

醫學信息

MEDICAL INFORMATION

人才培养

2018 年第 10 期

(总第 558 期)

卷首语 本期关注医师培养主题，探讨了中国住院医师培训精英教学医院联盟住院医师规范化培训self-study模式在住院医师规范化培训中的实践效果；通过调查医教研融合背景下全科医师规范化培训的需求，为进一步优化全科医师规范化培训提供政策建议和决策依据；介绍了高校对专科医师规范化培训学员和培训医院考核工作。此外，本期“他山之石”专栏分享了我国台湾地区医师培养体系及其变革，推荐了近年来台湾在医师培养方面值得借鉴的做法。



上海市卫生健康发展研究中心
上海市医学科学技术情报研究所

醫學信息

MEDICAL INFORMATION

1976 年创刊

2018 年第 10 期 (总第 558 期)

2018 年 10 月 25 日

主 管

上海市卫生和计划生育
委员会

主 办

上海市卫生和健康发展
研究中心 (上海市医学
科学技术情报研究所)

编辑出版

《医学信息》编辑部

上海市建国西路 602 号

邮编: 200031

电话: 021-33262063

021-33262061

传真: 021-33262049

E-mail:

medinfo@shdrc.org

网 址:

www.shdrc.org

刊 名 题 字: 王道民

主 编: 邬惊雷

衣承东

常务副主编: 张 勘

副 主 编: 王剑萍

黄玉捷

编辑部主任: 信虹云

编 辑: 王 莹

校 对: 周清茨

周 娜

目 次

实践与思考

住院医师规范化培训 self-study 模式的实践与探索

..... 余情, 郑玉英, 阎作勤, 等 (1)

上海市闵行区医教研融合背景下全科医师规范化培训

需求研究..... 韩晓洁, 李冰莹, 谢思伊, 等 (6)

高校专科医师规范化培训考核工作的探索和思考

..... 何珂 (12)

他山之石

台湾医师培养体系考察及思考

..... 张勘, 余晓波, 邵黎兵, 等 (16)

科教动态

市卫生计生委举办上海市病原微生物实验室生物安全培训班

..... (22)

上海市卫生系统知识产权管理培训班顺利举行..... (23)

本市开展病原微生物实验室生物安全专项督导检查..... (24)

信息速递

上海市卫生计生委宣布打造干细胞与再生医学协同创新集群

..... (25)

世卫组织百年来首次将中医药列入“国际疾病分类”, 中国

专家领衔研究十年修成正果..... (25)

《实践与思考》

住院医师规范化培训 self-study 模式的实践与探索

余情 郑玉英 阎作勤 李妍莹 朱蓁蓁

复旦大学附属中山医院, 200032

【摘 要】 文章参考美国毕业后医学教育认证委员会 (Accreditation Council for Graduate Medical Education, ACGME) 住院医师 6 大核心能力和加拿大皇家内外科学院 (the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada) 加拿大医学教育体系 (Canadian medical education direction system, CanMEDS) 住院医师能力框架的住院医师规范化培训评价指标, 设立中国住院医师培训精英教学医院联盟住院医师规范化培训 self-study 模式的 140 项标准评估指标, 通过现况调研、缺陷查找、设定目标、持续改进的自我评估流程, 对复旦大学附属中山医院的住院医师规范化培训管理机构及内科、外科、全科、麻醉科、医学影像科住院医师规范化培训基地开展 self-study 模式的自我评估, 旨在探讨 self-study 模式在住院医师规范化培训中的实践效果。评估结果显示, 通过对医院管理机构和内科、外科、全科、麻醉科、医学影像科住院医师规范化培训基地的 self-study, 在 140 项评估指标中, 完全达标的为 132 项, 部分达标需要完善的有 5 项, 未达标需要计划启动的有 3 项, 总体达标率为 94.3%。通过 self-study, 可以发现医院现行的住院医师规范化培训所面临的主要问题并对此持续改进, 是探索住院医师规范化培训自我评估及持续改进的新实践模式。

【关键词】 住院医师规范化培训; self-study; 持续改进; 实践

住院医师规范化培训是医学生毕业后为其职业生涯打下重要基础的关键阶段, 是毕业后医学教育的重要组成部分, 是培养优秀医师的有效途径。住院医师规范化培训在我国经历了十分曲折艰难的发展史, 直到 2013 年国家卫生和计划生育委员会等 7 部门发布了《关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见》(国卫科教发〔2013〕56 号), 才标志着我国将于 2015 年全面铺开住院医师规范化培训。随着 2010 年上海市率先在全国建立住院医师规范化培训制度, 住院医师规范化培训工作的各个方面均全面推进和发展。2015 年, 国家全面推行住院医师规范化培训制度, 并作为医改工作的重要组成部分, 对住院医师规范化培训的整体质量提出了更高的要求。目前在住院医师规范化培训过程中仍部分存在培训要求不明确, 技能和态度要求不具体, 教师指导不到位, 培训缺乏全程质量监控等问题。复旦大学附属中山医院从 1988 年开始探索住院医师规范化培训制度^[1], 2015 年成为国家住院医师规范化培训示范基地, 目前拥有国家卫计委及上海市卫计委认定的住院医师规范化培训基地 15 个, 在培住院医师

546 人, 已结合医院特点逐步探索出一套科学管理体系和工作办法。2016 年, 北京协和医院、北京大学第一医院、复旦大学附属中山医院、四川大学华西医院、浙江大学附属第一医院、中南大学湘雅医院及中山大学附属第一医院共 7 家国内知名的教学医院共同成立“中国住院医师规范化培训精英教学医院联盟”, 旨在通过资源共享、优势互补、互惠互利和相互促进, 提升中国住院医师培训质量。self-study 模式是中国住院医师规范化培训精英教学医院联盟于 2016 启动的住院医师规范化培训自我评估工作, 是通过内部评估以探索提高住院医师规范化培训整体质量的新模式。

1 self-study 模式介绍

任何一个项目或新计划的实施都包括现况调研、优势分析、缺陷查找、设定目标、持续改进等流程环节, 当在组织内部实现这一通用流程, 即被称作“self-study 模式”^[2]。发达国家的培训管理机构为培训制定了统一的培训国家质量标准, 在各个医学专科的培训目标、培训大纲、培训时间、培训计划等培训管理和资格认证环节上, 都设置了全国统一的标准, 这些统一标准从根本上保证了培训制度的权威性和管理的严格性。中国住院医师规范化培训精英教学医院联盟共同启动的 self-study 模式评估工作, 是在美国中华医学基金会 (China Medical Board, CMB) 帮助下, 汲取了北美住院医师规范化培训项目在自我评估标准设计及实施方面的经验, 就各联盟教学医院如何自行组织、实施相关教学和培训工作予以指导, 以期达到在成功推行国家卫计委提出的住院医师规范化培训制度的基础上, 努力实现住院医师规范化培训制度“国际化”的目的, 并且还要结合中国实际情况, 因地制宜探索住院医师规范化培训自我评估及持续提高的新模式。

2 self-study 对象及评估指标

本次由中国住院医师培训精英教学医院联盟共同发起的 self-study 模式自我评估工作, 以各联盟医院的住院医师规范化培训管理机构及内科、外科、全科、麻醉科、医学影像科住院医师规范化培训专业基地为评估对象。评估内容是参考美国毕业后医学教育认证委员会 (ACGME) 住院医师 6 大核心能力^[3]和加拿大皇家内外科学院 (the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada) CanMEDS 住院医师能力框架^[4]的住院医师规范化培训评价指标所设立的, 涉及管理机构标准及专业基地项目标准的各评估指标共计 140 项 (表 1)。

表1 住院医师规范化培训self-study评估标准

评估对象	评估项目	项目说明	评估指标数量
管理机构	机构结构	住院医师规范化培训基地医院需要在医学院监督下, 建立符合要求的住院医师规范化培训组织架构。	17
	基地医院	参与住院医师规范化培训项目的教学医院及其他协同培训基地 (包括社区卫生服务中心等), 务必承诺提供教学保障和确保临床诊疗质量。	8
	机构联络	医学院与住院医师规范化培训基地医院之间建立合理的住院医师规范化培训联络安排。	4
专业基地	管理构架	住院医师规范化培训专业基地必须建立合理的管理构架。	26
	培训目标	确定清晰合理的住院医师规范化培训的目标。	10
	组织管理	必须有组织的制定住院医师规范化培训的培养计划并完成教学内容。	8
	教学资源	必须具备充足的教学资源, 为住院医师实现培训目标提供支撑条件。	19
	培训内容	确定适合住院医师规范化培训的教学内容, 培养具备综合能力的住院医师。	36
	评估反馈	必须制定评估反馈的相关机制, 以确保住院医师得到合理的评估和及时有效的反馈。	12
合计			140

3 self-study 模式步骤

住院医师规范化培训 self-study 模式的评估工作通常需要耗时 6 ~ 7 个月, 具体时长取决于培训机构的具体情况和信息采集的方法。几大关键步骤如下。

3.1 成立 self-study 工作组

self-study 工作组成员应包括住院医师规范化培训基地医院分管领导、管理机构负责人、专业基地负责人、带教师资代表、以及在培住院医师代表。由基地医院指定负责人 (Designed institutional official, DIO) 担任 self-study 工作组组长一职。必须强调的是, 工作组中需要包含部分在培住院医师代表作为工作组成员。

3.2 工作组成员根据职权任务完成信息采集工作

self-study 工作组讨论确定成员资质、职权范围、以及任务分工, 从而为 self-study 的顺利推行打下坚实基础。根据 self-study 各项评估指标, 工作组成员通过资料参阅及现场访谈等多种形式完成对现行住院医师规范化培训各类信息和数据的采集工作。涉及的信息和数据包括: 培训年限、轮转计划、培训基地、师资数量、培训容量、培训内容、招录标准、协同医院等。

3.3 比对 self-study 评估标准分析优势及差距

在完成第二步的信息采集后, self-study 工作组将住院医师规范化培训现行培训信息和数据逐条比对 self-study 的评估标准, 深入探讨目前医院住院医师规范化工作的优势和差距, 为后续 self-study 工作的推进提供数据分析依据。

3.4 针对缺陷差距设定工作目标

比对 self-study 标准后, 分析确定目前住院医师规范化培训工作存在的缺陷差距, 根据医

院住院医师规范化培训工作情况确定改进项目顺序及下一步的工作目标。即在诸条存在缺陷差距的项目中,根据国家及医院现行住院医师规范化培训现状及具体情况,因地制宜地确定需要改进的项目及改进执行的顺序。

3.5 制定实施计划持续改进时间表

Self-study 的最后一步,是根据需要改进的项目制定详细的持续改进实施计划,结合住院医师规范化培训的实际情况,确定具体实施的责任人员及细节步骤,拟定任务时间表,逐步达到评估标准,最终达到提高住院医师规范化培训整体质量的目的。

4 self-study 结果

通过对医院管理机构和内科、外科、全科、麻醉科、医学影像科住院医师规范化培训基地的 self-study,在 140 项评估指标中,完全达标的为 132 项,部分达标需要完善的有 5 项,未达标需要计划启动的有 3 项,总体达标率为 94.3%。通过 self-study,发现医院现行的住院医师规范化培训所面临的主要问题有:医疗执业环境堪忧,如何为住院医师营造良好安全的培训条件,是亟待努力解决的问题;住院医师生源参差不齐,如何通过规范化的住院医师培训,结业时能够达到同质化的培训效果,是面临的一大挑战;繁忙的临床工作和重重的科研压力削弱了住院医师自我学习的动力,更是挤占了临床医生可以用于住院医师带教的工作时间,对住院医师带教质量造成了一定的影响;需要建立更加完善的信息化管理系统,提高运行效率,缩短信息传递时间,降低管理培训成本,这是建立健全住院医师规范化培训质量保障体系的关键。

5 讨论

5.1 self-study 模式的优越性

任何一项评估工作的实施都应包括现况评估、目标设定、战略生成、缺陷查找以及需求识别等环节, self-study 模式即是将这一实施流程由住院医师规范化培训主体单位自主完成。通过自我评估的过程,医院的管理机构和专业基地均可以充分研究和分析自身工作的优势与不足,从而调动自我改进的积极性和动力,定期运用 self-study 模式的评估方式,对逐步改进住院医师规范化培训工作是具有积极意义的。本次由中国住院医师培训精英教学医院联盟共同发起的 self-study 模式自我评估工作,评估内容是参考美国毕业后医学教育认证委员会(ACGME)住院医师 6 大核心能力和加拿大皇家内外科学院 CanMEDS 住院医师能力框架的住院医师规范化培训评价指标所设立的,汲取了北美住院医师培训项目在项目自我评估和结构化标准方面的经验,因此,可以为借鉴住院医师规范化培训制度的“国际化”经验提供有益的帮助。

5.2 中国住院医师规范化培训质量评估体系建立的迫切性

从目前上海市住院医师规范化培训 3 年的工作过程来看,各专业项目的培训虽已进入流程,但培训质量的把关不足,主要体现在相关职能部门及临床科室领导的重视程度、实际培训过程中的督导作用、轮转科室的实际管理考核结果等方面的不足。通过本次 self-study 的自我评估,

我们发现,中国的住院医师规范化培训急需建立一整套既与国际接轨又符合我国国情的住院医师规范化培训综合评估与质量控制体系。

中山医院之前已逐步建立了基于组织构架、规章制度、过程管理、师资、信息系统及保障机制的六大培训考核体系。各专业基地的住院医师规范化培训也开展了许多的操作训练、课程安排、轮转设置、临床带教等培训项目,以及日常考核、出科考核、年度考核、结业考核等考核项目,但是这些工作尚缺乏系统的规整和总结,全国各家住院医师规范化培训基地医院所采用的质量评估体系标准也缺乏统一性。因此,还需要在全面分析住院医师规范化培训的开展情况的基础上,总结并充分吸取现行住院医师培训工作的经验和教训,比对国际先进经验和做法,汇总整合各项培训和评估项目,通过对完善住院医师规范化培训质量控制和综合评价体系的对策建议的探讨,探索形成既符合中国国情又能与国际接轨的科学、规范、可行的住院医师规范化培训综合评估和质量控制体系,从而给住院医师规范化培训工作提供更好的帮助^[5,6]。

参考文献

- [1] 郑玉英. 中山医院住院医师规范化培训工作的实践与体会 [J]. 中国卫生资源, 2011, 14 (6): 368-369.
- [2] Philibert I, Lieh-Lai M. A practical guide to the ACGME self-study[J]. Grad Med Educ, 2014, 6 (3): 612-614.
- [3] Guralnick S, Hernandez T, MCorapi M, et al. The ACGME Self-Study—An Opportunity, Not a Burden[J]. Grad Med Educ, 2015, 7 (3): 502-505.
- [4] Lee N, Fokkema JP, Westerman M, et al. The CanMEDS framework : relevant but not quite the whole story[J]. Med Teach, 2013, 35 (11): 949-955.
- [5] Jiming Zhu, Wenkai Li, Lincoln Chen. Doctors in China : improving quality through modernization of residency education[J]. Lancet, 2016, 388 (10054): 1922-1929.
- [6] Zhao Yupei, Zhang Shuyang, Li Wenkai, et al. Pursuing excellence in graduate medical education in China[J]. Lancet, 2016, 388 (10054): 1859-1860.

上海市闵行区医教研融合背景下全科医师规范化培训需求研究

韩晓洁¹ 李冰莹² 谢思伊² 胡慧静³ 杨秀梅¹ 洪哲芳³ 何小华¹ 周勤¹

1. 复旦大学附属上海市第五人民医院, 200240

2. 复旦大学公共卫生学院, 200032

3. 闵行区卫生和计划生育委员会, 200125

【摘要】目的：调查医教研融合背景下上海市闵行区全科医师规范化培训的需求，探索有效提高全科医师培养水平的策略。**方法：**通过文献回顾设计问卷，对上海市闵行区的全科医师规范化培训相关人员进行调查。**结果：**回收 112 份有效问卷（有效回收率 93.3%），50.9% 的调查对象认为全科医师规范化培训中最需要重视的是“临床诊疗能力”，57.1% 认为全科基地带教老师最应具备的能力是“临床实践能力”，64.3% 认为科室轮转具体培训形式应以“实践操作”为主，54.5% 认为全科学员培训考核最应注重“实践操作的熟练规范”。**结论：**需要坚持医教研协同发展，从诊疗能力、考核制度、人文素养、科研能力、福利待遇等方面构建较为完善的全科医学教育体系。

【关键词】 全科医师；规范化培训；需求

全科医疗模式是以全科为基本，协调各专科，为患者提供连续性和融合性医疗的一种模式^[1]。我国全科医学起步较晚，基础薄弱，建设规模大，基层医疗服务的需求难以满足，亟需培养一批高素质全科医师。目前闵行区与复旦大学已签订“共建医教研协同型健康服务体系”合作协议，构建集医疗服务、医学教育、科学研究功能为一体的卫生服务体系。在医教研融合的背景下，医疗机构需理顺全科医师规范化培训中的工作关系，探讨其中存在的问题，建立健全培训制度，使全科医师规范化培训质量得到全面提高。

规范化培训是培养高素质全科医师的根本途径，本文通过对闵行区全科医师规范化培训相关人员进行问卷调查，了解培训中对医教研工作的需求，为进一步优化全科医师规范化培训提供政策建议和决策依据。

1 调查对象与方法

1.1 调查对象

以上海市闵行区莘庄、古美、梅陇三家社区卫生服务中心及复旦大学附属第五人民医院和

基金项目：上海市闵行区社会科学课题：基于医教研协同型健康服务体系的闵行区全科医师规范化培训需求的研究（G16111）

通信作者：周勤，E-mail: zhouji_hr2008@126.com

闵行区中心医院两家综合性医院的全科医师规范化培训相关人员为调查对象，包括全科学员、全科医师、全科基地管理人员、带教老师。

1.2 问卷设计

通过中国知网（China National Knowledge Infrastructure, CNKI）、万方数据知识服务平台等检索工具，以“全科医师”或“全科医生”、“规范化培训”为关键词检索相关文献资料，进行归纳整理，设计《全科医师规范化培训调查表》，内容包括调查对象基本信息、对规范化培训制度的认知和需求情况、全科医师培训的意愿等方面问题。

1.3 调查方法

确定调查对象后，以随机抽取的方式进行现场调查，超过 20.0% 未填写为无效问卷。本次调查共发放问卷 120 份，回收 112 份，有效问卷 112 份，有效回收率 93.3%。使用 Excel 2013 录入调查数据，Epidata 软件进行资料的建库、输入、核对，SPSS20.0 软件进行统计分析。

2 研究结果

2.1 调查对象的基本情况

全科学员 36 人，全科医师 30 人，全科基地管理人员 10 人，带教老师 36 人，以女性居多，文化程度普遍较高（表 1）。

表1 调查对象基本情况			
分类		人数（n=112）	构成比（%）
性别	男	46	41.1
	女	66	58.9
年龄	≤ 25	24	21.4
	26 ~ 35	60	53.6
	36 ~ 45	15	13.4
	> 45	13	11.6
文化程度	专升本	3	2.7
	本科	60	53.6
	硕士	47	42.0
	博士	2	1.8
最高学历毕业学校	985	17	15.2
	211	22	19.6
	一本（非 211）	35	31.3
	其它	38	33.9
工作年限	一年以下	18	16.1
	1 ~ 5 年	56	50.0
	6 ~ 10 年	19	17.0
	10 年以上	19	17.0
职称	正高	7	6.3
	副高	9	8.0
	中级	26	23.2
	初级	49	43.8
	无专业技术职称	21	18.8

2.2 对规范化培训的认知情况

所有调查对象中 ($n=112$), 85 人 (75.9%) “非常了解” 或 “比较了解” 全科医师规范化培训制度。62 人 (55.4%) 认为目前全科基地轮转计划 “合理”, 40 人 (35.8%) 认为 “不合理” 或 “极不合理”, 主要原因包括: 医院对全科医师不够重视, 以实习同学对待; 部分科室带教老师不负责; 各个科室轮转时间分配不合理; 没有门诊轮转等。老师、医师和管理人员中认为培训制度 “不合理” 的人数占比 (39.5%) 略高于学员 (27.8%)。

仅 22 人 (19.6%) 认为全科医生的发展前景 “好”, 68 人 (60.7%) 认为 “一般”, 22 人 (19.7%) 认为 “较差” 或 “极差”, 态度较消极。107 人 (95.5%) 认为毕业生不选择全科医师的主要原因是 “待遇差” (42.9%)、 “无法发挥所学, 发展前途差” (37.5%)、 “社会地位不高” (15.1%), 仅 5 人 (4.5%) 认为是 “政府投入不够” 或 “其他原因”。值得注意, 17 名老师、医师和管理人员选择了 “社会地位不高”, 全科学员中无人选择该项。

2.3 全科医师规范化培训内容需求

57 人 (50.9%) 认为培训中最需要重视 “临床诊疗能力”, 24 人 (21.4%) 选择 “合作意识与合作能力”。同时, 全科医师最欠缺 “临床诊疗能力” (40 人, 35.7%) 和 “诊疗流程的规范完备” (34 人, 30.4%)。统计后发现些许差异, 学员认为全科医师最缺乏 “临床诊疗能力” (55.6%, 20 人), 老师们则认为全科医师最缺乏 “诊疗流程的规范完备” (36.8%, 28 人), “临床诊疗能力” 次之 (26.3%, 20 人)。

64 人 (57.1%) 认为带教老师最应具备 “临床实践能力”, 学员 (30.6%, 11 人) 比老师们 (6.6%, 5 人) 看重 “教学技巧”。科室轮转培训形式可以 “实践操作” (72 人, 64.3%) 为主, 小讲课、病例研讨为辅, 从各个方面满足学员需求。

对于培训考核, 61 人 (54.5%) 认为最应注重 “实践操作的熟练规范”, 也有 30.6% 的学员认为最应注重 “理论知识掌握的熟练程度”。并且, 老师们 (14.5%, 11 人) 比学员 (5.6%, 2 人) 更注重 “平时工作中的医德医风、工作态度” (表 2)。

表2 全科医师规范化培训内容

内容	人数 (n=112)	构成比 (%)
全科基地带教老师最应具备的能力		
临床实践能力	64	57.1
教学技巧	16	14.3
与病人沟通能力	15	13.4
协调能力	8	7.1
理论知识及医学发展前沿	7	6.3
有较高学历和职称	2	1.8
哪种培训方式最有效		
实践操作	72	64.3
病例研究	27	24.1
小讲课	8	7.1
其它	4	3.6
病案书写	1	0.9
全科学员培训考核最重要的方面		
实践操作的熟练规范	61	54.5
理论知识掌握的熟练程度	21	18.8
理论知识的应用	17	15.2
平时工作中的医德医风、工作态度	13	11.6

2.4 规培中的全科学员意愿

36 名规培中的全科学员中, 仅 5 人 (13.9%) 表示未来“非常愿意”从事全科医师职业, 16 人 (44.4%) 表示“不太愿意, 但仍会从事全科医师职业”, 有 15 人 (41.7%) 表示会从事其他职业, 这为全科医师的发展敲响了警钟。

涉及优惠政策时, 20 人 (55.6%) 认为最重要的是“经济保障”, “社会保障” (9 人, 25.0%)、“户籍转移” (4 人, 11.1%)、“就业保障” (3 人, 8.3%) 占比较少。

2.5 出站全科医师规培需求

30 名出站全科医师工作中遇到的困难有“设备不足” (26.9%)、“药物获取困难” (19.4%)、“科研能力弱” (17.9%)、“患者难以沟通” (16.4%) 和“患者多去大医院” (10.4%)。如果重新进行一次规培, 大多数全科医师希望能锻炼“理论知识” (10 人, 33.3%) 和“科研能力” (6 人, 20%)。

3 讨论与建议

上海市闵行区开展全科医师培养已有十余年, 但仅 55.4% 的调查对象认为目前全科医师规范化培训制度“合理”, 尚有 35.8% 认为“不合理”或“极不合理”, 说明现行培训还有待完善。

3.1 强调理论知识储备, 提高临床诊疗能力, 规范并完善诊疗流程

大部分调查对象最看重 (50.9%) 也认为最欠缺 (35.7%) 临床诊疗能力; 36.8% 的老师认

为最欠缺诊疗流程的规范完备; 33.3% 的出站全科医师希望重新锻炼理论知识的学习。临床诊疗能力和理论知识是基础, 而规范完备的诊疗流程直接决定诊疗质量。

全科学员 3 方面能力的提高取决于附属医院教学水平的提升。措施有: ①提高师资水平。学员认为带教老师最应具备临床实践能力 (52.8%) 和教学技巧 (30.6%)。因此, 带教师资必须先经过培训, 通过考核, 取得合格证书后方可持证上岗^[3]。②优化医教研考核与激励政策。医院需要让教学成为激励与考核政策的重要部分, 充分调动医生作为教师的积极性。③加大教学投入。不仅需要经费投入, 更需要领导关注、激励机制及临床教师发展平台等多方面的投入^[4]。④借助高校资源医教研协作体系。高校拥有丰富的理论教学资源, 可借助附属医院提高学员的理论知识水平。⑤优化轮转计划。医院应完善教学计划, 各轮转科室都应安排学员门诊学习时间, 尤其是更有学习价值的专家门诊。

3.2 完善考核制度

培训结果应从多方面考核。54.5% 调查对象认为考核中“实践操作的熟练规范”最为重要, 目前应当以实践操作、理论知识等能力的培养为核心, 强调医德医风、工作态度, 并制定可实施的考核标准。各医院还可定期召开座谈会, 发放问卷, 以调查全科医师对培训过程各方面情况的意见和建议, 及时发现问题并加以改进^[4]。

3.3 提高医学人文素养

全科医师还需要一定的医学人文素养, 掌握基本的人文医学执业技能, 因此应培养其医德、医患沟通能力、团队合作精神等^[5]。21.4% 的调查对象认为培训最需要重视合作意识与合作能力, 36.7% 的全科医师反映与患者难以沟通。因此, 要合理设置相关课程, 把人文教育贯穿整个规培过程, 可以结合实践, 定期请有丰富工作经验的专家开办讲座, 为学员打好基础。

3.4 加强科研能力培养

调查显示 40.0% 出站全科医师工作中遇到科研能力弱的问题, 20.0% 希望重新锻炼科研能力。科研能力的培养不仅可以提高全科医师的临床思维能力, 还有助于在实践中发现和解决问题, 为基层卫生保健政策的制定和执行提供有力帮助。附属医院要强化学员科研意识, 多途径开展科研培训, 鼓励学员申报项目, 把学习、实践和研究结合起来, 培养创新思维方式^[6]。

3.5 增强职业认同感, 提高福利待遇

调查发现仅 13.9% 的学员未来愿意从事全科医师职业, 19.6% 认为全科医师发展前景好。42.9% 认为部分毕业生不愿意选择全科医师的主要原因是待遇差, 37.5% 认为是发展前途差, 另有 15.2% 认为主要原因是社会地位不高, 而这 15.2% 全为已经工作的老师、医师们。在这种现状下, 附属医院除应加强职业道德教育外, 还应通过政府政策引导, 提高培训期间全科学员福利待遇以吸引更多的优秀人才, 增强职业认同感。提高待遇不仅仅是薪酬和住房方面, 还包括晋升机会、职业荣誉等诸多方面^[7]。也可借鉴国外全科医师的自雇形式提供一种更灵活的经济补偿方式。

最后, 我国居民深受专科化发展的影响, 普遍认为医院越大越好, 对社区卫生服务的医疗水平缺乏信心, 对全科医生缺乏信任^[8]。因此, 提高不同层面人群对全科医学的认识和认同、加强全科医学的宣传力度也是促进全科医学快速、健康、可持续发展的重要方面。

参考文献

- [1] 李健. 论中国的全科医学 [J]. 实用医院临床杂志, 2012, 9 (3): 37-38.
- [2] 徐国平, 牛丽娟, 王家骥. 对中国全科医师规范化培训基地和培训大纲的研究和建议 [J]. 中国全科医学, 2014(19): 2171-2178.
- [3] 刘力戈, 赵春燕, 潘丽恩. 全科医师规范化培训的实施与过程管理 [J]. 中国全科医学, 2010, 13 (36): 4111-4114.
- [4] 商卫红, 王锦帆. 附属医院临床教师医教研工作关系的现状研究 [J]. 中华医学教育杂志, 2014, 34 (6): 841-843.
- [5] 殷大奎. 中国医师人文医学执业技能培训系列教材. 初级一医患沟通 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 1-11.
- [6] 赵家义, 韩一平, 袁鹏群, 等. 浅谈研究型医院全科医师科研能力的培养 [J]. 中国高等医学教育, 2015 (3): 22-23.
- [7] 司庆燕, 李文, 陈士福. 规范化培养全科医生需要注意的几个问题 [J]. 医学与哲学 (A), 2014, 35 (1): 74-76.
- [8] 徐静, 周亚夫, 葛运运, 钱东福. 国外全科医学教育和全科医生培训情况分析 & 启示 [J]. 中国全科医学, 2013, 16 (27): 3155-3158.

高校专科医师规范化培训考核工作的探索和思考

何珂

复旦大学上海医学院, 200032

【摘要】 为进一步落实《关于开展专科医师规范化培训制度试点的指导意见》(国卫科教发〔2015〕97号)、《上海市专科医师规范化培训实施办法(试行)》(沪卫计委科教〔2013〕22号)等文件的要求,文章结合近年来高校专科医师规范化医师培训实践,聚焦高校对专科医师规范化培训学员考核和培训医院考核,从强化培训学员考核实践、完善培训医院考核指标等方面对改进考核工作进行思考,并提出建议,以期为其他高校日后开展附属医院专科医师规范化培训考核工作提供参考。

【关键词】 专科医院规范化培训;考核;毕业后教育

2013年,上海市卫生和计划生育委员会(以下简称“卫生计生委”)等3部门印发《上海市专科医师规范化培训实施办法(试行)》(沪卫计委科教〔2013〕3号),标志着上海市专科医师规范化培训(以下简称“专培”)工作已从“建章立制”阶段向“试点实践”阶段推进,并得到国家卫生健康委员会(原国家卫生计生委)的大力支持,被列入“委市合作”重点工作。2015年,国家卫生健康委员会(原国家卫生计生委)等8部门印发《关于开展专科医师规范化培训制度试点的指导意见》(国卫科教发〔2015〕97号),标志着国家层面正式试点专培制度。随着我国专培制度的不断探索和推进,专培考核工作也已逐步启动。特别是在当前深化医教协同的背景下,如何完善对附属医院专培工作的考核,更是高校毕业后教育管理亟待解决的问题^[1-2]。本文以复旦大学为例,重点阐述了高校对附属医院专培考核工作的探索和思考,以期日后为其他高校开展附属医院专培考核工作提供参考。

1 高校专培考核工作的实施背景和意义

1.1 落实上海市专培文件要求,开展专培学员考核

根据《上海市专科医师规范化培训实施办法(试行)》(沪卫计委科教〔2013〕3号)有关要求,各高校毕业后医学教育委员会要组织实施本校系统内专培学员年度考核工作。特别是《上海市专科医师规范化培训考核管理办法(试行)》(沪卫计委科教〔2013〕22号)进一步明确:“医学院校毕业后医学教育委员会主要职责:一是制定和公布每年阶段考核(或年度考核)计

划;二是组织实施阶段考核(或年度考核);三是督导和评估附属医院培训基地的过程考核工作;四是为结业综合考核的组织和实施提供必要的支持和保障。”根据上述文件要求,自 2014 年起,各高校毕业后医学教育委员会每年对专培学员实施年度考核。

1.2 加强高校毕业后教育管理,探索专培医院考核

《关于开展专科医师规范化培训制度试点的指导意见》(国卫科教发(2015)97 号)明确指出,专科医师规范化培训是在住院医师规范化培训基础上,继续培养能够独立、规范地从事疾病专科诊疗工作的临床医师的必经途径,是毕业后医学教育的重要组成部分,是深化医药卫生体制改革的重要举措。《国务院办公厅关于深化医教协同进一步推进医学教育改革与发展的意见》(国办发〔2017〕63 号)也明确要求,高校要把附属医院教学建设纳入学校发展整体规划,明确附属医院临床教学主体职能,将教学作为附属医院考核评估的重要内容;高校附属医院要把医学人才培养作为重大使命,处理好医疗、教学和科研工作的关系。因此,各高校应加强对附属医院毕业后医学教育工作的考核,探索将专培工作考核纳入附属医院综合绩效考核体系之中。

2 高校专培考核工作的探索和创新

2.1 以年度考核为抓手,构建专培学员四维考核体系

2014 年 10 月,上海市医师协会发布《2014 年上海市专科医师规范化培训第一年度考核工作计划》,明确年度考核主要分为“医师职业道德考核和出勤情况”“临床实践培训指标”“临床综合能力测评”“临床教学能力”“临床科研能力”等 5 大模块。“临床实践培训指标”模块中,“上交书面材料”模块(以下简称“书面评审”)由医学院毕业后教育委员会组织专家进行评判,“临床综合能力测评”模块是由各专科委员会负责命题,全市统一组织考试,其余模块均由培训医院或专科基地自行组织考核。

复旦大学在前期进行了多方调研,在设计专培学员年度考核方案时,充分结合市医师协会各专科委员会对相应专科的考核要求,始终注重考核方案的可操作性,使其能够进一步推广,并且有利于继续保持本市“政府、行业、高校、医院”的协同优势,逐步形成“市级(政府、行业)—校级(大学)—院级(医院)—科级(专科基地)”的四维考核体系。

在专培学员年度考核具体实践中,复旦大学对系统内专培学员的考核内容、考核形式、考核标准、考核计分等方面加以规范,并探索采用“学校抽评”与“医院自评”相结合的考核方式,以便更好地兼顾年度考核的公平性和可行性。同时,学校组织校内相关专家研究制定了“书面评审”模块的量化评分标准,主要包括修改住院医师大病史、疑难病例讨论记录、死亡病例讨论记录、手术记录、抢救记录、操作记录、修改住院医师麻醉记录单、麻醉记录单等材料的评分标准,以及不同专科的考核评分材料。此外,学校还制定了专培学员年度考核考官遴选标准,主要从各相关附属医院中遴选相应专培学员考核“书面评审”考官,并明确考官原则上应在上海市住院医师规范化培训结业综合考试考官库中,职称要求副主任医师以上,且同次年度考核中,校级考官与院级考官不重叠,从而在校内建立一支专科医师年度考核考官队伍。为兼顾考核公平性,在妇产科、儿科等专业年度考核中,试点聘请本市兄弟高校系统的临床专家作为考官。

2.2 以综合考核为依托, 将毕业后教育纳入专培医院考核指标

在毕业后医学教育管理工作考核评估方面, 国家卫生健康委员会 (原国家卫生计生委, 以下简称“国家卫生健康委”) 自 2015 年起, 已对住培基地 (培训医院) 启动评估工作。根据国家卫生健康委相关评估文件的要求^[3], 将“院级管理”或“院长职责”作重要的三级考核指标之一。随着专培试点地区和单位的不断扩大, 对专培基地的考核工作也将启动。复旦大学依托对附属医院主要负责人的综合考核, 探索将毕业后医学教育纳入附属医院教学工作考核指标中, 将其作为教学方面 (一级指标) 下设的重要二级指标之一, 其主要考核内容为毕业后医学教育管理工作 (常规工作和委托培养工作)、结业考试通过情况及毕业后医学教育研究工作等。

为科学考核附属医院毕业后医学教育 (含住培和专培) 管理工作, 复旦大学采用定性指标和定量指标相结合的评价方式, 按照上级要求及学校下达的任务, 依据相关指标对附属医院毕业后医学教育进行综合评价。如“毕业后医学教育管理工作”为定性指标, 则根据该考核年度附属医院上报的毕业后医学教育工作总结进行综合评价; “结业考试通过情况”为定量指标, 则通过在全市、系统内比较附属医院“住培结业综合考核合格率”从而进行评价。随着每年专培结业学员规模不断扩大, 建议适时将“专培结业综合考核合格率”纳入考核指标, 评价方式可参照住院医师规范化培训。此外, 高校在对附属医院毕业后医学教育管理工作进行“质”和“量”的考核时, 要充分体现高校附属医院的特点, 如设置“毕业后医学教育研究工作”等定量指标时, 主要考核附属医院毕业后医学教育领域发表论文、论文获奖和 (或) 课题立项情况, 通过比较附属医院考核年度前一年的论文发表数量、论文获奖情况和考核年度的课题立项情况进行综合评价, 从而引导高校附属医院进一步发挥教学研究优势。

3 高校专培考核工作的思考

回顾近年来的专培考核工作, 复旦大学在不断探索中积累了许多经验, 但也发现了一些不足, 需要进一步思考和研究, 加以完善。

3.1 强化专培学员考核实践, 助力医教协同

根据教育部等 6 部门印发的《关于医教协同深化临床医学人才培养改革的意见》(教研〔2014〕2 号) 的有关要求, 结合上海市深入推进的“临床医学博士专业学位研究生教育与专科医师规范化培训相衔接试点工作”, 临床医学博士专业学位授予标准与专科医师考核标准相结合, 已成为改革核心之一。专培学员年度考核是有效连接“出科考核”与“结业综合考核”的关键节点, 也将在“5+3+X”学位衔接试点改革中成为质量保障体系的着力点。因此, 探索“政府、行业、高校、医院”共同组织的专培学员年度考核, 是落实“医教协同深化临床医学人才培养改革”的具体实践, 符合我国医药卫生体制改革和医学教育改革的发展方向。建议高校进一步强化专培学员年度考核工作, 有效整合学校教育资源, 在大学系统内形成统一的专培学员考核标准, 打造“同质化”的考核平台, 由此提升大学系统内各专科的整体培训质量, 助力构建“5+3+X”临床医学人才培养体系。

3.2 完善专培医院考核指标, 注重全面培养

要进一步探索将专培医院考核指标从注重“终结性评价”向注重“过程性评价”转变, 增加“过程性评价”的定量考核指标, 建议增加全市或全校性质的考核成绩评价^[4], 并逐步加大过程管理考核指标的权重。2017 年, 国家卫生健康委、国家中医药管理局《关于加强卫生计生系统行风建设的意见》(国卫纠发〔2017〕1 号)明确指出, 将行风建设纳入卫生计生事业发展的整体规划, 融入所有卫生与健康政策。因此, 建议将医德医风和行风建设融入毕业后医学教育管理, 纳入管理工作考核指标, 并且充分运用考核指标的导向作用, 强化附属医院对专培学员的医德医风教育, 深入探索如何在毕业后医学教育过程中兼顾对专培学员的医术和医德培养工作。

综上所述, 复旦大学在专培考核工作中进行了一些探索和创新, 但因试行时间尚短, 仍存在不足, 需结合国家政策、上海市和学校的具体情况继续改进, 进一步强化考核实践、完善考核指标, 以考促改, 以考促建, 从而不断提升附属医院专培工作水平。

参考文献

- [1] 刘莹, 杨杰. 加强专科医师培训考核工作的初步实践和思考 [J]. 中国农村卫生事业管理, 2015, 35 (12): 1502-1503.
- [2] 常春康, 宋陆茜. 专科医师规范化培训的难点及对策初探 [J]. 卫生职业教育, 2014, 32 (19): 137-138.
- [3] 国家卫生计生委办公厅. 关于开展 2016 年度住院医师规范化培训评估工作的通知 [EB/OL]. (2016-5-24) [2018-10-25]. <http://www.nhfpc.gov.cn/qjjys/s7949/201605/7807f72651854349ab2d57bd44719aa7.shtml>.
- [4] 梁丽娜, 马亮亮, 刘佳, 等. 临床教学实践中形成性评价体系的构建与应用 [J]. 重庆医学, 2018, 47 (8): 1133-1135.

《他山之石》

台湾医师培养体系考察及思考

张勘¹ 余晓波² 邵黎兵³ 沈恋迪⁴ 乔静华⁵ 陈迟⁶ 诸光花⁷ 薛菲⁸ 潘沛⁹ 张登海¹⁰

1. 上海市卫生和计划生育委员会科教处, 200125;
2. 复旦大学附属眼耳鼻喉科医院科教部, 200031;
3. 上海市卫生人才交流服务中心住院医师事务管理部, 200003;
4. 嘉定区卫生和计划生育委员会医政管理科, 201822;
5. 上海市儿童医院教学办公室, 200062;
6. 上海市东方医院教学培训办公室, 200120;
7. 闵行区江川小区卫生服务中心, 201111;
8. 上海市浦东新区周浦医院, 201318;
9. 上海市交通大学医学院附属第九人民医院, 200011;
10. 第二军医大学附属公利医院, 201908

【摘要】 上海医学考察团对台湾医师培养体系进行了考察访问。文章简要介绍了台湾医师培养体系及其变革, 推荐了近年来台湾在医师培养方面值得借鉴的做法, 并对大陆和台湾在医师培养方面面临的共同问题进行了思考, 对两岸未来交流提出建议。

【关键词】 医学教育; 考察报告; 医师培养; 教学改革; 台湾; 交流

2018年9月, 上海市卫生和计划生育委员会(以下简称“卫生计生委”)应台湾医务管理学会邀请, 成立了由组织委科技教育处、上海市卫生人才交流服务中心、区县卫生计生委、医疗机构等单位的临床教学管理人员组成的考察团(以下简称“考察团”), 赴台湾考察医师培养体系。考察团在台北医学大学、中国医药大学、台北市台安医院、林口区长庚医院、文山区台北市立万芳医院、新光吴火狮纪念医院、嘉义市基督教医院等医学大学和各级医疗机构进行了实地考察和交流, 了解了台湾医师乃至医事人员(即大陆所称卫生相关类人员)的培养、考核体系; 在台北长庚医院、台湾大学医学院、中国医药大学附设医院等机构, 进一步了解了医院在医学本科教育、医疗机构在职后医学教育体系方面所做的工作。考察团认为台湾的一些创新做法值得大陆同行借鉴, 对两岸面临的共同挑战以及未来交流有很多启发。

1 台湾临床医师培养的现状与演变

台湾医师培养分为3个阶段: 医学院校教育、毕业后临床训练和继续教育。

1.1 医学院校教育

中国台湾地区医学院校共有 13 所, 其中公立 4 所, 私立 9 所。医师培养人才政策规划涵盖“教、考、训、用”4 方面。自 1999 年起, 每年西医专业招生总数约为 1300 名, 牙科医师约 340 名, 中医师约 270 名。2013 年以前医学院校教育年限一般为 7 年, 其中牙科学制为 6 年, 2013 年后医学院校教育年限统一改为 6 年。

医学院校教育的课程设置和安排也经历了两次主要变革。在 2000 年以前, 7 年学制的医学院校教育分为 1 年半的通识教育、1 年半的基础医学教育、2 年的临床医学教育、1 年的临床见习 (clerkship) 和 1 年的临床实习 (internship); 2001—2013 年, 7 年学制的医学院校教育改为 2 年的通识教育、2 年的基础与临床医学整合课程、半年的临床医学、1 年半的临床见习和 1 年的临床实习; 2013 年统一为 6 年学制的医学院校教育改为 4 年的通识教育、基础临床医学整合课程和 2 年的临床实习。医学院校教育的课程设置和安排变革的主要特点是在课程设置中增加了“博雅教育”、医学人文教育的内容, 强调基础与临床医学的整合, 使医学生提早进入医院, 尽早接触临床。

医学院校教育的总体改革方向是“先学做文化人, 再学做专业人”。从第一学年起, 在给予较多量的通识教育课程同时, 也给予医学专业课程教育; 随着学习的继续, 通识教育课程逐渐减少, 深度明显加深, 逐渐涉及社会事件, 且课程开始以小组讨论形式为主, 鼓励学生思考并形成自己的观点, 医学课程逐渐增加。

1.2 毕业后临床训练

在 2003 年非典型肺炎 (severe acute respiratory syndrome, SARS) 爆发期间, 台湾医学界发现, 大量的基层医生因过早进入专科培训, 不能胜任医学危机一般处理工作, 并有部分医师以此为借口拒绝岗位安排。痛定思痛, 行政院卫生署提出“重整临床医师养成训练改革计划”, 将台湾地区的毕业后临床训练分为一般医学训练 (post graduated year, PGY), 专科医师训练和次专科医师训练 3 个阶段。毕业后临床训练阶段的总体改革方向是“先学做一般医师, 再学做专科医师”。增设 PGY, 主要为了改善毕业后临床训练中存在过早专科化、缺乏医学伦理、实证医学及感染管控培训、医疗品质未受重视、社区医学认知不足等缺陷。

为减少新的培养体系对医院既有工作秩序的冲击, PGY 培训时间采取逐步延长方式, 2003—2005 年期间为 3 个月, 2006—2010 年期间为 6 个月, 2011—2018 年期间为 1 年; 为了和 7 年学制改为 6 年学制配套, 从 2019 年起 PGY 培训时间全面延长至 2 年 (牙医师从 2010 年起实施 PGY 两年训练计划、中医师从 2014 年起实施 PGY 两年训练计划)。PGY 训练内容和时间分配包括 4 个月内科、2 个月外科、1 个月急诊医学科、1 个月儿科、1 个月妇产科、2 个月社区医学科、1 个月选修科, 此外还包括一般医学基本训练课程 + 至少 36 个案例分析 (含至少 6 个社区相关议题报告)。PGY 的主管机构是台湾地区的行政院卫生福利部, 规划执行和督导机构为医院评鉴暨医疗品质策进会。

1986 年以后, 台湾地区的专科医师制度逐步建立和完善。1988 年起行政部门认定的专科 (含次专科) 为 27 个, 包括 23 个西医专科、1 个中医专科和 3 个牙科专科。自 2001 年起实行

专科医师(西医师)训练容额管制计划,核定每年 1948 名训练容额,并有 20% 弹性上限(合计 2339 名)。为矫正专科失衡现象,自 2011 年起逐步减少、调整容额,至 2014 年调整为 1550 名。专科医师训练的主管机构是各专科医学会,专科医师训练时间一般为 3~5 年。

1.3 继续教育

凡取得执业医师资格、专科医师和次专科医师证书的医生均需接受继续专业培育,在规定的时间内取得规定的学分,才能继续拥有相关的资格。一般取得继续教育学分的周期为 6 年,如需继续拥有执业医师资格,必须取得 180 点学分;如需继续拥有专科医师证书或次专科医师证书,必须根据各专科和次专科医学会的要求修满规定的学分。继续教育阶段的总体改革方向是既要做好专科医师,又要保有一般医学能力。

2 台湾临床医学教育值得借鉴的创新做法

2.1 医学院校教育

2.1.1 变革学生招录工作

医学生的招录更重视实际素质以及未来作为医师的潜力,而不是仅仅依据高高考考分。医学本科招生为提前招生,从高中进行多元化选材。以前主要依靠“台湾高考”(联考)分数入学,这样招录的部分学生在邻近毕业进了临床后才发现不合适临床工作,造成学校和学生的双重资源浪费。采用多元入学考试,能一定程度上解决这个问题。目前医学专业仍然是台湾毕业生首选本科志愿,很多考前辅导机构会教会学生各种笔试和面试的应对技巧。所以,提前招生的第一关笔试成绩仅供考官参考。在第二关面试中,为打断学生背出来的面试套词,考官会向学生提出难以预先准备答案的问题,以测试考生本性和反应能力。第三关考试由老师带队,学生组成小组参与活动和讨论,考官通过观察各学生在团队中的领导力、表达力和行动力给予评分,多重形式的招考更有助于挑出适合做医生的人;经验丰富的考官(临床医生)甚至能进一步区分出以后适合内外科工作的人选。

2.1.2 加强通识教育和人文教育

与大陆将通识教育集中在入学后最初阶段不同,台湾医学本科通识教育(人文和博雅教育)和医学教育同步进行,前者随本科进程逐渐减量,而后者逐渐增量,但两者都覆盖本科教学全程。不同时期通识教育内容不同,第一和第二学年为通识人文、普通心理学等,第三学年为医学史,第四学年结合医患纠纷法律案例讲解医疗法,第五学年结合实际进行跨领域人文伦理反思,如对安乐死等进行讨论。

除了课程设置外,在实际教育过程中,也更注重人文关怀的养成。如,本科三年级局部解剖课需要使用“大体老师”,在二年级的时候要组织学生去拜访次年的“大体老师”家属,了解其生平。在正式上课前要组织缅怀会,使学生对“大体老师”更尊重,也更能体会生死之间的意义。又如,组织学生穿铅衣行走、戴麻布手套做手工、戴模糊眼镜生活等模拟老年人困难生活,通过感同身受进行关照病人的人文教育。

2.1.3 将知识应用整合进基础教育

本科医学教育里强调临床基础整合。例如,基础老师教了一个脏器的解剖学知识,临床老师则会同步讲解这些解剖知识在临床诊断及手术中的应用。相比于在基础学院学完解剖、生理、病理后,再到临床学院学习内外妇儿各科知识的学习效果更好。台北医学院教育强调尽早接触临床,大学一年级学生就会被安排到医院跟随医院主治以上医生、管理人员(包括院长),切身感受临床工作和医院运行模式,尽早了解医院不同工作岗位的职责与作用,知晓未来工作的性质和内容。

另外,学校会安排学生到非经典的部门实习,感受医学知识的多种应用。学生需要轮转预防医学部门(如到戒烟门诊学习宣传治疗的方法),营养部门(学习健康饮食理念及如何科普),特殊照顾病房(学习严重糖尿病、哮喘患者的看护特点),安宁病房(学习临终关怀),长期照护部门(如到不同层次的老人公寓和康复中心学习各种看护工作的细节和异同,和老人聊天并借机用可接受的方法进行卫生教育、对老人进行洗澡护理,学习居家照顾出院宣教技巧等),精神医疗中心(感性认识忧郁症患者的临床表现和治疗),另外也需到启能中心,学习婚前及妇幼保健教育等知识。

2.2 临床医学教学

2.2.1 建立有利临床教学师资队伍培养的晋升制度

把原先医师只能通过科研产出作为唯一晋升通道的制度,改变为可以通过临床、教学或科研工作3种途径获得职称晋升。教学工作优秀者,也可以晋升高级职称。医师薪水构成为临床占60%,教学占15%,年资+研究占25%。获得教职后,可以获得40万台币的保底月薪,(如果同时进入临床工作,收入可以超过40万)。另外,在获得职务晋升后,在25%的年资绩效部分可以得到快速提升。这种改变使热心于教育的医师可以无后顾之忧地投入教学工作,提升了临床教师队伍的水平。

2.2.2 关注解决实际问题能力

强调尽早动手实践。为保证新手学习的安全及减少医疗纠纷,开始阶段使用模拟教学,标准病人,PBL等方法进行学习。针对临床中可能出现的问题,设计场景,包括患者用药突然过敏、运送途中病情突然恶化、半夜接电话患者病情恶化、放置鼻胃管时心跳骤停、上级医师下了一个错误医嘱等,通过小组讨论或PBL模拟这些场景,每次2~3小时,来提升情商和紧急处理各种医学急症时沟通、监护和把握伦理等的能力。

2.2.3 培养团队意识

进行多科合作的病例讨论。根据病人情况不同,邀请至少3个科的医生和被培训者一起讨论病史、诊断和治疗原则、治疗方案。甚至邀请预防医学专家和护理专家进行共同讨论。

将团队意识拓展到医院外机构。学生通过与和里长(居委会)、当地各种关爱社区身心健康的机构、慈善机构、医疗相关行业、政府下属相关部门等机构接触,或通过街头义诊、学校科普,了解各种可供患者使用的资源,并学会如何整合这些资源。有助于其日后工作中指导患者从各处获取所需要的帮助。

2.2.4 开展深入社区和家庭的教学

学生要去不同患者家里访问,了解患者的居住、生活、经济、社会关系等真实情况。受训医生会发现诊室外有很多的问题与患者健康和疾病治疗密切相关,解决这些问题才可能更好地治疗患者。换句话说,学生需要了解医院以外的情况,更加“接地气”。学生要2人一组下基层诊所,学习资深诊所医师如何和社区病患沟通,如何用科普的方法进行社区卫生教育。观察不同地区的病患的构成和特点,对日后从事基层工作有很大帮助。

3 两岸面临的共同问题及进一步交流的建议

考察团在和台湾同行的交流中,认识到两岸在医师培养方面面临一些共同挑战,并对此提出了进一步交流的建议。

3.1 两岸医师培养面临的共同挑战

3.1.1 医师培养体系的优化

两岸的医师培养体系都处在变革阶段。台湾地区正在过度到6(医学院校教育)+2(PGY)的培养体系;大陆也正在形成5(医学院校教育)+3(住院医师规培)的培养体系。两岸对各自教育体系中每个阶段的教学目的、内容和课程设置、教学方式、考核体系等仍处在探索阶段,都需要进一步的优化。

3.1.2 巩固医师的执业信仰

如何让更多的优秀青年报考医学院校、如何让医学生能成为医生并终身坚守在医生岗位、如何让优秀的医生到偏远的、更需要医生的地方去,也是两岸面临的共同挑战。

3.1.3 医师培养的未来趋势研判

影响医师培养的大环境正在发生巨大改变。包括,医学问题正在发生变化,如从单因素疾病向多因素转变,从单一疾病为主向多病共存转变;从治疗向预防、治疗和康复一体化转变。需要医学帮助的人群正在改变,我们的服务对象正在从医学和健康知识有限的人群,变成相关知识不断丰富的人群;从基本依靠医学专家帮助的被动接受者,变成希望共同参与医疗决策的协作者。提供医学服务的方式也在转变,从主要靠医师个人或团队经验,走向依靠整个医学界所形成的共识和指南;从主要依靠人的技能,转向依靠人、设备和人工智能的复合智慧体系。最后,提供医学和健康服务的行业正在全社会化,提供服务的时间正在终身化。

上述的变化必然带来医师培养大变革。在优化目前培养医生体系的同时,如何未雨绸缪,应对大变革导致的医师培养改变,也是两岸共同面临的又一挑战。

3.2 进一步合作的交流建议

3.2.1 围绕医师培养的关键问题,两岸之间进行有计划系统性交流探讨

目前两岸之间关于医师培养问题有一定交流,大陆对台湾的了解要多于台湾同行对大陆的了解。但两岸交流在规模上、系统性和计划性方面均不足。作为同根、同源,有共同文化背景和面临共同未来挑战的两岸,关于医师培养的交流应该进一步加强。针对交流问题建议如下:

首先，应建立定期交流机制。两岸不同层面应该建立定期交流机制，可以在医院层面、城市层面和区域层面。其次、围绕重点问题，系统性规划交流议题。医师培养是个系统工程，面广点多流程长，在梳理出核心问题的基础上，制定系统性的交流规划，分批推进。最后，选择若干问题，进行两岸对比研究。两岸在医师培养上有不同的举措，这种差异对医师培养的效果有何影响，值得研究。

3.2.2 在广泛交流的基础上，就关键性问题形成共识。

两岸在广泛交流和对比研究的基础上，要争取在一些大的、基本性问题上形成共识，如医师培养的年限、医师培养的必修课程、执业资格取得的必备能力及考核方式。在取得共识的基础上，两岸应争取在行医资格上给予互认。

本次上海考察组在台工作时间一周，与台湾地区近 10 家医院和医学院同行对不同问题进行了较为广泛的交流和探讨。但时间和接触面还是有限，上述所介绍的情况和对未来的思考及建议，存在一定不足之处，敬请同行指正。考察团相信，建立持续性、系统性交流，对比研究后制定相关计划并实施，对两岸医学发展将大有裨益。

◀科教动态▶

市卫生计生委举办上海市病原微生物实验室 生物安全培训班

为了进一步加强病原微生物实验室的生物安全管理,提高生物安全意识,上海市卫生和计划生育委员会(以下简称“市卫生计生委”)主办、上海市预防医学会承办的两期病原微生物实验室生物安全培训班分别于2018年10月9日至10日及10月23日至24日在上海市第十人民医院举行。市卫生计生委衣承东副主任出席开幕式,并作了重要讲话。他强调要进一步增强病原微生物实验室生物安全意识,加强实验室生物安全管理,并对生物安全培训和生物安全工作特别是进口博览会期间的实验室生物安全工作提出了具体要求。

来自本市二级病原微生物实验室的负责人和专业技术人员近千人参加了本次培训,其中高校实验室、民办医疗机构实验室以及卫生系统以外的病原微生物实验室约占1/3,一、二级医疗机构的实验室约占一半。

本次培训请到了市卫生计生委科教处、上海市卫生监督所、上海市疾病预防控制中心和上海市临床检验中心的8位专家进行授课,在去年培训的基础上增加了新的章节,分别是化学危险品的管理、新现传染病的相关知识,主要包括病原微生物实验室生物安全概论、安全管理体系、化学实验室安全管理、生物安全法律法规、实验活动危险度评估、应急预案和演练、菌(毒)种和样品的管理与运输;生物安全实验室的设施设备要求,个人防护设备、操作技术规范与健康监护和实验室认可。

培训结束后,主办方对学员进行培训效果评估,在培训效果评估中绝大多数学员都对培训内容满意,纷纷表示培训对提高生物安全意识、规范日常工作行为很有帮助。

(上海市卫生和计划生育委员会科教处供稿)

上海市卫生系统知识产权管理培训班顺利举行

为提高专利管理人员的自身能力和水平,加大医疗机构专利管理与科研人员开展专利成果转化工作规范,由上海市卫生和计划生育委员会(以下简称“市卫生计生委”)主办、同济大学附属杨浦医院(上海市杨浦区中心医院)承办的“2018年上海市卫生系统知识产权管理培训班”于2018年10月26日至27日在同济大学(四平路1239号)成功举办。

开幕式上,市卫生计生委科教处张勘处长作了题为“医疗卫生机构科研人员对知识产权和转化的常见错误认知和做法与问题分析”的主题演讲;中国外交部南南合作促进会上海办事处洪涌清主任介绍了知识产权国际条约和国际组织概况;上海市第十人民医院李济宇副院长以“临床转化应用和管理推进”为主题介绍了十院的相关经验;上海卓阳知识产权代理事务所周春洪所长介绍了医疗卫生领域知识产权保护案例。此外,培训班还邀请了多名知识产权专家进行授课,内容涉及专利文献基本知识、专利检索策略及方法、专利转化政策、专利分析评议、专利案例分析、专利管理实践等。相关高校、医疗机构、医疗企业专利管理人员及科研工作人员共计70人参加了此次培训。

(上海市卫生和计划生育委员会科教处供稿)

本市开展病原微生物实验室生物安全专项督导检查

为迎接首届中国国际进口博览会（以下简称“进博会”），进一步加强本市病原微生物实验室生物安全的监督管理，按照进博会医疗指挥部部署，近期上海市卫生和计划生育委员会（以下简称“市卫生计生委”）组织专家和执法力量开展了实验室生物安全专项督导检查。本市督查由市卫生计生委衣承东副主任、科教处张勘处长带队，上海市卫生监督所朱素蓉副所长、上海市疾病预防控制中心和上海市临床检验中心有关专家以及相关区卫生监督人员参加了检查。



督查组一行现场督导检查了本市三级病原微生物实验室、国家菌（毒）种保藏分中心、进博会重点保障医院等单位。重点对实验室管理制度与责任落实、高致病性病原微生物实验活动开展、菌（毒）种或样本运输与管理、实验室设施和设备管理、消毒灭菌及实验废物安全处置、进博会保障措施落实情况等进行了督导检查。

（上海市卫生和计划生育委员会科教处供稿）

《信息速递》

上海市卫生计生委宣布打造干细胞与再生医学 协同创新集群

2018 年 9 月 26 日,上海市卫生和计划生育委员会(以下简称“市卫生计生委”)正式发布了《关于开展协同创新集群征集的通知》(沪卫计科教〔2018〕032 号,以下简称“通知”),通知中明确提出:为落实《全国医疗卫生服务体系规划纲要(2015—2020 年)》《“十三五”卫生与健康科技创新专项规划》《上海市医学科技创新发展“十三五”规划》要求,完善创新支撑平台,集聚创新链各环节和多学科力量,形成资源有机融合和协同高效的医学科技创新体系,根据 2018 年度科技预算,市卫生计生委决定打造协同创新集群。通知中明确两个重点方向分别为再生医学与干细胞研究和分子医学与主要肿瘤精准干预应用研究。

(来源:上海市卫生和计划生育委员会官网)

世卫组织百年来首次将中医药列入“国际疾病分类”, 中国专家领衔研究十年修成正果

中医药走向世界,有了里程碑式突破:近日,世界卫生组织发布的《国际疾病分类》中,首次将包括中医药在内的传统医学列入分类系统。这也是由上海主持,集全国专家承担世界卫生组织传统医学国际疾病分类项目(International Classification of Diseases in Traditional Medicine, ITCM)历经十年形成的标志性成果。明年,世卫组织将第 11 版“国际疾病分类”提交世卫各成员国投票表决并正式颁布,业内专家分析认为:中医药正迎来发展最好契机,接轨国际标准与统计体系后,将推动世界传统医学发展,乃至为人类健康事业所作贡献均将迈上一个新台阶。

(来源:上观新闻)

印刷单位：上海市欧阳印刷厂有限公司

印刷数量：1000本

发送对象：市卫生计生委、区县卫生计生委、卫生计生委直属单位、医疗机构、高校医学院及相关研究所、相关科研院所、其他相关联系单位