2026歐洲醫學教育學會年會之核心啟示與省思

文／盛望徽・臺灣醫學院評鑑委員會委員
張上淳・臺灣醫學評鑑委員會主任委員、國立臺灣大學醫學院內科特聘教授、財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會董事長

歐洲醫學教育學會國際年會（Association for Medical Education in Europe AMEE：The International Association for Health Professions Education），是現今醫學教育領域中最具影響力的國際會議，每年有超過4,000位來自全球各地醫學教育領域專家、醫療相關專業人士、研究者及學生齊聚AMEE參與交流。AMEE探討全球醫學教育的發展，議題廣泛深入且創新，匯集來自世界各地的專家學者及醫學教育工作者，提供一個知識交流平台，分享最新的醫學教育研究成果和教學經驗。張上淳主任委員與盛望徽委員於2026年8月22日至26日代表臺灣醫學院評鑑委員會（Taiwan Medical Accreditation Council, TMAC）一同前往奧地利維也納參加在Wien International Convention Center舉行的本年度AMEE大會，學習在面對目前複雜的疾病威脅與時事環境下對醫學教育的影響，以及因應人工智慧發展的創新教學思維，並與世界各國學者交流。

形塑未來健康照護

本次AMEE年會以「Educators as Catalysts: Building the Future of Health」為主題，聚焦教



▲AMEE大會來自臺灣參加者的合影，超過過去歷年的陣容，相當龐大。（TMAC提供）



▲TMAC張上淳主任委員、盛望徽委員及臺灣醫學教育學會秘書長楊志偉教授於會場合影。（TMAC提供）



▲開幕典禮精彩的奧地利傳統舞蹈表演。（TMAC提供）

育者如何透過創新與協作，共同形塑未來健康照護。大會特別結合了渥太華評量會議（The Integrated Ottawa Event），探討在快速變動的醫療環境下，教育者如何扮演「催化劑（catalysts）」的角色。會議內容涵蓋人工智慧與科技輔助學習、教學設計理論、醫學人文、以能力導向醫學教育、跨職類領域學習、病人安全、師資培育、專業持續發展、多元 / 公平與文化融合、永續發展及全球健康等重要議題。大會還聚焦於幾個由國際趨勢引發的延伸思考，包括：因應全球醫療人力變遷、氣候危機與人口流動；知識的記憶與應用在AI時代已經不夠，必須引導學生具備應變能力；從知識、人性及全球連結重新定義目前的醫學教育。

今年AMEE Conference也有提供會議前的研討會和課程（pre-conference workshop）。其特色是小型、高度互動、團體學習。由來自AMEE國際社群的頂尖知名教育專家帶領，並與來自世界各地的同儕交流，在深入互動的環境中提供實際學習體驗，將教學實證、創新理念轉化成可應用於自身教育環境的工具、框架及策略，聚焦學習探索教育的關鍵議題。主題涵蓋教學、評估、領導、學術研究、數位化和人工智慧賦能，以及教育研究領域的最新進展。

臺灣各醫學院與主要教學醫院一向重視及鼓勵教學主管、教師及學員們參加AMEE，今年也不例外，臺灣參與人數將近500人，且在會議中發表的論文數居大會所有論文之冠。根據AMEE 2026官方摘要庫（Oxford Abstracts）在8月14日公開可查詢的介面顯示在1,162篇發表的論文，來自臺灣作者參與的共計241篇（21%），其後依序為美國211篇、英國155篇、加拿大103篇、泰國101篇。由此可以看出臺灣醫學教育界努力的成果，證明臺灣醫學教育具有很高的世界水準。除了醫師部分，今年也有很高的比例是各類醫事職類人員，甚至教學相關行政及研究人員參與會議及發表論文。

開幕式講座演講

開幕式由AMEE委員會主席Ayelet Kuper致歡迎詞，大會秘書長Anne Lloyd及節目主委Bridget O'Brien闡述醫學教育應關注於以病人中心的醫療照護，相關的概念如公平、權力、文化、正義及反思性學習等，這些關鍵概念應融在臨床醫療服務及照護流程中。

大會Ronald Harden Plenary開場講座由來自加拿大多倫多大學（University of Toronto）的Brian David Hodges教授講述"Raising the Stakes: The Power and Potential of Examination for Learning"。演講內容非

常精彩，從倫敦計程車到AI醫師，在人工智慧時代，醫學教育究竟應該教什麼、考什麼？當人工智慧可以替我們記憶、搜尋、導航，甚至協助推理與決策時，我們究竟應該如何重新定義醫師的知識、能力、評量與專業身分？ Hodges教授舉個例子，倫敦傳統計程車司機要通過困難的考試，必須熟記25,000條街道與20,000個地標，這往往需要長達數年的密集學習，大多數司機需要經歷多次筆試與口試才能取得資格。

研究發現倫敦計程車司機的長期進行複雜空間導航空間記憶，在腦部MRI掃描發現相關海馬迴區域呈現結構增強的差異；相較行駛固定路線的倫敦公車司機並沒有相同的發現。因此可得到結論：透過長期、高強度訓練，大腦可以孰悉特定認知任務。但值得教育者思考的是能夠把學生訓練得非常會記憶，不代表「記憶」就是最值得投入大量教育資源培養的能力。現在有AI人工智慧，當AI可以在數秒內搜尋治療準則、整理文獻、甚至提出鑑別診斷及治療意見時，培養一個醫師就不再是記憶多少知識，而是需要教育提出正確問題、辨識AI的錯誤、理解資訊的臨床意義，並對最後的決策負責。如果知識的角色改變，考試是否也應該改變？過去往往一場考試（如醫學院期末考、國家考試、專科醫師考試）就判斷決定一個醫學生是否具備能力成為醫師。如果一位醫師持續學習、接受回饋並改善臨床工作，可能是更好判斷「好醫師」的根據。

未來AI可能整合過去人類無法處理的大量資訊與數據，一次性的考試評量不再只是學習結束後評判，而應成為持續學習循環的一部分。未來的醫師能力資料應該轉化為來自病人回饋、同儕評量、醫療團隊回饋、臨床結果以及其他真實世界資料。因此，AI時代醫療專業真正的挑戰，不是「要不要採用AI」，而是如何採用AI，同時不放棄



▲本次開幕講座演講者Brian David Hodges教授。（TMAC提供）

對資料、專業標準與臨床判斷的自主權。AI正使我們重新思考四件事：醫師必須自己知道什麼？（knowledge）、如何知道一名醫師真正有能力勝任？（assessment）、誰掌握資料、演算法與醫療決策？（professional autonomy）、醫師的自我認知？（professional identity）。AI時代醫學教育的核心任務，不應只是讓醫學生「學會使用AI」。更重要的是培養新一代醫師，能夠與AI合作而不失去利用資料、自主判斷、擁有人性。這些能力才是醫師的價值與責任。

全球醫學人文教育演講

緊接著AMEE開幕後的首日，我們參加在主場進行研討會的全球醫學人文教育演講，主題是有關以視覺藝術進行的跨文化研究，來自臺灣台北慈濟醫院教學部副主任劉子弘醫師與Margaret Chisolm, Diego Jazanovich, Razan Baabdulah等專家一起分享以視覺思考策略（visual thinking strategies, VTS）為主的藝術跨文化研究及教學。VTS由認知心理學者Abigail Housen 和美術館教育家Philip Yenawine於1991年共同開發，強調基於視覺圖像的觀察和分析，幫助學生發展批判性和創造性思維。VTS是一項使用開放性問題，鼓勵參與者分享觀點，並以證據支持自己的想法。最





▲來自臺灣的劉子弘醫師分享以視覺思考策略教學。（TMAC提供）

初用於藝術教育，後來被廣泛應用於醫學教育，在眾多藝術教學法中，最具實證效力的莫過於視覺思考策略。在AI突飛猛進，協助醫療人員甚至替代完成更多任務的時代，溝通、同理、團隊合作及對不確定性的容忍度等能力變得更為重要，藝術導向的教學非常有效，但其評估必須導入能涵蓋不同文化中階層觀念、情感表達與語言差異。劉醫師呈現亞洲觀點，將藝術融入醫學教育的教學方式，引導參與者觀察和討論視覺藝術作品，在跨國合作的研究發現：VTS以鼓勵學生自由表達觀點，促進學生從不同角度理解圖像和問題，可以有效提升學生在醫學人文相關專業素養以及臨床學習能力。

醫學生導入可信任專業活動

此外，我們還參加一場由來自荷蘭烏特勒支大學（Utrecht University）的Olle ten Cate教授帶領的大會討論會，參加討論的醫學教育學者有來自荷蘭的Olle ten Cate、奧地利的Stephen Tobin、瑞士的Manuela Fodinger、Raphael Bonin及美國的Robert Englander等人，主題為Implementing Entrustable Professional Activities（EPAs）within Undergraduate Medical Education（UME），分享不同國家導入EPAs的經驗，探討有關醫學生導入可信任專業活動（entrustable professional activities, EPAs）。

EPAs是目前以能力為導向（competency-based medical education, CBME）了解醫療人員（特別是畢業後學員）是否具備有進入不同層級的臨床實務能力的重要評估方式。然而，醫學生與已畢業的住院醫師不同，他們尚未取得執業執照，無法獨立執行臨床處置亦不具備完全的法律自主權。因此醫學生導入EPAs，不能直接套用住院醫師的評估模式，而是需要更具體的配套措施。會上討論各國制度雖然不同，卻呈現若干共同的成功關鍵，包括建立清楚的教育願景、讓學生與臨床教師及早參與、從小規模試辦開始、將EPA評量融入既有臨床工作，以及持續透過回饋與資料修正制度，而非一次全面推動。

因此要在畢業前成功落實EPAs，關鍵在於將整個課程建立在長期持續（longitudinal）的形成性評估（formative assessment），並構築四大核心支柱：

1.扎實的師資培育與觀念轉變

從「打分數」到「評估監督層級」若沒有臨床教師的深度配合與觀念對齊，EPAs很容易流於形式，甚至演變成教學現場的負擔。監督層級量表（supervision scales）的培訓，臨床老師必須聚焦於學生實際在執行該項任務時「需要多少程度的監督」。這個標準化需要定期舉辦共識營（calibration

sessions），利用臨床案例影片或盲測評分，將老師們過去仰賴的「直覺經驗」與客觀的行為進行校準，降低評分者間的誤差，才能確保不同科別與輪診的臨床考核具備公平性與信度。

2.發展專屬的數位支持系統

以e-Portfolios驅動追蹤且長期的累積，因為傳統的紙本表單或舊式的教學管理系統，已經無法因應EPAs所需的高頻率、微型化評估。這些評估往往是在忙碌的臨床工作中行動化與即時資料收集，學習機構必須提供友善的行動評估工具（如App或QR Code）。學生在完成一項醫療處置、病史詢問或與病人互動後，能立刻進行簡短的即時評估（workplace-based assessment）。而系統後台必須具備強大的數據整合功能，將日常零散的回饋數據（micro-assessments），轉化為視覺化學生成長曲線來追蹤學生的進步軌跡。

3.精簡項目以減輕評估者及被評估者的疲勞

在EPAs推動初期，最常見的問題是設計了過多、過細的評估任務，這不僅會導致臨床醫師與學生產生「評估疲勞」，更會讓教學重點失焦。國際成功經驗顯示應將評估聚焦在醫學生畢業時最核心的10到20項核心EPAs（例如參考美國醫學院學會AAMC針對剛進住院醫師階段提出的13項核心EPAs，包含基礎病史詢問、臨床交班與處方開立等）。明確定義醫學生在畢業前所能達到的最高信任層級通常是「間接監督」（即監督者不在房間內，但隨時在院區內待命支援），而非讓學生進行完全獨立的醫療操作。

4.培養學生的主動權與成長思維

從被動者到主動驅動者EPAs架構若要成功運作，學生必須從被動轉變為教育的主動驅動者，鼓勵主動尋求回饋。在EPAs架構下，學生需要積極地與教師進行互動評估。明確的EPAs指引能讓醫學生清楚知道自己在病房團隊中的具體臨床定位，成為團隊中職責明確、被觀察且具實質貢獻的一員，激發內在學習動機。導入學員畢業前EPAs，不僅僅是評估工具的更換，更是一場醫學教育文化的深層變革。透過扎實的師資培育凝聚共識、友善的數位系統留存足跡、精簡的範疇減輕負擔，以及成長思維賦權學生，讓教學場域建構出一個兼顧「病人安全」與「學生發展」的培育環境，確保醫學生從校園無縫銜接至臨床職場、培育出具備勝任力的醫師。



▲本次AMEE大會有多位國內醫學教育同仁分別在不同會議形式有很好的發表。（TMAC提供）

醫學生與畢業後醫師責任的聲明

今年AMEE大會中，世界醫學教育聯合會（World Federation for Medical Education, WFME）發表了關於醫學生與畢業後醫師（physicians in postgraduate）責任的聲明，這是一項非常重要的進展。近年來，醫護人員的高壓工作環境與身心健康（well-being）已成為全球醫療教育與基層醫療系統最受關注的議題之一，過去醫學生與住院醫師等畢業後受訓醫師的過勞、身心健康惡化或遭遇教學環境不友善時，常被歸咎於個體抗壓性不足；而這項宣言的核心精神在於翻轉傳統思維，明確指出營造安全、具支持性且符合教育



▲TMAC張上淳主委（左上）、臺灣駐奧地利劉玄詠大使（右上）與AMEE理事長Ayelet Kuper（右下）、執行長Anne Lloyd（左下）在Taiwan Night開場致詞。（TMAC提供）

健全原則的環境，是機構（institutions）的責任，而非個別受訓醫師的責任。強調醫學教育機構與醫療院所不只要培育專業能力，更有責任打造一個友善、安全且具備支持系統的環境，以守護醫學生（medical students）、研修醫師（fellows）和專科醫師（physicians）的身心健康，透過各機構間的協作承諾，來保障服務於社區大眾健康的醫護人員的福祉。臺灣也有多家醫院在該聲明中聯署，建議未來TMAC可以來研討在住院醫師或醫學生的身心健康支持上，有哪些具體相應的作法、支持機制或政策建議。WFME聯合副會長Geneviève Moineau團隊強調，學術與醫療機構（如醫學院、教學醫院）必須主動推動系統性變革，將維護學員與醫師的身心健康列為機構發展的最高優先事項，重申醫學生作為醫學課程的主要受益者，有責任且必須被賦權實質參與醫學教育的「認證與評鑑流程」，從而共同塑造更高品質、具備人文關懷的學習環境。透過機構端的支持、降低畢業後醫師面臨的體制壓力和過度負擔，受訓醫師才能在安全的臨床環境中逐步承擔分級醫療責任（graded responsibility），進而維護病人安全、提升整體社會群體的健康福祉。

AMEE 2026 Taiwan Night

今年「AMEE 2026 Taiwan Night」是由國立成功大學醫學院主辦，邀請AMEE會長Ayelet Kuper、執行長Anne Lloyd，以及近320位國內外醫學院校醫學教育領袖、教師與學生等，展現臺灣醫學教育的國際能量。除了以學術交流為目的，也邀請臺灣駐奧地利的劉玄詠大使參與盛會，和國際醫學教育專家共同參與，藉此促進臺灣與國際醫學教育領域的交流。





▲Taiwan Night會場的團體合照。（TMAC提供）
◀Taiwan Night本屆主辦學校成大醫學院與接辦下屆的臺北醫學大學進行交接。（TMAC提供）

結語

今年AMEE臺灣有多位師長、專家在不同的會議形式參與報告，如口頭報告、short communication、工作坊、海報等，內容十分精彩，也代表臺灣對醫學教育的重視與投入。這幾年AMEE強調國際醫學教育交流，並定位在「The International Association for Health Professions Education」。參與AMEE對於臺灣醫學教育工作者而言，是能幫助了解全球醫學教育發展動態、掌握最新研究方法和教學技術的重要機會。透過會議，我們能了解國際間醫學教育的趨勢、挑戰與解決方案，這對提升醫學教育品質和專業培訓具有深遠影響。

AMEE是全球重要的醫學專業教育國際組織，參與AMEE年會不只是展現研究成果的國際舞台，也是師生拓展視野、建立國際連結與學習全球醫學教育經驗的重要機會。在這次的會議中，有機會與臺灣醫學教育界與國際專家面對面交流，分享在醫學教育改革、人才培育與臨床教學等方面的經驗，也讓我們進一步了解全球醫學教育發展趨勢，拓展未來的合作。

臺灣在全民健保體系、偏鄉醫療教育以及科技與醫療結合（如智慧醫療、臨床AI應用）上具有獨特優勢，可以作為在地經驗的國際輸出。透過AMEE平台，能將臺灣的「臨床教學模式」轉化為國際醫學教育界的參考典範。將大會倡導的「能力導向醫學教育（CBME）」、「病人安全教育」及「跨專業領域醫學教育（IPE）」等，內化至醫學課程中，落實「專業與人文關懷並重」的養成教育。尤其需持續鼓勵年輕的教師、臨床醫師及醫學生走向國際，不只在會議中建立跨國研究網絡，更透過實地與各國學者交流驗證，將不同國家的實務經驗轉化為符合臺灣醫療與教育情境的制度設計，培養具備全球視野的醫學領域領導人才。