

会

報

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

社団法人日本病理学会

第212号

平成17年(2005年)9月刊

1. 次期役員選挙の結果について

平成17年9月13日、選挙管理委員会を開催し、次期(平成18/19年度)役員(地方区選出理事・関東地区および全国区選出理事)選挙の開票を行った結果、以下のとおり当選者(新役員当選者名簿その2)を確定したのでお知らせします。

なお、理事・監事の既当選者(新役員当選者名簿その1)も再掲します。

平成17年9月13日
 社団法人日本病理学会
 理事長 森 茂郎
 選挙管理委員長 原 正道

新役員当選者名簿(その2)

- (1) 選出区分1 地方区選出理事(関東地区)(1名)
 ・1-3 関 東 中 島 孝(群馬大学)
- (2) 選出区分2 全国区選出理事 11名(記載はABC順)
- | | |
|---------|------------|
| 深 山 正 久 | (東京大学) |
| 樋 野 興 夫 | (順天堂大学) |
| 黒 田 誠 | (藤田保健衛生大学) |
| 真 鍋 俊 明 | (京都大学) |
| 根 本 則 道 | (日本大学) |
| 岡 田 保 典 | (慶応義塾大学) |
| 長 村 義 之 | (東海大学) |
| 坂 本 穆 彦 | (杏林大学) |
| 笹 野 公 伸 | (東北大学) |
| 恒 吉 正 澄 | (九州大学) |
| 堤 寛 | (藤田保健衛生大学) |

新役員当選者名簿(その1)

- (1) 選出区分1 地方区選出理事(6名)
- | | | |
|-----------|---------|----------|
| ・1-1 北海道 | 小 川 勝 洋 | (旭川医科大学) |
| ・1-2 東 北 | 澤 井 高 志 | (岩手医科大学) |
| ・1-4 中 部 | 中 沼 安 二 | (金沢大学) |
| ・1-5 近 畿 | 青 笹 克 之 | (大阪大学) |
| ・1-6 中国四国 | 井 内 康 輝 | (広島大学) |

・1-7 九州沖縄 居 石 克 夫(九州大学)

(2) 選出区分3 全国区(口腔病理部会長兼務)
 選出理事(1名)
 林 良 夫(徳島大学)

(3) 選出区分4 監事(2名)
 松 原 修(防衛医科大学校)
 手 塚 文 明(国立病院機構仙
 台医療センター)

お知らせ

1. 第37回(2005年度)内藤記念科学振興賞(ほう章)候補者の推薦について

申込み締切り:平成17年10月3日

連絡先:(財)内藤記念科学振興財団

〒113-0033 文京区本郷3-42-6 NKDビル
 TEL: 03-3813-3005 FAX: 03-3811-2917
 E-mail: info@naito-f.or.jp

2. 「OMICS 医療が拓く未来2005」第2回ゲノム医療情報シンポジウムについて

会 期:平成17年10月19日~21日

会 場:東京プリンスホテル

連絡先:第2回ゲノム医療情報シンポジウム事務局

東京医科歯科大学情報医科学センター
 TEL: 03-5803-5860 FAX: 03-5803-0251
 E-mail: koedcom@mri.tmd.ac.jp

3. 第130回日本医学会シンポジウムー心房細動と突然死ーについて

会 期:平成17年12月8日

会 場:日本医師会館 大講堂

連絡先:日本医学会

〒113-8621 文京区本駒込2-28-16
 TEL: 03-3946-2121 FAX: 03-3942-6503

第23回（2005年度）日本病理学会 病理専門医試験報告

第23回病理専門医試験実施委員会
委員長 清水 道生

1. はじめに

2005年度の試験は、第23回日本病理学会病理専門医試験として、去る7月23日（土）24日（日）の両日にわたり、日本医科大学を会場として行われた。本年度の受験者総数は60名（欠席なし）で、52名が合格し、合格率は86.7%であった。同時に第13回日本病理学会口腔病理専門医試験（委員長：出雲俊之）も行われた。今回は、1日目に行われたI型問題の試験中に震度4の地震に見舞われるというハプニングがあったが、幸い試験会場の建物が新しかったこともあり、試験を中断することなく無事終了することができた。

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、I型、II型（IIa, IIb, IIc）、III型試験および面接から構成されている（表2）。

① I型試験

I型試験問題は30題の写真問題と20題の文章問題からなる。写真問題は、「I型試験問題写真集」として各受験者に配布され、これを見ながら解答する主に想起レベルの出題である。写真の内容は、X線などの臨床画像、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る。解答は記述式が主体であり、細胞診の問題は主として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などである。

② II型試験

II型試験は主に外科病理学の全般的な知識を問う鏡検試験で、IIa, IIb, IIc型に分かれている。設問では主として病理診断が要求されるが、一部は注意すべき所見や診断に必要な免疫組織染色なども求められる。解答は基本的には

記述式であり、細胞診の問題は主として多肢選択による解答とした。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題からなり、受験者が1題について一定の時間内（3分以内）で鏡検、解答し、隣の受験者にプレパラートを回すという巡回形式の問題である。多数のプレパラートを用意することの困難な内視鏡生検、皮膚生検、術中迅速診断時の凍結切片標本、細胞診などが出題される。

③ III型試験

III型試験は、病理専門医試験および口腔病理専門医試験に共通で、剖検症例1題が出題される。脳を含む全身諸臓器から病理所見を拾い上げる能力、臨床所見を加味して病態や死因を総合的にまとめる能力が問われ、設問に対する解答を記述することが要求される。具体的には、症例の臨床経過概要、主な検査データ、病理解剖肉眼所見、III型試験問題写真集、プレパラート1セットが各受験者に配布され、これらを検討して、剖検診断書の作成と所見ならびに設問に対する解答を所定の用紙に記述するものである。

④ 面接

面接はIII型試験の解答用紙を参考資料として行われたが、評価の主眼は、受験者の知識ではなく、病理解剖を含む日常病理診断業務に対する姿勢などで、病理医としての適性に置かれた。

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、10題は肉眼写真、1題は電子顕微鏡所見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2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、そこからかけ離れ度に応じて減点した。用語については正しい内容であればいずれも正解としたが、誤字、スペルミスなどは程度に応じて減点の対象とした。細胞診の出題は10題中8題を多肢選択（最も考えられる診断を選択肢から1つ選ぶ形式）とし、2題は推定病変を記述する形式とした。

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。

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。

表1. 第23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23日(土)			
時刻	事項	場所	
11:00	受付開始	橘桜会館1階ラウンジ	
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	橘桜会館2階大視聴覚室	
12:30	III型問題(剖検症例: レポート作成)	大学3号館1階実習室	
15:00	I型試験会場へ移動・休憩		
15:30	I型問題	橘桜会館3階実習室	
16:40	面接 待機		
17:00	面接 受験生2人1組, 面接担当者3名の面接(約15分)を受ける	橘桜会館地下実習室	
18:30	受験生は面接終了後, 順次解散		
2日目 7月24日(日)			
時刻	事項	場所	
08:50	受験生集合	大学3号館1階実習室	
09:00	II型問題(各60分)	大学3号館1階実習室	
		IIa (20題)	IIb (20題) IIc (20題)
09:00-10:00 移動(10分)		A組	B組 C組
10:10-11:10 移動(10分)		C組	A組 B組
11:20-12:20		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: 1-20=A組 21-40=B組 41-60=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253, 五者択一57)	150点	70分
	文章<法律, 管理, 技術>	20題	各1点(○×式)	20点	
II型	IIa ガラス標本配布鏡検	20題	各5点(記述20)	300点 (各100点)	180分 (各60分)
	IIb ガラス標本配布鏡検	20題	各5点(記述20)		
	IIc ガラス標本巡回鏡検(内視鏡生検, 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 50点 設問2 100点	150点	150分
面接	受験者2名1組, 面接担当者3名, 5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	3	2	0	5
循環器	3	1	0	4
呼吸器	2	4	2	8
消化管	4	5	4	13
肝胆膵	2	1	3	6
内分泌	1	3	0	4
泌尿器	4	1	1	6
男性器	0	3	1	4
女性器	2	3	2	7
乳腺	0	4	0	4
造血器	1	3	0	4
皮膚	1	4	2	7
骨軟部	1	4	0	5
細胞診	5	0	5	10
口腔・唾液腺	1	2	0	3
計	30	40	20	90

1) 臨床経過概要

症 例：63歳，男性

主 訴：前胸部不快感

既往歴：10年前から糖尿病，1年前からインスリン使用，1年前に脳梗塞で左不全麻痺，数ヶ月前に高血圧を指摘

家族歴：父親は糖尿病

生活歴：タバコ30本/日（40年間），飲酒歴なし

職業歴：印刷自営業

現病歴：最近になり，クレアチニン値が4.0 mg/dlまで上昇してきたため，透析導入が予定されていた。今回，運動直後に前胸部不快感があり搬送され，入院となった。

入院時現症：体温36.6°C，脈拍80/min整，血圧150/66 mmHg，意識は清明。

心音，呼吸音に著変なし。腹部著変なし。下肢の浮腫なし。右側頸部にbruitを聴取。

入院時検査データ：（省略）

入院後経過：検査の結果，急性心筋梗塞と診断され，入院となった。同日，冠動脈に有意狭窄のみられた左前下行枝segment 6,7にステントが挿入された。抗凝固療法を行い，第2病日より透析を開始したが，同日腰痛が認められた。翌日CTにて腸腰筋血腫を指摘されたため，ヘパリンを減量，バファリン投与を中止した。第11病日透析を行った後，発熱さらにCRPの上昇（25.9 mg/dl）がみられ，ショック状態となり，第17病日死亡した。

臨床上的問題点：

1. 心筋梗塞の範囲はどうか。また，心筋梗塞の発症時期は入院時と考えてよいか。
2. 慢性腎不全となっているが，腎臓の所見はどうなっているのか。

3. 敗血症の所見はあるのか。

4. 死因をどう考えるか。

2) 病理解剖肉眼所見（省略）

3) 配布写真

図1 心臓 図2 心臓 図3 大動脈 図4 左肺
図5 右肺 図6 腎臓 図7 S状結腸 図8 肝臓
図9 脾臓 図10 腸腰筋（剖面） 図11 大脳
図12 橋

4) 配布標本

1. 左室前壁 2. 左室後壁 3. 左肺下葉 4. 肝臓
5. 腎臓 6. 副腎 7. 膵尾部 8. 脾臓
9. S状結腸 10. 胆嚢 11. 前立腺 12. 脳梁右側
13. 橋

5) 設問

1. 臨床上的問題点1, 2, 3, 4について，所定の欄に納まる範囲で解答せよ。
2. 本症例の病理解剖診断を主病変と副病変に分け，それぞれ箇条書きで記載せよ。

[模範解答]

設問1；臨床上的問題点1, 2, 3, 4について，所定の欄に納まる範囲で解答せよ。

1. 臨床上的問題点1に対する解答

出血性新鮮（あるいは急性）心筋梗塞は前壁・中隔主体で，後壁・心尖部（臨床的「下壁」に相当）の一部におよぶ。組織学的には，死亡1-2日前に発症したと考えられる新鮮な心筋の壊死が中心で，同部に出血も認められる。心筋細胞の細胞質は好酸性を示し，核の消失が認められ，一部の間質に好中球浸潤がみられることから，死亡1-2日前の発症と考えられる。また，標本の一部に肉芽組織の形成された2週間程度の病変も認められる。これは入院時のエピソードと時期的に一致すると考えられる。

本例の心筋梗塞は通常みられる貧血性梗塞ではなく，出血性梗塞である点やcontraction band necrosisが一部にみられる点，さらにステント挿入の病歴を考慮すれば，再灌流障害（reperfusion injury）の可能性も考慮する必要がある。通常，ステント治療に伴う出血性梗塞は治療の1-2日後に発症することが多いとされてはいるものの，本例のようにステントの挿入後2週間以上経過したものでも出血などを認める症例は文献的に存在する。また，再灌流後の出血は，虚血により脆弱化した毛細血管や静脈に血流が流入することにより，血管壁が破綻するものと考えられている。つまり，治療過程が進んだ組織への再灌流では出血は来た

表4. I型写真問題解答

No.	臓器	呈示写真	模範解答	平均点
I-1	心	3枚	粘液腫	5.00
I-2	腎	2枚	黄色肉芽腫性腎盂腎炎	2.60
I-3	細胞診	2枚	ヘルペスウイルス感染症	4.32
I-4	皮膚	2枚	尋常性乾癬	4.45
I-5	脳	2枚	血管芽腫	4.50
I-6	心	2枚	4) Fabry病	5.00
I-7	甲状腺	2枚	髄様癌	2.92
I-8	脳	2枚	3) 膠芽腫	4.00
I-9	脳	1枚	4) オリーブ・橋・小脳萎縮症(多系統萎縮症)	4.58
I-10	胃	4枚	EBER (or EB virus)	4.45
I-11	腎	2枚	半月体形成性糸球体腎炎 (Goodpasture 症候群)	2.62
I-12	骨髄	2枚	巨赤芽球性貧血	4.70
I-13	睪	2枚	腺房細胞癌	1.90
I-14	細胞診	2枚	5) 転移性腺癌(大腸)	3.00
I-15	心	3枚	3) 心内膜症欠損症(房室中隔欠損症)	3.00
I-16	胃	4枚	c-kit	4.88
I-17	縦隔	2枚	ホジキン病(結節硬化型)	4.53
I-18	小腸	2枚	クローン病	4.92
I-19	睪	4枚	漿液性嚢胞腺腫	3.43
I-20	腎	3枚	腎血管筋脂肪腫	4.57
I-21	腎	3枚	急性尿細管壊死	4.80
I-22	細胞診	2枚	5) 尿路(移行)上皮癌	3.92
I-23	胎盤	2枚	問1: a. 胎盤, b. 臍帯 問2: 単一臍帯動脈	4.63
I-24	軟部	2枚	分化型脂肪肉腫	4.87
I-25	子宮	2枚	尖圭コンジローム	4.08
I-26	直腸	2枚	サイトメガロウイルス感染症	4.03
I-27	細胞診	1枚	3) 腺様嚢胞癌	3.75
I-28	細胞診	2枚	小細胞癌	4.58
I-29	肺	2枚	肺アスペルギルス症	4.60
I-30	口腔	2枚	エナメル上皮腫	4.83

しにくく、総合的に判断して本例は再灌流障害が関与していた可能性があるものと思われる。なお、広範な出血がある際には、肉芽組織の形成が遅れることが知られている。

2. 臨床上の問題点2に対する解答

糖尿病性腎症の所見が認められる。肉眼的には皮質は菲薄化し、組織学的所見としては糸球体に global sclerosis が目立ち、残っているものの中には結節性病変が認められる。その他、びまん性のメサンギウム基質の増加や細動脈の硝子様変性もみられ、動脈および細動脈性腎硬化症(良

性腎硬化症)の所見も認められる。尿細管では萎縮が目立ち、間質のリンパ球浸潤も認められる。また、小葉間動脈にはコレステリン結晶がみられる部分が存在する。

3. 臨床上の問題点3に対する解答

敗血症に相当する所見としては、まず、脾臓では肉眼所見で脾粥が目立ち、組織学的にも好中球の浸潤が認められ、急性脾炎の所見が存在する。さらに胆嚢、前立腺において好中球浸潤、副腎皮質では好中球浸潤を伴う巣状壊死などが認められる。また、一部の気管支内に好中球を含む滲出

表5. I型文章問題解答

No.	問題文	正解	平均点
I-46	ターンアラウンド・タイム (turnaround time) とは、検体を受け付けてから病理報告書が臨床に返却されるまでの所要時間をいう。	○	0.98
I-47	ホルマリン固定された組織中では尿酸結晶は消失する。	○	0.97
I-48	ハリスのヘマトキシリン液やツェンカー固定液は水銀を含有しないので、下水道に流してもよい。	×	0.97
I-49	免疫組織化学染色の際の抗原賦活法の一つに加熱処理がある。	○	0.97
I-50	病理解剖に際し、被包化した陳旧性結核性病変からの感染の危険性はほとんどないと考えてよい。	×	1.00
I-51	病理解剖に関して、死後どれほどの時間経過後に解剖を行うべきかという法的な定めはない。	○	0.88
I-52	細胞診におけるパピニコロウ染色での核の大きさは、ギムザ染色での核の大きさに比べると通常大きくみえる。	×	0.93
I-53	術中迅速診断の精度管理では、診断の誤りの許容範囲は3%以下、診断保留率は10%以下であるべきとされている。	○	0.77
I-54	脂肪組織は、氷点が組織液と異なるため術中迅速診断の凍結切片の薄切が困難である。	○	1.00
I-55	Creutzfeldt-Jakob 病の剖検臓器は、20%のホルマリン液で十分に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。	×	0.98
I-56	医療側から診療中の予期せぬ急死を異状死体として届け出た場合でも、病理解剖となることがある。	○	0.88
I-57	HIV や結核菌は、個体に対しては危険度が高いが、地域社会に対する危険度は低いとため、バイオセーフティーレベル3に分類される。	○	0.83
I-58	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。	×	1.00
I-59	結核など、肉眼で病理診断が明らかな場合でも、術中迅速診断の凍結切片の作製は必ず必要である。	×	0.88
I-60	保険診療上の病理学的検査の請求臓器数に関して、3臓器以上の検査を行った場合でも、3臓器を限度として算定される。	○	0.92
I-61	喀痰、体腔液、尿などのいわゆる自然剝離細胞診では、細胞の変性像は少ない。	×	0.93
I-62	新医師臨床研修制度では、「CPCレポートの作成および症例呈示」が義務づけられている。	○	0.95
I-63	剖検時の脳の取り出しは、頭蓋骨の眼窩上縁と後頭隆起上部を結ぶ線に沿って、電動鋸 (ストライカーなど) を用いて頭皮を含め頭蓋骨を切断する。	×	0.95
I-64	書面で遠隔の遺族の諾否を待っているはその病理解剖の目的が達せられない場合、主治医を含む診療中の医師2名が解剖の必要性を認めれば病理解剖を行うことができる。	○	0.52
I-65	乳腺における細胞診および針生検の報告様式ガイドラインには、検体不適正 (inadequate) という判定区分がある。	○	1.00

表6. IIa型問題解答

No.	臓器	模範解答	平均点
IIa-1	皮膚	皮膚線維腫	2.07
IIa-2	皮膚	乳房外パジェット病	4.67
IIa-3	精巣	精子肉芽腫	2.95
IIa-4	胆嚢	胆嚢腺筋症	4.65
IIa-5	十二指腸	カルチノイド	4.00
IIa-6	副睾丸	腺腫様腫瘍	4.10
IIa-7	脳	乏突起膠腫	4.53
IIa-8	大動脈	嚢胞性中膜壊死	4.28
IIa-9	甲状腺	広汎浸潤型濾胞癌	2.68
IIa-10	鼻腔	若年性血管線維腫	3.03
IIa-11	肺	辺縁帯 B 細胞リンパ腫	3.60
IIa-12	食道	顆粒細胞腫	4.55
IIa-13	腎	乳頭状腎細胞癌	3.18
IIa-14	外陰	乳頭状汗腺腫	3.35
IIa-15	軟部	陳旧型神経鞘腫	2.50
IIa-16	軟部	結節性筋膜炎	2.22
IIa-17	乳腺	硬化性腺症	3.33
IIa-18	縦隔	B1 型胸腺腫	4.33
IIa-19	脳	血管内大細胞型 B 細胞リンパ腫	4.25
IIa-20	乳腺	良性葉状腫瘍	4.48

物がみられる。以上の所見より、急性脾炎が存在し、脾臓以外にも2臓器以上に感染巣が存在し、さらに死亡直前に発熱やCRPの上昇もみられたことから、敗血症は存在したと考えられる。

4. 臨床上的の問題点4に対する解答

前問の敗血症の所見とともに、心臓においては入院時の梗塞巣以外に、死亡直前に発症したと考えられる新鮮な心筋梗塞が前壁・中隔を主体に後壁・心尖部におよぶ形で認められる。したがって、敗血症以外にも、心筋梗塞による心原性ショックが加わって死亡に至ったものと考えられる。

設問2; 本症例の病理解剖診断を主病変と副病変に分け、それぞれ箇条書きで記載せよ。

A. 主病変

- 新鮮 (急性) 心筋梗塞 (前壁・中隔～後壁・心尖部)
- 敗血症
 - 急性脾炎
 - 前立腺, 胆嚢, 副腎, 気管支内における好中球浸潤

B. 副病変

表 7. IIb 型問題解答

No.	臓器	模範解答	平均点
IIb-1	脊髄	粘液乳頭状上衣腫	2.82
IIb-2	副腎	神経節腫	3.93
IIb-3	甲状腺	未分化癌	4.08
IIb-4	肺	肺芽腫	2.97
IIb-5	小腸	バーキットリンパ腫	1.82
IIb-6	虫垂	Goblet cell carcinoid	2.47
IIb-7	直腸	子宮内膜症	4.85
IIb-8	精巣	胚細胞腫瘍（複合組織型： Yolk sac tumor + Seminoma）	3.72
IIb-9	卵巣	粘性性嚢胞性腫瘍，境界悪 性型	3.90
IIb-10	子宮	頸管ポリープ	4.63
IIb-11	軟部	色素性絨毛結節性滑膜炎	4.62
IIb-12	鼻腔	胎児型横紋筋肉腫	3.28
IIb-13	皮膚	環状肉芽腫	2.40
IIb-14	皮膚	結節性汗腺腫	1.92
IIb-15	口腔	粘表皮癌	3.00
IIb-16	上咽頭	鼻咽頭癌（未分化癌）	4.47
IIb-17	乳腺	乳管内乳頭腫	4.43
IIb-18	乳腺	浸潤性小葉癌	3.98
IIb-19	リンパ節	亜急性壊死性リンパ節炎	4.92
IIb-20	リンパ節	問 1：濾胞性リンパ腫，問 2：bcl-2	4.75

表 8. IIc 型問題解答

No.	臓器	模範解答	平均点
IIc-1	皮膚	スピッツ母斑	3.30
IIc-2	子宮	中等度異形成	4.17
IIc-3	子宮	POD 3-4 (or 第 17-18 日)	3.26
IIc-4	細胞診	3) 髄膜腫	3.41
IIc-5	膀胱	上皮内癌	4.21
IIc-6	細胞診	2) 悪性中皮腫	4.46
IIc-7	前立腺	腺癌 (Gleason score 3+ 3=6)	4.09
IIc-8	皮膚	日光角化症	4.26
IIc-9	大腸	鋸歯状腺腫	2.40
IIc-10	肝	肝細胞癌	0.64
IIc-11	細胞診	3) 上皮内癌	4.43
IIc-12	鼻腔	悪性黒色腫	3.86
IIc-13	肺	サルコイドーシス	3.33
IIc-14	細胞診	2) 線維腺腫	4.09
IIc-15	細胞診	1) 橋本病	4.61
IIc-16	肝	C 型慢性肝炎 (A2, F3)	3.00
IIc-17	大腸	赤痢アメーバ	3.79
IIc-18	胃	Group I, 胃アミロイド	1.29
IIc-19	胃	Group V, 腺癌	3.86
IIc-20	痔	陰性	3.00

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 18 点，II 型全体（IIa＋IIb＋IIc）は約 16 点高く，III 型は逆に約 9 点低かった。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。これは主診断が心筋梗塞と臨床情報からある程度明白であり，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 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。また，細胞診の出題で推定病変を記述させた 2 題は，多肢選択にしたものより正解率が高い傾向がみられた。

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 26 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 282 点未満の者ないし III 型

1. 全身の高度の動脈粥状硬化症
 - a. 諸臓器小動脈のコレステリン塞栓
 - b. 両側内頸動脈起始部の高度狭窄
 - c. 冠状動脈粥状硬化症
 - d. 動脈および細動脈性腎硬化症（良性腎硬化症）
2. 肺うっ血・水腫（左 410：右 470 g）
3. （糖尿病）
 - a. 糖尿病性腎症
 - b. 痔：軽度～中等度の脂肪浸潤
4. 虚血性腸炎：S 状結腸の縦走潰瘍，腸管壁の壊死
5. 腸腰筋内血腫
6. 脳梁右側の出血性梗塞
7. 橋の陳旧性梗塞
8. 肺気腫
9. 左室の求心性肥大・拡張（520 g）
10. 腔水症（胸水：左 250 ml，右 200 ml，腹水：280 ml）
11. 肝臓の日本住血吸虫卵

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	474.8	54.4	420.4	366.1	554	293
I型写真	150	123.5	13.3	110.2	97.0	145	98
I型文章	20	18.3	1.4	16.9	15.5	20	13
I型小計	170	141.8	13.6	128.2	114.6	164	114
IIa型	100	72.8	13.8	59.0	45.1	95	33
IIb型	100	73.0	14.1	59.0	44.9	95	28
IIc型	100	75.6	12.5	63.2	50.7	100	31
II型小計	300	221.3	34.1	187.2	153.1	273	117
I+II計	470	363.1	45.0	318.2	273.2	432	237
III型	150	111.7	17.1	94.6	77.5	136	56
細胞診	50	35.4	6.1	29.2	23.1	47	17

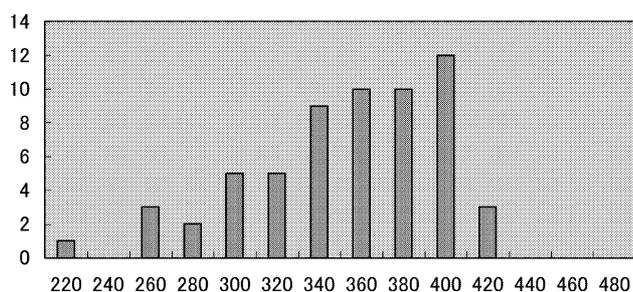


図1. I型+II型合計の得点分布

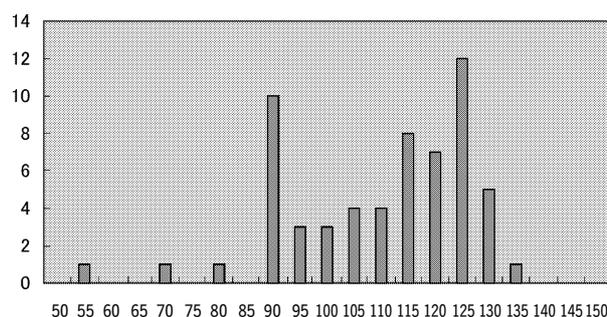


図2. III型問題の得点分布

表10. 病理専門医試験年次別成績推移

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

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	2.9 (1～4) 2.9 (2～4) 3.5 (2～5) 3.4 (3～5) 3.4 (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	3.7 (2～5) 3.8 (3～5) 3.8 (2～5) 3.8 (2～5) 3.9 (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) 2.9 (1～5) 2.7 (1～5) 2.1 (1～3)
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	3.4 (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	3.2 (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	4.1 (1～5) 4.1 (2～5) 4.0 (2～5) 4.0 (2～5) 4.0 (2～5) 4.0 (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	3.7 (2～5)
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	4.0 (3～5)
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	4.0 (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	4.1 (1～5)
使用した顕微鏡	1: 非常に不適切 3: どちらでもない 5: 非常に適切	病理専門医・口腔病理専門医試験	4.0 (1～5)

表 12. 第 23 回日本病理学会病理専門医試験委員構成

第 23 回日本病理学会病理専門医試験実施委員：
清水道生 (委員長), 福永真治, 平井 周, 泉 美貴, 森 正也, 内藤善哉, 西川俊郎, 澁谷 誠, 清水禎彦, 田丸淳一, 上田善彦
面接委員：
福田 悠, 土屋眞一, 横山宗伯
病理専門医試験委員：
黒田 誠 (委員長), 船田信顕, 松本俊治, 田村浩一, 仁木利郎, 鬼島 宏, 長谷川 匡, 杉谷雅彦

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、60 名中 52 名が合格 (合格率 86.7%) となり、合格率は昨年度より 2% 上昇した。表 10 に年次別成績推移を示す。

6 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 98%)。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 30 名 (50.8%)、大学附属病院病理部 (科) 14 名 (23.7%)、国公立病院検査科 (病理科) 11 名 (18.6%)、私

立病院検査科 (病理科) 4 名 (6.8%)、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 (55 名, 93.2%) が 5 年以上 10 年未満であり、10 年以上 15 年未満が 3 名、20 年以上が 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。しかしながら、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、昨年と異なり、顕微鏡に対する評価は高かった。

その他、自由記載欄には、スケジュールがタイトすぎる、III 型問題での時間が足りない、会場の室温が低かった、分子病理的な内容も数問加えてはどうかなど、今後の試験の改善のための参考資料として役立つような多くの意見が寄せられた。

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日本医科大学病理学第二講座の内藤善哉先生ならびに教室員の皆様には心から御礼申し上げます。また、試験実施委員会の開催、試験問題や会場の準備など多方面にわたって大変なお世話を頂いた日本病理学会事務局の大藪いづみさん、菊川敦子さんには改めて心から御礼申し上げます。

第13回（2005年度）日本病理学会 口腔病理専門医試験

第13回口腔病理専門医試験実施委員会
委員長 出雲 俊之

1. はじめに

第13回日本病理学会口腔病理専門医試験は、平成17年7月23、24日の両日にかけて、第23回病理専門医試験(清水道生実施委員長)と同時に日本医科大学橋桜会館ならびに3号館実習室を会場として実施された。本年度の受験者は1人であり、試験後の判定会議および専門医制度運営委員会において、優秀な成績で合格と判定された。試験の実施と採点ならびに合否判定は、基本的に従来と同様におこなわれたが、以下に本年度試験実施の概要を報告する。

2. 受験者

受験者は男性1名で、歯学部卒業後医学部病理大学院に進学し、現在同教室の助手として在籍中である。5年以上10年未満の病理医キャリアであった。

3. 試験の構成

試験は従来同様に、第一日目にIII型問題(150分)、I型問題(70分)および面接(15分)、第二日目にIIa型問題(配布, 60分)、IIb型問題(配布, 60分)、IIc型問題(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(表1)。

I型問題は、写真集に掲載された肉眼像、X線像、組織像、細胞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答える文章問題(20題)からなる。前者は病理専門医試験問題から選択した15問と口腔病理専門医受験者を対象とした15問からなり、後者は全問が共通の問題である。

II型問題は、顕微鏡にて病理組織標本を観察して設問に答える形式の問題で、例年同様IIa(20問)、IIb(20問)、IIc(20問)に分けられ、それぞれ別々の時間枠で試験が実施された。いずれも病理専門医試験問題から選択した10問と口腔病理専門医受験者を対象とした10問の計20問が出題された。IIa型問題とIIb型問題は、各20枚の標本がマップに並べられて各受験生に配布され、60分の時間内で受験生が自由に時間配分を考え解答するものである。一方、IIc型問題は、細胞診、穿刺生検、術中迅速診、希少症例など複数の標本準備が困難な標本を、一定時間(3分)ごとに巡回し、受験生は時間内に鏡見、解答するものである。I型II型のいずれで出題される場合にも、細胞診については基本的には5者択一の設問とされる。

III型問題は、剖検症例1例が出題され病理報告書を作成する形式の問題である。通常の剖検時に類似させた検査データを含む臨床経過概要、臨床的問題点、病理解剖時の肉眼写真および肉眼所見が配布され、標本を鏡見しつつこれらの資料に基づいて剖検報告書をまとめ、臨床的問題点に対する解答を考察する。

面接は、コミュニケーション能力、判断力、態度、知識など口腔病理医としての適性を問うものである。3人の委員により病理解剖、術中迅速診断、CPCあるいは病理診断などについて、日常の対応の仕方や取り組み方、考えなどが質問された。

4. 試験内容と出題方針

I型、II型問題の各解答を示す(表2, 3)。いずれも前半が病理専門医試験問題から選択した共通問題、後半が口腔病理専門医受験者を対象とした口腔問題となっている。

共通問題では、口腔病理医として基盤となる人体病理学の基礎知識を問うことを目的として、広範な臓器から比較的常識的な範囲の問題を選択するようこころがけた。口腔問題も頭頸部領域の代表的疾患を中心に出題したが、亜型を問うものなど、口腔病理専門医として必要と考えられ

表1. 第13回口腔病理専門医試験日程

7月23日(土曜日)	
11:00-12:00	受付
12:00-12:30	受験生集合, 試験実施要領説明
12:30-15:00	III型試験
15:30-16:40	I型試験
17:00-	面接
7月24日(日曜日)	
8:50	受験生集合
9:00-10:00	IIa型試験
10:10-11:10	IIb型試験
11:20-12:20	IIc型試験
12:20-	アンケート, 解散

表2. 第13回口腔病理専門医試験 I型問題解答

I-16.	c-kit (胃)
I-17.	Hodgkin lymphoma, NS type (縦隔)
I-18.	Crohn's disease (小腸)
I-19.	Serous cyst adenoma (臍)
I-20.	Angiomyolipoma (腎)
I-21.	Acute tubular necrosis (腎)
I-22.	Transitional cell carcinoma (細胞診, 尿)
I-23.	1-a) 胎盤 1-b) 臍帯 2) 単一臍帯動脈 (胎盤)
I-24.	Well-differentiated liposarcoma (軟部)
I-25.	Condyloma acuminatum (子宮)
I-26.	Cytomegaro virus infection (直腸)
I-27.	Adenoid cystic carcinoma (細胞診 口腔)
I-28.	Small cell carcinoma (細胞診 肺)
I-29.	Pulmonary aspergillosis (肺)
I-30.	Ameloblastoma (口腔)
I-31.	Epulis osteoplastica
I-32.	Verrucous carcinoma
I-33.	Sjögren's syndrome
I-34.	Nasoalveolar cyst
I-35.	Cementifying fibroma
I-36.	Osteomyelitis (Sequestrum)
I-37.	Herpes simplex
I-38.	Complex odontoma
I-39.	Pemphigus vulgaris
I-40.	Squamous cell carcinoma in-situ
I-41.	Salivary duct carcinoma
I-42.	Adenomatoid odontogenic tumor
I-43.	Epithelial-myoepithelial carcinoma
I-44.	Odontogenic keratocyst
I-45.	Castleman's disease

る少し踏み込んだ設問も加えた。

I型の文章問題およびIII型問題については病理専門医試験と共通であり、病理専門医試験実施委員によって作成されることから、本年度の試験内容についてはそちらも参照されたい。例年III型問題の難易度はややばらつきがあり、採点上での調整が必要となることもある。本年度は、日常の剖検時に比較的目にする機会の多い標準的な問題、糖尿病歴を有する患者における心筋梗塞症例が出題された。口腔病理専門医受験者は、教育環境も異なり自験症例も少ないことから、十分な準備ができずに受験せざるを得ない者もあり、III型の得点がボーダーラインとなることが多い。ここでは特に、III型問題が口腔病理専門医試験に課されている意図について、口腔病理専門医試験要項を引用しておきたい。——口腔病理専門医とは「病理学能力をもって直接医療に参加する専門歯科医師」と定義することができる。ここでいう病理学的能力とは、的確な病理学的診断ができ、治療方針に関する助言、更には研究上の指導もなしうるなど、多様な能力を意味するものである。また、病理学的診断とは、単に「診断名を付ける」ことと同一では

表3. 第13回口腔病理専門医試験 II型問題解答

IIa-01.	Dermatofibroma (皮膚)
IIa-02.	Extramammary Paget's disease (外陰)
IIa-03.	Adenomyosis (胆嚢)
IIa-04.	Oligodendroglioma (脳)
IIa-05.	Marginal zone B-cell lymphoma (肺)
IIa-06.	Granular cell tumor (食道)
IIa-07.	Hidradenoma papilliferum (外陰)
IIa-08.	Nodular fasciitis (軟部)
IIa-09.	Thymoma (縦隔)
IIa-10.	Phyllodes tumor, benign (乳腺)
IIa-11.	Spindle cell carcinoma.
IIa-12.	Chordoma
IIa-13.	Basaroid squamous cell carcinoma
IIa-14.	Verrucous xanthoma
IIa-15.	Calcifying epithelial odontogenic tumor
IIa-16.	Pyogenic granuloma
IIa-17.	Thyroglossal duct cyst
IIa-18.	Schwannoma
IIa-19.	Chronic sclerosing sialadenitis
IIa-20.	Carotid body paraganglioma
IIb-01.	Endometriosis (直腸)
IIb-02.	Germ cell tumor, complex type, yolk sac tumor+ seminoma (精巣)
IIb-03.	Mucinous tumor, borderline malignancy (卵巣)
IIb-04.	Cervical polyp with microglandular hyperplasia (子宮)
IIb-05.	Pigmented villonodular synovitis (軟部)
IIb-06.	Rhabdomyosarcoma, embryonal type (鼻腔)
IIb-07.	Mucoepidermoid carcinoma (口腔)
IIb-08.	Nasopharyngeal carcinoma (上咽頭)
IIb-09.	Intraductal papilloma (乳腺)
IIb-10.	1) Follicular lymphoma 2) bcl-2 (リンパ節)
IIb-11.	Carcinoma ex pleomorphic adenoma
IIb-12.	Olfactory neuroblastoma
IIb-13.	Tuberculosis
IIb-14.	Lymphangioma
IIb-15.	Lymphoepithelial cyst
IIb-16.	Osteosarcoma
IIb-17.	Amyloidosis
IIb-18.	Eosinophilic granuloma
IIb-19.	Acinic cell carcinoma
IIb-20.	Malignant melanoma
IIc-01.	Carcinoma in-situ (膀胱)
IIc-02.	Adenocarcinoma, Gleason score 3+3=6 (前立腺)
IIc-03.	Serrated adenoma (大腸)
IIc-04.	Hepatocellular carcinoma (肝)
IIc-05.	Carcinoma in-situ (細胞診 子宮)
IIc-06.	Sarcoidosis (肺)
IIc-07.	Hashimoto's disease (細胞診 甲状腺)
IIc-08.	Chronic hepatitis, type C, A2 F3 (肝)
IIc-09.	Amebic dysentery (大腸)
IIc-10.	Group V, Adenocarcinoma (胃)
IIc-11.	Squamous cell carcinoma (細胞診)
IIc-12.	Candida (細胞診)
IIc-13.	Pleomorphic adenoma (細胞診)
IIc-14.	CIS(+) or severe dysplasia (手術断端)
IIc-15.	Warthin tumor (迅速標本)
IIc-16.	Carcinoma (+) (well diff. SCC) (迅速標本)
IIc-17.	Carcinoma (+) (porly diff. SCC) (迅速標本)
IIc-18.	SCC (-) (lymphoepithelial lesion) (迅速標本)
IIc-19.	Papillary carcinoma, metastatic (微小転移巣)
IIc-20.	Carcinoma (+) (adenoid cystic ca) (迅速標本)

表 4. 第 13 回口腔病理専門医試験関係委員

実施委員	
出雲 俊之 (委員長, 埼玉県立がんセンター)	
井上 孝 (東京歯科大学)	
前田 初彦 (愛知学院大学歯学部)	
試験委員	
高田 隆 (委員長, 広島大学大学院医歯薬学総合研究科)	
山口 朗 (東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科)	
朔 敬 (新潟大学大学院医歯学総合研究科)	
小宮山一雄 (日本大学歯学部)	
井上 孝 (東京歯科大学)	

なく、むしろ的確に「病態を認識する」ことが重要で、その結果として正しい診断名ないし疾患名を付すことができると考えるべきである。このような病理学的能力を獲得するためには、一般の医学的素養の上に病理学的研修を行うことを必要とするが、なかんずく剖検を中心とした各種の訓練が、各臓器の構造や臓器相互の関連を理解するうえで、最も基本的かつ効果的な役割を果たすものと思われる。剖検の訓練を受けていない者による生検・外科材料や細胞診検体の処理は極めて危険であり、単なる検査技術や診断方法の応用にとどまることは想像に難くない。研修を終えた口腔病理医が、将来にわたって日常的に盛んに剖検業務を行うことは多くはないであろうことを考慮しても、優れた口腔病理医の病理学的能力の判定については、実務上大切な生検・外科材料・細胞診の処理能力と同様に、剖検処理能力についても十分に参考にして合否の決定がなされるのが最も合理的であり、かつ現実的であると考えられる。

5. 採点と評価

本年度は受験者が 1 名であったことから、具体的な採点結果については記載しない。配点は I 型の文章問題が各 1 点、それ以外の I 型および II 型問題が各 5 点であり、I 型： $5 \times 30 + 1 \times 20 = 170$ 点、II 型： $5 \times 20 \times 3 = 300$ 点、III 型：150 点である。III 型問題については、例年通り担当の病理専門医試験実施委員 2 名が、病理専門医試験と同一の採点基準で採点した。面接は各面接委員によって 4 段階評価 (A～D) がなされる。採点に際しては、本試験の形式が通常の病理診断とは異なり、限定された情報下での判断を強いるものであることから、細胞診などの 5 者択一の設問以外では、必ず部分点が考慮される。問題作成の過程では禁忌問題の設定も検討されたが、最終的には本年度試験では見送られた。

試験結果の評価は、I および II 型問題、III 型問題、面接の結果が個別に検討されたのちに、総合的に評価される。その年毎の問題の難易度によって若干の変動はあるが、例年

各 60% が合格最低点の基準となる。面接に関しては、D 評価がつけば不合格、C 評価を 2 名以上がつけば不合格の検討対象となる。試験終了後に、試験委員および試験実施委員によって合否判定会議が開かれ、その結果を 7 月 26 日に赤門学士会館で開催された口腔病理専門医制度運営委員会に諮ったところ、本年度受験者 1 名の合格が決定した。これを受けて、受験者には成績と合格通知を送付した。

6. おわりに

第 13 回口腔病理専門医試験は、関係各位の御協力を得て円滑に終了することができた。今回の試験で 128 番目の口腔病理専門医が生まれた。医学部の病理学教室に身を置いても、研究者としては何ら不都合を感じないであろうが、病理診断医としては、受けた教育の違いを全くの個人的努力で埋めざるを得ないし、それでもなお大きな焦燥を抱え込んできたであろうことが想像される。ここまでの努力に敬意を表するとともに、数少ない専門医集団の一員として新たな出発点に立ったことを自覚し、今後さらに研鑽を積み御自身の病理学を築いていかれることを期待したい。社会的認知度の極めて低い職能集団であるが、個々の質を上げることをもって、少しずつ活動の場を広げていくことができるものと考えている。本年度の受験生は 1 名のみであったが、口腔病理関係者にはぜひ御高配を賜り、恵まれた病理学的研修を受けられる環境を整備して、優秀な人材の輩出に御尽力いただきたい。

7. 謝辞

本年度の口腔病理専門医試験に御尽力いただいた実施委員、試験委員の方々 (表 4) に、改めて御礼申し上げます。自験例からの候補問題の検索、候補問題作成、問題検討、標本作成、問題作成など半年にわたる準備期間を経て、試験当日の監督、面接、採点、集計など各段階での役割を分担し御協力いただき感謝申し上げます。また、合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御礼申し上げます。前述しましたが、口腔病理専門医試験問題は、病理専門医試験問題の中から、共通問題として I 型、II 型の半数の問題と I 型文章問題、III 型問題をそのまま提供していただいております。問題作成に御尽力された病理専門医試験実施委員の先生方に心より御礼申し上げます。特に、黒田 誠試験委員長ならびに清水道生実施委員長には、口腔病理専門医試験の実施にあたり、格別の御配慮を賜りました。また、内藤善哉実施委員ならびに日本医科大学病理学教室の皆様には、口腔病理専門医受験者に対しても試験会場なら

びに試験運営に御高配いただき、深謝申し上げます。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の的

確な助言と優れた事務能力無しには、口腔病理専門医試験が運営できなかったことを記して、御礼の言葉と致します。