

美日加医学人才培养模式比较研究

黄睿彦

(南京医科大学教务处,江苏 南京 210029)

摘要:文章以美、日、加三国医学人才培养模式为研究对象,着重从生源要求、学制与学位、课程与教学三个维度分析三国医学人才培养的现状与特点,透过现象探析三国医学人才培养模式形成的历史与文化根源,探析三国医学教育发展过程中共性与个性、传统与变革辩证统一的应然与必然。通过以上研究以期为理解和研究我国医学教育探索一个新的视角。

关键词:医学教育;比较研究;美、日、加

中图分类号:G40-059.3

文献标识码:A

文章编号:1671-0479(2013)05-445-005

doi:10.7655/NYDXBSS20130516

当今世界,医学教育大致分为两个大的体系,即欧洲体系与北美体系。作为北美体系的代表国家,美国和加拿大是本文的主要研究对象;日本则因其自二战以来对美国包括医学教育在内的全方位学习与借鉴,在较短的时间内使国家综合实力取得实质性恢复和卓有成效的发展,因此,也是本文重点研究对象之一。在我国医学教育改革与发展向纵深推进的关键时期,在全球医学教育国际化程度日益加剧的现实面前,学习和借鉴国外医学教育先进的、成熟的经验有其必要性。但是,透过现象看本质,透过三国医学教育经验看其背后形成与发展的内外在影响因素,方有可能站在我国自身文化传统与历史进程的基础之上辩证地理解自我、借鉴他人。

一、美国医学人才培养模式

(一)生源要求

在美国,修完四年制大学本科课程,获得学士学位,是大多数医学院校招生的必要条件。美国医学院校采取选拔考试的方式录取学生,与欧洲以及美洲其他大多数国家采取开放式注册或申请入学的方式有所不同。美国高中生想要大学本科毕业后进入医学院校学习,除了高中阶段的学习成绩记录,特别是物理、化学、生物课程成绩外,还要通过两次考试。其一,要通过学术能力倾向测验(scholastic aptitude test, SAT),这是美国高中生进入大学均需参加的一

种考试。对于有意进一步学习医学的学生,在大学期间必须对课程结构进行有针对性的安排,最低限度应包括一年的生物学、两年的化学(一年有机化学、一年无机化学)、一年的物理学课程,这些课程都必须有实验室经历;数学与计算机课程以及良好的英语语言背景也在要求之列。到大三时便可以开始申请第二次入学考试,即医学院入学考试(medical college admission test, MCAT)。MCAT是一种标准化考试,专门测试生物学、物理学、阅读与解释信息的能力以及沟通技巧等。此外,医学院校还会对申请者进行面试,对其个性、品质、态度、价值观等进行判断,医学院校都特别强调选拔具有独立批判性思维能力的学生^[1]。

(二)学制与学位

在美国,成长为一名执业医师需要的时间是11~15年,包括四个阶段,即大学本科生阶段4年,医学院研究生阶段4年,住院医师培训3年(家庭医生/全科医生),专科医师培训2~4年(普通专科医师2年,外科医师4年)。4年研究生学业完成后,每所医学院校都有自己的一套考核标准和体系,包括读写综合能力的考试、与患者交流能力的测试和通过标准化病人的临床技能评估等,医学院还要求学生参加由国家医学考试委员会组织的国家医师资格水平考试(United States medical licensing examination, USMLE)。有些学校要求学生参加第一阶段考试

收稿日期:2013-05-21

作者简介:黄睿彦(1970-),女,江苏南通人,博士,副研究员,研究方向为高等教育管理、大学课程与教学。

(USMLE1),一般在二年级结束时参加;有些学校要求学生参加第二阶段考试(USMLE2),一般在四年级结束时参加;有些则两个阶段都要求参加^[2]。

医学生完成4年学习任务并通过相应考试,获得医学博士学位,进入住院医师培训阶段,为期3年。住院医师培训要求本国医学博士提供学位证明和已通过第一和第二阶段USMLE考试证明。住院医师培训结束,通过第三阶段国家医师资格水平考试才能获得医师执照,成为家庭医生/全科医生。

若想成为专科医师,则还需要接受专科培训。根据专科的不同,为期2~4年。完成上述培训和考核后,医师可获得州或联邦司法部门颁发的专科医师执照,开始从事专科医疗工作。

(三)课程与教学

为适应人们健康水平、健康意识、健康质量的不断提高,美国自上世纪中期开始对医学教育课程体系进行了较大幅度的改革。改革后的课程设置最突出的特点是,打破以学科为中心的课程体系,采用以问题或以人体器官、系统为基础的课程设置模式,或实行整合化课程模块,也有实行以社区为基础的模式,或实行混合模式。

哈佛大学医学院“新路径”课程改革是上世纪中期美国高等医学教育课程改革的典型代表,作为一个试验性计划于1985年秋在哈佛大学医学院试行,其目标是为下一个世纪医学毕业生能够很好地应付医疗实践的各个方面做准备。课程改革把重点放在态度、技能和知识三个方面。“新路径”课程改革的基本理念和做法是:转变教师观念,使教师懂得从普通医学教育的全过程看待问题;通过营造师生共同学习的环境,密切小组内的师生关系;临床和基础知识紧密结合,贯穿于全部课程;使用主动的教学方法;在四年学习中,学生至少有1/3的时间可以用来选修课程,促使学生养成终身学习的习惯。

当人类历史进入新的千年,科学技术飞速发展,人类疾病谱显著变化,健康意识日益增强,所有这些无不对医学教育提出更高的要求,“新路径”课程设置模式也在受到日益严峻的挑战。哈佛大学医学院于2006年下半年开始全面实施新的医学课程改革。本次改革是对“新路径”课程方案的延续和有效改进,课程改革的宗旨是在四年医学教育阶段,努力将生物科学、社会科学、行为科学、临床技能等领域的知识进行综合的、科学的整合。因此,哈佛大学医学院将此次课程改革方案称为“新整合课程”(new integrated curriculum, NIC)^[3]。具体做法是,前两年的教学重点是基础科学,同时紧密结合社会科学和行

为科学;随着学生的进步,临床医学逐步成为课程核心;教学场所也从医学院医学教育中心转到学校附属的各医院、诊所和医疗保健机构。

二、日本医学人才培养模式

(一)生源要求

在日本各级各类大学中,最难考的要属医学院校,考生多,录取名额有限。医学院校除招收高中毕业生外,有些学校开始提高入学门槛,逐步招收大学本科毕业生。

日本医学院采取选拔考试的方法招录学生,分前期考试和后期考试两个部分。

1. 大学入学中心考试,即前期考试

在日本,有专门的大学入学考试中心,这是一个具有独立行政法人资格的机构,凡有意申请就读大学的高中毕业生均需参加本次考试。考试内容一般为五项七科,即国语、社会学(含两门)、数学、理科(物理、化学)、外语。考试成绩仅供各大学参考,各校有较大的自主权,可根据本校人才培养目标和办学特色对具体科目进行取舍。

2. 能力考查,即后期考试

根据前期考试结果获得参加本次考试的资格,这项考试完全由各大学自主决定考试内容与方式。其中,对学科知识的考查主要针对数学、理科、外语进行测试;对学科以外能力的考查各校的要求和做法各不相同,有要求提交小论文,有要求参加综合问题测试,还有考察学生适应性、目的意识的综合素质考试等^[4],更多的是将几种方法相结合综合运用。

除此之外,选拔方式还有推荐入学等方式;私立医学院校的招生自主权相对更大,可以自主命题和选拔。日本文部省明文要求大学的招生简章中要明确表述需要什么类型的学生,以便学生在报考时做出正确的选择。

(二)学制与学位

日本医学院校本科阶段长期只设临床医学、牙科和药学3个专业,以及若干医学相关专业。临床医学和口腔专业学制6年,其中前4年为临床前教育,后2年为临床教育,毕业获学士学位,之后可直接攻读博士学位,博士教育学制4年;护理和其他相关专业学制4年,毕业获学士学位,之后攻读硕士学位,硕士教育学制2年,取得硕士学位后即可攻读博士学位^[5]。

日本医学博士分课程博士和论文博士两种。凡进入研究生院完成必修课程,考试合格者,可提交课程博士论文,通过答辩即获得课程博士学位;而论文

博士学位须在职人员以同等学力方式申请。具体而言,报考基础医学博士研究生的,可以是大学医学部或医科大学牙科部毕业生、非医学院校取得硕士学位且具有同等学力者以及在国外学完医学课程者;报考临床医学博士研究生的,除须具有大学医学部或医科大学牙科部学历外,还要有1年的实习医生经历,通过国家医师考试,并取得医师资格。

(三)课程与教学

日本“医学教育程序设计研究开发事业委员会”历时三年形成了“医学教育模式和核心课程教学内容指南”报告。2001年,文部省向全国医学院校推荐该核心课程方案,供各医学院校参考使用。

该课程模式以加强临床教学为宗旨,全面整合医学课程,精选学习内容,浓缩了本科医学教育的核心要求。核心课程的具体内容分基础理论教育和临床医学教育两大部分,通过量化指标来实施核心课程的教学任务。按照教学目标,重新安排以器官系统为基础的课程,将临床实习改为参与性见习,并尽可能安排核心课程的临床轮转。该方案推荐医学院校以70%的授课时间实施核心课程,30%的时间用于完成学校自设的特色课程^[6]。

在以上课程方案实施过程中,PBL教学法是各医学院校落实整合课程教学任务所普遍采用的方法和策略。到2004年底,日本80所医学院校中已有63所将PBL教学法作为主要教学方法,另有13所将此作为辅助教学方法。当然,各校PBL教学法的具体运用模式不尽相同^[7]。

三、加拿大医学人才培养模式

(一)生源要求

加拿大医学院校招生规模各校不一,但总体规模都不大,从30到200名不等;具体招生方式方法各校也不尽相同。概括而言,参考大学期间成绩和面试是普遍采用的选拔方式,有的大学医学院还要求学生参加医学院联合入学考试;面试尤其注重对学生合作交流和解决问题能力的考查。

(二)学制与学位

在加拿大,培养一名医师的程序为:高中毕业后经过大学四年本科阶段学习,获得学士学位;然后申请进入医学院校,再经过四年研究生阶段学习,获得医学博士学位。医学博士学位获得者需在医学院校通过加拿大医学委员会组织的医师资格考试(medical council of Canada qualifying examination, MCCQE)第一部分,取得接受实习医师和住院医师培训的资格^[8]。医学院毕业获医学博士学位后,进入医院接

受实习医师培训,通过第二部分MCCQE考试,获得加拿大医学委员会颁发的医师资格证书,取得行医资格;之后进行住院医师培训成为全科医师或家庭医生,这也是进入专科医师或亚专科医师培训的前提条件。也就是说,加拿大和美国一样,要想成为专科医师,首先必须取得全科或家庭医师资格。全科、亚专科和专科医师资格的认定由加拿大皇家内科医师和外科医师学院负责。

(三)课程与教学

加拿大医学教育强调培养医学生知识、技能及个人素养三个方面的能力。在知识方面,注重构架疾病的预防、治疗、康复知识的概念及解决临床问题所需的实践知识;在技能方面,注重给学生创造较多的临床实践机会,比如较早地接触患者,跟著名的医生同出门诊或做手术等,注意理论与实践的紧密结合;在个人素养方面,注重学生“对待自己、对待患者及家属、对待同事和对待社会”四种行为素质的培养。

加拿大医学院校的课程设置有两种不同的模式:一种是传统的以学科为基础的课程设置模式,课程以学科为基础,分基础和临床两个阶段进行教学;另一种是以器官为基础的课程设置模式,该模式打破基础与临床以及各学科之间的界限,以器官为基础,整合解剖、生理、病理、临床之间的教学内容,按系统进行授课。

此外,加拿大医学院校非常注重培养学生的科研与交流能力。比如,在见习尤其是实习期间,学生必须参加各科室或医院组织的学术讲座或其他形式的学术活动;每学期需完成若干场自己感兴趣的专题读书报告等^[9]。

四、比较分析——共性之中看个性

从上述美日加三国医学人才培养模式分析可见,三个国家有很多相似之处,同时也不乏特色所在,这些相似与特色的形成有着各自不同、相互交织、相互渗透的内外在影响因素。以下从历史、文化以及在不同历史与文化背景下共性与个性辩证统一的视角对三国医学人才培养模式进行因素分析和比较研究。

(一)不能回避的历史根源

不能否认的是,历史的影响是三个国家医学人才培养模式有许多共性的主要原因之一。加拿大与美国一样,是一个典型的移民国家,建国历史比较短,建国初期国家大多数制度、机构的建设是学习和模仿欧洲的。美国、加拿大早期的著名医师大多求学于欧洲大学,如美国“外科学之父”费西克,1792年

取得苏格兰爱丁堡大学医学博士学位,1805年成为宾州大学首任外科学教授;美国著名医师雪本、莫根分别于1761年、1763年取得苏格兰爱丁堡大学医学博士学位,回国后在宾州大学任教,并出版了第一本《精神病学》教材;加拿大第一所医学院——蒙特利尔医学院也是由苏格兰爱丁堡大学毕业生回国后建立起来的,1829年该医学院成为麦吉尔大学医学院^[10]。这些均使美国、加拿大医学教育起源于同一个传统,形成了非常相似的早期医学人才培养模式。

二战后,美国社会政治、经济,以及教育、卫生等各项事业取得突飞猛进的发展,远远走在了世界的前列,成为世界舞台上一个举足轻重的国家,世界各国趋之若鹜,纷纷学习、效仿美国经验。与美国山河相邻的加拿大在潜移默化中受到美国的影响是在所难免的。两国医学人才培养模式中相似的招生制度、相似的学位制度、相似的住院医师培训等等,不会仅是一种巧合。

日本是一个奇特的国家,纵观其历史,就是一个不断学习和借鉴他国经验的过程。但是,值得反思的是,日本在这种不断变换学习对象的过程中,不仅取得了优异的成绩,而且形成了自己的文化。就医学教育而言,江户时期之前日本以学习和模仿汉文化为主,江户后期至明治维新期间荷兰医学教育对日本产生了深远影响,明治维新至二战期间,日本又开始大力引进德国医学教育。二战后,美国成为日本的代理国,全面管理日本国内各项事业的恢复和重建,时间长达四年之久。在托管过程中,美国虽然尽可能尊重日本的历史文化传统,但是,将美国化的制度文化有条不紊地移植日本也是不争的事实。在医学教育方面,日本开始摆脱欧洲的影响,逐步形成与美国存在许多共性的培养模式,正如上文所述,其医学人才培养的招生制度、学位体系、医师资格考试、住院医师培训等,已体现出浓重的美国气息。

(二)不能改变的文化传统

虽然由于历史的原因,加拿大、日本均受到美国的深刻影响,形成了很多与之相似的医学人才培养的制度和做法,但是,即便是在这种浓重的影响下,三个国家医学人才培养模式依然不尽相同,差异随处可见,各自的特色在本国医学教育事业发展过程中不断调整和变化着。如三个国家百花齐放式的入学面试要求与过程:美国、日本均有大学入学考试,而加拿大则不组织此类考试;美国除大学入学考试,还组织统一的医学院入学考试,日本、加拿大则不组织此项考试;美国、加拿大医学生入学均需大学本科毕业,日本对此不做硬性要求,而是采取循序渐进的

策略。美国医师资格考试分前后三个阶段,贯穿于医学人才培养毕业前与毕业后的整个过程,加拿大与美国比较相似,但取消了其中第一阶段考试,保留了第二、三阶段考试,日本则相对简洁,只需通过一次性考试。具体到课程设置、教学过程,三个国家更是各具特色、各有侧重,如美国尤其强调对医学生医患沟通能力的培养,日本全面推行“核心课程”改革方案,加拿大的临床实习过程灵活多样等。这些不同做法与特色的形成便是各国立足于本国历史、文化、民族传统,立足于本国政治经济发展水平而做出的理性选择。

(三)值得反思的共性与个性的辩证统一

以上两点给我们的启发是,在医学教育的改革与发展过程中,随时吸收成熟的、先进的经验是理智的,也是可行的,成熟的经验必然是经过漫长地调试才得以形成的,必然有其深厚的价值和严谨的规律。但是,美日加三国的经验也同时给我们另一种深层次的启迪,即不论美加学习欧洲、还是加日学习美国,都不可能是全盘照搬照抄,都是在结合自身政治、经济、文化、民俗以及教育传统的基础之上,有取有舍、有轻有重地加以学习借鉴,在这一学习与借鉴的过程中,求同不是目标,存异也不是目标,唯一的目标是实现异同间的辩证统一,从而实现本国医学教育的科学发展。所以,我国医学教育改革与发展在向国际标准和水平看齐的同时,因地制宜,办出适合于自身的、独具特色的医学教育模式是改革之本。在学习与借鉴国外经验的过程中,重要的不是模仿别国外在的模式、模型,而是要分析这些模式、模型形成的内外在原因,从而设计出符合自身需求的人才培养方案。

不同的国家有不同的历史,不同的民族有不同的文化,虽然教育全球化趋势越来越强烈,但是,全球化并不代表同质化,我们需要站在他国历史与文化独特性的基础之上研究他国、理解他国,我们更需站在自身历史与文化本地性的背景之下剖析自我、设计未来。也许,只有这样方能实现“他山之石,可以攻玉”的目标。

参考文献

- [1] 王少非. 教师职前教育改革:来自美国医学教育的启示[J]. 教师教育研究, 2005, 17(2): 64-69
- [2] 刘滨,王家耀. 浅析美国医学教育概况[J]. 中国社会医学杂志, 2007, 24(1): 22-23
- [3] HMS. Curriculum programs [EB/OL]. [2012-08-22]. <http://hms.harvard.edu/org.asp?mededrefrm>.

- [4] 曲 智,张文承. 日本医学院校入学考试介绍及对我们的启示[J]. 日本医学介绍,2008,28(4):187-189
- [5] 冼利青,袁月梅. 日本医学学位的发展历史与现状分析[J]. 学位与研究生教育,2007(10):69-71
- [6] 汪 青. 日本的医学教育[J]. 复旦教育论坛,2007,5(2):84-88
- [7] 张训巍,武玉欣. 日本医学院校教学模式特点介绍及分析[J]. 日本医学介绍,2007,28(12):573-574
- [8] 翁孝刚,张新中. 加拿大的医学教育[J]. 医学信息:手术学分册,2008,21(1):82-84
- [9] 崔 红,赵春燕. 中国、加拿大医学教育模式的比较[J]. 临床和实验医学杂志,2006,5(4):405-406
- [10] 朱 潮. 中外医学教育史[M]. 上海:上海医科大学出版社,1988:338-342

Comparative study about training mode of medical personnel of United States, Japan and Canada

Huang Ruiyan

(Academic Affairs Office, Nanjing Medical University, Nanjing 210029, China)

Abstract: The article analyzed the status and the characteristics of medical educational mode of the United States, Japan and Canada, emphasized on recruiting students, educational system and degree, curriculum and teaching, explored the origin of historical and cultural about medical educational mode of the three countries, then discussed the necessity of dialectical unity about universality and individuality, tradition and transformation among the development of medical education of the three countries. Through the above research the article approached a new perspective for understanding and studying medical education of our country.

Key words: medical education; comparative study; United States, Japan and Canada