

工作中教學：運用跨領域團隊合作全人照護教育模式 於兒童發展聯合評估討論會 — 一案例報告

黃鈺婷¹、陳昭惠^{2,3}、唐美華¹、邱惟雅⁴、曹永奇⁴、張堯欽¹、楊政賢¹、徐玉容⁴

中文摘要：

背景：以跨領域團隊合作提供全人照護的需求日漸增加，且逐漸成為醫療照護的趨勢。本案例透過常規會議來進行跨領域團隊合作的會議，讓各領域的臨床工作者，在繁忙的醫療工作，融合教學和服務。

方法：利用定期的兒童發展聯合評估團隊會議，討論一名十個月大發展遲緩的病童及家庭的狀況及需求，同時帶領實習生運用跨領域團隊合作 SIP Tea(Sense, initiate, patient centered goal, team) 模板進行討論及教學。在會後對所有與會人員進行自我評值問卷，也請學員完成評估問卷。問卷使用李克特量表 (Likert Scale)，5 分代表非常同意，1 分代表非常不同意。

結果：共 17 位醫療專業人員，包含小兒神經科醫師、兒童心智科醫師、復健科醫師、物理治療師、職能治療師、語言治療師、臨床心理師及社工，加上 9 位實習生 (包含實習物理治療師和實習職能治療師) 參與。問卷填答率達 95.8%，問卷中的各項評值皆達 4 分以上。專業人員部分，以『在會議中感覺團隊成員彼此尊重有共同目標』得到最高評值。實習學員部分，以『更瞭解其他職類角色與功能』得到最高評值。

結論：本案例提供一個在常規臨床工作中，進行跨領域團隊合作全人教育的模式，未來將持續的進行，提供病人更為完善的全人醫療照護，同時也讓專業人員在工作中持續成長，提升醫療照護品質。

關鍵字：跨領域團隊合作，全人照護，教育模式

臺中榮民總醫院復健科¹；臺中榮民總醫院教學部師資培育科²；國立陽明大學醫學系³；臺中榮民總醫院兒童醫學部⁴

收稿日期：2016 年 5 月 4 日；接受日期：2016 年 5 月 24 日

通訊者：陳昭惠、40705 臺中市西屯區臺灣大道四段 1650 號

電話：(04)23592525 # 4303 傳真：(04)23505934

電子信箱：joy1477@gmail.com

前言

由於醫療水準的進步，病人病情的複雜度增加，醫療人員面對有多重疾病或多重問題（身心靈、社會）病人的機會增加，但在這同時健康照護接受者與提供者對整個醫療服務的滿意度降低，因此跨領域團隊合作提供全人照護的需求增加 (Wagner, 2000)。針對跨領域團隊合作需要有相關的教育來促成不同領域間專業相互了解、彼此教導及共同學習 (WHO, 2010)。跨領域團隊合作教育的成效以及評估方式仍待更多的研究，但是已經是臨床教學中的一個重要議題 (Reeves et al., 2013)。有關於跨領域團隊合作教學的模式會因此不同臨床情境而有所不同 (Bridges et al., 2011)，臨床老師面對繁忙的臨床工作，如何融合教學與服務是一個重要議題 (Cameron, 2012; Barr & Low, 2013)。我們在此報告於一所教學醫院中，透過常規進行跨領域團隊會議的機會，同時進行跨領域團隊合作教學的過程以及結果。

方法

本院兒童發展聯合評估中心成立於民國 86 年，團隊成員包括小兒神經科醫師、兒童心智科醫師、復健科醫師、物理治療師、職能治療師、語言治療師、臨床心理師及社工。針對六歲以下疑似有發展遲緩的兒童於發展評估聯合門診中進行各專業評估，接著於兒童發展聯合評估討論會中進行跨領域的個案討論，最後再統整報告提供家長有關兒童評估的結果以及日後療育的建議。

此次討論案例為一個十個月的男嬰，在健兒門診中被醫師發現仍不會翻身而轉介到發展評估中心安排進一步評估。理學檢查發現頭圍較小，整體發展較慢，安排染色體以及腦部核磁共振檢查為正常。醫師轉介給各職類老師進行動作、語言及認知發展評估，發現孩童之粗大動作、精細動作及吞嚥、語言能力，和整體認知發展約為五至六個月能力，聯合評估結果為整體發展遲緩。第一次門診當天已經開出發展遲緩的診斷書，建議開始療育。

於正式跨領域團隊會議前一週，由資深臨床教師帶領會議主持人先進行會前教學討論，針對會議內容與流程進行、個案目前狀況、以及個案主要核心問題進行討論，並且擬定此次教學的重點 (表一)。此教學目標，各職類間皆相同。各專業老師與學生討論的專業內及跨專業重點會以各自的專業為主。在討論到以跨領域合作照護個案身心靈需求時，會強調從各自的專業，如何主動提供協助共同討論出最適合個案的療育計畫。除了原本團隊成員之外，預計有物理治療以及職能治療的臨床老師帶領實習學生參加。

於正式跨領域會議時，由主持人先進行二十分鐘的短講介紹跨領域團隊合作全人合作的基本概念後，和全體與會專業人員進行個案討論，個案討論運用跨領域團隊合作 SIP Tea (Sense, initiate, patient centered goal, team) 模板討論。(表二)。

會後請所有團隊成員完成自我評值問卷 (表三)，也請學員完成評估問卷 (表四)。這兩份問卷使用李克特量表 (Likert Scale)，了解填寫者對每一個題目的同意程度。5 分代表非常同意，1 分代表非常不同意。

另外請學員於會前及會後回答七個相關跨領域團隊合作以及全人醫療知識問題 (表五)。

結果：

共有 17 位醫療專業人員參加，包括 2 位兒童神經科醫師，2 位兒童心智科醫師，1 位復健科醫師，3 位物理治療師，2 位職能治療師，3 位語言治療師，3 位臨床心理師以及 1 位社工師。16 位完成問卷填答 (84.1%)。7 位實習學生參加者包括 2 位職能治療實習生以及 5 位物理治療實習生，問卷填答率為 100%。整體填答率為 95.8%。

在運用 SIP TEA 模板討論時，除了兒童本身的發展遲緩之外，社工師注意到家長對於診斷書上小腦症十分憂慮，也分享了以家庭作息為中心的療育計畫進行方式。心理師也注意到因為是單親母親，目前照顧幼兒多仰賴他人代理，對於母職以及幼兒依附關係建立也需注意。職能治療師建議除了安排到院療育之外，大家在提供居家療育建議時不要放太多的項目，以母親自己可以做到的範圍為主，提升母親和小朋友在一起進行的機會，建立媽媽的自信。

經討論後兒童神經科醫師整合大家的意見，在提供家長最後結果時，除了做整體評估生理上的解釋外，也要注意媽媽的心理反應及需求。在療育計畫中各職類老師提供居家復健建議時，盡可能配合家中作息，設計一些讓母親可以做得到的部分。同時需要持續追蹤媽媽的情緒心理，以及和小朋友關係的建立。

會議後之問卷調查結果顯示 (表三) 參與成員覺得團隊中有共同目標，並且有照顧到病人及家屬生理以外之需求。實習學生自覺更瞭解其他職類的角色與功能，以及解全人照護包含的層面 (表四)。

實習學生知識的前後測結果如表五，平均答對率由 49% 進步到 98%。對於團隊資源管理的要素以及跨領域團隊討論使用的 SIP 模板都有明顯的進步，對於跨領域團隊中領導者可以是不固定，並非由專業性來決定這一個的概念則仍不夠清楚。

表一、跨領域團隊合作全人醫療教學記錄

所屬單位	復健科	姓名：黃 X X	日期：2016.03.28
案例說明	十個月男嬰，小頭，仍不會坐起來，不會爬。單親家庭。 評估結果概述：粗大動作約 6-7 個月，精細動作遲緩，口腔動作遲緩，語言能力約 6 個月。認知遲緩。		
教學對象	<input checked="" type="checkbox"/> 實習生 <input type="checkbox"/> PGY <input type="checkbox"/> 新進人員	<input checked="" type="checkbox"/> 同儕 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
教學目標	<input checked="" type="checkbox"/> 能即時正確與其他職類人員溝通、修正診療計畫並達成共識 <input type="checkbox"/> 能即時正確與其他職類人員溝通釐清並處理臨床問題 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
教學重點	<input type="checkbox"/> 一般醫學技能 <input type="checkbox"/> 角色及職責 <input checked="" type="checkbox"/> 身心靈及社會面向需求 <input type="checkbox"/> 溝通技能	<input checked="" type="checkbox"/> TRM <input type="checkbox"/> 觀照自我 <input checked="" type="checkbox"/> 相互尊重合作態度 <input type="checkbox"/> 其他	
教學方式	<input checked="" type="checkbox"/> 團隊會議 <input type="checkbox"/> 醫療品質討論會 <input type="checkbox"/> 個案討論會	<input type="checkbox"/> 床邊教學 <input checked="" type="checkbox"/> 授課 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
專業內討論重點	<input checked="" type="checkbox"/> 評估及處理病人 / 家屬問題 <input checked="" type="checkbox"/> 生理 病童的復健療育計畫。 <input checked="" type="checkbox"/> 心理 得知為小頭症，家屬心靈關懷及對診斷的接受狀況 <input type="checkbox"/> 靈性 <input checked="" type="checkbox"/> 社會 復健資源及相關病友支持團體 說明：		
跨專業討論重點	<input checked="" type="checkbox"/> 如何與其他團隊職類溝通協調 共同討論針對孩童的復健需求，提供最容易執行的居家復健活動。 <input checked="" type="checkbox"/> 需要尋求何種職類協助 醫師、心理師、社工、物理治療師、職能治療師、語言治療師 <input type="checkbox"/> 可以主動幫助其他職類的部分		
評估方式	<input type="checkbox"/> 滿意度 <input checked="" type="checkbox"/> 前後測 <input type="checkbox"/> 學員心得回饋表 <input type="checkbox"/> 倫理四象限記錄表 <input type="checkbox"/> CbD	<input type="checkbox"/> Mini-CEX <input type="checkbox"/> 多面向回饋 <input checked="" type="checkbox"/> 團隊會議記錄 <input type="checkbox"/> TRM 案例討論清單 <input checked="" type="checkbox"/> 其他 自評表	

表二、兒童發展評估中心「以家庭為中心全人醫療跨領域團隊照護會議」記錄

個案狀況說明：十個月男嬰、小頭，仍不會坐起來，不會爬。單親家庭。					
評估結果概述：粗大動作約 6-7 個月，精細動作遲緩，口腔動作遲緩，語言能力約 6 個月。認知遲緩。					
照護需求 Sense		參與職類 Initiate Team	以病人為中心的改善措施 / 目標設定 Patient-centered	團隊合作 IPP Team work 重點	
				團隊	具體作為
■病情說明 ■療育計畫 ■社會資源	■生理 ■心理 □社會 □靈性 ■生理 ■心理 ■社會 □靈性 □生理 ■心理 ■社會 □靈性	■西醫職類 ■主治醫師 醫事職類 ■物理治療 ■臨床老師 ■實習學生 ■職能治療 ■臨床老師 ■實習學生 ■臨床心理 ■臨床老師 ■PGY ■語言治療 ■臨床老師 ■社工	1. 病童家屬清楚了解小頭症的症狀並能說出。 2. 母親能參與病童的療育且，執行居家復健活動	醫師 社工師 物理治療師 職能治療師 語言治療師 臨床心理師	確認母親的擔憂，正確說明小頭症完整說明整體評估結果 轉介早期療育通報個管中心提供相關後續療育資源及家庭處遇服務 提供適合在家進行，母親自己可以做到的大動作、精細動作、以及語言刺激訓練項目。 建議在家中建立固定的時間進行親子遊戲，以穩定促進各種刺激經驗，促發其認知學習及模仿探索。

表三、會後團隊成員問卷

項目	平均分數
你在會議中感覺到團隊成員彼此尊重有共同目標	4.75
你在此次會議中能發揮你的角色及功能	4.25
你覺得此次會議有關照到病人 / 家屬的身心靈社會層面	4.56
此次會議討論結果可以運用在病人照護上	4.69

表四、會後學生問卷

項目	平均分數
你更瞭解其他職類的角色與功能	4.89
你瞭解跨領域團隊照互合作的運行方式	4.44
你瞭解全人照護包含的層面	4.67
你可以將跨領域團隊合作全人照護運用在病人臨床照護上	4.22

表五、學生知識答對率

題項	前測 %	後測 %
1. 跨領域團隊合作教育的定義	85.7	85.7
2. 團隊合作的進行模式	57.1	71.4
3. 多專業照護 (multiprofessional) 和跨領域照護 (interprofessional) 的差別	14.3	42.9
4. 醫療團隊資源管理 (TRM) 的合作要素	28.6	100
5. 手術前外科醫師 Time out 為團隊資源管理的哪一項手法	57.1	85.7
6. 跨領域照護中的 SIP Tea 涵義	14.3	100
7. 跨領域醫療團隊的優點	71.4	71.4
平均答對率	49.0	98.0

討論

在跨領域團隊合作的全人照護中，除了各領域成員提供自己的專業服務之外，同時能夠運用團隊資源管理中的各種技能（領導、溝通、狀況監測、互助）彼此合作，發覺病人之需求，邀請其他領域成員協助，並能進一步主動提供自己可以協助的部分（簡素玉，民 102），照顧病人/家屬身心靈及社會層面。有關跨領域隊照護教育的方式有不同的模式（Bridge, 2011, 周致丞, 2011），醫策會分別在 2010 及 2011 年出版了兩版的「跨領域團隊合作照護教案」，召集不同專業職類的學員到教室，利用已寫好的教案來一起來學習，是國內「跨領域團隊合作教學工作坊」常見的形態（陳祖裕, 2013）。本院教學部也不定期舉辦相關工作坊，讓學員得到初步的概念，但是重要的仍是回到臨床單位的實際運用，以及臨床老師對新進人員的帶領。因此我們鼓勵臨床教師帶領學生實際參與臨床團隊工作，從日常工作中進行跨領域團隊的教育。我們嘗試使用簡單的教學計劃表單協助老師在團隊工作前和學員作簡單的學習定向，在臨床工作中運用「團隊資源管理」(Team Resource Management, TRM) 中所提及的四種能力：(1) 領導、(2) 溝通、(3) 狀況監測、(4) 互助，以及跨領域團隊合作 SIP Tea 模式運作。再以簡單的問卷及前後測瞭解學員的學習狀況，以做為之後教學的參考。

在此次案例討論中，社工師以及心理師皆能運用到狀況監測的技能，主動關注到病童母親的心理以及社會需求，提醒臨床醫師在病情解說時更能注意到家

屬可能有的反應。而職能治療師也能運用互助及溝通技能主動提醒大家在提供療育建議時，注意到如何提升母親的參與度以及自信心，這都是跨領域團隊合作全人照護的良好示範。很可惜的是此次會議中本來邀請病童母親一起參加，但因為病童身體不適而無法到場。在會議後，兒童神經科醫師於病童回診時告知整個團隊的建議，特別注意到母親對小腦症的擔憂以及後續療育的建議，母親當場回應之前看診後心中的擔憂及疑惑有得到緩解，也由社工師得到所需之相關資源及追蹤。

會後參加者的回饋反應出過程中團隊成員彼此尊重有共同目標，但對於此次會議中能發揮個人角色及功能的同意度，則相對較弱（雖然已經超過 4 分）。因為參與的成員數多，有些成員並未直接接觸到病童以及家屬，因此會自覺較不容易參與討論。此部份在日後的討論中，主持人需注意到每個人的參與度，盡可能主動邀請並鼓勵不同成員參與討論。

由實習學生的問卷反應中可看見實習學生可以於這樣的過程中學習到跨領域全人照護，包括各職類的角色職責以及全人照護的層面。但是跨領域合作運行方式以及實際臨床運用上，相對自覺能力仍稍弱。此次為實習生第一次參與，表示實際運用仍需要持續的參與以及訓練，臨床老師於事後的回饋以及加強也是必要的。此次實作比較可惜的是病童及母親臨時未能參與，否則可以讓學員更實際的經驗到病童及母親對此種服務的感受。

目前兒童發展評估中心每兩個月舉辦有家長參與的跨領域團隊合作討論會議，在聯合評估過程中任何

團隊成員發覺家長或兒童有特殊需求時即可主動與個管師聯繫，啟動此會議。會議後經過家長同意，社工會將個案轉介至通報及個管中心提供後續資源協助。如兒童後續療育狀況穩定進步則結案，否則持續追蹤至發展正常，或入小學前透過轉銜會議改由教育單位提供協助。經由我們這次這樣的練習以及簡單的教學模板，可以鼓勵臨床老師在會議前思考教學的重點與方式，帶著學生或新進人員實地參與跨領域討論的演練，並有會後的回饋，可讓更多學生及新進人員熟悉跨領域的全人照護模式。

結論

跨領域團隊合作是醫療工作的重要趨勢，以病人為中心，關注到病人身心靈社會層面的跨領域團隊全人照護能提升醫療品質，以及團隊和病人/家屬的滿意度。本案例提供一個在日常臨床工作中進行跨領域團隊合作全人教育的模式，需要持續的進行推展，讓實習學生以及團隊成員都能在工作中持續成長。

參考文獻

1. 周致丞 (2011)。跨領域團隊合作照護教育的內容結構與教案規劃概念。醫療品質雜誌，5 (5)，67-73。
2. 陳祖裕 (2013) 揭開 IPE 的迷思。彰化基督教醫院教研創新季刊，6，3-5。
3. 簡素玉 (2013) 跨領域團隊合作照護訓練。彰化基督教醫院教研創新季刊，6，17-18
4. Barr, H. & Low, H. (2013). Introducing Interprofessional Education. CAIPE.
5. Bridges DR1, Davidson RA, Odegard PS, Maki IV, Tomkowiak J. (2011). Interprofessional collaboration: three best practice models of interprofessional education. Med Educ Online. 8(16).1-10
6. Cameron S1, Rutherford I, Mountain K. (2012). Debating the use of work-based learning and interprofessional education in promoting collaborative practice in primary care: a discussion paper. Qual Prim Care. 20(3), 211-217.
7. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. (2013). Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). Cochrane Database Syst Rev. 28(3) : CD002213.
8. Wagner, E.H., (2000). The role of patient care teams in chronic disease management. Br. Med. J. 320 (7234), 569-572.
9. WHO (2010) Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: World Health Organization. Available at: http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/index.html. Accessed 30 April 2010

Workplace education: A case report of using interprofessional collaborative patient care in a child development evaluation team meeting.

Yu-Ting Huang¹, Chao-Huei Chen^{2,3}, Wei-Ya Chiu⁴, Yung-Chi Tsao⁴, Yao-Chin Chang¹, Cheng-Hsieh Yang¹, Yu-Jung Hsu⁴

Running title: education module for interprofessional collaborative patient centered care

Abstract

Background

The need for interprofessional collaborative, patient-centered care is increasing. We report this interprofessional collaborative discussion and education in a routine team meeting, integrating working and education.

Method: We discuss a need of a 10 month old, development delayed infant and his family in the team meeting of the center for child development evaluation. SIP Tea (Sense, initiate, patient centered goal, team) module for interprofessional discussion and education was used. Self-evaluation questionnaire using Likert Scale (5 for very agree, 1 for very disagree) were done after the meeting.

Result: Seventeen professionals and 9 students of physical therapist and occupational therapist attended the meeting. The response rate for the questionnaire was 95.8%. The score of all the evaluation items was higher than 4. “I felt the team members respected each other and had shared goal” got the highest score in the response of professionals. “I understood the role and responsibility of other disciplines” got the highest score in the response of students.

Conclusion: We reported a workplace learning module for interprofessional collaborative patient centered care. It could provide more comprehensive care for patient and continuous learning opportunity for professionals and students.

Key words: Interprofessional collaboration, patient centered care, education model

Department of rehabilitation, Taichung Veterans General hospital¹

Center for Faculty Development, Department of medical education, Taichung Veterans General hospital²

School of Medicine, National Yang-Ming University, Taipei, Taiwan³

Department of Pediatrics, Taichung Veterans General hospital⁴

Corresponding author: Chao-Huei Chen

Affiliated Address: 1650 Taiwan Boulevard Sect.4, Taichung Taiwan 40705

Tel: :04 23592525#4303, Email:joy1477@gmail.com

提昇 PGY 醫師學員第一線照護核心能力之教學：個人之淺見

陳得源^{1,2}、洪維廷³、陳昭惠^{2,3}

中文摘要：

PGY 醫師學員與住院醫師之醫學教育訓練應以落實六大核心能力為目標。針對住院病人之照護教學，指導醫師可於晨會，迴診教學及床邊教學的機會，評估與指導 PGY 學員對於病人問題之綜整分析及做最適之醫療決定。對於需手術之住院患者，除了在手術前、中、後之適當時機進行教學外，醫師學員應經事前充分訓練並符合醫師授權規定；且在執行時，上級醫師須在現場完全監督。交接班活動建議可利用 Introduction、Situation、Background、Assessment、Recommendation (ISBAR) 手法進行交接班。跨領域團隊合作與照護則可利用會診教學、每月之病房會議、病例聯合討論會，及出院準備服務之機會讓學員學習與其他醫療專業人員共同工作。若要深化學員之臨床照護學習成效，則可利用病例討論與期刊研讀會，進行案例討論，輔以病例相關之期刊研讀。

中文關鍵詞：畢業後一般醫學，核心能力，臨床教學

臺中榮民總醫院 教學部¹；國立陽明大學醫學系²；臺中榮民總醫院教學部師資培育科³

收稿日期：2016 年 4 月 29 日；接受日期：2016 年 7 月 15 日

通訊者：陳昭惠、40705 臺中市西屯區臺灣大道四段 1650 號

電話：(04) 23592525 # 4303

電子信箱：joy1477@gmail.com

如同美國 ACGME 對於住院醫師在「病人照護」能力之要求，我國對於 PGY 學員與住院醫師之醫學教育訓練亦以落實六大核心能力為目標。六大核心能力包括病患照護 (patient care)、醫學知識 (medical knowledge)、以行醫為基礎之學習與改進 (Practice-based learning and improvement)、人際關係與溝通技巧 (Interpersonal communication skills)、專業態度 (Professionalism)、及體制內行醫 (Systems-based practice)(ACGME)。

針對新住院病人之照護教學，PGY 學員須學習能獲取詳實病史資料，包括利用 LQQOPERA 或 TINA (表一) 方式進行病史詢問、正確且完整之身體檢

查、及適當之影像與實驗室檢查，並能以「病人問題為導向」之病情綜整分析及做最適之醫療決定，包括鑑別診斷、焦點式檢查及治療處置。在資料收集與醫療決定之過程，最好能有指導醫師直接觀察以及實作學習，且事後立即進行互動討論予以評估回饋，如迷你臨床演練評估 (MiniCEX) (Norcini,1995) 及直接觀察技能之評估 (DOPS)。並利用晨會進行教學：由負責接新病人之 PGY 學員，將新病人之病史進行重點式報告，且列出醫療問題及以「病人問題為導向」進行診療決定之討論，並由同儕與師長進行教學與回饋。

在照護病人住院過程中，可利用之教學時機與方

表一

LQQOPERA	
Location	位置
Quality	型態
Quantity	歷時長短
Onset mode	發作形式
Precipitation factors	情境或誘發因素
Exaggerating factors	加重因素
Relieving factors	緩解因素
Accompanying symptoms	伴隨症狀
TINA	
Timing Onset	歷程，模式，進展
Influence	誘發，加重以及緩解因素
Nature Character	嚴重程度，位置，轉移，量
Association Symptoms	關係

式有 (1) 迴診教學：針對活動性醫療問題，學習主治醫師之醫療決定、告知病情之醫病溝通、及呈現關懷與尊重之專業態度；(2) 床邊教學：針對學員之照護病人，選擇確定時間（1-2 小時）進行以「病人為中心」之教學，在指導醫師觀察下收集病人資訊並以問題為導向之互動式討論；必要時，以實證為基礎，與病人 / 家屬共同進行醫療決定（Evidence-based Shared Decision Making）；(3) 會診教學：讓學員學習與其他醫療專業人員共同工作，以提供以病人為中心之跨領域團隊照護；(4) 手術室教學：對於需手術之住院患者，則在手術前、中、後之適當時機進行教學，而學員為病人執行手術，則經過事前充分訓練並符合醫師授權規定，且在執行時，上級醫師須在現場完全監督。為能落實「以病人安全及倫理考量為中心」之醫療服

表二

SIP Tea	
Sense	照護需求
Initiate	啟動
Patient-centered	病人為中心
Team	團隊合作

務，減少醫療失誤之發生率，因此須加強手術之模擬與實作教學；(5) 病例討論與期刊研讀會：利用住院案例進行集思廣義式討論，讓學員學習到寶貴經驗，並輔以病例相關之期刊研讀，以加深學員之完整印象；(6) 交接班活動：利用 Introduction、Situation、Background、Assessment、Recommendation (Aldrich, 2009) (ISBAR) 手法進行交接班，以利值班醫師能快速瞭解住院病人狀況並採適當處置，這在推行住院醫師（含 PGY）工時管制之措施更為重要。

醫療團隊合作不良為目前造成醫療錯誤原因之一，因此學員須能進行跨領域團隊合作與照護是重要。可就學員照護之病例，運用 SIP TEA（表二）手法，進行跨領域團隊合作照護之教

學（Interprofessional Education, IPE）(CAIPE ,2002; WHO, 2012)，進而落實跨領域之團隊照護（Interprofessional Practice, IPP）。此外，亦可利用每月之病房會議、病例聯合討論會，及出院準備服務之機會，強化跨領域之團隊照護能力。

以上之教學活動，皆可設立標準化流程，例如臺中榮總對於床邊教學就制定有標準化流程（圖一：見下頁），並已通過 ISO9001 認證通過。此外，各項教學活動亦可搭配相關之評核與回饋，如迷你臨床演練評估（MiniCEX）及直接觀察技能之評估（DOPS），以強化學員之學習成效。

綜言之，為能強化 PGY 學員第一線照護之核心能力，臨床教師應以「學習者為中心」、以「照護案例之討論」為臨床教材、且強調跨領域團隊照護之重要性，以評估與回饋來增進學員之學習成效，相信將可達成預期學習目標且能提昇其醫療照護品質。

參考資料

1. Accreditation Council for Graduate Medical Education. Program Director Guide to the Common Program Requirements. Accreditation Council for Graduate Medical Education.

[accessed 2016 April 27].available from: <http://www.acgme.org/>

2. Aldrich R, Duggan A, Lane K, Nair K, Hill KN (2009). ISBAR revisited: identifying and solving barriers to effective clinical handover in inter-hospital transfer: final project report. Newcastle: Hunter New England Health

3. CAIPE 2002 <http://caipe.org.uk/resources/defining-ipe/>

4. Norcini JJ, Blank LL, Arnold GK, Kimball HR. (1995) The mini-CEX (clinical evaluation exercise): A preliminary investigation. Ann Intern Med 123:795-799

5. WHO study group on Interprofessional Education and Collaborative Practice and Baker, Peter G. (2010) Framework for action on interprofessional education and collaborative practice Geneva, Switzerland: World Health Organisation Press

Enhancing Core Competence in First-Line Care: Personal Opinions

Der-Yuan Chen^{1,2}, Wei-Ting Hung³, Chao-Huei Chen^{2,3}

Abstract

The training goals of PGY1 and residents shall focus on building six core competences step-by-step. Regarding inpatients care, clinical teachers shall supervise trainees' assessment on patient's clinical problems, discuss the best treatment strategy with the trainee during morning meeting, ward rounds or teaching rounds. Timely evaluation and feedback are necessary. Teaching upon surgery can be addressed before, during or after the surgery. Trainees shall be entrusted and clinical teachers shall provide adequate supervision during the whole procedure. The model of ISBAR (Introduction \ Situation \ Background \ Assessment \ Recommendation) can be implanted during hand-off. Trainee can learn interprofessional practice and collaboration by working with other professions through consultation, monthly ward meeting, combined meeting or discharge preparation service. To deepen the learning outcome, clinical teachers use case-based discussion, supplemented by the relevant journals, at the case discussion meeting or journal meeting.

Keyword: PGY1, core competence, clinical teaching

Department of Medical Education, Taichung Veterans General Hospital, Taichung, Taiwan¹

School of Medicine, National Yang-Ming University, Taipei, Taiwan²

Center for Faculty Development, Department of Medical Education, Taichung Veterans General Hospital, Taichung, Taiwan³

Corresponding author: Chao-Huei Chen

Affiliated Address: 1650 Taiwan Boulevard Sect. 4, Taichung, Taiwan 40705

Tel:04-23592525#4303 Email:joy1477@gmail.com