学习专业技术理论和培养职业能力。由于衔接是在同一学制的内部，可较好地统筹安排中、高职阶段的知识能力和素质构成，避免简单的重复，有利于提高职业教育的质量和效益。(2)分段式衔接模式(3+2/2+3 模式或 3+3 模式)。即完成 3 年中等职业技术学校学习的毕业生，通过特殊的招生考试(3+X 招生考试)，到专业对口的高等职业技术学校学习 2～3 年，这有利于充分利用教育资源，便于培养高质量的高级技术人才；而 3+3 模式，主要针对中专生。招收对口专业或相近专业的中专学校应届毕业生，入学后继续接受 2 年的高等职业教育。(3)灵活弹性学制的中高职衔接模式，主要针对在职在岗人员的学历提升和继续教育[7-8]。

2.3 明确培养目标，建立职业技能认证体系[6-7] 高职教育需要较高的文化素质，同时也需要较高的职业技能和职业素质，发挥好中职教育特色，区分普高和职业学生素质差异，因材施教，使高职教育中两种不同生源优势互补，也是中职教育和高职教育相衔接的重要一环。因此，明确中、高等职业教育各专业在专业知识、技能和能力上的培养目标，学生应达到的标准和程度，并通过建立职业资格证书制度，规定证书等级及其对应的职业能力等级和职业教育层次之间的关系，使得中、高职教育的课程体系形成系统性和连贯性。同时建成职业能力标准体系，明确制定各级各类职业技能专业资格要求，对中、高职两个不同层次教育的职业能力以互相贯通、逐级晋升的职业资格证书方式给予界定。使高等职业院校的入学新生做到起点高，专业技能合格，同时在高等职业院校进一步的培养中得到提升发展。这种衔接的方式才能真正促进高等职业教育内涵式发展。

2.4 打破学科型教学模式，构建中高职衔接教育的模块化课程体系 中高职教育衔接必须打破传统理论教学中的学科型教学模式，以“宽基础、活模块”为原则，以岗位职业能力培养为核心，针对区域经济和社会发展的需要，根据职业岗位(群)的工作内容，按照国家职业(行业)标准和职业鉴定考核需要，全面统筹中高职教育内容和教材体系，确定所需要的知识结构、能力结构和技能结构，构建、调整并不断完善由文化课模块、专业课模块、专业选修课模块、选修课模块、实训课模块等组成的统一的中高职衔接模块化课程体系[9]。同时，按照中职和高职的不同培养目标，以及不同类型学生的知识和能力结构，分别选取其中某些模块进行课程组合，以此来确定中高职的课程设置、教学内容和教材[10]。构建以岗位、职业能力为核心的模块化课程体系，实现理论教学与实践教学的一体化，不仅能够克服中高职课程内容的重复，减少课时数量和课程门数，提高课程衔接质量，而且能够凸显职业教学的特色，有利于学生的就业和未来发展。

不同层次、不同类型教育的共同价值都在于提高从业人员的职业素质与服务水平，培养适应社会需求的合格人才。因此，打破目前职业教育各种层次、各种类型间的相互衔接与沟通的屏障，在它们之间架设一座互相贯通、上下层次衔接的“立交桥”，使之形成适应中国职业教育发展需求的统一、开放、灵活的教学体系，为造就和培养适应社会主义市场经济发展需要的高素质的专门人才作出应有的努力。

参考文献：

[1] 高原. 我国中高职衔接研究综述[J]. 中国职业技术教育，2004，12(5)：43-45.

[2] 苏志刚，陈蓉，任君庆，等. 中、高职衔接的理论思考[J]. 宁波高等专科学校学报，2001，13(1)：98-100.

[3] 武佩牛. 论中职教育和高职教育的衔接模式[J]. 天津职业大学学报，2007，16(2)：6-8.

[4] 张晓拔. 中高职教育衔接的网络关系及结构研究[J]. 教育与职业，2005，38(24)：20-22.

[5] 潘丰. 财会专业中等职业教育与高等职业教育衔接的研究[J]. 镇江高等专科学校学报，2001，14(3)：65-67.

[6] 郭翠兰. 中高职衔接基本问题与协调发展若干对策[J]. 职教论坛，2007，14(3)：52-53.

[7] 彭明强. 浅谈中高职教育的衔接[J]. 河南职技师院学报：职业教育版，2001，2(5)：18-19.

[8] 张英，张志元. 农业中高职教育“3+2 模式”的研究[J]. 天津职业大学学报，2006，15(3)：5-7.

[9] 刘凌，肖化移. 试论中高职课程内容的衔接[J]. 职业技术教育，2007，28(10)：50-52.

[10] 张晓拔，谢革新. 课程观指导下中高等职业教育衔接问题的研究[J]. 职业技术教育：教科版，2005，26(25)：40-42.

(收稿日期：2010-11-02 修回日期：2011-04-06)

·医学教育·

三峡库区农村医学人才培养的实践与探索

肖智勇

(重庆三峡医药高等专科学校，重庆万州 404120)

doi：10.3969/j.issn.1671-8348.2011.21.013 **文献标识码**：B **文章编号**：1671-8348(2011)21-2110-03

随着社会主义新农村建设的推进和新型农村合作医疗制度的推广，广大农民的医疗需求不断增长，对医疗保健服务水平的要求不断提高。但是，以乡村医生为主体的农村医疗卫生队伍作为这项服务的直接提供者却存在着人员不足、素质偏低、医疗技术水平参差不齐等问题，这些问题在卫生资源配置不足、卫生条件简陋的三峡库区显得尤为突出。为农村基层培养合格医学人才是高等医学院校的核心任务，为此，近年来本校对临床医学专业人才培养进行了有益的实践与探索。

1 实践与探索的背景

1.1 三峡库区农村医学人才现状[1] 三峡库区跨越渝东北、渝东南和鄂西地区，总面积约 7.9 万平方千米，人口约 1 500 万。分布有 19 个区县，集大农村、大山区、少数民族地区于一体，城市化率低，农业人口多。2009 年，本校通过对三峡库区具代表的云阳、巫山、垫江、忠县、万州、黔江、石柱等地的乡(镇)卫生院、村医务室和社区卫生服务中心进行抽样调查，并采用《2009 年重庆市卫生统计资料汇编》有关数据，结果显示

医学人才队伍总体情况是:(1)总量不足,每千人口拥有执业(助理)医师 0.52 人(国家标准为 1.7);(2)学历较低,无学历占 25.5%,中专占 32%,专科学历占 31.7%(包括后续学历),本科占 10%;(3)职称较低,初级及无职称人员约占 71%,中级职称约占 22%,高级职称仅占 7%,职称初、中、高级之比为 12∶3∶1(国家合理结构比为 6∶3∶1)。这种状况已在很大程度上成为制约农村卫生事业发展和农民健康水平提高的"瓶颈",严重制约着三峡库区农村经济社会的可持续发展。

1.2 新型农村合作医疗制度对农村医学人才队伍建设的新要求[2] 新型农村合作医疗制度,不仅对各级政府、各级部门在人事用人、招生就业等体制机制改革方面提出了新的要求,对高等医学院校在医学人才培养、教育教学等模式改革方面提出了新的要求,对农村医学人才在医疗技术、服务能力等方面更是提出了明确要求。它要求农村医学人才既要能用多种医疗技术满足广大农民的基本医疗服务,又要能很好地承担农村疾病预防控制、健康教育等公共卫生工作。因此,如何创新人才培养模式、优化课程体系、突显服务能力,为三峡库区农村培养服务有基础、业务有水平的适用型医学人才,成为高等医学院校一项十分紧迫的研究课题。

2 基本思路

根据国家、重庆市对农村医疗卫生事业发展的相关政策,充分运用高等职业教育和医学教育等现代教育理论更新人才培养理念,以新型农村合作医疗制度背景下的教育教学模式创新为切入点,重点构建符合农村医疗卫生岗位能力需求的课程体系和实践教学体系,建立各项建设标准、完善质量长效评估机制。本校人才培养工作必须紧贴三峡库区经济社会特点,不断改革创新,才能有助于解决三峡库区农村医学人才学历低、职称低、执业水平低、总量不足的问题,探索出的实践经验才可能成为全国其他地区的借鉴。

3 实践与探索的具体内容

3.1 开拓思路树立新的人才培养理念 为探索切合三峡库区实际的新农村医学人才培养模式,深入思考如何为农村基层培养出"下得去、留得住、用得上"的合格人才,就必须打破传统思想的束缚,开拓思路、更新观念、树立新的人才培养的理念[3]。通过对数年来人才培养工作的总结分析,通过学习借鉴发达地区高等院校的人才培养工作先进经验,并联系当前实际思考探究,本校实施了更新人才培养理念、创新教育教学模式、优化人才培养方案、改进实践教学平台等系列改革措施,创建了一种全新的人才培养模式。

3.2 创新"全科理念、通科培养、三段三早"的教育教学模式 在过去几年的实践中,本校在"1+1+1"传统的三段式校院合作的模式基础上,提出并形成了"全科理念、通科培养、三段三早"的教育教学模式。"全科理念"是指借用全科医学内涵中,在内科、外科、妇产科、儿科、传染科、中医学等各学科疾病的"防、治、保、康"知识和技能领域里,建立一种将宏观与微观、疾病与社会、多层次有机结合的立体知识体系的教学与学习理念,并将这种理念贯穿于医学人才的终身学习[4]。"通科培养"是指建立将医学专业教育与人文素质教育相结合、适用型人才培养与创新型人才培养相结合的知识体系,提高医学人才的医德素养,培养其人文医学执业能力,树立起为农民健康服务的职业光荣感和社会使命感[5]。"三段三早"是指从第一学年即利用双休日组织学生到医院见习,早期接受临床常用基本技能培训,熟悉临床工作环境;第二学年在学习临床知识期间,早期接触患者,强化综合技能和专科技能培训;第三学年在医院实习过程中,增加农村实践,早期熟悉农村医疗工作环境[6]。在培养全科理念和群体卫生知识及社区卫生能力的同时,增加康复、理疗、护理等多种基础技能培训,以适应农村卫生工作需要。

3.3 构建支撑"五大能力"的模块化课程体系 本校坚持以农村基层临床岗位需求和执业准入资格为导向,积极与医院共同合作,通过对农村医学专业岗位的调研、分析,总结出能力需求,依据能力需求构建 5 大课程模块即通识知识课程模块、医学人文知识课程模块、基础医学知识课程模块、常见疾病诊疗技术知识课程模块和农村卫生知识技能课程模块,根据课程模块优化设置学生核心学习领域的各门课程,进而形成 5 大模块课程体系。如通识知识课程模块,主要设置有计算机基础、大学英语、应用写作等课程;医学人文知识课程模块,除设置医学心理学、医学伦理学外,增设医患沟通技巧课程;基础医学知识课程模块,以必须够用为度,对传统课程进行适当整合;常见疾病诊疗技术知识课程模块,除设置诊断学、内科学、外科学、妇产科学、儿科学、传染病学外,增设全科医学概要、临床综合能力培训、临床诊疗思维等课程;农村卫生知识技能课程模块,主要设有农村常见急症处理、农村预防保健技术、乡村中医实用技术等课程。通过完成 5 大模块的课程学习,使学生系统掌握"农村常见疾病诊疗能力、常见危急症处理能力、医院转诊能力、农村预防保健能力和基层健康宣教能力"五大农村医疗卫生执业能力[7-8]。

3.4 改革农村医学教育实践教学体系[9] 为了保证临床医学专业校内实践教学活动的科学性、规范性和递进性,建立"基本功训练平台、综合技能训练平台、专科技能训练平台和客观结构化考核平台"4 个递进式实践教学平台,充分利用虚拟现实技术、标准化患者和网络技术等现代教学手段,集诊断学基础、内科、外科、妇产科、儿科和中医适宜技术等技能培训为一体,架设学生早期临床诊疗技能培养的重要桥梁。

为了贯彻"全科理念"的思想,以及使适应农村基层卫生工作的实践教学活动能够得以有效实施,本校在原有由直属附属医院和县级医院组成的实习基地的基础上,增建成由 1 所直属附属医院、5 所非直属附属医院、10 所乡镇医院和 20 个村卫生室组成的"县、乡、村"三级临床医学专业校外实践教学基地,并合理分配各科在三级基地实践时间,以确保教学任务的完成和人才培养的质量。

3.5 建立科学规范的质量标准与监控体系 根据人才培养目标,制定专业建设标准、课程建设标准、实训平台建设标准、技能操作标准、实习基地建设标准等,同时高度重视教学督导工作,建立各级督导组织机构,制定各项评估指标体系,对各项教学活动实施全程监控并及时反馈,完善各项教学建设的长效评估机制,以期人才培养工作朝着设计预期开展[10]。

总之,本校对三峡库区农村医学人才培养的实践和探索还处在初步阶段,学校在可调控范围内的各项工作正有序进行。农村医学人才培养的探究仍有广阔空间,如人事用人制度、招生就业机制等问题的探索改革,本校将在有关方面的大力支持下继续推进人才培养体系、课程开发模式等的深入探究。

参考文献:

[1] 余甘霖,杨建平,冉隆平,等.地方医药卫生类高校在统筹城乡教育改革中办学定位的思考[J].重庆医学,2009,38(23):3029-3030.

[2] 卫生部,国家发展改革委,民政部,财政部,农业部,国家食品药品监管局,国家中医药局.《关于加快推进新型农村合作医疗试点工作的通知》卫农卫发[2006]13 号,

2006-01-10.
[3] 线福华,吕兆丰.以创新农村卫生人才培养模式为基础促进农村卫生人才队伍的整体提升[J].医学教育探索,2008,7(4):338-350.
[4] 陈锋,陈新,赵英.大力加强全科医学教育 加速发展社区卫生服务[J].实用全科医学,2003,1(1):41-44.
[5] 杨帆,姚黎英,汪海波.现代农村卫生人才培养的新探索[J].中国成人教育,2009,24(12):98-99.
[6] 李力威,张立莉.高等医学教育人才培养模式改革的研究[J].继续教育研究,2007,6(3):118-121.
[7] 马新华,陈代武,岳 军.社会主义新农村建设下的医学专科教育改革探讨[J].西北医学教育,2009,17(2):237-238.
[8] 孙彬,张连云.新形势下农村卫生人才队伍建设研究[J].中国卫生事业管理,2009,18(4):253-254.
[9] 庞文云,付丽.首都农村医学人才培养体系建设与农村医学人才培养的研究与实践[J].首都医科大学学报,2010,31(4):433-435.
[10] 王璐.临床医学人才培养模式探索[J].教育科研,2009,21(9):8-10.

(收稿日期:2010-11-28 修回日期:2011-04-06)

·医学教育·

政府统筹协调下的“校院合作”卫生人才培养模式探讨

谭 工
(重庆三峡医药高等专科学校,重庆万州 404120)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.21.014 **文献标识码**:B **文章编号**:1671-8348(2011)21-2112-02

随着高等教育的大众化以及经济社会发展对高技能型人才的需求,中国的高等职业教育快速发展并成为经济社会建设的重要支撑。近年,政府加大对职业教育政策的支持和教育资源的宏观调控,一方面是促进职业教育办学理念、人才培养模式等方面的创新发展,另一方面也促进职业教育内部办学体制机制的改革,由此政府统筹协调下的“校企合作”、“校际合作”、“城校互动”等各种办学模式,逐渐成为中国高等职业教育发展的主流。

政府统筹协调合作办学的根本主旨,在于社会教育资源的有机整合与科学调配,实现资源利用的最优化。作为一所根植于三峡库区具有浓郁中医药特色的高等医药专科院校,如何依托医药卫生行业的支持,利用政府政策导向和调控职能作用,整合社会医疗教育资源、挖掘办学潜力,有效利用学校、医院所占有的不同资源和教育环境,创新卫生人才培养模式,提高人才培养的针对性与社会适应能力,是学校可持续健康发展急需解决的重要现实问题。

1 政府统筹协调下的“校院合作”人才培养模式的主要特征

1.1 人才培养层次与区域经济社会发展需求相一致是根本 高等职业教育合作办学的层次与区域经济社会发展协调一致是合作的主要特征。(1)从发达国家以及中国东部地区合作办学人才培养的层次看,均体现了人才培养的层次具有鲜明的区域特色,反应了快速发展的区域经济社会对高层次人才的需求。(2)合作办学的教育形式涵盖了整个高等教育的所有学历层次,形成了从中职、高职(专科)、本科、硕士、博士以及博士后的所有学历教育[1]。因此,作为地处经济社会相对欠发达的三峡库区高等医学职业院校,政府统筹下的“校院合作”的人才培养的层次,首先必须与区域经济社会发展协调、与满足区域医药卫生服务事业需求为合作发展之根本。针对三峡库区城乡基层卫生服务需求,实施学历教育与非学历教育相结合,将学历教育定位于培养适应城乡基层卫生服务需求的应用技能型高素质的卫生人才,非学历教育则面向城乡广大在岗卫生人才的继续教育和学历提升。

1.2 产学研是合作育人的平台 人才培养、科学研究、社会服务是高校的三大基本职能。产学研合作既是高校实现三大职能的平台,也是政府、学校、医院三方利益实现最优化的组织平台。政府统筹协调的根本在于通过产学研的合作,借用高校的科技创新能力,为医药卫生行业提供技术创新和智力支撑的平台,以此提升地方医药卫生行业的科技研发能力,推动医学高新技术的发展与应用服务,同时也为高校回馈社会彰显教育的服务功能提供平台。高校将医院作为人才培养实践教学基地,利于“双师型”教师和技术精湛的实习指导教师的培养,更为学生早期接触临床,强化临床实践能力培养提供了真实的实践教学环境;医院等医药卫生机构作为人才需求方,根据自身职业岗位需求,发挥行业组织在职业教育改革发展中的重要作用,加强对职业教育的指导并参与人才培养的全过程,实现人才培养与职业岗位的无缝对接。

1.3 政府统筹协调是人才培养的保障 校院合作是学校、医院在各自不同利益基础上寻求共同发展、谋求共同利益的一种组织形式。基于两者隶属关系和任务目标等的不同,仅靠它们自身,或者各自的主管部门来协调双方的利益和合作过程中出现的问题是难以实现的[2-3],必须发挥政府在宏观调控和政策支持的优势,统筹调配教育资源,不但可避免职业教育发展中的盲目性、重复性,同时通过政府的政策引导、组织协调,促进校院合作的良性运转[4]。因此,政府是合作的参与者、政策的引导者、工作的指导者,也是校院(企)合作的推动者、协调者。政府政策及财力的支撑,是实现校院合作稳定可持续发展的保障。

2 政府统筹协调下的“校院合作”人才培养的举措

2.1 健全管理体制,强化制度保障 完善“校院合作”办学制度,明确政府在校院合作中的统筹协调职责,通过政府宏观调控和政策支持,调动医院等卫生医疗机构等参与高等医药卫生职业教育的积极性。(1)政府要把职业教育纳入区域经济和社会发展规划,使校院合作有法可依、有章可循。引导、鼓励并支持行业参与职业教育,实现校院合作的规范化和多元化。(2)本着互惠互利,合作双方共同发展的原则,以产学结合为平台,成立由政府、学校、医院(企业)专家技术骨干组成的“校院”合作办学人才培养的监督机构,负责统筹、协调、监督、评价人才培养工作,使政府统筹协调下的“校院合作”双方承担自己的合作职责,明确自己的权利,履行自己的义务,形成规范化的管理与运转机制,推动“校院”合作办学的良性发展。(3)组建专业