

会

報

社団法人 日本病理学会  
 〒113-0034  
 東京都文京区湯島1-2-5  
 聖堂前ビル7階  
 TEL: 03-6206-9070  
 FAX: 03-6206-9077  
 E-mail jsp-admin@umin.ac.jp  
 http://pathology.or.jp

社団法人日本病理学会

第296号

平成24年(2012年)9月刊

### 1. 第9回日本病理学会カンファレンス報告について

平成24年8月3日～4日に、山口市にて開催された第9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25年度には、次の通り第10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。

#### 第10回日本病理学会カンファレンス

開催日：平成25年8月2日(金)、3日(土)

会場：六甲山ホテル(神戸市)

テーマ：「組織としてのがん—間質との相互作用からがんの発生、進展、転移を考える」

世話人：横崎 宏(神戸大学大学院医学系研究科病理学講座病理学分野 教授)

#### 第9回日本病理学会カンファレンス報告

世話人：池田栄二

(山口大学大学院医学系研究科病理形態学分野)

第9回日本病理学会カンファレンスを、2012年8月3日(金)・4日(木)、山口市湯田温泉ホテルニュータナカにて開催いたしました。参加は事前登録制としましたが、当日申し込みの2名と合わせて103名のご参加をいただきました。また、ポスター演題も、25演題の応募があり、本カンファレンスの開催趣旨に合う、理想的な参加者数と演題数であったと考えております。皆様のご協力に対し、この場をお借りして御礼申し上げます。

今回のカンファレンスのテーマは、「血管細胞生物学から挑む疾患病態解析」といたしました。ご存知のとおり、病理学とは、疾患の病態解析を通じ病因を究明し難治性疾患の克服を目指した学問です。しかし、ただ“病態解析”といっても漠然としており、何らかの切り口が必要となります。その切り口としての血管生物学の有用性について議論したくプログラムを組ませていただきました。レクチャーとして、血管細胞生物学から難治性疾患の病態解析・克服に挑む研究者(非病理学会会員5名、病理学会会員5名)に最新の研究成果をご紹介いただきました(下記参照)。血管生物学が専門でない参加者にも解り易くご講演であったこともあり、多くの質疑応答をいただき、疾患病態解明戦略について有意義な議論ができたと思っております。また、一般ポスター演題としては、循環障害性疾患に限らず、

がん、炎症性疾患など広い疾患病態についての内容で応募いただきました。今回のカンファレンスが、切り口は血管系であるが、広範囲の疾患の病態解析を視野に入れている趣旨と合致する演題が揃ったといえます。一般ポスター演題については、懇親会でのディスカッションに先立ち、PowerPointを使用したプレゼンテーション(1演題90秒間)をお願いいたしました。そして、招待講演者、座長、研究推進委員、日本病理学会理事長の投票により、第9回日本病理学会カンファレンス最優秀演題賞1題、第9回日本病理学会カンファレンス優秀演題賞2題を選考し表彰させていただきました。

レクチャー(\*日本病理学会会員)

高倉伸幸(大阪大学微生物病研究所)

血管病において血管成熟化が示す意義

今村健志(愛媛大学大学院医学系研究科)

光技術を駆使した血管研究

鬼島 宏\*(弘前大学大学院医学研究科)

腫瘍における血管新生因子の発現調節

渡部徹郎\*(東京大学大学院医学系研究科)

血管・リンパ管の形成を司るシグナル・転写ネットワーク

井上克枝(山梨大学大学院医学工学総合研究部)

新規血小板活性化受容体CLEC-2のリンパ管新生における役割

石津明洋\*(北海道大学大学院保健科学研究院)

血管炎の新分類と新たな発症メカニズムの提唱

田久保圭誉(慶應義塾大学医学部)

低酸素ニッチによる幹細胞制御

池田栄二\*(山口大学大学院医学系研究科)

血管透過性の酸素濃度依存性調節機構

安藤譲二(獨協医科大学医学部)

血管内皮細胞による血流センシングと循環調節

石川由起雄\*(東邦大学医学部)

心筋架橋による冠状動脈内血流変化と心筋梗塞の発生

1) 参加者〔103名(事前参加登録101名、当時参加登録2名)〕の内訳について

日本病理学会会員・非会員、都道府県(所属施設)の内訳は、下記の通りです。日本病理学会会員が約7割を占めておりました(71/103: 68.3%)。山口県からの参加者が

25名と最多ですが、日本全国から参加いただきました。

都道府県	会員	非会員	合計
北海道	2	0	2
青森県	4	6	10
宮城県	1	0	1
栃木県	0	1	1
東京都	6	1	7
山梨県	0	1	1
富山県	2	0	2
愛知県	1	0	1
京都府	2	1	3
大阪府	5	1	6
兵庫県	3	1	4
奈良県	1	0	1
和歌山県	1	0	1
岡山県	2	0	2
広島県	8	0	8
山口県	13	12	25
徳島県	2	1	3
愛媛県	6	4	10
高知県	1	0	1
福岡県	8	2	10
佐賀県	1	0	1
宮崎県	2	1	3
合計	71	32	103

2) アンケート集計結果(回答数62)について

- a) 性別: 男性37, 女性13, 未回答12  
b) 年齢: [年代別]

20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	計
11	22	17	10	2	62

c) 所属機関:

大学関係	病院	その他	計
56	5	1	62

d) 次回カンファレンスも参加したいと思うか?:

すごく思う	思う	あまり思わない	全く思わない	分からない	未回答	計
15	35	0	1	1	10	62

3) 総括

日本病理学会カンファレンス開催ガイドラインにある「100名を超えない一般参加者」に沿った規模の集会となりました。参加者に占める日本病理学会会員の割合は約70% (71/103)、20歳代・30歳代参加者は約50% (33/62、アンケート結果から) であり、「若手の病理学会会員の参加を奨励」との趣旨にもかなったと考えております。また、今回のカンファレンスでは、1日目と比べて、2日目の参

加者の減少がみられませんでした。山口県湯田温泉という交通事情の悪い会場だったことが良かったとも考えられます。

レクチャーについては、非日本病理学会会員と日本病理学会会員のレクチャー内容が有機的につながるプログラムとしたこと、専門外の参加者を意識した解り易い講演であったこともあり、多くの質疑応答がなされました。若い方々からの質問も盛んでした。

一般ポスター演題も、25演題と多くの応募をいただきました。懇親会会場でのディスカッションに先立ち、口演会場にて90秒間のプレゼンテーションを行いました。限られた会期のなかで、全ての演題内容を把握するには有用であったと思います。

アンケート結果からも、参加者からは概ね良い評価をいただけたようですが、一般ポスター演題の発表・討論形式については、改善が必要との意見が目立ちました。一般ポスター演題の討論を懇親会にて行うプログラムにいたしました。実際には、十分な討論は行われておりませんでした。一般ポスター演題発表をおろそかにすることは、若者のカンファレンス離れにつながりますので、今後の重要な検討課題とすべきと考えます。

今回、手作りでしたが、カンファレンスホームページを立ち上げました。準備期間を通じ、参加登録方法、演題応募方法の掲載のみならず、プログラム、演題抄録などについても、随時情報発信を行いました。ホームページでの情報発信により、抄録集の当日配布が可能となり、経費節約にもつながりました。アクセスカウンターを設定し有用性をモニターすべきだったと反省はしておりますが、世話人側としては、大変有用であったと考えております。

レクチャー、一般ポスター演題を通じ、血管生物学・血管病理学の最新知見を集約して紹介することができ、参加者の頭の片隅に、疾患病態解析の切り口として血管生物学という選択肢を置いていただけたのではないかと考えております。

4) 今後の課題

〔日本病理学会カンファレンスの認知度〕

日本病理学会として、安井先生を中心に、今回のカンファレンスの宣伝に力を入れていただきましたが、日本病理学会カンファレンスの認知度はいまだ低いようです。アンケートの記載以外にも、複数の参加者から、「こんな興味深い集会だと知っていたら、これまでも参加していたのに」といった言葉を頂戴しました。

今回は、病理医人口が圧倒的に多い関東支部からの参加者が少なかったといえます。支部を通じた宣伝活動をより充実させる方針を検討されてはいかがでしょうか。

〔カンファレンス会場〕

北海道支部、東北支部、関東支部、中部支部からの参加者が少なかった原因としては、会場までの距離の要因も挙げられます。来年度から施行される神戸への開催地の固定は、この問題に対する一つの解決策と考えられます。しか

し一方では、交通の便が悪い会場での開催が、会期を通じた参加を促す（余儀なくする）ことも考慮すべき要因ではあります。

〔プログラム〕

前述の通り、一般ポスター演題の発表形式・討論方法を検討することが必要と思われます。

## 5) 謝辞

今回のカンファレンスにあたり、ご援助いただきました日本病理学会に感謝申し上げます。また、安井先生、小田先生をはじめとした日本病理学会研究推進委員の方々、日本病理学会事務局の方々には大変お世話になりました。そして、山口大学大学院医学系研究科病理形態学分野メンバーの献身的な協力を深謝いたします。

今後、日本病理学会カンファレンスの認知度が上がり、病理学研究的発展の礎をなすことを祈念いたします。

## 2. 英国病理学会参加報告について

日本病理学会では、日英病理学会交流事業の一環として、2名の Junior Pathologist の英国病理学会への参加補助を行いました（公募 国際交流委員会選考）。2名の会員の報告書を掲載いたします。

笠島敦子（東北大学病院病理部）

平成 24 年 7 月 3-5 日の日程で、日本病理学会と英国病理学会による日英病理学会交流事業の一環として英国 Sheffield 市の Sheffield 大学で行われた Pathological society summer meeting 2012 に参加した。

英国病理学会は、夏と冬に年に 2 回開催されており、今回はこのうち夏の学会であった。学会は、大学の講堂 2 箇所を使用して、一般口演および特別講演やシンポジウムなどが行われた。この他、展示施設においてポスターおよび機器展示があった。また、会場の 1 箇所でコンピューターを用いた、スライドセミナーコンペティションが行われた。一般口演は、8 セッションに絞られており、それぞれに参加者の多くが集約するような配慮があった。このうち 6 つのセッションは消化器と乳腺に焦点があてられ、学会毎にテーマが絞られているものとれているように思われた。ポスターセッションも 82 演題と演題数が絞られている印象をうけたが、一般口演と対照的に多彩な疾患や検討手法で検討が発表されていた。一般口演は特に基礎的な研究を重視し発表内容が選択されていた。一方で、バーチャルスライドを用いた学生教育方法に関するセッションも設けられ、医学生と教員が議論する場面もみられた。病理診断についての若手病理医を対象とした教育的な講演も設定されていた。期間中、学会長の Andrew Wyllie 教授とお話をする機会があり、2011 年の東日本大震災の際に英国病理学会が被災地の病理医に供与して下さったオンラインでのバーチャルスライドシステムを用いた教育的組織標本閲覧システムについてのお礼を申し上げた。英国病理学会では、病理専門医を目指す若手医師を対象とした診断学習システ

ムがあり、臓器はまだ婦人科と皮膚に限られているものの、症例は豊富で、動作性もよく、非常に効率よく希少な疾患を目にすることができた。

英国病理学会の会員数は 1,500 名程度であり、このうち、約半数がコンサルタント、約 3 分の 1 程度が研修医であるという話であった。今回の学会の参加者数は 272 人であり、学会の規模としては日本よりも小規模に見受けられた。しかし、上記のように、学会毎にトピックスや臓器が絞られ、病理医は自分の興味や専門に応じて参加している点が、日米の病理学会との相違点であるように思う。また、オランダ病理学会との合同開催も 2 年に 1 度行われ、2014 年には初めてのヨーロッパ病理学会との共同学会開催が予定されている。少数の臓器に重点をおくことで、研究、診断、教育のいずれも重点をおいて討論のできる配慮がなされた学会の運営であったように思われ、非常によい経験だった。

貴重な機会を与えて頂き、日英病理学会交流事業にご尽力頂いた日本病理学会の皆様にご挨拶申し上げます。

中島直樹（京都大学医学部附属病院病理診断部）

このたび、日本病理学会と Pathological Society of Great Britain & Ireland（以下英国病理学会と呼称）の交流事業の一環といたしまして、2012 年 7 月 3 日から 5 日にかけて行われました、202<sup>nd</sup> Scientific Meeting of the Pathological Society of Great Britain & Ireland に参加させていただきました。報告文に代えまして取り、留めのないその印象と感想を披露させていただきます。

英国病理学会は to Understand Disease を目的として、研究の支援や教育をおこなう団体ということです。その会員数は 1,500 人程度で、病理と関連する雑誌の中でも有数に impact factor が高い Journal of Pathology を発行している学会としては小規模という印象を持ちましたが、人口が 1 億 3,000 万人近い日本を活動基盤とする日本病理学会の会員が 3,600 名程度であるということを考えると、人口 6,000 万人強のイギリスを活動基盤とする英国病理学会としては小さいわけではないとも考えます。

学術集会に関しましても、小さいというのが第一印象です。口演の会場は基本的に 2 つで、ポスターにしても、およそ 80 枚でした。例年同じ様な規模で開催しているようです。テーマを絞って演題を募集しているようであり、今回の会では一般公演のメインは乳腺と消化管でした。婦人科のスライドセミナーに、内分泌や頭頸部といったシンポジウムや教育口演が組み合わさって全体のプログラムが形成されていました。会場においては有識者も交えた議論が盛んでした。内容に関しては、言語の壁もさることながら私の知識の貧弱さのために理解に苦しむ場面も多々あり、自分の勉強がまだまだであるとともに、貴重な機会を与えていたことに関して、多少の申し訳ない思いも感じました。会場が少なく個々の会場の収容人数も極端に多いわけではないために、会自体が小さなものに見えてしまいましたが、テーマを絞って、規模をあまり大きくしないということで、全体の内容を把握し・最近の潮流について理解することを

容易にするとともに、関心を持った口演が同時にあり片方をあきらめなければならないという事態を少なくするようにできているのではないかと思います。一方で幅広いテーマをもって大々的に行うことで、多くの人に発表の機会を与え、普段かかわることの少ないテーマについて関わる機会を増やすことにつながると思われます。その目的や思想により集会の規模が変わるものようです。

自分の発表については、思ってもみなかった指摘を受けて焦った場面や、思っていることをうまく表現できない場面もありましたが、何とかやっていくことができました。言語能力があるに越したことはありませんが、それよりも、自分の発表に対する理解と、伝えようという意思が大事ではなからうかと思っております。

最後に、この場を借りまして、このような機会を与えていただいた、日本病理学会と英国病理学会の方々、発表について指導していただきました上司の先生方、私の不在中に私の分まで仕事をしていただいた同僚の先生方に感謝の意を表します。

## お知らせ

### 1. 第44回(2012年度)内藤記念科学振興賞候補者の推薦について

申込み締切り：平成24年10月1日

連絡先：(財)内藤記念科学振興財団

〒113-0033 東京都文京区本郷3-42-6

NKDビル8階

TEL：03-3813-3005 FAX：03-3811-2917

E-mail：joseikin@naito-f.or.jp

### 2. 第2回都医学研究シンポジウム「脳神経疾患の臨床・研究の拠点形成による医療イノベーション」について

日時：2012年11月28日(水)13:00～16:30

会場：津田ホール(JR総武線千駄ヶ谷駅1分)

内容：プリオン病, 認知症, 脳腫瘍, てんかんの病理

<http://www.igakuken.or.jp/event/sympo/sympo02.html>

### 3. 平成25年度「地球規模課題対応国際科学技術協力プログラム」研究提案募集について

応募締め切り：平成24年11月13日正午

問い合わせ先：独立行政法人科学技術振興基金(JST)

国際科学技術部地球規模課題国際協力室

E-mail：global@jst.go.jp(募集専用)

TEL：03-5214-8085

担当：井上千尋, 井上絵里子, 川端 賢

<http://www.jst.go.jp/global/koubo.html>

## 第30回（2012年度）日本病理学会 病理専門医試験報告

第30回病理専門医試験実施委員会  
委員長 野島孝之

### 1. はじめに

2012年度の試験は、第30回日本病理学会病理専門医試験として、去る7月28日（土）29日（日）の両日にわたり、名古屋大学を会場として行われた。本年度の受験者総数は89名（89名出願、欠席0名）で、72名が合格し、合格率は80.9%であった。同時に第20回日本病理学会口腔病理専門医試験（仙波伊知郎委員長）も行われた。内容と方法は、基本的に従来の方法に準拠して行われた。

以下に本年度の試験の概要を報告する。

### 2. 試験内容と方法

試験は表1に示すスケジュールに従って実施された。試験の内容は例年どおりI型、II型（IIa, IIb, IIc）、III型試験および面接から構成され、それぞれの配点も例年どおりである（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。写真の内容は、肉眼像、X線写真、組織像、細胞像、免疫組織化学的染色所見などであり、主として病理診断名を問う形式となっている。解答はほとんどが記述式で、多肢選択問題も含まれている。文章問題は正誤判定（○×）形式であり、病理業務に関する法的知識、検体処理法や標本作製技術に関する基本的な知識が問われる。

#### 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。解答はほとんどが記述式で、多肢選択問題も含まれている。IIa型とIIb型問題は各々20例のガラス標本セットが予め受験者へ配布されており、時間内での見直しが可能である。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（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、針生検、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型試験問題写真集、ガラス標本1組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る。

### 3. 問題と採点の基本方針

I型およびII型問題に関する臓器ないしジャンル別出題数を表3に示す。この割合は例年とほぼ同様であり、ほとんどすべての臓器から出題された。細胞診の問題は10題で文章問題を除く全問題数（90題）に占める割合は11.1%である。

I型問題において4題は肉眼写真と組織像を含む問題で、2題は臨床画像の含まれた問題、1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、日本病理学会病理専門医研修要綱（平成23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なるべく多く出題するように心がけた。勿論、日常業務で遭遇する頻度は低くとも、重要な疾患については出題の対象とした。面接は各面接担当者によりA, B, C, D, E, Fの6段階評価を行い、III型試験の総合的な合格判定に加味した。

採点にあたっては、出題者の模範解答およびこれに類する解答を満点として、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、誤字や必要な亜型の記載のないものは減点した。

## 4. 試験問題と模範解答

表4～8にI型およびII型の各問題の模範解答と受験者の平均点を示す。III型問題とその模範解答は次の通りである。

## 1) 臨床経過概要

【症例】 77歳, 男性

【主訴】 左上肢のしびれ, 筋力低下

【家族歴】 特記すべきものなし

【職業歴】 元教師

【既往歴】 72歳時, 心筋梗塞で血管内治療を行った。その後, パナルジン (抗血小板剤), アスピリンが投与された。徐々に血清クレアチニンの上昇が見られ, 一過性に blue toe となり, コレステロール塞栓を考え, パナルジン, ア

表1. 日本病理学会第30回病理・第20回口腔病理専門医試験スケジュール

時刻	事項	試験会場	時間
11:00	受付開始	基礎棟4階 第4講義室	
12:00	受験生集合(全員)待機室 試験委員長・試験実施委員長挨拶, 説明 III型問題 試験会場へ移動(所持品は第4講義室にて保管)	基礎棟4階 第4講義室	30分
12:30	III型問題(剖検問題) 受験番号 1～84 受験番号 85～89 受験番号 口腔1～12	基礎別館2階 組織実習室 基礎別館3階 実習室 基礎別館3階 実習室	150分
15:00	I型問題 試験会場へ移動, 待機, 休憩		
15:30	I型問題(写真問題)	基礎棟4階 第4講義室	70分
16:40	面接室へ移動(所持品を各自移動のこと), 待機, 休憩		
17:00	面接 受験生1名, 面接担当者2名の面接(約10分)を受ける	基礎棟2階 セミナー室	10分
19:00	受験生は面接終了後, 順次解散		
2日目 7月29日(日)			
	受験番号 1～22 = A組, 23～44 = B組, 45～67 = C組, 68～89 = D組, 口腔1～6 = 口腔A組, 口腔7～12 = 口腔B組		
8:10	受験生は待機室に集合(A, B, C組, 口腔A・B組) D組のみ9:20に集合	基礎棟4階 第4講義室	
8:20	II型問題 試験会場へ移動		
8:30	II型問題(検鏡問題)	基礎別館2階 組織実習室	各60分

	IIA (20題)	IIB (20題)	IIC (20題)	待機(第4講義室)
8:30-9:30 移動(10分)	A組・口腔A組	B組・口腔B組	C組	D組
9:40-10:40 移動(10分)	D組・口腔B組	A組・口腔A組	B組	C組
10:50-11:50 移動(10分)	C組	D組	A組・口腔A・B組	B組
12:00-13:00	B組	C組	D組	A組・口腔A・B組(アンケート)

※口腔は机を移動しない

※試験終了後, B, C, D組は組織実習室でアンケート記入後, 基礎棟4階第4講義室に戻り, 各自の荷物を持って順次解散

表2. 試験内容与方法

種類	内容	出題数	配点・評価法	配点	試験時間
I型	写真(手術材料, 生検, 細胞診, マクロ, ミクロ)	30題	各5点	150	70分
	文章(法律, 検体処理法, 標本作製技術)	20題	各1点(○×式)	20	
II型	a ガラス標本配布, 検鏡	20題	各5点	100	180分 (各60分)
	b ガラス標本配布, 検鏡	20題	各5点	100	
	c ガラス標本巡回, 検鏡	20題	各5点	100	
III型	剖検症例(写真, ガラス標本配布, 検鏡)	1題		150	150分
面接	受験者1名, 面接担当者2名, 9組同時進行		6段階評価(A～F)		10分

表3. 臓器別出題数

臓器	I型	IIa型	IIc型	合計
神経・感覚器	3	2	1	6
循環器	2	1	0	3
呼吸器(非腫瘍)	3	1	0	4
呼吸器(腫瘍)	0	3	1	4
消化管	2	8	2	12
肝胆膵	1	1	2	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	1	2	1	4
造血器	3	4	1	8
皮膚	2	4	2	8
骨軟部	2	2	0	4
細胞診	5	0	5	10
口腔・唾液腺	2	1	2	5
合計	30	40	20	90

スピリン投与は中止となった。その後、腎機能は安定した。

【現病歴】 5月初め、右側頭部の頭痛があり、その後、左指、左前腕のしびれが出現、左上肢の筋力低下に気付いた。神経内科を受診。MRIで左前頭葉に陳旧性梗塞、MRA(磁気共鳴血管造影)で右内頸動脈の狭窄があり、プラビックス(血小板凝集抑制剤)が投与された。9月、食思不振、嘔気が出たため、精査目的で入院となった。

【入院時検査所見】

血圧：164/98 mmHg

血液検査(カッコ内は基準値)：WBC 16,300/ $\mu$ L, RBC  $430 \times 10^4$ / $\mu$ L, Hb 12.2 g/dL, Plt  $22.6 \times 10^4$ / $\mu$ L, TP 4.0 g/dL, Alb 2.2 g/dL, AST 24 IU/L, ALT 14 IU/L, LDH 438 IU/L (119-350), BUN 24 mg/dL, Cre 0.8 mg/dL, CRP 0.9 mg/dL (0.0-0.3), 空腹時血糖 80 mg/dL, HbA<sub>1c</sub> 5.6% (4.3-5.8), TG 170 mg/dL (30-150), T-chol 244 mg/dL (120-240), sIL-2R 794 IU/mL (220-530)

髄液検査：細胞数 72, タンパク 104 mg/dL, 細胞診陰性

脳CT：右後頭葉に high density area がみられ、左脳室周囲に造影CTで増強効果が明瞭な病変を3か所認めた。

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	膵	3枚	粘液性嚢胞腺腫	4.35
I-02	乳腺	1枚	3+	4.89
I-03	卵巣	2枚	線維腫	3.65
I-04	細胞診	2枚	1) 良性中皮細胞	4.16
I-05	大腸	2枚	コラーゲン大腸炎	4.81
I-06	骨髄	2枚	骨髄線維症	4.40
I-07	心臓・肝	2枚	うっ血肝(ニクズク肝)	3.83
I-08	皮膚	2枚	アナフィラクトイド紫斑	4.53
I-09	小脳	2枚	毛様細胞性星細胞腫	3.52
I-10	細胞診	2枚	問1: 3) 陽性, 問2: 類内膜腺癌	4.17
I-11	肺	3枚	原発性肺高血圧症	2.54
I-12	縦隔	2枚	胸腺癌	2.83
I-13	肺	2枚	アレルギー性気管支肺アスペルギルス症	2.63
I-14	肺	2枚	2) 通常型間質性肺炎	4.72
I-15	細胞診	2枚	問1: 1) 陰性, 問2: 多形腺腫	4.09
I-16	心臓	2枚	肥大型心筋症	4.82
I-17	卵巣	2枚	未熟奇形腫	4.70
I-18	リンパ節	2枚	バーキットリンパ腫	4.73
I-19	甲状腺	2枚	濾胞癌	3.64
I-20	軟部	2枚	痛風結節	3.84
I-21	細胞診	2枚	5) H-SIL	3.20
I-22	脊髄	3枚	多発性硬化症	3.02
I-23	口腔	2枚	エナメル上皮線維腫	3.83
I-24	皮膚	2枚	メルケル細胞癌	4.70
I-25	口腔	3枚	扁平苔癬	4.55
I-26	回腸	3枚	メッケル憩室	4.01
I-27	腎	2枚	膜性腎症	4.71
I-28	鞍上部	2枚	頭蓋咽頭腫, エナメル上皮腫型	4.07
I-29	細胞診	2枚	腺癌	2.25
I-30	軟部	2枚	問1: 胞巣型横紋筋肉腫, 問2: desmin, MyoD1	3.24

表5. I型文章問題解答

No.	問題文	正解	平均点
I-46	遺族の所在が不明又は遠隔の地に居て諸否の判断を待っている場合は目的が達せられない場合、主治医が解剖を必要と認めれば解剖を行うことができる。	×	0.96
I-47	マイヤーのヘマトキシリン液は廃棄時に水銀性廃液として扱う。	×	0.85
I-48	石綿曝露労働者が病理組織学的に悪性中皮腫の確定診断を得た場合には、石綿小体がなくても労災に認定される。	○	0.79
I-49	死体解剖保存法は妊娠四月以上の死胎を含む死体の解剖・保存に関する事項を定めている。	○	0.99
I-50	術中迅速凍結組織診では、通常の組織診と同様に3臓器まで保険診療報酬が請求できる。	×	0.91
I-51	パパニコロウ染色は、風乾後、95%エタノールで固定した検体で行う。	×	0.89
I-52	医学（歯学を含む）に関する大学の解剖学、病理学、または法医学の教授、准教授は保健所長の許可なく死体の解剖を行うことができる。	○	0.93
I-53	ホルマリンは発がん性、呼吸器感作性、皮膚・粘膜への刺激性があり、特定化学物質の第2類物質に分類されている。	○	0.96
I-54	Epstein-Barr virus (EBV) 関連悪性腫瘍として、バーキットリンパ腫、上咽頭癌、鼻型 T/NK 細胞リンパ腫、リンパ球浸潤性胃癌などがある。	○	0.97
I-55	エラスチカ・ワンギーソン染色やビクトリア青 HE 染色は、癌の静脈侵襲の判定に有用である。	○	0.96
I-56	肉眼で結核の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要である。	×	0.93
I-57	診断病理学における精度管理とは診断の正確さ（正診率）のことを指し、検体受付や標本作製技術とは関係がない。	×	1.00
I-58	ホルマリン固定臓器は廃棄時に感染性医療廃棄物として扱う。	○	0.91
I-59	大腸癌のパラフィン切片を用いた EGFR 免疫組織化学染色の判定は、保険診療報酬が請求できない。	×	0.97
I-60	細胞診におけるパパ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。	×	0.98
I-61	蟻酸で脱灰した組織標本は、EDTA を用い脱灰した標本と比較して、HE 染色の染色性に差を認めない。	×	0.99
I-62	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、また細胞質と核は紫紺から黒色調を帯びて染色される。	×	0.90
I-63	in situ hybridization 法を用いると、標本上で特異的なアミノ酸配列を検出することができる。	×	0.91
I-64	HTLV-1（成人 T 細胞性白血病ウイルス）はホルマリン固定臓器から感染を生じることはない。	○	0.96
I-65	95%エタノール固定による細胞診検体は fluorescence in situ hybridization 法には不適である。	×	0.89

表6. IIa型問題解答

No.	臓器	模範解答	平均点
IIa-1	リンパ節	濾胞性リンパ腫, grade 2	2.78
IIa-2	骨	線維性異形成	4.40
IIa-3	口腔	扁平上皮癌	4.20
IIa-4	子宮	胞状奇胎	4.37
IIa-5	骨髄	結核症	1.44
IIa-6	卵巣	問1 明細胞腺癌, 問2 子宮内膜症	4.36
IIa-7	皮膚	尋常性天疱瘡	4.52
IIa-8	食道	問1 顆粒細胞腫, 問2 S100 タンパク	4.30
IIa-9	膀胱	浸潤性尿路上皮癌, 微小乳頭型	3.45
IIa-10	大腸	カルチノイド腫瘍	4.82
IIa-11	胃	アミロイド症	4.10
IIa-12	腎	乳頭状腎細胞癌	4.40
IIa-13	胃	肝様腺癌	3.69
IIa-14	乳腺	乳腺線維症	2.34
IIa-15	大動脈	嚢胞性中膜壊死	4.60
IIa-16	直腸	粘膜逸脱症候群	4.39
IIa-17	肺	硬化性血管腫	4.69
IIa-18	副腎	褐色細胞腫	4.53
IIa-19	大脳	乏突起膠腫	4.63
IIa-20	肺	多形癌	3.02

頭部 MRI: 左脳室周囲病変に一致して、T1 造影画像でびまん性に高度集積像がみられた。

【入院後経過】 胸部 CT で右肺 S1, S2 に小結節性陰影があり、左鼠径リンパ節腫大がみられ、いずれの病変も PET 検査にて強い取り込みを認めた。腫大した左鼠径リンパ節が生検された（標本 1, 図 1）。入院 2 週後、神経症状が進行し、意識状態が悪化した（JCS II-30; 痛み刺激を加えつつ、呼びかけを続けると辛うじて開眼する）。リンパ節病変に対し、R-CHOP の化学療法が行われた。肺病変は消失したが、化学療法開始 10 日後、突然低酸素血症を呈した。胸部 CT でびまん性間質陰影を認めた。酸素投与をするが、低酸素状態が持続し、死亡した。

## 2) 剖検時の主な所見

死後時間: 14 時間 30 分

身長: 161 cm, 体重: 48.4 kg

主要臓器重量: 脳 1,495 g, 心臓 505 g, 肝臓 945 g, 脾臓 50 g, 左肺 715 g, 右肺 980 g, 左腎臓 105 g, 右腎臓 100 g

外表および肉眼所見: 栄養状態は比較的良好で、外表からは特記すべき所見はみられない。眼球、眼瞼結膜には黄疸、貧血はない。表在リンパ節は触知しない。両側下腿に軽度の浮腫を認める。

表 7. IIb 型問題解答

No.	臓器	模範解答	平均点
IIb-1	皮膚	問 1 隆起性皮膚線維肉腫, 問 2 CD34	2.88
IIb-2	リンパ節	ホジキン病, 混合細胞型	3.61
IIb-3	骨	骨肉腫	4.07
IIb-4	子宮	子宮内膜間質肉腫	3.63
IIb-5	皮膚	脂漏性角化症	0.69
IIb-6	卵巣	黄体嚢胞	4.19
IIb-7	皮膚	結節性紅斑	4.24
IIb-8	胃	炎症性線維性ポリープ	1.84
IIb-9	精巣	悪性リンパ腫	2.64
IIb-10	甲状腺	問 1 髄様癌, 問 2 calcitonin	4.64
IIb-11	前立腺	導管腺癌	3.31
IIb-12	小脳	血管芽腫	4.53
IIb-13	肺	サルコイドーシス	4.40
IIb-14	肝	血管筋脂肪腫	3.75
IIb-15	乳腺	非浸潤性乳管癌	4.15
IIb-16	肺	大細胞神経内分泌癌	3.21
IIb-17	骨髄	悪性リンパ腫骨髄浸潤	3.28
IIb-18	腎	嫌色素性腎細胞癌	3.94
IIb-19	大腸	子宮内膜症	4.88
IIb-20	虫垂	虫垂粘液癌	3.94

心臓の外観像 (図 2), 断面像 (図 3) を示す。心房内に血栓形成はない。冠動脈は前下行枝, 回旋枝に粥状硬化を認めるが, 内腔は開存する。

腹部大動脈に高度な粥状硬化を認める (図 4)。

両側胸腔に黄色透明胸水を各 100 mL 入れるが, 癒着はみられない。両肺はいずれも高度に重量を増し, 含気は不良である。外観像および断面像を示す (図 5, 6)。

腹腔には黄色透明腹水を少量認め, 消化管には限局性病変はみられない。腸間膜リンパ節, 傍大動脈リンパ節の腫大はみられない。

肝臓の断面像を示す (図 7)。

腎臓は萎縮状で, 断面像を示す (図 8)。

脾臓は萎縮状で, 限局性病変は明らかではない。組織像を示す (図 9)。

膀胱は膿尿をいれ, 粘膜の混濁がみられる。前立腺には直径 1 cm 程度の結節性病変を認める。

脳は右側頭, 後頭葉, 小脳に軽度のクモ膜下出血を認める (図 10)。断面では, 左尾状核, 海馬に出血を伴い, 脳室周囲に沿って腫瘍形成がみられる。腫瘍は両側性に広がるが, 脳梁は保たれている。右後頭葉に出血性病変を認める。大脳の前額断断面像 (図 11), 小脳の断面像 (図 12) を示す。

甲状腺, 副腎の大きさ, 形態は尋常で, 限局性病変はみられない。

表 8. IIc 型問題解答

No.	臓器	模範解答	平均点
IIc-1	皮膚	青色母斑	4.39
IIc-2	唾液腺	ワルチン腫瘍	4.78
IIc-3	細胞診	問 1 3) 陽性, 問 2 腺癌	4.49
IIc-4	リンパ節	亜急性壊死性リンパ節炎	3.60
IIc-5	膀胱	尿路上皮内癌	2.26
IIc-6	胃	切断端陽性, 低分化型腺癌	4.10
IIc-7	細胞診	問 1 3) 陽性, 問 2 小細胞癌	4.53
IIc-8	子宮	CIN3 (高度異形成, 上皮内癌)	4.79
IIc-9	口腔	腺様嚢胞癌	4.46
IIc-10	細胞診	問 1 4) 悪性, 問 2 乳頭癌	4.20
IIc-11	子宮	類内膜腺癌	4.65
IIc-12	細胞診	尿路上皮癌, 高異型度	2.40
IIc-13	乳腺	乳腺症	3.06
IIc-14	大腸	腸管スピロヘータ症	4.11
IIc-15	細胞診	問 1 4) 悪性, 問 2 粘液癌	3.34
IIc-16	肝	非アルコール性脂肪性肝炎	4.43
IIc-17	胸膜	問 1 上皮型悪性中皮腫と腺癌, 問 2 calretinin, D2-40, CEA	4.57
IIc-18	睪	切断端陰性	4.78
IIc-19	皮膚	伝染性軟属腫	4.74
IIc-20	脊髄	粘液乳頭状上衣腫	2.76

### 3) 配布写真

図 1. 生検リンパ節の免疫組織化学染色. 左: CD3, 右: CD20

図 2. 心臓外観

図 3. 心臓断面

図 4. 大動脈

図 5. 左右肺外観

図 6. 左右肺断面

図 7. 肝臓断面

図 8. 左右腎臓断面

図 9. 脾臓組織 (HE 染色)

図 10. 脳外観

図 11. 大脳断面

図 12. 小脳断面

### 4) 配布標本

1. 左鼠径リンパ節生検 (HE 染色)

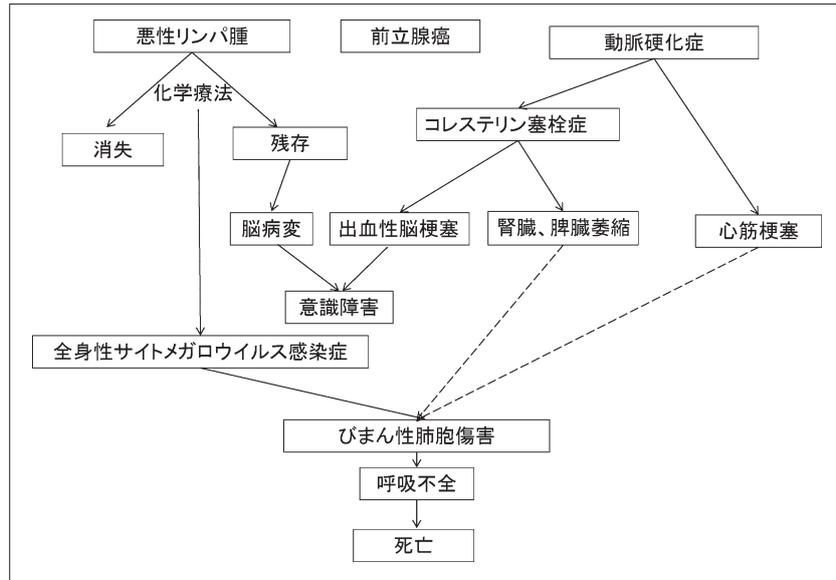
2. 心臓左室 (切り出し部位は図 3 に黄枠で示す) (HE 染色)

3. 右肺上葉 (切り出し部位は図 6 に黄枠で示す) (HE 染色)

4. 肝臓 (HE 染色)

5. 右腎臓 (HE 染色)

6. 前立腺 (HE 染色)



- 7. 大脳右後頭葉（切り出し部位は図 11 に黄枠で示す）（HE 染色）
- 8. 大脳左脳室周囲（切り出し部位は図 11 に黄枠で示す）（HE 染色）
- 9. 小脳（切り出し部位は図 12 に黄枠で示す）（HE 染色）

- 6. 出血性脳梗塞（右後頭葉）
- 7. クモ膜下出血（小脳，右側頭葉，後頭葉）
- 8. 動脈硬化性腎硬化症+びまん性管内増殖性変化（左 105 g，右 100 g）
- 9. 両側胸水（左右各 100 mL，黄色透明）
- 10. 腹水（少量）

5) 問題

- 1. 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。
- 2. 配布標本 7 と 8 の大脳病変について考察せよ。
- 3. 臨床経過と病理解剖で得られた所見に基づいて，それぞれの関係をフローチャートで図示せよ。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。

- 2. 配布標本 7 と 8 の大脳病変について考察せよ。  
左尾状核，海馬に出血を伴い，標本 8 にみられるように脳室周囲に両側性に広がる腫瘍を認める。組織学的には，大型異型細胞が血管周囲腔を中心に，脳実質にびまん性に浸潤し，脳室に沿って，また，クモ膜下にも浸潤を認める。鼠径リンパ節および肺病変は治療で消失したが，リツキサンなどの薬剤は中枢神経への移行が悪いため，脳病変は残存したと考えられる。脳腫瘍の組織像は，生検リンパ節で見られた悪性リンパ腫びまん性大細胞型と同一の細胞形態を呈する。

[模範解答]

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 二重癌

- 1. 悪性リンパ腫：びまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫  
化学療法後状態  
大脳（両側脳室周囲），小脳  
[治療後消失：左鼠径リンパ節，右肺上葉]

- 2. 前立腺癌：ラテント癌 8 mm 大，Gleason score 3+3=6  
転移・浸潤なし

副病変

- 1. びまん性肺胞傷害（サイトメガロウイルス肺炎による．左 715 g，右 980 g）
- 2. 全身性サイトメガロウイルス感染症（肺，肝，前立腺）
- 3. 大動脈粥状硬化症（高度）
- 4. 心筋梗塞（新鮮：左室後壁+陳旧性）+ 求心性心肥大（505 g）
- 5. コレスチリン塞栓症（腎，脾臓，大脳）

CT でとらえられた右後頭葉病変（標本 7）は，脳室周囲病変と異なり比較的境界明瞭で，出血，軟化を呈する。肉眼的には出血性梗塞の像である。組織像は，凝固壊死，出血を示し，小動脈には陳旧化したコレスチリン塞栓，比較的新鮮なフィブリン血栓を認める。出血性梗塞の経過時間は，臨床経過を考え併せ 2 週間程度と考えられる。

- 3. 臨床経過と病理解剖で得られた所見に基づいて，それぞれの関係をフローチャートで図示せよ。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。

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 479.2 点で昨年に比較して 12.1 点高かった。一題 5 点満点として 2 点未満の得点は，I 型問題 30 題中 0 題，IIab 型問題 40 題中 3 題，IIc 型問題 20 題中 0 題と昨年に比較して少なかった（昨年はそれぞれ 3 題，

2題, 1題)。一方, 4点以上の高得点であった問題は, I型問題30題中17題, IIa型問題40題中22題, IIc型20題中14題で, 昨年のそれぞれ14題, 22題, 9題に比較し

て, I型問題で3題, IIab型とIIc型問題を合わせたII型問題全体では5題多く, 本年度は昨年同様にI+II型問題の成績が良好であり, ここ数年の中で最も平均点が高かつ

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	479.2	56.0	423.2	367.1	588	322
I型写真	150	118.4	16.5	101.9	85.4	146	70
I型文章	20	18.6	1.5	17.1	15.5	20	13
I型小計	170	137.0	17.2	119.9	102.7	164	87
IIa型	100	79.0	10.8	68.2	57.9	99	49
IIb型	100	71.8	13.3	58.6	45.3	95	40
IIc型	100	80.4	9.6	70.9	61.3	97	49
II型小計	300	231.3	43.6	324.7	281.2	286	146
I+II計	470	368.3	40.5	314.9	274.4	443	233
III型(面接を含む)	150	110.9	18.7	92.2	73.5	145	63
細胞診	50	36.8	6.1	30.8	24.7	46	19

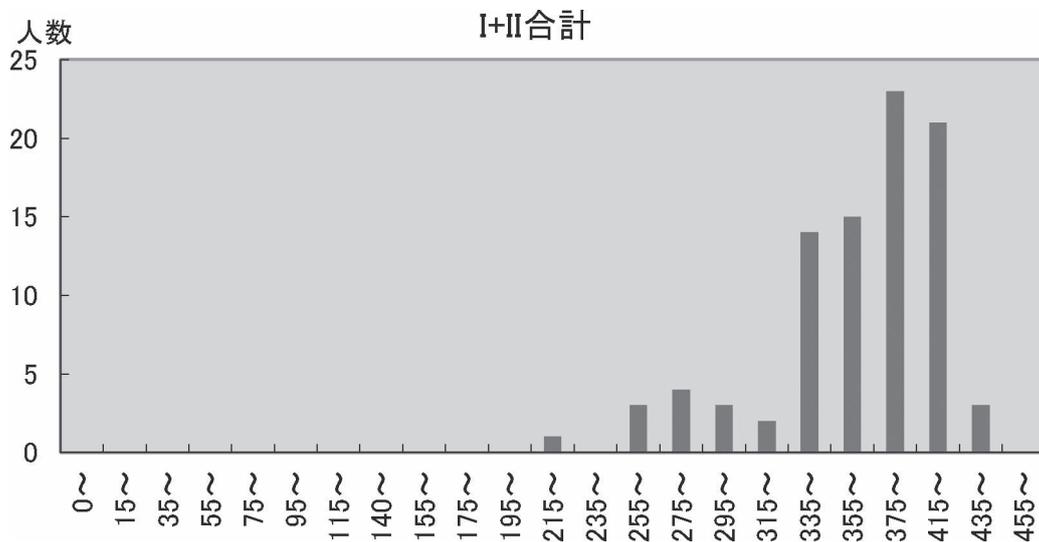


図1. I+II型試験の得点分布

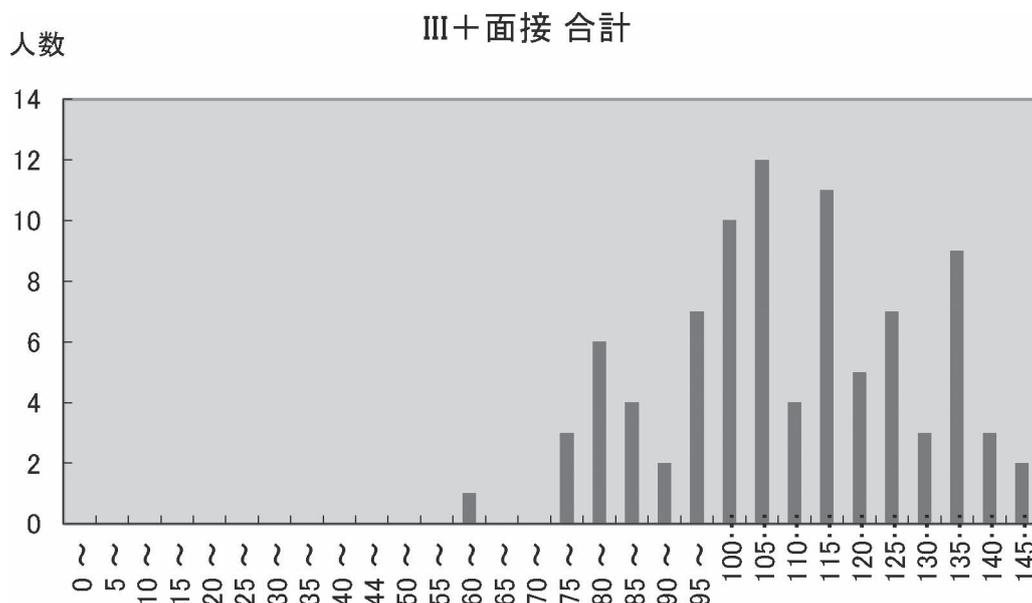


図2. III型試験の得点分布

たことが特徴的である。平均点は368.3点(78.4%)で理想とした80%正答に近い値が得られた。I+II型問題では予想した難易度から大きくはずれた平均点を示した問題は少なく、平均点1点未満の問題は1問のみであった。今回のI+II型合計の得点分布は375点から414点をピークとしたが、255点から315点未満に乖離したグループを示す2峰性パターンがみられた。

また、III型問題では症例の全体の病態を把握することを重視し、稀な疾患は避けて、多彩な病変を有する症例を選択した。作問にあたっては個別の病変の判断を誤っても病態全体の理解がしやすいように、得点が得られやすいように考慮した。また、ここ数年の傾向を踏襲して、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。昨年同様に平均点が高く、剖検講習会を始め、受験者の準備状況がよく整っている印象を受けた。ただし、得点分布ではI+II型問題と同様に80点から84点をピークとする低得点側に集団を作る傾向があり、成績不振の受験者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のがみられた。

最終的な合否判定は、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8月1日(水)に行われた。本年度の合否判定基準は、I+II型問題については難易度を考慮して282点(60%)を合格ラインとし、それ未満のものを不合格とした。III型問題は、例年どおり90点(60%)未満のものを不合格とした。今回III型問題の症例でみられた病変には珍しい疾患は含まれておらず、臨床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あれば比較的平易だったと思われる。ここ数年毎回出題されているフローチャートで図示する問題については、多くの受験者は解答の練習がよくなされている印象であったが、明らかに病態の理解不足、フローチャートの作成練習不足と思われる受験者も認められた。また脳病変については臨床経過等からは比較的平易なものと思われたが、明らかに中枢神

表 10. 病理専門医試験年次別成績推移

回	年	会場	受験者数	合格者数	合格率 (%)	文 献
1	S58 ('83)	東 大	36	31	86.1	
2	S59 ('84)	東 大	43	36	83.7	
3	S60 ('85)	医 歯	48	39	81.3	
4	S61 ('86)	医 歯	67	59	88.1	
5	S62 ('87)	慶 應	97	81	83.5	
6	S63 ('88)	慶 應	63	56	88.9	病理と臨床 7 : 138, 1989
7	H1 ('89)	慈 恵	68	56	82.4	同上 8 : 133, 1990
8	H2 ('90)	慈 恵	70	63	90.0	同上 9 : 129, 1991
9	H3 ('91)	京 大	69	62	90.0	同上 10 : 123, 1992
10	H4 ('92)	京 府	65	56	86.1	同上 11 : 109, 1993
11	H5 ('93)	日 大	80	69	86.3	同上 12 : 131, 1994
12	H6 ('94)	日 大	70	58	82.9	同上 13 : 113, 1995
13	H7 ('95)	女子医	75	61	81.3	Pathol Int 46 : (5), 巻末 7, 1996
14	H8 ('96)	女子医	97	79	81.4	同上 46 : (10), 巻末 3, 1996
15	H9 ('97)	阪 大	77	69	89.6	同上 47 : (12), 巻末 7, 1997
16	H10 ('98)	阪 医	86	72	83.7	同上 48 : (11), 巻末 5, 1998
17	H11 ('99)	昭 和	88	73	83.0	同上 49 : (10), 巻末 5, 1999
18	H12 ('00)	昭 和	87	73	83.9	同上 50 : (10), 巻末 5, 2000
19	H13 ('01)	東 大	75	61	81.3	同上 51 : (9), 巻末 7, 2001
20	H14 ('02)	東 大	87	74	85.1	同上 52 : (10), 巻末 7, 2002
21	H15 ('03)	名市大	87	76	87.3	同上 53 : (9), 巻末 7, 2003
22	H16 ('04)	名 大	72	61	84.7	同上 54 : (9), 巻末 3, 2004
23	H17 ('05)	日医大	60	52	86.7	同上 55 : (9), 巻末 3, 2005
24	H18 ('06)	日医大	65	49	75.4	同上 56 : (10), 巻末 5, 2006
25	H19 ('07)	医 歯	92	69	75.0	同上 57 : (9), 巻末 3, 2007
26	H20 ('08)	医 歯	90	66	73.3	同上 58 : (9), 巻末 5, 2008
27	H21 ('09)	京 府	80	64	80.0	同上 59 : (9), 巻末 3, 2009
28	H22 ('10)	京 府	81	62	76.5	会報 272 号 PDF, 2010
29	H23 ('11)	名 大	83	73	88.0	会報 284 号 PDF, 2011
30	H24 ('12)	名 大	89	72	80.9	会報 296 号 PDF, 2012

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	3.0 (1～4) 2.8 (1～4) 3.2 (2～5) 3.1 (1～4) 3.5 (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	3.7 (1～5) 3.8 (1～5) 3.6 (1～5) 3.6 (1～5) 3.6 (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	3.2 (2～5) 3.2 (2～5) 3.0 (1～5) 2.8 (1～4) 2.4 (1～5)
細胞診の難易度	1: 非常に易 3: 適当 5: 非常に難	I型およびIIc型	3.5 (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	3.2 (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	4.1 (1～5) 4.2 (1～5) 4.1 (1～5) 3.9 (1～5) 3.8 (1～5) 3.9 (1～5)
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	3.7 (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	4.0 (2～5)
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	4.0 (2～5)
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	3.7 (1～5)

経系疾患の経験が乏しいと思われる受験者が見られた。例年病理専門医試験報告書に記載されることではあるが、剖検所見をまとめる際には各病変の因果関係、死因について幅広く考察することが重要である。また、日常剖検診断報告書作成の際に臨床的問題点、死因などについて考察し、常に文章にまとめることを心がけていただきたい。

なお、本年度の受験者 89 名中合格者は 72 名 (合格率 80.9%) であり、新規受験者 74 名中合格者は 64 名 (合格

率 86.5%) で、再受験者 15 名中の合格者は 8 名 (合格率 53.3%) であった。ちなみに昨年度から受験が始まった新制度受験者こと、研修手帳必修になってからの受験者は 40 名で、合格者は 37 名 (合格率 92.5%) であった。

表 10 に年次別成績推移を示す。平成 11 年から、受験者には合否判定通知とともに各自の成績と一般的なデータを送付することになっており、本年度も同様にした。不合格の受験者には自己の不足な部分を読み取り、次回に備えて

いただければ幸いです。

## 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（39.3%）、大学付属病院病理部（科）28 名（31.5%）、国立病院検査科（病理科）8 名（9.0%）、私立病院検査科（病理科）15 名（16.9%）、研究施設からの受験者 3 名（3.4%）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（84 名、94.4%）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 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 点を超える評価が多かった。I 型写真問題は 3.0 点であったのに対し、I 型文章問題は平均 2.8 点とやや難易度が低いという回答が多かったが、適切さの平均点は 3.6 ～ 3.8 点で高い評価であった。全体としては試験の難易度、適切さに関するアンケート結果は昨年とあまり異なる内容であると思われた。試験時間については昨年同様、IIc 型、III 型を除くと平均 3 点を超えていた。III 型は、平均 2.4 点と試験時間が短いという回答が多かった。試験内容と日常業務との関連性の質問では、平均 3.7 点で日常的に経験する頻度が比較的高い病変を出題したことを反映していると考えられた。試験場の設備、環境は名古屋大学の先生方のご尽力のおかげで平均 4.1 点と非常に高い評価で、使用した顕微鏡についても平均 3.7 点と好評であった。

## 7. おわりに

本年度の受験者数は口腔病理も含めて 100 名を超した。受験者数の増加は日本病理学会として喜ばしいことである。一方で会場と顕微鏡台数の確保、II 型試験のローテー

表 12. 第 30 回日本病理学会病理専門医試験委員構成

---

第 30 回日本病理学会病理専門医試験実施委員：
野島孝之（委員長）、下山芳江、今井 裕、伊藤雅文、 小塚祐司、松林 純、森谷鈴子、村田哲也、浦野 誠、 山田鉄也、横井豊治
面接委員：
立山 尚、白石泰三、北川 諭、前多松喜、大月寛郎、 藤野雅彦
病理専門医試験委員：
北川昌伸（委員長）、大橋健一、都築豊徳、藤井丈士、 中澤温子、谷澤 徹、津田 均、羽賀博典

---

ション問題など、受験者にアンフェアとならないように試験実施の運営上、新たな対応の必要性があり、今後の課題となる。

本年の病理専門医試験に携わった委員を表 12 に示す。本年度は東日本大震災の影響で、昨年に引き続き名古屋大学を会場に開催された。名古屋大学の中村栄男先生、豊國伸哉先生、高橋雅英先生をはじめ名古屋大学スタッフの皆様方に大変お世話になりました。誠に有難うございました。半年以上にわたって本試験のためにご尽力いただきました実施委員の先生方並びに毎回の実施委員会に参加し、常に適切な指導と助言をいただきました口腔病理専門医試験実施委員会の仙波伊知郎先生、藤田修一先生、久山佳代先生にこの場をお借りして改めて深甚なる謝意を表します。また、試験委員長の東京医科歯科大学の北川昌伸先生並びに試験委員、面接委員の先生方に深謝いたします。最後になりましたが、実施委員会をサポートし、試験問題集の校正に協力していただきました金沢医科大学の福島万奈先生、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病理学会事務局の菊川敦子さん、宮本いづみさん、井口令子さんに改めて心から御礼申しあげます。

## 第20回（2012年度）日本病理学会 口腔病理専門医試験報告

第20回口腔病理専門医試験実施委員会  
委員長 仙波伊知郎

### 1. はじめに

第20回（2012年度、平成24年度）の日本病理学会口腔病理専門医試験は、2012年7月28日（土）と29日（日）に、第30回病理専門医試験と同時に、名古屋大学鶴舞キャンパスで実施された。試験の構成や実施のスケジュールは病理専門医試験と同様である。本年度の受験者は11名で、8名が合格した。試験の内容と採点ならびに合否判定は、従来の方法に準拠して行われた。

### 2. 受験者の概要

受験者の勤務施設の内訳は、歯学部（大学）の病理学教室が4名、歯学部以外の病理学教室が2名、大学附属病院病理部（科）が1名、国公立病院検査科（病理科）が2名、医育機関以外の研究施設が1名、その他（口腔外科）1名であった。近年の傾向として、歯学部（大学）の病理学教室以外の所属施設の受験者の割合が増えていたが、本年はその傾向はみられず、一方、多様な勤務施設の方が受験された。受験者の口腔病理の経験は5年以上10年未満が9名で、15年以上20年未満が2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された共通問題とした。共通問題の臓器別出題数を表1に示す。I型文章問題とIII型問題は病理専門医試験と共通問題である。I型写真問題とII型問題の後半半数は、口腔病理独自の問題である。口腔問題の疾患分類別出題数を表2に示す。共通問題は、口腔病理医として必要な人体病理学の基礎知識を問うために諸臓器の代表的な疾患を中心に選択し、さらに口腔に関連の深い疾患を加えた。口腔問題は、「日本病理学会口腔病理専門医のための研修要綱」に沿って口腔を構成する諸臓器に発生する代表的な疾患を中心に構成し、隣接する頭頸部病変からも重要なものを取り入れた。また、I型問題では、臨床像と対比して考えられるように配慮し、肉眼像、エックス線画像およびマクロ像を加えた。細胞診の問題では典型的な細胞像を出題した。

#### 1) I型問題

I型問題は、肉眼像、エックス線画像、病理組織像、細胞像等を写真で提示し、総合的な診断能力を問う問題である。特に口腔問題では肉眼像やエックス線画像を加味して、

組織像で診断を問う問題を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16.5点で例年とほぼ同程度であった。

#### 2) II型問題

II型問題は検鏡問題で、主に外科病理学の全般的な知識

表1. 共通問題の臓器別出題数

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

表2. 口腔問題の疾患分類別出題数

疾患分類	出題数
歯原性嚢胞	2
非歯原性嚢胞	3
歯原性腫瘍	6
顎骨の腫瘍	2
顎骨の非腫瘍性疾患	1
唾液腺腫瘍	8
唾液腺の非腫瘍性疾患	1
粘膜の腫瘍	7
粘膜の非腫瘍性疾患	3
その他の腫瘍	7
その他の非腫瘍性疾患 (細胞診)	5 (7)
計	45

表3. I型写真問題の模範解答と平均点

問題番号	模範解答	平均点
I-16	肥大型心筋症	3.45
I-17	未熟奇形腫	4.55
I-18	パーキットリンパ腫	4.00
I-19	濾胞癌	2.27
I-20	痛風結節	3.64
I-21	5) H-SIL	2.73
I-22	多発性硬化症	2.73
I-23	エナメル上皮線維腫	1.82
I-24	メルケル細胞癌	1.82
I-25	扁平苔癬	5.00
I-26	メッケル憩室	3.64
I-27	膜性腎症	4.55
I-28	頭蓋咽頭腫, エナメル上皮腫型	4.09
I-29	腺癌	0.00
I-30	胞巣型横紋筋肉腫, desmin, myoglobin	1.73
I-31	ワルチン腫瘍, ミトコンドリア	4.82
I-32	粘表皮癌	3.45
I-33	偏光顕微鏡, $\beta$ 2-ミクログロブリン	2.55
I-34	エナメル上皮腫	5.00
I-35	骨形成線維腫	1.82
I-36	含菌性嚢胞	4.55
I-37	炎症性傍側性嚢胞	3.18
I-38	扁平上皮癌	4.55
I-39	ケルビズム	2.91
I-40	神経鞘腫	3.64
I-41	セメント芽細胞腫	3.73
I-42	疣贅癌	4.55
I-43	口腔カンジダ症	4.55
I-44	ホジキンリンパ腫	4.36
I-45	鼻口蓋管嚢胞	4.55

が問われる。例年通り, IIa型(20題), IIb型(20題), IIc型(20題)の計60題が出題された。IIa型およびIIb型問題は, 60分間で各々20題を解答するのに対して, IIc型問題は巡回方式で, 1題を3分以内で検鏡して解答する。また, IIc型問題は, 多数の標本を作製するのが困難な生検, 細胞診, 迅速診断の標本などの症例が出題された。解答は記述式で, 一部には選択問題も含み, 配点は各5点, 合計300点である。模範解答と平均点を表4, 5に示す。

### 3) III型問題

III型問題は, 病理専門医の受験者と共通の剖検症例1例が出題され, 解答時間は2時間30分である。今回も臨床経過, 検査データ, 病理解剖時の肉眼写真集, プレパラート1セットが配布され, 剖検診断書の作成と所見を記載し, 設問に答える従来の方式がとられた。問題の詳細は病理専門医試験報告を参照されたい。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, 試験委員および実施委員のうち2名が交替でペアを組み, 受験者1名ごとに約10分間で行った。

表4. IIab型検鏡問題の模範解答と平均点

問題番号	模範解答	平均点
IIa-1	濾胞性リンパ腫	3.82
IIa-2	線維性異形成	3.18
IIa-3	扁平上皮癌	4.55
IIa-4	胞状奇胎, 全奇胎	4.55
IIa-5	結核症	0.45
IIa-6	浸潤性尿路上皮癌, 微小乳頭型	0.45
IIa-7	カルチノイド腫瘍	3.18
IIa-8	嚢胞性中膜壊死	3.00
IIa-9	硬化性血管腫	0.45
IIa-10	褐色細胞腫	2.73
IIa-11	多形腺腫	3.18
IIa-12	基底細胞腺腫	3.64
IIa-13	腺房細胞癌	5.00
IIa-14	腺様嚢胞癌	4.55
IIa-15	多形腺腫由来癌	2.73
IIa-16	腺様歯原性腫瘍	5.00
IIa-17	角化嚢胞性歯原性腫瘍	5.00
IIa-18	石灰化嚢胞性歯原性腫瘍	4.36
IIa-19	術後性上顎嚢胞	5.00
IIa-20	リンパ上皮性嚢胞	4.09
IIb-1	隆起性皮膚線維肉腫, CD34	1.18
IIb-2	脂漏性角化症	4.09
IIb-3	黄体嚢胞	2.18
IIb-4	炎症性線維性ポリープ	0.45
IIb-5	血管芽腫	1.82
IIb-6	サルコイドーシス	4.82
IIb-7	血管筋脂肪腫	0.91
IIb-8	非浸潤性乳管癌	2.55
IIb-9	嫌色素性腎細胞癌	3.09
IIb-10	子宮内膜症	3.18
IIb-11	上皮内癌	3.18
IIb-12	紡錘細胞癌	4.45
IIb-13	扁平上皮癌, リンパ節転移	5.00
IIb-14	3) CD20	1.82
IIb-15	骨肉腫	4.09
IIb-16	神経線維腫(症)	4.09
IIb-17	色素性母斑	5.00
IIb-18	膿原性肉芽腫	5.00
IIb-19	放線菌症	3.36
IIb-20	慢性硬化性唾液腺炎	3.45

### 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に示す。本年の受験者11名の総合計の平均得点率は69.2%で昨年より高く, I型問題の平均得点率は71.0%, II型問題は68.9%, III型問題(筆記+面接)は71.9%であった。成績の上位者は, 口腔問題, 共通問題ともに良好な成績を挙げていたが, 合格者の中でも共通問題と口腔問題の正答率は概して共通問題の正答率が低い傾向にあり, 口腔問題の総合計の平均得点率は75.2%であったが, 共通問題では56.1%であった。また, 細胞診は58.0%であり, 合格者の中にも成績が振

表 5. IIc 型巡回問題の模範解答と平均点

問題番号	模範解答	平均点
IIc-1	青色母斑	4.27
IIc-2	ワルチン腫瘍	5.00
IIc-3	亜急性壊死性リンパ節炎	1.00
IIc-4	切断端陽性、低分化型腺癌	3.18
IIc-5	腺様嚢胞癌	5.00
IIc-6	4) 悪性、乳頭癌	4.36
IIc-7	類内膜腺癌	4.73
IIc-8	尿路上皮癌、高異型度	3.18
IIc-9	非アルコール性脂肪性肝炎	4.09
IIc-10	伝染性軟属腫	3.64
IIc-11	扁平上皮癌	1.82
IIc-12	ヘルペス感染症	1.82
IIc-13	多形腺腫	0.45
IIc-14	悪性黒色腫	4.09
IIc-15	扁平上皮癌	2.27
IIc-16	歯牙腫、複雑型	4.09
IIc-17	尋常性天疱瘡	5.00
IIc-18	顆粒細胞腫	4.09
IIc-19	滑膜性軟骨腫症	3.18
IIc-20	乳頭状内皮過形成	2.27

るわなかった者もあり、今後克服すべき課題である。また、III 型剖検問題では、フローチャート作成は比較的良く対応出来ていたが、より確実な所見を得るために、さらに幅広い全身疾患の理解や病態のとらえ方の修練が必要であると思われる。

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、8 月 1 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、8 名を合格、3 名を不合格と判定した。不合格者の多くは、I 型文章問題以外では III 型問題とともに I・II 型問題でも十分な得点が得られず、特に I・II 型の共通問題での得点率が伸び悩み、I・II 型問題の総合得点率が 60% に満たないため、残念ながら不合格となっていた。合格者と不合格者の得点率は 75.1% と 53.5% であり、比較的大きな差が見られ、二峰性の分布をしていた。受験者全員に成績の結果と簡単な総評を加えて可否を通知したので、この結果を各自の自己分析に役立て、合格不合格によらず剖検を含めた病理学のさらなる研鑽を積み、合格後は口腔病理専門医としてさらに幅広い活躍をされることを期待したい。

## 5. アンケート結果

試験終了後、例年通り無記名のアンケートを実施した。その内容と結果の概略を表 6 に示す。本年度の問題に対しては、問題の難易度および適切さに関して概ね適切と答えた受験者が多かった。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 型問題の試験時間が特に短いと感じた

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	2.82
B) I 型文章問題	2.73
C) IIab 型検鏡問題	3.27
D) IIc 型巡回問題	3.73
E) III 型剖検問題	3.64
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	3.73
B) I 型文章問題	3.82
C) IIab 型検鏡問題	3.73
D) IIc 型巡回問題	3.73
E) III 型剖検問題	3.27
試験時間の長さ	1: 非常に短い, 3: 適当, 5: 非常に長い
A) I 型写真問題	2.91
B) I 型文章問題	2.91
C) IIab 型検鏡問題	2.91
D) IIc 型巡回問題	2.27
E) III 型剖検問題	2.00
細胞診	
A) 難易度	1: 非常に易, 3: 適当, 5: 非常に難 3.64
B) 問題数	1: 非常に少ない, 3: 適当, 5: 非常に多い 3.82
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	3.91
B) I 型写真の大きさ	3.45
C) I 型 1 問当たりの写真数	3.64
D) III 型写真の画質	4.00
E) III 型写真の大きさ	3.64
F) III 型写真の数	3.82
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 3.00
本試験の全体的な質	1: 非常に低い, 3: どちらでもない, 5: 非常に高い 3.91
試験日程ならびに進行	1: 非常に不適切, 3: どちらでもない, 5: 非常に適切 3.64
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 4.27
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 3.73

受験者が多くみられた。また、III 型問題の設問については「経過途中の臨床検査データも付記して欲しい」という意見もあった。

## 6. おわりに

本年は口腔病理専門医試験の第 20 回目の節目の年であったが、昨年に引き続き 10 名を越える受験者があり、これまでと異なり 2 班体制で試験を実施しました。あいにく梅雨明けの猛暑の中での実施となりましたが、会場整備にご配慮頂いたこととともに、受験者の真摯で真剣な取り組みにより、滞りなく実施できました。

優れた口腔病理医を育成するために、新しい研修要項が整備され、平成 23 年度卒業生から適応されます。それに合わせて、口腔病理専門医研修制度の実質化とともに、口腔病理専門医試験制度をさらに整備し、その内容も充実さ

せていく事になります。今後、ますます日本病理学会の皆様のご支援とご指導を賜ります様、改めてお願い申し上げます次第です。

## 7. 謝辞

本年度の口腔病理専門医試験にご尽力頂きました実施委員および試験委員（表7）の諸先生に御礼申し上げます。口腔病理専門医試験では、病理専門医試験のⅠ・Ⅱ型問題の半数を、またⅢ型問題は同じものを使用させて頂いています。口腔病理専門医試験への深いご理解の下に、これらの問題作成にご尽力頂き、使用することをご了承頂きました病理専門医試験実施委員および試験委員の諸先生に改めて御礼申し上げます。特に、実施委員長の野島孝之先生と試験委員長の北川昌伸先生には、問題作成から実施に至るまで多大なご助力、ご高配を頂きました。心より御礼申し上げます。また、試験会場を提供して頂き、試験実施にご尽力頂きました中村栄男先生ならびに名古屋大学医学部

表7. 第20回口腔病理専門医試験関連委員

実施委員	
仙波伊知郎	(委員長, 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科)
久山 佳代	(日本大学松戸歯学部口腔病理学講座)
藤田 修一	(長崎大学大学院医歯薬学総合研究科)
試験委員	
豊澤 悟	(委員長, 大阪大学大学院歯学研究科)
原田 博史	(社会医療法人生長会府中病院病理診断科)
長塚 仁	(岡山大学大学院医歯薬学総合研究科)
美島 健二	(昭和大学歯学部口腔病態診断科学)

病理学関連講座の皆様、さらに、藤田保健衛生大学の黒田誠先生に深謝致します。

最後になりましたが、口腔病理専門医試験の実施にあたり、終始的確なご助言と多大なご協力を頂きました日本病理学会事務局の菊川敦子さん、宮本いづみさん、井口令子さんに心より感謝申し上げます。