

出國報告（出國類別：訓練）

參加 ACGME 教師評量能力工作坊
「Developing Faculty Competencies in
Assessment」

服務機關：國立臺灣大學醫學院附設醫院

姓名：劉政亨、王振穎

派赴國家：美國

出國期間：113 年 5 月 5 日至 113 年 5 月 10 日

報告日期：113 年 7 月 8 日

摘要

本次赴外主要任務為參加美國畢業後醫學教育評鑑委員會(ACGME)標誌性的工作坊『Developing Faculty Competencies in Assessment』，六天的工作坊涵蓋相當多的主題，包含能力導向醫學教育的基本介紹、評量的概念及信效度原則、如何進行職場觀察及回饋，臨床能力委員會的進行以及個人化學習補強計畫等內容。過程中也觀摩了美國人的課程進行方式，有十分豐富的互動環節，包含分組討論及報告以及遊戲化教學等等。最後，本次赴外學習也與 ACGME 的資深副主任 Laura Edgar 進行交流，商談後續於臺灣舉辦在地課程相關事宜，也讓 ACGME 師培課程團隊對於臺灣的醫學教育者再多幾分認識。

目次

壹、目次	
貳、 本文	1
一、 目的	1
二、 報名聯繫	1
三、 美國畢業後醫學教育評鑑委員會	1
四、 赴芝加哥過程及當地生活	2
五、 評量者能力工作坊	3
(一)能力導向醫學教育概論	3
(二)職場觀察的各種面向	4
(三)職場觀察與回饋實作訓練	4
(四)個別化學習策略	5
(五)臨床能力委員會	6
六、 主要收穫及心得	7
參、 建議事項	8
一、臨床能力委員會的實作工作坊	8
二、評量者訓練	9
三、教學部教學諮詢計畫	9
肆、 結語	9

貳、 本文

一、 目的

近年來臺灣的醫學教育順應新一波的典範轉移，持續落實能力導向醫學教育，並逐步引進核心能力與里程碑，以及可信賴專業活動等概念架構。由最初美國畢業後醫學教育評鑑委員會(ACGME)所提出的六大核心能力：臨床照護病人能力、完整與優質的專業醫學知識、實作為基礎之終身、自我學習與改進、良好的人際關係及溝通技巧、優質的專業精神及倫理及制度與體系下之醫療工作，逐步進展到今天越來越貼近臨床實務，其中也包含監督與授權概念的可信賴專業活動(EPAs)架構，我們對於能力藍圖以及目標導向的訓練模式越來越清楚，而這個漫長的過程同時也是臨床教師重整訓練計畫藍圖以及師培共識的重要契機。為了更加落實以學員為中心的訓練，計畫性評估(programmatic assessment)以及經由臨床能力委員會達成的總結性評估(summative assessment)，可以帶給受訓學員更精準、更全面的教學診斷及回饋，然而其前提是臨床教師第一線的各種評量資料需具備一定的準確性。換句話說，臨床教師作為評量者的能力將是繼續落實能力導向醫學教育改革的重要立基。美國畢業後醫學教育評鑑機構自 1995 年提出核心能力以來，一直是帶領能力導向醫學教育的標竿機構，同時該機構也舉辦各種師培增能工作坊，供全美甚至全球的臨床教師參與。因此，本計劃最主要的目的在於派赴本院教學相關人員前往 ACGME 參與完整的評量者工作坊，並將相關經驗攜回供院內同仁參考。

二、 報名聯繫

ACGME 的官方網站上有相當豐富的資訊及學習資源，其中 Course and Workshops 頁面提供各種類型工作坊的日期及報名相關資訊，對於國際參與者因為來回路途遙遠，行程通常會需要提早安排，因此在正式報名連結尚未釋出之前，亦可以去信給承辦人員詢問預定報名事宜。事實上，臺灣的數個教學醫院，包含長庚醫院、國泰醫院、中國附醫等在過去數年均陸續安排人員前往受訓，逐步累積成為臺灣區域的種子教師，並獲得 ACGME 認證成為 Taiwan Regional Hub，陸續舉辦在地化的師培課程。

簡言之，參與本工作坊報名過程不難，直接追蹤官網上工作坊開始報名的日期儘早報名即可。若因為進修計畫需要及早安排，建議直接去信給承辦人詢問是否能保留名額給國際參與者。

三、 美國畢業後醫學教育評鑑委員會

美國畢業後醫學教育評鑑委員會，英文全名為 Accreditation Council of Graduate Medical Education，簡稱 ACGME。對臺灣的醫學教育族群而言，ACGME 最具影響力的推展無疑是 1999 年提出六大核心能力的概念，並持續在能力導向醫學教育的架構上推演，包含次核心能力、里程碑，以及後續為了落實以學員為中心，聚焦總結性評估的臨床能力委員會。ACGME 在美國的定位相當於臺灣的醫策會，因此是相當標誌性的機構，

對於初次造訪 ACGME 總部的我們來說，具有朝聖的興奮感。



圖一：ACGME 芝加哥總部一隅

四、 赴芝加哥過程及當地生活

本次受訓時間為期六天，因此僅需要線上申請 ESTA 即可順利進入美國。我們選擇的航班是長榮直飛抵達芝加哥，中間發生的一段小插曲，是在時差計算的時候，因為長榮班機是臺灣傍晚出發，芝加哥傍晚抵達，仍然是同一天，抵達旅館時才發現日期估錯，原訂要隔日才能入住，幸好前台人員及時處理讓我們不至於餐風露宿。

ACGME 所在總部位於市中心的商辦大樓，周遭的生活機能相當豐富，百貨、快餐店、咖啡廳等均有選擇，因為鄰近前往密西根湖的乘船碼頭，也能見到不少觀光客。雖然生活機能豐富，ACGME 六天工作坊均有提供咖啡及茶水。另外，因為本次入住的旅館距離 ACGME 辦公室非常接近，所以沒有搭乘地鐵或公車的經驗，略為可惜。



圖二：參訪三人課程前讀書會

五、 評量者能力工作坊

接下來進入本次短期受訓的正題：為期六天的評量者能力工作坊，以下將大致依照日程將工作坊的主題分為：能力導向醫學教育概論、職場觀察評估、架構化回饋方式、個別化學習策略以及臨床能力委員會整理之。

Day 2 – Monday, May 6, 2024					
Time	Session Title	Session Description	Learning Methodologies	Faculty	
8:00 AM – 10:15 AM	What Constitutes “Good Assessment”? 1) What does this look like and how do you know if your assessment methods are useful and impactful? 2) What is “rater cognition” and what are its implications for assessment? 3) Rethinking scales 4) Importance of narrative assessment 5) Faculty role in the “system” Need for faculty development	Day 5 – Thursday, May 9, 2024			
10:15 AM	Morning Break				
10:30 AM – 12:00 PM	Using a Systems and Programmatic Approach to Assessment				
12:00 PM	Lunch				
1:00 PM – 2:15 PM	Assessing Clinical Reasoning 1) Working with a competency “we know” 2) Use of in-training examinations, work-based assessment approaches, and chart-simulated recall (CSR)	Working with Learners in Difficulty This session will provide a structured and systematic approach to working with learners in difficulty.	<ul style="list-style-type: none"> Literature review Theory bursts Case vignettes Small group discussion 	Dr. Warburton	
2:15 PM	Afternoon Break				
2:30 PM – 4:00 PM	Getting the Most Out of Milestones	Individualized Learning Plans (ILPs) This session explores the theories behind ILP design and introduces a simple 4-step tool. Participants will practice coaching ILPs for learners and also practice creating ILPs for themselves and their faculty members.	<ul style="list-style-type: none"> Theory bursts Small group exercise Self-reflection 	Dr. Moutsios	
4:00 PM – 4:30 PM	Shift and Share	Lunch N/A	N/A	N/A	
		Troika Consult Troika consults are a method to help individuals refine change plans through a unique process of deep listening, structure, and consultation.	<ul style="list-style-type: none"> Troika consult (from Liberating Structures website) Small group work 	Dr. Moutsios	
		Assessment of Clinical Practice Essential assessment method for practice-based learning and improvement (both for individual and clinical settings) and for systems-based practice	While assessment of the 1:1 clinical encounter through direct observation is essential, so too is assessment of clinical practice through quality and safety measures and evidence-based practice. This session will focus on approaches to using different types of practice data for assessment.	<ul style="list-style-type: none"> Theory bursts Small group exercises with various tools Small group discussion 	Dr. Edgar
		Afternoon Break N/A	N/A	N/A	
		Multi-Source Feedback (MSF) 1) Competencies of professionalism/ teamwork and interprofessionalism 2) Patient-centered care (how can you assess patient-centeredness if you do not ask the patient about their experience?)	This session will cover basic concepts and practical applications of MSF. MSF should be a component of all assessment programs. Note: participants should have access to their own multi-source feedback tool (if applicable)	<ul style="list-style-type: none"> Review of own tools Small group discussion Application of tools 	Dr. Hatlak
		Action Planning Participants will continue to develop and refine action plans for what they wish to tackle upon return to their programs/institutions.	<ul style="list-style-type: none"> Action plan blueprint Individualized learning plans 	Dr. Moutsios	

圖三：課程表示意圖

(一)能力導向醫學教育概論

工作坊的第一天就從醫學教育概論介紹開始，講師在引導學員自我介紹後，簡要敘述了六天會學到的內容，並請學員寫下自己希望達成的目標。接著帶領學員進行 TRIZ 演練(Theory of Inventive Problem Solving)，請大家反向思考不好的訓練計畫有哪些特色，並嘗試將目標設定為訓練出不勝任的學員，來撰寫訓練計畫。結果討論過程中，大家發現這個計畫也真的不好寫；透過大家的反向思考才更深刻的體認到，現代訓練計畫中很多的規劃其實都是為了落實學員安全的受訓且有合乎期程的成長。

接著介紹 CBME 概念，包含 Van Melle 提出的五大元素：核心能力架構、能力進展描述、客製化的學習體驗、勝任能力為本的臨床指導、系統化的評量等等，讓我們了解到臨床訓練的最終歸結應該源自於醫療照護場域病人的需求，並以此為目標重新構思臨床訓練的核心目標、並進行客製化的觀察與教學、最後有系統化的評量，都是構成 CBME 的核心元素。此外，時間是 CBME 的資源而非目標，在 time-based 的框架進行 CBME 的落實是可行的，主要赋能增進教師的職場觀察與教學回

饋。除了概論性的介紹，講師也將六大核心能力中最難教的兩個核心能力“制度下之臨床工作”及“從工作中學習及成長”、及其相對應的次核心能力里程碑、相關教學資源及評量工具拿出來剖析，並分享了 ACGME 團隊開發的臨床教育者核心能力架構及里程碑，可說是將能力進展的概念反覆用實例來進行闡釋。

(二) 職場觀察的各種面向

這部分邀請到 Jennifer Kogan 擔任講師，Kogan 過去發表了相當多關於職場觀察的文章，也敘述了很多會影響觀察信效度的相關議題。因此課堂中可說是引經據典，逐步帶領大家認識這個重要卻鮮少人特意提起的主題。首先談到心態方面，如果在進行職場評量的過程中，若缺乏良好的前置作業和適當的文化背景，觀察者將難以善用手邊的評估工具，而被觀察者可能也會處於不安與防衛的情緒，因此單位文化以及妥善地告知及安排是職場評估很重要的一環。除此之外，Kogan 在沒有提示學員的情況下，播放了一段告知壞消息的影片，讓學員各自討論影片中醫學生的表現。結果顯而易見，工作坊中每一組的學員都觀察到了不同的優缺點，也就是每一位觀察者都只看到的片段的資訊；Kogan 接著帶出參考框架(frame of reference)以及各種會影響評量者的認知偏誤概念。

延續著評量者的參考框架，學員們試著用醫病互動諮商 (counseling) 為例討論了具體的觀察面向及行為指標，並以此來理解表現維度訓練(Performance Dimension Training)的重要性，最後提供經由共識所產出的範本給學員參考。此時學員們仍驚訝於一項臨床任務中，不只需要觀察的面項繁多，包含了專業素養、溝通技巧、醫學知識、病人照護等等，每一面向下具體的行為指標也充滿了細節，只要觀察者不注意就可能疏漏或是流於僅僅觀察到光暈，難以捕捉具體的行為。由此可見，評量者的能力不僅需要訓練，事前對評量任務內容的充分討論及使用適當的評量工具，都是提升評量信效度的重要因素。

(三) 職場觀察與回饋實作訓練

觀察後需要的是像學員回饋，因此課程中也介紹了三個主要的模組: PREPS、ADAPT、R2C2。PREPS 是回饋前的事前準備，包括建立關係(Promote Relationship)、設定目標(Establish Goals)、選擇情境(Pick Setting)、明確提示(Signpost)。ADAPT 是指回饋過程的鋪陳元素: 詢問學員心態及思路(Ask)、跟學員討論特定的行為(Discuss)、詢問學員尋求改變(Ask)、跟學員共同構思對策(Plan Together)。R2C2 是指回饋過程的技巧元素: Relationship、Reactions/Reflections、Content、Change。

在工作坊第三天的下午，我們被安排到教學醫院的技能中心，依序觀察四段標準化病人與標準化住院醫師的實際互動，學員則一一被要求向標準化住院醫師進行回饋。因為每組會有五位學員，所以在第四段演出後，標準化住院醫師會有一個過場，然後改變角色設定（例如從服從建議變成叛逆），接著由第五位學員嘗試進行

回饋。演出的橋段包括 breaking bad news、history taking、handoff case、informed consent，這些都是臨床常見的經典情境。每一個主題在觀察前也會由富有經驗的引導員帶領小組先討論該情境下應有的標準行為，也就是一種 PDT，討論後發放模板，然後小組一起觀察標準化的演出。演出結束後，小組會先迅速達成共識彼此所見，接著讓負責回饋任務的學員對標準住院醫師提供回饋。

這樣的過程相當具有參與度，因為負責回饋的學員不僅僅是講述回饋的內容，還要包含一開始醫病互動場景時，向病人自我介紹，並說明今天的診間主要由住院醫師看診，自己是在旁引導的教師，以觀察為主而不會介入。直到病人離開後，要依照 ACGME 提供的建議模組，例如 PREPS, ADAPT 模組聚焦回饋前的準備與回饋環境的建置，避免學員無法自覺與尚未準備好改變的狀況。接著詢問住院醫師是否願意討論，並根據住院醫師的反應模式進行回饋。整體而言，不僅每一個橋段都要扎實地呈現，也要用全英語來達成，因此挑戰性相當高。不過，因為在場都是醫學教育的種子老師，且工作坊也常有非母語者參與的前例，所以整體過程是愉悅且富有成長性，而不至於感到壓迫。換言之，過程中參與課程的老師自己也感受到了好的 feedback 的元素。確實，Feedback 是促進 deliberate practice 的重要環節，傳統上著重傳達的訊息，現在更強調互動溝通以及促進行為改變，透過經營 feedback 的過程與現場化解 teacher、learner、learning culture 各層面的干擾因素。

演練過程中特別的是學員的角色設定在每組都不太一樣，包括一般性的，對於大部分表現不佳的回饋沒有想法、自我感覺良好無法接受建議、快要接近訓練完結階段不在乎學習、處於倦怠狀態以及覺得時間不夠等等。關於評量者訓練，ACGME 也提供了十分豐富的學習資源，ACGME 有一個很棒的開放性學習資源，可以把裡面的指引跟影片在地化跟中文化作為未來課程的教材跟素材：<https://dl.acgme.org/pages/acgme-faculty-development-toolkit-improving-assessment-using-direct-observation>

(四)個別化學習策略

個別化學習策略是一個很重要的主題，在 ACGME 的課程中先針對 learners in difficulty 進行介紹，概述了學習者可能會有的困難與挑戰，可能是綜合性的落後，單一能力的缺失，也可能是態度面的問題。接著帶入(systematic approach for remediation)，依照能力藍圖來定位學員缺乏的知識、態度、技能面向，並且利用 SMART 原則，包含：具體(Specific)、可衡量 (Measurable)、可達成 (Achievable)、相關 (Relevant) 和有時限 (Time-bound)，來寫下學員的個人化補強計畫(ILP, individual learning plan)，具體可用四個步驟來簡要說明：需求評估、設定目標、策略與資源、追蹤進度。講者同時也提醒，因為學員屬於畢業後醫學教育的層級，基本上都是成人了，在規劃學習

計畫時也要考量到成人學習理論並善用成人學習的特色，例如基於經驗的學習，善用問題導向的思考引導等等。補強計畫內容則應該包含：解釋 remediation 的原因與計畫、設定目標、回饋指導/調整訓練安排以及補救訓練的場合。

ACGME 課程另外一個特色是非常重視不同醫院的系統、文化，因此主題講師 Karen 同時也帶領大家思考落實以學員為中心的個人化學習計畫時，也應考量到機構內的資源、文化，以及教師及學員的心態是否正確，因為針對學員的訓練期程進行調動，很有可能會打擊到學員的認知，因此在回饋跟制定補強計畫都適宜先探詢學員的準備度，並適當的給予心理安全界定，類似生物-心靈-社會模式的全人關照。另一個 remediation 不容易執行的原因則在於講師端，因為要明確學員的錯誤並令其重修是很艱難的決定，多數老師可能會發生 failure to fail 的情形，無法拒卻不合格學生的表現，如此一來當然就不會有補強計畫的需要。因此講師重申了落實職場觀察及 CCC，並且早期發現問題學員並介入，才是真正保護學員的做法。此外，學員也可能對於這樣的輔導有不理想的反應，包括缺乏投入度、不誠實、不尊重、缺乏病識感等等，都是教師們應該預期且有能力介入輔導的常見反應。

在接下來的時段，講師介紹了 Troika Consult 小組討論法。Troika 源自俄語 "т р о й к а" (troika)，意為"三人組"或"三駕馬車"。這種方法主要用於促進團隊合作、問題解決和創意思考。分組時三人一組，互相編號為 A,B,C，每一輪 10 分鐘(三人一組，一人提問、兩人諮詢): 2 分鐘提問者提問、2 分鐘諮詢者釐清問題、4 分鐘諮詢者兩者互相討論解決方案、最後 2 分鐘提問者反思回饋。簡言之，提出問題的人之後只能聆聽兩位小組成員討論，且必須轉身背對兩人，以避免干擾或介入。這樣的討論法會讓提問者靜下心來聽他們激盪的討論，而非你來我往的回覆，這樣下來會獲得跟自己觀點不同卻十分有用的建議。課程尾聲也分享了不少線上資源，例如 ACGME 的免費線上資源：<https://dl.acgme.org/learn/course/acgme-remediation-toolkit/a-systematic-approach/introduction?client=acgme-hub>，可以用來強化學員輔導技巧。

(五)臨床能力委員會

臨床能力委員會的關鍵在於凝聚共識，利用集體智慧的方式達成更具信效度的總結性評量，而為了要達成這件事，了解會議決策的動態過程就是關鍵之一。在本次評量者工作坊中共有約一天半投注在 CCC 的引導。

首先，在課程第三天上午，我們參加了一個遊戲化的工作坊：「誰謀殺了船長」活動。在這個活動裡面，小組成員會分工成為調查小組的一員，包含刑警、鑑識組員、檢察官等，一起調查一樁假案：發生在一艘渡輪上面的謀殺案，船長被殺死了，而船員們各有各的說詞。刑警在有限的時間內可以分頭去訪問個別船員，搭配鑑識組員看完證物的資訊，由檢察官拼湊出最終結論。幾乎每一組都全神貫注在遊戲當中，可說是投入度

非常高的遊戲化設計，設計理念涵蓋片段資訊的重組、不同資訊來源的權重、以及團體共識的體驗、萃取後設認知連結到 group decision process。結束後講師群帶領學員反思，回顧小組行為並對應團體決策相關的理論架構，如 social decision scheme theory、functional theory、groupthink 等概念，也說明了團隊決策其實包含團隊資源管理的概念在其中，包括一開始的領導分工、中間的資訊收集與分享、重組團隊調整對策、共享決策。

課程第六天時，Andy 講師也帶大家回顧了 CCC 的各項注意事項，其實就是 Guidebook 的內容做進一步地闡述。印象深刻的是，基本每一項 guidebook 的內文都源自一篇研究，換言之，美國人治學的嚴謹以及解決問題的態度真的非常令人敬佩。簡單摘要 CCC 是由三人以上組成的小組，協助訓練計畫審視每一位學員的能力進展。CCC 扮演多元的角色，會議的結果可以提供學員的進展、提供臨床教師教學的調整、提供課程主任課程計畫的調整、提供部門政策調整的方向、提供醫院、官署、主管機關與學會組織課程品質的資料呈現。CCC 是一個定期審視學員進展的機制，有其建議的原則與技巧，但不拘泥固定的人員、職級跟形式。

六、 主要收穫及心得

此行除了知識的洗禮，也再度體驗到美國所謂人權至上的精神。六天的課程中，包含工作坊的設計，燈光照明、桌椅空間、插座以及文具都足夠每一位學員得到最好的學習體驗，另外像餐飲的安排，也讓學員隨時有足夠的咖啡，飲料，冰塊(不只飯店每層樓有製冰機、ACGME 的教室也有一台製冰機)。

上課過程中，講師也都反覆提醒，如果需要活動筋骨或是上廁所，都請隨時自便。當地學員也真的會在下午時段就自動站到教室後方站著上課，避免瞌睡。美國人用一種高度自主的方式進行自我管理及展現對彼此的尊重，非常有特色。在進行 PDT 以及觀察標準情境的時候，也訝異於美國的醫病互動關係可說是極度有禮且互相尊重，乃至於教師對於住院醫師的引導也都必須要面面俱到。對於在臺灣快步調習慣的我們來說，可謂十分震驚，但也不得不承認，這樣的文化之下，專業素養將會是無時無刻都需要的必備能力，也更能時時做到以病人、以學員為中心的溝通。

除此之外，也感受到美國人對於上課引導的特色。因為西方較重視個人主義，因此在小組討論時其實幾乎所有人都會發言，且無論對主題是否熟稔，即便是個人經驗也會盡可能分享自己的想法，因此課堂中少有冷場的時候，這點就跟臺灣的上課型態略微不同，臺灣民風較為保守，大家較少發言，也時常擔心發言有不當或是錯誤的地方，課堂討論或詢問往往少有回應。

第三點是則是，其實我們醫院的教學部跟臺灣的醫學教育社群，對於這些發源自 ACGME 的醫學教育概念及原則已有相當程度的學習了，我們教學部楊志偉副主任，也

是帶領國內多個醫事職類學會進行 EPA 共識的醫學教育專家，因此在人才及軟實力的部分臺灣並不亞於發源地。較遜色的地方在於轉譯及實施的部分，舉例來說，目前有不少科部仍在使用六大核心能力評估量表，但其實 ACGME 早已接連發展了不同專科的次核心能力、里程碑 2.0、補充指引還有調和式核心能力等等。如果沒有學會或是醫院評鑑的力量，著實難以讓我們在落實醫學教育演進的腳步可以及得上發源地。這部分是源自於轉譯以及實施科學的限制。



圖四：參訪團與三位講者合照

參、建議事項

一、臨床能力委員會的實作工作坊

綜觀能力導向醫學教育的在地施行，其實從核心能力到可信賴專業活動的概念都已經逐漸鋪陳於臨床教師心中，但對於單位而言，施行臨床能力委員會其中一個門檻是過去未曾有過類似經驗。本次參加工作坊的過程中與當地臨床教師交流，也可發現當地訓練計畫基本上已經常規舉辦臨床能力委員會來定期總結性評估學員。因為臨床能力委員會(CCC)的會議方式及目的有其獨特性，儘管 ACGME 網站上有 guidebook 文件參考，仍難直接移植，因此帶領科部種子老師先進行模擬 CCC 將會是降低門檻的實務方式。

目前院內已經有數個職類開始進行 CCC，如果要擴及更多職類的話，勢必要規劃實作工作坊來訓練不同職類及科部的種子教師。目前教學部師培中心已經承辦一場工作坊，並於 6/1 舉辦完畢。不過，舉辦涵蓋不同職類的工作坊有其難度，因為不同職類使用的能力藍圖與熟悉的評估工具皆有所不同，在進行模擬 CCC 時未必能快速進入狀態，因此後續的師培活動不只需要更細緻的在地化，也會需要依照職類實際的需求進行客製化，未來如果單位面臨實務的挑戰亦可由教學部派員協助輔導。而 CCC 課程可以在地化成為標準化的師培工作坊、搭配 CCC 後的 ILP 及對學員的 feedback 成為一個完整的訓練模組。

二、評量者訓練

臺大醫學院共同教育與師培中心每年均會針對新進教師舉辦師培工作坊，其中一個實作模組是評量工具的認識，不過因為時間有限，難以延伸及觸及評量者訓練的部分，包含參考框架及觀察面向概念的認識，以及常見的認知偏誤；未來或可考慮舉辦一個濃縮式的臨床回饋工作坊，上午進行理論及課程講授，下午則在技能中心進行標準化情境的觀察以及實地的回饋演練。這樣的評量者工作坊訓練，可說是 ACGME 課程版本的精華濃縮，此前也與本院急診部合作規劃了類似的課程，並於 4/11 舉辦完畢。經過本次赴外洗禮後，相信可以將類似的評量者訓練工作坊做出去適切的調整，並分享給本地教師。另外則是標準化住院醫師的訓練，如果要做到像工作坊中呈現的一般精準，也需要花費心思來強化學員的表現程度、以及模擬接受回饋時的風格與心態。

三、教學部教學諮詢計畫

目前教學部下設有科技輔助醫學教育-教學諮詢計畫，旨在協助臨床教師可以接軌科技輔助教學的應用及研究，不過教學部作為後勤單位應該有能力提供教學設計及課程規劃相關的輔助資源，因此近年也在積極佈建相關的人員物力，例如遴聘教學設計師、以及進行二階段的空間改造建置智慧學習教室等等。期許教學部日後有能有類似 ACGME 一般舒適的學習空間，人員也具備相對應程度的軟實力，並且提供需要的臨床教師即時且適切的支援。

肆、結語

感謝臺大醫院與臺大醫學院促成這次的種子教師赴外學習，讓我們一行人赴醫學教育聖地 ACGME 接受原汁原味的完整師培課程，並用英語和標準化病人及住院醫師互動進行回饋練習，可說是非常難忘的經驗。此行所收穫的知識概念以及實務經驗，均會投注在本院未來的師培活動中，期能將第一手的資訊盡快分享給院內臨床教師，以進一步提升本院在臺灣醫學教育的貢獻及領導地位。