

# 「中醫師臨床訓練制度第二次座談會議」會議紀錄

時間：民國 107 年 1 月 29 日(星期一)上午 09 時 35 分

地點：本部 201 會議室

出席人員：

教育部高等教育司

卓專員意屏

周研究助理君儀

財團法人高等教育評鑑中心基金會

鄭管理師國良

周助理研究員華琪

中華民國中醫師公會全國聯合會

柯秘書長富揚

黃理事建榮

陳秘書佩汶

台灣中醫醫學教育學會

蘇理事長奕彰

黃秘書長怡嘉

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

李主任素華

陳專案副管理師盈芳

中國醫藥大學中醫學系

羅主任綸謙

中國醫藥大學學士後中醫學系

巫主任康熙

義守大學學士後中醫學系

林主任立偉

臺北市立聯合醫院林森中醫昆明院區

邱主任榮鵬

長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院

陳主任俊良

暨長庚大學中醫學系

李助理秋慧

中國醫藥大學附設醫院

黃主任升騰

長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院 洪主任裕強  
義大醫療財團法人義大醫院 蔡部長金川  
佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院 林主任經偉  
公共政策網路參與平台提案人 蔡醫師令儀  
連署人 李醫師玟苓

徐醫師聖俠

范醫師傑倫

長庚大學中醫學系系學會

陳會長昭穎

中國醫藥大學中醫學系系學會

蔡會長樵旭

林同學于喬

沈同學靖芳

中國醫藥大學學士後中醫學系系學會

廖會長苙婷

何同學立珽

義守大學學士後中醫學系系學會

陳同學柏潤

慈濟大學學士後中醫學系系學會

顧會長渙瑩

#### 列席人員：

立法委員林靜儀國會辦公室

盧國會助理玟聞

立法委員吳焜裕國會辦公室

盧國會助理恩萱

衛生福利部部長室

羅佩琪

中醫藥司

褚文杰、蔡素玲

洪小幸、林聖傑

邱文鑑、陳欣怡

紀錄：陳慧馨、薛雅婷

主席：黃司長怡超

## 壹、緣起

## 貳、主席致詞

## 參、提案人報告

## 肆、中醫藥司報告

## 伍、相關單位報告

一、中醫師公會全聯會：103年至106年初次加入各地方中醫師公會之新進中醫師人數。

二、醫策會：107年「中醫醫療機構負責醫師訓練計畫」主要訓練醫院申請名額及主要訓練醫院將送代訓院所納入協同院所名單概況。

三、中醫四校五系：學校體系醫院或合作院所可提供中醫實習訓練與負責醫師訓練容額概況。

四、台灣中醫教育學會與醫策會：擬訂中醫院所送「代訓」制度改善方案。

（以上報告內容詳如附件會議發言逐字稿）

## 陸、討論事項：（案由二至四，併案討論）

案由一、提案訴求欲廢除負責醫師訓練制度，是否仍有執行之必要性？提請討論。

結 論：提案人及連署代表人同意現不廢除負責醫師訓練制度，但未來不排除再提出廢除制度之要求。

案由二、若目前合格訓練院所提供之訓練員額，無法滿足新進中醫師訓練需求，應如何解決？提請討論。

案由三、為滿足部分新進中醫師期望能同時工作及訓練之需求，本部除訂有「自訓」模式，尚有「代訓」機制，

惟部分受訓醫師又反應「代訓」有低薪及過勞情事，是否廢除「代訓」機制，抑或有其他建議？提請討論。

**案由四、**為配合受訓醫師要求，本部自 103 年推動「代訓」機制後，部分主要訓練醫院逐年有增加收「代訓」學員，減少收「自訓」學員之趨勢，導致「自訓」學員人數成長有限，影響訓練品質，應如何改善？提請討論。

**結論：**一、與會者認為，「代訓」制度可擴展訓練容額，不宜廢除，但仍須改善制度不完善處，例如：工時過長、受訓醫師於送代訓診所看診時數無法採計訓練學時等。

二、有關提案連署人代表訴求代訓看診時數採計訓練時數乙節，將請台灣中醫教育學會及醫策會研擬配套措施，提至本部今(107)年「輔導中醫醫療機構負責醫師訓練品質提升計畫」第一場任務型工作小組會議討論，屆時將邀請提案連署代訓醫師代表與會討論，俟會議決議後，送至前揭計畫第一場專家共識會議確認，俾供後續政策調整參考。

三、至於提案連署人代表建議降低主要訓練診所遴選資格之指導醫師數部分，請中醫師公會全聯會於本部 107 年「確保中醫負責醫師主要訓練診所訓練品質計畫」之任務型工作小組會議進行主要訓練診所遴選基準研修作業時，一併檢討。

**案由五、**依前次會議結論，部分中醫學系體系醫院提供訓練容

額與畢業人數懸殊，未達大學評鑑要求輔導學校畢業生就業，進而提出中醫學系應進行減招乙事，是否可行？提請討論。

**結 論：**本次會議資料，本部已彙整中醫四校五系體系醫院或合作院所提供中醫學生見、實習、畢業後負責醫師訓練容額及中醫學系畢業生執業中醫比率，供教育部參據，後續資料若有更新，將另函知該部。

**柒、臨時動議**

**捌、散會：下午 12 時 35 分**

## 中醫師臨床訓練制度第二次座談會議逐字稿

時間：107年1月29日上午9時35至中午12時35分

地點：衛福部201會議室

蔡科長素玲：

各位提案人、代表，大家早安，現在開始召開「中醫師臨床訓練制度第二次座談會」，在會議開始之前我們先介紹一下與會來賓，因為今天與會人很多，大家先互相認識一下，等一下比較有利於討論。

我先從左邊開始：第一位是教育部高等教育司卓專員意屏，第二位是教育部周研究助理君儀，第三位是財團法人高等教育評鑑中心基金會鄭管理師國良、(第四位)是周助理研究員華琪，第五位是中醫師公會全國聯合會柯秘書長富揚、黃理事建榮，(第七位)是台灣中醫醫學教育學會蘇理事長奕彰、黃秘書長怡嘉，(第九位)是醫策會李主任素華、陳專案副管理師盈芳。

接下來是提案人，第一位是蔡醫師令儀，(第二位)是李玟苓醫師，(第三位)是徐醫師聖俠，(第四位)是范醫師傑倫。

接下來是四校五系系學會代表，我這邊的名單是，中國醫藥大學中醫學系蔡會長樵旭、醫教會林主席于喬，(第三位)是中國學士後中醫學系廖會長苡婷、何新會長立珽，(第五位)是義守大學後中醫系事務委員會陳部長柏潤，(第六位)是慈濟大學系學會顧會長渙瑩。

再來是主訓醫院代表，第一位是林森中醫院區邱主任榮鵬，(第二位)是義大醫院蔡部長金川，(第三位)是高雄長庚洪主任裕強，(第四位)是林口長庚陳主任俊良，(第五位)是中國附醫黃主任升騰。

接下來是四校五系的老師代表，第一位是中國醫藥大學學士後中醫學系巫助理教授漢揆(應是巫系主任康熙)。

巫系主任康熙：

因為這個會太重要了，所以系主任自己來了。

蔡科長素玲：

謝謝您。

再來是中醫學系的羅系主任綸謙。

再來是有兩位立委辦公室代表，第一位是吳焜裕國會辦公室盧國會助理恩萱，再來是林靜儀國會辦公室盧國會助理玟聞。

接著是部裡面，第一位是公共（政策參與）平台窗口，羅高階管理師佩琪。接著是今天的速錄師。以上介紹。

還有義守大學的林主任立偉，謝謝。

我們先就會議緣起宣讀完之後，再請我們的主席致詞。

陳技士慧馨：

這個會議因應國家發展委員會公共政策參與平台，它是一個可以提供國民提出政策建言的平台，在去年11月11日提案，想要廢除「中醫醫療機構負責醫師訓練制度」，這個提案也在同年12月27日達到五千人附議連署成案，為了釐清中醫界跟中醫學生對於這一個提案相關訴求的意見，我們也在去年12月4日召開了第一次中醫師臨床訓練制度座談會。

會議結論是，請我們這一次要請中醫四校五系代表報告體系醫院及合作院所，可以提供中醫實習與負責醫師訓練容額、實際受訓名額。

至於，有關中醫學系減招的部分，因為涉及教育部的權責跟財團法人高等教育評鑑中心基金會實務執行的範疇，所以我們這一次有請到他們共同討論。

為了要瞭解提案人的訴求及檢討這一個制度，我們召開這個會議，聽取各界的意見來作為未來政策的規劃參考。

為了要符合公共政策參與平台回應資料公開、透明化的原則，我們今天有特別聘請速錄師來製作這次會議的發言逐字稿，我們會後也會用電子郵件提供各個與會者確認。

我們大概會在禮拜三的時候寄給大家確認，請大家禮拜五的時候要回覆我們，如果沒有回覆的話，我們就是會以會議現場直接紀錄的內容呈現，等一下發言的時候，要麻煩大家要按麥克風，然後要報告代表的單位及姓名方便速錄師記錄，以上，謝謝。

蔡科長素玲：

謝謝說明，請主席致詞。

黃司長怡超：

教育部所派的代表、高教評鑑中心工作人員、中醫師全聯會秘書長及理事、台灣中醫教育學會理事長及秘書長、醫策會李主任、相關四校五系代表、今天提案人、受訓醫師代表、主訓醫院幾位先進，及義大、中醫大、長庚各位不管是在臨床或是學校系代表，以及國會不管是吳委員或林委員辦公室的各位先進，大家早，我想我們也因應在公共政策平台成案後，要有相當的程序要走。

我想我在這裡簡單講一下，其實在還沒有成案之前，12月4日已經有請全聯會、台灣中醫教育、四校五系，及提案相關的中醫師來就這個課題討論。

這一、兩個禮拜其實在林靜儀委員的國會辦公室，由部裡面的何政次、中醫藥司的同仁，及有兩位參加所謂代訓醫師的代表，共同就我們現在負責醫師訓練，不管是在主訓醫院全程或是以代訓制度，以及今年即將啟動的診所當作負責訓練場域的課題都有討論，我想當天林委員也針對1月29日要召開會議也有一些指示，我想我們也會根據這個情形，把今天這個課題針對幾個重要的部分來說明。

我想負責醫師訓練基本上根據醫療法第18條，國家對於不管是中醫師、西醫師、牙醫師的法源規定。第二點，從103年中醫藥司及中醫各界共同推動負責醫師訓練以後，我想我們這四年來，其實也面對一些從執行中所引發的一些情形，但我想最重要的是，這四年來我們不管是跟主訓醫院的各界代表、全聯會及四校五系的學生，其實大家四年來，幾十場會議有很重要的所謂專家共識會議，還有其他各種場合裡面，包括我們對這個制度、容額都有討論。

等一下我想我們中醫藥司會做會議之前的簡報，我想在這裡也是跟各位講，一方面我要感謝不管是中醫各界，特別是主訓醫院、全聯會、台灣中醫教育學會及四校五系的老師、學生們，大家對於這個制度的支持。

我們現在當然還有一些問題要面對，特別是員額及受訓代訓的情形當中，怎麼樣在品質及工時方面，大家共同瞭解這一個狀況、怎麼



樣共同面對，我想在這裡，一方面還是要感謝各位今天在這麼冷的天出席公共政策平台成案後的會議。接下去就由中醫藥司來作報告。

蔡科長素玲：

接下來我們按照議程第三個部分，我們請今天的提案人進行簡單的說明。

蔡醫師令儀：

我想經由國發會的連署平台，有五千多人連署，我想這是一個不能被忽略的一個數字，所以今天對我們而言，這是成案之後的第一次會議。

由於第一次會議，我們覺得它是屬於比較無效的溝通，經過管理師跟我們釐清了許多現狀跟問題，我想可能在這樣子的平台管道及這樣子的溝通方式之下，可能會有比較好的溝通成果，而且有一些我們可以預期一些進行的程序。

這個訓練計畫未來該怎麼樣走、它能不能持續地走下去，其實是有賴主管機關中醫藥司在執行這個計畫上，有關於容額的部分及受訓配置的部分，我想這些都必須要列入考慮。

我想目前大家最 concern 的一點還是在於開業資格，我想三類醫事人員，沒有任何一個醫事人員在日後過了若干年之後的開業資格會受到限制的，我想這是最大的 concern，如果這個部分沒有辦法妥善解決，可以讓每個人都能夠擁有像過去諸位所能夠自由開業權利的話，我想這個問題始終不會完全地落幕，這是最主要的問題，在這邊再一次跟大家作提醒。

緊接，中醫藥司今日的會議，希望可以務必依照議程，我們在開會通知上都有收到議程，至少可以達成一些共識。我相信今天不是檢討臨床教學品質或內容是什麼樣，這並不是我們的專業，而是聚焦於制度本身，在此先釐清今天立場，希望今日的會議紀錄都有全程錄音，而且製作逐字稿，避免任何與會者的意見表達被忽略，或者是沒有紀錄在上面，或者是紀錄不詳實的情況，以上是大概對今天會議的期望。

請聖俠來幫我們報告一下，我們有針對大概不知道多少位已經是

進入受訓，就是 103 年畢業以後的中醫師做的一個問卷調查，他做了一些整理跟分析，為大家作一個報告，謝謝。

徐醫師聖俠：

上傳一個檔案，請各位看圖會清晰一些，請給我們一點時間。

邱主任榮鵬：

對不起，今天會議內容所使用的 PPT，可不可以都留下來，然後同步提供所有與會代表？這樣我們回去看會比較清楚，也許今天放完之後，我們就過去了，這個 PPT 是不是可以保留下來給與會代表回去作參考？

蔡科長素玲：

我想這個溝通平台就是透明，所以不管是政府的或今天連署人，我想今天連署人也不會反對吧！我們就一起放在負責醫師的管理平台，因為那個平台已經很成熟了，可以嗎？好。

徐醫師聖俠：

感謝各位長官、同道今日出席，我快速報一下，這個所謂問卷的來歷是，我們在從之前做一個試調查之後，重新校正過來的第二次問卷，針對是 103 年到 106 年所有已經畢業的新進中醫師的這個調查。

目前回收是兩百六十份，是還沒有到全部，但是我們仍再繼續蒐集資料中，而目前這應該已經是全臺灣代表新進中醫師最完整的一份資料，在這中間有一些有趣的現象，及因應大家的回應而提出的提案，希望各位稍微參考一下。

提醒一下，這一些東西不是我或者是這四個人，或者是在場任何一個學生代表的個人意見，這些是所有人匯集起來的資料，如果要診斷病的話，要覺知清明，要診斷社會問題，我們也要覺知清明，到底發生什麼事情，請大家來瞭解一下。

網路全匿名，到目前為止 260 份，還在持續調查中。有一部分的內容因為還沒有蒐集完整，還沒有全部公布出來，目前暫時先將趨勢比較明顯，不太會因為問卷數再增加而改變的這些內容，我們先提供一部分。

這是基本的資料，各校系的人口比例。大致上各校系年級都稍微

有一些代表，普遍上因為雙修的同學們相對上另有出路，所以回應比例小一點。

這是目前的受訓狀況，就是有回應的中醫師之受訓狀況。其中需要注意的，是大約有 40% 目前仍未受訓，有一部分是已經結訓的同學們，這些資料回去各位可以慢慢細看。

這是目前的狀態，這個狀態會分得再細一點，就是第一年、第二年及已經結束的，或是直接在診所執業及在醫院任職。表格中還包含部分走西醫的同道，他們也對中醫非常地關注。

我們做這些計畫，其中有幾項宣稱的目的跟指標。這是同學們對於是否達成的評論，左邊是「1」、右邊是「5」，是最不同意跟同意，所以除了擴增醫院行政充足人力之外，大部分都是強烈偏向目的未達成。以這些指標來講，相對地就是離理想目標更遠，幾乎是一面倒的狀態。

原始提案中，既然提到是否廢除或調整負責醫訓練計畫，就要有這一部分的調查。基本上廢除跟縮短的比例，大概接近。都是強烈贊成必須有所調整，不能依照目前這個狀態繼續。

如果不綁開業，目前計畫提供的訓練品質，是否能夠吸引大家進來？目前看來的數據只有 15% 的同學們會有意願再進來，而且主要是有機會在醫院主訓的同學們會比較有意願。

現狀不太怎麼樣，我們看接下來怎麼辦。我的部分會提到兩個主要希望調整的方向，它有它的理論、邏輯：

一，請以代訓看診時數採計訓練。其實中醫不能永遠跟在旁邊看，還是要自己下手的。中醫不離臨床。真正已經有執照的醫師畢業了，應該要有機會累積臨床經驗才是真正進步。在實習的過程中已經跟診跟很多了，所以繼續跟診有意義，可是不能只有繼續跟診。

另外，在問卷提問的時候，問到代訓制度可以改善的內容。這一題最大量的一部分回應，是採計訓練時數。目前在醫院主訓醫師中，最多每週開到七診。這些時數如果都能夠計算在訓練時數之內的話，其實理應代訓醫師及其他所有各種訓練辦法醫師，在這個診數以下的看診時數，應該要合理計算。否則主訓醫院的這些醫師的看診時數就

不能夠計算，應該要相同規則，一律同仁。

之前有一些疑義是說：代訓醫師的看診在診所，它的可信度可能有一些疑義。但目前已經完整建立了制度。包括主訓診所，整個計畫放到外面、不在醫院裡面跑，都有辦法經過核查之後實施，所以這個代訓醫師人每天都還會出現在醫院，還有每個月定期溝通狀態之下，應該是可以有行政程序來解決在診所看診的時數被認證的問題。

我們目前的提議是：以五診以下，折抵最多二十小時的每週訓練時數。為什麼會有這個五診？後面有調查資料。

這個規定存在一些衍生性問題，目前最大的難題就是納訓困難，納訓困難的時候，其實代訓有一些名額，醫院開了，但人進不來。原因是診所端難以配合，因為必須全程綁在醫院，導致在診所看診的時間，必須要搶走原有醫師晚上跟週末的重要時段，對於患者不公平、對於僱用醫師的診所不公平，這個狀態之下能夠談成的就少，這是代訓進來人數少的其中眾多原因之一；如果能夠擴大折抵時數，這個問題可以相對緩解。

這是我們調查所有代訓醫師，就是目前已經進入代訓計畫的醫師，他們對於應該採納多少訓練時數的統計。第一年是黃色，第二年是橘色。可見普遍認為第一年應該是五診，到第二年六診之間，這是為什麼我們提案五診。其實如果真的要要求高一點，其實是可以提案五至六診，因為這是符合統計大家意見的綜合結果。

目前每週開診數統計，主訓最多其實開到七診，因為有一部分醫院有會診或其他訓練，所以除了臨床開診之外，主訓醫師他們還有其他訓練途徑。也因此開診數普遍比代訓來得少。但代訓的醫師在會診或其他的訓練途徑上時間相對少一些，而且代訓醫師在醫院不得申請任何補助，所有的生活所須需要由臨床看診支應。所以允許代訓醫師看診數較主訓為多，是合理的說法。

另外，各位長官不一定知道這一件事，但是調查的時候，我們也頗驚訝的。竟然一部分的同學已經低於3萬了，20多K，到底是多少我也不知道。那幾位低薪回應者最主要而常見的問題，是他們所在位置較為偏遠。離主訓醫院很遠的時候，他的交通行程太多。或者是他

的診所老闆有一些特殊狀況等等。

像這種狀態之下，在這邊的人，都不是笨蛋。今天能夠坐在這台子上的，我們這些都是兩千個人選出一百個人出來的，或者是其他在各個地方的佼佼者。你們的學生、你們的後輩，你們好好訓練出來的下一代，值得比這個更有尊嚴地待遇。

這是受訓中醫師工作時數的問題。這是統計目前在醫院加診所的總工作量，每週所需要的小時數。可以看到如果按照衛福部新的住院工時指引，每日不得超過十小時、五天五十小時，再超過就一定違規，這樣之下，其實過勞情況頗為嚴重。

尤其是代訓醫師，超過五十小時的情形，百分之七十五以上。前幾屆已經完訓的代訓醫師，甚至達到百分之八十五以上過勞。這個數字是不能穩定持續的，已經有一些代訓醫師在往返的交通過程中，因為太過勞累，所以出了交通事故，或者是個人身體出現各種各樣內分泌及免疫問題。現在，只是抱怨，如果再不處理，接下來就會有人出事。希望大家能夠上工治未病，不要真的有人在你的醫院倒下去。

不管要不要廢除，這是目前的數據。我們把衛福部提供每年的受訓人數，包括主訓跟代訓的人數，藉由那數據作為推估計算，然後以今年收訓人數為去年百分之一百二十來估算出來這組數字。我們相信衛福部那邊會有更詳細的，每年度參與訓練跟完成訓練的人數，只是目前這一個部分尚未公開。

這個圖裡面最重要的是負數的那一些。在之前提供的表單上，你看到年年受訓人數不斷增加，前景一片光景美好。但是，陰影也在不斷擴大。下面那一些是沒有受訓的、目前尚未納訓的。即使是各家醫院、診所不斷地努力，我們還沒有受訓的畢業醫師數仍然不斷地上升，這個問題沒有緩解的勢頭，必須要做明確地調整。

再來，大家對於負面的爭議、抱怨，其中一項是，對於指導醫師普遍覺得有所欠缺，仍不足夠，不能達到大家學習的需求。這個問題其中一個原因，大家早就知道。就是中醫界人口分布，診所遠大於醫院。

但是目前教學重擔全部落在醫院的各位頭上。說好聽的，是讓各

個醫院可以促進下一代的進步。講難聽的就是，不只是新進醫師過勞，各位，你們也在過勞。但是所有診所所有經驗的老醫師，他其實沒有辦法插手。為什麼？因為他的診所，他自己看得很快樂，只有一個兩個。他沒有達到三個指導醫師人數的時候，目前是沒有辦法申請診所主訓的，他沒有辦法。診所沒有聘請新醫師需求的時候，他根本對這個系統幫不上忙。

所以，我們建議第二個調整，是主訓診所的參與計畫資格要予以放寬，之前有一份公告是兩位指導醫師加另外一位醫師即可，但是後來可能因為指導科別的調整，這部分稍微受到一點耽擱。

所以在系統分析上，從開始實行計畫至今，我們面對了幾個不同的瓶頸。第一個階段是主訓根本塞不進所有人。因為各醫院中醫部付不起所有人的薪水，所以我們遇到了經費瓶頸。接下來代訓醫師開始出一點錢，學生會勉強稍微累一點，沒有睡覺，多搭車，從宜蘭到台北，還是可以來代訓。

接下來，現在此時此刻，今年慈濟的同學們也開始畢業加入職場。現在面臨到一個問題，各個醫院的實體空間實質上已經不夠了。以我個人所在的代訓醫院，目前如果所有人都同時出現在診間，真的，我們真的成了路障，病人輪椅要過過不了。

像其他的院區也有出現某一些特定科別的醫師，因為該科別醫師，比如針傷科醫師佔所有指導醫師的比例，相對比較小。但每位受訓醫師有一個規定必須的修習月份數，導致他們的訓練排程前後必須大幅調動，才能勉強容納足夠的人數。現在醫院已經遇到了師資跟實質空間的問題。這已經不是各位能夠努力的問題了，因為剩下來沒有加入中醫的醫院，只剩台大、成大。他們也吃不了幾個。我們必須要用中醫界剩餘、還沒有加入的生力軍，在外面診所的人力及他們的空間資源，來改善這個問題，否則這個問題永遠無解，會越來越大。

所以，希望能夠達成一個調整的方向是，能夠讓其他人加入戰局，也加入輔助。更多的指導醫師選擇，會讓學生更有機會找到適合他的學習方向，才不會對學習的不滿意度這麼高。

再來，光主訓診所的參與條件，只是在指導醫師人數下降而已，

其他地方其實照正常的規格去評核、遴選是合理的，只要認證之後，應該是可以參與訓練。而其他本身沒有聘僱需求的診所，也應該要允許他們加入主訓診所，成為訓練群組。否則像很多主訓診所，（原因一）可能只有兩個醫師，跨了四科，我們有五科需要訓練；（原因二）這個是純內科診所，這個是純針傷診所，他根本就裡面好幾位醫師，但是全部偏門。沒有辦法自己吃下完整訓練內容。所以我們必須要讓診所與診所間直接搭配。

為什麼不要求診所跟醫院搭配？因為醫院的專科醫師已經爆炸了，醫院某一些科別人數已經不夠了。如果診所必須要配合醫院的時候，醫院還是爆炸。所以一樣是醫院教學人力不足、一樣是醫院空間不足。所以必須要診所加診所，在適當的輔導查核之下，能夠自行成為一個完整的訓練群組運作。這個問題才有解開的契機。這張投影片是跟剛剛一樣的內容。

另外，我自己跟其他前後屆的朋友們、同道們稍微聊的結果是：中醫負責訓練，除了受到醫院處置及臨床病人的教導及經驗之外，還有一個重要的用處是：各個醫師之間、平輩醫師間的交流。譬如我是針傷系列的醫師。我遇到其他內科系的醫師，我在他的身上可以學到很多。不一定只有從各位主治學。而這個互相交流的機會，不一定要限制在醫院裡面，基本上如果人可以在不同的地方間多參考，他可以把各個地方的 Best Practice，也就是現在管理界熱門概念中的典範實務，帶到他所有經過的地方。

經過適當的指導、訓練，其實學生們都有眼睛的。知道我這三個地方跑完了，做法哪一家比較好，會慢慢推廣、宣傳。所有醫院跟診所臨床實務上的操作，藉由這些人去達到交流，其實可以改善臺灣整體中醫界的運作，如果把所有的人都綁死，只在少部分累得要死、根本沒有時間管的醫院去運作，這些好處是不會發生的。希望各位稍微思考一下，開放新進的人才在各個地方之間流動，截取所有地方之長，讓臺灣整體中醫界進步，而解決我們前面壅塞的問題。

這些幾個方案，加上後面幾位同學所提的，跟我們文件中所提到的，是有設計配套的，這些東西並不是好像喊價時多買一個、少買一

個，希望能夠儘量接受，因為，桂枝湯少了一個藥，絕對不是只少五分之一的效果，配套的問題，如果沒有全部一起解決，一個地方卡，全部會出問題。我的報告部分到這邊，謝謝大家。

褚簡任技正文杰：

其他連署人還有沒有要補充的？

范醫師傑倫：

我是目前正在進行第二年代訓醫師，我叫范傑倫。我想要說的是，我的發言絕對不是針對目前所屬主訓醫院對我的訓練、制度或要求有所不滿，我真的要先聲明，絕對不是這樣，而且我在這裡爭取到的權利，絕對也不是我自己能夠享受得到，我只是想要針對這個制度提出我自己親身的經驗與看法，讓對面所有的專家、學者及老師們，能夠聽到我們的心聲。

我再次強調，我不是反對這個制度，如果我反對這個制度，我就不會參加這個制度、參加這個計畫，我也不會成為代訓醫師。當初，我也不是很怕吃苦的人，所以我所有的見習和實習都是選擇留在我自己的母校，是大家稱為最嚴格地方去訓練，我也希望能夠在我畢業的時候，取得訓練醫師的資格、能夠加入這個計畫。

無奈，本人好像在老師們的眼光裡面，我的能力似乎不足，所以我應徵了五家的教學醫院，我全部都被 reject，通通被打槍，都被 reject，連備取都沒有，就是這樣子。

我為了取得我的開業資格，我不怕揭露為什麼我會讀後中？因為我自己在職場總覺得被人家欺壓，如果有一天我有專業能力、我自己可以當一個老闆，那會有多開心啊！所以我一定要拿到開業資格。

我也不諱言我今年四十三歲了，我擔心自己還有多少體力、精力可以來獲取這個訓練名額，即使體力有限但我還是要很努力拼下去。在此我只是想要凸顯這個制度真的非常地荒謬，我因為拿不到主訓的資格，所以我被迫必須要接受代訓，而你們知道代訓多麼不公平嗎？一開始你得先去找診所，找到願意接受你的診所之後，再去找願意接受你的主訓醫院。

當我去找診所的時候，每間診所都說：「白天有八個小時都必須



在醫院，只能晚上還有假日可以排班，而晚上都是黃金時段，你這個新手，我不太敢給你太多診。」因此，我在台中找到的診所，只給我開兩診，預計給我的薪水是每月 2 萬，現實情況就這樣子，如果你，你能夠接受嗎？我當然不能接受，所以我就選擇到台北，因為現在主訓醫院對我們管理是比較有彈性（可以白天診所看診，晚上再到主訓醫院受訓），我希望在台北找到診數較多的診所，而目前的診所老闆也認同我，但是他（指診所老闆）其實是覺得為了錄取你，他覺得要養你這個醫生，你（指受訓醫師）就要會賺錢，就是要多看診你的病人才能留得下來，所以他（指診所老闆）一開口就是六診；考量自己的需求，我需要這個開業資格，我也需要養活自己，六診，我忍，我覺得我可以受得了。

現在實際上的職場就是這樣子，在這個制度下我們必須要做這樣的選擇，而不是我們無理取鬧地說代訓太辛苦，也請不要對我們說這是你自己選擇，是你自己想賺那麼多錢，你要賺這麼多錢，你就要為自己的過勞負責。真的不是這樣子，是這個制度逼我們做這樣選擇。

所以我們今天站出來（爭取該有的權益），我們希望所有在學校的老師們能瞭解，你們曾告訴我們說臨床才是最好教學的地方，而我今天看了六診，每週六診這麼多的時數，在這個制度裡面，一個時數完全都不能抵，實在太不合理了，就這樣，以上（是）我的發言。

褚簡任技正文杰：

其他的連署人有沒有要補充的？因為發言單位眾多，希望可以把握重點。其他連署人？

蔡醫師令儀：

我可能再補充一下好了，我想我們同學（指范醫師傑倫）真的是（說）他的心聲，我想負責醫師，大家知道顧名思義，大家是為了開業制度，我們在此都很誠心地去講，大家不是為了以後在醫院可以繼續去高升，比如說可以往上，因為醫院的體系跟診所的體系畢竟是有所不同，今天醫師法第 18 條訂的就是一個作為負責人的資格，我想我們回歸到這個名詞跟實質內容，實質內容我們都瞭解是臨床訓練，我們每一次專家論壇、會議都是在討論怎麼樣臨床訓練，這個我們都

不反對。

只是說其實這個制度的本身是為了我們要能夠作為一個醫療機構負責人，但今天因為所有名額的不足，還有所有進入的門檻很困難，以至於不是所有人都可以取得作為負責人的資格，這是不是有一點違反常理？

我想我們作為一個專業人員，如果我們要創業，我們要自己做自己的事業，我想可以作為醫療機構負責人，就是他發揮專業的場所。今天沒有這個資格的時候，他在職場裡面的負擔是怎麼樣？我們今天每一個上班族，今天有一個一技之長，出來創業是沒有人會去阻止他的，但今天我們會受到限制，所以我想今天之所以會不斷出來開這個會，都是因為這個緣故。

大家可以再思考一下，我們怎麼樣可以讓這件事妥善，絕對不是說醫院的訓練怎麼樣，只是不夠而已，如果所有的人都可以進醫院，真的是簡單解決，可是今天我相信進醫院所有權利，我們沒有辦法，因為整個中醫體系的分布、診所百分之九十七，醫院只佔百分之三，這是很困難的事情，可能我們在制度面上，我們如何討論是重點，謝謝。

褚簡任技正文杰：

另外一位連署人李玟苓醫師？

李醫師玟苓：

沒有，謝謝。

褚簡任技正文杰：

接下來由中醫藥司來作報告。

陳技士慧馨：

大家可以看到會議手冊第5頁就有今天簡報的資料。這次會議會召開的原因有四個部分，延續第一次會議的討論事項外，我們也會針對連署提案人，希望這一次會議先行回應部分來作說明。

另外，林靜儀委員在1月18日有先召開一個代訓中醫師工時規範會議，希望我們可以重新研擬計畫的訓練內容及時數。最後，這次會議紀錄將作為公共政策參與平台正式回應資料的附件。

接下來的說明是，針對提案人希望我們這次會議先說明部分。

第一個提問是：推動負責醫師訓練原因及成效。我們主要是要建立連續、完整的醫學教育，世界醫學教育聯合會提出了醫學教育連續一體的概念，就是從一開始的校院醫學教育為起點，畢業後的醫學教育為重點，透過持續性的專業發展來保持終身的專業能力。

另外，世界醫學教育聯盟也提出醫學教育品質標準，這個訂定的目的就是為了建立系統性的品質提升計畫，另外也要建立訓練計畫的評估系統，以確保品質的標準，主要的目的就是要維護醫療品質、醫護人員的執業安全。

我們為什麼要推動負責醫師的訓練制度？其實之前任何的中醫師執登在任何一間中醫院所兩年就可以取得負責醫師資格，這其實就像「修行看個人」，這樣沒有辦法確保負責醫師的開業品質。所以我們這個制度推動的一開始，就是開始架構訓練的制度，並且建立核心的課程，扶植訓練場所及培育教學師資，整個歷程是在建立中醫師臨床訓練制度，這一切都是從無到有，要特別感謝中醫界跟我們一起努力。

我們在架構訓練制度的部分，我們分為三個階段：第一個階段是從 91 年至 97 年建立基礎環境；第二個階段是從 98 年開始推動負責醫師訓練計畫；103 年開始正式實施這個制度，現在這個階段就是在研議推動專科醫師的制度。

我們這幾年架構的成果，一開始是充實教學軟、硬體設備與資源，97 年有公告課程基準，99 年公告訓練場所，103 年正式實施訓練制度，我們現在是在研擬專科醫師的制度，我們之後就會草擬中醫內科、針灸科兩個專科的相關規範。

這幾年下來的訓練成果，主要訓練醫院從 98 年十家，擴增到今年加入主訓診所之後變成六十五家，受訓醫師也從 98 年三十二位擴增至今年四百零一位，補助經費從 1,000 萬擴增為 4,200 萬。

另外，我們也極力在擴展醫院的附設中醫部門數，98 年開始是八十一家，到今年的一百一十家，現在的醫學中心附設的中醫部門，是從五家到現在的十五家。

我們也公告了訓練課程基準，97年公告第一版，106年為了使優質的中醫診所納訓，並且銜接中醫專科醫師訓練，所以106年公告的課程基準是從107年開始適用的。

另外，我們每年會去研修訓練規章，而這個訓練規章包含課程基準、參考指引、學習護照、訪查基準內容，提供訓練院所去遵循。

另外在考核的部分，97年版的訓練課程基準，就有訂定每一科的考核方式，有包括臨床技能檢定方式、病歷報告等等，107年在訂定訓練成效的評估項目，比如 mini-CEX 或者是 360 度評量跟它的頻率。

為了建立一致性、客觀性的技能檢定方式，我們從 97 年開始推動建置中醫臨床教學技能教室計畫，105 年起開始推動建置中醫臨床技能測驗中心計畫。我們已經建立了五家技能中心，也訂定了相關的教案，實際舉辦了臨床技能評估測驗供學員參與。

在建立訓練場所評估機制的部分，我們從 95 年開始推動中醫醫院評鑑，目前合格的家數是四家；從 100 年開始推動中醫師職類教學醫院評鑑，目前合格家數是四十三家；去年開始遴選診所，目前遴選合格的診所有二十八家。

這是這幾年合格院所的成長趨勢，目前合格訓練院所的總數是七十五家。我們也是積極地輔導部立醫院參訓，目前符合計畫申請資格的部立醫院都已經有參加訓練，目前是有七家。

另外，還沒有到達教學醫院申請門檻，但是中醫師數已經足夠的，我們會去輔導參加中醫醫院評鑑，這樣也可以作為負責醫師訓練的場所。

在培育師資的部分，我們從 94 年起就開始辦理中醫臨床教學訓練改善計畫，96 年開始分北、中、南三區舉辦指導醫師、指導藥師培訓營，104 年也函頒了師資認證要點，也就是有訂定培訓資格、合格條件，106 年有增列中醫師可以作為中藥學的指導師資。

這是這幾年培育指導師資數，目前領有合格指導醫師數是六百一十七位，指導藥師數是兩百六十六位。

另外，提案人希望我們可以提供調查中醫師訓練的情況。其實我

們每年都有委託醫策會進行受訓醫師的訓練調查，其中有包含質性及量性調查。106年的調查結果，我們分兩份：一個是受訓醫師的自我學習成效評估問卷，而這份問卷調查的對象是參訓一年以上，請他們評估自己在各項訓練課程進步的程度；第二份是受訓醫師問卷調查，就是參與這個計畫的受訓醫師都可以調查，有去調查訓練滿意度、教學師資等面向。

在學習成效的部分，受訓醫師表示，大家覺得在各方面都有相當程度的進步，而且自覺有到達水準。在訓練執行成效的部分，滿意度較低的部分，比如有學習時數與工作時間分配的合理性，因為他們有反應訓練時數過長、報告量大，代訓醫師也認為他們的負擔過重。

這部分的處理對策，我們有請醫策會去針對問卷回饋意見及滿意度比較低的部分，要去分析它的原因及研擬改善方案，我們之後會藉由任務型小組會議及專家會議共同討論改善方案，107年也還是會持續辦理訓練調查。在主要訓練診所的部分，我們會委託全聯會去辦理調查。

另外第三個部分，希望瞭解107年訓練容額，什麼時候可以達到供需平衡的部分。我們要先說明一下，因為之前大家都是用畢業生來去評估訓練容額，但其實負責醫師訓練不是畢業就可以受訓，需要先中醫師考試合格，經過執業登記，並且加入中醫師公會才可以受訓。另外是採自願受訓的，我們106年也有請全聯會調查參訓的意願，大概只有八成的新進中醫師有受訓的意願。

另外，我們有請四校五系去調查103年後畢業生，累積到目前大概是八百零四位選擇執業中醫，大概是畢業生的百分之六十三點八。

我們要評估這幾年的訓練容額，我們已經有請全聯會調查這幾年加入各地方中醫師公會的執業人數。另外，再用受訓意願的八成推估，其實我們今年提供的容額已經可以滿足需求，下面這個表再跟大家說明一下：

第一列，預受訓人數，我們算的是前一年執登人數的百分之八十；實際提供R1的訓練員額，我們請各個主訓醫院填報每年實際提供R1訓練員額，這兩個相差，其實今年提供受訓的員額已經足夠了；

如果是用 R1 加 R2 來算的話，也是足夠的。

如果大家覺得要用所有執登者都要受訓來計算的話，我們用 R1 的人數來算，是還差三十二位，其實並沒有大家想像中還有幾百個人在排隊的情況。

蔡醫師令儀：

（舉手）有問題。

蔡科長素玲：

先報告完，好不好？等一下我們再討論。

褚簡任技正文杰：

先報告完，後面陸續有相關的議題討論，因為時間（關係）。

陳技士慧馨：

針對 108 年起負責醫師訓練改善方案，我們先報告這幾年的改善方案，我們從 102 年起開始建立管理系統，可以提供受訓醫師轉換主訓醫院時也可以保存他的訓練資料，103 年起我們啟動了代訓機制，104 年開始提供媒合機制，107 年提供主訓診所，並且也開放隨時讓受訓學員進場。

我們目前負責醫師訓練制度團隊的分工，我們有分三個層級，實際執行面是訓練機構，大家可以提供建議意見或是反映問題，我們會再藉由任務型小組會議、專家會議共同研擬改善方案。

因為提案者有特別希望之後的專家共識會議，讓訓練者跟受訓者參與，我們今年有增加受訓醫師代表；因為主要訓練診所今年進場，所以今年的專家共識會議也有邀請主要訓練診所的主持人參與。

針對大家目前在意事項，第一次會議決議事項跟立委關切事項，這些我們都會藉由蒐集意見之後，提到今年任務型工作小組會議及專家共識會議去確認今年的改善方案。

至於，提案人希望我們針對 103 年畢業生受到政策影響的提供補償方式，其實我們有去調查 103 年畢業生執登中醫師人數是一百一十九位，我們計畫 104 年提供的訓練容額是一百三十二位，其實符合訓練需求。

103 年畢業生還是有受訓需求的話，我們會請全聯會來作優先媒

合，大家可以到媒合平台去登錄。

今天的會議資料都會上傳到管理系統上面，以上，謝謝。

褚簡任技正文杰：

有意見的，我們在案由二的部分，會提到訓練員額的部分，所以慧馨也準備一下，如果他們討論到第二案的時候。

再來我們請中醫師公會全聯會，就各地方 103 年至 106 年初次參加各地方中醫師公會的新進人數，請。請參考第 44 頁的資料。

柯秘書長富揚：

從第 44 頁的資料，然後我們再對照中醫藥司所提供 PPT 從第 29 頁、第 30 頁及第 31 頁，我們看到比較吊詭的現象是，我們是根據所謂的畢業生，就是有執登人數的八成認為有受訓的意願。

這時我們回過頭從原始的母數來看，事實上只有在 106 年，我們從第 44 頁來看，106 年的兩百七十九個，我覺得這樣的數字在公會回報上來講才比較準確的。我們回過頭來看 103 年、104 年，一百一十九跟一百八十一，我覺得回報的人數應該不是很精準。

我們再回來看中醫藥司 PPT 第 29 頁，在 103 年核定招生人數是兩百七十個，畢業生進入中醫執業人數才一百五十三個，當然中醫系雙主修甲組應該是有六十位，就算六十位全部投入西醫，沒有投入中醫，這個數字我覺得也是失真。104 年、105 年也是都看到同樣的問題，只有在 106 年的時候，勉強可以去解釋核定招生人數及畢業生進入中醫的人數。

所以我在想如果就這一份資料來看的話，目前從中醫藥司 PPT 第 30 頁，我們看到欲受訓的人數，107 年兩百二十三人，104 年只有九十五人，對過來的累積人數是六百二十九人，所以原始數字應該是失真的。也就是說，我相信學生們應該不會同意這樣 PPT 的資料，也就是真的想要受訓，卻沒有找到適合受訓機會跟完成受訓的比例，應該遠遠不只這樣子。

所以，我會建議我們應該要重新調查，而且資料的來源可能要重新界定一下，因為這樣的資料，我覺得變成每一個調查資料，怎麼會都不相同，理論上資料應該要相同。

所以我在想學生會是不是可以協助一下調查？中醫師全聯會也會再做一次全面的調查，其實從公會回報執登人數，其實會有失真，原因是會員在不同的公會跑來跑去，比如可能這年是在台中市，可能下一年跑去彰化，所以每年都是不一樣的，所以沒有辦法去算一個確切的人數，除非畢業之後，全部都在同一個地方公會，這樣才有辦法作調查，否則是沒有辦法作調查。

所以，我在想這樣的資料，當然我們回過頭來看一下，今年 107 年的執登人數兩百七十九人相對比較可以接受，當然我們也很高興看到今年大概可以訓練的額度，可以達到兩百五十六人，因此如果以這樣子來看的話，其實短缺的 R1 人數是二十三人，107 年的資料，我想這應該相對是比較精準的。

在 107 年的資料來看，往回推 103 年、104 年、105 年、106 年，我想可能累積出來的，想要受訓卻不能完成的比例是相對高的，以上作一下簡短的報告及解釋。

褚簡任技正文杰：

停一下，第 44 頁的地方，這四年裡面的變數不太一樣，因為陸續有不同學校的畢業生，比如說 104 年、105 年，這是義守的部分，再來 106 年是慈濟的部分，因為有不同學校有畢業人數，所以它的數字變動還是會比較大；沒有關係，反正我們今天不管是哪個地方提供的資料，我們慢慢去把它比對起來、把它 match 起來，我們希望達到最精確的數字。

您剛才提到加入公會，那個東西是醫師法裡面的規定，假設醫師要執業，一定要先加入公會，加入公會不能同時加入兩個公會，比如在甲地要到乙地，甲地要先退出，然後才能到乙地，處理是這樣的方式，以上補充。

再來請醫策會作報告，醫策會單獨有發一張資料。

陳專案副管理師盈芳：

醫策會說明「107 年度主訓醫院受訓醫師人數及送代訓概況」，資料來源為中醫負責醫師訓練管理系統，統計日期截至 1 月 25 日。

在 107 年主訓醫院總家數是 44 家，自訓醫師的人數是 215 位，



代訓醫師是 161 位，總數是 376 人，這當中 44 家裡面，有協同訓練院所的總家數是 51 家。

另外，送代訓概況為 44 家的主訓醫院中，有收訓代訓醫師的家數為 24 家（註二），24 家的主訓醫院其送代訓院所為 156 家，有 14 家列為協同家數。故以比例來看，送代訓院所列為協同院所的部分 8.97%。

褚簡任技正文杰：

謝謝醫策會說明，接著請中醫四校五系的部分，說明一下學校體系醫院或者是合作院所，可提供中醫實習訓練跟負責醫師訓練容額的概況，請大家從第 28 頁開始看。請長庚中醫系代表。

陳主任俊良：

長庚中醫系陳俊良，長庚大學中醫系大概一年畢業有五十位，因為我們是雙主修，所以基本上我們統計少於一半的人是走中醫。

在實習部分，實習的中醫學生都可以進入我們整個體系的醫院，就是從基隆、林口、台北到嘉義、高雄，可以容納所有中醫系畢業的實習，是沒有問題的。

在 R1 受訓的部分，每年走中醫的人數大概是二十餘人，我們整個體系的住院醫師比例可以收到二十位，所以基本上可以收納這些自己中醫系畢業願意走中醫的這些學生，謝謝。

褚簡任技正文杰：

謝謝。

再來是請看到第 30 頁，請中國中醫學系代表。

羅系主任綸謙：

中國中醫系綸謙報告，106 年學年度，我們的實習醫學生，目前體系有二十七位，其他合作醫院院所總共合起來有一百一十二位，對於受訓的醫師，在 106 年體系醫院是有十位醫師，合作醫院院所大概是有四十三位，我們可以代訓的容額，在中國醫藥大學總醫院的部分可以有五十位代訓的名額，在北港附設醫院會有二十位代訓名額，在安南醫院會有二十位代訓名額，大概有九十位代訓名額。

我們在合作院所的話，代訓的名額，初估大概有八十幾位的空

間，以上報告。

褚簡任技正文杰：

再請中國學士後中醫學系代表，請看到第 32 頁。

巫主任康熙：

其實我們認為後中跟中醫系是一體，屬於中醫學院，因此受訓的名額之前有討論過，跟羅主任報告是一樣的。

褚簡任技正文杰：

兩邊的數字不一樣，中醫系跟後中的。

羅系主任綸謙：

我們現在送出來的資料其實後來有再統整一下，所以有一些出入，這個跟書面上的資料會有一點出入，因為原始資料上面並沒有附合作院所相關的名額。

褚簡任技正文杰：

你們有沒有更新的資料？

羅系主任綸謙：

有，剛才交給蔡科長。

蔡科長素玲：

不過好像學校是說不發給大家，現在要發嗎？

羅系主任綸謙：

這個是初步統計，確實數字可能會有一些出入。

蔡科長素玲：

所以你們要發？

羅系主任綸謙：

我想先作初步報告，我們是不是回去再確定人數的時候，再跟大家報告。

蔡醫師令儀：

所以不發？

羅系主任綸謙：

大致上方向是這樣。

褚簡任技正文杰：

因為這是大家共同的問題，我們希望都能夠提供最精確的資料，我們要做推估才會比較正確，我想這都是今天大家非常關注的議題。

如果你們有比較精確的資料，就提供給我們主辦科，因此後中不補充。接著是義守的學系代表，請翻到第 34 頁。

林系主任立偉：

第 34 頁在義守這邊，我們自己義大醫院實習醫師的實習人數，我們自己本身收到了二十四個左右，就是在 104 年、105 年、106 年，關於畢業後的訓練，我們自己收到的大概是十二人，大概是如此。

其他 104 年至 106 年，目前進入的中醫執業人數，大概 104 年是四十二位、105 年是四十三位、106 年是四十三位，報告結束。

褚簡任技正文杰：

接著是請慈濟後中醫，資料第 38 頁。

林主任經偉：

你好，慈濟大學學士後中醫學系、花蓮慈濟醫院中醫部報告，現在就目前我所蒐集到的資料，慈大後中去年畢業是四十四位，我目前手上的資料是自訓的醫師數，大概是二十位；代訓（編制外）大概是八位，所以總共目前參與負責醫的訓練計畫是二十八位同學，謝謝。

褚簡任技正文杰：

謝謝。

接著是有關中醫院所送代訓制度的改善方案，我們先請台灣中醫教育學會。

黃秘書長怡嘉：

主席、各位與會來賓大家好，中醫教育學會及醫策會針對送代訓制度有一個想法，我們現在認為教育、工作，應該說學時跟工時的這兩件事，事實上大家好像都把它混在一起，這是我們後面要再針對代訓制度的討論。

不過我們剛剛聽到提案人所做的一些訴求，包含在看診時數上的一些採認部分，這部分其實在我們所希望未來的改善制度上，當然在主訓跟代訓的學員，就這一個部分，也就是白天四十小時裡面的學時，也就是訓練的時數裡面應該是要做一些採認，不過這並不是今天

說出來，所有與會的人講了，我們就可以直接成案，因為這還必須包括跟所有主訓醫院、代訓學員，剛剛提出五診，但是不是真的五診就真的足夠，也許需要更多、也許需要減少，這都需要再做最後的共識、討論，這必須要在執行面上能執行。

也包含我們現在希望在這些採計之下，這些診所訓練的規格及我們如何採計的這些方法，我們希望在今天大家都能夠有一些建議的方案之後，我們希望儘快在專家會議上作確認，之後才有辦法做這樣的執行，因此我們目前大概提出來的方向是這樣，因此等一下會再蒐集所有的一些資訊，我們未來3月最快的專家會議上，我們能夠作共識上的討論，如果需要的話，再請醫策會補充。

褚簡任技正文杰：

所以你們跟醫策會準備提品質確保計畫(輔導中醫醫療機構負責醫師訓練品質提升計畫)的會議，這個案子就麻煩中醫醫學教育學會、醫策會，到時請相關的單位，中醫四校五系這一些。

理事長請。

蘇理事長奕彰：

我稍微補充一下，「做中學」這是臨床訓練的精神，這個沒有問題，現在只是說我們認為主訓醫院的自訓跟代訓應該要一視同仁；只是說用多少的時數、怎麼執行有品質的做中學，這是需要經過之前相關的程序，來把它的品質作確認，應該是可以回應自訓或代訓部分，可以是一視同仁的方式辦理，我做這樣的補充。

褚簡任技正文杰：

醫策會要補充嗎？或者是執行計畫的時候再討論？

李主任素華：

(點頭)

褚簡任技正文杰：

記得要邀相關的團體。

我們這個報告事項結束，進入到討論事項。

陳技士慧馨：

案由一：提案訴求欲廢除負責醫師訓練制度，是否仍有執行之必

要性？提請討論。

褚簡任技正文杰：

我看時間已經過了相當多，這個議題我先看有沒有反對的意見？贊成廢除的意見。

蔡醫師令儀：

我們認為負責醫師制度與開業資格的脫鉤是永遠都需要討論的，我們應該把訓練跟開業這兩件事，不能夠放在一起，因為如果是畢業後臨床教育的話，現在沒有一個強制性，可是你用開業資格去把它合在一起，其實這會有一個問題，如果把它分開以後，我們要如何去確認有經過兩年的某一種訓練，我覺得這個我們其實也可以去思考。

只是說我們現在一直把這個事情放在一起的時候，都會一直遇到有人想要廢除的問題，我覺得這件事情還是不會消失。

褚簡任技正文杰：

我還是聽不太懂你的意思，因為這個訓練是叫做「負責醫師訓練」，這是醫療法第 18 條第 2 項，就是要擔任醫療機構的負責醫師，必須要經過兩年的醫師訓練，所以這個東西的名稱就是叫「負責醫師訓練」。負責醫師跟開業是綁在一起的，不是單純的臨床訓練，所以目的就是要培育負責醫師。

蔡醫師令儀：

現在的內容都是臨床教育，我們都是畢業後的臨床、能力上的養成，一個醫師能力，尤其是在看診能力上的養成。

這應該是及於所有的人，應該要能夠所有的人都可以進入，不是說廢除，而是說我們要怎麼樣讓這件事是所有的人都不會被限制到，討論方向是這個，所謂的「廢除」意思就是說過去的制度都沒有會造成這樣的結果，過去的制度是你執登兩年，就擁有開業資格，當然我們覺得這不是那麼理想的方式，但不會限制到任何人。

但是現在的制度，限制了不少人，尤其是 103 年至 105 年，就算是今年只差三十二人，但是以前差得更多，一定是大於三十二人以上，我們要講「廢除」二字的意思就是在這裡。

褚簡任技正文杰：

今天要討論的應該是負責醫師訓練制度，對不對？所以就是看這個制度要不要，所以是廢除負責醫師訓練制度。執登沒有訓練，這個大家都很清楚，都沒有訓練，所以也不用再講品質、不用再講什麼，這個概念是這樣子的。

徐醫師聖俠：

你好，我是提案連署人徐聖俠。負責醫制度所謂的廢除，最普遍被要求的一種狀態是，直接認可所有的醫療單位都是核可的訓練單位，所以基本上在醫療單位執業兩年就可以，這是在現行計畫之前的狀態。恢復舊制，這是在問卷調查裡面聽到最普遍的聲音。

另外，還有一個版本是相對少數人提到的，但也存在了一個聲音是：原始的設計，這就只是一個過渡計畫。負責醫師訓練本來就是要完全容納所有人，而且是真正讓大家都能夠進去、都能夠得到訓練之後，它就會消失，就變成畢業後訓練，現在是根本進不到下一個階段，卡在上、不下這個狀態的問題。

先前在中醫藥司報告中的員額問題，說容額已經足夠，實際上，容額跟實際收入的數字是差非常遠的。

再來，你的現實條件必須要讓新進醫師能夠接受，很多現實條件讓新進醫師實在是沒有辦法放下生活的重擔加入訓練計畫時，這個訓練計畫仍然是失敗的。並不是臺灣一年有十萬個男的、十萬個女的，就會出來十萬對夫妻，不是這樣子的，還是要給它一點協調的空間，所以制度上面的調整，某種程度上可以說是讓步，讓大家能夠有真正媒合到一起的背景條件，包含負責醫師訓練、指導醫師、訓練品質及所有的評鑑回饋機制都完善，這也是另外一種負責醫師的廢除。現狀不可以長久持續，所以我支持廢除。

褚簡任技正文杰：

案由一你們的看法是怎麼樣？今天這個平台要提的是，負責醫師訓練，你們所提的問題，可能是目前這一項制度不夠完美，可能訓練容額、師資等等，大家的看法不一樣，對不對？所以我們現在討論要不要廢除負責醫師訓練制度。

蔡醫師令儀：

我們修正一下，我們其實是希望廢除負責醫師訓練制度，執行 PGY 制度，真正的臨床訓練兩年制，強制性，我想這樣的提案，大家是否可以討論？

蔡科長素玲：

所謂負責醫現在有法源，所以我們必須要做，但是 PGY 沒有法源，大家會想說西醫在 PGY，因為西醫有一個法源依據，西醫如果要參加專科醫師訓練，你一定要經過所謂一般醫學訓練，才可以往專科。現在中醫沒有推專科，它沒有在專科醫師甄審辦法，這個第一個。

第二，西醫 PGY 的強制性跟醫師的繼續教育綁在一起，就是你執業六年，這六年如果沒有去接受 PGY，你不是連開業醫都不行，你連執業都不行，是跟執業掛鉤，那個強度很強，如果大家現在覺得容額有問題，現在馬上推 PGY，變成連執業都不行，領有中醫師證書，一定要強制在教學醫院受訓兩年，不然不能自行執業，這個強度很強，所以大家一直在討論容額的時候，你們馬上跳進 PGY，負責醫如果容額有問題的話，PGY 導致大家連執業都不行，這個影響度很高。

褚簡任技正文杰：

我補充說明一下，剛才主辦科的說明，可以知道兩種制度有不同的法律依據，必須要有不同的配套措施，所以訓練的場所，PGY 講得很清楚是教學醫院，現在負責醫師訓練場所都有困難，因此配套措施及法源根本都沒有，所以不可能說這個跳進去 PGY，這個是不可能的，所以那個爭議會更大。

蔡醫師令儀：

我們依照現有法源，我們可以做什麼？我們可以做的是負責醫師訓練計畫嗎？

蔡科長素玲：

對，目前只有負責醫師訓練計畫，就是醫療法第 18 條第 2 項。這邊也提供大家參考，西（醫）跟牙（醫）的負責醫就是以這個方式，一樣的。如果現在大家不要，等於負責醫就只有西（醫）跟牙（醫）有受訓場所的限制。

如果今天大家否決，不要，那就等於中醫在負責醫，不要有規範。

蔡醫師令儀：

我想癥結還是在容額，整個名額到底是否足夠；現在教學醫院是不夠的，對我們來講，教學醫院始終不夠。

我想關於廢除的這一件事，這個議題會不斷出來，我只是想要再表達一下，這個議題真的不會消失，如果容額沒有辦法夠的話，我想這個討論…同學有沒有其他意見？

蔡會長樵旭：

各位師長、長官及學長姐，我這邊代表中醫系的立場，到底他的名字叫什麼或要不要廢除，我認為回歸到令儀學姐講的，就是容額夠，然後大家都能夠受到品質良好的訓練，學生就是支持，我們當然希望中醫界的未來發展能夠越來越好。

我想先提前反應幾個事情，因為前一陣子有跟自己中醫系畢業的學長姐，正在受訓或受訓完的學長姐進行討論，他們有提出一個很重要的意見，在之前教育學會那邊修改了課程基準，然後第二年可以實行選修之後，學長姐有反應部分的主訓醫院已經提出說他們反對新課程，他們又要堅持使用舊課程；如果說你不願意接受舊課程的話，他就不會收你當主訓或代訓，主要是針對代訓醫師。

我想這樣的反制是不是會讓新制課程無法推行，造成容額上沒有辦法開出來，因此我還是希望大家能夠回來討論負責醫的容額跟訓練品質的問題，謝謝。

褚簡任技正文杰：

所以您剛才反應這一個問題，您大概就可以知道，這整個訓練有很多面結合在一起，訓練場所、訓練課程、訓練容額都卡在一起，所以在課程的部分做了一些調整，變成選修，那麼這一個訓練的醫院也會去考慮，因為他們也要去找，他們也要 R3、R4，所以他們也會有他們的要求，因此我們現在就是在課程的部分做一些選修、彈性調整，但是主訓醫院，你認為這個部分，為了你的培育人才的考量，你有 R3、R4 等等，他們就可以做不一樣的選擇，所以這裡面有好幾個面是卡在一起的，所以我們就是要綜合考量。



我想今天就是談一下，就是在案由一的部分。

徐醫師聖俠：

我可能要補充一下中醫系同學的部分，依我的猜測，他可能有一部分沒有完全描述清楚。今年衛福部所謂課程不採用新版課程，一部分是今年衛福部新頒發 107 年度的學習護照，在各個學習的內容上要求跟之前有所調整。

現在很多醫院還是採用 106 年的舊版學習護照，不承認新的學習護照。甚至同一家醫院裡面，主訓用新版 107 年度，然後代訓就用 106 年度舊版，請衛福部提示大家請遵照新的學習護照、新的訓練，這部分應該可以比較容易改善，這倒沒有到廢除那麼複雜。

蔡科長素玲：

這是計畫的細節，如果這樣，我們這個會議會…因為執行面上有很多問題，我們都可以討論。

是不是回到今天的提案，我們來（做）一個決議，可以嗎？至於執行面的問題，我想醫策會、醫教會及我們都會再蒐集，我們一一解決。

黃司長怡超：

抱歉，我剛剛 10 點 5 分至 10 點 45 分，今天由部長主持衛福部全國新春記者會，要求一級主管，所以我剛剛離席，這是面對全國記者，由部長、次長及衛福部一級主管，所以我剛剛下去參加。好像邱醫師剛剛有舉手。

邱主任榮鵬：

剛剛講到細節的問題，講到新版、舊版，如果按照新版的規範，有一些醫院因為指導師資的問題，如果不照舊版走，是沒有辦法收到更多的自訓或是代訓醫師。

以我們院區為例，我們只有三個針灸科或三個傷科指導醫師，新版的規範，第一年一定要給予三個月的訓練，每一個指導醫師最多只能訓練三個，所以以我們院區來講，我們一整年下來，最多只能收三十六位，就是因為這個新制的限制。

如果我們採用舊制，我們可以收得更多，如果採用新制的時候，

我們連協助其他醫院想要把傷科送到我們家訓練，都沒有辦法，所以這個才會出現舊制與新制的問題，這部分我必須要請長官告訴我們，我們是否絕對要採取哪一個，因為我們在之前會議有提出這樣的需求，我們也獲得同意，我們可以採用舊制，因為舊制兩年分別訓練完之後，一定可以滿足第一年必修的時數，是可以達到的。

因此我們才會採取變成這樣，我們是為了讓更多的人能夠受訓。如果要求我們現在一定要照這個新制規範走的時候，我們現在就會很困難，以上說明。

蔡科長素玲：

這是執行面的問題，我簡單回答，其實我們在公告訓練課程基準時就有說，如果是 106 年 12 月 31 日以前，你已經受訓新進中醫師，你原則上是可以採用舊版的部分，在公告稿上都有，那是在一個過渡期的處理，因為 107 年是新課程，所以會有過渡期的處理。

如果大家都跳到執行面，我想今天的會議也開不完，是不是回到主題，然後大家去表態要不要繼續？如果負責醫師（制度）大家同意是不要的，中醫是不是另行自行處理或者是怎麼樣，當然大家要考慮，也就是西（醫）跟牙（醫）都已經這樣，而且西醫其實執行二十幾年，牙（醫）是 99 年到現在。看大家是不是要廢除。

蔡醫師令儀：

我再回應一下，我想四位提案人有一個初步的結論，現在不廢除，但是未來不排除再提出廢除的要求，可以嗎？是不是可以進入其他的？

蔡科長素玲：

好。進入案由二。

陳技士慧馨：

案由二：若目前合格訓練院所提供之訓練員額，無法滿足新進中醫師訓練需求，應如何解決？提請討論。

蔡科長素玲：

這個順便回應剛剛 PPT，現在看起來這個數據，這次在會議前請四校五系、全聯會、醫策會等等所提供的數據，現在大家會覺得這個

數字好像離現實有差距，剛才全聯會已經有建議了，所以我們會再重新計算，屆時請全聯會再提供精準入會的人數。

我也想請四校五系的系學會幫忙，你們也就學生的方式蒐集比較多的 data 給我們，屆時我們再重新調查一次所有容額的部分，那是對整個容額調查的部分先作初步的回應，我們再回到案由二。

整個合格訓練院所提供的訓練員額，如果沒有辦法滿足的話，應如何解決？這部分聽取大家的意見。

褚簡任技正文杰：

剛剛中醫藥司報告的時候，大家對於一些數字有意見，(書面資料第 20 頁)不曉得大家有什麼意見？

蔡科長素玲：

這個我們會再行文給大家。

褚簡任技正文杰：

大家對於訓練員額的部分，恐怕各單位提出來的資料不精準，我們麻煩各位再幫忙一下，提供精準的資料給我們。

黃司長怡超：

柯秘書長請。

柯秘書長富揚：

其實我覺得案由二、案由三及案由四這三個都有相關性，其實真的可以併案討論。

以全聯會的立場來看，我們認為現在目前訓練員額，可以看到目前送代訓可能比自訓還要高，所以我說為什麼要把這三個全部合併討論，如果去廢除送代訓的話，可能我們的訓練容額會更低，因此我們應該想辦法完成的應該是在案由二所提到的，如何讓訓練員額可以更高，我看到上面的資料是 107 年原來只有短缺二十幾個，我看 107 年應該很準確，執登人數是兩百七十九人，目前已經提供的是兩百五十六人，當然既有的問題是 103 年至 106 年的還要解決，因為已經累積了太多沒有受訓。

如果要符合這樣的訓練員額，可以相對提高比例完成的話，代訓應該要維持，但是代訓制度裡不好的地方，像工時過長的問題，或假

設今天送代訓的診所，本身的條件符合指導醫師資格的話，看診的時數也應該納入。

我覺得其實這個訓練叫做「負責醫師訓練」，也就是說，兩年之後出來可以當負責醫師、可以開業，這樣的話，看診是相對重要的。所以全聯會的立場來看，如果今天送代訓的診所，當今天這樣的醫師有看門診，他的時數應該要受到一定的採認，這個是全聯會的立場。

如果這樣訓練時數可以採認的話，一方面解決了所謂工時過長的問題；第二，這樣送代訓制度的美意，才可以確實留下來；第三，這樣的話，我相信這樣的訓練容額可以逐步完成。尤其我們現在又加入主要訓練診所，主要訓練診所的問題，在這個地方可能要作一個報告，一開始做這個制度就是想要解決容額不足的問題，因為畢竟臺灣現實的現況是百分之九十是診所，中醫醫療院所數，只有百分之十是在醫院，所以當今天要完成未來新進醫師期待的話，一定要把診所納入。

如果診所納入的話，如何兼顧到訓練品質？教學品質的兼顧，是我們想要去完成的，所以今年第一年的時候，我們確實採取了非常嚴格的制度，因為專家學者也提供很多的寶貴意見，包括他們認為不能跨科，這是目前不能解決後面可能比較細部的問題，當今天指導醫師，原本以前規定內科系跟針傷系分開，也就是兩個指導醫師就可以做主要訓練，而且可以完全地訓練。

但是在專家會議的時候，他們提到不應該跨科，所謂不能跨科的意思是指我不能兩個指導醫師完成所有的訓練，比如我指導內科就不能再指導婦科，或者是不能指導兒科，希望把它變成相對分開，如果都分開的話，就更難符合了，因為現在是內、婦、兒、針、傷的五科訓練，所以這個問題可能也是要靠後面來配套，比如：婦兒科的相關性是很高的，連同內科也可以併在一起，就是恢復到原本內科系跟針傷系，兩個指導醫師，就可以完成相關的訓練。

當然訓練品質維護、教學品質是我們很在意的另外一件事，這個只能逐步一年年地想辦法完成，也希望台灣中醫教育學會協助在品質上如何運作。

目前從提案來看的話，我們今天解決所謂送代訓在診所內看診時數的問題，同步解決，我們就是同時解決案由二至案由四。

至於，會不會造成以後主訓醫院都只收代訓，自己不自訓，這部分的配套，反請中醫藥司思考一下，如何提高主要訓練醫院願意收自訓的比例。

在診所端訓練的話，目的比較不能克服的是，目前主要訓練診所，如果指導醫師只有兩位，在目前現行還得找其他的診所來作協同。可是我們衍生的問題是，有些個人醫師的診所想要送代訓給主要訓練診所，目前是不可以的，如果今天診所也可以送代訓給主要訓練診所，我想容額一定又可以大幅地提高，這是在全聯會立場上我們所看到的。

確實，負責醫訓練制度並不完美，但是全聯會立場認為還是得要訓練，否則就以前靠行制度來看是不合理的，除非我們直接走 PGY 的兩年訓練，這是全聯會的立場，以上作簡短報告。

褚簡任技正文杰：

剛才全聯會建議案由二至案由四同時討論，有沒有反對的？

（與會者皆無意見）

褚簡任技正文杰：

如果沒有的話，請宣讀案由三、案由四。

陳技士慧馨：

案由三：為滿足部分新進中醫師期望能同時工作及訓練之需求，本部除訂有「自訓」模式，尚有「代訓」機制，惟部分受訓醫師又反應「代訓」有低薪及過勞情事，是否廢除「代訓」機制，抑或有其他建議？提請討論。

案由四：為配合受訓醫師要求，本部自103年推動「代訓」機制後，部分主要訓練醫院逐年有增加收「代訓」學員，減少收「自訓」學員之趨勢，導致「自訓」學員人數成長有限，影響訓練品質，應如何改善？提請討論。

褚簡任技正文杰：

看大家有什麼意見？

黃理事建榮：

全聯會代表黃建榮第一次發言，我自己是送代訓的醫師，我自己也是指導醫師。

上次有跟學生、司長、中醫教育學會、醫策會充分討論時，我覺得每一次開會都要有進展，如果沒有進展的話，事情一直往下延。

我們注意到一個狀況是：負責醫師訓練計畫有部分可以修正的地方，我們看到學生的提案，他們說負責醫的訓練制度，其實不是真的要廢掉，而是因為某些 point 是目前已經受訓的醫師沒有辦法容忍；我們也看到醫師去陳請林靜儀委員有關於時數的部分。

綜合這些狀況的話，我們看到幾個議題，有一些議題必須要很多方向去大家協調，例如像容額的部分，但是有一個議題，我個人覺得是可以馬上達成的，馬上讓目前代訓醫師的工作時數問題，其實就是我們所謂的時數認定，我相信之前醫策會跟我們開會的時候，我也提到其實各種醫種，中、西、牙有各種不同的屬性，必須要針對不同的屬性採取認證。

在這個部分我只期待一件事，其實 focus 在案由三的部分，代訓醫師時數認定，什麼時候我們可以落實？因為剛剛委員的助理也告訴我說，其實他們在之前開會的時候，各位都已經達成共識了，但是幾個月下來，我們對這一個議題完全是沒有動的，我覺得大家是不是要訂一下落日時間，如果確定四十小時裡面要認證，不管是學生提的二十小時，或者甚至十二小時，或者甚至幾小時，可以在什麼時候落實？落實的部分也讓目前已經在受訓的第一年、第二年的醫師，他們也立刻獲得這樣的時數認證，我想基本上據我跟剛剛畢業的同學瞭解，很多議題就會不見了，很多附屬的議題是不見的。

最重要的是我自己的代訓醫師，今年兩年結束，在這兩年我也深刻地體會，他在我診所看四診，他在醫院待四十個小時，總共待了五十六個小時，我覺得真的非常辛苦，我們儘速落實，這件事情是馬上可以做的，只要連續開幾個會，大家落實、大家認證，剛剛（全聯會）

秘書長也告訴我，如果真的確認，醫策會希望我們有指導醫師，全聯會可以馬上開訓練指導醫師課程。

以上跟各位報告，我希望儘速把落日的時間，什麼時候開始，儘速把它解決，這是真正解決目前實施這麼多年來，不管是醫院的困擾、不管負責醫師實施的困擾，我想所有的事情、這一些議案，不管廢除負責醫，這些東西都衍生於工作時數的認證問題，以上。

洪主任裕強：

主席、各位與會同道，高雄長庚洪裕強第一次發言。

我先分享醫院的經驗，本院 R1、R2 各收八個，各位看新聞媒體也知道長庚體系今年年終獎金六個月，然後加發 1 萬 5，每個住院醫師，年薪至少 100 萬，高雄長庚八個 R1、R2，所以我們負擔的是 1,600 多萬。

這樣的 R1、R2 在高雄長庚是沒有門診，所以本身就醫院端來講是沒有收入的，如果我們科系是負損益的話，醫院住院醫師名額一定會扣，從八個可能改為七個或六個。

到目前為止，我們是極力配合中醫藥司，希望多一些自訓的名額，不過要解決案由二跟案由四，還是回歸代訓名額，可能多一些這樣的方向會比較務實。

個人的建議，如果可以做到以下的方式，是有機會讓代訓名額可以增加的：

第一，代訓人員看診的時間，如果可以，能夠由現在的夜診及假日放寬，放寬的方式就是讓他在白天也可以回歸到診所去看診。

我們建議中醫藥司跟健保署雙方不要勾稽，就用 Minimum Requirements，就我知道，牙醫或其他專科醫師學會在認證也是用 Minimum Requirements，比如跟診診數或是跟診時數，這是可以作為採計訓練的參考。

另外，蒐集幾個初診的病例數，或是有跟幾個複診的病例數，有多少病例數也可以作為採計認證的依據，這樣的方式是可以讓這些學員能夠利用白天的時間可以看門診，不會說有些診所認為晚上是黃金時段，而黃金時段不容易會有多的診間釋放出來，而這樣的方式，其

實醫院都有夜診，所以白天可以回歸到診所，晚上可以到醫院跟診，或是不需要晚上到醫院跟診，這是牽涉到後面採計認證的考量；如果可以突破，也許可以多一些代訓名額，以上說明。

褚簡任技正文杰：

因為時間的關係，我先請教大家，代訓的制度要不要廢除？贊成廢除的請舉手？

（現場皆無人舉手）

褚簡任技正文杰：

所以代訓的制度要（保留）。現在是一個執行面的問題，坦白來講，執行面要怎麼樣才比較具有彈性？實際上這個東西，我們由醫策會、中醫醫學教育學會，還會有一個相關的計畫會去討論，不過我在這裡可以簡單談一下我的淺見。

我們的課程基準裡面，後面都有學習護照，所以假如說今天送代訓診所跟主訓醫院，大家可以去談，就是用這個學習護照，完成學習護照的要求，就是完成訓練，所以就是跟看診的診數或怎麼樣看診，哪一些要認定、學習護照有一部分是可以看診，但因為我們考慮到訓練品質的部分，可以考慮這種診是不是有類似教學診，就是有一個指導醫師幫忙看 co-sign 的複診，因為外界也會問訓練品質怎麼樣，這也是我們同時在關心的問題，所以我想代訓，大家就是保留。

在執行面的部分，是不是有我們那個計畫，然後邀請大家共同再去就細節面的部分討論？

蘇理事長奕彰：

我跟大家補充一下，我們的新制課程其實包含舊制，如果大家詳細去看，新制課程完全涵蓋舊制，所以剛剛邱主任提到的，我們當時只有一個考量，如果把第一年列為必修，必須在第一年完成的時候，的確會造成剛剛提到的困難，所以後來在共識會議上，大家同意先作彈性的調整，不要誤會新制不好執行的，不是，而是更彈性，然後有這一些相關品質確認的護照制定，通通都有完成，但因為不同醫院有



發展目標，所以只是尊重各個醫院的發展目標去訂他們要的制度，這個是第一個補充。

第二，我們跟醫策會商量如何讓這個執行是可行的，所以對於剛剛提到要去採認「做中學」的相關內涵，我們為了要去瞭解這一些執行的可行性跟品質，會儘快在醫策會今年的會議裡面，我們會把相關的制度訂出來。

剛剛提過自訓或代訓，其實應該是要一視同仁，看如何執行在訓練制度的精神上，能夠讓訓練品質繼續提升，因為這是全民醫療品質的權利問題。

第二個是訓練醫師，能夠達到在整個訓練制度當中，要不要有不一致性或是整個品質也要能確認。如果回復到以前，依照醫療法第18條，我們還要再做一件事，像剛剛提過的，過去靠行都要查核，所以那個問題是更困難、更複雜，是無法執行的，因此我們回來藉由醫策會跟我們這邊，儘量把整個執行性的問題儘快訂出來，以後大家都可以來執行這個問題。

褚簡任技正文杰：

麻煩你們召開共識會議時，就可以考慮黃建榮醫師講到的內科系、針傷系的這個問題，假如看診要怎麼樣的情況可以來認定，這一些都可以納入討論。

醫策會。

李主任素華：

主席、今天與會的各位先進，李素華第一次發言，非常謝謝學生、所有與會代表在今天給的建議，及關於全聯會特別提到上次會議中的討論。以醫策會在執行政府或各項業務，都需要蒐集不同面向的想法，必須透過這樣的機制有一個溝通的平台後，產生協調制定的結果。

依據前面所提，所有的事情都必須在法令的依據下推展，且符合民眾期待下的訓練場域去培育醫師。醫療法對於醫師的訓練場域是在通過評鑑的醫院及核定機構，較於其他醫事職類的限定是特別更嚴謹。醫策會除了執行中醫的計畫，另對於所有醫事職類包含護、藥、放、檢等在一定規範的範圍裡培育人才，接受一致共同被認可的訓練

課程及進行的模式。

與會代表提到如何採認訓練機構的工作時數。目前醫策會要執行的方式，請參閱衛福部的簡報第 34 頁，負責醫師制度團隊與分工。首先謝謝衛福部一直很支持及指導我們，對蒐集到的議案能夠有一個討論的空間。

另全聯會在這兩年來也給我們醫策會很多的協助，包含剛剛提到主訓診所的這部分建置，完成符合合格訓練場所認定的條件，也感謝醫教會提供規畫共同認可的課程。

負責醫師訓練不是專業精進的訓練，是要將基礎訓練更扎實，且完備全人整合照護的能力。去年一直接受到監察委員對各類 PGY 執行醫院的巡訪，主要在瞭解究竟我們要訓練的開業醫師是一般全人整體的照顧，因應社會的需求，長期照顧越來越需要，我們期待這樣的訓練受訓人員未來開業以後，可以有一個後送的醫院或是師生之間的連結，也包含了合作的場域開拓；而醫院有較多的社會責任，必須要將更多服務延伸到社區。在建立這樣的網絡之後，未來中醫界才有可能在藍海裡面開拓，學長姐們也能朝向這個部分，幫學弟妹及自己去開拓更多的藍海。

目前看到如果只是提供醫療服務的這個區塊是否只是在紅海裡廝殺？當市場需求飽和時，可想見薪資受到影響，這是不可避免的結果。

專業的部分必須靠各位專家及先進，透過不同面向去協調、協助，依循正式程序，在大多數人同意的規範中執行，但不會是每個人都能夠接受的規範，因為只要是規範，就有人不在規範裡面，這件事是必須要面對的。

請看到第 34 頁的簡報，提到「反映問題改善建議」，醫策會的執行同步蒐集各面向意見，且必須透過討論的機制去形成建議，由衛福部考量政策方向後對外公告。不會由醫策會未經這個過程直接改變作法。

醫策會在 105 年接受中醫負責醫師計畫執行時，已在專家共識會議邀請，各系學會代表、學校代表共同參與，以瞭解整個制度的走向。

今天各位代表、提案人提到指導醫師不足、偏鄉的問題、工作時數採認等在今年度任務小組會議進行分次地討論。

另在會議前與中醫藥司討論將新增邀請提案人共同參與，瞭解整個制度的運作、不同面向的看法，以責成議題，再經過專家共識會議討論，得到中醫各界一致的執行共識。

對於執行面困難的部分，醫策會執行的範圍是醫院，在主訓醫院的這個部分，將進行瞭解，與中醫醫教會作進一步課程上的處理。

再次說明，會議後需經上述蒐集意見、討論、研議過程，我們無法直接將討論的事項變成一個決議去執行，以上補充說明。

褚簡任技正文杰：

謝謝醫策會的說明，不曉得各位對案由二至案由四有沒有意見要表達的？

李醫師玟苓：

你好，我是李玟苓，我這邊有兩個意見想要提出：

第一，在訓練手冊制定的時候，是不是應該有正在訓練的學員進來參與意見？因為他們其實才是真正知道在受訓時遇到一些困難及細節的部分。

另外一個，剛剛提到合格訓練場所，其實就我所知，有許多已經獲得合格訓練醫師證書的醫師在基層的診所，但我發現他們都沒有實際可以指導的醫師。這部分是不是應該要再思考一下？我覺得醫師才是訓練的主體，而不是所謂的場所。

蔡醫師令儀：

我想請教醫策會跟中醫醫教會，後續關於今年的任務小組是在時數採認上的研究，大概會是在什麼時間進行？

另外一個問題，剛才全聯會提到的是，主要訓練診所因為師資必須有人數上的受限，可能很多診所沒有辦法符合條件，這部分是否也在任務型小組當中也研擬這部分的解決方案？

李主任素華：

醫策會李素華第二次發言。有關於剛剛兩位受訓醫師及蔡醫師提的建議，受訓場所是基本必備教學環境，而訓練重要的確是師資，

有多少老師才能訓練多少學生，才能兼顧到學員的受訓品質，因此這部分是綁在一起的。

如何認定師資？，所有可以提供醫療服務的診所或是醫院都可以受訓，是不符民眾對於教學機構的期待。不論診所或醫院，必須在符合一定條件之下，足夠的師資才能依比例收訓學員。

剛剛提到的問題，會在什麼時候進行討論？目前還在蒐集各方意見。不只是受訓學員的想法，包含實際執行上，醫院、診所或是老師的部分，有沒有在教學指導上的困擾，都必須持續去瞭解，且與各機構員額的部分必須作搭配，因此需透過不同任務的會議充分討論。現階段1、2月份蒐集意見，預計任務型小組在第一季的3月召開，專家共識會議也會在任務小組之後。

所有制度、執行面的改善都會有步驟，並不會一步到位，因此現階段可以做到哪裡，就可以依據所有的專家討論之後，將建議案提到部裡，由部裡去確認再次說明所有的專家建議，也必須要在政府政策的方向上，以上說明。

蔡科長素玲：

有關於主訓診所的遴選，柯秘書長？

柯秘書長富揚：

在主訓診所遴選上來講，我們發現到一個很有趣的問題，一開始的初步調查，全國有四十九家診所有意願，然後開始遴選辦法公布十六項兩大部分之後，馬上剩下二十八家，然後最後通過是二十一家，因為我們採取的辦法，各個不同領域的意見、專家學者的意見，當時把診所要求的標準跟醫院的標準是一模一樣，所以就會變成願意參加遴選的、有意願的，但能通過的卻相對少的現象。

剛剛學生有提出全聯會構思的意見，今天如果這麼多的醫師去上過指導醫師課程，具備指導醫師資格，為什麼不能指導這樣的負責醫師訓練？原因就是因為除非主要訓練醫院去找他來作協同，這時才可以指導其中的某一科，可是這樣的主導權還是在醫院，醫院有醫院的壓力，醫院其實基本上來講，還是希望能夠在自己的醫院裡面受訓練，除非某一、兩科沒有辦法才會去找協同訓練，這樣去找協同訓練

的話，會變成是醫院的負擔。

但同樣的制度放在診所就不是這樣子，主要訓練診所可以收代訓，我想這個問題會增加很多的容額，而且可以解決很多的問題。

當然我們今天比較需要思考的是，如果在主要訓練診所的訓練上來講，我們在遴選的基準上會越來越上軌道，某一些在診所，比如可能很難有比較大的會議室、教學空間，有一些綜整問題也可以逐步解決的話，我想這樣的遴選會有越來越的診所願意去參與，我們也可以得到更多合格的診所。

第二，假設可以送代訓給主要訓練診所，容額一定又可以再提高，可以再讓有更多意願參與的學生有機會去作訓練。

當然，我們要在意的是訓練品質，這個計畫根本還沒有實施的時候，全聯會已經受到很大的壓力，一直在批評全聯會，我們還沒有訓練，就一直在批評全聯會主要訓練診所的品質一定不好，還沒有訓練就說主要訓練診所的訓練品質不好，我已經不知道怎麼回答這個問題了。

主要訓練診所的教學品質，這部分絕對是全聯會很在意的問題，這也攸關學生的權益。

但是我們想的是，如果在還沒有實施，就先收到人家的雜音、質疑，當然大家的意願就會降低很多。因此在全聯會的立場來看，我們的看法是，如果主要訓練診所制度可以被鼓勵、可以被很好推動的話，我想這樣的問題真的會減少很多，我們的容額問題也會徹底解決，以上提供一點建議。

再來，診所可不可以送代訓給主要訓練診所？這是第二個問題。

再來，送代訓診所，假設符合指導醫師資格，是否也應該要採計該學生在送代訓診所的時數，怎麼個採計法，我想這應該有一點時間上的問題，必須得趕快面對並一起解決，以上補充報告。

李主任素華：

主席、各位與會專家，醫策會李素華第三次發言。

我們預計提案討論開放多元聯合訓練的可行模式，在一個符合教學環境及與會代表所指的師資，將於會議中討論認定條件及合作模

式。多元聯合訓練的概念是包括研議主訓醫院與診所合作，主訓診所與診所合作或主訓診所與醫院作合作，這些合作之間可以有一個連結，期待在符合條件的情況下做這樣彈性的調整。

與會代表提到醫師數未達門檻時，可採用協同的模式合作，以上補充說明。

褚簡任技正文杰：

謝謝醫策會、全聯會、醫教會的說明。聽完他們的說明之後，大家可以瞭解我們的指導醫師、訓練場所這些資源，就可以得到比較充分的利用。

案由二至案由四，各位有沒有要發表意見？

蔡醫師令儀：

可以跟司長確認一下，就是說綜合醫策會跟中醫教育學會的意見，我們是否是在今年就會進度出來？甚至在某一個時間之前，我們就可以開始啟動這方面的討論，包括採認跟主訓診所方面的討論？請教司長，我有沒有理解正確？

黃司長怡超：

我想今天對於幾個，特別剛剛所提的，包括蔡令儀醫師、中醫師全聯會及黃醫師所提的情形，目前負責醫師訓練裡面，觀點、品質及所需要達成的，我們會盡量去努力，這幾個課題，緊接著包括開會的時候，不是只有專家共識營，溝通平台的這幾個提案人，像四校五系的 stakeholder，這幾年來面對這一些狀況，大家是審議民主，所以蔡醫師、溝通平台提案的這幾位代表，我們今天聽到這個，我想包括四校五系的學生及受訓的這個課題，負責醫師訓練裡面，怎麼樣去認證及所從事的活動裡面可以當作負責醫師訓練，這幾個很重要的課題，我們都聽進去了，我想包括柯秘書長所提的；蔡醫師，我想跟你講說：「中醫藥司一直很積極，還沒有成案，我們就來了。」我想在這裡也跟各位講說，這個部分我們會儘快，這會有重要的幾個 stakeholder，大家共同來討論，謝謝。

褚簡任技正文杰：

我們進入案由五，可以嗎？

(與會者皆無意見)

陳技士慧馨：

案由五：依前次會議結論，部分中醫學系體系醫院提供訓練容額與畢業人數懸殊，未達大學評鑑要求輔導學校畢業生就業，進而提出中醫學系應進行減招乙事，是否可行？提請討論。

褚簡任技正文杰：

請提案人說明。

蔡醫師令儀：

關於減招的部分，還是有一個邏輯，後方容額是不夠的，前方越來越多畢業生，今年三百六十五名的畢業生全部到位，我們的國考通過率非常高，後續開的幾家是後中，後中是單修的，所以進入職場的比率非常高，比如五十個人裡面，可能四十五個人裡面就是四十四個人，就是這麼高的比率，我想這個對我們之後進入負責醫師訓練的壓力會更大。

各校有一些數據提供，我們怎麼樣有一個考量的機制，怎麼樣可以讓學生數量，至少不能讓它成長，即使是有新的學校，可能也是要在一個數額去作挪動，就是比照西醫有一個總量的制度，高教司方面好像沒有（來）……

黃司長怡超：

有，他們有專員跟研究助理（到）。

蔡醫師令儀：

可能想要瞭解我們現在遇到的這個問題，在教育體系有什麼樣的方法可以提供協助？

周研究助理君儀：

教育部高教司周君儀第一次發言。

我先就近期中醫學系的議題，包含評鑑跟減招的部分，先作大範圍的說明。

主要是在評鑑的部分，因為其實目前部裡針對系所評鑑的部分都

已經減化，因應行政院減化評鑑的措施，所以目前 106 年度起，已經不再作系所評鑑了，未來會朝向學校自己去評估系所評鑑要如何處理，可能找專責的單位，因為其實也有學生代表提出是不是可以比照西醫系，統一由醫學評鑑委員會來作統一的評鑑，可能還是要作一個說明。

其實西醫的部分是因為十二個校院，他們有透過院長會議，他們有開會、基本的共識，所以大家共識之後，大家都同意由醫學評鑑委員會同意來評鑑。

目前中醫的部分，其實上禮拜我們開了一個會，也邀集四校五系，包含現場的同學，其實也都有參與，我們有初步討論方向，目前規劃是責成目前這四系五校，就是全國中醫系院的院長會議的籌備、秘書處為中國醫藥大學，接下來會希望在 3 月底以前，可能大家邀集一下、討論一下初步的共識，看是不是要做一個試辦計畫，如果確定有要做這樣的東西，我們再做下次的繼續開會研議。

在減招的部分，因為其實這次提了兩個部分，招生名額定為訓練容額的百分之九十，及希望能夠減招，其實是同一個議題，在招生名額的部分，其實我們延續 102 年衛福部的建議，能夠維持現行四校五系的三百六十五名，運用上是要減招或是維持，目前我們是採這樣的方式持續中。

只是減招的部分，可能要跟與會代表、學生及老師說明，因為減招核定名額的這件事等於是處分，因此這部分我們要有一個很明確的依據，部裡面有規劃，上禮拜有討論訓練容額的這一件事，也許可以納入參採，未來可能會規劃修正總量的規定，最快一定要到 109 學年度才會實施，但目前都還在研議規劃的方向，以上說明。

黃司長怡超：

學生代表。

蔡會長樵旭：

各位師長、長官好，我們針對資料後面的部分，來作大概的說明，也有一些問題想要問我們的師長。

在第 30 頁及第 32 頁，這邊是中國中醫系跟中國後中，司長剛剛



有提到這個資料好像不是最新的，但沒有關係。

像 110 年提出的代訓數，中國中醫是二十五、中國後中醫也是二十五，這是在我們附醫的部分，因為這是兩個學系分開的討論，因此意思是說在 110 年度的時候，附醫會有五十個代訓的名額嗎？我覺得這個可能不太可信，因為代訓也是要取決在診所能不能送訓。

剛剛主任也有提到安南會有八十個代訓名額，我覺得這可能都要再研擬一下可行性。包括第 36 頁是義大的部分，統計數據是「19」、「6」，這兩個數字好像也跟上面的不太符合，這些文件要請四校五系那邊再作更精確地統整，我們學生自己也有統整，但也希望這個數字能夠再更精確一點。

關於減招的部分，我想把範圍縮小到自己學校。據我所知，學士後中醫系，就是廖會長原本在一開始招生的時候，是以一個班五十名作招生，在 81 年的時候才擴增為兩個班。當時應該是因應特考即將廢止，所以多招生一個班，現在既然中醫師人力已經過飽和的狀況，任務也已經完成了，所以我想說是不是可以進行減招的部分，不要說減招，就是縮減招生的員額，自行縮減。

關於學士後中醫系學生的想法，我們可以請廖會長進行補充。

廖會長苡婷：

不好意思，我有一點感冒。

關於減招一事，其實在學生端來講，其實都是我們的共識，雖然師長們常常會說這樣等於是把自己家醜外揚、欺負自己家人的感覺，但我們應該依照中醫現在層面及未來發展的規劃來想的話，減招或許不是一個不好的決定，反而可以讓更好的資源分享給更好的學校或是提供更好的資源給未來的中醫師們。

其實我對於裡面一些數據、資料，我也是覺得非常地困惑，像剛剛衛福部有提到會後會將這個資料上傳，我覺得可能還是需要再 check 再上傳，你們公布這個資訊，等於是公家認定的資訊，如果還不到完全正確的話，我覺得還是先不要上傳，等全部都 check 過，或是你們跟我們詳細解釋之後，再將資訊給各位。

剛剛也提到中國醫所提供的自訓跟代訓，我也是覺得這個數字有

點出入，我們希望不要不提供給大家，這是公開討論的地方，要把所有的數字給大家看，不是只給某些單位看，這樣不是共同討論的行為，這是我的想法，謝謝。

黃中醫部主任升騰：

我是中國醫藥大學附設醫院中醫部黃升騰醫師，第一次報告。

首先回應兩位同學：

第一，在代訓的部分，在中國附醫的中醫部確實是五十個，這五十個並沒有強烈分二十五個中醫系、二十五個學士後中醫系，基本上在中醫部是沒有這樣的差別、區別。

第二，在自訓的部分，確實目前公布的這個是有一點不正確，我剛剛已經有發 LINE 回去詢問，這部分我想在中國附醫或是中國醫藥大學，我覺得不會有同學的疑慮，我們會對這樣的數據有所隱瞞，我想這是不可能的事情，必須要跟同學在這裡說一下。

還有，有關於我們這樣的立場，其實我們都很清楚，像去年有十一位代訓，我們為什麼要開到五十個？甚至在安南何宗融這麼多？其實我們主要是要幫助同學，對自己的學生，不管是中醫系或是學士後中醫系，站在自己學校學生的立場上，我們一貫的立場是希望能夠來幫助。

當然我們看到很多學生說薪水很低、過勞的情況，我們都會去瞭解，像這次有十一個代訓，我跟同學報告一下，有五位自行要退訓，一方面有的是轉區，有的是換老闆，因為事實上有一些老闆很苛刻，我也很坦白講，確實只有 2、3 萬，3 萬元不到，我聽到這樣的情況，我也替他們覺得怎麼會這樣，站在師長的立場上，我們不樂於看到這樣的情形，我必須要表達，這是中國附醫的中醫部，確實是這樣的情況。

因此我們很希望幫助同學，同學提出這些問題，未來在中醫醫教會及醫策會，可能未來像秘書長所講的，我們在討論這一個議案的時候，可能就是要確實落實、確定可行，而且可以幫忙同學。

但是就現實社會的氛圍，包含從法律面上及社會的觀感上，你說廢除負責醫師訓練計畫，我想可能不是很適合，因此這個地方，兩位

同學有提出來，因此我有稍微說明一下。特別強調，我們回去會把數字弄清楚，不過這個數字怎麼出來的，坦白講我不清楚，因為不是經過我這裡，但我想不會刻意隱瞞，因此同學不必有這樣的掛慮。

羅系主任綸謙：

回應剛才同學的詢問，像剛才說安南醫院，其實不是八十位，安南醫院應該是二十位，因為何宗融主任提供是二十個名額，我們在開會前，大概有跟他確認且親口說。

我們說的八十位代訓名額，其實是我們的合作院所，初步預估是八十幾位。就像黃主任所說的，相關的數據一定會提供，只是在這樣的會議，我們希望這些數字是正確的，因為這些數字是初步統計，如果公告下去的話，有一點出入的話，其實會不太好意思，有出入，但是不會很多，我們會做更清楚的數據後提供給大家，謝謝。

柯秘書長富揚：

中午要趕回台中開會。

就最後這一個議題來講，全聯會從 101 年的時候，根據熊昭教授所做的計畫，當時提到中醫系應減招六十五到一百三十，因此 102 年的時候，當時全聯會理事長孫茂峰也行文來衛福部。這個議題從 102 年到目前為止，這個地方也跟所有的學者、專家、學生作報告，目前的進展是維持三百六十五個，不得再增招。

第二，是否要減招？這部分在上個禮拜五，教育部次長有做出決定，先請四校五系的院長會議時，要去做出決議，到底 TMAC 怎麼做，做得不好再如何減招，這是教育部高教司也有提到。所以在全聯會的立場上，我們會持續盯這一件事，這個是全聯會的立場，我們維持不變，繼續觀察。

到底 TMAC 怎麼做及何時實施，到底哪些參數要納入，這是大家很重視的議題，以上先作報告，謝謝。

黃司長怡超：

不曉得四校五系的老師、代表有沒有要補充的？

陳技士慧馨：

今天會議手冊提供的資料都是各位提供的，如果大家有要更新的

話，可以麻煩在禮拜五中午之前提供給我們；秘書長，可以在禮拜五之前提供給我們更新資料嗎？因為我們下個禮拜就要做正式回應的資料，我們有更新的時限。

柯秘書長富揚：

可以。

陳技士慧馨：

謝謝。

黃司長怡超：

義守大學林主任。

林系主任立偉：

各位長官、各位同學，大家好，同學質疑義守這邊，說我們的名額有問題，你們都不知道，用這些名單很辛苦，你們知道嗎？大家一畢業之後，其實就很像鳥飛出去，電話都沒有在接，你知道嗎？因為不可能造假，我們沒有造假，但是為了滿足大家的需要，也是一個個打，有的手機沒接，有的連開都沒有開。

所以跟各位同學報告，這些數據是真的很辛苦，因為我們透過在學的學弟妹去問，我們絕對 follow 黃主任講的，我們沒有造假，真的沒有要造假，但是因為衛福部行文來，要我們提供名單，我們頭也很大，以上報告，謝謝。

顧會長渙瑩：

主席、各位前輩大家好，我有發現這一份資料裡面有幾個地方錯誤，所以我這邊一併告訴大家。

第 36 頁，是標在義守底下，但實際上是慈濟的資料，第 39 頁的這個資料是義守的。因為誤植的關係，造成了誤會。

我想提一下第 20 頁投影片第 31 張，107 年容額的部分，提供 R1 的員額，查了一下後面第 43 頁醫策會調查的主訓及受訓情形，這邊的數字應該是 229 人，不是上面列的。

陳技士慧馨：

加上主訓診所的，107 年的 256 人是主訓醫院加主訓診所，主訓診所 107 年收訓 27 名，所以是這兩個相加起來。

顧會長渙瑩：

因為我是看第 43 頁。

陳技士慧馨：

資料來源有寫醫策會調查主訓醫院跟全聯會調查主訓診所收訓情形。因為 107 年主訓診所已經納訓了。

顧會長渙瑩：

所以說這邊的兩百二十九人，還要再加上二十七人？

陳技士慧馨：

對。

顧會長渙瑩：

OK，那這部分就沒有問題，謝謝。

黃司長怡超：

在座各位先進對於案由五，還有沒有要發表意見？

廖會長苡婷：

大家好，中國後中醫系會長廖苡婷第二次發言。

其實我們現在討論的東西有很多面向，不管是受訓的容額不足或是製造端的招生過多，容額裡面又有代訓醫師的過勞問題，我想這都需要同步解決，所以我想先提供一些想法，我們主要是希望能夠自訓的容額，代訓醫師的問題也要解決，這不是只有一個主訓容額不足，或是代訓醫師，這都需要同步討論、一起去改善的，這是我提的一點想法。

我覺得像剛剛講到第 20 頁第 31 張 PPT，這個數據比較可以參考的是 107 年的執登人數，因為這是慈濟加義守同學都已經進入市場，比如像中醫系畢業後，男生有服兵役的問題，其實執登人數是有暴增的狀況，我覺得這個數據就可以拿來作為參考，未來如果要作為一個訓練的容額，R1 的話起碼要兩百八十以上去做容額的估算，就是起碼要兩百八十個人才夠，我也希望未來可以用這個目標來努力。

不是兩百八十個人，不要說自訓跟代訓，我們希望 R1 就有兩百八十個名額，我們也不要說畢業後只有八成的人想要進入訓練，我們希望每個人都可以接受訓練，他們不要訓練是他們的事，我們只要提

供足夠的容額給大家的話，大家都沒有話講，這是我自己的想法，謝謝大家。

黃司長怡超：

謝謝廖會長。

溝通平台的提案人，請。

徐醫師聖俠：

我補充一下關於減招人數的問題。受訓人數如果改善，可以解決一部分，但目標可能要到百分之一百五十左右，為什麼？因為前面還有五、六百人在那邊等著回來，所以單一年度的上限容量，其實要大於當年畢業人數才能解決這個問題，否則那些問題會永遠卡關。

第二，在討論減招的時候，當然一部分是考慮各校跟各個配合醫院辦學及醫院運作狀態。

另外一個要請高教司思考的問題是，臺灣到底需要多少比例的人口成為中醫師，而這些人口要從哪個年齡層抽調進來？因為現在大學部的中醫系是收大約十八至二十左右這年齡層的人近來，大家應該知道大學入學人數這幾年，一年就少了幾萬人下來。

目前後中收的年齡層是二十二、二十三歲畢業以上，大約到三十五歲左右。這個年齡層用比較疏鬆的比例去抽樣，可以說回鍋或第二春進來。這個名額其實某種程度上，應該要思考的是，那個族群的人口比例，多少人要成為中醫，這可能沒有明確的答案，但提醒高教司作長遠的思考，這可能不只是中醫的問題，謝謝。

黃司長怡超：

謝謝提案人。

剛剛蔡令儀醫師有舉手。

蔡醫師令儀：

我不曉得現在案由五是不是討論到一個段落？也就是關於減招的部分是不是已經有一個大概的概念？

黃司長怡超：

因為上個禮拜教育部已經有召集會議，周研究員也做了回應。原則上不會再增加，但是是不是要減招，要有一定的 due process，而

這個 due process 就是要有一定的基轉處理，所以這個部分，像上禮拜由理事長主持會議時，這個過程如果要減招的情形，要有 due process 去處理。

我想中醫藥大學的中醫系、後中醫系有反應民國 81 年、82 年，因為當時考量特考 100 年要結束，才會從一班變成兩班。因此關於平台發起人大家關切的五個課題，我想大家已經有這樣的說明了。包括四校五系系主任的代表也做了一些初步的人數（說明）。

不曉得蔡醫師對於第五案的議題有沒有要問或是釐清的？

蔡醫師令儀：

沒有。

黃司長怡超：

在座各位有沒有針對今天的五個案子，剛好是 12 點 15 分了，不曉得各位先進有沒有臨時動議或其他的？如果沒有的話，我想…

陳會長昭穎：

針對員額，剛剛中國後中提的一年兩百八十人，因為中醫系雙主修學制改變（西醫七年制改為六年），長庚加上中國的部分，在民國 109 年的時候，兩屆會一起畢業，因此會有加起來會多出一百人左右一起畢業的，也就是多一屆的人畢業（原先的一年 365 人+中國中醫甲組 60 人+長庚中醫 55 人=480）。

再加上前面已經沒有成功進入 PGY 受訓的人，這樣需要的員額其實跟上面統計的數字，以後只會越來越多，不是每年少個幾個寫下去，而是負號會每年不斷累加下去，如果永遠都是員額不夠的話，會有如滾雪球的狀態讓問題越來越大，因此這個問題一定要儘快被解決，不能等到三年後有兩屆同時畢業的時候承受重大人員過剩壓力時，才開始考慮這一個問題。

黃司長怡超：

中醫醫學教育學會秘書長。

黃秘書長怡嘉：

正好跟學員所提的問題，我想中醫大的兩位老師們都很辛苦，在學校教育上有這麼多需要培養的學生。

但是我們看了一下這個資料，從 103 年一直累積下來，雖然剛剛有提到代訓容額，我們希望代訓增加，但似乎在主訓的部分一直都沒有增加，好像到 110 年也只有四至五位的模式，所以我希望為自己後進做一點爭取。

中國醫既然培養這麼多的學生出來，自訓的部分上，我想提案人也很希望我們在自訓的部分，大家能夠增加，因為增加多員額，對我們的訓練機制，減少代訓是減少過勞的問題，是不是可以請中國在這方面多一點幫忙。

黃中醫部主任升騰：

回覆一下黃秘書長，事實上我們真的很努力希望醫院端這邊可以給教育部更多的支持，就像剛剛黃主任講的，事實上醫院端會考量到整個成本損益的問題，這也必須先跟各位同學在這邊講。

但是我們在中醫部這邊，坦白講在醫師這邊，就是在中醫部的部門中真的沒有考慮這個，所以我們跟醫院提出的，當時提到十二個，一年收十二個，但是醫院會砍，其實不是只有中國（醫藥大學）是這樣，我跟你講，以前長庚也是這樣，以前我提七個，他給我砍到五個，因此要跟同學說很抱歉。

所以為什麼代訓的部分會開到這麼多？如果是自己的學生來，原則上我們就是儘量把它收進來，這是我們的初衷，因為在代訓、自訓的部分，不是中醫部說了算，因為畢竟不是像一個中醫醫院，整個損益管控是自己來控制的，因此我想這地方還是希望透過學校，因為畢竟是學校的附設醫院，所以這件事我也跟各位同學澄清，這一件事我們甚至都去拜託校長，我在這邊講的每一句話都是實在的，都去拜託校長，但醫院端真的還是有成本考量、損益管控的問題，因此這一個地方我也要說真的是很抱歉。

但是，同學如果要來中國附醫的學校，我想很多問題還是中國附醫的問題，這個我很清楚。很多同學要來學校的話，我們希望幫忙代訓的同學。未來 criteria 及認證各方的問題，我想在中醫學校這邊，看看怎麼樣放寬或怎麼樣給同學有更多的幫忙，我想也必須要這樣做，我想對同學才是盡到讓（同學）畢業之後，還是可以跟醫院有緊



密的連結，謝謝。

黃司長怡超：

中醫大中醫系。

蔡會長樵旭：

謝謝黃主任。

我相信包括中國（醫藥大學）醫院體系及合作院所，大家都很努力想要解決問題，我也知道黃主任在面對的一些壓力，包括說明會被砍（員額）等等。

我們認為中國（醫藥大學）是歷史悠久，且全臺灣第一個中醫系的學校，這麼多年來也為中醫系有很多的貢獻，但是我覺得時事的變遷，現在面對人力過飽和的問題，醫院端這麼努力的情況下，還是沒有辦法解決的話，我真的希望學校端能夠認真思考我們是不是要減少招生名額的問題，也很感謝教育部高教司在上次的會議上有追蹤相關的進度，謝謝大家。

黃司長怡超：

不曉得教育部，或者是高等教育評鑑中心，或臺灣中醫教育學會，或醫策會，或今天的發起人幾位先進，或四校五系學生代表，或主訓醫院代表，或四校五系的學校老師、系主任，或國會林委員或吳委員代表。

請。

陳中醫事務委員會部長柏潤：

各位好，我是義大後中藥系的陳柏潤，關於名額這部分的問題，請大家看一下第 19 頁及投影片第 29 頁。

剛剛中醫藥司在計算欲受訓人數是用前一年執登人數乘以百分之八十來算。我們再回看一下第 29 頁各年度畢業生進入中醫執業人數，其實比較奇怪的是，以後中來講，大部分的人都想要就業，但為什麼像 105 年的中國醫藥大學的後中醫系，他們進入執業只有七十三人，剩下的人到哪裡去了？這一個部分的人是不是大家都遺忘了？這部分的人，我覺得有可能他們當年度是否沒有通過國考？而這一部分的人是不是後面幾年還會再回來受訓的體系之中？因此這一部分的

人，我們沒有考慮到。

我們考量一年所需要 R1 的人數，就像廖會長說的兩百八十個人，這個數值是不是應該再往上調整？我覺得應該是要考慮到這部分的人，謝謝。

蔡科長素玲：

這個數據我們說過，因為之前是初步調查，大家在禮拜五以前，包括四校五系、全聯會、醫策會等等，那個數據重新更新之後給我們。

如果學生有相關的 data，也歡迎你們（提供）過來，因此這一個東西，原則上我們會採剛剛會長的建議，我們不會先（放）上去，所以整個數據 update 之後，我們才重新上傳。

黃司長怡超：

蔡令儀醫師，請。

蔡醫師令儀：

最後，還是想要建議一件事，沒有受訓的可能有各種一些原因，包括制度本身是不良的，像第一年的名額真的很少，都是六十個人在搶三個、四十個人在搶兩個，第一年至第三年這些沒有受訓的人，今天是唯一一個機會，他們可以表達意見，可能也是包括我自己。

他們從 103 年到現在，執業也三年了，如果依照以前都沒有任何限制時，也是擁有開業的資格，但現在是沒有的。他們也會想要知道自己什麼時候才有機會可以進入到這個訓練體系，什麼時候當他需要有開業需求時，能不能取得這個開業的資格。

我們有八成的人想要開業、想要參加這個訓練，這個說法當然是有一點怪怪的，我們這樣子預估，是從結果去反推，但當他一開始，會選擇絕對不要有開業的任何機會的這種想法，應該是說不要去預設它。

這一些人到底有多少，能不能算出來？我們其實一直很想知道，103 年畢業以後，也進入執業了、也執業登記了，不是去做別的工作，但是沒有受訓，而且真的是做中醫的工作，但是他沒有受訓，我們其實一直想釐清的是，這些人到底有多少，這樣才可以確實掌握，讓他們再回來，或是以後有什麼樣的機制，他們可以去走。我好奇有沒有

可能去取得這樣的數字？

蔡科長素玲：

（取得）這個數字可能對我們來說有困難，因為這個訓練叫做自願，因此沒有強制，原則上要不要進來是自願的，這部分提案人是已經拿到執業醫師，可是他沒有進來，因此那個部分，我倒是比較建議，提案人是不是可以幫忙去統計，這部分我們是有困難的。

至於這群人如果要來受訓，我們一直都有媒合，而這個媒合其實都有平台，不管是誰有需求，只要上那個媒合（平台），據我所知，全聯會都會給他們提所謂的志願，針對他們所提的志願給予媒合，因此那部分我們目前是提供這樣的機制；又或者是提案人有另外的想法？

蔡醫師令儀：

那個媒合平台可能是另外一個問題，我們之後還要再詳細討論，為什麼媒合平台對我們來講是沒有發揮它的功能，這個可能要再討論。

當然會覺得如果可以像西醫在 PGY 完善的平台，對大家幫助最大，包含醫院教學規劃、主訓診所、醫院及一些協同單位，如何去規劃，都可以放上去，大家一目了然去選；甚至如果有些院所，薪資條件、訓練條件的環境如何，其實在西醫 PGY 的平台上真的是很完整，是要密碼登入的，不是公開的，是要有一個登入的過程。

有很多沒有辦法進入到訓練的問題，我覺得在做一個詳細調查，可以告訴各位說我們這個數字到底有多大，我們後續可能再設法瞭解，謝謝。

黃司長怡超：

另外一個提案人。

李醫師玟苓：

大家好，我是李玟苓醫師。我在這邊想要提供一個意見，代訓醫師的受訓條件很差，一方面時數高，一方面是無薪受訓，其實在整個會議當中，我都沒有聽到大家對沒有薪水的這件事作討論，大家會覺得這樣是合理的嗎？甚至還有某些單位創造所謂「學時」這個名詞。

我覺得西醫、牙醫應該不是這樣的狀況，是不是可以請各位長官就這部分思考一下？謝謝。

黃中醫部主任升騰：

我回答一下李醫師。其實代訓不是說中醫就沒有薪水，像西醫也是一樣，因為西醫是 PGY，是住院醫師，剛剛有講過是法律層面上的問題，我們現在是代訓，就是診所送到醫院來，因此醫院端是不可能發薪水的，這個要跟你講清楚，這並不是中醫這樣，包含西醫，比如要來我的醫院代訓，像心臟一個 subspecial 不是要給他（指代訓醫師）錢，而是代訓的那個（學生）要再給錢給醫院。

所以這個要跟同學解釋清楚，你的意思是不是說醫院端要發薪水，是不是這個意思？我要講的是，我很瞭解、也非常同情同學這種心態，所以每個同學在中國醫藥大學附設醫院在我部門退訓的時候，其實我每個都會去關切，我真的感到心理很難過，真的是這樣子。

李醫師玟苓：

不好意思，我個人的意見，不認為一定要由醫院端發薪水。

黃中醫部主任升騰：

我是要跟你解釋醫院端發薪水是有困難的，代訓是這樣子，包含西醫也是這樣子。

未來要整體規劃，這個制度是要往前看，就事實面可以解決的部分，我們來解決，我們真的很樂於來幫助每一位，學校畢業的同學能夠很順利拿到這個開業的資格，我覺得一定是所有老師的初衷，因此我覺得可能趕快在中醫醫教會趕快想盡辦法，包含剛剛講的時數認定，這是不是要趕快來解決？我想這才是能夠真正解決問題，未來代訓的場所是不是可以放寬？但又不失其品質，我想這是很重要要做的。

李醫師玟苓：

主任，我認為這部分是這樣子，其實我們在醫院裡面也有做一些工作，這些工作的部分，其實不是單純學習，這部分完全沒有薪資的部分，我覺得並不是非常地合理。

黃中醫部主任升騰：

這是制度的問題；薪水要醫院發，這個是有問題的。

李醫師玟答：

所以我的訴求是，政府端有沒有辦法幫助這個問題？而不是只是發一些教學補助金給醫院？

黃司長怡超：

簡單一句話，目前我想大家今天討論的從第一案至第五案，中醫藥司想努力的是，如何讓畢業以後的後中醫及中醫系有一個畢業後的專業知能，包含負責醫師訓練，各位今天所提到的這些，不管考慮到各系學會的代表，包含剛剛所提到的，可能現在自訓員額、代訓的受訓品質及工時，我想今天透過五個提案的討論，我想接下去中醫藥司還是會跟大家一起共同面對這一個問題，所提的這幾個關鍵點，我想我們大家共同面對。包括第五個提案，高教司那邊有相當的想法。另外四校五系的中醫院校代表，下一個課題也會針對這個，請大家共同努力。

我在這裡還是很誠懇地跟各位講，站在衛福部中醫藥司的立場，我們希望為臺灣中醫師畢業後提供一個更好的終身學習，有一個好的學習成長曲線，更重要的是能對民眾的健康照護，能夠更稱職。

各位知道相對於西醫系在整個畢業後的學習曲線、政策制度及全世界所提供的施政基礎，有很多部分，其實包含最近C型肝炎，一下子就是幾十億，因為實證基礎不是臺灣做的，但對於民眾C型肝炎就是有效，像這些方方面面，包含臺灣現在面對的長照、失智、急重症處理，有待大家共同努力。

各位在學校的學生，現在受訓的負責醫師訓練或剛畢業不久的，我們下一代的中醫師如何在服務的場域更加被病友、民眾肯定、更加被所有醫院或診所的相關同仁肯定，有待大家努力。

從民國 91 年開始到現在，我們除了有鋪陳以外，更重要的是 98 年到 102 年有計畫，103 年全面實施這個制度後，其實也很希望大家共同面對，既然醫療法有規定負責醫師應該督促著，要把馬步蹲好。

我們也很感謝全聯會、四校五系老師、主訓醫院、四校五系學生代表、受訓醫師、溝通平台發起人共同督促，看到現在還有哪一些問

題、狀況，我們是不是可以共同因應、處理好。我想包含中醫教育學會也在，我想這一些情形還是有一些狀況，的確要改善。這個制度基本上我們共同努力，這不是不良的制度。

第二點，的確有些地方要改善，中醫藥司跟今天所有在座的各位先進，這是中醫自己如何贏得民眾、社會更好的期待與信任，大家共同努力，我想我們在這裡（討論），我們會很積極。

今天所提的案由一至案由五，我想我們還有很多事情要做，今天所提的情形，我們彙整以後，包含禮拜五之前，如果要修正這一些情形，因為公正政策參與平台部裡要有一定的處理程序，我們要把這一件事走完。

再者，現在也有努力的專科醫師訓練，就是希望中醫的醫療照護能夠更加精實。再者，我們面對這麼多的期待，剛剛講到十九個醫學中心，十五個都有中醫服務，包含失智症，現在西醫也主動來說中醫是不是可以共同加入，讓這些慢性或很難處理的狀況，中醫是不是可以辦理合理、適當的角色與功能。

我們在這裡非常謝謝各位，如果沒有（其他意見），我們今天的會議到這裡，非常感謝，我們還要繼續努力，感謝。