

第 46 回日本神経学会専門医試験の総括

第 46 回日本神経学会神経内科専門医試験は 201 名が合格して終了しました。新規受験者の合格率は 77.9% でした。今回の試験は COVID-19 パンデミックの影響を大きく受けました。実施可能性を含めあらゆる可能性について論議を重ねましたが、まず、当初の 6 月第 1 次試験、7 月第 2 次試験の予定を延期しました。受験生の受験可能性を最大限にすべく第 1 次試験は 11 月 8 日に全国 6 か所（仙台、東京、名古屋、京都、岡山、博多）で分散開催、第 2 次試験も京都と東京の 2 会場で 12 月 19 日で開催するという変則的な形をとることになりましたが、幸い両日とも緊急事態宣言の挟みの期間に入り、大多数の先生方は受験可能となつてつががなく終了することができました。専門医認定委員の先生方、神経学会事務局の皆様には多大な尽力をいただき感謝申し上げます。COVID-19 の影響により数名の先生は今回受験できなかったことは残念ですが、来年の第 47 回を目指して精進していただければと存じます。

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 69.0 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。

- ・レボドパ・カルビドパ経腸療法の主たる副作用・頭蓋底の解剖・アキレス腱反射が亢進する疾患の選択・超音波検査で評価困難な動脈・脱神経電位をきたす疾患・neurofibrillary tangle の病理・単純ヘルペス脳炎の後遺症

電気生理の基本を問う問題の正答率は比較的高かったのですが、波形の解釈ができない受験生が目立ちました。また、単純 X 線の所見を読む問題の正答率が低いことも指摘しておきたいと思います。電気生理や画像に限らず、典型的な所見を丸覚えするのではなく、日常臨床の中で自身が行った検査をしっかりと解釈していく訓練が必要と思います。

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。ガイドラインを丸覚えするのではなく、ガイドラインの文章の背景となる考え方をしっかりと身につけてください。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 55.1 点でした。3 つのカテゴリーの中で最も難しく、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。

- ・糖尿病性自律神経障害の症候・散瞳を示す中毒性疾患・那須ハコラ病・先天性筋強直性ジストロフィー・低血糖性脳症の MRI・コリンエステラーゼ阻害薬投与時に注意すべき基礎疾患・染色体に組み込まれて垂直伝播をきたすウイルス・下部脊髄の解剖・自己免疫性脳症と検出される抗体・多小脳回のマクロ所見・脳卒中リハビリテーションでの保険適用病態・肥厚性硬膜炎をきたす基礎疾患・ミクロで血管石灰化をきたしやすい脳部位・神経梅毒の脳 MRI・内包膝部病変による血管性認知症・asterixis をきたす基礎疾患・SBMA と喉頭痙攣・疼痛の目立つニューロパチー・急性脱髄の末梢神経病理

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のは例年と同じですが、こういう問題の場合は、筋道を立てて考えればキーワー

ドが提示されている問題よりも解ける確率が高いです。日頃の診断についてのカンファレンスや考察の積み重ねが大切です。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、次の中から急性の脱髄を示す疾患を選べ、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、まず軸索が残存してその周囲をマクロファージが髄鞘を貪食している病理所見を出してここで急性期の脱髄を想起してもらい、そして該当する疾患を選ぶ、というような病理所見の読み+思考プロセスを問う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。これからも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ませんが、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70.4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点を超える成績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挙げてみます。

- ・EGPAの病理と新規治療・アレキサンダー病の臨床症候・MOG関連疾患の臨床的特徴・Perry症候群・成人発症Ⅱ型シトルリン血症・CTXの脳MRI

EGPAに対するメボリズムブなど、新しい治療に関する最新の知識も専門医には要求されます。神経疾患は新薬が目白押しです。最新の知見にしっかりキャッチアップしましょう。MOG関連疾患も次第に概念が固まってきたように思います。総じて新しい概念、治療に関する問題は点数が低い傾向があります。これは必修問題、一般問題にも共通してみられることで、専門医は最新の知識を常に要求される存在だということを忘れず勉強してください。

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した。今年度はCOVID-19パンデミックの影響で模擬患者がリクルートできない状況になり、実技試験をどのように施行するか委員会で審議した結果、模擬患者を入れない状態で実技、知識あわせて30分の面接試験といたしました。

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。COVID-19の動向が見えないまま、試験の延期や会場の変更など、受験生の皆さんは大変不安な思いをされたものと思いますが、内科学会など今年の専門医試験を見送った学会もある中で何とか実施することができ、私も安堵しています。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3年1月16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)