



中醫優質發展計畫 (109 ~ 113 年)

中華民國 108 年 5 月

目 錄

壹、計畫緣起	1
一、依據	1
二、未來環境預測	3
三、問題評析	8
四、社會參與及政策溝通情形	11
貳、計畫目標	12
一、目標說明	12
二、達成目標之限制	13
三、績效指標、衡量標準及目標值	15
參、現行相關政策及方案之檢討	17
一、執行績效	17
二、執行檢討	26
肆、執行策略及方法	28
一、主要工作項目	28
二、分年執行策略與分工	29
三、計畫執行步驟與方法	30
(一) 主軸一：推動中醫人才培育及品質確保方案，提供優質中醫醫療服務	30
(二) 主軸二：建立中醫藥實證研究及人才培訓基地，並與產業鏈結，開創藍海	33
(三) 主軸三：促進中醫預防醫學與社區醫學發展，及國際交流合作	34

伍、期程與資源需求	37
一、計畫期程	37
二、所需資源說明	37
三、經費來源及計算基準	37
四、經費需求(分年經費)及與中程歲出概算額度配合情形	38
陸、預期效果及影響	39
柒、財務計畫	40

壹、計畫緣起

隨著全球人口老化及疾病照護負擔日趨嚴峻情況下，傳統醫療於國際間漸受重視，世界衛生組織(World Health Organization, WHO)已於 2013 年發布傳統醫學 2014 至 2023 年推廣戰略，建議各國應依國情，將傳統醫學逐步納入健康照護體系，我國全民健康保險自 1995 年開辦即將中醫納入給付項目，符合 WHO 推廣戰略。此外，為建構優質中醫健康照護體系，本部近年建立系統性臨床訓練、發展多元中西醫整合及中醫特色醫療、建構中醫醫院及醫院附設中醫部門評鑑制度、培育中醫團隊人才及積極參與國際交流活動，提供民眾高品質、高可近性及高滿意度之優質中醫醫療服務，進而促使全民健康保險會協定 2019 年度健保中醫門診總額成長率達 4.429%，為各類總額成長率最高，顯見民眾對中醫具高度期待與需求。

我國中醫貼近庶民就醫習性且接軌國際；惟近年國家挹注於中醫藥預算占比仍偏低，從本部 2019 年預算案編列概況，中醫藥業務僅占衛生保健支出之 0.83%。為避免台灣在國際傳統醫學崛起洪流中喪失原有領先地位，亟需加強挹注資源及人力，以促進傳統醫學發展。

為中醫健康照護優質化，本部將持續精進中醫師臨床訓練制度、健全中醫醫療團隊、發展中醫實證醫學研究、推動中醫精準醫學、推廣中醫預防醫學，及促進國際交流與合作；並運用傳統經驗中醫，翻轉及發揚為現代實證中醫，遂提出本中長期計畫，期透過分階段推動優質醫療、創新加值及永續發展等三大主軸策略，深耕中醫菁華價值及開創優質中醫藍海。

一、依據

(一) 法律賦予職權

1. 憲法增修條文第 10 條第 5 項：

國家應促進現代和傳統醫藥之研究發展。

2. 衛生福利部組織法第 2 條第 10 項：

本部掌理中醫藥發展、民俗調理之政策規劃、管理、監督及研究等事宜。

3. WHO「2014-2023年傳統醫學戰略之十年目標」：

傳統醫學應依照國情，逐步整合納入當地健康照護體系。

4. 醫師法第8條第2項：

醫師應接受繼續教育，始得更新執業執照，繼續執業。

5. 醫師法施行細則第1條之1：

應醫師考試資格者，其實習期滿成績及格之考評，需通過臨床技能測驗；並於同法第1條之3明定中醫臨床實作之科別及週數或時數。

6. 醫療法第18條第2項：

醫療機構負責醫師，應在中央主管機關指定之醫院、診所，接受二年以上醫師訓練，並取得證明文件，始得擔任。

7. 醫療法第28條規定：

中央主管機關應辦理醫院評鑑。

(二) 國家施政方針

1. 國家發展計畫：

本計畫將遵循國家施政主軸，落實下列精神以壯大台灣、振興經濟。

- (1) 安心生活與公義社會-融入長期照顧、防制毒品及完備照護網絡等面向，增進國民健康、創造幸福家園。
- (2) 國家安全與國際兩岸-推展新南向政策，發展文化經濟。

2. 2025 衛生福利政策白皮書：

第五章第五節所訂「發展中醫健康照護」中、長程目標，包括建立中醫專科醫師甄審制度、促進多元化中西醫合作服務等項目。

二、未來環境預測

(一) 傳統醫學於國際漸受重視，我國須挹注經費及人力以維持優勢

全球超過半數人口仰賴傳統醫學作為第一線醫療，目前已有 130 個國家使用傳統醫藥；又 WHO 已於 1996 年認可針灸治療之 64 種適應症，並於 2014 年發表「傳統醫學戰略十年目標」，宣導傳統醫學應依國情，逐步整合納入當地健康照護體系；此外，「中西醫病名對照大辭典」亦被聯合國教育、科學與文化組織(United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, UNESCO)列為保護非物質文化遺產重要參考資料。世界各國紛紛投注龐大經費及人力於傳統醫學研發領域，各國發展情況分述如下：

美國於 1991 在國家衛生研究院(National Institutes of Health, NIH)轄下設立替代醫學辦公室(Office of Alternative Medicine, OAM)，1998 年將該辦公室更名為美國國家替代醫學研究中心(National Center for Complementary and Alternative Medicine, NCCAM)，2015 年將 NCCAM 重組為國家補充與整合衛生中心(National Center for Complementary and Integrative Health, NCCIH)，預算高達新臺幣 60 億元，並已成立 50 多所中醫學院，如哈佛、耶魯等醫學院皆相繼開設中醫課程。

中國大陸於 2016 年底完成「中醫藥法」立法，並陸續發布「中醫藥健康服務發展規劃(2015-2020)」及「中醫藥發展戰略規劃綱要(2016-2030)」，每年投入中醫藥經費約新臺幣 40 億元。

韓國於 1951 年頒布「國民醫藥法」，確立傳統韓醫與西醫同等地位，2003 年通過「韓國韓醫藥發展法案」，2005 年成立「韓醫藥發展審議委員會」，每年投注約新臺幣 10 億元。

綜上所述，傳統醫學於國際間已備受重視，為維持我國中醫優勢，亟需加強挹注資源、培養人才，以提升國際競爭力。

(二) 健全中醫師訓練制度，人才分階段培育以強化臨床技能

世界醫學教育聯合會將醫學教育分為校院醫學教育、畢業後醫學教育及醫學繼續教育等三個階段，以校院醫學教育為起點，畢業後醫學教育為重點，並透過專科醫師訓練，形成完整現代醫學教育體系；此外，該會亦宣導醫學教育應朝連續性、完整性及培養核心能力等方向改革，藉由畢業後一般醫學、專科醫師訓練和持續性專業發展(醫學繼續教育)，精進終身專業能力。

綜觀亞洲各國，近年均已積極建構傳統醫學臨床訓練制度，韓國自 2000 年正式實施「韓醫專科醫師」制度，具韓醫師資格者在韓國保健福利部指定醫院，進行至少一年一般綜合實習及三年專科實習，經專科醫師考試及格，始取得韓醫專科醫師資格；中國大陸自 2015 年起，將中醫學制調整成五年中醫本科教育加一年臨床訓練，完成前述學程，方可取得中醫師執業資格，各國傳統醫學教育及臨床訓練制度現況如下：

表 1-2-1 各國傳統醫學教育及臨床訓練制度彙整表

	台灣	中國大陸	韓國	日本	印度
名稱	中醫	中醫	韓醫	漢藥	阿育吠陀 (Ayurveda)
養成教育	1. 中西醫雙主修 8 年制 2. 中醫單主修 7 年制 3. 學士後中醫 5 年制	5 年制	6 年制	6 年制	4 年制
臨床訓練	若欲擔任負責醫師，須通過 2 年負責醫師訓練	1 年	1 年	2 年	無
執業範疇	中醫師不得執行西醫醫療業務。但具備中、西醫雙證書者，不在此限。	除中醫醫療業務外，尚可執行部分西醫業務。	執行診療、中藥劑及針灸等	西醫師可同時開立西藥及漢藥	草藥、精油、瑜珈及按摩等

我國西醫自 1988 年開始實施專科醫師制度，初期區分為 18 科，現已增加至 23 科；牙醫於 1998-2000 年陸續公告 3 科牙醫專科，並於 2017 年增列 7 科，目前已達 10 科；護理人員亦於 2004 年公告 2 科專科，目前，醫師職類僅中醫尚未實施專科醫師制度。此外，西醫已於 2003 年推動畢業後一般醫學訓練、14 類醫事人員臨床訓練亦於 2007 年開始執行、中醫則於 2009 年開始辦理「中醫醫療機構負責醫師訓練計畫」，並於 2014 年落實「中醫醫療機構負責醫師訓練制度」，要求欲擔任中醫醫療機構負責醫師者，須於本部指定訓練機構，接受 2 年負責醫師訓練，始得為之。我國醫事人員臨床培訓制度歷程圖如下：

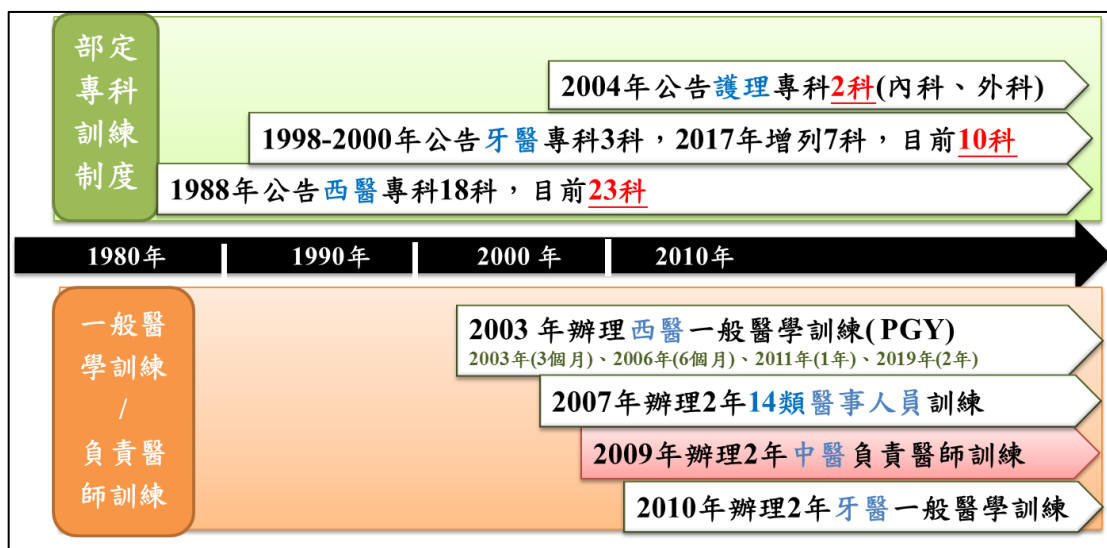


圖 1-2-1 我國醫事人員臨床培訓制度歷程

綜上，為符合全球臨床訓練發展趨勢，我國現行施行之中醫醫療機構負責醫師訓練制度，未來將規劃轉型為畢業後一般醫學訓練，並建立專科醫師制度，以建構完整臨床醫學教育及訓練體制。

(三) 建立中醫醫療團隊並持續透過品質把關機制，以提升醫療服務品質

面對醫療需求與日俱增且新興疾病日益複雜趨勢，目前我國中醫藥領域，僅有中醫師具有完整中醫醫學教育及臨床訓練制度，若

欲提供高品質中醫醫療服務，尚須與其他醫事人員形成完整中醫團隊，例如藥師、護理師等醫事人員，藉由專業分工及團隊合作，培養團隊具備中醫藥領域專業知能，俾因應現代醫療須高度專業與分工合作趨勢，提供民眾高品質中醫醫療服務。

為確保中醫醫療服務品質，除建立中醫醫療團隊，亦須透過外部監控及評鑑機制，確保醫院醫療品質及教學環境，爰此，本部須持續辦理評鑑作業，並依照中醫醫療服務特性、中醫醫療機構角色、醫院評鑑趨勢及醫療機構設置標準等，持續檢討評鑑基準，以提升中醫醫療服務品質。

(四) 發展中醫藥實證研究，開創中醫新契機並與產業鏈結

中醫診斷主要以「辨證論治」及「望聞問切」為依據，均仰賴中醫師主觀診斷及個人經驗判斷，再現性不佳，若藉由現代科學方法輔助診斷，循標準化判別程序，將可提高中醫診斷精確性與醫療照護品質。近年已漸有結合中醫理論及現代科技醫療儀器問世，如美國食品和藥品監督管理局已核准一款電刺激醫療器材，即結合中國經絡理論及電刺激技術，可協助減輕對藥物之依賴。未來可積極開發中醫醫療技術及產品，規劃進行國人重要疾病之中醫藥臨床療效評估研究，累積充足使用數據後，據以推展疾病治療、輔助治療與預防保健所需之中醫藥臨床試驗研究，讓傳統醫學與時俱進，且呼應國家發展政策「5+2」產業創新之加速「生物科技產業」升級轉型，符合國家發展及國際趨勢。

(五) 發展中醫精準醫學，促進中醫與現代醫學接軌

美國於 2015 年啟動精準醫學計畫，並投注逾新臺幣 60 億元，使得世界各國紛紛投入精準醫學研究領域，精準醫學提倡針對病人體質差異及疾病異質性，訂定其專屬疾病預防和治療策略，其概念

與中醫提倡「上醫治未病」(應採取預防措施，防止疾病發生)、「同病異治」(針對病人體質對症下藥)或調整體質等觀念相符，為發揚中醫傳統醫療觀念，並與現代醫學接軌，未來將積極發展中醫精準醫學，為病患尋求最合適之疾病治療模式。

(六) 發展中醫預防醫學，提供未來人口老化之照護量能

我國已於 2018 年進入高齡社會，勢必面臨全民健保及長期照護負擔增加等問題，如何精進高齡政策，減輕醫療及長期照護負擔，為政府目前面臨重要課題。對此，中醫在預防醫學上具「簡便驗廉」特性，可以較低成本，延緩失能並提升年長者生活品質，此外，中醫於健康適能、預防醫學等領域，均有研究證實其功效，相關實證研究如下(表 1-2-2)：

表 1-2-2 中醫預防醫學實證成效

主題	健康適能	預防醫學	長期照護
中醫介入成效	太極可強化病人復健運動耐力、減輕平衡障礙及預防跌倒。	使用中藥可預防老人骨質疏鬆及骨折。	中醫可延緩慢性病惡化、維持獨立功能和節省照護成本。
參考文獻	臨床復健、循環期刊，2010	eCAM 期刊，2012	長期照護雜誌，2005

此外，綜觀全球十大死因，過半數皆非傳染性疾病，使得世界各國對此無不重視，中醫亦累積許多實證基礎如下(表 1-2-3)：

表 1-2-3 中醫治療非傳染性疾病實證成效

病症	中風	癌症	腎臟病
中醫治療成效	接受針灸治療患者，復發機率較低。	中西醫整合可減輕放化療副作用並提高存活率及生活品質。	慢性腎臟病患者服用中藥，減低末期腎臟病風險及死亡率。
參考文獻	Medicine 期刊，2015	Medicine 期刊，2016	BMJ Open 期刊，2014

綜上，無論是疾病預防、治療，甚至延緩失能，中醫皆有所助益，若能發揮中醫長才，可使我國全民健保永續發展，保障國民健康。

三、問題評析

(一) 中醫師人才訓練扁平化，研究及臨床教學量能不足

本部自 2014 年起，實施「中醫醫療機構負責醫師訓練制度」，規範欲擔任中醫醫療機構負責醫師者，須在本部指定訓練機構，接受 2 年負責醫師訓練，始得擔任。制度實施迄今，主要訓練機構已從 2009 年 10 家擴增至 2018 年 65 家；受訓醫師亦從 32 位增至 403 位，惟仍有約一成(96 位)新進中醫師尚未納訓，須持續擴增訓練容額，以滿足全額納訓需求。此外，我國中醫目前仍為一般科訓練，尚未建立專科醫師制度，缺乏臨床教學及實證研究人才，導致專科教學與研究能量受限，於現代醫療體系相對式微，影響中醫競爭力。

(二) 中醫實證研究量能不足，缺乏實證研究人才及研究基地

我國中醫仍以基層診所型態營運為主，診所執業中醫師數佔中醫師執業總數 87.7%，且中醫診所數佔中醫醫療院所總數 97%，目前有 113 家醫院設有中醫部門，且有逐年增加趨勢；惟若欲發展中醫實證

研究及中西醫整合醫學，以本部目前經費編列規模，每年僅能輔導 4-7 家醫院，占整體中醫部門數 3-6%，投注經費明顯不足。此外，西醫會診中醫部分，除腦血管疾病、4 種癌症及急症外，其餘皆無健保給付，缺乏中醫會診誘因，使得中西醫整合醫療仍不普遍。未來須投入更多資源及人力，輔導醫院附設中醫部門建立中西醫整合醫療及實證研究，培養中醫研究人才，並培訓中醫師、護理師及藥師等專業人才遵循優良臨床試驗規範，投入中醫藥臨床試驗，累積中醫實證基礎。

(三) 中醫師人數逐年成長，但中醫利用率逐年降低，中醫競爭白熱化

我國中醫師人數逐年增加，2016 年前中醫畢業生每年 270 名、2016 年起逐年增加義守大學畢業生 45 名(2019 年調整為 50 名)、2017 年起逐年再增加慈濟大學畢業生 45 名，故 2019 年起每年中醫畢業生已達 365 名；惟中醫利用率從 2009 年每十萬人口就診率 29,934 人，逐年下降至 2016 年為 26,818 人(近年中醫師人力及中醫就診率趨勢，如圖 1-3-1)。

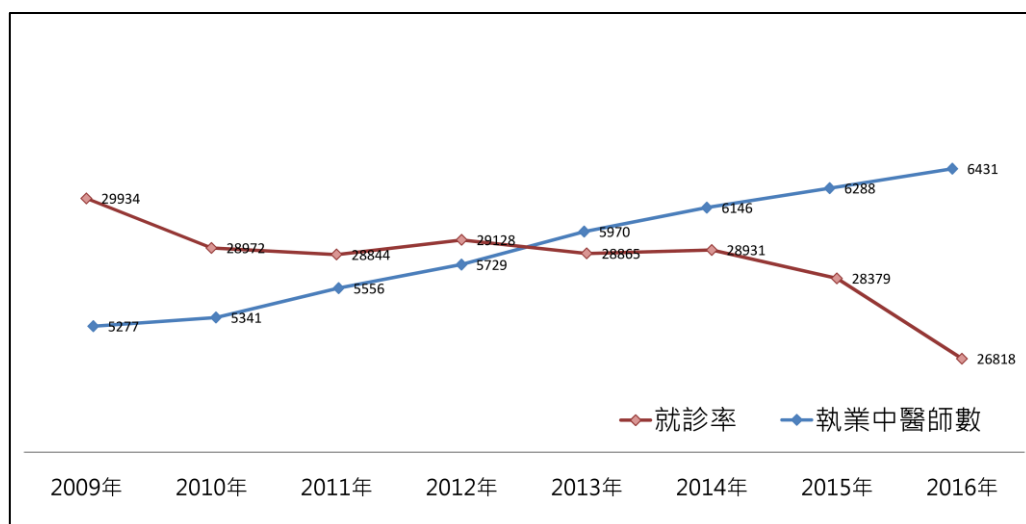


圖 1-3-1 中醫就診率與執業中醫師人數消長趨勢

(四) 中醫尚未建立醫療分工制度，除中醫師外，未有其他醫事人員由中醫養成教育產生

我國雖已有四所大學院校設立中醫相關學系，但仍缺乏其他中醫

醫事人員養成教育制度。按現行醫療法規規範，護理人員可在中醫師指示下執行中醫醫療輔助業務，惟目前醫療就業市場極度欠缺護理人員，且部分中醫業務如傷科推拿耗費體力，影響護理人員投入中醫職場意願。此外，藥師亦因中藥調劑執業環境不如西藥，且中藥從業人員訓練體制尚未健全，參與中藥領域藥師仍佔少數，致影響中醫藥整體發展。

又由於現行護理人員及藥師養成均以西醫理論為基礎，本部為增進渠等中醫藥知能，業訂有中醫護理訓練 7 科 9 學分及藥師中藥課程 16 學分，未來將滾動檢討並訂定進階課程，以提升中醫醫療團隊素質。惟前揭人員投入中醫診所比率偏低，使得中醫診所輔助人力仍捉襟見肘，為解決中醫診所聘不到輔助人力問題，未來將評估是否成立新一類中醫醫事輔助人員，循中醫理論教考訓用制度養成，以實質解決中醫人力缺口，健全中醫醫療團隊。

(五) 貫穿中醫理論才能發揮中藥療效，中醫治療也須朝向個人化與精準化

中醫強調「辨證論治」，乃注重個人體質影響疾病發展之個人化醫學(individualized medicine)，欲藉臨床研究驗證中醫治療療效時，所面臨最大難題，在於如何根據患者體質類型，給予相對應之治療藥物。此外，選擇適應症與療效評估時，亦須需考量針對病因、病機、體質之治法，評估以症狀、實驗檢驗、影像檢驗、存活率、生活品質等綜合量表。此時，以具有信度與效度之中醫體質量表，協助臨床研究者，在研究過程中即時得到患者體質資訊，對於中西醫學之溝通，有極大助益。根據現代醫學資料庫(PubMed)及傳統醫學文獻資料庫(中國期刊網-醫藥衛生專輯)文獻顯示，中醫藥(如針灸、複方)在神經退化之基礎科學研究及動物實驗均顯示具有顯著改善功能、中醫治療風濕免疫疾病亦有其獨到之處；惟臨床實證基礎薄弱，缺乏以高品質臨床試驗中心驗證其療效。

四、社會參與及政策溝通情形

本計畫將透過座談會、專家會議廣徵不同背景之專家學者(含醫療、教育、管理等)建言，並蒐集對於計畫內容建議，各項工作於政策規劃過程中，均涵蓋與相關團體討論結果。同時本計畫亦將藉由各類說明宣導活動等機制，提高社會參與及政策溝通。

貳、計畫目標

一、目標說明

中醫為我國歷史深厚之文化，亦為現今社會大眾經常選擇的養生保健及治療方法，本計畫擬定三大主軸，期達到深耕中醫菁華價值之目標。首先以「優質醫療」為基礎，包括精進中醫臨床醫學訓練制度及健全中醫醫療團隊等，提升既有的醫療技能及服務品質，落實政府為民眾安全把關的責任；再以「創新增值」為方向，藉由建立中醫多元照護模式及建立中醫藥實證研究等工作，期能開創中醫藥新藍海，並帶動中醫藥產業鏈結，促使該產業蓬勃發展；最後，融入「永續發展」的概念，推動預防醫學及國際交流合作，為中醫永續發展奠定基礎，計畫架構圖構如下：

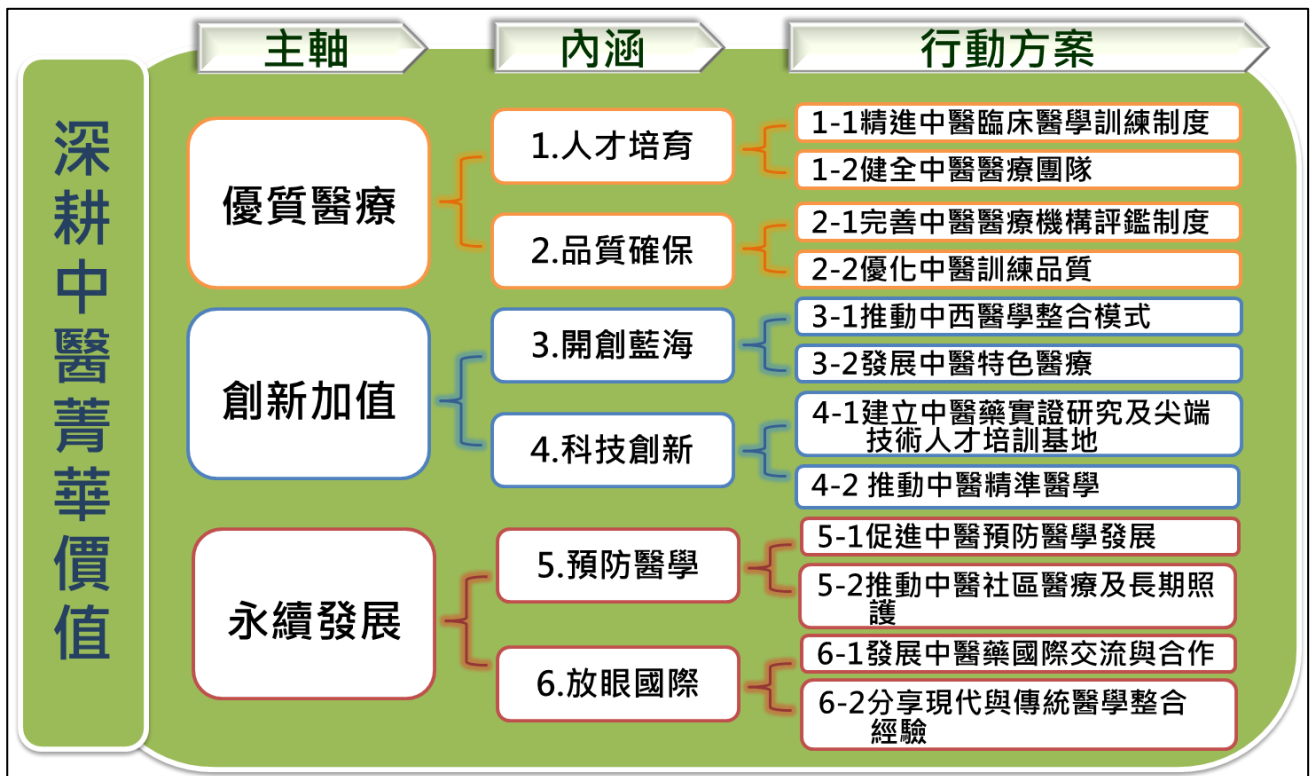


圖 2-1-1 中醫優質發展計畫架構圖

本計畫執行之整體目標如下：

- (一) 推動中醫人才培育及品質確保方案，提供優質中醫醫療服務
- (二) 建立中醫藥實證研究及人才培訓基地，並與產業鏈結，開創藍海
- (三) 促進中醫預防醫學與社區醫學發展，及國際交流合作

二、達成目標之限制

(一) 中醫負責醫師訓練容額及經費不足

本部自 2014 年起實施中醫負責醫師訓練制度，要求欲擔任中醫醫療機構負責醫師者，須在本部核定訓練機構接受 2 年負責醫師訓練，始得擔任。該制度實施迄今，約尚有 1 成(96 位)新進中醫師，因訓練場域容額不足問題，仍未參訓。為提高訓練機構收訓意願，本部近年已積極爭取補助訓練經費，從 2014 年 3,500 萬元擴增至 2018 年 4,200 萬元，惟隨著中醫學系畢業生逐年累積，補助經費成長速度不及新進中醫師成長速度，且原經費來源醫療發展基金已大幅萎縮，致 2020 年將無法挹注醫事人員訓練費用，為避免影響新進中醫師受訓權益，須爭取經費挹注，以達全額納訓目標。

(二) 中醫專科醫師訓練制度定位與目標未有共識

本部中醫藥司前身中醫藥委員會於 2003 年補助中醫內科醫學會、中醫婦科醫學會、中醫兒科醫學會、針灸醫學會及中醫傷科醫學會五個團體，訂定各該專科醫師訓練相關規章，以提升專科醫學會學術內涵，惟中醫各醫學會功能參差不齊，成效不彰。近年，本部考量中醫臨床訓練以一般科為主，人才培育扁平化，研究及臨床教學量能不足，爰規劃中醫專科醫師建構制度，惟現階段中醫界對中醫專科資格採認、分科科別、訓練場所等議題意見分歧，須持續溝通與協調，未來將多方廣納意見，並透過試辦訓練及專家共識平台，滾動檢討專科醫師甄審相關規範，並凝聚共識，逐步完備中醫專科醫師制度。

(三) 中西醫整合醫療，須中醫及西醫部門共同努力

統計全國醫院設有中醫部門之家數，至 2018 年底，19 家醫學中心中有 15 家提供中醫門診，另有 113 家醫院設有中醫部門。為促進前揭醫院中西醫整合，本部自 2013 年起推動建構中西醫合作照護模

式，歷年研究成果均顯示，透過中醫參與有助提升整體醫療照護品質，惟跨部門整合醫療推動不易，取決於醫院管理階層及西醫部門決策，若欲成功推展中西醫整合醫療，本部仍須持續推動相關計畫，嚴謹設計隨機、雙盲、對照及多中心之臨床研究計畫，並透過客觀執行與結果評估，累積中醫實證研究基礎，藉以說服醫院管理階層或西醫部門，推廣中西醫整合醫療，共同保障民眾健康。

(四) 中醫藥臨床試驗人才及經費不足

自 2001 年起，本部中醫藥司前身中醫藥委員會先後輔導國內 18 家教學醫院成立「中藥臨床試驗中心」，提供中藥新藥臨床試驗場所，並於 2007-2008 年補助 5 家教學醫院進行「教學醫院成立中藥臨床試驗中心計畫」，進行人員招募及訓練，及制定臨床試驗標準作業手冊；惟礙於人力及經費不足，迄今僅餘 6 家，2016 年經費僅剩 150 萬元。為中醫藥實證研究之長遠發展，亟需挹注資源推動並培訓中醫師投入中醫藥臨床試驗，以實證醫學進行科學驗證，並補足及培育中醫藥臨床試驗相關專業人員。

(五) 中醫藥之國際交流合作仍待突破困境

我國中醫藥發展已超過 50 年，軟、硬體建設發展亦已臻成熟，惟目前僅限於以學術、醫療單位參與國際交流，囿於政府部門經費有限，無法充分支持參與國際活動，導致國際各國對我國中醫藥瞭解及認同感受限，加上近年中國大陸在國際間積極拓展中醫藥發展，壓縮我國中醫藥國際發展影響力與空間。

三、績效指標、衡量標準及目標值

策略目標	績效指標	衡量基準	年度目標值				
			109年	110年	111年	112年	113年
精進中醫臨床訓練	提供充足中醫師訓練負責額	主要訓練機構提供前年度中醫畢業生且完成執業登記者接受訓練之百分比	90%	93%	95%	97%	100%
	辦理中醫主要實地訓練機構作業品質	完成指定主要訓練機構實地訪查比率	90%	93%	95%	97%	100%
	提供中醫專科醫師訓練場域	辦理專科醫師(試辦)訓練醫院累計家數	6	8	10	12	14
優化中醫訓練品質	培育中醫(中藥)臨床教學訓練師資	取得指導師資資格證書累計人數	600	650	700	750	800
	建立中醫臨床技能測驗模式	當年度補助醫院家數	6	6	6	6	6
推動中西整合醫學模式	施行中西醫整合醫院之家數	建置中西整合醫療之醫院家數	5	5	5	5	5
發展中醫特色醫療	建立中醫特色醫療照護指引	編撰中醫特色醫療照護指引數	2	2	2	2	2
建立中醫臨床研究及尖端技術培訓基地	強化中醫臨床診斷、治療、評估及人工智慧應用研究	累計投稿至國內外醫學學術期刊文獻數	-	5	10	15	20
	辦理中醫藥臨床試驗專業人員教育訓練	完訓累計人數	30	60	90	120	150
推動中醫精準醫學發展	辦理中醫精準醫學研究	參與中醫精準醫學研究試驗累計人數	10,000	20,000	30,000	40,000	50,000
	辦理中醫精準醫學研究專業人員教育訓練	完訓累計人數	30	50	70	90	110

策略目標	績效指標	衡量基準	年度目標值				
			109年	110年	111年	112年	113年
促進中醫預防發展	辦理中醫預防醫學活動	累計推廣縣市數	3	5	7	9	10
推動中醫社區醫療及長期照護	建立中醫社區醫療及長期照護模式	累計推廣縣市數	2	4	6	8	10
發展中醫國際交流與合作	中醫藥國際交流合作	累計辦理中醫藥學術或產業交流合作	2	3	4	5	6
分享現代傳統中醫經驗	舉辦傳統醫學國際研討會	當年度辦理場次	1	1	1	1	1

參、現行相關政策及方案之檢討

為促進中醫精進優化，自 2014 年開始朝「系統訓練」、「多元醫療」、「品質確保」及「健全團隊」等四大面向推動，以培育優質中醫人才，輔導中醫多元發展，確保優質醫療服務及擴增中醫服務量能。重要執行情形及檢討臚列於下：

一、執行績效

(一) 落實中醫系統性訓練，確保臨床訓練品質

1. 為增進中醫師專業照護能力，建立臨床訓練制度，本部分三階段推動中醫師臨床教學訓練，各階段計畫辦理情形及成果分述如下：
 - (1) 第一階段：2002-2008 年推動「建構中醫整體臨床教學體系計畫」，分年完成整合師資、設施、建立模式、訂定計畫、編寫教材及落實訓練等項基礎工作，充實教學機構軟硬體設備與資源。
 - (2) 第二階段：2009 年-迄今推動「中醫醫療機構負責醫師訓練計畫」，輔導本部核定訓練院所，強化新進中醫師中醫內科、婦科、兒科、針灸、傷科臨床診療能力，並可選擇接受西醫一般醫學及急診訓練。並於 2014 年正式實施「中醫醫療機構負責醫師訓練制度」，要求未來擔任中醫醫療機構之負責醫師，應在本部核定訓練院所接受兩年負責醫師訓練，始得擔任，以培育具全人醫療能力中醫師。
 - (3) 第三階段：2015 年-迄今規劃「中醫專科醫師訓練制度」可行性，凝聚中醫界推動專科醫師制度共識，刻正研訂中醫內科、針灸科兩專科訓練機構、課程基準規範，逐步建構中醫專科醫師訓練制度，期能培育具有實證科學研發與專科教學能力中醫師。
2. 中醫醫療機構負責醫師訓練成效：本部自 2009 年起，辦理「中醫醫療機構負責醫師訓練計畫」迄今，主要訓練機構由 10 家擴增至

65 家(醫院 44 家；診所 21 家)，受訓醫師從 32 位擴增至 403 位，亦同時擴增醫院附設中醫部門家數，從 81 家擴增至 113 家，醫學中心附設中醫部門家數，從 5 家增至 15 家，訓練成果(如表 3-1-1)。此外，受訓醫師自評成果亦呈現，負責醫師訓練可提升臨床實務能力，且較實習時期進步(如圖 3-1-3)。

表 3-1-1 中醫負責醫師訓練成果

項目 \ 年度	2009 年	2018 年	成長比例(%)
受訓醫師	32(人)	403(人)	1159%
中醫負責醫師 主訓醫院家數	10(家)	44(家)	340%
附設中醫部門 醫院家數	81(家)	113(家)	40%
附設中醫部門 醫學中心家數	5(家)	15/19(家) (缺台大、成大、 新光、國泰)	200%
醫院執業 中醫師人數	526(人)	831(人)	58%

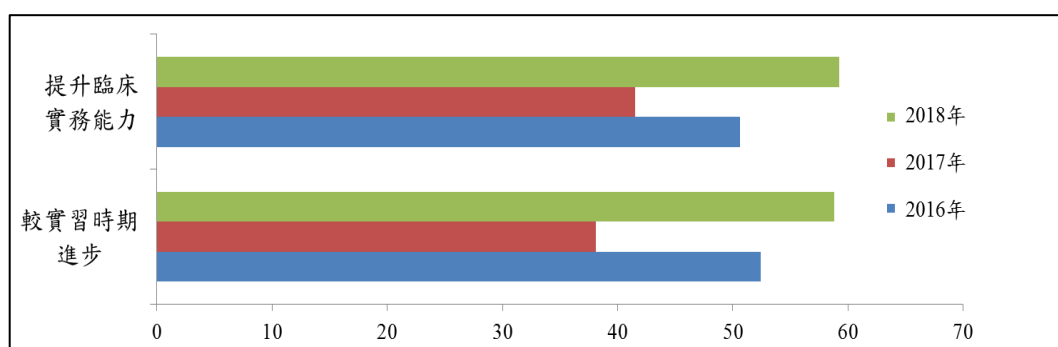


圖 3-1-3 中醫負責醫師訓練受訓醫師自評成果

3. 提升指導師資教學成果：為提升臨床訓練教學品質、齊一教師素質，本部自 2007 年起，辦理「中醫醫療機構負責醫師訓練指導醫師培訓計畫」，分北、中、南三區舉辦「指導醫師及指導藥師培訓營」，儲備指導師資，提升臨床教學素質；2015 年函頒「中醫醫療

機構負責醫師訓練師資認證要點」(課程內容，如表 3-1-2)，明訂指導師資培訓資格、培訓課程內容及合格條件，供培育指導師資遵循，目前領有合格臨床醫學指導教師數計 617 人、中藥學指導教師數計 266 人，以保障中醫師臨床訓練教學品質。

表 3-1-2 指導師資培訓課程

指導師資	培訓課程內容
臨床醫學 指導教師	中醫師六大核心能力及教學技能課程(七小時) 中醫臨床教學實務訓練課程(十小時) 中醫專科門診教學、中醫病房或會診教學、指導中醫臨床教學討論會、中醫臨床技能實作評估學習、訓練成效評估及回饋
中藥學 指導教師	中醫藥臨床專業及教學技能課程(七小時) 中藥臨床教學實務訓練課程(十小時)： 藥品調劑實作教學、藥品給藥衛教教學、中藥藥品製備實作教學、中藥飲片鑑別教學、中藥不良反應案例教學

4. 建構中醫專科醫師制度成果：為培育現代中醫臨床研究人才，強化中醫分科專業訓練，本部 2015 年、2016 年辦理「建立中醫專科醫師訓練制度共識計畫」，多數中醫師對於推動專科醫師訓練制度，趨於正向支持；遂於 2016 年起逐年補助 5-6 家教學醫院建置中醫臨床技能測驗中心，作為未來中醫專科醫師初審口試場所，更於 2017 年起委託財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會辦理「中醫專科醫師制度建構計畫」，研訂「專科醫師甄審資格」、「訓練課程基準」及「訓練機構認定基準」等配套措施，朝建立中醫專科醫師制度邁進(如圖 3-1-4)。



圖 3-1-4 中醫專科醫師制度建置規劃

5. 建置臨床技能測驗模式成果：為整合臨床師資，齊一受訓醫師臨床技能測驗方式，本部 2017 年補助臺北市立聯合醫院、長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院、中國醫藥大學附設醫院、義大醫療財團法人義大醫院及佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院等 5 家教學醫院建置中醫臨床技能測驗中心(以下簡稱中醫 OSCE 中心)，提供臨床教學實務訓練課程及辦理中醫客觀結構式臨床測驗考核；以林口長庚紀念醫院作為審視中心，審視各中醫 OSCE 中心所提出之教案，提升中醫臨床測驗題目品質及信效度，另委託中國醫藥大學附設醫院，研訂中醫 OSCE 相關規範，相關執行成果說明如下：
 - (1) 擇優 5 家教學醫院建置中醫臨床技能測驗模式，作為中醫臨床教學示範中心。
 - (2) 設置「審視教案中心」完成 71 例教案審視及題庫分析，提升考題品質及信效度。
 - (3) 設置「研訂規範中心」研訂中醫內科、針灸科臨床技能測驗審查原則、命題範圍、命題單元與教具規格等規範，建立標準化臨床技能測驗。
 - (4) 2018 年辦理 12 場臨床技能測驗，共 517 名學員參與。

(5) 辦理中醫臨床技能測驗實務工作坊共 5 場、98 名指導教師取得考官資格。

6. 辦理中醫醫院暨中醫部門評鑑成果：本部自 2006 年辦理「中醫醫院暨醫院附設中醫部門評鑑」，持續滾動檢討，為中醫服務品質把關，至今已辦理 5 次，前次(2014 年)評鑑合格醫院有 4 家，2017 年已重新研修評鑑基準，並於 2018 年辦理實地評鑑，合格醫院計有 5 家。教學醫院附設中醫部門自 2011 年納入教學醫院評鑑，中醫評鑑條文包含第 5.7 節實習中醫學生訓練計畫執行與成果，計 7 條條文；第 5.8 節新進中醫師訓練計畫執行與成果，計 7 條條文，目前合格中醫師職類教學醫院有 43 家(成果，如表 3-1-3)；醫院附設中醫部門自 2015 年起納入醫院評鑑，若中醫部門中醫師達 4 人以上，須接受評鑑。區域醫院或地區醫院評鑑項目包括中醫及跨團隊醫療照護、完備之設施及病人安全措施，計 3 條條文；醫學中心評量項目則增加中醫人力配置及訓練，計 4 條條文，皆屬試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。

表 3-1-3 中醫相關醫院評鑑概況

機制內容	評估 中醫醫院評鑑	中醫師職類 教學醫院評鑑 (須先通過醫院評鑑)	醫院評鑑 (醫院附設中醫部門)
辦理依據	醫療法第28條	醫療法第95條	醫療法第28條
開辦年份 (納入中醫)	2006年	1978年 (2011年)	1988年 (2015年)
基準	(2018年版) 經營管理篇 醫療照護篇 教學訓練篇 共 <u>84條</u>	(2017年版) 5.7節實習中醫學生及 5.8節新進中醫師共 <u>14條</u>	(2017年版) 2.4章特殊照護服務 (醫學中心) <u>共4條</u> 2.4章特殊照護服務 (區域、地區醫院) <u>共3條</u>
目前合格家數	<u>4家</u>	<u>43家</u>	<u>(屬試評條文， 不影響評鑑結果)</u>

(二) 擴展服務項目，促進中醫多元發展

為符合民眾需求，建立中醫多元治療照護模式，培育中醫研究人才，促進中西醫整合，累積中醫療效實證，逐年擴增服務項目；2013年至2015年主要服務項目包含「建構中西醫合作照護模式」、「建構中醫日間照護模式」，自2016年起新增「建立中醫參與長期照顧制度之模式」、「建立中醫參與戒癮治療模式」，成果說明如下：

1. 為促進中西醫合作交流，本部自2013年起逐年辦理「中西醫合作照護模式計畫」，建立8種病種之中西醫合作照護模式。重要成果包括有效緩解化放療副作用、縮短急診留觀時數、減輕疼痛程度及提高傷口痊癒率等，並輔導6家教學醫院設置中西醫實證研究團隊，搭起中西醫合作橋樑；在場域部分，由中西醫聯合門診擴展至病房中醫會診，近年更推廣至急診會診。由於中醫參與急診成效良好，且累積足夠科學實證，因此，急診會診中醫照護衍生之「中醫急症處置」自2018年起納入健保試辦計畫，有助於紓緩急性症狀，改善急診壅塞之情形，另提供急重症訓練教材、深化中醫師臨床訓練內涵，提供中西醫實習醫學生及住院醫師教學訓練，促進新進中西醫師相互觀摩學習。目前已發表國內期刊1篇；國外SCI期刊3篇。
2. 為建立中醫日間照護模式，本部自2013年起逐年辦理「建立中醫日間照護模式計畫」，建立11種病種之中西醫合作照護模式，包含小兒氣喘、子宮內膜異位痛經、中風後遺症、失智症、慢性腎臟病、糖尿病腎病變、食道癌、乳癌、大腸癌、膀胱癌及運動傷害下背痛的照護模式。由於中醫介入成效良好，本模式衍生「中醫門診延長照護」自2018年起納入健保試辦計畫，有助於緩解癌症患者接受化療及放療所造成之副作用；另輔導中國醫藥大學附設醫院及高雄長庚紀念醫院等醫院設置2-8床日間照護專區，提供中西醫整

合照護，滿足民眾就醫需求，亦提供日間照護訓練教材、深化中醫師臨床訓練內涵。目前已發表國外 SCI 期刊 1 篇。

3. 為促進中醫參與長期照護，本部自 2015 年起推動「中醫參與長期照護服務模式計畫」，建立 2 種不同場域(護理之家及老人之家)之中醫參與長期照護模式，共同面對高齡社會所帶來之衝擊。研究成果顯示，經「坐式太極拳」與「坐式八段錦」鍛鍊的失能長輩，失眠和憂鬱等評量皆有顯著進步；此外，中藥「導赤散」、「葶藶分清飲」與「八正散」的合方對長照個案泌尿系統疾病亦有改善。
4. 為促進中醫參與戒癮治療，本部自 2016 年起推動「中醫參與戒癮治療模式計畫」，完成中醫(耳穴貼壓及雷射針灸)參與戒癮治療模式及標準作業流程，成果顯示中醫參與戒癮治療模式可有效改善病人睡眠品質，亦可降低病人海洛因渴藥程度。

(三) 強化中醫醫療團隊素質，評估設置中醫醫療輔助人員

1. 本部於 2017 年召開會議，針對現行中藥產業需求，研討藥師應具備之中藥執業核心能力及可能修習中藥課程之課綱及學分，進而規劃藥師應修習課程、學分及修習時程安排等，以提升中藥藥事服務品質。有關中藥產業之藥師應具備能力，應包含中藥(材)基本知識及應用能力、中藥材鑑定與炮製能力、中藥品質管控與製程確效能力及具中藥臨床調劑與服務能力等。先從教育著手，並納入專家學者提供完善諮詢管道，導入中藥創新元素，引進現代化之中藥經營模式，最終把中醫藥的相關學術和臨床經驗結合，以強化藥師的專業，保障民眾用藥安全。
2. 為配合中醫醫院、診所護理業務之實際需要，業於 2000 年邀集中醫、護理界及專家學者，訂定「中醫護理訓練」選修課程，培訓中醫護理人才。自 2002 年起，每年輔導護理團體辦理中醫護理訓練，截至 2017 年底共有 2,572 位護理人員完成 7 科 9 學分培訓認

證。又為配合未來中醫專科醫師訓練，擬訂中醫護理進階訓練課程(草案)及中醫護理技術標準作業(如表 3-1-4)。

表 3-1-4 中醫護理進階訓練課程(草案)及技術標準作業項目

訂定進階護理課程	職級	能力要求	訓練課程	評值
	中護師一級	基本照護	七科九學分	七科九學分訓練考試
中護師二級	專病照護	內、外護(72小時)	案例分析/進階考試	
中護師三級	整體照護	五科專科訓練(108小時)	個案報告/N3認證	
中護師四級	實證研究	實證研究與寫作(36小時)	專案+研究/N4認證	
中醫護理技術	2017年完成制定五項： 針刺護理、灸法護理、薰蒸護理、拔(火罐)護理、電針療法。 2018年完成制定四項： 外敷藥貼、中藥口服、耳穴埋豆、紅外線療法。			

- 2012 年以前，中醫傷科後續推拿得由助理人員依在場執行推拿之中醫師指示為之，自本部 2012 年 4 月 30 日以衛署醫字第 1010208540 號函釋之後，傳統整復推拿人員即應於 2012 年 12 月 31 日前撤離醫療機構，傳統整復推拿人員亦不得受聘僱於醫療機構，從事依法應由中醫師執行之中醫推拿業務，此後中醫傷科業務即須由中醫師親自進行；惟因健保給付及體力無法負荷等因素，降低新進中醫師投入傷科意願，亦限縮中醫傷科發展。本部爰於 2017 及 2018 年委託研究計畫，評估設立新一類中醫醫療輔助人員，且透過教考訓用醫事人員培訓管道之可行性。

(四) 建置臨床試驗環境，規劃與培訓中醫師投入臨床療效評估

本部自 2001 年起，先後輔導國內 18 家優良教學醫院成立「中藥臨床試驗中心」，建構中藥臨床試驗相關環境及設施，完成人員招募與訓練，及制定臨床試驗標準作業手冊；並於 2014 年舉辦中藥新藥臨床試驗共識會議及中藥臨床試驗環境說明會，參加人數共 223 人。中醫師可藉由中藥新藥臨床試驗及中藥固有方劑臨床療效評估，投入科學驗證領域。

此外，本部國家中醫藥研究所自 2014 年起，已逐年執行數項與中醫體質證型、中藥複方臨床療效評估、中醫治療療效評估與機制探討等相關小型、前導型臨床研究計畫，如：肺病患者之中西醫結合體質研究、梗塞性腦中風之中醫證型研究、中藥複方輔助治療缺血型中風臨床療效評估、及針灸處置腦性麻痺患者之療效評估與機制探討等計畫，均有所斬獲，為我國中醫藥臨床試驗奠定良好基礎。

(五) 推動中醫藥國際發展，建立合作夥伴關係

1. 為配合 WHO 近年倡議傳統醫藥發展，因而各國均陸續發布傳統醫藥管理法案及措施。我國中醫藥管理發展成熟，具有完善中醫藥品質管制及人才培訓經驗，願與他國分享，增進與國際傳統醫藥發展及交流，共創區域發展繁榮。2013 年至 2018 年間，計有 14 國 157 人次至本部深入交流中醫藥管理制度與經驗。
2. 為發揮臺灣中醫藥國際影響力，本部積極參與傳統醫藥國際性會議，如國際東洋醫學會(International Society of Oriental Medicine, ISOM)、中藥全球化聯盟(Consortium for Globalization of Chinese Medicine, CGCM)及中醫藥規範研究學會(Good Practice in Traditional Chinese Medicine Research Association, GP-TCM RA)，其中，國際東洋醫學會為本部具有理事代表席次之國際性組職，本部歷年皆積極參與該會活動，臺灣共舉辦 4 次國際東洋醫學會學術大會，2018 年臺灣爭取到國際東洋醫學會學術大會(International Congress of Oriental Medicine, ICOM)第 19 屆主辦權，我國中醫藥發展在國際間倍受矚目與肯定。
3. 本部自 2016 年起配合新南向政策，主要針對中藥產業進行新南向國家發展推動，藉由蒐集、研究及比較新南向各國傳統醫藥法規與

相關管理措施，分析市場發展潛力，盤點我國中藥產業界需求，增進與新南向國家中藥發展交流。本部 2017 年及 2018 年辦理傳統醫藥交流合作國際論壇，就中藥註冊管理規範等議題進行交流並建立聯絡管道，協助我國中藥產業布局新南向市場。

二、執行檢討

- (一) 本部自 2009 年起推動「中醫醫療機構負責醫師訓練計畫」，並於 2014 年起落實「中醫醫療機構負責醫師訓練制度」，執行過程皆因應中醫界需求，滾動檢討制度規範。為提高訓練容額，並滿足受訓醫師能兼顧訓練及看診收入需求，2014 年起新增「代訓」模式；另為確保欲參加訓練卻尋無訓練場所之新進中醫師受訓權益，於 2015 年度新增「媒合」機制，協助欲參與訓練者得以進入合格訓練機構受訓。又為使優質中醫診所參訓，擴增訓練場域，2017 年起辦理診所遴選暨計畫申請作業，並於 2018 年起開放診所作為中醫負責醫師訓練場域。惟現仍面臨訓練容額無法滿足全額納訓需求，未來將持續擴充訓練機構及容額並滾動檢討訓練制度規範，以達全額納訓，並規劃轉型為中醫畢業後一般醫學訓練，整體提升中醫師執業素質之目標。
- (二) 為建立中醫師臨床訓練制度，本部自 2002 年起，朝「建置中醫師臨床訓練基礎環境」、「落實中醫醫療機構負責醫師訓練制度」及「建構中醫專科醫師訓練制度」三階段執行；鑒於目前中醫師人力已足夠，有必要將部分中醫師導入專科醫師訓練，精進醫療技術、實證研究及教學能力，以因應中醫訓練所需師資，並擴展多元中醫服務，增加競爭力，爰 2017 年規劃「中醫專科醫師建構計畫」，透過評選機制評選具有專科醫師執行能力之醫學會，輔導研訂訓練機構認定基準(草案)及訓練課程基準(草案)等配套。另考量現階段中醫專

科醫學會規模較小，仍需政府輔導強化醫學會功能，以完備其臨床技能考核能力。因此，2016年起本部逐步輔導教學醫院建置中醫臨床測驗中心，提供未來中醫專科醫師口試場所。

- (三) 目前已執行多年的醫院評鑑，促使台灣醫療品質在世界名列前茅，評鑑外部品質把關之角色功不可沒，然而提升醫療品質的同時，也造成醫院的負擔。如何兼顧醫療品質，同時避免額外負擔，是檢討評鑑醫院基準及作業程序所須重視的議題。近年醫院評鑑已朝簡化、優化、日常化概念發展，並開發「以病人為焦點」的查證方式，以確保醫院提供以病人為中心之高品質醫療，並大幅簡化及整併醫院評鑑條文及程序，避免增加額外負擔。
- (四) 目前全台有 113 家醫院附設中醫部門，但因為經費限制，本部每年僅可補助不到 10 間醫院建構中西醫整合醫療服務模式，且研究規模小，導致中西醫整合進展較為緩慢，成效無法展現。若要持續推動此政策並擴散成果，亟需仰賴本計畫提供穩定經費財源，俾利推動。

肆、執行策略及方法

一、主要工作項目

本計畫之主要工作項目，依特性分為「基礎工程」及「進階工程」二階段(如圖 4-1-1)，另依三大主軸目標之策略，可歸類為十二項行動方案，依序說明如下：

(一)主軸一：推動中醫人才培育及品質確保方案，提供優質中醫醫療服務

1. 精進中醫臨床醫學訓練制度
2. 健全中醫醫療團隊
3. 完善中醫醫療機構評鑑制度
4. 優化中醫訓練品質

(二)主軸二：建立中醫藥實證研究及人才培訓基地，並與產業鏈結，開創藍海

1. 推動中西醫學整合模式
2. 發展中醫特色醫療
3. 建立中醫藥實證研究及尖端技術人才培訓基地
4. 推動中醫精準醫學

(三)主軸三：促進預防醫學與社區醫學發展，及國際交流合作

1. 促進中醫預防醫學發展
2. 推動中醫社區醫療及長期照護
3. 發展中醫藥國際交流與合作
4. 分享現代與傳統醫學整合經驗

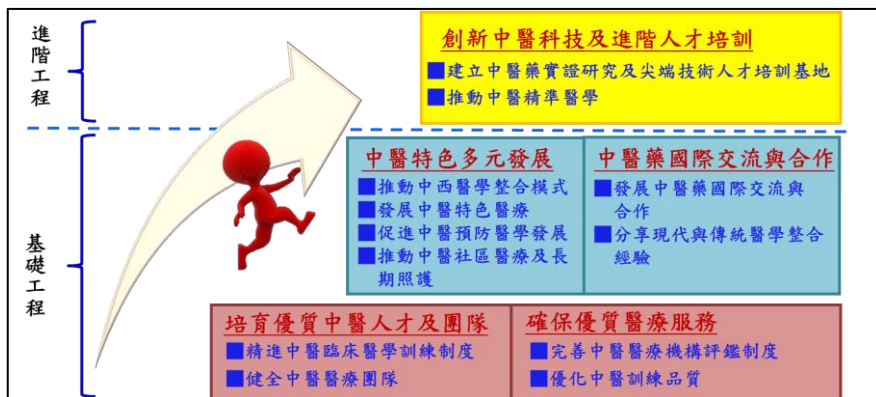


圖 4-1-1 二階段工作項目

二、分年執行策略與分工

項目	年度	109年	110年	111年	112年	113年	執行單位
主軸一：推動中醫人才培育及品質確保方案，提供優質中醫醫療服務							
1.精進中醫臨床醫學訓練制度							中醫藥司
2.健全中醫醫療團隊							中醫藥司
3.完善中醫醫療機構評鑑制度							中醫藥司
4.優化中醫訓練品質							中醫藥司
主軸二：建立中醫藥實證研究及人才培訓基地，並與產業鏈結，開創藍海							
1.推動中西醫學整合模式							中醫藥司
2.發展中醫特色醫療							中醫藥司
3.建立中醫藥實證研究及尖端技術人才培訓基地							中醫藥司、國家中醫藥研究所
4.推動中醫精準醫學							中醫藥司
主軸三：促進預防醫學與社區醫學發展，及國際交流合作							
1.促進中醫預防醫學發展							中醫藥司
2.推動中醫社區醫療及長期照護							中醫藥司
3.發展中醫藥國際交流與合作							中醫藥司
4.分享現代與傳統醫學整合經驗							中醫藥司

三、計畫執行步驟與方法

(一) 主軸一：推動中醫人才培育及品質確保方案，提供優質中醫醫療服務

良好人力訓練制度為提供優質醫療服務之先決條件，現代醫學教育除學校教育外，尚需藉由畢業後一般醫學、進階訓練和繼續教育，以保持終身專業能力。此外，優質臨床訓練機構及教學師資有助於提升臨床訓練品質，本部依醫療法規定辦理教學醫院評鑑、醫院評鑑及中醫醫院評鑑等外部評鑑工作，並致力於培訓臨床教學師資，完善臨床教學訓練環境，主要工作項目執行重點說明如下：

1. 精進中醫臨床醫學訓練制度

為精進中醫負責醫師訓練制度，本部將廣續召集國內中醫、中藥、西醫醫療、教育、醫務管理等相關專家學者，組成專家小組，定期召開任務型工作小組及專家共識會議，滾動檢討中醫醫療機構負責醫師訓練課程基準、學習護照、實地訪查基準及相關訓練規範，規劃符合中醫醫療現況及訓練需求之內容；持續辦理訓練品質確保方案，輔導主訓機構執行負責醫師訓練計畫，如辦理實地訪查、執行成果審查、受訓醫師病例報告研習營等，確保教學訓練品質；媒合尋無訓練機構之欲參訓醫師至合格訓練場所受訓，保障新進中醫師訓練權益；鼓勵各縣市均設有主訓機構，提高負責醫師訓練可近性；延攬教學成效優異中醫師參與訓練計畫，提供學員良好訓練品質及傳承經驗；致力擴充訓練機構及容額，滿足全面納訓需求，並將中醫負責醫師訓練制度，轉型為畢業後一般醫學訓練，以全面提升中醫師執業素質，提供民眾高品質中醫醫療服務。此外，依本計畫性別平等專家學者建議意見，未來將對於受訓醫師性別及年齡進行分析，且考量性別比例衡平性，積極鼓勵或擬訂相關政策，延攬更多女中醫師參與訓練。

另為統籌及檢討中醫專科醫師制度執行方向與內容，本部將邀集國內中醫醫療、西醫醫學教育等相關專家學者，組成「中醫專科醫師訓練專案小組」，輔導 2017 年評選優先推動之中醫內科醫學會及針灸醫學會，辦理專科醫師訓練醫院認定、訓練計畫及分配容額之審核監督，研訂專科醫師法制作業(含中醫專科醫師分科及甄審辦法、甄審原則等)必要文件，並遴選合格訓練醫院，於 2018 年辦理專科醫師訓練試辦作業；專科試辦醫院須依據各醫學會訂定規範執行訓練，且須接受實地審查委員試評作業，並於試辦完竣，提報完整試辦訓練報告(含訓練宗旨與目標、訓練計畫執行架構、住院醫師訓練政策、師資資格及責任等)，供本部調整研擬政策參考。本部後續將視試辦狀況，滾動檢討修正部定專科醫師訓練必要文件(包含訓練課程基準、訓練機構認定基準及計畫審查基準等)；並視中醫界對專科科別及訓練規範取得共識後，再據以推動專科醫師法制作業，及作為後續其他科別發展參考。

2. 健全中醫醫療團隊

為提升藥師專業知能，將賡續辦理中醫藥臨床專業及教學技能課程與中藥臨床教學實務訓練課程，持續培育中藥學師資，並規劃訂定中藥進階課程，精進中藥執業素質。另為提升護理人員中醫藥知能，將持續辦理 7 科 9 學分中醫基本護理訓練課程，並規劃進階訓練課程，強化中醫護理品質。

另為使我國中醫醫事人力培育符合供需情形，辦理中醫醫事人力供給與需求推估計畫，將邀集教育部及考選部等中醫師培育相關部會，共同研議，並衡酌中醫藥醫療市場實際需求，據以推估未來中醫師供給量、中醫醫療機構對現有醫事輔助人力需求及新興一類中醫醫事輔助人力之需求等，並提供中醫醫事人力教考訓用相關建議策略，以供研訂中醫四校五系管制招生數量之參考及評估新增中

醫醫事輔助人力職類之可行性。

3. 完善中醫醫療機構評鑑制度

為確保中醫醫療機構服務品質，本部將依法賡續辦理中醫醫院評鑑，藉由成立「中醫醫院評鑑作業規章研修小組」，依中醫醫療服務特性、中醫醫院功能、醫院評鑑趨勢、醫療機構設置標準及醫療相關法規規範等，滾動檢討評鑑作業程序、評鑑基準及評分說明等評鑑相關資料，並辦理實地評鑑作業，且將實地訪查建議意見回饋醫院，作為改善參據。

4. 優化中醫訓練品質

為健全中醫臨床師資培育制度，除賡續辦理臨床指導師資培訓課程外，擬研訂中醫醫學教育三階段(實習醫學生、負責醫師、專科醫師)核心訓練能力之銜接，並滾動檢討師資培訓之教學方法與教材，包括六大核心能力與臨床分科專業教學等部分；另考量中醫負責醫師不同訓練場所之教學目標需求，擬進行師資培訓課程分流，並持續提升臨床教學與技能評估能力，亦為進階專科醫師奠定基石。

另為齊一受訓醫師臨床技能測驗方式，本部將持續輔導教學醫院建置中醫臨床技能測驗中心，撰寫中醫各科別(包含中醫會診及中西醫整合)教案，且教案須經本部委託「建置題庫及規範中心」確保其考題品質及信效度，並據以辦理受訓醫師臨床技能測驗考核，俟考核完竣須彙整並分析渠等考核結果，提供本部政策研擬及未來中醫專科醫師甄審多元模式選擇。

(二) 主軸二：建立中醫藥實證研究及人才培訓基地，並與產業鏈結，開創藍海

配合國家發展計畫「5+2」產業創新方案，生技產業已是 21 世紀的明星產業，中醫應跳脫傳統診療方式，除以傳統中藥、針灸等方式進行治療，亦應隨著時代潮流與時俱進，將中醫千年智慧結晶與現代化科技結合，發展中西醫學整合、中醫特色醫療、中醫藥療效機轉研究及臨床療效評估等中醫藥實證研究，並培育尖端技術人才，以提升中醫健康照護品質，進而帶動中醫藥產業鏈結蓬勃發展，以開創中醫藥新藍海。主要工作項目執行重點如下：

1. 推動中西醫學整合醫療模式

我國擁有優良西醫及中醫雙軌醫療照護體系，為擷取中、西醫之長處，提供民眾更優質中西醫照護選擇，滿足國人多元就醫需求，本部將持續輔導醫院建構中西醫學整合照護模式，組成包含中醫師、西醫師、藥師、護理人員等跨領域中西醫整合醫療團隊，建立不同病種之中西醫整合臨床照護路徑、臨床教學模式、床邊教學病例寫作範本、治療指引，俾供相關機構參考，及推廣至全國各醫院。並將研究成果投稿至國內外中醫藥期刊，累積中西醫整合治療實證基礎。

2. 發展中醫特色醫療

為滿足民眾中醫就醫需求，發展中醫特色醫療，本部將持續輔導醫院建立中醫特色醫療照護模式，透過中醫「辨、證、論、治」、針灸、傷科推拿及藥膳養生等方式，發展中醫日間照護、中醫長期照護、中醫戒癮模式等，並完成前揭模式之臨床照護路徑、臨床教學模式、床邊教學病例寫作範本、治療指引，並將研究成果

投稿至國內外中醫藥期刊，以凸顯中醫特色。

3. 建立中醫藥實證研究及尖端技術人才培訓基地

為促使中醫現代化，建立中醫藥實證研究基礎，未來將廣邀中醫藥專家學者進行研究，發展主題如中醫藥結合人工智慧、開發中醫現代醫療儀器、中醫藥大數據分析、中醫藥療效機轉研究及臨床療效評估等，建立中醫藥研究團隊、培養中醫藥研發及臨床試驗人才、累積科學實證並投稿國內外中醫藥期刊，使中醫與時俱進，並與國際接軌。另透過累積實證，強化中醫治療精確性，且增加民眾對中醫藥服務之信任度，提升民眾中醫利用率。

4. 推動中醫精準醫學

為發揚中醫「上醫治未病」、「同病異治」醫療概念，並與現代醫學接軌，未來將廣邀中醫醫療機構及中醫藥專家學者，共同發展中醫精準醫學，累積不同體質、疾病及其對應診療模式等相關數據，如病歷資訊、臨床檢查、處方、針灸穴位及其深度等，建立中醫診療資訊相關大數據資料，以累積中醫精準醫學實證基礎，並將相關研究結果投稿至國內外中醫藥期刊，促進中醫精準醫學發展。

(三) 主軸三：促進中醫預防醫學與社區醫學發展，及國際交流合作

中醫自古即著重預防醫學觀念，透過「強化個體體質」，使民眾免於感染疾病，或透過預防保健及調整體質，達到延年益壽、促進健康目的。此外，隨著高齡社會來臨，獨居老人、失智症及失能人口隨之增加，長照需求逐年上升，對於弱勢及行動不便年長者，被動醫療已不足以因應，未來中醫須主動深入社區，參與預防醫學、社區醫療及長期照護，照顧民眾健康。

此外，為配合 WHO 近年倡議傳統醫藥發展，及因應各國陸續發

布傳統醫藥管理法案及措施，考量我國中醫藥管理發展成熟，具備完整中醫藥品質管制及人才培訓制度，擁有優質中醫藥研發製造能量，高素質中醫醫療服務，及中西醫藥整合治療經驗，更應該因應全球化時代，積極推展中醫藥國際交流與合作，增進我國與其他國家傳統醫藥交流，分享醫衛經驗及成果，共創區域發展繁榮。主要工作項目執行重點說明如下：

1. 促進中醫預防醫學發展

為發揮中醫提倡「上醫治未病」精神，未來將促進中醫發展預防醫學，如推廣太極拳、八段錦、藥膳、中醫食療等，並辦理中醫預防醫學講座、活動及展覽等，提高民眾參與度，將中醫預防醫學精神落實至日常生活，以提升民眾自我照護能力，達到預防疾病之目標。

2. 推動中醫社區醫療及長期照護

我國已邁入高齡社會，更將於 2026 年邁入超高齡社會，使得長期照護需求大幅攀升，此外，現今社會家庭支持照護能力逐漸式微，且獨居老人眾多，機構醫療難以滿足渠等照護需求，未來規劃推動中醫社區醫療及長期照護，建立中醫社區醫療及長期照護服務團隊，至社區提供中醫照護服務，建構以社區為範疇、以民眾為對象之中醫社區照護網絡，並辦理中醫衛教宣導，提供民眾即時且適切之中醫健康照護服務，營造健康社區。

3. 發展中醫藥國際交流與合作

以臺灣成熟中醫藥管理經驗及法規制度，提供國際傳統醫藥發展參考借鏡，可透過推動本計畫，提升我國與具傳統醫藥國家之雙向瞭解(包含傳統醫療技術、產業、法規等各面向)，運用我國中醫藥

管理及發展優勢，與各國建立傳統醫藥人脈良好關係，深耕傳統醫藥合作計畫，強化雙邊友好關係，並共同建立區域管理夥伴關係，配合外部機會，於國際間推廣我國中醫藥相關產業，促進我國中醫藥產業更蓬勃發展。藉由分析新南向國家中藥產業發展趨勢及法規變革重點，提出中藥產業影響評估及未來發展重點。

積極參與傳統醫藥國際性組織及會議，發揮臺灣中醫藥國際影響力，如國際東洋醫學會、中藥全球化聯盟及中醫藥規範研究學會，其中，國際東洋醫學會為本部具有理事代表席次之國際性組織，未來仍將積極參與該會相關活動，維繫理事席次，發揮國際醫藥衛生影響力及提升能見度。

4. 分享現代與傳統醫學整合經驗

我國現代與傳統醫學整合治療，已建構良好完善運作模式，具有長期溝通磨合經驗，可就現行傳統醫藥與現代臨床治療與用藥經驗之成果，舉辦現代與傳統醫學整合經驗研討會，針對國際及國內整合醫學發展進行實證研究與討論，展示我國傳統與現代醫學整合治療成功模式，依不同疾病治療方式主題，分享臨床整合治療經驗，可激盪出更多整合火花，帶給國人及國際更多具實證科學治療方式，以使民眾獲得更完善之醫療照護。

伍、期程與資源需求

一、計畫期程

本計畫自民國 109 年 1 月 1 日起至 113 年 12 月 31 日止。

二、所需資源說明

(一) 所需人力需求：為配合國家精簡人力政策，將以機關現有員額調整因應，惟現有經費仍不足。

(二) 所需財務需求：本計畫 109 至 113 年所需經費為 648,000 千元。

三、經費來源及計算基準

(一) 經費來源：由公務預算支應。

(二) 計算基準：

表 5-3-1 分年經費表單位：千元

年度 項目	109 年	110 年	111 年	112 年	113 年	合計
經常門	98,000	136,000	138,000	134,000	132,000	638,000
資本門	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000	10,000
總計	100,000	138,000	140,000	136,000	134,000	648,000

表 5-3-2 分年分項經費表單位：千元

項目	年度						合計
	109 年	110 年	111 年	112 年	113 年		
精進中醫臨床醫學訓練制度	40,000	70,000	70,000	70,000	70,000	320,000	
健全中醫醫療團隊	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000	15,000	
完善中醫醫療機構評鑑制度	-	2,000	2,000	-	-	4,000	
優化中醫訓練品質	9,000	9,000	9,000	9,000	9,000	45,000	
推動中西醫學整合模式	8,000	8,000	8,000	8,000	8,000	40,000	
發展中醫特色醫療	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	25,000	
建立中醫藥實證研究及尖端技術人才培訓基地	12,000	18,000	18,000	18,000	14,000	80,000	
推動中醫精準醫學	8,000	8,000	8,000	8,000	8,000	40,000	
促進中醫預防醫學發展	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	30,000	
推動中醫社區醫療及長期照護	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	30,000	
發展中醫藥國際交流與合作	3,000	3,000	5,000	3,000	5,000	19,000	
總計	100,000	138,000	140,000	136,000	134,000	648,000	

四、經費需求(分年經費)及與中程歲出概算額度配合情形

本計畫執行期間為民國 109 至 113 年，共計 5 年。各項重要措施與該計畫執行期間之經費初步估計共需經費約 648,000 千元(資本門 10,000 千元、經常門 638,000 千元)。按年度分，109 年度所需經費為 100,000 千元，110 年度所需經費為 138,000 千元，111 年度所需經費為 140,000 千元，112 年度所需經費為 136,000 千元，113 年度所需經費為 134,000 千元。

陸、預期效果及影響

- 一、 持續辦理中醫負責醫師訓練，並轉型為畢業後一般醫學訓練，以全面提升中醫師執業素質，培育具全人醫療能力中醫師。
- 二、 建立中醫專科醫師制度，培養具急重症處置、中西醫整合及實證研究專業人才。
- 三、 健全中醫藥臨床訓練體制，成立中醫藥臨床技能訓練中心，辦理中醫藥臨床實務教學訓練課程，提供中醫醫療院所中醫藥教學訓練交流平台，健全中醫醫療照護團隊。
- 四、 推動中西醫學交流並發展中西醫整合醫療，擴展中醫服務範疇，並提升我國中醫學術地位及國際能見度。
- 五、 建立中醫特色醫療團隊，培養中醫研發人才，強化中醫藥實證研究，為中醫實證研究發展奠基。
- 六、 建立中醫思維臨床評估標準，建構中醫藥臨床試驗中心，培養中醫藥臨床試驗專業人員，提升我國中醫藥臨床試驗環境，帶動中醫藥產業鏈結，促進中醫藥產業蓬勃發展。
- 七、 建立中醫預防醫學、社區醫療、日間照護及長期照護等中醫多元照護模式，發揮中醫簡便廉優點，保障國人健康，並降低健保支出。
- 八、 建立國際合作夥伴關係，提供臺灣現代與傳統整合醫療照護發展經驗，共同促進人民健康，發揮臺灣中醫藥國際影響力。

綜上，本部將藉由本計畫，提升中醫健康照護品質、精進中醫師臨床訓練制度、強化中醫醫療團隊、發展中醫藥實證研究及促進中醫藥國際交流，將傳統經驗中醫，翻轉為現代實證中醫。

柒、財務計畫

本計畫預算係以公務預算為主要經費來源，無自籌財源。