

アンケート 2 集計結果

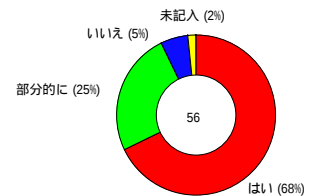
— 卒前教育環境、及びコア・カリの導入状況と運用上の課題 —

卒前教育におけるコア・カリ導入の現状と教育環境

【3～4 年次における臨床実習前の講義に関して】

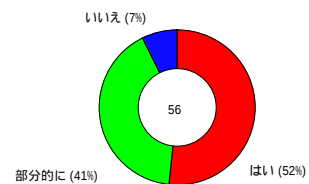
- 臨床医学教育はコア・カリに準じていますか。

コメント: 平成 19 年度より導入予定 (1 校)



- その中で臨床神経学の学生教育はコア・カリに準じていますか。

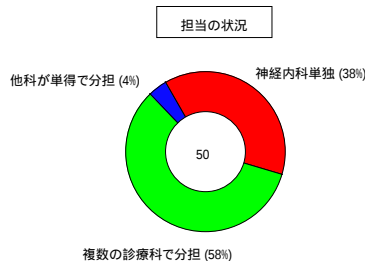
コメント: 平成 19 年度より導入予定 (1 校)



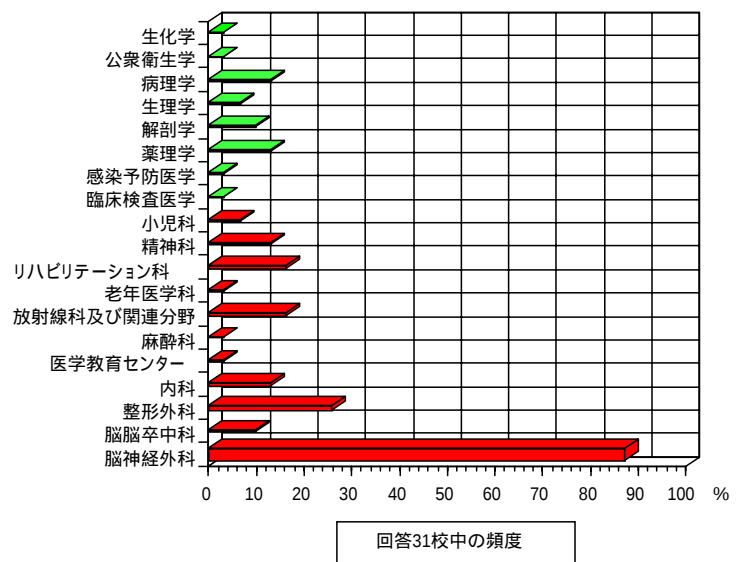
- 神経学関係の講義は専門診療科もしくは担当者により系統的に行われていますか。

回答: 56 校の全てで行われている (100%).

- 行われている場合は担当診療科名をお知らせ下さい (補足質問 2, 3, 4 も参照)。



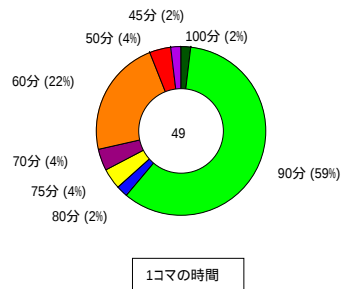
神経内科以外の担当もしくは分担分野



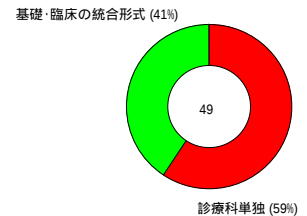
- 補足質問 1. 医学教育において貴校の 1 コマは何分ですか。

範囲: 45 分～100 分 (平均 79 分, n=49 校)

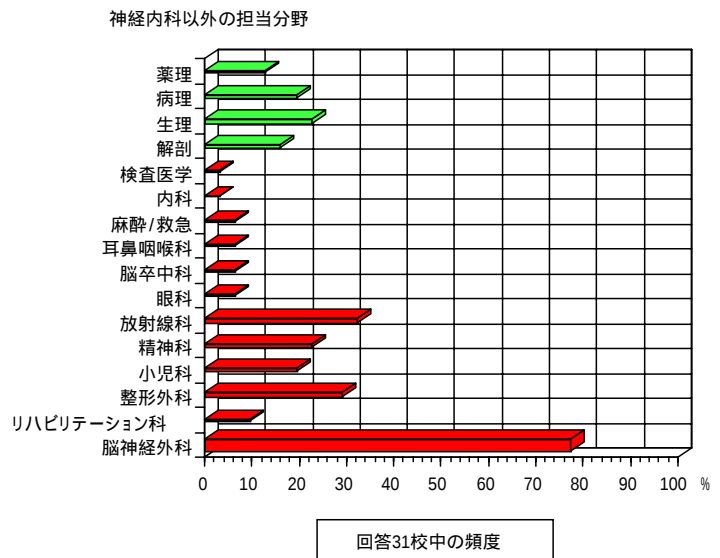
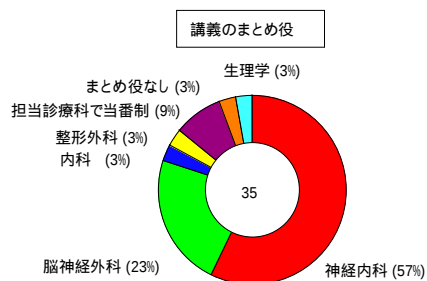
最多: 90 分 (59%)



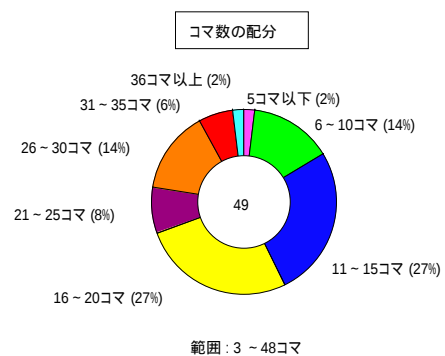
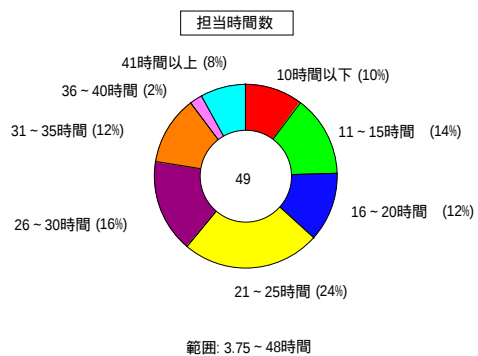
- 補足質問 2. 臨床神経学関係の講義は診療科単独の担当ですか。
あるいは、基礎・臨床系の統合形式ですか。



- 補足質問 3. 統合カリキュラムの場合は、まとめ役と協力分野をお知らせ下さい。

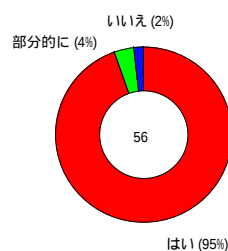


- 補足質問 4. 臨床神経学関係の中で神経内科(もしくはそれに相当する診療科)が担当しているコマ数と時間をお知らせ下さい。

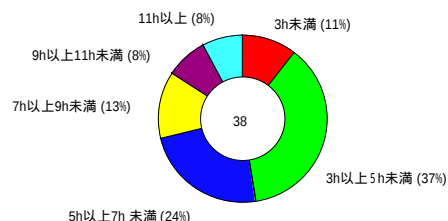


【神経学的診察法について】

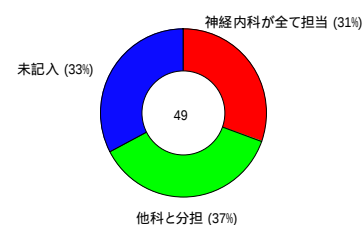
- 神経学的診察の仕方を具体的に教えてください。



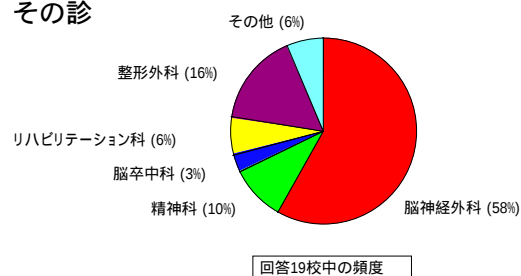
- 補足質問 5. 教えている場合、何時間くらい時間をかけていますか。時間数でお知らせ下さい。コマ数で記載される場合は1コマ当たりの時間も記載して下さい。



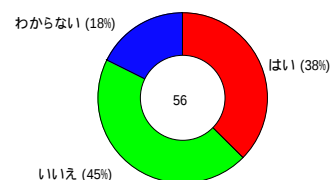
- 補足質問 6. 神経学的診察は神経内科が中心ですか、他科と分担していますか。



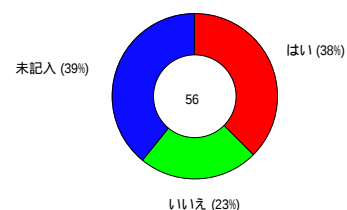
- 補足質問 7. 神経学的診察を他科と分担している場合は、その診療科をお知らせ下さい。



- 臨床実習前の学年に神経学を教える上で、コア・カリの内容は十分でしょうか。



- 不十分であるとお考えの方はそれを補うために診断学実習前の時期において何か工夫をされていますか。



- その内容を具体的に記載して下さい。

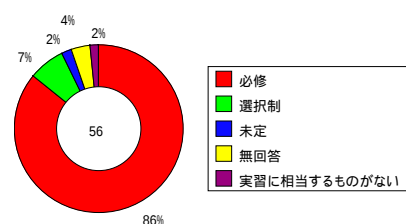
講義関係 (13 校) : 講義を必修の項目と疾患に限定している大学もあるが(1 校)、他はコア・カリの不足分を考慮してより充実した内容を目標としている(12 校)。具体的には急性期疾患や集中治療を必要とする疾患、脳血管障害やパーキンソン病以外の疾患の補足、疾患名のみでなく症候を基礎としたもの、意欲向上のために研究的内容を紹介、テキストの作成と配布など、工夫を行っている。講義コマ数が多い大学もあるが、不足している大学では他分野から配分してもらったり、セミナーを自主的に開催して教えている。

診断学と実習 (7 校) : コア・カリの不足部分を診断学実習やチュートリアル時間帯で教えている。医療面接・神経学的診察法は、合宿形式の実習や BSL 開始前の訓練を行っている。特に神経学的診断の手順は、単なる手技の習得ではなくて、神経症候学や局所診断学を基礎学力として重視し、時間をかけて教えている。

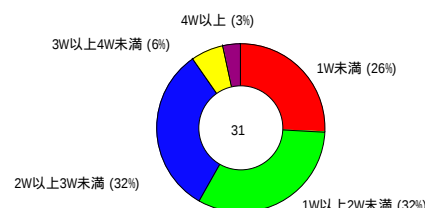
臨床実習について

【診断学実習】

- 5 年次の診断学実習における神経内科学は必修ですか。

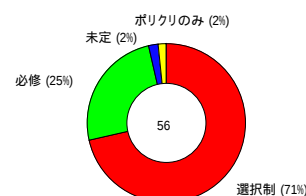


- 神経内科実習に予定されている期間をお知らせ下さい。
コメント: 5 年次と 6 年次の臨床実習いずれにもクリニックラークシップを設定している (1 校)

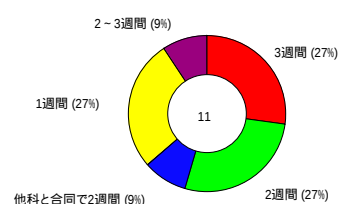


【6 年次のクリニックラークシップについて】

- 神経内科は必修ですか、選択制ですか。



- 必修の場合では実習期間をお知らせ下さい。
範囲: 1 週間～3 週間 (n=11 校)

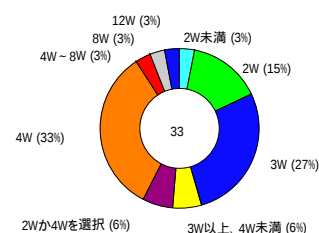


- 選択制の場合、実習期間はどのくらいですか。

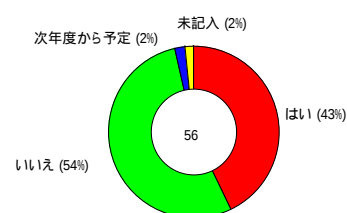
コメント: クニリカルクラークシップは 5 年次と 6 年次に 2 回設定されている (1 校)。

集計可能: 回答 37 校のうち 33 校

範囲: 最短は 1~2 週間、最長は 3 ヶ月



- クラークシップの評価として advanced OSCE を行っていますか。

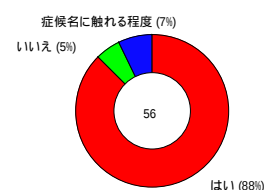


以下、見出し項目と順番は平成 13 年版テキストに準じて記載

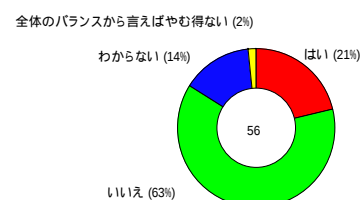
コア・カリの“C(2)神経系”及び“E 診療の基本”について

【神経症候として学ぶべき項目が“C(2)神経系”と“E1 症候・病態からのアプローチ”において、計 9 項目が指定されています (i.e., C2 では①運動失調と不随意運動、②歩行障害、③言語障害、④頭蓋内圧亢進; E1 では けいれん、意識障害・失神、めまい、頭痛、運動麻痺・筋力低下)】

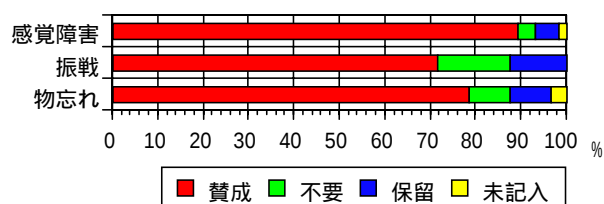
- 指定された神経症候について具体的に教えていますか。



- 主な神経症候としては、これで足りりますか。



- 追加すべき症候。



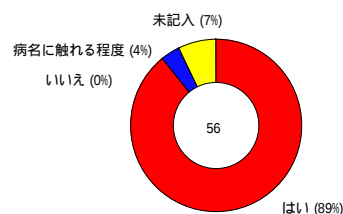
(回答 56校)

- さらに追加すべき症候がありましたら、具体的に挙げて下さい。

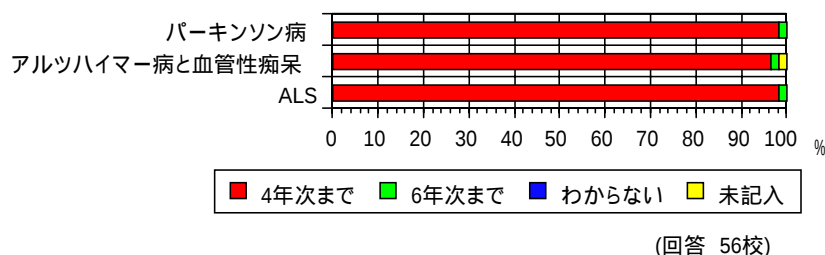
提案項目: 眼球運動障害や脳幹部症状、運動失調と脳神経麻痺、髄膜刺激症候、歩行障害、自律神経障害、嚥下障害 (以上、6 校より)。

【主な神経疾患として“C(2)神経系”には9 カテゴリーが指定されています (i.e., ①脳・脊髄血管障害、②痴呆性疾患と変性疾患、③感染症・炎症性・脱髄疾患、④脳・脊髄腫瘍、⑤頭部外傷、⑥末梢神経疾患、⑦筋疾患、⑧発作性疾患、⑨先天性と周産期脳障害)。そこで神経内科で診療している疾患を中心に質問します】

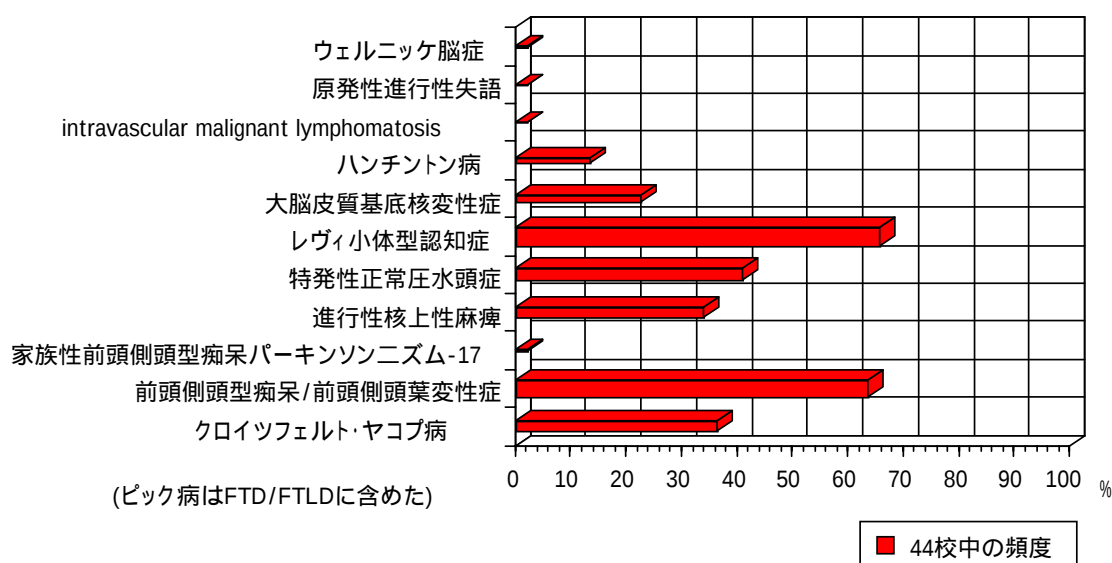
- 指定された神経疾患について、指定された年次までに教えていますか。



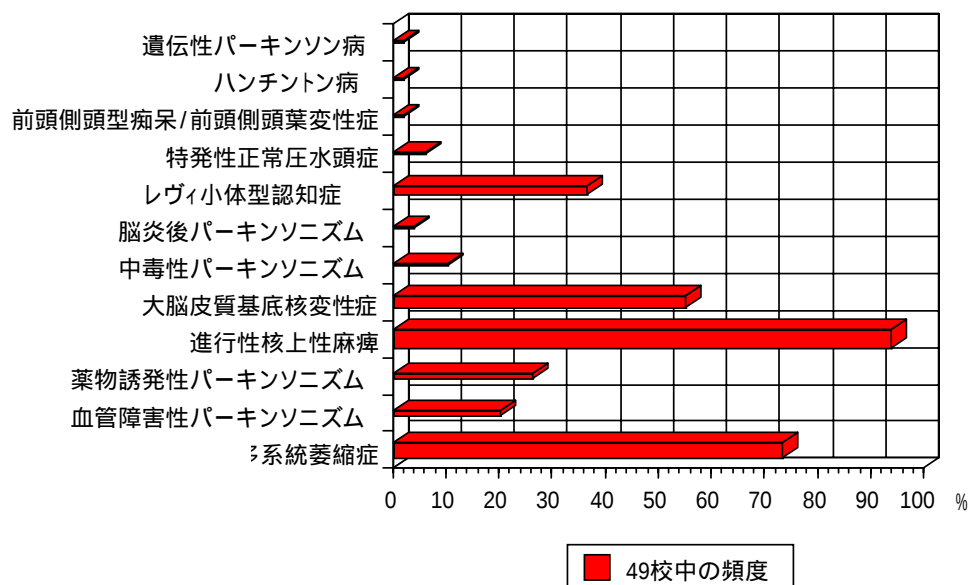
- いつ教えていますか。



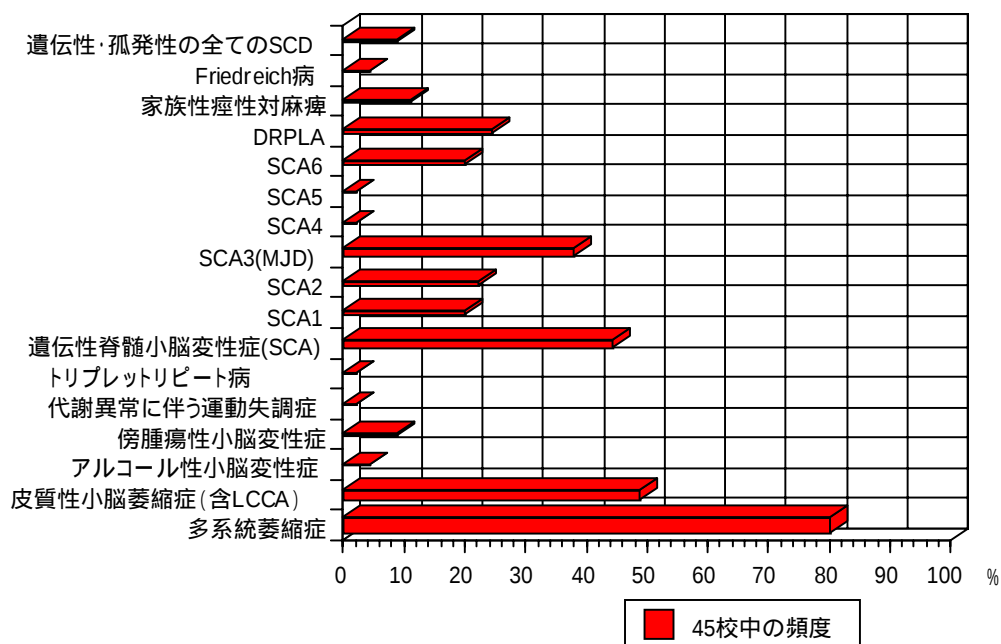
- (アルツハイマー病と血管性痴呆)この2 疾患以外の認知症で、6 年次までに教えている疾患をお知らせ下さい。



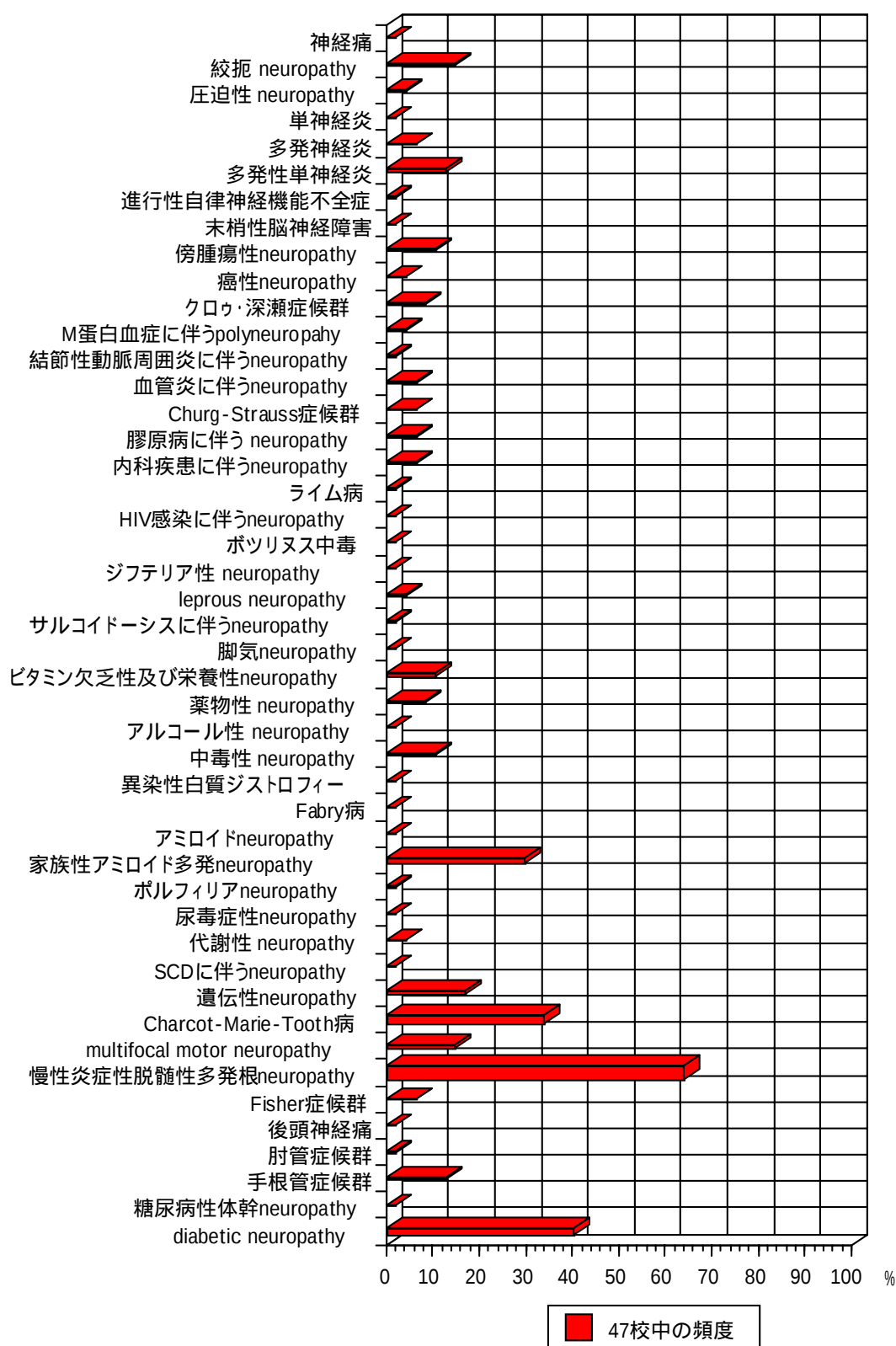
- パーキンソン病関連疾患の中で 6 年次までに教えている疾患名をお知らせ下さい。



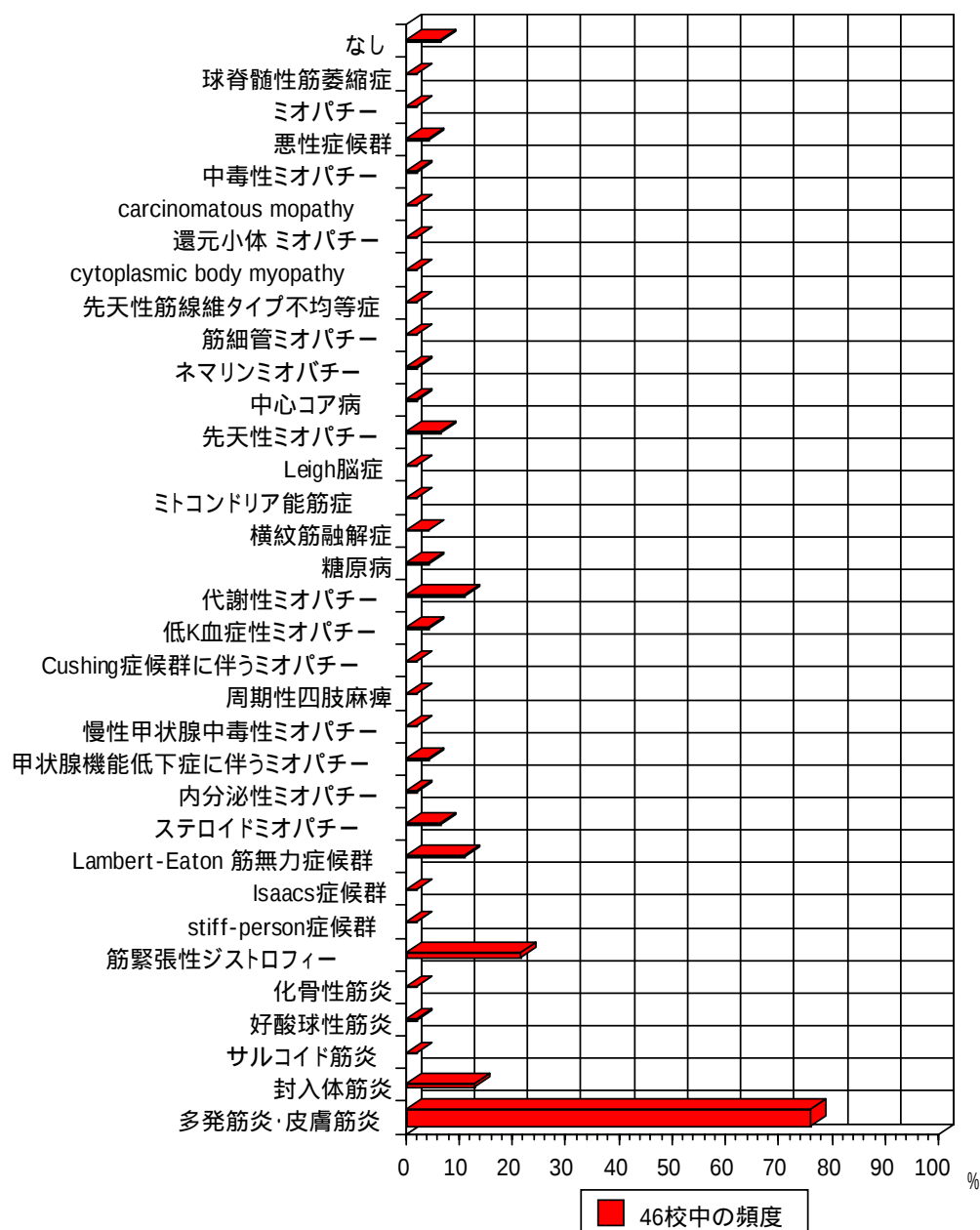
- 脊髄小脳変性症の中で、6 年次までに教えている疾患名をお知らせ下さい。



- 末梢神経障害の中で、ギラン・バレー症候群、ベル麻痺、三叉神経痛、肋間神経痛、坐骨神経痛以外に、教えている疾患がありましたらお知らせ下さい。



- 筋疾患の中で、重症筋無力症、進行性筋ジストロフィー、周期性四肢麻痺、ミトコンドリア脳筋症以外に教えている疾患がありましたらお知らせ下さい。



- 必修として追加すべき “common disease ” がありましたらお知らせ下さい。

提案された疾患: 正常圧水頭症、てんかん、圧迫性神経障害、多発性硬化症、 甲状腺機能亢進症に伴う神経疾患、多発筋炎、皮膚筋炎、イートン・ランバート症候群、片頭痛・緊張型頭痛を “C(2)” に追加 (以上、6校)。

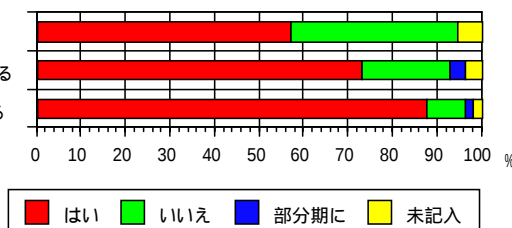
- 必修として追加すべき治療可能な疾患がありましたらお知らせ下さい。

提案された疾患: 特発性正常圧水頭症 (4 校)、多発筋炎・皮膚筋炎(2 校)、頭痛、てんかん、甲状腺機能低下と認知症、髄液減少症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発ニューロパチー、甲状腺機能亢進症に伴うもの、イートン・ランバート症候群、ウェルニッケ脳症、片頭痛、緊張型頭痛 (以上、各 1 校)。

- C(2)神経系 の中で△印のついた神経関係の項目一般について、現状はどうしていますか。

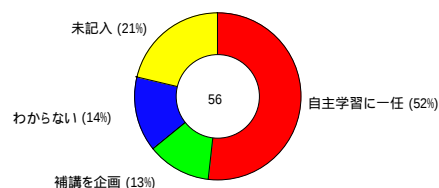
6年次は選択履修も可能です。そのために △印の項目を履修しない学生はいますか

5-6年次の臨床実習で教えている
臨床実習前の講義で可能な限り補って教えている



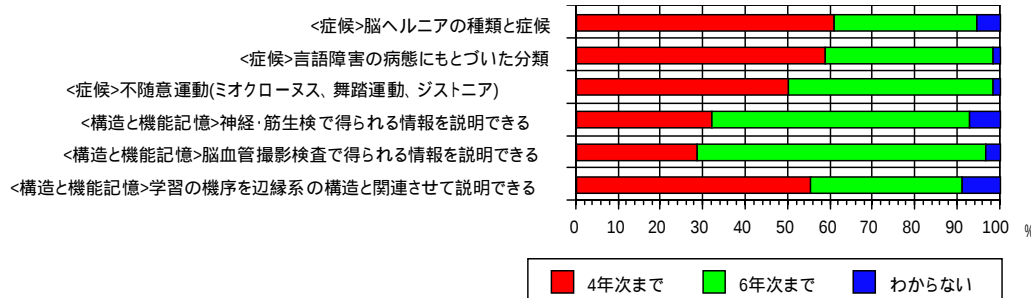
(回答 56校)

- 神経内科を選択履修しない学生には、△印の項目についてどのように対処していますか。



- C(2)神経系 の中で△印をつけて卒業時迄に履修できれば良いとされている項目について、何年次での履修が望ましいですか。

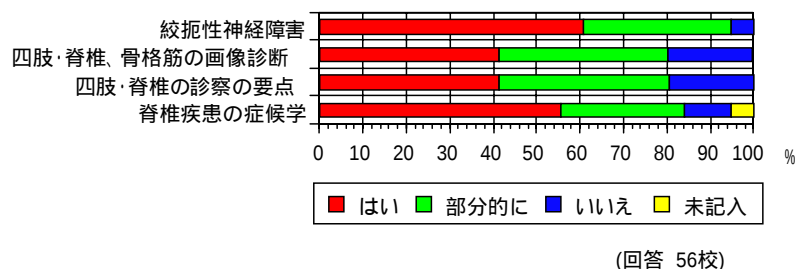
コメント: 5 年次まで (1)



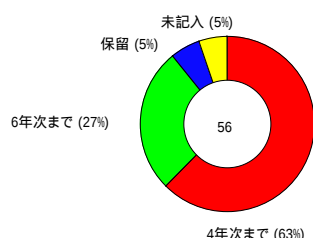
回答 56校

【C(4) 運動器(骨格筋)系 について】

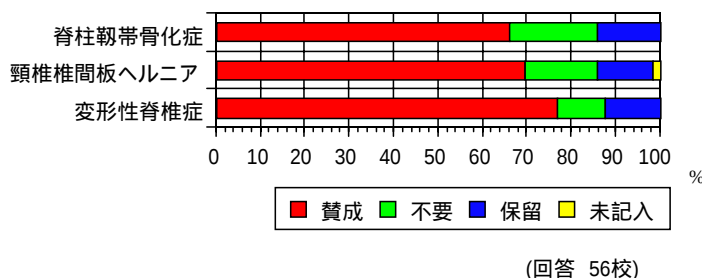
- 神経内科で教えていますか。



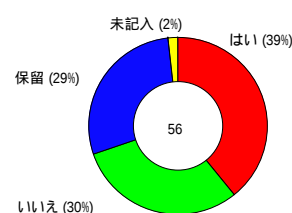
- 頸椎症性脊髄症はどの学年で学習するのが適切でしょうか。



- 追加すべき疾患について。



- これら運動器(骨格筋)系に指定されている症候と診断学は神経内科、脳神経外科、整形外科など複数の分野が関与しています。現状のままで良いとお考えですか。

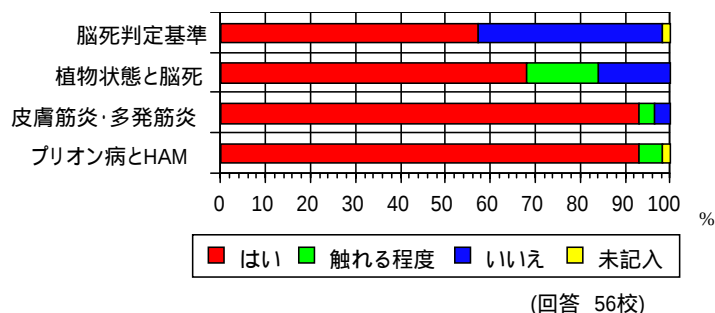


- "いいえ"とお答えの場合、神経内科が主体的に関与すべき内容を具体的に記載してください。

意見：絞扼性神経障害は神経内科が担当した方がよい(1校)。脊髄疾患は症候学を中心に、諸検査も含めて、神経内科が主体的に教えた方がよい(11校)。複数の診療分野に関係しているので横断的講義が望ましく、一部では既に実施している(5校)。現段階で強いて統合・単一化することはない(1校)。他の神経内科疾患との関連もあり primary care をまず行うべき(1校) …………
……(以上 19校)。

【C(2) 神経系, C(4) 運動器(骨格筋)系 以外の範疇で履修指定されている神経関係の項目】

- 神経内科で教えていますか。



- 脳死判定基準を教えていない場合は、どの診療分野が担当していますか。

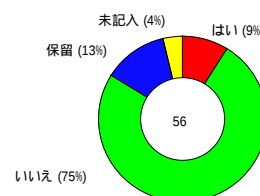
担当診療科: ICU・麻酔科・救急科(4校)、脳神経外科(9校)、神経内科担当の基礎診断学(1校)。

担当が曖昧・不明(2校)、判定基準の存在を教えておけば足りる(1校)……………(以上 16校)。

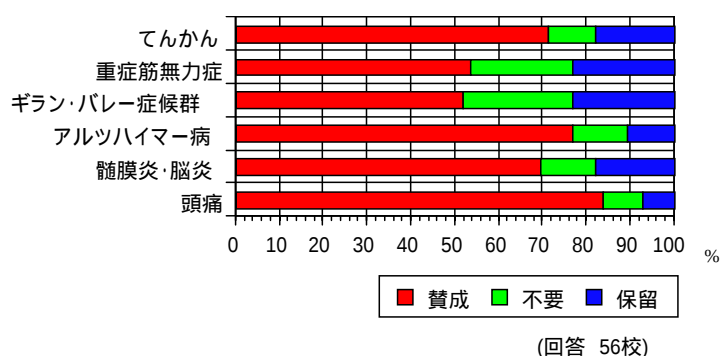
G.臨床実習

【内科系臨床実習 - 内科 において経験すべき神経疾患】

- 脳血管障害、パーキンソン病の2つが挙げられていますか十分でしょうか。



- 追加すべき疾患について。

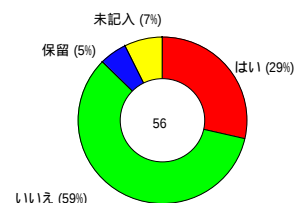


- さらに追加すべき疾患がありましたら、具体的に挙げて下さい。

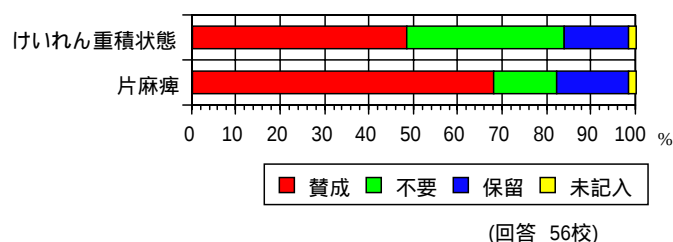
提案された疾患: 多発性硬化症(3校)、失神、ALS、中毒性・薬物性神経疾患(以上各1校)、日本神経学会で診療ガイドラインを作成した疾患、すなわち細菌性髄膜炎、頭痛、パーキンソン病、てんかん、ALS、痴呆性疾患、脳血管障害(1校)。

【救急医療臨床実習において経験すべき病態】

- けいれん、意識障害、頭痛、めまい、の4症候が挙げられています。
これで十分でしょうか。



- 追加すべき疾患



- これ以外にも追加すべき症候がありましたら、具体的に挙げて下さい。

提案された症候: 運動麻痺(3校)、しびれ感、呼吸筋麻痺、一過性意識消失もしくは失神を含む意識障害(以上、各1校)。

意見: 学生レベルでこれらの疾患の概念と治療を知っていれば良いのであって、内科研修医レベルでもできない疾患までも入れる必要はない(1校)。

その他、コア・カリについて御意見がありましたらご記入下さい。

代表的意見について原文を編集して転記

- コア・カリにあまり多くの項目を入れるのは慎重であるべきと考えます。本当のコアにすべきと考えます。
- 医学生レベルと研修医レベルと区別ができない。あまりに多くのレベルを医学生に求め過ぎている。研修医でもできない、経験少ない症例まで入れることに賛成できない。医学生と研修医との区別ができないのでは。
- コア・カリはあくまで医学生の最低限学習範囲の担保であり、各教育機関での随意的追加項目は可能である。多大な項目の追加は必要ない。
- コア・カリ冊子 p14 の骨格筋の部分を p13 の①神経系の一般特性の次に持ってきて②とする。
- 脳神経外科、整形外科との分担を統一して明確にするべきと考える。
- 現在のコア・カリの基準で神経内科学を教えている先生方は皆、時間的に不満を感じられている方が殆どだと思います。神経内科だけでなく、どの領域の先生方も同じように感じられていると思います。しかし、コア・カリで教科書的なことであっても、どの領域も全てを教えるのは無理です。よ

って基本の基本を教えて、後は自分で学習するその学習方法を教える、という点が極めて重要でコア・カリ理念の真髄だと思います。周りを見て、他の領域とのバランスを考えて、カリキュラムを組むという点が重要だと思います。そうしないと、学生ばかりに多大な負担が来ることになります。また、殆どの学生が神経内科は、内科の中でも特に難しい学問であると考えています。教え過ぎると、かえって難しいと感じて、逆に神経離れになることもあるので注意が必要だと思います。神経難病もちろん重要ですが、簡明、簡潔、治療で劇的に改善などのストーリーが、神経内科領域への勧誘に重要と思っています。

- コア・カリに準拠して“教える”には、あまりに授業・実習時間が足りません。実際には学生の自学・自習に頼っているのが現状です。また、専門家の理想とする知識水準を押しつけるような授業を行うと、神経内科を嫌う学生が増えてしまう懸念があります。残念なことです、多くの学生は授業や実習を医学部卒業と国家試験合格のための方便と受け止めているように感じます。とすれば、コア・カリも国試と連動したものであるべきかとも思います。
- 医学生の OSCE を担当していますが、現在すでに消化器や呼吸器に比べて習得しておくべき疾患や手技が多く、学生には神経内科に対する苦手意識があるようです。今回のアンケートにおいて、個別の意見については概ね賛成ですが、さらにコア・カリで神経分野の内容が多くなると、卒後臨床研修に入る前の医学部生に非常に多くことを要求することになり、学生の苦手意識を助長するのではないかと懸念されます。
- コア・カリによる教育の標準化は学生が最低レベルの知識を担保する効果は期待できるかも知れないが、それ以上のものではない。コア・カリの考え方にも「国家試験出題基準との整合性も考慮して」と記載されているように、このコア・カリのシラバスが、学生の国家試験の勉強目標になり、併せて行っているチュートリアル教育ともあいまって、国家試験のための学習目標になっている。すなわち「知識を詰め込むことを中心に行われるてきたこれまでの教育方法から、生涯にわたり自ら課題を探究し、問題を解決していく能力を身につけられるような、学生主体の学習方法に積極的に転換する」とあるが、学生の多くが、自らコア・カリキュラムのシラバスを目標にひたすら国家試験の受験勉強に励んでいる。まさに「学生主体の学習方法に積極的に転換する」教育に一見みえるが、あくまでも受験勉強であり、「自ら課題を探究し、問題を解決していく能力を身につけられるような」教育にはならないようである。基礎学力のない学生に基礎学力を自分で付けなさいといっても身につくはずはない。各大学の教育方針によりオリジナル性に富んだ個性的、かつ多様性のある講義、教育をやってこそ真の基礎学力をつけ、自立できる独創的な医師を輩出できるものと思われる。
- common disease、重要な神経難病、治療可能な疾患の必修化。
- 医師国家試験出題基準とのすりあわせについて、今後の方向性を御提案ください。実質的にはコア・カリよりも遙かに大きな影響力を、教育カリキュラムに及ぼしています。
- 当初の案は今や叩き台となるべき時期が来ていると考えます。

コア・カリに準じた医学教育から将来の神経内科医を育てるには何が課題でしょうか。

診断学と臨床実習に関する意見

- 病歴聴取と神経学的診察の重要性。
- 全身の診察に神経学的診察は重要な役割を担っていると認識してもらうこと。
- 臨床実習での魅力的カリキュラムを作り学生を惹き付けるのがよい。
- 診断を行う上では、現病歴の聴取が最も重要と考えます。現在のコア・カリでは病歴聴取の重要性が強調されていないと考えます。具体的にどのような形でそれをコア・カリに組み込むかは検討を要するでしょうが、如何なものでしょうか。
- 診断に至る道筋や治療の基本（神経内科の面白さ）をしっかりとベッドサイドで教えること、そのためには、教官が先頭に立つことはもちろんですが、学生教育の現場に若手医師を確保することが重要だと思います。
- 病歴聴取、一般身体診察に加えて、神経学的診察による病巣診断、鑑別診断のリストアップ、確定診断のための補助検査、それらの結果として得られる確定診断、治療方針決定という、一連の神経疾患診療の論理的過程を実際の多くの患者で経験し体得すること。
- OSCE に代表されるように、神経診察の手技を習得しても、その意義、すなわち病歴と神経所見から、病因・臨床診断が特定でき、鑑別診断、確定診断のための検査、治療プランを立てるまでには全く至らない。神経診察手技を生かすためには、ベッドサイドにおける異常所見の把握とその解釈、そして解剖学的局所診断と臨床診断を推測する上で最も重要な機能解剖学と神経症候学を基礎学力として教示する必要がある。この臨床修練の極致といわれる神経内科的アプローチはプライマリー・ケアの基本でもあり、その診方と考え方の教示は極めて重要である。そして、それが神経内科の存在意義でもある。

コア・カリの内容に関する意見

- コア・カリに含まれる神経疾患の数を増やすよりも、基本的な医療面接の手法、診察手技について、指導することが望ましいと考える。また、コア・カリに限って言えば、治療を何処まで含めるかは、他分野との整合性を考える必要がある。
- 医学生にあまりに多くのことを教え過ぎている。学生には知識を十分に入れますが、その治療、検査などより具体的な内容に関しては研修医で教えてはどうか。研修医では救命救急は必須ですので、そこで教育するのが良いと思われます。
- 脳外科、整形外科、精神科、眼科、耳鼻科との症候・疾患の共有（異なった視点からのアプローチ）と分担について協議すること。

- 以前は意味があったかもしれないが、今は殆ど無意味な反射名(例えば上肢の病的反射、下肢の人名のついた病的反射の多く)や診察法(多くの場合上下肢の Barre 試験や Mingazzini 試験は徒手筋力検査で代用可)を淘汰し、必要不可欠の事項だけを精選して教えることが望ましい。