

借力使力—— 藉評鑑結果實施高品質教改

■ 文／劉克明·高雄醫學大學醫學系教授
醫學院評鑑委員會委員

最近北美洲有數所高等教育機構，因被評鑑為「待觀察」的「有條件通過」，而被刊登在媒體上，包括2015年6月11日，*USA Today*刊登北卡羅萊納大學（University of North Carolina）、2015年6月18日*National Post*刊登麥吉爾大學醫學院（McGill University Faculty of Medicine）、2015年7月9日*San Gabriel Valley Tribune*刊登帕薩迪納市立學院（Pasadena City College）等校評鑑結果不佳的資訊。

評鑑確保醫學教育品質 結果不佳重創學校聲譽

這些被評為「待觀察」的高等教育機構，雖然其學生的教學與招生暫時未受影響，但已經對學校的名譽與國際聲望造成負面衝擊。相反的，也有原本被評為「待觀察」的名校，因通過評鑑而被媒體刊登，例如2014年7月7日*Global News*刊出加拿大亞伯特大學（University of Alberta）醫學院的評鑑獲得金牌（University of Alberta med school receives 'gold-plated' accreditation）。

實施高等教育機構評鑑制度的目的，是在推動高等教育持續的品質改進（continuous quality improvement）。醫學教育機構的評鑑目的則更明確，是以確保其畢業生成為明日良醫，有能力提供高品質的醫療照護。特別是在沒有醫師執照

國家考試的國家，例如英國，實施嚴格的醫學院評鑑更為重要。評鑑結果的判決，是評鑑單位依據訪視委員實地訪視報告所述該受評單位是否符合評鑑準則的規定，由委員決定最後的評鑑結果。因此顯而可見的，醫學教育機構的評鑑單位，其訂定之評鑑準則的功能，是要確保醫學教育成果的高品質。

醫學教育改革的面向

教育改革是一個複雜的過程，有時甚至難以如期順利執行，特別是醫學教育的改革。改革可能來自於學校內部的要求，例如師生希望改進目前的教學方法；也可能是外來的壓力所致，例如擔心外部的評鑑結果不佳，極有可能發生失去認證的風險。

醫學教育改革的範圍甚廣，包括：(1)採用新教學方法，例如：問題導向學習（Problem-based learning，簡稱PBL）、團隊導向學習（Team-based learning，簡稱TBL）、小組教學取代大堂演講課、應用新科技輔助教學等；(2)重組教學模式（例如：器官系統為基礎的教學、基礎與臨床科學整合的教學、跨學科的教學、提早導入臨床經驗、整合臨床經驗與教室上課等）；與(3)應用新評量工具，改善學生學習成果評估及教師教學方法的評量等。

他山之石可以攻錯，本文謹以原先評鑑未通過的加拿大亞伯特大學醫學院，如何藉由參考訪視委員的意見，於短時間內完成教育改革，並順利通過追蹤評鑑的「借力使力」寶貴經驗，分享外界作為參考。

亞伯特大學醫學院的教改策略與過程

2006年4月，加拿大亞伯特大學醫學院接受加拿大醫學院評鑑委員會（Committee on Accreditation of Canadian Medical Schools，簡稱CACMS）與美國醫學教育評鑑委員會（Liaison Committee on Medical Education，簡稱LCME）聯合的評鑑訪視（註1），由於數條重要且關於教育的評鑑準則已多次被訪視委員評為不符合，但都沒有改善，因此評鑑結果被判決為「待觀察」的「有條件通過」，且有可能於短時間內被取消認證。

該醫學院的教育制度，長期以來都採傳統式教學，臨床前的課程大多採行在教室內進行演講式上課，只有少數課程會採小組上課及混合個案導向學習（Case-based learning，簡稱CBL）與問題導向學習。在2006年4月接受實地評鑑訪視結果報告中，該醫學院最被批評的是其課程缺乏主動學習（lack of active learning）。為此，醫學院院長Dr. Douglas Miller立即成立一個評鑑反應團隊（Accreditation Response Team），於2006年11月迅速地進行改革，包括減少演講課的時數，增加小組教學的時數，且採用類似問題導向學習的「發現學習」（Discovery Learning，簡稱DL），實施下列重要的行動去回應評鑑結果。

新的課程被安排於2007年8月新學年度開始實施。主要的改革包括：

● 引入新的「發現學習課程」

將醫學系一、二年級的臨床前課程改為實

施以「問題導向學習」為原則的「發現學習課程」，取代小組的個案導向學習。教師們被要求接受「問題導向學習」的原則與輔導技巧訓練，以成為「導師」（Tutor）。導師亦被鼓勵擔任自身專長以外的課程的教學工作。

「發現學習課程」的進行模式，是以10到12位學生與一位導師組成一個小組，每週聚會三次，每次一到二個小時，一起討論一個「發現學習」的個案，其內容涵蓋與每週課程相關的不同主題。每次聚會時，學生們必須討論導師指定的資料，以決定自己的學習主題（learning issues），隨後在課後自己研究學習主題，下次聚會時再將他們的發現向小組報告。每次課程為期五至七週，在不同的課程之間，不同小組的學生與導師會重新組合調換。

● 減少上課時間

減少每一課程的正課演講與實驗課時數，安排學生自由學習的時間。每週上課時間的分配，演講課時間不超過八小時、實驗課不超過五小時，「發現學習課程」則有五個小時，學生自主學習六小時。

● 應用新評量方法評估學生的學習表現

導師評量學生在「發現學習課程」的參與討論與互動表現，並利用多選題測驗，評估學生的知識累積成長情形。

● 提供新的「發現學習課程」個案

每一個課程每週都提供一個新個案，由一個臨床醫學專業團隊依照「問題導向學習」的原則與標準模式撰寫，以取代所有目前正在使用的個案。

● 培育「發現學習課程」的師資

依據學科的大小，每一學科主任都被要求提供一定數目的教師，接受訓練成為「發現學習課程」的導師，所有導師必須完成強制性的兩次四

小時工作坊。這是特別為「發現學習課程」而發展的工作坊，被視為教師發展課程的一部分。導師團隊係由臨床醫師與基礎科學家構成，必須完成工作坊的訓練，才能擔任導師。

師生對教育的感受 與實施教改的影響

● 擔任「發現學習課程」的導師人數

2007年，加拿大亞伯特大學醫學院全部學科主任總計提供331位教師名單，預期成為「發現學習課程」導師。其中163位（49%）完成兩次工作坊訓練，56位（17%）僅完成一次，另有112位（34%）沒有參加任何工作坊。在課程改革的第一年，共有198位（60%）導師參與「發現學習課程」；到了第二年（2008年），更有79%導師同意回來繼續擔任導師。

● 教師對新課程組織與管控的意見

2006年以前，該醫學院各個課程的負責人非常自由且隨心所欲地安排課程，缺乏中央的管控；課程之間缺乏關聯性，並呈現顯著的差異性；教師在小組學習的準備不一致，而且缺乏真正的學習目的。

教師們多年來已經警覺到有這些問題，但在接受評鑑訪視前，由於學生在國家醫師執照考試的表現也很好，他們並沒有認知到有改變的需要。教師們過去也曾多次向課程委員會建議，課程要由中央負責，進行更組織化的評估，但都未實施。

1.課程規劃與管控

教師們認為實施教育改革的第一個影響，就是成功增加課程的中央管控、減少在不同課程之間教學的差異性、改善每一個課程的教學目的。教師們在安排課程時，也會提高對其他課程的教學內容之警覺性，並且思考應採取那些最好的教

學方式。

2.自主性學習的增加

其次，實施教育改革的第二個影響，是減少教師演講式授課的時數，以及增加學生自主學習的時間。過去教師只會要求學生找出一個病名，但現在則會提出臨床問題，要求學生利用不同的方法，提出自己的正確結論。這些都是實施「發現學習課程」後的改變，也反映出教改應是以學生為中心，且更為自主的學習。

3.樂在輔導，增進師生互動

實施教育改革的第三個影響，是教改對教師的效果。教師們樂於享受他們在「發現學習課程」的輔導經驗，而且一再要求回來擔任導師，因為那是真正值得花費時間的寶貴經驗。不少教師也因此更熱心於教學、更提高對大學生教育的警覺性，並且增加師生間的課堂外互動。同時，該院亦要求每年教師的年終報告都必須提出參與「發現學習課程」的情形，顯示院長對改善教學成果的期待。

4.抗拒教改與處理方式

實施教育改革的第四個影響則是抗拒教改的改變。在教改開始時，教師、課程領導者與學生們廣泛的抗拒改革。有些教師認為教改不是被機構內部教育的原則驅動，而是被外來的評鑑所逼，是為了能夠向訪視委員展現該醫學院已經有所改革；有些教師則不相信改革會更好，或不願接受改革；部分教師反映並非自願參加導師訓練工作坊；有教師不認為這是最好的及必須的教學方法；還有教師認為改革步調太快，或者對於被要求採用新教學方法感到痛苦，表示他們寧願當講師。而學生們則期望恢復過去以演講為主的課程。

該醫學院負責教改的領導者，對於抗拒教改的處理方式為：

(1)運用權威的推行以克服抗拒

透過課程委員會支持與推動教改，並處理教師與學生的抗拒。

(2)解決教師們的害怕與憂慮

剛開始時，教師相當激烈的反對教改，但領導者讓教師們了解，新課程與他們能否成為一位良師的能力無關，而在強調其與獲得任何新技巧是一樣的過程。教師的怒氣始逐漸消退。

5.從質疑到肯定

實施教育改革的第五個影響，在於全體教師對課程改革的態度。

有些教師認為實施課程改革的主要目的是滿足外在的評鑑壓力，因而質疑改革的必要性。另有些教師認為教改最後必定會發生，但評鑑的訪視僅是加速其過程。然而，許多教師對於教改採取較為正向的反應。他們認同評鑑報告提出的缺點都是真實的，而且非常肯定加拿大醫學院評鑑委員會與美國醫學教育評鑑委員會提供的預警制度（Wake-up call）相當及時。

有些教師則表示，迅速地進行大改變是該醫學院改革成功的根本，而且如果沒有產生戲劇性的改變，教改就沒有效果。雖然其過程是痛苦、可怕的，但最後是值得的。此外，因為所有的學組（Blocks）都必須接受課程委員會審查，課程的結構也更為完整與一致。

教師們也反映，教育改革的過程讓教師與學生更為接近，而且提高了醫學院大學教育的價值與重要性。許多教師並認為未來應有持續的警惕，以及有必要採取連續的課程複審及更新循環，甚至已在討論下一個課程大改革的計畫。

亞伯特大學帶來的省思

2006年，當加拿大亞伯特大學醫學院在接到評鑑未通過的判決時，師生們並沒有迫切的危機

感，也沒有建立教育改革共同願景，以致在領導者要推動教改時，遭遇廣泛的抗拒。類似其他常見的醫學教育改革失敗的原因，還有教師的了解不足，不支持改變；缺乏進行改革所必須的溝通技巧及協調能力；沒有能力評估改革可能造成的衝擊等。然而有些醫學院拒絕改變的原因，可能是太保守的機構文化、遭到現行課程的抗拒、學科間教學領域的衝突、與機構的辦學目的相衝突等。

事實上，加拿大亞伯特大學醫學院領導者對於改革的態度，是影響快速改革的重要因素。雖然該醫學院有三分之一的教師不接受快速改革的必要性，以及34%被學科主任提名為志願的教師從未成為導師，但領導者成功地努力與教師溝通、互相建立良好關係，並提供教師改變教學方式所需要的技巧，是教改成功的重要原因。

儘管教師們對於改革是否必要的真正理由看法不一，是造成抗拒教改的主要原因，但不管其理由為何，該醫學院領導者利用評鑑未通過的結果，激發「學校要活下來就必須改革」（change had to take place if the school was to survive）的動力，隨之「借力使力」，是快速且成功進行教育改革的關鍵。

亞伯特大學醫學院在2010年通過追蹤評鑑，隨後並於2014年3月2日至5日接受加拿大醫學院評鑑委員會與美國醫學教育評鑑委員會聯合的全面評鑑訪視，由來自兩個評鑑單位共6位訪視委員進行實地訪視與面談。2014年7月，訪視報告提出該校的醫學博士學位學程完全符合132條評鑑準則，沒有缺點，還外加好幾項優點，包括：強有力的領導者、豐富的學習課程、廣泛的醫學生研究專題，及眾多的教師專業發展課程，因此評鑑結果被裁決為無條件通過，有效認證時間為八年（將於2021/2022年進行全面評鑑）。

建立師生共同願景 培育明日良醫

謹建議臺灣各醫學教育機構，應建立「師生共同願景」，決定培育出什麼樣的良醫，並安排相關連的課程。事實上，「明日良醫」的養成，應該是評鑑未通過的醫學院，最重要且持續性的教育改革目標及責任，而不是僅以通過下一次的

訪視評鑑為目的即可滿足。雖然已有全校師生的共識，但醫學院欲依據評鑑準則，進行大規模的教育改革，以持續確保高品質的醫學教育成果時，仍不宜操之過急，或完全依賴由上而下的權威去推動教改，應有師生們的承諾且自動參與行動，才能順利達成教育改革的目標。📌

◎附註

1.加拿大醫學院評鑑委員會(Committee on Accreditation of Canadian Medical Schools，簡稱CACMS)與美國醫學教育評鑑委員會(Liaison Committee on Medical Education，簡稱LCME)雙方同意，從2014年6月起，加拿大的醫學院評鑑，完全由位於加拿大英屬哥倫比亞省維多利亞市的加拿大醫學院評鑑委員會(CACMS in Victoria, British Columbia)負責，不再由LCME主導。

◎致謝

非常感謝醫學院評鑑委員會(TMAC)前主委賴其萬教授的細心指正，謹此致謝。

◎參考文獻

- Barzansky, B., Hunt, D., Moineau, G., Ahn, D., Lai, C. W., Humphrey, H., & Peterson, L. (2015). Continuous quality improvement in an accreditation system for undergraduate medical education: Benefits and challenges. *Medical Teacher*, 37, 1-7. doi:10.3109/0142159X.2015.1031735
- Boulet, J., & van Zanten, M. (2014). Ensuring high-quality patient care: The role of accreditation, licensure, specialty certification and revalidation in medicine. *Medical Education*, 48(1), 75-86. doi:10.1111/medu.12286
- Chiose, S., & Stevenson, V. (2015, Jun 29). Canada getting more autonomy in medical school accreditation. *The Globe and Mail*. Retrieved from <http://www.theglobeandmail.com/news/national/education/canada-getting-more-autonomy-in-medical-school-accreditation/article25172296>
- Derfel, A. (2015, June 18). Historic McGill medical program put on 'probation' for falling short on two dozen standards. *National Post*. Retrieved from <http://news.nationalpost.com/news/canada/historic-mcgill-medical-program-put-on-probation-for-falling-short-on-two-dozen-standards>
- Gardham, D. (2015). Time for tighter checks on medical schools? *British Medical Journal(BMJ)*, 350(h3511).
- Herny, J. (2015, July 9). Pasadena City College's accreditation placed on probation. *San Gabriel Valley Tribune*. Retrieved from <http://www.scpr.org/news/2015/07/10/53050/pasadena-city-college-placed-on-probation-followin/>
- Jones, J. (2015, June 11). University of North Carolina placed on probation by accreditation agency. *USA Today*. Retrieved from <http://college.usatoday.com/2015/06/11/unc-probation-accreditation-agency/>
- Mentanko, J. (2014, July 7). University of Alberta med school receives 'gold-plated' accreditation. *Global News*. Retrieved from <http://globalnews.ca/news/1436809/university-of-alberta-med-school-receives-gold-plated-accreditation/>
- Rezaccian, M., Jalili, Z., Nakhaee, N., Shirazi, J. J., & Jafari, A.R. (2013). Necessity of accreditation standards for quality assurance of medical basic sciences. *Iranian J. Public Health*, 42(Supple1), 147-154.
- White, J., Paslawski, T., & Kearney, R. (2013). 'Discovery Learning': An account of rapid curriculum change in response to accreditation. *Medical Teacher*, 35(7), 1319-1326. doi:10.3109/0142159X.2013.770133