

參與2012年美國醫學院協會 年會之醫學評鑑心得

■ 文／賴其萬

醫學院評鑑委員會主任委員

醫學院評鑑委員會（Taiwan Medical Accreditation Council, TMAC）自2009年以來，積極以美國醫學院評鑑委員會（Liaison Committee on Medical Education, LCME）為學習對象。2012年11月3至6日在舊金山舉行的美國醫學院協會（Association of American Medical Colleges, AAMC）年會期間，LCME主辦了六場與醫學評鑑有關之研討座談會，其中有些場次不對外公開，然因TMAC與LCME交流合作已有五年的時間，我因而有幸躬逢其會，代表TMAC參加所有會議，與不同對象的與會者深度探討有關醫學教育與評鑑的不同層次問題，深感受益匪淺，謹在此與關心醫學教育評鑑的國內學者分享此次的學習心得。

LCME打開門戶傾聽各界意見

這場會議由LCME主要負責人Dr. Donna Waechter、Dr. Barbara Barzansky與Dan Hunt共同主持，針對美國醫學教育與評鑑的重要政策與議題聽取各方意見。例如美國教育部最近主張，兩年評鑑未通過的學校必須停辦；但此舉將對LCME形成很大壓力，因為只要在重要的準則給予「不通過」，就有可

能嚴重影響該校的招生資格，因此對於重要準則的評核一定會特別慎重考慮。

會中也討論過去常被學校批評為不容易通過的準則，是否需要重新檢討其標準是否訂得太高；而每所學校都通過的準則是否應予刪除。此議題引發熱烈討論，最後決議大部分學校都通過的準則更有必要保留，理由是刪除既有的準則必須從長計議；且一旦刪除這些過去做得到的準則，很可能將來有學校就不再注意這方面；加上最近美國又有一些新學校即將成立，因此不能貿然刪除這些過去都做得到的準則。

此外，LCME負責撰寫與修訂準則的「準則次委員會」（Subcommittee on Standards）發現，目前131個準則中，有部分準則重複，因此建議把具有相關性的準則作成12個「群組」（cluster），各以總體陳述（overarching statements）的方式說明其特性，經此處理可以濃縮為95個準則。此種分群組的分析方法與結果仍待LCME進行更多討論，之後再舉辦「評鑑準則公聽會」聽取各方意見，預估至2013年夏天，LCME委員會才能做出最後定論，真正影響到評鑑結果則要等到2015或2016年，美國醫學院評鑑時才

會實施。

另有一個重要討論聚焦在LCME訪視結束時，訪視團隊於離開前，均會與受評鑑的醫學院院長報告訪視團隊的觀察心得，而後再與大學校長進行一次類似報告。在這「離校會議」（exit conference）的報告裡，LCME規定訪視團隊只能敘述其觀察到的事實，但不能給予任何評鑑結果，因為必須等到最後LCME全體委員開會審核訪視團隊的報告後，才能決定通過等級。此次會議中，部分曾經擔任訪視團隊的召集人則建議LCME設計一種固定的「格式」來填寫訪視發現，於離開受評學校前交給院長、校長，就不會使受評學校感受到在不同時間來訪的不同團隊，其在評鑑風格上有太大的出入。有些資深委員也提醒，在「離校會議」的談話切忌表現得「冷漠」（cold）。綜觀這些資深評鑑委員的多元論點，可以發現其主張醫學院評鑑應力求公平合理，以樹立其公信力。

舉辦訪視委員工作坊 精進評鑑實務

這場工作坊是為了今年即將參加訪視的委員而舉辦，共有12桌，每一桌約10餘人，幾位資深訪視委員則分派到新手團隊當「桌長」。LCME列舉以下三個過去訪視學校所觀察的實際案例以及有關準則，要求各桌委員熱烈討論在該情形下，該校是否可以通過該準則，並鼓勵各桌委員達到共識：

1.評核該校是否能通過「學生有『主動學習』（active learning）與『獨立研讀』（independent study）的機會」（準則ED-5-A）。學校的自評報告詳列所有課程，以及各項課程中有關授課、做實驗、小班教學、

與病人接觸的個別時數。洋洋灑灑的數據引起熱烈討論，最後資深委員指出，由這些表列的數字可以看出學生有許多時間用在課堂、實驗室與看病人，但相對則剩下很少時間可以自己看書、找資料、與老師討論，致使學生根本不可能有「主動學習」與「獨立研讀」的機會，因此主張該校此種課程安排無法通過ED-5-A。

2.評核該校老師與學生的族群是否呈現「多元背景」（準則IS-16）。訪視委員經過討論後指出，有些學校短期內無法改變當地民風、生活條件或其他地理因素，很難吸引少數族群，因而無法達到要求，但重要的是評鑑委員須查看學校過去所做的努力，了解學校過去曾經錄取多少具有少數族群背景的師生；雖然對方最後因為種種因素放棄報到，至少代表校方曾經努力過。換言之，與會者建議評鑑時應該審閱學校的資料，評估學校過去如何推動校方政策的過程（process），而不是只看結果（outcome）。

3.評估學校對課程是否「設有『中央管控』（central oversight）機制，讓學生學到其應學到的臨床經驗，以及應擔當的臨床責任」（準則ED-2）。此主要在評估校方如何「監測」（monitor）學生的學習經驗，因此建議訪視委員一定要觀察學校有無監測資料以及學生訪談、評估與擁有足以讓其他學校效法的好制度。

此種以個案討論方式，為即將參加訪視的委員舉辦凝聚準則共識的工作坊，的確相當具有參考價值，值得臺灣借鏡。希望TMAC在未來新準則確立後，也能將過去訪視學校所發現的問題以及有關的評鑑準則提出來討

論，相信會比單純的上課研習更有效果。

辦理受評醫學院工作坊 分享準備評鑑的經驗

此場工作坊專為今年即將受評的學校而舉辦，由兩位秘書長Barbara Barzansky與Dan Hunt主持，說明LCME如何評鑑學校，並向學校解釋應該注意的要點。兩人並邀請西奈山醫學院（The Mount Sinai School of Medicine）副院長Reena Karani與麻州大學醫學院（University of Massachusetts Medical School）學生代表、醫學四年級生David H. Wang，暢談學校如何通過上次的LCME評鑑。Dr. Karani敘述該校於評鑑的兩年前就開始分工、不斷地鞭策自己，到了評鑑時所有資料都已如期完成，而學生的加入則是非常重要的成功因素；Wang以學生的身分分享其在學校接受評鑑前，如何鼓勵同學參加LCME的學生自評資料準備工作，並說明LCME非常注重學生自評資料的理由。兩位不同學校的師生都再三強調事先訂定時間進度表的重要性，如此才能促使學校諸多不同委員會，根據全校齊一的進度表協調配合，如期完成評鑑的準備工作。

Dr. Barzansky特別提到評鑑過程最重要的三個C。第一個C是Complete but Concise（完整但精要）；第二個C是Coherent（前後一致，不相矛盾）；第三個C是Clear（清楚）。Dan Hunt報告LCME由2004到2012年以來，每年學校被評為不及格的準則平均為6.2至7.4條。他同時也列出近幾年來評鑑最容易出問題的10個準則，逐條與大家討論。最後他們並宣布今（2013）年4月，即將在喬治亞州另外舉行為期一天的醫學教育評鑑工

作坊，同時，LCME辦公室在評鑑的前幾個月，還特別安排每月第三個星期四為所有受評學校與LCME直接電話或email連絡的特別時段。此可看出學校在評鑑前與評鑑機構保持非常緊密的接觸，此種評鑑機構的作法與態度，也是TMAC未來可以效法之處。

認可結果的決定與未來發展趨勢

這場會議是由LCME的工作人員報告LCME目前以及將來如何做評鑑的最後決定。他們發現過去被LCME評為「嚴重處分決定」（Severe Action Decision）的學校，大多是因為下列幾種情形：(1)評鑑小組發現的問題已存在一段時間；(2)學校對評鑑結果沒有積極回應；(3)學校沒有通過的準則數目太多；(4)未通過的準則內容觸及教育的核心問題。

緊接著LCME報告去（2012）年5月發表在Academic Medicine期刊的研究論文（Hunt, Migdal, Eaglen, Barzansky, & Sabalis, 2012），提出LCME自從2002年準則改成目前此種文字精簡明確的條文之後，明顯地看出被評為不及格的準則數目增加，而學校因此被列為待觀察的部分也增加；但另一方面，評鑑不及格的學校也較清楚自己的問題出在哪裡，而有辦法從速著手改善。

評鑑之外的持續品質改善

這場會議是LCME的市民集會（Town Hall），主題在探討如何提高醫學教育品質，邀請4所學校（3所美國及1所加拿大的醫學院）的院長或副院長，分享學校在經過評鑑之後，如何繼續努力以持續進步。他們開宗明義指出，許多學校都等到評鑑來臨時才開始努力，因而產生所謂的「評鑑疲乏」

(survey fatigue)，LCME則希望學校平常就能利用LCME準則督促自己，然後區分出優先需要改進的準則與容易被忽略的準則。另有一些與學生有關的準則也很重要，特別是學生的安全或學生不滿意的地方，以及最近新增的準則，例如值班時數的限制等。希望所有學校都能在評鑑通過後，完成一份不超過兩頁的「自我提醒表」，隨時注意自己在哪方面出了紕漏。同時要特別注意住院醫師或學生在評鑑時所抱怨的問題，包括住院醫師對待待遇的不滿、學生對住院醫師的教學態度等，臨床實習結束後也需對學生滿意度進行追蹤。他們也特別提到有關住院醫師優良教學的表揚，是非常重要的政策。

4所醫學院的意見都相當中肯，他們一致認為一定要讓學校不斷自我提醒，「等到評鑑到來才從頭做起是非常痛苦的」，而這也正符合LCME的真正目標——不是要學校以通過評鑑為目標，而是希望學校能經常維持因為評鑑所做出來的成果！這種工作坊也是臺灣需要推廣的觀念，使學校了解評鑑最重要的目標在於經常性維持醫學教育的品質，而這種努力不應是評鑑前的臨陣磨槍，而應落實到平時都要做，與評鑑週期無關。

評鑑準則公聽會廣納建言

此會議為「評鑑準則公聽會」，是LCME向所有關心醫學教育與評鑑的各方人士說明2012年評鑑準則的改變，而10月2日至4日的LCME大會，唯一通過的新準則是ED-19。此準則主要規範醫學教育的核心課程，需要讓

學生與其他的醫療照護團隊相互合作，這些合作不只是在老師之間，也強調學生之間必須互相合作。會場當天發放的資料，除了準則本身的文字內容以外，還包括為何制訂此一準則的理由說明，並附上參考文獻。說明完畢後即開放聽眾上台表示意見，部分人士提出堅持增、刪、修改某些用詞的理由，此時LCME秘書長即提醒他們：「如果你的意見是這樣，請再講一次」、「你希望文字怎麼寫，請再說一次」……然後全程錄音。雖然有些意見難免彼此衝突，但LCME皆虛心求教所有與會的關心醫學教育人士，即使無法保證一定會照與會者發表的意見修改，但願意將所有的意見帶回LCME委員會討論，並做必要的修改。唯有經過這種程序，新準則才能定稿，此種嚴謹的程序步驟也是TMAC將來可以看齊的地方。

藉由評鑑協助醫學教育提升品質

在AAMC年會四天的會期裡，我由這六場LCME的研討座談會中，充分感受到美國醫學教育評鑑的高度嚴謹與踏實，其目標是希望醫學教育透過醫學院評鑑得到高品質的回饋，讓學校看到自己的盲點而能有效改善教育品質，減少不同醫學院之間醫學教育品質的差距，同時持續改進，不會在評鑑過後又慢慢下滑。總之，非常注重「持續改善」的精神。這次的學習經驗使我對LCME的敬業精神留下深刻印象，期待TMAC有朝一日也能有更充沛的人力與更理想的制度，促使臺灣的醫學教育評鑑制度更上一層樓。



◎參考文獻

Hunt, D., Migdal, M., Eaglen, R., Barzansky, B., & Sabalis, R. (2012). The unintended consequences of clarity: Reviewing the actions of the Liaison Committee on Medical Education before and after the reformatting of accreditation standards. *Acad Med* 87(5), 560-566.