

1. 第41回病理専門医試験について

本年度の病理専門医試験は、9月2,3日(土・日)に杏林大学(東京都三鷹市)にて実施され、受験者113名中95名が合格しました(合格率84%)。

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5年度病理専門医合格者氏名

認定番号	姓	名
3859	土森	有紗
3860	阿部	千恵
3861	加藤	祐己
3862	仙波	玲美
3863	三浦	豪
3864	小谷健太郎	
3865	野村	宣徳
3866	城戸	綾
3867	大谷	理了
3868	岡崎	ななせ
3869	櫛引	英恵
3870	山本	奈美
3871	杉本	暁彦
3872	杉本	澄美玲
3873	朝永	匠
3874	馬場	健
3875	坂本	香織
3876	高橋	加奈
3877	北岡	匠
3878	三浦	将仁
3880	山口	貴子
3881	前原	龍郎
3882	日野	倫子
3883	深川	彰彦
3884	綾田	善行
3885	関本隆太郎	
3886	宇留賀	公紀
3887	北濱	圭一郎
3888	長谷川	昌義
3889	野村	柗介
3890	市原	亮介
3891	真柄	和史
3892	滝沢	桃子
3893	成澤	友里
3894	信岡	恵実
3895	鵜飼	なつこ
3896	白倉	貴洋
3897	添田	李子
3898	木村	純也
3899	藤本	康人
3900	三毛	麻子
3901	河野	圭
3902	大澤	一太
3903	中野	薫
3904	中野	さつき
3905	近藤	嘉彦
3906	服部	和哉
3907	垣内	美波
3908	一安	泰佑
3909	照喜	名宏之
3910	井上	典仁
3911	菅野	天裕
3912	村上	明紀
3913	吉川	亮
3914	坂井田	美穂
3915	村本	玄紀
3916	林	真奈実
3917	鶴田	裕真
3918	佐藤	周子
3919	杉田	翔平
3920	中里	信一
3921	村岡	枝里香
3922	高木	康司
3923	葛城	慎也
3924	小川	真毅
3925	谷口	緑

3926	宮上	侑子
3927	岡山	友里恵
3928	河原	徹
3929	明本	由衣
3930	内藤	航
3931	岸	真五
3932	田中	真一
3933	本間	志功
3934	田中	陽典
3935	中山	雄二
3936	宮崎	佳子
3937	安富	由衣子
3938	原	健祐
3939	大栗	伸行
3940	柴田	大樹
3941	藤倉	陸生
3942	村田	翔平
3943	伊藤	真理子
3944	山元	範昭
3945	花松	有紀
3947	湯口	周
3948	上田	康雄
3949	和田	倫子
3950	宮原	弘明
3951	三上	友香
3952	神野	真理
3953	松本	学
3954	上田	真理
3955	草場	敬浩

※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41回(令和5年度)

試験実施委員会(11名)

坂谷貴司(委員長), 池田純一郎, 池村雅子, 亀山香織, 河田浩敏, 菊地良直, 外岡暁子, 伴 慎一, 松林 純, 百瀬修二, 森川鉄平

試験委員会(10名)

柴原純二(委員長), 阿部浩幸, 大石直輝, 梶原 博, 倉田盛人, 小池淳樹, 下田将之, 中黒匡人, 藤井誠志, 宮居弘輔

2. 第31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、9月2,3日(土・日)に杏林大学(東京都三鷹市)にて実施され、受験者6名中5名全員が合格しました(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5年度口腔病理専門医合格者氏名

口腔認定番号	姓	名
243	榎本	愛
244	西村	学子
245	小林	美穂
246	藤井	慎介
247	布川	裕規

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31回（令和5年度）

口腔病理専門医試験実施委員会（3名）

松本直行（委員長）、杉田好彦、橋本和彦

口腔病理専門医試験委員会（5名）

入江太朗（委員長）、宇佐美悠、笹平智則、長塚 仁、松坂賢一

3. 「病理専門医への道筋」について

病理専門医を目指す方への道筋と、専門医資格取得後の活躍の場を分かりやすく図にしました。以下HPよりご参照ください。

ご不明な点やご質問がございましたら病理学会事務局へお気軽にご連絡ください。

参照HP:

<https://pathology.or.jp/gakuken/route.html>

4. 第70回（令和6年/2024年）日本病理学会秋期特別総会 学術研究賞演説（A演説）、症例研究賞演説（B演説）について（公募のお知らせ）

令和6年/2024年秋開催予定の第70回日本病理学会秋期特別総会（東京）における学術研究賞演説（A演説）と症例研究賞演説（B演説）の募集をいたします。

これら演説の応募内容は、以下の要件を満たすことといたします。

学術研究賞（A演説）とは:

学術研究賞（A演説）は、病理学領域における特定の課題について、優れておりかつ蓄積した研究業績を挙げていると判断された会員（学術評議員）に授与される。会員の病理に関する学術、医療の振興とその普及に資することを企図して設ける。秋期特別総会にてA演説として発表する機会が与えられる。

学術研究賞の内容は、以下の要件を満たすものとする。

- (1) 優れており、かつ蓄積された研究であること。
- (2) 原則として日本国内で行われた研究であること。
- (3) 内容に関する責任の明確な研究者による発表で、内容は共同研究によるものであっても発表者自身はそれを代表するものであること、従って単独名が望ましい。

尚、Pathology Internationalへ総説を投稿すること。

選出成績上位者は、ヨーロッパ病理学会の派遣候補として推薦する場合があります。

症例研究賞（B演説）とは:

症例研究賞（B演説）は、病理学領域における特定の疾患について、症例の蓄積による解析及び病理診断・病態解明に寄与する優れた症例研究業績を挙げていると判断された会員（学術評議員および学術評議員経験者）に授与される。

会員の病理に関する学術、医療の振興とその普及に資することを企図して設ける。秋期特別総会にてB演説として発表する機会が与えられる。

症例研究賞の内容は、以下の要件を満たすものとする。

- (1) 症例の蓄積による解析及び病理診断・病態解明に寄与する優れた研究であること。
- (2) 内容に関する責任の明確な研究者による発表で、内容は共同研究によるものであっても発表者自身はそれを代表するものであること、従って単独名が望ましい。

尚、Pathology Internationalへ総説を投稿することが望ましい。

学術研究賞演説（A演説）、症例研究賞演説（B演説）担当者として講演することを希望する会員は、下記の要領でご応募ください。

記

学術研究賞演説（A演説）

- (1) 応募資格：日本病理学会学術評議員
- (2) 提出書類：HPよりダウンロード

※応募書類は以下をPDF化した電子媒体（すべての書類をひとつのPDFファイルとしてつなげたもの）にて提出して下さい。

- ① 日本病理学会ホームページよりダウンロードした所定の書式に、応募者名、演題名、選考用抄録（900字以内）などを記載したもの。
- ② 講演内容に直接関係のある自著論文20編以内の一覧。
*③の別刷をつけた業績の先頭に「○」印をつけて下さい。
- ③ 上記自著論文一覧の中から代表的な自著論文の別刷（5編以内）。

上記①～③の書類を、順番にひとつのPDFファイルとしてつないでお送り下さい。

*ひとつのフォルダ内に複数のPDF化されたファイルを入れて提出されたものは受け取りできません。

- (3) 提出先と提出方法:

提出先：日本病理学会事務局 jsp-admin@umin.ac.jp

- ① 応募書類送付の前に、応募申請のe-mailをお送り下さい。
 - i) e-mailの件名：「A演説応募申請」会員番号
 - ii) 応募書類送付の方法（下に示すア～オのいずれか）と1. 送信予定日時 2. 氏名 3. 所属（教室名は正式名称で記載） 4. 演題名 を記載して下さい。

ア) メール添付（5MB以内）

イ) UMINファイル交換システム

<https://www.umin.ac.jp/upload/>

病理学会事務局 ID: jsp-admin

ウ) 民間の大容量ファイル転送サービス（「宅ファイル便」、「データ便」等）

- エ) USB, CD-ROM 等の郵送
- オ) その他の方法 (具体的に記載して下さい。)
- ② ①の申請メール送信後, 応募書類 (すべての必要書類をひとつの PDF ファイルとしてつないだもの) を PDF 電子媒体として申請した方法にて送付して下さい。
- i) 件名・表題等は「A 演説応募書類送付」として, その後ろにご自身の会員番号を記載して下さい。
- ii) ファイル受領から「業務日」3 日以内に受領メールを返信いたします。受領メールが届かない場合は, すみやかに事務局にお問い合わせ下さい。
- iii) 各種連絡や審査用資料の作成は, 会員システムに登録された情報を元に行われます。事前に登録内容の確認, 修正をお願いします。
- (4) 募集締切: 令和 5 年 12 月 24 日 (日) 必着

症例研究賞演説 (B 演説)

- (1) 応募資格: 日本病理学会学術評議員および学術評議員経験者
- (2) 提出書類: HP よりダウンロード
<https://www.pathology.or.jp/news/gakujujyutu/2024AB.html>
※応募書類は以下を PDF 化した電子媒体 (すべての書類をひとつの PDF ファイルとしてつなげたもの) にて提出して下さい。
- ① 日本病理学会ホームページよりダウンロードした所定の書式に, 応募者名, 演題名, 選考用抄録 (900 字以内) などを記載したもの。
- ② 講演内容に関係のある自著論文 10 編以内の一覧。
* ③ の別刷をつけた業績の先頭に「○」印をつけて下さい。
- ③ 上記自著論文一覧の中から代表的な自著論文の別刷 (3 編以内)。

上記 ①~③ の書類を, 順番にひとつの PDF ファイルとしてつないでお送り下さい。

*ひとつのフォルダ内に複数の PDF 化されたファイルを入れて提出されたものは受け取りできません。

- (3) 提出先と提出方法: 上に記した学術研究賞演説 (A 演説) の“(3) 提出先と提出方法”に同じ。

※上記「A 演説」の文言を「B 演説」に読み替えの上, ご対応下さい。

- (4) 募集締切: 令和 5 年 12 月 24 日 (日) 必着

第 70 回日本病理学会秋期特別総会における学術研究賞演説 (A 演説), 症例研究賞演説 (B 演説) 担当者は, 令和 6 年 3 月の学術委員会において厳正・公明に選考し, その後の理事会での審議によって決定いたします。

本件についてご質問がありましたら, 日本病理学会事務局までお問い合わせ下さい。

日本病理学会事務局: jsp-admin@umin.ac.jp

5. 令和 5 年度学術奨励賞受賞候補者の応募について

日本病理学会学術委員会は, 学術評議員の推薦をもって学術奨励賞受賞候補者を公募していましたが, 令和 4 年度より候補者による応募とし, 応募には学術評議員の推薦が必要といたします。

つきましては, 令和 5 年度学術奨励賞受賞候補者を以下のとおり募集いたします。

応募内容は, 以下の要件を満たすことといたします。

学術奨励賞とは:

学術奨励賞は, 病理学領域における研究と診断の中で特に優れた学術的貢献を行った本学会若手会員に対して与えられる賞です。

応募資格について

- (1) 年度末 (令和 6 年 3 月 31 日) において, 継続した 5 年以上の会員歴をもつ 40 歳以下の会員, あるいは継続した 5 年以上の会員歴をもつ学位取得後 11 年未満の会員であること。
- (2) 推薦にかかわる学術評議員各位は, 応募者の研究歴・業績などが学術奨励賞に相応しいことを確認した上で推薦すること。

受賞者には, 第 113 回総会 (令和 6/2024 年 3 月 於名古屋) にて開催予定の「学術奨励賞受賞者講演」において英語での口演をいただく予定です。

その際の優秀者は令和 7/2025 年度英国病理学会派遣候補者 (本学会より渡航費補助金 15 万円支給) に推薦されます。

応募要領

- 1) 本年度は, 数名への授与を予定しています。
- 2) 提出書類: HP よりダウンロード

<https://www.pathology.or.jp/news/R05Incitement-award.html>

※応募書類は以下を PDF 化した電子媒体 (すべての書類をひとつの PDF ファイルとしてつなげたもの) にて提出して下さい。

- (1) 「日本病理学会学術奨励賞申請書」
申請者が上記よりダウンロードした書式に必要事項を記入, 押印したものを PDF 化して下さい。
* (2) の別刷をつけた業績の先頭に「○」印をつけて下さい。

- (2) 本課題に関連する論文の別刷り (3 編以内)
- (3) 「日本病理学会学術奨励賞受賞候補者推薦書」
推薦者が上記よりダウンロードした書式に必要事項を記入, 押印したものを PDF 化して下さい。

上記 (1)~(3) の書類を, 順番にひとつの PDF ファイルとしてつなげてお送り下さい。

*ひとつのフォルダ内に複数の PDF 化されたファイルを入れて提出されたものは受け取りできません。

3) 提出先と提出方法:

提出先: 日本病理学会事務局 jsp-admin@umin.ac.jp

申請は受賞候補者となる本人から書類をお送り下さい。

- ① 応募書類送付の前に, 応募申請の e-mail をお送り

下さい。

- i) e-mail の件名:「学術奨励賞応募申請」会員番号
 - ii) 応募書類送付の方法(下に示すア-オのいずれか)と 1. 送信予定日時 2. 氏名 3. 所属(教室名は正式名称で記載) 4. 申請課題名もしくは功績名 を記載して下さい。
- ア) メール添付(5MB 以内)
- イ) UMIN ファイル交換システム
<https://www.umin.ac.jp/upload/>
病理学会事務局 ID: jsp-admin
- ウ) 民間の大容量ファイル転送サービス
(「宅ファイル便」, 「データ便」等)
- エ) USB, CD-ROM 等の郵送
- オ) その他の方法(具体的に記載して下さい。)
- ② ①の申請メール送信後, 応募書類(すべての必要書類をひとつの PDF ファイルとしてつなげたもの)を PDF 電子媒体として申請した方法にて送付して下さい。
- i) 件名・表題等は「学術奨励賞応募書類送付」として, その後ろにご自身の会員番号を記載して下さい。
 - ii) ファイル受領から「業務日」3日以内に受領メールを返信いたします。受領メールが届かない場合は, すみやかに事務局にお問い合わせ下さい。
 - iii) 各種連絡や審査用資料の作成は, 会員システムに登録された情報を元に行われます。事前に登録内容の確認, 修正をお願いします。
- 4) 募集締切: 令和5年12月24日(日) 必着
 - 5) 学術奨励賞受賞者(受賞者)には, 賞状と記念品が贈呈されます。
 - 6) 賞の授与は, 次年度の総会において理事長が行います。
 - 7) 尚, 本件について, ご質問などがありましたら, 本学会事務局までお問い合わせください。
日本病理学会事務局: jsp-admin@umin.ac.jp

6. 日本病理学会 100 周年記念病理学研究新人賞の公募について

2011年(平成23年)に日本病理学会は創立100周年を迎えました。日本病理学会100周年記念事業実行委員会では, 病理学の医学・医療における位置づけを再確認し, 病理学会のあるべき姿と進むべき方向を, より多くの方々と語り合う機会として, 創立100周年記念事業を行ってまいりました。さらに, これらの事業と東日本大震災への義援金に加えて, 日本病理学会の発展に資するプロジェクトを募集し, 2020年までの10年間にわたって実施することと致しました。「日本病理学会100周年記念病理学研究新人賞」は, 「病理医・研究医の育成とリクルート委員会(旧・若手医師確保に関する委員会)」が応募し, 採用された公募プロジェクトです。本プロジェクトは, その後, 理事会

にて継続が認められました。

本プロジェクトの概要:

将来的に日本の病理学がバランスよく発展していくためには, 臨床側面である病理診断だけでなく, その基盤となる病理学研究も強力に推進する必要がある。ところが昨今の若手医師の研究指向者の激減は憂慮すべき問題である。この問題を少しでも解決するべく, 2011年から10年間に渡り, 病理学研究新人賞を設定し, 若手医師の大学院生を鼓舞することとした。選考は書面による1次審査(8名以内)と春期の病理学会総会時において口頭発表による2次審査を行い, 今年度は3名を選出する。春期の日本病理学会総会で表彰し, 賞金10万円を付与する。

下記の要領で候補者を公募します。

対象:

以下のすべての要件を満たす者を本賞応募の対象者とする。

- 1) 日本の大学の医学部・歯学部大学院病理学教室(あるいはそれに相当する教室)博士課程に所属する学生であること(応募時)。
- 2) 応募翌年度の4月1日において, 33才以下であること。(12月24日メ切)
(令和5年度対象者:平成2年4月2日以降生まれ)
- 3) 日本の医師免許あるいは歯科医師免許を有する者。ただし, 日本の大学のMD/PhDコースの学生で博士課程に所属する者は応募可能とする。
- 4) 1年間以上, 日本病理学会の会員である者。
- 5) ただし, 出産・育児休暇(休学を含む)を医学部・歯学部入学以降に取っていた場合, 大学・病院・指導教官(ただし, 日本病理学会学術評議員に限る)などによる証明書(任意の形式)を提出することにより, 同期間(最大2年間まで)の年齢制限の延長を認めることとする。

募集締切: 令和5年12月24日(日) 23:59 必着

提出書類:

*応募書類は以下をPDF化した電子媒体(すべての書類をひとつのファイルとしてつなげたもの)にて提出していただくことになっております。

すべてA4の大きさのPDFで提出のこと。

下記の書類を, 順番にひとつのPDFファイルにつなげてお送り下さい。

*ひとつのフォルダ内に複数のPDF化した書類を入れて提出されたものはお受け取りできません。

- 1) 履歴書(高校卒業以降, 生年月日・連絡先を含めること)
- 2) 業績録(著者名をすべて記載し, 代表論文3編までに関して, 要旨を含む第1ページのコピー1枚ずつを提出)
- 3) 本人自身の研究業績の要約(1枚, 必ずタイトルを

つけること)

- 4) 所属講座の教授(あるいは指導教官)の推薦書(1枚)
- 5) 大学院在籍証明書(コピー可)
- 6) 医師免許証のコピー(MD/PhD コースの学生は不要)
- 7) 受賞した場合、受賞後2年以内に本学会学会誌 Pathology International へ投稿を行うという誓約書(形式自由; 原著あるいは総説で共著可)。
- 8) 指導教官(ただし、日本病理学会学術評議員に限る)などによる出産・育児休暇(休学を含む)の証明書(任意の形式; 該当者のみ)

※尚、受賞後、応募時提出内容に虚偽があることが判明した場合、後日審議の上、受賞の取り消しならびに賞金の返還を求めることがある。

提出先:

日本病理学会事務局 jsp-admin@umin.ac.jp

- (1) 応募書類送付の前に、応募申請の E-mail をお送り下さい。
 - ① E-mailの件名として「病理学研究新人賞応募申請」とし、その後ろにご自身の会員番号も記載して下さい。
 - ② 応募書類送付の方法(下に示すア～オのいずれか)と 1. 送信予定日時 2. 氏名 3. 所属(教室名まで正式名称を) 4. 研究業績の要約のタイトルを記載下さい。
 - ア) メール添付 ただし 5 MB まで
 - イ) UMIN ファイル交換システム
<https://www.umin.ac.jp/upload/>
病理学会事務局 ID : jsp-admin
 - ウ) 民間の大容量ファイル転送サービス
(「宅ファイル便」, 「データ便」等)
 - エ) USB, CD-ROM 等の郵送送付
 - オ) その他の方法(具体的に記載して下さい。)
- (2) 上記(1)の申請メール送信後、応募書類(すべての書類をひとつの PDF ファイルとしてつなげたもの)を PDF 電子媒体として申請した方法にて送付して下さい。
 - ① 件名・表題等は「病理学研究新人賞応募書類送付」として、その後ろにご自身の会員番号を記載して下さい。
 - ② ファイル受領から「業務日」3日以内に受領メールを返信いたします。受領のメールが届かない場合は、すみやかに事務局宛にお問い合わせ下さい。
 - ③ 各種連絡や審査用資料の作成については、会員システム登録の情報を元に行われます。事前に登録内容の確認、修正をお願いします。

選考予定:

1次審査の結果は、令和6年1月末日までにメールで連絡する。今年度の2次審査は、令和6年3月28日(木曜日)午後第113回日本病理学会総会(名古屋)において実施

する(発表10分、質疑5分の予定)。2次審査は公開とし、そのプログラムはウェブで告知する。なお、2次審査参加のための交通費・宿泊費ならびに総会参加費は各自の負担とする。

7. 「令和6年度 医師賠償責任保険制度」案内

令和6年度 医師賠償責任保険制度につきまして募集を開始致します。

【既加入者の方】

既加入会員の方におかれましては、自動継続となりますが、「変更手続き依頼書」を11月2日付けでお送り致しましたので、解約希望やお届け内容に変更ございます場合は、同封の封筒にて依頼書を返送頂きますようお願い申し上げます。また、医師賠償責任保険のご登録情報は、病理学会の会員システム登録情報とは連動しておりませんので、変更がございます場合には其々お手続き頂きますよう、お願い申し上げます。

【新規加入ご希望の方】

中途加入も可能となっておりますが、令和6年度 医師賠償責任保険加入募集につきましては、2月からのご加入となります。2月加入ご希望の場合、令和5年11月～令和5年12月14日までの申込書到着分となります。こちらを過ぎました分は次月へ繰越させて頂く場合がございますので、ご留意下さい。

詳細は以下 HP をご確認ください。

<https://www.pathology.or.jp/news/6.html>

1) 加入申込書のご依頼

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

E-mail: jsp-admin@umin.ac.jp

2) 保険内容に関するお問い合わせ先

取扱代理店

株式会社サリー・ジョイス・ジャパン

東京都千代田区三番町6 三番町 KB-6 ビル 5F

フリーダイヤル: 0120-305-660

8. 会員の訃報

以下の方がご逝去されました。

板倉 英世 功労会員 (令和5年9月14日ご逝去)

9. 第19回日本病理学会カンファレンス 2023 開催報告

札幌医科大学医学部病理学第一講座 鳥越 俊彦

2023年8月4日(金)～6日(日)、北海道函館エリアのリゾートホテル、グリーンピア大沼において、第19回日本病理学会カンファレンスを開催いたしました。日本病理学会カンファレンスは2019年度までの16回は1泊2日の合宿形式で開催されてきましたが、コロナ禍のため2021年度はオンライン形式、2022年度は合宿なしの対面形式で開催されました。本年5月に新型コロナウイルス感染症が5類へ移行されたことを機に、4年ぶりとなる合宿形式を復活させるべく企画しました。しかし、コロナ禍が完全に終息した訳ではありませんので、リモートでも参加いただけるよう、ハイブリッド形式で開催させていただきました。

おかげさまで、59名の現地合宿参加者と28名のオンライン参加者を合わせて87名のご参加をいただき、賑々しく開催することができました。参加者のうち13名が学部学生もしくは大学院生で、19名の参加者にポスター発表を行っていただきました。函館大沼という交通の不便な遠隔地での開催であったため、カンファレンスの日程が2泊3日となってしまいましたが、それにもかかわらず多くの皆様に合宿参加いただきまして、心より御礼を申し上げます。



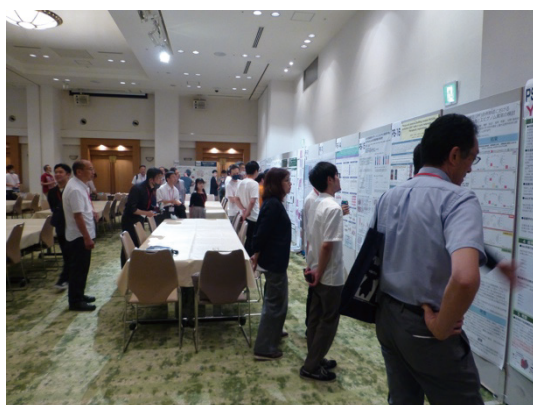
1. 開催の目的と Scientific Program の概要

本カンファレンスでは、「新技術が拓く次世代の病理学」をテーマとして、国内外でご活躍の第一線研究者をお招きし、ご講演をいただきました。生命科学分野における解析技術の進歩はめざましく、遺伝子やタンパクのオミクス解析はシングルセルレベルの解析が標準となりつつあります。さらに近年、Spatial Biologyが発達し、空間的マルチオミクス解析によって、細胞の位置情報や組織構築までもデジタル化され、形態病理学と融合しようとしています。一方で、人工知能の発達も加速してお

り、近未来には診断病理学の世界にパラダイムシフトをもたらすことが予想されます。そこで、最初に基調講演として、東京大学次世代知能科学研究センター 松原仁教授に、Chat GPT に代表されるような「生成AI がもたらす未来社会」についてご講演いただき、次に最新技術を用いて先端研究を行っている非会員を含めた10名の若手およびエキスパート研究者に、解析技術の原理と革新性・発展性について解説いただきました。セッション1：Artificial Intelligence, セッション2：Single Cell Transcriptomics, セッション3：Spatial Genomics and Transcriptomics, セッション4：Organoid and Proteo-Genomics, セッション5：Imaging and Multiplex Technology と5つのテーマで構成し、エキスパートの先生と若手講師の先生にペアを組んでいただき、各セッションの座長をお務めいただきました。各講演の後では活発な質疑応答と討論が行われました。



2日目の夕方には、一般演題としてポスター発表と討論の時間を設けました。ポスター発表20演題のうち、若手ポスター賞に10演題の応募をいただいていたので、まずは候補者の皆さんに3分間ショートプレゼンテーションを実施していただき、ポスター討論へ進みました。若手ポスター賞選考委員による審査の下、最優秀若手ポスター賞1名と若手優秀ポスター賞2名が選ばれ、3日目の朝に表彰が行われました。



最後に、日本へ里帰り中であった匂い科学の第一人者である米国デューク大学医学部 松波宏明教授をお招きし、「嗅覚受容体のしくみと病気との関わり」についてご講演をいただきました。生命現象の不思議とそれを解き明かす研究の面白さが伝わったのではないかと思います。



本カンファレンスの講師、演題名、座長は以下の通りです。（敬称略）

8月4日（金）

セッション1 Artificial Intelligence

座長：清川 悦子（金沢医科大学）、大江 倫太郎（山形大学）

- 基調講演** 松原 仁（東京大学次世代知能科学研究センター）

「生成AIは世の中をどう変えるか」

- 大江 倫太郎（山形大学）

「AIで迫る細胞間相互作用の可視化」



8月5日（土）

セッション2 Single Cell Transcriptomics

座長：樋田 京子（北海道大学）、菰原 義弘（熊本大学）

- 石本 崇胤（熊本大学）

「シングルセル解析による腫瘍間質多様性の検討」

- 橋本 真一（和歌山県立医科大学）

「癌組織の変異と空間的単一細胞遺伝子発現解析」

セッション3 Spatial Genomics and Transcriptomics

座長：平岡 伸介（国立がんセンター）、石本 崇胤（熊本大学）

●林 玲匡（杏林大学）

「膵癌における腫瘍内の形態学的・分子遺伝学的不均一性」

●石川 俊平（東京大学）

「シングルセル空間ゲノミクスによる胃粘膜組織制御機構の解明」

セッション4 Organoid and Proteo-Genomics

座長：谷口 浩二（北海道大学）、榎本 篤（名古屋大学）

●武部 貴則（大阪大学）

「オルガノイド医療の可能性」 ビデオ講演

●金関 貴幸（札幌医科大学）

「免疫プロテオゲノミクスによるがん抗原探索」

●増本 純也（愛媛大学）

「プロテオインタラクトーム解析と病理学」

ポスターセッション

座長：谷野 美智枝（旭川医科大学）、増本 純也（愛媛大学）

●ショートプレゼンテーション 10 演題

●ポスター発表・討論 20 演題

8月6日（日）

セッション5 Imaging and Multiplex Technology

座長：西原 広史（慶応大学）、林 玲匡（杏林大学）

●山下 享子（がん研究会有明病院）

「ゲノム可視化技術が拓くゲノム形態学」

●辻川 敬裕（京都府立医科大学）

「免疫組織化学を用いた腫瘍生態系の理解」

特別講演

座長：鳥越 俊彦（札幌医科大学）

●松波 宏明（米国デューク大学）

「嗅覚受容体が匂い物質を識別する仕組み」



若手ポスター賞の受賞者と受賞演題名は以下の通りです。おめでとうございます。

<最優秀若手ポスター賞>

●小林 信（福島県立医科大学 医学部 基礎病理学）

「サーフェソーム解析から得られた Spondin-1 は卵巣癌の新規バイオマーカーである」

<優秀若手ポスター賞>

●杉田 佳祐（東京医科歯科大学医歯学総合研究科 包括病理学分野）

「間接的 CRISPR screening を用いた細胞間相互作用により誘導される薬剤耐性関連分子の解析」

●北岡 匠（山形大学医学部 病理学講座）

「IgG4 関連唾液腺炎における特異的な線維化誘導のメカニズムの解明」



2. Social Network Program の概要

本カンファレンスが目指すところは、若い学生や病理医に研究の面白さと幅広い視野の重要性を伝え、エキスパートとの「密な親交」を深める機会を提供することにもあります。そこで今回は、2日目の午後に「大沼国定公園エクスカージョン」を企画し、合宿参加していただいた皆様に大沼公園の風景、遊覧船、海鮮丼を楽しんでいただきました。あいにくの小雨日和で駒ヶ岳は雲に隠れてしまい、山と湖が織りなす自然の大パノラマをご覧に入れることができなかったのは大変残念でしたが、心も身体もリフレッシュしていただけただのではないかと思います。また、1日目と2日目の夕食後には、Midnight Discussion Hour を設け、3年間のコロナ禍で禁じられていた「飲みニケーション」を復活させました。深夜2時過ぎまで、熱いディスカッションが行われていました。

大沼国定公園



夕食の一コマ



Midnight Discussion Hour の一コマ



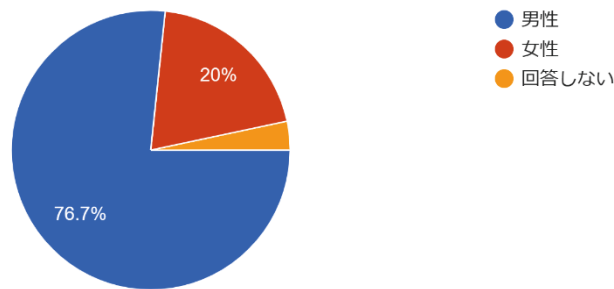
3. アンケート結果

以下にアンケート結果をまとめました。回答者は30名でした。96.7%の回答者に、「今後また日本病理学会カンファレンスに参加してみたい」と思っていただけたことを、大変うれしく思います。

第19回日本病理学会カンファレンス開催後アンケート結果

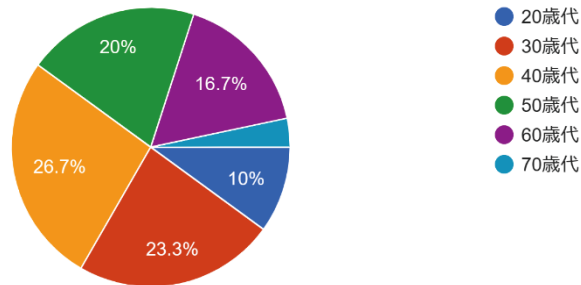
性別を教えてください。

30件の回答



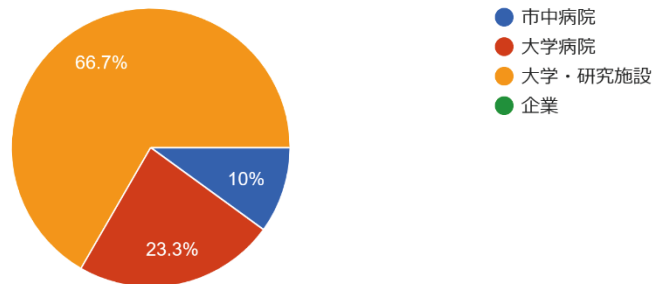
年齢を教えてください。

30件の回答



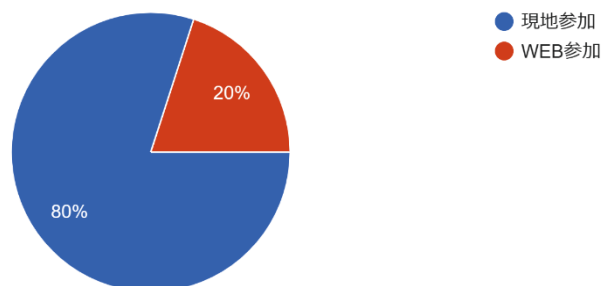
所属機関の種類を教えてください。

30件の回答



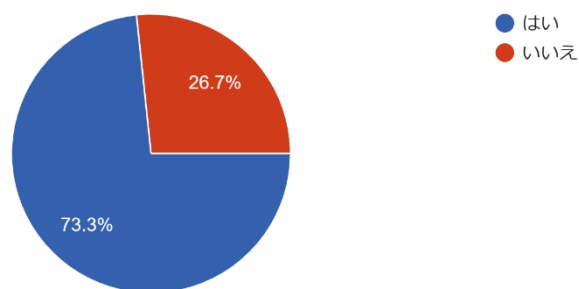
今回は現地で参加されましたか？Web参加でしたか？

30件の回答



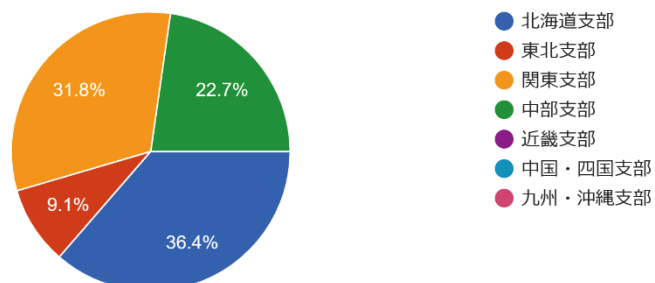
あなたは日本病理学会会員ですか？

30件の回答

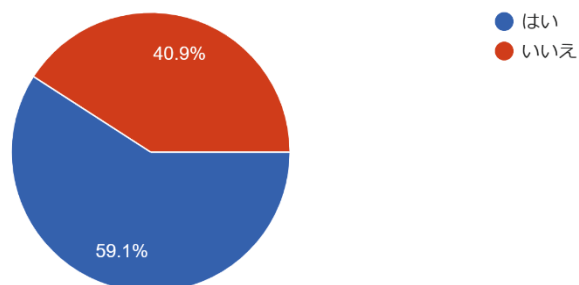


「日本病理学会会員である」と答えた方に質問です。所属支部を教えてください。

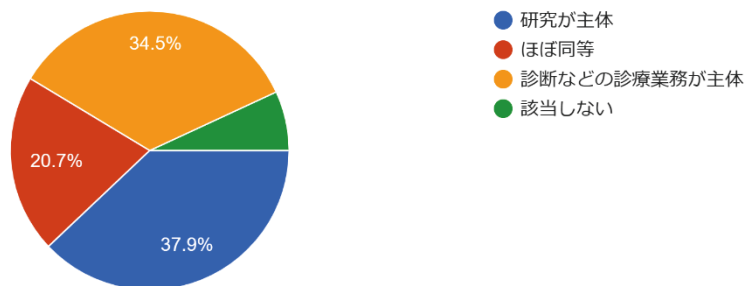
22件の回答



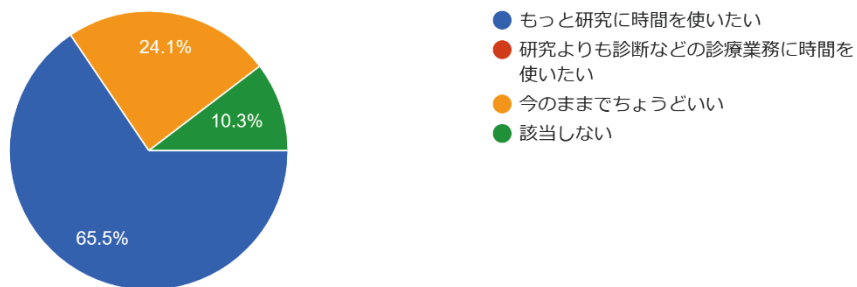
「日本病理学会会員である」と答えた方に質問です。あなたは病理専門医ですか？
22 件の回答



あなたの実際の生活で研究と診断などの診療業務に使っている時間はどちらが主体ですか？
29 件の回答



前問を踏まえて、研究の時間を増やしたいとおもいますか？
29 件の回答



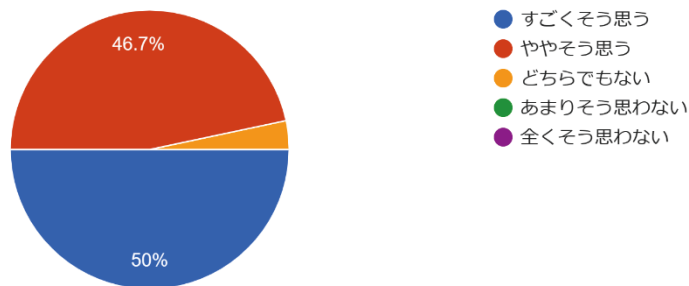
今回、本カンファレンスに参加した動機を教えてください（一番あてはまるもの）。

30件の回答



今後も日本病理学会カンファレンスに参加を希望されますか？

30件の回答



今回の日本病理学会カンファレンスについての感想やご意見

- ・素晴らしいカンファレンスでした。
- ・食事が大変美味しかったです
- ・大変素晴らしい会をありがとうございました。ただ、現地参加での若手女性病理医がゼロだったのでは？と思います。また若手（定義にも依りますが…）大学院生・助教なども少なかったのではと思います。現地参加が望ましいですが、子育て中の若手医師（男女問わず）は現地での参加は難しいと思うので、Webも継続出来たらよいのかな、と思います。
- ・カンファレンスの内容はどれも素晴らしく、とてもいい雰囲気、会の一体感もありよかったです。事務局のご苦勞は相当なものだったろうと思います。ありがとうございました。
- ・現地に行けなかったため、WEB参加はありがたかった。
- ・先端領域の知見を知れて有意義だった。

- ・他分野の研究者の方の貴重な話が聞けて大変刺激になりました。また、ご活躍の先生方と密に交流でき、今後の自分の仕事や研究への取り組みを見直す機会となりました。会場、移動の手配など、細やかに配慮いただいたことが伝わってきました。ありがとうございました。
 - ・非常に勉強になりました。
 - ・もっと若手の参加者が多いと良いと思った。シングルセル解析などの新規技術に関して学びが多かった。
 - ・今回はじめて参加させていただきましたが、エキスパートの先生方や同年代の若手と大変近い距離感で過ごせた3日間で、とても楽しく満足でした。ポスター発表について、今回の若手向け1分間のショートプレゼンもよかったです。全部で20演題でしたし全員のショートプレゼンがあったらより理解が深まったかなと思いました。
 - ・一人一人の先生の発表時間が40分としっかりした時間を取ってあったので、背景を含めてしっかりと研究内容を聞くことができ、理解しやすかった
 - ・また行きたいと思わせるよい会でした。
 - ・鳥越先生をはじめ、札幌医大の世話人の先生方誠にありがとうございました。講義が充実していたこともさることながら、ミッドナイトディスカッション非常に”勉強”になりました。やはり人と人の繋がりが大切なことを再認識致しました。あと、食事が豪華すぎて驚きました。
 - ・2泊3日と長丁場でしたが、帰りに函館観光もできてよかったです。
 - ・おそらく演者の問題なのだと思いますが、カンファレンステーマに沿っていない、あるいは代表世話人が望まれている「解析技術の革新性・発展性について解析いただき - - - 」という基本的講演様式をほとんど無視しているという例が混入していました。単に研究成果のPRをするだけの場ではないということを肝に銘じて演者の役を果たしてもらいたいと切に望みます。その意味では演者の選択は極めて重要と考えます。世話人自身が確信を持てるという人物に限定してかまわないと思います。
- 他方、武部先生、増本先生そして辻川先生は、お話のされ方、お話の内容とその質の高さ等々、素晴らしい講演をしていただけました。ありがとうございます。心よりお礼申し上げます。
- ・大変充実した内容で勉強になりました。宿泊での研究会ですので、研究会の時間外にも密にほかの先生とも交流できとても有意義でした。ありがとうございました。
 - ・先生方の最新の知見を学ぶことができ、非常に刺激を受けた。
 - ・ポスターセッションの時間がもう少し長ければいいなと思った。
 - ・プログラムの質の高さに驚きました。これほど密度の高い学術集会は滅多にないと思います。素晴らしい講演ばかりで、たいへん勉強になりました。実は私はweb参加で、片手間に聴こうかと思っていたのですが、内職などできないと思い直して3日間集中して受講しました。お若い先生方の質の高い研究を聴き、我が国の研究の明るい将来

を感じることができました。本会を主催くださった鳥越先生ならびに関係者の方々に心より感謝申し上げます。

- ・発表内容に興味深いものが多かったです。一人部屋を用意いただけたのはうれしかったです。食事がとてもおいしかったです。
- ・講演内容は充実しており、また準備、運営が行き届いており大変素晴らしかった。勉強になるカンファレンスでした。
- ・演者やその後のディスカッションタイムも程よく、何より現地開催を楽しめる様、工夫や援助がされており、すっかり満喫いたしました。お天気と、猛暑が残念でしたが、こればかりはどうにもなりません。鳥越先生はじめ、札幌医大の先生方、北海道の先生方に感謝申し上げます。

今後、日本病理学会カンファレンスにどのようなテーマを希望するか

- ・病理組織の AI 診断
- ・最新の流行のみならず病理研究の多様性が俯瞰できるようなプログラムを期待しております
- ・基本的には、開催者の意向を反映すべきと思います。実験に関する技術講習的な内容が少しあってもいいかもしれないと思いました。
- ・病理学分野で使える最新技術の具体的な紹介
日本の独自性を出せそうな分野の開拓、紹介
- ・今回のような先端領域の進歩に関して
- ・今後の形態学の発展について
- ・全ゲノム解析ないしエピゲノム解析
- ・腫瘍微小環境
- ・がんワクチンの過去と未来
- ・細胞診検体からの遺伝子解析技術
- ・ポストゲノムを見据えたりペプトミクスなど
- ・『iPS 細胞の今』とでもいうべきもので、iPS 細胞の確立後、どのような分野でどのようなことが発展し、解明されてきたかをまとめて知ることができればと願っています。
- ・特にありません。
- ・細かい分野は問いません。独創的で新しい研究成果の発表を希望します。
- ・特に若手を encourage するテーマ
- ・AI と診断
- ・病理診断のタスクシフト、今後の研究環境のあり方など、業務的なことも興味あります。

4. 総括

コロナ禍が明けて初めての病理学会カンファレンスで、しかも交通が不便な函館大沼での2泊3日の開催でしたので、合宿参加者は一ケタに近いのではないかと大変心配しました。しかし、多くの先生から期待の声を頂戴し、最終的には約60名もの先生に合宿参加いただきまして、心より御礼を申し上げます。講演内容に関しましては、多くの先生にご満足いただけたことを大変喜んでおります。ただ、趣旨と異なる講演内容もあったとのご指摘につきましては、講師との打ち合わせを密にする必要があると思われまます。先端技術は日進月歩です。今後も、分野横断的な新技術をテーマとしたカンファレンスを継続する必要性を感じ取りました。

今回は日本がん免疫学会のような病理学会以外の学術団体にも宣伝し、非会員を積極的にリクルートしました。病理学について関心はあったが、なかなか病理学者と交わる機会が無かったというゲノム医学専門の参加者からは、病理学者の視点を知ることができて大変勉強になったと、喜んでいただきました。若手研究者の育成以外にも、異分野連携と共同研究の促進という成果も期待できることを知りました。

合宿形式については慎重な判断が求められます。コロナ禍を経験した若い学生、研究者にとって、二人部屋での宿泊はあり得ない選択肢となっています。また、夜の「飲みニケーション」は、もはや交流のチャンスではなく、感染のリスクとして警戒されているのかもしれない。今後は、ニューノーマルに対応した開始形式を考える必要があります。オンライン参加を併用したハイブリッド形式も、ニューノーマルの1つと言えます。

今回の一般演題は、若手ポスター賞応募演題のみショートプレゼンテーションを実施しましたが、全ての演題について実施してほしいという声もあり、今後検討すべき点と思われまます。また、女性参加者が少ない点についても、対策を考える必要があると思われまます。

5. 謝辞

第19回日本病理学会カンファレンス開催に際しまして、多大なるご支援を賜りました日本病理学会ならびに一般社団法人菊地浩吉記念学術振興会に深く御礼を申し上げます。また、はるばる函館大沼までお越しいただき、ご講演を賜りました講師の先生、座長・選考委員の労をとり、討論にご参加くださいました日本病理学会研究推進委員会委員の皆様と、札幌医大フロンティア医学研究所共同研究拠点運営委員の皆様にも、深謝申し上げます。最後に、本カンファレンスの準備、運営にあたっていただいた札幌医科大学医学部病理学第一講座のスタッフと、副世話人を務めてくださいました旭川医科大学病院病理部の谷野美智枝先生にも、心より感謝を申し上げます。

10. 2023年ヨーロッパ病理学会参加報告

2023年9月9日から4日間にわたり、アイルランドで開催されたヨーロッパ病理学会学術集会に参加した研究者から報告が届きました。

2023年ヨーロッパ病理学会参加報告

慶應義塾大学医学部病理診断部
眞杉洋平

この度、2023年9月9日から4日間にわたってダブリン（アイルランド）にて開催された第35回ヨーロッパ病理学会学術集会に派遣して頂きましたので報告をさせていただきます。ヨーロッパ病理学会に日本病理学会から現地に派遣された初めての会ということで大変光栄に存じます。

参加したセッションは、ヨーロッパ病理学会－日本病理学会 Joint Special Session: From research to pathological practice: examples of translational paths で、ヨーロッパからは2名、日本からは2名が発表しました。セッションの企画段階から4人でウェブミーティングやメールでのやりとりを重ね、テーマの設定・スピーチの順番・進行等について相談をし、当日にもスピーカーズラウンジで打ち合わせの時間を持って本番に臨みました。驚いたことに、我々のセッションは、2階席まである最も広いメインホールが割り当てられており、日本病理学会との関係性への期待が感じられました。私自身は、Heterogeneity of the pancreatic cancer microenvironment のタイトルで発表をしました。各人20分の発表の後、40分のラウンドテーブルディスカッションの時間を設けていましたが、全員の発表は予定よりスムーズに進み、AIの病理診断への応用についての質問がフロアから多く出ましたが、おそらく15分程度を残して締めた印象でした。

他のオーラルセッションも興味深いものが多く、大変勉強になる発表が幾つもありました。Computational Pathology がヨーロッパでは全盛の様子でした。全4日間のプログラム全体のボリュームは日本とそれほど変わりなく、日本病理学会総会の方がむしろ盛況な感じを受けましたが、これは毎日8:30-19:30の長丁場でセッションが終わる毎にコーヒープレイクや昼食が組み込まれているなど、とてもゆとりがあるプログラム設定になっているから、そう感じたのかもしれません。尚、ヨーロッパ側2名の話では、ハイブリッド開催ということで現地に来る人は少ないが、実際の参加者は北米病理学会よりも多いそうです。コーヒータブや食事をとりながら、至る所でビジネスミーティングをしている様子などをみると、ヨーロッパ病理学会独特の空気を感じるとともに、ヨーロッパではコロナ禍は終わつつあることを体感しました。

最後に、このような貴重な機会を与えていただきました日本病理学会ならびにヨーロッパ病理学会の関係の方々に、深く御礼申し上げるとともに、両学会の関係がますます発展することを祈念しています。

写真：全面ガラス張りのコンベンションセンターの中からみたダブリンの街

コンベンションセンターは街の中心から少し離れた、大型建築物の多い再開発地域にありました。ダブリンを南北に分けるように流れるリフィー川に、ハーブのような形をしたサミュエル・ベケット橋が架かっている様子がみえます。日本よりかなり気温は低く、9月中旬にも関わらずセーターが必要なくらいの気温でした。



2023 年 ヨーロッパ病理学会 (ECP2023) 参加報告

東京女子医科大学医学部
病理学講座 (人体病理学・病態神経科学分野)
増井 憲太

このたび日本病理学会 (JSP) とヨーロッパ病理学会 (ESP) の交流事業の一環として、アイルランドのダブリンで開催された 2023 年ヨーロッパ病理学会 (35th European Congress of Pathology: ECP2023) に参加致しました。今回の派遣に際しては、国際交流委員会委員長の都築豊徳先生をはじめ、多くのご支援を賜りました事務局ご担当の皆様、この場を借りてお礼申し上げます。

慶應大学病理診断部の眞杉洋平先生と共に、私達が参加したセッションは、両学会の病理研究者 2 名ずつ (ESP サイドは Dr. Irene Gullo と Dr. Balazs Acs) による合同セッションでした (Joint Special Session ESP & JSP: From research to pathological practice: examples of translational paths)。僭越ながら、Dr. Gullo と私で co-chair を務め、JSP と ESP サイドから交互に発表を行いました。その内容は脳腫瘍の分子病理から AI・デジタルパソロジー、更には膵癌や胃癌の組織内不均一性など多岐に渡るものでしたが、病理学の基礎研究を臨床に届けたいという思いのこもった、病理医ならではの translational な姿勢が反映された素晴らしいセッションでした。講演後は roundtable 形式の Q & A タイムが設けられましたが、質問の多くがデジタルパソロジーや分子診断に関するもので、自身の今後の研究の方向性を熟慮する良い機会ともなりました。

本学会は、対面とウェブを含めて 166 セッションに渡り、94 ヶ国から 4400 人以上が参加し、規模で言うと USCAP を超えるものでした。大変貴重な機会を頂いた事に感謝すると共に、病理学を発展させたいという ESP の心意気を感じました。また、現地で海外の病理医や研究者とディスカッションをする事で、特に海外で進むデジタルパソロジーの実装など、日本と海外における医療制度や文化の違いを知り、医療や病理学の枠組みを改めて見つめ直す事が出来ました。

帰国に際しては、気候の違いや過密なスケジュールにより少々体調を崩してしまいましたが、そういった部分も含めて留学や海外出張の"ワクワク感"を思い出す事が出来ました。最後になりましたが、貴重な機会を与えて頂きました JSP および ESP 関係者の皆様に深く感謝申し上げます。



第41回（2023年度）一般社団法人日本病理学会 病理専門医試験報告

第41回病理専門医試験実施委員会
委員長 坂谷 貴司

1. はじめに

第41回（2023年度）日本病理学会病理専門医試験が、2023年9月2日（土）、3（日）の両日に杏林大学医学部（東京都三鷹市）にて開催された。新型コロナウイルス感染症が5類に移行したことに伴って、大学での実施が可能となり、3年ぶりの大会会場となった。この2年間は、新型コロナウイルス流行に伴う病理解剖数の減少を鑑みて、受験資格における病理解剖数についての緩和措置（受験に必要な剖検数20体）がとられていた。今年度は緩和措置をとらないものの、全国的に剖検数が減少している状況および密度の高い病理専門研修内容を考慮し、日本専門医機構によって承認された研修内容変更に応じて、剖検に関しては主執刀24例以上（従来は30例）、担当したCPCの報告書4症例以上（同2例）の提出を受験要件とした。受験申請は電子申請のみで行われた。

受験応募者は115名、当日2名の欠席があり、受験者は113名であった。115名の内訳は、学会研修制度での研修者（2016年度以前研修開始）が18名（うち1名欠席）、日本専門医機構での研修者（2017年度暫定制度研修開始者7名、2018年度以降研修開始者90名（うち1名欠席）

が97名であった。今回より研修開始時期による受験区分は廃止となり、受験要件は全員同じものとなった。

試験当日、受付における健康状態報告義務や検温はなく、試験会場におけるマスク着用は任意とした。運営を担当する委員、スタッフも同様とした。試験の両日は天候にも恵まれ、全てにおいて滞ることなく実施遂行された。

合格者は95名、合格率は84.1%の結果で、過去10年間で3番目に高い合格率であった。同時に第31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。

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年度以降はノートパソコンを用いた試験となっており、今回もバーチャルスライドでの標本観察による試験となった。試験スケジュールは表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、それぞれの配点についても変更はない（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。

表1. 日本病理学会 第41回病理専門医試験スケジュール

1日目 9月2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（医科・口腔）による挨拶 と試験に関する説明	受験番号 001-048：第1会場5階 501 受験番号 049-102：第2会場5階 502 受験番号 103-115：第3会場5階 503	
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	5階 演習室（12カ所）	各受験生10分程度
2日目 9月3日（日）			
8:30	受験生集合	受験番号 001-048：第1会場5階 501 受験番号 049-102：第2会場5階 502 受験番号 103-115：第3会場5階 503	
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，12 組同時進行		6 段階評価（A～F） 50 点		10 分

II 型，III 型試験の標本観察はバーチャルスライド，I 型，III 型の写真集は PDF を用い，これらを各ノートパソコン上での閲覧とした。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。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。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た。写真問題は，写真集 PDF をみて解答するもので，肉眼像，組織像，細胞像，免疫組織化学像，電子顕微鏡像，フローサイトメトリーなどが示された。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，標本作成技術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。IIa，IIb 型は，切除検体などを含む大きめの標本を主体とした。IIc 型についても，これまでの出題内容を継承し，生検や術中迅速診，細胞診などの多数のプレパラートを作成することが困難な症例を主な対象とした。解答は主に病理診断名を記述するもので，一部では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，さらには臨床所見・病理所見を総合して診断をまとめる能力が問われ，病態生理や死因を問う設問も含まれる。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，写真集 PDF，プレパラート 11 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 型試験の受験者解答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・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

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	2	1	4
消化管（下部）	1	3	1	5
肝・胆道・膵	2	3	1	6
内分泌	1	3	1	5
泌尿器	1	2	1	4
男性器	1	1	1	3
女性器	2	4	2	8
乳腺	1	2	1	4
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	2	1	5
合計	30	40	20	90

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・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。

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、出題者の示す模範解答に基づき、事前に評価基準を設定した上で行った。必要事項の記載を評価する加点方式を基本として、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。

表 4. I 型写真問題の解答と平均点

	臓器	写真枚数	疾患名	平均点
I型-1	胸膜	4	孤在性線維性腫瘍	4.74
			STAT6	
I型-2	肺	2	クリプトコッカス症	4.31
I型-3	頬粘膜	2	扁平苔癬	4.81
I型-4	口腔	5	菌原性角化嚢胞	3.68
I型-5	食道	2	ヨード染色	4.62
			(表在型) 扁平上皮癌	
I型-6	大腸	3	髓様癌	4.07
I型-7	肝	2	von Meyenburg complex	4.39
I型-8	肝	2	急性細胞性拒絶	3.34
I型-9	前立腺 (生検)	3	精嚢組織	1.55
I型-10	腎	5	b) (膜性腎症)	4.60
I型-11	卵巣	2	5) 明細胞癌	2.92
I型-12	子宮内容物	4	全胎状奇胎	4.00
			p57	
I型-13	トルコ鞍部	2	ラトケ嚢胞	3.89
I型-14	乳腺	2	浸潤性微小乳頭癌	3.76
I型-15	骨髄	4	急性前骨髄球性白血病	3.65
I型-16	骨髄	4	慢性リンパ性白血病	3.44
I型-17	大腿	2	胞巣状軟部肉腫	3.79
I型-18	上腕骨	2	1) 骨肉腫	4.51
I型-19	脳	3	多系統萎縮症	3.66
			α -シヌクレイン	
I型-20	眼球	2	網膜芽細胞腫	4.76
I型-21	皮膚	2	石灰化上皮腫	4.60
I型-22	皮膚	2	円柱腫	0.71
I型-23	皮膚	2	伝染性軟属腫	4.36
I型-24	リンパ節	6	5) びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫	3.01
I型-25	心臓	4	感染性心内膜炎	4.64
I型-26	細胞診 (耳下部)	2	悪性黒色腫	3.79
I型-27	細胞診 (歯肉)	2	ヘルペスウイルス感染症	3.71
I型-28	細胞診 (顎下部)	2	腺様嚢胞癌	3.45
I型-29	細胞診 (子宮頸部)	1	3) トリコモナス	3.89
I型-30	細胞診 (尿)	2	2) 良性尿路上皮	4.25

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	CPAOA (cardiopulmonary arrest on arrival) の患者が、死体検案の結果、司法解剖の適応となった場合には、遺族の承諾なしに解剖を行うことができる。	○	0.97
I型-32	組織診断の実施において、診療報酬上の病理診断料 (組織診断料) は、実施の診断回数に関わらず、1 患者あたり月 1 回のみ算定が可能である。	○	0.95
I型-33	病理診断管理加算 2 では、専ら病理診断を担当した経験を 7 年以上及び 5 年以上有するものがそれぞれ 1 名以上配置されていることが施設基準の要件の一つである。	○	0.73
I型-34	ホルムアルデヒドを使用する部署では作業環境測定の結果を 5 年間保管する義務がある。	×	0.90
I型-35	ホルムアルデヒドの固定効果は、分子内、分子間の架橋形成によるものである。	○	0.96
I型-36	ギ酸による脱灰は、EDTA に比して抗原性低下が少ない。	×	1.00
I型-37	細胞診でパパンニコウ染色のための固定液は 95% エタノールを用いる。	○	0.96
I型-38	洗浄尿と比較して、自然尿では細胞変性が弱い傾向がある。	×	0.82
I型-39	細胞診検体の免疫細胞化学では、パラフィン切片の免疫組織化学と比較し、抗原賦活化が不要なことが多い。	○	0.88
I型-40	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。	○	0.94
I型-41	摘出臓器は 30 分以上室温で保持することは極力回避する。	○	0.98
I型-42	結核菌曝露後の BCG 接種は感染阻止効果が期待できる。	×	0.93
I型-43	プリオンは 132°C、1 時間のオートクレーブで 1000 分の 1 以下まで不活化される。	○	0.48
I型-44	HER2 病理診断で保険適用となっている診断薬には体外診断用医薬品とコンパニオン診断薬がある。	○	0.88
I型-45	老人性全身性アミロイドーシスにおけるアミロイド前駆蛋白は野生型トランスサイレチンである。	○	0.94
I型-46	Elastica van Gieson 染色で、膠原線維は緑染する。	×	0.96
I型-47	臨床検査室の品質および技術能力を評価認定する国際規格は ISO20387 である。	×	0.27
I型-48	遺伝子パネル検査に提出される組織標本では、腫瘍細胞含有割合は 5% 以上あれば十分である。	×	1.00
I型-49	がんゲノム医療におけるエキスパートパネルの構成員に、1 名の病理医が含まれることが中核・拠点病院の指定要件となっている。	×	0.66
I型-50	In situ hybridization 法では融合遺伝子の検出が可能である。	○	0.65

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。

表 6. IIa 型問題の解答と平均点

	臓器	疾患名	平均点
IIa型-1	側頭部	巨細胞性動脈炎	3.65
IIa型-2	肺	子宮内膜症	3.52
IIa型-3	縦隔	気管支原性嚢胞	3.33
IIa型-4	肺	硬化性肺胞上皮腫	4.43
IIa型-5	口腔	線維性異形成症	3.08
IIa型-6	胃	胎児消化管類似癌	3.01
IIa型-7	大腸	Sessile serrated lesion	4.67
IIa型-8	虫垂	憩室	2.42
IIa型-9	膵	腺房細胞癌	2.64
IIa型-10	膀胱	腺癌	4.20
IIa型-11	精巣	腺腫様腫瘍	3.81
IIa型-12	子宮頸部	胃型腺癌	3.86
IIa型-13	子宮体部	低悪性度子宮内膜間質肉腫	4.48
IIa型-14	乳腺	線維腺腫	3.70
IIa型-15	副腎	骨髓脂肪腫	4.73
IIa型-16	甲状腺	びまん性硬化型乳頭癌	3.69
IIa型-17	骨髄	巨赤芽球性貧血	4.42
IIa型-18	脳	毛様細胞性星細胞腫 4) KIAA1549::BRAF 融合遺伝子	2.95
IIa型-19	皮膚	環状肉芽腫	3.90
IIa型-20	大腿	異型脂肪腫様腫瘍	4.28

III 型問題

1) 臨床経過概要

【症例】 70 歳、女性。

【家族歴】 特記すべきことなし。

【職業歴】 不明。

【生活歴】 飲酒なし、喫煙なし。

【既往歴】 高血圧 (内服加療中)、糖尿病 (内服加療中)、子宮筋腫 (子宮全摘、両側付属器切除後)、尿管結石 (治療後)、認知障害 (軽度)

【現病歴】

前医にて生活習慣病 (高血圧・糖尿病) でフォローされており、血圧は収縮期血圧 130-140 mmHg 台、糖尿病は内服治療で HbA1c 6% 台と安定していた。また、健康診断で肝逸脱酵素上昇と腎機能障害を指摘されていた。

肝障害の精査目的で施行された腹部超音波検査で肝腫瘍が疑われ、死亡 4 ヶ月前の造影 CT にて S4 の肝細胞癌疑いと診断された。その後当院紹介となり、当院施行の造影 CT でも、S4 に 20 mm 大、S7 に 24 mm 大の低吸収域が認められた。死亡 2 ヶ月前に肝腫瘍生検目的で入院し、生検にて高分化型肝細胞癌と診断された。死亡 6 週間前には消

表 7. IIb 型問題の解答と平均点

	臓器	疾患名	平均点
IIb型-1	リンパ節	木村病	2.57
IIb型-2	肺	肺内リンパ節	3.41
IIb型-3	肺	上皮内腺癌	4.28
IIb型-4	縦隔	異型カルチノイド	0.57
IIb型-5	口腔	歯根嚢胞	3.09
IIb型-6	十二指腸	ブルネル腺過形成	4.59
IIb型-7	空腸	炎症性線維性ポリープ	1.88
IIb型-8	肝	胆管腺腫	2.86
IIb型-9	肝	エキノкокカス感染	4.27
IIb型-10	膀胱	腎原性腺腫	3.83
IIb型-11	卵巣	未熟奇形腫 Grade3	3.24
IIb型-12	腹膜	高異型度漿液性癌	4.35
IIb型-13	乳腺	悪性葉状腫瘍	3.95
IIb型-14	甲状腺	硝子化索状腫瘍	4.38
IIb型-15	縦隔	Castleman disease, hyaline vascular type	2.64
IIb型-16	顎下腺	唾液腺導管癌	3.32
IIb型-17	脳	血管内大細胞型 B 細胞リンパ腫	4.92
IIb型-18	皮膚	悪性黒色腫	4.29
IIb型-19	皮膚	小嚢胞性付属器癌	1.08
IIb型-20	膝関節	滑膜軟骨腫症	3.29

化器内科に入院し、肝 S4, S7 のラジオ波焼灼療法を施行された。経過良好で死亡 5 週間前に退院した。死亡 3 週間前の外来通院時には、軽度の肝機能低下があるものの画像では肝細胞癌の再発を疑う所見はみられず、全身状態は良好で経過観察を継続されていた。

その後、死亡前日の 23 時過ぎに胸痛を訴えた後、意識消失し、家人により救急車の要請が行われた。

<入院時(死亡 2ヶ月前)血液検査所見> ()内は成人女性の基準値、下線は異常値を示す項目を表す

血糖 149 mg/dL (70-109), HbA1c 6.0% (4.3-5.8)

感染症: TPHA (-), HBs-Ag (-), HBs-Ab (-), HBe-Ag (-), HBe-Ab (-), HBc-Ab (-), HCV-Ab (-)

<入院時(死亡 2ヶ月前)尿検査所見>

蛋白(+), 糖(-), ケトン体(-), 亜硝酸塩(-), 白血球(-)

<最終外来時検査所見>

腫瘍マーカー: AFP 9.2 ng/mL (8.0 以下), CEA 2.3 ng/mL (5.2 以下), CA19-9 0.2 U/mL (36.8 以下), PIVKA-2 16 mAU/mL (40 未満)

表 8. IIc 型問題の解答と平均点

	臓器	疾患名	平均点
IIc型-1	鞍上部(迅速標本)	胚腫	2.75
IIc型-2	皮膚(胸部)	隆起性皮膚線維肉腫	4.03
IIc型-3	皮膚(背部)	落葉状天疱瘡	2.80
IIc型-4	リンパ節	4) 濾胞性リンパ腫	2.30
IIc型-5	口腔(舌)	5) 高異型度口腔上皮性異形成	4.25
IIc型-6	胃	サイトメガロウイルス感染症	3.91
IIc型-7	大腸	3) 虚血性大腸炎	2.79
IIc型-8	胆管断端(迅速標本)	陰性	3.63
IIc型-9	肺(迅速標本)	混合型小細胞癌(小細胞癌+腺癌)	2.35
IIc型-10	卵巣	Struma ovarii	2.63
IIc型-11	子宮	分泌期内膜	2.25
IIc型-12	腎	淡明細胞型腎細胞癌	3.83
IIc型-13	前立腺	肉芽腫性前立腺炎	4.67
IIc型-14	乳腺	乳腺症	2.96
IIc型-15	トルコ鞍	下垂体腺腫	2.17
IIc型-16	細胞診(胆汁)	腺癌	4.50
IIc型-17	細胞診(喀痰)	扁平上皮癌	4.45
IIc型-18	細胞診(甲状腺)	1) 良性	2.39
IIc型-19	細胞診(尿)	尿路上皮癌	4.18
IIc型-20	細胞診(子宮頸部)	LSIL/CIN 1	2.14

<救急来院時現症>

JCS III-300, GCS E1V1M1, 呼吸回数 0/分, 脈拍 20-30 PEA (無脈性電気活動), 血圧なし, 瞳孔 右 5 mm/左 5 mm, 対光反射 右 (-)/左 (-), (初回波形 HR30 程度の PEA)

<救急来院時血液検査所見>

血算: 白血球数 $8.8 \times 10^3 / \mu\text{L}$ ($4.0-9.0 \times 10^3$), 赤血球数 $425 \times 10^4 / \mu\text{L}$ ($380-480 \times 10^4$), ヘモグロビン 13.4 g/dL (12.0-16.0), ヘマトクリット 39.1% (35.0-48.0), 血小板数 $2.9 \times 10^4 / \mu\text{L}$ ($15.0-35.0 \times 10^4$)

生化学: Alb 3.5 g/dL (3.9-5.1), LD 溶血により評価不可, AST 溶血により評価不可, ALT 82 U/L (8-42), γ -GTP 213 U/L (10-47), ALP 393 U/L (115-359), T-Bil 0.9 mg/dL (0.2-1.2), UN 42 mg/dL (8-20), Cre 1.93 mg/dL (0.47-0.79), Na 140 mEq/L (135-145), K 溶血により評価不可, Cl 108 mEq/L (98-108), 無機リン 10.2 mg/dL (2.5-4.5), Ca 9.2 mg/dL (8.6-10.1), CRP 0.1 mg/dL (0.2 以下), アンモニア 167 $\mu\text{g/dL}$ (12-66)

凝固系: PT 活性 55% (81-121), APTT 60.5 sec (25.1-40.7), D-dimer 49.2 $\mu\text{g/mL}$ (0.0-1.0)

感染症：プロカルシトニン 0.08 ng/mL (0.25 未満)
心筋マーカー：BNP 88.0 pg/mL (18.4 以下)，ミオグロビン 37.8 ng/mL (11.6-73.0)，トロポニン I <0.02 ng/mL (0.09 以下)，CK-MB 0.9 ng/mL (3.7 以下)

【救急来院後経過】

救急隊到着時は心肺停止状態で、心電図上は無脈性電気活動 (PEA) であった。死亡当日 0 時、当院到着時の心電図波形は平坦で、0 時 13 分に死亡が確認された。

検視および検案が行われ、後頭下穿刺にて透明な髄液が確認された。

2) 剖検時の主な所見

死後 8 時間 35 分で剖検を開始した。身長 150 cm，体重 64 kg。

主要臓器の重量：心臓 382 g，左肺 360 g，右肺 474 g，肝臓 1,562 g，脾臓 382 g，左腎臓 108 g，右腎臓 108 g，左副腎 12 g，右副腎 8 g，脳 1,114 g。

外表および主要臓器の肉眼所見：

眼瞼結膜に貧血と点状出血あり，眼球結膜に黄染なし。瞳孔径は左右ともに 6 mm。腹部正中に 11 cm 長の手術創あり。下腿に軽度の浮腫，爪床にチアノーゼあり。

開胸すると，心嚢腔内に凝血塊を混じた 480 mL の血液貯留あり (図 1)。左右の胸水は少量で，胸腔に癒着なし。腹水は少量で，腹壁に大網の癒着あり。

上行大動脈起始部から腹部大動脈腹腔動脈分枝付近まで図 2，3 のような変化が認められる。大動脈から分枝する血管には異常所見はみられない。背景の大動脈に軽度～中等度の粥状硬化を認める。

心臓は，左室壁の軽度求心性肥大と拡張を認める (図 4)。冠状動脈に有意な狭窄はみられない。

両肺は，両側肺門部を中心にうっ血および肺水腫を認める。肺実質内に腫瘤性病変は認めない (図 5)。

肝臓の表面は凹凸不整であり，割面にて S4 に 28×19×17 mm 大，S7 に 24×24×20 mm 大の腫瘤を認める (図 6)。その他に明らかな腫瘤性病変は認めない。

腎臓は両側にうっ血を認める。表面には凹凸があり，一部嚢胞と思われる構造もみられる (図 7)。

脾臓は腫大している (図 8)。

胃の漿膜下に 22×15×13 mm 大の腫瘤を認める (図 9)。

子宮・両側付属器は切除後。

椎体骨髄は赤色髄であり，著変はみられない。

脳は外表上著変なく，出血や粗大病変なし (図 10)。

3) 配布写真

図 1. 胸部心膜切開 (未固定)

図 2. 心臓+上行大動脈起始部 (固定後)

a. 起始部展開時 b. 起始部短軸割面 (a の矢印側の面からみた所)

図 3. 大動脈 (固定後)

図 4. 心臓 a. 表面 (未固定) b. 割面 (固定後)

図 5. 左肺割面 (固定後) (黄色枠の部分を配布標本に)

図 6. 肝臓 a. 表面 (未固定) b. 割面 (固定後) c. S4 腫瘍部 (固定後) d. S7 腫瘍部 (固定後)

図 7. 腎臓 (固定後)

図 8. 脾臓 a. 表面 (未固定) b. 割面 (固定後)

図 9. 胃漿膜面 (固定後)

図 10. 脳割面 (固定後)

4) 配布標本

1. 大動脈弓部，HE 染色
2. 心臓 (左心室)，HE 染色
3. 左肺上葉，HE 染色
4. 肝腫瘍 S4，HE 染色
5. 肝腫瘍 S7，HE 染色
6. 肝臓 (背景肝，左葉)，HE 染色
7. 左腎臓，PAS 染色
8. 脾臓，HE 染色
9. 胃漿膜下腫瘤，HE 染色
10. 下部食道，HE 染色
11. 大脳 (海馬)，HE 染色

5) 設問

- 問 1. 本症例の病理解剖診断を主病変と副病変とに分け，箇条書きで記載せよ。
- 問 2.
- (1) 剖検時の肝腫瘍の組織像および腫瘍に認められる治療の影響について考察せよ。
 - (2) 背景肝の組織所見を述べ，その原因について考察せよ。
 - (3) 突然の胸痛，意識消失と死亡に至った原因について，血管の変化を含めて考察せよ。
- 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。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.

【主病変】

A. 大動脈解離，Stanford A 型

解離範囲は上行大動脈起始部から腹部大動脈腹腔動脈分枝付近

心嚢腔内に 480 mL の血液貯留を認め，心タンポナーデの状態

背景の大動脈に軽度～中等度の粥状硬化，嚢胞性中膜壊死あり

B. 高分化型肝細胞癌, 2 病変, ラジオ波焼灼療法後状態

S4 に 28×19×17 mm 大, S7 に 24×24×20 mm 大の、いずれも壊死・変性を伴う肝細胞癌
明らかな転移なし

【副病変】

1. 非 B 非 C 型肝硬変 (1,562 g), 非アルコール性脂肪肝炎 (nonalcoholic steatohepatitis, NASH) の疑い
肝硬変に伴う門脈圧亢進症, 食道静脈瘤, 脾腫大 (382 g)
2. 両肺うっ血・水腫 (360 g: 474 g)
3. 左心室求心性肥大, 心拡張 (軽度) (382 g)
4. 糖尿病性腎症, 腎硬化症, 腎うっ血, 腎嚢胞 (108 g: 108 g)
5. 胃消化管間質腫瘍 (GIST), 腫瘍径 2.2 cm
6. 大脳老人斑, 神経原線維変化, ラクナ梗塞 (1,114 g)
7. 子宮筋腫に対して子宮全摘および両側付属器切除後の状態
8. 身長 150 cm, 体重 64 kg の女性屍

問 2.

1) 肉眼的に確認された S4 の 28×19×17 mm 大, S7 の 24×24×20 mm 大の結節部では, 組織学的にいずれも一部に N/C 比の増大, 索状構造の乱れを伴う高分化型肝細胞癌の像が認められ, ラジオ波焼灼療法による影響と考えられる核の破壊・消失や細胞質の好酸性増強などの凝固壊死・変性所見を認めた。核の消失した凝固壊死は主として腫瘍の辺縁に認められ, 腫瘍の中心部付近において S4 の 50%, S7 の 70% 程度の領域では, 変性が加わっているものの核が残存している成分もみられた。ラジオ波焼灼療法による組織変化の主体は加熱による組織固定で, ラジオ波焼灼直後は形態変化が少なく初めから熱凝固に陥った部分では血液の供給がなく壊死物質の処理がすぐに始まらないため, 通常の HE 染色標本で細胞の生死を判定することは困難と言われている。本症例では, 熱を発生させる電極針が挿入されていたと考えられる腫瘍の中心部よりも辺縁から核の消失した凝固壊死の形態がみられていること, 外來経過観察時の画像で明らかな再発を疑う所見を認めていないことをあわせると, 焼灼療法後 6 週間という時期は熱凝固に陥った腫瘍壊死物質の処理の途中経過を見ていることも想定されるため, 治療による根治が得られている可能性がある。転移は明らかではなかった。

2) 背景の肝は, 大小の再生結節形成からなる肝硬変の像を呈しており, 一部で大滴性および小滴性の脂肪沈着, 肝細胞の風船状腫大, マロリー小体, 軽度炎症細胞浸潤が観察された。原因としては, 飲酒歴がなく, 糖尿病があることから非アルコール性脂肪肝炎 (NASH) の可能性が考

えられる。

3) 大動脈は中膜において解離をきたしており, 心嚢腔内に凝血塊を混じた 480 mL の血液貯留を認めたことから, 大動脈解離に起因した出血および心タンポナーデにより心外閉塞・拘束性ショックを来し, 死亡したと考えられた。解離の原因としては, 大動脈壁の粥状硬化は比較的軽度な部分が多く, 中膜に嚢胞性壊死が来している部分もあることから, 中膜の変性, 高血圧などが関与している可能性がある。既往歴や家族歴, 年齢からは遺伝性中膜疾患の可能性は低く, 加齢に伴う変化が考えやすい。

問 3.

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 に示す通りで, いずれも歪な分布はなく, 最頻度から低得点に向かって漸減している。比較的高得点域に最頻度があり, 専門医試験としては適切な結果であると考えられる。

試験全体の平均点は 445 点 (620 点満点, 得点率 71.9%) であった。I+II 型の平均点は 338 点 (470 点満点, 得点率 71.9%), III 型の平均点は 108 点 (150 点満点, 得点率 72.0%) であり, 両者の難易度に差はなかったと考えられる。

I 型と II 型の平均点は, それぞれ 131 点 (170 点満点, 得点率 77.5%) と 206 点 (300 点満点, 得点率 68.9%) であった。I 型, III 型はほぼ例年どおりの得点率であった。II 型は最近 5 年間で最も難しかったものと思われ, 概ね事前の想定通りの結果となった。

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実施委員および試験委員が合否の目安を設定し, 9 月 6 日 (試験 3 日後) に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。本年度の合否判定基準は, II 型問題の難化を鑑み, I+II 型 265 点 (得点率 56.4%) 以上, III 型 90 点 (得点率 60.0%) 以上である。

各群における設問ごとの平均点は I 型 0.71~4.81, IIa 型 2.42~4.73, IIb 型 0.57~4.92, IIc 型 2.14~4.67 であり, 日常的に遭遇する機会の少ない脳神経系, 皮膚領域の疾患, やや稀な消化器系疾患, 正常組織であることを問うた問題で点数が低い傾向にあった。また, IIc 型の細胞診では陰性 (悪性でない) を正答とする問題で低い傾向があり, 疾患でない場合の病理診断, 細胞診判定などの実践的な問題にはまだまだ不慣れな受験生が多いと思われた。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 2 題, II 型 60 題中 3 題であり, 細胞診問題では 10 題中にはなかった。最も得点率の低い問題は IIb 型の縦隔の異型カルチノイドを正答とす

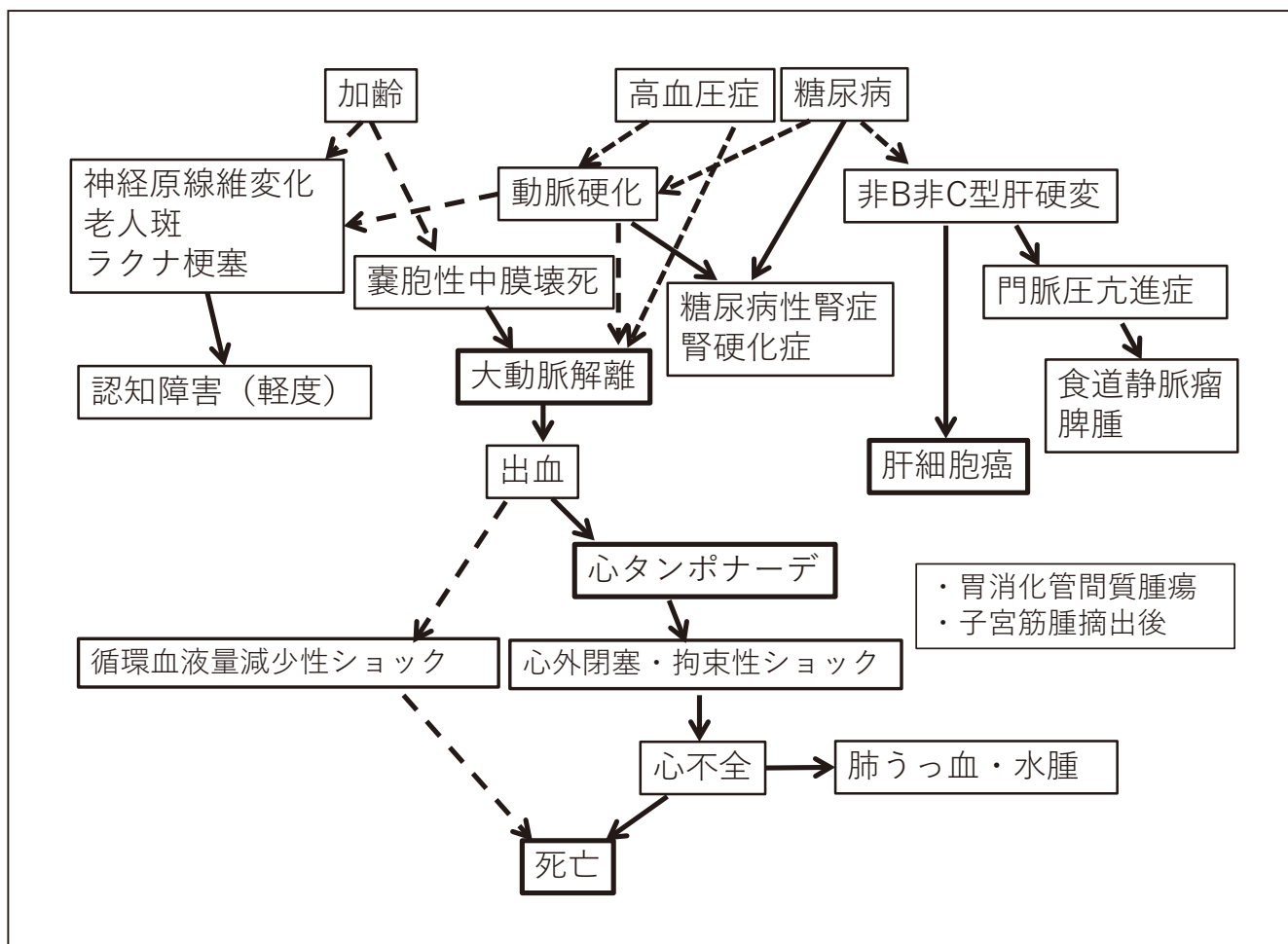


図 1. III 型問題フローチャート

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	445.88	57.76	388.12	330.36	562	278
I 型写真	150	114.91	19.54	95.37	75.83	150	49
I 型文章	20	16.87	1.67	15.19	13.52	19	12
I 型小計	170	131.78	20.11	111.67	91.57	168	66
IIa 型	100	74.79	13.03	61.76	48.72	100	24
IIb 型	100	66.80	13.07	53.72	40.65	93	30
IIc 型	100	64.96	14.49	50.48	35.99	95	25
II 型小計	300	206.55	33.47	173.08	139.62	269	109
I+II 型合計	470	338.33	50.13	288.19	238.06	437	196
III 型（面接を含む）	150	107.55	13.04	94.51	81.47	135	74
細胞診合計	50	36.74	17.34	28.07	19.41	50	15

るものであった（平均点 0.57）。発生部位から胸腺腫あるいは胸腺癌とした誤答が多く見受けられた。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 14 題、II 型 60 題中 20 題であり、細胞診問題では 10 題中 4 題が該当した。典型例の理解にとどまらず、見慣れない組織像に遭遇した際に、組織構築や細胞所見を観察し、診断に至

ることのできる思考プロセスの修練を期待する。

I 型文章題の平均点は 16.8 点（20 点満点，得点率 84.4%）で、ほぼ例年通りであった。設問ごとの平均点は 0.27～1.0 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。

III 型問題は、大動脈解離と肝細胞癌の症例を題材とし

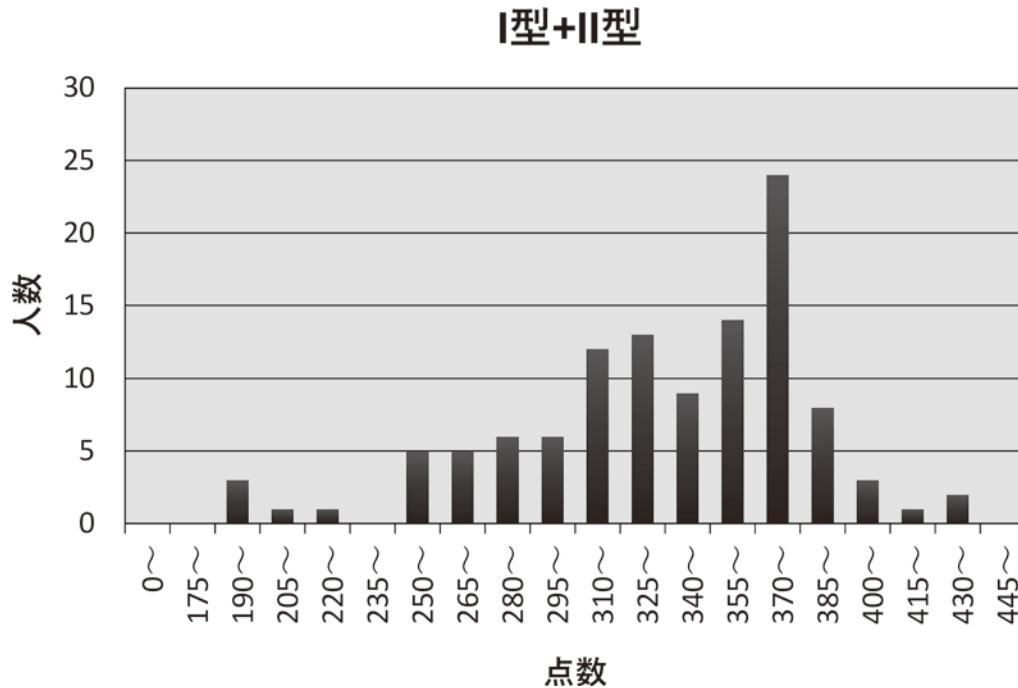


図2. I型+II型, 得点分布

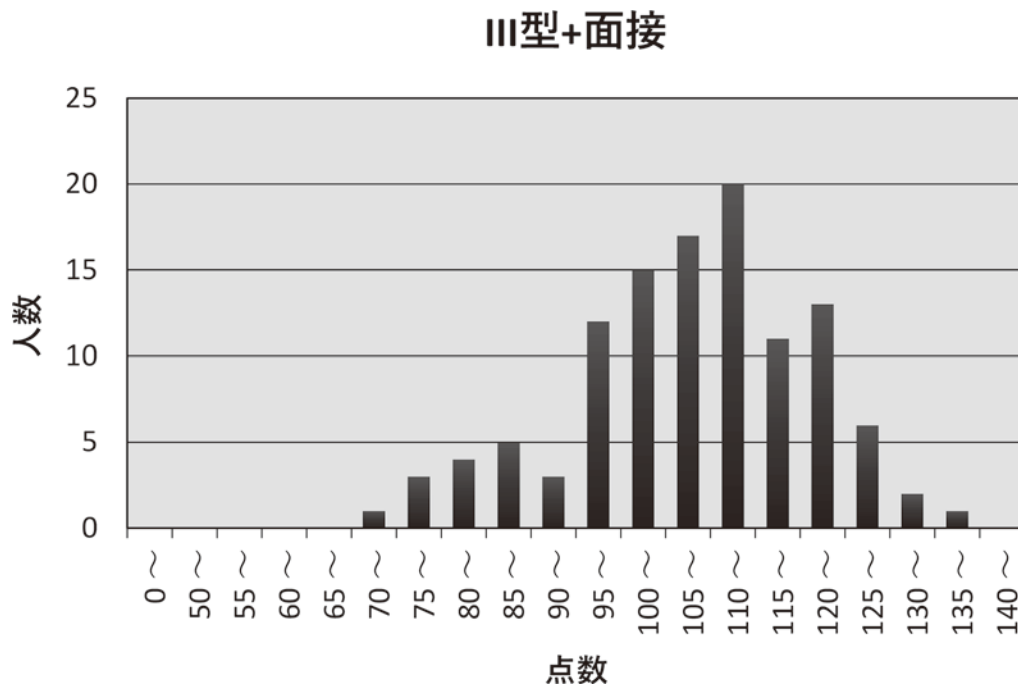


図3. III型+面接, 得点分布

た。配布写真のマクロ像で大動脈解離による心タンポナーデを診断し得る症例で、肝細胞癌については現病歴に生検での診断が記載されており、主病変の記載は容易であると予想していた。出題の意図としては、肉眼所見による病変の把握と益々増えると予想される治療後の腫瘍組織の観察および考察、それらとともに臨床経過・症状から死亡に至る一連の病態生理を纏める力をみることにあった。肝、腎、

心、肺、脳などの主たる臓器には副病変があり、これらの記載も求めた。面接点を含めたIII型問題の平均点は107点(150点満点, 得点率71.7%)であり、ほぼ例年どおりであった。しかしながら、事前に想定していたよりも平均点は低く、筆記(100点満点)のみでは正答率60%の合格ラインを下回ったのは17名、面接も合わせた総合的な評価が行われた結果、最終的に合格ラインを下回ったのは

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)	東 京	坂谷 貴司	柴原 純二	113	95	84.1	会報 427 号 PDF, 2023

13名であった。主病変の記載が比較的容易な症例であったが、病態生理および副病変の把握が不十分な解答も見受けられ、病理診断医として全臓器に渡る詳細な観察と的確な病理解剖報告書作成が望まれる。

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 99%、回答数 112）。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 32 名（29%）、大学病院の病理（病理診断科）が 31 名（28%）、国公立（法人）センターが 10 名（9%）、それ以外の病院が 31 名（28%）、重複解答が 4 名（4%）であった。病理医としてのキャリアは、4 年目が 50 名（45%）、5 年目が 33 名（29%）、6 年以上 10 年未満が 24 名（21%）、10 年以上が 5 名（4%）であった。

試験問題の難易度について、I 型は適当との評価が多かったが、II 型はやや難しい～難しいとの意見が多かった。III

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	3.2 (1～5) 3.1 (1～5) 3.5 (1～5) 4.0 (1～5) 3.2 (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	3.2 (1～5) 3.1 (1～5) 3.4 (1～5) 3.7 (2～5) 3.2 (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	2.9 (1～5) 3.0 (1～5) 3.0 (1～5) 3.2 (1～5) 3.4 (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	3.7 (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 (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	3.4 (1～5) 4.0 (1～5) 4.3 (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	4.0 (1～5) 4.1 (2～5) 4.3 (1～5) 4.3 (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	4.4 (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	3.6 (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		4.0 (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		4.3 (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		4.4 (2～5)

型については例年やや難しい～難しいとの意見が多いが、今年は大動脈解離と現病歴に記載されている肝細胞癌が主病変であったことから、難易度として適当の評価が多く、やや易との評価もあった。III型については「試験時間の長さ」でやや短いと答える受験生が多く、問題の難関さ、病変の同定やバーチャルスライド操作にかかる時間よりもむしろ、普段書き慣れない紙面への記述やその校正に時間を要するためと推測される。

細胞診問題の難易度についてはやや難しいと答えた受験生が例年通り多かった。先にも述べたように良性細胞を陰性と判定する症例やスクリーニング症例など、日常業務で遭遇する症例への対応が課題と思われる。マーキングのないバーチャルスライド (WSI) でのスクリーニングのため、観察範囲を広く感じる受験生もいたようであるが、判定しうる細胞が散見されるような標本を使用しており、細胞診問題として妥当であったと考える。

前年度より写真集を PDF で配布しているが、I型で画質の評価が前年度同様、やや低い結果となった。PDFについては、従来どおりの大きさの紙に印刷し、画質のチェックは行っており、受験生がそれ以上の拡大で見ようとしたことが一因と思われる。1問当たりの写真数が複数枚となっているのは、必要に応じて強拡大像を含めているためであり、各写真を拡大して観察することを想定していない。

スライドガラスの WSI 化にあたっては、細心の注意を払って適切な視野と画質の確保を試みた。ホコリなどが含まれた場合には、許容される程度まで取り込み直しを繰り返した。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、Z-スタック機能を用いた取り込みを行った。自由意見として「核あるいは細胞質の詳細な観察が必要な症例で焦点が合いづらい」などの意見があったが、「WSI の標本の質が良く、とても見やすかった」、「想像していたより顕微鏡の見た感じに近かった」との意見もあった。標本のばらつきがなく、公平性・平等性が保たれて良いという意見も複数あった。アンケートを通じて「WSI」について、画質・焦点、標本の大きさともにアンケート回答の平均値が 4.0 以上であり、概ね受け入れられたものと感じている。

「使用した PC」については適切であるとの意見が多かった。PC はスムーズに動作し、viewer 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。

「試験内容と日常業務の関連性」については、前年に引き続き、例年よりやや高く評価されており、頻度の高い疾患、頻度は低くても覚えておくべき疾患、日常診療でしばしば遭遇するような良悪性の判断が求められる症例の出題などが評価されたものと思う。以上の内容に基づき、「本試験の全体的な質」の評価からは概ね妥当な試験と判断していただいたものと感じられる。

「試験日程ならびに進行」は、高評価であったが、自由

意見で面接の順番や待ち時間についてのご意見をいただいた。同施設・同時期での勤務経験が重ならない面接官と受験生の組み合わせにするなどの調整も必要であり、面接順番が受験番号順とはならないことについて今後試験を受ける先生方にはご承知おきいただけると幸いである。

「試験場の設備、環境」も高評価であった。試験会場として使用させていただいた杏林大学三鷹キャンパス医学部講義棟は、試験室と面接室が廊下を挟んで向かい合わせとなる利便性の高いものであり、試験当日の運営を快適かつ円滑に進めることができた。

7. おわりに

本試験に合格された先生方、おめでとうございます。病理専門医として仲間を迎え入れることができ嬉しく思っております。新型コロナウイルスが 5 類感染症に移行しましたが、これまでの期間はさまざまな制約や不自由さの中で病理専門医研修をされてきたことと思います。それら乗り越えてこのたび合格を勝ち取られた先生方に心より敬意を表します。毎年のように付言されていることではありますが、かろうじて一人歩きするための専門医資格を取得されたに過ぎず、ここからが病理診断医としての本当のスタートであることを肝に銘じていただければと存じます。今後は後進の指導も行うようになるでしょうし、診断に対して責任のある立場となります。質の高い病理専門医となるために今後の更なる研鑽を期待しております。尚、専門医の初回更新時には、専門医取得後に自らが関与した剖検症例 10 例のリストと剖検報告書の提出が必要となりますので、十分ご注意ください。今回、残念ながら合格とならなかった先生方におかれましては、可否によって日常が大きく変化することはないでしょうし、再度勉強する機会を得たものとして、来年に向けて取り組んでください。今後の捲土重来を期待しております。

バーチャルスライドを用いた新たな試験方式も今回で 3 回目となり、運営側が慣れてきたことと、これまでの経験を活かして運用方法や画質の問題は改善していると思われます。今後も経験が蓄積されることでより一層適切なものとなっていくものと思います。問題構成については、従来は IIc 型問題となるような小検体について、問題構成バランスなど観点から今回 IIa、IIb 型問題として出題したものもあり、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施されることを期待しています。

令和 2、3 年度は合格者数が 110 数名で推移していましたが、昨年 89 名、本年 95 名と新たな病理専門医数が減少しつつあるようにも思われます。質の高い病理診断を医療現場、国民に提供するため、人材確保・育成も含め努力し続ける必要があると感じている次第です。

最後に、2023年度病理専門医試験に携わった委員の先生方を表12に示しました。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、問題案作成から当日の対応に至るまで半年以上にわたってお世話になりました。先生方のご尽力おかげで今回の専門医試験を完遂することができました。本当に有り難うございました。委員長補佐を務めていただいた齋藤麻由様、堂本裕加子先生にはこの場を借りて改めて感謝申し上げます。また、試験委員長であり、試験会場として大学施設を使用させていただいた杏林大学の柴原純二教授には要所要所での確なご指導を賜り、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、会場係としてご協力いただきました杏林大学、東京医科大学、東京慈恵会医科大学のスタッフの先生方にも心より御礼申し上げます。

表 12. 第 41 回日本病理学会病理専門医試験委員構成

第 41 回日本病理学会病理専門医試験実施委員
坂谷貴司 (委員長), 池田純一郎, 池村雅子, 亀山香織, 河田浩敏, 菊地良直, 外岡暁子, 伴 慎一, 松林 純, 百瀬修二, 森川鉄平
口腔病理専門医試験実施委員
松本直行 (委員長), 橋本和彦, 杉田好彦
面接委員
高澤 豊, 熊坂利夫, 本間尚子, 櫻井うらら, 井上雅文, 二宮浩範, 堀口慎一郎, 森田茂樹
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, 藤井誠志, 大石直輝, 宮居弘輔, 阿部浩幸

第31回（2023年度）日本病理学会 口腔病理専門医試験報告

第31回口腔病理専門医試験実施委員会
委員長 松本 直行

1. はじめに

第31回（2023年度、令和5年度）の日本病理学会口腔病理専門医試験は、9月2日（土）と3日（日）に、第41回病理専門医試験と同時に杏林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。前回と同様に、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、最終的に6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3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1名、私立病院の病理部が1名であった。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4名、20年以上が1名であった。また、受験者の男女比は1:2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。写真問題では写真集（PDF）を保存したSDカードが配布され、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。配点は各問5点、合計150点である。I型の文章

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	4
骨軟部	3
循環器	2
消化器	6
生殖器	2
神経・感覚器	2
造血器	3
内分泌	3
乳腺	3
泌尿器	3
皮膚	4
細胞診	5
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	2
非菌原性嚢胞	4
菌原性腫瘍	6
顎骨の非腫瘍性疾患	2
唾液腺腫瘍	5
唾液腺の非腫瘍性疾患	3
粘膜腫瘍	7
粘膜の非腫瘍性疾患	6
その他の腫瘍	6
その他の非腫瘍性疾患 (細胞診)	4 (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	孤立性線維性腫瘍	3.50
I-02	扁平苔癬	5.00
I-03	歯原性角化嚢胞	5.00
I-04	(表在型) 扁平上皮癌	4.67
I-05	b) (膜性腎症)	3.33
I-06	ラトケ嚢胞	2.50
I-07	1) 骨肉腫	5.00
I-08	網膜芽細胞腫	4.00
I-09	石灰化上皮腫 (毛母腫)	5.00
I-10	伝染性軟属腫	4.17
I-11	5) びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫	1.67
I-12	感染性心内膜炎	4.83
I-13	悪性黒色腫	4.17
I-14	ヘルペスウイルス感染症	3.83
I-15	腺様嚢胞癌	4.17
I-16	鼻口蓋管嚢胞	5.00
I-17	アスペルギルス症	4.00
I-18	セメント質骨形成線維腫	5.00
I-19	粘表皮癌	4.17
I-20	炎症性傍側性嚢胞	3.00
I-21	ケルビズム	4.17
I-22	EBV 陽性皮膚粘膜潰瘍	4.33
I-23	リンパ上皮癌	4.00
I-24	粘膜類天疱瘡	5.00
I-25	白色海綿状母斑	2.83
I-26	鼻歯槽嚢胞	5.00
I-27	多形腺腫由来癌	4.17
I-28	扁平上皮癌のリンパ節転移	3.33
I-29	結核	4.83
I-30	腺房細胞癌	3.33

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。

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、硬組織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、

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	巨細胞性動脈炎	2.67
IIa-02	子宮内膜症	3.33
IIa-03	線維性異形成症	4.17
IIa-04	Sessile serrated lesion (SSL) (Sessile serrated adenoma/polyp (SSA/P))	5.00
IIa-05	腺房細胞癌	0.83
IIa-06	腺癌 (尿管管癌)	1.83
IIa-07	腺腫様腫瘍	3.33
IIa-08	線維腺腫	4.17
IIa-09	びまん性硬化型乳頭癌	1.83
IIa-10	異型脂肪腫様腫瘍	3.33
IIa-11	粘液嚢胞	4.17
IIa-12	Fordyce 斑	2.50
IIa-13	慢性唾液腺炎	4.17
IIa-14	エナメル上皮線維腫	4.17
IIa-15	多形腺腫	4.17
IIa-16	甲状舌管嚢胞	5.00
IIa-17	歯牙腫, 複雑型	5.00
IIa-18	横紋筋腫, 成人型	1.67
IIa-19	顆粒細胞腫	3.33
IIa-20	慢性カンジダ症	3.33
IIb-01	木村病	3.33
IIb-02	上皮内腺癌 (非粘液性)	4.67
IIb-03	異型カルチノイド	0.00
IIb-04	歯根嚢胞	5.00
IIb-05	Brunner 腺過形成	3.33
IIb-06	悪性葉状腫瘍	3.33
IIb-07	Castleman 病 (硝子血管化型)	1.67
IIb-08	血管内大細胞型 B 細胞リンパ腫	3.83
IIb-09	悪性黒色腫	3.33
IIb-10	滑膜骨軟骨腫症	3.33
IIb-11	肉芽腫性口唇炎	3.33
IIb-12	導管内乳頭腫	3.33
IIb-13	孔道癌	0.50
IIb-14	原発性骨内癌, NOS	2.83
IIb-15	エナメル上皮腫, 骨外型/周辺型	4.67
IIb-16	サルコイドーシス	4.17
IIb-17	正角化性歯原性嚢胞	4.17
IIb-18	血管平滑筋腫	4.17
IIb-19	リンパ上皮性嚢胞	5.00
IIb-20	甲状腺乳頭癌のリンパ節転移	4.17

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書を参照されたい。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

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	隆起性皮膚線維肉腫	4.17
IIc-02	5) 高異型度口腔上皮性異形成	4.17
IIc-03	サイトメガロウイルス (CMV) 感染症	3.33
IIc-04	3) 虚血性大腸炎	0.83
IIc-05	分泌期内膜	0.83
IIc-06	淡明細胞型腎細胞癌	2.50
IIc-07	乳腺症	0.83
IIc-08	下垂体腺腫	0.83
IIc-09	扁平上皮癌	5.00
IIc-10	LSIL/CIN 1, mild dysplasia	2.50
IIc-11	扁平上皮乳頭腫	4.17
IIc-12	腐骨	4.67
IIc-13	断端陽性 (扁平上皮癌)	5.00
IIc-14	扁平上皮癌	5.00
IIc-15	類基底扁平上皮癌	1.33
IIc-16	腺腫様菌原性腫瘍	5.00
IIc-17	唾石症 + 唾液腺炎	3.00
IIc-18	疣贅状黄色腫	5.00
IIc-19	母斑細胞性母斑	3.33
IIc-20	紡錘細胞扁平上皮癌	4.17

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6名の総合計の平均得点率は72.4%で、昨年(71.5%)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82.9%(昨年78.5%)、II型問題は67.0%(昨年71.6%)、III型問題(筆記+面接)は72.0%(昨年63.3%)であった。口腔問題の総合計の平均得点率は78.5%(昨年75.1%)に対し、共通問題では65.5%(昨年71.7%)であり、共通問題と口腔問題の正答率の差(13.0%, 昨年3.4%, 一昨年7.4%)が若干増加した。成績の上位者においても同様の傾向がみられ、共通問題と口腔問題をバランス良く解答できている受験者はやや少なかった。今後の受験者においては、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80.0%で、昨年(69.6%)、一昨年(57.5%)と比較して高い結果であった。I型問題とII型問題とを合わせた総合得点率の最高は86.3%で、昨年(87.0%)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、大動脈解離による心タンポナーデの症例であったが、それによる肺のうっ血・水腫、副所見としてNASHによる肝硬変とそれに付随した循環障害、肝細胞癌に対する治療の影響、糖尿病性腎症等を総合して死亡に至るまでの過程を臨床経過と対応させつつ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66.3%であった。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4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。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、問題の難易度および適切さについてはIIc型およびIII型問題がやや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、III型問題について短かったという回答が多かった。さらに、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かった。また今年度で3回目の導入となったWSIについては全体として概ね適切との回答が多く、一部の受験者からはWSIの画質が良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WSI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。また、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31回目となった。病理組織標本は一昨年前からWSIでの観察とし、さらに昨年よりI型問題写真集とIII型病理解剖時の配布写真をPDF画像の閲覧に変更し、供覧画像のデジタル変換(DX)が完了した。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る。口腔問題と

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	3.00
B) I型文章問題	3.00
C) IIa, b型問題	3.50
D) IIc型問題	4.17
E) III型(剖検)問題	3.83
出題内容の適切さ	1: 易, 3: 適当, 5: 難
A) I型写真問題	3.17
B) I型文章問題	3.00
C) IIa, b型問題	3.50
D) IIc型問題	3.50
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	3.00
B) I型文章問題	3.00
C) IIa, b型問題	3.33
D) IIc型問題	3.33
E) III型(剖検)問題	4.17
細胞診	1: 易/少ない, 3: 適当, 5: 難/多い
A) 難易度	3.33
B) 問題数	3.33
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	4.00
B) I型写真の大きさ	3.83
C) I型: 1問当たりの写真数	4.33
D) III型写真の画質	4.33
E) III型写真の大きさ	4.33
F) III型写真の数	4.33
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	3.83
B) II型 WSI の標本の大きさ	3.83
C) III型 WSI の画質・焦点	4.33
D) III型 WSI の標本の大きさ	4.33
使用した PC	1: 不適切, 3: どちらともいえない, 5: 適切
	4.50
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
	3.33
本試験の全体的な質	1: 低い, 3: どちらでもない, 5: 高い
	3.83
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
	4.17
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
	4.50

共通問題の得点率の差が拡大したことから、可能な限り満遍ない領域の学習が必要と感じる。また、III型問題は難易度がやや高いとの回答結果になったが、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ある。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、新しい研修要項が導入されている。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る。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るよう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いた試験実施委員および入江太朗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、病理専門医試験のI型写真問題およびII型問題は半数を、またI型文章問題およびIII型問題は全て同じ試験問題を使用させて頂いた。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い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感謝申し上げます。特に、試験実施委員長の坂谷貴司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、ご高配を賜り深甚なる謝意を表する次第である。また、試験会場の設営や当日の運営で多大なご協力を頂いた日本医科大学、杏林大学、東京医科大学および東京慈恵会医科大学の病理関連分野スタッフ各位に感謝申し上げます。最後に、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いた日本病理学会事務局の菊川敦子氏・宮本いづみ氏・三好香織氏・加藤春奈氏・松平美紀氏・本間かやの氏はじめスタッフ各位に深謝する。

表 7. 第31回日本病理学会口腔病理専門医試験関連委員

第31回日本病理学会口腔病理専門医試験実施委員	
松本 直行	(委員長, 鶴見大学歯学部病理学講座)
杉田 好彦	(愛知学院大学歯学部口腔病理学・歯科法医学講座)
橋本 和彦	(東京歯科大学市川総合病院臨床検査科)
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)
松坂 賢一	(東京歯科大学病理学講座)
笹平 智則	(鹿児島大学医歯学総合研究科腫瘍学講座口腔病理解析学分野)
宇佐美 悠	(大阪大学大学院歯学研究科口腔病理学教室)