

## 2015 年度（第 41 回）日本神経学会神経内科専門医試験 講評

第 41 回日本神経学会神経内科専門医試験における筆記試験・面接試験では 204 名が合格し、新規受験者の合格率は 83.1% でした。

筆記試験では必修、一般、症例の 3 領域に分けてそれぞれ 100 題を出題し、必修問題はより高い正答率を求めています。症例サマリー 10 例についての査読も行われ、不適切と判定されたサマリーは修正・再提出をして頂き、面接試験に反映されています。さらに、指導医による研修内容の評価も必要としています。

### 1. 筆記試験について

今年的一次試験においては試験問題の落丁がありました。大きなトラブルにはならなかったと考えていますが、若干なりとも影響を受けた受験生の方々には申し訳なく、専門医認定委員会としてお詫び致します。落丁の発生防止に向けて検討し、問題作成段階での再発防止について確認しました。筆記試験を開始する際に受験生の方々にもまず落丁の有無を確認して頂くようにアナウンスしておりますが、各段階で落丁の有無確認を行い、落丁の発生防止を徹底していくようにしたいと考えています。

#### 1) 正答率が低かった領域

全体として正答率の低かった領域は、末梢神経、筋・神経筋接合部の領域でした。末梢神経や筋の病理学的検査において、生標本を読む経験が少ないように思われます。それぞれの病理学的所見を示す疾患のみならず、それらの所見がどういう原因で起こるのかといったことまで理解するようにして頂きたいと考えます。筋疾患は現在の研修で遭遇する機会が少ないかとも思われますが、治療可能となってきた疾患も少なくなき、そういった観点からも、進歩している治療法を含めた筋疾患の理解に務めて頂きたい。

#### 2) 正答率が比較的高かった領域

血管障害、救急・外傷、脱髄・免疫、脊椎・脊髄の領域は、比較的良く研修が行われていると推定されました。しかし、急性期のみならず、その後のリハビリを含め、臨床医として知っておくべき医療・福祉・介護、地域連携などの制度、その適応についての理解が不足しているようにみられました。他職種に任せきりにするのではなく、患者の療養環境なども把握し、他職種などとの十分な連携と共に、時には指導・助言を行うことも神経内科医に求められていることを理解して頂きたいと考えます。

入院診療で受け持つ機会が多くなっていると考えられる脱髄・免疫性疾患についての理解は比較的良好のように思われましたが、背景にある基礎的な知識などの神経科学としての知識も学ぶ姿勢を望みたいと考えます。

脊椎・脊髄疾患についての理解も全体的に深まってきているように思われましたが、遭遇する機会の多い頸椎症性脊髄症のレベル診断に関する理解が不十分であると思われました。

#### 3) その他の領域

画像と脳部位を含めた臨床解剖、神経心理に関する問題は、ある程度の理解がされていると思われました。また、日常診療で用いる神経生理検査の基本的な事項は理解しておいて頂きたいと考えます。

神経変性疾患の領域は比較的良く勉強されていると思われましたが、治療に用いられる薬剤の副作用についての知識が若干不足している傾向も見られました。ぜひ理解を深めておいてほしいと考えます。

認知症を有する高齢者は急増しており、必ずしも認知症自体を診療対象としていない急性期疾患医療においても認知症を有する方を診療する機会は多く、他領域スタッフなどへの助言を求められる場合も少なくありません。神経内科専門医には変性性の認知症疾患の鑑別診断も期待されており、その知識は十分に持つようにして頂きたい。また、薬剤による認知症症状の増悪についても臨床において直面することは多く、それらの知識も重要です。

感染症・炎症領域の基本的な知識が必ずしも十分でない傾向も見られました。治療可能な疾患が多い領域であり、基本的な事項は正確に学んでおいて頂きたい。

日常診療において診る機会が多い、てんかんの種々の発作型の理解が十分でないように思われました。

なお、日本神経学会が発行しています診療ガイドラインなども、ぜひ目を通しておいて頂きたいと考えます。

#### 4) 比較的正答率の低かった設問について

必修問題では、下肢の negative myoclonus の診かたの具体的手技、各種の不随意運動の表面筋電図記録における特徴、中枢神経病理における肉眼所見の理解、細菌性髄膜炎の症状・症候などの基本的な事項、筋生検や生検筋の病理、組織化学の染色法、女性てんかん患者における診療上の注意などが低い正答率の設問でした。

一般問題では、錐体路障害で出現する症候の診かた、認知症患者におけるは排尿障害治療薬などの高齢者医療に関連する薬剤の知識、単純ヘルペス脳炎の画像、我が国に広く分布しているツツガムシ病の基本的な事項、中枢ミエリンの構成、実地臨床においてみるてんかん発作型とその背景病態などが低い正答率でした。

症例問題においては、記憶の分類、アルコール性ニューロパチー、FAP1型、CIDPなどの感覚障害の特徴、付随する症候、認知症の背景病態、孤発性遅発性ネマリンミオパチー、群発頭痛や発作性片側頭痛といった比較的頻度の少ない頭痛は低い正答率でした。

なお、症例問題においては、末梢神経の領域を中心に問題文が十分に読みこまれていないのではないかとと思われる解答が目立ちました。鑑別する際の肯定、あるいは、否定していくための確認事項など、記載されている経過や臨床所見などの意味を考えて問題を解くようにして頂きたいと考えます。

## 2. 面接試験についての面接員からの意見

基本的な神経学的診察手技はできる受験生が多くなっており、神経診察法のビデオやハンズオンなどの効果もあるのではないかと指摘もありました。一方、まだ基本的な手技をマスターしていないと判断される受験生もあり、神経診察法は神経内科専門医の基本であることを改めて認識して勉強して頂きたいと考えます。また、基本的な診察法はできるが、応用的な診察法、判断に苦慮する場合の診察法や対応・工夫などに欠けているとの指摘もあり、神経内科専門医にふさわしい神経診察の技量の取得にも取り組んで頂きたいと考えます。研修指導責任者の先生方には一層の研修指導をお願いしたいと考えます。

経験症例の領域に偏りがある受験生が少なくないとの指摘もありました。急性期診療のみの診療施設で研修してきた受験生の中には処置や治療に急ぐ習慣のためか病歴の取り方が若干簡略的になっていると思われる方もあり、逆に、慢性期診療施設で研修された受験生の中には急性期診療の経験不足が疑われる受験生もいたとの指摘もあり、研修は幅広くおこなうように心がけて頂きたいと考えます。当該研修施設での研修において十分でない領域については、他施設での研修やセミナー・ハンズオンの受講などで補う必要もあり、広範囲の神経内科研修を心掛けて頂きたい。教科書的な知識のみならず、広範囲の経験が必要で、研修指導者にはそのような研修が可能となるように指導と配慮をお願いしたいと考えます。

外来での経験も必要で、頭痛、めまい、末梢神経障害など、外来で遭遇することが多い疾患についての経験も心がけて頂きたい。神経生理検査などについても、自分自身で経験をして頂きたく、経験症例数のみならず、検査の意義や結果の解釈などについての理解なども専門医には求められることを認識して頂くよう希望します。

今回の試験の総括は以上の通りです。次年度以降の受験生の皆さんには、神経解剖学・生理学・薬理学・病理学などの基本的な理解の上に、症候学や神経診断学、画像検査、さらには神経治療学を学んで頂くように希望します。また、神経診断は問診から始まる点も理解して研修に務めて頂きたいと思います。日常診療の中で学んでいくと共に、本試験に向けて臨床神経学全体についての基本を改めて勉強して頂きたいと考えます。指導医の先生方には、上記の点も踏まえて指導を頂きますよう、お願いしたいと考えます。

2015年7月28日

日本神経学会専門医認定委員会

(文責 専門医認定委員会委員長 中島 健二)