

畢業後一般醫學訓練計畫(Post Graduate Year program)

的緣起及對醫學教育的影響

PGY 推手陳祖裕醫師專訪

採訪者：中國醫藥大學醫教會主席黃國維、秘書長陳俊安、人文醫學部部長黃敬之、刊編會華杏主編黃于芸

2010年9月，中國醫藥大學醫學系第七屆「柳川泮月-英才培訓營」再度邀請謝博生教授向大一醫學系新生演講醫學教育改革。由於現階段，醫學系學生對於畢業後一般醫學訓練計畫(簡稱PGY)並非熟悉，而且PGY對所有醫學生皆有所影響，因此在會後，系學會醫教會主席、廖世傑老師一起向謝博生教授請教PGY的發展與精神，謝教授積極推薦我們約時間訪問真正幕後的推手-中國醫藥大學醫學系陳祖裕主任。經過與陳祖裕主任2個多小時愉快的訪談，做出以下PGY專題專訪，而且這些訪談是經由陳祖裕主任所確認。希望藉此專訪能讓大家更清楚了解PGY的緣起與對醫學生的重要性。

前言及緣起

根據謝博生教授提出的「醫學教育連續統一體」，醫學教育分成三階段：第一階段是醫學基礎教育，指的是7年畢業之前所學的知識、技能和態度，醫學基礎教育在台灣醫學院評鑑委員會(Taiwan Medical Accreditation Council, 簡稱TMAC)的監督下，各醫學院比以前更努力落實醫學基礎教育；第二階段是畢業後醫學教育，指還沒擔任主治醫師時所受的專科醫師訓練；第三階段是醫學繼續教育，在台灣，成為專科醫師或者次專科醫師之後，若要保留專科或者次專科醫師的證書，必須每6年修到180學分，因為醫學是不斷進步的。

畢業後醫學教育又可以分成兩階段：專科訓練、一般醫學訓練，專科訓練在1988年，由衛生署長施純仁訂出許多專科；一般醫學訓練則發展較慢，又分成西醫師、中醫師、牙醫師，我們著重了解2003年後的西醫畢業後一般醫學訓練。

1988年，施純仁署長公佈了專科醫師訓練方法之後，又把專科醫師訓練跟勞保、健保連結，沒有專科的醫師在給付上會有困難因為健保給付採用專科醫師制度，所以畢業後要有專科醫師的身分，因為這種關係，久而久之，變成一種極端，造成現在過度專科化。考試引導教學，考試也引到學習成效，醫師考試的考題趨於過度專科化，導致在臨床教育學習過程中，醫學倫理、實證醫學、感染管控、醫療品質未受重視；同時，這種訓練培養出的醫師對社區醫學的認知也不足。

直到2003年出現嚴重急性呼吸道症候群(severe acute respiratory syndrome, 簡稱SARS)，SARS這道真實的考題讓醫界被打了不及格的分數，主要在於醫師對社區醫學的認知不足。很多診所暫停看診，民眾若生病、發燒，需要跑到很遠的地方找醫院，整個防衛網瓦解，讓我們發現醫學教育有問題要趕快改。

引導改革畢業後醫學教育的教師，像是在台大做醫學教育改革的謝博生教授等，針對 SARS 所引發台灣醫療網破洞，彰顯大部分醫師過份專科化而無一般醫學能力深感憂心。謝博生教授也發現台大能做一般醫學照護，但能做的也是少數醫師，當時醫策會會議中即討論，應利用這個機會推一個醫學教育改革計畫，用以彌補台灣醫療網，提升台灣醫療環境，因此「畢業後一般醫學訓練計畫」即為誕生。

陳祖裕主任：「由於國外畢業後一般醫學訓練的第一年稱 Post Graduate Year，簡稱 PGY；第二年叫做 PGY2，於是有人把畢業後一般醫學訓練計畫稱做 PGY program。」

一般醫學是什麼？

一般醫學是作為一名醫師應該具備的知識、技能和態度，且永久保有、不斷更新。一般醫學的知識和技能是基本的、主要的、一般共通的、牽涉生物、心理與社會的層面；一般醫學訓練的態度是以病人為中心的全人醫療照護及終身學習。

陳祖裕主任：「舊制 PGY(3 個月)的時候，很難完全訓練學員，6 個月 PGY 也不容易，主要原因是時間太短，而且學員均已被分配到專科，心有所屬，不易專心投入接受訓練。民國 100 年改為 1 年制，1 年一般醫學訓練(PGY)之後，才是真正做到專科醫師訓練。」

一般醫學還包括臨床醫學與公共衛生的結合—內外科之外還包括社區醫學，以社區為基礎、著重預防醫學及完整的健康照護。

陳祖裕主任：「大家畢業後希望在哪裡行醫？一定在大都市，為什麼？因為要考量的很多，包括自己的進修、成長，還有家人，所以決定去偏遠地區是不容易的。到了偏遠地區，進修機會少、沒有很好的科學儀器，也沒有人跟你會診，看病的技巧可能較難進步，但是你了解到這些問題之後，彼此會互相鼓勵、扶持，未來如果你擔任衛生署長或總統之類的重要職位，你會給偏遠地區醫生更多的資源。還有，當我的病人回到社區的時候，該怎麼做好居家照顧，去社區走過一遭之後大概就會知道，有時候我們在醫學中心服務的醫師有的都不知道，但其實對病人照護是很重要的。」

哪些學生參加 PGY program？

目前總共有 12 間醫學院參與，每年醫學系畢業人數 1300 人，加上僑生、外籍生等特殊身分醫學系畢業生，所以每年參加 PGY program 的人共 1400 人左右。

計畫內容及發展

2003 年 3 月的時候，是 3 個月的計畫；2006 年是 6 個月的計畫；2011 年是 12 個月的訓練計畫。為什麼一開始不做 1 年制的 PGY program？

這必須回到 2003 年，SARS 發生當年，有 SARS 特別經費 500 億，剩下甚多可以利用，才有經費推動 PGY program，所以 SARS 發生不久 (5~8 月)後，8 月便推動 PGY program。短短幾個月的時間，甚至有醫院還沒有準備好就要做。

要不要準備好再做？這是一個很大的問題。既有經費就打算開始做，但有人

認為如果馬上做 1 年的話，住院醫師變成 PGY 學員，各科馬上少了許多住院醫師！除此之外，老師準備好了沒？當然還沒，課程準備好了沒？當然還沒！

這種情形該怎麼辦？就先辦 3 個月的 PGY 訓練！包括內科、外科、社區醫學，2006 年延長為 6 個月，把時間延長，再多急診 1 個月。之後改為 1 年制 PGY program 的變化在哪裡？差異就在於 1 年制 PGY program 是完成訓練後再開始專科訓練，以往 3、6 個月制 PGY program 都是分完專科才開始受訓。

以下是歷年訓練計畫的架構簡介：

2003 年：3 個月訓練計畫

3 個月的訓練計畫包括 1 個月一般醫學內科、1 個月一般醫學外科、1 個月社區醫學基本課程；包括基本訓練課程 36 小時，又包含醫學倫理與法律、實證醫學、感染管控、醫療品質。參加的醫院約 100 多家，學生約 1300~1400，是跨院合作計畫。

| 時間 | 時間分配 (月) | | |
|------|--------------|--------|----------|
| | 1 個月 | 1 個月 | 1 個月 |
| 訓練內容 | 一般醫學內科 | 一般醫學外科 | 社區醫學基本課程 |
| | 基本訓練課程 36 小時 | | |

2006 年：6 個月訓練計畫

6 個月訓練計畫包括 1 個月一般醫學實務訓練；1 個月社區醫學基本課程；1 個月社區醫療相關選修：受訓學員從社區醫學實務、婦產科、兒科、急診醫學科、精神科等科中跨科選修 1 科；3 個月專科相關選修：選修科別為一般醫學內科、一般醫學外科、一般醫學兒科，擇一訓練，「3 個月專科相關選修」訓練科別與「1 個月一般醫學實務訓練」須不同；一般醫學基本訓練課程增為 40 小時，時數變多，而且交教案可記 1 個小時；剩下 6 個月進行專科全人醫療訓練，回到各自專科，但需要包括醫學倫理與法律、實證醫學、感染管控等等訓練，這段期間非醫策會處理。2009 年起一般醫學實務訓練改為急診醫學訓練。

| 時間 | 由醫策會負責規劃執行 | | | | 專科醫學會 |
|------|------------------|----------|----------|--------|----------|
| | 1 個月 | 1 個月 | 1 個月 | 3 個月 | 6 個月 |
| 訓練內容 | 一般醫學實務訓練/急診醫學訓練 | 社區醫學基本課程 | 社區醫療相關選修 | 專科相關選修 | 專科全人醫療訓練 |
| | 一般醫學基本訓練課程 40 小時 | | | | |

2011 年：12 個月訓練計畫，完成後再開始專科訓練

12 個月訓練計畫包括 4 個月內科訓練，其中 1 個月到合作醫院；2 個月外科訓練；1 個月急診醫學訓練；1 個月兒科訓練；1 個月婦產科訓練；2 個月社區醫學訓練；1 個月選修科訓練；一般醫學基本訓練課程 24 小時及至少 36 例實際照護案例分析。以上訓練完成之後才開始專科訓練。

| 時間 | 時間分配 (月) | | | | | | |
|----|----------|---|---|---|---|---|---|
| | | 4 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 |

| | | | | | | | |
|------|-----------------------------------|----|-------|----|-----|------|-----|
| 訓練內容 | 內科 (1個月在合作醫院) | 外科 | 急診醫學科 | 兒科 | 婦產科 | 社區醫學 | 選修科 |
| | 一般醫學基本訓練課程： 24小時及至少36例實際照護案例分析 | | | | | | |

陳祖裕主任：「基本課程訓練在主要訓練醫院，內外科也在主要訓練醫院，社區醫學課程到外面醫院，很多大醫院未來的醫師，有1至2個月的時間跑到比較鄉下的地方，這是很好的事情，因為真正體認到在那種地方看病不容易，另外我可以知道病人從這些地方轉過來的時候，他需要怎麼樣的資源或資訊。」

阻力及困難

- 各醫院缺乏能提供一般醫學訓練的師資。
「老師都是專科醫師怎麼教學員呢？我是腸胃科的專科醫師只會看肝炎、肝硬化，PGY學員碰到糖尿病的問題我要怎麼教？還有醫學倫理怎麼教？」
- 缺乏合適一般醫學教學的病例。
「比如說我是腸胃科的專科醫師，病人都是腸胃疾病，雖然老年人可能還有中風、糖尿病，但是主要還是腸胃疾病。」
- 各次專科病房的打散、病房床位的重新分配、績效的重新分配。
- 教學任務與病人安全與照顧如何兼顧的兩難。
「以前幫我的是內科R1，能力很好，但是現在來了一個外科學員，要從頭教，下個月又來一個不是內科的也要從頭教，所以很累。」
- 學員對一般醫學訓練認同度待提升。
「有的同學認了，覺得就3個月而已，有的同學強力反對：多了那3個月做什麼？特別是那些不需要照顧病人的科更覺得沒有用。我們中國醫藥大學附設醫院在2003年8月開始推動畢業後一般醫學訓練計畫的時候發現方向錯誤，便暫停到11月再開始，所以有的醫院停了一下，我當時在台北榮總做覺得還可以，因為在台北得到的資訊比較清楚，所以我知道怎麼做，但中南部的醫院沒有得到這些資訊實行比較困難。」
- 經費不夠、準備不夠、沒有誘因。
- 反對PGY program者。
「學員不想學、資深醫師不想教、醫院經營者迫於評鑑、有醫界大老反對。」

衝擊

- 學員：多了3至12個月的訓練，所以當專科醫師的時間延後。
- 其他住院醫師：工作負擔加重(例如：R2底下的R1有3個月進行PGY訓練，R2照顧的病人也相對增多。)
- 主治醫師：教學負擔加重。
- 醫院：人力成本加重。

大家都沒有好處，所為何來？

改革「不單是我們的事，更是社會的事」

1908 年美國醫學會(American Medical Association, 簡稱 AMA)執行一個計畫，希望把不好的醫學院關掉。AMA 拜託卡內基基金會做全北美每家醫學院的評鑑。卡內基基金會邀請 Abraham Flexner 主導評鑑，於 1910 年完成影響北美醫學教育整整一個世紀的 Flexner Report。Abraham Flexner 不是醫生也不是有博士光環的大學教授，他是一個高中老師，但是是一位真正懂得教育的人。他發現在美國，最好跟最差的距離恐怕是全世界最大的。他認為醫師是一種社會的工具，**醫學教育是提供給社會的需求，所以推行一般醫學訓練是為因應社會需要。**

初步成果

- 舉辦歷來最大規模的師資訓練計畫；多所醫學中心教師共同規劃核心課程、教材（教學指引）教學計畫重視評估與回饋；醫學教育以能力導向的理念逐漸普及；OSCE（Objective Structured Clinical Examination，客觀的臨床能力試驗）開始推了；實證醫學及醫學倫理與法律受到重視；醫院增加教學設備的投資。

「甚至開了很多的教師培訓營，2003~2009 年有 5855 位教師人次參加研習會，醫院內辦的人次可能更好幾倍於這個數目。所以大家都在接受怎麼教學的訓練，所以教學的技巧會比以前好，對醫學倫理、法律、實證醫學的觀念也會好一點。也編了很多教材。評量方式也會跟著改變。」

- 其他醫事人員畢業後二年期訓練。
「其他醫事人員畢業後先待在大醫院兩年再到社區醫院工作，因為訓練出來的品質有保證，到社區醫院工作得心應手，成效甚至比 PGY program 成功。」

2011 年全 1 年期 PGY 計畫之衝擊與因應

醫院的衝擊

如果 2011 年完全實行全 1 年期，將導致一整年沒有 R1。

為了避免 1 年期 PGY program 立即實施，造成住院醫師短缺的衝擊，所以選擇循序漸進推動 1 年期 PGY program，便提出了「PGY 100 人力衝擊相關因應草案」，讓民國 100 年才當完兵的醫學系畢業生及轉科者用舊制，先分到專科當 R1，進行 6 個月的 PGY 訓練。

最後，在 2011 年，全 1 年期 PGY program 造成之人力衝擊如下：

- 2011 年將缺少一半 R1。
- 2012 年將缺少一半 R1 及一半 R2。
- 2013 年將缺少一半 R2 及一半 R3。
「這一年缺少最資深的 R2、R3，是最可怕的一年。因為由資深住院醫師堅守的加護病房醫師人力大減。」
- 2014 年將缺少一半的 R3 及一半 R4(如此類推，直到 5 年之後人力才能恢復)
- 2011 年的 PGY 訓練採雙軌進行。

「雙軌進行指的是應屆畢業生接受全 1 年期 PGY 訓練，而非當年度畢業生及轉科者接受舊制之 PGY 訓練（6 個月訓練內容）。101 年再全數進入全一

年期 PGY 訓練，不再有 6 個月訓練內容。如此雙軌進行造成計畫複雜化。」

醫院的衝擊之因應

醫院可以增加 Hospitalists(專責照護住院病患的主治醫師) 及專科護理師；以充分行政人力協助課程的執行及評估，讓教師盡量不要做行政工作；建立教育專家制度以少數專家人力規劃省事省時有效的課程；以先進電子技術配合教育訓練課程的執行及評估，節省老師與學生的教學時間。

學員的衝擊

- 受訓時間延長。
- 須在一年的時距間兩度向醫院申請職缺(PGY 學員、住院醫師)而疲於奔命。
- 受訓期間及結束時均須接受一連串有系統且嚴苛的評估(如 OSCE 等。)

學員的衝擊之因應

首先，訓練課程的規劃與「畢業前一般醫學訓練」(簡稱 UGY 訓練) 有所區隔，核心課程的學習目標應全面修訂，**畢業前學的是治療、診療的原則，畢業後是要真正能夠照顧到、治療到病人。**除了臨床學習場所之外，主要訓練醫院應提供急症、困難狀況及溝通技巧等領域的醫學模擬(medical simulation)訓練場所(如臨床技能訓練中心)。醫院應從全院教學經費中劃出固定預算以確保教學計畫能順利推行；還要努力讓學員有愉快而充實的學習過程讓學員真正在這一年學到東西；使用有效且友善的評估方法，像是 OSCE (Objective Structured Clinical Examination, 客觀的臨床能力試驗) 要讓學員覺得是為了我好而做的；最後給予學員合理的生活津貼，以防財務狀況影響學習。

主治醫師的衝擊

住院醫師人力減少，若醫院未有因應的配套，工作負擔便會轉嫁至主治醫師身上；教學負擔增加，教學鐘點費通常無法跟臨床工作績效相比，教學時數愈多愈可能導致收入減少。

主治醫師的衝擊之因應

增聘主治醫師、開發教學資源、使用電腦輔助教學或網路教學如 MicroSim (電子化醫學自我學習系統)、PowerCam；納入護理師指導員擔任臨床技巧教師來擔任教師或協助教學；院際合作及資源分享：共同製作及分享教材、教案、評估試題，促進自我引導學習如採用任務導向學習 (Task-Based Learning)，以主動學習取代被動學習。

多採用有效而簡易的辦法及教具：如 one-minute preceptor model(包含 5 程序 1.確定主題 2.詢問理由 3.回饋優點 4.回饋缺點 5.原則、結論)、蘇格拉底教學法(教師用一連串相關的問題，激發學生思考)、過去學生常問問題的標準答案等

PGY program 的目標與未來展望

IOM(Institute of Medicine)，是美國國家科學研究院底下的醫學研究院，提供決策者醫療的建議。IOM 提出了醫學教育 5 大核心能力：提供以病人為中心的醫療照護(生理、心理、社會)、基於實證的專業執行、資訊技術的利用、品質改善技術的應用及跨領域的團隊工作。未來大家都是團隊的一份子，這些都要學

習，以後藉由 PGY program，來做好這些一輩子的功課。

全 1 年期訓練是種期待與挑戰，住院醫師選配、專科醫師訓練還有醫師繼續教育的改革也是一種挑戰。另外，醫學系 7 年制改 6 年制的課程接軌我們還要繼續努力。

往後的挑戰很多，改革之路一旦上了就不能回頭，如果我們只做 1 年就停，下次再改沒有人要理會。很多老師不計較一切地投入這個計畫，這是一個很大的計畫也是一個里程碑。然而，我們從大的歷史看來，這還是一點點小小的改變，未來可能以「2003 年-一般醫學訓練，2011 年-一般醫學訓練改為 1 年制」兩句話，成為台灣醫學教育史中的一部份而已。上一個世紀醫學教育改變較少，現在改變較多，但教學的改變，都是非常辛苦，也有很多的衝擊。

先承受衝擊再享受成果，改革之路須辛苦耕耘非水到渠成。

Q&A

Q1：住院醫師、PGY 學員與 Intern 這三者身分的差異點？像是三者的地位、學習的目標還有責任等等，希望系主任能為我們解惑。

陳祖裕主任：以法律的位階來說，畢業沒拿到執照，在醫院裡面學習的叫實習醫師，現在 7 年制的是 Intern，仍是實習醫學生，所有的醫療行為，全部都要被指導才能做的；畢業拿到執照，就叫做醫師，法律授予合法的處方權。所以重點就是拿到執照和沒拿到執照的差別。

如果以後 6 年制，在畢業之後才當 Intern，那個時候的位階和住院醫師一模一樣，但修的是一般醫學的課程，而不是專科的課程。所以申請到專科之前，就只是一般醫學的醫師而已，但位階在法律上是正式醫師。PGY program 跟專科的訓練課程不一樣，但都是醫師，都是老師在帶的學員，還沒有辦法完全獨立行醫。

在校的醫學生，根本不是醫師，界線很清楚。

Q2：PGY 學員薪資如何計算？

陳祖裕主任：在一般醫學中心，大家的默契應該是月薪 6 萬以上，年薪 80~90 萬，比 R1 少一些，R1 大約是 100 萬，因為責任能力一定都會比專科訓練的住院醫師差一點，但實際薪資多寡因醫院而異，而且可能每年都有所改變。

Q3：Intern 是在所有的醫療行為，全部都要 fully and completely supervised，所以有機會在被授權的情況下學到額外的東西。請問 PGY program 的精神是學中做還是做中學？課程如何規畫避免學員被當成廉價勞工？

陳祖裕主任：Intern 什麼都可以學，PGY 學員除了受到法律規範，其他不受到限制。但不管是 Intern 還是 PGY 學員，重點在於責任，學習的態度理論上應該是沒有變，但是被加諸身上的責任應該比沒有執照時重得多因為已經是正式醫生，另外還要受醫療法、醫師法、刑法的約束。

但權限上有差別，比如說一個 Intern 要開診斷證明書可能都有問題，章蓋不出去，但住院醫師可以開，當然主治醫師還是會回頭再 check。

還有，當我們的課程愈來愈有規劃時，並不是你想學什麼就學什麼，應該是你必須要學會課程中的要求，最低要求達到之後學更多是沒有問題。

Q4：1 年制 PGY program 有 1 個月的選修科，請問選修科訓練的人數有限制嗎？

陳祖裕主任：一般是有限制，其實我們醫院有一個規劃，不容許大家都跑同一科，醫院有 31 位學員，在醫院 9 個月中只有 1 個月可以選修，所以是 31 人月，除以 12，一個月只有 3 到 4 人選修，既有那麼多的選修科，當然我們不希望會令學員同時選修一個科，所以會有一些規範(醫策會並沒有規範，是醫院的規範。)，譬如說這個月有 3 位學員希望進修皮膚科，那可能就用抽籤的。最後安排一個去皮膚科，一個去耳鼻喉科，一個去眼科，其他科便沒有人選了。

Q5：1 年制 PGY program，提到 4 個月內科，有 3 個月在主要訓練醫院，1 個月在合作醫院，請問這樣分配有什麼原因嗎？

陳祖裕主任：衛生署的長官希望醫院與醫院之有更多交流，比如說我原本在主要醫院到過心臟科受訓，那我到其他醫院就到內科的其他科，但那醫院可能沒有分次專科，可能只有一科叫內科，那就相當於一般內科。

地區醫院的課程有一些特別的規範，我建議學員要去看合作醫院的門診，可以和醫學中心的課程內容互補。

Q6：會不會出現申請特定 PGY 訓練醫院，然後未來更容易被選入某一間醫院當住院醫師呢？

陳祖裕主任：在執行 3 個月制和 6 個月制的幾年中有一個狀況，比如說我本來在內科，接受完 R1，我也修完 PGY 了，我明年想轉科，但由於我不必再接受 PGY 訓練，這樣可以被熱門科加分，因為新來的住院醫師不用出去受訓 3 個月少或半年，人力變得比較充足。但以後大家不先分專科就沒差別，因為只要是申請專科的都已經受過訓練，就沒有這個問題。

所以通常是在我這間醫院做 PGY 訓練，你表現的很優，我就給你加分，幾乎是內定般留下來接受住院醫師訓練，若你表現的很差，反而不列入考慮。

這樣在何種情況底下，PGY 訓練完比較容易申請到別的醫院的專科？很可能就是你在醫學中心接受 PGY 訓練，之後到地區醫院去申請，那當然他們會歡迎，因為你的 knowledge 或 skill 會比較好一點。

會不會說你在台大訓練完，我會比較喜歡收你，然後自己家中國醫藥大學附設醫院的比較不收？那如果這樣，明年 PGY 就沒有人要來中國醫藥大學附設醫院了。所以比較不會說某人從某間醫院過來會比較優先錄取當住院醫師。在我們醫院接受 PGY 訓練的學員通常有較大的機率收我們繼續留下當住院醫師。

Q7：對徵兵制而言，未來是否爭取抵免部分兵役天數？

陳祖裕主任：目前應該沒有，以前當兵要兩年，現在只有一年，男生在職場上有吃虧的地方，也有佔便宜的地方。一般人的觀念是在這職場上男生佔到優勢。的確，結婚以後男醫師的事業可能衝擊少一點，女醫師可能衝擊大一點，像是生了小孩，女生帶的機會比較高，所以女生有女生的衝擊，男生只有當兵，役期已經慢慢減輕，一年而已，我想不會有人再同情當兵的男生！

Q8：如果 PGY 學員第二階段國考遲遲未通過，則此學員至 100 年 12 月 31 日之前的訓練資歷之採認可保留多久？

陳祖裕主任：應屆畢業的人，7月底8月去考國考，考完不會那麼快放榜，他可以先進入PGY program，9月底10月初放榜的時候，合格就繼續受訓，如果沒過，受訓到12月31日就得暫停，然後等到4月下一次國考放榜，考上了繼續回來受訓。目前，醫院原則上會保留名額給第一次國考考不上的PGY學員，直到4月底放榜，通過考試便可繼續接受訓練。

Q9：如果是訓練醫院，當未來如果遇到大規模感染的時候，那那些表現不好的醫師，我們便不安排他們去面對這些大規模的感染嗎？

陳祖裕主任：所謂表現不好，可能是非常極度的表現不好，那這些人不適合做醫生，可能要離開醫界。其實大部分平常懶散的人到了非常時期變得比誰都要積極也不一定！只要有醫師證書、有醫師的資格，就沒有道理不承擔應有的責任。

其實我們既有的專業裡面，應該有所謂的內部規範以及自我要求，我想並不會因為他比較差一點，所以他就被迫要選擇做比較簡單的事。

21世紀的感染病可能層出不窮，我們必須要武裝我們自己，憑我們的能力，看到了，不要怕。因為最怕的是無知，而不是疾病本身。

Q10：如果未來是6年制的醫學系課程，醫預跟基礎醫學課程時間分配、分界的問題，會不會再重新討論？像是取消大一、二清空，往醫學、人文學科的垂直整合思考。

陳祖裕主任：會！因為壓縮得太厲害，使三四年級學習的是基礎醫學課程導致幾乎沒有什麼醫學人文！現在大概只有1年半左右的時間讀基礎醫學，很多東西沒唸到！就怕沒學完應學的，進入臨床學習會很累。其實我們現在也傷腦筋，三四年級的課程還有很大的改進的空間，我只能告訴同學，你好好唸，就是怕不少的同學是課程好他就唸得好，課程沒那麼好他就唸得很差。

所以我們老師也是隨時與同學溝通，看看目前三年級能不能漸入佳境。如果是的話，不失為一個不錯的開端！這學期有很多是鼓勵大家思考的課程，跟以前差很多，以前我們是填鴨式的教育，沒甚麼思考，背到最後，不管唸2年半還是1年半，最後忘掉90%也有可能。

另外，唸書時間一長一定比時間短好，當我們時間變短怎麼辦？就要講求學習的方法和學習的效率！我用1年半唸2年半的東西，靠的是老師提供更多學習資源和指引，學生會更用心上課，要致力聽懂老師授課的內容！

結語

醫學是一門與人互動的藝術而非僅是硬科學。醫師需要利用 physical examination、history taking 等方法用心觀察病人身體細微變化，做出最好的反應，是醫師用心照護病人身體健康的一種表達，同時醫師也要面對大環境巨觀的改變而自我提升知識與技能，正因為需要不斷累積大量醫學相關知識、需要持續的訓練來通過國家考試認證以期社會民眾能從醫師的知識與技能中獲得「健康」的利益，所以醫學更是一種「專業」而非單純以技能換取勞資的職業。面對新興傳染病時，民眾更需要醫師的專業，醫師不能像一般職業一樣拉下鐵門，暫停營業而置之不理，而是挺身而出，擔當民眾健康的守護者，以達成社會承認並給予的地

位與尊嚴，以及背後的責任。

社會不斷在改變，醫療環境跟著社會改變。專科化後，醫師依賴更精密的儀器檢查，重視數據，對病人最基本的檢查不斷簡化，視野從「人」縮小到專科醫師自己熟悉的器官甚至分子，與病人互動減少，變成會看病不會看病人的情況，最後甚至忽略醫病關係。一連串真實的考驗，讓關心醫學教育的人甚至社會民眾發現醫師專業本質已鬆動，要如何維持醫師專業精神是這世紀醫學教育發展重要的議題，「畢業後一般醫學訓練計畫」(簡稱PGY)便是一個具重大存在意義的轉捩點。PGY program 藉由課程目標與教師的教學及各種補助教學，告訴醫師自己未來要照顧的是「人」，自己是未來民眾進入健康照顧體系第一線角色，使醫師重新自我省思、重新建立醫學是一種「專業」而非職業的價值觀，從 2003 年至今不斷影響台灣醫學教育的發展，在 2011 年更是確立 1 年制、更全面的計畫，也彰顯一般醫學訓練對於醫師健全發展具有長期且重要的影響。「畢業後一般醫學訓練計畫」(簡稱 PGY)，如同汽車的安全氣囊，讓醫師擁有基本能力可以扛起社會責任來面對不斷變化的醫療環境與疾病，進而不畏懼風險做最適當的後續處理，但誰都不願意風險或者意外發生，如同我們安裝安全氣囊是為了一種保障而不希望有一天安全氣囊發生作用，當然也無法得知真正的效果如何，所以我們可以認同的是，畢業後一般醫學訓練計畫的成果將是保衛台灣民眾長期健康的重要里程碑之一，讓醫界開始佈署，面對下次隨時出現的一連串考驗。

的確，我們不可否認一般醫學訓練在醫學教育上存在的重要性，然而，1 年制 PGY program 是否對醫師有更大的實質幫助還需要實施後的評估與反應，不管是施行者還是受訓學員，每一位參與計畫的人都是決定是否達到成效的要角，能理解、認同其重要性，更是其中的關鍵。在現行體制下，每位醫學系畢業生都須要接受 PGY program，不分你我，是公平的起點，另外訓練期間醫師的生活津貼依然是不虞匱乏，在這樣非競爭型且無生存壓力的訓練環境下，受訓者的視野更應該提升到用心注重服務對象的感受，而非僅是關心自身的知識、技能共可換取多少業績或者汲汲營營獲取更大利益而致富，並從中了解醫學是一門與人互動的藝術而非僅是硬科學、了解醫學更是一種「專業」而非僅是職業、了解醫師重視完善服務而非爭取業績，最後不斷漸進，達成全人醫療的醫師專業本質。