

# 毕业后医学教育



# 工作通讯

2019年 第5期 总第55期

中国医师协会毕业后医学教育部

2019年5月31日

## 目 录

### •热点聚焦•

齐学进:补齐短板,担起责任,从严抓好住管人员轮训……………2

### •经验交流•

美国家庭医生/全科医生规范化培训的门诊培训新趋向……………5

“练”字当头,探索适合中国国情的全科医师培养方法……………9

### •工作动态•

美国麻省大学医学院姜众教授到中国医师协会访问……………15

美国华人执业医师协会创始会长钱湘赴中国医师协会访问……………16

陕西省顺利完成2019年度第一批次住院医师规范化培训国家专业理论考核工作……………17

吉林省2019年住院医师规范化培训临床实践能力结业考核圆满结束……………17

国家住院医师规范化培训基地评估专家培训班圆满结束……………18

全国毕业后医学教育新闻宣传培训班召开……………19

2019年国家中医住培教学主任轮训班(第二期)在杭州顺利召开……………22

全国住院医师规范化培训专业基地教学主任轮训(第三期)在南京成功举办……………23

## 齐学进：补齐短板，担起责任，从严抓好住管人员轮训

——2019年5月24日在全国住院医师规范化培训职能部门管理人员轮训班（第三期）上讲话

为什么要举办教学主任和管理人员轮训班?是我们在几年的住培的实践中发现，有三类人对推进住培制度建设中最关键：第一类人是培训基地的院长、副院长。他们是我们各个住培基地的一把手，决策人，“董事长”。他们不重视不支持，住培工作寸步难行。第二类人是各个住培基地的科教处(科)长或住培办主任，是住培基地住培工作实际上的管家人，“总经理”、“参谋长”、CEO。从制度落实到质量建设，要协调上下左右、全方位全要素全过程组织推进。我们可以这样说，只要是优秀基地，一定是有得力的住培办主任;而工作局面打不开的基地，住培办主任的工作一般是存在短板和问题的。第三类人是各个专业基地的教学主任。他们在一线领兵打仗，是一个个战术单位，他们的工作状态工作水平，直接决定着一个个专业基地的整体建设与培训质量。过去五年中，从国家到省级层面举办了包括高峰论坛在内的很多培训班，但并没有突出这三类最关键的人才。

为了筹备好这两类人员的轮训，协会围绕“讲什么、谁来讲、在哪讲”这三个问题，协会多次召集会议、进行深入研究，并对培训内容、授课师资、培训地点进行精心谋划遴选。经过近三个月的准备，教学主任轮训班已举办三期;管理人员轮训班已举办两期。我们今天开办的是第三期。下一步将在上海瑞金、北大一院举办，争取今年9月份将全国859家住培管理人员全部轮训一遍。从办班成效来看，无论是教学主任轮训，还是管理人员轮训，每期班都出现一票难求的局面，大家普遍反应形式好、内容好、方法好、效果好，得到了一致好评，达到了预想初衷。

总结这几期轮训班的主要特点：一是课程设计好，其标志是贴近实际，贴近工作中的难点重点，突出实用性。二是老师选得好。都是业务精通、业绩突出、业内认可的名家名师。三是地点选得好。已经举办过的浙医、华西、江苏省人民医院，下一步要开班的瑞金、协和、北大等医院，都是住培示范基地，取得了为业内认可的业绩。以江苏省

人民医院来讲，无论是基地建设、基地管理，培训质量与待遇，还是技能中心的建设，都多次在全国性会议上介绍经验。四是办班形式好。全部采取工作坊形式，都是 100 人左右的小班，方便大家深度参与、深度互动，达到教学相长、学学互长之目的。五是总结及时。办一次班，都跟进深度总结，持续改进。六是积累精品，实现资源共享。通过对每位老师们授课进行打分，积累一批精品课程和“王牌”师资，并通过网上分享，成为我们这个行业的共同财富。七是严字当头。不论是报名的严格审查，还是课前作业、入学测验、过程管理、结业考核，都全程严格要求。考核不合格人员要通报所在省市卫健委科教处。只有重新培训考核通过，才具备合格上岗资质。

本次培训参会的 100 多名学员，来自 26 个省市，大家百忙中来到非常不易。借此机会，我提几点希望：

**一要认清定位与责任，明确履职方向。**中国的住培事业是一项前无古人、后有来者的开拓性事业。我们在座的每一个人，都是这项制度建设的重任担当者。作为一个基地的住培办主任，首先要搞清楚我们职能与定位是什么？我思考了一下，重要的应该有这样几条：第一，我们是政策标准的解释贯彻者；第二，我们是具体规则的设计制订者；第三，我们是住培专培的全面管理者；第四，我们是住培文化的创建弘扬者。而要落实这样一个使命与定位，我们首先要担当起自己的职责与任务：第一，我们要制订规划计划，保证政策落地；第二，我们要整合协调资源，分工落实责任；第三，我们要建立机制文化，保障整体运转顺畅；第四，我们要严格反馈评价，实现监管得力；第五，我们要达成工作目标，确保质量与能力考核合格。而要担当起这样繁重的职责任务，住培办主任需要具备多方面的素质和能力，主要应该包括：强烈的事业心、使命感、责任感；较强的领导力、统筹力、管理力；宽厚的管理、医学、人文等功底；眼界开阔、敢于担当、勇于任事；原则性灵活性、执行力与创新力的统一。

**二是认清岗位特殊，知难奋发进取。**在全球来讲，医生都是精英人才，接受精英教育。明朝裴一中在《言医·序》曾说过，才不近仙，德不近佛，不可为医。医生面对的是病人托付的健康和生命，世上没有什么比健康和生命更为贵重。面对医生这样一个特殊的培养群体，特殊的培训高度和难度，也就决定了我们工作的特殊重要性、艰巨性和复杂性，从而对我们自身素质和能力提出了更高更严的要求。有人或许说，才不近仙，德不近佛，这样的标准太高了。是。但病人和患者确是这样寄希望于我们。这方面，我自己就有亲身体会。2017 年年底，我在 301 住院动了一次手术，当医生拿手术刀的时候，你满心希望他就是一个手到病除、妙手回春的神仙；当他坐在诊室里，为你拨开病情上层

层迷雾给你带来健康希望时，你真切感到这样的好医生就是一尊消灾除病的“佛”。作为医生，面对病人的生命和健康相托，“才不近仙愧动刀，德不近佛难登堂”，应该成为每一个年青医生的自励和追求。中国的毕业后医学教育事业刚刚起步，尚没有形成符合中国国情、具有中国特色的完整的临床医学教育学和临床医学教育培养体系，与各个专业相适应的专业化培训模式管理模式也还没有全面形成。从这个意义讲，我们作为临床医学院 CEO，每一个都是中国住培事业的开拓者、开路者，是老师中的老师。责任重大，压力千斤。面对如此光荣如此艰巨的开拓性使命，我们唯有珍惜机遇，把历史使命和现实任务一并扛在肩上，不惜付出，攻坚克难，奋力前行。

**三要认清自身不足，加强学习提升。**一方面，我们要意识到，我们大部分管理人员是从临床医生或者普通管理人员改行过来从事这项工作的，知识结构、能力构成与综合素质，距离国家、行业及培训对象对我们要求，距离岗位对我们的要求，特别是距离住培工作从制度建设、体系建设向质量建设为中心工作的重心转移要求，还有多方面的重大差距和不足。我们一定要清醒地认清这种差距和不足。另一方面，我们还要认识到，住培、专培本身是很难的一项事业。国外发达国家用了百年时间，才建成比较成熟毕业后医学教育体系。美国 ACGME2013 年提出“里程碑”质量管理计划，2014 年全面推出，2015 年在全美各个基地实行，目前也还在完善改进。而我国住培制度起步不久，工作千头万绪;面对这样的低起点和这样高难度的一项宏伟事业，不学习不行，能力不强不行，而这都需要加强学习和培训。当然，这次轮训班，主要突出三个方面：一是补齐知识短板，包括毕业后临床医学教育系统的理论架构，主要的管理知识、管理方法;二是补齐能力短板，掌握岗位所急需的实际管理能力，包括国内外同道的先进、成功做法;三是补齐自身单位建设与工作短板。抓住机会，联系实际，做好对本单位问题和改进的梳理、研究、思考、谋划。希望各位能把今天的培训，作为一个新起点，着力向着一个优秀、有作为的临床医学教育专家奋进，更好在住培管理这一光荣的岗位上建功立业。

最后，再用裴一中老先生两句话稍加改造，来和大家共勉：“学贯今古始称师，身先方可领众行”!让我们一起努力，奋力开拓中国住培事业的美好明天!

(中国医师协会毕教部)

# 美国家庭医生/全科医生规范化培训

## 门诊培训新趋向

在过去的 20 年间，医学的发展使很多疾病得到了医治与缓解。一级预防诊断治疗和二级治疗成为医疗工作的主要任务之一，这种转变使美国相当一部分医疗工作转移到门诊。从 2004 年到 2011 年，美国的住院率降低了 7.8%，而门诊量增加了 33.6%，毫无疑问，这种趋势仍将持续。因此，门诊教学成为普通内科/家庭医生(或全科医生)在本科和毕业后医学教育培训的重要内容之一。美国的内科及家庭医学住院医师培训，过去一直以来是以医院为基地针对住院患者培训为主的。这种训练模式，可确保内科和家庭科医生具备扎实的临床实践能力和应对复杂医疗状况的能力。相对而言，门诊训练一直以来均处于薄弱的状况。为适应未来的需要，近年来，加强门诊训练的呼声越来越高。美国内科学院在 2006 年刊登了重要文章，呼吁重新设计大内科医生的住培教育。10 年之后，即 2016 年，另一篇题为《内科门诊教学的挑战》的文章再次对大内科或全科门诊的住培教育改进提出了意见。针对这种情况，美国医学界提出了一个双螺旋理论(Double Helix),即根据未来的职业预期，将住院医师培训分为两个大的方向：一个是传统的、以住院患者医疗为主，兼顾科研和教学能力的培训;另一个则是着重以培养门诊治疗、慢病管理的工作能力为主要培训方向。针对后一种培训方式，美国医学界在近年进行了一系列研究。最典型的是加州大学的研究，他们归纳了 18 家内科、家庭科和小儿科住院医师培训基地的经验和做法，提出了“门诊优先培养模式”(Clinical First Model)。“门诊优先”培养模式是把门诊训练作为头等重要的目标，作为内科、家庭科和小儿科住院医师规范化培训的模式，其最终目标是培养未来能独立行医，可独挡一面的合格主诊医生(Primary Care Physician, PCP)。为实现这个目标，部分住培基地相应地进行了以下六方面的改进。

### 1. 设计合理的轮转计划

合理轮转计划的目的是在 3 年的培训轮转中，保证住院医师有三分之一的时间是在门诊训练中轮转。这种门诊轮转是在没有其他干扰，有 2 到 4 周连续的工作学习时间。这样既能保证教学和患者管理的连续性，又减少了住院医师同时要监管门诊和住院患者的压力。使住院医师有了更好的门诊学习训练，患者也得到了更好、更安全的医疗。比

如，在 Tuft-Baystate 的内科住培基地，曾试用过住院和门诊各 2 周的轮转方式，以保证教学连续性。通过这样的安排，住院医师不需要在一天内既要管理住院患者，又要看门诊患者，使得他们随访自己患者的机会增加了 35%。辛辛那提大学率先开始连续 12 个月不中断的门诊训练。辛辛那提大学医学院内科住院医部提出了这个新的做法，即从 3 年的规范化培训中拿出一年的时间(Long block, 即长时间段)，让住院医师有更多的时间集中在门诊培训，了解慢性疾病的管理。这一年在住院医师完成了第一年的高强度医院内科培训后进行，在从第 17 个月开始，至第 29 个月结束。这种方法与传统的内科住院医师每周仅有一个半天在门诊的培训方式不同，长时间段门诊培训则让住院医师一周有 3 个下午诊看其家庭病人或称签约病人(其他时间则可以进行专科轮转、科研及其他门诊，如急诊科的轮转，甚至还可安排少量的夜班值班)，每个住院医师的管理患者数增加到了 120~150 人。在此期间，除了面对面的诊看患者，还要解答患者的电邮或电话留言问题，使用电话及时报告患者的实验数据与影像结果，并参与多学科的患者管理(带教医师、药师、营养师、护士、社会工作者)，学会利用多学科并领导多学科团队更好地帮助患者。这一年的高强度的门诊患者管理，优势很多，既保证了患者的接诊连续性，使患者满意度提高，又使住院医师真正理解了慢病管理的内涵。统计数据表明，经此一年的训练，患者的糖尿病达标率增加了 9%，高血压达标率增加了 34%，糖尿病患者用 ACEI 或者 ARB 增加了 5%，糖尿病人年足检率增加了 67%，癌症筛查、疫苗接种，以及女性 65 岁以后做骨质疏松的检查率都有极大的提高。通过这一年的强化门诊训练，住院医师对管理慢性疾病的管理有了清晰的概念，增强了对患者的责任心，加强了医患间的治疗关系，明白了如何提高慢性疾病的管理质量，更意识到现代医学已经从医生的单打独斗转变为团队管理。通过加强门诊培训，住院医师学习的满意度和患者对医疗的满意度都明显提高，包括质量指数、随访次数。在这种长时段的门诊训练中，70%~80% 的患者全程由同一住院医师随访管理。这种模式还可以建立团队合作，即住院医师组成团队，一人放假，另一人能马上接替工作。

## 2. 建立门诊教学的带教老师核心队伍

相对稳定的门诊医疗教学核心团队是住院医师有效、连续学习的保证。如果带教的老师每周只有一、两个下午出门诊，其诊看患者的管理和所带教住院医师的学习就都是碎片化的，缺乏连续性和全面性。一个规模不大的全职门诊带教老师核心队伍可以在每天的门诊工作中起到领导教学作用，也就是说，这些老师是相对稳定的、在门诊诊疗和带教的。这样既可以坚持医疗管理的连续性，又能够保证医疗队伍的稳定性，而且可以

保证门诊工作的效率。每一个带教老师可以在每周安排三到五个时间段用来专门看患者，再安排一到两个时间段用来教学。要建立这样一个稳定的教学团队，需要保证带教老师有规定的教学时间、有管理的权利和适当的报酬及晋升的待遇。教学的时长及能力应成为晋升的评判标准之一。这样的教学团队需要住培基地主任(program director)与医疗机构(医学中心、医院、诊所)的管理层去共同规划、物色、培养和建立。教学团队的任务包括患者的医治管理、住院医师的教学方式和教学内容，学员的反馈、定期的评估等。比如，有兴趣做带教老师的医生需要经过系列培训，以提高教学能力，掌握教学要求，掌握如何评估不同年资住院医师的六大核心能力的培训进展，定期给予住院医师适当的指导和建议，及时做出培养计划的调整。而且，高水平的临床带教老师不但能教授出好的临床医生，还能保证患者能得到高水平的医疗。住院医师的学习并不局限于只跟随这些核心带教老师，其他医生也是他们学习的对象。

### 3. 建立功能完备的门诊

很多教学门诊由于功能不完善，导致医护人员疲于奔命，患者不满意，住院医师也得不到很好的训练。一个高效率的门诊部应该能让患者方便就诊并保证有效随访的连续性，具备合理的人群管理，以资料数据为推动力来改进流程，同时能与其他专科和医疗部门有很好的相关医疗合作。这样才会使住院医师更有兴趣学习和产生满足感。这里涉及门诊结构的设计，从约诊到就诊，从候诊到诊疗，都应有合理的安排。如前台接待员如何帮助患者登记，填写各种相应的个人信息表格;护士询问患者本次就诊的主要目的，以及为患者做相应的基本生命体征检查;住院医师在与患者见面前如何先了解其信息，在与患者见面时就能进行有效问诊与体检，然后做出自己的诊疗计划，再汇报给带教老师进行学习讨论。这时候，带教老师就可以有的放矢地进行具体个案的教学。如果安排合理，一个带教老师可以同时带教几位住院医师。医生、护士及其他辅助人员的团队配合既是医疗的需要，也是教学的需要。住院医师不单单要学习治病，还要学习如何管理。好的医疗门诊应该通过好的医疗管理，让患者与住院医师/带教老师建立紧密、相互信任的关系。这样，住院医师就有机会在3年的培训中接诊、随访属于自己的签约患者，高年级住院医师毕业时还可以把自己管理的患者移交给新来的住院医师。对于患者而言，也拥有了可以信赖的医疗团队。功能完备的门诊还要有统筹安排就诊的系统，以便及时安排需要应急就诊的新旧患者、出院后需要尽快随访的患者及需要慢病管理的随访患者。如何安排需要专科转诊的过程也是住院医师需要学习的一个重要内容。

### 4. 建立有归属感的医疗团队

如果一个教学医疗团队能够重视它的稳定性，也就是说，与分散、非个性化的大门诊相比，同一批的医疗辅助人员、住院医师和带教老师一起来医治、随访患者，能有效提高医疗质量，改善患者的治疗满意度和住院医师受训的满意度。归属感有利于团队中互补关系的建立，比如有人因某种原因不能工作时(比如休假、开会或生病等)，其他团队成员就可以如值班人员一样做替补的工作。关系融洽的团队还能帮助住院医师学习如何减少压力，防止身心疲乏。Tufts-Baystate 的住院医师 3 年培训过程中都在同一个团队里，80%的时间都与相同的医疗辅助人员一起工作，形成了关系紧密、友善的医疗团队，工作中彼此合作、互助。

### 5. 增加门诊轮转培训时间

根据美国内科学院的要求，住院医师在 3 年培训当中，要有三分之一的时间在门诊受训。各个住培基地的具体轮转安排有所不同，但是最终的时间长短都是相似的。Tufts 大学在剑桥健康联盟的家庭医学住培基地，第二年的住院医师有 46%的时间在门诊受训，第三年有 63%的时间在门诊受训。总的说来，就是要有一个相对长的时间段做门诊培训。与上述辛辛那提大学医学院内科住院医部的改革相似。

### 6. 培养住院医师成为门诊的协助领导者

让住院医师参与门诊的管理领导工作，可以推动门诊医疗和教学的改革。作为一名医生，不应只单单给患者提供诊疗，还应该是医疗教育者和改善医疗的领导者。为此，有些住培基地会在第三年受训期间，让第三年的住院医师有三个月的时间担任门诊副主任，参与门诊的全面统筹管理。经过这样培训的住院医师，当他们毕业后独立行医时，就已经具备一定的管理经验。当然，这一项的培训结果还有待追踪随访。

以上这些努力，强调的是培养未来的主诊医生，将门诊能力训练放到最优先的地位。内科/家庭医学的核心教学集中在医学认知能力的培养，这种能力包括诊断推理、临床检查、合理使用其他检查手段以及综合会诊意见做出诊断和治疗。如何应用这些技能需要有丰富的知识和经验，而且有能力根据具体个案复杂性做出相应的诊疗计划。此种模式下的住院医师大量使用相对较小和分散的门诊诊所作为主要训练场所，相对而言，保证这些诊所拥有合格和均质化的教学能力也还是一个挑战。这一新兴模式与传统的、以教学力量雄厚的大型医院为主基地的传统培训方式，孰优孰劣，还有待进一步观察。

(转自《中国毕业后医学教育》杂志,作者:李新农,徐宇红,杨乔欣)

# “练”字当头，探索适合中国国情的全科医师 培养方法

当前，中国正积极推动分级诊疗和家庭医生签约制度。拥有一支数量足够而又合格的全科医生队伍是这一制度得以实施的前提和保障。目前，全科住院医师规范化培训工作已在全国大力展开，但面临着巨大的困难和挑战。一方面，中国全科医师培训的任务极重。援引国家卫健委 2018 年提供的数据，中国在册全科医生现有数量约 25 万，缺口达到近 50 万。其中接受过正规全科住培的医生仅占一小部分。另一方面，各培训基地全科医师培训经验极其缺乏，处于缺经验、缺师资、缺对口培训科室的尴尬境地。受传统的专科医学观念的影响，全社会对全科医学“基石”作用的重要地位仍缺乏足够的认识和理解。

为了帮助提高中国全科医师规范化培养的水平，推动中美医学交流，在中国医师协会的推动下，美国华人执业医师协会(The Society of Chinese American Physician Entrepreneurs, SCAPE)与武汉市卫健委及医师协会合作，于 2017 年起在中国武汉市普爱医院建立了一个参照美国家庭医学和内科学住院医师培训体系，同时又结合了中国国情的全科医师规范化培训试点示范基地。期望借鉴国外已有经验，经中国培训基地实地检验及改进，总结归纳出一套适合中国国情的全科医师培训方法。

## 1. 中美全科武汉合作项目概述

为更好地探索全科医师培养方式，中国医师协会与美国华人执业医师协会合作，计划性地选择了有代表性的城市综合医院—武汉市普爱医院，作为学习借鉴国际成熟经验并适应中国现有情况的全科住院医师规范化培训探索试点基地。该项目经中国医师协会、湖北省卫生计生委批准，由武汉市卫生计生委全面负责，武汉医师协会联络协调，武汉市普爱医院作为全科培训试点基地，于 2017 年 7 月正式招生运行。

美国华人执业医师协会全科规培顾问团队是由具有美国家庭医学或内科学医师资格(Board Certified)，有丰富的临床工作经验并正在临床工作的资深美籍华人执业医师组成。所有成员均接受过美国相关住院医师训练，平均在美行医时间超过 15 年，大多具有美国住院医师的培训经验。美国华人执业医师协会顾问团队以美国家庭医学和内科学住院医师培训标准为蓝本，根据实际情况负责组建基地的组织结构，制定包括培训方式、内容、培养目标及评估方法等在内的、全面的实施方案。顾问团队每月派驻专家顾问到

试点基地进行为期一周的直接教学指导并每两周定期进行远程视频教学讲座。目前为止，先后已有 14 位美籍家庭科或大内科医师 22 次赴武汉试点基地教学，31 位各专业专科医师完成了 40 余次教学讲座。

项目所在的武汉市普爱医院是一家有代表性的三级甲等综合医院，具备国家级住培基地资格，科室及教学师资团队相对齐全。该院之前没有全科医学科，但拥有综合老年病科(近百张床位)和一个社区卫生服务中心。试点基地教学人员主要以综合老年病科的师资为基础，吸收了社区卫生服务中心和内科为主的其他科室骨干师资力量。基地专门任命了一位综合科医生任基地主任来管理项目运行。日常教学以普爱医院内部教学师资为主，美国华人执业医师协会顾问团队通过每月定期派出驻院顾问和远程视频等方式协同实施教学。该项目每年招收 20~25 名医学院校本科毕业生。目前已有两届学员 40 余人在培。

## 2. 基本理念：从“学”到“练”，以胜任力教育来培养可以独立行医的合格全科医生

和世界上其他国家相同，中国大范围开展住院医师规范化培训的目的，是培养一大批具备独立行医胜任力的、均质化的、高素质合格医生。具备临床胜任力的合格医生的具体标准是什么。美国是最先开展住院医师规范化培训的国家。他们将胜任力(Competence)细分为六大核心能力(Six Core Competencies)，简单来说分别是：(1)医学知识(Medical Knowledge);(2)行医能力(Patient Care);(3)沟通能力(Communication Skills);(4)日常学习和自我提高的能力(Practice-based Learning and Improvement);(5)整合利用系统资源的能力(Systems based Practice);(6)专业精神(Professionalism)。

可以看出，除了我们熟悉的医学知识以外，美国住院医师培训还特别强调了行医能力，以及相关的多种软能力(soft skills)。其中的医学知识部分主要在医学院阶段学习完成，而将医学知识真正转化为具体的行医能力，则要通过住培期间的临床实践来获得。

相对而言，中国现阶段主流的医学教育，重点在于医学知识的教授。而这一传统的医学教育及医生培养模式体现在住培中，是以“学”或“看”为主要方式，下级医生跟从上级医生学习并遵从指导，辅以出科考试完成对学习成果的评估，其着眼点重在医学知识的传授。

单纯靠“学”或“看”能否有效获得现代合格医生应具备的除医学知识之外的多项行医能力?开现代医学教育先河的威廉·奥斯勒(William Osler)医生在二十世纪初就提出：“从临床实践中直接学习是最好的医学教育方法。”他认为，行医能力应是从病床旁学到，

而不是从课堂、书本中得来(Medicine is learned by the bedside and not in the classroom. Let not your conceptions of the manifestations of disease come from words heard in the lecture room or read from the book)。比较中美两国医学院教育和之后的住院医师规范化培训，会发现一个显著的不同，那就是：美国医学生及住院医师教育特别强调“练”(practice)。美国医学生从三年级开始就以临床见习为主要学习方式，住院医师培训期间临床训练强度更是远远超过国内住培的平均训练水平。医学界普遍接受的共识是，只有通过复杂临床实践中的反复锤炼，在身临其境的情况下才能有效培养、锻炼住院医师包括行医能力在内的多种核心胜任力。目前美国普遍实行的医学教育方式-胜任力培养模式就是基于这一共识。中美全科武汉合作项目在过去两年的实施过程中也尽力遵从这一理念。

### 3. 如何在全科住培中实现胜任力教育：三大方面着手全面实现过渡

胜任力培养的重要性已经为国内医学界广泛接受。但目前普遍遇到的难题是如何才能系统有效地从传统教育模式过渡到胜任力培养模式。我们从中美全科住培试点项目的经验出发，认为在中国国情下要顺利过渡到以六大核心能力为目标的胜任力教育住培模式，应该从以下三大方面着手来推动转变：建立临床实践环境(Practice),引进系统有针对性的教学方法(Training)、建立以考察核心能力为主的综合评估方式(Evaluation),称为PTE三步法。

#### 3.1 临床实践环境(Practice)

建立起以“练”代“学”的培养环境。基于胜任力教育的基本理念，大量严格的临床训练是培养胜任力的不二法门。必须建立起一个以“练”代“学”、以“练”促“学”的培养环境，让住培学员在这样的环境中能够身临其境地面对各种复杂临床情况，“迫使”他们去主动或被动应对，高强度地学习，从而大大提高培养效率。从一定意义上来说，成功建立起这样的培养环境，是实现胜任力教育的最关键一步。而从我们的实践来看，这也是面临困难最大的一步。

如何才能建立起这样的以“练”代“学”的培养环境，针对全科医学这一特殊学科，我们在中国武汉普爱医院试点的基础上，结合中国实际提出了六个方面的结构调整建议。

##### 3.1.1 尽量以全科或大内科综合训练代替亚专科，分散轮转

医学是一门高度依赖综合思维的学科，全科医学尤其如此。遗憾的是，长期以来中国医学界高度亚专科化，作为在欧美最大最主要的临床科室-大内科，在国内反而从大多数三甲医院中消失了。相应的后果是专科思维代替了全科思维，综合临床思辨能力普遍退化。这一现状对于全科医学的发展非常不利。

当前国内全科住培的常见方式，是在十数个亚专科中分别轮转数周不等，这种分散轮转极不利于全科思维的养成。我们认为，以全科或大内科综合训练代替亚专科分散轮转是培养全科思维的必经之路，是建立合格的全科基地培养环境的最重要的环节之一。

令人鼓舞的是，这一情况现在正在得到相当程度的重视，也有了一定改善。全科医学科正作为住培基地的必有科室在各大医院快速建立。但同时，由于全科医学科在各基地建立时间尚短，病床数少，门诊量不足，病种较单一，师资不够健全，还不能完全独立承担全科规范化培训的任务。这一现象在中美项目中给我们带来了困扰，而且在全国范围内有普遍代表性。

针对这一现状，我们在中美项目中提出了一个折中替代方案，从内科中抽出常见病种较多的心内、呼吸、消化三个内科主要科室，与全科进行捆绑，成立全科住培核心科室，在一定程度上模拟综合内科，弥补全科病种少、师资弱的短板。在核心科室中采取小组制阶梯式培训形式，重复轮转。在其他亚专科的轮转以选修课的形式存在。我们相信，随着全科医学的发展壮大，这一过渡折中方式最终会被合格的全科综合训练所取代。

### 3.1.2 建立小组制，实现阶梯式培训

传统的临床轮转方式是平行轮转，住院医师在各亚专科分别轮转，整个培训期间始终处于医生链的基础端，没有机会接受“做医疗决定”的训练。而能够合理自信地做出包括诊断和治疗方案在内的医疗决定是成为能够独立行医的医生的最重要能力。很明显，传统平行轮转的学习方式不能提供足够的针对这一能力的培训。

我们在中美项目中以医疗小组作为培训基础单位，实现阶梯式立体轮转。一年级住培学员(R1)在小组中承担住院医师的角色，而由一名二或三年级住培学员(R2/3)担任小组的领导者，模拟主治医师的角色，训练高年级学员的综合医疗能力、领导力、教学能力和沟通能力等，使不同年级学员在反复轮转中能力得以递次螺旋式提高。

### 3.1.3 大力强化临床训练强度

相当的训练强度是十分必要的。中美项目要求住院医师从第一年起就开始管理患者，加大管理的患者数量。第一年住院医师要求直接管理 6~8 名患者。通过这种培训强度，使住院医师逐渐承担起与医生相匹配的责任，快速完成从学员向医生的心理转变。

### 3.1.4 建立住培基地管理机构

全科专业基地必须要有固定专职的管理人员来负责管理。我们设立了一名基地专职主任(Program Director)，是基地的主要管理者;在重要亚专科设立教学副主任，协助主任负责各亚专科的教学;设立一名住院总医生(Chief Resident)，从当年毕业的优秀住培生中

遴选，任职1年，协助正副主任进行管理协调;同时设置一名行政教学秘书(Program Coordinator)负责行政事务的安排。

### 3.1.5 强化门诊训练

针对全科的工作特点，增加门诊培训时间，建立以住院医师应诊为主、带教老师把关的教练式门诊辅导方式。

### 3.1.6 建立导师制

为更好地跟踪了解学员的培训进展，为培训方案提供指导，我们从资深临床师资中挑选了一批带教老师，为每三名住院医师指定一名导师。导师要定期关注住院医师的培训进展和成长进度，每月进行评估，提供反馈意见和身心关怀，指导住院医师的职业规划。

## 3.2 训练方法(Training)

引进多种多样有针对性的教学方法。在建立起一个崇尚倡导以“练”促“学”的培养环境后，还要辅以系统的训练教学手段。以在大海中学习游泳为例，合适的培养环境就像大海，住院医师在真实的海洋中练习游泳，有效的教学方法就像教练和游泳圈，对住院医师起到指点、引导和保护的作用，帮助他们少走弯路，加快培养效率，提高成才率。

### 3.2.1 小组制教学查房(Attending Bedside Teaching Round)

与日常的治疗查房不同，小组制教学查房更多的是强调将管床住院医师小组推向前台。床旁教学活动紧密围绕住院医师医疗小组展开。管床住院医师不仅要汇报病情，而且要提出自己的诊断和治疗方案。带教老师根据住院医师的具体情况加以引导、纠正并对出现的知识点进行简短的教学讨论。实际上，每一个教学查房都是住院医师展示自己综合行医能力的过程，包括问诊、查体、口头病例汇报、病历书写、交流沟通、做鉴别诊断及治疗方案等。带教老师在这个过程中会对住院医师的各项核心能力有所了解，相应地做出指导和建议。更重要的是，同时还能引导、训练学员从合格医生的角度来完整地思考整体病情，从而达到“学会独立看病”的目的。

### 3.2.2 鉴别诊断分析会(Case Report)

六大核心能力中的行医能力，大致包含三方面内容：获取信息、鉴别诊断、实施治疗。而其中最核心的部分是鉴别诊断的能力。拥有能够从纷繁复杂的信息中快速准确做出鉴别诊断的能力，是判断是否为合格全科医生的最重要的标志之一。而要具备这样的能力，需要极强的思辨能力。我们采用了鉴别诊断分析会这一教学方法，就是专门针对培养鉴别诊断能力而设计的强化训练方式。

鉴别诊断分析会每周数次定期进行。由一名住院医师介绍病例，汇报主诉、病史、查体等基本信息，在不公布最终诊断结果的情况下，由参会住院医师按系统讨论鉴别诊断，逐层深化，按可能性大小列出鉴别诊断，带教老师或住院总医师进行点评。最终由汇报医生揭晓谜底，再系统介绍此病。

鉴别诊断分析会侧重鉴别诊断，训练思辨能力。由住院医师轮流主持汇报，很好地促进了他们的自主学习，同时又兼顾培养其教学能力，是重要的日常教学方式。

### 3.2.3 午间核心课程讲座(Core Didactic Curriculum Noon Conference)

每日午间一小时专题讲座。由内、外科及专科带教老师主持，介绍一个医学核心知识。讲座4次，常规化进行。要求3年内基本涵盖200种以上主要学科知识要点。

### 3.2.4 大讲座(Grand Round)

权威学者专家定期举行学术讲座，海外或外地学者专家则通过远程视频讲座的方式进行。主要介绍某一领域的最新进展或某一疾病最新综述。目的是形成常规的学术氛围，扩大学员视野，帮助他们了解世界水平的医学动向。

### 3.2.5 最新文献汇报(Journal Club)

是由带教老师指导，住院医师轮流组织的常规自学活动。从权威医学文献中选取有临床意义的文章，归纳提炼后由一名住院医师介绍给大家。目的是培养阅读文献的习惯，提高自主学习的能力，以便追踪医学最新进展。

### 3.2.6 其他教学形式

其他的教学方法包括医疗事故/死亡病例讨论(Morbidity & Mortality M&M)、门诊手术示教(Outpatient Procedural Training)、家庭医学测试分析(ABFM in training exam analysis)、模拟病人训练等等。

## 3.3 评估(Evaluation)

建立以考察核心能力为主的综合评估方式。为了评价住培的效果，合理的评估方式十分重要。而评估方式又会反过来影响培训效果。例如，当前住培的主流评估方式是科室轮转后的出科考试。无疑，这是一种客观的评估方法。然而通过试题来考试的形式主要考察的是对医学知识的掌握，而较少可能兼顾对其他能力的考察。换句话说，出科考试主要评估了六大核心能力中的一个能力-即医学知识，但不太适合考察其他诸项能力。出科考试作为单一评估方式的一个明显弊端是反向引导了住院医师在住培期间把复习考试作为通过评估的主要方法。很明显，这是同我们反复强调的以“练”代“学”、以“练”促“学”的基本理念相矛盾。

在中美项目中，我们改进了评估体系，从以出科考试为主的单一评估向以核心能力为导向的综合评估进行转变。综合评估是以 360 度评估为主，其他方法例如迷你临床演练评估(Mini-CEXs)和临床知识考试(In-service examination)为辅的评估方法，目的是改变当前以复习考试为导向的考核方式，转而为强调临床实践，强调提高核心能力为导向的综合能力评估方式。

综上所述，我们从建立临床实践环境、系统引进有针对性的教学方法、建立以考察核心能力为主的综合评估方式这三个方面着手，建立起了一套以胜任力为导向的全科医师培训系统。令人欣喜的是，这一系统在武汉试点的两年时间里，使在培学员的整体素质有了显著提高。今后我们将在后续文章中重点对小组制阶梯式培养模式、教学方法、导师制和综合评估系统等做进一步详细介绍。

(转自《中国毕业后医学教育》杂志,杨乔欣, 陈枫, 郑大卫, 邹武松, 胡显锋, 刘玲)

•工作动态•

## 美国麻省大学医学院姜众教授到中国医师协会 访问

近日，美国麻省大学医学院病理系住院医师培训部主任姜众到中国医师协会进行学术交流。中国医师协会齐学进副会长出席座谈会并讲话。

姜众教授介绍了 ACGME 组织架构、管理和运行机制，讲解了美国年度考核概况、评估方式、住院医师调查，以及基地认定系统、招收匹配系统等方面内容。姜众教授认为，中国住培制度取得了令人瞩目的成绩，但在培训质量、师资培训、基地监测评估等方面还需要不断改进，使之更符合对医学人才培养的需求。在培训基地质量监管方面，可以借鉴美国 ACGME 的经验，定期开展住院医师调查，作为对基地监管的重要内容之一。姜众教授指出，教学主任业务能力和综合素质是基地培训工作成功的关键，要将教学主任接受培训情况和能力水平，与基地认证挂钩。他高度赞扬中国医师协会连续两年在国家卫生健康委科教司领导下开展的年度业务水平测试试点取得的成绩，建议参照美国专业年度理论考试的做法，向基地主管领导报告考试结果。他还就我国毕业后医学教育管理平台建设等内容与有关人员进行了深入交流。

齐学进副会长向姜众教授介绍了我国住培工作开展的现状和取得的成绩，当前面临的主要问题，下一步工作思路和计划。齐会长感谢姜众教授专程为协会毕教工作带来的新观念、新方法。他要求毕教部全体人员，对国际毕业后医学教育的前沿发展，特别是符合中国国情的思路和优秀做法，要高度重视，贴近实际深入思考，努力提高起点，为我所用，落实好国家主管部门的各项要求，推动住培质量建设登上新台阶！

中国医师协会毕业后医学教育部各处室负责人、工作人员，毕业后医学教育管理平台技术支持单位主要负责人，参加本次交流。

(中国医师协会毕教部综合考评处)

## 美国华人执业医师协会创始会长钱湘赴

### 中国医师协会访问

2019年5月7日，美国华人执业医师协会创始会长、理事会主席，美国斯坦福大学附属医院国际医学部主任钱湘访问中国医师协会。齐学进副会长代表张雁灵会长和中国医师协会，对钱湘会长的来访表示热烈欢迎！在京的毕教部领导、各处室负责人与工作人员一起，参加了与钱湘会长的座谈交流。

钱湘会长介绍了中美医疗的差异、中美医生受教育时间与收入比较、美国临床医学教育的挑战、中美住培体系合作等内容。他表示，美国医学生到医生必须跨越理论与实践的鸿沟，住院医师到主诊医生必须接受规范化培训并通过严格考核，成为主诊医生后要不断更新医学信息，接受医学再教育，在这个过程中，老师和学生需要以实践为基础的学习和提高方法。他提出，美国规培能够做到均质化培养，原因在于统一领导、统一要求、统一监管、统一认证，重在循证医学为教学核心，实施标准化诊疗。

钱湘会长提出，美国华人医师协会希望加强双方在住培领域的深入合作，推动中美培训基地之间的对口交流，加强骨干人员交流互访，为中国住培质量提升作出更大贡献。

齐学进副会长表示，美国华人执业医师协会的专家们在中国毕业后医学教育制度建设进程中做出了卓有成效地努力和贡献。中国医师协会将根据张雁灵会长访美期间与美国华人医师协会达成的共识，为双方在毕业后医学教育合作交流，作出持续的努力。

(中国医师协会毕教部综合考评处)

# 陕西省顺利完成 2019 年度第一批次住院医师 规范化培训国家专业理论考核工作

5 月 11 日，2019 年度陕西省第一批次住院医师规范化培训国家专业理论考核顺利完成。来自 14 个住培基地的 176 名住院医师及 5 所高校的 462 名专业硕士，共计 638 人在西安集中参加了 29 个专业的考核。陕西健委赵岚副主任、李金虎副巡视员进行巡考指导。

住院医师规范化培训结业考核是培训对象最后的出口关，是检验培训效果的关键阶段。在陕西省卫健委的指导下，省住培管理中心周密规划、妥善安排，积极与西安翻译学院沟通考核事宜，并于 10 日召开考务工作培训会。考核当天，省卫健委赵岚副主任、李金虎副巡视员、科教宣传处薛寒处长、黄斌调研员等领导先后莅临考场巡视督查。省住培中心主任、西安医学院第一附属医院李亚军院长全天在现场指导考核工作。大家认真工作、通力配合，保障了整个考核过程圆满顺利的完成。

（李琳）

# 吉林省 2019 年住院医师规范化培训临床实践 能力结业考核圆满结束

2019 年 5 月 11 日，吉林省卫生健康委组织开展全省住院医师规范化培训专业理论结业考核。按照《关于做好 2019 年度住院医师规范化培训和助理全科医生培训招收与结业考核有关工作的通知》要求，全省专业理论结业考核采取人机对话的方式，继续使用国家题库，根据招收专业方向确定的 33 个专业科目统一组织实施。

今年全省共 1774 人参加住院医师规范化培训专业理论结业考核。为确保考核顺利实施，省卫生健康委召开考务会，认真制定考核工作实施方案，要求各培训基地和各医院研究生管理部门务必通知全体考生提前前往考点熟悉考场环境，避免考核当天因迟到而导致延误考核的情况出现。

为保证考核的公平性、规范化，吉林省卫生健康委、省住培指导中心选派 30 名精干力量参与监考，省卫生健康委副巡视员邢程全程监督指导考务工作，确保了考风考纪的严肃性和考场秩序的规范化。

经统计，本次理论考核实际考生人数为 1762 名，缺考 12 人。按照国家人才交流中心考务工作流程，考试成绩将于一个月内公布，届时考生可登录吉林省住院医师规范化管理平台进行成绩查询。

（吉林省卫生健康委科教处王妮）

## 国家住院医师规范化培训基地评估专家培训班 圆满结束

随着住院医师规范化培训(以下简称：“住培”)向质量内涵建设纵深推进，住培基地评估“风向标”和“指挥棒”的导向作用日益凸显。为保证评估专家“客观公正、规范优质”，更好地推动评估工作“以评促改、以评促建”，报经国家卫生健康委科教司批准，2019 年 4 月 25 日-26 日，由中国医师协会主办、浙江省医学科技教育发展中心协办的“国家住院医师规范化培训基地评估专家培训班”在浙江省杭州市如期举办，来自全国 27 个省(区、市)300 余名住培基地评估专家参加了此次培训。

为达到培训效果，创新了培训方式。一是培训前摸底考和培训后水平考相结合。培训前摸底考，掌握参训人员对住培基地评估整体了解情况，让授课老师更有针对性地授课;培训后水平考，促进参训人员认真学习，为评估专家遴选提供依据。二是采取理论授课与工作坊讨论相结合。通过理论授课共同学习，引发思考;通过管理、内科、外科、医技和联络 5 个工作坊相互讨论，手把手传授实践经验。从培训前、后考核平均成绩由 70.31 分提高到 91.97 分来看，展示了很好的培训效果。

为提升评估专家综合能力，精心设计培训内容，涉及评估工作发展要求、基地建设与培训内容规范、评估指标体系、教学活动规范、评估实施经验和评估方法统筹运用等。中国医师协会齐学进副会长作了《住培基地评估工作的现状与思考》的报告，全面梳理了 2015-2018 年住培评估工作情况，系统分析了评估发现的问题，并对下一步评估工作提出明确要求。中国医师协会毕业后医学教育部柳琪林副主任依据评估方案，阐述了评估工作的基本原则、方式方法和需要重点关注的内容，以此促进各家培训基地的建设和发展。中国医师协会毕业后医学教育部邢立颖副主任，就住培基地建设和培训内容“两个标准”总则修订情况作了说明，指出“两个标准”是评估工作的准绳。浙江省医学科技教育发展中心方才妹副主任介绍了培训基地评估指标，阐释了指标的内涵实质，分析了现场评估中容易发生的问题，强调了管理专家要纵观全局、掌握政策、准确定位，确保

按时保质完成评估工作。温州医科大学附属第二医院心胸外科胡型铨教授就专业基地评估指标的理解和运用，与大家交流了专业基地评估的经验和外科质量评估的要义。上海交通大学医学院仁济临床医学院郑青副院长，讲授了教学查房与小讲课等教学活动规范与要求，并与大家分享了内科质量评估的特点要求与方法运用。浙江大学医学院耿晓北教授讲授了评估反馈意见、评估工作总结的撰写方法与要求，指出评估工作总结既要反映受评单位的整体情况，又要为国家和所在省(市)提供基地建设建议。陆军特色医学中心技能培训中心李民主任、空军特色医学中心磁共振科李相生主任、重庆市第五人民医院马宇副主任通过工作坊，分享自己丰富的评估经验，现场讨论热烈、交流融洽，形成广泛共识。

此次培训班，参训人员深受授课专家的精心备课与倾囊传授所感动，学习认真、思考深入，在最短的时间内准确地把握住培的政策制度、评估指标和评估方法。参训人员一致表示，这是一场住培政策制度标准的饕餮盛宴，也是一次住培基地评估经验的交流传播，更是一番住培基地评估实践的赓续接力，必将有力地推动住培工作持续健康发展。

(中国医师协会毕教部综合考评处)

## 全国毕业后医学教育新闻宣传培训班召开

2019年5月18日-19日，由中国医师协会主办、河南省儿童医院协办的全国毕业后医学教育新闻宣传培训班在郑州召开，来自二十余个省(区、市)卫生健康委科教处、住培管理机构、培训基地宣传工作负责人参加培训。

国家卫生健康委教育处工作同志参会，代表教育处对中国医师协会毕业后医学教育(以下简称“毕教”)宣传工作予以了充分肯定，对媒体和毕教战线上的同志表示了衷心感谢，并就有关政策做了深入解读。中国医师协会齐学进副会长出席培训班并作工作指导。河南省卫健委科教处王金河处长，河南省儿童医院周崇臣院长到会致辞。中国医师协会毕教部副主任李鸣莉主持会议。

### 把握方向，提供强有力的教育宣传支撑

齐学进副会长在讲话中说:包括住培和专培在内的毕业后医学教育工作，虽然仅是一项卫生业务工作，但它和党在新时期建设“健康中国”的大局紧密相关。在进入互联网时代的今天，新闻传播格局已发生日新月异的变化。做好毕业后医学教育宣传面临着新的挑战，一定坚持鲜明的工作导向，使之真正成为在住培、专培战线澄清谬误、明辨是非

的喉舌，团结各方、引领业内的旗帜，鼓舞士气、凝心聚力的学校，为毕业后医学事业，提供强有力的教育宣传支撑。

### 讲好住培故事，做好正面引导

住培在我国已有近百年的历史，然而作为制度推行不过 5 年多的时间。制度伊始，形势宣传，典型宣传，成就宣传，主题宣传，舆情应对，处处是学问，时时有新闻。在住培新闻“富矿”中如何挖掘好新闻，对每一位新闻工作者来说都是一种考验。《人民日报》《健康报》《医师报》《中国医学论坛报》资深记者在培训班上分享了近年来在住培领域采访报道中的体会与经验。

《人民日报》社经济社会部记者王君平认为，住培是专业话题，采访写作中一定要有读者意识，向宽处行，不只是局限于本专业领域，从对方的角度去考虑，放在更为广阔的领域去衡量，跳出新闻想新闻。在采访写作之前，心中有鲜明主题，清楚故事的意义，采访中观察的目光就能更细致、更敏锐，也更容易捕捉到“活蹦乱跳、顶花带刺”的素材，写出鲜活报道。讲好住培故事，不可忽视对主题的涵泳，而须深刻体会故事的意义。否则，只专注鲜活表述，而缺乏鲜明主题，故事讲得再生动，也是次品！

《健康报》科技科普部副主任谭嘉认为新政策、新举措、好经验、新探索、优秀基地培训管理经验、老大难和新问题、趋势分析、思考建议等内容都是值得报道的重点。对于如何讲好住培故事？谭嘉副主任认为：重要政策讲透彻、日常工作找不同、焦点热点及时跟、典型宣传要走心。

《中国医学论坛报》融媒体学术传播中心综合部主编杨力实认为：政策解读要兼顾准确性和通俗性，决策层核心专家的解读至关重要，兼顾公众意见，能让报道更具可读性；突发事件的报道对记者的专业素养要更高，需核实内容的真实性、准确性，避免主观先行、简单报道造成的报道偏向。

《医师报》常务副社长兼执行总编辑张艳萍提出，在报道住培工作时，要恪守新闻原则、新闻尺度和政策要求，既不回避问题，发挥上传下达的桥梁作用，又注意积极做好正面引导，挖掘住培工作中的典型模式、案例和优秀事迹。她指出，《医师报》作为行业新闻监督、引导社会正能量的重要媒体平台之一，密切关注广大住培学员的诉求和心声，对行业舆情热点问题迅速做出反应，帮助协会和政府部门及时化解住培学员因政策误解、基地管理不规范、待遇等问题引发的舆情事件，掌握舆论主导权，体现了《医师报》作为主流媒体的社会责任和担当。

### 创新为要，提高宣传成效

近年来，全国毕教宣传工作推进有力，取得阶段性成效，舆论形势持续向好，这种良好局面要继续巩固深化，同时必须下大力气谋创新、抓创新。大力推进宣传工作理念思路、内容形式和方法手段全方位创新。宣传工作在于日常、在于平时，更在于各地的持续推进。省级卫生健康行政部门如何做好毕教宣传工作，部分省份做了有益的探索和实践。

河南通过多种途径积极宣传住培政策，扎实做好住培宣传工作。省卫健委科教处副处长徐宏伟介绍了具体做法，一是由委主管领导任总团长成立 28 支住培工作宣讲团，在住培招录前夕，深入县乡，广泛宣传动员，每年受众范围均超 3 万人次，住培理念被广泛接受。二是借助各种培训班机会，把住培政策、师资能力、管理理念、宣传技巧等作为必修内容。仅 2018 年下半年就通过住培骨干师资培训班、3+2 助理全科医生师资培训班、省医学会全科医师分会学术年会、全省基层卫生计生干部培训班、住培师资人文培训班等，省级直接培训 2000 多人次。三是指导各地各住培基地全方位、立体式、多途径做好住培宣传工作，尤其是发挥新媒体优势，近三年来全省住培基地大都开设了住培工作公众号，制作了一批广泛流行的短视频、微电影作品，其中宣传基地医院全科医学科的《全科之歌》音乐作品，网上点击数十万人次，达到了较好的宣传效果。

江西省以宣传为切入点，带动住培工作全面发展。江西省卫健委科教处主任科员罗群表示，一是 2018 年制定下发《关于进一步加强全省住院医师规范化培训宣传工作的通知》，要求各住培基地加强组织领导，明确专职人员，落实宣传任务。二是将住培宣传工作作为基地评估的考核指标，加大分值并细化标准。在《健康报》《中国毕业后医学教育》杂志、毕业后医学教育网积极投稿，在《江西卫生报》开辟“住培荟”专栏，并利用“江西卫生健康”微信公众号等积极宣传住培工作。连续三年举办住培竞赛，内容包括“心电图阅片”“放射阅片”“临床思维”等，通报竞赛结果并表彰优秀基地，提高学员参培、师资带教的积极性。

辽宁省坚持正确的舆论导向，不断创新宣传工作理念、思路、方式、方法。省卫健委卫生服务中心王飞介绍到，辽宁省建立健全住培宣传工作激励机制，以评估为抓手，加强各基地宣传力度。2018 年将按季度对各培训基地新闻宣传工作进行考核评分，评分计入所在市卫生健康委工作目标责任书考核成绩及培训基地评估成绩，较好地促进了新闻宣传工作的宣传发展。

河南省人民医院全科医学科自成立之日起就非常重视宣传工作，采取多种方式持续加大宣传工作力度，对全科医学科稳步发展起到了重要的助推作用。该科王留义主任说：

“通过微信平台,开展科普宣教,提高全民健康素养,并惠及广大全科医生,全科住培学员;通过全方位定期基层帮扶,提高基层医生全科应诊能力;通过院内外、省内外、国内外辐射交流,学术交流,加强全科渗透力和影响力。该科全方位、创新性的宣传方法与业务工作深度融合,有力地推动了学科建设。”

本次培训,学员们反映增长了知识,拓宽了视野,交流了工作经验,进一步增强了做好毕教新闻宣传工作的热情与信心,收到了良好的培训效果。

(中国医师协会毕教部综合考评处)

## 2019 年国家中医住培教学主任轮训班 (第二期) 在杭州顺利召开

教学主任是中医住院医师规范化培训的“运动员”“教练员”“裁判员”和“研究员”,是住培工作的“排头兵”,发挥着主导和决定作用。建设一支具有强烈的使命感、责任感和荣誉感的教学主任队伍,是中医住院医师规范化培训过程规范、结果同质的必然要求,是推动住培制度真正落地的基础和关键,是传承发展中医药人才建设的重要措施。

2019年4月26-28日,中医住培教学主任轮训班第二期如期在杭州召开,共有来自全国18个省(直辖市、自治区)、120余家培训基地、780余名教学主任和教学秘书参加了本次培训。国家中医药管理局人教司综合协调处邓国兴副处长、浙江省中医药管理局蔡利辉副局长、浙江中医药大学附属第三医院高祥福院长出席开班仪式并讲话。

与第一期相比,第二期培训班更加紧密围绕教学主任的职能作用,不断创新设计、优化内容。纵观本次培训,有三个特点。一是共有18个省120余家培训基地共770名教学主任和教学秘书参会,较第一期的人数增加了一倍;二是在课程设计上,针对第一期教学中存在的问题,反复与授课老师沟通,调整了部分课程和授课内容,教学内容更加贴近实际工作,教学质量明显提升。学员们普遍反映培训班课程设计合理,授课精彩,对工作具有很好的指导作用;三是每日上、下午课程开始前,对参会学员进行盖章签到,严格考勤。整体培训结束后,进行在线考核,共有15名学员因缺勤或考核不合格未能领到培训合格证书。

(中国医师协会毕教部中医处)

# 全国住院医师规范化培训专业基地教学主任 轮训(第三期)在南京成功举办

2019年4月25日-28日,全国住院医师规范化培训专业基地教学主任轮训班(第三期)在江苏南京举办,来自28个省份的70个国家级住院医师规范化培训基地23个培训专业的教学主任/专业基地主任120余人参加轮训。本次轮训班由中国医师协会主办,南京大学医学院附属鼓楼医院、江苏省人民医院、东南大学附属中大医院三家培训基地承办,江苏省医师协会协办。

中国医师协会副会长齐学进、中国医师协会毕业后教育部副主任邢立颖、江苏省医师协会副秘书长全钰平、江苏省医师协会毕业后教育部主任姜风梅、南京鼓楼医院副院长孙凌云等出席开班仪式并致辞讲话。

本次轮训班考核管理严格。首先通过网上报名,会前提交规定的作业、会前测试、严格考勤、班上互动、随堂测评,结业测评书面考试等多种方式,经审核专家小组严格批改作业和考卷后会后一个月提交作业等方式决定,才确定培训合格人员以及发放证书。

经过四天紧张的培训和医院实践,培训效果显著。参会代表在总结发言中纷纷表示,本次轮训班组织严密、安排紧凑、内容丰富、讲授精彩、考核严格,是自己参加过的收获最大的一次培训活动,要将理念和方法带到临床带教实践中去,提高带教能力和水平。

(南京大学医学院附属鼓楼医院、中国医师协会毕教部培训处)



欢迎关注住院医师规范化培训微信

**报：**国家卫生健康委

---

**送：**各省卫生健康委，各省级卫生健康委科教处，军委后勤保障部卫生局  
以及有关单位

**发：**中国医师协会领导、常务理事、职能部门、专科医师分会、专业委员会、地方医师协会、会员单位，住院医师规范化培训基地，主办报刊

---

**编辑：**中国医师协会毕教部 电话：010—63313705 投稿邮箱 china\_gme2017 @ 126. com

(内部资料：仅供行业内交流)