

会

報

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

社団法人日本病理学会

第200号

平成16年(2004年)9月刊

## 1. 最近の異状死(医療関連死)問題の動向について

平成16年8月31日

理事長 森 茂郎

四学会合同WG病理側委員 根本 則道

四学会合同WG病理側委員 黒田 誠

去る8月22日の朝日新聞のトップ記事で厚労省の、医療中の死の原因解明のための第三者検証組織設置の試みについて記載がありました。記事は、厚労省が、明確な刑事事件ではない医療関連死症例の死因解明のため、第三者機関の設置を試案している、来年度そのための予算請求をする予定である、というものでした。多くの会員諸賢にとって、いささか唐突な部分もあるかと思われましたので、この欄を利用して、本件に関する日本病理学会の考え方、および四学会(内科、外科、病理、法医)合同ワーキンググループ、および厚生労働省の最近の動向をご報告します。

異状死について学会の内外で最近4年ほど論議が続いていることは、皆様ご存知のところですが。その間の一連の論議の帰結として私どもは、本年2月、四学会理事長声明という形で、医療関連死(異状死)については、警察への一律届け出ではなく、当面事件性がないと考えられる医療関連死症例に対しては第三者機関を設置して死因の究明にあたるべきである、そしてその内容を医療の向上に積極的に反映させるべきである、という判断を示しました。これに引き続いて四学会は本年4月以降、この声明の実現にむかってワーキンググループを設けて審議を重ねています。今回の朝日新聞の記事は、行政サイドである厚生労働省がこの声明を重く受け止め、問題解決をはかるための第一歩として、第三者機関のモデルを実験的に施行し、これを通じて将来の在り方を考えて行こうという提案を行った。ということです。

今回、厚生労働省は、数年を期限とするモデル事業として本件を試案しています。その内容については最近、理事長のところに厚生労働省担当者から説明があり、また、8月25日に開催された四学会ワーキンググループにおいてあ

らためてこの事業について厚生労働省から説明と協力要請があり、およそのところは明らかになっています。以下、その概要です。

1. 省として積極的に異状死(医療関連死)の取り扱いに関する諸問題の解決に対応してゆくつもりである。
  2. 全国から異状死(医療関連死)に対応できる第三者機関のモデルとして5-6箇所の施設を選定し、試験的に運用した上で問題点を分析し、次につなげたい。
  3. 意欲のあるところに調査受け入れのモデル機関をお願いしたい。そこでは病理、法医、臨床が合同チームを作って死因を解明し、報告書を作成していただきたい。
  4. 現場でこれらの作業が円滑にすすむための調整、評価、全体の運営と将来構想などを考える中央組織も考えている。
  5. 構想の詳細は詰まっておらず、今後諸学会と連携して詰めてゆきたい。
  6. この試みに対しては厚労省として概算要求し、財政的に保証した形で進めたい。
- というものでした。

本件に対して病理学会は、

1. 今回の厚労省の対応は、病理学会が近年問題視し、改善をもとめてきた方向に基本的に合致するので歓迎する。この試みの実現に向けて学会として協力してゆきたい。
2. 本件は法医学のお手伝いではなく、わが国の医療の質的向上と、昨今問題となっている国民の医療不信を払拭するための専門領域を超えた事業である、という観点に立つ必要がある。
3. 病理医にとってインセンティブが与えられるものでなければ現場は動けない。また、経済的保証がなければ、動けない。
4. 病理医が法医学をもっと知っていることが必要、逆もそのとおりである。この点我が国の現状は欧米のレベルと比べて劣っていることを認めざるを得ない。病理専門医が法医学の基本知識を習得することに学会として尽力したい。また法医学を専攻される専門医が病理形態学をあらためて学ばれる場合の便宜を図りたい。

5. 現実に都道府県単位で臨床と病理の研究体制ができている愛知、神奈川など、本プロジェクトに協力する都道府県、および調査単位を推薦する用意がある。

等の意見を申しました。

それに対しては、

1. 協力を約していただき、ありがたい。
  2. 法医学と病理学の関係は戻って少し考えたい。
  3. 経済的には、剖検には一体20～25万円を考えている。また調査を担当される方には別途支払う予定である。
  4. 病理-法医学の、可能な部分での相互乗り入れへの方策などは、是非よろしくお願ひしたい。
- というものでした。

本件についてはその後先週末から今週にかけて、常任理事、タスクフォースメンバー(根本、黒田)、法医との連携担当理事(笹野)のあいだで論議をおこないましたが、ここでの主な指摘点は、

1. 本件は我が国の病理学関係者が社会に対して持つ責任を果たす場のひとつであり、積極的に対応してゆくべきである。

2. 実務である問題例の解剖については、病理部署のどこもこれに対応出来る訳ではない、可能なところもあれば、困難な事情をかかえているところもある。各単位の自発性に依拠すべきである。

3. 法医との連携は、相互がお互いの専門性を理解した上でやる、すなわち相互の最も専門的部分についてはまかせるといってやれない。

というもので、この線はまもってゆきたいと考えます。

以上が8月24日までの状況でしたが、これ踏まえて8月25日、4学会のワーキンググループがもたれ、この場で厚生労働省の担当官から上の構想説明があらためてありました。参加しているメンバーは本件を重要な進歩ととらえ、その円滑な推進のための論議がありましたが、大筋を変えるものはありませんでした。

以上が本件に関する、本日までの経過です。来年以降、いくつかの都道府県についてこのような試みが実施され、その試みを評価したうえで、異状死(医療関連死)問題についての新たな施策が厚生労働省から提案され、立法的対応がなされることが、視野にはいっています。

日本病理学会としては、患者・家族・社会の理解の得られ、かつ我が国の医療が向上する、という形で、また現場の病理医が意欲と満足感が得られるような形での問題解決をはかることを基本的に踏まえながら、今回の試みに積極的に参加して行くべきであると考えています。

本件につきまして、ご意見をお寄せいただければ幸いです。

## お知らせ

### 1. 第3回大阪北部(彩都)地域知的クラスターシンポジウム「大学発バイオベンチャーを検証する」—成功への課題と克服—について

会 期: 平成16年10月6日

会 場: 千里ライフサイエンスセンター

連絡先: 大阪北部(彩都)地域知的クラスター本部

(千里ライフサイエンス振興財団内)

〒560-0082 大阪府豊中市新千里東町1-4-2

TEL 06-6873-2006 FAX 06-6873-2306

E-mail: clusterlsf@senri-lc.co.jp

### 2. 平成16年度(第13回)「医科器械史研究賞」候補者の募集について

申込み締切り: 平成16年11月26日

連絡先: (財)日本医科器械資料保存協会「医科器械史研究賞」係

〒113-0033 文京区本郷3-39-15

TEL 03-3813-1062 FAX 03-3814-3837

### 3. 2005年度女性科学者に明るい未来をの会「猿橋賞」並びに「奨励賞」候補者の推薦について

申込み締切り: 平成16年11月30日

連絡先: 女性科学者に明るい未来をの会

〒166-0002 杉並区高円寺北4-29-2-217

TEL 03-3330-2455 (FAX 兼用)

E-mail: saruhashi2005@saruhashi.net

## 第 22 回（2004 年度）日本病理学会 病理専門医試験報告

第 22 回病理専門医試験実施委員会  
委員長 白石 泰三

### 1. はじめに

本年度の試験は、第 22 回日本病理学会病理専門医試験として、去る 7 月 24 日（土）25 日（日）の両日にわたり、名古屋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 72 名（欠席なし）で、61 名が合格し、合格率は 84.7% であった。同時に第 12 回日本病理学会口腔病理専門医試験（委員長高田隆）も行われた。

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

### 2. 試験内容与方法

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

#### ① I 型試験

I 型試験問題は 30 題の写真問題と 20 題の文章問題からなり、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、肉眼像、組織像、細胞像、特殊染色および免疫組織化学所見などであり、主として病理診断名が問われ、設問によっては更に注意すべき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ー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 型試験は外科病理学の全般的な知識を問うもので、設問では主として病理診断が要求されるが、一部は注意すべき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、細胞診は多肢選択形式とした。IIa, IIb 型問題は各々 20 例のガラス標本セットが予め受験者へ配布されており、時間内での見直しが可能である。IIa 型と

IIb 型は受験者のグループ分けの都合上、配布問題を二つに分けたものである。IIc 型は 20 例の巡回問題で、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。受験者数が 75 名以下であったので昨年とは異なり、3 グループに分けて行われ、結果的に一問当たりの時間は若干長くなった。

#### 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設問に対する解答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 型試験の解答用紙を参考資料として行われたが、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ほぼ同様であったが、ほとんどすべての臓器から出題され、かたよりのない内容であった。細胞診の問題は 10 題で、文章題を除く外科病理の全問題数（90 題）に占める割合は 11.1% である。I 型問題において、8 題は肉眼写真の含まれた問題である。IIc 型問題には迅速診断時の凍結切片標本が 3 題含まれている。

出題内容は基本的に日本病理学会病理専門医研修要綱（平成 13 年 11 月）に準拠し、病理専門医試験の受験資格を満たす実務経験を有する一般的な病理医の知識ならびに能

力を評価することを目標とした。しかし、日常業務で遭遇する頻度は低いが、重要な疾患については出題の対象とした。また、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。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 の4段階評価で行った。

表1. 第22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24日(土)			
時刻	事項	場所	
11:00	受付開始	基礎棟 4F	
12:00	受験生集合(全員)待機室	基礎棟 4F	
	試験委員長・試験実施委員長挨拶, 説明	第4講義室	
12:30	III型問題(剖検症例:レポート作成)	基礎別館 2F 組織実習室	
15:00	I型試験会場へ移動・休憩		
15:20	I型問題	基礎棟 4F 第4講義室	
16:30	面接 待機		
16:50	面接	基礎棟 2F	
	受験生2人1組, 面接担当者3名の面接(約15分)を受ける		
18:30	受験生は面接終了後, 順次解散		
2日目 7月25日(日)			
時刻	事項	場所	
08:10	受験生集合	基礎別館 2F 組織実習室	
08:30	II型問題(各75分)	基礎別館 2F 組織実習室	
		IIa (20題)	IIb (20題)      IIc (20題)
08:30-09:45		A組	B組      C組
移動(10分)			
09:55-11:10		C組	A組      B組
移動(10分)			
11:20-12:35		B組	C組      A組
試験終了後, アンケート記入, 順次解散			
受験番号: 1-25=A組    26-50=B組    51-72=C組			

表2. 試験内容と方法

種類	内容	出題数	配点(回答方法)・評価法	配点	試験時間
I型	写真(生検, 剖検, 細胞診, マクロ, ミクロ)	30題	各5点(記述25, 五者択一5)	150点	70分
	文章<法律, 管理, 技術>	20題	各1点(○×式)	20点	
II型	IIa ガラス標本配布鏡検	20題	各5点(記述20)	300点 (各100点)	225分 (各75)
	IIb ガラス標本配布鏡検	20題	各5点(記述20)		
	IIc ガラス標本巡回鏡検(内視鏡生検, 凍結切片, 細胞診)	20題	各5点(記述15, 五者択一5)		
III型	剖検症例<写真, 配布標本鏡検>	1題	設問1(剖検報告書)80点 設問2(4問)各10点 設問3,4 各15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・感覚器	1	3	1	5
循環器	2	0	0	2
呼吸器	1	4	2	7
消化管	0	7	6	13
肝胆膵	1	2	2	5
内分泌	1	3	0	4
泌尿器	2	3	0	5
男性器	2	1	0	3
女性器	3	3	2	8
乳腺	1	2	1	4
造血器	3	4	1	8
皮膚	4	4	1	8
骨軟部	2	2	1	4
細胞診	5	0	5	10
口腔・唾液腺	2	2	0	4
計	30	40	20	90

#### 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：86歳男性

主 訴：全身倦怠感

家族歴：父親は肝疾患で死亡，母親は悪性腫瘍で死亡（ともに詳細不明）

既往歴：18歳時肺炎，82歳時結核性右胸膜炎 出生地は九州地方

臨床経過：2年半前（84歳時）に全身倦怠感を訴え受診し，白血球増多症を指摘されたが，本人の希望と年齢などを考慮して無治療で経過観察されていた。死亡3ヶ月前より全身リンパ節腫大と血小板減少が出現し，入院治療を進めるも，本人の希望により外来で治療が開始された。死亡11日前に自宅前で転倒し，意識消失状態となって当院へ救急搬送された。

入院時現症：栄養状態不良，黄疸なし，眼瞼結膜貧血状，頸部，両側腋窩部，両側鼠径部で2cm大までのやや硬いリンパ節が触知される。右下腿前面，左手などに手拳大までの皮下出血あり。血圧：収縮期90mmHg，拡張期は測定不能，脈拍120/分・整。胸部：心音で駆出時収縮期雑音あるが，心拍は常。両肺でラ音聴取。腹部：平坦軟で肝は右季肋下2横指，脾は左季肋下4横指触れる。腎や腫瘍は触知せず。四肢：浮腫なし。神経系：意識レベルは高度低下。脳

神経系：瞳孔は左右差なし，対光反射は正常。意識レベル低下があり，歩行不能。

入院後臨床検査成績（省略）

入院後経過：高カルシウム血症に伴う意識障害と腎不全の診断で投薬治療が開始されたが，透析は同意が得られず行われなかった。その後発熱と肺陰影増強も出現し，抗生剤（第二世代セフェム系）も投与されたが下血も出現し，入院後11日で死亡した。全経過は約2年半である。

臨床上での問題点：

1. 白血球増多症の原因
2. 高カルシウム血症の病態は何か
3. 下血の原因
4. 肺病変の状況

##### 2) 病理解剖所見（省略）

##### 3) 配布写真の説明

- 図1 末梢血塗抹（メイギムザ染色） 図2 心臓剖面  
 図3 左肺剖面 図4 右肺剖面（肺尖部）  
 図5 右肺尖部組織像（対物X4）  
 図6 右肺剖面（上葉縦隔側）  
 図7 肝臓剖面 図8 腎（左剖面，右表面）  
 図9 回盲部 図10 直腸  
 図11 大動脈内腔面 図12 リンパ節剖面  
 図13 骨（骨髄）剖面  
 図14 リンパ節免疫染色（CD3とCD20）  
 図15 左肺S6組織所見（グロコット染色）

##### 4) 配布標本

1. 心臓
2. 左肺下葉S6
3. 右肺上葉S2
4. 右肺中葉S4
5. 左腎
6. 肝右葉
7. 脾
8. 上行結腸と直腸
9. 副腎（左右）
10. 腰椎骨(L3)
11. 前立腺
12. 傍腹部大動脈リンパ節

##### 5) 設問

1. 本例の病理所見について重要と思われる診断所見を簡条書きにすること。
2. 臨床上の問題点について解答せよ。各項目別に記すこと。
3. 本症例の病態，特に高カルシウム血症と感染症について考察を加えよ。

##### [模範解答]

設問1；本例の病理所見について重要と思われる診断所見を簡条書きにすること。

1. 同時性三重癌

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	骨格筋	4 枚	2) 強直型筋ジストロフィー	1.14
I-2	心	4 枚	拡張型心筋症	4.86
I-3	腎	4 枚	オンコサイトーマ	3.19
I-4	リンパ節	3 枚	トキソプラズ	3.57
I-5	骨髄	4 枚	骨髄異形成症候群	3.70
I-6	リンパ節	2 枚	卵管内膜炎/良性上皮封入像	1.39
I-7	子宮	2 枚	漿液性腺癌	3.56
I-8	精巣	2 枚	精上皮腫	4.17
I-9	皮膚	2 枚	アナフィラクトイド紫斑	4.33
I-10	睪	4 枚	漿液性嚢胞腺腫	3.46
I-11	肺	2 枚	過敏性肺臓炎	2.70
I-12	軟部	2 枚	1) 滑膜肉腫, 2) FISH, 染色体異常, 免疫染色	3.29
I-13	細胞診	2 枚	2) 反応性上皮細胞	4.36
I-14	細胞診	2 枚	2) 線維腺腫	3.86
I-15	細胞診	2 枚	4) 小細胞癌	4.21
I-16	骨	2 枚	ランゲルハンス細胞組織球症, CD1a (S100)	4.09
I-17	腎	2 枚	糖尿病	4.71
I-18	骨髄	4 枚	骨髄腫	4.00
I-19	卵巣	2 枚	成人型顆粒細胞腫	3.74
I-20	精巣	2 枚	卵黄嚢腫瘍	4.69
I-21	乳腺	2 枚	パジェット病	4.99
I-22	皮膚	2 枚	境界性母斑 (Volar nevus)	1.89
I-23	皮膚	2 枚	血管肉腫	3.50
I-24	皮膚	2 枚	ヘルペス感染症	2.59
I-25	睪	2 枚	高分化内分泌腫瘍 (島細胞腫, Insulinoma)	4.57
I-26	心	2 枚	細菌性心内膜炎	4.56
I-27	細胞診	2 枚	4) コイロサイトーシス	3.93
I-28	細胞診	4 枚	4) 尿路上皮癌 (移行上皮癌)	3.07
I-29	口腔	3 枚	石灰化歯原性嚢胞	0.84
I-30	口腔	2 枚	エナメル上皮線維腫	3.00

## a) 成人 T 細胞性白血病/リンパ腫

同浸潤・転移] 骨髄, 脾 (380 g), 肝 (1,100 g), 副腎 (両側とも 7 g), (左) 腎

同リ] 傍腹部大動脈, 傍気管気管支 (頸部, 腋窩部, 鼠径部, 傍睪, 傍胃, 腸間膜)

- 1) 高カルシウム血症: 尿細管と肺癌壊死巣内に石灰沈着
- 2) 気管支肺炎 (臨床的に緑膿菌, 左でカリニ肺炎)
- 3) 副腎サイトメガロウイルス感染

b) 肺癌 (右 S<sup>2</sup>, 鶏卵大, 高分化型扁平上皮癌, 350; 600 g)

同浸潤・転移・リ] なし

## c) 前立腺癌 (高～中～低分化型腺癌, 20 g)

同浸潤・転移・リ] なし

2. 上行結腸虚血性腸炎, 直腸偽膜性腸炎
3. 高度動脈硬化症: 陳旧性心筋梗塞 (後壁中隔, 285 g)
4. 陳旧性肺結核症 (右肺上葉) + 肺気腫

表5. I型文章問題解答

No.	問題文	正解	平均点
I-46	ホルマリンは安衛法の第三種特定化学物質に相当する。	○	0.91
I-47	抗原性を損なわない脱灰液としてはEDTAがある。	○	0.87
I-48	パパニコロウ染色は乾燥した検体にも適している。	×	0.94
I-49	免疫組織化学染色を行う際、抗体によっては蛋白分解酵素処理を行うとよい。	○	0.91
I-50	シアン化合物は廃棄規制物質であるが、鉄染色に用いられるフェリシアン化カリやフェロシアン化カリは、廃棄の規制対象でない。	×	1.00
I-51	死体解剖保存法によれば遺族の解剖の承諾書には押印が必要である。	○	0.20
I-52	司法解剖を行う者は医師・歯科医師でなくてもよい。	○	0.41
I-53	解剖時の結核感染の予防には防毒マスクが有用である。	×	0.50
I-54	今年から始まった新しい医師臨床研修制度では、研修の必須項目のなかにCPCレポートの作成が挙げられている。	○	1.00
I-55	病理解剖後保存していた臓器は墓地理火葬等に関する法律の規定に従って処分されるべきである。	○	0.80
I-56	DOA (death on arrival) の患者が、死体検案の結果、病理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なうことができる。	○	0.71
I-57	遠隔病理診断 (テレパソロジー) は医療行為として認められていない。	×	0.89
I-58	乳腺の細胞診には検体不適正という判定区分がある。	○	0.97
I-59	ホルマリン固定では尿酸結晶は消失する。	○	0.87
I-60	迅速に細胞診標本を作成する際にはDiff-quick染色を行うとよい。	○	0.94
I-61	乳癌組織でHER2の過剰発現の有無を免疫染色で確認した際に染色強度が3+であればFISH法で確認する必要がある。	×	0.84
I-62	メラニン顆粒を有する腫瘍に酵素抗体法を行う際にはDAB (3,3'-diaminobenzidine) 以外の発色剤を使用するとよい。	○	0.87
I-63	術中迅速診断時の凍結切片作製に際し、脂肪成分が多い場合はすこし温度を上げて薄切する方がよい。	×	0.79
I-64	組織標本の特殊染で毒物・劇物薬品使用することはきわめて稀である。	×	1.00
I-65	電顕用の固定に用いるグルタールアルデヒドの使用時の濃度は通常10%である。	×	0.96

表6. IIa型問題解答

No.	臓器	模範解答	平均点
IIa-1	前立腺	前立腺癌 (Gleason3+2)	4.07
IIa-2	骨	軟骨肉腫 (grade I)	3.60
IIa-3	膀胱	扁平上皮癌	4.79
IIa-4	リンパ節	ネコひっかき病	0.30
IIa-5	脾	悪性リンパ腫 (濾胞辺縁帯リンパ腫)	0.39
IIa-6	皮膚	扁平上皮癌	2.63
IIa-7	皮膚	エクリン汗孔腫	3.47
IIa-8	唾液腺	多型腺腫	4.10
IIa-9	大腸	鋸歯状腺腫	4.17
IIa-10	大腸	GIST	3.66
IIa-11	乳腺	良性葉状腫瘍	3.89
IIa-12	甲状腺	未分化癌 (紡錘型)	3.21
IIa-13	臍	Solid-pseudopapillary tumor	2.90
IIa-14	肺	癌肉腫	2.80
IIa-15	肺	悪性中皮腫 (上皮型)	3.84
IIa-16	脊髄	上衣腫	3.69
IIa-17	骨格筋	多発性筋炎	3.64
IIa-18	胃	1) リンパ上皮性様癌 もしくは髄様癌, 2) EBウイルス感染	3.50
IIa-19	胃	胃悪性リンパ腫 (び慢性大細胞型Bリンパ腫)	2.21
IIa-20	子宮頸部	上皮内腺癌	2.40

設問2; 臨床上の問題点について解答せよ。各項目別に記すこと。

1. 白血球増多症の原因: 成人T細胞性白血病/リンパ腫。
2. 高カルシウム血症の病態は何か: 成人T細胞性白血病/リンパ腫による。
3. 下血の原因: 虚血性腸炎と、抗生剤投与後の偽膜性腸炎が考えられる。
4. 肺炎の状況: 活動性の気管支肺炎があり、また左ではカリニ肺炎の合併もある。

設問3; 本症例の病態、特に高カルシウム血症と感染症について考察を加えよ。

血清ATL抗体陽性で、細胞組織所見より成人T細胞性白血病/リンパ腫(ATLL)と診断される。ATLLではしばしば高カルシウム血症の合併することが知られており、本症例もそのような症例と思われる。肺癌壊死巣内や尿管

表 7. IIb 型問題解答

No.	臓器	模範解答	平均点
IIb-1	軟部	弾性線維腫	3.23
IIb-2	腎	腎芽腫	4.84
IIb-3	膀胱	内反性乳頭腫	4.46
IIb-4	骨髄	巨赤芽球性貧血	2.63
IIb-5	リンパ節	ホジキン病, 結節性硬化型	3.97
IIb-6	皮下隆	起性皮膚線維肉腫	3.11
IIb-7	皮膚	扁平苔癬	3.86
IIb-8	口腔	腺様嚢胞癌	4.11
IIb-9	大腸	腺腫内癌	4.91
IIb-10	乳腺	非浸潤性乳管癌(低乳頭型)	3.27
IIb-11	甲状腺	乳頭癌(濾胞型)	4.54
IIb-12	副腎	神経節腫	2.30
IIb-13	胆嚢	小細胞癌(内分泌細胞癌)	2.47
IIb-14	肺	カルチノイド	2.33
IIb-15	肺	炎症性偽腫瘍	1.87
IIb-16	大脳	膠芽腫	2.81
IIb-17	食道	pT1a(LMM) mm 粘膜筋板	2.37
IIb-18	胃	高分化型管状腺癌(胃型腺癌, 腺窩上皮癌)	4.40
IIb-19	卵巣	明細胞癌	4.66
IIb-20	卵巣	未分化胚細胞腫	4.17

に石灰沈着も見られる。開頭はされていないが、最後の入院時に見られた意識障害も高カルシウム血症によるものと思われる。また ATLL では細胞性免疫の低下を来しやすく、その結果本症例ではカリニ肺炎(と口腔病理受験者用標本にはアスペルギルス)と副腎のサイトメガロウイルス感染を来したものと考えられる。

## 5. 成績と合格判定

本年度の成績概要を表 9 に示す。平均点を昨年と比べてみると、I 型問題(写真問題+文章問題)は約 11 点、II 型全体(IIa+IIb+IIc)は約 30 点低く、III 型は逆に約 15 点高かった。III 型では多彩な所見のある症例が出題されたが、成績は比較的良かった。これは主診断が ATLL と比較的診断しやすかったこと、配布標本枚数を減らしたため時間に余裕ができたためと思われる。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)の得点分布にはかなりのバラツキがみられ、低得点側に尾を引く形になった。個々の受験者の成績をみると、I

表 8. IIc 型問題解答

No.	臓器	模範解答	平均点
IIc-1	脾	ゴーシェ病	3.30
IIc-2	小腸	リンパ管腫	4.17
IIc-3	大腸	アメーバ	3.26
IIc-4	大腸	放線菌症	3.41
IIc-5	大腸	潰瘍性大腸炎	4.21
IIc-6	乳腺	浸潤性乳管癌(硬癌)	4.46
IIc-7	肝	原発性胆汁性肝硬変症	4.09
IIc-8	肝	非アルコール性脂肪性肝炎	4.26
IIc-9	肺	チューモレット	2.40
IIc-10	肺	クリプトコッカス	0.64
IIc-11	脳	頭蓋咽頭腫	4.43
IIc-12	胃	顆粒細胞腫	3.86
IIc-13	胃	クローン病	3.33
IIc-14	子宮頸部	微小浸潤癌	4.09
IIc-15	直腸	子宮内膜症	4.61
IIc-16	細胞診	5) 腺癌(類内膜腺癌)	3.00
IIc-17	細胞診	3) 腺癌	3.79
IIc-18	細胞診	4) 粘表皮癌	1.29
IIc-19	細胞診	5) 乳管癌	3.86
IIc-20	細胞診	1) 慢性甲状腺炎	3.00

型+II 型と III 型の得点の間に乖離がみられる受験者が存在した。

最終的な合否は、試験実施委員会および試験委員が採点、集計した結果をもとに、8 月 2 日(月)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 260 点未満の者ないし III 型の得点が 90 点未満の者を不合格とした。面接評価では、本年度は 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、72 名中 61 名が合格(合格率 84.7%)となり、合格率は昨年度より下がった。表 10 に年次別成績推移を示す。

5 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



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	450.1	56.9	393.2	336.3	550	281
I型写真	150	107.1	15.6	91.6	76.0	138	59
I型文章	20	16.4	1.4	15.0	13.6	19	14
I型小計	170	123.6	16.0	107.6	91.6	156	75
IIa型	100	64.41	4.6	49.9	35.3	90	28
IIb型	100	71.0	15.5	55.6	40.1	100	27
IIc型	100	70.3	11.9	58.4	46.5	90	26
II型小計	300	205.7	36.1	169.6	133.5	271	108
I+II計	470	329.3	49.0	280.3	231.3	410	196
III型	150	120.8	16.0	104.8	88.9	150	70
細胞診	50	31.7	7.5	24.2	16.7	46	9

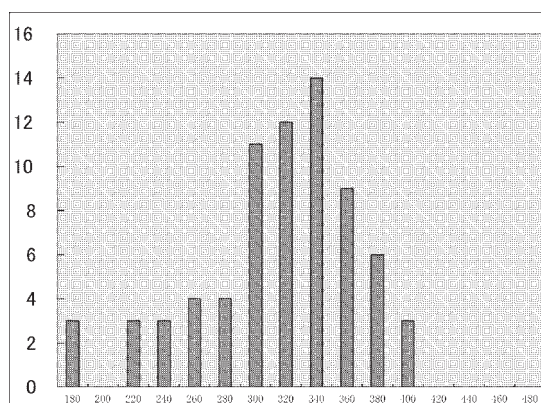


図1. I型+II型合計の得点分布

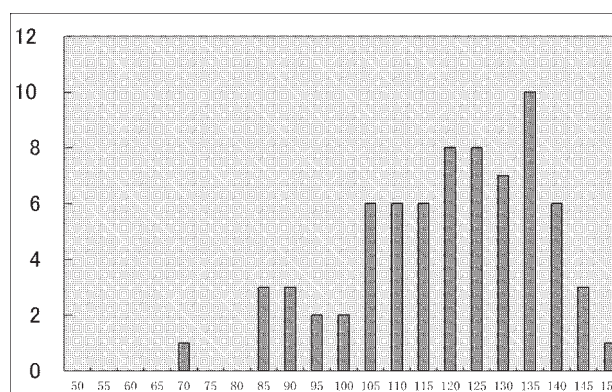


図2. III型問題の得点分布

表10. 病理専門医試験年次別成績推移

回	年	会場	受験者数	合格者数	合格率 (%)	文献
1	S58 ('83)	東大	36	31	86.1	
2	S59 ('84)	東大	43	36	83.7	
3	S60 ('85)	医歯	48	39	81.3	
4	S61 ('86)	医歯	67	59	88.1	
5	S62 ('87)	慶應	97	81	83.5	
6	S63 ('88)	慶應	63	56	88.9	病理と臨床7: 138, 1989
7	H1 ('89)	慈恵	68	56	82.4	同上8: 133, 1990
8	H2 ('90)	慈恵	70	63	90.0	同上9: 129, 1991
9	H3 ('91)	京大	69	62	90.0	同上10: 123, 1992
10	H4 ('92)	京附	65	56	86.1	同上11: 109, 1993
11	H5 ('93)	日大	80	69	86.3	同上12: 131, 1994
12	H6 ('94)	日大	70	58	82.9	同上13: 113, 1995
13	H7 ('95)	女子医	75	61	81.3	Pathol Int 46: (5) 巻末7, 1996
14	H8 ('96)	女子医	97	79	81.4	同上46: (10), 巻末3, 1996
15	H9 ('97)	阪大	77	69	89.6	同上47: (12), 巻末7, 1997
16	H10 ('98)	阪医	86	72	83.7	同上48: (11), 巻末5, 1998
17	H11 ('99)	昭和	88	73	83.0	同上49: (10), 巻末5, 1999
18	H12 ('00)	昭和	87	73	83.9	同上50: (10), 巻末5, 2000
19	H13 ('01)	東大	75	61	81.3	同上51: (9), 巻末7, 2001
20	H14 ('02)	東大	87	74	85.1	同上52: (10), 巻末7, 2002
21	H15 ('03)	名市大	87	76	87.3	同上53: (9), 巻末7, 2003
22	H16 ('04)	名大	72	61	84.1	同上54: (9), 巻末3, 2004

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	3.3 (2～5) 3.7 (1～5) 3.3 (2～5) 3.6 (2～5) 3.2 (2～5)
出題内容の適切さ	1: 非常に不適切 3: どちらでもない 5: 非常に適切	A) I型写真問題 B) I型文筆問題 C) IIa, b型(配布)問題 D) IIc型(巡回)問題 E) III型(剖検)問題	3.5 (2～5) 3.4 (2～5) 3.6 (2～5) 3.4 (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	3.1 (2～5) 3.1 (2～5) 3.1 (2～5) 2.5 (1～4) 2.3 (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	3.6 (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	3.1 (2～4)
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	3.9 (2～5) 4.0 (2～5) 3.9 (2～5) 4.1 (1～5) 4.1 (2～5) 3.9 (2～5)
試験内容と日常業務との関連性	1: 非常に低い 3: どちらでもない 5: 非常に高い	I型, II型, III型	3.6 (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: 非常に不適切 3: どちらでもない 5: 非常に適切	病理専門医・口腔病理専門医試験	3.7 (1～5)
試験場の設備, 環境	1: 非常に不適切 3: どちらでもない 5: 非常に適切	病理専門医・口腔病理専門医試験	3.7 (2～5)
使用した顕微鏡	1: 非常に不適切 3: どちらでもない 5: 非常に適切	病理専門医・口腔病理専門医試験	2.7 (1～5)

表 12. 第 22 回日本病理学会病理専門医試験委員構成

---

第 22 回日本病理学会病理専門医試験実施委員：
白石泰三（委員長）、石原明德、伊藤雅文、稲垣 宏、 小野謙三、都築豊徳、堀部良宗、溝口良順、村田哲也、 谷田部恭、横井豊治
面接委員：
越川 卓、鈴木春見、田代和弘、花之内基夫、前多松喜、 山田鉄也
集計担当：岡部光邦
病理専門医試験委員：
黒田 誠（委員長）、清水道生、高見 剛、仁木利郎、 服部隆則、船田信顕、松本俊治

---

行った（回収率 100%）。その内容と結果のまとめを表 11 に示す。

受験者の所属区分では、大学医学部ないし医科大学の病理学教室 36 名（50.7%）、大学附属病院病理部（科）15 名（21.1%）、国公立病院検査科（病理科）11 名（15.5%）、私立病院検査科（病理科）8 名（11.2%）、の順であり、医学部以外の病理学教室、医育機関以外の研究施設およびその他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（67 名，94.3%）が 5 年以上 10 年未満であり，10 年以上 15 年未満が 4 名，15 年以上は該当者がいなかった。

アンケートの各項目に対する回答は，受験者によって著

しく異なっていたが，平均すると，III 型問題で試験時間が短いと答えた者が多かった。また，顕微鏡に対する不満がみられた。

その他，自由記載欄には，試験時間を充分にとって欲しいという意見，巡回標本の標本数が多いとの指摘，顕微鏡への不満など，今後の試験の改善のための参考資料として役立つ多くの意見が寄せられた。

特に III 型については，本年度からの新研修医制度の中で大きな役割をはたさなければならず，適切な改善をする必要性を痛感した。

## 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名古屋大学大学院医学研究科病理病態学森 尚義先生ならびに附属病院病理部伊藤雅文先生，および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園いづみさん，菊川敦子さんには改めて心から御礼申し上げます。

## 第 12 回（2004 年度）日本病理学会 口腔病理専門医試験

第 12 回口腔病理専門医試験実施委員会  
委員長 高田 隆

### 1. はじめに

平成 16 年 7 月 24, 25 日の両日に渡り、改修間もない名古屋大学医学部基礎棟ならびに基礎別館実習室を試験場に、第 12 回口腔病理専門医試験が病理専門医試験（第 22 回）とともに実施された。朝から 30 度を越える猛暑であったが、試験場は空調のよく効いたすこぶる快適な環境下で、表 1 のスケジュールに従って試験が実施された。以下にその概要を報告する。

### 2. 受験者

本年度の受験者は 6 名で、いずれも男性であった。4 名は歯科大学・歯学部あるいは医歯学研究所の口腔病理学講座に、1 名は医学部病理学講座に、1 名は公立病院の病理部に所属しており、口腔病理医としてのキャリアは、5 年以上 10 年未満が 4 人、10 年以上 15 年未満が 1 人、15 年以上が 1 人であった。受験者のうち 2 名は、昨年に続き二度目の受験であった。

### 3. 試験内容

例年同様、I 型、II 型、III 型ならびに面接が行われた（日時、時間は表 1 参照）。

I 型は写真集に掲載された肉眼像、X 線像、組織像などを参照しながら設問に答える形式のもの（30 問）と、病理診

表 1. 第 12 回口腔病理専門医試験スケジュール

7 月 24 日（土曜日）	
11:00-12:00	受付
12:00-12:30	受験生集合、試験委員長挨拶、試験実施要領説明
12:30-15:00	III 型試験
15:20-16:30	I 型試験
16:50-18:20	面接（15 分/名）
7 月 25 日（日曜日）	
8:20	集合
8:30-9:45	IIa 型試験
9:55-11:10	Iib 型試験
11:10-12:20	Iic 型試験
12:20-	アンケート記入、解散

断業務に伴う法律、技術、管理運営などに関する知識を正誤形式で解答する文章題（20 問）よりなり、後者は全問が病理専門医試験と共通するものであったが、前者は病理専門医受験者用問題から選択した 15 問（I-16 から I-30）と口腔病理専門医受験者のみを対象とした 15 問（I-31 から I-45）が出題された（表 2）。

II 型は例年通り IIa, IIb, IIc に亜分類され、それぞれ別々の時間帯で試験が実施された。3 つの亜分類のうち、IIa 型と IIb 型は受験者数と標本作成枚数の関係に基づく試験実施上の便宜的分類で、出題形式は同じである。すなわち受験生一人一人に IIa 型, IIb 型として、それぞれ 20 問に相当する標本がマップに一括して配付され、試験時間内で受験生自身が時間配分を考えながら解答するものである。IIa, IIb 型問題ともに、病理専門医試験受験者との共通問題 10 問（それぞれ 1 から 10）と口腔病理専門医専用問題 10 問（それぞれ 11 から 20）の計 20 問が出題された。一方、IIc 型は細胞診、穿刺生検、術中迅速診断、珍しい症例など、受験生数分の標本作成が困難な標本を、一定時間（3 分）ごとに巡回・検鏡し、解答する形式のもので、病理専門医試験受験者との共通問題 10 問（IIc-1 から IIc-10）と口腔病理専門医専用問題 10 問（IIc-11 から IIc-20）の計 20 問が出題された（表 3）。

III 型は病理専門医試験と同じ問題を出題した。配付資料（臨床経過、検査データ、剖検所見、肉眼所見、組織標本）を検討し、剖検診断と所見をまとめるとともに臨床上の問題点に対する解答を含む 3 つの設問について問うものであった。詳細は病理専門医試験報告に記載されると思うので割愛するが、成人 T 細胞性白血病、肺癌、前立腺癌よりなる同時性三重癌の症例で、2 次的変化も含めて多様な病態を正確に把握し表現する能力を問う問題として大変適切な出題であった。

面接は受験者一人に対し 2 人の委員があたった。面接では同日行われた III 型問題に関する試問を行うとともに、口腔病理専門医としての適性を評価することを目的に、病理診断業務全般に関わる事項についても質問した。

### 4. 出題方針

試験要綱にあげられた試験の目的、すなわち、「5 年間の研修によって到達しうる水準において、口腔病理専門医と

表 2. 第 12 回口腔病理専門医試験 I 型問題解答と出題群

I-16	Langerhans cell histiocytosis, CD1a, S-100 (骨軟部)
I-17	diabetes melitus (泌尿器)
I-18	myeloma (造血器)
I-19	adult granulosa cell tumor (女性器)
I-20	Yolk sac tumor (男性器)
I-21	Paget's disease (乳腺)
I-22	junctional nevus (Volar nevus) (皮膚)
I-23	angiosarcoma (皮膚)
I-24	herpes viral infection (皮膚)
I-25	well differentiated endocrine tumor (islet cell tumor, insulinoma) (肝胆膵)
I-26	bacterial endocarditis (循環器)
I-27	koilocytosis (細胞診)
I-28	transitional cell carcinoma (細胞診)
I-29	calcifying odontogenic cyst (口腔)
I-30	ameloblastic fibroma (口腔)
I-31	dentigerous cyst
I-32	odontogenic fibroma
I-33	follicular lymphoma
I-34	simple bone cyst
I-35	epithelial hyperplasia with mild to moderate dysplasia
I-36	periapical cemental dysplasia
I-37	carcinoma in situ
I-38	Fordyce granules
I-39	rhabdomyosarcoma
I-40	thyroglossal duct cyst
I-41	pigmentation of gingiva
I-42	chronic sialadenitis compatible Sjogren syndrome
I-43	osteomyelitis (sequestrum)
I-44	verrucous carcinoma
I-45	static bone cavity

しての優れた能力を有することを確認する」を受けて、問題を作成した。病理専門医試験との共通問題は、臓器群が偏らないように配慮しながら、各群で最も代表的な疾患や口腔領域の疾患と共通性のあるものを中心に選択した。口腔病理専門医受験者専用の試験問題も、口腔顎顔面領域の代表的疾患を中心に出题したが、亜型を問うものなど、口腔領域の専門医としての知識を問う少し踏み込んだ設問も含めた。

## 5. 採点と評価

表 4 に成績の概要を示す。受験者間で多少の偏差はみられるものの、各型の平均得点率は I 型 67%, II 型 68%, III 型 77% で、総合得点の平均得点率も 70% と高い値であった。また、病理認定医試験との共通問題の平均得点率 63%, 口腔病理専門医試験専用問題の平均得点率 72% で、やや共通問題の得点が低かったが、いずれも合格基準を満たしていた。外科病理学的診断能力を表す I 型, II 型の平均得点率

表 3. 第 12 回口腔病理専門医試験 II 型問題解答と出題群

IIa-01	prostatic carcinoma, Gleason 3+2 (男性器)
IIa-02	cat scratch disease (造血器)
IIa-03	squamous cell carcinoma, well differentiated (皮膚)
IIa-04	carcinoma in adenoma (消化管)
IIa-05	papillary carcinoma, follicular type (内分泌)
IIa-06	carcinosarcoma, heterologous (呼吸器)
IIa-07	ependymoma (脳神経)
IIa-08	tubular adenocarcinoma, well differentiated type (消化管)
IIa-09	clear cell carcinoma (女性器)
IIa-10	pleomorphic adenoma (口腔)
IIa-11	incisive canal cyst
IIa-12	mucocele
IIa-13	ameloblastoma, follicular type
IIa-14	torus mandibularis
IIa-15	malignant myoepithelioma
IIa-16	fibrous dysplasia of the bone
IIa-17	hemangioma, cavernous
IIa-18	epulis osteoplastica
IIa-19	Schwannoma
IIa-20	tuberculous lymphadenitis
IIb-01	chondrosarcoma (grade 1) arising from osteochondroma (骨軟部)
IIb-02	squamous cell carcinoma, invasive (泌尿器)
IIb-03	inverted papilloma (泌尿器)
IIb-04	Hodgkin's disease, nodular sclerosis (造血器)
IIb-05	lichen planus (皮膚)
IIb-06	benign phyllodes tumor (乳腺)
IIb-07	anaplastic carcinoma, spindle cell type (内分泌)
IIb-08	malignant lymphoma, diffuse large B cell lymphoma (消化管)
IIb-09	dysgerminoma (女性器)
IIb-10	adenoid cystic carcinoma (口腔)
IIb-11	residual cyst
IIb-12	ameloblastoma, desmoplastic
IIb-13	dermoid cyst
IIb-14	renal cell carcinoma, metastatic
IIb-15	osteosarcoma
IIb-16	spindle cell squamous cell carcinoma
IIb-17	chronic sclerosing sialadenitis
IIb-18	candidosis
IIb-19	histiocytic necrotizing lymphadenitis
IIb-20	inverted papilloma
IIc-01	Gaucher's disease (造血器)
IIc-02	adenocarcinoma (細胞診)
IIc-03	mucoepidermoid carcinoma (細胞診)
IIc-04	lymphangioma (消化管)
IIc-05	actinomycosis (消化管)
IIc-06	nonalcoholic steatohepatitis (肝胆膵)
IIc-07	cryptococcosis (呼吸器)
IIc-08	craniopharyngioma (脳神経)
IIc-09	granular cell tumor (消化管)
IIc-10	microinvasive carcinoma (女性器)
IIc-11	diffuse lymphoma
IIc-12	nevocellular nevus (intramucosal nevus)
IIc-13	adenoid cystic carcinoma
IIc-14	squamous cell carcinoma
IIc-15	mucinous adenocarcinoma
IIc-16	epithelial dysplasia or carcinoma, suspected
IIc-17	myoepithelioma
IIc-18	congenital epulis
IIc-19	atrophic salivary glands (degenerative change)
IIc-20	benign mucous membrane pemphigoid

表 4. 第 12 回口腔病理専門医試験成績概要

	配点	平均点	標準偏差
I 型共通	75	45.5	14.2
I 型口腔	75	53.2	8.0
I 型文章	20	14.5	0.8
IIa 型共通	50	36.3	7.2
IIa 型口腔	50	44.2	0.8
IIb 型共通	50	32.2	3.7
IIb 型口腔	50	33.2	8.3
IIc 型共通	50	26.8	10.9
IIc 型口腔	50	31.2	8.0
III 型	150	115	15.8
総合得点	620	432	56.6

も 67.4% と高得点だったが、細胞診に関わる設問の平均正答率は 57% であり、この分野のよりいっそうの研鑽が望まれた。III 型問題は問題作成に加えて、採点も病理専門医試験実施委員の方々にも全面的なご支援をいただいた。口腔病理専門医受験者にとって、剖検に関する研修は少なからず困難を伴うところであるが、今回の試験では平均でも 8 割近い得点が得られ、受験生諸氏の人並みならぬ努力がうかがわれた。面接評価も加えて受験者の成績を、7 月 27 日開催の口腔病理専門医制度運営委員会に諮ったところ、全員合格と判定された。これを受けて、受験者には簡単な総評を加えて成績と合格通知を送付した。

## 6. アンケート結果

全試験終了後、試験全般に関するアンケート調査を行った。試験問題の難易度については適当あるいはやや難と答えたものが多かった。出題内容や時間についても一般に適切と答えたものが多かったが、IIc 型巡回問題と III 型に対しては時間不足を感じたという意見が目立った。試験内容と日常業務との関連性を高く評価したものが多く、試験日程ならびに試験場の設備についても高い満足度を示した。今回、顕微鏡に関する項目が加わったこともあり、調整不良の改善を求める意見が 6 名中 4 名から寄せられた。

## 7. おわりに

今回の試験で新たに 6 名の口腔病理専門医が誕生した。わずか 100 人あまりの専門医集団で、社会における口腔病理専門医の認知度も極めて低いが、口腔顎顔面領域の病変を専門的に診断する者の活動が、患者や社会に還元されることは大きな喜びであり、少しずつではあるがその輪が広がることを期待したい。今回、実施責任者として専門医試験に携わり、あらためて受験生諸氏の努力に敬意を表するとともに、多大な努力を払って手にした口腔病理専門医の

表 5. 第 12 回口腔病理専門医試験関係委員

実施委員	
高田 隆	(委員長, 広島大学大学院医歯薬学総合研究科)
長谷川博雅	(松本歯科大学)
前田 初彦	(愛知学院大学歯学部)
試験委員	
山本 浩嗣	(委員長, 日本大学松戸歯学部)
小宮山一雄	(日本大学歯学部)
岡田 憲彦	(東京医科歯科大学歯学部附属病院)
武田 泰典	(岩手医科大学歯学部)
高田 隆	(広島大学大学院医歯薬学総合研究科)

資格を大いに活用できる環境の整備の必要性を痛感した。口腔病理専門医の輝く姿が、次に続く人材の発掘に必要な不可欠である。すでに病理学会では、口腔病理専門医を含めた広告にも前向きに取り組んでいただいていると聞いている。口腔病理関係者はもちろんのこと、病理学会の皆様方にもお力添えをいただき、口腔病理専門医制度のいっそうの充実と輝ける口腔病理専門医の輩出に努めたい。

## 8. 謝辞

本年度の口腔病理専門医試験に直接携わっていただいた実施委員会ならびに試験委員会の先生方に心より感謝申し上げます(表 5)。とりわけ、長谷川、前田両先生には年明け早々からの度重なる実施委員会や合同委員会への出席はもとより、時には泊まり掛けでの作業に参加していただき感謝の言葉もありません。また、可否判定や資格審査をしていただいた、林 良夫口腔病理部会担当理事、恒吉正澄理事をはじめとする口腔病理専門医制度運営委員会ならびに資格審査委員会の皆様方にもお礼申し上げます。出題に当たっては、全出題の半数以上を共通問題として病理専門医試験問題からお借りしました。問題の作成、ガラス標本の供与、III 型問題の採点等々、病理専門医試験実施委員の先生方に深謝いたします。なかでも、黒田 誠試験委員長ならびに白石泰三実施委員長には、口腔病理専門医試験の実施にあたり格段のご配慮をいただきました。また、伊藤雅文実施委員ならびに名古屋大学病院病理部の皆様には、口腔病理専門医受験者に対しても会場ならびに運営にご高配いただくとともに、名古屋大学大学院病態病理学講座森 尚義教授には高い立場からご支援いただきました。あわせてお礼申し上げます。最後に、日本病理学会事務局の大藪いづみ氏と菊川敦子氏には、口腔病理専門医試験実施にあたりましてきめ細かい配慮と心あたたまるサポートをいただき、あつく感謝いたします。