

2016 年度（第 42 回）日本神経学会神経内科専門医試験 講評

第 42 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 164 名が合格し、新規受験者の合格率は 77.2%でした。

症例サマリー 10 例についての査読も行われています。今年は、4 月に起こりました熊本地震による影響などを考慮してサマリーの修正・再提出は中止し、査読による指摘事項を受験生に通知するに留めました。症例サマリーは面接試験における資料としても用いられています。さらに、指導医による症例サマリーの確認も行って頂くと共に、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

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。今年の一次試験では蜂の試験会場への乱入がありましたが、それ以外に大きなトラブルもなく、無事終了しました。

1) 正答率が低かった領域と設問

全体として正答率の低かった領域は、末梢神経領域でした。末梢神経病理の基本的な読み方は比較的良くなって来ていると思われましたが、多数の原因疾患や病態がある末梢神経疾患全般の学習が不足している印象がありました。末梢神経障害は日常臨床で多く経験する病態でもあり、十分な学習を求めたいと思います。

一般問題・症例問題における神経症候学、神経解剖学、神経心理、臨床神経生理の設問も正答率が低い傾向がみられました。個別の各疾患は比較的良く学習されているように思われましたが、臨床神経学の基本的な領域の学習が全体として不足していることが懸念されました。また、神経・筋接合部疾患や筋疾患の設問も正答率が低い傾向がみられました。所属施設において研修期間中に筋疾患は経験する機会が少ないかとも思われますが、今年は筋強直性ジストロフィーや顔面肩甲上腕型筋ジストロフィーなどの比較的 major な筋疾患の症候に関する設問もありましたが、十分な学習ができていない受験生が多いとの指摘もありました。筋病理に関する問題も正答率が低い傾向であり、筋生検については自分の眼でも所見を確かめる習慣をぜひ身につけて欲しいと思います。

必修問題は 80%の正答率を期待して出題しましたが、実際には 64%でした。Head-up tilt 試験などの自律神経に関する検査や解剖・生理や病態、深部感覚障害の評価の診かたなどの設問の正答率が低い傾向でした。全体的に神経解剖学や局所診断学の知識が不足している傾向が伺われました。それぞれの疾患や検査についての学習はされていると思われましたが、症候の解剖学的な背景や臨床神経生理検査の背景としての生理学的基礎知識も学習しておいて頂きたいと思います。また、臨床で用いられる認知症の評価法、言語障害や失語症などの知識に関する設問も低い正答率でした。

一般問題の正答率は 56%でした。小脳の入力系・出力系、結節性硬化症の皮質結節の病理所見、左後大脳動脈領域梗塞で生じる症候、ミトコンドリア異常症などに関する設問の正答率が低い傾向でした。

症例問題の正答率は 62%でした。封入体筋炎の筋病理所見、セレン欠乏、群発頭痛の治療や予防、多発脳動脈瘤の原因と治療、排尿障害や膀胱機能の機序などの設問の正答率が低い傾向でした。また、前頭側頭葉変性症についての理解も不足しているように思われ、代表的な認知症疾患は十分に学習しておいて頂きたいと考えます。

2) 正答率が比較的高かった領域

正答率の比較的高かった領域としては、日常の診療でも経験する機会が多いためか、急性期脳血管障害、脱髄・免疫、感染症、てんかんなどでした。しかし、脳卒中のリハビリや維持期・制度上の問題などの理解が不足している傾向がみられました。この点は、今年の講評でも指摘しておいた点ですが、今年も変わらない傾向でした。また、昨年と同様、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でしたが、遭遇する機会の多い頸椎症性脊髄症のレベル診断などに関する理解が不十分であると思われました。

3) その他

神経変性疾患の領域は比較的良く理解されていると思われましたが、解剖学に関連する問題があまりできていませんでした。また、中毒に関する設問の正答率が低い傾向でした。

2. 面接試験についての面接員からの意見

日本神経学会では、神経学的診察法に関する DVD を作成しています。また、ハンズオンなども行っています。これらで示しています基本的な神経診察法は習得しておく必要があります。一通りの診察手技はでき

るが、その一つ一つの手技が不正確な受験生、例えば、腱反射やクロウヌスを正確に診ることができない受験生もいたとの指摘もありました。神経診察法は神経内科専門医の基本ですので、十分に学んでおいて頂きたいと考えます。また、専門医には、基本的な診察技法のみならずそれらを応用して診ていく技量も要求されます。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。

症候学が十分に学習できていない、神経症状を生じるメカニズムや解剖学的な変化などが理解できていないとの指摘もありました。失語症の問診・診察の進め方が不正確であったり、眼底鏡検査ができないと思われる受験生、救急の現場で意識障害患者を診る際のポイントや脳ヘルニアの進行時の診察が理解できていない受験生が少なくなかったとの指摘もありました。教科書的な理解はできているがそれ以上の理解ができない、例えば、経験症例数記載用紙には多数の経験症例数が記載されている Parkinson 病に関する薬物治療の進め方についての治療ガイドラインに沿った説明はできるが、治療薬の具体的な名称や投与量などは答えられず、実際に診療しているかどうか疑問に思われることも少なくなかったとの指摘もありました。また、治療法の選択根拠が理解できていない、ある治療薬で副作用が見られた場合の対処などの理解が不足している受験生もみられたとの指摘もありました。

いつも指摘される点ですが、症例レポートに「神経伝導検査で脱髄性所見がみられた」と書かれてあるもので具体的にはどのような脱髄所見がみられたか問うと答えられなかったり、「正中神経はどこを刺激するのか」との問いに答えられないなど、検査を自分で行った経験がないのではないかと懸念についての指摘がありました。臨床検査は実際の手技も含めた理解が必要で、専門医には自分でも行った経験も求められている意義も理解して研修を行って頂きたいと思えます。

昨年の講評にも記載しましたが、今年の面接試験においても経験症例の領域に偏りがある受験生が少くないとの指摘がありました。自施設での研修で不足する領域については、他施設での研修や日本神経学会が開催するハンズオンやセミナーなどの機会を利用したりして学ぶなど、偏りのない神経内科研修を心掛けて頂きたいと考えます。研修指導者には、そのような研修が可能となるような配慮をお願いしたいと考えます。

外来での経験が不足しているとの指摘もありました。また、頭痛やめまい、運動失調などの鑑別に必要な病歴が十分に取れない受験生の指摘もありました。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と考えます。

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方々には、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励んで頂きたいと思えます。日常診療の中で学んで頂くと共に、この機会に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、これらを踏まえてこれまでも増して研修指導に努めて頂きますようお願いしたいと考えます。

平成 28 年 7 月 16 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)