115 年度家庭醫學科專科醫師訓練計畫認定作業
共識說明 Q&A

115.03.24 更新

編號	Q	A
1	住院醫師於合作醫院訓練期間，訓練不超過 50%時數，是指三年期間，還是一年期間。	是三年訓練期間。
2	醫院自評表透過雲端系統(電子檔)提交後，即視同紙本送達嗎？	不是。仍應以「公文」檢附「自評表」送學會憑辦。(截止收件日以「郵戳為憑」辦理)。 (1) 自評表必須透過雲端系統列印，且相關人員用印(機關印信、主持人、科主任用印以示負責) (2) 應確認系統檔與送件紙本一致，雲端系統與紙本間有差異時，以雲端系統為準。
3	醫院自評表附件，是收前一年 1 月 1 日至 12 月 31 日期間之資料。那計畫書部份也是嗎？	不是。附件請分段準備。【備註欄】標註有★/☆/●符號，屬第一階段附件（須上傳系統） 以 115 年度作業為例： 未來：完整訓練計畫書(116 學年度執行版本-116/8/1 適用) 現在：相關人員名單(發表資料另含去過 4 年資料-111/1/1-114/12/31 及必要佐證經歷，如具部定講師資格)及相關設備。(填表日情況) 過去：相關排班表、課程活動表，評估學習紀錄(去過 1 年，114/1/1-12/31)
4	醫院自評表，表頭載明「其餘備註附件，請提供填表日前至 4 年內之資料」其期間指為何？	以 115 年度作業為例，前 4 年即為 111 年 1 月 1 日至 114 年 12 月 31 日區間。但評核項目編號為 50103、50104、50404、50405 及 70301，有受稿單位之正式通知憑證(接受刊載/accept)，可採計至 115 年 6 月 30 日。
5	醫院自評表【備註】欄，未標註★/☆/●號之附件，何時應繳交？	須加辦「第二階段的實地訪視」醫院，需準備醫院自評表中所指全部且為 4 年內之佐證資料（從填表日回溯至 111 年 1 月 1 日起），且備妥在實地訪視現場（醫院）查核(不須上傳雲端系統)。 屆期（或逾 4 年未實地訪視）、去年認定不合格或新申請…等醫院，除需辦理書面審查外，尚須加辦實地訪視。

編號	Q	A
6	附件是否都要蓋掉個資資料？	是的。上傳至雲端系統的資料，為呈現資料的真實性，又兼顧個資法；可選擇蓋掉中間資訊。例如 A123****89。
7	我們醫院屬於「未收訓住院醫師」的計畫，相關記錄等，可用 PGY 資料替代嗎？	PGY 學員之訓練紀錄，無法作為家庭醫學專科住院醫師訓練之佐證。 然資料準備得以下列內容呈現：1）以計畫書規劃方向（或附空白評核表單）為說明本院現況（或佐證）；2）在課程基準未變更下，已完訓之住院醫師訓練記錄情況，或合作醫院派住院醫師到受訪醫院之訓練紀錄，得納入評核範圍。
8	聯合訓練合作醫院合約書(效期到期)，因院方新修訂合約書(雙方用印中)來不及於計畫申請截止日前完成，並上傳雲端系統，完整版可否後補？	不可。醫院認定作業，因有期限限制，無法開放補件，相關申請資料，應於指定時間內完成。
9	5.家庭醫學科編制內設有病房： (1)□是□否 有一般急診住院病床（ ）床 (2)□是□否 有安寧緩和住院病床（ ）床 請附★病房人員編制表及★醫師值班表★健保申報記錄★教學評核記錄 以本院為例，在地區醫院管理考量上，單一病房多以 45-50 床為最符合經濟效益及護理人力配置，家醫科專屬病床僅佔其中 15 床，收治一般急性疾病及安寧病患，由家醫科 VS，R 及 NP 團隊照顧(病房若當月沒家醫 R 由 NP 協助)，病床位於 8 樓綜合病房，非家醫科專屬病房，地區醫院家醫科不太可能單獨擁有 50 床病房。 是否只需提供院方証明(家醫科床數)，家醫科住院病人明細單，就可証明有住院服務。	此為混合病房案例。 可提供 114 年 1 月至 12 月期間，家庭醫學科主治醫師簽署照護的病人明細單為佐證，或提供「院務會議紀錄」載明編配多少床數予家庭醫學科收案文件，惟實地訪查仍須依主治醫師有無實際簽床與直接照顧病人作判定。
10	所有條文細項，是否均須填寫本院現況(或項目自評說明)	是的。 請重點說明執行現況；若自評等級為 5 時，應提佐證資料與詳細重點說明。

編號	Q	A
11	本院屬無收訓有住院醫師，但課程設計規劃有兒科外送合作醫院訓練 3 個月，此情況，於第二階段實地訪視時，合作醫院需派主要教學負責人，到主訓醫院訪視現場參與教師訪談嗎?	不用。待有住院醫師到訓後再行安排，俾利了解其實質運作情況。
12	編號 20101，就簡報案例，含有 EPA 項目，EPA 是一定要納入計畫規劃嗎?	目前 EPA 尚未列入評鑑項目（112 年 8 月 1 日起報到之 R1 應開始實行，故不列入 112 年度之評項；自 113 年度起適用之）。但就評核機制上，若已有 EPA 之執行，與教學相關之評鑑項目的評核等級分數可能會更佳。
13	編號 20102，醫德醫術醫業如何提交佐證資料？	可參考衛福部公告新制家庭醫學科專科醫師訓練醫院認定基準，呈現於貴院教學訓練計畫書中；各醫院也可自行依醫院特色作調整。
14	編號 30103，無法以安寧緩和醫學科或老年醫學科辦理執業登記，應如何處理？	因不屬於衛福部部定專科，故不查核登記科別，僅查核登記於主訓醫院或合作醫院。 安寧緩和醫學科或老年醫學科教師，可重覆計畫於不同科別教師身份，比如同時列為家庭醫學科及老年醫學科主要教學負責人)
15	編號 30104，主訓醫院全院平均每天住院人數，是指新住院人數嗎？	不是。 係指當天全部的住院人數。計算式如下 平均每天全院住院人數（請填醫院佔床率 ×一般病床數） 平均住院天數（請填全年總住院人日數÷全年總住院人次數）
16	編號 30201，請附合作醫院具專科訓練資格證明，是指部定專科嗎？那非部定專科，例如安寧緩和科，要檢附什麼？	必修科除老年醫學科與安寧緩和醫療科之外，皆為衛福部部定西醫專科，應檢具衛福部公告合作醫院具該合作訓練計科別之專科醫院訓練醫院資格證明。 另如老年醫學科、安寧緩和醫療科，則檢附相關醫學會發證之證明即可。
17	編號 30201，有關 30201 聯合訓練計畫之合作契約書規範?	(1) 合作醫院合約書，應以一對一科，或一科對多科型式，分別與合作醫院之科別簽屬為主。 (2) 另若為院與院之合作醫院合約書（含同體系醫院），內容應加注載明其聯合訓練科別，方可採計。
18	我們沒有精神科病房，送住院醫師到精神科合作醫院受訓 1 個月，這間合作醫院並不是家庭醫學科訓練醫院，是否可以？	可以，但必須為精神科專科醫師訓練醫院。

編號	Q	A
		(1) 在主訓醫院必需至少有一位精神科專任醫師下，如無法訓練或訓練不足，得找尋合作醫院辦理聯合訓練，則該院計畫型態將由單一訓練變為聯合訓練。 (2) 聯合訓練需併入訓練計畫書中，一併送審，不在受理期中送件(逾期者)，需等下年度變更計畫並提交審核後再執行(即 113 年度送審之訓練計畫書，為 116 學年度(116/8/1)適用之聯合訓練內容)。
19	續上，我們還是以主訓醫院提出申請嗎？	是的。所有家庭醫學科專科醫師訓練計畫，皆以主訓醫院提出申請。
20	精神科有合作醫院，在 2-3 個月訓練期間，都要在合作醫院執行嗎？精神科門診訓練可以回主訓醫院訓練嗎？	依計畫書執行即可。不一定都要在合作醫院執行，門診訓練亦可回主訓醫院訓練，惟計畫書應明確列出其規劃。
21	社區訓練單位，例如診所，如何提供訓練資格證明？	住院醫師至由主訓醫院直接連絡的社區訓練單位受訓，視為主訓醫院的教學計畫(不須資格證明)。若非主訓醫院直接連絡，是透過合作醫院到合作醫院的社區訓練單位受訓，則合作醫院必須具有 PGY 社區醫學訓練醫院資格。
22	住院醫師訓練其選修科，比如職業醫學科…等，若要在本院受訓，則本院需具備什麼資格條件？	「主訓醫院(本院)」之基本條件，應具有該科專科醫師(如職業醫學科)至少一人，並提供醫療服務(如職業醫學科)及負責執行家庭醫學科專科醫師訓練計畫中，所須(職業醫學科)教學活動即可。 另外非部定專科(如安寧緩和醫療科)，則主訓醫院或合作醫院中，至少有一位專任醫師具「如安寧緩和醫學專科醫師證書」並負責執行相關教學活動即可。
23	編號 40201，就簡報說明，以家庭醫學科的教學時數為計算基準，是指課程基準規範家庭醫學科至少 3 個月的訓練期間嗎?	不是，是指三年期間。住院醫師輪訓至其他專科，皆應定時定期回家庭醫學科參與家庭醫學科門診訓練、家庭醫學科教學活動等，以此為基礎。
24	編號 40201，續上住院醫師門診時間教學時數如何算計？	1.以家庭醫學科的教學時數為計算基準； 2.分母工作時間採週 1-5 日間工作時間計算。值班不算入學習時間，亦不算入分母； 3.晨會、科內研討會、個案討論、門診學習(教學門診、門診跟診學習、獨立看診時數均計入)、住診教學、居家醫療等學習都是學習時數也是工時，計入分子；

編號	Q	A
		4.請採月平均值資料呈現。
25	編號 40201，住院醫師之學習及工作時間比例分配合宜。住院醫師每人輪訓，每年每月都不一樣，計算式是採平均值嗎？	是的，採月平均值。但重點在家庭醫學科的教學時數。 (1) 以家庭醫學科的教學時數為計算基準 (2) 分母工作時間採週 1-5 日間工作時間計算；值班不算入學習時間，亦不算入分母。 (3) 晨會、科內研討會、個案討論、門診教學(教學門診、門診跟診學習、獨立看診時數均計入)、住診教學、居家醫療等學習都是學習時數也是工時，計入分子。 (4) 採月平均值資料呈現。
26	編號 40201，住院醫師工作時間，是包含值班時間嗎？	工作時間採週 1-5 計算。值班不算入學習時間。
27	編號 40202，值班時間符合衛生福利部規定項目，應檢附住院醫師排班表，要附去年一個月或多久的範圍資料。又輪訓至內科、外科等科別時，又應如何檢附。	可檢附值班科部之值班表，值班時間原則上班表以平均值為之。
28	住院醫師輪訓其他專科（如內科、外科），有規定住院醫師一定要值班嗎？	沒規定一定要值班。 各醫院得視住院醫師學習需要自行排定，並符合勞動部規範；另值班規劃，若會影響隔日相關門診訓練，應以門診訓練為主。
29	編號 40202，值班時間符合衛生福利部規定。住院醫師參與晨會、科內研討會，算不算工時？	依勞動部規範辦理。住院醫師參與晨會、科內研討會，皆算入工時。
30	編號 40204，何謂有助成長的活動？	比如巴林小組、導師導生座談會、同儕共濟小組、科內聯誼活動、成長營、院內員工關懷小組等皆可計入。
31	編號 40302，住院醫師專屬值班室。一般家庭醫學科輪訓各科時，皆使用該科之值班室，但輪訓科別很多，內科、外科...，有的值班室是五星級，有的是三星級，這項評核也是平均值概念嗎？	是的。各科值班室不一，此項評核是以平均值為之。
32	編號 40302，住院醫師專屬值班室。基本功能是指什麼？有床、電腦，但在值班室使用電腦會影響到其他值班醫師的休息。	仍以設有電腦、網路為基本功能之規範。值班室不等同於只有睡覺生活機能，值班室應設有電腦、網路可以查看文獻或各項資料。

編號	Q	A
33	編號 40304，住院醫師照顧病床數，各科會有差別，應如何計算？	採平均值概念辦理。
34	編號 40403 及 40404，醫院只有住院醫師 1 學員，沒有資深住院醫師可以帶資淺的住院醫師或醫學生，要如何評定？	至少訓練計畫書要呈現。 訓練計畫因沒有資深住院醫師，可實際執行項目，至少應於訓練計畫書要呈現此規劃安排，做好準備可以即刻執行之狀態。
35	編號 40404，建立同儕共濟；提攜引領，提攜引領，砥礪學習的機制指的是什麼？或建議檢附什麼樣的資料做為佐證資料呢？	重點在住院醫師的經驗分享(書面、會議活動等)，例如住院醫師會議(分享住院醫師間之學習心得，輪訓其他科應注意事項及重點等)、巴林小組訓練、住院醫師各科訓練心得報告。
36	編號 40404，每屆只有一位住院醫師，如何做到橫向同儕共濟？	客觀環境無法達成，但計畫書有規範者，至少可達等級 3，但要拿到更好的成績較難。
37	合作醫院離主訓醫院有點遠，主治醫師每週指導時間 8 小時以上，主治醫師要見住院醫師很難，教師的教學時數，如何達 8 小時以上？	至少訓練計畫書要見呈現，就教師的角度，一節教學門診時數可以算 4 小時，如果科內研討會沒有住院醫師參加，仍要正常舉行，也可以算入教學時數。
38	編號 50103、50104、50401 及 50405，有關主持人、教師相關近四年發表家庭醫學之論文、會議論文報告，是否限在本院發表方採計？	不是，發表成果以現職專任教師之個人發表計算。 目前首要評核教師具有帶領住院醫師從事學教研究能力，俾藉由研究過程之實作、分析，有助住院醫師文獻證據力判斷訓練。但未來不排除與教學醫院評鑑之認定方法同步（將另行公告）。
39	編號 50104、50405，有關主持人、教師相關近四年發表家庭醫學之會議論文報告，若受稿項目，非屬口頭或海報，僅受稿刊登在大會論文手冊者，可以採計嗎？	可以。 但未來不排除與教學醫院評鑑之認定方法同步（將另行公告）。
40	編號 50105，50406，人員參與台灣家庭醫學醫學會主辦或協辦之學術活動；不知比如健康促進醫院舉辦的國際研討論，可採計嗎?	可。屬家庭醫學領域之相關國際會議，皆可採計；又比如「Wonca 亞太區域會議」於日本舉行，人員參與此會議，亦可採計。
41	編號 50104，投稿家醫學會 113 年 7 月 14 日舉辦之年度學術研討會，發表的會議論文報告，可以列入嗎？	編號 50103、50104、50401、50405 及 70303，有關主持人、教師及住院醫師，相關近四年發表家庭醫學之論文、會議論文報告。以 115 年度認定作業為例，係指 111 年 1 月 1 日至 114 年 12 月 31 日期間，若有本學會或 Wonca 區域會

編號	Q	A
		議（比如歐洲區域會議）、Wonca 世界會議受稿單位之正式通知憑證(接受刊載/accept)，可採計至 115 年 6 月 30 日。
42	續上，編號 50103、50104、50401、50405 及 70303，延長採計政策，適用所述以外之受稿單位嗎？比如台灣護理學會。	以 115 年度認定作業為例，維持 111 年 1 月 1 日至 114 年 12 月 31 日期間資料，不延長採計。故僅能計入下年度認定採計範圍。
43	編號 50401，若家庭醫學科部/科主任，於民國 78 年以"它科主治醫師年資資格考取家醫科專科醫師"迄今，請問在此條件下，是否不具部科主任資格？	部/科主任具完成庭醫學科住院醫師訓練，取得家庭醫學科專科醫師資格之專任家庭醫學科主治醫師三年以上」評分項目之例外，其中「具完成家庭醫學科三年住院醫師訓練」條件；惟依據衛福部 77 年 10 月 4 日衛署醫字第 751821 號公告（即 85.10.4 以前在登記為內科、小兒科、外科、婦產科之專科醫師資格，且修得規定學分）辦理，並取得家庭醫學科專科醫師資格者，則不在此限。
44	編號 50404，同一文章，2 位主治醫師分列第一與指導作者，是擇一或是分別採計?	主治醫師(含主持人)分別以第一或指導作者發表同一篇論文，只能計算 1 人；若是主治醫師(含主持人)與住院醫師間，分別以第一或指導作者發表同一篇論文，則二者皆可採計。
45	編號 50404，同一人發表三篇 SCI，可自評等級 5 嗎？	應依計算比例原則進行評核，例如科內有 9 位主治醫師，扣除主持人 1 名餘 8 位，以 1/4 原則，至少要有二人在期間內，同時發表三篇 SCI，才達等級 5。
46	續上，編號 50404、50405，其評分標準：計算比例不含主持人，而且 1/4 主治醫師(計算後如為小數，採無條件捨去，但至少有一人)，若人員在填表截止日後，有異動，應如何計算？	人員計算，以醫院自評表，填表止日為準。該年度若為需參加第二階段實地訪視之醫院，於填表止日後，人員異動，得放寬採若算入分子，則需同步計入分母為之。
47	編號 50404，期刊刊登型式多，例如完整論文 letter to the editor、abstract…什麼可以採計？	比照醫策會標準有採認 letter to the editor、另 Case Study 也可。但參加研討會發表 conference paper 最後集結刊登在期刊發表，則不列入計算。
48	編號 50501，主治醫師教師時數每週達 8 小時規範，醫院有主治醫師 7 位，但住院醫師只有 1 位，是否只需要一位主治醫師達標，就符合等級 3？	所有教學主治醫師，均須達到每週 8 小時規範，可於訓練計畫書中呈現教學功能。教學時數計算可包含：門診教學、教學門診、參與科內研討會議…等至少 8 小時。門診教學或教學門診，在沒有住院醫師情況下，雖然無法實施，但可呈現於計畫書中，而晨會、科內研討會、個案討論會，都可正常舉行。

編號	Q	A
49	請問住院醫師社區醫學學習，若指派到衛生所或診所學習，指導老師除了須有其專科資格外，是否還需要受過教學訓練呢？ 參考相關規定有教師資格及教師評估(編號 50504 及 90203 項目)。這會規定適用在社區醫學教師嗎？	編號 50504，專科繼續教育規定，適用所有科目之教師，包含社區醫學教師。至於 90203 主要評核本科教師(家庭醫學科)，其他教師沒有特別要求，但鼓勵所有參與教學的其他教師，參與師資培育課程，其中包含社區醫師教師。
50	學習紀錄附件，附空白格式可以嗎？	可以。但查核區間(4 年內)若招訓有住院醫師，應檢附至少一位住院醫師（最高年級）實際記錄，並隱去病人個資做為審查樣本。
51	學習護照及評估表格及導師生會談紀錄，是否每位學員資料，均須上傳或是以空白格式代表也可？	可以附空白表；但查核區間(4 年內)若招訓有住院醫師，其學習護照及評估表，應至少檢附 1 位最高年級住院醫師的實際紀錄。另排班表、門診表、議程列表等，應完整提供。
52	編號 6，課程基準異動後，對於原有住院醫師的學習紀錄查核，應如何準備？例如，新增安寧緩和醫學科訓練。	依實際學習紀錄之情況提供即可。課程基準如有異動，會公告從那一年度招收開始之 R1 適用，於此前已招訓的住院醫師，則適用前版本之規定。
53	編號 6，收訓有 107 年及 112 年住院醫師各 1 名，他們分別適用不同版本之課程基準，在資料呈現上，各自符合所屬課程基準規範，即達及格標準對嗎？	是的。不會強制一定是 R3 或 R4，依該年度之課程規範作認定。另紀錄部份，如有未輪訓完畢之情況（例如眼科），雖無實際紀錄，然可提供計畫書之規劃方向（或附空白評核表單）作為說明貴院現況（或佐證）。
54	編號 60101，兒科有 3 個月訓練，其中一個月的門診實務訓練，可以分散在這三個月去嗎？	門診實務訓練，必須連貫於一個月內執行完畢，無法分散於三個月之訓練學習。
55	編號 60306，具教育訓練功能之基層醫療保健場所，如何定義？	住院醫師到基層醫療保健單位學習，非代診工作或獨立執行業務，必須要有專科醫師在場，並由此教師對住院醫師實施教學計畫，且就住院醫師的學習情況給予評量，並回饋給科部後續。 (1) 住院醫師輪訓其他專科，包含社區醫學訓練，皆應有計畫性（為什麼要送到這裡訓練，目的是什麼、學習目標為何，如何評估住院醫師是否達成學習目標）。 (2) 雖然住院醫師很多學習，都來自工作經歷，住院醫師已具醫師資格，可以獨立從事任何醫療處置，但仍屬學習階段，應有教師從旁指導。
56	編號 60311-60314，因為新增學科，無相關住院醫師學	可免附實際記錄；但可附空白表單，供委員參閱。

編號	Q	A
	習紀錄，應如何辦理？	
57	編號 60314，影像醫學訓練，比如腹部超音波並不歸在影像醫學科，可以嗎?	可。應於訓練計畫書規劃，由具影像醫學專業資格(比如超音波證照)之教師負責該訓練項目之教學計畫。
58	編號 60315，選修科可以加選中醫學科嗎?	不可。應以西醫專科為範圍。
59	編號 60315，選修科可以再加選家庭醫學科嗎?	可。 選修科訓練時間 2 個月至 9 個月(需適當分配於各相關科，選修科不能低於 2 個科別，2 科中不包含必修科目）。 選修上限 9 個月，扣除 2 個月指定選修外，另 7 個月，得從 23 個西醫專科加選，但"必修"加上"加選"月份，不能超出該科上限，如內科(4-8 個月)上限為 8 個月；如家庭醫學科(3 個月)沒有上限，則這 7 個月可以全部加選家庭醫學科，但實際安排仍希望，適當分配於各相關科。
60	編號 60315，未來選修科可納入「國際醫療」訓練項目，訓練課程安排，需注意什麼?	選修科納入「國際醫療」訓練項目，訓練時間至多 1 個月，同住院醫師外派至其他醫院受訓之審查標準（以訓練為目的之訓練計畫書及合作同意書），須於年度計畫時一併提交審查，通過後方得執行。
61	編號 60316，完整訓練計畫是指什麼，是每一科都需要嗎？什麼是作業手冊及標準作業規定？	(1) 完整訓練計畫是指家庭醫學科專科醫師訓練計畫，其中載明有家庭醫學科輪訓其他專科時應安排之訓練項目有什麼，並且如何評估其學習成果等內容。 (2) 作業手冊及標準作業規定，是泛指家庭醫學科住院醫師相關學習工作手冊及輪訓各專科之標準作業流程等規定文件，目的係協助住院醫師於進入工作場域前，能預習並對工作項目能先有所悉，並無指定是那些特定文件。
62	編號 60401，家庭醫學科門診醫療工作，R1 每週一節門診訓練，R2 每週二節門診訓練，R3 每週節門診訓練。住院醫師輪訓其他科時，也要這樣嗎？	是的。家庭醫學科門診訓練，是家庭醫學科的訓練核心，住院醫師至其他科輪訓主要是學習各科常見之臨床個案處置技巧，最後應用於家庭醫學科門診做全人照護之整合訓練。
63	編號 60401 家庭醫學科門診訓練安排，應注意什麼？	家庭醫學科門診醫療工作，R1 每週一節門診訓練，R2 每週二節門診訓練，R3 每週節門診訓練，其中每年級每週至少一次，應在家庭醫學科醫療門診進行。 (1)R3 第二次及第三次家庭醫學科門診訓練，得於家庭醫學科負責之業務門診

編號	Q	A
		(不含僅提供健康檢查門診)，及具教師指導下進行。 (2)健康檢查門診，在有教師指導診斷、處置及病歷書寫等學習下，可納入第二次以上之門診數計算，但至少有一診一定要是家庭醫學科一般醫療門診。有關門診計算，在設備定義(80101)及教學(60401)定義上，是分別認定，門診設備是限制在醫院獨立之醫療門診；門診教學是看符合課程基準家庭醫學科門診醫療工作訓練要求之醫療門診(擴大採認到社區門診)。
64	編號 60401 依規定 R3 需有每周三節門診。然而本院因人力因素，R3 每周三節門診，其中一節擬改為隔周看診(在院本部)，另兩周去社區醫學門診(IDS)，如此編排是否學會可承認？	該 IDS 門診須有教學之功能與教師指導方能認定。
65	編號 60401，家庭醫學科門診醫療工作，R1 每週一節門診訓練，R2 每週二節門診訓練，R3 每週節門診訓練。住院醫師輪訓到合作醫院，區域跨縣市，實際上有運作困難，如何處理？	家庭醫學科門診訓練是核心，不可省略。 可以技術克服，例如排在星期一上午或星期五下午，或在合作醫院亦具家庭醫學科專科醫師訓練醫院資格，得安排於合作醫院家庭醫學科門診受訓，以符合相關規範（計畫書應載明此規劃）。
66	編號 60401，診次不足，如何界定？住院醫師請假、「PM off」會有影響嗎？	家庭醫學科門診訓練是核心，應給予住院醫師安排足夠的學習時數。住院醫師請假，須有補救教學機制；至於 PM off 因素，應注意住院醫師工作排班，不得因值班，關閉隔日家庭醫學科門診訓練，應以家庭醫學科門診訓練學程優先。
67	編號 60402「2、於訓練年限期間居家照護訓練至少照護 5 位居家病人 3 個月以上」的居家照護訓練。 其中的居家醫療係指：一般居家醫療或者居家整合照護，亦或兩者皆認可？ 續上，若兩者皆可，是否機構或在宅個案皆認可？	「一般居家醫療/居家整合照護」照護個案，不分機構或在宅個案，符合照護標準個案，皆可納入計算。
68	編號 60402，現居家醫療照護限專科醫師執行訪視，且電子化病歷因健保申報及電子簽章，現況皆由主治醫師紀錄；於此，住院醫師的「學習護照或相關紀錄」能以何方式，具體呈現住院醫師有長期照顧居家病人?	住院醫師之角色在受訓與學習，故應在專科醫師帶領下，同行至居家個案所在地，進行居家醫療照護之實務操作與學習；至於病歷若不能備載，得採用「居家訪視紀錄表」或其他足以來呈現長期照顧居家病人之學習情況。

編號	Q	A
69	編號 60403、60404、60405，婦、兒、精 1 個月門診實務訓練，最少要安排幾節門診才算？	目前無特別規範，原則上應達 50%，視住院醫師層級，可以扣除回家庭醫學科門診訓練的節數。
70	編號 60403、60404、60405 請附排班表，應如何檢附？	附上住院醫師一整年之輪訓排班表，瞭解婦產科、小兒科、精神科門診訓練之安排。
71	編號 60407，達到等級 5 需「住院醫師個人各類疾病照顧數目統計或其他紀錄足以佐證」，請問這部分是包含門/住診嗎？，輪訓他科的部分呢？	是的。 包含家庭醫學科及輪訓其他專科之門/住診個案疾病分類及人數統計。
72	編號 60407、60501，學習歷程（或學習護照），應有檢視的目的，是為什麼?	住院醫師訓練，應有目標的學習，事先制訂訓練計畫，再透過住院醫師學習歷程紀錄（或學習護照），檢視該員之訓練目標達成情況，若有缺乏不足處，方得提前佈署補訓計畫。
73	編號 60501，有學習歷程檔案或學習護照紀錄，資料的詳細程度為何，是每人整本掃描，或每科掃描一兩張？	檢附一本標準完整的空白格式，另附一本較高年度的住院醫師實際紀錄一本。
74	編號 60501 續上，因為住院醫師人數眾多，佐證資料是學習歷程表或護照擇 1 即可，或是 2 種都要？	只要選擇一種完整格式，及一位住院醫師(較高年度的住院醫師)的記錄即可。
75	編號 60502，多元化評估項目的評定方式，例如內科只做 Dops、外科只做 cbD、家庭醫學科只做 Mini-CEX，這樣算多元嗎？	多元係指至少兩種或以上，輪訓每個科至少二種評量方式，才算是多元評量。
76	編號 60604，門診醫療工作 R1 及 R2 於獨自看診之同一時段，須有家庭醫學科專科醫師在場全程督導及接受諮詢，並於看診後共同檢討住院醫師之診斷、處置與病歷寫作。R1 及 R2 要有主治醫師全程督導，那 R3 須要嗎？	原則上 R3 可以不比照 R1、R2 之方式，惟看診中，有任何問題，可隨時找到教學主治醫師。
77	編號 70101，就簡報案例，其中包含有行政會議，是否也可納入計算？	單純主治醫師或主管參與的行政會議，並不能納入教學會議計算。醫院提交的佐證，建議應將有學員參與，具教學功能的活動會議予以畫註(或不要呈現出單純行政會議於列表中)，方便委員審查。
78	編號 70101，★請附議程列表及★相關紀錄，因為我們科去年舉辦約 170 場會議，我們每三個月都有送交繼	是的。需要掃描 114 年 1 月至 12 月份資料，包含課程列表(含時數)、簽到單及記錄，俾佐證達何種等級。

編號	Q	A
	續教育訓練學分以資證明，但因為我們送交的是影印本而非掃描檔，請問是否需要掃描 1 月至 12 月份所有檔案(每份包含簽到單及記錄共 340 份檔案)，亦或將課程表提列出來，以任意一個月的會議簽到及紀錄佐證完整度即可？	
79	編號 70101，學術會議需檢附去年度議程表及記錄，想請問紀錄指的是會議紀錄嗎？ 有包含簡報檔嗎？因為這樣檔案會很多很大，電子附件是否沒有件數限制	是的。需要掃描 114 年 1 月至 12 月份資料，包含議程列表(含時數)、簽到單及會議記錄，簡報檔可以自由檢附，俾佐證達何種等級。 雲端系統檔案上傳數目不限制，但格式應為 PDF，單一檔案容量 20MB，超出應分割。
80	編號 70102，有安寧病房個案，會邀請其他專業，比如藥師、放腫科醫師到科內一起討論，這種會議可算入家庭取向之個案研討會嗎?	不單純只談個案醫療情況，有廣含其個案身、心、靈、社及家庭相關問題之處置技巧等(以家庭為導向之訓練重點)，即可列入。
81	編號 70201，"醫療專業/EBM 研討會/病例討論與研究訓練"，請問是否規範一定要在家醫科活動內舉辦？若是醫院醫教會等關單位有舉辦，家醫科醫師有參與的話，是否符合評項規範？	原則上院內之「醫療專業/EBM 研討會」議題皆可，但仍鼓勵於科內研討會中自行辦理。
82	編號 70301，就簡報案例，會議時間安排在晚上進行，這算住院醫師工時？	所有要求住院醫師一定要參加的會議都要算工時，住院醫師應參加會議的安排時段，都應符合當下住院醫師工時規範。
83	編號 70301，參與研究，投稿基層醫療是否可以，或一定要投家醫雜誌？	重點在研究訓練與實作，投稿至那類期刊，無特別限制。
84	編號 70301，住院醫師有研究教學相關訓練，此處之住院醫師所指那一年級？或全部？	以 R3 為原則，至少達人數之 1/3 以上，且限於家專訓練期程內之發表成果(不需為第一作者)；以"內容"歸納，屬家庭醫學相關領域即可，不以會議及雜誌領域之限制，比如在復健科研討會上，發表有關安寧之主題，也可列入評核範圍。 若有 R1、R2 已參與相關訓練，亦可擴大採認(然分子分母須同時列入該層級住院醫師)。

編號	Q	A
85	編號 70303，住院醫師研究發表，有規定是第一作者嗎？	同教師規定，限第一作者。同篇發表會有住院醫師為第一作者，教師為指導作者之情況。 查核對象為認定年度(如 115)前年度(114)完訓 R3 之發表成果。若有未完訓之住院醫師，已有發表成果，亦可擴大採認(分子分母同時列入)。
86	編號 70304，等級 3：R3 每年至少參與一次台灣家庭醫學醫學會活動，其中每年是指第三年回推 R1、R2 時的參與情況嗎？	非。係指最近四年(111 年 1 月 1 日至 114 年 12 月 31 日止)，每屆 R3 以上至少 1 人曾參與家庭醫學會活動，可回推至已訓練完成之住院醫師。
87	編號 80101，獨立的二個間診，家庭醫學科沒有使用時，可以給其他科使用嗎？	家庭醫學科獨立二間相連診間，是為門診教學使用，當住院醫師很少時，診間有閒置時段，可以給其他科使用，但當住院醫師昇級門診教學診次變多時，一定要能隨時調整回家庭醫學科使用。
88	編號 80101，專門設置做為健診業務使用之診間，可以列入計算嗎？	僅提供健康檢查門診業務之診間，不列入計算。
89	編號 80101，獨立診間，是住院醫師自己一間嗎？	是的。
90	編號 80101，"設有獨立家醫科門診診療室二間以上"，本院設有兩間家醫科診間，在有住院醫師訓練階段，皆由一位主治醫師在住院醫師看診診間隔壁同時看診，以利提供即時討論與指導。 但目前本院家醫科無住院醫師，所以部分時段兩位主治醫師同時段看診時，未使用相連的兩個診間，而是在其他診間看診。請問是否有違 8-2 的規範？	未使用相連的兩個診間，其設立精神不符規定。 「設有獨立家醫科門診診療室二間以上」，這二間診間於固定時段，應由家庭醫學科臨床業務及門診教學使用，其他空閒時段，得勻給其他專科門診使用。未收訓有住院醫師之計畫，每周至少保留一時段之獨立家庭醫學科門診，相連之診療室二間，以備住院醫師到訓時，得立即應用。
91	編號 80103，家庭醫學科每週門診十個時段，其中門診指的都是一般醫療門診嗎？	是的。 有關門診計算，在設備定義(80101)及教學(60401)定義上，是分別認定，門診設備是限制在醫院獨立之醫療門診；門診教學是看符合課程基準家庭醫學科門診醫療工作訓練要求之醫療門診(擴大採認到社區門診)。
92	編號 80103，等級 4 的診數規定，其中住院醫師的門診算嗎？	是的。該時間有三位主治醫師，1 位住院醫師同時看診，可算四診。

編號	Q	A
93	編號 80105，能提供社區健康營造、健康促進醫院、老年醫院…等臨床服務，是屬於院內提供，或家庭醫學科提供？	需是家庭醫學科執行之業務，方採計。請附書面證明家庭醫學科所占的角色，例如開診醫師，院方委員會的委員等。
94	編號 80107，社區醫療群之家庭檔案不列入，那應以那類個案為蒐錄對象？	家庭醫學科醫療門診個案、居家個案(居家護理、居家醫療等)，皆可建立成家庭檔案(內含家族史、家系圖、家庭資源…)，並實際應用於臨床照護應用與學習使用。
95	編號 80201，門診設備，家庭醫學科門診有 7 間，對面就是耳鼻喉科、婦產科門診，設有耳鼻喉科、婦產科診療台，隨時都可提供家庭醫學科使用，此情況下，是否自評為等級 5？	以家庭醫學科門診可以就近隨時使用之情況，仍可計算在內，惟實質會由委員到醫院實地查訪認定之。
96	編號 80202 及 80203，雜誌期刊，是一定要家庭醫學科專有，還是醫院圖書館訂的也可以？	可以包含圖書館訂閱之電子期刊(在訓練醫院都有網路基礎下，可提供住院醫師連線圖書館查閱)。
97	編號 80202 家庭醫學科書籍二十種以上(指家庭醫學科專用，近 5 年書籍)，比如 Textbook of Family Practice(最新版-2015 出版)，已逾 5 年，是否可採計?	除醫院自評估，所列三種（如下）得採「5 年內或最新版」之標準辦理；其他書籍，仍維持近 5 年出版之採計標準。 1.台灣家庭醫學醫學會出版「家庭醫學」教科書; 2.Textbook of Family Practice, by R. E. Rakel,W.B. Saunders company; 3.Family Medicine Principles and Practice. by R.B. Taylor, N.Y. Springer-Verlag
98	編號 90203，教師受訓(師資培育課程)指什麼課程？	應符合促進教師教學相關理論與技能的課程活動；非臨床醫療專業技能。
99	今年成績比序下降了，今年已收的住院醫師（預計 8 月 1 日報到），會因為成績變低而不能收訓嗎？	如果貴院 115 年度核定有住院醫師容額(115 年 8 月 1 日報到)則不受影響。因為 115 年度之認定結果，適用於 116 學年度。
100	今年認定不合格之計畫，最快可以在何時再提出申請？是二年嗎？	維持現況作法，即隔年可以提出申請。

<table>
<tr><th>編號</th><th>Q</th><th>A</th></tr>
<tr><td>101</td><td>如何確認項目達等級 3？及成績排序算法？</td><td>符合 RRC 規範之訪視項目（主項目看粉紅色塊）符合等級 3 的計算及排序成績計算，舉例：701-7.1.1 科內學術活動(7.5 分)之計分為例
<table>
<tr><th>編號</th><th>訪視項目</th><th>圈選自評等級</th><th>評核重點說明</th><th>案例 1</th><th>案例 2</th></tr>
<tr><td>701</td><td colspan="3">7.1.1 科內學術活動(7.5 分)</td><td>得分為等級 3</td><td>得分為等級 2</td></tr>
<tr><td>701
01</td><td>【4.0 分】</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1、每週定期至少有二小時研討會由住院醫師輪流報告或主治醫師教學並存有紀錄.....</td><td>評為等級 5
得分 4.0</td><td>評為等級 2
得分 1.6</td></tr>
<tr><td>701
02</td><td>【1.5 分】</td><td>1 2 3 4 5</td><td>2、每個月至少一次家庭取向之個案研討會，並存有紀錄</td><td>評為等級 1
得分 0.3</td><td>評為等級 3
得分 0.9</td></tr>
<tr><td>701
03</td><td>【2.0 分】</td><td>1 2 3 4 5</td><td>3、每次研討會須有專任教師、主治醫師積極參與督導</td><td>評為等級 3
得分 1.2</td><td>評為等級 4
得分 1.6</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>4.0+0.3+1.2＝5.5 分
為等級 3(4.5~6 分)</td><td>1.6+0.9+1.6＝4.1 分
為等級 2(3~4.4 分)</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>102</td><td>有關未收訓住院醫師之訓練計畫評分等級及成績計算方式？</td><td>(1) 依衛福部 RRC 之及格規定標準：
評核表中 4.1、4.2.a、4.3、6.4&6.5(含 3 小項)、7.1.3、9.1、9.2、9.3 項不予評分(NA)，除此 10 個 NA 項目外，其餘項目均至少評為等級 3，始達最低及格標準。
(2)排序成績計分方式：
4.1、4.3、9.1、9.2 及 9.3 均評為等級 2，而 4.2.a、6.4&6.5(含 3 小項)及 7.1.3 均評為等級 3，再依家庭醫學科對於該 10 個項目之配分計算。
即等級 2 部份【(3+8+4+4+2)*0.4】+等級 3 部份【(4+4+5+4+6.5)*0.6】＝22.5 分。
(3)以 115 年度作業舉例，未收訓住院醫師之定義：為「近 4 年內(111 年 1 月 1 日至 115 年度第一場實地訪視日前一天止，期間未收訓有 R1~R3 任一級住院醫師」。</td></tr>
<tr><td>103</td><td>訓練名額分配方法？</td><td>容額分配方法，如附件 1</td></tr>
</table>

編號	Q	A
104	訓練容額核定原則，有關社區醫學訓練場域，比如保健場所，係只限衛生所及群醫中心嗎？若是醫院附近之健康促進場所，也算嗎?	住院醫師有教師帶領，且具教學訓練功能情況下，可納入。比如學校保健中心，訓練計畫書社區醫學訓練項目中，應載明其訓練目標、執行方式及相關評估…等。

附件 1

訓練容額核定分配原則

規定原則	計算式或進階條件說明
一、目的 為合理分配家庭醫學科專科醫師訓練計畫訓練容額，確保住院醫師訓練品質，應依衛生福利部公告之專科醫師訓練計畫認定基準及訓練容額合理分配，爰訂定本計畫訓練容額分配原則。 二、參與分配資格 115 年度認定合格之醫院，並同時具備以下條件者，才具分配訓練容額之基本資格。 (1) 逾 4 年未實地訪視之醫院，需加作實地認定且合格者。 (2) 具家庭醫學科專科醫師資格之專任家庭醫學科主治醫師 5 人以上(含主持人、部/科主任及主治醫師)。 三、分配原則 （一）步驟 1：依 115 年度委員審核認定以下列三個變項所計算之總和值(計算結果為無條件進位)，為每家醫院容額分配上限。 1. 每名具家庭醫學科專科醫師資格之專任家庭醫學科教師(主持人、部/科主任及主治醫師)且符合 5.2.2 教學時數者(每週教學時數達 8 小時)／3 名(至多 6 名)。 2. 本科部“專屬”且具教學功能之住院病床數(含一般急性病床及安寧緩和病床)/10 床(至多 2 名)，且去年由家庭醫學科申報住院總數達 150 人次以上之條件(需附病房人員編制表、醫師值班表、健保申報記錄與教學評核記錄)。 3. 本科部“固定具教學訓練功能”之社區醫學訓練場域類型，每類給 1 名(至多 3 名) (1)有正式簽約的基層醫療保健場所(如衛生所、健康促進中心或偏遠地區醫療站)(需附合約、課表及教學評核記錄) (2)有合作的長照機構與基層診所(需附合約、課表及教學評核記錄) (3)有提供居家整合照護訓練，其前年度(114)家庭醫學科部專任主治醫師申報，且帶領住院醫師參與教學服務之居家醫療(S1)與重度居家醫療(S2)之訪視合計達 200 人次以上，且安寧居家(S3)訪視達 60 人次以上(需附申報記錄及教學訓練記錄。無住院醫師的醫院，若計畫書有其規劃，則符合帶領條件)。 （二）步驟 2：以步驟 1 各醫院之分配容額，依據最近一次實地訪視成績，分 6 等級(1/0.834/0.668/0.502/0.336/0.170)等比縮減可分配容額(計算結果為無條件進位)，如有同分，以符合 5.2.2 教學時數者(每週教學時數達 8 小時)多者優先。 （三）步驟 3：依照步驟 2 之基準，由最近一次實地訪視成績高者，優先分配。	第一階段 指編號 30102 具家庭醫學科專科醫師資格之專任家庭醫學科主治醫師 5 人以上（含主持人、部/科主任及主治醫師）(統一以填表止日人數為準，且自 114 年度起適用) 步驟 1： (1)符合資格人數合計／3 人(至多 6 人)。 計算式：統一以填表止日(編號 30102)人均年資人數計算為準。 比如(填表日止)主治醫師有六位，6×(4×12)=288,但六位現職主治醫師只有四位任職四年，4×(4×12)=192, 一位任職三年 1×(3×12)=36，一位任職一年 1×(1×12)=12，所以總任職人月數只能算是 192+36+12=240 , 240/288= 0,83(四捨五入，計算至小數點後二位)；符合資格人數為 6x0.83=5.0(四捨五入，計算至小數點後一位)，主治醫師人數算 5.0 位。但如果四年內曾有一位主治醫師任職三年離職，可以加上他的服務年資 1×(3×12)=36, 240+36=276，276/288= 0.96, 6x0.96=5.8，主治醫師人數算 5.8 位。總人月不得超過(填表日止)主治醫師位數乘以 48。 另住院醫師升任，僅能計算取得專科資格且升任主治醫師之經歷期間。 (2)符合條件(一般急性病床及安寧緩和病床)床數計算方式： 請附家庭醫學科主治醫師簽署照護之病人明細單、醫師值班表、健保申報紀錄及教學評核紀錄為佐證 前一年由【家庭醫學科訓練師資照顧的病人達 150 人次以上，方始達計算床數條件。 比如： 家庭醫學科編制內，有安寧緩和病床 20 床，且前一年家庭醫學科訓練師資照顧的總病人數為 100 人，雖有專責病床但照護個案數未達 150 人以上，故以 0 床採計床數。反之，上述若達 150

規定原則	計算式或進階條件說明
1. 分配人數不高於訓練醫院人事需求數與近四年平均招收人數(以四捨五入計算，且總額外之名額不列入統計範圍)。 2. 在衛生福利部核准容額無明顯擴增下，各訓練醫院因實地訪視成績改變致可分配容額變動，成績提升至第 1 等級者，如近四年平均核定招收人數不到 2 人，則當次最多可調升至招收 2 名容額；原本無容額者提升至第 2 等級最多可獲分配 1 名容額；其他原先已分配到容額之訓練計畫不再增加容額；降至第 3 等級以後者，無論原先有多少容額，當次分配容額最多不超過 3 人。 3. 前年度(114)若該醫院有第一次參與家庭醫學科專科甄審學員，未取得專科證照者，每一名不合格，則扣該院 116 年一名容額以一次為原則，得累扣至 0 名。 4. 依序分配至該年度衛生福利部所核定之訓練總額分配完畢為止。 （四）步驟 4：衛生福利部公告後，如核定有容額之醫院招收未滿額，及 115 年度若有醫院家庭醫學科專科甄審不合格之缺額，則另訂「訓練容額遞補微調」辦法，並依序進行出缺容額遞補微調，每家醫院以 1 名為限，屆時微調名額未收滿者，恢復其原核定名額。 四、其他補充事項 「訓練容額遞補微調」辦法，如下： （一）申請資格： 115 年度認定合格醫院，且目前住院醫師核定員額不足 4 名者，得於 116 年 4 月 15 日前，向本學會申請參與「訓練容額遞補微調」評比審查。 （二）微調名額： 視醫院招收出缺情況（116/4/1 至 8/31 止），從 0 名起至實質出缺名額數。 （三）排序作業： 1. 申請參與評核醫院之委員，不參與評比任務。 2. 第一階段書面審查：由同一組委員(3 人)協作審查並評分，選出前 5 家醫院辦理第二階段評選。 3. 第二階段實地訪查：由同一組委員(4 人)前往醫院辦理實地訪視評分，依評比後之排序，做為名額釋出順序，每家醫院以一名為限。 4. 本次評比不列入下一年度醫院員額分配之參考依據。 5. 若本年度無醫院申請評比，則由未核定有容額之醫院依最近一次實地訪視成績高低，依序進行出缺容額遞補微調，每家醫院以 1 名為限。 （四）名額釋出時間： 1. 至 116 年 8 月 31 止，若有出缺名額時，通知遞補排序醫院進行招收。 2. 若於 116 年 8 月 31 止前，有第一批醫院，提前放棄 1 個月補招權利，則通知	人次以上，則以 20 床採計床數。 (3)”固定具教學訓練功能”之社區醫學訓練場域類型，進階條件(以住院醫師有安排到相關單位受訓為前提)： 類 1-2，請附合約書(或合作備忘錄)、訓練計畫書、課表及教學評核記錄為佐證 1)有正式簽約的基層醫療保健場所（如衛生所、健康促進中心或偏遠地區醫療站），具其中一種，即符合此 1 類 2)有合作的長照機構與基層診所。符合其中一項僅符合 0.5 類，二種皆有，方符合完整 1 類 類 3，請附院方統計報表佐為證（前一年度服務，由家庭醫學科訓練師資申請之健保人次及教學訓練紀錄） 3)有提供居家整合照護訓練…。全符合者才算符合此 1 類 註：步驟 1 各醫院之核定基準，請見下表舉例說明。 步驟 2 ※教學時數計算 (1)教學門診；主治醫師(on site) 4 小時/診 (2)門診跟診教學；主治醫師(available) 3 小時/診 (3)住院醫師住診教學；實際教學時數計(不含一般性查房) (4)居家教學；4 小時/次 (5)教學會議；實際教學時數計

規定原則	計算式或進階條件說明
遞補排序醫院進行招收，且依「訓練容額登記原則」自通知日起，一個月內完成人員招募並回報本學會，逾期未招滿時，由學會回收分配予其後之遞補排序醫院另行招聘。 3. 最終微調名單，應於 116 年 10 月 31 日前，送辦衛福部核辦。	

基數	基數項目	查核結果	計算結果
1	每位具家庭醫學科專科醫師資格之專任家庭醫學科教師(主持人、部/科主任及主治醫師)且符合 5.2.2 教學時數者(每週教學時數達 8 小時) 符合資格人數合計／3 名(至多 6 名)	符合 5 名/3 名＝1.6 (至多取 6 名)	1.6 名
2	本科部“專屬”且具教學功能之住院病床數（含一般急性病床及安寧緩和病床），且去年由家庭醫學科申報住院總數達 150 人次以上之條件 符合條件床數／10 床(至多 2 名)	符合 25 床/10 床＝2.5 (至多取 2 名)	2 名
3	本科部“固定具教學訓練功能”之社區醫學訓練場域類型 (1)有正式簽約的基層醫療保健場所（如衛生所~~、健康促進中心或偏遠地區醫療站~~）有合作的(2.1)長照機構與~~(2.2)基層診所~~ (3)有提供居家整合照護訓練，其前年度(112)家庭醫學科部專任主治醫師申報，且帶領住院醫師參與教學服務之居家醫療(S1)與重度居家醫療(S2)之訪視合計達 200 人次以上，且安寧居家(S3)訪視達 60 人次以上(需附申報記錄及教學訓練記錄。無住院醫師的醫院，若計畫書有其規劃，則符合帶領條件)。 符合類型場域／3 類(至多 3 名)	符合 2.5 類＝2.5 (至多取 3 名)	2.5 名
	上數變項所計算之總和值(計算結果為無條件進位)，為每家醫院容額核定上限	6.1 名(無條件進位) 核定基準上限為 7 名	

註：後續依衛生福利部審核版執行

附件 2

Journal – Primary Health Care

Selected JCR(2020) Selected Editions: SCIE Selected Categories: 'PRIMARY HEALTH CARE'

Rank	Full journal Title	Total Cites	Journal Impact Factor
1	BRITISH JOURNAL OF GENERAL PRACTICE	8,303	5.386
2	ANNALS OF FAMILY MEDICINE	6,770	5.166
3	AMERICAN FAMILY PHYSICIAN	9,417	3.292
4	CANADIAN FAMILY PHYSICIAN	4,641	3.275
5	PRIMARY CARE	1,726	2.907
6	npj Primary Care Respiratory Medicine	1,079	2.871
7	Journal of the American Board of Family Medicine	4,215	2.657
8	SCANDINAVIAN JOURNAL OF PRIMARY HEALTH CARE	1,842	2.581
9	BMC Family Practice	5,727	2.497
10	Primary Care Diabetes	1,335	2.459
11	FAMILY PRACTICE	5,336	2.267
12	PHYSICIAN AND SPORTS MEDICINE	1,919	2.241
13	European Journal of General Practice	1,136	1.904
14	FAMILY MEDICINE	3,226	1.756
15	Primary Health Care Research and Development	1,013	1.458
16	Australian Journal of Primary Health	1,185	1.307
17	Atencion Primaria	1,451	1137
18	JOURNAL OF FAMILY PRACTICE	2,255	0.493

Copyright © 2022 Clarivate

By exporting the selected data, you agree to the data usage policy set forth in the Terms of Use