

1. 病理専門医・口腔病理専門医資格の更新について

病理専門医・口腔病理専門医資格更新の本年度該当者には、学会事務局より必要書類を8月下旬～9月上旬に送付予定です。更新該当者であるにもかかわらず、必要書類が送付されていない場合は、事務局までご連絡ください。専門医資格が保留の方で、本年度に復帰の申請を希望される方は、日本病理学会事務局までご連絡下さい。必要書類を送付いたします。

提出締め切り：2019年10月31日（木）消印有効

※更新のご希望がない場合も、必ず事務局宛にご一報下さい。

2. 第42回（令和元／2019年）日本病理学会認定施設および登録施設の認定申請について

A：日本病理学会「認定施設」の認定申請（新規）について

第42回（令和元／2019年）の認定審査のための申請を下記の通り受け付けます。申請ご希望の施設は、書類を以下よりダウンロードの上、申請してください。申請には剖検例が剖検輯報に掲載されていることが必須条件です。

1) 申請に必要な書類は以下HPよりダウンロードしてください

<http://pathology.or.jp/news/whats/20190813.html>

- ① 日本病理学会認定施設認定申請書 1通
- ② 認定施設認定申請書資料 1通

2) 申請書類提出先（郵送のみの受付）

〒113-0034 東京都文京区湯島1-2-5

聖堂前ビル7階

日本病理学会事務局 認定施設申請受付係

TEL 03-6206-9070

3) 申請締切

2019年10月31日（木）消印有効

※申請をする施設は、2018年（1月～12月）の剖検データを、その施設として登録完了後、施設申請書類を病理学会へ送付してください。（連携している施設とデータを一緒に登録することはできません）

剖検データはNCDにて登録受付中です。登録されていない場合、申請は認定されません。登録開始前にNCDへ担当者を事前登録する必要があります。詳細は以下をご確認ください。

・参照（NCD HPより）

<http://www.ncd.or.jp/info/information/2346.html>

・認定施設審査細則

<http://pathology.or.jp/jigyuu/pdf/kitei16.pdf#page=66>

B：日本病理学会「登録施設」の認定申請（新規）について

第42回（令和元／2019年）の登録施設確認を行うにあたり、下記により確認申請を受け付けます。申請ご希望の施設は、書類を以下よりダウンロードの上、申請してください。申請には剖検例が剖検輯報に掲載されていることが必須条件です。

1) 申請に必要な書類は以下HPよりダウンロードしてください

<http://pathology.or.jp/news/whats/20190813.html>

- ① 日本病理学会登録施設確認申請書 1通
- ② 日本病理学会登録施設被登録承諾書 1通
- ③ 登録施設確認申請書資料 1通

〈注意〉

①は既に認定施設として認定されている大学の病理学講座・病理部や市中病院の病理部等が記入してください。

②はこれから登録を受けようとする病院が記入してください。

③はこれから登録を受けようとする病院の専任又は非専任の病理医が記入することが望まれます。

※①～③を一緒に封筒でお送りください

2) 申請書類提出先（郵送のみの受付）

〒113-0034 東京都文京区湯島1-2-5

聖堂前ビル7階

日本病理学会事務局 登録施設申請受付係

TEL 03-6206-9070

3) 申請締切

2019年10月31日（木）消印有効

※申請をする施設は、2018年（1月～12月）の剖検データを、その施設として登録完了後、施設申請書類を病理学会へ送付してください。（連携している施設とデータを一緒に登録することはできません）

剖検データはNCDにて登録受付中です。登録されていない場合、申請は認定されません。登録開始前にNCDへ担当者を事前登録する必要があります。詳細は以下をご確認ください。

・参照（NCD HP より）

<http://www.ncd.or.jp/info/information/2346.html>

・登録施設審査細則

<http://pathology.or.jp/jigyoku/pdf/kitei16.pdf#page=68>

3. 2019年分割検データ登録 締切日のご案内

剖検情報は、NCD（National Clinical Database）を利用して登録していただいております。現在2018年（1月～12月）のデータ提出をNCD上にて受付けておりますので、締切までに登録を完了していただきますようお願い申し上げます。

剖検輯報に登録していない症例は、病理専門医受験資格分としてカウントすることが出来ませんので、ご注意ください。

〈2018年（1月～12月）の剖検・施設情報の登録締切日〉

登録締切日：12月2日（月）23:59まで

※締切日以降、2018年分は一切登録できませんので、ご注意ください。

詳細はNCDホームページをご確認ください

<http://www.ncd.or.jp/info/information/2346.html>

剖検データは他施設とまとめて登録することはできません。NCDを通じて、施設ごとに登録してください。

4. 第109回日本病理学会総会（福岡）一般演題募集開始のご案内

下記の通り第109回日本病理学会総会の一般演題募集を開始いたしました。

【演題募集締切】2019年10月23日（水）正午

【演題募集ページ】<http://www.congre.co.jp/jsp2020/>

詳細は上記HPをご確認ください。

5. 第2回分子病理専門医講習会（11/30・大阪）開催のご案内

第2回分子病理専門医講習会を2019年11月30日（土）に大阪で開催いたします。本講習会は分子病理専門医受験までに1回は受講していただく必修指定講習会になります。分子病理専門医受験を希望する方は、奮ってご参加くださいますようお願い申し上げます。

なお第2回分子病理専門医講習会に関しては9月30日（月）13時よりWEBにて受講受付を開始する予定です。

※本講習会は、病理専門医資格更新の単位にはなりません。

〈開催概要〉

【日時】2019年11月30日（土）9:50（受付開始9:20）から16:00（終了後、修了証等配布）

【会場】千里ライフサイエンスセンター 山村雄一記念ライフホール（大阪府豊中市新千里東町1-4-2）

【受講料】25,000円（ハンドアウト代込み・当日配布）

【受講申込】9月30日（月）13:00よりWEB受付開始予定

【受講資格】日本病理学会認定 病理専門医（日本専門医機構認定も含む）

【定員】120名 先着順

【問い合わせ先】日本病理学会事務局
jsp-admin@umin.ac.jp

詳細は以下HPをご確認ください。

参照HP:

<http://pathology.or.jp/senmoni/1130osaka-training-session.html>

6. 第2回希少がん病理診断講習会（10/19・東京）開催のご案内

2019年10月19日（土）に東京にて希少がん病理診断講習会（本部開催）を開催いたします。

〈開催概要〉

第2回希少がん病理診断講習会2019年度（於 東京・日本病理学会本部）

【日時】2019年10月19日（土）10時～16時

【会場】富士ソフトアキバプラザ アキバホール

【定員】192人（先着順）

【講師】小田義直、吉田朗彦（骨軟部）、佐々木惇（脳腫瘍）、大喜多肇（小児）

*参加費無料、フルカラーテキスト無料配布

*病理領域講習（専門医更新）：4単位（4コマすべてを受講した方にのみ付与）

*病理学会希少がんHPにて受講オンライン受付中

<https://rarecancer.pathology.or.jp>

詳細は以下HPをご確認ください。

参照HP：<https://rarecancer.pathology.or.jp/>

7. 第16回日本病理学会カンファレンス2019開催報告

第16回日本病理学会カンファレンスは、テーマを「テクノロジーの進歩とともに発展する病理学」として、2019年8月2日（金）～3日（土）の2日間、北海道札幌市のガトーキングダムサッポロにて開催いたしました。

昨年の犬山市の40℃越えの酷暑にはいたらないものの、会期中の最高気温は2日に33.2℃を記録し、札幌は7月29日から続く10日間連続の真夏日（1976年のアメダス観

測以来初めて)の間の暑さの中の開催となりました。

演者は、病理学会外からの招待演者6名、病理学会員の演者5名(内共催セミナー演者2名)の11名、また、ポスター演題は32題、全体で参加者は126名(うち宿泊92名)と多数のご参加、演題登録をいただきました。

本州の大都市からははるか離れ、また札幌中心部からも車で1時間弱かかる遠隔地での会場の開催となったにもかかわらず、多くのご参加、演題登録をいただきましたことにお礼申し上げます。

【開催の目的と概要】

本カンファレンスは、日本病理学会会員の特に若手会員が、生命科学から臨床応用までわたる多くの第一線の研究者と、深い討論や交流の場を提供するために開催されており、今回で16回目の開催です。これまで、各回のテーマは、研究推進委員会により選定されていますが、特に、広く病理学会会員が従事している学術研究あるいは診断病理の枠を超え、基礎から臨床までを貫くテーマが選定されています。

第16回は「テクノロジーの進歩とともに発展する病理学」をテーマとして、幅広い領域の医学・病理学・生命科学に関わる最新のテクノロジーについて専門の先生をお招きし、若い会員と共に議論を深めていただくことを目的としました。

特に、人工知能、シングルセルRNA解析、メカノバイオロジー、超解像度顕微鏡、イメージング、ソフトマター、ゲル組織再生、透明化、線虫がん検査、迅速免疫染色など、病理学・医学を取り巻く最先端の科学技術について、それぞれの分野を代表するエキスパートの先生をお招きして若手病理医とザックバラに議論することを企画しました。

病理学会外からお招きした演者の方々は、個々の分野ですでに世界をリードし、あるいは今後リードするであろう研究をされておられる第一線の研究者にお願いしました。

〈プログラム〉

今回のレクチャー講師と演題は以下の通りです。(11演題、敬称略、発表順)

座長：清川 悦子／金沢医大

1. 「生きた組織の分子活性を顕微鏡で観察すると何が見えるか？」 松田 道行／京都大学
2. 「新色素で拓く蛍光イメージング」 山口 茂弘／名古屋大学
3. 「組織透明化による3D神経病理学」 田井中一貴／新潟大学
4. スイーツセミナー (共催：日本新薬株式会社)

座長：竹内 賢吾／癌研

「シングルセル解析のがんゲノム医療への応用」
高阪 真路／国立がん研究センター

座長：近藤 英作／新潟大

5. 「組織再生とがんのメカノバイオロジー」
曾我部正博／名古屋大学

6. 「次世代トモグラフィ装置の開発 — 病理学への革新的技術提供を目指して —」

伊庭 靖弘／北海道大学

7. モーニングセミナー (共催：迅速免疫染色研究会)

座長：伊藤 智雄／神戸大学

「R-IHC」 南條 博／秋田大学

座長：加藤 光保／筑波大学

8. 「線虫がん検査N-NOSEの発明と実用化」

広津 崇亮／HIROTSU バイオサイエンス

9. 「コラーゲンビトリゲルを用いた臓器修復、オルガノイド構築、そして培養技術革新」

竹澤 俊明／農研機構

座長：山田 泰宏／東京大学

10. 「ソフトマターによる癌幹細胞へのリプログラミングと治療応用」 津田真寿美／北海道大学

11. 「人工知能による新しい病理学」

石川 俊平／東京大学

〈夕食会〉

1日目の講演終了後は、夕食会となり、安井弥副理事長の乾杯のご発声で始まりました。若手の参加者も多く100名での会となりました。途中、松田道行先生、曾我部正博先生、豊國伸哉先生にスピーチを頂き、若手会員、参加者を激励していただきました。最後は小田義直副理事長に中締めのご挨拶をいただき、和やかな雰囲気の中終了となりました。

〈ポスターセッション (32演題)〉

夕食会終了後はポスター発表となり、32演題を5つのセッション(各5~6演題)として、口頭発表を行っていただきました。各セッションの座長は以下の先生に御依頼しました。学部学生が11名参加しており、若手が熱心に討論を行っていました。

尚、ポスター発表は、日本病理学会研究推進委員会の先生方および座長の先生方10名に採点いただきました。具体的には、各審査員それぞれ優れた演題を5つ選んでいただき、ポスターごとの合計点(全員から選ばれた場合最大10点)を、審査員の人数(通常10名、但し当該ポスターにCOIを申告した審査員は除外されるためその場合9または8名など)で除し、得点率として算出し、この得点率の高い順に3題を最優秀賞、優秀賞、敢闘賞としました。結果はカンファレンス閉会式において発表して表彰しました。

セッション名と座長

Session 1 Disease analysis

小田 義直／九州大学

Session 2 Digestive system and liver cancer

菅井 有／岩手医科大学

Session 3 Genome analysis and pancreatic cancer

古川 徹／東北大学

Session 4 Basic science of epithelial cancer, mesenchymal tumor, and glioma

安井 弥／広島大学

Session 5 Stem cell analysis and tissue engineering

山田 泰宏／東京大学

Session 6 New technology for pathological science

豊國 伸哉／名古屋大学

〈ポスター表彰〉

① 最優秀賞 大森 優子 (東北大学)

P-12 IPMN 関連腺癌における Molecular subtype に基づいたクローン進化モデル

② 優秀賞 遠田 健・伊勢 昂生 (北海道大学・学生)

P-30 機械学習による Semantic segmentation を用いた前立腺癌の Gleason pattern 評価

③ 敢闘賞 杉本幸太郎 (福島県立医科大学)

P-24 組織再生の最前線. ゼブラフィッシュ

〈Free discussion〉

ポスターのあとは、例年どおり 60 名以上が参加して、深夜遅くまで情報交換会が続きましたが、これも単に病理学の枠にとどまるものではなく、若手研究者や病理学者が、この機に得た新たな仲間や縁から、いずれは自身の研究の枠を超えて活躍するための、その礎となることを願っています。また、宴席ばかりでなく、プールや温泉での参加者の交流もあった由、耳にしましたが、会場により様々な楽しみ方ができたことはよかったです。

開催報告の詳細はホームページをご参照ください。

参照 HP: https://16th.jspc.academy/pdf/jspc16th_report.pdf

8. 公開シンポジウム「人工知能時代の放射線画像診断・病理診断と専門医のあり方」のお知らせ

主催：日本学術会議 放射線・臨床検査分科会、日本医学放射線学会、日本病理学会

日時：2019 年 10 月 28 日 (月) 13:00~17:30

場所：日本学術会議講堂

(東京都港区六本木 7-22-34)

参加費：無料、事前登録不要

プログラム：

- ・広域連携・分散統合による医学・医療の課題解決
末松 誠 (日本医療研究開発機構 (AMED))
- ・医療画像ビッグデータ利活用を促進するクラウド基盤
合田 憲人 (国立情報学研究所)
- ・医療と Artificial Intelligence (AI)
山本陽一郎 (理化学研究所)
- ・超音波診断における AI 開発の現状と課題
工藤 正俊 (近畿大学)

・日本医学放射線学会における AI 開発の取り組みと課題

待鳥 詔洋 (国立国際医療研究センター国府台病院)

・放射線科領域における AI の進歩と放射線診断専門医の今後の在り方

小林 泰之 (聖マリアンナ医科大学)

・病理分野における AI プログラムの現状と課題

佐々木 毅 (東京大学)

・病理診断における AI と専門医の在り方

森井 英一 (大阪大学)

・総合討論

参照 HP: <http://www.scj.go.jp/ja/event/index.html>

9. 英国派遣報告書

1) 東京大学大学院医学系研究科 衛生学分野

加藤 洋人

英国病理学会に参加して

このたびご縁があり第 107 回日本病理学会総会において学術奨励賞を受賞させていただき、2019 年 7 月 2 日～4 日に開催された英国病理学会 (Leeds Pathology 2019) へ派遣されて参加させていただきました。国際交流委員長の小田義直先生および審査委員の先生方には、貴重な機会を与えていただき心より感謝申し上げます。学会が開催された Harrogate という街は英国ヨークシャー地区にある田舎町のひとつで、Leeds Bradford 国際空港からバスで 30 分ほどの距離にあります。空港からの道中は牛、羊、馬、山羊が放牧された豊かな緑にあふれる牧草地帯が続いており、ついつい途中下車してしまいました。牧草地帯を抜けておもむろに現れた市街地には、おそらく 17 世紀くらいからあると思われる古い建物が散見され、いわゆる正統な British スタイルの建築美を感じることができたように思います。

学会では Molecular Pathology Pathways という Symposium で '*Immunogenomic Repertoire Profiling of Tumour-infiltrating B cells Reveals Sulfated-glycosaminoglycans to be Major Functional Humoral Antigens in Human Malignancies.*' と題する口演をしました。がん組織に浸潤する B 細胞がもつ免疫グロブリン遺伝子配列を次世代シーケンス解析から同定し、それらの配列情報から人工合成したヒト抗体の機能解析を進めた研究です。想定していた以上に突っ込んだ内容の質問をもらうことができ、今後の研究の展開にとって有意義な情報交換ができました。また、英国病理学会は参加者の約 1/3 が trainee (日本でいえば専門医を取得していない若手病理医の層) または学部学生だそうで、若手が経験を積む場としての側面が大きいように感じました。実際に若者たちと話してみると、しっかりとした将来像を持ちながら病理のトレーニングに勤しんでいる姿が表層にみえてくるとともに、「診断がキツイ」「研究が辛い」といった本音も耳に入ってきて、国は違っても若者の感じ方は似た



ようなものだと感じました。

英国病理学会では、学会を主催された Prof. Philip Quirke をはじめ Leeds 大学の皆さんにつねに目を掛けていただき、おかげさまでとても楽しくかつ有意義に過ごすことができました。特に、若き trainee である Dr. Caroline Young (写真) には心から感謝しています。いま思えば、その歓待ぶりは学会に出発する前からその片鱗を感じさせるもので、スケジュール調整や学会イベントへのお誘いまで、きめ細やかな連絡を頻繁にいただいております。また学会前日の7月1日には Prof. Quirke や Caroline の取り計らいで 'National Academic Trainees' Network Meeting' という若手病理医のトレーニングコースに参加させていただきました。爆弾処理業をしている方からストレス耐性の講演を聞いたり、コンサルタントの方から職場における対話法の実践練習をさせられたり、日本における病理医としてのトレーニングでは味わえない興味深い経験をすることができました。

学術奨励賞受賞者として私と一緒に英国病理学会に参加された坂本直也先生とは、私と同じく米国 University of Michigan への留学経験があるという共通点があることが分かり (しかも研究室の建物とフロアまで同じ)、共通の知人やステーキハウスの話題で盛り上がることができました。世界は広いですが、研究者の世界は狭いものだとあらためて感じる事ができました。今後ともお互いがんばってまいりたいと思います。

今回の学術奨励賞受賞および英国病理学会への派遣については、多くの先生方のご指導とご支援の賜物と考えており心から感謝申し上げます。大学卒業後すぐ前理事長深山正久先生の門を叩くことで私の病理医としての道が始まりました。都立駒込病院では船田信顕先生、大橋健一先生、比島恒和先生から病理診断の基礎を、国立国際医療センターでは望月真先生に病理解剖をご指導いただきました。国立

がん研究センター研究所では廣橋説雄先生、金井弥栄先生、柴田龍弘先生からゲノム研究のご指導をいただきました。特に柴田龍弘先生の研究室では私の好きなペースで研究を進めさせていただき、そのとき経験したすべてのことが私の研究者としての基礎を作っていると感じます。病理専門医試験に際しては森正也先生 (三井記念病院) と倉田厚先生 (東京医大) からご声援をいただきました。また、大学院の2年先輩であり現在もずっと背中を追い続けている石川俊平先生 (東大衛生学)、牛久哲男先生 (東大人体病理学)、大田泰徳先生 (東大医科研)、そして私を病理へ導いて頂いた松原大佑先生 (自治医科大学) には格別の感謝を申し上げます。ふだんあまり病理の先生方とお会いする機会がございませんので、長くなりましたがこの場をお借りして謝辞を述べさせていただきます。

微力ではございますが、今後とも病理学の発展のために尽力させていただければ幸いです。

令和元年7月

2) 広島大学 分子病理学 坂本 直也

この度、日英病理学会国際交流事業の一環として、Harrogate にて開催された英国病理学会 (Leedspathology 2019, 7/2-4, 2019) に参加させていただきました。Harrogate はヨークシャー州にある高級街で、アンティーク調の街並みと広大な自然や牧場の残る落ち着いた雰囲気のある街でした。

学術集会は中心街にある Harrogate Convention Centre にて開催されました。会の規模は日本病理学会総会と比較しても小さく、ポスター発表では English tea を片手に和やかな雰囲気での discussion していたのが印象的でした。シンポジウムは形態像から遺伝子・分子異常、その臨床的な意義から応用に至るまで幅広く網羅するセッションが組まれていました。加えて、若手病理医に対しての実践的な病理診断の講習会が多数開催されていたことも非常に印象深

かったです。私は“Advances in Proteins”のシンポジウムで大腸癌における ADAM28 の発現と機能に関する研究成果の発表の機会を頂きました。座長の Prof. Quirke, Dr. Richman をはじめ、会場の先生方から様々な質問や激励を頂きました。また学会に先立って行われた National Academic Trainee Network Meeting というイギリス、オランダ、ドイツ等の若手病理医が合同で主催する会合に参加する機会を頂きました。各国の若手病理医がそれぞれ専門医を取得するまでのプログラムの紹介、各国のプログラムの特徴やメリット・デメリット等のディスカッション、参加者の研究テーマの short presentation、困難な状況における mentality の持ち方・乗り切るとの mindset に関する interactive workshop、などなど一日盛りだくさんのイベントでしたが、日本では経験できない貴重な機会でした。また各国の代表者が精力的に活動に参画し、若手からのフィードバックを通じて各国の病理学会を盛り上げようと努める姿に感銘を受けました。

滞在中は学会の主催者でもあった Prof. Quirke や Dr.

Caroline に大変お世話になりました。学会参加や施設見学、Hrrogate で有名なレストランでのディナー、パブでの交流会など、熱烈な歓待と細やかな心遣いを頂きました。この場をお借りして、厚く御礼申し上げます。Dr. Caroline にはイギリスにおけるデジタルパソロジーに関する現状を見せて頂くことが出来、これからの病理診断業務のあり方に関して考える貴重な機会となりました。また Dr. Caroline は大規模グラントを獲得して、数万検体の便検体の細菌叢に焦点を当てた大腸癌スクリーニング系の確立に向けたプロジェクトを主導しており、彼女の発表や個人的なディスカッションを通じて大いに刺激を受けました。

最後になりましたが、このような大変貴重な機会を与えて下さいました日本病理学会、英国病理学会の関係者の皆様方に心より御礼申し上げます。また平素より熱心にご指導下さっている安井 弥教授にこの場をお借りして厚く御礼申し上げます。今後も病理診断、病理学的研究に邁進し、自己研鑽に努める所存です。今後とも御指導御鞭撻の程、何卒宜しくお願い申し上げます。



お知らせ

1. 千里ライフサイエンス国際シンポジウム

2020 Senri Life Science International Symposium on
“Recent Advance in Cancer Genomics”

日時：2020年1月24日（金）10:30～16:30

場所：千里ライフサイエンスセンタービル5階

山村雄一記念ライフホール

（大阪府豊中市新千里東町1-4-2, 大阪メトロ御
堂筋線/北大阪急行, 千里中央駅下車）

コーディネーター：

間野 博行（国立がん研究センター 研究所長）

小川 誠司（京都大学大学院医学研究科 教授）

主催：公益財団法人千里ライフサイエンス振興財団
プログラム

〈Opening address〉 Tadamitsu Kishimoto

（President of Senri Life Science Foundation）

〈Introduction〉 Hiroyuki Mano

（National Cancer Center Research Institute, Japan）

〈Talk 1〉 “Cancer Genomics and Precision Medicine”

Hiroyuki Mano

（National Cancer Center Research Institute, Japan）

〈Talk 2〉 “(Epi) Genomic Predictors of Disease Progression in Gastrointestinal Cancer”

Patrick Tan

（Duke-NUS Medical School, Singapore）

〈Talk 3〉 “Single-cell multi-omics chart the topology of normal and malignant blood cell development”

Dan A. Landau

（New York Genome Center, USA）

〈Talk 4〉 “Clonal Origin of cancer”

Seishi Ogawa

（Graduate School of Medicine Kyoto University, Japan）

〈Talk 5〉 “The new taxonomy of ALL”

Charles Mullighan

（St. Jude Children’s Research Hospital, USA）

〈Talk 6〉 “Cancer modeling in the CRISPR era”

Andrea Ventura

（Memorial Sloan Kettering Cancer Center, USA）

〈Closing remarks〉

Seishi Ogawa

（Graduate School of Medicine Kyoto University, Japan）

使用言語：英語

定員：200名

参加費：無料

申込要領：氏名、勤務先、所属、〒所在地、電話番号、Eメールアドレスを明記の上、Eメールで下記宛お申し込み下さい。件名は「千里ライフサイエンス国際シンポジウム N6」として下さい。

締切：定員になり次第締め切らせて頂きます。

申込先：公益財団法人千里ライフサイエンス振興財団
国際シンポジウム N6 係 湯通 堂隆 宛

E-mail: sng-2019@senri-life.or.jp

TEL: 06-6873-2001

URL: <http://www.senri-life.or.jp/>

〒560-0082 大阪府豊中市新千里東町1-4-2

千里ライフサイエンスセンタービル20階

2. 令和2年度 地球規模課題対応国際科学技術協力プログラムについて

国立研究開発法人 科学技術振興機構（JST）は、地球規模課題対応国際科学技術協力プログラム（SATREPS）において、令和2年度の研究提案を募集しています。

【募集期間】

令和元年9月10日（火）～11月11日（月）正午

【詳細情報】

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

■公募説明会

以下のとおり公募説明会を東京及び大阪会場にて実施します。

JSTとJICAより、本プログラムの概要、公募に関するご案内、経費の枠組みなどについてご説明する予定です。

〈東京会場〉

日時：9月17日（火）14時～16時頃

会場：JST 東京本部別館1階ホール

地図：<https://www.jst.go.jp/koutsu.html#BEKKAN>

〈大阪会場〉

日時：9月19日（木）13時～15時頃

会場：グランフロント大阪北館タワー C 8階

ナレッジキャピタル カンファレンスルーム
タワー C Room C05

地図：

<https://www.kc-space.jp/conference/items/towerC.pdf>

■お問い合わせ先

国立研究開発法人 科学技術振興機構（JST）

国際部 SATREPS グループ 担当：齋藤、猿渡

e-mail: global@jst.go.jp 電話：03-5214-8085

第 37 回 (2019 年度) 一般社団法人日本病理学会 病理専門医試験報告

第 37 回病理専門医試験実施委員会
委員長 中村直哉

1. はじめに

第 37 回 (2019 年度) 日本病理学会病理専門医試験は、2019 年 7 月 27 日 (土)、28 日 (日) の両日、東京医科歯科大学を会場として開催された。心配された台風の影響はなく、無事終了した。受験者は 115 人、内訳は ① 2014 年までの研修開始者で 2004 年以前の医籍登録者 (受験に必要な剖検数は 40) が 16 人、② 2014 年までの研修開始者で 2005 年以降の医籍登録者 (同、40) が 31 人、③ 2015 年度以降の研修開始者 (同、30) が 68 人である。合格者は 92 人、不合格者 23 人、合格率 80% であった。

試験内容は基本的に従来の方法に準拠した。昨年より受験者数が大幅に増えているので、本年も受験者が会場内を移動することは避けて、座席を固定しスタッフが標本を移動させて試験を行う形式にした。同時に第 27 回日本病理学会口腔病理専門医試験も行われた。以下に本年度の試験の概要を報告する。

2. 試験内容と実施方法

試験スケジュールを表 1 に示す。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 題の文章問題から構成されている。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、写真を見ながら解答する。その内容は肉眼像、X 線画像、組織像もしくは細胞像、免疫組織化学像などであり、主に病理診断名を問う形式となっている。解答はおもに記述式で、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などに関する基本的な知識を問うた。

② II 型試験

II 型試験は主に外科病理学の全般的な診断能力、知識を問う検鏡試験であり、全員に標本を配布する IIa と IIb、巡回標本形式の IIc からなる。解答は主に病理診断が要求され、おもに記述式とし一部多肢選択問題も含まれている。

今回も標本巡回グループを 2 つ作り 100 名を超える受験者に対応した。IIa、IIb はそれぞれ 20 例のガラス標本セットが受験者へ配布され、試験時間は 60 分間である。試験時間内での見直しが可能である。IIc は巡回標本形式 20 題からなり、1 題 3 分で検鏡、解答する。多数のガラスプレパラートを用意することが困難な生検標本や迅速標本、細胞診などを対象とし、医科はタブレット (iPad Pro) を供覧するバーチャルスライド問題を 1 題を含む。I 型、II 型ともに口腔病理専門医試験との共通問題と病理専門医試験のみの問題から構成されている。

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の剖検症例が出題される。臨床所見から必要なデータを拾い上げる能力、脳を含む全身臓器から病理所見を見出す能力、さらに臨床所見・肉眼所見を加味して剖検診断を総合的にまとめる能力が問われる。病態や死因を考察する洞察力を問う設問もある。

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 (例年 10 枚程度) が各受験者に配布される。解答時間 150 分以内に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。臨床経過と病理解剖で得られた所見と診断について、フローチャートで各々の関連性を示すことが求められる。

④ 面接

面接は III 型試験の解答用紙を参考資料とし、剖検診断の内容を口頭試問により確認する。質疑応答から病理専門医としての資質や適性も評価される。

3. 問題と採点の基本方針について

I 型および II 型問題に関する臓器・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ている。細胞診の問題は例年どおり 10 題であり、文章問題を除く全問題数 (90 題) に占める割合は 11% であった。

出題内容は日本病理学会病理専門医研修要綱に準拠し、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。日常業務をきちんとこなしていれば解答可能な疾患、発生頻度は低くても特徴的な組織像を示し診断価値の高いと思われる疾患を多く出題するように心掛けた。

採点は、I型とII型は出題者の模範解答およびその許容範囲の解答を満点とし、誤りがあれば減点した。正しい内容であれば正解としたが、誤字や不適切な記載は適宜減点した。III型は模範解答に沿った必要な記載事項を主に加点方式により評価し、全体の構成についての評価も加えた。面接評価は各面接担当者によりA、B、C、D、E、Fの6段階

評価であり、III型試験の総合的な合格判定に加えてある。

4. 試験問題と模範解答

表4～8にI型およびII型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】 73歳、女性。

【主 訴】 労作時呼吸困難。

【家族歴】 特記すべきことなし。

【職業歴】 主婦。

表1. 日本病理学会 第37回病理・第27回口腔病理 専門医試験スケジュール

1日目 7月27日(土)			
時刻	事項	試験会場	時間
11:00	受付開始		
12:00	受験者集合、待機 試験委員長・試験実施委員長挨拶、説明	受験番号 1-38=A組 39-76=B組 77-115=C組 A、B組：第一試験場 C組：第二試験場	30分
12:30	III型問題(剖検症例：レポート作成)		150分
15:30	I型問題		70分
17:10	2日目の試験の説明の後 面接 受験生1名、面接担当者2名の面接(約10分)を受ける。 面接終了後、流れ解散		
19:00			
2日目 7月28日(日)			
8:10	受験者集合	A、B組：第一試験場 C組：第二試験場	
8:30	II型問題		
12:10	終了		

	A組	B組	C組
8:30～9:30 (休憩20分)	IIa	IIb	IIc
9:50～10:50 (休憩20分)	IIb	IIc	IIa
11:10～12:10	IIc	IIa	IIb

試験終了後、アンケート記入。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(iPad Proを用いたバーチャル スライド問題を1題含む)	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名につき面接担当者2名	—	6段階評価(A～F)		10分

表3. 臓器・ジャンル別出題数

臓器	I型	IIab型	IIc型	合計
神経系・感覚器	4	2	0	6
循環器	1	0	1	2
呼吸器(腫瘍)	2	2	1	5
呼吸器(非腫瘍)	1	0	0	1
消化管(上部)	0	3	2	5
消化管(下部)	1	4	2	7
肝・胆・膵	2	3	1	6
内分泌	1	3	0	4
泌尿・男性器	2	5	0	7
女性器	2	4	2	8
乳腺	1	3	1	5
造血器(骨髄・脾臓)	1	2	1	4
造血器(リンパ節)	0	2	0	2
皮膚(腫瘍)	1	3	1	5
皮膚(非腫瘍)	1	1	1	3
骨・軟部	3	2	0	5
細胞診(婦・泌)	3	0	3	6
細胞診(その他)	2	0	2	4
口腔・唾液腺	2	1	2	5
合計	30	40	20	90

【生活歴】 飲酒歴なし，喫煙歴なし。

【既往歴】 70歳，高血圧→内服加療中。

72歳，めまいと耳鳴り→経過観察中。

【現病歴】

死亡5ヶ月前より全身倦怠感および食欲低下があり，前医で高カルシウム血症を認めた。死亡4ヶ月前の胸部単純X線写真で，左肺下葉に腫瘤影が見られた。死亡2ヶ月前より息切れを自覚し，死亡10日前には労作時呼吸困難と低酸素血症を認め，緊急入院となった。

<当院入院時現症>

身長152cm，体重41kg，意識レベルJCS I-1(だいたい意識清明だが，今ひとつはっきりしない)，血圧138/89mmHg，脈拍99回/min整，体温36.3℃，呼吸数20回/min，SpO2 94%(室内気，安静時)74%(労作時)，眼球眼瞼結膜黄染なし・貧血なし，体表リンパ節触知せず，心雑音なし，呼吸音清，腹部平坦・軟・圧痛なし，皮疹なし，下腿浮腫なし

<当院入院時画像所見>

胸部単純X線写真：左肺下葉の腫瘤影あり，右肺下葉

表4. I型写真問題の解答と平均点

No.	臓器	掲示枚数	模範解答	平均点
I-01	脳	2	プリオン蛋白	4.57
I-02	脊髄	2	Solitary fibrous tumor, Grade III	0.94
I-03	トルコ鞍部	2	エナメル上皮型頭蓋咽頭腫	4.30
I-04	脳	2	4) 本例はWHO grade 3で再発の可能性が高い	4.78
I-05	皮膚	2	4) リウマチ結節	4.04
I-06	大腿	2	軟骨肉腫	3.48
I-07	頭蓋骨	2	3) 線維性異形成	4.30
I-08	口蓋扁桃	2	放線菌症	4.19
I-09	心	2	アミロイドーシス	4.09
I-10	胸膜	2	Calretinin, WT-1, D2-40, CEA, TTF-1	4.36
I-11	下顎	3	歯原性角化嚢胞	3.58
I-12	膵	2	自己免疫性膵炎	4.65
I-13	膵	2	膵充実性偽乳頭状腫瘍	4.70
I-14	大腸	2	日本住血吸虫症	3.63
I-15	子宮	3	全胎状奇胎	3.42
I-16	外陰部	1	乳房外パジェット病	4.83
I-17	細胞診(子宮)	1	2) LSIL	3.17
I-18	細胞診(小陰唇)	1	5) 悪性黒色腫	4.74
I-19	細胞診(乳腺)	2	4) 悪性 浸潤性乳管癌	4.37
I-20	細胞診(顎下腺)	2	1) 良性 多形腺腫	4.73
I-21	細胞診(尿)	2	2) 陰性・Decoy cell(ウイルス感染細胞)	4.48
I-22	乳腺	2	浸潤性微小乳頭癌	4.42
I-23	皮膚	2	コレステロール血栓塞栓症	4.65
I-24	皮膚	3	汗管腫	4.17
I-25	膵	1	B	1.65
I-26	骨髄	4	急性前骨髄性白血病	3.31
I-27	鼻腔	4	Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type	4.20
I-28	腎	2	3) 膜性増殖性糸球体腎炎	4.48
I-29	腎	2	2) 管内増殖性糸球体腎炎	4.13
I-30	側頭骨	2	エナメル上皮腫	4.48

表 5. I 型文章問題の解答と正答率

No.	問題文	正解	正答率
I-31	病理解剖における遺族の承諾について、遺族が海外に在住しているため、主治医を含む2名の医師が口頭で遺族の承諾を確認したのち解剖承諾書に署名して病理解剖を行った。	○	0.79
I-32	死体解剖資格を持たない医師でも事前に保健所に届けて許可を受ければ病理解剖ができる。	○	0.76
I-33	HIV や結核菌は、個体に対する高い危険度、地域社会に対する低い危険度からバイオセーフティーレベル3に分類される。	○	0.63
I-34	病理解剖における遺族の承諾書に押印がなければ、解剖はできない。	×	0.99
I-35	常勤医師（卒後6年目）が病理専門医試験に合格したので、その施設は病理診断管理加算の請求ができる。	×	0.77
I-36	盲腸、横行結腸、S状結腸からそれぞれ生検し、いずれも管状腺腫が認められた。病理診断における病理標本作製料は3臓器として算定できる。	○	0.74
I-37	真菌はグラム染色で陽性を呈する。	○	0.90
I-38	ホルマリン固定液の浸透固定力は1時間に約1mm程度とされている。	○	0.87
I-39	迅速診断用の組織は、乾燥防止の目的で十分な生理食塩水中に入れて提出してもらうようにするのが良い。	×	0.99
I-40	酸性ムコ多糖類を含む粘液はPAS反応で陽性となる。	×	0.84
I-41	Creutzfeldt-Jakob 病の病理解剖について、摘出した臓器は感染の危険性をなくするために10%ホルマリン液に2週間程度固定するとよい。	×	0.95
I-42	電顕用試料の固定に用いるグルタルアルデヒドの使用濃度は通常10%である。	×	0.96
I-43	パパニコロウ染色のための固定液は通常95%エタノールを用いる。	○	0.93
I-44	EDTA 脱灰は抗原性の保持に問題があり、免疫組織化学に不向きである。	×	0.99
I-45	過マンガン酸カリウム処理によりコンゴレッド染色の陽性像が一部陰性化したので、AA型アミロイドと判断した。	×	0.49
I-46	循環障害による壊死をおこしたリンパ節でもリンパ球マーカーなどの免疫組織化学的検索はしばしば診断に有用である。	○	0.76
I-47	乳癌の免疫組織化学でHER2の染色強度が3+であれば、FISH法でさらに確認する必要がある。	×	1.00
I-48	免疫組織化学で非特異的の反応をおさえるために、一次抗体と同種の血清をブロッキング液として用いる。	×	0.77
I-49	免疫組織化学でアルカリフォスファターゼ標識キットを用いる場合、内因性ペルオキシダーゼ活性を阻害する必要はない。	○	0.66
I-50	コンパニオン診断には病理検体の固定液は10%中性緩衝ホルマリンが望ましい。	○	0.97

表 6. IIa 型問題の解答と平均点

No.	臓器	模範解答	平均点
IIa-01	脳	血管内大細胞型 B 細胞リンパ腫	3.91
IIa-02	大腿	骨巨細胞種	4.15
IIa-03	肺	癌肉腫	3.75
IIa-04	肝	3) 血管周囲類上皮細胞腫瘍 HMB45, Melan A	1.86
IIa-05	胆嚢	胆嚢腺筋腫症	4.82
IIa-06	大腸	Sessile serrated adenoma/polyp (SSA/P)	4.63
IIa-07	大腸	4) Peutz-Jeghers ポリープ	4.70
IIa-08	子宮	低異型度子宮内膜間質肉腫	4.03
IIa-09	子宮	Adenosarcoma	3.52
IIa-10	胃	Gastrointestinal stromal tumor DOG-1, C-KIT	4.13
IIa-11	乳腺	非浸潤性乳管癌+硬化性腺症+乳管内乳頭腫	1.16
IIa-12	乳腺	管状癌	1.10
IIa-13	皮膚	3) 落葉状天疱瘡	2.17
IIa-14	皮膚	脂腺嚢腫	2.11
IIa-15	甲状腺	びまん性硬化型乳頭癌	1.53
IIa-16	脾	2) 炎症性偽腫瘍	2.70
IIa-17	骨髄	形質細胞骨髄腫	3.58
IIa-18	リンパ節	淡明細胞型腎細胞癌	3.19
IIa-19	精巣	胎児性癌	2.53
IIa-20	膀胱	高異型度浸潤性尿路上皮癌	4.33

の結節影あり。

胸部 CT (図 1): 左肺下葉の腫瘤影あり, 右肺下葉の胸膜陥入を伴う結節影あり (矢印)。

頭部 MRI: 橋の左側に T1 強調画像で等信号, T2 強調画像で高信号を呈する腫瘤があり, 造影では嚢胞状病変と充実性病変が混在する。

<当院入院時血液検査所見> () 内は正常値

血算: WBC 12,000/ μ L, RBC 464 \times 104/ μ L, Hb 13.6 g/dL, Plt 7.9 \times 104/ μ L

生化学: AST 84 U/L, ALT 101 U/L, LDH 1,070 U/L, γ -GTP 163 U/L, BUN 12 mg/dL, Cre 0.92 mg/dL, Alb 3.6 g/dL, Na 146 mmol/L, K 4.1 mmol/L, Ca 11.1 mg/dL [Alb 補正], IP 2.4 mg/dL, CRP 2.71 mg/dL, CEA 5.8 ng/mL

凝固系: D-dimer 21.7 μ g/mL, APTT 34 sec, PT % 86%, PT-INR 1.09, Fibrinogen 268 mg/dL

内分泌学的検査:

副甲状腺ホルモン-インタクト 142 pg/mL (10-65 pg/mL)

表 7. IIb 型問題の解答と平均点

No.	臓器	模範解答	平均点
IIb-01	脳	膠芽腫 (IDH 野生型)	4.15
IIb-02	大腿	粘液型脂肪肉腫	3.57
IIb-03	中咽頭	扁平上皮癌	4.49
		p16	
IIb-04	膵	膵粘液嚢胞腺腫	4.59
IIb-05	大腸	腸管子宮内膜症	4.96
IIb-06	大腸	5) 腺腫内癌	4.70
IIb-07	卵巣	Yolk sac tumor	4.13
IIb-08	卵巣	Mucinous cystadenoma+Benign brenner tumor	3.55
IIb-09	胃食道接合部	悪性黒色腫	4.65
IIb-10	胃	リンパ球浸潤癌	4.63
IIb-11	乳腺	非浸潤性乳管癌	3.91
IIb-12	皮膚	青色母斑	3.98
IIb-13	皮膚	血管平滑筋腫	2.79
IIb-14	副腎	骨髄脂肪腫	4.30
IIb-15	後腹膜	傍神経節腫	4.22
IIb-16	リンパ節	皮膚病性リンパ節症	3.99
IIb-17	縦隔	胸腺腫 Type B1	4.24
IIb-18	前立腺	腺癌	3.34
IIb-19	腎	腎結核症	3.50
IIb-20	耳下腺	ワルチン腫瘍	4.96

表 8. IIc 型問題の解答と平均点

No.	臓器	模範解答	平均点
IIc-01	細胞診 (松果体)	1) 胚腫	4.57
IIc-02	肺	腺癌	3.76
IIc-03	血管	巨細胞性動脈炎	4.66
IIc-04	肝	2) 肝細胞癌	3.70
IIc-05	大腸	1) クローン病	3.26
IIc-06	大腸	アメーバ性腸炎	4.70
IIc-07	子宮	高異型度扁平上皮内病変+上皮内腺癌	2.46
IIc-08	子宮	Serous carcinoma	4.27
IIc-09	細胞診 (尿)	4) 高異型度尿路上皮癌	3.65
IIc-10	細胞診 (子宮頸部)	4) 扁平上皮癌	3.75
IIc-11	細胞診 (BAL)	3) 陽性	3.41
		小細胞癌	
IIc-12	細胞診 (腹水)	3) 明細胞癌	3.26
IIc-13	乳腺	放射状硬化性病変	1.91
IIc-14	食道	顆粒細胞腫	4.91
IIc-15	胃	ランタン沈着症	3.13
IIc-16	皮膚	伝染性軟属腫	3.45
IIc-17	皮膚	黄色腫	4.55
IIc-18	骨髄	濾胞性リンパ腫骨髄浸潤	3.47
IIc-19	顎骨	腐骨・骨髄炎	4.78
IIc-20	顎骨	歯根嚢胞	4.73

副甲状腺ホルモン (whole PTH) 93.1 pg/mL (8.3-38.7 pg/mL)

副甲状腺ホルモン関連蛋白 (PTHrP)-インタクト 1.1 未満 pmol/L (1.1 未満 pmol/L)

*副甲状腺ホルモン関連蛋白 (PTHrP)-インタクト
悪性腫瘍に伴う高 Ca 血症の原因物質で、高値を示す場合は悪性腫瘍が PTHrP-インタクトを産生・分泌している可能性が高いとされる。

動脈血液ガス (室内気, 安静時): pH 7.46, PaCO₂ 30.4 mmHg, PaO₂ 62.6 mmHg, HCO₃⁻ 21.7 mmol/L, A-aDO₂ 51.6 mmHg

<当院入院時生理機能検査>

心電図: 右軸偏位, P 波の増高 (II, III, aVF), R 波の増高 (V1), 前胸部誘導 T 波陰転。

経胸壁心エコー: 平均肺動脈圧上昇 (30 mmHg), 右室収縮期圧上昇 (41.5 mmHg), 明らかな壁運動低下なし。

下肢静脈エコー: 深部静脈血栓なし。

【入院後経過】

入院後も呼吸困難は改善しなかった。死亡 5 日前に気管支内視鏡検査を施行し、左肺下葉腫瘍からの生検で原発性肺腺癌と診断された (免疫組織化学で CK7 陽性, CK20 陰性, TTF-1 陽性, Napsin A 陽性, p40 陰性, CK5/6 陰性)。右肺下葉の結節については呼吸状態悪化のため、気管支内視鏡検査は施行できなかった。死亡 4 日前の肺血流シンチグラムで両肺末梢に区域性の楔状欠損を認めた。その後も呼吸困難は急速に進行し、高カルシウム血症も持続した。また、意識レベルも低下した。状態は改善せず永眠された。

2) 剖検時の主な所見

死後 1 時間 57 分で剖検開始。

身長 152 cm, 体重 41 kg。

主要臓器の重量: 心臓 290 g, 左肺 260 g, 右肺 250 g, 肝臓 1,170 g, 脾臓 70 g, 左腎臓 90 g, 右腎臓 115 g, 左副腎 18 g, 右副腎 28 g, 脳 1,250 g。

*副腎は周囲組織も一部含む。

外表および主要臓器の肉眼所見：

体格は中等度。外表上、特記すべき所見なし。眼球および眼瞼結膜に黄疸や貧血なし。表在リンパ節は触知せず。開胸・開腹すると胸膜および腹膜に癒着はなく、両胸水および腹水は少量、黄色透明。横隔膜の高さは鎖骨正中線上で左右とも第5肋骨。

左右主肺動脈に血栓および塞栓なし。左肺下葉に腫瘤あり(図2)。右肺下葉に胸膜陥入を伴う結節あり(図3矢印)。心膜に癒着なし。心臓は球状で右室の高度拡張あり(図4ab)。冠状動脈の硬化あり。心嚢水は黄色透明で34ml。肺門リンパ節および縦隔リンパ節に軽度の腫大あり。

肝臓は両葉に複数の腫瘤あり(図5)。胆嚢、総胆管および膵臓に著変なし。脾臓に著変なし。食道、胃、十二指腸、空腸、回腸、大腸に著変なし。左右腎臓の被膜剥離は容易で皮質および髄質に著変なし。腎盂、左右尿管、膀胱に著変なし。子宮および両付属器に著変なし。甲状腺著変なし。右下の副甲状腺は径1cm大に腫大。左右副腎およびその周囲は不規則な白色を呈する(図6)。大動脈に軽度の粥状硬化あり。骨髄(脊椎)に不規則な白色の領域が複数あり(図7)。開頭すると硬膜外および硬膜下に血腫なし。クモ膜下出血なし。その他出血や軟化なし。橋左側に腫瘤あり(図8ab)。

3) 配布写真

- 図1. 胸部CT
- 図2. 左肺下葉固定後剖面(水平断)
- 図3. 右肺固定後剖面(冠状断)
- 図4a. 心臓剖検時外表
- 図4b. 心臓固定後剖面
- 図5. 肝臓固定後剖面
- 図6. 両側副腎固定後剖面
- 図7. 骨髄(脊椎)固定後剖面
- 図8a. 脳固定後外表(脳底側)
- 図8b. 小脳固定後剖面

4) 配布標本(全て剖検時の標本, HE染色)

- 1. 肺(左下葉腫瘤)
- 2. 肺(右上葉)
- 3. 肺(右下葉結節)
- 4. 両肺門および縦隔リンパ節
- 5. 心臓
- 6. 肝臓
- 7. 両副腎
- 8. 副甲状腺(右下)
- 9. 骨髄(脊椎)
- 10. 橋左側腫瘤

5) 設問

問1.

本症例の病理解剖診断を主病変と副病変とに分け、箇条書きで記載せよ。

問2.

- 1) 左肺下葉腫瘍と右肺下葉腫瘍の関連について考察せよ。
- 2) 急速に進行した呼吸困難の原因および死因について考察せよ。

問3.

臨床所見と病理解剖所見に基づいて、各病変・病態の関係をフローチャートで示せ。関連の強いものは実線の矢印で示し、弱いものは破線の矢印で示せ。

[模範解答]

問1.

A. 主病変 二重癌

1. 肺癌(左下葉, 浸潤性腺癌(充実型))

- 1) 転移 肝臓, 両副腎, 骨髄, リンパ節: 両肺門, 縦隔
- 2) 関連病変
 - a) 肺動脈腫瘍塞栓微小血管症(Pulmonary tumor thrombotic microangiopathy: PTTM)
 - b) a)に伴う肺性心
- 2. 肺癌(右下葉, 浸潤性腺癌(置換型>腺房型)転移なし

B. 副病変

- 1. 副甲状腺腺腫(右下)
- 2. シュワン細胞腫(神経鞘腫)(左小脳橋角部)
- 3. 冠状動脈粥状硬化(中等度)
- 4. 大動脈粥状硬化(軽度)

問2.

1) 転移と多発の鑑別が問題となる。他臓器の転移巣は左肺下葉腫瘍と同じ組織像であるが、右肺下葉腫瘍は細胞形態を含めて組織像が異なっている。また、右肺下葉腫瘍では肺野型(末梢型)原発性肺癌で多く見られる胸膜陥入所見もあり、多発と判断する。

2) 肺動脈内の腫瘍塞栓および線維性内膜肥厚が進行し、肺動脈性肺高血圧症から急性の肺性心を来し、呼吸不全で死亡したと考えられる。

問3.

図1に示す。

5. 成績と合格判定

本年度の成績概要を表9に示す。I型とII型の合計得点分布は高得点者が多く、点数が低くなるにしたがってなだらかに下がっている。今回の試験方針の通り、毎日の業務に即した問題作成による結果が表れたと思う。しかしながら、特徴的な臨床像、組織像から診断を付けるような問題は正答率が高いが、例えば乳腺の非腫瘍性病変かDCISか、もしくは浸潤癌か鑑別診断を問うような問題は正答率が低かった。時間制限

のなかで判断を迫られるので受験生には難しかったと思うが、より実戦的な問題は正答率が下がるのかもしれない。また、腓ラ氏島の免疫組織化学4種からinsulinの免疫組織化学を選ぶ問題は予想通り正答率が低かった。これを機会に是非覚えてほしい基礎的な知識である。

III型問題は、左肺下葉の浸潤性腺癌とその広範な転移、さらに肺動脈腫瘍塞栓微小血管症（Pulmonary tumor thrombotic microangiopathy：PTTM）、右肺下葉の転移を伴わない浸潤性腺癌からなる二重癌の症例である。PTTMと記載できた受験者はそれ程多くはない。PTTMと記載

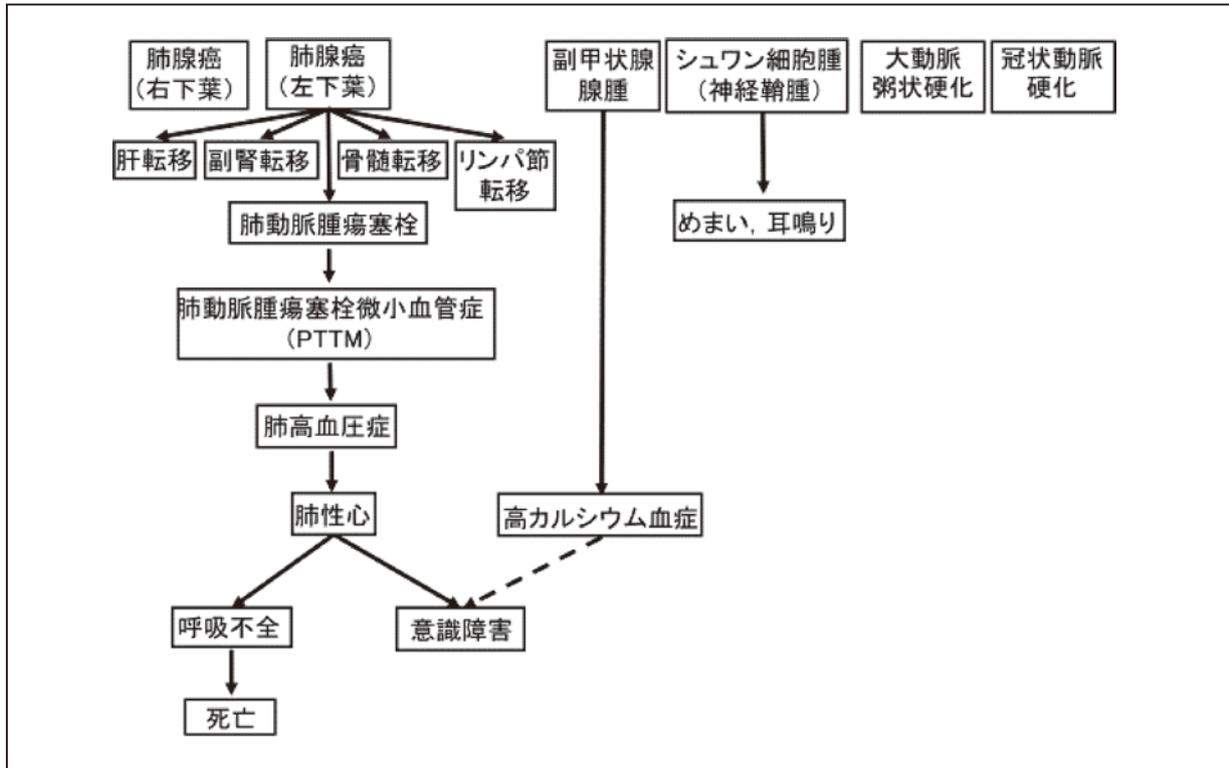


図1. III型問題、フローチャートの例

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	465.79	47.90	417.89	370.00	574	346
I型写真	150	120.85	13.01	107.84	94.83	144	80
I型文章	20	16.75	2.02	14.73	12.71	20	11
I型小計	170	137.60	13.88	123.72	109.83	161	96
IIa型	100	63.91	12.01	51.90	39.89	94	35
IIb型	100	82.64	10.69	71.95	61.26	100	43
IIc型	100	76.37	11.34	65.03	53.68	99	46
II型小計	300	222.93	27.89	195.05	167.16	275	130
I+II型計	470	360.53	38.23	322.30	284.07	435	261
III型 (面接を含む)	150	105.26	20.10	85.16	65.06	150	52
細胞診	50	40.12	6.90	33.22	26.32	50	19

I型+II型

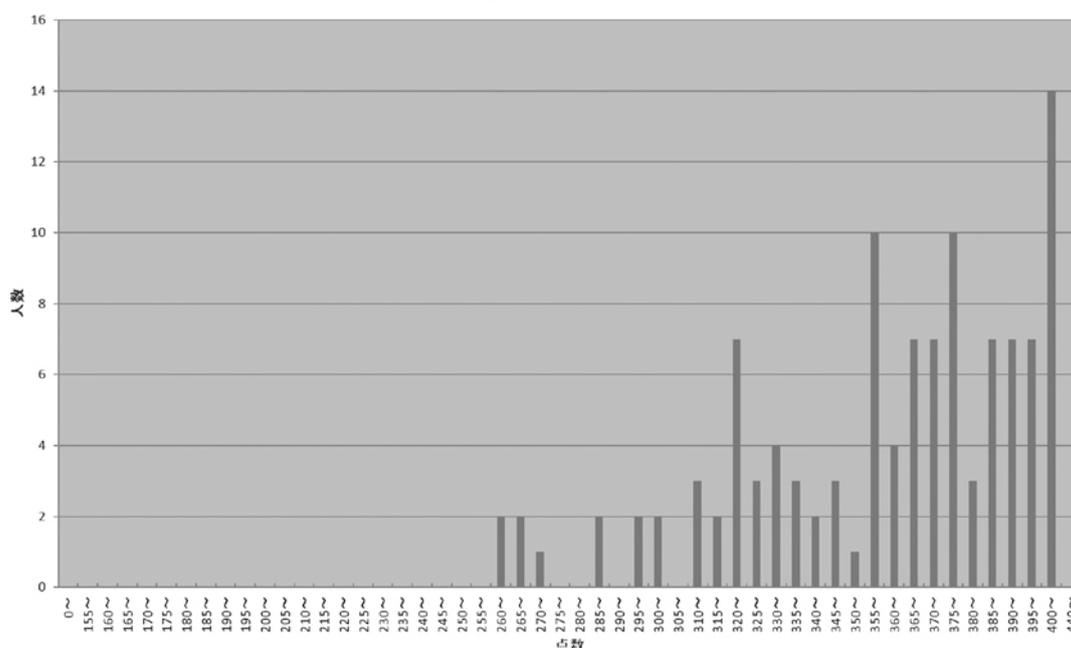


図2. I型+II型, 得点分布

III型+面接

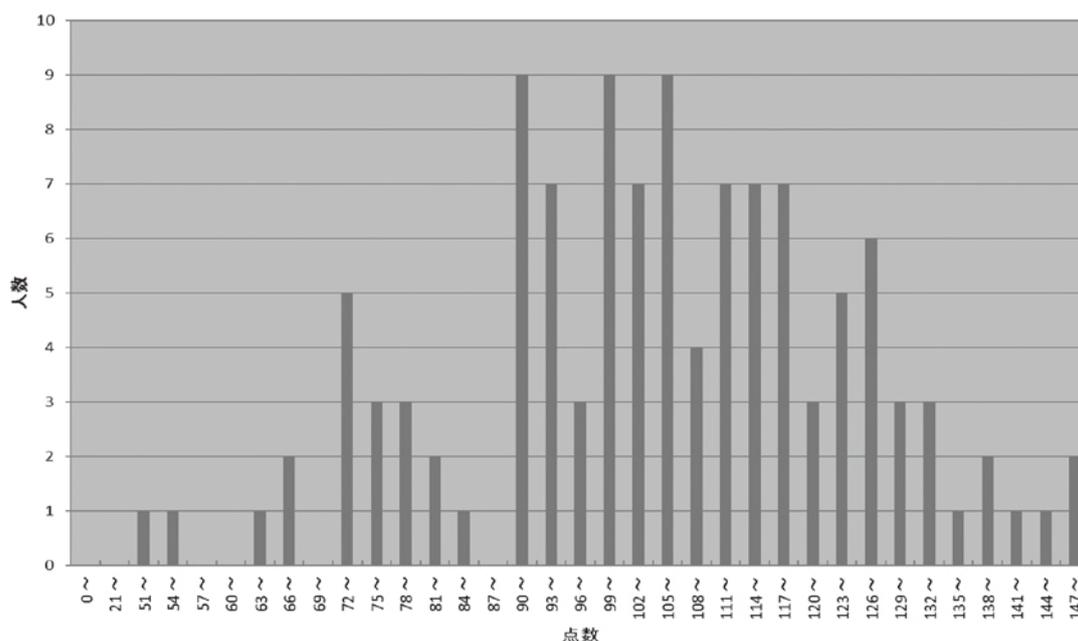


図3. III型+面接, 得点分布

できなくても、肺内小動脈の所見および肺高血圧、肺性心に至る経緯を記載できていれば満点になるような配点としており、多くの受験生を救済できたと考える。PTTMは頻度の高いものではないが、臨床的にも病理的にも知っておくべき病態である。PTTMの経験、知識がなかった受験生には是非この機会に勉強していただき、自分の糧にしてほしいと思う。採点で気付いた点を二つあげる。剖検診

断書に相当する問1の解答で、二つの癌を順番に記述していても「二重癌」の記載がない受験者が目立った。多重癌の症例はめずらしくなく、きちんと記載してほしい。剖検輯報へ自ら入力する機会があれば（二重癌の記載があるので）そのようなことはないと思うが、施設によっては剖検輯報入力は限られた人が行っているのかもしれない。病態を問う問2の解答、もしくは問3のチャートにPTTMと

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 PDE 2010
29	H23 ('11)	名 大	83	73	88.0	会報 284 号 PDE 2011
30	H24 ('12)	名 大	89	72	80.9	会報 296 号 PDE 2012
31	H25 ('13)	東医大	70	56	80.0	会報 308 号 PDE 2013
32	H26 ('14)	東医大	90	74	82.2	会報 320 号 PDE 2014
33	H27 ('15)	東邦大	78	61	78.2	会報 333 号 PDE 2015
34	H28 ('16)	東邦大	86	74	86.0	会報 345 号 PDE 2016
35	H29 ('17)	神戸大	86	71	82.6	会報 356 号 PDE 2017
36	H30 ('18)	医 歯	122	100	82.0	会報 367 号 PDE 2018
37	H31 ('19)	医 歯	115	92	80.0	会報 377 号 PDE 2019

記載しているにもかかわらず、剖検診断書（問 1）に記載しない受験生も目についた。回答に不安や自信のないことは記載できなかったのかもしれないと慮るところであるが、III 型不合格者の多くは問 1 の剖検診断書の内容が十分ではないように見受けられた。時間内に纏める訓練も是非お願いしたい。

最終的な合否判定は、試験実施委員および試験委員が採点、集計した結果をもとに 7 月 31 日に開催された病理専門医制度運営委員会で行われた。本年度の合否判定基準は I + II 型、III 型いずれも正答率 60% である。

6. アンケート結果

例年のごとく試験終了後に無記名ポストアンケートを行った（回収率 100%、回答数 115）。その内容と結果のまとめを表 11 に示す。受験者の所属は、a) 大学医学部の病理学教室（講座）46 人、b) 大学病院の病理（病理診断科）35 人、c) 国公立（法人）のセンター 16 人、d) abc 以外の病院 16 人、e) その他 2 人であった。病理医としてのキャリアは、4 年目 38 人、5 年目 35 人、6 年以上 42 人であった。試験問題の「難易度」、出題内容の「適切さ」、「試験時間」、「細胞診」、「問題の写真」、「試験内容と日常業務との関連性」、「本試験の全体的な質」、「試験日程ならびに進行」い

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: 易しかった 2: やや易しかった 3: 適当 4: やや難しかった 5: 難しかった	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(巡回標本)問題 E) IIc型(iPad)問題 F) III型(剖検)問題	3.3 (1～5) 3.2 (1～5) 3.5 (1～5) 3.5 (1～5) 3.2 (1～5) 3.3 (1～5)
出題内容の適切さ	1: 不適切 2: やや不適切 3: どちらともいえない 4: やや適切 5: 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(巡回標本)問題 E) IIc型(iPad)問題 F) III型(剖検)問題	4.0 (2～5) 4.0 (2～5) 4.0 (2～5) 4.0 (2～5) 4.0 (2～5) 4.0 (1～5)
試験時間の長さ	1: 長い 2: やや長い 3: 適当 4: やや短い 5: 短い	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(巡回標本)問題 E) IIc型(iPad)問題 F) III型(剖検)問題	3.0 (1～5) 3.0 (1～5) 3.0 (1～5) 3.2 (1～5) 3.1 (1～5) 3.1 (1～5)
細胞診の難易度	1: 易しかった 2: やや易しかった 3: 適当 4: やや難しかった 5: 難しかった	I型およびIIc型	3.7 (1～5)
細胞診の問題数	1: 少ない 2: やや少ない 3: 適当 4: やや多い 5: 多い	I型およびIIc型	3.2 (1～5)
問題の写真	1: 不適切 2: やや不適切 3: どちらともいえない 4: やや適切 5: 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	4.0 (1～5) 4.3 (2～5) 4.2 (2～5) 4.3 (1～5) 4.3 (2～5) 4.3 (2～5)
試験内容と日常業務の関連性	1: 低い 2: やや低い 3: どちらともいえない 4: やや高い 5: 高い	I型, II型, III型	3.3 (1～5)
本試験の全体的な質	1: 低い 2: やや低い 3: どちらともいえない 4: やや高い 5: 高い		4.0 (2～5)
試験日程ならびに進行	1: 不適切 2: やや不適切 3: どちらともいえない 4: やや適切 5: 適切		4.2 (1～5)
試験場の設備, 環境	1: 不適切 2: やや不適切 3: どちらともいえない 4: やや適切 5: 適切		4.2 (2～5)
使用した顕微鏡	1: 不適切 2: やや不適切 3: どちらともいえない 4: やや適切 5: 適切		4.2 (2～5)

ずれも受験生にはおおむね受け入れていただいたと考える。「試験場の設備、環境」が高く評価されたことは東京医科歯科大学の先生方のご尽力の賜物である。自由記述では、病理医としての診断力を評価するのに時間制限があるのはおかしいとの指摘があった。その指摘を否定しないが現行の試験方式（土日、年1回1会場）である限り検鏡時間を制限せざるを得ない。またこの試験評価方式はおおむね受け入れられているものと思うが、将来画期的な企画が出ることを待ちたい。面接までの待ち時間が長いとの指摘も複数あった。今後の参考にさせていただきたいと思う。

7. おわりに

2日間の過酷なスケジュールに耐えて試験を受けられた受験者皆さんの頑張りのおかげで2019年専門医試験も無事に終了することができました。合格された方々、おめでとうございます。残念ながら不合格になった方々には今年足りなかったものは何か振り返っていただき、来年の受験までの方策を練ってください。期待しています。

2019年病理専門医試験に携わった委員を表12に示します。半年以上にわたって本試験のために尽力された専門医試験実施委員ならびに口腔病理専門医試験実施委員の先生方に深く感謝します。先生方とは大きな連帯感が生まれた

表 12. 第 37 回日本病理学会病理専門医試験委員構成

第 37 回日本病理学会病理専門医試験実施委員：
中村直哉（委員長）、大池信之、亀山香織、小塚祐司、佐々木惇、笹島ゆう子、栃木直文、長濱清隆、畑中一仁、南口早智子、百瀬修二
面接委員：
池田純一郎、稲山嘉明、宇於崎宏、谷澤 徹、根本哲生、比島恒和、藤井丈士、増田しのぶ、松林 純、村雲芳樹、元井紀子
病理専門医試験委員：
大橋健一（委員長）、新井富生、浦野 誠、大澤政彦、桜井孝規、長尾俊孝、原 重雄、伴 慎一、三上哲夫、山本浩平

ような気持ちになります。また補佐してくれた東海大学病理診断学、宮岡雅先生、富田さくら先生、ありがとう。

試験委員長、大橋健一教授（横浜市立大学）ならびに試験委員、面接委員の先生方、日本病理学会事務局の菊川敦子さん、宮本いづみさん、加藤春奈さん、松平美紀さん、今回の試験運営にあたり、お世話いただいた東京医科歯科大学大学院・包括病理学、北川昌伸教授（病理学会理事長）とスタッフの方々に心よりの御礼を申し上げます。その中でも宮本いづみさんと山本浩平先生、栢森高先生にお世話になりました。感謝です。

第 27 回（2019 年度）日本病理学会 口腔病理専門医試験報告

第 27 回口腔病理専門医試験実施委員会
委員長 入江 太郎

1. はじめに

第 27 回（2019 年度，令和元年度）の日本病理学会口腔病理専門医試験は，2019 年 7 月 27 日（土）と 28 日（日）に，第 37 回病理専門医試験と同時に，東京医科歯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。本年度の受験申請者は 12 名で，最終的にも 12 名が受験し，9 名が合格した。試験の内容と採点ならびに合否判定は，従来の方法に原則準拠して行われた。

2. 受験者の概要

受験者の勤務施設の内訳は，歯学部（歯科大学）の病理学教室が 6 名，医学部の病理学教室が 2 名，大学附属病院の病理部が 3 名，その他が 1 名であった。近年の傾向として，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加傾向を示していたが，本年度は歯学部（歯科大学）の病理学教室以外の施設に所属する受験者の割合は例年ほど高くはなかった。受験者の口腔病理の経験年数は，5 年以上 10 年未満が 11 名，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 型写真問題と II 型問題の半数は，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，特殊染色像および

免疫組織化学染色像を加えた。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（HE 染色像，特殊染色像および免疫組織化学染色像），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。昨年度同様，病理専門医と口腔病理専門医の写真問題冊子

表 1. 共通問題の臓器別出題数

臓器	出題数
肝 胆 膵	4
頭 頸 部	5
呼 吸 器	1
骨 軟 部	2
循 環 器	2
消 化 器	5
生 殖 器	5
神経・感覚器	4
造 血 器	4
内 分 泌	1
乳 腺	2
泌 尿 器	3
皮 膚	4
細 胞 診	3
計	45

表 2. 口腔問題の疾患分類別出題数

疾患分類	出題数
菌原性嚢胞	2
非菌原性嚢胞	4
菌原性腫瘍	5
顎骨の非腫瘍性疾患	2
唾液腺腫瘍	7
唾液腺の非腫瘍性疾患	3
粘膜腫瘍	3
粘膜の非腫瘍性疾患	8
その他の腫瘍	8
その他の非腫瘍性疾患	1
(細胞診)	2
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-01	プリオン蛋白	4.17
I-02	エナメル上皮腫型頭蓋咽頭腫	4.33
I-03	4) 本例は WHO grade 3 で再発の可能性が高い	4.58
I-04	軟骨肉腫	1.67
I-05	アミロイドーシス	3.33
I-06	自己免疫性膀胱炎	4.42
I-07	乳房外 Paget 病	4.58
I-08	2) LSIL	1.67
I-09	問 1: 1) 良性 問 2: 多形腺腫	2.25
I-10	浸潤性微小乳頭癌	2.67
I-11	コレステロール塞栓症	3.08
I-12	節外性 NK/T 細胞リンパ腫鼻型	3.67
I-13	3) 膜性増殖性糸球体腎炎	2.50
I-14	エナメル上皮腫	5.00
I-15	疣贅性黄色腫	4.17
I-16	歯原性角化嚢胞	4.17
I-17	悪性黒色腫	5.00
I-18	線維性異形成症	4.17
I-19	石灰化上皮性歯原性腫瘍	4.08
I-20	鼻口蓋管嚢胞	5.00
I-21	唾液腺導管癌	4.17
I-22	3) Sjögren 症候群	5.00
I-23	導管内乳頭腫	0.75
I-24	顎放線菌症	4.17
I-25	エナメル上皮線維腫	5.00
I-26	2) ヘルペス性口唇炎	5.00
I-27	脂肪腫	5.00
I-28	歯原性粘液腫	4.50
I-29	筋上皮腫	1.75
I-30	側方性歯周嚢胞	3.75

は別にした。写真問題の模範解答と平均点を表 3 に示す。I-1~14, 16 は共通問題, I-15, 17~30 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 (病理専門医試験報告書を参照)。各問題の配点は 1 点で、合計 20 点である。

2) II 型問題

II 型問題は鏡検問題で、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 題を各受験者に配布された標本を鏡検して解答するのに対して、IIc 型問題は巡回方式で、昨年同様 1 題を約 2 分 43 秒以内で鏡検して解答した。また、IIc 型問題は、多数の標本作製が困難な生検、細胞診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。

表 4. IIab 型鏡検問題の模範解答と平均点

問題番号	模範解答	平均点
IIa-01	膠芽腫	1.67
IIa-02	胆嚢腺筋腫症 (底部型)	2.92
IIa-03	5) 腺腫内癌	2.92
IIa-04	卵黄嚢腫瘍	2.50
IIa-05	問 1: 消化管間質腫瘍 問 2: DOG-1, c-kit	4.00
IIa-06	青色母斑	2.92
IIa-07	傍神経節腫	1.33
IIa-08	形質細胞骨髄腫	3.08
IIa-09	腺癌	2.75
IIa-10	Warthin 腫瘍	5.00
IIa-11	類皮嚢胞	4.17
IIa-12	腺腫様歯原性腫瘍	3.75
IIa-13	骨肉腫	2.92
IIa-14	鼻槽嚢胞	5.00
IIa-15	リンパ腺腫 (脂腺型)	0.42
IIa-16	扁平上皮癌	4.83
IIa-17	粘液嚢胞	5.00
IIa-18	神経鞘腫	4.58
IIa-19	組織球性壊死性リンパ節炎 (菊池病)	4.25
IIa-20	粘表皮癌	4.58
IIb-01	骨巨細胞腫	2.92
IIb-02	癌肉腫	1.58
IIb-03	睪粘液性嚢胞腫瘍	2.92
IIb-04	腸管子宮内膜症	3.25
IIb-05	4) Peutz-Jeghers ポリープ	4.17
IIb-06	Brenner 腫瘍 + 粘液性嚢胞腺腫	1.42
IIb-07	非浸潤性乳管癌	2.92
IIb-08	血管平滑筋腫	3.75
IIb-09	皮膚病性リンパ節症	2.92
IIb-10	浸潤性尿路上皮癌, 高異型度	3.00
IIb-11	外骨症 (下顎隆起)	3.33
IIb-12	石灰化歯原性嚢胞 + 歯牙腫	2.17
IIb-13	膿原性肉芽腫	5.00
IIb-14	色素性母斑	4.75
IIb-15	正角化性歯原性嚢胞	4.42
IIb-16	扁平上皮乳頭腫	5.00
IIb-17	基底細胞腺腫	1.67
IIb-18	血管腫	5.00
IIb-19	線維性ポリープ	4.25
IIb-20	顆粒細胞腫	4.58

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 分であった。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、各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。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

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-01	巨細胞性動脈炎	3.17
IIc-02	2) 肝細胞癌	1.25
IIc-03	アメーバ性腸炎	3.75
IIc-04	高異型度扁平上皮内病変+上皮内腺癌	1.67
IIc-05	漿液性癌	2.75
IIc-06	問 1: 3) 陽性 問 2: 小細胞癌	2.67
IIc-07	伝染性軟属腫	2.92
IIc-08	リンパ腫の骨髓浸潤 (濾胞性リンパ腫)	0.58
IIc-09	腐骨	4.83
IIc-10	歯根嚢胞	4.75
IIc-11	過角化症	2.08
IIc-12	リンパ上皮性嚢胞	4.58
IIc-13	腺様嚢胞癌	5.00
IIc-14	尋常性天疱瘡	4.83
IIc-15	上皮内癌	5.00
IIc-16	唾石症	4.58
IIc-17	カンジダ症	4.92
IIc-18	腺腫様過形成	1.50
IIc-19	問 1: PAS 染色, グロコット染色 問 2: アスペルギルス症	4.50
IIc-20	扁平苔癬	5.00

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。

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、誤字や必要な亜型の記載のないものは減点し、部分点として採点した。問題別平均点を表 3~5 に示す。本年の受験者 12 名の総合計の平均得点率は 69.5% で昨年 (72.7%) より 3.2% 低く、一昨年 (63.3%) より 6.2% 高かった。I 型問題の平均得点率は 76.1% (昨年 82.7%)、II 型問題は 69.3% (昨年 68.7%)、III 型問題 (筆記+面接) は 62.3% (昨年 69.4%) であった。口腔問題の総合計の平均得点率は 81.4% (昨年 84.2%) に対し、共通問題では 61.5% (昨年 62.1%) であり、昨年同様共通問題と口腔問題の正答率の格差 (19.9%, 昨年 22.1%) が生じた結果となり、しかも、成績の上位者においても同様の傾向がみられ、共通問題と口腔問題をバランス良く解答できている受験者はわずかであった。今後の受験者においては、一般病理研修の量と質をより高めることを意識して頂き、口腔疾患と同様に全身各臓器に生じる病態を的確に捉えられる様になって頂きたい。このような一般病理の研修が口腔疾患の病態を理解する上での基盤になるものと考えている。細胞診の平均得点率は 66.0% (昨年 60.6%) で昨年より高かった。I 型問題と II 型問題とを併せた総合得点率の最高は 85.1% (昨年 88.7%) で、昨年より若干低かった。III 型剖検問題では、種々

の臨床所見と剖検所見から得られた個々の臓器の病変とを関連付け、論理的に整理把握してまとめ上げる能力を重視した評価が行われた。今回の III 型剖検問題は、肺の二重癌に肺動脈腫瘍塞栓微小血管症を生じた症例であったが、その両者を抽出できていたのは約半数であった。個々の病変の抽出や死因につながる全体の病態の時系列に従った理解が不十分な面があり、今後さらなる習熟が望まれる。合格基準は、昨年同様、I 型問題と 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。これらの成績評価を基に、7 月 31 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、9 名を合格、3 名を不合格と判定した。不合格者 3 名のうち 2 名は、総合得点率で 60% を満たしておらず、1 名は I 型問題と II 型問題を合わせた得点率では 60% を満たしていたが、III 型問題 (筆記+面接) の得点率が 60% に達していなかった。合格者と不合格者の平均得点率は 74.4% (昨年 75.3%) と 54.8% (昨年 57.5%) であった。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、可否によらず病理解剖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。昨年同様本年度の問題に対して、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。試験時間の長さについても昨年同様 III 型問題においてやや短かったとした受験者が多かった。さらに、写真の質や試験の全体的な質は概ね適切とした受験者が多く、試験場の設備、環境、試験進行および使用した顕微鏡に関しては高い評価を受けた。

6. おわりに

口腔病理専門医試験も本年度は第 27 回目となり 12 名が受験しました。試験結果から、口腔問題・共通問題の得点率に偏りがあり、可能な限り満遍ない領域の学習が必要と感じられます。一般の外科病理・病理解剖を通して各臓器にみられる病態を把握する能力を身に付けることが、口腔領域疾患の病理診断の精度をさらに向上させる上で極めて重要です。これを実現するために、新しい研修要項が平成 23 年度卒業生から導入されています。専門医試験の結果を踏まえ、口腔病理専門医研修制度の実質化とともに、その制度をさらに整備し、研修内容をより充実させていく必要があります。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。

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	3.25
B) I型文章問題	3.17
C) IIa, b型(配布)問題	3.33
D) IIc型(巡回)問題	3.33
E) III型(剖検)問題	4.00
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	3.67
B) I型文章問題	3.83
C) IIa, b型(配布)問題	3.83
D) IIc型(巡回)問題	3.83
E) III型(剖検)問題	3.58
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) IIa, b型(配布)問題	3.00
D) IIc型(巡回)問題	2.92
E) III型(剖検)問題	2.50
細胞診	1: 非常に易, 3: 適当, 5: 非常に難
A) 難易度	3.42
B) 問題数	3.25
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	3.67
B) I型写真の大きさ	4.00
C) I型1問当たりの写真数	3.92
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	4.00
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
	3.50
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
	4.08
試験日程ならびに進行	1: 非常に低い, 3: どちらでもない, 5: 非常に高い
	4.00
試験場の設備や環境	1: 非常に不適切, 3: どちらでもない, 5: 非常に適切
	4.08
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
	4.00

表 7. 第 27 回日本病理学会口腔病理専門医試験関連委員

第 27 回日本病理学会口腔病理専門医試験実施委員	
入江 太郎	(委員長, 岩手医科大学病理学講座病態解析学分野)
久保 勝俊	(愛知学院大学歯学部口腔病理学講座)
栢森 高	(東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科口腔病理学分野)
口腔病理専門医試験委員	
清島 保	(委員長, 九州大学大学院歯学研究科口腔顎顔面病態学講座口腔病理学分野)
長塚 仁	(岡山大学大学院医歯薬学総合研究科口腔病理学分野)
石丸 直澄	(徳島大学大学院医歯薬学研究部口腔分子病態学分野)

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試験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、試験実施委員長の中村直哉先生と試験委員長の大橋健一先生には、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、心より御礼申し上げます。また、試験会場を提供して頂き、猛暑の中試験実施にご尽力頂きました日本病理学会理事長の北川昌伸先生および東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科包括病理学分野の山本浩平先生をはじめ同大病理関連分野スタッフの皆様へ深謝致します。特に、試験前日には、全ての顕微鏡の整備を実施して下さり、多大なご負担とご苦勞をお掛けしました。改めて御礼を申し上げます。

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様、宮本いづみ様、加藤春奈様および松平美紀様に心より感謝申し上げます。