

佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院 內科部住院醫師訓練計畫書



內科部 編

九十七年五月二十六日制定

九十八年六月十八日二修、九十九年六月五日三修

一百年六月十五日四修、一零一年六月二十日五修

一零二年五月九日六修、一零三年三月二十五日七修

一零三年七月二十八日八修、一零四年五月二十八日九修

一零五年三月三十一日十修、一零六年四月三十日十一修

一零七年五月二十五日十二修

一零八年六月十五日十三版

一零九年六月五日十四版

佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院

內科部 住院醫師訓練計劃書

【目 錄】

第 頁

壹、 綜合資料.....	2
貳、 計畫摘要.....	3
一、 目的	3
二、 實施方法及特色	3
參、 計畫內容.....	6
一、 計畫目的	6
(一) 訓練目標	6
(二) 完成之訓練項目	6
二、 教學訓練課程	10
(一) 課程規劃負責人.....	10
(二) 教學訓練課程.....	10
(三) 教學活動表	14
(四) 臨床教師簡介.....	15
(五) 訓練期程規劃.....	18
三、 導師名單、導師制度	19
四、 輔導與補強訓練機制.....	19
五、 醫療不良事件處理機制	22
六、 人力配置	22
肆、 執行計畫相關人員獎勵辦法.....	23
伍、 整體計畫執行成效評估.....	24

壹、 綜合資料

計畫名稱	佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院內科部住院醫師訓練計畫書		
計畫負責單位	內科部		
計畫主持人	洪思群	職稱	部主任
聯絡電話	6628-9779 分機 8656	傳真號碼	6628-9009
E-mail	hung0799@tzuchi.com.tw	現職單位	內科部
計畫聯絡人 1	洪思群	職稱	部主任
聯絡電話	6628-9779 分機 8656	傳真號碼	6628-9009
E-mail	hung0799@tzuchi.com.tw	現職單位	內科部
計畫聯絡人 2	王冠傑	職稱	醫務助理
聯絡電話	6628-9779 分機 5702	傳真號碼	6628-9009
E-mail	jack56556@tzuchi.com.tw	現職單位	院長室醫務助理組

科簡史：

本院內科部於 94 年 5 月 8 日正式成立，由曹昌堯副院長兼任內科部主任，94 年 6 月 1 日由徐榮源教授擔任主任，94 年 12 月 28 日由柯毓麟教授擔任內科部主任、郭熙文教授擔任部副主任。102 年 7 月 1 日由高偉堯副教授擔任內科部主任、王嘉齊副教授擔任部副主任。105 年 7 月 1 日由王嘉齊教授擔任內科部主任、洪思群副教授擔任部副主任。內科部細分心臟內科、胸腔內科、肝膽腸胃科、腎臟內科、感染科、新陳代謝暨內分泌科、血液腫瘤科及風濕免疫科等八科。108 年 7 月 1 日由洪思群副教授擔任內科部主任、藍胃進副教授和陳政宏助理教授擔任部副主任。

貳、 計畫摘要：

一、 目的：

本部住院醫師訓練旨在具大愛情懷、能終身學習、備專業識能、培訓專業、有團隊精神、負社會責任、願奉獻服務之內科醫師，並秉持著以病人為中心、守護生命、守護愛的信念，貫徹全人整合照顧的醫療理念。

二、 實施方法及特色：

(一) 訓練期限

本科住院醫師之基本訓練期間配合內科醫學會制度，以通過內科之資格所需之 2.5 年為主，第四年及第五年醫師訓練為統合訓練及次專長科目訓練。

(二) 訓練方式

1. 第 1-6 個月(第一年)住院醫師 (R1) 訓練計劃

(1) 內科病房訓練：負責照護病房病患，增加臨床之經驗，將學校所學之書本知識轉化為臨床可應用之整合知識。

(2) 應學習的目標應包含：

- ▶ 專業知識及臨床檢查技巧：熟悉一般內科學知識及理學檢查。
- ▶ 熟悉詢問病史技巧。
- ▶ 病歷記載：熟悉 Admission Note、Progress Note、Transfer Note、Procedure Note、Discharge Summary 之寫作技巧。
- ▶ 學習重要臨床技巧：包括一般照顧病患時所需具備之能力如氣管插管、插 CVP...等亦須熟練其流程。
- ▶ 學習實驗診斷數據之判讀及醫學影像之判讀。
- ▶ 學習醫學倫理、醫病溝通技巧。
- ▶ 學習有系統整理和蒐集病例之能力，能簡短但完整的表達病程簡史，內科理學檢查之重要發現，重要之檢驗結果，特殊檢查及影學檢查之結果，並學習鑑別診斷之技巧。

(3) 期刊閱讀報告：熟悉本院期刊資源及查閱技巧，主治醫師指導、學習期刊閱讀報告。

(4) 壁報論文：在主治醫師指導下學習壁報論文寫作。

2. 第 7-18 個月(第二年)住院醫師 (R2) 訓練計劃

(1) 內科病房訓練：期間延續臨床訓練，並加強鑑別診斷之能力及侵入性治療之訓練，及加強臨床資料蒐集及整理之能力，以達成實證醫學(Evidence-based medicine)的目標。

(2) 至急診與加護病房訓練，期間需了解內科重症病患之診斷及處理，其主要學習目標為：

- ▶ 瞭解內科急診狀況及其處理模式
- ▶ 瞭解各種疾病的住院條件，判斷入住加護病房的時機
- ▶ 瞭解內科疾病的演進及變化

- ▶ 熟悉內科急重症中需隨時處理之狀況，並熟悉呼吸器之原理、使用、及調整。
- (3) 有系統整理和蒐集病例（包括扼要病史、重要檢查結果、影像及重要實驗檢查數據）。
- (4) 臨床病理案例報告：在病理科主治醫師及內科臨床醫師共同指導下，學習病理報告解讀及臨床診斷、治療。
- 3. 第 19-30 個月(第三年)住院醫師（R3）訓練計劃
 - (1) 內科病房訓練：延續臨床訓練，於各次專科更深入學習該科病患之照顧及當科特殊檢查，及加強臨床資料蒐集及整理之能力（包括扼要病史、重要內科學檢查結果、影像及重要實驗檢查數據）。
 - (2) 在主治醫師的指導下，執行接受其它專科會診之業務
 - (3) R3 可有一至兩個月依其志願到有興趣之次專科擔任第二線臨床醫師，使其專心參與會診、學習及實際操作該次專科之各項檢查及侵入性治療、以及參加該次專科研討會和臨床研究，幫助確定未來選擇次專科之志向。
 - (4) 若遇有人力不足之時，為確保病房病患照顧以及學習效能，以病房為優先考量，仍以第一線照顧病人為主。
 - (5) 至急診、加護病房及神經內科之訓練，加強內科急重症病患照顧之能力及經驗，並了解急診運作之方式和急診病患之處置。。
 - (6) 參與門診學習，以熟悉非住院病患之各種狀況。
- 4. 第三年住院醫師訓練期滿後，須通過內科專科考試，並取得內科專科醫師資格後，方可進入次專科訓練(依據 105.03.14 內科部科主任會議討論)。第一次如未取得內專，將續留內科部加強內科臨床訓練，以利翌年順利取得內專。第二次若仍未取得內專，將依照醫院規定，將不另續聘。

(三) 第四年住院醫師（含總住院醫師及第四年住院醫師）訓練計劃

整合第一年至第三年住院醫師訓練經歷，於第四年住院醫師或升任總住院醫師期初，訂定學習目標及時程，同時並因應即將參加之次專科醫師甄試，先行自我評量，以期符合參加甄審資格，亦達到自我提昇之目標。

1. 臨床基礎訓練

- (1) 協助對住院醫院、實習醫師、見習醫師之教學，協同主治醫師，在其指導下從事各種疾病之處置，診斷及治療追蹤。
- (2) 於上級主治醫師指導下，執行會診、急會診之工作，以及各次專科之特殊檢查項目。

2. 研究及論文寫作

於各功能分科之領域中，在主治醫師之指導下撰寫特殊病例報告或從事入門研究，包括對研究設計的認識及統計知識的建立，嘗試撰寫論文並向國內外醫學期刊投稿。

3. 科部行政事務

- (1) 負責病房之調配。
 - (2) 督導住院醫師對病患之診治與他科之會診。
 - (3) 科部內醫療作業之排班及工作分配。
 - (4) 協調本科與他科之醫療事宜。
 - (5) 安排見實習醫師或他科醫師至科部內實習及訓練事宜。
4. 科部教學活動
- (1) 主持病房晨會，以掌握每日病房入出院患者狀況，指導見實習醫師或住院醫師對病患病情之診斷、分析、臨床照護及病例報告之表達，使病人獲得適當之治療及照顧。
 - (2) 科部內之教學活動及討論會，教學總醫師均應掌握時程，於會前備妥相關之討論室、放映器材、教學影帶或影像學圖片等。
 - (3) 查核見實習醫師及住院醫師之學習狀況及工作表現並予以評分並呈請主治醫師及科部主任複核。

參、 計畫內容

一、 計畫目的

(一) 訓練目標

依據 ACGME 所提出之六大核心能力為骨架，包括病人照護（patient care）、醫學知識（medical knowledge）、從工作中學習及成長（practice based learning and improvement）、人際關係及溝通技巧（interpersonal and communication skills）、專業素養（professionalism）及制度下之臨床工作（system based practice）來設計課程並實施，訓練後依適當之方法評估訓練成效。

1. 培養對內科系疾病之診斷及處置，成為具有獨立作業能力之臨床醫師，並具一般內科醫師執業所需的知識。
2. 培養醫師應有的風範及溝通能力。
3. 培養醫術、醫德及教學研究能力，作為臨床主治醫師及教師之儲備人才。

(二) 完成之訓練項目

1. 臨床訓練

(1) 接新入院之病患

- ▶ 住院醫師應於病房接門診或急診新住院之病人，經詳細問診及理學檢查後開立住院醫囑，並於隔日晨會時報告。
- ▶ 詢問病史或理學檢查若有任何疑問，應與上級醫師討論。
- ▶ 住院醫師需指導實習醫師診療新住院病人，並檢視訂正其病歷記載。
- ▶ 如欲安排特殊侵入性檢查，須先徵詢主治醫師同意。

(2) 查房

- ▶ 第一年住院醫師宜照顧 12 位住院病人，而第二、三年住院醫師照顧 15 床位住院病人，照顧床數 15 床為上限。
- ▶ 主治醫師每日均會診查其所照顧的病人，並於 bedside 作理學檢查，住院醫師須於主治醫師查房前，自行或與實習醫師先診視病人一次。
- ▶ 主治醫師查房前，應先回顧病患之病歷、檢查報告，並追蹤所安排之檢查時間。
- ▶ 查房時間除有 CPR 等重大事件外，不得無故缺席、遲到。
- ▶ 查房後，需詳實記錄 progress note、檢查結果及下一步預定治療方針。progress note 須每天記錄，病危或 ICU 之病人，視病程需要額外記載，以反映病人狀況。住院超過 7 日之病患，應書寫 weekly summary。

(3) 病房、急診值班(不超過三天一班，不連續值班)

- ▶ 病房值班由各級住院醫師協同主治醫師負責；第二年及第三年以上住院醫師則於派到加護病房及急診單位時負責該單位之值班。
- ▶ 本部住院醫師值班照顧床數為 75 至 100 床，第一-三年住院醫師值班數 7 班(平日 5 班、假日班(週六、日)2 班、第四年住院醫師值班數 6 班(平日 4 班、週六 1 班、週日 1 班)、第五年住院醫師值班數 5 班(平日 3 班、週六 1 班、週

日 1 班)、臨床研究醫師值班數 4 班(平日 3 班、假日 1 班)。

- ▶ 第一-三年住院醫師之病房值班接新病人上限為平日 5 床、假日(週六、日)10 床。當新病人數達上限時，需依部內輪序請下一區域值班醫師或專科護理師承接，若各區接新病人數皆已達上限時，則請主治醫師前來支援。
 - 當新病人數達上限時，部內輪序規則如下：專師(21:00 前)→12B 區域→12A 區域→15A 區域→專師(21:00 前)，依此循環，皆達上限，即為主治醫師接。
 - 每月部內科主任會議進行學員接新病人數進行檢視，以確認值班 LOADING 適當未超出規範。
- ▶ 值班期間需留在院內，並保持院內手機維持暢通。
- ▶ 值班時段入住之新病人需詳實記錄 admission progress note (duty note)，交班務必即時、確實。對於病情較為嚴重病患及轉入 ICU 病患更要注意交班，不可疏忽。
- ▶ 值班時遇任何疑問或困難要找總醫師或主治醫師幫忙，切勿輕率開立醫囑。
- ▶ 本院值勤時數相關規定如下：
 - 每週值勤時間不得超過 80 小時
 - 每四週總工作時間上限為 283 小時
 - 每日正常值勤時間不得超過 10 小時，連同延長值勤時間不得超過 12 小時
 - 兩次值勤之間隔至少應有 10 小時休息時間
 - 每 7 日中至少應有完整 24 小時休息
 - 不得連續工作超過 12 天
 - 例假、國定假日休假
 - 每日出勤依院規定進行簽到、簽退
 - 輪班制之住院醫師，符合下列情況者，如病人病情危急須持續照護、當時事件有重要學術價值、基於對病人或家屬之職責(病人本人或家屬請求由員住院醫師持續照護，並經住院醫師同意)，工作時間得不受每日最長 13 小時之限制，但連續工作時間仍不得超過 16 小時。
 - 值班隔日 9 AM 後休息
 - 住院醫師工時短中長期目標及改善機制
 - 短期目標：每 4 週工作時數不超過 283 小時，落實值班隔日休息、每 7 日中至少有 24 小時之完整休息等相關規定
 - 中期目標：每週工作時數不超過 80 小時，每週值班不得超過三班。
 - 長期目標：排班制度依線上工作適時調整，監管住院醫師、專科護理師工作與值班分工、調整住院醫師之教育訓練
 - 改善機制：
 - A. 值班醫師次日午後休假代理人安排機制設立與落實，工作代理津貼核發即時。

- B. 嚴守每週工時限制，避免排班出現連值、隔日值班情況發生。
- C. 現有訓練期間內執行各項訓練項目，透過各項訓練模式、臨床教學、實作與臨床技能測驗，以瞭解各學員皆完成各項訓練並達應有的學習成果。

2. 教學：住院醫師需參與本部各項教學活動，目前部內常規之教學活動包括：

- (1) Orientation class：每年 8 月份辦理，請各次專科需介紹 routine、常見住院新病人之診斷及 order 開立注意事項(若醫囑系統設有各科常用組套也可一併介紹，使操作簡便省時)、各科值班時可能遇到之 complaint 緊急處理。
- (2) 晨會、病例討論：針對近期住院案例進行討論與教學，每週一、二舉行。
- (3) 大迴診及臨床討論會：各月各一次
- (4) 臨床病理討論會：每季一次
- (5) 死亡及併發症、病人安全個案討論：每月一次
- (6) 專題演講/Journal Reading：針對各科常見疾病進行文獻閱讀：每週一次。
- (7) 內專複習課程：每年一次
- (8) EKG 判讀教學：每月一次
- (9) X 光判讀教學：每月一次
- (10) 教學門診：每位學員每月至少接受一次訓練。
 - ▶ 依各指導醫師時間安排。
 - ▶ 教學門診每診學生人數以不超過三名為原則。
 - ▶ 每診教學病例數以三至五例為原則，至多不得超過五例。
 - ▶ 指導老師須事先告知並取得看診病患同意(簽立「教學門診病患同意書」)作為教學個案。
 - ▶ 由學員對初/複診診個案，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，同時可以 Mini-CEX 評量學員表現，可於專科主治醫師指導下予以住院收療或門診用藥治療。
 - ▶ 學習專科主治醫師之診療方法，處方原則等，隨時提出問題討論之。
 - ▶ 指導者需逐一翻閱教學門診病歷，以檢討被指導者對每位病患的看診情形，包括病患之檢查(含理學檢查)、診斷、治療、用藥及病歷書寫內容，同時應注意被指導者看診之溝通技巧與建立良好醫病關係之指導，指導後並應於每一病歷上簽名。
 - ▶ 每診教學門診，需於看診時，填寫「教學門診學員意見調查表」、「病患意見調查表」，以作為教學成效評估。
- (11) 住診教學：每位學員每週至少接受一次住診教學訓練。
 - ▶ 依各指導醫師時間安排。
 - ▶ 每次學生人數以不超過三名為原則。
 - ▶ 每診住診教學病例數以一例為原則。
 - ▶ 住診教學執行方式以團隊教學方式進行，團隊教學以完成一份教學紀錄為

原則。

- ▶ 每次教學時間至少半小時。
- ▶ 作業流程
 - 住診教學前一天，指導醫師選擇適合之教學個案，並取得病人口頭同意。
 - 指導醫師及學員於病房討論室說明教學個案和重點，再前往病房進行教學。
 - 由學員作病史詢問、理學檢查等，指導醫師則在旁觀看學員問診情形並可以 Mini-CEX 評量學員表現；學員詢問後，由指導醫師分析病情及示範診療，使學員了解病人病情，再由指導醫師向病人及家屬解釋病情。
 - 指導醫師及學員於病房討論室，針對個案作討論並給予回饋、建議。

(12) 全人照護訓練

- ▶ 教學門診與住診教學需落實全人照護訓練，進行全人醫療五大面向評估，並將全人照護重點載入會議記錄：
 - **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。
 - **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。
 - **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。
 - **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。
 - **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。

- ▶ 全人照護案例分析：住院醫師每月至各科輪訓皆需參與病房之跨領域團隊會議至少一次，臨床指導醫師針對跨領域團隊個案進行跨領域團隊合作討論重點、全人醫療各基準之教學，並將教學重點予以記錄。全人教學要點：
- ▶ 「全人照護」以兼顧病人在生理、心理及社會層面的醫療照護
- ▶ 「全程照護」要診療當下的病痛，還要做好三級預防
- ▶ 「全家照護」了解和處理病人的問題常常需要家人參與，尤其是心理層面和社會層面的問題，因此，家人的參與也是「全人照護」的重要元素。

(13) 跨領域團隊訓練

- ▶ 定義：跨領域團隊合作照護（Interprofessional Practice，IPP）係指來自不同健康專業背景的醫療工作者，與病人、家屬、照護者、社區共同努力，以提供最高品質的照護；跨領域團隊合作教育訓練（Interprofessional Education，IPE）係指兩個以上健康專業人員、學習者，跨領域、相互學習、一起學習，以促進團隊合作，改善健康照顧成效。
- ▶ 目標：本院推動跨領域團隊合作照護及教育訓練，以五大目標為導向，分別為：
 - ▶ 巧推（Leverage）：各職類的臨床人員都能善用跨領域團隊合作照護的機會，主動發掘潛在的問題及角色衝突，並找到最佳的施力點，解決照護上的困難議題。
 - ▶ 優化（Optimize）：透過跨領域團隊合作，認識臨床照護上的系統性問題，以此改善溝通過程、角色分工及資源分配，對照護流程進行整體性的優化。。
 - ▶ 訓練（Train）：透過跨領域團隊合作照護的實作內容，開發跨領域團隊合作教育訓練的教案，訓練跨職類的臨床學員，培養其團隊合作的能力。。
 - ▶ 團結（Unite）：透過跨領域團隊合作照護及教育訓練，團結不同職類、不同訓練層級的臨床人員，內化團隊合作的理念，並凝聚全隊照護的向心力。
 - ▶ 同步（Synchronize）：透過跨領域團隊合作照護，讓各職類臨床人員可以更了解彼此的角色定位，促成資訊的同步交流，提升病患照護品質。
- ▶ 方法
 - ▶ 事前簡報（Briefing）：各職類人員須描述自己的姓名、職類、角色定位及其認知該討論個案的照護重點。約 3-5 分鐘。。
 - ▶ 事中討論（Huddle）：各職類人員針對該討論個案的核心問題做意見交流，尋求共識，以形成對病患及家屬最佳的決策。約 10-15 分鐘。
 - ▶ 事後檢討（Debriefing）：各職類人員回顧決策成形過程，檢視不同專業

間的溝通、互動跟分工，並討論是否有改進照護流程的措施。會議可安排一人擔任引導者的角色，以利事後檢討的進行。約 10-15 分鐘。

- ▶ **回饋 (Feedback)：**由與會人員反思個案狀況，就當下提出的解決方案來探問未來是否有更高層次的議題待處理。約 3-5 分鐘。

(14) 核心課程：至各次專科訓練時，需參與各科核心課程，其主要目標是在瞭解

(15) 各次專科之常見疾病及其常用之檢查，至各次專科學習之重點如下：

- ▶ 常見疾病或重要疾病之相關知識；包括：診斷、臨床課程、治療、後續照顧、病因及預防。
- ▶ 常用的診斷方法，其應用及判讀，具侵襲性者亦需瞭解其禁忌及術後照顧。
- ▶ 常用的治療方法，其使用及可能之副作用，具侵襲性者亦需瞭解其禁忌及術後照顧。
- ▶ 相關急症之處理，包括：診斷及初步處理，以及何時應轉診至次專科醫師處理。

(16) 全院學術演講：R1-R3 共同基礎課程，內容以實際案例之研討及實務訓練為主，由教學部邀請本院臨床教師教導定期舉行，並在課程結束後，請學員繳交規定之作業並由授課講師進行回饋，協助認證學分，並評估訓練成效。

- ▶ 醫學倫理與法律：醫病溝通與互動能力
- ▶ 實證醫學
- ▶ 感染控制
- ▶ 醫療品質：包括病人安全如何處理醫療不良事件
- ▶ 病歷寫作：包括死亡診斷書、疾病診斷書開立
- ▶ 醫療態度及醫療倫理。
- ▶ 醫學研究。

3. 病歷寫作訓練與評核：包括(1)門診病歷；(2)入院紀錄；(3)病程紀錄；(4)每週摘記；(5)處置紀錄；(6)交接紀錄；(7)出院病歷摘要。主治醫師針對受訓學員記錄之病歷記錄內容皆應確認與覆核，並有病歷記錄修改與教學記錄呈現。各臨床教師對指導之住院醫師進行病歷寫作教學，並進行每月二次病歷書寫內容評核(前測、後測各一)，以提昇病歷教學及寫作品質。

(1) 每月/二次，前測(月中)及後測(月底)

(2) 進行方式：由當月指導教師一對一進行教學

(3) 評估方式：每次教學前學員自備一份病歷，由指導教師依據病歷寫作評核項目進行修改及教學。

(4) 完成後學員將當月兩次指導相關紀錄，修改病歷、評核表，經主治醫師、科計畫主持人、部主任簽核後，送予教學部審查。

4. 跨層級聯合訓練方式：內科訓練期間安排 2 週至合作之衛生所，學習以社區導向的基層照護 (Community-orientated Primary Care)，社區學習經驗可提供受訓醫師社區醫學經驗及傳染病的處理，培養內科住院醫師全方位健康照護的能力。

5. 落實全人照護教育：全人照護的課程設計以「長養慈悲心」為主軸，「人文照護

教育」方式著重啟發與互動，以參與、體驗、感動及行動等多元化方式認識及落實全人照護醫療。全人照護教育相關課程如下：

類別	課程方向
通識課程	1.溝通技巧、2.安寧照顧、3.團隊醫療(含跨領域)、4.敘事醫學
生理層面	1.醫療自主、2.病人安全、3.疼痛控制、4.身心症狀之處理
心理層面	1.同理心訓練、2.哀傷輔導、3.壓力調適
社會層面	1.社會制度、2.經濟評估、3.社會資源運用、4.家庭動力與家庭會議、5.長期照護、6.社區醫療、7.倫理暨法律議題
靈性層面	1.臨終照護、2.宗教支持、3.生死哲學

- (1) 教學門診：每月一次
- (2) 住診教學：每週一次
- (3) 人文早會：每年至少參與六次，參與早會以瞭解國際苦難與慈善救助行動，與正向善念觀念啟發。
- (4) 偏鄉義診：社區醫學部每月前往貢寮、平溪、雙溪、瑞芳、三芝等偏遠地區進行義診與往診，住院醫師每年需參加至少一次，以學習全人照護之身心靈社會等多層面關懷。
- (5) 新人體驗營：報到年度參與，透過課程瞭解醫院之人文理念，並透過體身至弱勢個案居家進行訪視關懷體驗。
6. 研究：住院醫師除接受臨床訓練外，應養成整理歸納病例的習慣。藉由歸納臨床資料，加上主治醫師指導和研讀相關醫學文獻，本部住院醫師應於前三年至少於醫學會上發表一篇壁報論文或口頭報告，並晉升臨床研究醫師(含)以上者，晉升主治醫師者，應至少有一篇原著論文發表於慈濟醫學雜誌或一篇已被 SCI 雜誌接受之病例報告或原著論文。

二、教學訓練課程

(一)課程規劃負責人

負責規劃 課程主題	姓 名	現 職		專業背景
		科 別	職 稱	
核心課程	高偉堯	血液腫瘤科	主治醫師	血液學、腫瘤學、內科學、血液幹細胞移植
核心課程	余麗嬌	新陳代謝科	科主任	內科學、糖尿病、高血脂、肥胖症、內分泌、甲狀腺

核心課程 EKG 判讀課程	葉冠宏	心臟內科	科主任	心律調節器、體內自動去顫器、心房雙心室再同步節律器等植入式儀器治療、心律不整、心臟電生理檢查及高頻電燒治療、急重症醫療照護、心臟超音波檢查、一般心臟內科
核心課程	陳建華	肝膽腸胃科	科主任	肝炎、肝癌、胃痛、腹痛、便秘、腹瀉、潰瘍止血、總膽管取石、息肉切除
核心課程	洪思群	腎臟內科 內科部	科主任 部主任	內科學、腎臟學、透析治療
核心課程 X 光判讀課程	藍胃進	胸腔內科	科主任	睡眠治療、重症加護
核心課程	陳政宏	風濕免疫科	科主任	全身性紅斑性狼瘡、類風濕性關節炎、僵直性脊椎炎、血管炎、退化性關節炎、痛風、慢性蕁麻疹、過敏、氣喘等等有關免疫系統方面的疾病、軟組織超音波、毛細血管顯微鏡與血流測定儀檢查、自體免疫引起之不孕症
核心課程	彭銘業	感染科	科主任	一般內科、感染控制

(二)教學訓練課程：訓練期限：2.5 年

(依據內科醫學會所規範之內科專科醫師訓練課程基準規劃)

1. 第 1-6 個月訓練：著重於一般內科學

(1) 病人照顧：內科常見疾病如：心臟病、腎臟病、內分泌新陳代謝疾病、惡性腫瘤、血液疾病、胸腔疾病、肝病、胃腸疾病、風濕免疫疾病、感染症、神經疾病、精神疾病、泌尿生殖疾病..等。

(2) 臨床技能

I. 熟習上述疾病之臨床症狀、表徵、診斷(例如：神經學、甲狀腺、心臟理學檢查等)、治療。

II. 熟習上述疾病之飲食指導及衛教。

III. 熟練與病患(尤其老年人)、家屬、醫療團隊成員溝通技巧。

IV. 醫學知識

i. 上述疾病之致病機轉及治療原則。

- ii. 藥物(包括化學藥物、抗生素等)之藥理、副作用、使用及藥物對腎功能之影響及腎功能不全時之使用方法。
- iii. 熟悉感染症及傳染病之基本概念及學識；院內感染之預防；新興傳染病之基本知識。
- iv. 瞭解安寧照護基本原則。
- v. 瞭解長期照護系統。
- vi. 瞭解老化在解剖及生理之改變對診治老年病患之影響。
- vii. 瞭解神經解剖、生理、病理及臨床神經學。
- V. 實驗室檢查判讀：血液抹片、動脈血、痰液、胸腔積液、腹水、肝功能、細胞學檢查、消化器機能檢查、分泌物抹片染色及鏡檢、體液、酸鹼、電解質異常、腎功能、凝固試驗、血小板功能。
- VI. 心電圖及影像檢查判讀：靜態及 24hr 心電圖、運動心電圖、胸部 X-光、CT、心血管 X-光、腹部 X-光、上下消化道 X-光、骨關節 X-光。
- VII. 特殊檢查及技能
 - i. 淋巴結、腫瘤抽吸抹片及切片病理判讀。
 - ii. 輸血反應之判讀與處置。
 - iii. 呼吸道照護。
 - iv. 急性呼吸衰竭之處置。
 - v. 各類感染標本採集、運送及檢查方法。
 - vi. 中心靜脈導管放置、監測。
 - vii. 各種抗核抗體結果判讀。
 - viii. 無菌技術養成。

2. 第 7 個月至第 18 個月訓練

- (1) 病人照顧：內科常見疾病如：心臟病、腎臟病、內分泌新陳代謝疾病、惡性腫瘤、血液疾病、胸腔疾病、肝病、胃腸疾病、風濕免疫疾病、感染症、神經疾病、精神疾病、泌尿生殖疾病..等。
- (2) 臨床技能
 - I. 熟悉常用藥物調整。
 - II. 熟悉抗生素之選用、劑量、副作用，減低抗藥菌種之發生。
 - III. 老年病患完整評估。
 - IV. 類固醇適應症、副作用及脈衝療法。
 - V. 醫學知識
 - i. 瞭解老化及疾病對老年病患處方注意事項及醫源性疾病預防。
 - ii. 瞭解老年疾患之致病機轉、治療、預防之道，尤其是疾病之多發性、複雜性、非典型表現。
 - iii. 腦血管障礙之診斷治療。
 - iv. 抗心律不整藥物使用。
 - v. 呼吸器原理及操作。

vi.外科手術適應症之判斷與照會。

VI. 實驗室檢查判讀

i. 內分泌腺體功能檢查、動態內分泌功能檢查。

ii. 血球細胞化學染色及免疫染色之應用。

iii. 骨髓抽吸抹片及切片檢查。

iv.特殊血液學檢查。

v. 肺功能誘發試驗。

vi.瞭解各種風濕病、免疫病之檢查及應用。

vii. 偏光鏡之操作及晶體辨認。

VII. 影像檢查(包含核醫、超音波、CT、MRI、血管攝影)判讀內分泌器官、心臟、胸部、腹部、腎臟、頸部及泛內視鏡、ERCP 之影像檢查判讀。

VIII.特殊檢查及技能

i. 心電擊治療。

ii. Swan-Ganz 導管放置。

iii. 動脈導管放置。

iv.放置 SB tube。

v. 肝臟生檢及病理檢查判讀。

vi.過敏原皮膚試驗及判讀。

vii. 腰椎穿刺。

viii. 急性心衰竭及休克處置。

ix.急性腫瘤併發症處置如電解質不平衡、溶血急症、急性腎衰竭。

x. 慢性肺疾處置。

xi.免疫不全病例感染之治療。

xii. 減敏治療。

xiii. 猝發過敏反應之處置。

xiv. 急性腎衰竭處置。

xv. 慢性腎衰竭處置。

xvi. 連續腹膜透析治療之相關設備，操作技術及照顧。

xvii. 激痛點定位及局部注射。

xviii. 毒藥物中毒之處置。

IX. 病例報告

3. 第 19-30 個月(第三年)住院醫師

(1) 病人照顧：內科常見疾病如：心臟病、腎臟病、內分泌新陳代謝疾病、惡性腫瘤、血液疾病、胸腔疾病、肝病、胃腸疾病、風濕免疫疾病、感染症、神經疾病、精神疾病、泌尿生殖疾病..等。

(2) 臨床技能

I. 內科急、重症病患之處置。(包括老年病患)

II. 醫學知識

i. 心導管檢查之基本知識。

- ii. 人工心律調節器之基本知識。
- iii. 心電生理之基本知識。
- iv. 支氣管鏡檢查之基本知識。
- v. 泛內視鏡檢查之基本知識。
- vi. 骨髓移植及幹細胞移植之應用及照護。
- vii. 分子生物學之應用。
- viii. 神經疾患之診斷及治療。
- ix. 腎移植病人之照顧及併發症之預防與處置。
- III. 實驗室檢查判讀
 - i. 各種風濕病、免疫病檢查之獨立操作、判讀。
 - ii. 腎臟病理報告判讀。
 - iii. 神經電性診斷法判讀。
- IV. 影像判讀：甲狀腺超音波、神經學影像、大腸鏡判讀。
- V. 特殊檢查操作及治療
 - i. 胸部、腹部超音波檢查。
 - ii. 各種侵襲性檢查及治療。
 - iii. 特殊免疫治療之應用。
 - iv. 睡眠呼吸監測。
 - v. 血液透析技術之應用及併發症之處置。
 - vi. 重症病人感染症之診療。
 - vii. 老年常見症候群如：譫妄、失禁、褥瘡、跌倒、營養不良之處置。
 - viii. 關節內注射及關節液抽取。
 - ix. 癌症病患之整合治療計畫。
 - x. 敗血症之治療。
 - xi. 綜合各領域專家之意見，提供老年病患整體考量之心理、社會醫療照顧。
- VI. 門診跟診。
- VII. 專題報告。
- VIII. 專科照會。

(三) 佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院內科部教學活動時間表

星期 時間 內容	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五
07:30-08:00	晨會	病例討論	Orientation Class/Journal Reading	第一週：大迴診 第二週：內科急診 聯合討論會、內科 外科聯合討論會、 臨床病理討論會 第三週：臨床研討 會 第四週：死亡/病安 /醫學倫理個案討 論/內科部品質指 標報告	次專科會 議
08:30-10:00	主治醫師 查房教學	主治醫師 查房教學	主治醫師 查房教學	主治醫師 查房教學	主治醫師 查房教學
10:00-12:00					
12:00-13:30	12:30-13:30 X光判讀教學 (每月一次)				
13:30-17:30	主治醫師 查房教學	主治醫師 查房教學	主治醫師 查房教學	主治醫師 查房教學	主治醫師 查房教學
		16:00-17:00 EKG判讀教學 (每月一次)			16:30-17:30 全院演講

* 除內科部教學活動，需再參照各科教學活動表並參與學習。

(四) 臨床教師簡介

姓 名	現 職		專業背景
	科別/教職	職稱	
趙有誠	院長室 肝膽腸胃科 部定教授	院長 主治醫師	胃腸肝膽學、病毒性肝炎、肝硬化、酒精性疾病
徐榮源	院長室 肝膽腸胃科 部定教授	副院長 主治醫師	消化系統疾病(食道、胃、腸、肝、膽及胰臟等)的內科診療、內視鏡診療術(胃鏡、大腸鏡、內視鏡胰胆管攝影、十影、十二指腸乳突切開術及取膽管結石等)、幽門螺旋桿菌及消化系統癌症之分子生物學研究
張恒嘉	院長室 心臟內科	副院長 主治醫師	高血壓、高血脂症、心臟瓣膜疾病、冠心病、心臟衰竭、心導管檢查、治療與介入性心臟醫學、心臟超音波、急救加護與重症醫學
廖朝崧	院長室 心臟內科 部定教授	榮譽顧問 主治醫師	心血管醫學 介入性心臟學 心臟超音波
高偉堯	醫務部 血液腫瘤科 部定副教授	部主任 科主任	血液學、腫瘤學、內科學、血液幹細胞移植
張首義	血液腫瘤科 11A	主治醫師 病房主任	乳癌、肺癌、膀胱癌、大腸癌等癌症之診斷和期別判定與治療、癌症併發症之處置與治療 貧血與不明腫塊之診斷與治療
劉俊煌	血液腫瘤科 癌症研究中心 部定教授	主任	血液幹細胞移植、免疫治療、血液病(包含白血病、淋巴瘤、骨髓瘤、血小板減少紫斑症等)、惡性腫瘤(包含肝癌、結直腸癌、泌尿腫瘤、黑色素細胞癌)
柯毓麟	研究部 心臟內科 部定教授	主任 主治醫師	心臟介入性醫學 分子遺傳學
葉冠宏	心臟內科 部定講師	科主任	心律調節器、體內自動去顫器、心房雙心室再同步節律器等植入式儀器治療、心律不整、心臟電生理檢查及高頻電燒治療、急重症醫療照護、心臟超音波檢查、一般心臟內科
許舜易	心臟內科 部定講師	主治醫師	一般內科學、心臟學 心臟超音波、週邊血管超音波、老人學及老人醫學
留志仁	心臟內科 13B	主治醫師 病房主任	心臟超音波、心導管術、胸痛、心悸、高血壓、狹心症、心臟衰竭
黃玄禮	心臟內科 週邊血管中心 心導管室 部定助理教授	主治醫師 中心主任 主任	冠狀動脈心臟病、診斷及介入性心導管、冠狀動脈氣球擴張術及支架放置、血管內超音波、週邊血管及糖尿病足部血管病變氣球擴張術及支架放置、洗腎瘻管超音波檢查及氣球擴張術、支架治療、先天性心房中膈缺損阻隔器置放、心臟超音波、週邊血管超音波、高血壓、心律不整、瓣膜性心臟病、一般心臟學

周星輝	心臟內科 心臟加護病房 部定講師	主治醫師 主任	介入性心導管診斷及治療 心臟超音波、周邊血管超音波
林正豐	心臟內科 部定副教授	主治醫師	心絞痛、心肌梗塞、高血壓、高血脂
謝建安	心臟內科	主治醫師	一般心臟學、心臟超音波
詹仕戎	心臟內科 部定講師	主治醫師	一般內科學、高血壓、心臟衰竭、冠狀動脈心臟病、肺高壓、心臟超音波檢查、周邊血管疾病及洗腎瘻管檢查治療
段德敏	心臟內科	主治醫師	狹心症、心悸、冠狀動脈疾病、高血壓、心衰竭、心臟超音波、介入心臟治療
張耀庭	心臟內科 部定講師	主治醫師	心臟內科、心臟電氣生理暨介入治療
張靖怡	心臟內科	主治醫師	一般內科學、心臟超音波檢查、心悸、高血壓、心臟衰竭、冠狀動脈心臟病
王嘉齊	內科部 肝膽腸胃科 部定教授	部主任	肝炎、肝癌、胃痛、腹痛 便秘、腹瀉、潰瘍止血、 總膽管取石、息肉切除
林憲宏	肝膽腸胃科 部定教授	主治醫師	肝臟學、消化性潰瘍、消化內視鏡、消化超音波
陳建華	肝膽腸胃科 部定講師	科主任	治療性內視鏡、內視鏡超音波 早期消化道癌症治療、肝膽胰介入性治療
許景盛	肝膽腸胃科 肝病中心 部定教授	主治醫師 主任	B 型、C 型及病毒性肝炎診斷與治療 上、下消化道內視鏡檢查
李忠憲	肝膽腸胃科 部定講師	主治醫師	消化系統疾病、腹部超音波檢查、內視鏡檢查、內視鏡治療
蘇偉志	肝膽腸胃科	主治醫師	消化內科、治療性內視鏡、一般內科
陳泓達	肝膽腸胃科	主治醫師	急慢性肝炎、肝硬化、肝癌診治、消化性潰瘍、胃食道逆流疾病、腹部超音波、胃鏡及大腸鏡檢查
蕭宗賢	肝膽腸胃科 12B 病房 醫品中心	主治醫師 主任 副主任	消化系統疾病、腹部超音波檢查、內視鏡檢查、內視鏡治療
吳耀光	胸腔內科 教學部 部定副教授	主治醫師 主任	肺癌、肺臟感染、呼吸治療、睡眠治療
黃國良	胸腔內科 部定助理教授	主治醫師	重症醫學、職業醫學
楊美貞	胸腔內科 部定助理教授	主治醫師	胸腔及肺部腫瘤、肺部相關疾病、肺癌症最新之治療及診斷、重症醫學、介入性支氣管鏡治療
黃奕智	胸腔內科 15B 部定講師	主治醫師 病房主任	肺臟腫瘤、呼吸照護、睡眠治療

藍胃進	胸腔內科 11B 部定助理教授	科主任 病房主任	呼吸生理、運動心肺功能、睡眠醫學
陳欣怡	胸腔內科	主治醫師	肺炎、慢性阻塞性肺病、氣喘之診斷與治療，慢性呼吸疾病患者之肺部復原，重症加護醫療。
蘇文麟	胸腔內科 內科加護病房 部定助理教授	主治醫師 主任	重症醫學、肺結核、肋膜積水等診斷與治療、慢性咳嗽、咳痰
林清基	胸腔內科 部定教授	主治醫師	胸腔內科、胸腔及重症醫學、睡眠醫學及睡眠呼吸中止症、呼吸治療、呼吸生理學
吳智偉	胸腔內科	主治醫師	慢性阻塞性肺病、氣喘、肺結核、重症醫學、肺腫瘤
洪思群	腎臟內科 部定副教授	科主任	內科學、腎臟學、透析治療
郭克林	腎臟內科 部定副教授	主治醫師	內科學、腎臟學、透析治療學
彭清秀	腎臟內科 12A 教學部 一般醫學科 部定講師	主治醫師 病房主任 副主任 主任	腎病症候群、急性及慢性腎衰竭之治療、腹膜透析、血液透析、腎臟移植術後病患之照護
吳哲熊	腎臟內科 部定講師	主治醫師	內科學、腎臟學、透析治療學
王奕淳	腎臟內科 部定助理教授	主治醫師	內科學、腎臟學、透析治療學
林定筠	腎臟內科 部定講師	主治醫師	內科學、腎臟學、腎衰竭、透析學、電解質不平衡
郭熙文	新陳代謝科 部定教授	主治醫師	內科學、糖尿病、高血脂、肥胖症、內分泌、甲狀腺
余麗嬌	新陳代謝科 部定助理教授	科主任	糖尿病、甲狀腺疾病、內分泌疾病、高血脂
胡雅惠	新陳代謝科 部定講師	主治醫師	糖尿病、甲狀腺疾病
張嘉暉	新陳代謝科	主治醫師	糖尿病、內分泌疾病
彭銘業	感染科 部定講師	科主任	內科、感染科、感染管制及抗生素管制
楊慶輝	感染科 部定講師	主治醫師	一般內科及感染相關病症
陳政宏	風濕免疫科 部定助理教授	科主任	內科學 過敏免疫風濕病學
陳俊雄	風濕免疫科 部定助理教授	主治醫師	內科學 過敏免疫風濕病學
劉津秀	風濕免疫科	主治醫師	內科學 過敏免疫風濕病學

(五) 訓練期程規劃：依內科醫學會每年核准容額招收各級住院醫師，每位住院醫師訓練期程規劃：

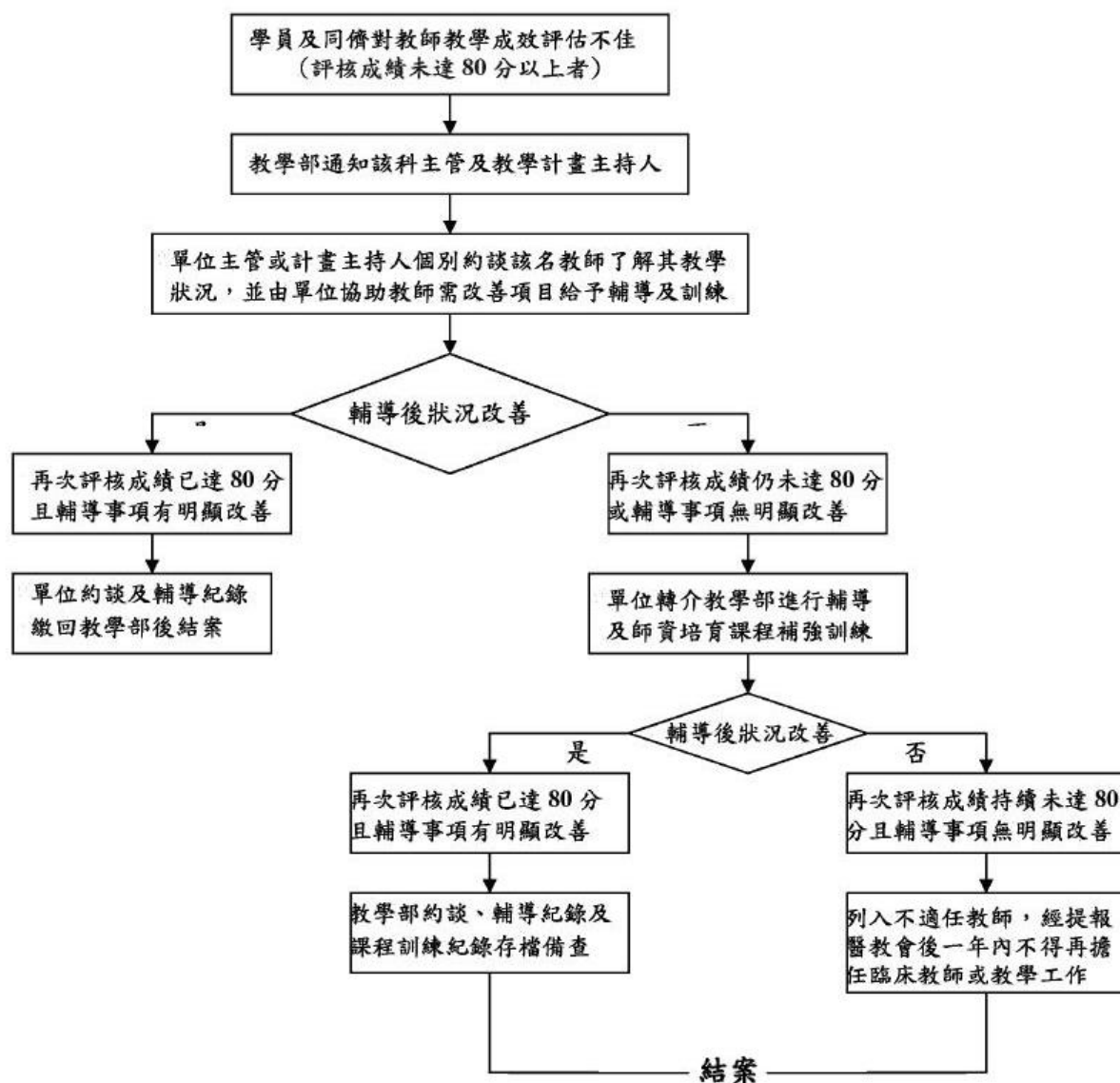
訓練科別	訓練月數	備註
心臟內科	3	
肝膽腸胃科	3	
感染科	2	
新陳代謝科	2	
胸腔內科	3	
腎臟內科	3	
風濕免疫科	1	
血液腫瘤科	2	
神經內科	1	
加護病房	6	
急診	2	
照會訓練(自選2科)	1	
細分科訓練	1	
跨層級訓練-2週 其他科訓練-1週	1	
總計	31	

三、導師名單、導師制度

姓 名	現 職	
	科 別	職 稱
陳建華	肝膽腸胃科	主任
高偉堯	醫務部/血液腫瘤科	主任
蘇文麟	胸腔內科	主治醫師
吳哲熊	腎臟內科	主治醫師
陳泓達	肝膽腸胃科	主治醫師
彭清秀	腎臟內科	主治醫師
蘇偉志	肝膽腸胃科	主治醫師

四、輔導與補強訓練機制

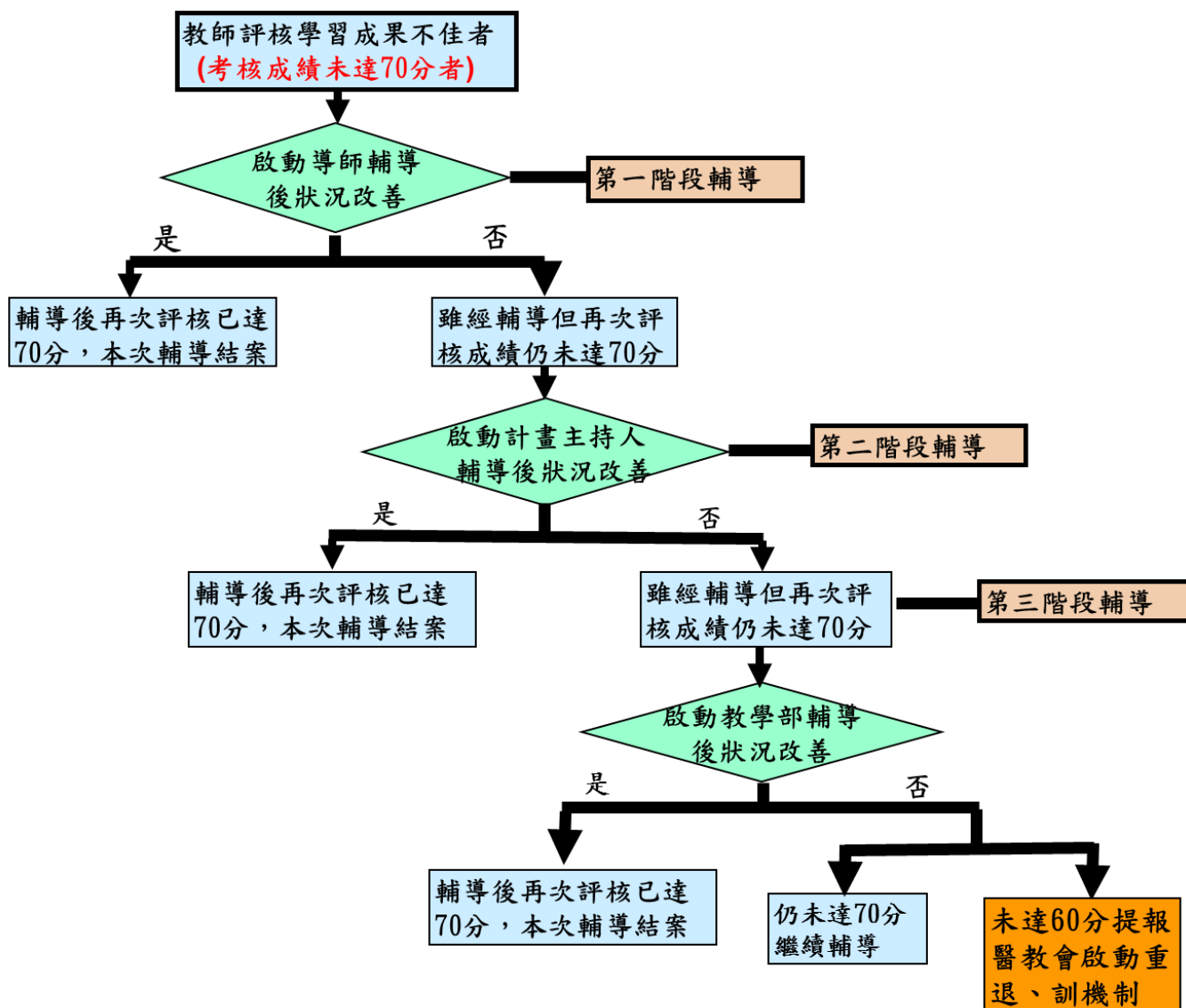
(一)針對不適任教師，依據台北慈濟醫院制定之〈不適任教師輔導機制〉進行輔導。流程如下：



(二)學員學習成果不佳輔導補強作業辦法：

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：教學部接獲學員發生學習成果不佳後，需先瞭解學員學習成果不佳的原因，同時通知該學員導師、計畫主持人(或科部主管)/教學負責人，並視情況啟動三階段輔導：

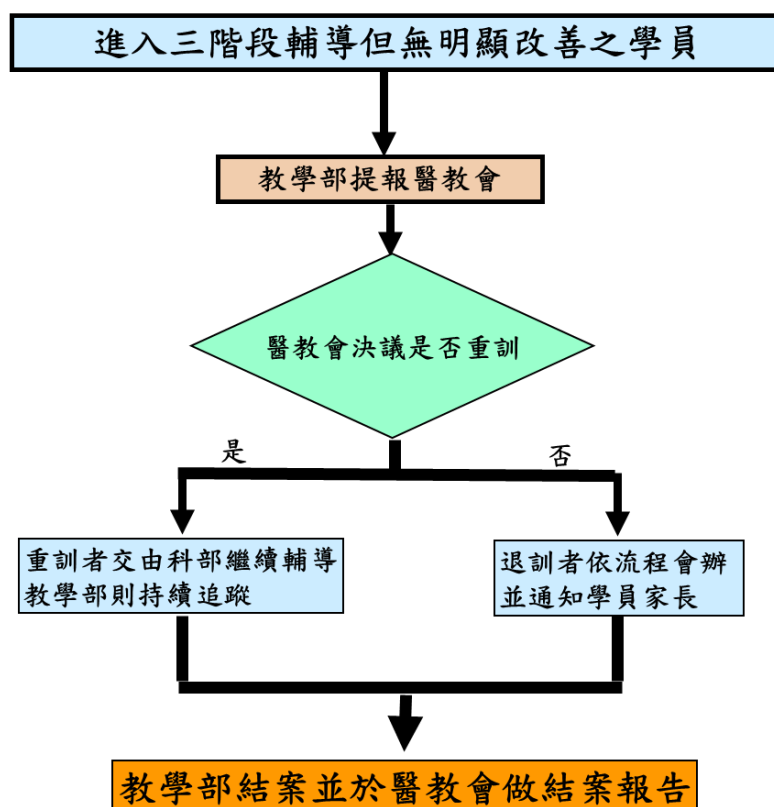
1. 第一階段輔導：由導師與受訓學員進行導生輔導或會談，深入了解學員生學習成效不佳原因，並向計畫主持人及教學部報告。
2. 第二階段輔導：由該科計畫主持人(或科部主管)進行了解學員生不適任原因，並評估整體訓練結果後提報教學部。
3. 第三階段輔導：經由導師及計畫主持人介入輔導後仍未改善者，第三階段由教學部長進行輔導並視學員狀況啟動學習成果不佳學員之重訓或退訓機制。
4. 每一階段之輔導，在完成補強一個月後進行複評，經輔導後考核成績已達 70 分或輔導項目已改善，該次輔導視為結束，但學員須由導師持續監督與關懷。



(三)學習成果不佳學員重訓、退訓作業辦法：

針對學習成果不佳學員，經多次輔導無效，啟動重、退訓機制：

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。

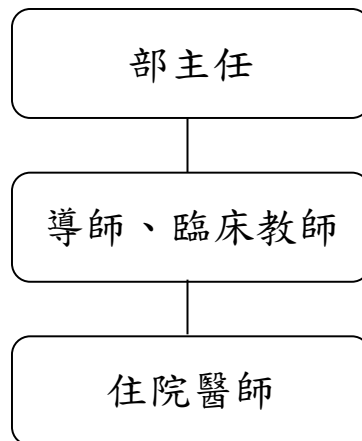


五、 醫療不良事件處理機制:依本院「異常狀況處理作業細則」(ISO 二階辦法 FAR00B006)處理。

六、 人力配置

(一)由部主任授權予住院醫師導師群，由導師瞭解住院醫師臨床工作、教育學習、生活面等各項活動，並依住院醫師的狀況與需求，配合單位資源進行各項訓練規劃及建議改善。

(二)住院醫師至各次專科臨床工作及技能訓練則由各科臨床教師負責指導。



肆、 執行計畫相關人員獎勵辦法

對象	獎勵辦法
計畫主持人	納入薪資點數
臨床教師	1. 申請教職時優先考慮推薦 2. 減輕其臨床工作量 3. 申請進修時優先考慮 4. 納入薪資點數
導師	1. 申請教職時優先考慮推薦 2. 申請進修時優先考慮 3. 納入薪資點數 4. 部基金提供關懷經費運用。 5. 部致贈年度紀念品。

伍、 整體計畫執行成效評估

1、對學員之評估：

以內科醫學會之學習護照學習記錄、導生座談記錄、年度案例報告及口頭、筆試測驗及訓練考核表（教學部提供）作為評估資料，以掌握每位學員的學習成效。

2、對教師之評估：（教學部提供）

以學員滿意度調查表及教師評量表作為師資考核。

3、對課程安排之評估：（教學部提供）

以各項課程之學員滿意度調查表作為課程安排之評估。

4、訓練成效之評估：

以學習護照學習記錄、導生座談記錄、年度案例報告及口頭、筆試測驗、教師考核表、教學訓練回饋表、學員滿意度調查表、教師評量表、六大核心能力暨 360 度評估表(每季年評核一次)、Mini-CEX、CbD 評量作為整體計畫之訓練成效評估。

附件一、學前測驗口試(e 化表格)

佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院

學前測驗-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：					

附件二、佛教慈濟綜合醫院住院醫師訓練考核表(e 化表格)

佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟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 ☐R4 ☐R5

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、 <u>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。</u> 四、 <u>第五大項評語或建議欄需以書面文字完成，不得空白</u> ，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 <u>每月月底前完成評核</u> ，並於 <u>次月五日前送交教學部</u> ，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、態度與人際關係	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(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

附件三、住院醫師對科（部）教學迴饋表(e 化表格)

佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院

住院醫師對科（部）教學回饋表

受評估老師：_____

評估時間：自 _____年____月____日

受評估科別：_____

至 _____年____月____日

填寫學生(醫師)：_____

填表日期： _____年____月____日

考 核 項 目		評 核 標 準					備 考	
		非常 同意	同 意	普 通	不 同 意	很 不 同 意		
一、教學態度	1. 臨床教師具教學熱忱及激勵性						本評核表各類評核標準之換算比例： 一、請務必勾選是否推薦老師繼續擔任教學。 二、 第六大項建議欄 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。 三、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. 臨床教師能尊重學生與住院醫師							
	3. 臨床教師能確實並準時進行教學活動與會議							
	4. 臨床教師能耐心並詳盡的指導學員							
二、教學技巧與改善	1. 臨床教師能於課程初始，探詢學生的期望							
	2. 臨床教師指導學員時，能表達清楚、明白							
	3. 臨床教師會指導並協助修改病歷內容							
	4. 臨床教師以 PBL-EBM 之精神教學							
	5. 教師能給學生回饋意見與建設性的指評							
	6. 老師的指導能使您的專業能力獲得進步							
	7. 臨床教師會在您學習上遇到困難時給予協助							
三、照顧病人	1. 臨床教師與病患及家屬保有良好的醫病關係							
	2. 臨床教師對病人能負責與敏銳的照顧							
四、醫學知識	1. 臨床教師能運用醫學科學文獻來解釋病情							
	2. 臨床教師具廣泛淵博的專業知識							
五、整體評價	1. 臨床教師能成為您的模範							
	2. 臨床教師與醫護同仁相處融洽							
	3. 您對臨床教師的教學方式感到滿意							
	4. 臨床教師能均衡服務責任與教學活動							
	5. 本月您對教學及會議情況感到滿意							
您本月例行臨床及值班工作之負荷量		過多	稍多	適當	稍少	過少		
是否推薦老師繼續擔任教學		☐ 是 ☐ 否						
六、建議	(請務必填寫)							

※參加之研討會或討論會

項目名稱	出席率	本月出席日期
☐ 晨會	%	日期：
☐ 期刊討論會	%	日期：
☐ 臨床病理討論會	%	日期：
☐ 併發症及死亡病例討論會	%	日期：
☐ 全院演講	%	日期：
☐ 科部會議	%	日期：
☐ 門診教學	%	日期：
☐ 其他 	%	日期：

註：

- 發表報告者請附件（如簡報、會議記錄）[上傳附件](#) (Excel、Word、PPT、PDF)
- 出席率計算方式：參與會議次數/本科當月舉辦次數*100%
- 非報告者以各部（科）繳交之會議記錄及活動之電子簽到做查證

※住院醫師照顧病人及值班情形

本月份訓練科部有無住院病患？ ☐有 ☐無

- 每位住院醫師平均每日照顧床數為床（最多床、最少床）。

本月份訓練科部是否需值班？ ☐是 ☐否

- 住院醫師值班訓練平均以天1班，且值班的照顧床數最多為：床。

【附值班表】[上傳值班表](#) (Excel、Word、PPT、PDF)

佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院
360 度評量表（病人版）

受評者照片

--

附件五、六大核心能力暨 360 度評估表—院內同仁評估版

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敬請參考附件「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：							
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：_____

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	

附件六、迷你臨床演練評量

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：適當的處置診察步驟；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。

附件七：病例導向討論評估表

病例導向討論評估表 Case-based Discussion (CbD)				
教師：_____ ☐ VS ☐ Fellow ☐ CR ☐ R_____ ☐ 其他（請註明）_____				
學員：_____ ☐ M5-6_____ ☐ M7_____ ☐ R_____ ☐ PGY_____ ☐ 其他_____				
受訓科別：_____ 實施日期：_____年_____月_____日				
病例來源： ☐ 門診 ☐ 急診 ☐ 一般病房 ☐ 加護病房 ☐ 開刀房 ☐ 其他：_____				
病歷號碼：_____				
臨床問題： ☐ 呼吸 ☐ 循環 ☐ 神經學 ☐ 精神及行為 ☐ 疼痛 ☐ 胃腸 ☐ 感染 ☐ 手術適應症及方法 ☐ 其他：_____				
臨床討論重點： ☐ 病例記載 ☐ 臨床評估 ☐ 處置 ☐ 專業性討論				
病例複雜程度： ☐ 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.病歷記錄	☐ 1 ☐ 2	☐ 3 ☐ 4	☐ 5 ☐ 6	☐
2.臨床評估	☐ 1 ☐ 2	☐ 3 ☐ 4	☐ 5 ☐ 6	☐
3.檢查評估	☐ 1 ☐ 2	☐ 3 ☐ 4	☐ 5 ☐ 6	☐
4.治療處置	☐ 1 ☐ 2	☐ 3 ☐ 4	☐ 5 ☐ 6	☐
5.追蹤及未來計畫	☐ 1 ☐ 2	☐ 3 ☐ 4	☐ 5 ☐ 6	☐
6.專業素養	☐ 1 ☐ 2	☐ 3 ☐ 4	☐ 5 ☐ 6	☐
7.整體表現	☐ 1 ☐ 2	☐ 3 ☐ 4	☐ 5 ☐ 6	☐
註：請臨床教師當場評核、回饋及簽章，以利後續作業。				
評 語	表現良好的項目		建議加強的項目	
	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：_____				
E6A0021B18 佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院 教學部 100.09 修				

所有老師討論及建議

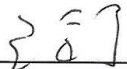
教師姓名	教師建議	教師簽名
王嘉齊	- 醫七及醫六學生照顧的床數皆有調整，醫七為 4-6 床、醫六為 2-4 床，皆是依據花蓮統一的規範。 - 內科部的週四會議主題，106 年度開始有調整，除了原有的 Grand Round、死亡案例討論會、CPC、病安、急診聯合討論會之外，也增加大迴診及與外科聯合討論會。 - 內科部晨會，也修訂為周一及周二的 7:30-8:30；周三及周五 8:00-8:30 維持在次專科的病房討論室進行。 - 醫學系七年級實習醫學生(簡稱醫七)至本科訓練須在主治醫師的指導下實際參與照護病人，並完成二篇完整的病歷報告，包括 Admission Note、Progression Note、Problem Oriented Sheet、Differential Diagnosis, Discussions，並作為評分之部分依據。	王嘉齊
吳耀光	- 建議大內科的會議，除了晨會之外，星期四的會議，住院醫師如果要報告，內容應該要做一些修正，讓更多的科別在經過討論之後，能更有參與。 - 與急診的聯合討論會，會議內容也應該進行更改，讓更多的住院醫師或者醫學生有深的印象，其實像 X 光的教學，也希望不單單是 lecture 的方式，而是真的讓大家有學習的意願之外，也能學到更多，是我們都要努力的部分。	吳耀光
彭清秀	- 有很多老師都不知道學生的及格分數是 70 分，可能第一次評分 58 分，第二次評分 68 分，老師就覺得學生是進步了，但其實這樣的狀況都是需要接受輔導的。 - 訓練期間照護的床數，都是依照花蓮的規定，我們也都是依照此進行修訂。 - 實習醫學生的成績要怎麼打分數？其實對於他們未來 PGY 或者住院醫師面試，成績是很重要的，因此在課後的評估，老師們在評核方面，學習的態度、臨床表現、參加會議的出席率，或者報告的分數等表現，是佔百分之多少，都是老師們可以討論的。	彭清秀

計劃主持人簽名: 王嘉齊

討論日期: 106 年 3 月 12 日

學員討論及建議

學員姓名	學員建議	學員簽名
R 饒倫毓	1. 基本上，周一及週二晨會教學是 ok 的，但是如果在比較忙碌的臨床科別時，又安排了比較多的核心課程，有時候會遇到想上的課程，但是時間上無法配合。	
PGY	1. 有時候中午時間會排課程，就比較難上到，但老師也會彈性調整時間，讓大家都能上到課程和學習到東西，所以在課程學習方面都能獲得改善。	

計劃主持人簽名: 

討論日期: 106 年 3 月 17 日