

1. 病理専門医資格の更新について

日本病理学会病理専門医資格更新の本年度該当者には、学会事務局より必要書類が送付されます。本年度該当者は、第2回(1980年)認定登録者ならびに第2回(1984年)、第7回(1989年)、第12回(1994年)、第17回(1999年)、第22回(2004年)、第27回(2009年)試験合格者になります。該当であるにもかかわらず、9月末日まで必要書類が送付されない場合は、事務局までご連絡ください。

また、上記以外で更新の手続きが遅れていた方で、本年度に更新申請を希望される方は、事務局までご連絡下さい。必要書類を送付いたします。

資格更新希望者は、平成26年10月31日(必着)までに所定の手続をおとりください。

2. 口腔病理専門医資格の更新について

日本病理学会口腔病理専門医資格更新の本年度該当者には、学会事務局より必要書類が送付されます。本年度該当者は、第2回(1990年)認定登録者ならびに第2回(1994年)、第7回(1999年)、第12回(2004年)、第17回(2009年)試験合格者になります。該当であるにもかかわらず、9月末日まで必要書類が送付されない場合は、事務局までご連絡ください。

また、上記以外で更新の手続きが遅れていた方で、本年度に更新申請を希望される方は、事務局までご連絡下さい。必要書類を送付いたします。

資格更新希望者は、平成26年10月31日(必着)までに所定の手続をおとりください。

3. 日本病理学会認定施設の認定申請(新規)について

第37回(平成26年)の認定審査のための申請を下記の通り受付けますので、ご通知申し上げます(剖検例が剖検輯報に登載されていることが必須です)。

(1) 申請締切

平成26年10月24日(金)消印有効

(2) 申請に必要な書類

- 1) 日本病理学会認定施設認定申請書 1通(郵送のみ)
- 2) 認定施設認定申請書資料 1通(MS-Word版PDF版)(付. 記入要領 PDF版) 1通

(3) 申請に必要な書類の請求・送付先

〒113-0034 東京都文京区湯島1-2-5

聖堂前ビル7階

日本病理学会事務局 施設申請受付係

TEL 03-6206-9070

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

(4) 参考 認定施設審査細則

http://pathology.or.jp/senmoni/pdf/hospitals1_rules.pdf

4. 日本病理学会登録施設の確認申請(新規)について

第37回(平成26年)の登録施設確認を行うにあたり、下記により確認申請を受付けますのでご通知申し上げます(剖検例が剖検輯報に登載されていることが必須です)。

(1) 申請締切

平成26年10月24日(金)消印有効

(2) 申請に必要な書類

※書類は9月中旬頃から送付開始予定

- 1) 日本病理学会登録施設確認申請書 1通(郵送のみ)
- 2) 日本病理学会登録施設被登録承諾書 1通(郵送のみ)
- 3) 登録施設確認申請書資料 1通(MS-Word版PDF版)(付. 記入要領 PDF版) 1通

〈注意〉

- 1) は既に研修施設として認定されている大学の病理学講座・病理部等より申請して下さい。
- 2) はこれから登録を受けようとする病院より提出して下さい。
- 3) はこれから登録を受けようとする病院の専任又は非専任の病理医が記入することが望まれます。

(3) 申請に必要な書類の請求・送付先

〒113-0034 東京都文京区湯島1-2-5

聖堂前ビル7階

日本病理学会事務局 施設申請受付係

TEL 03-6206-9070

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

(4) 参考 登録施設審査細則

http://pathology.or.jp/senmoni/pdf/hospitals2_rules.pdf

5. 剖検輯報第 56 輯の剖検情報登録についてお願い

剖検輯報（第 56 輯，2013 年分）のデータ登録につき，該当施設へ 8 月末に書類一式をお送りしておりますのでご協力よろしくお願いいたします。提出締切は平成 26 年 10 月 31 日（金）消印有効です。

病理専門医研修施設（認定施設・登録施設）の申請，更新には，このデータ登録が期限内に行われていることが必須となりますので，各施設の研修指導責任者におかれは，ご留意よろしくお願いいたします。

6. 第 11 回日本病理学会カンファレンス 2014 六甲山開催報告

世話人：中村 卓郎

（公益財団法人がん研究会がん研究所）

第 11 回日本病理学会カンファレンス 2014 六甲山を 8 月 1 日（金），2 日（土）に兵庫県神戸市六甲山ホテルにて，「イメージング技術の進歩と明日の病理学研究・病理診断」をカンファレンステーマに掲げて開催しました。同地での開催は 2013 年に続いて 2 回目となりましたが，天候も大きく崩れることはなく，病理学会外からの招聘講師 5 名と参加者 92 名（病理学会会員講師 5 名を含む）ならびに技術セミナーに参加された住商バイオファーマ関係者 5 名の合計 102 名のご参加をいただきました。

1. 開催の目的と概要

個体や組織・細胞・小器官の形態観察は，ライフサイエンスの研究にとって欠かせない手段です。生化学や分子生物学が格段に進歩した結果，疾患の本態の理解が進み，疾病の診断に役立つ情報量が膨大なものとなった現在でも，最終的な診断・判定が形態観察に立脚している事実揺るぎません。

分子イメージング，ナノテクノロジー，光学技術も年々進歩を遂げており，形態観察の手段は多様性に富むようになっただけでなく，ライフサイエンスにおいて広い分野の研究者に門戸を開くようになっていきます。疾病研究においても，先進のイメージング技術の応用は目覚ましく，疾患の形態学的リテラシーは病理学者の独占するところではありません。

そこで，本カンファレンスでは，イメージング技術の革新とその応用について，蛍光プローブ開発，先進的顕微鏡技術，分子イメージング，in vivo イメージングの各分野における第一線の研究者に講演をしていただきました。病理学分野において最新のイメージング技術を活用されている講演も加わりました。さらに，関連する技術基盤の紹介の意味で，Perkin Elmer 社の Vivek Patil 博士からインビボイメージングの最新のテクノロジーを使った研究成果を報告していただきました。また，病理学・医学生物学研究に携わる若手研究者から応募があった 25 演題から成るポス

ターセッションを開催し，ショートプレゼンテーションとその後のディスカッションを繰り広げました。ポスター発表結果をポスターコーディネーターの先生方に評価していただき，最優秀ポスター賞 1 題，優秀ポスター賞 2 題を選び，表彰しました。また，ポスターセッションに引き続いて，多くの参加者が懇親会で研究や診断活動について活発な討論を繰り広げました。

今回のレクチャー講師と演題名は以下の通りです（発表順，敬称略）

広田 亨（公益財団法人がん研究会がん研究所）

「ライブ・セル・イメージング解析がもたらすがん研究の新展開」

青木 一洋（京都大学大学院医学研究科）

「イメージングによる細胞内シグナル伝達系と分子標的薬抵抗性の定量解析」

清川 悦子（金沢医科大学）

「ライブイメージングで生体内情報伝達を視る」

浦野 泰照（東京大学大学院薬学系研究科）

「蛍光プローブの設計開発による術中迅速ライブ疾患イメージング」

佐谷 秀行（慶應義塾大学医学部）

「イメージングを用いたがん幹細胞の性状解析」

鶴山 竜昭（京都大学医学部附属病院）

「病理組織を用いたイメージング研究と展望」

渡辺 恭良（理化学研究所ライフサイエンス技術基盤研究センター）

「PET 分子イメージングによる創薬・医療イノベーション」

近藤 英作（愛知県がんセンター研究所）

「新規ホーミングペプチドを応用した生体内腫瘍イメージング技術の基盤的研究」

高松 哲郎（京都府立医科大学大学院医学研究科）

「病理学と先端フォトリソ」

上野 博夫（関西医科大学）

「多色細胞系譜追跡法の幹細胞・発生研究への応用」

イメージング技術講習セミナー

Vivek R. Shinde Patil (Perkin Elmer Inc)

Translational imaging technologies : providing insightful biological applications from the bench to the clinic

一般演題ポスター発表は 25 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 山田 洋介

（京都大学 iPS 細胞研究所）

優秀ポスター賞 野島 聡

（大阪大学大学院医学系研究科）

優秀ポスター賞 田中 美和

（公益財団法人がん研究会がん研究所）

2. 参加者（92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、学生（大学院生・学部学生）としての参加登録者は25名で、35歳以下のポスター発表者は14名でした。

詳細は以下「第11回日本病理学会カンファレンスホームページ」（HP）より

開催報告：<http://jspc11.umin.jp/report.html>
をご参照下さい。

3. アンケート集計結果（回答数43）について

詳細は上記HPをご参照下さい。

4. 総括と今後のカンファレンスへの課題

日本病理学会カンファレンスは、今年で11回目を迎えました。この会は、80-100名程度の出席者を対象としたアットホームな会で、毎年特定のテーマの下、病理学会の内外から研究テーマに関連する分野をリードする研究者を講師にお招きして、最先端の研究を紹介する講演を聴き、病理学会員の研究及び診断に資する狙いを持っています。第9回までは、毎年国内各地で開催されてきましたが、第10回より神戸市の六甲山ホテルに固定化して毎年夏に開催することになりました。

〈テーマ〉

今回のテーマである「イメージング」は、日本病理学会研究推進委員会において第11回カンファレンスのテーマとしてご推薦頂いたものです。イメージングは、形態学的解析を専門とする病理医・病理研究者にとっては馴染みの深い印象がありますが、反面、生きた細胞や動物個体の動きのあるイメージを捉える研究は、充分活用されていない印象がありました。ライブセルイメージングやインビボイメージングを実行するための機器や試薬、テクノロジーが飛躍的な進歩を遂げている今日でもあり、タイムリーなテーマであったと思います。この点は、参加者のアンケート結果にも表れていましたし、活発な質疑・討論からも伺うことが出来ました。

〈参加者〉

参加者総数は、昨年と比較して11名減少したものの、92名（内病理学会会員79%）に達し、カンファレンスの運営や活発な雰囲気形成には充分な数であったと感じました。参加者の分布は、全国に及んでおりましたが、開催地との距離的な関係から北日本、東日本の会員については、より積極的な呼びかけが必要と思われました。また、ポスター発表は25演題と、スペース的には上限の演題数が集まり、若手研究者の意欲的な発表が多かったと感じました。

〈レクチャー〉

レクチャーに関しては、10名の講師全体にわたって、参加者から好評を頂きました。イメージングがテーマであるだけに、動画や高解像度の画像を駆使したプレゼンテーションが続き、聞き飽きることのない2日間となりました。テーマは大きく分けて、ライブセルイメージング、インビ

ボイメーキング、蛍光プローブを初めとする技術基盤の3つから成りましたが、何れの講演も技術紹介に留まらず生命現象や病態解明を理解する上で大変有用であったと思いました。講師の先生方には、夜遅くまでディスカッションにも参加して頂き、発表範囲を超える研究内容や技術を教えて頂きました。

〈一般ポスター演題〉

今回で3回目となるスライド3枚、90秒間のショートプレゼンテーションは好評であり、発表者にとってもまとめ方を工夫するなど勉強になることが多かったとの印象です。一方で、25演題を5セクションに区切ったプレゼンテーションは、他の演題をゆっくり見ることが出来ないなどの声もあり、今回は考慮すべき点に思われました。コーディネーターの先生方には、優秀ポスター賞の審査員もお願いし、大変お世話になりました。

〈技術セミナー〉

今回、日本病理学会カンファレンスとしては初めての企画となる技術セミナーを第1日の夕刻に開催しました。今回のテーマであるイメージング研究には、最新のテクノロジーの活用が不可欠であり、インビボイメージングや画像解析技術に関する機器・ソフトウェアを幅広く紹介されている住商ファーマインターナショナル株式会社の協力を得て、機器の展示とセミナーをして頂きました。セミナー講師として米国Perkin Elmer社からVivek Patil博士にお話し頂きました。単なる技術紹介に留まらず、一流誌に掲載されて間もない最新の研究成果の発表があり、参加者から大変評判が良かったようです。カンファレンステーマにもよりますが、研究に役立つ最新テクノロジーを紹介する技術セミナーは今後も考慮されて良いと考えます。

〈会場〉

今回が2度目の開催となった六甲山ホテルですが、昨年の経験が運営には大いに役立ちました。但し、円滑な運営は昨年同様、横崎宏先生を初めとする神戸大学病理学講座のメンバーの献身のご支援があつてのことでした。主催者が、六甲山ホテルから遠隔地である場合は、同伴出来るスタッフの数も限られることが予想されますので、今後も神戸大学の皆様に負担をお掛けすることが懸念されます。今回は、前回に比べると1人部屋の数を増やすことが出来ましたが、それでも若手を中心として相部屋をお願いすることになりました。部屋の確保交渉とともに、全て1人部屋とするには参加費の値上げも必要になりますので、この点は今後検討を要する課題と思われました。

5. 謝辞

今回のカンファレンス開催にあたり、ご支援頂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、日本病理学会事務局に様々なご助言・ご指導を賜りました。講師の先生方には、多忙なスケジュールの中でカンファレンス日程を通してご参加頂き、貴重なディスカッションや若手研究者に対するアドバイスをして頂き感謝申し上げます。また、横崎宏先生を初

めとする神戸大学大学院医学研究科病理学講座の先生方には、運営に当たって大変ご尽力を頂き感謝申し上げます。最後になりますが、本カンファレンスの計画から運営まで手伝って下さった、がん研究会がん研究所発がん研究部のメンバーに深く感謝致します。

7. 会員の訃報

以下の方がご逝去されました。

赤池 康 学術評議員（平成 26 年 8 月 23 日ご逝去）

第 32 回 (2014 年度) 日本病理学会 病理専門医試験報告

第 32 回病理専門医試験実施委員会
委員長 大橋健一

1. はじめに

2014 年度の試験は、第 32 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、東京医科大学を会場として行われた。本年度の受験者総数は 90 名 (91 名出願、欠席 1 名) で、74 名が合格し、合格率は 82.2% であった。同時に第 22 回日本病理学会口腔病理専門医試験 (美島健二委員長) も行われた。内容と方法は、基本的に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. 試験内容と方法

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、それぞれの配点も例年どおりであった (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、肉眼像、X 線写真、組織像、細胞像、免疫組織化学的染色所見などであり、主として病理診断名を問う形式となっている。解答はほとんどが記述式で、多肢選択問題も含まれている。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などが問われる。

② II 型試験

II 型試験は主に外科病理学の全般的な診断能力、知識を問う検鏡試験であり、IIa, IIb, IIc 型に分かれている。設問では主に病理診断が要求されるが、一部では、診断に必要な免疫組織染色等に関する知識なども求められる。解答はほとんどが記述式で、多肢選択問題も含まれている。IIa 型と 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。IIc 型は 20 題からなり、受験者が 1 題について一定の時間 (2 分 30 秒程) で検鏡、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が困難な生検標本、術中迅速診断標本、細胞診などが対象となる。I, II 型ともに口腔病理専門医試験との共通問題と、病理専門医試験専用問題から構成さ

れている。

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、剖検症例が出題される。脳を含む全身臓器から病理所見を拾い上げる能力、臨床所見、肉眼所見を加味して病理診断を総合的にまとめる能力、病態や死因を考察する能力が問われる。設問には記述式の解答が求められる。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、ガラス標本 1 組 (例年 10 枚ほど) 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 型試験問題の理解を口頭試問により確認し、さらに質問に対する受け答えから病理専門医としての人格的資質、適正も評価される。

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 10 題であり、文章問題を除く全問題数 (90 題) に占める割合は 11.1% である。

I 型問題において 3 題は肉眼写真と組織像を含む問題で、2 題は X 線画像が含まれた問題、3 題は肉眼写真のみの問題であった。IIc 型問題には迅速診断時の凍結切片標本が 1 題含まれていた。出題内容は、日本病理学会病理専門医研修要綱に概ね準拠し、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に要求される知識ならびに能力の有無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なるべく多く出題するように心がけられた。勿論、日常業務で遭遇する頻度は低くとも、重要な疾患については出題の対象とした。面接は各面接担当者により A, B, C, D, E, F の 6 段階評価を行い、III 型試験の総合的な合格判定に加味した。

採点にあたっては、出題者の模範解答およびそれに類する解答を満点とし、解答を構成している重要項目が含まれている毎に加点し、誤りがあれば減点し、全体の構成についても評価した。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、誤字や必要な亜型の記載のないものは適宜減点した。

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は次の通りである。

1) 臨床経過概要

【症例】 76歳，男性

【主訴】 呼吸困難

【家族歴】 母，弟；脳出血で死亡，兄二人；肺癌で死亡（ともに喫煙者）

【職業歴】 不明

【生活歴】 喫煙歴；20本20年（60歳以降禁煙），飲酒歴；ビール500ml/日

表1. 日本病理学会 第32回病理・第22回口腔病理 専門医試験スケジュール

1日目 7月26日（土）				
時刻	事項	試験会場	時間	
11:00	受付開始	第一校舎1階 入り口		
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'	
12:30	III型問題（剖検症例：レポート作成）	中央校舎3階 実習室	2・30'	
15:00	I型問題 試験会場へ移動・休憩			
15:30	I型問題	第一校舎3階 第二講堂	1・10'	
16:40	面接室へ移動・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）	2・00'	
19:00				

2日目 7月27日（日）				
	受験番号 1-23=A組 24-46=B組 47-69=C組 70-91=D組			
08:10	受験生待機室に集合（A, B, C組） （D組のみ 09:20集合）	第一校舎3階 第二講堂		
08:20	II型問題 試験会場へ移動（所持品は第二講堂で保管）			
08:30	II型問題	中央校舎3階 実習室（各60分）		

	IIa（20題）	IIb（20題）	IIc（20題）	待機（第二講堂）
08:30 - 09:30 休憩（15分）	A組	B組	C組	
09:45 - 10:45 休憩（15分）	D組	A組	B組	C組
11:00 - 12:00 休憩（15分）	C組	D組	A組	B組
12:15 - 13:15	B組	C組	D組	A組 （アンケート記入後，解散）

試験終了後，B，C，D組は実習室でアンケート記入。
第一校舎3階 第二講堂にもど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	2	1	5
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	3	0	4
泌尿・男性器	2	4	1	7
女性器	2	4	2	8
乳腺	1	3	1	5
造血器	3	4	1	8
皮膚	2	4	2	8
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

【既往歴】

16 年前 他院で糖尿病の診断。
 6 年前 慢性呼吸器疾患のため、3 年前より在宅酸素療法を導入。
 4 年前 労作性狭心症を発症。#6（左主幹部～左前下行枝の第一中隔枝）、
 #7（第一中隔枝～第 2 対角枝）に冠動脈形成ステント留置施行。
 2 年前 中等度の僧帽弁閉鎖不全のため循環器内科に定期的な通院。
 腎不全症状出現し、この頃より透析導入となった。

【現病歴】

弁膜症症状（僧帽弁閉鎖不全高度、大動脈弁狭窄症）の悪化により歩行時の息切れが増悪。精査加療目的に入院となった。内科的治療は困難と判断され、外科転科となり大動脈弁置換（機械弁）、僧帽弁置換（機械弁）、冠動脈バイパス術（大伏在静脈— #8（第 2 対角枝 から左前下行枝の末梢まで）、大伏在静脈— HL（#12（鈍角枝）と #9（第

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	大腸	3	Collagenous colitis	4.71
I-2	子宮	3	子宮腺肉腫	3.02
I-3	胎盤	2	2) 一絨毛膜二羊膜胎盤	2.39
I-4	前立腺	3	Gleason score 5+4=9	4.71
I-5	皮膚	2	梅毒（硬性下疳）	3.39
I-6	骨	2	脊索腫	4.00
I-7	肺	2	微小嚢膜様結節 Chemodectoma	1.74
I-8	肺	1	問 1：肺結核、問 2：細菌学的検索、感染防御措置など	4.71
I-9	骨髓	2	急性骨髄性白血病・M3	4.38
I-10	縦隔	2	問 1：セミノーマ、問 2：PLAP, OCT4, KIT, D2-40, SALL4	3.34
I-11	リンパ節	2	パーキットリンパ腫	4.66
I-12	心・腎	3	問 1：Fabry 病、問 2：層板状構造物 zebra bodies, myelin bodies	2.51
I-13	細胞診	3	腺癌 endocervical type	1.87
I-14	細胞診	2	BK ウイルス感染（Decoy 細胞）	1.54
I-15	細胞診	3	線維腺腫	3.12
I-16	食道	2	異所性皮脂腺	2.94
I-17	胆嚢	1	コレステロールポリープ	4.94
I-18	乳腺	2	嚢様癌	4.83
I-19	腎臓	3	膜性腎症	4.78
I-20	皮膚	2	外毛根鞘嚢胞 Trichilemmal cyst	4.27
I-21	軟部	2	グロームス腫瘍	4.61
I-22	肺	3	ランゲルハンス組織球症	3.81
I-23	甲状腺	3	問 1：C 細胞過形成、問 2：2) 多発性内分泌腫瘍症 2A 型	1.43
I-24	心臓	1	問 1：急性心筋梗塞、問 2：前壁側壁（中隔）	3.99
I-25	眼窩	2	類皮嚢胞 dermoid cyst	0.88
I-26	脳	2	毛様細胞性星細胞腫 Pilocytic astrocytoma	2.19
I-27	細胞診	3	ヘルペスウイルス感染	2.66
I-28	細胞診	1	肺腺癌	4.50
I-29	口腔	4	石灰化嚢胞性歯原性腫瘍	2.27
I-30	口腔	3	線維性異形成症	2.76

表 5. I 型文章問題解答

No.	問題文	正解	正解率
I-46	死体解剖保存法における死体とは妊娠 4 か月以上の死胎も含む。	○	1.00
I-47	変死体、あるいは変死体の疑いがある死体は、刑事訴訟法の規定により解剖の前に警察による検視が必要である。	○	0.67
I-48	解剖によって犯罪性あり、異状死体と認めた場合、24 時間以内に解剖した地の警察署長に届け出なければならない。	○	0.97
I-49	特別な事情がある場合、保健所長の許可があれば病理解剖は解剖室以外でも行うことができる。	○	0.87
I-50	術中迅速細胞診、婦人科材料細胞診に関して、細胞診断料を月 1 回請求できる。	×	0.24
I-51	病理診断管理加算 1, 2 を請求するには病理診断科を標榜している保険医療機関である必要がある。	○	0.72
I-52	パバニコロウ染色は乾燥した検体にも適している。	×	0.99
I-53	喀痰、体腔液、尿などのいわゆる自然剥離細胞診では、細胞の変性像は少ない。	×	0.97
I-54	ギムザ染色では、核小体は周囲の核クロマチンより淡い色調に染色される。	○	0.91
I-55	液状細胞診 (LBC) 法では細胞の乾燥を防ぎ、限定された範囲内に重積の少ない均等な細胞塗抹が可能である。	○	0.96
I-56	ズダン III 染色の固定には 95% アルコールを用いる。	×	0.68
I-57	ビクトリア青染色では HBs 抗原が青色に染まる。	○	0.51
I-58	EVG 染色にはワイゲルトのレゾルシン・フクシン液とワンギーソン液を用いる。	○	0.79
I-59	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の中に入れておくのがよい。	×	1.00
I-60	電顕用の固定に用いるグルタルアルデヒドは通常 10% である。	×	0.67
I-61	ホルマリン固定パラフィン包埋切片上で腫瘍細胞の染色体転座の検出を行うことが可能である。	○	0.98
I-62	Ki-67 (MIB-1) 抗体は、増殖中の細胞では G1 (後半), S, G2, M 期全般に発現され、増殖細胞のマーカーとして用いられる。	○	0.52
I-63	乳癌の HER2 の免疫染色において、浸潤癌の 5% 以上に 3+陽性が見られれば、ハーセプチンの治療適応となる。	×	0.78
I-64	労働安全衛生法では、病理標本作製のためホルマリンを使用する部署 (病理診断科) においては、作業環境を第 1 管理区分になるように措置を講ずることが必要であるとされる。	○	0.72
I-65	HIV、結核、およびヒストプラズマは、病原体の危険度分類バイオセーフティレベル (4 段階) では、レベル 4 すなわち個体及び地域社会に対する高い危険度に相当する。	×	0.88

表 6. IIa 型問題解答

No.	臓器	模範解答	平均点
IIa-1	食道	内分泌細胞癌	3.40
IIa-2	胃	問 1: リンパ球浸潤癌 問 2: EBER in situ hybridization	3.70
IIa-3	空腸	異所性腺	4.83
IIa-4	肝	血管筋脂肪腫	4.74
IIa-5	膵	漿液性嚢胞腺腫	4.34
IIa-6	卵巣	卵巣類内膜腺癌	4.64
IIa-7	子宮	問 1: 子宮平滑筋肉腫 問 2: 壊死、核分裂像	4.12
IIa-8	乳腺	乳管内乳頭腫	3.40
IIa-9	精巣	混合型胚細胞腫瘍 (セミノーマ+奇形腫+卵黄嚢腫瘍+胎児性癌)	3.82
IIa-10	腎臓	乳頭状腎細胞癌 (type 1)	4.38
IIa-11	皮膚	乳房外 Paget 病	4.61
IIa-12	皮膚	脂漏性角化症	4.76
IIa-13	骨	軟骨芽細胞腫	0.61
IIa-14	肺	MALT リンパ腫	3.26
IIa-15	肺	アスベルギルス症+扁平上皮癌	3.61
IIa-16	甲状腺	乳頭癌濾胞亜型	3.77
IIa-17	副腎	神経節種成熟型	3.80
IIa-18	骨髄	骨髄腫	3.10
IIa-19	リンパ節	古典的ホジキンリンパ腫結節硬化型	3.42
IIa-20	脳	クリプトコッカス症	3.20

1 対角枝) の中間)) が施行された (死亡約 6 ヶ月前)。

【入院時身体所見】 (入院時; 手術前)

身長 164 cm, 体重 43.2 kg

意識清明, 血圧 110/62 mmHg, 心拍数 78 回/分, SpO₂ 95% (O₂ 4 L 鼻カニューレ投与下)

胸部: 聴診上, 呼吸音は両側下肺背側で crackle 聴取。心音は心尖部で汎収縮期逆流性雑音聴取。

腹部: 平坦, 軟, 圧痛なし。肝脾触知せず。

下腿に軽度浮腫あり。

特記すべき神経学的所見なし。

【入院時の血清学的検査】

梅毒血清検査 陰性

HBs 抗原 陰性, HCV 抗体 陰性

HIV 抗体 陰性

【検査所見】 血液・生化学所見 (カッコ内は基準値)

〈入院時; 手術前〉

WBC 5.4×10³/μL (4.0-8.0), RBC 311×10⁴/μL (380-480), Hb 10.7 g/dL (11.5-15.5), Plt 13.8×10⁴/μL (14.0-40.0), TP 6.9 g/dL (6.7-8.3), Alb 2.6 g/dL (3.9-4.8), AST 35 U/L (<30), ALT 28 U/L (<5), LDH 294 U/L (110-219), Cre 5.67 mg/dL (0.5-0.8), Na 134 mEq/L (135-145), K 3.0 mEq/L (3.5-4.8), Cl 99 mEq/L (98-108), T-Bil 0.67 mg/dL (0.2-

表 7. IIb 型問題解答

No.	臓器	模範解答	平均点
IIb-1	食道	顆粒細胞腫	4.67
IIb-2	大腸	若年性ポリープ	4.72
IIb-3	大腸	子宮内膜症	4.94
IIb-4	睪	粘液嚢胞腺腫	4.09
IIb-5	子宮	子宮体部漿液性腺癌	3.47
IIb-6	卵巣	中分化型セルトリ・ライディク細胞腫	1.62
IIb-7	乳腺	非浸潤性乳管癌	3.29
IIb-8	乳腺	肉芽腫性乳腺炎	3.60
IIb-9	膀胱	癌肉腫・肉腫様癌	2.00
IIb-10	腎臓	浸潤性尿路上皮癌 G3	3.79
IIb-11	皮膚	色素（母斑）細胞性母斑 Intradermal nevus	3.89
IIb-12	軟部	リウマチ結節	3.09
IIb-13	軟部	結節性筋膜炎	1.50
IIb-14	肺	混合型小細胞癌（小細胞癌＋腺癌）	3.22
IIb-15	肺	結節性アミロイドーシス	2.30
IIb-16	甲状腺	硝子化索状腫瘍（腺腫）	3.53
IIb-17	骨髄	慢性骨髄性白血病・慢性期	3.29
IIb-18	縦隔	傍神経節種 Paraganglioma	3.62
IIb-19	脳	問 1：異型髄膜腫 Atypical meningioma 問 2：Grade 2	2.92
IIb-20	口腔	エナメル上皮種	4.63

表 8. IIc 型問題解答

No.	臓器	模範解答	平均点
IIc-1	胃	高（中）分化管状腺癌・Group 5	2.62
IIc-2	大腸	アメーバ赤痢	2.82
IIc-3	肝臓	原発性胆汁性肝硬変 PBC	4.50
IIc-4	子宮	2) 分泌期初期	1.78
IIc-5	子宮	微小浸潤扁平上皮癌	3.71
IIc-6	乳腺	浸潤性小葉癌	4.50
IIc-7	陰茎	上皮内癌	2.48
IIc-8	皮膚	毛母腫（石灰化上皮種）	4.78
IIc-9	皮膚	皮膚サルコイドーシス	4.24
IIc-10	肺	腺癌	4.21
IIc-11	リンパ節	卵管内膜症	2.82
IIc-12	皮膚	多発性血管炎（壊死性血管炎）	2.58
IIc-13	脳	4) 悪性リンパ腫	2.67
IIc-14	口腔	Warthin 腫瘍	3.94
IIc-15	口腔	腺様嚢胞癌	4.14
IIc-16	細胞診	4) HSIL	3.67
IIc-17	細胞診	尿路上皮癌 High grade	3.64
IIc-18	細胞診	浸潤性乳管癌	3.51
IIc-19	細胞診	4) 悪性中皮腫	2.22
IIc-20	細胞診	3) 明細胞癌	4.17

1.1), CRP 2.89 mg/dL (<0.3), HbA1c 5.6% (4.3-5.8)

【検査所見】 心電図

Af rhythm, 完全右脚ブロックあり。

【術後経過】

術後の循環・呼吸状態は安定したが、誤嚥やムセがみられ、食事・飲水とも摂取不可能であり、鼻胃管からの栄養管理が継続された。自己排痰困難であり、頻回の喀痰吸引も継続された。

術後 5 週経過後より発熱を認めた。創部からの排膿もあり、抗生剤投与が行なわれた。

術後 6 週頃、透析施行前に血圧低下・意識レベルの低下が認められたため、ノルアドレナリン、抗生剤の投与が行なわれた。血液培養にて MRSA を認めたため、創部を開放、縦隔洗浄、デブリードマンが行なわれ、集中治療管理となった。喀痰培養および創部培養も行なわれたが、陰性であり由来は同定できなかった。しばらく小康状態維持していたが、意識レベル低下が遷延し、意思疎通は不可能であった。

術後 8 週頃、縦隔創部に対する大網充填術、および胃瘻造設が行なわれた。

術後 10 週頃、気管切開施行。抗生剤の投与が術後 5 週頃より行なわれていたが、この頃にも血液培養で MRSA 陽性が継続していた。

その後も意識レベルの改善はなく、透析は継続されるも

のの、積極的な治療は行なわれなかった。

術後約 5 ヶ月（亡くなる 1 週間前）より感染悪化兆候（CRP 上昇）あり。全身状態も悪く透析施行困難となり、透析中止から 5 日後に永眠された。

【検査所見】 血液・生化学所見

〈死亡 7 日前〉

WBC $11.6 \times 10^3/\mu\text{L}$, RBC $231 \times 10^4/\mu\text{L}$, Hb 7.7 g/dL, Plt $5.5 \times 10^4/\mu\text{L}$, TP 6.2 g/dL, Alb 1.5 g/dL, AST 52 U/L, ALT 46 U/L, LDH 295 U/L, Cre 4.29 mg/dL, Na 132 mEq/L, K 4.4 mEq/L, Cl 81 mEq/L, T-Bil 1.20 mg/dL, CRP 12.69 mg/dL

2) 剖検時の主な所見

死後時間 3 時間

身長 164.6 cm, 体重 35.6 kg

主要臓器重量：脳 1,420 g, 心臓 560 g, 肝臓 1,220 g, 脾臓 190 g, 左肺 340 g, 右肺 480 g, 左腎 90 g, 右腎 115 g, 左副腎 7.6 g, 右副腎 7.6 g, 甲状腺 18.6 g, 下垂体 0.4 g, 屍体血量 300 ml

〈外表所見〉

やせ型で、栄養状態不良。眼瞼結膜貧血様。瞳孔径：左 3 mm/右 3 mm。表在リンパ節触知せず。下顎部に死後硬直あり。気管切開痕あり。

胸部～上腹部正中に 36 cm 長の手術創。創部の離開なし。左心窩部に胃瘻造設あり。左右大腿部内側に 26 cm 長のグ

ラフト採取に伴う手術創あり。前腕、頸部に皮下出血あり。仙骨部に8×5 cm大の褥創あり（滲出液なく、ほぼ乾燥）。両足第一趾壊死あり（滲出液なく、ほぼ乾燥）。

〈胸部所見〉

心臓：心嚢と心臓は完全に癒着しており、心嚢液なし。大動脈弁置換、僧帽弁置換、冠動脈バイパス術後状態。心臓の外観および剖面（図1, 2）、僧帽弁置換部肉眼写真（図3）。

僧帽弁弁輪部 HE 染色（図4）、僧帽弁弁輪付着物質 Gram 染色（図5）および心臓組織所見（標本1, 2）

肺：左胸腔に暗赤色混濁した250 mlの胸水あり。右肺は全面が胸腔と癒着。

肺の剖面肉眼像（両肺 図6）および組織所見（右下葉 標本3）。

縦隔：剖検時に感染を示す所見は明らかではない。

〈腹部、その他の所見〉

赤色透明な腹水ごく少量。

消化管：胃や小腸に部分的なびらん・出血あり。

肝臓：やわらかく腫大している。（図7、標本4）

脾臓：色調の異なる領域あり。やわらかく腫大している。（図8、標本5）

腎：腎被膜の剥離は容易。（図9、標本8）

膵臓：（標本6）

甲状腺：（標本7）

大動脈：（図10）

骨髄：正形成性骨髄。

〈脳所見〉

肉眼写真（図11, 12）と組織所見（右大脳 標本9、左大脳 標本10）

脳ヘルニアの所見なし。大脳動脈系に硬化所見はあるが、血栓・塞栓はみられない。

3) 配布写真

図1 心臓外観

図2 心臓剖面

図3 僧帽弁置換部

図4 僧帽弁弁輪部 HE 染色標本

図5 僧帽弁弁輪付着物質 Gram 染色 強拡大像

図6 肺剖面

図7 肝臓剖面

図8 脾臓剖面

図9 腎臓剖面

図10 大動脈

図11 脳外観

図12 脳剖面

4) 配布標本

1. 心臓（切り出し部位は図2の黄枠の対面）

2. 心臓（切り出し部位は図2の黄枠の対面）

3. 肺（右下葉）

4. 肝臓

5. 脾臓

6. 膵臓

7. 甲状腺

8. 腎臓

9. 大脳（切り出し部位は図12の黄枠で示す）

10. 大脳（切り出し部位は図12の黄枠で示す）

5) 問題

1. 本症例の病理解剖所見を主診断と副病変に分け、それぞれ箇条書きで記載せよ。

また、剖検所見から考えられる死因についても記せ。

2. 本症例における脳病変について、左右（標本9, 10）を対比しながら相違、それぞれの成因、臨床経過との対比などについて考察せよ。

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せ。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よ。

〔模範解答〕

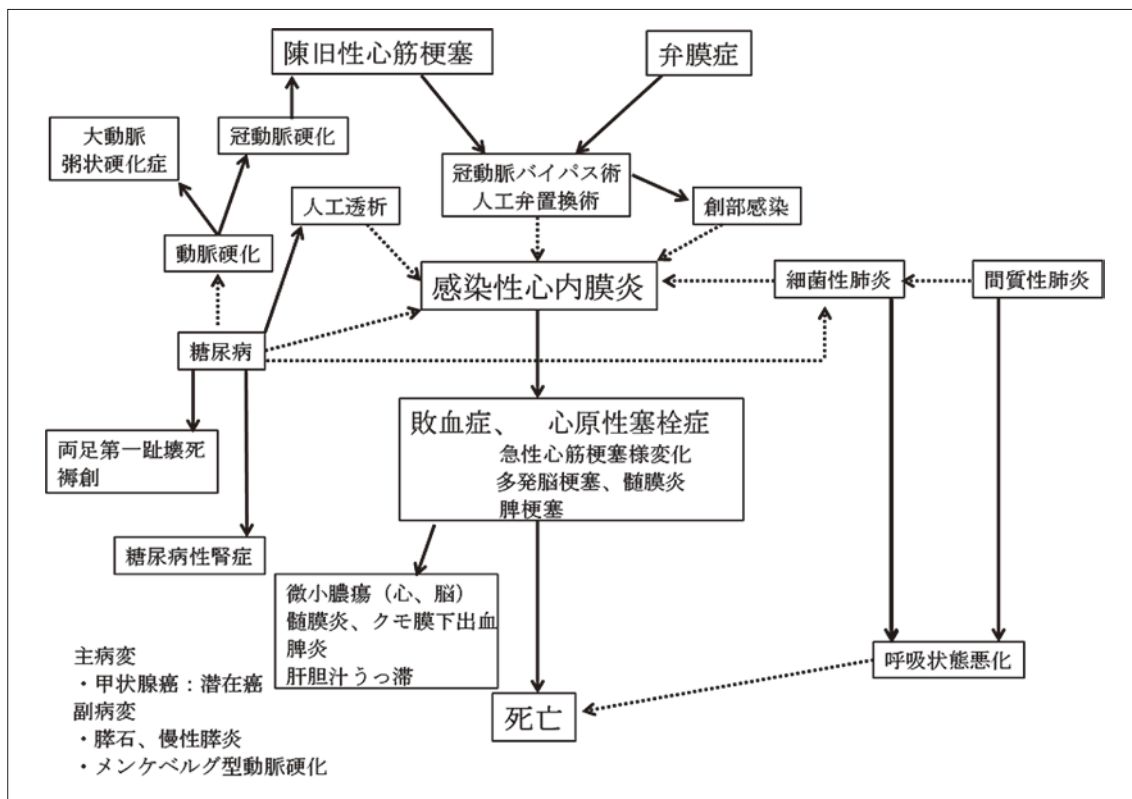
1. 本症例の病理解剖所見を主診断と副病変に分け、それぞれ箇条書きで記載せよ。また、剖検所見から考えられる死因についても記せ。

主病変

- 人工弁置換および冠動脈バイパス術後感染性心内膜炎、全経過6ヶ月
 - 人工弁置換術後感染性心内膜炎
 - 感染性血栓塞栓症
多発脳梗塞（1,420 g）、脾梗塞（190 g）、急性心筋梗塞様変化
 - 両室肥大（560 g）（肉眼写真）
- 敗血症の状態
 - 微小膿瘍形成（心、脳）
 - 髄膜炎、クモ膜下出血
 - 脾炎
 - 肝へリング管の胆汁うっ滞、炎症（1,220 g）
- 甲状腺乳頭癌：ラテント癌 5 mm
転移・浸潤なし

副病変

- 間質性肺炎、細菌性肺炎合併（340 g；480 g）（肉眼写真、組織標本）
- 糖尿病
 - 糖尿病性腎症（90 g；100 g）
 - 両足第一趾壊死、褥創
- 陳旧性心筋梗塞
- 膵石、慢性膵炎（組織標本）
- 大動脈粥状硬化（肉眼写真）
- メンケベルグ型動脈硬化（組織標本）



死因；人工弁置換および冠動脈バイパス術後に感染性心内膜炎が生じたことによる敗血症性ショック

2. 本症例における脳病変について、左右（標本9, 10）を対比しながら相違，それぞれの成因，臨床経過との対比などについて考察せよ。

臨床経過と脳の肉眼所見，組織所見から大脳の脳梗塞と診断される。梗塞には新鮮なものから組織球反応を伴うものまでみられ，不規則な分布を示すことから，心原性の塞栓症によるものと考えられる。

標本9（右大脳）では組織球反応を伴ったやや古い梗塞巣がみられている。術後約6週に意識レベルの低下が認められたことから，この時期に生じた病変と推測される。

一方標本10（左大脳）では，出血性梗塞が主体であり，所々に微小膿瘍形成や細菌の増殖を認める。細菌塊が血管内に充満する所もある。組織球はさほど目立っておらず，この病変は比較的新しい梗塞巣と考えられる。くも膜下には小出血が散見されるが，これは敗血症によって血管炎様の変化が生じ，血管が所々で破綻したことによるものと考えられる。炎症細胞浸潤もあり，髄膜炎としての像も認める。

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せ。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よ。

5. 成績と合格判定

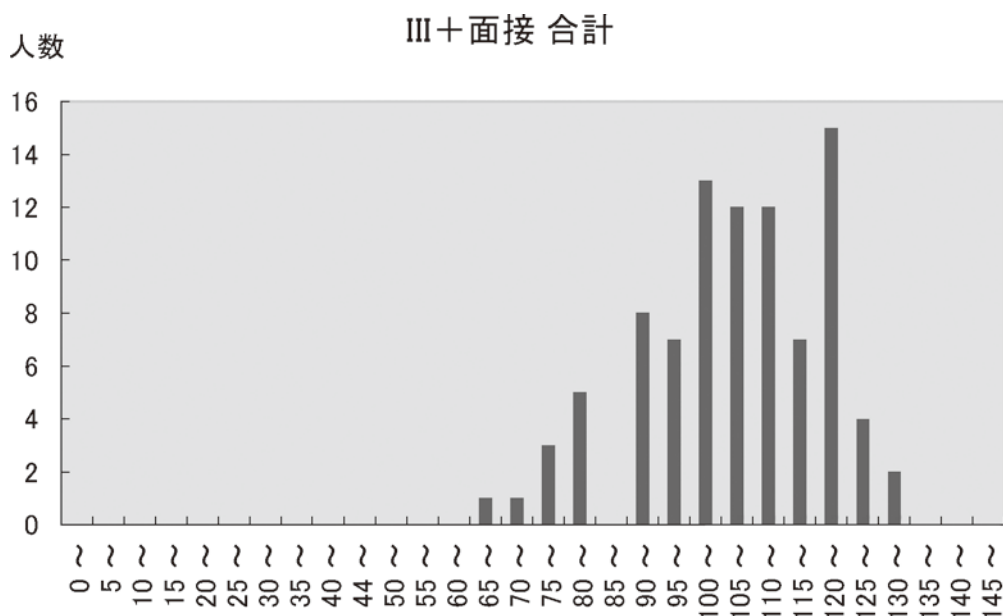
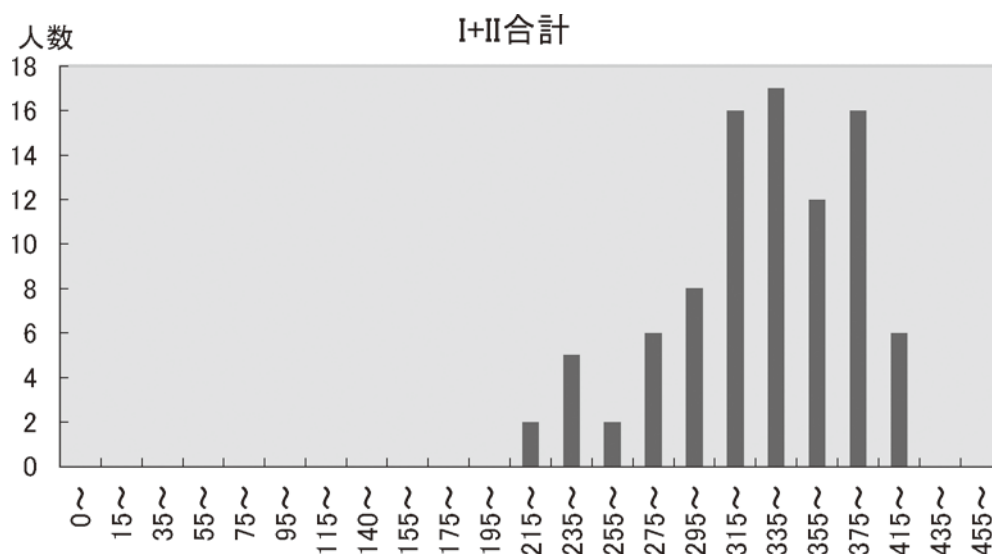
本年度の成績概要を表9に示す。一題5点満点であり，

2点未満の得点はI型問題30題中4題，IIa型問題40題中3題，IIc型問題20題中1題であった。一方，4点以上の高得点であった問題は，I型問題30題中12題，IIa型問題40題中13題，IIc型20題中7題であった。平均点は337.5点（71.8%）で，理想とした80%には届かない結果が得られ，今年の問題は例年に比べやや難しかったと思われるが，I+II型問題で平均点1点未満の問題は2問のみであり，不適切といえるほどの問題はなかったと思われる。今回の問題の中には高い正答率が期待されたが，意に反して正答率が低かった問題もいくつか認められた。胃癌問題（IIc-1）を良性 Group 1 とした回答，アメーバ赤痢（IIc-2）を大腸癌とした回答，軟骨芽細胞腫（IIa-13），結節性筋膜炎（IIb-13）を悪性腫瘍と回答した受験生が多かった点はやや不安を感じさせるものであった。I型，IIc型の細胞診10題については平均点30.9（61.8%）であり，組織診断の問題に比べ結果が悪かった。問題自体が難しかった可能性はあるが，日頃の研鑽，試験対策が不十分な受験生も多かったのではなかろうか。文章問題20題については概ね結果は良好であり，全員が正答した問題が2題認められた。過去にすでに何度も出題されているものについてはさすがに高正答率であった。今回のI+II型合計の得点分布は335点から354点をピークとしたが，215点から275点未満に乖離したグループを示す2峰性パターンがみられた。

III型問題では症例全体の病態を把握する能力，多くの疾患をまとめ上げる能力，問題点の考察力を重視し，稀な疾患は避けて，多彩な病変を有する症例，それぞれに因果関係が考察でき，フローチャートを作成しやすい症例を選択した。作問にあたっては個別の病変の診断を多少誤って

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	443.8	54.3	389.5	335.3	536	308
I 型小計	170	124.8	16.4	108.4	92.0	159	73
IIa 型	100	75.5	11.7	63.8	52.0	99	45
IIb 型	100	68.2	13.7	54.5	40.8	93	35
IIc 型	100	69.0	14.3	54.7	40.4	94	13
II 型小計	300	212.7	33.6	179.2	145.6	273	118
I+II 計	470	337.5	45.7	291.8	246.1	424	218
III 型（面接を含む）	150	106.3	14.4	91.9	77.5	134	68
細胞診	50	30.9	8.3	22.6	14.4	48	8



も病態全体の理解、主診断を大外しなければ、得点が大崩れしないように配慮された。ここ数年継続して出題されているフローチャートを作成する問題は今年も設けられた。面接では、個々の受験者の III 型問題の答案内容に関連した質問を行い、解答が不十分な受験者には、不十分な点に

ついて誘導的な質問を通じて再考をうながすとともに、正しい病理診断へ導くような質問を行った。また、誤った解答がある場合は、その病理学的な矛盾点を指摘し、正しい病理診断への誘導を図るような質問、思考過程、鑑別診断に関する質問をして、受験生の診断能力、病理専門医とし

ての資質を評価した。記載不十分な受験生の中にも面接での確かな返答や、誤った点の修正ができ、良い評価を獲得したものもいた。剖検講習会を始め、受験者の準備状況がよく整っている印象を与える受験生も多かったが、症例のまとめ方を見る限り、剖検経験の不足、病態をまとめる能力が明らかに欠けている受験生も少なからず認められた。得点分布では 65 点から 84 点の間の低得点側に分布する集団が認められた。

最終的な合否判定は、試験実施委員及び試験委員が採点、集計した結果をもとに 7 月 31 日（木）に行われた。本年度の合否判定基準は、I+II 型問題については難易度を考慮して 282 点（60%）を合格ラインとし、それ未満のものを不合格とした。III 型問題は、例年どおり 90 点（60%）未満のものを不合格とした。今回 III 型問題の症例でみられた病変には珍しい疾患は含まれておらず、臨床経過をそのまま理解し、対比を考慮しながら肉眼所見、組織所見をとり、剖検診断をまとめる能力があれば比較的平易だったと思われる。ここ数年毎回出題されているフローチャートで図示する問題については、多くの受験者は解答の練習がよくなされている印象であったが、明らかに病態の理解不

足、フローチャートの作成練習不足と思われる受験者も認められた。脳病変についてはよく出題される感染症、循環障害に関するものであり、臨床経過を参考にすれば比較的平易なものと思われたが、明らかに中枢神経系疾患の経験が乏しいと思われる受験者が見られた。例年病理専門医試験報告書で記載されることではあるが、剖検所見をまとめる際には各病変の因果関係、死因について幅広く考察することが重要である。日頃剖検診断報告書作成の際に臨床的問題点、死因などについて考察し、常に報告書内に文章としてまとめる習慣が重要と考えられる。

本年度の受験者 90 名中合格者は 74 名（合格率 82.2%）であり、表 10 に年次別成績推移からは概ね平均的結果であった。平成 11 年から、受験者には合否判定通知ととも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部分を読み取り、次回に備える際の参考にさせていただければ幸いである。

6. アンケート結果

例年のごとく試験終了後の無記名ポストアンケートを

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
32	H26 ('14)	東医大	90	74	82.2	会報 320 号 PDF, 2014

行った（回収率 100%）。その内容と結果のまとめを表 11 に示した。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 38 名（46%）、大学付属病院病理部（科）22 名（27%）、国公立病院検査科（病理科）14 名（17%）、私立病院検査科（病理科）12 名（14%）、研究施設からの受験者 0 名（0%）であった。病理医としてのキャリアについては、ほとんどの受験者（85 名，94.4%）が 5 年以上 10 年未満であり，10 年以上 15 年未満が 5 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り異なっていたが，難易度，適切さについては全ての問題について平均が 3 点を超える評価（3.3-3.7）であった。試験時間については例年同様，IIc 型，III 型を除くと平均 3 点を超えていた。IIc 型で平均 2.8 点，III 型は平均 2.4 点と試験時間が短いという回答が多かった。試験内容と日常業務との関連性の質問では，平均 3.5 点で日常的に経験する頻度が比較的高い病変を出題したことを反映していると考えられ

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 (1～5) 3.5 (1～5) 3.3 (1～5) 3.3 (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	3.4 (1～5) 3.5 (2～5) 3.7 (2～5) 3.6 (2～5) 3.7 (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	3.0 (2～3) 3.0 (2～3) 3.0 (2～4) 2.8 (1～5) 2.4 (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 (1～5)
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 (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 (2～5) 3.9 (2～5) 3.7 (1～5) 3.9 (2～5) 3.9 (2～5) 3.9 (2～5)
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	3.5 (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	4.0 (3～5)
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	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	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	4.0 (1～5)

た。試験場の設備、環境は東京医科大学の先生方のご尽力のおかげで平均 4.0 点と非常に高い評価で、使用した顕微鏡についても平均 4.0 点と好評であった。

7. おわりに

本年度の受験者数は口腔病理も含めて 100 名近くになった。受験者数の増加は日本病理学会として喜ばしいことである。一方で会場と顕微鏡台数の確保、II 型試験のローテーション問題など、受験者にアンフェアとならないように試験実施の運営上、新たな対応の必要性があり、今後の課題となる。

本年の病理専門医試験に携わった委員を表 12 に示す。東京医科大学の長尾俊孝先生、黒田雅彦先生をはじめスタッフの皆様方に大変お世話になり、誠に有難うございました。半年以上にわたって本試験のためにご尽力いただきました実施委員の先生方並びに毎回の実施委員会に参加し、常に適切な指導と助言をいただきました美島健二先生をはじめ口腔病理専門医試験実施委員会の先生方にこの場

表 12. 第 32 回日本病理学会病理専門医試験委員構成

第 32 回日本病理学会病理専門医試験実施委員：

大橋健一（委員長）、梶原 博、亀山香織、坂谷貴司、
笹島ゆう子、柴原純二、都築豊徳、比島恒和、
藤井丈士、松林 純、三上哲夫

面接委員：

黒田雅彦、谷澤 徹、津田 均、長尾俊孝

病理専門医試験委員：

安田政実（委員長）、小山徹也、菅井 有、薦 幸治、
藤野 節、北條 洋、森 正也、渡辺みか

をお借りして改めて深甚なる謝意を表します。また、試験委員長の埼玉医科大学の安田政実先生並びに試験委員、面接委員の先生方に深謝いたします。最後になりましたが、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いただいた日本病理学会事務局の菊川敦子さん、宮本いづみさんに改めて心から御礼申しあげます。

第22回（2014年度）日本病理学会 口腔病理専門医試験報告

第22回口腔病理専門医試験実施委員会
委員長 美島健二

1. はじめに

第22回（2014年度、平成26年度）の日本病理学会口腔病理専門医試験は、2014年7月26日（土）と27日（日）に、第32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9名で、7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6名、大学附属病院の病理部が1名、国公立病院検査科（病理科）が1名、その他の1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加傾向を示していたが、本年度は歯学部の病理学教室に所属する受験者の割合が高かった。受験者の口腔病理の経験年数は全ての受験者が、5年以上10年未満であった。

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15.9点で昨年よりやや高い傾向であった。

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	3
頭 頸 部	5
呼 吸 器	4
骨 軟 部	2
循 環 器	2
消 化 器	5
女 性 器	3
神 経・筋	3
造 血 器	2
内 分 泌	2
乳 腺	2
泌 尿 器	4
皮 膚	5
細 胞 診	3
計	45

表2. 口腔問題の疾患分類別出題数

疾患分類	出題数
歯原性嚢胞	0
非歯原性嚢胞	3
歯原性腫瘍	6
顎骨の腫瘍	1
顎骨の非腫瘍性疾患	3
唾液腺腫瘍	9
唾液腺の非腫瘍性疾患	2
粘膜の腫瘍	7
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 (2)
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	異所性皮脂腺	1.67
I-17	コレステロールポリープ	4.44
I-18	髄様癌	3.33
I-19	膜性腎症	3.56
I-20	外毛根鞘嚢胞 Trichilemmal cyst	2.78
I-21	グロームス腫瘍	3.89
I-22	ランゲルハンス組織球症	2.22
I-23	問 1: C 細胞過形成 問 2: 2) 多発性内分泌腫瘍症 2A 型	2.11
I-24	問 1: 急性心筋梗塞 問 2: 左室前壁～後壁	4.44
I-25	皮様嚢胞	2.22
I-26	毛様細胞性星細胞腫 Pilocytic astrocytoma	1.33
I-27	ヘルペスウイルス感染症	1.67
I-28	腺癌	3.89
I-29	石灰化嚢胞性菌原性腫瘍	4.22
I-30	線維性異形成症	4.44
I-31	鼻口蓋管嚢胞 (切歯管嚢胞)	4.22
I-32	エナメル上皮腫 (顆粒細胞型)	4.22
I-33	問 1: 横紋筋肉腫 問 2: Myogenin (MyoD1)	3.00
I-34	角化嚢胞性菌原性腫瘍	4.44
I-35	骨形成線維腫	2.56
I-36	悪性黒色腫	5.00
I-37	滑膜性骨軟骨腫症	0.78
I-38	乳頭状内皮過形成	3.33
I-39	上皮筋上皮癌	3.33
I-40	放線菌症	5.00
I-41	単純性骨嚢胞	2.78
I-42	菌原性粘液腫	5.00
I-43	リンパ上皮性癌	3.00
I-44	エプーリス (血管腫)	4.78
I-45	好酸性腺腫	2.78

また, IIc 型問題は, 多数の標本を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出題された。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 例が出題され, 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。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. 採点と判断

採点は, 模範解答およびこれに類する解答を満点とし,

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	異所性腺	3.89
IIa-2	血管筋脂肪腫	4.11
IIa-3	問 1: 子宮平滑筋肉腫 問 2: 壊死, 核分裂像	3.56
IIa-4	乳管内乳頭腫	2.22
IIa-5	乳頭状腎細胞癌 (type1)	4.44
IIa-6	脂漏性角化症	3.89
IIa-7	MALT リンパ腫	2.78
IIa-8	乳頭癌濾胞型	3.33
IIa-9	古典的ホジキンリンパ腫結節硬化型	2.78
IIa-10	クリプトコッカス症	1.67
IIa-11	粘液嚢胞	3.89
IIa-12	血管腫	4.56
IIa-13	軟部組織軟骨腫	0.56
IIa-14	歯牙腫 (複雑型)	4.78
IIa-15	骨肉腫	4.44
IIa-16	壊死性唾液腺化生	2.78
IIa-17	扁平苔癬	5.00
IIa-18	問 1: 粘表皮癌 問 2: Grade1	4.44
IIa-19	神経鞘腫 (Schwann 細胞腫)	4.44
IIa-20	多形腺腫由来癌	4.33
IIb-1	顆粒細胞腫	4.44
IIb-2	子宮内膜症	4.44
IIb-3	粘液嚢胞腺腫	3.33
IIb-4	癌肉腫	1.11
IIb-5	リウマチ結節	1.11
IIb-6	結節性筋膜炎	1.11
IIb-7	結節性アミロイドーシス	2.22
IIb-8	傍神経節腫 Paraganglioma	2.22
IIb-9	問 1: 異型髄膜腫 Atypical meningioma 問 2: Grade2	2.44
IIb-10	エナメル上皮腫	5.00
IIb-11	疣贅状黄色腫	3.22
IIb-12	腺房細胞癌	4.33
IIb-13	腺扁平上皮癌	4.44
IIb-14	黄色肉芽腫	0.56
IIb-15	脂肪腫	4.44
IIb-16	リンパ上皮性嚢胞	4.22
IIb-17	唾液腺導管癌	2.22
IIb-18	メラニン色素沈着	3.33
IIb-19	扁平上皮癌 (外向性)	2.00
IIb-20	慢性硬化性唾液腺炎	4.33

誤字や必要な重型の記載のないものは減点し, 部分点として採点した。問題別平均点は表 3～5 に示す。本年の受験者 9 名の総合計の平均得点率は 67.8% でほぼ昨年同様で, I 型問題の平均得点率は 68.4%, II 型問題は 66.6%, III 型問題 (筆記+面接) は 69.6% 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たが, 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 72.7% であったが, 共通問題では 60.7% であった。また, 細胞診は 75.6% である。最高得点の受験者では総

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	高(中)分化管状腺癌・Group 5	0.56
IIc-2	2) 分泌期初期	2.78
IIc-3	微小浸潤癌	2.44
IIc-4	上皮内癌	0.89
IIc-5	毛母腫(石灰化上皮種)	3.89
IIc-6	腺癌	4.67
IIc-7	壊死生血管炎	2.33
IIc-8	尿路上皮癌 High grade	4.44
IIc-9	ワルチン腫瘍	3.89
IIc-10	腺様嚢胞癌	4.44
IIc-11	腺腫様歯肉性腫瘍	4.44
IIc-12	1) 多形腺腫	4.44
IIc-13	アスペルギルス症	4.22
IIc-14	扁平上皮癌 リンパ節転移	3.33
IIc-15	乳頭腫	5.00
IIc-16	巨細胞線維腫	1.22
IIc-17	カンジダ症	3.33
IIc-18	扁平上皮癌	4.44
IIc-19	尋常性天疱瘡	4.56
IIc-20	サルコイドーシス	2.11

合得点率が82.7%と高得点を示し、III型剖検問題では、全体的に個々の病変の抽出はできているものの、病変相互の関連においける理解が不十分な面があり、全体的に得点率が低かった。今後さらなる習熟が望まれる。

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、7名を合格、2名を不合格と判定した。不合格者の2名はいずれも、総合得点率で60%を満たさず、その一方は、I・II型問題とIII型問題で60%に満たないため、残念ながら不合格となっていた。他方は、特にII型の共通問題での得点率が低く、I・II型問題の総合得点率が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70.6%と58.4%であり、比較的大きな差が見られた。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。試験時間の長さについては、III型問題において、やや短かったとした受験者が多かった。さらに、写真の質や試験の全体的な質は概ね適切とした受験者が多かったが、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。その他、やや皮膚科関連疾患

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	3.78
B) I型文章問題	3.78
C) IIab型検鏡問題	3.33
D) IIc型巡回問題	3.67
E) III型剖検問題	3.56
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	3.67
B) I型文章問題	3.11
C) IIab型検鏡問題	3.44
D) IIc型巡回問題	3.44
E) III型剖検問題	3.67
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	2.89
B) I型文章問題	2.78
C) IIab型検鏡問題	2.89
D) IIc型巡回問題	2.78
E) III型剖検問題	2.44
細胞診	
A) 難易度	1: 非常に易, 3: 適当, 5: 非常に難
	3.44
B) 問題数	1: 非常に少ない, 3: 適当, 5: 非常に多い
	3.33
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	3.22
B) I型写真の大きさ	3.56
C) I型1問当たりの写真数	3.67
D) III型写真の画質	3.56
E) III型写真の大きさ	3.33
F) III型写真の数	3.44
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
	3.11
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
	3.67
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
	3.89
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
	4.33
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
	4.33

に関する出題が多かったという意見が出された。

6. おわりに

口腔病理専門医試験も本年度は第22回目となり9名の受験者で試験が実施された。所属施設により、口腔問題・共通問題の得点率に偏りがあり、可能な限り満遍ない領域の学習が必要と感じられた。口腔病理医を育成するには、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ある。

昨年同様、猛暑の中での実施となったが、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、滞りなく実施できた。

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年度卒業生から適応された。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る。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、実施委員長の大橋健一先生と試験委員長の安田政実先生には、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、松林 純先生ならびに東

表7. 第22回口腔病理専門医試験関連委員

実施委員		
美島 健二		（委員長，昭和大学歯学部口腔病態診断科学）
伊藤 由美		（鶴見大学歯学部附属病院病理診断科）
森 泰昌		（国立がん研究センター研究所・分子病理分野/中央病院・病理科）
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）
前田 初彦		（愛知学院大学歯学部口腔病理学講座）
長塚 仁		（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科）
石丸 直澄		（徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部）

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と宮本いづみさんに心より感謝申し上げます。