

会

報

社団法人日本病理学会

第 178 号

平成 14 年（2002 年）10 月刊

1. 第 4 回（平成 14 年度）日本病理学会会員の海外派遣者公募（期間延長）について

このことについては、既に会報 174 号で公募しましたが応募者がなかったため再募集いたします。

これは、病理学に関する海外の研究、教育、診療及び施設・設備全般の事情を視察し、日本病理学会の発展に役立てるため、実績のある会員を海外に派遣するものです。

下記によりご応募ください。

記

1. 候補者の資格：学術評議員である日本病理学会会員
2. 派遣期間：平成 14 年度後半から平成 15 年度前半の間で 2 週間程度
3. 派遣人員：2～3 名
4. 派遣経費：1 名 30 万円
5. 募集締切：平成 15 年 1 月 20 日（当日消印有効）

候補者の選考は、国際交流委員会で行い、理事会に諮り決定します。

候補者の申請にあたっては、別途様式を用意してありますので、社団法人日本病理学会事務局までお申し出ください。

い。本件について、ご質問がありましたら、本学会事務局もしくは、国際交流委員長までお問い合わせください。

社団法人日本病理学会事務局：

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

国際交流委員長（恒吉正澄）：

TEL 092-642-6061 FAX 092-642-5968

2. 第 2 回（平成 14 年度）海外病理学会参加支援事業（後期分）の公募について

社団法人日本病理学会は、日本病理学会の若手会員が、国際的視野を養い病理学研究の発展に貢献できるように海外の病理学会に参加し、研究発表を奨励するための助成を行います。

国際交流委員会は、今年度の本事業に基づく参加会員を募集いたします。前期は、3 名が決定しています。今回は、後期分ですが下記の要領でご応募ください。

記

1. 応募資格：40 歳未満（応募時）の日本病理学会会員で、日本病理学会学術評議員の推薦を受けた者

新学術評議員の推薦について

本学会学術評議員として適当と思われる人（資格条件は、申請時点において病理研究歴満 7 年以上、会員歴 5 年以上）がありましたら、その候補者名に所属機関、職名、略歴ならびに業績目録をそえ、推薦状に学術評議員 2 名以上連署の上、平成 15 年 1 月 31 日迄に学会事務局に届くよう [書留] にてお送りください。

（書式自由）

各位からの推薦のあった候補者については、理事会において上記の条件を書類審査し、その結果は、春期総会時に開催されます学会総会の席上で承認を受けることとなります。

社団法人日本病理学会事務局

2. 対象学会: International Academy of Pathology (IAP), American Society for Investigative Pathology (ASIP), European Society of Pathology (ESP), World Association of Societies of Pathology (WASP) など
3. 募集人員: 7名
4. 助成額: 1件10万円
5. 応募締切: 随時
6. 決定の時期: 後期: 平成15年総会(平成15年3月までの分)

国際交流委員会で候補者を選考し、理事会において決定いたします。申請にあたっては、別途様式を用意しておりますので、社団法人日本病理学会事務局までお申し出ください。

演題が採択されている場合は、採択通知の写しを添付してください。

演題の採否が未定の場合は、日本病理学会理事会の決定を経ても本支援事業への採否は保留となります。演題採択後に演題採択通知を日本病理学会事務局まで提出してください。演題採択通知受理によって本支援事業への採択が確定します。参加証のコピーを添付する。会報等にて報告発表します。

本件についてご質問がありましたら、日本病理学会事務局もしくは国際交流委員長までお問い合わせください。

社団法人日本病理学会事務局:

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

国際交流委員長(恒吉正澄):

TEL 092-642-6061 FAX 092-642-5968

3. 第20回病理専門医試験について

平成14年7月27日(土)~28日(日)、東京大学にて実施された。87名が受験し、74名が合格した(合格率85.1%)。合格者氏名並びに病理専門医登録番号は、次のとおりである(登録年月日:平成14年7月30日)。なお、その後、別記の理由により、上記のうち1名が受験及び合格を取消された。

平成14年度病理専門医合格者氏名

認定番号	氏名	認定番号	氏名
2298	蔦 幸治	2306	岡田 真也
2299	武山 淳二	2307	下山 英
2300	鹿野 哲	2308	加藤 裕也
2301	楠美 智巳	2309	林野 文
2302	三輪 秀明	2310	上杉 憲幸
2303	益澤 尚子	2311	石原 素子
2304	知念 克也	2312	林 雄一郎
2305	榎 美佳	2313	黒瀬 望

2314	佐竹 宣法	2343	前田 宜延
2315	庄盛 浩平	2344	吉田 孝友
2316	鈴木 潮人	2345	村上 仁彦
2317	杉田 暁大	2346	高橋 利幸
2318	上原 剛	2347	柴原 純二
2319	柳澤 信之	2348	吉田恭太郎
2320	川森 俊人	2349	高橋 卓也
2321	尾矢 剛志	2350	渡辺 恵子
2322	山田 泰広	2351	岩佐 敏
2323	長崎 真琴	2352	山崎 一人
2324	野呂 昌弘	2353	吉澤 明彦
2325	岩田 洋介	2354	東 守洋
2326	中島 正洋	2355	中山 敏幸
2327	小川 弥生	2356	吉田 学
2328	小嶋 基寛	2357	三上 修治
2329	富居 一範	2358	梶田咲美乃
2330	石井 陽子	2359	浜谷 茂治
2331	永井雄一郎	2360	中塚 伸一
2332	松本 学	2361	小林 基弘
2333	坂東 良美	2362	谷口 浩和
2334	原 敦子	2363	密田 亜希
2335	楢田 和久	2364	近藤 英作
2336	福島 万奈	2365	信川 文誠
2337	池田 仁	2366	笠原 一郎
2338	大久保恵理子	2367	長谷川千花子
2339	松永 研吾	2368	富田 裕彦
2340	中山 剛	2369	熊谷 二郎
2341	若槻 真吾	2370	芳賀 孝之
2342	富田 茂樹		

また、病理専門医試験実施委員会の委員構成は以下のとおりである。

第20回(平成14年度)(11名)

藤岡 保範(委員長)
石倉 浩
加藤 良平
菊地 文史
黒田 誠
松野 吉宏
仁木 利郎
岡 輝明
斉藤 澄
清水 道生
上田 善彦

4. 第10回口腔病理専門医試験について

第20回病理専門医試験と同日、同会場で行われた。3名が受験し、全員が合格した。合格者氏名並びに口腔病理専

門医登録番号は、次のとおりである（登録年月日：平成14年7月30日）。

平成14年度口腔病理専門医合格者氏名

認定番号	氏名
114	石丸 直澄
115	河野 葉子
116	堀井 活子

また、口腔病理専門医試験実施委員会の委員構成は以下のとおりである。

第10回（平成14年度）（3名）

小宮山一雄（委員長）
石田 武
出雲 俊之

5. 病理専門医資格申請における不正について

日本病理学会病理専門医制度運営委員会では、平成14年度（第20回）病理専門医試験を実施し、合格者を決定した。その後、合格者の中に受験資格申請の不正行為があったと発信人不明の告発があり、事実関係を調査した結果、不正を確認した。これらに基づき日本病理学会としての対応と処分を行った。

その経緯と結果は以下のとおりである。

本年度施行された日本病理学会病理専門医試験合格者の中に、受験資格申請の不正行為がありました。その内容は剖検報告書の偽造で、具体的には申請者本人が行っていない解剖について、あたかも本人が行ったかの様に解剖報告書類を作成して申請したものです。これは発信人不明の告発によるものでした。

それが事実であれば、日本病理学会ならびに日本病理専門医制度の社会的信用を著しく損なう問題であり、直ちに真偽のほどについて調査を開始し、その結果を待って本学会として何らかの対処をすることが決定されました。

具体的には日本病理学会から告発された施設の指導責任者に対して、告発内容の詳細な調査を行い、その結果を日本病理学会宛に正式文書として報告する様に勧告をしました。指導責任者および当事者からは、病理専門医部会担当理事ならびに病理専門医資格審査委員長に文書での報告がなされましたが、その内容は「指摘された不正事実の確認と専門医試験合格の辞退」でありました。その調査報告をもとに、日本病理学会としての対応ならびに処分について話し合われました。

病理専門医制度運営委員会としての結論は、(1) 本人に対して今回の受験資格申請の無効すなわち受験の取り消しと今後1年間の日本病理学会会員資格停止処分（今後4年間の受験資格なし）、ならびに(2) 指導責任者に対する文書での嚴重注意でありました。その上で常任理事会ならびに持ち回り理事会でその方針が最終決定されました。また同時に、今回の事態の経緯と決定事項について、日本病理

学会会報ならびに総会にて病理学会会員に公表されることも決定されました。

今回の不正を資格審査の段階で指摘出来なかったことは、資格審査委員会としても十分に反省すべき点があります。今回の不正はワープロ印刷された剖検報告書に申請者本人の署名があったため、見逃されたと考えられます。今後このような不正が二度と起こらないよう、受験資格申請時の書類作成などの規定を変更すること、またその審査をより一層厳重に行うための対策を立てることとしました。具体的なことは別記のとおりです。

日本病理学会が認定する病理専門医の、医療および社会における信頼性向上を図るためにも、不正行為がなされないよう会員の皆様の理解と協力をお願いいたします。

平成14年11月

（社）日本病理学会

理事長 森 茂郎
病理専門医制度運営委員長 長村 義之
病理専門医資格審査委員長 下田 忠和

6. 病理専門医試験申請の書類作成に関する一部変更と注意事項について

平成14年度の病理専門医受験資格申請について書類の記載不備あるいはその内容の記載についていくつかの問題が指摘されました。記載不備の場合には申請者に修正後提出するよう返却あるいは受験申請が受理されないことがあります。平成15年度以降の病理専門医受験申請に当たっては以下の点に留意して下さい。

1. 死体解剖資格：受験資格申請時に、死体解剖資格を得ていないと受験は認められません。受験の前年度末までに必ず死体解剖資格を得るようにして下さい。本年度は死体解剖資格申請を厚生労働省に申請中で、受験資格申請までにその資格認定が間に合わなかった人が数人いました。
2. 業績：受験資格申請に必要な業績は人体に関する論文、学会発表が3編以上です。学会発表には病理学会総会ならびに病理学会支部会が含まれますが、この場合は必ず抄録の写しあるいは発表内容の要約を添えて提出して下さい。また学会総会あるいは支部会発表の抄録のみで3編は望ましい状況ではなく、その内容をしかるべき雑誌あるいは“診断病理”等に投稿発表することが望ましい。病理学会以外の学会あるいは地方会での発表抄録の場合は申請者本人が筆頭者であること。原著論文は人体病理に関するもの他、人体材料を用いた実験的研究も可です。
3. 剖検記録：剖検は申請者本人が自ら行った50例で、申請者本人ならびに指導医の自筆署名がなされた正

式報告書原本(施設名が印刷されていること)のコピーとします。患者名はマジックなどで消して下さい。申請の為に新たにワープロなどで作成された剖検報告書は正式書類としては認められません。

また剖検報告書には主診断名、副所見の記載と病態ならびに死因に関する考察の記載が必要です。本年度は診断名のみ(それも主診断のみ)で、疾患あるいは死因の解析がなされていない報告書が多く見受けられました。

4. 迅速診断：50例のリストならびに申請者が署名したその病理診断報告書の写し（従来の申請書類様式から変更されています）。

日本病理学会病理専門医制度運営委員会
病理専門医受験資格審査委員会

7. 会員のご逝去

以下の方がご逝去された。

内野 文弥 学術評議員（平成14年9月26日ご逝去）

お知らせ

1. 第44回藤原賞授賞候補者の推薦について

申込み締切り：平成15年1月31日

連絡先：(財)藤原科学財団

〒104-0061 中央区銀座3-7-12 王子不動産銀座ビル

TEL 03-3561-7736 FAX 03-3561-7860

2. 第9回愛知県がんセンター国際シンポジウムについて

会 期：平成15年2月1日

会 場：愛知県がんセンター国際医学交流センター

連絡先：愛知県がんセンター運用部事業課国際シンポジウム事務局

〒464-8681 名古屋市千種区鹿子殿1-1

TEL 052-762-6111 FAX 052-764-2963

第20回（2002年度）日本病理学会 病理専門医試験報告

第20回病理専門医試験実施委員会
委員長 藤岡 保範

1. はじめに

本年度の試験は、認定病理医が病理専門医と名称変更になったのに伴い、第20回日本病理学会病理専門医試験と改称され、去る7月27日（土）28日（日）の両日にわたり、東京大学医学部を会場として行われた。本年度の受験者総数は87名（90名出願、3名欠席）で、74名が合格し、合格率は85.1%であった。同時に第10回口腔病理専門医試験（委員長小宮山）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、大過なく終了した。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、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型試験問題は写真問題と文章問題からなり、主に想起レベルの出題である。写真問題は、「I型試験問題写真集」が各受験者に配布され、これを見ながら解答するもので、写真の内容は、X線写真、CT、MRI画像、肉眼像、組織像、細胞像、電顕所見、免疫組織化学所見などであり、主に病理診断名が問われ、設問によっては更に所見や必要な特殊染色などが求められる。解答は記述式が主体であるが、細胞診の問題と問I-2は多肢選択による解答とした。文章問題は正誤判定（○×）形式であり、日常の病理業務の遂行に際し必要とされる基本的な知識が問われている。その内容としては病理業務に関する法的知識、検体処理法や標本作製技術、医療現場における精度管理などを含むマネジメントに必要な知識である。

② II型試験

II型試験は鏡検試験で、更にIIa, IIb, IIc型に分かれている。II型試験は主に外科病理学の全般的な知識を問うもので、設問では主に病理診断が要求されるが、一部は所見や診断に必要な特殊染色も求められる。解答は基本的には記述式であり、IIc型の1問と細胞診は多肢選択形式とした。

IIa, IIb型問題は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型は巡回問題で、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、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。受験者は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さなくてはならない。

③ III型試験

III型試験は剖検症例1題が出題され、設問に対する解答を記述することが要求される。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ある。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型試験問題マクロ写真集、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コメントを所定の用紙に記述するものである。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る。

④ 面接

面接はIII型試験の結果をふまえて行われたが、評価の主眼は、受験者の知識ではなく、病理解剖を含む病理診断業務に対する姿勢などで、病理医としての適正に置かれた。

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。この割合は例年と比較して略同様であったが、昨年と比べて血液・リンパ節と皮膚の問題がやや多くなった。細胞診の問題は10題で、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、電子顕微鏡所見は1題、免疫組織化学所見は1題で呈示され、2題は肉眼写真のみの問題である。IIc型問題には迅速診断時の凍結切片標本が2題含まれている。

出題内容は基本的に日本病理学会認定病理医研修要綱（平成10年6月）に準拠し、病理専門医試験の受験資格を満たす実務経験を有する一般的な病理医の知識ならびに能力を評価することを目標とした。しかし、日常業務で遭遇する頻度は低いが、重要な疾患については出題の対象とし

表1 第20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27日(土)

時刻	事項	場所
11:00	受付開始	本館(2号館)1Fロビー
12:00	受験者集合(全員) 試験委員長・実施委員長挨拶, 説明	本館1F小講堂(待機室1)
12:30	III型試験開始	本館2F総合実習室
15:00	III型試験終了 I型試験会場へ移動・休憩	
15:20	I型試験開始	本館2F大講堂
16:30	I型試験終了 面接試験会場へ移動	赤門学生会館分館2F(待機室2)
17:10	面接試験開始	赤門学生会館分館2F
18:40	面接試験終了(受験生は順次解散)	

2日目 7月28日(日)

時刻	事項	場所
08:10	受験生集合(A, B, C組) (D組のみ09:20集合)	本館1F小講堂(待機室1)
08:20	II型試験会場へ移動	
08:30	II型試験開始	本館2F総合実習室

	IIa(20題)	IIb(20題)	IIc(20題)	待機(小講堂)
08:30-09:30 移動(10分)	A組	B組	C組	
09:40-10:40 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)

13:00 II型試験終了
待機室1(小講堂)でアンケート記入, その後順次解散

受験番号: 01-23=A組, 24-46=B組, 47-68=C組, 69-90=D組

表2 試験内容与方法

種類	内容	出題数	配点(回答方法)・評価法	配点	試験時間
I型	写真(生検, 剖検, 細胞診, マクロ, ミクロ)	30題	各5点(記述24, 五者択一6)	150点	70分
	文章(法律, 管理, 技術)	20題	各1点(○×式)	20点	
II型	IIa ガラス標本配布鏡検	20題	各5点(記述19, 五者択一1)	300点 (各100点)	180分 (各60)
	IIb ガラス標本配布鏡検	20題	各5点(記述19, 五者択一1)		
	IIc ガラス標本巡回鏡検(内視鏡生検, 凍結切片, 細胞診)	20題	各5点(記述14, 五者択一6)		
III型	剖検症例(写真, 配布標本鏡検)	1題	設問1(剖検報告書)80点, 設問2-4(7問)各10点	150点	150分
面接	(受験者2名1組, 面接担当者3名, 8組同時進行)		4段階評価(A, B, C, D)		15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・筋	2	3	0	5
循環器	1	1	0	2
呼吸器	3	2	2	7
消化器	4	8	1	13
肝胆膵	1	2	2	5
内分泌	1	2	1	4
泌尿器	3	2	0	5
男性器	0	1	2	3
女性器	1	5	2	7
乳腺	0	4	1	5
血液・リンパ	2	4	2	8
皮膚	3	3	2	8
骨軟部	3	1	0	4
細胞診	5	0	5	10
口腔・唾液腺	1	2	0	3
計	30	40	20	90

た。また、膀胱癌の深達度や前立腺癌の Gleason 分類、慢性肝炎の犬山分類など日常の病理診断業務で一般的になっている事項についても質問内容に含めた。

採点にあたっては出題者の模範解答を満点として、そこからのかげ離れ度に応じて減点した。用語については正しい内容であればいずれも正解としたが、誤字、スペルミスなどは程度に応じて減点の対象とした。I型およびIIc型問題の各1題は難易度が高いと考え5者択一の選択肢問題とした。細胞診の出題はすべて多肢選択とし、推定病変として最も考えられる診断を選択肢から1つ選ぶ形式に統一した。

面接評価は各面接担当者による A, B, C, D, E の4段階評価で行った。

4. 試験問題と模範解答

表4~8にI型およびII型の各問題の模範解答と受験者の平均点を示す。

III型問題(一部省略)とその模範解答および配点は次の通りである。

1) 臨床経過概要

症例：57歳，男性。職業：公務員

臨床診断：1) 血球貪食症候群 2) 悪性リンパ腫疑い

主訴：意識障害および発熱

家族歴：特記すべきことなし

既往歴：十二指腸潰瘍(20歳)，膵の仮性嚢胞のため膵体尾部・脾臓・横行結腸切除術(52歳)，肺結核(56歳)

生活歴：特記すべきことなし

臨床経過：全経過9ヶ月

2000年12月末に37度台の発熱を認めるようになった。2001年3月上旬に38度以上の発熱が持続し、解熱剤(ロキソニン，バップアリン)で対応していた。3月12日より両側足底とふくらはぎのしびれ感が出現し、3月21日に肛門周囲の知覚低下に気づき、3月22日に歩行障害も出現したので他院の整形外科を受診した。CTにて脊髄に僅かな変化があると言われたが詳細は不明。3月28日当院の膠原病内科を受診し、不明熱の精査目的で4月9日に入院予約となった。3月31日家族から「寝たまま起きない」との電話があったが、そのまま自宅で療養していた。4月2日に仕事中に意識消失を来し同僚が救急車を要請した。当院の救急室到着時に意識は回復していたが、30分後に吐血し、上部消化管出血の疑いで緊急入院となった。

内視鏡検査で胃体上部に線状潰瘍が発見され、クリッピング止血を行った。吐血時に誤嚥したために呼吸困難となり挿管管理となった。その後、誤嚥性肺炎と出血によると思われる一過性のトランスアミナーゼの上昇が認められた。4月28日開腹にて胃粘膜切除術がなされ、胃体上部後壁に小潰瘍を認め、血管が露出していた(図1a, b)。

抗生物質の投与で肺炎は改善したが解熱せず、また、下半身の麻痺が進行した。5月22日に末梢血の汎血球減少が進行したため骨髄穿刺を行ったところ、血球貪食像を多数認めた(図2a, b)。但し、異型リンパ球や芽球の増加はみられなかった。

5月15日に施行したMRIにてTh11~L1と脊髄円錐に軽度の腫大を認め、かつ強調像にて淡い増強を認めること、sIL2R, beta2-GM, LDH, CRPが高値を示していること、呼吸困難時に投与したステロイド剤で下肢麻痺が改善したことから、悪性リンパ腫を疑い化学療法(CHOP-E)を開始した。化学療法後より解熱とLDHの正常化を認め、血小板も40万台、白血球も5,000台と回復し、CHOP-E療法3コースなどにより全身状態と下肢の神経症状はかなり改善した。しかし、種々の検査でも悪性リンパ腫の確診は得られなかった。

8月10日に本人の希望もあり、リハビリテーションの目的で他院に転院となった。なお、発熱と褥創の悪化により化学療法を中断した。また、骨髄穿刺で血球貪食症候群が再燃したと推測された。

9月20日に当院に再入院したが全身状態が悪く、家族と相談のうえ化学療法は行わなかった。その後、腎不全が悪化し、9月25日に死亡した。

* CHOP-E療法；エンドキサン1g×1，アドリアマイシン60mg×1，オンコビン1mg×1，プレドニン90mg×5，エトポシド100mg×5

表4 I型写真問題解答

No.	臓器	呈示写真	模範解答	平均点
I-1	脳	3枚	黒質の淡明化, Lewy小体	4.67
I-2	肺	3枚	d) (先天性腺腫様のう胞性奇形)	4.43
I-3	胃	3枚	Inflammatory fibroid tumor	4.08
I-4	松果体	2枚	Germinoma (松果体部)	3.05
I-5	十二指腸	4枚	ランブル鞭毛虫症 lambliasis	3.16
I-6	臍	3枚	Solid-pseudopapillary tumor	4.08
I-7	十二指腸	3枚	Gastrinoma (endocrine carcinoma), gastrin	3.41
I-8	腎	2枚 (肉眼のみ)	腎結核 (モルタル腎)	2.87
I-9	腎	2枚 (1枚EM)	Dense deposit disease	1.37
I-10	腎	2枚	糖尿病性糸球体硬化症	2.44
I-11	骨髄	2枚	巨赤芽球性貧血	3.23
I-12	皮膚	2枚	Juvenile xanthogranuloma	2.48
I-13	細胞診	2枚	c) (乳管癌)	2.93
I-14	骨・軟部	6枚	脊索腫	3.79
I-15	細胞診	2枚	b) (アポクリン化生)	2.93
I-16	脳	2枚	上衣腫	2.22
I-17	心臓	4枚	真菌 (感染) 性心内膜炎, アスペルギルス	4.38
I-18	鼻腔	3枚	Wegener肉芽腫, b) (c-ANCA)	4.63
I-19	肺	1枚 (肉眼のみ)	癌性リンパ管症	4.17
I-20	食道	2枚	食道カンジダ症, PAS染色/Grocott染色	4.97
I-21	子宮	2枚	Endometrial stromal nodule	1.06
I-22	リンパ節	3枚	悪性リンパ腫, リンパ芽球性	1.77
I-23	皮膚	2枚	Tumoral calcinosis	1.67
I-24	皮膚	2枚	尋常性天疱瘡 pemphigus vulgaris	1.36
I-25	骨	4枚	軟骨肉腫	4.40
I-26	骨	3枚	骨肉腫	2.70
I-27	口腔	2枚	Ameloblastoma, plexiform type	4.09
I-28	細胞診	2枚	e) (髄様癌)	4.37
I-29	細胞診	2枚	e) (扁平上皮癌, 上皮内癌)	3.74
I-30	細胞診	2枚	a) (多形性腺腫)	4.43

表5 I型文章問題解答

No.	問題文	正解	平均点
I-46	死体解剖を行なった場合,教育研究上必要な死体の一部または全部を標本として保存することができる。ただし,遺族から引渡しの要求があったときは返却しなければならない。	○	1.00
I-47	医師の資格があれば事前に保健所に届け出すことなく病理解剖をすることができる。	×	0.98
I-48	DOA (death on arrival) の患者が,死体検案の結果,司法解剖の適応となった場合には,遺族の承諾なしに解剖を行うことは出来ない。	×	0.98
I-49	病理解剖の執刀医は,摘出臓器からの肉眼標本の作製や縫合などの医学的行為については,臨床検査技師等以外を解剖に関わらせることのないよう注意しなければならない。	○	0.95
I-50	Creutzfeldt-Jakob 病 (CJD) の剖検臓器は20%ホルマリン液で一昼夜固定すれば感染の危険性はほとんどなくなると考えてよい。	×	0.99
I-51	細胞塗抹標本の潤潤固定は,同一の固定容器に複数の症例を入れてもよい。	×	1.00
I-52	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。	○	0.93
I-53	細胞診で頻用される染色にはパパニコロウ染色とギムザ染色があるが,核の大きさを比較した場合後者は前者に比べて通常大きく見える。	○	0.94
I-54	ギムザ染色は乾燥固定のため乾燥しやすい検体には適しているが,液状検体では細胞の乾燥に時間がかかり固定不良になりやすい。	○	0.56
I-55	循環障害による壊死を来したリンパ節でもリンパ球マーカーなどの免疫組織化学的検索はしばしば診断に有用である。	○	0.91
I-56	酵素抗体法の抗原賦活法の一つに加熱処理がある。	○	1.00
I-57	酵素抗体法の発色剤のDAB(3,3'-diaminobenzidine)は,使用後下水に直接廃棄してよい。	×	1.00
I-58	水銀を含む染色液や固定液は,希釈しても下水道に流してはならない。	○	1.00
I-59	痛風結節の尿酸塩結晶を観察する場合,材料の固定には無水アルコールが推奨されている。	○	0.97
I-60	術中迅速診断時の凍結切片作製に際し,氷結などによる人工産物の影響を避けるためには,組織は時間をかけてゆっくり凍結させる方がよい。	×	0.98
I-61	生の組織を扱っている時に,被包化した陳旧性結核性病変が出てきた場合,感染の危険性を考慮する必要がある。	○	0.95
I-62	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,すなわち固体および地域社会に対する高い危険度に相当する。	×	0.93
I-63	病理検査室内で染色などに使用する毒物・劇物薬品は,鍵のかかる保管庫などに保管すると共に,毒物・劇物である旨を表記する必要がある。	○	1.00
I-64	病理解剖を行っている時に,犯罪と関係のあると思われる異状を認めたときは,直ちに所轄の警察署に届け出なければならない。	○	0.99
I-65	病理検体の余剰分を細胞・組織バンクに寄託するにあたっては,診療施設は寄託することについての患者もしくは代諾者の同意を得ておく必要は全くない。	×	1.00

表6 IIa型問題解答

No.	臓器	模範解答	平均点
IIa-1	脳	Hemangioblastoma	3.71
IIa-2	脳	1) Central neurocytoma 2) synaptophysin	2.36
IIa-3	鼻腔	Angiofibroma	3.26
IIa-4	胃	Carcinoid tumor	4.40
IIa-5	胃	Gastric cancer ; por	4.36
IIa-6	小腸	Peutz-Jeghers syndrome	4.28
IIa-7	大腸	Serrated adenoma	4.49
IIa-8	副腎	Ganglioneuroma	3.97
IIa-9	肝	Mixed hepatocellular and cholangiocellular carcinoma	3.39
IIa-10	甲状腺	Subacute thyroiditis	4.31
IIa-11	膀胱	Urothelial (Transitional cell) carcinoma, G3, with muscular invasion	4.47
IIa-12	卵巣	Yolk sac tumor	4.39
IIa-13	卵巣	Clear cell carcinoma	4.08
IIa-14	乳腺	Adenoma of the nipple	3.95
IIa-15	乳腺	Invasive ductal carcinoma ; apocrine carcinoma	2.84
IIa-16	リンパ節	Castleman's disease	4.38
IIa-17	リンパ節	1) Tuberculous lymphadenitis 2) Ziehl-Neelsen 染色ほか	4.30
IIa-18	皮膚	Spitz nevus	4.01
IIa-19	皮膚	Granuloma annulare	1.82
IIa-20	軟部	Embryonal rhabdomyosarcoma	2.86

臨床上の問題点:

- 1) 悪性リンパ腫はあったか。
- 2) 血球貪食症候群の原因は何か。
- 3) 下肢の神経症状の原因は何か。
- 4) 心不全を起こしていたが,心筋に障害があるか。
- 5) 死因は何か。

2) 主な検査成績 (省略)

3) 病理解剖肉眼所見 (死後時間: 2時間47分) (省略)

4) 配布写真の説明:

図1: 胃粘膜切除標本の組織像

(a. ルーペ像: H-E 染色, b. 拡大像: Elastica-van Gieson 染色)

図2: a. 骨髄穿刺の塗抹標本(Giemsa 染色), b. 骨髄生検の組織像 (H-E 染色)

表7 I Ib型問題解答

No.	臓器	模範解答	平均点
I Ib- 1	脳	1) Pilocytic astrocytoma 2) Rosenthal fiber	2.93
I Ib- 2	心臓	Cardiac myxoma	4.92
I Ib- 3	肺	Amyloid tumor	1.94
I Ib- 4	胃	MALT type lymphoma	2.48
I Ib- 5	食道	Papilloma	4.70
I Ib- 6	胆嚢	Xanthogranulomatous cholecystitis	3.82
I Ib- 7	肛門	Malignant melanoma	2.01
I Ib- 8	卵巣	Gonadoblastoma	0.80
I Ib- 9	虫垂	Gangrenous appendicitis with endometriosis	2.82
I Ib-10	腎	Oncocytoma	3.01
I Ib-11	精巣	Germ cell tumor; EC + S + immature teratoma	2.70
I Ib-12	子宮	Adenomatoid tumor	3.22
I Ib-13	胎盤	1) Partial hydatidiform mole 2) HCG	4.92
I Ib-14	乳腺	1) Phyllodes tumor 2) lactating state	3.59
I Ib-15	乳腺	Invasive ductal carcinoma; mucinous carcinoma	2.36
I Ib-16	リンパ節	1) Toxoplasmic lymphadenitis 2) 血清抗体価	1.94
I Ib-17	リンパ節	Anaplastic large cell lymphoma	1.62
I Ib-18	皮膚	Merkel cell carcinoma	3.10
I Ib-19	歯齦	Giant cell reparative granuloma	1.69
I Ib-20	口腔	Mucoepidermoid carcinoma	0.29

図3: 心臓, 剖面

図4: 肝, 剖面

図5: 肺; a. 剖面, b. 部分拡大

図6: 腎臓, 剖面

図7: 骨髄 (椎体)

図8: 脊髄

図9: 脳; 剖面 (前額断)

合計 13 枚

5) 配布標本 (スライドガラス) の説明:

- | | | |
|-----|---------|----------|
| # 1 | 心臓 | H-E 染色標本 |
| # 2 | 肺臓, 右下葉 | H-E 染色標本 |
| # 3 | 肺臓, 左上葉 | H-E 染色標本 |
| # 4 | 肝臓 | H-E 染色標本 |
| # 5 | 腎臓 | H-E 染色標本 |
| # 6 | 腎臓 | PAS 染色標本 |

表8 I Ic型問題解答

No.	臓器	模範解答	平均点
I Ic-01	肺	c) 犬糸状虫症 Dirofilariasis	4.25
I Ic-02	肺 (凍結標本)	Cryptococcosis	1.98
I Ic-03	胸腺	Thymoma	4.53
I Ic-04	小腸	Cytomegalovirus infection	1.17
I Ic-05	肝(H-E, AZAN)	C-CH (A2, F2)	3.86
I Ic-06	肝	Primary biliary cirrhosis	4.54
I Ic-07	甲状腺	Follicular carcinoma	4.43
I Ic-08	精巣	Absence of germ cells (Sertoli cell only syndrome)	3.34
I Ic-09	前立腺	Prostatic adenocarcinoma, Gleason score 6 (3+3)	4.01
I Ic-10	子宮	Koilocytotic atypia/mild dysplasia	2.77
I Ic-11	子宮	Blue nevus of the uterine cervix	2.40
I Ic-12	乳腺(凍結標本)	So-called "mastopathy" ("sclerosing adenosis")	3.86
I Ic-13	リンパ節	Malignant lymphoma, follicular, small cleaved (grade 1)	3.92
I Ic-14	皮膚	Angiosarcoma	2.89
I Ic-15	皮膚	Leukocytoclastic vasculitis (Anaphylactoid purpura)	3.98
I Ic-16	細胞診	b) ヘルペスウイルス感染	4.25
I Ic-17	細胞診	c) トリコモナス感染	3.56
I Ic-18	細胞診	b) 肺小細胞癌	3.68
I Ic-19	細胞診	d) 軟骨性過誤腫	4.60
I Ic-20	細胞診 (腹水)	c) 印環細胞癌	3.51

7 脾臓 H-E 染色標本

8 副腎 H-E 染色標本

9 精巣 H-E 染色標本

10 骨髄 (椎体) H-E 染色標本

11 骨髄 (椎体) PAS 染色標本

12 大脳皮質 H-E 染色標本

13 大脳内包 H-E 染色標本

14 脊髄, 胸髄 Th11-12 H-E 染色標本

15 脊髄, 胸髄 Th11-12 K-B 染色標本

16 脊髄, 腰髄 L2-3 H-E 染色標本

17 脊髄, 腰髄 L2-3 K-B 染色標本

18 胃 H-E 染色標本

* 合計 18 枚

6) 設問

問1. 症例の剖検報告書を作成せよ。重要と思われる診

断・所見の順に箇条書きにすること。

- 問2. 臨床上の問題点(1~5)について解答せよ。各項目別に記すこと。
- 問3. 主診断の確定診断に必要な免疫染色の種類と予想される結果を述べよ。
- 問4. 胃粘膜切除検体(図1a, b)の病理診断を記せ。

[模範解答]

解答1: 剖検報告書(80点)

病理診断: Intravascular (large B-cell) lymphoma

A) 血管内悪性リンパ腫および関連所見:

1) 全身臓器の中小血管内に増殖する大型円形腫瘍細胞
全身臓器の血管内に認められた大型円形の異型細胞は、狭い細胞質と円形で軽度で括れた核より成る。核質は粗造で明瞭な核小体を有していた。管状構造や扁平上皮様の配列はみられなかった。細胞形態からは大細胞型リンパ腫が強く示唆された。腫瘍細胞の分布は特に腎、肺、副腎、(下垂体)、脳、脊髄、胃、膵、(前立腺)、精巣で高度であり、多くの小血管内腔が閉塞していた。腎では糸球体毛細血管内や尿管を囲む細静脈内に、また、肺では肺泡隔壁の毛細血管内に多数の腫瘍細胞が認められた。腫瘍細胞は肝の類洞、心筋の血管内にも少数認められた。各臓器における血管外への浸潤はきわめて軽度であり、副腎や腎盂脂肪組織内、および脊髄で軽度で認められるのみであった。

2) 骨髄(およびリンパ節)の血球貪食症(hemophagocytosis)

骨髄は過形成を示し、顆粒球系細胞と赤芽球が増加しており、骨髄巨核球もかなりの数認められた。しかし、髄索は浮腫状であり、血球貪食を示す腫大したマクロファージが多数観察された。骨髄内に腫瘍細胞の浸潤はみられなかった。

膵頭部の小リンパ節の洞内にもマクロファージによる血球貪食像がみられた。

3) 脊髄の壊死および脱髄

脊髄の後索、側索、後根に高度の壊死と脱髄が認められた(radiculomyelopathy)。壊死・脱髄病巣では組織の粗鬆化、髄鞘の消失、軸索の腫大、マクロファージの浸潤が著しく、アストロサイトの増生も軽度に見られた。また後角神経細胞の軽度の脱落とgliosisが認められ、前根でも神経線維が軽度に減少していた。前角の神経細胞と前索はよく保たれていた。脊髄内外の血管内には腫瘍細胞が多数認められ、一部では血管外への浸潤も軽度に見られた。

4) リンパ節腫大はみられなかった。膵頭部の小リンパ節内の血管内に腫瘍細胞がみられたが、実質内には認められなかった。

B) その他の所見:

- 1) 腎臓のうっ血と軽度の浮腫(220:240g)。尿管上皮に変性・壊死を認めない。
- 2) 肺結核症(740:840g)。左上葉に拇指頭大の乾酪壊死巣が1個認められ、その辺縁の一部に類上皮細胞が観察された。周囲の肺には軽度の肺気腫、炭粉沈着症、浮腫および硝子膜様物質の沈着が認められた。肺炎はほとんど認められなかった。
- 3) 肝臓のうっ血(1,570g)。門脈領域に炎症細胞浸潤と肝細胞内の胆汁うっ滞が軽度に認められた。肝細胞の変性・壊死は見られなかった。
- 4) 胃体上部小彎の出血に対する止血術と粘膜切除後(5ヶ月前)。クリッピング部分には軽度の線維化がみられるのみであった。
- 5) 腓体部尾部切除術後(5年前)。残存する腓頭部(100g)には散在性の脂肪壊死と出血を認めた。
- 6) 軽度の心肥大(400g)。心筋の壊死や線維化はみられなかった。
- 7) 脳の浮腫(1,500g)。神経細胞やグリアに著変を認めない。
- 8) 甲状腺(15.9g)、副腎(9.5:9.0g)および〔下垂体(0.6g)〕の実質細胞に著変を認めない。
- 9) 軽度動脈硬化症。
- 10) 臀部の高度の褥創。細菌コロニーを認めた。

解答2-1: 報告書の如く intravascular lymphoma であった。腫瘍細胞は大型、軽度で括れた核を有し、核質は粗造、核小体が明瞭であり、large B-cell lymphoma が示唆された。腫瘍細胞は全身臓器の中小血管内の内腔に充満していた。血管外への浸潤はきわめて軽度であり、また、リンパ節腫大と骨髄浸潤も認められなかった。(10点)

解答2-2: Hemophagocytic syndrome の原因としては、免疫不全状態でのCMVやEBVなどのherpes groupのウイルス感染の頻度が高いが、他のウイルスや細菌、真菌および寄生虫感染症でも報告されている。また、T-cell typeのleukemiaやlymphomaに合併することも知られている。感染症における活性化されたT-cell系腫瘍細胞から放出されたcytokineによって賦活され、macrophageによるhemophagocytosisが骨髄、脾臓、肝臓あるいはリンパ節において進行するものと推測されている。Hemophagocytosisが高度の場合にはpancytopeniaが問題となる。本症例は経過中CMVやEBVの血清抗体価は低く、またB-cell lymphomaであったことから、hemophagocytosisの亢進した機序は不明である。褥創における細菌感染も原因として考慮されるが、hemophagocytosisは褥創の生じる以前から認められていた。(10点)

解答 2-3: 下肢の神経症状の原因は胸腰部脊髄の後索と側索, および後根の壊死と脱髄(radiculomyelopathy)であった。脊髄内, および周囲の血管腔内に腫瘍細胞が充満しており, 背側の栄養動脈が腫瘍によって閉塞されたことによる虚血性病変であることが推測された。全身臓器の血管内に腫瘍細胞が充満しているにもかかわらず, 脊髄の後索や側索, 後根に選択的に壊死が生じた理由は不明であるが, このような脊髄病変が intravascular lymphoma の症例で特徴的に生ずることが報告されている。本症例の脊髄病変は肺癌, 乳癌, 腎癌, 肝癌などの固形癌や, ホジキン病, 白血病でも報告されている paraneoplastic necrotizing myelopathy (PNM) とは異なる病変であるものと推測された。PNM は多発性の脊髄の壊死性病変であるが, 脊髄に

表9 試験成績の概要

	満点	平均点 (M)	標準偏差 (SD)	M-SD	最高点	最低点
I 型写真	150	98.86	18.26	80.60	140	59
I 型文章	20	19.06	1.02	18.04	20	15
I 型小計	170	117.92	18.35	99.57	159	79
IIa 型	100	75.87	10.51	65.37	92	44
IIb 型	100	54.86	13.00	41.86	79	21
IIc 型	100	71.53	11.02	60.51	91	49
II 型小計	300	202.26	28.58	173.69	259	124
I+II 計	470	320.18	42.78	277.40	418	222
III 型	150	103.87	26.30	77.57	147	20
総計	620	424.06	59.92	304.21	565	285
細胞診	50	37.99	8.23	29.76	50	20

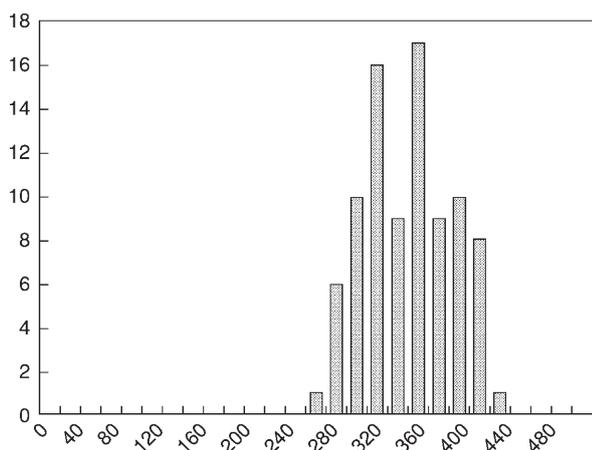


図1. I型+II型合計の得点分布

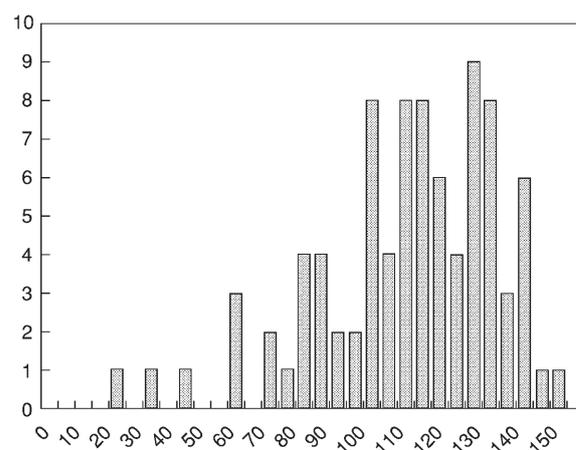


図2. III型問題の得点分布

表10 病理専門医試験年次別成績推移

回	年	会場	受験者数	合格者数	合格率 (%)	文献
1	S58 ('83)	東大	36	31	86.1	
2	S59 ('84)	東大	43	36	83.7	
3	S60 ('85)	医歯	48	39	81.3	
4	S61 ('86)	医歯	67	59	88.1	
5	S62 ('87)	慶應	97	81	83.5	
6	S63 ('88)	慶應	63	56	88.9	病理と臨床7: 138, 1989
7	H1 ('89)	慈恵	68	56	82.4	同上8: 133, 1990
8	H2 ('90)	慈恵	70	63	90.0	同上9: 129, 1991
9	H3 ('91)	京大	69	62	90.0	同上10: 123, 1992
10	H4 ('92)	京附	65	56	86.1	同上11: 109, 1993
11	H5 ('93)	日大	80	69	86.3	同上12: 131, 1994
12	H6 ('94)	日大	70	58	82.9	同上13: 113, 1995
13	H7 ('95)	女子医	75	61	81.3	Pathol Int 46: (5) 巻末7, 1996
14	H8 ('96)	女子医	97	79	81.4	同上46: (10), 巻末3, 1996
15	H9 ('97)	阪大	77	69	89.6	同上47: (12), 巻末7, 1997
16	H10 ('98)	阪医	86	72	83.7	同上48: (11), 巻末5, 1998
17	H11 ('99)	昭和	88	73	83.0	同上49: (10), 巻末5, 1999
18	H12 ('00)	昭和	87	73	83.9	同上50: (10), 巻末5, 2000
19	H13 ('01)	東大	75	61	81.3	同上51: (9), 巻末7, 2001
20	H14 ('02)	東大	87	74	85.1	同上52: (10), 巻末7, 2002

転移巣のないことが特徴である。腫瘍細胞の産生する何らかの cytotoxic factor の影響，あるいはウイルス感染や自己免疫を示唆する症例も報告されており，発症機序は不明である。(10 点)

解答 2-4：心不全を起こしていたとされるが，剖検時心筋には変性・壊死を認めなかった。臨床的には胃出血後，ト

ランスアミナーゼが高値を示し，虚血性の心筋障害や肝障害が推測されていた。しかし，検査値の低下でも推測されていたように，剖検時には心筋の壊死や線維化あるいは肝細胞の壊死は認められなかった。また，心筋血管内の腫瘍細胞は少数であった。(10 点)

解答 2-5：悪性リンパ腫による小血管や毛細血管の閉塞が

表 11 ポストアンケート集計結果

アンケート内容	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	3.3 (2～5) 2.5 (1～5) 3.6 (2～5) 3.4 (2～5) 4.1 (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 型文章問題 C) IIa, b 型 (配布) 問題 D) IIc 型 (巡回) 問題 E) III 型 (剖検) 問題	3.6 (1～5) 3.7 (2～5) 3.5 (2～5) 3.5 (2～5) 3.2 (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 (2～5) 2.7 (1～4) 2.7 (1～4) 2.2 (1～4)
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	3.1 (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	3.0 (2～5)
問題の写真	1: 非常に不適切 3: どちらでもない 5: 非常に適切	A) I 型写真の画質 B) I 型写真の大きさ C) I 型 1 問当たり写真数 D) III 型写真の画質 E) III 型写真の大きさ F) III 型写真の数	3.0 (1～5) 3.5 (1～5) 3.6 (1～5) 3.2 (1～5) 3.5 (2～5) 3.4 (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	3.1 (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 (1～5)
試験日程・進行	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	3.6 (1～5)
試験場の設備, 環境	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	3.7 (1～5)

全身臓器にみられ、特に腎と肺で高度であったことから、死因としては全臓器不全、とりわけ腎機能と呼吸機能の低下によるものと推定された。(10点)

解答3: 悪性リンパ腫のなかでも intravascular large B-cell lymphoma が推測されるため、免疫組織学的に leukocyte common antigen (LCA), B-cell marker (CD20, MB1), T-cell marker (CD45RO, MT1) などの染色性を確認し、確定診断を得る必要がある。(10点)

解答4: 胃の浅い小型の潰瘍面に、粘膜固有層に伸び出す太い動脈からの出血が認められ、caliber persistent artery (Dieulafoy's lesion) が示唆された。(10点)

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型問題(写真問題+文章問題)は約7点、II型全体(IIa+IIb+IIc)は約19点、III型は約14点、いずれも高かった。III型では稀な症例が出題されたが、成績は比較的良かった。これは採点で血管内悪性リンパ腫の診断名に至らなくとも所見を的確に読み取り、疾患について考察していれば得点の対象としたことによるものと思われる。I型+II型(主に外科病理)は、図1に示す通りほぼ正規分布を示したが、III型(剖検)の得点分布にはバラツキがみられた。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も存在した。

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(火)に行われた病理専門医制度運営委員会において決定された。本年度の合否判定基準は、I型+II型の得点が270点未満の者ないしIII型の得点が70点未満の者を不合格とした。面接評価では、本年度はD評価を受けた者は一人もいなかったため、面接による不合格者はいなかった。その結果、87名中74名が合格(合格率85.1%)となり、合格率は昨年度より上がった。表10に年次別成績推移を示す。

3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

表12 第20回日本病理学会病理専門医試験委員構成

第20回日本病理学会病理専門医試験実施委員:

藤岡保範(委員長)、石倉 浩、上田善彦、岡 輝明、加藤良平、菊地文史、黒田 誠、斎藤 澄、清水道生、仁木利郎、松野吉宏、小宮山一雄**, 出雲俊之*, 石田 武*

面接委員:

前田昭太郎、岩淵啓一、倉持 茂、田中文彦、柳澤昭夫、大部 誠、井上 泰、小松昭男、杉谷雅彦、小田秀明、澁谷 誠、津田 均、石田 剛、長谷川匡、井村穰二

集計担当: 宇於崎 宏

*口腔病理専門医試験実施委員, **同委員長

病理専門医試験委員:

深山正久(委員長)、森永正二郎、松谷章司、長谷川章雄、平戸純子、城 謙輔、森 正也、広瀬隆則

理学教室41名(47.1%)、大学附属病院病理部(科)21名(24.1%)、国公立病院検査科(病理科)17名(19.5%)、私立病院検査科(病理科)6名(6.9%)、医育機関以外の研究施設1名、その他1名(%)の順であり、医学部以外の病理学教室および衛生検査所は該当者がいなかった。

病理医としてのキャリアについては、ほとんどの受験者(79名, 90%)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年未満および20年以上がそれぞれ1名であった。

アンケートの各項目に対する回答は、受験者によって著しく異なっていたが、平均すると、III型問題で難易度が高い、試験時間が短いと答えた者が多かった。問題の写真でI型写真の一部(低倍率)の画質が悪いとの指摘があった。その他、自由記載欄には、試験時期をもう少し涼しい季節にして欲しいという意見や試験時間を充分にとって欲しいという意見、逆に一日で終わらせて欲しいという意見の他、巡回標本の曇りの指摘、I型試験そのものへの疑問など、今後の試験の改善のための参考資料として役立つ様な多様な意見が寄せられた。

7. おわりに

本年度の病理専門医試験に携わった委員を表12に示した。半年以上にわたり本試験のためにご尽力頂きました実施委員の方々にはこの場をお借りして改めて深甚なる謝意を表します。特に、会場の提供をはじめ試験当日の組織的な運営に格段のご援助を頂いた東京大学大学院医学系・医学部病理学深山正久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菌いづみさん、菊川敦子さんには改めて心から御礼申し上げます。

第10回（2002年度）日本病理学会 認定口腔病理専門医試験

第10回認定口腔病理専門医試験実施委員会
委員長 小宮山一雄

1. はじめに

第10回（2002年度、平成14年度）日本病理学会認定口腔病理専門医試験は、さる7月27日（土曜日）午後と同28日（日曜日）午前にわたり、第20回同病理専門医試験（藤岡 保範実施委員長）と同時に東京大学医学部を会場として実施された。本年度の受験者は3人で、全員が合格した。試験の実施と採点ならびに合否判定は基本的には従来と同様におこなわれたが、以下に本年度の試験実施の概要を報告する。

2. 受験者

受験者3人は男性1名と女性2名であった。アンケート結果によれば、2人は歯学部口腔病理学講座に、1人は総合病院病理部でトレーニングを受け、歯科口腔外科にそれぞれ在籍している歯科医師であった。口腔病理医としてのキャリアは、1人が15年以上20年未満、そのほかの2人は5年以上10年未満で、いずれも初めての受験であった。

3. 試験構成と実施状況

試験構成は従来同様で、第一日目にIII型（2時間30分）、I型（70分）および面接（15分）、第二日目にIIa型（配布、60分）、IIb型（配布、60分）、IIc型（巡回、60分）をおこない、試験終了後に本試験に関するアンケートを実施した。

4. 試験内容

【I型】試験I型は写真印刷物に関して試問する写真問題と、病理診断業務に関わる記述内容の正誤を判定する文章問題とで構成した。前者のうち15問は病理専門医試験と共通、残りの15問は歯科領域からの出題であった。写真問題は、各問2枚ないしは4枚の、肉眼所見、画像所見、HE染色および特殊染色、電子顕微鏡所見等をしめす写真を提示して、診断あるいは特定の病理所見を質問するものとした。問題写真集は病理専門医試験と共通の冊子とし、問題1から問題30までが病理専門医試験の問題で、口腔病理医試験受験者には、問題15から問題45までの30問を解答させた。すなわち、問題15から問題30までは両試験共通の問

題であった。文章問題は20問、○×で記述内容の正誤を判定するもので、すべて病理専門医試験と共通問題であった。その内容は、病理業務に関する法的知識、診断に必要な標本作製過程の技術的背景、医療現場における病理診断精度管理等までの広範囲におよんでいた。

【II型】IIa, IIb, IIcの三種類からなり、それぞれ10問が共通、10問が歯科関連疾患に限定して出題とした。IIc型は、受験者全員が同一の標本を3分ごとに巡回して検鏡する問題で、細胞診、術中迅速診断の凍結切片、穿針生検など、試験問題として複数の標本作製が困難な試料が集められた。IIa型およびIIb型は、病理専門医試験と同時進行させるために試験時間を区分した結果分割されたもので、両者の問題内容と実施方法は基本的に区別はなかった。

【III型】病理専門医試験と同じ問題を持ちいて試験をおこない、病理専門医試験実施委員によって採点された。問題としては、臨床経過概要と諸検査成績と治療内容、細胞診所見、生検組織所見、剖検マクロ所見および細胞診と生検の所見をしめす写真集と19枚の組織切片標本を配布した。設問1では、剖検所見をまとめて病理解剖診断報告書を作成させ、設問2では、病態進展の把握とその動態の理解を質問するものであった。

【面接】受験者1人あたりの面接時間は15分で、4人の試験委員から3人一組の複数の組み合わせで面接にあたった。面接委員には、面接に先立って受験者のIII型問題解答コピーが配布され、面接では主としてIII型問題を中心に試問をおこない、記述試験を補充できる部分は評価するようにつとめた。あわせて、病理医としての適性を評価するために病理業務全般にわたっても質問した。

5. 出題内容と出題方針

I・IIa・IIb・IIc型各問題を表1,2にしめす。IIaとIIb型問題は、前半は病理専門医試験と共通の問題、後半は口腔病理医試験独自の歯科領域からの出題とした。IIc型は標本配布の都合から、前半が口腔病理医試験独自問題、後半が病理専門医試験と共通問題とした。

共通問題では、口腔病理医として基盤となる人体病理学

表1. 第10回(2002年度)認定口腔病理医試験I型問題

I-16. Ependymoma
I-17. Mycotic endocarditis, Candidosis
I-18. Wegener's granulomatosis, b)
I-19. Lymphangitis carcinomatosa
I-20. Esophagomycosis, Candidosis, PAS/grocott stain
I-21. Endometrial stromal nodule
I-22. Malignant lymphoma, lymphoblastoma
I-23. Tumoral calcinosis
I-24. Pemphigus vulgaris
I-25. Chondrosarcoma
I-26. Osteosarcoma
I-27. Ameloblastoma, plexiform type
I-28. e)
I-29. e)
I-30. a)
I-31. Incisive canal cyst
I-32. Adenoid cystic carcinoma
I-33. basal cell adenocarcinoma
I-34. Cavernous hemangioma
I-35. Mucous membrane pemphigoid
I-36. Denture fibroma
I-37. Complex odontoma
I-38. Cemento-osseous dysplasia, mandible
I-39. Odontogenic myxoma
I-40. Sequestrum
I-41. Odontogenic fibroma
I-42. Cemento-osseous fibroma
I-43. Inverted papilloma
I-44. Salivary duct carcinoma
I-45. b)

文章問題は認定病理医試験と同様

の基礎知識を質問することを目的として、広範な臓器群を網羅しつつ常識的な範囲の問題を選択するようにこころがけた。ただし、口腔と関連性の高い臓器の問題がより多く選択された結果になっていることは否定できない。細胞診の解答は多肢選択とし、口腔・唾液腺と婦人科領域からの出題となった。表3は問題形式別の臓器別出題内訳である。病理専門医試験のI型およびIIa型には、口腔・唾液腺領域からの出題として合計8題を採択していただいた。

口腔病理医試験独自の問題の臓器別内訳は表4のとおりである。歯科領域からの出題は、基本的に歯科における病理検査頻度に応じた出題傾向とした。したがって、やや腫瘍性病変に重点がおかれた出題となっている。しかし、口腔外科領域にとどまらず歯科一般にひろく病理検査が施行される必要が認識されることから、粘膜疾患の出題もくわえた。また、歯科領域における細胞診の普及に対応できる口腔病理医の育成も念頭において、細胞診の出題をした。さらに、実践的病理診断能力をはかる目的で、術中迅速診断凍結切片の出題をくわえた。

表2. 第10回(2002年度)認定口腔病理医試験II型問題

IIa-01. Angiofibroma
IIa-02. Carcinoid tumor
IIa-03. Gastric cancer ; por
IIa-04. Urothelial (transitional cell) carcinoma
IIa-05. Yolk sac tumor
IIa-06. Apocrine carcinoma
IIa-07. Castleman's disease
IIa-08. Tuberculous lymphadenitis, Zeehl Neelsen 染色
IIa-09. Spitz nevus
IIa-10. Embryonal rhabdomyosarcoma
IIa-11. Schwannoma Neurofibroma, Neurilemoma
IIa-12. Thyroglossal duct cyst
IIa-13. Calcifying epithelioma of Malherbe, Pilomatricoma
IIa-14. Ameloblastic fibro-odontoma
IIa-15. Verrucous carcinoma
IIa-16. Myoepithelioma
IIa-17. Calcifying epithelial odontogenic tumor
IIa-18. Mucous granuloma, mucocele
IIa-19. Epulis osterplastica
IIa-20. Calcifying odontogenic cyst
IIb-01. Amyloid tumor
IIb-02. MALT type lymphoma
IIb-03. Papillary carcinoma, thyroid
IIb-04. Papilloma
IIb-05. Malignant melanoma
IIb-06. Gangrenous appendicitiswith endometriosis
IIb-07. Oncocytoma
IIb-08. Partial hydatidiform mole, HCG
IIb-09. Phyllodes tumor
IIb-10. Giant cell reparative granuloma
IIb-11. Mucoepidermoid carcinoma
IIb-12. Adenomatoid odontogenic tumor
IIb-13. Spindle cell carcinoma
IIb-14. Squamous cell carcinoma
IIb-15. Carcinoma in pleomorphic adenoma
IIb-16. Chronic sclerosing sialoadenitis
IIb-17. Epithelial-myoepithelial carcinoma
IIb-18. Adenosquamous carcinoma
IIb-19. Leiomyosarcoma
IIb-20. Hodgkin's lymphoma
IIc-01. 問1. Squamous cell carcinoma 問2. Dysplasia
IIc-02. 治療効果あり
IIc-03. d)
IIc-04. d)
IIc-05. No metastasis to lymph node
IIc-06. 切除断端に腫瘍あり
IIc-07. 癌の浸潤あり
IIc-08. Fordyce's spot
IIc-09. Adenoid cystic carcinoma
IIc-10. Thyroid carcinoma, papillary adenocarcinoma
IIc-11. Cytomegalovirus infection
IIc-12. Primary biliary cirrhosis
IIc-13. Absence of germ cells
IIc-14. Prostatic adenocarcinoma
IIc-15. Koilocytic atypis/mild dyslasia
IIc-16. So-called "mastopathy" (sclerosing adenosis)
IIc-17. Malignant lymphoma, follicular, small celaved (grade 1)
IIc-18. b)
IIc-19. b)
IIc-20. Cryptococcosis

表3. 第10回(2002年度)認定口腔病理医試験共通問題臓器別内訳

臓器	I	IIab	IIc	合計
肝・胆・膵			1	1
呼吸器	2	2	2	6
口腔・唾液腺	3(1)	2		5
骨軟部	2			2
循環器	1			1
女性器	2	4	3	9
消化管	1	6	1	8
神経系	1			1
造血器・リンパ節		1	1	2
男性器			2	2
泌尿器		2		2
内分泌	1			1
乳腺				0
皮膚	1	2		3
縦隔・体腔	1	1		2
*細胞診(口腔・唾液腺)	3(1)			2(0)
合計(口腔・唾液腺)	15(3)	20(2)	10	45(5)

表4. 第10回(2002年度)口腔病理専門医試験口腔問題臓器別内訳(かっこ内細胞診)

臓器	I	IIab	IIc	小計	共通問題	合計
口腔粘膜/腫瘍	2	4	2	7(1)		10(1)
同/炎症ほか	2	1	1	2	1	
口腔軟組織/腫瘍	1	3	1	3	1	6
同/炎症ほか		1		2		
顎骨/腫瘍	5	4		9	1	15
同/炎症ほか	2			5		
唾液腺/腫瘍	3(1)	2	1(1)	6(2)	1(1)	7(3)
同/炎症						
小唾液腺/腫瘍		3	1	4	1	6
同/炎症		1		1		
上顎洞/腫瘍			1	1		1
他臓器腫瘍				1		1
リンパ節/腫瘍		1	3(1)	4(1)		4(1)
同/炎症						
小計	15(1)	20	10(2)	45(4)	5(1)	50(5)
口腔問題数	15	20	10	45		
共通問題数	15(3)*	20(2)*	10	45(5)*		
総問題数	30	40	20	90		
口腔問題比率(%)	60	55	50	56		

*(口腔問題数)

6. 採点と成績評価

表5は各問題型別の得点, 平均得点, 標準偏差, 平均得点-標準偏差, 最高点ならびに最低点である。I型では, 口腔問題, 文章問題ともに高得点がえられていたが, 共通問題では十分でない者もみられた。IIa/IIb型でも, 同様な傾向がみられた。IIc型では, 得点率が低下したがいずれも6割強であった。細胞診や凍結切片による術中迅速診断の成績不良が明らかであった。III型の採点は, 病理専門医試験

表5. 第10回(2002年度)認定口腔病理医試験結果成績概要

	配点	平均点(M)	標準偏差(SD)	M-SD	最高点	最低点
I型共通	75	44.7	5.1	39.6	66	41
I型口腔	75	65.7	5.1	60.6	75	59
I型文章	20	19.3	1.2	18.1	19	12
IIa型共通	50	44.3	3.8	40.5	38	13
IIa型口腔	50	46.3	7.8	38.5	50	45
IIb型共通	50	34.5	1.5	33.0	45	28
IIb型口腔	50	48.0	2.1	45.9	50	45
IIc型共通	50	31.5	3.1	28.4	40	28
IIc型口腔	50	35.8	2.9	32.9	39	28
III型+面接	190	129.0	23.3	105.7	148	110
総合得点	660	499.1	55.9	443.2	570	409
総合得点率(%)		75.6			86.4	62.0

実施委員により行われ, 評価の基準も病理専門医試験を適用した受験者は3名高得点ではないが, 基準には達していた。III型と面接試験結果の評価は両者をくわえ総合的に判断した。しかし, 全般的には必ずしも満足すべき成績ではなかった。合否判定では, 総合得点率60%以上を合格とし, 3人の受験者全員が合格となった。受験者には, 各問題別の成績を明記して合格通知を郵送し, 今後も診断能力を向上させるようさらなる努力を期待する旨を追記した。

7. アンケート結果

試験終了後のアンケート項目はほぼ例年のものを踏襲し, 病理専門医試験と共通の様式で実施した。集計結果は表6のとおりである。受験者3人という少数からの集計であるが, ある程度の傾向は明らかにされたようである。まず, 試験問題の難易度については, いずれの問題型でも易しいという印象はなかったようで, IIc型とIII型およびI型文章問題がやや難しいとする評価であった。問題の適切さについては, I型文章問題とIIc型およびIII型がやや不適切という反応であったが, これは問題の難易度と試験時間の長さによく対応していた。すなわち, III型およびIIc型は難しく時間も足らなかったということによると考えられた。さらに, 受験者は細胞診についても同様に難しいという印象をもったようであった。そのほかの質問事項では, ほぼ適切という評価であったと解釈される。不適切な出題はもちろん改善されなければならないが, 受験者にどこまで期待するかについては試験実施委員および試験委員でくりかえし討議してきたところである。出題基準については今後も真剣に協議していきたい。

8. おわりに

第10回口腔病理専門医試験は関係各位のご協力で円滑

表6. 第10回(2002年度)認定口腔病理医試験アンケート結果

評価項目	評価段階別分布				
	1*	2	3	4	5**
1. 試験問題の難易度					
I型画像			1	1	1
I型文章	2				
IIab型(配布)			1	2	
IIc型(巡回)				1	2
III型(剖検)				1	5
2. 出題内容の適切さ					
I型画像			1	2	
I型文章				1	2
IIab型(配布)		1	1	1	
IIc型(巡回)		1	2		
III型(剖検)		2	1		
3. 試験時間の長さ					
I型画像		2	1		
I型文章			1	2	
IIab型(配布)			2	1	
IIc型(巡回)	1	1	1		
III型(剖検)	1	2			
4. 細胞診について					
問題の難易度			1	2	
問題数			2	1	
5. 写真について					
I型の画質			2	1	
I型の写真の大きさ			1	1	1
I型の1問あたりの写真数	1	2			
III型写真の画質			1	2	
III型写真の大きさ			2		1
III型写真の数			3		
6. 試験内容と日常業務との関連性	1	1	1		
7. 認定口腔病理医試験の全体的な質				2	1
8. 試験日程/進行について			1	2	
9. 試験場の設備/環境について			1	2	

*1=非常に、問題が容易(1/4),問題ほかが不適切(2/5/8/9),数が多い(4),試験時間が短い(3),関連性・質が低い(6/7)

**5=非常に、問題が難しい(1/4),問題ほかが適切(2/5/8/9),数が少なすぎる(4),試験時間が長い(3),関連性・質が高い(6/7)

に終了することができました。本年度から専門医の名称が使われ、新たに3人の口腔病理専門医が誕生した。毎年少数ずつではあるが、わが国の歯科診療における病理診断に責任と資格をもってたずさわる人材が確実に増加しており、この制度のさらなる充実がのぞまれる。筆者は昨年に

表7. 第9回(2001年度)認定口腔病理医試験関連委員

1. 実施委員	小宮山一雄(委員長, 日本大学歯学部)
	石田 武志(大阪大学歯学部付属病院検査部)
	出雲 俊之(埼玉県がんセンター病理部)
2. 試験委員	立川 哲彦(委員長, 昭和大学歯学部)
	伊集院直邦(大阪大学大学院歯学研究科)
	岡田 憲彦(東京医科歯科大学歯学部附属病院)
	高田 隆(広島大学歯学部)
	山本 浩嗣(日本大学松戸歯学部)

引き続き、本試験の準備から合否判定までたずさわったが、あらためて口腔病理医を目指す者の、剖検をはじめ全身臓器にわたる病理診断研修を容易にする環境環境づくりの必要性を痛感した。現在も関係各位には多大なご協力をいただいておりますが、当事者のわれわれ口腔病理医もこの問題にさらなる努力が必要と考えます。さらに、口腔病理医の活躍の場が広がるような広報活動や自助努力を行わなくてはならない。この点につき関係各位の格段のご配慮とご理解を賜りたくお願いいたします。

9. 謝辞

本年度の口腔病理専門医試験にたずさわった委員を表7にしめす。各委員には半年以上にわたって本試験のためにご尽力いただいたことにあらためて衷心より感謝申し上げます。また、病理専門医試験実施委員の先生がたには、試験問題のご提供ならびにIII型問題の採点でたいへんお世話になりました。とくに藤岡保範実施委員長には問題作成から試験当日の進行管理まですべての段階で暖かいご協力をいただきました。さらに、深山正久病理専門医試験委員長には、試験会場の提供から試験当日の設営まで、ゆきとどいたご高配をいただきました。同時に東京大学の仁木利郎委員をはじめ医局の先生がたには試験期間中をとおして運営に遺漏ないご支援をいただきました。心から感謝申し上げます。最後に日本病理学会事務局大藪いづみ氏の的確な助言ならびに菊川敦子氏のご助力による円滑な事務進行の結果、不慣れな筆者らの試験準備が遂行しえたことを記して深く感謝いたします。

2002年11月

理事長 森 茂 郎

第94回（平成17年度）日本病理学会学術集会会長の公募について

日本病理学会学術集会（いわゆる春期総会）の会長、および秋期特別学術集会の世話人は、定款施行細則の定めるところより、理事会が選考し、総会において決定しています。

春、秋の学術集会の運営にあたっては、裁量の範囲がかなりあることもあり、会長、世話人の担う役割が非常に大きいのが実情で、相当の負荷がかかるともいえる状況にあります。

そこでこのたび日本病理学会理事会は、学術集会がよい形で運営されるためには会長、世話人の意欲・考え方が重要であるとの考えのもとに、その選考に、自薦に基づく公募制を採用することを決定いたしました。応募される会員は、下記の応募要領により別紙の申請用紙に記入のうえ、(社)日本病理学会事務局までお届けください。意欲ある会員の積極的な応募を期待しております。

第94回（平成17年度）日本病理学会学術集会会長応募要領

1. 応募は自薦であること。
2. 応募者は、平成17年4月1日に満65歳以下の日本病理学会学術評議員であること。
3. 応募者は、所定の用紙に学術集会に対する考え方、具体的計画、日本病理学会および関連学会において近年に行った主要な学会活動等を記載すること。
4. 締め切りは、平成15年1月末日とすること。

（なお、選考は平成15年2月の理事会においておこないます。原則として理事の投票によって選考することにいたしております。）

第 94 回（平成 17 年度）日本病理学会学術集会会長応募用紙

(ふりがな) 応募者氏名	(西暦) 生年月日 年 月 日	(西暦) 学術評議員歴 年より
所属		現職名
所属連絡先	住所 〒	
	TEL 内	FAX E-mail
学術集会運営についての考え方		
学術集会の具体的実行計画		
(社) 日本病理学会および関連学会における近年の主要な活動歴，その他参考事項（もしあれば）		

(スペースが足りない場合は，A4 用紙を補充してください。)

平成 年 月 日

申請者署名

会 員 各 位

平成 14 年 11 月

理 事 長 森 茂 郎

学術委員長 広 橋 説 雄

第 49 回（平成 15 年度）日本病理学会秋期特別総会 A 演説・B 演説について（公募のお知らせ）

平成 15 年秋開催予定の第 49 回日本病理学会秋期特別総会における A 演説・B 演説を募集いたします。応募内容は以下の要件を満たすことといたします。

A 演説

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

B 演説

- (1) 症例報告または症例の蓄積による解析。

A 演説・B 演説担当者として講演することを希望する会員は，下記の要領でご応募下さい。

記

A 演説

- (1) 応募資格：日本病理学会員でありかつ学術評議員による推薦を受けた者。但し，応募者自身が学術評議員である場合，自薦で可とする。
- (2) 提出書類：
 - ・日本病理学会ホームページよりダウンロードした**所定の書式**に，応募者名，演題名，選考用抄録（800 字以内）などを記載し，推薦学術評議員の自署・捺印を受けて下さい。ダウンロードできない場合は，日本病理学会事務局までご請求下さい。
 - ・講演内容に直接関係のある自著論文 20 編以内の一覧。
 - ・代表的な自著論文 5 編以内の別刷各 3 部（コピー可）。
- (3) 提出先：〒 113-0033 東京都文京区本郷 2-40-9 ニュー赤門ビル 4F
社団法人日本病理学会事務局
「A 演説応募抄録」と表記し，書留郵便により郵送して下さい。
- (4) 募集締切：平成 15 年 1 月 20 日（当日消印可）

B 演説

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

以上

第 49 回日本病理学会秋期特別総会における A 演説・B 演説担当者は、平成 15 年 2 月の学術委員会において厳正・公明に選考し、同日の理事会での審議によって決定いたします。本件についてご質問がありましたら、日本病理学会事務局または学術委員長までお問い合わせ下さい。

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

学術委員長：TEL 03-3547-5241 FAX 03-3248-0326（広橋説雄）

平成 14 年 11 月

学 術 評 議 員 各 位

社団法人 日本病理学会
理 事 長 森 茂 郎
学術委員長 広 橋 説 雄

平成 14 年度日本病理学会 学術奨励賞受賞候補者の推薦について

学術奨励賞は、その年度内に病理学領域において特に優れた学術研究を行った、あるいは病理業務に関連した事業に特に貢献した本学会若手会員に対して本学会内規により与えられる賞です。

授賞対象者は、その年度末(3月31日)段階で3年以上の会員歴をもつ40歳以下の会員としております。

学術評議員各位には、下記により、ふるって授賞候補者の推薦をお願いいたします。

推 薦 要 領

1. 本年度は、数名への授与を予定しています。
2. 募集締切り期日は、平成 15 年 1 月 20 日（消印有効）とします。
3. 候補者の推薦にあたっては、日本病理学会ホームページよりダウンロードした所定の書式をご利用の上、書留郵便にて日本病理学会事務局までご送付下さい。ダウンロードできない場合には日本病理学会事務局までご請求下さい。
4. 学術奨励賞受賞者には、正賞としての賞状、及び副賞として 10 万円と記念品が贈呈されます。
5. 賞の授与は、次年度の総会において理事長が行います。

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

学会事務局：〒 113-0033 東京都文京区本郷 2-40-9

ニュー赤門ビル 4F

TEL：03-5684-6886 FAX：03-5684-6936

E-mail：jsp@ma.kcom.ne.jp