

外科專科醫師訓練計畫認定基準

中華民國 108 年 1 月 28 日衛部醫字第 1081660641 號公告修正

1. 訓練計畫名稱：

外科專科醫師訓練計畫。

2. 宗旨與目標

2.1 訓練宗旨與目標：

2.1.1 訓練宗旨為培養具備外科學診療能力及積極創新思維之外科專科醫師。

2.1.2 訓練目標（核心能力項目）

2.1.2.1 熟習各種外科相關疾病之診斷與治療。

2.1.2.2 熟習各種外科相關疾病之手術技術及術前、術後之處理。

2.1.2.3 熟習外科相關檢查之操作技術及判讀。

2.1.2.4 具備外科相關之臨床及基礎研究與論文發表能力，以培育外科之臨床與研究人才與師資。

2.1.2.5 具備全人醫療及以病人為中心的理念與態度。

2.1.2.6 學習如何做跨科部整合，成為獨當一面之領導者。

2.1.2.7 學習並參與國內外學術會議，跨上國際舞台。

2.2 訓練計畫執行架構：除外科部（行政）主管外，住院醫師之外科專科醫師訓練計畫原則上需另設主持人，科部內應設有教育委員會（或小組），且科部主管與訓練計畫主持人為當然委員，負責督導、監督與討論訓練計畫相關事宜，委員會（或小組）裡面需有住院醫師代表參與。

3. 專科醫師訓練教學醫院條件：

教學醫院需對醫學教育有深切的認識與熱情，要能在訓練的過程中確保優越的教育品質以及優質的病患照顧。教學醫院須要具備領導人才及資源，包括建立符合教育訓練所需要的課程及學術活動必備的環境，並定時檢討及評估教育活動的成效。

3.1 衛生福利部教學醫院評鑑資格：通過衛生福利部教學醫院評鑑合格，為招收外科住院醫師訓練之必要條件。

3.1.1 衛生福利部教學醫院評鑑基準第 5 章：實習醫學生及醫師之訓練與成果
5.3 住院醫師訓練計畫執行與成果。

3.1.2 外科專科醫師訓練醫院資格。

3.1.2.1 主訓練醫院應至少有十四位第三年（含）以上之外科專科醫師且執登於院內至少滿一年的專任醫師。

3.1.2.2 設有外科部，且為醫院一級醫療單位，主管應為專任主治醫師。

3.1.2.3 外科部應有監督外科醫療品質及行政協調之機制，且應定期開會

備有記錄，執行各項教學計畫之審查及推動與訓練成果之評估。

3.1.2.4 醫學中心等級的外專訓練醫院每年至少投稿 1 篇原著論文至國內的外科相關醫學雜誌。其他等級的外專訓練醫院則至少每三年投稿 1 篇原著論文至國內的外科相關醫學雜誌。

3.2 合作訓練醫院資格之一致性

3.2.1 住院醫師訓練得於不同醫院（院區）採聯合訓練方式為之。

3.2.2 合作訓練醫院應至少有七位第三年（含）以上之外科專科醫師且執登於院內至少滿一年的專任醫師。

3.2.3 主訓練醫院應具 3.1.1 及 3.1.2 之資格，合作訓練醫院應至少具 3.1.1 及 3.2.2 之資格。

3.2.4 聯合訓練計畫由主訓練醫院提出，其內容須符合專科訓練之要求。合作訓練醫院不得超過 3 家。

3.2.5 若主訓練醫院不足以達到完整訓練目標時，住院醫師訓練得以聯合訓練方式為之，但一主訓練醫院之合作訓練醫院不得超過 3 家（在主訓練醫院中的受訓期間不得低於每年六個月）。為了讓外科專科醫師訓練在不同醫療型態下勝任其執業角色，聯合訓練計畫之每位住院醫師需每年於各合作醫院至少一個月之受訓，執行時如有困難得呈報台灣外科醫學會品質管理委員會做彈性調整。

4. 住院醫師訓練政策

4.1 督導：

住院醫師的臨床作業應有教師督導，訓練計畫主持人(Program Director; 以下稱主持人)有示範此政策及與教師溝通以達完美教學的責任，並確保病患能夠獲得優質且安全的醫療與照顧。所有督導作為都要有完善的紀錄。

4.2 工作及學習環境：

主持人須負全責提供及維持良好的工作環境，使住院醫師能在合理的工作條件及時數下達到學習與訓練的目的。

4.3 責任分層及漸進：

住院醫師需要接受臨床訓練，具備直接照顧病人的臨床經驗，並依其年資及能力，賦予不同的責任分層。資深住院醫師亦有指導及照顧資淺住院醫師的責任，主持人與教師（主治醫師）則有指導與督導的責任，並對整個醫療及訓練過程負全責。主持人與教師依住院醫師的年資及其已經具備的能力給予適合其能力的手術或操作訓練，逐步提昇其臨床診療的能力。在循序漸進的訓練下，完成訓練的住院醫師除了能獨當一面，適當的照顧病人之外，並具備充分的團隊領導，以及對其他住院醫師及醫學生的教學能力。

4.4 公平處理住院醫師之抱怨及申訴：

設有住院醫師導師制度，另設有申訴制度得以建立申訴公平處理的機制及流程。在此精神下得由院級教育委員會或外科部之工作小組，定期開會及

與住院醫師座談，處理、解決問題。

5.師資資格及責任：

主持人是對整個住院醫師訓練計畫的負責人，負責住院醫師訓練計畫相關的行政及教育工作，教師則協助主持人共同完成整個訓練計畫的執行與完善。包括：住院醫師遴選、教育、監督、商議、評估及升級等，並對這些活動以及學術成果保持完整的紀錄。

5.1 主持人

5.1.1 資格：

主持人為住院醫師訓練計畫的負責人，必須對臨床教育以及行政有足夠的經驗。主持人需具備領導才能，整合科內人力及資源，致力於專科醫師訓練，盡責達成訓練目標。主持人需具外科專科醫師資格三年以上，並在其專科領域內聲譽良好。原則上訓練計畫主持人盡量不由訓練中心之部主任（行政主管）擔任，負責綜管計畫相關事務。

5.1.2 責任

5.1.2.1 主導及擬訂住院醫師的教育目標，包括專科知識及一般治療技術、制定住院醫師在每一年進展的標準，以及定期的訓練成果評估。

5.1.2.2 負責規劃住院醫師之遴選作業。

5.1.2.3 督導教師及外科各學科內人員協力達成訓練目標。

5.1.2.4 制定並督導住院醫師對病人照顧分層負責的原則。外科住院醫師接受壹年的外科基本訓練之後，即開始接受次專科外科專科訓練，其訓練過程如下：

5.1.2.4.1 第二年住院醫師：除外科各次專科訓練外，視臨床工作及教學之需要，至放射科、病理部及外科實驗室及急救、加護等單位接受外科醫學相關之訓練。

5.1.2.4.2 第三年住院醫師：接受外科各次專科及急救、加護相關訓練。

5.1.2.4.3 第四年住院醫師：除接受臨床訓練外亦接受行政訓練及教學訓練。

臨床訓練：在專科醫師指導下，負責外科急診或緊急診療之第一線工作，協助專科（主治）醫師完成或在其監督下完成手術。

行政訓練：包括：安排門診作業、安排實習醫學生及住院醫師值班工作、參與科部行政會議、教育委員會以及學術會議的籌備工作。

教學訓練：協助醫學生、實習醫學生及住院醫師教學，並參與考核工作。

5.1.2.5 制訂住院醫師評估制度（包括知識、技能及態度）延續 PGY 訓練之精神。

- 5.1.2.6 注意住院醫師因情緒及精神上的壓力，或藥物、酒精成癮對工作執行及學習程序上的負面影響。主持人有責任在必要時提供輔導，以協助有問題之住院醫師面對問題。
- 5.1.2.7 提供正確的書面或電子檔報告呈現台灣外科醫學會品質管理委員會與衛生福利部專科醫師訓練認定委員會（以下稱 RRC）所要求的工作報告，包括學科的統計描述，以及每位住院醫師經過各專科輪訓學習的時間統計等。
- 5.1.2.8 對台灣外科醫學會品質管理委員會與 RRC 報告住院醫師訓練計畫的重大的改變，包括主持人人選更換、教師變更、主訓練醫院以及合作訓練醫院的合約變動。

5.2 教師

5.2.1 資格：

每個外科專科醫師訓練中心需要有適量數目的教師(合適的專任師生比，必須符合台灣外科醫學會專科醫師訓練醫院評定基準)，教師應具備外科專科醫師資格及具體的學術成就，並能做適當的督導及教學，且能結合臨床醫學及適當有關基礎醫學來完成住院醫師的教育與其他工作（如臨床照護）之比重，以維持教學品質。

5.2.2 責任

- 5.2.2.1 教師必需對訓練住院醫師付出足夠的時間，並展現對教學的濃厚興趣。教師應具備臨床教學的能力，支持訓練住院醫師的目標。
- 5.2.2.2 教師在臨床治療方面不但要有優良的醫術，並且在對病人的愛心及倫理方面也要力求完美，以作為住院醫師的身教。教師要遵守終身學習的原則，隨時更進步。
- 5.2.2.3 教師們需要參與科內定期的檢討會，檢討教學目標、執行及教學效果。主持人應定期統計檢討教師教學貢獻度、出席率提供科部主任作為考核參考。

5.2.3 合作訓練醫院教師：

合作訓練醫院的教師有和主訓練醫院的教師同樣的責任、義務及原則。所以合作訓練醫院之外科部應和主訓練醫院外科部接受訓練計畫主持人教學安排。

5.3 其他人員：需要有專人管理專科資料及有關住院醫師的事務。

6. 訓練計畫、課程及執行方式

- 6.1 訓練項目：主持人及教師需準備教育目標的書面報告，所有教育項目應符合教育目標。所有教育項目計畫及組織需經過台灣外科醫學會品質管理委員會與 RRC 的評估程序。
- 6.2 核心課程（Core Curriculum）：按照 RRC 與台灣外科醫學會品質管理委員會的規定制定學科的核心課程，包括完成訓練成為一位專科醫師所需的教育背

景及項目。

6.3 臨床訓練課程設計：書面訓練課程計畫之訓練課程及訓練方式依不同年級住院醫師訓練需求來訂定課程綱要及核心能力。

6.3.1 根據衛生福利部公告之外科專科醫師訓練課程基準訂定訓練計畫。

6.3.2 依據台灣外科醫學會規定，訂定外科住院醫師考核表，依不同層級住院醫師實施考核及核心能力要求。

6.3.3 依據台灣外科醫學會訂定之外科專科醫師訓練需完成的手術種類及項目表要求並確實完成最低基本要求(附件一、二)。若訓練醫院無法提供住院醫師完成足夠手術訓練，主訓練醫院應重新組合聯合訓練計畫達成最低基本要求，並且向 RRC 與台灣外科醫學會品質管理委員會報告獲得認可，若無法在合理期限內改善，則應取消其訓練計畫。

6.4 臨床訓練項目

6.4.1 臨床教育包括實際住院、門診及急診病人的直接診療照顧、臨床討論會及病歷寫作。

6.4.2 訓練學科要有足夠的病人及各種不同的病況以作充足的住院醫師臨床教學。住院醫師有延續及完整性的病人照顧責任，此責任應隨住院醫師的年資而提昇。

6.4.3 合作訓練醫院應遵守主訓練計畫核定之準則，實質進行住院醫師訓練，並有專人負責。主訓練醫院之訓練時間應超過 50% 以上（即滿二年以上）。

6.5 臨床訓練執行方式：訓練內容包含全人醫療、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及如何處理醫療不良事件。目前除落實於每日臨床照護工作中，另配合衛生福利部及醫策會政策。

6.5.1 住院醫師到職訓練：

6.5.1.1 由訓練醫院統一辦理新進住院醫師之安全防護，使其瞭解醫院工作環境及安全防護（含疫苗接種）。並舉辦實務操作前說明，使其瞭解各項醫療處置及檢查操作之安全規定，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。

6.5.1.2 住院醫師照護之疾病類型依核心項目安排，以期住院醫師能充分掌握核心技能。

6.5.1.3 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，明訂於每月「工作分配表」，其中住院醫師負責病患照顧及相關衛教，以及擔負指導監督實習醫學生臨床學習之任務，並由主治醫師負責指導監督。

6.5.1.4 照護床數及值班訓練規定：每人每日照護床數上限 15 床，值班訓練平均不超過 3 天 1 班，不超時值班。

6.5.1.5 每週安排住院醫師接受住診教學（teaching round，團隊教學訓練）。

主治醫師教學時，會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。

6.5.1.6 教學演講與學術討論會：科部所有住院醫師應定期參與晨會、臨床研討會、學術期刊討論會等會議，由主治醫師負責指導，並針對會議內容與住院醫師討論。指定之科部教學演說及學術討論會，其時間內容及地點詳見於「教育訓練活動表」（由住院總醫師安排）。在此類會議中，住院醫師應注意主治醫師主持會議之內容，並利用機會自行練習主持此類會議。

6.5.1.7 研究相關規定：需在專科醫師之指導下撰寫論文及研究報告，住院醫師訓練期間若完成(1)參加台灣外科醫學會年會學術活動，(2)於台灣外科醫學會年會口頭論文發表，(3)論文(原著或病例報告)發表於台灣外科醫學雜誌(Formosan Journal of Surgery)。參加專科醫師考試時，可獲得台灣外科醫學會甄審委員會加分相關規定。

6.5.1.8 住院醫師接受訓練之記錄，如手術案例紀錄及學習護照，訓練醫院應每季將住院醫師手術訓練記錄之電子檔傳送至台灣外科醫學會存檔備查。

附件一、外科專科醫師訓練需完成的手術種類及項目表：

<p>外科專科醫師訓練期間(不含PGY訓練)，不一定每一項都要訓練；但報核之手術訓練項目須達高標或低標。</p> <p>外科住院醫師基本手術訓練最低例數要求：</p> <p>主修甲組者：到甲組任何一科訓練以高標審核，到乙組任何一科訓練以低標審核。</p> <p>主修乙組者：到主修科訓練以高標審核，到其他任何一科訓練以低標審核。</p> <p>※未分主修科別之前的訓練依低標要求，但朝高標精進。</p>
<p>舉例：甲組中只有外專證書是由衛生福利部核發。主修甲組的學員，訓練計畫主持人如果安排他到一般及消化外科(甲組)接受闌尾切除術訓練，學會採高標(至少20例)審核。到大腸直腸外科(甲組)訓練肛門手術，學會採高標(至少12例)審核。到小兒外科(甲組)訓練疝氣修補術(或隱睾手術)→嬰幼兒疝氣修補術，學會採高標(至少4例)審核。安排他到整形外科(乙組)訓練頭顏面手術及頭頸部手術(或其中一種手術)，學會採低標(至少2例)審核。</p>
<p>舉例：主修神經外科(乙組)的學員，訓練計畫主持人如果安排他到神經外科(主修科)接受脊椎手術訓練，學會採高標(至少4例)審核。安排他到整形外科(乙組)訓練頭顏面手術及頭頸部手術(或其中一種手術)，學會採低標(至少2例)審核。到一般外科(甲組)訓練疝氣修補術，學會採低標(至少5例)審核。到大腸直腸外科(甲組)訓練肛門手術，學會採低標(至少3例)審核。</p>

附件二、外科住院醫師基本手術訓練項目

外科住院醫師基本手術訓練項目 (102 年 4 月 1 日公告)	甲組 (高標)	乙組 (低標)
1、一般外科及消化外科：(1-5-2，1-10，1-11，1-12 可接受擔任第二助手)	例	例
1-1、疝氣修補術	20	5
1-2、闌尾切除術	20	5
1-3-1、膽囊切除術(腹腔鏡式)	16	4
1-3-2、膽囊切除術(開腹式)		
1-4-1、總膽管或肝內結石手術(腹腔鏡式)	4	1
1-4-2、總膽管或肝內結石手術(開腹式)		
1-5-1、肝葉部份切除術(腹腔鏡式)	4	1
1-5-2、肝葉部份切除術(開腹式)		
1-6、總膽管切除術		
1-7、乳房切除術	4	1
1-8、甲狀腺切除術	4	1
1-9、副甲狀腺切除術		
1-10、胰臟切除術	4	1
1-11、胰炎(急性／慢性)手術		
1-12、胃惡性腫瘤手術	4	1
1-13、胃良性疾病手術		
1-14、脾臟切除術	4	1
1-15、腹部外傷開腹手術		
1-16、小腸手術		
2、大腸直腸外科：	例	例
2-1、肛門手術	12	3
2-2、大腸直腸癌手術	8	2
2-3、大腸直腸良性病變手術		
2-4、大腸內視鏡手術	4	1
3、小兒外科：(患者 18 歲以下。3-5 可接受擔任第二助手)	例	例
3-1、嬰幼兒疝氣修補術	4	1
3-2、嬰幼兒肛門手術	4	1
3-3、嬰幼兒腹腔手術		
3-4、嬰幼兒胸腔手術		
3-5、泌尿生殖系統先天缺陷之手術		
4、胸腔外科：(4-2，4-3，4-4 可接受擔任第二助手)	例	例
4-1、胸腔插管術	8	2
4-2、開胸或微創手術及肺葉切除術	4	1

4-3、食道切除手術	4	1
4-4、縱膈腔手術		
5、心臟血管外科：(5-2，5-3，5-4 可接受擔任第二助手)	例	例
5-1、週邊血管手術	8	2
5-2、開心術	4	1
5-3、冠狀動脈手術		
5-4、大血管手術		
6、整形外科：(6-5 可接受擔任第二助手)	例	例
6-1、頭顏面手術	8	2
6-2、頭頸部手術		
6-3、植皮術	4	1
6-4、美容手術		
6-5、顯微手術		
7、神經外科：(7-2，7-3 可接受擔任第二助手)	例	例
7-1、神經外傷手術	8	1
7-2、神經腫瘤手術		
7-3、神經血管疾病手術		
7-4、高血壓性顱內血腫手術		
7-5、脊椎手術	4	1
8、骨外科：(8-8 可接受擔任第二助手)	例	例
8-1、關節鏡檢查及治療	4	1
8-2、截肢術		
8-3、脫臼及骨折開放復位術(脊椎除外)	4	1
8-4、脊椎骨折及脫臼之開放復位術		
8-5、肌腱或筋膜縫合		
8-6、關節固定術	4	1
8-7、關節成形術		
8-8、人工關節手術	4	1
8-9、脊椎手術		
9、泌尿科：(9-5，9-8，9-9，9-10 可接受擔任第二助手)	例	例
9-1、膀胱鏡檢查	4	1
9-2、輸精管結紮手術		
9-3、睪丸切除術		
9-4、陰囊手術		
9-5、前列腺切除術	8	2
9-6、尿路截石術		
9-7、經尿道泌尿手術		

9-8、腎臟摘除術		
9-9、腎上腺切除術	4	1
9-10、膀胱切除手術		
9-11、腹腔鏡泌尿手術		
9-12、體外碎石術	4	1

6.5.2 病歷寫作訓練：住院醫師病歷寫作完整且品質適當，主治醫師均能對住院醫師之病歷記載做複簽及必要時予以指正。

6.5.2.1 病歷紀錄時，應注意需符合病人實際情形，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）。

6.5.2.2 病歷紀錄時，應視情況需要紀錄下列事項：

6.5.2.2.1 病人在身、心、社會層面的問題。

6.5.2.2.2 醫師對診療過程之修正及改進。

6.5.2.2.3 尊重病人自主，做好知情同意。

6.5.2.2.4 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。

6.5.2.3 主治醫師對住院醫師製作之病歷或診斷書會給予核閱並簽章，並給予必要之指正或評論。

6.5.2.4 住院醫師除需參加醫院安排之病歷教學活動外，訓練中心另有病歷寫作教學課程（時間內容及地點詳見於「教育訓練活動表」），以提升住院醫師寫作病歷及開立診斷書等醫療證明文書之能力。

6.5.3 病房基本訓練（含時數、內容、紀錄）：於外科專科醫師訓練期間實施全方位訓練，且依外科專科醫師訓練課程基準接受各次專科要求之訓練。

6.5.3.1 住院醫師照顧床位數每日不超過十五人為原則。

6.5.3.2 負責新住院病人之醫囑，並予適當之臨時診療方法。但有危險性之病人，應立即通知住院總醫師及主治醫師，接受指導；另進行有危險性之檢查方法，亦應在上級醫師指導下始能進行。

6.5.3.3 對新入院病人之臨床病史、一般理學檢查及各系統特殊理學（如神經學...）檢查，應在入院二十四小時內完成書寫，並記下病人之初步診斷—臆斷（Impression）。

6.5.3.4 伴隨主治醫師（教師）作巡診，並督導實習醫學生及 PGY 學員報告病情，記下主治醫師對病人之診斷意見，並依其意見修改醫囑、臆斷及診療方法。

- 6.5.3.5 適時對實習醫學生示範並指導外科學的理學檢查之方法。
- 6.5.3.6 應負責病人死亡記錄、接收轉科病歷、出院病歷摘要之書寫及承上級醫師之指示，開列診斷證明書、死亡診斷書、特種藥物申請單、會診申請單、特種檢查申請單等。在上級醫師副署下簽章負責。
- 6.5.3.7 遇有病人病危時，應通知上級醫師，並承上級醫師之指示，發出病危通知單，病況好轉時，則取消其通知。
- 6.5.3.8 病人出院時應書寫出院病歷，並承上級醫師之命，給予病人各種衛教出院及指示。
- 6.5.4 門診訓練（教學住診，含時數、內容、紀錄）為訓練住院醫師有較多自行判斷診療之能力與經驗。
 - 6.5.4.1 負責複診病人之診治，如有疑問，則商詢上級醫師協助解決；但如病人須收容住院診治時，則必須商詢主治醫師簽署。
 - 6.5.4.2 一般處方可自行簽發；但如遇費用較高或特殊治療之處方，則應請主治醫師核可副署。
 - 6.5.4.3 一般檢驗室檢查申請，可自行簽發；如遇特殊檢查之申請單應由主治醫師副簽。
 - 6.5.4.4 協助主治醫師指導實習醫學生之教學住診工作。
- 6.5.5 急診或重症加護訓練（含時數、內容、紀錄）住院醫師訓練重點之一在於學習如何適當處理急症病人。
 - 6.5.5.1 輪流急診值勤，在住院總醫師指導下，負責急診病人之病歷記錄，必要之各種檢查，並決定其臆斷與適當之緊急治療。熟悉處理因外科急症引起之需接受緊急處置的病人。如有困難時，則應即刻請主治醫師協助處理。
 - 6.5.5.2 對於判定不宜於門診診治之病人，應主動收容住院診治或暫在急診室觀察；如病情仍有惡化時，應報請住院總醫師收容住院診治。
- 6.5.6 會診訓練（含時數、內容、紀錄）：在教師指導下進行各次專科會診以完成所需訓練。
- 6.5.7 醫學模擬訓練：訓練醫院應提供醫學模擬訓練，以減少醫療失誤及提升臨床醫療技能，例如：動物實驗模擬手術..等。
- 6.5.8 手術室工作：
 - 6.5.8.1 督導實習醫學生做好各種手術前之準備工作，資料之收集以及手術後之照顧。
 - 6.5.8.2 在上級醫師指導下，得施行各種外科系基本手術。其他困難之次專科手術及高科技器械協助手術，則可擔任第一助手。（如附件一與二、外科專科醫師訓練需完成的手術種類及項目表，其中詳列住院醫師在訓練醫院專科醫師指導下可完成之手術名稱及類別）。

7.學術活動：

住院醫師的訓練需要在主持人及教師們建立及維持的濃厚學術環境下進行，在此環境之下，住院醫師要勤於參加學術討論才能繼續進步，學習新的知識，更進一步要學習評估研究結果，養成詢問的習慣，繼續提升臨床上的責任。教師需要參加住院醫師訓練相關之學術活動。

7.1 科內學術活動：晨會、臨床個案討論會、死亡及併發症討論會、迴診；醫學雜誌討論會或研究討論會；相關之專題演講及特殊的醫學專業知識課程；學會活動；學術研究及論文發表。

7.1.1 參加科內學術活動，並且促進及鼓勵住院醫師學術詢問討論的精神。給住院醫師有機會能把他們所學習的知識以各種方式表達，包括：參與住院醫師及醫學生臨床各項教學、演講、著作等，並養成表達的能力。

7.1.2 住院醫師需有特定的時間參與學術及研究活動，包括發展及申請研究基金，在醫學會發表研究結果，並在醫學雜誌發表論文。訓練住院醫師了解研究原理、設計、進行、分析及報告，並讓住院醫師了解及參與基礎研究的機會。教師須協助住院醫師發展研究計畫，指導分析研究結果。

7.2 辦理並鼓勵住院醫師參與跨專科及跨領域之學術研討活動，以提升住院醫師跨領域之專業技能，使能勝任臨床業務。

7.3 科部定期舉辦或配合醫院內教學部門(單位)所舉辦之專業倫理、病人安全、醫病溝通、實證醫學、感染控制等及其它醫療品質相關學習課程，有鼓勵措施。

8.專科醫師訓練特定教學資源

8.1 臨床訓練環境：符合醫院評鑑中之外科部設置相關規範外，須有適當之會議室空間與教師及住院醫師之辦公空間，以利進行相關訓練活動。

8.1.1 外科門診。

8.1.2 外科加護病房。

8.1.3 醫院內有外科教科書可供學習。

8.1.4 外科手術室內有內視鏡、教學系統可供學習。

建議下列參考設施(8.1.5, 8.1.6, 8.1.7)可酌量評鑑加分。

8.1.5 特殊外科手術之門診。

8.1.6 解剖實驗室內有大體老師可供學習。

8.1.7 混成手術室(Hybrid-OR)可在手術室直接進行介入性內視鏡手術及外傷之處置。

8.2 教材及教學設備：須符合教學醫院之基準。

9.評估：多元方式定期進行教學成效評估

9.1 住院醫師評估

- 9.1.1 主持人及教師至少每半年評估一次住院醫師的專業知識、技術、溝通能力、團隊精神及專業的目標。評估的標準及步驟要統一規定及公平，可利用評估方式如：Mini-CEX (mini-clinical evaluation exercise) 迷你臨床演練評量及六大核心能力考核表。
- 9.1.2 按時和住院醫師討論他們的評估結果，落實雙向回饋機制，檢討住院醫師的回饋意見，進行持續的教學改進，並能針對評估結果不理想之住院醫師進行加強訓練。
- 9.1.3 住院醫師每年由部主任召集資深主治醫師或教師進行考核，住院醫師的責任及年資升級以評估的結果來作決定。
- 9.1.4 所有評估紀錄須要書面或電子記錄保存檔案以便將來台灣外科醫學品質管理委員會與 RRC 視察，並允許住院醫師審視自己的評估結果。
- 9.1.5 住院醫師訓練完成時，主持人及教師須有最後書面的評估，並且判定他們的執業能力，證明他們有足夠的專業知識，而且能獨立的執業。
- 9.1.6 評分重點：以日常工作效率、主動學習精神、醫學倫理認知及核心能力熟悉度等指標為依據進行考核。
- 9.1.7 評分人員：由住院總醫師或主治醫師擔任初考，資深教師或科主任進行複考，並給予受評者建議以修正訓練方向或工作重點，做到“訓為所用”之原則；其考核資料送教學室或科部辦公室登錄並存查備用。
- 9.2 對教師的評估，應該採取多元性評量，包含住院醫師對教師的書面回饋，最後再由主持人與教師討論評估結果，並做成紀錄，以充分反應教師的貢獻與教學能力，科部得以用來作為年度考核及升等參考，評估紀錄應以書面或電子記錄保存檔案以便將來台灣外科醫學品質管理委員會與 RRC 視察。
- 9.3 對訓練計畫須要定期有系統的評估，尤其是實質課程及住院醫師的教育目標是否達成。雙向回饋機制：訓練醫院利用各種評估方式及表單包括雙向回饋內容，住院醫師除可瞭解授課教師或指導主治醫師對其表現之評價或相關改善建議，對教學內容或品質有任何建議亦可透過此機制回饋予授課教師或指導主治醫師。同時教師亦可據以對訓練課程或計畫之實施提出修訂建議，若科內無法解決，則再向上級反應或提議至每季之「教育訓練委員會」討論。每季並召開一次導生會議，由指導主治醫師或導師對訓練成果不佳，需要協助之住院醫師，個別提供輔導與補強訓練。