

1. 病理専門医・口腔病理専門医資格の更新について

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

提出締め切り：平成30年10月31日(水)消印有効

※更新のご希望がない場合も、必ず事務局宛にご一報下さい。

2. 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2018.09.08付：

<http://pathology.or.jp/news/whats/2018kenshushisetu.html>

「第41回(平成30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」

・申請書類はホームページよりダウンロードできます

・申請書類提出先(郵送のみの受付)：

〒113-0034 東京都文京区湯島1-2-5 聖堂前ビル7階
日本病理学会事務局

認定施設申請受付係 または 登録施設申請受付係

・提出締め切り：平成30年10月31日(水)消印有効

※申請をする施設は、2017年(1月～12月)の剖検データを、その施設として登録完了後、施設申請書類を病理学会へ送付してください。

3. 2017年分割検データ登録 締切日のご案内

剖検情報の登録は、NCD(National Clinical Database)を利用した方法に変更となりました。現在2017年(1月～12月)のデータ提出をNCD上にて受付けておりますので、締切までに登録を完了していただきますようお願い申し上げます。剖検輯報に登録していない症例は、病理専門医受検資格分としてカウントすることが出来ませんので、ご留

意ください。

〈2017年(1月～12月)の剖検・施設情報の登録締切日〉

登録締切日：2018年12月3日(月)23:59まで

※締切日以降、2017年分は一切登録できませんので、ご注意ください。

詳細はNCDホームページをご確認ください。

<http://www.ncd.or.jp/info/information/1682.html>

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

4. 第36回病理専門医試験について

本年度の病理専門医試験は、7月28、29日(土・日)に東京医科歯科大学にて実施され、受験者122名が受験して100名が合格しました(合格率82%)。合格者氏名ならびに病理専門医登録番号は、次のとおりです(登録年月日：平成30年8月1日)。

平成30年度病理専門医合格者氏名

認定番号	姓名		
3351	吉澤佐恵子	3374	大原 悠紀
3352	須知万里子	3375	宮城 佳美
3353	二本柳康博	3376	佐藤 直実
3354	加藤 卓	3377	安藤 紘花
3355	澤住 知枝	3378	宮岡 雅
3356	須藤 嘉子	3379	松尾 祥平
3357	坂本 規彰	3380	谷野 智将
3358	増井 憲太	3381	岩谷佳代子
3359	鈴木 正通	3382	成木佐瑛子
3360	中島 裕康	3383	高田 温子
3361	浅井 直也	3384	松永 絢乃
3362	杉浦 善弥	3385	湯澤 明夏
3363	友政 蘭	3386	井関 昭子
3364	田中 大貴	3387	大森 嘉彦
3365	犬飼 円	3388	荒川 愛子
3366	野中 敬介	3389	三浦 珠希
3367	加藤 寛之	3390	杉本 亮
3368	阪口 真希	3391	露木 琢司
3369	一萬田正二郎	3392	服部 公亮
3370	大島 健司	3393	津山 翔
3371	高橋 友香	3394	谷口 恒平
3372	柴山 隆宏	3395	久保田直人
3373	平井 秀明	3396	小沢 昌慶

3397	塩田 拓也	3424	朝比奈未紀
3398	鈴木 文	3425	毛利 太郎
3399	小林 翔太	3426	服部 結
3400	板垣 信吾	3427	武田宏太郎
3401	伊吹 英美	3428	大谷 知之
3402	武鍬 美沙	3429	阿部 信
3403	西巻はるな	3430	前田 紘奈
3404	奥野のり子	3431	岡 直美
3405	牧瀬 尚大	3432	八木 春奈
3406	平岩真一郎	3433	清川 博貴
3407	中嶋 絢子	3434	岩本 督徳
3408	鈴木 麻弥	3435	谷 里奈
3409	塩谷 晃広	3436	佐藤 和明
3410	南部 順一	3437	河合 瞳
3411	山澤 翔	3438	木下伊寿美
3412	小田 晋輔	3439	倉田麻里代
3413	木内 隆之	3440	稲森 理
3414	柳田恵理子	3441	寺田 和弘
3415	名和田 彩	3442	小林 杏奈
3416	樺澤 崇允	3443	杉山 迪子
3417	三尾 圭司	3444	伊藤 寛朗
3418	河西 一成	3445	藤倉 航平
3419	木原多佳子	3446	鬼塚 裕美
3420	野崎 優衣	3447	西川 恵理
3421	小上 瑛也	3448	太田 昌幸
3422	富田さくら	3449	美山 優
3423	加島 志郎	3450	湯浅 博登

また、病理専門医試験実施委員会の委員構成は以下のとおりです。

第 36 回（平成 30 年度）（11 名）

長嶋洋治（委員長）、新井栄一、新井富生、大城 久、大橋隆治、亀山香織、坂下信吾、坂谷貴司、笹島ゆう子、栃木直文、横尾英明

5. 第 26 回口腔病理専門医試験について

本年度の口腔専門医試験は、7 月 28、29 日（土・日）に東京医科歯科大学にて実施され、受験者 14 名が受験して 12 名が合格しました（合格率 85.7%）。合格者氏名ならびに口腔病理専門医登録番号は、次のとおりです（登録年月日：平成 30 年 8 月 1 日）。

平成 30 年度口腔病理専門医合格者氏名

口腔認定番号	姓名		
201	嶋 香織	207	東理 頼亮
202	武内 勝章	208	野田 百合
203	重岡 学	209	大畑 八重
204	廣田 由佳	210	河合 遼子
205	中島 啓	211	廣瀬 勝俊
206	田中 準一	212	伊豆 麻未

また、口腔病理専門医試験実施委員会の委員構成は以下のとおりです。

第 26 回（平成 30 年度）（3 名）

田沼順一（委員長）、浅野正岳、栢森 高

6. ゲノム病理標準化講習会開催のご案内

平成 30 年第 1 回ゲノム病理標準化講習会を平成 30 年 10 月 7 日（日）に開催いたします。

本講習会は、日本病理学会が作成した「ゲノム研究用病理組織検体取扱い規程」および「ゲノム診療用病理組織検体取扱い規程」を主なテキストとして、ゲノム研究・ゲノム医療における病理組織検体の取扱いおよび組織バンキング等に関する講習になります。ふるってご参加くださいますようにご案内申し上げます。

なお本講習会の聴講生には「病理専門医更新のための病理領域講習 4 単位」が付与されます。

また「病理専門医認定試験の受験資格である分子病理診断に関する講習会」の 1 つとしても認められております（暫定）。

平成 30 年 第 1 回 ゲノム病理標準化講習会

日 時：平成 30 年 10 月 7 日（日）

10:00（受付開始 9:30）から 16:00

場 所：東京大学医学部

教育研究棟 14 階鉄門記念講堂

参加費：¥10,000（医師）

¥5,000（医師以外〈検査技師、大学院生〉）

参加申込：

<https://reg.ibmd.jp/genome-seminar/reg/regform1.php>

詳細 HP：

<http://pathology.or.jp/news/whats/genomekoushukai-180831.html>

お知らせ

1. 臨床研究法の施行等に関する Q&A について（その 4）（周知依頼）

この度、厚生労働省医政局研究開発振興課より表題の件につきまして事務連絡がありました。内容は下記の URL をご覧下さいますようお願いいたします。

参照 HP：

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000163417.html>

2. 介護医療院創設に伴う死亡診断書（死体検案書）の様式改訂について（再周知依頼）

この度、厚生労働省医政局医事課より表題の件につきまして再周知依頼がございました。内容は下記の URL をご

覧下さいますようお願いいたします。

<http://pathology.or.jp/20180425info.pdf>

3. ニボルマブ（遺伝子組換え）製剤の最適使用推進ガイドライン（悪性胸膜中皮腫）の作成及び最適使用推進ガイドライン（非小細胞肺癌，悪性黒色腫，頭頸部癌，腎細胞癌，古典的ホジキンリンパ腫及び胃癌）の一部改正について（周知依頼）

この度，厚生労働省医薬・生活衛生局医薬品審査管理課長より表題の件につきまして再周知依頼がございました。

内容は下記の URL をご覧下さいますようお願いいたします。

<https://www.mhlw.go.jp/hourei/doc/tsuchi/T180822I0030.pdf>

4. 平成 30 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 10 月 5 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/>

5. 2018 年度「内藤記念科学振興賞」候補者推薦について

本学会からの推薦を希望される方は，下記より財団の要綱を参照の上，各締切期日 1 ヶ月前までに本学会事務局宛ご連絡下さい。

参照 HP：<https://www.naito-f.or.jp/jp/index.php>

お問い合わせ：（公財）内藤記念科学振興財団

〒113-0033 東京都文京区本郷 3-42-6

NKD ビル 8 階

第 36 回（2018 年度）一般社団法人日本病理学会 病理専門医試験報告

第 36 回病理専門医試験実施委員会
委員長 長嶋洋治

1. はじめに

第 36 回（2018 年度）日本病理学会病理専門医試験は、2018 年 7 月 28 日（土）と 29 日（日）の両日にわたり東京医科歯科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 12 号の接近する中、天候が心配されたが、激しい風雨はなく、湿潤環境下での試験となった。専門医制度変更の影響で、複数の異なる研修体制（下記註）の受験生が出願し、本年度の受験者総数は 122 名（124 名出願、欠席 2 名）と例年を大きく上回った。100 名が合格し合格率は 82.0% であった。

※旧制度（平成 16 年度以前の医籍登録者で平成 27 年 4 月以前研修開始）の研修者（専門研修 4 年・剖検 40 体）「病理研修番号」が付与されるが、研修ファイルは送付されない。

※新制度（平成 17 年度以降の医籍登録者で平成 27 年 4 月以前の研修開始）の研修者（専門研修 4 年・剖検 40 体）「病理研修番号」が付与され、研修ファイルが送付される。

※新研修制度（平成 27 年 4 月以降研修開始）の研修者（専門研修 3 年・剖検 30 体・分子病理診断講習会の受講、専門医取得後初回更新の際に 10 体の剖検報告書（指導・副執刀でも可）の提出が必須）医籍登録年に関わらず、「病理研修番号」が付与され、研修ファイルが送付される。

同時に第 26 回日本病理学会口腔病理専門医試験も行われた。試験内容は基本的に従来の方法に準拠した。受験者数の大幅な増加のため、従来のように、受験者が、試験問題標本が用意されている会場間を移動するのではなく、座席を固定し、スタッフが標本を移動させて試験を行う形式にした。

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 線画像、組織像、細胞像、免疫組織化学染色像などであり、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、細胞診問題を中心に多肢選択問題も含まれている。文章問題は正誤判定（○×）形式であり、病理業務に関する法的知識、検体処理法や標本作製技術などに関する基本的な知識を質問した。

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 分程度、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。多数枚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。今回は、IIc 型では標本巡回グループを 2 つ作り、受験者数の増加に対応した。ただし、医科のみ昨年、一昨年に続いて IIc 型において iPadPro を用いたバーチャルスライド問題を 1 題出題した。この問題はプレパラートの代わりにタブレットを供覧し、解答するものである。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性も評価される。

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どおり 10 題であり、文章問題を除く全問題数 (90 題) に占める割合は 11.1% 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。

表 1. 日本病理学会 第 36 回病理・第 26 回口腔病理 専門医試験スケジュール

1 日目 7 月 28 日 (土)			
時刻	事項	試験会場	時間
11:00	受付開始		
12:00	受験者集合、待機 試験委員長・試験実施委員長挨拶、説明	受験番号 1~42=A 組 43~84=B 組 85~124=C 組 A, B 組: 第一試験場 C 組: 第二試験場	30 分
12:30	Ⅲ型問題 (剖検症例: レポート作成)		150 分
15:30	2 日目の試験の説明の後, Ⅰ型問題		70 分
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。		
19:00			
2 日目 7 月 29 日 (日)			
8:10	受験生集合	A, B 組: 第一試験場 C 組: 第二試験場	
8:30	Ⅱ型問題		

	A 組	B 組	C 組
8:30 ~ 9:30 (休憩 30 分)	IIa	IIb	IIc
10:00 ~ 11:00 (休憩 30 分)	IIb	IIc	IIa
11:30 ~ 12:30 (アンケート記載)	IIc	IIa	IIb

試験終了後、アンケート記入。順次解散

表 2. 試験内容と方法

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, 13 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 系・感 覚 器	2	2	1	5
循 環 器	2	0	1	3
呼 吸 器（腫 瘍）	1	2	0	3
呼 吸 器（非腫瘍）	2	2	0	4
消 化 管（上 部）	1	4	1	6
消 化 管（下 部）	1	2	1	4
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）	2	2	0	4
造血器（リンパ節・胸腺）	1	2	2	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

また、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。多数枚の標本作製により、出題の意図にない所見が標本上に現れたような場合は、採点に配慮した。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、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、誤字や不適切な記載は適宜減点した。

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】 53 歳，女性。

表 4. I 型写真問題の解答と平均点

No.	臓器	提示枚数	模範解答	平均点
I-01	心臓	3	心臓粘液腫	4.45
I-02	肺	2	石綿肺	4.89
I-03	口腔	2	エナメル上皮腫	4.68
I-04	脳	2	乏突起膠細胞腫	3.96
			IDH, 1p/19q 共欠損	
I-05	食道	3	神経鞘腫	1.62
I-06	肝	2	von Meyenberg complex	3.56
I-07	子宮	2	Atypical polypoid adenomyoma	3.48
I-08	腎臓	2	抗基底膜病	2.85
I-09	下垂体	2	5) ACTH [下垂体腺腫 (Crook 変性)]	2.17
I-10	リンパ節	4	マントル細胞リンパ腫/cyclin D1	3.97
			小リンパ球性リンパ腫/CD23	
I-11	皮膚	4	1) 中毒疹/薬疹	3.24
I-12	軟部	2	Kaposi 肉腫	4.66
			4) Human herpes virus 8	
I-13	細胞診（呼吸器）	2	4) ニューモシスチス肺炎	3.36
I-14	細胞診（子宮頸部）	2	3) HSIL	1.93
I-15	細胞診（尿）	2	尿路上皮癌	3.65
I-16	皮下組織	2	コレステロール塞栓	4.92
I-17	肺	3	3) <i>Cryptococcus neoformans</i>	3.89
I-18	口腔	2	歯根嚢胞	3.79
I-19	胸膜	6	悪性中皮腫，上皮型	4.25
I-20	虫垂	4	low grade appendiceal mucinous neoplasm	2.98
I-21	卵巣	2	小細胞癌，高カルシウム血症性	1.41
I-22	腎臓	2	Alport 症状群	0.86
I-23	乳腺	2	髄様癌	4.59
I-24	リンパ節	4	Rosai-Dorfman 病	2.91
I-25	皮膚	4	1) ボーエン (Bowen) 病	3.81
I-26	軟部	2	骨外性粘液性軟骨肉腫	1.99
I-27	骨髄	4	B リンパ芽球性白血病/リンパ腫	3.59
I-28	細胞診（呼吸器）	2	4) 過誤腫	3.24
I-29	細胞診（婦人科）	2	<i>Trichomonas</i>	4.38
I-30	脳	2	退形成性上衣腫	2.94

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	CPAOA (cardiopulmonary arrest on arrival) の患者が、死体検案の結果、司法解剖の適応となった場合には、遺族の承諾なしに解剖を行うことができる。	○	0.90
I-32	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、これを拒否することができる。	×	0.97
I-33	死体を解剖した者は、その死体について犯罪と関係のある異状を認めたときは、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。	×	0.96
I-34	テレパソロジーによる術中迅速診断は保険適用が認められている。	○	0.95
I-35	細胞診でギムザ染色のための固定液は 95% エタノールを用いる。	×	0.84
I-36	剥離細胞診では、穿刺細胞診と比較して細胞の変性像は少ない。	×	0.97
I-37	EDTA による脱灰は、ギ酸に比して抗原性低下が少ない。	○	0.99
I-38	迅速診断組織検体提出時は、生理食塩水中に浸漬して提出するよう担当医に依頼する。	×	0.99
I-39	ホルマリンの固定効果は、分子内、分子間の架橋形成による。	○	0.85
I-40	尿酸塩結晶の観察を行う場合、固定には無水アルコールが推奨される。	○	0.86
I-41	アルデヒド固定液は核酸の保存状態がよく、遺伝子解析に適している。	×	0.81
I-42	弾性線維染色で、膠原線維は赤染する。	○	0.63
I-43	免疫組織化学染色で vimentin 陽性であれば、上皮性腫瘍でない。	×	0.97
I-44	乳癌組織で HER2 免疫染色強度が 3+ の時でも、FISH 法で増幅を確認する必要がある。	×	0.98
I-45	ABC 法においては、内因性ビオチンを失活させるため切片を過酸化水素加メタノールで処理する。	×	0.50
I-46	細胞診検体の免疫染色では、パラフィン切片と比較し、抗原賦活化が不要なことが多い。	○	0.86
I-47	ホルマリンは発がん性、呼吸器感受性、皮膚・粘膜などの刺激性があり、特定第二類物質に分類されている。	○	0.90
I-48	電子顕微鏡標本作製時の固定用グルタルアルデヒドは通常 10% である。	×	0.94
I-49	結核菌曝露後の BCG 接種には感染阻止効果は期待できない。	○	0.90
I-50	HCV 感染例の剖検臓器は、10% ホルマリン固定液で十分に固定すれば、HCV 感染の危険性はない。	○	0.93

表 6. IIa 型問題の解答と平均点

No.	臓器	模範解答	平均点
IIa-01	脳	分泌型髄膜腫	3.38
IIa-02	肺	リンパ管平滑筋腫症	4.24
IIa-03	肺	adenocarcinoma in situ	3.72
IIa-04	口腔	腺房細胞癌	4.44
IIa-05	食道	Barrett 食道+腺癌	4.49
IIa-06	直腸	2) 粘膜逸脱症候群	4.06
IIa-07	直腸	悪性黒色腫	4.27
IIa-08	膵	漿液性嚢胞腺腫	4.50
IIa-09	子宮	癌肉腫、同所性	1.46
IIa-10	卵巣	卵巣甲状腺腫	4.31
IIa-11	腎臓	嫌色素性腎細胞癌	3.93
IIa-12	精巣	精母細胞性腫瘍	1.93
IIa-13	甲状腺	髄様癌	3.61
IIa-14	内分泌	成熟神経節神経腫	4.24
IIa-15	乳腺	乳管内乳頭腫	3.20
IIa-16	皮下組織	木村病	3.87
IIa-17	脾臓	3) Nieman-Pick 病 C 型	1.68
IIa-18	皮膚	アポクリン嚢胞腺腫	1.43
IIa-19	皮膚	壊死性筋膜炎	1.16
IIa-20	軟部	類上皮肉腫	0.87
		SMARCB1/INI1	

治療開始。48 歳，ループス腸炎で再燃。52 歳，ループス腎炎 → プレドニゾロン，タクロリムス，ミゾリビンで加療中。53 歳，左視神経障害，蝶形骨洞炎。

【現病歴】

22 歳時に全身性エリテマトーデスと診断された 53 歳女性。診断後長期間プレドニゾロン，タクロリムス，ミゾリビンを投与され，経過はほぼ良好であったが，48 歳時にループス腸炎で再燃，52 歳時にはループス腎炎と診断され，入院前まではプレドニゾロン 20 mg/day，タクロリムス 3 mg/day，ミゾリビン 150 mg/day で加療されていた。

死亡 5 か月前より副鼻腔炎とそれに伴う左視神経障害があり視力低下も認められた。CT 画像上左蝶形骨洞と視神経管の間に骨欠損が見られ，耳鼻科にて視神経管開放術が行われた。手術時に摘出された左蝶形骨洞ポリープからは，病理所見上，真菌感染を疑う所見はなかった。その後は抗真菌薬内服とステロイド軟膏（作用中等度）塗布が行われた。

死亡 51 日前より 38 度の発熱があり，死亡 49 日前より悪心，嘔吐，回転性めまい，右不全麻痺も出現し，死亡 46 日前に前医を受診した。頭部 MRI で橋左側，小脳に急性梗塞巣を認めたことから，同日緊急入院となった。ヘパ

【主 訴】 回転性めまい，右上下肢筋力低下。

【家族歴】 特記すべきことなし。

【職業歴】 主婦。

【生活歴】 飲酒歴なし。喫煙歴なし。

【既往歴】 22 歳，全身性エリテマトーデスと診断され，

表 7. IIb 型問題の解答と平均点

No.	臓器	模範解答	平均点
IIb-01	眼球	網膜芽腫	4.66
		<i>Rb</i> 遺伝子	
IIb-02	肺	抗酸菌感染症	3.11
IIb-03	胸膜	孤在性線維性腫瘍	3.91
		STAT6	
IIb-04	食道	基底細胞癌	3.25
IIb-05	空腸	異所性腺	4.37
IIb-06	結腸	鋸歯状腺腫	3.95
IIb-07	膵	充実性偽乳頭状腫瘍	4.09
IIb-08	肝	血管筋脂肪腫	2.50
IIb-09	子宮	腺癌＋神経内分泌癌	2.96
IIb-10	子宮	明細胞癌	3.78
IIb-11	腎臓	集合管癌	1.39
IIb-12	精巣	混合性胚細胞腫瘍 (未熟奇形腫＋卵黄嚢腫瘍)	3.58
IIb-13	甲状腺	硝子化索状腫瘍	4.03
IIb-14	乳腺	腺筋上皮腫	3.02
IIb-15	乳腺	悪性葉状腫瘍	4.56
IIb-16	リンパ節	亜急性壊死性リンパ節炎	3.19
IIb-17	脾臓	血管腫	0.63
IIb-18	皮膚	血栓性静脈炎	1.66
IIb-19	皮膚	複合性嚢胞	3.63
IIb-20	軟部	滑膜肉腫	4.56
		5) <i>SS18-SSX</i>	

リンを開始したが梗塞巣の拡大を認め、精査加療継続目的に当院神経内科に転院となった（死亡 42 日前）。

当院入院後に施行した髄液検査で細胞数の上昇があり髄膜炎の所見と考えたが、原因は同定できず、細菌、結核菌をターゲットに抗菌薬投与を開始した。その後も梗塞巣の拡大を認め（配布写真 図 1：死亡 36 日前）、血液検査上 β -D グルカン上昇があることから、アスペルギルス真菌症を鑑別にあげ、アムホテリシン B の投与を開始し、その後ポリコナゾールの投与を行っていた。

死亡 29 日前に突然呼吸停止、心停止状態になり、蘇生術を施行し、挿管・人工呼吸器管理となった。蘇生直後に施行した脳 CT では第 4 脳室出血と脳幹脳底槽消失、脳ヘルニアを認めた（配布写真 図 2：死亡 29 日前）。

死亡 20 日前には脳幹反射の喪失と自発呼吸の停止を確認し、脳 CT では広範性脳虚血状態を確認した。引き続き抗真菌薬、免疫抑制剤の投与を継続していたが状態が悪化し、永眠された。

表 8. IIc 型問題の解答と平均点

No.	臓器	模範解答	平均点
IIc-01	脳	4) malignant lymphoma	3.93
IIc-02	血管	巨細胞性動脈炎	4.34
IIc-03	口腔	含菌性嚢胞	3.56
IIc-04	胃	アミロイドーシス	4.91
		Congo red 染色など	
IIc-05	肝	急性細胞性拒絶	2.34
IIc-06	子宮	上皮内腺癌	4.43
IIc-07	膀胱	内反性乳頭腫	3.73
IIc-08	乳腺	授乳期乳腺腫	3.59
IIc-09	リンパ節・胸腺	ホジキン (Hodgkin) リンパ腫、 結節硬化型	3.79
IIc-10	皮膚	基底細胞癌	3.03
IIc-11	細胞診（乳腺）	線維腺腫	3.48
IIc-12	細胞診（体腔液）	1) 反応性中皮	1.97
IIc-13	細胞診（子宮）	4) 腺癌（頸部腺癌）	3.44
IIc-14	口腔	歯原性粘液腫	1.23
IIc-15	大腸	コラーゲン大腸炎	4.88
IIc-16	卵巣	莢膜細胞腫	3.08
IIc-17	皮膚	毛孔角化症	0.90
IIc-18	細胞診（呼吸器）	腺癌	2.98
IIc-19	細胞診（婦人科）	2) LSIL	3.28
IIc-20	リンパ節（iPad）	径 2 mm を越える腺癌の転移を認める。	3.68

<当院入院時現症>

身長 164 cm、体重 65.2 kg、意識レベル JCS II-10、血圧 149/93 mmHg、脈拍 78/min 整、体温 37.5℃、呼吸数 24/min、皮疹なし、眼球結膜黄染・貧血なし、呼吸音清、心雑音なし、腹部平坦・軟・圧痛なし・反張痛なし・筋性防衛なし、下腿浮腫 ++。

<当院入院時神経学的所見>

意識障害、左眼視力低下、右向き回旋性眼振、構音障害（不明瞭、リズム）、軟口蓋挙上不良・反射消失、右優位の顔面含む四肢麻痺、左上下肢運動失調、両側病的反射陽性、髄膜刺激徴候を認める。

<当院入院時生理機能検査>

12ch 心電図：洞調律、ストレイン T パターン、明らかな虚血性変化なし。

頸動脈エコー：明らかな異常なし。

経胸壁心エコー：明らかな疣贅、有意な弁膜症なし。右左シャントについては評価し得ず。

< 当院入院時血液検査 >

検査項目	結果	単位	基準値
赤血球数	369×10 ⁴	/μL	376-500×10 ⁴
白血球数	6.4×10 ³	/μL	3.5-9.1×10 ³
血小板数	21.1×10 ⁴	/μL	13.0-36.9×10 ⁴
ヘモグロビン	12.2	g/dL	11.3-15.2
ヘマトクリット	36.2	%	33.4-44.9
赤血球沈降速度	106	mm/hr	0-15
ヘモグロビン A1c	6.2	%	4.6-6.2
PT	11.7	秒	10.4-12.2
APTT	38.2	秒	23.1-36.3
フィブリノゲン定量	500	mg/dL	129-271
FDP	60.0	μg/mL	0-5.0
D ダイマー	39.2	μg/mL	0-1.5
BNP	171.0	pg/mL	< 18.4
梅毒 RPR	陰性		陰性
HCV 抗体	陰性		陰性
HBs 抗原	陰性		陰性
CRP	0.61	mg/dL	0.00-0.14
総蛋白	4.7	g/dL	6.9-8.4
アルブミン	1.9	g/dL	3.9-5.1
尿素窒素	15	mg/dL	8-20
クレアチニン	0.58	mg/dL	0.38-0.90
AST (GOT)	15	U/L	11-30
ALT (GPT)	25	U/L	4-30
LDH	447	U/L	109-216
ALP	150	U/L	107-330
γGTP	59	U/L	< 45
LDL コレステロール	166	mg/dL	< 139
トリグリセリド	345	mg/dL	40-185
アミラーゼ	57	U/L	40-126
CPK	36	U/L	40-188
ナトリウム	140	mmol/L	136-148
カリウム	3.8	mmol/L	3.6-5.0
クロール	103	mmol/L	96-108
カルシウム	8.0	mg/dL	8.8-10.1
血糖	124	mg/dL	70-120
フェリチン	327.0	ng/mL	3.0-59.2
プロカルシトニン	< 0.020	ng/mL	< 0.046
IgG	310	mg/dL	870-1,700
IgA	367	mg/dL	110-410
IgM	68	mg/dL	46-260
IgE	6	U/mL	< 216
C3	90	mg/dL	86-160
C4	10	mg/dL	17-45
抗 ds-DNA 抗体	3.8	IU/mL	< 12.0
抗核抗体 (定性)			
・ Homogeneous 型	陽性		陰性
・ Speckled 型	陽性		陰性
抗核抗体 (定量)	80	倍	
クリオグロブリン (定性)	陰性		陰性
抗 SS-A/RO 抗体	陰性		陰性
抗 SS-B/LA 抗体	陰性		陰性
P-ANCA (MPO)	< 1.0	IU/mL	< 3.5
C-ANCA (PR3)	< 1.0	IU/mL	< 3.5
LA 因子	1.87		0.96-1.14
抗カルジオリピン IgG	< 8.0	U/mL	< 10.0
抗カルジオリピン IgM	< 5	U/mL	< 8
抗 CLβ2GPI 抗体	< 0.7	U/mL	≤ 3.5
可溶性 IL2 レセプター	166	U/mL	121-613
β-D グルカン定量	105	pg/mL	10
サイトメガロウイルス抗原	陰性		陰性
インターフェロン γ 遊離試験 (T スポット TB)	陰性		陰性

< 当院入院後脳脊髄液検査 >

細胞数 372/mm³ (基準値 0-5/mm³), 単核細胞 62/mm³, 多形核細胞 310/mm³, 赤血球数 5/mm³, 蛋白定量 66 mg/dL (基準値 10-40 mg/dL), 糖定量 58 mg/dL (基準値 5-75 mg/dL), クリプトコックス抗原 (-), VZVIgG 120 IU/mL, VZVIgM 0 IU/mL, 墨汁染色 (-), 結核菌 PCR (-), 一般細菌・真菌培養 (-), 細胞診 Class I。

2) 剖検時の主な肉眼所見

死後 17 時間 51 分で剖検開始。

身長 164 cm, 体重 67 kg。

主要臓器の重量等: 心臓 394 g, 左肺 478 g, 右肺 580 g, 肝臓 1,402 g, 脾臓 200 g, 左腎臓 171 g, 右腎臓 182 g, 左副腎 6 g, 右副腎 5 g, 甲状腺 20 g, 脳 1,225 g (下垂体 0.8 g)。外表および主要臓器の肉眼所見:

中肉中背の女性屍体。頭部に外傷や変形なし。左右眼球結膜に黄染なし。右眼球結膜に浮腫あり。左右眼瞼結膜は貧血様。瞳孔は左右とも正円で、左は直径 9 mm, 右は直径 7 mm。鼻腔や外耳道に著変なし。口腔に出血なし, 舌は蒼白。左頬部に表皮剥離あり。両側上下肢に浮腫あり。表在リンパ節触知せず。全身の関節に硬直あり。背部に圧迫で消褪する死斑あり。褥瘡なし。腔に出血あり。

皮膚切開すると皮下脂肪厚は正中線上で胸部 20 mm, 臍部 30 mm。開腹すると腹膜に癒着なく, 内臓脂肪は中等量で, 黄色透明な腹水が 370 mL 貯留する。横隔膜の高さは鎖骨中線上で左は第 5 肋骨, 右は第 4 肋骨。

肝臓は 275×85×110 mm 大で辺縁はやや鈍 (配布写真 図 4)。胆道に閉塞, 結石, 腫瘍性病変なし。胃は上中部小彎側の粘膜に点状出血あり。食道, 十二指腸, 空腸, 回腸, 大腸, 脾臓に著変なし。脾臓は 130×65×60 mm 大で軟らかい (配布写真 図 1)。左右腎臓の被膜剥離は容易 (配布写真 図 10)。左右尿管に閉塞, 結石, 腫瘍性病変なし。膀胱粘膜に斑状出血みられるも, 結石や腫瘍性病変なし。子宮および付属器に著変なし。

開胸すると両肺に胸膜癒着なく, 左胸水 450 mL (黄色透明), 右胸水 340 mL (黄色透明) 貯留あり。心膜癒着なく, 心嚢水 60 mL (黄色透明) 貯留あり。心臓弁に弁膜症や疣贅を示唆する所見なし, 大動脈弁輪周長 7 cm, 僧帽弁輪周長 9 cm, 肺動脈弁輪周長 7.5 cm, 三尖弁輪周長 10.5 cm, 冠動脈に有意狭窄なし, 心臓には左室下壁に 4 mm 大の癒着を認めるが, 明らかな梗塞巣なし。

大動脈や上・下大静脈を切開すると異常所見なし。左総頸静脈および左大腿静脈に血栓あり。

甲状腺および副甲状腺に著変なし。左右副腎に腫瘍性病変なし。

開頭すると, 脳は全体的に軟らかく, 融解性変化が目立つ (配布写真 図 9)。左蝶形骨洞粘膜に約 15×5 mm 大のポリープあり。

3) 配布写真 (図 1-2 は生前のもの, 図 3-11 は死後のもの)

- 図 1. 脳 MRI (死亡 36 日前)
- 図 2. 脳 CT (死亡 29 日前)
- 図 3. 脾臓固定後断面
- 図 4. 肝臓固定後断面
- 図 5. 左肺固定後断面 (冠状断)
- 図 6. 右肺固定後断面 (冠状断)
- 図 7. 左右副腎固定後断面
- 図 8. 脊髄/硬膜固定後
- 図 9. 脳固定後 (上: 脳底側, 下: 脳幹部と中心前溝を通る冠状断での断面)
- 図 10. 左右腎臓固定後断面
- 図 11. 腎臓 (上: PAM-MT 染色組織写真, 下: 電子顕微鏡像)

4) 配布標本 (全て剖検時の標本, HE 染色)

- 1. 脾臓
- 2. 肝臓
- 3. 左肺 (下葉)
- 4. 右肺 (中葉)
- 5. 右肺 (上葉)
- 6. 脊髄・硬膜
- 7. 脳幹部付近
- 8. 脳底動脈
- 9. 左腎臓
- 10. 左蝶形骨洞粘膜ポリープ (剖検時)

5) 設問

問 1.

本症例の病理解剖診断を主病変と副病変とに分け, 箇条書きで記載せよ。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) 剖検時所見として, SLE を示唆する所見を挙げよ。
- 2) 配布写真の図 1 と図 2 における脳病変の成因について, 他臓器との関連を踏まえて考察せよ。また, 確定診断のために必要な特殊染色をあげよ。
- 3) 脊髄病変の成因として考えられるのは何か, 考察せよ。

問 3.

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

[模範解答]

問 1.

本症例の病理解剖診断を主病変と副病変とに分け, 箇条書きで記載せよ。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>

I. 全身性エリテマトーデス (免疫抑制療法中)。

- 1) 膜性ループス腎炎: 腎臓重量左 171 g/右 182 g。
- 2) 脾 onion skin lesion
- 3) 漿膜炎: 左胸水 450 ml (黄色透明), 右胸水 340 ml (黄色透明), 腹水 370 ml (黄色透明), 心嚢水 60 ml (黄色透明)。
- 4) [低補体血症]。
- 5) [ループス腸炎] (寛解期)。

II. 脳血管侵襲性糸状菌症 + 多発性脳梗塞 + 脳ヘルニア + 髄膜炎:

脳は 1,225 g で大脳, 小脳, 脳幹に多発性の融解壊死を認める。脳死の脳 (レスピレータブレイン) に矛盾しない。脳底部の血管とくも膜下腔にアスペルギルス様の糸状菌の増生と炎症細胞浸潤あり。

<副病変>

- 1. 中心性脊髄梗塞。
- 2. 左蝶形骨洞 Nasal polyp: 真菌は認めない。
- 3. 右肺気管支肺炎と右肺膿瘍 (球菌塊あり), サイトメガロウイルス感染症 (右肺重量 580 g)。
- 4. 左肺動脈多発性血栓・塞栓症および左肺下葉出血性梗塞 (左肺重量 478 g)。
- 5. 多発性静脈血栓症 (左総頸静脈, 左大腿静脈)。
- 6. 胆汁うっ滞 (軽度, 毛細胆管レベル) と小葉中心性のうっ血と肝細胞脱落 (軽度), 肝細胞脂肪変性 (軽度) (肝重量 1,402 g)。
- 7. 脾炎と脾うっ血, 脾の被膜炎 (脾重量 200 g)。
- 8. 左室下壁心筋瘢痕 (4 mm 大): 心重量 394 g。冠動脈の有意狭窄なし。大動脈弁輪周長 7 cm, 僧帽弁輪周長 9 cm, 肺動脈弁輪周長 7.5 cm, 三尖弁輪周長 10.5 cm。
- 9. 血球貪食像 (脾臓)。
- 10. 出血傾向 (腔, 胃粘膜)。
- 11. ヘモジデロシス (脾臓, 肝臓, 髄膜)。
- 12. 副腎皮質萎縮 (左 6 g, 右 5 g)。

死因: 脳幹を含む多発性脳梗塞 (あるいは脳ヘルニア)。

問 2.

- 1) 剖検時所見として, SLE を示唆する所見を挙げよ。

腎にループス腎炎を認める。

脾に onion skin lesion を認める。

脾被膜や脾臓に付着する腹膜、胸膜に漿膜炎の所見があり、腔水症を認める。

脳に SLE の病変が存在した可能性は除外できないが、脳死（レスピレータブレイン）の状態であり自己融解が強く、評価は困難である。

2) 配布写真の図 1 と図 2 における脳病変の成因について、他臓器との関連を踏まえて考察せよ。また、確定診断のために必要な特殊染色について述べよ。

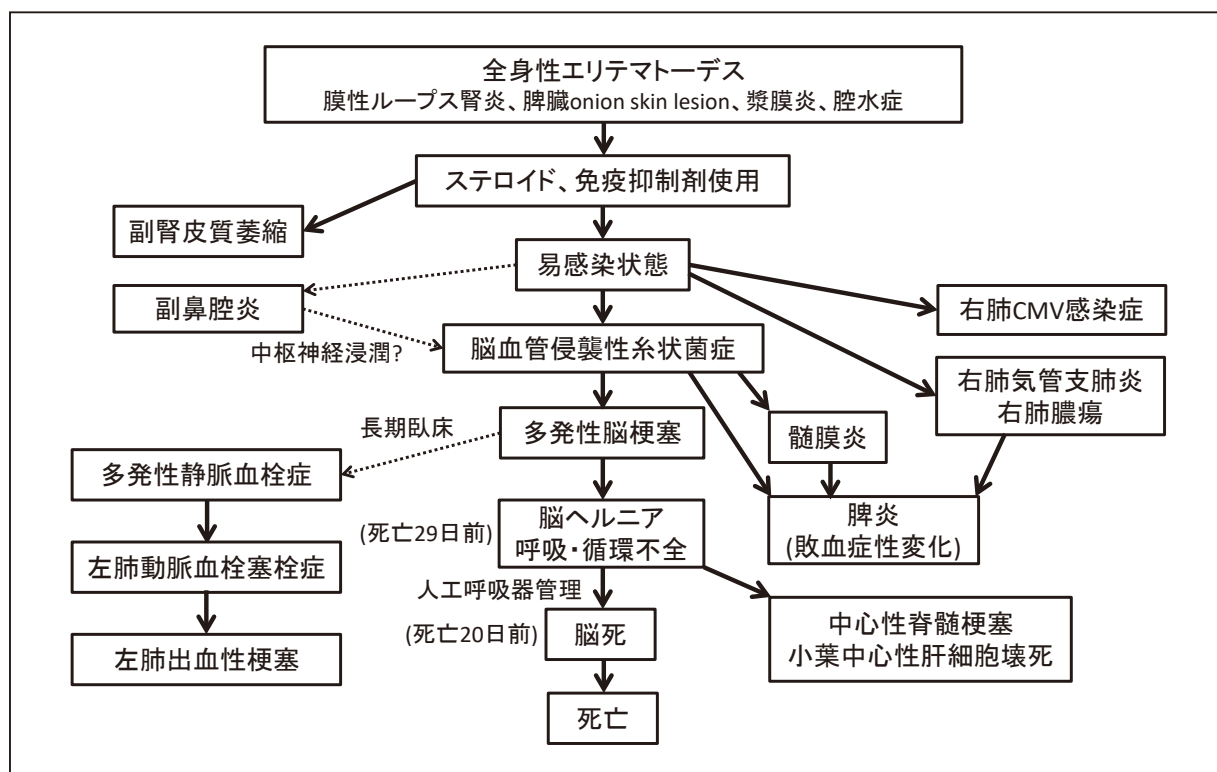
図から脳幹を含む多発性梗塞および脳ヘルニアが認められる。この成因として、脳底動脈（配布標本 8）や脳幹部付近のくも膜下腔の血管（配布標本 7）に糸状菌を認めることから、真菌塞栓を来して脳幹を含む多発性脳梗塞を発症し、梗塞に伴う脳浮腫や脳出血により脳ヘルニアに至ったと考えられる。糸状菌の侵入門戸としては肺や副鼻腔が可能性として挙げられる。右肺に膿瘍が存在することから、右肺に感染した糸状菌が肺血管内に侵入し、脳血管に到達した可能性があるが、剖検時に肺には H&E 染色標本上、糸状菌は同定できず、推測の域を出ない。左蝶形骨洞には生前の病理組織検体では真菌感染を疑う所見がなく、剖検時の左蝶形骨洞ポリープにも H&E 染色標本上、糸状菌は同定できず、こちらも推測の域を出ない。糸状菌の確定には Grocott 染色が必要と考える。PAS 染色は糸状菌に対しては感度があまり良くなく、特に変性が強い場合には判定困難となる場合がある。

3) 脊髄病変の成因として考えられるのは何か、考察せよ。

脊髄には腰髄を主体に中心性梗塞を認め、脊髄周辺部は梗塞を免れている。この原因として、心停止による脊髄全体の循環血液量の減少、消失が考えられる。脊髄の動脈系は古典的には前脊髄動脈と後脊髄動脈に分けられていたが、最近では機能解剖学的に central arteries と peripheral arteries にも分けられている。central arteries は前脊髄動脈の分枝動脈であり、灰白質のほぼ全てと隣接す白質を栄養する。peripheral arteries は前脊髄動脈と後脊髄動脈とで構成される吻合軟膜分枝動脈であり、脊髄周辺部と後角を栄養する。中心性脊髄梗塞では灰白質の梗塞と灰白質-白質境界域の梗塞とが認められるが、前者には虚血に対する灰白質の選択的な脆弱性が関与しており、後者には低血圧や血流の低下に対する境界域の内因性の脆弱性が関与していると考えられる（Ishizawa K, et al. Hemodynamic infarction of the spinal cord: involvement of the gray matter plus the border-zone between the central and peripheral arteries. Spinal Cord 2005; 43: 306-310）。

問 3.

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



5. 成績と合格判定

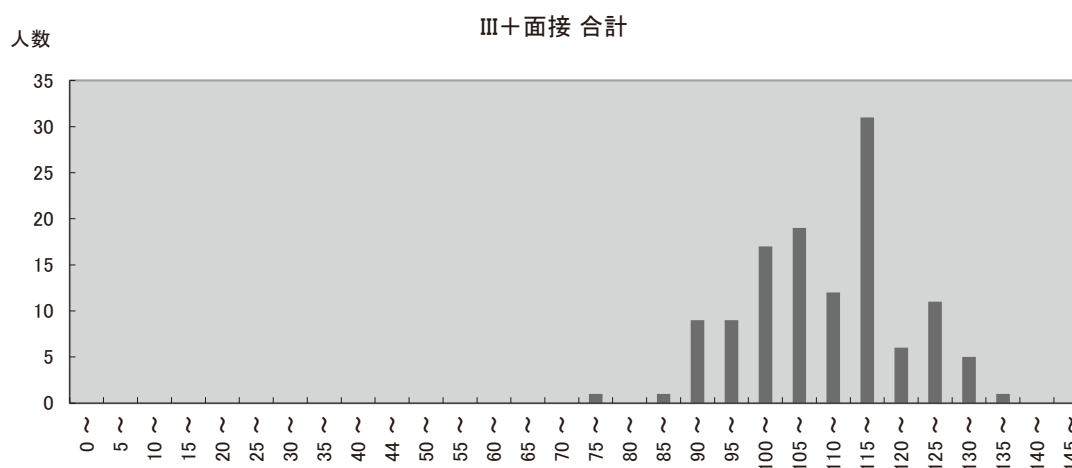
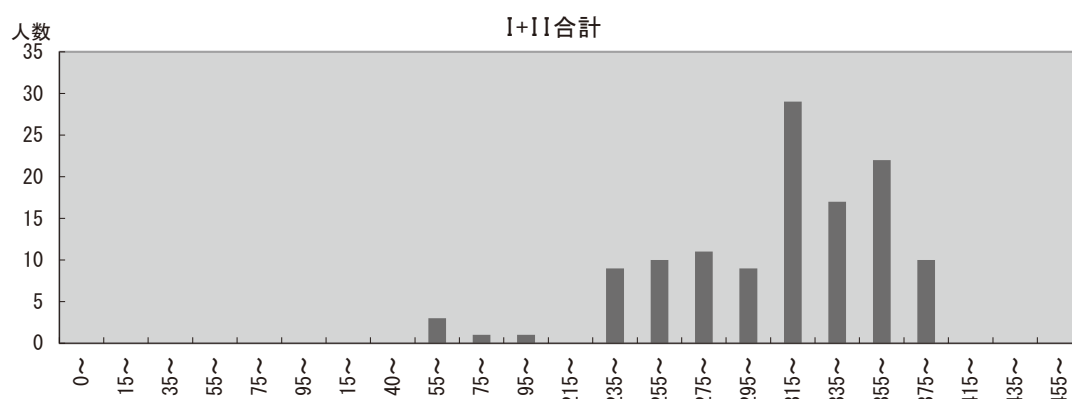
本年度の成績概要を表9に示す。I型とII型の合計得点分布では高得点領域に双曲線分布が見られる。III型と面接の合計得点分布では、高得点領域にピークがあり、それより低い得点領域に低いピークがある。試験全体の平均点は429点であり、昨年度(461点)を大きく下回った。内

訳では、I+IIが318点(昨年度349点)、III+面接が111点(112点)であり、本年の平均点の低下はI+IIによるものであった。

I型とII型問題の平均点は、それぞれ120点(170点満点)(正答率70%)と198点(300点満点)(正答率66%)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型写真問題:30題中5題、IIab型問題:40題中8題、

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	428.62	54.74	373.88	319.14	522	266
I型写真	150	102	17.48	84.52	67.05	132	46
I型文章	20	17.72	1.7	16.02	14.31	20	11
I型小計	170	119.72	18.1	101.62	83.52	151	62
IIa型	100	64.8	14.09	50.7	36.61	94	12
IIb型	100	66.83	13.09	53.74	40.66	88	21
IIc型	100	66.57	12.63	53.94	41.31	96	32
II型小計	300	198.2	34.19	164.01	129.82	252	84
I+II型計	470	317.92	48.69	269.22	220.53	394	168
III型(面接を含む)	150	110.7	11.58	99.13	87.55	136	75
細胞診	50	31.7	8.63	23.07	14.44	50	10



IIc 型問題：20 題中 3 題であった。一方、3 点以上であった問題は、I 型写真：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。平均点は I 型問題（0.64～4.83）、IIab 問題（0.63～4.56）、IIc 問題（0.90～4.88）と幅広く分布している。

平均点の低い問題には、腎生検例、血液疾患例、小児疾患例や口腔病理症例など経験する機会が少ないものなどが含まれていた。また、簡潔ながら臨床歴の中にある組織診断名に影響する情報を見落としているために正答率が低かった問題もあると考える。

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 32 点（正答率 64%）と昨年の 80% に比して低下した。

I 型文章問題 20 題については、平均点が 20 点満点中 17.7 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 0.50 から 0.99 点であった。ほとんどが既出問題、あるいはその改変問題であったためと考えられた。正解率が低かった問題に免疫染色の原理に関する問題があった。最近では免疫染色も自動化が進み、自身で手を動かして染色する機会が減っていることを反映しているのかもしれない。研修開始当初は各種染色を自ら手を動かして経験し、その原理を熟知しておくことが望まれる。

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いを設けた。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、膠原病のステロイド治療中に発生した日和見真菌感染症で、日常の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、全身性エリテマトーデスに関する変化と、脊髄を含む脳病変（糸状菌症+梗塞）の 2 つに重点を置いて評価した。フローチャート問題については、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、アミロイド血管症など、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。本試験では“存在しないものを思い込みで回答する”ことを減点の対象としており、受験者個々に注意を喚起したい。

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、誤解答や解答の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性も評価した。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 111 点（得点率 74%）であり、ほぼ期待値に近く、昨年（74.9%）とほぼ同じであった。

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 1 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 型問題についてはおおむね M-SD 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。その結果、本年度の受験者 122 名中合格者は 100 名（合格率 82.0%）であった。昨年度より若干低下したが、過去の合格率（73.3～90.0%）のほぼ中央値近くとなった（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に無記名ポストアンケートを行った（回収率 100%、回答数 122）。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・医科大学の病理学教室 53 名（43.4%）、大学附属病院病理部（科）27 名（22.1%）、国公立病院検査科（病理科）27 名（22.1%）、私立病院検査科（病理科）13 名（16.6%）、その他 1 名、無回答 1 名であった。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 64 名（52.5%）で、5 年以上 10 年未満が 44 名（36.1%）であった。10 年以上 15 年未満は 9 名（7.4%）、15 年以上は 4 名（3.3%）、無回答 1 名であった。

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 2.30 で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限られた時間での回答が求められるので、明らかな陽性病変を出題したためと考えられる。しかし、今回の設問では、転移の有無だけでなく、センチネルリンパ節転移の大きさが 2 mm を越えており、手術室への返事には転移巣の大きさにも言及しなくてはいけないことが求められている。このことを意識した上での「平易」との回答であったのかについては疑問が残る。実際に「陽性」のみの回答は部分点として採点した。単に「陽性」とのみ回答した受験者は、病理診断業務における一層の実務研鑽が必要と考える。

出題内容の「適切さ」についてはすべての問題形式が 3.2～3.7 と評価されており、受験者の立場からは問題はなかっ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 2.3 と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 3.7 でやや難、問題数の平均が 3.4 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 3.8～3.9 と高い評価を得た。「試験内容と日常業務と

表 10. 病理専門医試験年次別成績推移

回	年	会場	受験者数	合格者数	合格率 (%)	文 献
1	S58 ('83)	東 大	36	31	86.1	
2	S59 ('84)	東 大	43	36	83.7	
3	S60 ('85)	医 歯	48	39	81.3	
4	S61 ('86)	医 歯	67	59	88.1	
5	S62 ('87)	慶 應	97	81	83.5	
6	S63 ('88)	慶 應	63	56	88.9	病理と臨床 7: 138, 1989
7	H1 ('89)	慈 恵	68	56	82.4	同上 8: 133, 1990
8	H2 ('90)	慈 恵	70	63	90.0	同上 9: 129, 1991
9	H3 ('91)	京 大	69	62	90.0	同上 10: 123, 1992
10	H4 ('92)	京 府	65	56	86.1	同上 11: 109, 1993
11	H5 ('93)	日 大	80	69	86.3	同上 12: 131, 1994
12	H6 ('94)	日 大	70	58	82.9	同上 13: 113, 1995
13	H7 ('95)	女子医	75	61	81.3	Pathol Int 46: (5), 巻末 7, 1996
14	H8 ('96)	女子医	97	79	81.4	同上 46: (10), 巻末 3, 1996
15	H9 ('97)	阪 大	77	69	89.6	同上 47: (12), 巻末 7, 1997
16	H10 ('98)	阪 医	86	72	83.7	同上 48: (11), 巻末 5, 1998
17	H11 ('99)	昭 和	88	73	83.0	同上 49: (10), 巻末 5, 1999
18	H12 ('00)	昭 和	87	73	83.9	同上 50: (10), 巻末 5, 2000
19	H13 ('01)	東 大	75	61	81.3	同上 51: (9), 巻末 7, 2001
20	H14 ('02)	東 大	87	74	85.1	同上 52: (10), 巻末 7, 2002
21	H15 ('03)	名市大	87	76	87.3	同上 53: (9), 巻末 7, 2003
22	H16 ('04)	名 大	72	61	84.7	同上 54: (9), 巻末 3, 2004
23	H17 ('05)	日医大	60	52	86.7	同上 55: (9), 巻末 3, 2005
24	H18 ('06)	日医大	65	49	75.4	同上 56: (10), 巻末 5, 2006
25	H19 ('07)	医 歯	92	69	75.0	同上 57: (9), 巻末 3, 2007
26	H20 ('08)	医 歯	90	66	73.3	同上 58: (9), 巻末 5, 2008
27	H21 ('09)	京 府	80	64	80.0	同上 59: (9), 巻末 3, 2009
28	H22 ('10)	京 府	81	62	76.5	会報 272 号 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
36	H30 ('18)	医 歯	122	100	82.0	会報 367 号 PDF, 2018

の関連性」の質問は平均 3.3, 「本試験の全体的な質」は 3.8, 「試験日程ならびに進行」は 3.9 で大きな問題はなかったと思われる。

「試験場の設備、環境」は東京医科歯科大学の先生方のご尽力のおかげで平均 4.0 と満足のいく評価であった。しかし、試験会場での飲料や休憩・待機時間の受験者ごとの相違に関するコメントも散見された。病理専門医試験は、筆記試験、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、多くの要求項目をクリアする必要がある。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。「使用した顕微鏡」については 4.1 と高評価であった。

7. おわりに

2018 年度の実験者数は口腔病理も含めると 136 名（申請者 138 名）と過去最高数であった。今後も、受験者数が増加していくことが予想される。今回は、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、III 型問題を中心とした採点の態勢などに様々な問題を感じた。

合格された方々にはこれをスタート地点と考えていただき、ますますの研鑽を期待する次第である。台風がどのように動くか予想がつかない条件下、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。

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	3.43（2～5） 2.88（1～5） 3.27（2～5） 3.39（2～5） 2.30（1～4） 4.04（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	3.52（1～5） 3.55（1～5） 3.51（1～5） 3.45（1～5） 3.73（2～5） 3.16（1～4）
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	3.07（2～5） 3.07（1～5） 3.03（1～5） 2.88（1～5） 3.15（1～5） 2.27（1～5）
細胞診の難易度	1: 非常に易 3: 適当 5: 非常に難	I 型および IIc 型	3.68（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	3.36（1～5）
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	3.82（1～5） 3.95（1～5） 3.88（1～5） 3.95（1～5） 3.92（1～5） 3.79（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	3.25（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		3.83（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		3.93（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		3.99（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		4.13（2～5）

心から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、矢山由美子様そして試験実施委員長補佐を務められた横浜市立大学の加藤生真先生にも心より御礼申し上げます。今回の試験運営にあたり、お世話いただいた東京医科歯科大学大学院・包括病理学の北川昌伸教授(病理学会理事長)、また会場係として献身的にご尽力くださった山本浩平先生、同教室のスタッフの皆様方にも心より感謝申し上げます。

表 12. 第 36 回日本病理学会病理専門医試験委員構成

第 36 回日本病理学会病理専門医試験実施委員：	
長嶋洋治（委員長）、新井栄一、新井富生、大城 久、大橋隆治、亀山香織、坂下信悟、坂谷貴司、笹島ゆう子、栃木直文、横尾英明	
面接委員：	
稲山嘉明、太田 聡、柴原純二、谷澤 徹、根本哲生、伴 慎一、比島恒和、藤井丈士、前田一郎、増田しのぶ、松林 純、村雲芳樹、元井紀子	
病理専門医試験委員：	
大橋健一（委員長）、牛久哲男、浦野 誠、桜井孝規、瀧本雅文、長尾俊孝、原田憲一、三上哲夫	

第 26 回（2018 年度）日本病理学会 口腔病理専門医試験報告

第 26 回口腔病理専門医試験実施委員会
委員長 田沼 順一

1. はじめに

第 26 回（2018 年度、平成 30 年度）の日本病理学会口腔病理専門医試験は、2018 年 7 月 28 日（土）と 29 日（日）に、第 36 回病理専門医試験と同時に、東京医科歯科大学で実施された。試験の構成や実施のスケジュールは病理専門医試験と同様である。本年度の受験申請者は 14 名で、最終的にも 14 名が受験し、12 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 8 名、医学部の病理学教室が 4 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比較的高かった。本年度受験者の口腔病理の経験年数は、13 名の受験生が 5 年以上 10 年未満で、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 脾	3
頭 頸 部	4
呼 吸 器	3
骨 軟 部	3
循 環 器	2
消 化 器	5
女 性 器	2
男 性 器	2
神経・感覚器	3
造 血 器	4
内 分 泌	2
乳 腺	3
泌 尿 器	2
皮 膚	5
細 胞 診	2
計	45

表 2. 口腔問題の疾患分類別出題数

疾患分類	出題数
菌原性嚢胞	3
非菌原性嚢胞	6
菌原性腫瘍	4
顎骨の非腫瘍性病変	2
唾液腺腫瘍	8
唾液腺の非腫瘍性病変	1
粘膜腫瘍	4
粘膜の非腫瘍性病変	4
その他の腫瘍	7
その他の非腫瘍性病変 (細胞診)	4
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	乏突起膠腫	4.64
I-02	粘液腫	3.93
I-03	アスベスト症・石綿症	4.64
I-04	悪性中皮腫	4.43
I-05	低異型度虫垂粘液性腺腫	1.79
I-06	下垂体腺腫	5.00
I-07	胆管性微小過誤腫	5.00
I-08	抗糸球体基底膜疾患	2.29
I-09	子宮ポリープ状異型腺筋腫	0.71
I-10	髄様癌	4.29
I-11	B 細胞急性リンパ芽球性白血病	2.86
I-12	1) Bowen disease	3.57
I-13	カボジ肉腫	3.57
I-14	歯根嚢胞	5.00
I-15	エナメル上皮腫	5.00
I-16	石灰化嚢胞性菌原性腫瘍 (石灰化嚢胞性菌原性腫瘍)	4.21
I-17	骨肉腫 (骨芽細胞型)	4.64
I-18	口腔扁平苔癬	5.00
I-19	多形腺腫	5.00
I-20	鼻口蓋管嚢胞	5.00
I-21	5) びまん性大細胞 B 細胞性リンパ腫	5.00
I-22	母斑細胞母斑	2.93
I-23	ワルチン腫瘍	5.00
I-24	5) 唾液腺導管癌	2.86
I-25	滑膜性 (骨) 軟骨腫症	4.36
I-26	類皮嚢胞	4.14
I-27	脂肪腫	5.00
I-28	慢性増殖性歯髄炎	4.93
I-29	肉芽腫性口唇炎	3.29
I-30	(扁平上皮) 乳頭腫	5.00

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 (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 点である。模範解答と平均点を表 4, 5 に示す。

表 4. IIab 型鏡検問題の模範解答と平均点

問題番号	模範解答	平均点
IIa-01	分泌性髄膜腫	3.57
IIa-02	問 1 孤立性線維性腫瘍 問 2 STAT6	2.21
IIa-03	網膜芽細胞腫	4.07
IIa-04	類上皮肉腫	0.21
IIa-05	類基底細胞癌	3.79
IIa-06	バレット食道 腺癌	2.86
IIa-07	悪性黒色腫	1.79
IIa-08	漿液性嚢胞腺腫	3.21
IIa-09	髄様癌	3.57
IIa-10	腺房細胞癌	4.64
IIa-11	エナメル上皮線維腫	4.79
IIa-12	リンパ上皮性嚢胞 (鰓嚢胞)	4.93
IIa-13	術後性上顎嚢胞	4.93
IIa-14	石灰化上皮性菌原性腫瘍	3.57
IIa-15	無色素性悪性黒色腫	4.64
IIa-16	粘表皮癌	5.00
IIa-17	基底細胞腺癌	2.50
IIa-18	転移性癌 (甲状腺癌)	3.50
IIa-19	筋上皮腫	3.43
IIa-20	海綿状血管腫	3.93
IIb-01	精母細胞性腫瘍	0.86
IIb-02	混合胚細胞腫瘍	4.07
IIb-03	乳管内乳頭腫	2.00
IIb-04	木村病	4.29
IIb-05	菊池病 (組織球性壊死性リンパ節炎)	2.86
IIb-06	アポクリン嚢胞腺腫	0.71
IIb-07	壊疽性筋膜炎	0.79
IIb-08	ハイブリッド嚢腫	2.29
IIb-09	滑膜肉腫	3.36
IIb-10	菌原性角化嚢胞 (角化嚢胞性菌原性腫瘍)	4.79
IIb-11	疣贅性黄色腫	5.00
IIb-12	上皮内癌/扁平上皮癌	5.00
IIb-13	粘液嚢胞 (粘液瘤)	5.00
IIb-14	巨細胞性エプーリス	4.93
IIb-15	腐骨	3.57
IIb-16	鼻歯槽嚢胞	3.57
IIb-17	顆粒細胞腫	3.93
IIb-18	多形腺腫由来癌	3.29
IIb-19	神経鞘腫	5.00
IIb-20	慢性硬化性唾液腺炎/唾石症	3.29

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 型問題の理解を口頭試問によって確認する事に主眼をおき, 試験委員お

表 5. IIc 型巡回問題の模範解答と平均

問題番号	模範解答	平均点
IIc-01	巨細胞性動脈炎/側頭動脈炎	2.14
IIc-02	膠原線維性大腸炎	2.86
IIc-03	急性細胞性拒絶反応（アラジール症候群）	4.50
IIc-04	内反性乳頭腫	2.36
IIc-05	卵胞膜細胞腫	2.00
IIc-06	乳汁分泌（授乳）性腺腫	2.21
IIc-07	ホジキンリンパ腫	3.57
IIc-08	基底細胞癌	2.79
IIc-09	1) 反応性中皮	2.14
IIc-10	2) LSIL	2.50
IIc-11	含菌性嚢胞	4.64
IIc-12	菌原性粘液腫	3.57
IIc-13	腺腫様菌原性腫瘍	5.00
IIc-14	Actinomycosis	5.00
IIc-15	セメント質骨性異形成症	4.29
IIc-16	肉芽腫性エプーリス	4.29
IIc-17	転移性癌（悪性黒色腫）	4.00
IIc-18	4) 腺様嚢胞癌（細胞診）	3.21
IIc-19	1) ヘルペス（細胞診）	4.64
IIc-20	アミロイドーシス	0.71

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、誤字や必要な重型の記載のないものは減点し、部分点として採点した。今回は出題の不備により、I型共通問題6番と7番の問題文と写真に不一致があり、当該問題は全員を正解とした。なお、II型共通問題にも問題文の順番に不備があったが、試験時間中に訂正を周知した。

問題別平均点を表3～5に示す。本年の受験者14名の総合計の平均得点率は72.7%で昨年（63.3%）より9.4%高く、一昨年（68.6%）よりも4.1%高かった。I型問題の平均得点率は82.7%（昨年61.6%）、II型問題は68.7%（昨年66.0%）、III型問題（筆記+面接）は69.4%（昨年67.3%）であった。口腔問題の総合計の平均得点率は84.2%（昨年71.1%）に対し、共通問題では62.1%（昨年57.1%）であり、昨年以上に共通問題と口腔問題の正答率の格差（22.1%）が生じた結果となり、しかも、成績の上位者においても同様の傾向がみられ、共通と口腔問題をバランス良く正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、これまで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を的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60.6%（昨年50.8%）で昨年より高かった。I型問題とII

型問題とを併せた総合得点率の最高は88.7%（昨年83.0%）で、昨年より高得点であった。III型問題では、主病変として全身性エリテマトーデス（免疫抑制療法中）と今回の死因に繋がる脳幹を含む多発性脳梗塞について適切に病態が捉えられていたか、また、その原因について脳血管侵襲性糸状菌症+多発性脳梗塞+脳ヘルニア+髄膜炎が組織像から説明できたが問われた。上記のすべての所見について記載出来ていた受験生は4名で、主病変と副病変を区別できていた受験生は8名であった。残りの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。なお合格基準は、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1日に開催された口腔病理専門医試験制度運営委員会で慎重に審議し、12名を合格、2名を不合格と判定した。以下、この2名の審議内容を記載する。一名は、I型問題とII型問題を合わせた得点率が60.9%と得点で合格ラインにはギリギリ達していたが、III型問題は63点（42.0%）と低得点率で、平均-1×SD（86.8点）より極めて低く、I、II、III型問題を合わせた得点率も56.3%であったため、審議の結果、不合格と判定された。もう一名は、I型問題とII型問題は得点率59.4%で得点では合格ラインまで3点不足していた。III型問題が85点（56.7%）とわずかに低得点率で、平均-1×SD（86.3点）よりも低く、I、II、III型問題を合わせた得点率も58.7%であったため、審議の結果、不合格と判定された。なお、不合格者はI型とII型共通問題の合計得点率が45%以下であった。合格者と不合格者の平均得点率はそれぞれ75.3%（昨年72.0%）と57.5%（昨年46.0%）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。ここ数年受験生から試験時間の長さについて昨年同様にIII型問題は時間が短かったとした意見が多かった。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。

6. おわりに

口腔病理専門医試験は本年度で第26回目となり過去最

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	3.39
B) I 型文章問題	2.71
C) IIa, b 型 (配布) 問題	3.29
D) IIc 型 (巡回) 問題	3.29
E) III 型 (剖検) 問題	4.14
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	3.14
B) I 型文章問題	3.64
C) IIa, b 型 (配布) 問題	3.50
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	3.07
B) I 型文章問題	3.14
C) IIa, b 型 (配布) 問題	3.07
D) IIc 型 (巡回) 問題	2.93
E) III 型 (剖検) 問題	2.14
細胞診	1: 非常に易, 3: 適当, 5: 非常に難
A) 難易度	3.29
B) 問題数	3.07
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	3.57
B) I 型写真の大きさ	3.50
C) I 型 1 問当たりの写真数	3.71
D) III 型写真の画質	3.64
E) III 型写真の大きさ	3.64
F) III 型写真の数	3.43
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
	3.36
本試験の全体的な質	1: 非常に低い, 3: どちらでもない, 5: 非常に高い
	3.93
試験日程ならびに進行	1: 非常に低い, 3: どちらでもない, 5: 非常に高い
	3.64
試験場の設備, 環境	1: 非常に不適切, 3: どちらでもない, 5: 非常に適切
	4.21
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
	4.36

高の 14 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、可能な限り満遍なく各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、口腔領域病変の病理診断の精度をさらに向上させるためには極めて重要です。これを実現するために、新しい研修要綱が平成 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

表 7. 第 26 回口腔病理専門医試験関連委員

実施委員	
田沼 順一	(委員長, 新潟大学大学院医歯学総合研究科口腔病理学分野)
浅野 正岳	(日本大学歯学部病理学講座)
栢森 高	(東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科口腔病理学分野)
試験委員	
石丸 直澄	(委員長, 徳島大学大学院医歯薬学研究部口腔分子病態学分野)
長塚 仁	(岡山大学大学院医歯薬学総合研究科口腔病理学分野)
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)
入江 太朗	(岩手医科大学病理学講座病態解析学分野)
久保 勝俊	(愛知学院大学歯学部口腔病理学講座)

の実質化とともに、その制度をさらに整備し、研修要綱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、実施委員長の長嶋洋治先生と試験委員長の大橋健一先生には、問題作成から実施に至るまで多大なご助力、ご高配を頂き、心より御礼申し上げます。また、試験会場を提供して頂き、猛暑の中試験実施にご尽力頂きました日本病理学会理事長の北川昌伸先生および東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科包括病理学分野の山本 浩平先生をはじめ同大病理関連分野のスタッフの皆様へ深謝致します。特に、試験前日には、全ての顕微鏡の整備を実施して下さり、多大なご負担とご苦労をお掛けしました。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、宮本いづみ様および矢山由美子様に心より感謝申し上げます。