会報

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 462 号　　令和 8 年（2026 年）10 月刊

1. 第 44 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 22，23 日（土・日）に東邦大学（東京都大田区）にて実施され，受験者 113 名中 92 名が合格しました（合格率 81.4%）。

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 8 年度病理専門医合格者氏名

認定番号	姓　名	認定番号	姓　名
4127	藤田　千佳	4160	園部　　聡
4128	上野　智代	4161	加藤憲士郎
4129	河村瑠衣子	4162	青江　耕平
4130	松野　芽衣	4163	森　　日香
4131	本間りりの	4164	目　佳那子
4132	加藤　聖大	4165	松本　崇雅
4133	長谷川敦子	4166	榎本　泰典
4134	月田　　光	4167	棚橋　明央
4135	寺田智代子	4168	浅野　祐輝
4136	池田　宏美	4169	田﨑　絢子
4137	髙嶋沙緒里	4170	高田　拓弥
4138	井藤奈央子	4171	室山　佑希
4139	佐藤　里加	4172	七五三掛蒼
4140	都築　　諒	4173	塚田　美里
4141	吉田　圭汰	4174	仲間　海人
4142	渡邊　尭宣	4175	松原　丈二
4143	梶山　　博	4176	児玉　大地
4144	降幡　　薫	4177	塩谷　郁美
4145	長岡真梨子	4178	長谷川国大
4146	長野　愛矢	4179	片岡　恵梨
4147	野内　直子	4180	竹村　紀子
4148	加藤　雅士	4181	辻本　敬之
4149	田村　一洋	4182	森　　直樹
4150	髙橋　彩菜	4183	合田ゆう子
4151	市村　多恵	4184	杉江　亨啓
4152	横田　ゆか	4185	久保田泰弘
4153	和田　周夏	4186	杉村　周亮
4154	栗原　　歩	4187	熊田　雄仁
4155	天笠　眞緒	4188	白木　健太
4156	岸本　知大	4189	上田優加子
4157	小池　正純	4190	豊田名津美
4158	辻井　秀明	4191	神野　聖也
4159	安藤　冴佳	4192	秋山　優里
4193	安田　　一	4206	千田　義和
4194	青山　怜史	4207	武藤　功樹
4195	西嶋　稜平	4208	土山実可子
4196	伊勢　昂生	4209	増本　陽介
4197	藤堂　祉揚	4210	河原　巧紘
4198	林　　亮介	4211	冨永　真美
4199	牧　　雅大	4212	蔭山　武史
4200	貴家　功輔	4213	眞山　　到
4201	佐竹　知機	4214	前川　尚志
4202	江島　　俊	4215	氣賀澤秀明
4203	大槻　真也	4216	杉野　英明
4204	政岡　亜実	4217	陸　　美穂
4205	砂川　智恵	4218	小川真喜子

※日本専門医機構認定専門医は認定番号の前に 24-0 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 44 回（令和 8 年度）

試験実施委員会（11 名）

松林　純（委員長），浦野　誠，倉田盛人，髙橋美紀子，外岡暁子，中黒匡人，原　重雄，日比谷孝志，深澤由里，本間　琢，前島亜希子

試験委員会（10 名）

柴原純二（委員長），阿部浩幸，池村雅子，井野元智恵，河田浩敏，坂谷貴司，千葉知宏，栃木直文，長峯理子，裴　有安

2. 第 34 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 22，23 日（土･日）に東邦大学（東京都大田区）にて実施され，受験者 6 名中 5 名が合格しました（合格率 83.3%）。

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 8 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
256	嶋田　勝光	259	岩本　脩平
257	高畠　清文	260	山本　　圭
258	望月　　茜		

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 34 回（令和 8 年度）
口腔病理専門医試験実施委員会（3 名）
松坂賢一（委員長），橋本和彦，安原理佳
口腔病理専門医試験委員会（5 名）
美島健二（委員長），安藤俊範，入江太朗，宇佐美悠，常松貴明

3. 令和 9 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 8 年 12 月 18 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になります。

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

1. 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
   A. 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
   B. 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
2. 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していることが証明できる分を提出すること。

提出書類

1. 学術評議員申請書／推薦書式
   https://www.pathology.or.jp/news/R9gakuhyo.docx
   ※参照 : 専門領域キーワード一覧表
   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。
2. 代表的な自著論文の別刷り各 1 部のコピー　5 編以内
   ① 学術評議員資格 1 の A に該当 : 3 編以上
   ② 学術評議員資格 1 の B に該当 : 1 編以上
   ③ 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 8 年 12 月 18 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.datadeliver.net/posts/R9gakuhyo

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/R9kitei.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 令和 8 年 1 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，ご留意ください。

③ 新会員システム稼働に伴い，キーワード登録が常時可能となりました。マイページより申請書に記載いただいたキーワードの新規登録をお願いいたします。

④ 平成 31 年度より学術評議員の更新（2 年ごと）が開始しております。令和 9 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 11 年度となりますので，よろしくお願いいたします。

参照 HP :
https://www.pathology.or.jp/news/members/applications/R9gakuhyo.html

4. 2026 年度 細胞診講習会のお知らせ

2026 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。

2027 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，2026 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（※ライブ配信，オンデマンド配信ではございません）

2. 日時（予定）:
(1) WEB 講習会による講義及び標本解説
1 月 16 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 17 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
12 月 26 日（土）から 2 月 28 日（日）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（関西医科大学総合医療センター　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（札幌医科大学医学部　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_cytology20270116_17.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

8. 申込期間 :
11 月 2 日（月）10 時より 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。1 週間を超える場合は，事務局へメール（jsp.

office@pathology.or.jp）でご連絡ください。

④ キャンセルの場合は，11 月 27 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 受講されなかった場合，受講料は返金いたしません。

⑦ 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留意ください。

※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/2026-1.html

5. 会員の訃報

以下の方がご逝去されました。
鈴木　慶二　功労会員（令和 8 年 9 月 5 日　ご逝去）
高橋　秀史　元学術評議員（令和 8 年 10 月 4 日　ご逝去）

第 44 回（2026 年度）一般社団法人日本病理学会
病理専門医試験報告

第 44 回病理専門医試験実施委員会
委員長　松林　　純
委員一同

1. はじめに

第 44 回（2026 年度）日本病理学会病理専門医試験，第 34 回（2026 年度）日本病理学会口腔病理専門医試験が，2026 年 8 月 22 日（土）･23 日（日）に東邦大学医学部（東京都大田区）において開催された。

病理専門医試験の概要を報告する。受験予定者 113 名全員が受験され，合格者は 92 名，合格率は 81.4% で，概ね例年と同様であった。113 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 8 名，日本専門医機構での研修者が 105 名（2017 年度暫定制度研修開始者 1 名，2018 年以降研修開始者 104 名）であった。なお，8 月 23 日の未明に関東で最大震度 6 弱の地震が発生し交通ダイヤが乱れ，一部の受験者より遅刻する可能性につき連絡があった。既に会場に集合していた受験生の承諾を得て，II 型試験の開始と終了の時刻をそれぞれ 10 分遅くして対応し，113 名全員が同時に受験することができた。

2. 試験内容と実施方法

新型コロナウイルス感染症の影響で 2021 年度以降はノート PC を用い，whole slide image（WSI：バーチャルスライド）での標本データおよび，肉眼像や組織像・細胞像などの PDF 画像（写真集）の閲覧による試験を施行しており，今年度も同じ方法で試験問題を作成した。試験スケジュールに関しては，表 1 の通り，1 日目に III 型問題（WSI, PDF），I 型問題（PDF），面接が，2 日目に II 型問題（IIa, IIb, IIc：WSI）が施行された。なお，8 月 23 日の未明に発生した地震の影響で，II 型問題（IIa, IIb, IIc）の開始と終了の時刻を 10 分遅くした以外は，例年の通りのタイムテーブルで施行された。各問題の配点についても例年の通りである（表 2）。I 型問題では肉眼像，X 線像，組織像，細胞像の PDF 画像をノート PC 上で閲覧し，II 型問題では WSI での標本データを閲覧し，III 型問題では肉眼像の PDF 画像と標本の WSI データを閲覧する方法をとった。I 型問題と III 型問題の写真集の PDF は予めノート PC に格納されており，試験会場のスクリーンに問題毎にパスワードが提示される方法をとった。II 型問題（IIa, IIb, IIc），III 型問題の WSI は試験毎に USB メモリとして配布される形式とした。I 型～III 型まで，病理専門医試験の全受験者が同一の部屋で，同時に同一の内容を受験した。

① **I 型試験**

30 題の写真問題と 20 題の文章問題からなり，試験時間

表 1. 日本病理学会　第 44 回病理専門医試験スケジュール

1 日目　2026 年 8 月 22 日（土）			
時刻	事項	試験会場	試験時間
11：00	受付・入場開始		
12：00	受験生集合，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，順次解散	東邦大学医学部 1 号館 SDL センター（11 カ所）	各受験生 10 分程度
2 日目　2026 年 8 月 23 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	
9：00	IIa 型問題試験開始		60 分
10：20	IIb 型問題試験開始		60 分
11：40	IIc 型問題試験開始		60 分
12：40	試験終了後，アンケートに記入し解散		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，標本作製技術等）	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［WSI：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，11 組同時進行		6 段階評価（A ～ F）50 点		10 分

は 70 分であった。写真問題は，PDF（写真集）にある，肉眼像，X 線像，組織像，細胞像をみて解答する問題である。設問の基本は「最も考えられる病理診断名」を問う記述式の問題であるが，疾患に関連する免疫組織化学マーカーや病態を問う多肢選択問題も出題された。また，細胞診に関しては，一部で多肢選択問題も出題された。文章問題は正誤判定（○×）形式で，病理業務に関する法的知識，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**

主に病理診断学（外科病理学）の全般的な診断能力・知識を問う問題で，IIa，IIb，IIc に分かれ，それぞれ 20 問出題され 60 分で実施された。IIa，IIb は大きな切除検体が主体で，IIc は以前からの慣習で主に生検や迅速診断や細胞診など巡回する必要がある症例を対象とした。I 型と異なり，肉眼像，X 線像，免疫組織化学像はなく，HE 染色標本 1 枚で最も考えられる病理診断を，細胞診の問題では Papanicolaou 染色標本 1 枚で最も考えられる推定細胞判定を問う記述式の問題が主体である。一部では診断に加えて疾患の遺伝子異常や病態を問う多肢選択問題も出題され，細胞診に関しては多肢選択問題も出題された。

③ **III 型試験**

例年の通り，1 剖検例について，臨床経過から必要な所見やデータを抽出し，全身臓器の肉眼像と組織像から適切な病理所見を捉え，両者を統合し病態を纏める能力を問う問題が作成された。試験時間 150 分の中で，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，肉眼像（PDF 写真集），HE 染色標本 10 枚の WSI の情報から，剖検報告書や病態のフローチャートを記述する問題，その道標となるような“死因に関わる重要な病態”を問う記述式の設問が出題された。

④ **面接試験**

面接は III 型試験の後に施行され，III 型試験の解答内容を参考資料として 2 名の面接者が 10 分の口頭試問を行い，質疑応答を通して病理専門医としての資質・適性も十分に評価された。

3. 問題と採点の基本方針について

I 型問題および II 型問題に関する臓器・領域別の出題数を表 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，細胞診の出題数は例年通り 10 題（I 型で 5 問，IIc 型で 5 問）であった。迅速凍結標本は IIc 型で 1 題出題された。出題内容については，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

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	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	1	1	0	2
胆道・膵	1	1	1	3
内分泌	1	3	0	4
腎・泌尿器	1	2	0	3
男性器	1	1	1	3
女性器	2	4	2	8
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	2	1	4
皮膚（非腫瘍）	1	2	1	4
骨・軟部	2	3	1	6
細胞診（婦人科）	1	0	1	2
細胞診（乳腺）	1	0	1	2
細胞診（呼吸器）	1	0	1	2
細胞診（体腔液）	0	0	1	1
細胞診(頭頸部[唾液腺])	1	0	0	1
細胞診（泌尿器）	1	0	1	2
口腔・唾液腺	2	2	1	5
合計	30	40	20	90

理医が備えるべき病理診断に関連する知識・能力を評価することを目標とした。実地臨床で遭遇する頻度の高い疾患，頻度が低くても重要な疾患を出題するように心掛けた。

I 型問題と II 型問題の採点については，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 型問題の採点に関しては，出題者の示す模範解答を基に，評価基準を定めて行った。面接試験は，面接担当者 2 名がそれぞれ独立して A, B, C, D, E, F の 6 段階で評価して点数化し，III 型点数と合計した。

4. 試験問題と模範解答

I 型問題・II 型問題の臓器・部位別問題数の内訳を表 3 に，I 型問題・II 型問題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を以下に示す。

III 型問題

I. 臨床経過概要

【症例】85 歳　女性
【家族歴】特記すべき事項なし
【職業歴】主婦
【生活歴】飲酒歴：なし，喫煙歴：なし
【既往歴】高血圧（降圧薬内服中），脳梗塞（抗血小板薬 2 種内服中）
【現病歴】

既往の脳梗塞による左不全麻痺のため，ほぼベッド上生活で，時々歩行する程度であった。入院当日朝より麻痺が増悪してきたため，当院救急搬送となった。頭部 MRI 検査を実施し，再発性脳梗塞の診断で入院加療となった。血管造影上で右内頸動脈の描出が不良であった。

【入院時現症】

意識 JCS I-2，身長 144 cm，体重 42.2 kg，体温 36.8°C，脈拍 81/分，血圧 172/82 mmHg，呼吸数 18/分，SpO_2 98%（room air），瞳孔 2.5 mm/2.5 mm，偏視なし，左顔面麻痺，軽度発語不良，MMT：左上肢 3，左下肢 3，右上肢 5，右下肢 5，痛覚：左上下肢やや弱い

【入院時検査所見】（基準値範囲）

＜血液検査＞

WBC 6,100/μL（3,500-9,100），RBC 360 万/μL（427-570），Hb 11.1 g/dL（13.5-17.6），Ht 34.9%（39.8-51.8），MCV 96 fL（79-101），MCH 30.8 pg（26.3-34.5），MCHC 31.8%（31.8-35.0），PLT 32.6 万/μL（13.0-36.9），CRP 0.54 mg/dL（<0.29），TP 5.4 g/dL（6.6-8.1），Alb 2.6 g/dL（3.8-5.1），BUN 17.8 mg/dL（8-20），Cre 1.08 mg/dL（0.65-1.07），T-Bil 0.6 mg/dL（0.4-1.5），Na 137 mmol/L（138-145），K 4.6 mmol/L（3.6-4.8），Cl 102 mmol/L（101-108），Ca 8.9 mg/dL（8.6-10.2），AST 17U/L（10-40），ALT 14U/L（5-45），LDH 268 U/L（120-240），ALP 227 U/L（104-338），CK 54 U/L（35-160），血糖 136 mg/dL（75-110）

＜凝固系＞

FDP 6.0 μg/mL（<5.0），D-Dimer 1.7 μg/mL（<1.0），PT 13.9 秒（8.0-13.0），APTT 30.1 秒（24.0-39.0）

【入院後経過】

入院後より抗血栓薬の投与およびリハビリを実施し，神経症状はほぼ安定して経過していた。

第 7 病日より食事を開始し，開始直後では 5 割以上摂取していたが，徐々に摂取量が低下した。

第 15 病日から 37°C〜38°C の発熱が出現し，肉眼的血尿も認めるようになり，CRP が 2.35 mg/dL に上昇したため抗生剤の投与が開始された。TP が 4 g/dL 台と低栄養状態が持続していた。その後も CRP の軽度高値が続き，徐々に喀痰の増量と SpO_2 の低下を認め，第 45 病日には 2L の酸素投与が開始された。

第 50 病日に呼吸状態が急激に増悪し，気管挿管による人工呼吸器管理となった。大量の下血も観察され，体温が 38°C〜39°C となり，血圧も一時 88/54 mmHg まで低下した。採血にて WBC 13,000/μL, CRP 15.9 mg/dL, Hb 4.8 mg/dL, Ht 14.9% と炎症反応上昇と高度の貧血が認められ，肝機能・腎機能の悪化もみられた。血液培養が施行され MRSA が検出された。胸部 CT にて両肺の浸潤影および胸水貯留が確認され，両側の胸水ドレナージが施行された（ドレナージ量：左側：1,000 ml，右側：1,200 ml）。腹部 CT では左腎周囲に大量出血を思わせる軟部陰影が確認された。*Clostridium difficile* チェックは陰性だった。徐々に尿量が減少し，腎機能・肝機能も低下し，第 57 病日に死亡した。

II. 剖検時の所見

死後 20 時間 5 分で頭部・胸腹部解剖を実施

身長 145 cm，体重 50 kg

主要臓器重量：心 430 g，左肺 460 g，右肺 575 g，肝 1,535 g，脾 195 g，左腎 625 g（周囲軟部組織を含む），右腎 160 g，左副腎不明（左腎周囲軟部組織内に含まれる），右副腎 8.5 g，脳 1,190 g

体腔液量：心膜液 15 ml（黄色透明），左胸水 0 ml（ドレナージ後），右胸水 0 ml（ドレナージ後），腹水 400 ml（血性）

＜外表所見＞

鼻粘膜・口腔粘膜に出血なし，耳出血なし，眼球結膜黄染なし，眼瞼結膜貧血あり，瞳孔径 左 5 mm/右 5 mm，両側側胸部にドレナージ痕あり，四肢に浮腫あり，皮下出血あり，表在リンパ節触知せず

＜臓器肉眼所見＞

横隔膜位：左第 5 肋骨/右第 4 肋骨

心割面：配布写真参照（図 1）

大動脈弁，僧帽弁，肺動脈弁，三尖弁に著変なし

表 4.　I 型写真問題の解答と平均点

	臓器	写真枚数	疾患名・解答	平均点
I-01	肺	3	synaptophysin, chromogranin A, CD56, INSM1, Ki-67（マーカー 3 個を問う）	4.10
I-02	虫垂	4	低異型度虫垂粘液性腫瘍	4.82
I-03	口腔	4	歯根嚢胞	3.35
I-04	前立腺	3	2）ホルモン治療後状態である	4.60
I-05	乳腺	2	授乳性腺腫，授乳期乳腺	2.66
I-06	皮膚	4	皮膚肥満細胞症（肥満細胞腫），蕁麻疹性皮膚炎	3.63
I-07	甲状腺	2	髄様癌	4.10
I-08	膵	4	充実性偽乳頭状腫瘍	4.10
I-09	心	4	心臓粘液腫	4.91
I-10	骨	3	ランゲルハンス細胞組織球症	4.04
I-11	十二指腸	3	マントル細胞リンパ腫	4.20
I-12	リンパ節	4	血管免疫芽球性 T 細胞リンパ腫（nTFHL-AI）	4.19
I-13	口腔	4	薬剤関連顎骨壊死	4.79
I-14	子宮	3	p16 1）扁平上皮化生	4.00
I-15	卵巣	2	5）悪性度評価のため，多数切片の作製を要する	4.65
I-16	縦隔	3	セミノーマ	1.97
I-17	軟部	3	弾性線維腫	3.98
I-18	大脳	3	5）クロイツフェルト・ヤコブ病	1.99
I-19	腎	2	軽鎖円柱腎症（骨髄腫腎）	3.27
I-20	骨髄	5	5）TdT	1.46
I-21	肺	4	ニューモシスチス肺炎	3.42
I-22	大脳	2	リン酸化 α シヌクレイン染色	3.63
I-23	肝	3	肝芽腫	4.19
I-24	皮膚	2	アミロイド苔癬	1.70
I-25	骨髄	4	MF-2	1.45
I-26	乳腺（細胞診）	3	4）浸潤性乳管癌	3.05
I-27	唾液腺（細胞診）	3	多形腺腫 2）悪性化することはない	4.64
I-28	婦人科（細胞診）	2	3）漿液性癌	1.81
I-29	泌尿器（細胞診）	2	1）デコイ細胞	4.78
I-30	呼吸器（細胞診）	4	扁平上皮癌	4.56

冠動脈：左前下行枝，回旋枝，右冠動脈に中等度の粥状硬化性狭窄あり

左肺外表：0.3 cm 大までの白色調の結節が少数あり

左肺割面：配布写真参照（図 2）

右肺外表：0.3 cm 大までの白色調の結節が少数あり

右肺割面：配布写真参照（図 3）

肝割面：配布写真参照（図 4），0.5 cm 大までの白色調の結節が散在

胆嚢外表：平滑，胆嚢内腔：2 cm 大までの胆石が 8 個あり

左腎・右腎外表：配布写真参照（図 5），左腎は周囲組織と分離が困難で合わせて切除

左腎割面（固定後）：配布写真参照（図 6, 7），腎から周囲組織に出血あり，尿管部（左尿管及び周囲）に 2.5 cm 大の充実性腫瘤あり

右腎割面：水腎症なし，腎実質萎縮なし

膵：周囲脂肪組織に出血あり，主膵管拡張なし

脾外表：平滑，弾性軟（高度）

脾割面：配布写真参照（図 8）

胃：粘膜に微小な点状出血あり

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。	○	0.98
I-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。	○	1.00
I-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。	×	0.98
I-34	HCV 感染例の剖検臓器は，10% ホルマリン液で十分に固定すれば，HCV 感染の危険性はない。	○	0.97
I-35	労働安全衛生法に基づく作業環境測定が必要な対象物質には，キシレンが含まれる。	○	0.97
I-36	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 1 年間のみ保管する義務がある。	×	1.00
I-37	病理学的検索を終了したホルマリン固定臓器を処理する際は感染性廃棄物として取り扱う。	○	0.97
I-38	病理診断管理加算 1 では，“5 年以上病理診断を専ら担当した経験を有する常勤医 1 名が配置されている” ことが施設基準の要件となっている。	○	0.95
I-39	診療報酬上，悪性黒色腫を疑った場合は，確定診断のために 4 種類以上の抗体を用いた免疫染色の加算をとることができる。	○	0.97
I-40	診療報酬上，術中迅速診断に関して，1 手術につき算定できる回数は 1 回である。	○	0.98
I-41	術中迅速診断では，氷晶の形成を防ぐために組織を急速に凍結する必要がある。	○	0.97
I-42	ビクトリア青染色は組織中のヘモジデリンの検出に有用である。	×	0.93
I-43	播種性血管内凝固症候群では PTAH 染色で毛細血管内のフィブリン血栓が青藍色に染色される。	○	0.91
I-44	子宮頸部ベセスダシステムでは，HSIL は上皮内癌を含む。	○	0.98
I-45	ヒトパピローマウイルスのうち，ハイリスク型の代表的な型として 18 型が挙げられる。	○	0.98
I-46	EDTA 溶液で脱灰処理された検体は，強酸脱灰と同様に免疫組織化学（免疫染色）には適さない。	×	1.00
I-47	ホルマリン固定の際の液量は組織量の同量～2 倍量が目安である。	×	0.97
I-48	コンパニオン診断に用いる病理検体のホルマリン固定時の温度は室温でよい。	○	0.97
I-49	液状化検体細胞診（LBC）法は，遺伝子検索に不向きである。	×	0.89
I-50	標本上の腫瘍細胞含有率（全細胞数に対する腫瘍細胞数の割合）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

結腸：配布写真参照（図 9），S 状結腸に潰瘍を伴う区域性の病変あり

食道，小腸，虫垂：著変なし

子宮：外表に著変なし　付属器：著変なし

表 6. IIa 型問題の解答と平均点

	臓器	疾患名・解答	平均点
IIa-01	皮膚	ヘルペスウイルス感染症	2.74
IIa-02	肛門	粘膜脱症候群	3.99
IIa-03	肺	サルコイドーシス（非乾酪性類上皮細胞性肉芽腫）	4.87
IIa-04	骨髄	B リンパ芽球性白血病（前駆 B 細胞（性）急性リンパ芽球性白血病）	3.43
IIa-05	大脳	乏突起膠腫 5）IDH1/2 遺伝子変異，1p19q 共欠失	4.48
IIa-06	子宮	平滑筋肉腫	2.30
IIa-07	軟部	軟部明細胞肉腫（軟部悪性黒色腫）	0.93
IIa-08	膀胱	傍神経節腫	3.36
IIa-09	口腔	エナメル上皮腫/単嚢胞型	2.88
IIa-10	卵管	異所性妊娠（卵管妊娠）	2.48
IIa-11	肝	寄生虫感染症	0.51
IIa-12	肺	嚥下性肺炎，誤嚥性肺炎	2.91
IIa-13	皮膚	ケラトアカントーマ	3.98
IIa-14	精巣	合胞体栄養膜細胞を伴うセミノーマ	1.95
IIa-15	甲状腺	*BRAF* V600E 変異	1.95
IIa-16	胃	中分化管状腺癌（tub2>sig, por）	2.16
IIa-17	乳腺	乳頭部腺腫	3.86
IIa-18	リンパ節	2）キャッスルマン病	3.58
IIa-19	血管	巨細胞性動脈炎	4.43
IIa-20	肺	浸潤性粘液性腺癌	4.20

膀胱粘膜：著変なし

胸腔・腹腔内リンパ節：腫大なし

胸部・腹部大動脈：高度の粥状硬化あり

椎体：混合髄で著変なし

脳：配布写真参照（図 10）

内頸動脈に右優位の粥状硬化による狭窄あり

III.　配布写真

図 1　心割面

図 2　左肺割面（a：全体像　b：肺尖部拡大）

図 3　右肺割面（a：全体像　b：結節部拡大）

図 4　肝割面（a：全体像　b：結節部拡大）

図 5　左腎・右腎外表

図 6　左腎割面（固定後）

図 7　図 6 の青線の割面拡大図

図 8　脾割面

図 9　結腸（潰瘍部）

図 10　脳割面（a：全体像　b：病変部拡大）

表 7. IIb 型問題の解答と平均点

	臓器	疾患名・解答	平均点
IIb-01	皮膚	毛包上皮腫	1.41
IIb-02	大腸	虚血性腸炎	4.12
IIb-03	軟部	褐色脂肪腫	3.50
IIb-04	肺	硬化性肺胞上皮腫	4.51
IIb-05	口腔	多形腺腫	3.67
IIb-06	卵巣	成人型顆粒膜細胞腫	4.02
IIb-07	乳腺	粘液癌	4.98
IIb-08	胃	2) 炭酸ランタン	4.25
IIb-09	軟部	ユーイング肉腫	4.38
IIb-10	腎	乳頭状腎細胞癌	4.60
IIb-11	皮膚	硬化性萎縮性苔癬	3.90
IIb-12	食道	扁平上皮内癌	3.20
IIb-13	骨髄	5) CD138	4.82
IIb-14	大腸	髄様癌 3) CK20 陽性，CDX2 陽性となる	3.65
IIb-15	肺	アスペルギルス症（糸状真菌感染症，肺真菌症）	4.54
IIb-16	唾液腺	粘表皮癌	4.20
IIb-17	子宮	子宮内膜ポリープ	4.34
IIb-18	下垂体	エナメル上皮腫型頭蓋咽頭腫	2.93
IIb-19	肝	原発性胆汁性胆管炎（非化膿性破壊性胆管炎）	3.22
IIb-20	副腎	褐色細胞腫	4.61

表 8. IIc 型問題の解答と平均点

	臓器	疾患名・解答	平均点
IIc-01	皮膚（眼瞼）	脂腺癌	4.82
IIc-02	大腸	アメーバ性大腸炎	4.20
IIc-03	肺	小細胞癌	4.70
IIc-04	食道	異所性胃粘膜	4.07
IIc-05	子宮	無排卵性内膜剥離，子宮内膜腺・間質破綻	3.87
IIc-06	乳腺	硬化性腺症	2.81
IIc-07	口腔	口腔扁平苔癬	4.75
IIc-08	軟骨	内軟骨腫	4.37
IIc-09	骨髄	4) リンパ腫の浸潤	3.75
IIc-10	卵巣	漿液性境界悪性腫瘍	4.07
IIc-11	乳腺	浸潤性微小乳頭癌	3.94
IIc-12	皮膚	神経線維腫	3.89
IIc-13	皮膚	尋常性乾癬	4.50
IIc-14	胆管（術中迅速）	浸潤癌，浸潤性腺癌	4.20
IIc-15	前立腺	基底細胞過形成	3.93
IIc-16	子宮（細胞診）	5) SCC	3.63
IIc-17	乳腺（細胞診）	1) 陰性，腫瘍なし	3.32
IIc-18	肺（細胞診）	小細胞癌	2.54
IIc-19	体腔液（細胞診）	腺癌	2.60
IIc-20	泌尿器（細胞診）	1) 反応性尿路上皮	3.19

IV. 配布標本

1. 心（HE 染色）
2. 左肺上葉（HE 染色）
3. 右肺中葉（HE 染色）
4. 肝右葉（HE 染色）
5. 左腎・尿管（HE 染色）
6. 左腎（HE 染色）
7. 脾（HE 染色）
8. 結腸（HE 染色）
9. 骨髄（HE 染色）
10. 脳（HE 染色）

V. 設問

問 1　本症例の病理診断を主病変と副病変に分け，箇条書きで記載せよ。

問 2　以下の問いに答えよ。

（1）　左尿管部の病変（配布標本 #5）の診断名を記せ。また，その根拠を肉眼所見と組織所見に分けて記載し，確定診断のために必要な検索法について，免疫組織化学を含めて記述し，その予想される結果について記載せよ。

（2）　第 50 病日における血圧低下，Hb 値低下の原因について，臨床所見，肉眼所見および組織所見から考察せよ。

（3）　結腸の潰瘍性病変の病因について，臨床所見，肉眼所見および組織所見から考察せよ。

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。

［III 型試験 模範解答］

問 1

主病変

1. 左尿管癌（尿路上皮癌）
   - ・転移：左腎，肺，肝
   - ・腎および後腹膜出血・血性腹水
   - ・左水腎症
2. 諸臓器の循環障害
   - ・腸管壊死（S 状結腸・区域性）

・肺うっ血水腫（460/575 g）
・肝うっ血（1,535 g）
・［両側胸水（ドレナージ時：左 1,000 ml　右 1,200 ml）］

3. 気管支肺炎（MRSA 肺炎）（460/575 g）
4. ［敗血症］（腸管壊死，気管支肺炎，脾炎）
5. 右大脳半球梗塞（亜急性＋陳旧性）（1,190 g）

副病変

1. 動脈硬化症
・大動脈粥状硬化
・陳旧性心線維化巣（陳旧性心筋梗塞），冠動脈粥状硬化を伴う
・両側内頸動脈（右優位）
2. 左室（求心性）肥大（430 g）
3. 脾炎（195 g）
4. 過形成性骨髄・血球貪食像を伴う
5. 骨粗鬆症
6. 胆石症

問 2

（1）

診断：尿管癌（尿路上皮癌）

診断の根拠：

・肉眼的に，左尿管には，2.5 cm 大の灰白色で充実性の境界不明瞭な腫瘤性病変が認められ，尿管の周囲まで病変が及んでいることがうかがわれる。左腎は水腎症を呈し，腎杯を含む腎実質には出血が目立つ。腎盂には肉眼的に腫瘍と考えられる所見は確認できない。
・組織学的に，標本 #5 で腫瘍により狭窄あるいは閉塞している尿管と思われる像が認められる。左腎実質では，腫瘍細胞が尿細管内に増殖するほか，腫瘍細胞の脈管侵襲像が散見されるが，既存の腎組織の破壊は著しくない。肺および肝に腫瘍の浸潤が認められるが，小型の病変が多数認められ，大きさが比較的揃っていることから転移性腫瘍が示唆される。以上より，左尿管を中心とした腫瘍の広がりを考慮し，左尿管原発とする。腫瘍細胞は索状から胞巣状に浸潤し，全体に分化が低い癌腫であるが，所々で扁平上皮への分化が認められ，尿管原発であることを考慮し，扁平上皮への分化を伴う尿路上皮癌を考える。
・尿管部腫瘍の腫瘍型を特定するための免疫組織化学としては，cytokeratin（CK）7, CK20 と共に，GATA3, uroplakin, p63 が有用と考える。尿路上皮癌では多くの症例で CK7 が陽性，CK20 が陽性を示す。また，尿路上皮癌の典型例では高率に p63 が陽性となり，GATA3 や uroplakin の発現も認められる。

（2）

持続する低タンパク血症や気管支肺炎が要因と思われる両側胸水貯留があり，有効循環血漿量が減少している状況にある。このような背景のもと，抗血栓薬投与に伴う易出血傾向による左腎および後腹膜出血や血性腹水が生じ，さらなる循環不全と高度の動脈硬化症によると思われる腸管壊死からの大量下血が加わり，急速な血圧低下と Hb 値低下をきたしたと考える。高血圧症に伴う心肥大，陳旧性心筋梗塞と思われる心筋の線維化による心機能低下も，循環不全と血圧低下に関連する病態と推察する。

（3）

結腸には肉眼的に区域性の潰瘍性病変が広がっている。組織学的にも，同部位には潰瘍を伴う全層性の壊死性病変が認められ，結腸粘膜が残存している部分では陰窩上皮の立ち枯れ状所見を伴っている。結腸の病変については，高齢者，高度の動脈硬化，尿管腫瘍からの出血や両側胸水貯留による循環血漿量の減少を背景とした腸管の虚血性変化が病因と考える。また，壊死性病変による腸内細菌の bacterial translocation から敗血症の状態が惹起され，さらに循環不全を増悪させたと考察する。

問 3

図 1 に示す。

5. 成績と合否判定

本年度の試験成績の概要を表 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。I+II 型，III 型＋面接共に，例年と概ね同様で，最頻度から低点数に向かって漸減する傾向を示し，著しく歪な分布は認められなかったが，III 型＋面接の平均点は例年より若干低い結果であった。

I 型問題に関しては，写真問題は 150 点満点（1 問 5 点×30 問），文章題は 20 点満点（1 問 1 点×20 問）で，I 型の平均点は 127 点で得点率は 74.9% であり，例年と概ね同様であった。I 型写真問題においては，病理診断の際に遭遇する頻度の高い疾患が多く，発生頻度が低い疾患についても重要な疾患を出題しているが，骨髄，中枢神経，縦隔，皮膚，細胞診で平均点の低い問題があった。特に，腫瘍性疾患がない骨髄における TdT 陽性細胞の割合や分布を問う問題は新しいタイプの問題で，受験生の中では戸惑いがあったかもしれない。しかしながら，骨髄内の芽球の割合や分布を理解していれば，正解を選ぶことが可能と思われる。また，アミロイド苔癬については，皮膚所見も典型的であるが，臨床像に馴染みが薄く正解にはたどり着かなかった可能性がある。一方で，授乳性腺腫も平均点が高くなかったが，遭遇する頻度は少なくなく，乳癌取扱い規約の分類にも明記されているため，把握しておくべき疾患

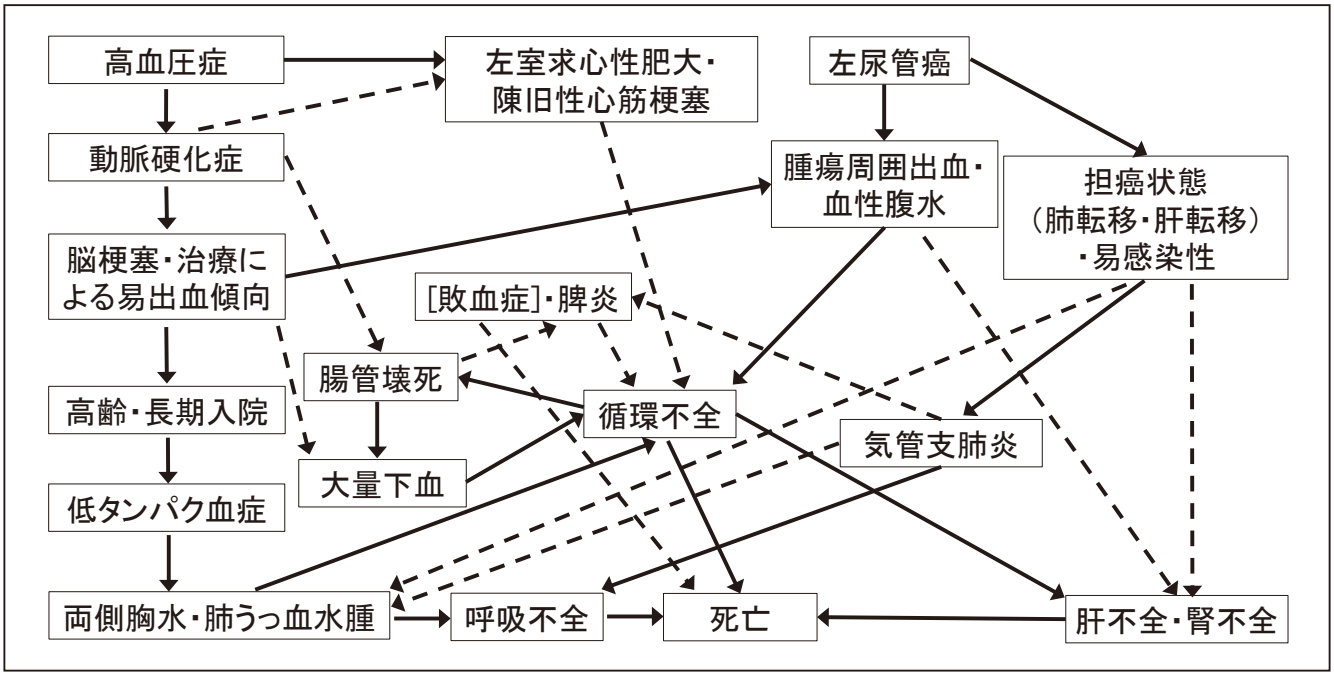


図 1. III 型問題フローチャート

表 9. 試験成績の概要

	満点	平均点（M）	標準偏差（SD）	M-SD	M-2SD	中央値	最高点	最低点
全体合計	620	448.96	66.62	382.33	315.71	465.5	554.5	213
I 型写真	150	108	19.77	88.23	68.45	111	141	42
I 型文章	20	19.35	0.90	18.45	17.55	20	20	16
I 型小計	170	127.35	20.17	107.19	87.02	131	161	59
IIa 型	100	60.99	14.09	46.90	32.80	63	87	14
IIb 型	100	78.85	13.45	65.40	51.96	82	98	32
IIc 型	100	77.16	12.77	64.39	51.61	80	98	38
II 型小計	300	217	36.24	180.76	144.51	226	277	94
I+II 型合計	470	344.35	54.38	289.98	235.60	357	418	153
III 型（面接を含む）	150	104.60	17.52	87.08	69.56	108	141.5	59.5
細胞診合計	50	34.11	7.36	26.75	19.39	35	48	15

と考える。

II 型問題では，IIa 型，IIb 型，IIc 型はそれぞれ 100 点満点（1 問 5 点×20 問）で，II 型全体の平均点は 217 点で得点率は 72.3% であり，例年と概ね同様であった。しかしながら，問題種別の平均点はそれぞれ 61.0 点，78.9 点，77.2 点で，IIa 型に難易度の高い問題が認められた。具体的には，明細胞肉腫は，発生頻度はかなり低いが，臨床的に重要な悪性軟部腫瘍であり，免疫組織化学的所見を考慮し，少なくとも鑑別診断には挙げられるべき疾患と考える。寄生虫感染症については，寄生虫に対する肉芽腫性変化が認められており，寄生虫の存在を把握することが重要である。このため正答を寄生虫感染症としている。合胞体栄養膜細胞を伴うセミノーマに関しては，セミノーマの像の中に，合胞体栄養膜細胞成分がある場合は，しっかりと確認し合胞体栄養膜細胞を伴うセミノーマと診断することは実臨床では重要であり，セミノーマのみでは部分点とした。甲状腺乳頭癌の *BRAF* V600E 変異に関しては，乳頭癌と診断できたうえで，最も頻度の高い遺伝子異常を問う問題である。甲状腺乳頭癌では実臨床で遺伝子パネル検査に提出することが多く，その分子病理学的な知識を理解していることは重要であり，*BRAF* V600E 変異を全て記載できていない場合は部分点とした。IIb 型の皮膚の毛包上皮腫については典型的な症例であるが，毛包への分化を示す類縁の腫瘍と解答している場合は部分点としている。一般に皮膚の付属器腫瘍は疾患により特徴的な組織像を呈することが多いため，分化の方向をしっかり把握したうえで診断にあたることが重要である。

III 型問題 + 面接の平均点は 104.6 点で得点率は 69.7%

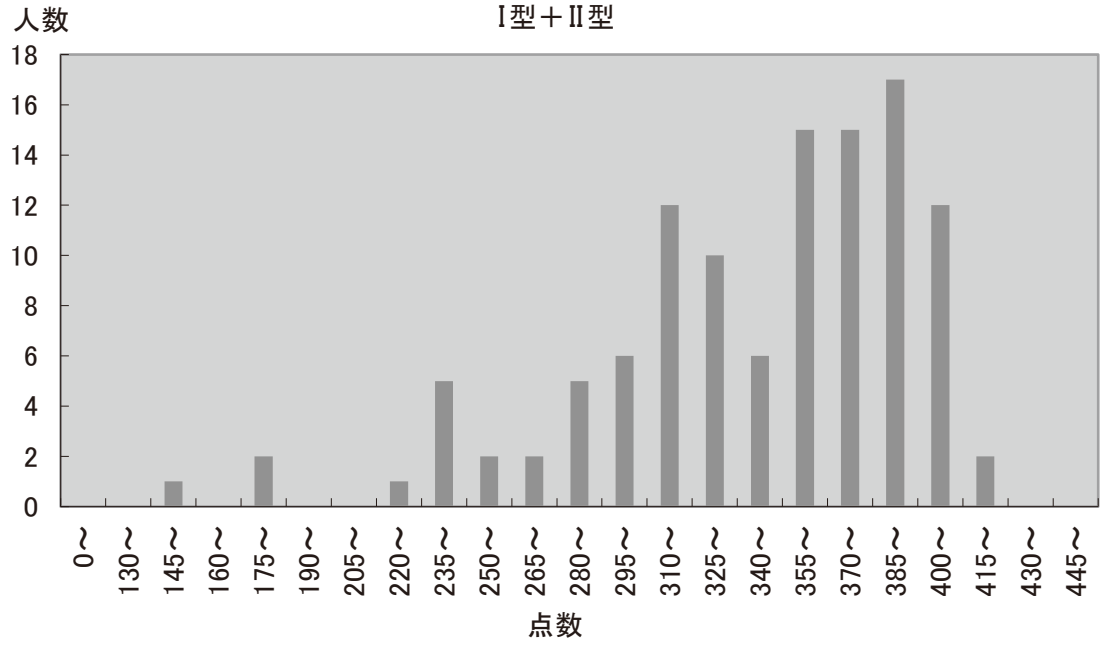


図 2.　Ⅰ型問題＋Ⅱ型問題　得点分布

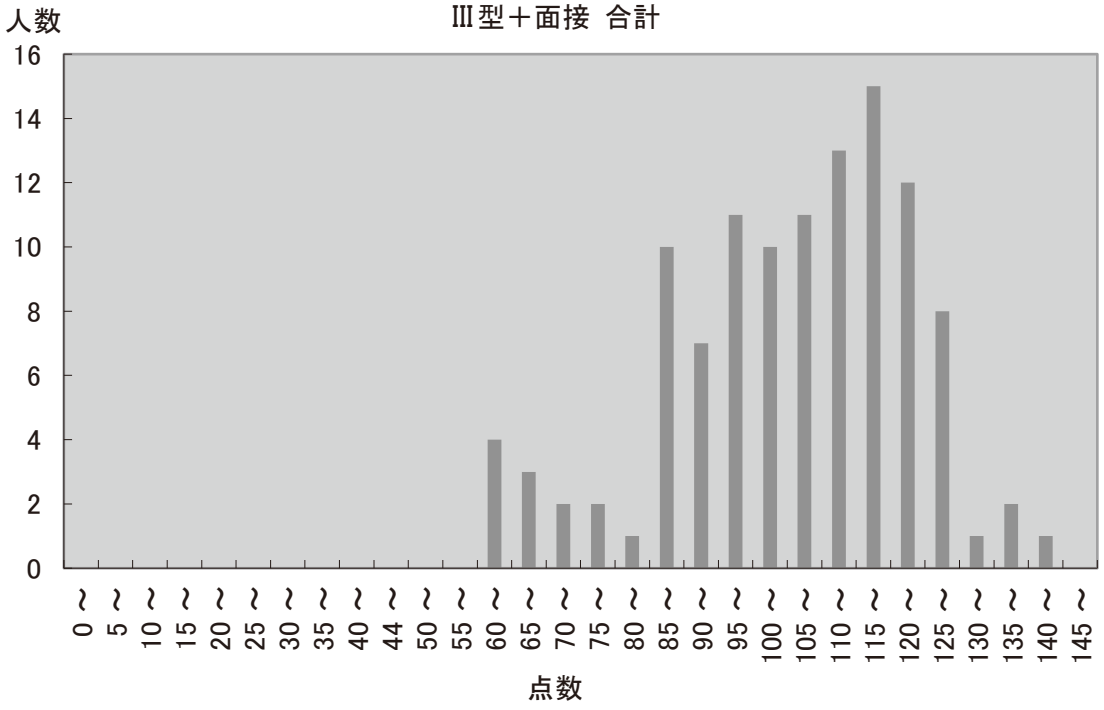


図 3.　Ⅲ型問題＋面接　得点分布

であり，例年と比較してやや低い結果となった。本剖検例では，生前に診断できていなかった主病変を剖検で解明できており，その点は臨床病理相関として重要なポイントのひとつである。左尿管には，2.5 cm 大の腫瘤性病変が認められ，他の臓器には腫瘍の大きな広がりはなく，肉眼所見からは左尿管腫瘍が疑われる。さらに，組織学的に，左腎・尿管の標本で，左尿管部に腫瘍細胞が索状から胞巣状を呈する全体に分化が低い癌腫が広がり，所々で扁平上皮への分化が認められ，尿管腫瘍であることを加味し，扁平上皮への分化を伴う尿路上皮癌と考えられる。この主病変である左尿管腫瘍については，問 2（1）で肉眼所見，組織所見，分化の低い癌腫の原発臓器を特定・推定するために必要な検索法を項目別に記述することで正しい診断にたどり着くことができるものと考える。本剖検例では，いくつかの病態が重なり，循環血漿量が著しく減少し死に至ったものと考えられ，以下のような各病態・所見を挙げそれらの関連

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)，巻末 7, 1996
14	H8（'96）	女子医	向井　　清	牛込新一郎	97	79	81.4	同上 46：(10)，巻末 3, 1996
15	H9（'97）	阪　大	青笹　克之	牛込新一郎	77	69	89.6	同上 47：(12)，巻末 7, 1997
16	H10（'98）	阪　医	森　　浩志	青笹　克之	86	72	83.7	同上 48：(11)，巻末 5, 1998
17	H11（'99）	昭　和	坂本　穆彦	向井　　清	88	73	83.0	同上 49：(10)，巻末 5, 1999
18	H12（'00）	昭　和	根本　則道	加藤　　洋	87	73	83.9	同上 50：(10)，巻末 5, 2000
19	H13（'01）	東　大	森永正二郎	加藤　　洋	75	61	81.3	同上 51：(9)，巻末 7, 2001
20	H14（'02）	東　大	藤岡　保範	深山　正久	87	74	85.1	同上 52：(10)，巻末 7, 2002
21	H15（'03）	名市大	黒田　　誠	深山　正久	87	76	87.3	同上 53：(9)，巻末 7, 2003
22	H16（'04）	名　大	白石　泰三	黒田　　誠	72	61	84.7	同上 54：(9)，巻末 3, 2004
23	H17（'05）	日医大	清水　道生	黒田　　誠	60	52	86.7	同上 55：(9)，巻末 3, 2005
24	H18（'06）	日医大	仁木　利郎	清水　道生	65	49	75.4	同上 56：(10)，巻末 5, 2006
25	H19（'07）	医　歯	野口　雅之	清水　道生	92	69	75.0	同上 57：(9)，巻末 3, 2007
26	H20（'08）	医　歯	中谷　行雄	仁木　利郎	90	66	73.3	同上 58：(9)，巻末 5, 2008
27	H21（'09）	京　府	野々村昭孝	仁木　利郎	80	64	80.0	同上 59：(9)，巻末 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	80	80.2	会報 450 号 PDF, 2025
44	R8（'26）	東邦大	松林　　純	柴原　純二	113	92	81.4	会報 462 号 PDF, 2026

について考察することが求められた。まず循環血漿量の減少に関する基礎的な病態としては，持続する低タンパク血症や気管支肺炎が要因と考えられる両側胸水貯留が挙げられる。これらの病態に加えて，脳梗塞に対する抗血栓療法関連の出血傾向を背景として左尿管腫瘍周囲に出血をきたしており，これが死因につながった全身的な循環障害の主たる原因のひとつである。さらに，左尿管腫瘍周囲の出血に伴う循環血漿量の減少と高度の動脈硬化症を基礎とした，腸管虚血・壊死部からの大量下血も循環不全を著しく助長した。また，主に腸管壊死に起因する敗血症，高血圧症に伴う心肥大や陳旧性心筋梗塞による心機能低下も，循環不全や血圧低下につながる病態と考えられる。

試験の合否判定については，採点・集計された結果をもとに試験当日に試験実施委員と試験委員による会議において合否の目安を決め，後日開催された病理専門医制度運営委員会で最終的に決定された。

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 113）。その内容と結果の纏めを表 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 42 名（37%），大学病院の病理（病理診断科）52 名（46%），うち両者とした重複回答が 5 名（4%），国公立（法人）センターが 10 名（9%），それ以外の病院が 10 名（9%），その他が 4 名（4%）であった。病理医としてのキャリアは，4 年が 60 名（53%），5 年が 27 名（24%），6〜10 年未満が 20 名（18%），10 年以上が 6 名（5%）であった。病理専門医試験の受験回数は，初めてが 94 名（83%），2 回目が 10 名（9%），3 回目が 6 名（5%），4 回目が 1 名（1%），5 回目以上が 2 名（2%）であった。

「試験の難易度」の平均値については，I 型写真が 3.3，I 型文章題が 2.6，IIab 型が 3.3，IIc 型が 3.2，III 型が 4.0 であり，例年と概ね同様で，III 型が「やや難しい」という結果であった。「試験時間」については，I 型，IIab 型，IIc 型に関しては，平均値 2.8〜2.9 で「適当」と考えている受験者が大半を占めていた。なお，I 型，IIab 型，IIc 型のいずれかで試験時間が「2. やや長い」あるいは「1. 長い」と答えた受験者は全体の約 17% で，「4. やや短い」と答えた受験者は全体の約 5% であった。一方で，III 型の「試験時間」については，4.1 と「やや短い」という結果であり，「難易度」も併せて，III 型問題は各病理所見を把握し，病態を考察することに時間を要するやや難解な剖検症例であったことが示唆される。「細胞診の難易度や問題数」に関しては，例年と概ね同様であった。写真集 PDF，WSI に関しては，I 型，III 型共に画質や写真数が「やや適切」から「適切」であった。なお，I 型の写真集に関して「もう少し大きく見られるとよい」，「PDF を PC で見るのは少し不便に感じたので，カラー印刷の紙媒体が望ましい」という意見があり，来年度以降の課題とさせて頂く。また，IIc 型の細胞診の問題では，「Z スタックが使いにくい」という意見を複数頂いた。細胞診の問題では，重積の強い細胞集塊がある場合を中心に取り込み層数を増やして対応しているが，「Z スタックが使いにくい」ことに対しては，受験される前にサンプルで十分に練習して慣れて頂くことも必要と考えられた。

III 型，I 型，II 型を通じて使用した PC に関しては，大部分の受験者が「5. 適切」と答えており，「想定していたより動きが良かったので受けやすかった」，「非常に画質が良くとても見やすかった」という意見を頂いている。また，「PC の不具合があった際にすぐに交換して頂いた」という意見を頂いた。一方で，「バーチャルスライドよりも顕微鏡での試験を望む」など PC を用いた試験に反対の意見もあった。

「試験内容と日常業務の関連性」の平均値は 3.9 と例年より若干高く，「本試験の全体的な質」についても 4.3 と例年と同等あるいは若干高かった。これらの結果に関しては，実施委員会での試験問題作成，合同委員会での試験問題の discussion から決定までの工程が受験者に高く評価されているものと考えられた。

「試験日程並びに進行」の平均値は 4.6 と例年より若干高く，「試験場の設備，環境」に関しても 4.6 と例年と同等で高い値を示した。試験会場として使用させて頂いた東邦大学は全国からアクセスしやすい立地であること，病理専門医試験，口腔病理専門医試験を一緒に 1 つの会場で行えること，面接試験に適した少人数で使用できるセミナールームが同じ階に沢山あることが受験者の中で高く評価されているものと思われる。また，全体を通して，「大雨，地震とイレギュラーな状況があったにも関わらず，試験の進行がスムーズでありがたかった」，「会場が快適で受験しやすかった」という試験の運営に関する感謝の言葉を沢山頂いた。このような受験者の意見については，東邦大学や日本病理学会事務局の方々が病理専門医試験・口腔病理専門医試験に適した会場作りをされ，大変きめ細やかに対応された賜物と考える。

7. おわりに

改めまして，第 44 回病理専門医試験を受験された 113 名の先生方におかれましては，長時間にわたり本当にお疲れ様でした。試験に合格された 92 名の先生方，誠におめでとうございます。病理専門医として益々病理診断に力を入れて頂きますことを願っています。残念ながら合格がかなわなかった先生方におかれましては，日々の病理診断に励まれ，苦手な領域を克服し，得意な領域をさらに伸ばし，来年度の試験に合格されますことを祈念しております。

2026 年度病理専門医試験に携わった先生方を表 12 にお示ししました。病理専門医試験委員長の柴原純二先生には，試験問題作成から運営まで多方面でご指導ならびに監修頂きました。実施委員会を代表して厚く御礼申し上げます。10 名の病理専門医試験実施委員会の委員，松坂賢一口腔病理専門医試験実施委員長をはじめ 3 名の口腔病理専門医試験実施委員会の委員の諸先生には，いつも秘匿を念頭におかれ，試験問題案の作成，数回にわたる会議での話し合いとブラッシュアップ，試験当日の試験監督・面接・採点に至るまで，8 か月にわたりご尽力頂きました。心より感謝申し上げます。委員長補佐の谷川真希先生には，機密性の高い試験問題の作成にあたり，会議の準備，WSI の取り込み，試験問題データの入力・確認を含め多くの場面でご

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 型写真問題 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） 3.3（1 ～ 5） 3.2（1 ～ 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 型写真問題 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	2.9（1 ～ 5） 2.8（1 ～ 4） 2.8（1 ～ 4） 2.8（1 ～ 4） 4.1（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	3.6（1 ～ 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（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	3.9（1 ～ 5） 4.4（2 ～ 5） 4.2（1 ～ 5） 4.3（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	4.3（1 ～ 5） 4.5（1 ～ 5） 4.3（1 ～ 5） 4.4（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	4.6（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	3.9（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		4.3（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		4.6（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		4.6（2 ～ 5）

表 12. 第 44 回日本病理学会病理専門医試験委員構成

第 44 回病理専門医試験実施委員会
松林　純（委員長），浦野　誠，倉田盛人，高橋美紀子， 外岡暁子，中黒匡人，原　重雄，日比谷孝志，深澤由里， 本間　琢，前島亜希子
病理専門医試験委員会
柴原純二（委員長），阿部浩幸，池村雅子，井野元智恵， 河田浩敏，坂谷貴司，千葉知宏，栃木直文，長峯理子， 裴　有安
面接委員
梶原　博，黒田雅彦，小池淳樹，高橋芳久，長尾俊孝， 比島恒和，三上哲夫

協力頂きありがとうございました。また，試験当日の会場受付や採点データ入力においては，谷川先生と共にご尽力頂きました黒瀬泰子先生に深謝致します。病理専門医試験委員長の柴原純二先生，口腔病理専門医試験委員長の美島健二先生をはじめとする試験委員の先生方には，実施委員会で作成しました問題最終案につきまして，数々の重要なご助言を頂きありがとうございました。面接委員の先生方には，試験当日の面接にご尽力頂き心より感謝申し上げます。試験会場として大学のご施設を使用させて頂き，会場作りや運営に数々の貴重なご助言を頂きました，栃木直文先生，深澤由里先生，三上哲夫先生，中村寛美様をはじめ東邦大学の皆様に厚く御礼申し上げます。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，本間かやの様には，実施委員会が発足する段階から試験が完遂するまで，大変きめ細やかに試験運営に携わって頂きました。特に宮本様からは数々のアドバイスを頂きました。事務局の皆様に厚く御礼申し上げます。

第 34 回（2026 年度）日本病理学会
口腔病理専門医試験報告

第 34 回口腔病理専門医試験実施委員会
委員長　松坂　賢一

1. はじめに

第 34 回（2026 年度，令和 8 年度）の日本病理学会口腔病理専門医試験は，8 月 22 日（土），23 日（日）の両日，第 44 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ス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 6 名で，5 名が合格した。試験の内容と採点ならびに合否判定は，従来の方法に準拠して行われた。

2. 受験者の概要

今年度の受験者の勤務施設の内訳は，歯学部の病理学教室が 4 名，歯学部以外（医学部）の病理学教室が 1 名，大学病院の病理が 1 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 2 名であった。また，受験者は男性 4 名，女性 2 名であった。

3. 試験内容と出題方針

試験は例年と同様，I 型問題（写真問題 30 問，文章問題 20 問），II 型問題（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，X 線画像，特殊染色像および免疫組織化学像を加えた。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，X 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 は口腔問題である。配

表 1. 共通問題の臓器別出題数

臓　　器	出題数
肝　胆　膵	1
頭　頸　部	6
呼　吸　器	5
骨　軟　部	2
循　環　器	2
消　化　器	4
生　殖　器	6
神経・感覚器	2
造　血　器	3
内　分　泌	3
乳　　腺	2
泌　尿　器	1
皮　　膚	2
細　胞　診	6
計	45

表 2. 口腔問題の疾患分類別出題数

疾患分類	出題数
歯原性嚢胞	3
非歯原性嚢胞	4
歯原性腫瘍	5
顎骨の非腫瘍性疾患	3
唾液腺腫瘍	3
唾液腺の非腫瘍性疾患	2
粘膜腫瘍	4
粘膜の非腫瘍性疾患	6
その他の腫瘍	7
その他の非腫瘍性疾患	6
（細胞診）	2
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	synaptophysin, chromograninA, CD56	3.50
I-02	低異型度虫垂粘液性腫瘍	4.00
I-03	歯根嚢胞	5.00
I-04	髄様癌	3.33
I-05	充実性偽乳頭状腫瘍	1.67
I-06	心臓粘液腫	4.17
I-07	Langerhans cell histiocytosis	3.33
I-08	薬剤関連顎骨壊死	4.83
I-09	問 1：p16 問 2：1）扁平上皮化生	2.83
I-10	5）粘液性嚢胞腺腫	2.50
I-11	セミノーマ	0.00
I-12	リン酸化 α シヌクレイン染色	0.83
I-13	4）浸潤性乳管癌	4.17
I-14	2）多形腺腫	4.67
I-15	扁平上皮癌	4.17
I-16	石灰化歯原性嚢胞	3.33
I-17	鼻口蓋管嚢胞	4.17
I-18	甲状舌管嚢胞	5.00
I-19	外骨症	5.00
I-20	IgG4 関連疾患	1.67
I-21	粘膜類天疱瘡	5.00
I-22	孤立性線維性腫瘍	4.00
I-23	B cell lymphoma	5.00
I-24	唾液腺導管癌	3.33
I-25	問 1：アミロイドーシス 問 2：コンゴーレッド	4.67
I-26	口腔毛状白板症	0.67
I-27	腺性歯原性嚢胞	5.00
I-28	問 1：明細胞性歯原性癌 問 2：4）*EWSR1::ATF1*	4.50
I-29	3）分節性歯牙上顎異形成症	1.67
I-30	紡錘細胞扁平上皮癌	3.50

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	サルコイドーシス	4.17
IIa-02	問 1：乏突起膠腫 問 2：*IDH1/2* 変異型，1 番染色体短腕/19 番染色体長腕の共欠失	3.50
IIa-03	平滑筋肉腫	1.50
IIa-04	エナメル上皮腫/単嚢胞型	4.17
IIa-05	誤嚥性肺炎	3.00
IIa-06	ケラトアカントーマ	4.17
IIa-07	*BRAF* V600E 変異	1.33
IIa-08	2）キャッスルマン病	4.17
IIa-09	巨細胞性動脈炎	2.50
IIa-10	歯原性線維腫	2.50
IIa-11	疣状癌	5.00
IIa-12	中心性巨細胞肉芽腫	3.00
IIa-13	オンコサイトーマ	4.17
IIa-14	乳頭腫	4.17
IIa-15	正角化性歯原性嚢胞	3.83
IIa-16	リンパ上皮性嚢胞	5.00
IIa-17	腺腫様歯原性腫瘍	5.00
IIa-18	複雑性歯牙腫	5.00
IIa-19	象牙質形成性幻影細胞腫	2.50
IIa-20	唾石症	4.17
IIb-01	虚血性腸炎	2.50
IIb-02	多形腺腫	2.67
IIb-03	成人型顆粒膜細胞腫	1.00
IIb-04	粘液癌	4.17
IIb-05	Ewing sarcoma	1.67
IIb-06	乳頭状腎細胞癌	2.50
IIb-07	扁平上皮内癌	1.67
IIb-08	真菌症	4.17
IIb-09	粘表皮癌	3.33
IIb-10	子宮内膜ポリープ	2.50
IIb-11	エナメル上皮腫型頭蓋咽頭腫	2.83
IIb-12	エナメル上皮線維腫	5.00
IIb-13	膿原性肉芽腫	2.50
IIb-14	壊死性唾液腺化生	3.33
IIb-15	問 1：バーキットリンパ腫 問 2：EBER 染色（EBER-ISH）	3.50
IIb-16	問 1：顆粒細胞腫 問 2：S100	4.67
IIb-17	切断神経腫	3.33
IIb-18	色素性母斑	5.00
IIb-19	血管腫	4.83
IIb-20	類皮嚢胞	5.00

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。

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報告を参照されたい。面接試験は，III 型問題に対する理

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	アメーバ性大腸炎	3.33
IIc-02	小細胞癌	4.17
IIc-03	口腔扁平苔癬	5.00
IIc-04	4）リンパ腫の浸潤	0.83
IIc-05	漿液性境界悪性腫瘍	3.00
IIc-06	浸潤性微小乳頭癌	0.67
IIc-07	神経線維腫	1.67
IIc-08	5）SCC	2.50
IIc-09	小細胞癌	1.67
IIc-10	腺癌	0.00
IIc-11	腺様嚢胞癌	4.17
IIc-12	多巣性上皮過形成（Heck 病）	0.83
IIc-13	2）粘表皮癌	3.33
IIc-14	骨肉腫	4.17
IIc-15	細胞診ヘルペス	4.17
IIc-16	疣贅型黄色腫	4.17
IIc-17	細管状腺腫	1.67
IIc-18	シェーグレン病（シェーグレン症候群）	5.00
IIc-19	骨補填材に対する反応性新生骨	2.33
IIc-20	ゲフリール陽性	3.83

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 6 名の総合計の平均得点率は 67.6% で，昨年（65.9%）より高い結果であった。I 型問題の平均得点率は 73.1%（昨年 64.8%），II 型問題は 65.2%（昨年 69.6%），III 型問題（筆記+面接）は 66.1%（昨年 59.6%）であった。口腔問題の総合計の平均得点率は 76.3%（昨年 76.0%）に対し，共通問題では 57.5%（昨年 58.1%）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 18.8 ポイント（昨年 17.9 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数名のみであった。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 61.7%（昨年 73.5%）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 68.0%（昨年 67.9%），最高は 77.2%（昨年 77.0%）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 型剖検問題は脳梗塞による左不全麻痺があり，臨床的には診断されていなかった左尿管癌が担癌状態（左腎，肝臓，肺）であった症例である。潜在がんに関して，病理解剖により得られた肉眼的，組織学的所見を統合し原発巣と組織型を推測する能力に加えて，脳梗塞治療に伴う易出血性および循環不全での腸管壊死と腎不全，肝不全，そして MRSA 肺炎に起因した敗血症性ショック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 58.3%（昨年 53.4%，一昨年 73.8%）で，受験者にとっては昨年と同様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 例を大切にし，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 25 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 6 名中 5 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合否を通知したので，この結果を各自の自己分析に役立て，合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 I，II 型で適当かやや難しい，III 型で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。実際の診療では標本を観ているので，慣れな

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	3.50
B）I 型文章問題	3.00
C）IIa，b 型問題	3.50
D）IIc 型問題	3.83
E）III 型（剖検）問題	4.50
出題内容の適切さ	1：易，3：適当，5：難
A）I 型写真問題	3.50
B）I 型文章問題	3.33
C）IIa，b 型問題	3.50
D）IIc 型問題	3.17
E）III 型（剖検）問題	3.67
試験時間の長さ	1：長い，3：適当，5：短い
A）I 型写真問題	3.33
B）I 型文章問題	3.33
C）IIa，b 型問題	3.33
D）IIc 型問題	3.50
E）III 型（剖検）問題	4.50
細胞診	1：易／少ない，3：適当，5：難／多い
A）難易度	3.83
B）問題数	3.50
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	4.50
B）I 型写真の大きさ	4.50
C）I 型：1 問当たりの写真数	4.50
D）III 型写真の画質	4.50
E）III 型写真の大きさ	4.33
F）III 型写真の数	3.67
バーチャルスライド（WSI）	1：不適切，3：どちらともいえない，5：適切
A）II 型の画質・焦点	4.67
B）II 型の標本の大きさ	4.67
C）III 型の画質・焦点	4.50
D）III 型の標本の大きさ	4.00
使用した PC	1：不適切，3：どちらともいえない，5：適切
	5.00
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
	2.33
本試験の全体的な質	1：低い，3：どちらでもない，5：高い
	4.33
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
	4.50
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
	4.83

い部分があったが，見やすい標本が多くてよかったというコメントがあった。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思われる。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。また，USB 自体のトラブルで WSI が開けないこともあったが，予備の USB への交換は円滑に行われた。WSI とノート PC を用いた試験は今年で 6 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り，何名かの受験生から日常業務での顕微鏡顕鏡とは異なりとまどったとの意見もあった。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，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 34 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。合格された方の専門領域である口腔問題の正答率は 79% 程度でしたが，決して油断しないでください。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ような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，合否に関わらず，口腔問題に対して共通問題および剖検問題の得点率は低く，可能な限り満遍ない領域の学習が必要と考えます。また，III 型問題は難易度がやや高いとの回答結果になりましたが，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。今後も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

今回の試験であらたに 5 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美島健二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，試験実施委員長の松林純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

表 7. 第 34 回日本病理学会口腔病理専門医試験関連委員

日本病理学会口腔病理専門医試験実施委員	
松坂　賢一	（委員長，東京歯科大学病理学講座）
橋本　和彦	（東京歯科大学病理学講座国際医療福祉大学市川総合病院臨床検査科出向）
安原　理佳	（昭和医科大学歯学部口腔病態診断科学講座口腔病理学部門）
口腔病理専門医試験委員	
美島　健二	（委員長，昭和医科大学歯学部口腔病態診断科学講座口腔病理学部門）
入江　太朗	（岩手医科大学病理学講座病態解析学分野）
宇佐美　悠	（大阪大学大学院歯学研究科顎顔面口腔病理学講座）
常松　貴明	（徳島大学大学院医歯薬学研究部口腔病理学分野）
安藤　俊範	（広島大学大学院医系科学研究科口腔顎顔面病理病態学）

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・本間かやの様はじめスタッフの皆様に心より感謝申し上げます。