

1. 一般社団法人日本病理学会平成29年度秋期特別総会のご通知(正会員各位)

来る平成29年11月2日(木)14時40分より15時40分まで日本教育会館一ツ橋ホール(東京都千代田区)に於いて、一般社団法人日本病理学会平成29年度秋期特別総会(社員総会)を開催いたします。下記事項の審議となりますので、是非ともご出席くださいますようお願い申し上げます。本状に社員総会出欠葉書(委任状を含む)を同封させていただきました。出席の如何にかかわらず、必要事項をご記入の上、10月10日(火・必着)にて必ずご投函くださいますようお願いいたします。特にご欠席の場合には、この葉書が委任状となり、総会成立のための必要書類となります。なお、期日までに葉書のご提出がない会員には、事務局もしくは担当理事よりメールまたは電話にて提出のお願いを差し上げる場合がありますのでご協力下さい。

記

議題

1. 平成30年度事業計画ならびに収支予算の件
2. 第65回(平成31年度)秋期特別総会会長選出の件
3. 第109回(平成32年度)総会会長選出の件
4. 役員選挙制度変更にとりまう役員(理事、監事)規程改定の件
5. その他

以上

出欠葉書(委任状を含む)送付の留意事項

- ※1. 名誉会員、功労会員、学生会員には定款により議決権がないため、出欠葉書は同封されておりません。
- ※2. 学術集会にご参加の場合でも、この社員総会(約1時間)をご欠席される場合は、「欠席」となり、委任状のご提出が必要となります。
- ※3. 委任状は本人の署名、捺印(原則サインは不可)の両方が揃わない場合、無効となり再提出をお願いすることとなります。
- ※4. 提出期限は10月10日(火・必着)です。

2. 病理専門医資格の更新について

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9月中旬～下旬に送付予定です。本年度該当者は、第5回(1983年)認定登録者ならびに第5回(1987年)、第10回(1992年)、第15回(1997年)、第20回(2002年)、第25回(2007年)、第30回(2012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。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。

提出締め切り:平成29年10月31日(火)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。

3. 口腔病理専門医資格の更新について

日本病理学会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9月上旬に送付しました。本年度該当者は、第5回(1993年)認定登録者ならびに第5回(1997年)、第10回(2002年)、第15回(2007年)、第20回(2012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。

また、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。

提出締め切り:平成29年10月31日(火)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。

4. 日本病理学会認定施設および登録施設の認定申請(新規)について

標記のとおり、病理学会認定施設及び登録施設の新規申請を受け付けています。ご希望の施設は下記HPをご確認いただき、事務局より必要書類を取り寄せの上、ご申請下さい。今回は現行の日本病理学会専門医制度における研修施設の申請受付となります。

・学会HP新着情報8/22付:

<http://pathology.or.jp/news/whats/2017kenshushisetu.html>

「第40回（平成29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」

- ・申請に必要な書類の請求・送付先：
〒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 または 登録施設申請受付係
E-mail: jsp-admin@umin.ac.jp
- ・提出締め切り：平成29年10月31日（火）消印有効
※申請する施設は、申請までに剖検データ（第59輯、2016年分）をNCD上で登録すること。

5. 会員システムの運用開始について

7月中旬から会員システムの運用が開始されています。専門医更新や会費納入などの会員情報の確認にお使い頂けるほか、秋の役員選挙も全面的に会員システム上で行われます。まだシステムにログインされていない先生方は早急にログインをお願い致します。

会員システムログインについて

日本病理学会のHPからリンクしています。7月に郵送しました仮パスワードを入力しログインできます。仮パスワード通知のハガキを紛失した場合は「会員番号・パスワードを忘れた方はこちら」という部分をクリックして頂ければ、メールアドレスに新しい仮パスワードが送られます。（病理学会の登録アドレスが古い場合や、登録されていない可能性がある場合は事務局にご連絡下さい）

9月中旬には、会員番号の他に、ログインIDを自由に設定できるようになります。

6. 平成30/31年度役員（理事・監事）選挙について

本年4月の定時社員総会（京王プラザホテル）にて男女共同参画を推進するための選挙制度改定につき、提案いたしました。この件は来る11月2日開催の社員総会にて正式に会員の皆様にお諮りする予定です。標記選挙につきましては、この結果を受けて公示となります。尚、本選挙は前項で案内の会員システムにて行いますので、ご留意のほど、よろしくお願い致します。

現在予定されている役員選挙日程

役員選挙公示及び立候補受付：

平成29年11月13日～24日

投票期間：平成29年12月18日～27日

開 票：平成30年1月8日

7. 2016年分割検データ登録 締切日のご案内

剖検輯報の登録は、NCD（National Clinical Database）を利用した方法に変更となりました。現在2016年分のデータ提出を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いたします。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。

〈2016年分の剖検・施設情報の登録締切日〉

登録締切日：2017年12月1日（金曜日）23:59まで

※締切日以降、2016年分は一切登録できませんので、ご注意ください。

※剖検データは施設ごとにNCDを通じて登録をお願いします。

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/1259.html>

8. 第14回日本病理学会カンファレンス2017 犬山開催報告

第14回日本病理学会カンファレンス2017を7月28日（金）、29日（土）に、今年は装いも新たに愛知県犬山市名鉄犬山ホテルにおいて、「酸化ストレス・レドックス研究の曼陀羅の展開」をテーマに掲げて開催いたしました。幸い天候にも恵まれ、木曽川のほとり犬山城下の自然の豊かな環境のもとに、病理学会外からの招聘講師5名、病理学会会員講師5名ならびに一般参加者85名の合計94名の御参加をいただきました。また、ポスター発表は25題をいただき、深夜まで活発な議論が行われました。開催地は交通の便もよく、施設としても好評でした。

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～生命科学にいたる広範囲の専門家と、十分な討論と交流の場を提供するために毎年開催されているものです。今回で14回目となりました。開催テーマは診断病理に偏ることなく、広く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までを縦断するようなもので、その中でも近年大きな進展がみられる研究領域を毎年研究推進委員会を選定しています。

今回のテーマである「酸化ストレス・レドックス」は70年代に研究の端緒がありますが、90年代にはレドックス・シグナルとして盛り上がりを見せ始め、その後、実に様々な分野に波及していった研究分野です。私たちは酸素なしに5分と生きることができませんが、私たちのからだの中で酸素は電子の運搬体として利用されています。そして、究極的には酸化還元（レドックス）反応、特に鉄・硫黄・酸素原子を介する反応が重要であることがわかってきました。酸化ストレス・レドックスの問題は、すべての病理学的事象に関係しているといっても過言ではありません。こうした「孫悟空とお釈迦様の手のひら」を意識して仏教用語の曼陀羅を使わせていただいた次第です。

本カンファレンスではこの方面の第一線で活躍中の中堅からベテランの先生方に講演をお願いしました。お気づきのよう、この名鉄犬山ホテルは昭和40年代に慢性肝炎の組織分類が決められた、まさにその場所であり、病理診断医にも縁深い名勝です。その意味から話題としても慢性肝炎～肝臓も含めました。本会で得られる学術成果が、病理学のみならず、基礎医学からベッドサイドへと横断的に

医療の進化・深化に貢献すると確信しております。この会に参加することにより、若手病理医や研究者のリサーチマインドが鼓舞され、日本から世界へすばらしい研究成果が多数発信されることを祈念しております。

各講演後には若手研究者が数多く質問に立ち、またショート・プレゼンテーションならびに夕食後のポスターセッションでは極めて活発な議論が交わされました。その様子は写真もご覧ください。ポスター発表は日本病理学会研究推進委員会の先生方に採点いただき、最優秀ポスター賞1名、優秀ポスター賞2名を決定し、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)

- 熊谷 嘉人(筑波大学医学医療系 環境生物学)
親電子化合物とレドックス
- 柴田 亮行(東京女子医科大学医学部 病理学)
酸化ストレスと神経変性疾患
- 日野 啓輔(川崎医科大学 肝胆臓内科学)
C型肝炎ウイルス排除後の肝疾患の新たな課題
- 柴田 龍弘(東京大学医科学研究所 ゲノム医科学)
肝臓・肺癌のNGS解析からの展望
- 河合 慶親(徳島大学大学院医歯薬研究部 食品機能学)
マクロファージを標的としたポリフェノール代謝物の構造変換と機能性発現メカニズム
- 竹腰 進(東海大学医学部基礎医学系生体防御学)
酸化ストレスとプロテインキナーゼ
- 平山 祐(岐阜薬科大学 薬化学)
触媒性2価鉄プローブの開発と応用
- 山田 壮亮(鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 病理学)
抗酸化酵素ペルオキシレドキシシン(PROX)4とmetabolic syndrome
- 本橋 ほづみ(東北大学加齢医学研究所 遺伝子発現制御)
Keap1-Nrf2 システムと発がん
- 豊國 伸哉(名古屋大学大学院医学系研究科 生体反応病理学)
低温プラズマ技術の医療・生物応用

一般演題ポスター発表は、25題で、以下の3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

大島 健司 大阪大学大学院医学系研究科 病態病理学講座

「アルギニン合成酵素 ASS1 による mTOR シグナルを介した腫瘍浸潤制御機構」

優秀ポスター賞

石川 洸 広島大学 分子病理学研究室

「胃癌における Annexin A10 発現の重要性に関する検討」

優秀ポスター賞

栗田 菜花 新潟大学大学院医歯学総合研究科 分子細胞病理学分野

「生体内腫瘍における R-loop 形成亢進の特徴と意義」

詳細はホームページをご参照ください。

参照 HP:

http://pathology.or.jp/news/pdf/14th_conference_170904.pdf

9. 会員の訃報

以下の方がご逝去されました。

伊藤 明弘 功労会員 (平成 29 年 8 月 22 日ご逝去)

土山 秀夫 名誉会員 (平成 29 年 9 月 2 日ご逝去)

お知らせ

1. 平成 29 年度「医科器械史研究賞」受賞候補者の推薦に関するご案内

本学会からの推薦を希望される場合は下記 HP を確認の上、9 月末日までに学会事務局宛ご連絡下さい。

参照 HP (一般社団法人日本医療機器学会)

<http://www.jsmi.gr.jp/wp-content/uploads/2014/06/26recruitmentguidelines2017.pdf>

第 35 回（2017 年度）一般社団法人日本病理学会 病理専門医試験報告

第 35 回病理専門医試験実施委員会
委員長 廣瀬隆則

1. はじめに

第 35 回（2017 年度）日本病理学会病理専門医試験は、2017 年 8 月 5 日（土）と 6 日（日）の両日にわたり神戸大学大学院医学研究科・医学部医学科を試験会場として実施された。台風 5 号の接近する中天候が心配されたが、試験終了まで降雨はなく、代わりに例年以上の猛暑の中での試験となった。2017 年度の受験者総数は 86 名（87 名出願、欠席 1 名）で、71 名が合格し合格率は 82.6% であった。同時に第 25 回日本病理学会口腔病理専門医試験も行われた。試験内容と実施方法は基本的に従来の方法に準拠した。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）。

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、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、免疫染色像などであり、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。細胞診問題はいずれも多肢選択問題とした。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質問した。

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、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。解答はほとんどが記述式で、一部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受験者へ配布され、60 分間の試験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、細胞診などが対象となる。ただし、医科のみ昨年に続いて 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 題多肢選択問題として出題した。この問題ではプレパラートの代わりにタブレットを回覧し、解答する。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・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。日常業務で遭遇する可能性が高い重要な疾患をなるべく多く出題するように心掛けた。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

表 1. 日本病理学会 第 35 回病理・第 25 回口腔病理 専門医試験スケジュール

1 日目 8 月 5 日 (土)			
時刻	事項	試験会場	時間
11:00	受付開始	研究棟 B 2 階 第二講堂前	
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 (所持品は第二講堂にて保管)	研究棟 B 2 階 第二講堂	30 分
12:30	III 型問題 (剖検症例: レポート作成)	研究棟 C 地下 1 階 第二実習室	150 分
15:00	I 型問題 試験会場へ移動・休憩		
15:30	I 型問題	研究棟 B 1 階 第一講堂	70 分
16:40	2 日目の試験の説明 面接控室へ移動・待機		
17:10	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。	地域医療活性化センター 2 階	
19:00			

2 日目 8 月 6 日 (日)			
	受験番号 1-22=A 組 23-44=B 組 45-66=C 組 67-87=D 組		
08:10	受験生待機室に集合 (A, B, C 組) (D 組のみ 09:20 集合)	研究棟 B 2 階 第二講堂	
08:20	II 型問題 試験会場へ移動 (所持品は第二実講堂で保管)		
08:30	II 型問題	研究棟 C 地下 1 階 第二実習室 (各 60 分)	

	IIa (20 題)	IIb (20 題)	IIc (20 題)	待機 (第二講堂)
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, アンケート記入。第二講堂にもどり各自の荷物を持って順次解散。
(A 組は第二講堂にてアンケート記入後, 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	2	0	3
造血器 (リンパ節・胸腺)	2	2	1	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

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】 80 代, 男性
 【主 訴】 見当識障害
 【家族歴】 特記事項なし
 【職業歴】 砲職人 (退職直後)
 【生活歴】 喫煙: 約 20 年前より禁煙, 飲酒: 飲まない
 【既往歴】 30 歳代より肝機能障害があった (詳細不明だが輸血歴あり)。73 歳時より高血圧, 慢性 C 型肝炎, 高尿酸血症にて近医通院中であり, 降圧薬の内服を続けていた。慢性 C 型肝炎に対しては, グリチルリチン製剤の注射を継続して経過観察されていた。

表 4. I 型写真問題の解答と平均点

番号	臓器	提示枚数	模範解答	平均点
I-1	脳	3	血管芽腫	3.05
			腎細胞癌, 褐色細胞腫	
I-2	脳	3	Alzheimer 病	3.40
I-3	心臓	3	神経原線維変化	
I-4	心臓	2	乳頭状線維弾性腫	3.10
I-5	肺	2	心筋炎	4.09
I-6	肺	2	微小髄膜腫様結節	4.01
I-7	肺	2	犬糸状虫	3.09
I-8	食道	3	器質性肺炎	1.34
I-9	大腸	2	ヘルペス食道炎	4.21
I-10	大腸	2	大腸メラノーシス	4.62
I-11	肝臓	4	1) 抗核抗体	2.27
I-12	下垂体	2	4) 正常下垂体	0.64
I-13	前立腺	2	4) 基底細胞過形成	4.36
I-14	腎臓	2	糖尿病	3.66
I-15	胎盤	2	全胎状奇胎	3.31
I-16	胎盤	2	2) 一絨毛膜二羊膜胎盤	4.36
I-17	乳腺	2	悪性葉状腫瘍	4.71
I-18	骨髄	2	1) 鍍銀	4.77
I-19	リンパ節	4	マントル細胞リンパ腫	4.83
I-20	リンパ節	4	血管免疫芽球形 T 細胞性リンパ腫	4.41
I-21	皮膚	4	Spitz 母斑	1.44
I-22	皮膚	4	硬化性萎縮性苔癬	2.84
I-23	軟部	2	弾性線維腫	4.58
I-24	軟部	2	Elastica van Gieson 染色など	
I-25	軟部	2	腫瘍状石灰化症	1.10
I-26	口腔	2	セメント質形成性線維腫	0.72
I-27	口腔	3	慢性硬化性骨髄炎	3.19
I-28	子宮頸部・細胞診	1	5) NILM (trichomonas)	3.84
I-29	尿・細胞診	2	2) ウイルス感染	4.01
I-30	子宮頸部・細胞診	2	1) LSIL	4.28
I-31	乳腺・細胞診	2	4) 浸潤性微小乳頭癌	3.72
I-32	肺・細胞診	2	5) サルコイドーシス	3.49

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	メタノールは病理検査室における作業環境測定の対象物質である。	○	0.76
I-32	ホルマリンの作業環境測定は 6 ヶ月以内に 1 度実施する必要がある。	○	0.95
I-33	医療に起因し予期できなかった死亡例は、医療事故調査制度に基づき病理解剖されることがある。	○	0.98
I-34	プリオンの感染性はホルマリン固定で失活する。	×	0.92
I-35	病理解剖従事者が結核菌に感染する可能性は低い。	×	1.00
I-36	神経膠腫について 4 種類以上の免疫染色を実施すると所定の診療点数の加算ができる。	×	0.73
I-37	迅速診断用の組織片は乾燥を防ぐために生理食塩水に入れて運搬する。	×	0.97
I-38	ホルマリン固定の原理は、アルデヒド基とアミノ基の架橋形成である。	○	0.80
I-39	尿酸塩の固定には純アルコール固定が推奨されている。	○	0.78
I-40	トルイジン青染色で、肥満細胞の顆粒は紫色に染色される。	○	0.99
I-41	脂肪染色はホルマリン固定パラフィン包埋切片で実施可能である。	×	0.92
I-42	Papanicolaou 染色では、核染色にヘマトキシリンを用いる。	○	0.53
I-43	免疫染色でポリクローナルの一次抗体を用いると、バックグラウンド染色が出やすい。	○	0.94
I-44	p53 蛋白の truncation をおこす遺伝子変異があると、免疫反応性は消失する。	○	0.52
I-45	乳腺の浸潤性小葉癌は E-cadherin 免疫染色で陽性を示すことが多い。	×	0.97
I-46	胃癌の HER2 免疫染色は、腺腔側細胞膜の陽性反応で評価する。	×	0.86
I-47	膵腫瘍に対する超音波内視鏡下穿刺吸引法 (EUS-FNA) 材料には、消化管粘膜が含まれていることがある。	○	1.00
I-48	液状化検体細胞診 (LBC) 法では、壊死性背景の評価が容易になる。	×	0.83
I-49	蛍光顕微鏡がなければ <i>in situ</i> hybridization 法を利用することはできない。	×	0.98
I-50	ホルマリン固定パラフィン包埋材料から RNA は抽出できない。	×	0.98

【現病歴】

[初回入院時：死亡 4 ヶ月前]

入院 1 ヶ月前に血清 AFP の上昇 (283 ng/ml) があり、外来にて腹部超音波、腹部 CT 施行したところ、肝 S4, S8 に腫瘍性病変が認められた。塞栓療法目的で肝臓内科入院の予定であったが、同時期から物忘れが出現するようになり入院 3 日前から 40 度の発熱が出現するようになった。また、夕方に水道の水を出しっぱなしにするなど見当識障

表 6. IIa 型問題の解答と平均点

No.	臓器	模範解答	平均点
IIa-1	皮膚	皮膚混合腫瘍、軟骨様汗管腫	4.13
IIa-2	皮膚	脂漏性角化症	0.91
IIa-3	皮膚	結節性紅斑	4.77
IIa-4	皮膚	リウマチ結節	4.71
IIa-5	肺	低悪性度胎児型腺癌	3.66
IIa-6	胸膜	孤立性線維性腫瘍	4.10
IIa-7	肺	クリプトコッカス症	3.44
IIa-8	肺	肺梗塞	1.00
IIa-9	口腔	顆粒細胞腫	4.65
IIa-10	胃	過形成性ポリープ	3.85
IIa-11	食道	2) 粘膜固有層浸潤	3.78
IIa-12	胃	4) 粘膜内腺癌 + 粘膜下異所腺	4.53
IIa-13	虫垂	杯細胞カルチノイド	4.43
IIa-14	腸管	5) Burkitt リンパ腫	4.65
IIa-15	大腸	腸管子宮内膜症	5.00
IIa-16	肝臓	限局性結節性過形成	3.69
IIa-17	肝臓	混合型肝癌	4.56
IIa-18	膵臓	膵 (神経) 内分泌腫瘍	3.00
IIa-19	大脳	膠芽腫	4.49
IIa-20	小脳	毛様細胞性星細胞腫	3.2

害が出現するとともに、自力で立ち上がれなくなり精査加療目的に救急搬送入院となった。

(初回入院時現症)

身長：159 cm, 体重：38.2 kg, 血圧：166/92 mmHg, 脈拍：102/分

心音：異常なし

神経学的所見：Japan Coma Scale (JCS) 3 で見当識障害が強い。左上肢に軽い麻痺症状あり。

胸腹部：特記事項なし

(初回入院時検査所見)

胸腹部 X 線：特記事項なし

頭部 CT：右上前頭溝にくも膜下出血の所見あり

頭部 MRI：右上前頭溝、左側頭葉にくも膜下出血、脳内多発性微小出血の所見あり (T2 star 強調画像を図 1 に示す) 脳 SPECT：両側大脳半球は全体に不均一な血流低下があり、特に右前頭葉、右側頭葉で血流低下が強い。後帯状回、頭頂葉皮質などに特に目立った血流低下は認めず、アルツハイマー病の所見とは異なっていた。

心電図：異常所見なし

血液検査所見 (括弧内は基準値)：

血算：RBC $443 \times 10^4/\mu\text{L}$ (400-550), WBC 13,400/ μL

表 7. IIb 型問題の解答と平均点

No.	臓器	模範解答	平均点
IIb-1	甲状腺	髄様癌	4.53
IIb-2	甲状腺	乳頭癌	4.42
IIb-3	副腎	褐色細胞腫	4.27
IIb-4	腎臓	肉腫様尿路上皮癌	1.70
IIb-5	膀胱	1) ALK	3.37
IIb-6	精巣	精母細胞性腫瘍(精母細胞性セミノーマ)	3.14
IIb-7	腎臓	血管筋脂肪腫	3.19
IIb-8	外陰	深部(侵襲性)血管粘液種	2.37
IIb-9	子宮	低悪性度子宮内膜間質肉腫	3.65
IIb-10	卵巣	漿液粘液性境界悪性腫瘍	2.79
IIb-11	卵巣	未分化胚細胞腫 + 卵黄嚢腫瘍 + 成熟奇形腫	4.20
IIb-12	乳腺	浸潤性小葉癌	4.53
IIb-13	乳腺	硬化性腺症	3.56
IIb-14	乳腺	乳頭部腺腫	4.67
IIb-15	骨髄	急性白血病, 急性(前)骨髄性白血病	3.56
IIb-16	骨髄	多発性骨髄腫, 形質細胞骨髄腫	4.24
IIb-17	リンパ節	亜急性壊死性リンパ節炎, 菊池病	2.94
IIb-18	胸腺	胸腺腫 type B2	3.83
IIb-19	骨	骨肉腫	4.30
IIb-20	軟部	シュワン細胞腫	2.44

(3,600-9,600), Hb 13.2 g/dl (13.2-17.2), Ht 39.6% (40-48), Plt $12.5 \times 10^4/\mu\text{L}$ (14.8-33.9)

生化学: AST 59 U/L (8-38), ALT 29 U/L (4-44), LDH 273 U/L (106-211), Alb 3.7 g/dl (3.9-4.9), T-Bil 0.6 mg/dl (0.2-1.2), T-Chol 164 mg/dl (120-219), TG 159 mg/dl (30-149), BUN 10.3 mg/dl (8.0-20.0), Cre 0.62 mg/dl (0.36-1.06), 尿酸 7.8 mg/dl (0-7.0), CRP 10.35 mg/dl (0.30>), AFP 452.6 ng/ml (10>), PIVKA II 5,406 mAU/ml (40>)

髄液検査: 細胞数 1 個/ μL (5>), 蛋白 54 mg/dl (15-45), 糖 63 mg/dl (50-80)

<初回入院後経過>

入院後 3 日間ステロイドパルス療法, その後 NSAIDs の内服が開始され, 徐々に解熱傾向を示した。約 20 日間の経過で解熱, 血液検査上 WBC 6,920/ μL , CRP 0.17 mg/dl と正常化し, 一旦退院となった(入院期間 41 日)。

ただし見当識障害などの神経症状には若干の改善があるのみであり, 認知機能障害は中等度以上を示していた。

<二回目入院時: 死亡 55 日前>

肝腫瘍に対しての塞栓療法目的にて肝臓内科入院。

表 8. IIc 型問題の解答と平均点

No.	臓器	模範解答	平均点
IIc-1	脳	5) 進行性多巣性白質脳症	2.85
IIc-2	血管	側頭動脈炎, 巨細胞性動脈炎	4.98
IIc-3	肺	硬化性肺胞上皮腫	4.48
IIc-4	胃	1) 再生上皮(virtual slide 問題)	4.65
IIc-5	回腸	アミロイドーシス	4.24
IIc-6	睪臓	睪管癌	4.81
IIc-7	膀胱	尿路上皮内癌	4.28
IIc-8	陰	明細胞癌	1.44
IIc-9	子宮内膜	類内膜癌	4.27
IIc-10	乳腺	授乳性腺腫	3.21
IIc-11	リンパ節	転移性腺癌	3.60
IIc-12	皮膚	基底細胞癌	4.53
IIc-13	皮膚	乾癬	4.65
IIc-14	口腔	歯根嚢胞	4.07
IIc-15	口腔	エナメル上皮腫	4.55
IIc-16	子宮頸部・細胞診	扁平上皮癌	3.91
IIc-17	尿・細胞診	(高異型度)尿路上皮癌	4.33
IIc-18	腹水・細胞診	腺癌	4.12
IIc-19	肺・擦過細胞診	小細胞癌	4.10
IIc-20	乳腺・細胞診	線維腺腫	4.64

(二回目入院時検査所見)

血算・凝固: RBC $433 \times 10^4/\mu\text{L}$, WBC 10,250/ μL , Hb 13.2 g/dl, Ht 39.2%, Plt $21.2 \times 10^4/\mu\text{L}$, PT 活性 95.6%, PT-INR 1.02 (0.8-1.2)

生化学: AST 44 U/l, ALT 21 U/l, ALP 350 U/l, LDH 237 U/l, ChE 159 U/l (185-431), γ -GTP 57 U/l (16-73), TP 7.0 g/dl (6.7-8.3), Alb 3.3 g/dl, T-Bil 0.5 mg/dl, BUN 14.7 mg/dl, Cre 0.71 mg/dl, 尿酸 3.0 mg/dl, Na 142 mEq/l (136-147), K 3.5 mEq/l (3.6-5.0), Cl 104 mEq/l (96-109), CRP 1.29 mg/dl
腫瘍マーカー: CA19-9 2.0 U/ml (0-36.9), CEA 3.2 ng/ml (0-4.9), AFP 3,971.0 ng/ml, PIVKA II 10,460 mAU/ml

腹部超音波: 肝 S4 に 14×16 mm 大, S8 に 39×31 mm 大の境界明瞭, 内部やや不均一な低エコー腫瘍を認めた。また, 左腎に 20 mm までの嚢胞が散見された。

腹部 Dynamic CT: 肝臓 S4, S8 に動脈性に強い濃染を受ける腫瘍を認め, 被膜様構造を有し, 肝細胞癌が疑われた。

<二回目入院後経過>

入院 2 日目に右肝動脈前枝の A5 ならびに A8 より塞栓療法が施行され, 術後特別な合併症は認めなかったが, 食思不振, 嘔吐などの症状が持続し, 入院 12 日後に上部消

化管内視鏡が施行された。

内視鏡検査時に幽門狭窄・通過障害を認めたため、幽門前庭部粘膜生検が施行されたが、非特異的な慢性炎症所見であり、特別な異常所見は認めなかった。その後3回にわたって通過障害解除のため内視鏡的バルーン拡張術が施行された。術後嘔吐は認めなくなったが、嘔気や食思不振などの症状に著明な改善は得られなかった。

また、上部消化管内視鏡検査の翌日に発熱があり、内視鏡時に嘔吐していた既往もあり、約2週間抗生物質が投与された。しかし入院48日後に悪寒・発熱、嘔吐が再び認められるようになり、両側肺炎の診断のもと抗生剤投与が行われたが、改善乏しく呼吸状態は悪化し、入院後55日目に死亡された。

なお死亡14日前に頭部CTが施行されているが、明らかな頭蓋内出血性病変は認められなかった。

2) 剖検時の主な所見

剖検開始：死後約1時間

身長・体重：160 cm, 29 kg

主要臓器重量：心臓 290 g, 左肺 500 g, 右肺 720 g, 肝臓 930 g, 脾臓 25 g, 左腎臓 110 g, 右腎臓 110 g, 副腎 (左 7.3 g : 右 4 g), 脳 1,150 g

外表および肉眼所見：

体格はやせ型で、栄養状態不良。両側足背に軽度の浮腫を認め、眼瞼結膜は貧血状、瞳孔径は左 5 mm/右 5 mm で、表在リンパ節は触知しなかった。

開胸・開腹すると胸膜の癒着は認めず、右黄色胸水を 200 ml, 左淡血性胸水を 100 ml 認めた。腹水は黄色透明で 50 ml 程度であった。

心臓では各弁尖に疣贅や血栓は認めなかった。大動脈起始部には軽度の粥状硬化を認めたが、冠動脈の動脈硬化はごく軽度であった。心筋には特別な異常所見は認めなかった。

両肺はいずれも硬化しており、両肺全葉にわたって含気はほとんど認めず、白色調の強い部分が地図状にみられた(剖面：図2, 標本1, 2)。

肝臓の表面は細顆粒状であったが、辺縁の鈍化は認めず、硬化もみられなかった。剖面では右葉に 32×32 mm 大、左葉に 12×12 mm 大の結節性病変を認めた(剖面：図3, 標本3, 4)。胆汁の排泄は良好であり、脾腫はみられなかった。

食道・胃には潰瘍はみられなかったが、下部食道粘膜はやや粗造で(図4, 標本7)、胃体下部～幽門前庭部の小弯側に軽度のびらんがあり、前庭部壁は肥厚し狭窄していた(図4, 標本5, 6)。

腎臓は表面凹凸不整で(図5, 標本8)、副腎は両側ともに萎縮状であった。前立腺は固く、膀胱粘膜はやや浮腫性であった。また大動脈の内腔面を図6に示す。

開頭時には、脳ヘルニアは認めず、動脈系に硬化所見が見られ、大脳、小脳のくも膜下に点状～斑状の出血を認めた。脳室の拡張や脳溝の開大は明瞭ではなかった。(剖面：図7, 8, 標本9, 10, 小脳・大脳組織所見：図9)。

3) 配布写真

図1. 脳MRI (T2 star 強調画像：出血部は low intensity を示す)

図2. 肺剖面 (左右)

図3. 肝臓剖面

図4. 食道胃十二指腸

図5. 腎臓剖面 (左右)

図6. 大動脈

図7. 大脳剖面

図8. 小脳剖面

図9. 小脳・大脳組織所見 (HE 染色)

4) 配布標本 (HE 染色)

1. 肺 (右肺上葉)

2. 肺 (左肺上葉)

3. 肝臓 (右葉)

4. 肝臓 (左葉)

5. 胃小弯部

6. 胃幽門・十二指腸部

7. 食道

8. 腎臓 (左)

9. 大脳

10. 小脳

5) 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しなさい。

問2.

(1) 剖検所見を踏まえ、本症例における神経症状について、診断に有用な特殊染色を含めて説明しなさい。

(2) 本例にみられた嘔吐と呼吸不全との関連や病態について、剖検所見に基づき説明しなさい。

(3) 本例は胃幽門狭窄の原因については生前診断し得なかったが、その理由について、剖検時の幽門前庭部所見に基づき考察しなさい。

問3.

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

[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しなさい。

【主病変】

重複癌

- 1) 肝細胞癌（中分化型，TAE 後，右葉（32×32 mm），左葉（12×12 mm））
転移：なし
- 2) 胃癌（低分化型腺癌，4 型，pT4a（SE）：前庭部から十二指腸におよぶ浸潤による幽門狭窄を伴う）
転移：なし

【副病変】

- 1) 脳アミロイド血管症，関連血管炎の治療後状態，およびそれらに伴うくも膜下出血，陳旧化微小脳内出血
小血管壁のアミロイド沈着，血管壁のリンパ球浸潤，小脳表面のくも膜下出血，大脳表面のヘモジデロシス，脳内ヘモジデリン含有組織球浸潤（脳重量 1,150 g）
- 2) 気管支肺炎（誤嚥性肺炎）：両側，びまん性肺胞傷害（右 720 g，左 500 g）
- 3) C 型慢性肝炎（930 g）
- 4) 食道びらん
- 5) 大動脈粥状硬化
- 6) 細動脈硬化性腎硬化症，腎嚢胞（右 110 g，左 110 g）

死因：誤嚥性肺炎に起因するびまん性肺胞傷害に基づく呼吸不全

問 2.

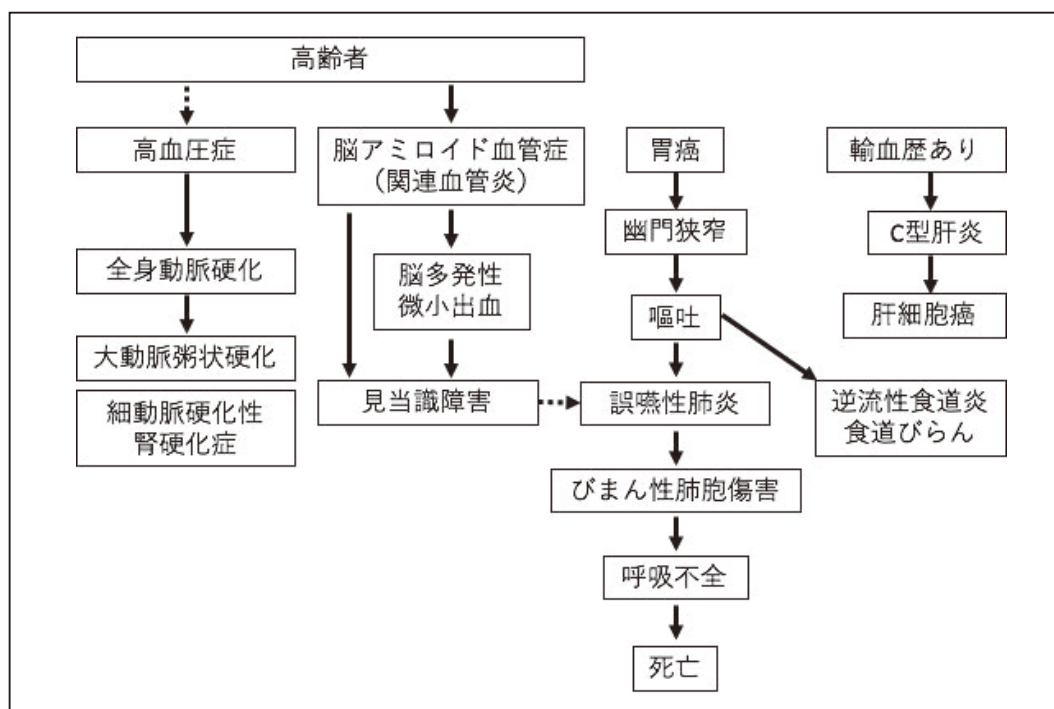
(1) 剖検所見を踏まえ、本症例における神経症状について、診断に有用な必要な特殊染色を含めて説明しなさい

脳アミロイド血管症ならびにそれに関連する血管炎を基盤として、血管脆弱性による多発性くも膜下出血，脳内微小出血に起因する見当識障害が加わり認知機能障害が生じていたものと推察される。診断にはコンゴレッドやダイロン染色やβアミロイドの免疫染色等が有用である。

(2) 本例にみられた嘔吐と呼吸不全との関連や病態について剖検所見に基づき説明しなさい。

胃癌による幽門狭窄のため、嘔吐を繰り返すなかで誤嚥性肺炎をきたし、それに起因するびまん性肺胞傷害から呼吸不全状態となったものと考えられる。また誤嚥性肺炎をきたした要因として、脳アミロイド血管症による神経機能障害のため、誤嚥を起こしやすい状態であったかもしれない。

(3) 本例は胃幽門狭窄の原因については生前診断し得なかったが、その理由について、剖検時の幽門前庭部所見に基づき考察しなさい。



剖検所見からは胃体下部小弯側を中心に境界不鮮明な低分化腺癌（印環細胞癌）が広がっており、狭窄をきたしていた幽門部では、腫瘍細胞は粘膜面をさけながら粘膜筋板以深にもぐりこむように深く浸潤していた。そのため生前の同部の粘膜生検では腫瘍細胞が検出できなかったものと推察される。

問 3.

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

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、III 型と面接の合計得点分布ともに、高得点領域にピークがあり、それより高い得点領域は急峻な、一方低い得点領域に向かっては緩やかなカーブを描いて低下している。試験全体の平均点は 461 点であり、昨年度（458 点）とほぼ同じであった。内訳では、I+II が 349 点（昨年度 338 点）、III+面接が 112 点（120 点）と、両者の難易度に若干の差があったようである。

I 型と II 型問題の平均点は、それぞれ 119 点（170 点満点）（正答率 70%）と 230 点（300 点満点）（正答率 77%）であった。個々の問題の平均点をみると、5 点満点中 2 点未満の I 型問題は：30 題中 4 題、IIab 型：40 題中 3 題、IIc 型：20 題中 1 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 13 題、IIab 型：40 題中 19 題、IIc 型：20 題中 15 題（iPad 問題 1 題を含む）であった。I 型問題の平均点は 0.64 から 4.83 と幅広く分布している。平均点の低い問題には、通常の診療の中で経験されるが今まで試験問題として出題されていないもの、小児や口腔病理など経験する機会が少ないものなどが含まれていた。一方、稀な病変であっても試験対策で対応可能と考えられる問題の正答率は高かった。IIa 型問題の平均点の幅は 0.91 から 5 点、IIb は 1.7 から 4.67、IIc は 1.44 から 4.98 であった。正答率の低い問題には、典型例と少し組織所見が異なる例が含まれていた。日常よく経験する例でも多様な組織所見を示すものがあり、まだ経験の少ない受験者には難易度が高かったことが予想される。また標本の一部に重要な所見があり、それを認識できないと正答が難しい問題も得点率は低かった。時間制限のある試験という条件下では対応が難しかったと考えられる。

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 40 点（正答率 80%）と高得点の受験者が多かった。しかし、ある問題では発生頻度からは考えにくいような解答も多く認められた。試験問題という特殊性を考えた上での対応と考えられるが、日頃と同じような診断を行うことで十分であり、試験をあまり意識する必要はない。今回も含め、専門医試験用として特殊な問題を作成することはな

いと思われる。

I 型文章問題 20 題については、平均点が 20 点満点中 17.4 点（正答率 87%）と結果は良好であった。それぞれの問題の平均点は 0.52 から 1 点であった。当然ではあるが、既出問題に類似した設問の正答率は高かった。

III 型問題では、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、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を今年度も出題した。今回の III 型問題は、重複癌（肝細胞癌と胃腺癌）に脳アミロイド血管症が合併した高齢者例であり、病理解剖でしばしば経験されるような症例を用いた。採点にあたり、肝細胞癌、胃癌、誤嚥性（気管支）肺炎、脳アミロイド血管症の 4 つに重点を置いて評価した。脳アミロイド血管症に関しては半数以上の受験者が解答していたが、昨今は脳の解剖数が減少しており受験者の経験値が低かったかも知れない。胃腺癌を見落としていた解答の多くは合格点に達していなかった。フローチャート問題については、合格水準に達しているものの多くは概ねよく記載されており、この設問が浸透してきたことがうかがわれる。逆に課題として、食道癌、食道ヘルペス感染症、肺サイトメガロウイルス感染症など、存在しないものについての解答が多かったことが挙げられる。試験対応として多くの病変の可能性を列挙するという態度を取りがちになることは理解できるが、実際の診療では不適切な診断行為である。繰り返しになるが、試験といえども自分の観察したこと、考察したことに基づいて、合理的な診断を行う態度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 112.4 点（得点率 74.9%）であり、ほぼ期待値に近い値であった。

最終的な合否判定は、試験実施委員及び試験委員が採点、集計した結果をもとに、8 月 9 日（水）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 型問題については 282 点（正答率 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（正答率 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 71 名（合格率 82.6%）であった。昨年度より若干低下したが、過去の合格率のほぼ中央値近くとなった（表 10：病理専門

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	461.15	56.95	404.20	347.25	567	309
I 型写真	150	101.43	18.01	83.42	65.42	134	57
I 型文章	20	17.4	1.56	15.83	14.27	20	13
I 型小計	170	118.83	18.54	100.28	81.74	152	73
IIa 型	100	76.55	11.62	64.92	53.30	97	46
IIb 型	100	71.71	14.06	57.65	43.59	95	40
IIc 型	100	81.71	9.33	72.38	63.06	100	55
II 型小計	300	229.97	28.95	201.02	172.07	290	147
I + II 型計	470	348.79	44.77	304.02	259.25	435	220
III 型（面接を含む）	150	112.36	18.92	93.44	74.52	143	69
細胞診	50	40.13	7.45	32.68	25.24	50	20

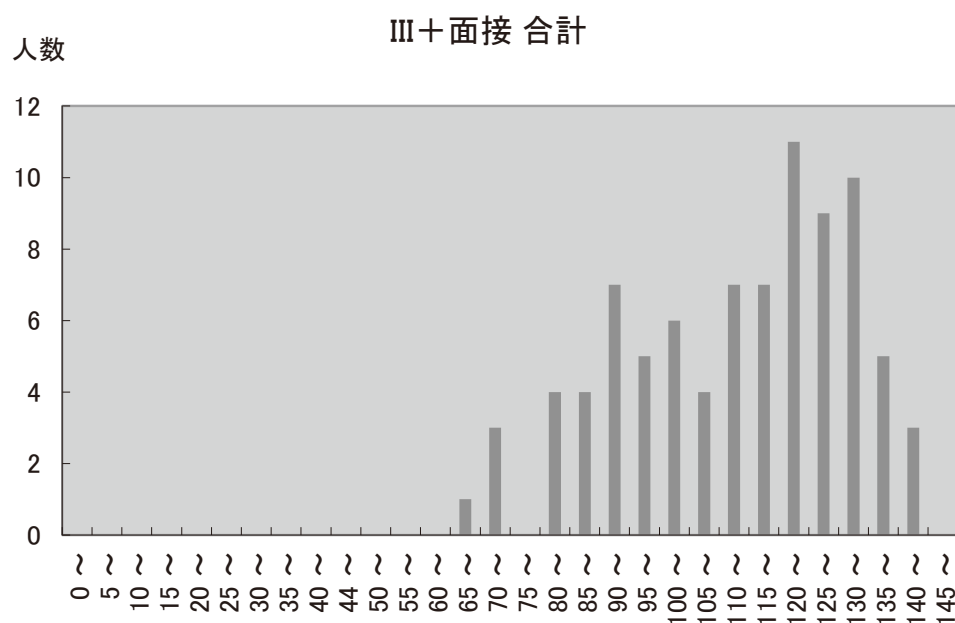
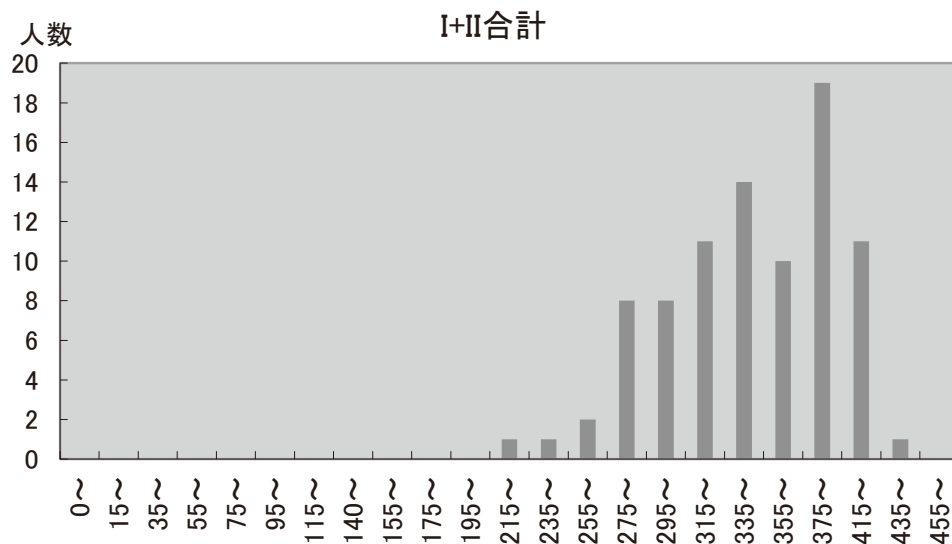


表 10. 病理専門医試験年次別成績推移

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
35	H29 ('17)	神戸大	86	71	82.6	会報 356 号 PDF, 2017

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できれば幸いである。

6. アンケート結果

例年のごとく試験終了後に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 42 名 (48.8%), 大学付属病院病理部 (科) 20 名 (23.3%), 国公立病院検査科 (病理科) 15 名 (17.4%), 私立病院検査科 (病理科) 9 名 (10.5%) であった。なお病理学教室と大学病理部に兼務と記入された方が 4 名いた

が、病理学教室所属として集計している。病理医としてのキャリアについては、5 年未満の受験者が 27 名 (31.4%) で、最も多かったのは 5 年以上 10 年未満で 53 名 (61.6%) であった。10 年以上 15 年未満は 5 名 (5.8%), 15 年以上は 1 名 (1.2%) であった。

試験問題の「難易度」については、IIC 型の iPad 問題を除いて、全ての問題形式で平均が 3 を超えていた。iPad 問題の難易度の平均は 2.8 でやや平易という結果であったが、この形式が導入されてまだ日が浅いことと良性病変であったことから、多肢選択問題としたことが影響しているであろう。出題内容の「適切さ」についてはすべての問題形式が 3.4~3.6 と評価されており、受験者からは妥当な内容と評価されたものと理解される。「試験時間」については例年同様、IIC 型で平均 2.9、III 型は平均 2.5 と時間が

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) 3.2 (1～5) 3.1 (1～4) 3.1 (2～4) 2.8 (1～5) 3.3 (1～5)
出題内容の適切さ	1: 非常に不適切 3: どちらでもない 5: 非常に適切	A) I 型写真問題 B) I 型文章問題 C) IIa, b 型（配布）問題 D) IIc 型（巡回標本）問題 E) IIc 型（iPad）問題 F) III 型（剖検）問題	3.4 (2～5) 3.4 (2～5) 3.6 (2～5) 3.6 (2～5) 3.5 (2～5) 3.5 (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（巡回標本）問題 E) IIc 型（iPad）問題 F) III 型（剖検）問題	3.0 (2～5) 3.1 (2～5) 3.1 (2～4) 2.9 (1～4) 3.1 (2～4) 2.5 (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	3.3 (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	3.5 (1～5) 3.6 (1～5) 3.6 (1～5) 3.5 (1～5) 3.4 (1～5) 3.6 (1～5)
試験内容と日常業務の関連性	1: 非常に低い 3: 適当 5: 非常に高い	I 型, II 型, III 型	3.5 (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	3.6 (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	3.2 (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	2.7 (1～5)

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3.3でやや難、問題数の平均が3.2でやや多い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3.4～3.6と一定の評価を得た。「試験内容と日常業務との関連性」の質問は平均3.5、「本試験の全体的な質」は3.9、「試験日程ならびに進行」は3.6で大きな問題はなかったと思われる。「試験場の設備、環境」は神戸大学の先生方のご尽力のおかげで平均3.2と満足のいく評価であった。しかし、試験会場のハード面に関するコメントも散見された。病理専門医試験は、ペーパー試験、実技試験、面接試験を組み合わせた複雑なものであり、これを同時期に一会場で行うためには、ハード面での要求項目が多い。運用面の工夫だけでは、必ずしも全員が満足のいく環境設定は難しいかも知れないが、受験者にはそのような状況も理解していただきたい。同様のことは「使用した顕微鏡」についてもいえる。今回の評価は、平均2.7と満足のいくものではなかったが、これは主に使用した実習用顕微鏡のステージハンドルが右にあったことに起因していると考えられる。顕微鏡の構造上これに対処することは難しく、事前に受験者に右ハンドルであることを周知すること、またIII型試験の開始前に顕微鏡になれる時間を十分確保することで対処した。

7. おわりに

2017年度の受験者数は口腔病理も含めると99名（申請者101名）と過去最高数であった。今後も受験者数が漸増していくことが予想されるが、それとともに試験会場や顕微鏡などのハード面、II型問題のグループ分けやIIc問題の解答時間、検鏡問題の標本作製などに問題が生じてくる可能性がある。また多くの問題でHE標本だけで診断が求められており、免疫染色が頻用される実診断の現場と試験

表 12. 第35回日本病理学会病理専門医試験委員構成

第35回日本病理学会病理専門医試験実施委員：

廣瀬隆則（委員長）、井上 健、児玉良典、桜井孝規、全 陽、葛 幸治、中井登紀子、伴 慎一、村田晋一、柳井広之、山本浩平

面接委員：

伊倉義弘、桑江優子、田代 敬、筑後孝章、廣瀬善信、和仁洋治

病理専門医試験委員：

大橋健一（委員長）、牛久哲男、河内 洋、小西英一、瀧本雅文、原田憲一、比島恒和、南口早智子

問題に乖離が生じつつあることも指摘しておきたい。試験結果に関しては、既出問題など試験対策で対応可能な問題の正答率が高いが、正常組織や組織学的多様性に対する対応力は十分でない傾向がうかがわれた。無事に合格された方々のますますの研鑽を期待する次第である。猛暑の中、過酷なスケジュールに従い粛々と試験を受けられた受験者の方々の協力のおかげで、本年度の専門医試験も無事に終了することができたものと御礼を申し上げたい。

本年度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はこの場を借りて改めて深甚なる謝意を表する。また、試験委員長である横浜市立大学の大橋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、そして試験実施委員長補佐を務められた神戸大学附属病院病理診断科の原重雄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、会場係としてお世話いただいた神戸大学附属病院病理診断科の上原慶一郎先生、また同病理診断科の伊藤智雄教授をはじめとするスタッフの皆様方にも心より感謝申し上げたい。

第 25 回（2017 年度）日本病理学会 口腔病理専門医試験報告

第 25 回口腔病理専門医試験実施委員会
委員長 柳下 寿郎

1. はじめに

第 25 回（2017 年度，平成 29 年度）の日本病理学会口腔病理専門医試験は，2017 年 8 月 5 日（土）と 6 日（日）に，第 35 回病理専門医試験と同時に，神戸大学医学部で実施された。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 14 名で，受験前に 1 名が受験を辞退し，最終的には 13 名が受験し，11 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 4 名，医学部の病理学教室が 5 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（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おり，本年度も歯学部（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が高かった。受験者の口腔病理の経験年数は，5 年以上 10 年未満が 10 名，10 年以上 15 年未満が 2 名，15 年以上 20 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。

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

表 1. 共通問題の臓器別出題数

臓 器	出題数
肝 胆 脾	2
頭 頸 部	5
呼 吸 器	3
骨 軟 部	2
循 環 器	1
消 化 器	5
女 性 器	2
男 性 器	1
神経・感覚器	1
造 血 器	4
内 分 泌	3
乳 腺	3
泌 尿 器	2
皮 膚	5
細 胞 診	6
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	4
非菌原性嚢胞	2
菌原性腫瘍	3
顎骨の非腫瘍性疾患	1
唾液腺腫瘍	6
唾液腺の非腫瘍性疾患	3
粘膜腫瘍	5
粘膜の非腫瘍性疾患	10
その他の腫瘍	6
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	心筋炎	3.62
I-02	器質化肺炎	0.85
I-03	ヘルペス食道炎	3.00
I-04	糖尿病	2.31
I-05	全胎状奇胎	2.92
I-06	悪性葉状腫瘍	3.23
I-07	1) 鍍銀 (骨髓線維症)	3.08
I-08	マントル細胞リンパ腫	4.23
I-09	Spitz 母斑	0.77
I-10	問 1: 弾性線維腫 問 2: EVG	3.00
I-11	セメント質骨形成性線維腫	2.92
I-12	慢性硬化性骨髄炎	3.62
I-13	5) NILM, trichomonas	2.31
I-14	1) LSIL	2.69
I-15	5) サルコイドーシス	1.54
I-16	菌原性粘液腫	4.62
I-17	鼻口蓋管嚢胞	4.23
I-18	5) ワルチン腫瘍	4.62
I-19	問 1: 上皮性異形成 + カンジダ症 問 2: 1) Grocott stain 5) Periodic acid Schiff reaction	3.23
I-20	血管平滑筋腫	2.85
I-21	含菌性嚢胞	5.00
I-22	1) 高分化 (扁平上皮癌)	3.46
I-23	(扁平上皮) 乳頭腫	4.62
I-24	上皮筋上皮癌	4.62
I-25	キャッスルマン病	4.23
I-26	腺性菌原性嚢胞	3.46
I-27	問 1: カボジ肉腫 問 2: 4) HTLV-1	2.54
I-28	筋上皮腫	3.46
I-29	線維性エプーリス	3.23
I-30	慢性潰瘍性菌髄炎	3.15

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, 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

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	ワルチン腫瘍	5.00
IIa-02	石灰化菌原性嚢胞 (石灰化嚢胞性菌原性腫瘍)	5.00
IIa-03	(疣贅性) 黄色腫	4.62
IIa-04	悪性黒色腫	4.23
IIa-05	粘液嚢胞 (粘液瘤)	4.62
IIa-06	歯牙腫 (エナメル上皮線維歯牙腫)	4.69
IIa-07	結核性リンパ節炎 (類上皮細胞性肉芽腫)	2.62
IIa-08	腺様嚢胞癌	5.00
IIa-09	線維過形成 (いわゆる線維腫)	3.77
IIa-10	神経鞘腫	4.62
IIa-11	膠芽腫	3.62
IIa-12	孤立性線維性腫瘍	2.85
IIa-13	クリプトコッカス症	2.15
IIa-14	過形成性ポリープ	2.54
IIa-15	限局性結節性過形成	1.62
IIa-16	4) 粘膜内腺癌 + 粘膜下異所腺	3.85
IIa-17	腸管子宮内膜症	4.38
IIa-18	髄様癌	3.54
IIa-19	乳頭腫	4.00
IIa-20	褐色細胞腫	2.31
IIb-01	潰瘍	3.38
IIb-02	2) 粘膜下層浸潤 (扁平上皮癌)	4.62
IIb-03	壊死性唾液腺化生	3.46
IIb-04	問 1: リンパ管腫 問 2: D2-40, LYVE-1	2.31
IIb-05	問 1: 石灰化上皮性菌原性腫瘍 問 2: コンゴレッド染色, DFS 染色, ダイロ ン染色	2.62
IIb-06	転移性明細胞腎癌	4.92
IIb-07	リンパ上皮性嚢胞	3.46
IIb-08	問 1: Starry sky 像 問 2: パーキットリンパ腫	4.38
IIb-09	膿原性肉芽腫	3.77
IIb-10	粘表皮癌 (高分化型)	3.77
IIb-11	Spermatocytic tumor	3.85
IIb-12	浸潤性小葉癌	3.31
IIb-13	乳頭部腺腫	3.08
IIb-14	多発性骨髓腫	1.54
IIb-15	亜急性壊死性リンパ節炎	1.23
IIb-16	脂漏性角化症	1.77
IIb-17	結節性紅斑	1.85
IIb-18	リウマチ結節	3.77
IIb-19	骨肉腫	5.00
IIb-20	顆粒細胞腫	3.69

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

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	慢性硬化性唾液腺炎	2.92
IIc-02	正中菱形舌炎	3.38
IIc-03	上皮内癌	4.08
IIc-04	歯源性角化嚢胞（角化嚢胞性歯源性腫瘍）	4.69
IIc-05	多形腺腫	4.00
IIc-06	口腔扁桃（異所性扁桃）	1.31
IIc-07	1) 悪性所見無し	4.62
IIc-08	節外浸潤 有（転移性扁平上皮癌）	3.85
IIc-09	脈瘤性骨嚢胞	1.00
IIc-10	扁平苔癬	4.23
IIc-11	アミロイドーシス	4.62
IIc-12	膵管癌	3.69
IIc-13	尿路上皮内癌	3.54
IIc-14	類内膜癌	4.15
IIc-15	基底細胞癌	3.46
IIc-16	歯根嚢胞	5.00
IIc-17	エナメル上皮腫	5.00
IIc-18	扁平上皮癌	3.62
IIc-19	腺 癌	3.00
IIc-20	小細胞癌	2.23

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 13 名の総合計の平均得点率は 63.3% で昨年（68.6%）より低く、一昨年（61.6%）よりやや高かった。I 型問題の平均得点率は 61.6%（昨年 64.5%）、II 型問題は 66.0%（昨年 71.0%）、III 型問題（筆記+面接）は 67.3%（昨年 68.6%）であった。口腔問題の総合計の平均得点率は 71.1%（昨年 76.6%）に対し、共通問題では 57.1%（昨年 60.5%）であり、昨年同様共通問題と口腔問題の正答率の格差があった結果となり、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、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、実施している一般臓器の病理研修方法について見直して頂き、各臓器に生じる病態等についての確に捉えられる研修を行って下さるようお願いしたい。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非常に役立つと考えている。細胞診の平均得点率は 50.8%（昨年 72.0%）で昨年より低かった。I 型問題と II 型問題とを併

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	3.69
B) I 型文章問題	3.69
C) IIa, b 型（配布）問題	3.46
D) IIc 型（巡回）問題	3.31
E) III 型（剖検）問題	3.54
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	3.38
B) I 型文章問題	3.46
C) IIa, b 型（配布）問題	3.62
D) IIc 型（巡回）問題	3.77
E) III 型（剖検）問題	3.46
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	2.92
B) I 型文章問題	2.92
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	2.38
細胞診	1: 非常に易, 3: 適当, 5: 非常に難
A) 難易度	3.38
B) 問題数	3.23
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	3.54
B) I 型写真の大きさ	3.85
C) I 型 1 問当たりの写真数	3.77
D) III 型写真の画質	3.54
E) III 型写真の大きさ	3.54
F) III 型写真の数	3.69
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
	3.38
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
	4.23
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
	3.46
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
	3.31
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
	2.46

せた総合得点率の最高は 83.0%（昨年 82.1%）で、昨年とほぼ同程度であった。III 型剖検問題では、主病変として 2 つの癌（肝細胞癌と胃癌）と今回の死因に繋がる肺病変について適切に病態が捉えられていたか、また、患者の初期症状としてみられた見当識障害の原因について組織像からその原因について説明できたかが問われた。上記のすべて所見について記載出来ていた受験生は 6 名で、主病変について把握できていた受験生は 4 名であった。残りの 3 名のうち 2 名は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た。残りの 1 名は 2 つの主病変しか的確に捉えることは出来ていなかったが、副病変の所見、および設問 2 に対して比較的論理的な回答が記載されていた。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、8 月 9 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、10 名を合格、1 名を不合格と判定した。残り 2 名に関しては審議内容を記載する。一人目は、I 型問題と II 型問題を合わせた得点率が 58.1% と得点で合格ラインまで 9 点不足していた。しかし、平均点 - 1xSD (259.3 点) を超えており、また、III 型問題は 67.3% を獲得し、I、II、III 型問題合わせて 60.3% であったため、審議の結果、合格と判定された。残りのもう一名については、I 型問題と II 型問題で 63.8% の得点率であったが、III 型問題が 38.7% と低得点率で、平均 - 1xSD (77.3 点) より低く、I、II、III 型問題合わせた得点率も 57.7% であったため、審議の結果、不合格と判定された。最終的に、11 名が合格、2 名が不合格となった。合格者と不合格者の平均得点率は 72.0% (昨年 73.5%) と 46.0% (昨年 56.4%) 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、環境および試験進行には高い評価を受けた。使用した顕微鏡に関してはやや不適切とする評価が多かった。

6. おわりに

口腔病理専門医試験も本年度は第 25 回目となり過去最高の 13 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した。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ことに極めて重要です。これを実現するために、新し

表 7. 第 25 回口腔病理専門医試験関連委員

実施委員		
柳下 寿郎	(委員長、日本歯科大学附属病院歯科放射線口腔病理診断科)	
田沼 順一	(朝日大学歯学部口腔病理医療学講座口腔病理学分野)	
松本 直行	(鶴見大学歯学部病理学講座)	
試験委員		
石丸 直澄	(委員長、徳島大学大学院大学医歯薬学研究部口腔分子病態学分野)	
前田 初彦	(愛知学院大学歯学部口腔病理学講座)	
清島 保	(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)	
浅野 正岳	(日本大学歯学部病理学講座)	
丸山 智	(新潟大学大学院医歯学総合研究科)	

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、研修要項の内容をさらに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る次第です。

7. 謝辞

本年度の口腔病理専門医試験にご尽力頂きました実施委員および試験委員 (表 7) の諸先生に御礼申し上げます。口腔病理専門医試験では、病理専門医試験の I・II 型問題の半数を、また III 型問題は同じものを使用させて頂いています。口腔病理専門医試験への深いご理解の下に、これらの問題作成にご尽力頂き、使用することをご了承頂きました病理専門医試験実施委員および試験委員の諸先生に改めて御礼申し上げます。特に、実施委員長の廣瀬隆則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伊藤智雄先生、原重雄先生、上原慶一郎先生ならびに神戸大学大学院医学研究科病理部学講座病理診断学分野の皆様に深謝致します。特に、試験前日には、全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、宮本いづみ様に心より感謝申し上げます。