



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 272 号

平成 22 年 (2010 年) 9 月刊

1. 第 7 回日本病理学会カンファレンス報告について

平成 22 年 8 月 6 日～7 日に、岡山にて開催された第 7 回病理学会カンファレンスの実施状況について報告いたします。

また、平成 23 年度には、次の通り第 8 回日本病理学会カンファレンスが開催されますので、追って詳細をご案内いたします。

開催日：平成 23 年 8 月 5 日 (金)、6 日 (土)

会場：ホテルブエナビスタ (長野県松本市本庄 1-2-1)

テーマ：「病理学における糖鎖研究—神経・筋、感染症、がん、再生医学—」

世話人：中山 淳 (信州大学医学部病理組織学講座 教授)

第 7 回日本病理学会カンファレンス報告

世話人 松川昭博

(岡山大学医歯薬学総合研究科病理学)

平成 22 年 8 月 6 日 (金)–7 日 (土)、岡山コンベンションセンターにて、第 7 回日本病理学会カンファレンスを開催した。本カンファレンスは「炎症と免疫、がん」をメインテーマに、炎症の分子基盤、炎症と免疫異常、炎症とがん、について考えた。例年にない猛暑の中、合計 107 名の参加者があった (教室スタッフ 3 名含む)。病理学会内外で活躍中の 10 名の招待演者 (下表：五十音順、* は病理学会員) のレクチャーでは、炎症と免疫、炎症と発がん、炎症とがん増殖、について最前線の研究成果が紹介され、活発な質疑応答が行われた。

岩倉洋一郎：免疫、骨代謝に於ける C 型レクチンの役割

梅沢一夫：低分子シグナル伝達阻害剤の探索と病態解析・医薬開発への応用

大島正伸：胃がん発生を促進する炎症反応の分子機序

岡田保典*：MMP/ADAM の病理学的研究：ADAM28 の癌細胞増殖・転移での役割を中心にして

柴田龍弘*：ゲノム解読から見たウイルス性肝発がん

竹田 潔：自然免疫系の活性制御と炎症性腸疾患

仁木利郎*：癌と創傷治癒—浸潤先進部の研究から考えたこと

畠山昌則：胃癌発症におけるヘリコバクター・ピロリの役割

松川昭博*：炎症とサイトカインシグナル伝達

森井英一*：炎症の腫瘍動態への影響について

ポスター演題には 19 題の応募があった。今回は、新たな取り組みとして、全演者に 1 minute プレゼンテーションをお願いし、引き続いてポスター発表の時間を設けた。参加者全員がポスター内容を事前に聞いたため、ポスター発表ではより活発な意見交換が行われた。ポスター演題発表に対して、病理学会理事長、学術委員長、研究推進委員長、招待演者、座長の投票で上位 2 名を選出して表彰した。若手研究者のモチベーション向上・維持に役立つ試みと思われる。

会場は、岡山駅およびホテルに隣接しており、アクセス抜群で参加者の皆様に大変好評であった。会場は新しく、設備は申し分ないものであった。このような会場で開催できたのは、ひとえに病理学会からの経済的支援のおかげであり、今後の開催にも同様なご高配をお願いしたい。

次に、今回のカンファレンスを振り返り、データをもとに総括する。

1) 地域別参加数：(総数 / 病理学会会員数) を示す。

北海道 (3)	北海道 (3/3)
東 北 (0)	
関 東 (13)	東京 (10/6), 神奈川 (2/2), 栃木 (1/1)
信 越 (2)	長野 (2/2)
北 陸 (1)	石川 (1/0)
東 海 (2)	愛知 (1/1), 三重 (1/1)
近 畿 (8)	大阪 (5/4), 滋賀 (1/1), 和歌山 (1/1)
中 国 (70)	岡山 (68/15), 広島 (5/5), 山口 (2/2)
四 国 (1)	愛媛 (1/1)
九 州 (7)	福岡 (4/4), 熊本 (3/3)

→世話人校の岡山からの参加者が半分を占める。会員参加数も多い (15 名) が、非会員の数が 53 名にもおよぶ。ほとんどは、岡山大学医学部からの参加者である (学部生や他分野所属の大学院生を含む)。



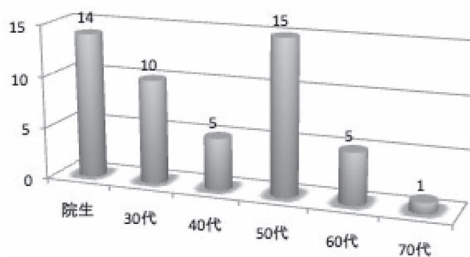
2) 会員・非会員の数：会員 46, 病理所属学生 4, 非会員 57

→会員および将来の会員（教室所属の学生）数は 50 名で、全参加者の約半数程度である。

3) 会員・病理学教室所属参加者の年齢内訳

→指導教員（教授中心）と一緒に参加した大学院生がメイン。

ポスドク、助教、講師クラスの参加者は少ない。



総括：

今回のテーマ「炎症と免疫, がん」はタイムリーな話題であり、第一線で活躍する研究者の講演内容はレベルが高く、多くの参加者から好評をいただいた。しかし、質疑は活発だったものの、高度な内容のためか質問は招待演者間やシニアクラスからのみであった。ポスター発表では若手の意欲を挙げる取組みを行い一定の成果を上げたものの、若手のより積極的な参加が望まれる。本カンファレンスは、病理学会会員（とくに若手）が、学会内外の研究者と十分な討議と交流を行う場として企画されたものである。今後の課題は、より多くの若手の参加を促すことに尽きる。100名規模のカンファレンスは、意見・情報交換、研究者間のネットワーク形成に絶好の規模である。本会を若手研究者の育成のためにもっと活用すべきである。教授やシニアクラスが若手に参加を呼びかけても限界がある。本来、研究会への参加は強制すべきものではない。しかし、病理学会として次代の病理学を支える研究者育成を目指すという前提に立つとすれば、制度上の仕組みを検討する必要があるかもしれない。

その方策として、以下をあげる。

- ① 病理専門医受験資格に組み入れる（受験までに1回は参加すること）
- ② 専門医資格更新のポイントを上げる（総会に次ぐ規模でありながらポイントが低い。外科病理医にも研究心は必要である。支部学術集会程度のポイントはあってよい）

以上

お知らせ

1. 第16回「日本女性科学者の会奨励賞」候補者の募集について

応募期間：2010年11月1日（月）～11月15日（月）

連絡先：日本女性科学者の会賞連絡事務局

佐藤 縁

〒305-8566 つくば市東1-1-1 中央第6

産業技術総合研究所内

FAX 029-861-6177

E-mail: award-sjws@m.aist.go.jp

第28回（2010年度）日本病理学会 病理専門医試験報告

第28回病理専門医試験実施委員会
委員長 岡部英俊

1. はじめに

2010年度の試験は、第28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、京都府立医科大学を会場として行われた。本年度の受験者総数は81名（82名出願、欠席1名）で、62名が合格し、合格率は76.5%であった。同時に第18回日本病理学会口腔病理専門医試験（前田初彦委員長）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型試験問題試験写真集」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、蛍光抗体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知識を問う検鏡試験で、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、一部では、診断に必要な免疫組織染色、特殊染色に関する知識なども求められる。解答は記述式となっている。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。IIa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（3分以内）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内視鏡生検、皮膚生検、術中迅速診断時の凍結切片、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載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、III型試験の理解を口頭試問により確認するという形式で行われた。

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2題は肉眼写真のみ、3題は肉眼写真と組織像を含む問題で1題は臨床画像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1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18年1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気をつかった。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。

採点にあたっては、出題者の模範解答を満点として、そこからのかけ離れの度合いに応じて減点した。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した。細胞診の出題11題は全問記述式解答をもとめた。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型試験の合格判定に加味した。

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】 72 歳，女性

【主 訴】 右上下肢脱力

【職業歴】 不動産業

【家族歴】 妹：脳梗塞

【嗜好歴】 喫煙（30 本/日×50 年），飲酒（ワイン 1 本/3 日）

【既往歴】 一過性脳虚血発作（69 歳），高血圧

【現病歴】 腹痛を自覚したため，近医を受診し，保存的加療となっていた。その6日後夕方より，右上下肢の脱力としびれを認め，様子を見ていたが症状が改善しないため，翌日，当科外来を受診した。右上下肢の筋力低下と右 upper 肢の協調運動障害，右下肢の病的反射があり，頭部 CT にて左橋部に低吸収域を認めたため，脳梗塞の診断で緊急入院となった。

表 1. 第 28 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	基礎医学学舎 1F（ロビー）			
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 型問題会場へ移動 （所持品は講義室 1 にて保管）	基礎医学学舎 1F 講義室 1			
12:30	III 型問題（剖検症例：レポート作成）	基礎医学学舎 2F 顕微鏡実習室			
15:00	I 型試験会場へ移動・休憩 （所持品を各自試験会場に移動のこと）				
15:30	I 型問題	基礎医学学舎 1F 講義室 1, 2			
16:40	面接待機室へ移動・待機 （所持品を各自移動のこと）	基礎医学学舎 2F 演習室 1			
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	基礎医学学舎 1-3F 演習室等			
18:40	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			
8:10	受験生待機室に集合（A, B, C 組） （D 組のみ 9:20 集合）（所持品は演習室 1 にて保管）	基礎医学学舎 2F 演習室 1			
8:20	II 型試験会場へ移動				
8:30	II 型問題	基礎医学学舎 2F 顕微鏡実習室（各 60 分）			
		IIa（20 題）	IIb（20 題）	IIc（20 題）	待機（2F 演習室）
08:30-09:30		A 組	B 組	C 組	
移動（10 分）					
09:40-10:40		D 組	A 組	B 組	C 組
移動（10 分）					
10:50-11:50		C 組	D 組	A 組	B 組
移動（10 分）					
12:50-13:00		B 組	C 組	D 組	A 組（アンケート）

試験終了後，B, C, D 組は顕微鏡実習室でアンケート記入後，2F 演習室 1 で各自の荷物を持ち，順次解散

受験番号：1-20=A 組 21-40=B 組 41-61=C 組 62-82=D 組

表 2. 試験内容と方法

種類	内 容	出題数	配点・解答方法（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（記述 29，五者択一 1）	150 点	70 分
	文章〈法律〉	20 題	各 1 点（○×式）	20 点	
II 型	IIa ガラス標本，配布検鏡	20 題	各 5 点（記述 20）	100 点	180 分 （各 60 分）
	IIb ガラス標本，配布検鏡	20 題	各 5 点（記述 20）	100 点	
	IIc ガラス標本，配布検鏡（生検，細胞診，術中迅速）	20 題	各 5 点（記述 20）	100 点	
III 型	剖検症例（写真，配布標本検鏡）	1 題		150 点	150 分
面接	受験者 1 名，面接担当者 2 名，8 組同時進行		6 段階評価（A, B, C, D, E, 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	0	4
循環器	2	0	1	3
呼吸器(非腫瘍)	2	1	1	4
呼吸器(腫瘍)	1	2	1	4
消化管	2	8	2	12
肝胆膵	1	2	1	4
内分泌	1	2	0	3
泌尿・男性器	1	5	1	7
女性器	2	4	2	8
乳腺	2	2	0	4
造血器	3	4	2	9
皮膚	2	5	2	9
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

【入院時現症】 身長 156 cm, 体重 50.8 kg, 血圧 171/90 mmHg, 脈拍 68/分, 発熱なし。

神経学的所見: 意識清明, 右不全片麻痺(上下肢), 感覚系正常, 小脳性運動失調なし, 自律神経障害なし, 右上肢バレー徴候陽性, 右上肢の協調運動障害あり, 右下肢病的反射陽性, 髄膜刺激症状なし。

胸部: 心肺聴診所見異常なし。

腹部: 平坦, 軟, 右下腹部圧痛あり, 腸雑音亢進, 反跳痛なし, 筋性防御なし。

【入院時検査所見】 (末血・生化学) (カッコ内は基準値)

全血算では白血球増多 [WBC 14,300/ μ l (2,700-8,800)] 以外異常は無く, 生化学検査では LDH [411 U/l (106-211)] 上昇と CEA [19.8 ng/ml (<5.5)] の軽度上昇が認められた。凝固線溶系の検査では, TAT [6.71 ng/ml (<2.0)], PIC [8.69 μ g/ml (<0.8)], D-dimer [9.59 μ g/ml (<0.80)], および FDP [20.6 μ g/ml (<2.8)] の高値を認めた。しかし, 血小板は

表4. I型写真問題解答

No.	臓器	提示写真	模範解答	平均点
I-01	胆嚢	1枚	コレステロールポリープ	4.96
I-02	鼻咽頭	2枚	問1: リンパ上皮癌(未分化癌, 非角化型扁平上皮癌) 問2: EBウイルス, in situ hybridization法	3.49
I-03	皮膚	2枚	メルケル細胞癌	3.94
I-04	皮膚	2枚	尋常性天疱瘡	3.89
I-05	骨	2枚	問1: ランゲルハンス細胞組織球症 問2: S-100 (CD1a, または Langerin (CD207))	4.25
I-06	心臓	2枚	問1: アミロイドーシス 問2: Congo red 染色 (ダイロン染色)	4.20
I-07	大脳	2枚	中枢神経細胞腫	2.10
I-08	中脳	1枚	問1: Lewy 小体 問2: パーキンソン病	4.65
I-09	骨髄	2枚	多発性骨髄腫	4.63
I-10	腎	2枚	抗糸球体基底膜抗体腎炎 (Goodpasture 症候群)	1.84
I-11	肺	3枚	肺分画症	1.64
I-12	肺	3枚	クリプトコッカス症	4.44
I-13	乳腺	2枚	髄様癌	4.21
I-14	細胞診	2枚	ヘルペスウイルス感染	3.52
I-15	細胞診	2枚	バジェット病	4.17
I-16	口腔	2枚	多形腺腫	2.19
I-17	子宮	2枚	漿液腺癌	3.83
I-18	血管	3枚	嚢胞状中膜壊死	4.32
I-19	胃	2枚	4型胃癌/低分化腺癌 (por2)	4.05
I-20	直腸	2枚	クローン病	3.44
I-21	骨髄	2枚	問1: 急性前骨髄球性白血病 (M3) 問2: fagott	3.72
I-22	血液	2枚	成人性T細胞性白血病	4.94
I-23	乳腺	2枚	浸潤性微小乳頭癌	3.98
I-24	副腎	2枚	副腎皮質腺腫	3.73
I-25	卵巣	2枚	問1: 輪状細管を伴う性索腫瘍, Peutz-Jeghers 症候群	2.33
I-26	軟部	2枚	問1: 胞巣状軟部肉腫 問2: PAS 染色	3.47
I-27	口腔	2枚	骨肉腫	1.98
I-28	細胞診	1枚	扁平上皮癌	4.26
I-29	細胞診	2枚	ウイルス感染細胞	2.95
I-30	細胞診	3枚	ニューモシスチス肺炎	4.56

表5. I型文章問題解答

No.	問題文	正解	平均点
I-46	組織標本は標本体積の2倍量程度の10%ないし20%ホルマリンにより適切な固定がなされる。	×	0.64
I-47	真菌はグラム染色で陽性を呈する。	○	0.25
I-48	PAS染色による細胞質内のグリコーゲンを証明する場合には、10%ないし20%ホルマリン溶液で通常より長めに十分固定することにより染色性を高める事が出来る。	×	0.89
I-49	アルカリフォスファターゼ標識抗体を用いて酵素抗体染色を実施する場合には過酸化水素による前処理を実施する必要は無い。	○	0.81
I-50	パパニコロウ染色に用いる細胞診塗抹材料の固定にはホルマリンが最も一般的に用いられる。	×	0.99
I-51	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。	○	0.67
I-52	蟻酸で脱灰した組織標本は、EDTAを用いて脱灰した場合に比べ、HE染色の染色性には一般的には優劣を認めない。	×	0.84
I-53	アザン・マロリー染色およびマッソン・トリクロム染色標本ではいずれも膠原線維は青く、また細胞核は紫紺-黒色調を帯びて染色される。	×	0.49
I-54	HTLV-1(成人性T細胞性白血病ウイルス)は、ホルマリン固定臓器からは感染を生じることには無い。	○	0.9
I-55	術中迅速診断では、氷結を避けるため組織凍結は時間をかけて凍結させる必要がある。	×	1.00
I-56	術中迅速凍結組織診では、通常の組織診同様3臓器まで診療報酬請求ができる。	×	0.68
I-57	大腸の生検を実施した場合、採取部位の如何にかかわらず臓器分の診療報酬請求しかできない。	×	0.73
I-58	細胞診では病理組織診の場合と異なり、一検体の診療報酬は、全ての臓器で同一ではない。	○	0.68
I-59	診断確定のために同一症例で免疫染色を実施した際は、一件あたり診療報酬請求は一抗体分のみしか出来ない。	×	0.86
I-60	乳がんの治療方針決定のために実施されるエストロゲン受容体、プロゲステロン受容体、HER2の発現程度を免疫組織化学的手法で半定量的な判定を実施した場合は、鑑別診断のための免疫染色と別の診療報酬請求が認められている。	○	0.91
I-61	同一患者で診療上の必要性がある場合は、同月内に何度組織診を繰り返しても、その都度病理判断料を請求できる。	×	0.63
I-62	死体の解剖は医師または歯科医師以外が実施することは法律で禁じられている。	×	0.95
I-63	いかなる場合でも剖検は法的に認可された死体解剖施設以外では禁止されており、必ず所定の死体解剖施設へ搬送して実施する必要がある。	×	0.51
I-64	異状死体の司法解剖には遺族の承諾を得る必要がない。	○	0.99
I-65	病理標本作製で、使用量の多いホルマリン、アセトン、キシレンなどは作業環境での濃度測定が法令に従い、定期的実施する必要がある。	○	0.98

表6. IIa型問題解答

No.	臓器	模範解答	平均点
IIa-01	食道	粘膜皮内扁平上皮癌 (SCC in situ)	4.51
IIa-02	胃	黄色腫	4.43
IIa-03	口腔	エナメル上皮線維腫	3.73
IIa-04	肝臓	血管筋脂肪腫	3.96
IIa-05	子宮	ポリープ状異型型筋腫	1.88
IIa-06	直腸	粘膜脱症候群	2.58
IIa-07	結腸	若年性ポリープ	2.44
IIa-08	リンパ節	問1:ホジキンリンパ腫, 結節硬化型, 問2:CD15, CD30	3.73
IIa-09	胸腺	胸腺腫, AB型	3.15
IIa-10	頸髄	上衣腫	2.54
IIa-11	乳腺	葉状腫瘍	4.53
IIa-12	肺	硬化性血管腫	4.30
IIa-13	副腎	褐色細胞腫	3.95
IIa-14	腎	乳頭状腎細胞癌	3.17
IIa-15	精巣	悪性リンパ腫(びまん性大細胞性リンパ腫)	2.51
IIa-16	皮膚	尋常性乾癬	3.10
IIa-17	皮膚	乳頭状汗管囊胞腺腫	3.26
IIa-18	皮膚	尋常性疣贅	1.73
IIa-19	卵巣	腺癌転移(Krukenberg腫瘍)	4.88
IIa-20	骨	褐色腫瘍(巨細胞性再生肉芽腫)または嚢胞性線維性骨炎	1.79

基準値範囲内 [20.5×10⁴/μl (14.0-34.0)] であった。

その他の異常所見としては、

胸部レントゲン：右下肺野に異常影あり。

腹部レントゲン：大腸ガス貯留あり。

頭部MRI：両小脳半球、左尾状核、後頭葉、皮質下白質にT2強調画像にて多発高信号病巣あり。

【入院後経過】

入院時、頭部MRI T2強調画像にて、両側大脳半球に高信号の虚血性変化を伺わせる多発性病巣を認めたため、抗血小板療法(オザグレルナトリウム 160 mg/日)を開始した。採血検査で凝固能の亢進と腫瘍マーカー(CEA)の上昇が持続していた。右不全片麻痺は改善傾向にあった。また、ホルター心電図上、虚血性変化等の異常所見はみられず、経胸壁心エコーにて左房内血栓はなく、左室駆出率は73%で正常範囲内、左心室壁の運動異常はなかった。腹痛の原因検索と悪性疾患の除外目的で、入院後11日目に全身CTを施行したところ、腹腔内には異常所見はみられなかったが、右下肺野S⁸に腫瘤影、縦隔リンパ節の腫大、両側腎臓に楔状の低吸収域を認めた。右肺腫瘤の気管支鏡下肺生検実施のため、抗血小板薬を一時中止した。その直後に、意識レベルの低下、全身性痙攣および左片麻痺が生じ、頭部MRIにて、右中大脳動脈領域に広範に血行障害

表 7. IIb 型問題解答

No.	臓器	模範解答	平均点
IIb-01	肺	孤在性線維性腫瘍 /CD34	4.26
IIb-02	肺	肺胞蛋白症	1.98
IIb-03	睪臓	漿液性嚢胞腺腫	4.23
IIb-04	胃	胃型腺腫 (幽門腺腫)	2.28
IIb-05	胃	炎症性線維状ポリープ	3.48
IIb-06	結腸	虚血性腸炎	4.26
IIb-07	結腸	腺腫内癌	4.17
IIb-08	リンパ節	皮膚病性リンパ節症	3.27
IIb-09	骨髄	骨髄線維症	3.02
IIb-10	大脳	2) 退形成性乏突起膠腫	2.04
IIb-11	甲状腺	乳頭癌濾胞型	4.09
IIb-12	乳腺	小葉癌	4.56
IIb-13	腎	嫌色素細胞癌	3.70
IIb-14	前立腺	前立腺癌	4.52
IIb-15	精巣	胚細胞腫瘍, 混合型	3.62
IIb-16	皮膚	問 1: サルコイドーシス 問 2: チール・ネルゼン染色	4.30
IIb-17	皮膚	グロムス腫瘍	4.02
IIb-18	卵巣	顆粒膜細胞腫 (成人型)	3.85
IIb-19	子宮	アデノマトイド腫瘍	4.05
IIb-20	軟部	結節性筋膜炎	3.43

を窺わせる病変が新たに見られたため、補液と脳保護薬投与を行った。しかしその3日後(入院17日目)には、2次性てんかんを発症した。6日後(入院23日目)の頭部MRIにて、新たに左中大脳動脈領域にも虚血性変化を窺わせる病変が認められた。入院後25日目には左前大脳動脈領域、58日目には左中大脳動脈領域にも同様の病変が次々と形成され、その後の経過中、さらに右前大脳動脈領域、左後大脳動脈領域、および脳底動脈傍正中枝領域にも同様の病変を生じた。その後心血管系の精密な画像検索が実施されたが、大血管や心臓の内腔には弁を含め血栓や疣贅などの病変は全く認めなかった。また、抗リン脂質症候群などの自己免疫疾患も種々の検査にて否定されたため、最終的に本症例に今までみられた一連の所見は血液凝固能異常を伴う傍腫瘍症候群(Trousseau症候群)と推定された。入院後64日目の採血検査上、炎症反応の上昇とCPKの増多があり、心電図上、IIIとaVFにて異常Q波、V5とV6にてT波の陰転を認め、心室頻拍を合併したため、ヘパリンと血管拡張薬投与に加えリドカインや硫酸マグネシウムを併用した。血液凝固能亢進と共に、心不全を発症し、呼吸状態も増悪した。抗血小板薬、血管拡張薬、および抗不整脈薬を投与していたが、心室頻拍を繰り返し、呼吸状態が徐々に悪化し、入院後4カ月(120日)目に永眠となった。

表 8. IIc 型問題解答

No.	臓器	模範解答	平均点
IIc-01	肺	腺扁平上皮癌	4.26
IIc-02	肺	肺チューモレット	3.69
IIc-03	口腔	エナメル上皮腫	4.63
IIc-04	口腔	粘表皮癌	1.42
IIc-05	肝	原発性胆汁性硬化症	4.01
IIc-06	子宮	上皮内扁平上皮癌 + 上皮内腺癌	1.41
IIc-07	心臓	粘液腫	4.69
IIc-08	胃	MALT リンパ腫	2.86
IIc-09	結腸	偽膜性腸炎	1.65
IIc-10	リンパ節	良性腺封入	3.27
IIc-11	リンパ節 (凍結標本)	転移なし	4.59
IIc-12	皮膚	脂腺癌	4.53
IIc-13	膀胱	上皮内癌	4.60
IIc-14	皮膚	環状肉芽腫	3.60
IIc-15	卵巣	卵巣甲状腺腫	4.32
IIc-16	細胞診	尿路上皮癌	4.32
IIc-17	細胞診	小細胞癌	3.73
IIc-18	細胞診	子宮頸部扁平上皮内癌 (CIN III, HSIL)	3.59
IIc-19	細胞診	乳腺良性病変	4.51
IIc-20	細胞診	腺癌	4.05

2) 剖検時の主な所見

死後時間：10時間5分

身長 151 cm, 体重 38 kg

主要臓器重量：脳 1,000 g, 心臓 395 g, 肝臓 1,360 g, 脾臓 110 g, 左肺 315 g, 右肺 660 g, 左腎 135 g, 右腎 135 g

外表および肉眼所見：体格は小柄で、栄養状態は不良。全身に紫斑を散在性に認めた。外表上、黄疸なし。表在リンパ節は触知されず。瞳孔は散大し、正円で左右同大。眼瞼結膜は貧血性、眼球結膜に黄疸なし。腹部平坦。上下肢には軽度の浮腫があった。

心嚢液は 30 ml で黄色透明。心臓の断面を図 1 に示す。冠状動脈には 3 枝いずれにおいても高度の動脈硬化による狭窄あり(図 2)。大動脈弁および僧帽弁の所見は図 3 に示す通りである。肺の断面は図 4 に示す通りである。胸水は両側共なし。右肺門、気管支周囲、および右頸部リンパ節の腫大あり。

肝臓と脾臓の断面所見は各々図 5 と図 6 に示す。睪臓の実質は保たれ、脂肪壊死は認めなかった。腹水は少量。腎臓の重さに左右差はなく、図 7 はその断面所見である。子宮には径 15 mm 大まで数個の筋腫と子宮腺筋症の所見を認めた。大動脈には高度の粥状硬化をみた。下大静脈内には 70×15 mm 大の血栓形成あり(図 8)。

大脳には、両側の中大脳動脈領域および左前大脳動脈領

域を主体とする広範な軟化巣を認めた (図 9)。小脳や橋にも微小な軟化巣が散在していた。脳底動脈には全体的に高度の動脈硬化を認め (図 10)、両側の中大脳動脈は粥状硬化および血栓によって完全に閉塞していた。また、左中大脳動脈の第一分岐部に 7 mm 大の動脈瘤があり、その内腔は血栓により閉塞を来していた。

[模範解答]

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

主病変

1. 肺癌

(右下葉 S8 原発, 中分化腺癌・混合型)

・臓器転移: なし

・リンパ節転移: あり (右肺門, 気管支周囲, 右頸部)

[関連病変]

Trousseau 症候群 (血液凝固能亢進)

A. 動静脈血栓症

a. 多発性脳梗塞 (重量: 1,000 g)

(両側の中大脳動脈領域および左前大脳動脈領域を主体とする広範な梗塞巣 + 小脳や橋の微小な散在性梗塞巣。両側の中大脳動脈には粥状硬化および血栓による完全閉塞あり)

b. 多発性腎梗塞 (重量: 左 135 g, 右 135 g)

(左上極, 左中部, および右中部に散在)

c. 脾梗塞 (重量: 110 g)

d. 下大静脈内血栓

B. 非細菌性血栓性心内膜炎

(大動脈弁および僧帽弁に多数の血栓性疣贅を形成)

2. 急性および陳旧性心筋梗塞 (重量: 395 g)

(左室側壁～後壁: 急性と陳旧性が混在した貫壁性梗塞巣。左前下行枝・回旋枝・右冠状動脈高度動脈硬化症)

副病変

1. 肺うっ血・水腫 (両側) + 肺気腫 (両側上葉) + 肺炭粉沈着症 (重量: 左 315 g, 右 660 g)

2. 全身高度動脈硬化症

3. 左心室求心性肥大

4. 肝うっ血 + 軽度脂肪肝 + 孤立性肝嚢胞 (重量: 1,360 g)

5. 脾うっ血

6. 左中大脳動脈瘤 (第一分岐部, 7 mm 大, 内腔の血栓による閉塞を伴う)

7. 良性腎硬化症 + 右腎孤立性嚢胞 (径 12 mm 大)

8. 皮膚紫斑

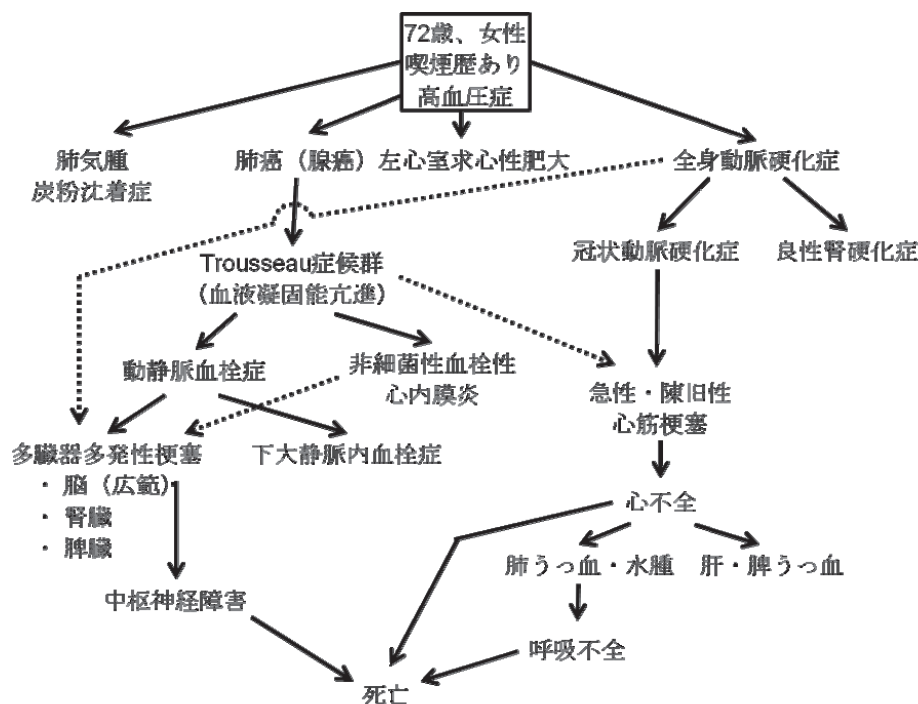
9. 低栄養状態 (151 cm, 38 Kg)

10. 子宮筋腫 (径 15 mm 大まで数個) + 子宮腺筋症

B:

1) 脳などの多発性病変の形成に血液凝固能亢進がどのような形で関与していたのか, 肺結節性病変との関連性を含め, 具体的に解説せよ。

解答例: 脳やその他の臓器にみられた梗塞巣は, 病変の大きさから考えると, DIC によるものとは異なり, 太い動脈における血栓に起因する病変と判断される。この他, 動脈のみならず下大静脈にも血栓形成があった。臨床的検査データでみられた血液凝固能亢進はこれらの剖検所見を裏付けている。しかし, 末血での血小板減少は認められず, 典型的な DIC とは言えない。血液凝



固能亢進の原因として、種々の検査で抗リン脂質症候群などの自己免疫的な機序による可能性は除外されているため、剖検でみられた右肺下葉の腺癌に伴う傍腫瘍症候群（Trousseau 症候群）によるものが最も考えられる。

- 2) 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図示せよ。なお、その際関連の強いものは実線、弱いものは破線を用いなさい。

(参考)

Trousseau 症候群について：

悪性腫瘍（肺腺癌が最も多い）により凝固亢進状態を生じ、脳動静脈血栓症を併発して、様々な神経症状を呈する病態であり、傍腫瘍症候群の一つとして捉えられている。

腫瘍細胞は凝固カスケードを活性化する因子を産生すると共に、腫瘍抗原との細胞間相互作用を惹起してさらに凝固活性化を促進し、血栓傾向をもたらす。

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総合得点の平均は445点で昨年に比較して35点(5.8%)高かった。一題5点満点として2点未満の得点であった問題が30題中3題、IIab型問題40題中4題、IIc型問題20題中3題といずれも昨年に比較して少なかった(昨年はそれぞれ7題、6題、5題)。一方、4点以上の高得点であった問題は、I型写真問題30題中13題、IIab型問題40題中15題、IIc型20題中11題で、昨年のそれぞれ7題、15題、9題に比較して、I型問題で5題、IIabとIIc型問題を合わせたII型問題全体では2題多く、本年度の特徴は前年度と比較して、I+II型問題の成績が良好で、昨年以前のここ数年とほぼ同様のレベルの成績であったが、III型の問題の成績は不振であった。今回のIII型問題は、個々の臓器の病変を臨床診断と関連付けて病理診断をまとめる能力を検定するため、予め臨床経過や検査データの解析から導かれた病態を明確に提示した症例について、病理診断とそれに関連する設問を作成した。また、昨年に倣い、

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	445.2	58.8	386.4	327.6	547	306
I型写真	150	109.8	18.4	91.4	72.9	142	61
I型文章	20	15.4	2.0	13.4	11.4	20	10
I型小計	170	125.2	18.9	106.3	87.3	161	78
IIa型	100	66.2	14.2	52.0	37.8	91	36
IIb型	100	73.1	12.8	60.4	47.6	98	40
IIc型	100	73.8	9.9	63.9	54.0	94	50
II型小計	300	213.1	30.6	182.5	151.9	271	130
I+II計	470	338.3	45.4	292.9	247.5	406	214
III型	150	106.9	19.1	87.8	68.7	150	49
細胞診	50	35.9	7.9	28.1	20.2	50	15

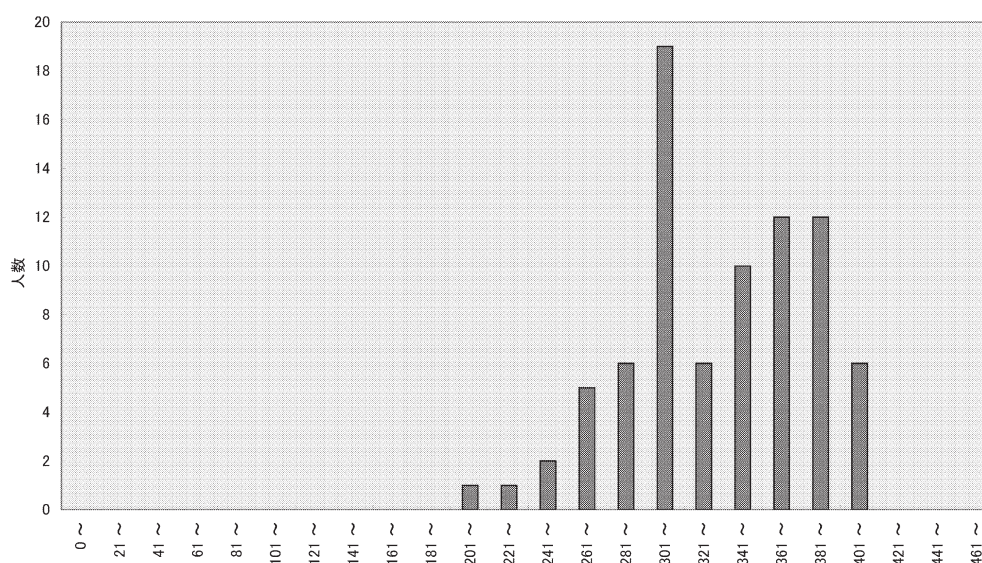


図1. I+II型合計の得点分布

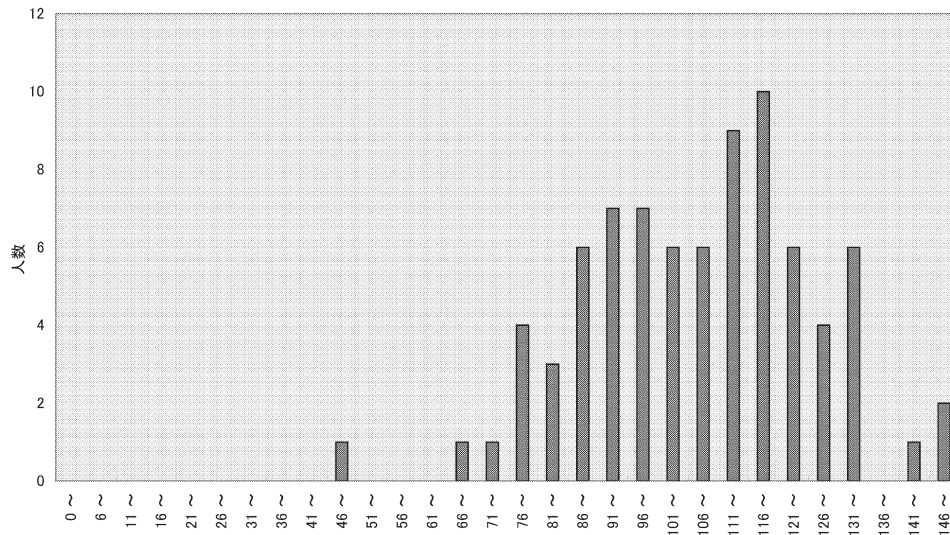


図 2. III 型の得点分布

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	84.7	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

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連をフローチャートで図示する設問を設けた。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をして、受験生の診断能力を評価した。記載不十分な受験生の中にも面接で的確な返答や、誤った点の修正ができ、良い評価を獲得したものもいた。I+II 型問題では研修要綱の範囲の問題で比較的遭遇頻度の少ないものについても正解率が高いグループと低いグ

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 (1～5) 3.8 (2～5) 3.3 (2～5) 3.6 (2～5) 3.3 (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	3.3 (1～5) 3.1 (1～5) 3.2 (2～5) 3.2 (1～5) 3.4 (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	3.0 (2～4) 3.1 (2～4) 3.0 (1～4) 2.5 (1～4) 2.6 (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	3.4 (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	3.1 (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門あたりの写真数 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) 3.5 (2～5) 3.5 (1～5) 3.5 (1～5) 3.5 (1～5) 3.5 (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	3.4 (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・口腔病理専門医試験	3.8 (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・口腔病理専門医試験	3.8 (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	3.9 (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	3.0 (1～5)

ループが乖離する傾向がみられ、点数分布は正規分布パターンからずれていた。III型では、例年のように低得点側に尾を引く傾向がめだち、成績不振の受験生の解答には主要所見を取りまとめるにあたって病態を論理的に整理把握できていないことが目立ち、少数ではあるが、基本的な所見の把握が極めて不十分なものもみられた。

最終的な合否は、試験実施委員会及び試験委員が採点、集計した結果をもとに7月28日(水)に行われた。本年

度の合否判定基準は、I+II型の得点は正規分布をとらなかつたが、問題の難易度を考慮して282点(6割)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、90点(6割)未満のものを不合格とした。面接のみによる不合格者はいなかつた。今回のIII型問題の解答には、一般的に臨床経過を参照して病理診断を取りまとめる能力が不足がちなものが多く、これがひいてはフローチャートで図示する問題の解答の不備につながる傾向が認められた。

剖検結果を適切に臨床家にフィードバックするために、病理専門医には臨床所見との対比を考慮しつつ剖検診断を取りまとめる能力が必須の条件である。従って、本専門医試験の受験に当たっては、事前にこの分野の研鑽を十分に積んでおくことが望まれる。なお、本年度の受験者 81 名中合格者は 62 名（合格率 76.5%）であり、新規受験者 63 名中合格者は 52 名（合格率 82.3%）で、再受験者 18 名中の合格者は 10 名（合格率 55.6%）であった。表 10 に年次別成績推移を示す。9 年前から、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 35 名（43.2%）、大学付属病院病理部（科）22 名（27.4%）、国公立病院検査科（病理科）14 名（16.0%）、私立病院検査科（病理科）8 名（9.9%）、研究施設、衛生検査所からの受験者なくその他 2 名で内 1 名は病理開業医であった。病理医としてのキャリアについては、ほとんどの受験者（74 名 91.3%）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り異なっていたが、平均的にはほとんどの項目でほぼ、適当とされる 3 を超える評価であった。I 型写真問題は昨年と比べ、難易度が低いことを反映し、3 点台であったが、一方、新作問題が多かった I 型文章問題がやや難しいという回答が多かった。しかし、全体としては昨年とあまり異ならない内容であると思われた。試験時間については、IIc 型、III 型を除くと平均 3 を超えていた。III 型は、全般的に平

表 12. 第 28 回日本病理学会病理専門医試験委員構成

第 28 回日本病理学会病理専門医試験実施委員：

岡部英俊（委員長）、岡 一雅、河原邦光、小西英一、
新宅雅幸、杉原洋行、辻本正彦、長尾俊孝、中村暢樹、
野々村昭孝、廣川満良

面接委員：

伊東恭子、浦田洋二、羽賀博典、伏木信次、南口早智子、
柳澤昭夫

病理専門医試験委員：

野島孝之（委員長）、伊丹真紀子、伊藤智雄、梅村しのぶ、
大林千穂、津田 均、中谷行雄、村田哲也

均 2.6 とやや試験時間が短いという回答が多かったものの、昨年の 2.2 よりやや時間不足という回答が少なかったが、III 型問題の設問の数が昨年より減らしたことによると思われる。試験内容と日常業務との関連性の質問では、平均 3.4 で昨年より 0.5 上昇していたが、これは、昨年と比して日常的に経験する頻度が高い病変を出題したことを反映していると思われた。

7. おわりに

本年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いただきました実施委員の先生方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各段のご援助をいただいた京都府立医科大学の小西英一先生、柳沢昭夫先生および教室員の皆様には心より御礼申しあげます。また、折に触れ会の運営に関して御助言いただいた前年の実施委員長野々村昭孝先生、ならびに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いただ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あげます。

第18回（2010年度）日本病理学会 口腔病理専門医試験報告

第18回口腔病理専門医試験実施委員会
委員長 前田初彦

1. はじめに

第18回（2010年度、平成22年度）の日本病理学会口腔病理専門医試験は、2010年7月24日（土）と25日（日）に、第28回病理専門医試験と同時に、京都府立医科大学で実施された。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7名で、6名が合格した。試験の内容と採点ならびに合否判定は、従来の方法に準拠して行われた。

2. 受験者の概要

受験者の内訳は、歯学部（歯科大学）の病理学教室が1名、私立病院検査科（病理科）が2名、国公立病院検査科（病理科）が1名、医学部病理学教室が3名であった。最近の傾向として、歯学部（歯科大学）の病理学教室以外の所属施設の受験者の割合が増えている。受験者の口腔病理の経験は5年以上10年未満が6名で、10年以上15年未満が1名であった。

3. 試験内容と出題方針

試験は例年と同様、I型問題（写真問題30問、文章問題20問）、II型問題（標本配布問題40問、標本回覧問題20問）、III型問題（剖検症例）であった。そのうちI型、II型問題の前半半数は、病理専門医試験問題から選択し共通問題とした。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、隣接する頭頸部病変も若干数出題した。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、肉眼像やエックス線画像を加えた。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、細胞像を写真で提示し、総合的な診断能力を問う問題である。特に口腔問題では肉眼像やエックス線画像を加味して、組織像で鑑別を問う問題を9題出題した。写真問題の模範解答と平均点を表3に示す。I-16～30は共通問題、I-31～45は口腔問題である。配点は各問5点、合計150点である。

I型の文章問題は、日常の病理業務に必要な基本的な事項を正誤判定（○×）形式で問う問題である。各問題の配点は1点で、合計20点であり、今年度の口腔病理専門医の受験者の平均は14.1点で昨年とほぼ同程度であった。

2) II型問題

II型問題は検鏡試験で、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型問題は回覧方式で、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	1
口腔・頭頸部	5
呼 吸 器	4
骨 軟 部	2
循 環 器	2
消 化 器	6
女 性 器	5
男 性 器	2
神 経	1
造 血 器	2
内 分 泌	3
乳 腺	2
泌 尿 器	1
感 覚 器	1
皮 膚	3
細 胞 診	5
計	45

表2. 口腔問題の疾患分類別出題数

分類	出題数
非菌原性嚢胞	3
菌原性腫瘍	6
顎骨の腫瘍性疾患	3
顎骨の非腫瘍性疾患	3
粘膜の腫瘍性疾患（細胞診）	10（2）
粘膜の非腫瘍性疾患	4
唾液腺腫瘍（細胞診）	1（3）
唾液腺の非腫瘍性疾患	2
その他の腫瘍性疾患（細胞診）	3（1）
その他の非腫瘍性疾患	4
計	45

表 3. I 型写真問題 模範解答および平均点

問題番号	模範解答	平均点
I-16	多形腺腫	5.00
I-17	漿液性腺癌	2.50
I-18	嚢胞状中膜壊死	2.50
I-19	問 1: 4 型胃癌 問 2: 低分化腺癌 (por2)	4.50
I-20	クローン病	2.75
I-21	問 1: 急性前骨髄球性白血病 (M3) 問 2: faggot	2.38
I-22	成人 T 細胞性白血病	4.00
I-23	浸潤性微小乳頭癌	4.25
I-24	副腎皮質腺腫	1.50
I-25	問 1: 輪状細管を伴う性索腫瘍 問 2: Peutz-Jeghers 症候群	4.00
I-26	問 1: 胞巣状軟部肉腫 問 2: PAS 染色	2.50
I-27	骨肉腫	5.00
I-28	扁平上皮癌 (細胞診)	5.00
I-29	ウイルス感染 (細胞診)	1.50
I-30	ニューモシスチス肺炎 (細胞診)	4.00
I-31	石灰化上皮性歯原性腫瘍	3.75
I-32	石灰化嚢胞性歯原性腫瘍	5.00
I-33	先天性エプーリス	4.50
I-34	セメント芽細胞腫	3.75
I-35	類基底扁平上皮癌	2.50
I-36	紡錘細胞癌	3.75
I-37	原発性骨内扁平上皮癌	3.75
I-38	色素性母斑	3.25
I-39	アミロイド染色 (コンゴレッド等)	3.75
I-40	骨異形成症 (根尖性セメント質異形成症)	2.50
I-41	壊死性唾液腺化生	3.75
I-42	正中菱形舌炎	2.50
I-43	Langerhans cell 組織球症 (好酸球肉芽腫)	3.75
I-44	類表皮嚢胞	5.00
I-45	腺腫様歯原性腫瘍	3.75

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。解答は基本的には記述式であるが、細胞診は主に多肢選択問題となっている。配点は各 5 点、合計 300 点で、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してほしい。配点は筆記試験が 100 点、面接試験が 50 点である。面接試験は各受験者の解答用紙の記述内容を参考にして、III 型問題の理解を口頭試問によって確認する事に主眼をおき、試験委員 (3 名) と実施委員 (3 名) で受験者 1 名ごとに約 20 分間で行った。

表 4. IIab 問題 模範解答および平均点

問題番号	模範解答	平均点
IIa-1	黄色腫	2.50
IIa-2	エナメル上皮線維腫	2.50
IIa-3	問 1: ホジキンリンパ腫、結節硬化型 問 2: CD15, CD30	3.25
IIa-4	胸腺腫, AB 型	3.75
IIa-5	上衣腫	0.00
IIa-6	葉状腫瘍	5.00
IIa-7	褐色細胞腫	3.75
IIa-8	乳頭状腎細胞癌	2.25
IIa-9	悪性リンパ腫 (びまん性大細胞性リンパ腫)	1.25
IIa-10	尋常性疣贅	2.50
IIa-11	口腔カンジダ症	2.25
IIa-12	扁平上皮癌のリンパ節転移	5.00
IIa-13	角化嚢胞性歯原性腫瘍	3.75
IIa-14	術後性上顎嚢胞	5.00
IIa-15	海綿状血管腫	3.75
IIa-16	メラニン色素沈着	1.50
IIa-17	サルコイドーシス	1.75
IIa-18	顆粒細胞腫	3.75
IIa-19	悪性黒色腫	5.00
IIa-20	神経鞘腫	5.00
IIb-1	孤在性線維性腫瘍/CD34	2.50
IIb-2	肺胞蛋白症	3.00
IIb-3	漿液性嚢胞腺腫	3.75
IIb-4	炎症性線維状ポリープ	4.75
IIb-5	腺腫内癌	5.00
IIb-6	前立腺癌 (腺癌)	3.75
IIb-7	グロムス腫瘍	2.50
IIb-8	アデノマトイド腫瘍	2.50
IIb-9	結節性筋膜炎	2.50
IIb-10	腺癌転移 (Krukenberg 腫瘍)	5.00
IIb-11	乳頭腫	5.00
IIb-12	扁平上皮癌	5.00
IIb-13	悪性リンパ腫	3.75
IIb-14	リンパ管腫	1.25
IIb-15	下顎隆起	5.00
IIb-16	線維腫	2.25
IIb-17	粘液腫	5.00
IIb-18	脂肪腫	3.75
IIb-19	滑膜性骨軟骨腫症	2.50
IIb-20	基底細胞腺腫	3.75

4. 採点と判定

採点は、模範解答およびこれに類する解答を満点とし、誤字や必要な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 に示した。本年の受験者 7 名の総合計の平均得点率は 74.8% で昨年より高く、I 型問題の平均得点率は 75.9%、II 型問題は 76.3%、III 型問題 (筆記 + 面接) は 72.2% であった。受験者によって異なるが、共通問題と口腔問題の正当率は概して共通問題の正答率が低い結果であった。特に IIc 型の共通問題の正答率は低く、口腔病理専門医の受験者にとって検鏡する機会の少ない病変が含まれていることに起因すると考えられた。一方、I・II 型問題とも口腔問題は基本的な問題が多く、

表 5. IIc 問題 模範解答および平均点

問題番号	模範解答	平均点
IIc-1	腺扁平上皮癌	4.25
IIc-2	エナメル上皮腫, 充実型 / 多嚢胞型	5.00
IIc-3	粘表皮癌	1.25
IIc-4	粘液腫	1.25
IIc-5	MALT リンパ腫	2.52
IIc-6	脂腺癌	2.50
IIc-7	環状肉芽腫	3.75
IIc-8	卵巣甲状腺腫	1.25
IIc-9	小細胞癌	2.50
IIc-10	腺癌	3.00
IIc-11	5) 扁平上皮癌 (細胞診)	1.25
IIc-12	2) 多形腺腫 (細胞診)	3.75
IIc-13	4) 腺様嚢胞癌 (細胞診)	3.75
IIc-14	扁平上皮癌 (術中迅速診)	5.00
IIc-15	1) Warthin 腫瘍 (細胞診)	3.75
IIc-16	扁平上皮癌の頸部リンパ節転移 (細胞診)	3.75
IIc-17	歯牙腫 (複雑型)	1.25
IIc-18	問 1: シェーグレン症候群 問 2: 抗 SS-A, 抗 SS-B 血清検査	4.50
IIc-19	アスペルギルス症	5.00
IIc-20	リンパ上皮性嚢胞	4.50

比較的容易に正答が得られる問題であり、口腔問題の総合計の平均得点率は高く 82.2% であった。また、III 型問題の平均得点率は 72.2% であり、昨年より高い数値であった。これは、今回の口腔病理専門医の受験者は、歯学部（歯科大学）以外の所属施設からが多く、剖検症例の概要を理解してその内容を剖検診断書に反映させることに比較的慣れていることに起因すると考えられた。しかし、今回の問題では臨床経過と病理解剖で得られた所見をフローチャートで図示することが難しく、このことが得点率に反映していると思われた。今後も病態のとらえ方や報告書作成およびフローチャート作製の訓練が必要と考えられる。

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 28 日に開催された口腔病理専門医試験制度運営委員会で慎重に審議し、6 名を合格、1 名を不合格と判定した。不合格者は、III 型問題および I・II 型の口腔問題は概ね 60% を超える成績を残したが、I・II 型の共通問題、特に細胞診の得点率が低く、I・II 型問題の総合計得点率が 60% に満たないため、残念ながら今少しというところで不合格となった。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、この結果を分析して各自の自己研鑽に役立て、今後、剖検を含めた病理学のさらなる研鑽を積むことにより、口腔病理専門医として活躍することを期待している。

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

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	3.57
B) I 型文章問題	4.00
C) IIab 型配布問題	3.43
D) IIc 巡回問題	3.86
E) III 型剖検問題	3.86
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	3.71
B) I 型文章問題	3.29
C) IIab 型配布問題	3.86
D) IIc 巡回問題	3.57
E) III 型剖検問題	3.43
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	3.00
B) I 型文章問題	3.00
C) IIab 型配布問題	2.86
D) IIc 巡回問題	2.29
E) III 型剖検問題	2.29
細胞診	
A) 難易度	1: 非常に易, 3: 適当, 5: 非常に難 3.86
B) 問題数	1: 非常に少ない, 3: 適当, 5: 非常に多い 3.71
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	3.71
B) I 型写真の大きさ	4.14
C) I 型 1 問あたりの写真数	4.26
D) III 型写真の画質	4.00
E) III 型写真の大きさ	4.00
F) III 型写真の数	3.86
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 3.43
本試験の全体的な質	1: 非常に低い, 3: どちらでもない, 5: 非常に高い 4.14
試験日程ならびに進行	1: 非常に不適切, 3: どちらでもない, 5: 非常に適切 4.43
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 4.00
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 3.43

では、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。しかしながら、IIc 型問題の難易度は適当であるとした受験者が多いにも関わらず、細胞診の得点率は低かった。写真の質や試験場の設備、環境、顕微鏡および試験進行には高い評価を受けた。また、試験の全体的な質は高いとした受験者が多かった。今回の試験では、IIc 型および III 型問題の試験時間は短く感じた受験者が多く、口腔病理専門医の受験者には、細胞診や剖検問題の病態のとらえ方および報告書作成の訓練が必要であると思われる。

6. おわりに

口腔病理医を育成するには、病理診断や剖検を通して全身病理学を学ぶとともに多くの口腔疾患の病理診断を経験し、口腔領域の疾患の病理診断の精度を向上させることが

極めて重要です。今回の口腔病理専門医試験の受験者も、歯科大学卒業後、一般病院や医科大学などで全身病理学のトレーニングを受けると同時に職場として従事している方が多く、口腔病理医の育成には医科施設とのさらなる連携が必要不可欠となってきています。優れた口腔病理医を育成するためには、日本病理学会の諸先生方のお力をお借りしながら、口腔病理専門医試験をさらに充実させていく必要があります。今後とも宜しくお願い申し上げます。

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の先生方（表7）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型問題はそのまま使用させて頂いております。これらの問題作成にご尽力頂き、口腔病理専門医試験に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方に改めて御礼申し上げます。特に、岡部英俊実施委員長と野島孝之試験委員長には、口腔病理専門医試験の問題作成から実施に至るまで多大な

表7. 第18回口腔病理専門医試験関連委員

実施委員	
前田 初彦	（委員長，愛知学院大学歯学部口腔病理学講座）
槻木 恵一	（神奈川歯科大学口腔病理学講座）
長塚 仁	（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科）
試験委員	
出雲 俊之	（委員長，埼玉県立がんセンター）
田中 陽一	（東京歯科大学市川総合病院臨床検査科病理）
豊澤 悟	（大阪大学大学院歯学研究科）
長塚 仁	（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科）
仙波伊知郎	（鹿児島大学大学院医歯学総合研究科）

ご協力を頂きました。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小西英一実施委員ならびに京都府立医科大学病理学関連教室の皆様にも深謝いたします。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大菌いづみさんと菊川敦子さんに心より感謝申し上げます。