

信息简报

(专题版)

吉林医药学院图书馆

主办

2014年6月

本期主题：临床医学专业认证

- 什么是医学专业认证
- 临床医学专业认证的基本程序
- 我国临床医学专业认证制度的建立与思考
- 临床医学专业认证背景下教学发展中心建设的思考
- 我国医学专业认证教育政策分析
- 中国临床医学专业认证体系的构建与未来发展
- 医学专业认证的实践与思考
- 对医学类专业认证的若干建议
- 医学教育认证与课程改革
- 医学教育认证下提高医学课程教学质量的策略研究
- 医学专业认证背景下课堂教学模式改革思考
- 我国临床医学专业认证中学生参与现状及期望的调查研究
- 以国际医学教育认证为契机 推进临床医学专业课程改革
- 临床医学教学认证给全科医学教学带来的启示
- 临床医学专业认证与档案的相互关系
- 基于临床医学专业认证的民族医学院校教学档案资源建设
- 中美临床医学专业认证的比较
- 借鉴美国专业认证制 对我国专业认证过程的思考
- 澳大利亚医学会医学教育认证程序之借鉴

什么是医学专业认证

医学专业认证是指由专门机构、采用既定的标准和程序对医学教育机构或培训项目进行审核与评估的过程。其目的有两个方面：一方面是评判是否达到基本的教育水准；另一方面是鼓励教育机构不断改进与完善以促进质量发展。在高等教育大众化、国际化、就业难三重背景下，有效地协调规模扩张和质量控制之间的关系，保证我国医学教育的可持续发展，需要建立一个相对完善的医学教育质量保障体系。医学专业认证作为医学院校质量保证和评价模式的一种，对促进专业发展、院校教育与毕业后教育的衔接、学校内部教育质量保障体系的建设和完善，具有重要的理论意义和实践价值。

摘自《中国社会医学杂志》2013年4期 杨颖

临床医学专业认证的基本程序

临床医学专业认证程序主要包括提出认证申请、自我评价、书面评审与现场考察、整改和质量保证等实施步骤：

步骤一认证申请。认证学校在认真学习标准的基础上，向教育部临床医学专业认证工作委员会秘书处(设在北京大学医学部)递交书面的专业认证申请。认证工作委员会组织专家组进行评审，确定是否接受学校的认证申请。如获批准，认证工作委员会则向递交申请的学校发出同意接受认证的通知。学校有6个月的时间做好各项准备工作，以迎接认证专家组的实地考察。认证申请被批准后，学校则开始进行专业自评工作，准备各种数据、人才培养方案等文件材料和起草认证自评报告(中英文)。

步骤二自我评价。通常接受认证的学校要提前2年或3年开始按照“本科医学教育标准”进行自我检查，在自我检查结果的基础上撰写自评报告。自评报告主要分为两部分：①专业现状(概况)；②围绕标准逐条评述。自评报告的撰写必须客观、实事求是，对各项工作要明确描述是已经进行、正在进行或计划进行，层次必须非常分明，无需词句上的修饰或包装。自评报告既要突出学校的优势，又要坦诚地看待学校的弱点，最好是有实在的改进措施和实施这些措施后的初步效果。自我评价是学校进行全面总结、整改的重要阶段。

步骤三书面评审与现场考察。专家组进校现场考察阶段是认证过程中最关键的环节。专家组通过认真审阅自评报告等书面材料后，必须与认证学校进行面对面的沟通与交流，对其存在的“模糊点”进行认真研究，确定在校期间的调查、询问、内部讨论、认定工作的开展与实施。认证途径主要有专家组成员对大学医学院进行现场考察，听取院长的自评总结报告、科研工作报告，考察学校办学条件(图书馆、学生宿舍、科研与教学设施等)，召开各种座谈会，走访相关学科教研室，观摩教学活动等。现场考察也

是十分重要的阶段,是为专家组成员提供了搜集第一手资料和证据的机会,也是学校为解开认证专家可能有的疑团做出主动、迅速、明确反应的时机。

步骤四整改和质量保证。实地考察工作结束后,专家组在数月(2~3月)内就实地评估情况形成最后的书面报告。书面报告经各位专家审阅并征求意见后反馈给认证学校,并报教育部临床医学专业认证工作委员会。认证工作委员会根据专家组意见和建议经过讨论做出相关决定,并通知认证学校。学校可以在规定时间内对专家组提出的认证事实部分提出异议。如果学校与专家组协商仍然无法达成共识,可以提出申诉。从认证专家组实地考察结束就进入了整改阶段。认证学校在规定时间内进行整改,通过整改不断提高教学质量、改进教学方法、优化课程设计、提高管理水平和工作效率,保证认证结论的长期有效。因此,整改阶段在认证工作中至关重要,是保证认证目标和效果的最重要环节。

摘自《中华医学教育杂志》2010年3期 杨棉华等

我国临床医学专业认证制度的建立与思考

一、参照国际标准,颁布中国临床医学专业本科教育标准

2002年,在教育部的支持下,中国高等教育学会医学教育专业委员会和北京大学医学部联合举办了《医学教育标准国际研讨会》,引入了医学教育的国际标准。此次会议后,教育部委托中国高等教育学会医学教育专业委员会组建了“中国医学教育质量保障体系研究课题组”。课题组参照世界医学教育联合会(WFME)《本科医学教育全球标准》、WHO西太平洋地区《本科医学教育质量保障指南》和美国纽约中华医学基金会所属的国际医学教育组织(IIME)《全球医学教育最基本要求》,并参考了澳大利亚、英国、美国等国家的相关标准,研究拟定了《本科医学教育标准——临床医学专业(试行)》。2008年,教育部、卫生部联合颁布了此标准,并将其作为我国临床医学专业认证的依据。标志着我国临床医学专业认证的开始。

二、实施试点认证,制定临床医学专业认证指南

2006年,课题组以中国高等教育学会医学教育专业委员会的名义邀请WFME国际认证专家组,依据WFME《本科医学教育全球标准》,对哈尔滨医科大学进行临床医学专业试点认证,这是我国第一所被认证评估的医学院校。2008年,课题组又组织了国内外的专家,首次依据《本科医学教育标准——临床医学专业(试行)》,对华中科技大学同济医学院进行了临床医学专业试点认证。在此基础上,课题组草拟了中国《临床医学专业认证指南(试行)》,确定了认证的基本原则和 workflows。

三、成立认证机构,建立临床医学专业认证制度

2008年,教育部成立了“教育部医学教育认证专家委员会”和“教育部临床医学专业认证工作委员会”(以下简称“工作委员会”),并设立了工作委员会秘书处。工作委员会负责开展和推动全国临床医学专业认证工作:组织专家修订中国《临床医学专业认证指南(试行)》,建立认证工作管理制度,规范认证过程;组织研讨会和各类培训会,邀请国际专家参与,在此基础上,初步建立了临床医学专业认证专家库。自从工作委员会成立之后,先后对汕头大学医学院、中南大学湘雅医学院、吉林大学白求恩医学院、广西医科大学、中国医科大学、嘉兴学院、重庆医科大学、长治医学院、桂林医学院等9所高校进行了临床医学专业认证,目前对临床医学专业认证的计划已经安排到2014年。至此,我国临床医学专业认证制度初步建立。

四、与国际接轨,充分开展认证国际交流

在我国临床医学专业认证制度建立的过程中,一直与一些国家的医学教育认证机构保持密切的合作与交流。工作委员会曾经多次派出考察团赴澳大利亚医学理事会(AMC)访问学习,派观察员参加澳大利亚的认证活动,实地观摩认证过程。AMC还为我国特别培训了一批懂汉语的认证专家,支持我国的临床医学专业认证工作。目前,在已经完成的11所学校临床医学专业认证中,有6所学校邀请了澳大利亚、德国的认证专家参与。此外,工作委员会还和WFME、西太区医学教育协会(AMEWPR)等组织建立了联系,积极参与WFME《本科医学教育全球标准》的修订工作和世界医学院校名录建设工作,让世界了解中国的进展,争取逐步得到国际认可。

摘自《中华医学教育杂志》2012年6期 谢阿娜等

临床医学专业认证背景下教学发展中心建设的思考

一、临床专业认证对教师发展提出的挑战

1. 转变教学观。目前大部分医学院校教师依然持有以“教师为中心”的教学观,视教师为知识的灌输者,学生为信息的吸收者《本科医学教育标准——临床医学专业(试行)》明确提出“医学院校必须积极开展以‘学生为中心’和‘自主学习’为主要内容的教育方式和教学方法改革,注重批判性思维和终身学习能力的培养,关注沟通与协作意识的养成。”因此,教师必须转变理念,树立以学生为中心的教学观,积极开展教育教学研究,培养学生的主动性和积极性,使学生由接受式学习向探究式学习转变。

2. 整合知识。观大部分医学院校目前实施的是“以学科为主”的课程体系,教师教学过程中只注重各自学科的系统性,学科之间缺乏横向联系,导致学生欠缺综合应用知识解决问题的能力《本科医学教育标准——临床医学专业(试行)》明确提出“医学院

校应积极开展纵向或(和)横向综合的课程改革,将课程教学内容进行合理整合。”因此,教师个人必须拓展知识面,具备多学科的知识结构;同时,教师与教师之间需要密切协作,共享知识。

3. 完善评价观。目前大部分医学院校依然是终结性评价占主导,重结果,轻过程,忽视形成性评价《本科医学教育标准——临床医学专业(试行)》明确提出“医学院校必须建立学生学业成绩全过程评定体系和评定标准,积极开展考试方法的研究,应用和借鉴各种先进的考试方法,如客观结构化多站临床考试、计算机模拟病例考试等。”因此,教师在教学过程中关注教学过程,尊重学生的差异和个性特点,加强终结性评价和形成性评价有机结合。

二、加强教学发展中心的探索

1. 遵循学术性原则。教学发展中心应把教学作为一种学术,坚持教学的学术性。美国学者博耶把大学教学看作一种学术,一种提高和支持教师对自己教学实践的学术“教学支撑着学术。没有教学的支撑,学术的发展将难以为继”。教学发展中心引入教学学术原则,有效地承认和保障了教师在教学上的时间,从而为高等教育的教学质量提供保证;同时教学学术思想引导人们要关注教师的总工作量而不仅仅是在教室中的时间,这对于纠正目前我国高校重科研轻教学的现象,评价教师简单化、数字化、公式化的倾向,具有现实意义。

2. 构建教师学习共同体。学习共同体可以由来自不同学科专业背景、不同基层教学组织的教师组成,其所有成员拥有一个共同的关注点,共同致力于解决一组问题,或者为了一个主题共同投入热情。他们在这一共同追求的领域中通过持续不断的相互作用而发展自己的知识和专长。在教师学习共同体中,教师之间相互交流专业知识和教学经验,分享对方的观点,相互帮助,并最终促使教师在专业上共同发展。每个教师在观点、专长、技术或经验上都存在着差异,通过交流,使教师将自己的专业隐性知识显现出来,使教师隐性知识需求者逐步成长为教师隐性知识的拥有者,从而实现教师的互助发展。

3. 实施发展性培训。教学发展中心的一项重要职责就是开展教师培训。所谓发展性培训,即以全体教师为培训对象,通过针对性培训,提供对教师专业发展必需的各项辅导措施,以达到促进教师专业自主发展的目的。

提供个性化咨询服务通过老带新、一对一辅导,利用博客、网络等方式,为教师提供个性化的咨询服务。采取“导师制”,根据学科或课程,为每位青年教师指定指导教师,为青年教师提供现场教学帮助,并明确导师的职责,导师从备课、听课、讲课、评课各个环节对青年教师实行指导和帮助。

开展系列活动以课题为纽带,以项目为平台,以教学发展中心为依托,定期举办学

术沙龙、专题讲座、教学竞赛等形式多样的活动,转变教师教学理念,大力推广先进教学方法,倡导应用 PBL、CBL 等,组织教师进行交流,打造老中青结构合理的科研团队,促进不同学科、不同专业、不同层次教师间的交流与经验分享,相互合作,促进教师发展。

摘自《赣南医学院学报》2013年5期 漆艳春等

我国医学专业认证教育政策分析

一、医学专业认证教育政策的主要文本

本文收集的医学专业认证教育政策,主要来源于2004年以来教育部和原卫生部(或其联合国家其他部委)所制定、发布的所有涉及医学专业认证的意见、办法、工作要点、通知(含教育部公布院校认证安排的通知)等。其中,主要政策文本分别为《卫生部教育部关于印发(护理、药学和医学相关类高等教育改革和发展规划)的通知》(教发[2004]167号)、《教育部财政部关于实施“高等学校本科教学质量与教学改革工程”的意见》(教高[2007]1号)、《教育部关于进一步深化本科教学改革全面提高教学质量的若干意见》(教高[2007]2号)、《关于同意立项“构建中国医学教育科学体系的研究与实践”的函》(教高司函[2007]120号)、《教育部办公厅关于成立教育部医学教育认证专家委员会和教育部临床医学专业认证工作委员会的通知》(教高厅函[2008]7号)、《教育部卫生部关于印发(本科医学教育标准——临床医学专业(试行))的通知》(教高[2008]9号)、《关于加强医学教育工作提高医学教育质量的若干意见》(教高[2009]4号)、《关于加强卫生人才队伍建设的意见》(卫人发[2009]131号)、《教育部财政部关于“十二五”期间实施“高等学校本科教学质量与教学改革工程”的意见》(教高[2011]6号)、教育部国家中医药管理局关于印发《本科医学教育标准——中医学专业(暂行)》的通知(教高[2012]14号)、《教育部关于批准实施“十二五”期间“高等学校本科教学质量与教学改革工程”2013年建设项目的通知》(教高函[2013]2号)。以上涉及医学专业认证的相关教育政策是当前我国医学专业认证制度建设的重要保障之一。

二、医学专业认证教育政策规范的主要内容

教育政策分析的目的是为了实教育政策目标,其对于完善教育政策内容、改进教育政策过程、增进教育政策价值、改善教育政策环境、提供教育政策效能等具有重要意义。分析医学专业认证教育政策,对于进一步推动医学专业认证,建立既有中国特色又与国际医学教育实质等效的医学专业认证制度具有重要的现实意义。本文主要从完善教育政策内容的角度进行政策分析。

1. 实施主体的政策规范

2008年颁布的《教育部办公厅关于成立教育部医学教育认证专家委员会和教育部临床医学专业认证工作委员会的通知》(教高厅函[2008]9号)对临床医学专业认证由谁来实施的主体和客体进行了规范,其实施主体为教育部设立的临床医学专业认证工作委员会。而中医学、药学、口腔医学、护理学等专业认证的实施主体为教育部委托其下设的高等学校各专业教学指导委员会。总体而言,医学专业认证实施主体仍然是教育部宏观管理下由其设立或委托的机构,自然实施客体为高等院校及其所设置的医学类专业,这就需要教育部临床医学专业教学指导委员会与医学专业认证工作委员会之间建立畅通的联系和工作渠道,并有明确的分工,如此才能保证专业建设和专业认证工作的有效实施与无缝衔接。与本科教学评估不同,教育部对医学专业认证工作更加强调行业或专业学会的作用,突出高等院校专业建设及其人才培养的自主性,这对于充分吸纳相关利益方参与高校医学类专业建设及其人才培养工作具有积极作用。认证的核心内涵是被认证的学校证明,能够按照医学教育标准和本校设定的人才培养目标达到办学标准、人才培养标准及保障人才培养质量,并进一步证明这种保障的可持续性。

2. 实施目的的政策规范

医学专业认证政策在对“医学专业认证实施目的”进行规范时,首先对“医学专业认证”进行了规范。即医学专业认证归根结底是为了提高高等教育质量;医学专业认证制度是整个高等教育质量评估或评价制度的重要组成部分。梳理医学专业认证政策文本不难发现,涉及医学专业认证的相关政策文件基本上都以“教育或教学质量”为文件核心主题词。具体而言,医学专业认证实施目的的政策规范主要表现在三个方面:一是规定“建立与完善专业人才培养的教学质量标准体系,形成我国高等教育教学质量标准体系”;二是规定“逐步建立高等学校、政府和社会共同参与的中国高等教育质量保障体系”;三是规定“建立起具有中国特色与国际医学教育实质等效的医学专业认证制度”。

3. 实施措施的政策规范

关于医学专业认证实施措施的政策规范主要包括三个方面:一是规范医学专业认证的实施依据。为此,教育部与行业主管部门共同以政策文件的形式发布了临床医学、中医学两个专业的《本科医学教育标准》,其他医学类专业教育标准尚在进一步试点和完善中。二是规范医学专业认证实施模式、运行机制和途径。即采用“院校个别试点—扩大试点范围—2020年完成临床医学专业首轮认证”的“由点到面”逐步推进模式,以及“制定标准—试点—建立组织结构—完善标准和认证程序—扩大试点—完善政策体系”的管理运行机制。同时,明确实施的具体途径为国内评估和国际评估。三是规范学术研究支持是其实施基础。我国医学专业认证工作从一开始就依托教育部、卫生部的招标立项课题和课题研究成果,突出了医学专业认证工作的学术性、专业性和科学性。“医学

教育认证体系”是“构建中国医学教育科学体系”的重要组成部分(教高司函[2007]120号)。

4. 实施结果及其效应的政策规范

对于医学专业认证结果及其效应的政策规范具体表现为三个方面：一是规定“以认证结果作为审核医学教育招生规模的依据，并将认证结果通过适当方式向社会公布”。二是规定“要定期向社会公布医学教育院校相关信息和评估结果，做好医学教育与卫生职业准入的衔接”。三是规定“建立健全临床医学专业本科教育和专业学位研究生教育准入制度”。以上政策内容规范了认证结果要定期发布的政策以及与“院校招生规模”、“卫生职业准入”以及“专业学位研究生教育准入制度”相匹配的政策，对于充分发挥认证效应对医学专业认证工作推进和高等医学教育质量保障有积极作用，但是缺乏更为具体的操作规范及实施探索，这也是医学专业认证政策的局限性及需要进一步完善之处。

5. 实施保障的政策规范

对于医学专业认证实施保障的政策规范具体表现为两个方面：首先，对于医学专业认证工作的经费支持进行了政策规范。一是规范“专家差旅费及认证工作经费由‘高等学校本科教学质量与教学改革工程’专项经费支出”。二是规范“批准教育部高等教育教学评估中心组织实施120个本科专业认证试点项目，每个专业点支持经费15万元”。其次，对于加强医学专业认证政策制度保障的建设进行了政策规范。明确规定，‘十二五’期间，总结经验，研究借鉴国际医学教育规范，进一步完善符合国际医学教育规范的我国临床医学教育专业认证标准和认证程序，扩大试点范围，完善政策体系”(教高[2012]6号)。

摘自《中华医学教育杂志》2013年5期 付丽等

中国临床医学专业认证体系的构建与未来发展

我国的医学教育认证体系已经初步建立并在符合本国法律的框架内有序开展。无论是其秉承的宗旨，还是所建立并依据的标准，抑或所履行的程序，都符合 WFME/WHO 所推荐的认证模式，并与美国和加拿大、澳大利亚和新西兰、英国等国家和地区所采用的模式相类似，在与国际接轨并逐步得到国际认可的道路上有了可喜的起步。但不可否认的是，医学教育认证在我国还属新生事物，许多人对此还缺乏了解，初步实践过程中还有许多问题亟待解决。

一、对认证的本质、目的和必要性的认识还有待进一步提高

医学教育认证是国际化的必然要求，是职业准入的客观需要，也是保证质量的必要

手段。按照我国教育部的计划,2020年要完成高等学校临床医学专业首轮认证工作,建立起具有中国特色并与国际医学教育实质等效的医学专业认证制度。在这一决策推动下,国内不少医学院校已经开始关注并考虑申请临床医学专业认证。然而,包括某些学校领导在内的相当一部分人对于认证的本质、作用和必要性的认识还很模糊,将认证等同于新一轮的工作评优,将认证结论作为院校之间攀比排序的依据。如果不对这种指导思想加以纠正,难保不出现浮夸、刻意回避问题、为得到“好看”的认证结论而采用不正当手段等现象,那就违背了认证的核心理念——在保证教育质量的同时,促进改革与发展。专业认证是一个相互合作的、建设性的同行评议过程,就好比请专家会诊把脉,如果患者隐瞒病情,医生又怎能做出正确诊断并对症下药呢?思想观念的改变是需要时间的。近年来认证工作委员会召开的多次认证培训会和研讨会已经显现成效,在未来几年里这仍是一项极为艰巨的任务。就培训各环节而言,培训对象的面应该扩大,不仅仅是专家需要培训,各医学院校的领导、管理人员乃至骨干教师都应纳入培训范畴;培训方式也需要改进,邀请国外资深专家进行基本内涵和评估技巧的讲解是途径之一,座谈讨论、情景教学、模拟演示、网络平台等也都是可取的辅助手段;有条件的机构可设立观察员制度,观摩认证全过程会使人获得更加深刻的感悟;甚至可以走出国门,学习医学教育认证做得比较规范的国家经验。只有各个层面、各个群体都能透彻理解、正确看待认证的本质和作用,我国的临床医学专业认证才不会走偏。

二、来自政府主管部门的指导性意见和配套激励政策是重要推手

从我国的医学教育现状来看,始于1999年的高校盲目扩招使一些学校的办学资源出现严重不足,教育质量严重滑坡,医学教育的总体供给远远大于国家的卫生人力需求。为此,教育部和卫生部联合出台《关于加强医学教育工作提高医学教育质量的若干意见》(教高[2009]14号),明确指出要统筹规划、科学调控医学教育的发展速度和招生规模,实施医学教育认证来保证质量,并以认证结果作为审核医学教育招生规模的依据。教育部正在仔细研究并进行专家论证,考虑将认证结果与执业医师资格考试、临床医学硕士点审批、研究生招生等进行挂钩,以条件控制规模并决定资金投入。相信后续会有新的相关政策出台,以促进我国医学专业认证的良性发展。另一方面,我国目前设置临床医学专业(本科)的医学院校超过130所,因地域、层次、规模、资源的差异而导致教育质量参差不齐,如果严格按照《中国本科医学教育标准》进行评价,有一部分学校是达不到基本要求的。此类学校应该如何对待?教育部是否能仿效其他国家的做法,痛下决心取消其招生资质甚至关停学校呢?地方政府的相关权益又该如何协调和保证?而如果没有实质性的相关政策支持,可以预见的结局一定是认证专家妥协、所有学校一律通过,那么认证的权威性何在,认证的意义又何在?这样的认证岂非又一轮轰轰烈烈的走过

场？在我国刚刚起步的医学专业认证任重而道远，强有力的激励机制和约束机制是保证认证顺利开展的重要推手，不可或缺。但在制定政策时应该避免随意性，在考虑基本国情的前提下保证其科学性和可操作性，这就需要进行全面深入的相关研究来为决策提供循证依据。可以采取立项形式来鼓励进行医学教育认证相关的课题研究，缩小我国与发达国家之间在医学教育质量保证金方面的差距，探索适用于国内医学教育环境、能切实起到保证医学教育质量目的的医学专业认证实施方案和运行机制。

三、具有良好资质的认证专家是客观评判的关键

认证过程以学校自我评价为基础，由专家团队来进行质量审核。认证专家要依据医学教育标准，针对学校自身的教育宗旨、培养目标和教育过程进行客观评价，因而对于认证专家的资质和水平要求相当高。他们不仅要熟悉医学教育全过程，了解医学教育规律和发展趋势，还应熟悉并支持专业认证的理念，支持改革与创新，愿意为推动认证过程的发展和完善做出直接的贡献，并能在团队中开展良好的合作和有效的沟通，以完成认证的全过程。其中尤为关键的是：专家是否具备从大局出发的宏观把握能力；是否具有敏锐的洞察力，从而准确找到问题的症结所在；是否能顶住压力，排除干扰，坚持原则。目前我国合格的认证专家还不多，要完成教育部的临床医学专业认证计划难度不小。认证工作委员会正着力进行认证专家队伍建设，进一步完善认证专家的遴选、培训和考核机制。

四、在医学专业认证方面的国际化合作领域需要进一步拓宽

我国与澳大利亚之间的良好协作关系有效地助推了我国医学专业认证体系的建立，但要使这一体系为国际社会所认可，还需要进一步拓展国际合作领域，尤其是与 WFME、北美及欧洲等国家和地区的医学教育认证权威机构之间的联系，让更多的人了解中国在这方面做了些什么，做得如何，同时也借专家之力帮助我们不断完善体制。认证工作委员会正在多方积极拓展与海外机构和专家的联系渠道，计划邀请更多国外专家参与国内医学院校的认证过程，策划主办国际性的医学教育认证研讨会，同时鼓励国内专家参加海外的认证研讨会，以期让国际社会听到更多的中国声音。WFME 的《本科医学教育全球标准》正式推出并得到广泛应用已十年有余。根据医学教育新发展的需要，WFME 正在对该《标准》进行修订，并将于今年11月在瑞典召开专门会议，讨论通过修订后的《标准》并予以公布。与此同时，WFME 还在考虑并将很快推出一项新计划，主要涉及各国认证机构的国际评价和认可。这些国际医学教育认证的风向标值得我国认证机构加以关注，并在实践中参照执行，以推进我国医学教育认证的国际化进程。

摘自《复旦教育论坛》2012年5期 汪青

医学专业认证的实践与思考

一、实施开放式办学，贯彻医学教育标准

适应社会需要根据国家大力发展卫生事业和建设医学教育强国的要求，依据国际医学教育最新发展趋势和我国国情，落实《中国本科医学教育标准》和《国际医学教育标准》，培养医学拔尖创新人才。推进医学教育国际办学进一步加强与国际高水平医学院校的交流与合作，让更多的学生具有第二周的学习经历，拓宽学生的国际视野，积极引进国外优质教学资源，建设外语学习的特别环境，提高学生的国际合作能力。关注广泛利益方的参与和社区的实践，加强学生的社区医学教育，让学生广泛参与社会实践，关注社会的重大问题，履行大学医学院的社会责任。

二、深化医学教育教学改革，建立以学生为中心的人才培养模式

加强教学内容与课程体系改革促进文科、理科、工科与医科教学内容的交叉融合，加强文理医综合课程建设，实施以器官系统为基础的课程体系。促进教学方法改革继续推进 PBL 教学方法改革，改变被动教学形式，采用 Sandwich、Microteaching、床边教学、案例教学等多样化的教学方法。推进学生自主学习运用成人学习理念，将化被动学习为更加主动的学习作为医学教育教学改革的重点。进一步完善学分制改革。扩大学生自主学习的空间，增加学生自主学习的时间，改善学生自主学习的条件，加强对学生的支持与服务，满足医学生自主学习的要求。

三、强化实践教学和科研训练，培养学生实践能力和创新精神

加强医学教育全程临床实践教学体系建设强化学生良好职业道德、临床基本技能和临床思维能力的培养，注重早期接触临床、早期临床技能教学、临床见习、临床模拟教学、临床实习等各实践教学环节之间教学内容的衔接。

加强早期接触临床教学，激发学生的学习兴趣；注重早期临床技能教学，加强学生临床技能的规范化训练：临床见习主要采用床边教学方式，注重理论联系实际；临床模拟教学要充分发挥临床技能模拟中心的作用，运用模拟技术、标准化病人等教学手段；临床实习要注重学生的医德医风教育，加强门诊教学和案例教学，注重循证医学原理的应用，培养学生的临床思维能力和解决实际问题的能力，注重与毕业后教育的衔接。

加强学生创新能力培养进一步加强科学研究对教学的支持作用，充分利用科研资源和学生科研训练平台，扩大学生参与大学生科研训练的比例，推进国家大学生创新实施计划，为学生获得双硕士、双博士学位提供途径。

四、加强学生评价方法改革，完善以能力和素质为导向的评价体系

淡化终结性评价，强化形成性评价弱化以课程考试分数评价学生优劣的传统评价体系，加强学生学习过程的评价，推行 PBL、OSCE、OSPE、实践考核记录、课程综述、床

边考核、随堂考核等评价方法, 加强对学生评价结果的分析, 及时反馈学生学习过程中的信息, 让学生自我反思学习中的不足并加以改进。充分发挥形成性评价的导向作用, 引导学生自主学习。实施整合课程评价加强各门课程的整合评价, 完善基础医学、临床医学、临床实践阶段的综合考试, 注重理论考核与实践考核的结合, 注重跨学科知识的综合运用, 促进学生整合学习, 培养学生综合运用多学科的知识 and 技能发现问题、分析问题、解决问题的能力。

五、统筹医学教育研究, 加强医学教育学科建设

统筹规划医学教育研究与改革, 推进医学教育的持续改革。加强医学教育研究团队建设, 充分发挥医学教育专家的作用, 让教师和学生能够很好地进行跨学科合作。同时, 积极加强医学教育学科的建设。

六、发挥教师和学生主体作用, 完善教学质量保障体系

为教师在医学教育中的继续职业发展提供支撑建立教师发展委员会和教师培训营, 提供一些特别的教学培训, 支持教师采用更多的现代化教学方法, 确保培训成果能够在教学过程中得到广泛应用。建设以器官系统为基础的教学团队和 PBL 教学团队, 适应整合课程和 PBL 教学的要求。加强教师和学生主体作用强化医学教育教学委员会的职能, 发挥教师和学生主体作用。医学教育委员会和各院系教学委员会应当有足够的学生成员。完善教学质量保障体系将教学评价的重点从评教转移到评学, 从督教转移到督学, 及时反馈广泛利益方对医学教育的意见和建议, 建立社会、用人单位、教师和学生共同参与的质量保障体系, 保证医学教育质量。

摘自《中华医学教育杂志》2008年5期 马建辉

对医学类专业认证的若干建议

一、提高专业认证的增值效应。专业认证的目的是“筛选”而是教育质量保证和改进, 帮助被认证专业“改进教育质量”是认证的增值服务。从帮助的角度考虑, 建议教指委在收到专业举办方的首次“认证申请”后, 应有一个“资格认证”的环节, 即组织一个小型认证评估专家小组对该专业进行初步认证和资格考察, 以确认该专业是否具有获得最终认证的可能性和潜力。若有缺点和弱项, 评估小组除了详细指出薄弱环节外, 还须帮助学校建立自我改进的目标并推进专业的教育水准, 限期整改直至达到教指委的要求为止。只有初步认证合格, 才同意对该专业进行正式认证。

二、提高专业认证的权威性和公正性。权威性取决于是否拥有一支真正达到行业权威水平的认证评估专家队伍。建议教指委在专家库的组建中, 要针对不同领域遴选高水平专家, 专家要有代表性, 除了院校长, 还应有专业负责人、临床专家、教学管理专家、

学生管理专家、财务管理专家等。公正性取决于认证活动的公开、透明，教指委要通过吸纳社会公众对认证活动的广泛参与来提高认证的公正性，可适当考虑吸纳广泛利益方如行业主管部门、用人单位、社会知名人士、家长和学生代表参与认证活动。

三、建立专业认证的制约和驱动机制。古今中外，没有一个教育机构愿意被认证评估。所以，有必要建立专业认证的制约和驱动机制。建议教育部在职能可控范围内可做一些强制性规定，如未通过认证的专业不得申请省、国家级质量工程项目；未通过认证的专业其学生不得跨校转入已认证的专业；未通过认证的专业校际学分不得互认。在征得卫生部、国家中医药管理局认可的情况下，还可实行执业医师资格与认证挂钩的制度。

四、加强专业认证的形成性评价。建立全国医学类专业的数据库，定期采集与教育质量保证密切相关的状态数据；委托专业机构，加强对毕业生的跟踪调查。一方面，可及时掌握医学类专业举办方的动态信息，确保认证资料的真实性，另一方面，可通过状态数据的采集实时监控医学类专业的教育质量，通过及时反馈，帮助改进，实现形成性评价。

五、提高专业认证的科学性。要由注重输入和资源转向输出和学习成果；由注重课程的内容安排转向注重课程的实际提供方式；由注重质量保证的外部装饰（机构、制度）转向注重质量保证过程，即考察专业举办方的教育质量是如何检验评价的？学生学业评价方式是否有利于帮助与促进学生的学习？专业认证作为一种高等教育质量保障活动最早始于美国，在中国“专业认证”这个舶来品还是一个新生事物，还有一个本土化的适应过程，在认证理念、评价指标、价值取向、认证模式、机制建设等方面还须进一步提高完善。呼吁各医学教育的有识之士共同为专业认证的健康发展出谋划策，积极谏言，使专业认证真正成为专业建设的风向标、教学改革助推器、教学质量的保障阀。

摘自《浙江省医学教育学学术年会论文集》2012年12月 来平凡

医学教育认证与课程改革

一、调整课程体系。根据人才培养目标，调整课程结构，突出主要课程，以医为主，文理相结合，使学生形成合理的知识结构。增设和加强循证医学、交流技能、全科医学和医学综合实验等课程，培养学生的职业素质与能力，使学生掌握科学方法、获得终身学习能力。精减学时，合理设置选修课程，周学时保持在 24-26 之间，给学生更大的学习空间和更多的学习时间。每学期开设 100 个科技文化讲座，由学生根据兴趣和爱好进行选择，开拓学生的视野，扩大知识面，培养学生创新精神和具有较大发展潜力，为继续学习和深造奠定基础。

二、实施横向与纵向的课程整合。借鉴哈佛大学的“新途径”（The New Pathway）

课程计划以及其他知名大学的医学教育课程整合的经验，结合国内医学教育发展趋势，我校在七年制医学教育进行按系统框架的横向课程整合，并将 PBL 融入其中，通过大量临床案例的讨论，部分地实现了基础与临床的纵向整合。以人体系统为模块的理论和实验教学将解剖学、生理学、病理学等 12 门课程融入循环、消化、呼吸等 8 个人体系统，以病历为引导进行理论教学；形成机能学、生物技能、形态学和病原学 4 个实验模块进行实验教学。在完成基础医学课程整合之后，我们的临床医学课程整合也已经开始实施。课程整合打破了学科之间的界线，加强了各学科间的有机联系，有利于培养学生综合分析、解决问题的能力。

三、实施基于问题的教学。在七年制医学专业中实施 PBL 教学。每 10 名学生编成一个讨论学习小组；建设标准的 PBL 讨论室；派教师到美国、日本、香港等医学院校进行专项培训 110 人次，为顺利开展 PBL 教学奠定了基础。在课程整合的基础上编写了 PBL 案例 35 个，基本满足 PBL 教学的运行。在 2 年的实践中，形成了符合学校实际的 PBL 教学模式。学生高度评价这种融合多种能力培养的学习方式。经过整合课程和 PBL 教学模式学习的学生均表现出了很好的创新性、开拓性，有效培养了学生自我获取知识、批判性思维、创新意识和交流能力。

四、加强临床技能培训。学校为了加强学生临床实践能力的培养，加强了临床技能实验中心的建设，充实了大量的智能模拟病人，建立了计算机模拟病例，培训了一批标准化病人。临床技能实验中心贯彻理论与实践结合、实验与临床结合、模拟训练与临床实践结合的原则，形成了临床实验教学、智能模拟实践教学、临床标准化病人实践教学和临床病案网络教学等“四个体系”以及实验诊断、影像诊断、外科手术、临床操作、护理操作、麻醉操作、标准病人和临床病案分析等“八个临床技能训练模块”，全面、系统地实现了临床技能培养目标，为学生搭建了一个临床能力培养的平台，成为临床学生和临床医生更新知识，提高能力与水平的重要途径。

五、改革考核方式。学校重视考试在学生学习中的引导作用，逐步增加形成性考核的比重，建立由形成性考核与终结性考核相结合的杂合式考核模式。将形成性考核作为学生自我评价的主要方式，及时掌握、了解学习状况，使学生不断改进自己的学习。2006 年开始，全面开展客观结构化临床考试(OSCE)，利用标准病人、智能模拟病人、计算机模拟病例、临床资料阅读等建立了 14 个考站，涵盖了学生分析与解决临床问题能力、临床思维能力、临床实践能力、沟通交流能力、医学伦理等方面的内容。

六、加强社区医学教育。学校在充分考察和协商的基础上，学校与哈尔滨市卫生局签署协议，将哈尔滨市 9 个社区卫生服务中心作为哈尔滨医科大学社区医学实习教学基地，承担学生社区医学实践和社区护理实践。同时充分利用门诊临床资源，增加学生门

诊实习的时间,使学生接触更多的病人和病种,增加学生实习的机会,有利于培养学生的临床思维。

七、重建教学指导委员会。参照 WFME 的标准,重新组建哈尔滨医科大学教学指导委员会,由学校领导、教师、学生、社区和卫生行政部委人员组成。确定人员与职责,承担学校教学改革项目的研究、指导与组织工作,为教学改革与发展提供咨询和建议。我校的课程整合、PBL 教学、理科基地研究性教学、实验教学改革等都由教学指导委员会成员立项,组成研究、改革小组,提出改革方案,具有很好的效果。学校通过研究“本科医学教育 WFME 全球标准”和认证试点性评估,深切体会到,尽管几年来我国医学教育取得了显著的进步和发展,但是,按着“本科医学教育 WFME 全球标准”的要求在教育理念、办学模式、教学方法、考试方法等一系列方面,还有相当大的差距;在办学规模、管理体制、经费来源等方面我国医学教育存在很大的局限性。

摘自《中国高等医学教育》2009年2期 曹德品等

医学教育认证下提高医学课程教学质量的策略研究

一、国际医学教学认证背景下我国医学课程教学面临的困境

我国传统的高等医学教育模式在过去几十年中为医学人才的培养起到了积极作用。但随着社会医学模式的改变、高等医学教育国际化进程的逐渐深入以及疾病谱的变化,按本科医学教育 WFME 全球标准的要求,我国医学教育在教育理念、教学模式、课程整合、教学方法、评价方式等一系列方面,还有相当大的差距:教育理念落后;课程内容过于强调学科本位与知识传授,缺乏整合与能力培养;过于注重书本知识,脱离学生经验和社会实际,难以反映现代社会发展的新内容;课程实施过于强调死记硬背、机械训练;课程评价过于强调甄别与选拔功能等。上述这些因素严重影响了我国医学生个性发展和综合能力的培养,学生学非所用,狭隘地专注于技术而缺乏全面思维,制约了我国医学教育质量的提高,阻碍了我国医学教育的国际化进程。

我国医学院校对教学认证的研究起步较晚,目前国内对提升医学课程教学质量的策略研究,还是一个薄弱环节。我国各医学院校教学方式上大都采用三段式:公共基础课、医学基础课和临床专业课;方法基本是以教师为中心的课堂理论讲授和小组实验或见习。长期以来,我国高等医学教育认真借鉴国际医学教育的先进理念,不断改革人才培养模式,在课程结构调整、教学内容更新、改革教学方法等方面进行了不懈的探索。例如,北京大学探索了让学生早期接触临床,早期科研思维训练,努力实现以学生为主体的系统培养模式;第四军医大学研究形成了以信息化教学为主要特征的医学人才培养模式。

二、国际医学教学认证背景下我国医学课程教学模式亟待改革的必然性

上述教学改革的实施使我国医学教育面临的问题有了一定程度的改善，然而在许多方面仍无突破性进展。对照国际医学教育标准要求 and 实际需要仍然存在不少问题：教育理念落后，忽视因材施教和个性发展；轻人文德育教育，轻能力和素质培养，重自然科学教育；以学生为中心的教育方法并未普遍有效实施，学生自主学习能力、交流技能、信息管理和批判性思维等能力的培养不够；考核评价方面，重视知识测试比重，忽视技能、态度测试比重；PBL 的评价方法不完善；总结性评价多，形成性评价少。医学教育国际化已经成为当今世界医学教育改革与发展的必然趋势，而以上因素严重制约了课程教育质量的提升。我国高等医学教育与国际标准的差距日趋显著，深化我国高等医学教育改革势在必行。

医学教育国际化是实现学校发展目标的必由之路，是我国高等医学教育改革与发展的必然趋势。审视我国医学教育质量与国际医学教育水平存在的差距，围绕全球医学教育标准与认证体系，高等医学院校必须积极探索进行课程教学质量等的改革。面对国际化挑战，针对当前我国医学课程教学质量存在的问题与现状，以国内外先进的教育教学理论为指南，紧紧围绕全球医学教育标准与认证体系，同时保持充分的灵活性，在课程内容、教学方法、教学评价等方面与国际接轨，研究探讨具有我国地方医学特色的、科学合理的、适应当今医学模式发展需求的提高课程质量的教学策略与手段，从而提升医学课程教学质量与推动我国地方医学教育的国际化进程。

三、国际医学教育认证下提高我国医学课程教学质量的思考与建议

通过研究《本科医学教育 WFME 全球标准》和认证试点性评估，积极推进以提升课程教学质量为主的教学改革，本着逐步推进、以点带面、突出重点、务求实效的原则，主要进行以下几方面的改革：

1. 指导思想和目标：育人为本，德育为先，能力为重，全面发展

我国现有190余所医学院校，其办学历史不同、水平不一，但办学宗旨和培养目标几乎千篇一律，既不能反映不同地区地方医学院校的水平与特色，又缺乏具体要求，与课程体系和教学内容之间缺乏有机的结合。因此必须突破以上限制，围绕全球医学教育标准，同时保持充分的灵活性，以更新理念、促进改革、保证质量为目标，从国际化的视野来积极推动医学课程教学模式改革，研究探讨以适应我国地方医学特色的创新和改革模式，推进国际医学教育标准本土化。

2. 转变课程教育理念，以学生为中心，培养学生的岗位胜任力

传统教学理念是以教师为中心，以知识传授为导向，强调教学计划的法规性、指令性。《本科医学教育 WFME 全球标准》和认证强调以学生为中心，培养学生的岗位胜任

力。必须改革教学理念，实施以学生为中心的教学，教学主体从以教师为中心转变为以学生为中心，确立学生的主体地位，充分调动学生学习的积极性和主动性，按照将来学生岗位胜任力的需求来制定教学计划，给学生自主学习提供支持和指导，为学生的个性发展创造条件。

3. 针对学生学习需要，编写课程学习指南

学习指南的目的：让学生树立先进的学习思想，掌握课程新理论、新知识，以提升国际化教育的内涵。学习指南内容：明确课程学什么？使学生得到什么？如何达到这个目标？如何学？如何教？学到什么程度？如何评价学习结果等。学习指南在促进学生学习方面的作用：一是明确学生学习达到的岗位胜任能力的目标；二是指导学生科学学习的途径与方法；三是激发学生学习的主动性与积极性；四是提供学习课程主题的相关国际国内信息，培养学生的国际化视野。

4. 以学生的学习需求和最终的学习结果为依据来制定整合教学内容

从教学过程为导向转变为以学习结果为导向，培养学生知识综合能力、科学思维、临床能力等综合素质。传统课程内容分割得太厉害，不重视提高综合素质。目前，世界各国的医学教育已经越来越重视以结果为导向的教育，教学内容的确定，首先确定合格毕业生应具备的知识、能力和素质，并明确如何判定学生是否达到要求，然后为学生达到目标创造各种学习机会。课程内容整合是医学教育的一个趋势，通过内容整合打破学科之间界线，加强学科间有机联系，有利于培养学生综合分析、解决问题的能力。课程整合要注重学科之间的内在联系和有机结合，要有利于学生综合运用多学科知识、科学思维和临床能力的培养，开展跨学科的和基础与临床的课程整合，促进以患者为中心的问题的解决。

5. 改革教学方法与手段，培养学生自主学习能力

开展以学生为中心、以自主学习为内容的教学方法改革，注重科学思维和自主学习能力的培养。打破过去满堂灌教学方式，克服注入式、填鸭式教学，教师由授课者或信息传递者转变为学习过程的管理者。引进国际先进教学方法和现代教育技术，让学生采取深入的而不是肤浅的生动活泼的主动学习方式理解学习内容和发展自学技能，减少事实性知识数量，培养自主性学习模式，开展以问题为基础的整合式学习，以职业资格为导向的目标式学习等，让学生早期接触临床。

6. 改革课程考核方式，从应试为基础的考核制度变为考核学生的综合素质

借鉴美国医师执照考试（USMLE）方法进行分析，高标准评价学生对知识掌握、综合解决问题能力和知识综合应用能力。改革死记硬背为基础的考核制度，注重考核学生分析与解决临床问题能力、临床思维能力、临床实践能力、沟通交流能力、医学伦理等

方面的内容。不仅要重视学生得到了什么,还应重视学生的学习过程、学习方法、学习思路。注重知识、能力、态度的综合评价,不仅要评价学生的智力因素,也应评价学生的非智力因素;重视考试结果对学生自主学习的反馈引导作用;总结性评价的目的在于作出判断,形成性评价的目的是改进完善,加强增加形成性评价的比重,鼓励学生自我评价,将形成性考核作为学生自我评价的主要方式,及时掌握、了解学习状况,使学生不断改进自己的学习。

摘自《西北医学教育》2014年1期 伊正君

医学专业认证背景下课堂教学模式改革思考

一、通过多媒体教学、网络教学 and 传统教学方式三者有机结合

一是课件内容以精、少为主。课件的制作应文字少,图片多,尽量生动形象,吸引学生。不要放置整版文字,否则既让学生看起来费力,同时也让 PPT 毫无新意,不吸引人。二是 PPT 的制作要根据不同学科的不同特点来设置授课模式,PPT 应是让授课更精彩所依靠的方式,而不是完全占主导地位的教学方式。如在我校2010年教师授课比赛中,来自不同学院不同专业的教师针对自己专业的特色展示了各自的风采。如护理学院的妇产科护理学的讲授,利用视频播放的形式,很好地将难懂抽象的医学知识浅显易懂展示出来,示意图与临床病例结合,还有通过播放心脏听诊的声音更直观体现了医学的特点。三是 PPT 课件应与黑板板书相结合。在上课过程中,PPT 投影授课的同时,还可适当在黑板上加以补充强化,在黑板上的内容既可以进一步展开,进行具体详细的分析,同时也可以表示强调,加深学生的印象。应始终坚持学生的主体地位,重视师生之间的交流互动,避免现代教学技术成为教师的“完全代言人”,教师成为按键盘的“机械手”。

二、提高教师水平,建设一支合理的师资队伍

一是加强教师专业知识、业务水平的培训。实施青年教师授课过关计划,老中青之间的传帮带,使学科、教研室、学院形成一支良好的发展团队。二是加强对教师实践水平、授课能力的培养。在高校,高学历、高层次人才聚集,但是高学历并不一定就有着高的实践教学能力,有的教师在走上讲台之前,并没有接受良好系统的教学技能方面的培训,因此,加强对教师实践水平能力的培养非常有必要。三是教改研究与教学实践相结合,以教改促教学。教师在教学中遇到一些问题,继续思考,深入促进教学改革的研究。

三、加强教学方法研究,提高授课艺术

高校教师要提高本科教学授课水平,就应注重提高语言艺术。授课是通过语言加以表达的方式,各种知识与信息都是通过语言去传递的,学生的兴趣和学习积极性、主动

性主要是靠授课语言来激发,授课语言要有感染力。这样才能拨动学生的心弦,使其产生共鸣,激起强烈的求知欲望和进取精神。要感情充沛,情绪饱满,富有表现力和感染力,授课语言要有科学性,在语言的结构上要注重逻辑性、准确性和学术性。

四、规范管理课堂教学的模式,制定科学严谨的教学管理规章制度

在制定教学管理规章制度方面,我校已制订一系列教学管理制度,如《广西医科大学兼职教师管理办法》对教师方面进行了规范性管理,《关于举办广西医科大学2010年度“教师授课比赛”通知》提供给全校教师一个良好学习与促进课堂教学授课的平台,《广西医科大学组织参加第二届全国高等医学院校大学生临床技能竞赛工作方案》、《广西医科大学考试管理规定(2011年3月修订)》、《广西医科大学课程成绩的相关规定》这些文件的制定,使教学过程有据可查、有章可循,在课堂教学水平的提高方面,进行多方探索,力争在教学中完善,在完善中发展,从而保证课堂教学水平和质量的提高。

五、加强课堂质量的监控,保障教育教学质量

教学质量监控评价体系是保障课堂教学质量的有效措施,可聘请资深教师或返聘已退休的教授进行听课,也可以同行之间,教研室老师之间互相听课,通过不同的角度去提出问题,分析问题,解决问题;另外还可以在网建立网络评教系统,方便学生或老师在网络上进行教学质量的评价,教学质量评价的关键不在于找出不足,而是在于不断改善,不断完善,不断提高。

摘自《中国电力教育》2013年25期 俞师

我国临床医学专业认证中学生参与现状及期望的调查 研究

从学生参与临床医学专业认证的现状调查中不难发现,医学生对专业认证工作缺乏足够的了解和主动性,这与专业认证的目标存在着较大差距。通过学生参与临床医学专业认证的期望调查,可以看出,大多数师生对学生参与认证持肯定态度,学生也表示学生有参与的积极性,但是现实情况与之相去甚远。

一、以学生为中心,促进学生对医学专业认证的认同

美国人本主义心理教育学家罗杰斯“以学生为中心”的理念深刻地影响着西方发达国家的教育走向,这一理念在一定程度上已在世界范围内产生重要影响。“以学生为中心”的教育理念进入中国教育界也已多年,受到学生和教师的欢迎,甚至耳熟能详,但是它仅停留在思想理论层面,以至于部分学生对高校管理是否真正体现以学生为中心感到怀疑。在这种背景下,学生习惯性地 will 临床医学专业认证理解为医学院的管理活动之一,他们只是被动地配合各项活动,而不去深究专业认证对学生自身的要求和赋予学生

的权利。所以通过临床医学专业认证，促使我们进行反思：转变观念，学校应该重视医学生参与教育管理，使学生为中心的理念贯穿于整个学校的工作之中。从调查中了解到，教师和学生都认为学生参与认证不仅仅需要制度上的保障，更需要思想观念上的改变；不仅需要转变教师和相关管理人员的思想，也应该转变学生的思想。他们认为对学生主体地位的确认，在很多环节上都应该得到体现，如学校的决策、教学改革、教学的各环节、学校后勤、生活设施等方面都应该积极听取学生的意见，并认真对待，这样才能激发学生参与的积极性，才能进一步使学校真正了解到学生的具体想法。通过有效的沟通，学校才能有的放矢地满足学生的合理要求，并同时进一步促进学生独立思考，主动思考，为医学教育管理提供有益的帮助，形成良性循环，如此才能达到以生为本的目标。

1. 让学生明白，认证需要他们。《本科医学教育标准——临床医学专业（试行）》中的第一部分描述了对医学毕业生在思想道德、职业素养和知识技能的基本要求，它非常重视学生的主体地位，强调以学生为中心的理念，由此，学生是利益相关方之一的地位得到了肯定。另外，该标准的第二部分从办学宗旨和目标到教育计划、学生服务、教育资源、教育评价及学生科研等方面均要求有学生的参与。不难看出“本科医学教育标准”本身对学生的主体地位提出了要求。中国医学专业认证刚刚起步，仍然处于探索阶段，对专业认证的目的、意义和标准及程序，尚未能让广大的师生充分掌握和了解。学生作为院校中的有益成分之一，认证委员会及院校应对学生参与给予高度的重视。虽然他们的流动性比较大，不同年级和学制的学生对医学教育以及医学教育管理等内容有不同的理解，但是他们从自身的思维角度出发，有其不同于教师的感知。他们应该有充分的发言权去诉说这所医学院校在教学以及管理方面存在的优势和不足。学校应高度重视学生的参与，而不仅仅把学生参与当做有益的补充。这样才能在一定程度上给予学生参与的信心和决心，让学生明白，认证需要他们。让医学生了解学生参与其中的职责，这样才能使其扮演好在认证中的角色和发挥其应有的作用。

2. 认证开始时的提醒，调动学生参与的积极性。在保障学生参与权利的前提下，有必要通过适当的方式，调动学生参与认证的积极性。在 LCME 的学生指导手册中提及，实地考察的时间一确定，院长就应将之通知全体学生。并且院长，自评协调员或二者应该与学生干部见面，讨论学生在认证过程中以及学校自评工作中所应扮演的角色，讨论学生应如何参与认证调查。从问卷调查发现，所调查院校的学生和教师，大多数人都赞成这一做法，可见，这样的行动，在思想层面是可以被接受的，那么在具体操作层面，也应该引起重视。

汕头大学医学院在认证过程做了大量工作：建立临床医学专业认证专门网站，提供必要的信息和资料；印发各种资料；多次召开动员会、讲解标准，以使学生了解认证的

意义以及认证中学生参与的重要性。但是通过问卷调查的结果,不难发现,学生对医学教育教学改革等重要改革(如认证)仍处于被动的地位,认为改革是学校的事情,他们只是被告知,加以配合和执行。这与专业认证的目标存在着较大距离,可见,充分调动学生参与认证的积极性是一项不容忽视的工作。我们应努力做到,有效地发挥学生在认证中的作用,引导和支持学生参与认证,既保持学生的主动性,又不干扰学生参与认证的独立性。

在调查中,学生提及了一些学校能为他们做的具体事情,例如,提醒学生认证工作开始;进行一定的培训,让他们了解认证标准和程序以及学生在认证各个环节中的角色;认真对待学生的意见,重视对学生意见的收集和分析,拓宽意见反馈的渠道;建立有效的机制保证学生的参与等。由此可见,学生在关注认证的同时,也看到了现在中国临床医学专业认证中的某些缺陷和不足,并且也有想法为认证工作的改进献力献策。

此外,从问卷调查统计结果上看,是否参与过认证的学生之间、是否学生干部的学生之间,在认知、态度和期望上是有差异的。参与过认证的学生对认证有更多的感触,对专业认证的程序和标准的了解程度相对高一些。那么在普及认证知识时,可以发挥参与过专业认证的同学们的作用,邀请校内外参加过认证的学生,让他们现身说法,在心理和年龄上拉近与学生之间的距离,加深学生群体对认证的认识,进一步调动他们参与的积极性。另外,可以考虑先调动学生干部参与的积极性,进而通过学生干部的影响带动整个学生群体,使学生理解和感受到他们对认证的重要性,借以提高学生参与认证的主动性。

二、编制医学专业认证的学生指导手册

《中国临床医学专业认证指南(试行)》确定了认证的实施程序,并规定了认证专家的标准,但没有对学生的参与做明确规定。学生如何参与,参与什么,需要参与认证的院校自行安排。在调查和访谈中,笔者也了解到,有关学生如何参与认证的问题,除了教学管理人员外,教师和学生都不太了解。大部分学生和教师只知道认证中有一个学生座谈会,其他的活动似乎都与学生无关。那么我们是否可以考虑借鉴美国医学专业认证的经验,制定与医学专业认证有关的学生指导手册,为学生参与认证提供更加具体详细的指导性说明呢?从学生参与认证的期望调查中,可以看出,大多数师生对学生参与认证的期望较高,对学生参与认证的具体细节持肯定态度。

1. 委派一名或多名学生加入院校自评工作小组。在现状调查和访谈中,笔者了解到,在汕头大学的医学专业认证中,并没有学生参与到医学院的认证自评工作当中,而在华中科技大学同济医学院,学院的相关教师在编写出认证自评报告之后,将自评报告让部分学生阅读,以听取学生的意见。在期望调查中,教师对学生参与学校自评工作给予很

高的期望。学生希望能够更多地参与到学院的教学和管理活动中，认为学生应该参与其中。那么，美国的经验值得我们借鉴和参考。LCME 认为学生应该参与医学院校的自评工作小组和自评工作委员会，并为其提供有用信息。每个调查委员会应该吸纳适当比例的特定领域的人员，并且学生应该参与到任何一个能够影响他们的教学和学生生活的组织中，例如有学生代表加入评审教育计划、医学生和教育资源的委员会。

2. 适时地开展“学生分析”。目前，独立的学生分析在中国临床医学专业认证中并未出现，但是在美国的医学专业认证中，一个单独的由学生进行的调查分析是认证过程的一个关键因素，“学生分析”是考察团在评审学校时所得到的三份主要的学生信息之一。学生分析报告，和自评委员会的报告一样，它强调对学生而言，学校最显著的长处和成就，以及能够做得更好的地方。学生分析报告和其他的自评委员会的报告一样，在实地考察前6个月完成并呈交给自评特别工作小组，这样学生的意见就可以完全被纳入学校最终的自评总结报告中。对中国的医学生和教师而言，“学生分析”是一个全新的词汇。向学生和教师，对学生分析的概念进行解释之后，他们认为在中国临床医学专业认证当中加入学生分析是可行的，并对学生分析给予了较高程度的肯定和认同。他们认为学生是学校的主体，学生可以参与学校任何一个方面的管理工作，学生有能力去做“学生分析”的相关调查、数据分析和报告的撰写，学生会等社团组织也能在其中发挥作用，反映学生的意见。虽然长期以来，在医学教育中，从管理到教学，自上而下，一直是以教师为主体，学生只是被教者的角色。只有相关管理人员有这个意识和决心，那么“学生分析”才可能变成现实。

3. 发挥学生社团的桥梁沟通作用。目前高等医学院校中的学生组织和学生社团已发展得较为成熟，在开展活动方面具有较强的组织能力和号召力。作为个体的学生是相对分散的，而能代表学生意见的学生组织（即使是临时性的）在认证中的作用则是不容忽视的：学生组织不仅可以作为学生群体与学校沟通的中介，也可以是收集和分析学生意见的有效组织。从 John A. Burns 医学校的经验上看，由学生组成的学生调查委员会，在认证过程中，发挥着及其重要的作用。对于单个院校的认证而言，学校里的学生组织和学生社团的作用是不言而喻的。从全国性的认证工作上看，单个学校的学生组织就显得单薄的多，且不成体系，如果有一个地方性的或全国性的学生组织，将会对认证活动在学生群体中的推广和普及产生不小的影响。

4. 医学专业认证委员会中，可适当地加入学生成员。学生参与认证并不仅仅局限于具体院校当中，在国外，认证委员会中可以有学生成员，实地考察专家组中也可以有学生成员的加入。如美国医学认证联络委员会（LCME）的17位成员中有2名学生成员；在澳大利亚，不仅澳大利亚医学理事会（AMC）的医学校认证委员会中有学生成员，AMC

评估小组（Assessment Teams）中也有学生成员的参与；英国本科医学教育认证由医学总理事会（GMC）的质量保障项目（QABME）进行，在实地访问团（Visiting Teams）中有一位医学生成员。《中国临床医学专业认证指南（试行）》中规定了认证专家的标准，但没有明文表示允许学生参加专家组的工作，也没有就专家组如何重视学生的参与做出明确的规定。从调查中了解到，教师认为若认证委员会中有学生成员，可以成为委员会和院校以及学生之间的沟通的桥梁，能够更好地从学生的角度去看待问题。学生则认为学生成员是可行的，学生成员能够带给医学生“主人翁”的心理暗示，让学生产生某种心理认同。具体的学生成员应该具备一定的条件，例如对认证非常了解，对医学教育内容非常熟悉，对学生工作等有一定经验等。

5. 在修订认证标准时，听取学生的意见。从 LCME 的学生指导手册中，我们可以看到，学生的意见可以让 LCME 受益匪浅，LCME 非常重视学生的意见，而学生对 LCME 的帮助是多途径的，其中之一就是提供对其认证标准的意见和反馈。《标准》中有一部分是关于医学生的评价标准，那么学生理所当然的能够被视为利益相关方之一，而在中国临床医学专业认证中，这方面的内容是相对匮乏的，学生不知道标准和程序是如何制定的，也不了解标准的具体内容是什么，更不知道标准中对医学生的评价标准如何。针对这种情况，在调查问卷中，研究者设计了与此相关的题项，即“认证标准的修订应听取学生的意见和反馈”，以此了解师生的具体态度倾向。从调查结果中发现，虽然二者的态度倾向在统计学上存在着显著差异，但并不妨碍师生对此所持的肯定态度。由于受学生年龄、知识等方面的现在，学生的意见也许是分散的，浅层面的，他们不具有教授或专家们的专业性和全球化视角，但是学生是医学院的主体，他们是医学教育质量的最直接承载者，他们有对医学教育最切身的体会。

摘自《汕头大学硕士论文》2011年 杨丽雅

以国际医学教育认证为契机 推进临床医学专业课程 改革

哈尔滨医科大学临床医学专业经过 50 余年的建设已经成为国家第二类特色专业，2006 年 5 月通过国际医学教育试点性认证。学校以此次医学教育认证为契机，积极推动临床医学专业课程改革，主动适应国际医学教育发展趋势，采取有效措施，不断加强学生创新能力和实践动手能力的培养，保证了人才培养质量。

一、调整课程设置。1. 调整课程设置，优化课程结构。根据医学生应当具有的知识 and 能力要求，精选教学内容，减少必修课程，限定选修课程，将很多原来的选修课程的重点教学内容以讲座的形式开设，减轻了学生的学习负担。增设临床流行病学与循证医

学等课程,使学生的知识结构更加合理。新修订的课程计划中,部分医学类选修课程被整合到相关课程中,部分医学类选修课程改为讲座,不再进行系统讲授。讲座由学生自由选择,只作为扩大学生知识面、辅助学生学习的途径。调整普通基础课程、人文社会科学课程、基础医学课程和临床医学课程的比例,其中,人文社会科学课程和普通基础课程共占 30%左右,基础医学课程和专业基础课程共占 30%左右,专业课程和毕业实习共占 40%左右,使之更加有助于人才培养目标的实现。

2. 减少课程门数和学时数,增加学生自主学习空间。七年制医学生的选修课程学时由 663 学时减少到 444 学时,五年制医学生的选修课程学时由 883 学时减少到 268 学时;随着大学英语教学改革的实施,在减少课堂教学、增加学生网上自学、自评的基础上,七年制医学生的英语教学由 396 学时减少到 356 学时,五年制医学生的英语教学由 372 学时减少到 272 学时;体育课程的授课方式由规定时间、规定地点和规定项目改为自选时间、自选项目、自选教师的学生自主性体育活动,活动时间只需达到学校要求即可。调整后,五年制课程门数由 91 门减少到 65 门,学时数由 4465 学时减为 3584 学时;七年制课程门数由 79 门减少到 68 门,学时数由 4315 学时减为 3806 学时。按照每学期平均教学 18 周计算,包括选修课程在内,平均周学时七年制为 28 学时,五年制为 25 学时。

二、早期接触临床。

1. 新生入学后在军训期间,安排学生到临床医学院相关科室进行参观,并由临床专家讲解课程计划,增加学生对临床的感性认识,提高学生的学习兴趣。

2. 安排临床医生(教师)为大学一年级学生进行医学科普讲座,如急救复苏等,增加学生对未来职业的了解。

3. 在基础医学教学中,由临床医生(教师)结合医疗实践讲授部分基础医学课程,如病理生理学、人体解剖学、微生物学等。开展以病例为引导的基础医学教学,通过病例的临床表现、临床症状、临床诊断等讲述基础医学的理论。

4. 开设医学导论课程,从第二学期开始每个学期安排 12 学时,其中理论教学 6 学时,实践教学 6 学时,实践教学在临床医学院进行,增加学生对临床的认识。

5. 在第五学期开设诊断学和外科学总论课程各 24 学时,第六学期学生进入临床医学院全面进行临床课程学习和实习。七年制学生早期接触临床的做法与五年制学生的基本相同,只是在时间安排上有所不同。

三、完善临床教学体系。为了增加学生的实习机会,培养学生的临床实践能力,在临床教学阶段建立了 4 个临床实践教学体系:

1. 临床实验教学体系,包括实验诊断学、手术学、影像诊断学等实验教学,综合培训学生无菌术、手术技能、临床实验诊断和影像诊断能力等。

2. 智能模拟实践教学体系,利用模拟人和模拟设备,较全面地进行学生临床基本技能的训练。

3. 标准化病人临床实践教学体系,训练学生体格检查和与患者沟通的能力、特殊专科的临床技能等。

4. 临床病案网络教学体系,编制临床典型病例、临

床影像资料等置于校园网上模拟临床环境，用于学生自主学习，分析临床病例和临床资料，培养学生的临床思维。

摘自《中华医学教育杂志》2009 年 1 期 吴玉华等

临床医学专业认证对本科生全科医学教学的启示

一、教学要以学生为中心

传统以教师为中心的教学方法主要强调知识的灌输，不利于激发学习兴趣，阻碍了学生自主学习能力的培养。同时，由于学生习惯于屈从教师的威严，限制了学生创造性思维的发展。因此，应逐渐减少说教式的教学，增加 PBL、案例讨论、床旁教学、模拟教学、网络教学、社区实践、角色扮演、第二课堂等内容，尽可能地为学生提供条件，让学生真正参与到教学中来，主动学习，成为学习的主人。

二、减少理论课学时数，增加实践课学时数

医学是一门实践性很强的学科，对于全科医学这样一门临床学科更是如此。应该适当减少讲授全科医学基本理论和基本方法的学时数，用更多的时间来指导学生如何在基层医疗的实践中运用这些基本理论和基本方法。

三、在学生的各个学习阶段提供多种形式的全科医学教学内容

例如在基础课学习阶段，可以在《临床医学导论》课程中介绍全科医学内容，并鼓励学生利用假期到当地的基层医疗机构见习；在临床课学习阶段，开设《全科医学概论》必修课或选修课，帮助学生较为全面地学习全科医学相关知识；在毕业实习阶段为学生提供基层医疗实践机会。这样，学生可以在整个本科生学习阶段，随着医学专业知识的不断增加，由浅至深、由理论到实践、连续地接受全科医学教育，形成了一个较为全面、系统的全科医学教学体系。

四、加强学科之间的沟通，积极参与课程整合，大力开展 PBL 教学

由于全科医学“范围宽广、与其他各专科有交叉”的学科特点，其教学应该加强与其他学科沟通，在教学内容和侧重点方面密切配合，一方面减少不必要的重复，另一方面有助于帮助学生正确认识全科医学与其他专科之间的关系。全科医学应该发挥自己范围宽广的独特自身优势，积极主动地参与课程整合，在融合中求发展。此外，全科医学还特别适合开展 PBL 教学。由于全科医学范围宽广，特别有利于在 PBL 教学中整合基础医学、临床医学、公共卫生与预防医学、社区医学甚至某些人文学科的相关知识，这是其他学科所无法比拟的。因此，全科医学在进行课程整合和开展 PBL 教学方面具有独特的优势，应该在打破“学科壁垒”，推动整个医学教育改革的进程中发挥更大的作用。

五、在教学过程中加强社区适宜技术的使用

《临床医学专业标准》中对学生技能目标要求中明确提出,学生应具有“从事社区卫生服务的基本能力”和“选择最适合、最经济的诊断、治疗手段的能力”。这就要求学生能够合理使用社区现有的、较为廉价而有效地诊断、治疗技术,这也是最符合全科医学学科特色的临床技能,例如在社区医疗实践教学中强化体格检查、基础化验检查结果的判定、症状学、临床预防、基本药物的合理使用等内容。

六、逐步增加形成性评价的比重

形成性评价指的是在教学过程中对学生学习过程和学习状况进行的评价,有利于激励学生学习,帮助学生有效地调控自己的学习过程,增强自信心,获得成就感。常见的形成性评价包括出勤点名、随堂小测验、课堂发言、课堂笔记、作业、PBL 课上表现等。形成性评价可以使学生从被动接受评价转变成为评价的主体和积极参与者,为教学计划的进一步调整提供参考依据。因此在目前普遍使用的终结性评价性基础上增加形成性评价,对提高教学质量具有重要意义。

七、加强社区实践教学基地建设

社区实践教学基地是本科生全科医学实践教学的基础,在很大程度上决定了全科医学的教学质量。《临床医学专业标准》中明确指出,要加强与城市社区卫生服务中心和乡镇卫生院建立良好稳定的业务关系,保证全科医学教学顺利进行。社区师资的培养是社区实践教学基地建设的重点和难点,这是制约社区实践教学质量的一个瓶颈。具体可采用师资培训、专家讲学、教学总结会、集体备课、教师成长档案袋等培养方法。

摘自《中华全科医师杂志》2013年4期 齐殿君等

临床医学专业认证与档案的相互关系

一、档案为临床医学专业认证工作提供原始依据

临床医学专业认证重点考核内容包括硬件建设、内涵建设、注重以学生为中心的教学改革、教学工作的亮点与优势等。这些考核项目需要大量的档案原始数据作为支撑材料,如党群行政档案、教学档案、科技档案等。档案管理部门要参与专业认证材料的整理和审查,以避免与档案原始数据相冲突。由于临床医学专业认证工作涉及学校各个层面,需要向专家提供的依据性材料很多,档案资源为专业认证审核提供了客观事实证明和参考依据。

二、临床医学专业认证促进了档案管理水平的提升,档案工作的完善规范又促进了学校各部门工作的规范运作

临床医学专业认证要求对涉及事项的文件、记录能进行回溯查询,学校档案部门须

建立完善的归档制度对文件、记录进行规范化管理,才能为专业认证工作的开展提供各种原始凭证。医学专业认证对档案的调阅检查及对档案管理的审核促进了档案管理水平的提高,同时档案工作的规范管理又促进了各部门日常工作的规范化。由此可见,档案管理贯穿学校管理过程,医学专业认证推动了档案工作的完善,使档案更好地为教学、科研和管理服务。

三、临床医学专业认证对教学过程档案记录的要求保证了档案的真实性和原始性

过程记录是一类特殊的文件,包括会议记录、过程记录、结果记录,奖惩记录等。这些记录保证了档案资料的真实性、原始性。学校各学院、各部门都需要按档案的管理规定统一对记录进行编号,认真填写单位、名称、部门、日期等,逐一对记录进行详细的列项,并做好汇总登记工作。由于对记录进行了规范管理,所以提高了档案的凭证性,形成了档案收集、管理与利用的良性循环。

摘自《右江民族医学院学报》2013年3月 刘宁娟

基于临床医学专业认证的民族医学院校教学档案资源建设 ——以右江民族医学院为例

我校综合档案室应该依托临床医学专业认证的大环境,集学校全体之力,对民族医学院校重要的教学资源进行整合、编研,以期建立一个完整、系统的教学档案数据库,为学校临床医学专业认证工作服务,为高校教学、科研发展奠定资源基础。

(一)制定教学档案归档范围的规章制度。使教学档案资源的归档有章可循只有明确了教学档案科学、合理的归档范围,各二级院系的兼职档案员平时才能有针对性地对有用的、需要归档的教学材料进行收集、整合,最后集中归档,避免了教学档案的归档不全和遗漏。

(二)建立一支稳定、高素质的教学档案人才队伍。学校专职和兼职档案员都应该是教学档案资源建设的主力军。当前许多高校院(系)级兼职档案员大多档案意识薄弱,缺乏档案基本业务知识。针对这一普遍状况,档案部门可以通过开办培训班和组织外出学习等形式,对兼职档案员进行业务培训,切实提高各兼职档案员的思想素质和档案知识水平。同时也要提高档案人员的专业知识水平和信息化管理水平,使他们不仅能熟练并掌握对教学档案文件材料的归档范围、案卷整理、编研等工作技能,而且还要学习并掌握计算机操作、数据库管理、图像处理、网络管理和电子文件管理等数字化基本技能。稳定和高素质的档案人才才能保证教学档案资源建设的顺利进行。

(三)充实教学档案资源馆藏,建立起完备、系统的教学档案资源库。一是汇集学

校各级部门之力,加强平时的基础收集工作,狠抓教学档案收集的源头,避免教学档案归档的不完整和遗失。二是加强对体现教师风采和教学过程的教学档案的收集和保存,尤其是教学名师、精品课程、特色专业和高级职称以上教师的教学档案,使教学档案资源更细化和具有实用性;平时做好教学资料档案个人归档工作的宣传,完备个人教学档案的归档,让广大教师能够积极、主动、按时缴纳保存在个人手上的教学资料档案,使教学档案资源收集渠道更丰富和多样化。三是加强教学档案的编研工作,提供有效的教学档案资源利用服务。针对某个专题,对教学档案原始史材料进行分析、筛选、编辑,形成专指的、系统的、动态的教学档案信息,提供给学校和广大师生利用,以满足学校和广大师生对获取教学档案信息快、全、易、新的需求。目前,右江民族医学院综合档案室就编纂有《教学管理专题文件目录》、《教学成果奖汇编》、《历年编写教材情况》、《专业设置批准文件汇总表》、《学生获奖名单索引》等十几种关于教学工作的参考资料,这些编研资料具有问题集中、内容准确、文字简练、概括性强的特点,可以为利用者提供快速、有效的服务。

(四)加快教学档案数字化建设,提供更快捷、便利的服务。我校综合档案室由于在硬件和软件上的条件限制,档案工作数字化进程发展缓慢。造成这一状况的原因,一是在资金设备上的投入不足,二是计算机专业人才的缺乏,学校档案室配备的人员大多不具备计算机等信息行业知识。为适应高校档案事业的发展,学校综合档案室一方面要争取在设备上得到学校的大力支持,另一方面要加强对档案管理员计算机相关知识的培训,为教学档案数字化建设提供可行条件。依托现有的校园网络,将教学档案数字化,使教学档案更大程度上发挥出它的潜在作用,为我校即将到来的2015年的临床医学专业认证提供信息服务,并促进民族医学院校教学、科研和人才培养的有序快速发展。教学是高校的生命线,民族医学院校地处边远山区,要想打响品牌,办出特色,教学水平是关键。依托临床医学专业认证的良好环境,加强和深化教学档案资源建设,是临床医学专业认证所需,也是民族高校教育教学发展的需要,更是整个高校档案事业向“更高、更强”发展的需要。

摘自《山西档案》2013年6期 黄凡珏

中美临床医学专业认证的比较研究

一、认证机构

美国高等医学教育认证工作由美国医学会和美国医学院协会合作完成,医学教育联合会(LCME)作为具体办事机构,并经USDE认可,为北美和加拿大负责医学博士学位教育的机构开展认证。

2008年,我国教育部成立了临床医学专业认证专家委员会和工作委员会。负责组织实施临床医学专业认证,其中,专家委员会进行宏观指导和审批,工作委员会负责认证的具体落实。工作委员会下设秘书处负责处理日常事务。

二、认证程序

美国认证程序要求认证院校进行自我评估与同行评估相结合,书面评估与实地评估相结合。具体内容包括:学校自评、同行评估、专家组进校考查、反馈意见、复评。

我国高等医学教育机构每年4月或10月向秘书处提交认证申请,申请受理后,教育机构进行自评。秘书处组建专家组,对医学教育机构进校3天考查,得出初步意见并反馈;2个月内完成认证报告,呈报工作委员会审议和专家委员会批准。

三、认证标准

美国医学认证机构根据《医学院的功能和结构》进行认证。《医学院的功能和结构》及时进行修订,2008年、2010年、2011年均有修订,涵盖5项内容:①机构设置:领导与管理、学术环境等2款16项指标;②医学生的培养计划:包含培养目标、教育结构、教学与评估、课程管理、教学效果评价5款48项指标;③医学生:包含录取要求、学生服务、学习环境等3款37项指标;④师资:包含数量、质量与职能、人事政策、师资管理等3款14项指标;⑤教育资源:包含财务、基础设施、临床教学医院、信息资源与图书馆服务等4款12项指标。

2008年,我国教育部和卫生部联合颁布了《本科医学教育标准——临床医学专业(试行)》,作为我国临床医学专业认证标准,具体包括10条44项。

四、认证结论

根据 LCME 的程序规则,对于已经认证的院校有6种结论:继续认证,8年,没有任何条件;继续认证,8年,有后续措施;继续认证,结论在后续确定;继续认证,专业给予暂缓警告;继续认证,专业给予暂缓;撤销认证。对于新申请认证的院校,结论分为3种:完全认证,8年,没有任何条件;完全认证,8年,有后续措施;不予认证。

我国临床医学专业认证有3种结论:完全认证,有效期8年;有条件认证,一般为4年~6年;不予认证。完全认证和有条件认证均为认证通过,工作委员会视情况决定是否进行回访。

五、认证情况

目前,美国有135个、加拿大有17个可以授予医学博士学位的医学专业通过了 LCME 认证。

在我国,2005年,哈尔滨医科大学按照国际医学教育标准进行了试点认证;2008年,华中科技大学同济医学院按照我国试行标准进行了认证。随后,汕头大学医学院、中南

大学湘雅医学院、吉林大学自求恩医学院、中国医科大学相继进行了认证。

六、认证专家组人员组成

在美国，分为完全认证调查和部分认证调查。完全认证调查专家组通常由5人组成，包括教育专家、管理者、从业人员及 LCME 专业人士；部分调查专家组通常由3人构成。

我国认证专家组成员为5人—7人，根据认证院校的意愿，可以邀请外籍专家参与。

摘自《中华医学教育杂志》2012年5期 梁宏军等

借鉴美国专业认证制度 推进我国医学专业认证

一、完善认证系统，确保认证公平公开

美国专业认证经历了上百年的探索，形成了较为完善的管理体系和执行模式，为世界各国所效仿，后者也逐渐形成了符合本国国情的高等教育专业认证模式。因此，进一步研究美国的认证体系并从中吸取经验，仍然是必要且有效的。

1. 组建独立的专业认证机构。美国专业认证的经验表明，不受教育行政部门直接管理且独立于高校之外的认证中介机构在进行专业认证时更为有效，其认证结论更能够获得社会的认可，具有更强的公正性和权威性。构建我国的医学教育专业认证体系，应该将认证机构由政府主导型逐步过渡到社会主导型，从而保证认证的客观公正，使之真正反映医学教育的质量水平。因此，在认证制度建设的过程中，应当着重加强独立专业认证机构的建设。

2. 增加相应的司法上诉程序。是对专业项目利益的保护措施，充分体现了美国认证体制的完善程度。随着我国专业认证的深入开展，可能出现认证过程不规范、认证结论不完全符合实际情况等问题。当出现参与认证的院校对认证结论有异议的情况时，应该为其提供上诉的机会，只有这样才能更好地保证认证的公平性。NAACLS 为我们提供了可以参照的范式：高等院校将上诉申请提交至董事会，认证机构的主管单位，负责授予最终的认证和批准文件的负责人，由后者特设的一个至少由3人组成的工作组来审查上诉请求。这一工作组从之前在认证机构里任职但是不参与做决定的成员中产生。上诉工作组对所有现存文件进行全面的审核，并向认证机构的董事会推荐认证决定。董事会做出上诉相关的最终决定。

3. 实地考察人员的选择。我国专业认证试行期间，实地考察完全由专家组人员承担，缺少社会人员的参与。相比之下，NAACLS 为代表的美国认证机构指派经过培训的志愿者进行实地考察，这样可以节省评审专家的时间。同时，NAACLS 的认证指南规定，未经项目主任、实地考察人员和 NAACLS 的同意，其他人员或旁观者都不能陪同考察小组，旁观者不能妨碍实地考察过程的进行，因此也保证了专业认证过程的公平。

二、统筹外部因素，促进认证健康发展

从长远来看，专业认证顺利实行的过程需要通过各方面体制的健全来保证。这就需要政府和高校的共同努力。

1. 政府需要给予高校专业认证的动力支持。专业认证是一个自愿参与的过程，通过专业认证来保证教育质量是非常必要的。参与专业认证的准备工作十分繁杂，此过程中的资金花费都可能成为学校拒绝认证的原因。因此，专业认证的动力机制的建立需要得到政府的支持，可以通过将专业认证与执业制度及政府的资金投入挂钩来实现。

2. 标准的制定需要以社会的需求为本。合理的专业认证标准是专业教育或培训项目实施的依据，可以为不同层次的专业提供科学的导向。因此，在制定专业认证标准时要以社会需求和国家政策为导向，放眼未来，使培养的专业人才能够更合理地为社会需求提供服务。在专业认证实施的过程中需要防止模式化，为专业认证设置最低标准，从而能够使不同学校充分发挥其优势。

3. 认证高校要积极参与认证过程。对高校本身而言，需要从被动接受认证转变为主动申请认证，充分认识专业认证的重要作用，将专业认证作为提升自身办学质量的良机，充分激发师生的参与热情。

摘自《中华医学教育杂志》2012年6期 杨国春等

澳大利亚医学会医学教育认证程序之借鉴

一、我国的医学教育认证工作

2003年，教育部设立《中国医学教育管理体制和学制学位改革研究》课题项目，中国高等教育学会医学教育专业委员会承担项目的研究工作，《中国医学教育质量保证体系的研究》是该项目的4个子课题之一。2005年6月，学会向教育部提交了研究成果《中国本科医学教育标准》，并通过了课题验收。2008年9月，我国教育部和卫生部联合颁布了《本科医学教育标准——临床医学专业(试行)》。

2006年至2009年，我国哈尔滨医科大学参照世界医学教育联合会全球标准开展了本科医学教育试点性认证、华中科技大学同济医学院依照《本科医学教育标准(讨论稿)》开展了试点性认证、汕头大学医学院依照《本科医学教育标准——临床医学专业(试行)》开展了正式的认证。澳大利亚医学会派出了多位专家与我国的认证专家一同参与了认证活动。通过这些认证活动，提高了我国医学教育工作者对认证的认识，为我国医学教育质量保证体系的建立起到了推动作用。

二、澳大利亚医学会认证程序的启示

由于我国的医学教育认证刚刚起步，在认证程序方面还有许多需要完善之处。从已

经开展的认证实践的情况来看,我国在医学教育认证程序方面应当加强以下几方面的工作:

1. 制定完善的认证指南。除了认证所依据的认证标准之外,应当制定完善的认证指南或手册,明确医学教育认证程序的流程,以更好地指导认证小组成员和被认证院校开展认证工作。

2. 做好认证专家的培训和储备工作。对于医学教育认证,我国的医学教育工作者正处于学习和实践阶段。应当做好认证专家的筛选工作,建立认证专家数据库,以迎接我国全面开展医学教育认证工作。

3. 加强医学教育认证的宣传和培训工作。2009年5月,教育部临床医学专业认证工作委员会在北京召开了“临床医学专业认证工作研讨会”,来自澳大利亚医学会的3位认证专家为我国51所高校的110余名医学教育相关负责人进行了培训。但是,医学教育认证对于广大的医学教育工作者来说还是一个陌生的概念,应当在医学院校加强有关医学教育认证的宣传和培训工作,以便使医学教育工作者熟悉认证工作流程,保证认证活动的顺利开展。

4. 加强与国际认证专家沟通的能力。随着医学教育国际化进程的推进,我国未来的认证工作仍然需要国际专家的参与。为此,医学院校应当加强有关人员在认证材料的翻译和口语交流方面的能力。

5. 严格遵守认证程序流程。需要进一步完善我国的医学教育认证程序,使之科学化、规范化。严格遵守认证程序的流程和时间要求,被认证院校和认证专家对每次认证工作应当做好充分的准备。

摘自《中华医学教育杂志》2010年3期 杨立斌等

地址: 吉林市吉林大街5号 (邮编: 132013)

主 编: 于秀芬 郭秀梅

网址: <http://tsg.jlmpc.cn>

副主编: 王春晓

电话: 64560908

本期编辑: 焦雪