

台灣家庭醫學教育研究學會

會訊電子報 2019年 冬季號



發行人：李龍騰

出版：台灣家庭醫學教育研究學會

出刊：109年1月30日

秘書處：秘書長 黃獻樑 秘書：林月女/王怡人

Email：tcfp2001@gmail.com

Web：<http://www.tcfp.org.tw/>

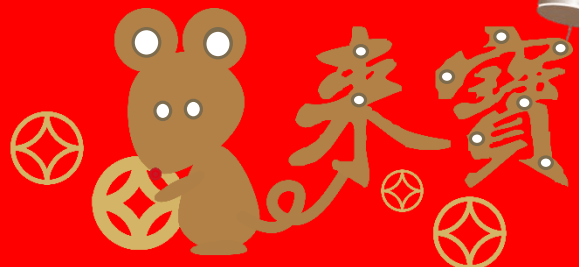
電話：(02)2356-2147

通訊地址：100 台北市中正區中山南路七號

台大醫院家庭醫學部

2020

賀年



Happy New Year

台灣家庭醫學教育研究學會

理事長 李龍騰 敬賀



本學會活動會訊



※ 109年會議期程 (為免舟車勞頓，配合家醫學會年度研討會)

1. 第七屆第六次理監事會

日期：109年3月15日 地點：高雄醫學大學自由大樓(原啟川大樓)

2. 第七屆第七次理監事會

日期：109年7月19日 地點：臺大醫院國際會議中心

3. 第七屆第八次理監事會

日期：109年10月 地點：待訂



※ 109年學術活動 (與家醫學會合辦)

1. 「預立醫療照護實務困境暨在宅醫療」研討會：北部、中部、南部三區辦理。

2. 「家庭醫學科核心概念課程-生物.心理.社會模式」研討會：北部、中部、南部三區辦理。

3. 「第八屆-家庭醫學主管領導能力培訓」研討會：於中部辦理一場。

※ 本年度青年學者優秀論文獎甄選

請把握機會踴躍申請，相關辦法請見本會網站「青年學者優秀論文獎甄選辦法」 (<http://www.tcfp.org.tw/node/76>)

※ 本年度院士遴選依據本學會院士遴選辦法

觀迎各位會員共襄盛舉 (<http://www.tcfp.org.tw/node/75>)



台灣家庭醫學教育研究學會

會訊電子報
2019年 冬季號



目 錄

108 年學術/師資培育研討會回顧 1

畢業後一般醫學(PGY)訓練對家庭醫學專科醫師
訓練的影響與因應---從醫學中心角度分析..... 2 — 5

劉文俊醫師
臺大醫院 家庭醫學部

個人化學習計畫在臨床訓練的應用..... 6— 11

劉子弘醫師
台北慈濟醫院教學部暨家庭醫學部

108 年學術/師資培育研討會回顧

一、與台灣家庭醫學醫學會共同舉辦學術研討會

1. 「預立醫療照護諮商人員教育暨醫療法訓練課程」

108年4月21日(台北場) 台北市立聯合醫院中興院區6樓第一會議室。

108年5月26日(台南場) 成大醫學院第二講堂。

108年8月4日(台中場) 台中榮民總醫院研究大樓第二會場。

2. 「慢性病與高齡個案運動處方」研討會

108年7月28日(台北場)台北馬偕紀念醫院平安樓15樓階梯講堂

108年9月29日(高雄場)高雄醫學大學附設中和紀念醫院啟川大樓6樓第二講堂

108年10月20日(台中場) 中山醫學大學正心樓0211室

3. 「第七屆-家庭醫學主管領導能力培訓」研討會

108年6月23日 (台南成大黑盒子教室)

4. 建立家庭醫學專科醫師核心能力、里程碑(Milestone)暨可信任專業活動(EPAs)評估制度共識營」

108年10月27日「(台北車站台鐵局6樓第五會議室)

二、與台灣家庭醫學醫學會及林口長庚醫院家醫科共同舉辦培訓課程

1. 108年3月9日家庭醫師核心價值教學的師資培訓課程(一)

2. 108年3月30日家庭醫師核心價值教學的師資培訓課程(二)

三、與台灣家庭醫學醫學會及成大醫院家庭醫學科共同舉辦研討會

108年9月28日「如何指導住院醫師研究」師資培育教學研討會

畢業後一般醫學(PGY)訓練對家庭醫學專科醫師

訓練的影響與因應——從醫學中心角度分析

劉文俊醫師

臺大醫院 家庭醫學部 主治醫師
臺大醫院 家庭醫學部 家庭醫藥科主任

作者簡介

作者臺大醫學院系醫學畢業、臺大公衛學院預防醫學碩士

專長：家庭醫學、社區醫學、預防醫學

劉醫師有家庭醫學教學 20多年經驗，擔任臺灣家庭醫學會教學訓練委員10多年、近年負責執行臺大家庭醫學部住院醫師訓練計畫，現任臺大醫院家庭醫學部家庭醫藥科主任。

一、前言

台灣的畢業後一般醫學(PGY)訓練計畫自民國92年的三個月訓練、95年的六個月訓練、100年的一年訓練，逐漸至108年開始的二年訓練。PGY訓練強調的是一般醫學訓練，性質有些類似家庭醫學專科訓練中部分時間必須至其他專科部輪訓，不過PGY與家庭醫學專科訓練仍有本質的不同，家庭醫學專科訓練所強調的家庭醫學核心知識與整合訓練、持續

性門診訓練在PGY訓練是不存在的。但是兩年的各科輪訓卻是有可能影響未來家庭醫學專科訓練的規畫的，目前家庭醫學醫學會經過多方討論後仍維持三年的專科訓練期程，也微調部分訓練內容。在這樣的訓練架構下，究竟PGY訓練對家庭醫學專科訓練的影響為何？本文嘗試從醫學中心的角度進行影響分析。

二、現行二年期PGY各分組訓練內容與月數(表一至表四，摘錄自衛生福利部108年之公告)

表一、PGY1 (12個月)

課程內容	訓練時間
一般醫學內科	3個月
一般醫學外科	2個月
一般醫學兒科	1個月
一般醫學婦產科	1個月
急診醫學	1個月
社區醫學(合作醫院)	2個月
選修課程(排除內科、外科、兒科、婦產科、急診醫學科等5科之其他部定專科及醫院整合醫學科 ¹ 。每月可選修一科，惟不得重複選擇同一科) ※整合醫學課程限經本部核定辦理當年度「醫院整合醫學照護制度推廣計畫」醫院執行	2個月

表二、PGY2-分組(一般醫學內科組、一般醫學外科組、一般醫學 婦產科組及一般醫學兒科組)(12個月)

課程內容	訓練時間
1.該分組課程 2.急診醫學訓練(1個月) 3.該分組社區醫院訓練(1個月) 4.該分組安寧照護相關訓練	9個月
老年醫學	1個月
選修課程(每月選修一項，排除原分組其他部定專科及醫院整合醫學科 ¹ 。每月可選修一科，惟不得重複選擇同一科) ※整合醫學課程限經本部核定辦理當年度「醫院整合醫學照護制度推廣計畫」醫院執行	2個月

表三、PGY2-不分組(12個月)

課程內容	訓練時間
1.一般醫學內科(3個月)	6個月
2.一般醫學外科(2個月)	
3.急診醫學(1個月)	
老年醫學	1個月
選修課程(每月選修一項)	5個月
1.排除內科、外科之其他部定專科擇一(同一專科至多選修2個月)	
2.醫院整合醫學科(限經本部核定辦理當年度「醫院整合醫學照護制度推廣計畫」醫院執行，至多選修2個月)	
3.衛生所實務訓練(至多選修1個月)	

表 4 一般醫學基本訓練課程 (計24小時)

課程內容	PGY1時數 (16小時)	PGY2 時數 (8小時)
醫學倫理與法律	2至4小時	2至4小時
實證醫學	2至4小時	—
感染管制	2至4小時	—
醫療品質	2至4小時	2至4小時
病歷寫作、死亡證明書、疾病診斷書開立	2至3小時	—
跨領域團隊合作照護	2至3小時	2至3小時

註：

① 「醫學倫理與法律」應規劃「醫學倫理與法律」應規劃 1小時(含)以上之性別與健康相關議題課程，並教 以上之性別與健康相關議題課程，並教 以上之性別與健康相關議題課程，並教 導學員如何落實於臨床照護中。

- ② 「醫療品質」可包含職場彈力 (resilience) (resilience) (resilience) (resilience) (resilience)相關訓練。 相關訓練。
- ③ 「醫學倫理與法律」、療品質及跨領域團隊合作照護「醫學倫理與法律」、療品質及跨領域團隊合作照護「醫學倫理與法律」、療品質及跨領域團隊合作照護課程於 PGY2PGY2 PGY2的 安排內容以進階概念規劃，應實務操作或個案討論方式行。
- ④ 訓練醫院應依訓練學員學習背景安排適當課程內容。

表五、PGY 各分組之訓練科別與月數與家醫專科訓練月數比較表

分組	內科	外科	婦產科	小兒科	急診科	社區醫學	老年醫學	選修
不分科組	6*	4*	1	1	2	2	1	7
內科組	10+1*	2	1	1	2	2	1	4
外科組	3	9+1*	1	1	2	2	1	4
婦科組	3	2	8+1*	1	2	2	1	4
兒科組	3	2	1	8+1*	2	2	1	4
家專必修 (一)	內科 4-8 (3+2+0)	外科 1 (1+0+0)	婦產科 2-4 (1+1+0)	小兒科 3-5 (2+2+0)	急診科 2-3 (0+2+0)	社區醫學 3-8 (0+1+4)	老年醫學 1-6 (0+2+0)	選修 2-9 (0+2+1)
家專必修 (二)	家醫 3 (1+0+3)	精神 2-3 (1+1+0)	復健 1 (1+0+0)	耳鼻喉 1 (1+0+0)	皮膚 1 (1+0+0)	眼科 1 (0+1+0)	安寧緩和 1-3 (0+0+3)	影像醫學 1 (0+0+1)

註：最下面兩列括弧為台大醫院家醫訓練計畫現行 R1-R2-R3 的安排月數

三、以下將逐一討論幾項醫學中心可能會面對的訓練問題，提供參考

(1) 家庭醫學專科的訓練年限或月數是否需要調降？如果將PGY1視為等同Intern的臨床訓練，則與過去一年期PGY時相比，似無不同，維持目前三年訓練應為合理。如果認為PGY2是多一年的訓練，不計自選科之下，實際訓練增加如下：

- 不分科組：增加內科3個月、外科2個月、急診1個月、老年醫學1個月。
- 內科組：增加內科7個月、急診1個月、老年醫學1個月。
- 外科組：增加外科8個月(內科減1個月)、急診1個月、老年醫學1個月。
- 婦科組：增加婦科8個月(內科減1個月)、急診1個月、老年醫學1個月。
- 兒科組：增加兒科8個月(內科減1個月)、急診1個月、老年醫學1個月。

因此，如果要調降訓練月數，各組主要訓練科別的訓練月數差別不小，實際上要將家專訓練調降為兩年訓練應該也有相當難度。所以維持三年訓練或許較為合理與實際。

(2) 三年家專訓練完成家專、安寧緩和次專、老專次專的訓練？安寧緩和次專科似乎較有希望達成，目前規定：具有安寧緩和醫學會會員有效資格一年以上，曾於國內外安寧緩和醫學專科醫師訓練醫院完成三個月安寧緩和醫學專科醫師臨床訓練課程(包括參與實際照顧病患、團隊會議及查房、安寧居家訪視)，持有訓練期滿之證明(含本會之安寧緩和醫學專科訓練檢核手冊)，並獲本會認可之安寧緩和繼續教育200點以上之積分，其中需包括甲類教育積分150點，且必須有本會舉辦或認可之安寧緩和醫學專科醫師訓練核心課程80點。三個月的臨床訓練課程較容易安排，但住院醫師也需要有動力去修習安寧醫學會所要求的繼續教育積分；但以老專目前考照的要求，在三年內同時取得，難度非常高：老專要求需先有家專完訓，才能登錄老專訓練；需要1年訓練，以目前家專必修+必選：已佔掉29個月，除非與老年醫學會討論針對家專的特殊訓練計畫，否則不容易安排。另外，擁有的老專訓練資源各醫學中心不一，加以二年期PGY有必修一個月的老年醫學要求，勢必排擠訓練資源。

(3) 家專有要求1個月老年醫學訓練(門診)：在原有醫學中心老年醫學訓練師資不足情況又須應付PGY必修1個月老年醫學的狀況下，如何有效執行家專訓練所要求的這一個月的老醫訓練？這應該是一個不小的考驗。區域醫院更是缺乏老醫的訓練資源，也勢必得自行規畫或委外訓練，其可行性更是難以掌握。目前家專師資不少擁有老專資格，或許規劃在家醫科自己訓練也是另一項選擇。

(4) 內科與急診訓練時，固定門診訓練安排的困難？醫學中心內科病人複雜度增加，家醫住院醫師要接受門診訓練的當天，勢必委託其他住院醫師代管病人，增加內科住院醫師的負擔或引發怨言，

離開病房看門診的爭議性有可能增加！急診輪班制的特殊班表、80工時以及PM off 制度等這些都可能造成每週安排固定門診的困難度增加，因此個人建議在這些科別訓練時，門診訓練暫停安排會較為合理，而這些門診訓練再等待其他訓練時段時一起補回來。

(5) 教學診如何執行？即使有臨床知識，也不一定知道如何有效應用在門診病人的診治過程，如何讓家醫科住院醫師有稱職的門診診治能力在家專訓練是很重要的內涵。觀之現行所有家專訓練計畫的門診教學模式，大致可分：1.跟診：住院醫師不直接看診，只在旁觀察主治醫師如何診治病人。個人覺得這個模式比較適合已經有獨立看診一段經驗的住院醫師，偶而安排觀摩主治醫師看診，做為增進自己門診能力的典範學習機會。家專訓練仍必須著重於個別住院醫師的看診能力訓練，因此獨立看診仍是最佳的看診訓練安排。2.獨立看診並安排主治醫師同時段負責教學指導：住院醫師因為經驗能力較不足，看完診後的病人需要有主治醫師負責複查他的病人診治狀況，除了傳授診治技巧以外，對病人安全也是比較有保障。尤其資淺住院醫師(R1、R2)的看診個案，個人建議應逐案由主治醫師複查後才離診結帳，而資深住院醫師(R3以上)的個案可以在結束看診後再逐案討論即可，但如有需要也可以隨時有主治醫師可諮詢。這種指導模式，有些訓練計畫是安排一位不看診的主治醫師專門負責教學，有些計畫則安排同時有看診的主治醫師負責教學。由於各家醫院的資源狀況不同，也無法由學會統一要求。因此如何兼顧實務與理想，做最佳的安排，有賴各訓練計畫的努力。

(6) 非內外婦兒的委訓科別，如何執行得更好？家專訓練內、外、婦、兒與急診在各個訓練計畫相對是比較規範化的訓練，輪訓至這些科時家醫住院醫師比較會被規劃在該科的人力內，但對於其他必修課程，如精神、復健、耳鼻喉、皮膚、眼科、老年醫學、安寧緩和，或是其他自選科，因為不一定需要在病房工作，時間安排相對不會那麼緊湊，同時

也提供家醫科內人力調度的彈性安排。二年期PGY訓練上路後，少了實習醫師(Intern)這一層人力，而這些被歸類臨床小科的部門能夠獲得PGY人力的挹注也相對有限，因此對於輪訓而來的家醫科住院醫師或許會有人力支援的期待。但以家專訓練的觀點，是期待以最短的時間訓練該科對於家庭醫師照護病人時比較相關的臨床技術，而非被當作人力來解決該科人力不足的問題。我們不希望家醫科住院醫師到其他科輪訓時被放牛吃草，也不希望被人力濫用，因此如何權衡雙方需求來安排訓練課程，讓這個委訓可以雙贏，雙方能夠各蒙其利，才是最好的安排。

四、結語

二年期PGY訓練上路後對於家專訓練計畫必有影響，以家醫科醫師的執業內容越來越廣，家專的訓練期程維持三年應該還是比較合理與實際。以醫學中心的角度而言，在執行上也有一些需要面對的事實。住院醫師工時的限縮，增加了固定門診訓練安排之困難度。輪訓各科時，落實符合家專訓練的訓練課程規劃如何更提昇。老年醫學訓練列入必要訓練的訓練資源何來也是一個必須面對的問題。看診能力對家醫科醫師是非常重要的，如何落實教學的教學指導功能，非常有需要所有家專訓練醫院兼顧實務與理想，積極思考最好的安排。以上個人觀點，提供參考。

個人化學習計畫在臨床訓練的應用

劉子弘醫師

台北慈濟醫院 教學部暨家庭醫學部
專長：家庭醫學、教育研究、心理計量

作者簡介

作者自醫學生時代即致力於台灣醫學教育的發展，積極參與課程創新、學制改革，並引進美國LCME醫學生自主評鑑。2014年至2017年於台大醫院家庭醫學部接受專科醫師訓練，完訓後至哈佛醫學院醫學教育研究所就讀，於2019年取得碩士學位。研究興趣為教育文化及科技創新，曾以醫學生臨床自主學習的研究，獲2018年哈佛 HILT 教育創新獎。

在醫學生及住院醫師的臨床學習上，自主學習始終是重要的一環。然而，目前對自主學習有直接幫助的作法相對有限，其效果也需要被檢證。其中一項可促進自主學習的作法便是個人化學習計畫（Individualized learning plans, ILPs）。^[1,2]各位讀者可能對個人化學習計畫相對陌生，以下先讓我來介紹一下這個計畫內容的核心組成。根據歐洲醫學教育學會（Association of Medical Education in Europe, AMEE）的指引^[1]，個人化學習計畫能協助學員辨識以下六個項目：

- (1) 你需要學什麼？
- (2) 為什麼你需要學它？
- (3) 你要如何學習它？
- (4) 當你學會它的時候，你要怎麼知道你會了？
- (5) 你要在怎樣的時間框架內學會它？
- (6) 你要如何連結過去跟未來的學習？

你可能會問：學員自己有能力設計一個完善的學習計畫嗎？答案通常是無法，所以學員會需要有一個好的指導者。如果學員是在學的醫學生，視其想要發展的能力，這位指導者可以是基礎學科的老師或是臨床導師。如果學員是接受訓練的住院醫師，那這位指導者可

以是訓練計畫主持人（Program director）。這個指導者的角色相當重要，通常我們建議學員能夠跟指導者一對一面談，才能深入討論個人化學習計畫要如何設定跟達成。AMEE指引也對指導者的功能做了重點提醒^[1]：

- 指導者是來從旁協助學員的，而非照個人想法來要求學員執行學習計畫。
- 學員有權利要求指導者給予他適度的支持。
- 傾聽技巧、同理心、不帶批判的態度、節制告訴學員該怎麼做、能夠看見學員可能的選項是什麼、能夠針對學員作為給出建設性的回饋，都是指導者需要具備的技能。
- 指導者要將學員能夠改進實作的地方當作優點，而不是將其視為缺點。

個人化學習計畫沒有世界統一的格式，會隨著各訓練機構的歷史脈絡跟使用目的有所不同。不過確定的是，要能妥善執行這類計畫，好的記錄是非常重要的。歐美近年已開始有個人化學習計畫在醫學教育上的應用研究，對象可以是醫學生或住院醫師，而這兩個族群都認為個人化學習計畫是一個好的學習工具，對學員自主學習的能力也有所提升。^[2-4]目前台灣於醫學教

育領域尚未有個人化學習計畫的文獻發表，台北慈濟醫院教學部率全國之先，將此類計畫應用在不分科住院醫師（Post Graduate Year, PGY）的訓練上，並且

設計出個人化學習計畫表格(如圖一)。呼應前述AMEE指引的項目，表格欄位涵括了學習目標、學習動機、學習策略與資源、可能遭遇的困難、評估內容與指標、預計時程、教師回饋內容。

圖一、台北慈濟醫院教學部使用之個人化學習計畫表格

台北慈濟醫院教學部 個人化學習計畫 (ILPs)		
姓名：_____ 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 年齡：_____ 填寫日期：_____		
學習目標一： (你想學什麼?)		
學習動機： (什麼事件誘發你想要學這個?)		
學習策略與資源： (你需要做什麼？需要誰的幫忙或什麼設備?)	策略：	資源：
可能遭遇的困難：		
評估內容與指標： (怎麼樣才能證明你有達到你的學習目標?)		
預計時程： (這部分的學習預計多久達成?)		
教師回饋內容：		
回饋教師姓名：_____ 建議追蹤日期：_____		

在我跟各位解釋每個欄位的設計考量跟填答方式之前，我們先回頭來了解一下個人化學習計畫的精神^[1]：

- 將學員放在學習的中心，並將其目前的實作經驗作為學習的基礎。
- 發展作為學習者的自主性，尋求各種方式去達成個人的學習目標。
- 在專業養成中，整合理論及實作。
- 增強學員學習的動機，引導他們對自身或他人去詢問適當的問題。
- 對既有的學習計畫保持開放性，能因著個人需求、環境變動跟學習成長，保留重新協商的空間。

理解了這樣的精神，我們在跟學員討論學習計畫時，才能夠更掌握如何促成學員的自主學習。

現在讓我們來談談要怎麼樣協助學員選取適合的學習目標。相信大家對美國畢業後醫學教育評鑑委員會 (Accreditation Council for Graduate Medical Education, ACGME) 六大核心能力是耳熟能詳的，我們可以用這六大核心能力作為框架，來說明個人化學習計畫中常見的學習目標^[5]：

- 病人照護 (Patient care)：病人照護大致可分為三個面向：臨床技能、組織管理、操作技術。在臨床技能上，學員常會表達期望自己能夠做出更好的臨床決策或是對檢查結果有更好的判讀能力。在組織管理上，學員會提到時間管理、工作效率以及團隊分工等。在操作技術上，學員則是著重經驗累積、提升執行術式的熟練度跟成功率。
- 醫學知識 (Medical knowledge)：醫學知識通常有兩個面向：臨床知識累積、考試準備。臨床知識累積非常常見，學員在臨床學習的過程中，會發掘相當多的學習要點，也會有對應的累積知識的方式，最終要導向能夠實作運用。

以台灣的情境而言，考試準備可能不是學員最在意的面向，但在臨床訓練的框架下，學員還是得透過自主學習，在有限的時間內去因應知識量大的紙筆測驗。

- 臨床工作中的學習與改善 (Practice-based learning and improvement)：臨床工作中的學習與改善大致可分為三個面向：實證醫學、教學、自我反省。實證醫學的例子是學員在臨床工作中，應用相關的證據文獻來支持臨床決策。以教學作為自主學習的目標，則是面對同儕或較為資淺的住院醫師或醫學生時，能夠有效地給予指導跟回饋。自我反省的部分則是常規地尋求他人的回饋、反思個人在臨床上有無可改進之處。
- 人際關係與溝通技巧 (Interpersonal and communication skills)：人際溝通的面向可以分為一般性或任務導向性。一般性的人際溝通為有效地傾聽及溝通、情緒管理等。任務導向性的人際溝通則是追求更為精準的口頭報告、告知病人壞消息等。
- 專業素養 (Professionalism)：專業素養一樣可以分為一般性或任務導向性。能夠適切地回應別人給的回饋、在疲勞的狀態下維持自己工作的專業度算是一般性的專業素養。任務導向性的專業素養則像是在給定的時間內把被交辦的任務做好。
- 制度下的臨床工作 (System-based practice)：制度下的臨床工作可以分為一般性或任務導向性。學員設定如幫助病人尋求更多照護資源的學習目標，可歸類到一般性的制度下臨床工作。任務導向性的目標則像是了解特定藥物的健保給付規定、學習對某疾病更有成本效益的臨床處置策略。

有學者研究發現，住院醫師在設定學習目標時，常會以醫學知識與病人照護為主，而較不會將專業素養、制度下的臨床工作視為重要的學習目標。^[5]另

外，學員在將病人照護、臨床工作中的學習與改善這兩項作為學習目標時，較容易意識到進步；若是選擇制度下的臨床工作作為學習目標，學員比較不容易看到自己的進展。^[5]不過，一個好的學習目標，並不是單純看有沒有跟大家的取向一致或是挑最容易做得到的來執行，我們可以有不同的衡量面向。

追求好的衡量面向，我們可以參考一個由美國學者提出的口訣 I-SMART（如圖二）。^[6]這六個字母分別代表了有效學習策略該顧及的元素：

重要的 (Important)、明確的 (Specific)、可測量的 (Measurable)、能負責的 (Accountable)、實際的 (Realistic)、即時的 (Timely)。



圖二、發展個人化學習計畫的I-SMART六大策略

在撰寫個人化學習計畫時，以學員的學習動機出發，設定出學員的學習目標，並檢視有無符合 ACGME 六大核心能力後，就可以利用 I-SMART 的精神，來發展相對應的學習策略與資源、評估內容與指標、預計時程等。在導師跟學員面談的過程中，若能夠善用這些法則來修正學員發想的學習策略，往往就能設定出不錯的學習計畫。以下就 I-SMART 這六項元素逐一說明：

- 重要的 (Important)：在設定學習目標時，要先確認這個目標對學員本身是重要的，而不是指導教師自己覺得重要。在學員有意識到學習目標的重要性後，他才有可能特意在臨床挪出一部分時間，來執行這項個人化學習計畫。在面談時，個人建議可以考慮先讓學員講述幾項可能的學習目標，初步檢視過各目標的重要性以及為何有這樣的學習動機後，讓學員自己做出選擇，會是一個比較好的做法。
- 明確的 (Specific)：在學習目標、策略跟資源的設定上，明確性是相當關鍵的。一個過於空泛的目標往往是個人化學習計畫缺乏成效的原因。因

此，我們需要注意學員在設定上有沒有將目標限縮到特定的、可明確執行的範圍，然後這個目標可以是漸進式的，比如說先求有、再求好。目標隨著難度提升要明確地做出差異化設定，對應的學習策略跟資源也要有所調整。

- 可測量的 (Measurable)：要能夠精確反映學習目標，我們會需要所謂的學習成果指標。以醫學知識為例，學習成果指標可能是學員能夠依據特定知識，整理出臨床處置的流程表、在臨床實作經上級醫師覆核或模擬測驗中做出正確的判斷。以臨床技術為例，執行一項技術的次數、成功率、流暢度等，都可以是我們的成果指標。學員要構想出個人化學習計畫中，臨床既有的、能夠測量且追蹤的指標，這樣我們才能檢視學員執行相關學習策略後，是否有逐步達成期待的學習目標。
- 能負責的 (Accountable)：要能落實個人化學習計畫，學員常常會需要指導老師以及旁人的督促。除了要安排固定面談的時段，檢視學員撰寫的計畫表格來追蹤學習成效，導師也可以跟學員所在的訓練科別合作，請求該科訓練計畫負責人協助

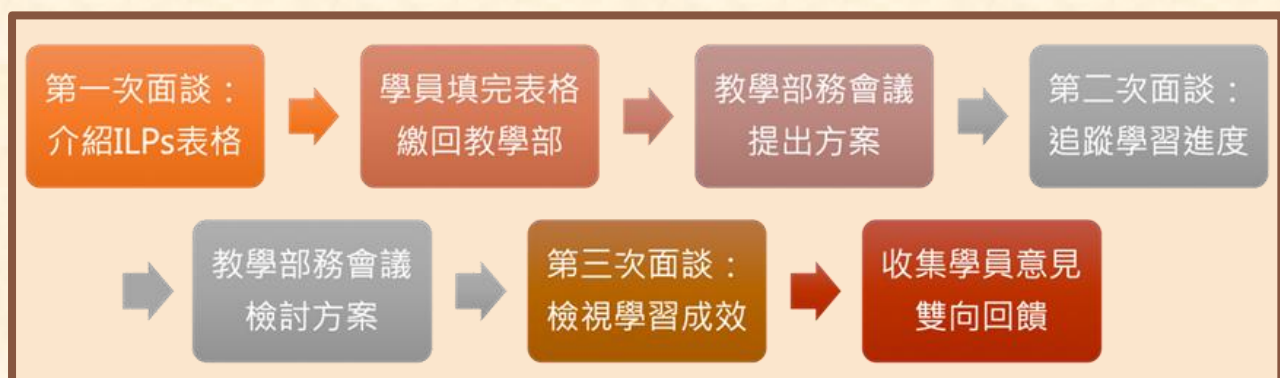
學員，提供相對應的學習資源，並協同了解其學習狀況。學員的內在責任心也很重要。透過面談，我們能夠察覺學員是否重視計畫、主動學習或需要幫助。

- 實際的 (Realistic)：一個實際的學習目標或策略有三大面向：可達成的、能尋求既有資源的、能夠視情況自我調整的。一個可達成的學習目標不需要一開始就很宏大，讓學員將它拆解成小而可執行的目標，反而較容易在長期達成原本預期的結果。在策略上，學員能否尋求既有資源是重要的。這個資源可以是現有的課程或學術活動，也可以是學習的對象如老師或同儕。當然，既有的資源可能很有限，這時指導教師可以協助學員創造或連結更多的資源。最後，學員是否能夠視情況自我調整，也是在自主學習上一個關鍵的能力。我們應該鼓勵學員自我評估，同時也尋求師長或同儕的評估，並且反思自己臨床的實作有無可以精進的地方。
- 即時的 (Timely)：學員設定個人化學習計畫，一定要考量執行的時間軸。因為臨床工作相對忙碌，如果沒有先定好期程，學員常無法在時間內完成該有的學習進度，這也是為何我們需要在計畫表格填入預計時程跟建議追蹤日期這兩個欄位（如圖一）。另外，學員若能在日常的實作中納入自主學習或挪出固定的時間來做學習，學習計畫也較容易成功。

在台北慈濟醫院教學部的個人化學習計畫表格中，我們特別加入了「可能遭遇的困難」（如圖一），這部分可以增強學員對計畫設定的現實感，並讓指導老師有機會檢視有無需要幫學員克服的學習障礙。根據學者的研究，個人化學習計畫可能遭遇的困難有個人反思的困難、臨床環境的限制、競爭的業務需求、目標設定跟計畫執行的困難。^[6]個人反思的困難如積習難改、缺乏自信或動機、害怕失敗、拖延症等。臨床環境的限制是最常見的，包括臨床工作的勞累度高、時間壓力大、不規律的工作排程。競爭的業務需求則像是學員要在照護者跟學習者兩個角色間取得平衡，也需要在自身的工作跟生活間取得平衡。最後是目標設定跟計畫執行的困難，比如學員選取過於空泛的目標或沒有動力完成計畫。學員若能有導師適度的引導，並且規律地追蹤學習進度，這會是相對容易克服的一類障礙。

談了這麼多，各位應該會很好奇怎樣才算是個人化學習計畫比較好的進行模式呢？我們在前面一直強調學員跟導師做週期性面談的重要性，因為在臨床教師的導引下，有意義的回饋與討論能促進學員進行有效的自主學習。基於實務上的考量，這個週期性面談的頻率可以頻繁到每週一次，也可以長達每年一次。考慮到不分科住院醫師 (PGY) 在輪訓科別的變動性，台北慈濟醫院教學部選擇先在有較長輪訓時間、訓練內容相對一致的內科試辦這項個人化學習計畫，並規劃了以下的進行模式（如圖三）：

圖三、台北慈濟醫院教學部個人化學習計畫的進行模式



在PGY學員進行內科訓練三個月的期間，我們安排學員每個月一次與教學部主治醫師（以下稱導師）進行一對一的面談，每次面談約20分鐘，藉以了解學員的學習計畫，並協助達成學習目標。因為國內目前未有醫學院執行過個人化學習計畫，學員對此不甚熟悉，因此在第一次面談時，導師會跟學員介紹個人化學習計畫的表格內容，並跟學員討論可能選定的學習目標及對應的學習策略。面談時，導師會依照學員的想法給予建議與回饋，並設定一個追蹤日期。原則上導師是每個月追蹤學員的學習進度，但依個別狀況可縮短。面談結束後，學員需要填寫完成兩項學習目標的計畫表格，並繳回教學部。

在第二次面談時，學員需要回報前期追蹤的進度，並依此微調或更改第一次面談設定的學習目標及策略。第三次也是最後一次面談完，導師會收集學員對此計畫的整體意見，並做雙向回饋。以組織的層次來說，台北慈濟醫院教學部扮演了一個整合、協調資源的角色。在教學部的部務會議上，與會同仁會檢視學員繳回的計畫表單，盤點現有的資源，甚至開發新的學習活動，讓個別學員的需求有機會被滿足。隨著每次面談，導師會跟學員了解資源使用的情形，教學部則會檢討提供給學員資源的方案，讓個人的學習經驗更精緻化，同時也能提供所有學員同類型學習目標的學習資源。

最後，我想提一下國際上個人化學習計畫的運用，給大家作為參考。以美國家庭醫學教師協會（Society of Teachers of Family Medicine, STFM）為例，個人化學習計畫被應用在住院醫師的專業訓練跟職涯規劃上。^[7]臨床教師提供住院醫師一次介紹個人化學習計畫的課程，接續住院醫師需要每半年更新一次表格，同時與訓練計畫的副主持人進行面談。另外，在美國ACGME推動各科住院醫師訓練的臨床能力委員會（Clinical competency committee, CCC），個人化學習計畫是時常被用於回顧及評核住院醫師表現的項目。^[8]在這個強調臨床醫師自主學習乃至終身學習的時代，將個人化學習計畫融入醫學生跟住院醫師的臨床訓練是不可或缺的，盼望有更多醫學教育的夥伴一起來推動這項重要的任務！

參考文獻：

1. Challis M. AMEE medical education guide no. 19: Personal learning plans. *Medical Teacher*. 2000;22(3):225-236.
2. Chitkara MB, Satnick D, Lu W-H, Fleit H, Go RA, Chandran L. Can Individualized Learning Plans in an advanced clinical experience course for fourth year medical students foster Self-Directed Learning? *BMC medical education*. 2016;16(1):232.
3. Shepard ME, Sastre EA, Davidson MA, Fleming AE. Use of individualized learning plans among fourth-year sub-interns in pediatrics and internal medicine. *Medical teacher*. 2012;34(1):e46-e51.
4. Stuart E, Sectish TC, Huffman LC. Are residents ready for self-directed learning? A pilot program of individualized learning plans in continuity clinic. *Ambulatory Pediatrics*. 2005;5(5):298-301.
5. Li S-TT, Paterniti DA, Tancredi DJ, West DC. Is residents' progress on individualized learning plans related to the type of learning goal set? *Academic Medicine*. 2011;86(10):1293-1299.
6. Li S-TT, Paterniti DA, West DC. Successful self-directed lifelong learning in medicine: a conceptual model derived from qualitative analysis of a national survey of pediatric residents. *Academic Medicine*. 2010;85(7):1229-1236.
7. Hahn TW, Carlson J, Huffer P. Goal-Oriented Assessment of Learning (GOAL): An Individualized Learning Plan for Residents. Society of Teachers of Family Medicine. <https://www.stfm.org/publicationsresearch/publications/educationcolumns/2017/september/#!> Accessed December 10, 2019.
8. Schumacher DJ, King B, Barnes MM, et al. Influence of Clinical Competency Committee Review Process on Summative Resident Assessment Decisions. *J Grad Med Educ*. 2018;10(4):429-437. doi:10.4300/JGME-D-17-00762.1