

2019 年度（第 45 回）日本神経学会専門医試験の総括

第 45 回日本神経学会神経内科専門医試験は 199 名が合格して終了しました。新規受験者の合格率は 79.8%でした。

今回も筆記試験では必修、一般、症例の 3 領域に分けてそれぞれ 100 題が出題され、必修問題にはより高い正答率が求められました。また、症例サマリー 10 例に対する査読も例年通り実施され、不適切とされたサマリーに対しては修正と再提出を要求しています。サマリーは受験者が経験した重要な症例に関し、その診断・治療に至る思考過程を示す重要な資料で、口頭試問の際に大いに活用されます。しっかりとしたものを提出されるよう切望いたします。

1) 必修問題について

必修問題は 1 択問題を原則とし、委員会では 80% の正答率を期待して問題を作成しています。今回の平均点は 72.0 点で、ほぼ満足に近い点数をとっていただけたものと思います。

正答率が比較的良かった項目をいくつか挙げてみます。

- ・クリプトコッカス症の脳脊髄液所見・脊髄小脳変性症の特徴的な眼球運動障害・CAG リポート疾患・レボドパの血中濃度を下げる因子・針筋電図で筋線維起源の自発電位・腕神経叢の解剖・ハンチントン病での腱反射・DOAC の代謝経路・MS での視神経乳頭所見・転移性脊髄硬膜外腫瘍

急性発症の対麻痺の原因疾患として、転移性脊髄硬膜外腫瘍が答えられない受験生が多いことに驚かされました。除圧術の時間を争う疾患として臨床現場では極めて重要な病態です。また、NIHSS はおそらく受験生の多くが現場で頻用していると思われそうですが、ちゃんとした理解が十分なされていない印象を持ちました。

必修問題で問われるのは神経学の臨床を実践する上での基礎中の基礎です。ネットや講演会でのつまみ食いの知識ではなく、まずはしっかりと教科書を熟読して、満遍なく基礎的な学力を身につけられるよう希望します。また、神経解剖や神経生理、神経病理の基礎的な知識もあわせてよく勉強していただきたいと思います。

2) 一般問題について

一般問題の平均点は 57.4 点でした。3 つのカテゴリの中で最も難しく、正答率が低いのは一般問題であるのは例年と同様で、平均点も今年が特に悪いというわけではありません。

正答率が比較的良かった項目をいくつか挙げてみます。

- ・地域密着型サービス・結節性硬化症の合併腫瘍・ダビガトランからヘパリンへの切り替え・末梢神経ときほぐし所見・脳梗塞のマクロ、ミクロ病理所見・末梢神経の解剖学的破格・脳腫瘍の病理・エクリズマブと感染症・多発性硬化症の疾患修飾薬・ダビガトランの血中濃度に影響する薬剤・Wilson 病・central chromatolysis

エクリズマブ開始にあたって留意すべき感染症など、新薬として使われるようになったものに関する最新の知識は専門医として求められる重要項目です。しっかり身につけてください。また、各疾患を診断するにあたってキーワード（たとえば Wilson 病での Kaiser-Fleischer 輪）が提示されていない場合の正答率が非常に低いことが気になりました。神経病理の設問に対する正答率がおしなべて低調です。実際に顕微鏡をのぞく、積極的に CPC に参加するなどが推奨されます。また、介護サービスの実地に関する知識、指定難病や身体障害の認定などの知識も今後脳神経内科医は広く求められていくことになると思います。

一般問題では、例えば、急性の軸索変性を示す疾患を 2 つ選べ、というような知識のみを問うダイレクトな設問ではなく、まずときほぐしの所見を出してここでミエリン球の粒のそろった連鎖から急性の軸索変性を想起し、そして該当する疾患を 2 つ選ぶ、というような思考プロセスに重きを置いた問題が多く出されます。このような複合的な問題は単純な知識問題よりも識別指数が高く、良問であると判断されます。これからの複雑な思考過程を問う問題の比重が大きくなると思われそうですが、日常臨床の中で、それぞれの検査の持

つ意味、結果を臨床にどのように生かすかなどといった議論を是非活発に行っていただき、臨床の腕を磨いて頂きたいと思います。

3) 症例問題

症例問題の平均点は 69.9 点でした。実地の症例をどのように考えるかという形で作られた問題ですので、70 点近くをとっていただけているのはとても良い傾向であろうと思います。

正答率が比較的良かった項目をいくつか列挙します。

- ・脳血流 SPECT 所見と脳梗塞再発防止のための治療方針・自己抗体別の皮膚筋炎の特徴・2017McDonald 診断基準・先天性筋強直性ジストロフィー・円錐症候群、円錐上部症候群

炎症性筋炎の自己抗体測定はかなり普及してきたように思いますが、間質性肺炎や皮膚潰瘍を主体とする病型については十分な理解が足りないように思います。小児の神経筋疾患も脳神経内科医はなかなか触れる機会が少ないものと思いますが、重要な疾患はしっかり体得しておいてください。脊髄円錐病変の症候学は苦手になっている受験生が多い印象です。臨床の場で遭遇する機会は決して少なくないのでよく勉強しておくことをお勧めします。

4) 面接試験

面接試験では、神経学的診察の実技に関する試験と、提出されたサマリーに記載されている症例を中心とした神経学の基礎的知識を問う試問を各 20 分、計 4 人の面接員により行っています。

診察法に関する DVD の出版以来、標準的な診察手技から大きく外れた受験生はほとんどいなくなりましたが、DVD に取り上げられていない手技や、末梢神経系の診察、失語を含む高次脳機能の評価などは十分でない受験生が散見されます。日々の脳神経内科診療が十分なレベルでなされているかを見るのもこの試験の目的の一つです。反射の手技、筋強剛の評価、血管雑音、眼底所見など基本となる手技はしっかり身につけて試験に臨んでください。

サマリーの記載は非常に重要です。サマリーを基に質問しても、自分が書いているはずのことを十分理解していない受験生がみられるという指摘があります。試験前にはサマリーをもう一度熟読して、記載内容を過不足なく説明できるよう準備をしておいてください。

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、神経生理学、神経病理学の基本的理解の上に立って、神経症候学や画像診断学を学んでいただくことを切に希望します。神経学の教科書を改めてしっかり熟読しなおすことも大切です。また、指導医の先生方には、専門研修医に対して神経解剖学、神経生理学、神経病理学の基礎からご指導を宜しくお願い申し上げます。

令和元年 7 月 29 日
日本神経学会専門医認定委員会
(文責 認定委員長 神田 隆)