

臺灣醫學教育的前生與今世

慈濟教育志業執行長、慈濟大學名譽校長

王本榮

醫學是以人的疾病與健康為對象的學問，涵括「身體、心理、社會」3個層面。醫學的基本內涵包括醫學知識、醫療技術、科學實證及人道倫理。而為達到培養良醫的目的，醫學教育的內容除基礎醫學及臨床醫學的專業教育外，還須包括哲學、藝術、宗教、人文與自然科學各領域，而一切的活動及目標，應悉以人的健康、生命與尊嚴為依歸。職是之故，醫學教育之良窳，攸關人民、社會與國家的福祉至深且鉅，自不待言。

傳統醫學教育缺乏以人為本精神

傳統臺灣的醫學教育猶如三節棍般，無法一體成形，被分為三個階段。前二年是普通科目，通識及人文課程；三、四年是基礎醫學教育；五至七年級是包含見、實習的臨床醫學教育。然而只被視為「營養學分」，沒有服務奉獻相關內涵的人文教育，就猶如文學院課程；沒有臨床關聯印證的基礎醫學教育，猶如生科學院課程；而營利導向沒有深刻倫理及專業精神，也缺乏醫療典範的臨床教育，就如同財金學院，只是學習「醫學交易」，而非「醫學教育」。如此課程如何奢望能培育出術德兼修的良醫種子？

而痛感於美國教育部National Committee on Foreign Medical Education and Accreditation (NCFMEA)對臺灣醫學教育未建立專責醫學教育評鑑組織與制度之負評，在成大醫學院創院院長黃崑巖教授積極推動下，臺灣醫學院評鑑委員會（Taiwan Medical Accreditation Council, TMAC）於2000年正式成立。

美國對醫學生的能力與行為寄予厚望

縱然在醫療最先進的美國，亦深感醫學教育不夠紮實，無法達到社會、醫療專業及醫學專業組織所期許之醫療能力及行為。美國醫學院學會

(Association of American Medical Colleges, AAMC) 於1996年明訂出21世紀醫學生必備4種特質，包括利他 (altruistic)、學術淵博 (knowledgeable)、技術純熟 (skillful) 及善盡職責 (dutiful)；同時也要求醫學生畢業時須具9項

能力，包括有效溝通能力、基本臨床技巧、運用科學之診療與預防能力、基本臨床技巧、運用科學之診療與預防能力、終身學習能力、自我檢討及自我提升能力、社會及社區背景因素分析能力、醫學倫理及醫德推動能力、解決問題能力及專業特質與角色認知能力。美國對於醫學教育的投資不計成本、師生比極高、教學誘因豐厚、教師發展訓練紮實，使美國能臻於「醫學一流，醫療一流」的雙刀流之境。

但相對的，由於醫療體制的設計，資本主義的運作，人權意識的抬頭及法律訴訟的繁複，也造成醫療費用的高騰。甚至有人指出，在美國能「死」，但不能「病」。根據統計，美國大約有16%的人民，有工作卻付不出昂貴的醫療保險費，成為所謂的貧窮工族 (Working poor)，家庭健康暴露於醫療保險的安全網之外。

臺灣健保制度衍生出複雜醫病關係

相對的，臺灣健保跨過20年，依然「價美物廉」，舉世稱頌。但低價的醫療保險又要「普渡眾生」，難免輕重不分，首尾難顧。政府無法澈底落實疾病預防及健康促進，「老年化」使疾病變成慢性而多重，複雜且多變，癌症更是居高不下，造成醫療的沉重負擔，甚至助長無效醫療。健保涵括輕症，但無法教育民衆「一卡在手，橫行無阻」心態，重複診療及濫用醫療造成大量浪費。在醫院實施「服務報酬制」 (physician fee) 的推波助瀾，變相鼓勵醫師「供給創造需求」，營造診治的「假性需求」，違反實證醫學的原則，進行許多不必要，甚至有害的檢查治療，有效及重症的醫療反而被嚴重的排擠。



功利及利己主義的盛行，讓醫學生失去對人的關懷之「初心」；科技儀器的進步，造成新一代醫師淪為科技的奴隸，喪失臨床診療的基本功；一味追求專業知能，忽視人文及倫理素養，造成人際關係的疏離與緊張，使醫師關心「病」重於「人」，也容易衍生醫療糾紛。如果說處於政府健保管控邏輯與醫院營運邏輯之間是「兩面作戰」，現代的醫師又得面對排山倒海而來的醫學知識及無限上綱的醫療責任，可以說是「四面楚歌」了。

TMAC大大助益臺灣醫學教育改革

為了因應臺灣複雜難解的醫療生態，根深蒂固的教育心態，以及適應高科技的醫療時代，TMAC引導深度人文教育，醫師價值觀的確立，養成主動學習、終身學習的態度，重視邏輯思考的訓練，早期接觸臨床、基礎與臨床課程的整合，臨床技能的訓練，醫學倫理的實踐，專業精神的發揚，社區醫學、預防醫學及健康促進責任的加強，都成為臺灣各校課程改革的大方向。

由於歷屆TMAC主委、執行長、委員及眾多醫學教育先進20年努力持續的耕耘下，TMAC已3度獲得美國教育部NCFMEA的認可，2019年更獲得WHO相關非政府組織—世界醫學教育聯合會(World Federation for Medical Education, WFME)的認可殊榮(Recognition of Accrediting Agency)，為臺灣醫學教育豎立了重要的里程碑。

設計與執行促成TMAC評鑑功能的發揮

個人20幾年來，膺任小兒部主任、醫學系主任、醫學院院長、大學校長，經歷過醫學中心評鑑、TMAC、TNAC、系所評鑑、校務評鑑，還有其他的體育、環境、學務、性平、服務學習等大小評鑑，可以說是身經百戰的「被評鑑專家」。教育評鑑的設計與執行，是評鑑功能是否發揮的關鍵。美國評鑑專家史克立芬(Micheal Scriven)曾說：「評鑑的目的不在證明什麼，而在於求改進」。適切而有效的評鑑應兼有合理性、具體性、可行性、客觀性、精確性的特性，才能達到管控教育品質及改善教育問題的功能，同時達到激勵教學動能與革新教育體制的功用。

在所有的評鑑中，TMAC無疑是最複雜及困難，也是最成功的。雖然常自嘲自己是「評鑑不能移」，我非常感恩TMAC的評鑑與執行，讓慈濟大學的醫學教育能走在正確軌道上，不但讓學校及董事會對現代醫學教育的走向有更正確的認識，更能藉由課程的設計

與制度的運作，改變學生學習的習性、教師教學的慣性與行政體制的惰性，更有助於打通基礎醫學與臨床醫學的經絡，化解學校與醫院因目標不同產生的糾結。

改革永遠是非常困難的，必須審時度勢，既要「治標」，又要「治本」，否則就很容易變成「標本」。由於TMAC的引導評鑑，醫學教育更能因勢利導，使新世代的醫師能以人為本，尊重生命，能適當地運用科技而不受制於科技，重建診療信心，再建醫病關係。

期許TMAC持續綻放燦爛的光輝

TMAC在許多醫學教育先進的籌劃與努力下，沒有成為「先烈」，而成為「先驅」，更接軌國際，同步主流，廣獲讚譽，實是了不起的成就。而作為臨床醫師及醫學教育工作者，自然期待評鑑沒有最好，只有更好，永遠能「百尺竿頭更進步，十方世界現全身」。評鑑是一種品質保證（Quality assurance）的機制，評鑑指標也應逐步從投入層面（Input），著重過程（Process）到最終目的的產品（Output）認證。但評鑑個別學校「畢業生表現」難度太高，也容易淪為主觀操作。

建議TMAC在現階段是否能以問卷方式，普查各醫學中心資深醫師對新世代醫師的專業知能、邏輯思考、人文精神、學習動機、醫病關係作出評價，並提出建設性意見供TMAC參考。「六加二」學制，學校與醫院醫學教育如何統合與銜接，也是另一個面對的考驗。而未來評鑑，建議更深化學生學習成效評量；形成性評量（Formative assessment），以大數據分析學生學習軌跡的即時性評量；甚至應用集體協作互動平臺，多元觀點與意見的「維基式動態性評鑑」（Wiki evaluation），也許都是未來可考量的方向。

最後，謹祝TMAC 20歲生日快樂，臺灣醫學教育日新又新。