



一般社団法人 日本病理学会
〒101-0041
東京都千代田区神田須田町 2-17
神田 IN ビル 6 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 414 号

令和 4 年 (2022 年) 10 月刊

1. 2022 年度細胞診講習会のお知らせ

2022 年度の細胞診講習会 (一般社団法人病理学会, 担当: 病理専門医制度運営委員会) を開催いたします。

病理専門医及び口腔病理専門医 (平成 24 年度以降に口腔病理研修を開始された方) 受験資格の要件のひとつとして細胞診に関する講習会を受講していることがあげられております。

2023 年度以降受験予定の方でまだ細胞診講習会を受講されていない方は, この講習会を受講して下さい。受講希望者は, 本学会ホームページの細胞診講習会受講申込サイトよりお申し込み下さい。なお, 2022 年度の病理学会主催の細胞診講習会は今回 1 回のみとなります。

1) 方法: WEB 講習会による講義及び標本解説

2) 日時 (予定):

(1) WEB 講習会による講義及び標本解説

(Zoom ウェビナー)

1 月 28 日 (土) 8 時 55 分から 16 時 45 分

(第 1 日: 接続開始 (8 時 30 分から), 講義, 標本解説, 質疑)

1 月 29 日 (日) 9 時 00 分から 13 時 05 分

(第 2 日: 接続開始 (8 時 40 分から), 講義, 標本解説, 質疑)

(2) バーチャルスライドによる症例公開

1 月 14 日 (土) から 2 月 28 日 (火) まで

(※予習・復習にご利用ください。)

3) 講師 (五十音順):

浦野 誠 (藤田医科大学医学部病理診断学 ばんだね病院 病理診断科)

加藤 智美 (埼玉医科大学国際医療センター 病理診断科)

久山 佳代 (日本大学松戸歯学部病理学講座)

近藤 哲夫 (山梨大学大学院総合研究部 人体病理学)

津田 均 (防衛医科大学校病態病理学講座)

伴 慎一 (獨協医科大学埼玉医療センター 病理診断科)

廣島 健三 (千葉大学大学院医学研究院 遺伝子生化学)

本間 琢 (埼玉医科大学国際医療センター 病理診断科)

前田 宜延 (富山赤十字病院 病理診断科)

南口早智子 (京都大学医学部附属病院病理診断部)

安田 政実 (埼玉医科大学国際医療センター病理診断科)

4) 世話人: 埼玉医科大学国際医療センター病理診断科
安田 政実

5) プログラム:

https://www.pathology.or.jp/news/schedule_cytology20230128-29.pdf

6) 受講料: 33,000 円 (ハンドアウト代込み)

7) 申し込み: 11 月 7 日 (月) 10 時よりお申込み受付開始予定

<https://e-learning.pathology.or.jp/course/view.php?id=90>

会員システムのログイン ID と PW が必要です。事前に必ず御確認下さい。

8) 申込締切: 11 月 25 日 (金) 13 時まで

9) 受講資格: 日本病理学会会員

10) 問い合わせ先:

日本病理学会事務局 jsp-admin@umin.ac.jp

参照 HP:

<https://www.pathology.or.jp/news/cat6/2022-2.html>

2. 2023 年度 第 4 回分子病理専門医試験「エキスパートパネル参加証明書」に関して

第 4 回分子病理専門医試験 (来年度: 2023 年 12 月 17 日 (日) 試験実施予定) の「エキスパートパネル参加証明書」についてご案内いたします。

(1) エキスパートパネル参加有効期間

・2022 年 10 月 1 日～2023 年 9 月 30 日まで

(当該期間以外の参加は無効)

・3 回の参加が必要

(2) エキスパートパネル参加証

・第 4 回分子病理専門医受験申請用の書式です。

必ず以下よりダウンロードし, 印刷後に, 署名をいただいでください。

https://www.pathology.or.jp/senmoni/mtblist_4th.xlsx

【注意点】

(1) エキスパートパネル開催施設名

- ・がんゲノム医療中核拠点病院
 - ・がんゲノム医療拠点病院
- のいずれか。これ以外は不可。

(注) がんゲノム医療中核拠点病院, がんゲノム医療拠点病院, がんゲノム医療連携病院にご所属以外の方のエキスパートパネルへのご参加は, 必ずがんゲノム医療中核拠点病院もしくはがんゲノム医療拠点病院のいずれかに直接, お申し込みください(連携病院を通しての申し込みは不可。中核拠点病院, 拠点病院と守秘義務契約等を締結後, 参加が許可されます)。

(2) エキスパートパネル参加証明書の「署名欄」について

- ・分子病理専門医
 - ・分子病理専門医(暫定)
 - ・エキスパートパネル開催責任者
- のいずれか1名の署名が必要。

なお, 分子病理専門医, 分子病理専門医(暫定)は「がんゲノム医療中核拠点病院」または「がんゲノム医療拠点病院」のいずれかの分子病理専門医であること, それ以外の施設に所属している分子病理専門医は不可。

エキスパートパネル開催責任者は「がんゲノム医療中核拠点病院」または「がんゲノム医療拠点病院」の開催責任者のこと。

【講習会受講に関する注意】

- (1) 「ゲノム病理標準化講習会」の受講は2018年度開催分以降のものが対象です。「ゲノム病理標準化センター講習会」は対象となりません。
- (2) 「分子病理専門医講習会」の受講が必要です。これまでの講習会すべてが対象になります。

- (注) ・病理学会総会期間中に開催される「分子病理診断講習会」は対象となりません。
- ・2023年4月以降の開催日程については病理学会ホームページ等で案内予定です。

【ご案内：第4回分子病理専門医試験について】

- ・試験要綱公示：2023年4月3日(月)(予定)
- ・試験日程：2023年12月17日(日)
- ・会場：東京都内を予定

3. 令和4年度乳幼児突然死症候群(SIDS)対策強化月間の実施について

11月1日(火)から11月30日(水)までの1か月間を, 令和4年度乳幼児突然死症候群(SIDS)対策強化月間として, 重点的に普及啓発運動を実施しています。

詳細は以下ご確認ください。

・令和4年度乳幼児突然死症候群(SIDS)対策強化月間実施要綱

<https://www.pathology.or.jp/news/20221031SIDS.pdf>

・乳幼児突然死症候群(SIDS)の診断のための「乳幼児突然死症候群(SIDS)診断ガイドライン(第2版)および乳幼児突発性危急事態(ALTE)の病態解明および予防法開発に向けた複数領域専門家による統合的研究」)

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/sids.html>

4. 会員の訃報

以下の方がご逝去されました。

鈴木 磨郎 功労会員(令和4年1月18日ご逝去)

實藤 隼人 功労会員(令和4年2月19日ご逝去)

お知らせ

1. 第12回 日本遺伝子診療学会：遺伝子診断・検査技術推進フォーラム

公開シンポジウム2022「ゲノム医療の新たな局面」のご案内

開催日時：2022年12月2日(金)9:50～17:20

会場：御茶ノ水ソラシティカンファレンスセンター

開催形態：ハイブリッド開催(現地開催+当日ライブ配信+後日オンデマンド配信)

オンデマンド配信期間：

2022年12月9日(金)～2023年1月8日(日)予定

問い合わせ先：日本遺伝子診療学会

公開シンポジウム事務局

株式会社メイプロジェクト

Tel. 03-6264-9071 FAX 03-6264-8344

E-mail: jsgdtsympo@may-pro.net

詳細は以下HPをご確認ください。

<http://www.gene-dt.jp/forum.html>

第 40 回（2022 年度）一般社団法人日本病理学会 病理専門医試験報告

第 40 回病理専門医試験実施委員会
委員長 笹島ゆう子

1. 試験の概要

第 40 回（2022 年度）日本病理学会病理専門医試験が、2022 年 9 月 17 日（土）、18 日（日）の両日、富士ソフトアキバプラザ（JR 秋葉原駅から徒歩 2 分）にて開催された。

受験応募者は 112 名、当日 1 名の欠席があり、受験者は 111 名であった。111 名の内訳は、① 2014 年までの研修開始者で、新臨床研修制度への移行に伴う病理専門医試験の 2005 年の制度変更が行われる以前、すなわち 2004 年までの医籍登録者（受験に必要な剖検数 30 体）が 1 名、② 2014 年までの研修開始者で、制度変更（2005 年）が行われた以降の医籍登録者（同 30 体）が 3 名、③ 2015 年の新しい制度変更以降の研修開始者（同 20 体）が 23 名、④ 2018 年度以降、日本専門医機構専攻医としての研修開始者（同 20 体）が 85 名（うち 1 名欠席）であった。受験資格における病理解剖の必要数については、数年にわたる新型コロナウイルス流行に伴う全国的な病理解剖数の減少を考慮し緩和措置がとられた。

昨年に引き続き II 型、III 型の検鏡試験はバーチャルスライドを用いて行われた。また例年印刷物の形で配布していた I 型、III 型の写真集を PDF での配布とし、各ノートパソコン上での閲覧とした。

当日は受験生に健康状況の報告を義務づけ、検温を実施の上、受験者間の距離を十分とるなど万全の感染対策を行った。両日も大きなトラブルはなく、平穩に実施されたが、2 日目の午後は台風 14 号の接近により各種交通機関に影響が出た模様で、とくに九州方面からの受験生の中には延泊を余儀なくされた事例もあったようである。

2. 試験内容と実施方法

試験内容はバーチャルスライド導入前と同様としており、スケジュールは表 1 に示すとおりである。I 型、II 型（IIa, IIb, IIc）、III 型試験および面接からなり、それぞれの配点も例年通りである（表 2）。I 型・II 型は口腔病理専門医試験との共通問題、病理専門医試験のみの問題で構成され、III 型試験では病理専門医試験および口腔病理専門医試験で共通の症例が出題された。

各受験生には写真集 PDF あるいはバーチャルスライド閲覧用のノートパソコンが貸与された。写真集 PDF はパスワードをかけた状態であらかじめパソコンに収められており、各試験直前にパスワードが示された。バーチャルスライドデータは各試験直前に SD カードで配布された。I 型～III 型まで全受験生が同時に同一内容の問題を受験した。

表 1. 日本病理学会 第 40 回病理専門医試験スケジュール

1 日目 9 月 17 日（土）			
時刻	事項	試験会場	試験時間
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と試験に関する説明	受験番号 001-076: 5 階 受験番号 077-112: 6 階	アキバホール セミナールーム 1
12:30	III 型問題試験開始		150 分
15:30	I 型問題試験開始		70 分
17:00～19:00	面接 面接終了後、流れ解散	各面接会場（13 カ所）	各受験生 10 分程度
2 日目 9 月 18 日（日）			
8:00	入場開始		
8:30	受験生集合	受験番号 001-076: 5 階 受験番号 077-112: 6 階	アキバホール セミナールーム 1
8:50	IIa 型問題試験開始		60 分
10:10	IIb 型問題試験開始		60 分
11:30	IIc 型問題試験開始		60 分
12:30	試験終了後、アンケートに記入し、順次解散		

表 2. 試験内容与方法

種類	内容	出題数	配点・評価法	配点	試験時間
I 型	写真（手術材料，生検，細胞診，マクロ，ミクロ）	30 題	各 5 点	150 点	70 分
	文章（法律，検体処理法，標本作製技術）	20 題	各 1 点（○×式）	20 点	
II 型	a バーチャルスライド	20 題	各 5 点	100 点	180 分 （各 60 分）
	b バーチャルスライド	20 題	各 5 点	100 点	
	c バーチャルスライド	20 題	各 5 点	100 点	
III 型	剖検症例（写真，バーチャルスライド）	1 題	100 点	150 点	150 分
面接	受験者 1 名に対し面接担当者 2 名で一組，13 組同時進行		6 段階評価（A～F） 50 点		10 分

① I 型試験

30 題の写真問題と 20 題の文章問題から構成された。写真問題は，パスワードをかけた状態であらかじめ収められた写真集 PDF を見て解答するもので，写真集には肉眼像，組織像，細胞像，免疫組織化学像，電子顕微鏡像などが示された。設問の多くは病理診断名を問うものであり，加えて診断に必要な免疫組織化学や組織所見の特徴，関連する遺伝子，構造物の名称などを問う問題も出題された。解答は主に記述式であるが，多肢選択問題も含まれた。文章問題は正誤判定（○×）形式で，病理業務に関する法的知識や検体処理法，標本作製技術などに関する基本的な知識が問われた。

② II 型試験

主に外科病理学の全般的な診断能力・知識を問う試験である。試験は IIa, IIb, IIc 型に分かれ，それぞれ問題数 20 問，試験時間 60 分で実施された。IIc 型については，一昨年まで巡回標本形式で行われていた出題内容を継承し，多数のプレパラートを作製することが困難な生検や術中迅速診，細胞診などを対象とした。I 型と同様に設問の多くは病理診断名を問うものであったが，加えて診断に必要な免疫組織化学を問う問題も出題された。解答は主に記述式で，多肢選択問題も含まれた。

③ III 型試験

臨床所見から必要なデータを拾い上げる能力，脳を含む全身臓器から病理所見を見出す能力，さらに臨床所見，病理所見を総合して剖検診断をまとめる能力が問われ，病態生理を考察する洞察力を問う問題も含まれる。

症例の臨床経過概要，主な検査データ，病理解剖時の肉眼所見，III 型試験問題写真集 PDF，プレパラート 10 枚分のバーチャルスライドデータが提供され，解答時間 150 分以内に診断書（主病変と副病変の箇条書き）の作成と設問に対する解答の記述が求められた。病理解剖で得られた所見・診断の関連性をフローチャートで示すことも要求された。

④ 面接試験

面接は III 型試験の解答用紙を参考資料とし，2 名一組の面接者が主に III 型問題の理解について口頭試問を行うもので，質疑応答を通して病理専門医としての資質・適性も評価された。

3. 問題と採点の基本方針について

I 型および II 型問題に関する臓器・ジャンル別出題数を表 3 に示す。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通り 10 題で，文章問題を除く全問題数（90 題）に占める割合は 11% であった。出題内容は日本病理学会病理専門医研修要綱に準拠し，専門研修を経た病理医が備えるべき知識・

表 3. 臓器・ジャンル別出題表

臓器	I 型	IIab 型	IIc 型	合計
神経・感覚器・頭頸部	2	3	1	6
循環器	1	1	0	2
呼吸器（腫瘍）	1	3	1	5
呼吸器（非腫瘍）	1	3	0	4
消化管（上部）	1	3	1	5
消化管（下部）	1	2	1	4
肝・胆道	1	2	1	4
膀胱	1	1	0	2
内分泌器	1	3	0	4
泌尿器	1	2	1	4
男性器	1	1	1	3
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	1	1	4
皮膚（腫瘍）	2	2	1	5
皮膚（非腫瘍）	1	1	1	3
骨・軟部	2	2	0	4
細胞診（婦人科・泌尿器）	2	0	3	5
細胞診（その他）	3	0	2	5
口腔・唾液腺	2	1	2	5
合計	30	40	20	90

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頻度の高い問題を中心に、頻度は低くても知っておくべき重要疾患などを出題するよう心掛けた。

I型とII型の採点は、出題者が示した模範解答および許容範囲内の解答を満点とし、誤字や不十分な記載、余分な記載は減点対象とした。III型の採点は、出題者の示す模範解答を参考に、事前に評価基準を設定したうえで行った。必要事項の記載を評価する加点方式を基本とし、全体の構成についての評価も加えた。面接評価は、面接担当者2名がそれぞれA, B, C, D, E, Fの6段階で評価して点数化し、III型試験の総合的な合格判定材料とした。

4. 試験問題と模範解答

I型・II型の模範解答と受験者の平均点を表4～8に示す。III型問題とその模範解答は以下のとおりである。

1) 臨床経過概要

【症 例】 74歳, 男性。

【主 訴】 意識障害。

【家族歴】 特記すべきことなし。

【職業歴】 不明。

【生活歴】 独居, 日常生活動作は自立。

表4. I型写真問題の解答と平均点

()内は組織診断名

	臓器	写真枚数	疾患名	平均点
I型-1	心	2	心アミロイドーシス	2.07
I型-2	肺	4	侵襲性アスペルギルス症	3.71
I型-3	胸膜	2	〔悪性中皮腫〕2) Carletinin, 5) p16 遺伝子のホモ接合性欠失	3.63
I型-4	口唇	4	粘液嚢胞	4.33
I型-5	頬粘膜	3	類天疱瘡	4.62
I型-6	胃	2	Gastrointestinal stromal tumor (GIST) c-kit	4.73
I型-7	大腸	2	スピロヘータ感染症	4.66
I型-8	肝	4	IgG4 関連硬化性胆管炎 3) 胆管周囲の層状の線維化 (onion skin lesion) (当てはまらない記載)	3.93
I型-9	膝	4	膝神経内分泌腫瘍	3.24
I型-10	腎	3	IgA 腎症	2.23
I型-11	精巣	3	肉芽腫性精巣炎	3.79
I型-12	子宮体部 (肉眼のみ)	2	2) 子宮筋症	4.28
I型-13	卵管	2	Serous tubal intraepithelial carcinoma (STIC) 2) BRCA1	4.15
I型-14	乳腺	3	良性葉状腫瘍	4.19
I型-15	副腎	4	褐色細胞腫	4.64
I型-16	十二指腸	2	濾胞性リンパ腫 grade 1-2	3.96
I型-17	リンパ節 (頸部)	2	慢性リンパ性白血球病/小リンパ球性リンパ腫	2.78
I型-18	脾	2	髄外造血	4.36
I型-19	肩甲骨	2	ランゲルハンス細胞組織球症 パーベック顆粒	2.88
I型-20	大腿骨 (肉眼のみ)	1	2) 骨軟骨腫	4.28
I型-21	皮膚 (腹部)	1	マダニ咬症	4.85
I型-22	皮膚 (上腕)	2	カポジ肉腫 3) Podoplanin (D2-40) 陰性 (誤った記述)	3.41
I型-23	外陰	2	乳腺外 Paget 病	4.94
I型-24	脳 (大脳基底核部)	2	トキソプラズマ感染症	1.18
I型-25	脳 (前頭葉)	2	〔Oligodendroglioma〕4) 染色体 1p/19q の共欠失	4.14
I型-26	細胞診 (子宮頸部)	1	1) カンジダ症	4.55
I型-27	細胞診 (自然尿)	2	高異型度尿路上皮癌	3.33
I型-28	細胞診 (耳下腺)	3	1) 多形腺腫	3.56
I型-29	細胞診 (甲状腺)	2	乳頭癌	4.98
I型-30	細胞診 (前頭葉)	2	3) 悪性リンパ腫	4.23

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型-31	死体解剖資格を持たない医師でも事前に保健所に届けて許可を受ければ病理解剖ができる	○	0.9
I型-32	病理解剖実施に際する同意書に遺族の自筆署名があれば捺印は不要である	○	0.98
I型-33	ネクロプシーの実施に際して遺族の同意は不要である	×	1.00
I型-34	診療報酬上の病理診断料（組織診断料）は、実際の診断回数にかかわらず1患者に月1回のみ算定可能である	○	0.92
I型-35	細胞診の診療報酬点数は婦人科材料とその他の検体で異なる	○	0.97
I型-36	ホルムアルデヒドを使用する部署では作業環境測定記録を30年間保管する義務がある	○	0.93
I型-37	ホルマリン固定の際の液量は組織量と同量が目安である	×	0.97
I型-38	ゲノム診療用病理組織検体の固定には10%中性緩衝ホルマリンが推奨される	○	0.98
I型-39	がんゲノム医療におけるエキスパートパネルには複数の常勤病理医の参加が必須である	○	0.41
I型-40	EDTA 溶液で脱灰処理された検体は免疫組織化学法には適さない	×	0.99
I型-41	80% エタノールは結核菌の消毒に有効である	○	0.86
I型-42	プリオンは121°C/20分のオートクレーブでほぼ完全に不活化する	×	0.95
I型-43	新型コロナウイルス感染症を疑う患者から採取された未固定検体はクリーンベンチ内で取扱うことが推奨される	×	0.52
I型-44	パバニコロウ染色の工程にヘマトキシリン色素による染色は含まれない	×	0.96
I型-45	細胞診のギムザ染色では異染性（メタクロマジー）の観察が可能である	○	0.98
I型-46	胃癌手術検体のHER2免疫組織化学法では、腫瘍細胞の10%以上において強い細胞質の染色が認められた場合に3+とする	×	0.84
I型-47	<i>In situ hybridization</i> 法は点突然変異の検出に頻用される	×	0.74
I型-48	p53 蛋白の免疫組織化学法において、癌細胞核がびまん性陰性を示す場合には <i>TP53</i> 遺伝子に変異があることが推測される	○	0.96
I型-49	標本上の腫瘍細胞含有率（全細胞数に対する腫瘍細胞の割合）が5%以上あれば、遺伝子パネル検査で精度の高い結果が期待できる	×	0.98
I型-50	迅速組織診断用の検体は、十分量の生理的食塩水に浸して提出するよう依頼する	×	0.99

【既往歴】 難治性潰瘍にて胃・十二指腸切除術（40年前）。

【現病歴】

9年前にタンパク尿を指摘され、腎生検を施行された（図1）。抗核抗体陰性で血尿はなく、腎機能異常は比較的軽症であったため保存的に加療されていた。6年前より浮腫が増悪し、ネフローゼ症候群と診断された。プレドニゾロン（PSL）40 mg/日の投与が開始され、22.5 mg 時にシクロス

表 6. IIa 型問題の解答と平均点

	臓器	疾患名	平均点
IIa型-1	肺	腺扁平上皮癌	3.81
IIa型-2	肺	アスベスト肺	3.93
IIa型-3	縦隔	胸腺腫, type B1	4.51
IIa型-4	食道	好酸球性食道炎	4.52
IIa型-5	直腸	カルチノイド腫瘍	4.56
IIa型-6	肝	細胆管細胞癌	2.95
IIa型-7	睪	腺房細胞癌 2) Bcl-10	2.95
IIa型-8	膀胱	尿路上皮内癌	3.17
IIa型-9	精巣	精母細胞性腫瘍	3.45
IIa型-10	子宮頸部	分葉状頸管腺過形成 (LEGH)	4.14
IIa型-11	卵巣	成人型顆粒膜細胞腫	3.15
IIa型-12	乳腺	粘液癌	4.50
IIa型-13	甲状腺	腺腫様甲状腺腫	3.88
IIa型-14	リンパ節(頸部)	古典的ホジキンリンパ腫(結節硬化型)	3.04
IIa型-15	骨髄	骨髄異形成症候群	2.62
IIa型-16	大腿骨	軟骨芽細胞腫	2.09
IIa型-17	皮膚(下腿)	皮膚サルコイドーシス	4.56
IIa型-18	皮膚(前額部)	基底細胞癌	4.64
IIa型-19	小脳橋角部	線維性髄膜腫	1.22
IIa型-20	鞍上部	頭蓋咽頭腫	4.57

ポリンの併用を開始した。投薬開始後3か月でタンパク尿が陰性化し、以降はPSL 15 mg とシクロスポリンで緩解を維持していた。

死亡3か月前に尿蛋白および全身の浮腫が出現し、ネフローゼ症候群の再燃と診断された。PSLを30 mg/日に増量して外来で経過観察していたが、3週間を経過しても浮腫の改善がなかった。死亡2か月前に強化治療の目的で前医に入院し、翌日より水溶性PSL 50 mg/日の点滴静注を開始した。死亡1か月前に両上肢と顔面の振戦が出現し、徐々に活動性の低下、尿失禁、ふらつきが出現した。死亡10日前より被害妄想的になり、医療行為に対して拒否的な態度を示し始めた。死亡5日前には飲食および内服が不能な状態となり、不穏で易怒的かつ暴力的な行動がみられ、バイタルサインも測定できない状態であった。死亡3日前の早朝より体動の減少と意識レベルの低下を呈し、当院に転院した。
<入院時現症>

・バイタルサイン

体温 37.7°C, 脈拍 72/分, 収縮期血圧 60 mmHg 台, SpO2 98% (room air), 呼吸回数 15/分, 意識レベル Japan Coma Scale 30~300

表 7. IIb 型問題の解答と平均点

	臓器	疾患名	平均点
IIb型-1	肺	小細胞癌	3.51
		1) CD56, 2) Chromogranin A, 5) Synaptophysin	
IIb型-2	肺	過誤腫	4.91
IIb型-3	肺	肺胞蛋白症	4.36
IIb型-4	下顎骨	歯原性角化嚢胞	4.37
IIb型-5	食道	顆粒細胞腫	4.63
IIb型-6	胃	腎明細胞癌の転移	4.44
IIb型-7	結腸	Sessile serrated adenoma/polyp (SSA/P)	4.58
IIb型-8	胆嚢	腺扁平上皮癌	2.52
IIb型-9	腎	オンコサイトーマ	3.92
IIb型-10	子宮体部	Endometrial glandular and stromal breakdown	2.10
IIb型-11	卵巣	粘液性癌	2.42
IIb型-12	乳腺	乳管内乳頭腫	3.68
IIb型-13	乳腺	授乳期乳腺	2.91
IIb型-14	甲状腺	濾胞型乳頭癌	3.73
IIb型-15	骨髄	慢性骨髄性白血病	3.15
IIb型-16	皮下(項部)	紡錘形細胞脂肪腫	2.10
IIb型-17	皮膚(頸部)	脂漏性角化症	4.55
IIb型-18	皮膚(足趾)	コレステロール塞栓	4.25
IIb型-19	側脳室	Central neurocytoma	2.87
IIb型-20	脊髄(馬尾)	Myxopapillary ependymoma	3.30

・身体所見

頭頸部：眼瞼結膜貧血あり，眼球結膜黄染なし，頸部リンパ節触知せず，頸静脈怒張なし。胸部：心音整，明らかな心雑音なし，呼吸音清，Cheyne-Stokes呼吸様。腹部：腸蠕動音正常，肝臓脾臓を触知せず，心窩部正中に手術痕あり。直腸診：下血あり。四肢：明らかな麻痺なし，末梢冷感あり。皮膚：turgorの低下あり。

<入院時尿検査所見>

蛋白 30 mg/dL, 糖 (-), ケトン体 (-), 亜硝酸塩 (-), 白血球 (-)

<当院入院時血液検査所見> (括弧内は施設基準値)

血算：赤血球数 228×10⁴/μL (420-570), ヘモグロビン 7.1 g/dL (13.2-17.3), ヘマトクリット 23.5% (40-52), 白血球数 15.2×10³/μL (4.0-9.6), 好中球 % 93.0 % (42.2-73.2), 血小板数 186×10³/μL (160-350)

生化学：TP 4.2 g/dL (6.3-7.9), Alb 2.0 g/dL (4.1-5.1), T-Bil 1.5 mg/dL (0.3-1.2), CRP 3 mg/dL (0.1 未満), AST 961 U/L (13-33), ALT 623 U/L (8-42), LDH 1,498 U/L (119-229), ALP 279 U/L (115-359) γ-GTP 18 U/L (10-47),

表 8. IIc 型問題の解答と平均点

	臓器	疾患名	平均点
IIc型-1	気管支	腺様嚢胞癌	4.83
IIc型-2	歯肉	悪性黒色腫	4.86
IIc型-3	舌	扁平上皮癌	4.90
IIc型-4	胃	低分化型腺癌	4.83
IIc型-5	結腸	クローン病	4.82
IIc型-6	肝(迅速標本)	陰性	1.78
IIc型-7	尿管(迅速標本)	陰性	4.19
IIc型-8	前立腺	Gleason score 4+5=9	3.15
IIc型-9	腹膜(迅速標本)	子宮内膜症	4.77
IIc型-10	子宮頸部	3) HSIL/CIN3	2.16
IIc型-11	乳腺	女性化乳房	3.21
IIc型-12	縦隔	4) Tリンパ芽球性リンパ腫	3.29
IIc型-13	皮膚(腹部)	Bowen病	3.54
IIc型-14	皮膚(大腿)	尋常性疣贅	4.46
IIc型-15	皮膚(下眼瞼)	脂腺癌	4.73
IIc型-16	細胞診(腔断端)	1) 萎縮性陰炎	2.93
IIc型-17	細胞診(内膜)	腺癌(類内膜癌)	4.34
IIc型-18	細胞診(カテ尿)	1) 陰性	1.71
IIc型-19	細胞診(耳下腺)	2) ワルチン腫瘍	3.83
IIc型-20	細胞診(睪)	5) 充実性偽乳頭状腫瘍	3.29

アンモニア 48 μg/dL (47 以下), ChE 81 U/L (213-501), CK 819 U/L (62-287), CK-MB 33.9 U/L (0-10), troponin I 1.23 ng/mL (0-1.0), UA 14.5 mg/dL (3.2-7.0), BUN 129 mg/dL (8-20), Cre 4.37 mg/dL (0.7-1.1), Na 154 mEq/L (137-145), K 5.2 mEq/L (3.5-4.8), Cl 104 mEq/L (100-107), 無機リン 8.8 mg/dL (2.5-4.1), Ca 7.6 mg/dL (8.9-10.5), 血糖 155 mg/dL (70-105), HbA1c 5.6% (4.6-6.2), CH50 19 U/mL (30-46), C3 40 mg/dL (65-135), C4 17 mg/dL (13-35)

凝固系：fibrinogen 272 mg/dL (150-330), PT 活性 % 50 % (70-130), APTT 26.1 秒 (27-39), FDP 3.9 μg/mL (4.0), D-dimer 3.1 μg/mL (1.0)

<入院時画像所見>

・頭部 MRI (図 2)：両側大脳，小脳，脳梁膨大部，脳幹に拡散低下域が多発。

・頭部 CT：橋左側にやや目立つ低吸収域あり。両側大脳基底核に小さく明瞭な低吸収域あり。

・体幹 CT：明らかなリンパ節腫脹や占拠性病変なし。前立腺腫大あり。

<入院時生理機能検査>

・心電図：洞調律，II, III, aVF, V4-6にて陰性 T 波あり。ST 変化なし。

・心エコー：左室収縮能は正常範囲内，駆出率 55-60%。
<入院時神経学的所見>

瞳孔 3/3 mm，両側対光反射あり，左共同偏視あり。

【入院後経過】

入院時（死亡 3 日前，第 1 病日）における収縮期血圧が 60 mmHg 台で，RBC および Hb は前医の数値から急激に低下していた一方，WBC と好中球は上昇し，AST と ALT は著明に上昇していた。臨床的に脱水症，失血，敗血症などが疑われ，輸液，濃厚赤血球 2 単位の輸血，ドーパミン，プロトンポンプ阻害薬，抗菌薬などが投与され，血圧は 90/75 mmHg に回復し，第 2 病日には Hb 8.3 と反応したが，第 3 病日には Hb 7.7 と再び低下した。BUN やクレアチニンは高値が持続したが加療により電解質や酸塩基平衡はおおむね問題なく維持され，20-30 mL/時の尿量が得られていた。入院中，意識状態が改善することはなかった。死亡当日早朝に突然 SpO₂ が 60% 台に低下し，続いて脈拍が低下して約 30 分後に心肺停止に至った。

2) 剖検時の主な所見

死後 5 時間 30 分で剖検を開始した。身長 164 cm，体重 54 kg。

主要臓器の重量：心臓 480 g，左肺 480 g，右肺 590 g，肝臓 1,260 g，脾臓 110 g，脾臓 48 g，左腎臓 140 g，右腎臓 135 g，左副腎 16 g，右副腎 5 g，甲状腺 16 g，脳 1,350 g。

体腔液：左胸腔 150 mL，右胸腔 200 mL，心嚢 80 mL，腹腔 90 mL。いずれも黄色透明。

外表および主要臓器の肉眼所見：

眼瞼結膜に浮腫と貧血あり，眼球結膜に黄染なし。瞳孔径は左右ともに 6 mm。右頬部に 8×5 cm，左上腕に 3 cm の皮下出血斑あり。腹部正中に 14 cm の手術瘢痕あり。表在リンパ節は触知せず。肛門から黒色便の流出あり。

開胸時に胸膜癒着なし。開腹すると胃と小腸が腹壁と癒着しており，胃は空腸と吻合されていた。

脳は外表的に著変なし。脳ヘルニアの所見なし。固定後の断面で，大脳，小脳，脳幹に最大 1.5 cm 程度の軟化巣が多発している。基底核領域に小さな空洞病変を認める。

心臓の断面で左室の求心性肥大と心室中隔に微小な白色の病変を認める。弁膜に著変なし。左右冠状動脈には軽度に粥状硬化性病変を認めるも有意狭窄なし。

両肺は胸膜平滑で含気はおおむね良好，背側を主体にうっ血を認める。左肺に図に示したような所見あり(図 5)。

肝臓の表面は平滑で，断面にて 5 cm 大の嚢胞と暗赤色で点状の小葉紋理を認める (図 6)。

腎臓は左右ともに皮質が萎縮し，被膜面に微小嚢胞形成と顆粒状の変化を認める (図 7)。

腋窩，縦隔，傍大動脈，腸間膜のリンパ節に明らかな腫大なし。

大動脈に中等度の粥状硬化がみられる (図 8)。

甲状腺に 5 mm 大の白色結節を認める。

左副腎に直径約 2 cm の境界明瞭な黄色結節を認める (図 9)。

残胃は空腸と吻合された状態。

胆嚢に胆石と壁肥厚を認める (図 10)。

空腸に直径約 1.5 cm の潰瘍を伴う白色腫瘤を認める (図 11)。

下部直腸の複数箇所に出血を伴う潰瘍を認める (図 12)。小腸から大腸にかけて暗赤色から黒色の泥状便を認める。

前立腺に腫大を認める。

脾臓に萎縮を認める。

膀胱，膀胱，精巣に著変なし。

椎体骨髄は赤色髄であり，著変なし。

3) 配布写真

図 1. 腎生検 (HE, PAS, PAM, IgG, C3)

図 2. 生前脳画像 (MRI 拡散強調画像)

図 3. 脳 (固定後)

図 4. 心臓 (未固定)

図 5. 左肺 (固定後)

図 6. 肝臓 (未固定)

図 7. 腎臓 (未固定)

図 8. 大動脈 (固定後)

図 9. 左副腎 (固定後)

図 10. 胆嚢 (未固定)

図 11. 小腸 (固定後)

図 12. 直腸 (未固定，剖出時の操作により分割されている)

4) 配布標本 (バーチャルスライド)

1. 大脳 (右前頭葉)，HE 染色

2. 小脳 (虫部)，HE 染色

3. 肺 (右上葉)，HE 染色

4. 肝臓，HE 染色

5. 腎臓，HE 染色

6. 前立腺，HE 染色

7. 胆嚢，HE 染色

8. 空腸，HE 染色

9. 副腎，HE 染色

10. 甲状腺，HE 染色

5) 設問

問 1.

本症例の腎生検について以下の問いに答えよ。

1) 病理組織学的所見および推定される電顕所見を説明せよ。

2) 腎病変の診断名を答えよ。

問 2.

本症例の脳病変について以下の問いに答えよ。

- 1) 病理学的所見と臨床経過・症状との関連を考察せよ。
- 2) 確定診断に有用な免疫組織化学的マーカーを列挙せよ。

問 3.

本症例の病理解剖診断を主病変と副病変とに分け、箇条書きで記載せよ。

問 4.

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

[模範解答]

問 1.

1) 糸球体の糸球壁が全節性に肥厚している。ただし、部位により厚さにばらつきはある。メサングウム細胞の増殖や内皮細胞の肥大は目立たない。PAM 染色で観察すると、免疫複合体や補体からなる沈着物によりスパイク構造が認められる。電子顕微鏡で観察すると、基底膜の上皮側に沈着物を認める。

- 2) 膜性腎症

問 2.

1) 大脳および小脳の血管内に異型リンパ球が充満する像が随所に認められる。脳実質には小型の脳梗塞が多発しており、異型リンパ球の分布様式と梗塞病変の局在に相関性が示唆されることから、梗塞の原因は異型リンパ球による腫瘍塞栓と考えられる。梗塞病変は亜急性期（数日から1か月以内）のものが主体である。本例は死亡する1か月前から神経症状が出現しはじめ、10日前頃から被害妄想や意識障害や進行して、3日前からは体動と発語が減少して意識状態が著しく悪くなり、それ以降は改善がみられなくなっており、梗塞病変の時相と臨床経過はおおむね一致している。

- 2) CD20, CD79a, PAX5, CD3 (CD45RO) など。

問 3.

主病変

二重癌

- ①血管内大細胞型 B 細胞性リンパ腫
浸潤；脳・肺・前立腺
多発脳梗塞（異型リンパ球塞栓による）
- ②前立腺癌（ラテント癌）
Gleason score 5+4=9 転移；なし

副病変

1. 肺血栓塞栓症（480；590 g）
2. 肝小葉中心壊死（ショック肝）（1260 g）
3. 膜性腎症（治療後）（140；135 g）
4. 左室求心性肥大、陳旧性心筋梗塞（前壁中隔、480 g）
5. 直腸潰瘍
6. 慢性胆嚢炎+胆嚢腺筋症
7. 副腎皮質腺腫
8. 小腸 消化管間質腫瘍（GIST）
9. 腺腫様甲状腺腫
10. 中等度の動脈粥状硬化
11. 胃・十二指腸切除後
12. 腔水症（胸水 左 150 mL, 右 200 mL, 心嚢液 80 mL, 腹水 90 mL）
13. 男性屍, 身長 164 cm, 体重 54 Kg

問 4.

図 1 に示す。

5. 成績と合否判定

本年度の成績概要を表 9 に示す。I+II 型および III 型+面接の得点分布を図 2, 3 に示す。

試験全体の平均点は 462 点（620 点満点, 得点率 74.6%）で、ほぼ例年通りの水準であった。

I+II 型の平均点は 354 点（470 点満点, 得点率 75.3%）で、約 70% の受験生が得点率 70% 以上の高得点帯に分布していた。正答率 60% の合格ラインを下回ったのは 11 名であった。I 型と II 型の平均点はそれぞれ 134 点（170 点満点, 得点率 78.5%）、220 点（300 点満点, 得点率 73.4%）で、例年とほぼ同様であった。各群における設問ごとの平均点は I 型 1.18~4.98, IIa 型 1.22~4.64, IIb 型 2.10~4.91, IIc 型 1.71~4.90 であり、日常的に遭遇する機会の少ない脳神経系、軟部領域の疾患で点数が低い傾向にあった。また、IIc 型の迅速診断や細胞診では陰性（悪性でない）を正答とする問題で低い傾向があり、IIb 型の子宮内膜病変（IIb型-10, endometrial glandular and stromal breakdown）も同様の理由で平均点が低かったものと思われた。全体を通して極端に得点率の低い問題は少なく、5 点満点中 2 点未満の問題は I 型写真問題 30 題中 1 題、II 型 60 題中 3 題であり、細胞診問題では 10 題中 1 題のみであった。一方、4 点以上の高得点であった問題は、I 型写真問題 30 題中 16 題、II 型 60 題中 26 題であり、細胞診問題では 10 題中 4 題が該当した。

I 型文章題の平均点は 17.9 点（20 点満点, 得点率 89.3%）で、例年よりも 1~2 点高かった。設問ごとの平均点は 0.41~1.0 であり、過去に類似問題が出題されていないものは低い傾向にあった。

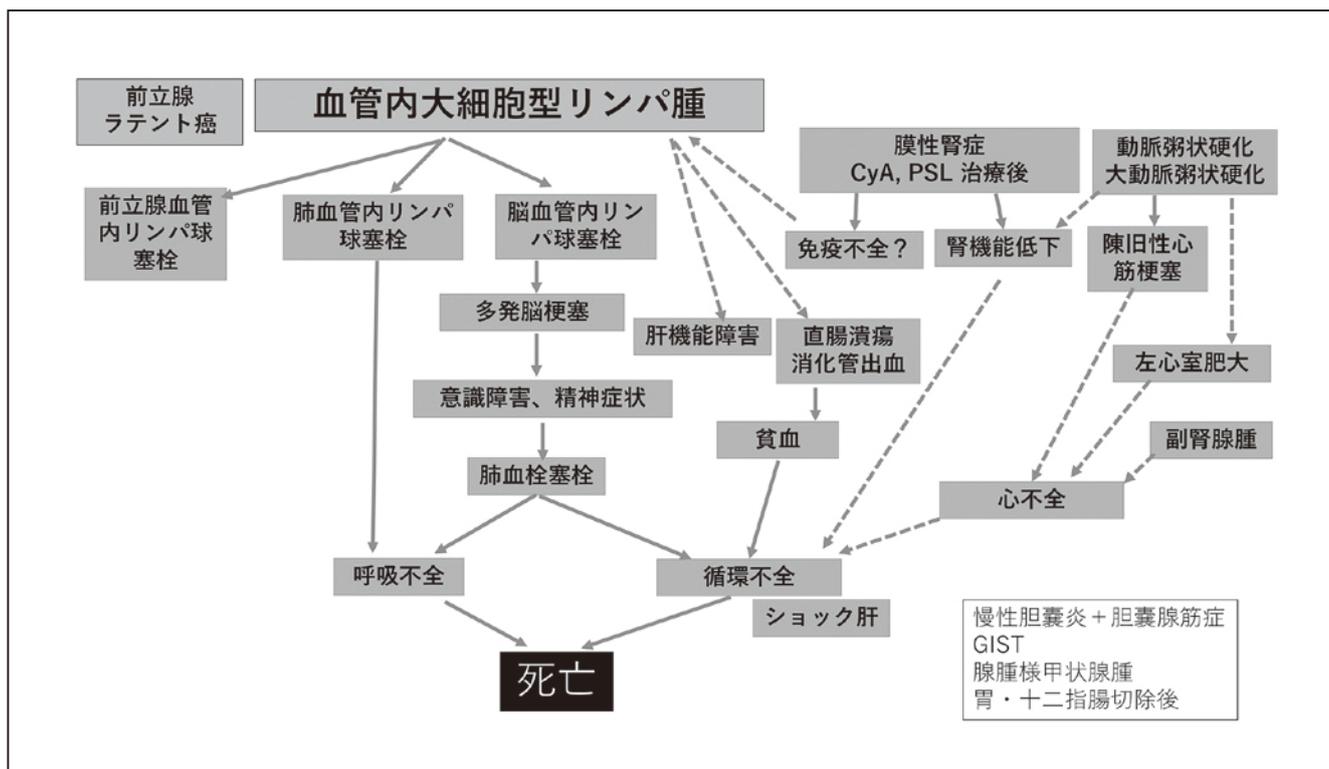


図 1. III 型問題フローチャート

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	462.36	65.42	396.94	331.52	580	307
I 型写真	150	115.65	17.99	97.65	79.66	150	65
I 型文章	20	17.85	1.66	16.19	14.52	20	13
I 型小計	170	133.50	18.73	114.77	96.05	170	81
IIa 型	100	72.25	13.62	58.63	45.01	97	32
IIb 型	100	72.31	14.13	58.18	44.05	99	33
IIc 型	100	75.62	11.28	64.35	53.07	100	33
II 型小計	300	220.18	32.60	187.58	154.98	273	141
I+II 型合計	470	353.68	48.59	305.08	256.49	439	223
III 型 (面接を含む)	150	108.68	24.28	84.40	60.12	147	54
細胞診合計	50	34.94	8.09	26.85	18.76	50	13

III 型問題は、血管内悪性リンパ腫の解剖症例を題材とした。バーチャルスライドによる組織形態観察で血管内の異型リンパ球に気づかない受験生もいることが予想されたため、主病変が答えられなくても点を取れるよう、生前の腎病変に関する設問（問 1）を加えた。また、問 2 で脳病変と臨床経過・症状との関連を考察させて多発血管障害の存在を示唆した。さらに複数の副病変を用意し、細かく加点できるように工夫した。面接点を含めた III 型問題の平均

点は 109 点（150 点満点、得点率 72.5%）であり、主病変として血管内悪性リンパ腫を記載できた受験生は 111 人中 58 人（52%）であった。悪性リンパ腫との記載がなくても、副病変の記載やフローチャートにみられる病態生理の流れ等で細かい加点が行われ、さらに面接による口頭試問の結果も合わせた総合的な評価が行われた結果、多数の受験生が合格点に達した。

試験の合否判定については、採点・集計された結果をも

I型+II型

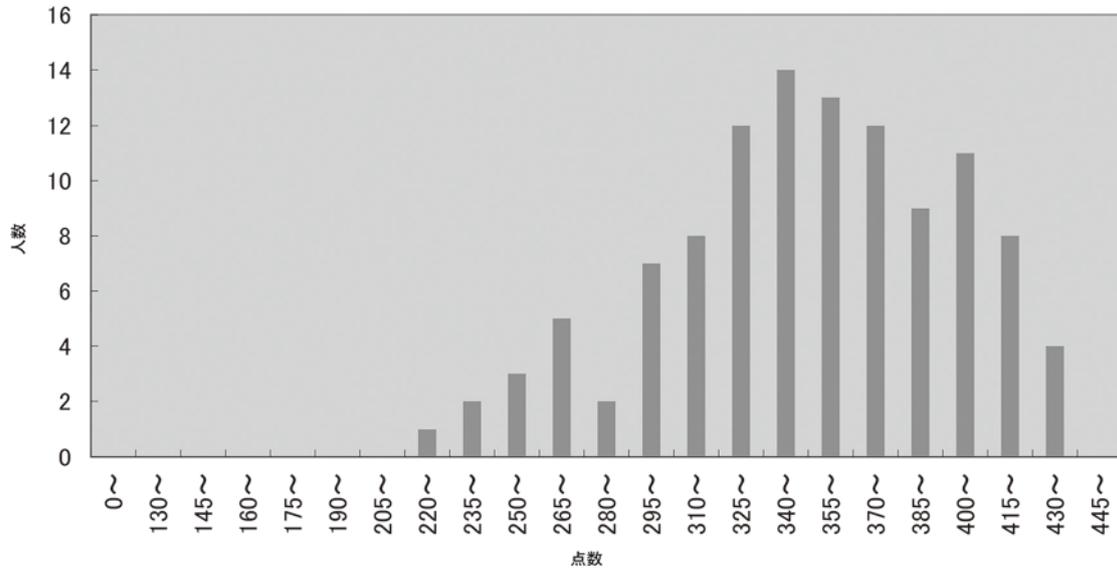


図2. I型+II型, 得点分布

III型+面接

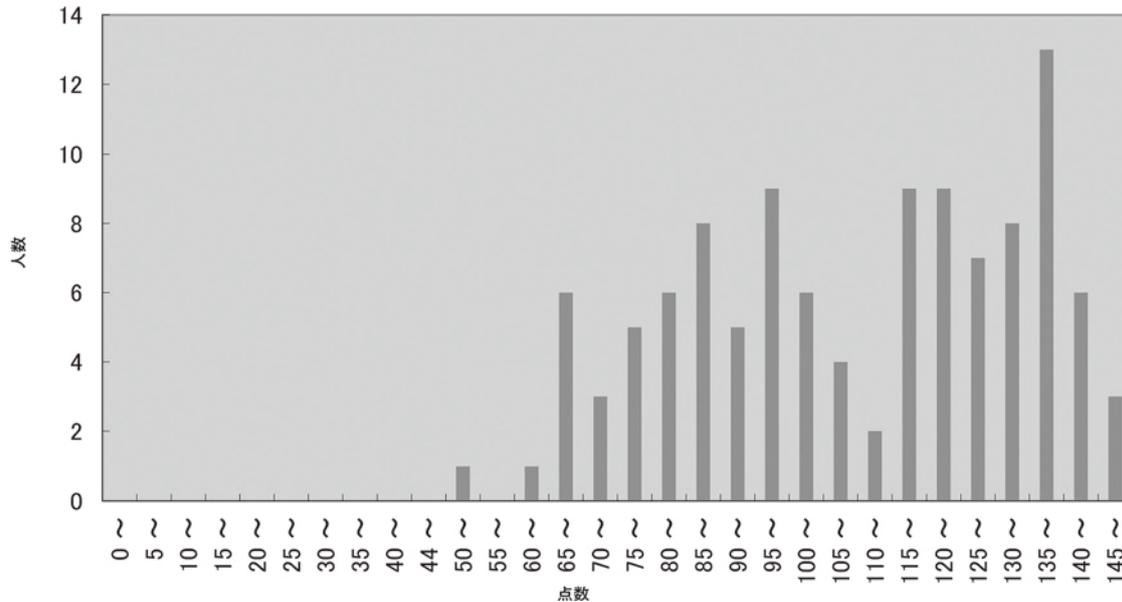


図3. III型+面接, 得点分布

とに試験実施委員および試験委員が合否の目安を設定し、9月27日に開催された病理専門医制度運営委員会で最終的に合否が決定された。

6. アンケート結果

例年と同様に、試験終了後に無記名のポストアンケートを行った（回収率100%、回答数111）。その内容と結果のまとめを表11に示す。

受験生の所属は、大学医学部の病理学教室（講座）が

33名（30%）、大学病院の病理（病理診断科）が44名（40%）、国公立（法人）センターが16名（14%）、それ以外の病院が23名（20%）であった（重複解答5名）。病理医としてのキャリアは、4年目が61名（55%）、5年目が30名（27%）、6年以上10年未満が18名（16%）、10年以上が2名（2%）であった。

試験問題の難易度について、I型、II型は適当との評価が多かったが、III型はやや難しい～難しいとの意見が多かった。III型については「試験時間の長さ」でやや短い

表 10. 病理専門医試験年次別成績推移

回	年	会 場	試験実施 委員長	試 験 委員長	受験 者数	合格 者数	合格率 (%)	文 献
1	S58 ('83)	東 大	渡辺 恒彦	菊地 浩吉	36	31	86.1	
2	S59 ('84)	東 大	下里 幸雄	菊地 浩吉	43	36	83.7	
3	S60 ('85)	医 歯	喜納 勇	遠城寺宗知	48	39	81.3	
4	S61 ('86)	医 歯	並木 恒夫	菊地 浩吉	67	59	88.1	
5	S62 ('87)	慶 應	福田 芳郎	菊地 浩吉	97	81	83.5	
6	S63 ('88)	慶 應	牛込新一郎	杉山 武敏	63	56	88.9	病理と臨床 7: 138, 1989
7	H1 ('89)	慈 恵	桜井 勇	杉山 武敏	68	56	82.4	同上 8: 133, 1990
8	H2 ('90)	慈 恵	山口 和克	菊地 浩吉	70	63	90.0	同上 9: 129, 1991
9	H3 ('91)	京 大	杉山 武敏	菊地 浩吉	69	62	90.0	同上 10: 123, 1992
10	H4 ('92)	京 府	芦原 司	玉置 憲一	65	56	86.1	同上 11: 109, 1993
11	H5 ('93)	日 大	秦 順一	玉置 憲一	80	69	86.3	同上 12: 131, 1994
12	H6 ('94)	日 大	小池 盛雄	三方 淳男	70	58	82.9	同上 13: 113, 1995
13	H7 ('95)	女子医	加藤 洋	三方 淳男	75	61	81.3	Pathol Int 46: (5), 卷末 7, 1996
14	H8 ('96)	女子医	向井 清	牛込新一郎	97	79	81.4	同上 46: (10), 卷末 3, 1996
15	H9 ('97)	阪 大	青笹 克之	牛込新一郎	77	69	89.6	同上 47: (12), 卷末 7, 1997
16	H10 ('98)	阪 医	森 浩志	青笹 克之	86	72	83.7	同上 48: (11), 卷末 5, 1998
17	H11 ('99)	昭 和	坂本 穆彦	向井 清	88	73	83.0	同上 49: (10), 卷末 5, 1999
18	H12 ('00)	昭 和	根本 則道	加藤 洋	87	73	83.9	同上 50: (10), 卷末 5, 2000
19	H13 ('01)	東 大	森永正二郎	加藤 洋	75	61	81.3	同上 51: (9), 卷末 7, 2001
20	H14 ('02)	東 大	藤岡 保範	深山 正久	87	74	85.1	同上 52: (10), 卷末 7, 2002
21	H15 ('03)	名市大	黒田 誠	深山 正久	87	76	87.3	同上 53: (9), 卷末 7, 2003
22	H16 ('04)	名 大	白石 泰三	黒田 誠	72	61	84.7	同上 54: (9), 卷末 3, 2004
23	H17 ('05)	日医大	清水 道生	黒田 誠	60	52	86.7	同上 55: (9), 卷末 3, 2005
24	H18 ('06)	日医大	仁木 利郎	清水 道生	65	49	75.4	同上 56: (10), 卷末 5, 2006
25	H19 ('07)	医 歯	野口 雅之	清水 道生	92	69	75.0	同上 57: (9), 卷末 3, 2007
26	H20 ('08)	医 歯	中谷 行雄	仁木 利郎	90	66	73.3	同上 58: (9), 卷末 5, 2008
27	H21 ('09)	京 府	野々村昭孝	仁木 利郎	80	64	80.0	同上 59: (9), 卷末 3, 2009
28	H22 ('10)	京 府	岡部 英俊	野島 孝之	81	62	76.5	会報 272 号 PDF, 2010
29	H23 ('11)	名 大	北川 昌伸	野島 孝之	83	73	88.0	会報 284 号 PDF, 2011
30	H24 ('12)	名 大	野島 孝之	北川 昌伸	89	72	80.9	会報 296 号 PDF, 2012
31	H25 ('13)	東医大	安田 政実	北川 昌伸	70	56	80.0	会報 308 号 PDF, 2013
32	H26 ('14)	東医大	大橋 健一	安田 政実	90	74	82.2	会報 320 号 PDF, 2014
33	H27 ('15)	東邦大	津田 均	安田 政実	78	61	78.2	会報 333 号 PDF, 2015
34	H28 ('16)	東邦大	長尾 俊孝	大橋 健一	86	74	86.0	会報 345 号 PDF, 2016
35	H29 ('17)	神戸大	廣瀬 隆則	大橋 健一	86	71	82.6	会報 356 号 PDF, 2017
36	H30 ('18)	医 歯	長嶋 洋治	大橋 健一	122	100	82.0	会報 367 号 PDF, 2018
37	R1 ('19)	医 歯	中村 直哉	大橋 健一	115	92	80.0	会報 377 号 PDF, 2019
38	R2 ('20)	阪 大	廣田 誠一	大橋 健一	121	113	93.4	会報 391 号 PDF, 2020
39	R3 ('21)	東 京	柴原 純二	大橋 健一	136	114	83.8	会報 403 号 PDF, 2021
40	R4 ('22)	東 京	笹島ゆう子	柴原 純二	111	89	80.2	会報 414 号 PDF, 2022

と答える受験生が多く、バーチャルスライドでの血管内悪性リンパ腫の診断に困難を感じる者が多かったものと思われる。

細胞診問題の難易度については例年通りやや難しいと答えた受験生が多かった。バーチャルスライドの導入に伴い、マーキングがなくなったことでスクリーニング範囲を広く感じる受験生もいたようであるが、バーチャルスライド化した領域は1平方センチメートルであり、妥当な範囲と考えられる。

写真集を PDF で配布するのは今回初めての試みであっ

たが、I型で画質の評価がやや低く改善の余地は残されたものの、概ね受け入れられたものと思われる。

スライドガラスのバーチャルスライド化にあたっては、細心の注意を払って適切な視野と画質を確保したつもりである。すべてのバーチャルスライドデータを試験実施委員で共有し、改善を重ねたうえで試験に供した。III型での評価がやや低かったものの、自由意見では「きれいで見やすい」との意見も複数見られた。III型での低評価はバーチャルスライドでの血管内悪性リンパ腫の診断の困難さと関連するものと思われる。全ての標本を40倍で取り込む

表 11. ポストアンケート集計結果

アンケート結果	回答の基準	対象	平均値 (最小～最大)
試験問題の難易度	1 易しかった 2 やや易しかった 3 適当 4 やや難しかった 5 難しかった	A) I型問題写真 B) I型文章問題 C) IIa, b型問題 D) IIc型問題 E) III型(剖検)問題	3.3 (1～5) 2.6 (1～5) 3.1 (1～5) 3.5 (1～5) 4.1 (2～5)
出題内容の適切さ	1 易しかった 2 やや易しかった 3 適当 4 やや難しかった 5 難しかった	A) I型問題写真 B) I型文章問題 C) IIa, b型問題 D) IIc型問題 E) III型(剖検)問題	3.1 (1～5) 2.8 (1～5) 3.1 (1～5) 3.4 (2～5) 3.8 (2～5)
試験時間の長さ	1 長い 2 やや長い 3 適当 4 やや短い 5 短い	A) I型問題写真 B) I型文章問題 C) IIa, b型問題 D) IIc型問題 E) III型(剖検)問題	3.0 (1～5) 2.8 (1～5) 2.9 (1～5) 3.0 (1～5) 3.8 (2～5)
細胞診の難易度	1 易しかった 2 やや易しかった 3 適当 4 やや難しかった 5 難しかった	I型およびIIc型	3.8 (2～5)
細胞診の問題数	1 少ない 2 やや少ない 3 適当 4 やや多い 5 多い	I型およびIIc型	3.3 (2～5)
写真集 PDF について	1 不適切 2 やや不適切 3 どちらともいえない 4 やや適切 5 適切	A) I型写真の画質 B) I型1問当たりの写真数 C) III型写真の画質 D) III型写真の数	3.7 (1～5) 4.1 (1～5) 4.1 (1～5) 4.1 (1～5)
WSI について	1 不適切 2 やや不適切 3 どちらともいえない 4 やや適切 5 適切	A) II型WSIの画質・焦点 B) II型WSIの標本の大きさ C) III型WSIの画質・焦点 D) III型WSIの標本の大きさ	4.0 (1～5) 4.3 (2～5) 3.8 (1～5) 4.2 (2～5)
使用した PC	1 不適切 2 やや不適切 3 どちらともいえない 4 やや適切 5 適切	I型, II型, III型	4.6 (2～5)
試験内容と日常業務の関連性	1 低い 2 やや低い 3 どちらともいえない 4 やや高い 5 高い	I型, II型, III型	3.7 (1～5)
本試験の全体的な質	1 低い 2 やや低い 3 どちらともいえない 4 やや高い 5 高い		4.2 (2～5)
試験日程ならびに進行	1 不適切 2 やや不適切 3 どちらともいえない 4 やや適切 5 適切		4.5 (1～5)
試験場の設備, 環境	1 不適切 2 やや不適切 3 どちらともいえない 4 やや適切 5 適切		4.6 (2～5)

ことはファイル容量の点で現実的でないが、症例や臓器に応じて20倍取り込みと40倍取り込みを使い分ける工夫が必要と思われた。

使用したPCについては概ね問題ないとの評価であった。昨年問題となったモニタの色調については今回とくに指摘はなかった。昨年の経験から、複数のバーチャルライドを同時に開くことによる動作不具合について、試験開始前に受験生に注意喚起が促されたことで試験中の動作不具合の報告はみられなかった。

試験内容と日常業務の関連性については、例年よりやや高く評価されており、今回の作問方針である、日常的に頻度の高い疾患、頻度は低くても覚えておくべき重要疾患中心の出題が評価されたものと思う。このことは本試験の全体的な質の評価にもつながったものと思われる。

試験日程ならびに進行、試験場の設備、環境は例年に比して0.2~0.3ポイント高く評価されており、試験に携わった多くの委員の先生方、病理学会事務局の方々、当日の運営にご協力いただいた杏林大学、東京大学、東京医科歯科大学のスタッフの方々のご尽力の賜物である。

7. おわりに

まずは本試験に合格された先生方、おめでとうございませう。試験直前の7~8月に新型コロナウイルスの爆発的流行が起り、ご自分やご家族の感染の不安を抱えつつの試験勉強であったと思います。今回は受験生111人に対して合格者89人(合格率80.2%)と例年に比してやや少ない数字ですが、不屈の精神で合格を勝ち取った先生方に心からの敬意を表します。残念ながら不合格となった先生方は、今回何が足りなかったのかをよく検討し、来年の受験に向けて準備を進めてください。

言い古されていることではありますが、病理専門医試験合格はゴールではなくスタートです。これから病理専門医としての研鑽を積むスタート地点に立ったものと理解し、日々努力を怠らず精進していただきたいと思ひます。

今回はバーチャルライドを用いた新たな試験方式を導入した2回目の試験となりました。昨年の経験を活かして画質の問題や運用方法は改善していると思われ、今後も経験が蓄積されることにより一層進化したものに変わっていくものと思ひます。それにつれて、これまでのI型~III

型の出題形式、出題内容にも検討が必要となる場面が出てくるかもしれません。いずれにしても、良質な病理専門医育成のための資格試験として理想的な試験が実現されることを期待しています。

最後に、2022年度病理専門医試験に携わった委員の先生方を表12に示します。特に病理専門医試験実施委員、口腔病理専門医試験実施委員の先生方には、半年以上の時間をかけて多数回のディスカッションを重ね、多数の良問を作成していただきました。本当にありがとうございます。せっかく大きな連帯感が生まれたところでしたが、コロナ禍の影響で懇親会を行うこともできず本当に残念に思っています(機会あればいつの日か...)。委員長補佐として各種の実務・雑務を驚異的なスピードと精度でこなしてくださった沼倉里枝先生、土谷麻衣子先生にも感謝いたします。同じく委員長補佐という位置づけで藤井丈士先生にはバーチャルライドにかかわる様々なご指導とお骨折りをいただきありがとうございました。試験委員長の柴原純二先生には昨年の実施委員長としてのご経験と今回の試験委員長としてのお立場の双方から諸々のご指導をいただきました。心より御礼申し上げます。さらに、柴原先生をはじめとする試験委員の先生方、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、三好香織様、加藤春奈様、松平美紀様、本間かやの様(特に宮本様には一方ならぬご尽力をいただきました)、JTBコミュニケーションデザインの館智美様、会場係としてご協力いただきました杏林大学、東京大学、東京医科歯科大学のスタッフの先生方にも深謝申し上げます。

表 12. 第40回日本病理学会病理専門医試験委員構成

第40回日本病理学会病理専門医試験実施委員
笹島ゆう子(委員長)、安達章子、阿部佳子、尾島英知、田尻琢磨、外岡暁子、前島亜希子、元井 亨、森田茂樹、矢持淑子、横尾英明
面接委員:
根本哲生、熊坂利夫、本間尚子、高澤 豊、坂谷貴司、百瀬修二、長濱清隆、松林 純、櫻井うらら、二宮浩範、井上雅文
病理専門医試験委員:
柴原純二(委員長)、中黒匡人、倉田盛人、下田将之、小池淳樹、梶原 博、大橋隆治、奥寺康司、栃木直文、阿部浩幸

第30回（2022年度）日本病理学会 口腔病理専門医試験報告

第30回口腔病理専門医試験実施委員会
委員長 久山 佳代

1. はじめに

第30回（2022年度、令和4年度）の日本病理学会口腔病理専門医試験は、9月17日（土）と18日（日）に感染予防を徹底した上で、第40回病理専門医試験と同時に富士ソフトアキバプラザにおいて実施された。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。今回も前回と同様に、II型問題およびIII型問題において顕微鏡を用いたプレパラートの観察ではなく、ノートパソコン上でバーチャルスライド閲覧システムを用いたWSIの観察により実施した。さらにI型およびIII型問題の写真集は印刷体ではなく、ノートパソコン上のPDFファイルを閲覧する初めての試みも導入した。本年度の受験申請者は7名で、最終的に7名が受験し、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（歯科大学）の病理学教室が1名、歯学部以外（医学部）の病理学教室が1名、大学附属病院の病理部が2名、国公立病院の病理が1名、私立病院の病理が1名、その他が1名であった。合格者5名は、いずれも全身領域の研鑽を積みやすい施設に勤務していた。受験者の口腔病理の経験年数は、5年以下が1名、6年以上10年未満が5名、10年以上20年未満が1名であった。また、受験者の男女比は3:4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（IIa、IIb、IIc各20問ずつ）、III型問題（剖検症例）であった。そのうちI型写真問題の半数および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であり、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。口腔独自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。口腔独自問題

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出題した。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

表1. 共通問題の臓器別出題数

臓器	出題数
頭頸部	5
呼吸器	6
骨軟部	1
循環器	1
消化器	7
生殖器	4
神経・感覚器	2
造血器	2
内分泌	2
乳腺	2
泌尿器	2
皮膚	7
細胞診	4
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	2
菌原性腫瘍	7
顎骨の非腫瘍性疾患	1
唾液腺腫瘍	7
唾液腺の非腫瘍性疾患	2
粘膜腫瘍	2
粘膜の非腫瘍性疾患	2
その他の腫瘍	8
その他の非腫瘍性疾患（細胞診）	7
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	心アミロイドーシス	0.71
I-02	侵襲性アスペルギルス症	4.71
I-03	粘液嚢胞・粘液瘤	5.00
I-04	類天疱瘡	5.00
I-05	スピロヘータ感染症	2.86
I-06	2) 子宮腺筋症	3.57
I-07	良性葉状腫瘍	5.00
I-08	褐色細胞腫	3.57
I-09	濾胞性リンパ腫 grade 1-2	1.86
I-10	髄外造血	2.86
I-11	問 1: ランゲルハンス細胞組織球症 問 2: バーベック顆粒	1.71
I-12	マダニ咬症	4.14
I-13	乳腺外 Paget 病	5.00
I-14	1) カンジダ症	2.86
I-15	乳頭癌	5.00
I-16	母斑細胞母斑	2.14
I-17	切断神経腫	4.29
I-18	石灰化上皮性歯原性腫瘍	2.86
I-19	結核性リンパ節炎	5.00
I-20	骨腫 (周辺性骨腫)	3.14
I-21	扁平苔癬	5.00
I-22	腺性歯原性嚢胞	4.00
I-23	唾石症	5.00
I-24	リンパ管腫	4.29
I-25	疣贅型黄色腫	5.00
I-26	エナメル上皮線維腫	4.29
I-27	3) 腺癌	4.29
I-28	問 1: 神経線維腫 問 2: カフェオレ斑, 神経 (視神経膠腫), 骨病変 (変形, 頭蓋骨骨欠損), 眼症状 (虹彩小結節) など	4.71
I-29	石灰化上皮腫 (毛母腫)	4.29
I-30	腺扁平上皮癌	3.57

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。従来と同様, 病理専門医と口腔病理専門医で試験問題写真集は別データとした。写真問題写真集 (PDF) は, 各受験生が使用する PC にあらかじめダウンロードし, セキュリティ対策として受験開始時に開示されたパスワードを入力することにより画像データの閲覧を可能とした。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 は口腔独自問題である。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)。解答は記述式で, 一部には選択問題も含み, 各問題の配点は 1 点で, 合計 20 点である。

表 4. IIa 型問題の模範解答と平均点

問題番号	模範解答	平均点
IIa-01	腺扁平上皮癌	2.86
IIa-02	アスベスト肺	5.00
IIa-03	胸腺腫, type B1	4.29
IIa-04	カルチノイド腫瘍	5.00
IIa-05	尿路上皮内癌	3.86
IIa-06	腎明細胞癌の転移	5.00
IIa-07	粘液癌	3.57
IIa-08	腺腫様甲状腺腫	2.86
IIa-09	古典的ホジキンリンパ腫 (結節硬化型)	3.57
IIa-10	基底細胞癌	3.57
IIa-11	粘表皮癌	3.57
IIa-12	海綿状血管腫	4.14
IIa-13	歯牙腫 (集合型)	4.71
IIa-14	骨形成性エプーリス	5.00
IIa-15	乳児の歯肉嚢胞	4.29
IIa-16	滑膜軟骨腫症	3.57
IIa-17	多形腺腫	4.29
IIa-18	甲状舌管嚢胞	4.29
IIa-19	筋上皮腫	0.71
IIa-20	象牙質形成性幻影細胞腫	2.14
IIb-01	問 1: 小細胞癌 問 2: 1) CD56, 2) Chromogranin A, 5) Synaptophysin	3.57
IIb-02	過誤腫	3.57
IIb-03	歯原性角化嚢胞	5.00
IIb-04	顆粒細胞腫	4.86
IIb-05	オンコサイトーマ	1.43
IIb-06	紡錘形細胞脂肪腫	1.29
IIb-07	脂漏性角化症	3.57
IIb-08	コレステロール塞栓	2.86
IIb-09	線維性髄膜腫	1.14
IIb-10	頭蓋咽頭腫	4.29
IIb-11	腺様嚢胞癌	5.00
IIb-12	歯原性粘液腫	3.29
IIb-13	リンパ上皮性嚢胞	0.71
IIb-14	腺腫様歯原性腫瘍	3.14
IIb-15	嚢胞腺腫	1.43
IIb-16	石灰化歯原性嚢胞	3.86
IIb-17	慢性硬化性唾液腺炎	3.86
IIb-18	基底細胞腺腫	0.71
IIb-19	エナメル上皮腫 (単嚢胞型)	4.29
IIb-20	問 1: 線維性異形成症 問 2: GNAS 遺伝子	3.29

2) II 型問題

II 型問題はバーチャルスライド閲覧システムを用いた WSI の観察問題で, 主に外科病理学の全般的な知識が問われた。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。従来は 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 1 題を約 2 分 43 秒以内で鏡検して解答するものであり, IIc 型問題は多数の標本作製が困難な生検, 硬組織および細胞

表 5. IIc 型問題の模範解答と平均点

問題番号	模範解答	平均点
IIc-01	悪性黒色腫	5.00
IIc-02	扁平上皮癌	5.00
IIc-03	低分化型腺癌	4.29
IIc-04	尋常性疣贅	2.86
IIc-05	Gleason score 4+5=9	2.86
IIc-06	子宮内膜症	2.86
IIc-07	3) HSIL/CIN3	3.57
IIc-08	Bowen 病	3.57
IIc-09	1) 萎縮性膀胱炎	1.43
IIc-10	腺癌 (類内膜癌)	5.00
IIc-11	5) 扁平上皮癌	4.29
IIc-12	歯根肉芽腫	4.57
IIc-13	3) 尋常性天疱瘡	1.43
IIc-14	アスペルギルス症	3.29
IIc-15	Warthin 腫瘍	5.00
IIc-16	放線菌症	5.00
IIc-17	上顎洞炎	3.71
IIc-18	神経鞘腫	5.00
IIc-19	3) ヘルペスウイルス感染症	3.57
IIc-20	陽性 (扁平上皮癌)	5.00

診の標本が中心に出題されていた。昨年度から導入したバーチャルスライドでの試験では標本の配布と巡回の区別がないため、IIc 型問題では生検標本を主体とした小型の標本、硬組織標本および細胞診を中心に試験した経緯があり、今年度も踏襲した。また、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。

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。今回は臨床経過、剖検時の主な所見、設問から構成された問題集が配布され、病理解剖時の配布写真は PC 画面上で画像データ (PDF) を閲覧し、顕微鏡像の観察はバーチャルスライド閲覧システムを用いた WSI の観察により行われた。画像データ (PDF) のセキュリティ対策は、I 型問題と同様とした。解答については剖検診断書の作成および所見を記載し、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、III 型問題に対する理解度を各受験者の解答用紙の記述内容を参考に口頭試問によって確認することに主眼を置き、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 1 人につき約 10 分間行った。

4. 採点と判定

採点では原則として模範解答およびこれに準じた解答を満点とし、誤字や必要な亜型の記載のないものは減点し、

部分点とした。問題別平均点を表 3～5 に示す。本年の受験者 7 名の総合計の平均得点率は 71.5% で、昨年 (71.0%) とほぼ同様という結果であった。I 型問題の平均得点率は 78.5% (昨年 73.5%)、II 型問題は 71.6% (昨年 71.8%)、III 型問題 (筆記+面接) は 63.3% (昨年 66.6%) であった。口腔問題の総合計の平均得点率は 75.1% (昨年 75.9%) に対し、共通問題では 71.7% (昨年 68.5%) であり、共通問題と口腔問題の正答率の差 (3.4%、昨年 7.4%、一昨年 13.1%) は明らかに減少してきており、バランスのとれた診断能力が培われているものと考えられる。今後の受験者においては、引き続き一般病理研修の量と質を高めることを意識していただき、全身の一部である口腔疾患の位置づけを正しく理解するために、全身各臓器に生じる病態を的確にとらえられるようになっていただきたい。このような一般病理の研修が、専門医として口腔疾患の病態を理解する上で不可欠であると考えている。細胞診の平均得点率は 69.6% で、昨年 (57.5%)、一昨年 (67.3%) と比較して高い結果であった。この結果は標本のバーチャルスライド化により観察範囲が限定されたことによると推量されるが、医科の結果とも合わせて慎重に判断すべきである。I 型問題と II 型問題とを合わせた総合得点率の最高は 87.0% で、昨年 (88.9%) と大きな違いがなかった。III 型剖検問題では、例年通り種々の剖検所見から得られた個々の臓器の病変を臨床所見と関連付け、論理的に整理把握してまとめ上げる能力を重視した評価が行われた。今回の III 型剖検問題は血管内大細胞型リンパ腫の症例であったが、リンパ腫の広がり进行を明らかにし、それに伴う多発性脳梗塞や肺塞栓、副所見として膜性腎症 (治療後) や消化管出血、それに付随した循環障害等を総合して死亡に至る過程を正しく理解することが求められた。III 型筆記の平均得点率は 53.6% と低く、受験者にとって難易度が高い症例となったようである。病理解剖の件数が減少する中で多くの剖検を経験することが年々困難になってきているが、剖検業務を通して全身の病理をより一層理解する努力が強く望まれる。合格基準は、昨年同様 I 型問題と II 型問題を合わせた得点率が 60% 以上で、かつ III 型問題の筆記と面接を合わせた得点率が 60% 以上とした。これらの成績評価を基に、9 月 21 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、受験者 7 名中 5 名を合格と判定した。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、可否に関わらず病理解剖を含めた病理診断学のさらなる研鑽を積み、合格者については今後口腔病理専門医として口腔病理診断分野で広く活躍されることを期待する。

5. アンケート結果

試験終了後、例年通り無記名のアンケートを実施した。その内容と結果の概略を表 6 に示す。本年度の問題に対し

表 6. ポストアンケート集計結果

アンケート項目	5段階評価平均
試験問題の難易度	1: 非常に易, 3: 適当, 5: 非常に難
A) I型写真問題	3.29
B) I型文章問題	3.14
C) IIa, b型(配布)問題	3.43
D) IIc型(巡回)問題	3.43
E) III型(剖検)問題	4.57
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	3.00
B) I型文章問題	3.00
C) IIa, b型問題	3.14
D) IIc型問題	3.14
E) III型(剖検)問題	4.29
試験時間の長さ	1: 非常に短い, 3: 適当, 5: 非常に長い
A) I型写真問題	3.00
B) I型文章問題	3.00
C) IIa, b型(配布)問題	3.00
D) IIc型(巡回)問題	3.00
E) III型(剖検)問題	3.57
細胞診	1: 非常に易, 3: 適当, 5: 非常に難
A) 難易度	3.43
B) 問題数	3.00
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	4.43
C) I型1問当たりの写真数	4.29
D) III型写真の画質	3.86
E) III型写真の大きさ	4.00
F) III型写真の数	3.57
WSIについて	1: 非常に不適切, 3: どちらでもない, 5: 非常に適切
A) II型WSIの画質・焦点	3.29
B) II型WSIの標本の大きさ	4.29
C) III型WSIの画質・焦点	3.29
D) III型WSIの標本の大きさ	4.29
使用したPC	1: 非常に低い, 3: どちらでもない, 5: 非常に高い
	4.29
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
	3.00
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
	4.14
試験日程ならびに進行	1: 非常に低い, 3: どちらでもない, 5: 非常に高い
	4.14
試験場の設備や環境	1: 非常に不適切, 3: どちらでもない, 5: 非常に適切
	4.29

て、問題の難易度および適切さについてはIII型(剖検)問題が難しいという回答が多かったものの、その他の試験問題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、概ね適切という回答が多かった。さらに、今年から導入した写真問題データ(PDF)の質については概ね適切とした受験者が多かった。また今年度で2回目の導入となったWSIについては受験者ごとの評価にばらつきがあるものの、全体として概ね適切との回答が多かった。この理由として、WSI作製時に検体に応じてフォーカスの合否判定領域を調整したことにより、取得画像の画

質の上昇に繋がったものと考えられた。受験者ごとの評価のばらつきについては、WSIを用いた診断に対する経験の差が影響している可能性が考えられた。また一部の受験生から、使用した机の縦幅が狭すぎたとの意見があったが、本試験の全体的な質、試験場の設備、環境、試験進行および使用したパソコンに関しては高い評価を受けた。

6. おわりに

口腔病理専門医試験は、本年度で第30回目の節目でした。病理組織標本は昨年度と同様にWSIでの観察とし、さらにI型問題写真集とIII型病理解剖時の配布写真を印刷体からPC上のPDF画像の閲覧に変更する試みも実施しました。PDF画像およびWSIに対する評価が適切～高評価であり、大過なく試験が実施できたことは今後の試験実施体制にも大変参考になったと思われます。昨年度から認められた口腔問題・共通問題の得点率の偏りが、今年度はさらに減少し、可能な限り満遍ない領域の学習が進められているものと感じます。一方、III型問題の難易度が難しいとの回答が多く、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、口腔領域疾患の理解を深め、口腔病理診断の精度を向上させる上で極めて重要であるため、さらなる精進が必要です。これを実現するために、新しい研修要項が平成23年度卒業生から導入されています。専門医試験の結果を踏まえ、口腔病理専門医研修制度をさらに整備し、研修内容をより充実させていく必要があります。今後ますます日本病理学会の皆様のご支援とご指導を賜ります様、改めてお願い申し上げます。

7. 謝辞

本年度の口腔病理専門医試験にご尽力頂きました試験実施委員および入江太郎先生を委員長とする試験委員(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、

表 7. 第30回日本病理学会口腔病理専門医試験関連委員

第30回日本病理学会口腔病理専門医試験実施委員	
久山 佳代	(委員長, 日本大学松戸歯学部病理学講座)
菊池建太郎	(明海大学歯学部病態診断治療学講座病理学分野)
松本 直行	(鶴見大学歯学部病理学講座)
口腔病理専門医試験委員	
入江 太郎	(委員長, 岩手医科大学病理学講座病態解析学分野)
池田 通	(東京医科歯科大学医歯学総合研究科口腔病理学分野)
長塚 仁	(岡山大学学術研究院医歯薬学域口腔病理学分野)
橋本 和彦	(東京歯科大学市川総合病院臨床検査科)
宇佐美 悠	(大阪大学大学院歯学研究科口腔病理学教室)

病理専門医試験のⅠ型写真問題およびⅡ型問題の半数を、またⅠ型文章問題および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理事長の北川昌伸先生、病理専門医試験実施委員および試験委員の諸先生に改めて御礼申し上げます。特に、試験実施委員長の笹島ゆう子先生と試験委員長の柴原純二先生には、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

会場の設営や当日の運営で多大なご協力をいただきました帝京大学医学部病理関連分野スタッフの皆様に深謝致します。

最後になりましたが、口腔病理専門医試験の実施にあたり、終始的確なご助言と多大なご協力を頂きました日本病理学会事務局の菊川敦子さん・宮本いづみさん・三好香織さん・加藤春奈さん・松平美紀さん・本間かやのさんはじめスタッフの皆様に心より感謝申し上げます。