

佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院 外科部住院醫師訓練計畫書



外科部 編

一零九年六月修

1. 綜合資料
 - 1.1 基本資料
 - 1.2 訓練課程
2. 宗旨與目標
 - 2.1 訓練宗旨與目標
 - 2.2 訓練計畫執行架構
3. 專科醫師訓練教學醫院條件
4. 住院醫師訓練政策
 - 4.1 督導
 - 4.2 工作及學習環境
 - 4.3 責任分層及漸進
 - 4.4 公平處理住院醫師之抱怨及申訴
5. 師資資格及責任
 - 5.1 主持人
 - 5.2 教師
 - 5.3 其他人員
6. 訓練項目、課程及執行方式
 - 6.1 訓練項目
 - 6.2 核心課程
 - 6.3 臨床訓練課程設計
 - 6.4 臨床訓練項目與執行方式
 - 6.5 臨床訓練執行方式
7. 學術活動
 - 7.1 科內學術活動
 - 7.2 跨專科及跨領域之教育
 - 7.3 其他醫療品質相關學習課程
8. 專科醫師訓練特定教學資源
 - 8.1 臨床訓練環境
 - 8.2 教材及教學設備
9. 評估
 - 9.1 住院醫師評估
 - 9.2 教師評估
 - 9.3 訓練計劃評估

1. 綜合資料

1.1 基本資料：

計畫名稱	外科部住院醫師訓練計畫		
計畫負責單位	外科部		
計畫主持人	程建博	職稱	主任
聯絡電話	(02)6628-9779#5708	傳真號碼	(02)6628-9009
E-mail	xd909042@tzuchi.com.tw	現職單位	胸腔外科
計畫聯絡人	程建博	職稱	主任
聯絡電話	(02)6628-9779#5708	傳真號碼	(02)6628-9009
E-mail	xd909042@tzuchi.com.tw	現職單位	胸腔外科

1.2 訓練課程：

依據行政院衛生福利部 104 年 3 月 27 日衛福部公告「外科專科醫師訓練課程基準」辦理。外科集臨床疾病診斷、治療、各科外科手術、加護病房之工作及外科急症之處理等學識之大結合，工作範圍廣泛，與各科都有相關連，依其特殊次專長可以概分下列數種：

- ◇ 一般外科
- ◇ 大腸直腸外科
- ◇ 小兒外科
- ◇ 胸腔外科
- ◇ 心臟血管外科
- ◇ 神經外科
- ◇ 骨科
- ◇ 整形外科
- ◇ 泌尿科
- ◇ 麻醉科
- ◇ 重症（外科）照護
- ◇ 急診醫學科

2. 宗旨與目標

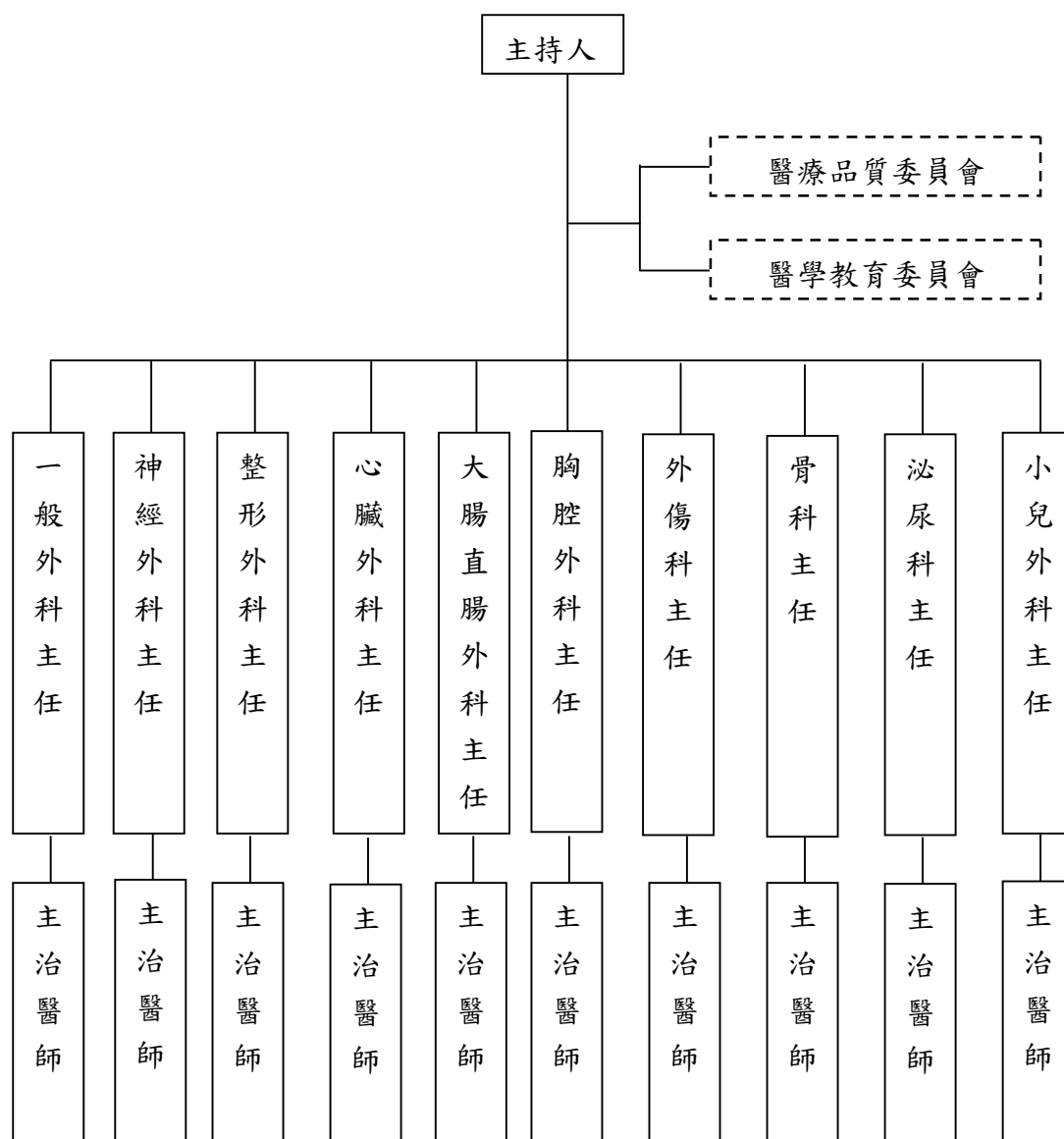
2.1 訓練宗旨與目標：

2.1.1 訓練宗旨為培養具備外科科學診療能力及積極創新思維之外科專科醫師。

2.1.2 訓練目標

- (1) 具備全人醫療及以病人為中心的理念與態度。
- (2) 熟悉各種外科相關疾病之診斷及風險評估與治療。
- (3) 熟悉各種外科相關疾病之手術技術及術前、術後之處理。
- (4) 熟習外科相關檢查之操作技術及判讀。
- (5) 具備外科相關之臨床及基礎研究與論文發表能力，以培育外科之臨床與研究人才與師資。
- (6) 資深住院醫師應學習以老師身份指導資淺住院醫師、實習醫學生及科內專師。
- (7) 總住院醫師要肩付行政工作及科內研究。
- (8) 學習如何做跨科部整合，成為獨當一面之領導者。
- (9) 學習並參與國內外學術會議，跨上國際舞台。

2.2 訓練計畫執行架構：除外科部(行政)主管外，住院醫師之外科專科醫師訓練計畫另設有主持人。科部內設有教育委員會，且科部主管與訓練計畫主持人為當然委員，負責督導、監督與討論訓練計畫相關事宜，委員會需有住院醫師代表參與(圖一)。



圖一、訓練計畫執行架構圖

3. 專科醫師訓練教學醫院條件：

3.1 衛生福利部教學醫院評鑑資格：通過衛生福利部教學醫院評鑑合格，為招收外科住院醫師訓練之必要條件。

3.1.1 經衛生福利部公告教學醫院評鑑合格，且可收訓職類包含住院醫師者。

3.1.2 外科專科醫師訓練醫院資格。

- (1) 本院目前有 **三十四位** 第三年（含）以上之外科專科醫師且執登於院內至少滿一年的專任醫師。
- (2) 設有外科部，且為醫院一級醫療單位，主管應為專任主治醫師。
- (3) 外科部應有監督外科醫療品質及行政協調之機制，且應定期開會備有記錄，執行各項教學計畫之審查及推動與訓練成果之評估。

4. 住院醫師訓練政策

4.1 督導：

住院醫師的臨床作業有教師督導，訓練計畫主持人有與教師溝通以達完美教學的責任，並確保病患能夠獲得優質且安全的醫療與照顧。所有督導作為都要有完善的紀錄。

4.2 工作及學習環境：

提供及維持良好的工作環境，使住院醫師能在合理的工作條件及時數下達到學習與訓練的目的。

4.3 責任分層及漸進：

住院醫師需要接受臨床訓練，具備直接照顧病人的臨床經驗，並依其年資及能力，賦予不同的責任分層。資深住院醫師亦有指導及照顧資淺住院醫師的責任，主持人與臨床教師則有指導與督導的責任，並對整個醫療及訓練過程負全責。主持人與臨床教師依住院醫師的年資及其已經具備的能力給予適合其能力的手術或操作訓練，逐步提昇其臨床診療的能力。在循序漸進的訓練下，完成訓練的住院醫師除了能獨當一面，適當的照顧病人之外，並具備充分的團隊領導，以及對其他住院醫師及醫學生的教學能力。

4.4 公平處理住院醫師之抱怨及申訴：

設有住院醫師導師制度，另設有申訴制度得以建立申訴公平處理的機制及流程。在此精神下得由院級教育委員會或外科部之工作小組，定期開會及與住院醫師座談，處理、解決問題。

5. 師資資格及責任：

主持人是住院醫師訓練計畫的負責人，負責住院醫師訓練計畫相關的行政及教育工作，教師則協助主持人共同完成整個訓練計畫的執行與完善。包括：住院醫師遴選、教育、監督、商議、評估及晉升等，並對這些活動以及學術成果保持完整的紀錄。

5.1 主持人：程建博醫師

5.1.1 資格：

主持人為住院醫師訓練計畫的負責人，必須對臨床教育以及行政有足夠的經驗。主持人需具備領導才能。整合科內人力及資源，致力於專科醫師訓練，盡責達成訓練目標。主持人需具外科專科醫師資格三年以上，並在其專科領域內聲譽良好。

5.1.2 責任：

- (1) 主導及擬訂住院醫師的教育目標，包括專科知識及一般治療技術、制定住院醫師在每一年進展的標準，以及定期的訓練成果評估。
- (2) 負責規劃住院醫師之遴選作業。
- (3) 督導教師及外科各學科內人員協力達成訓練目標。
- (4) 制定並督導住院醫師對病人照顧分層負責的原則。外科住院醫師接受兩年的外科基本訓練之後，即開始接受次專科外科專科訓練，其訓練過程如下：
 - A. 第一年住院醫師：瞭解各次專科常見疾病、熟習外科手術之原則、處理常見之併發症及內科疾病、糖尿病、高血壓、敗血性休克、出血性休克、IICP 等等、病例報告與討論能作完善之、能獨立做專題報告一次。

- B. 第二年住院醫師：除外科各次專科訓練外，視臨床工作及教學之需要，至放射科、病理科及外科實驗室及急救、加護等單位接受外科醫學相關之訓練。
 - C. 第三年住院醫師：熟習某次專科之疾病診斷、治療及各種外科以及加護病房工作，尤應注意外科急症之處理、需在專科醫師指導下撰寫論文及研究報告。
 - D. 第四年住院醫師：參加國際研討會完成論文發表、具備次專科診療能力，並能獨立執行常規之手術、除接受臨床訓練外亦接受行政訓練及教學訓練。
 - 臨床訓練：在專科醫師指導下，負責外科急診或緊急診療之第一線工作，協助專科（主治）醫師完成或在其監督下完成手術。
 - 行政訓練：包括：安排門診作業、安排實習醫學生及住院醫師值班工作、參與科部行政會議、教育委員會以及學術會議的籌備工作。
 - 教學訓練：協助實習醫學生及住院醫師教學，並參與考核工作。
- (5) 制訂住院醫師評估制度（包括知識、技能及態度）延續 PGY 訓練之精神。
 - (6) 注意住院醫師因情緒及精神上的壓力，或藥物、酒精成癮對工作執行及學習程序上的負面影響。主持人有責任在必要時提供輔導，以協助有問題之住院醫師面對問題。
 - (7) 提供正確的書面或電子檔報告呈現台灣外科醫學會品質管理委員會與衛生福利部專科醫師訓練計畫認定會所要求的工作報告，包括每位住院醫師經過各專科輪訓學習的術式統計等。
 - (8) 對台灣外科醫學會品質管理委員會與 RRC 報告住院醫師訓練計畫的重大的改變，包括主持人人選更換、教師變更、主訓練醫院以及合作訓練醫院的合約變動。

5.2 臨床教師

5.2.1 師資名單：

教師應能做適當的督導及教學，且能結合臨床醫學及適當有關基礎醫學來完成住院醫師的教育工作。師生比 1:3，以利維持良好的教學品質。

- (1) 一般外科暨消化外科：張耀仁、游憲章、伍超群、賀玢、李朝樹、賴介文、陳家輝(兼)、張健輝、陳彥志及當月住院醫師。
- (2) 大腸直腸外科：蕭光宏、陳莊偉、呂宗儒及當月住院醫師。
- (3) 小兒外科：陳克琦。
- (4) 整形外科：盧純德、張孟宗、魏林瑰、李京軒。
- (5) 心臟血管外科：張燕、譚大中、蔡貴棟、宋鎮宇、羅崇祐及當月住院醫師。
- (6) 胸腔外科：程建博、謝旻孝及當月住院醫師。
- (7) 神經外科：戴伯安、徐賢達、黃國烽、李定洲、陳幸鴻、龔煥文及當月住院醫師。
- (8) 泌尿外科：楊緒棟、謝政興、張尚仁、林佳達、游智欽、許竣凱、羅啟文及當月住院醫師。
- (9) 骨外科：黃盟仁、林坤輝、洪碩穗、曾效祖、王禎麒、周博智、劉繼元(兼)、李宜軒、胡家榮、吳宗樵(兼)及當月住院醫師。

(10)外傷科：劉繼元、吳宗樵、陳家輝。

5.2.2 責任

(1) 教師必需對訓練住院醫師付出足夠的時間，並展現對教學的濃厚興趣。教師應具備臨床教學的能力，支持訓練住院醫師的目標。

(2) 教師在臨床治療方面不但要有優良的醫術，並且在對病人的愛心及倫理方面也要力求完美，以作為住院醫師的身教。教師要遵守終身學習的原則，隨時更進步。

(3) 教師們需要參與科內定期的檢討會，檢討教學目標、執行及教學效果。主持人應定期統計檢討教師教學貢獻度、出席率提供科部主任作為考核參考。

5.3 其他人員：由外科部醫務助理負責管理專科資料及有關住院醫師的事務。

6. 訓練計畫、課程及執行方式

訓練項目、訓練時間及評核標準內容詳如「外科專科醫師訓練課程基準」(如附件一)。

6.1 訓練項目：主持人及教師需準備教育目標的書面報告，所有教育項目應符合教育目標。

所有教育項目計畫及組織需經過台灣外科醫學會品質管理委員會與 RRC 的評估程序。

6.2 核心課程 (Core Curriculum)：按照 RRC 與台灣外科醫學會品質管理委員會的規定制定學科的核心課程，包括完成訓練成為一位專科醫師所需的教育背景及項目。

6.3 臨床訓練課程設計：書面訓練課程計畫之訓練課程及訓練方式依不同年級住院醫師訓練需求來訂定課程綱要及核心能力。

6.3.1 根據外科專科醫師訓練課程基準訂定訓練計畫。

6.3.2 依據台灣外科醫學會規定，訂定外科住院醫師考核表，依不同層級住院醫師實施考核及核心能力要求。

6.3.3 依據台灣外科醫學會訂定之外科專科醫師訓練需完成的手術種類及項目表要求(附件二)，確實完成最低基本要求(附件三)。若訓練醫院無法提供住院醫師完成足夠手術訓練，主訓練醫院應重新組合聯合訓練計畫達成最低基本要求，並且向 RRC 與台灣外科醫學會品質管理委員會報告獲得認可，若無法在合理期限內改善，則應取消其訓練計畫。

6.4 臨床訓練項目

6.4.1 臨床教育包括實際住院、門診及急診病人的直接診療照顧、臨床討論會及病歷寫作。

6.4.2 訓練學科要有足夠的病人及各種不同的病況以作充足的住院醫師臨床教學。住院醫師有延續及完整性的病人照顧責任，此責任應隨住院醫師的年資而提昇。

6.5 臨床訓練執行方式：訓練內容包含全人醫療、病人安全、醫療品質、醫病溝通、醫學倫理、醫事法規、感染控制、實證醫學及病歷寫作等及如何處理醫療不良事件。目前除落實於每日臨床照護工作中，另配合衛生福利部及醫策會政策。

6.5.1 住院醫師到職訓練：

(1) 由訓練醫院統一辦理新進住院醫師之安全防護，使其瞭解醫院工作環境及安全防護(含疫苗接種)。並舉辦實務操作前說明，使其瞭解各項醫療處置及檢查操作之安全規定，且提供相關防護設備供其使用，並經由演練獲得相

關操作經驗。

- (2) 住院醫師照護之疾病類型依核心項目安排，以期住院醫師能充分掌握核心技能。
- (3) 落實由主治醫師、住院醫師及實習醫學生組成的團隊教學訓練，其中住院醫師負責病患照顧及相關衛教，以及擔負指導監督實習醫學生臨床學習之任務，並由主治醫師負責指導監督。
- (4) 住院醫師每人每日照護床數上限為 15 床，值班訓練平均不超過 3 天 1 班，不得超時值班，不得連續值班。
- (5) 值勤工時規定：
 - A. 非值班日：每日正常工作時間不得超過 10 小時，但期間應有短暫休息。下班後業務由值班醫師負責。
 - B. 值班日：每次勤務正常工作時間不得超過 25 小時，但期間應有短暫休息。值班日下班為 DAY OFF，白天工作須安排代理，不得延長工時。
 - C. 兩次值勤時間至少應間隔 10 小時休息時間
 - D. 每四週正常工作時間不得超過 283 小時為原則。
 - E. 每 7 日中至少應有一日完整 24 小時之休息，作為例假。
 - F. 每日出勤醫院規定進行簽到、簽退作業。
- (6) 各層級住院醫師值班數規範：排班人數足夠情況下，依層級值班上限數排班，若排班人數不足，則以不超過四周值勤工時(283小時)為原則。
 PGY、R1、R2上限為8班；
 R3以6~7班為原則；
 R4、R5以3~5班為原則，每人每月假日值班數以2~3班為上限。
- (7) 值班接新病人管理機制：

值班醫師及值班專師工作分流簡表		
	值班專師在醫師監督指示下可執行以下事項	值班醫師(PGY1/PGY/R)
W1~W5	1. 接隔日常規刀入住新病人 2. 處理病人問題(一線，若有PGY1值班則由PGY1優先處理問題)	1. 接急診，非隔日常規手術入住新病人 2. 處理病人問題(PGY1一線，PGY/R二線)
W日、 國定假日	1. 接隔日常規刀入住新病人 2. 處理病人問題二線	1. 接急診，非隔日常規手術入住新病人 2. 處理病人問題(PGY1一線，PGY/R二線)) 3. 處理醫師查房醫囑
備註	處理病人問題包含探視術後未回病人	

- (8) 每週安排住院醫師接受一次住診教學(團隊教學訓練)。主治醫師教學時，會分析病情及示範診療，使住院醫師瞭解病人病情，並適時教導住院醫師考慮醫學倫理與法律等相關問題。

- (10) 每月安排住院醫師接受一次教學門診，對初診或醫師約診之病患，詳問病情，經過身體理學檢查，做簡單扼要之病歷記錄，及初步診斷，列舉其它可能疾病之鑑別診斷步驟(實驗檢查項目)並與專科主治醫師討論，可於專科主治醫師指導下予以住院收療或門診用藥治療。
 - (11) 教學演講與學術討論會：科部所有住院醫師應定期參與晨會、臨床研討會、學術期刊討論會等會議，由主治醫師負責指導，並針對會議內容與住院醫師討論。指定之科部教學演說及學術討論會，其時間內容及地點詳見於「教育訓練活動表」(附件四)。在此類會議中，住院醫師應注意主治醫師主持會議之內容，並利用機會自行練習主持此類會議。
 - (12) 研究相關規定：需在專科醫師之指導下撰寫論文及研究報告，住院醫師訓練期間若完成論文發表，參加專科醫師考試時，得依外科專科醫師甄審原則規定加分。
 - (13) 住院醫師接受訓練之記錄，如手術案例紀錄(附件五)及學習歷程檔案，每季協助將住院醫師手術訓練記錄之電子檔傳送至台灣外科醫學會存檔備查。
- 6.5.2 病歷寫作訓練：住院醫師病歷寫作完整且品質適當，主治醫師均能對住院醫師之病歷記載做複簽及必要時予以指正。
- (1) 病歷紀錄時，應注意需符合病人實際情形，其內容如主訴、病史、身體檢查、實驗室及影像檢查、診斷與診療計畫等，應呈現合理邏輯。
 - (2) 病歷紀錄時，應視情況需要紀錄下列事項：
 - A. 病人在身、心、社會層面的問題。
 - B. 醫師對診療過程之修正及改進。
 - C. 尊重病人自主，做好知情同意。
 - D. 身體檢查(physical examination)或器官系統檢查(system review)之結果，如以查檢表方式勾選者，對於陽性結果(positive findings)或有意義的陰性結果(negative findings)應加註說明。
 - (3) 主治醫師對住院醫師製作之病歷或診斷書會給予核閱並簽章，並給予必要之指正或評論。
 - (4) 外科部住院醫師除需參加醫院安排之病歷教學活動外，每月應自備一份病歷，由當月指導教師依據病歷寫作評核項目(附件十六)進行一對一修改及教學，以提升住院醫師寫作病歷及開立診斷書等醫療證明文書之能力，當月需將修改病歷繳至教學部。
- 6.5.3 病房基本訓練(含時數、內容、紀錄)：於外科專科醫師訓練期間實施全方位訓練，且依外科專科醫師訓練課程基準接受各次專科要求之訓練。
- (1) 住院醫師每人每日照護床數上限為 15 床。
 - (2) 負責新住院病人之醫囑，並予適當之臨時診療方法。但有危險性之病人，應立即通知住院總醫師及主治醫師，接受指導；另進行有危險性之檢查方法，亦應在上級醫師指導下始能進行。
 - (3) 對新入院病人之臨床病史、一般理學檢查及各系統特殊理學(如神經學…)

檢查，應在入院二十四小時內完成書寫，並記下病人之初步診斷—臆斷 (Impression)。

- (4) 伴隨主治醫師 (教師) 作巡診，並督導實習醫學生及 PGY 學員報告病情，記下主治醫師對病人之診斷意見，並依其意見修改醫囑、臆斷及診療方法。
- (5) 適時對實習醫學生示範並指導外科學的理學檢查之方法。
- (6) 應負責病人死亡記錄、接收轉科病歷、出院病歷摘要之書寫及承上級醫師之指示，開列診斷證明書、死亡診斷書、特種藥物申請單、會診申請單、特種檢查申請單等。在上級醫師副署下簽章負責。
- (7) 遇有病人病危時，應通知上級醫師，並承上級醫師之指示，發出病危通知單，病況好轉時，則取消其通知。
- (8) 病人出院時應書寫出院病歷，並承上級醫師之命，給予病人各種衛教出院及指示。

6.5.4 門診訓練為訓練住院醫師有較多自行判斷診療之能力與經驗。

- (1) 負責複診病人之診治，如有疑問，則商詢上級醫師協助解決；但如病人須收容住院診治時，則必須商詢主治醫師簽署。
- (2) 一般處方可自行簽發；但如遇費用較高或特殊治療之處方，則應請主治醫師核可副署。
- (3) 一般檢驗室檢查申請，可自行簽發；如遇特殊檢查之申請單應由主治醫師副簽。
- (4) 協助主治醫師指導實習醫學生之住診教學工作。

6.5.5 急診或重症加護訓練住院醫師訓練重點之一在於學習如何適當處理急症病人。

- (1) 輪流急診值勤，在住院總醫師指導下，負責急診病人之病歷記錄，必要之各種檢查，並決定其臆斷與適當之緊急治療。熟悉處理因外科急症引起之需接受緊急處置的病人。如有困難時，則應即刻請主治醫師協助處理。
- (2) 對於判定不宜於門診診治之病人，應主動收容住院診治或暫在急診室觀察；如病情仍有惡化時，應報請住院總醫師收容住院診治。

6.5.6 會診訓練：在教師指導下進行各次專科會診以完成所需訓練。

6.5.7 全人照護訓練：落實於各臨床科別住診、門診、急診教學及跨領域團隊訓練，透過參與醫療團隊照護病人，以學習全人照護之臨床能力及五大面向評估(附件十五)。

- (1) 身(Physical dimension)：請學員評估病人的食慾、睡眠及疼痛狀態(第五個生命徵象)，及其他影響病人身心狀況的身體症狀，嘗試找出這些身體狀況的可能原因。臨床上常見病人之食慾與睡眠同時被身體症狀、疼痛與心理壓力影響的情況，故評估重點在於身體狀況的可能原因，及與其他面向之因果關係是什麼？及是否需要營養師或疼痛科醫師的協助。
- (2) 心(Psychological dimension)：病人的情緒狀態是第六個生命徵象。請學員練習評估病人的簡式健康量表(心情溫度計)分數，描述病人的情緒狀態(憂鬱、焦慮、擔心、害怕、憤怒、無望感...)及情緒困擾程度。若病人表現出情緒困擾，則請學生接著評估其可能原因為何？及是否需要心理師或身心科醫師的協助。
- (3) 靈性(Spiritual dimension)：請學員練習評估病人的宗教信仰，並進一步請學

員利用三個引導問題，了解病人的靈性狀態，探詢病人是否需要靈性上的支持，以及內心擔憂放不下的事。許多重症病人可能表現出靈性需求，如擔心死亡或來生，對過去行為後悔，掛心家屬的未來等等，可適時尋求宗教人員的協助。

(4) 家人及家庭(Family dimension)：請學員練習評估病人的主要照顧者與支持系統，可另畫家族樹以表達之。家人及家庭常是病人的最大支柱，然而現在有越來越多的小家庭、外籍配偶、離婚或單身族群，其支持系統薄弱，需要其他家屬、朋友或志工的關懷。有時病人與主要照顧者間可能出現矛盾或衝突，需要第三者(如社工師)介入協調或召開家庭會議處理。

(5) 社會(Social dimension)：請學員練習評估病人的職業，或其父母或主要照顧者的職業與經濟狀況，及是否需要社工師的協助或需要社會資源的挹注。

制定全人照護訓練項目如下，課程結束後並繳交相關紀錄：

項次	訓練方式	訓練內容/頻率	紀錄
1	住診教學	身、心、靈、社會及醫學倫理或法律等問題 頻率：一次/每周	教學紀錄表
2	教學門診	身、心、靈、社會及醫學倫理或法律等問題 頻率：每個月一次	教學紀錄表
3	人文早會	頻率：鼓勵參加	-
4	院外訪視(含義診)	偏鄉義診、家訪 頻率：一年一次	義診：- 家訪：教學紀錄表
5	新人體驗營	頻率：新進人員必需參與乙次	-
6	全人照護案例分析	健康照護矩陣、全人醫療案例 身、心、靈、社會及家庭等問題 頻率：一次/一年，安排科內晨會進行案例討論	健康照護矩陣紀錄單 全人醫療教學紀錄表 五大面向評估表 IPE教學紀錄單
7	全人照護分享競賽	頻率：每年乙次；鼓勵住院醫師參加	-

6.5.8 跨領域團隊訓練：

(1) 住院醫師需參與各科/病房跨團隊照護會議，例：聯合照護案例討論會(combined conf)、共同照護(combined care)、出院準備服務、家庭會議、跨團隊會議、腫瘤團隊會議…。

(2) 住院醫師應在主治醫師指導下，進行案例報告，一年至少完成 2 次 IPE 訓練，並繳交以下相關紀錄：

- 跨領域團隊合作教學自我評量問卷(前側)
- 跨領域團隊合作教學自我評量問卷(後側)
- 跨領域團隊合作教學活動意見調查
- 跨領域團隊合作照護教育訓練(IPE)教學紀錄表

6.5.9 醫學模擬訓練：訓練醫院應提供醫學模擬訓練，以減少醫療失誤及提升臨床醫療技能，例如：動物實驗模擬手術..等。

6.5.10 手術室工作：

- 督導實習醫學生做好各種手術前之準備工作，資料之收集以及手術後之照顧。
- 在上級醫師指導下，得施行各種外科系基本手術。其他困難之次專科手術及高科技器械協助手術，則可擔任第一助手。(如附件二與三、外科專科醫師訓練需完成的手術種類及項目表，其中詳列住院醫師在訓練醫院專科醫師指導下可完

6.6 創新訓練課程及評估策略：

6.6.1 外科部實施創新訓練課程為：大白鼠顯微手術訓練

6.6.2 實施對象：住院醫師

6.6.3 頻率：一次/一季

6.6.4 進行方式：

- (1) 麻醉方式：利用 Zolitel + xylazine 腹腔注射的方式在麻醉之後，執行氣管內管插管手術，並剔除腹部毛髮。
- (2) 手術練習如下：
 - * 股動脈縫合
 - * 股靜脈縫合
 - * 腎動脈及腎靜脈分離及腎臟切除加上自體移植手術
- (3) 手術結束：送至動物室協助利用過量 CO₂ 或頸椎脫臼(Cervical Dislocation)將實驗大白鼠做安樂死，並將大體縫合。
- (4) 手術停止以及暫停：若大白鼠於手術中發生麻醉藥物麻醉效果不良躁動狀況，將視情況補充麻醉藥物，若成效不佳，則考慮停止手術。

6.6.5 評估方式：

- (1) 撰寫教學指導與討論內容/學習心得(簡明扼要即可)，完成教學紀錄表並簽名，繳交至教學部
- (2) 課後完成 DOPS 紀錄單

7. 學術活動：

住院醫師的訓練需要在主持人及教師們建立及維持的濃厚學術環境下進行，在此環境之下，住院醫師要勤於參加學術討論才能繼續進步，學習新的知識，更進一步要學習評估研究結果，養成詢問的習慣，繼續提升臨床上的責任。教師需要參加住院醫師訓練相關之學術活動。

7.1 科內學術活動：晨會、臨床個案討論會、死亡及併發症討論會、迴診；醫學雜誌討論會或研究討論會；相關之專題演講及特殊的醫學專業知識課程；學會活動；學術研究及論文發表。

7.1.1 參加科內學術活動，並且促進及鼓勵住院醫師學術詢問討論的精神。給住院醫師有機會能把他們所學習的知識以各種方式表達，包括：參與住院醫師及醫學生臨床各項教學、演講、著作等，並養成表達的能力。

7.1.2 住院醫師需有特定的時間參與學術及研究活動，包括發展及申請研究基金，在醫學會發表研究結果，並在醫學雜誌發表論文。訓練住院醫師了解研究原理、設計、進行、分析及報告，並讓住院醫師了解及參與基礎研究的機會。教師須協助住院醫師發展研究計畫，指導分析研究結果。

7.2 辦理並鼓勵住院醫師參與跨專科及跨領域之學術研討活動，以提升住院醫師跨領域之專業技能，使能勝任臨床業務。

7.3 科部定期舉辦或配合醫院內教學部門（單位）所舉辦之專業倫理、病人安全、醫病溝通、實證醫學、感染控制等及其它醫療品質相關學習課程，有鼓勵措施。

8. 專科醫師訓練特定教學資源

8.1 臨床訓練環境：符合醫院評鑑中之外科部設置相關規範外，設有適當之會議室空間與教師及住院醫師之辦公空間，以利進行相關訓練活動。

8.1.1 外科門診。

8.1.2 外科加護病房。

8.1.3 醫院內有外科教科書可供學習。

8.1.4 外科手術室內有內視鏡、教學系統可供學習。

8.1.5 特殊外科手術之門診。

8.1.6 解剖實驗室內有大體老師可供學習。

8.1.7 混成手術室（Hybrid-OR）可在手術室直接進行介入性內視鏡手術及外傷之處置。

8.2 教材及教學設備：皆符合教學醫院之基準。

9. 評估：多元方式定期進行教學成效評估

9.1 住院醫師評估

9.1.1 每位住院醫師報到後，須接受主持人或對主管進行學員學前評估(附件六)。

主持人及教師至少每半年針對住院醫師的專業知識、技術、溝通能力、團隊精神及專業的目標進行六大核心能力 360 度評量表(附件九)。評估的標準及步驟要統一規定及公平，相關評估依照教學部之規定，包含：住院醫師訓練考核表(附件七)、Mini-CEX 迷你臨床演練評量(附件八)、直接操作觀察評估表(DOPS)(附件十)。

9.1.2 自認有學習困難或適應不良之學員或經臨床教師考核成績以知識、態度及技能三面向評核，總分未達 70 分者，亦須啟動學習成果不佳輔導補強機制(附件十一)：

(1) 第一階段輔導：由導師與受訓學員進行導生輔導或會談，深入了解學員生學習成效不佳原因，並向計畫主持人及教學部報告。

(2) 第二階段輔導：由該科計畫主持人(或科部主管)進行了解學員生不適任原因，並評估整體訓練結果後提報教學部。

(3) 第三階段輔導：經由導師及計畫主持人介入輔導後仍未改善者，第三階段由教學部長進行輔導並視學員狀況啟動學習成果不佳學員之重訓或退訓機制。

(4) 每一階段之輔導，在完成補強一個月後進行複評，經輔導後考核成績已達 70 分或輔導項目已改善，該次輔導視為結束，但學員須由導師持續監督與關懷。

若多次輔導無明顯改善，教學部應將此結果通知學員家長，並通報醫教會後進入重訓、退訓機制。

9.1.3 針對學習成果不佳學員，經多次輔導無效，啟動重、退訓機制(附件十二)：

(1) 由教學部深入瞭解學員狀況後提報醫教會，決定學員是否重、退訓。

(2) 依照醫教會決議，需重訓者交由科部繼續輔導並由導師加強監督考核，教學部需持續追蹤學員每月之表現。

(3) 重訓學員於重訓期間態度行為無明顯改善，教學部呈報院部予以退訓。

(4) 退訓學員則依流程會辦學員之原屬單位主管告知退訓原因。

(5) 學員有精神狀況及行為表現異常，不須經由三階段輔導，可直接退訓：觸犯法律、言論偏激逾規者、有精神狀況或情緒異常有安全顧慮、生活散漫放蕩，行為偏離者。

9.1.3 住院醫師每年由主持人召集資深主治醫師或教師進行晉升考核，住院醫師的責任及年資升級以評估的結果來作決定。

9.1.4 所有評估紀錄須要書面或電子記錄保存檔案以便將來台灣外科醫學品質管理委員會與 RRC 視察，並允許住院醫師審視自己的評估結果。

9.1.5 住院醫師訓練完成時，主持人及教師須有最後書面的評估，並且判定他們的執業能力，證明他們有足夠的專業知識，而且能獨立的執業。

9.2 對教師的評估，應該採取多元性評量，包含住院醫師對教師的書面回饋，最後再由主持人與教師討論評估結果，並做成紀錄，以充分反應教師的貢獻與教學能力(附件十三)，科部得以用來作為年度考核及升等參考，並設有不適任教師輔導機制(附件十四)，評估紀錄應以書面或電子記錄保存檔案以便將來台灣外科醫學品質管理委員會與 RRC 視察。

9.3 對訓練計畫須要定期有系統的評估，尤其是實質課程及住院醫師的教育目標是否達成。雙向回饋機制：訓練醫院利用各種評估方式及表單包括雙向回饋內容，住院醫師除可瞭解授課教師或指導主治醫師對其表現之評價或相關改善建議，對教學內容或品質有任何建議亦可透過此機制回饋予授課教師或指導主治醫師。同時教師亦可據以對訓練課程或計畫之實施提出修訂建議，若科內無法解決，則再向上級反應或提議至每季之「醫學教育訓練委員會」討論。

附件一、外科專科醫師訓練課程基準

中華民國 104 年 3 月 27 日衛部醫字第 1041661972A 號公告

外科專科醫師訓練課程基準

自中華民國 104 年 7 月 1 日生效；惟中華民國 104 年 6 月 30 日前各醫院已招收之住院醫師適用修正前之規定。

本課程訓練完成所需時間為 4 年。

訓練年	訓練項目（課程）	訓練時間	評核標準（方法）	備註
第 1～12 個月	A 類：一般外科、 消化外科、 大腸直腸外科、 小兒外科。 B 類：胸腔外科、 心臟血管外科、 神經外科、 骨科、 整形外科、 泌尿科。 C 類：麻醉科、重症加護(外科)、 急診醫學科(外科)或外傷科。	A 類 4 個月。 B 類 4 個月。 C 類 4 個月。	每月訓練完畢請指導老師與科主任於訓練證明上簽名或蓋章並註明該科屬於 A 類或 B 類或 C 類。	1. 以全人醫療、病人安全為中心之外科系基本訓練為目標。 2. 重視病人一般外科及急診醫療為核心。 3. 提升外科系醫師訓練相關之疾病風險評估及處理流程。
第 13～24 個月	A 類：一般外科、 消化外科、 大腸直腸外科、 小兒外科。 B 類：胸腔外科、 心臟血管外科、 神經外科、 骨科、 整形外科、 泌尿科。 C 類：麻醉科、重症加護(外科)、 急診醫學科(外科)或外傷科。 A B C 類之組合有 4 種： (1) A5+B5+C2 (2) A5+B4+C3 (3) A4+B5+C3 (4) A4+B4+C4	共 12 個月： A 類 4-5 個月。 B 類 4-5 個月。 C 類 2-4 個月。	每月訓練完畢請指導老師與科主任於訓練證明上簽名或蓋章並註明該科屬於 A 類或 B 類或 C 類。	4. 應熟習左列各科疾病之診斷、治療及各種外科手術，以及加護病房工作，尤應注意外科急症之處理。 5. A B C 類中的科別，可不用每科都受訓。一般外科包含乳房外科、內分泌外科等；消化外科包含胃腸外科、肝膽外科等。 6. 急診醫學科：服務於各醫院急診外科才予列計，即屬於外科的急診訓練就算 C 類。

訓練年	訓練項目（課程）	訓練時間	評核標準（方法）	備註
第 25～48 個月	A 類：一般外科、消化外科、大腸直腸外科、小兒外科。 B 類：胸腔外科、心臟血管外科、神經外科、骨科、整形外科、泌尿科。 C 類：麻醉科、重症加護(外科)、急診醫學科(外科)或外傷科。 A B C 類之組合有 13 種： (1) A22+B0+C2 (2) A21+B1+C2 (3) A21+B0+C3 (4) A20+B2+C2 (5) A20+B1+C3 (6) A20+B0+C4 (7) A0+B22+C2 (8) A1+B21+C2 (9) A0+B21+C3 (10) A2+B20+C2 (11) A1+B20+C3 (12) A0+B20+C4 (13) A4+B16+C4	共 24 個月：重症加護(外科)或急診醫學科(外科)或外傷科至少 2 個月。 可選擇： A 類 20-22 個月。 B 類 0-2 個月。 C 類 2-4 個月。 或 A 類 0-2 個月。 B 類 20-22 個月。 C 類 2-4 個月。 或 A 類 4 個月。 B 類 16 個月。 C 類 4 個月。	每月訓練完畢請指導老師與科主任於訓練證明上簽名或蓋章並註明該科屬於 A 類或 B 類或 C 類。	7. 外科專科醫師訓練，除依左列科目訓練外，尚可偏重其一專科之訓練，惟麻醉科、重症加護(外科)、急診醫學科(外科)或外傷科例外。 8. 外科專科醫師訓練，可分在四所以內之外科專科醫師訓練醫院完成。
備註：A、B、C 分類僅是群組代號，為方便說明訓練時間。				

附件二、外科專科醫師訓練需完成的手術種類及項目表：

外科專科醫師訓練期間（不含PGY訓練），不一定每一項都要訓練；但報核之手術訓練項目須達高標或低標。

外科住院醫師基本手術訓練最低例數要求：

主修甲組者：到甲組任何一科訓練以高標審核，到乙組任何一科訓練以低標審核。

主修乙組者：到主修科訓練以高標審核，到其他任何一科訓練以低標審核。

※未分主修科別之前的訓練依低標要求，但朝高標精進。

舉例：甲組中只有外專證書是由衛生福利部核發。主修甲組的學員，訓練計畫主持人如果安排他到一般及消化外科(甲組)接受闌尾切除術訓練，學會採高標(至少20例)審核。到大腸直腸外科(甲組)訓練肛門手術，學會採高標(至少12例)審核。到小兒外科(甲組)訓練疝氣修補術(或隱睾手術)→嬰幼兒疝氣修補術，學會採高標(至少4例)審核。安排他到整形外科(乙組)訓練頭顏面手術及頭頸部手術(或其中一種手術)，學會採低標(至少2例)審核。

舉例：主修神經外科(乙組)的學員，訓練計畫主持人如果安排他到神經外科(主修科)接受脊椎手術訓練，學會採高標(至少4例)審核。安排他到整形外科(乙組)訓練頭顏面手術及頭頸部手術(或其中一種手術)，學會採低標(至少2例)審核。到一般外科(甲組)訓練疝氣修補術，學會採低標(至少5例)審核。到大腸直腸外科(甲組)訓練肛門手術，學會採低標(至少3例)審核。

附件三、外科住院醫師基本手術訓練項目

外科住院醫師基本手術訓練項目	甲組 (高標)	乙組 (低標)
1、一般外科及消化外科：(1-5-2，1-10，1-11，1-12 可接受擔任第二助手)	例	例
1-1、疝氣修補術	20	5
1-2、闌尾切除術	20	5
1-3-1、膽囊切除術(腹腔鏡式)	16	4
1-3-2、膽囊切除術(開腹式)		
1-4-1、總膽管或肝內結石手術(腹腔鏡式)	4	1
1-4-2、總膽管或肝內結石手術(開腹式)		
1-5-1、肝葉部份切除術(腹腔鏡式)	4	1
1-5-2、肝葉部份切除術(開腹式)		
1-6、總膽管切除術		
1-7、乳房切除術	4	1
1-8、甲狀腺切除術	4	1
1-9、副甲狀腺切除術		
1-10、胰臟切除術	4	1
1-11、胰炎(急性／慢性)手術		
1-12、胃惡性腫瘤手術	4	1
1-13、胃良性疾病手術		
1-14、脾臟切除術	4	1
1-15、腹部外傷開腹手術		
1-16、小腸手術		
2、大腸直腸外科：	例	例
2-1、肛門手術	12	3
2-2、大腸直腸癌手術	8	2
2-3、大腸直腸良性病變手術		
2-4、大腸內視鏡手術	4	1
3、小兒外科：(患者 18 歲以下。3-5 可接受擔任第二助手)	例	例
3-1、嬰幼兒疝氣修補術	4	1
3-2、嬰幼兒肛門手術	4	1
3-3、嬰幼兒腹腔手術		
3-4、嬰幼兒胸腔手術		
3-5、泌尿生殖系統先天缺陷之手術		
4、胸腔外科：(4-2，4-3，4-4 可接受擔任第二助手)	例	例
4-1、胸腔插管術	8	2

4-2、開胸或微創手術及肺葉切除術	4	1
4-3、食道切除手術	4	1
4-4、縱膈腔手術		
5、心臟血管外科：(5-2，5-3，5-4 可接受擔任第二助手)	例	例
5-1、週邊血管手術	8	2
5-2、開心術	4	1
5-3、冠狀動脈手術		
5-4、大血管手術		
6、整形外科：(6-5 可接受擔任第二助手)	例	例
6-1、頭顏面手術	8	2
6-2、頭頸部手術		
6-3、植皮術	4	1
6-4、美容手術		
6-5、顯微手術	4	1
7、神經外科：(7-2，7-3 可接受擔任第二助手)	例	例
7-1、神經外傷手術	8	1
7-2、神經腫瘤手術		
7-3、神經血管疾病手術		
7-4、高血壓性顱內血腫手術		
7-5、脊椎手術	4	1
8、骨外科：(8-8 可接受擔任第二助手)	例	例
8-1、關節鏡檢查及治療	4	1
8-2、截肢術		
8-3、脫臼及骨折開放復位術(脊椎除外)	4	1
8-4、脊椎骨折及脫臼之開放復位術		
8-5、肌腱或筋膜縫合		
8-6、關節固定術	4	1
8-7、關節成形術		
8-8、人工關節手術	4	1
8-9、脊椎手術		
9、泌尿科：(9-5，9-8，9-9，9-10 可接受擔任第二助手)	例	例
9-1、膀胱鏡檢查	4	1
9-2、輸精管結紮手術		
9-3、睪丸切除術		
9-4、陰囊手術		

9-5、前列腺切除術	8	2
9-6、尿路截石術		
9-7、經尿道泌尿手術		
9-8、腎臟摘除術		
9-9、腎上腺切除術	4	1
9-10、膀胱切除手術		
9-11、腹腔鏡泌尿手術		
9-12、體外碎石術	4	1

附件四、外科部教育訓練&學術會議活動表

科別	一	二	三	四	五
外科部			07:30-08:30 Morbidity&Mortality 3F合心會議室		
心臟血管外科	07:45-08:30 期刊討論會 SICU討論室	07:45-08:30 個案會議 SICU討論室			
胸腔外科	07:50~08:30 病例討論會 16F會議室		13:00~14:00 病例討論會 9A會議室		
外科加護病房				7:30~8:30 非預期重返個案討論 SICU會議室	
一般外科	7:40-08:30 晨會 8A病房討論室	7:30-08:30 乳癌團隊討論會 2F大愛會議室			7:40-08:30 晨會 8A病房討論室
大腸直腸外科	8:00-09:00 晨會/雜誌討論會 13A多功能大教室	08:00-09:00 大腸直腸癌團隊會議 二樓感恩會議室		8:00-09:00 晨會/雜誌討論會 8A討論室	
骨科	7:30~8:30 晨會 8B病房會議室	7:30~8:30 晨會 8B病房會議室		7:30~8:30 晨會 8B病房會議室	7:30~8:30 骨科&復健科聯合討論會 8B病房會議室
泌尿科	07:30~8:30 泌尿科&Meta聯合會議 9B會議室				07:30~8:30 晨會 9B會議室
神經外科	07:30~08:30 期刊討論會 9A會議室	07:30~08:30 晨會 9A會議室			
小兒外科	13:00-14:00 病歷/期刊/病歷/科務討論會 16樓小會議室				
整形外科	13:00~14:00 產品說明/期刊討論 5樓醫美中心/9A會議室				13:00~14:00 M&M病例/期刊討論 9A會議室

[illegible]

附件六、學前評估

佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院

學前評估-口試

學員姓名：_____ 所屬科別：_____

訓練科別：_____ 評估教師：_____

評估日期：_____年_____月_____日

評估項目	優 25	佳 20	可 15	差 10	劣 5
專業知識					
專業技能					
學習態度					
醫病及人際關係(如儀容、精神、第一印象、整體感覺、親和力、人緣…等)					
總分(滿分 100)					
評語：					

評估教師簽名：_____

受評學員簽名：_____

附件七、佛教慈濟綜合醫院住院醫師訓練考核表(e化表格)(每月一次)

佛教慈濟綜合醫院住院醫師訓練考核表

訓練單位：_____

受訓時間：自____年____月____日

至____年____月____日

受評醫師姓名：_____

☐R1 ☐R2 ☐R3

填表日期：____年____月____日

考 核 項 目		評 核 標 準					備 考					
		卓越	良好	一般	尚可	差						
一、臨床技能與知識	1. 臨床(門、急、住診)診斷、處置及應變能力						本評核表各類評核標準之換算比例： 一、本院住院醫師評核標準係以等第 A、B、C、D、E 為基準。 二、評分總結等地基準依下列原則進行： A：卓越（總分 90—100） B：良好（總分 80—89） C：一般（總分 70—79） D：尚可（總分 60—69） E：差（總分 59 以下） 三、評核第四大項「特殊事項或貢獻」請務必陳述具體事蹟，並決定加減之分數。 四、第五大項評語或建議欄需以書面文字完成，不得空白，請考核者特別注意，並加註簽核時間，未完成者，將退回補登。 五、請各科於每月底前完成評核，並於次月五日前送交教學部，俾便辦理成績登錄。					
	2. 手術室或檢查室之專業技巧、判讀能力											
	3. 臨床技術標準步驟及技巧											
	4. 病歷或報告繕寫之邏輯、完整及時效性											
	5. 對病患資料收集、整合、分析、診斷之能力											
	6. 整體病人照護品質(含知情同意)及能運用問題導向解決之能力											
	7. 具實證醫學精神並應用在臨床工作上											
二、教學與學術活動	1. 基礎與專科學識充實並於臨床運用得宜											
	2. 醫學文獻閱讀能力											
	3. 科內及院內學術活動參與度及表現											
	4. 會議準備與讀書報告能力											
	5. 對後輩醫師指導之技能及態度											
	6. 會議或查房準時性、出席率及參與度											
三、態度與關係	1. 個人操守與品德(正直、誠信、負責)											
	2. 學習主動性、積極度											
	3. 醫病溝通技巧(全人醫療、尊重病人感受)											
	4. 與病人及家屬維持良好醫病關係											
	5. 醫療團隊人際關係(尊重、合作、互助)											
	6. 工作態度與積極度(依限期完成交辦事項及份內工作)											
	7. 醫務、行政配合度											
四、特殊事項或貢獻(可加減五分)	※需陳述具體事蹟 ☐ 加____分 ☐ 減____分											
請務必勾選評分總結等第 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E							總分____分					
五、評語或建議(請務必填寫)												
住院醫師是否需協助轉介諮商： ☐ 否 ☐ 是，原因：_____												
主治醫師(或教學醫師)				科(部)主任								
年 月 日				年 月 日								

E6A0021889-01

附件八、迷你臨床演練評量(每月初、月底各一次)

迷你臨床演練評量 (Mini-CEX)

教師：_____ ☐ VS ☐ Fellow ☐ CR ☐ R_____ ☐ 其他_____					
學員：_____ ☐ M5-6_____ ☐ M7_____ ☐ PGY_____ ☐ R_____ ☐ 其他_____					
臨床科別：_____ 實施日期：____年____月____日					
實施場所： ☐ 門診 ☐ 急診 ☐ 一般病房 ☐ 加護病房 ☐ 開刀房 ☐ 其他：_____					
病歷號：_____ 診斷：_____					
病人： ☐ 初診病人 ☐ 複診病人 病情複雜度： ☐ 低 ☐ 中 ☐ 高					
請依照下列項目評估學員表現		未達標準	符合標準	超越標準	未評
1.醫療面談		☐ 1 ☐ 2	☐ 3 ☐ 4	☐ 5 ☐ 6	☐
2.身體檢查		☐ 1 ☐ 2	☐ 3 ☐ 4	☐ 5 ☐ 6	☐
3.諮商衛教		☐ 1 ☐ 2	☐ 3 ☐ 4	☐ 5 ☐ 6	☐
4.臨床判斷		☐ 1 ☐ 2	☐ 3 ☐ 4	☐ 5 ☐ 6	☐
5.組織效能		☐ 1 ☐ 2	☐ 3 ☐ 4	☐ 5 ☐ 6	☐
6.人文專業		☐ 1 ☐ 2	☐ 3 ☐ 4	☐ 5 ☐ 6	☐
7.整體評量		☐ 1 ☐ 2	☐ 3 ☐ 4	☐ 5 ☐ 6	☐
評語	表現良好的項目		建議加強的項目		

註：請臨床教師當場評核、回饋及簽章，以利後續作業。

	非常不滿意 ←—————→ 非常滿意
教師對此次評估的滿意度：	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
學員對此次評估的滿意度：	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

直接觀察時間：_____分鐘，回饋時間：_____分鐘； 教師簽章：_____

※評值注意事項：

- 1 直接觀察例行而重點式的診療行為時間控制：(15-20 分鐘)
- 2 (1-7) 項評核與敘述性回饋時間控制：(5-10 分鐘)
- 3 (1-7) 項評核內容如下所示：
 - (1)醫療面談：達到有效的利用問題或導引來獲得所需之正確足夠的訊息；對病人情緒及肢體語言能適當的回應。
 - (2)身體檢查：依病情均衡地操作篩選或診斷，告知檢查事項適當審慎地處理病人之不適。
 - (3)諮商衛教：病人同意下進行解釋檢查或處置之教育與諮商。
 - (4)臨床判斷：適當的處置診療步驟；考慮利弊得失。
 - (5)組織效能：按優先順序處置；及時而適時；歷練而簡潔。
 - (6)人道專業：表現尊重、憐憫、感同身受；建立信賴感；處理病人對舒適、謙遜、守密、渴望訊息的需求。
 - (7)整體評量：判斷、整合、愛心、效率、功能的整體評量。
- 4 回饋評語請以「三明治法則」(先講優點，再講缺失或需改進事項)進行。

附件九、醫師六大核心能力暨360度評估表—病人版(每季一次)

佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院
360 度評量表 (病人版)

親愛的大德 您好！請協助我們評量照顧您的住院醫師，讓我們瞭解他照顧病人的表現。您的意見將協助我們改善未來對病人的醫療照顧，感恩。

填寫日期： 民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受評醫師： _____

病房數： _____

受
評
者
照
片

評估項目	是	否	無法回答
1. 醫師的專業能力			
我感覺醫師處理我的醫療問題能表現好的專業能力	☐	☐	☐
2. 溝通技巧			
A 住院醫師願意傾聽我的問題、關心我的感受	☐	☐	☐
B 住院醫師能清楚解釋病情，讓我瞭解病情變化	☐	☐	☐
C 住院醫師能清楚說明對我進行的治療處置	☐	☐	☐
3. 與病人維持信任、關心之專業關係			
A 住院醫師能尊重我的隱私	☐	☐	☐
B 住院醫師對我的醫療問題都能熱心且適時幫我處理	☐	☐	☐

建議：

感恩您協助完成這份調查表！

E6A0021B21

教學部 100.10 修

附件九、醫師六大核心能力暨360度評估表—同仁版(每季一次)

佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院
醫師六大核心能力暨360度評估表—同仁版

備註：1.評核項目說明及給分標準請參考附件「醫師六大核心能力暨360度評估標準參考」，感恩！
2.請針對以下列表中，您在過去半年內曾經指導過或臨床業務接觸過之受評者進行評估。

		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
評估者資料： ☐ VS ☐ R 科別： ☐ 護理 病房： ☐ 其他： 單位：		受評者照片		受評者照片		受評者照片		受評者照片
評核項目 \ 評分標準		遠低於平均水準「1」；低於平均水準「2」；接近平均水準「3」；符合平均水準「4」；高於平均水準「5」；遠高於平均水準「6」						
1.醫學知識								
2.人際關係及溝通技巧								
3.制度下之臨床工作 (醫師應熟悉醫療照護體系，有效使用醫療資源並提供病人最佳照護)								
4.病人照護								
5.從工作中學習及成長 (醫師應自我評估照護病人的能力，並利用科學實證、持續改善病人醫療照護品質，達到終身學習的目標)								
6.專業素養(醫師應具備承擔專業責任，服膺倫理原則的態度)								
評語或建議								

民國 年 月 日 ； 評估者簽名：_____

E6A0021B19

教學部 103.03 修

附件九、醫師六大核心能力暨360度評估表—同仁版(每季一次)

佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院
醫師六大核心能力暨 360 度評估標準參考—同仁版

1. Medical knowledge (醫學知識): 醫師應具備足夠的生物醫學、臨床醫學、流行病學、及社會行為科學等醫學知識, 並且應用在病人照護。					
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
遠低於平均水準	低於平均水準	接近平均水準	符合平均水準	高於平均水準	遠高於平均水準
● 學習動機薄弱 ● 無法瞭解臨床問題 ● 無法將知識應用在臨床照護		● 有學習動機 ● 能瞭解臨床問題 ● 能應用醫學知識於臨床照護		● 能主動學習 ● 能整合知識並分析臨床問題 ● 能應用醫學知識且指導他人	
2. Interpersonal and communication skills (人際關係及溝通技巧): 醫師應具備人際及溝通技巧, 有效地與病患、家屬、醫療專業人員間溝通, 利用團隊執行醫療照護。					
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
遠低於平均水準	低於平均水準	接近平均水準	符合平均水準	高於平均水準	遠高於平均水準
● 與病人及其家屬關係不佳 ● 與其他醫療專業溝通不佳 ● 病歷延遲, 內容缺漏		● 能與病人及其家屬適度溝通 ● 能與其他醫療專業溝通 ● 病歷寫作及時且完整		● 與病人及其家屬有效溝通且關係良好 ● 與其他醫療專業有效合作且溝通良好 ● 準時完成病歷且內容清楚易懂	
3. Systems based practice (制度下之臨床工作): 醫師應熟悉醫療照護體系, 有效使用醫療資源並提供病人最佳照護。					
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
遠低於平均水準	低於平均水準	接近平均水準	符合平均水準	高於平均水準	遠高於平均水準
● 不懂成本觀念, 無法運用醫療資源 ● 不能提供適當病人照護 ● 不能改善照護系統		● 適當運用醫療資源 ● 能提供適當病人照護 ● 能改善照護系統		● 有效運用資源, 兼顧成本效益 ● 能提供最佳病人照護, 並提升照護品質 ● 執行解決方案並提升照護系統	
4. Patient care (病人照護): 醫師應提供憐憫、合宜且有效的病人照護及健康促進。					
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
遠低於平均水準	低於平均水準	接近平均水準	符合平均水準	高於平均水準	遠高於平均水準
● 面談及檢查病人技巧差, 且生疏 ● 無法訂定、執行病人治療計畫 ● 無法提供病人為中心的健康照護		● 面談及檢查病人技巧順暢 ● 能及時訂定及執行病人治療計畫 ● 能提供病人為中心的健康照護		● 面談及檢查病人技巧熟練優異 ● 能熟練地訂定及執行病人治療計畫 ● 提供病人為中心, 完善且優異的健康照護	
5. Practice based learning and improvement (從工作中學習及成長): 醫師應自我評估照護病人的能力、並利用科學實證、持續改善病人醫療照護品質, 達到終身學習的目標。					
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
遠低於平均水準	低於平均水準	接近平均水準	符合平均水準	高於平均水準	遠高於平均水準
● 缺乏自省及自我改進 ● 無法使用資訊科技於衛教及病人照護 ● 無法分析、改善醫療工作行為		● 能夠自省及自我改進 ● 能夠使用資訊科技於衛教及病人照護 ● 能夠分析、改善醫療工作行為		● 隨時自我反省並訂定學習目標 ● 經常使用資訊科技於衛教病人照護 ● 經常有系統地分析、改善醫療工作行為	
6. Professionalism (專業素養): 醫師應具備承擔專業責任, 服膺倫理原則的態度。					
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
遠低於平均水準	低於平均水準	接近平均水準	符合平均水準	高於平均水準	遠高於平均水準
● 不尊重、體諒他人亦無法展現同理心 ● 不尊重病人隱私, 關心已利甚於病人需要 ● 不了解不同病人族群需求, 無法提供協助		● 尊重、體諒他人並充分展現同理心 ● 能尊重病人隱私, 關心病人甚於己利 ● 能了解不同病人族群需求		● 經常尊重、體諒他人並充分展現同理心 ● 非常尊重病人隱私, 關心病人甚於己利 ● 關心不同病人族群需求並提供協助	

E6A0021B20

教學部 100.10 修

附件十、直接操作觀察評估表(DOPS)(每月一次)

Direct Observation of Procedural Skills (DOPS)					
教師：_____ ☐ VS ☐ Fellow ☐ CR ☐ R_____ ☐ 其他_____					
學員：_____ ☐ M5-6_____ ☐ M7_____ ☐ R_____ ☐ PGY_____ ☐ 其他_____					
臨床科別：_____ 實施日期：____年____月____日					
實施場所： ☐ 門診 ☐ 急診 ☐ 一般病房 ☐ 加護病房 ☐ 開刀房 ☐ 其他：_____					
病歷號：_____ 診斷：_____					
評量技能： ☐ Endotracheal intubation ☐ Urethral catheterization ☐ CVP line insertion ☐ 拆線 ☐ 縫合 ☐ 換藥 ☐ 無菌衣穿戴 ☐ 其他_____					
技能複雜度： ☐ 低 ☐ 中 ☐ 高 學員執行臨床技能次數： ☐ 0 ☐ 1-3 ☐ >4					
請依照下列項目評估學員表現		未達標準	符合標準	超越標準	未評
1.對該臨床技能之適應症、相關解剖結構的了解及步驟之熟練度		☐ 1 ☐ 2	☐ 3 ☐ 4	☐ 5 ☐ 6	☐
2.取得病患口頭同意或同意書		☐ 1 ☐ 2	☐ 3 ☐ 4	☐ 5 ☐ 6	☐
3.執行臨床技能前之準備工作		☐ 1 ☐ 2	☐ 3 ☐ 4	☐ 5 ☐ 6	☐
4.適當的止痛及鎮定		☐ 1 ☐ 2	☐ 3 ☐ 4	☐ 5 ☐ 6	☐
5.執行臨床技能之技術能力		☐ 1 ☐ 2	☐ 3 ☐ 4	☐ 5 ☐ 6	☐
6.無菌操作的技術		☐ 1 ☐ 2	☐ 3 ☐ 4	☐ 5 ☐ 6	☐
7.視需要尋求協助		☐ 1 ☐ 2	☐ 3 ☐ 4	☐ 5 ☐ 6	☐
8.執行臨床技能後之相關處置（術後處理）		☐ 1 ☐ 2	☐ 3 ☐ 4	☐ 5 ☐ 6	☐
9.與病人溝通之技巧		☐ 1 ☐ 2	☐ 3 ☐ 4	☐ 5 ☐ 6	☐
10.是否顧及病人感受（人文專業）		☐ 1 ☐ 2	☐ 3 ☐ 4	☐ 5 ☐ 6	☐
11.執行臨床技能之整體表現		☐ 1 ☐ 2	☐ 3 ☐ 4	☐ 5 ☐ 6	☐
評 語	表現良好的項目		建議加強的項目		

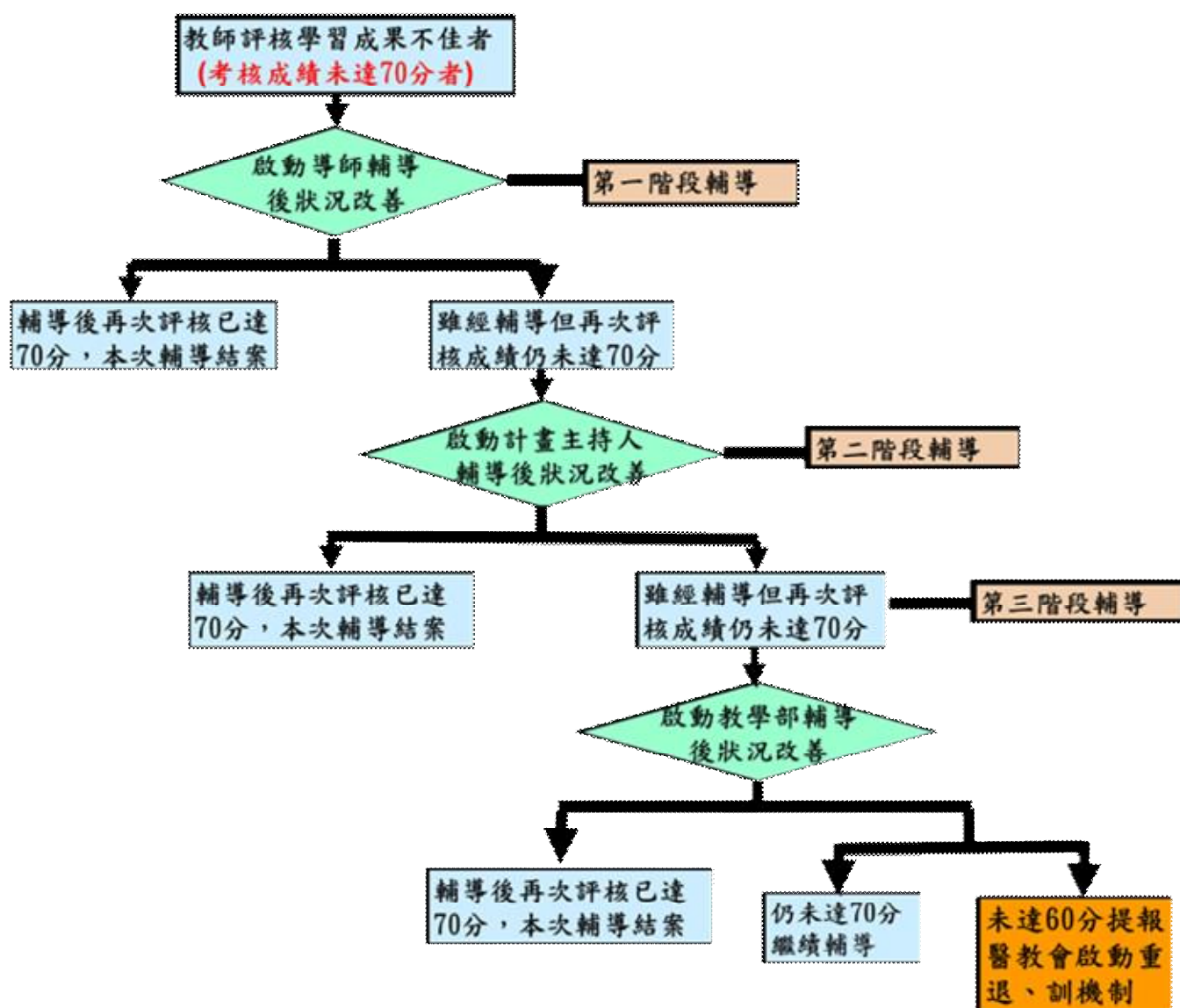
註：請臨床教師當場評核、回饋及簽章，以利後續作業。

	非常不滿意 ←—————→ 非常滿意
教師對此次評估的滿意度：	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
學員對此次評估的滿意度：	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

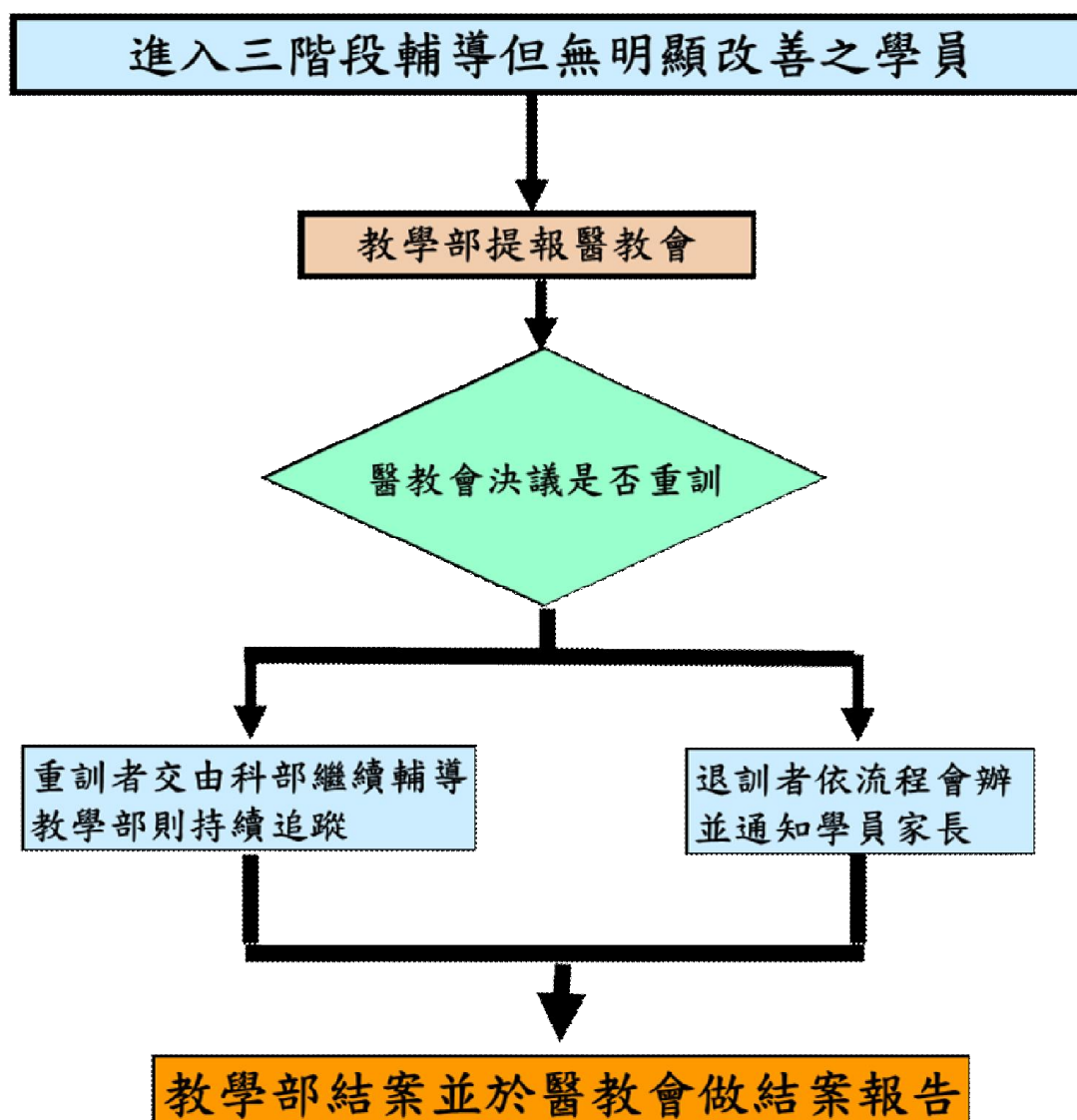
直接觀察時間：_____分鐘，回饋時間：_____分鐘

教師簽章：_____

附件十一、學員學習成果不佳輔導補強機制



附件十二、學員學習成果不佳重訓、退訓作業辦法



附件十三、住院醫師對科(部)教學回饋表(e化表格)(每月一次)

佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院

實習醫學生對(臨床教師)回饋表

受評估老師：_____

評估時間：自 ____年__月__日

受評估科別：_____

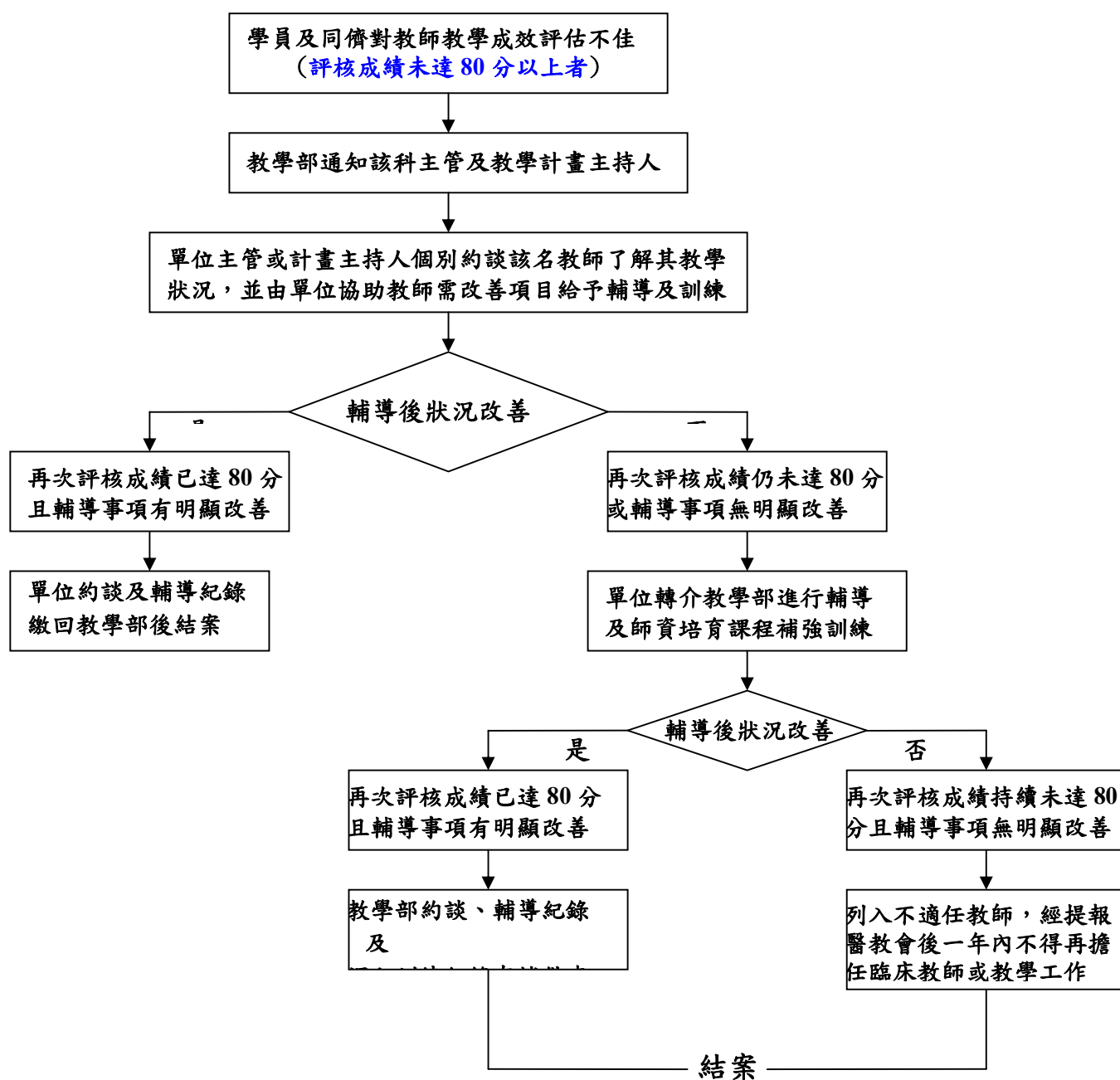
至 ____年__月__日

填表人：_____

學生類別：☐醫六☐醫七☐學士後中醫（西醫見習）☐中醫系

考 核 項 目		評 核 標 準					備 考
		卓 越	良 好	一 般	尚 可	差	
一、醫學知識	1. 老師具有專業的醫學知識	☐	☐	☐	☐	☐	本評核表各類評核標準之換算比例： 一、各分項評核項目依下列原則進行： 卓越：90—100%，A等，5分 良好：80—89%，B等，4分 一般：70—79%，C等，3分 尚可：60—69%，D等，2分 差：59%以下，E等，1分 評語或建議欄需以書面文字完之，請考核者特別注意，並加註簽核時間，未完成者，將退回補登。 一、各科於每月底前完成評核，並於次月五日前送交教學部，俾便辦理成績登錄。
	2. 老師教學融合了基礎與臨床醫學知識	☐	☐	☐	☐	☐	
	3. 老師在臨床醫療診治不夠融入實證醫學概念	☐	☐	☐	☐	☐	
二、教學技巧	1. 老師的教學目標清楚明確	☐	☐	☐	☐	☐	
	2. 老師不夠尊重學員	☐	☐	☐	☐	☐	
	3. 老師給了我建設性的回饋	☐	☐	☐	☐	☐	
	4. 老師在床邊教學指導病史詢問與身體評估份量太少	☐	☐	☐	☐	☐	
	5. 老師妥善運用問題導向學習	☐	☐	☐	☐	☐	
三、教學活動	1. 老師確實執行排定之教學活動	☐	☐	☐	☐	☐	
	2. 老師指導修改過我書寫的病歷	☐	☐	☐	☐	☐	
	3. 老師讓我有機會事先預習教學內容	☐	☐	☐	☐	☐	
四、全人醫療的素養	1. 老師是個能盡心照護病人的醫師	☐	☐	☐	☐	☐	
	2. 老師能與病人/家屬充分溝通	☐	☐	☐	☐	☐	
	3. 老師對醫學倫理與社會層面的議題關注不夠	☐	☐	☐	☐	☐	
	4. 老師能夠整合團隊成員意見具有帶領團隊的能力	☐	☐	☐	☐	☐	
五、整體能力	1. 在老師指導下我樂於發問	☐	☐	☐	☐	☐	
	2. 在老師指導下我的專業能力獲得提升	☐	☐	☐	☐	☐	
	3. 在老師指導下我有充裕時間與老師互動	☐	☐	☐	☐	☐	
	4. 在老師指導下我能夠自我學習	☐	☐	☐	☐	☐	
六、整體建議	我是否推薦老師繼續擔任教學	☐	是	☐	否		總 分 _____
	整體建議：						
	其他意見：						

附件十四、不適任教師輔導機制



附件十五、全人醫療五大面向評估

病人基本資料

病歷號碼: _____ 性別: _____ 年齡: _____ ☐門診 ☐住院(床號: _____)
診斷: _____

全人醫療五大面向評估

身 (Physical dimension)
食慾(正常, 0-嚴重減退, 4): _____, 可能原因: _____
睡眠困難(0-4): _____, 可能原因: _____
疼痛評估(無, 0-嚴重疼痛, 10): _____, 可能原因: _____
心 (Psychological dimension)
總分: _____ 輕度/中度/重度 情緒困擾
情緒狀態: _____,
可能原因: _____
靈 (Spiritual dimension)
宗教信仰: _____ 教/民間信仰/無
1)您生病後, 是否曾尋求上天、神、或宗教信仰的支持?
2)您生病後, 希望與力量的來源是什麼(或是誰)?
3)您的心裡是否還有放心不下的事?
家人及家庭 (Family dimension)
主要照顧者: _____
病人與主要照顧者間關係: _____
社會 (Social dimension)
職業(小兒科患者請評估父母或主要照顧者): _____
經濟狀況: _____

照會相關團隊: ☐營養師 ☐傷口/造口護理師 ☐藥師 ☐呼吸治療 ☐物理治療
☐職能治療 ☐心理師 ☐安寧團隊 ☐社工師 ☐社區健康服務(出院準備)
☐志工 ☐宗教人士 ☐其他: _____

討論及建議:

教師對學員回饋:

學員姓名: _____ ☐醫學生 ☐PGY ☐住院醫師
見習時間: _____ 年 月 日 上/下午診 及 _____ 年 月 日 上/下午診

附件十六、病歷寫作評核(每月一次)

病歷(Admission note)寫作評核

教師：_____		學員：_____ ☐ INTERN ☐ PGY 其他_____	
臨床科別：_____		病歷書寫日期：____年____月____日	
病歷號：_____		診斷：_____	
請依照下列項目評估學員表現		分數	
1.	chief complaints (C.C.)		
	“Source of history” + reliability 簡短敘述就醫的原因(symptom, problem, condition, diagnosis, etc.)+duration	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10	
2.	Present illness		
	圍繞 C.C.的病史(包含 OPQRST: <u>O</u> nset of the event; <u>P</u> rovocation or palliation; <u>Q</u> uality of the “pain”; <u>R</u> egion and radiation; <u>S</u> everity; <u>T</u> ime.), 含 major “negative” for DDx	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10	
3.	Personal, past and travel history		
	Smoking/alcohol/substance abuse/sexual activity Past medical/surgical history/current medications Travel Occupation Contact Cluster	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10	
4.	Allergy		
	Drug/food allergies; NKA to drug or food	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10	
5.	Family history		
	Major diseases/family pedigree	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10	
6.	Social and psychosocial		
	是否有明顯錯誤？前後矛盾現象？	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10	
7.	Review of systems		
	(+) 加上 description	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10	
8.	Physical examination		
	Focus on C.C. related, past history related..	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10	
9.	Laboratory and diagnostic studies		
	With/without data/results interpretation/影像檢查繪圖	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10	
10.	Assessment and plan		
	Assessment include problem/impression/diagnosis and DDx Plans include at least Diagnostic/Therapeutic/Educational	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10	
評語	表現良好的項目	建議加強的項目	

註：請教師評核及簽章，敬請親自送回教學部，以利教學時數核發，感恩。

教師簽章：_____

佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院

教學部 106.07 修

附件十七、健康照護矩陣紀錄單(一年一次)

台北慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院

健康照護矩陣 Healthcare Matrix 記錄單

診斷： 性別： 年齡：

醫療品質 稱職能力	安全的醫療 SAFE 1	及時的服務 TIMELY 2	有用的處置 EFFECTIVE 3	效率的工作 EFFICIENT 4	平等的就醫 EQUITABLE 5	病人為中心 PATIENT-CENTERED 6
病人照護 PATIENT CARE	1a ☐ 是 ☐ 否	2a ☐ 是 ☐ 否	3a ☐ 是 ☐ 否	4a ☐ 是 ☐ 否	5a ☐ 是 ☐ 否	6a ☐ 是 ☐ 否
照顧評估						
醫療知識技能 MEDICAL KNOWLEDGE and SKILLS (應該熟知的)	1b	2b	3b	4b	5b	6b
人際溝通技巧 INTERPERSONAL and COMMUNICATION SKILLS (應該表達的)	1c	2c	3c	4c	5c	6c
專業素養倫理 PROFESSIONALISM (應該做為的)	1d ☐ 是 ☐ 否	2d	3d ☐ 是 ☐ 否	4d ☐ 是 ☐ 否	5d ☐ 是 ☐ 否	6d ☐ 是 ☐ 否
醫療體系行醫 SYSTEMS-BASED PRACTICE (應該支援的)	1e ☐ 是 ☐ 否	2e ☐ 是 ☐ 否	3e ☐ 是 ☐ 否	4e ☐ 是 ☐ 否	5e ☐ 是 ☐ 否	6e ☐ 是 ☐ 否
學習改進						
行醫導向之 學習改進 PRACTICE-BASED LEARNING and IMPROVEMENT	1f	2f	3f	4f	5f	6f
科別： 學員簽名：	指導教師回饋： (請勿少於 10 字) 指導教師簽名： 日期： 年 月 日					

© 2004 Bingham & Quinn; v.C1.6, 2008

1. Safe：避免意圖幫助病患的醫療行為反而傷害病患。
2. Timely：減少等候時間，避免具傷害性的延遲。
3. Effective：根據醫學知識提供適當(不過當亦無不足)的服務。
4. Efficient：避免設備、藥劑材、意見或能力等資源的浪費。
5. Equitable：提供同樣品質的服務，不因性別、種族、地域或社經階層而不同。
6. Patient-Centered：依病患個別偏好及需求，提供尊重及負責任的照護，並依其價值觀作臨床決策。

- A. Patient Care：具有憐憫同情心，能適當而有效率的診療病痛、預防疾病及增進健康。
- B. Medical Knowledge and Skills：具備已確立及發展中的生物醫學、臨床醫學及社會科學的知識，並能將上述知識運用至照顧病患上。
- C. Interpersonal and Communication Skills：與病患及其家人或其他醫療照護成員建立團隊精神，維持有效的溝通管道。
- D. Professionalism：呈現實踐專業責任、堅守倫理原則、尊重多樣性群體差異之行為。
- E. Systems-Based Practice：有熱誠理解醫療照護體系之運作及緣由，並有能力運用體系資源，提供最適當的醫療照護。
- F. Practice-Based Learning and Improvement：自我評估醫療行為，運用科學證據，提升照護品質。