



發行人：吳晉祥

出版：台灣家庭醫學教育研究學會

期別：2016 年夏季號

秘書處：

秘書長：林名男

秘書：林昱孜

E-mail: tcfp2001@gmail.com

Website: <http://www.tcfp.org.tw/>

電話：(06) 2353535 轉 5210 傳真：(06)2754243

通訊地址：704 台南市北區勝利路 138 號 成大醫院家庭醫學部

【理事長的問候】

各位會員同道大家好：

首先謝謝大家對學會的支持，再謝謝林文元教授、張耀文醫師、顏啟華主任、顏佐樺醫師、何致德醫師及林名男副院長的幫忙，才能將此份會訊如期出刊。

本屆會訊將延伸過去的薪火相傳，讓大家分享並學習我們家庭醫學界老師的風範，更期待家庭醫學界的後進能青出於藍，更勝於藍。此外我們也將依學教育相關的議題 - 師資培育與各訓練計畫的教學經驗分享納入會訊之中，另再佐以家庭醫業新知介紹，使之融入讓大家臨床執業之中，有所收獲。

學會組織章程第二條明訂本學會之宗旨為「提升家庭醫學水準，強化家庭醫學之教學訓練，促進相關研究與發展，加強國際學術交流與聯繫。」，因此強化住院醫師的核心能力及擴展指導教師的教學熱忱與技能是未來學會未來所要發展的重點，並朝美國 The Society of Teachers of Family Medicine (STFM) 的願景 - 「To become the indispensable academic home for every family medicine educator。」邁進，期待大家一起努力，謝謝。

吳晉祥



【小編的話】

本屆學會地址遷移至台南，特別穿插幾張台南的古蹟美景，歡迎大家來台南古蹟走走.....

身為家庭醫學的醫師，除照顧病人家屬的身心健康，也別忘了多多關心疼惜自己及家人，同時也愛護我們生活環境，本次學會特別送給大家一份愛的禮物：個人餐具與水瓶，意喻「筷樂支匙愛健康又平安」，讓我們一起愛家庭、愛生活。

◀古時軍醫院，現為台南成大校區



劉秋松教授的家醫路

文/何致德

劉秋松教授是我中國醫藥大學醫學系學長，也是我醫師成長之路很重要的指導老師，從一開始家庭醫學歷練，到後來的職業醫學養成，都受到他很多的影響。當初接到訪談的任務，覺得很榮幸，也覺得責任重大，透過這次訪談劉教授的家醫之路，給我很多成長，相信也能給其他年輕醫師一些啟發。

初衷：基層醫療服務

當初選擇家庭醫學科醫師是希望能夠從事基層醫療，回鄉服務。劉醫師是南投人，當初醫學院畢業後，一開始設定也是要回鄉做基層醫療服務；因為基層醫療服務需要接受全科醫師的訓練，等於是什麼都要會，所以選擇家庭醫學；另一方面，當時家庭醫學在台灣才剛開始，訓練過程紮實和很有挑戰性，也是吸引他的原因之一。當時訓練最難忘的事情是，因為住院醫師訓練在台大醫院，高手很多，家庭醫學的訓練也需要到各科受訓，基於不服輸的精神，也希望能提昇自己能力和其他科醫師一樣的水平，也因為這樣的心態，讓自己受訓過程中成長與收穫很多。

轉折：從台北到台中

當時劉醫師會回台中母校附設醫院服務，起因是因為駱光明醫師與林正介醫師（目前也是中國醫藥大學副校長）的邀請，再加上當時台大師長也支持要往外地發展；當時劉醫師心中也想，如果回台中服務，也更接近家鄉南投，離一開始的行醫規劃更接近。但是，一開始離開台大醫院，並不是先到台中服務，而是先到母校的另一個附設醫院雲林北港媽祖醫院服務，在雲林的鄉鎮，也將自己在家庭醫學訓練的功夫派上用場，在那裡，從各式及慢性疾病的預防，和婦女保健相關的子宮頸抹片篩檢，都是將過去所學和實務結合的寶貴經驗。帶著那些經驗回到台中，也是之後共同參與南投縣信義鄉IDS整合性照護計畫的重要經驗和動力。

職業醫學：無心插柳，柳成蔭

當初劉醫師會進入職業醫學這個領域也是超乎自己規劃。一開始是因為當時醫院有勞工健康檢查的業務，所以需要醫師接受相關的訓練；在訓練的過程中，覺得自己不足需要進修，所以進一步攻讀中國醫藥大學環境醫學研究所，充實自己流行病學和職業衛生等的相關知識，將臨床和研究能夠結合。當衛生署將職

業醫學科列入署定專科醫師時，也就順利成為第一批職業醫學科專科醫師。劉醫師提到：「現在想想，職業醫學和家庭醫學也很類似，因為職業病很多也是橫跨很多科別；都很強調預防醫學的概念，我想這也是讓我能夠持續投入的重要原因吧！」

但是從事職業醫學的過程時，有一件令他最難忘的經驗和挑戰。民國80年代，台北捷運工程正在密集的施工，工法中潛盾工程的鑽挖式隧道施工時需要加壓，施工時，懷疑減壓過程沒落實，很多勞工出現疑似潛水夫病的併發症而不遠千里到台中找劉醫師進行職業疾病鑑定，當時門診前有律師徘徊暗示，給劉醫師壓力。但是，劉教授還是秉持專業判斷，客觀中立的進行職業病的鑑定。當事件告一段落後，獲得職業病補償的勞工朋友後來送了一塊感謝匾額給劉教授，感謝他當時的協助。若干年過去了，台北捷運台電大樓站的三號出口、江子翠站二號出口各豎立了低調的「潛水夫症勞工之紀念碑」，記錄著當年的歷史，也提醒我們職業安全衛生的重要性和便捷交通背後勞工的奉獻。

學習態度：學習不自我設限，先準備好自己

最後訪談要結束時，我也請劉教授給年輕家庭醫學科醫師的學習建議和經驗分享。劉醫師提到：「不要太早以想要賺錢為目的，應先把自己準備好。換句話說，就是不要將自己發展限制，多方訓練的學習，總會找到自己方向興趣，未來發展和需求誰都不知道。如同當時我進入的職業醫學領域，讓我瞭解自己的不足，進一步攻讀研究所取得教職，並進一步進行各項研究；最後，除了能從事自己所愛的臨床工作和基層醫療，也能在研究和教學有所發揮。

劉教授本身在醫師養成學習路上，沒有自我設限地終生學習，也把握每次成長的機會，並獲得現在的成就。劉教授這段家醫之路，讓我對自己的行醫之路也做了一次自我回顧和省思；我相信也能給年輕醫師和同業一個寶貴的經驗和啟發。

何致德醫師

中國醫藥大學附設醫院家庭醫學科

中國醫藥大學附設醫院職業醫學科

中國醫藥大學附設醫院經營中工員工診所



▲ 台南孔廟



成大醫院家庭醫學部住院醫師門診教學簡介

成大醫院家庭醫學部 吳晉祥主任

壹、家庭醫學科門診教學的重要性與教學設計考量

成大醫院家庭醫學部住院醫師訓練計畫之目的為訓練以從事基層保健醫療為職志的家庭醫學專科醫師及培養基層保健醫療、教學及研究人才，作為培訓未來臨床教師之準備。2013年衛生福利部(前衛生署)專科醫師訓練計畫認定委員會也通過家庭醫學科訓練計畫之宗旨為培育具備美國畢業後醫學教育評鑑委員會(ACGME)六大核心能力(病人照顧、醫學知識、臨床工作中的學習與改善、人際關係與溝通技巧、醫療專業及制度下的臨床工作)，且以從事基層保健醫療為職志的家庭醫學專科醫師，蔚成基層保健醫療、教學及研究人才。其中家庭醫學科門診教學訓練為達成前述目的與ACGME六大核心能力的重要訓練課程之一。

家庭醫學科強調以病人為中心之兼顧病人身體、心理及社會的全人照顧理念，將病人安置在適當的位置，獲得適當的照顧。在住院醫師門診醫學訓練的過程中，傳統生物醫學模式是疾病(illness)處理的基礎之一，而心理及社會模式更是疾病處理的另一重要基礎，同時也是增進醫病互動、疾病預防與治療效果的重要元素。此外，實證醫學的蓬勃發展，讓醫療行為能考量研究證據、臨床經驗與病患價值後，制定最佳醫療決策，這與前述「以病人為中心」的醫療照護不謀而合。最後，為培訓資深住院醫師作為未來臨床教師之準備，必須使其具有指導實習醫學生及資淺住院醫師的教學經驗與能力，從教學相長之中逐步成長。因此家庭醫學科門診教學課程的安排必須在ACGME六大核心能力的基礎下，兼顧醫療服務、研究實證與教學相長之層面。

貳、門診教學的執行方式

住院醫師在門診教學老師之督導下，從醫療工作中學習。第一年住院醫師門診醫療工作學習每週一個半天，第二年住院醫師每週二個半天，第三年及第四年住院醫師每週三個半天以上。各年級住院醫師門診醫療工作學習之執行方式摘要如表一，其說明如下。



表一、成大醫院家庭醫學部各年級住院醫師門診醫療工作學習之執行方式

住院醫師層級	之執行方式
第一年住院醫師	<ol style="list-style-type: none"> 1. 住院醫師看過病人後(含複診病患)，擬定 SOAP。 2. 教學診老師親自看過該病人，作完處置，讓病患回去。 3. 教學診老師與第一年住院醫師作討論。 4. 住院醫師將學習重點整理放置本部 XMS 知識庫做學習分享與線上討論。
第二至第四住院醫師	<ol style="list-style-type: none"> 1. 看診中有任何問題，可隨時呼叫教學診老師，作立即諮詢。 2. 住院醫師看完門診後，教學診老師需複簽所有看診個案之病歷，提醒住院醫師此次看診的優缺點，指導下次病患就診時應注意事項。 3. 住院醫師將學習重點整理放置本部 XMS 知識庫做學習分享與線上討論。
第三年住院醫師	<ol style="list-style-type: none"> 第 1、2、3 點同上述 4. 醫學生跟診(Resident as a teacher)
第四年住院醫師	<ol style="list-style-type: none"> 第 1、2、3 點同上述 4. 醫學生跟診 5. 資淺住院醫師(含 PGY)門診教學與 Mini-CEX 之執行
週三下午看診第二至第四住院醫師及當月行政總醫師	<p>生物心理社會(BPS)全人照護模式門診教學討論(於週三晚上進行)，由行為科學科盧豐華主任主持。</p>

- 一、第一年住院醫師看過病人後(含複診病患)先擬定 SOAP，待教學診老師親自看過該病人，作完處置，讓病患回去；教學診老師再與第一年住院醫師作討論；最後住院醫師將學習重點整理放置於本部 XMS 知識庫做線上學習分享與討論。
- 二、第二至第四住院醫師於看診中有任何問題，可隨時呼叫教學診老師，作立即諮詢。住院醫師於看完門診後，教學診老師需複簽住院醫師所有看診個案之病歷，提醒住院醫師此次看診的優缺點，指出下次病患就診時應注意事項；最後住院醫師將學習重點整理放置本部 XMS 知識庫做線上學習分享與討論。此外，第三及第四年住院醫師尚有安排醫學生跟診，另第四年住院醫師也須負責資淺住院醫師(含 PGY)門診教學與 Mini-CEX 之執行。
- 三、本部門診教學另一特點為週三晚上由行為科學科盧豐華主任進行生物心理社會(BPS)全人照護模式門診教學討論，參加者為週三下午看診第二至第四住院醫師及當月行政總醫師。

參、門診教學之雙向評估

- 一、住院醫師每次門診教學均須填寫教學記錄單與學習護照，並經教學診老師簽章。每位住院醫師一週內可能多次接受不同主治醫師之教學，雖然各個老師有不同教學風格模式，但以病人為中心之兼顧病人身體、心理及社會的全人照顧理念之教學方向則無改變。
- 二、住院醫師每個月接受一次 MiniCEX 評估。
- 三、老師與住院醫師於每月最後一週於 XMS 知識庫系統作門診教學評核，填寫雙向評估表。
 - 1、老師評估住院醫師門診學習項目(表二)包括看診時 SOAP 的各個部分及其合理性與一貫性，並能兼顧生物心理社會模式各方面之病史、知道疾病病理變化及病態生理機轉、病歷記載完整、必要時能做適當之轉診、能得到病人信賴(如回診次數多)及完成上次教學時交代之作業(如查詢資料)。

表二、成大醫院家庭醫學部住院醫師門診教學學習評估表

住院醫師姓名：

評估月份： 年 月

評估項目	優	良	普通	待改進	NA	備註
1.詢問病史時能釐清問題，找出最主要的問題						
2.能兼顧生物心理社會模式各方面之病史						
3.理學檢查準確完整						
4.安排檢查的合理性						
5.能運用資料(Hx、PE、Lab)做適當的鑑別診斷						
6.能做適當衛教						
7.藥物使用之合理性與正確性						
8.必要時能做適當之轉診						
9.病歷記載完整(包括醫師簽名、家族史、重要 Hx、PE、Lab)						
10. SOAP 病歷紀錄之合理性及一貫性						
11.知道疾病病理變化及病態生理機轉						
12.能得到病人信賴(如回診次數多)						
13.完成上次教學時交代之作業(如查詢資料)						
描述性評估：						

評估者簽名：



2、住院醫師對於老師之回饋評估包括老師之教學能力與教學態度兩大部份，其內容詳如表三。

表三、成大醫院家庭醫學部住院醫師對專兼任教師門診教學成效評估表

國立成功大學醫學院附設醫院家庭醫學部
住院醫師對專兼任教師門診教學成效評估表

評估年月：年月；教師姓名：_____；專兼任別：專任、兼任

評估項目		評分(四分法計分)				備註
		1 很不同意	2 不同意	3 同意	4 很同意	
教學能力	具有足夠的教學知識與技巧					
	有好的組織能力呈現於教學					
	適時給予住院醫師教學回饋					
教學態度	給予相關作業幫助提升新知					
	教學活潑生動並能引起興趣					
	教學及討論內容能與時更新					
總評分數	具教學熱忱且隨時提供教學					
	指導老師能準時開始教學診					
總評分數						
描述性評估：						
平均分數(不含總評分數之八項加總平均後的分數)：_____						

註：1.評估時間：每月評估一次

2.評估者：當月接受教學診教學之住院醫師

3.合格分數：2分(含)以上

評估醫師級職：R_____簽名：_____；家庭醫學部主任：_____

- 3、住院醫師每半年一次對科部教師及教學相關活動與整體滿意度(如表三)回饋評估，其中門診教學為評估項目之一。

表三、成大醫院家庭醫學部住院醫師部內教學訓練課程滿意度評量表

國立成功大學醫學院附設醫院家庭醫學部
住院醫師 教學訓練課程滿意度評量表

醫師姓名：_____；級職：R4；R3；R2；R1；填表日期：__年__月__日

說明：

1. 評估目的：調查住院醫師對分散在全年各個月之家庭醫學部本身的核心訓練課程的滿意度，以作為日後教學訓練改進之參考。
2. 評分方式：滿意度之評比採十級制(1-10)，1表示非常不滿意，10表示非常滿意，越接近1代表不滿意程度越高，越接近10則表示滿意程度越高，請勾選於該選項方格內。
3. 建議事項：評分為8分以下之項目，請填寫學習意見於建議欄內，並請導師進一步瞭解。
4. 評估時間：每半年評估一次，上半年在六月中填寫，下半年在十二月中填寫。

滿意度	← 非常不滿意 非常滿意 →										此項 不需 評估	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		NA
評估之 課程項目												
晨間討論會												
中午討論會												
非醫學課程/慶生												
門診衛教訓練												
門診教學												
個案討論會												
研究討論課程												
整體訓練計畫滿意度												
建議欄												
備註：評分≤7分或 等於10分時，請務 必填寫具體理由												

1.住院醫師簽名：_____

3.導師簽名：_____

2.教學負責人簽名：_____

4.主任簽名：_____

肆、未來門診教學訓練的落實與評估

近年來，ACGME 發展出以學習里程碑(milestones)為基礎之學習階段與可信賴之專業表現(entrustable professional activity、EPA)為基礎之評估觀念，用以強調以能力為基礎(competency-based developmental outcomes)之六大核心能力評估。2014 年美國家庭醫學界規劃出家庭醫學專科訓練之學習里程碑與可信賴之專業表現，相對於 ACGME 六大核心能力的 22 個學習里程碑，包括病人照護 5 項、醫學知識 2 項、人際及溝通技巧 4 項、專業素養 4 項、以系統為基礎的醫療 4 項及執業中學習及改進 3 項。因此藉由良好門診教學訓練的落實，讓住院醫師學會以病人為中心且兼顧身體、心理及社會等面向，並考量研究證據、臨床經驗與病患價值後，制定醫療決策，將病人安置在適當的位置，獲得適當的照顧，達到 ACGME 所要求的六大核心能力，也就是讓訓練完成的住院醫師具有獨當一面的能力，提供民眾以病人為中心的優質全人醫療照護服務，且具有對住院醫師及醫學生的教學能力，成為符合社會需求的優秀家庭醫學科專科醫師。



▲ 台南安平古堡

以能力為本的臨床評估 – 談家庭醫學科住院醫師訓練的里程碑與可信賴的專業活動

三軍總醫院家庭暨社區醫學部 老年醫學科 張耀文主任

以能力為本的臨床評估

近代第二次的醫學教育改革是在 Flexner Report 之後一百年，美國卡內基基金會 2010 年出版的「培育醫師-呼籲改革醫學院與住院醫師教育 (Educating Physicians: A call for Reform of Medical School and Residency)」專書中指出：當前的醫學訓練沒有以成果為基礎 (outcome-based)，不但冗長、缺乏彈性，而且沒有以學習者為中心。這份報告中建議醫學教育應該要透過臨床能力 (competency) 的評量以確保學習者的學習成果一致、要個別化學習者的學習過程並依照學習者的能力給予進階、要提供選擇性的課程來輔助學習者發展自我學習的能力。換言之，改革的目標就是要發展以能力為本的醫學教育 (competency-based medical education)。

醫學生經過七年 (或六年) 的醫學院教育，畢業時通過 OSCE 考試及兩階段國考後取得醫師執照。但是剛取得執照的年輕醫師是否具備「稱職」的醫療能力，需要臨床教師對住院醫師進行工作中的評估。稱職 (competence)，或是勝任，的定義是一個醫師具備有獨立執行醫療行為的能力狀態。稱職狀態的評判，必須由臨床教師們共同觀察一位住院醫師在工作中的各項能力表現後所給予的判斷。稱職是一個較為抽象的概念，是工作能力的綜合表現。然而，一個在工作中可以被定義與評量的能力稱之為臨床能力 (competency)。臨床能力是比較具體的描述，一個醫師可以執行某一項工作、擔負某一個責任，這些工作或責任的內容是可以被明確定義的。而一個稱職的醫師必須在各項臨床能力的表現都能夠符合最基本的要求。

美國 ACGME 的醫師六大核心能力或是加拿大皇家醫師學會 CanMed 醫師七個角色是台灣醫學界較為熟知的臨床能力定義。美國的 AAMC 將臨床核心能力擴大分成 8 個範疇 (domain)，作為醫學院教學設計與課程發展的共通架構；這 8 個臨床核心能力包含 ACGME 的醫師六大核心能力，還加上「跨領域協同合作」與「個人及專業發展」兩個範疇。這些臨床能力的定義將一個稱職的醫師所必須具備的能力面向做了完整的描述。

ACGME 醫師六大核心能力對於「病人照護」的定義是：住院醫師應提供具憐憫心、合宜而有效的病人照護。然而，以上定義僅是說明醫師核心能力的面向。對於臨床教師來說，這些定義仍然是太過抽象且難以運用在臨床評估當中的；而且對於不同的專業來說，專科醫師執業時所必須具備的能力也會有不同的要求。

對於家庭醫學科來說，美國家庭醫師專科委員會 (The American Board of Family Medicine) 在六大核心能力範疇下共定義 22 項臨床能力，例如對於「病人照護」共有 5 項臨床能力定義，分別為：(1)能夠在各種醫療場域中，照顧緊急和危急的病人或傷患、(2)能夠照護慢性病況的病人、(3)能夠與病人、家庭、社區成為夥伴關係，透過疾病預防及健康促進以改善健康、(4)透過以病人為中心、符合成本效益的方法，與病人成為夥伴關係，持續關注經過評估與治療卻無法掌握明確診斷的病人所呈現持續的症狀、徵候、或健康狀態、(5)展現符合以個人、家庭及社區為對象的健康照護所需之專科技術，而且對於其他專科的照護知識也有所了解並應用於照護當中。根據這 5 項臨床能力的定義，臨床教師及住院醫師較能夠理解教學與評量的內容。ACGME 在次世代評鑑系統 (Next Accreditation System) 中要求各醫院的住院醫師訓練計畫必須定期 (每 6 個月) 對於住院醫師的臨床能力表現進行評量，並且根據住院醫師的臨床能力表現程度給予輔導。

里程碑：能力的程度與進展

根據 Dreyfus & Dreyfus 模式，學習者的能力是有生手、初學、勝任、嫻熟、與專家五個不同的階段，如同兒童生長發展的里程碑 (milestone)。在專科醫師的養成階段，住院醫師的臨床能力也是隨著訓練的時間而逐漸增強，而且每一位住院醫師所展現的能力程度也會有所不同。為了要具體掌握住院醫師的臨床能力，並且讓臨床教師能夠依照住院醫師的程度給予指導，就必須要有一套評量系統能夠描述住院醫師臨床能力的程度，因此 ACGME 發展了里程碑系統。

家庭醫學科住院醫師訓練的里程碑是由美國家庭醫學專科委員會所制定，依照能力由低而高分成五個層級。例如「PC-1：能夠在各種醫療場域中，照顧緊急和危急的病人或傷患」，第一級的能力要求為：(1) 能夠蒐集與病人相關的必要資訊(包含病史、檢查、診斷性檢驗、心理社會背景)、(2) 能夠產生鑑別診斷、(3) 能夠認識臨床標準處置和指引在急性情況中的角色。第二級的能力要求為：(1) 能一致地辨識常見需要緊急或危急的醫療照顧的情況、(2) 能夠使用適當的臨床標準處置和指引來穩定急性病人、(3) 能夠對於病人所有的症狀描述產生適當的鑑別診斷、(4) 能夠對於急性病況擬定適當的診斷性及治療性計畫。第三級的能力要求為：(1) 能一致地辨識需要緊急或危急的醫療照顧的複雜情況、(2) 對於急性病人能適當地調整處置(response)的優先順序、(3) 能夠對於較少見的急性病況擬定適當的診斷性及治療性計畫、(4) 能夠闡明急性病對病人及家屬在心理社會層面的影響、(5) 能夠安排適當的過渡照護。第四級的能力要求為：(1) 能夠與顧問醫師及社區服務單位協調急性病人的照顧、(2) 能夠了解自身在照顧急性病人上能力的限制 (關於技術、知識、及經驗)。第五級的能力要求為：能夠運用地區及區域照護系統的資源，提供及協調急性病人的照顧。在專科訓練結束前，住院醫師必須要在六大核

心能力的 22 項臨床能力皆具備第四級的程度，才能夠被評定為適任的家庭醫學科專科醫師。

可信賴的專業活動：醫師的臨床工作

可信賴的專業活動 (Entrustable professional activity, EPA) 是一個可以由醫師獨立執行、可被觀察的臨床照護活動，被定義為：「當住院醫師具備足夠的能力後，得以在不被監督的情況下，可被信賴所執行的任務或責任」。

EPA 與醫師的專業工作息息相關，也可以說醫師的工作就是由大大小小的 EPA 所構成的。在這些專業活動中，基本的工作，例如：蒐集病史並執行身體檢查、在病歷上書寫診療紀錄...等，必須在醫學院畢業前就能夠獨立執行；但是也有些工作是在住院醫師訓練中才開始學習的，如家庭醫學門診處置的 76 項 EPA：心臟疾病或中風病人（或具風險者）的處置、執行健康成人的診視或健康女性的檢查、皮膚病灶或紅斑病人的處置...等，是家庭醫學科醫師必須能夠獨立執行的診療業務。另外，由「家庭醫學維護美國健康組織 (The Family Medicine for America's Health)」則綜整了家庭醫學科醫師的工作，定義了 20 項 EPA，如：持續提供所有年齡的民眾周全性及連續性的醫療照護、在多種場域中照顧病患及家屬...等。既然這些 EPA 都是家庭醫學科醫師的工作，那麼一個家庭醫學科的住院醫師必須在專科訓練結束前接受評量並且被認定可以獨立執行這些 EPA。

在臨床工作中評量的方法中，較為大家所熟知的是 Mini-CEX 及 DOPS (Direct Observation of Procedural Skills)。然而 EPA 評量的基本概念與 Mini-CEX 或 DOPS 有些許不同。後兩者是臨床教師評估住院醫師當次評量中的表現；而 EPA 則是臨床教師觀察住院醫師的表現，並且以 what if 問題來挑戰住院醫師對於併發症的反應與處置，判斷住院醫師未來獨立執行該項專業活動的能力。因此臨床教師在評估住院醫師 EPA 的表現時，不僅是要針對住院醫師所呈現的進行評量，更是要對於住院醫師是否具備有能力去應付各式各樣的病人作信任度判斷。臨床教師必須站在病人安全的角度來仔細考量，可以說 EPA 是病人安全的基本要求。

信任是 EPA 的核心，因此 EPA 的評量結果是以信任度做為作為分級的標準。第一級：僅能在旁邊觀察、第二級：執行時需要教師在旁督導、第三級：執行時教師不需要在旁督導，但是教師可立即到場支援、第四級：可以獨立執行、第五級：可以督導資淺人員。評量的過程可以是短時間的觀察，如：觀察住院醫師接新病人；或是長時間的觀察，如：與住院醫師共事一段時間了解住院醫師的態度。信任度的認定 (entrustment decision) 可以是特定條件下的 (ad-hoc) 的認定，也可以是總結性的 (summative) 認定。每一個住院醫師在各項 EPA 的能力發展也會不同，臨床教師需要依照住院醫師所展現的能力程度給予指導。

里程碑與 EPA 的差異

里程碑與 EPA 都是對住院醫師稱職能力的評估。里程碑是解析性的 (analytic)，將醫師六大核心能力分解成 22 項臨床能力，再分成五個層級。臨床教師必須長時間且多面向地與住院醫師共事後，再依照各項臨床能力評定住院醫師的層級。而 EPA 是歸納性的 (inductive)，當住院醫師在幫助產婦自然生產的工作中，必須展現出病人照護、醫學知識與人際及溝通技巧的核心能力[4]。臨床醫師不必分別評估住院醫師各項核心能力，僅需要決定是否信任住院醫師有能力獨立執行自然產的照護工作。因為，當臨床教師信任住院醫師可以獨立執行時，也就表示住院醫師已經具備這三項核心能力。

在評量結果方面，里程碑評量時是給予程度的認證，而 EPA 評量時是給予信任度的評判。前者有能力高低的判斷，但是後者則是代表評量者對於住院醫師是否有可能危害病人安全做判斷。里程碑系統中的能力層級可以從新手到專家，清楚地定義能力的程度；EPA 則是定義出在這個階段訓練結束前，住院醫師必須要具備何種工作能力，僅是最低標準。這兩種評估的方式各有優點與缺點，若是能結合兩種評估方式，便可以截長補短。目前美國已有些專科正在朝向結合里程碑與 EPA 來發展評估系統。

翻轉課程設計：從社會需要的家庭醫師來思考

從目前的家庭醫學專科訓練課程基準來看，一個家庭醫學科的住院醫師必須經過內科、外科、兒科、婦產科、精神科...等科別的核心課程訓練，訓練過程中必須收集各項疾病、症狀的照護證據，或操作技術的紀錄，然後定期接受 Mini-CEX、DOPS、Case-based discussion 等評量。這樣的課程設計與評量看似完善，但實際上卻是臨床執業、能力評量、課程設計三者間不完全一致 (align) 的。回到社會需求的角度來看，民眾與醫療體系對於家庭醫師執業能力的要求，才是家庭醫學專科醫師訓練最重要的目標。課程的設計必須要能夠培養具備這些臨床能力的家庭醫學專科醫師，同時，訓練中的評估方式也必須針對這些臨床能力進行評估。課程設計與能力評量是以臨床執業所需的臨床能力為核心，這就是以能力為本的醫學教育。

里程碑與 EPA 兩者皆是以評估住院醫師臨床能力為目標的評量方式，而兩種方式皆有其優點與缺點。但是，無論是里程碑或是 EPA 都需要臨床教師實際觀察住院醫師的表現並且進行評估，更重要的是臨床教師針對評估的結果給予住院醫師回饋與指導。缺乏回饋的評量，只是一張寫著數字的紙，唯有臨床教師給予的回饋才是對住院醫師最大的幫助。為了要提升家庭醫學專科醫師的照護品質與病人安全，滿足民眾與醫療體系對於家庭醫師的需求，我們應該用以能力為本的方式來思考未來家庭醫學專科訓練的改革方向。

參考資料：

1. ten Cate, O. and F. Scheele, *Competency-based postgraduate training: can we bridge the gap between theory and clinical practice?* Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges, 2007. 82(6): p. 542-547.
2. ten Cate, O., *Entrustability of professional activities and competency-based training.* Medical Education, 2005. 39(12): p. 1176-1177.
3. Shaughnessy, A.F., et al., *Entrustable Professional Activities in Family Medicine.* Journal of Graduate Medical Education, 2013. 5(1).
4. Ten Cate, O., et al., *Curriculum development for the workplace using Entrustable Professional Activities (EPAs): AMEE Guide No. 99.* Medical teacher, 2015. 37(11): p. 983-1002.



▲ 台南億載金城



▲ 台南公園

整合醫學的探索

大林慈濟醫院/聯安診所 顏佐樺醫師

愛迪生曾預言：「未來的醫師給予病人的，將不會是藥物，而是致力於保養人類的骨架、飲食控制及找出造成疾病的原因並預防之。」唐代醫學家孫思邈也說：「上醫醫未病之病，中醫醫欲病之病，下醫醫已病。」然而，很遺憾的是，現有的醫療制度過度重視高端診斷儀器、新興藥物，少了以病人為導向、以預防為主體的醫病模式。在大環境逼使下，我們離愛迪生的期待越來越遠，現今的醫學教育也無法滿足「上醫」的養成。

1990年代，美國開始興起一陣風潮，不少醫師開始將輔助療法帶入主流醫學。這些醫師因為發現了西方醫學及美國醫療制度的瓶頸，所以往傳統醫療以及預防醫學尋找出路。1994年，被稱為「整合醫學之父」的 Dr. Andrew Weil 於美國亞利桑那大學 (University of Arizona) 成立了 Arizona Center for Integrative Medicine。這個單位也帶動了歐美不少學術機構加入極力推廣整合醫學教育、成立整合醫學專科訓練、進行整合醫學相關的研究。如今，經過 20 年後，整合醫學這個名詞已成為近代醫學的熱門關鍵字。

整合醫學的定義

整合醫學是一個以病人為中心，綜合評估身、心、靈、社會、環境，使用各種合適的治療方法以及醫療資源，重視身體自我痊癒能力，達到最佳健康狀態的醫療模式。整合醫學合適的利用現有主流醫學診斷及治療方法，再以實證醫學的方式選擇加入有效且安全的輔助療法。相較於主流西方醫學之「疾病管理」模式，整合醫學是一個「健康照護/健康促進」的醫療模式。整合醫學主張盡可能選擇低成本、低副作用、且能促進健康的治療方法。整合醫學重視醫病關係對健康的影響，強調全人照顧、與病人互為夥伴關係。因此，生活型態的改變、醫病關係的建立、甚至醫師的自我照顧技巧，都是整合醫學教育重要的主軸。

很多人把「整合醫學」和「輔助療法」、「另類醫學」等名詞搞混。¹國內調查顯示 75%的民眾在過去一年內有使用輔助替代療法的經驗。當一個非主流的療法與主流醫學同時使用，此療法即稱為「輔助療法」(Complementary Medicine)。當非主流療法替代主流醫學，此療法即稱為「替代療法」(Alternative Medicine)。



²然而，由於大部分民眾及治療者皆同時使用主流醫學及輔助療法，後來美國國家衛生院（National Institutes of Health）將此名詞更整為：

- 輔助性療法（Complementary health approaches）- 各式非主流的療法及產品
- 整合性療法（Integrative health）- 將輔助性療法與主流醫學作整合

輔助性療法又可分成三大類：

- 保健食品（Natural products）- 包含營養輔助食品、香草藥、維他命礦物質、益生菌等。
- 身心療法（Mind and body practices）- 與身心想關的療法，包含瑜珈、整骨、靜坐、放鬆療法、能量療法、按摩推拿等。
- 其他輔助性療法（Other complementary health approaches）- 一些傳統醫療系統，包含中醫、民俗療法、印度醫學、順勢療法等。

舉個例子，乳癌病患除了接受主流西方醫學的手術、化療以及藥物治療以外，也同時接受針灸來減少化療帶來的不適、練習靜坐瑜珈改善身心狀態、透過深度的營養諮詢建立健康飲食習慣。整合醫學的目的就是將這些療法整合到主流醫學，提供更完善、更細膩的健康照護。要達到這種完美的照護服務，必須仰賴一個緊密合作的醫療團隊。因此，除了醫病溝通，整合醫學也重視同儕互信溝通的技巧。

整合醫學的教育

³大部分的社會大眾都有在使用輔助性療法，因此美國醫學會（Institute of Medicine）建議醫護相關學院將輔助另類療法納入醫學教育。⁴美國目前已有 60 幾所醫學院設立整合醫學教學單位並提供整合醫學或輔助性療法相關的課程。以美國加州大學舊金山分校為例，醫學生可以選修「草藥及營養輔助食品」、「按摩治療及靜坐療法」或甚至到中醫部進行見習。調查顯示醫學院提供此類課程的主因是希望醫學生能夠對輔助性療法有所認識，日後可以給予病患適當的建議。

國內醫學院也漸漸重視整合醫學及輔助療法的教學。舉例，中國醫藥大學醫學系提供學生選修「生活中藥」、「養身與保健」等課程。

美國亞利桑那大學（University of Arizona）自 2008 年開始於 8 家教學醫院設立一個 200 小時的整合醫學教學課程。課程主要呈現方式為線上教學（174 小時），再加上 26 小時的實體教學。本課程因利用 ACGME 六大核心能力為主軸，創新提供完善的教學及評估方式，於 2011 年榮獲 Society of Teachers of Family Medicine 之 National Innovative Program Award。「住院醫師整合醫學教學計

畫」(Integrative Medicine in Residency)已在美國及加拿大 50 幾家教學醫院實施。⁵ 實施此項課程也成功為數家教學醫院增加住院醫師招募的數目、⁶ 並提升住院醫師考照通過率、增加住院醫師健康習慣頻率。嘉義大林慈濟院家庭醫學科於 2015 年成為國內首家加入執行的醫院，希望透過整合醫學訓練，提升住院醫師對於各種非藥物治療方法（包含飲食、運動、身心療法、健康輔助食品、靈性介入等）的認識、培養自我照顧的技巧。

整合醫學目前在美國已有次專科訓練制度 (Integrative Medicine Fellowship)。除了美國亞利桑那大學以外，一共有 13 家教學醫院提供整合醫學專科訓練，包含哈佛大學、哥倫比亞大學、加州大學洛杉磯分校等。透過訓練的醫師可以考取由美國醫學專業委員會 (American Board of Physician Specialties) 頒發的整合醫學專科證書。美國整合醫學學會希望次專科訓練制度能夠有利的培養這方面的專家，持續進行整合醫學於臨床、教學及研究的推廣。

整合醫學的未來

整合醫學強調，一個好的醫師，需要能夠把各種安全有效的療法當成自己的工具。「工具箱」越多工具，我們就能提供病人更為客製化的治療處方。整合醫學的教育過程希望醫師以開放的態度看待任何的療法。這種開放的心態有助於培養醫療團隊的互信以及對社會文化的敏銳。這是改善醫療品質、醫病關係，不可或缺的一環。

我們需要更多擁有整合醫學、全人觀念的醫師及醫療人員來建立完善的健康照護模式。台大醫院所成立的輔助暨整合醫學中心是一個大膽的創新，集結各個領域的專家，提供癌症及慢性疼痛患者安全有效的輔助性療法。台安醫院所經營的三育健康教育中心，結合體檢及健康教育，利用生活型態的改變來積極促進健康。我們必須鼓勵國內醫療機構多做嘗試，才能讓我們尋獲最合適、最值得推廣的醫療模式。

主流西方醫學為人類的健康貢獻甚大。西方醫學將複雜的疾病病理過程，以實證的方式，研發出治療的方法。然而，它的強項也成為了最大的盲點。過於專科化導致目前的醫療模式以疾病及症狀作為導向，而非針對病人的整體。整合醫學剛好補足西方醫學所欠缺的部份，讓醫師從新強化全人照顧的重要性，讓醫師有機會成為病人「健康生活的導師」。期待在不久的將來，我們能夠實現愛迪生的預言，所培養的都是「治未病」之「上醫」。

參考文獻：

1. 丁志音。台灣社會中的部充及另類療法：概況及使用。國家科學委員會（計畫，2002-2003）。
2. Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name? NCCIH.
3. Institute of Medicine (US) Committee on the Use of Complementary and Alternative Medicine by the American Public. Complementary and Alternative Medicine in the United States. Washington (DC): National Academies Press (US); 2005. 8, Educational Programs in CAM.
4. Cowen VS, Cyr V. Complementary and alternative medicine in US medical schools. Adv Med Educ Pract. 2015;6:113-117.
5. Lebensohn et al. Increasing resident recruitment into family medicine: Effect of a unique curriculum in integrative medicine. Explore. 2014. 10(3):187-192.
6. Mims LD et al. Are specific residency program characteristics associated with the pass rate of graduates on the ABFM certification examination? Fam Med. 2014 May;46(5):360-8.



▲古時軍醫院，現為台南成大校區



▲古時小西門，現為台南成大校區