

# “一深三创、三方协同”乡村全科医生培养模式实践研究

## 成果主要解决的教学问题及解决教学问题的方法

### 1. 主要解决的教学问题

#### (1) 精准把握区域乡村全科医生需求数量和培养规格问题

作为区域唯一一所高等医学专科学校，承担着向沧州所辖 14 个县市的 167 个乡镇，5632 个自然村输送乡村全科医生的重任。关于乡村全科医生培养规格，尽管国家有教学大纲，但由于我国地域广阔，不同地区常发疾病等情况不尽相同。为此，首先需要精准把握区域乡村全科医生需求数量、分布及其规格。

#### (2) 有效解决乡村全科医生培养内容全、时间短、质量高的矛盾突出问题

乡村全科医生培养不但要学习常见病、多发病的基本诊疗以及康复指导、护理服务、危重病人现场急救转诊、传染病和疑似传染病转诊等全科医疗内容，还要掌握居民健康档案管理、健康教育、预防接种、0~6 岁儿童健康管理、孕产妇健康管理、老年人健康管理、慢性病患者健康管理、严重精神障碍患者管理、肺结核患者健康管理、中医药健康管理、传染病及突发公共卫生事件报告和处理、卫生计生监督协管等 12 项公共卫生服务，而临床医学专业三年制专科培养时间有限，需采取有效举措才能完成全科教学任务。另乡村全科医生工作在乡村，他们既无团队支持，医疗仪器设备配置又不足，但现实要求他们具备“小病善治、大病善识、重病善转、慢病善管”的能力，

这对乡村全科医生培养质量又提出了较高的要求。

(3) 确实解决乡村全科医生早临床、多临床和反复临床培养的  
临床教学和实践资源不足问题

为了保证乡村全科医生的培养质量,高质量的临床锻炼至关重要,  
而早临床、多临床和反复临床需要大量的临床教学实践资源,而目前  
我国乡村医疗条件水平普遍不高,如何才能保障临床教学实践资源。

(4) 加强思政教育引领,破解思政教师、专业教师、医院临床基  
地指导医生、辅导员工作脱节问题

乡村全科医生在农村从事医疗卫生工作,没有团队支撑,需独立  
开展工作,要求医疗能力强,还要适应乡村艰苦生活,要求思想作风  
过硬。这对乡村全科医生无论在思想、医疗水平、还是在乡村生活经  
验上都提出了较高要求,需要强化思政教育引领,思政教师、专业教  
师、医院临床基地指导医生和辅导员形成团队协同培养。

(5) 破解乡村全科医生培养留得下、稳得住、用得上、干得好问  
题

乡村医生流失率高,导致乡医培养目标岗位出现大量人员缺失。  
存在如何用好国家政策,从招生、培养、就业、管理、发展等环节破  
解乡医留得下、稳得住、用得上、干得好的难题。

## 2. 解决教学问题的方法

(1) 全面考查,深入调研,精准把握区域乡村全科医生需求数量  
和规格要求

在区域全面考查的基础上,选取青县、南皮县、黄骅市、运河区

等 4 家县市区卫健局、42 个乡镇卫生院和 156 个村的 16 名卫生行政管理人员、84 名乡镇卫生院医师和 143 名乡村医生（13 个村没有乡村医生）进行深度调研，并建立常态机制，把握基层卫生人员需求情况，做到按需定招；学习贯彻国家标准，每年进行乡村全科医生胜任力分析，精准把握区域乡村全科医生需求数量、分布和规格。

（2）深入分析，统筹设计，有效解决乡村全科医生培养内容全、时间短、质量高的突出矛盾

**课程模块化，减少课程冗余。**依据《乡村全科执业助理医师资格考试大纲》《助理全科医生培训标准（试行）》《国家基本公共卫生服务规范(第三版)》《高等职业学校临床医学专业教学标准》，结合调研结果，从预防、诊疗、康复、保健、健康管理、公共卫生六个方位入手，在增加《临床实践技能》《全科医学》《居民健康档案管理》《康复医学》《常用急救技术》《基本公共卫生实务》《中医基础与适宜技术》等 7 门课程的情况下，优化课程体系和教学内容，最终整合形成全科知识、基本技能、临床专科、岗位全科四大课程模块，确保学生修完所学课程步入临床岗位后，能够给广大农村居民带去六位一体、细致全面的医疗卫生服务。

**理实一体化，提高教学效能。**利用学校附属医院、县级医院、乡镇卫生院和社区卫生服务中心（站）四种环境，通过“四段递进”实施理实一体化教学。第一个阶段即第一学年，学生在校内和附属医院一体完成全科知识、基本技能的学习训练，解决“早临床”问题，校院合作开发区域乡村病例库（468 份）。第二个阶段即第二学年，学

生在附属医院完成临床专科内容的“轮科走科”学习，包括内科、外科、妇产科、儿科、急救等，采用床边理实一体教学，解决“多临床”问题。第三个阶段即第三学年前 34 周，学生在县医院进行实习，第三学年后 4 周，即第四个阶段，学生在乡镇卫生院实习，完成岗位全科内容的学习，解决“反复临床”问题。

**学时精准化，优化利用学时。**对内科、外科、妇产科、儿科、急救等 128 种疾病（包括 66 项体格检查）和常用的 24 项临床基本技能操作，根据出现和应用频率分为 5 个等级（非常多、比较多、一般、比较少、无）按 4、3、2、1、0 分值进行赋分，以计量资料进行统计分析，根据得分情况分配教学内容所需学时，合理分配有限学时。

**资源数字化，节省学习时间。**针对模块课程，按照理实一体化教学要求，配套内科、外科、妇产科、儿科、急救（包括 66 项体格检查）等 128 种疾病和常用的 24 项临床操作基本技能，校院合作开发了 426 个教学资源（314 个微课、78 个动画、34 个音频）。典型的“小病善治、大病善识、重病善转、慢病善管”的案例，66 项体格检查和 24 项临床基本技能操作讲解视频，大大提升了学习效率，节省了时间。

**评价病例化，提高考核效率。**校院合作共同开发并提炼形成典型病例库，收集临床各科室病例 468 份，开发试题 4286 道，形成校院合作更新补充机制。制定了对接国家执业助理医师资格考试的三站式考核制度（病史采集、体格检查与基本操作、辅助检查结果判读），以临床病例分析考核的方式开展岗位胜任力评价。采用随机抽取病例

的方式开展，被考学生抽取病例库试题，根据试题描述的疾病进行查体、诊疗等操作。学生扮演医生，面对 SP（标准化病人）模拟演示临床某一疾病的诊治过程。该考试方法不仅能检验学生理论知识掌握情况，更能检验学生运用理论知识分析问题、解决实际问题的临床思维能力和临床实践操作技能，同时，在备考过程和考试过程中，能促进学生学习能力、理论知识和实践技能的综合应用能力、语言表达能力、逻辑思维能力、人际沟通能力、团结协作能力等综合素质的提高。

（3）创新举措，深度合作，解决乡村全科医生早临床、多临床和反复临床培养的教学实践资源不足问题

通过构建医教联合体，大力拓展临床医院教学基地，确实保障乡村全科医生早临床、多临床和反复临床培养需要的临床教学和实践资源。建设了 3 个市级教学医院，8 个县级临床实训实习基地，同时筛选出 18 所乡镇卫生院、社区卫生服务站（中心）和疾控中心，供临床医学专业学生顶岗实习，优化了市级、县级、乡镇临床医院基地的层次和区域布局。县医院是农村医疗技术的指导中心，发挥着农村三级卫生服务网（县级医疗卫生机构、乡镇卫生院、村卫生室）的龙头作用。学校与青县政府和南皮县政府分别签署战略合作协议，达成与青县人民医院和南皮县人民医院（均为我校非隶属的附属医院）合作育人的协议，确立基层教学医院，明确人才培养的合作方案。当地政府负责贯彻落实国家、省、市在职业教育、医药卫生领域的政策，发挥调控、协调、管理作用，为校院合作顺利实施提供有力保障；与校方共同搭建区域医药卫生人才就业平台，根据实际需求吸纳校方毕业

生就业，为基层医疗卫生岗位输送合格人才。合作医院承担临床专业课教学和临床实习任务，校方根据承担教学任务的多少，每年为教学单位支付相应的教学经费。进入教学单位学习的学生由院方负责提供学习生活等服务。合作单位将在专业建设、师资培训、资源条件、学术研究、信息互通等各个方面进行深入融合。

（4）三全育人，思政引领，实现乡村全科医生培养思政教师、专业教师、医院临床基地指导医生、辅导员协作共育

为落实三全育人要求，加强思政教育，打造一支思想过硬的乡村全科医生队伍，结合早临床、多临床、反复临床培养乡村全科医生的特点，以“思政课程+”为课程引领模式，以“思政教师+”为教学团队创建模式，以“思政学分+”为评价激励模式，构建以思政教育为主线，三全育人“大思政”教育体系，并形成思政教师主要负责思想政治教育，专业教师主要负责专业学习导航，医院临床基地指导医生主要负责技术指导和辅导员主要负责事务管理相互配合的“四导师”格局。设立了各导师的资格条件、明确工作职责、实施绩效考核。

（5）三方协同，创新机制，解决乡村全科医生培养留得住、稳得住、用的上、干得好问题

政府、学校、医院三方协同构建医教联合体。一是与县政府签署战略合作协议，落实国家、省、市关于乡村全科医生招生、培养、就业、管理、发展等方面的政策，以需定招；二是与县人民医院签署合作育人的协议，共建县级临床教学医院、临床实训实习基地，同时筛选出18所乡镇卫生院、社区卫生服务站（中心）和疾控中心，供临

床医学专业学生顶岗实习，优化实习基地层次和区域布局，并利用县医院作为农村医疗技术的指导中心，发挥农村三级卫生服务网（县级医疗卫生机构、乡镇卫生院、村卫生室）龙头作用，通过三级网络，以岗培养，快速入岗担责；三是通过医教联合体推行“县管乡用”政策，由政府统筹管理，实行良性流动，落实管理、培养、待遇等落地的优惠政策，畅通发展通道，最终解决留得下、稳得住、用得上、干得好的问题。