

会

報

一般社団法人 日本病理学会
〒113-0034
東京都文京区湯島 1-2-5
聖堂前ビル 7 階
TEL: 03-6206-9070
FAX: 03-6206-9077
E-mail: jsp-admin@umin.ac.jp
http://pathology.or.jp

一般社団法人日本病理学会

第 308 号

平成 25 年 (2013 年) 9 月刊

1. 第 10 回日本病理学会カンファレンス六甲山開催報告

平成 25 年 8 月 2 日～3 日に、六甲山ホテル (神戸市) にて開催された第 10 回病理学会カンファレンスの実施状況について報告いたします。

また、平成 26 年度には、次の通り第 11 回日本病理学会カンファレンスが開催されます。詳細が決まりましたら順次 HP にてご案内申し上げます。

第 11 回日本病理学会カンファレンス 2014 六甲山

開催日: 平成 26 年 8 月 1 日 (金), 2 日 (土)

会 場: 六甲山ホテル (神戸市)

テーマ: 「イメージング技術の進歩と医学研究」

世話人: 中村卓郎 (公益財団法人がん研究会がん研究所
発がん研究部 部長)

横崎 宏 (神戸大学大学院医学系研究科病理学
講座病理学分野 教授)

第 10 回日本病理学会カンファレンス 2013 六甲山報告

世話人: 横崎 宏

(神戸大学大学院医学研究科病理学講座病理学分野)

第 10 回日本病理学会カンファレンス 2013 六甲山を 8 月 2 日 (金), 3 日 (土) に兵庫県神戸市六甲山ホテルにて開催いたしました。幸いにも天候に恵まれ、学会外からの招聘講師 5 名と事前登録者 100 名 (病理学会会員講師 5 名を含む) ならびに当日参加希望され直接現地に來られた地元大学生 3 名の合計 108 名のご参加をいただきました。

1. 開催の目的と概要

ヒトの疾患を対象とした生命科学における病理学の独自性は、日々の生検・手術検体病理診断や病理解剖を通して病的個体の肉眼的、顕微鏡的形態変化を的確に捉え、背景にある病的機能変化をその時点で利用可能なあらゆる方法論を用いて解析し、病因・病理発生を明らかにすることにあります。がん組織を顕微鏡観察すると、しばしばがん細胞と間質細胞が基質で隔てられることなく密着する所見が得られます。これは明らかに非生理的すなわち病的現象です。今回の日本病理学会カンファレンスでは、がん細胞と正常細胞、間質細胞を含めた局所微小環境での細胞相互作用に注目して研究を進められている 10 名の先生にレクチャーをお願いし、線維化、血管新生、上皮間葉転換、が

ん幹細胞性維持など様々な細胞相互作用に関する最新知見を概観することを第一の目標にしました。第二のねらいは若手病理学会会員に臨床家から先端生命科学までの研究者と、通常の学会発表では得られない濃厚な討議と情報交換、さらには施設を超えた若手研究者の横のつながりを作る場を提供することです。今回は懇親会を兼ねたポスターセッションを第一日目夕食後に設け、ショートプレゼンテーションとその後のポスターセッションコーディネーター (レクチャー担当者にお願いしました) を中心としたグループ発表・討議を行いました。ポスター発表はレクチャー講師、病理学会研究推進委員会委員に評価していただき、最優秀ポスター賞 1 題と優秀ポスター賞 2 題を選考し、カンファレンス閉会式において表彰しました。

今回のレクチャー講師と演題は以下の通りです (敬称略、発表順)。

森 正樹 [大阪大学大学院医学系研究科]

「消化器癌の癌幹細胞」

落谷孝広 [国立がん研究センター研究所]

「エクソソームによるがんの浸潤転移の解明と liquid biopsy への応用」

竹屋元裕 [熊本大学大学院生命科学研究部]

「腫瘍関連マクロファージ (TAM) の役割とその制御」

石井源一郎 [国立がん研究センター東病院]

「がん関連線維芽細胞の病理生物像」

八代正和 [大阪市立大学医学研究科]

「スキルス胃癌の増殖進展における癌周囲微小環境と癌細胞との相互作用」

井垣達吏 [京都大学大学院生命科学研究科]

「細胞の競合と協調によるがん制御」

片岡寛章 [宮崎大学医学部]

「細胞膜上プロテオリス制御が演出するがん間質相互作用とがんの生物像」

加藤光保 [筑波大学医学医療系]

「がんの発生と進展におけるトランスフォーミング増殖因子 β の作用」

井上正宏 [大阪府立成人病センター研究所]

「三次元培養法から見えてくる癌細胞の増殖と休眠」

平岡伸介 [国立がん研究センター研究所]

「腫瘍局所の免疫環境」

一般演題ポスター発表は24題で、以下の3名にポスター賞が授与されました（敬称略）。

最優秀ポスター賞

酒井康弘〔信州大学大学院医学系研究科 分子病理学講座〕

優秀ポスター賞

川口真紀子〔宮崎大学医学部病理病態学講座 腫瘍・再生病態学分野〕

優秀ポスター賞

藤原章雄〔熊本大学大学院生命科学研究部 細胞病理学分野〕

2. 登録参加者〔103名（事前参加登録100名、当日参加登録3名）、病理学会会員講師を含む〕の内訳について

日本病理学会会員・非会員、都道府県（所属施設）の内訳は、下記の通りです。日本病理学会会員が約9割を占めておりました（90/103：87.4%）。支部地域別では、北海道5名、東北1名、関東18名、中部16名、近畿30名、中国四国11名、九州22名とほぼ全国からご参加いただきました。学生（大学院生・学部学生）としての参加登録者は21名で、これに加えて、今回新たに導入した若手ポスター発表者参加費補助で登録された35歳以下のポスター発表者は12名（ポスター演題数の50%）でした。

	会 員	非会員	合 計
北海道	5	0	5
福島県	1	0	1
茨城県	1	1	2
栃木県	3	0	3
千葉県	2	0	2
東京都	8	0	8
神奈川県	3	0	3
静岡県	1	1	2
長野県	2	0	2
岐阜県	3	0	3
愛知県	5	1	6
福井県	2	1	3
滋賀県	1	0	1
京都府	3	1	4
大阪府	8	3	11
奈良県	1	0	1
和歌山県	1	0	1
兵庫県	10	2	12
徳島県	1	0	1
愛媛県	4	1	5
広島県	4	0	4
山口県	1	0	1
福岡県	5	0	5
熊本県	10	1	11

宮崎県	4	0	4
鹿児島県	1	1	2
	90	13	103

3. アンケート集計結果（回答数59、回収率57.3%）は下記HPをご参照下さい。

<http://www.med.kobe-u.ac.jp/patho/jspc10rpt.html>

4. 総括と今後の課題

日本病理学会カンファレンスは、かつての公的研究費合同班会議の様に、臨床から基礎を含めた特定疾病克服に同じ志を持った研究者が日常を離れて一堂に会し、泊まり込みで研究成果を討議できる機会を、特に若手の病理学会会員に継続的に提供したいという目的で10年前より毎年夏のこの時期に国内各地で開催されてきました。昨春の第101回病理学会総会で、世話人の負担をより良いプログラム作りに集中できるように、当分の間開催地を神戸六甲山に固定する事が決まり、今回がその始まりの会となった次第です。

〔広報〕

今回より、日本病理学会ホームページのトップページから本カンファレンスホームページに直接リンクを、さらに、新着情報欄に随時カンファレンスの準備状況を掲載していただきました。効果は絶大で、実際、病理学会ホームページに参加登録、演題募集の情報を掲載した翌日から登録申込や、問い合わせがありました。さらに、札幌での第102回病理学会総会では、佐藤昇志会長のご厚意により会場内随所に本カンファレンスのポスターを掲示いただいたことも病理学会会員への周知に大変役だったと思います。次回からも、概要発表の時点からホームページを使って時間をかけたカンファレンスの周知を行う事が重要と思われます。なお、今回準備中に気付きましたが、歯学部の一環として完備されていないため、口腔病理学関連教室への広報が不十分であった事は改善されるべきです。

〔参加者〕

前述のような広報に対するご支援のおかげで、3月29日からカンファレンスホームページを立ち上げ、5月10日全レクチャー演題公開と少し周知期間が短かったものの、最終的に事前登録参加者100名、日本病理学会会員の割合は87%、20代、30代の若手参加者は49%（アンケート結果から）とほぼカンファレンスの趣旨に沿った参加者を得ることができました。また、今回から導入した若手ポスター発表者補助申請者は12名で、その内2名がポスター表彰者であったことから、意欲あふれる若手発表者参加促進の一助になったものと考えます。

〔レクチャー〕

世話人が最も興味を持って研究しているがんにおける細胞相互作用について、日頃多くのご指導や共同研究を行っていただいている国内研究者を中心にレクチャーをお願いしました。がん治療最前線の外科医からショウジョウバエ

遺伝学を用いた基礎研究者まで幅広い領域の講師に、それぞれの立場から形態学的、細胞生物学的ならびに分子間での相互作用をお話しいただけたと思います。アンケートからも、レクチャーの質に関しては好評でした。ただし、レクチャー数を減らして、最新のデータとともにじっくりと聴講、討議したいという意見や、一般ポスター演題の一部を口演に回して討議する機会を作ってみてはなど、貴重な提案をいただきました。

〔一般ポスター演題〕

前回のカンファレンスで初めて導入された90秒間のショートプレゼンテーションは、ポストアンケートで比較的评价が良く、また、研究推進委員会においても全体の発表を概観できることと、限られた時間を使っていかに発表内容を要領よく演者がまとめることができるかを評価する上でも有効であるとの意見が多数であったため、今回も実施しました。1時間弱で済ませることのできるセッションですので、今後実施するタイミング（夕食前か？後か？）を試行して検討する必要があるかも知れません。懇親会を兼ねたポスターディスカッションでは、司会をお願いした病理学会会員レクチャー講師のご尽力で、深い討論ができたものと思います。

〔会場〕

会場となった六甲山ホテルのレクチャーおよびポスター発表・懇親会に用いた宴会場「あじさい」、夕食時のジギスカンテラス、懇親会二次会の小宴会場「つばき」および本館屋上オープンデッキは、アンケートでの評価も高く、100名前後のカンファレンス開催にほぼ満足できる規模と施設であったと思います。一方、宿泊に関しては、今回六甲山ホテルで初めての開催で、前年5月に交渉を開始したにもかかわらず全館完全貸し切りは実現しませんでした。そのため、一部の参加者に2名同室あるいは4名同室をお願いせざるをえず、ご不便をおかけしたことをお詫び申し上げます。今回の実績を踏まえ、次回に向けてより多くの客室を確保できるべく粘り強い交渉を続けたいと考えています。

5. 謝辞

今回のカンファレンス開催にあたり、ご援助いただきました日本病理学会に感謝申し上げます。準備に際しては、日本病理学会研究推進委員会委員、日本病理学会事務局の方々には様々なご指導・ご支援を賜りました。また、講師の先生には、レクチャーのみならずポスターセッションでの発表者へのご指導や評価など沢山の仕事をお引き受けいただき誠に有り難うございました。最後に、本カンファレンスの運営における神戸大学大学院医学研究科病理学分野メンバーの献身に深謝いたします。

2. 第7回診断病理サマーフェスト 開催報告

平成25年8月24日25日に、メルパルク京都（京都市）にて開催された第7回診断病理サマーフェストの実施状況

について報告いたします。

また、平成26年度には、次の通り第8回日本病理学会カンファレンスが開催されます。詳細が決まりましたら順次HPにてご案内申し上げます。

第8回診断病理サマーフェスト

開催日：平成26年8月23日（土）、24日（日）

会 場：東京大学・伊藤謝恩ホール（東京都文京区）

テーマ：乳腺の病理と臨床（仮題）

世話人：秋山 太（公益財団法人がん研究会がん研究所
病理部 臨床病理担当部長）

第7回診断病理サマーフェスト ― 病理と臨床の対話 ― 開催報告

自治医科大学病理学・病理診断部 福島敬宜
(第7回診断病理サマーフェスト担当世話人)

『診断病理サマーフェスト ― 病理と臨床の対話 ―』は、日本病理学会の毎年の夏の恒例企画として定着しつつあります。この会は、単なる病理診断講習会ではなく、その年の当該分野の病理医のみならず臨床医も講師に招き、病理と臨床医がそれぞれの立場から講演し、対話をするというユニークなものです。このため、参加者にも毎回、比較的多くの臨床医の顔が見受けられます。その第7回目の診断病理サマーフェストが2013年8月24日（土）、25日（日）に「肝胆膵の病理と臨床」をテーマに京都で開催されました。

過去6回で少しずつリピーターも増え、今年はwebサイトでの参加募集開始から1日の間に約40名からの応募があり、1週間後には200名の定員を上回るような状態だったようです。主催者側はうれしい悲鳴というより驚きでした。この時点で、深山理事長のご判断により、会場の椅子・机を増数し、最終的に受講者数245名で締め切りました。それでも、参加希望であったにもかかわらず参加できなかった皆様も大勢いらしたようで、本当に申し訳なく思いました。最終的な参加者は、242名（男性158 女性84）で、病理医189名、放射線科医16名、消化器医32名、その他4名と、50名近い臨床医にも参加いただき嬉しく思いました。さらに病理医7名に、臨床サイドから8名の講師をお招きして、病理と臨床の対話の準備は整いました。

1日目は、小田日本病理学会理事、森谷サマーフェスト委員会委員長長の挨拶で開会しました（スケジュール詳細は下）。第1部は、「肝臓の上皮性腫瘍 update」、「肝臓非腫瘍性疾患の診断アプローチ」、第2部は「膵胆管内腫瘍・上皮内腫瘍性病変」、「腫瘍と鑑別を要する炎症性病変」として対象臓器のトピックスについて、病理、画像診断、関連臨床分野からの講演があり、その後、各セッションごとに討論を行いました。夕方には懇親会も行われ、講演会場では話をつくせないことを、講師にぶつけたり、まさに、病理と臨床が対話・交流し楽しく学ぶ機会になったと感じられましたし、新たな出会いもたくさんあったようです。2日目の朝は、ちょうど集合時間の頃、突然の大雨が降り

ましたが、ほとんど参加者が時間通りに集まり、この日も朝から熱気ムンムンでした。第3部、「細胞診検体の扱い方（EUS-FNAを中心に）」、「新鮮検体の扱いと術中迅速診断」では、次の日からの業務にも役立つような総論的内容についての講演と討論を行い、第4部では肝臓と膵臓の症例検討を行いました。

2日間で肝・胆・膵疾患を扱ったため、若干駆け足になったり、もう少し討論時間がほしいなあ、と思う場面もしばしばでしたが、時間制約の中だからこそ各トピックスにフォーカスせざるを得ず、そういう意味では効率よくそれぞれの知識を整理するのに役立ったのではないかと思います。ハンドアウトは、オールカラー 262 ページ (CD 付き) で、会終了後も、参考書として、その時々で参照して頂けることを期待しています。

現在、参加者に書いていただいたアンケートの内容をレビュー中ですが、主催側では気付きにくい鋭いご意見にうなずいたり、思いがけないお褒めの言葉に笑顔になったりしています。ちなみに、総合評価だけ公表しますと（アンケート回収 151 名）、「非常に良かった」（29.8%）、「よかった」（61.6%）、「普通」（6.6%）、「要改善」（2.0%）と、少なからず「よかった」と思っていたいただいた参加者が 90% を越えたことは主催者側としては疲れも吹き飛ばす結果といえるでしょう。頂いた意見や提案は、次回以降のサマーフェストに活かさせていただきます。

今年の企画はサマーフェスト委員会の担当世話人である福嶋が能登原憲司先生（倉敷中央病院 病理検査科）の多大なる協力を得て行いました。また会場の準備運営は羽賀博典先生、南口早智子先生はじめ京都大学病理診断学教室の皆様によってとてもスムーズに行われました。その他、講師（下記）、病理学会理事会、サマーフェスト委員会、病理学会事務局、参加者など、多くの方々に支えられて第7回診断病理サマーフェストを無事終了することができました。心よりお礼申し上げます。有難うございました。

来年、第8回診断病理サマーフェストは、乳腺をテーマに東京大学で行われる予定です。ぜひ、またお楽しみに！

第7回診断病理サマーフェスト ― 病理と臨床の対話 ―
テーマ：肝胆膵疾患の病理と臨床

（2013 年 8 月 24 日、25 日、メルパルク京都）

【第1日目】

第1部：肝臓……モデレーター（能登原）

1. 上皮性腫瘍 update
病理（中島）、画像（赤羽）、外科（佐野）
2. 非腫瘍性疾患の診断アプローチ
病理（中沼）、内科（山本）

第2部：胆膵 16:20-19:00 (80・10・70)

……モデレーター（福嶋）

3. 膵胆管内腫瘍・上皮内腫瘍性病変
病理（福嶋）、内科（真口）、外科（木村）
4. 腫瘍と鑑別を要する炎症性病変

病理（能登原）、画像（藤永）、内科（岡崎）

【第2日目】

第3部：病理検体の扱いと診断法

……モデレーター（能登原）

5. 細胞診検体の扱い方-EUS-FNA を中心に
内科（山雄）、病理（若狭）
6. 新鮮検体の扱いと術中迅速診断
外科（木村）、病理（肝胆；三橋）・（膵；平岡）

第4部：症例検討……モデレーター（能登原、福嶋）

7. 肝臓症例提示（中島）
膵症例提示（三橋）

【講師（講演順・敬称略）】

- 中島 収（久留米大学 中央臨床検査部 教授）
赤羽 正章（東京大学医学部放射線医学講座 准教授）
佐野 圭二（帝京大学医学部外科学講座 教授）
中沼 安二（金沢大学 大学院医学系研究科形態機能病理学 教授）
山本 和秀（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 消化器・肝臓内科学 教授）
福嶋 敬宜（自治医科大学 病理学・病理診断部 教授）
真口 宏介（手稲溪仁会病院 消化器病センター センター長）
木村 理（山形大学医学部外科学第一講座 教授）
能登原憲司（倉敷中央病院 病理検査科 主任部長）
藤永 康成（信州大学医学部画像医学講座 講師）
岡崎 和一（関西医科大学 消化器内科学講座 教授）
山雄 健次（愛知県がんセンター中央病院 消化器内科部長）
若狭 朋子（大阪赤十字病院 臨床検査部 副部長）
三橋 智子（北海道大学病院病理部 准教授・副部長）
平岡 伸介（国立がん研究センター研究所 分子病理分野 ユニット長）

お知らせ

1. 第45回（2013年度）内藤記念科学振興賞候補者の推薦について

申込み締切り：平成 25 年 10 月 1 日 午後 5 時

連絡先：（財）内藤記念科学振興財団

〒113-0033 東京都文京区本郷 3-42-6

NKD ビル 8 階

TEL：03-3813-3005 FAX：03-3811-2917

E-mail：joseikin@naito-f.or.jp

2. 平成 26 年度「地球規模課題対応国際科学技術協力 プログラム」研究提案募集について

応募締め切り：平成 25 年 10 月 25 日正午

問い合わせ先：独立行政法人科学技術振興基金（JST）
国際科学技術部地球規模課題国際協力室
E-mail：global@jst.go.jp（募集専用）
TEL：03-5214-8085
担当：井上千尋，井上絵里子，川端 賢
<http://www.jst.go.jp/global/koubo.html>

第 31 回 (2013 年度) 日本病理学会 病理専門医試験報告

第 31 回病理専門医試験実施委員会
委員長 安田政実

1. はじめに

2013 年度日本病理学会主催の第 31 回病理専門医試験、および第 21 回口腔病理専門医試験が、7 月 27 日 (土)・28 日 (日) の 2 日間をかけて、東京医科大学医学部校舎 (新宿区東大久保) にて開催された。病理専門医試験の受験者が 70 名、口腔病理の受験者が 8 名で、例年に比べると病理専門医受験者がやや少なく、こじんまりした規模であった。両試験とも欠席者や遅刻者は皆無で、最後まで受験者全員が試験に臨んだ。

2 日間の試験には、病理専門医試験実施委員 11 名 (委員長・安田政実)・口腔病理専門医試験実施委員 3 名 (委員長・長塚 仁) に加えて、病理試験委員 8 名 (委員長・北川昌伸)・口腔病理試験委員 5 名 (委員長・原田博史)、面接委員 2 名が当たった。

2. 試験方法・内容

従来通りの順序、時間配分に従って、I 型・II 型 (a, b, c)・III 型問題および面接試験を、土曜日の午後から日曜日の午前にかけて実施した (表 1)。各問題の内容、問題数、配点もこれまでと基本的に同様で (表 2)、I 型、II 型における各臓器の割振りや、細胞診の問題数も例年の傾向・配分に従った (表 3)。総計 620 点の内訳も、例年のごとくである。

① I 型問題

写真問題 30 題と文章問題 20 題からなり、合わせて 70 分の回答時間とした。写真問題の 1 から 15 番までは病理医受験者、16 から 30 番までは病理医・口腔病理医受験者の双方、31 から 45 番までを口腔病理医受験者に割り当てた。写真は、肉眼像、組織像 (HE 染色・特殊染色・免疫染色)、X 線などの画像、および細胞像 (5 題) であった。写真問題個々に、複数の写真あるいは 1 枚の写真に基づいて、記述による病理診断を求めた (表 4)。ただし、病理診断以外にも、特殊染色・免疫染色などに関して、その所見や解釈を求める問題 (6 題) を設定した。また、選択肢から回答する問題 (9 題) や、1 問が実際は 2 つの設問からなるもの (6 題) も含まれた。

文章問題は 20 題すべてが病理医受験者・口腔病理受験者に共通で、正・誤 (○・×) での回答を求めた。内容は、実地的知識 (固定・標本作製、特殊染色・免疫染色、感染、環境: 13 題)、法的知識 (主に解剖に関して: 4 題)、保

険診療 (点数の仕組み: 3 題) など、例年の傾向に準拠した (表 5)。

② II 型問題

IIa, IIb, IIc の 3 部構成各 20 題からなるガラス標本の検鏡実地問題で、病理医受験者 70 名を運用上 3 つのグループ A・23 名、B・23 名、C・24 名に分けた。それぞれのグループが順に IIa, IIb, IIc 問題に臨んだ。回答時間は、いずれも 60 分とした。

IIa と IIb は本質的に同一の出題内容で 40 題を便宜的に 2 分し、受験者一人につき 20 枚のガラス標本問題を 1 セットとして準備した。IIa, IIb とも受験者は制限時間内に自身のペース配分 (平均すれば 1 題につき 3 分) での検鏡を可能とした。標本はすべて HE 染色で、比較的大きな生検材料や手術材料、または剖検例から作製された (表 6, 7)。基本的には病理診断 (設問によっては重型の回答が必須) を問うことを主旨としたが、一部は病理診断に絡んだ知識を求めた (IIa: 2 題, IIb: 4 題)。また、問いが 2 つからなるものも含んだ (IIa: 2 題, IIb: 5 題)。なお、一部の問題は口腔との共通問題とされた (IIa: 12 題, IIb: 8 題)。

IIc も同様に検鏡実地問題であるが、小さな内視鏡・針生検材料の他、術中迅速時の凍結標本 (3 題)、および細胞診標本 (5 題) など、多数の標本作製することが困難な材料を対象とした (表 8)。例年通り、同一のグループ内で標本を巡回した。IIa, IIb とは異なり、1 題の検鏡時間を厳密に設定し (それぞれにつき約 2 分 30 秒)、検鏡を終了すると直ぐさま一定の方向に受験者が隣接する受験者に標本を手渡しする方法をとった。一部の問題は口腔との共通問題に供された (10 題)。

③ III 型問題

病理医、口腔病理医に共通の剖検問題が課された。制限時間内 (150 分) に、提供された情報を元に一連の病態を経時的に組み立て、報告書を作成する総合能力を問うた。すなわち、主病変および死因に繋がった病態の把握を最重要課題として、キーとなる検査値の理解・分析力や、肉眼所見 (写真集で供覧)、組織所見 (検鏡標本として配布) を詳細かつ適切に読み取る能力を評価した。問いは、例年の傾向に則り、1) 報告書の作成 (主病変と副病変を列記)、2) 主病変の考察 (= 肺病変と全身諸臓器の変化の関連の把握)、3) 疾患・病態をフローチャートによって図示、の 3 本立てとした。

④ 面接試験

Ⅲ型問題の回答用紙を資料として、面接官2人が1人の受験生と対話により約10分程度の時間で、剖検問題の理解の程度や、面接官との対応力、場合によっては修正力を確認した。

以下にⅢ型剖検問題と、その模範解答を付す。

1) 臨床経過概要

【症例】 46歳，女性

【主訴】 動悸，呼吸困難

【家族歴】 特記すべきものなし

【職業歴】 無職

【既往歴】

31年前 他院で全身性エリテマトーデスと診断
以後副腎皮質ステロイド製剤内服，亡くなるまで継続

17年前 手指の皮膚硬化像出現
皮膚生検組織像（図1）
この際の血液検査で抗DNA抗体，抗U1-RNP抗体高値を指摘されるも，MCTDの診断基準

表1. 日本病理学会第31回病理・第21回口腔病理専門医試験スケジュール

1日目 7月27日（土）			
時刻	事項	試験会場	時間
11:00	受付開始	第一校舎1階 入口	
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 Ⅲ型問題 試験会場へ移動（所持品は第二講堂にて保管）	第一校舎3階 第二講堂	30分
12:30	Ⅲ型問題（剖検問題）	中央校舎3階実習室	150分
15:00	I型問題 試験会場へ移動，待機，休憩		
15:30	I型問題（写真問題）	第一校舎3階 第二講堂	70分
16:40	面接室へ移動（所持品を各自移動のこと），待機，休憩		
17:00	面接 受験生1名，面接担当者2名の面接（約10分）を受ける	記念会館（体育館）	10分
19:00	受験生は面接終了後，順次解散。		
2日目 7月28日（日）			
	受験番号 1～23=A組，24～46=B組，47～70=C組， 口腔=1～8		
8:10	受験生は待機室に集合（A，B，C組，口腔）	第一校舎3階 第二講堂	
8:20	Ⅱ型問題 試験会場へ移動		
8:30	Ⅱ型問題（検鏡問題）	中央校舎3階実習室	各60分

	Ia（20題）	Ib（20題）	Ic（20題）
08:30 - 09:30 休憩（15分）	A組・口腔	B組	C組
09:45 - 10:45 休憩（15分）	C組	A組・口腔	B組
11:00 - 12:00	B組	C組	A組・口腔

※ 口腔は机を移動しない。

※ 試験終了後，全員アンケート記入後。その後終了の挨拶（5分程度）。

第一校舎3階 第二講堂に戻り，各自の荷物を持って順次解散。

表2. 試験内容と方法

種類	内容	出題数	配点・評価法	配点	試験時間
I型	写真（手術材料，生検，細胞診，マクロ，ミクロ）	30題	各5点	150	70分
	文章（法律，検体処理法，標本作製技術）	20題	各1点（○×式）	20	
II型	a ガラス標本配布，検鏡	20題	各5点	100	180分 （各60分）
	b ガラス標本配布，検鏡	20題	各5点	100	
	c ガラス標本巡回，検鏡	20題	各5点	100	
III型	剖検症例（写真，ガラス標本配布，検鏡）	1題		150	150分
面接	受験者1名，面接担当者2名，7組同時進行		6段階評価（A～F）		10分

表 3. 臓器別出題数

臓器	I 型	Iiab 型	Iic 型	合計
神経・感覚器	2	3	1	6
循環器	2	0	1	3
呼吸器(非腫瘍)	2	2	0	4
呼吸器(腫瘍)	1	2	1	4
消化管	2	6	2	10
肝胆膵	1	3	1	5
内分泌	1	2	1	4
泌尿・男性器	2	5	1	8
女性器	2	3	2	7
乳腺	1	3	1	5
造血器	3	4	1	8
皮膚	2	4	1	7
骨軟部	2	2	0	4
細胞診	5	0	5	10
口腔・唾液腺	2	1	2	5
合 計	30	40	20	90

は満たさなかった。

11 年前 血尿, タンパク尿を指摘され, 他院で腎生検が施行され, ループス腎炎の診断
腎生検組織像(図 2)

治療により尿所見は改善

労作時呼吸困難が出現し, 間質性肺炎の診断

8 年前 手指潰瘍増悪, 指断端形成術を施行

呼吸状態の増悪のため, 在宅酸素療法を導入。

6 年前 心エコーにて右室の拡大, 心カテーテルにて平均肺動脈圧の上昇を指摘される。

【現病歴】

死亡 4 ヶ月前より, 動悸(来院時心電図 図 3)を主訴に当院受診, 呼吸困難もみられるようになる。呼吸状態が増悪傾向にあったため, 死亡 3 ヶ月前に入院となる。

【入院時身体所見】

身長 157 cm, 体重 38 kg, 意識清明, 血圧 80/60 mmHg, 心拍数 104 回/分, 呼吸数 22 回/分, SpO₂ 92% (O₂ 10 L nasal 投与下)

表 4. I 型写真問題解答

番号	臓器	提示枚数	模範解答	平均点
I-1	甲状腺	1	3) ミノサイクリン投与	3.07
I-2	胃	1	問 1: 3) 小彎側後壁, 問 2: 0-IIc + IIb, IIc	3.77
I-3	膵臓	2	3) 核分裂数	4.21
I-4	肺	1	肺動脈骨髄塞栓	3.90
I-5	神経	2	アレルギー性肉芽腫性血管炎	3.63
I-6	腹腔	3	腹腔内デスマイド	2.96
I-7	肺	2	大細胞神経内分泌癌	3.09
I-8	膀胱	2	問 1: 間質性膀胱炎, 問 2: トルイジンブルー	1.01
I-9	脳	2	トキシプラズマ症	2.29
I-10	卵巣	2	問 1: 成人型顆粒膜細胞腫, 問 2: 高エストロゲン状態	3.71
I-11	卵巣	2	漿液性境界悪性腫瘍	2.90
I-12	細胞診	2	5) 体部類内膜腺癌	0.50
I-13	細胞診	2	1) 反応性尿路上皮	1.36
I-14	細胞診	2	5) 悪性リンパ腫	3.64
I-15	細胞診	2	粘液囊胞腺癌	3.30
I-16	皮膚	2	問 1: サイトケラチン 20, 問 2: dot 状	2.49
I-17	口腔	2	含菌性囊胞	2.24
I-18	口腔	2	粘液囊胞	4.36
I-19	脾臓	1	梗塞	4.29
I-20	肺	2	びまん性肺胞傷害滲出期	3.60
I-21	脳・腎	2	コレステロール塞栓症	4.53
I-22	乳腺	2	乳頭部腺腫	4.13
I-23	十二指腸	2	日本住血吸虫症	4.51
I-24	関節	2	5) ピロリン酸カルシウム結晶沈着症(偽痛風)	4.36
I-25	リンパ節	2	Castleman disease, hyaline vascular type	3.41
I-26	リンパ節	2	問 1: Mantle cell lymphoma, 問 2: 5) CD20, CD5, cyclin D1	3.13
I-27	腎	2	問 1: 全身性エリテマトーデス, 問 2: wire-loop lesion	3.50
I-28	脳	2	孤在性線維性腫瘍	4.11
I-29	皮膚	2	類天疱瘡	4.50
I-30	細胞診	2	2) 転移性腺癌	3.29

表 5. I 型文章問題解答

No.	問題文	正解	正解率
I-46	通常行われている酵素抗体法は直接法が一般的である。	×	0.99
I-47	ホルマリン固定切片で、アルカリフォスファターゼによる酵素抗体法を行う際にも、前処理によって内因性アルカリフォスファターゼ活性を阻止するのが必須である。	×	0.70
I-48	AE1/AE3 抗体は低分子および高分子サイトケラチンを認識する。	○	0.87
I-49	酵素抗体法による HER2 の検討は、48 時間以内の固定材料を用いることを原則としている。	○	0.94
I-50	In situ hybridization 法は PCR を原理としている。	×	0.74
I-51	パバニコロウ染色で、細胞質は分子量の異なる 3 種類の色素（オレンジ G、エオジン Y、ライトグリーン）の拡散度の相違によって染め分けられる。	○	0.63
I-52	術中迅速組織標本作製時、薄切後の固定はアルコールよりホルマリンの方が適している。	×	0.66
I-53	EVG 染色では膠原線維と平滑筋が同色に染まるため、これらの識別には役に立たない。	×	0.80
I-54	中皮細胞を染めるには、アルシアンブルー pH 2.5 の方が pH 1.0 よりも適している。	○	0.80
I-55	チールニールセン染色によって結核菌を特定することはできない。	○	0.59
I-56	解剖学、病理学、法医学の教授、准教授および講師は、屍体解剖資格を有していなくても剖検を行うことができる。	×	0.76
I-57	ホルマリンは水溶性であることから、下水道への廃棄が許されている。	×	1.00
I-58	異状死と判断された場合、所轄警察署に届け出た後に司法解剖が義務付けられている。	×	0.84
I-59	病理学会の指針として、剖検承諾書には遺族の署名と捺印を必須としている。	×	0.23
I-60	死体解剖保存法によれば、患者の死亡に関し、主治医を含む 2 人以上の医師又は歯科医師がその死因を究明するため、解剖の必要を認め、その遺族の所在が不明もしくは、遺族が遠くにいる等のため諸否の判明が遅れる場合には遺族の承諾を必須としない。	○	0.80
I-61	結核の感染は血液を介して広がる。	×	0.97
I-62	ホルマリン固定は、細菌やウイルスなどのほとんどの微生物に対して有効な消毒効果を有する。	○	0.90
I-63	胃と十二指腸の生検材料は保険診療上、1 臓器とされるが胃・食道は 2 臓器として扱われる。	○	0.53
I-64	確定診断のために 4 種以上の抗体を用いて酵素抗体法を行った際に、加算が認められている疾患には悪性リンパ腫や悪性中皮腫、GIST などが含まれる。	○	0.89
I-65	病理診断管理加算報酬は、1 施設において常勤病理医 1 名でも 2 名でも同等である。	×	0.71

表 6. IIa 型問題解答

No.	臓器	模範解答	平均点
IIa-1	肝	肝芽腫	4.66
IIa-2	肝	混合型肝癌	2.20
IIa-3	脾	問 1: Solid-pseudopapillary neoplasm, 問 2: β カテニン核内発現	3.07
IIa-4	肺	ムコール症	2.11
IIa-5	肺	肺胞蛋白症	1.71
IIa-6	脊髄	神経鞘腫	3.83
IIa-7	脳	多形黄色星細胞腫	2.29
IIa-8	脳	サイトメガロウイルス脳炎	2.67
IIa-9	皮膚	アミロイド症	4.50
IIa-10	乳腺	浸潤性微小乳頭癌	4.37
IIa-11	乳腺	神経内分泌型非浸潤性乳管癌	2.99
IIa-12	乳腺	問 1: 腺筋上皮腫, 問 2: p63, CD10, S-100 蛋白, CK5/6, α -SMA	2.41
IIa-13	肺	軟骨性過誤腫	4.90
IIa-14	肺	腺扁平上皮癌	3.59
IIa-15	胸腺	胸腺腫, Type B	4.31
IIa-16	リンパ節	壊死性リンパ節炎 (菊池病)	4.73
IIa-17	甲状腺	濾胞型乳頭癌	3.56
IIa-18	後腹膜	副腎外傍神経節腫 (パラガングリオーマ)	3.41
IIa-19	皮膚	悪性黒色腫	4.01
IIa-20	口腔	角化嚢胞性菌原性腫瘍	3.83

胸部：聴診上、両肺で呼吸音の減弱、両肺底部で fine crackle 著明

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：黄疸なし、貧血なし

【入院後経過】

酸素の増量を行うも、低酸素血症が持続した。本人の希望により、積極的な治療は行わず、呼吸苦緩和目的に、モルヒネの持続皮下注射を行った。亡くなる 3 日前より 38° 台の発熱、咳嗽が出現、呼吸状態は増悪し、永眠された。

【当院入院時の免疫血清学的検査および肝炎ウイルス検査】
(カッコ内は基準値)

抗 DNA 抗体 22 IU/mL (<7), 抗 RNP 抗体 35.9 倍 (<15)

抗 scl-70 抗体 陽性, 抗セントロメア抗体 陰性

HBs 抗原 -, HCV 抗体 -

【検査所見, 死亡 3 日前のデータ】

血液・生化学所見 (カッコ内は基準値)

WBC $12.5 \times 10^3/\mu\text{L}$ (4.0-8.0) (neutro 88.5%, lympho 6.5%, mono 5.0%), RBC $3.71 \times 10^6/\mu\text{L}$ (3.80-4.80), Hb 9.1 g/dL (11.5-15.5), Ht 28.1% (34.0-42.0), Plt $13.5 \times 10^4/\mu\text{L}$ (14.0-40.0), TP 6.7 g/dL (6.7-8.3), Alb 3.5 g/dL (3.9-4.8), AST 15 U/L (<30), ALT 6 U/L (<5), LDH 145 U/L (110-219),

表 7. IIb 型問題解答

No.	臓器	模範解答	平均点
IIb-1	皮膚	隆起型皮膚線維腫	3.61
IIb-2	皮膚	皮膚血管肉腫, 血管肉腫	2.50
IIb-3	脾	Gamna-Gandy 結節	0.86
IIb-4	骨髓	問 1: 5) すべて, 問 2: 巨赤芽球性貧血	3.13
IIb-5	胃	問 1: (上皮型) Gastrointestinal stromal tumor, 問 2: c-kit, DOG-1	3.13
IIb-6	食道	ヘルペス感染	2.99
IIb-7	食道	顆粒細胞腫	2.43
IIb-8	回腸	び漫性大細胞型 B 細胞リンパ腫	2.67
IIb-9	大腸	潰瘍性大腸炎	4.39
IIb-10	十二指腸	神経節細胞傍神経節腫	1.14
IIb-11	下腿	粘液型脂肪肉腫	3.70
IIb-12	足趾	腱鞘巨細胞腫	2.74
IIb-13	腎	腎芽腫, 混合型	4.91
IIb-14	腎	問 1: 結節性硬化症, 問 2: 常染色体優性遺伝	2.74
IIb-15	腎	乳頭状腎細胞癌 2 型	1.86
IIb-16	精巣	問 1: 卵黄嚢腫瘍, 問 2: α -fetoprotein	4.29
IIb-17	精巣	問 1: 合胞体性栄養膜芽細胞を伴うセミノーマ, 問 2: hCG	1.93
IIb-18	子宮	ポリープ状異型腺筋腫	2.86
IIb-19	卵巣	甲状腺腫性カルチノイド	2.70
IIb-20	子宮	異型平滑筋腫	3.03

Cre 0.44 mg/dL (0.5-0.8), UA 4.8 mg/dL (3.0-6.0), BUN 13 mg/dL (8-20), 空腹時血糖 107 mg/dL (70-110), Na 126 mEq/L (136-145), K 3.3 mEq/L (3.5-4.8), Cl 78 mEq/L (98-108), T-bil 0.2 mg/dL (0.2-1.1), CRP 4.13 mg/dL (<0.3)

尿所見

蛋白 陰性, 糖 陰性

2) 剖検時の主な所見

死後時間 12 時間

身長 157 cm, 体重 39.0 kg。

主要臓器重量: 脳 1,300 g, 心臓 410 g, 肝臓 1,700 g, 脾臓 310 g, 左肺 570 g, 右肺 690 g, 左腎 140 g, 右腎 140 g, 左副腎 3.1 g, 右副腎 3.0 g, 甲状腺 36.4 g

心残血量 300 ml

外表および肉眼所見: やせ型で, 栄養状態は不良。眼瞼結膜貧血様。瞳孔径: 左 5 mm/右 5 mm。表在リンパ節触知せず。両上下肢に死後硬直あり。上背部, 腰部, 臀部に死斑あり。圧迫消褪せず。

顔面から頸部・前胸部, 手指から両上肢に皮膚硬化像 (図 4) あり。仙骨部に 20 mm 大の褥創あり。右第 1, 2, 5 指, 左第 2, 3, 5 指は断端形成術後。左前胸部に留置カテーテル

表 8. IIc 型問題解答

No.	臓器	模範解答	平均点
IIc-1	副鼻腔	下垂体腺腫	0.54
IIc-2	耳下腺	腺房細胞癌	2.43
IIc-3	舌	扁平上皮癌	3.91
IIc-4	胃	陽性	3.43
IIc-5	睪	陰性	4.20
IIc-6	心臓	心筋炎	4.17
IIc-7	乳腺	2) 検体適正, 正常または良性	3.50
IIc-8	眼瞼	脂腺癌	4.09
IIc-9	皮膚	ヘルペスウイルス感染	2.84
IIc-10	肺	小細胞癌	3.46
IIc-11	リンパ節	問 1: 非壊死性類上皮肉芽腫, 問 2: サイコイドーシス	4.04
IIc-12	盲腸	アメーバ性腸炎	3.23
IIc-13	前立腺	Gleason's score 3+3	4.66
IIc-14	細胞診	問 1: 5) 悪性, 問 2: 乳管癌	3.43
IIc-15	子宮	問 1: 全胞状奇胎, 問 2: p57	2.71
IIc-16	子宮	妊娠反応を伴う頸管ポリープ	2.31
IIc-17	細胞診	問 1: 扁平上皮癌, 問 2: アスペルギルス感染	4.01
IIc-18	細胞診	問 1: NILM, 問 2: トリコモナス 陰炎・カンジダ陰炎	0.90
IIc-19	細胞診	問 1: 3) 陽性, 問 2: 漿液性腺癌	3.71
IIc-20	細胞診	1) 良性胆管上皮	2.14

痕あり。

〈脳所見〉

肉眼写真 (図 5) と組織所見 (右大脳 標本 1, 橋 標本 2)

〈胸部所見〉

肺: 両側に漿液性胸水少量。左肺と胸壁に用手剥離可能な癒着あり。

肺の肉眼像 (図 6 から図 8) および組織所見 (左肺 標本 3, 右肺 標本 4)。

心臓: 液漿液性心嚢液少量。心臓の外観および剖面 (図 9, 図 10) 左右冠動脈に軽度の粥状硬化症を認めたが, 心筋の虚血性変化は認められなかった。

〈腹部所見〉 腹水淡血性少量。

腎: 両側ともに軽度のうっ血を伴っていた。

大動脈: 軽度粥状硬化あり。

肝臓: 一部に赤色調の結節性病変あり (図 11, 標本 5)

睪: 睪頭部に 20 mm 大の嚢胞性病変あり (図 12, 標本 6)

脾臓: (図 13)

子宮: 底部に 20 mm 大の結節性病変あり (標本 7)

骨髓: (標本 8)

3) 配布写真

図 1 皮膚生検 (HE 染色)

図2 腎生検 (HE 染色)

図3 心電図

図4 皮膚外観

図5 脳外観

図6 左右肺外観

図7 左肺剖面

図8 右肺剖面

図9 心臓外観

図10 心臓剖面

図11 肝臓剖面

図12 脾臓剖面

図13 脾臓

4) 配布標本

1. 脳 (大脳) (切り出し部位写真なし)
2. 脳 (橋) (切り出し部位写真なし)
3. 肺 (左葉) (切り出し部位は図7の黄枠で示す) (HE 染色, EVG 染色)
4. 肺 (右葉) (切り出し部位は図8の黄枠で示す) (HE 染色)
5. 肝臓 (切り出し部位は図11の赤色結節部を含む) (HE 染色)
6. 脾臓 (切り出し部位は図12の病変部)
7. 子宮 (子宮底部の結節性病変)
8. 骨髄

剖検報告書

1. 膠原病 (SLE, 強皮症), 全経過 約 31 年
 - A. 膠原病に伴う慢性間質性肺炎 (肺線維症) (570 g; 690 g)
肺全体, びまん性, 経過 約 11 年間
 - [B. ループス腎炎 (140 g/140 g)] 他院の腎生検で指摘 (写真)
剖検時に明らかな所見なし

- C. 皮膚硬化像 (顔面から頸部, 前胸部, 手指から両上肢)
既往皮膚生検組織 (17 年前) (写真)
- D. 手指潰瘍
 - 1) 肉眼所見: 右第 1, 2, 5 指, 左第 2, 3, 5 指は断端形成術後
- E. 治療:
 - ステロイド製剤内服
在宅酸素療法 (8 年前より) 指断端形成術 (8 年前)
2. 急性気管支肺炎: 中葉, 経過 約 3 日間 (肉眼写真および組織標本)

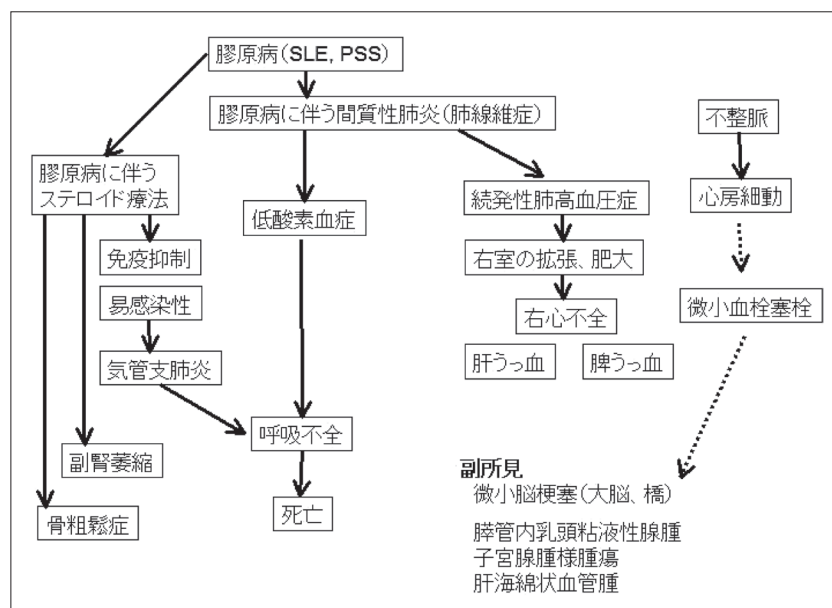
副病変

1. 肺性心
 - A. 右室の拡張, 肥大 (410 g) (肉眼写真)
 - B. 脾うっ血 (310 g) (肉眼写真)
 - C. 肝うっ血 (1,700 g) (肉眼写真, 組織標本)
2. 脳梗塞 (大脳および橋, 微小) (1,300 g) (組織標本)
*不整脈 (心房細動) との関連, 心房内血栓ははっきりせず
3. 膵管内乳頭粘液性腺腫 (膵頭部, 20 mm 大) (肉眼写真, 組織標本)
4. 子宮腺腫様腫瘍 (底部, 20 mm 大) (組織標本)
5. 肝海綿状血管腫 (左葉, 4 mm 大) (肉眼写真, 組織標本)
6. 骨粗鬆症 (長期ステロイド製剤内服による) (組織標本)
7. 両側副腎萎縮 (長期ステロイド製剤内服による) (3.1 g/3.0 g)

直接死因: 高度の間質性肺炎に気管支肺炎を併発したことによる呼吸不全

5) 問題

1. 本症例の病理解剖所見を主病変と副病変に分け, そ



れぞれ箇条書きで記載せよ。

剖検報告書参照

2. 本症例における肺病変と全身諸臓器の変化との関係を考察せよ。

臨床経過と肺の肉眼所見および肺の組織像より膠原病に伴う高度の間質性肺炎と診断される。また、臨床所見で肺高血圧が示されており、肺動脈の硬化像および右室の拡張を伴う心肥大の所見より、肺高血圧症に伴う右心不全（右心負荷）の状態（肺性心）が疑われる。右心不全の臓器所見として、肝臓および脾臓のうっ血がみられる。

また、右肺中葉には好中球浸潤を伴う炎症像がみられ、急性炎症（気管支肺炎）が併発した可能性を示唆する。

3. 臨床経過と病理解剖で得られた所見に基づいて、それぞれの関係をフローチャートで示しなさい。なお、その際関連の強いものは実線、弱いものは破線を用いなさい。

3. 出題のねらい・採点の基本方針

出題のねらいは、「I・II型問題：日常病理診断業務に即した実践力を計る」、「III型問題：剖検例から病理学的基礎力・応用力、臨床的知識のレベルを評価する」、そして「面接試験：剖検例のまとめから口述的表現力やひととなりを知る」ことにある。すなわち、I・II型問題は第一線の病理診断現場において通常の病理医に求められる実務能力を有しているかを判定することを課題とし、出題内容は日本病理学会病理専門医研修要綱（平成24年1月）に基づいた。問題の大半は日常的に少なからず経験しうる疾患を対象とし、それらに十分な回答がなされれば及第点に達するように配慮した。ただし、頻度が低いために実地体験的には稀でも、疾患の重要性に鑑みて出題したものもある。また、病理診断成書や組織アトラスとの総合合わせによる学習だけでは正解には至れないような問題、すなわち疾患の奥深い付随知識を問うようにも努めた。

III型問題は、経過が長く複合的に多様な病態を呈した膠原病（SLE・強皮症）を主題とした。昨今の剖検数が激減した状況下、剖検の量的・質的経験値の受験者間での差異は勿論のこと、携わった剖検例の偏りなども否めない。従って、試験においては、専門医資格を満たしうるだけの鍛錬が積まれているならば、実際の経験がなくても症例の整理に辿り着けるよう、過不足のない臨床的・病理的情報の提供を意図した。

面接試験では、各面接担当者がA、B、C、D、E、Fの6段階で評価し、以下のように点数化された：A=25点、B=20点、C=15点、D=10点、E=5点、F=0点。質疑を通して、面接官は受験者の社会性や人間性の一面も推し量るよう努めた。

採点にあたっては、いずれの問題においても評価の厳正さに細心の注意を払い、かつ受験者間で不公平が発生しないことを最重要課題とした。模範解答は問題作成者が準備

し、採点にあたっては、I型、IIa, b, cそれぞれに2～3名が担当した。模範解答からの乖離に応じて減点の度合いを予め設定し、想定外の回答に対しては、その都度採点者間で協議を行った。回答の誤字・脱字に対しても、一定の減点基準を設けた。とりわけ、III型剖検問題の採点は、担当者の基準・主観による影響を受けやすいため、3つの問いに対して3人を採点担当とし、それぞれに1人の実施委員が受験者全員の答案を採点した。また、面接官がE評価とF評価を与えた場合にはその旨を明記することとし、評価に大きな違い（2段階以上の乖離）が生じた際は、判定会議の場（後述）において評価の精度を再検討・確認した。

4. 成績と合格判定

総合の平均点417.3（67.3%）でみると、昨年の479.2点（80.2%）に比べると、60点ほど低い（表9）。I+II型の合計平均点・305.6点（65.0%）vs. 昨年368.3点（78.4%）、III型（面接試験を含む）117.9点（74.5%）vs. 昨年110.9点（73.9%）であったことから、今年と昨年の開きは、I+II型の結果に帰着される。また、I+II型で得点が6割・282点を越えたのは46名（65.7%）、III型は63名（90.0%）で、今年はI+II型の難易度が総じて高かったことがうかがわれる。一方でIII型は、比較的平易であったとの印象を残した。なお、細胞診の成績をみても、全10題（I型写真5題+IIc5題）の平均点は26.3点（52.6%）vs. 昨年36.8点（73.6%）と、想定以上に難問であったと判断される。

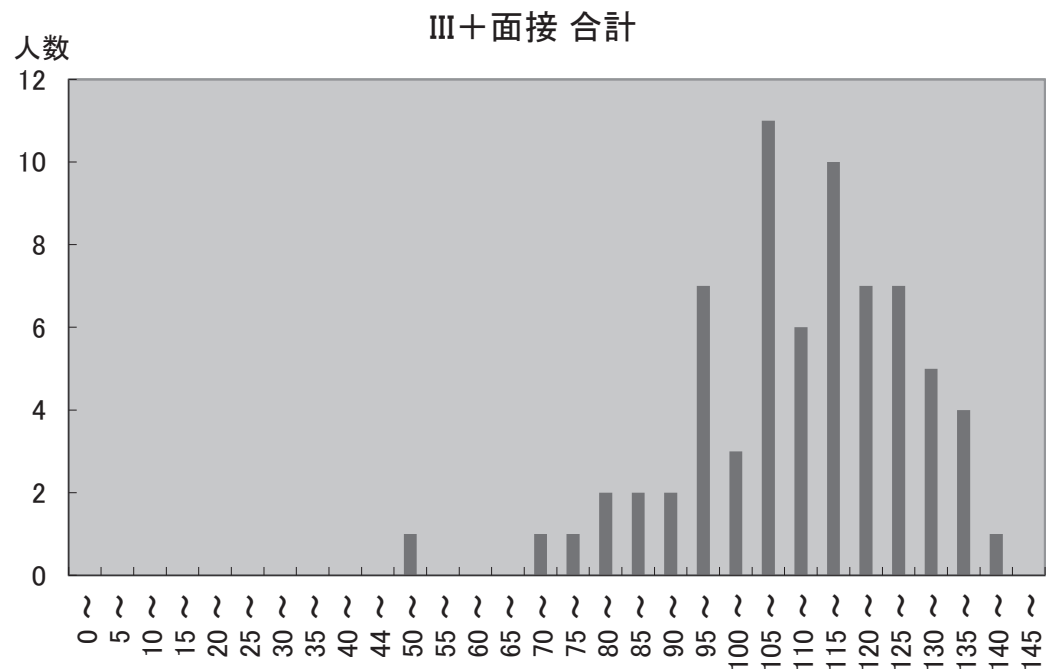
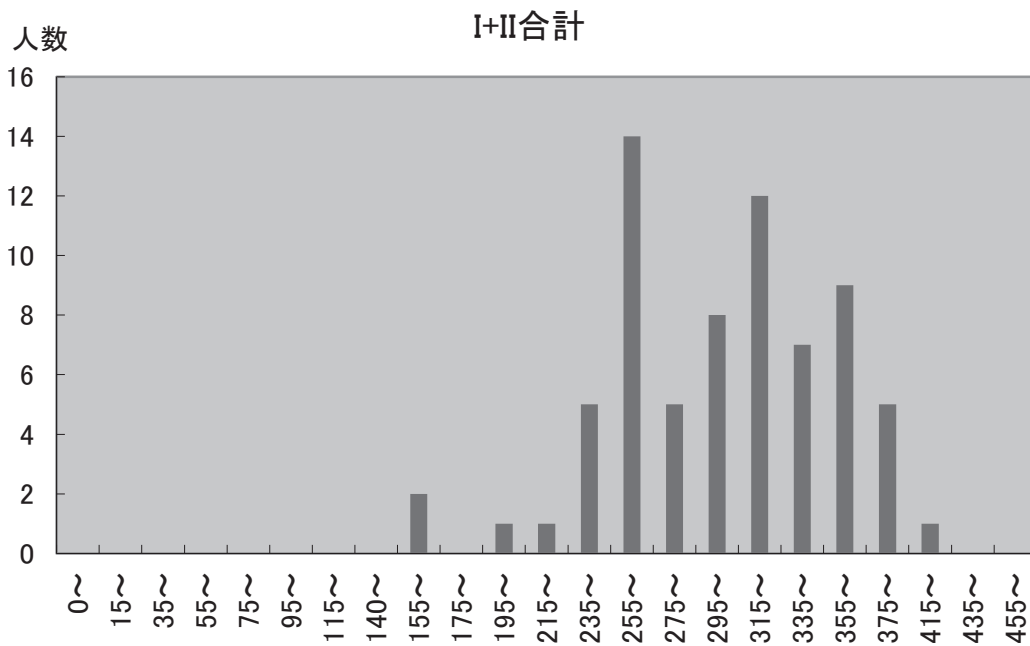
I+II型の結果を詳細にみた場合（表4, 5, 6, 7, 8）、型別で平均得点率が50%に満たなかったのは、I型写真5題（16.7%）、文章1題（5%）、IIa5題（25%）、IIb5題（25%）、IIc5題（25%）であった。一方で、得点率が90%を越えたのは、I型写真3題（15%）、文章5題（25%）、IIa4題（20%）、IIb1題（5%）、IIc1題（5%）であり、とくにIIb、IIcに難易度の高い問題が含まれていたと分析される。なお、得点率が20%以下（正解の期待値が10人中2人または1人）という、極めて正解を得難かった問題は、I型写真1題（5%）、IIb1題（5%）、IIc2題（10%）の4題であった。これらの問題は専門医試験としての適正さにおいて、我々出題者側に自省が求められることとなった。さらに、この内で2題が細胞診問題であったことも、上記の成績に繋がった。

成績の分布では、I+II型は大まかに2峰性をなし、6割・282点以上の良好な成果を示した群（全体の2/3）と6割以下（1/3）群の分かれた。このように、問題が概して難であったために、受験者の病理診断力に落差があることを知る結果に至った。

III型は、先にも述べたように複合病変の多い膠原病（SLE・強皮症）をテーマとした。実際に剖検例には臨んだことがない受験者も決して少なくはないと予測されるが、この点、試験そのものが実体験のシミュレーションにもなり得るように意図して剖検問題を作成した。死因に関して、急性の気管支肺炎が慢性的に荒廃した肺実質に起こ

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	417.3	62.4	354.9	292.5	526	262
I 型写真	150	99.8	17.7	82.1	64.5	136	46
I 型文章	20	15.3	1.9	13.4	11.5	20	11
I 型小計	170	115.1	17.8	97.3	795.0	150	64
IIa 型	100	69.1	13.5	55.6	42.1	94	31
IIb 型	100	57.6	14.4	43.2	28.9	85	25
IIc 型	100	63.7	13.1	50.6	37.5	88	36
II 型小計	300	190.5	36.9	153.6	116.8	251	107
I+II 計	470	305.6	51.5	254.1	202.6	395	172
III 型（面接を含む）	150	111.7	16.8	94.9	78.1	140	53
細胞診	50	26.3	6.7	19.5	12.8	41	10



りやすく、容易に呼吸不全に陥ることが考察できると期待された。心臓の肉眼所見をみるに心臓への負担が想起されたことから、フローチャートによる複合病変の整理には病理医としての力量の差異が如実に表れた。すなわち、受験者の質を読みとる上で、評価者間での判定のくい違いを最小限にとどめることができたと思われる。先にも述べたように、一人の受験者に対する評価を計5人が行い（答案3名+面接2名）、バラツキが生じた際には判定会議での討議により評価の統一を図った。評価の最大のポイントは、死因となった急性期+慢性期の肺の病態と、関連心臓病変を理解し得たかにあり、このポイントがほぼ説明できれば、面接試験では及第点（概ねB判定）を与えた。なお、副病変を的確に捉えたかにも、全体としては4割程度の配分で評価を行った。ただし、報告書の作成様式に関しては、受験者の所属施設や指導者による影響が大で、受験者の力量・経験値外の要素が多分に加わっているため、形式にはできる限り許容範囲を広くして評価を行った。

合格判定はこれまで通り、I+II型の成績とIII型（面接を含む）の成績を、それぞれ独立させて、両者とも及第点をクリアすることを必須とした。受験者の成績からIII型

剖検問題が比較的平易であったと分析されたことで、例年のごとくに6割（60%）・90点以上を合格とし、7名がそれを満たさなかった。一方で、I+II型の成績は例年より低い次元であったために、合否ラインの設定に慎重な判断を要した。結果的には、I+II型のみで不合格7名、III型のみで不合格5名、I+II型・III型の双方が合格ライン以下2名で、計14名の不合格者を生んだ。これら14名を総合点でみると、全受験者70名中の最下層に整然と位置した。この点、今回の試験ではI+II型とIII型の成績との不均衡はみられず、「診断力と剖検力」にある程度の相関が得られた。従って、例年少なからず起こる“一方ができたにも関わらず他方ができないために不合格者となるパターン”は、今回は生じなかった。また、I+II型において、若干の受験者には“やや難問が正解できても、平易で基本的にミスジャッジの許されない問題で正解を得ていない”事態が見出された。このようなことは病理医の本分を考えるならば、実践では排除されるべき現象である。今後、試験的対応を討議すべきかも知れない。

これらの判定に際しては、実施委員11名と試験委員8名で協議を行い、暫定的に合格者と不合格者を選別し、そ

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
27	H21 ('09)	京 府	80	64	80.0	同上 59: (9), 巻末 3, 2009
28	H22 ('10)	京 府	81	62	76.5	会報 272 号 PDF, 2010
29	H23 ('11)	名 大	83	73	88.0	会報 284 号 PDF, 2011
30	H24 ('12)	名 大	89	72	80.9	会報 296 号 PDF, 2012
31	H25 ('13)	東医大	70	56	80.0	会報 308 号 PDF, 2013

の後の専門医制度運営委員会（7月31日）の場で、個々の成績に対して吟味を重ね最終決定とされた。

受験者70名は、新受験制度適応が37名、旧制度適応が33名で、再受験者が16名含まれていた。合格者56名の内、新規受験者が46名・合格率は82.1%、再受験者は10名・62.5%の結果を示した。研修制度別では、新制度が34名・合格率91.2%、旧制度が22名・66.7%となった。第1回目からの専門医試験の合格率は最低が73.3%、最高が

90.0%とやや開きがあり（表10）、本年の結果80.0%は31回中では下位の5番目に位置し、決して良好な成績を収めたと言えない数字であった。

来年度以降の新規受験者ならびに再受験者は、剖検率の低下に伴う経験不足には抗えない時代である故に、一層のこと1例1例に重みを置いて修練していただきたい。すなわち、考察力を磨き、かつ文章力の向上にも繋がるよう、報告書の作成に時間を惜しまず取り組まれんことを切にお

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) 3.5 (1～5) 3.4 (2～5) 3.7 (1～5) 3.4 (1～5)
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	3.2 (2～5) 3.3 (1～5) 3.5 (2～5) 3.3 (2～5) 3.5 (2～5)
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 (2～3) 3.0 (2～3) 2.9 (2～4) 2.5 (1～5) 2.7 (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	3.7 (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	3.2 (3～5)
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問あたりの写真数 D) III型写真の画質 E) III型写真の大きさ F) III型写真の数	3.6 (1～5) 3.7 (2～5) 3.8 (2～5) 3.7 (2～5) 3.8 (2～5) 3.7 (1～5)
試験内容と日常業務の関連性	1: 非常に低い 3: 適当 5: 非常に高い	I型, II型, III型	3.2 (1～5)
本試験の全体的な質	1: 非常に低い 3: 適当 5: 非常に高い	病理専門医受験者	3.7 (2～5)
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	病理専門医受験者	4.0 (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	病理専門医受験者	4.0 (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	病理専門医受験者	3.9 (1～5)

願いする。I, II 型のような診断問題への対応としては、日常業務のなかの診断対象の偏り度を自身で把握することが最も肝要である。施設によっては、ほとんど遭遇することがない疾患への対策を予め勘案されることを望む。ただし、今回の結果をみても難易度の高い（正解率の低い）問題の出来不出来と可否との関連性は低い。剖検力と診断力は基本的に同一のものであり、病理医としての資質向上にはバランスのとれた研鑽が第一義であることを力説する。

5. アンケートの結果

2 日間の試験終了時に受験者に協力を願うアンケートを行った（表 11）。受験生の大半が病理学教室（32 名・45.7%）、大学病院・病理診断科あるいは診断部（21 名・30%）、続いて国公立・私立病院（16 名・22.6%）に勤務していた。病理医経験は 10 年未満が最も多く（61 名・87.1%）、10 年以上の病理医経験者は比較的少数であった（9 名・12.9%）。

本試験に対しての受験者の評価をみると、日常との関連性、難易度、問題数、標本・写真の質などは、3～3.5 前後で概ね良好であったと思われる。しかしながら、試験時間に関しては“やや適切さを欠く（＝短い）”との実感を持った受験者が少なくなかったようである。とくに、IIc の回覧問題 60 分と III 型剖検問題 150 分は、これらの意見を反映した改善が課題でもある。

試験日程や進行に関しても、試験問題の内容と同等に十分な配慮を怠らないように努めてきた。この点、例年通りのタイトなスケジュールでありながら、昨年と同じく 4.0 と評価が高く、胸をなで下ろした。また、試験場の設備（机・椅子・空調・移動通路など）および顕微鏡の質にもほぼ高い評価が得られた。とくに、顕微鏡は事前に専門業者によるメンテナンスを得ており、このことは試験会場を提供くださった東京医科大学関係各位の尽力によるものである。

アンケートでは所定の項目に対しての評価以外に、受験者に忌憚らない感想も書いていただいた。それらを渉猟するに受験者各位の実感にかなりのバリエーションがみられた。「難しい」、「非典型的」との声がある反面で、「良問であった」、「勉強になった」という意見も散見され、試験に携わった立場としては、厳粛に受け止めると同時に安堵にも繋がった。

昨今、携帯電話やスマートフォンの完全日常化により、試験での不公正が取りざたされるようになってきた。とくに面接試験では、早くに終えた受験者が仲間にその情報を伝達することが可能であり、また、待ち時間の間にネット機能を使えば容易に確認・検索が許される。このため、昨年のアンケートの内容を看過できないとの判断で、試験会場内ではすべてこれらの電源をオフにし、かつ面接会場への持ち込みを禁止とする対応を講じた。受験者の賛同・理解が得られたことで、厳正なる試験環境を提供できたものと思われる。さらに、面接会場には書物の持ち込みも不可とし、一切の情報収集が出来ない状況をも設定した。アン

ケートでは、このことを評価した意見もみられたものの、「待ち時間が長いとつらい、長く待つ人がかわいそう」といった率直な感想がささやかれた。会場設備・環境との関連もあるため、単純には解決策に思い当たらないが、これらの素直な実感を真摯に考慮していきたい。

アンケートのなかで、「受験番号に対しての認識が受験者には固有に存在する」という一面が浮かんた。すなわち、受験番号が早い、若いことは何らかの有利性が働くことへの期待感である。受験者心理として想定されることではあるが、試験要綱にはその旨が明記はされていない。いずれの受験番号にも予めアドバンテージが設定されてはいないことを付け加えたい。

6. 総括

試験問題の作成には 11 名の実施委員が携わった（表 12）。すべての実施委員が、専門医資格を得てから概ね 10 年以上、第一線の現場で指導的立場にあることが、実施委員をお願いする際の第一条件であった。昨年の秋から暮れにかけて、実施委員を決定し、年明け 1 月からほぼ毎月の協議を重ねて本番に臨んだ。また、選出には、過去の経験の反映（学習効果）と将来への引き継ぎを勘案して、11 名の内で 5 名を実施委員経験者、6 名を未経験者とした。これまでの経緯からも明らかなように、専門医試験は東京地区での開催が主であり、関西、中部地区での開催もしばしばその循環に含まれてきた。実施委員は当然のことながら、地の利の関係で近隣の方々がほとんどであった。今回は、この点ではやや慣例に反し、試験に携わることの機会が少ない北海道・東北や九州地区（三橋智子先生、渡辺みか先生、小田義直先生）からの参画を依頼した。遠方から上京して委員会に出席することはかなり労力を要するのは自明であるが、半年以上に渡り遂行して下さったことに、感謝の思いは尽きない。また、近い距離とはいえ、土曜日・日曜日に貴重な時間を割いて献身的に働いて下さった関東圏の実施委員の方々（梶原 博先生、川本雅司先生、薦 孝治先生、布村眞季先生、比島恒久先生、松林 純先生、森永正二郎先生）に対しても、深謝したい。とりわけ、会場担当（松林 純先生）の任には大きな負担が課せられたが、微に入り細に入り完璧なまでに尽力いただいた。試験当日は、これら実施委員に加えて、試験委員 8 名（北川昌伸先

表 12. 第 31 回日本病理学会病理専門医試験委員構成

第 31 回日本病理学会病理専門医試験実施委員：

安田政実（委員長）、小田義直、梶原 博、川本雅司、薦 孝治、布村眞季、比島恒久、松林 純、三橋智子、森永正二郎、渡辺みか

面接委員：

長尾俊孝、黒田雅彦

病理専門医試験委員：

北川昌伸（委員長）、大橋健一、小山徹也、藤井文士、北條 洋、津田 均、谷澤 徹、森 正也

生・委員長，大橋健一先生，藤井丈士先生，谷澤 徹先生，津田 均先生，小山徹也先生，北條 洋先生，森 正也先生），面接委員2名（長尾俊孝先生，黒田雅彦先生）の方々にもご協力いただいた（表12）。さらには会場係として東京医科大学病院病理診断科・医学部分子病理学講座の計13名のスタッフ，加えて病理学会事務局と埼玉医科大学のスタッフの皆さんの黒子に徹した働きも大きなサポートであったのは言うまでもない。すなわち，総勢40名の関係者の力を結集して第31回の病理専門医試験，および第

21回の口腔病理専門医試験を完結したことになる。再三再四，お世話になったことへのお礼を述べたい。

近い将来を引き次いで下さる若い病理医・口腔病理医の方々には，今回の結果の如何に関わらず，“通過点ともいふべき試験（＝試験）”を今後の発展の糧とされんことを切望する。そして，我々も「幾多の試験に関する懸案（＝終わらなき命題）に取り組んでいかねばならない」との実直なる感想を得て，報告書を締めたい。

第 21 回（2013 年度）日本病理学会 口腔病理専門医試験報告

第 21 回口腔病理専門医試験実施委員会
委員長 長塚 仁

1. はじめに

第 21 回（2013 年度、平成 25 年度）の日本病理学会口腔病理専門医試験は、2013 年 7 月 27 日（土）と 28 日（日）に、第 31 回病理専門医試験と同時に、東京医科大学東大久保キャンパスで実施された。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 8 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

受験者の勤務施設の内訳は、歯学部（大学）の病理学教室が 2 名、歯学部以外の病理学教室が 1 名、国公立病院検査科（病理科）が 2 名、医育機関以外の研究施設が 1 名、その他の 2 名であった。近年の傾向として、歯学部（大学）の病理学教室以外の所属施設の受験者の割合が増えていたが、本年もその傾向がみられ、多様な勤務施設の方が受験された。受験者の口腔病理の経験は 5 年以上 10 年未満が 7 名で、15 年以上 20 年未満が 1 名であった。

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 型問題（剖検症例）であった。そのうち I 型、II 型問題の前半半数は、病理専門医試験問題から選択された共通問題とした。共通問題の臓器別出題数を表 1 に示す。I 型文章問題と III 型問題は病理専門医試験と共通問題である。I 型写真問題と II 型問題の後半半数は、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を表 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、さらに口腔に関連の深い疾患を加えた。口腔問題は、「日本病理学会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構成し、隣接する頭頸部病変からも重要なものを取り入れた。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、肉眼像、エックス線画像およびマクロ像を加えた。細胞診の問題では典型的な細胞像を出題した。

1) I 型問題

I 型問題は、肉眼像、エックス線画像、病理組織像、細胞像等を写真で提示し、総合的な診断能力を問う問題である。写真問題の模範解答と平均点を表 3 に示す。I-16 ～ 30 は共通問題、I-31 ～ 45 は口腔問題である。配点は各問

5 点、合計 150 点である。I 型の文章問題は、日常の病理業務に必要な基本的な事項を正誤判定（○×）形式で問う問題である。各問題の配点は 1 点で、合計 20 点であり、今年度の口腔病理専門医の受験者の平均は 14.3 点で昨年よりやや低い傾向であった。

2) II 型問題

II 型問題は検鏡問題で、主に外科病理学の全般的な知識が問われる。例年通り、IIa 型（20 題）、IIb 型（20 題）、IIc 型（20 題）の計 60 題が出題された。IIa 型および IIb 型問題は、60 分間で各々 20 題を解答するのに対して、IIc 型問題は巡回方式で、1 題を 3 分以内で検鏡して解答する。

表 1. 共通問題の臓器別出題数

臓 器	出題数
肝 胆 膵	2
頭 頸 部	5
呼 吸 器	3
骨 軟 部	3
循 環 器	2
消 化 器	5
女 性 器	2
神 経・筋	3
造 血 器	5
内 分 泌	2
乳 腺	3
泌 尿 器	3
皮 膚	5
細 胞 診	2
計	45

表 2. 口腔問題の疾患分類別出題数

疾患分類	出題数
菌原性嚢胞	0
非菌原性嚢胞	3
菌原性腫瘍	6
顎骨の腫瘍	1
顎骨の非腫瘍性疾患	4
唾液腺腫瘍	9
唾液腺の非腫瘍性疾患	2
粘膜の腫瘍	6
粘膜の非腫瘍性疾患	4
その他の腫瘍	7
その他の非腫瘍性疾患 (細胞診)	3 (4)
計	45

表 3. I 型写真問題の模範解答と平均点

問題番号	模範解答	平均点
I-16	サイトケラチン 20, dot 状	1.13
I-17	含菌性嚢胞	3.75
I-18	粘液嚢胞	4.88
I-19	梗塞	4.38
I-20	びまん性肺障害滲出期	4.63
I-21	コレステロール塞栓症	3.75
I-22	乳頭部腺腫	3.50
I-23	日本住血吸虫症	3.50
I-24	5) ピロリン酸カルシウム結晶沈着症 (偽痛風)	3.75
I-25	Castleman disease, hyaline vascular type	3.13
I-26	Mantle cell lymphoma, 5) CD20, CD5, cyclin D1	3.00
I-27	全身性エリテマトーデス, wire-loop lesion	2.88
I-28	孤立性線維性腫瘍	3.13
I-29	類天疱瘡	5.00
I-30	2) 転移性腺癌	3.75
I-31	嚢嚢胞	4.50
I-32	腺腫様菌原性腫瘍	4.38
I-33	ランゲルハンス細胞組織球症	3.13
I-34	菌原性粘液腫	3.13
I-35	筋上皮癌	1.63
I-36	先天性エプーリス	3.63
I-37	菌肉線維腫症	3.38
I-38	エナメル上皮癌	2.50
I-39	線維性異形成症	5.00
I-40	粘表皮癌	1.88
I-41	紡錘細胞癌	1.88
I-42	血管平滑筋腫	2.00
I-43	化膿性骨髓炎	3.13
I-44	SS-A 抗体, SS-B 抗体	4.38
I-45	ヘルペスウイルス感染症	3.13

また, IIc 型問題は, 多数の標本作製するのが困難な生検, 細胞診, 迅速診断の標本などの症例が主に出题された。解答は記述式で, 一部には選択問題も含み, 配点は各 5 点, 合計 300 点である。模範解答と平均点を表 4, 5 に示す。

3) III 型問題

III 型問題は, 病理専門医の受験者と共通の剖検症例 1 例が出题され, 解答時間は 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を参照されたい。配点は筆記試験が 100 点, 面接試験が 50 点である。面接試験は各受験者の解答用紙の記述内容を参考にして, III 型問題の理解を口頭試問によって確認する事に主眼をおき, 試験委員および実施委員のうち 2 名が交替でペアを組み, 受験者 1 名ごとに約 10 分間で行った。

4. 採点と判定

採点は, 模範解答およびこれに類する解答を満点とし, 誤字や必要な亜型の記載のないものは減点し, 部分点とし

表 4. IIab 型検鏡問題の模範解答と平均点

問題番号	模範解答	平均点
IIa-1	肝芽腫	4.38
IIa-2	混合型肝癌	1.00
IIa-3	肺胞蛋白症	2.50
IIa-4	神経鞘腫	1.88
IIa-5	多形黄色星細胞腫	1.38
IIa-6	アミロイド症	4.38
IIa-7	神経内分泌型非浸潤性乳管癌	1.75
IIa-8	胸腺腫, Type B	3.75
IIa-9	壊死性リンパ節炎 (菊池病)	4.75
IIa-10	角化嚢胞性菌原性腫瘍	5.00
IIa-11	術後性上顎嚢胞	5.00
IIa-12	エナメル上皮腫, 充実性/多嚢胞型	4.88
IIa-13	色素性母斑	3.63
IIa-14	外骨症	4.38
IIa-15	リンパ管腫	4.38
IIa-16	ワルチン腫瘍	5.00
IIa-17	脂肪腫	4.38
IIa-18	サルコイドーシス	3.88
IIa-19	唾石症	5.00
IIa-20	唾液腺導管癌	4.38
IIb-1	副腎外傍神経節腫	0.63
IIb-2	悪性黒色腫	2.50
IIb-3	潰瘍性大腸炎	2.50
IIb-4	粘液型脂肪肉腫	1.63
IIb-5	腱鞘巨細胞腫	1.25
IIb-6	(上皮型) Gastrointestinal stromal tumor, c-kit, DOG-1	4.25
IIb-7	顆粒細胞腫	1.88
IIb-8	腎芽腫, 混合型	5.00
IIb-9	卵黄嚢腫瘍, α -fetoprotein	1.50
IIb-10	異型平滑筋腫	1.50
IIb-11	扁平上皮乳頭腫	3.50
IIb-12	腺扁平上皮癌, PAS, Mucicarmin	2.13
IIb-13	エナメル上皮線維象牙質腫	3.50
IIb-14	基底細胞腺腫	1.88
IIb-15	上皮筋上皮癌	3.13
IIb-16	神経線維腫	1.88
IIb-17	ホジキンリンパ腫, EBV (Epstein-Barr virus)	2.00
IIb-18	アスペルギルス症	2.75
IIb-19	腺様嚢胞癌	5.00
IIb-20	疣贅型黄色腫	3.88

て採点した。問題別平均点は表 3 ~ 5 に示す。本年の受験者 8 名の総合計の平均得点率は 66.7% で昨年よりやや低く, I 型問題の平均得点率は 68.2%, II 型問題は 64.0%, III 型問題 (筆記+面接) は 70.4% であった。成績の上位者は, 口腔問題, 共通問題ともに良好な成績を挙げているが, 合格者の中でも共通問題と口腔問題の正答率は概して共通問題の正答率が低い傾向にあり, 口腔問題の総合計の平均得点率は 70.9% であったが, 共通問題では 59.7% であった。また, 細胞診は 70.8% であり, 本年度は高得点の受験者が多くみられた。III 型剖検問題では, フローチャート作成は比較的良く対応出来ていたが, より確実な所見を得るために, さらに幅広い全身疾患の理解や病態の

表 5. IIc 型巡回問題の模範解答と平均点

問題番号	模範解答	平均点
IIc-1	下垂体腺腫	0.00
IIc-2	腺房細胞癌	5.00
IIc-3	扁平上皮癌	4.38
IIc-4	心筋炎	3.13
IIc-5	2) 検体適正, 正常または良性	2.50
IIc-6	脂腺癌	1.88
IIc-7	小細胞癌	3.13
IIc-8	アメーバ性腸炎	1.88
IIc-9	全胞状奇胎, p57	1.75
IIc-10	3) 陽性, 漿液性腺癌	3.13
IIc-11	類皮嚢胞	4.38
IIc-12	歯牙腫 (集合型)	4.13
IIc-13	3) カンジダ症	3.75
IIc-14	多形腺腫	3.75
IIc-15	結核性リンパ節炎	5.00
IIc-16	4) 扁平上皮癌	3.75
IIc-17	切断神経腫	3.63
IIc-18	褐色腫	0.38
IIc-19	腺様嚢胞癌	3.75
IIc-20	フォードイス顆粒	5.00

とらえ方の修練が必要であると思われる。

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% 以上で、かつ III 型問題の筆記と面接を合わせた得点率が 60% 以上とした。これらの成績を基に、7 月 31 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、2 名を不合格と判定した。不合格者のうち 1 名は、I 型文章問題以外では III 型問題とともに I・II 型問題でも十分な得点が得られず、III 型問題、I・II 型問題の総合計得点率が 60% に満たないため、残念ながら不合格となっていた。もう 1 名は I・II 型問題で十分な得点が得られず、特に I・II 型の共通問題での得点率が伸び悩み、I・II 型問題の総合計得点率が 60% に満たないため、残念ながら不合格となっていた。合格者と不合格者の得点率は 71.8% と 51.5% であり、比較的大きな差がみられた。受験者全員には成績の結果と簡単な総評を加えて可否を通知したので、この結果を各自の自己分析に役立て、合格不合格によらず剖検を含めた病理学のさらなる研鑽を積み、合格後は口腔病理専門医としてさらに幅広い活躍をされることを期待したい。

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。本年度の問題に対しては、問題の難易度および適切さに関して概ね適切と答えた受験者が多かった。写真の質や試験場の設備、環境、顕微鏡および試験進行には高い評価を受けた。また、試験の全体的な質は高いとした受験者が多かった。今回の試験では、IIc 型および III 型問題の試験時間が特に短いと感じた受験者が多くみられた。

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	3.38
B) I 型文章問題	4.00
C) IIab 型検鏡問題	3.25
D) IIc 型巡回問題	4.00
E) III 型剖検問題	3.38
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	3.00
B) I 型文章問題	2.88
C) IIab 型検鏡問題	3.75
D) IIc 型巡回問題	3.38
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	2.88
B) I 型文章問題	2.88
C) IIab 型検鏡問題	3.00
D) IIc 型巡回問題	2.13
E) III 型剖検問題	2.88
細胞診	
A) 難易度	1: 非常に易, 3: 適当, 5: 非常に難
	3.38
B) 問題数	1: 非常に少ない, 3: 適当, 5: 非常に多い
	3.38
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	3.25
B) I 型写真の大きさ	3.50
C) I 型 1 問当たりの写真数	3.50
D) III 型写真の画質	4.00
E) III 型写真の大きさ	4.00
F) III 型写真の数	3.88
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
	2.38
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
	4.50
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
	4.13
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
	4.63
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
	4.50

6. おわりに

口腔病理専門医試験も本年度は第 21 回目となり新たに 6 名の口腔病理専門医が誕生しました。優れた口腔病理医を育成するためには、病理診断・解剖を通して病理学の研鑽を積み、口腔領域疾患の病理診断の精度をさらに向上させることが極めて重要です。

本年度も猛暑の中での実施となりましたが、会場整備にご配慮頂いたこととともに、受験者の真摯で真剣な取り組みにより、滞りなく実施できました。

本年度は口腔病理の経験が 10 年未満の受験生が大半を占め、口腔病理専門医に次世代を担う若い力が生まれていることを喜びに感じています。優れた口腔病理医を育成するために、新しい研修要項が整備され、平成 23 年度卒業生から適用されました。それに合わせて、口腔病理専門医研修制度の実質化とともに、口腔病理専門医試験制度をさ

らに整備し、その内容も充実させていく事になります。今後、ますます日本病理学会の皆様のご支援とご指導を賜ります様、改めてお願い申し上げます次第です。

7. 謝辞

本年度の口腔病理専門医試験にご尽力頂きました実施委員および試験委員（表7）の諸先生に御礼申し上げます。口腔病理専門医試験では、病理専門医試験のⅠ・Ⅱ型問題の半数を、またⅢ型問題は同じものを使用させて頂いています。口腔病理専門医試験への深いご理解の下に、これらの問題作成にご尽力頂き、使用することをご了承頂きました病理専門医試験実施委員および試験委員の諸先生に改めて御礼申し上げます。特に、実施委員長の安田政実先生と試験委員長の前川昌伸先生には、問題作成から実施に至るまで多大なご助力、ご高配を頂きました。心より御礼申し上げます。また、試験会場を提供して頂き、試験実施にご尽力頂きました長尾俊孝先生、黒田雅彦先生、松林 純

表7. 第20回口腔病理専門医試験関連委員

実施委員		
長塚 仁	（委員長、岡山大学大学院医歯薬学総合研究科）	
藤田 修一	（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科）	
伊藤 由美	（鶴見大学歯学部附属病院病理診断科）	
試験委員		
原田 博史	（委員長、社会医療法人生長会府中病院病理診断科）	
出雲 俊之	（東京医科歯科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）	
前田 初彦	（愛知学院大学歯学部口腔病理学講座）	
美島 健二	（昭和大学歯学部口腔病態診断科学）	

先生ならびに東京医科大学医学部病理学関連講座の皆様に深謝致します。

最後になりましたが、口腔病理専門医試験の実施にあたり、終始的確なご助言と多大なご協力を頂きました日本病理学会事務局の菊川敦子さん、宮本いづみさん、井口令子さん、大藪いづみさんに心より感謝申し上げます。