



一般社団法人 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>

一般社団法人日本病理学会

第 345 号

平成 28 年 (2016 年) 10 月刊

## 1. 第 106 回総会 (東京) 演題募集のお知らせ

標記総会 (平成 29 年 4 月 27 日～29 日開催) における、以下の一般演題を募集しております。

口演 (一般 英語発表)

／ Oral presentation (English)

口演 (一般 日本語発表)

／ Oral presentation (Japanese)

ポスター発表 (一般)

／ Poster presentation

ポスター発表 (学部学生)

／ Poster presentation (Undergraduate students)

ポスター発表 (初期研修医)

／ Poster presentation (Intern)

たくさんのご応募をお待ちしております。

演題登録は、総会ホームページからのオンライン登録のみとします。

尚、演題名、演者名、および所属名を日本語・英語の併記でお願いすることになります。一般示説のポスターも英語による作成を推奨 (発表は日本語) いたしますのでご協力をよろしくお願いいたします。

研修医、学部学生さんをはじめとする多くの方の参加を期待しています。会員の皆様におかれては、ご自身の応募のみならず、是非身近な若手の方へのお声かけをよろしくお願いいたします。

演題募集登録期間

2016 年 10 月 5 日 (水)～11 月 18 日 (金)

演題登録画面

総会ホームページ演題登録ページにアクセスし、指示に従って登録を行ってください。

<http://www.jsp2017.org/ippanendai.html>

お問い合わせ先

第 106 回日本病理学会総会 運営事務局  
(株) JTB コミュニケーションデザイン内  
〒105-8335 東京都港区芝 3-23-1  
セレスティン芝三井ビルディング  
TEL: 03-5657-0777  
FAX: 03-3452-8550  
Email: [jsp2017@jtbcom.co.jp](mailto:jsp2017@jtbcom.co.jp)

## 演題応募者の資格

演題申込みに関しては、筆頭演者は原則日本病理学会会員に限ります (学部学生示説発表者、及び海外在住外国人の方は除く)。現在会員でない方は平成 28 年度中の入会手続きが必要となりますので、日本病理学会ホームページ「入会案内」より手続きをお進め下さい。

参照 HP

<http://pathology.or.jp/side/membership.html>

年会費は正会員 13,000 円 (大学院生・初期研修医は 8,000 円)、入会金は不要です。

## 演題の採否について

演題の採否ならびに発表形式の決定は会長一任とさせていただきます。後日、ご登録いただいたメールアドレス宛にご連絡いたします。詳細は、総会ホームページでご確認ください。

## 2. 日本病理学会誌第 105 巻 2 号 (学会抄録号) について

1) 抄録集は学会会員専用ホームページ内に PDF として掲載しています。閲覧には UMIN-ID 及びパスワードが必要になります。

[https://center6.umin.ac.jp/oasis/pathology/pdf/sokai\\_program\\_160928.pdf](https://center6.umin.ac.jp/oasis/pathology/pdf/sokai_program_160928.pdf)

2) 会場では簡易小冊子 (ハンディ版) を無料でお配りします。

3) 名誉会員・功労会員の先生方には、10 月 24 付で PDF データを USB メモリの形で郵送いたしました。

4) 冊子体 (印刷物) 抄録集は有料となります。金沢総会会場の事務局デスクにて販売いたします。

会員は 1 冊 1,000 円、非会員は 2,000 円です。

5) 冊子体の郵送送付を希望の方は下記に従いお申し込みください。

(1) 申し込み・問い合わせ先

日本病理学会事務局 担当: 羽根川

E-mail: [jsp-admin@umin.ac.jp](mailto:jsp-admin@umin.ac.jp)

「日本病理学会誌 105 巻 2 号購入希望」と明記の上、以下の情報を e-mail にてお送り下さい。

1. 会員番号 (非会員の場合はその旨を記載)
2. 氏名
3. 所属

#### 4. 冊数

- (2) お支払い 冊子に郵便振替用紙を同封しますので、到着より2週間以内に郵便局よりお振り込み下さい。
- (3) 請求書払等を希望される場合はその旨、お申し込み時にお知らせ下さい。
- (4) 金沢総会参加予定の方は当日会場にてご購入下さい。

### 3. 機構の専門医の認定・更新について

一般社団法人日本専門医機構  
理事長 吉村 博邦  
専門医認定・更新部委員会  
委員長 寺野 彰

#### ○専門医の認定・更新について

専門医の認定・更新の扱いについては、引き続き更新・認定業務を継続することに致します。

なお、今後は専門医更新の1次審査は、機構が承認した基準に則って、各領域学会が責任を持って行い、その審査結果（氏名・勤務先送付等）を機構に提出頂き、2次審査は1次審査の結果をもとに機構委員による専門医認定・更新部委員会と各領域学会から1名ご推薦頂いた専門医委員会とで審議することに致します。

また、更新をされた認定者への証は、各領域学会理事長と機構の連名で前年同様に発行させて頂きます。

#### ○専門医の広告について

厚生労働省より平成25年4月に発表されました「専門医の在り方に関する検討会」報告書に記載してありますように、日本専門医機構が認定する専門医を基本的に広告可能とする方向で早急に検討致します。

### 4. 病理学会会員の皆様へ:病理専門医資格更新について

先にご案内いたしました通り、日本病理学会は平成28年9月12日付で日本専門医機構に「専門医資格更新手続きを進める上での考え方に係る質問状」を送付いたしました。この度、9月27日付で専門医機構から別紙のような回答が参りました。

参照 HP:

<http://pathology.or.jp/news/20160927JMSB.pdf>

回答の中では、専門医機構から病理学会に文書の形で「日本専門医機構認定専門医資格」の更新計画を進めるよう依頼があり、また専門医機構の「専門医」に対する考え方が明確に示されたものと考えられます。日本専門医機構はこの考え方についてホームページ上にも掲載し、社会に対して公開する予定とのこと。病理学会はこれまでの方針通り、移行期の資格更新計画を進めることにいたします。

本回答によれば、将来的には原則として機構と学会が認定する専門医資格を正式な資格とするということですので、病理学会会員の皆様が機構・学会の両者の認定による専門医として資格更新することは新たな専門医制度の確立に協力することにもなります。機構認定を受けるためには1万円程度の余分な認定料が必要となりますが、会員の皆様には趣旨をご理解いただいて機構・学会認定の専門医資格として更新手続きを行われるようお願い申し上げます。

上記を受けて、「2016年秋に病理専門医資格更新申請を行う予定の病理専門医の方々の更新手続き」について以下のようにご案内いたします。

- 1) これまでの計画通り、病理専門医更新手続き関連書類と説明文書（ガイダンス）を該当する先生方に送付いたします。
- 2) 資格更新の一次審査は機構の定める一定の基準に基づき病理学会が責任をもって行い、専門医機構は二次審査のみ（機構内の「専門医認定・更新部門」と各領域学会から1名ずつご推薦いただいて構成する「専門医委員会」の両者で）を行う体制とします。
- 3) 資格更新基準は変更しない予定ですが、資格更新審査に際しては実際に病理専門医として活躍されている先生方に過度のご負担がかかることのないように運用する予定です。

詳細につきましては、学会ホームページにも掲載する予定ですので、ご参照のほどお願い申し上げます。

### 5. 病理専門医資格更新申請受付（平成29年4月1日付更新予定者）

上記4.の事情により遅れておりましたが、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が10月12日付で発送されました。本年度該当者は、第4回（1982年）認定登録者ならびに第4回（1986年）、第9回（1991年）、第14回（1996年）、第19回（2001年）、第24回（2006年）、第29回（2011年）試験合格者になります。該当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。

締め切り：平成28年11月30日（水）消印有効

（例年より1ヶ月繰り下げています）

※但し単位の有効期間は例年通りです（10月までの5年間のもの）。11月の金沢総会の単位は、次回更新時有効単位となり、今回の単位としては認められませんのでご注意ください。

問い合わせ先：日本病理学会事務局

TEL：03-6206-9070

E-mail：jss-admin@umin.ac.jp

各種注意事項：

- 1) 必要書式のダウンロードも可能です（会員専用HP内）。

参照：

[https://center6.umin.ac.jp/oasis/pathology/news/shikakushinsei\\_161011.html](https://center6.umin.ac.jp/oasis/pathology/news/shikakushinsei_161011.html)

- 2) 「書類作成上の注意点」を新たに掲載いたしましたのでご参照下さい。

参照：

[http://pathology.or.jp/senmoni/2016koushin\\_info.pdf](http://pathology.or.jp/senmoni/2016koushin_info.pdf)

- 3) 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。
- 4) 上記以外で更新の手続きが遅れていた方で、本年度に更新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。今回は日本病理学会専門医資格復帰の更新申請をしていただきます。次回の更新で日本専門医機構認定病理専門医へ移行が可能です。

## 6. 「デジタル病理画像を用いた病理診断のための手引き（初版案）」

（意見募集のご協力ありがとうございました。）

デジタルパソロジー委員会（森一郎委員長）では、標記手引きの作成を目指し、初版案に対する意見募集を10月20日まで行って参りました。会員におかれてはご協力ありがとうございました。

完成・公表の際には、また改めてご報告申し上げます。

参照 HP：

<http://pathology.or.jp/news/whats/boshu-161011.html>

## 7. 第13回日本病理学会カンファレンス2016六甲山開催報告

第13回日本病理学会カンファレンス2016六甲山を7月29日（金）、30日（土）に兵庫県神戸市六甲山ホテルにて、「間葉系組織分子病理の新展開」をテーマに掲げて開催いたしました。強い夏の日差しの中でも過ごしやすい六甲山頂は、カンファレンスには最適な環境で、病理学会外からの招聘講師5名、病理学会会員講師5名、一般参加者93名の合計103名のご参加をいただきました。また、ポスター発表は42題とホテル会場を埋め尽くす数となりました。



### 1) 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、特に若手会員が、臨床家から先端生命科学までの研究者と、十分な討論と交流を行う場を提供するために開催しています。開催テーマは、原則として診断病理に偏らず、少なくない病理学会会員が従事している学術研究に関する基礎から臨床を縦断するようなプログラム選定を目指しています。

今回のテーマである間葉系組織は、その潜在能力や生体内での役割が徐々に解明されてきており、従来の骨・関節疾患や骨・軟部腫瘍のみでなく、癌の間質浸潤・転移機構、組織修復、再生医療などに広範に関与しており、疾患治療への応用など未知なる可能性が指摘されています。また、免疫学など別分野とされてきた領域との密接な関連性もわかってきており、新たな研究領域の創造も進んでいる分野です。

本カンファレンスではこの方面の第一線でご活躍中の先生方にご講演いただき、多くの若手病理医との熱い討論が展開されました。得られた最新の知見をもとに、この分野における病理学的研究はもとより、基礎から臨床へと横断的に医学全体に広がる研究への推進および発展を祈念しております。

ポスターセッションでは、42題と例年になく多くの演題応募がありました。そのため、例年行われているショートプレゼンテーションの時間確保ができなくなりましたが、各グループ単位では密な議論が展開されました。ポスター発表は日本病理学会学術推進委員会委員の先生方に評価していただき、最優秀ポスター賞1題、優秀ポスター賞4題を選考し、カンファレンス閉会式において表彰しました。

今回のレクチャー講師と演題は以下の通りです。

（敬称略、発表順）

田中 栄 東京大学大学院医学系研究科 整形外科学  
「破骨細胞分化の分子制御」

北澤 莊平 愛媛大学大学院医学系研究科 分子病理学  
「破骨細胞形成に関わる間葉系細胞の役割」

高柳 広 東京大学大学院医学系研究科 免疫学  
「骨免疫学基礎研究の進展」



二口 充

名古屋市立大学大学院医学研究科 分子毒性学分野  
「骨微小環境における前立腺がんおよび乳がんの増殖機構と治療標的因子」

片岡寛章 宮崎大学 腫瘍・再生病態学分野  
「プロテアーゼ制御機構破綻と癌の間質浸潤」

今井祐記 愛媛大学 プロテオサイエンスセンター  
「性ホルモンによる骨代謝制御の分子機構」

吉田利通 三重大学 修復再生病理  
「組織リモデリングの微小環境—テネイシン-Cを中心として」

志茂 剛

岡山大学大学院医歯薬総合研究科 口腔顎顔面外科学分野  
「骨破壊病変と骨格形成因子」

戸口田淳也 京都大学 再生医科学研究所/iPS細胞研究所  
「iPS細胞由来間葉系間質細胞の基礎研究への応用」

田中伸哉 北海道大学大学院医学研究科 腫瘍病理学分野  
「肉腫における cancer stem cell: 滑膜肉腫を中心として」

一般演題ポスター発表は 42 題で、以下の 5 名にポスター賞が授与されました (敬称略)

最優秀ポスター賞

榎本 篤

名古屋大学大学院医学系研究科 腫瘍病理学

優秀ポスター賞

坂本 直也

広島大学大学院医歯薬保健学研究院 分子病理学

優秀ポスター賞

下田 将之

慶応義塾大学医学部 病理学教室

優秀ポスター賞

谷川 聖

北海道大学医学研究科 腫瘍病理学分野

優秀ポスター賞

湯澤 明夏

旭川医科大学病院 病理部

2) 参加者 (103 名) の内訳について

ポスター演題数 / 42 題

若手ポスター発表 / 21 題

参加人数 / 103 名 (演者 10 名を含む)

+ 運営スタッフ 4 名

3) アンケート集計結果について

※ 一部抜粋 詳細は学会 HP を参照

年代別参加者

※アンケート回収 75 名 (うち 1 名記載なし)

年代	20代	30代	40代	50代	60代以上
人数	15	28	13	15	3

都道府県別参加者数

北海道	3	青森	2	茨木	2
栃木	2	群馬	1	埼玉	2
千葉	2	東京	11	神奈川	1
新潟	2	福井	1	岐阜	1
静岡	1	愛知	13	京都	3
大阪	10	兵庫	12	奈良	4
和歌山	2	鳥取	1	広島	4
山口	1	愛媛	3	高知	1
福岡	12	佐賀	2	熊本	3
宮崎	2	鹿児島	2	沖縄	1

4) 総括と今後のカンファレンスへの課題

〈参加者〉

アンケート結果からは、20代、30代の若手参加者が全体の 57% とカンファレンスの趣旨に沿った参加者を得ることができたと考えています。本カンファレンスが専門医試験の受験資格や専門医資格更新の単位として認定されていることもありますが、仮にそういう目的であったとしても、レクチャーや交流を通して実験病理の世界に興味を持つきっかけになれば幸いです。

〈レクチャー〉

「間葉系組織分子病理の新展開」をテーマに、その第一線でご活躍の先生方にレクチャーをお願いいたしました。レクチャー後の質疑応答では質問の順番待ちに列ができており、非常に活発な議論が行われたと考えています。レクチャー数や時間に関しては例年議論のあるところですが、適切であったと思われます。参加者の方からは、骨をテーマとするレクチャーが多く、もっと広い分野における間葉系のレクチャーを、とのご意見も頂きました。

〈一般ポスター演題〉

今回は 42 題と例年になく多くのポスター演題をご応募いただきました。その内訳は、今回のテーマに沿うものを含めた実験病理学的研究から、臨床報告まで幅広い分野に及ぶものでした。若手の先生方に参加いただくという点では、幅広い分野からの演題応募が良いのですが、会自体に統一感がなくなるということも示唆されます。しかし、テーマに沿った実験病理学的研究のみにポスター演題の分野を限定すると参加自体が難しくなるという側面もあります。会自体の活性化ということを考えると、若手の先生の参加を促す方がよいと思われますが、今後の開催方法や会の意義を含めた総合的な議論が必要と思われます。

〈会場〉

六甲山ホテルは酷暑の時期にもかかわらず過ごしやすく、また、ロケーションも抜群で、100 名前後のカンファレンス開催には満足できる規模の施設であったと思います。但し、旧館が閉鎖されているため一部の参加者には近隣のメープル六甲に宿泊いただくという不便をおかけいた

しました。また、例年問題になっている相部屋解消には参加費の値上げが不可欠ですが、あまり高すぎると若手参加者の負担になる可能性もあり見送らざるを得ない状況でした。第10回から4回連続で続いた六甲山ホテルでの開催でしたが、来年度は犬山での開催となります。戦前に花開いた「阪神間モダニズム」を代表する伝統ある六甲山ホテルも経営母体が変わり、大規模改修されるようですが、いつかまた六甲山に戻ってくることができればと願います。

#### 5) 謝辞

今回のカンファレンス開催にあたり、ご支援頂きました日本病理学会に感謝申し上げます。準備に際しては、日本病理学会研究推進委員会、日本病理学会事務局に様々なご助言・ご指導を賜りました。講師の先生方には、多忙なスケジュールの中でカンファレンス日程を通してご参加頂き、貴重なディスカッションや若手研究者に対するアドバイスをして頂き感謝申し上げます。また、横崎宏先生を初めとする神戸大学大学院医学研究科病理学講座の先生方には、運営に当たって大変ご尽力を頂き感謝申し上げます。

最後になりますが、本カンファレンスの準備・運営を手伝って下さった、九州大学大学院医学研究院形態機能病理学教室のメンバーに深く感謝致します。

※この報告書の詳細は学会ホームページをご参照下さい。

<http://pathology.or.jp/jigyoku/courses.html>



#### 8. 会員の訃報

以下の方がご逝去されました。

白井 俊一 名誉会員 (平成 28 年 3 月 12 日ご逝去)

原 弘 功労会員 (平成 28 年 9 月 21 日ご逝去)

浅野 伍朗 功労会員 (平成 28 年 10 月 9 日ご逝去)

## お知らせ

### 1. 「図解による顕微鏡入門」技術講座

日時：平成 29 年 1 月 24 日 (火)

場所：機械振興会館別館 4 階会議室  
(東京都港区芝公園 3-5-22)

主催：一般社団法人 日本オプトメカトロニクス協会

申込期限：平成 29 年 1 月 17 日 (火)

申し込み：<http://www.joem.or.jp/moushikomi.htm>

問合せ先：

一般社団法人 日本オプトメカトロニクス協会

電話：03-3435-9321

Fax：03-3435-9567

E-mail：[info@joem.or.jp](mailto:info@joem.or.jp)

URL：<http://www.joem.or.jp>

# 第34回(2016年度)一般社団法人日本病理学会 病理専門医試験報告

第34回病理専門医試験実施委員会  
委員長 長尾俊孝

## 1. はじめに

第34回(2016年度)日本病理学会病理専門医試験は、去る8月6日(土)7日(日)の両日にわたり、昨年と同様に東邦大学大森キャンパスを会場として行われた。本年度の受験者総数は86名(87名出願、欠席1名)で、74名が合格し、合格率は86.0%であった。同時に第24回日本病理学会口腔病理専門医試験(清島 保委員長)も行われた。内容と方法は、若干の変更が加えられたものの(後述)、基本的に従来の方法に準拠していた。

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った(表2)。しかし、従来I型、II型、III型を通じて、【注意事項】の中で、「用語は原則として日本語を用いること。必要に応じて英語、ドイツ語、ラテン語を用いてもよい。」としていたが、日常における病理診断報告書の診断名には英語を使用することが一般的であると思われるため、今回は「用語は原則として日本語または英語を用いること。必要に応じてドイツ語、ラテン語を用いてもよい。」と変更した。さらに、「また、略語の使用は避けること。」という文言を加えた。

### 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っている。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、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像、FISH法像などであり、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などが問われる。

### ② II型試験

II型試験は主に外科病理学の全般的な診断能力、知識を

問う検鏡試験であり、IIa, IIb, IIc型に分かれている。設問では主に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化学染色等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。IIc型は20題からなり、受験者が1題について一定の時間(例年3分弱、今回は2分43秒)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生検標本、術中迅速診断標本、細胞診などが対象となる。ただし、医科のみ、病理専門医試験が始まって以来、初めての試みとして、IIc型においてiPad Proを用いたバーチャルスライド問題を1題出題した。I型、II型ともに口腔病理専門医試験との共通問題と、病理専門医試験専用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、肉眼所見を加味して病理診断を総合的にまとめる能力、病態や死因を考察する能力が問われる。設問には記述式の解答が求められる。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(例年10枚程度)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。近年、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問題の出題が定着化している。

### ④ 面接

面接はIII型試験の解答用紙を参考資料とし、III型試験問題の理解を口頭試問により確認し、さらに質問に対する受け答えから病理専門医としての人格的資質や適正も評価される。

## 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。細胞診の問題は例年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11.1%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概ね準

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頻度が高く、病理診断如何によって治療方針が大きく左右されるなどの重要な疾患をなるべく多く出題するように心

表1. 日本病理学会 第34回病理・第24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	2号館 M2階 入口	
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(所持品は第二実習室にて保管)	2号館 M2階 第二実習室	30分
12:30	III型問題(剖検症例:レポート作成)	2号館 M3階 第三実習室	150分
15:00	I型問題 試験会場へ移動, 休憩		
15:30	I型問題	2号館 M2階 第二実習室	70分
16:40	2日目の試験の説明 面接控室へ移動, 待機		
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。面接終了後, 流れ解散。	1号館 6階 SDLセンター	
19:00			
2日目 8月7日(日)			
	受験番号 1-22=A組 23-44=B組 45-66=C組 67-87=D組		
8:10	受験生待機室に集合(A, B, C組) (D組のみ9:20集合)	2号館 M2階 第二実習室	
8:20	II型問題 試験会場へ移動(所持品は第二実習室で保管)		
8:30	II型問題	2号館 M3階 第三実習室(各60分)	

	IIa (20題)	IIb (20題)	IIc (20題)	待機(第二実習室)
08:30 - 09:30 休憩(15分)	A組	B組	C組	
09:45 - 10:45 休憩(15分)	D組	A組	B組	C組
11:00 - 12:00 休憩(15分)	C組	D組	A組	B組
12:15 - 13:15	B組	C組	D組	A組 (アンケート記入後, 解散)

試験終了後, B, C, D組は第三実習室でアンケート記入。  
M2階 第二実習室に戻り, 各自の荷物を持って順次解散。

表2. 試験内容と方法

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, 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, ジャンル別出題数

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(腫瘍)	1	2	1	4
呼吸器(非腫瘍)	2	2	0	4
消化管(上部)	1	3	1	5
消化管(下部)	1	3	1	5
肝・胆・膵	1	3	1	5
内分泌	1	3	0	4
泌尿・男性器	2	4	1	7
女性器	2	4	2	8
乳腺	1	3	1	5
造血器(骨髄・脾臓)	1	1	1	3
造血器(リンパ節・胸腺)	2	3	0	5
皮膚(腫瘍(外陰含))	1	2	1	4
皮膚(非腫瘍)	1	2	1	4
骨・軟部	2	2	0	4
細胞診(婦・泌)	3	0	2	5
細胞診(呼吸・乳腺・体腔液)	2	0	3	5
口腔・唾液腺	2	1	2	5
合計	30	40	20	90

掛けた。しかし、発生頻度は低くとも、特徴的な組織像を示し、診断価値の高いと思われる疾患についても少数ながら出題の対象とした。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それに類する解答を満点とし、解答を構成している重要項目が含まれる毎に加点し、誤りがあれば減点し、全体の構成についても評価した。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適宜減点した。

#### 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】 68 歳, 男性

表 4. I 型写真問題解答と平均点

番号	臓器	提示枚数	模範解答	平均点
I-1	脳	2	レビー小体 Lewy 小体	3.84
I-2	脳	2	乏突起膠腫	4.58
I-3	心臓	2	粘液腫	4.77
I-4	心臓	2	アミロイドーシス	3.26
I-5	肺	2	テューモレット Tumorlet	2.98
I-6	肺	1	右肺, S2	3.50
I-7	肺	3	2) <i>Histoplasma capsulatum</i>	1.80
I-8	胃	4	幽門腺型腺腫	3.26
I-9	大腸	2	偽膜性腸炎	4.94
I-10	肝臓	3	類上皮血管内皮腫	1.95
I-11	副腎	2	骨髄脂肪腫	3.64
I-12	腎臓	1	管内増殖性糸球体腎炎	3.26
I-13	腎臓	3	アミロイドーシス	1.86
I-14	子宮	3	腺肉腫	3.08
I-15	子宮	1	3) 未熟扁平上皮化生	3.78
I-16	乳腺	3	乳頭部腺腫	4.29
I-17	骨髄	2	濾胞性リンパ腫の浸潤	4.10
I-18	リンパ節	2	菊池病(壊死性リンパ節炎)	4.81
I-19	リンパ節	3	<i>c-Myc</i> 遺伝子	2.62
I-20	皮膚	2	血管肉腫(リンパ血管肉腫, Stewart-Treves 症候群)	2.38
I-21	皮膚	2	帯状疱疹	2.00
I-22	軟部	2	痛風結節	3.37
I-23	軟部	2	二相型滑膜肉腫	4.30
I-24	口腔	2	好酸球性肉芽腫	2.91
I-25	口腔	2	含菌性嚢胞	3.51
I-26	子宮内膜・細胞診	2	漿液性腺癌	3.95
I-27	子宮頸部・細胞診	1	HSIL	3.45
I-28	子宮頸部・細胞診	1	ヘルペス感染症	3.08
I-29	唾液腺・細胞診	2	3) ワルチン腫瘍	3.72
I-30	胸水・細胞診	2	5) 悪性リンパ腫	1.92

表 5. I 型文章問題解答と正答率

No.	問題文	正解	正答率
I-31	ホルマリンを中性緩衝化すると染色性が向上する。	○	0.81
I-32	術中迅速診断では、氷晶の形成を防ぐためには組織を急速に凍結する必要がある。	○	0.90
I-33	作業環境測定が必要な対象物質には、キシレン、メタノール、ホルムアルデヒドが含まれる。	○	0.74
I-34	アルシアンブルー染色 (pH 2.5) では PAS 反応と共に酸性ムコ多糖類が陽性となる。	×	0.69
I-35	DIC では PTAH 染色で毛細血管内のフィブリン血栓が青藍色に染色される。	○	0.85
I-36	ギムザ染色はヘリコバクター・ピロリ菌の検出に有用である。	○	0.99
I-37	Cytokeratin (AE1/AE3) は肺腺癌と悪性中皮腫との鑑別に有用である。	×	0.95
I-38	<i>In situ</i> hybridization 法による Epstein-Barr virus 感染細胞の検出には凍結切片が必要である。	×	0.98
I-39	ホルマリン固定パラフィン包埋切片からは RT-PCR 法を用いた融合遺伝子の検出はできない。	×	0.92
I-40	有機溶剤やホルマリンを用いた作業は送風口の下で行うことが望ましい。	×	0.59
I-41	ホルマリンの作業環境測定は 1 年以内ごとに 1 回定期的に行うことが義務付けられている。	×	0.26
I-42	女性労働基準規則の対象物質にはキシレンが含まれる。	○	0.92
I-43	逆性石鹼は結核菌の消毒薬として適している。	×	0.70
I-44	保険診療上、3 臓器と所属リンパ節の病理標本作製を行った場合でも、3 臓器を限度として算定される。	○	0.85
I-45	術中迅速診断では、1 手術につき算定できる回数は 1 回である。	○	0.94
I-46	間質粘液はギムザ染色でメタクロマジー (異染色性) を示す。	○	0.73
I-47	液状化細胞診 (LBC) 法では従来法よりも乾燥による不適正標本が減るが、鏡検範囲が広がる。	×	0.76
I-48	子宮頸部ベセスダシステムでは、HSIL は上皮内癌を含む。	○	0.90
I-49	死体解剖保存法では、遺族の承諾を得てから病理解剖を始めるまでの時間は規定されていない。	○	0.94
I-50	病理解剖を行っている際に犯罪と関係のあると思われる異状を認めた時は、24 時間以内に解剖をした地の保健所長に届け出なければならない。	×	0.83

【主 訴】 体重減少, 咳

【家族歴】 父, 肺の病気で死亡。詳細は不明。

【職 業】 元 事務系会社員, 現在無職

【生活歴】 喫煙 24~64 歳 40 本/日, 飲酒: 機会飲酒

【既往歴】 48 歳時に糖尿病と診断され, 以後運動療法と

表 6. IIa 型問題解答と平均点

No.	臓器	模範解答	平均点
IIa-1	脳	問 1: 中枢性神経細胞腫 問 2: Synaptophysin	1.97
IIa-2	脳	髄膜腫	2.91
IIa-3	気管	腺様嚢胞癌	4.77
IIa-4	肺	浸潤性粘液腺癌	2.43
IIa-5	肺	心臓	4.30
IIa-6	鼻腔	鼻ポリープ	4.56
IIa-7	食道	小細胞癌	3.28
IIa-8	食道	顆粒細胞腫	4.93
IIa-9	胃	問 1: 胎児消化管上皮類似癌 問 2: $\alpha$ -Fetoprotein	4.29
IIa-10	小腸	Peutz-Jeghers 型ポリープ	3.48
IIa-11	大腸	Sessile serrated adenoma/polyp	4.15
IIa-12	大腸	カルチノイド腫瘍 (神経内分泌腫瘍)	4.92
IIa-13	肝臓	血管筋脂肪腫	2.59
IIa-14	胆嚢	幽門腺型腺腫	2.01
IIa-15	膵臓	Solid and pseudopapillary neoplasm	3.77
IIa-16	副腎	神経芽腫	4.10
IIa-17	副腎	褐色細胞腫	3.43
IIa-18	甲状腺	問 1: 髄様癌, 問 2: Calcitonin	4.58
IIa-19	前立腺	3) 腺癌 (Gleason score 3+4=7)	4.65
IIa-20	腎臓	Wilms 腫瘍 (腎芽腫)	4.94

メトホルミンとインクレチン製剤の投与を受けていた。血糖値のコントロールは不安定で、HbA1c は 8.0% 前後を推移していた。早期の網膜症も指摘されていた。血圧も高く、投薬治療を受けていた。また、63 歳時には狭心症様の症状があったが、心電図などの精査で異常はみられなかった。

#### 【現病歴】

[初回入院時 (死亡 16 カ月前)]

風邪を引いた後、咳が長く続いた。痰に血が混じるようになり、糖尿病外来で医師に相談した。体重が 3 カ月の間に 5 kg 減少した。また、ボーッとすることや歩行が困難になることもあった。

#### 〈入院時現症〉

- ・身長 169 cm, 体重 65.2 kg, 血圧 162/94 mmHg, 脈拍 65/分
- ・神経学的所見: 意識は清明で、麻痺や小脳失調を思わせる所見はなかった。記憶障害や認知症の傾向も認められなかった。アキレス腱反射がやや低下しており、糖尿病性末梢神経障害が疑われた。
- ・胸部: 聴診上明らかな異常は認められなかった。

表 7. IIb 型問題解答と平均点

No.	臓器	模範解答	平均点
IIb-1	膀胱	傍神経節腫 Paraganglioma	2.31
IIb-2	精巣	卵黄嚢腫瘍 Yolk sac tumor	3.86
IIb-3	卵巣	明細胞腺癌 + 子宮内膜症	4.37
IIb-4	卵巣	Krukenberg 腫瘍	4.42
IIb-5	卵巣	成人型顆粒膜細胞腫	3.44
IIb-6	大網	問 1: 漿液性腺癌, 問 2: 1) Ber-EP4 + Thrombomodulin	2.58
IIb-7	乳腺	基質産生癌 (化生性癌)	3.34
IIb-8	乳腺	アポクリン癌	4.55
IIb-9	乳房	Paget 病	4.35
IIb-10	脾臓	Sclerosing angiomatoid nodular transformation	1.24
IIb-11	リンパ節	結節硬化型古典的 Hodgkin リンパ腫	4.23
IIb-12	縦隔	問 1: 胸腺扁平上皮癌, 問 2: CD5	3.77
IIb-13	縦隔	Castleman 病	4.42
IIb-14	皮膚	神経線維腫	3.62
IIb-15	眼瞼	脂腺癌	4.65
IIb-16	皮膚	水疱性類天疱瘡	4.29
IIb-17	皮下	リウマチ結節	2.77
IIb-18	骨	線維性骨異形成	3.81
IIb-19	関節	色素性絨毛結節状滑膜炎	3.69
IIb-20	口腔	角化嚢胞性菌原性腫瘍	4.34

表 8. IIc 型問題解答と平均点

No.	臓器	模範解答	平均点
IIc-1	脳	ジャーミノーマ Germinoma	3.73
IIc-2	心臓	肝細胞癌の転移	1.59
IIc-3	肺	腺扁平上皮癌	3.74
IIc-4	胃	MALT リンパ腫	3.49
IIc-5	大腸	GVHD (graft-versus-host disease, 移植片対宿主病)	4.34
IIc-6	胆管	1) 陽性	4.48
IIc-7	膀胱	腎原性腺腫 Nephrogenic adenoma	1.45
IIc-8	子宮腔部	尖圭コンジローマ Condyloma acuminatum	3.95
IIc-9	卵巣	良性プレナー腫瘍	3.76
IIc-10	リンパ節	1) 陽性	4.48
IIc-11	骨髄	骨髄腫 Plasma cell myeloma	3.49
IIc-12	皮膚	汗孔腫	3.23
IIc-13	皮膚	尋常性乾癬	4.64
IIc-14	口腔	腺房細胞癌	2.94
IIc-15	口腔	粘表皮癌	4.59
IIc-16	子宮頸部・細胞診	扁平上皮癌	3.77
IIc-17	尿・細胞診	尿路上皮癌	3.17
IIc-18	喀痰・細胞診	腺癌	1.99
IIc-19	喀痰・細胞診	アスペルギローシス	4.31
IIc-20	乳腺・細胞診	線維腺腫	3.66

・腹部：特に異常所見は認められなかった。

#### 〈入院時検査所見〉

- ・胸部 X 線写真：右肺門部および中肺野に腫瘤影がみられた。
- ・頭部 MRI：明らかな異常は認められなかった。
- ・胸部 CT：右肺門部と右 S6 領域には腫瘤が指摘され、それと同時に両側肺門部および縦隔のリンパ節の腫大も認められた。また、両肺野にはすりガラス様の陰影がみられた。
- ・腹部 CT：明らかな異常は認められなかった。
- ・気管支鏡下細胞診：陽性
- ・気管支鏡下肺生検：悪性腫瘍の診断 (図 1)
- ・血液生化学検査：血液生化学検査データ参照

#### 〈入院後経過〉

肺悪性腫瘍、cT3N3M0 (Stage IIIB) の診断で、化学療法が開始された。死亡 10 カ月前には、画像上、右肺の腫瘤は縮小した。両肺野のすりガラス様の陰影は当初徐々に増強したが、プレドニゾロンの投与で改善した。また、

歩行困難となることもほとんどなくなった。全身状態は比較的安定し、退院した。(血液生化学検査データ参照)

#### 〔その後の臨床経過 (死亡 5 カ月前)〕

外来で経過観察していたところ、画像上、肝臓に多発性の腫瘤が確認され、右肺の腫瘍は増大傾向を示した。時折、意識が朦朧となることがあった。

#### 〔第 2 回目入院時 (死亡 4 カ月前)〕

自宅にいたところ、意識消失とともに痙攣発作を起こし、救急車で搬送された。検査データと臨床経過から抗利尿ホルモン不適合分泌症候群 syndrome of inappropriate secretion of anti-diuretic hormone (SIADH) が疑われ、そのまま緊急入院となった [設問：問 2-1]。また、血球減少の傾向がみられた。

#### 〈入院時現症〉

- ・身長 169 cm, 体重 66.5 kg, 血圧 120/85 mmHg, 脈拍 70/分
- ・神経学的所見：病院に搬送された時点では、問いかけ

に対して応答ができる状態であった。麻痺や小脳失調を思わせる所見はなかった。

- ・胸部：聴診上明らかな異常は認められなかった。
- ・腹部：特に異常所見は認められなかった。

#### 〈入院時検査所見〉

- ・頭部 MRI：明らかな梗塞や出血は認められなかった。
- ・胸部 CT：右肺の腫瘤影の増大と肺門部リンパ節の腫大がみられた。
- ・腹部 CT：肝腫瘤の数がさらに増加していた。
- ・血液生化学検査：血液生化学検査データ参照

#### 〈入院後経過〉

(死亡3カ月前)

肝臓全体に腫瘍がびまん性に拡がり、頭部 MRI で大脳には結節性病変が数個出現した。

(死亡1カ月前)

汎血球減少が進行し、輸血と血小板輸血を行ったが、病態が増悪した〔設問：問2-2〕。保存的治療が行われるようになった。

全身状態が悪化し、永眠された。

#### 2) 剖検時の主な所見

剖検開始：死後8時間

身長・体重：169 cm, 62.5 kg

主要臓器重量：心臓 320 g, 左肺 650 g, 右肺 730 g, 肝臓 3,200 g, 脾臓 185 g, 左腎 110 g, 右腎 125 g, 左副腎 6 g, 右副腎 5 g, 脳 1,350 g

外表および肉眼所見：

体格は中背で、栄養状態はやや不良、全身が浮腫状であった。皮膚は黄染していた。瞳孔は両側とも散大し、左右差はなく、結膜は黄染していた。表在リンパ節は触知しなかった。

開胸すると黄色透明の胸水が左に 300 mL, 右に 400 mL 認められた。腹水は黄色透明で 330 mL, 心嚢液は 30 mL であった。

心臓の断面を図2に示す(標本1)。弁尖には疣贅や血栓は認めなかった。冠動脈には強い動脈硬化がみられた(ただし、同部位は標本化されていない)。触診上、両肺ともに全体的に若干硬化していた。両肺の最大断面を図3に示す(標本2)。両側肺門リンパ節と縦隔リンパ節は腫大していた。また、右肺 S6 領域の断面を図4に示す(標本3)。肝臓は高度に腫大していた(図5, 標本4)。脾臓も腫大しており、暗褐色調を呈していた(図6, 標本5)。腎臓の表面は凹凸不整で、その断面を図7に示す(標本6)。副腎

#### 〈血液生化学・尿検査データの推移〉

項目(基準値)	臨床経過(死亡時から)			
	16カ月前	10カ月前	4カ月前	3日前
WBC (3,500-9,000/ $\mu$ L)	6,800	5,000	1,080	870
RBC (400-550 $\times$ 10 <sup>4</sup> / $\mu$ L)	286	335	276	106
Hb (14.0-18.0 g/dL)	10.4	11.3	10.4	3.9
Plt (15-35 $\times$ 10 <sup>4</sup> / $\mu$ L)	21.6	13.6	5.9	1.2
Albumin (4.0-5.0 g/dL)	3.0	3.4	3.0	2.8
AST (10-28 U/L)	27	22	58	488
ALT (5-33 U/L)	38	18	50	332
LDH (106-211 U/L)	262	186	399	1,354
Glucose (80-110 mg/dL)	190	185	178	183
HbA1c (<5.6%)	8.1	7.8	7.6	5.4
Total Bil (0.2-1.2 mg/dL)	0.3	0.7	1.1	7.1
BUN (7-20 mg/dL)	22.3	20.5	32.1	65.4
Creatinine (0.5-1.0 mg/dL)	1.52	1.25	1.68	2.77
Uric acid (3.2-7.0 mg/dL)	3.0	4.8	2.0	2.6
Ca (8.5-10.4 mg/dL)	9.1	8.9	9.2	8.2
Na (135-150 mEq/L)	128	142	102	128
K (3.5-5.3 mEq/L)	4.8	4.8	4.4	5.0
Cl (96-107 mEq/L)	96	103	84	98
Ferritin (39.9-465.0 ng/mL)	124.7	—	584.3	932.4
CRP (<0.3 mg/dL)	0.74	0.65	4.92	14.49
ADH (0.3-4.2 pg/mL)	3.5	1.0	13.5	15.5
血漿浸透圧 (>270 mOsm/L)	—	—	241	252
尿中 Na 排泄濃度 (<20 mEq/L)	—	—	65	93
尿蛋白	++	++	++	+++

は両側ともに萎縮しており、結節性病変はみられなかった(標本7)。大動脈の内腔を図8に示す。中部食道には粘膜面に白苔が付着していた(標本8)。その他の消化管には異常所見を認めなかった。膵臓は肉眼上、正常範囲内と考えられた(標本9)。膀胱には著変をみなかった。腰椎の骨梁は菲薄化し、骨髄は褐色調であった(標本10)。

開頭時には、脳ヘルニアやクモ膜下出血はみられなかった。固定後の剖面では、大脳に結節性病変が散在していた(図9 [矢印: 結節性病変], 標本11)。小脳には特記すべき異常所見はみられなかった(後の組織学的検索でも同様であった)。

### 3) 分子病理学的所見

右肺の腫瘤部と非腫瘤部の剖検病理組織標本から各々RNAを抽出し、reverse transcription (RT) によりcDNAを合成した。このcDNAに対してADHに特異的なプライマーを用いてRT-PCRを行った。その電気泳動結果を図10に示す。

### 4) 配布写真(肉眼写真は全て固定後)

- 図1. 肺生検標本(a: HE染色, b: Chromogranin A免疫組織化学染色)
- 図2. 心臓剖面
- 図3. 両側肺剖面
- 図4. 右肺剖面
- 図5. 肝臓剖面
- 図6. 脾臓剖面
- 図7. 両側腎臓剖面
- 図8. 大動脈
- 図9. 大脳剖面
- 図10. RT-PCR電気泳動

### 5) 配布標本(1-5, 7, 9-11: HE染色, 6, 8: PAS染色)

- 1. 心臓
- 2. 左肺
- 3. 右肺
- 4. 肝臓
- 5. 脾臓
- 6. 右腎臓
- 7. 副腎
- 8. 食道
- 9. 膵臓
- 10. 骨髄
- 11. 大脳

### 6) 設問

#### 問1.

本症例の病理解剖診断を主病変と副病変に分け、箇条書きで記載しなさい。また、剖検所見から考えられる死因についても簡潔に記述せよ。

きで記載しなさい。また、剖検所見から考えられる死因についても簡潔に記述せよ。

#### 問2.

1) 本症例でみられた意識消失や痙攣発作などの神経症状について、検査データなどを踏まえ、臨床経過に従い病態を説明しなさい。

2) 本症例における汎血球減少の原因を考察し、その結果もたらされた病態を剖検所見に基づき説明しなさい。

#### 問3.

臨床経過と病理解剖で得られた所見と診断について、それぞれの関連をフローチャートで示しなさい。関連の強いものは実線で示し、弱いものは破線を用いよ。

#### [模範解答]

#### 問1.

本症例の病理解剖診断を主病変と副病変に分け、箇条書きで記載しなさい。また、剖検所見から考えられる死因についても簡潔に記述せよ。

#### 主病変

肺癌(右肺原発, 小細胞癌, 化学療法後)

転移 臓器: 肝臓, 大脳

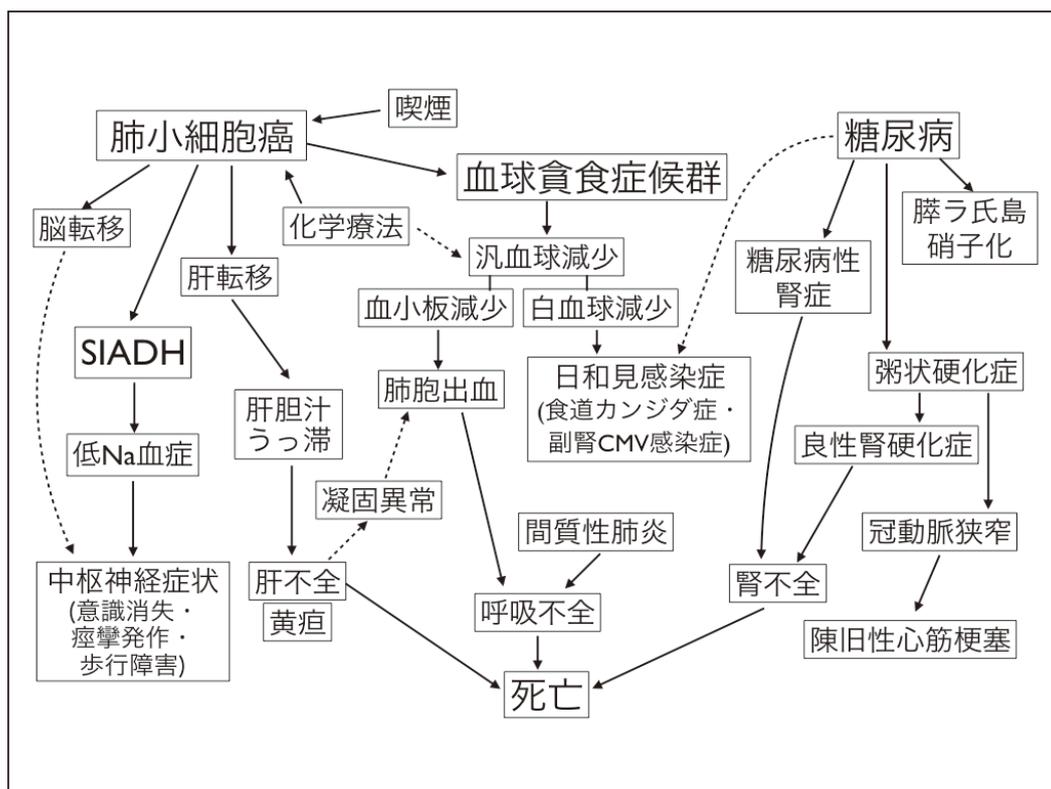
リンパ節: 両側肺門部, 縦隔

(関連病変)

- 1. [抗利尿ホルモン不適合分泌症候群(SIADH)](癌のADH産生による)
- 2. [汎血球減少]
  - 1) 血球貪食症候群: 骨髄と脾臓における血球貪食像
  - 2) 日和見感染症
    - a. 食道カンジダ症
    - b. 副腎サイトメガロウイルス感染症(多発微小壊死を伴う)
  - 3) 出血傾向: 肺胞出血

#### 副病変

- 1. 間質性肺炎+肺うっ血(心不全細胞の出現を伴う)・水腫(左肺650g; 右肺730g)
- 2. [糖尿病] 膵ラ氏島硝子化+糖尿病性腎症(糸球体硬化症: 結節性病変と滲出性病変+腎細動脈硝子様硬化)
- 3. 黄疸(肝胆汁うっ滞+結膜・皮膚)
- 4. 陳旧性心筋梗塞(左室後壁~中隔)(冠動脈の硬化を伴う)+左室求心性肥大+右室拡張(心臓320g)
- 5. 大動脈粥状硬化症
- 6. 良性腎硬化症(左腎110g; 右腎125g)
- 7. ヘモジデロシス(骨髄・脾臓)



8. 腔水症：胸水（左 300 mL；右 400 mL）+ 腹水（330 mL）
9. 肝細胞脂肪変性
10. 副腎萎縮（左副腎 6 g；右副腎 5 g）
11. 脾急性うっ血（脾臓 185 g）
12. 骨粗鬆症

死因：肺小細胞癌の肝臓へのびまん性転移による肝不全と糖尿病性腎症を背景とした腎不全に加え、肺胞出血といった多臓器不全が死因と考えられる。

## 問 2.

1) 本症例でみられた意識消失や痙攣発作などの神経症状について、検査データなどを踏まえ、臨床経過に従い病態を説明しなさい。

臨床症状の経過と血液生化学検査データの推移から考察すると、一連の神経症状は低 Na 血症による中枢神経症状とするのが妥当である。低 Na 血症の原因として、ADH 値および尿中 Na 排泄量との相関から、臨床経過中に疑われていた抗利尿ホルモン不適合分泌症候群（SIADH）の病態が想定される。SIADH の発症機序としては、RT-PCR 法によって肺小細胞癌組織中に ADH mRNA の発現が確認されたことから、肺小細胞癌の ADH 産生に伴って生じたものと考えるのが自然である。このことは、臨床経過中、化学療法による肺腫瘍の縮小に伴って ADH 値が低下し、神経症状の改善がみられたことや、その後、肺および肝臓

の腫瘍の増大により ADH 値が増加し、意識消失や痙攣発作といった重篤な神経症状をきたしたことも合致する。ただし、脳転移巣が神経症状に影響していた可能性も否定はできない。

2) 本症例における汎血球減少の原因を考察し、その結果もたらされた病態を剖検所見に基づき説明しなさい。

血液生化学検査データからも読み取れる汎血球減少の原因として、ferritin の増加および骨髄や脾臓における血球貪食像から血球貪食症候群が第一に挙げられるが、化学療法による骨髄抑制もそれに加わっている可能性がある。血球貪食症候群をきたした要因としては、肺小細胞癌に伴うものが最も考えられる。汎血球減少の中でも白血球の減少は、日和見感染症としての食道カンジダ症や副腎サイトメガロウイルス感染症と関連づけられる。血小板の減少は肺胞出血の一因となったと推定される。

## 問 3.

臨床経過と病理解剖で得られた所見と診断について、それぞれの関連をフローチャートで示しなさい。関連の強いものは実線で示し、弱いものは破線を用いよ。

## 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 型問題における個々の問題の平均点をみると、

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	457.57	58.63	398.94	340.32	552	276
I型写真	150	100.92	21.15	79.77	58.62	148	49
I型文章	20	16.23	1.66	14.57	12.91	19	12
I型小計	170	117.15	21.68	95.48	73.80	166	63
IIa型	100	76.06	11.06	65.00	53.94	94	42
IIb型	100	74.05	13.06	60.99	47.93	96	33
IIc型	100	70.81	11.71	59.10	47.39	95	45
II型小計	300	220.92	29.47	191.45	161.98	269	144
I+II型計	470	338.07	47.78	290.29	242.51	425	218
III型（面接を含む）	150	119.50	16.50	103.00	86.50	147	47
細胞診	50	31.90	8.33	23.56	15.23	50	8

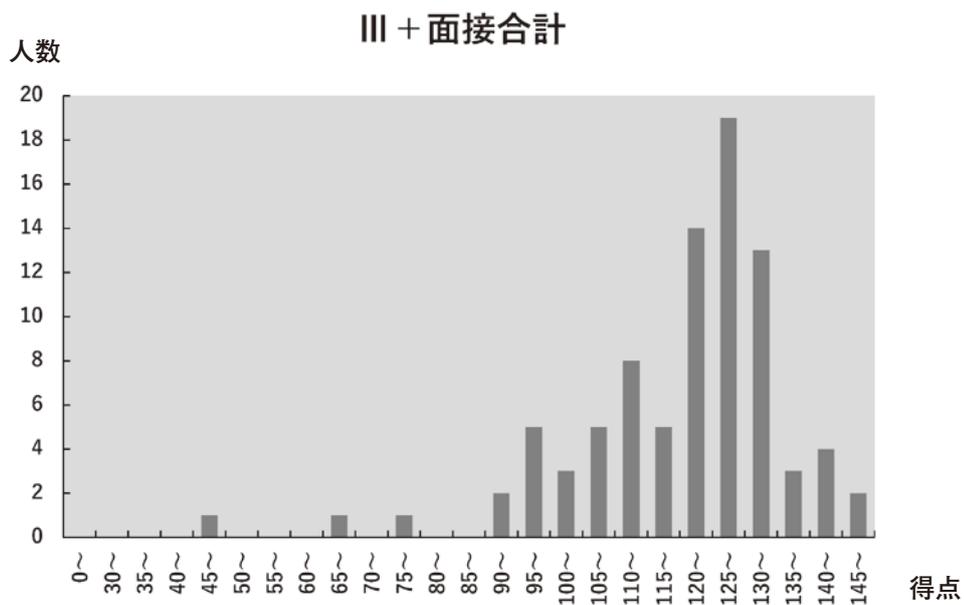
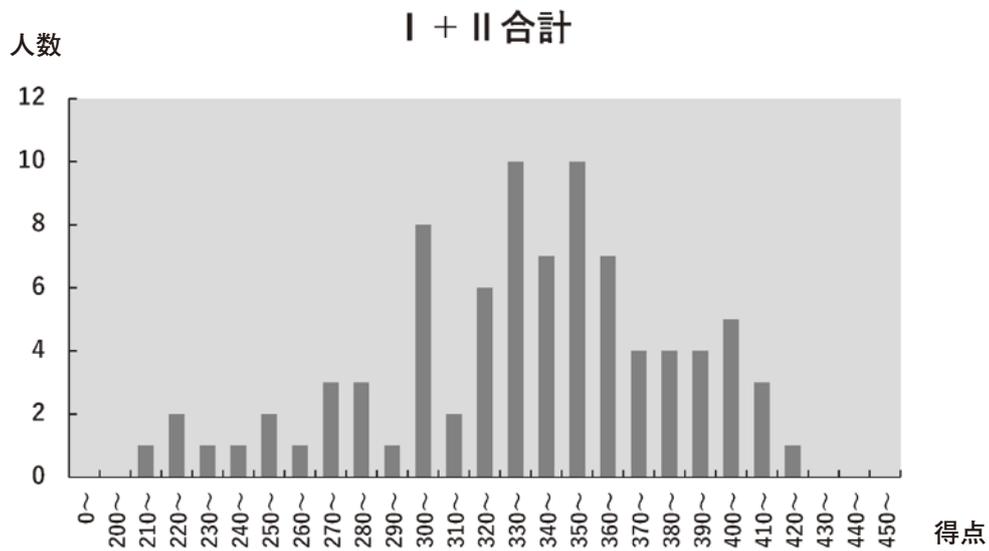


表 10. 病理専門医試験年次別成績推移

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
31	H25 ('13)	東医大	70	56	80.0	会報 308 号 PDF, 2013
32	H26 ('14)	東医大	90	74	82.2	会報 320 号 PDF, 2014
33	H27 ('15)	東邦大	78	61	78.2	会報 333 号 PDF, 2015
34	H28 ('16)	東邦大	86	74	86.0	会報 345 号 PDF, 2016

5点満点中2点未満の問題は、I型：30題中4題、IIab型：40題中2題、IIc型：20題中3題であった。一方、4点以上の高得点であった問題は、I型：30題中7題、IIab型：40題中20題、IIc型：20題中6題（iPad問題を1題含む）であった。I+II型問題（文章問題を除く）の平均点は321.84点（得点率71.5%）で、目標とした80%には届かず、今年の問題は例年に比べてやや難しかった可能性があるが、不適当な問題はなかったと考える。今回の問題の中で特に平均点が低かった組織診断問題は比較的可能な疾患であったが、高正答率を期待して出題された問題の中には、意に反して正答率が低かった問題もいくつかみられた。

I型とIIc型の細胞診問題10題については、平均点が50点満点中31.9点（得点率63.8%）であり、組織診断の問題に比べて得点率が低かった。問題自体は標準的と考えられたため、日頃細胞診をみる機会が少なく、経験や試験対

策が不十分な受験生が多かったことがその理由として挙げられよう。

I型文章問題20題については、平均点が20点満点中16.23点（得点率81.2%）と概ね結果は良好であった。全員が正答した問題はなかったものの、過去問と類似した問題については当然のように高正答率であった。

今回のI+II型合計得点の分布は330点から359点（470点満点）をピークとした正規分布に近いパターンを示したが、低得点側に尾を引く傾向にあった。

III型問題では、予め臨床経過や検査データの解析から導かれた病態を明確に提示した剖検症例について、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て評価・採点した。問題として採用した症例の重要な病態については、その理解度を測る内容の問を設けた。また、

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 (巡回標本) 問題 E) IIc型 (iPad) 問題 F) III型 (剖検) 問題	3.6 (2～5) 3.6 (2～5) 3.2 (1～5) 3.3 (2～5) 2.9 (1～5) 3.4 (2～5)
出題内容の適切さ	1: 非常に不適切 3: どちらでもない 5: 非常に適切	A) I型写真問題 B) I型文章問題 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	3.4 (1～5) 3.3 (2～5) 3.6 (2～5) 3.6 (2～5) 3.5 (1～5) 3.6 (2～5)
試験時間の長さ	1: 非常に短い 3: 適当 5: 非常に長い	A) I型写真問題 B) I型文章問題 C) IIa, b型 (配布) 問題 D) IIc型 (巡回標本) 問題 E) IIc型 (iPad) 問題 F) III型 (剖検) 問題	3.0 (1～4) 3.0 (1～5) 3.0 (1～4) 2.9 (1～4) 2.9 (1～4) 2.4 (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	3.5 (1～5)
細胞診の問題数	1: 非常に少ない 3: 適当 5: 非常に多い	I型およびIIc型	3.2 (2～5)
問題の写真	1: 非常に不適切 3: どちらでもない 5: 非常に適切	A) I型写真の画質 B) I型写真の大きさ C) I型1問あたりの写真数 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) 4.0 (1～5) 3.8 (1～5) 4.0 (1～5) 4.0 (2～5) 3.9 (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	3.5 (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	3.9 (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	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	4.4 (2～5)
使用した顕微鏡	1: 非常に不適切 3: どちらでもない 5: 非常に適切	病理専門医	4.1 (1～5)

表 12. 第 34 回日本病理学会病理専門医試験委員構成

---

第 34 回日本病理学会病理専門医試験実施委員：
長尾俊孝（委員長）、牛久哲男、栃木直文、中黒匡人、 中村直哉、原 重雄、廣瀬隆則、藤井誠志、松原亜季子、 山中正二、和田龍一
面接委員：
澁谷和俊、三上哲夫、杉谷雅彦、鈴木高祐、瀧本雅文、 堀内 啓
病理専門医試験委員：
大橋健一（委員長）、浦野 誠、河内 洋、小西英一、 根本哲生、比島恒和、前田宜延、南口早智子

---

ここ数年設問の一つとして定着しているフローチャート作成問題は今年も出題した。今回の 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、臨床経過を素直に読み取って理解し、それと剖検所見とを対比させながら、全身的に病態を把握し、的確に記述できれば比較的平易だったと思われる。フローチャート問題については、合格点を与えても良いと考えられる解答が多かったが、中には明らかに症例全体からみた病態の理解不足やフローチャートの作成練習不足と思われる受験者もみられた。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、日常の剖検診断報告書を作成する際には、臨床所見と剖検所見との相関や各病変の因果関係、および死因について幅広く考察し、文章や図式化してまとめる習慣が重要と考えられる。

面接では、主に各受験者の III 型問題の答案内容に関連した質問を行うことにより、誤解答や不十分な点について矛盾点を指摘して再考を促し、正解へ導くようにした。その過程で、受験生の思考や診断の能力を測るとともに、病理専門医としての人格的資質や適正も評価した。面接での確かな返答や修正ができたことで良い評価を獲得した受験者もいた。

面接を含めた III 型問題の平均点は 150 点満点中 119.5 点（得点率 79.7%）と高く、大多数の受験生は正規分布に近い得点分布を示したが、それとはかけ離れた低得点側にも少数散見された。

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 10 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 282 点（得点率 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（面接を含む）は、例年どおり 90 点（得点率 60%）未満のものを不合格とした。本年度は面接のみでの不合格者はいなかった。その結果、本年度の受験者 86 名中合格者は 74 名（合格率 86.0%）であり、2011 年度以来の高い合格率となった（表 10：病理専門医試験年次別成績推移を参照）。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いる。残念ながら不合格となった受験者には自己の不足な部分を読み取り、次回に備える際の参考にし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 に示す。受験者の所属区分では、大学医学部ないし医科大学の病理学教室 33 名（40%）、大学付属病院病理部（科）22 名（26%）、国公立病院検査科（病理科）17 名（20%）、私立病院検査科（病理科）12 名（14%）、研究施設からの受験者 0 名（0%）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（83 名、97%）が 5 年以上 10 年未満であり、10 年以上 15 年未満が 3 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、「難易度」と「適切さ」については、ほぼ全ての問題について平均が 3 を超える評価であった。IIC 型で 1 題された iPad 問題の難易度の平均は 2.9 で若干易という結果であった。「試験時間」については例年同様、I 型と IIab 型では平均 3 で適当と評価されたが、IIC 型で平均 2.9、III 型は平均 2.4 と試験時間が短いという回答が多かった。「細胞診」に関しては、難易度の平均が 3.5 でやや難という結果であった。「問題の写真」については、I 型、III 型ともに平均が 3.8 ～ 4.0 と高い評価を頂いた。「試験内容と日常業務との関連性」の質問は平均 3.5 で、これは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。「本試験の全体的な質」や「試験日程ならびに進行」に関しても、平均が各々 3.9 と 4.0 で高い評価を得た。「試験場の設備、環境」は東邦大学の先生方のご尽力のおかげで平均 4.4 と非常に高い評価で、「使用した顕微鏡」についても平均 4.1 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 90 名を超えた。受験者数が安定する一方で、会場と顕微鏡台数の確保、II 型試験の際の各グループや面接のための待機時間、受験者間の公正性などの問題がある。今回も、面接待機時間中にスマートフォンや携帯電話の使用を禁止して不正行為が生じないように配慮したり、受験生一人ずつに待機室を設けるなどの対応を行ったが、待機時間中の過ごし方などいくつかの問題点は先送りされており、来年度以降の試験委員に解決を委ねたいところである。また、今回初めて IIC 問題で導入した iPad Pro を用いたバーチャルスライド問題に関しては運営上大きな問題点はなかったが、今後問題数を増やすのであれば新たな対応策が必要であろう。

本年の病理専門医試験に携わった委員を表 12 に示す。半年以上にわたって本試験のために尽力された本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はこの場を借りて改めて深甚なる謝意を表す。また、試験委員長である横浜市立大学の橋本健一教授ならびに試験委

員、面接委員の先生方、日本病理学会事務局の菊川敦子様、宮本いづみ様、飯塚朝美様、そして試験実施委員長補佐として務められた東京医科大学の松林 純先生にも心より御礼申し上げる次第である。

今回の試験運営にあたり、会場としてお世話いただいた

東邦大学医学部病理学講座の深澤由里先生、三上哲夫教授、東邦大学医療センター大森病院病理診断科の栃木直文先生、澁谷和俊教授をはじめとする東邦大学医学部スタッフの皆様方には大変感謝申し上げます。

# 第24回(2016年度)日本病理学会 口腔病理専門医試験報告

第24回口腔病理専門医試験実施委員会  
委員長 清島 保

## 1. はじめに

第24回(2016年度,平成28年度)の日本病理学会口腔病理専門医試験は,2016年8月6日(土)と7日(日)に,第34回病理専門医試験と同時に,東邦大学大森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7名で,5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2名,医学部(大学)の病理学教室が1名,大学附属病院の病理部が2名,その他が2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加傾向を示しており,本年度も歯学部(大学)の病理学教室以外の施設に所属する受験者の割合が高かった。受験者の口腔病理の経験年数は,6名の受験者が5年以上10年未満であり,1名が10年以上15年未満であった。

## 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	1
頭 頸 部	4
呼 吸 器	2
骨 軟 部	3
循 環 器	1
消 化 器	6
生 殖 器	4
神 経・感 覚 器	2
造 血 器	3
内 分 泌	3
乳 腺	3
泌 尿 器	2
皮 膚	4
細 胞 診	7
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	3
非菌原性嚢胞	4
菌原性腫瘍	7
顎骨の腫瘍	1
顎骨の非腫瘍性疾患	2
唾液腺腫瘍	2
唾液腺の非腫瘍性疾患	3
粘膜の腫瘍	5
粘膜の非腫瘍性疾患	5
その他の腫瘍	8
その他の非腫瘍性疾患(細胞診)	3
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	レビー小体	2.14
I-02	幽門腺型腺腫	0.86
I-03	偽膜性腸炎	4.29
I-04	アミロイドーシス	0.00
I-05	3) 未熟扁平上皮化生	1.43
I-06	乳頭部腺腫	2.14
I-07	菊池病 (壊死性リンパ節炎)	2.86
I-08	帯状疱疹	1.57
I-09	痛風結節	4.71
I-10	好酸球性肉芽腫	2.86
I-11	含歯性嚢胞	4.29
I-12	漿液性腺癌	1.29
I-13	ヘルペス感染症	3.29
I-14	3) ワルチン腫瘍	5.00
I-15	5) 悪性リンパ腫	2.14
I-16	石灰化上皮性歯肉腫	4.29
I-17	骨肉腫	2.86
I-18	リンパ節転移癌 (扁平上皮癌)	5.00
I-19	側方性歯周嚢胞	4.43
I-20	甲状舌管嚢胞	4.43
I-21	問1: びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫 問2: 5) Epstein-Barr virus	4.00
I-22	母斑細胞性母斑	3.57
I-23	切断神経腫	4.29
I-24	エナメル上皮腫 (類腫型)	3.86
I-25	滑膜軟骨腫症	3.14
I-26	血管内乳頭状上皮過形成	2.71
I-27	上皮内癌	5.00
I-28	ケルビズム	4.00
I-29	歯肉嚢胞	2.29
I-30	腺扁平上皮癌	2.86

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-1~15は共通問題、I-16~30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。各問題の配点は1点で、合計20点である。

## 2) II型問題

II型問題は検鏡問題で、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検鏡して解答するのに対して、IIc型問題は巡回方式で、1題を約3分以内で検鏡して解答した。また、IIc型問題は、多数の標本作製が困難な生検、細胞診、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。

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-01	エナメル上皮線維腫	5.00
IIa-02	リンパ上皮性嚢胞 (鰓嚢胞)	4.29
IIa-03	問1: (無色素性) 悪性黒色腫 問2: 2) pan CK + S-100 + Melan A	2.71
IIa-04	ワルチン腫瘍	4.29
IIa-05	先天性エプーリス	4.00
IIa-06	転移性腺癌	2.29
IIa-07	海綿状血管腫	4.57
IIa-08	粘液嚢胞 (停滞型)	4.29
IIa-09	多形性紡錘形細胞脂肪腫	1.71
IIa-10	歯根嚢胞	4.43
IIa-11	髄膜腫	2.14
IIa-12	腺様嚢胞癌	5.00
IIa-13	小細胞癌	1.71
IIa-14	幽門腺型腺腫	2.14
IIa-15	褐色細胞腫	3.57
IIa-16	3) 腺癌 (Gleason score 3+4=7)	5.00
IIa-17	明細胞腺癌 + 子宮内膜症	3.00
IIa-18	Paget病	4.71
IIa-19	水疱性類天疱瘡	4.00
IIa-20	線維性骨異形成症	1.43
IIb-01	術後性上顎嚢胞	4.71
IIb-02	歯原性粘液腫	4.14
IIb-03	平滑筋肉腫	3.29
IIb-04	疣贅性黄色腫	4.14
IIb-05	リンパ節転移癌 (扁平上皮癌)	4.43
IIb-06	骨形成性エプーリス (骨セメント質形成性エプーリス)	3.57
IIb-07	石灰化嚢胞性歯肉腫	4.29
IIb-08	孤立性線維性腫瘍	2.86
IIb-09	多形腺腫由来癌	3.71
IIb-10	慢性硬化性唾液腺炎	3.43
IIb-11	鼻ポリープ	3.57
IIb-12	Peutz-Jeghers型ポリープ	2.86
IIb-13	神経芽腫	0.00
IIa-14	問1: 髄様癌 問2: Calcitonin	3.57
IIb-15	Wilms腫瘍 (腎芽腫)	4.29
IIb-16	アポクリン癌	3.00
IIb-17	結節硬化型古典的Hodgkinリンパ腫	4.29
IIb-18	Castleman病	4.29
IIb-19	リウマチ結節	1.43
IIb-20	角化嚢胞性歯肉腫	4.29

## 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

表5. IIc型巡回問題の模範解答と平均

問題番号	模範解答	平均点
IIc-01	腺腫様原性腫瘍	4.29
IIc-02	扁平上皮癌	4.57
IIc-03	骨性異形成症	3.57
IIc-04	歯牙腫（複雑性）	3.57
IIc-05	口腔扁平苔癬	5.00
IIc-06	乳頭腫	4.29
IIc-07	天疱瘡疑い	2.14
IIc-08	アミロイドーシス	4.29
IIc-09	唾石	4.29
IIc-10	歯根肉芽腫	3.57
IIc-11	肝細胞癌転移	2.14
IIc-12	MALTリンパ腫	1.43
IIc-13	GVHD (graft-versus-host disease, 移植片対宿主病)	3.57
IIc-14	尖圭コンジローマ	2.86
IIc-15	汗孔腫	2.14
IIc-16	腺房細胞癌	2.29
IIc-17	粘表皮癌	5.00
IIc-18	扁平上皮癌	4.29
IIc-19	腺癌	4.29
IIc-20	アスペルギローシス	5.00

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。

#### 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7名の総合計の平均得点率は68.6%で昨年(61.6%)より高く、一昨年(67.8%)と同程度であった。I型問題の平均得点率は64.5%(昨年61.3%)、II型問題は71.0%(昨年66.6%)、III型問題(筆記+面接)は68.6%(昨年63.4%)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るが、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った。口腔問題の総合計の平均得点率は76.6%(昨年63.4%)に対し、共通問題では60.5%(昨年57.1%)であり、昨年より共通問題と口腔問題の正答率の格差が開いた結果となった。また、細胞診は72.0%(昨年54.0%)であった。最高得点の受験者では総合得点率が82.1%(昨年76.2%)であった。これらの得点率は一昨年と同程度であった。III型剖検問題では、個々の病変の抽出はできているものの、死因につながる全体の病態像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

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	3.71
B) I型文章問題	4.00
C) IIab型検鏡問題	3.29
D) IIc型巡回問題	3.14
E) III型剖検問題	4.14
出題問題の適切さ	1: 非常に不適切, 3: どちらでもない, 5: 非常に適切
A) I型写真問題	3.71
B) I型文章問題	3.29
C) IIab型検鏡問題	3.71
D) IIc型巡回問題	3.57
E) III型剖検問題	3.43
試験時間の長さ	1: 非常に短い, 3: 適当, 5: 非常に長い
A) I型写真問題	3.00
B) I型文章問題	3.00
C) IIab型検鏡問題	3.00
D) IIc型巡回問題	3.14
E) III型剖検問題	2.43
細胞診	
A) 難易度	1: 非常に易, 3: 適当, 5: 非常に難 3.86
B) 問題数	1: 非常に少ない, 3: 適当, 5: 非常に多い 3.43
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	3.86
B) I型写真の大きさ	4.00
C) I型1問当たりの写真数	3.71
D) III型写真の画質	4.14
E) III型写真の大きさ	4.14
F) III型写真の数	4.14
試験内容と日常業務の関連性	1: 非常に低い, 3: どちらでもない, 5: 非常に高い 3.43
本試験の全体的な質	1: 非常に低い, 3: どちらでもない, 5: 非常に高い 4.29
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 3.71
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 3.86
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

得点率が60%以上とした。これらの成績を基に、8月7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、5名を合格、2名を不合格と判定した。不合格者2名のうち1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73.5%(昨年67.2%)と56.4%(昨年41.9%)であった。受験者全員には成績の結果と簡単な総評を加えて可否を通知したので、この結果を各自の自己分析に役立て、可否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。昨年度同様に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は、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、顕微鏡および試験進行に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24回目となり7名の受験者にて試験を実施しました。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ぜられます。口腔病理医を育成するには、病理診断・解剖を通して病理学の研鑽を積み、口腔領域疾患の病理診断の精度をさらに向上させることが極めて重要です。

昨年同様、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した。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。

## 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

表7. 第24回口腔病理専門医試験関連委員

実施委員	
清島 保	(委員長, 九州大学大学院歯学研究院口腔顎顔面病態学講座口腔病理学分野)
柳下 寿郎	(日本歯科大学附属病院歯科放射線・口腔病理診断科)
松本 直行	(鶴見大学歯学部病理学講座)
試験委員	
前田 初彦	(委員長, 愛知学院大学歯学部口腔病理学講座)
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)
田沼 順一	(朝日大学歯学部口腔病態医療学講座口腔病理学分野)
丸山 智	(新潟大学大学院医歯学総合研究科口腔病理学分野)

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、実施委員長の長尾俊孝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三上哲夫先生、深澤由里先生ならびに東邦大学医学部病理学関連講座の皆様へ深謝致します。

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様、宮本いづみ様、飯塚朝美様に心より感謝申し上げます。