

会

報

社団法人 日本病理学会
 〒113-0033
 東京都文京区本郷2-40-9
 ニュー赤門ビル4F
 TEL: 03-5684-6886
 FAX: 03-5684-6936
 E-mail jsp-admin@umin.ac.jp
 http://jsp.umin.ac.jp/

社団法人日本病理学会

第225号

平成18年(2006年)10月刊

1. 平成18年度学術奨励賞受賞候補者の推薦について

社団法人日本病理学会学術委員会は、平成18年度学術奨励賞受賞候補者の推薦を以下のとおり募集いたします。

平成18年10月
 社団法人 日本病理学会
 理事長 長村 義之
 学術委員長 岡田 保典

平成18年度学術奨励賞受賞候補者の推薦について

学術奨励賞は、病理学の基礎的研究あるいは診断業務の中で特に優れた学術的貢献を行った本学会若手会員に対して与えられる賞です。

受賞対象者は、その年度末(3月31日)段階で3年以上の会員歴を持つ40歳以下の会員としています。

学術評議員各位には、下記の要領で候補者の推薦をお願いいたします。

推薦要領

1. 本年度は、数名への授与を予定しています。
2. 募集締切り期日は、平成19年1月10日(当日消印有効)とします。
3. 候補者の推薦にあたっては、日本病理学会ホーム

ページよりダウンロードした所定の書式をご利用の上、書留郵便にて日本病理学会事務局までご送付ください。ダウンロードできない場合には本学会事務局までご請求ください。

4. 学術奨励賞受賞者には、賞状と記念品が贈呈されます。
5. 賞の授与は、次年度の総会において理事長が行います。

なお、本件について、ご質問などがありましたら、本学会事務局までお問い合わせください。

2. 常任理事会報告(平成18年7月～8月)

◎第4回(平成18年7月21日)

1. 英国病理学会100周年記念大会合同シンポジウム(7月4日～7日)に、青笹克之、坂本穆彦、笹野公伸の各理事および長村義之理事長が参加したことの報告があった。
2. 長村義之理事長がドイツ病理学会 会長 Prof. Kirchner 氏と面談し、今後のドイツ病理学会との交流について協議したことの報告があった。
3. 学生・研修医向けレジナビフェア(7月16日 東京ビッグサイト)に参加した長村理事長より報告が

新学術評議員の推薦について

本学会学術評議員として適当と思われる会員(資格条件は、申請時点において病理研究歴満7年以上、会員歴5年以上)がありましたら、その候補者名に所属機関、職名、略歴並びに業績目録をそえ、推薦状に学術評議員2名以上連署のうえ、平成19年1月10日までに学会事務局あて書留にてお送り下さい。

各位からご推薦のありました候補者につきましては、理事会において上記の条件を書類審査し、その結果により、春期総会時に開催されます学会総会にて承認を受けることとなります。

社団法人日本病理学会事務局

あった。今回は学生が対象であったので、多数の参加者があり盛況であった。8月6日の大阪でのレジナビフェアには、パネルのみ実費で参加する旨、主催者に伝えることにした。また、各地でレジナビフェアが開催されているので、支部会に周知する必要があるのではないかとの意見もあった。

4. 外保連委員の交代について協議し次のとおり変更することとした。

外保連検査委員会 実務委員会	長村理事長から根本理事 齊藤 澄学術評議員から稲 山嘉明学術評議員
-------------------	---

5. 「若手医師育成のためのワークショップ」は、8月20日に、企画委員会・教育委員会・病理専門医制度運営委員会の担当として、事務局を日本医大田村浩一委員に依頼し、開催することの確認を行った。
6. 来年の細胞診講習会は、慈恵医大羽野寛教授に依頼し、平成19年3月3日・4日に慈恵医大を会場に開催することが決定した。今後の細胞診講習会は、病理専門医を目指す会員のために限定するため、病理専門医試験委員会が担当してはどうか検討され、病理専門医制度運営委員会に諮ることとした。また、講習の内容についても、法令などの基礎知識をいれてはどうかの提案がなされた。
7. 本年度の「若手医師育成のためのワークショップ」には、例年どおり30万円を補助金として支出し、収支決算の報告の提出を求め今後の事業予算に生かすこととする。
8. プログラム推進委員会については、学術集会の会長および世話人の応募用紙について、持ち回り委員会にて改訂を行った。今後は、病理診断講習会委員会との打ち合わせを行うことにしている。
9. 日本臨床衛生検査技師会との会合が7月10日にもたれた（病理学会側出席者 長村理事長 黒田理事 根本理事）。両会で、病理系臨床検査技師の認定についての覚え書きを双方で確認中であることが報告された。この会合では、PA制度の導入については今まで話題にのぼったことがないことを確認した。今後も継続して話し合いの場をもつことにした。また、「技師会との関係小委員会（仮称）」を理事長直轄の委員会として、設置する方向である。
10. 病理診断体制専門委員会の活動について
7月10日行われた委員会について、水口委員長より議事録が提出された。

◎第5回（平成18年8月29日）

1. 6月～8月に3回にわたって参加した、学生および臨床研修医のレジナビフェアについて、笹島ゆう子学術評議員より報告書が提出された。その際指摘され

た、認定施設の研修受け入れ可否と病院ホームページへのリンクについては、広報委員会にて病理学会ホームページへ掲載するよう準備している旨、報告があった。来年以降、レジナビフェアに参加するかどうかについては、学生対象は参加してもよい（ブース30万円）との意見も出されたが、それも含めて、今後については企画委員会の小委員会でも検討することとした。

2. ドイツへの交換留学・派遣では、本年度は、昭和大学の塩沢英輔会員が9月から渡独することになっており、ドイツ病理学会より2万ユーロを受け取るようになっており、2007年のドイツ病理学会への派遣については、岡田理事が参加することになっており、ドイツからは大阪での総会に1名特別講演として参加がある。これに関しては2,000ユーロと3泊分を海外招聘事業から支出することにした。
3. 病理教材の共有化は中島孝理事が教育委員会の事業として、学生を対象とした病理各論コア画像のホームページ化を進めており、そのサンプルが提示された。作成費について、見積もりを提出するよう依頼している。
4. 厚生労働省医政局経済課の中谷祐貴子課長補佐との勉強会を9月8日に開催することとし、病理診断体制専門委員会および社会保険小委員会のそれぞれの委員長（水口國雄・稲山嘉明両学術評議員）に、病理学会としての優先要望事項をまとめてもらった。それをもとに中谷課長補佐より意見をもらうこととした。
5. 坂本穆彦理事から、医学会用語委員会に出席した際の報告書が提出された。「日本医学会医学用語辞典英和 第3版」の改訂につき、英語に対する訳語の検討を、坂本理事および用語代委員の森永正二郎学術評議員で担当することである。
6. 日本医学会より、「日本医学会における今後の検討事項について」アンケート調査がきており、病理学会としては「医療関連死における諸問題」「医療の質と安全について」を回答することとした。
7. 8月20日に、「若手病理医育成のためのワークショップ」を、企画委員会・教育委員会・病理専門医制度運営委員会3者担当で開催した。スタッフを入れて45名が参加し、5つのグループに分かれてテーマ別に意見交換を行った。総合討論の結果も踏まえて報告書を日本医大田村浩一委員がまとめることになっている。
8. 企画委員会のアドホック委員会として「若手医師確保に関する小委員会（案）」を発足させることにした。メンバーについては、深山企画委員長からの提案を

- 常任理事会に諮ることとした。
9. 本年度病理学会カンファレンスの世話人である樋野興夫理事より、報告書および収支計算書が提出された。病理学会カンファレンスは、来年度旭川医大の小川勝洋理事が担当することまでは、決定している。技術講習会については、本年度は開催することになっているが、研究推進委員会では今後継続していくかどうか、検討しているところである。
 10. 本年度病理専門医試験は65名の受験者のうち、合格者は49名（合格率75.4%）であった。
 11. 医療関連死関係専門委員会の黒田理事より、現状について説明があった。東京の場合15例中3例が報告書の作成が終わっているとのことである。
 12. 病理医適正配置の今後の方針としては、医療業務委員会と支部委員会とが連携してアンケート調査を行うことになっている。
 13. 倫理委員会委員増員について井藤久雄委員長より提案のあった、伊藤雅文、本山悌一、長嶋洋治以上3名の学術評議員の増員を承認した。

お知らせ

1. 平成18年度（第15回）「医科器械史研究賞」および「青木賞」受賞候補者の募集について

申込み締切り：平成18年11月17日

連絡先：（財）日本医科器械資料保存協会

「医科器械史研究賞」係

〒113-0033 東京都文京区本郷3-39-15

医科器械会館4階

TEL 03-3813-1062

会費口座自動振替についてのお知らせ

事務局では平成19年度会費口座自動振替の準備をいたします。新規お申し込み、または口座変更、ご退会、院生・初期研修医会費適用希望（平成18年度適用者も含む）、その他のことがございましたら11月末日までに事務局宛お知らせください。すでにお届けを頂いている場合の再連絡の必要はありません。

また、終身会費のお納めにつきましては、該当される先生には事務局よりご連絡を差し上げます。

社団法人 日本病理学会事務局 〒113-0033 東京都文京区本郷2-40-9 ニュー赤門ビル4F

TEL: 03-5684-6886 FAX: 03-5684-6936

E-mail: jsp-admin@umin.ac.jp

第 24 回 (2006 年度) 日本病理学会 病理専門医試験報告

第 24 回病理専門医試験実施委員会
委員長 仁木 利郎

1. はじめに

2006 年度の試験は、第 24 回日本病理学会病理専門医試験として、去る 7 月 29 日 (土) 30 日 (日) の両日にわたり、日本医科大学を会場として行われた。本年度の受験者総数は 65 名 (欠席なし) で、49 名が合格し、合格率は 75.4% であった。同時に第 14 回日本病理学会口腔病理専門医試験 (委員長: 長谷川博雅) も行われた。

試験の内容と方法は、基本的には従来の方法に準拠して行われた。以下に本年度の試験の概要を報告する。

2. 試験内容与方法

試験は表 1 に示すスケジュールに従って実施された。試験の内容は、例年どおり I 型, II 型 (IIa, IIb, IIc), III 型試験および面接から構成されている (表 2)。

① I 型試験

I 型試験問題は 30 題の写真問題と 20 題の文章問題からなる。写真問題は、「I 型試験問題写真集」として各受験者に配布され、これを見ながら解答する。写真の内容は、X 線などの画像、肉眼像、組織像、細胞像、免疫組織化学所見などであり、主に病理診断名を問う形式となっている。解答は記述式が主体であり、細胞診の問題は主として多肢選択による。文章問題は正誤判定 (○×) 形式であり、病理業務に関する法的知識、検体処理法や標本作製技術に関する基本的な知識が問われる。

② II 型試験

II 型試験は主に外科病理学の全般的な知識を問う鏡検試験で、IIa, IIb, IIc 型に分かれている。設問では主として病理診断が要求されるが、一部は診断に必要な免疫組織染色に関する知識なども求められる。解答は基本的には記述式であり、細胞診の問題は主として多肢選択による解答となっている。IIa, IIb 型問題は各々 20 例のガラス標本セットが予め受験者へ配布されており、時間内での見直しが可能である。IIa 型と IIb 型は受験者のグループ分けの都合上、配布問題を二つに分けたものである。IIc 型は 20 題からなり、受験者が 1 題について一定の時間内 (3 分以内) で鏡検、解答し、隣の受験者にプレパラートを回すという巡

回形式の問題である。多数のプレパラートを用意することの困難な内視鏡生検、皮膚生検、術中迅速診断時の凍結切片標本、細胞診などが出題される。

③ III 型試験

III 型試験は、病理専門医試験および口腔病理専門医試験に共通で、剖検症例 1 題が出題される。脳を含む全身諸臓器から病理所見を拾い上げる能力、臨床所見を加味して病態や死因を総合的にまとめる能力が問われ、設問に対する解答を記述することが要求される。具体的には、症例の臨床経過概要、主な検査データ、病理解剖肉眼所見、III 型試験問題写真集、プレパラート 1 セットが各受験者に配布され、これらを検討して、剖検診断書の作成と所見ならびに設問に対する解答を所定の用紙に記述するものである。

④ 面接

面接は III 型試験の解答用紙を参考資料とし、III 型試験の理解を口頭試問により確認するという形式で行われた。

3. 問題と採点の基本方針

I 型および II 型問題に関する臓器ないしジャンル別出題数を表 3 に示す。この割合は例年とほぼ同様であり、ほとんどすべての臓器から出題された。細胞診の問題は例年どおり 10 題で、文章題を除く外科病理の全問題数 (90 題) に占める割合は 11.1% である。I 型問題において、10 題は肉眼写真、2 題は臨床画像の含まれた問題である。IIc 型問題には迅速診断時の凍結切片標本が 2 題含まれている。

出題内容は基本的に日本病理学会病理専門医研修要綱 (平成 13 年 11 月) に準拠し、病理専門医試験の受験資格を満たす実務経験を有する一般的な病理医の知識ならびに能力を評価することを目標とした。しかし、日常業務で遭遇する頻度は低いが、重要な疾患については出題の対象とした。

採点にあたっては出題者の模範解答を満点として、そこからかけ離れ度に応じて減点した。用語については正しい内容であればいずれも正解としたが、誤字、スペルミスなどは程度に応じて減点した。細胞診の出題は 10 題中 9 題を多肢選択とし、1 題は推定病変を記述する形式とした。

面接評価は各面接担当者による A, B, C, D, E, F の 6 段

階評価で行った。

4. 試験問題と模範解答

表4～8にI型およびII型の各問題の模範解答と受験者の平均点を示す。

III型問題（一部省略）とその模範解答および配点は次の通りである。

1) 臨床経過概要

【症例】 68歳，女性

【主訴】 食欲不振，嘔気，めまい

【職業】 主婦（元事務職 20～40歳）

【家族歴】 特記すべきことなし。

【嗜好歴】 たばこ（－），アルコール（－）

【既往歴】 29歳時に某大学病院で高血圧とレイノー現象を伴う手指の腫脹，皮膚硬化，肺線維症を指摘され全身性硬化症と診断。ステロイドをはじめとする治療を受けていた。53歳時にはステロイド糖尿病を発生しステロイドの減

表1. 第24回日本病理学会病理専門医試験スケジュール

1日目 7月29日（土）				
時刻	事項	場所		
11:00	受付開始	橘桜会館1階ラウンジ		
12:00	受験生集合（全員）待機室	橘桜会館2階大視聴覚室		
	試験委員長・試験実施委員長挨拶，説明	橘桜会館2階大視聴覚室		
12:30	III型問題（剖検症例：レポート作成）	大学3号館1階実習室		
15:00	I型試験会場へ移動・休憩			
15:30	I型問題	橘桜会館3階実習室		
16:40	面接待機			
17:00	面接	橘桜会館地下実習室		
	受験生1人，面接担当者2名の面接（約10分）を受ける			
19:10	受験生は面接終了後，順次解散			
2日目 7月30日（日）				
時刻	事項	場所		
8:50	受験生集合	大学3号館1階実習室		
9:00	II型問題（各60分）	大学3号館1階実習室		
		IIa（20題）	IIb（20題）	IIc（20題）
9:00-10:00		A組	B組	C組
移動（10分）				
10:10-11:10		C組	A組	B組
移動（10分）				
11:20-12:20		B組	C組	A組

試験終了後，アンケート記入，順次解散

受験番号：1-22=A組 23-44=B組 45-65=C組

表2. 試験内容与方法

種類	内容	出題数	配点（回答方法）・評価法	配点	試験時間
I型	写真（生検，剖検，細胞診，マクロ，ミクロ）	30題	各5点（記述21，五者択一9）	150点	70分
	文章〈法律，管理，技術〉	20題	各1点（○×式）	20点	
II型	IIa ガラス標本配布鏡検	20題	各5点（記述19，五者択一1）	300点 （各100点）	180分 （各60分）
	IIb ガラス標本配布鏡検	20題	各5点（記述20）		
	IIc ガラス標本巡回鏡検（内視鏡生検，凍結切片，細胞診）	20題	各5点（記述15，五者択一5）		
III型	剖検症例〈写真，配布標本鏡検〉	1題		150点	150分
面接	受験者2名1組，面接担当者3名，5組同時進行		6段階評価（A，B，C，D，E，F）		10分

表3. 臓器別出題数

臓器・ジャンル	I型	IIa型+IIb型	IIc型	計
神経・感覚器	2	3	1	6
循環器	2	0	0	2
呼吸器	4	4	0	8
消化管	1	6	5	12
肝胆膵	2	1	1	4
内分泌	1	3	0	4
泌尿・男性器	2	4	2	8
女性器	1	5	2	8
乳腺	0	4	0	4
造血器	5	3	0	8
皮膚	1	5	2	8
骨軟部	2	2	0	4
細胞診	5	0	5	10
口腔・唾液腺	2	0	2	4
計	30	40	20	90

量, 食事療法, 経口血糖降下剤で経過観察されていたが, HbA_{1c}は8%前後(正常3.6-5.8)であった。58歳時には骨粗鬆症, 腎機能不全(BUN 25 mg/dl (8-20), Cr 1.0 mg/dl (0.4-0.8))を認めたが, 膠原病の悪化を予防するため治療の変更はおこなわれず, 経過を見ることとなった。

全経過中にわたり, 網膜症, 神経障害は指摘されていない。

【現病歴】(68歳時)入院2ヶ月前より, 食欲不振, 嘔気, めまいを自覚。検診で左中肺野の小腫瘍影を指摘され来院。

【入院時現症】身長147 cm, 体重29.5 kg, 体温36.6°C, 血圧160/82 mmHg

意識は鮮明。眼瞼結膜に貧血あり。手指先の腫脹。白色硬化あり。心音は著変なし。

両下肺野中心にfine crackleを聴取。

【入院時検査データ】

血液一般: WBC $6.9 \times 10^3/\mu\text{l}$ (4.0-8.0), RBC $242 \times 10^4/\mu\text{l}$ (369-493), Hb 7.3 g/dl (13.3-17.1), Ht 22.4% (38.3-51.3), Plt $39.8 \times 10^4/\mu\text{l}$ (15.5-36.7),

生化学: TP 7.0 g/dl (6.7-8.3), Alb 3.3 g/dl (3.9-4.9), AST 19 IU/l (8-38), ALT 5 IU/l (4-44), LDH 210 IU/l (106-220), T-Bil 0.3 mg/dl (0.2-1.2), Na 134 mEq/l (135-144), K 5.1 mEq/l (3.4-4.9), Cl 105 mEq/l (98-110), BUN 26 mg/dl (8-20), Cr 1.49 mg/dl (0.4-0.8), T-Cho 221 mg/dl (130-220), CRP 0.08 mg/dl (0.0-0.3), BS 68 mg/dl (70-110), HbA_{1c} 4.7% (3.6-5.8)

尿検査: 尿蛋白(3+), 尿糖(-), 潜血(2+)

抗核抗体80倍(Homogenousとspeckled), その他の自己抗体(トポイソメラーゼI, セントロメア, Jo-1, RNP, SS-A, SS-Bを含め)陰性。

腫瘍マーカー CEA 23.7 ng/dl (5.2以下)

AFP <3.0 ng/dl (8.5以下)

SCC 2.7 ng/ml (1.5以下)

CYFRA 1.8 ng/ml (3.5以下)

SLX 135 U/ml (38以下)

【入院後経過】

入院直後に腹痛が出現。画像上イレウスと診断。イレウスチューブを挿入。内視鏡検査で下行結腸に腫瘍が見つかり開腹切除を施行。術後高血圧(最高180~200 mmHg)が続きコントロール不良。尿量の減少と貧血が進行したため輸血を施行。術後18日目にはタール便が出現。また術後, 発熱と白血球数の増加を認めた($24.6 \times 10^3/\mu\text{l}$)。術前はBUN 8 mg/dl, Cr 1.34 mg/dlであったが徐々に腎機能が悪化し術後23日目には(BUN 181 mg/dl, Cr 3.02 mg/dl)となり, アシドーシス, 高カリウム血症(K 6.0 mEq/l)および意識障害が進行。ケイキサレート使用したが呼吸障害が進み死亡。

【臨床上の問題点】

1. 消化管出血の原因は何か。
2. 左中肺野に見られた小腫瘍影は何であったか。
3. 腎不全の原因として何が考えられるか。

2) 病理解剖肉眼所見(省略)

3) 配布写真

1. 下行結腸手術標本, 2. 下行結腸吻合部
3. 心臓水平断, 4. 右肺前額断, 5. 左肺前額断
6. 左肺前額断, 7. 腎, 8. 肝, 9. 脾, 10. 十二指腸
11. 大脳前額断

4) 配布標本

1. 下行結腸手術標本, 2. 左肺S9, 3. 左肺S4, 4. 心
5. 右腎, 6. 肝右葉, 7. 膵, 8. 食道, 9. 大脳左レンズ核
10. 十二指腸, 11. 脾, 12. 骨髄, 13. 副腎

5) 設問

- A) 本症例の病理解剖診断を主病変と副病変に分け, それぞれ箇条書きで記載せよ。
- B) 以下の設問について所定の欄に納まる範囲で解答せよ。
 - B-1 臨床上の問題点1, 2に答えよ
 - B-2 敗血症の有無について考察せよ。
 - B-3 糖尿病に関連した病変の有無について述べよ。
 - B-4 臨床上の問題点3に関連して, 腎の病理所見の病因について考察せよ。

表 4. I型写真問題解答

No.	臓器	呈示写真	模範解答	平均点
I-1	脳	2枚	問1) アミロイド血管症 問2) β アミロイド免疫染色	1.77
I-2	心	1枚	A)	1.00
I-3	肺	3枚	異型腺腫様過形成	3.54
I-4	肺	3枚	カリニー肺炎	1.69
I-5	肺	4枚	好酸球形肉芽腫	3.18
I-6	肝	4枚	活動型慢性肝炎 (F3/A2)	3.82
I-7	肝	3枚	原発性胆汁性肝硬変	3.72
I-8	腎	4枚	集合管癌 (Bellini 管癌)	4.02
I-9	外陰	2枚	硬化性苔癬 (萎縮性硬化性苔癬)	1.98
I-10	血液	2枚	5) 好酸球	2.00
I-11	血液	2枚	膠様髄	3.62
I-12	骨髄	2枚	Gamna-Gandy 小体	2.86
I-13	細胞診	1枚	3) 高度異形成	3.77
I-14	細胞診	1枚	4) 小細胞癌	4.15
I-15	細胞診	2枚	4) 反応性上皮	3.23
I-16	脊髄	2枚	問1) 筋萎縮性側索硬化症 問2) プニナ小体	4.22
I-17	心	1枚	絨毛心 (出血性心膜炎, 線維索性心膜炎)	3.86
I-18	肺	3枚	アスベスト	4.25
I-19	食道	2枚	5) 癌肉腫	2.85
I-20	副腎	3枚	褐色細胞腫	4.77
I-21	腎	3枚	膜性腎症	4.38
I-22	血液	1枚	4) 形質細胞	2.69
I-23	リンパ節	2枚	4) 猫ひっかき病	3.00
I-24	皮膚	4枚	類天疱瘡	4.51
I-25	骨	3枚	内軟骨腫	4.08
I-26	皮膚	4枚	結節性痛風	4.06
I-27	細胞診	2枚	ワルチン腫瘍	3.72
I-28	細胞診	2枚	2) 検体適正, 良性	3.95
I-29	口腔	4枚	歯根嚢胞	3.29
I-30	口腔	4枚	腐骨	0.49

[模範解答]

設問 A) 本症例の病理解剖診断を主病変と副病変に分け、それぞれ箇条書きで記載せよ。

A) 主病変

1. びまん性進行性全身性硬化症

皮膚の硬化：両側前腕から末梢，下腿から末梢，口唇周囲，背上部，胸部。手指の腫脹。

硬化症に伴う間質性肺炎及び真菌感染。肺重量（左 315 g，右 320 g）。

両側下葉横隔膜面から背側，上葉前方と中葉ないし舌区の一部に蜂窩肺形成

右肺上葉 S4 の拡張した気腔内に *Aspergillus niger* の菌塊形成。

右 S1+2 には肺胞性肺炎の器質化。胸水；少量強皮症腎＋糖尿病性腎糸球体硬化症。腎重量（左 70，右 75 g）。

弓状動脈，小葉間動脈の内膜肥厚とムコイド様物質の沈着。

表5. I型文章問題解答

No.	問題文	正解	平均点
I-46	ホルマリンの固定効果は、主に分子内あるいは分子間の架橋形成による。	○	0.94
I-47	尿酸結晶の観察には、固定液としてホルマリンよりも無水メタノール液が用いられる。	×	0.17
I-48	術中迅速診断では、氷結を避けるため組織は時間をかけて凍結させる。	×	0.98
I-49	グルタルアルデヒドの組織への浸透はホルムアルデヒドに比べ遅い。	○	0.72
I-50	医療側から診療中の予期せぬ急死を異状死体として届けた場合でも病理解剖となることがある	○	0.95
I-51	異状死体の司法解剖には、遺族の承諾が必要である。	×	0.98
I-52	Creutzfeldt-Jacob 病の剖検臓器は、20%のホルマリン液で十分に固定すれば感染の危険性はない。	×	0.98
I-53	病理業務で結核菌に曝露した場合、BCG 接種による感染阻止効果は期待できない。	○	0.60
I-54	エタノール固定された組織ではホルマリン固定に比べて抗原性の保持がよい。	○	0.57
I-55	酸性ムコ多糖類を含む粘液はPAS 反応で陽性となる。	×	0.25
I-56	ABC 法においては、内因性ビオチンを失活させるため切片を過酸化水素加メタノールで処理する。	×	0.18
I-57	免疫染色では非特異的染色をおさえるためのブロッキング液として一次抗体と同種の血清がしばしば用いられる。	×	0.63
I-58	パバニコロウ染色ではギムザ染色に比べ核縁が通常厚くみえる。	○	0.80
I-59	パバニコロウ染色では風乾後、95% エタノールで固定する。	×	0.83
I-60	医師または歯科医師の資格があれば事前に保健所に届け出ることなく病理解剖をすることができる。	×	0.95
I-61	医師が病理解剖を行っているときに犯罪と関係のあると思われる異状を認めたときは、二十四時間以内に所轄の警察署長に届けねばならない。	○	0.80
I-62	書面で遠隔の遺族の諾否を待っているはその病理解剖の目的が達せられない場合、主治医を含む2名以上の診療中の医師または歯科医師が解剖の必要性を認めれば病理解剖を行うことができる。	○	0.97
I-63	ホルマリンは労働安全衛生法の第三種特定化学物質に相当する。	○	0.98
I-64	鉄染色に用いられるフェリシアン化カリやフェロシアン化カリは、廃棄の規制対象ではない。	×	1.00
I-65	マイヤーのヘマトキシリン液は廃棄時に水銀系廃液として扱う。	×	0.17

表6. IIa型問題解答

No.	臓器	模範解答	平均点
IIa-1	脳	血管腫性髄膜腫	1.23
IIa-2	肺	問1) 大細胞神経内分泌癌 問2) クロモグラニン A (NCAM, シナプトフィジン)	3.68
IIa-3	肺	クリプトコッカス症	3.27
IIa-4	大腸	潰瘍性大腸炎関連高分化管状腺癌	3.91
IIa-5	副腎	神経芽腫, 花冠・細線維型	4.05
IIa-6	直腸	日本住血吸虫症	4.68
IIa-7	肝	混合型肝癌	4.50
IIa-8	甲状腺	腺腫様甲状腺腫	3.45
IIa-9	腎	腎芽腫	4.86
IIa-10	精巣	セミノーマ	5.00
IIa-11	脳	退形成性乏突起膠腫	3.18
IIa-12	胃	4) AFP	3.86
IIa-13	大腸	子宮内膜症	4.59
IIa-14	甲状腺	カルシトニン (クロモグラニン A)	4.27
IIa-15	副腎	副腎皮質腺腫	4.55
IIa-16	子宮	アデノマトイド腫瘍	3.86
IIa-17	卵巣	成人型顆粒膜細胞腫	4.41
IIa-18	皮膚	結節性紅斑	3.55
IIa-19	皮膚	汗孔腫	4.09
IIa-20	軟部	胞巣状軟部肉腫	4.36

尿細管の萎縮と間質の線維化, リンパ球浸潤。

糸球体の硬化, 一部では結節性病変。

食道の粘膜下層の線維化, 内輪筋の萎縮・線維化。逆流性食道炎。

2. 下行結腸癌術後

Pr02-1325 Tubular adenocarcinoma, moderately differentiated type, 6×4 cm, type 2, pSS, 1y+, v+, pN0, pDM-, pPM, pRM-。

局所再発, 転移なし。

B. 副病変

1. 十二指腸潰瘍; 幽門輪より3 cm 肛門側に10×4 mm 大の4個のkissing ulcer。
2. 心 (260 g/30 kg=8.1) 左心室の求心性肥大。心筋内に微小膿瘍の形成。
3. 脾 (35 g)。軽度の脾炎。赤血球を貪食した組織球を少数みる。
4. 骨髄。赤血球を貪食した組織球を少数みる。骨梁の菲薄化。
5. 脳 (1,140 g) 軽度の萎縮。基底核のラクナ梗塞。

表 7. IIb 型問題解答

No.	臓器	模範解答	平均点
IIb-1	子宮	内管部型粘液性腺癌	3.81
IIb-2	子宮	内膜ポリープ	0.81
IIb-3	卵巣	転移性印環細胞癌	0.70
IIb-4	乳腺	線維腺腫	4.37
IIb-5	乳腺	浸潤性乳管癌	4.86
IIb-6	リンパ節	血管免疫芽球型 T 細胞性リンパ腫	2.37
IIb-7	皮膚	環状肉芽腫	3.81
IIb-8	皮膚	脂腺癌	3.53
IIb-9	皮膚 (乳頭部)	パジェット病	4.07
IIb-10	軟部	粘液型脂肪肉腫	3.60
IIb-11	肺	硬化性血管腫	3.58
IIb-12	肺	低悪性度辺縁帯 B 細胞性リンパ腫 (MALT lymphoma)	2.44
IIb-13	食道	悪性黒色腫	2.44
IIb-14	食道	パレット腺癌	3.21
IIb-15	腎	黄色肉芽腫性腎盂腎炎	3.60
IIb-16	腎	オンコサイトーマ	3.12
IIb-17	乳腺	非浸潤性乳管癌	4.33
IIb-18	乳腺	乳管腺腫 (乳管内乳頭腫, 硬化性腺 症, 乳腺症)	3.35
IIb-19	リンパ節	皮膚病性リンパ節症	2.56
IIb-20	胸腺	胸腺腫, type A	3.21

6. 脾のランゲルハンス氏島はおおむね保たれている。
(臨床的ステロイド性糖尿病)
脾尾部腺房の巣状の萎縮と線維化。脾管上皮の粘液細胞化生。
7. 肝 (1,115 g)。軽度のヘモジデリン沈着と脂肪沈着。
8. 副腎。皮質の萎縮。副腎重量 (左 3.5 g, 右 3.0 g)
9. 胆石
10. 大動脈硬化, 中等度。

設問 B) 以下の設問について所定の欄に納まる範囲で解答せよ。

B-1 臨床上的の問題点 1, 2 に答えよ。

臨床上的の問題点 1: 消化管出血の原因は, 十二指腸潰瘍からの出血と考えられる。臨床上的の問題点 2: 左中肺野に見られた小腫瘤影は, アスペルギルスの菌球によると考えられる。

B-2 敗血症の有無について考察せよ。

本症例は, 術後, 末梢血中の白血球増加を認めている。剖

表 8. IIc 型問題解答

No.	臓器	模範解答	平均点
IIc-1	直腸	カルチノイド腫瘍	4.86
IIc-2	咽頭	低分化扁平上皮癌	3.12
IIc-3	胃	Group I, 胃底腺ポリープ	4.74
IIc-4	胆管	腺癌 (断端陽性)	5.00
IIc-5	前立腺	前立腺癌 (Gleason 3+3)	4.14
IIc-6	子宮	頸管ポリープ	4.37
IIc-7	皮膚	悪性黒色腫	1.51
IIc-8	細胞診	4) 大腸癌の肺転移	3.47
IIc-9	口腔	エナメル上皮線維腫	3.60
IIc-10	口腔	粘表皮癌	3.98
IIc-11	脳	びまん性星細胞腫	3.30
IIc-12	胃	Group V, 高分化型管状腺癌	2.26
IIc-13	食道	顆粒細胞腫	4.14
IIc-14	腎	糖尿病性腎症	2.49
IIc-15	リンパ節	卵管内膜症	2.84
IIc-16	皮膚	アナフィラクトイド紫斑	4.16
IIc-17	細胞診	4) カンジダ膺炎	4.65
IIc-18	細胞診	4) 管状腺癌	0.70
IIc-19	細胞診	5) 悪性細胞	3.60
IIc-20	細胞診	3) 乳頭癌	4.53

検所見では, 心筋内に微小膿瘍の形成がわずかに認められるほか, 軽度ではあるが脾炎ならびに脾と骨髄に赤血球の貪食像がある。これらの所見は敗血症の存在を示唆するものと考えられる。

B-3 糖尿病に関連した病変の有無について述べよ。

本症例は HbA_{1c} が 8% あった時期があり, ステロイド糖尿病と診断されていた。剖検所見としては, 腎糸球体の広範な全節性 (一部, 分節性) 硬化のほか, 一部には結節性病変を示唆する硬化像があり, 糖尿病による可能性が考えられる。一方, 糖尿病があつたにもかかわらず, 大動脈硬化は中等度, 脳底部動脈と冠状動脈の硬化は軽度にとどまっており, 全身の細動脈・小動脈のレベルにも目立った硬化はない。また脾尾部のランゲルハンス島はごく一部に硝子化像を認める程度でおおむね保たれており, 脾外分泌組織の広範な萎縮や破壊の所見はみられない。

B-4 臨床上的の問題点 3 に関連して, 腎の病理所見の病因について考察せよ。

本症例の腎病変については, (1) 腎糸球体の硬化性病変 (一部に結節性病変を伴う), (2) 動脈の内膜肥厚と線維化, ムコイド沈着, (3) 間質の線維化と尿細管萎縮, が挙

表 9. 試験成績の概要

	満点	平均点 (M)	標準偏差 (SD)	M-SD	M-2SD	最高点	最低点
全体合計	620	422.6	60.8	361.8	301.0	538	273
I型写真	150	99.3	20.1	79.2	59.0	142	63
I型文章	20	14.5	2.0	12.4	10.4	19	7
I型小計	170	113.8	21.1	92.7	71.6	158	72
IIa型	100	71.9	12.5	59.4	46.9	91	37
IIb型	100	68.2	14.7	53.5	38.9	91	30
IIc型	100	70.2	12.5	57.7	45.1	95	35
II型小計	300	210.3	34.4	175.9	141.5	274	120
I+II計	470	324.1	52.9	271.2	218.3	428	192
III型	150	98.5	16.3	82.3	66.0	132	52
細胞診	50	34.7	7.6	27.1	19.5	50	19

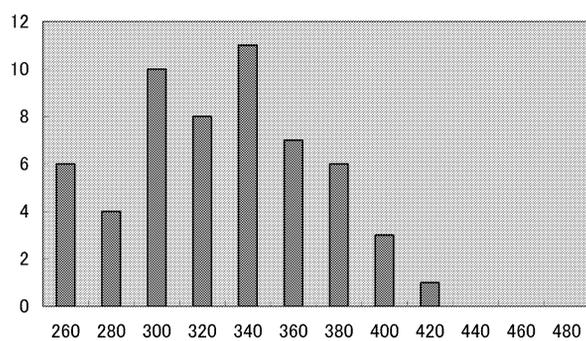


図 1. I型+II型合計の得点分布

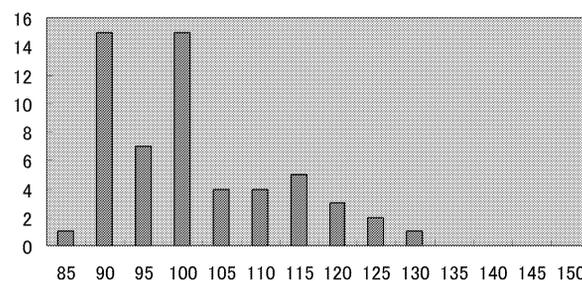


図 2. III型問題の得点分布

表 10. 病理専門医試験年次別成績推移

回	年	会場	受験者数	合格者数	合格率 (%)	文 献
1	S58 ('83)	東 大	36	31	86.1	
2	S59 ('84)	東 大	43	36	83.7	
3	S60 ('85)	医 歯	48	39	81.3	
4	S61 ('86)	医 歯	67	59	88.1	
5	S62 ('87)	慶 應	97	81	83.5	
6	S63 ('88)	慶 應	63	56	88.9	病理と臨床 7: 138, 1989
7	H1 ('89)	慈 恵	68	56	82.4	同上 8: 133, 1990
8	H2 ('90)	慈 恵	70	63	90.0	同上 9: 129, 1991
9	H3 ('91)	京 大	69	62	90.0	同上 10: 123, 1992
10	H4 ('92)	京 附	65	56	86.1	同上 11: 109, 1993
11	H5 ('93)	日 大	80	69	86.3	同上 12: 131, 1994
12	H6 ('94)	日 大	70	58	82.9	同上 13: 113, 1995
13	H7 ('95)	女子医	75	61	81.3	Pathol Int 46: (5) 巻末 7, 1996
14	H8 ('96)	女子医	97	79	81.4	同上 46: (10), 巻末 3, 1996
15	H9 ('97)	阪 大	77	69	89.6	同上 47: (12), 巻末 7, 1997
16	H10 ('98)	阪 医	86	72	83.7	同上 48: (11), 巻末 5, 1998
17	H11 ('99)	昭 和	88	73	83.0	同上 49: (10), 巻末 5, 1999
18	H12 ('00)	昭 和	87	73	83.9	同上 50: (10), 巻末 5, 2000
19	H13 ('01)	東 大	75	61	81.3	同上 51: (9), 巻末 7, 2001
20	H14 ('02)	東 大	87	74	85.1	同上 52: (10), 巻末 7, 2002
21	H15 ('03)	名市大	87	76	87.3	同上 53: (9), 巻末 7, 2003
22	H16 ('04)	名 大	72	61	84.1	同上 54: (9), 巻末 7, 2004
23	H17 ('05)	日医大	60	52	86.7	同上 55: (9), 巻末 7, 2005
24	H18 ('06)	日医大	65	49	75.4	同上 56: (10), 巻末 5, 2006

表 11. ポストアンケート集計結果

アンケート結果	回答の基準	対 象	平均値 (最小～最大)
試験問題の難易度	1: 非常に易 3: 適当 5: 非常に難	A) I型写真問題 B) I型文章問題 C) IIa, b型 (配布) 問題 D) IIc型 (巡回) 問題 E) III型 (剖検) 問題	3.6 (2～5) 3.6 (2～5) 3.4 (2～5) 3.3 (1～5) 3.8 (3～5)
出題内容の適切さ	1: 非常に不適切 3: どちらでもない 5: 非常に適切	A) I型写真問題 B) I型文筆問題 C) IIa, b型 (配布) 問題 D) IIc型 (巡回) 問題 E) III型 (剖検) 問題	3.3 (2～5) 3.5 (1～5) 3.7 (2～5) 3.6 (1～5) 3.4 (1～5)
試験時間の長さ	1: 非常に短い 3: 適当 5: 非常に長い	A) I型写真問題 B) I型文章問題 C) IIa, b型 (配布) 問題 D) IIc型 (巡回) 問題 E) III型 (剖検) 問題	2.9 (1～4) 3.0 (1～4) 3.0 (1～4) 2.8 (1～5) 2.3 (1～5)
細胞診の難易度	1: 非常に易 3: 適当 5: 非常に難	I型およびIIc型	3.4 (2～5)
細胞診の問題数	1: 非常に少ない 3: 適当 5: 非常に多い	I型およびIIc型	3.0 (2～5)
問題の写真	1: 非常に不適切 3: どちらでもない 5: 非常に適切	A) I型写真の画質 B) I型写真の大きさ C) I型1問当たり写真数 D) III型写真の画質 E) III型写真の大きさ F) III型写真の数	2.9 (1～5) 3.6 (1～5) 3.5 (1～5) 3.9 (2～5) 4.0 (2～5) 3.8 (2～5)
試験内容と日常業務との関連性	1: 非常に低い 3: どちらでもない 5: 非常に高い	I型, II型, III型	3.5 (1～5)
試験の全体的な質	1: 非常に低い 3: どちらでもない 5: 非常に高い	病理専門医・口腔病理専門医試験	3.8 (2～5)
試験日程・進行	1: 非常に不適切 3: どちらでもない 5: 非常に適切	病理専門医・口腔病理専門医試験	3.9 (1～5)
試験場の設備, 環境	1: 非常に不適切 3: どちらでもない 5: 非常に適切	病理専門医・口腔病理専門医試験	4.1 (2～5)
使用した顕微鏡	1: 非常に不適切 3: どちらでもない 5: 非常に適切	病理専門医・口腔病理専門医試験	4.2 (2～5)

げられる。腎糸球体の所見は糖尿病性腎症を示唆するものであるが、典型例にみられるような毛細管係蹄の拡張や滲出性病変はない。一方、血管病変については、動脈の内膜肥厚と線維化に加え軽度ではあるがムコイド沈着を認めることより、全身性硬化症の慢性型の腎病変として理解される。従って本症例の腎病変は、典型的ではないが、全身性硬化症による変化に糖尿病性の腎病変が加わった可能性がある。間質の線維化と尿管管萎縮は、糸球体や血管病変による二次性的変化と考えられる。

5. 成績と合格判定

本年度の成績概要を表9に示す。平均点を昨年と比べてみると、I型+II型では約38点、III型は約13点低い。一方、一昨年との比較では、I型+II型ではほぼ同じ成績であるが、III型はやはり約20点低い。今回のIII型問題は、全身性硬化症の諸臓器の所見に加え、多彩な感染症、糖尿病性の変化が加わった症例のため、やや解答に苦勞した受験者が多かったようである。点数分布については、I型+II型、III型ともに二峰性の分布を示していた。個々の受験者の成績をみると、I型+II型とIII型の得点の間に乖離がみられる受験者が存在した。

最終的な合否は、試験実施委員会および試験委員が採点、集計した結果をもとに、8月1日(火)に行われた病理専門医制度運営委員会において決定された。本年度の合否判定基準は、I型+II型の得点が270点未満の者ないしIII型の得点が90点未満の者を不合格とした。面接評価では、本年度はE、F評価を受けた者が2名あったが、両名ともに筆記試験での合格基準に達していなかったため、面接のみによる不合格者はいなかった。その結果、65名中49名が合格(合格率75.4%)となった。表10に年次別成績推移を示す。

7年前から、受験者には合否判定の通知と共に各自の成績と一般的なデータを送付することになっており、本年度も同様にした。不合格の受験者には自己の不足な部分を読み取り、次回に備えて頂ければ幸いである。

6. アンケート結果

例年のごとく試験終了後の無記名のポストアンケートを

行った(回収率100%)。その内容と結果のまとめを表11に示す。

受験者の所属区分では、大学医学部ないし医科大学の病理学教室32名(49.2%)、大学附属病院病理部(科)12名(18.5%)、国公立病院検査科(病理科)14名(21.5%)、私立病院検査科(病理科)5名(7.7%)、の順であった。医学部以外の病理学教室、医育機関以外の研究施設の該当者はいなかったが、その他との回答が2名あった。

病理医としてのキャリアについては、ほとんどの受験者(59名, 90.8%)が5年以上10年未満であり、10年以上15年未満が4名、15年以上20年未満が1名、20年以上が1名であった。

アンケートの各項目に対する回答は、受験者によって著しく異なっていたが、平均するとIII型問題で試験時間が短いと答えた者が多かった。自由記載欄には、スケジュールがタイトすぎる、III型問題での時間が足りない、などの意見が多かった。

7. おわりに

本年度の病理専門医試験に携わった委員を表12に示した。半年以上にわたり本試験のためにご尽力頂きました実施委員の方々にはこの場をお借りして改めて深甚なる謝意を表します。特に、会場の提供をはじめ試験当日の組織的な運営に格段のご援助を頂いた日本医科大学病理学第二講座の内藤善哉先生ならびに教室員の皆様には心から御礼申し上げます。また、試験実施委員会の開催、試験問題や会場の準備など多方面にわたって大変なお世話を頂いた日本病理学会事務局の大藪いづみさん、菊川敦子さんには改めて心から御礼申し上げます。

表12. 第24回日本病理学会病理専門医試験委員構成

第24回日本病理学会病理専門医試験実施委員:
仁木利郎(委員長), 石田剛, 植草利公, 茅野秀一, 清川貴子, 津田均, 内藤善哉, 長嶋洋治, 中西幸浩, 野口雅之, 平戸純子
病理専門医試験委員:
清水道生(委員長), 坂元亨宇, 杉谷雅彦, 田村浩一, 長谷川匡, 福永真治, 安田政実

第14回（2006年度）日本病理学会 口腔病理専門医試験報告

第14回口腔病理専門医試験実施委員会
委員長 長谷川博雅

1. はじめに

第14回（2006年度、平成18年度）の日本病理学会口腔病理専門医試験が、去る2006年7月29日（土曜日）午後と同30日（日曜日）にわたり、第24回病理専門医試験と同時に日本医科大学を会場として実施された。タイムテーブルは病理専門医試験と全く同様であるので省略する。今年度は7名が受験し、4名が合格した。試験の実施方法が若干変更されたが、以下にその概要を報告する。

2. 受験者

今年度の7名の受験者全員が男性であった。アンケートの結果から、1名は一般病理あるいは口腔病理を日常業務としていないようであったが、4名が歯科大学・歯学部の口腔病理に所属し、2名は医科大学・医学部の病理学教室に所属する歯科医師であった。口腔病理としてのキャリアは4人が5年以上10年未満で、1名が10年以上15年未満、2名が20年以上と概ね専門医受験に必要な経験を有していると思われた。当然のことながら、所属部局に加えて全身病理をトレーニングする状況や環境と試験結果に相関が伺えた。

表1. 共通問題臓器別内訳

臓器別	出題数
肝胆膵	2
口腔	4
呼吸器	3
骨軟部	3
循環器	1
消化器	6
女性器	4
神経	3
造血器	3
内分泌	2
乳腺	2
泌尿器	3
男性器	1
皮膚	5
細胞診	3
計	45

3. 試験内容と出題方針

試験は、例年同様の内容で実施された。すなわち、問題型式はI型写真(30問)および文章問題(20問)、II型標本配布(40問)および標本回覧問題(20問)そしてIII型剖検症例問題に大別される。この中でI型文章問題とIII型剖検症例問題は病理専門医と口腔病理専門医試験いずれも同一である。さらに、I型写真問題とII型問題の半数にあたる45問は病理医試験実施委員によって出題された問題(以下、共通問題と称す)を使用し、半数の45問は口腔病理専門医実施委員によって作成された問題(以下、口腔問題と称す)を使用した。なお、共通問題には、唾液腺を含む口腔領域の問題が4問含まれているので、共通問題と口腔問題の比は、約4:5となり、若干口腔領域の問題が多いことになる。

共通問題の選択や口腔問題の出題にあたっては、試験要綱に定められた内容に準じて諸臓器の代表的疾患を広く出題しよう心がけた(表1・2)。遭遇機会の少ない疾患や亜型であっても、これらの典型例は口腔専門医の基本的知識として具備すべきで、要綱の範囲内で出題されている。

1) I型問題

I型写真問題は、肉眼像、エックス線画像、免疫染色などの情報を総合して診断する知識を問う問題を出題した。また、肉眼所見から病変を推定する基礎力も問われた。細胞診の問題の多くは多肢選択としたが、極めて基本的かつ典

表2. 口腔問題分類別内訳

分類	出題数
歯原性腫瘍	8
歯原性嚢胞	3
非歯原性嚢胞	2
顎骨の腫瘍性疾患	3
軟部・他の腫瘍性疾患	8
唾液腺疾患(腫瘍含む)	4
粘膜の腫瘍性疾患	4
粘膜疾患	5
他の炎症・反応性疾患 (細胞診)	8 (6)
計	45

型的な症例については推定診断が求められた。なお、この問題型式では、出題に適した症例であっても標本を追加作製できないような場合も含まれている。配点は各5点で計150点である。

I型文章問題は、日常の業務遂行に必要な法的知識、検体処理法や標本作成に関わる基本技術あるいは制度管理に関する基礎知識を正誤判定（○×）方式で出題した。問題の詳細は病理専門医試験と同一なので省略する。配点は各1点で、計20点である。

I型問題の合計点数は170点で、試験時間は70分で実施された。

2) II型問題

この問題は、日常診断業務に告示したスタイルで実施される試験であると言える。設問の多くは外科病理学全般の知識が問われるが、多くは病理診断が求められる。受験者に標本が配布される問題をIIa型とIIb型に分類されるが、あくまでも試験運営上の理由で、問題の内容に関わる意義はない。IIc型は1問3分で標本を回覧するものである。この型では、生検、迅速診断あるいは細胞診など多数の標本を準備することが困難なものを出題した。配点は各5点で、計300点である。試験時間はa,b,c各々60分で実施された。

3) III型問題

この問題も、病理専門医試験と同じものを出題した。配布資料には臨床経過、検査データ、剖検所見、肉眼所見と組織標本が含まれ、肉眼像などの情報は写真で配布される。これらの資料をもとに、剖検報告書をまとめる力、臨床上の問題点に答える力や病態の解析力が求められる。試験時間は2時間30分である。なお、試験時間も考慮され、組織標本は報告書を作成するうえで必要な枚数を中心に配布された。

問題は、強皮症に随伴する蜂窩肺などの諸臓器の変化とステロイド糖尿病や大腸癌など、比較的多彩な病態を把握してまとめる能力が問われた。問題の詳細については病理専門医試験報告書に記載されるので省略する。

面接試験がIII型問題の解答用紙を参考にして実施された。昨年までも面接試験は実施されていたが、受験者の知識のみならず、診断業務に対する姿勢などを含めた病理医の適正をみることに主眼が置かれていたと認識している。今年は筆記試験と面接試験の配点が明確に100点と50点に区分されたことが大きく異なる。面接試験が点数化され、面接内容は解答用紙の内容に重点が置かれることになった。筆記試験の正否もさることながら、どのように病態を捉えたか、診断のプロセスが論理的であるかが求められている。幸い、口腔病理専門医受験者が少数なので、同一

の面接委員がこれにあたった。なお、試験方法としては意義深い、採点は必ずしも容易ではないので検討の必要もあろう。

4. 採点と判定

型別の問題の模範解答と平均点を表3、表4および表5に示した。解答は原則的に「日本語を用いること」となっているため、模範解答は日本語表記とした。採点に際しては、模範解答あるいはこれに類する解答を満点とした。必要な亜型の記載がない場合、誤字やスペルミスなどもその程度に応じて部分点を与え、可及的に受験者に不利にならないよう留意した。

平均点の得点率は全体で67.7%、I型67.6%、II型68.6%、III型68.5%と型別の難易度は一定していたように思われた。問題別では、遭遇頻度が低い共通問題で正解率が低いようであった(表3-5)。問題毎の正解率の平均は、共

表3. I型写真問題

問題番号	模範解答	平均点
I-16	問1) 筋萎縮性側索硬化症 問2) プニナ小体 (Bunina 小体)	3.29
I-17	絨毛心	3.57
I-18	アスベスト	4.29
I-19	5) 癌肉腫	1.43
I-20	褐色細胞腫	2.14
I-21	膜性腎症	2.14
I-22	4) 形質細胞 (骨髄腫)	1.43
I-23	4) 猫ひっかき病	2.86
I-24	類天疱瘡	2.14
I-25	内軟骨腫	2.43
I-26	結節性痛風	2.71
I-27	ワルチン腫瘍	1.86
I-28	2) 検体適正, 良性	2.86
I-29	歯根嚢胞	5.00
I-30	腐骨	3.57
I-31	エナメル上皮腫, 線維形成性	3.14
I-32	歯原性線維腫	4.43
I-33	顎骨の線維性異形成症	2.57
I-34	異物肉芽腫	5.00
I-35	1) 巨細胞性肉芽腫	3.57
I-36	Fordyce 顆粒	3.71
I-37	カンジダ症, 擦過細胞診	5.00
I-38	唾石症	2.86
I-39	エナメル上皮腫, 濾胞型	3.57
I-40	舌の骨腫 (分離腫)	3.86
I-41	含歯性嚢胞	5.00
I-42	疣贅性黄色腫	4.00
I-43	腺様歯原性腫瘍	4.29
I-44	濾胞性リンパ腫	4.57
I-45	(炎症性) 歯周嚢胞	3.57

表 4. IIab 型問題

問題番号	模範解答	平均点
IIa-1	血管腫性髄膜腫	1.86
IIa-2	問 1) 大細胞神経内分泌癌 問 2) クロモグラニン A	2.71
IIa-3	クリプトコッカス症	3.57
IIa-4	潰瘍性大腸炎関連高分化腺癌	5.00
IIa-5	神経芽腫	3.29
IIa-6	日本住血吸虫症	3.57
IIa-7	混合型肝癌	4.14
IIa-8	腺腫様甲状腺腫	3.57
IIa-9	腎芽腫	4.43
IIa-10	セミノーマ	5.00
IIa-11	器質化血栓	3.86
IIa-12	脈瘤性骨嚢胞	2.43
IIa-13	エナメル上皮腫, 単嚢胞性	3.57
IIa-14	色素性母斑	4.29
IIa-15	石灰化上皮腫 (頸部)	2.86
IIa-16	線維性エプーリス	4.00
IIa-17	腺扁平上皮癌	3.43
IIa-18	顆粒細胞腫	3.57
IIa-19	リンパ管腫	3.57
IIa-20	軟部好酸性肉芽腫	3.57
IIb-1	内頸部型粘液性腺癌	0.86
IIb-2	内膜ポリープ	2.86
IIb-3	転移性印鑑細胞癌	0.00
IIb-4	線維腺腫	4.14
IIb-5	浸潤性乳管癌	4.43
IIb-6	血管免疫芽球型 T 細胞リンパ腫	1.57
IIb-7	環状肉芽腫	2.14
IIb-8	脂腺癌	3.00
IIb-9	バジェット病	3.29
IIb-10	粘液型脂肪肉腫	3.29
IIb-11	神経鞘腫	4.29
IIb-12	扁平苔癬	3.57
IIb-13	鼻齒槽嚢胞	5.00
IIb-14	石灰化嚢胞性歯原性腫瘍	4.29
IIb-15	歯原性明細胞癌	3.00
IIb-16	筋上皮癌 (悪性筋上皮腫)	2.43
IIb-17	尋常性天疱瘡	3.57
IIb-18	(乳頭状) 扁平上皮癌	3.00
IIb-19	結核性リンパ節炎	5.00
IIb-20	放線菌症	4.57

表 5. IIc 型問題

問題番号	模範解答	平均点
IIc-1	カルチノイド	2.86
IIc-2	低分化扁平上皮癌	4.29
IIc-3	Group I, 過形成ポリープ, 胃底腺型	4.00
IIc-4	腺癌 (断端陽性)	4.71
IIc-5	前立腺癌 (Gleason 3+3)	3.71
IIc-6	頸管ポリープ	4.29
IIc-7	悪性黒色腫	1.14
IIc-8	4) 大腸癌の肺転移	1.43
IIc-9	エナメル上皮線維腫	4.29
IIc-10	粘表皮癌	3.57
IIc-11	アミロイド症	5.00
IIc-12	壊死性唾液腺化生	3.43
IIc-13	腺様嚢胞癌, 吸引細胞診	2.14
IIc-14	扁平上皮癌, 擦過細胞診	3.57
IIc-15	5) 骨肉腫, 吸引細胞診	2.86
IIc-16	腺性歯原性嚢胞 (唾液腺歯原性嚢胞)	2.14
IIc-17	2) 単純ヘルペス	3.57
IIc-18	断端陽性 (扁平上皮癌)	2.29
IIc-19	歯原性石灰化上皮腫	5.00
IIc-20	転移性扁平上皮癌, リンパ節	5.00

表 6. 口腔病理専門医試験結果概要

	配点	得点平均	得点率	標準偏差
I 型文章	20	14.1	70.7%	2.4
I 型共通	75	41.7	55.6%	19.1
I 型口腔	75	59.1	78.9%	13.7
I 型合計	170	115.0	67.6%	30.4
IIab 型共通	100	62.7	62.7%	16.9
IIab 型口腔	100	73.9	73.9%	23.2
IIc 型共通	50	34.3	68.6%	12.6
IIc 型口腔 (細胞診)	50 (45)	35.0 (26.9)	70.0% (59.7%)	11.2 (14.3)
II 型合計	300	205.9	68.6%	55.9
III 型筆記	100	64.1	64.1%	14.6
III 型合計	150	102.7	68.5%	24.0
(共通合計)	(225)	(138.7)	(61.7%)	
(口腔合計)	(225)	(168.0)	(74.7%)	
全体合計	620	423.6	68.3%	107.3

通 (41 問) 2.98, 口腔 (49 問) 3.76 と有意に口腔問題の正解率が高く, 全体の得点率を比較すると共通問題の正解率 61.7% に対して口腔問題は 74.7% と 10 ポイント以上上回った (表 6)。この傾向は例年と類似し, 口腔病理専門医にふさわしい基礎力を有していると思われる。他方, 細胞診の出題数は少ないが 59.7% とやや低く, 全身の疾患に加えていっそうの研鑽が望まれる。なお, これらの平均点を例年のそれと比べても特に低いものではなく, 全体的には

例年同様の傾向を示していると考えられた。

以上のように, I~III 型いずれも 70 点に迫る平均点であり, 最終判定では I 型と II 型の合計が 60 点以上, かつ III 型も 60 点以上であることを合格基準として制度運営委員会に付議した。8 月 1 日に委員会が開催され, 慎重審議の結果, 上記の基準を満たした 4 名が合格と判定された。残念ながら, 上記の基準の両方ないし一方の基準に達しない受

験者は不合格と判定された。合格者と不合格者との差が必ずしも大きなものではなく、更なる研鑽を積まれて我が国の医療の向上のためにご尽力戴けると確信しています。受験者全員には、運営委員会の決定を受け、成績の結果と若干の総評を加えて通知を送付した。

5. アンケート結果

全日程が終了後、試験全般に関するアンケート調査を行った。回収率は100%であった。その結果の概要は表7に示した。受験者は試験全般を適切と評価しているが、写真

表7. ポストアンケート集計結果概要

アンケート項目	5段階評価平均 (非常に) 1←3→5 (非常に)
試験問題の難易度	(易←適当→難)
A) I型写真	3.6
B) I型文章	3.6
C) IIab型	3.4
D) IIc型	3.4
E) III型	4.1
出題内容の適切さ	(不適←どちらでもない→適)
A) I型写真	2.9
B) I型文章	3.3
C) IIab型	3.3
D) IIc型	3.3
E) III型	3.3
試験時間の長さ	(短←適当→長)
A) I型写真	2.9
B) I型文章	2.9
C) IIab型	3.0
D) IIc型	2.9
E) III型	2.4
細胞診	(易←適当→難)
A) 難易度	3.7
B) 問題数	3.0
写真	(不適←どちらでもない→適)
A) I型画質	2.1
B) I型大きさ	2.9
C) I型写真枚数	2.9
D) III型画質	3.6
E) III型大きさ	3.4
F) III型枚数	3.6
試験と日常業務との関連性	(低←どちらでもない→高)
全体的な質	3.9
	4.4
	(不適←どちらでもない→適)
日程・進行	4.1
会場設備・環境	4.4
顕微鏡	3.9

問題に対する不満とIII型問題の時間を短いとする意見が目立った。特に写真はデジタル原画の使用に当たり、必ずしも十分な画質ではなかった点を反省しなければならない。今後は提出原画のサイズなどの条件を揃えることも必要であると思われました。またIIc型回覧問題が不要という意見、免疫染色標本の配布という意見もあった。前者は細胞診、迅速診断標本、生検材料などの日常業務に欠かせない出題範囲で必須である。後者はもっともな要望であるが、HE染色標本に加えて必要枚数を薄切することは不可能である。さらに、遭遇機会の少ない疾患の出題を避けるべきとの意見もあった。頻度の少ない重要疾患の基礎的知識を問うことは専門医試験として欠かせないとの認識で出題されている。しかし、種々の率直な意見を頂き今後の参考資料として生かされることと思われる。

6. おわりに

今年度の専門医試験は7名の受験者があったが、全員に合格通知を送ることができなかったことは断腸の思いである。しかしながら、受験者の皆さんは様々な状況下でこの試験に臨まれたと想像しています。日々の業務に専念されるなかで研鑽を積まれる努力に対し、改めて敬意を表するものです。不合格であった方は不得意分野を補って次回に備えて頂きたいと思えます。口腔病理専門医のあり方にも様々な問題が山積していますが、医療界を支える一員として更に研鑽を積み、病理学会の諸先生のお力をお借りしながら、多くの若き口腔病理専門医を育成できるよう環境整備にも努めたいと思えます。

7. 謝辞

本年度の口腔病理専門医試験の実施にあたっては、口腔病理専門医実施委員あるいは高田隆委員長はじめ試験委員の緒先生(表8)に多大なご尽力を賜ったことは言うまでもありません。さらに、共通問題の作成や剖検問題の採点など作業の多くの部分が病理専門医実施委員と試験委員の諸

表8. 第14回口腔病理専門医試験関連委員

1. 実施委員	長谷川博雅 (委員長, 松本歯科大学)
	井上 孝 (東京歯科大学)
	山口 朗 (東京医科歯科大学歯学部)
2. 試験委員	高田 隆 (委員長, 広島大学歯学部)
	井上 孝 (東京歯科大学)
	小宮山一雄 (日本大学歯学部)
	朔 敬 (新潟大学歯学部)
	山口 朗 (東京医科歯科大学歯学部)

先生の手によるものであることを付記し，謝意を表する次第です。特にこれらの責任者の労を取られた仁木利郎実施委員長と清水道生試験委員長には本年1月19日の第1回打ち合わせから7ヶ月余の期間，常にお力添えを頂いたことに深謝いたします。また，会議室準備から当日の運営に

至るまでお世話になりました内藤善哉先生をはじめとした日本医科大学病理学講座の関係諸氏に厚く御礼申し上げます。最後になりましたが，終始作業を支えて頂いた日本病理学会事務局大藪いづみ氏と菊川敦子氏に改めて感謝申し上げます。

会 員 各 位

平成 18 年 10 月
理 事 長 長 村 義 之
学術委員長 岡 田 保 典

第 53 回（平成 19 年度）日本病理学会秋期特別総会 学術研究賞演説（A 演説）、B 演説について（公募のお知らせ）

平成 19 年秋開催予定の第 53 回日本病理学会秋期特別総会における学術研究賞演説（A 演説）と B 演説の応募内容は、以下の要件を満たすことといたします。

学術研究賞演説（A 演説）

- (1) 優れており、かつ蓄積された研究であること。
- (2) 原則として日本国内で行われた研究であること。
- (3) 内容に関する責任の明確な研究者による発表で、内容は共同研究によるものであっても発表者自身はそれを代表するものであること、従って単独名が望ましい。

B 演説

- (1) 症例報告または症例の蓄積による解析。

学術研究賞演説（A 演説）、B 演説担当者として講演することを希望する会員は、下記の要領でご応募ください。

記

学術研究賞演説（A 演説）

- (1) 応募資格：日本病理学会員でありかつ学術評議員による推薦を受けた者。ただし、応募者自身が学術評議員である場合、自薦で可とする。
- (2) 提出書類：
 - ・日本病理学会ホームページよりダウンロードした所定の書式に、応募者名、演題名、選考用抄録（800 字以内）などを記載し、推薦学術評議員の自署・捺印を受けてください。ダウンロードできない場合は、日本病理学会事務局までご請求ください。
 - ・講演内容に直接関係のある自著論文 20 編以内の一覧。
 - ・代表的な自著論文 5 編以内の別刷各 3 部（コピー可）。
- (3) 提出先：〒 113-0033 東京都文京区本郷 2-40-9 ニュー赤門ビル 4F
社団法人日本病理学会事務局
「学術研究賞演説（A 演説）応募抄録」と表記し、書留郵便により郵送してください。
- (4) 募集締切：平成 19 年 1 月 10 日（当日消印可）

B 演説

- (1) 応募資格：学術研究賞演説（A 演説）に同じ。
- (2) 提出書類：
 - ・日本病理学会ホームページよりダウンロードした所定の書式に，応募者名，演題名，選考用抄録（800 字以内）などを記載し，推薦学術評議員の自署・捺印を受けてください。ダウンロードできない場合は，日本病理学会事務局までご請求ください。
- (3) 提出先：学術研究賞演説（A 演説）に同じ。「B 演説応募抄録」と表記し，書留郵便により郵送してください。
- (4) 募集締切：学術研究賞演説（A 演説）に同じ。

以上

第 53 回日本病理学会秋期特別総会における学術研究賞演説(A 演説), B 演説担当者は, 平成 19 年 2 月の学術委員会において厳正・公明に選考し, 同日の理事会での審議によって決定いたします。

本件についてご質問がありましたら, 日本病理学会事務局または学術委員長までお問い合わせください。

社団法人日本病理学会事務局：TEL 03-5684-6886 FAX 03-5684-6936

学術委員長（岡田保典）：TEL 03-5363-3763 FAX 03-3353-3290

2007年 細胞診講習会のお知らせ

2007年の細胞診講習会（社団法人病理学会、担当：病理専門医制度運営委員会）のお知らせをいたします。病理専門医受験資格の要件のひとつとして細胞診に関する講習会を受講していることがあげられております。2007年以降受験予定の方で、未だ細胞診講習会を受講されていない方は、この講習会を受講して下さい（支部主催の講習会は、受験資格に認められておりません）。受講希望者は、下記申込み用紙にて学会事務局宛お申し込み下さい。なお、定員は原則として60名ですが、60名を越える場合は下記6に示す基準に従って選定させていただきます。
なお、2007年の病理学会主催の細胞診講習会は今回1回のみです。加えて、従来と開催時期が異なっておりますので、ご注意ください。

1. 日 時：2007年3月3日（土） 8:20～19:30（第1日：受付、講義、検鏡）
2007年3月4日（日） 8:30～16:30（第2日：講義、検鏡）
2. 講 師：水口 國雄（帝京大学医学部附属溝口病院臨床病理部）
前田昭太郎（日本医科大学付属多摩永山病院病理部）
土屋 真一（日本医科大学付属病院病理部）
廣島 健三（千葉大学大学院医学研究院基礎病理学）
福田 隆浩（東京慈恵会医科大学神経科学研究部神経病理研究室）
鷹橋 浩幸（東京慈恵会医科大学附属病院病理部）
清川 貴子（東京慈恵会医科大学病理学講座）
濱田 智美（東京慈恵会医科大学病理学講座）
二階堂 孝（東京慈恵会医科大学病理学講座）
3. 会 場：東京慈恵会医科大学大学1号館6階講堂（JR新橋駅より徒歩10分）
世話人【東京慈恵会医科大学病理学講座・羽野 寛】
4. 受講料：33,000円（ハンドアウト・CD-ROM・昼食代込み）
採用通知とともに振替用紙をお送りします。
5. 申込締切：2007年1月20日（土）
6. 受講者の選定基準：1. 2007年病理専門医試験を受験する方
2. 2007年以降に病理専門医試験を受験する方
*1,2を優先としますが、それ以外の方の受講も配慮します。
7. 申し込み、問い合わせ先：社団法人日本病理学会事務局
〒113-0033 東京都文京区本郷2-40-9 ニュー赤門ビル4F
TEL：03-5684-6886 FAX：03-5684-6936

..... き り と り 線

日本病理学会病理専門医制度運営委員会 2007年 細胞診講習会 申し込み用紙

氏 名： _____ 会員番号： _____
生年月日： _____年 _____月 _____日 病理専門医番号： _____ 細胞診歴 _____
2007年の日本病理学会病理専門医試験： 受験する 受験しない 未定 } 有（ _____年）
2007年以降の日本病理学会病理専門医試験： 受験する 受験しない 未定 } 無
所属機関： _____
同 住 所： _____
同電話番号： _____ FAX番号： _____ E-mail： _____