



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284号

平成23年(2011年)9月刊

1. 平成24年度/25年度役員選挙の結果について

平成23年9月13日、選挙管理委員会を開催し、次期(平成24/25年度)役員(全国区選出理事および監事)選挙の開票を行った結果、以下のとおりとなりましたのでお知らせいたします。

なお、選挙結果の詳細(総括)は後日理事長選挙終了後に報告いたします。

平成23年9月13日
社団法人日本病理学会
理事長 青笹克之
選挙管理委員長 松原 修

選出区分2 全国区選出理事 定員11名(記載は得票順)

1	黒田 誠	464票	当選
2	深山 正久	410票	当選
3	小田 義直	371票	当選
4	高橋 雅英	326票	当選
5	上田真喜子	321票	当選
6	安井 弥	306票	当選
7	根本 則道	305票	当選
8	笹野 公伸	274票	当選
9	白石 泰三	271票	当選
10	岡田 保典	257票	当選
11	落合 淳志	241票	当選
12	福本 学	232票	次点
13	樋野 興夫	208票	
14	仲野 徹	190票	

選出区分4 監事 定員2名(記載は得票順)

1	中沼 安二	503票	当選
2	井藤 久雄	431票	当選
3	八尾 隆史	368票	次点
4	金井 弥栄	337票	

学術評議員数: 1,520名(8/5現在)

投書数(投票率) 933通(61.4%)

有効投書数 930通 無効投書数 3通(期限切れ)

選出区分2 全国区選出理事

投票数 4,650票: 930通×5票

(有効票: 4,176票 白票: 457票 無効票: 17票)

選出区分4 監事

投票数 1,860票: 930通×2票

(有効票: 1,639票 白票: 213票 無効票: 8票)

2. 第8回日本病理学会カンファレンス報告について

平成23年8月5日~6日に、松本にて開催された第8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24年度には、次の通り第9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9回日本病理学会カンファレンス

開催日: 平成24年8月3日(金), 4日(土)

会場: ホテルニュータナカ(山口市湯田温泉2-6-4)

テーマ: 「血管生物学から挑む疾患病態解析 — がん, 炎症, 循環障害, 再生医学 —」

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 教授)

第8回日本病理学会カンファレンス報告

世話人 中山 淳

(信州大学大学院医学系研究科分子病理学分野)

平成23年8月5日(金)~6日(土)、松本市のホテルブエナビスタにて「病理学におけるグライコーム研究」をメインテーマに第8回日本病理学会カンファレンスが開催されました。東日本大震災、福島原発事故、各地で発生した地震や水害等の影響で、当初は参加者が少ないのではと危惧されましたが、86名の方からご参加いただきました。この場をお借りして、心より御礼を申し上げます。本カンファレンスではグライコーム研究の第一線でご活躍されている日本病理学会の会員4名と会員以外の研究者7名による招待講演10題とイブニングセミナー1題(生化学工業株式会社提供)が行われ、糖鎖研究の意義、糖鎖研究に必要な実験手技、糖鎖と神経、感染症、がん、再生医療について、各演者から最先端の研究成果が紹介されました。また、活発な質疑応答が行われ、病理学における糖鎖研究の意義と今後の展望について考えることのできた有意義なカンファレンスであったと思います。以下に講演者と講演タイトルを示します。

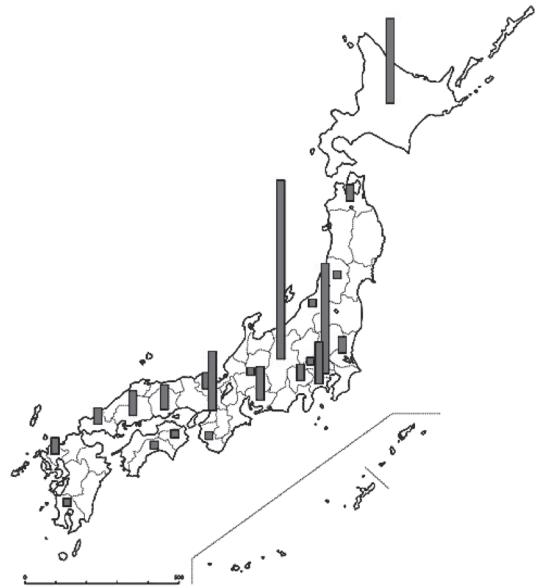
招待講演とイブニングセミナー（招待講演は発表順，*は日本病理学会会員）

招待講演

古川鋼一：医学における糖鎖研究の重要性
 池原 譲*：グリコーム研究に必要な実験手技
 平林義雄：神経と膜糖脂質
 遠藤玉夫：筋ジストロフィー症
 中山 淳*：ピロリ菌
 鈴木康夫：鳥インフルエンザウイルスのヒトへの適応
 性変異とシアロ糖鎖レセプター
 米澤 傑*：ムチンと膵・胆道癌
 三善英知：疾患糖鎖マーカーの開発から糖鎖治療へ
 板野直樹：ヒアルロン酸合成異常と癌の進展
 梅澤明弘*：幹細胞と糖鎖

イブニングセミナー

門松健治：糖鎖による神経回路再編の制御



都道府県別の総参加者数

また、ポスター演題には17題の応募がありました。各演題について、日本病理学会理事長、研究推進委員会委員長、学術委員会委員長、座長の投票により、上位5名に第8回日本病理学会カンファレンス優秀賞を、12名に第8回日本病理学会カンファレンス奨励賞が授与されました。

以下にカンファレンスの総括を示します。

1) 地域別参加者数について：世話人校のある長野県からの参加者が約25%を占めましたが、北陸地区を除く全国22の都道府県からの参加がありました。

地域別参加者数（総数/日本病理学会会員数）

北海道 (10/4)	北海道 (10/4)
東 北 (3/2)	青森 (2/1), 山形 (1/1)
関 東 (23/8)	東京 (13/4), 神奈川 (5/0), 埼玉 (1/0), 茨城 (2/2), 山梨 (2/2)
信 越 (22/12)	長野 (21/11), 新潟 (1/1)
北 陸 (0)	
東 海 (5/2)	愛知 (4/1), 岐阜 (1/1)
近 畿 (10/6)	大阪 (7/4), 京都 (2/1), 和歌山 (1/1)
中 国 (8/7)	岡山 (3/2), 広島 (3/3), 山口 (2/2)
四 国 (2/2)	徳島 (1/1), 高知 (1/1)
九州・沖縄 (3/3)	佐賀 (2/2), 鹿児島 (1/1)

- 2) 会員・非会員の数について：病理学会会員46名（その内、大学院学生9名）、学部学生3名、病理学会会員以外の研究者37名でした。特に、会員以外の研究者には企業の方が9名含まれていました。企業の方の積極的な参加は、産学共同研究の推進にも繋がるものと期待されます。
- 3) 会場について：カンファレンス会場はJR松本駅からほど近く、懇親会後の情報交換の場としての2次会と宿泊も、同じホテル内に設定しました。本カンファレンスの目的の一つに病理学会会員と会員以外の様々な領域の研究者との交流があり、この様な懇親会や二次会が共同研究のきっかけになればと思っています。
- 4) 抄録集について：各講演者には800～900字前後の本文と、key figure 1点を2ページに纏めて記載頂くようお願いしました。Key figureがあることで、講演内容のより深い理解に繋がったものと期待されます。
- 5) 経済的支援について：第8回日本病理学会カンファレンスを盛会に終了することができたのも、一重に日本病理学会からの経済的支援のお陰であります。また、今回は財団法人水谷糖質科学振興財団からも助成を頂きました。ご支援いただきました日本病理学会と財団法人水谷糖質科学振興財団に心より御礼を申し上げます。今後も日本病理学会カンファレンスに対して、日本病理学会からのご高配を御願い申し上げます。

最後に：

蛋白質、核酸に次ぐ第3の生命鎖である糖鎖の異常は、がん、神経・筋疾患、感染症、遺伝性疾患等の様々な病気の発症や病態形成と密接に関連していることが明らかになってきました。今回のカンファレンスでは講演毎に10

分の質疑応答を設定しましたが、全ての演題で時間を超過する程の活発な討議がなされました。日本病理学会総会や秋期特別総会において、糖鎖を扱った演題の発表はまだそれほど多くはありませんが、このような機会を通じて、1人でも多くの方、特に若い病理医、研究者が糖鎖研究に興味を持って頂ければと思っております。今回はグライコームをテーマとさせて頂きましたが、日本病理学会カンファレンスは一つのテーマを基礎並びに臨床的側面から横断的に捉え、日本病理学会会員と会員以外の様々な分野の研究者が一堂に会して自由な雰囲気です討議できることから、実験病理と診断病理のどちらを専門とされている方にとっても極めて意義のあるものです。また、今回から日本病理学会専門医資格更新のクレジットが従来の参加5単位から10単位に引き上げられました。日本病理学会カンファレンスの益々の発展を願ってやみません。

お知らせ

1. 病理医育成の分子腫瘍学トレーニングコース（カナダ）について

カナダにおける次世代の病理学者育成のためのトランスレーショナルリサーチ トレーニングプログラムの募集詳細は <http://www.molecularpathology.ca> まで

2. 超解像国際シンポジウム (International Symposium Super-Resolution Imaging 2011) の開催について

日 時：平成 23 年 12 月 12 日（月） 9:00～18:30

場 所：オークラアクトシティ浜松

（〒430-7733 静岡県浜松市中区板屋町 111-2,
JR 浜松駅東口より徒歩 3 分）

主 催：JST CREST, レーザ顕微鏡研究会

参加費：無料

申 込：下記 URL より参加登録を行ってください。

連絡先：静岡大学 川田善正

〒432-8561 静岡県浜松市城北 3-5-1

E-mail: SuperImaging@eng.shizuoka.ac.jp

TEL: 053-478-1069

URL: <http://optsci.eng.shizuoka.ac.jp/SuperImaging/>

第29回（2011年度）日本病理学会 病理専門医試験報告

第29回病理専門医試験実施委員会
委員長 北川昌伸

1. はじめに

2011年度の試験は、第29回日本病理学会病理専門医試験として、去る7月30日（土）31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83名（83名出願、欠席0名）で、73名が合格し、合格率は88.0%であった。同時に第19回日本病理学会口腔病理専門医試験（原田博史委員長）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、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設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題で文章問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である。IIc型問題には迅速診断時の凍結切片標本が3題含まれている。出題内容は、基本的に日本病理学会病理専門医研修要綱（平成20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。

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10題中7題では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型試験の総合的な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】 73歳, 男性

【主訴】 発熱

【家族歴】 父; 肝細胞癌, 母; 心不全

【職業歴】 無職

【嗜好歴】 喫煙歴 (20本 55年), 飲酒歴 (機会飲酒)

【既往歴】 虫垂炎 (13歳),

【現病歴】 若年時より心肥大を指摘されており, 心エコーでは非対称性中隔肥厚が認められていた。50歳時には僧帽弁逸脱を指摘された。58歳時より慢性心不全, 心房細動を指摘され, 利尿剤などによる治療, 直流除細動(計3回)が施行されたが, 再発, 慢性化し抗凝固剤 (ワーファリン)

表1. 第29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30日 (土)					
時刻	事項	場所			
11:00	受付開始	講義棟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型問題会場へ移動 (所持品は第4講義室にて保管)	講義棟4階	第4講義室		
12:30	III型問題 (剖検症例: レポート作成)	基礎別館2階	組織実習室		
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	講義棟4階	第4講義室		
16:40	面接待機室へ移動・待機・休憩 (所持品を各自移動のこと)				
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	講義棟2階	ゼミ室		
18:50	受験生は面接終了後, 順次解散				
2日目 7月31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)	講義棟4階	第4講義室		
8:20	II型試験会場へ移動				
8:30	II型問題	基礎別館2階	組織実習室		
		Ila (20題)	I Ib (20題)	I Ic (20題)	待機 (第4講義室)
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組は組織実習室でアンケート記入後。講義棟4F 第4講義室に戻り各自の荷物を持って順次解散

受験番号: 1-21=A組 22-42=B組 43-63=C組 64-83=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27, 五者択一3)	150点	70分
	文章, 法律	20題	各1点 (○×式)	20点	
II型	Ia ガラス標本, 配布検鏡	20題	各5点 (記述19, 五者択一1)	100点	180分 (各60分)
	Ib ガラス標本, 配布検鏡	20題	各5点 (記述20)	100点	
	Ic 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19, 五者択一1)	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	1	5
循環器	2	0	1	3
呼吸器(非腫瘍)	1	2	1	4
呼吸器(腫瘍)	2	1	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	1	5
造血器	3	4	1	8
皮膚	2	5	1	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

の導入となった。67歳時PSA高値より前立腺癌が疑われ、生検によって確定された(図1)。除手術+放射線照射(total 60 Gy)が行われた。71歳時より放射線性膀胱炎を発症、膀胱からの出血により抗凝固剤(ワーファリン)は中止された。

入院の2日前、38°C台の発熱が見られ、翌日当院内科を受診。WBC 4,200/ μ l, CRP 5.2 mg/dlであった。感染病巣は明らかでなく、抗菌剤を処方され帰宅した。しかし、依然38°C台の発熱が持続し、2日後当院再受診。CRP 8.3 mg/dlと上昇を認めたため、緊急入院となった。

【入院時現症】身長159 cm, 体重52 kg, 血圧104/58 mmHg, 脈拍74/分, 呼吸数22/分, 体温38.7°C, 意識軽度低下, 黄疸(-), 心音心尖部III/IVの収縮期雑音, 右肺に湿性ラ音, 腹部は平坦, 軟, リンパ節腫脹なし, 甲状腺腫大なし, 足背動脈触知, 浮腫なし, 神経学的異常所見なし。

【入院時検査所見】血算生化学(カッコ内は基準値):

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	心臓	1枚	粘液腫	4.45
I-02	口腔	3枚	エナメル上皮腫	3.83
I-03	骨髄	1枚	本態性血小板血症	3.31
I-04	回腸	2枚	MALT型悪性リンパ腫	4.35
I-05	肺	2枚	クリプトコックス症	4.22
I-06	食道	3枚	癌肉腫	4.59
I-07	細胞診	2枚	問1:陰性、問2:線維腺腫	3.22
I-08	細胞診	1枚	1)急性膀胱炎	1.33
I-09	縦隔	2枚	神経節神経腫	3.49
I-10	口腔	2枚	顆粒細胞腫	3.70
I-11	子宮	2枚	ポリープ状異型腺筋腫	2.42
I-12	腎臓	2枚	管内増殖性糸球体腎炎	3.54
I-13	大脳	2枚	3)進行性多巣性白質脳症	1.27
I-14	肝臓	3枚	限局性結節性過形成	4.30
I-15	乳腺	3枚	腺筋上皮腫	2.04
I-16	鼻腔	2枚	内反性乳頭腫	4.52
I-17	卵巣	2枚	良性プレナー腫瘍	3.94
I-18	リンパ節	2枚	BCL2	4.10
I-19	皮膚	2枚	白血球破砕性血管炎, アナフィラクトイド紫斑	4.67
I-20	細胞診	1枚	LSIL	4.18
I-21	軟部	2枚	弾性線維腫	4.49
I-22	大脳	2枚	問1:乏突起細胞腫, 問2:Grade II	4.12
I-23	肺	2枚	定型的カルチノイド	1.23
I-24	心臓	2枚	サルコイドーシス	4.58
I-25	細胞診	2枚	2)反応性中皮細胞	2.83
I-26	乳腺	2枚	浸潤性小葉癌	4.23
I-27	皮膚	2枚	血管肉腫	3.82
I-28	細胞診	1枚	転移性腺癌	4.78
I-29	骨	2枚	軟骨芽細胞腫	2.07
I-30	甲状腺	2枚	硝子化索状腫瘍	3.61

表5. I型文章問題解答

No.	問題文	正解	平均点
I-46	ホルマリン固定パラフィン包埋された組織中では尿酸結晶は消失する。	○	0.92
I-47	抗原性を損なわない脱灰液としては EDTA がある。	○	1.00
I-48	パバニコロウ染色のための固定液は通常 80%エタノールを用いる。	×	0.96
I-49	真菌はグラム染色で陽性を呈する。	○	0.90
I-50	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できない。	×	0.98
I-51	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、すべての臓器で同一ではない。	○	0.94
I-52	固定中に組織を振蕩すると固定促進に役立つ。	○	0.98
I-53	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。	×	0.99
I-54	剖検を行っている際に犯罪と関係のあると思われる異常を認めた時は、24 時間以内に所轄の警察署長に届け出なければならない。	○	0.95
I-55	病理解剖を行った症例に対して遺族から臓器返却の要請があった場合、稀少症例であればこれを拒否することができる。	×	0.94
I-56	高分子ポリマー法を用いた免疫組織化学染色では内因性物質による偽陽性は無視できる。	×	0.39
I-57	ホルマリンは特定化学物質第 2 類に分類され、適切な作業環境濃度として 10.0 ppm 以下の基準値が設けられている。	×	0.84
I-58	死体解剖保存法は妊娠 8 カ月以上の死胎を含む死体の解剖・保存について定められている。	×	0.87
I-59	死体の解剖はいかなる場合でも、特定の解剖室においてしなければならない。	×	0.95
I-60	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、現時点では保険診療報酬は請求できない。	×	0.69
I-61	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。	×	0.59
I-62	ホルマリン固定パラフィン包埋切片上で腫瘍細胞などの染色体転座の検出を行うことが可能である。	○	0.80
I-63	乳癌における HER2/neu の免疫組織化学染色のスコア判定は、細胞質が陽性となる腫瘍細胞の比率と染色強度とを総合して行う。	×	0.59
I-64	Elastica van Gieson (EVG) 染色では弾性線維が黒色調に染色されるので、血管や肺組織の観察には非常に有用である。	○	1.00
I-65	腎生検を行った場合、光顕による病理組織学的観察、蛍光抗体染色による解析と電顕所見の観察を行うことが望ましい。	○	0.99

表6. IIa型問題解答

No.	臓器	模範解答	平均点
IIa-1	眼瞼	霰粒腫	3.20
IIa-2	結腸	鋸歯状腺腫	3.77
IIa-3	子宮	異所性癌肉腫	4.35
IIa-4	卵巢	未分化胚細胞腫	3.57
IIa-5	骨	線維性異形成	4.52
IIa-6	骨髓	巨赤芽球性貧血 (胃切除後ビタミン B ₁₂ 欠乏性貧血)	4.51
IIa-7	肺	(軟骨腫様) 過誤腫	4.88
IIa-8	胃	異所性腺	4.76
IIa-9	肝臓	肝細胞癌	3.72
IIa-10	腎臓	腎血管筋脂肪腫	4.90
IIa-11	結腸	脂肪腫	4.27
IIa-12	乳腺	管状癌	3.66
IIa-13	骨髓	5) CD138	4.16
IIa-14	甲状腺	髄様癌	4.58
IIa-15	膀胱	逆性乳頭腫	4.08
IIa-16	皮膚	日光角化症	1.99
IIa-17	結腸	憩室炎	2.69
IIa-18	皮膚	水疱性類天疱瘡	4.73
IIa-19	膀胱	尿路上皮癌	3.18
IIa-20	肺	Wegener 肉芽腫症	4.37

WBC 3.8×1,000/ μ l (3.4-9.2), RBC 3.34×100 万/ μ l (4.00-5.66), Hb 11.2 g/dl (13.0-17.0), Ht 33.2% (38.2-50.8), Plt 124×1,000/ μ l (141-327), TP 8.2 g/dl (6.9-8.4), Alb 3.8 g/dl (3.9-5.2), CK 288 IU/l (62-287), AST 44 IU/l (13-33), ALT 16 IU/l (8-42), LDH 324 IU/l (119-350), ALP 257 IU/l (117-350), γ GTP 111 IU/l (9-109), BUN 28 mg/dl (8-21), Cre 1.3 mg/dl (0.6-1.1), UA 6.8 mg/dl (2.5-7.0), CRP 8.3 mg/dl (0.0-0.3), PSA 0.01 ng/ml, 尿 U-pro (2+), U-OB (1+)

入院時心電図：心房細動，左軸偏位，左室肥大が見られた。

心エコー：左心室壁に肥厚を認めたが，非対称性中隔肥厚は不明瞭であった。EF 50.4%，Mild MSR and TR, mild AS を認めた。

胸部 X 線：CTR 60% と心拡大を認め，右上肺野に濃厚影が見られた。

胸部 CT：右上葉に小葉中心性の濃厚影，両肺びまん性の軽度気腫性変化，大動脈壁の石灰化を認めた。

【入院後経過】 胸部 X 線右上肺野に濃厚影あり，尿中肺炎球菌抗原 (+) であったため，抗生剤による治療を開始。反応良好であり，発熱，呼吸音，X 線所見，炎症反応いずれも軽快傾向にあったため入院 7 日目に抗生剤投与を一旦終了した。

入院 10 日目深夜，38.7°C の発熱，意識障害，浅呼吸が

表 7. IIb 型問題解答

No.	臓器	模範解答	平均点
IIb-1	膝	問1: 自己免疫性膝炎, 問2: IgG4 免疫組織化学的染色	4.34
IIb-2	乳腺	乳頭部腺腫	3.96
IIb-3	皮膚	隆起性皮膚線維肉腫	0.93
IIb-4	精巣	卵黄囊腫瘍	4.39
IIb-5	皮膚	尖圭コンジローマ	4.75
IIb-6	直腸	腺腫内癌	4.90
IIb-7	縦隔	Castleman 病 (hyaline vascular type)	3.77
IIb-8	軟部	高分化型脂肪肉腫	4.27
IIb-9	食道	類基底扁平上皮癌	2.86
IIb-10	胃	問1: 消化管間質腫瘍 (GIST), 問2: c-kit, CD34, DOG1	4.75
IIb-11	胃	炎症性類線維ポリープ	4.31
IIb-12	肺	粘表皮癌 (低悪性度)	3.24
IIb-13	皮膚	外毛根鞘囊腫	3.65
IIb-14	小脳	血管芽腫	4.40
IIb-15	副腎	褐色細胞腫	3.27
IIb-16	卵巣	未熟奇形腫	4.34
IIb-17	縦隔	胸腺腫 (A 型)	4.40
IIb-18	口腔	粘液嚢胞 (粘液瘤)	3.76
IIb-19	皮膚	色素性蕁麻疹 (肥満細胞腫)	2.78
IIb-20	子宮	アデノマトイド腫瘍 + 子宮腺筋症	3.98

表 8. IIc 型問題解答

No.	臓器	模範解答	平均点
IIc-1	鞍上部 (凍結標本)	頭蓋咽頭腫	4.04
IIc-2	心臓	感染性心内膜炎	2.88
IIc-3	リンパ節	組織球性壊死性リンパ節炎	4.31
IIc-4	直腸	腸管子宮内膜症	1.27
IIc-5	子宮	Arias-Stella 反応	2.58
IIc-6	前立腺	部分的萎縮	3.06
IIc-7	肺	侵襲性糸状菌症 (肺アスペルギルス症)	4.80
IIc-8	肺	小細胞癌	4.64
IIc-9	胃	Group 5, 中分化管状腺癌	3.81
IIc-10	皮膚	コレステロール塞栓症	3.64
IIc-11	膝 (凍結標本)	陽性	3.19
IIc-12	乳腺	嚢胞内乳頭腫	4.72
IIc-13	細胞診	問1: 陽性, 問2: 浸潤性乳管癌, 硬癌	2.54
IIc-14	細胞診	悪性. 高異型度尿路上皮癌 (G2~G3)	4.24
IIc-15	卵巣 (凍結標本)	明細胞腺癌	2.63
IIc-16	細胞診	2) 類内膜腺癌 G1	3.55
IIc-17	細胞診	印環細胞癌	4.34
IIc-18	細胞診	腺癌	3.77
IIc-19	口腔	扁平上皮癌	5.00
IIc-20	口腔	腺様嚢胞癌	4.58

見られた。頭部 MRI を撮影，拡散強調画像において左島，前頭葉～側頭葉に高信号を認め，FLAIR においても上記の一部で高信号を認めた。胸部 X 線では左下肺野にも濃厚影が出現した。脳浮腫を抑える治療（グリセオール点滴）を施行し，発熱は肺病変によるものを疑い，抗生剤を投与した。

治療によって脳浮腫の進行は認めなかったが，右片麻痺となり，意識状態も不安定となった。心房細動は継続していたため抗凝固剤の適応と考えたが，膀胱より恒常的に出血を認めたため開始できなかった。炎症反応（WBC, CRP）は寛解と増悪を繰り返した。入院後 23 日目の吸引痰からは MRSA を検出した。

入院 51 日目，泌尿器科において経尿道的クリッピング施行。術後，膀胱出血は見られなくなり，今後の心房細動に対する対処（抗凝固療法）を行う計画となった。周術期を挟み体重が 10 kg 増加し，喀痰の量の増加，胸部 X 線は両側肺野透過性低下，右側胸水貯留が見られた。利尿剤（ラシックス）持続点滴を行い，次第に改善が得られた。

入院後 80 日目頃より再度膀胱出血が見られるようになり，尿道留置カテーテルの閉塞防止のため灌流を要する状態になった。尿培養からは Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosa, Enterococcus faecalis が検出された。尿細胞診，

沈渣において異型細胞は認められなかった。

入院後 94 日目早朝より 40.2°C の発熱，戦慄あり。中心静脈カテーテルを抜去，抗生剤投与を開始した。カテーテルの先からは Staphylococcus epidermidis が検出された。胸部 X 線上は特に大きな変化は認めなかった。午後になり血圧 60 台まで低下し，昇圧剤（DOA）開始，漸増したが反応なく，さらにノルアドレナリンも追加したが反応は見られなかった。95 日目午前 5 時 44 分，永眠された。なお死亡直前の動脈血からは Pseudomonas aeruginosa, Escherichia coli が検出された。

2) 剖検時の主な所見

死後時間：4 時間 17 分

身長 161 cm, 体重 47.5 kg

主要臓器重量：脳 1,200 g, 心臓 570 g, 肝臓 1,190 g, 脾臓 250 g, 左肺 500 g, 右肺 750 g, 左腎 110 g, 右腎 220 g
腹水 30 ml, 胸水左 550 ml 黄色透明, 右 1,500 ml 黄色透明, 心嚢水少量, 心屍体血量 380 ml。

外表および肉眼所見：るいそうを認め，栄養状態は不良である。瞳孔は両側とも 5 mm 大，眼瞼結膜の貧血あり。外見上黄疸なし。口腔，鼻出血なし。表にリンパ節の腫大は認めない。両側睾丸は摘出後の状態。死後硬直あり。屍

斑は目立たない。下腿に浮腫を認める。

心臓の全体像を図2、断面を図3に示す。左心耳に血栓の付着あり。弁膜に疣贅は認めない。冠動脈は3枝とも粥状硬化は軽く、内腔の狭窄はほとんどなし。腹部大動脈に軽度の動脈硬化あり。右肺に胸膜の癒着が上葉主体に認められ、上葉全体の硬度が増している。右肺の断面像を図4に示す。

肝臓と脾臓の断面所見を各々図5と図6に示す。腹膜は右結腸にごく軽度の癒着あり、剥離容易である。胃粘膜にびらん、点状出血あり。腫瘍なし。直腸に粘膜びらん、萎縮あり。

両側腎臓の断面像(図7)と、右腎臓断面の拡大像(図8)を示す。膀胱は粘膜全体にびらん、潰瘍形成、出血を認める(図9)。特に右尿管口周囲に変化が強く、この付近で右尿管に内腔の狭窄あり。その上の右尿管には内腔の拡張、粘膜にびらん、出血あり。前立腺は萎縮しており肉眼では腫瘍は明らかでない。

脳では、くも膜の軽度混濁あり。鈎、帯状回のヘルニア・圧痕なし。脳底動脈、その太い分枝に動脈硬化はほとんど認めない。脳の前頭断断面像(基底核の位置)を図10に示す。

その他、内分泌臓器に著変認めず。全身リンパ節には特に腫大を認めない。骨、骨髄には肉眼的には異常を認めない。

3) 配布写真

図1. 既往前立腺生検(HE染色標本)

図2. 心臓外観

図3. 心臓断面

図4. 右肺断面

図5. 肝臓断面

図6. 脾臓断面

図7. 両側腎臓断面

図8. 右腎臓断面拡大

図9. 膀胱・前立腺

図10. 大脳断面前額断

4) 配布標本

1. 心臓(切り出し部位は図3に赤枠で示す)(HE染色)
2. 心臓(#1と同部)(Masson染色)
3. 右肺上葉(HE染色)
4. 肝臓(HE染色)
5. 脾臓(HE染色)
6. 右腎臓(HE染色)
7. 左腎臓(HE染色)
8. 膀胱(HE染色)
9. 前立腺(HE染色)
10. 大脳(切り出し部位は図10に赤枠で示す)(HE染色)

5) 問題

1. 本症例の病理解剖所見を主病変、副病変に分け、そ

れぞれ箇条書きで記載せよ。

2. 脳病変の評価とその原因について考察せよ。
3. 本例の死因、その背景疾患との関係について考察せよ。
4. 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。

[模範解答]

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

主病変

1. 前立腺癌: 除睾術, 放射線治療後
 - a. 局所遺残, 転移なし。
 - b. 放射線性膀胱炎
2. 敗血症の状態
 - a. 右急性腎盂腎炎, 多発膿瘍, 水腎・尿管症
 - b. 血培にて *Pseudomonas aeruginosa*, *E. coli* (+)
 - c. 脾炎

副病変

1. 肥大型心筋症
 - a. 両心室肥大, 心筋肥大, 心筋錯綜配列, 間質の線維化
 - b. 心房細動の状態, 左心耳血栓付着
 - c. 胸水貯留, 肺うっ血
2. 脳塞栓症

中大大脳動脈, 穿通枝より末梢部位への塞栓疑い
3. 右肺上葉器質化肺炎
4. 循環障害による肝うっ血, 肝細胞壊死
5. 急性尿細管壊死
6. 胃びらん

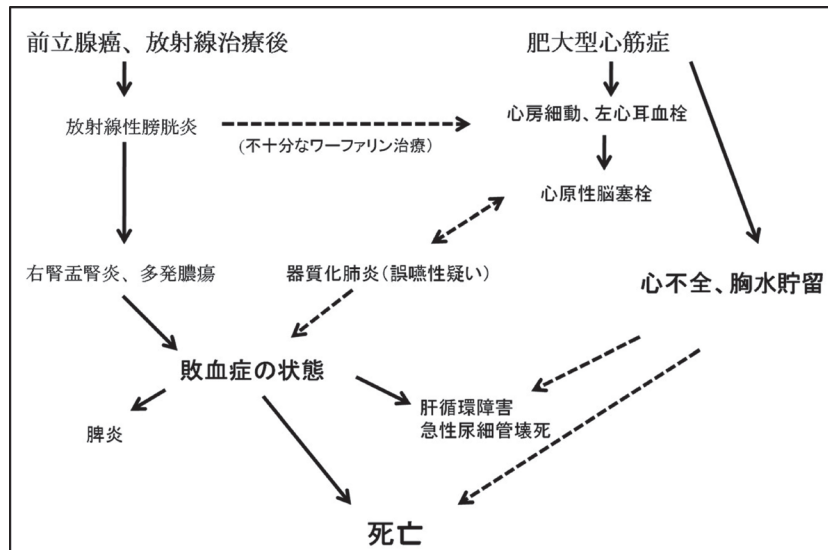
2. 脳病変とその原因について考察せよ。

臨床的に急激な発症を示した点, 脳底動脈に動脈硬化が軽度であった点, 心房細動があり左心耳に血栓を認めたことから, 心原性, 左心耳血栓からの脳塞栓が最も考えられる。左頭頂葉一側頭葉, 左中大大脳動脈支配領域にほぼ一致した白質主体に広範な脳軟化を認めたことより, 左中大大脳動脈(基底核部分は保たれていたことより, 穿通枝, レンズ核線状体動脈分岐後の末梢部位)に塞栓があったものと考えられる。

3. 本例の死因とその背景病変について考察せよ。

患者は高熱, 血圧低下の後, 急激な経過で死亡しており, 直前の血液培養で菌を検出した点, 脾炎を認めた点も合わせて, 敗血症の状態であり, 死因にもっとも関与していると考えられる。敗血症の原因としては, 上行性感染による右腎の急性腎盂腎炎, 多発膿瘍が最も考えやすい。血液培養と尿培養の結果も一致していた。

本例では前立腺癌に対し除睾術, 放射線照射が行われた



が、治療後放射線性膀胱炎による出血のコントロールに難渋していた。放射線性膀胱炎による右尿管口の狭窄が上行性感染を引き起こした原因になったと考えられる。

右肺上葉には器質化肺炎を認めたが、線維化、上皮の化生性変化が目立ち、時間が経過したものと考えられ、敗血症の原因として最も考えられるとはいえない。

心臓は肥大型心筋症を示しており、臨床経過、肺うっ血、胸水貯留からは慢性心不全状態であったと考えられ、死因にも影響を与えていた可能性がある。

4. 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。上図参照

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467点で昨年に比較して21点(4.9%)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、IIa型問題40題中2題、IIc型問題20題中1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3題、4題、3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14題、IIab型問題40題中22題、IIc型20題中9題で、昨年のそれぞれ13題、15題、11題に比較して、I型問題で1題、IIabとIIc型問題を合わせたII型問題全体では5題多く、本年度は例年と比較してI+II型問題の成績が良好であり、ここ数年の中では最も平均点が高かったことが特徴的である。平均点は355.5点(75.6%)で理想とした80%正答に近い値が得られた。また、III型の問題についても成績は良好であった。今回の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

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	467.1	51.0	416.1	365.1	584	289
I型写真	150	107.2	18.1	89.2	71.1	143	44
I型文章	20	17.3	1.7	15.5	13.8	20	11
I型小計	170	124.5	18.7	105.8	87.1	162	55
IIa型	100	80.4	10.7	69.7	59.0	100	49
IIb型	100	77.0	12.2	64.8	52.6	100	32
IIc型	100	73.6	8.5	65.1	56.6	95	53
II型小計	300	231.0	24.6	206.4	181.8	288	160
I+II計	470	355.5	40.5	314.9	274.4	448	222
III型(面接を含む)	150	111.6	17.5	94.1	76.7	147	66
細胞診	50	34.8	6.4	28.3	21.9	50	21

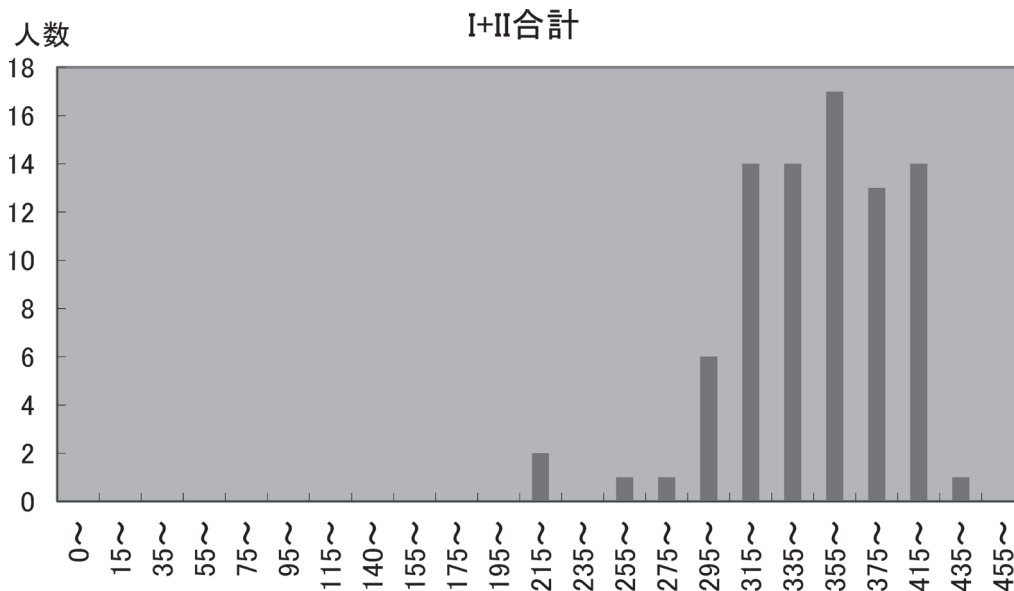


図1. I+II型試験の得点分布

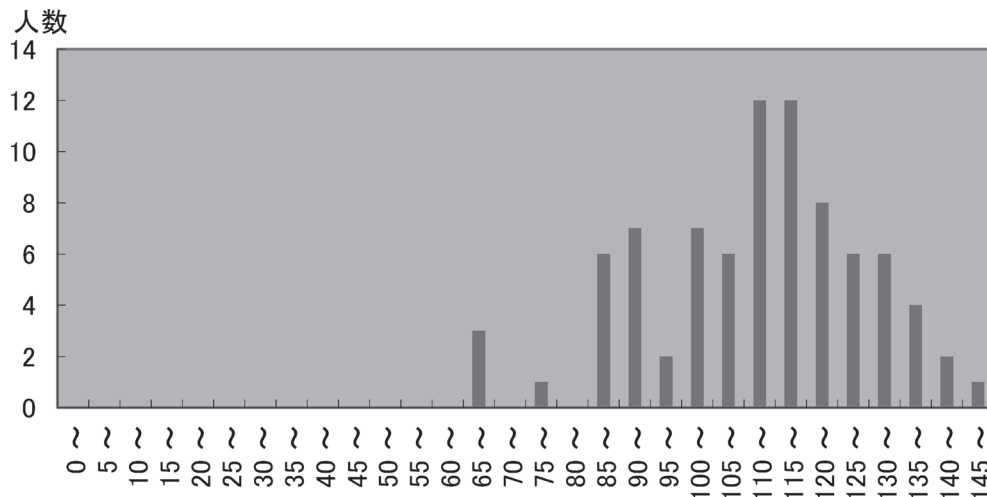


図2. III型試験の得点分布

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正規分布に近いパターンだったが、得点60%未満に乖離したグループがみられた。III型問題では、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、得点分布では低得点側に小さな集団を作る傾向があり、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ものもみられた。

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3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。ほぼ正規分布に近い得点分布のなかで、合格ライン未満の低得点部分に乖離したグループがみられた。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態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、明らかに中枢神経系疾患の経験が乏しいと思われる受験者が見られた。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。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。

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

なお、本年度の受験者 83 名中合格者は 73 名（合格率 88.0%）であり、新規受験者 67 名中合格者は 61 名（合格率 91.0%）で、再受験者 16 名中の合格者は 12 名（合格率 75.0%）であった。ちなみに今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 21 名で全員合格であった。

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 33 名（39.8%）、大学付属病院病理部（科）20 名（24.1%）、国公立病院検査科（病理科）19 名（22.9%）、私立病院検査科（病理科）8 名（9.6%）、研究施設からの受験者 2 名（2.4%）、その他 1 名であった。病理医としてのキャリアについては、ほとんどの受験者（78 名、91.6%）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 を超える評価が多かった。I 型写真問題は 3 点台であったのに対し、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 3.7 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らない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 を超えていた。III 型は、平均 2.2 と試験時間が短いという回答が多かった。これは III 型問題を解答する上で経過の把握が重要となる症例であったことに関連する可能性がある。試験内容と日常業務との関連性の質問では、平均 3.2 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 3.6 点と好評であった。

表 11. ポストアンケート集計結果

アンケート結果	回答の基準	対象	平均値 (最小～最大)
試験問題の難易度	1: 非常に易 3: 適当 5: 非常に難	A) I型写真問題 B) I型文章問題 C) IIa, b型 (配布) 問題 D) IIc型 (巡回) 問題 E) III型 (剖検) 問題	3.3 (2～5) 2.8 (1～4) 3.1 (2～5) 3.6 (1～5) 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	3.4 (1～5) 3.7 (1～5) 3.6 (1～5) 3.3 (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 (1～5) 3.2 (2～5) 3.0 (1～4) 2.6 (1～4) 2.2 (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	3.7 (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	3.3 (3～5)
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) 3.8 (2～5) 3.6 (1～5) 3.7 (1～5) 3.7 (1～5) 3.7 (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	3.2 (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	3.9 (1～5)
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	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	3.6 (1～5)

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。本年度は東日本大震災の影響で、受験者の方々、病理学会本部の方々、実施委員・試験委員・試験会場校の先生方には多大なご迷惑をお掛けいたしました。ここに改めてお詫び申し上げます。特に、当初の予定では会場校としてお世話になることになっていた東京医科大学の長尾俊孝教授、

急遽、会場を提供していただくことになった名古屋大学の
中村栄男教授はじめ名古屋大学教職員スタッフの皆様方、
会場変更に伴う諸手配をはじめ全ての面でお世話になった
藤田保健衛生大学の黒田誠教授には本当にお世話になりました。
誠に有難うございました。

震災をはさんで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。また、試験委員長長の金

澤医科大学の野島孝之先生ならびに試験委員の先生方，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菊川敦子さん，大藪いづみさん，宮本いづみさん，井口令子さんに改めて心から御礼申し上げます。

表 12. 第 29 回日本病理学会病理専門医試験委員構成

第 29 回日本病理学会病理専門医試験実施委員：

北川昌伸（委員長），長尾俊孝，中村暢樹，比島恒和，
村田晋一，内藤善哉，根本哲生，大橋健一，笹島ゆう子，
鷹橋浩幸，谷澤 徹

面接委員：

立山 尚，村田哲也，堀部良宗，浦野 誠

病理専門医試験委員：

野島孝之（委員長），羽賀博典，伊丹真紀子，伊藤智雄，
川野 潔，中澤温子，津田 均，都築豊徳

第19回（2011年度）日本病理学会 口腔病理専門医試験報告

第19回口腔病理専門医試験実施委員会
委員長 原田博史

1. はじめに

第19回（2011年度、平成23年度）の日本病理学会口腔病理専門医試験は、2011年7月30日（土）と31日（日）に、第29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10名で、7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、歯学部以外の病理学教室が4名、大学附属病院病理部（科）が2名（うち1名が歯学部勤務）、国公立病院検査科（病理科）が3名、医育機関以外の研究施設が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えていたが、本年はその傾向がさらに顕著となった。受験者の口腔病理の経験は5年以上10年未満が9名で、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・唾液腺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、組織像で診断を問う問題を8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16.3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

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	1
呼 吸 器	5
骨 軟 部	4
循 環 器	2
消 化 器	7
女 性 器	4
男 性 器	3
神 経	2
造 血 器	3
内 分 泌	1
乳 腺	2
泌 尿 器	1
感 覚 器	1
皮 膚	4
細 胞 診	3
計	45

表2. 口腔問題の疾患分類別出題数

分類	出題数
非歯原性嚢胞	1
歯原性嚢胞	3
歯原性腫瘍	8
顎骨の非腫瘍性疾患	1
粘膜の腫瘍性疾患（細胞診）	7（1）
粘膜の非腫瘍性疾患（細胞診）	7（1）
唾液腺腫瘍（細胞診）	10（2）
唾液腺の非腫瘍性疾患	1
その他の腫瘍性疾患	4
その他の非腫瘍性疾患	3
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	内反性乳頭腫	3.50
I-17	良性ブレンナー腫瘍	3.30
I-18	BCL2	3.70
I-19	白血球破砕性血管炎 (アナフィラクトイド紫斑, ヘノッホ-シェーンライン紫斑病)	3.00
I-20	LSIL (mild dysplasia) (細胞診)	3.00
I-21	弾性線維腫	2.00
I-22	問 1: 乏突起細胞腫 問 2: Grade II	2.90
I-23	定型的カルチノイド	0.90
I-24	サルコイドーシス	3.00
I-25	2) 反応性中皮細胞 (細胞診)	3.00
I-26	浸潤性小葉癌	1.40
I-27	血管肉腫	2.20
I-28	転移性腺癌 (細胞診)	4.00
I-29	軟骨芽細胞腫	1.00
I-30	硝子化索状腫瘍	1.50
I-31	乳頭状内皮過形成	1.00
I-32	刺激性線維腫 (いわゆる線維腫, 線維性過形成)	4.50
I-33	エナメル上皮腫 (顆粒細胞型)	3.80
I-34	エナメル上皮線維歯牙腫	4.10
I-35	尋常性天疱瘡	5.00
I-36	扁平苔癬	4.50
I-37	問 1: 歯根嚢胞 問 2: 硝子体	2.10
I-38	フォーダイス斑	4.00
I-39	グロコット染色 (PAS 染色)	4.50
I-40	腺性歯原性嚢胞	2.80
I-41	嗅神経芽腫	2.20
I-42	上皮筋上皮癌	2.50
I-43	リンパ上皮性癌	2.60
I-44	3) 粘表皮癌 (細胞診)	1.50
I-45	1) ヘルペスウイルス感染症 (細胞診)	3.00

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。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, 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 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	霰粒腫	2.10
IIa-2	鋸歯状腺腫	2.00
IIa-3	異所性癌肉腫	3.00
IIa-4	未分化胚細胞腫瘍	1.50
IIa-5	線維性異形成	4.00
IIa-6	巨赤芽球性貧血	3.50
IIa-7	軟骨腫様過誤腫	4.20
IIa-8	異所性腺	3.00
IIa-9	肝細胞癌	2.50
IIa-10	腎血管筋脂肪腫	3.70
IIa-11	扁平上皮癌	3.50
IIa-12	ワルチン腫瘍	4.50
IIa-13	エナメル上皮腫 (線維形成型)	1.90
IIa-14	角化嚢胞性歯原性腫瘍	4.00
IIa-15	膿原性肉芽腫	4.30
IIa-16	腺房細胞癌	2.70
IIa-17	術後性上顎嚢胞	5.00
IIa-18	外骨症	4.50
IIa-19	問 1: 悪性リンパ腫 問 2: LCA (あるいは CD20)	2.90
IIa-20	粘液嚢胞 (貯留型)	3.20
IIb-1	問 1: 自己免疫性腺炎 (IgG4 関連疾患) 問 2: IgG4 免疫染色	2.50
IIb-2	乳頭部腺腫	1.40
IIb-3	隆起性皮膚線維肉腫	0.00
IIb-4	卵黄嚢腫瘍	2.50
IIb-5	尖圭コンジローマ	2.40
IIb-6	腺腫内癌	4.20
IIb-7	Casleman 病 (Hyaline-vascular type)	2.30
IIb-8	高分化脂肪肉腫	1.50
IIb-9	類基底扁平上皮癌	2.70
IIb-10	問 1: 消化管間質腫瘍 (GIST) 問 2: c-kit, CD34, DOG1	4.30
IIb-11	乳頭腫	4.50
IIb-12	基底細胞腺腫	2.50
IIb-13	セメント芽細胞腫	1.80
IIb-14	周辺性歯原性線維腫	2.00
IIb-15	切断神経腫	4.50
IIb-16	多形腺腫由来癌	3.00
IIb-17	含歯嚢嚢胞	5.00
IIb-18	歯牙腫	3.90
IIb-19	脂腺リンパ腫	2.10
IIb-20	粘膜内母斑	4.20

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。問題別平均点は表 3~5 に示す。本年の受験者 10 名の総合計の平均得点率は 65.0% で昨年より低く, I 型問題の平均得点率は 61.2%, II 型問題は 61.4%, III 型問題 (筆記+面接) は 76.3% 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 65.3% であった。また, III 型問題の平均得点率は 76.3% であり, 昨年より高い数値であった。これは, 今回の口腔

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	頭蓋咽頭腫（凍結切片）	3.50
IIc-2	感染性心内膜炎	4.80
IIc-3	壊死性リンパ節炎	2.50
IIc-4	腸管子宮内膜症	0.50
IIc-5	アリアス-ステラ反応	0.50
IIc-6	前立腺部分的萎縮	1.00
IIc-7	侵襲性糸状菌症（肺アスペルギルス症）	4.50
IIc-8	小細胞癌	5.00
IIc-9	Group 5, 中分化管状腺癌	3.30
IIc-10	コレステロール塞栓症	1.00
IIc-11	扁平上皮癌（凍結切片）	4.00
IIc-12	神経鞘腫	4.00
IIc-13	紡錘細胞癌	2.50
IIc-14	悪性黒色腫	4.00
IIc-15	転移性腫瘍 甲状腺乳頭癌	2.40
IIc-16	唾液腺導管癌	4.50
IIc-17	多形腺腫（細胞診）	1.50
IIc-18	扁平上皮癌（高分化型）（細胞診）	4.50
IIc-19	疣贅型（性）黄色腫	1.40
IIc-20	石灰化嚢胞性菌原性腫瘍	3.50

病理専門医の受験者は、歯学部（歯科大学）以外の所属施設に勤務するものが圧倒的に多く、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。一方、医科系の施設では遭遇する機会が少ないと思われる口腔の疾患についての理解度は個々の受験者の努力により維持されているものと推測されたものの、これらよりむしろ共通問題の正答率が低い傾向にあることは、限られた年限で全身の幅広い領域や分野のそれぞれにおいて正確な知識と的確な判断力を獲得することの難しさを物語っているように思われる。

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3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、7名を合格、3名を不合格と判定した。不合格者の多くは、III型問題およびI・II型の口腔問題は概ね60%に及ぶ成績を残したが、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ていた。細胞診については、合格者の中にも得点率が低い者もあり、今後克服すべき課題である。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

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	3.80
B) I型文章問題	3.10
C) IIab型配布問題	3.30
D) IIc巡回問題	3.50
E) III型剖検問題	3.40
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	3.30
B) I型文章問題	3.90
C) IIab型配布問題	3.70
D) IIc巡回問題	3.80
E) III型剖検問題	4.10
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	2.90
B) I型文章問題	3.10
C) IIab型配布問題	3.00
D) IIc巡回問題	2.40
E) III型剖検問題	1.90
細胞診	
A) 難易度	1: 非常に易, 3: 適当, 5: 非常に難 3.40
B) 問題数	1: 非常に少ない, 3: 適当, 5: 非常に多い 3.20
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	3.90
B) I型写真の大きさ	4.10
C) I型1問あたりの写真数	3.70
D) III型写真の画質	4.30
E) III型写真の大きさ	4.30
F) III型写真の数	4.00
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 3.30
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 4.50
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 4.00
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 4.50
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 4.30

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。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受験者が多く、自由な記述欄にも同様の記載がみられた。III型問題の設問については「問題数をあと一つ減らして欲しい。」といった記載や問題そのものには「非常に良問」との評もあった。口腔病理専門医の受験者には、全身の疾患へのさらに幅広い理解や剖検問題の病態のとらえ方およびフローチャート作成の訓練が必要であると思われる。その他、「下書き用紙を多めに欲しい。」や「II型では×2倍のレンズがあった方がよいと思う。」などの要望もあった。

6. おわりに

本年は日本病理学会 100 周年という記念すべき年であるのと同時にわが国が未曾有の災害とこれによる国難に遭遇した年でもあった。そのため会場の変更をはじめとする種々の影響で、心理面も含めて受験者の負担は例年に比して著しく大きなものであったと推察される。すべての受験者の先生方に心より労いの言葉をお贈りしたい。また、残念ながら不合格となった方々には今後さらに多くの研鑽を積み、次年度是非とも捲土重来を期して頂きたい。

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ある。今回の口腔病理専門医試験の受験者も、歯学部歯科大学を卒業後、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例年以上に多く、口腔病理医の育成には医科施設との連携が益々必要不可欠となってきている。優れた口腔病理医を育成するためには、口腔病理専門医試験の制度をさらに整備し、その内容も充実させていく必要があり、日本病理学会の諸先生方からのより一層のお力添えをここに改めてお願いする次第である。また、歯学部や歯科大学側からも連携構築を目指したより積極的な努力が必要であり、教室員が専門医取得に必要な研修環境が得られるよう十分な配慮や働きかけを行うことも所属長の責務であることを忘れてはなるまい。

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。

表 7. 第 19 回口腔病理専門医試験関連委員

実施委員	
原田 博史	(委員長, 市立堺病院病理・研究科)
久山 佳代	(日本大学松戸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)
試験委員	
豊澤 悟	(委員長, 大阪大学大学院歯学研究科)
入江 太郎	(昭和大学歯学部口腔病理学教室)
仙波伊知郎	(鹿児島大学大学院医歯学総合研究科)
田中 陽一	(東京歯科大学市川総合病院臨床検査科病理)

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、実施委員長の北川昌伸先生と試験委員長の野島孝之先生には、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病理学関連講座の皆様、藤田保健衛生大学の黒田 誠先生、さらに実施委員会の都度サポートして頂きました東京医科歯科大学の伊藤栄作先生、倉田盛人先生にも深謝致します。

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、大藪いづみさん、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。