒斷針灸輔助治療	震絡針療法	中醫長照建議書規劃	胃食道逆流針灸處置	慢性支氣管炎之針灸處置	高血壓心臟病之針灸處置	頭頸癌放化療與舌診之研究	tdcs治療巴金森氏症疾病之應用	nada protocol治療癌症病人之應用

針灸科專科訓練計畫-受訓醫師課程期程表

執行本計畫，本院為確保中醫內科及針灸科專科受訓學員之訓練成效，多次召開主治醫師教學檢討會議，瞭解受訓學員學習過程所遇問題及狀況，並對其加以輔導。

本院於6月21日接受衛生福利部及財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會進行「中醫專科醫師試辦訓練計畫」實地試評，並於當日提供條文書面資料、受訓醫師學習歷程，及口頭報告，針對委員的意見加以改進。

於8月15日就財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會函文108年「中醫專科醫師試辦訓練計畫」實地試評結果意見表，針對委員意見開會討論並修改訓練期程。

執行本計畫，本院於10月31日檢送專科醫師受訓成果報告書逕至財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，於11月4日由針灸科專科訓練計畫主持人倪健航主任出席成果發表及期末報告審查會議，並依委員建議加以修改，期能完善中醫專科訓練制度。

參、結果

義大癌治療醫院依「輔導中醫臨床技能評估模式及臨床教學實務訓練計畫」(即本計畫)需求完成辦理臨床醫學指導教師之中醫臨床教學實務訓練、處理中醫師訓練相關問題及中藥學指導教師中醫臨床教學實務訓練課程、輔導衛生福利部所分派之訓練院所，處理中醫師訓練相關問題(含輔導主要訓練診所執行臨床教學訓練事宜，必要時配合出席實地訪查)，辦理中醫專科醫師試辦訓練及撰寫教案及辦理學員之臨床技能測驗(OSCE)，並完成該評分表之滿意度與討論回饋。

執行本計畫之辦理 108 年中醫臨床醫學指導教師教學實務訓練課程，並邀請專家講師來授課，輔導衛生福利部所分派之訓練院所，提供該院所之臨床醫學指導教師接受中藥臨床教學實務訓練使其具備核心能力，並於課程後測及課程滿意度調查。

辦理中醫臨床醫學指導教師教學實務訓練課程於課後統計顯示學員對課程內容教學滿意高達 93%，上課內容能切合課程主題 95%，課程對於未來臨床工作上有幫助 94%，對整體安排課程感到滿意高達 94%；藉此確認此訓練對於完訓後所從事之臨床教學能產生實質助益，符合社會需求以確保醫療服務品質的「中醫醫療機構負責醫師訓練計畫」實際執行內容及方法。

就本計畫之撰寫教案及辦理學員之臨床技能測驗(OSCE)，本院依財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會所提供之通過中醫 OSCE 教案辦理受訓學員臨床技能評估考核，並於課後進行問卷及回饋與討論，就受訓學員滿意度調查顯示：考題內容來自於平日所學 80%，試題指引內容清楚、訊息足夠 77%，技術題考試難度合宜 81%，整體滿意度達 73%，以確保受訓學員於中醫臨床技能評估模式之實務操作的品質。

就 OSCE 臨床技能評估考核之教案，於 10 月 11 日考官評分共識會議取得共識，採用絕對值法(Absolute methods)中的“對照法”以高分同學平均分數(95%前的分數)的 60%為及格分數來計算出考生平均及格率，考題難易度，及試題鑑別度。頭痛(針灸科)及格率 78.57%，考題難易度-易，試題鑑別度-非常優良；腕隧道症候群(針灸科)考生及格率 71.43%，考題難易度-易，試題鑑別度-非常優良；憂鬱症(針灸科)考生及格率 100%，考題難易度-極易，試題鑑別度-非常優良；腰扭傷(針灸科)考生及格率 85.71%，考題難易度-極易，試題鑑別度-非常優良；踝扭傷合併腓骨骨折(針

灸科) 考生及格率 100%，考題難易度-極易，試題鑑別度-非常優良；退化性關節炎（針灸科）考生及格率 85.71%，考題難易度-極易，試題鑑別度-非常優良；膝部挫傷（針灸科）考生及格率 92.86%，考題難易度-極易，試題鑑別度-非常優良。成人咳嗽（中醫內科）考生及格率 93.75%，考題難易度-極易，試題鑑別度-非常優良；成人發燒（中醫內科）考生及格率 100%，考題難易度-極易，試題鑑別度-非常優良；貝西氏病（中醫內科）考生及格率 100%，考題難易度-極易，試題鑑別度-非常優良；泌尿道炎（中醫內科）考生及格率 93.75%，考題難易度-極易，試題鑑別度-非常優良；大腸激躁症（中醫內科）考生及格率 93.75%，考題難易度-極易，試題鑑別度-非常優良；頭痛（中醫內科）考生及格率 100%，考題難易度-極易，試題鑑別度-非常優良；末期腎臟病變(ESRD)患者面臨血液透析抉擇（中醫內科）考生及格率 100%，考題難易度-極易，試題鑑別度-非常優良；胃痛（中醫內科）考生及格率 100%，考題難易度-極易，試題鑑別度-非常優良。

對此，教案鑑別度顯示為優良的教案不只符合臨床實境，亦為臨床常見證型，而對於考官、學員的具體意見，及科學化的統計數據回饋至教案審視中心，以健全中醫 OSCE 臨床技能評估考核制度。

考站名稱	通過率	困難度	考題鑑別度
頭痛（針灸科）	78.57%	易	非常優良
腕隧道症候群（針灸科）	71.43%	易	非常優良
憂鬱症（針灸科）	100.00%	極易	非常優良
腰扭傷（針灸科）	85.71%	極易	非常優良
踝扭傷合併腓骨骨折（針灸科）	100.00%	極易	非常優良
退化性關節炎（針灸科）	85.71%	極易	非常優良
膝部挫傷（針灸科）	92.86%	極易	非常優良
成人咳嗽（中醫內科）	93.75%	極易	非常優良
成人發燒（中醫內科）	100.00%	極易	非常優良
貝西氏病（中醫內科）	100.00%	極易	非常優良
泌尿道炎（中醫內科）	93.75%	極易	非常優良
大腸激躁症（中醫內科）	93.75%	極易	非常優良
頭痛（中醫內科）	100.00%	極易	非常優良
末期腎臟病變(ESRD)患者面臨血液透析抉擇（中醫內科）	100.00%	極易	非常優良
胃痛（中醫內科）	100.00%	極易	非常優良

肆、討論

鑑於中醫臨床訓練之推動有必要確實掌握中醫師在中醫醫療機構負責醫師訓練期間獲得負責醫師資格之臨床技能，與試辦專科醫師訓練計畫，需要有一套客觀而可靠的臨床檢定測驗來評量學生的臨床技能能力，在衛生福利部輔導推動下，義大癌治療醫院中醫科備有中醫臨床技能測驗中心予以提供培訓中醫師資之場所，並完成臨床醫學指導教師中醫臨床教學實務訓練課程、撰寫教案及辦理受訓學員之 OSCE 臨床技能評估考核；考試項目涵蓋中醫內、針灸學科，評估學生全方位的臨床技能面向，並完成各教案之鑑別度以確認 OSCE 可以客觀地評估學員臨床技能與態度。

本院中醫科舉辦 OSCE 測驗整體滿意度平均 80%，獲得學員、標準病人、考官的肯定，由於 OSCE 的考試未來也將納入中醫國家考試，因此建立回饋機制除可幫助學員了解應加強學習的部份，考試結果、學員、標準病人及考官的回饋意見亦可作為教學課程修訂之參考，如有學員反應希望能多希望能持續辦理，以增進臨床實力，確認受訓學員於完訓後所從事之臨床教學產生實質助益，皆有利於 OSCE 未來執行的必要性。

回饋討論時提出許多建議，如標準病人與考生皆有提出建議學員跟考官可即時回饋之時間、亦有學員希望部分教案的考生指引可以明確、認為整場的考題內容會覺得病史詢問的題型過多，重複動作多。考官於回饋時間也有提出如針灸科教案未詢問患者是否痠痛，沒有用到病人同理之概念；再次強調消毒概念，部分考生衛教詳細，適度做 PE，值得稱讚。大多考生因緊張忽略確認病人身分，及看診前後的消毒清潔，考生應看清題目測驗內容，避免進行測驗時偏離主題等。整體意見回饋多相當正向，如 OSCE 活動設計情節逼真，能真實反映所學、學習並有效執行目標考題，藉此可學習模擬 OSCE 相關技巧，整體過程充實且有趣標準皆有利於 OSCE 未來發展的必要性。

伍、結論與建議

辦理中醫臨床醫學指導教師教學實務訓練課程，於 108 年 09 月 29 日舉辦課程，規劃輔導衛生福利部所分派之中醫醫療機構負責醫師訓練計畫之主訓醫院，提供本院中醫科、奇美醫療財團法人奇美醫院中醫部、台南市立醫院中醫部、衛生福利部臺南醫院中醫科、郭綜合醫院中醫科、臺南市立安南醫院中醫部、衛生福利部新營醫院中醫科之臨床醫學指導教師及所分配轄區縣市內的診所醫師，接受中醫臨床教學實務訓練課程，培育 43 名臨床醫學指導教師接受中醫臨床教學實務訓練課程。

本院為南區之輔導中醫臨床技能評估模式及臨床教學實務訓練中心，執行本計畫期間，共舉辦 2 場「輔導主訓醫院執行中醫負責醫師訓練事宜討論會議」，其會議係與衛生福利部所分派之 7 家主訓醫院，商討在執行中醫負責醫師訓練過程中遇到各樣的問題，進一步針對教學內容提出檢討與改善，確實掌握中醫負責醫師訓練機制，也可確保訓練品質。

本院執行專科醫師訓練計畫，將依照 107 年專科醫師制度建構計畫訂定中醫專科醫師訓練之能力分層及課程學習目標作為制定標準。接受衛生福利部及財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會進行「中醫專科醫師試辦訓練計畫」實地試評，出席成果發表及期末報告審查會議，並依委員建議加以修改，並依委員建議加以修改，期能完善中醫專科訓練制度。

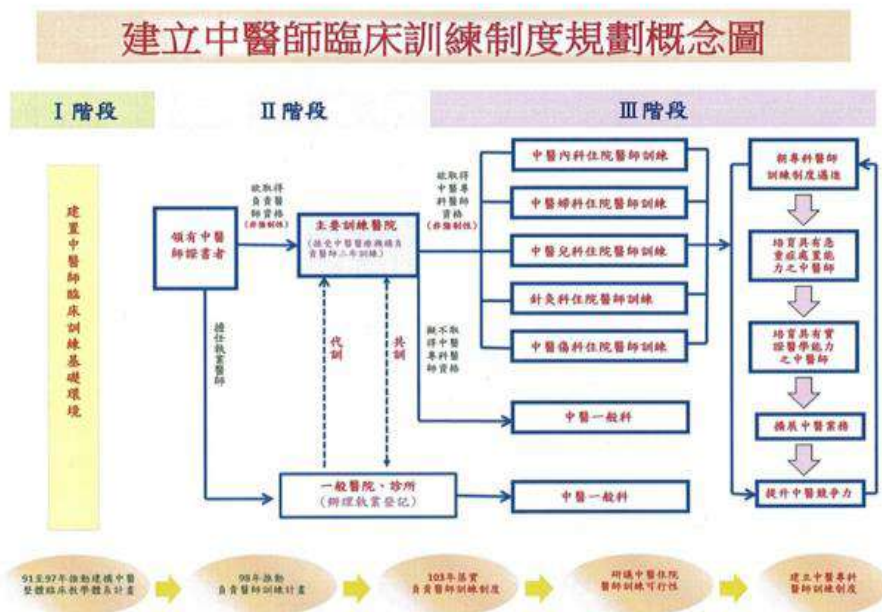
誌謝

本研究計畫承蒙衛生福利部計畫編號 MOHW108-CMAP-M-212-000105 提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此致謝。

陸、參考文獻

1. 中醫醫療機構負責醫師訓練規章，行政院衛生署中醫藥委員會，101 年 12 月。
2. 陳立德：建立中醫醫療機構負責醫師專家共識計畫，中醫藥年報，2013；1 (2)：189—278。
3. 王嘉珍，王郁青，李炳鈺，許育涵：OSCE 應用於臨床技能學習成效評估，藥學雜誌，2014；30 (1)：29-33
4. 蔡淳娟：建立中醫畢業後臨床技能評估模式，行政院衛生署中醫藥年報光碟版 3，2014.12；(58)1-(58)95。

柒、圖、表



圖一、建立中醫師臨床訓練制度規劃概念圖



圖二、義大醫療臨床技能中心

108年中醫受訓學員臨床技能評估考核

指導單位:衛生福利部

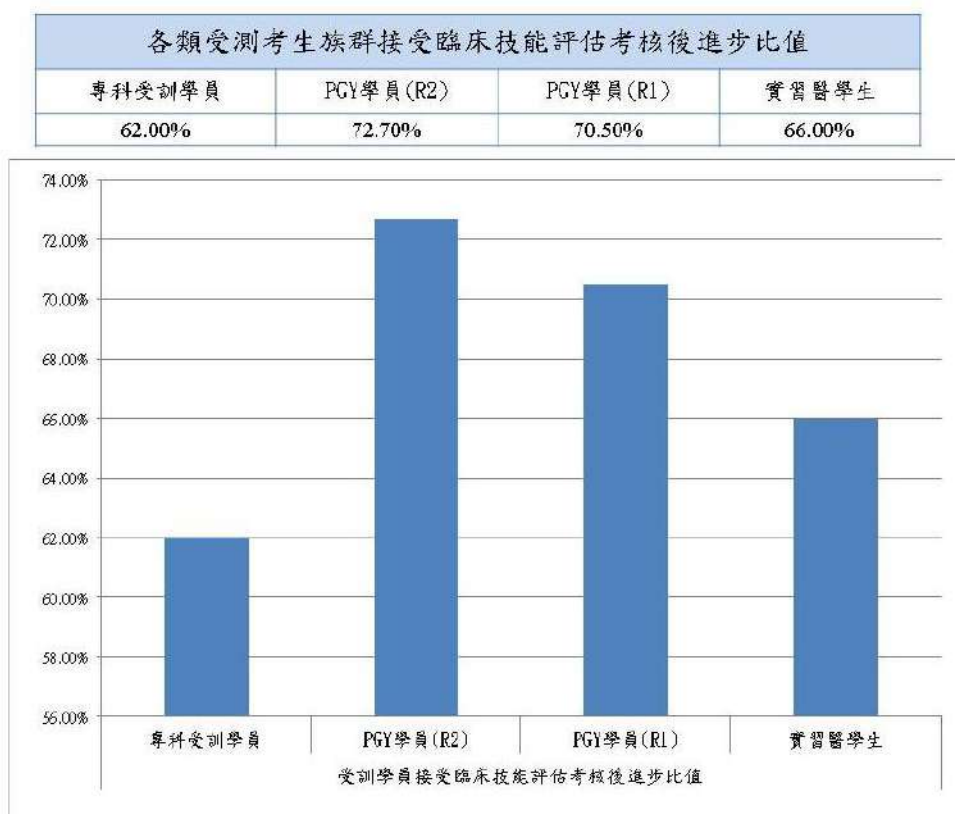
主辦單位:義大癌治療醫院中醫科

時間:108年10月11日 (星期五)

地點:義守大學醫學院區B棟7樓臨床技能中心(高雄市燕巢區義大路8號)

時間	議程	地點
08:50-09:00	考官報到	互動室教室
09:00-09:20	評分說明共識會議	互動式教室
09:10-09:20	SP報到	討論室3
	考生報到	討論室4
09:20-09:40	考官、SP共識	互動式教室
	第一組考生說明	討論室4
09:40-10:40	第一組針灸科OSCE	OSCE考場
10:10-10:20	第二組考生報到	討論室3
10:20-10:40	第二組考生說明	
10:50-11:50	第二組針灸科OSCE	OSCE考場
11:50-12:30	回饋與討論	
12:00-13:30	考官報到、午餐	
13:30-13:50	評分說明共識會議	互動式教室
13:30-13:50	SP報到	討論室3
	考生報到	討論室4
13:50-14:10	考官、SP共識	互動式教室
	第一組考生說明	討論室4
14:10-15:20	第一組內科OSCE	OSCE考場
14:50-15:10	第二組考生報到	討論室3
15:10-15:30	第二組考生說明	
15:30-16:40	第二組內科OSCE	OSCE考場
16:40-17:30	回饋與討論	

圖三、10月11日108年中醫受訓學員臨床技能評估考核時程表



圖四、各類受測考生族群接受臨床技能評估考核後進步比值



圖五、中醫受訓學員臨床技能評估考核實況(I)



圖六、中醫受訓學員臨床技能評估考核實況(II)



衛生福利部
Ministry of Health and Welfare

108年中醫臨床醫學指導教師教學 實務訓練課程

指導單位:衛生福利部

主辦單位:義大癌治療醫院中醫科

協辦單位:奇美醫療財團法人奇美醫院中醫部、台南市立醫院中醫部、衛生福利部臺南醫院中醫科、郭綜合醫院中醫科、臺南市立安南醫院中醫部、衛生福利部新營醫院中醫科

時間:108年09月29日(星期日) 08:00至17:30

地點:義大癌治療醫院A6大講堂

時間	議程	主講人
07:30-08:00	報到	
08:00-08:50	中醫門診教學(婦科)	李長殷 主任
08:50-09:40	中醫會診教學	蔡金川 部長
09:40-10:30	指導中醫臨床教學討論會 I	蔡金川 部長
10:30-11:20	中醫門診教學(針灸科)	台南市立安南醫院 唐偉誠 醫師
11:20-12:10	中醫門診教學(內科)	台南市立醫院 張燭宏 醫師
12:10-13:20	午餐	
13:20-14:10	中醫病房教學	高雄長庚紀念醫院 張正杰 主任
14:10-15:00	中醫臨床技能實作評估學習 II	游榮聖 主任
15:00-15:50	中醫臨床技能實作評估學習 I	馬易世 主任
15:50-16:40	指導中醫臨床教學討論會 II	陳泰佑 主任
16:40-17:30	訓練成效評估及回饋	陳泰佑 主任
17:30~	賦歸	

圖七、中醫臨床醫學指導教師教學實務訓練課程



圖八、臨床醫學指導教師教學實務訓練課程



衛生福利部
Ministry of Health and Welfare

108年

輔導主訓醫院執行 中醫負責醫師訓練事宜 討論會議 (I)

時間:108年05月04日(星期六) 16:00至19:00

地點:義大皇家酒店 六樓 貴賓廳

時間	議程	主講人/主持人
16:00-16:00	報到	
16:10-17:00	輔導中醫臨床技能評估模式及臨床教學實務訓練計畫執行時間及相關內容	主持人: 游榮聖 主任
17:00-17:30	中醫醫療機構負責醫師訓練計畫執行內容的問題與討論	主講人: 游榮聖 主任
17:30-	主訓醫院聯誼	

實實在在關心您健康的好厝邊

圖九、輔導主訓醫院執行中醫負責醫師訓練事宜討論會議 (I)



圖十、輔導主訓醫院執行中醫負責醫師訓練事宜討論會議（I）當日實況參照



衛生福利部
Ministry of Health and Welfare

108年度 輔導主訓醫院執行中醫負責醫師訓練事宜 討論會議 II

指導單位:衛生福利部

主辦單位:義大癌治療醫院中醫科

時間:108年10月11日(星期五) 17:00-18:30

地點:義守大學醫學院區B棟7樓 互動式教室

時間	議程	主持人/主講人
17:00-17:30	報到	
17:30-18:30	1. 輔導中醫臨床技能評估模式 及臨床教學實務訓練計畫執行 活動檢討。 2. 中醫醫療機構負責醫師訓練 計畫執行內容的問題與討論。	主持人:游榮聖 主任
18:30-	賦歸	

實實在在關心您健康的好厝邊

圖十一、輔導主訓醫院執行中醫負責醫師訓練事宜討論會議（II）



圖十二、輔導主訓醫院執行中醫負責醫師訓練事宜討論會議（Ⅱ）會議實況

附件一、OSCE 臨床技能評估考核受訓學員名單

編號	姓名	院所名稱
1	陳 OO	義大癌治療醫院
2	陳 OO	義大癌治療醫院
3	吳 OO	義大癌治療醫院
4	李 OO	義大癌治療醫院
5	蔡 OO	義大癌治療醫院
6	郭 OO	義大癌治療醫院
7	徐 OO	義大癌治療醫院
8	施 OO	義大癌治療醫院
9	林 OO	義大癌治療醫院
10	林 OO	義大癌治療醫院
11	吳 OO	義大癌治療醫院
12	謝 OO	義大癌治療醫院

編號	姓名	院所名稱
13	楊 OO	鳳山大同中醫診所
14	張 OO	漢光中醫診所
15	蕭 OO	調明中醫診所
16	蔣 OO	橋頭馬光中醫診所
17	莊 OO	六合中醫診所
18	徐 OO	六必居中醫診所
19	曾 OO	台南市立醫院
20	曾 OO	台南市立醫院
21	蘇 OO	台南市立醫院
22	蘇 OO	台南市立醫院
23	江 OO	安南醫院
24	江 OO	安南醫院
25	李 OO	安南醫院
26	李 OO	安南醫院
27	李 OO	奇美醫院
28	王 OO	義大癌治療醫院
29	許 OO	義大癌治療醫院
30	李 OO	義大癌治療醫院

附件二、教案

科別	教案名稱
中醫內科	咳嗽
	高血壓頭痛
	異位性皮膚炎
針灸科	失眠
	網球肘(中西醫整合)
	媽媽手

中醫臨床技能測驗

咳嗽-病史詢問

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	1/15	版本日期	【2019/12/24 Version4】
----------------------------------	------	------	-----------------------

一、告示牌

第_____站

場景：中醫內科門診
25 歲男性，主訴咳嗽

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	2/15	版本日期	【2019/12/24 Version4】
----------------------------------	------	------	-----------------------

二、 考生指引

■ 背景資料：

一位因咳嗽求診的 25 歲男性患者

■ 測驗主題：

- 1.請您對這病人進行病史詢問
- 2.本題不必脈診或身體檢查

■ 測驗時間：8 分鐘

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	3/15	版本日期	【2019/12/24 Version4】
----------------------------------	------	------	-----------------------

3.

案例資訊

血壓 130/85mmHg; 體溫：36.9C, 心跳: 85/min

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	4/15	版本日期	【2019/12/24 Version4】
----------------------------------	------	------	-----------------------

三、考官指引

■測驗目標(可複選)：

■中醫四診 ☐望 ☐聞 ☒問 (含病史詢問) ☐切 (含脈診及身體診察)

☐病情解釋

☐醫病溝通

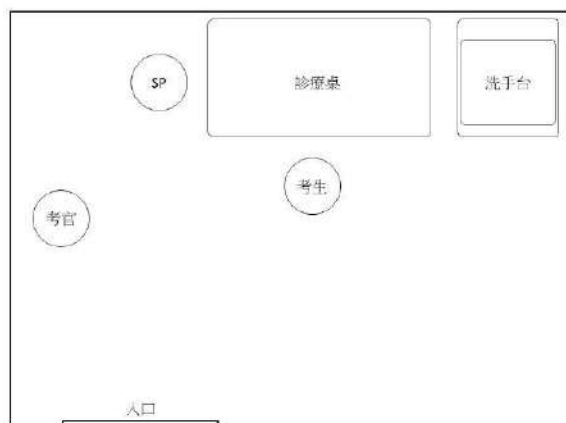
☐臨床處理與衛教

☐單項技能操作

■考官任務提示：

1. 本站重點在四診檢查及病史收集以確認病症。
2. 惟本教案係中醫專科醫師訓練使用。
3. 評分心態是評分公平性之關鍵，評分時請保持專注。
4. 請檢視考生指引、SP 指引與評分表之測驗目標一致性，以掌握本題。
5. 請詳讀評分項目、評分說明。
6. 考前評分共識時段，請依據考題及共識會議，進行評分之熱身。

■測驗場景：☒中醫門診 ☐中醫病房 ☐其他



■病情摘要

(一) 個案情境與主訴：男性患者於中醫門診主訴咳嗽已一個多月

(二) 病史詢問

1. 主要臨床症狀：25 歲男性患者，主訴感冒後咳嗽已經一個多月了

2. 現病史：咳嗽已經一個多月了。剛開始好像被弟弟傳染，就是咳嗽、鼻塞、鼻涕、噴嚏等一般感冒症狀。弟弟早痊癒了，但我可能因恰逢醫院評鑑沒有好好休息跟治療，所以雖然鼻塞、噴嚏比較不那麼嚴重，但咳嗽到現在一直沒好。一整天都會咳，咳嗽聲變得氣粗有力，痰量很多，痰質黏稠，痰色黃帶腥味。咳起來胸部脅肋部悶悶脹脹的，好像隱隱地快痛起來了。喉嚨經常梗梗的，睡醒有一點點咽痛，但不至於整天持續腫痛。口容易乾渴，想喝涼水，喝了涼水喉嚨好像舒服一點。偶而鼻塞、鼻涕、噴嚏，鼻涕黃黃稠稠的。

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	5/15	版本日期	【2019/12/24 Version4】
----------------------------------	------	------	-----------------------

3. 過去病史：患者本身沒有特定之過去病史，沒有特定之服藥習慣，沒有食物藥物過敏史。除了爺爺多年前因肺癌過世之外，患者不是很清楚其他家族病史

(三) 身體檢查特徵

無

(四) 本案例臨床診斷與處置之參考

1. 鑑別診斷：內傷咳嗽，痰熱鬱肺
2. 相關檢驗及處置：病史詢問技巧

依《中醫內科學》(弘祥出版社，民國 87 年，第三版)對咳嗽的分類有外感之風寒襲肺、風熱犯肺、風燥傷肺，以及內傷之痰濕蘊肺、痰熱鬱肺、肝火犯肺、肺陰虧耗、肺氣虛弱、寒飲伏肺等九種病因。並依據其咳嗽(咳聲、加重減緩因子、咳嗽好發時間)、病程(病程長短、親友傳染性)、痰(痰量、痰色、痰質)、鼻(鼻塞、鼻涕色、鼻涕質)、口咽(口乾、口苦、喜涼熱飲、咽梗咽痛)、全身(惡風、畏寒、發熱、出汗)、疼痛(頭痛、肌肉關節痠痛)、體力(神疲、懶言)、胸脅(胸滿、脅痛、哮喘)、脘腹(脘痞、食欲、嘔噁、大便、小便)等進行上述九種病因之咳嗽中醫鑑別診斷。

因此本題雖以痰熱鬱肺之病例進行設計，但實際目的是要評測考生是否具有病史詢問之臨床能力。因此考生是否能於問診的過程中先以開放性問題詢問，再漸進性的以特定性問題協助病情判斷，並且問診時依據中醫臨床內、外因各證型之邏輯性及系統性提問，不於問診過程中打斷病人發言，且避免以主觀與引導性的問題來獲得訊息，才是本試題評測之目標。

本教案係中醫專科醫師訓練使用，故著眼於評測考生是否能於病史詢問過程中系統性地進行中醫鑑別診斷。因此除非考前會議取得其他共識外，仍以《中醫內科學》(弘祥出版社，民國 87 年，第三版)所列咳嗽之中醫鑑別診斷為評分之參考依據，以維護考試公允及避免爭議。

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	6/15	版本日期	【2019/12/24 Version4】
----------------------------------	------	------	-----------------------

三、外感咳嗽辨證論治簡表

辨 證		風寒襲肺	風熱犯肺	風燥傷肺
		肺氣失宣	肺失清宣	肺失清潤
主 症	咳 嗽	聲重有力	氣粗或咳聲嘶啞	乾咳作喘
	咯 痰	稀薄，色白，或中等，易咯	黏稠或黃，量少，咯痰欠爽	無或極少，或點絲狀或帶血絲，咯痰不爽
伴有症狀		可伴見風寒束表證	可伴見風熱犯表證	見唇鼻乾燥，咽喉乾痛等“燥”邪特徵。①多與風熱犯表證同見（溫燥）。②也可與風寒束表證同見（涼燥）
舌 苔		薄白	薄黃	涼燥薄白 溫燥薄黃
脈 象		浮或浮緊	浮數	浮或浮數
病 證 聯 繫		多屬上感或急性支氣管炎的初起階段（全身毒血症不明顯，而以呼吸道症狀為主） 多見於秋冬季	可見於多數急性支氣管炎或肺炎初期等（毒血症較顯著） 多見於春季	多見於秋冬內較乾燥的季節，如上感、急性支氣管炎的某些類型，以及肺結核初期，支氣管內膜結核的部分患者
治 法		疏風散寒，宣肺止咳	疏風清肺，化痰止咳	溫燥：疏風清肺，潤燥止咳 涼燥：疏風散寒，潤燥止咳
主 方		三拗湯、止嗽散	桑菊飲	溫涼：桑杏湯 涼燥：杏蘇散

四、內傷咳嗽辨證論治簡表

辨 證		痰濕蘊肺	痰熱鬱肺	肝火犯肺	肺陰虧耗	肺氣虛弱	寒飲伏肺
主 症	咳 嗽	咳聲重濁	咳嗽氣粗 (有力)	氣逆作咳，或 為喘咳	乾咳，咳聲短 ，午後黃昏為 劇，或聲音嘶 啞	咳聲低弱，氣 短	咳嗽氣急，甚 則喘鳴有聲， 多寒冬發作加 重
	咯 痰	黏膩或稠厚成 塊，色白或帶 灰，痰多易出	稠黏或黃或帶 血或味腥，量 多，咯欠爽	黏，少，咯不 爽，咽中伴有 痰滯感	痰黏或黃或痰 中帶血，量少	清稀，咯吐無 力量多	痰多，清稀泡 沫狀，或帶黏 ，色白易咯
伴有症狀		胸悶脘痞，嘔 惡食少，神倦 乏力	發熱面赤或不 發熱，口乾黏 飲飲或胸脇肋 脹痛	咳時面赤，咽 乾口苦，症狀 可隨情緒波動 增減，或有脇 痛	消瘦無力，頰 紅潮熱，盜汗 ，口乾咽燥	面白畏風，易 汗，易感冒， 神疲懶言	形寒怕冷，喜 熱飲，可時輕 時重，或伴有 肺、脾氣虛症 狀
脈象		濡滑	滑數	弦數	細數	細弱	細弦滑或沈弦
舌苔		白膩	薄黃膩舌紅	薄黃少津	舌紅少苔	淡白	白滑
病症聯繫		慢支或伴阻塞 性肺氣腫，肺 功能代償型、 支換等	急性支氣管炎 、肺炎、肺膿 瘍或慢支、支 換伴繼發感染 而急性發作者	多見於慢支、 慢性咽喉炎、 支氣管內膿結 核等，或神經 官能症患者	肺結核、慢性 咽喉炎、肺部 腫瘤或肺炎、 肺膿瘍恢復期	多種肺系疾病 ，伴阻塞性肺 氣腫，肺功能 失代償	慢支後期伴重 度失代償性肺 氣腫居多
治法		健脾燥濕，化 痰止咳	清熱肅肺，化 痰止咳	清肺平肝，順 氣降火	滋陰潤肺，止 咳化痰	補氣溫肺，止 嗽化痰	溫肺化飲
主方		二陳平胃湯、 三子養親湯	清金化痰湯	加減瀉白散、 黛蛤散	沙參麥冬湯	溫肺湯	小青龍湯

註：表格摘自中醫內科學講義，弘祥出版社，民國 87 年，第三版

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	8/15	版本日期	【2019/12/24 Version4】
----------------------------------	------	------	-----------------------

四、評分表

■測驗目標：中醫四診【問（含病史詢問）】

■測驗時間：8 分鐘

評分項目：(建議 10-15 項)	評量考生			
測驗項目：	沒有做到	部分做到	完全做到	備註
1. 面談過程：(□由開放式至特定性問題 □具邏輯性及系統性)	0	1	2	
2. 咳嗽：(□咳聲 □加重減緩因子 □咳嗽好發時間)	0	1	2	
3. 病程：(□病程長短 □親友傳染性)	0	1	2	
4. 痰：(□痰量 □痰色 □痰質)	0	1	2	
5. 鼻：(□鼻塞 □鼻涕色 □鼻涕質)	0	1	2	
6. 口咽：(□口乾 □口苦 □喜涼熱飲 □咽梗咽痛)	0	1	2	
7. 全身：(□惡風 □畏寒 □發熱 □出汗)	0	1	1	
8. 疼痛：(□頭痛 □肌肉關節痠痛)	0	1	2	
9. 體力：(□神疲 □懶言)	0	1	2	
10. 胸脅：(□胸滿 □脅痛 □哮喘)	0	1	2	
11. 脛腹：(□脛痞 □食欲 □嘔噦 □大便 □小便)	0	1	2	
12. 相關病史：(□個人過去病史 □藥物史 □過敏史 □家族史 □旅遊史)	0	1	2	

您認為考生整體表現如何：

整體表現	差 1	待加強 2	普通 3	良好 4	優秀 5
說明：					

評分考官簽名：_____

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	9/15	版本日期	【2019/12/24 Version4】
----------------------------------	------	------	-----------------------

五、 評分說明

1.面談過程
完全做到：問診過程具備①先以開放性問題詢問，再漸進性的以特定性的問題協助病情判斷。②問診時之提問具邏輯性及系統性
部份做到：僅做到兩者之一
沒有做到：沒有做到任何一項
2.咳嗽
完全做到：咳聲、加重減緩因子、咳嗽好發時間皆問及
部份做到：上述完成 1-2 項
沒有做到：上述完全無問及
3. 病程
完全做到：病程長短、親友傳染性皆問及
部份做到：上述完成 1 項
沒有做到：上述完全無問及
4.痰
完全做到：痰量、痰色、痰質皆問及
部份做到：上述完成 1-2 項
沒有做到：上述完全無問及
5.鼻
完全做到：鼻塞與否、鼻涕色、鼻涕質皆問及
部份做到：上述完成 1-2 項
沒有做到：上述完全無問及
6.口咽
完全做到：口乾、口苦、喜涼熱飲、咽梗咽痛皆問及
部份做到：上述完成 1-2 項
沒有做到：上述完全無問及
7.全身

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	10/15	版本日期	【2019/12/24 Version4】
----------------------------------	-------	------	-----------------------

完全做到：惡風、畏寒、發熱、出汗皆問及
部份做到：上述完成 1-2 項
沒有做到：上述完全無問及
8.疼痛
完全做到：頭痛、肌肉關節痠痛皆問及
部份做到：上述完成 1-2 項
沒有做到：上述完全無問及
9.體力
完全做到：神疲、懶言皆問及
部份做到：上述完成 1-2 項
沒有做到：上述完全無問及
10.胸脅
完全做到：胸滿、脅痛、哮喘皆問及
部份做到：上述完成 1-2 項
沒有做到：上述完全無問及
11.脘腹
完全做到：脘痞、食欲、嘔噦、大便、小便問及三項(含)以上
部份做到：上述完成 1-2 項
沒有做到：上述完全無問及
12.相關病史
完全做到：過去病史、藥物史、過敏史、家族史、旅遊史問及四項以上
部份做到：上述完成 1-3 項
沒有做到：上述完全無問及

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	11/15	版本日期	【2019/12/24 Version4】
----------------------------------	-------	------	-----------------------

六、SP 指引(劇本)

考題說明

■測驗任務：病史詢問

■任務：

1. 考前：依據劇本及共識影片，與訓練師試演至少一次，以確認演出之有效性。
2. 劇本未提供之訊息，在不協助/不阻礙考生得分的原則下，可自行決定回應方式，考前請向工作人員參閱評分表，以了解演出之原則與底限。
3. 考試時：心態請力持公平，不協助/不阻礙考生得分。

■場景：中醫內科門診

■起始姿勢：坐姿

■表情、情緒、動作：自然，微不安感，可偶爾夾雜深咳

■人員/道具：SP；道具：無

■演出時間：8 分鐘

SP 開場語

醫師好

SP 必問問題

無

回應考生原則

■對話：考生詢問到劇本未描述的問題，回應之原則

- 一、因本考題之目的在於評測考生之病史詢問能力，故若考生僅用含糊問題如「今天怎麼了？有什麼不舒服呢？」、「咳嗽聲音怎麼樣？」詢問，便以籠統用詞如「我一直咳嗽」或「就...咳嗽啊」等回答，不必在考生未具體詢問時便主動將劇本內容細答。
- 二、另如若考生使用您不了解之醫學專業術語如「惡風」、「畏寒」、「懶言」、「脅痛」、「脫痞」等詢問，便以「不清楚」或反問「什麼是○○？」等回答考生。

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	12/15	版本日期	【2019/12/24 Version4】
----------------------------------	-------	------	-----------------------

劇情

(一) 臨床資料

1. 基本資料：25 歲男性，醫院行政助理
2. 個案情境與主訴：咳嗽已經一個多月

(二) 病史詢問包含：(主要臨床症狀、現在病史、過去病史可包含家族史、藥物史、過敏史、其他病史)

咳嗽已經一個多月了。剛開始就是咳嗽、鼻塞、鼻涕、噴嚏等一般感冒症狀。好像被弟弟傳染的，但現在弟弟早都好了，但我可能因恰逢醫院評鑑沒有好好休息跟治療，所以雖然鼻塞、噴嚏沒有先前嚴重，但咳嗽到現在一直沒好，甚至比較嚴重。

現在一整天都會咳，咳嗽聲變得氣粗有力(咳地很深、很大聲，也很用力)，痰量很多，痰質黏稠，痰色黃帶腥味。咳起來胸部脅肋部悶悶脹脹的，好像隱隱地快痛起來了。喉嚨經常梗梗的，睡醒有一點點咽痛，但不至於整天持續腫痛。偶而鼻塞、鼻涕、噴嚏，鼻涕黃黃稠稠的。最近也不知道是不是天氣熱，所以感覺身體有點烘熱，不怕冷，比較怕熱，吹風扇或冷氣感覺還滿舒服的。平常就還蠻容易流汗的，但最近不知道是不是天氣也變熱了流汗好像更嚴重了。最近真的容易口乾，但不覺得口苦。水喝得比平常多，雖然中醫師常說不能喝冰水，但說實在的有時候覺得喝冰涼飲料那剎那喉嚨還蠻舒暢的。

我現在沒有頭痛、不會肌肉關節痠痛。雖然咳嗽症狀如前所述，而且有點喘，常常深呼吸，但還不至於哮喘(胸悶而喘，呼吸時帶有哮鳴聲)、張口抬肩(口張肩聳以助呼吸之狀)、無法躺臥(要坐著才能順利張口呼吸)，可是睡覺品質是真的有受咳嗽跟鼻塞影響。我生病前後食欲差異不大，沒有持續性的脫腹(上腹至下腹部)痞脹(脹滿不適)、沒有噁心嘔吐感。大便一日一二次，小便也沒有不舒服，都跟發生感冒咳嗽一個月之前沒甚麼改變。整體而言我的精神體力還可以，帶病工作加上睡不安穩是有點累，但沒有覺得不對勁的全身倦怠，也沒有不想多講話的感覺。

我個人沒有特定之過去病史，沒有特定之服藥習慣，沒有食物及藥物過敏史。除了爺爺多年前因肺癌過世之外，不是很清楚其他家族病史，已經一年以上沒有出國旅遊了。

我跟父母弟弟住在一起，平常的作息還算正常，早上八點上班，下午五點下班，除了最近醫院評鑑工作較忙碌之外，工作壓力基本上還能應付。沒有每天但還是偶爾有運動的機會，散步、慢跑、打球、騎車都不一定。飲食一般，午餐外食，晚餐基本上和父母弟弟在家一起用餐。沒有特殊口味偏好，葷食，重口味當然很好，飲料、零食也都不會拒絕。

(三) 身體檢查：

雖然本題為病史測驗題，但因診療完整性還是需準備脈診及舌診牌以利考試進行，然而考生有無進行舌、脈診並不列入考試計分。

脈診牌：寸脈滑數

舌診牌：舌質紅，舌苔薄黃膩

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	13/15	版本日期	【2019/12/24 Version4】
----------------------------------	-------	------	-----------------------

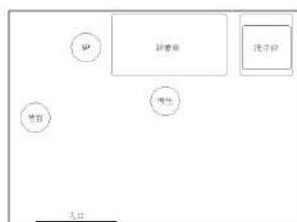
劇本對白例句

	醫師對 SP 的問題	SP 的回應
開場語	您好，我是○○○醫師	您好
主訴	今天怎麼了？有什麼不舒服呢？	我一直咳嗽。(不主動透漏過多劇情)
	咳多久了？	一個多月了。
	有沒有什麼時候特別容易咳？白天？晚上？	現在一整天都會咳
	有沒有加重或減輕咳嗽的因素？	喝冰涼飲料那剎那喉嚨還蠻舒暢的。
	咳嗽聲音怎麼樣？	就...咳嗽。(因一般民眾不易區分咳聲的差異，故不主動透漏過多劇情)
	咳嗽聲音怎麼樣，大小聲？乾濕？重濁？	剛開始就一般咳嗽，現在好像變得咳地很大聲、很用力、很深、有痰。
主訴 相關 問診	痰怎麼樣？	有痰。(不主動透漏過多劇情)
	痰量多不多？痰質稀或黏？痰色白或黃？	痰量很多，痰質黏稠，痰色黃帶腥味。(問哪一項才回答哪一項)
	會鼻塞嗎？	偶而。(不主動透漏過多劇情)
	會鼻塞、鼻涕、噴嚏嗎？鼻涕什麼顏色？鼻涕是輕的還是稠的？	偶而鼻塞、鼻涕、噴嚏，鼻涕黃黃稠稠的。(問哪一項才回答哪一項)
	喉嚨會痛嗎？	喉嚨經常梗梗的。
	喉嚨會痛嗎？會持續一整天嗎？	喉嚨經常梗梗的，睡醒有一點點痛，但不至於整天持續腫痛。
	口會乾渴？會苦嗎？	容易口乾，但不覺得口苦。(問哪一項才回答哪一項)
	比較想喝涼水還是溫水？	雖然中醫師常說不能喝冰水，但說實在的覺得喝冰涼飲料那剎那喉嚨還蠻舒暢的。
	會惡風(中醫專有名詞)嗎？	什麼是「惡風」？(遇一般民眾不懂之專有名詞可反問考生)
	吹到風會覺得舒服或不太舒服想穿件衣服？	吹風扇感覺還滿舒服的。
	會畏寒(中醫專有名詞)嗎？	什麼是「畏寒」？
	會怕冷，甚至多穿衣服還是怕冷的感覺嗎？	不怕冷，吹冷氣感覺還滿舒服的。
	會惡熱(中醫專有名詞)嗎？	什麼是「惡熱」？
	有發燒嗎？會覺得熱嗎？	量體溫好像沒有發燒，但身體是有點烘熱感，有比較怕熱。

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及臨床教學實務訓練計畫	14/15	版本日期	【2019/12/24 Version4】
------------------------------	-------	------	-----------------------

	醫師對 SP 的問題	SP 的回應
	會神疲(中醫專有名詞)嗎?	什麼是「神疲」?
	會覺得累累的嗎?	沒有，有點累的樣子，但不會覺得不對勁的全身倦怠。
	會懶言(中醫專有名詞)嗎?	什麼是「懶言」?
	會覺得不想多講話的感覺嗎?	沒有耶。
	會胸滿(中醫專有名詞)嗎?	什麼是「胸滿」?
	胸部會悶脹不舒服嗎?	咳起來胸部悶悶脹脹的，好像隱隱地快痛起來了。
	會脅痛(中醫專有名詞)嗎?	什麼是「脅痛」?
	脅肋部(醫師指著脅肋部)會不舒服嗎?	脅肋部咳起來好像也快痛起來了。 註：脅肋痛為一側或兩側腋下側胸部疼痛，可於試前共識會議時詢問考官脅肋部的位 置。
	會脘痞(中醫專有名詞)嗎?	什麼是「脘痞」?
	上腹部至下腹部會脹滿不適不舒服嗎?	沒有持續性的不舒服。
	會頭痛嗎?	不太會。
	會多處肌肉關節痠痛嗎?	不會。
	會口渴嗎?	最近真的比較容易口乾。
	喜歡喝涼的水？還是熱的水？	雖然中醫師常說不能喝冰水，但有時候覺得喝冰涼的那剎那還蠻舒暢的。
	大便有一天一次嗎?	大便一日一二次，沒有拉肚子。
	小便如何?	小便沒有大改變，也沒有不舒服。
	體力如何?	帶病工作是有點累，但不覺得特別不對勁
其他	家人、室友或同事有類似的症狀嗎?	一個多月前好像被弟弟傳染，但他早就好了啊，我卻咳嗽一直沒好，好像還越來越嚴重。

■診間示意圖：



■道具及器材：脈診板、舌診板。

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	15/15	版本日期	【2019/12/24 Version4】
----------------------------------	-------	------	-----------------------

中醫臨床技能測驗

高血壓頭痛

中醫診斷(病史詢問)、病情解釋、臨床處 理與衛教

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	1/17	版本日期	【2019/12/27 Version5】
----------------------------------	------	------	-----------------------

一、告示牌

第_____站

場景：中醫內科門診診間
王女士，58 歲。近來常常頭痛，而至本院中醫內科求診。請依照中醫四診簡述病情解釋、診斷及適當衛教。

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	2/17	版本日期	【2019/12/27 Version5】
----------------------------------	------	------	-----------------------

二、考生指引

■背景資料：

王女士，58 歲。

1. 近來常常頭痛，而至本院中醫內科門診求診。
2. 體溫 36.5°C，心跳 85/min，呼吸 18/min，
血壓 152/110mmHg

■測驗主題：

- 1.請您對這個病人進行的中醫診斷(病史詢問)
- 2.施行中醫四診。
- 3.請您提出最可能診斷並解釋病情。(不需開方)
- 4.提出中西藥使用的建議或衛教。

■測驗時間：共 8 分鐘

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	3/17	版本日期	【2019/12/27 Version5】
----------------------------------	------	------	-----------------------

案例資訊

58 歲的王女士因為最近經常頭痛，而至本院中醫內科門診。就診時體溫 36.5℃，心跳 85/min，呼吸 18/min，血壓 152/110mmHg。請就問診蒐集病史及進行中醫四診並且提出最合理的可能診斷並解釋病情(不需開方)。然後提出中西藥使用的建議或衛教。

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	4/17	版本日期	【2019/12/27 Version5】
----------------------------------	------	------	-----------------------

三、考官指引

■測驗目標(可複選)：

■中醫四診 ☐望 ☐聞 ☒問 (含病史詢問) ☐切 (含脈診及身體診察)

■病情解釋

☐醫病溝通

■臨床處理與衛教

☐單項技能操作

■考官任務提示

1. 本考試目的在於為專科醫師臨床能力之最低標準把關。
2. 評分心態是評分公平性之關鍵，評分時請保持專注。
3. 請檢視考生指引、SP 指引與評分表之測驗目標一致性，以掌握本題。
4. 請詳讀評分項目、評分說明。
5. 考前評分共識時段，請依據考題及共識會議，進行評分之熱身。

■測驗場景：■中醫門診、□中醫病房 □其他

■教案提要：

58 歲女性，近來常常頭痛。

測驗考生必須在 8 分鐘內完成中醫診斷(病史詢問)並且根據中醫四診提出最可能診斷以及解釋病情，提出中西藥使用的建議或衛教

■病情摘要

(一) 個案情境與主訴

58 歲王女士是銀行副理，平時專案工作多，常會自覺壓力大，是個易緊張且生氣個性的主管，銀行工作偶爾需加班，因此有時候會晚睡，一旦加班時間晚就容易有入睡困難情形。結婚近 30 年，與先生同住，感情融洽，每年都會出國一次，日常生活不愛運動，平常最大的休閒娛樂是看電視追劇，也喜愛利用平板電腦上網購物。飲食上偏愛鹹辣重口味食物，喜愛與朋友到處吃美食，大啖肉類，品酒，可是不愛蔬菜水果，因為工作緣故而習慣外食，午餐大部分選擇自助餐便當，晚餐偶親自下廚，但是大部分時間都是攜帶外食回家食用，因此經常有排便不暢問題，大便偏硬，日 2~3 日一次。不抽菸，不吃檳榔，本身沒有特殊疾病與手術史；育有一男一女，皆已結婚；有時假日兒女會帶孫子回來玩。兩年前因當時工作壓力加上入睡困難，常引起血壓偏高兩年來常頭痛、血壓偏高，所以至西醫門診就診後常規服用降壓藥(Norvasc 脈優)已 2 年，雖然每日早晨只服用半顆。但又擔心西藥副作用。最近有友人提供藥方，說的跟仙丹一樣，所以去配來服用看看！前天服了一次，服後感覺不太舒服(頭暈、頭脹、面熱、身熱...)，故前來就診並諮詢並且尋求中醫藥協助。

(二) 病史詢問

1. 主要臨床症狀：經常頭痛已兩年。
2. 現病史：58 歲女性，兩年前因當時工作壓力加上入睡困難，常引起血壓偏高兩年來常頭痛、血壓偏高，所以至西醫門診就診後常規服用降壓藥(Norvasc 脈優)已 2 年，雖然每日早晨只服用一顆，卻又擔心西藥副作用。最近有友人提供藥方，說的跟仙丹一

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	5/17	版本日期	【2019/12/27 Version5】
----------------------------------	------	------	-----------------------

樣，所以去配來服用看看！前天服了一次，服後感覺不太舒服(頭暈、頭脹、面熱、身熱…)，故前來就診並諮詢並且尋求中醫藥協助。

3. 過去病史：過去健康狀態良好，近兩年來因血壓稍高，至醫院就診後，診斷為高血壓，並開始服用藥物(Norvasc 脈優，5mg/tab，每日晨起一顆。)平常血壓控制穩定(120-130/90-80 mmHg)，每日有定時於早晚量血壓；若沒有服藥收縮壓會在 140-150 左右，甚至都大於 150。

此外，無糖尿病。沒有頭部外傷。不曾住過院、也不曾開刀。

藥物史：兩年前開始常規服用降血壓藥物(Norvasc 脈優，5mg/tab，每日晨起一顆)。

個人史：沒有酗酒，沒有抽菸，不嚼檳榔。

家族史：父親曾有高血壓及膽固醇過高的病史。

4. 中醫四診：

望診：面紅，顴骨處紅，舌質略紅，苔薄黃，少津，舌下絡脈怒張。

情志：語音清楚，邏輯可

睡眠：工作壓力較難入睡

頭項：頭痛，頭痛部位多在頭側邊以及頭頂。頭痛型態多是脹痛。疼痛無搏動感(疼痛不會伴隨血管跳一下跳一下)。頭痛發作不會畏光或者流淚。頭痛好像比較多發生在下午。

五官：無耳鳴，無特殊異常。

胸部：頭痛時伴隨胸口肌肉緊繃感

腹部：納可，食慾正常。

二便：喜肉鹹辣飲食惡蔬果，大便偏硬，日 2~3 日一次，小便正常。

四肢：無特殊異常。

生殖：G2P2A0。現已停經。

切診：脈弦細數。左關弦數

(三) 身體檢查特徵

無特殊

(四) 本案例臨床診斷與處置之參考(from 中西醫結合內科學 P.828-831)

1. 相關鑑別診斷

頭痛是指額、頂、顳及枕部的疼痛，為最常見的臨床症狀之一。西醫學的偏頭痛、叢集性頭痛、緊張性頭痛、高血壓、鼻竇炎等出現以頭痛為主症者，均可參考辨證論治。

(1) 本次病案之正確診斷為：緊張性頭痛，高血壓所致；主要證型為肝陽上亢。

緊張性頭痛 大多由於焦慮或憂慮所導致。因頭、面、頸部的血管收縮所引起，以女性較為常見。

高血壓 頭痛與血壓升高相關，惱怒、失眠、疲勞是誘發或加重頭痛的因素。血壓監測有助於診斷。

肝陽頭痛：症狀為頭痛而眩，兩側為甚，心煩易怒，睡眠不寧，脅痛，面紅目赤，口苦，舌紅，苔薄黃，脈弦有力或弦細數。治法為 平肝潛陽。方藥用天麻鉤藤飲加減。若頭痛係腎陰虧虛，水不涵木所致，宜用杞菊地黃丸。

(2) 偏頭痛。醫學上指的「偏頭痛」[migraine]是一種很特殊的症狀，它具有許多特徵，而頭痛一邊只是其特徵之一而已。偏頭痛通常在孩童或青少年期就出現，不

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	6/17	版本日期	【2019/12/27 Version5】
----------------------------------	------	------	-----------------------

過也有不少人在較年長時才發病。女性的患者要比男性患者多，據一些流行病學的統計，亞洲人的患者要比白種人少。偏頭痛常是一種「搏動性」的頭痛，也就是說會有像血管搏動的規律性。雖然通常痛在頭的一邊，但是痛也常出現在前額、兩側、頭頂、後頭部及眼眶後方的地方。患者經常有惡心、嘔吐的現象，並且會怕動、怕光、怕吵。「偏頭痛」也可能伴隨著許多神經系統的症狀，像某些人在頭痛前會出現一些視覺的症狀，例如單眼或雙眼的視力模糊、視野缺損、閃爍的光點或線條、及物體的形狀會改變等。另外像一側的肢體無力、感覺異常、眼球動作障礙、暈眩等。這些比較嚴重的併發症很像是腦部短暫缺血的症狀，嚴重的話也有可能造成腦部的梗塞。

偏頭痛的患者經常在其家族成員中可以找到患有類似症狀的成員，所以遺傳的因素可能扮演著一個重要的角色。另外就是許多誘因會引發偏頭痛，像是壓力大、月經、服用避孕藥、失眠、抽菸、聞到一些有機溶劑等。某些食物也較容易引發偏頭痛，像乳酪、味精、巧克力、紅酒等。雖然偏頭痛具有許多的特徵，但並不是所有的患者都會有，每一個人的輕重程度也不同。要診斷偏頭痛必須仰賴詳細的神經學檢查，及對各種引起頭痛的原因作一鑑別診斷，所以有人開玩笑的說。看頭痛的病人醫師比病人頭更痛。造成偏頭痛的原因並不單純，它包含了頭部一些神經、血管、化學物質的相互作用。當接觸到某些刺激或中樞神經系統有一些週期性變化時，這些神經、血管會產生一種反應，當這種反應造成腦部血管收縮時，它就可能造成一些神經學的症狀，而當頭部的血管擴張時，因為這些血管對痛很敏感，於是就造成了那種搏動性的疼痛。

(3) 相關頸椎疾病 頸椎間盤病變 (Cervical Disk Disorders):有彈性的椎間盤連接椎體。使頸部可以做有限度的活動，同時也充當避震器的角色，隨著年齡的增長，長期不正確的使用或外力的傷害都是產生頸椎間盤病變的原因，關節炎也會導致椎間盤退化和骨刺增生。一旦壓迫神經，便會引起疼痛。椎間盤病變最常見的表現是一開始只是間歇性的頸部酸痛，接著是頸部、手臂麻痛加劇、無力、下肢僵硬、協調障礙，如果不處理甚至會癱瘓。掌管四肢和軀幹的所有神經由腦部發出以後都必須經過頸椎這個通道，一旦頸脊髓受到椎間盤突出或骨刺的壓迫，是非常嚴重的問題。

頸椎狹窄 (Cervical Stenosis):椎間盤經過經年累月的使用逐漸脫水退化失去彈性，原來做為避震器的功能也逐漸喪失，這時人體為維持脊柱的穩定度，骨頭的部份開始長骨刺，韌帶的部份開始肥厚甚至於鈣化。相形之下脊髓所在的脊椎腔和頸神經根通過的脊椎神經孔就變得狹窄，因此頸椎狹窄患者大概有幾種症狀:頸子開始酸痛，還會順著肩膀、手臂到手指產生麻痛、沒力量，精細的動作沒辦法做，走路腳步越來越僵硬無力、麻痺，有時拖鞋掉了都不自覺。

骨關節炎 (Osteoarthritis):頸椎關節也會日趨退化，症狀是頸子酸痛常會擴散到肩膀和兩肩胛骨之間，這種痛常常早上起床後厲害，之後減輕，到了傍晚、晚上又再度厲害。曾經有過頸椎扭傷的人較容易發生。

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	7/17	版本日期	【2019/12/27 Version5】
----------------------------------	------	------	-----------------------

2. 中醫證型分析參考

肝陽上亢	頭痛頭暈，面紅目赤，煩躁易怒，口苦舌乾，便秘尿赤，舌苔黃厚或黃膩，脈弦數有力。因長期精神緊張或憂思鬱怒，使肝失條達，肝氣鬱結，氣鬱化火傷陰則口苦舌乾，便秘尿赤	平肝潛陽 清熱降火	羚羊角湯
陰虛陽亢	頭暈頭痛，頭重腳輕，耳鳴眼花，失眠健忘，心悸多夢，腰膝酸軟，五心煩熱，舌質紅或暗紅，苔薄白或薄黃，脈弦細，或沈細而數	滋陰潛陽 平肝熄風	天麻鉤藤飲
肝腎陰虛	頭暈眼花，目澀而乾，耳鳴乏力，口燥咽乾，腰酸腿軟，足跟疼痛，夜尿頻數，舌質紅，無苔或少苔，脈細	滋補肝腎	首烏湯
陰陽兩虛	眩暈耳鳴，腰痠膝軟，心悸氣短，肢冷麻木，腹脹腹瀉，陽萎早泄，舌質淡，脈弱或結代	補腎養肝 益陰助陽	金匱腎氣丸
沖任失調	月經失調，頭暈耳鳴，煩躁易怒，手足心熱，記憶力減退，心慌氣短，失眠多夢，舌質紅，苔薄白，脈弦細或細數	調養沖任	二仙湯
痰濕阻逆	頭暈頭痛，頭重如裹，心煩胸悶，食少欲吐，少食多眠，腹脹痞滿，舌胖質淡，苔白膩或厚而無津，脈弦滑	化痰除濕	半夏天麻白朮湯 溫膽湯

3. 關於中西藥使用之衛教注意事項:

治療高血壓中藥如蒲公英、雙鉤藤、金菊、赤芍藥、全蠍、地龍、川牛膝、天麻、天麻鉤藤飲等都具有降血壓功效，因此在搭配降血壓西藥一起併用時，需注意：

低血壓症狀：頭暈、頭痛、食慾不振、疲勞、臉色蒼白等；嚴重症狀包括：直立性眩暈、四肢冷、心悸、呼吸困難、昏厥等，建議立即檢測血壓及心跳。

中西藥併服時，建議間隔一小時。

此外，麻黃會升高血壓，與降血壓西藥一起併用時，需注意定時量測血壓與心跳；

若服藥期間出現小便不順暢，請告知醫師。

蒲公英劑量太大時可能會導致腹瀉。

雙鉤藤使用需注意：腸胃虛弱的病人小心使用。

所含的鉤藤鹼易受熱而被破壞，建議以後下方式煎煮。

金菊使用在腸胃虛弱的病人需謹慎使用。

全蠍使用在懷孕婦女需謹慎使用。

地龍使用於懷孕婦女、脾胃虛弱病人需謹慎小心。

川牛膝用於懷孕婦女、月經量過多病人謹慎使用。

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	8/17	版本日期	【2019/12/27 Version5】
----------------------------------	------	------	-----------------------

四、評分表

■測驗目標：中醫四診(病史詢問)、病情解釋、臨床處理與衛教

■測驗時間：8 分鐘

評分項目： (建議 10-15 項)	評量考生			
	0	1	2	
測驗項目：	沒有做到	部分做到	完全做到	備註
1. 有禮貌：自我介紹、稱呼病人名字、注視病人	0		2	
2. 有同理心、關心並支持病人	0		2	
3. 溝通技巧：傾聽、使用病人聽得懂的語言、有條理且表達清楚	0		2	
4. 理學檢查前有先行說明，並徵得患者的同意	0	1	2	
5. 接觸病人前後執行洗手動作	0	1	2	
6. 釐清頭痛位置與類型	0	1	2	
7. 釐清頭痛的好發時間及疼痛評估	0	1	2	
8. 釐清頭痛加劇及緩解因素	0	1	2	
9. 是否伴隨與血壓有關的其他相關症狀(血壓偏高、頭脹、眼睛脹、面熱、身熱、肩頸僵硬)	0	1	2	
10. 生活習慣如旅行史、個人習慣(如抽菸、喝酒、飲食、運動)等詢問	0	1	2	
11. 過去病史及用藥史，過敏史、家族史(危險因子、遺傳)詢問	0	1	2	
12. 中醫病史詢問 (十問)	0	1	2	
13. 中醫四診診察(舌診、脈診)	0	1	2	
14. 告知病人可能的中醫診斷及證型(肝陽上亢)並且解釋病情	0	1	2	
15. 說明中西藥使用的建議或衛教	0	1	2	

您認為考生整體表現如何：

整體表現	差 1	待加強 2	普通 3	良好 4	優秀 5
說明：					

評分考官簽名：_____

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及臨床教學實務訓練計畫	9/17	版本日期	【2019/12/27 Version5】
------------------------------	------	------	-----------------------

五、 評分說明

1. 主動自我介紹。
完全做到：主動自我介紹。
沒有做到：完全沒有主動自我介紹。
2. 主動確認病人身份。
完全做到：主動確認病人身份。
沒有做到：完全沒有主動確認病人身份
3. 理學檢查時能直視病人，面對面交流。
完全做到：理學檢查時能直視病人，面對面交流。
沒有做到：完全沒有直視病人。
4. 理學檢查前有先行說明，並徵得患者的同意。(共兩項)
完全做到：理學檢查前有先行說明，並徵得病人同意。
部份做到：僅提及上述兩項其中一項。
沒有做到：完全沒有做到上述兩項。
5. 接觸病人前後執行洗手動作。
完全做到：接觸病人前、後執行正確洗手動作。
標準洗手流程參考：內、外、夾、弓、大、立、腕。

部份做到：接觸病人前或接觸病人後執行洗手動作，或洗手動作不正確。
沒有做到：完全沒有洗手動作。

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	10/17	版本日期	【2019/12/27 Version5】
----------------------------------	-------	------	-----------------------

6. 頭痛的位置與類型
完全做到：位置及型態皆有問到
部份做到：只問了位置或形態。
沒有做到：完全沒有進行詢問
7. 頭痛的好發時間及疼痛評估
完全做到：詢問好發時間、疼痛指數(VAS)
部份做到：僅做到上述其中一項
沒有做到：完全沒有進行詢問或評估。
8. 加劇及緩解因素
完全做到：詢問完整加劇及緩解因素
部份做到：只問加劇或緩解因素部分項目
沒有做到：完全沒有進行詢問
9. 其他伴隨與血壓相關症狀(高血壓、頭脹、眼睛脹、面熱、身熱、肩頸僵硬)
完全做到：同時問及血壓及其他伴隨相關症狀 2 項(含)以上。
部份做到：只問到非血壓症狀任一項。
沒有做到：完全沒有進行詢問
10. 生活習慣如旅行史、個人習慣(如抽菸、喝酒、飲食、運動)等詢問
完全做到：上述症狀問到 3 項(含)以上(需包含抽菸、飲食)
部份做到：只問上述其中 1-2 項或未完整包含抽菸、飲食
沒有做到：完全沒有進行詢問
11. 過去病史及用藥史，過敏史、家族史(危險因子、遺傳)詢問
完全做到：上述症狀問到 3 項(含)以上(需問到過去病史、用藥史)
部份做到：只問上述其中 1-2 項或未完整包含過去病史、用藥史
沒有做到：完全沒有進行詢問
12. 中醫病史詢問 (十問)
完全做到：根據中醫十問精神進行病史詢問，需提及寒熱、虛實、表裡等狀態。
部份做到：未提及寒熱、虛實、表裡等項目。

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	11/17	版本日期	【2019/12/27 Version5】
----------------------------------	-------	------	-----------------------

沒有做到：完全沒有進行詢問
13. 中醫四診診察(舌診、脈診)
完全做到：根據中醫四診精神進行診察，舌診需包含舌下絡脈。
部份做到：不診舌下絡脈，有做到舌診、脈診觀察者。
沒有做到：完全沒有進行診察。
14. 告知病人可能的中醫診斷及證型(肝陽上亢)並且解釋病情
完全做到：解釋病情且說明提及中醫診斷、證型。
部份做到：僅完整做到上述其中一項。
沒有做到：完全沒有告知中醫証型或解釋病情
15. 說明中西藥使用的建議或衛教。(共兩項)
完全做到：針對中西藥物使用建議完成說明且給予病人衛教。
部份做到：僅說明中西藥物使用的建議或衛教其中一項
沒有做到：完全沒有進行詢問

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	12/17	版本日期	【2019/12/27 Version5】
----------------------------------	-------	------	-----------------------

六、SP 指引(劇本)

考題說明

■測驗任務：

您扮演 58 歲女性，近來常常頭痛。

本題旨在測驗考生必須在 8 分鐘內完成中醫診斷(病史詢問)、中醫四診以及提出合理診斷並解釋病情。

■任務：

1. 考前：依據劇本及共識影片，與訓練師試演至少一次，以確認演出之有效性。
2. 劇本未提供之訊息，在不協助/不阻礙考生得分的原則下，可自行決定回應方式，考前請向工作人員參閱評分表，以了解演出之原則與底限。
3. 考試時：心態請力持公平，不協助/不阻礙考生得分。

■場景：中醫內科診間

■起始姿勢：坐姿

■表情、情緒、動作：表情平和，語音稍低微但應答清晰但願意配合。

■人員/道具：

扮演角色之外觀描述：整潔狀況差不多，衣著：穿著輕便上衣和褲子，考生可能會拉起您的衣服

■演出時間：8 分鐘

SP 開場語

我最近常常頭痛耶～

SP 必問問題

為什麼會這樣阿？一直頭痛睡不好要怎麼辦？

回應考生原則

對話：考生詢問到劇本未描述的問題，回應之原則

不是很清楚耶～

這個有關係嗎？

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	13/17	版本日期	【2019/12/27 Version5】
----------------------------------	-------	------	-----------------------

劇情

(一) 臨床資料

1. 基本資料：58 歲，王女士，銀行副理。

2. 個案情境與主訴：

58 歲王女士是銀行副理，平時專案工作多，常會自覺壓力大，是個易緊張且易生氣個性的主管，銀行工作偶爾需加班，因此有時候會晚睡，一旦加班時間晚就容易有入睡困難情形。結婚近 30 年，與先生同住，感情融洽，每年都會出國一次，日常生活不愛運動，平常最大的休閒娛樂是看電視追劇，也喜愛利用平板電腦上網購物。飲食上偏愛鹹辣重口味食物，喜愛與朋友到處吃美食，大啖肉類，品酒，可是不愛蔬菜水果，因為工作緣故而習慣外食，午餐大部分選擇自助餐便當，晚餐偶親自下廚，但是大部分時間都是攜帶外食回家食用，因此經常有排便不暢問題，大便偏硬，日 2~3 日一次。不抽菸，不吃檳榔，本身沒有特殊疾病與手術史；育有一男一女，皆已結婚；有時假日兒女會帶孫子回來玩。兩年前因當時工作壓力加上入睡困難，常引起血壓偏高兩年來常頭痛、血壓偏高，所以至西醫門診就診後常規服用降壓藥(Norvasc 脈優)已 2 年，雖然每日早晨只服用半顆。但又擔心西藥副作用。最近有友人提供藥方，說的跟仙丹一樣，所以去配來服用看看！前天服了一次，服後感覺不太舒服(頭暈、頭脹、面熱、身熱...)，故前來就診並諮詢並且尋求中醫藥協助。

(二) 病史詢問包含：(主要臨床症狀、現在病史、過去病史可包含家族史、藥物史、過敏史、其他病史)

1. 主要臨床症狀：經常頭痛已兩年

2. 現病史：58 歲女性，兩年前因當時工作壓力加上入睡困難，常引起血壓偏高兩年來常頭痛、血壓偏高，所以至西醫門診就診後常規服用降壓藥(Norvasc 脈優)已 2 年，雖然每日早晨只服用一顆，卻又擔心西藥副作用。最近有友人提供藥方，說的跟仙丹一樣，所以去配來服用看看！前天服了一次，服後感覺不太舒服(頭暈、頭脹、面熱、身熱...)，故前來就診並諮詢並且尋求中醫藥協助。

3. 過去病史：過去健康狀態良好，近兩年來因血壓稍高，至醫院就診後，診斷為高血壓，並開始服用藥物(Norvasc 脈優，5mg/tab，每日晨起一顆。)平常血壓控制穩定(120-130/90-80 mmHg)，每日有定時於早晚量血壓；若沒有服藥收縮壓會在 140-150 左右，甚至都大於 150。

此外，無糖尿病。沒有頭部外傷。不曾住過院、也不曾開刀。

藥物史：兩年前開始常規服用降血壓藥物(Norvasc 脈優，5mg/tab，每日晨起一顆)。

個人史：沒有酗酒，沒有抽菸。

家族史：父親曾有高血壓及膽固醇過高的病史。

4. 中醫四診：

望診：面紅，顴骨處紅，舌質略紅，苔薄黃，少津，舌下絡脈怒張。

情志：語音清楚，邏輯可

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	14/17	版本日期	【2019/12/27 Version5】
----------------------------------	-------	------	-----------------------

睡眠：工作壓力較難入睡

頭項：頭痛，頭痛部位多在頭側邊以及頭頂。頭痛型態多是脹痛。疼痛無搏動感(疼痛不會伴隨血管跳一下跳一下)。頭痛發作不會畏光或者流淚。頭痛好像比較多發生在下午。

五官：無耳鳴，無特殊異常。

胸部：頭痛時伴隨胸口肌肉緊繃感

腹部：納少

二便：喜肉鹹辣飲食惡蔬果，大便偏硬，日 2~3 日一次，小便正常。

四肢：無特殊異常。

生殖：G2P2A0。現已停經。

切診：脈弦細數。左關弦數

(三)身體檢查特徵

無特殊

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	15/17	版本日期	【2019/12/27 Version5】
----------------------------------	-------	------	-----------------------

劇本對白例句

病例 架構	醫師對標準病人的問題	標準病人回答
	最近身體有哪裡感覺不適嗎?	近兩年來常常頭痛
	以前發生過嗎?	兩年前工作壓力大，又睡眠障礙後，就一直反覆頭痛到現在
	持續多久?	每次頭痛大約都發作 3~4 小時
	怎樣的頭痛? 痛得多厲害?部位? 什麼樣的感覺? 疼痛指數由 1-10 分，痛起來大概是幾分呢?	頭痛，頭痛部位多在頭側邊以及頭頂。頭痛型態多是脹痛。疼痛無搏動感(疼痛不會伴隨血管跳一下跳一下)。頭痛發作不會畏光或者流淚。頭痛好像比較多發生在下午。疼痛指數約 5-6 分，可是一直覺得頭痛好煩喔
	什麼情況下頭痛會加重?	睡不好、壓力大的時候頭痛的頻率以及時間會增加。
	什麼情況下頭痛會緩解?	如果工作比較不忙還是睡得比較好頭痛的頻率就比較低。
	會放射至下巴、手臂嗎?	好像不會
	看過醫生嗎?	這兩年一直在西醫就診服用高血壓藥
	那頭痛的時候血壓會不會高呢?	沒有特別注意，不過之前血壓高的時候也比較會感覺頭痛。吃血壓藥後好像比較好。
	其他還有怎麼樣嗎?	頭痛外還會頭脹、眼睛脹、面熱、身熱、肩頸僵硬
	您的起居生活習慣如何?	一般上班族的生活，但偶爾需加班、晚睡的情形。喜歡吃鹹辣等重口味食物、喜歡肉類、不愛吃蔬菜、水果。不抽煙。
	有過敏嗎? 有抽菸、喝酒的習慣嗎?	沒有藥物過敏。沒有抽菸，偶爾會喝點紅酒，不是每天喝。
	目前還有在服用什麼藥物嗎?	固定服用降壓藥(Norvasc 脈優)已 2 年。最近有友人提供藥方。
	睡眠好嗎?	偶晚睡，入睡困難

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及臨床教學實務訓練計畫	16/17	版本日期	【2019/12/27 Version5】
------------------------------	-------	------	-----------------------

	家族史?	父親高血壓、膽固醇過高
	學生望舌時	1.要求伸舌時給予舌診牌子(舌診卡 1)。 2.要求捲舌或看舌背時，給予舌診牌子(舌診卡 2)。
	學生把脈時	給予脈象的牌子

■診間示意圖：無。

■道具及器材：



舌診卡 1



舌診卡 2

脈診卡

脈脈弦細數。左關弦數

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	17/17	版本日期	【2019/12/27 Version5】
----------------------------------	-------	------	-----------------------

中醫臨床技能測驗

異位性皮膚炎

中醫診斷(病史詢問)、病情解釋、臨床處 理與衛教

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	1/17	版本日期	【2019/12/26 Version5】
----------------------------------	------	------	-----------------------

一、告示牌

第_____站

場景：中醫內科診間

22 歲陳小姐

主訴：反覆皮膚乾癢已二十年

二、 考生指引

■背景資料：

22 歲陳小姐，自小患有異位性皮膚炎。曾接受西醫治療，塗抹類固醇藥膏，但仍反覆發作。現皮膚發紅起紅疹、乾燥搔癢，且在肘窩和膝窩處有苔癬化病灶。

■測驗主題：

您是負責這位門診病人的醫師，請進行病史詢問，向病人簡述中醫証型（病情解釋）、臨床處理和衛教。

■測驗時間：8 分鐘

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	3/17	版本日期	【2019/12/26 Version5】
----------------------------------	------	------	-----------------------

案例資訊

22 歲陳小姐，自小患有異位性皮膚炎。曾接受西醫治療，塗抹類固醇藥膏，但仍反覆發作。現皮膚發紅起紅疹、乾燥搔癢，且在肘窩和膝窩處有苔癬化病灶。

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	4/17	版本日期	【2019/12/26 Version5】
----------------------------------	------	------	-----------------------

三、考官指引

■測驗目標(可複選)：

- 中醫四診 【☐望 ☐聞 ☒問 (含病史詢問) ☐切 (含脈診及身體診察)】
- 病情解釋
- ☐醫病溝通
- 臨床處理與衛教
- ☐單項技能操作

■考官任務提示

1. 本考試目的在於為專科醫師臨床能力之最低標準把關。
2. 評分心態是評分公平性之關鍵，評分時請保持專注。
3. 請檢視考生指引、SP 指引與評分表之測驗目標一致性，以掌握本題。
4. 請詳讀評分項目、評分說明。
5. 考前評分共識時段，請依據考題及共識會議，進行評分之熱身。

■測驗場景：■中醫門診、☐中醫病房 ☐其他

■病情摘要

(一) 個案情境與主訴

22 歲陳小姐，自小患有異位性皮膚炎。曾接受西醫治療，塗抹類固醇藥膏，但仍反覆發作。現皮膚發紅起紅疹、乾燥搔癢，且在肘窩和膝窩處有苔癬化病灶。測驗考生必須在 8 分鐘內完成異位性皮膚炎的問診，向病人解釋中醫証型(病情解釋)，和臨床處理與衛教。

(二) 病史詢問

1. 主要臨床症狀：全身皮膚發紅起紅疹、乾燥搔癢。
2. 現病史：異位性皮膚炎。
3. 過去病史：
 - 五歲開始診斷出有異位性皮膚炎，曾接受過西醫治療，塗抹類固醇藥膏，但仍反覆發作。
 - 過敏性鼻炎，晨起鼻塞、鼻流清涕、噴嚏。
4. 個人史：無藥物食物過敏史，無煙酒檳榔史，葷食。半年內未出國過。
5. 家族史：父母皆有過敏性鼻炎，妹妹有氣喘。

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	5/17	版本日期	【2019/12/26 Version5】
----------------------------------	------	------	-----------------------

(三) 身體檢查特徵

	<p>肘窩、膝窩皮膚苔癬化、乾燥脫屑。</p>
	<p>身體各處發紅起紅疹、乾燥搔癢。</p>

圖片來源：

<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/atopic-dermatitis-eczema/symptoms-causes/syc-20353273>

<https://www.aaaai.org/conditions-and-treatments/library/allergy-library/eczema-atopic-dermatitis>

(四) 本案例臨床診斷與處置之參考

1. 定義：

皮膚症狀表現包括搔癢，乾燥，紅斑、丘疹及脫屑的皮膚疹，有時甚至有分泌物或膿疱的變化，長期搔抓也會造成皮膚慢性增厚而苔癬化。通常幼兒期的異位性皮膚炎多發生在臉部、頸部、四肢的伸側（手肘和膝蓋），雖然全身都有可能濕疹變化，但通常在包尿布的區域不會有；年紀漸長之後典型分布區域會改變，兒童期後四肢比較容易影響的區域變成是屈側（肘窩和膝窩），而且容易有苔癬化皮膚疹。每個人症狀不盡相同，有些人除了上述皮膚，還會有嘴唇、手掌、眼睛周圍的特殊表現。

2. 病因：

異位性皮膚炎的病因應該是許多因素綜合的結果，家族性和異位性體質代表了基因因素的重要影響，造成容易發炎及免疫功能運作異常，環境中造成過敏的因子也會引發或加重病情，常見的過敏原包括塵蟎、貓狗等動物的毛、蟑螂、黴菌、花粉等，幼兒期腸胃道比起大人較可能受食物過敏原影響，常見的可能食物過敏原有牛奶、蛋白、麥、花生、海鮮等。發病後發炎或搔抓的結果，造成皮膚表皮屏障受損，也增加了皮膚感染的機率（包括細菌如金黄色葡萄球菌、病毒如疱疹病毒、黴菌等），不管是單獨皮膚受損或合併感染，又都增加皮膚

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	6/17	版本日期	【2019/12/26 Version5】
----------------------------------	------	------	-----------------------

發炎的嚴重程度，這兩者是異位性皮膚炎的原因也是結果，惡性循環而加重異位性皮膚炎。其他如皮膚乾燥、太熱或急劇的溫度變化、化學物質刺激、情緒壓力等，都有可能惡化異位性皮膚炎。

3. 診斷：

並沒有單一抽血或是檢驗項目，可以用來確定診斷異位性皮膚炎。醫師診斷異位性皮膚炎主要靠的是臨床診斷，需要符合四項主要特徵至少三項：

- ✓ 皮膚搔癢
- ✓ 典型的皮膚症狀型態及區域分布（嬰幼兒期在臉部頸部及四肢伸側、兒童期後在屈側）慢性，反覆性的皮膚炎
- ✓ 自己或家族中其他人有異位性體質，也就是有氣喘、過敏性鼻炎、或異位性皮膚炎病符合二十項次要特徵中至少三項，就可以診斷異位性皮膚炎，次要特徵主要就是上面描述的其他症狀表現，病因或惡化因素等。

雖然診斷為異位性皮膚炎的病人，通常血中的免疫球蛋白E（IgE）會很高，但是這項檢驗通常不會影響臨床診斷的判斷，也不影響治療。另外異位性皮膚炎病人也很容易找到對特定過敏原的抗體，但是過敏原試驗通常也不影響診斷，對於多數人的治療或預防症狀加劇的幫助不大，有些沒有過敏疾病的人也會測出過敏原，很多異位性體質的人會測出很多項過敏原，或是測出不容易避免的過敏原；所以除非有特殊原因，例如不典型的症狀表現或不好的治療反應，影響診斷確定或治療決策，醫師需要有其他參考資料的時候，不然診斷異位性皮膚炎通常不需要特別的抽血或檢驗。

上述中醫証型有可能為：肝鬱化火、血熱風燥、陰虛血熱等。

5. 治療：

(1). 局部藥物

- ✓ 保濕劑
- ✓ 類固醇藥膏
- ✓ 非類固醇免疫抑制劑

(2). 口服藥物

- ✓ 抗組織胺
- ✓ 口服類固醇
- ✓ 其他免疫抑制藥物

(3). 其他療法

- ✓ 照光療法

6. 預防與保養

(1)皮膚保溼

乾燥皮膚容易使皮膚屏障功能受損，加重異位性皮膚炎；研究發現只要剝掉幾層角質層就可能引發一連串免疫反應造成皮膚炎，所以皮膚保濕，維持皮膚角質功能很重要，特別是在皮膚容易乾燥的冬天。每天適當的洗澡能增加皮膚溼度並洗掉皮膚上一些過敏原，過熱、過久或過於頻繁反而讓皮膚乾燥，所以要選擇微溫的水，避免肥皂或刺激性的清潔用品，淋浴和泡澡對於異位性皮膚炎各有優缺點，要依個別情況選擇；最重要的是洗澡之後要馬上使用保濕劑或潤滑劑，通常選擇個人能夠接受程度含油性最高的最好，所以醫學上會建議凡士林，如果選用其他產品，一樣要注意避免刺激性的物質，例如很多乳液含有的香精、防腐劑等，

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	7/17	版本日期	【2019/12/26 Version5】
----------------------------------	------	------	-----------------------

或某些人可能引起過敏的動物製品例如綿羊油。

(2) 避免太熱或溫度急劇變化

太熱的環境會加重搔癢的感覺，特別是如果流有汗水會更嚴重，熱加上搔抓都會使異位性皮膚炎加重，溫度急劇變化也是。所以應該適度使用空調，依照室內外情況調整衣服；但不需要為了避免太熱或流汗，限制嬰幼兒活動，運動有其他更大的健康好處，只是運動之後應該盡快洗澡、擦乾、塗保濕劑、並更換衣服。

(3) 避免環境中刺激性物質

有些物質對皮膚原本就有刺激性，對異位性皮膚炎病人受損皮膚的影響則更大，除了避免上述某些沐浴用品及保養品，選擇溫和的產品，其他生活可能接觸的物質也需要注意，例如衣服、地毯、家具、寢具、餐具還有使用於它們的清潔劑等，要避免這些生活用具及清潔劑中可能含有的化學刺激性成分。其實我們並不需要過度消毒的環境，那樣的環境反而可能促成過敏性體質發展，在已開發國家、都市裡反而有更高比例的異位性體質病人。

(4) 避免接觸及飲食過敏原

如果有確切知道的呼吸或接觸性的過敏原，可以避免接觸這些過敏原，例如家裡動物的毛可能是比較容易避免的，但是很多過敏原的避免卻不容易，例如塵蟎、黴菌或蟑螂，往往購買相關產品需要很多錢，而且可能只有某個程度的效果，特別是很難兼顧到離開自己家，其他室內場合或戶外的情況，加上很多人的過敏原不止一種，這一點反而不比好好藥物治療容易。另外在治療其他異位性體質疾病例如氣喘病人，可能有效的減敏療法（從小量過敏原開始，逐漸增加劑量，最後達到對該項過敏原減少免疫反應），用在異位性皮膚炎的效果通常不好，所以也不建議使用。所以前面提過，多數異位性皮膚炎病人不需要進行過敏原皮膚測試或抽血檢驗。至於食物過敏原，前面提過通常是對嬰幼兒期的病人影響比較大，除非有明確觀察到因為特定食物造成嚴重的臨床惡化，通常為了嬰幼兒的生長發育，不太建議限制飲食，如果對個人有明確因果關係，也只限制該項確定有關的項目（比較常見的例如蛋白、奶製品），並經過醫師或營養師指導使營養均衡。

(5) 紓解情緒壓力

情緒壓力會使異位性皮膚炎惡化，不管是課業壓力、親子或同儕壓力，甚至疾病本身搔癢和外觀的困擾，都是可能的壓力來源，所以治療異位性皮膚炎之外，也應該透過各種方法讓病人自己和其同儕（多是小朋友）了解並接納這個疾病，並由家長、老師、醫療專業人員幫忙一起紓解其他情緒壓力。

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	8/17	版本日期	【2019/12/26 Version5】
----------------------------------	------	------	-----------------------

四、評分表

■測驗目標：中醫四診【問（含病史詢問）】、病情解釋、臨床處理與衛教

■測驗時間：8 分鐘

評分項目：	評量考生			
測驗項目：	沒有做到	部分做到	完全做到	備註
1. 主動自我介紹與確認病患	0	1	2	
2. 溝通技巧：耐心傾聽、使用病人聽得懂的語言、有條理且表達清楚	0	1	2	
3. 確認病人是否有聽懂，或有無其他相關問題。	0	1	2	
4. 異位性皮膚炎問診(診斷) □皮膚搔癢 □病灶型態及分布 □慢性、反覆性的皮膚炎 □自己或家族中其他人有異位性體質(異位性皮膚炎、氣喘、過敏性鼻炎)	0	1	2	
5. 其他問診項目 □誘發因子 □加重因子 □緩解因子 □伴隨症狀	0	1	2	
6. 中醫十問（寒、熱、頭、身、二便、飲食、胸腹、渴等等） □完全沒問到 □包含 1-4 項 □包含 5 項以上	0	1	2	
7. 異位性皮膚炎的中醫証型解釋 □肝氣鬱化火 □血熱風燥 □陰虛血熱 □提肝氣鬱化火、血熱風燥、陰虛血熱以外的証型	0	1	2	
8. 異位性皮膚炎的中醫証型臨床處理 □肝氣鬱化火（紓解情緒壓力） □血熱風燥（保持皮膚涼爽，避免過食辛辣） □陰虛血熱（睡眠充足，多食滋陰食品等等） □其他証型（依考生所判斷証型處理）	0	1	2	

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及臨床教學實務訓練計畫	9/17	版本日期	【2019/12/26 Version5】
------------------------------	------	------	-----------------------

9. 異位性皮膚炎的生活衛教 □皮膚保溼 □避免太熱或溫度急遽變化 □避免環境中刺激性物質 □避免接觸及飲食過敏原 □適度運動	0	1	2	
--	---	---	---	--

您認為考生整體表現如何：

整體表現	差 1	待加強 2	普通 3	良好 4	優秀 5
說明：					

評分考官簽名：_____

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	10/17	版本日期	【2019/12/26 Version5】
----------------------------------	-------	------	-----------------------

五、 評分說明

1.主動自我介紹與確認病患。
完全做到：主動自我介紹與確認病患。
部份做到：只做到主動自我介紹或確認病患其一。
沒有做到：完全沒有主動自我介紹與確認病患。
2. 溝通技巧：耐心傾聽、使用病人聽得懂的語言、有條理且表達清楚
完全做到：耐心傾聽、將醫學名詞以淺顯易懂的白話解釋給病人，表達有條理且清楚。
部份做到：上述項目只做到其中 1-2 項。
沒有做到：上述項目完全沒有做到。
3.確認病人是否有聽懂，或有無其他相關問題。
完全做到：病情解釋完後會詢問病人是否有聽懂，以及有無其他相關問題。
部份做到：上述項目只做到其中一項。
沒有做到：上述項目完全沒有做到。
4. 異位性皮膚炎問診(診斷)
<input type="checkbox"/> 皮膚搔癢 <input type="checkbox"/> 病灶型態及分布
<input type="checkbox"/> 慢性、反覆性的皮膚炎
<input type="checkbox"/> 自己或家族中其他人有異位性體質(異位性皮膚炎、氣喘、過敏性鼻炎)
完全做到：提及上述項目 4 項
部份做到：提及上述項目 1-3 項
沒有做到：完全不知道要詢問甚麼
5. 其他問診項目
<input type="checkbox"/> 誘發因子 <input type="checkbox"/> 加重因子 <input type="checkbox"/> 緩解因子 <input type="checkbox"/> 伴隨症狀
完全做到：提及上述項目 4 項
部份做到：提及上述項目 1-3 項
沒有做到：完全不知道要詢問甚麼
6.中醫十問（寒、熱、頭、身、二便、飲食、胸腹、渴等等）
完全做到：包含上述 5 項(含)以上

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	11/17	版本日期	【2019/12/26 Version5】
----------------------------------	-------	------	-----------------------

部份做到：包含上述 1-4 項
沒有做到：完全沒問上述相關問題
7.異位性皮膚炎的中醫証型解釋
完全做到：提到肝氣鬱化火、血熱風燥、陰虛血熱 1 項(含)以上。
部份做到：提到肝氣鬱化火、血熱風燥、陰虛血熱三者以外的証型
沒有做到：完全不知道要告知病患甚麼証型。
8.異位性皮膚炎的中醫証型臨床處理
完全做到：提到肝氣鬱化火、血熱風燥、陰虛血熱處理 1 項(含)以上
部份做到：提到肝氣鬱化火、血熱風燥、陰虛血熱三者其中之外的証型處理
沒有做到：完全不知道要怎麼處理
9. 異位性皮膚炎的衛教
<input type="checkbox"/> 皮膚保溼 <input type="checkbox"/> 避免太熱或溫度急遽變化 <input type="checkbox"/> 避免環境中刺激性物質 <input type="checkbox"/> 避免接觸及飲食過敏原 <input type="checkbox"/> 紓解情緒壓力
完全做到：提及上述項目 5 項
部份做到：提及上述項目 1-4 項
沒有做到：完全不知道要詢問甚麼

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	12/17	版本日期	【2019/12/26 Version5】
----------------------------------	-------	------	-----------------------

六、SP 指引(劇本)

考題說明

■測驗任務：

22 歲陳小姐，自小患有異位性皮膚炎。曾接受西醫治療，塗抹類固醇藥膏，但仍反覆發作。現皮膚發紅起紅疹、乾燥搔癢，且在肘窩和膝窩處有苔癬化病灶。測驗考生必須在 8 分鐘內完成異位性皮膚炎的問診，判斷中醫証型與解釋（病情解釋）和臨床處理與衛教。

■任務：

1. 考前：依據劇本及共識影片，與訓練師試演至少一次，以確認演出之有效性。
2. 劇本未提供之訊息，在不協助/不阻礙考生得分的原則下，可自行決定回應方式，考前請向工作人員參閱評分表，以了解演出之原則與底限。
3. 考試時：心態請力持公平，不協助/不阻礙考生得分。

■場景：中醫內科門診

■起始姿勢：坐於診療桌旁，正向面對考生。

■情緒：情緒焦慮煩躁

■表情、眼神：表情不耐煩，眼神焦慮。

■肢體動作：雙手搔抓身體各處。

■對話：講話急促，口條清晰流暢。

■人員/道具：標準病人一位，皮膚病灶紙卡兩張。

■演出時間：8 分鐘

SP 開場語

醫生，我全身皮膚很癢。

SP 必問問題

1. 被動配合接受中醫四診檢查。
2. 請問中醫怎麼治療異位性皮膚炎？
3. 我平常要怎麼保養或注意甚麼？

回應考生原則

■對話：考生詢問到劇本未描述的問題，回應之原則

1. 提出劇本外的開放性問題，例如：還有沒有哪裡不舒服？還有沒有其他問題？可以回答：「還好」或「沒有」。
2. 若考生提出劇本外的封閉式問題，可以回答：「沒有」、「忘了」、「不知道」。

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	13/17	版本日期	【2019/12/26 Version5】
----------------------------------	-------	------	-----------------------

劇情

(一) 臨床資料

1. 基本資料：陳美華，22 歲，未婚，高雄人，大學四年級學生。兩歲起患有異位性皮膚炎，小時候接受過西醫治療，塗抹類固醇藥膏，病情獲得控制。平時皮膚乾燥搔癢，搔抓易脫屑；每逢考試前或情緒緊張、有壓力時，則皮膚發紅起紅疹、搔癢發作甚。此外，七歲時開始患有過敏性鼻炎，晨起鼻塞、鼻流清涕、打噴嚏。今日因異位性皮膚炎反覆發作，不堪其擾，故到中醫內科門診就診，尋求中醫的治療。

社會經濟文化背景：

學校與職業：我是高雄某大學四年級學生，平日功課壓力大，目前在準備畢業後就業(公務員)考試和研究所考試，每天晚上念書寫報告到半夜 12 點左右才就寢。目前住學校宿舍，家中有爸爸、媽媽和一個 20 歲的妹妹。

生活型態：早上七點起床，到學校上課一整天後，五點下課直接去補習班補習，九點下課後才回家。回家後繼續念書寫報告到半夜 12 點左右才就寢。周末會到學校圖書館念書。所以平時午餐、晚餐幾乎都是外食，常吃烤炸食物。

我的情緒：我的個性容易緊張，容易想比較多，有責任感，希望把事情做好，會給自己帶來壓力。尤其大學畢業後面臨就業問題覺得壓力很大。

我的態度：從小就有異位性皮膚炎和過敏性鼻炎，有接受過西醫治療，塗抹類固醇藥膏，雖然急性期緩解後，慢性期皮膚一直很乾燥易搔癢，而且膝窩肘窩處有苔癬化病灶。考試前或情緒緊張時會發作的很厲害，讓我心情很煩躁，希望能好好配合中醫調理，根絕異位性皮膚炎。

2. 個案情境與主訴：我是一位 22 歲大學學生，從小有異位性皮膚炎，這次因為異位性皮膚炎發作而到中醫內科門診就診。
3. 開場語：醫生，我皮膚很癢。

(二) 病史詢問包含：(主要臨床症狀、現在病史、過去病史可包含家族史、藥物史、過敏史、其他病史)

1. 主要臨床症狀：全身皮膚搔癢已三日。
2. 現在病史：22 歲陳小姐，自小患有異位性皮膚炎。曾接受西醫治療，塗抹類固醇藥膏，但仍反覆發作。現皮膚發紅起紅疹、乾燥搔癢，且在肘窩和膝窩處有苔癬化病灶。
3. 過去病史：兩歲開始有異位性皮膚炎，曾接受過西醫治療，之後急性發作時會去西醫就診，塗抹類固醇藥膏來緩解症狀。七歲開始有過敏性鼻炎，晨起鼻塞、鼻流清涕、打噴嚏，但沒有很嚴重，所以未積極接受治療。
4. 家族史：父母皆有過敏性鼻炎，20 歲的妹妹自小有氣喘。
5. 藥物史：異位性皮膚炎有塗抹過類固醇藥膏(被詢問則說不知道藥膏名稱)，沒有吃過中藥。
6. 過敏史：抽血檢查 IgE 升高，過敏原檢查發現對塵蟎過敏。

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	14/17	版本日期	【2019/12/26 Version5】
----------------------------------	-------	------	-----------------------

(三)身體檢查：若考生檢查皮膚病灶，請將圖卡給考生看。

	<p>肘窩、膝窩皮膚苔癬化，乾燥脫屑。</p>
	<p>身體各處發紅起紅疹、乾燥搔癢。</p>

<p>108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫</p>	<p>15/17</p>	<p>版本日期</p>	<p>【2019/12/26 Version5】</p>
--	--------------	-------------	------------------------------

劇本對白例句

病歷架構	醫師對 SP 的問題	SP 的回應
自我介紹與 確認病患	您好！我是()醫師，請問您是陳美華小姐嗎？	是的，我是陳美華，醫師您好！
問診 (主訴)	<ul style="list-style-type: none"> ● 請問您哪裡不舒服?(請問今天來看診是因為甚麼問題?) ● 您今天是因為皮膚癢來就診的嗎? 	<ul style="list-style-type: none"> ● 我全身皮膚很癢，癢到睡不著。 ● 是啊!
問診(現在 病史)	請問您皮膚癢多久了	<ul style="list-style-type: none"> ● 已經三天了。 ● 從小就有異位性皮膚炎，有接受過西醫治療，塗抹類固醇藥膏，但只要考試前或壓力大、情緒緊張時，就會反覆發作，之前都會去西醫拿藥膏來擦。但是很希望能根治，不要一直反覆發作，所以來看中醫。
	有起疹子嗎?	有紅色的小疹子
	皮膚很乾嗎?	皮膚很乾、很癢，抓了會脫屑。肘窩和膝窩的皮膚很粗而且顏色比較暗。
	有去西醫看過嗎?	有!小時候看過西醫說是異位性皮膚炎。
	西醫有給予任何治療嗎?	有!西醫開了類固醇給我擦，擦了之後會緩解，但是只要壓力大或緊張，就會再發作。
	有沒有甚麼時候會發作的比較嚴重?	考試前或情緒緊張、壓力大的時候會發作，冬天洗完熱水澡也會比較癢。
過去病史	請問有其他過去病史嗎?	我國小(七歲)開始有過敏性鼻炎，早上起床會鼻塞、流鼻水(水水的、透明的)、打噴嚏；偶爾覺得鼻子癢和眼睛癢，但是沒有積極接受治療。
	家裡有其他人有異位性皮膚炎、過敏性鼻炎等病史嗎?	爸爸媽媽都有過敏性鼻炎，妹妹有氣喘。
中醫十問	請問您最近怕冷、怕熱、有頭痛、身痛、二便順暢、食欲好嗎、胸腹悶痛、口渴嗎?	我比較怕熱，沒有頭痛胸痛，大便較硬，小便黃，食欲還好，但都吃烤炸食物比較多，常口渴喜歡喝冷飲。
處置說明與 衛教	解釋中醫証型	(點頭表示了解)嗯嗯!謝謝醫師的解釋。

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	16/17	版本日期	【2019/12/26 Version5】
----------------------------------	-------	------	-----------------------

病歷架構	醫師對 SP 的問題	SP 的回應
	1.中醫証型衛教（依証型給予飲食，生活作息建議） 2.異位性皮膚炎的衛教	(點頭表示了解)嗯嗯!謝謝醫師的解釋。 請問異位性皮膚炎平時的保養要注意甚麼呢?
	請問有沒有甚麼其他問題?	沒有，謝謝醫師。
溝通技巧 (衛教後確認病人是否有聽懂，或有無其他相關問題。)		

■診間示意圖：無。

■道具及器材：圖卡兩張。

	肘窩、膝窩皮膚苔癬化，乾燥脫屑。
	身體各處發紅起紅疹、乾燥搔癢。

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	17/17	版本日期	【2019/12/26 Version5】
----------------------------------	-------	------	-----------------------

中醫臨床技能測驗

失眠

中醫診斷(病史詢問)、臨床處理與衛教

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	1/13	版本日期	2019/10/17 Version4 final
----------------------------------	------	------	------------------------------

一、告示牌

第____站

場景：門診診間

陳先生，37 歲，失眠睡不著

二、考生指引

■背景資料：

陳志隆先生，37 歲，婚紗攝影師，主訴是失眠。

■測驗主題：

- 1.請你透過病史詢問及四診檢查，收集病人的病情資料。
- 2.依照前述的檢查結果，進行臨床處理及衛教。

■測驗時間：8 分鐘

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	3/13	版本日期	2019/10/17 Version4 final
----------------------------------	------	------	------------------------------

案例資訊

陳先生，37 歲，平日睡眠品質不佳，最近一年因為開業壓力大，經常失眠睡不著，白天精神不濟，影響工作，所以到針灸科就診。

初步的生命徵象：

體溫：37.2°C

心跳：95/minute regular

血壓（blood pressure）：140/80mmHg

呼吸速率（respiratory rate）：16/minute

身高：175 公分

體重：68 公斤

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	4/13	版本日期	2019/10/17 Version4 final
----------------------------------	------	------	------------------------------

三、考官指引

■測驗目標(可複選)：

■中醫四診 ☐望 ☐聞 ☒問 (含病史詢問) ☐切 (含脈診及身體診察)

☐病情解釋

☐醫病溝通

■臨床處理與衛教

☐單項技能操作

■考官任務提示：

1. 本站重點在四診檢查及病史收集以確認病症。
2. 評分心態是評分公平性之關鍵，評分時請保持專注。
3. 請檢視考生指引、SP 指引與評分表之測驗目標一致性，以掌握本題。
4. 請詳讀評分項目、評分說明。
5. 考前評分共識時段，請依據考題及共識會議，進行評分之熱身。

■測驗場景：☒中醫門診、☐中醫病房 ☐其他

■病情摘要

(一) 個案情境與主訴

失眠睡不著已三年。

(二) 病史詢問

1. 主要臨床症狀：失眠睡不著，需要靠安眠藥才能入睡。
2. 現病史：病人長期從事婚紗公司的攝影師時生活作息不正常，常常日夜顛倒，導致睡眠沒有規律，經常不容易入眠，三年前自己開婚攝工作室，開業的壓力導致睡眠問題更嚴重，經常不易入眠，眠淺易醒，甚至整晚睡不著，為了不影響工作，必須每晚依賴安眠藥，但是吃了安眠藥容易導致白天精神不濟，注意力不集中，容易忘記事情，家人或員工都認為我的反應變得比較遲鈍，平常比較容易煩躁發怒，口乾舌燥，胃口不佳，大便一日一次，有時兩天一次，容易腹瀉，最近發現血壓稍微偏高(140-150mmHg)，容易頭暈頭痛，尚未去看心臟科。
3. 過去病史：可包含家族史、藥物史、過敏史、其他病史
4. 家族史：父親有高血壓，祖父因大腸癌過世。
5. 個人史：
 - 飲食習慣：葷食
 - 藥物或食物過敏史：無特殊過敏史
 - 抽煙、喝酒、檳榔：無
 - 旅遊史：無
 - 運動習慣：每週運動二至三次。

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	5/13	版本日期	2019/10/17 Version4 final
----------------------------------	------	------	------------------------------

生活環境：都市。

工作型態：婚紗業者，婚紗攝影師。

(三) 身體檢查特徵

望診：患者臉色偏紅，精神不濟，注意力不集中，神情萎靡，行動及反應遲鈍。

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	6/13	版本日期	2019/10/17 Version4 final
----------------------------------	------	------	------------------------------

四、評分表

■測驗目標：中醫四診【問（含病史詢問）】、臨床處理與衛教

■測驗時間：8 分鐘

評分項目：(建議 10-15 項)	評量考生			
測驗項目：	沒有做到	部分做到	完全做到	備註
1. 禮貌自我介紹及確認病人身分	0	1	2	
2. 使用病人聽得懂的語言，避免中醫醫學術語	0	1	2	
3. 詢問主訴(包括主要臨床症狀、病程)	0	1	2	
4. 正確執行望診	0	1	2	
5. 是否進行現病史收集	0	1	2	
6. 是否進行過去病史收集	0	1	2	
7. 是否詢問用藥史	0		2	
8. 進行切診及各項身體檢查時，是否告知病人及徵詢病人同意。	0	1	2	
9. 診查後是否清楚說明病情。	0	1	2	
10. 是否依照病情執行臨床處理。	0	1	2	
11. 是否依照病情執行衛教。	0	1	2	

您認為考生整體表現如何：

整體表現	差 1	待加強 2	普通 3	良好 4	優秀 5
說明：					

評分考官簽名：_____

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	7/13	版本日期	2019/10/17 Version4 final
----------------------------------	------	------	------------------------------

五、 評分說明

1. 禮貌自我介紹及確認病人身分。(二項)
完全做到：做到自我介紹並身份確認。
部份做到：只做到其中一項。
沒有做到：完全沒提及上述二項。
2. 使用病人聽得懂的語言，避免中醫醫學術語。
完全做到：完全沒提及中醫醫學術語，或對提及的術語有清楚說明。
部份做到：提及少許中醫醫學術語，或對提及的中醫醫學術語些許說明。
沒有做到：經常提及中醫醫學術語，或對提及的中醫醫學術語無清楚說明。
3. 詢問主訴。(包括主要臨床症狀、病程)。
完全做到：有詢問到主要臨床症狀及病程。
部份做到：只有詢問到主要臨床症狀或病程其中一項。
沒有做到：完全沒有問到主要臨床症狀及病程。
4. 正確執行望診。
完全做到：有執行舌、面的望診。
部份做到：有執行舌、面的望診其中一項。
沒有做到：沒有執行任何的望診檢查。
5. 是否進行現病史收集
完全做到：有詢問現病史、過去病史、及家族史三項。
部份做到：有詢問到現病史但沒有問到過去病史、家族史。
沒有做到：只有詢問到部分的現病史。
6. 是否進行過去病史的收集。(包括家族史、個人史、過敏史)
完全做到：有完整的收集過去病史。
部份做到：只有部分進行過去病史的收集。
沒有做到：沒有進行過去病史收集。
7. 是否有問到藥物史。

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	8/13	版本日期	2019/10/17 Version4 final
----------------------------------	------	------	------------------------------

完全做到：有問到藥物史。
沒有做到：沒有問到藥物史。
8. 進行觸診及各項身體檢查時，是否告知病人及徵詢病人同意。
完全做到：都能告知病人及徵詢病人同意。
部份做到：只有部分告知及徵詢病人同意。
沒有做到：操作前完全沒有告知。
9. 檢查後是否清楚說明病情。
完全做到：有具體且清楚說明病情。
部份做到：沒有清楚說明病情。
沒有做到：沒有說明病情。
10. 是否依照病情執行臨床處理。
完全做到：有口述且正確執行臨床處理。
部份做到：沒有完整的口述且正確執行臨床處理。
沒有做到：沒有口述以及正確執行臨床處理。
11. 是否依照病情執行衛教。
完全做到：有依照病情執行衛教。
部份做到：沒有依照病情執行衛教。
沒有做到：沒有執行衛教。

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	9/13	版本日期	2019/10/17 Version4 final
----------------------------------	------	------	------------------------------

六、SP 指引(劇本)

考題說明

■測驗任務：中醫診斷(病史詢問)、臨床處理及衛教。

■任務：

1. 考前：依據劇本及共識影片，與訓練師試演至少一次，以確認演出之有效性。
2. 劇本未提供之訊息，在不協助/不阻礙考生得分的原則下，可自行決定回應方式，考前請向工作人員參閱評分表，以了解演出之原則與底限。
3. 考試時：心態請力持公平，不協助/不阻礙考生得分。

■場景：門診診間。

■起始姿勢：坐姿。

■表情、情緒、動作：表情及情緒煩躁，言語及動作遲鈍。

■人員/道具：37 歲男性。

紅點貼紙用於貼近取穴的穴位。

舌診結果圖卡

■演出時間：8 分鐘。

SP 開場語

無

SP 必問問題

無

回應考生原則

問時才回答，有問才給予對應卡片，考生詢問到劇本未描述的問題時，一律回應不知道。

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	10/13	版本日期	2019/10/17 Version4 final
----------------------------------	-------	------	------------------------------

劇情

(一) 臨床資料

1. 基本資料：

陳先生 性別：男 年齡：37 歲 婚姻：已婚 身高：175 cm 體重：72 kg 血壓：140/80 mmHg 心跳：95/min 職業：婚紗攝影工作室負責人。

2. 個案情境與主訴：失眠已經三年，嚴重時會整晚睡不著，需依賴安眠藥才能比較好入眠。

(二) 病史詢問：(包含主要臨床症狀、現病史、過去病史、家族史、個人史，個人史包括飲食習慣、藥物史、食物過敏史、是否食用煙、酒、檳榔，旅遊史、運動習慣、生活環境、工作型態)

1. 主要臨床症狀：失眠睡不著，需要靠安眠藥才能入睡。

2. 現病史：此為三十七歲的男性，為婚紗攝影工作室的負責人兼攝影師，工作時常常加班到半夜，開設個人的婚攝工作室之後，生活壓力及工作壓力更大，常常不容易入眠，眠淺易醒，常需要服用安眠藥，嚴重時會整晚睡不著，連服用安眠藥也不容易入眠，平常比較容易煩躁，容易煩躁生氣，口乾舌燥，常常容易忘記事情，平時胃口不太好，大便一日一次，有時兩天一次，容易拉肚子。最近發現血壓稍微偏高（140-150mmHg），容易頭暈頭痛，但是尚未去看心臟科，不想再因為睡眠問題影響工作，所以到醫院尋求治療。

3. 過去病史：無其他特殊疾病，近半年無感冒發燒。

4. 家族史：父親有高血壓，祖父因大腸癌過世。

5. 個人史：

飲食習慣：葷食

藥物或食物過敏史：無特殊過敏史

抽煙、喝酒、檳榔：無

旅遊史：無

運動習慣：每週運動二至三次。

生活環境：都市。

工作型態：婚紗業者，婚紗攝影師。

(三) 身體檢查：

意識：意識清楚，但是反應遲鈍

皮膚：淡紅色

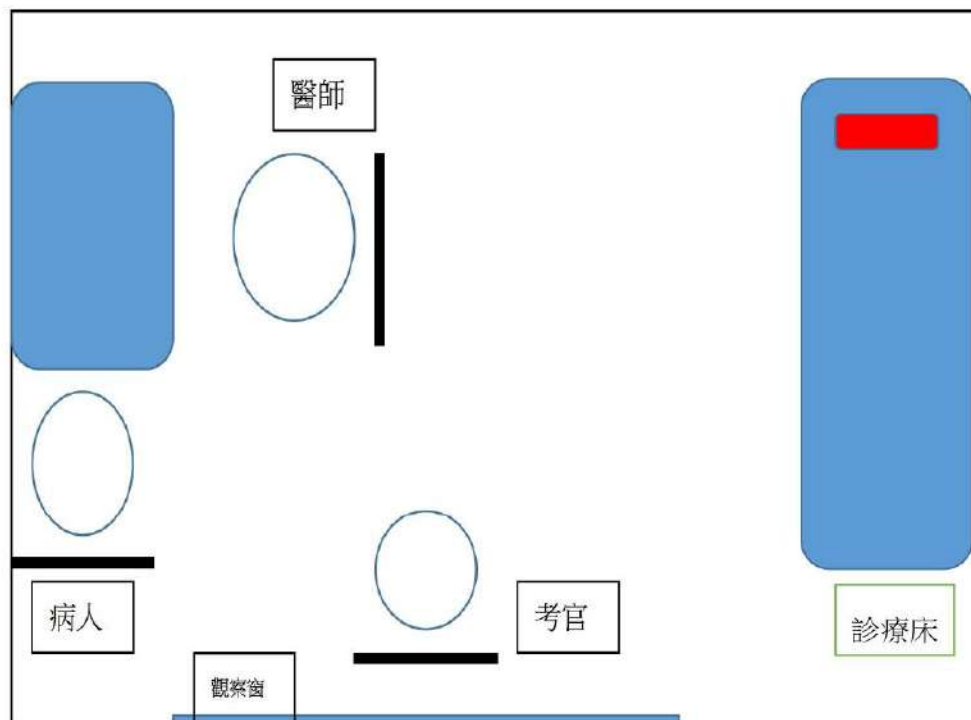
108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	11/13	版本日期	2019/10/17 Version4 final
----------------------------------	-------	------	------------------------------

劇本對白例句

	醫師對 SP 的問題	SP 的回應
開場語	您好，我是○醫師，請問您是林先生嗎？	是的，醫生您好。
主訴	請問您哪裡不舒服？多久了？	我失眠睡不著，已經困擾我三年了。
	平日躺多久才睡得著？	至少要一個鐘頭。
	睡著後會不會容易醒過來	會容易醒來
	會不會有整晚睡不著的現象？	有時會整晚睡不著。
	有服用安眠藥嗎？	每天都需要吃安眠藥，但是還是常常睡不著。
	會不會容易煩躁不安？	會很容易煩躁，很想罵人
	會不會容易口乾舌燥？	會常常口渴想喝水
	會不會有頭暈或頭痛？	有時有頭暈或頭痛，最近常常會頭暈頭痛
	考生表示要進行舌診。	出示舌相圖卡。
	考生表示要進行把脈。	等考生把完脈之後，出示脈診字卡。
	考生表示要進行針灸治療	詢問我是什麼問題，要針哪裡。
	考生表示要在患處進行針灸。	配合考生的指示，正躺或是臥姿。

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	12/13	版本日期	2019/10/17 Version4 final
----------------------------------	-------	------	------------------------------

■診間示意圖：



■道具及器材：

紅點貼紙用於貼近取穴的穴位。

舌診結果圖卡



108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	13/13	版本日期	2019/10/17 Version4 final
----------------------------------	-------	------	------------------------------

中醫臨床技能測驗

網球肘

身體檢查、病情解釋、
單項技能操作(針灸)

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	1/20	版本日期	2019/09/12 Version4 Final
----------------------------------	------	------	------------------------------

一、告示牌

第____站

場景：針灸科門診

陳小姐，48 歲。

右肘痠痛無力兩個禮拜。

二、 考生指引

■背景資料：

陳小姐，48 歲，家庭主婦。

兩個禮拜前，手提重物後感覺右手臂酸軟，兩三天之後越來越痛，無力扭毛巾、拿掃把，兩天前至旁邊診所照 X 光醫師說沒骨折，幫我打了止痛針，可是症狀沒什麼差別。因而前來針灸科門診就診。

■測驗主題：

1. 執行重點身體檢查並告知診斷
(身體檢查同時說明結果)
2. 解釋後續中醫處置
(針灸)

■測驗時間：8 分鐘

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	3/20	版本日期	2019/09/12 Version4 Final
----------------------------------	------	------	------------------------------

案例資訊

陳小姐，48 歲

身高/體重：162cm/50kg

心跳：75/min

血壓：110/70 mmHg

教育程度：高商畢業

職業：家庭主婦

生活習慣：■ 煙：0 包/天 ■ 酒：偶而 ■ 運動：很少

過去病史：無

家族史：無

藥物史及過敏史：沒有對藥物或食物過敏

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	4/20	版本日期	2019/09/12 Version4 Final
----------------------------------	------	------	------------------------------

三、考官指引

■測驗目標(可複選)：

■中醫四診 ☐望 ☐聞 ☐問 (含病史詢問) ■切 (含脈診及身體診察)

■病情解釋

☐醫病溝通

☐臨床處理與衛教

■單項技能操作

■考官任務

1. 本考試目的在於為專科醫師臨床能力之最低標準把關。
2. 評分心態是評分公平性之關鍵，評分時請保持專注。
3. 請檢視考生指引、SP 指引與評分表之測驗目標一致性，以掌握本題。
4. 本站評分重點為中醫診斷(身體檢查)、病情解釋、臨床處理與衛教、單項技能操作(針灸)，請詳讀評分項目、評分說明。

■測驗場景：■中醫門診(針灸科)、☐中醫病房 ☐其他

■病情摘要

(一) 個案情境與主訴

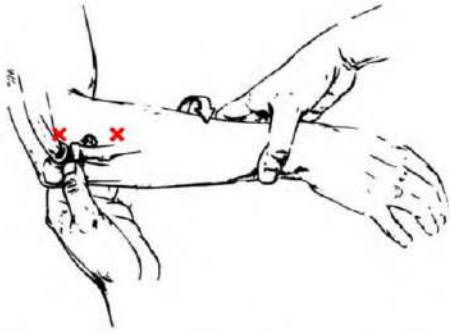
陳小姐，48 歲，家庭主婦。二個小孩(大學及高中)

平常生活：整理家理，洗碗、偶拖拖地、煮個三餐、玩電腦，洗衣用洗衣機洗，偶爾逛街。兩個禮拜前，上個禮拜過節拜拜，買了很多牲禮，提回家的時候感覺有點沉重，拜拜完手就覺得有一點點痠，沒想到這幾天手愈來愈痛，而且都沒有力氣，洗臉要扭個毛巾、擦桌子要擰抹布都擰不乾，拿個掃把或拿個拖把也會感覺很吃力，東西拖也拖不動，有時喝水拿個馬克杯，杯子也好像拿不住就要掉下去，好幾天沒做家事了，因為休息情況也不見好轉。

(二) 病史詢問

1. 主要臨床症狀：手提重物後感覺右手臂酸軟無力、疼痛兩個禮拜。
2. 現病史：兩個禮拜前，提回家的時候感覺有點沉重，拜拜完手就覺得有一點點痠，沒想到這幾天手愈來愈痛，而且都沒有力氣，無力扭毛巾、拿掃把，休息情況也不見好轉，至醫院照 X 光醫師說沒骨折。打了止痛針，可是症狀沒什麼差別。
3. 過去病史：無家族病史，無高血壓、糖尿病、開刀，目前無服用藥物，無任何藥物或食物過敏。

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	5/20	版本日期	2019/09/12 Version4 Final
----------------------------------	------	------	------------------------------

<p>4. 疼痛位置： 疼痛位於肱骨外上髁</p> <p>疼痛評估以 NRS (numerical rating scale) 為 6-8 分，平時不動時則不 痛。無其它伴隨症狀</p>	
---	--

5. 加重因素包括提重物或動手做事就會痛、手動就痛、拿東西握不住，沒力氣。
6. 緩解因子：手無抓握或無動作，痠痛緩解。
7. 伴隨症狀：沒有麻木、灼熱或其他異常感覺。

(三) 身體檢查特徵

1. 望診：右手肘肩外觀與左側對稱無異常。
2. 觸診：局部肩、肘、腕關節無紅腫、溫度正常。
3. 右手肱骨外上髁壓痛，遠心處約 5 公分(手三里穴)處壓痛。

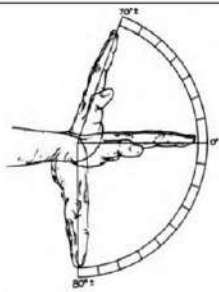
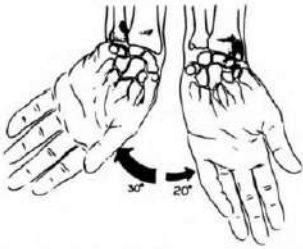
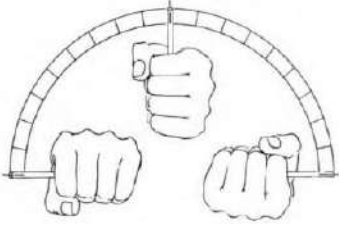
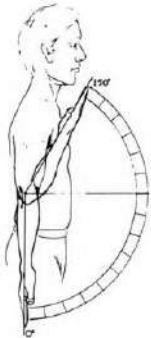
108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	6/20	版本日期	2019/09/12 Version4 Final
----------------------------------	------	------	------------------------------

3. 活動度 (ROM)

a. 主動運動 (AROM) :

腕關節背伸、旋前角度正常，**但疼痛加重。**

肘關節主動活動角度正常。

主動運動 (AROM) :	
<p>腕關節曲屈(flexion) 可達 80 度 無疼痛感</p> <p>腕背伸展(extension) 可達 70 度 但疼痛加重</p>	
<p>尺偏 (pronation) 30 度，角度正常 角度正常</p> <p>桡偏 (pronation) 20 度 角度正常</p>	
<p>旋後(Supine) 90 度 角度正常</p> <p>旋前(Pronation) 90 度 角度正常，疼痛加重</p>	
<p>屈曲可達 145 度</p>	

b. 被動運動(PROM) (由考生執行角度檢查，達此角度即疼痛)

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	7/20	版本日期	2019/09/12 Version4 Final
----------------------------------	------	------	------------------------------

被動運動 (PROM) 角度正常，無異常發現。


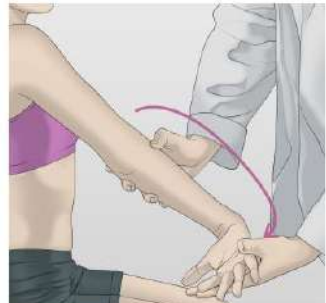
c. 肌力測試

(所有肌力皆是 5/5 分，除了腕關節伸展 4/5 分些微無力)

肌力阻抗測試：	
<p>腕關節屈曲 5/5 分</p> <p>主要測試肌肉：屈腕肌群</p>	
<p>腕關節伸展 4/5 分 且誘發疼痛。</p> <p>主要測試肌肉：伸腕肌群</p>	
<p>旋前 5/5 分</p> <p>主要測試肌肉：旋前圓肌、旋前方肌</p>	
<p>旋後 5/5 分</p> <p>主要測試肌肉：二頭肌、旋後肌</p>	

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	8/20	版本日期	2019/09/12 Version4 Final
----------------------------------	------	------	------------------------------

4. 特殊檢查：

特殊檢查：	
<p>Cozen's test 陽性</p> <p>握拳、前臂旋前 (pronation)、手腕上翹 (extension) 與 橈側彎 (radially deviation)，同時評估者施與阻力，其外上髁出現疼痛。</p>	
<p>Mill's test 陽性</p> <p>在前臂旋前及手腕完全屈曲的姿勢下，將彎曲的手肘伸直，其外上髁出現疼痛。</p>	

(四) 本案例臨床診斷與處置之參考

1. 鑑別診斷

根據身體檢查，較可能的診斷為右側肱骨外上髁炎 (lateral epicondylitis)。

2. 相關檢驗及處置

參考針灸穴位

- 阿是穴：明顯壓痛點 (阿是穴) 即一為肱骨外上髁前緣凹陷處或肱骨外上髁體後緣凹陷處
- 局部取穴：患側外關、手三里、四瀆、曲池、合谷、肘髁、尺澤、手五里、中渚穴

(五) 衛教：

- 盡量不提重物、避免肘腕關節過度使用。
- 限制腕關節的活動，如限制用力握拳、伸腕動作。

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	9/20	版本日期	2019/09/12 Version4 Final
----------------------------------	------	------	------------------------------

三、評分表

■測驗目標：身體檢查、病情解釋、單項技能操作(針灸)

■測驗時間：8 分鐘

評分項目：(建議 10-15 項)	評量考生			
測驗項目：	沒有做到	部分做到	完全做到	備註
1. 身體檢查：望診 □比較雙肘外觀是否對稱或□評估是否有異常	0	1	2	
2. 身體檢查：□確認疼痛處、□用手按壓痛點	0	1	2	
3. 身體檢查：□評估疼痛度，□並比較雙側	0	1	2	
4. 身體檢查：主動活動度檢查，肘關節：□屈曲□伸展	0	1	2	
5. 身體檢查：主動活動度檢查，肘關節：□旋前□旋後	0	1	2	
6. 身體檢查：被動活動度檢查，肘關節：□旋前□旋後	0	1	2	
7. 身體檢查：被動活動度檢查，肘關節：□屈曲□伸展	0	1	2	
8. 身體檢查：患側肌力檢查，肌力阻抗 肘關節□旋前□旋後□比較雙側 □發現腕關節伸展肌力減弱	0	1	2	
9. 特殊檢查：□Cozen's test Cozen's test：握拳、前臂旋前(pronation)、手腕上翹(extension)與橈側彎(radially deviation)，同時評估者施與阻力，其外上髁出現疼痛。	0	-	2	
10. 特殊檢查：□ Mill's test Mill's test：在前臂旋前及手腕完全屈曲的姿勢下，將彎曲的手肘伸直，其外上髁出現疼痛。	0	-	2	
11. 解釋身體檢查結果： □望診 □觸診 □主動與被動活動度檢查 □肌力檢查	0	1	2	
12. 提出總結檢查診斷 □右側肱骨外上髁炎 (lateral epicondylitis)	0	1	2	
13. 解釋中醫處置 (□針灸，須至少三個穴位以上)	0	1	2	
14. 衛教：□指導在家鍛鍊及 □應注意事項	0	1	2	

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	10/20	版本日期	2019/09/12 Version4 Final
----------------------------------	-------	------	------------------------------

您認為考生整體表現如何：

整體表現	差 1	待加強 2	普通 3	良好 4	優秀 5
說明：					

評分考官簽名：_____

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	11/20	版本日期	2019/09/12 Version4 Final
----------------------------------	-------	------	------------------------------

四、 評分說明

1. 身體檢查：望診 <input type="checkbox"/> 比較雙肘外觀是否對稱、 <input type="checkbox"/> 異常
完全做到：有說出觀察雙肘外觀是否對稱及評估雙肘是否有異常
部份做到：僅有說出觀察雙肘外觀是否對稱或評估雙肘是否有異常兩者之一
沒有做到：沒有說出觀察雙肘外觀是否對稱或評估雙肘是否有異常
2. 身體檢查：觸診 <input type="checkbox"/> 確認疼痛處、 <input type="checkbox"/> 用手按壓痛點、
完全做到：有確認疼痛處、用手按壓痛點
部份做到：僅有部分確認疼痛處、用手按壓痛點
沒有做到：沒有確認疼痛處、用手按壓痛點
3. 身體檢查：觸診 <input type="checkbox"/> 評估疼痛度、 <input type="checkbox"/> 比較雙側
完全做到：有評估疼痛度，並比較雙側
部份做到：僅有評估疼痛度，或比較雙側之一
沒有做到：沒有評估疼痛度及比較雙側
4. 檢查主動活動度檢查，並比較雙側，主動活動：肘關節 <input type="checkbox"/> 旋前 <input type="checkbox"/> 旋後
完全做到：有確認旋前旋後主動活動度，並比較雙側
部份做到：僅有確認旋前旋後主動活動度、比較雙側之一
沒有做到：沒有確認旋前旋後主動活動度、比較雙側
5. 檢查主動活動度檢查，並比較雙側，主動活動：肘關節 <input type="checkbox"/> 屈曲 <input type="checkbox"/> 伸展
完全做到：有確認屈曲伸展主動活動度，並比較雙側
部份做到：僅有確認屈曲伸展主動活動度、比較雙側之一
沒有做到：沒有確認屈曲伸展主動活動度、比較雙側
6. 檢查被動活動度檢查，並比較雙側，被動活動：肘關節 <input type="checkbox"/> 旋前 <input type="checkbox"/> 旋後
完全做到：有確認旋前旋後動活動度，並比較雙側
部份做到：僅有確認旋前旋後被動活動度、比較雙側之一
沒有做到：沒有確認旋前旋後被動活動度、比較雙側

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	12/20	版本日期	2019/09/12 Version4 Final
----------------------------------	-------	------	------------------------------

7. 檢查被動活動度檢查，並比較雙側，被動活動：肘關節<input type="checkbox"/>屈曲<input type="checkbox"/>伸展			
完全做到：有確認屈曲伸展被動活動度，並比較雙側			
部份做到：僅有確認屈曲伸展被動活動度、比較雙側之一			
沒有做到：沒有確認屈曲伸展被動活動度、比較雙側			
8. 身體檢查：患肌力檢查，肌力阻抗 肘關節<input type="checkbox"/>旋前<input type="checkbox"/>旋後 <input type="checkbox"/>比較雙側、<input type="checkbox"/>發現腕關節伸展肌力減弱			
完全做到：有確認所有肌力檢查並比較雙側，且發現腕關節伸展肌力減弱為完全做到			
部份做到：僅有確認部分方向肌力檢查、或比較雙側之一、或發現腕關節伸展肌力減弱其中之一			
沒有做到：沒有確認各肌力檢查，並比較雙側			
9. 執行特殊檢查：<input type="checkbox"/> Cozen's test			
完全做到：完整執行 Cozen's test			
沒有做到：沒有執行 Cozen's test 或檢查有誤			
10. 執行特殊檢查：<input type="checkbox"/> Mill's test			
完全做到：完整執行 Mill's test			
沒有做到：沒有執行 Mill's test 或檢查有誤			
11. 解釋身體檢查結果：正確解釋結果 <input type="checkbox"/>望診 <input type="checkbox"/>觸診 <input type="checkbox"/>肌力檢查 <input type="checkbox"/>主動與被動活動度檢查			
完全做到：有完整正確解釋身體檢查(包括所有望診、觸診、主動與被動活動度檢查、肌力檢查等)並告知結果			
部份做到：僅部分解釋身體檢查結果(望診、觸診、主動與被動活動度檢查、肌力檢查等)或解釋有誤			
沒有做到：沒有解釋身體檢查結果(望診、觸診、主動與被動活動度檢查、肌力檢查等)			
12. 提出總結檢查診斷：<input type="checkbox"/>右側肱骨外上髁炎 (lateral epicondylitis)			
完全做到：有完整正確提出總結檢查診斷(診斷為右側肱骨外上髁炎)			
部份做到：有提出總結檢查診斷，但不完整(診斷為右側肱骨外上髁炎)			
沒有做到：沒有提出總結檢查診斷(診斷為右側肱骨外上髁炎)或是有誤			

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	13/20	版本日期	2019/09/12 Version4 Final
----------------------------------	-------	------	------------------------------

13. 解釋中醫處置： □針灸，須至少三個穴位以上	
完全做到：有完整且正確解釋後續中醫處置，針灸穴位 正確合理 (所謂 正確合理 即選取穴位符合循經取穴的原則，針刺外上髁位置為大腸經與三焦經等經絡所過，因此可於兩條經絡上取穴，近端如曲池、手三里，另外也可遠處選取如外關、支溝等穴，也可針對如阿是穴、解剖位置伸腕肌痛點針刺)	
部份做到：無法完整且正確解釋後續中醫處置(針灸)或針灸穴位有誤、不合理兩者其一(符合阿是穴、伸腕肌解剖位置、大腸經三焦經等經絡位置)	
沒有做到：沒有解釋後續中醫處置(針灸)且針灸穴位有誤、不合理(不符合阿是穴、伸腕肌解剖位置、大腸經三焦經等經絡位置)	
14. 衛教：包括 □指導在家鍛鍊及 □應注意事項	
完全做到：有說明指導在家鍛鍊，並且也有說明應注意事項	
部份做到：只有說明指導在家鍛鍊，或是只有說明應注意事項之一	
沒有做到：沒有說明指導在家鍛鍊，並且也沒有應注意事項	

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	14/20	版本日期	2019/09/12 Version4 Final
----------------------------------	-------	------	------------------------------

6. SP 指引(劇本)

考題說明

■測驗任務：

網球肘- 身體檢查、病情解釋、單項技能操作(針灸)

■任務：

1. 考前：依據劇本及共識影片，與訓練師試演至少一次，以確認演出之有效性。
2. 劇本未提供之訊息，在不協助/不阻礙考生得分的原則下，可自行決定回應方式，考前請向工作人員參閱評分表，以了解演出之原則與底限。
3. 考試時：心態請力持公平，不協助/不阻礙考生得分。

■場景：針灸科門診

■起始姿勢：坐姿，等待考生進來測驗

■情緒：正常即可

■表情、眼神：面容憂愁

■肢體動作：右手疼痛，不太願意使用右手動作

■對話：音調節奏正常即可

■人員/道具：40-50 歲女性/標示貼紙

■演出時間：8 分鐘

SP 開場語

醫師我的右手痠痛無力

SP 必問問題

最後 2 分鐘，由 SP 提問：

1. 請問我怎麼了？
2. 中醫會怎麼處理？

回應考生原則

■對話：考生詢問到劇本未描述的問題，回應之原則

1. 依病情摘要回應，此外並無其餘不適。
2. 依據劇本所述，接受身體檢查時腕背伸展、旋前時疼痛劇烈，主動運動測試時受限痠痛無力，但肌肉阻抗疼痛更劇烈。

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	15/20	版本日期	2019/09/12 Version4 Final
----------------------------------	-------	------	------------------------------

劇情

(一) 臨床資料

1. 基本資料：

陳小姐，48 歲，家庭主婦。二個小孩(大學及高中)平常生活：整理家理，洗碗、偶拖拖地、煮個三餐、玩電腦，洗衣用洗衣機洗，偶爾逛街。

2. 個案情境與主訴：

兩個禮拜前，上個禮拜過節拜拜，買了很多牲禮，提回家的時候感覺有點沉重，拜拜完手就覺得有一點點痠，沒想到這幾天手愈來愈痛，而且都沒有力氣，洗臉要扭個毛巾、擦桌子要擰抹布都擰不乾，拿個掃把或拿個拖把也會感覺很吃力，東西拖也拖不動，有時喝水拿個馬克杯，杯子也好像拿不住就要掉下去，好幾天沒做家事了，因為休息情況也不見好轉。

(二) 病史詢問包含：(主要臨床症狀、現在病史、過去病史可包含家族史、藥物史、過敏史、其他病史)

1. 主要臨床症狀：手提重物後感覺右手臂酸軟無力、疼痛兩個禮拜。
2. 現病史：兩個禮拜前，提重物回家的時候感覺有點沉重，拜拜完手就覺得有一點點痠，沒想到這幾天手愈來愈痛，而且都沒有力氣，無力扭毛巾、拿掃把，休息情況也不見好轉，至醫院照 X 光醫師說沒骨折。打了止痛針，可是症狀沒什麼差別。
3. 過去病史：無家族病史，無高血壓、糖尿病、開刀，目前無服用藥物，無任何藥物或食物過敏。

(三) 身體檢查：

1. 望診：右手肘肩外觀與左側對稱無異常。
2. 觸診：局部肩、肘、腕關節無紅腫、溫度正常。
3. 右手肱骨外上髁壓痛，遠心處約 5 公分(手三里穴)處壓痛。
4. 接受身體檢查時腕背向上伸展時特別痠痛無力、尤其是手腕轉動如扭毛巾姿勢特別無力，無法完成動作，當要出力情況會更加嚴重。
5. 執行特殊檢查時，如測試握力：考生或受訓醫師請你跟他握手時，右手(患側)較左手(健側)顯得無力。將手腕上揚、扭轉與其對抗時就會酸痛、無力

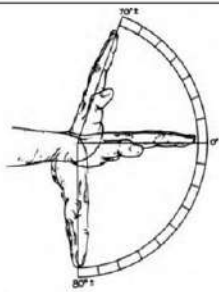
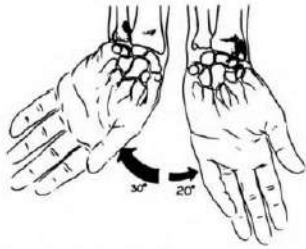
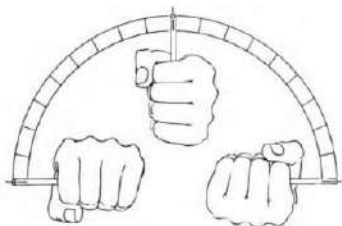
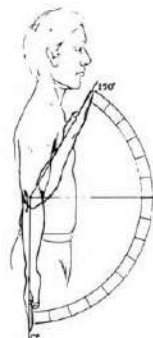
108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	16/20	版本日期	2019/09/12 Version4 Final
----------------------------------	-------	------	------------------------------

3. 活動度 (ROM)

a. 主動運動 (AROM) :

腕關節背伸只能達 30 度、旋前角度正常，但疼痛加重。

肘關節主動活動角度正常。

主動運動 (AROM) :	
<p>腕關節曲屈(flexion) 可達 80 度 無疼痛感</p> <p>腕背伸展(extension)只能達 30 度 且疼痛加重</p>	
<p>尺偏 (pronation) 30 度，角度正常 角度正常</p> <p>橈偏 (pronation) 20 度 角度正常</p>	
<p>旋後(Supine) 90 度 角度正常</p> <p>旋前(Pronation) 90 度 角度正常，疼痛加重</p>	
<p>屈曲可達 145 度</p>	

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	17/20	版本日期	2019/09/12 Version4 Final
----------------------------------	-------	------	------------------------------

b. 被動運動(PROM) (由考生執行角度檢查，達此角度即疼痛)

c. 肌力測試

(所有肌力皆是 5/5 分，除了腕關節伸展 4/5 分些微無力)

肌力阻抗測試：	
<p>腕關節屈曲 5/5 分</p> <p>主要測試肌肉：屈腕肌群</p>	
<p>腕關節伸展 4/5 分 且誘發疼痛。</p> <p>主要測試肌肉：伸腕肌群</p>	
<p>旋前 4/5 分</p> <p>主要測試肌肉：旋前圓肌、旋前方肌</p>	
<p>旋後 5/5 分</p> <p>主要測試肌肉：二頭肌、旋後肌</p>	

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	18/20	版本日期	2019/09/12 Version4 Final
----------------------------------	-------	------	------------------------------

考生或受訓醫師可能會請你：

- (1) 暴露手臂：用手按壓手臂是否有壓痛點(壓到肘部請你表現不舒服的樣子)。
- (2) 彎曲手腕或手肘：檢查手腕或手肘部屈曲與伸展
- (3) 測試握力：考生或受訓醫師請你跟他握手時，右手(患側)較左手(健側)顯得無力。
- (4) 特殊檢查：考生或受訓醫師請你將手臂伸直，用手壓住你的手背，再請你將手掌上揚與其對抗時就會痛)
- (5) 其他則視考生或受訓醫師的要求配合做。

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	19/20	版本日期	2019/09/12 Version4 Final
----------------------------------	-------	------	------------------------------

劇本對白例句

	醫師對 SP 的問題	SP 的回應
開場語	我是 000 醫師，請問你是陳女士？ 請問你的姓名？出生年月日？年齡？	是的，我是陳出曹。民國 69 年 04 月 01 日，48 歲
主訴	請問有什麼地方不舒服？	右手臂酸軟無力、疼痛兩個禮拜
現在病史	發生什麼事情？發生多久了？	兩個禮拜前，提重物回家的時候感覺有點沉重，拜拜完手就覺得有一點點痠，沒想到這幾天手愈來愈痛，而且都沒有力氣，無力扭毛巾、拿掃把，休息情況也不見好轉。
	做過什麼處置呢？	至醫院照 X 光醫師說沒骨折，打了止痛針，可是症狀沒什麼差別。
	有什麼會加重的因素？	提重物、扭毛巾、拿掃把加重痠痛。
	有什麼會緩解的因素？	休息會好一點。
基本資料	請問你的年齡？職業？	家庭主婦。46 歲停經。平常生活：整理家理，洗碗、偶拖拖地、煮個三餐、玩電腦，洗衣用洗衣機洗，偶爾逛街。
過去病史	過去有沒有病史？目前有無服用其他藥物？有無過敏史？	無高血壓、糖尿病、開刀，目前無服用藥物，無任何藥物或食物過敏。無家族病史。
	有沒有抽煙、喝酒、嚼檳榔呢？	無
病情與處置說明	考生碰觸肘部	右手肱骨外上髁壓痛，遠心處約 5 公分(手三里穴)處壓痛
	考生檢查右上臂自各方向	腕背伸展(extension)只能達 30 度， 旋前角度正常 ，但疼痛加重，無法繼續。其餘各方向角度皆可達成。
	考生說明診斷的結果	若考生忘記說明診斷，於最後兩分鐘提示：我的手怎麼了？
	考生說明中醫的處置：包括針灸穴位	若考生忘記說明中醫處置，SP 提示：我的手肘中醫要怎麼治療？

■ 診間示意圖：無

■ 道具及器材：

1. 標示貼紙。

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及臨床教學實務訓練計畫	20/20	版本日期	2019/09/12 Version4 Final
------------------------------	-------	------	------------------------------

中醫臨床技能測驗

橈骨莖突狹窄性腱鞘炎

-臨床處理與衛教

單項技能操作(針灸)

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	1/15	版本日期	【2019/11/01 Version5】 Final
----------------------------------	------	------	--------------------------------

一、告示牌

第_____站

場景：中醫針灸科門診。
王小姐，28 歲，罹患橈骨
莖突狹窄性腱鞘炎(媽媽
手)。

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	2/15	版本日期	【2019/11/01 Version5】 Final
----------------------------------	------	------	--------------------------------

二、考生指引

■背景資料：王小姐，28 歲女性，手腕疼痛無力 1 個月，骨科醫師診斷她罹患了「橈骨莖突狹窄性腱鞘炎」，俗稱「媽媽手」，因為哺乳中不想打止痛針吃消炎藥，聽朋友說「媽媽手」針灸很有效，所以求診中醫針灸科治療。

■測驗主題：

- 1.請向患者說明針灸治療計畫並操作施針。**治療穴位必須包括一主穴及一配穴。**
- 2.請衛教患者日常生活應注意預防方法。

■已明確診斷病情，請忽略中醫四診：望、聞、問（病史詢問）、切（脈診）、理學檢查。

■測驗時間：8 分鐘

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	3/15	版本日期	【2019/11/01 Version5】 Final
----------------------------------	------	------	--------------------------------

案例資訊

王小姐，28 歲，產後 3 個月，自覺右側腕部橈側疼痛，提物乏力，尤其不能做提熱水瓶倒水等動作。最近 1 個月因為彎曲手腕或扭毛巾用力時疼痛持續加重，因此去看骨科，醫師診斷她罹患了「橈骨莖突狹窄性腱鞘炎」，俗稱「媽媽手」，因為哺乳中不想打止痛針吃消炎藥，聽朋友說媽媽手針灸很有效，所以求診中醫針灸科治療。

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	4/15	版本日期	【2019/11/01 Version5】 Final
----------------------------------	------	------	--------------------------------

三、考官指引

■測驗目標(可複選)：

☐中醫四診 【☐望 ☐聞 ☐問 (含病史詢問) ☐切 (脈診)及 ☐身體診察】

☐病情解釋

☐醫病溝通

■臨床處理與衛教

■單項技能操作 (針灸)

■考官任務提示：

1. 本站重點在說明針灸治療計畫及衛教病人以完成針刺處置。
2. 評分心態是評分公平性之關鍵，評分時請保持專注。
3. 請檢視考生指引、SP 指引與評分表之測驗目標一致性，以掌握本題。
4. 請詳讀評分項目、評分說明。
5. 考前評分共識時段，請依據考題及共識會議，進行評分之熱身。

■測驗場景：☒中醫門診、☐中醫病房 ☐其他

■病情摘要

(一) 個案情境與主訴：王小姐，28 歲，產後 3 個月，自覺右側腕部桡側疼痛，提物乏力，尤其不能做提熱水瓶倒水等動作。最近 1 個月因為彎曲手腕或扭毛巾用力時疼痛持續加重，因此去看骨科，醫師診斷她罹患了「橈骨莖突狹窄性腱鞘炎」，俗稱「媽媽手」，因為哺乳中不想打止痛針吃消炎藥，聽朋友說媽媽手針灸很有效，所以尋求中醫針灸治療。

(二) 病史詢問：無

(三) 身體檢查特徵：無

(四) 本案例臨床處置與衛教之參考：

1. 臨床處置：針灸治療：取陽谿為主穴，配合谷、曲池、手三里、列缺、外關等，得氣後留針 15 分鐘，隔日一次。《中醫傷科學》，知音，ISBN 986-7825-15-2(平裝)，第 270 頁。

經絡辨證橈骨莖突腱鞘炎在經絡與手太陰肺經與手陽明大腸經有熱有關...選用經絡辨證，在臨床上能準確的判斷出疾病所在的經絡與臟腑，更有針對性的選穴針灸，療效顯著。《史堅鳴。經絡辨證在橈骨莖突腱鞘炎針刺治療中的臨床應用研究。成都中醫藥大學學報；2013，02：》

穴位名稱	取穴方法	圖片說明
陽谿	拇、食指叉開或拇指向上翹起時，在拇指直下的手腕部，出現兩條筋(一條叫伸拇短肌腱，一條叫伸拇長肌腱)與兩骨(前面是腕骨部份，後面是橈骨莖突)所構成的凹窩，本穴在這個凹窩的正當	

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	5/15	版本日期	【2019/11/01 Version5】 Final
----------------------------------	------	------	--------------------------------

	中。	
合谷	有三法：(1)在手背第一、二掌骨間，當第二掌骨橈側的中點處。(2)拇食二指合併，虎口部隆起最高點為穴。(3)以一手的拇指掌面指關節橫紋，放在另一手的拇、食指的指蹼線上，屈指當拇指尖所指處即是。	
手三里	在前臂背面橈側，陽谿和曲池的連線上，肘橫紋下 2 寸。	
曲池	有三法：(1)屈肘部，在尺澤穴與肘邊凸起高骨(肱骨外上髁)連線中點取穴。(2)屈肘部，在肘橫紋橈側端凹陷處取穴。(3)微屈肘，肘彎橫紋盡頭與肘邊凸起高骨的中點。	
列缺	有二法：(1)側掌，在橈骨莖突上方，腕橫紋上 1.5 寸。(2)患者兩手虎口相交，一手指壓在另一手的橈骨莖突上，當食指尖端到達的凹陷中即為穴區。	
外關	在前臂背側，腕背橫紋上 2 寸，在兩骨(尺骨和橈骨)間取穴。與內關內外相對。	

2. 相關衛教：

日常生活應注意預防方法

(1) 避免集中單手負重：例如，不管是媽媽或阿嬤需要抱起寶寶時，最好是使用兩手抱起，並多用無名指和小指側施力，或是利用肩膀的力量，上臂夾緊再抱起寶寶，以手肘為動作軸心，較為省力且正確。而替嬰幼兒換尿布時，宜避免使用一手抓握孩子兩腳、再提起雙

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	6/15	版本日期	【2019/11/01 Version5】 Final
----------------------------------	------	------	--------------------------------

腿和臀部的傳統作法，改成將尿布平鋪在床上，讓嬰兒從側躺轉正，使臀部落在尿布上的方式，這樣就可以減少單手過度用力。

(2) 減少拿重物的次數及時間：或是輪流更替拿重物的方式，並避免重複性進行手腕下彎動作，例如煮水時，避免將水壺盛滿才提到爐子上煮，可用小容器分次裝水倒入壺中。或是買肉時，請肉販先行分切，回家就無需自己費力剝肉。

(3) 多利用機器設備代勞：像是用洗衣機洗衣、脫水，來取代用手搓洗、擰乾。

(4) 適量運動：增加肌肉耐力，或是常做拇指伸展運動，也能有所幫助。

(5) 適度休息：上班族打電腦應把速度放慢，並減少打字、打電腦的時數，讓手部有機會休息。

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	7/15	版本日期	【2019/11/01 Version5】 Final
----------------------------------	------	------	--------------------------------

四、評分表

■測驗目標：臨床處理與衛教、單項技能操作（針灸）

■測驗時間：8 分鐘

評分項目：(建議 10-15 項)	評量考生			
測驗項目：	沒有做到	部分做到	完全做到	備註
1. 確認患者身體狀況適合針灸。	0	1	2	
2. 告知並取得患者同意針灸。	0	1	2	
3. 說明針灸治療步驟和計畫。	0	1	2	
4. 施針操作前有洗手。	0	1	2	
5. 施針操作時有消毒局部。	0	1	2	
6. 施針選擇配穴適當。	0	1	2	
7. 施針穴位的位置正確性。	0	1	2	
8. 施針操作後有洗手。	0	1	2	
9. 衛教說明日常生活應注意預防方法。	0	1	2	

您認為考生整體表現如何：

整體表現	差 1	待加強 2	普通 3	良好 4	優秀 5
說明：					

評分考官簽名：_____

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	8/15	版本日期	【2019/11/01 Version5】 Final
----------------------------------	------	------	--------------------------------

五、 評分說明

1. 確認患者身體狀況適合針灸。
完全做到：①確認患者身心狀況良好，並且②適合針灸(有排除針灸禁忌症)。
部份做到：只做到①或②其中一項。
沒有做到：完全沒有做到①或②其中任何一項。
2. 告知並取得患者同意針灸。
完全做到：①明確口述告知施針動作，並且②取得患者同意。
部份做到：只做到①或②其中一項。
沒有做到：完全沒有做到①或②其中任何一項。
3. 說明針灸治療步驟和計畫。
完全做到：有說明治療計畫，內容至少包括①施針穴位(或部位)，和 ②留針時間等兩項。
部份做到：只做到①或②其中一項。
沒有做到：完全沒有做到①或②其中任何一項。
4. 施針操作前有洗手。
完全做到：①有洗手，並且②動作正確熟練。
部份做到：只做到①或②其中一項。
沒有做到：完全沒有做到①或②其中任何一項。
5. 施針操作時有消毒局部。
完全做到：①有用酒精棉消毒，並且②擦拭部位正確。
部份做到：只做到①或②其中一項。
沒有做到：完全沒有做到①或②其中任何一項。
6. 施針選擇配穴適當。
完全做到： ①選擇配穴至少兩個穴位，並且②循經取穴，經絡辨證正確。 (取陽谿為主穴，配合谷、曲池、手三里、列缺、外關等在經絡與手太陰肺經與手陽明大腸經有關的穴位)
部份做到：只做到①或②其中一項。
沒有做到：完全沒有做到①或②其中任何一項。

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	9/15	版本日期	【2019/11/01 Version5】 Final
----------------------------------	------	------	--------------------------------

7. 施針穴位的位置正確性。

完全做到：①取穴方法正確，並且②位置未偏離在經絡與手太陰肺經與手陽明大腸經經絡循行位置。參考以下表列說明取穴方法和圖示。

部份做到：只做到①或②其中一項。

沒有做到：完全沒有做到①或②其中任何一項。

8. 施針操作後有洗手。

完全做到：①有洗手，並且②動作正確熟練。

部份做到：只做到①或②其中一項。

沒有做到：完全沒有做到①或②其中任何一項。

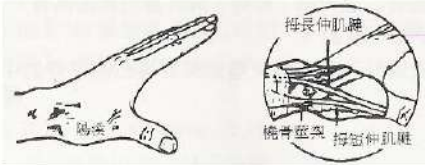
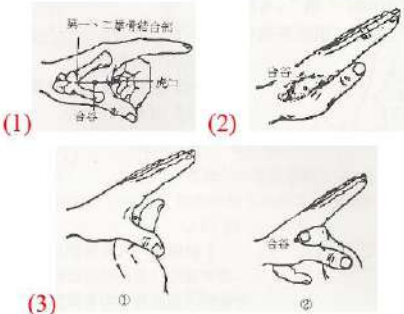
9. 衛教說明日常生活應注意預防方法。

完全做到：①有說明日常生活應注意預防方法，並且②內容至少有兩項以上正確。內容包括(1) 避免集中單手負重。(2) 減少拿重物的次數及時間。(3) 多利用機器設備代勞。(4) 適量運動。(5) 適度休息。

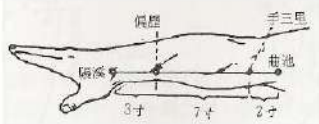
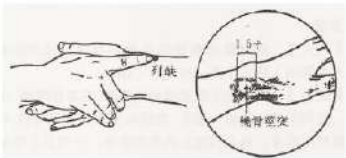
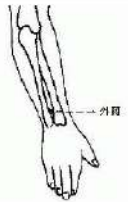
部份做到：只做到①或②其中一項。

沒有做到：完全沒有做到①或②其中任何一項。

表：施針穴位的位置取穴方法和圖示

穴位名稱	取穴方法	圖片說明
陽谿	拇、食指叉開或拇指向上翹起時，在拇指直下的手腕部，出現兩條筋(一條叫伸拇短肌腱，一條叫伸拇長肌腱)與兩骨(前面是腕骨部份，後面是橈骨莖突)所構成的凹窩，本穴在這個凹窩的正當中。	
合谷	有三法：(1)在手背第一、二掌骨間，當第二掌骨橈側的中點處。(2)拇食二指合併，虎口部隆起最高點為穴。(3)以一手的拇指掌面指關節橫紋，放在另一手的拇、食指的指蹼緣上，屈指當拇指尖所指處即是。	

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	10/15	版本日期	【2019/11/01 Version5】 Final
----------------------------------	-------	------	--------------------------------

手三里	在前臂背面橈側，陽谿和曲池的連線上，肘橫紋下 2 寸。	
曲池	有三法：(1)屈肘部，在尺澤穴與肘邊凸起高骨(肱骨外上髁)連線中點取穴。(2)屈肘部，在肘橫紋橈側端凹陷處取穴。(3)微屈肘，肘彎橫紋盡頭與肘邊凸起高骨的中點。	
列缺	有二法：(1)側掌，在橈骨莖突上方，腕橫紋上 1.5 寸。(2)患者兩手虎口相交，一手指壓在另一手的橈骨莖突上，當食指尖端到達的凹陷中即為穴區。	
外關	在前臂背側，腕背橫紋上 2 寸，在兩骨(尺骨和橈骨)間取穴。與內關內外相對。	

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	11/15	版本日期	【2019/11/01 Version5】 Final
----------------------------------	-------	------	--------------------------------

六、SP 指引(劇本)

考題說明

■測驗任務：媽媽手-臨床處理與衛教、單項技能操作(針灸)。測驗媽媽手的臨床針灸治療和衛教生活應注意預防方法。

■任務：

1. 考前：依據劇本及共識影片，與訓練師試演至少一次，以確認演出之有效性。
2. 劇本未提供之訊息，在不協助/不阻礙考生得分的原則下，可自行決定回應方式，考前請向工作人員參閱評分表，以了解演出之原則與底限。
3. 考試時：心態請力持公平，不協助/不阻礙考生得分。

■場景：中醫針灸科門診

■起始姿勢：坐姿。

■表情、情緒、動作：如果考生將您的拇指盡量屈曲握於掌心，同時將腕關節尺傾時，可引起您的手腕患處劇痛（如圖）。



圖 橈骨莖突腱鞘炎檢查法

■人員/道具：年輕女性一名，穿著輕便，短袖上衣或者袖子可以捲起來方便露出手臂以利操作檢查和治療手法。

■演出時間：8 分鐘

SP 開場語

我的手腕很痛無法用力，1 個多月了，看西醫說罹患了媽媽手，我在哺乳中不想打針吃西藥。我現在手很酸(加上甩手動作)，這幾天都沒有力氣，我聽朋友說針灸治療媽媽手很有效，醫師你可以幫我針灸一下嗎？

SP 必問問題

1. 醫師針灸會不會很痛？醫師你可以幫我針灸一下嗎？

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	12/15	版本日期	【2019/11/01 Version5】 Final
----------------------------------	-------	------	--------------------------------

2. (針灸治療完成後)我回去以後要注意什麼才不會再痛起來？

回應考生原則

■對話：考生詢問到劇本未描述的問題，回應之原則：其他不相干的問題，回答沒有或無。

■態度(神態情緒、態度與立場)：

1. 我有點無奈，現在右手手腕很痛又沒力，做家事抱寶寶用左手很不方便，好幾個月了，貼藥不見好轉，越來越痛！（嘆氣）
2. 因為哺乳中，不想打止痛針或吃消炎藥，所以想找中醫針灸治療看看！（強調，很在意、認真的表情）
3. 聽朋友說媽媽手針灸很快就好，希望醫師能夠幫我針灸一下，看看手痛會不會好得快一點！（期待盼望的心情）

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	13/15	版本日期	【2019/11/01 Version5】 Final
----------------------------------	-------	------	--------------------------------

劇情

(一) 臨床資料

1. 基本資料：

- 姓名：王小姐
- 年齡：28 歲
- 性別：女
- 語言：國語
- 身體徵狀：忽略
- 教育程度：大學畢業
- 職業：家庭主婦
- 生活習慣：無抽煙喝酒習慣
- 社會經濟背景：先生公務員，家境小康
- 家庭狀況：結婚一年多就懷孕，頭一胎男嬰，自然產，哺乳，產後 3 個月，未與公婆同住，無工作經驗，家庭主婦。

2. 個案情境與主訴：王小姐，28 歲，產後 3 個月，自覺右側腕部橈側疼痛，提物乏力，尤其不能做提熱水瓶倒水等動作。最近 1 個月因為彎曲手腕或扭毛巾用力時疼痛持續加重，因此去看骨科，醫師診斷她罹患了「橈骨莖突狹窄性腱鞘炎」，俗稱「媽媽手」，因為哺乳中不想打止痛針吃消炎藥，聽朋友說媽媽手針灸很有效，所以尋求中醫針灸治療。

(二) 病史詢問、中醫四診、身體檢查：忽略。

(三) 針灸治療和衛教：此站重點為媽媽手相關針灸治療取穴操作和衛教，請配合考生的指示呈現。當考生做出的動作力道過大，或令人感到不適時，請您立刻出聲制止或表示不舒服。

學生可能會：

- (1) 請你指出痛處：右側腕部橈骨莖突處
- (2) 按壓痛處：用手按壓到腕部橈骨莖突處請你表現不舒服的樣子。
- (3) 特殊檢查：考生請你把拇指置於手掌心，然後握拳，再將腕關節偏向尺側，也就是往小指方向偏，請你表現手腕靠大拇指附近明顯疼痛
- (4) 針刺治療時，**考生會尋找治療穴位**，則視考生的要求配合做。

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	14/15	版本日期	【2019/11/01 Version5】 Final
----------------------------------	-------	------	--------------------------------

劇本對白例句

	醫師對 SP 的問題	SP 的回應
開場語	受測者問您哪裡會痛？或請您指出痛處時，	請您用左手食指，指向右手腕部靠近大拇指那一側即可。(不用很精準或太靠近)
病情與處置說明	受測者用手按壓到您的手腕部患處痛處時，	若是按到正確的痛處(橈骨莖突處)請你表現出很痛的樣子。
	特殊檢查：受測者請你把拇指置於手掌心，然後握拳，再將腕關節偏向尺側，也就是往小指方向偏，	若是檢查動作步驟正確的話，請您表現出手腕靠大拇指附近(橈骨莖突處)有明顯疼痛。
	受測者操作針刺治療時，會請您露出手臂，或身體其他部位，以便取穴，	請您視受測者的要求配合做動作。
	當受測者做出的動作力道過大，或令人感到不適時，	請您立刻出聲制止或表示不舒服。

■診間示意圖：無。

■道具及器材：

- 1.準備乾洗手用消毒劑。
- 2.準備空針管套作為針刺用替代品。
- 3.準備酒精棉(片)擦拭局部。
- 4.建議提供針灸模型模具統一使用。

108 年輔導中醫臨床技能評估模式及 臨床教學實務訓練計畫	15/15	版本日期	【2019/11/01 Version5】 Final
----------------------------------	-------	------	--------------------------------

附件三、108 年中醫臨床醫學指導教師教學實務訓練課程師資名單

序號	姓名	執業地點	課程時數
1	李 OO	義大癌治療醫院	10
2	蔡 OO	義大癌治療醫院	10
3	唐 OO	台南市立安南醫院	10
4	張 OO	台南市立醫院	10
5	張 OO	高雄長庚醫院	10
6	游 OO	義大癌治療醫院	10
7	馬 OO	義大癌治療醫院	10
8	陳 OO	義大癌治療醫院	10
9	林 OO	義大癌治療醫院	10
10	徐 OO	衛生福利臺南醫院/中醫科	10
11	張 OO	明道中醫診所	10
12	李 OO	安世中醫診所	10
13	王 OO	奇美醫院 中醫部	10
14	黃 OO	銘祥中醫診所	10
15	陳 OO	天乙中醫診所	10
16	李 OO	旗山醫院中醫科	10
17	倪 OO	義大癌治療醫院	10
18	賴 OO	存德堂中醫診所	10
19	林 OO	華夏明医中醫診所	10
20	吳 OO	亞大附醫中醫科	10
21	莊 OO	亦生堂中醫診所	10
22	張 OO	唯心中醫診所	10
23	洪 O	福濟中醫診所	10
24	邱 OO	華夏明医中醫診所	10
25	李 OO	雲玖中醫	10
26	王 OO	中國醫藥大學附設醫院/中醫部	10
27	呂 OO	衛福部嘉義醫院/中醫科	10
28	邱 OO	立仁中醫	10

序號	姓名	執業地點	課程時數
29	林 OO	亦生堂中醫診所	10
30	朱 OO	仁大中醫診所	10
31	周 OO	仁愛中醫診所	10
32	黃 OO	建昌中醫診所	10
33	楊 OO	明匠中醫診所	10
34	李 OO	奇美醫院中醫部	10
35	曾 OO	盈泰診所	10
36	洪 OO	調明中醫診所	10
37	陳 OO	吉泰中醫診所	10
38	黃 OO	三合貴中醫診所	10
39	林 OO	義大癌治療醫院	10
40	蔡 OO	心保泰中醫診所	10
41	林 OO	衛生福利部屏東醫院中醫科	10
42	陳 OO	健仁醫院	10
43	邱 OO	高雄榮民總醫院	10

附件四、中醫內科/針灸科專科醫師試辦訓練受訓學員名冊

序號	受訓期間	學員姓名	服務機構	備註
1	2019-01-01~2020-12-31	陳 OO	義大癌治療醫院	針灸科
2	2019-01-01~2020-12-31	陳 OO	義大癌治療醫院	中醫內科

刊 名：中醫藥年報（線上版）

副刊名：第十一期

出版機關：衛生福利部

發行人：薛瑞元

編輯委員：黃怡超 黃純英 林美智 蔡素玲 賴芳林 陳昭蓉 謝采蓓

助理編輯：陳禹璋 陳慧馨 林吟霏 陳穎蓉 陳威濤 蘇楠雄 蘇葦娟

地 址：臺北市南港區忠孝東路六段 488 號

網 址：<http://www.mohw.gov.tw>

電 話：(02)8590-6666

傳 真：(02)8590-7076

出版年月：2022 年 12 月

創刊年月：2012 年 10 月

期刊頻率：年刊

GPN：4810702609

ISSN：2305-087X

©欲利用本資料全部或部分內容者，須徵求衛生福利部同意或書面授權©