

102 年度教學醫院評鑑基準及評量項目-評鑑評量共識

第一章 教學資源與管理

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
1.1	教學及研究設備 【重點說明】 教學及研究設備為教學醫院必備的基本條件之一，評鑑除查核設備數量與規格外，更著重於了解該設備是否充分發揮功能。		<ol style="list-style-type: none"> 1.考量教學醫院評鑑第1至4章係評量醫院整體之教學相關資源，不限指教補計畫受訓人員。 2.實地查證安排原則：先安排所有委員參與第一章至第四章（共同評量）之相關共同事項（如：硬體、環境、圖書等）實地查證後，再依各組委員需求進行第五章、第六章及第一章至第四章需各別查證之項目。
1.1.1	擔任教學任務之人員有專用辦公空間	設置有專用之辦公空間及設備，供擔任教學任務之人員（含醫師及其他醫事人員等教師）使用（不限個別或共同使用）。	<ol style="list-style-type: none"> 1.所稱「人員」，係指執登於貴院且負有教學任務人員（如：主治醫師、護理部教學督導、及其他職類負有教學任務之人員等），或學校所聘之教師（如護理職類等），需提供專用辦公空間（不限個別或共同使用）。至教學行政人員，本就有其辦公室（如：教學研究部人員），非屬本條文適用之範圍。 2.本項條文的精神在於院內能提供擔任教學任務之人員有合理適度的辦公空間，以作為教學準備使用。 3.臨床且開放性的空間（如：護理站）不合適作為專用辦公室。
1.1.2	教室、討論室或會議室數量充足，且具教學功能	<ol style="list-style-type: none"> 1.設置足夠數量之教室、討論室或會議室供教學之用，並應評估及檢討使用情形。 2.依其功能設計教室、討論室或會議室，並配備教學所需之資訊化設備 3.教室、討論室或會議室，在適當的網路安全管控下，可連結院內已有之資訊系統，以進行資料查詢及影像瀏覽等。 	可多方詢問醫院同仁安排訓練活動時場地使用情形，以及教學活動之安排若常因為場地不足而受到限制，則視為「不足夠」。
1.1.3	醫院應設置網路教學平台	<ol style="list-style-type: none"> 1.具有網路教學平台，提供院內人員不受時間和空間限制的學習環境。 2.網路教學服務對象包含院內相關之人員。 3.定期評估受訓學員對網路教學之反應與學習成效。 <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.於實地評鑑時，將查核網路教學平 	<ol style="list-style-type: none"> 1.網路教學平台泛指網路教學（即 e-learning）設備。 2.E-learning 資料未要求檔案類型;教學錄影資料製成光碟僅放置於圖書館不屬網路教學平台。

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
		台之操作與功能。 2.相關人員係指有申請受評之職類為主。	
1.1.4	醫院應提供教學教材製作服務	1.醫院提供教師教材製作相關服務。 2.醫院每年編列經費，補助教材製作。	1.以是否可獲得教材製作服務為主，非強制需設置教材室，委員不得以醫院未設有教材室做為不符合之要件。若醫院沒有設置教材室，則須注意其申請和獲得教材之辦法及時效性。 2.衛教單張製作亦得認屬本條文所指提供及製作教學教材。 3.實地察看教材室(或教學室)提供的服務及資料，瞭解實際申請案件的數量或比例及經費狀況(醫師及醫事人員)。 4.面談教學計畫主持人、醫師或相關醫事人員，瞭解教材製作服務的可近性，以及服務成效為何。
1.1.5	應設置有專用空間供研究之用	1.依據醫院之功能屬性及其研究目標，設置有專用之空間作為研究之用（不限個別或共同使用）。 2.研究空間及設備足供相關人員研究所需之使用，且使用情形良好。 [註] 研究空間包含實驗室或研究室等。	1.未規範一定需設置 wet lab 實驗室，dry lab 亦可，惟研究空間需有研究產出方可認定。 2.研究空間不宜與他院或學校共同使用，應設置專用之空間作為研究之用；學校附設醫院與學校共用部份研究室則視個別情況判定。
1.2 圖書、文獻資料查閱機制 【重點說明】 1.醫院應編列適當預算購置必要的圖書及期刊，並應妥善保存與管理，定期公告新購入圖書及期刊資訊，以利使用。 2.如經費許可，宜提供光碟或與院外資料庫連線的電腦文獻檢索系統，並提供容易獲取相關文獻之方式。 [註] 若學校附設醫院之圖書館設於學校內，而非設於醫院內時： (1)應開放醫院人員自由使用。 (2)圖書館購置圖書時，應參考醫院人員（包含醫師及其他醫事人員）之需求及期望。			
1.2.1	購置必須的圖書及期刊	1.醫院應購置各類醫事人員（含醫師及其他醫事人員）教學與研究必需之圖書及期刊（紙本、電子期刊或資料庫均可，且部份電子期刊應能瀏覽全文）。 2.購置之圖書、期刊應包含醫學、人文、倫理、法律、品質、病人健康	1.本條文所指期刊包含電子期刊或紙本期刊皆可。 2.101 年度增加「部分電子期刊應能瀏覽全文」之規範，在於考量醫院的電子期刊若僅可供瀏覽「摘要」的話，恐無法符合教學需求。 3.本條文並未要求圖書館假日必須開放

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
		<p>教育等領域。</p> <p>3.新購入之圖書、期刊應製作清單，並定期公告。</p> <p>4.圖書館有機制提供上班時間外使用，並適當開放院外醫事人員使用。</p>	<p>使用，惟須有機制提供上班時間外使用，如：提供電子期刊(圖書)資源等。</p>
1.2.2	適當的文獻檢索與圖書利用機制	<p>1.醫院應就院內圖書資料提供上網查詢服務，或藉由與其他機構合作提供文獻查詢功能（例如與大學圖書館或其他醫院圖書室合作）。</p> <p>2.上述文獻查詢功能可提供上班時間外使用。</p> <p>3.圖書管理人員應分析圖書、期刊之利用情形，作為續訂或宣傳之參考。</p>	<p>1.包括圖書調閱、電子文獻檢索等，可由醫院主動提供計算方式與數據。</p> <p>2.可當場請醫院同仁直接操作以瞭解其熟練度。</p>
<p>1.3 臨床訓練環境</p> <p>【重點說明】</p> <p>醫院應提供良好訓練環境，訓練過程中並應確保病人安全與隱私。</p>			
1.3.1	提供良好的門診訓練場所	<p>1.依醫院特性及訓練計畫需要，提供合適的門診訓練場所，並兼顧學習便利性、醫療品質及病人安全與隱私。</p> <p>2.進行門診教學時，應告知並徵得病人同意並遵守衛生署公告之門診醫療隱私維護規範。</p> <p>3.進行門診教學之診間（含教學門診），應有明顯標示。</p> <p>[註]</p> <p>1.若本分院（院區）合併評鑑者，得以其僅設置之主要專科進行評鑑。</p> <p>2.適用於有申請西醫、牙醫、中醫、護理職類，其餘職類免評。</p>	<p>1.未特別規定各醫院教學門診場所之硬體與設備，但建議教學門診環境之設置應近似於一般門診之環境，且需強化教學所需的軟硬體。</p> <p>2.並未限定以書面方式取得病人同意，醫院得以任何形式告知並徵得同意。</p> <p>3.牙醫 PGY 計畫規定：「同一時間每位牙醫師至少有獨立治療椅一台進行門診教學」，此規定不適用於牙醫實習醫學生的門診訓練。</p>
1.3.2	提供良好的急診訓練場所	<p>依醫院特性及訓練計畫需要，提供合適的急診訓練場所，並兼顧學習便利性、醫療品質及病人安全與隱私。</p> <p>[註]</p> <p>1.本分院（院區）合併評鑑者，若分院（院區）依醫療機構設置標準不須設有急診，得僅就一處進行評鑑。</p> <p>2.適用於有申請西醫、牙醫、護理職類，其餘職類免評。</p>	
1.3.3	提供良好的住診訓練場	<p>1.依醫院特性及訓練計畫需要，提供合適的住診訓練場所，並兼顧學習</p>	<p>1.無須獨立的住診訓練空間，可多功能使用，惟建議醫事人員之休息（或用餐）</p>

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
	所	1. 便利性、醫療品質及病人安全與隱私。 2. 進行住診教學時，應告知並徵得病人同意。 [註] 適用於有申請西醫、牙醫、護理職類，其餘職類免評。	與教學空間應分開規劃。 2. 並未限定以書面方式取得病人同意，醫院得以任何形式告知並徵得同意。
可 1.3.4	提供醫師及實習醫學生（含牙醫、中醫）學習或訓練所需空間及設備	1. 依訓練計畫需要，提供訓練教材、教具、設施、設備，供受訓人員使用。 2. 提供訓練所需之空間。 [註] 1. 訓練所需之空間及設備，如：值班室、置物櫃、牙科診療椅或訓練期間使用之辦公桌椅等。 2. 若醫院自行選擇本基準第 5.1 至 5.7 節之任一類（含）以上訓練計畫受評者，則本條不得免評（not applicable, NA）。	
1.3.5	提供其他職類醫事人員及實習學生學習或訓練所需空間及設備	1. 依訓練計畫需要，提供訓練教材、教具、設施、設備，供受訓人員訓練使用。 2. 提供訓練所需之空間。 [註] 1. 訓練所需之設備，如：置物櫃、訓練用儀器、網路或相關系統使用權限等。 2. 適用於有申請評鑑之職類。	
可 1.3.6	提供模擬訓練設施或環境	依訓練計畫需要提供適當模擬訓練設施或環境。 [註] 1. 若醫院自行選擇本基準第 5.1 至 5.3、5.4 節之任一類（含）以上訓練計畫受評者，則本條不得免評（not applicable, NA）。 2. 若為本分院（院區）合併評鑑者，其模擬訓練設施或環境得僅設於其中一處。	1. 醫院若無申請第 5.1 至 5.4 節基準，本條文可免評，但醫院若有提供設施與環境供其他醫事人員使用亦可選擇評量此條文。但，如自選評量時，所有申請評鑑之醫事職類均需符合才算符合。 2. 模擬訓練設施依各職類訓練計畫所需設置，無規定一定要設置 OSCE 設備。 3. 精神專科教學醫院得以「模擬病人/標準化病人」的訓練方式代替模擬訓練設施或環境。
1.4 行政管理之執行情形 【重點說明】 1. 醫院應設置統籌教學訓練工作之決策機制，即醫學教育委員會，其組成委員應具各教學領域之代表性。委員會應指			

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
		<p>導教學行政單位及各部科執行相關業務，並與各部科維持良好合作關係。</p> <p>2. 良好的訓練計畫、師資及訓練環境有賴行政管理系統的支援，才能發揮最大效用，反之則對教學形成一種阻礙。故醫院應設置教學行政支援系統，包含人力及資源，以推展教學工作。</p>	
1.4.1	應設置組織健全之醫學教育委員會（醫教會），且其功能及運作良好	<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫教會應設置主任委員 1 名，由現任副院長以上層級人員擔任。委員包括各臨床部科及醫事教學負責人若干名、住院醫師代表至少 2 名（新申請評鑑或僅聘用 1 位住院醫師之醫院不在此限）。若醫院有全年度實習之學生訓練，則至少應有 1 名學生代表為委員。 2. 訂有醫教會與各教學單位之架構及職掌，以協助執行教學工作。醫教會並應統合全院教學（包括醫事人員、實習學生及行政人員）活動。 3. 醫教會、教學行政單位、各部科及醫事教學負責人應與受訓人員溝通良好。 4. 醫教會定期檢討醫學教育工作，提供改善意見，並決議可執行方案。 5. 醫教會定期（每年 2 次以上）檢討受訓人員之訓練執行情形、學習成果及滿意度。 <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 第 1 項及第 2 項係評量醫教會之組織，第 3 至 5 項則評量醫學教育委員會之功能與運作。 2. 行政人員之醫學相關教育得由院內其他負責單位安排，如：員工教育委員會。 3. 住院醫師全程委託他院代訓者，則視同未有收訓住院醫師。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫教會委員之人選由醫院決定，並以能夠有實質代表為原則，並不限制僅能為該科教學訓練計畫主持人或主任擔任。 2. 醫教會人數係以能達到醫教會實質目的為安排原則，人數多寡則由醫院自行規劃。 3. 無規定所有申請評鑑之職類皆需擔任教學委員會委員，惟申請評鑑之職類的教學負責人須瞭解醫教會傳達之相關資訊。 4. 若醫院有全年度實習之學生，無需每個職類學生皆安排擔任委員，惟至少應有 1 名學生代表為委員。
1.4.2	應設置教學行政單位，執行良好	<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫院設置統籌全院教學訓練工作之行政單位，專責全院教學訓練之行政管理與執行。 2. 該行政單位應編列有人員及經費，並定期檢討。 3. 依教學訓練工作需要，於適當之教學訓練單位（如：受訓人員較多之 	教學行政人員至少需為「專責」。

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
		部科)，有專責教學之行政人員辦理相關業務。 4.定期評量教學成效及研議改進措施。	
1.5 教學、進修及研究經費編列 【重點說明】 醫療法第 97 條規定，「教學醫院應按年編列研究發展及人才培訓經費，其所占之比率，不得少於年度醫療收入總額百分之三」。同時醫院應考量本身條件及其教學、進修及研究三大領域的目標，適度調整三類間之比重與經費投入之均衡。			
1.5.1	教學、研究及進修之經費應分別編列，各項費用應有年度預算及決算資料	<ol style="list-style-type: none"> 1.教學、研究及進修經費，依醫師及其他醫事人員分別編列，各類經費應清楚可查，並符合相關法規之規定。 2.領有行政院衛生署教學費用補助經費者，應有效運用於教學訓練之相關作業，包含教師教學薪津、受訓學員意外及醫療保險、教材、行政費用等，並明訂相關支給基準。 3.每年定期分析並檢討經費使用情形，作為爾後編列之參考。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.醫院硬體設備之折舊、建築物增建或翻修等費用均應排除。 2.若為總院與分院共享資源(如：圖書經費)之醫院，則可查核其本、分院於教學、研究及進修經費之使用情形，以評量其經費編列運用之合理性。 3.於查核醫院電腦等相關設備費時，應確認醫院是否將所有電腦購置或設備更新之費用，均以教學費用支應，委員可查核醫院實際使用於教學、研究及進修之情形，以評量其經費編列及使用之合理性。 4.醫療收入係指醫院「總醫療收入」，無論自費健檢收入或醫藥費。 5.資料表所規定之醫師與其他醫事人員兩大類分類為本條文現階段要求，目前未強制要求各職類人員需分開編列，若醫院能夠區別各職類之經費編列與投入，對於全院教學經費的分配與使用應有幫助，亦是本條文未來的期待。 6.若院外研究計畫經費已涵蓋之費用(如研究人員/助理薪資、研究用耗材/動物...等)因非屬醫療收入，故不可認列為本條文之「研究經費」。 7.行政院衛生署所補助之教學經費可列入經費編列計算中。 8.教師的公假不可換算成日薪編列為「進修」經費。 <p>補充說明採計原則(歷年共識):</p>

102 年度教學醫院評鑑基準共識紀錄

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
			<p>1.教學經費：指實際用於教學軟硬體之相關費用（含教師教學費用、主治醫師薪資中之基本教學津貼、圖書館人員薪資及專任教學行政人員之薪資、教學相關活動之誤餐費、邀請國外顧問/專家/學者來台進行學術演講之差旅、院外學術活動租借場地、教學活動相關之印刷及郵電...等費用），惟建築物(如會議室、實驗室...)之增建或整修並不屬之。</p> <p>2.研究經費：指實際用於研究軟硬體之相關費用，惟建築物（如會議室、實驗室...）之增建或整修並不屬之；且所有項目中若院外研究計畫經費已涵蓋之費用（如研究人員/助理薪資、研究用耗材/動物...等）均不可認列。</p> <p>3.進修經費：指依院頒辦法執行實際用於人員進修（含國內外）之教育經費，院方補助之出國進修研習費用如報名費、註冊費亦屬之。</p> <p>4.補充說明：經費包括基本教學薪資、教學研究用途之設備儀器費用、圖書費用、材料費用(臨床醫療用途不得列入)及教學訓練研究相關之人事費(專案教師其底薪可列入)，但住院醫師薪資、實習醫學生及受訓學員之津貼不得列入。</p>

第二章 師資培育

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
2.1	師資培育制度執行與成果 【重點說明】 醫師及其他醫事人員的養成過程中，需運用「師徒」制的訓練模式。在此種訓練模式中，教師所扮演的「典範」角色，對受訓人員的觀念與行為有深刻影響，故教師需具備良好的專業素養。另外，教師還需掌握課程安排、教學技巧、學習成果的評估方法等知能，這些知能需要透過學習與訓練來獲得。因此教學醫院應有良好的師資培育制度，並配合獎勵措施、薪資結構、升等升遷等辦法，讓教學工作得以持續發展。		
2.1.1	對醫師及其他醫事人員有具體教師培育制度並落實執行	<ol style="list-style-type: none"> 1. 依照醫院之功能、規模及特性明訂教師培育制度（包含醫師及其他醫事人員），有計畫地培育師資。 2. 師資培育制度之運作，應包含下列事項： <ol style="list-style-type: none"> (1) 依醫院需求，設立教師培育中心（Center for Faculty Development，簡稱 CFD）或類似功能之組織或委員會，或與學校或其他醫院之 CFD 合作。 (2) 有計畫地提供院內教師相關進修訓練課程或活動。 (3) 應設有鼓勵措施以促成教師參與進修訓練。 3. 定期檢討教師培育制度，分析執行成效並進行改善措施。 4. 配合醫院教學發展需要，適度增加師資。 <p>[註] 若醫院與學校或其他醫院之 CFD 合作培育教師，仍應設有專責人員統籌相關事務。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 並未要求「師資或教師」需有部定教職，以有意願與熱忱投入教學，並符合醫院規範之教師培育制度者即可屬之，但若訓練計畫另有規定師資資格者依規定為之。 2. 醫學院附設醫院與其醫學院共用教師培育中心時，仍須因應醫院與學校之不同需求訂定教師培育計畫。 3. 醫學院附設醫院可和醫學院共用教師培育中心，為避免僅掛名無實際合作之現象，且造成實地評量上的難以查證，因此非醫學院附設醫院與其主要收訓之學校共用教師培育中心者不屬之。 4. 「學校派駐護理教師」教師培育，由學校規範之，不屬本條文查證範圍。 5. 評量項目 4「適度增加師資」，係指能依各職類醫事人員師生比及人員異動，有適當的師資增加。 6. 醫策會自 101 年 7 月開始於教學醫院教學費用補助計畫項下推動「師資培育制度認證（非醫師類）」，屬於自願性參與，目前尚未強制要求教補計畫之醫院均需申請並通過。已通過本會認證的機構，表示各類醫事人員（醫師除外）的師培要求在內容、時數、效期、展延時數等均符合要求，委員可現場查證醫院是否落實執行；未申請或未通過的仍請委員查證其辦法及執行情況。
2.1.2	明訂有教學獎勵辦法或措施，並能落	<ol style="list-style-type: none"> 1. 明訂教學獎勵辦法或措施，其內容應包含下列事項： <ol style="list-style-type: none"> (1) 專責教學之人員（包含專任主 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫院對專責教學之人員編列有教學獎金或基本薪資保障，即可視為評量項目 1-(1)的「基本教學薪酬保障」。

102 年度教學醫院評鑑基準共識紀錄

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
	實執行，以鼓勵投入教學活動	<p>治醫師及其他醫事人員) 應有基本教學薪酬保障，並承擔相應之教學責任。</p> <p>(2) 對授課及臨床教學人員提供鐘點費補助或其他形式鼓勵。</p> <p>(3) 訂有教學相關之升遷及升等等措施。</p> <p>(4) 配合醫院發展需要訂定之其他教學相關獎勵辦法。</p> <p>2. 定期檢討獎勵辦法或措施，分析執行成效並進行改善。</p>	<p>2. 教學獎勵辦法或措施係由醫院自行訂定，得以配套方式為之，如其他醫事人員若因採取固定薪水，無基本教學薪酬制度者，可搭配如減少臨床服務負擔之方式為之。</p> <p>3. 應注意醫院是否有獎勵措施或辦法，並注意各類人員之比重，避免集中在某職類（或某幾個人）人員中。</p> <p>4. 教學的升遷或升等機制係由醫院自行訂定，如：考核項次中可包含「教學」，無要求一定需部定講師資格。</p>
2.1.3	一般醫學基本能力之培育	<p>1. 持續對教師提供一般醫學基本能力之培育課程（或活動），其內容舉例如下：</p> <p>(1) 病人安全</p> <p>(2) 醫療品質</p> <p>(3) 醫病溝通</p> <p>(4) 醫學倫理</p> <p>(5) 醫事法規</p> <p>(6) 感染控制</p> <p>(7) 實證醫學</p> <p>(8) 病歷寫作</p> <p>(9) 其他經醫院認定合適之課程</p> <p>2. 對所提供之課程進行課後成效評估與課程檢討。</p>	<p>1. 本條文係指教師應具有一般醫學基本能力之教學能力。</p> <p>2. 本基準所指教師包含所有擔任教師之醫事人員，並由醫院視各類教師需求評估進行培育課程規劃，並未要求每一位老師均須完成評量項目 1 之每一項課程。</p> <p>3. 未規定所有課程皆須由醫院自行舉辦。</p>
2.1.4	教學能力提升之培育	<p>1. 持續對教師提供教學能力提升之培育課程（或活動），其內容舉例如下：</p> <p>(1) 課程設計</p> <p>(2) 教學技巧</p> <p>(3) 評估技巧</p> <p>(4) 教材製作</p> <p>(5) 其他依教師需求提供之課程</p> <p>2. 對所提供之課程進行課後成效評估與課程檢討。</p>	<p>評量項目 1 之課程為建議內容，醫院得視教師的需要與能力安排，並未要求每一項均需完成。</p>

第三章 跨領域教學與學術交流

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
3.1 國內與國際間學術交流活動 【重點說明】 不同層級或功能之教學醫院有其不同的訓練目的與重點，藉由跨院或國際間之學術交流合作，受訓人員可受到更完整且多樣的訓練，以培養全人照護的能力。			
3.1.1	與醫療院所建立實質教學合作關係	1. 醫院考量其規模、功能、特性及限制，訂定聯合訓練（joint program）或學術交流機制（包含外送受訓人員至他院訓練或代為訓練他院受訓人員）。 2. 執行各類醫事人員聯合訓練計畫時，能與合作之醫療院所建立良好互動機制。 3. 定期召開會議，檢討合作相關問題，並有追蹤及改善方案。 [註] 1. 聯合訓練計畫內容，包含合作機構、訓練項目（課程）、訓練時間、訓練方式及評核標準（方法）及明確的對外聯絡單位及聯絡方式。 2. 「受訓人員」至少應包含申請評鑑之職類。	1. 所稱「醫療院所」，原則上需具有核定訓練計畫之醫療院所。除西醫 PGY 訓練計畫中僅執行 2 個月社區醫學訓練課程之醫院、牙醫 PGY 訓練計畫之牙科診所之非教學醫院外，其餘應符合教學醫院資格。 2. 宜依據各職類核心能力要點訂定訓練計畫，並評估醫院能提供之訓練課程或場所擬定聯合訓練（所申請評鑑之職類皆應呈現聯合訓練計畫，包含外送代訓或接受他院委託訓練）；聯合訓練受訓人員泛指該職類之受訓人員，不限指 PGY 受訓人員，並建議定期檢討聯合訓練執行情況與改善。 3. 因各職類特性不同，未明確規範聯合訓練時間長短，請視訓練計畫之需要而訂。 4. 與合作之聯盟或體系醫院若無簽立合作契約，則需出具相關公文、會議紀錄或其他文件等佐證資料證明雙方締結合作關係。
3.1.2	參與國際相關學術活動	1. 醫院有鼓勵醫師或其他醫事人員參與國際教學、研究、進修、研討會議等訓練活動之機制與實質措施。 2. 所參與之國際相關學術活動，有助於醫院發展或提升教學、研究水準。	1. 所稱「相關學術活動」可包括國內或國外所舉辦者，國內舉辦者無論是講師為國外學者、或是參與者為國際性，皆可從寬認定。 2. 本條文所稱之醫師或其他醫事人員包含教師與受訓人員。 3. 若醫院僅有擔任國外專業期刊之編輯委員，而無醫師或其他醫事人員參與國外教學、進修、研究、會議等訓練活動，則視為不符合。 4. 所稱「醫師或其他醫事人員」職類間評量原則為：醫事人員符合「至少有鼓勵機制或措施，且至少有一位或至少有一個職類「參與」」則可達「符合」，建議不因職類數或人數太少「參與」而認定為不符合，委員得以建議方式鼓勵加強改善。

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
3.2	跨領域團隊合作 【重點說明】 藉由跨領域團隊合作訓練，讓醫療照護團隊成員間，特別是不同職類醫事人員間，能更瞭解彼此之業務特性，並掌握團隊合作的知能與技巧，以提升全人照護品質。		
3.2.1	有多元化的跨領域團隊合作照護訓練	<ol style="list-style-type: none"> 1.提供跨領域團隊合作照護訓練課程，如醫療團隊資源管理(team resource management, TRM)、聯合照護案例討論會(combined conference)、共同照顧(combined care)、出院準備服務、團隊治療、安寧療護、病人安全等。 2.醫院能協助院內單位安排跨領域團隊合作照護訓練。 3.受訓人員實際參與跨領域團隊合作照護訓練。 4.跨領域團隊合作照護模式之執行應符合醫院規模或特性。 <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.受訓人員至少需包含受評之新進人員職類。 2.「跨領域」至少須包含 2 個不同職類(含)以上，惟僅護理與西醫 2 類不屬跨領域。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.未要求院內所有科部一定要參與，惟若醫院多數職類因未獲得醫院協助，致無法執行跨領域團隊或執行效果不彰時，則評為不符合。 2.本條文未要求個案討論需為住院中的個案，惟課程需著重病人個案及團隊合作之討論。 3.跨領域團隊合作照護模式之執行無準則可供依循，需請醫院考量病人屬性、醫事人員類別及可動用資源等，透過各種型態的訓練活動來推動跨領域的團隊照護，促進提升以病人為中心的照護品質。 4.跨領域教學與學術交流訓練歷程，如何達到學習目標之形式不拘，由各醫院自行發展即可，查證重點應在於受訓人員是否有清楚了解參加的跨領域照護與學術交流訓練之內涵。 5.跨領域團隊合作照護的訓練頻次，原則依衛生署所核定之教補計畫書執行即可。紀錄內容無特別要求，委員將透過實地查證或訪談方式了解執行情況。

第四章 研究教學與成果

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
4.1 教學成果之評估 【重點說明】 1.為衡量訓練醫院執行成效，以教學費用補助計畫成效指標作為教學鑑別度指標之評量標準，以評核各院實際執行成效，引導醫院循序改善教學品質，以利推動計畫之長期整體成效。 2.教學成效指標係以「依登錄品質計酬（pay for reporting quality）及強調改善成效(Pay for improvement)」，作為執行成效優良醫院獎勵費用撥付依據，期促使醫院有執行改善之事實，引導醫院自我成長。			
可 4.1.1	成效指標填報結果之評估與改善	1.於前次評鑑合格效期內，醫院內每年據實際執行教學成果填報內容。 2.定期檢討各項指標，並有具體改善措施。 [註]新申請評鑑醫院本條文免評。	本條文優先查證對象與重點如下： 1.針對各指標評核結果低於一般水準(即 0 分或 0.5 分)之各項指標，宜確認其改善措施及改善結果。 2.針對教學成效指標總成績低於 101 年度各醫院平均成績者(即 54.54 分)，宜確認其改善措施及改善結果。
4.2 研究之教學與獎勵 【重點說明】 教學醫院應對住院醫師及其他醫事人員提供醫學研究的訓練，促使其具備基本研究能力；並應訂有研究鼓勵辦法，以鼓勵所屬人員從事臨床研究工作、擔負研究之教學，以促進醫學技術發展及持續品質改善。			
4.2.1	具備研究鼓勵辦法及獎勵措施	1.對院內醫師及其他醫事人員參與研究訂有鼓勵辦法，且對研究成果訂有獎勵措施，其鼓勵或獎勵應兼顧研發重點與公平性，並落實執行。 2.應舉辦研究相關會議，統籌全院研究計畫之進行，並檢討院內研究之質與量。	所稱「醫師及其他醫事人員」職類間評量原則為：應符合「教學醫院評鑑第一至四章共同評量原則，除部份基準備註適用職類外，所有申請評鑑之職類均「符合」，該條文才算符合」。
4.2.2	有提升研究能力之教學辦法	1.對住院醫師及其他醫事人員提供醫學研究之訓練或提升研究能力之相關課程。 2.有部分研究計畫能適度納入住院醫師及相關醫事人員參與，以培養其研究能力。	1.«研究計畫»未限制院內外之計畫，有納入住院醫師及相關醫事人員「參與」即可。 2.所稱「參與」，指參與即可，沒有要求須擔任計畫主持人。 3.所稱「醫師及其他醫事人員」之職類間評量原則為：應符合「教學醫院評鑑第一至四章共同評量原則，除部份基準備註適用職類外，所有申請評鑑之職類均「符合」，該條文才算符合」；惟評量項目第 2 項「有部份研究計畫能適度納入

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
			住院醫師及相關醫事人員參與，...」得有「部份」研究納入住院醫師及「部份」醫事人員參與即可。
4.2.3	重視研究倫理，並查核研究論文真實性	<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫院執行之研究，若涉及人體或動物時，應送相關委員會審查其倫理妥當性，並定期檢查研究紀錄。 2. 醫院應訂定查核辦法，以避免研究論文有抄襲，偽造、變造、不實記載數據等不當行為，並確實查核。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 委員於實地評鑑時，可查核相關辦法及確認其落實情形，可抽查是否實際有審查機制與運作。 2. 查核研究論文真實性無要求「查核比例」，查核辦法得由醫院自行訂定，並依查核辦法執行即可。
第 4.3 節 研究計畫之執行成果 【重點說明】 查核研究成果發表數量及品質，以確認醫院是否落實醫學研究的執行。			
4.3.1	爭取院內外研究計畫案件	<ol style="list-style-type: none"> 1. 於前次評鑑合格效期內，醫院每年均有提供研究計畫案件補助，以持續發展醫學研究。 2. 於本項研究計畫案件中，包含有跨科系間之共同研究計畫。 <p>[註]院內外研究計畫案須由院內人員擔任該計畫主持人方可採計。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 院外研究計畫案須由院內人員擔任該計畫主持人或共同主持人，方可採計；「協同主持人」不可採計。 2. 跨機構研究的研究採計，仍循「院內外研究計畫案須由院內人員擔任該計畫主持人方可採計」之原則採計。 3. 研究計畫使用的款項若屬廠商贊助，由於廠商贊助款項需完成院內簽核，可屬院內計畫，廠商補助的金額亦可採計。 4. 醫事人員類的研究計畫可從寬採計，針對醫院研究計畫的性質若有疑義，請由該梯次所有委員共同討論確認。
可 4.3.2	醫師執行研究且成果良好	<ol style="list-style-type: none"> 1. 過去 5 年內，專任主治醫師曾於須經同儕審查 (peer review) 之學術性期刊，以醫院名義發表研究論文，其發表論文之醫師佔全院專任主治醫師總人數比例，應由醫院依據自身功能屬性及其研究目標設定，惟至少需達 10%。 2. 醫院應定期檢討研究目標達成情形，並配合醫院教學研究目的，調整目標數與研究重點。 <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 專任主治醫師包含醫師、牙醫師及中醫師。 2. 「發表論文之醫師」指第一作者 (first author)、通訊作者 (correspondence author) 或相同 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 對於國外教科書建議以教育部公告為主，國內教科書則以專科醫師考試或國家考試之參考書籍為主。 2. 獲得專利的研究，若期間符合過去 5 年之規定可採計。 3. 總院分院輪調者，醫師研究成果之文章計算，若醫院分開評鑑則視為 2 家醫院，則需以「該醫院名義發表」之文章且符合評量項目的離職/到職要求者，方可納入計算。 4. 外派醫師至國外訓練，且外派期間符合評鑑時間範圍內，則需以「該醫院名義發表」之文章且符合評分說明的離職/到職要求者，方可納入計算。 5. 「自 101 年度起發表之期刊需符合『教學醫院評鑑學術期刊認定標準』，為 101

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
		<p>貢獻作者 (author of equal contribution)，但每篇論文僅能計算 1 位。</p> <p>3.採計「相同貢獻作者」者，須提出論文中註明相同貢獻作者記載之該頁期刊影本備查。</p> <p>4.同一醫師無論發表論文篇數多寡，均以 1 人計算。</p> <p>5.同儕審查之學術性期刊，包括國內醫學會期刊(含次專科醫學會期刊)，及收載於 Medline、Engineering Index(EI)、Science Citation Index (SCI)、Social Science Citation Index(SSCI)、Taiwan Social Science Citation Index Database(TSSCI)等處之期刊。自 101 年度起發表之期刊需符合「教學醫院評鑑學術性期刊認定標準」。</p> <p>6.論文包括 original article、review article、case report、image、letter to editor 均屬之。</p> <p>7.於第 1 項規定期間內(例如申請民國 102 年度評鑑者，則以 97~101 年度計算)，已被通知接受刊載之論文，亦可列計為同條規定之發表論文。</p> <p>8.於須經同儕審查 (peer review) 之國內外教科書 (或醫學書籍)(如各專科醫學會推薦之參考書籍) 刊載之文章 (不含翻譯文章)，亦可列計第 1 項後段規定之發表論文。</p> <p>9.第 1 項後段規定之專任主治醫師人數計算方法如下：</p> <p>(1)專任主治醫師到職或離職時間落於第 1 項規定期間內者列入計算(例如申請民國 102 年度評鑑者，則以 97~101 年度計算)。</p> <p>(2)離職人員可不予計算，惟若將離職人員納入計算，則分子分母皆須同時採計。</p>	<p>年新增，因此自 101 年 1 月 1 日起所發表之期刊論文需符合『教學醫院評鑑學術期刊認定標準』，經審查通過之期刊僅自「通過認定之年度起」方可採計。100 年 12 月 31 日前發表者則依循原規定即可，不溯及既往，故經審查符合認定標準之醫學學術機關發表期刊亦不可回溯採計。</p> <p>6.研究採計依基準規定之過去 5 年予以採計，若為評鑑當年度才被通知接受刊載之論文仍不予採計。</p> <p>7.醫院若僅申請西醫職類，擬依醫事人員類研究的採計原則：「就所自選受評之各職類之研究成果不得免評」，故擬可僅採計西醫職類即可。</p> <p>8.所稱「離職人員可不予計算，惟若將離職人員納入計算，則分子分母皆需同時採計」，得僅針對該位有發表期刊的離職人員作採計，且各職類的採計方式無須一致。</p> <p>9.所稱「醫院應定期檢討研究目標達成情形」，「定期」係由醫院自行訂定之，惟至少每年一次。</p>

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
		<p>(3)到職未滿 1 年之專任主治醫師不予列入計算；惟第一次接受教學醫院評鑑者，可不受「到職未滿 1 年之專任主治醫師不予計算」及「以醫院名義發表研究論文」之限制。</p> <p>(4)人數計算採小數點後無條件捨去法計算，所稱「人數」係指「過去 5 年內曾以醫院名義發表論文之人數」及「全院該職類專任人員總人數」為採無條件捨去法計算。</p> <p>10.若醫院自行選擇本基準第 5.1 至 5.7 節之任一類（含）以上訓練計畫受評，則本條不得免評（not applicable, NA）。</p>	
4.3.3	其他醫事人員研究執行與成果良好	<p>1.醫院應依據自身功能屬性及其研究目標，設定院內其他專任醫事人員發表論文目標數，惟各職類之最低要求如下：</p> <p>(1)專任護理人員：過去 5 年內曾以醫院名義發表論文之人數佔全院專任護理人員總人數比例至少需達 1%，且至少需有 1 人發表論文。</p> <p>(2)藥事、醫事放射、醫事檢驗、物理治療、職能治療、營養、呼吸治療、臨床心理等職類專任人員：過去 5 年內曾以醫院名義發表論文之人數佔全院該職類專任人員總人數比例需達 10%，且至少需有 1 人發表論文；惟若專任臨床心理師未達 5 人（含）者，可不受至少需有 1 人發表論文之限制。</p> <p>(3)諮商心理及助產等職類，不設最低要求規定。</p> <p>2.醫院應定期檢討研究目標達成情形，並配合醫院教學研究目的，調整各職類之目標數與研究重點。</p> <p>[註]</p> <p>1.醫院於「第 6 章 其他醫事人員之</p>	<p>1.本條文「其他醫事人員」係指執登於醫院之專任醫事人員，無論是否從事非臨床醫療之醫事人員(如：健檢中心、實驗室等)。</p> <p>2.教學醫院評鑑係評量申請職類之教學執行情形，非以部門區隔，宜呈現該職類之整體研究成果。</p> <p>3.本條文僅採計醫事人員之研究，非醫事人員之發表非屬本條文評量範圍。</p> <p>4.«醫院自行舉辦之活動或其學校自行舉辦、或同體系醫院聯合舉辦者不列計»，係指醫院或學校或同體系醫院自行舉辦，且無對外開放給其他醫療院所參與及發表稱之。</p> <p>5.若為專業書籍其中一章之作者，且此書有正式出版發行，則得視為該作者之 1 篇論文發表。</p> <p>6.醫事人員發表之論文必須是第一作者或通訊作者，且同 1 篇只能計算 1 次，故其他職類醫事人員共同發表之論文，其論文數僅能擇一領域計算。</p> <p>7.若論文的第一作者及通訊作者分別為兩家不同醫院，依註 3 規定：「每篇論文僅能計算 1 位»，故僅能採計為其中一家醫院的一篇論文。</p> <p>8.研究採計依基準規定之過去 5 年予以</p>

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
		<p>訓練與成果」中所自選受評之各職類（含實習學生及新進醫事人員），其該等職類之研究成果不得免評。</p> <p>2.第 1 項之「論文」包含發表於經同儕審查（peer review）之學術性期刊之論文、於國內外研討會或相關學術性會議發表之口頭報告或壁報。所稱「國內外研討會或相關學術性會議」，其活動性質符合研討會或學術性可屬之，惟醫院自行舉辦之活動或其學校自行舉辦、或同體系醫院聯合舉辦者不列計。</p> <p>3.發表論文者指第一作者（first author）、通訊作者（correspondence author）或相同貢獻作者（author of equal contribution），但每篇論文僅能計算 1 位。</p> <p>4.採計「相同貢獻作者」者，須提出論文中註明相同貢獻作者記載之該頁期刊影本備查。</p> <p>5.同一醫事人員無論發表論文篇數多寡，均以 1 人計算。</p> <p>6.第 1 項規定之各職類專任人數計算方法如下：</p> <p>(1)專任人員到職或離職時間落於評量項目 1 規定期間內者列入計算(例如申請民國 102 年度年度評鑑者，則以 97~101 年度計算)。</p> <p>(2)離職人員可不予計算，惟若將離職人員納入計算，則分子分母皆須同時採計。</p> <p>(3)到職未滿 1 年之專任人員不予列入計算；惟第一次接受教學醫院評鑑者，可不受「到職未滿 1 年之專任人員不予計算」及「以醫院名義發表研究論文」之限制。</p> <p>(4)人數計算採小數點後無條件捨去法計算，所稱「人數」係指</p>	<p>採計，若為評鑑當年度刊載之研究無法列入計算。</p> <p>9.護理學會中發表或通過之「個案報告」，係為 N2 晉升 N3 護理照顧病人經驗之報告，不宜列入採計。惟該個案報告有發表至經同儕審查之學術性期刊、或於國內外研討會或相關學術性會議發表之口頭報告或壁報方可採計。</p> <p>10.所稱「離職人員可不予計算，惟若將離職人員納入計算，則分子分母皆需同時採計」，得僅針對該位有發表期刊的離職人員作採計，且各職類的採計方式無須一致。</p>

102 年度教學醫院評鑑基準共識紀錄

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
		<p>「過去 5 年內曾以醫院名義發表論文之人數」及「全院該職類專任人員總人數」為採無條件捨去法計算。</p> <p>7.護理研究，護理學會中發表或通過之「護理專案」可列計，惟不含「個案報告」。</p>	

第五章 實習醫學生及醫師之訓練與成果

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
5.1 實習醫學生訓練計畫執行與成果	<p>【重點說明】</p> <p>1.本節所稱實習醫學生，係指在教學醫院接受臨床實習訓練之醫學系學生，包含 intern 及 clerk 但不含中醫學系學生。</p> <p>2.本節所稱主治醫師或教師，係指負有教學任務實際指導實習醫學生之專任主治醫師。</p> <p>3.醫院應訂有完整之實習醫學生教學訓練計畫，並據以執行且持續檢討改進。</p> <p>4.實習醫學生教學訓練計畫之擬定可參考教育部公告之「實習醫學生臨床實習指引」。</p> <p>5.於新合格效期內欲收訓實習醫學生之醫院，需同時受評第 5.1、5.2 及 5.3 節等 3 節（不得僅擇一免評）；若第 5.1 至 5.3 節任一節選擇免評或受評卻未通過者，則不得收訓實習醫學生。</p> <p>6.新申請評鑑或前次評鑑合格效期內、或申請新增職類於當次評鑑合格效期內，未有收訓實習醫學生者，本節僅評量教學訓練計畫之內容及相關軟硬體之準備程度（即第 5.1.1 及 5.1.2 條），其餘免評。</p>		<p>1.貴院可自行選擇是否申請實習醫學生之評鑑，惟欲收訓實習醫學生，無論長期或短期、代訓或收訓，均應符合第 5.1、5.2、5.3 節等 3 節。</p> <p>2.本條文之精神在於收訓實習醫學生之醫院應具有 PGY 主要訓練醫院之能力，因此在教學醫院評鑑之設計上，不論醫院規模大小或提供訓練內容為何，若欲收訓實習醫學生者，均應同時符合第 5.1、5.2 及 5.3 節之規定。</p> <p>3.收訓國外醫學生需經由衛生署分發方可收訓，惟性質僅純粹交流，且該醫學生無需國考，此情形可無須受評。</p> <p>4.實地評鑑委員第五章與第六章查證原則，係查證醫院是否依學校簽約合約或核定訓練計畫書落實執行。</p> <p>5.前次評鑑合格效期內，若有收訓實習學生或受訓人員者，建議為訪談實地評鑑當日在院學生或受訓人員，若當日未能出席或已完訓，則可以電話訪談或查閱學習檔案、紀錄等方式進行。然，若某職類所有教師及受訓人員皆無法出席，該職類相關評核項目評核為「不符合」。</p>
可 5.1.1	實習醫學生之教學訓練計畫具體可行，內容適當	<p>1.醫院應與實習醫學生所屬學校訂有實習合約，明訂雙方之義務，例如：如何確保學生之學習權益與安全、教師與學生人數比例（師生比）、實習醫學生保險等。</p> <p>2.應依各年級及各階段學生之需求，設計務實可行之教學訓練計畫，有具體目標訓練，並訂有核心能力要求，以培養基本臨床技能及全人照護知能。</p> <p>3.教學訓練計畫內容至少應包含訓練目標、師資、教學資源、訓練課程與訓練方式、考評機制等。訓練課程內容，除臨床專業課程外，應包含一般醫學課程訓練，其內容建議包含全人醫療、病人安全、醫療品質、醫病溝通、醫</p>	<p>1.所稱實習合約泛指實習醫學生相關實習訓練之權利義務規範。故，若醫院未曾收訓過實習醫學生而無實習合約可供查證者，應至少能訂有相關訓練規範。</p> <p>2.若收訓對象為衛生署分發之國外實習醫學生，可無須呈現實習合約。</p> <p>3.受評醫院實習學生保險合約規定，自衛生署 101 年 3 月 16 日公告基準後均應符合並提供相關資料備查。實習（醫）學生保險決議如下： (1)凡學生赴教學醫院實習期間均應投保，未區分實習時間長短；至保險內容係指一般學生團體平安保險額度外，應增加傷害保險最低保額 100 萬。 (2)實習（醫）學生保險之保險對象為在學學生。</p>

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
		<p>學倫理、醫事法規、感染管制、實證醫學及病歷寫作等。</p> <p>4.教學訓練計畫主持人應有教學熱忱與適當經驗，並確實負責主持計畫相關事務。</p> <p>5.教師應有教學熱忱與適當資格，於帶領實習醫學生期間，並應適當安排從事教學工作與其他工作（如臨床照護）之比重，以維持教學品質。</p> <p>6.實際指導實習醫學生之教師與實習醫學生人數比例不得低於 1：4（即每 1 位教師於同一時期至多指導 4 名實習醫學生）。</p> <p>7.教學訓練計畫若為聯合訓練計畫（joint program），整體計畫之安排應有一致性與連貫性，並能配合合作機構屬性作適當分工合作，且有檢討改善機制。</p> <p>8.醫院應設有臨床倫理委員會或類似之組織，且每年至少開會 2 次，並應使實習醫學生知悉其功能與運作。</p> <p>[註] 若實習醫院為學校附設者，第 1 項之實習合約得以實習相關規範代替之。</p>	<p>4. 評量項目 6 標準中所訂定之師生比例乃是以全院之平均來計算，若醫院在實地評鑑前 3 年中，有任一時間點超過該比例，即屬未達符合。</p> <p>5. 評量項目 8 設計用意係為讓實習醫學生知悉臨床倫理委員會處理臨床倫理相關問題之運作，而本項無特別規定知悉管道或要求學生參與臨床倫理委員會會議。</p> <p>6. 實習合約視與學校簽約之訓練計畫內容而定，未要求每家醫院實習訓練計畫均需含內外婦兒科。</p> <p>7. 實習醫學生師生比 1：4，又住院醫師師生比 1：3，主治醫師可至多同時指導 4 位實習醫學生及 3 位住院醫師。</p>
可 5.1.2	適當安排課程內容、教學活動及安全防護訓練	<p>1.應依實習醫學生能力安排教學活動及課程，且合理分配各科之課程。</p> <p>2.教學內容應包括門診、急診及住診教學（含床邊教學）、專題討論（含學術期刊討論會）、病例研討、醫學影像、檢驗等。</p> <p>3.對於實習醫學生之安全防護，應有實習前訓練，使其瞭解醫院工作環境及安全防護（含疫苗接種），並有實務操作前說明，使其瞭解某項處置或操作之安全規定，且提供相關防護設備供其使用；並經由模擬訓練或演練獲得相關操作經驗。</p>	<p>1. 各種研討會議之佐證資料，不限制應提供紙本文件，醫院可以任何媒體資料形式呈現，委員並可由面談中求證。</p> <p>2. 各項例行性教學活動（如晨會、臨床研討會、專題討論、併發症及死亡病例討論會、病理討論會等）之重點在於教學與討論的互動過程，討論內容是否記錄或紀錄方式由醫院自行決定即可，委員將透過實地查證或訪談方式了解執行情況。</p>

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
		<p>4.應使實習醫學生定期參與晨會、臨床研討會、專題討論、併發症及死亡病例討論會、臨床病理討論會或外科組織病理討論會等會議，且有主治醫師或教師參與指導，並針對會議內容與學生討論。</p> <p>5.實習訓練所安排之疾病類型，應符合教學訓練計畫所訂之核心能力項目，亦即以一般性、基本常見之疾病為主。</p> <p>6.教師對訂定訓練課程之建議有管道可以反應，並適當參與課程訂定。</p>	
<p>可 5.1.3</p>	<p>實習醫學生照護床數及值班數之安排適當且適合學習，並有適當指導監督機制</p>	<p>1.應明確規定適合學習所需要之照護床數及值班訓練：每人每日照護床數上限以 10 床為原則；值班訓練以平均不超過 3 天 1 班為原則，不得超時值班，不得連續值班，值班照顧床數合理。值班後隔日實習不接新病人。實習醫學生若於實習期間發生身體不適，醫院應有妥善的協助與安排。</p> <p>2.對實習醫學生應有適當指導監督機制，值班時亦同。並落實由主治醫師、住院醫師及實習醫學生組成的完整團隊教學訓練。</p> <p>3.醫院應訂有訓練住院醫師如何指導實習醫學生之辦法，並評估其執行情形。</p> <p>[註] 若為新申請評鑑或前次評鑑合格效期內、或申請新增職類於當次評鑑合格效期內，未有收訓實習醫學生者，本條免評（not applicable, NA）。</p>	<p>1.若醫院只收訓短期實習醫學生，仍依本條文要求依實呈現相關佐證資料。</p> <p>2.值班之照護床數，經考量各醫院及各科特性並不加以規定，但跨不同棟病房值班的情形並不適宜（精神專科教學醫院除外），並請考量病人安全與教學訓練需要安排。每人每日照護床數上限為 10 床，但照護床數過少亦不適當。委員於實地評鑑時，應評量「照護床數是否有達到訓練目標」作查核準則。</p> <p>3.「不超時值班」意指不得連續值班。</p> <p>4.「值班後隔日實習不接新病人。實習醫學生若於實習期間發生身體不適，醫院應有妥善的協助與安排。」，所稱「不接新病人」係指不接新入住病人，自 101 年 3 月 16 日基準公告起始執行或呈現相關佐證資料，委員可利用訪談方式進行查證。</p> <p>5.若醫院目前沒有住院醫師，醫院應提供院內主治醫師指導實習醫學生之完善訓練內容及具體教學紀錄等相關佐證資料，由委員於實地評鑑透過面談或查閱資料確認團隊訓練執行成效良好，仍可認定符合規定。</p> <p>6.教學醫院評鑑無規範實習醫學生之休假或在院待命規定，僅強調值班後隔日不接新病人。視由各醫院及各科別之照護需求與執行方式予以安排，惟需符合教學醫院評鑑基準之每人每日照護床</p>

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
可 5.1.4	實習醫學生每週接受住診教學訓練	<p>1 應每週安排實習醫學生接受住診教學 (teaching round)，主治醫師或教師教學時，應分析病情及示範診療，使實習醫學生瞭解病人病情，並適時教導實習醫學生考慮醫學倫理與法律等相關問題。</p> <p>2.應安排住院醫師參與教學，組成完整團隊教學。</p> <p>[註] 若為新申請評鑑或前次評鑑合格效期內、或申請新增職類於當次評鑑合格效期內，未有收訓實習醫學生者，本條免評 (not applicable, NA)。</p>	<p>數上限及值班原則之相關規定。</p> <p>1.若醫院只收訓短期實習醫學生，仍依本條文要求依實呈現相關佐證資料。</p> <p>2.外科系的 work-place (operation room) teaching 可視為 teaching round, teaching round 不限技巧或場所，請依受訓人員學習成果作安排。</p> <p>3.例行性查房不算住診教學 (teaching round)。</p> <p>4.「師生比 1:4」係指每教師於同一時期帶領指導至多 4 位實習醫學生，住診教學未規範。</p> <p>5.住診教學之評鑑以實地查證及訪談為主，無須準備太多教學紀錄單等書面資料。</p>
可 5.1.5	對實習醫學生提供病歷寫作教學	<p>1.醫院應安排教學活動，提升實習醫學生之病歷寫作能力。</p> <p>2.病歷寫作教學內容建議包括：</p> <p>(1)門診病歷</p> <p>(2)入院紀錄 (admission note)</p> <p>(3)病程紀錄 (progress note)</p> <p>(4)每週摘記 (weekly summary)</p> <p>(5)處置及手術紀錄 (operation record)</p> <p>(6)交接紀錄 (off service note, transfer note)</p> <p>(7)出院病歷摘要 (discharge summary)</p> <p>3.病歷紀錄應符合病人實際情形，其內容如主訴、病史、身體檢查 (physical examination)、實驗室及影像檢查、診斷與診療計畫等，應呈現合理思維。</p> <p>4.主治醫師或教師對實習醫學生製作之病歷應予核閱並簽名，且給予必要之指正或評論。</p> <p>[註] 若為新申請評鑑或前次評鑑合格效期內、或申請新增職類於當次評鑑合格效期內，未有收訓實習醫學生</p>	<p>1. 原則抽查 10 本病歷，病房及病歷室各一半。若醫院收訓的醫學生有含 intern 及 clerk，則抽查的病歷要涵蓋此 2 類人員。另外，醫學生的病歷紀錄若沒有歸在正式病歷文件中，此處所要查的文件是醫學生所寫的紀錄。抽查的 10 本病歷中需至少一半以上的病歷需符合評量項目要求方才符合。</p> <p>2. 評量項目 3 所稱「合理思維」，請委員依病歷紀錄及其診斷之合理相對性作查證判斷。建議對於與病人實際狀況不符、判讀處置計畫不適當之病歷紀錄，主治醫師「必要」予以指正或評論。</p> <p>3. 評量項目 4「給予必要之指正或評論」，此項係強調由疾病專業方向來指導學生之病歷記載，並非每本病歷皆需修正，建議對於與病人實際狀況不符、判讀處置計畫有誤之病歷紀錄，主治醫師才須「必要」予以指正或評論。</p> <p>4. 評量項目 4 所稱「簽名」，係指簽名或蓋章擇其一。</p>

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
		者，本條免評（not applicable, NA）。	
可 5.1.6	評估教學成效 並提供雙向回 饋機制	<p>1.應以多元方式定期進行教學成效評估，並依醫院特性選擇評估方式，如：客觀結構式臨床能力試驗（objective structured clinical examination, OSCE）、直接操作觀察（direct observation of procedural skills, DOPS）、迷你臨床演練評量（mini-clinical evaluation exercise, mini-CEX）或其他具體評估方式。</p> <p>2.應提供雙向回饋機制（包含評估表單的設計、評估方式、評估內容與回饋方式）。</p> <p>3.實習單位應提供管道供實習醫學生反應問題，並適時檢討實習醫學生的回饋意見，進行持續的教學改進。</p> <p>4.醫院與學校定期召開實習醫學生教學檢討會。</p> <p>[註]</p> <p>1.若為新申請評鑑或前次評鑑合格效期內、或申請新增職類於當次評鑑合格效期內，未有收訓實習醫學生者，本條免評（not applicable, NA）。</p> <p>2.「多元方式」係指 2 種以上的評估方式。</p>	<p>1.評量項目 3：若僅有問卷調查者，得視為符合。</p> <p>2.若收訓對象為衛生署分發之國外實習醫學生，無須呈現「與學校定期召開實習醫學生教學檢討會」。</p> <p>3.多元評估係 2 種以上評估方式，「口頭回饋」可列計為其中一種，且醫院可視「口頭回饋」結果對受訓人員學習之重要性再選擇性摘錄即可。</p>
可 5.1.7	實習醫學生之 學習成果分析 與改善	<p>1.實習醫學生之學習成果應符合該實習醫學生所屬醫學系訂定之訓練目標要求，並於評鑑委員評核時能呈現適當的知識、技能和態度。</p> <p>2.對學習成果不佳之學生，提供輔導與補強訓練。</p> <p>3.應依實習醫學生之學習成果評估結果，適時修正教學訓練計畫。</p> <p>[註]</p> <p>若為新申請評鑑或前次評鑑合格效期內、或申請新增職類於當次評鑑合格效期內，未有收訓實習醫學生</p>	

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
		者，本條免評（not applicable, NA）。	
5.2 畢業後一般醫學訓練計畫執行與成果 【重點說明】		<ol style="list-style-type: none"> 1. 本節所稱受訓人員，係指畢業後一般醫學訓練（西醫）之訓練對象，亦即受行政院衛生署補助參與訓練之新進醫師。 2. 醫院應訂有完整之畢業後一般醫學訓練計畫，內容包含訓練目標、師資、教學資源、訓練課程與訓練方式、考評機制等，並據以執行，且持續檢討改進。 3. 導師或臨床教師應參與院內外所舉辦之一般醫學訓練相關研習活動，以提升訓練品質。 4. 醫院應以適當的方式，如筆試、口試、實際操作、平時觀察、同儕或醫護人員意見、模擬測驗等，評估受訓人員是否達成訓練目標，並給予適當獎勵及輔導。 5. 於新合格效期內欲為畢業後一般醫學訓練計畫之主要訓練醫院者，需同時受評第 5.2 與 5.3 節住院醫師訓練（不得僅擇一免評）；若第 5.2 與 5.3 節任一節選擇免評或受評卻未通過者，則不具畢業後一般醫學訓練計畫之主要訓練醫院資格。 	西醫 PGY 合作醫院若未來要收訓實習醫學生，需評量 5.1 至 5.3 節，第 5.2 節仍須依基準條文呈現合作醫院執行情況。
可 5.2.1	畢業後一般醫學訓練計畫具體可行，內容適當	<ol style="list-style-type: none"> 1. 應依行政院衛生署公告之相關規範，訂定訓練計畫（含課程內容），並依照計畫審查結果建議事項進行調整修正。 2. 訓練時間應適當安排。 3. 訂有保障訓練品質與受訓機會之措施，對因故無法接受訓練者，訂有補課措施。 4. 應訂有確認每位受訓人員完成訓練課程之機制。 5. 應依受訓人員程度安排訓練課程，對畢業前未曾接受一般醫學訓練者，應安排課程補強其基本知識。 6. 應明確劃分受訓人員接受訓練時間及一般工作時間，並安排合理的照護床數給受訓人員，使其日常工作量不致影響接受訓練。 7. 受訓人員每月平均值班班數及值班範圍應在合理範圍內，並訂有適當之指導監督機制。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 「合理的照護床數」請依衛生署公告之「西醫畢業後一般醫學訓練計畫」各科訓練內容中基本要求所規範辦理。 2. 若醫院前次合格效期皆有執行 6 個月 PGY 及一年期 PGY，兩份訓練計畫與執行成果皆需呈現。 3. 畢業後一般醫學訓練計畫均已先經衛生署核定，受訓人員派往他院接受一般醫學訓練期間，得免事前向各縣市政府衛生局報備，至其訓練期程，應依衛生署核定訓練計畫辦理。 4. 依畢業後一般醫學訓練計畫規定，社區導師每梯次輔導之訓練學員人數，以不超過 5 名為原則。 5. 西醫 PGY 合作醫院若未來欲收訓實習醫學生，本條文僅針對合作醫院課程規則及內容作查證。
可	學習內容符合	1. 受訓人員學習內容應符合核心課	1. 西醫 PGY 合作醫院若未來欲收訓實習

102 年度教學醫院評鑑基準共識紀錄

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
5.2.2	規定且實際應用於臨床照護上	<p>程相關規定，且核心課程訓練需實際操作於病人照護上。</p> <p>2.應安排臨床教師帶領並監督受訓人員，實際參與臨床診療工作並參加晨會、個案討論會、學術期刊討論會、併發症及死亡病例討論會等會議。</p>	<p>醫學生，評量項目第 1 點所稱「核心課程」，係指合作醫院所提供的訓練課程，如：社區醫學課程或精神科。</p> <p>2.各項例行性教學活動（如晨會、臨床研討會、專題討論、併發症及死亡病例討論會、病理討論會等）之重點在於教學與討論的互動過程，討論內容是否記錄或紀錄方式由醫院自行決定即可，委員將透過實地查證或訪談方式了解執行情況。</p>
可 5.2.3	學習紀錄記載詳實	<p>1.學習紀錄應確實記載受訓人員訓練內容、學習進度及學習成果。</p> <p>2.導師及臨床教師應適時於學習紀錄上記載受訓人員之學習表現或評量結果。</p>	<p>1.西醫 PGY 合作醫院若未來欲收訓實習醫學生，請依基準條文呈現合作醫院執行情形。</p> <p>2.受訓人員學習紀錄格式不拘，由各醫院自行發展即可，查證重點應在於了解受訓人員是否有依訓練計畫接受訓練。</p>
可 5.2.4	提供病歷寫作及診斷書開立訓練	<p>1.應以實際病例訓練病歷寫作、開立診斷書及死亡證明書等事項，但無實際病例者，得以小組教學方式訓練（含模擬案例演練）。</p> <p>2.臨床教師對受訓人員製作之病歷、診斷書或死亡證明書，應予核閱並簽名，且給予必要之指正或評論。</p> <p>3.醫院對受訓人學員製作之病歷品質，應有良好審核制度。</p>	<p>1.原則抽查 10 本病歷。診斷書訓練的查證可以從受訓人員的學習紀錄中查證，且抽查的 10 本病歷中需至少一半以上的病歷需符合評量項目要求方才符合。</p> <p>2.評量項目 2 所稱「簽名」，係指簽名或蓋章擇其一。</p> <p>3.西醫 PGY 合作醫院若未來欲收訓實習醫學生，本條文係查證合作醫院執行課程之受訓人員對病歷書寫之指正或評論。</p>
可 5.2.5	導師與臨床教師共同參與課程設計	<p>1.導師與臨床教師應參與訂定訓練計畫與課程內容，包含訓練目標、教學病例數、學習疾病的種類、受訓人員所承擔的工作項目與份量、臨床教學設施與人力安排等。</p> <p>2.導師定期與受訓人員面談，瞭解其受訓情形。</p> <p>3.臨床教師應每天進行教學訓練活動，且每天教學時間不得低於 1 小時。</p>	<p>1.委員實地評鑑時可訪談受訓人員了解每天教學訓練活動及時間，若訪談結果為負面，宜再查閱書面資料再次確認。</p> <p>2.評量項目 3 係以學習者為中心，受訓人員至少每天被教導時間不得低於 1 小時，至教學內容請依訓練計畫執行即可。</p> <p>3.西醫 PGY 合作醫院若未來欲收訓實習醫學生，請依基準條文呈現合作醫院執行情形。</p>
可 5.2.6	評估訓練成效並提供雙向回饋機制	<p>1.應以多元方式定期進行教學成效評估，並依訓練計畫規定選擇評估方式，如：客觀結構式臨床能力試驗（objective structured</p>	<p>1.西醫 PGY 合作醫院若未來欲收訓實習醫學生，請依基準條文呈現合作醫院執行情形。</p> <p>2.PGY 社區醫學訓練成果得依訓練計畫</p>

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
		<p>clinical examination, OSCE)、直接操作觀察(direct observation of procedural skills, DOPS)、迷你臨床演練評量(mini-clinical evaluation exercise, mini-CEX)或其他具體評估方式,並依評估結果訂有改善機制。</p> <p>2.應依訓練目的設計評核表。</p> <p>3.導師及臨床教師應評估受訓人員之學習情形,並對其提出之問題給予適時的指導。</p> <p>4.評估結果應實際回饋給受訓人員。</p> <p>5.應提供管道供受訓人員反應問題,並參考雙向回饋意見及評估結果修訂訓練課程或訓練計畫。</p> <p>6.對學習成果不佳之受訓人員,提供輔導與補強訓練。</p> <p>[註] 「多元方式」係指 2 種以上的評估方式。</p>	<p>公告之必要評估方式呈現,如:2 個月社區醫學科必要評估方式為口試,醫院應能掌握受訓學員完成訓練及其評估。</p> <p>3.教學計畫內容需明訂「教學成效不佳」定義,以利教學的追蹤與評估。</p> <p>4.多元評估係 2 種以上評估方式,「口頭回饋」可列計為其中一種,且醫院可視「口頭回饋」結果對受訓人員學習之重要性再選擇性摘錄即可。</p> <p>5.多元評估「評估方式」及「頻次」,由各醫院依各職類核定訓練計畫內容設計及執行即可。</p>
可 5.2.7	與合作醫院(或訓練單位)溝通良好	<p>1.有定期與合作醫院(或訓練單位)進行訓練成效檢討,並訂有改善方案,且執行成果良好。</p> <p>2.有明確的外部對口單位及連絡方式。</p> <p>3.和合作醫院(或訓練單位)溝通良好,且針對課程內容、權責界定及相關行政事項達成具體共識,並留有紀錄。</p>	西醫 PGY 合作醫院若未來欲收訓實習醫學生,係指與主訓醫院或其他合作醫院(機構)之溝通情形。
		<p>5.3 住院醫師訓練計畫執行與成果 【重點說明】</p> <p>1.本節所稱住院醫師,係指於教學醫院接受專科醫師訓練之住院醫師,包含參與聯合訓練(joint program)者。但若醫院之住院醫師全程委託其他醫院代為訓練者,該院視為無住院醫師。</p> <p>2.本節所指主治醫師以專任者為限。</p> <p>3.醫院應訂有完整之各科住院醫師訓練計畫,內容包含訓練目標、師資、教學資源、訓練課程與訓練方式、考評機制等,並據以執行,且持續檢討改進。</p> <p>4.醫院應以適當的方式,如筆試、口試、實際操作、平時觀察、同儕或醫護人員意見、模擬測驗等,評估住院醫師是否達成該專科領域應具備之專業能力,並給予適當獎勵及</p>	<p>1.西醫 PGY 合作醫院僅需評量第 5.3 節條文之精神在於收訓住院醫師之醫院應具有西醫 PGY 合作醫院之能力,因此合作醫院就第 5.3 節條文呈現相關資料。</p> <p>2.本節查證範圍為醫院具有署定專科醫師訓練醫院資格之各專科,若醫院無具牙醫署定專科醫師資格,則無須呈現牙醫資料亦不需查證。中醫不在本節查證範圍內。惟醫院若僅申請牙醫職類(即申請 5.4 牙醫實習學生、5.5 牙醫 PGY 及 5.3 住院醫師),且未具有牙醫署定專科醫師訓練資格者,考量口腔外科為牙醫</p>

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
	<p>輔導。</p> <p>5. 醫院可自行選擇本節免評 (not applicable, NA), 若選擇免評或受評卻未通過者, 則新合格效期內不得收訓住院醫師, 並不得為畢業後一般醫學訓練計畫之合作醫院或訓練單位, 亦不得申請衛生署教學補助。</p> <p>[註]</p> <p>新申請教學醫院評鑑或前次評鑑合格效期內, 未有收訓住院醫師者 (含全程委託其他醫院代為訓練者), 本節僅評量訓練計畫之內容及相關軟硬體之準備程度 (即第 5.3.1 及 5.3.2 條), 其餘免評。</p>		<p>學生實習的必要訓練項目, 故第 5.3 節需至少須呈現牙醫「口腔外科」訓練計畫與執行。</p> <p>3. 無論醫院具多少署定專科訓練醫院資格, 應至少呈現「內外婦兒科」之訓練計畫及相關軟硬體之準備程度。</p> <p>4. 精神專科教學醫院不適用「至少呈現內外婦兒科之訓練計畫」之規定。</p> <p>5. 凡前次評鑑合格效期內曾收訓過某署定專科住院醫師, 無論醫院現在是否具該署定專科之訓練資格, 於實地評鑑時宜呈現該署定專科訓練資料。</p>
<p>可 5.3.1</p>	<p>住院醫師之訓練計畫具體可行, 內容適當</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 應依行政院衛生署公告之專科醫師訓練醫院認定標準、專科醫師訓練課程綱要、基準與相關規範訂定各科住院醫師訓練計畫。 2. 應依各專科不同年級住院醫師之訓練需求, 訂定課程表及核心能力之要求。 3. 訓練內容應包含全人醫療、病人安全、醫療品質、醫病溝通、醫學倫理、醫事法規、感染控制、實證醫學及病歷寫作等。 4. 訓練內容應包含如何處理醫療不良事件。 5. 訓練計畫主持人應有臨床教學經驗, 並確實負責主持計畫相關事務。 6. 教師應有教學資格, 於帶領住院醫師期間, 應適當安排從事教學訓練工作與其他工作 (如臨床照護) 之比重, 以維持教學品質。 7. 實際指導住院醫師之主治醫師或教師與住院醫師人數比例依各署定專科醫師訓練計畫規定辦理。 8. 訓練計畫若為聯合訓練計畫 (joint program), 整體計畫之安排應有一致性與連貫性, 並能配合合作醫院屬性做適當分工合作。 9. 醫院應設有臨床倫理委員會或類似之組織, 且每年至少開會 2 次, 並應使住院醫師知悉其功能與運 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 評量項目 7 標準中所訂定之師生比例乃是以全院之平均來計算, 若醫院在實地評鑑前 3 年中, 有任一時間點超過該比例, 即屬未達符合。 2. 如為參與 joint program 之醫院, 則需確認其各專科醫學會之認可情形。

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
可 5.3.2	適當安排課程內容、教學活動及安全防護訓練	<p>作。</p> <ol style="list-style-type: none"> 應合理分配各科之課程，教學內容應包含門診、急診及住診教學（含床邊教學）、病例研討、醫學影像、檢驗等。 對於新進住院醫師之安全防護，應有到職訓練，使其瞭解醫院工作環境及安全防護（含疫苗接種），並有實務操作前說明，使其瞭解某項處置、操作之安全規定，且提供相關防護設備供其使用，並經由演練獲得相關操作經驗。 應使住院醫師定期參與晨會、臨床研討會、專題討論（含學術期刊討論會）、併發症及死亡病例討論會、臨床病理討論會或外科組織病理討論會等會議，且有主治醫師或教師參與指導，並針對會議內容與住院醫師討論。 教師對訂定訓練課程之建議有管道可以反應，並適當參與課程訂定。 <p>[註]： 齒顎矯正科之住院醫師，得不參與併發症及死亡病例討論會及外科組織病理討論會。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 有關急診教學部分，可藉由團隊交班紀錄、跨科討論會議等情形，瞭解該醫院之急診教學情形。 訪談時可詢問住院醫師，例如如何避免以及針扎後之處置？以及有無醫院同仁遭到針扎，其實際處理方式如何？並詢問醫院是否提供其他安全防護訓練。 各項例行性教學活動（如晨會、臨床研討會、專題討論、併發症及死亡病例討論會、病理討論會等）之重點在於教學與討論的互動過程，討論內容是否記錄或紀錄方式由醫院自行決定即可，委員將透過實地查證或訪談方式了解執行情況。
可 5.3.3	住院醫師照護床數及值班班數安排適當，適合學習，並有適當指導監督機制	<ol style="list-style-type: none"> 住院醫師訓練所安排之疾病類型，應符合訓練計畫所訂之核心項目。 應依各科一般訓練常規，明確規定適合訓練所需要之照護床數及值班訓練：原則上，每人每日照護床數上限為 15 床，值班訓練平均不超過 3 天 1 班，不得超時值班，不得連續值班，值班照顧床數合理，並有適當指導監督機制。 對住院醫師應有適當指導監督機制，值班時亦同。並落實由主治醫師、住院醫師及實習醫學生組成的團隊教學訓練。 <p>[註] 1. 評量項目 2 部分，若為精神科教</p>	<ol style="list-style-type: none"> 本節住院醫師係指於醫院接受專科醫師訓練之住院醫師，醫院無論是否有收訓 PGY 受訓人員，凡前次評鑑合格效期內無收訓任一署定專科住院醫師者，第 5.3.3~5.3.7 條文免評。 評量項目 2「原則上，每人每日照護床數上限為 15 床」，係以一般急性病床計算，加護病床並未納入。 值班之照護床數，經考量各醫院及各科特性並不加以規定，但跨不同棟病房值班的情形並不適宜（精神專科教學醫院除外），並請醫院考量病人安全與教學訓練需要安排。 以實際一線值班為計算之原則。 備註 1 之精神科專科醫院每人每日照護床數上限規定，加護病房未納入。

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
		<p>學醫院則每人每日照護床數，原則上急性床以 15 床為上限，慢性床以 50 床為上限，且以分開訓練為宜。</p> <p>2.若為新申請評鑑或前次評鑑合格效期內，未有收訓住院醫師者，本條免評 (not applicable, NA)。</p> <p>3.若醫院僅執行「齒顎矯正科」、「口腔病理科」住院醫師訓練，本條免評 (not applicable, NA)。</p>	
可 5.3.4	住院醫師每週接受住診教學訓練	<p>應每週安排住院醫師接受住診教學 (teaching round)，主治醫師或教師教學時，應分析病情及示範診療，使住院醫師瞭解病人病情，並適時教導住院醫師考慮醫學倫理與法律等相關問題。</p> <p>[註] 若為新申請評鑑或前次評鑑合格效期內，未有收訓住院醫師者，本條免評 (not applicable, NA)。</p>	住診教學之評鑑以實地查證及訪談為主，無須準備太多教學紀錄單等書面資料。
可 5.3.5	住院醫師病歷寫作品質適當	<p>1.病歷紀錄應符合病人實際情形，其內容如主訴、病史、身體檢查、實驗室及影像檢查、診斷與診療計畫等，應呈現合理邏輯。病歷紀錄如僅複製前次內容，且完全未針對病程變化加以修改者，視為不符合病人實際情形。</p> <p>2.應視情況需要紀錄下列事項： (1)病人在身、心、社會層面的問題。 (2)醫師對診療過程之修正及改進。 (3)尊重病人自主，做好知情同意。</p> <p>3.身體檢查 (physical examination) 或器官系統檢查 (system review) 之結果，如以查檢表方式勾選者，對於陽性結果 (positive findings) 或有意義的陰性結果 (negative findings) 應加註說明。</p> <p>4.主治醫師或教師對住院醫師製作之病歷應予核閱並簽名，且給予</p>	<p>1. 原則抽查 10 本病歷，病房及病歷室各一半。若其中有部分非由住院醫師書寫，則應累計有至少 10 本以上均由住院醫師書寫之病歷。且抽查的 10 本病歷中需至少一半以上的病歷需符合評量項目要求方才符合。</p> <p>2. 病歷抽查涵蓋期間：本次評鑑效期內皆屬查證範圍，至身、心、社會層面之病歷紀錄，則依衛生署 100 年 1 月 31 日公告評鑑基準後所製作之病歷需符合規定。</p> <p>3. 評量項目 4「給予必要之指正或評論」，此項係強調由疾病專業方向來指導學生之病歷記載，並非每本病歷皆需修正，建議對於與病人實際狀況不符、判讀處置計畫有誤之病歷紀錄，主治醫師才須「必要」予以指正或評論。</p> <p>4. 專科護理師所寫之病歷由醫療領域委員查核其品質，不屬教學醫院評鑑之範疇。</p> <p>5. 評量項目 4 所稱「簽名」，係指簽名或</p>

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
		<p>必要之指正或評論。</p> <p>5. 醫院應安排教學活動，提升住院醫師寫作病歷及開立死亡證明書、診斷書等醫療證明文書之能力。</p> <p>[註] 若為新申請評鑑或前次評鑑合格效期內，未有收訓住院醫師者，本條免評 (not applicable, NA)。</p>	<p>蓋章擇其一。</p> <p>6. 評量項目 4 可查核紙本病歷或電子病歷，若醫院實施電子病歷時，則需提供必要電腦設備及協助委員進行查證。</p>
可 5.3.6	評估教學成效評估並提供雙向回饋機制	<p>1. 應以多元方式定期進行教學成效評估，並依醫院特性選擇評估方式，如：客觀結構式臨床能力試驗 (objective structured clinical examination, OSCE)、直接操作觀察 (direct observation of procedural skills, DOPS)、迷你臨床演練評量 (mini-clinical evaluation exercise, mini-CEX) 或其他具體評估方式。</p> <p>2. 應提供雙向回饋機制 (包含評估表單的設計、評估方式、評估內容與回饋方式)。</p> <p>3. 若為聯合訓練計畫 (joint program)，訓練單位應提供管道供住院醫師反應問題，並適時檢討改進。</p> <p>[註] 1. 若為新申請評鑑或前次評鑑合格效期內，未有收訓住院醫師者，本條免評 (not applicable, NA)。 2. 「多元方式」係指 2 種以上的評估方式。</p>	<p>多元評估係 2 種以上評估方式，「口頭回饋」可列計為其中一種，且醫院可視「口頭回饋」結果對受訓人員學習之重要性再選擇性摘錄即可。</p>
可 5.3.7	住院醫師之訓練成果分析與改善	<p>1. 住院醫師之訓練成果應符合訓練目標之要求，並於評鑑委員評核時能呈現適當的知識、技能和態度，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</p>	<p>1. 訪談住院醫師人數，委員視該醫院情形抽選具代表性之科別與人數即可，並建議 1 對 1 進行面談。</p> <p>2. 全時間至他院代訓之住院醫師，並不視為本節所稱之住院醫師，且因對本院之狀況並不瞭解，建議實地評鑑當天不宜抽選為訪談對象。</p> <p>3. 醫院宜據實呈現住院醫師訓練成果，並提供住院醫師訓練成效評估及課程檢討相關資料，並有針對成效不佳者訂有</p>

102 年度教學醫院評鑑基準共識紀錄

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
		<p>(professionalism) 及制度下之臨床工作 (system based practice) 等。</p> <p>2.對訓練成果不佳之住院醫師，提供輔導與補強訓練</p> <p>3.根據住院醫師訓練評估結果及每年度專科醫師考照及格率，適時修正教學計畫。</p> <p>[註] 若為新申請評鑑或前次評鑑合格效期內，未有收訓住院醫師者，本條免評 (not applicable, NA)。</p>	<p>相關輔導機制，以利評鑑委員了解貴院執行現況。</p>

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
5.4	牙醫實習醫學生訓練計畫執行與成果 【重點說明】 1. 本節所稱牙醫實習醫學生，係指在教學醫院接受臨床實習訓練之牙醫學系學生。 2. 醫院應提供牙醫實習醫學生有系統之臨床教學訓練與符合資格之教學師資。 3. 醫院應確保其牙醫部門各單位能配合臨床教學訓練之執行與成果評估。 4. 於新合格效期內欲收訓牙醫實習醫學生者，需同時受評第 5.4 及 5.5 節（不得僅擇一免評）；若第 5.4 及 5.5 節任一節選擇免評或受評卻未通過者，不得收訓牙醫實習醫學生。 5. 新申請評鑑或前次評鑑合格效期內、或申請新增職類於當次評鑑合格效期內，未有收訓牙醫實習醫學生者，本節僅評量教學訓練計畫之內容及本計畫相關軟硬體之準備程度（即第 5.4.1 及 5.4.2 條），其餘免評。		無論長期或短期，凡欲收訓牙醫實習醫學生者需受評。
5.4.1	牙醫實習醫學生之教學訓練計畫具體可行，內容適當	1. 醫院應與牙醫實習醫學生所屬學校訂有實習合約，明訂雙方之義務，例如：如何確保學生之學習權益與安全、教師與學生人數比例（師生比）、牙醫實習醫學生保險等。 2. 應依各階段學生之需求，訂定務實可行之教學訓練計畫，有具體目標訓練，並訂有核心能力要求，以培養基本臨床技能及全人照護知能。 3. 教學訓練計畫內容至少應包含訓練目標、師資、教學資源、訓練課程與訓練方式、考評機制等。訓練課程內容，除臨床專業課程外，應包含一般醫學課程訓練，其內容建議包含全人醫療、病人安全、醫療品質、醫病溝通、醫學倫理、醫事法規、感染控制、實證醫學及病歷寫作等。 4. 教學訓練計畫主持人應有臨床教學經驗，並確實負責主持教學計畫事務。 5. 教師應有教學資格，於帶領牙醫實習醫學生期間，並應適當安排從事教學工作與其他工作（如臨床照	1. 評量項目第 5 項及第 6 項所指教師，其資格一般是指有 5 年以上資歷的牙醫師。 2. 受評醫院實習學生保險合約規定，自衛生署 101 年 3 月 16 日公告基準後均應符合並提供相關資料備查。實習（醫）學生之保險決議如下： (1) 凡學生赴教學醫院實習期間均應投保，未區分實習時間長短；至保險內容係指一般學生團體平安保險額度外，應增加傷害保險最低保額 100 萬。 (2) 實習（醫）學生保險之保險對象為在學學生。 3. 若收訓對象為衛生署分發之牙醫國外實習醫學生，可無須呈現實習合約。

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
		<p>護)之比重,以維持教學品質。</p> <p>6.實際指導牙醫實習醫學生之教師與牙醫實習醫學生人數比例不得低於 1:4 (即每 1 位教師於同一時期至多指導 4 名牙醫實習醫學生)。</p> <p>7.教學訓練計畫若為聯合訓練計畫(joint program),整體計畫之安排應有一致性與連貫性,並能配合作業機構屬性做適當分工合作,且有檢討改善機制。</p> <p>8.醫院應設有臨床倫理委員會或類似之組織,且每年至少開會 2 次,並應使牙醫實習醫學生知悉其功能與運作。</p> <p>[註]</p> <p>1.實際指導牙醫實習醫學生之教師係指當日指導門診或住診教學活動之主治醫師。</p> <p>2.若實習醫院為學校附設者,第 1 項之實習合約得以實習相關規範代替之。</p>	
可 5.4.2	適當安排課程內容、教學活動及安全防护訓練	<p>1.應依牙醫實習醫學生能力安排教學活動及課程,且合理分配各科之課程。</p> <p>2.教學內容應包括門診、急診及住診教學(含床邊教學)、專題討論(含學術期刊討論會)、病例研討、醫學影像、檢驗等。</p> <p>3.對於牙醫實習醫學生之安全防护,應有實習前訓練,使其瞭解醫院工作環境及安全防护(含疫苗接種),並有實務操作前說明,使其瞭解某項處置或操作之安全規定,且提供相關防護設備供其使用,並經由模擬訓練或演練獲得相關操作經驗。</p> <p>4.應使牙醫實習醫學生定期參與臨床研討會、專題討論、臨床病理討論會或口腔顎面外科組織病理討論會等會議,且有主治醫師或教師參與指導,並針對會議內容與學生討論。</p>	各項例行性教學活動(如臨床研討會、專題討論、病理討論會等)之重點在於教學與討論的互動過程,討論內容是否記錄或紀錄方式由醫院自行決定即可,委員將透過實地查證或訪談方式了解執行情況。

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
		5.教師對訂定訓練課程之建議有管道可以反應，並適當參與課程訂定。	
可 5.4.3	牙醫實習醫學生每週接受門診教學訓練	<p>1.應每週安排牙醫實習醫學生接受門診教學（chair-side teaching），主治醫師或教師教學時，應分析病情及示範診療，使牙醫實習醫學生瞭解病人病情，並適時教導牙醫實習醫學生考慮醫學倫理與法律等相關問題。</p> <p>2.應安排住院醫師參與教學，組成完整團隊教學。</p> <p>[註] 若為新申請評鑑或前次評鑑合格效期內、或申請新增職類於當次評鑑合格效期內，未有收訓牙醫實習醫學生者，本條免評(not applicable, NA)。</p>	
可 5.4.4	牙醫實習醫學生照護床數及值班班數之安排適當，適合學習，並有適當指導監督機制	<p>1.實習訓練所安排之疾病類型，應符合教學訓練計畫所訂之核心項目，亦即以一般性、基本常見之口腔疾病為主。</p> <p>2.應安排牙醫實習醫學生需接受住診教學（teaching round），主治醫師或教師教學時，應分析病情及示範診療，使牙醫實習醫學生瞭解病人病情，並適時教導牙醫實習醫學生考慮醫學倫理與法律等相關問題。</p> <p>3.應明確規定適合學習所需要之照護床數及值班訓練：原則上，每人每日照護床數上限為 10 床，值班訓練平均不超過 3 天 1 班，不得超時值班，不得連續值班，值班照顧床數合理，並有適當指導監督機制。</p> <p>4.對牙醫實習醫學生應有適當指導監督機制，值班時亦同。並落實由主治醫師、住院醫師及實習醫學生組成的完整團隊教學訓練。</p> <p>5.醫院應訂有訓練住院醫師指導牙醫實習醫學生之辦法，並評估其</p>	依醫師法施行細則(2010年6月15日修正)規定牙醫實習需含口腔顎面外科臨床實作，故醫院應呈現相關資料。

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
		<p>執行情形。</p> <p>[註] 若為新申請評鑑或前次評鑑合格效期內、或申請新增職類於當次評鑑合格效期內，未有收訓牙醫實習醫學生者，本條免評（not applicable, NA）。</p>	
可 5.4.5	對牙醫實習醫學生提供病歷寫作教學	<p>1.醫院應安排教學活動，提升牙醫實習醫學生之病歷寫作能力。</p> <p>2.門診病歷寫作教學內容建議包括：</p> <p>(1) 病歷首頁</p> <p>(2) 初診紀錄</p> <p>(3) 複診紀錄</p> <p>3.住診病歷寫作教學內容建議包括：</p> <p>(1) 入院紀錄（admission note）</p> <p>(2) 病程紀錄（progress note）</p> <p>(3) 每週摘記（weekly summary）</p> <p>(4) 處置及手術紀錄（operation record）</p> <p>(5) 交接紀錄（off service note, transfer note）</p> <p>(6) 出院病歷摘要（discharge summary）</p> <p>4.病歷紀錄應符合病人實際情形，其內容如主訴、病史、身體檢查（physical examination）、實驗室及影像檢查、診斷與診療計畫等，應呈現合理邏輯。</p> <p>5.主治醫師或教師對牙醫實習醫學生製作之病歷應予核閱並簽名，且給予必要之指正或評論。</p> <p>[註] 若為新申請評鑑或前次評鑑合格效期內、或申請新增職類於當次評鑑合格效期內，未有收訓牙醫實習醫學生者，本條免評（not applicable, NA）。</p>	<p>1.原則抽查 10 本病歷，病房及病歷室各一半。若其中有部分非由牙醫實習醫學生書寫，則應累計有至少 10 本以上均由牙醫實習醫學生書寫之病歷，且抽查的 10 本病歷中需至少一半以上的病歷需符合評量項目要求方才符合。</p> <p>2.評量項目 5 所稱「簽名」，係指簽名或蓋章擇其一。</p> <p>3.評量項目 5「給予必要之指正或評論」，此項係強調由疾病專業方向來指導學生之病歷記載，並非每本病歷皆需修正，建議對於與病人實際狀況不符、判讀處置計畫有誤之病歷紀錄，主治醫師才須「必要」予以指正或評論。</p>
可 5.4.6	評估教學成效並提供雙向回	1.應以多元方式定期進行教學成效評估，並依醫院特性選擇評估方	1.若收訓對象為衛生署分發之牙醫國外實習醫學生，無須呈現「與學校定期召

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
	饋機制	<p>式，如：病歷回顧口頭測驗 (chart stimulated recall oral examination, CSR)、直接操作觀察 (direct observation of procedural skills, DOPS)、迷你臨床演練評量 (mini-clinical evaluation exercise, mini-CEX) 或其他具體評估方式。</p> <p>2. 應提供牙醫實習醫學生雙向回饋機制 (包含評估表單的設計、評估方式、評估內容與回饋方式)。</p> <p>3. 實習單位應提供管道供牙醫實習醫學生反應問題，並適時檢討牙醫實習醫學生的回饋意見，進行持續的教學改進。</p> <p>4. 醫院與學校定期召開牙醫實習醫學生教學檢討會。</p> <p>[註]</p> <p>1. 若為新申請評鑑或前次評鑑合格效期內、或申請新增職類於當次評鑑合格效期內，未有收訓牙醫實習醫學生者，本條免評 (not applicable, NA)。</p> <p>2. 「多元方式」係指 2 種以上的評估方式。</p>	<p>開牙醫實習醫學生教學檢討會」。</p> <p>2. 多元評估係 2 種以上評估方式，「口頭回饋」可列計為其中一種，且醫院可視「口頭回饋」結果對受訓人員學習之重要性再選擇性摘錄即可。</p>
可 5.4.7	牙醫實習醫學生之學習成果分析與改善	<p>1. 牙醫實習醫學生之學習成果應符合該牙醫實習醫學生所屬牙醫醫學系訂定之訓練目標要求，並於評鑑委員評核時能呈現適當的知識、技能和態度。</p> <p>2. 對學習成果不佳之學生，提供輔導與補強訓練。</p> <p>3. 應依牙醫實習醫學生之學習成果評估結果，適時修正教學訓練計畫。</p> <p>[註]</p> <p>若為新申請評鑑或前次評鑑合格效期內、或申請新增職類於當次評鑑合格效期內，未有收訓牙醫實習醫學生者，本條免評 (not applicable, NA)。</p>	
5.5 牙醫師畢業後一般醫學訓練計畫執行與成果			若醫院前次評鑑合格效期內皆有執行「教

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
	<p>【重點說明】</p> <p>1. 本節所稱新進牙醫師，係指於「二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練計畫」核定之醫院接受訓練之學員。</p> <p>2. 醫院應確保其牙醫部門各單位能配合臨床訓練之執行與成果評估。</p> <p>3. 醫院可自行選擇本節免評 (not applicable, NA)，若選擇免評或受評卻未通過者，中央主管機關得依「二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練計畫」公告之計畫評值相關規定辦理。</p> <p>4. 新申請評鑑或前次評鑑合格效期內、或申請新增職類於當次評鑑合格效期內，未有收訓新進牙醫師，本節僅評量教學訓練計畫之內容及本計畫相關軟硬體之準備程度 (即第 5.5.1 及 5.5.2)，其餘免評。</p>		<p>學醫院教學費用補助計畫」牙醫職類及「二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練計畫」，需呈現 2 個計畫之執行成果。</p>
<p>可 5.5.1</p>	<p>新進牙醫師之訓練計畫具體可行，內容適當</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 應依行政院衛生署公告之相關規範，訂定訓練計畫，並依據計畫審查結果意見修訂訓練計畫。 2. 應依各階段新進牙醫師之訓練需求，訂定課程表及核心能力要求。 3. 訓練計畫主持人應確實負責主持計畫相關事務。 4. 教師應符合新進牙醫師訓練計畫規範，於帶領新進牙醫師期間，醫院應適當安排教師從事教學訓練工作與其他工作 (如臨床照護) 之比重，以維持教學品質。 5. 實際指導新進牙醫師之主治醫師或教師與新進牙醫師人數比例，應符合訓練計畫之規範。 6. 訓練計畫若為聯合訓練計畫 (joint program)，整體計畫之安排應有一致性與連貫性，並能配合合作訓練機構屬性做適當分工合作。 7. 醫院應設有臨床倫理委員會或類似之組織，且每年至少開會 2 次，並應使新進牙醫師知悉其功能與運作。 	
<p>可 5.5.2</p>	<p>適當安排課程內容、教學活動及安全防護訓練</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 訓練內容符合新進牙醫師訓練計畫規定且實際應用於臨床照護上其教學內容應包含門診、急診、專題研討 (含學術期刊討論會)、病例討論等。 2. 新進牙醫師初進入本計畫接受訓練時，有使用具體的學前評估方 	<p>各項例行性教學活動 (如專題討論、病例討論會等) 之重點在於教學與討論的互動過程，討論內容是否記錄或紀錄方式由醫院自行決定即可，委員將透過實地查證或訪談方式了解執行情況。</p>

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
		<p>式了解其能力及經驗。</p> <p>3.依據新進牙醫師能力與經驗，安排合適的訓練項目，並視需要調整之。</p> <p>4.新進牙醫師清楚了解其訓練訓練項目內容，醫院能提供學習歷程檔案等工具，供新進牙醫師記錄學習歷程。</p> <p>5.教師能依照安排之訓練項目內容進行教學，新進牙醫師因故無法完成訓練項目時，訂有檢討補救機制。</p> <p>6.對於新進牙醫師之安全防護，應有到職訓練，使其瞭解醫院工作環境及安全防護（含疫苗接種），並有實務操作前說明，使其瞭解某項處置、操作之安全規定，且提供相關防護設備供其使用，並經由模擬訓練或演練獲得相關操作經驗。</p> <p>7.教師對訂定訓練課程之建議有管道可以反應，並適當參與課程訂定。</p>	
可 5.5.3	新進牙醫師每週接受門診教學訓練	<p>1.應每週安排新進牙醫師接受門診教學訓練（chair-side teaching），主治醫師或教師教學時，應分析病情及示範診療，使新進牙醫師瞭解病人病情，並適時教導新進牙醫師考慮醫學倫理與法律等相關問題。</p> <p>2.訓練時間安排合理，符合受訓期間平均每週訓練時數不得低於 36 小時或高於 48 小時；平均每週看診診次不得低於 9 診次或高於 12 診次，每診次時間不超過 4 小時，有兼顧受訓人員之學習與工作時間。</p> <p>[註] 若為新申請評鑑或前次評鑑合格效期內、或申請新增職類於當次評鑑合格效期內，未有收訓新進牙醫師者，本條免評（not applicable, NA）。</p>	

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
可 5.5.4	新進牙醫師照護床數及值班班數安排適當，適合學習，並有適當指導監督機制	<ol style="list-style-type: none"> 1.新進牙醫師訓練所安排之疾病類型，應符合訓練計畫所訂之核心項目。 2.應安排新進牙醫師接受住診教學 (teaching round)，主治醫師或教師教學時，應分析病情及示範診療，使新進牙醫師瞭解病人病情，並適時教導新進牙醫師考慮醫學倫理與法律等相關問題。 3.應明確規定適合訓練所需要之照護床數及值班訓練：原則上，每人每日照護床數上限為 15 床，值班訓練平均不超過 3 天一班，不得連續值班，不得超時值班，值班照顧床數合理，並有適當指導監督機制。 4.對新進牙醫師應有適當指導監督機制，值班時亦同。並落實由主治醫師、住院醫師、新進牙醫師及牙醫實習醫學生組成的團隊教學訓練。 5.醫院應訂有訓練新進牙醫師指導牙醫實習醫學生之辦法，並評估其執行情形。 <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.衛生署核定「二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練計畫」訓練項目中未有「口腔顎面外科及急症處理訓練：於醫院訓練至少 1 個月的口腔顎面外科（含牙科住院病人之照護）及牙科急症處理」及「口腔顎面外科訓練」者，本條免評 (not applicable, NA)。 2.若為新申請評鑑或前次評鑑合格效期內、或申請新增職類於當次評鑑合格效期內，未有收訓新進牙醫師者，本條免評 (not applicable, NA)。 	
可 5.5.5	新進牙醫師病歷寫作品質適當	<ol style="list-style-type: none"> 1.門診病歷紀錄應符合病人實際情形，其內容如主訴、口腔病史、口腔檢查、相關之系統性疾病史、實驗室及影像檢查、診斷與 	<ol style="list-style-type: none"> 1.原則抽查 10 本病歷，病房及病歷室各一半。若其中有部分非由新進牙醫師書寫，則應累計有至少 10 本以上均由新進牙醫師書寫之病歷，且抽查的 10 本

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
		<p>診療計畫等。病歷紀錄如僅複製前次內容，且完全未針對病程變化加以修改者，視為不符合病人實際情形。</p> <p>2. 病歷應視情況需要紀錄下列事項：</p> <p>(1)病人在身、心、社會層面的問題。</p> <p>(2)醫師對診療過程之修正及改進。</p> <p>(3)尊重病人自主，做好知情同意。</p> <p>3. 主治醫師或教師對新進牙醫師製作之病歷應予核閱並簽名，且給予必要之指正或評論。</p> <p>4. 醫院應安排教學活動，提升新進牙醫師寫作病歷及開立診斷書等醫療證明文書之能力。</p> <p>[註] 若為新申請評鑑或前次評鑑合格效期內、或申請新增職類於當次評鑑合格效期內，未有收訓新進牙醫師者，本條免評（not applicable, NA）。</p>	<p>病歷中需至少一半以上的病歷需符合評量項目要求方才符合。</p> <p>2. 病歷抽查涵蓋期間：依衛生署 100 年 1 月 31 日公告評鑑基準後所製作之病歷需符合規定。</p> <p>3. 評量項目 3 所稱「簽名」，係指簽名或蓋章擇其一。</p> <p>4. 評量項目 3「給予必要之指正或評論」，此項係強調由疾病專業方向來指導學生之病歷記載，並非每本病歷皆需修正，建議對於與病人實際狀況不符、判讀處置計畫有誤之病歷紀錄，主治醫師才須「必要」予以指正或評論。</p> <p>5. 主治醫師或教師應針對 PGY 受訓人員 2 年訓練期間的門診病歷進行核閱 (co-sign)。</p>
可 5.5.6	評估教學成效 並提供雙向回饋機制	<p>1. 應以多元方式定期進行新進牙醫師教學成效評估，並依訓練計畫規定選擇評估方式，如：病歷回顧口頭測驗（chart stimulated recall oral examination, CSR）、直接操作觀察（direct observation of procedural skills, DOPS）、迷你臨床演練評量（mini-clinical evaluation exercise, mini-CEX）或其他具體評估方式。</p> <p>2. 指導教師在訓練過程中能針對問題即時給予新進牙醫師回饋，並適時輔導其順利完成訓練。</p> <p>3. 在訓練過程中，新進牙醫師有反映問題及溝通的管道，並能兼顧受訓人員之權益。</p> <p>4. 應具備適當評估回饋（如評估表單的設計、評估方式、評估內容、</p>	<p>1. 多元評估係 2 種以上評估方式，「口頭回饋」可列計為其中一種，且醫院可視「口頭回饋」結果對受訓人員學習之重要性再選擇性摘錄即可。</p> <p>2. 多元評估「評估方式」及「頻次」，由各醫院依各職類核定訓練計畫內容設計及執行即可。</p>

102 年度教學醫院評鑑基準共識紀錄

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
		<p>回饋方式等)。</p> <p>[註]</p> <p>1.若為新申請評鑑或前次評鑑合格效期內、或申請新增職類於當次評鑑合格效期內，未有收訓新進牙醫師者，本條免評 (not applicable, NA)。</p> <p>2.「多元方式」係指 2 種以上的評估方式。</p>	
<p>可 5.5.7</p>	<p>新進牙醫師之 訓練成果分析 與改善</p>	<p>1.新進牙醫師之學習成果應符合訓練目標之要求，並於評鑑委員評核時能呈現適當的知識、技能和態度。</p> <p>2.對訓練成果不佳之新進牙醫師，提供輔導與補強訓練</p> <p>3.針對訓練計畫訓練項目進行評估作業，並根據新進牙醫師訓練評估結果，視需要適時修訂訓練計畫之訓練項目。</p> <p>[註]</p> <p>若為新申請評鑑或前次評鑑合格效期內、或申請新增職類於當次評鑑合格效期內，未有收訓新進牙醫師者，本條免評 (not applicable, NA)。</p>	

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
5.6	中醫實習醫學生訓練計畫執行與成果 【重點說明】	<ol style="list-style-type: none"> 1.本節所稱中醫實習醫學生，係指在教學醫院接受中醫臨床實習訓練之中醫學系及醫學系學生。 2.醫院應提供中醫實習醫學生有系統之中醫臨床教學訓練與符合資格之教學師資。 3.醫院應確保其中醫部門各單位能配合臨床教學訓練之執行與成果評估。 4.於新合格效期內欲收訓中醫實習醫學生者，需同時受評第 5.6 及 5.7 節（不得僅擇一免評）；若第 5.6 及 5.7 節任一節選擇免評或受評卻未通過者，不得收訓中醫實習醫學生。 5.新申請評鑑或前次評鑑合格效期內、或申請新增職類於當次評鑑合格效期內，未有收訓中醫實習醫學生者，本節僅評量教學訓練計畫之內容及本計畫相關軟硬體之準備程度（即第 5.6.1 及 5.6.2 條），其餘免評。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.醫院代訓的中醫實習醫學生，雖代訓為西醫課程，相關訓練成果仍應呈現於 5.6 節中醫實習醫學生章節中。 2.中西醫雙主修的中醫系學生，其西醫實習規範與時間比照西醫實習醫學生，應呈現於 5.1 節；中醫的實習課程則呈現於 5.6 節。
5.6.1	中醫實習醫學生之教學訓練計畫具體可行，內容適當	<ol style="list-style-type: none"> 1.醫院應與中醫實習醫學生所屬學校訂有實習合約，明訂雙方之義務，例如：如何確保學生之學習權益與安全、教師與學生人數比例（師生比）、中醫實習醫學生保險等。 2.應依各階段學生之需求，訂定務實可行之教學訓練計畫，有具體目標訓練，並訂有核心能力要求，以培養基本臨床技能及全人照護知能。 3.教學訓練計畫內容至少應包含訓練目標、師資、教學資源、訓練課程與訓練方式、考評機制等。訓練課程內容，除臨床專業課程外，應包含一般醫學課程訓練，其內容建議包含全人醫療、病人安全、醫療品質、醫病溝通、醫學倫理、醫事法規、感染控制、實證醫學及病歷寫作等。 4.教學訓練計畫主持人應有臨床教學經驗，並確實負責主持教學計畫事務。 5.教師應有教學資格，於帶領中醫實習醫學生期間，並應適當安排 	<p>受評醫院實習學生保險合約規定，自衛生署 101 年 3 月 16 日公告基準後均應符合並提供相關資料備查。實習（醫）學生保險決議如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> (1)凡學生赴教學醫院實習期間均應投保，未區分實習時間長短；至保險內容係指一般學生團體平安保險額度外，應增加傷害保險最低保額 100 萬。 (2)實習（醫）學生保險之保險對象為在學學生。

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
		<p>從事教學工作與其他工作（如臨床照護）之比重，以維持教學品質。</p> <p>6. 實際指導中醫實習醫學生之教師與中醫實習醫學生人數比例不得低於 1:4（即每 1 位教師於同一時期至多指導 4 名中醫實習醫學生）。</p> <p>7. 教學訓練計畫若為聯合訓練計畫(joint program)，整體計畫之安排應有一致性與連貫性，並能配合合作機構屬性做適當分工合作，且有檢討改善機制。</p> <p>8. 醫院應設有臨床倫理委員會或類似之組織，且每年至少開會 2 次，並應使中醫實習醫學生知悉其功能與運作。</p> <p>[註]</p> <p>1. 實際指導中醫實習醫學生之教師應符合「中醫醫療機構負責醫師訓練計畫」規範之資格：指導醫師須具備執行中醫師業務 5 年以上經驗，並須參加指導醫師培訓營，持有訓練證明文件。</p> <p>2. 若實習醫院為學校附設者，第 1 項之實習合約得以實習相關規範代替之。</p>	
可 5.6.2	適當安排課程內容、教學活動及安全防護訓練	<p>1. 應依中醫實習醫學生能力安排教學活動及課程，且合理分配各科之課程。</p> <p>2. 教學內容應包括住（會）診及門診、專題討論（含學術期刊討論會）、臨床病例研討、醫學影像、檢驗等。</p> <p>3. 對於中醫實習醫學生之安全防護，應有實習前訓練，使其瞭解醫院工作環境及安全防護（含疫苗接種），並有實務操作前說明，使其瞭解某項處置或操作之安全規定，且提供相關防護設備供其使用，並經由模擬訓練或演練獲得相關操作經驗。</p>	各項例行性教學活動（如臨床研討會、專題討論等）之重點在於教學與討論的互動過程，討論內容是否記錄或紀錄方式由醫院自行決定即可，委員將透過實地查證或訪談方式了解執行情況。

102 年度教學醫院評鑑基準共識紀錄

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
		<p>4.應使中醫實習醫學生定期參與臨床研討會、專題討論、臨床病例討論會等會議，且有主治醫師或教師參與指導，並針對會議內容與學生討論。</p> <p>5.教師對訂定訓練課程之建議有管道可以反應，並適當參與課程訂定。</p> <p>[註] 若無提供中醫住診服務之醫院，則本條僅看會診部分。</p>	
<p>可 5.6.3</p>	<p>中醫實習醫學生每週接受門診教學訓練</p>	<p>1.應每週安排中醫實習醫學生接受門診教學，主治醫師或教師教學時，應依中醫四診及辨證論治等方式分析病情及示範診療，使中醫實習醫學生瞭解病人病情，並適時教導中醫實習醫學生考慮醫學倫理與法律等相關問題。</p> <p>2.應安排住院醫師參與教學，組成完整團隊教學。</p> <p>[註] 若為新申請評鑑或前次評鑑合格效期內、或申請新增職類於當次評鑑合格效期內，未有收訓中醫實習醫學生者，本條免評（not applicable, NA）。</p>	
<p>可 5.6.4</p>	<p>中醫實習醫學生住（會）診教學之安排適當，適合學習，並有適當指導監督機制</p>	<p>1.實習訓練所安排之疾病類型，應符合教學訓練計畫所訂之核心項目，亦即以一般性、基本常見之疾病為主。</p> <p>2.應安排中醫實習醫學生需接受住（會）診教學（teaching round），主治醫師或教師教學時，應依中醫四診及辨證論治等方式分析病情及示範診療，使中醫實習醫學生瞭解病人病情，並適時教導中醫實習醫學生考慮醫學倫理與法律等相關問題。</p> <p>3.可規定適合學習所需要之照護床數及值班訓練：原則上，每人每日照護床數上限為 10 床，值</p>	<p>住（會）診教學之評鑑以實地查證及訪談為主，無須準備太多教學紀錄單等書面資料。</p>

102 年度教學醫院評鑑基準共識紀錄

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
		<p>班訓練平均不超過 3 天 1 班，不得超時值班，不得連續值班，值班照顧床數合理，並有適當指導監督機制。</p> <p>4. 對中醫實習醫學生應有適當指導監督機制，並落實由主治醫師、住院醫師及實習醫學生組成的完整團隊教學訓練，值班時亦同。</p> <p>5. 醫院應訂有訓練住院醫師指導中醫實習醫學生之辦法，並評估其執行情形。</p> <p>[註]</p> <p>1. 提供住院服務者，始適用於第 3 項。</p> <p>2. 若為新申請評鑑或前次評鑑合格效期內、或申請新增職類於當次評鑑合格效期內，未有收訓中醫實習醫學生者，本條免評(not applicable, NA)。</p>	
<p>可 5.6.5</p>	<p>對中醫實習醫學生提供病歷寫作教學</p>	<p>1. 醫院應安排教學活動，提升中醫實習醫學生之病歷寫作能力。</p> <p>2. 門診病歷寫作教學內容建議包括：</p> <p>(1) 病歷首頁</p> <p>(2) 診療紀錄 (如：中西醫診斷、中醫四診、辨病與辨證治則、理法方藥分析...等)</p> <p>(3) 追蹤診療紀錄</p> <p>3. 住診病歷寫作教學內容建議包括：</p> <p>(1) 入院紀錄 (admission note)</p> <p>(2) 病程紀錄 (progress note)</p> <p>(3) 每週摘記 (weekly summary)</p> <p>(4) 處置紀錄 (treatment note)</p> <p>(5) 交接紀錄 (off service note, transfer note)</p> <p>(6) 出院病歷摘要 (discharge summary)</p>	<p>評量項目 5 「給予必要之指正或評論」，此項係強調由疾病專業方向來指導學生之病歷記載，並非每本病歷皆需修正，建議對於與病人實際狀況不符、判讀處置計畫有誤之病歷紀錄，主治醫師才須「必要」予以指正或評論。</p>

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
		<p>4. 病歷紀錄應符合病人實際情形，其內容如主訴、病史、身體檢查 (physical examination)、實驗室及影像檢查、診斷與診療計畫等，應呈現合理邏輯。</p> <p>5. 主治醫師或教師對中醫實習醫學生製作之病歷應予核閱並簽名，且給予必要之指正或評論。</p> <p>[註]</p> <p>1. 提供住院服務者，始適用於第 3 項。</p> <p>2. 若為新申請評鑑或前次評鑑合格效期內、或申請新增職類於當次評鑑合格效期內，未有收訓中醫實習醫學生者，本條免評 (not applicable, NA)。</p>	
可 5.6.6	評估教學成效 並提供雙向回饋機制	<p>1. 應以多元方式定期進行教學成效評估，並依醫院特性選擇評估方式，如：客觀結構式臨床能力試驗 (objective structured clinical examination, OSCE)、直接操作觀察 (direct observation of procedural skills, DOPS)、迷你臨床演練評量 (mini-clinical evaluation exercise, mini-CEX) 或其他具體評估方式。</p> <p>2. 應提供中醫實習醫學生雙向回饋機制 (包含評估表單的設計、評估方式、評估內容與回饋方式)。</p> <p>3. 實習單位應提供管道供中醫實習醫學生反應問題，並適時檢討中醫實習醫學生的回饋意見，進行持續的教學改進。</p> <p>4. 醫院與學校定期召開中醫實習醫學生教學檢討會。</p> <p>[註]</p> <p>1. 若為新申請評鑑或前次評鑑合格效期內、或申請新增職類於當次評鑑合格效期內，未有收訓中醫實習醫學生者，本條免評 (not applicable, NA)。</p>	多元評估係 2 種以上評估方式，「口頭回饋」可列計為其中一種，且醫院可視「口頭回饋」結果對受訓人員學習之重要性再選擇性摘錄即可。

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
		2.「多元方式」係指 2 種以上的評估方式。	
可 5.6.7	中醫實習醫學生之學習成果分析與改善	<p>1.中醫實習醫學生之學習成果應符合該中醫實習醫學生所屬中醫醫學系訂定之訓練目標要求，並於評鑑委員評核時能呈現適當的知識、技能和態度。</p> <p>2.對學習成果不佳之學生，提供輔導與補強訓練。</p> <p>3.應依中醫實習醫學生之學習成果評估結果，適時修正教學訓練計畫。</p> <p>[註] 若為新申請評鑑或前次評鑑合格效期內、或申請新增職類於當次評鑑合格效期內，未有收訓中醫實習醫學生者，本條免評（not applicable, NA）。</p>	
		<p>5.7 新進中醫師訓練計畫執行與成果</p> <p>【重點說明】</p> <p>1.醫院應提供新進中醫師有系統之臨床訓練計畫與符合資格之臨床教學師資。</p> <p>2.本節所稱新進中醫師，係指為依醫療法第 18 條第 2 項規定，為取得擔任負責醫師資格而接受訓練之中醫師。</p> <p>3.醫院應確保其各單位能配合臨床訓練之執行與成果評估。</p> <p>4.醫院可自行選擇本節免評（not applicable, NA），若選擇免評或受評卻未通過者，則新合格效期內收訓之新進中醫師，不得申請衛生署教學補助。</p> <p>5.新申請評鑑或前次評鑑合格效期內、或申請新增職類於當次評鑑合格效期內，未有收訓新進中醫師者，本節僅評量教學訓練計畫之內容及本計畫相關軟硬體之準備程度（即第 5.7.1 及 5.7.2 條），其餘免評。</p> <p>[註] 醫療法第 18 條第 2 項規定：「前項負責醫師，以在中央主管機關指定之醫院、診所接受二年以上之醫師訓練並取得證明文件者為限。」</p>	第 5.7 節評量對象係指取得擔任負責醫師資格而接受訓練之中醫師，目前包含「教學醫院教學費用補助計畫」中醫職類及中醫藥委員會「中醫醫療機構負責醫師訓練計畫」訓練執行，故若醫院同時執行 2 個訓練計畫，皆應呈現相關執行情形資料。
可 5.7.1	新進中醫師之訓練計畫具體可行，內容適當	<p>1.應依行政院衛生署公告之相關規範，訂定訓練計畫。</p> <p>2.應依各階段新進中醫師之訓練需求，訂定課程表及核心能力要求。</p>	

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
		<p>3.訓練內容應包含全人醫療、病人安全、醫療品質、醫病溝通、醫學倫理、醫事法規、感染控制、實證醫學及病歷寫作等。</p> <p>4.訓練內容應包含如何處理醫療不良事件。</p> <p>5.訓練計畫主持人應有臨床教學經驗，並確實負責主持計畫相關事務。</p> <p>6.教師應有教學資格，於帶領新進中醫師期間，並應適當安排從事教學訓練工作與其他工作（如臨床照護）之比重，以維持教學品質。</p> <p>7.實際指導新進中醫師之主治醫師或教師與新進中醫師人數比例不得低於 1:4（即每 1 位教師於同一時期至多指導 4 名新進中醫師）。</p> <p>8.訓練計畫若為聯合訓練計畫 (joint program)，整體計畫之安排應有一致性與連貫性，並能配合合作訓練機構屬性做適當分工合作。</p> <p>9.醫院應設有臨床倫理委員會或類似之組織，且每年至少開會 2 次，並應使新進中醫師知悉其功能與運作。</p> <p>[註] 實際指導新進中醫師之教師係指應符合「中醫醫療機構負責醫師訓練計畫」規範之資格：指導醫師須具備執行中醫師業務 5 年以上經驗，並須參加指導醫師培訓營，持有訓練證明文件。</p>	
可 5.7.2	適當安排課程內容、教學活動及安全防護訓練	<p>1.應合理分配各科之課程，教學內容應包含住（會）診、門診及急診教學、專題研討（含學術期刊討論會）、臨床病例研討、醫學影像、檢驗等。</p> <p>2.對於新進中醫師之安全防護，應有到職訓練，使其瞭解醫院工作</p>	各項例行性教學活動（如臨床研討會、專題討論等）之重點在於教學與討論的互動過程，討論內容是否記錄或紀錄方式由醫院自行決定即可，委員將透過實地查證或訪談方式了解執行情況。

102 年度教學醫院評鑑基準共識紀錄

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
		<p>環境及安全防護（含疫苗接種），並有實務操作前說明，使其瞭解某項處置、操作之安全規定，且提供相關防護設備供其使用，並經由模擬訓練或演練獲得相關操作經驗。</p> <p>3.應使新進中醫師定期參與臨床研討會、專題討論、臨床病例討論會等會議，且有主治醫師或教師參與指導，並針對會議內容與新進中醫師討論。</p> <p>4.教師對訂定訓練課程之建議有管道可以反應，並適當參與課程訂定。</p>	
<p>可 5.7.3</p>	<p>學習紀錄記載詳實</p>	<p>1.學習紀錄應確實記載受訓人員訓練內容、學習進度及學習成果。</p> <p>2.導師及臨床教師應適時於學習紀錄上記載受訓人員之學習表現或評量結果。</p> <p>[註] 若為新申請評鑑或前次評鑑合格效期內、或申請新增職類於當次評鑑合格效期內，未有收訓新進中醫師者，本條免評（not applicable, NA）。</p>	<p>受訓人員學習紀錄格式不拘，由各醫院自行發展即可，查證重點應在於了解受訓人員是否有依訓練計畫接受訓練。</p>
<p>可 5.7.4</p>	<p>提供新進中醫師病歷寫作及診斷書開立之訓練</p>	<p>1.病歷紀錄應符合病人實際情形，其內容如主訴、病史、身體檢查、實驗室及影像檢查、中西醫診斷、中醫四診、辨病與辨證治則、理法方藥分析與追蹤診療紀錄等。</p> <p>2.應視情況需要紀錄下列事項： (1)病人在身、心、社會層面的問題。 (2)醫師對診療過程之修正及改進。 (3)尊重病人自主，做好知情同意。</p> <p>3.身體檢查（physical examination）或器官系統檢查（system review）之結果，如以查檢表方</p>	<p>1.原則抽查 10 本病歷（以門診為主，會診為輔）。若其中有部分非由新進中醫師書寫，則應累計有至少 10 本以上均由新進中醫師書寫之病歷，且抽查的 10 本病歷中需至少一半以上的病歷需符合評量項目要求方才符合。</p> <p>2.病歷抽查涵蓋期間：依衛生署 100 年 1 月 31 日公告評鑑基準後所製作之病歷需符合規定。</p> <p>3.評量項目 4 所稱「簽名」，係指簽名或蓋章擇其一。</p> <p>4.評量項目 4「給予必要之指正或評論」，此項係強調由疾病專業方向來指導學生之病歷記載，並非每本病歷皆需修正，建議對於與病人實際狀況不符、判讀處置計畫有誤之病歷紀錄，主治醫師才須「必要」予</p>

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
		<p>式勾選者，對於陽性結果 (positive findings) 或有意義的陰性結果 (negative findings) 應加註說明。</p> <p>4. 主治醫師或教師對新進中醫師製作之病歷應予核閱並簽名，且給予必要之指正或評論。</p> <p>5. 醫院應安排教學活動，提升新進中醫師寫作病歷及開立診斷書等醫療證明文書之能力。</p> <p>[註] 若為新申請評鑑或前次評鑑合格效期內、或申請新增職類於當次評鑑合格效期內，未有收訓新進中醫師者，本條免評 (not applicable, NA)。</p>	以指正或評論。
可 5.7.5	導師與臨床教師共同參與課程設計	<p>1. 導師與臨床教師應參與訂定訓練計畫與課程內容，包含訓練目標、教學病例數，學習疾病的種類、受訓人員所承擔的工作項目與份量、臨床教學設施與人力之安排等事項。</p> <p>2. 導師定期與受訓人員面談，以瞭解其受訓情形。</p> <p>[註] 若為新申請評鑑或前次評鑑合格效期內、或申請新增職類於當次評鑑合格效期內，未有收訓新進中醫師者，本條免評 (not applicable, NA)。</p>	
可 5.7.6	評估教學成效並提供雙向回饋機制	<p>1. 應以多元方式定期進行教學成效評估，並依醫院特性選擇評估方式，如：客觀結構式臨床能力試驗 (objective structured clinical examination, OSCE)、直接操作觀察 (direct observation of procedural skills, DOPS)、迷你臨床演練評量 (mini-clinical evaluation exercise, mini-CEX) 或其他具體評估方式。</p> <p>2. 應提供雙向回饋機制 (包含評估表單的設計、評估方式、評估內</p>	多元評估係 2 種以上評估方式，「口頭回饋」可列計為其中一種，且醫院可視「口頭回饋」結果對受訓人員學習之重要性再選擇性摘錄即可。

102 年度教學醫院評鑑基準共識紀錄

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
		<p>容與回饋方式)。</p> <p>3. 若為聯合訓練計畫 (joint program)，訓練單位應提供管道供新進中醫師反應問題，並適時檢討改進。</p> <p>[註]</p> <p>1. 若為新申請評鑑或前次評鑑合格效期內、或申請新增職類於當次評鑑合格效期內，未有收訓新進中醫師者，本條免評 (not applicable, NA)。</p> <p>2. 「多元方式」係指 2 種以上的評估方式。</p>	
<p>可 5.7.7</p>	<p>新進中醫師之訓練成果分析與改善</p>	<p>1. 新進中醫師之訓練成果應符合訓練目標之要求，並於評鑑委員評核時能呈現適當的知識、技能和態度，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) 等。</p> <p>2. 對訓練成果不佳之新進中醫師，提供輔導與補強訓練。</p> <p>3. 根據新進中醫師訓練評估結果，適時修正教學計畫。</p> <p>[註]</p> <p>若為新申請評鑑或前次評鑑合格效期內、或申請新增職類於當次評鑑合格效期內，未有收訓新進中醫師者，本條免評 (not applicable, NA)。</p>	

第六章 其他實習學生及醫事人員之訓練與成果

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
6.1	<p>實習學生訓練計畫執行與成果 (可)</p> <p>【重點說明】</p> <p>1. 醫院應提供實習學生有系統之臨床教學訓練與符合資格之教學師資。</p> <p>2. 醫院應確保其院內各單位能配合臨床教學訓練之執行與成果評估。</p> <p>3. 醫院可就[註]規定之各職類，自行選擇免評 (Not applicable, NA) 本節；惟選擇受評之職類需同時受評第 6.1 及 6.2 節 (不得僅擇一免評)。</p> <p>4. 新申請評鑑或前次評鑑合格效期內、或申請新增職類於當次評鑑合格效期內，選擇受評之職類未有收訓實習學生者，則本節僅評量教學訓練計畫之內容 (即第 6.1.1 條)，其餘免評。</p> <p>[註]</p> <p>本節所稱實習學生，係指在教學醫院接受臨床實習訓練之各醫事相關科系學生，其職類包括護理、藥事、醫事放射、醫事檢驗、物理治療、職能治療、營養、呼吸治療、臨床心理、諮商心理與助產等共 11 職類。</p>	<p>102 年度評量項目</p>	<p>102 年委員評量共識</p> <p>1. 各職類教師可同時擔任實習學生或新進醫事人員之教師，惟同一教師同時間指導人員數不宜超過該職類基準規定之上限數；以藥事職類為例，甲院教師至多可同時指導 1 名學生及 3 名新進醫事人員。惟職能治療教師建議至多同時指導實習學生及新進醫事人員以 5 名為最適安排；營養教師建議至多同時指導實習學生及新進醫事人員以 4 名為最適安排。</p> <p>2. 教學醫院評鑑係評量申請職類之教學執行情形，非以部門區隔，評鑑委員將參考衛生署核定貴院之訓練計畫內容與實際了解訓練對象之訓練情形來評量，故請貴院宜呈現職能治療之實際教學執行成果。</p> <p>3. 實地評鑑委員第五章與第六章查證原則，係查證醫院是否依學校簽約合約或核定訓練計畫書落實執行。</p> <p>4. 前次評鑑合格效期內，若有收訓實習學生或受訓人員者，建議為訪談實地評鑑當日在院學生或受訓人員，若當日未能出席或已完訓，則可以電話訪談或查閱學習檔案、紀錄等方式進行。然，若某職類所有教師及受訓人員皆無法出席，該職類相關評核項目評核為「不符合」。</p> <p>5. 所稱「實習學生」原則上不包含見習生，請依據考選部公告之專技人員考試法規所提及實習認定標準項下內容，並以學校與醫院簽署之訓練合約上所列「實習學生」為主，各職類實習課程內容由學校學程定義。</p> <p>6. 為保障實習學生之學習權益與安全，醫院收訓 (或代訓) 實習學生，必須要有與學校 (或醫院) 簽約，於合約上載明之實習學生即屬本節查證對象，無論代訓或收訓、長期或短期實習學生。</p> <p>7. 護理研究所實習學生，依歷年委員共識紀錄「護理實習學生，不含研究所學制學生」，此實習學生對象多為已取得護理師證照，非考選部實習認定的範圍，故不屬</p>

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
			<p>6.1 節評量範圍。</p> <p>7.臨床心理大學部實習學生，依臨床心理師實習基準，係主要針對碩士期間修習的實習課程，大學部實習非考選部實習認定的範圍，故不屬 6.1 節評量範圍。</p>
<p>可 6.1.1</p>	<p>實習學生之教學訓練計畫具體可行，內容適當</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.醫院應與實習學生所屬學校訂有實習合約，明訂雙方之義務，例如：如何確保實習學生之學習權益與安全、教師與實習學生人數比例（師生比）、實習學生保險等。 2.應訂定教學訓練計畫，其內容應包含：訓練目標、核心課程、教學活動及評估機制等，並應符合該職類學生之實習需求。 3.教學訓練計畫主持人應有臨床教學經驗且符合附表規定之資格，並確實負責主持計畫相關事務。 4.教師應符合附表規定之資格，於帶領實習學生期間，並應適當分配時間從事教學工作與其他工作（如臨床照護），以維持教學品質。 <p>[註]：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有關各職類之教學訓練計畫主持人資格、教師資格及師生比等事項，請參照附表規定。 2.由學校派駐醫院之臨床護理與臨床心理教師，不適用第 4 項後段之規定。 3.若實習醫院為學校附設者，第 1 項之實習合約得以實習相關規範代替之。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.「具教學醫院臨床教學經驗」，不限指該院之教學醫院臨床經驗，凡實際執行教學之經歷即可採計，不限指實際收訓實習學生或新進人員之教學經驗。 2.護理和臨床心理職類之教師資格分為醫院臨床教師、及學校所聘之教師，符合其中一項即可擔任該職類教師。 3.受評醫院實習學生保險合約規定，自衛生署 101 年 3 月 16 日公告基準後均應符合並提供相關資料備查。實習學生保險決議如下： <ol style="list-style-type: none"> (1)凡學生赴教學醫院實習期間均應投保，未區分實習時間長短；至保險內容係指一般學生團體平安保險額度外，應增加傷害保險最低保額 100 萬。 (2)實習學生保險之保險對象為在學學生。 4.審視計畫主持人及臨床教師的資格。 5.實習合約明定雙方之義務如學習權益與安全及師生比等。 6.瞭解實習計畫書或實習手冊之檢討、版本更新(應定期更新，且宜為最新版本)之過程等。 7.審視實習計畫書內容之完整性及適用性（時間分配、學生分配、空間分配、實習內容等）。 <p>A 藥事</p> <p>藥事計畫主持人資格需通過「實習指導藥師訓練」，此認證僅由社團法人台灣臨床藥學會及臺灣藥學會共同核發，且需在效期內。</p> <p>B 護理</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.因安寧照護、ICU 單位之醫療照護特殊性，可不受「病床數與實習學生人數之比例不得低於 5：1」之規定，惟建議委員

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
			<p>於抽選訪談學員名單時，僅量以內外婦兒等科別之學員為主。</p> <p>2.護理附表所稱「病床數與實習學生人數之比例不得低於 5:1」，係指每 5 個病床至多收訓 1 位實習學生。</p>
可 6.1.2	適當安排實習學生教學課程內容及教學活動	<p>1.按照教學訓練計畫安排教學課程與教學活動，且依進度執行。</p> <p>2.院內各相關實習單位按照教學訓練計畫安排臨床教學活動，且符合訓練目標。</p> <p>3.實習期間之教學課程與教學活動，應依學生能力作適當調整。</p> <p>[註] 若為新申請評鑑或前次評鑑合格效期內、或申請新增職類於當次評鑑合格效期內，選擇受評之職類未有收訓實習學生者，就該職類本條免評（not applicable, NA）。</p>	<p>1.瞭解各項實習項目之實習指導教師的安排情形及檢視其適當性，如：實際參與實習指導教師之資格、師生人數、時間分配等。</p> <p>2.瞭解各項實習項目之實習指導教師與學生之間的互動情形，如：案例討論紀錄、學生報告之考評等。</p> <p>3.是否依教學訓練計畫安排教學課程，且依進度執行。</p> <p>4.以整體方向查證，醫院是否依各梯次學生的能力不同，適當調整教學課程與教學活動，但可無須依個別學生去做個別調整。</p> <p>A 醫事放射 針對醫事放射二技深耕實習學生，應至少呈現第 6.1.1 條文評量資料。</p>
可 6.1.3	評估教學成效並提供實習學生雙向回饋機制	<p>1.教師應針對學習過程中的問題，給予實習學生回饋。</p> <p>2.實習單位應提供管道供實習學生反應問題，並予以適當回覆。</p> <p>3.定期評估教師教學成效及實習學生學習成果，並訂有適宜且明確之評量表單等評估機制。</p> <p>[註] 若為新申請評鑑或前次評鑑合格效期內、或申請新增職類於當次評鑑合格效期內，選擇受評之職類未有收訓實習學生者，就該職類本條免評（not applicable, NA）。</p>	<p>1.瞭解受評醫院是否使用合適之評量表單或其他有效的評量方法，定期評估教師教學成效及實習學生學習成果。</p> <p>2.不同年級、不同科目實習的考核表內容應有不同。瞭解教學雙向回饋機制的設計及執行成效，及說明學生出現學習障礙時之處理方式。</p>
可 6.1.4	實習學生之學習成果分析與改善	<p>1.實習學生之學習成果應符合訓練目標之要求。</p> <p>2.對學習成果不佳之學生，提供輔導與補強訓練。</p> <p>3.定期檢討並修訂教學訓練計畫。</p> <p>4.醫院與學校定期召開實習學生</p>	<p>1.學校與醫院召開的檢討會型式，可採會議或視訊或 email 等方式討論，並應有會議紀錄與追蹤等資料。惟若以 email 方式，需達到會議討論之效果，委員實地評鑑得進一步了解 email 討論內容。</p> <p>2.學校與醫院召開的會議型式或邀請對象</p>

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
		<p>檢討會，並應記錄問題，予以追蹤及改善。</p> <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.實習學生檢討會議不限制會議形式，亦得與同一區域其他醫院共同辦理。 2.若為新申請評鑑或前次評鑑合格效期內、或申請新增職類於當次評鑑合格效期內，選擇受評之職類未有收訓實習學生者，就該職類本條免評（not applicable, NA）。 	<p>由醫院決定，得共同辦理，惟需有追蹤與改善機制。</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.計畫主持人若無法出席實習學生檢討會，建議仍應有該科部主管出席，且計畫主持人，需清楚瞭解檢討會之決議事項，以利結果追蹤改善事項。 4.審視該評估方式與內容是否可有效反映學生之學習成效。 5.醫院需與學校定期召開實習學生檢討會，「定期」由醫院依受訓梯次及實習學生數自行訂定，惟至少每年一次。 6.實習結束時與實習學生召開之檢討會議紀錄，仍需讓實習學生知悉，惟提供方式不拘，得由醫院或學校自行訂定。
		<p>6.2 新進醫事人員訓練計畫執行與成果（可）</p> <p>【重點說明】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院應提供新進醫事人員有系統之臨床教學訓練與符合資格之教學師資。 2.醫院應確保其院內各單位能配合臨床教學訓練之執行與成果評估。 3.醫院可就註 1 規定之各職類，自行選擇免評（Not applicable, NA）本節；惟選擇受評之職類需同時受評第 6.2 及 6.1 節（不得僅擇一免評）。若選擇免評或受評卻未通過之職類，則新合格效期內收訓之該職類新進醫事人員，不得申請行政院衛生署教學補助。 4.新申請評鑑或前次評鑑合格效期內，選擇之職類未有收訓新進醫事人員者，本節僅評量教學訓練計畫之內容（即第 6.2.1 條），其餘免評。 5.新增職類（係指通過 100 年(起)教學醫院評鑑申請新增職類者），於評鑑合格效期內，選擇之職類已無接受衛生署補助之受訓人員，本節僅評量教學訓練計畫之內容（即 6.2.1 條文），惟新增職類若為未通過之職類，醫院應提具相關改善資料佐證。 <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本節所稱醫事人員，係指護理、藥事、醫事放射、醫事檢驗、物理治療、職能治療、營養、呼吸治療、臨床心理、諮商心理與助產等共 11 職類之醫事人員。 2.本節所稱新進醫事人員或受訓人員，係指註 1 規定之醫事人員自領得醫事人員證書起 4 年內，接受「教學醫院教學費用補助計畫」補助之受訓學員。 3.醫院得就註 1 規定之各職類，自行選擇免評（Not 	<ol style="list-style-type: none"> 1.本節僅針對符合教學醫院教學費用補助計畫之二年期新進受訓人員進行稽核，其餘人員非屬本節評量對象，係屬「醫院評鑑 1.4 章員工教育訓練」評核範圍。 2.醫院有領證 4 年內之新進醫事人員，但無申請及接受衛生署補助，此對象屬教學醫院評鑑第 1 至 4 章、或醫院評鑑第 1.4 章之查證範圍，但不屬第六章查證範圍。 3.實地查證時，醫院可呈現既有佐證資料供評鑑委員參考；惟申請評鑑職類於過去 3 年內有申請行政院衛生署教學醫院教學費用補助計畫者，亦可呈現補助計畫相關資料供參。 4.若受評醫院 99 年度教學醫院評鑑合格，過去三年僅有在 99 年度收訓 1 名 OO 職類新進醫事人員，由於前次評鑑合格效期內皆無收訓任一名 OO 職類受訓人員，該職類第 6.2 節僅評量基準 6.2.1。

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
		applicable, NA) 本節。若選擇免評某一職類或受評卻未通過之醫院，則新合格效期內收訓之該職類新進醫事人員，不得申請行政院衛生署教學補助。	
可 6.2.1	新進醫事人員教學訓練計畫具體可行，內容適當	<ol style="list-style-type: none"> 1.應訂定教學訓練計畫，其內容並應符合該職類新進醫事人員之能力及訓練需求。 2.教學訓練計畫主持人應有臨床教學經驗且符合附表規定之資格，並確實負責主持教學計畫相關事務。 3.各職類之教學訓練計畫教師資格及教師與受訓人員人數比例等事項，請參照附表規定。 4.教師對於教學訓練計畫(含訓練課程)之建議有管道可以反應，並參與修訂計畫。 <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.指導新進醫事人員之教師資格，應符合「行政院衛生署教學醫院教學費用補助計畫」申請作業要點之規定。 2.各醫事職類之新進人員教學訓練計畫師資與師生比等要求，請參照附表。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.二年期 PGY 訓練課程依系統核定課程為主，醫院可依「受訓人員經驗與能力、醫院執行後修正」據以調整，但不宜與核定課程差異過大。 2.二年期 PGY 訓練課程內容之訓練時間未規範先後順序。 (註：有關各職類訓練課程可參照訓練課程內容新舊版本對照表) 3.建議儘量避開用餐時段進行教學，惟若需要利用該時段，仍須評估受訓人員學習過程與學習成果，以兼顧受訓人員學習與工作需要。
可 6.2.2	適當安排新進醫事人員教學課程內容及教學活動	<ol style="list-style-type: none"> 1.收訓新進醫事人員時，應採用具體的學前評估方式，以了解其能力及經驗。 2.應依受訓人員之能力及經驗，安排合適的訓練課程。 3.應使受訓人員清楚了解其訓練課程安排。 4.教師應依訓練課程安排進行教學，如因故無法完成訓練課程時，應訂有檢討補救機制。 5.訓練時間應合理安排，以兼顧受訓人員之學習與工作需要。 <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.若為新申請評鑑或前次評鑑合格效期內，選擇受評之職類未有收訓新進醫事人員者，就該職類本條免評(not applicable, NA)。 2.申請新增職類就該職類本條免 	<ol style="list-style-type: none"> 1.學前評估可包括教師就學員之背景所做之評估(應有紀錄)、及對受訓人員所做之面談、測試等方式。 2.每位受訓人員皆有學習紀錄檔案或手冊，應詳實記錄其參與之每個訓練內容及評估結果。學習紀錄檔案或手冊可以是學習護照或學習歷程案(portfolio)。 3.若受訓人員學習狀況良好或不佳時，可適時依其學習狀況調整進度。 4.醫院可依訓練計畫或醫院規模限制、臨床教師之專長，提供符合該職類必要之聯合訓練機制。 5.跨領域訓練未要求需由同一位教師指導，凡指導教師符合師資資格即可。 6.受訓人員學習紀錄格式不拘，由各醫院自行發展即可，查證重點應在於了解受訓人員是否有依訓練計畫接受訓練。

102 年度教學醫院評鑑基準共識紀錄

項次	評鑑基準	102 年度評量項目	102 年委員評量共識
		評 (not applicable, NA)。	
可 6.2.3	評估教學成效 並提供新進醫 事人員雙向回 饋機制	1. 教師應針對學習過程中的問題，給予受訓人員回饋。 2. 訓練單位應提供管道供受訓人員反應問題，並予以適當回覆。 3. 以多元化方式，定期評估教師教學成效及受訓人員學習成果。 [註] 1. 若為新申請評鑑或前次評鑑合格效期內，選擇受評之職類未有收訓新進醫事人員者，就該職類本條免評 (not applicable, NA)。 2. 「多元化方式」係指 2 種以上的評估方式。 3. 申請新增職類就該職類本條免評 (not applicable, NA)。	1. 各階段之訓練計畫須依醫院被核定之訓練內容調整適當之評估機制，以評核受訓人員之學習成效。 2. 查看是否有學習成效評量表與雙向回饋機制，並留有紀錄。 3. 教師應針對受訓人員學習過程中的問題給予回饋。 4. 訓練單位應提供管道供受訓人員反應問題並予以適當回覆。 5. 多元評估係 2 種以上評估方式，「口頭回饋」可列計為其中一種，且醫院可視「口頭回饋」結果對受訓人員學習之重要性再選擇性摘錄即可。 6. 多元評估「評估方式」及「頻次」，由各醫院依各職類核定訓練計畫內容設計及執行即可。
可 6.2.4	新進醫事人員 之學習成果分 析與改善	1. 受訓人員之學習成果應符合訓練目標之要求，例如能展現臨床教學活動之成效。 2. 對學習成果不佳之受訓人員，訂有輔導機制並落實執行。 3. 檢討教學訓練計畫，並適時修訂訓練課程。 [註] 1. 若為新申請評鑑或前次評鑑合格效期內，選擇受評之職類未有收訓新進醫事人員者，就該職類本條免評 (not applicable, NA)。 2. 申請新增職類就該職類本條免評 (not applicable, NA)。	1. 成果不佳係由醫院依各職類的能力要求自行訂定，若經院內評估學員的能力未達要求，即可進行輔導，以確保學習品質及病人安全。 2. 查看對受訓人員之學習成果與訓練目標之要求是否進行檢討。

附表、計畫主持人資格與師資

職類		A-1 藥事	A-2 醫事放射	A-3 醫事檢驗
條次				
第 6.1 節 實習學生之教學訓練計畫執行與成果				
6.1.1	計畫主持人資格 ^註	具教學醫院臨床教學經驗 5 年以上專責藥事執業經驗之專任藥師，且通過實習指導藥師訓練	具教學醫院臨床教學經驗 5 年以上專責醫事放射執業經驗之專任醫事放射師，且通過實習指導醫事放射師訓練	具教學醫院臨床教學經驗 5 年以上專責醫事檢驗執業經驗之專任醫事檢驗師，且通過實習指導醫事檢驗師訓練
	教師與實習學生人數比例	不得低於 1:1 (即每 1 位教師於同一時期至多指導 1 名學生)	不得低於 2:1 (即每 2 位教師於同一時期至多指導 1 名學生)	
	教師資格	具教學醫院 2 年以上專責藥事執業經驗之專任藥師，且通過實習指導藥師訓練	具教學醫院 2 年以上專責醫事放射執業經驗之專任醫事放射師	具教學醫院 2 年以上專責醫事檢驗執業經驗之專任醫事檢驗師
第 6.2 節 新進醫事人員之教學訓練計畫執行與成果		◎下列新進醫事人員相關規定依行政院衛生署最新公告之「教學醫院教學費用補助計畫申請作業要點」為準		
6.2.1	計畫主持人資格 ^註	具教學醫院臨床教學經驗 5 年以上專責藥事執業經驗之專任藥師，且通過實習指導藥師訓練	具教學醫院臨床教學經驗 5 年以上專責醫事放射執業經驗之專任醫事放射師，且通過實習指導醫事放射師訓練	具教學醫院臨床教學經驗 5 年以上專責醫事檢驗執業經驗之專任醫事檢驗師，且通過實習指導醫事檢驗師訓練
	教師與受訓人員人數比例	不得低於 1:3 (即每 1 位教師於同一時期至多指導 3 名受訓人員)，且教師應為醫院專任人員		
	教師資格	具教學醫院 4 年以上專責藥事執業經驗之專任藥師	具教學醫院 3 年以上專責醫事放射執業經驗之專任醫事放射師	具教學醫院 4 年以上專責醫事檢驗執業經驗之專任醫事檢驗師

註：實習學生教學訓練計畫主持人與新進人員教學訓練計畫主持人得為同一人。

附表、計畫主持人資格與師資

職類		B-1 護理	B-2 營養	B-3 呼吸治療	B-4 助產
條次					
第 6.1 節 實習學生之教學訓練計畫執行與成果					
6.1.1	計畫主持人資格 ^註	具教學醫院臨床教學經驗 5 年以上專責護理執業經驗之專任護理師	具教學醫院臨床教學經驗 5 年以上專責營養執業經驗之專任營養師	具教學醫院臨床教學經驗 5 年以上專責呼吸治療執業經驗之專任呼吸治療師	具教學醫院臨床教學經驗 4 年以上專責產科臨床執業經驗之專任婦產科醫師、專任助產師或專任護理師
	教師與實習學生人數比例	不得低於 1：8（即每 1 位教師於同一時期至多指導 8 名學生），但綜合臨床實習與護理行政實習不在此限	不得低於 1：4（即每 1 位教師於同一時期至多指導 4 名學生）	不得低於 1：4（即每 1 位教師於同一時期至多指導 4 名學生）	不得低於 1：7（即每 1 位教師於同一時期至多指導 7 名學生）
	教師資格	1.學校所聘之護理臨床教師：至少應有 1 年以上教學醫院臨床經驗之護理碩士，或 3 年以上臨床經驗之護理學士。但學校派駐醫院之臨床教師原已符合 2007 年教學醫院評鑑基準規定資格者，不在此限 2.醫院之臨床師資：需具教學醫院 3 年以上臨床護理經驗之專任護理師	具教學醫院 2 年以上專責營養執業經驗之專任營養師	具教學醫院 3 年以上專責呼吸治療執業經驗之專任呼吸治療師	專任婦產科專科醫師或具教學醫院 3 年以上助產執業經驗之專任助產師或專任護理師
	其他規定	病床數與實習學生人數之比例不得低於 5：1，但產科、兒科及精神科不得低於 3：1	無	無	無

條次	職類	B-1 護理	B-2 營養	B-3 呼吸治療	B-4 助產
第 6.2 節 新進醫事人員之教學訓練計畫執行與成果		◎下列新進醫事人員相關規定依行政院衛生署最新公告之「教學醫院教學費用補助計畫申請作業要點」為準			
6.2.1	計畫主持人資格 ^註	具教學醫院臨床教學經驗 5 年以上專責護理執業經驗之專任護理師	具教學醫院臨床教學經驗 5 年以上專責營養執業經驗之專任營養師	具教學醫院臨床教學經驗 5 年以上專責呼吸治療執業經驗之專任呼吸治療師	具教學醫院臨床教學經驗 4 年以上專責產科臨床執業經驗之專任婦產科醫師、專任助產師或專任護理師
	教師與受訓人員人數比例	不得低於 1:3 (即每 1 位教師於同一時期至多指導 3 名受訓人員)，且教師應為醫院專任人員			
	教師資格	具教學醫院 3 年以上專責護理執業經驗之專任護理師	具教學醫院 4 年以上專責營養師執業經驗之專任營養師	具教學醫院 3 年以上專責呼吸治療臨床經驗之專任呼吸治療師	專任婦產科專科醫師或具教學醫院 3 年以上助產執業經驗之專任助產師

註 1：實習學生教學訓練計畫主持人與新進人員教學訓練計畫主持人得為同一人。

註 2：有關計畫主持人資格認定，考量「助產」、「臨床心理」、「諮商心理」職類較晚成立，102 年度從寬認定為：「具教學醫院臨床教學經驗 4 年以上即可，並自 101 年起逐年增加 1 年經驗至 103 年起應具教學醫院臨床教學經驗 5 年以上」。

註 3：營養職類新進人員訓練之教師資格配合 101 年 6 月 21 日衛署醫字第 1010264806 號修正公告行政院衛生署教學費用教學補助計畫申請作業要點予以修正。

附表、計畫主持人資格與師資

職類		C-1 物理治療	C-2 職能治療	C-3 臨床心理	C-4 諮商心理
條次					
第 6.1 節 實習學生之教學訓練計畫執行與成果					
6.1.1	計畫主持人資格 ^註	具教學醫院臨床教學經驗5年以上專責物理治療執業經驗之專任物理治療師	具教學醫院臨床教學經驗5年以上專責職能治療執業經驗之專任職能治療師	具教學醫院臨床教學經驗4年以上專責臨床心理執業經驗之專任臨床心理師	具教學醫院臨床教學經驗4年以上專責諮商心理執業經驗之專任諮商心理師
	教師與實習學生人數比例	不得低於1:3(即每1位教師於同一時間至多指導3名學生)	不得低於1:3(即每1位教師於同一時期至多指導3名學生)	不得低於1:3(即每1位教師於同一時期至多指導3名學生)	不得低於1:2(即每1位教師於同一時期至多指導2名學生)
	教師資格	具教學醫院3年以上專責物理治療執業經驗之專任物理治療師	具教學醫院2年以上專責職能治療執業經驗之專任職能治療師	1.醫院之臨床教師：具教學醫院2年以上專責臨床心理師執業經驗之專任臨床心理師。 2.學校所聘之臨床心理教師：需在大學臨床心理學相關系所教授臨床心理學相關課程，領有臨床心理師證書，且受醫院聘請提供臨床服務與兼任臨床督導者，其中具博士學位者應具1年以上、碩士學位者應具2年以上、學士學位者應具5年以上教學醫院臨床經驗。	具2年以上心理治療臨床執業經驗之專任諮商心理師、或精神科專科醫師

條次	職類	C-1 物理治療	C-2 職能治療	C-3 臨床心理	C-4 諮商心理
第 6.2 節 新進醫事人員之教學訓練計畫執行與成果		◎下列新進醫事人員相關規定依行政院衛生署最新公告之「教學醫院教學費用補助計畫申請作業要點」為準			
6.2.1	計畫主持人資格 ^註	具教學醫院臨床教學經驗 5 年以上專責物理治療執業經驗之專任物理治療師	具教學醫院臨床教學經驗 5 年以上專責職能治療執業經驗之專任職能治療師	具教學醫院臨床教學經驗 4 年以上專責臨床心理執業經驗之專任臨床心理師	具教學醫院臨床教學經驗 4 年以上專責諮商心理執業經驗之專任諮商心理師
	教師與受訓人員人數比例	不得低於 1:3 (即每 1 位教師於同一時期至多指導 3 名受訓人員)，且教師應為醫院專任人員			
	教師資格	具教學醫院 3 年以上專責物理治療執業經驗之專任物理治療師	具教學醫院 3 年以上專責職能治療執業經驗之專任職能治療師	具 4 年以上專責臨床心理執業經驗之專任臨床心理師	具 3 年以上專責諮商心理執業經驗之專任諮商心理師

註 1：實習學生教學訓練計畫主持人與新進人員教學訓練計畫主持人得為同一人。

註 2：有關計畫主持人資格認定，考量「助產」、「臨床心理」、「諮商心理」職類較晚成立，102 年度從寬認定為：「具教學醫院臨床教學經驗 4 年以上即可，並自 101 年起逐年增加 1 年經驗至 103 年起應具教學醫院臨床教學經驗 5 年以上」。

註 3：臨床心理職類新進人員訓練之教師資格配合 101 年 6 月 21 日衛署醫字第 1010264806 號修正公告行政院衛生署教學費用教學補助計畫申請作業要點予以修正。