



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.office@pathology.or.jp
https://pathology.or.jp

一般社団法人日本病理学会

第 450 号

令和 7 年 (2025 年) 10 月刊

1. 一般社団法人日本病理学会役員選挙について (報告)

1) 令和 8/9 年度役員選挙の実施 (投票) について

令和 8/9 年度役員 (理事・監事) 選挙は 9 月 8 日までに全立候補区分の受付を締め切りました。その結果、選出区分 2—全国区選出理事において、定員を超えて立候補がありましたので、9 月 22 日 (月) 12 時 00 分 (正午) より 10 月 6 日 (月) 17 時 59 分まで会員管理システムにて投票を実施いたしました。

被選挙人名簿

選出区分 2 全国区選出理事: 定員 11 名

佐々木 毅 (ササキ タケシ)

慶應義塾大学医学部がんゲノム医療センター

福嶋 敬宜 (フクシマ ノリヨシ)

自治医科大学医学部病理学講座・病理診断部

金井 弥栄 (カナイ ヤエ)

慶應義塾大学医学部病理学教室

中黒 匡人 (ナカグロ マサト)

名古屋大学大学院医学系研究科病態構造解析学

田中 伸哉 (タナカ シンヤ)

北海道大学大学院医学研究院腫瘍病理学教室

森井 英一 (モリイ エイチ)

大阪大学大学院医学系研究科病態病理学・病理診断科

小田 義直 (オダ ヨシナオ)

九州大学大学院医学研究院形態機能病理学

谷田部 恭 (ヤタベ ヤスシ)

国立がん研究センター中央病院病理診断科

伊藤 智雄 (イトウ トモオ)

神戸大学医学部附属病院病理部

笹島 ゆう子 (ササジマ ユウコ)

帝京大学医学部病院病理部

牛久 哲男 (ウシク テツオ)

東京大学大学院医学系研究科人体病理学・病理診断学分野

都築 豊徳 (ツツキ トヨノリ)

愛知医科大学医学部病理診断学講座

藤井 誠志 (フジイ サトシ)

横浜市立大学大学院医学研究科・医学部分子病理学

以上 13 名 (記載は届出順)

※最大投票可能数: 5

[所信表明はこちら (会員専用)]

https://e-learning.pathology.or.jp/pluginfile.php/37339/mod_resource/content/2/policy_speech2.pdf

地方区選出理事候補者 8 名, 口腔病理部会長兼全国区選出理事候補者 1 名, 監事候補者 2 名は, それぞれの立候補者数が定員と同数でしたので, 全員が次期役員候補者となりましたことをあわせてご報告申し上げます。

新役員候補者名簿

(※定員内につき投票は行いません)

1. 選出区分 1 地方区選出理事: 8 名

1 北海道地区

樋田 京子 (ヒダ キョウコ)

北海道大学大学院歯学研究院口腔病態学分野

血管生物分子病理学教室

2 東北地区

大森 泰文 (オオモリ ヤスフミ)

秋田大学大学院医学系研究科分子病態学・腫瘍病態学講座

3 関東地区

長尾 俊孝 (ナガオ トシタカ)

東京医科大学人体病理学分野

3 関東地区

矢持 淑子 (ヤモチ トシコ)

昭和医科大学医学部臨床病理診断学講座

4 中部地区

宮崎 龍彦 (ミヤザキ タツヒコ)

岐阜大学医学部附属病院病理部

5 近畿地区

吉澤 明彦 (ヨシザワ アキヒコ)

奈良県立医科大学病理診断学講座

6 中国四国地区

増本 純也 (マスモト ジュンヤ)

愛媛大学大学院医学系研究科解析病理学講座

7 九州沖縄地区

久岡 正典 (ヒサオカ マサノリ)

産業医科大学医学部第一病理学教室

2. 選出区分 3 口腔病理部会長兼全国区選出理事: 1 名

石丸 直澄 (イシマル ナオズミ)

東京科学大学大学院医歯学総合研究科口腔病理学分野

3. 選挙区分 4 監事: 2 名

谷本 昭英 (タニモト アキヒデ)

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科病理学分野

伴 慎一 (バン シンイチ)

獨協医科大学埼玉医療センター病理診断科

(同一区分内の記載は届出順)

[所信表明はこちら (会員専用)]

https://e-learning.pathology.or.jp/pluginfile.php/37340/mod_resource/content/1/policy_speech1_3_4.pdf

2) 役員選挙の結果について

令和7年10月6日、選挙管理委員会を開催し、次期(令和8/9年度)役員(全国区選出理事)選挙の開票を行った結果、下記の通りとなりましたのでお知らせいたします。

関東支部選出理事	矢持 淑子
中部支部長/理事	宮崎 龍彦
近畿支部長/理事	吉澤 明彦
中国・四国支部長/理事	増本 純也
九州・沖縄支部長/理事	久岡 正典
○監事: 2名(ABC順)	
監事	伴 慎一
監事	谷本 昭英

選出区分2-全国区選出理事候補者 定員11名

(記載は得票順)

- | | | | |
|----|-------|------|----|
| 1 | 田中 伸哉 | 533票 | 当選 |
| 2 | 小田 義直 | 484票 | 当選 |
| 3 | 福嶋 敬宜 | 425票 | 当選 |
| 4 | 金井 弥栄 | 375票 | 当選 |
| 5 | 佐々木 毅 | 371票 | 当選 |
| 6 | 森井 英一 | 335票 | 当選 |
| 7 | 中黒 匡人 | 330票 | 当選 |
| 8 | 笹島ゆう子 | 317票 | 当選 |
| 9 | 都築 豊徳 | 287票 | 当選 |
| 10 | 伊藤 智雄 | 281票 | 当選 |
| 11 | 藤井 誠志 | 253票 | 当選 |
| 12 | 牛久 哲男 | 251票 | 次点 |
| 13 | 谷田部 恭 | 209票 | 次点 |

選挙人数: 1,190名(令和7年8月12日現在学術評議員)

投票者数(投票率): 947名(79.6%)

投票総数: 4,451票

3) 令和8/9年度役員候補選出者

選出された次期役員候補者は令和8年4月16日(木)開催予定の定時社員総会にて選任予定です。

予定任期:

令和8年度定時社員総会(札幌)・令和8年4月16日から令和10年度定時社員総会(大阪)・令和10年4月まで

○理事: 20名(選出区分/ABC順)

全国区選出理事	藤井 誠志
全国区選出理事	福嶋 敬宜
全国区選出理事	伊藤 智雄
全国区選出理事	金井 弥栄
全国区選出理事	森井 英一
全国区選出理事	中黒 匡人
全国区選出理事	小田 義直
全国区選出理事	笹島ゆう子
全国区選出理事	佐々木 毅
全国区選出理事	田中 伸哉
全国区選出理事	都築 豊徳
口腔部会長/理事	石丸 直澄
北海道支部長/理事	樋田 京子
東北支部長/理事	大森 泰文
関東支部選出理事	長尾 俊孝

2. 第43回病理専門医試験について

本年度の病理専門医試験は、8月23、24日(土・日)に東邦大学(東京都大田区)にて実施され、受験者101名中81名が合格しました(合格率80.2%)。

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。

令和7年度病理専門医合格者氏名

認定番号	姓 名		
4046	横尾 貴保	4079	大石智恵美
4047	今村 昌駿	4080	浦野 友哉
4048	前田 勇貴	4081	丸山 和晃
4049	及能 大輔	4082	大谷 宗理
4050	大島 志織	4083	塚本 修一
4051	鶴 眞理子	4084	森重 拓士
4052	片山 優子	4085	菊島 百香
4053	西川 瑞希	4086	岩内 藍
4054	遠田 幸大	4087	覺本 晃成
4055	永坂 拓也	4088	占部 秀典
4056	池田 衡平	4089	岩田 大
4057	藤原万衣孔	4090	吉井 大貴
4058	森川紳之祐	4091	中島 真
4059	井尻 香野	4092	野村 塁
4060	内海 滉人	4093	加藤憲一郎
4061	宮石 陸	4094	大野 輝之
4062	加藤 健	4095	村松 賢
4063	小島 実紗	4096	藪下 広樹
4064	守川 春花	4097	安藤 司恩
4065	喜多村恭平	4098	丹羽 莉子
4066	福井 彩香	4099	二階 雪野
4067	菊地由季菜	4100	樺澤 森
4068	内山 尚哉	4101	土肥万利乃
4069	外園 晋夫	4102	大江 巧人
4070	杉谷 鮎美	4103	中山 敦仁
4071	緒方 正史	4104	野本ともよ
4072	光山佳菜子	4105	関 来未
4073	五十川賢司	4106	小野木朱音
4074	藤井 大岳	4107	大久保貴史
4075	佐野 寿郎	4108	安藤 拓朗
4076	竹田 直生	4109	白井 裕介
4077	佐賀 信之	4110	市橋 昂樹
4078	宮本 拓海	4111	岡崎 菜紗

4112	田中 一仁	4120	中村 真衣
4113	解良 仁美	4121	川谷 由紀
4114	井上 英軌	4122	小形 岳寛
4115	宮平 博史	4123	門脇 裕子
4116	氣仙裕梨香	4124	伊藤 淳史
4117	加藤 秀	4125	石塚麻理子
4118	高原 嘉祥	4126	吉村 雅代
4119	陣内 一輝		

※日本専門医機構認定専門医は認定番号の前に24がつきます。

また、病理専門医試験実施委員会、試験委員会の委員構成は以下のとおりです。

第43回（令和7年度）
試験実施委員会（11名）

河内 洋（委員長）、伊藤栄作、大石直輝、熊谷二郎、佐伯春美、櫻井うらら、中黒匡人、平木 翼、深澤由里、牧瀬尚大、松村舞依

試験委員会（10名）

柴原純二（委員長）、阿部浩幸、石田和之、井野元智恵、坂谷貴司、千葉知宏、栃木直文、長嶋洋治、長峯理子、林大久生

3. 第33回口腔病理専門医試験について

本年度の口腔病理専門医試験は、8月23、24日（土・日）に東邦大学（東京都大田区）にて実施され、受験者5名中3名全員が合格しました（合格率60.0%）。

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。

令和7年度口腔病理専門医合格者氏名

口腔認定番号	姓名	口腔認定番号	姓名
253	吉本 尚平	255	大野 淳也
254	川村 和弘		

また、口腔病理専門医試験実施委員会、試験委員会の委員構成は以下のとおりです。

第33回（令和7年度）

口腔病理専門医試験実施委員会（3名）

笹平智則（委員長）、石川文隆、福井 怜

口腔病理専門医試験委員会（5名）

入江太朗（委員長）、石丸直澄、久山佳代、長塚 仁、松坂賢一

4. 令和8年度新学術評議員の推薦について

下記の本学会学術評議員資格に照らし合わせて、学術評議員として適当と思われる会員がありましたら、別紙の書式を用いてその候補者の所属機関、職名、略歴並びに業績目録をそえ、推薦者2名連署（ともに推薦時に学術評議員であること）のうえ、令和7年12月19日（金）17:00

までに下記提出先よりPDFをアップロードして下さい（申請書／推薦書はホームページよりダウンロードして下さい）。

各位よりご推薦のありました候補者に付きましては、資格審査委員会による審査を経て、理事会にて学術評議員として適当であるかを審議され、認められた候補者は春期総会時に開催される社員総会にて承認を受けることとなります。

学術評議員資格

以下の資格条件1あるいは2をみたす正会員とする

- 申請時点において、病理研究歴（初期臨床研修期間は含まない）満7年以上かつ継続した会員歴5年以上の会員で、以下のAまたはBの条件を満たす者
 - 病理学（学際分野を含む）に関する原著論文（英語論文）の発表が3編以上あり、その少なくとも1編の論文の筆頭著者である者
 - 病理専門医資格あるいは口腔病理専門医資格を有し、筆頭著者として発表した論文が1編以上ある者
- 傑出した研究業績を有し、日本病理学会の学術面に大きく貢献すると資格審査委員会および理事会が認めた者

- 注：1) 論文は査読のある雑誌に掲載されていること。
2) 病理専門医あるいは口腔病理専門医の論文は症例報告を含めることができる。
3) 論文については、候補者が必要とされる業績をみたくしていることが証明できる分を提出すること。

提出書類

- 学術評議員申請書／推薦書式

<https://www.pathology.or.jp/news/R8gakuhyo.docx>

※参照：専門領域キーワード一覧

<https://www.pathology.or.jp/news/R8keyword.pdf>

※学術評議員である推薦者2名の直筆署名があること。

※功労会員・名誉会員・一般会員は推薦者になれません。

- 代表的な自著論文の別刷り各1部のコピー 5編以内
 - 学術評議員資格1のAに該当：3編以上
 - 学術評議員資格1のBに該当：1編以上
 - 学術評議員資格2に該当：5編

※形式はPDFとし、上記1、2の順にひとつのPDFファイルにつなげ、ファイル名は「日本病理学会 学術評議員申請書／推薦書（氏名）」として提出して下さい。

受付期限

令和7年12月19日（金）17:00まで

提出先

以下にアップロードしてください

<https://biz.datadriver.net/posts/R8gakuhyo>

問合せ先

一般社団法人日本病理学会 学術評議員推薦受付係

E-mail: jsp.office@pathology.or.jp

書類受け取りに際して

・書類の受領確認連絡をメールにて順次差し上げますので、申請書には会員システムに登録しているメールアドレスを必ずご記入下さい（会員システムに登録しているメールアドレスを普段使っていない場合は、使っているメールアドレスに更新してください。誤送信を防ぐ為、はっきりと読みやすい字でお願いいたします）。なお、アップロード後10日を過ぎても受領連絡の無い場合は、お手数ですが事務局までご連絡下さい。メールアドレス未記入の場合、受領確認のご連絡は致しかねますので予めご了承ください。

参考：学術評議員関連規定（抜粋）

<https://www.pathology.or.jp/news/R8kitei.pdf>

その他

1. 学術評議員のご申請、ご推薦に際して

学術評議員は、「本学会の教育、研究、病理診断に関わる事項について評議するとともに、定款ならびにここに定める資格をもって、病理学の発展に貢献する責務を有する。」ものとなっています。こちらの主旨を充分ご理解の上、ご申請、ご推薦をお願いいたします。

2. 学術評議員のキーワード登録について

上記1の主旨に従い、学術評議員には、専門分野・キーワードを学会に登録いただくことになっています。これらのデータは会員専用ページに掲載され、学術集会での座長選出や“Pathology International”の査読依頼など、学術交流のさらなる活発化のために役立てられています。

3. 学術評議員年会費について

平成26年度より、一般会員と同額（13,000円）に値下げとなりました。尚、学会では、年会費の口座自動振り替えのご利用を推進しています。まだご利用でない方は是非ご検討下さい。

4. 会員システムについて

- ① 平成29年7月より新たに会員システムが稼働しております。各自ログインの上、登録内容の確認をお願いいたします。

- ② 令和3年10月よりSingle Sign Onが導入されております。今まで病理情報ネットワークセンターと希少がんサイトの利用にはUMIN IDとPWが必要でしたが、会員システムへのログイン方法に統合されました。SSO導入後、最初のログイン時には、「SSO認証情報連携」が必要になりますので、ご注意ください。

- ③ 平成31年度より学術評議員の更新（2年ごと）が開始となりました。その際は恐れ入りますがキーワードの新規登録をお願いいたします。（学術評議員申請の際に登録いただいたキーワードは反映されておられません）。

- ④ 令和8年度学術評議員推薦が承認された会員におかれましては、初回の更新手続きが令和9年度となります。2回目以降の更新の際には、登録されたキーワードがデフォルトで表示されますので、確認・変更のみとなります。

参照 HP:

<https://www.pathology.or.jp/news/members/applications/R8gakuhyo.html>

5. 2025年度 細胞診講習会のお知らせ

2025年度の細胞診講習会（一般社団法人日本病理学会、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。

2026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、2025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24日（土）9時00分から17時20分

（第1日：接続開始（8時40分から）、講義、標本解説）

1月25日（日）9時00分から13時15分

（第2日：接続開始（8時40分から）、講義、標本解説）

- (2) バーチャルスライドによる症例公開

1月10日（土）から2月28日（土）まで

（※予習・復習にご利用ください。）

3. 講師（五十音順）:

伊古田勇人（群馬大学医学部附属病院 病理部・病理診断科）

川井田みほ（伊藤病院 病理診断科）

- 久山 佳代 (日本大学松戸歯学部 病理学講座)
千葉 知宏 (がん研究会有明病院 細胞診断部)
中里 宜正 (国際医療福祉大学病院 病理部病理診断科)
西村理恵子 (独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター 病理診断科)
野呂瀬朋子 (聖マリアンナ医科大学病院 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)
宮居 弘輔 (防衛医科大学校 病院検査部/臨床検査医学講座)
山元 英崇 (岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 腫瘍病理)
渡邊 麗子 (札幌医科大学 病理診断学講座)
4. 世話人: 札幌医科大学 病理診断学講座
渡邊 麗子
5. プログラム:
https://www.pathology.or.jp/news/schedule_cytology20260124_25.pdf
6. 受講料:
33,000 円 (ハンドアウト代込み)
7. 申し込み:
以下, 参照 HP よりご確認ください
<https://www.pathology.or.jp/news/members/seminar/2025-1.html>
8. 申込締切:
11月10日(月)13時まで
9. 受講資格:
日本病理学会会員
10. 専門医更新単位:
病理専門医: 領域講習 4単位
口腔病理専門医: A群 (日本病理学会が開催または後援する集会) 10単位
11. 問い合わせ先:
日本病理学会事務局 jsp.office@pathology.or.jp
12. 注意:
① ハンドアウトは病理学会会員システムの発送先へ事前に郵送いたします。各自ログインし, 内容をご確認の上, 必要に応じて最新の情報に書き換えてください。

- ② 申込完了時に送信される「受講申込完了」メールに記載のご案内を必ずご確認ください。
- ③ 受講料は申込から原則1週間以内に、「受講申込完了」メールに記載の振込口座へ, お振込みください。期日までに入金が無い場合は, キャンセル扱いとさせていただきます。
- ④ キャンセルの場合は, 11月21日(金)までに病理学会事務局へメール (jsp.office@pathology.or.jp) でご連絡ください。
- ⑤ 受講証は2日間全ての講義を受講した方へ, 受講ログを確認後, 申込時のメールアドレス宛にPDFにて送付いたします。原本の郵送はいたしません。
- ⑥ 申込には会員システムのログインIDとPWが必要になります。ご不明な方は事前にご確認ください。再設定等に時間を要することがございますのでご注意ください。

※参考: 病理専門医試験申請要綱注意事項 より抜粋

(2) 細胞診に関する講習について

細胞診に関する講習とは, 医師を対象とし全域を網羅したものであることが要件であり, 現時点では日本病理学会主催による「細胞診講習会」および日本臨床細胞学会による「細胞診断学セミナー」のみが該当します。細胞診専門医は受講不要です (認定証写しを添付して下さい)。

参照 HP:

<https://www.pathology.or.jp/news/members/seminar/2025-1.html>

6. 会員の訃報

以下の方がご逝去されました。

田中 康一 功労会員 (令和7年6月23日ご逝去)

第 43 回（2025 年度）一般社団法人日本病理学会 病理専門医試験報告

第 43 回病理専門医試験実施委員会
委員長 河内 洋
委員一同

1. はじめに

第 43 回（2025 年度）日本病理学会病理専門医試験が、2025 年 8 月 23 日（土）・24（日）に、東邦大学医学部（東京都大田区）にて開催された。受験予定者 102 名のうち 101 名（99.0%）が受験された。101 名の内訳は、学会研修制度での研修者（2016 年以前研修開始）が 10 名、日本専門医機構での研修者 91 名（2017 年度暫定制度研修開始者 2 名、2018 年以降研修開始者 89 名）であった。

合格者は 81 名、合格率は 80.2% という結果で、過去 10 年間の平均（83.6%）よりはやや低く、直近の 10 回中 8 番目、直近の 20 回中 11 番目の合格率であった。同時に第 33 回日本病理学会口腔病理専門医試験も行われた。以下に本年度の病理専門医試験の概要を報告する。なお、本報告における 3.～5. については試験実施委員（委員長 1 名、副委員長 1 名、委員 9 名）全員で作成した。1.2.6.7. については委員長単独で執筆した。

2. 試験内容と実施方法

新型コロナウイルス流行の影響などにより 2021 年度以降はノート PC を用い、デジタルスライド（whole slide

image, WSI; バーチャルスライド）での標本観察および PDF での画像による試験となっている。試験スケジュールは表 1 のとおりで例年と同様である。I 型、II 型（IIa, IIb, IIc）、III 型筆記試験、面接から構成され、それぞれの配点についても例年と同じである（表 2）。I 型・II 型は口腔病理専門医試験との共通問題と病理専門医のみの問題から構成され、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の症例が出題された。

II 型、III 型試験の標本観察は WSI を、I 型、III 型の写真集は PDF を用い、これらを各ノート PC 上での閲覧とした。WSI データは各試験開始直前に SD カードで配布された。写真集 PDF はパスワードをかけた状態であらかじめノート PC に収められており、試験会場のスクリーンにパスワードが示された。これにより全受験生が同時に同一内容の試験を受験した。

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、試験時間は 70 分であった。写真問題は、写真集 PDF を見て解答するもので、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「最も考えられる病理診断名」を問うものであり、加えて診断に必要な

表 1. 日本病理学会 第 43 回病理専門医試験スケジュール

1 日目 8 月 23 日（土）			
時刻	事項	試験会場	試験時間
11:00	受付・入場開始		
12:00	受験者集合、待機 試験関係委員長挨拶と試験に関する説明	東邦大学医学部 2 号館第三実習室	
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	東邦大学医学部 1 号館 SDL センター（11 号館）	各受験生 10 分程度
2 日目 8 月 24 日（日）			
8:00	入場開始		
8:30	受験生集合	東邦大学医学部 2 号館第三実習室	
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		各受験生 10 分程度

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 点	70 分
	文章 (法・規則・制度, 検体処理法, 標本作製技術)	20 題	各 1 点 (○×式)	20 点	
II 型	a デジタルスライド (WSI, バーチャルスライド)	20 題	各 5 点	100 点	180 分 (各 60 分)
	b デジタルスライド (WSI, バーチャルスライド)	20 題	各 5 点	100 点	
	c デジタルスライド (WSI, バーチャルスライド)	20 題	各 5 点	100 点	
III 型	剖検症例 (写真, デジタルスライド)	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 1 組, 11 組同時進行		6 段階評価 (A ~ F) 50 点		10 分

免疫組織化学を問う問題等も出題された。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や規則・制度、検体処理法、標本作製技術に関する知識等が問われた。

② II 型試験

主に診断病理学 (外科病理学) の全般的な診断能力・知識を問う問題である。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。各問とも、組織診標本は HE 染色標本 1 枚から作製された WSI を、細胞診標本は Papanicolaou 染色標本 1 枚から作製された WSI を観察して解答する形式であった。2020 年以前に行われていたスライドガラスを用いた試験形式を踏襲し、IIa, IIb 型は、切除検体などを含む大きめの標本を主体とし、IIc 型については、生検や術中迅速、細胞診などの多数のスライドガラスを作製することが困難な症例を主な対象とした。解答は主に「最も考えられる病理診断名」を記述するもので、一部では関連する知識や解釈を問う問題や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、そしてこれらを総合して剖検診断を総合的にまとめるとともに、死因を考察することも求められる。

今回の試験では症例の臨床経過概要や主な検査データ、病理解剖肉眼所見、III 型試験問題写真集 PDF、プレパラート 9 枚分の WSI が用意され、解答時間 150 分以内に主な剖検所見の整理と、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 型試験の受験者答案用紙を参考資料とし、2 名 1 組の面接者が主に III 型問題の理解についての口頭試験を行うもので、質疑応答を通して資質・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・領域別出題数を表 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 (I 型と IIc 型で 5 問ずつ) とし、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。凍結標本は IIc 型で 3 問とした。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、専門研修を経た病理医が備えるべき知識・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疾患・症例を多く出題するように心掛けたが、広い分野からの出題であり、分野によっては頻度の低い疾患となった。それでも、分野内で知っておくべき・理解し

表 3. 臓器・領域別出題表

臓器・領域	I 型	IIab 型	IIc 型	合計
神経・感覚器・頭頸部	2	2	1	5
循環器	1	1	0	2
呼吸器 (腫瘍)	1	2	1	4
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	3	1	5
肝・胆道・膵	2	1	2	5
内分泌	1	3	0	4
腎・泌尿器	1	2	1	4
男性器	1	1	0	2
女性器	1	4	2	7
乳腺	1	2	2	5
造血器 (骨髄・脾臓)	2	2	0	4
造血器 (リンパ節・胸腺)	2	1	1	4
皮膚 (腫瘍)	1	3	0	4
皮膚 (非腫瘍)	1	2	1	4
骨・軟部	2	3	1	6
細胞診 (婦人科・泌尿器)	2	0	2	4
細胞診 (その他)	3	0	3	6
遺伝性腫瘍	1	0	0	1
口腔	2	2	1	5
合計	30	40	20	90

ておくべき疾患・症例という視点での出題を心がけた。I型症例問題で2問(6.7%)、II型問題で3問(5.0%)は、口腔病理専門医試験問題から選択して出題された。

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たほか、出題者が事前に設定した基準に従い部分点を付与した。誤字や略語を含む不十分な記載、余分な記載は減点とした。採点後は複数回の確認作業を行い、正確を期した。III型の採点は、出題者が作成した模範解答を参考に、評価基準を設定した上で行った。面接試験は、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型試験点数と合計した。

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。

III型問題

1) 臨床経過概要

【症例】75歳、男性。

【家族歴】特記すべき事項なし。

【職業歴】元会社員(営業職)。

【生活歴】機会飲酒、喫煙歴 1日20本・40年。

【既往歴】胃潰瘍(プロトンポンプ阻害薬内服中)

【現病歴】

患者は独居で自活していたが、1週間ほど倦怠感が強く活動していなかった。入院日当日、患者は食事の配達を注文した。配達人は配達時に患者が玄関で倒れているのを発見し、患者は救急搬送された。

来院時、意識レベルは意思疎通が可能な程度には保たれていた。低体温状態で、四肢末梢冷感が著明であった。左片麻痺が認められた。

【入院時現症】

身長180cm、体重63kg、体温35.8℃、脈拍100/分、血圧86/64mmHg、呼吸数24/分、SpO₂88.0%、眼瞼結膜貧血様、眼球結膜黄染なし、腹部平坦・軟、上下肢末梢冷感著明、前腕に少数の点状皮下出血あり。

【入院時検査所見】(基準値範囲)

<血液検査>

WBC 3000/ μ L (3900-9800), RBC 331 万/ μ L (427-570), Hb 10.6 g/dL (13.5-17.6), PLT 3.9 万/ μ L (13.1-36.2), CRP 12.9 mg/dL (<0.3), TP 4.9 g/dL (6.7-8.3), Alb 2.4 g/dL (4.0-5.0), BUN 36.2 mg/dL (6-20), Cre 1.34 mg/dL (0.61-1.04), T-Bil 1.3 mg/dL (0.2-1.0), Na 123 mEq/L (136-147), K 4.2 mEq/L (3.6-5.0), Cl 90 mEq/L (99-109), Ca 7.3 mg/dL (8.7-10.1), AST 1219 U/L (10-40), ALT 638 U/L (5-40), LDH 3864 U/L (115-245), ALP 401 U/L (115-359), CK 4877 U/L (<197), CK-MB 256 U/L (<25), 血糖 147 mg/dL, 高感度 Troponin I 2.58 ng/mL (<0.003), BNP 361.2 pg/

mL (<18.4)

<尿検査>

尿外観: 清, 色調: 暗黄色, 比重 1.025, pH 6.0, 蛋白定性 (2+), 糖定性 (-), ケトン体 (+/-), 潜血反応 (3+), ビリルビン (-), 亜硝酸塩 (-), 白血球 (-)

<動脈血液ガス>

pH 7.25 (7.35-7.45), pO₂ 37.4 mmHg (75-100), pCO₂ 35.9 mmHg (35-45), HCO₃ 15.2 mM (20-26), BE -10.9 mM (-3-3),

<凝固系>

FDP 109.2 μ g/mL (<5.0), D-Dimer 38.4 μ g/mL (<1.0), PT 19.9 秒 (10.5-13.5), APTT 41.7 秒 (25.0-35.0)

<血清学的検査, 自己抗体>

抗核抗体: 陰性, 抗ミトコンドリア抗体: 陰性, 抗平滑筋抗体: 陰性, HBs抗体: 陽性, HBs抗原: 陰性, HCV抗体: 陰性, 抗カルジオリピン IgG/IgM抗体: 陰性, ループスアンチコアグラント: 陰性, MPO-ANCA: 陰性, PR3-ANCA: 陰性

<血液培養>

陰性

<骨髄穿刺生検>

血液腫瘍を示唆する所見なし。

【入院後経過】

入院後急速にアシドーシスが進行したため血漿交換が施行された。四肢末梢の壊疽性変化が出現した。

第5病日からは呼吸不全が進行し、気管挿管され人工呼吸管理となった。胸部CTではびまん性浸潤影と縦隔リンパ節腫大が指摘された。肺野は浸潤影が強く、明らかな腫瘤を認識することができなかった。また腎機能不全が改善せず、血液透析が導入された。心筋逸脱酵素はさらに高値となった。

意識障害が徐々に進行し、第12病日からは意思疎通は不能となり、痛み刺激に反応する程度の意識障害が死亡時まで続いた。血液培養は陰性であったが、経過からは敗血症の可能性は否定できないと考えられたこと、また組織灌流低下に伴う臓器症状、急性呼吸窮迫症候群などの可能性が考えられたことから、抗菌薬投与・ステロイドパルスが施行され、血液透析は継続的に行われた。

第21病日より血圧低下が進行し、輸液・昇圧剤が投与されるも改善なく、さらに呼吸不全が悪化し、第25病日に死亡した。

2) 剖検時の所見

死後8時間30分で頭部・胸腹部解剖を実施した。身長180cm、体重63kg。

主要臓器重量: 心臓350g、左肺670g、右肺710g、肝1,020g、脾100g、左腎180g、右腎165g、左副腎7.2g、右副腎6.5g、脳1,310g

表 4. I型写真問題の解答と平均点

	臓器・領域	写真枚数	疾患名・解答（無印は最も考えられる病理診断名を記述，*は設問意図・形式の説明）	平均点
I-01	脳	2	血管芽腫	3.91
I-02	口腔	4	エナメル上皮腫	4.09
I-03	大動脈	3	大動脈中膜嚢胞性壊死	4.74
I-04	リンパ節	4	濾胞性リンパ腫 Grade 1-2 / 古典的濾胞性リンパ腫 * CD10 (+), BCL6 (+), BCL2 (+) の発現形式を問う（記入）	3.55
I-05	軟部	4	二相性滑膜肉腫	3.45
I-06	口腔	3	腐骨・骨髄炎	4.75
I-07	皮膚	3	尋常性天疱瘡	4.08
I-08	遺伝性腫瘍	2	* 子宮内膜癌と免疫組織化学パネルから，原因遺伝子が <i>MSH2</i> であることを問う（選択） * 最も発生する可能性が高い癌腫（大腸腺癌）を問う（選択）	3.24
I-09	骨髄	4	リンパ形質細胞性リンパ腫	1.55
I-10	食道	4	癌肉腫	4.82
I-11	精巣	4	化膿性精巣上体炎	3.65
I-12	肺	4	肺胞蛋白症	4.21
I-13	肝	4	血管筋脂肪腫	4.48
I-14	鼻腔	2	黒色腫	2.72
I-15	睪	4	充実性偽乳頭状腫瘍	4.74
I-16	腎	4	アミロイドーシス	2.48
I-17	小腸	3	メッケル憩室	4.17
I-18	後腹膜	4	副腎遺残	2.54
I-19	リンパ節	4	* T細胞性リンパ芽球性リンパ腫（選択） * 病型の確定に最も有用かつ陽性が期待されるもの (TdT) を問う（選択）	4.57
I-20	骨	4	骨軟骨腫	3.18
I-21	皮膚	4	スピッツ母斑	3.37
I-22	乳腺	4	非浸潤性乳管癌（乳管内腫瘍における免疫組織化学の解釈を問う）	3.38
I-23	肺	4	リンパ管平滑筋腫症 * 陽性となることが期待される免疫組織化学 (Estrogen receptor) を問う（選択）	3.51
I-24	脾	4	びまん性大型 B細胞性リンパ腫	2.49
I-25	子宮	2	アデノマトイド腫瘍	4.12
I-26	細胞診（唾液腺）	3	* 細胞診判定（ミラノシステムで悪性）を問う（選択）	3.37
I-27	細胞診（呼吸器）	2	* 推定病変（カルチノイド腫瘍）を問う（選択）	4.31
I-28	細胞診（乳腺）	3	* 細胞診判定（悪性）ならびに推定病変（浸潤性乳管癌）を問う（選択）	3.47
I-29	細胞診（尿）	2	* 細胞診判定カテゴリー（陰性）を問う（選択）	2.72
I-30	細胞診（婦人科）	2	* 推定病変（明細胞癌）を問う（選択）	3.12

体腔液量：心嚢水 150 mL（黄色やや混濁，非血性），左胸水 250 mL（黄色混濁），右胸水 300 mL（黄色混濁），腹水 450 mL（黄色やや混濁）

<外表所見>

鼻粘膜・口腔粘膜に出血あり，耳出血なし，瞼結膜貧血あり，球結膜黄染なし，

瞳孔径 左 7 mm / 右 7 mm，瞳孔位置 正中 / 正中，

頸部・腋窩・鎖骨上・鼠径リンパ節触知せず，腹部膨満軽度あり波動を触れる，手術癍痕なし，両側四肢末端に壊疽あり：配布写真参照（図 1）。

<臓器肉眼所見>

横隔膜位：左第 5 肋間 / 右第 5 肋間

大動脈弁：配布写真参照（図 2）。僧帽弁，肺動脈弁，三尖弁に著変なし。

表 5. I 型文章問題と解答および平均点

No.	問題文	解答	平均点
I-31	死体解剖資格を有していても、遺族の承諾を得ずに解剖した場合には、刑法第 190 条の規定による死体損壊罪が成立することがある。	○	0.99
I-32	医療事故調査制度の対象事例となる病理解剖は原則として第三者施設で実施する。	×	0.97
I-33	遺族が遠方在住ですぐに来院できないため、口頭で同意を得て主治医を含む医師 2 名の署名で病理解剖を行った場合、後日遺族による書面への署名が必要である。	×	0.59
I-34	婦人科材料の細胞診の液状化検体細胞診加算は、採取と同時にを行った場合にのみ算定できる。なお、過去に穿刺または採取し、固定保存液に回収した検体から標本を作製し診断を行った場合には算定できない。	○	0.89
I-35	病理診断を専ら担当する常勤の医師がいない保険医療機関においても、非常勤の病理専門医が組織診断を行えば、組織診断料として 520 点が算定できる。	×	0.42
I-36	悪性黒色腫を疑って確定診断のために 4 種類の抗体を用いた免疫組織化学を行ったとき、結果として最終診断が扁平上皮癌になった場合でも、免疫組織化学の 4 種類以上抗体使用加算をとることができる。	○	0.89
I-37	病理診断管理加算 2 では ISO15189 の取得が要件の一つである。	×	0.58
I-38	HCV 感染例の剖検臓器は、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。	○	0.99
I-39	ホルムアルデヒドを使用する部署では、作業環境測定の記録を 30 年間保管する義務がある。	○	0.96
I-40	移植腎で抗体関連拒絶が生じた場合、C4d の免疫組織化学で毛細血管が陽性となる。	○	0.96
I-41	グロコット染色では、ムーコルやノカルジアはアスペルギルスやカンジダよりも菌壁が明瞭に染色される。	×	0.95
I-42	ホルマリン固定材を用いたアルカリフォスファターゼによる酵素抗体法では、内因性アルカリフォスファターゼ活性の失活処理が必要である。	×	0.82
I-43	<i>In situ</i> hybridization 法では融合遺伝子の検出が可能である。	○	0.93
I-44	腎生検標本で Periodic acid-methenamine silver (PAM) 染色を行う場合、切片は 4~6 μm に薄切することが望ましい。	×	0.56
I-45	ヒトパピローマウイルスのうち、ローリスク型の代表的な型に 6 型、11 型がある。	○	1.00
I-46	子宮頸部細胞診で上皮内癌を推定した場合、ベセスダシステムでは SCC という報告区分となる。	×	0.98
I-47	食道、胃、十二指腸からそれぞれ生検を行った場合は、病理標本作製料は 2 臓器として算定する。	○	0.96
I-48	コンパニオン診断に提出する病理検体の固定液は、20% 中性緩衝ホルマリンを用いることが推奨される。	×	0.96
I-49	胃癌生検検体における HER2 免疫組織化学法で 3+ と判定するためには、全体の 10% 超の腫瘍細胞に強い完全な側方あるいは側方・基底膜側の膜染色が認められることが必要である。	×	0.89
I-50	PD-L1 免疫組織化学における Tumor Proportion Score (TPS) は、全腫瘍細胞数と PD-L1 陽性腫瘍細胞数の割合である。	○	0.63

表 6. IIa 型問題の解答と平均点

	臓器・領域	疾患名・解答（無印は最も考えられる病理診断名を記述、* は設問意図・形式の説明）	平均点
IIa-01	胃	リンパ球浸潤癌	4.50
IIa-02	口腔	歯牙腫	3.05
IIa-03	膀胱	尿膜管癌	4.54
IIa-04	大腸	Peutz-Jeghers (型) ポリープ	4.66
IIa-05	卵巣	漿液粘液性境界悪性腫瘍	2.55
IIa-06	心臓	急性心筋炎	3.25
IIa-07	乳腺	* 浸潤性小葉癌 (選択)	2.97
IIa-08	縦隔	単中心性キャッスルマン病 / 硝子化血管型キャッスルマン病	3.00
IIa-09	臍	漿液性嚢胞腺腫	4.41
IIa-10	唾液腺	多形腺腫由来導管癌	3.85
IIa-11	胸腺	(混合型) 胸腺腫 B1,B2	3.08
IIa-12	後腹膜	脱分化型脂肪肉腫 * 最も有用な免疫組織化学 (MDM2) を問う (選択)	2.61
IIa-13	皮膚	移植片対宿主反応	3.98
IIa-14	軟部	外傷性神経腫	2.38
IIa-15	甲状腺	髄様癌	4.11
IIa-16	骨髄	膠様変性	2.51
IIa-17	皮膚	扁平苔癬	3.59
IIa-18	肺	クリプトコックス症	3.53
IIa-19	皮膚	腺様嚢胞癌 * 検出されることの多い融合遺伝子 (MYB::NF1B) を問う (選択)	2.53
IIa-20	外陰	尖圭コンジローマ	4.77

心剖面：配布写真参照（図 3）。

心筋組織中に認められた病変の組織像：配布写真参照（図 4）。

冠動脈：3 枝の分布は右冠動脈優位。

粥状硬化による狭窄：左前下行枝 50%，回旋枝 40%，右冠動脈近位部 70%，後下行枝 50%。

左肺外表：配布写真参照（図 5）。

左肺剖面：配布写真参照（図 6）。

左肺下葉に認められた病変の組織像：配布写真参照（図 7）。

右肺剖面：配布写真参照（図 8）。

左腎外表：平滑，出血斑あり。

右腎外表：平滑，出血斑あり。

左腎・右腎剖面：配布写真参照（図 9）。

胆汁通過試験：陽性。

肝外表：平滑。

表 7. IIb 型問題の解答と平均点

	臓器・領域	疾患名・解答（無印は最も考えられる病理診断名を記述，*は設問意図・形式の説明）	平均点
IIb-01	腎	嫌色素性腎細胞癌	4.76
IIb-02	脳	多形黄色星細胞種	2.37
IIb-03	乳腺	Paget 病	4.92
IIb-04	皮膚	Glomus 腫瘍	4.60
IIb-05	肺	髄膜腫様結節	3.18
IIb-06	口腔	腺腫様菌性腫瘍	3.51
IIb-07	胃	アニサキス症	4.90
IIb-08	卵巣	良性 Brenner 腫瘍 + 粘液性嚢胞腺腫	2.72
IIb-09	十二指腸	(腸型) 腺腫	4.56
IIb-10	精巣	混合型杯細胞性腫瘍：絨毛癌 + 精細胞腫 + (未熟) 奇形腫	3.95
IIb-11	小腸	Crohn 病	4.16
IIb-12	皮膚	Bowen 病	3.49
IIb-13	肺	*線維化性非特異性間質性肺炎 fibrotic NSIP (選択)	2.38
IIb-14	軟部	*Mesenchymal chondrosarcoma (選択)	2.82
IIb-15	子宮	子宮頸部上皮内腺癌 (HPV 関連)	3.41
IIb-16	腸間膜	傍神経節腫	2.74
IIb-17	虫垂	急性虫垂炎 + カルチノイド腫瘍	1.99
IIb-18	副腎	骨髓脂肪腫	4.51
IIb-19	肺	間質性肺炎 + 腺癌 (浸潤性粘液性腺癌)	2.82
IIb-20	骨髄	本態性血小板血症	3.49

肝断面：配布写真参照（図 10）。

胆嚢外表：平滑。

胆嚢内腔：胆汁貯留あり，胆石・胆砂なし。

膵外表：癒着なし。

膵断面：主膵管拡張なし，腫瘤なし，周囲に脂肪壊死が散在。

脾臓外表：腫大，平滑。

脾臓断面：うっ血調。

舌：腫大なし。

下咽頭・喉頭：出血なし，腫瘍性病変なし，気道内異物なし。

甲状腺：軽度に萎縮あり。

消化管：胃・小腸・結腸・直腸粘膜に微小な点状出血が散在。食道・虫垂に著変無し。

副腎：左右ともに腫大なし，リポイドの減少なし。

膀胱粘膜：点状出血，肉柱肥大なし。

胸部・腹部大動脈：腹部大動脈に粥状硬化中等度。

椎体：混合髄で著変なし。

表 8. IIc 型問題の解答と平均点

	臓器・領域	疾患名・解答（無印は最も考えられる病理診断名を記述，*は設問意図・形式の説明）	平均点
IIc-01	食道	ヘルペス食道炎	4.50
IIc-02	リンパ節	皮膚病性リンパ節症	4.00
IIc-03	前立腺	腺癌	4.40
IIc-04	乳腺	乳管内乳頭腫	2.30
IIc-05	口腔	粘液嚢胞	4.44
IIc-06	脳	胚腫	2.97
IIc-07	大腸	サイトメガロウイルス腸炎	4.08
IIc-08	乳腺	化生癌 / 基質産生癌	4.45
IIc-09	骨	脊索腫	3.66
IIc-10	皮膚	リポイド類壊死症 *最も考えられる基礎疾患(糖尿尿病)を問う(選択)	1.76
IIc-11	子宮	漿液性癌	2.45
IIc-12	膵	*神経内分泌腫瘍の鑑別に有用な免疫組織化学(chromogranin A, β -catenin, trypsin)を問う(選択)	3.17
IIc-13	肝(凍結)	胆管過誤腫	4.47
IIc-14	腹膜(凍結)	子宮内膜症	3.80
IIc-15	胸膜(凍結)	*中皮腫(選択)	4.01
IIc-16	尿(細胞診)	*判定カテゴリー(高異型度尿路上皮癌)を問う(選択)	4.36
IIc-17	膣(細胞診)	*細胞診判定(NILM)・推定病変(膣トリコモナス)を問う(選択)	4.11
IIc-18	腋窩リンパ節(細胞診)	乳癌(腺癌)の腋窩リンパ節転移	3.41
IIc-19	喀痰(細胞診)	小細胞癌	3.75
IIc-20	腹水(細胞診)	*細胞診判定(陽性)・推定病変(扁平上皮癌)を問う(選択)	3.32

硬膜：静脈洞に血栓なし。

脳：配布写真参照（図 11）。

椎骨脳底動脈系：粥状硬化軽度，肉眼的に血栓塞栓なし。

3) 配布写真 (PDF で提供)

図 1 上下肢末端部の肉眼像 (剖検時)

図 2 大動脈弁

図 3 心臓断面

図 4 心筋組織中に認められた病変の組織像 (HE 染色および Masson 染色)

図 5 左肺外表 (未固定)

図 6 左肺断面

図 7 左肺下葉に認められた病変の組織像 (HE 染色お

よび免疫組織化学)

図 8 右肺剖面

図 9 左右腎剖面

図 10 肝剖面

図 11 脳剖面

4) 配布標本 (WSI で提供)

1. 大動脈弁 (HE 染色)
2. 心臓 (HE 染色) (配布写真の図 4 は標本と別部位の HE 染色および Masson 染色)
3. 左肺下葉 (HE 染色) (配布写真の図 7 は標本と同部位の HE 染色および免疫組織化学)
4. 右肺上葉 (HE 染色)
5. 右肺上葉 (EVG 染色)
6. 肺門部リンパ節 (HE 染色)
7. 左腎 (HE 染色)
8. 肝左葉 (HE 染色)
9. 大脳 (HE 染色)

5) 設問

問 1 本症例の病理診断を主病変と副病変に分け、簡条書きで記載せよ。

問 2 以下の問いに答えよ。

- (1) 本症例は来院時にショック状態であったと考えられるが、このショック状態の原因に関して、可能性の高い病態を病理組織所見に基づいて考察せよ。
- (2) 本症例において、四肢末梢皮膚・脳・心筋・肺・肝・腎などの複数臓器に共通して認められた病変の肉眼的・組織学的所見について述べ、その背景となる病態を挙げ、その病変形成について考察せよ。もし複数の原因が考えられる場合には、それぞれについてその推測の根拠となる病変を明記して整理して記述せよ。
- (3) 呼吸不全の原因となりうる肺病変の組織学的所見について、特に時相と臨床経過に注目し、臨床所見と対応させて説明せよ。

問 3 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。項目同士の関連の強いものは実線の矢印で、弱いものは破線の矢印で示せ。

《模範解答》

問 1 [30 点]

主病変

1. 肺癌 (小細胞癌, 左下葉原発)

・転移: 左右肺内, 肝臓, 肺門部リンパ節

2. 血液凝固亢進状態

・大動脈弁の疣贅形成/非細菌性血栓性心内膜炎, 脳梗塞, 心臓・肺動脈の血栓塞栓, 心筋・腎の小梗塞巣, 皮膚壊疽

・1. の肺癌による腫瘍関連過凝固状態 (Trousseau 症候群) が最も考えられる

3. 諸臓器の循環障害 (時相の多様性を伴う)

・ショック状態によると考えられる心内膜下梗塞, 肝の虚血性変化

・心筋, 腎の小梗塞巣, 皮膚壊疽 (主病変 2 による; 一部重複)

4. びまん性肺胞傷害 (急性期から亜急性増殖期の複数の時相を伴う)

5. サイトメガロウイルス感染症 (両肺)

副病変

1. 多臓器の出血性病変

・肺, 腎, 腎盂粘膜, 膀胱粘膜, 鼻粘膜, 口腔粘膜, 消化管粘膜の出血性病変

2. 慢性間質性肺炎, NOS

3. 良性腎硬化症 (軽度)

4. 粥状動脈硬化症 (胸部・腹部大動脈, 冠動脈)

問 2 [45 点: (1) 10 点 (2) 20 点 (3) 15 点]

(1) 心筋の虚血性変化による心原性ショックが最も考えられる。心筋内には血栓塞栓が認められ、器質化を伴った心筋壊死巣も多発している。死亡まで 25 日を経過していることを考慮すると、この所見が初期のショック状態の原因病変である虚血性変化を反映していると考えられる。(10 点)

(2) 設問にある諸臓器では血栓の形成や虚血性病変が形成されている。この成因については大きく分けて以下の 2 種類が考えられる。

① 腫瘍関連血液凝固亢進状態 (Trousseau 症候群) による多臓器血栓塞栓症

血液データからは凝固異常がみられ、また大動脈弁の疣贅形成や心臓・肺動脈内の血栓形成からも、全身性の血栓形成傾向が示唆される。本症例においては、この凝固異常の原因となる他の基礎疾患はなく、肺癌に関連する血液凝固亢進状態 (Trousseau 症候群) が最も考えられる。心筋の小壊死巣や腎皮質に見られる出血を伴う不連続な巣状壊死巣は、その部分を還流する動脈枝の局所的な循環障害によると思われる。これら諸臓器の梗塞性病変は、血栓の飛散による可能性が考えられる。

② ショック状態に起因する多臓器の虚血性変化

本症例は来院時からショック状態であり、さらに第 21

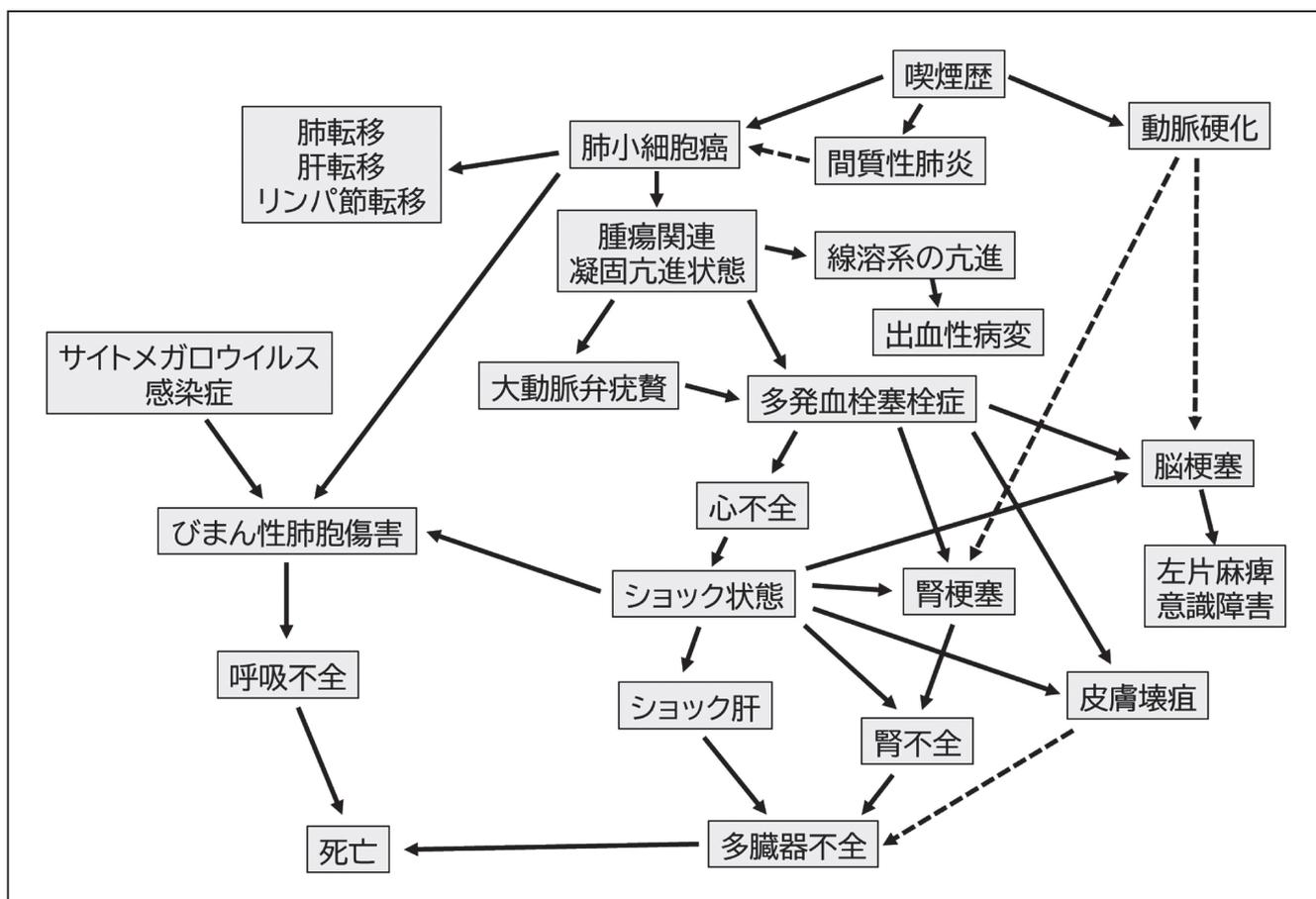


図1. III型問題フローチャート

病日からは悪化し、第25病日で死亡に至った。心内膜下の新鮮心筋梗塞巣、肝臓の小葉中心性壊死巣は、循環障害によって形成される特徴的な病変であり、本症例で持続してみられたショック状態に起因する病変と考えられる。

上記①②はそれぞれ特徴的な病変がみられるものの、一部の臓器ではその原因が①か②か明確に区別することができない。四肢末梢の壊疽などは両方の病態が複合的に関与している可能性も考えられる。また、新鮮な病変と器質化を伴う時間の経過した病変が混在していることから、経過中に断続的に病変が形成されていたと考察される。(20点)

- (3) 本症例の肺に形成された病変は、びまん性肺胞傷害 (diffuse alveolar damage, DAD) の像である。標本中では病変が全体に広がり、正常な気腔はほとんど認められない。病変は複数の時相を含み、肺胞壁に硝子膜が出現している急性期 (滲出期) の病変から、肺胞隔壁に沿った壁在性の器質化を伴う亜急性増殖期 (器質化期) の病変までが混在している。臨床的には来院時から呼吸不全があり、経過とともに悪化していることから、来院時からDADが存在し、病理解剖時には亜急性増殖期DADとして観察されたと考えられる。一方で、標

本中に急性期DADの組織像も見られたことから、死亡直前まで持続的にDADを引き起こす病態が存在した可能性が高い。本症例におけるDADは、小細胞癌の担癌状態および、それに伴うショックなどの重篤な全身状態、さらに肺に認められたサイトメガロウイルス感染に起因すると考えられる。(15点)

問3 (25点)

図1に示す。

5. 試験成績・合否判定および講評

本年度の試験成績概要を表9に、I+II型およびIII型+面接の得点分布をそれぞれ図2、3に示す。いずれも歪な分布はみられず、最頻度から低点数に向かって漸減するパターンを示し、例年と同様であった。I+II型、III型+面接ともに得点率70%近傍にピークがあった。点数分布からは、本年の専門医試験は例年と同様に適切な結果であったと判断したい。採点・集計は試験当日に行われ、試験終了後、集計結果をもとに試験実施委員および試験委員からなる合議にて合否の目安を設定し、後日開催された専門医制度運営委員会で最終的に合否が決定された。本年度の合

表 9. 試験成績の概要

	満点	平均点 (M)	標準偏差 (SD)	M-SD	M-2SD	中央値	最高点	最低点
全体合計	620	447.92	69.75	378.17	308.42	456	582	228
I型写真	150	108.74	20.13	88.61	68.49	112	146	56
I型文章	20	16.94	1.72	15.22	13.51	17	20	11
I型小計	170	125.68	20.71	104.97	84.26	127	163	67
IIa型	100	69.85	16.16	53.69	37.52	74	99	28
IIb型	100	71.27	14.08	57.19	43.11	72	94	27
IIc型	100	73.38	14.94	58.44	43.50	76	98	36
II型小計	300	214.50	40.53	173.97	133.44	217	281	96
I+II型合計	470	340.18	58.12	282.06	223.95	346	444	163
III型(面接を含む)	150	107.74	17.39	90.36	72.97	73	141	61
細胞診合計	50	35.92	8.45	27.47	19.02	38	50	14

否判定の目安は、I+II型 282点(得点率 60%)以上、III型+面接 90点(得点率 60%)以上である。

I型写真問題の平均点は108.7点(得点率 72.5%)であった。設問ごとの平均点(5点満点)では、30問中4点台が12問(40.0%)、3点台が12問(40.0%)、2点台が5問(16.7%)、1点台は1問(3.3%)で、0点台は無かった。平均点1点台だったのはリンパ形質細胞性リンパ腫(Waldenströmマクログロブリン血症)に関する問題で(1.55)、骨髄病変のHE染色および免疫組織化学・*in situ* hybridization(CD20, CD3, κ , λ)をもとに最も妥当な(考えられる)病理診断を問う形式であった。診断を補強する所見として、貧血、血清IgMの増加、IgG・IgAの抑制、IgM κ 型M蛋白の存在、さらにはMYD88 p.L265P変異陽性という情報も問題文に提示されていた。しかしながら、多発性骨髄腫と誤答する受験者が多く、疾患の概念や定義を十分に理解していない可能性が示唆された。施設間でばらつきはあるものの一定の頻度で遭遇しうる疾患であり、骨髄腫との鑑別を含めた復習を期待したい。平均点2点台には、腎生検でアミロイドーシスの病理診断を問うものがあり(2.48)、PAM染色での「spicula」と電顕における「分枝を欠く径10nm前後の細線維構造」を合わせれば腎アミロイドーシスと診断可能と考えて出題した。しかし実際には膜性腎症など免疫複合体腎炎とする答案が多かった。特殊染色(コンゴレッド、DFS)なしでは確定困難である点も踏まえ、免疫複合体腎炎やその他の沈着症についても部分点を与えた。鼻腔の黒色腫(2.72)では、メラニン顆粒が少量の場合でも鑑別診断に挙げるのが重要である。実臨床においては免疫組織化学等の追加検索を行うことが一般的ではあるが、今回の設問は形態学的に黒色腫と節外性NK/T細胞リンパ腫等の他腫瘍とどちらの可能性が高いか(最も考えられるか)、を問うものであった。病理専門医としては、免疫組織化学等を行う前に、形態を適切に捉えることが重要であることを強調したい。今回の試験では、あらたに遺伝性腫瘍(MSH2病的バリエーションのリンチ症候群)を考慮する問題

を出題した。子宮内膜癌の組織像とミスマッチ修復タンパク免疫組織化学のパネルから、原因遺伝子名と最も発生する可能性の高い癌腫(大腸腺癌)を問うものであった。分子病理専門医試験領域との重複を若干懸念したが、遺伝性腫瘍に対する基本的知識・理解は診断病理医にとって必須というべき時代になっており、実施委員長判断で出題を決めた。結果、平均点3.24であり、受験生が日頃から意識していることが反映されたと思われ心強い。細胞診の設問は例年通り5題出題し、いずれも選択式としたが、得点率は54.4~86.2%(平均68.0%)と例年に比してやや低めであった。尿細胞診カテゴリーで「陰性」を正解としたものが平均点2.72とやや低かった。画像としての難易度は高くないと思われるも、写真による判断への不安や、「陰性を選択する」ことへの躊躇があったかもしれない。

I型文章題の平均点は16.9点(得点率84.7%)であった。今回は、過去に出題されているものを10問、過去の出題を改変したものを5問、新作を5問としたが、それぞれの平均点は0.95, 0.87, 0.61となり、例年通り、過去に出題されていない内容は正解率が低い傾向であった。組織診断料算定や病理診断管理加算の条件といった、診療報酬に関する問題も出題した。日常の病理診断業務で意識することは少ないかもしれないが、我々がやっている医行為としての病理診断が保険診療上どのように位置付けられ今後どうあるべきか等、現状や問題点を認識しておくことも、今後の病理医としては必要と考える。

IIa型、IIb型、IIc型はいずれも100点満点(1問5点配点×20問)で、平均点はそれぞれ69.9点、71.3点、73.4点と、ほぼ例年通りであった。計60問中、平均点4点台は23問(38.3%)、3点台が20問(33.3%)、2点台が15問(25.0%)、1点台は2問(3.3%)であり、0点台はなかった。易しめの問題が主体で、一部にやや難しめのものが含まれている分布と解釈され、試験問題としてのバランスは良かったと考える。1点台だった2問は、皮膚リポイド類壊死症(1.76)と急性虫垂炎+カルチノイド腫瘍(1.99)

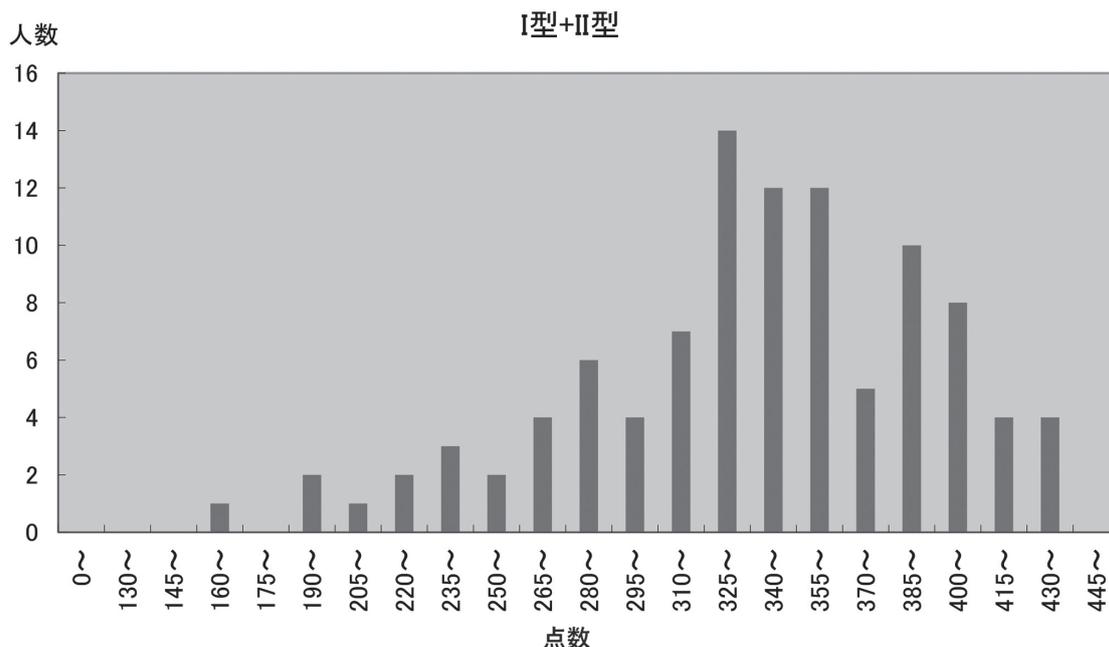


図2. I型+II型, 得点分布

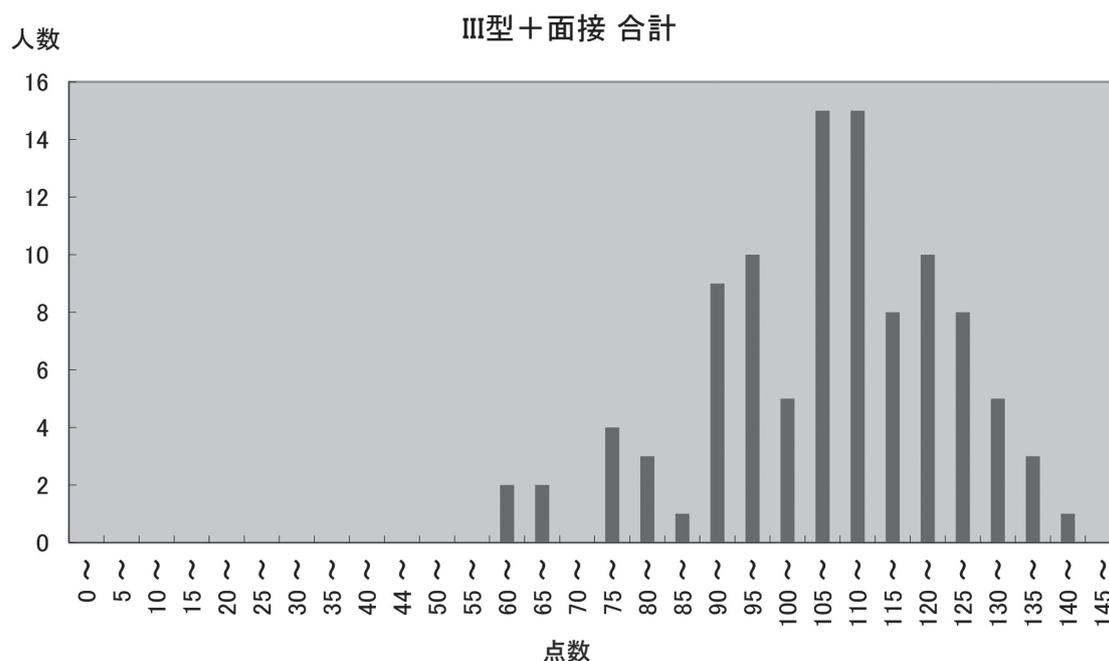


図3. III型 + 面接, 得点分布

であった。前者は、中年女性の下腿前面に生じた柵状肉芽腫について、最も考えられる病理診断名を問うものであり、診断補助となる基礎疾患（糖尿病）に関する五択問題と併せて出題した。抗酸菌感染症やサルコイドーシスといった回答が多く、皮膚肉芽腫性疾患に対する理解不足がうかがわれた。日常診断で遭遇することは稀ではあるが、皮膚肉芽腫性疾患はいずれもよく知られており、かつ全身性疾患との関連を有するものも多いため、見逃さないよう習熟が

望まれる。後者はよく遭遇する病態の組み合わせであり、2つ書けて満点、一方のみでは部分点としたが、一方のみの回答が多く平均点が低くなった。虫垂切除検体は、日常的によく経験されるものであるが、急性虫垂炎に加えて偶発的に他病変（時にそちらが主病変となることもある）が見つかることもあるので、常に注意を払っていただきたい。

高分化型/脱分化型脂肪肉腫（平均点2.61）は後腹膜の間葉系腫瘍のなかで最も頻度が高く、実臨床でも出会うこ

とがありうる。脱分化成分の形態のみでは診断は困難であり、周囲の脂肪様組織が高分化型脂肪肉腫成分である可能性を念頭におき、切り出し・鏡検を進めたい。また、生検検体ではしばしば、脱分化成分のみからなり高分化成分が採取されないため、免疫組織化学などによるMDM2の検索を積極的に行いたい。間質性肺炎に合併する腺癌を正解とした問題は、平均点が2点台であった(2.82)。間質性肺炎の肺は、虚脱線維化を伴う構造改変のみならず、気管支上皮化生等の修飾も加わっており、腺癌(特にnon-TRU型である浸潤性粘液性腺癌)の合併を見落としやすい。今回は、腺癌と書いていれば組織型を問わず満点とした。近年、間質性肺炎の診断目的で、従来の外科的肺生検だけでなくクライオ生検を施行する施設が増加しており、本症例以上に異型の弱い腺癌の合併が偶発的に見つかる機会も増えている。日常診療で遭遇した際は、気管支上皮化生との鑑別にHNF4a染色(粘液性腺癌で陽性、気管支上皮化生は陰性)を施行する等、慎重に診療にあたって頂ければと願う。

乳腺生検での乳管内病変は日常診療での遭遇頻度が高いが、良悪性の判断が時に難しく、誤診によるトラブルも少なくないと感じる。経験を積み、免疫組織化学等も併用し正診できるようにしておいて欲しい。I型試験で出題した非浸潤性乳管癌(3.38)は、HE標本のみでは良悪性の判断が難しい乳管内病変に対し、免疫組織化学所見を合わせて診断する能力を問う目的で出題した。一部に上皮の二相性がある症例をあえて選んだが、半数以上の受験者がこれに引っかからず「非浸潤性乳管癌」、さらに踏み込んで「非浸潤性乳管癌を伴った乳頭腫」と正診しており(異型乳管過形成も正解とした)、免疫組織化学併用での診断の経験を積んでいることが伺われ嬉しくなった。一方で、II型試験にてサービス問題のつもりで出題した乳管内乳頭腫(2.30)の正答率は予想外に低かった。試験下での緊張もあったかもしれないが、偽浸潤に惑わされず上皮の二相性などの所見を冷静に拾ってほしい。

アニサキス症(4.90)や尖圭コンジローマ(4.77)等、いずれの施設においてもよく遭遇する疾患、必須の疾患については正答率も高く、日々の診断業務の積み重ねや、試験勉強の成果が発揮されたと思われ喜ばしい。

IIc型には、凍結切片を3問出題した(胆管過誤腫、子宮内膜症、中皮腫)。いずれも日常的に経験されうるものであるが、正答率は良好(平均点はそれぞれ4.47, 3.80, 4.01)であり安堵した。細胞診は5問出題したがこちらの正答率も高く(3.41~4.36, 平均3.79点)、Zスタックを含む慣れない環境の中でよく解答されていたと評価したい。

III型試験は、面接点との合計点平均が107.7点(得点率71.8%)であり、昨年と比べるとやや低くなった。今回の出題の意図は急激な経過で死亡に至った症例について、全身臓器に多様な時間経過を示して見られる病変を、解剖に

よって初めて発見された進行癌病変とも関連付けて解釈することを求めるものである。組織標本という時間の止まったものの所見を、刻々と変化する臨床経過と対応させることは本来難しいものであるが、多くの受験者がこのプロセスに挑んだ答案を作り上げていた。設問1は配点30点とし、主病変25点、副病変5点としたが、今回の症例では主・副のどちらに分類するかの判断が分かれる病変も多かったため、このどちらに分類してあるかにはあまりこだわらずに採点した。

設問2は今回の出題の重点項目であり配点は45点とした。(1)は死亡から約1か月前の病態を推測すること(10点)、(2)は発症から死亡直前までに引き続いて生じた病変を悪性腫瘍と結び付けて時間軸で解釈すること(20点)、(3)は肺の病変に着目してその時間的多様性と臨床経過とを対比して考え記述すること(15点)、をそれぞれ求めたものである。時間的な解釈を難しく感じたと思われる答案も見られたが、多くは病変の多様性に言及しており内容としては十分なものが多かった。設問3は例年通りにフローチャートの作成で配点を25点とし、採点は設問2と関連して多様な病変を悪性腫瘍とも関連付けて論理的にまとめられているかどうかを重視して行った。

出題者が意図した模範解答から見た、今回の試験における受験者の答案について以下にコメントする。

模範解答では、解剖所見に見られた多臓器の血栓塞栓症を、肺癌に関連する血液凝固亢進状態、すなわちTrousseau症候群としてまとめている。ここで問題となるのが大動脈弁に生じていた疣贅の性状の特定であるが、模範解答ではTrousseau症候群の関連としてこれを非細菌性血栓性心内膜炎の病理所見としているのに対し、受験者からは感染性心内膜炎による病理所見とするものが多く見られた。出題者としては、本症例において菌血症を示す検査結果は認められていないこと、解剖所見で疣贅に細菌塊は認められず(一部の受験者が細菌塊として指摘した所見は石灰化巣である)、疣贅は大動脈弁の構造の破壊を伴わずにその表面に付着しているだけであること、またその内部も血小板集塊とフィブリンの層状構造を示す比較的新鮮な血栓の所見で炎症細胞をほとんど伴わないこと、などから感染性である根拠は乏しいと考えている。この状況下で転移を伴う癌が解剖時に初めて発見されたという所見から、当初原因不明とされていた凝固障害の原因として最も可能性の高いものとして肺癌による凝固亢進状態を挙げた。しかし疣贅の性状の特定は困難なことも多く、またTrousseau症候群は本来臨床的に推測される病態であって、これを病理学的に直接に証明することは困難であるから、出題者が挙げた上記の根拠をもってしても感染性の可能性を完全に否定しきれものではない。したがって今回の採点においては、病理所見を含めた考え方に一貫性があり、病態の考察が適切にまとめられていれば、細菌性心内膜炎とした答

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
41	R5 ('23)	杏林大	坂谷 貴司	柴原 純二	113	95	84.1	会報 427 号 PDF, 2023
42	R6 ('24)	杏林大	亀山 香織	柴原 純二	108	90	83.3	会報 438 号 PDF, 2024
43	R7 ('25)	東邦大	河内 洋	柴原 純二	101	81	80.2	会報 450 号 PDF, 2025

案も大幅な減点とはしていない。

血液凝固亢進状態に対して、これを DIC と明記したうえで病態の全体を解釈している答案が散見された。臨床的に DIC に該当することは正しいものの、腎臓や肺に病理組織学的に DIC とする所見はなく、DIC という用語で肺血管内に生じたような大型の血栓の説明は困難であると考え、模範解答ではあえて DIC の用語を用いていない。た

だし臨床的に合理的に推測し得る病態ということで DIC とした答案については減点の対象とはしていない。

また模範解答とは別に、採点をしながら気になった点を以下に記す。一つは心臓の標本において Masson trichrome 染色で青色調に染まる心筋凝固壊死巣を「Masson 染色で青色なので線維化である」としている答案が多数見られたことである。この病変が線維化巣ではないことは組織所見

を見れば明らかであるし、またある一つの染色法で染め出される色は、組織や病変と1対1で対応するほど単純なものではない。HE以外の染色標本の見方についてさらに学んでいただきたいと思う。もう一つは答案において臨床経過や検査所見の考察ばかりを記述し、病理所見はごく簡単に述べているに過ぎないもの、中には少数ではあるが病理所見にほとんど言及していないものがあったことである。今回の設問のように病変の病態生理の考察が求められるような場合、臨床所見が重要であることに異論はない。しかし病理専門医試験で求められることは、病理所見と臨床所見を統合した病態の解釈であることを忘れず、病理所見から解答の一つ一つを記述していただきたい。

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101）。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40名（39.6%）、大学病院の病理（病理診断科）が36名（35.6%）、うち両者とした重複回答7名（6.9%）、国公立（法人）センターが9名（8.9%）、それ以外の病院が16名（15.8%）であった。病理医としてのキャリアは、4年目が48名（47.5%）、5年目が24名（23.8%）、6年以上10年未満が24名（23.8%）、10年以上が4名（3.9%）、20年以上が1名（1.0%）であった。病理専門医試験の受験回数は初めてが84名（83.2%）、2回目が11名（10.9%）、3回目が1名（1.0%）、4回目が2名（2.0%）、5回目以上が3名（3.0%）であった。

「試験問題の難易度」については、I型文章題が平均値3.2、I型写真・II型は全て平均値3.5であり、「3. 適当」と「4. やや難しかった」の間となった。例年と同等ないし若干難しい印象のようであったが、得点率ではI型で74.0%、IIa, IIb, IIcで70%前後であったことから、難易度は例年並みであったといえよう。III型は平均値4.0すなわち「やや難しかった」とのことであったが、諸臓器における虚血性病変の病態や、びまん性肺胞傷害の時相といった、病理所見と病態を結びつける思考が問われる内容であったことで手強く感じた受験生が多かったのかもしれない。

「細胞診の難易度」は平均値3.7でほぼ例年なみだったが、「やや難しかった」に近い結果となった。出題された病変・所見は比較的典型的・高頻度なものだったが、WSIによる判定に慣れていないこともあったかと思われる。「細胞診の問題数」は平均値3.2で例年通り、妥当と考える。

「試験時間の長さ」はI型・II型では平均値3.0-3.1で適当という意見が大半であった。一方で、III型は平均値3.8（「3. 適当」と「4. やや短い」の間）であり、短く感じた受験生がやや多かったようである。難易度も含め、III型問題は歯ごたえがあったということであろう。ほぼ模範解

答に近い、所見の把握と適切な解釈がなされた優れた答案もみられたが、多くの受験生にとっては、近年の病理解剖数の減少や、受験に必要な剖検数の減少に伴い、剖検診断の研鑽が積みにくい状況であることも関係しているかもしれない。

「写真集 PDF について」ではI型での画質の評価が印刷体で配布していた5年前までと比較して、やや低かった。I型やIII型問題の写真集をPDFで配布するようになって4年目になるが、この傾向が続いている。PDFについては、解答に必要かつ十分な枚数や拡大を準備するよう努めたが、PC画面上の見え方によっては出題側の意図よりも見づらかったかもしれない。次回以降の課題としたい。

スライドガラスのWSI化にあたっては、適切なスキャン範囲設定、フォーカス調整やホコリ除去等を含めた画質確保を可及的に試みた。スキャン後の確認で不十分と判断したものはスキャンを繰り返した。ただし、繰り返しのスキャンにも関わらず部分的にフォーカス不良な箇所のあるWSIもあり、完璧なものは準備できなかったが、少なくともフォーカスが合っている箇所の観察で正解できることは確認した。組織標本については大部分を20倍で取り込み、必要に応じて40倍で、細胞診については40倍かつZ-スタック機能を用いた取り込みを行った。「WSIについて」では、II型、III型ともに画質・焦点や標本の大きさについていずれも4.4~4.6と高評価であった。また、以前のようなガラススライドを用いた試験よりも公平性が担保できる、という肯定的意見も多くみられた。少数ながら核の所見がとりづらい、細胞診でZ-スタック機能を用いても焦点が合いづらい、という意見もあった。

「使用したPC」については平均値4.7であり適切であるとの意見が多かった。PCはスムーズに動作し、ビューワーの操作性、モニタの色調などの動作不具合に関する報告はなかったが、数名の受験者から、「静音マウスの採用」が提案されていた。確かに静寂の試験会場では、鉛筆を走らせる音とマウスクリック音は気になるかもしれないと思った。予算の事情もあると思われるが今後の改善点として共有しておく。あらかじめ、操作法の練習に用いた、病理情報ネットワークセンターからダウンロードしたビューワーとサンプル画像には改善の余地があるとの指摘があった。

「試験内容と日常業務の関連性」については、平均値3.6であり、例年並みであった。日常の病理診断業務を着実にを行い、試験に向けてしっかり準備してきた受験生が素直に取り組んで正解できるような「良問」を作成することを目標として、実施委員一同準備を進めたが、元来頻度の低い領域からの出題等もあり、関連性が低いと感じた受験生もいた。広い出題範囲から症例を選択するという専門医試験の仕組み上、日常業務で診断する機会の少ない症例が選ばれることもある。それでも、良悪の間違いが多大な影響を及ぼす場合や、鑑別対象として知っておくべき疾患等もあ

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	3.5 (1～5) 3.2 (1～5) 3.5 (2～5) 3.5 (2～5) 4.0 (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	3.1 (1～5) 3.0 (1～5) 3.1 (1～5) 3.0 (1～5) 3.8 (1～5)
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	3.7 (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	3.2 (1～5)
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	4.1 (1～5) 4.3 (2～5) 4.3 (2～5) 4.3 (2～5)
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	4.6 (2～5) 4.6 (3～5) 4.4 (1～5) 4.5 (1～5)
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	4.7 (3～5)
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	3.6 (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 (3～5)
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		4.4 (2～5)
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		4.5 (1～5)

る。専門医試験において日常業務との関連性を、どのよう
にどこまで高める必要があるのか、今後の課題としたい。
ともあれ、「本試験の全体的な質」では平均値 4.2 を頂き、
実施委員一同、安堵している。

「試験日程ならびに進行」は、平均値 4.4 と高評価であつ
たが、酷暑が続く昨今、この時期に試験が行われることに
ついて改善を求める意見もあった。また、二日目の集合時
間を遅めて欲しいという意見もあった。その他の意見とし
て、試験問題を I 型や II 型の問題文も含めて公開して欲し
いという要望があった。

「試験場の設備、環境」も平均値 4.5 と高評価であった。
試験会場として使用させていただいた東邦大学は羽田空港
に近く、1 部屋で試験が行えるなど利便性のある会場で
あった。来年も同会場をお借りして試験が行われる予定で
あり、大変有り難い。一方で面接環境、誘導やトイレ等につ
いて改善の提案もあった、受験生からの貴重な意見とし
て、次回以降の参考とさせて頂く。

7. むすび：実施委員長より

はじめに、今回の病理専門医試験に挑まれた 101 名の受
験生の皆さん、大変お疲れ様でした。

そしてこのたび、合格された 81 名の皆さん、おめでと
うございます。病理専門医の仲間入りをしてくださり大変
うれしく思います。毎年、試験報告にて歴代の試験実施委
員長の方々が書かれていますように、これは新たな出発点
に過ぎません。追加染色や教科書・アトラスの参照ができ
ない試験だったとはいえ、正答率 60~70% は実際の病理
診断業務では不十分と考えられます。これからより一層研
鑽され、良き診断病理医への道を一歩ずつ進んで行かれる
ことを心から願っています。私は恩師から「何でもわから
ないという病理医は馬鹿、何でもわかるという病理医は危
険」「病理医は一人より複数でいるほうが良い診断ができ
る」と教わりました。病理医として最善を尽くして質を高
める努力をするべきだが、自らを過信せず謙虚に仕事に臨
むべきである、そして己の弱さと限界を認識し、一人の力
で対応できない場合は仲間と協力して最善を尽くすことが
重要である、というメッセージだと受け止めています。一
人病理医も少なくない現状では、心細い場面も多いかと思
いますが、幸いにして、昨今では様々な人的ネットワーク
の構築も広がっています。病理医同士で支え合い、切磋琢
磨を重ねながら、良質な病理診断を追求し、充実した病理
医人生をとともに歩んでまいりましょう。そして澁刺と働く
皆さんの姿に憧れて（「病理という“飯”を美味そうに食う」
姿をみて）、一人でも多くの後進が将来病理医の道を選ん
でくれることを願っています。

一方で、合格に至らなかった 20 名の皆さんにおかれま
しては、残念ではありますが、再度研鑽・勉強する機会を

表 12. 第 43 回日本病理学会病理専門医試験委員構成

第 43 回日本病理学会病理専門医試験実施委員
河内 洋 (委員長), 中黒匡人 (副委員長), 伊藤栄作, 大石直輝, 熊谷二郎, 佐伯春美, 櫻井うらら, 平木 翼, 深澤由里, 牧瀬尚大, 松村舞依
面接委員
倉田盛人, 小池淳樹, 本間尚子, 松林 純, 三上哲夫, 森川鉄平
病理専門医試験委員
柴原純二 (委員長), 阿部浩幸, 石田和之, 井野元智恵, 坂谷貴司, 千葉知宏, 栃木直文, 長嶋洋治, 長峯理子, 林大久生

得たと前向きに捉え、めげることも無く再挑戦されることを
望みます。今回の試験結果を参考にされ、自身に足りない
部分を補い、来年こそ合格を勝ち取って頂く事を願ってい
ます。III 型問題については、講評でも述べられているよ
うに、所見を適切に把握するだけでなく、病理所見同士や
病態を結びつける思考力が求められます。自験例に 1 例 1
例丁寧な、毎回 CPC に臨むつもりで向き合ってください
と思います。応援しています。病理専門医の仲間に加わっ
て頂けるその日を楽しみに待っています。

最後に、2025 年度病理専門医試験に携わった委員の皆
さんを表 12 に示しました。特に 10 名の病理専門医試験実
施委員、ならびに笹平智則委員長率いる口腔病理専門医試
験実施委員の先生方には、問題案作成から当日の対応に至
るまで実に 8 か月にわたって多大なご貢献を頂きました。
長期間、試験準備を秘密裏に行うことの重圧を皆さん感じ
ておられたことと思います。私自身は症例問題作成はせず
調整役に注力いたしました。試験実施委員の皆さんが
各々の能力と個性を十分に発揮され、良問作成に尽力頂い
たおかげで今回の専門医試験を無事に終えることができま
した。感謝申し上げます。特に副委員長を引き受けてくだ
さった中黒匡人先生には多岐にわたるアドバイスや采配を
ありがとうございました。委員長補佐として集計や雑用的
業務、受験者目線でのアドバイスなど、面倒な作業を力強
くサポートしてくださった伊藤藍先生、秋谷昌史先生にも
この場を借りて改めて感謝します。とても頼もしかったで
す。試験委員長の柴原純二先生には、実施委員長ご指名の
有り難い (?) お電話に始まり、終始温かい励ましと的確
なアドバイスで、我々実施委員の背中を押してくださいま
したことを心から感謝申し上げます。試験会場として大学
施設を使用させていただいた東邦大学の栃木直文先生に
は、外回り関係を含め多くの面で助けていただき、また試
験委員としてもご活躍くださいました。厚く御礼を申し上
げます。さらに、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宮本いづみ様（細やかな対応に深謝
です）、菊川敦子様、三好香織様、加藤春奈様、松平美紀様、
本間かやの様、会場スタッフとしてご協力いただきました
黒瀬泰子先生、中村寛美さんにも心より御礼申し上げます。

第33回（2025年度）日本病理学会 口腔病理専門医試験報告

第33回口腔病理専門医試験実施委員会
委員長 笹平 智則

1. はじめに

第33回（2025年度、令和7年度）の日本病理学会口腔病理専門医試験は、8月23日（土）、24日（日）の両日、第43回病理専門医試験と同時に東邦大学医学部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。前回同様、I型およびIII型問題の写真集はPDFファイルが、II型問題およびIII型問題はバーチャルライド閲覧システムを用いたWSIが供覧された。本年度の受験申請者は5名で、3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

今年度の受験者の勤務施設の内訳は、歯学部病理学教室が3名、歯学部以外（医学部）の病理学教室が2名であった。受験者の口腔病理の経験年数は、6年以上10年未満が4名、10年以上が1名であった。また、受験者は全員男性であった。

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、口腔病理専門医試験に独自の試験問題（口腔問題）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。写真問題では予めノートPCに写真集（PDF）が保存されており、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は口腔問

表1. 共通問題の臓器別出題数

臓器	出題数
肝 胆 膵	3
頭 頸 部	6
呼 吸 器	2
骨 軟 部	5
循 環 器	1
消 化 器	6
生 殖 器	3
神経・感覚器	1
造 血 器	1
内 分 泌	3
乳 腺	3
泌 尿 器	3
皮 膚	3
遺 伝 性 腫 瘍	1
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	4
顎骨の非腫瘍性疾患	3
唾液腺腫瘍	5
唾液腺の非腫瘍性疾患	1
粘膜腫瘍	4
粘膜の非腫瘍性疾患	6
その他の腫瘍	10
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	エナメル上皮腫	4.40
I-02	嚢胞状中膜壊死	4.20
I-03	問 1) 濾胞性リンパ腫 問 2) CD10 (+), BCL6 (+), BCL2 (+)	2.80
I-04	二相性滑膜肉腫	1.00
I-05	腐骨, 骨髄炎	5.00
I-06	問 1) 2) <i>MSH2</i> 問 2) 2) 大腸腺癌	3.20
I-07	血管筋脂肪腫	3.00
I-08	充実性偽乳頭状腫瘍 (SPN)	2.00
I-09	メッケル憩室	1.00
I-10	骨軟骨腫	0.00
I-11	非浸潤性乳頭癌	1.20
I-12	問 1) リンパ管平滑筋腫症 問 2) 2) Estrogen Receptor	1.40
I-13	アデノマトイド腫瘍	4.00
I-14	5) VI 悪性	4.00
I-15	2) 明細胞癌	2.00
I-16	(悪性) 黒色腫	4.00
I-17	原始性歯原性腫瘍	3.40
I-18	2) Chievitz 器官	2.00
I-19	Asteroid 体	3.00
I-20	2) Epstein-Barr Virus	4.00
I-21	腺様嚢胞癌	5.00
I-22	4) 原発性骨内癌, NOS	4.00
I-23	(骨外性) 形質細胞腫	4.00
I-24	1) 多形腺腫	5.00
I-25	ヘルペスウイルス感染	4.00
I-26	歯根嚢胞	5.00
I-27	3) <i>EWSRI::ATF1</i>	2.00
I-28	血管肉腫	2.20
I-29	腺房細胞癌	3.00
I-30	器質化血栓	3.20

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, 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。IIc 型問題では生検標本を主体とした小型の標本, 凍結標本および細胞診を中心に出題した。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。

表 4. IIab 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	リンパ球浸潤癌	2.80
IIa-02	歯牙腫 (複雑型)	5.00
IIa-03	尿管管癌	1.60
IIa-04	Peutz-Jeghers 型ポリープ	3.00
IIa-05	3) 浸潤性小葉癌	1.00
IIa-06	漿液性嚢胞腫瘍	1.80
IIa-07	多形腺腫由来癌	4.00
IIa-08	外傷性神経腫	5.00
IIa-09	甲状腺髄様癌	2.00
IIa-10	扁平苔癬	5.00
IIa-11	神経鞘腫	4.00
IIa-12	疣贅性黄色腫	4.00
IIa-13	孔道癌	3.80
IIa-14	扁平上皮乳頭腫	4.00
IIa-15	歯原性粘液腫	3.00
IIa-16	唾石症	5.00
IIa-17	3) ムーコル症	4.00
IIa-18	Warthin 腫瘍	5.00
IIa-19	色素性母斑	5.00
IIa-20	過角化症	4.00
IIb-01	嫌色素性腎細胞癌	4.40
IIb-02	Glomus	3.00
IIb-03	腺腫様歯原性腫瘍	5.00
IIb-04	腸型腺腫	3.80
IIb-05	Crohn	3.00
IIb-06	Bowen 病	4.00
IIb-07	5) Mesenchymal chondrosarcoma	1.00
IIb-08	子宮頸部上皮内腺癌 (HPV 関連)	1.80
IIb-09	傍神経節腫	2.00
IIb-10	骨髄脂肪腫	3.00
IIb-11	Congo-red 染色 or DFS 染色	5.00
IIb-12	デスマグレイン	2.00
IIb-13	血管平滑筋腫	2.00
IIb-14	石灰化歯原性嚢胞	4.00
IIb-15	MALT リンパ腫	3.00
IIb-16	紡錘細胞扁平上皮癌	3.80
IIb-17	基底細胞腺腫	4.00
IIb-18	甲状舌管嚢胞	5.00
IIb-19	粘表皮癌	3.00
IIb-20	滑膜性軟骨腫	5.00

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。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, 病理解剖時のマクロ写真は PC 画面上で画像データ (PDF) を閲覧し, 顕微鏡像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

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	腺房腺癌	4.00
IIc-02	粘液嚢胞	5.00
IIc-03	胚細胞腫	2.00
IIc-04	サイトメガロウイルス感染	1.80
IIc-05	基質産生癌	2.00
IIc-06	脊索腫	2.00
IIc-07	漿液性癌	1.00
IIc-08	1) 中皮腫	5.00
IIc-09	4) 高異型度尿路上皮癌	4.00
IIc-10	小細胞癌	2.60
IIc-11	鼻歯嚢胞	5.00
IIc-12	2) 肥厚した歯嚢	1.00
IIc-13	下顎隆起 (外骨症)	4.60
IIc-14	「断端上皮は中等度から高度異形成を示しています。追加切除もご検討ください。」	3.20
IIc-15	歯原性角化嚢胞	5.00
IIc-16	カンジダ症	4.00
IIc-17	悪性、扁平上皮癌転移	3.80
IIc-18	膿原性肉芽腫	4.00
IIc-19	顆粒細胞腫	5.00
IIc-20	2) 結節性筋膜炎	3.00

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、誤字や必要な重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 5 名の総合計の平均得点率は 65.9% で、昨年 (69.6%) より低い結果であった。I 型問題の平均得点率は 64.8% (昨年 71.6%)、II 型問題は 69.6% (昨年 65.3%)、III 型問題 (筆記+面接) は 59.6% (昨年 75.9%) であった。口腔問題の総合計の平均得点率は 76.0% (昨年 73.0%) に対し、共通問題では 58.1% (昨年 62.1%) であり、昨年と同様に口腔問題よりも共通問題の得点率の方が低かった。口腔問題に対する共通問題の正答率の差は 17.9 ポイント (昨年 10.9 ポイント) と昨年より差が開いてしまっており、共通問題と口腔問題をバランスよく正答できている受験者はほとんどいなかった。口腔は全身の一器官であり、複雑な口腔疾患の理解や医科との円滑な連携のためにも、口腔病理専門医は幅広い全身病変の人体病理学的知識を持ち合わせていなければならない。合格者ならびに今後の受験者においては、引き続き口腔病理専門医における全身病理学的知識の重要性を再認識し、量と質の高い一般病理研修 (自己研鑽を含む) に努められたい。細胞診の平均得点率は 73.5% (昨

年 73.8%) であった。I 型問題と II 型問題とを合わせた総合得点率の平均は 67.9% (昨年 67.6%)、最高は 77.0% (昨年 78.1%) と昨年とほぼ同程度であった。

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、肺に生じた小細胞癌に起因する血液凝固亢進により種々の病状を惹起し、死亡に至ったトルソー症候群の症例であった。主病変に関連する全身臓器の血栓や梗塞、大動脈に付着した非細菌性の疣贅、ショック状態によるびまん性肺障害 (DAD)、サイトメガロウイルス感染などの所見や副所見を抽出し、最終的に呼吸不全や多臓器不全を惹起して死に至るまでの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 53.4% (昨年 73.8%、一昨年 66.3%) で、受験者にとっては例年よりも難解な問題になったようである。病理解剖は人体病理学を総合的に理解するために格好の機会であり、臨床診断や治療の正確性の検証、死因の確定、治療効果の判定、臨床上発見できなかった病態の発見、疾病の状況が急変した原因の解明、さらなる医学の進歩への貢献等において極めて重要である。病理解剖の件数が減少する中で多くの症例を経験することが年々困難になってきているが、執刀した 1 例 1 例を大切に、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、8 月 28 日に開催された口腔病理専門医試験制度運営委員会では慎重に審議し、受験者 5 名中 3 名を合格と判定した。不合格者の得点率は合格者と乖離しており、今後は I 型・II 型共通問題、III 型問題の習熟が望まれる。受験者全員には成績の結果と簡単な総評を加えて可否を通知したので、この結果を各自の自己分析に役立て、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て、問題の難易度については全体的にやや難しいという回答が多かったものの、問題の適切さについては概ね適切と答えた受験者が多かった。試験時間の長さについては、III 型問題について短かったという回答が多かった。一昨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く、バーチャルスライドについては全体として概ね適切～適切と高評価が得られた。何名かの受験者からはバーチャルスライドの画質が良かった、見やす

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: 易, 3: 適当, 5: 難
A) I型写真問題	4.00
B) I型文章問題	3.20
C) IIa, b型問題	3.40
D) IIc型問題	3.60
E) III型(剖検)問題	4.20
出題内容の適切さ	1: 易, 3: 適当, 5: 難
A) I型写真問題	3.20
B) I型文章問題	3.20
C) IIa, b型問題	3.00
D) IIc型問題	3.20
E) III型(剖検)問題	3.60
試験時間の長さ	1: 長い, 3: 適当, 5: 短い
A) I型写真問題	3.20
B) I型文章問題	3.00
C) IIa, b型問題	3.60
D) IIc型問題	3.40
E) III型(剖検)問題	3.80
細胞診	1: 易/少ない, 3: 適当, 5: 難/多い
A) 難易度	3.80
B) 問題数	3.20
写真	1: 不適切, 3: どちらともいえない, 5: 適切
A) I型写真の画質	4.20
B) I型写真の大きさ	3.80
C) I型: 1問当たりの写真数	4.20
D) III型写真の画質	4.00
E) III型写真の大きさ	4.20
F) III型写真の数	4.20
バーチャルスライド	1: 不適切, 3: どちらともいえない, 5: 適切
A) II型 WSI の画質・焦点	4.20
B) II型 WSI の標本の大きさ	4.20
C) III型 WSI の画質・焦点	4.20
D) III型 WSI の標本の大きさ	4.00
使用した PC	1: 不適切, 3: どちらともいえない, 5: 適切 3.60
試験内容と日常業務の関連性	1: 低い, 3: どちらでもない, 5: 高い 3.20
本試験の全体的な質	1: 低い, 3: どちらでもない, 5: 高い 3.80
試験日程ならびに進行	1: 不適切, 3: どちらともいえない, 5: 適切 4.20
試験場の設備, 環境	1: 不適切, 3: どちらともいえない, 5: 適切 4.60

かったとのコメントを得ており、ガラス標本ごとにフォーカス位置設定を調整しバーチャルスライドの画質を向上させたことが評価に繋がったと推測された。本試験の試験場の設備、環境に関しては高い評価が得られ、PDF画像やバーチャルスライドを使用した試験の実施に関しても概ね好意的な評価であったが、何名かの受験生から本試験の全体的な質や使用したPCに低評価を得たが、試験当日、動作不具合を生じるPCが何台かあったものの、機材の交換は円滑に行われていた。WSIとノートPCを用いた試験は今年で5回目であり、今後受験予定の方々は本試験の形式

をよく熟知しておいていただきたい。試験内容と日常業務の関連性に関しては例年よりもやや低めの評価であった。専門医試験である以上、日常的に診断頻度の高い疾患のみならず受験生の実力を測る多少難解な症例（組織像は典型的）を出題することはやむを得ず、また、日常の病理診断の場においても経験のない症例に遭遇することは常にあり得るため、何卒ご理解をいただきたい。

6. おわりに

口腔病理専門医試験は本年度で第33回目となりました。本年度もPDF画像やバーチャルスライドを使用した試験を実施しましたが、本試験形式が受験者に受け入れられつつあると実感しております。合格された先生方、おめでとうございます。専門領域である口腔問題の正答率は概ね80%を超えていますが、決して油断しないでください。正答ではなかった20%に良悪の誤りがあった場合、これが実臨床だと大きな問題となります。試験には試験実施委員、試験委員の全員が診断一致した症例しか出題しておらず、いずれも日常的に遭遇する可能性のある疾患ばかりです。症例検討に出されるような専門家でも意見の分かれる難解な症例は出題していません。今回の結果をしっかりと自己分析し、驕ることなく最善・最良の研鑽に努めてください。また、可否に関わらず、口腔問題と共通問題や剖検問題の得点率には差があり、可能な限り満遍ない領域の学習が必要と考えます。全身の外科病理学や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は、口腔疾患の本質を深く理解する優れた口腔病理医を育成し、口腔病理診断の精度を向上させる上で極めて重要です。これを実現するために、平成28年度以降の口腔病理専門医研修開始者を対象に、新しい研修要綱が導入されています。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よう、改めてお願い申し上げます。

7. 謝辞

今回の試験であらたに3名の口腔病理専門医を輩出することができました。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朗先生を委員長とする口腔病理専門医試験委員会委員（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小田義直先生、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、試験実施委員長の河内 洋先生と試験委員長の柴原純二先生には、問

表 7. 第 33 回日本病理学会口腔病理専門医試験関連委員

第 33 回日本病理学会口腔病理専門医試験実施委員

笹平 智則（委員長，鹿児島大学大学院医歯学総合研究科分子
口腔病理学分野）
石川 文隆（埼玉県立がんセンター病理診断科）
福井 怜（日本大学歯学部病理学講座）

口腔病理専門医試験委員

入江 太朗（委員長，岩手医科大学病理学講座病態解析学分野）
長塚 仁（岡山大学学術研究院医歯薬学域口腔病理学分野）
石丸 直澄（東京科学大学大学院医歯学総合研究科口腔病理学
分野）
松坂 賢一（東京歯科大学病理学講座）
久山 佳代（日本大学松戸歯学部病理学講座）

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栃木直文先生をはじ
めとした東邦大学の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・本間かやのさんのはじ
めスタッフの皆様に心より感謝申し上げます。