

奇美醫療財團法人奇美醫院
Chi Mei Medical Center

113年度(2024年)

家庭醫學科住院醫師教學訓練計畫
Family Medicine Residency Program



計畫名稱:113年度家庭醫學科住院醫師教學訓練計畫

計畫單位:奇美醫療財團法人奇美醫院 家庭醫學部

計畫主持人:蔡岡廷部長

目 錄

一、訓練計畫名稱	3
二、宗旨與目標	4
三、專科醫師訓練教學醫院條件	9
四、住院醫師訓練政策	11
五、教師資格及責任	15
六、訓練計畫、課程及執行方式	21
七、學術活動	35
八、專科醫師訓練特定教學資源	39
九、評估	40
相關文件或參考資料	43
計畫修訂延革	44
參考文獻	47
附件	
附錄一：『門診病歷』品質審查評分表	48
附錄二：迷你臨床演練與評估	50
附錄三：其他各類評估表	
附件一：家醫科住院醫師及實見習醫學生對當月份教學之評核	52
附件二：受訓醫師學習熱忱全方位評量表	54
附件三：家庭醫學科醫師對各科(次專科)指導醫師評估表	55
附件四：奇美醫學中心科部教學課程滿意度評核表	56
附件五：家庭醫學科訓練課程滿意度調查	57
附件六：教師教學滿意度評估調查表	58
附件七：家庭醫學科訓練醫療活動評分表	59
附件八：全人照護分類查核表	60
附件九：因應新冠肺炎(COVID-19)疫情期間之民眾參與社區癌症篩檢 措施	61
附件十：就醫民眾『嚴重特殊傳染性肺炎』疫情健康聲明卡	62
附錄四：EPA為住院病人開立醫囑與處方，轉介合適的長照服務	63
附錄五：12項EPA評估內容及觀察表單	74
附錄六：國際醫療訓練試行行程參考表	111

一、訓練計畫名稱—奇美醫院家庭醫學科住院醫師教學訓練計畫

計畫緣由：

奇美醫療財團法人奇美醫院(以下簡稱本院)依據行政院衛生福利部公告之「家庭醫學科專科醫師訓練醫院認定基準」及「家庭醫學科專科醫師訓練課程基準」等家庭醫學科專科醫師訓練之相關規定，為培養家庭醫學部住院醫師具備一般家庭醫學科醫師執業所需的知識、基本臨床技能、醫療問題解決能力、醫師應有的風範及溝通協調等能力，特制定本訓練計畫。

二、宗旨與目標

2.1 訓練宗旨與目標

使住院醫師了解家庭醫學的臨床實務、範疇與理論基礎，學習如何運用生物、心理與社會模式(biopsychosocial model, BPS)之全人醫療照護(holistic care)，了解以社區導向之基層醫療(community-oriented primary care, COPC)、社區醫療群與家庭醫師整合照護制度及整合性健康照護體(integrated health care delivery system, IDS)之核心概念。使住院醫師養成確的醫療專業態度，經由實際上與病人的接觸，來對病人的身體及心理的苦、情緒反應、生病後社會經濟層面的影響、病患家屬的心理感受，做深入的體驗，並培養醫師的專業態度及品格特徵。醫學專業態度的發展及品格特徵的培養主要是要靠自己的歷練與省思，在習以為常的師生互動以及與病患、病患家屬的接觸之中，培養出對於重要價值的領悟與執著，發展出做為優秀醫師的品格。並於上述系列課程中，加入「全人照護教育訓練查檢表」(如附件八)，俾益住院醫師於透過此教學過程了解全人照護之精神以達訓練目的(註10)。

以本部目前的師資與教學資源(臨床技能中心與師資培育中心)，每年可招收四位住院醫師，主要訓練目標分為：

(1)一般畢業後醫學教育之核心能力部分，即ACGME六大核心能力要求

a. 病人照顧(patient care)：

住院醫師應本著體恤的態度，在病人及其家屬互動中應展現「關懷」及「尊重」的態度，以提供適當及有效率的醫療服務，並由此增進人類健康以及疾病預防的目的。住院醫師必需蒐集病人相關必要及正確的醫療資訊，並經由問診、身體檢查、病歷紀錄以及診治方針的制定，以作為對於疾病預防性、診斷性與治療性處置的選擇基礎；而在基於臨床病情、經驗判斷、病人偏好、科學證據及病人自我選擇下提供適宜的建議，來明確告知病人及其家屬其在診治上的判斷、治療方針以及疾病預後，以期達到整合性照顧，以完整地執行相關的診治程序，適時提供病人及其家屬應有的衛教常識及醫療諮詢。住院醫師應稱職地執行所有必要的醫治以及侵入性的醫療技術，從而提供以「預防疾病」及「維護健康」為目標的「照護服務」，更須與其他相關的健康照護專業同儕合作，由此共同提供以「病人」為中心的醫療照護。

b. 醫學知識(medical knowledge)：

住院醫師本身應具備足夠的生物醫學、臨床醫學、流行病學以及社會行為科學(biomedical, clinical, epidemiological and social-behavior science)等醫學知識，並能將這些知識貫徹應用於病人的照護上。以開放、探索及分析的思考模式去探尋新知識，而嚴謹地評估已尋得知識的科學證據之強度，並進一步能截取具實用性相關知識，能夠將其充分運用在臨床照護上。

c. 人際關係與溝通技巧(Interpersonal and communication skills)

住院醫師與病人及其家屬在相互尊重下，建立並維持良好的醫病關係，並能尊重不同文化、種族、信仰、情緒、各年齡層的病人以及其他醫療團隊成員。共同與病人建立一個涵蓋治療與倫理皆健全的「醫病關係」。住院醫師應懂得如何使用有效的傾聽技巧，並配合書寫技巧或是詢問解說式途徑去詢問病史與提供衛教。住院醫師應隨時、及時並合法的記錄病歷；同時更應具備人際及溝通技巧，能有效地與病人、家屬、醫療專業人員溝通，來使得病人及其家人明確地獲得相關的醫療訊息，以達到能夠在醫療專業團體有效發揮團隊合作，而有效地利用團隊合作以執行醫療照護的運作。

d. 醫療專業(professionalism)

住院醫師具備負責任的醫療專業態度，並在尊重多樣性群體差異的大前題之下，絕對服膺醫學倫理原則(adherence to ethical principles)，並以尊重及關懷的態度幫助病人及同事。不論病人年齡、性別、文化背景、宗教信仰、社經狀況，甚至殘疾，亦能遵守專業敏感及堅守醫療倫理的處置能力要求，其中包括有保密及知情同意等，由此表現出尊重、憐憫、正直以及割捨私利的胸襟，並以同情心與同理心來回應病人與社會需要的期待，以及追求卓越與持續專業的發展。

e. 制度下的臨床工作(systems-based practice)

住院醫師必需要具備能分析及評估現行臨床照護優缺點的能力，從事蒐集、評估、理解，並充分瞭解與病人健康相關的科學研究，並從病人族群或社會族群中獲取及使用相關的資訊。住院醫師能擬定改進執業臨床工作策略的能力，使用資訊科技來管理資料及終生學習，採取系統性方法為導向的改進方針，並保持「從錯誤中學習」的意願，以及運用「實證醫學」及現行錯誤經驗來，提昇醫療服務品質，進一步幫助及協同其他健康照護專業人員一同學習，以達成落實「終生學習」的目標。

f. 臨床工作中的學習與改善(practice-based learning and improvement)

住院醫師必需要瞭解個人執業與其他醫療專業及團體的互動關係，及其在整個醫療體系中所扮演的角色，並分析不同型式醫療執業體系，與健康照護體系間的優缺點之差異。熟悉健康照護體系的運作及其緣由，與健康保險制度甚至整個社會的相互影響。並由此瞭解相關醫療費用的實質利用，以及醫療資源的分配情況，以達到良好的財務控制。

(2) 在教學上強調醫德、醫術、醫業兼備，其訓練目標為：

a. 醫德方面

教育住院醫師基本的醫德，即同情(compassion)，同理心(empathy)、誠實(honesty)，正直(integrity)，以及維護病人利益的承諾。經由醫學倫理和行為科學的教育，重視醫師和病人間良好關係之培養，了解病人身心行為發展狀況，從事以病人之利益為優先的醫療行為。

b. 醫術方面

整合臨床醫學、行為科學及社區醫學，針對病人身心行為發展及家庭脈絡，落實預防醫學及健康衛教，並保持知識技術的不斷進步，秉持終生學習之態度，持續精進知識與技術，提供確具效益的優質保健醫療服務。

c. 醫業方面：

以團隊合作的方式，提供醫療保健服務，致力於將醫學的新成就，施惠於民眾。

- (3)家庭醫學科專科訓練目標：著重以問題為基礎之學習方式，能提供病人以家庭為單位，可近性(accessible)、周全性(comprehensive)、持續性(continuing)、協調性(coordinated)與負責性(accountable)的全人醫療照護。同時具備與其他醫療人員互動溝通的能力，並進而具備組織與領導醫療團隊的能力，積極培養基層保健醫療、教學及研究人才，使其能成為具備全科醫師技能、社區照護管理能力及完善預防醫學與公共衛生知識的家庭醫師。另外，同時希望能作為培訓未來臨床教師之準備。

a. 家庭醫業方面：

- <1>運用生物、心理與社會模式(biopsychosocial model, BPS)之全人醫療照護(holistic care)於病人診斷與治療的臨床工作。了解以社區導向之基層醫療(community-oriented primary care, COPC)、社區醫療群與家庭醫師整合照護制度及整合性健康照護體系(integrated health care delivery system, IDS)之核心概念。
- <2>具備獨立診治病患之能力，能夠處理家庭醫學科常見之急慢性疾病，並具備該疾病診斷與治療知識及技能。
- <3>具備家庭醫業管理能力及全民健保家庭醫業相關知識，能有足夠經驗技能執行家庭醫業工作。
- <4>具備老年醫學、安寧緩和、職業醫學、青少年保健、婦女保健、肥胖醫學、旅遊醫學和整合照護(註7)等次專科的知識與技能，以提供全面性的醫療照護。
- <5>幫助住院病患結合出院準備轉介長照資源挹注(註7)，亦培養具備居家照護能力，並提供病人自主權利選擇(註7)及臨終居家病人安寧療護諮詢及照護。

b. 預防醫學方面：

- <1>能整合預防醫學於臨床診療之中，具備健檢報告數據判讀及疾病篩檢的知識能力，並能有效推展健康促進與疾病預防工作。
- <2>具備勞工職業健康檢查業務執行能力，能整合預防醫學於職業醫學業務執行之中，並能推展職場健康促進及疾病預防工作。
- <3>具備公共衛生教育知能，營養諮詢及臨床諮商相關知識與技能，以提供疾病衛教所需，並能整合預防醫學於衛教諮詢之同時。

c. 行為科學方面

<1>具備衛生教育，營養諮詢及臨床諮商相關知識與技能，並能將之應用於個別病人或社區團體，以導引民眾良好之健康信念與健康行為。

<2>具備整合醫療照護資源之能力，進而領導醫療團隊，提供疾病預防正確管道。

d. 社區醫學方面

<1>能夠應用社區醫學、行政管理的知識與技能，從事社區健康評估及社區導向之基層保健醫療工作。

<2>能夠清楚社區衛生資源所在並能善用社區資源，以提供兼顧個體與群體之社區照護模式。

<3>具備社區疾病防治及環境職業衛生相關知識。

<4>具備公共衛生領域相關知識、社區醫學理論與實務，醫療政策及醫療經濟學相關知識。

<5>推廣家庭醫師整合照護制度，積極參與社區健康篩檢與促進活動，深切體認社區醫療群與社區公衛群之角色扮演與實際運作。

<6>勝任健康講座、民眾衛生教育與醫療諮詢，提升社區民眾對於健康與醫藥有正確的認知。

<7>社區醫療資源網絡的認識與利用，如衛生所、基層診所、緊急醫療網、社區心理衛生中心、長期照護管理中心、長照機構、雙向轉診制度、醫師公會、南區醫療網、中央健保署或衛生局等及長期照顧(護)資源之整合與應用。

<8>居家醫療照護訓練，含居家醫療的知識與核心能力、跨專業團隊之整合及居家醫療實務訓練(各階段照護、持續性照護、整合性照護)、跨專業團隊居家個案討論會。

<9>教導遠距健康照護，含遠距醫療(通訊診療)的知識與技能及其相關資訊技術。提供「視訊診療」之設備與流程(註12)。

<10>環境危害與職業醫學。

e. 臨床醫學教育方面

<1>具備實證醫學的精神，能夠善用資訊技術，以提供醫學教育所需。

<2>具備自我進修與學習能力，增進教學能力，成為臨床醫學教師儲備人選。

f. 專業訓練方面

家醫科、內科、外科、婦產科、兒科、精神科、皮膚科、急診科、社區醫學、復健科、眼科、影像診斷科、老年醫學科、緩和醫學科與耳鼻喉科之必要課程訓練；以及選修課程，如放射腫瘤科、病理科、麻醉科、職業醫學科、神經科、泌尿科、骨科、整形外科…)及家庭醫學科專科醫師訓練課程基準特定專業學科(如緩和醫學科、老年醫學科、國際醫療)等科別。(註7.13)

g. 因應嚴重特殊傳染性肺炎疫情之防範措施：(註11-12)

因新冠肺炎襲擊，於保持社交距離，避免群聚等防疫規範下，醫學教育教學模式也應隨之應變與調整，藉由「安全防疫與同仁間互相關懷」、「強化訓練環境清潔與遠距教學設備」、「推動遠距教學與會議」、以及「共同參與大型篩檢與疫苗施打齊抗疫」。

<1>參照國家、地方政府疫情指揮中心之防疫規範，並訂定符合醫院特性之完備安全衛生措施。

<2>院方最高指導原則「資淺不涉險」，面臨感染高風險作業時則由資深者執行。

<3>防疫期間須配合院內事項：

<a>全程配戴口罩，強化個人衛生重要性，落實勤洗手。

推動健康自我管理並強化共同參與，疫情期間啟動每日體溫登錄、每七日員工健康聲明卡填寫(旅遊史、接觸史、健康狀…況登錄)。

<c>推動會議、課程的衛生活動、減低交叉汙染機會：推行會議、課程減半、改變會議形態(視訊工具)、保持社交距離。

<d>假日休息時儘量避免進出公眾場所，儘量減少群聚活動。

<e>依疾病管制署規定，執行管控休假，出國及旅遊史調查。

<4>防疫物資口罩：每日由醫院提供並列冊管理，以做為物資申請之佐證。

<5>強化防護用具使用時機、穿脫方法程序，並提醒各類口罩正確使用、N95密合度自檢之教育訓練。增設「COVID-19感染管制指引」、「COVID-19醫療機構及人員應有的防疫作為」、「COVID-19醫院防疫減災作為」、「COVID-19危害控制需知說明會」之課程。

<6>若住院醫師的自主健康管理及身心狀況出現不安或心理壓力過大時由臨床導師迅速呈報並給予及時輔導。

參考資料：醫、牙、護理、藥學及醫事檢驗復健相關科系學生實習場所因應嚴重特殊傳染性肺炎疫情之作業原則(109年2月10日臺教高(五)字第1090016538號函訂定

<7>於疫情期間為了保障科部內人員參與社區活動的安全，訂定嚴重特殊傳染性肺炎疫情社區活動之防範措施(如附件九及附件十)

<8>疫情下教學方式兼具實體與遠距教學。遠距教學又分為非同步學習與同步學習兩種，錄製教學影片提供非同步學習，且在大會議室保持社交距離進行各類教學活動外，亦應用Googlemeet、Webex等視訊軟體，進行同步遠距會議避免群聚。透過視訊轉播方式進行教育訓練課程，包含全院教學、一般基礎醫學、跨領域教學、師資培育等，疫情期間仍持續進行。(註12)

<9>教導遠距健康照護，含遠距醫療(通訊診療)的知識與技能及其相關資訊技術。提供「視訊診療」之設備與流程，教導住院醫師如何讓個案可以不須進入醫院，進行視訊診療，讓醫療照護可以打破空間距離的限制，讓真正需要的人得到「正確且及時」的幫助。(註12)

<10>於主治醫師帶領下，共同參與通訊診療、篩檢站快篩、社區醫療及新冠疫苗接種注射等任務。(註12)

2.2訓練計畫執行架構

- (1)為了解住院醫師學習成效和檢討教學目標及執行，定期每月部內會議匯集教師意見並提出改善。
- (2)為評鑑住院醫師學習成效及修訂教學訓練計畫，原則上每3-6個月由教學中心舉辦一次跨科臨床教學檢討會。
- (3)本部除每周固定兩次部內研討會，每月各層級醫師另有主治醫師教學至少一次，且每周一次出院準備案例討論會，另由院方提供相關醫學教育，內容包括全人醫療、病人安全、醫療品質、醫病溝通、醫學倫理與法律、感染控制、實證醫學、病歷寫作等。
- (4)計畫討論與修訂：每年固定於十二月底由部內主治醫師共同討論，並依據部會結果以為修訂住院醫師訓練計畫書之依據。

三、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

本院家庭醫學部為醫院獨立之科/部編制，不隸屬於其他醫療專科。

(1)科部簡介：

- a. 本院於民國57年1月成立，命名為『財團法人臺南市逢甲醫院』，且於民國81年正式更名為『財團法人奇美醫院』，於民國89年通過衛生署及醫策會評鑑升格為醫學中心。
- b. 本院於民國79年成立家庭醫學科，招收住院醫師訓練，88年在台南科學工業園區成立南科診所，作為住院醫師、PGY醫師與實習醫學生社區訓練場所之一，特別針對環境職業衛生。89年成立預防醫學科，執行健康檢查業務，包括高級健檢、勞健、學生體檢、外籍人士體檢等，作為住院醫師與實習醫學生預防醫學、社區健康促進之訓練場所。96年成立健康管理中心，取代原來之預防醫學科，引進影像醫學新科技，如全身型磁振造影檢查，以早期診斷與治療。
- c. 民國90年成立社區醫療部，整合家庭醫學科、南科診所、社區護理及預防醫學科，結合社工師、營養師、物理治療師及心理師等人，努力推廣社區預防保健與健康促進，提供社區民眾一個周全性、持續性之全人醫療照護。92年在柳營鄉建立奇美分院，設置南區癌症防治中心，提供住院醫師與實見習醫學生緩和安寧療護(hospice)及社區醫學實務訓練之場所。民國95年5月接受委託經營下營和平診所；民國97年8月亦於永康總院成立緩和安寧療護病房，提供住院醫師與實見習醫學生緩和安寧療護訓練之場所；民國99年6月，秉

持醫學中心的社會責任，為服務日漸增多的老年病人，正式成立老年醫學科，期望能為老年病人提供最完整的照護，民國101年，奇美醫院通過評鑑，成為老年專科訓練醫院；民國106年8月社區醫療部改制為家庭醫學部；民國109年2月結束經營和平診所。

- d. 民國112年8月家庭醫學部組織架構擴編，故納入老年醫學科與緩和醫學科，並負責督導南科診所及社區發展組之運作。
- e. 民國113年2月，社區發展組進一步擴編為社區聯絡組與健康促進組，以完善家庭醫學當中的健康促進及社區醫療角色。(註17)

(2) 人員

- a. 在人員編制方面，本部現有專任主治醫師16位，兼任主治醫師5位，部定教職資格6位，教學主治醫師16位，醫策會一般醫學教師16位，及住院醫師12位、研究醫師1位(已取得家醫專科資格)。(註18)
- b. 其他專科教師
內、外、婦產、兒、精神、影像診斷(放射)等六科有各該科專科醫師皆有五人以上。且有急診醫學科、復健科、耳鼻喉科、眼科、皮膚科各該科專任專科醫師皆有三人以上及老年醫學科和緩和醫學科學會認證資格之專任醫師三人以上。(註7)

(3) 醫療業務

- a. 平均每天全院住院人數約九百九十人，平均住院天數七天以下。
- b. 平均每天全院門診人數五千人以上，平均分佈各科；平均每天全院急診人數約三百一十六人。
- c. 本部係以病人為中心、以家庭為單位、以社區為範疇之全方位照護，強調生物、心理與社會面向兼顧的人性化醫療服務。
- d. 在教學上強調術德兼備，注重醫病溝通與良性互動，講求團隊合作及用心負責，重視醫學倫理，醫療品質保證，病人安全至上的家庭醫師培育。
- e. 在研究上積極從事各種與家庭醫學、社區醫學、行為科學、環境職業醫學、老年醫學、緩和醫學(註7)及預防醫學之相關研究。
- f. 本科的訓練內容除內科、外科、婦產科、兒科、精神科、皮膚科、復健科、眼科、耳鼻喉科、影像診斷科、老年醫學科、緩和醫學科與急診科等臨床實務訓練外(涵蓋門診、住院及急症)，尚包括行為科學、社區健康營造、健康促進醫院、基層醫療保健、青少年保健、戒菸及減重、職業醫學、旅遊醫學、長期照護與國際醫療等。(註7.20)
- g. 目前本部除負責家庭醫師人才的培育外，並協助推廣基層醫療保健、長期照護、健康講座、義診、衛生教育及健康諮詢，基層醫師繼續教育與雙向轉診，推廣家庭醫師制度及實習醫學生的訓練。

四、住院醫師訓練政策

4.1 督導

(1) 訓練計畫主持人--蔡岡廷醫師(註15)

a. 現職職稱：家庭醫學部部長

學歷：	國立成功大學臨床醫學研究所醫碩士	碩士	98.09-102.06
	高雄醫學大學醫學士	學士	85.09-92.06
經歷：	奇美醫療財團法人	家庭醫學部部長	112.08-迄今
	奇美醫院	全人醫療科主任	111.03-112.07
		整合醫療中心主任	108.07-112.07
		老年醫學科主任	104.08-迄今
		老年醫學科代理主任	102.08-104.07
		家庭醫學科主治醫師	97.07-迄今
		家庭醫學科備任主治醫師	96.07-97.06
		家庭醫學科住院醫師	92.10-96.06

專科： 台灣家庭醫學醫學會專科醫師(95/12/28-迄今)
台灣老年學暨老年醫學會專科醫師(99/01/01-迄今)
台灣醫院整合醫學醫學會專科醫師(110/02/01-迄今)

教職： 部定助理教授(111-迄今)
南台科技大學高齡福祉服務系兼任助理教授(107-迄今)

公共事務方面：

院內：	整合醫療暨出院準備服務委員會副主委	112.08-迄今
	健康促進委員會副主委	112.08-迄今
	分級醫療暨社區轉銜委員會副主委	112.08-迄今
	人體試驗中心諮詢委員	112.08-迄今
	醫學教育委員會	112.08-迄今
	急診管理委員會	110.08-112.07
	教師培育中心醫學人文暨全人照教育推動小組委員	110.03-迄今
	整合醫療暨出院準備服務委員會委員	108.08-112.07
	長照暨住院友善照護委員會	108.08-迄今
	病安暨醫品委員會	108.08-112.07
	DRG委員會	108.08-110.07
	藥事委員會委員	106.08-迄今
	醫學倫理委員會委員	102.09-106.07
	臨床資源委員會委員	112.08-迄今

獎項： 院級優良教師 部級優良教師	111-112年 100-101年、103年
院外： 台灣家庭醫學醫學會第16屆理事 台灣家庭醫學醫學會專科醫師甄審委員會委員 台灣家庭醫學醫學會學術出版委員會委員 醫療區域輔導與醫療資源整合計畫(南區) 「建立整合南區急性後期醫療照護模式計畫」 工作推動小組委員 台灣醫院整合醫學醫學會第2屆學術教育委員會委員 台灣老年學暨老年醫學會第十三、十四屆 專科訓練委員會委員	112.08-迄今 112.08-迄今 112.08-迄今 110.09-迄今 110.02-113.01 107.06-113.06

(2)住院醫師訓練資格

- a. 國內外醫學院醫學系畢業取得畢業證書及取得畢業後一般醫學訓練完畢證明，且有志趣於從事家庭醫學及基層醫療服務者，經由家庭醫學部及院方甄試合格者，進入家庭醫學部擔任住院醫師。
- b. 取得中華民國醫師執照，若為國內醫學院醫學系畢業者，其訓練資格可回溯一年。
- c. 訓練期間：家庭醫學科專科醫師訓練期間自104年訓練年度起為期三年。

4.2工作及學習環境

(1)教學資源

- a. 除上述專科之師資完整外，尚包括其他各專科如內科、外科、婦產科、小兒科、精神科、耳鼻喉科、眼科、影像診斷科、老年醫學科、緩和醫學科、皮膚科、急診醫學科、復健科、神經內科、麻醉科、放射腫瘤科、病理科及其他臨床科等，可擴展疾病治療的廣度及深度，為學員奠定深厚臨床基礎。(註7.13)
- b. 其他社會工作人員、公共衛生、護理、戒菸衛教師、臨床心理、營養及臨床藥師等專長人員也共同參與指導和訓練。
- c. 有專人管理專科資料及有關住院醫師的行政事務。
 - <1>該專人為科部秘書。
 - <2>負責管理專科資料及有關住院醫師行政事務。
 - <3>協助總醫師，並負責科部相關行政業務。

(2)臨床教學訓練環境

本院經行政院衛生福利部評鑑為合格教學醫院，家庭醫學部為一獨立臨床

科編制，科部長直接隸屬院長及醫療副院長之下，具專屬訓練設備及環境。

a.本部擁有固定專屬討論室或圖書室及住院醫師辦公室空間。

b.本院之內、外、婦產、小兒、影像診斷、急診、復健科、耳鼻喉科、皮膚科、精神科、眼科、老年醫學科、緩和醫學科、神經內科、麻醉科、放射腫瘤科、病理科及其他臨床科等各專科訓練評鑑合格，能提供各專業訓練。(註7)

c.本院家庭醫學科門診設備完善

<1>擁有獨立家庭醫學科門診及相連診療室三間以上，家醫科門診區共有四間診療室。

<2>有預約作業或掛號專線電話，住院醫師可約診已看過之病人。

<3>有家庭檔案(病歷檔案或電腦檔案)。

<4>備有耳鏡、眼底鏡、聽力檢查、視力檢查設備、外傷處理設備及相關衛教器材。

d.部內備有專屬教學門診空間，具錄影教學設施及透視鏡，供教學使用。

e.部內教學訓練設備齊全，提供住院醫師臨床及教學之用，相關設備如下擁有獨立藏書空間，且備有幻燈機、投影機、錄放影機、筆記型電腦一台、桌上型電腦三台、網路連線和遠距醫療(註12)等相關設備。

f.院外社區醫學主要訓練場所-台南科學工業園區聯合診所，提供園區內廠商從業人員與眷屬及南市新市、善化區居民之門診服務及各項健康管理，其備有X光機、聽力檢查室、攜帶型肺功能機、心電圖機、耳鏡、腹部超音波、胃鏡、defibrillator、眼科視力檢查、裂隙燈、色度儀、眼底鏡、身高體重自動測量儀、眼壓儀、視野儀、Schimer'stest。

g.院內圖書館館舍占地120坪、閱覽座位90席，提供30台公用電腦可上網查詢資料，目前(2018年)總館藏量：圖書11,457冊、視聽資料837件、中西文紙本期刊128種、醫學電子資料庫30餘種、電子期刊14,205種、電子書2,340多種。(註8)

h.部內藏書包括家庭醫學科相關書籍數百冊，並由院方持續訂閱家庭醫學相關期刊(含電子期刊)數十種。

i.本院設有大會議室，並有中型會議室及小型會議室，供舉辦各類學術及教學活動使用，各會議室設有網路連線，可即時使用院內共用資源平台PACS和院內病歷系統，提供臨床教學、文獻搜尋、實證醫學資料查詢。實證醫學教室內提供實機線上教學指導，可供12-15以上同時上機討論教學。

j.本部除每周固定兩次部內研討會，每月各層級醫師另有主治醫師教學至少一次，且每周一次出院準備案例討論會(註5)，另由院方提供相關醫學教育，內容包括全人醫療、病人安全、醫療品質、醫病溝通、醫學倫理與法律、感染控制、實證醫學、病歷寫作、跨科會診(註2)、死亡診斷證明開立相關事宜(註3)等。

4.3 責任分層及漸進

依據家庭醫學科專科醫師訓練課程基準之精神，住院醫師於相關醫師的督導下參與門診、住院及急診病人和居家醫療，並隨著年資漸增其責任及能力。

- (1) 第一年住院醫師每週1個半天從事家醫門診實務。
- (2) 第二年住院醫師每週2個半天從事家醫門診實務。
- (3) 第三年住院醫師每週3個半天從事家醫門診實務。
- (4) 資深住院醫師教學責任，並有紀錄留存資深住院醫師每月至少指導一次，主要主題為長期照護、安寧緩和及預防醫學等，或是輪訓其他科別時的問題個別指導，並經由該資深住院醫師之導師協同指導，且有紀錄留存。
 - a. 資深住院醫師有指導資淺住院醫師的責任。
 - b. 資深住院醫師擔負實際指導PGY和見實習醫師的責任。

4.4 具教學諮詢服務、住院醫師反應管道、公平處理以及不適應住院醫師之補救機制

- (1) 每年年底，針對住院醫師發放「住院醫師訓練滿意度調查表」之問卷，採不記名方式，依臨床技術教學、晨會及科會教學、門診教學、工作內容、工作氣氛及自我學習成長等六大項目進行評核，考評結果作為本科教學訓練改進之參考。
- (2) 為評鑑住院醫師學習成效及修訂教學訓練計畫，原則上每3-6個月由教學中心舉辦一次跨科臨床教學檢討會。
- (3) 不適任住院醫師及臨床教師之處理方式
 - a. 不適任學員之處理方式：依據學員的考核成績、臨床教師回饋、工作上觀察及其他單位人員意見回饋等面向，發現有不適任學員時，先經由臨床教師與導師進行了解與輔導，若經輔導後學員仍為不適任則提報人評會(見附件)。
 - b. 不適任臨床教師之處理方式：教學單位提報不適任教師時，則由教學中心與教學單位主持人或主管，共同進行諮商輔導後，若獲得改善，即可繼續指導學員，若未能改善，經醫教會主委評估後暫停該名教師之教學工作。

五、教師資格及責任

5.1 主持人

(1) 訓練計畫主持人--蔡岡廷醫師(註15)

a. 現職職稱：家庭醫學部部長

學歷： 國立成功大學臨床醫學研究所醫碩士 碩士 98.09-102.06
高雄醫學大學醫學士 學士 85.09-92.06

經歷： 奇美醫療財團法人 家庭醫學部部長 112.08-迄今
奇美醫院 全人醫療科主任 111.03-112.07
整合醫療中心主任 108.07-112.07
老年醫學科主任 104.08-迄今
老年醫學科代理主任 102.08-104.07
家庭醫學科主治醫師 97.07-迄今
家庭醫學科備任主治醫師 96.07-97.06
家庭醫學科住院醫師 92.10-96.06

專科： 台灣家庭醫學醫學會專科醫師(95/12/28-迄今)
台灣老年學暨老年醫學會專科醫師(99/01/01-迄今)
台灣醫院整合醫學醫學會專科醫師(110/02/01-迄今)

教職： 部定助理教授(111-迄今)
南台科技大學高齡福祉服務系兼任助理教授(107-迄今)

公共事務方面：

院內： 整合醫療暨出院準備服務委員會副主委 112.08-迄今
健康促進委員會副主委 112.08-迄今
分級醫療暨社區轉銜委員會副主委 112.08-迄今
人體試驗中心諮詢委員 112.08-迄今
醫學教育委員會 112.08-迄今
急診管理委員會委員 110.08-112.07
教師培育中心醫學人文暨全人照教育推動小組委員 110.03-迄今
整合醫療暨出院準備服務委員會委員 108.08-112.07
長照暨住院友善照護委員會委員 108.08-迄今
病安暨醫品委員會委員 108.08-112.07
DRG委員會委員 108.08-110.07
藥事委員會委員委員 106.08-迄今
醫學倫理委員會委員委員 102.09-106.07
臨床資源委員會委員 112.08-迄今

獎項：	院級優良教師	111-112年
	部級優良教師	100-101年、103年
院外：	台灣家庭醫學醫學會第16屆理事	11208-迄今
	台灣家庭醫學醫學會專科醫師甄審委員會委員	112.08-迄今
	台灣家庭醫學醫學會學術出版委員會委員	112.08-迄今
	醫療區域輔導與醫療資源整合計畫(南區) 「建立整合南區急性後期醫療照護模式計畫」 工作推動小組委員	110.09-迄今
	台灣醫院整合醫學醫學會第2屆學術教育委員會委員	110.02-113.01
	台灣老年學暨老年醫學會第十三、十四屆 專科訓練委員會委員	107.06-113.06

b. 近年發表有關家庭醫學之論文或報告

- <1>Kuo HK, Yang CC, Yu YH, Tsai KT, Chen CY: Gender-specific association between self-reported sleep duration and falls in high-functioning older adults. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences.* 2010; 65(2): 190-196.
- <2>Tsai KT, Chen JH, Wen CJ, et al: Medication adherence among geriatric outpatients prescribed multiple medications. *Am J Geriatr Pharmacother.* 2012; 10(1): 61-68.
- <3>Huang CC, Weng SF, Tsai KT, Chen PJ, Lin HJ, Wang JJ, Su SB, Chou W, Guo HR, Hsu CC: Long-term Mortality Risk After Hyperglycemic Crisis Episodes in Geriatric Patients With Diabetes: A National Population-Based Cohort Study. *Diabetes Care.* 2015 May 38(5):746-51.
- <4>Chan DC, Yang RS, Ho CH, Tsai YS, Wang JJ, Tsai KT*: The use of alendronate is associated with a decreased incidence of type 2 diabetes mellitus—a population-based cohort study in Taiwan. *PLoS One.* 2015 Apr 13;10(4):e0123279
- <5>Huang CC, Tsai KT, Weng SF, Lin HJ, Huang HS, Wang JJ, Guo HR, Hsu CC: Chronic osteomyelitis increases long-term mortality risk in the elderly: a nationwide population-based cohort study. *BMC Geriatr.* 2016 Mar 31;16:72.

- <6>Ke YT, Peng AC, Shu YM, Chung MH, Tsai KT, Chen PJ, Weng TC, Hsu CC, Lin HJ, Huang CC: Emergency geriatric assessment: A novel comprehensive screen tool for geriatric patients in the emergency department. *Am J Emerg Med.* 2018 Jan;36(1):143-146.
- <7>Liu YL, Chu LL, Su HC, Tsai KT, Kao PH, Chen JF, Hsieh HC, Lin HJ, Hsu CC, Huang CC. : Impact of Computer-Based and Pharmacist-Assisted Medication Review Initiated in the Emergency Department. *J Am Geriatr Soc.* 2019 Nov;67(11):2298-2304.
- <8>Huang YL, Tsay WI, Her SH, Ho CH, Tsai KT, Hsu CC, Wang JJ, Huang CC: Chronic pain and use of analgesics in the elderly: a nationwide population-based study. 2020 Feb *Arch Med Sci.*, 11;16(3):627-634. .
- <9>Ke YT, Peng AC, Shu YM, Chung MH, Tsai KT, Chen PJ, Weng TC, Hsu CC, Lin HJ, Huang CC: Prevalence of Geriatric Syndromes and the Need for Hospice Care in Older Patients of the Emergency Department: A Study in an Asian Medical Center. 2020 Jul *Emerg Med Int.*, 17;2020:7174695.
- <10>Chen YH, Lai YC, Wu YC, Sasaki J, Tsai KT*, Ho CH*: Healthcare Utilization in Different Stages among Patients with Dementia: A Nationwide Population-Based Study. 2021 May *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 5705.
- <11>Wang YC, Lee WY, Chou MY, Liang CK, Chen HF, Yeh SJ, Yaung CL, Tsai KT, Huang JJ, Wang C, Lin YT, Lou SJ, Shi HY: Cost and Effectiveness of Long-Term Care Following Integrated Discharge Planning: A Prospective Cohort Study. 2021 Oct *Healthcare (Basel)*., 21;9(11):1413.
- <12>Tsai KT, Chien TW, Lin JK, Yeh YT, Chou W: Comparison of prediction accuracies between mathematical models to make projections of confirmed cases during the COVID-19 pandemic by country/region. *Medicine (Baltimore)*., 2021 Dec 17;100(50):e28134.
- <13>Tsai KT, Lin HJ, Huang CC. : Telemedicine video multidisciplinary conference and ward round for geriatric care during the COVID-19 pandemic in Taiwan. *International Journal of Gerontology* 16 (2022) 162-3.
- <14>Hsu SL*, Tsai KT*, Tan TH, Ho CH, Yang PC, Hsu CC, Lin HJ, Hung SP, Huang CC. : Interdisciplinary collaboration and computer-assisted home healthcare referral in the emergency department: a retrospective cohort study. *Aging Clin Exp Res.* 2022 Aug;34(8):1939-1946.

- <15>Chuang HY, Chien TW, Chou W, Wang CY, Tsai KT*: Comparison of prediction accuracies between two mathematical models for the assessment of COVID-19 damage at the early stage and throughout 2020. *Medicine (Baltimore)*. 2022 Aug 12;101(32):e29718.
- <16>Tan TH, Yang TY, Chen YM, Chung SY, Liu HH, Yang PC, Kao PH, Peng AC, Shu YM, Chu YS, Tsai KT, Hsu CC, Ho CH, Lin HJ, Huang CC.: Computerized tool and interdisciplinary care for older patients with delirium in the emergency department: a novel model in Taiwan. *Aging Clin Exp Res*. 2022 Sep 7. doi: 10.1007/s40520-022-02240-7.
- <17>Ho SY, Chien TW, Huang CC, Tsai KT*: A comparison of 3 productive authors' research domains based on sources from articles, cited references and citing articles using social network analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2022 Nov 4;101(44):e31335.
- <18>Ho SY, Chien TW, Lin ML, Tsai KT*: An app for predicting patient dementia classes using convolutional neural networks (CNN) and artificial neural networks (ANN): Comparison of prediction accuracy in Microsoft Excel. *Medicine (Baltimore)*. 2023 Jan 27;102(4):e32670.
- <19>Koseki M, Sheu MJ, Tsai KT, Ho CH, Liu HH, Lin HJ, Lin CL, Huang CC: Eradication therapy may decrease the risk of immune thrombocytopenia after *Helicobacter pylori* infection: a retrospective cohort study in Taiwan. *BMC Gastroenterol*. 2023 Feb 8;23(1):36.
- <20>Ho SY, Chien TW, Tsai KT*, Chou W: Analysis of citation trends to identify articles on delirium worth reading using DDPP model with temporal heatmaps (THM): A bibliometric analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2023 Jan 27;102(4):e32670. doi: 10.1097/MD.00000000000032670.
- <21>Kao Y, Lee WJ, Tsai KT, Liu CF, Hsu CC, Lin HJ, Huang CC, Guo HR: External validation of geriatric influenza death score: A multicenter study. *PLoS One*. 2023 Mar 24;18(3):e0283475. doi: 10.1371/journal.pone.0283475. eCollection 2023.
- <22>Lai YC, Tsai KT*, Ho CH, Liao JY, Tseng WZ, Petersen I, Wang YC, Chen YH, Chiou HY, Hsiung CA, Yu SJ, Sampson EL, Chen PJ.: Mortality rate and its determinants among people with dementia receiving home healthcare: a nationwide cohort study. *Intern Emerg Med*. 2023 May 30. doi: 10.1007/s11739-023-03319-3.
- <23>Tsai YW, Wu JY, Liu TH, Chuang MH, Hsu WH, Huang PY, Lai CC, Tsai

KT*, Shiue YL.: Clinical effectiveness of oral antiviral agents in older patients with COVID-19 based on real-world data. J Med Virol. 2023 Jun;95(6):e28869. doi: 10.1002/jmv.28869.

<24>Yen PT, Chien TW, Chou W, Tsai KT* : Using the Alluvial diagram to display variable characteristics for COVID-19 patients and research achievements on the topic of COVID-19, epidemiology, pathogenesis, and vaccine (CEPV): Bibliometric analysis. Medicine (Baltimore). 2023 Jun 23;102(25):e33873. doi: 10.1097/MD.0000000000033873.

c. 主持人責任:

負責規劃住院醫師遴選方式及訓練課程，督導教師及學科其他的工作人員，制定並督導住院醫師對病人照顧分層負責的原則，制定住院醫師的知識、技能及態度等表現之評估制度，用於門診督導及討論會的督導時間，每週八小時以上。

提供正確的書面報告呈現衛生福利部專科醫師訓練計畫認定會(以下稱RRC)所要求的規定工作，包括學科的統計描述，以及每位住院醫師經過各專科輪迴學習的時間統計。對RRC報告任何有關住院醫師訓練的改變，包括主持人人選更換、重大教師變更、主訓練醫院以及合作訓練醫院的合約變動。

<1>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，以協助該住院醫師面對問題。

<2>不適任住院醫師及臨床教師之處理方式

<a>不適任學員之處理方式：依據學員的考核成績、臨床教師回饋、工作上觀察及其他單位人員意見回饋等面向，發現有不適任學員時，先經由臨床教師與導師進行了解與輔導，若經輔導後學員仍為不適任則提報人評會(見附件)

不適任臨床教師之處理方式：教學單位提報不適任教師時，則由教學中心與教學單位主持人或主管，共同進行諮商輔導後，若獲得改善，即可繼續指導學員，若未能改善，經醫教會主委評估後暫停該名教師之教學工作

5.2 教師

(1) 訓練師資及責任

a. 家庭醫學部師資及責任

<1>具備家庭醫學科專科醫師資格，並負責協調科部行政相關工作。共計專任主治醫師16位，兼任主治醫師5位，具有部定教職資格6位，教學主治醫師16位，醫策會一般醫學教師16位。(註:18)

<2>由部內主治醫師擔任各級住院醫師導師，每位導師有2-3位導生。

- <3>家庭醫學科教師專任主治醫師並取得家庭醫學科專科醫師資格三年以上及具教學醫院教學經驗三年以上共16位，用於各項教學活動指導及討論會督導時間，每週八小時以上。
 - <4>發表有關家庭醫學之論文或報告，並積極參與各項家庭醫學活動。
 - <5>部內主治醫師皆通過評核，取得院內臨床教師資格(CFD認證)。教師們皆具備臨床教學的能力，支持訓練住院醫師的目標，並展現對教學的濃厚興趣。在臨床治療方面有優良的醫術，並且在對病人的愛心及倫理方面也力求完美，以作住院醫師的身教。教師們遵守終身學習的原則，隨時更進步。
 - <6>部內專任主治醫師有16位通過醫策會認證一般醫學師資。
 - <7>部內主治醫師多次得到院級優良教師，教學成效頗獲肯定。
 - <8>為了解住院醫師學習成效和檢討教學目標及執行，定期每月部內會議匯集教師意見並提出改善。
 - <9>為評鑑住院醫師學習成效及修訂教學訓練計畫，原則上每3-6個月由教學中心舉辦一次跨科臨床教學檢討會。
 - <10>本部除每周固定兩次部內研討會，每月各層級醫師另有主治醫師教學至少一次，另每周一次出院準備案例討論會(註5)，另由院方提供相關醫學教育，內容包括全人醫療、病人安全、醫療品質、醫病溝通、醫學倫理與法律、感染控制、實證醫學、病歷寫作、跨科會診、死亡診斷證明開立相關事宜等。
 - <11>具家庭醫學科專科醫師資格之兼任家庭醫學科主治醫師，用於門診督導及討論會的督導時間，每人每週四小時以上，並積極參與本部教學研究活動。
- b.其他專業人員：有社會工作人員、物理及復健治療師、護理師、臨床心理師、營養師、臨床藥師等專長人員參與督導和訓練，訓練課程如後訓練計畫課程所列。
- c.其他專科教師：內、外、婦產、兒、精神、影像診斷(放射)等六科皆有各該科之專科醫師參與督導和訓練;另有急診醫學科、復健科、眼科、耳鼻喉科、皮膚科、老年醫學科、緩和醫學科、麻醉科、放射腫瘤科、病理科等各該科專任專科醫師參與督導和訓練。(註7)

5.3其他人員：有專人管理專科資料及有關住院醫師的行政事務。

- (1)該專人為科部秘書。
- (2)負責管理專科資料及有關住院醫師行政事務。
- (3)協助總醫師，並負責科部相關行政業務。

六、訓練計畫、課程及執行方式

6.1 訓練項目

- (1) 為配合與銜接畢業後一般醫學訓練(PGY1)課程，台灣家庭醫學醫學會新修正(自104年度起)家庭醫學科專科醫師訓練課程基準，本課程完成訓練所需時間為三年，且包括定期期刊討論會、臨床病歷聯合討論會及本科核心課程教學等內容，由主治醫師參與指導並針對內容於課後討論。

6.2 核心課程

所有訓練項目皆符合訓練目標。所有訓練項目、計畫及組織經過RRC的評估程序。

(1) 各科別訓練課程

- a. 內科：共計4個月，由心臟血管內科、消化系內科、胸腔內科、腎臟內科、神經內科、內分泌及新陳代謝科、血液腫瘤科及風濕免疫科等專科等擇一，包括病房臨床訓練及門診訓練。其中各次內科專科之選擇以「不重複」訓練為原則；其中

<1>第一年住院醫師於本院內科接受訓練：2個月

<2>第二年住院醫師於本院內科接受訓練：2個月

- b. 外科：第一年住院醫師於本院外科接受訓練，計一個月

- c. 婦產科：共計二個月(註:19)

<1>第一年住院醫師在本院婦產科受訓，包括婦產科常見疾病、子宮頸抹片採檢、超音波、病房及門診訓練一個月。

<2>第三年住院醫師在本院婦產科門診接受一個月的門診實務訓練。

- d. 小兒科：共計三個月，包括病房、嬰兒室及門診訓練

<1>第一年住院醫師：一個月於本院小兒科病房或嬰兒室接受訓練

<2>第二年住院醫師：一個月於本院小兒科病房或嬰兒室接受訓練

<3>第三個住院醫師；一個月於本院小兒科接受門診實務訓練

- e. 精神科：共計二個月

<1>第一年住院醫師：一個月，於本院精神科接受住院照護、門診實務及照會訓練，住院照護之訓練地點為本院台南分院。

<2>第三年住院醫師：一個月，於台南分院或永康總院接受門診實務訓練

- f. 急診醫學科

<1>第一年住院醫師：一個月，於本院急診科接受訓練

<2>第二年住院醫師：一個月，於本院急診科接受訓練

- g. 耳鼻喉科：第二年住院醫師，於本院耳鼻喉科接受一個月訓練

- h. 皮膚科：第二年住院醫師，於本院皮膚科接受一個月訓練

- i. 復健科：第二年住院醫師，於本院復健科接受一個月訓練

- j.眼科：第二年住院醫師，於本院眼科接受一個月訓練(註7)
- k.緩和醫學科：第三年住院醫師，於本院安寧病房接受三個月訓練(註7)
- l.老年醫學科：第二年住院醫師，於本院老年醫學科接受一個月訓練(註7)
- m.影像診斷科：第二年住院醫師，於本院影像醫學部接受一個月訓練(註7)
- n.社區醫學：第二或三年住院醫師，主要訓練地點為南科診所，共計三個月以上(註7)，以學習流行病學、環境與職業衛生、勞工健康檢查、基層醫療保健之行政與管理、社區資源和健康照顧之應用原則。
- o.其他選修科：第二及第三年住院醫師，依個人興趣，自由選科(例如放射腫瘤科、病理科、麻醉科、職業醫學科、神經科、泌尿科、骨科、整形外科…)及家庭醫學科專科醫師訓練課程基準特定專業學科(如安寧緩和醫學科、老年醫學科、國際醫療)等科別，共計二個月以上。
- p.家庭醫學：三個月，學習常見疾病之診斷與治療，具備獨立診治病患的能力，學習衛教教材之設計製作與民眾之衛教宣導。並從事家庭醫學相關之研究與論文寫作，負責門診業務之協調與管理，協助部內教學及行政管理，其中
- <1>第一年住院醫師：兩個月。
 - <2>第二年住院醫師：一個月。
 - <3>第三年住院醫師：以選修方式進行家醫總醫師訓練三個月。
- q.家庭醫學科門診醫療工作訓練
- <1>第一年住院醫師：每週一個半天。
 - <2>第二年住院醫師：每週二個半天。
 - <3>第三年住院醫師：每週三個半天。
 - <4>考核方式：門診衛教、預防注射、旅遊門診、健康檢查、慢性病照護、急性病診療EPA評估(註14)(2)涵蓋家庭醫學科醫師應具備之行為科學、社會科學、預防醫學、家庭動態學、環境及職業衛生、生命統計、醫學資訊學、實證醫學、研究方法等學科目的在於集思廣益，共同研究解決診療的困難或其他醫療相關問題，亦為增進彼此學識技能與經驗的方式。
- <a>長期照護訓練：
- 分為機構照護與居家照護。居家醫療照護訓練含居家醫療的知識與核心能力、跨專業團隊之整合及居家醫療實務訓練(各階段照護、持續性照護、整合性照護)、跨專業團隊居家個案討論會，對象為失能之病人，短期或長期需依賴鼻胃管、氣切套管或導尿管，甚至褥瘡換藥，需醫護人員定期訪視，提供持續性照護。住院醫師可在主治醫師指導下，隨同社區護理師，完成居家照護訪視及個案病歷書寫。
- < I >場所：永康奇美醫院社區居家護理、安寧居家、出院準備案例討論會。
- < II >師資：家庭醫學部主治醫師

<III>主要學習對象：資深住院醫師

<IV>學習目的：

- 瞭解國內各類社區長期照護體系（居家、機構、社區）的差異。
- 瞭解國內各種長照機構之特性、長照病人之收案標準及其應用。
- 了解長期照護與各類社會資源之結合模式。
- 體會醫師在長期照護機構中的角色與定位。
- 學習熟悉長照個案常見健康問題與照護技能。
- 參與長期照護個案討論會，學習如何擬定長照病人之照護計劃。
- 與居家護理師、主治醫師前往病人家裡，觀摩學習居家照護技能。
- 能說出居家訪視時應注意觀察事項OBSERVES的內涵。
- 能列舉在家訪中要注意到的家庭內、家庭外的資源有哪些層面。
- 能思考以現階段及未來醫療照顧發展，如何適當運用居家訪視於健康服務。
- 出院準備服務可以提供即時性、持續性、跨團隊和個人化照護需求。

<V>評估考核：學員針對長照個案親自訪談，完成一份長期照護個案評估報告及照護計畫之制定。

<VI>相關教材：醫策會社區醫學訓練手冊，第四十四章至第五十章。

癌症篩檢：

< I >場所：門診篩檢站與緩和醫療衛教室。

< II >師資：家庭醫學部主治醫師、健康促進組個案師與門診衛教師。

< III >學習目的：

- 學習並運用「生活型態改變」的理論與衛教技巧完成兩次民眾衛教活動。
- 能夠自己執行中老年族群常見慢性病的相關照護衛教諮詢。
- 能夠針對常見危害健康之行為（吸菸、喝酒、肥胖、嚼檳榔）進行衛教。

<IV>評估考核：360度評量(衛教資料之完整性及衛教活動執行能力)、社區篩檢EPA評估(註14)

<V>相關教材：預防醫學第三版（台灣家庭醫學醫學會編印2022年7月）

<c>戒菸門診訓練：

< I >場所：戒菸門診區。

< II >師資：家庭醫學部主治醫師。

< III >學習目的：

- 了解戒菸行為治療之理論基礎與實際應用。
- 瞭解行為改變的螺旋模式 (spiral form of behavior change)。
- 學習Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) 之評估。
- 學習不同戒菸階段之介入策略。
- 瞭解各類戒菸藥物之作用機轉，並學習如何妥善應用藥物戒菸。
- 了解菸害防治之相關法規。
- 學習進行菸害相關衛教。

< IV >考核方式：戒菸服務EPA評估(註14)

< V >相關教材：

- 「門診戒菸治療試辦計畫」教育課程基本教材，衛生署國民健康局及台灣家庭醫學醫學會合編，2003。王英偉：衛生教育與健康促進。家庭醫學，第二版，台灣家庭醫學醫學會，2000，P117-132。
- 董事基金會/華文戒菸網(<http://www.e-quit.org/>)

< d >偏遠地區巡迴醫療服務：

< I >場所：偏遠地區(台南市將軍區)。

< II >師資：家庭醫學部主治醫師。

< III >學習目的：

- 瞭解可近性、週全性的醫療服務對偏遠地區民眾的重要性。
- 學習如何利用有限資源提供偏遠地區民眾需要的醫療服務。
- 能夠瞭解社區健康營造的推動模式。
- 瞭解整合性醫療體系之建構。

< e >中老年族群健康照護及應用：

< I >場所：門診及住院病房

< II >師資：老年醫學科主治醫師。

< III >學習目的：

- 能瞭解國內中老年族群前十大死因及前五大癌症名稱。

- 瞭解老人評估與一般臨床診斷的差異。
- 瞭解社區老人評估的重要性與適應性。
- 學習不同社區老人的照護要求、評估方式與安置、轉介的流程。

<IV>相關教材：

- 醫策會社區醫學訓練手冊，第四十四至五十章，附錄十。
- 週全性老年醫學評估的原則與技巧，台灣老年學暨老年醫學會。

<f>職場衛生保健服務：

< I >場所：南科診所、同意配合的工廠

< II >師資：職業醫學科主治醫師、合格臨廠服務醫師

< III >課程：

- 勞工健康管理及健康促進
- 職業病診斷與預防
- 公傷假判定及復工評估

< IV >評估考核：360度評量

<g>安寧緩和醫療訓練

在安寧病房實習，體會癌末與臨終病人之照護，是一種身、心、靈兼顧之人性化醫療，讓病人無怨、無悔走完人生之最後旅程。

< I >場所：門診、8C病房(奇恩病房，20張床位)、居家安寧、共照

< II >師資：緩和醫學科主治醫師

< III >學習目的：

- 安寧緩和療護的心理、社會及靈性議題
- 安寧緩和療護的倫理和法律考量
- 癌末的症狀控制
- 溝通技能
- 安寧諮詢門診、共照或居家常見問題之評估與處置。
- 安寧緩和照護團隊服務模式。
- 「安寧緩和醫療條例」與「病人自主權利法」之實務。
- 預立醫療照護諮商訓練

< IV >評估考核：360度評量、末病照護(提供末期病人安寧緩和醫療照護)及悲傷支持EPA評估(註14)

<h>社區實務訓練：

< I >場所：衛生所、合作基層診所或南科診所

<II>師資：衛生所主任、診所醫師或家庭醫學部兼任主治醫師

<III>學習目的：

●於衛生所可實地了解嬰幼兒預防接種、健兒門診、傳染病防治、慢性病防治、婦幼衛生、家庭訪視、家庭計劃、食品衛生等，由衛生所主任及護理長負責教導。

●南科診所位於台南科學工業園區，主要訓練內容包括：職業傷病及一般傷病之診治有關事項、勞工之預防接種、保健有關事項、協助雇主選配勞工適當之工作、體格檢查及健康檢查有關事項、職業衛生之研究報告及傷害疾病紀錄之保存、協助雇主及勞工安全衛生人員實施職業病預防及工作環境之改善、提供勞工家庭計畫服務工作、南科園區全國年度毒化災救護演練、南科園區團膳業務勞工健康管理講習。

<IV>學習內容：1. 社區健康評估與促進2. 社區導向之基層保健醫療3. 社區基層醫療及執業管理4. 社區資源整合與運用5. 社區醫療照護網絡的組織與及運用6. 社區疫病防治7. 社區整合性篩檢8. 社區長期照護資源之整合與應用9. 環境危害與職業醫學。

<V>評估考核：360度評量

<i>社區衛生教育或健康講座：

<I>場所：社區里民活動中心或學校

<II>師資：衛生所主任或家庭醫學部兼任主治醫師

<III>學習目的：

●依不同對象設計客製化的衛教活動，分為社區民眾、學生、勞工或老師等，內容以常見疾病為主，如糖尿病、高血壓、冠心病、高血脂症、痛風、骨質疏鬆症、消化性潰瘍、下背痛、失眠等。

<IV>評估考核：360度評量、社區衛教EPA評估(註14)

<j>巴林小組訓練：

<I>期間：週二或四中午12時30分至14時00分(每月一次)

<II>場所：院內會議室或家醫科討論室

<III>師資：家庭醫學部主治醫師

<IV>訓練目標：

<V>評估考核：

●討論會參與度(鼓勵發問)

●360度評量

<k>基層醫療實務

<I>期間：選修家醫科時

<II>場所：南科診所

<III>師資：家庭醫學部兼任主治醫師

<IV>訓練目標：

- 認識基層診所的架構與運作方式。
- 使了解一個可近性、周全性、持續性、協調性與負責性之醫療照護外，也參與社區健康篩檢與促進活動。

<l>健康檢查實務訓練：

< I >期間：選修家醫科時

< II >場所：家醫科體檢門診或第二醫療大樓11樓健檢中心

< III >師資：家庭醫學部主治醫師

<IV>訓練目標

- 使了解高級健檢、勞工體檢、外籍人士體檢、成人健檢等項目及健檢作業流程。
- 使了解實驗室與影像檢查之判讀，衛教及後續追蹤。
- 健檢品質的管制與保證。

<m>學習團隊合作：

< I >課程目標：藉由參加長期照護人員成長團體及長照家屬支持團體活動，彼此學習及成長，參與長期照護其他成員經驗分享，期透過此活動提升與護理人員及照護家屬間之感情交流，彼此支持及成長。

< II >對象：資深住院醫師。

< III >考核：每年至少兩次，每次參加後完成心得報告，由教學負責人審閱

<n>家醫科門診教學訓練：

< I >第一年住院醫師每週1個半天從事家醫門診實務

< II >第二年住院醫師每週2個半天從事家醫門診實務

< III >第三年住院醫師每週3個半天從事家醫門診實務

- 學習運用生物、心理與社會模式照顧病人實際於主治醫師指導下接觸病人完成問診、身體檢查、診斷、治療、實驗室檢查及病情說明，看診後之病歷，由主治醫師過目及簽名，且給予指正。
- 使住院醫師養成正確的醫療專業態度，經由實際上與病人的接觸，來對病人的身體及心理的苦痛、情緒反應、生病後社會經濟層面的影響、病患家屬的心理感受，做深入的體驗，並培養醫師的專業態度及品格特徵。醫學專業態度的發展及品格特徵的培養主要是要靠自己的歷練與省思，在習以為常的師生互動以及與病患、病患家屬的接觸之中，培養出對於重要價值的領悟與執著，發展出做為優秀醫師的品格。並於上述系列課程中，加入「全人照護教育訓練查檢表」（如附件八），俾益住院醫師於透過此教學過程了解全人照護之精神以達訓練目的（註10）。
- 學習如何建立家庭檔案，包括家系圖、家庭結構、家庭功能、過去病史、過敏史、用藥記錄等，提供周全性、持續性與協調性之全人

醫療照護。

- 會診與轉介之掌握，視病人實際情況，適時轉介至急診或其他專科醫師，作進一步的診斷與處置。
- 定期安排教學門診，並於每週安排一次病例研討會，由主治醫師參與指導並與住院醫師討論，教學時除了針對病情分析外，也會適時引導住院醫師思考倫理及法律相關問題。
- 門診病歷寫作，除了與主治醫師討論外，於每月另由臨床導師以『門診病歷』品質查核表(如附錄一)，評估住院醫師門診病歷品質。
- 於主治醫師帶領下，共同參與通訊診療、篩檢站快篩、社區醫療及新冠疫苗接種注射等任務。(註12)
- 提供「視訊診療」之設備與流程，教導住院醫師如何讓個案可以不須進入醫院，進行視訊診療，讓醫療照護可以打破空間距離的限制，讓真正需要的人得到「正確且及時」的幫助。(註12)

6.3奇美醫院臨床訓練課程皆依照「家庭醫學科專科醫師訓練課程基準」而設計。

6.4臨床訓練項目

(1)輪訓各科別之訓練課程--

本院擬定必修訓練課程內容為內科(4-8個月)、外科(1個月)、婦產科(2-4個月)、小兒科(3-5個月)、精神科(2-3個月)、急診科(2-3個月)、復健科(1個月)、皮膚科(1個月)、耳鼻喉科(1個月)、家庭醫學科(3個月)、社區醫學(3-8個月)、眼科(1個月)、老年醫學科(1-6個月)、緩和醫學科(1-3個月)、影像醫學科(1個月)；以及選修科(2-9個月)，如國際醫療(註13)、職業醫學科、麻醉科、放射腫瘤科、病理科、骨科、整形外科…等。

(2)各科別訓練內容

a.家庭醫學科

(參考奇美醫院家庭醫學部住院醫師學習護照，附件)

- <1>擔任第一線醫療(Primary Care)，強調以問題為基礎學習方式，提供連續性、周全性、協調性的照顧。
- <2>強調以病人為中心的診療模式，兼顧生理、心理及社會之照護模式，落實以人為本位、家庭為取向、社區為範疇之醫療照顧。常見疾病之診斷與治療，具備獨立診治病患的能力。
- <3>整合預防醫學於臨床診療，並加強家庭醫業管理。
- <4>整合預防醫學於臨床診療，並加強家庭醫業管理。
- <5>行為科學訓練，以增進醫病關係，學習評估及處置身心問題之技能，並引導良好的健康行為。
- <6>以人為本位、家庭為取向、社區為範疇之醫療照顧。
- <7>整合醫療照護資源，領導醫療團隊。
- <8>資訊技術之培養，學會有效搜尋網路醫療資源。

- <9>老年醫學的知識與技能，具備長期照護的知識與實務能力。
- <10>安寧緩和醫療之理論與實際。
- <11>醫療政策及經濟等相關知識。
- <12>衛生教育及營養諮詢相關知識與技能。
- <13>學習居家護理照護及長期照護資源之整合與應用
- <14>青少年醫學的知識與技能
- <15>肥胖醫學與運動醫學的知識與技能
- <16>國際旅遊醫學的知識與技能
- <17>公共衛生領域相關知識及社區醫學理論與實務
- <18>家庭醫學相關研究、管理及教學訓練
- <19>出院準備銜接長期照護

b.內科

(參考奇美醫院家庭醫學部住院醫師學習護照，附件)

- <1>病史問診和理學檢查。
- <2>內科常見問題之病程與處置。
- <3>常見內科急症及第一線處置。
- <4>一般臨床檢驗（尿、糞、血液、痰、分泌液等）及結果之判讀。
- <5>普通X光片及心電圖之判讀。

c.兒科(包括門診實務訓練至少1個月)

(參考奇美醫院家庭醫學部住院醫師學習護照，附件)

- <1>嬰幼兒及兒童之問診及理學檢查。
- <2>兒童生長與發展評估。
- <3>兒童營養。
- <4>嬰幼兒之預防注射及健康諮詢。
- <5>小兒科常見問題之認識與處置。
- <6>小兒科急症之第一線處置。
- <7>小兒科臨床檢驗結果之判讀。
- <8>兒童藥物之使用。
- <9>兒童事故及虐待。

d.婦產科(包括門診實務訓練至少1個月)

(參考奇美醫院家庭醫學部住院醫師學習護照，附件)

- <1>婦科常見問題之處理與諮詢。
- <2>婦科一般檢查。
- <3>產前、產後檢查及產前指導。

- <4>家庭計劃之指導
- <5>正常與異常分娩之鑑別診斷。
- <6>婦產科急症之處理與判斷。

e.外科

(參考奇美醫院家庭醫學部住院醫師學習護照，附件)

- <1>常見病態或疾病，包括血尿、褥瘡、骨折、氣胸、腹部急症及頭部外傷之處理。
- <2>無菌觀念。
- <3>基本傷口縫合技術。
- <4>基本外科傷口照料。
- <5>手術前評估與準備。
- <6>手術後之照料(含疼痛處理)。
- <7>常見外科疾病之手術適應症。
- <8>燒傷緊急處理。
- <9>氣管插管、CVP插入、簡易麻醉等臨床技能實習。

f.精神科和心理衛生(包括門診實務訓練至少1個月)

(參考奇美醫院家庭醫學部住院醫師學習護照，附件)

- <1>常見精神問題之認識與處理。
- <2>瞭解個人心理與家庭和社會的關係。
- <3>常見藥物濫用問題之認識與處置。
- <4>社區心理衛生資源之利用。

g.社區醫學

(參考奇美醫院家庭醫學部住院醫師學習護照，附件)

- <1>社區健康評估。
- <2>社區導向之基層保健醫療。
- <3>社區基層醫療及執業管理。
- <4>社區衛生資源的利用。
- <5>社區疫病防治。
- <6>社區醫療照護網絡的組織與運作。
- <7>環境職業衛生。

h.急診醫學科

(參考奇美醫院家庭醫學部住院醫師學習護照，附件)

- <1>一般外科常見問題之處理。
- <2>一般內科常見問題之處理。

- <3>骨折病患之處理。
- <4>重大創傷之處理。
- <5>緊急醫療救護系統學習。

i.耳鼻喉科

(參考奇美醫院家庭醫學部住院醫師學習護照，附件)

- <1>門診常見問題之診斷與處置。
- <2>急症之認識與第一線處置。
- <3>門診檢查與治療之實務操作。

j.皮膚科

(參考奇美醫院家庭醫學部住院醫師學習護照，附件)

- <1>門診常見問題之診斷與處置。
- <2>常用藥物適應性與規範之瞭解。
- <3>常見疾病門診診斷方法之認識與實務操作。
- <4>美容醫學相關知識與實作(如美容醫學針劑注射及美容醫學光電治療等)。

k.復健科

(參考奇美醫院家庭醫學部住院醫師學習護照，附件)

- <1>復健原理及常用復健治療的熟習及參與。
- <2>認識語言及職能治療。
- <3>瞭解各項檢查之意義：
 - 心肺功能
 - NCV
 - EMG
 - 膀胱壓檢測
- <4>殘障鑑定、輔具申請及外傭申請表之判定。

l.眼科

- 急症之認識與第一線處置，眼睛感染及創傷的認識及處理。
- 視力保健及視力矯正。
- 青光眼、白內障及視網膜病變等常見問題診斷與處置。
- 門診檢查與治療之實務操作及眼科器械之正確使用。

m.影像診斷科

- 一般胸部、腹部及骨關節X光影像之判讀與診斷。
- 常見疾病教學片解說。

●參加部內meeting及conference。

●超音波之實務操作(含abdominal sonography學習)。

n.緩和醫學科

●末期病人的臨床症狀控制。

●疼痛病理學與疼痛評估、嗎啡類藥物疼痛控制、非嗎啡類止痛藥及輔助用藥、困難處理之疼痛與整體痛。

●安寧諮詢門診及居家療護常見問題之評估與處置(含出院準備)、日間照護、共同照護系統及社區共同照護網絡(院內、外與社區)。

●末期病人的靈性需求及安寧居家臨終照護。

●安寧緩和照護團隊服務模式。

●「安寧緩和醫療條例」與「病人自主權利法」實務訓練

o.老年醫學科

<1>老年醫學的知識與技能。

<2>老年周全性評估之實務操作。

<3>老年照護團隊服務模式。

p.選修科

(參考奇美醫院家庭醫學科住院醫師學習護照，附件)

如試行將國際醫療納入家醫選修課程(註13.20)、職業醫學、麻醉科、病理科、放射腫瘤科、神經內科、泌尿科、骨科、整形外科…等科別，常見問題之認識與第一線處置。(每次以1個月為單位)

6.5臨床訓練執行方式

(1)各級住院醫師的全年輪訓課程分

a.第一年住院醫師

<1>包含內科二個月、外科一個月、急診醫學科一個月、小兒科一個月、精神科一個月、婦產科一個月、老年醫學科一個月及家庭醫學科二個月，其他選修科由住院醫師依個人興趣，自由選科。(註19)

<2>包含家庭醫學科門診醫療工作訓練每週一個半天，需在主治醫師指導下參加每週兩次部內討論會，每年報告四次以上，其中一次為個案研討報告，以CbD(case-based Discussion)方式進行。

<3>每兩個月至少一次Mini-CEX評估

b.第二年住院醫師

<1>包含內科二個月，急診醫學科一個月、小兒科一個月、皮膚科一個月、復健科一個月、耳鼻喉科一個月、眼科一個月、老年醫學科一個月、影像診

斷科一個月、社區醫學一至二個月，其他選修科由住院醫師依個人興趣，自由選科。(註7.14)

<2>包含家庭醫學科門診醫療工作訓練每周二個半天，需在主治醫師指導下

<3>參加每週兩次部內討論，一年報告四次以上，其中一次為個案研討報告，以CbD(case-based Discussion)方式進行。

<4>每兩個月至少一次Mini-CEX的評估

<5>特殊訓練：勞工體檢服務訓練、勞工特殊作業體檢訓練

c. 第三年住院醫師

<1>包含安寧緩和三個月和婦產科、小兒科及精神科門診實務訓練各一個月，選修科二個月、社區醫學一至三個月及家醫科一至二個月(註7)

<2>包含研究訓練及居家照顧訓練

<3>包含家庭醫學科門診醫療工作訓練每週三個半天，需在主治醫師指導下

<4>每個月至少指導資淺住院醫師一次，內容可包含資淺住院醫師門診個案指導或其輪訓其他科別時的問題指導，並經由該資深住院醫師之導師協同指導，且應有紀錄留存

<5>擔負實際指導見實習醫師的責任，並應有紀錄留存

<6>參加每週兩次部內討論會，一年需報告四次以上，其中一次為個案研討報告，以CbD(case-based Discussion)方式進行

<7>每兩個月至少一次Mini-CEX評估

<8>每年至少一次錄影教學討論

<9>特殊訓練：醫療團隊合作訓練、居家照護、安寧居家照護、安寧緩和療護、職業醫學及老年醫學。

<10>於第四年住院醫師，國內外研討會至少有口頭報告或海報發表

<11>資深住院醫師教學責任

●資深住院醫師：第三年及第四年住院醫師

●資深住院醫師有指導資淺主院醫師或見實習醫師的責任

●資深住院醫師應擔負實際指導見實習醫師的責任，並應有紀錄留存資深住院醫師每月至少指導一次，主要主題為長期照護、安寧緩和及預防醫學等，或是論訓其他科別時的問題個別指導，並經由該資深住院醫師之導師協同指導，且有紀錄留存。

●104-107年度招收之住院醫師必修訓練課程內容為內科(4-8個月)、外科(1個月)、婦產科(2-3個月)、小兒科(3-4個月)、精神科(2-3個月)、急診科(2-3個月)、復健科(1個月)、皮膚科(1個月)、耳鼻喉科(1個月)、家庭醫學科(至少3個月)、社區醫學(2-8個月)、婦產、小兒和精神科門診實務(各一個月)；以及選修科(2-8個月)，如眼科、緩和安寧療護、診斷性影像學、職業醫學科及老年醫學科等，訓練期間為三年，選修科目至少2個不同科別，且此2科別不能和必修課目相同(註4)。

- 108年度招收之住院醫師必修訓練課程內容為內科(4-8個月)、外科(1個月)、婦產科(2-4個月)、小兒科(3-5個月)、精神科(2-3個月)、急診科(2-3個月)、復健科(1個月)、皮膚科(1個月)、耳鼻喉科(1個月)、眼科(1個月)、老年醫學科(1-6個月)、安寧緩和醫學科(1-3個月)、影像醫學科(1個月)、家庭醫學科(至少3個月)、社區醫學(3-8個月)、婦產、小兒和精神科門診實務(各一個月)；以及選修科(2-9個月)，如國際醫療、職業醫學科、神經科、泌尿科、骨科、整形外科、放射腫瘤科、病理部…等，訓練期間為三年(註7.13)。

- (104-107年度招收住院醫師之訓練時程表)

科別	第一年	第二年	第三年	合計
內科	2	2	0	4
外科	1	0	0	1
婦產科	1	0	1	3
小兒科	2	1	1	4
急診科	1	1	0	2
精神科	2	0	1	3
耳鼻喉科	0	1	0	1
復健科	0	1	0	1
皮膚科	0	1	0	1
社區醫學	0	0	2	2
家庭醫學科	2	1	0	3
家庭醫學科門診醫療工作訓練	每週一個半天	每週二個半天	每週三個半天	
選修科	0	4	7	11

- (自108年度招收住院醫師之訓練時程表)(註19)

科別	第一年	第二年	第三年	合計
內科	2	2	0	4
外科	1	0	0	1
婦產科	1	0	1(門診實務)	2
小兒科	2	1	1(門診實務)	4
急診科	1	1	0	2
精神科	1	0	1(門診實務)	2
耳鼻喉科	0	1	0	1
眼科	0	1	0	1
復健科	0	1	0	1
皮膚科	0	1	0	1
影像醫學科	0	1	0	1
老年醫學科	1	1	0	2
安寧緩和醫學	0	0	3	3
社區醫學	0	1-2	1-2	3

家庭醫學科	2	1	2	5
家庭醫學科門診醫療工作訓練	每週一個半天	每週二個半天	每週三個半天	
選修科	1	0	2	3
總計	12	12	12	36

七、學術活動

且本部除每周固定兩次部內研討會，每月各層級醫師另有主治醫師教學至少一次，且每周一次出院準備案例討論會(註5)，另由院方提供相關醫學教育，內容包括全人醫療、病人安全、醫療品質、醫病溝通、醫學倫理與法律、感染控制、實證醫學、病歷寫作等。部內學術活動皆有臨床教師參與，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。住院醫師於受訓期間至少參與或發表一項與家庭醫師有關之流行病學、行為科學、衛生教育、執業管理、及常見疾病之臨床研究；或參與研究方法與醫學資訊學訓練。

7.1部內學術活動

(1)家庭醫學部討論會教學：藉各種討論會來增強醫學知識與臨床經驗

a.期間：每週二、四中午12時30分至14時、週二下午16時至17時

b.場所：院內會議室、家醫科討論室、健康管理中心

c.師資：家庭醫學部總醫師及主治醫師

d.課程：

<1>衛教試講

<2>專題演講、期刊討論或病例個案報告研討會

-為加強家庭醫學理論與實務及訓練個人組織與表達能力

●以家庭為導向之個案討論

●門診常見疾病之診治及衛教研討

●巴林小組討論

e.評估考核：

<1>討論會參與度（鼓勵發問）

<2>期刊或病例個案報告

f.相關教材：

<1>家庭醫師臨床手冊第五版（台灣家庭醫學醫學會編印2022年7月）

<2>預防醫學第三版（台灣家庭醫學醫學會編印2022年7月）

(2)核心課程讀書會：

a.場所：家醫部討論室。

b師資：家庭醫學部總醫師及主治醫師。

c學習目的：

- <1>學習如何運用生物、心理與社會模式(bio-psycho-social model, BPS)之全人照護(holistic care)模式。
- <2>了解社區導向之基層醫療(community-oriented primary care, COPC)。
- <3>了解整合性健康照護體系(integrated health care delivery system, IDS)以及社區醫療群與家庭醫師整合照護制度之核心概念。
- <4>相關教材：

- 家庭醫師臨床手冊第五版(台灣家庭醫學醫學會編印2022年7月)

- 預防醫學第三版(台灣家庭醫學醫學會編印2022年7月)

(3)病歷寫作訓練

- a.全院性固定每年數次舉辦病例寫作訓練會議。
- b.部內每年固定舉辦一次病歷寫作訓練和分享會議，預定每年十月舉辦。

(4)行為科學之訓練

錄影教學討論--每位住院醫師每年由教學門診病人中挑選一名，於部內討論會中執行，由該住院醫師之導師或主持人負責指導。

(5)研究方法、生物統計及流行病學

研究方法討論會--鼓勵參與臨床研究，培養來日從事研究的能力。每年由第三或是第四年住院醫師及主治醫師共同參與報告，以研究方法相關文獻及書籍為主要內容，原則上一連舉辦六次，於一至六月舉辦，每位住院醫師於專科訓練結束前，於國內外研討會至少有口頭報告或海報發表；另由研究經費邀請外聘講師或院內副研究員對部內資深住院醫師提供相關在職教育，內容包括研究方法、生物統計、流行病學、實證醫學及醫學資訊學教育等。

(6)教學門診訓練

部內主治醫師每月輪流開設教學門診進行一對一教學指導，該門診掛號患者限制最多不超過五位。

(7)教導遠距健康照護，含遠距醫療(通訊診療)的知識與技能及其相關資訊技術。提供「視訊診療」之設備與流程。(註12)

(8)長期照顧(護)資源之整合與應用。

(9)研究會議(註16)

每月最後一週週三上午08時至09時

(10)老醫病房POCUS教學迴診(註16)

每月第三週週四上午10時至11時

(11)老醫急診團隊會議(註16)

每月最後一週週一中午12時30分至13時30分

(12)CR教學(註16)

每月最後一週週三下午14時至15時

7.2有其他相關專業人員參與研討，並經常與其他專科舉行聯合研討會。

(1)全院性專題演講：

a.時間:每週五AM7:30~8:30，第五醫療大樓國際會議室(定期舉辦)

每周二或三AM7:30~8:30，第五醫療大樓國際會議室(不定期舉行)。

b.內容包括全人醫療、病人安全、醫療品質、醫病溝通、醫學倫理與法律、性別平等、感染控制、實證醫學、病歷寫作等家庭醫學科其他相關研究訓練。

c.由院方邀請外聘講師至院內專題演講。

(2)居家醫療跨領域討論會

a.期間：最後一週週四中午12時30分至14時

b.場所：院內會議室或家醫科討論室

c.師資：由居家護理師及住院醫師共同報告，其他參與專業人員，包括醫師、居家護理師、營養師、復健師、藥師、社工師、心理師等

d.評估考核：討論會參與度（鼓勵發問）、居家整合醫療EPA評估(註14)

(3)社區醫療群雙向轉診個案討論會

每月一次，由第三或第四年住院醫師報告，與社區醫療群醫師共同討論。

(4)出院準備案例討論會

每周一次，由病房出院準備人員報告，第三、四年住院醫師參與討論。

其他參與專業人員：包括居家護理師、出院準備專任衛教師、營養師、藥師、復健師、社工師及其他專業人員。

a.評估考核：出院準備(含照護轉銜)EPA評估(註14)

◎常規學術活動列表

時間	主題	
週一	12:30-13:30 老醫急診團隊會議（每月最後一週）	
週二	12:30-14:00	家醫科科會（包含期刊閱讀、家醫老醫聯合討論會、醫學倫理討論會）
		主治醫師主題教學
		臨床藥物新知講座
		巴林小組討論
	14:00-16:00	出院準備案例討論會
週三	16:00-17:00	主治醫師主題教學
		住院醫師案例討論
		住院醫師研究會議
週三	08:00-09:00	研究會議（每月最後一週）
	14:00-15:00	CR教學（每月最後一週）
週四	10:00-11:00	老醫病房POCUS教學巡診（每月第三週）
	12:30-14:00	家醫部部會（每月第一週為部務會議）
	12:30-14:00	居家醫療跨領域討論會（每月最後一週）
週間	09:00-12:00	教學門診（每月一次）
週間	07:30-08:30	全院住院醫師教學訓練（每月三次）

◎全人照護教學活動列表

時間		主題
週二	13:00-14:00	安寧共同照護個案討論會議
週二	14:00-15:00	安寧療護團隊會議
週二	14:00-1600	出院準備案例討論會
週四	07:30-08:30	安寧遠距視訊會議
週四	12:30-14:00	居家醫療跨領域討論會

7.3以上課程兼具專業倫理、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。

7.4以上課程兼具為人師(as a teacher)之訓練：資深住院醫師督導資淺住院醫師、PGY或醫學生教學訓練。

八、專科醫師訓練特定教學資源

8.1 臨床訓練環境

(1) 臨床教學訓練環境

本院經行政院衛生福利部評鑑為合格教學醫院，家庭醫學部為一獨立臨床科編制，科部長直接隸屬院長及醫療副院長之下，具專屬訓練設備及環境。

a. 本部擁有專屬討論室及住院醫師辦公室空間。

b. 本院之內、外、婦產、小兒、急診、眼科、耳鼻喉科、皮膚科、精神、老年醫學科、緩和醫學科、影像醫學及復健各專科訓練評鑑合格，能提供各專業訓練。(註7)

(2) 設有獨立之家庭醫學科門診，診療室有四間，三間家庭醫學科診療室皆相連。

(3) 每週門診十六個半天。

8.2 教材及教學設備

(1) 本院家庭醫學科門診設備完善

a. 擁有獨立家庭醫學科門診及相連診療室三間。

b. 有預約作業或掛號專線電話，住院醫師可約診已看診過之病人。

c. 有家庭檔案(病歷檔案或電腦檔案)。

d. 備有耳鏡、眼底鏡、聽力檢查、視力檢查設備、外傷處理設備及相關器材。

(2) 部內備有專屬教學門診空間，具錄影設備及透視鏡，供教學使用。

(3) 部內教學訓練設備齊全，提供住院醫師臨床及教學之用，相關設備如下擁有獨立藏書空間，且備有幻燈機、投影機、錄放影機、筆記型電腦一台、桌上型電腦兩台和網路連線等相關設備。

(4) 院外社區醫學主要訓練場所-南科診所，其備有X光機、標準聽力室、攜帶型肺功能機、心電圖機、耳鏡、腹部超音波、胃鏡、defibrillator、眼科視力檢查、裂隙燈、色度儀、眼底鏡、身高體重自動測量儀、眼壓儀、視野儀、Schimer's test。

(5) 院內圖書館館舍占地120坪、閱覽座位90席，提供30台公用電腦可上網查詢資料，目前(2018年)總館藏量：圖書11,457冊、視聽資料837件、中西文紙本期刊128種、醫學電子資料庫31種、電子期刊14,205種、電子書2,340種。(註8)

(6) 部內藏書包括家庭醫學科相關書籍數百冊，並由院方持續訂閱家庭醫學相關期刊(含電子期刊)數十種。

(7) 本院設有大會議室，並有中型會議室及小型會議室，供舉辦各類學術及教學活動使用，各會議室設有網路連線，可即時使用院內共用資源平台PACS和院內病歷系統，提供臨床教學、文獻搜尋、實證醫學資料查詢。實證醫學教室內提供實機線上教學指導，可供12-15人以上同時上機討論教學。

九、評估

9.1 住院醫師評估

- (1) 實施導生制度，由部內主治醫師擔任導師，對於住院醫師進行生活關懷與心理輔導，期使住院醫師在訓練學習過程中，具備抵抗壓力及心理調適能力，足以勝任家庭醫學科專科醫師之工作，並做好訓練期滿後之生活規劃。導生會談原則上每月一次。其中，應加強注意住院醫師是否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，且在必要時提供輔導並提報科部，以協助該住院醫師面對問題
- (2) 住院醫師學習成果評估：依不同年資住院醫師，採用適當而多樣的評量法，如臨床反應、紙筆測驗、口試、平時觀察、Mini-CEX、DOPS、EPA及CbD等方式進行。
- (3) 各科輪調訓論部分
住院醫師於每月訓練結束，由該科專科醫師負責考核，並由訓練單位任進行簽核；考核結果均有檔案備存(見附件)；每月評估住院醫師論訓各科之專科知識、能力、學習態度以及服務品質，請各科指導者評估後，做成紀錄。並將其結果告知該住院醫師導師，遇不適任狀況，由該住院醫師導師予以輔導並提報部內教學負責人。
- (4) 門診看診教學部分
 - a. 門診教學：所有住院醫師門診看診個案均需由主治醫師複簽，經討論指導後做成教學紀錄，並留檔案備存(見附件)。
 - b. 教學門診：由負責教學門診之主治醫師對住院醫師進行一對一看診能力訓練與觀察，並以Mini-CEX等工具進行住院醫師門診能力評估(見附件)
- (5) 錄影教學討論：第三年住院醫師每年至少一次，以作為問診技巧錄影教學評估該住院醫師之導師依照教學討論方式進行綜合評估(見附件)，其他主治醫師於錄影教學結束後給予住院醫師建議並請該住院醫師提供意見回饋
- (6) 學習護照評估
由科部編定學習護照，並制定評核標準，其中A表示能完全達到一般水準，B表示大部分能達到一般水準，C表示部分達到一般水準，D表示尚未能達到一般水準，E表示尚未獲得相關經驗而必須補足學習護照及格標準原則為：達到B者以上佔全部的40%以上為及格。若該住院醫師於當月訓練結束未能達到50%以上，則定義為”有條件通過”，亦即在三年家庭醫學科住院醫師訓練完成前須達40%以上，此時才為真正的及格通過；年度結束前由該住院醫師之導師針對學習護照學習內容進行年度考核評定(如附件)；另適用112年08月入職之住院醫師，為響應學會推動「建立家庭醫學專科醫師核心能力、里程碑(Milestone)暨可信任專業活動(EPAs)評估制度」，利用Emyway系統紀錄住院醫師學習歷程，定期查核完成進度與主持人及教師評核回饋。
- (7) 各級住院醫師年度考核以筆試為主，每年七月舉行，第三年住院醫師另增加一次專科醫師模擬筆試，於每年三月舉行。

- (8)(113年度住院醫師適用)住院醫師訓練12項EPA評估，預計第一年住院醫師將完成6項EPA(戒菸服務、門診/社區衛教、預防注射、旅遊門診、健康檢查、社區篩檢)，第二年或第三年住院醫師將完成12項EPA評估(戒菸服務、門診/社區衛教、預防注射、旅遊門診、健康檢查、社區篩檢、慢性病照護、急性病診療、居家整合醫療、出院準備(含照護轉銜)、末期照護(提供末期病人安寧緩和醫療照護)及悲傷支持(註14)
- (9)其他部分
- 各級住院醫師每兩個月進行一次以上mini-CEX評估。
 - 各級住院醫師每半年進行一次口試評估。
 - 各級住院醫師每年進行一次筆試評估。
 - 住院醫師參與科部討論會次數：依各科輪訓性質不同，訂出必要出席次數，做為評估之基準。
- (10)住院醫師研討會報告評估：
平均每年有4-6次報告，每次都有指導主治醫師(及該住院醫師之導師)評估準備之周全度、報告表達能力與聽眾之互動(見附件)。
- (11)個案報告部分，評估方式以CbD(Case-based Discussion)方式進行。
- (12)規劃利用可信賴的專業活動(EPA)來評估分析住院醫師為住院病人開立醫囑與處方及轉介合適的長照服務的能力，每年進行一次評估。(註9，如附錄四；註14，如附錄五)
- (13)住院醫師升等評估會議：每年七月由部內主治醫師依上述之所有評估作為住院醫師是否順利升等或未來下一年度學習上需要補強之依據(見附件)。
- (14)雙向回饋
- 每月月底住院醫師對其指導主治醫師有回饋評核表，以作為雙向回饋(見附件)，住院醫師每月月底對其指導之主治醫師進行臨床教學活動評估(見附件)。
- 門診教學部分：住院醫師於討論指導後做成教學及回饋紀錄，以做雙向回饋。
 - Mini-CEX評估：住院醫師於簽名後方加上意見回饋。
 - 於錄影教學結束後，該住院醫師提供意見回饋，並有記錄存檔。
 - 各住院醫師皆安排有一位主治醫師為導師，輔導學習上的各項問題。住院醫師可於固定之導談時間給予意見回饋，固定每月一次。其中，將請導師注意住院醫師是否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，且在必要時提供輔導並提報部內討論，以協助該住院醫師面對問題。

9.2教師評估

(1)雙向回饋

每月月底住院醫師對其指導主治醫師有回饋評核表，以作為雙向回饋(見附件)

- 住院醫師在主治醫師指導部內研討會報告結束後，針對主治醫師之指導及協助相關部分予以回饋評估(見附件)。

- b.每年年底，針對住院醫師發放「住院醫師訓練滿意度調查表」之問卷，採不記名方式，依臨床技術教學、晨會及科會教學、門診教學、工作內容、工作氣氛及自我學習成長等六大項目進行評核，考評結果作為本科教學訓練改進之參考。

9.3 訓練計畫評估

- (1)訓練計畫主持人及教學負責人皆參與本院教育委員會及師資培育委員會，每月定期檢討、協調教學活動的進行，每次會議均備有紀錄。
- (2)部內訓練計畫討論與修訂固定於每年十二月底由部內主治醫師共同討論，包括訓練計畫的評估，具多元性評量及住院醫師對訓練計畫的回饋，並依據科會結果以為修訂此計畫之依據。

相關文件或參考資料：

- 奇美醫院家庭醫學科住院醫師至各科考核評估表(附件)
- 奇美醫院家庭醫學科住院醫師至各科輪訓意見表(附件)
- 奇美醫院家庭醫學科住院醫師門診教學紀錄表(附件)
- 奇美醫院家庭醫學科住院醫師教學門診紀錄表(附件)
- 奇美醫院家庭醫學科教學門診錄音錄影同意書新版
- 奇美醫院家庭醫學科門診錄影教學評量表
- 奇美醫院家庭醫學科住院醫師學習護照
- 奇美醫院家庭醫學科住院醫師年度考核紀錄表
- 奇美醫院家庭醫學科主治醫師對住院醫師準備及報告評估表
- 奇美醫院(Case-based Discussion, Cbd)紀錄表
- 奇美醫院家庭醫學科住院醫師升等評估表
- 奇美醫院家庭醫學科住院醫師回饋評核表及住院醫師對主治醫師臨床教學活動評估表
- 奇美醫院家庭醫學科住院醫師對主治醫師研討會指導之回饋評估表
- 奇美醫院導生座談紀錄表
- 奇美醫院家庭醫學科住院醫師訓練滿意度調查表

計畫修訂沿革表

民國86年	01月	第一次修訂
民國88年	11月	第二次修訂
民國90年	11月	第三次修訂
民國92年	03月	第四次修訂
民國95年	09月	第五次修訂
民國96年	03月	第六次修訂
民國98年	01月	第七次修訂
民國99年	03月	第八次修訂
民國100年	01月	第九次修訂
民國102年	01月	第十次修訂
民國103年	10月	第十一次修訂
民國104年	05月	第十二次修訂
民國105年	05月	第十三次修訂
民國106年	07月	第十四次修訂
民國107年	03月	第十五次修訂
民國107年	12月	第十六次修訂
民國108年	05月	第十七次修訂
民國109年	06月	第十八次修訂
民國110年	02月	第十九次修訂
民國111年	03月	第二十次修訂
民國112年	03月	第二十一次修訂
民國112年	08月	第二十二次修訂
民國113年	03月	第二十三次修訂

備註：說明105年5月家醫科住院醫師訓練計畫修訂之緣由

- 註1：主持人資歷更新，原104年5月訓練計畫時擔任社區醫療部暨家庭醫學科主任，104年8月1日起李璧伊醫師晉升為家醫科主任，主持人為社區醫療部主任。另105年2月主持人原監事候補遞補為台灣家庭醫學醫學會監事，主持人專業新增列職業醫學專科醫師與青少年醫學專科醫師。
- 註2：全院住院醫師教育訓練105年起新增跨科會診品質提升訓練，首先於全院演講中如何寫精簡會診，讓被會診專科醫師可短時間內掌握重點，同時被會診醫師回覆內容應具備那些基本要件。緊接著舉辦幾場教育訓練，讓全院醫師熟悉會診業務，院內品質管制中心持續監控會診品質，以PDCA方式進行。
- 註3：死亡診斷證明開立相關事宜，醫院於105年宣導死亡診斷證明開立時應注意事項，特別強調非親自診視病人，不得開立死診，只能開給家屬診斷證明，接著走行政相驗途徑，懷疑非病死者(如自殺、他殺、意外等)，應申請法醫司法相驗。
- 註4：目前第二、三年住院醫師是104年度前招收進來的，訓練期間為兩年半，在104年5月住院醫師訓練計畫書中，兩年半訓練計畫著墨較少，因此修訂版本中，強調兩者間之差異性，必修科目至少為22個月，選修為2-8個月，至少2個不同科別，即此2科別不能和必修科目相同。

備註：說明106年7月家醫科住院醫師訓練計畫修訂之緣由

- 註5：為因應人口結構的改變、長期照護問題、醫療費用過高等，目前政府推行出院準備服務銜接長期照顧十年計畫2.0，希望民眾從住院到出院，從醫療院所回歸社區等過程中提供協助，包括連續性長照服務，縮短等待時間，改善生活品質，降低不必要急診及入院，增進基層醫療照護與生活照顧效率等，以期達到最佳的照護品質，並讓長照政策更加完備。因此於訓練計畫中增加出院準備案例討論會課程，期望住院醫師藉由課程了解出院準備服務可以提供即時性、持續性、跨團隊、個人化照護需求和社會資源資訊提供與協助，且更加嫻熟長期照顧十年計畫2.0。

備註：說明107年12月家醫科住院醫師訓練計畫修訂之緣由

- 註6:主持人更換，王建楠醫師榮退，由家庭醫學部李璧伊部長接任。

備註：說明108年5月家醫科住院醫師訓練計畫修訂之緣由

- 註7:依衛生福利部108年1月28日衛福醫字第1081660641號公告修訂家庭醫學科專科醫師訓練計畫認定基準修改奇美醫院家庭醫學科專科醫師訓練計畫
- 註8:奇美醫院永康總院圖書館遷移至第三醫療大樓一樓(原復健科位址)，增加電腦至34台，個人可攜式3C(筆電、智慧型裝置)座位38席，除圖書區、期刊雜誌區、醫學人文倫理專區，同時規劃電腦檢索區、視聽影音區、休閒沙發區、閱讀區、講座分享空間、院史走廊等多功能區塊，可提供近80人同時使用館內電腦及資源，結合

一樓中庭咖啡吧，將書香圖書館融和咖啡飄香，蛻變成一個生活化、現代化、數位化、雲端化的多元圖書館，繼續提供更佳的服務。

註9:規劃創新評估方式，利用可信賴的專業活動(EPA)來評估分析住院醫師為住院病人開立醫囑與處方及轉介合適的長照服務的能力。(如附錄四及附錄五)

註10:加入「全人照護教育訓練查檢表」(如附件八)，俾益住院醫師於透過此教學過程了解全人照護之精神以達訓練目的。並提出定期檢討之佐證(如：教學檢討會議紀錄pdf檔案)

備註：說明110年2月家醫科住院醫師訓練計畫修訂之緣由

註11:因應嚴重特殊傳染性肺炎疫情特訂定防範措施。

備註：說明111年3月家醫科住院醫師訓練計畫修訂之緣由

註12:因應嚴重特殊傳染性肺炎疫情增加訓練課程

註13:調整選修科並試行將國際醫療納入家醫科選修課程內容

註14:參考學會12項EPA評估內容及觀察表單，自訂符合醫院本身特色之EPA評核項目，如附錄五，將自113年8月1日起適用

備註：說明112年8月家醫科住院醫師訓練計畫修訂之緣由

註15:主持人更換，本年度8月1日適逢部門主管交接，由蔡岡廷部長接任。

註16:因組織架構改變，新增部內相關學術活動。

備註：說明113年3月家醫科住院醫師訓練計畫修訂之緣由

註17:家醫部組織架構異動，社區發展組進一步擴編為社區聯絡組與健康促進組。

註18:更新訓練師資。

註19:修訂各級住院醫師訓練時程。

註20:新增附錄六國際醫療試行訓練課程參考表。

參考文獻：

1. Taylor RB:Family Medicine:Principles and Practice, 6thed. New York, Springer-Verlag, 2003
2. Rakel RE:Textbook of Family Practice. 8thed. Philadelphia, WB Saunders, 2012
3. 家庭醫學第三版。台灣家庭醫學醫學會編印。2006
4. Tsoi WF &KuaEH:clinical Psychiatry for Family Physician:Apractical Guide for Doctors. Singapore:P. G. Publishing
5. Friedman HH:Problem-Oriented Medical Diagnosis7thed, Lippincott Williams &Wilkins, 2000
6. Journal of Epidemiology&Community Health
7. American Family Physician
8. Canadian Family Physician
9. Journal of Family Practice
10. 家庭醫師臨床手冊增修第三版。台灣家庭醫學醫學會編印。2014
11. 台灣家庭醫師衛教手冊。台灣家庭醫學醫學會編印。
12. 預防醫學。台灣家庭醫學醫學會編印。2008
13. 社區醫學訓練手冊。財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會編印。2009
14. 家庭醫師與成人疫苗接種臨床工作手冊。台灣家庭醫學醫學會編印。2010
15. 家庭醫學與全民健保醫業管理(第四版)。李孟智，合記出版社。2003

附錄一：『門診病歷』品質審查評分表

查核項目	查核內容	優	良	可	劣	缺	評語
主要問題 與病史	1. Major problems之敘述是否適當?是否隨著病況改變而修定?						
	2. 病史相關之重要資訊(如家族史、旅遊史、接觸史、喝酒、抽菸、藥物史、藥物濫用、各項疾病之危險因子、特殊職業…，依各科有不同的重點)是否適當且適時呈現?						
主訴	3. 主訴是否明確且適當? 初診時，是否有發生部位與時間描述 複診時，是否反映期間病情變化或用藥反應						
身體檢查 發現	4. 相關身體檢查項目是否與主訴或major problems/histories有適當的相關性?						
	5. 若病情變化時，身體檢查項目是否適時修改或更新?						
檢驗檢 查結果	6. 與主訴或major problems/histories有相關的檢驗檢查結果紀錄是否適時呈現、修改或更新?						
鑑別診斷 病情及療 效	7. 鑑別診斷、病況嚴重度、病情變化或治療效果評估是否適當(以上數項並非每次就診都需陳述，視病況適時呈現即可)?於病情變化，或最新檢驗報告回覆後，是否適時修改或更新?						
	8. 疾病診斷碼(臆斷)是否適當?是否適時修改或更新?						
診療計畫	9. 診療計畫是否適當反應上述的評估結果?						
	10. 衛教計畫是否適當呈現?						
	11. 用藥或檢驗檢查原因有書寫						
整體評估	12. 整體來說，S. O. A. P各欄位的記載內容是否合適的呈現?						
	13. 對照先前的記載，複診記載是否適當的呈現醫師的合理思考邏輯?						

整體建議或評語:

審查醫師:

醫師回覆說明:

回覆醫師

附錄二

財團法人奇美醫院

迷你臨床演練與評估 (Mini-CEX, Clinical Evaluation Exercise)

- 1.學員姓名：學員級職：見習醫學生(六年級) 實施日期：年月日
- 2.教師姓名：主治醫師□總醫師□住院醫師 實施場所：
- 3.病人主要問題／診斷：_____
- 4.病人基本資料：姓名：病歷號：年齡：____ 性別：____ 科別：____
□病房□門診□新病人 □複診病人
- 5.病情複雜度：□低度 □中度 □高度
- 6.演練與評估重點：□醫療面談□身體檢查□其他臨床技能□臨床判斷□治療決定 □諮商衛教

1.醫療面談□未評估

- 稱呼病人□自我介紹□對病人說明面談之目的□能鼓勵病人說病史
□適切發問及引導以獲得正確且足夠的訊息 □對病人情緒及肢體語言能有適當的回應

評量結果	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	有待加強			達到預期標準			優良		

2.身體檢查□未評估

- 告知病人檢查目的及範圍 □注意檢查場所隱密性 □疾病篩檢與診斷兩者並重
□依病情需要及合理之次序 □正確操作及實施必要之步驟 □適當且審慎處理病人不適感

評量結果	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	有待加強			達到預期標準			優良		

3.其他臨床技能□未評估

- 眼底鏡檢查□耳鏡檢查□導尿管放置□NG□神經學檢查
□肛門指診□骨盆腔檢查□心電圖操作□新生兒檢查□其他

評量結果	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	有待加強			達到預期標準			優良		

4.人道專業□未評估

- 表現尊重□同理心(感同身受)□建立良好關係與信賴感
□能注意並處理病人是否舒適，注意守密□對病患詢求相關訊息的需求能適當滿足

評量結果	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	有待加強			達到預期標準			優良		

5.臨床判斷□未評估

- 能綜合面談與身體檢查資料□能判讀相關的檢查結果□鑑別診斷之能力
□臨床判斷之合理性與邏輯性□臨床檢查之益處與風險

評量結果	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	有待加強			達到預期標準			優良		

6. 諮商衛教 未評估

同意書之取得 解釋檢查或處置的理由 解釋檢查結果及臨床相關性

有關處置之衛教與諮商

評量結果	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	有待加強	達到預期標準	優良

7. 組織能力及效率 未評估

按優先順序處置 及時且適時 歷練而簡潔

評量結果	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	有待加強	達到預期標準	優良

8. 整體臨床技能 未評估

對病人的態度(愛心、同理心) 整合資料與判斷的能力 整體有效性

評量結果	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	有待加強	達到預期標準	優良

回饋評語：

學員簽名：

教師簽名：

附錄三：其他各類評估表

(附件一)

奇美醫學中心科部教學滿意度評核表

科部別：_____ 年月份：_____年_____月

項目	非常滿意	滿意	尚可	不滿意	非常不滿意
1. Journal Meeting(中午)	<input type="checkbox"/>				
2. 社區護理及家醫聯合討論會(中午)	<input type="checkbox"/>				
3. 出院準備服務討論會(中午)	<input type="checkbox"/>				
4. 巴林小組討論(早晨)	<input type="checkbox"/>				
5. 家庭醫學領域Book Reading(早晨)	<input type="checkbox"/>				
6. 門診教學	<input type="checkbox"/>				
7. 醫學倫理案例討論(3個月一次)	<input type="checkbox"/>				
8. 居家護理訪視	<input type="checkbox"/>				
9. 專題演講	<input type="checkbox"/>				
10. 社區教學	<input type="checkbox"/>				
11. 健康檢查	<input type="checkbox"/>				
12. 家醫與職醫聯合討論會(2個月一次)	<input type="checkbox"/>				
回饋意見：					

對象：住院醫師 實習醫師 見習醫師

註：學習當月份無表列教學項目者，請留空白，不予評核。

主任鈞鑒：

擬派家庭醫學科第 年住院醫師至貴科接受臨床實務訓練，期間自 年 月 日 至 年 月 日止，敬請不吝指導，並請於訓練期滿時，由負責指導醫師評估其整體表現及學習成果。

附件：住院醫師表現評量表

家庭醫學部部長蔡岡廷敬上

(附件二)

奇美醫學中心— 年 月份

家庭醫學部受訓醫師學習熱忱全方位評量表

請針對院內醫師的整體狀況，就下列各項敘述勾選適當的同意或不同意程度

適用受評醫師身分：實習醫學生PGY醫師住院醫師

受評醫師姓名：_____單位：_____職稱：_____

評 核 項 目	非常 同意		同 意		普 通		不 同 意		非常 不同意	
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50
1. 該醫師對病患與家屬能耐心解釋	<input type="checkbox"/>									
2. 該醫師會盡其所能減輕病患的痛苦	<input type="checkbox"/>									
3. 該醫師會主動參與並關心醫院的公共事務	<input type="checkbox"/>									
4. 該醫師會出席並積極參與醫院內部的會議	<input type="checkbox"/>									
5. 該醫師願意和院內同仁討論關於病人病情的知識	<input type="checkbox"/>									
6. 該醫師在醫療事務(例：值班)認真負責	<input type="checkbox"/>									
7. 對於業務上需配合的事情，該醫師會盡力完成	<input type="checkbox"/>									
8. 該醫師與其他醫療團隊能維持良好的溝通及互動	<input type="checkbox"/>									
9. 該醫師會盡可能提供同仁所需的協助	<input type="checkbox"/>									
10. 我很樂意和該醫師共事	<input type="checkbox"/>									

【評估者基本資料】

1. 服務部門：病患醫護人員醫師(同儕)導師臨床教師

2. 性 別：男 女

【評語&建議】：

(附件三)

家庭醫學科住院醫師對各科(次專科)指導醫師評估表

科別：_____ 訓練期間：_____

指導醫師：_____ 住院醫師：_____

內容	特優	優	尚可	待改進	劣
1. 臨床教學的效率.....	<input type="checkbox"/>				
2. 有足夠病人數以供學習.....	<input type="checkbox"/>				
3. 正式教學討論會.....	<input type="checkbox"/>				
4. 排班表情況.....	<input type="checkbox"/>				
5. 與病患接觸時間.....	<input type="checkbox"/>				
6. 指導醫師對於您的一般態度.....	<input type="checkbox"/>				
7. 閱讀時間的利用情形.....	<input type="checkbox"/>				
8. 預期能力的發揮.....	<input type="checkbox"/>				
9. 對該科學習的一般意見.....	<input type="checkbox"/>				
10. 科主任對您的角色期望.....	<input type="checkbox"/>				

其他意見：

(附件四)

奇美醫學中心科部教學課程滿意度評核表

科部別：_____月份：_____年_____月

100年06月修訂

項目	非常不滿意	不滿意	尚可	滿意	非常滿意
1.導論與相關專業課程介紹	<input type="checkbox"/>				
2.門診教學(含戒菸門診訓練)	<input type="checkbox"/>				
3.預防醫學教學	<input type="checkbox"/>				
4.長期照護訓練(含居家護理)	<input type="checkbox"/>				
5.Research Meeting	<input type="checkbox"/>				
6.核心課程讀書會Book Reading	<input type="checkbox"/>				
7.癌症篩檢	<input type="checkbox"/>				
8.偏遠地區巡迴醫療服務	<input type="checkbox"/>				
9.中老年族群健康照護及應用	<input type="checkbox"/>				
10.職場衛生保健服務	<input type="checkbox"/>				
優良教師提名：					
待加強教學教師姓名(請詳述於意見欄)：					
是否按時舉辦各項教學活動： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無，原因：					
回饋意見：					

對象：住院醫師實習醫師見習醫師

(附件五)

奇美醫學中心

家庭醫學科訓練課程滿意度調查

1 請問您，對奇美醫學中心的訓練單位提供的場地滿意度為何？

非常不滿意 不滿意 尚可 滿意 非常滿意

2 請問您，對奇美醫學中心提供的訓練時間滿意度為何？

非常不滿意 不滿意 尚可 滿意 非常滿意

3 請問您，對奇美醫學中心提供的訓練個案數滿意度為何？

非常不滿意 不滿意 尚可 滿意 非常滿意

4 請問您，對奇美醫學中心報告量的滿意度為何？

非常不滿意 不滿意 尚可 滿意 非常滿意

5 請問您，對奇美醫學中心臨床技能課程滿意度為何？

非常不滿意 不滿意 尚可 滿意 非常滿意

6 請問您，對奇美醫學中心臨床指導教師給您的臨床指導滿意度為何？

非常不滿意 不滿意 還好 滿意 非常滿意

7 請問對於本訓練單位是否有其他寶貴的意見？

(附件六)

奇美醫療財團法人奇美醫院家庭醫學科 教師教學滿意度評估調查表

適用受評醫師身分：住院醫師總醫師主治醫師

教師姓名：_____日期：_____

評核項目		優良		良好		水準一般		遜於一般		通過不應	
		10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
		95	90	85	80	75	70	65	60	55	50
教學內容	1.教學內容符合主題	<input type="checkbox"/>									
	2.教材設計多元化	<input type="checkbox"/>									
	3.教學內容難易適中	<input type="checkbox"/>									
教學能力	1.醫學知識說明	<input type="checkbox"/>									
	2.有組織的授課方式	<input type="checkbox"/>									
	3.運用臨床實例輔助說明	<input type="checkbox"/>									
	4.條理分明的引導學員	<input type="checkbox"/>									
	5.善運用比喻等教學技巧	<input type="checkbox"/>									
	6.整體授課進度與時間控制	<input type="checkbox"/>									
教學熱忱	1.誘導學員參與討論	<input type="checkbox"/>									
	2.教學互動(教師與學員)	<input type="checkbox"/>									
	3.鼓勵學員有問題即時提出	<input type="checkbox"/>									
回饋技巧	1.明確指出學員值得肯定之處	<input type="checkbox"/>									
	2.具體解釋學員不當表現之處	<input type="checkbox"/>									
	3.了解學員問題與解決	<input type="checkbox"/>									

評語或建議：

評估者：學員評估者：

(附件七)

家庭醫學科訓練醫療活動評分表

姓名_____人事號_____訓練時間_____

項目	傑出	優秀	可	不理想	劣
醫學知識					
工作態度					
學習熱忱					
病歷記載					
個案報告					
期刊報告					
筆試成績					
臨床技能評估結果					
總分					

成績等級：傑出 優秀 可 不理想 劣

總評：_____

主治醫師簽名：_____日期：_____

(附件八)

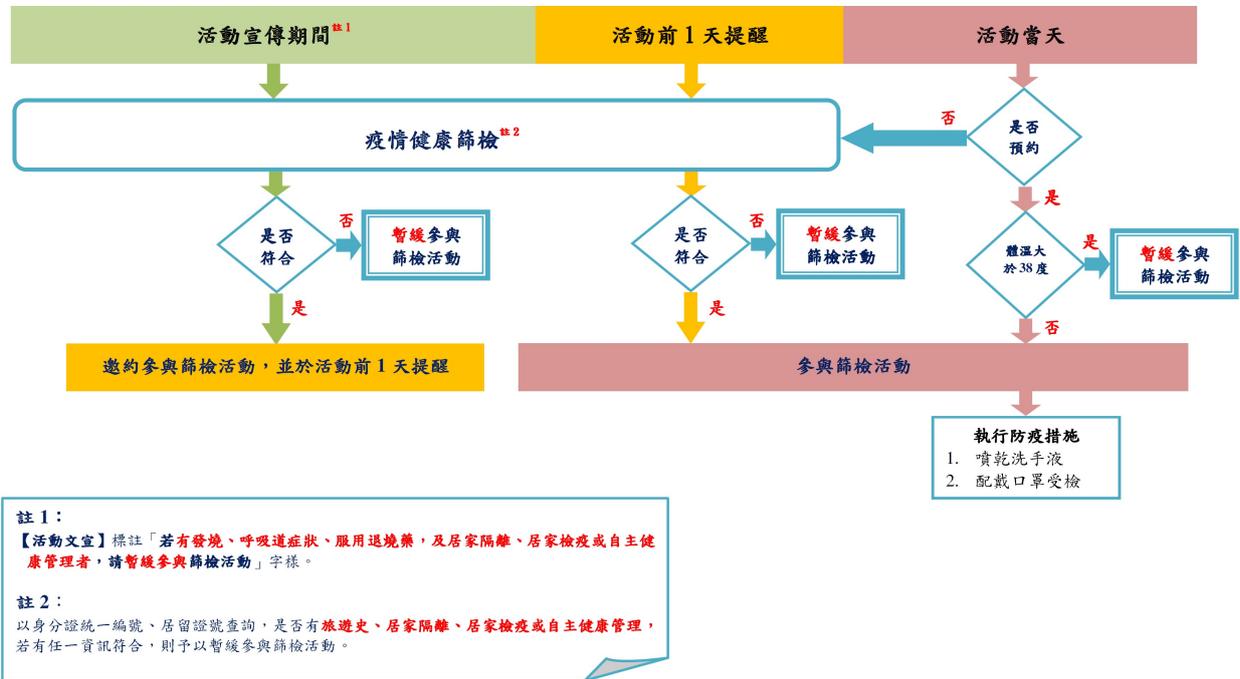
【全人照護分類查檢表】

○1	○ 生理(Body, 給予病人身體及疾病的照護) ：疾病之檢查、檢驗、診斷與治療（可包含跨科部、跨職類的醫療）。
○2	○ 心理(Mind, 給予病人疾病相關知識的再強化) ：強化對於疾病的認知、自我照護的技能與態度(含SDM、醫病溝通、衛教)，以強化病人自我照護的能力。 ○ 健康促進、疾病預防 ：健康促進、疾病防治、病友團隊活動。
○3	○ 靈性(Spirit, 給予病人心靈及精神上的支持) ：信仰、心靈關懷及精神上的支持與安慰，以期獲得內心的平靜。
○4	○ 社會(Social Support, 教導病人如何強化人際支持力及家庭支持力) ：家人的協助、轉介服務、出院準備。 ○ 長照 ：居家照護、社區長照、急性後期整合照護。 ○ 安寧 ：安寧議題、病人自主、預立醫療決定、DNR。

(附件九)

因應新型冠狀肺炎(COVID-19)疫情期間之民眾參與社區癌症篩檢措施

109.02.19 製



(附件十)

奇美醫療財團法人奇美醫院

就醫民眾「嚴重特殊傳染性肺炎」疫情健康聲明卡

姓名：

性別：男 女

病歷號：_____

生日：____/____/____

病人姓名：_____ 床號 _____

填表人：病人本人

家屬：_____ 與病人之關係：_____

中華民國： 年 月 日

(以下問卷的“您”是指病人或就醫民眾本人)

1. 請問您是否有下列症狀？

- 發燒($\geq 38^{\circ}\text{C}$) 正在服用退燒藥 急性或新發作的咳嗽 急性或新發作的呼吸急促
味覺異常或喪失 嗅覺異常或喪失 不明原因之腹瀉 其他 _____ 以上皆否

2. **14 天內**您曾經去過哪些區域旅遊、居住或轉機：

2-1 曾自《國外入境台灣》(由衛生局或 1922 轉介至本院就醫)

2-2 曾收過衛生主管機關發出之〈細胞簡訊〉

2-3 曾去過衛生主管機關公告之〈確定個案〉所到過之地點 以上皆否

3. **14 天內**您的家人或是曾密切接觸的家屬/朋友/同事是否有以下情形：

3-1 被醫院通報為武漢肺炎的極可能或確定病例；

#3-2 先後或同時出現發燒、呼吸道症狀、嗅/味覺異常或喪失、不明原因腹瀉或肺炎的情形

#3-3 從國外返台且出現發燒或咳嗽等呼吸道症狀

#3-4 請問您是否曾密切接觸〈居家隔離〉或〈居家檢疫〉的個案 以上皆否

4. 請問您的職業是_____

* 醫療照護服務工作(含醫療院所和照護機構工作人員、志工、醫學實驗室人員)

特殊職類:

旅遊業(如導遊、觀光業者) 交通運輸業(如計程車、客運司機等)

旅館業(如房務、客務接待、防疫旅館人員) 航空服務業(如航空機組人員)

餐飲百貨業(如商場、娛樂場所、外送人員) 外交人員或外商公司 軍人

以上皆否

5. **14 天內**您是否曾入住長照機構(含日間照護)?

是

否

- 防治法第 31 條及第 69 條規定，傳染病流行期間就診，病人或其家屬應據實陳述病史、就醫紀錄、接觸史、旅遊史及其他與傳染病有關事項，違反者處新臺幣一萬元以上十五萬元以下罰鍰。

附錄四：

EPA為住院病人開立醫囑與處方，轉介合適的長照服務，並且能夠加以討論

1. 活動描述

出院準備服務是一個由醫院各專業人員與家屬通力合作，共同協助長輩及家屬，在住院過程中能獲得良好醫療照護，並協助解決出院後可能會遇到的問題，協助長輩從醫院順利轉至另一個照護環境的過程，能妥善得到完整性且持續性的照顧，以增加照護品質，繼而減輕家屬照顧上的負擔。

預期行為

- 能將病史、徵候、症狀等資訊過濾和整合，並據以擬定出院準備計畫
- 在轉介長照資源時能認知所面對的問題，並作出周全的考量
- 轉介長照資源時有考量病人及家屬的意願
- 所作的建議都能與病人、家屬和照護團隊溝通
- 針對預期需要長期照顧療養，以病人的福祉作出發點來考量的專業服務
- 能於住院中及擬定出院準備計畫，以期讓病人在出院當天或至少一周後即能得到長照服務，使醫院、家屬、政府三方共同協助患者的照顧、醫療需求獲得滿足，在思考上能呈現彈性，認同「問題」是學習的機會，並能考量其他可能性
- 能察覺病人用藥是否存在不適當用藥或可能發生的藥物交互作用或提醒病人或家屬觀察有無藥物副作用的產生
- 能例行性反思一項檢查的結果將如何影響臨床決策，相反地，也能想到不執行一項檢查的可能後果
- 轉介長照資源能注意避免浪費（如在進一步申請檢查前先等待即將得到的檢驗結果或考慮藥物的必要性）
- 能考量所開立醫囑的費用和病人對支付診療計畫的能力和意願；能依據病人獨特的人口學、認知、身體、文化、社經或狀況的需求而調整計畫
- 能與病人、家屬、醫療團隊成員進行雙向溝通
- 能熟知所開立醫囑（如藥物、檢驗）的風險和利益
- 能使用電子資源來填補知識的欠缺，並能輸入安全的醫囑（藥物交互作用、營養建議）

2. 最相關之能力領域

- 病人照護及操作程序 (Patient Care and Procedural Skills)
- 執業中的學習與改進 (Practice-based Learning and Improvement)
- 人際及溝通技巧 (Interpersonal and Communication Skills)
- 制度下執業 (Systems-based Practice)

3. 可信賴前之學習者

可信賴前之學習者的預期行為

可信賴前之學習者難以過濾及彙整由病人生理、心理、社會層面所獲之關鍵資訊，藉以理解病人的狀況，故開立檢查及治療醫囑及擬定出院準備計畫時，其無法安全有效地排定先後次序及必要性。這種學習者會用「亂槍打鳥」的方法開立醫囑，毫無重點地撒網捕魚，可能錯失需要進行的關鍵評估及後續處置，而且完全沒考慮到這些醫令的成本。可信賴前之學習者會衝動地開立醫囑，而不會稍歇來作全面思考，並無法考慮病人現況給予適量處置。學習者開立醫囑時不會考慮病人的病情變化及治療目標，常只注重個人的對資訊的需求和渴望，且不懂何時應該修改或偏離病人現況治療決策。可信賴前之學習者醫囑受質疑時會有防衛心態，且可能無法清楚闡述醫囑背後的理由。其可能對自身的計畫過度自信，儘管經驗不足，也不會請他人幫忙檢查醫令。學習者開立醫囑時可能不與其他團隊成員及/或病人和家屬溝通其計畫。學習者雖然技術熟稔，但擬定出院準備計畫時對治療目標的誤解，也不瞭解警示或其他可輔助醫囑的系統功能。可信賴前之學習者或會不遵循在醫療照護目標下來開立及執行醫囑。在開立藥物時忽略藥物劑型、劑量及頻次、交互作用、及不適當藥物的潛在危險性，未發現病人需要輔具及需要相關訓練(例如心肺訓練、吞嚥訓練)，忽略因生活無法治理致使有專人照護的需求，未即時完成巴氏量表申請外籍看護工或轉介機構照護，未依病人病況給予適當營養處方。

可信賴前之學習者的情境

某住院醫師輪訓到神經內科，主治醫師告知病人病況已穩定，三日內將出院。病人是居住台南學甲區的林阿嬤，高齡近80歲，107年9月因腦中風住院，平日健康的林阿嬤突然倒下，對於家中子女是一大打擊，案女兒曾含淚向醫院護理人員表示：「媽媽現在無法動彈，翻身、吃飯都需要我們幫忙，回家後我們怎麼照顧？」。住院醫師被呼叫去協助病人及家屬。護理人員告知住院醫師病人於住院期間因放置鼻胃管曾會診營養師，且病人中風後臥床時間長，且曾發生病人床邊無人照護會診社工。住院醫師轉向電腦，瞄了一眼標示為「腦血管疾病」的診斷，另有其他診斷(如血脂異常、糖尿病、慢性腎衰竭等)，且因腦血管疾病後遺症出現腸胃道症狀(如便秘)，目前正服用相關藥品。目前醫師處方超過10種藥物，完全沒考慮病人已被放置鼻胃管及尿管，某些口服藥不適合磨粉經鼻胃管給予，且某些增加膀胱逼尿肌張力的藥物已不須使用，且病人為高齡者，某些用藥經實證證實無臨床療效，

且藥物劑量、劑量及頻次及營養攝取未因腎功能不佳來調整，因病人目前咳痰能力不佳需使用氧氣及長期臥床，家中目前無相關設備，另外，家屬照護人力不足可能需申請居家服務或外籍看護工或轉介機構照護。

可信賴前之學習者的情境分析

學習者的表現	學習者能力不足之處
高齡近80歲，107年9月因腦中風住院，住院診斷新增血脂異常，仍開立相關藥物(如statin)使用	高齡者被發現有血脂異常，是否需新增血脂異常的用藥，應參考實證醫學文獻資料，考量藥物帶來的效益
病人因腦血管疾病後遺症被放置鼻胃管防止潛在性呼吸道感染風險，另有腸胃道疾病(如:便秘)，腸胃道用藥未調整	未審視病人用藥是否可能因磨粉而影響藥效(如pantaloc. Dulcolax)，且用藥途徑不適當(Takepron)磨粉使用，未教導家屬需泡水後使用
未發現病人因腦血管疾病後遺症有吞嚥困難，易嗆咳，痰多需抽痰，住院時有使用氧氣	未發現病人無法自咳痰，未請家屬學習抽痰技巧，需用氧未請家屬租借或購買氧氣製造機
未發現病人有慢性腎衰竭診斷且腎功能偏高，未考慮先前的高血壓(adalat OROS)及糖尿病用藥(Empagliflozin)的適當性	未注意先前慢性病用藥劑型，是否適用於病人現況。劑型、劑量及服藥頻次有不適當處。某些藥物需針對藥物劑型調整慢性病用藥，且因病人泌尿道感染機會增加和腎功能偏高需改變用藥或調整藥物劑量或頻次
未考慮病人有慢性腎衰竭診斷且腎功能偏高，未因病況調整高蛋白營養處方	病人原先的住院營養處方蛋白質含量較高，未隨著腎功能偏高的病況來調整高蛋白營養處方
未考慮病人因腦血管疾病後遺症長期臥床，日常生活無法自理	未發現病人長期臥床需使用氣墊床及特製輪椅，須轉介輔具評估，且須持續復能介入，家中照護人力不足，須轉介居家服務、居家護理，或提醒家屬考慮申請外籍看護工(協助開立巴氏量表)或長照機構服務
未考慮病人已被放置尿管，未調整原先使膀胱排空的藥物	未考慮病人已被放置尿管，仍持續使用使膀胱排空的藥物

4. 可信賴之學習者

可信賴之學習者的預期行為

可信任之學習者能夠整合病人的病史、身體診察和回顧已有的檢查結果等資料來了解病人當前生理、心理、社會層面的狀況。這包括考慮到病人及家屬對於下一步治療的期望和意願及擬定相關照護計畫。可信任之學習者能夠周密地開立醫囑，過程謹慎且漸進，依病人最新病況調整相關醫療處置。其在思考上很靈活，當面對後續照護需求時，能夠向病人家屬解釋照護計畫的合宜性。在考慮開始新藥物或其他治療時，會與病人或家屬溝通說明藥物劑型劑型、劑量及頻次、交互作用、及不適當藥物的潛在危險性。當病人或家屬詢問其他選擇時，能夠闡明選定方案的風險和益處，以及考量替代方案。可信任之學習者會考慮病人族群的特殊性來作出照護的方針。學習者會考量病人的背景特質來擬訂特定的照護路徑。學習者能夠有效地使用照護路徑和流程，但可辨識何時需要偏離。學習者還能夠辨識並有效地使用電子病歷中的安全警示。當學習者面對不熟悉的診斷或治療需求或感到不放心時，會尋求更有經驗的醫療照護人員或向其他資源徵求指導。

可信賴之學習者的情境

某住院醫師輪訓到神經內科，主治醫師告知病人病況已穩定，三日內將出院。病人是居住台南學甲區的林阿嬤，高齡近80歲，107年9月因腦中風住院，平日健康的林阿嬤突然倒下，對於家中子女是一大打擊，案女兒曾含淚向醫院護理人員表示：「媽媽現在無法動彈，翻身、吃飯都需要我們幫忙，回家後我們怎麼照顧？」。住院醫師被呼叫去協助病人及家屬。護理人員告知住院醫師病人於住院期間因放置鼻胃管曾會診營養師，且病人中風後臥床時間長，且曾發生病人床邊無人照護會診社工。住院醫師轉向電腦，瞄了一眼標示為「腦血管疾病」的診斷，另有其他診斷(如血脂異常、糖尿病、慢性腎衰竭等)，且因腦血管疾病後遺症出現腸胃道症狀(如便秘)，目前正服用相關藥品。目前醫師處方超過10種藥物，完全沒考慮病人已被放置鼻胃管及尿管，某些口服藥不適合磨粉經鼻胃管給予，且某些增加膀胱逼尿肌張力的藥物已不須使用，且病人為高齡者，某些用藥經實證證實無臨床療效，且藥物劑量、劑量及頻次及營養攝取未因腎功能不佳來調整，因病人目前咳痰能力不佳需使用氧氣及長期臥床，家中目前無相關設備，另外，家屬照護人力不足可能需申請居家服務或外籍看護工或轉介機構照護。

可信賴之學習者的情境分析

學習者的表現	學習者能力充足之處
高齡近80歲，107年9月因腦中風住院，住院診斷雖新增血脂異常，未開立相關藥物(如statin)使用	高齡者被發現有血脂異常，參考實證醫學文獻資料，未開立相關藥物使用
病人因腦血管疾病後遺症被放置鼻胃管防止潛在性呼吸道感染風險，另有腸胃道疾病(如:便秘)，腸胃道用藥已調整	審視病人用藥是否可能因磨粉而影響藥效(如pantaloc, Dulcolax)，轉換開立其他用藥(如Takepron, sennoside)且教導家屬Takepron需泡水後使用
發現病人因腦血管疾病後遺症有吞嚥困難，易嗆咳，痰多需抽痰，住院時須使用氧氣	發現病人無法自咳痰，請家屬學習抽痰技巧，因需用氧請家屬租借或購買氧氣製造機
發現病人有慢性腎衰竭診斷且腎功能偏高，改變先前的高血壓(adalat OROS)及糖尿病用藥(Empagliflozin)	注意到先前慢性病用藥劑型不適當。其用藥劑型、劑量及服藥頻次有不適當處。且考量藥物之副作用改變慢性病用藥種類，並注意到腎功能偏高需改變用藥或調整藥物劑量或頻次
已考慮到病人有慢性腎衰竭診斷且腎功能偏高，因病況調整高蛋白營養處方	病人原先的住院營養處方蛋白質含量較高，隨著腎功能偏高的病況來調低蛋白量
發現病人因腦血管疾病後遺症長期臥床，日常生活無法自理，需人照護	評估病人長期臥床需使用氣墊床及特製輪椅，適當轉介輔具評估，且安排復能介入，另因家中照護人力不足，適當轉介居家服務、居家護理，且提醒家屬考慮申請外籍看護工(協助開立巴氏量表)或長照機構服務
已考量病人已被放置尿管，調整原先使膀胱排空的藥物	考量病人已被放置尿管，仍暫停使用使膀胱排空的藥物

5. 教學活動

案例討論

案例討論是日常教學活動之一，而「開立和討論醫囑及處方及擬定出院準備計畫」常是討論的主要議題。在教學時，教師需向學員介紹本EPA所述的可信賴之學習者的預期行為，在案例討論中亦針對這些項目作為討論及反思的議題。

臨床照護

在臨床照護的過程中，教師須言教和身教並行，講授、示範和實踐本項EPA所述的可信賴之學習者的預期行為，並把握每個臨床案例的教學機會與學員討論和思辨。

案例討論會

案例討論會中的三部曲模式：（1）教師向學生說明學習目標、程序和注意事項；（2）學生先行主持討論會，教師全程監督過程，必要時予以提示，並於學生主持後再作補充，使病人的治療計畫不受任何影響；（3）主持後進行討論，包括反思和回饋。

案例討論會是教導EPAs和ACGME六大核心能力的重要教學活動，在教學過程中除了醫學知識和病人照護不用刻意安排即會教到之外，其他四項必須了解其中限制並先行規劃。本EPA的主題—開立醫囑與處方，轉介合適的長照服務，只需教師能掌握各個學習目標即不難執行。

所有學習在結束前應儘可能留下一些時間給學生反思然後教師給予回饋，案例討論會也不例外。在主持案例討論會討論最後一個病人並完成該案例的討論之後，教師請學員用十至十五分鐘的時間撰寫一百至二百字的學習心得，內容是對此次學習反思的收穫，然後輪流發表。教師和同組其他學生須用心聆聽，再由學生對同學作簡短的回饋，最後由教師向每一個學生進行回饋，包括學習過程的表現、反思的內容及對其他同學回饋的深度等，學生須將教師對自己的回饋記錄在學習護照或相關表單之中，教師確認內容後簽名，若須給予評分亦在此時完成。

教學住診

傳統的教學住診常以「教室」—「床邊」—「教室」三個部驟為架構，但卻可有多重變異，並非一成不變，在此提供的僅為其中一個例子。

進行教學住診之前，教師須先詳閱病歷，訂出學習目標及準備給學生課後閱讀的參考資料。在進行第一回「教室」部分時負責照護病人的學生或學員報告病史，教師宜事前訂出報告內容，可節省時間及減少因當場指正引發之防衛心。在報告完之後，教師可參照Case-based Discussion (CbD) 的方式，以“Why”和“How”來提問，藉以說明和討論本EPA的可信賴之學習者的預期行為。並由教師或學生/學員引領，針對有爭議性或有興趣的地方作更進一步的討論，並訂出到「床邊」看病人的目的、過程及注意事項，並稍作沙盤推演（包括分配任務及訂出各項目的順序），當然包括本EPA的可信賴之學習者的預期行為。

到「床邊」詢問及檢查病人時，須注意尊重、隱私和衛生（洗手、檢查器具消毒），以及自我介紹及教學的知情同意。依先前訂出「床邊」學習的目標進行與病人互動和學習，

並時刻注意病人的感受及呈現同理心。此過程常是住診教學留下最深回憶的部份。最後是重返「教室」作最後討論。首先由教師回顧各學習議題（包括本EPA的可信賴之學習者的預期行為），再由學員針對學習議題及學習過程進行反思及分享（記錄於portfolio的學習心得內容中），最後由教師作出回饋及總結。

6. 評估方式

用於評估「開立醫囑與處方，轉介合適的長照服務」的評估方法為主持出院準備案例討論會，其執行重點如下：由住院醫師主持出院準備案例討論會，且由部內教師在旁督導。

評估要點為：能了解各項治療為何要開立/執行，包括風險及利益以及與治療目標的關係。評估者以“Why”和“How”的提問來了解學習者是否做到活動描述的項目而可對本項EPA作出「信賴決定」。

評量的尺度（scale）就是信賴的程度，以監督（supervision）的等級來表示：

等級1（level1）：觀察即可，不建議操作。（主持會議時無法提出合理建議）

等級2（level2）：可在直接、主動監督下執行。（主持會議時能提出1-2項合理建議）

等級3（level3）：可在間接、反應性的監督下（例如：可以找到監督者）執行。（主持會議時能提出3-5項合理建議）

等級4（level4）：可獨立操作執行、事後確認即可。（主持會議時能提出6項以上合理建議）

等級5（level5）：可對其他資淺的學員進行監督與教學。（主持會議時能提出幾近完整的合理建議）

附件、EPA的內容（為協助課程發展而設計）

參考AAMC的格式來展示每一項EPA：除EPA名稱之外(註1)，包括下列幾項：

1. 活動描述：包括簡短的理由和列出可信賴之學習者在該EPA所呈現的預期行為。(註2)
2. 最相關的能力領域：我們選用ACGME的六大核心能力。(註3, 4)
 - 病人照護及操作程序 (Patient Care and Procedural Skills)
 - 醫學知識 (Medical Knowledge)
 - 執業中的學習與改進 (Practice-based Learning and Improvement)
 - 人際及溝通技巧 (Interpersonal and Communication Skills)
 - 制度下執業 (Systems-based Practice)
3. 可信賴前之學習者的介紹：可信賴前之學習者的預期行為、可信賴前之學習者的情境、可信賴前之學習者的情境分析、可信賴前之學習者的情境教學影片。(註5)
4. 可信賴之學習者的介紹：可信賴之學習者的預期行為、可信賴之學習者的情境、可信賴之學習者的情境分析、可信賴之學習者的情境教學影片。(註5)
5. 教學活動(註6)
6. 評估方式(註6)

註1：為符合KISS精神，EPA內容項目不必贅述EPA的名稱 (EPATitle)。

註2：AAMC在每項EPA的活動描述中所述的功能 (functions) 與課程發展指引附件的可信賴之學習者的預期行為內容相近卻不完全相同，且頗嫌不足。為避免讀者混淆，我們在EPA的活動描述採用可信賴之學習者的預期行為而不用所謂的功能。

註3：最相關的能力領域：由於國內臨床醫學教師已熟悉ACGME的六大核心能力，而AAMC採用的八大核心能力的差別僅為將個人及專業發展及團隊合作獨立出來，並沒有獨特之處，故我們選用ACGME的六大核心能力作為最相關的能力領域的選項。此外，AAMC於各核心領域之下設立多項次能力，其描述與各EPAs的可信賴之學習者的預期行為相近卻不完全相同，使課程發展指引編幅大增卻毫無助益，徒增課程設計者之困擾，故予以刪除。

註4：「課程發展」（學員對某一EPA得到信賴在知識、技能和態度等需要哪些標桿？該EPA在課程中何時教導？該EPA如何評估？）及「信賴決定」（由何人決定？如何決定？）兩項AAMC參考OllitenCate的做法將其列入每個EPA之下，並不實用。因為一項課程通常包括多項EPAs，而每項鍊EPA可經由不同的或綜合性的過程來進行所謂的「信賴決定」，故難以在每項EPA之下獨立列出。故此兩項不在各EPA之下多作陳述。

註5：可信賴前及可信賴之學習者的介紹在AAMC的課程發展指引中佔有很大的篇幅，卻沒有列出於EPA的內容項目中。

註6：本工作小組研擬增加之項目。

參考文獻

1. Okusanya OT, Kornfield ZN, Reinke CE, et al. The Effect and Durability of a Pregraduation Boot Camp on the Confidence of Senior Medical Student Entering Surgical Residencies. *Journal of Surgical Education*. 2012;69(4):536-543.
2. Naylor RA, Hollett LA, Castellvi A, Valentine RJ, Scott DJ. Preparing medical students to enter surgery residencies. *American Journal of Surgery*. 2010;199(1):105-109.
3. Lyss-Lerman P, Teherani A, Aagaard E, Loeser H, Cooke M, Harper GM. What Training Is Needed in the Fourth Year of Medical School? Views of Residency Program Directors. *Academic Medicine*. 2009;84(7).
4. Association of American Medical Colleges (AAMC). Recommendations for Clinical Skills Curricula for Undergraduate Medical Education. 2005; <https://members.aamc.org/eweb/upload/Recommendations%20for%20Clinical%20Skills%20Curricula%202005.pdf>.
5. The Association of Faculties of Medicine of Canada (AFMC). The Future of Medical Education in Canada (FMEC): A Collective Vision for MD Education. 2012. http://www.afmc.ca/future-of-medical-education-in-canada/medical-doctorproject/pdf/collective_vision.pdf.
6. Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME). Milestones. 2013; <http://www.acgme.org/acgmeweb/tabid/430/ProgramandInstitutionalAccreditation/NextAccreditationSystem/Milestones.aspx>. Accessed November 25, 2013.
7. Raymond MR, Mee J, King A, Haist SA, Winward ML. What New Residents Do During Their Initial Months of Training. *Academic Medicine*. 2011;86(10):S60-S63.
8. Langdale LA, Schaad D, Wipf J, Marshall S, Vontver L, Scott CS. Preparing graduates for the first year of residency: Are medical schools meeting the need? *Academic Medicine*. 2003;78(1).
9. Young JQ, Ranji SR, Wachter RM, Lee CM, Niehaus B, Auerbach AD. “July Effect” : Impact of the Academic Year-End Changeover on Patient Outcomes A Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*. 2011;155(5).

10. Englander R, Cameron T, Ballard AJ, Dodge J, Bull J, Aschenbrenner CA. Toward a Common Taxonomy of Competency Domains for the Health Professions and Competencies for Physicians. *Academic Medicine*. 2013;88(8):1088-1094.
11. Frank JR, Snell LS, Ten Cate O, et al. Competency-based medical education: theory to practice. *Medical Teacher*. 2010;32(8):638-645.
12. Ten Cate O. Nuts and bolts of entrustable professional activities. *J Grad Med Educ*. 2013;5(1):157-158.
13. Ten Cate O. Entrustability of professional activities and competency-based training. *72 Medical Education*. 2005;39(12):1176-1177.
14. Hall Render. The Lexicon of Supervision: CMS Versus ACGME Defined Terms. 2011. <http://www.hallrender.com/library/articles/862/070511HLN.html>. Accessed October 17, 2013.
15. Van der Vleuten CPM, Schuwirth LWT. Assessing professional competence: from methods to programmes. *Medical Education*. 2005;39:309-317.
16. Kennedy TJT, Regehr G, Baker GR, Lingard L. Point-of-Care Assessment of Medical Trainee Competence for Independent Clinical Work. *Academic Medicine*. 2008;83(10):S89- S92.
17. Ten Cate O, Scheele F. Viewpoint: Competency-based postgraduate training: Can we bridge the gap between theory and clinical practice? *Academic Medicine*. 2007;82(6):542- 547.
18. Pediatrics Milestone Working Group. The Pediatrics Milestone Project. 2012. http://www.acgme.org/acgmeweb/Portals/0/PFAssets/ProgramResources/320_PedsMilestone sProject.pdf. Accessed December 6, 2012.
19. The American Board of Surgery. The General Surgery Milestone Project. 2013; <http://www.acgme.org/acgmeweb/Portals/0/PDFs/Milestones/SurgeryMilestones.pdf>.
20. The American Board of Emergency Medicine. The Emergency Medicine Milestone Project. 2013; <https://www.acgme.org/acgmeweb/Portals/0/PDFs/Milestones/EmergencyMedicineMilestone s.pdf>.

21. The American Board of Internal Medicine. The Internal Medicine Milestone Project. 2013; <http://www.acgme.org/acgmeweb/Portals/0/PDFs/Milestones/InternalMedicineMilestones.pdf> .
22. The American Board of Psychiatry and Neurology. The Psychiatry Milestone Project. 2013; <https://www.acgme.org/acgmeweb/Portals/0/PDFs/Milestones/PsychiatryMilestones.pdf>
23. Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. Washington, D.C. 2011.
24. Regehr G, Regehr C, Bogo M, Power R. Can we build a better mousetrap? Improving the measures of practice performance in the field practicum. *Journal of Social Work Education*. 2007;43(2):327-343.
25. Institute of Medicine (IOM). *To err is human: Building a safer health system*. Washington, D.C. : National Academy Press; 2000.
26. Institute of Medicine (IOM). *Crossing the quality chasm*. Washington, D.C. : National Academy Press; 2001.

附錄五：

12項EPA評估內容及觀察表單

標題	戒菸服務
三段五級與末病照護	<input checked="" type="checkbox"/> 健康促進 <input type="checkbox"/> 特殊防護 <input type="checkbox"/> 早期診斷 <input type="checkbox"/> 限制殘障 <input type="checkbox"/> 身心復健 <input type="checkbox"/> 緩和醫療 <input type="checkbox"/> 哀傷支持
任務描述	針對一般門診吸菸病人或至戒菸門診尋求戒菸服務之病人： 1.詢問吸菸狀況並評估戒菸意願 2.針對病人戒菸行為改變的階段採取適當臨床處理原則 3.運用戒菸治療服務的臨床技巧 4.選用適當戒菸藥物，並清楚使用方法、劑量、療程、副作用、優缺點及注意事項 5.戒菸服務跨團隊合作完成戒菸病人的追蹤治療。地點：一般門診或戒菸門診 對象：有戒菸意願及需求的病人，戒菸治療僅適用於18歲(含)以上者。
任務失敗時可能造成的風險	病人繼續吸菸造成身體健康的危害
核心能力	<input checked="" type="checkbox"/> 病人照護力(PC) <input checked="" type="checkbox"/> 知識思辨力(MK) <input checked="" type="checkbox"/> 系統融入力(SBP) <input type="checkbox"/> 學習成長力(PBLI) <input type="checkbox"/> 專業素養力(PRO) <input checked="" type="checkbox"/> 人際溝通力(ICS)
次能力	PC-3健康促進及生活均適 MK-1展現家庭醫學執業之足夠廣度與深度的醫學知識 MK-2批判性思維與決策 SBP-2以病人為中心的照護系統導航 SBP-3醫師在健康照護系統中的角色 ICS-1以病患及家庭為中心的溝通模式 ICS-2跨專業與團隊之溝通模式
所需具備的知識、態度、技能	知識： 菸品的危害與戒菸的好處尼古丁成癮及戒斷症候群戒菸的行為改變階段模式戒菸的藥物治療菸害防制的策略與現況 技能、態度： 戒菸治療臨床技巧(5A-Ask Advice Assess Assist Arrange ; 5R-Relevance、Risk、Reward、Roadblocks、Repetition) 協助個案訂定戒菸計畫(STAR:set tell anticipate remove) 各行為改變階段諮詢的技巧和方法動機式晤談(OARS技巧) 戒菸藥物的選擇及戒斷症狀處理醫病溝通的技巧與態度及同理能力 必要經歷：

	戒菸治療醫師訓練課程或相關戒菸服務教育課程
評估進展所需相關資訊	<p>案例導向討論:測驗相關戒菸臨床知識及技能</p> <p>直接觀察評估:例如 mini-CEX、ad-hocEPA-based assessment等 Short Practice Observation</p> <p>學習記錄:包含量性(例如:案例數)與質性(學習自評、心得、反思)</p>
獨立時機	<p>住院醫師第1年結束前，至少達到level2b住院醫師第2年結束前，應達到level3c住院醫師第3年結束前，應達到level4</p>
信賴等級維持年限	兩年

EPA Short Practice Observation form(可信賴專業活動觀察表單)

標題:EPA-戒菸服務 日期: 情境主題(衛教項目、疾病項目): <input type="checkbox"/> 戒菸衛教/諮詢 <input type="checkbox"/> 戒菸治療複雜程度: <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 觀察場域: <input type="checkbox"/> 居家 <input type="checkbox"/> 社區 <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 其他 學員姓名: 教師姓名:					
信賴程度:根據此次觀察,您對此學員下次執行任務的信賴程度為何? 教師在旁逐步共同操作 教師在旁必要時協助 教師事後重點確認 必要時知會教師確認 獨立執行					
觀察項目:觀察項目原則上3-8項、以該任務可觀察之技能與態度為主 評核等級三分法加上未觀察四個選項:在旁協助、事後確認、獨立執行、未觀察Ex:					
觀察項目	次 能 力 縮 寫	在 旁 協 助	事 後 確 認	獨 立 執 行	未 觀 察
詢問病人吸菸狀況及意願,提供戒菸諮詢及衛教					
依據不同戒菸階段擬訂個別化的戒菸計畫					
理解藥物的使用及療效,協助病人選擇適當藥物					
運用戒菸治療服務的臨床技巧找出病人的戒菸障礙或阻力					
與戒菸個案管師溝通瞭解病人戒菸狀況					
跨團隊如個案管師、護理師、藥師、資訊人員與行政人員等合作推動戒菸服務					
教師給學員回饋(必填): 下列為填寫參考,非制式之內容:「學員知道該怎麼做嗎?是否有足夠的背景知識?是否意識到任務的風險和可能的併發症?如果遇到特殊病人狀況、發生風險或併發症時你會怎麼做?」或可直接問「當你不知道該做什麼時,你會怎麼做?」					
教師給核心能力委員回饋(選填): 下列為填寫參考,非制式之內容:「學員是否主動?能夠負責?誠信正直?具備能力?展現謙遜?」					

EPAs

標題	門診/社區衛教
三段五級與末病照護	<input checked="" type="checkbox"/> 健康促進 <input type="checkbox"/> 特殊防護 <input type="checkbox"/> 早期診斷 <input type="checkbox"/> 限制殘障 <input type="checkbox"/> 身心復健 <input type="checkbox"/> 緩和醫療 <input type="checkbox"/> 哀傷支持
任務描述	<p>衛生教育是在藉由改變民眾的知識、態度和技能，以影響其採行、維持或促進健康的行為。住院醫師在門診或社區針對病人及民眾健康需求，進行衛教指導：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.能針對病人及民眾需求準備適當主題衛教 2.能提供相關健康促進資訊，包括體重控制、健康飲食、規律運動等。 3.能使用語言或非語言技巧傳達健康資訊 4.解答民眾疑問，提升對疾病的認知的健康知覺程度 5.提供定期檢查或後續轉介追蹤，提升健康意識程度地點：門診或社區對象：門診就醫病人或社區民眾
任務失敗時可能造成的風險	病人或民眾對健康知覺及知識不足，可能導致疾病的發生，健康及生活品質受影響
核心能力	<input checked="" type="checkbox"/> 病人照護力(PC) <input checked="" type="checkbox"/> 知識思辨力(MK) <input type="checkbox"/> 系統融入力(SBP) <input type="checkbox"/> 學習成長力(PBLI) <input checked="" type="checkbox"/> 專業素養力(PRO) <input checked="" type="checkbox"/> 人際溝通力(ICS)
次能力	PC-3健康促進及及生活均適 MK-2批判性思維與決策 PROF-2當責/責任心 ICS-1以病患及家庭為中心的溝通模式
所需具備的知識、態度、技能	知識： 流行病學與預防醫學的知識 疾病的預防、診斷、治療及預後 技能、態度： 良好的人際關係及溝通技巧能力跨領域團隊的合作及協助 對預防醫學的重視
評估進展所需相關資訊	直接觀察評估: 例如 mini-CEX、ad-hocEPA-based assessment 等 Short Practice Observation、DOPS 學習記錄: 包含量性(例如:衛教次數及題目)與質性(衛教自評、心得、反思)
獨立時機	住院醫師第1年結束前，至少達到level3b 住院醫師第3年結束前，應達到level4
信賴等級維持年限	兩年

EPA Short Practice Observation form(可信賴專業活動觀察表單)

標題:EPA門診/社區衛教

日期:

情境主題(衛教項目、疾病項目):1. 代謝症候群2. 戒菸3. 大腸癌4. 失智症5. 憂鬱症6. 其他_____

複雜程度:低中高

觀察場域:居家社區門診住院急診其他

學員姓名:

教師姓名:

信賴程度:根據此次觀察，您對此學員下次執行任務的信賴程度為何?

教師在旁逐步共同操作

教師在旁必要時協助

教師事後重點確認

必要時知會教師確認

獨立執行

觀察項目:觀察項目原則上3-8項、以該任務可觀察之技能與態度為主

評核等級三分法加上未觀察四個選項:在旁協助、事後確認、獨立執行、未觀察Ex:

觀察項目	次能力縮寫	在旁協助	事後確認	獨立執行	未觀察
瞭解此次衛教的重點及進行方式	PC-3				
掌握聽眾需求並提供適切的健康資訊	MK-2				
衛教過程對病人或民眾疑問解答及轉介	PROF-2				
使用語言或非語言技巧傳達健康資訊	ICS-1				
與聽眾建立良好的互動與交流	ICS-1				

教師給學員回饋(必填):

下列為填寫參考，非制式之內容：「學員知道該怎麼做嗎？是否有足夠的背景知識？是否意識到任務的風險和可能的併發症？如果遇到特殊病人狀況、發生風險或併發症時你會怎麼做？」或可直接問「當你不知道該做什麼時，你會怎麼做？」

教師給核心能力委員回饋(選填):

下列為填寫參考，非制式之內容：「學員是否主動？能夠負責？誠信正直？具備能力？展現謙遜？」

EPAs

標題	預防注射
三段五級與末病照護	<input type="checkbox"/> 健康促進 <input checked="" type="checkbox"/> 特殊防護 <input type="checkbox"/> 早期診斷 <input type="checkbox"/> 限制殘障 <input type="checkbox"/> 身心復健 <input type="checkbox"/> 緩和醫療 <input type="checkbox"/> 哀傷支持
任務描述	<p>接種疫苗是預防傳染病有效的策略之一，人的一生自新生兒時起至老年，各階段存在不同的感染風險而有預防注射的需求，亦可能因工作需要或其他共病而需特別考量。家庭醫師應熟稔並持續學習疫苗接種知識與公共衛生政策，於門診或社區提供病人預防注射之諮詢與建議，並安排預防注射及後續接種時程。</p> <p>(1)辨別病人之疾病感染風險，評估是否符合疫苗之適應症、禁忌症。</p> <p>(2)開立可應用之疫苗對應的抗體檢測，判讀檢測結果並向病人說明。</p> <p>(3)判斷疫苗活性、複數疫苗是否可合併施打或安排施打間隔時程。</p> <p>(4)了解注射疫苗之給付類型並向病人說明。</p> <p>(5)針對病人提供個別化之預防注射建議，以醫病共享決策方式選擇預防注射內容(包含不同種類、劑型與廠牌之疫苗選擇)</p> <p>(6)開立醫令，包含疫苗劑量與注射途徑。</p> <p>(7)向病人說明後續接種時程與疫苗大致效力維持時間，並衛教接種後可能之不良反應及注意事項。</p> <p>(8)若病人出現不適，辨別注射後不良反應並適當處置與轉介。</p> <p>限制： 排除住院病人。</p> <p>完成訓練必需(不限於)觀察之臨床情境： 為家醫科門診及社區疫苗接種站的各類有預防注射需求之病人(嬰幼兒及兒童、青少年、一般成人、孕婦、長者與免疫功能低下、特定職業)提供預防注射服務。 疫苗種類：流感疫苗、肺炎鏈球菌疫苗、人類乳突病毒疫苗、A型肝炎疫苗、B型肝炎疫苗、白喉/百日咳/破傷風疫苗、水痘疫苗、帶狀皰疹疫苗、麻疹/德國麻疹/腮腺炎疫苗。</p>
任務失敗時可能造成的風險	<ol style="list-style-type: none"> 1.注射禁忌之疫苗造成病人過敏或其他嚴重不良反應 2.接種時程錯誤使疫苗效果減低 3.接種無效疫苗造成醫療資源浪費

	4. 疫苗接種方式錯誤造成不良反應
核心能力	<p>■病人照護力(PC) ■知識思辨力(MK) ■系統融入力(SBP)</p> <p>■</p> <p>學習成長力(PBLI) □專業素養力(PRO) ■人際溝通力(ICS)</p>
次能力	<p>PC3健康促進與全方位健康</p> <p>MK1展現家庭醫學執業之足夠廣度與深度的醫學知識</p> <p>SBP2以病人為中心的照護系統導航SBP3醫師在健康照護系統中的角色PBLI實證基礎與參考之執業</p> <p>ICS1以病患及家庭為中心的溝通模式</p>
所需具備的知識、技能、態度	<p>基本知識： 台灣以及執業機構現行可用之各類疫苗各類疫苗之公費補助規定</p> <p>各類疫苗之適應症、禁忌症、接種時程</p> <p>各類疫苗對應之抗體檢測與判讀各類疫苗之接種途徑各類疫苗可能之不良反應與處理方式</p> <p>臨床技能： 溝通能力-收集病人必要資訊以評估預防注射需求。 醫病共享決策-綜合各項風險、免疫狀態、共病等，與病人共同討論決定預防注射內容。 衛教技巧-向病人說明注意事項、可能的不良反應與後續接種時程。</p> <p>專業態度： 具備向病患及家屬詳細說明及溝通之態度展現對病患自主意願之尊重</p> <p>臨床經驗： 進行家醫科門診或社區疫苗接種站之預防注射觀摩</p>
評估進展所需相關資訊	<p>紙筆測驗：確認執行「預防注射」之先備知識，於執行任務前完成一次。</p> <p>案例分析(case-based discussion)：測驗「預防注射」相關之臨床思維、推理判斷、處置邏輯等能力，持續評估至少每四個月完成一例評核，推薦的工具為CbD。職場直接觀察評估：針對學員在職場上某一次執行「預防注射」的實際表現進行觀察與評估，以可信賴專業活動觀察表單(short-practice observation)進行評估，持續評估至少每四個月完成一例評核，推薦的工具為可信賴專業活動觀察表單、Mini-CEX評量表。</p> <p>其他建議可選擇之評估工具(由各訓練機構視需求選用並自行規範評估次數以符合多元、多點的評估資訊收集)：360度評</p>

	估、情境模擬(simulation)、學習歷程紀錄(包含量性如案例數，與質性如心得與反思)
獨立時機	住院醫師第一年訓練結束前須達到Level3b的信賴等級 住院醫師第三年訓練結束前須達到Level4b的信賴等級
信賴等級維持年限	發生可能損害醫療執行能力事件(疾病或意外)，或連續2年無任何處理執業經驗者，其信賴授權與督導層級應重新評量認定

EPA Short Practice Observation form(可信賴專業活動觀察表單)

標題:EPA預防注射 日期: 情境主題(衛教項目、疾病項目): <input type="checkbox"/> 1. 門診病人 <input type="checkbox"/> 2. 社區疫苗接種站 <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 其他複雜程度: <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 觀察場域: <input type="checkbox"/> 居家 <input type="checkbox"/> 社區 <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 其他 學員姓名: 教師姓名:					
信賴程度:根據此次觀察，您對此學員下次執行任務的信賴程度為何? 教師在旁逐步共同操作 教師在旁必要時協助 教師事後重點確認 必要時知會教師確認 獨立執行					
觀察項目:觀察項目原則上3-8項、以該任務可觀察之技能與態度為主 評核等級三分法加上未觀察四個選項:在旁協助、事後確認、獨立執行、未觀察Ex:					
觀察項目	次能力 縮寫	在旁 協助	事後 確認	獨立 執行	未 觀察
辨別病人之各項疾病感染風險與疫苗適應症/禁忌症	PC3 MK1				
開立相對應的抗體檢測，判讀並向病人說明	MK1 ICS1				
指出疫苗活性與合併施打/間隔時程	PC3				
了解注射疫苗之給付類型並向病人說明	SBP3				
針對病人提供個別化之預防注射建議，以醫病共享決策方式選擇預防注射內容(包含不同種類、劑型與廠牌之疫苗選擇)	SBP2 PBL1 ICS1				
開立醫令，包含疫苗劑量與注射途徑	SBP3				
向病人說明後續接種時程與大致效力維持時間，並衛教接種後可能之不良反應及注意事項	ICS1 MK1				
辨別注射後不良反應並適當處置與轉介	PC3 SBP2				
教師給學員回饋(必填):					

下列為填寫參考，非制式之內容：「學員知道該怎麼做嗎？是否有足夠的背景知識？是否意識到任務的風險和可能的併發症？如果遇到特殊病人狀況、發生風險或併發症時你會怎麼做？」或可直接問「當你不知道該做什麼時，你會怎麼做？」

教師給核心能力委員回饋(選填):

下列為填寫參考，非制式之內容：「學員是否主動？能夠負責？誠信正直？具備能力？展現謙遜？」

EPAs

標題	旅遊門診：（提供旅遊醫學門診病患旅遊相關照護）
任務描述	<ol style="list-style-type: none"> 1. 確認當地的流行疫情現況 2. 病史/過敏史詢問能 3. 旅遊醫學預防用藥(含疫苗)適應症/禁忌症介紹與使用 4. 傳染病及非傳染病衛教 5. 旅遊醫學相關證明開立
核心能力	<input checked="" type="checkbox"/> 病人照護力(PC) <input type="checkbox"/> 知識思辨力(MK) <input checked="" type="checkbox"/> 系統融入力(SBP) <input type="checkbox"/> 學習成長力(PBLI) <input type="checkbox"/> 專業素養力(PRO) <input checked="" type="checkbox"/> 人際溝通力(ICS)
次能力	PC-3健康促進與全方位健康 ICS-1以病患及家庭為中心的溝通模式 SBP-2以病人為中心的照護系統導航
所需具備的知識、態度、技能	<p>基本知識： 就個案詢問之問題，能查詢疾管署資料，並能回應個案關於高山症/瘧疾/黃熱病等核心知識</p> <p>專業態度： 能回應個案關於高山症/瘧疾/黃熱病等核心知識問題，並能同理了解，客製化個案所需要之旅遊建議。</p> <p>臨床技能： 注意到其他建議疫苗接種、蚊媒傳染疾病之預防或其他衛教事項。正確開立疫苗接種證明書及其他相關證明文件。</p> <p>臨床經驗： 留意到旅醫診個案其他同行者是否皆已就診，並作提醒。同時也能指導資淺學員旅醫診相關實務操作及知識。</p>
評估	Short practice observation: 至少完成四例SPO評核(一個月至少1-2次) e-portfolio reflection: 至少須完成2-4篇 e-portfolio經驗分享，內容須涵蓋旅遊醫學門診病患旅遊相關照護與實證醫學探討
獨立時機	住院醫師第一年家醫科course訓練結束時，至少達到level3，住院醫師第三年之後應達到level4，住院醫師第四年後應達到Level5(可以教導後輩執行該任務)
預期作廢時間	無

EPA Short Practice Observation form(可信賴專業活動觀察表單)

標題:EPA旅遊門診
 日期:
 情境主題(衛教項目、疾病項目):1.預防用藥2.疫苗接種3.旅遊衛教其他
 複雜程度:低中高
 觀察場域:居家社區門診住院急診其他
 學員姓名:
 教師姓名:

信賴程度:根據此次觀察，您對此學員下次執行任務的信賴程度為何?
 教師在旁逐步共同操作
 教師在旁必要時協助
 教師事後重點確認
 必要時知會教師確認
 獨立執行

觀察項目:觀察項目原則上3-8項、以該任務可觀察之技能與態度為主
 評核等級三分法加上未觀察四個選項:(在旁協助、事後確認、獨立執行、未觀察)Ex:

觀察項目	次能力 縮寫	在旁 協助	事後 確認	獨立 執行	未 觀察
適當自我介紹與了解旅客需求	ICS-1				
與個案溝通並介紹疫苗與用藥	ICS-1				
擬定後續計畫含疫苗用藥與相關證明書開立	PC-3				
正確說明藥物與疫苗的效果與副作用	PC-3				
正確操作系統並及時病歷紀載	SBP-2				

教師給學員回饋(必填):
 下列為填寫參考，非制式之內容：「學員知道該怎麼做嗎？是否有足夠的背景知識？是否意識到任務的風險和可能的併發症？如果遇到特殊病人狀況、發生風險或併發症時你會怎麼做？」或可直接問「當你不知道該做什麼時，你會怎麼做？」

教師給核心能力委員回饋(選填):
 下列為填寫參考，非制式之內容：「學員是否主動？能夠負責？誠信正直？具備能力？展現謙遜？」

EPAs

標題	健康檢查
任務描述	<ol style="list-style-type: none"> 1.能了解臨床健康檢查指引建立之過程與方法 2.能概述如何選擇需篩檢的健康檢查項目 3.能列出不同年齡層、性別、高危險群之臨床健康檢查建議 4.能舉出全民健保、國民健康署預防保健服務之健康檢查項目 5.能執行臨床健康檢查服務 6.能說出健康檢查結果數據判讀及處置注意事項
核心能力	<p>■病人照護力(PC) ■知識思辨力(MK) ■系統融入力(SBP) ■學習 成長力(PBLI) ■專業素養力(PRO) ■人際溝通力(ICS)</p>
次能力	<p>PC-3健康促進及生活均適 MK-1實踐家庭醫學時可展現具有廣度且深度醫學知識 MK-2批判性思考與決策 SBP-4提供團隊為單位之照護 PBLI-1實證為基礎的執業 PROF-1專業行為與倫理原則 ICS-1以病患及家庭為中心的溝通模式 ICS-2與病患、家屬進行有效溝通</p>
所需具備的知識、態度、技能與經驗	<p>基本知識: 臨床健康檢查項目實證醫學證據品質分級，所要篩檢或介入之疾病認識，不同年齡層、性別、高危險群所需之健康篩檢/諮詢、疫苗接種/化學預防的項目，健保/國健署/各縣市政府提供之預防保健健康檢查項目，健康檢查結果之判讀與衛教/治療</p> <p>專業態度: 健檢項目諮詢回應、跨團隊合作臨床技能:病史詢問、理學檢查、溝通技巧、超音波操作、跨團隊領導力</p> <p>臨床經驗: 參與健康檢查服務(ex. 健檢門診輪值)參與中華民國環境職業醫學會辦理之職業醫學研習</p>
評估工具	Written/Oraltest Mini-CEX 360度評估 Milestone Checklist (OSCE或direct observation)
獨立時機	<p>住院醫師第一年家醫科訓練課程結束時，至少達到level3</p> <p>住院醫師第三年家醫科訓練課程結束時，應可達到level3</p> <p>住院醫師第四年後應達到Level4(可以教導後輩執行該任務)</p>
預期作廢時間	無

EPA Short Practice Observation form(可信賴專業活動觀察表單)

標題:EPA健康檢查
 日期:
 情境主題(衛教項目、疾病項目):1.18歲以下2.18-65歲3.65歲以上其他
 複雜程度:低中高
 觀察場域:居家社區門診住院急診其他
 學員姓名:
 教師姓名:

信賴程度:根據此次觀察,您對此學員下次執行任務的信賴程度為何?
 教師在旁逐步共同操作
 教師在旁必要時協助
 教師事後重點確認
 必要時知會教師確認
 獨立執行

觀察項目:觀察項目原則上3-8項、以該任務可觀察之技能與態度為主
 評核等級三分法加上未觀察四個選項:在旁協助、事後確認、獨立執行、未觀察Ex:

觀察項目	次能力縮寫	在旁協助	事後確認	獨立執行	未觀察
適當自我介紹,與受檢者建立關係	ICS-1				
蒐集社區/家族、工作/人際網絡、健康行為史	PC-3				
擬定合適的健康促進策略與疾病篩檢項目	PC-3				
與團隊成員合作提供健康檢查服務	SBP-4				
執行臨床健康檢查並判讀結果	PROF-1				
提供受檢者健康諮詢及有效衛教	ICS-2				

教師給學員回饋(必填):

下列為填寫參考,非制式之內容:「學員知道該怎麼做嗎?是否有足夠的背景知識?是否意識到任務的風險和可能的併發症?如果遇到特殊病人狀況、發生風險或併發症時你會怎麼做?」或可直接問「當你不知道該做什麼時,你會怎麼做?」

教師給核心能力委員回饋(選填):

下列為填寫參考,非制式之內容:「學員是否主動?能夠負責?誠信正直?具備能力?展現謙遜?」

EPAs

標題	社區篩檢
任務描述	<ol style="list-style-type: none"> 1.了解疾病自然史的各個階段 2.了解預防醫學三段五級之意義及其臨床案例 3.熟悉健康促進之各項意義與執行之方式 4.熟悉特殊保護之各項意義與執行之方式 5.概述生命週期各階段所需之健康照護與篩檢內容 6.界定社區之意義與社區實務訓練 7.舉出臨床預防服務之建議等級及提供民眾個別化之建議與諮詢 8.熟習各種篩檢方式與操作技巧 9.熟悉異常值之解釋、衛教與轉診
核心能力	<input checked="" type="checkbox"/> 病人照護力(PC) <input type="checkbox"/> 知識思辨力(MK) <input checked="" type="checkbox"/> 系統融入力(SBP) <input type="checkbox"/> 學習成長力(PBLI) <input type="checkbox"/> 專業素養力(PRO) <input checked="" type="checkbox"/> 人際溝通力(ICS)
次能力	<p>PC-3具備健康促進的概念，給予受檢者適當衛教PC-4對未確定診斷之病患給予適當的轉診與建議SBP-2以病人為中心給予適當的篩檢建議</p> <p>ICS-1以病患及家庭為中心的溝通模式</p> <p>ICS-2跨專業與團隊之溝通模式。若有需求轉介其他專業團隊評估。</p>
所需具備的知識、態度、技能與經驗	<p>基本知識： 對社區醫療有完整的概念、具備社區醫療健康照護之能力。具備評讀預防性健康照護文獻的能力並選擇適當之篩檢方式。熟習各種篩檢方法與目標族群。</p> <p>專業態度： 同理心回應、跨團隊合作</p> <p>臨床技能： 醫病溝通技巧</p>
評估工具	Written/Oraltest、Mini-CEX、360度評估、Milestone、Checklist(OSCE或direct observation)
獨立時機	<p>住院醫師第一年家醫科course訓練結束時，至少應達到level3</p> <p>住院醫師第三年之後應達到level4</p> <p>住院醫師第四年後應達到Level5(可以教導後輩執行該任務)</p>
預期作廢時間	無

EPA Short Practice Observation form(可信賴專業活動觀察表單)

標題:EPA社區篩檢
 日期:情境主題(衛教項目、疾病項目):1. 社區定點整篩2. 四癌巡迴車篩檢3. 醫院整合性篩檢其他
 複雜程度:低中高
 觀察場域:居家社區門診住院急診其他
 學員姓名:
 教師姓名:

信賴程度:根據此次觀察，您對此學員下次執行任務的信賴程度為何?
 教師在旁逐步共同操作
 教師在旁必要時協助
 教師事後重點確認
 必要時知會教師確認
 獨立執行

觀察項目:觀察項目原則上3-8項、以該任務可觀察之技能與態度為主
 評核等級三分法加上未觀察四個選項:在旁協助、事後確認、獨立執行、未觀察EX:

觀察項目	次能力縮寫	在旁協助	事後確認	獨立執行	未觀察
具備健康促進的概念，給予受檢者適當衛教	PC-3				
對未確定診斷之病患給予適當的轉診與建議	PC-4				
以病人為中心給予適當的篩檢建議	SBP-2				
跨專業與團隊之溝通模式。若有需求轉介其他專業團隊評估。	ICS-2				

教師給學員回饋(必填):

下列為填寫參考，非制式之內容：「學員知道該怎麼做嗎？是否有足夠的背景知識？是否意識到任務的風險和可能的併發症？如果遇到特殊病人狀況、發生風險或併發症時你會怎麼做？」或可直接問「當你不知道該做什麼時，你會怎麼做？」

教師給核心能力委員回饋(選填):

下列為填寫參考，非制式之內容：「學員是否主動？能夠負責？誠信正直？具備能力？展現謙遜？」

EPAs

標題	慢性病照護
三段五級與末病照護	<input type="checkbox"/> 健康促進 <input type="checkbox"/> 特殊防護 <input type="checkbox"/> 早期診斷 <input checked="" type="checkbox"/> 限制殘障 <input type="checkbox"/> 身心復健 <input type="checkbox"/> 緩和醫療 <input type="checkbox"/> 哀傷支持
任務描述	<p>慢性病照護須涵蓋病人、家屬、照護團隊的共同參與，由健康照護組織和人員提供臨床資訊，協助病家決策資源。在跨領域團隊合作下提供健康服務，並有技巧地提升病人自我照顧能力。另外社區的資源和政策如照護網計畫，皆是疾病控制的成功因素。慢性病照護之任務包含如下：</p> <p>(1)以開放式問句及生物心理社會評估模式進行初診斷病史詢問，具備身體化症狀及慢病鑑別診斷能力</p> <p>(2)執行全人醫療之醫病溝通技巧:LEARN臨床處置五步驟、LETSHEAR解釋模式</p> <p>(3)將病人/家屬納入治療計畫，以實證為基礎病人為中心，以醫病共享決策模式制定完整治療計畫</p> <p>(4)運用行為改變模式導入生活習慣介入、執行非藥物治療如認知行為治療及睡眠衛生衛教</p> <p>(5)具備跨領域團隊照護概念，覺察及處理倫理問題</p> <p>(6)執行治療成效追蹤、副作用處理及具備藥物調整策略</p> <p>(7)相關急症和慢性併發症之處理及轉診時機</p> <p>(8)評估其他影響治療成效的因素，如心理社會經濟因素，了解特殊族群之照顧準則</p> <p>限制： 適用於門診、住院病房、社區及居家醫療中，常見慢性疾病之初診斷、轉診及穩定追蹤病人。</p> <p>完成訓練必需（不限於）觀察之臨床情境： 以家醫科門診常見之慢性疾病處理為主，至少需涵蓋重要且常見之慢病如糖尿病、高血壓、焦慮症等，但其他種類慢性疾病不在此限。慢性病照護為家醫專科訓練重要且複雜程度高之專業活動，建議學習者每個月皆應自我檢核，每年須完成10例SP0評核及4篇e-portfolio經驗分享</p>
任務失敗時可能造成的風險	慢性疾病控制不良、多重及潛在不良用藥、造成慢性及急性併發症、失去追蹤、提高急診及入院風險、增加死亡率、醫療糾紛等。
核心能力	<input checked="" type="checkbox"/> 病人照護力(PC) <input type="checkbox"/> 知識思辨力(MK) <input checked="" type="checkbox"/> 系統融入力(SBP) <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 學習成長力(PBLI) <input checked="" type="checkbox"/> 專業素養力(PRO) <input checked="" type="checkbox"/> 人際溝通力(ICS)
次能力	PC-2慢性病人的照護

	<p>SBP-2以病人為中心的照護系統導航 PBLI-1實證基礎與參考之執業 PROF-1專業行為與倫理原則 ICS-1以病患及家庭為中心的溝通模式 ICS-2跨專業與團隊之溝通模式</p>
<p>所需具備的知識、態度、技能</p>	<p>基本知識: 慢病風險因子及共病評估、相關症狀鑑別診斷、慢性疾病分類及診斷標準；周全性醫療評估；行為改變模式；實證醫學為基礎的藥物治療及副作用辨識處理；非藥物治療如認知行為治療及情緒管理技巧；慢性併發症追蹤、風險預測及延緩方式；急慢性併發症的辨識及轉診時機；特殊族群照顧準則</p> <p>專業態度: 全人醫療之醫病溝通、3C2A、以病人為中心、實證醫學、跨領域照護</p> <p>臨床技能: 鑑別診斷、全人醫療之醫病溝通技巧、周全性醫療評估、健康識能評估、行為改變模式衛教、SDM醫病共同決策照護模式、實證為基礎的診斷和治療、認知行為治療、健康管理技巧及個案管理</p> <p>必要經歷: 10位慢病病人共同照護網認證及繼續教育</p>
<p>評估進展所需相關資訊</p>	<p>建議以下五類評量工具進行評估藍圖的規劃：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 試(knowledge test): 例如年度升等筆試。 2. 例分析(case-based discussion): 推薦的工具具有CbD。 3. 場直接觀察評估(short-practice observation): 推薦的工具具有miniCEX、可信賴專業活動觀察表單(ad-hoc EPA-based tool)。搭配里程碑等級每次升等，每項EPA至少完成3次形成性SPO評量及1次總結性評量。每年須完成12項EPAs總結性評量。 4. 場長期觀察評估(long-practice observation): 推薦的工具具有多源評估(multi-source feedback)。 5. 習紀錄: 須完成e-portfolio經驗分享，內容須涵蓋慢病照護實務經驗分享與反思，其他質性參考包括錄影教學、研討會報告、病歷紀錄等。

獨立時機	信賴程度 2a. 教師在旁逐步共同操作 2b. 教師在旁必要時協助 3b. 教師可立即到場協助，事後重點確認
	3c. 教師可稍後到場協助，必要時事後確認 4b. 可獨立執行，不須監督
信賴等級維持期限	一年

EPA Short Practice Observation form(可信賴專業活動觀察表單)

<p>標題:EPA慢病照護</p> <p>日期:</p> <p>情境主題(衛教項目、疾病項目):<input type="checkbox"/>1. 糖尿病<input type="checkbox"/>2. 高血壓<input type="checkbox"/>3. 焦慮症<input type="checkbox"/>其他複雜程度: <input type="checkbox"/>低<input type="checkbox"/>中<input type="checkbox"/>高</p> <p>觀察場域:<input type="checkbox"/>居家<input type="checkbox"/>社區<input type="checkbox"/>門診<input type="checkbox"/>住院<input type="checkbox"/>急診<input type="checkbox"/>其他</p> <p>學員姓名:</p> <p>教師姓名:</p>						
<p>信賴程度:根據此次觀察，您對此學員下次執行任務的信賴程度為何?</p> <p>教師在旁逐步共同操作</p> <p>教師在旁必要時協助</p> <p>教師事後重點確認</p> <p>必要時知會教師確認</p> <p>獨立執行</p>						
<p>觀察項目:觀察項目原則上3-8項、以該任務可觀察之技能與態度為主</p> <p>評核等級三分法加上未觀察四個選項:在旁協助、事後確認、獨立執行、未觀察Ex:</p>						
	觀察項目	次能力 縮寫	在 旁 協 助	事 後 確 認	獨 立 執 行	未 觀 察
	以開放式問句及生物心理社會評估模式進行初診斷病史詢問，具備身體化症狀及慢病鑑別診斷能力	PC-2				
	執行全人醫療之醫病溝通技巧:LEARN臨床處置五步驟、LETSHEAR解釋模式	ICS-1				
	將病人/家屬納入治療計畫，以實證為基礎病人為中心，以醫病共享決策模式制定完整治療計畫	SBP-2				
	運用行為改變模式導入生活習慣介入、執行非藥物治療如認知行為治療及睡眠衛生衛教	PC-2				
	具備跨領域團隊照護概念，覺察及處理倫理問題	ICS-2				
	執行治療成效追蹤、副作用處理及具備藥物調整策略	PBLI-1				
	相關急症和慢性併發症之處理及轉診時機	PC-2				
	評估其他影響治療成效的因素，如心理社會經濟因素，了解特殊族群之	PROF-1				

照顧準則						
<p>教師給學員回饋(必填):</p> <p>下列為填寫參考，非制式之內容：「學員知道該怎麼做嗎？是否有足夠的背景知識？是否意識到任務的風險和可能的併發症？如果遇到特殊病人狀況、發生風險或併發症時你會怎麼做？」或可直接問「當你不知道該做什麼時，你會怎麼做？」</p>						
<p>教師給核心能力委員回饋(選填):</p> <p>下列為填寫參考，非制式之內容：「學員是否主動？能夠負責？誠信正直？具備能力？展現謙遜？」</p>						

EPAs

標題	急性病診療
三段五級與末病照護	<input type="checkbox"/> 健康促進 <input type="checkbox"/> 特殊防護 <input type="checkbox"/> 早期診斷 <input checked="" type="checkbox"/> 限制殘障 <input type="checkbox"/> 身心復健 <input type="checkbox"/> 緩和醫療 <input type="checkbox"/> 哀傷支持
任務描述	<p>能經由病史、身體檢查及檢驗檢查結果等訊息辨識病人之急性病症，當下給予適當的醫療處置，必要時能依執行場域之醫療條件安排後續會診或轉診。過程中對於病患及家屬以及會診/轉診之醫師或醫療機構能提供必要的說明及協助。</p> <p>(1)有效獲取病史執行身體檢查辨識急性病人 (2)開立適宜的檢驗、檢查做出鑑別診斷 (3)對急性病人做正確處置，緩解症狀及維持生命徵象穩定 (4)正確評估急性病人後續所需之治療及處置 (5)整合現有醫療資源提供急性病人團隊照護如會診或轉診 (6)對病人及家屬做有效溝通：說明病情及治療計畫 (7)在病人及家屬和會診/轉診醫師團隊間做良好溝通 (8)遇到診療困難時主動尋求協助或支援</p> <p>執行場域：門診、住院病房、社區及居家醫療。 對象：急性症狀病人</p>
任務失敗時可能造成的風險	造成病人無法得到適當的醫療照護，增加病人風險。
核心能力	<input checked="" type="checkbox"/> 病人照護力(PC) <input checked="" type="checkbox"/> 知識思辨力(MK) <input checked="" type="checkbox"/> 系統融入力(SBP) <input type="checkbox"/> 學習成長力(PBLI) <input checked="" type="checkbox"/> 專業素養力(PROF) <input checked="" type="checkbox"/> 人際溝通力(ICS)
次能力	PC-1急性病人的照護 PC-5醫療術式照護之處置 MK-2批判性思維與決策 SBP-2以病人為中心的照護系統導航 PROF-3自我意識與求助行為 ICS-1以病患及家庭為中心的溝通模式 ICS-3健康照護系統內部溝通
所需具備的知識、態度、技能	<p>基本知識： 常見急性病鑑別診斷及處置知識、檢驗檢查判讀能力、依不同場域等級做合理判斷，進行會診或轉診。</p> <p>專業態度： 以病人安全為中心、了解所處場域對急性病處理的限制、跨團隊合作。</p> <p>臨床技能： 一般急性病處置能力、醫病溝通技巧。</p>

	<p>臨床經驗： 常見急症檢驗檢查、EKG及 X-ray判讀能力。門診常見急症處理原則。病患資料收集及會談。</p>
評估進展所需相關資訊	<p>職場直接觀察評估(short-practice observation)：OPA Checklist。</p> <p>R1:SPO完成六例，至少需包含胸痛、頭痛、腹痛各一例</p> <p>R2:SPO完成三例</p> <p>R3:SPO完成三例</p> <p>筆試(knowledge test)：確認執行急症診療之先備知識，包括心電圖、影像及檢驗檢查及鑑別診斷相關知識等內容。</p> <p>學習歷程(eportfolio)：學習歷程紀錄，學習自評、心得、反思內容，具備ACLS證照。</p>
獨立時機	<p>住院醫師第二年訓練結束時應達到level3</p> <p>住院醫師第三年訓練結束時應達到level4</p> <p>住院醫師第四年後應達到Level5(可以教導後輩執行該任務)</p>
信賴等級維持年限	兩年

EPA Short Practice Observation form(可信賴專業活動觀察表單)

標題:EPA急性病診療 日期: 情境主題(衛教項目、疾病項目): <input type="checkbox"/> 1. 胸痛 <input type="checkbox"/> 2. 頭痛 <input type="checkbox"/> 3. 腹痛 <input type="checkbox"/> 其他複雜程度: <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 觀察場域: <input type="checkbox"/> 居家 <input type="checkbox"/> 社區 <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 其他 學員姓名: 教師姓名:					
信賴程度:根據此次觀察，您對此學員下次執行任務的信賴程度為何? 教師在旁逐步共同操作 教師在旁必要時協助 教師事後重點確認 必要時知會教師確認 獨立執行					
觀察項目:觀察項目原則上3-8項、以該任務可觀察之技能與態度為主 評核等級三分法加上未觀察四個選項:在旁協助、事後確認、獨立執行、未觀察Ex:					
觀察項目	次能力縮寫	在旁協助	事後確認	獨立執行	未觀察
有效率的獲取相關病史及執行身體檢查	PC1				
辨識急性病症狀做出初步診斷	PC1				
開立適宜的檢驗及檢查做鑑別診斷	MK2				
對急性病人做初步穩定的處置	PC5				
與病人、家屬解釋病情、相關醫療處置及治療計畫	ICS1				
評估並啟動急性病人後續所需之處置如會診或轉診	SBP2				
轉診交班正確且有效率的溝通	ICS3				
遇到診療困難時主動尋求協助或支援	PROF3				
教師給學員回饋(必填): 下列為填寫參考，非制式之內容：「學員知道該怎麼做嗎？是否有足夠的背景知識？是否意識到任務的風險和可能的併發症？如果遇到特殊病人狀況、發生風險或併發症時你會怎麼做？」或可直接問「當你不知道該做什麼時，你會怎麼做？」					
教師給核心能力委員回饋(選填): 下列為填寫參考，非制式之內容：「學員是否主動？能夠負責？誠信正直？具備能力？展現謙遜？」					

EPAs

標題	居家整合醫療
任務描述	<p>在居家醫療學習結束時，家庭醫科住院醫師應</p> <p>A. 具備為患者提供居家醫療服務所需的技能，知識和態度。</p> <p>B. 在沒有監督的情況下應能以系統性、符合優先順序和尊重病人的態度來執行精準、完整的或焦點式病史詢問和身體診察。</p> <p>C. 能整合病人病史與臨床臆斷並依優先順序、家庭功能與在地社區資源形成照顧計畫</p> <p>D. 提供急慢性、持續性、協調性與負責的居家醫囑和處方。</p>
核心能力	<p>■病人照護力(PC) ■知識思辨力(MK) ■系統融入力(SBP) □學習成長力(PBLI) ■專業素養力(PRO) ■人際溝通力(ICS)</p>
次能力	<p>PC-1 照護急性病人</p> <p>PC-2 慢性病人的照護</p> <p>MK-1 展現對家庭醫學足夠廣度與深度的醫學知識</p> <p>SBP-2 以病人為中心的照護系統導航</p> <p>SBP-3 醫療系統中的醫師角色</p> <p>PROF-2 引導系統達到以病人為中心的照護</p> <p>PROF-3 自我意識與求助行為</p> <p>ICS-1 以病患及家庭為中心的溝通模式</p> <p>ICS-2 跨專業與團隊之溝通模式</p>
所需具備的知識、態度、技能	<p>基本知識： 社區資源知識長照資源知識在居家環境中做診斷、管理和整合失智失能患者的照顧計畫擬定</p> <p>專業態度： 同理心、跨團隊合作、緩和醫療的基本精神</p> <p>臨床技能： 溝通技巧、病情告知技巧、末期存活預估、疼痛處理與症狀處理、指導家屬照顧技巧、召開家庭會議、跨團隊領導力</p> <p>臨床經驗： 實習不同樣態的居家醫療個案10-15例</p>
評估	<p>在生命終結之前與居家患者及其家人討論生命末期選擇問題3例失智失能患者的居家照顧擬定、執行與調整三個月5例以上。EPA Short Practice Observation form, e-portfolio</p>
獨立時機	<p>PGY醫師至少達到level2</p> <p>住院第二年家醫科course訓練結束時，至少達到level3</p> <p>住院醫師第三年之後應達到level4</p>
預期作廢時間	無

EPA Short Practice Observation form(可信賴專業活動觀察表單)

標題:EPA居家整合醫療

日期:

情境主題(衛教項目、疾病項目):1.失能2.失智3.安寧其他複雜程度:低中高

觀察場域:居家社區門診住院急診其他

學員姓名:

教師姓名:

信賴程度:根據此次觀察，您對此學員下次執行任務的信賴程度為何?

教師在旁逐步共同操作

教師在旁必要時協助

教師事後重點確認

必要時知會教師確認

獨立執行

觀察項目:觀察項目原則上3-8項、以該任務可觀察之技能與態度為主

評核等級三分法加上未觀察四個選項:在旁協助、事後確認、獨立執行、未觀察Ex:

觀察項目	次能力縮寫	在旁協助	事後確認	獨立執行	未觀察
能對居家個案以系統性、符合優先順序做疼痛與症狀診治	PC1				
能依優先順序、家庭功能與在地社區資源形成整合照顧計畫與管理執行	PC2				
能以尊重病人的態度來執行病史詢問、身體診察與計畫擬定。	SBP2				
了解在居家醫療之中醫師的角色	SBP3				
能做家庭功能評估與應用	MK1				
能做末期存活預估與照顧	PROF 2				
遇到困難時能主動尋求協助或支援	PROF 3				
能與病人、家屬有效溝通(傾聽、避免醫療用語)	ICS1				
在不同的居家情境中與醫療團隊進行有效溝通	ICS2				

教師給學員回饋(必填):

下列為填寫參考，非制式之內容：「學員知道該怎麼做嗎？是否有足夠的背景知識？是否意識到任務的風險和可能的併發症？如果遇到特殊病人狀況、發生風險或併發症時你會怎麼做？」或可直接問「當你不知道該做什麼時，你會怎麼做？」

教師給核心能力委員回饋(選填):

下列為填寫參考，非制式之內容：「學員是否主動？能夠負責？誠信正直？具備能力？展現謙遜？」

EPAs

標題	出院準備(含照護轉銜)
任務描述	<p>照護轉銜 (transitions of care) 的定義是當病人的健康狀態或照護需求改變時，病人在不同照護機構/地點間、或同一照護機構之不同單位間、或不同照護者間的照護轉換過程、或出院。住院醫師必須能夠處理照護者間 (出院、轉科、轉床) 或機構間 (轉院、急性後期、長期照護) 的病人照護轉移，提供必要的資訊與協助給予接手的照護者，並且確保病人的安全。</p> <p>(1) 別病人後續照護需求，擬定處置計劃。諮詢照護團隊成員 (包含將接手的照護者) 以優化照護計畫。</p> <p>(2) 潔的口頭溝通內容包括：疾病嚴重度、掌控情勢發展、行動計畫、應變計畫。</p> <p>(3) 結構化的交接班範本(如：SBARorI-PASS)進行口頭溝通。並執行正確交班溝通以減低照護轉移時的已知危害。(例如避免交接班時因其他任務而分心)</p> <p>(4) 整合用藥，並且評估病人服藥的順從性以確保正確用藥。</p> <p>(5) 紀錄或更新電子交班紀錄，完成高品質之出院病摘 (或轉診病摘) 並給予病人清楚的指示。</p> <p>(6) 完成病人交接班，並展現對病人隱私的尊重及保密。地點：住院病房、急診室、門診、長期照護及居家照護。 對象：各科常見疾病，病況穩定的病人；病況不穩定的病人要轉入 ICU；ICU病人要轉回一般病房。</p> <p>任務失敗時可能造成的風險：造成病人銜接照顧間斷，提高再急診或再入院的風險。</p>
核心能力	<p>■病人照護力(PC) □知識思辨力(MK) ■系統融入力(SBP) □學習成長力(PBLI) □專業素養力(PRO) ■人際溝通力(ICS)</p>
次能力	<p>PC-1急性病人的照護 PC-2慢性病人的照護 SBP-2以病人為中心的照護系統導航SBP-3醫師在健康照護系統中的角色ICS-2跨專業與團隊之溝通模式 ICS-3健康照護系統內部溝通</p>
所需具備的知識、態度、技能	<p>知識： 藥物評估及整合 病歷書寫(STOPP, START) 知道交接班的時機與規定 知道標準化交接班格式 (I-SBAR, I-PASS) 知道電子交接班系統的操作</p>

	<p>技能： 病人/照顧者溝通能力，跨團隊領導力， 領導跨領域團隊溝通討論之能力使用 closed-loop溝通技巧 應用 I-SBAR或 I-PASS 應用電子交接班系統態度： 了解並尊重各跨領域團隊成員之專業並溝通合作認同交接班對 病人安全的重要性 認同交接班為團隊照護的任務展現尊重、維護隱私及保密臨床經驗： 參加出院準備相關課程參與跨團隊會議</p>
評估	<p>工作中評量：晨會、交接班、出院準備團隊會議(跨團隊會議紀錄)。正式評量：病歷(含出院準備)、出院病摘、長照醫師意見書、其他出院準備紀錄。</p>
獨立時機	<p>住院醫師第一年家醫科course訓練結束時，至少達到level 3a， 住院醫師第二年之後應達到level 3c， 住院醫師第三年後應達到Level 4b</p>
預期作廢時間	<p>無</p>

EPA Short Practice Observation form(可信賴專業活動觀察表單)

標題:EPA-出院準備(含照護轉銜)

日期:情境主題(衛教項目、疾病項目):1. 出院準備2. 機構轉銜3. 分級醫療轉介其他

複雜程度:低中高

觀察場域:居家社區門診住院急診其他

學員姓名:

教師姓名:

信賴程度:根據此次觀察，您對此學員下次執行任務的信賴程度為何?

教師在旁逐步共同操作

教師在旁必要時協助

教師事後重點確認

必要時知會教師確認

獨立執行

觀察項目:觀察項目原則上3-8項、以該任務可觀察之技能與態度為主

評核等級三分法加上未觀察四個選項:在旁協助、事後確認、獨立執行、未觀察Ex:

觀察項目	次能力縮寫	在旁協助	事後確認	獨立執行	未觀察
識別病人後續照護需求，擬定處置計劃	PC1				
與團隊成員討論及統整適宜照護計畫	SBP3				
依結構化的交接班範本(如：SBARor I-PASS)進行口頭溝通	ICS2				
正確地執行交接班以減低照護轉移時的已知危害	ICS3				
完成交接班紀錄(或病歷摘要、出院準備計劃書、長照醫師意見書、居家照護醫囑單等相關資料)	SBP3				
整合出院帶藥，並且評估病人服藥的順從性以確保正確用藥	PC2				
設想病人出院後照護需求，並於出院前準備就緒及衛教	SBP2				

教師給學員回饋(必填):

下列為填寫參考，非制式之內容：「學員知道該怎麼做嗎？是否有足夠的背景知識？是否意識到任務的風險和可能的併發症？如果遇到特殊病人狀況、發生風險或併發症時你會怎麼做？」或可直接問「當你不知道該做什麼時，你會怎麼做？」

教師給核心能力委員回饋(選填):

下列為填寫參考，非制式之內容：「學員是否主動？能夠負責？誠信正直？具備能力？展現謙遜？」

EPAs

標題	末病照護(提供末期病人安寧緩和醫療照護)
三段五級與末病照護	<input type="checkbox"/> 健康促進 <input type="checkbox"/> 特殊防護 <input type="checkbox"/> 早期診斷 <input type="checkbox"/> 限制殘障 <input type="checkbox"/> 身心復健 <input checked="" type="checkbox"/> 緩和醫療 <input type="checkbox"/> 哀傷支持
任務描述	<p>末病照護定義為提供末期病人安寧緩和醫療照護，其任務包含如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 評估末期病人身體症狀(pain and non-pain)並予以緩解 2. 評估末期病人與家屬心理、社會、靈性困擾並與安寧團隊成員共同支持陪伴 3. 辨識瀕死徵兆並提供瀕死的病情告知與善終準備 4. 處理安寧病房值班緊急狀況如大出血等 5. 協助其他專科提供安寧共同照顧 <p>地點：門診、病房(含安寧共照與安寧病房)、社區、居家 對象：末期病人(包含非癌症末期與癌症末期病人)</p>
任務失敗時可能造成的風險	造成病人與家屬與醫療團隊之間不信任
核心能力	<input checked="" type="checkbox"/> 病人照護力(PC) <input checked="" type="checkbox"/> 知識思辨力(MK) <input checked="" type="checkbox"/> 系統融入力(SBP) <input type="checkbox"/> 學習成長力(PBLI) <input checked="" type="checkbox"/> 專業素養力(PRO) <input checked="" type="checkbox"/> 人際溝通力(ICS)
次能力	<p>PC-2慢性病人的照護 PC-3健康促進與身心安適。Health promotion and wellness。 PC-4未確診病徵或健康疑慮之持續處遇 MK-1展現家庭醫學執業之足夠廣度與深度的醫學知識 MK-2批判性思維與決策 SBP-2以病人為中心的照護系統導航 PROF-1專業行為與倫理原則 PROF-3自我意識與求助行為 ICS-1以病患及家庭為中心的溝通模式 ICS-2跨專業與團隊之溝通模式</p>

<p>所需具備的知識、態度、技能</p>	<p>基本知識： 疼痛病理學與疼痛評估、嗎啡類藥物疼痛控制、非嗎啡類止痛藥及輔助用藥、困難處理之疼痛與整體痛、安寧療護的心理、社會及靈性議題、瀕死症狀與瀕死期的照護、臨床決策的倫理與困境</p> <p>專業態度： 同理心、跨團隊合作、緩和醫療的基本精神臨床技能： 溝通技巧、病情告知技巧、末期存活預估、疼痛處理與症狀處理、指導家屬照顧技巧、召開家庭會議、跨團隊領導力臨床經驗：</p> <p>參與安寧緩和醫學會辦理之初階與進階課程網址如下 http://www.hospicemed.org.tw/ehctahpm/s/index.html</p>
<p>評估進展所需相關資訊</p>	<p>Short practice observation: 至少完成四例SPO評核(一個禮拜至少一次)</p> <p>e-portfolio reflection: 至少須完成4篇 e-portfolio經驗分享，內容須涵蓋安寧病房工作實務經驗分享與反思</p>
<p>獨立時機</p>	<p>住院醫師第一年家醫科course訓練結束時，至少達到level 3，</p> <p>住院醫師第三年之後應達到level 4，</p> <p>住院醫師第四年後應達到Level 5(可以教導後輩執行該任務)</p>
<p>信賴等級維持期限</p>	<p>連續1年無處理此任務者應重新評量認定</p>

EPA Short Practice Observation form(可信賴專業活動觀察表單)

<p>標題:EPA11-末病照護</p> <p>日期:</p> <p>情境主題(衛教項目、疾病項目):<input type="checkbox"/>1.病房照護<input type="checkbox"/>2.安寧共照<input type="checkbox"/>3.居家安寧<input type="checkbox"/>其他</p> <p>複雜程度:<input type="checkbox"/>低<input type="checkbox"/>中<input type="checkbox"/>高</p> <p>觀察場域:<input type="checkbox"/>居家<input type="checkbox"/>社區<input type="checkbox"/>門診<input type="checkbox"/>住院<input type="checkbox"/>急診<input type="checkbox"/>其他</p> <p>學員姓名:</p> <p>教師姓名:</p>						
<p>信賴程度:根據此次觀察，您對此學員下次執行任務的信賴程度為何?</p> <p>教師在旁逐步共同操作</p> <p>教師在旁必要時協助</p> <p>教師事後重點確認</p> <p>必要時知會教師確認</p> <p>獨立執行</p>						
<p>觀察項目:觀察項目原則上3-8項、以該任務可觀察之技能與態度為主</p> <p>評核等級三分法加上未觀察四個選項:在旁協助、事後確認、獨立執行、未觀察Ex:</p>						
觀察項目	次能力縮寫	在旁協助	事後確認	獨立執行	未觀察	
適當自我介紹與病家建立關係	ICS-1					
執行整合性的症狀評估(含身心靈)	PC-4					
與病家溝通及解釋安寧緩和照護	ICS-1					
以同理心回應病人與家屬的擔憂	PROF-1					
擬定後續緩和照護計畫(含身心靈)	PC-3					
正確建議相關藥物治療(含劑量與頻率)	PC-2					
與團隊其他成員溝通討論後續治療計畫	ICS-2					
正確操作系統並及時病歷紀載	SBP-2					
<p>教師給學員回饋(必填):</p> <p>下列為填寫參考，非制式之內容：「學員知道該怎麼做嗎？是否有足夠的背景知識？是否意識到任務的風險和可能的併發症？如果遇到特殊病人狀況、發生風險或併發症時你會怎麼做？」或可直接問「當你不知道該做什麼時，你會怎麼做？」</p>						

教師給核心能力委員回饋(選填):

下列為填寫參考，非制式之內容：「學員是否主動？能夠負責？誠信正直？具備能力？展現謙遜？」

EPAs

標題	悲傷支持
三段五級與末病照護	<input type="checkbox"/> 健康促進 <input type="checkbox"/> 特殊防護 <input type="checkbox"/> 早期診斷 <input type="checkbox"/> 限制殘障 <input type="checkbox"/> 身心復健 <input type="checkbox"/> 緩和醫療 <input checked="" type="checkbox"/> 哀傷支持
任務描述	能評估及處理病人往生後家屬在不同場域的悲傷撫慰，提供持續性的情緒支持，以及特別狀況時的專業精神照護人員轉介。 1. 評估及處理病人往生後家屬的哀傷 2. 辨識及介入照護哀傷高風險家庭地點：社區、門診、病房 對象：有病人往生的家屬、哀傷高風險家庭
任務失敗時可能造成的風險	家屬的哀傷無法得到適當的舒解及照護，出現身心靈問題甚至是創傷症候群。
核心能力	<input type="checkbox"/> 病人照護力(PC) <input type="checkbox"/> 知識思辨力(MK) <input checked="" type="checkbox"/> 系統融入力(SBP) <input type="checkbox"/> 學習成長力(PBLI) <input type="checkbox"/> 專業素養力(PRO) <input checked="" type="checkbox"/> 人際溝通力(ICS)
次能力	SBP-2以病人為中心的照護系統導航ICS-1以病患及家庭為中心的溝通模式ICS-2跨專業與團隊之溝通模式
所需具備的知識、態度、技能	基本知識： 悲傷歷程與處遇策略專業態度： 具有同理心且能跨團隊合作臨床技能： 溝通技巧、家庭會議、跨團隊領導力、悲傷與憂鬱篩檢能力臨床經驗： 安寧初進階課程
評估進展所需相關資訊	量化： Short practice observation:至少完成三例SPO評核，一例總結性 評核 MiniCEX、360度評估 質性:反思報告
獨立時機	R2 level 3，R3 level 4， R4 level 5
信賴等級維持期限	二年

EPA Short Practice Observation form(可信賴專業活動觀察表單)

標題:EPA悲傷支持 日期: 情境主題(衛教項目、疾病項目): <input type="checkbox"/> 1. 病房照護 <input type="checkbox"/> 2. 安寧共照 <input type="checkbox"/> 3. 居家安寧 <input type="checkbox"/> 其他 複雜程度: <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 觀察場域: <input type="checkbox"/> 居家 <input type="checkbox"/> 社區 <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 其他 學員姓名: 教師姓名:					
信賴程度:根據此次觀察,您對此學員下次執行任務的信賴程度為何? 教師在旁逐步共同操作 教師在旁必要時協助 教師事後重點確認 必要時知會教師確認 獨立執行					
觀察項目:觀察項目原則上3-8項、以該任務可觀察之技能與態度為主 評核等級三分法加上未觀察四個選項:在旁協助、事後確認、獨立執行、未觀察Ex:					
觀察項目	次能力縮寫	在旁協助	事後確認	獨立執行	未觀察
安排醫院及社區資源進行悲傷支持	SBP-2				
適當家庭會議與病家建立關係	ICS-1				
與團隊其他成員溝通討論後續悲傷支持計畫	ICS-2				
教師給學員回饋(必填): 下列為填寫參考,非制式之內容:「學員知道該怎麼做嗎?是否有足夠的背景知識?是否意識到任務的風險和可能的併發症?如果遇到特殊病人狀況、發生風險或併發症時你會怎麼做?」或可直接問「當你不知道該做什麼時,你會怎麼做?」					
教師給核心能力委員回饋(選填): 下列為填寫參考,非制式之內容:「學員是否主動?能夠負責?誠信正直?具備能力?展現謙遜?」					

附錄六：

國際醫療訓練試行行程參考表

訓練日期：112.12.01~112.12.31

	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五
					1
					報到
	4	5	6	7	8
上午	横浜寿町健康福祉中心見習	研究參訪	東大國際協力學部門小組網路會議	練馬光丘病院見習	悠翔会 機構居家醫療 (リハビリホーム グランダ常盤台)
下午	寿町導覽與政策介紹		ICME 會議報告 The impact of Japanese rule on Taiwan	研究參訪	
	11	12	13	14	15
上午	横浜寿町健康福祉中心見習	研究參訪	ICME 小組網路會議	練馬光丘病院見習	悠翔会居家醫療
下午	横浜市健康福祉計畫介紹		研究參訪	CFMD Resident day	
	18	19	20	21	22
上午	横浜寿町健康福祉中心見習	北足立生協診療所見習	ICME 小組網路會議	練馬光丘病院見習	悠翔会 機構居家醫療 (ミモザ板橋ときわ台)
下午	横浜市生活自立支援施設參觀		生協浮間診療所居家醫療	研究參訪	
	25	26	27	28	29
上午	横浜寿町健康福祉中心見習	結業討論與報告			
下午					