

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248号

平成20年(2008年)9月刊

## I. 臨床研究に関する倫理指針の改正について

標記のことにつき、厚生労働省医政局長から、厚生労働省告示第415号において「臨床研究に関する倫理指針」の告示を改正し、平成21年4月1日から施行することの通知が日本医学会を通じてありました。内容につきましては厚生労働省の下記のホームページをご参照ください。

<http://www.mhlw.go.jp/general/seido/kousei/i-kenkyu/index.html>

- ・倫理指針(本文)(平成20年厚生労働省告示第415号)(平成21年4月1日より施行)
- ・施行通知(全部改正時)(平成20年7月31日)

## II. 海外派遣事業報告について

国際交流委員会では、会員の海外派遣事業を行っています。このたび、中山崇学術評議員がチェコ共和国を視察しましたので、その報告を掲載いたします。

日本病理学会海外派遣事業報告

琉球大学医学部附属病院病理部 中山 崇

### 1. はじめに

私は岐阜大学を平成5年に卒業後、すぐに大学院に進み、大学院在籍中から修了後も引き続き第二病理(現免疫病理)でお世話になった。大学時代はMS-DOSからWindowsへと移行する時期で、インターネットもダイヤルアップからISDNが出始めた頃であった。大学院の頃にはWindows95が登場し、大学内・企業内LAN、ブロードバンド回線が当たり前になりつつある時代で、大学での業務などでもパソコンやインターネットが必要な時代となってきた。その後、縁あって2001年に琉球大学に移ることとなったが、この頃はADSLから光回線が広く普及し始めた時であった(私が引っ越した時には那覇市では光はまだ引けないところがあった)。

沖縄県は日本で4番目に面積が小さい県であるが、大小多数の島から構成されており、その島々は日本列島の面積の半分ほどの広大な海域に分布している。従い、沖縄の端から端までいくのはもちろんのこと、隣の島同士を行き来

するのも船か飛行機でいく必要がありなかなか大変である。このような地域こそ、ブロードバンド回線は必要ではないだろうか。

琉球大学は沖縄県で唯一の医学部をもつ大学であり、医学生の教育、医師の研修等において中核となり県内の医療施設とともに重要な役割を果たしてきたが、医学部が全国で最後に設置されたことなどの歴史的背景および沖縄の地事情から、県内各医療施設との連携は必ずしも十分とはいえない状況にあった。

これまでも各種助成事業によりインフラ整備や地域ネット基盤整備はおこなわれてきたが、実証試験段階程度にとどまり、その活用という点では十分に機能しているとは言いがたい状況であった。

そのような中、日本テレパソロジー研究会(現日本テレパソロジー・バーチャルマイクロコピー研究会)に参加する機会を得て、沖縄の地域ネットについての発表をおこなってきたが、他地域と比較して十分機能しているとは必ずしもいえないとさらに実感したのと同時に、各地域の実例から学ぶ点も多かった。また病理学会や細胞学会においてもITに関連したシンポジウムやワークショップ等が常時企画されるようになり、これらからも沖縄県の地域ネットあるいは地域連携の将来像を考える上でさらに広い視野で見直す機会がないかと思うようになった。

そのような中、アメリカ・サンディエゴでPathology Visionが開かれるとの情報を得、それに参加して多くの見聞を深めることで沖縄の地域ネットの将来像を見直したいと考えた。大学の予定もあり当初よりも半月ないし1ヶ月程度出発が遅れたが、2007年10月後半にサンディエゴに向けて出発した。

私はかつてヨーロッパには行ったことがあったが、アメリカは初めてであり、9.11後のため多少の不安を感じていたが、行程の大部分はANAの機内ということで、乗り継ぎのUA便が1時間ほど遅れた点を除いてはさしたることもなくサンディエゴに到着した。到着の翌日は時差ぼけを心配していたため休息と称してサンディエゴ動物園などに足を運んだが、結果的には後で触れるように山火事の影響で息抜きといえるものはこれだけとなった。

サンディエゴはカリフォルニア州の南端に位置し、南は

メキシコ国境に接しているせいか、温暖かつ南国風の雰囲気漂っていた。もっとも景色は沖縄によく似ているともいえなくもなかったため、あまり海外に来たという実感は少なかった。日本語が通じない（人々が英語で話し、看板やいろいろなものが英語表記されている—当然のことであるが）という点を除き。

このような形で落ち着いたところでいよいよ Pathology Vision の開幕を迎えた。

## 2. Pathology Vision について

私は医学教育に関するセッションを中心に参加したので、その概要を順に紹介する。

(1) Digital Pathology: 各セッションに先立ち、病理と IT 技術、とりわけ画像処理に関してのこれまでの流れがはじめに紹介された。デジタル画像はスナップショットによる単一画像に始まり、複数の画像の合成、さらにはタイリングにより簡単に大きな画像が合成できるようになった。この間もプロセッサの高速化、メモリおよびハードディスクなどの記憶装置の大容量化、画像圧縮技術の進歩、スキャン・センサの改良がすすみ、ついには Whole Slide Imaging が容易に可能となった。その代表的なものが Virtual Slide (以下 VS) である。一方でブロードバンド回線の普及により、インターネットを介した Telepathology も大きく飛躍し、リアルタイム、オンデマンドでの症例コンサルテーションや VS を用いたコンサルテーションなど、次第に各 IT 技術は密接に関わることとなった。これによりこれらは総合的に Digital Pathology として扱われる方向にあるようである。我が国でもさまざまな領域で活用されており、病理学会、細胞学会でも Telapathology や VS に関するセッションやスライドセミナーの症例や支部学術集会等での VS 活用などが盛んになってきている。

(2) Web Based Learning: Drexel 大学における医学部学生教育例の紹介。同大では全実習標本の 2/3 が VS 化されており、ガラス標本を併用する形で実習がおこなわれている。全体のシステムとしては比較的平易なものに思われた。というのも学生は VS を見て、ポイントとなる部分にアノテーションを付すなどして実習をすすめるのであるから、一見わりと簡単に実習ができるように思えたのであった。しかしながら、実際には学生の中にはシステムそのものの習熟が不十分な結果、すなわちアノテーションをどう使ってよいのかわからないなどの例があり、学生間の差があることが報告された。そして一般的には学生は顕微鏡嫌いで VS の方がなじみやすいと考えられているが、意外にも学生に VS への抵抗が多かったことも挙げられた。また実習のほとんどは組織学実習で、正常構造等を理解するには比較的うまく機能しているようであるが、病理組織実習では病変部をどう認識させるか、その課程の把握などは十

分解決できていないようであった。結局のところ、初期導入あるいはグループ学習や学生自身による復習の手段としては実用的といえるが、従来の実習を全て置き換えるのはまだ早いようである。そして、現実最大の問題は、システムの完成度や VS の質ではなく、システムをいかに維持するかであった。システムの保守は担当教官がボランティア的におこなっており、今後大きなトラブルに見舞われた際、あるいはシステム更新のめどは全くないとのことであった。

(3) A New Viewing: Learning Microscope Behind: Kansas 大学のシステム構築例が紹介された。同大では初期導入コストが VS 顕微鏡 \$85,000, サーバー \$15,000, アップグレード費用 \$9,000, さらに年間保守費用～\$20,000 と紹介された。アメリカではこれでも破格らしい。同大のシステムで注目されるのは、Microsoft Office 2007 製品の 1 つである OneNote を活用している点である。同製品は Ultimate などには含まれているが、単体でも発売されている。同大では OneNote を使用して講義ノートを作成し、学生レポートの提出もおこなっている。これまで私は OneNote にあまり気を向けていなかったが、このような活用方法があるなら今後は活用しない手はないと思うに至った。具体的には、たとえば学生の症例発表や研修 CPC を発表 Powerpoint, レポート OneNote といった例が浮かんだ。

(4) Experience with VS: Stanford の医学部ではテュートリアル型を実態とするような新カリキュラムが実施されているが、特徴は web/online ベースでペーパーレスであることであり、web site 上にシラバス、ハンドアウト、プロブレムセットなどがデジタル画像とともに用意されている。我が国でも紙ベースのテュートリアルを実施している施設や一部ないしほとんどを web 化している施設もあるようであり、そのような施設では完全な web/online 化システムの構築はわりと簡単かもしれない。問題点は、① テクニカルサポート (学生に対する), ② 顕微鏡の習熟度の低下, ③ Problem-based learning におけるデジタル画像の不足や不適切な共有化, ④ 教育効果, 個人習熟度の適切な評価方法などが主なものとして挙げられたが、他に PC の故障, 症例更新他も挙げられた。

(5) 「これから」: 以上を踏まえ、最後にこれからとして総合討論がおこなわれた。病理学においては IT 技術が Digital Pathology として幅広く教育, 研修を始めさまざまな領域で活用されているが、その将来像について次の点が示された。

これまでは症例のファイリング、データベース化に重点・視点が置かれてきたが、その結果としてアーカイブ化、データベースの活用についてはほとんど目を向けていなかった。すなわち、いざデータベースを使おうとしてもう

まく使えないなどの問題が生じており、今後はその点を考慮したシステム構築が必要であるとともに、これまでの資産をどうするか考えなければならない。

また、これまでの対象は従来医学生や研修医向けであったが、大学院生や専門医教育、オープンキャンパスや公開講座など高校生や一般向けなど、さまざまな対象を考える必要性、カリキュラムそのものの検討と其中でのVS等の位置づけを考える一単にシステムに関与している一部の教官・技官等の問題ではなく、学部、大学、あるいはそれ以上の枠組みでコストなども含めて考えていく必要がある。

以上のような点が示されて、終会となった。

### 3. おわりに

Pathology Vision への参加はここで終わり、さらに実例や問題点などについて意見交換等を予定していたが、あいにくアメリカ・カリフォルニア州では当時大規模な山火事が発生していた。そのため各所の道路が寸断され、外出も自粛するようとの指示が出て（後日シーワールドに足を運ぼうとの計画もあったが山火事により休園となり頓挫した）、多くの参加者は私を含め、帰路が閉ざされないうちに予定より早く会場を後にすることとなった。

最後は予定外のアクシデントに見舞われたものの、今回の Pathology Vision への参加により得られた経験で、医学教育や地域医療でのさまざまな形での IT 技術の活用に気づかされることとなった。今後それをいかに形にしていくかがこの事業の真の成果であり、私に課せられたものだと

思う。今回、貴重な経験をさせていただいた日本病理学会海外派遣事業および関係各位に深く謝意を表します。

最後に、本報告書を書き上げる頃には6年余にわたり籍を置いた琉球（沖縄）の地を離れ、横浜市立大学に異動することとなった。残念ながら直接沖縄の地域医療等に貢献することは難しくなったが、幸いに遠隔技術は場所を問わないのも特徴の1つであり、今後も外から沖縄の医療の貢献の一助を担えればと考えている。むろん、横浜での貢献にもつながればと願うことはいうまでもない。

### III. 会員の訃報

以下の方がご逝去されました。

太田五六 学術評議員（平成20年9月8日ご逝去）

---

## お知らせ

---

### 1. 第14回「日本女性科学者の会奨励賞」候補者の募集について

応募期間：2008年11月1日（土）～11月15日（土）

連絡先：日本女性科学者の会賞連絡事務局

〒305-8566 つくば市東1-1-1 中央第6  
産業技術総合研究所内

FAX：029-861-6177

E-mail：award-sjws@m.aist.go.jp

## 第26回（2008年度）日本病理学会 病理専門医試験報告

第26回病理専門医試験実施委員会  
委員長 中谷 行雄

### 1. はじめに

2008年度の試験は、第26回日本病理学会病理専門医試験として、去る7月26日（土）27日（日）の両日にわたり、東京医科歯科大学を会場として行われた。本年度の受験者総数は90名（92名出願、2名欠席）で、66名が合格し、合格率は73.3%であった。同時に第16回日本病理学会口腔病理専門医試験（委員長：田中陽一）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。解答は記述式を主体に一部は多肢選択で、特に細胞診の問題は多肢選択を原則としている。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13題（口腔・唾液腺領域からの3題を含む）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14.4%である。I型問題において、11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3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18年1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。従って、日常業務で遭遇することの多い重要な疾患を多く出題するようにした。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も出題の対象とした。

採点にあたっては出題者の模範解答を満点として、そこからの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より減点対象とした。細胞診の出題は1題を

記述式，残り12題を多肢選択とした。

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型問題とその模範解答および配点は次の通りである。

表1. 第26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26日(土)

時刻	事項	場所
11:00	受付開始	医歯学総合研究棟2階
12:00	受験生集合(全員)待機室 試験委員長・試験実施委員長挨拶, 説明	医歯学総合研究棟2階講義室I 医歯学総合研究棟2階講義室I
12:30	III型問題(剖検症例: レポート作成)	医歯学総合研究棟4階組織実習室
15:00	I型試験会場へ移動・休憩	
15:30	I型問題	医歯学総合研究棟2階講義室I, II
16:40	面接 待機	医歯学総合研究棟4階組織実習室
17:00	面接 受験生1人, 面接担当者2名の面接(約10分)を受ける	医歯学総合研究棟3・4階演習室
19:00	受験生は面接終了後, 順次解散	

2日目 7月27日(日)

時刻	事項	場所		
8:10	受験生集合(A, B, C組) (D組のみ9:20集合)	医歯学総合研究棟2階講義室I, II		
8:20	II型試験会場へ移動			
8:30	II型問題(各60分)	医歯学総合研究棟4階組織実習室		
		IIa (20題) IIb (20題) IIc (20題) 待機(2階講義室)		
8:30-9:30 移動(10分)	A組	B組	C組	
9:40-10:40 移動(10分)	D組	A組	B組	C組
10:50-11:50 移動(10分)	C組	D組	A組	B組
12:00-13:00	B組	C組	D組	A組(アンケート)

試験終了後, B, C, D組は組織実習室でアンケート記入後, 2階講義室で各自の荷物を持ち順次解散

受験番号: 1-23=A組 24-46=B組 47-69=C組 70-92=D組

表2. 試験内容と方法

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19, 五者択一11)	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20)	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, 術中迅速, 細胞診)	20題	各5点(記述9, 五者択一11)		
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1名, 面接担当者2名, 8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	2	1	5
循環器	2	0	1	3
呼吸器	3	2	3	8
消化管	2	7	2	11
肝胆膵	1	3	1	5
内分泌	1	2	0	3
泌尿・男性器	1	5	1	7
女性器	2	5	1	8
乳腺	2	2	1	5
造血器	3	4	1	8
皮膚	2	5	1	8
骨軟部	2	2	0	4
細胞診	5	0	5	10
口腔・唾液腺	2	1	2	5
計	30	40	20	90

## 1) 臨床経過概要

【症例】 79歳，男性

【主訴】 黄疸，皮膚搔痒感

【職業歴】 元事務職（15～55歳）

【家族歴】 父：肝臓癌 兄：腹部大動脈瘤

【嗜好歴】 喫煙歴なし，飲酒歴なし

【既往歴】 46歳：自律神経失調症 明らかなアレルギーなし

【現病歴】 当院入院5ヶ月前に言葉が出にくくなり，前医に入院。失語症，聴覚的理解が低下。保存的に治療。リハビリ施行。家族との会話には差し支えなくなり，退院。

当院入院2ヶ月前から抗凝固剤として塩酸チクロピジン（パナルジン®）200 mg/dayの内服を開始した。内服4週後より黄疸，皮膚搔痒感が出現し，検査を施行したところ T-Bil 9.3 mg/dl，D-Bil 7.4 mg/dl，好酸球 1,850/ $\mu$ l（14%），AST 32 IU/l，ALT 56 IU/l を示し，前医に再入院した。塩酸チクロピジンによるものと判断し，内服を中止したが，黄疸は軽快せず T-Bil 11.4 mg/dl と更に上昇を認めた。前医再入院1週間後よりプレドニゾロン 30 mg，ウルソデオキシコール酸 300 mg を開始し，その後，好酸球は正常化した，T-Bil 17.2 mg/dl，D-Bil 13.8 mg/dl と更に上昇を認めたため，精査加療目的にて当院に転院となった。

【入院時身体所見】 身長 160 cm，体重 53 kg。

意識清明，失語症（fluent type aphasia）：構語障害あり，後唱できず

血圧 132/66，体温 36.4°C，脈拍数 96/分

胸部：聴診上異常なし

腹部：平坦，軟，圧痛なし，肝脾触知せず，腸蠕動音正常

眼瞼結膜：黄疸あり，貧血なし

全身の著明な黄疸あり

【入院時検査所見】 WBC  $16.4 \times 10^3/\mu$ l（4.0-8.0）（neutro 87.7%，eosino 1.2%，lympho 8.4%），RBC  $403 \times 10^4/\mu$ l（369-493），Hb 12.8 g/dl（13.3-17.1），Ht 37.0%（38.3-51.3），Plt  $31.5 \times 10^4/\mu$ l（15.5-36.7），TP 5.7 g/dl（6.7-8.3），Alb 3.1 g/dl（3.9-4.9），AST 35 IU/l（8-38），ALT 72 IU/l（4-44），LDH 244 IU/l（110-250），ALP 463 IU/l（100-350）， $\gamma$ -GTP 137 IU/l（4-50），CHE 150 IU/l（540-1,300），NH<sub>3</sub> 34  $\mu$ g/dl（30-86），T-Bil 23.1 mg/dl（0.2-1.2），D-Bil 18.6 mg/dl（0.0-0.5），T-Cho 301 mg/dl（130-220），TG 516 mg/dl（30-150），Na 141 mEq/l（135-144），Cl 103 mEq/l（98-110），K 4.2 mEq/l（3.4-4.9），Ca 8.4 mg/dl（8.5-10.4），UA 3.9 mg/dl（2.4-7.0），BUN 18.4 mg/dl（8-20），Cr 0.58 mg/dl（0.4-1.2），CRP 0.48 mg/dl（～0.5），Glu 86 mg/dl（70-110），HbA1c 5.3%（3.6-5.8），PT-INR 1.08（1.0），APTT 35.0 sec（25-35），ヘパプラスチンテスト（HPT）97.1%（70-130），IgG 850 mg/dl（800-1800），IgA 310 mg/dl（90-450），IgM 80 mg/dl（60-250），HBsAg（-），HCV-Ab（-），HIV-Ab（-），CMV IgG 11.4（10以下），CMV IgM（-），EBNA  $\times 40$ ，EBV 抗VCA-IgG  $\times 160$ ，EBV 抗VCA-IgM（-），CEA 0.7 ng/ml（5.2以下）， $\alpha$ -FP 2.3 ng/ml（8.5以下），CA19-9 43.0 U/ml（37以下）

（尿一般） pH 6.0，比重 1.016，蛋白（-），糖（-），ケトン体（-），潜血（±），ビリルビン（3+）

（その他） 抗ミトコンドリア抗体（-），抗核抗体（-）

胸部単純X線写真：明らかな異常なし，心胸郭比 41.5%

【入院後経過】 プレドニゾロン 20 mg，ウルソデオキシコール酸 300 mg を継続し，タウリン 3 g，コレスチラミン 12 g を追加したが，T-Bil 値の改善が認められないため，第7病日よりステロイドパルス療法（1,000 mg $\times$ 3 day）を開始した。その後搔痒感は軽快。T-Bil 値は 19.9 mg/dl と若干の改善を認めたが高値を保ったままであった。

第10病日より Alb 2.8 g/dl，CHE 121 IU/l，PT-INR 1.36，HPT 52.4%，NH<sub>3</sub> 83  $\mu$ g/dl と徐々に肝機能低下をきたした。

第17病日より下痢が出現。ビタミン K 2.9 と低下したため，ビタミン K 補充。

第20病日，突然意識レベル低下をきたした（昏睡度 III 羽ばたき振戦なし）。

血圧 76/50。血便を呈しており，Hb 9.4 g/dl，Alb 1.8 g/dl，尿量低下，sPO<sub>2</sub> 98%。

頭部・腹部 CT 施行したが脳出血などの急性異常所見は発見しえず。アミノレバン，アルブミン投与後，尿量 200 ml（4時間），Hb 7.1 g/dl。MAP 4 U 輸血。NH<sub>3</sub> 471  $\mu$ g/dl であった。肛門鏡を施行したが直腸下部に出血源は認められ

なかった。その後も意識レベル改善せず、翌第 21 病日に血圧触知不能。その後心肺停止し、永眠された。

## 2) 剖検時の主な所見

死後時間（解剖開始時） 170 分

身長 160 cm, 体重 53 kg

主要臓器重量：脳 1,260 g (図 1), 心 390 g, 肝 1,050 g (図 4), 脾臓 70 g, 肺 左 600 g/右 650 g (図 2, 3), 腎 150 g/150 g (図 7), 副腎 4.2 g/3.6 g

眼球結膜の黄染高度, 眼瞼結膜は高度貧血性, 瞳孔は正円形で左右とも径 5 mm。

表在リンパ節は触知せず。口腔内出血なし。腹水, 心嚢液は少量。

左心室後壁厚は 1.2 cm, 卵円孔開存なし, 左前下行枝に 75% の狭窄あり。

胃内容物は非血性だが, 腸管内容物は大量の血性物で, 粘膜には図 6 のような所見が認められた。

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-01	心	3 枚	非細菌性血栓性心内膜炎	3.49
I-02	肺	3 枚	多形癌	2.22
I-03	脳	4 枚	問 1: 2) 進行性多巣性白質脳症 問 2: 1) ウィルス	4.91
I-04	肺	4 枚	3) コクシジオイデス症 (Coccidioidomycosis)	0.78
I-05	大腸	3 枚	腸嚢胞状気腫症 (pneumatosis cystoides intestinalis)	2.88
I-06	胃	2 枚	1) AFP	4.50
I-07	肝	3 枚	2) 結節性再生性過形成	3.91
I-08	子宮	3 枚	漿液性腺癌	2.37
I-09	リンパ節	1 枚	CD30 (Ki-1), CD15 (Leu-M1)	3.90
I-10	軟部	3 枚	明細胞肉腫	3.34
I-11	細胞診	3 枚	2) 反応性尿路上皮	2.89
I-12	軟部	2 枚	問 1: 4) 粘液型脂肪肉腫 問 2: 3) <i>FUS (TLS)-CHOP</i> 融合遺伝子	3.00
I-13	細胞診	2 枚	3) 粘液産生性腺癌	3.39
I-14	細胞診	2 枚	1) 反応性中皮細胞	4.50
I-15	細胞診	2 枚	3) 硬癌	3.53
I-16	心	3 枚	壁在血栓	2.23
I-17	脳	1 枚	4) 転移癌	4.06
I-18	細胞診	2 枚	乳頭癌	4.74
I-19	肺	2 枚	びまん性肺泡傷害	4.52
I-20	腎	2 枚	膜性腎症 (膜性糸球体腎炎)	4.72
I-21	子宮	3 枚	大細胞神経内分泌癌	2.63
I-22	皮膚	3 枚	環状肉芽腫	3.62
I-23	乳腺	2 枚	非浸潤性乳管癌	4.16
I-24	乳腺	2 枚	悪性葉状腫瘍	4.36
I-25	リンパ節	23 枚	結核性リンパ節炎	4.28
I-26	口腔	4 枚	エナメル上皮腫	4.53
I-27	リンパ節	2 枚	壊死性リンパ節炎	3.94
I-28	陰茎	3 枚	問 1: 乳房外パジェット病 問 2: 悪性黒色腫, ボーエン病	3.33
I-29	口腔	3 枚	角化嚢胞性歯原性腫瘍	2.54
I-30	子宮	2 枚	3) 上皮内癌	4.33

## 3) 配布写真

- 図1 大脳左半球  
 図2 左肺上葉（固定後）  
 図3 肺（固定前）

表5. I型文章問題解答

No.	問題文	正解	平均点
I-46	パパニコロウ染色のための固定液は通常95%エタノールを用いる。	○	0.96
I-47	EDTAは強い脱灰力があるが組織障害が大きいという欠点がある。	×	0.71
I-48	クロイツフェルト-ヤコブ病の剖検臓器は、20%ホルマリン液で十分に固定すれば感染の危険性はない。	×	1.00
I-49	酸性ムコ多糖類を含む粘液はアルシアンブルー染色で陽性になる。	○	0.89
I-50	内因性ビオチンはLSAB法で偽陽性を示すが、高分子ポリマー法では検出されない。	○	0.96
I-51	迅速診断の組織を提出する際は乾燥防止の目的で十分な生理食塩水中に入れておくのが良い。	×	0.93
I-52	アルデヒド固定液は核酸の保存状態がよく遺伝子解析に適した固定液である。	×	0.96
I-53	加熱処理などにより組織切片の抗原性賦活化を行う際、シランコーティングスライドを使用すれば切片の剝離が起こりにくい。	○	1.00
I-54	被包化した陳旧性結核病変では感染の危険性はないと考えてよい。	×	1.00
I-55	アミロイドのAA型は過マンガン酸カリ処理によりコンゴ赤染色が陰性となる。	○	0.80
I-56	細胞診検体の免疫染色では、パラフィン切片と比較し、抗原賦活化が不要なことが多い。	○	0.83
I-57	ハリスのヘマトキシリン液は廃棄時に水銀系廃液として扱う。	○	0.79
I-58	ホルマリン固定液の浸透固定力は1時間に約2mm程度である。	×	0.28
I-59	迅速診断のリンパ節は、周囲の脂肪組織を残した方が標本を作製しやすい。	×	1.00
I-60	剖検を行っている際に犯罪と関係のある異状を認めたときは、二十四時間以内に所轄の警察署に届けなければならない。	○	0.92
I-61	ホルマリンは発がん性、呼吸器感受性、皮膚・粘膜などの刺激性があり、特定化学物質の第2類物質に分類されている。	○	0.76
I-62	病理診断科は標榜診療科として認められていない。	×	1.00
I-63	テレパソロジーによる術中迅速診断は保険適用が認められている。	○	0.89
I-64	ホルマリン固定臓器を廃棄する場合は感染性医療廃棄物とみなされる。	○	0.62
I-65	個人情報保護法における個人情報とは生存する個人についての情報であるが、死者の情報についても十分な配慮が必要である。	○	0.98

図4 肝臓

図5 小腸, 大腸

図6 小腸壁のHE染色組織像, b)はa)の矢印部分

図7 腎臓

図8 大動脈

## 4) 配布標本

- 1) 脳（図1の病変部）
- 2) 肺（図2の病変部）
- 3) 肺
- 4) 肝臓
- 5) 腸管（図6に相当する部分：配布標本によっては主要所見が不明瞭なため、図6を参照のこと）
- 6) 腎臓
- 7) 心臓（左前下行枝を含む）

## 5) 問題

A：本例の剖検所見を、主病変とその他にわけ、箇条書きで記載せよ。

表6. IIa型問題解答

No.	臓器	模範解答	平均点
IIa-01	筋肉	多発筋炎	3.96
IIa-02	脳	毛様細胞性星細胞腫	1.69
IIa-03	肺	転移性腫瘍：下部消化管由来腺癌	3.86
IIa-04	肺	Wegener肉芽腫症	3.77
IIa-05	虫垂	杯細胞型カルチノイド腫瘍	4.11
IIa-06	結腸	憩室（症）	3.24
IIa-07	回盲部	クローン病	3.89
IIa-08	肛門部	悪性黒色腫	4.64
IIa-09	食道	顆粒細胞腫	4.92
IIa-10	食道	平滑筋腫	4.06
IIa-11	十二指腸	ブルネル腺過形成	4.32
IIa-12	胆嚢	コレステロールポリープ	4.82
IIa-13	膵	高分化内分泌細胞癌	2.90
IIa-14	膵	粘液性嚢胞腺腫	3.57
IIa-15	甲状腺	髄様癌	4.40
IIa-16	副腎	褐色細胞腫	4.78
IIa-17	前立腺	腺癌（偶発癌）	4.56
IIa-18	腎	腎実質浸潤性尿路上皮癌	4.01
IIa-19	精巣	非ホジキンリンパ腫	3.70
IIa-20	腎	後天性嚢胞腎に関連した腎細胞癌	4.01

表7. IIb型問題解答

No.	臓器	模範解答	平均点
IIb-01	膀胱	腺性膀胱炎（増殖性膀胱炎）	2.70
IIb-02	子宮	単純型子宮内膜増殖症	2.60
IIb-03	子宮	変形平滑筋腫	3.58
IIb-04	卵巣	漿液性境界悪性腫瘍	3.54
IIb-05	卵巣	明細胞腺癌	3.63
IIb-06	外陰部	尖圭コンジローマ	4.64
IIb-07	乳腺	肉芽腫性乳腺炎	2.93
IIb-08	乳腺	粘液癌	4.99
IIb-09	骨髄	多発性骨髄腫	4.59
IIb-10	リンパ節	Bcl-2	4.47
IIb-11	縦隔	問1: 胸腺 問2: 胸腺腫	3.72
IIb-12	リンパ節	皮膚病変の有無	3.90
IIb-13	皮膚	眼瞼黄色腫	3.91
IIb-14	皮膚	青色母斑	4.06
IIb-15	皮膚	皮膚線維腫	3.91
IIb-16	皮膚	皮膚混合腫瘍（多形性腺腫）	3.41
IIb-17	皮膚	脂漏性角化症（老人性疣贅）	4.51
IIb-18	骨	類骨骨腫	2.69
IIb-19	骨	脊索腫	3.68
IIb-20	耳下腺	基底細胞腺腫	1.77

B:

- ① 肝臓の状態はどのようなものであったか。障害の原因とその経過を考察せよ。
  - ② 血便の原因は何か。
- A) 部位 B) その原因・誘因について記載せよ。

〔模範解答〕

A. 主病変

1. 肝高度胆汁うっ滞（薬剤性肝障害の疑い）＋小葉中心性壊死（ショック肝）
2. サイトメガロウイルス腸炎：腸管びらん・潰瘍および出血

B. その他の病変

1. 肺膿瘍（左上葉），サイトメガロウイルス肺炎
2. 腎うっ血
3. 冠動脈（左前下行枝）粥状硬化性狭窄，石灰化，左室肥大（明らかな梗塞なし）
4. 陳旧性脳梗塞 左側頭葉～島皮質
5. 全身性動脈硬化，中等度

表8. IIc型問題解答

No.	臓器	模範解答	平均点
IIc-01	脳（凍結標本）	びまん性星細胞腫	2.63
IIc-02	心	アミロイドーシス	4.43
IIc-03	肺	クリプトコッカス症	1.96
IIc-04	肺	5) 混合型腺癌	3.61
IIc-05	肺	サルコイドーシス	3.39
IIc-06	盲腸	アメーバ赤痢症	4.96
IIc-07	十二指腸（凍結標本）	断端陽性（低分化腺癌）	2.89
IIc-08	肝	非アルコール性脂肪性肝炎	3.23
IIc-09	前立腺	4+4=8	4.16
IIc-10	卵巣（凍結標本）	1) AFP	4.22
IIc-11	乳腺	1) 0	1.50
IIc-12	骨髄	慢性リンパ性白血病	2.84
IIc-13	皮膚	1) コゴイ (Kogoj) の海綿状膿疱	2.56
IIc-14	細胞診	3) 類内膜腺癌 G1	3.11
IIc-15	細胞診	2) ウィルス感染症	2.33
IIc-16	細胞診	3) 腺癌	1.89
IIc-17	細胞診	1) 線維腺腫	4.11
IIc-18	細胞診	5) 尿路上皮癌	3.33
IIc-19	細胞診	4) 腺様嚢胞癌	3.28
IIc-20	口腔	5) 扁平上皮癌	3.11

B:

- ① 肝臓の状態はどのようなものであったか。障害の原因とその経過を考察せよ。  
チクロピジンによる薬剤性胆汁うっ滞性肝障害（の疑い）を基盤に出血性腸炎による循環障害（低容量性ショック）が加わり肝機能障害が悪化。腸管粘膜傷害からの microbial translocation も肝機能障害を助長した可能性がある。これらが複合して肝不全に至ったと考えられる。
  - ② 血便の原因は何か。
- A) 部位 B) その原因・誘因について記載せよ
- A) 小腸，結腸
- B)-1 サイトメガロウイルス腸炎：サイトメガロウイルス腸炎は大量出血の原因となりうる。
- B)-2 サイトメガロウイルス腸炎の原因として，ステロイド使用による免疫力低下が考えられる。
- B)-3 肝障害による凝固能低下，腸炎によるビタミンK吸収障害により出血は助長される。

B)-4 腸炎による microbial translocation は肝機能をさらに低下させ出血を助長した可能性が考えられる。

## 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14点高く、III型は38点低い。一方、一昨年との比較では、I型+II型では17点高く、III型

は32点低い。本年の特徴はI型+II型が好成績である一方、III型問題の成績不良が目立ったことである。III型問題は薬剤性肝障害を基盤に出血性腸炎を合併した症例であったが、主に肝臓・腸管などの主要な病変に限定した設問であったため、基本的な所見をとり誤ると大きな失点となる傾向があったと思われる。特に大きな病変のない臓器も主要臓器はスライド配布したが、結果として難しく考え過ぎたと思われる解答も見られた。しかしながら、面接ではこのような点に配慮しながら剖検診断能力を評価したので、

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	442.1	54.0	388.0	334.0	559	302
I型写真	150	107.6	15.5	92.1	76.6	141	74
I型文章	20	17.3	1.3	16.0	14.6	20	13
I型小計	170	124.9	15.8	109.1	93.3	159	90
IIa型	100	79.2	10.3	69.0	58.7	98	42
IIb型	100	73.2	12.3	61.0	48.7	98	39
IIc型	100	63.5	12.4	51.1	38.7	94	37
II型小計	300	216.0	28.7	187.3	158.5	282	129
I+II計	470	340.9	41.1	299.8	258.7	432	221
III型	150	101.2	22.4	78.8	56.5	145	45
細胞診	65	44.6	10.4	34.1	23.7	65	15

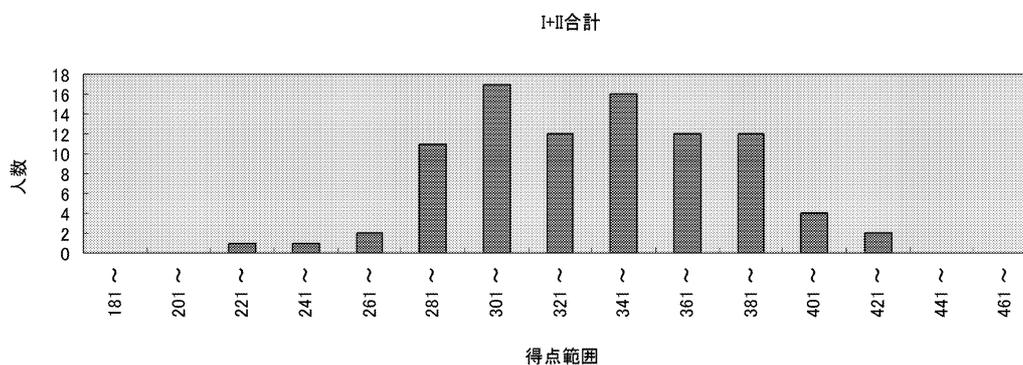


図1. I型+II型合計の得点分布

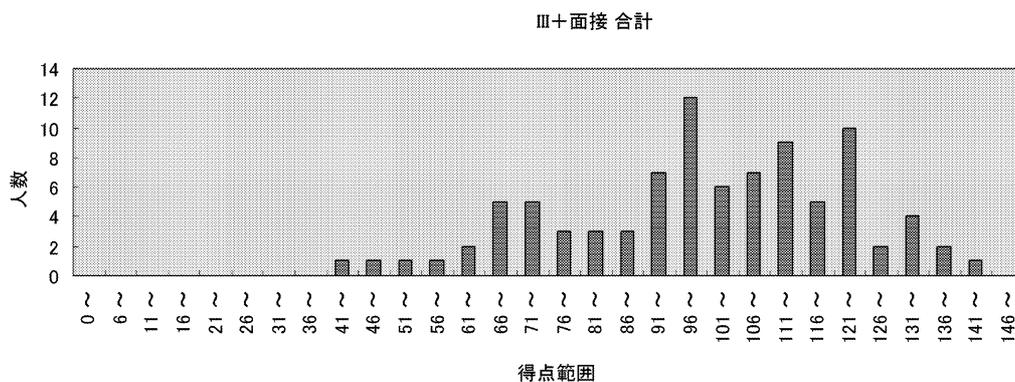


図2. III型問題の得点分布

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 府	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	84.7	同上 54: (9), 巻末 3, 2004
23	H17 ('05)	日医大	60	52	86.7	同上 55: (9), 巻末 3, 2005
24	H18 ('06)	日医大	65	49	75.4	同上 56: (10), 巻末 5, 2006
25	H19 ('07)	医 歯	92	69	75.0	同上 57: (9), 巻末 3, 2007
26	H20 ('08)	医 歯	90	66	73.3	同上 58: (9), 巻末 5, 2008

III 型問題の不成績は近年の剖検経験数低下や剖検に対する教育のあり方などのより根本的な問題を反映している可能性も考えられる。点数分布については、I 型+II 型はほぼ正規分布を示したが、III 型は低得点側に尾を引く傾向が目立った。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かなり多く存在した。

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、7月30日(水)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 282 点(6割)未満の者ないし III 型の得点が 90 点(6割)未満の者を不合格とした。面接評価では、本年度は E 評価を受けた者が 1 名あったが F 評価を受けた者はいなかった。この E 評価を受けた受験生は筆記試験での合格基準に達していなかったため不合格となったが、面接のみによる不合格者はいなかった。その結果、90 名中 66 名が合格(合格率 73.3%)となった。剖検の診断能力の低下については根本的な対策が必要と考えられた。なお、本年度の新規受験者は 70 名で合格率は 77.1%であった(再受験者 15 名の合格率は 66.7%, 再々受験者 5 名の合格率は 40%)。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 47 名(52.2%)、大学附属病院病理部(科) 15 名(16.7%)、国公立病院検査科(病理科) 17 名(18.9%)、私立病院検査科(病理科) 9 名(10.0%)、医育機関以外の研究施設 1 名(1.1%)の順であった。医学部以外の病理学教室、衛生検査所の該当者、その他の該当者はいなかった。

病理医としてのキャリアについては、ほとんどの受験者(81 名, 91.0%)が 5 年以上 10 年未満であり、10 年以上 15 年未満が 6 名, 15 年以上 20 年未満が 1 名, 20 年以上が 1 名であった(1 名, 未回答)。

アンケートの各項目に対する回答は、受験者によって著

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	3.5 (2～5) 3.0 (1～5) 3.1 (2～5) 3.6 (2～5) 4.0 (2～5)
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	3.4 (1～5) 3.5 (1～5) 3.6 (1～5) 3.4 (1～5) 3.1 (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 (2～4) 3.0 (2～5) 2.5 (1～4) 2.6 (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	3.5 (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	3.3 (1～5)
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	3.2 (1～5) 3.6 (1～5) 3.5 (1～5) 3.2 (1～5) 3.4 (1～5) 3.2 (1～5)
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	3.8 (2～5)
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)

しく異なっていたが、平均すると IIc 型, III 型試験問題で試験時間が短いと答えた者が多かった。III 型試験問題は配布スライド・設問数を減らした効果か、時間不足の程度は前年度より若干改善した。一方、剖検診断の作成にはやや情報不足との意見もあった。I 型写真問題の写真の評価は比較的良好であった。自由記載欄には IIc 型問題での時間が足りない、プレパラートの回覧がスムーズでなかった、などの意見が比較的多かった。また、II 型問題で待機組の誘導について改善を求める指摘があった。これらの問題はここ数年受験生が増加し、限られた日程の中で運営スケジュールが過密で複雑化していることにも一因があると思われる。

## 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

表 12. 第 26 回日本病理学会病理専門医試験委員構成

第 26 回日本病理学会病理専門医試験実施委員：

中谷行雄（委員長）、新井栄一、小山徹也、川本雅司、北川昌伸、鷹橋浩幸、谷澤徹、野々村昭孝、藤井丈史、三上芳喜、安田政実

面接委員：

稲山嘉明、津田均、長嶋洋治、平戸純子、福永真治

病理専門医試験委員：

仁木利郎（委員長）、梅村しのぶ、大橋健一、菅間博、小西登、内藤善哉、野口雅之、森正也

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東京医科歯科大学の北川昌伸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。

## 第 16 回（2008 年度）日本病理学会 口腔病理専門医試験報告

第 16 回口腔病理専門医試験実施委員会  
委員長 田中 陽一

### 1. はじめに

第 16 回（2008 年度，平成 20 年度）の日本病理学会口腔病理専門医試験は，2008 年 7 月 26 日（土）および 27 日（日）に，第 26 回病理専門医試験と同時に，東京医科歯科大学で実施された。試験の構成や実施のスケジュールは病理専門医試験と同様である。本年度の受験者は 7 名で，6 名が合格した。試験の内容と採点ならびに合否判定は，従来の方法に準拠して行われた。

### 2. 受験者の概要

受験者の内訳は，歯学部（歯科大学）の病理学教室が 3 名，国公立病院検査科（病理科）が 2 名，私立病院検査科（病理科）が 1 名，その他が 1 名であった。最近の傾向として歯学部（歯科大学）の病理学教室以外の受験者が多い。受験者の口腔病理の経験は 5 年以上 10 年未満が 6 名で，1 名が 20 年以上であった。なお 5 年以上 10 年未満の 6 名のうち 1 名は現在口腔外科学に所属している。

### 3. 試験内容と出題方針

試験は例年と同様，I 型問題（写真問題 30 問，文章問題 20 問），II 型問題（標本配布問題 40 問，標本回覧問題 20 問），III 型剖検症例問題であった。そのうち I 型，II 型問題の前半の半数は，病理専門医試験問題から選択し（共通問題：臓器別出題数を表 1 に示す），I 型文章問題と III 型剖検症例問題は病理専門医試験問題と共通である。試験問題の約 60% は病理専門医試験と同様であるが，I 型写真問題と II 型問題の後半の半数は，口腔病理独自の問題である。口腔問題の疾患分類別出題数は表 2 に示す。共通問題は，口腔病理医として必要な人体病理学の基礎知識を問うために，諸臓器の代表的な疾患を中心に選択した。口腔問題は，「口腔病理専門医のための研修要綱」に沿って，口腔を構成する諸臓器に発生する代表的な疾患を中心に，隣接する頭頸部病変も若干数加えた。また I 型問題では，臨床像と対比して考えられるように配慮した。細胞診問題では典型的な細胞像が出題された。

### 1) I 型問題

写真問題は，肉眼像，エックス線画像，病理組織像，細胞像を提示し，総合的な診断能力を有するかを判定した。特に口腔問題ではエックス線画像の対比から，組織像で鑑別を問う問題を 2 題出題した。写真問題の模範解答および問題別平均点は表 3 に示す。I-16～30 は共通問題，31～45 は口腔問題である。配点は各問 5 点，合計 150 点で，模範解答以外でも，妥当と思える解答には若干加点了。平均点は共通問題，口腔問題ともに問題による差があった。I-23

表 1. 共通問題の臓器別出題数

臓器・ジャンル	出題数
肝 胆 膵	1
口 腔	5
呼 吸 器	2
骨 軟 部	2
循 環 器	1
消 化 器	5
女 性 器	3
神 経・筋	4
造 血 器	4
内 分 泌	3
乳 腺	3
泌 尿 器	3
男 性 器	1
皮 膚	4
細 胞 診	4
計	45

表 2. 口腔問題の疾患分類別出題数

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

表3. I型写真問題模範解答および平均点

問題番号	模範解答	平均点
I-16	壁在血栓	1.71
I-17	4) 転移癌	3.57
I-18	乳頭癌	3.57
I-19	びまん性肺胞障害	4.14
I-20	膜性腎症/膜性糸球体腎炎	2.14
I-21	(大細胞) 神経内分泌癌	2.29
I-22	環状肉芽腫	2.57
I-23	非浸潤性乳管癌	0.00
I-24	悪性葉状腫瘍	2.14
I-25	結核性リンパ節炎	5.00
I-26	エナメル上皮腫	5.00
I-27	壊死性リンパ節炎	2.43
I-28	1) 乳房外パージェット病 2) 悪性黒色腫, ボーエン病	2.57
I-29	角化嚢胞性歯原性腫瘍	3.57
I-30	3) 上皮内癌	1.43
I-31	エナメル上皮腫, 線維形成型	1.86
I-32	骨肉腫	5.00
I-33	線維性骨異形成症	5.00
I-34	歯原性粘液腫	5.00
I-35	術後性上顎嚢胞	5.00
I-36	MALT型リンパ腫	1.57
I-37	白色海綿状母斑	0.86
I-38	5) ヘルペス感染症	3.57
I-39	腺腫様歯原性腫瘍	5.00
I-40	エナメル上皮線維腫	3.29
I-41	エナメル上皮腫, 顆粒細胞型	4.29
I-42	粘膜内母斑	4.14
I-43	4) マッソン・フォンタナ染色	1.43
I-44	セメント芽細胞腫	3.43
I-45	単純性骨嚢胞	2.86

(共通問題)は正答者がなく、ほとんどの受験生が良性と解答していた。口腔病理専門医受験生にはまだ難しい問題と思われる。I-37(口腔問題)は1名のみが正解であった。極めてまれな疾患で難しかったと思われる。I-25, 26(共通問題)およびI-32-35, 39(口腔問題)は全員正解であった。また共通問題, 口腔問題の成績を比較すると, 口腔問題がやや高位であるが, 点差はあまりなかった。これは歯科大学以外で研鑽を積まれた受験生が多いことに起因するのかもしれない。細胞診は共通問題2題(I-18, 30), 口腔問題2題(I-38, 43)であった。口腔問題の1題(I-43)は細胞像から確定診断のために追加すべき特殊染色を選ぶ問題であったが, 正解者は1名であった。文章問題は, 日常の病理業務に必要な基本的な事項を○×形式で問う問題であるが, 概ね良好な成績であった。口腔病理専門医受験者の平均は16.7点(20点満点)で昨年より良かった。ただI-58(ホルマリン固定液の浸透固定力の問題)は正解者が2名であった。今後も検体処理法や標本作製技術などを含めた幅広い

表4. IIa問題模範解答および平均点

問題番号	模範解答	平均点
IIa-1	多発筋炎	2.00
IIa-2	毛様細胞性星細胞腫	5.00
IIa-3	憩室症	2.57
IIa-4	クローン病	1.71
IIa-5	コレステロールポリープ	3.43
IIa-6	粘液性嚢胞腺腫	3.43
IIa-7	髄様癌	2.29
IIa-8	褐色細胞腫	3.29
IIa-9	腺癌(偶発癌)	3.57
IIa-10	腎実質浸潤性尿路上皮癌	4.29
IIa-11	4) コンゴウ赤染色	5.00
IIa-12	鰓嚢胞	5.00
IIa-13	神経線維腫	2.14
IIa-14	神経鞘腫	5.00
IIa-15	腺腫様過形成	1.00
IIa-16	血管脂肪腫	2.57
IIa-17	血管筋腫	1.57
IIa-18	腺様嚢胞癌	5.00
IIa-19	巨細胞性修復性肉芽腫	1.86
IIa-20	粘表皮癌	4.29
IIb-1	単純型子宮内膜増殖症	1.57
IIb-2	明細胞腺癌	2.71
IIb-3	粘液癌	3.86
IIb-4	多発性骨髄腫	3.00
IIb-5	青色母斑	3.14
IIb-6	皮膚線維腫	3.00
IIb-7	脂漏性角化症	3.00
IIb-8	類骨骨腫	1.57
IIb-9	脊索腫	0.71
IIb-10	基底細胞腺腫	1.43
IIb-11	海綿状血管腫	4.86
IIb-12	歯牙腫, 複雑型	3.43
IIb-13	類皮嚢胞	5.00
IIb-14	膿原性肉芽腫	5.00
IIb-15	巨細胞線維腫	2.14
IIb-16	1) 顆粒細胞腫 2) 3) S-100蛋白	2.29
IIb-17	骨形成性線維腫	4.43
IIb-18	リンパ管腫	2.86
IIb-19	腫瘍細胞の細胞質内に豊富なミトコンドリア	2.14
IIb-20	石灰化嚢胞性歯原性腫瘍	4.29

基本的な知識が要求される。

## 2) II型問題

II型は検読試験で, 全般的な知識が問われる。例年通り, IIa(20題), IIb(20題), IIc(20題)の計60題が出題された。IIaおよびIIbは, 60分間で各々20題を解答するのに対して, IIcは回覧方式で, 1題を3分程度で診断しなければならない。IIc型は多数の標本作製の困難な細胞診, 迅速

表5. IIc 問題模範解答および平均点

問題番号	模範解答	平均点
IIc-1	びまん性星細胞腫	5.00
IIc-2	サルコイドーシス	3.29
IIc-3	アメルバ赤痢	4.29
IIc-4	断端陽性 (低分化腺癌)	2.14
IIc-5	慢性リンパ性白血病	2.43
IIc-6	3) 類内膜腺癌 G1	2.86
IIc-7	3) 腺癌	5.00
IIc-8	1) 線維腺腫	2.14
IIc-9	4) 腺様嚢胞癌	1.43
IIc-10	5) 扁平上皮癌	5.00
IIc-11	放線菌症	5.00
IIc-12	1) 多形腺腫	3.29
IIc-13	2) Warthin 腫瘍	3.14
IIc-14	3) 口腔カンジダ症	1.14
IIc-15	疣贅状黄色腫	4.29
IIc-16	フォーダイス斑	3.57
IIc-17	上皮内癌	5.00
IIc-18	ランゲルハンス細胞組織球症	0.71
IIc-19	2) グロコット染色	5.00
IIc-20	断端陽性	4.29

診断の問題が多く、受験生の病理経験年数による差が生じる。本年は細胞診の問題が、IIc に多く、共通問題と口腔問題の平均値に差が生じた。細胞診に関しては、受験生の全体的なレベルアップが望まれるとともに、学会としても受験生に対する何らかの対応が必要であろう。細胞診講習会など集中的な訓練も考慮するべきである。解答は基本的には記述式であり、正確な筆記も求められる。配点は各5点、合計300点で、模範解答および問題別平均点は表4および5に示す。

### 3) III型問題

病理専門医と共通の1例が出題され、与えられる時間は2時間30分である。今回も臨床経過、検査データ、病理解剖時の肉眼写真集、プレパラート1セットが配布され、剖検診断書の作成と所見を記載し、設問に答える従来の方式がとられた。問題の詳細は病理専門医試験報告書を参照してほしい。配点は筆記試験が100点、面接試験が50点である。面接試験は各受験生の解答書を参考にして、試験委員、実施委員の3名の委員で、受験生1名ごとに約20分間行われた。症例の概要を理解していても、剖検診断書に正確に反映されていない受験生もみられ、病態のとらえ方や報告書作成の訓練が必要と考えられた。論理的に症例をまとめる能力は多数の症例を経験することも必要であるが、1例ずつ丁寧な報告書を作成していくことも重要と思われる。

## 4. 採点と判定

模範解答およびこれに類する解答を満点とし、必要な垂型の記載のないもの、誤字は減点した。各問の平均点は表3~5に示した。本年の受験生7名の平均点は、65.8点で昨年よりやや低かった。共通問題と口腔問題では、受験生によっては問題により差が生じていた。全体的な成績に大きな差はなく、比較的バランスの良い勉強法をとられていたと思われるが、口腔問題は基本的な問題が多く、過去の問題を中心に勉強をすれば、比較的容易に正答が得られる問題であったことを考えるともう少し高位の成績が望まれた。そのためか今回は上位2名を除くと、不合格者を含め60%に近い得点率であった。細胞診は例年よりやや多く出題され (I型共通2, I型口腔2, IIc型共通5 (うち2題は口腔から提供された唾液腺腫瘍と扁平上皮癌), IIc型口腔3題 (うち2題は唾液腺良性腫瘍), いずれも5者択一とした。得点率は58.0%で昨年より良かった。出題症例は共通、口腔ともに典型例であり、細胞診を避けることなく、基本的な事項のみを習得しても、高得点が期待できる。最高得点者の得点率は90%であった。III型の得点率 (筆記+面接) は68.4%で、昨年とほぼ同様であった。最終判定に例年、III型問題の得点率が大きな影響をもつ。ちなみに本年のI型合計平均得点率は65.4%、II型は64.8%であった。合格基準は昨年同様、I型とII型問題を合わせた得点率が60.0%以上で、かつIII型問題の筆記と面接を合わせた得点率の合計が60.0%以上とした。これらの成績を基に、7月30日に開催された口腔病理専門医試験制度運営委員会で慎重に審議し、6名を合格、1名を不合格と判定した。不合格者は、総合得点でわずかに及ばず、I型+II型合計で60%を超える成績を残したが、I型、IIc型の共通問題、III型筆記の得点率が悪く、III型合計得点率が60%に満たなかった。残念ながら今一步というところで不合格となった。前回の不合格者で、今回再受験された方は、本年のIII型問題では最上位の成績を収めている。今後剖検を主体に、病理学全般の基礎知識取得に励まれ再受験されることを切に望みます。また合格された方も、今後も口腔病理専門医として自覚をもってさらなる努力をされることを希望します。受験者全員に、成績の詳細な結果と簡単な総評を加えて可否を通知した。

## 5. アンケート結果

試験終了後、例年通り無記名のアンケートを実施した。その内容と結果の概略を表6に示す。III型問題は難しいと感じた受験生が多く、5名が難、非常に難としている。またIIc型も難しいと感じた受験生が3名いた。細胞診がIIc型に多いことに関連していると思われる。他の問題の難易度、出

表6. ポストアンケート集計結果

アンケート項目	5段階評価平均
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	3.57
B) I型文章問題	3.14
C) IIab型配布問題	3.29
D) IIc巡回問題	3.00
E) III型剖検問題	4.00
出題問題の適切さ	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	3.43
B) I型文章問題	2.86
C) IIab型配布問題	3.43
D) IIc巡回問題	2.86
E) III型剖検問題	4.00
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	2.86
B) I型文章問題	3.00
C) IIab型配布問題	3.00
D) IIc巡回問題	2.71
E) III型剖検問題	3.43
細胞診	
A) 難易度	1: 非常に易, 3: 適当, 5: 非常に難 4.00
B) 問題数	1: 非常に少ない, 3: 適当, 5: 非常に多い 4.00
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	3.86
B) I型写真の大きさ	4.00
C) I型1問あたりの写真数	3.57
D) III型写真の画質	3.00
E) III型写真の大きさ	2.86
F) III型写真の数	2.57
試験内容と日常業務の関連性	1: 非常に低い, 3: どちらでもない, 5: 非常に高い 3.00
本試験の全体的な質	1: 非常に低い, 3: どちらでもない, 5: 非常に高い 4.00
試験日程ならびに進行	1: 非常に不適切, 3: どちらでもない, 5: 非常に適切 4.29
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 4.71
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 4.57

題内容の適切さ、試験時間の長さに関しては概ね適切と答えた受験生が多く、試験場の設備、環境、顕微鏡および試験進行には高い評価を与えていただいた。また試験の全体的な質は高いとした受験生が多かったが、試験内容と日常業務との関連性では、受験生によって評価の差があった。

表7. 第16回口腔病理専門医試験関連委員

1. 実施委員	
田中 陽一	(委員長, 東京歯科大学市川総合病院臨床検査科病理)
入江 太朗	(昭和大学歯学部口腔病理学教室)
宇都宮忠彦	(日本大学松戸歯学部口腔病理学講座)
2. 試験委員	
出雲 俊之	(委員長, 埼玉県立がんセンター)
井上 孝	(東京歯科大学臨床検査学研究室)
朔 敬	(新潟大学大学院医歯学総合研究科)
豊澤 悟	(大阪大学大学院歯学研究科)
山口 朗	(東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科)

## 6. おわりに

口腔領域に生じる疾患は、極めて多岐にわたる。しかしその発生頻度は低く、習得に時間がかかる。また、歯源性腫瘍などの特異的な疾患もあり、幅広い知識が求められる。口腔領域に限定した勉強では、口腔病理診断の精度向上は望めない。近年の受験者の傾向をみても、歯科大学卒業後、何らかの形で、一般の病院や医科大学での研鑽を積まれた方が多い。今後、口腔病理医を増加させるためには、歯科大学でも同様の経験ができるような体制を整えるとともに、医科大学や一般の病院とのさらなる連携が不可欠であろう。

## 7. 謝辞

本年度の口腔病理専門医試験にご尽力くださいました、実施委員、試験委員の先生がた(表7)に改めて感謝いたします。また中谷行雄病理専門医試験実地委員長をはじめ病理専門医試験実施委員の先生がたには、長きにわたる問題作成を通じて多大なご尽力をいただきました。さらに合同委員会、試験を通して、仁木利郎病理専門医試験委員長をはじめ病理専門医試験委員の先生がたにもお世話になりました。III型問題およびI型、II型問題の半数をご提供いただきました。心よりお礼申し上げます。また試験会場、進行にご便宜を下さりました北川昌伸先生ならびに東京医科歯科大学病理学関連教室の皆様にも深謝いたします。常に口腔病理関係者にも的確なご助言や多くのご協力をいただいております日本病理学会事務局、大菌いづみさんと菊川敦子さんには、今回も多大なご協力をいただきました。心より感謝いたします。