日本消化器外科学会
創立50周年記念誌

一般社団法人
日本消化器外科学会
The Japanese Society of Gastroenterological Surgery

日本消化器外科学会創立50周年記念誌

目　　次

1 理事長挨拶 …… 1

2 学会創立50周年記念事業 …… 5

総会長寄稿　第73回日本消化器外科学会総会会長　夏越 祥次 …… 6
大会長寄稿　第16回日本消化器外科学会大会会長　山本 雅一 …… 7
創立50周年記念展示 …… 9
第73回日本消化器外科学会総会　式典と祝賀会，展示の様子 …… 16
第16回日本消化器外科学会大会　展示とシンポジウムの様子 …… 22
記念式典　来賓祝辞 …… 23
特別展示「中山恒明先生とその手術器械」…… 30
理事長鼎談（第73回日本消化器外科学会総会 記念企画）…… 36
第16回日本消化器外科学会大会 創立50周年記念シンポジウム「消化器癌外科治療の50年」…… 51

3 50周年記念インタビュー …… 59

井口潔先生 / 土屋周二先生 / 鍋谷欣市先生 / 岡島邦雄先生 / 掛川暉夫先生 / 岡本英三先生 / 水本龍二先生 /
森岡恭彦先生 / 中山和道先生 / 比企能樹先生 / 齋藤洋一先生 / 安富正幸先生 / 小玉正智先生 / 井手博子先生

4 創立50周年に寄せて …… 143

船曳孝彦先生 / 山岡義生先生 / 愛甲孝先生 / 跡見裕先生 / 塩崎均先生 / 炭山嘉伸先生 / 幕内博康先生 /
佐々木巖先生 / 上西紀夫先生 / 白水和雄先生 / 平田公一先生 / 宮川秀一先生

5 日本消化器外科学会の変遷 …… 159

役員の変遷 / 会員数推移 / 専門医合格者数推移

6 創立50年のあゆみ …… 165

7 歴代総会長・大会長 …… 173

編集後記 …… 183
あとがき …… 184

1

理事長挨拶

理事長挨拶

日本消化器外科学会創立50周年を迎えて



一般社団法人日本消化器外科学会
理事長　瀬戸　泰之

日本消化器外科学会創立50周年記念誌発刊にあたりご挨拶申し上げます．本学会は1968年4月12日に発足いたしました．その目的は，日本の消化器外科学の進歩並びに普及に貢献し，もって医療に関する学術文化並びに国民の福祉と医療の発展に寄与するとともに，社員及び会員である医師等の消化器外科学の研究，教育および診療の向上を図ることであります．創立当初の会員数は2,394名でしたが，現在は約2万人であり，この50年でほぼ9倍の規模に成長しております．お蔭様で創立50周年を迎えられましたのは，多くの先人のご尽力の賜物と，誌面を借りて深謝申し上げます．

この50年間，本学会においては様々な先進的取り組みを行ってまいりました．これもひとえに先人の慧眼の成せるものであり，そのご指導あって今日の姿があることは間違いありません．創立当初からすると，2018年までにのべ4万人以上の先生方に入会していただいております．その中にはすでにご逝去されている先生もいらっしゃると思います．ご冥福を心よりお祈りします．また，2009年以降2018年までのカウントになりますが，総会，大会ではあわせてのべ3万5千題ものご発表をいただいております．これも本会の発展に大きく貢献しているものと考えます．本学会の先進的取り組みとしては，やはり専門医制度やビッグデータとなったNational Clinical Database (NCD) が挙げられると思います．1984年の専門医制度導入以来，これまでのべ8,010人の消化器外科専門医が誕生しており，消化器外科領域の診療に大いに貢献しているものと確信しております．NCDにおいては，2011年以来，2017年までで380万件を超える手術症例が登録されており，世界に類を見ないビッグデータとなっております．消化器外科専門医は取得のハードルが高く，その取得自体が自身にとっても誇りとなるものでありました．最近では，その消化器外科専門医の重要性，意義がNCDを活用した解析結果から次々に明らかになってきています．間違いなく，これからの日本の医療体制，専門医制度確立に益々貢献していくものと確信しておりますし，そのような結果は消化器外科医の地位向上にもつながるものと思います．サブスペシャリティ領域の新しい専門医制度はいまだ確立されておらず，先行き不透明感は拭えませんが，本学会としては，新しいシステムに基づき，粛々とすすめていくことが肝要と考えております．

学会誌の発行も本学会の重要な事業であり，和文誌はわが国における科学系雑誌の中では非常に高い評価をいただいております．また，国際化のため2017年公式英文誌　Annals of Gastroenterological Surgeryを発刊したことは皆さまご存じの通りです．PubMedにも掲載されるようになり，世界に誇れる雑誌になるよう高いImpact Factorを目指しております．質の高い論文をどんどん投稿いただくよう切にお願い申し上げます．

喫緊の課題としては，何と言っても若手の外科離れがあります．何とか若手に消化器外科の魅力，やりがいをわかってもらうため，若手向けの手術手技講習会を開催し非常に好評を博しています．もちろんそれだけにとどまらず，Incentiveなどを含め，優秀な若手に門をたたいてもらえるような環境作りも大事だと考えています．我が国では，医師数の増加以上に女性医師の割合が着実に増えています．本学会にはのべ1,953人の女性医師に入会していただいておりますが，これは全体の4.7%にすぎません．ちなみに発足当初の1968年における女性新入会はわずか1名との記録が残っています．若手のみならず女性医師にも消化器外科に来てもらうためには，やはり働き

方などの環境整備が肝要と思います．また，国際化もこれから取り組むべき重要な課題と考えます．海外の先生に本学会に参加していただく機会を増やすだけではなく，若手にこちらから海外に出かけていく機会をより多く設定することも大切と感じています．

50周年記念事業として，記念式典，記念展示を行い，この記念誌発行が締めくくりとなります．この間，多くの方々にご尽力いただきました．あらためて心より深謝申し上げます．また，会員の皆さまにおかれましては，ぜひ本記念誌をご覧いただき，本学会の次の50年をお考えいただければと存じます．また，100周年の際には，この50周年記念誌が活用されることを祈念して巻頭の挨拶とさせていただきます．

2

学会創立50周年
記念事業

総会長 寄稿

日本消化器外科学会創立50周年を祝して
春夏秋冬 ―心技の継承―



第73回日本消化器外科学会総会会長
鹿児島大学消化器・乳腺甲状腺外科
夏越　祥次

日本消化器外科学会の創立50周年，誠におめでとうございます．1968年に日本消化器外科学会が創立され，以後50年間，先達の皆様が学会の発展にご尽力されてこられましたことに心より敬意を表します．2018年は明治維新150周年にあたり鹿児島県にとりましても記念すべき年でありました．さらに鹿児島大学消化器・乳腺甲状腺外科にとりましても開講75周年にあたる年でした．様々な記念の年に，第73回日本消化器外科学会総会ならび日本消化器外科学会創設50周年祝賀会を，鹿児島の地で開催させていただいたことは誠に光栄で，このような機会をいただきました名誉・特別会員の先生方，理事，幹事，評議員ならびに会員の皆様に心より御礼を申し上げます．

森正樹前理事長，瀬戸泰之現理事長のもと，50周年記念事業として，祝賀会と記念集の編纂が決まりました．準備委員会では，記念式典には皇族のご参加も途中で話に上がりましたが，護衛や日程調整の点から困難という結論に至りました．鹿児島という遠方での地方開催で，関係各位の皆様にも大変ご面倒をおかけしたと察します．記念式典では文部科学省（西田憲史様），厚生労働省（椎葉茂樹様），日本医師会長（横倉義武先生），日本医学会連合会長（門田守人先生），日本外科学会理事長（森正樹先生），SSO会長（Kelly M. McMasters先生）に祝辞をいただき，また，日本消化器外科学会創始者のお一人である井口 潔先生から素晴らしいご挨拶を賜り，厳かなうちに無事に終了でき安堵いたしました．また学会開催中には，歴代会長の記念パネル展示や中山恒明先生の手術器具展も行われました．これらは山本雅一先生が開催された第16回日本消化器外科学会大会でも引き続き展示され好評でした．

さて，第73回日本消化器外科学会総会のテーマは，「春夏秋冬―心技の継承―」としました．四季は人生になぞらえたものであります．人生の春は「青春」ですが，青には未熟という意味があり，将来や仕事のことを準備する時期です．夏は「朱夏」であり，人生を愉しみ謳歌する時期にあたります．秋は「白秋」と呼ばれ，人生の実りを収穫する時期になります．続く冬は「玄冬」といい，人生の中で一番の成熟を迎え，次代へと伝承する時期と言われております．これまで日本消化器外科学会を支えてこられた会員の皆様も，それぞれの人生の季節で，都会のみならず地方で開催された学会に参加されて様々な想い出があると思います．発表が上手くでき満足した学会，厳しい質問を受け落ち込んだ学会，先輩や後輩と楽しい食事会をした学会，観光をして素晴らしい景色に感動した学会など日本消化器外科学会を通じて多くのことを学び，多くの人に出会い，多くの人生の糧を得られたと思います．サブタイトルの心技の継承は，日本消化器外科学会創立以来の50年間に築きあげてこられた諸先輩方の外科医としての心と技の教えを守りながら，新しい考え方，手技を加えて継承していただきたいという思いを込めました．

日本消化器外科学会がこのたび50周年を迎えましたが，さらに75周年，100周年に向かって，益々進化していくと思います．その頃の消化器外科手術の手技や化学療法，放射線療法あるいは免疫療法などの治療法は，現在と大きく変化して想像がつかない状況になっていることが予測されます．たとえどのような時代になっていくにしても，消化器外科を志す若い先生方が，外科医の心技をしっかりと継承してくれると確信しています．今後，日本消化器外科学会が益々発展することを心より祈念いたしております．

大会長 寄稿

第16回日本消化器外科学会大会を主催して



東京女子医科大学消化器・一般外科教授
山本　雅一

日本消化器外科学会創立50周年に心からお祝いを申し上げます．これまで評議員・理事・大会会長として本学会と関わらせて頂きました．創立50周年という記念すべき年に大会会長を仰せつかりました光栄に諸先生方に改めて御礼を申し上げます．

本学会事務局は創設後の一時期東京女子医科大学消化器病センター内に設置されていました．センタースタッフの中には学会役員もおり，学会事務局は本当に身近な存在でした．そのような経緯もあり，前理事長の森 正樹先生，理事長の瀬戸泰之先生にご相談申し上げ，記念の年の大会会長に立候補致しました．消化器外科学会設立発起人のひとりである中山恒明先生ならびに東京女子医科大学消化器病センターのことを伝えたいという思いでした．50周年記念事業の一環として総会・大会において中山恒明先生の紹介と器械展示，ビデオ映写を催すことができましたことは，東京女子医科大学消化器病センターにとって大変名誉なことであったと思います．

本大会のテーマは「温故知新」と致しました．この言葉は，論語が由来とされています．ありふれた言葉ですが，節目の年にはふさわしいと考えました．瀬戸理事長には“日本消化器外科学会創立50周年を迎えて”というタイトルでご講演を頂きました．さらに創立50周年記念シンポジウム“消化器癌外科治療の50年”では，日本を代表する各分野の専門家にご講演をお願いし若い消化器外科医へのメッセージも頂きました．JDDW各学会との統合プログラム，International Session，海外学会のコラボレーションとして，SSATならびにAPSDSとの合同シン



理事長講演・創立記念シンポジウムの司会者・講演者と共に撮影

ポジウムも企画しました．会長講演では“肝切除術の温故知新”を高崎 健先生のご司会の下で発表させて頂きました．JDDWという制約の中でも思い出に残る大会運営ができたと思っております．

第73回総会では創立50周年記念式典が行われました．式典における各先生方のご祝辞，名誉会員を代表して井口 潔先生のご挨拶，会場内の50年にわたる歴史のパネル紹介等，輝かしい歴史を前に身が引き締まる思いでした．記念式典では閉会の辞の大役を仰せつかり，その中で，これからの学会の役割について述べさせていただきました．社会の変化とともに学会の持つ役割も変化いたします．近年は学術や診療だけでなく，社会的問題に対しても学会としての対応が求められております．外科医の減少，働き方改革，専門医制度改革，地域格差，医療安全管理などがあげられます．また，近未来的には人工知能の活用が医療に大きな変化をもたらします．ロボット支援手術もさらに発展していくでしょう．学術のみならず，高い視点から医療全体の問題を捉えていく姿勢が学会に求められていると感じます．

消化器外科専門医や指導医を目指される若い外科医には，志を高く持って日本の消化器外科医療に貢献し，また，世界のトップを走る気概と熱意を持って頂きたいと感じます．そのためには，井の中の蛙とならず，研究や診療で得た新しい知見を英文として発表し，多くの海外の外科医と交流を持って頂きたいと思います．日本の消化器外科学会は学術的にも外科技術においても世界をリードしております．消化器外科基盤の上にある食道外科や肝胆膵外科が世界をリードしているのも，日本の消化器外科学の発展があるからです．

最後になりますが，日本消化器外科学会50年の発展に貢献された先人の偉大な功績に敬意を表し，本学会が次の50年も輝かしい歴史を築いてゆくことを心より祈念申し上げます．

創立50周年記念展示

学会の設立

設立世話人


橋本 義雄


羽田野 茂


井口 潔


陣内 傳之助


梶谷 鐶


槇 哲夫


村上 忠重

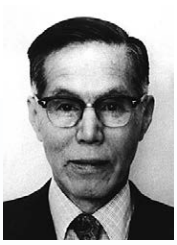

中山 恒明


堺 哲郎

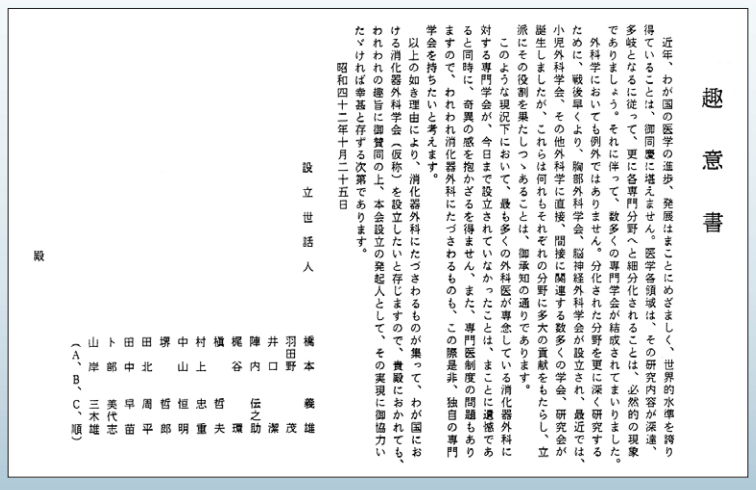

田北 周平


田中 早苗


卜部 美代志


山岸 三木雄

設立趣意書



趣意書

近年、わが国の医学の進歩、発展はまことにめざましく、世界的水準を抜き得ていることは、御同慶に堪えません。医学各領域は、その研究内容が深遠、多岐となるに従って、更に各専門分野へと細分化されることは、必然的の現象でありましょう。それに伴って、数多くの専門学会が結成されてまいりました。

外科学においても例外ではありません。分化された分野を更に深く研究するために、戦後早くより、胸部外科学会、脳神経外科学会が設立され、最近では、小児外科学会、その他外科学に直接、間接に関連する数多くの学会、研究会が誕生しましたが、これらは何れもそれぞれの分野に多大の貢献をもたらし、立派にその役割を果たしつゝあることは、御承知の通りであります。

このような現況下において、最も多くの外科医が専念している消化器外科に対する専門学会が、今日まで設立されていなかったことは、まことに遺憾であると同時に、奇異の感を抱かざるを得ません、また、専門医制度の問題もありますので、われわれ消化器外科にたづさわるものも、この際是非、独自の専門学会を持ちたいと考えます。

以上の如き理由により、消化器外科にたづさわるものが集って、わが国における消化器外科学会（仮称）を設立したいと存じますので、賛同におかれても、われわれの趣旨に御賛同の上、本会設立の発起人として、その実現に御協力いたゞければ幸甚と存ずる次第であります。

昭和四十二年十月二十五日

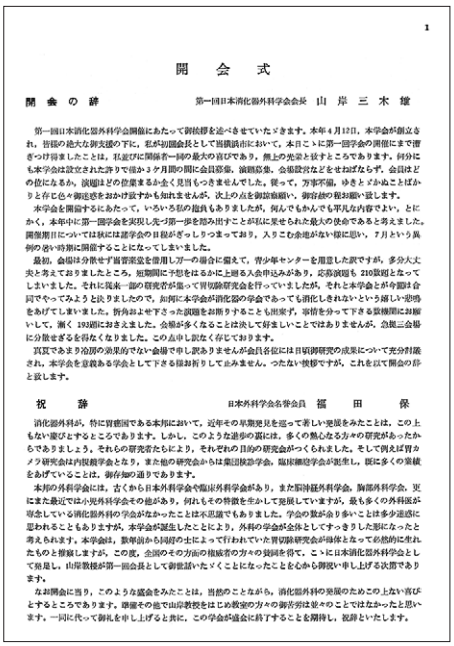
設立世話人

橋本　義雄
羽田野　茂
井口　潔
陣内　傳之助
梶谷　鐶
槇　哲夫
村上　忠重
中山　恒明
堺　哲郎
田北　周平
田中　早苗
卜部　美代志
山岸　三木雄
（A、B、C、順）

殿

設立時の学術集会・総会

第１回日本消化器外科学会総会開会式



1

開　会　式

開会の辞　　第一回日本消化器外科学会会長　山岸三木雄

第一回日本消化器外科学会開催にあたって御挨拶を述べさせていただきます。本年４月12日，本学会が創立され，皆様の絶大な御支援の下に，私が初回会長として当選告示において，本日ここに第一回学会の開催にまで漕ぎつけ得ましたことは，私並びに関係者一同の最大の喜びであり，無上の光栄と致すところであります。何分にも本学会は設立された許りで僅か３ケ月間の間に会員募集，演題募集，会場設営などをせねばならず，会員はどの位になるか，演題はどの位集まるか全く見当もつきませんでした。従って，万事不備，ゆきとどかぬことばかりと存じ色々御迷惑をおかけ致すかも知れません。次上の点を御諒承願い，御容赦の程お願い致します。

本学会を開催するにあたって，いろいろの趣向もありましたが，何んでもかんでも平凡な内容でよい，とにかく，本年中に第一回学会を実現し先ず第一歩を踏み出すことが我々にとり最大の快事であると考えました。開催期日については我には諸学会の日程がぎっしりつまっており，入りこむ余地が無い様に思い，７月という異例の寒い時期に開催することになってしまいました。

最初，会場は分散せず当帝国堂を借用し万一の場合に備えて，青少年センターを用意した訳ですが，多分大丈夫と考えておりましたところ，短期間に予想をはるかに上廻る入会申込みがあり，応募演題も 210演題となってしまいました。それに現来一部の研究者が集って胃切除研究会を行っていましたが，それと本学会とが今回は合同でやってみようと決りましたので，如何に本学会が消化器の学会であっても消化しきれない，という嬉しい悲鳴をあげてしまいました。折角お申下さった演題をお断りすることも出来ず，審査を分って下きる緊機関にお願いして，漸く 193題におさえました。会場が多くなることは決して好ましいことではありませんが，急遽三会場に分散せざるを得なくなりました。この点申し訳なく存じております。

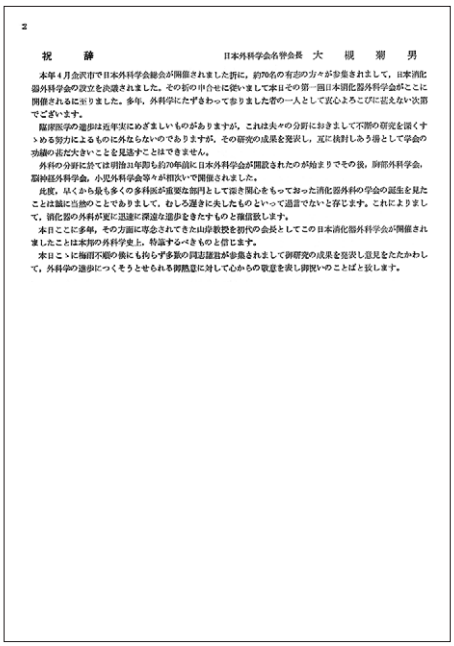
真冥であまり冷厳の効果的でない会場で申し訳ありませんが会員各位には目頃御研究の成果について充分討議され，本学会を意義ある学会として下さる様お祈りしてやみません。つたない挨拶ですが，これを以て開会の辞と致します。

祝　辞　　日本外科学会名誉会員　福田保

消化器外科が，特に胃癌国である本邦において，近年その早期発見を巡って著しい発展をみたことは，この上もない喜びとするところであります。しかし，このような進歩の裏には，多くの熱心なる方々の研究があったからであありましょう。それらの研究者たちにより，それぞれの目的の研究会がつくられました。そして例えば胃カメラ研究会は内視鏡学会となり，また他の研究会からは集団検診学会，臨床細胞学会が誕生し，既に多くの業績をあげていることは，御存知の通りであります。

本邦の外科学会には，古くから日本外科学会や臨床外科学会があり，また脳神経外科学会，胸部外科学会，更にまた最近では小児外科学会その他があり，何れもその特徴を生かして発展していますが，最も多くの外科医が専念している消化器外科の学会がなかったことは不思議でもありました。学会の数が余り多いことは多少混惑に思われることもありますが，本学会が誕生したことにより，外科の学会が全体としてすっきりした形になったと考えられます。本学会は，数年前から同好の士によって行われていた胃切除研究会が母体となって必然的に生れたものと推察しますが，この度，全国のその方面の権威者の方々の賛同を得て，ここに日本消化器外科学会として発足し，山岸教授が第一回会長として御就任いただくことになったことを心から御祝い申し上げる次第であります。

なお開会に当り，このような盛会をみたことは，当然のことながら，消化器外科の発展のためこの上ない喜びとするところであります。準備その他で山岸教授をはじめ教室の方々の御苦労は並々のことではなかったと思います。一同に代って御礼を申し上げると共に，この学会が盛会に終了することを期待し，祝辞といたします。



2

祝　辞　　日本外科学会名誉会員　大槻剛男

本年４月金沢市で日本外科学会総会が開催されました折に，約70名の有志の方々が参集されまして，日本消化器外科学会の設立を決議されました。その折の申合せに従いまして本日その第一回日本消化器外科学会がここに開催されるに至りました。多年，外科学にたずさわって参りました者の一人として実に喜ばしくまた感慨深い次第でございます。

臨床医学の進歩は近年実にめざましいものがありますが，これは夫々の分野におきまして不断の研究を積くすゝめる努力によるものに外ならないのでありますが，その研究の成果を発表し，互に検討し合う場として学会の役割の重大さいうことも見逃すことはできません。

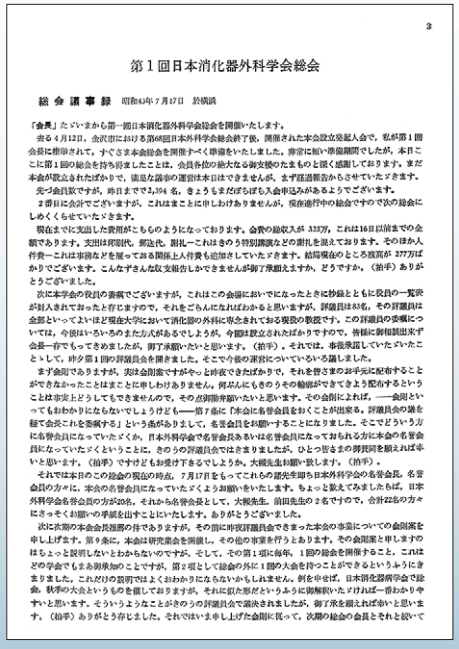
外科の分野に於ては明治31年即ち約70年前に日本外科学会が開設されたのが始まりでその後，胸部外科学会，器外経外科学会，小児外科学会等々が相次いで開催されました。

此度，早くから最も多くの多科医が重要な部門として深き関心をもって居った消化器外科の学会の誕生を見たことは誠に当然のことでありまして，むしろ遅きに失したものといって過言でないと存じます。これによりまして，消化器の外科が更に迅速に深遠な進歩をきたすものと確信致します。

本日ここに多年，その方面に尽念されてきた山岸教授を初代の会長としてこの日本消化器外科学会が開催されましたことは本邦の外科学史上，特記すべきものと信じます。

本日ここに梅雨不順の候にも拘らず多数の同志諸君が参集されまして御研究の成果を発表し意見をたたかわして，外科学の進歩につくそうとせられる御熱意に対して心からの敬意を表し御祝いのことばと致します。

総会議事



3

第１回日本消化器外科学会総会

総会議事録　昭和43年７月17日　於横浜

「**会長**」たゞいまから第一回日本消化器外科学会総会を開催いたします。

去る４月12日，金沢市における第68回日本外科学会総会終了後，開催された本会設立発起人会で，私が第１回会長に推挙されて，すぐさま本会総会を開催すべく準備をいたしました。非常に短い準備期間でしたが，本日ここに第１回の総会を持ち得ましたことは，会員各位の絶大なる御支援のたまものと深く感謝しております。まだ本会が設立されたばかりで，諸般な諸事の運営は本日はできませんが，左予篇議事からさせていただきます。

先づ会員数ですが，昨日までで3,394名，きょうもまだぼちぼち入会申込みがあるようでございます。

２番目に会計でございますが，これはまことに申しわけありませんが，現在進行中の総会ですので次の総会にしめくくらせていただきます。

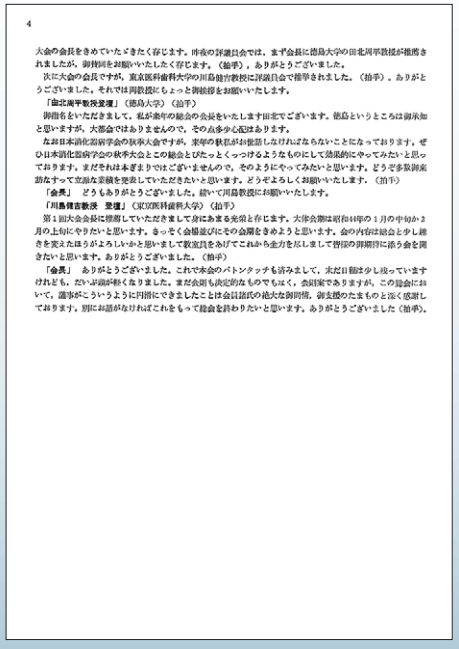
現在までに支出した費用がこもものようになっております。会費の総収入が 333万，これは16日以前までの金額であります。支出は問題代，郵送代，諸礼―これはきの３特別講演などの謝礼を含んでおります。そのほか人件費―これは事務方を加って28名関係上人件費も追加されていたゞきます。結局現在のところ概算が 277万ばかりでございます。こんなずさんな収支報告しかできませんが御了承願えますか，どうですか。（拍手）ありがとうございました。

次に本学会の役員の選挙でございますが，これはこの会場においてになったときに名簿とともに役員の一覧表が封入されておったと存じますので，それをごらんになればわかると思いますが，評議員は83名，その評議員は全部といってよいほど現在大学において消化器の外科に専念されておる現役の教授です。この評議員の委嘱については，今後はいろいろのまた方式があるでしょうが，今回は設立されたばかりですので，皆様に御相談出来ず会長一存でもってきめましたが，御了承願いたいと思います。（拍手）。それでは，事後承諾していただいたこととして，昨夕第１回の評議員会を開きました。そこで今後の運営についていろいろ諮しました。

まず会則でありますが，実は会則案ですがやっと昨夜できたばかりで，それを皆さまの お手元に配布することができなかったことはまことに申しわけありません。何ぶんにもきのうその輪郭ができようと配布するということは事実上どうしてもできませんので，その点御諒承願いたいと思います。その会則にあれば，――会則といってもおわかりにならないでしょうけども――第７条に「本会に名誉会員をおくことが出来る，評議員会の議を経て会長これを委嘱する」という条がありまして，名誉会員を御願いすることになりました。そこでどういう方に名誉会員になっていただくか，日本外科学会や名誉会員をおいでになっておられる方に本会の名誉会員になっていただくということに，きのうの評議員会ではきまりましたが，ひとつ皆さまの御賛同を願えれば幸いと思います。（拍手）ですけどもお受け下さるでしょうか。大槻先生お願い致します。（拍手）。

それでは本日のこの総会の現在の時点，７月17日をもってこれらの諸先生即ち日本外科学会の名誉会員，名誉会員の方々に，本会の名誉会員になっていただくようお願いをいたします。ちょっと数えてみましたら，日本外科学会名誉会員の方が20名，それから名誉会員として，大槻先生，笹田先生の２名ですので，合計22名の方々にきっそくお願いの手紙を出すことにいたします。ありがとうございました。

次に次期の本会会長推薦の件でありますが，その前に昨夜評議員会できまった本会の事業についての会則案を申し上げます。第９条に，本会は研究集会を開催し，その他の事業を行うとあります，その会則案と申しますのはちょっと説明しないとわからないのですが，そして，その第１項に毎年，１回の総会を開催すること，これはどの学会でもまあ御承知のことですが，第２項として総会の外に１回の大会を持つことができるいうふうにきまりました。これだけの説明ではよくおわかりにならないかもしれません。例を申せば，日本消化器病学会で総会，秋季の大会というものを催しておりますが，それに似た形というふうに御解釈いただければ一番わかりやすいと思います。そういうようなことがきのうの評議員会で論決されましたが，御了承を願えればよいと思います。（拍手）ありがとう存じました。それではいま申し上げた会則に従って，次期の総会の会長をそれと結いて



4

大会の会長をきめていただきたく存じます。昨夜の評議員会では，まず会長に造島大学の田北周平教授が推薦されましたが，御異同をお願いいたしたく存じます。（拍手），ありがとうございました。

次に大会の会長ですが，東京医科歯科大学の川島健吉教授に評議員会で推挙されました。（拍手）。ありがとうございました，それでは同教授にもよっと御挨拶をお願いいたします。

「**造北衛平教授登壇**」（造島大学）（拍手）

御指名をいただきまして，私が次の総会の会長をいたします田北でございます。造島というところは御承知と思いますが，大都会ではありませんので，その点少々心配はあります。

なお日本消化器病学会の秋季大会ですが，来年の秋ぶが お世話しなければなりなないことになっております。ぜひ日本消化器病学会の秋季大会との総会とびたっとくっつけるようなものにして勉強的にやってみたいと思っております。まだそれは本ぎまりではございませんので，そのようにやってみたいと思います。どうぞ多数御来訪なすって立派な業績を発表していただきたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。（拍手）

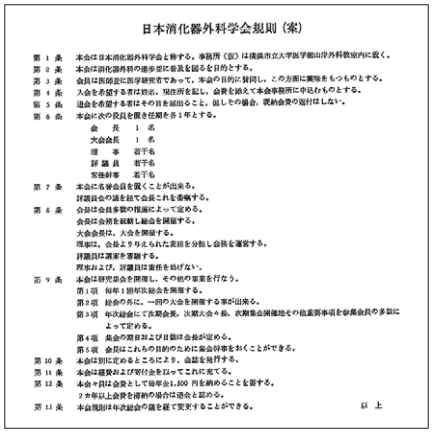
「**会長**」　どうもありがとうございました。続いて川島教授にお願いいたします。

「**川島健吉教授　登壇**」（東京医科歯科大学）（拍手）

第１回大会会長に推薦していただきまして身にあまる光栄と存じます。大体会期は昭和44年の１月の中旬か２月の上旬にやりたいと思います。まっさく会場並びにその会期をきめようと思います。会の内容は総会と少し趣きを変えたほうがよろしいかと思いまして数室員をあげてこれから全力をだしまして皆様の御期待に添う会を開きたいと思います。ありがとうございました。（拍手）

「**会長**」　ありがとうございました。これで本会のバトンタッチも済みまして，実は日程は少し抜っていますけれども，だいぶ御時間もくなりました。まだ会則も決定的なものでもなく，会員室でありますが，この総会において，諸事がこういうように円滑にできましたことは会員諸氏の絶大な御同情，御支援のたまものと深く感謝しております。別に お話がなければこれをもって総会を終わりたいと思います。ありがとうございました（拍手）。

初期の資料等



日本消化器外科学会規則（案）

第１条　本会は日本消化器外科学会と称する。事務所（仮）は横浜市立大学医学部山岸外科教室内に置く。
第２条　本会は消化器外科の進歩並に普及を図ることを目的とする。
第３条　会員は医師並に医学研究者であって、本会の目的に賛同し、この方面に興味をもつものとする。
第４条　入会を希望する者は姓名、現住所を記し、会費を添えて本会事務所に申込むものとする。
第５条　過去を希望する者はその旨を通知すること。但しその場合、既納会費の返付はしない。
第６条　本会に次の役員を置き任期を各１年とする。
会　長　１名
大会会長　１名
理　事　若干名
評 議 員　若干名
常任幹事　若干名
第７条　本会に名誉会員を置くことが出来る。
評議員会の議を経て会長これを委嘱する。
第８条　会則は会員多数の賛成によって定める。
会長は会則を厳粛し総会を開催する。
大会会長は、大会を開催する。
理事は、会長より与えられた業務を分担し会務を運営する。
評議員は評議する事項する。
理事および、評議員は重任を妨げない。
第９条　本会は研究業会を開催し、その他の事業を行なう。
第１項　毎年１回年次総会を開催する。
第２項　総会の外に、一時の大会を開催する事が出来る。
第３項　年次総会にて次期会長、次期大会々長、次期集会開催地その他重要事項を参集会員の多数によって定める。
第４項　集会の期日および日数は会長が定める。
第５項　会長はこれらの目的のために集会将事をおくことができる。
第10条　本会は別に定めるところにより、会誌を発行する。
第11条　本会は維持および賛行金を以ってこれに充てる。
第12条　本会々員は会員として毎年会1,500 円を納めることを要する。
２カ年以上会費を滞納の場合は退会と認める。
第13条　本会規則は年次総会の議を経て変更することができる。
以　上

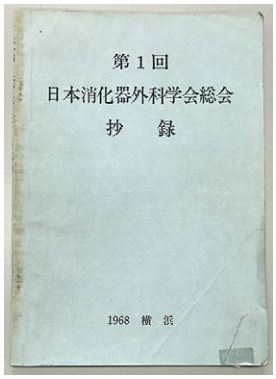
日本消化器外科学会規則（案）



初期の会員名簿



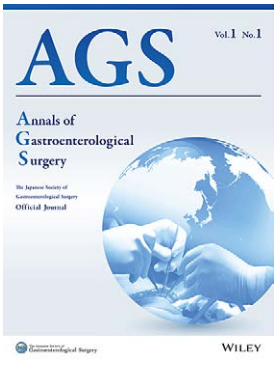
第１回日本消化器外科学会総会



第１回
日本消化器外科学会総会抄録集



日本消化器外科学会雑誌
第１巻第１号



Annals of Gastroenterological
Surgery
Volume 1 Issue 1

歴代理事長



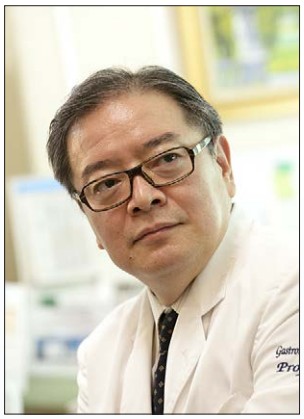
初代 北野 正剛
（2006年-2008年）



第2代 杉原 健一
（2008年-2011年）



第3代 森 正樹
（2011年-2015年）



第4代 瀬戸 泰之
（2015年-）

事務局の変遷



東京女子医科大学内
（1979年-）



東京都千代田区九段南
（1982年-）



東京都千代田区九段南
（1982年-）



東京都中央区日本橋茅場町
（2006年-）



東京都中央区日本橋茅場町
（2006年-）



東京都中央区新富
（2010年-）



東京都中央区新富
（2010年-）



東京都港区三田
（2017年-）



東京都港区三田
（2017年-）

各種電子化



学会公式ホームページ
（2000年-）



日本消化器外科学会雑誌オンラインジャーナル
（2004年-）

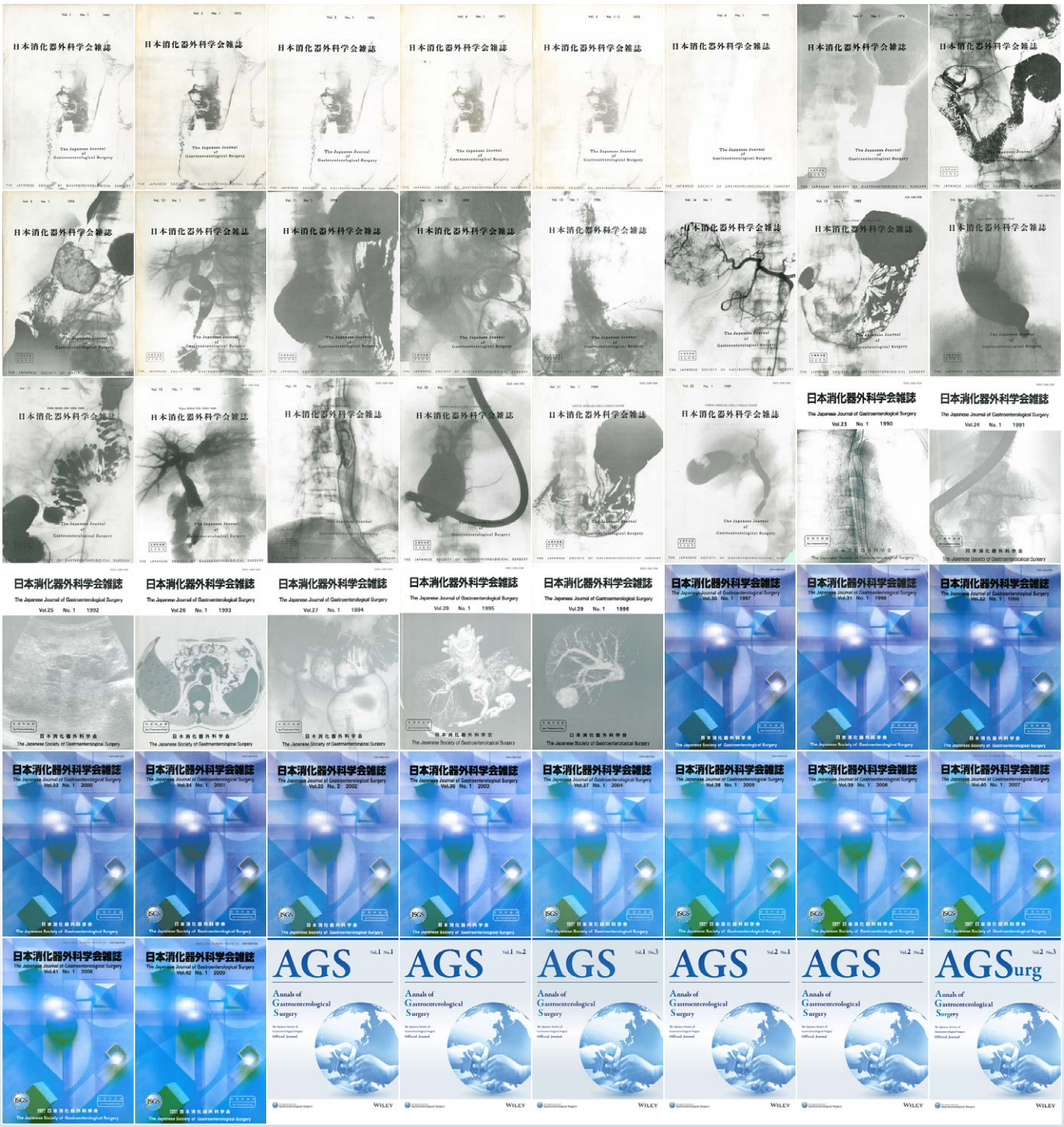


オンライン会員管理システム
（2010年-）



日本消化器外科学会総会オンライン抄録集
（2010年-）

雑誌表紙の変遷


日本消化器外科学会雑誌
The Japanese Journal of Gastroenterological Surgery
日本消化器外科学会雑誌
The Japanese Journal of Gastroenterological Surgery
Vol.23 No.1 1990
日本消化器外科学会雑誌
The Japanese Journal of Gastroenterological Surgery
Vol.24 No.1 1991
日本消化器外科学会雑誌
The Japanese Journal of Gastroenterological Surgery
Vol.25 No.1 1992
日本消化器外科学会雑誌
The Japanese Journal of Gastroenterological Surgery
Vol.26 No.1 1993
日本消化器外科学会雑誌
The Japanese Journal of Gastroenterological Surgery
Vol.27 No.1 1994
日本消化器外科学会雑誌
The Japanese Journal of Gastroenterological Surgery
Vol.28 No.1 1995
日本消化器外科学会雑誌
The Japanese Journal of Gastroenterological Surgery
Vol.29 No.1 1996
日本消化器外科学会雑誌
The Japanese Journal of Gastroenterological Surgery
Vol.30 No.1 1997
日本消化器外科学会雑誌
The Japanese Journal of Gastroenterological Surgery
Vol.31 No.1 1998
日本消化器外科学会雑誌
The Japanese Journal of Gastroenterological Surgery
Vol.32 No.1 1999
日本消化器外科学会雑誌
The Japanese Journal of Gastroenterological Surgery
Vol.33 No.1 2000
日本消化器外科学会雑誌
The Japanese Journal of Gastroenterological Surgery
Vol.34 No.1 2001
日本消化器外科学会雑誌
The Japanese Journal of Gastroenterological Surgery
Vol.35 No.2 2002
日本消化器外科学会雑誌
The Japanese Journal of Gastroenterological Surgery
Vol.36 No.1 2003
日本消化器外科学会雑誌
The Japanese Journal of Gastroenterological Surgery
Vol.37 No.1 2004
日本消化器外科学会雑誌
The Japanese Journal of Gastroenterological Surgery
Vol.38 No.1 2005
日本消化器外科学会雑誌
The Japanese Journal of Gastroenterological Surgery
Vol.39 No.1 2006
日本消化器外科学会雑誌
The Japanese Journal of Gastroenterological Surgery
Vol.40 No.1 2007
日本消化器外科学会雑誌
The Japanese Journal of Gastroenterological Surgery
Vol.41 No.1 2008
日本消化器外科学会雑誌
The Japanese Journal of Gastroenterological Surgery
Vol.42 No.1 2009
AGS
Annals of Gastroenterological Surgery
Vol.1 No.1
AGS
Annals of Gastroenterological Surgery
Vol.1 No.2
AGS
Annals of Gastroenterological Surgery
Vol.1 No.3
AGS
Annals of Gastroenterological Surgery
Vol.2 No.1
AGS
Annals of Gastroenterological Surgery
Vol.2 No.2
AGSurg
Annals of Gastroenterological Surgery
Vol.2 No.3
WILEY

第73回日本消化器外科学会総会

式典と祝賀会，展示の様子

50周年記念式典
























日本消化器外科学会
創立50周年記念式典



祝 賀 会




拡大プログラム委員会・記念祝賀会




SHIROYAMA HOTEL
kagoshima




SHIROYAMA HOTEL
kagoshima




拡大プログラム委員会・記念祝賀会
















赤猿
赤猿

記 念 展 示


JSGS
日本消化器外科学会総会
日本消化器外科学会大会
会長年次表
1970
The 50-year history


学会の設立
設立世話人




JSGS
The Japanese Society of Gastroenterological Surgery
The 50-year history


2010




2000


AGS
AGS
AGS
AGS
AGS
AGS




2010








1969
1972
1976
1977
1978
1980
1981
JSGS
Japanese Society of Gastroenterological Surgery
The 50-year history


2010



第16回日本消化器外科学会大会

展示とシンポジウムの様子

















記念式典　来賓祝辞

祝 辞 ①



文部科学省　高等教育局医学教育課長
西田　憲史

文部科学省の高等教育局医学教育課で課長をしております西田と申します．日本消化器外科学会創立50周年記念式典に当たりまして，一言お祝いの言葉を申し上げます．

日本消化器外科学会は，昭和43年の発足以来，消化器外科学の進歩ならびに普及に貢献し，もって医療に関する学術文化ならびに国民の福祉と医療の発展に寄与するとともに，社員および会員である医師等の消化器外科学の研究，教育および診療の向上を図ることを目的に掲げ，昭和59年には，わが国の消化器外科医療の一層の発展を目指して専門医制度を創設するなど，消化器外科学分野における学術の進歩と医療の発展に多大な貢献をしてこられました．

本日ここに，創立50周年記念式典が盛大に開催されますことを心からお喜び申し上げますとともに，今日まで貴学会および専門医制度の発展に尽力された歴代の理事長をはじめ，会員の皆さまならびに関係各位のたゆみないご努力に対し，深く敬意を表します．

わが国では，1960年代以降，胃がんをはじめとする消化器における悪性腫瘍の研究の進展とともに，消化器領域の外科治療の専門化が進み，その後，消化器外科学会の設立により消化器外科学として普及し，今日に至っております．

日本消化器外科学会では，消化器外科専門医等の認定の他，消化器外科手術手技講習会の推進や，若手医師の国際化に向けた海外学会への派遣，またナショナルクリニカルデータベースの構築において中心的な役割を担われているなど，次代を担う消化器外科医の育成に尽力してこられました．学術面においては，消化器外科学のさらなる発展に貢献するため，邦文誌のみならず英文による国際誌を創刊し，消化器外科学にかかる価値の高い学術情報を国内外に積極的に発信してこられました．

日本消化器外科学会が，これまでに築かれた実績を基に，引き続き専門医制度の充実を図られるとともに，わが国の消化器外科学分野における学術研究の発展と，医療水準の向上の源となる新たな知や人材の創出のため，一層の充実，発展を遂げられますことを，心から期待しております．

結びに，本日ご臨席の皆さま方が，わが国の医学の発展のためにご尽力いただいていますことに対し，深く感謝を申し上げますとともに，日本消化器外科学会のさらなるご隆盛と，関係の皆さま方のますますのご活躍を心から祈念をいたしまして，お祝いの言葉とさせていただきます．本日は誠におめでとうございます．

祝 辞 ②

厚生労働省　大臣官房審議官
椎葉　茂樹

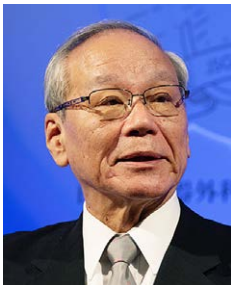
（西日本豪雨災害対応による欠席のため，日本消化器外科学会 山上裕機理事が代読）

日本消化器外科学会が創立50周年を迎えたことを，心からお喜び申し上げます．貴学会におかれては，専門医認定や学術集会，さらには研修医を対象とする消化器外科手術手技講習会等の取り組みを通じ，わが国の医療の質の向上に多大な貢献をいただいていることに深く感謝申し上げます．

さて，わが国の医療をめぐる環境は，急速な少子高齢化，国民の医療サービスへの需要の多様化など大きく変化しています．また，科学技術の発展による手術機器や手術方法の改善も日進月歩で進んでおり，外科医の先生方はこうした状況に対応するため，日夜研さんに励まれていることと存じます．一方で昨今，外科医師数が減少し，現場では多忙を極めていることも承知しております．厚生労働省の調査によりますと，約47％の外科医が週60時間以上勤務しているという結果も出ており，特に厳しい勤務実態になることが伺えます．現在，政府全体で働き方改革を進めていますが，こうした状況に対応するため，医師の働き方改革にも取り組んでいます．昨年９月から開催している医師の働き方改革に関する検討会における議論を踏まえ，ことしの２月に中間的な論点整理と，医師の勤務時間短縮に向けた緊急的な取り組みを取りまとめました．さらに議論を進め，今年度末までに結論を得ることとしています．また，医療法，医師法の改正や，診療科ごとに将来必要な医師数の見通しを国が策定することを通じ，医師の診療科偏在是正にも取り組んでまいります．これらの取り組みを通じ，今後とも世界をリードする外科技術を日本から世界に発信できるよう，外科医の皆さまの活躍を支援してまいりたいと考えています．

最後に，貴学会のますますのご発展と，本日お集まりの皆さまのご健勝ならびにご活躍を心から祈念して，私のお祝いの言葉といたします．平成30年７月11日，厚生労働大臣加藤勝信．

祝 辞 ③



公益社団法人日本医師会　会長
世界医師会　会長
横倉　義武

あいさつの冒頭に当たりまして，このたびの西日本を中心とする集中豪雨被害により犠牲になられた方々に心より哀悼の意を表しますとともに，被災されました多くの方々に対しお見舞いを申し上げます．被災地域の一日も早い復興，復旧を願い，日本医師会を挙げて今，全面的な支援に努めているところであります．

さて，改めまして，日本消化器外科学会の創立50周年記念式典にお招きをいただき，厚く御礼を申し上げますとともに，日本医師会を代表して，一言お祝いのごあいさつを申し上げます．

日本消化器外科学会の定款において，学会の目的を消化器外科学の進歩ならびに普及に貢献し，もって医療に関する学術文化ならびに国民の福祉と医療の発展に寄与するとともに，社員および会員である医師等の消化器外科学の研究，教育および診療の向上を図るということをされています．1968年に発足されました日本消化器外科学会の歴史は，まさしく消化器外科領域における学問的進展と臨床としての医療の普及の歴史でもあり，本学会の目的を忠実に実践しておられると認識をしております．

本学会が創立されました1968年という年は，日本のGNPがアメリカに次いで世界第2位となり，また川端康成氏のノーベル文学賞受賞，また小笠原諸島の日本復帰，日本人が初めて南極点に到達をするなど活気にあふれた年であったと記憶をしております．それから半世紀を経て，今，日本消化器外科学会の会員数は2万人を超える，数多くの学会の中でも屈指の伝統ある学会へと発展されたところであります．その輝かしい歴史を長年にわたり支えてこられました，歴代の役員の先生方をはじめ，偉大な先達の真摯，かつ地道なご努力に深く敬意を表する次第であります．

さて，医師は臨床の場において，医学の知識のみでは解決できない社会的課題に直面することが少なくありません．日々，進化をしている医学を生涯にわたり学び続けていくとともに，診療における医療提供機能と社会的役割を心得て，地域医療を支えていく必要があります．本日お集まりの先生方の果たす役割は，これからますます重要となってまいります．日本消化器外科学会におかれましては，Japanese skill education for young gastroenterological Surgeonsという教育研修に取り組まれ，質の高い専門医の育成にご尽力をされております．

わが国は，2025年には団塊の世代が75歳を迎え，後期高齢者となり，国民の3人に1人が65歳以上，5人に1人が75歳以上という超高齢社会を迎えております．さらに団塊ジュニア世代が後期高齢者となる2040年から50年を見据えた，長期的計画も必要となります．地域包括ケアの中で，かかりつけ医と専門医の有機的な連携，あるいは多職種協働などにより，住み慣れた地域で医療や介護が完結する体制を，全ての医療者の協力の下に構築していかなければならないと認識をしています．

結びに当たりますが，瀬戸泰之理事長を筆頭とされます日本消化器外科学会におかれましては，このたびの創立50周年を未来への大きなステップとして，会員相互のさらなる結束の下，来るべき100周年に向けて力強い歩みを進められますように，衷心より祈念をいたしまして，お祝いの言葉とさせていただきます．本日は誠におめでとうございます．

祝 辞 ④



一般社団法人日本医学会連合会　会長
門田　守人

皆さん，こんにちは．ただいまご紹介いただきました一般社団法人日本医学会連合ならびに日本医学会の会長を拝命しております門田でございます．よろしくお願いいたします．まずは，日本消化器外科学会50周年記念，誠におめでとうございます．この消化器外科の領域，私，本当に素晴らしいと思うのですが，私が最初に学会の役員をやったのも，これだったのではないのかと思います．多くの場合は選挙，その他いろんなことがありますけれども，業績一本で評議員にしていただいたことを，今，思い出しました．そういう形で，新しいものをどんどん取り入れられていく．特にNCD，これも本当に素晴らしい．必要だったものをどこよりも先に手掛けていただいたということを考えますと，本当に消化器外科学会ならではと思っております．

1968年と申しますと，私はまだ医師になっておりませんでした．医学部の5年生ということでございましたけれども，しかし考えてみますと，そのときにわが国で初めて脳死臓器移植，心臓移植が行われたという，ですからちょうどこの日本の外科学，特に近代外科学が大きく進歩する，飛躍するまさにそのときに生まれ，そして中心的な役割を果たした消化器外科学会であると思いますとともに，私は消化器外科でこのような形に育てていただきました．そういった意味で，本当にうれしく思いますと同時に，先輩の先生方に対して，敬意を表したいと思うのであります．

さて，ただいま紹介していただきましたけれども，日本医学会連合ならびに日本医学会という2つの名前を持っておりますが，1つだと私は信じております．この歴史を考えてみますと，1902年というときからスタートいたしました．そして4年ごとの医学会総会をやりながら現代に至って116年．その途中でいろいろなことがございましたけれども，その過程の中で消化器外科学会が1968年に創立され，そして1976年にはもう既に医学会のメンバーとして参画していただき，そしてわれわれの中心的な，特に外科学の2段階目にあたる一番大きな学会として，支えていただいたと思っております．そういった意味で，先ほどの理事長のお話でもありましたけれども，今が50年，これから新たな50年の第1日目だというふうなお話があったと思いますが，この素晴らしい50年間を振り返ってみて，これから先の50年間，ぜひ，今の勢いで素晴らしいものにしていただきたいと同時に，私たちともども，今，129の学会が医学会にはありますけれども，その中，各学会の会員を総和しますと100万人にも近いという状態になっております．しかし，残念ながらそれほどの力が，一体感を持って動いているかというと反省すべきところもあるのかなと思っております．そういった意味では，先ほどの横倉会長のお言葉にもありましたけれども，医療，医学というものが，社会の中でどう役割を果たしていくのかということ，われわれの過去は，どちらかといいますと技術論，技術的なイノベーションはやりやすかったかもわかりません．あるいは方向性とすれば，進みやすかったかもわからないとは思いますが，しかし一方では，技術のみで医療が全て，成り立つわけではありません．特に今，わが国が向かっている少子高齢化，これは地球上の人類の大きな課題であるとも，考えるべきだと私は思います．そういう中にあって，本来の医療，医学の進歩とはどういうものなのかということを考えていくのが，これからの50年だと感じております．そういった意味で，消化器外科学会の皆さま方と，129の学会との連携を深め，そして一方医療の中では，日本医師会とともに，いつも言いますが，車の両輪としてやっていけるような組織づくりをし，今後のわが国の医療の発展に貢献すべきではないかと考えております．皆さま方と手を

取り，携えて，ぜひやっていきたい，そして協力しあっていければと感じております．これは多分，皆さま方の今後の期待と思っております．そういった意味で，今まで伸びてこられた消化器外科学会が今後さらにますますご発展され，そして今，われわれが立ち向かう大きな課題に対して打ち勝っていくんだという意識を持って進んでいきたいと思っております．

ぜひ，消化器外科学会がますます発展され，医療を大きくリードされる，そういう組織になっていただくことを祈念しながら，私のごあいさつとさせていただきたいと思います．本日は，本当におめでとうございました．ありがとうございました．

祝 辞 ⑤



一般社団法人日本外科学会　理事長
森　正樹

ご紹介いただきました日本外科学会理事長を拝命しております森でございます．日本外科学会の3万9,945名を代表いたしまして，2万226名の日本消化器外科学会の会員の皆さまに心よりお祝いを申し上げます．おめでとうございます．

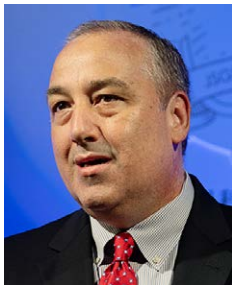
これまで50年にわたりまして，先輩の先生方が多大の努力をされまして，このような立派な会になりましたことに対し，心より敬意と感謝を申し上げたいと思います．世界広しと言いましても，この学会のように消化器に関する外科領域が，上部消化管，下部消化管，肝胆膵領域を，枠を超えて一緒にやっている学会というのは他に例を見ないような気がいたします．

各国ともそれぞれ細かく分かれた領域の学会がございますけれども，総括的に，俯瞰的に見た，このような学会というのは，非常に少ないと思います．その意味でこの学会の成功というのは，世界に対して大きなインパクトを与えると考えております．

さて，日本外科学会と日本消化器外科学会，ちょうど日本外科学会の約半数の方が，日本消化器外科学会の会員でもございますので，両者には共通した課題がたくさんございます．1つは外科医の減少，もう1つは地域偏在等々，共通する課題がたくさんございます．インセンティブの問題もございます．そのような中で私ども，日本国内だけではなくて，やはり世界に目を向けてやっていく必要があろうかと考えております．現在までに国際化を推進してまいりまして，その中でスライドをできるだけ英語にするとか，プレゼンテーションをできるだけ英語の比率を増やしていくとか，そういう努力を続けてまいっております．さらには，他国の外科領域の学会とコミュニケーションを取るあるいは交換留学をするというようなことも発展していっているところで，大変うれしく思います．その一方で，最も効果的と私が考えておりますのは，立派な英文ジャーナルを作ることだというふうに思います．世界に冠たる日本消化器外科学会という形に発展していくためには，私どもが昨年発刊しましたAnnals of Gastroenterological Surgery，AGSというのをより良く利用していくということが求められると思います．私どもはこの50年，例えばAnnals of Surgery，あるいはBritish Journal of Surgeryというものに育てていただいた気がいたします．しかし，このままの状況を続けていいでしょうか．今こそ，私どもは，力を携えて，日本発の英文誌が世界をリードできるようにしていくことが重要だというふうに考えております．そうでなければ，いつまでも外国に追いつきません．特にアメリカ，イギリスには追いつきません．私どもの技術が本当に優れているということであれば，堂々と日本発の英文誌でその情報を伝えていく，それが使命だと考えております．その観点から，ここにいらっしゃいますリーダーの先生方には，特に日本発の英文誌の重要性を鑑みていただいて，そして積極的に利用していただければと願っております．

あと50年後，創立100周年のときには，日本のこの学会が世界の学会になっていく，世界のリーダーになっていくということが現実のものになっていることを願ってやみません．先生方のこれまでのご努力に感謝申し上げるとともに，これからの50年，ぜひ一緒に頑張っていただければというふうに思います．本日はどうもおめでとうございます．

祝 辞 ⑥



President 2018 of the Society of Surgical Oncology
Kelly M. McMasters

My colleagues in the Japanese Society of Gastroenterological Surgery, on behalf of the Society of Surgical Oncology and its official journal, the Annals of Surgical Oncology, let me heartily congratulate you on your fiftieth anniversary as a premier surgical and scientific society in the world.

As I'm here to visit you country, I have learned that 150 years ago there was a revolution that changed Japanese society for the better forever, and 50 years ago was another revolution in the world of medicine and surgery with the formation of the JSGS, which has made pioneering and landmark contributions to improving the care of patients with upper gastrointestinal, colorectal and hepato-pancreato-biliary disease over many, many years.

Through your many innovative contributions, surgery has become safer, better, more effective and less invasive, and as an example, in my specialty of cancer surgery, we recognise however, that better surgery is not the only answer. Further progress in curative therapy and better treatments for our patients will not likely be found only in operating room, but in the basic science and translational science laboratory and the clinical trials office.

I congratulate all of my colleagues in the JSGS not only for advancing the field of surgery but also for advancing the scientific knowledge that will lead through further advances and better treatments for our patients.

On behalf of the Society of Surgical Oncology and the Annals of Surgical Oncology, I am deeply honoured to have been invited as your guest, I am humble to be here and thank you so much. Congratulations to the JSGS on its impressive history of 50 years. Thank you.

特別展示「中山恒明先生とその手術器械」

～人生は経験である～

中山恒明先生とその手術器械

日本消化器外科学会創立50周年記念展示「中山恒明先生とその手術器械～人生は経験である～」開催にあたり

日本消化器外科学会は本年創立50周年を迎える。50周年を迎えるにあたり、学会創立50周年記念事業準備委員会が組織され、その中でこの記念展示が企画された。

中山恒明先生は消化器外科分野において大きな足跡を残された。食道がん手術成績向上の業績は世界的にも高く評価されている。さらに、手術は誰にでもやさしく、安全に施行されなくては意味がないと主張され、多くの手術器械を開発された。なかでも中山式縫合器は日本に留まらず世界で一番のベストセラーとなった手術器械である。東京女子医大消化器病センター内に中山式縫合器をはじめその手術器械が数多く保存されていることが判明し、ここに紹介することに至った。

中山先生は日本消化器外科学会、日本癌治療学会、食道疾患研究会など多くの学会研究会を開設された。本学会の設立の経緯については、第50回日本消化器外科学会総会会長　比企能樹先生がまとめられた“日本消化器外科学会50回の軌跡”に詳しく記載されているので参照されたい。また、本展示に掲載している“消化器外科医へのメッセージ”は第38回日本消化器外科学会総会会長岩崎洋二先生が総会主催時にまとめられた“45人の提言　若き消化器外科医へ”の中に収められている。中山先生の学会創設時の理念が含まれており、50年経過しても色あせないメッセージであると考えここに掲示させていただいた。

今回の展示にあたっては、大半の器械を東京女子医科大学消化器病センターからお借りした。さらに、千葉大学大学院医学研究院先端応用外科、特例財団法人日本医科器械資料保存協会、泉工医科工業株式会社、高砂医科工業株式会社、公益財団法人中山がん研究所のご支援をいただいたことに心から御礼を申し上げる。

平成30年7月吉日

日本消化器外科学会理事長
学会創立50周年記念事業準備委員会委員長
瀬戸泰之



中山恒明先生

中山恒明先生は明治43年9月25日東京神田に生まれ、新潟高等学校を経て千葉医科大学に入学、昭和9年3月同校を卒業した。卒業後第二外科に入局、昭和11年第二外科学教室（主任、瀬尾貞信教授）助手、昭和16年助教授となり、昭和22年3月千葉医科大学第二外科学教授に就任した。千葉大学医学部で17年間教授として勤めた後、昭和40年東京女子医科大学消化器病センターに転任し11年間教授・所長としてその任にあたられた。退任後は財団法人中山がん研究所所長として永年に渡り多方面に渡る社会活動を行ってきた。

◆(1)外科教授としての活動

助教授時代には消化器外科はもとより頸動脈毬の外科、動脈性衝撃注射療法など独創的治療法の開発研究に精力的に取り組んだ。教授就任後は消化器外科ばかりではなく脳外科、呼吸器外科、循環器外科、乳腺外科その他一般外科の総合外科教授としても幅広く活動した。教授就任当時最も困難とされていた食道癌手術をはじめ多くの消化器外科手術に挑まれ、安全で単純化された種々中山式術式を考案し、当時困難とされていた領域の手術成績を急速に改善させ世界的にも大きな功績として評価された。また癌の手術遠隔成績向上のために術前放射線療法、化学療法についても昭和20年代に既に導入している。手術ばかりではなく昭和29年食道鏡、36年逆視胃カメラ、その他放射線同位元素を用いた内視鏡診断などの開発も手がけられ、昭和20年代にすでに外科栄養の研究を進めている。循環器領域でも多くの実績を残し世界で最初の心臓カテーテルを実施していると聞く。また本邦で最初の肝臓移植も行っている。これらの外科手術に用いる手術機器の開発も手がけ、中山式胃腸縫合器、開腹器などは現在でも用いられているベストセラー機器である。その他細血管吻合器、肝臓切断鉗子、膵臓切断鉗子その他多くの機器の改良工夫に取り組んできた。昭和20年以前より16mmフィルムによる手術映画の撮影を考えられ、専門のカメラマンの育成もはじめている。この間多くの学会会長を歴任している。

臨床の場では常に患者にとって何が良いかという判断基準でものを考えてゆくと言う信念のもと、50年も以前に医療事故対策を目的とした教室憲法を作られたがこれは現在のインシデント報告、検討の元型である。

東京女子医科大学に移ってからは真に患者中心の医療を行える施設として消化器病センターを作り内科、外科が一体となって診断、治療にあたる施設を構築した。

◆(2)大学教授として公務

昭和29年には医師国家試験審議会委員、翌30年には大学院設置審議会臨時委員、昭和33年から千葉県対がん対策審議会会長を歴任、昭和34年から日本学術会議第7部幹事、38年から同副部長を務めた。わが国の多くの医療医学に関する問題に取り組んだが特に当時より専門医制度の国家的構築に力を注いだ。しかしながら当時の社会情勢、インターン問題を抱えた政府としては専門医制度の構築は困難であったと思われる。この目的を達成させるべく東京女子医科大学に移られて直ぐに卒後の本格的臨床研修のための制度として医療練士研修制度を始めたという経緯がある。この制度は今日まで東京女子医科大学に於いて引き継がれており現在まで約2000名以上の医療の専門家たる医療練士を輩出している。

◆(3)海外活動

わが国の医学医療を世界に紹介するための海外活動を積極的に行ってきた。歴史を持った世界的組織である国際外科会の重要なメンバーとなり昭和41年より2年間はその世界会長に就任し、その後は名誉会員となっている。

独創的手術の16mmフィルムを持ってアメリカに乗り込んだとお話になっているが、多くの高名なドクターからの絶賛を受け評判が評判を生みアメリカばかりではなく世界各国からの招待講演の要請があり、海外の特別講演、招待講演などは186回を数えている。また種々海外での活動に対し多くの海外学会などの名誉会員になっている。

◆(4)がん啓発活動

がんの臨床に関わってきた先生はがんの早期発見の必要性を痛感され中山がん研究所およびがん検診システムを構築した。これは本邦ではじめての癌定期検診システムであった。同時に一般社会に対してもその活動を広げ一般市民を対象としたがん啓発のための講演を各地で行われた。その数実に147回に及ぶ。先生のユーモア溢れる講演は銀ラッパと言われ毎回聴衆を感激させていた。

これらの多方面に渡る業績に対し海外から各種の賞を受賞された。
そして昭和57年11月3日に勲一等瑞宝章を受賞された。

（出典：中山恒明先生お別れの会で配布された、中山恒明先生業績集「人生は経験である」から　監修：高崎　健）









◆ 中山恒明先生 略歴

明治43年 9 月25日生	東京神田
昭和 9 年 3 月	千葉医科大学卒業
昭和11年10月	千葉医科大学第2外科助手
昭和22年 3 月	同教授
昭和24年12月	千葉医科大学付属病院長（2年）
昭和39年10月	千葉大学医学部第2外科教授就任
昭和40年 1 月	東京女子医科大学客員教授 同消化器病・早期がんセンター所長 財団法人中山がん研究所所長
昭和51年 3 月	東京女子医科大学客員教授退任
昭和51年 4 月	同消化器病センター名誉所長

［主たる歴任会長］

第 8 回日本気管食道科学会会長	昭和31年
第12回日本胸部外科学会会長	昭和33年
第 2 回日本癌治療学会会長	昭和38年
第65回日本外科学会前期会長	昭和39年
第 8 回胃癌研究会会長	昭和42年
第 3 回日本消化器外科学会会長	昭和45年

［主たる論文、講演など］

●発表論文

千葉瀬尾外科	64編
千葉中山外科	576編
東京女子医科大学	384編
著書	17冊

●学会特別講演、招待講演など

国内	23回
海外	186回
癌啓発講演会	147回

［主たる受賞］

腹部外科最高貢献賞	（米国腹部外科学会） （腹部外科手技発展につくした功績）
世紀の外科医賞	（国際外科学会）
ベルツ賞	（西独ベーリンガーゾーン財団） （消化器癌治療につくした功績）
最高医学器械発明賞	（スイスジュネーブ大学） （細小血管吻合器の開発）

◆ 国際学会名誉会員など

フィラデルフィア直腸学会名誉会員	昭和30年 9 月
ニューヨーク化学アカデミー会	昭和31年 3 月
ドイツ外科学会在外名誉会員	昭和31年 4 月
エクアドル外科学会名誉会員	昭和36年 4 月
コロンビア外科学会名誉会員	昭和36年 4 月
シドニー王立セントビンセント病院名誉訪問教授	昭和37年 6 月
国際大学大腸外科学会名誉会員	昭和37年 6 月
ワシントン大学医学部外科訪問教授	昭和37年 9 月
国際栄養学会設立会員兼名誉会員	昭和38年 6 月
アラバマ州名誉上院議員	昭和38年 7 月
米国泌尿器学会名誉会員	昭和38年10月
セイロン大学名誉教授	昭和38年10月
米国シティオブホープ癌専門病院招待教授	昭和40年 4 月
米国サンアントニオ市名誉市長	昭和40年 4 月
ダラス市名誉警察署長	昭和40年 4 月
国際外科学会世界会長（2年間）	昭和41年 1 月
イタリア外科学会特別会員	昭和41年 4 月
ドイツアカデミー招待教授	昭和41年 5 月
汎太平洋医学会グアイアキル部会名誉会員	昭和41年10月
ベネゼラ外科学会名誉会員	昭和41年10月
ブラジル外科学会名誉会員	昭和49年 4 月
アルゼンチン腹部外科学会名誉会員	昭和49年
マリリヤ内科外科センター・消化器病センター名誉会員	昭和49年
マリリヤ医科大学名誉教授	昭和49年
エルサルバドル国立がん連盟名誉会員	昭和49年12月
中米癌学会名誉会員	昭和49年
キューバ厚生省海外特別委員	昭和49年
ローマアカデミー名誉会員	昭和50年 1 月
カタロニアン外科学会名誉会員	昭和50年 5 月
カタロニアンアカデミー名誉会員	昭和50年 5 月
国際外科学会世界名誉会員	昭和51年 5 月
ギリシャアカデミー名誉会員	昭和51年 5 月
アテネ大学医学部名誉教授	昭和51年 5 月
コロンビア外科学会特別会員	昭和52年11月
パナマ外科学会名誉会員	昭和52年11月
ドミニカ医学会名誉会員	昭和53年 2 月
ドミニカ外科学会特別会員	昭和53年 2 月

◆ 主たる国内学会名誉会長など

日本食道学会名誉会長	昭和59年11月	日本癌治療学会名誉会長	昭和60年11月
日本外科学会名誉会長	昭和60年 4 月	日本消化器外科学会名誉会長	昭和60年11月
日本臨床外科学会名誉会長	昭和60年10月	日本気管食道科学会名誉会長	昭和60年11月
日本胸部外科学会名誉会長	昭和60年10月	日本人工臓器学会名誉会長	昭和60年11月

（出典：中山恒名先生お別れの会で配布された、中山恒名先生業績集「人生は経験である」から　監修：高崎　健）

中山式縫合器

● 中山式縫合器の制作

昭和24年　泉工医科工業が再出発した際、本郷精機にて試作、発売。
昭和34年　泉工医科工業新花工場（自社工場）にて制作。
昭和42年　高砂石下工場にて全面的に制作を担当。
昭和46年頃　中山三連縫合器を高砂石下工場にて制作。昭和51年までに600台を制作。
二連のA番を基に三連をM番にと泉工の指示があり、平成8年までに
M1600番台からM2100番まで制作。
昭和55年　カートリッジ式三連縫合器
K1000～6300（BLACK）、RK1000～1600（GREEN）

● 中山式胃腸縫合器

戦後はじめての外科学会総会が、昭和二一年五月一日から三日まで日本医師会館で開催された。その折発表された数多くの学術講演のなかには、いろいろの意味で、いまなお私の胸に鮮明にきざまれているものがある。いまは故人となられた先生方も大勢いらっしゃるが、そのうち、私はこの会場でバッタリ会った長身の方の記憶が忘れられない。

当時千葉大学第二外科におられた中山恒明博士だった。先生は、戦地から引揚げて来られて間もなく、この学会に出席されたのでまだ戦塵のにおいがするほどで、話しているうちに、胃腸縫合器を作りたいとおっしゃられた。

この頃、先生の教室の主任教授は瀬尾貞信博士であったが、すでに同博士の考案による瀬尾式縫合器械が使用されていた。一列縫合で、長さ四センチぐらいのもので、当然、より使いやすくより的確な効果のあげられるものが要求された。

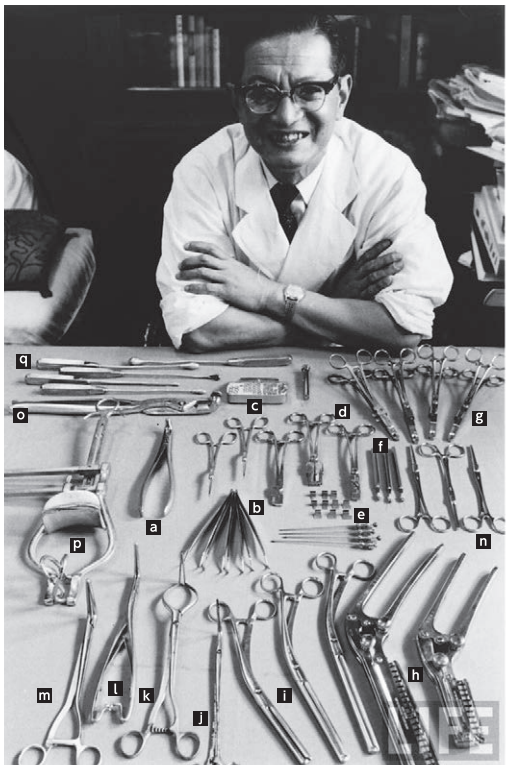
私は、試作にかかった。さきにのべた閉鎖循環麻酔器の場合も同様であるが、試作の間の苦しみと不安は、とうてい当事者でなければわからないと思う。できあがったものがお役にたつか立たないか、売れるものか売れないものか、この段階ではまだよくわからず、くら闇のなかを手さぐりで歩くようなものである。

昭和二十三年の秋ごろ、ようやく完成した。幸いなことに、この器械はいまなお、お役に立っている。売れつづけているのである。私はずいぶん沢山の試作をしてきて、売れないものが多いのであるが、この器械ほど息が長く、いまだに売れているものは他にない。この器械が、戦後の新しい医科器械の私の第二号である。

その後、中山先生は第二外科教室の主任教授となられた。そして、いろいろの医科器械の試作が始まって行くことになる。

先生からのお話があると、私はまず必ず手術室に行って手術を見る。その上で、試作に取りかかるのである。

（出典：青木利三郎著「私の歩いた道・医科機器と70年」（昭和59年3月発行）より）



a～g 中山式血管吻合器
h 胃腸縫合器（大小）
i 膵・肝・脾臓切除用鉗子
j 胃全摘出器械　空腸・十二指腸断端把持鉗子
k 胃全摘出器械　空腸把持用鉗子
l トンネル鉗子
m 胃全摘出器械　食道（直角）鉗子
n 胃全摘出器械　長ペアン鉗子
o 圧挫鉗子
p 開創器
q 切石鉗子とブジー鉗子

～中山恒明先生より消化器外科医へのメッセージ～

すべての手術を安全･容易にする工夫

今回、第三十八回･日本消化器外科学会会長の岩崎洋治教授に頼まれて、私の考えを述べ、皆様の参考に供したいと思う。

私は、一九三四（昭和九）年、千葉医大を卒業して、当時の、附属病院第二外科、すなわち瀬尾貞信教授のもとに入局した。当時の外科といえば、講座をもっていた眼科、耳鼻科、産婦人科を除いたすべての患者に対し、メスを持って治療に取り組んでいた。もちろん、整形外科も、独立した講座にはなっていなかった。脳外科の患者、小児外科の患者も、一般外科に治療を受けに来る時代であった。したがって、外科の教室員はみな幅広い知識を求められた。

私が、第二外科を希望した第一の理由は、当時、世界中でまだ治療困難とされていた食道癌の治療を、その研究テーマとして取り上げていたからである。そのころ私は、自身の生涯の目標として「治らない病気」を治すことと、あらゆる手術を簡略化して容易にし、だれもがこれを行うことができるようにし、しかも成功させる手術をつくりあげること、これを考えていた、そして当時、第二外科にやってくる患者は、大部分が消化器の疾患であったので、その教室員は必然的に消化器外科医となっていたわけである。

瀬尾先生は、食道癌について、いろいろの動物実験なども試みられたが、なんといってもその最大眼目は、食道癌患者の根治手術である。

とくに胸部食道癌がその対象となった。しかし当時は、閉鎖式の循環麻酔器などはなく、開胸自身が大変に難しかった時代である。大体の手術は、局部麻酔だけで行われた。

瀬尾先生は、夏休みになると、噴門癌の手術二例ぐらいと、胸部食道癌の手術一例を、毎年、私が師事している間に施行した。胸部食道癌患者は、開胸している間に、おかしくなる例が多かった。噴門癌では開胸しないので、いちおう患者は病室に帰るが、そのあと全部が縫合不全となって、急性胸膜炎やら、腹膜炎やらで、死亡した。それでもなお手術を施行する先生のファイトには、私など、大いに、感銘を受けたものである。

さて、私の場合はどうかというと、ある噴門癌患者の手術中に、腹部にひっぱり出した食道にかけた鉗子がはずれたことがあった（開胸はせず）。食道は縦隔腔内に引っ込んでしまって、腹部で食道と胃管を吻合することなど不可能の状況になった。このとき思いついたのが、口から、胃カテーテルを腹腔まで入れて、これに胃管を縫合し、口からカテーテルを引き上げて、食道断端と胃管の断端を接着固定する、いわゆる「吊り上げ法」である。これは、骨折の時の治療の原則である整復、固定にあたる。

この方法で、五例ほど治癒せしめた。しかしその後、麻酔法の進歩により、開胸が、安全に行えるようになったから、この「吊り上げ法」は消え去ってしまった。

さて、胸部中部食道癌に対してであるが、食道全剔後、胃管を胸壁前の皮下を通して頸部に持ち上げて食道と吻合する「胸壁前食道胃吻合術」による胸部中部食道癌の根治手術は、私が、世界で初めて成功したものである。

この最初の症例は、手術後二十四年間も健康に生きてくれたため、学会のとき出席していただき、会員諸兄に見てもらったことがある。

また、手術を簡素化する意味で開発した「中山式胃腸縫合器」は有名になり、広く使用されたものである。

ここで私が言いたいのは、今は、科学一般も、麻酔も、チューブ栄養なども、めざましい進歩をとげ、私の現役時代とは雲泥のひらきがあるものの、若い消化器外科医たちのめざす真理は変わらない、ということだ。

そこで第一の注文は、今でも治癒困難な疾患は多いのだから、それを治癒容易なものとする工夫、それから第二に、すべての手術を簡易化して、だれもが、安全かつ容易に成功するような工夫することだと思う。

そして、このいずれかに成功したら、すぐに発表して、皆さんに知らせ、国民全体の保健に役立つようにすることである。諸兄のご健闘を祈ってやまない。

（出典：45人の提言「若き消化器外科医へ」より）

瀬尾式縫合器

瀬尾教授と中山教授

◆ 瀬尾貞信教授 略歴



明治19年１月８日	新潟県中頸城郡板倉に生る
明治40年７月	第四高等学校第三部卒業
明治44年12月	東京帝国大学医科大学卒業
明治43年１月	佐藤(三吉)外科医局に入局
大正９年11月	千葉県立千葉病院副部長を嘱託される
大正９年11月	千葉医学専門学校教授に任命さる
大正11年４月	千葉医学専門学校附属医院外科医長に任命さる
大正12年４月	千葉医科大学教授兼千葉医科大学附属医学専門部教授に任命さる
大正12年５月	外科学研究のためドイツ,イギリス,アメリカへ留学
大正13年３月	東京帝国大学に論文提出,医学博士の学位を授与さる
大正15年10月１日	瀬尾外科教室を独立さる
昭和14年４月	第40回日本外科学会会長
昭和17年３月	千葉医科大学附属医院院長に任命さる
昭和21年10月５日	逝去　行年　61才

◆ 瀬尾教授と中山教授

中山恒明先生は当時もっとも難しい手術に挑戦していた瀬尾教授の下で外科医としての研鑽を積み、昭和22年3月に瀬尾教授の後を継いで千葉医科大学第二外科学教授に就任した。

◆ 瀬尾教授室入局のいきさつ

…そんなわけで、学生時代の私には、医学に専念したという記憶はあまりなく、周りの人びとからも、そうできがいい学生とは思われていなかったにちがいありません。

しかし、卒業が近づくにつれ、のんきだった私たちも何を専門に選ぶかを真剣に考え始めました。

私は内科の開業医になるつもりでした。その頃には脳溢血で倒れた父もすっかり回復していましたが、将来は父のあとを継がなければならないと思っていたのです。

瀬尾外科教室が、日本ではまだほとんど行われていなかった食道がんの手術研究で名をあげていることがわかったのは、ちょうどそんな折り、それは私の想像以上のものでした。

私は外科の臨床講義に出席したときの、感動を思い起こしました。さっそうと手術室に入ってこられた瀬尾先生が、当時では大手術中の大手術と考えられていた胃がんの胃切除を、私たちの目前でいとも鮮やかにやってのけ、取りだしたカニの甲羅のようながんの標本を回覧してくださったのです。

…瀬尾先生は千葉医大の看板教授でした。その名にひかれて志望する人も、おそらく大勢いたのですが、厳しい指導にたえられずに二、三年で逃げだすケースが多く、当時、十人に満たない医局員の半数が私立の医専出身者でした。しかも、医局長といった重要ポストは彼らが占めていました。

私はクラスの中で外科医を志している仲間を集めて、「瀬尾外科を千葉医大出身者の手にも取りもどそう」と熱弁をふるいました。私の意見は反響をよび、当時としては前例のない九人の新卒業生が、瀬尾外科教室に入ったのです。

私とがんとの取り組みを決定づける瀬尾外科教室入局のいきさつです。

これは、まさに私が自分で選んだ道でした。

（出典：「がんと闘って半世紀」中山恒明著から）

協力者一覧

この展示は下記の方々に
多大なるご協力をいただき、実現しました。
厚く御礼申しあげます。

・東京女子医科大学消化器病センター
・千葉大学大学院医学研究院先端応用外科学
・特例財団法人日本医科器械資料保存協会
・泉工医科工業株式会社
・高砂医科工業株式会社
・公益財団法人中山がん研究所

※順不同、敬称略

日本消化器外科学会
理事長　瀬戸　泰之

第73回日本消化器外科学会総会　記念企画

理 事 長 鼎 談



森　正樹
第3代理事長(2011-2015)
九州大学大学院消化器・総合外科(第二外科) 教授

杉原　健一
第2代理事長(2008-2011)
医療法人社団光仁会 第一病院 病院長

北野　正剛
第1代理事長(2006-2008)
大分大学 学長

瀬戸　泰之
第4代理事長(2015-)
東京大学大学院 消化管外科学 教授

総合司会：ただいまより理事長鼎談を開始いたします．お名前を呼ばれた先生から御登壇をお願いいたします．大分大学，北野正剛先生．（拍手）
医療法人社団光仁会第一病院，杉原健一先生．（拍手）
大阪大学大学院消化器外科学（※鼎談当時ご所属），森正樹先生．（拍手）
司会の瀬戸泰之先生，よろしくお願いいたします．

日本消化器外科学会創立50周年

瀬戸：皆さん，こんにちは．ただいま御紹介いただきました瀬戸でございます．今回は創立50周年記念ということでございまして，夏越会長の御厚意によりこの時間を設けさせていただきました．理事長対談ということで50分程度，50周年に当たって本学会の設立の経緯であるとか，本学会が今まで何をしてきたかということをぜひ振り返って，また未来の今後の50年を考えさせていただく機会にさせていただければと思いまして，これまで理事長を務めてこられました北野先生，杉原先生，森先生に御登壇いただきまして，しばし鼎談という形で進めさせていただきたいと思います．

これは本学会の年表となります（スライド1）．ポイントごと，話題ごとに話を進めさせていただきます．

何といっても，まず1967年に日本消化器外科学会設立趣意書（スライド2）というのが作成されまして，1968年に発足して今年が50周年ということであります．同時に第1回日本消化器外科学会総会が開催されております．

その当時のことを山岸三木雄先生が「十年間の歩みに因んで」ということで詳しく書かれております（スライド3）．1967年に13名の設立世話人の方々が発起人として名前を連ねました．中山恒明先生がその中心となられたということでございますが，山岸先生が書かれた経緯によると，昭和42年，設立世話人13名の方が集まって日本消化器外科学会設立を計画したと．実は13名の先生方の中には現在もお元気に御存命の先生がいらっしゃいまして，本日はこの後の企画で御挨拶をいただくことになっております．

その後，全国にその設立趣意書を送りました．最終的には79人の先生方から賛同いただきまして，その中で，1967年4月12日，51名の方々が発起人会に集まりました．この後がすごいのですけれども，4月に発起人会が開催され，同じ年の7月にもう既に第1回の総会が横浜市神奈川県立音楽堂で開催されました．当初の会員が2,394名で，第1回の発表演題数が193題という記録が残っております．

本学会の特徴として，評議員の選出があると思います．これについては1975年に現行のような評議員選出施行細則が公示されまして，1980年から一斉選出が開始されます．これは例えば僕が所属している外科学会など，ほかの学会と大分違う評議員の選出になるのですけれども，この辺の消化器外科学会の特殊性というのは，北野先生いかがですか．

北野：この学会の評議員はある意味非常に専門性が高く，いろいろな知識，技術を求められる学会として，非常に格式が高くて，評議員になることが一つの私たちの目標でございましたので，私も96年になりましたけれども，そのときには大変うれしかったという気持ちがございます．

瀬戸：杉原先生，本学会の評議員制度についてはいかが

ですか.

杉原：基準はいろいろあって，多少問題もあると言われていることもありますけれども，基本的には非常に客観性に富んでいて，皆さんが納得いく評議員が選ばれていると思います．必ずしも会員数とか選挙とかそういうことではないので，非常にすばらしい選挙法だと思います．

瀬戸：ありがとうございます．業績本位というか，非常に客観的にそれが点数化されて，誰も文句が言えないというか，それは客観性のある選挙法であるということですけれども，森先生はいかがですか．この方針というのは今後も堅持すべきと思われますか.

森：非常にわかりやすくて客観性がある点が何よりいい点だと思います．その一方で，評議員の7割が大学関係，3割が一般病院というか，大学以外の病院．逆に会員数は3割が大学関係で，大学以外が7割という逆相関があるので，その辺は今後，客観的に選ばれる人たちプラス何か考えていかないといけないかなとは思っています.

瀬戸：ありがとうございます．業績本位ということで客観的に選ばれているんだけれども，それが実際に地域医療であるとか，そういったものを本当に正しく代表しているかというと，今後我々としてももう少し考えていったほうがいいのではないかという御指摘であったと思います．今回は鼎談ですので，フロアの先生方から御意見をいただく時間がございません．御意見のある先生方は事務局にメールのような形でも結構ですので，ぜひ御意見をいただければと思います.

北野：今，森前理事長がおっしゃいましたけれども，私は，やはり女性活躍の時代でございますので，女性の外科医の活躍を本会で取り上げるためにも，評議員枠というものをバランスよく考えていただければと思っています.

瀬戸：わかりました．女性外科医についてはまた後ほど触れさせていただきたいと思います.

さて，今ここにいらっしゃる理事長先生方が一体本学会にいつ入会したかということを秘密裏に調べさせていただきました．意外な結果がここに浮かび上がるのでございます．北野先生は，御自身はいつ入会されたと思いますか.

北野：評議員になったのは96年なんです．それは覚えているのですが，入会は恐らく86～87年じゃないでしょうか.

瀬戸：1986～1987年.

北野：多分．大学院を終わって，留学して帰ってきてからじゃないかと思っています.

瀬戸：皆さん御承知のように，年齢的な順番は北野先生，杉原先生，森先生となります．杉原先生はいかがでしょうか.

杉原：私は恐らく昭和57～58年じゃないかなと．もうちょっと遅いかな.

瀬戸：1982年～1983年.

杉原：というのは，私の学位研究が生理学でしたので，研究発表は主に消化器病学会でしていたような気がするんです．だから消化器外科に入ったのは遅かったかなと思います.

瀬戸：皆さんもぜひ自分がいつ入会したかというのを思い出していただくと，自分の消化器外科医としての始まりが恐らくそこにあると思いますので，ぜひ振り返ってみてください．森先生はいかがですか.

森：よく覚えていないのですが，昭和55年（1980年）の卒業ですので，恐らくはそれから2～3年後ではないか．1983年とか84年とかではないかなと思うのですが.

瀬戸：大体皆さんが今おっしゃられたとおりでありまして，実は北野先生がこの中で一番遅い入会になります．ちょっと意外な結果が浮き彫りになりました．（スライド4）最初，2,394名から始まった本学会でありますが，本当に順調に会員数が増えてまいりました．北野先生が入られた年にちょうど会員が1万人を突破しました．その10年後（1994年）には2万人を突破する．今，2万500名ぐらいなんですけれども，大体順調に推移しました．これがそのグラフでありまして，始まりが2,394名で，1984年で1万人を突破して，1994年で2万人を突破します．ただ問題は，先生方御承知のように新入



会員が最近ちょっと減ってきている．ピークの1985年には何と2,130名の新入会員があったということなのですね．ただ最近は少し低迷しておりまして，昨年は488名の新入会員があった．ちょっと減ってきているのですけれども，最近4～5年は大体500名弱ぐらいで安定はしているのですが，ひところのように多くの若者には入ってきてもらっていないというのが実情であります．

2006年　理事長制導入

さて，ここから各先生方に少し御意見をいただきたいと思います．2006年に本学会は理事長制を導入いたしました．その初代理事長が北野正剛先生ということになりますが，先生，この理事長制導入の意図をお話いただけますか．

北野：皆様御承知のように，時代は変わってまいりました．その中で私たちも質が高い専門医を育成するというのが一番大きな目的だと思いますが，そのほか，この当時，国や他の学術団体，さらには国民の認知，法的な立場等々を含めて，やはり理事長制が必要ではないかということは2000年のちょっと前から議論されていたようでございます．そんな中において，御承知のように専門医の標榜科とかいろいろありましたから，まず法人格を取るということが最初にありました．2003年，多分愛甲孝会長のときになりましたし，それを含めて，総会のプログラム運営と同時に会務を統括するのは非常に難しいという時代になった，ということで理事長制が討議されて，2006年から理事長制になったと記憶しています．

瀬戸：ありがとうございます．若手からすると，理事長がいてもいなくても学会は余り変わらないのではないかと思われるかもしれませんが，理事長制を導入した後の変化とか何かそういったものはございますでしょうか．

北野：学会本体として他団体への影響，あるいは国とのいろいろな折衝，それから社会における立場等々がクリアになったと思いますし，それが総会の会長となかなか兼務できないという状況の中で，迅速に対応できたと思います．その意味では，この理事長制ができたことによって，その当時問題になりました福島県立医大の婦人科の医師が逮捕されたことに対する，裁判に対する影響のコメントとか，日本医師会のもとにある医学会はどういう立場なのかというような議論，さらにはもとの専門医認定制協議会（専認協）――私たちの学会は唯一，学会として専認協から被害を受けた学会でございます．というのは，唯一，専門医制度として専門医認定機構の理事長の名前で専門医証を一回出したのですが，その当時，厚労省が法人格がなければこれは出せないということになって，撤回して，また会長の名前で出したという経緯がございます．

そのようなことへの対応，さらには私が理事長になって，時代の流れに応じまして，例えば医療環境検討委員会は塩崎理事，医療安全検討は川崎理事，データベースは後藤満一理事等々，プログラム検討もその当時の安藤理事にしていただきました．そういうことがさまざまな影響の中で起こってきていて，その結果，例えばデータベース委員会は最終的にはNCDに移っていったということで，これは愛甲先生がデータベースをしっかりつくれと，理事会で非常に大きな声でおっしゃっていたものが実現していったということでございます．そのような経緯のことを皆さんの理解を得て進めるにあたっては，理事長制であったからこそこれが迅速に進んだと思っています．

瀬戸：ありがとうございます．理事長制の導入によって本学会の立ち位置が明確になったということと，いろいろな課題によりスムーズに対応できるようになったということだと思います．

2010年
Japan Digestive Disease Week参加

瀬戸：北野先生の理事長の時代は，今おっしゃられた以外にもいろいろな行事，企画に取り組まれておりまして，2010年からJDDW（Japan Digestive Disease Week）に参加し大家を行ったということがその中の1つ大きなトピックだと思います．JDDWに参加するということについてスライド（スライド5）がありまして，JDDW参加に関する意見伺いということで，北野先生がその当時の評議員にアンケートをとられているのですね．どういう結果であったかというと，回答率が66％で，そのうち約8割の先生方に賛同いただいたという結果を踏まえて，北野先生が決断されたと思うんですけれども，まずはJDDWに参加することになったいきさつをお話いただけますか．

北野：これは長い歴史がありまして，実は私どもは年に

総会を2回していた時代がございました．もともと1968年から始まりまして，総会，さらに大会も1度行われたのですけれども，1999年までは年に2回行われていたということの中で，その当時の将来構想委員長の掛川暉夫先生が「2回もあるのはまずかろう，外科学会が4月にある，2月に消化器外科の総会があって同じ演題が出される．クオリティを保つためにはこれは年に1回にすべきではないか」とおっしゃり，議論がありました．その結果，2000年から2009年までは年に1回しか大きな集まりがなかったのですね．

そんな状況，時代の流れの中で，他領域，内科あるいは他の専門家とのクロストークの必要性が生じてきました．いろいろな治療法がある中で外科だけでは解決できない問題がある．ですから情報を共有して，患者さんのためにそういう勉強もして，そして国民の福祉に貢献すべきだという意見がある中，こういうアンケートをとらせていただいて，理事会で検討し，皆様に評価をいただいた結果，JDDWに大会の形で参加することになりました．もちろん当時，集まりを年1回にされた先生方の中には，2回が1回になったのに何でだという話がございました．私たちが説明したことは，総会を2回するのとは全く違う，他の領域とのクロストークを含める意味で同じものではないのだということです．全く異質のJDDW参加であるということを御理解いただいて，その結果，評議員の8割に賛成していただくという結果に至ったと思っています．

瀬戸：ありがとうございます．JDDWへの参加というのは，2回が1回になったのをまた2回に戻すようだということで，現場の先生方の負担感というのはかなりあったものと推測されます．ただ，今北野先生がおっしゃられたように，ほかの領域，内科とのクロストークであるとか，総会とは全く違う学会を目指すという方向性で皆さんの御賛同をいただいて今日に至っている，ということでございますけれども，現在のJDDWにおける消化器外科の大会というのは先生から見ていかがですか．

北野：やはり成功していると思います．先ほど負担感とおっしゃいましたが，実は日本消化器外科学会がJDDWに参加する以前から，外科医は2割の方が参加していたのですね．2割というのは，JDDW参加者の20％が消化器外科医でございました．その方たちが学会の参加もなく，スタンスもなくバックに何もなく参加しているという状況がございましたので，それも含めて



やった結果，参加する会員の利益として他学会の学術集会に参加できて，消化器疾患に対する幅広い内科的知識を得る，さらには従来，先ほど言いましたように20％の人が外科医でございますので，その方たちの参加をしっかりさせる．例えば評議員の申請資格にもなるということ．そしてデメリットはほとんどないのですね．参加したい人は参加すればいい．工夫したことは，JDDWでは評議員会を開催しないので参加義務はないということでございますので，参加することの利益はたくさんあるのですが，参加することによってデメリットはないというような根拠によりまして，JDDWに参加することになったと理解しています．

瀬戸：我々も大会のあり方を時々議論しますし，JDDWという機構の中でなかなか動きづらい面があることも事実なので，総会と大会の差別化というのが一番大事なことだと思いますので，今の北野先生の御発言を踏まえて，今後JDDWの大会をいかに差別化していくかということを考えていかなければいけないかなとは思います．

北野：よろしいでしょうか．ありがとうございました．

2010年
National Clinical Database参加

瀬戸：次に，同じ年になるのですけれども，皆さん御承知のNational Clinical Databaseに参加することが決まりました．実はこの経緯は先ほど北野先生も少し触れておられましたが，愛甲孝先生が2003年当時の理事会で「こういうビッグデータが必要である，しっかりとしたデータベースを持つようにすべきだ」と提案されたことがありまして，2007年に消化器外科手術調査がデー

タベース構築のために開始されました．2008年に厚生労働科学研究費補助金というものを申請して，2009年に今もあります消化器外科データベース関連学会協議会が設置されました．それで消化器外科関連専門医制度協議会が設置されました．この流れのもとに2010年にNational Clinical Databaseに参加したということになります．

このときに外科専門医制度と連動したデータベース事業についてということで，その当時の杉原理事長と後藤満一委員長から会員各位への通知というか，お願いが出されました．杉原先生，このNCDの目的というのは何だったのでしょうか．

杉原：ちょうど2007年に消化器外科手術調査を北野理事長のもとで行って，1年後にその結果が出たわけです．それで2008年に私が理事長になったときにその結果を見てみますと，アンケート調査の目的の1つに，消化器外科専門医の意義を問うということがありました．実際にやってみると，消化器外科専門医の資格を持った人が手術に入っていると手術死亡も合併症も少ないというデータが出ました．これは消化器外科専門医の意義が非常に高いということで，2006年のデータだけだったので，2007年にもう一度やりましょうということで，その結果を見てみると，まさしくほぼ同じ結果です．1年間に約33～34万の手術例があったと思いますが，その結果から，消化器外科専門医の意義が非常に高いことがわかった．だけども，このアンケート調査はあくまでもレトロスペクティブでリスク調整をしていないのですね．併存疾患とか高齢者とかそういうことをやっていないので，2008年に後藤先生にお願いして，厚労科研費で，リスクを考慮した上での手術の質の担保ということで，前向きに消化器外科のデータベースを集めてつくりましょうということでスタートしたわけです．



2009年に，今度は外科学会のほうが外科専門医制度と関連したデータベース収集を始めたのです．消化器外科関連専門医制度と，もう1つ基盤のところに外科関連専門医制度というのがありまして，2階の専門医制度と基盤になる1階の外科専門医制度を連動していきましょうということが決まりました．プロスペクティブに手術データを収集するのであれば，外科関連の外科学会も含めて9学会ありますけれども，それらの学会が一緒になって手術データベースをつくろうということで2009年から始まって，2010年にNCDが設立されました．

やはり最初のころは相当いろいろな批判，クレームが出ました．忙しい外科医が手術登録をしなくてはいけないのかとか，そのほか手術術式の統一とか，例えば同じ手術をしても小児外科学会の手術と消化器外科の手術名は違いますし，あとは術者は1人なのか，長時間手術になった場合，術者をどうするのか．何人入ったら，その手術に参加したことになるのか．そういうことを2年間の間に，月1回ぐらい会議を開いて詰めていったんですね．それでようやく2011年から症例登録がスタートした．

NCDの目的としては，先ほど言いましたように外科専門医と2階建ての専門医を関連づけること．手術データを1回登録することによって，両方の専門医制度にそのデータを使えるようにすることが非常に大きな目的でした．2番目の目的としては，日本の外科手術のクオリティを上げること．現状を見ることによって問題点を洗い出して，その問題点を解決していく．そういうステップを踏むことによって，外科手術のクオリティを高められるのではないかということがNCDの大きな目的でした．

瀬戸：ありがとうございました．もともとの始まりは後ろ向きに調べられて，消化器外科学会の専門医の関与というのが非常に重要である，これをぜひ前向きに調べるべきだということになり，それを専門医制度に関連づけようということから始まったということなんですね．若い先生方は余りいらっしゃらないかもしれないのですけれども，僕が外科学会の専門医と消化器外科の専門医を取るときは，外科学会の専門医は膨大な紙ベースだったので，500症例とかを全部紙にまとめて試験会場に持参して，なおかつ前の勤務地にわざわざ印鑑をもらいに行って，カルテ調べをしながら印鑑をもらう，というよ

うな時代を経ると，今のこのNCDのシステムがいかにすばらしいかがわかります．最初からNCDに入った若い人たちはなかなかその違いをわかってくれないので大変かと思いますが，少なくとも今のような杉原先生の意図があってNCDがつくられた．その背景にあるのは，消化器外科専門医の関与が非常に重要であるということを証明する，エビデンスを出す目的もあったということであります．

ただ，NCDの当初の目的は専門医制度の関連ということで，外科手術基本情報，あるいは医療水準関連項目ということで，実はその当初から臨床研究個別プロジェクトを考えられていたということです．これについてはいかがでしょうか．

杉原：こういう症例登録システムをつくることによっていろいろな臨床試験ができるだろう．特にNCDが始まる前から心臓血管外科学会でやっていたのは，いろいろなデバイスの臨床試験，治験ができるだろう，これをうまく利用できるだろうということで構築しているわけです．今も少しずついろいろな臨床試験が始まっています．1つのシステムをいかにいろいろな用途に利用するかが大切だと思いますので．

瀬戸：そうですね．始まりは専門医制度ですけれども，今やそれにとどまらず，いろいろな形の臨床研究であるとか，心臓血管レベルでは市販後試験とか，そういったものに重ねて，今やがん登録までNCDで行おうという時代になってきているわけですね．ですので，実際に入力される若い先生方もその辺の意味を重々御理解いただいて，しっかり入力していただきたいと思います．

杉原：がん登録は今，乳がんと膵がんと肝がんと3つ行っていますね．

瀬戸：胃癌学会でも使おうかという話になっています．実際，これは掛地先生がまとめてくれたもの（スライド6）で，2011年から2016年までのNCDデータをまとめて，左から食道，胃，小腸・大腸，あとは直腸，肝臓，胆嚢，膵臓，脾臓，ほか，ということになるのですけれども，一目で胃が――僕は胃が専門なのですが，残念ながら手術件数がちょっと減ってきているというのがわかりますし，小腸・大腸は本当に増えていて，あとは胆嚢が増えている．直腸も増えているということがわかる．

びっくりするのは，左側にある単位なのですけれども，小腸・大腸は一番上の単位が20万．20万件数が1つの表になっている．これだけの膨大なデータが今はNCDで蓄積されている．あとは死亡率であるとか，そういったものも一目でわかるようになったということで，本当にこれだけ大きなデータベースになるということは，杉原先生，想像はしていたのですか．

杉原：いや，していなかったと思います．要するに，それまで日本に全国規模の手術データがなかったのですね．日本全国で消化器外科の手術は，胃切除でも大腸の手術でもどれだけ行われているかというデータは全くありませんでした．アメリカの人と比較するのに，アメリカはACS-NSQIPとかがあるわけですけれども，それと比較しようがなかったんです．初めてこれが出てきて諸外国と比較検討し，ディスカッションできるようになったわけです．

瀬戸：そういう意味では，日本のすばらしいデータを今，ACS-NSQIPとデータと比較しても日本のほうが死亡率が低いとか，いろいろなことが明らかになってきたすばらしいデータベースであると思います．今後は，このデータベースを行政的な面，いわゆる保険行政であるとか，そういった面でも活用できないかというのを今考えておりまして，せっかくこれだけ，例えば手術件数とか手術時間もわかって，実際何人外科医が手術に入っているというデータがあると，我々がやっている手術の保険診療の点数に反映できるのではないかということです．実は今，なかなかうまくすっといかないのは，K番号という保険診療上の術式と，外保連試案の術式と，NCDの術式というのはみんな統一されていなくて，今それを何とか統一させよう，いわゆるコーディングという突合ができるような方向を目指しているところであります．これは御報告ですけれども，それだけいろいろなところに活用できるようになったと思います．

杉原：あとは一般の施設へのフィードバックということで，死亡率とか個々の人の合併症率を計算できるようになっていますので，ぜひ利用していただければと思います．

瀬戸：患者さんのICのときも非常に説明しやすいですね．ぜひ御活用いただきたいと思います．

2011年　学会誌完全電子化，教育講座（eラーニング）開始

瀬戸：杉原先生，もう1つ項目がありまして，2011年から本学会はほかの学会に先駆けて学会誌の完全電子化

を行いました．これは電子化の１つの代表例なのですけれども，ほかの会員管理といったことも全部電子化しています．あとは教育講座（eラーニング）を開始したということで，これもほかの学会に比べると本当に先進的な取り組みであったと思います．ちなみに，教育講座がeラーニングになったということで，教育集会をインターネット環境さえあればいつでも受講できるというのがうたい文句であった．これも進められたのは杉原理事長の時代ですけれども，いかがでしょうか．

杉原：教育集会を御経験になっている先生はここにかなりいらっしゃるかと思います．教育集会は一堂に会した2,000人以上の方を前に教育講演があるわけですが，まず一堂に会する2,000人以上の会場を確保するのが大変でした．それと，その会場があるようなところは大都会ですから，大都会の先生方は２日間のうち１泊するだけでいいのですけれども，遠くからの先生方は前泊，後泊しなくてはいけないという各個人の先生方のお金と時間を非常に費やす会でした．このeラーニングは，講義１個１個の時間を短くしてありますので，時間のあいたときに見ることができます．忙しい先生方の費用と時間の節約になるだろうということでeラーニングに切りかえていきました．

瀬戸：ありがとうございます．この取り組みは今は本学会だけではなくて，ほかの学会からもこれを使わせてほしいというような申し込みというか，リクエストがありまして，実はこれは本学会の所有物と言うのはよくないのですが，所有のものでありまして，ほかの学会で活用していただく場合にはそれなりの収入が本学会に生まれるということで，これも重要な収益事業の１つになっているということを申し上げたいと思います．

2014年　Society of Surgical Oncology海外研修プログラム開始

2015年　総会スライド英語化，SSOジョイントシンポジウム開始

瀬戸：続きまして，森先生によろしいでしょうか．森先生の時代は，国際化ということに取り組まれました．2014年にSociety of Surgical Oncologyとの海外研修プログラムを開始されまして，2015年には総会のスライドを英語化しようということで，また今申し上げたSSOとのジョイントシンポジウムが開始されました．この国際化というのは本学会にとっては非常に重要なテーマですね．

森：そうですね．先ほど瀬戸理事長がお話しされたように，新入会者が500名前後で動いているということと，学会の参加者もほぼ横ばいで右肩上がりとはいかない時代になっている，そういう点が１つと，もう１つは，日本の消化器外科の手術成績が非常にいいと言われているのに，他国から学びに来る人が少ない，そういう観点を踏まえると，国際化でもっともっとアピールしていくことが非常に重要です．日本人だけではなくて，他国からの参加者を増やすということと，それによって日本の技術，手術手技のすばらしさを伝える，そういう観点から国際化は必須だということで取り組んでまいりました．

その中で３つのことを中心にということで，１つは学会の英語講演を徐々に増やしていく，最終的には最低でも50％を英語化して，それを続けるかどうかを検討しようということで，まずは数年かけて50％まで持っていくというのがありました．

それからもう１つは他国との交流，特に米国の学会との交流ということで，私どもが会員をしていたのがSociety of Surgical Oncologyという学会でしたので，そこと交流を持って，実際にお互いの学会でのジョイントシンポジウムと，それから若い人たちの交流を企画しました．

それからもう１つは，英文誌の発刊が非常に重要ということで，この３つに向けて取り組んで国際化を進めようということになりました．

瀬戸：ありがとうございます．こうやってお三方にお話をいただくと，その時代，時代で何が必要かというのが御理解いただけると思うんですけれども，国際交流という意味では，今，森先生からありましたSSO（Society of Surgical Oncology），それからIASG（Indian Association of Surgical Gastroenterology），これは山本先生が中心となられてインドとの交流を今進めておりますし，人員の交流もしております．そのほかに最近は，これはSSATといいまして，The Society for Surgery of the Alimentary Tractというアメリカの消化管の学会でありまして，写真（スライド7）は僕と吉田先生と向こうのプレジデントとかが写っているのですけれども，僕と吉田先生のほうがどうも体格がよ過ぎて，日本人も最近は反省しなければいけないかもしれません（笑）．

あとはSSATとの交流も，向こうのDDWとの間にミーティングを持っていますので，来年のDDWのアメリカでの本会にも我々が参加することになっております．

もう1つは，インドとの交流はもう始まっているので，アジアの諸国という意味では，ここにありますAP-SDS (Asia-Pacific Society of Digestive Surgery) という団体もあり，これからの検討かなと思います．

北野：実はこれももう立ち上がっています．もともとATTWというアジアにおける消化器病週間というのがございました．その中で，なかなか外科の立場がはっきりしていない，参加者も少ない，その理由はと考えますと，AP-SDSに参加しているものがISGSという非常に少ない人数の個人会員でございました．ほかのATTWを構成する消化器病であったり肝臓であったり，私が会長をしていますAPSDE (Asian-Pacific Society for Digestive Endoscopy) のものは22か国をメンバーとする学会でございますので，情報が行き渡って参加者が多いということです．それをAP-SDSということでカントリーメンバーを主体とした学会を構築したということでございます．

瀬戸：ということで，アメリカほか，何年か後はアジアにも目を向けて本学会の国際化を目指していきたいということになります．

2017年
Annals of Gastroenterological Surgery

瀬戸：先ほど森先生からおっしゃいましたが，昨年，Annals of Gastroenterological Surgeryという英文誌（スライド8）を発刊させていただきまして，初代のEditor-in-Chiefに森先生がついておられます．この経緯や御苦労についてはいかがでしょうか．

森：消化器外科学会は非常にいい和文誌を持っているのですけれども，国際化という観点からはオフィシャルジャーナルを持ったほうがいいということで，AGSを発刊しようということになりました．私が思うには，学会の国際化でいろいろな人を知り合いを通じて呼ぶという地道な活動は必要なのですけれども，そのソサエティが持っているオフィシャルジャーナルがいいものであるということが何より重要だと思うのですね．例えばAmerican Society of SurgeryはAnnals of Surgeryを持っていますし，Annals of Surgeryは今，外科の中



ではトップジャーナルということで，そこに入会するにはかなり厳しい審査が必要で，アメリカの若い先生方はそこを最終目標にして頑張っているという話を聞きます．ですので，地道な活動にプラスして，本当にいいジャーナルを出して，そこに世界じゅうから論文を投稿してもらう，それに伴って学会にも参加していただくというようないい循環をつくり上げるのが何より大事だということで，私の目標にしています．

現在のところAnnals of Surgeryがトップジャーナルで，Impact Factorは8を超えているわけなのですけれども，次に，JAMA SurgeryというArchives of Surgeryから衣がえしたジャーナルなのですが，JAMAという名前がついただけでいきなり3点台だったのが8点台にImpact Factorが上がる，そういう現象もあるのですが，いずれにしましても私たちは世界のトップを目指さないといけないと思います．そのために，私ども調べたのですけれども，2016年に日本からAnnals of Surgeryに掲載された論文が12編あります．それからJAMA Surgeryには2編，British Journal of Surgeryには12編ということで，大体一流のジャーナルには日本から10編前後が投稿されています．これをぜひAGSのほうに投稿していただくように持っていかないといけないと思いますけれども，若い人たちは当然，Impact Factorが高いジャーナルに論文を出したい．その気持ちはぜひ尊重したいわけなのですが，その一方で，私たち評価する側が日本発の英文誌をもっともっと価値を高める，そういう認識を持たないといけない．例えば大学の教授選とかでImpact Factorが問題になるのですけれども，そういうことは重要なのですが，それに加えて，私たち判断する側が日本発の英文誌にきちんと出していることを評価する姿勢を示していかないといけないので

はないかと思って，私は今，日本学術会議でも日本発の英文誌をもっともっと大事にするような雰囲気をぜひ国を挙げてやりましょうという提案をしているところであります．

瀬戸：ありがとうございます．この発刊に当たっては遠藤格先生，島田先生にも非常な御尽力をいただきました．このタイトルページの絵も議論がありまして，これは確かにメスとか，どちらかというとトラディショナルな写真なので，もっと未来志向の，例えば腹腔鏡とかそういった絵にしてもいいのではないかという議論もあったのですけれども，外科医っぽくて，このほうがいいのではないかという議論をしたことを今思い出しました．おかげさまで，実は6月1日にこのAnnals of Gastroenterological SurgeryはPubMed Centralに収載されることになりましたので，お手元のコンピュータからPubMedにアクセスしていただくと，瞬時にここに掲載されている論文が見られるようになりましたので，今森先生がおっしゃられたようにどんどんいい論文，すばらしい論文を御投稿いただければと思います．

1984年　専門医制度発足

瀬戸：さて，今，喫緊の重要な課題でありますけれども，1984年に本学会の専門医制度が発足しました．本学会の専門医制度は非常に優秀で，最近の議論の中でも，例えば内科とかから比べても模範とすべき専門医制度であるという評価もいただいております．NCDを使うといろいろなデータが出てきます．これは食道とか肝臓とか膵臓とか難易度が高い手術ほど専門医の関与比率が高いというデータ（スライド9）であるとか，あるいはこれは今野先生がまとめられたのですけれども，専門医一定数の関与により手術死亡率が低下するというようなデータ（スライド10）がNCDを使って出てくる．



　このスライド（スライド11，12）は意外に見たことのある先生は少ないかもしれません．これは金沢大学の太田先生が中心にまとめられていて，本邦の地域の医療需要を反映した専門医研修プログラムを作成するための二次医療圏単位での医療の実態把握ということで，今後の専門医制度の分布とかそういったときに非常に重要な参考になる論文です．これも実はNCDを使ってまとめられたのでちょっと御紹介すると，消化器外科手術には低難度，中難度，高難度というのがあるのですけれども，患者さんがいる二次医療圏単位で考えると，高難度手術になるにつれて，自分のいる二次医療圏内での達成割合が下がる．難しい手術の場合は外に出ていく．要するに集約化が実は結構始まっているというデータで，なおかつ消化器外科専門医が多いほど，二次医療圏内での達成割合が高いということで，先ほどのデータも合わせると，消化器外科の専門医というのは非常に重要な地位を占めているということがわかります．

　ただ一方，これは袴田先生がまとめてくださったスライド（スライド13）なのですけれども，現行の専門医制度では初回受験の時期が平均すると39歳．要するに医者になってから14年目ぐらいということで，これがちょっと遅い．それだけハードルが高いのではないかということと，一番の問題が，入会しても消化器外科の専門医を受験する人が33％しかいないという問題（スライド14）があって，こういった問題を踏まえて，本年，2018年から新しい専門医制度が発足します．

　この発足するまでの過程において，我々も専門医機構にヒアリングに行きました．39歳で初めて取れる，14年かかるということなどを踏まえると，ざっくばらんに言うともっと簡単にしてほしい，取りやすくしてほしいという要望が出ました．いろいろな地域に専門医がいてもらわなくては困るということもあって，我々消化器外科の理事，あるいは専門医制度を担当する先生方の中で議論いたしまして，その詳細についてはきょう評議員会の中で袴田先生が新しいプログラムを紹介してくれることになっておりますが，少なくとも我々も変わっていかなければいけないのではないかということを今認識しているところです．北野先生，御意見はいかがでしょうか．

北野：時代の流れに応じて私たちは変わるべきであるし，チェンジこそ生き残り，さらには私たちの学会のス

タンスを示していく上で大変重要だと思います．その中でやはりバランスを考えていただいて，すべてが専門医になるのか，あるいはバランスで専門医を配置するのか，そのあたりをよく議論をしていただいて進めていただきたいと思います．

瀬戸：杉原先生，一言お願いいたします．

杉原：今は疾患構造が大分変わってきて，この専門医制度で技術を磨くのは大抵がんですね．消化器がんになっております．そうすると，先ほど瀬戸先生が少しお話しされましたが，集約化が必要な疾患とコモン技術として対応すべき疾患，2つに分けて考えていく必要があると思うのですね．専門性が非常に高い，例えば食道とか膵臓がん，肝・胆道系のがんになると，かなり厳しく設定してもいいと思います．もう1つは，大腸がん，胃がんのようなコモン技術になりますと，その専門医というのはもうちょっとやわらかくする．その2つの方向性を持ってやっていけばいいのではないかという気はいたします．

瀬戸：ありがとうございます．森先生，御意見を．

森：消化器外科学会としては，サブスペシャルティの外科のほかの領域，あるいは内科のほかの領域，私もそういう会に絡んでいたのでいろいろ見る機会があったのですけれども，消化器外科学会は日本のサブスペシャルティの専門医の中ではかなり厳しいというか，かなりしっかりやっているというところがあります．ですので，ここは少し門戸を広げていいと思いますし，先ほど杉原先生がおっしゃったところに関しては，消化器外科の上にさらにサブサブスペシャルティというか，3階建ての肝胆膵外科，食道外科，大腸肛門病はまだですけれども，そういう各臓器のより高い専門性を有するところがありますので，そこはそこでさらに精度を高めていく形をとったほうがいいと思います．

瀬戸：ありがとうございます．貴重な御意見をいただきました．

これからの課題：若手の外科離れ

瀬戸：さて若手の外科離れが問題で，これについてはしっかり考えていかなくてはいけないのですけれども，その中にあって夏越会長が始められたJESUSという若手医師に消化器外科を知ってもらうためのイベント（スライド15）が，先ほどのシンポ，特別企画でも話題に



なりました．このJESUSがきっかけになって消化器外科医になったという人たちも結構いらっしゃる．現時点でJESUSに参加した，まだ専門を決めていない人たちも含めても，34％が消化器外科になっているという数字を見ても，ぜひこういった企画をどんどん推し進めていきたいと思います．

これからの課題：女性外科医

瀬戸：もう1つは，女性外科医の問題であります．先ほど女性外科医の方からもシンポジウムで発言をいただいたのですけれども，働き方というのは大事であるということで，我々消化器外科の中でも特に専門医はこれから重要になると思うのですが，昨年の段階で6,438人専門医がいて，その中で女性はまだ2.8％にすぎない（スライド16）ということを考えると，我々としても働き方というのを真剣に考えていかなくてはいけないのかなと思います．

記念誌について

瀬戸：最後になりました．今回50周年記念ということで記念誌の発行を予定しております．今回の鼎談の内容もそれに載る予定なのですが，実はこれまでいろいろな記念誌が発刊されております．これ（スライド17）は第38回のときの筑波大学の岩崎先生が出されました．その中で例えば塩野七生先生とか，ノーベル賞の福井先生とか，千宗室先生，いろいろな方がいろいろな意見を寄せていただいて，こんな記念誌が出ているのですね．

これ（スライド18）は水本先生がされた第40回記念のときのこんな記念誌があります．最近で言うと，50

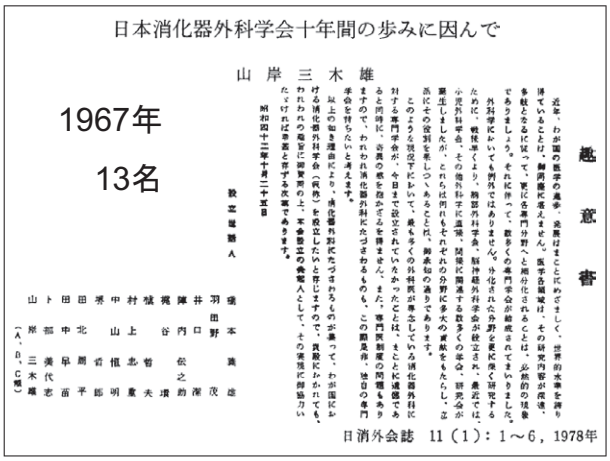
回の記念として，これ（スライド19,20）は比企先生がされたときにこういった記念誌をまとめられておりまして，その中でこれは僕の大ボスなのですけれども，石川浩一先生が経緯を触れられている．もう１つ大事なのは，ここ（スライド21）に50回記念の中で本会の創立者のお一人である中山恒明先生について羽生先生と比企先生が対談されております．その中で本当に懐かしい，昔の写真も載っております（スライド22）．これが東京女子医大旧舘外科教室で，実は今回，山本先生と女子医大の教室の方々の御厚意をいただいて，中山恒明先生が実際に使われた手術道具等をかごしま県民交流センター６階に50周年記念展示として展示してありますので，ぜひ先生方，一度お足をお運びいただいてごらんいただきたいと思いますし，パネルのところでも中山恒明先生の手術ビデオがずっと流されておりますので，ぜひごらんいただければと思います．

50周年記念誌ということで，実際の発刊は来年を予定しておりますが，発行がされた暁には先生方のお手元に届く予定でございますので，ぜひごらんいただいて，一緒に今後のJSGSの次の50年をお考えいただければということで，この鼎談を締めさせていただきたいと思います．北野先生，杉原先生，森先生，本当に貴重な御意見ありがとうございました．皆さん，どうもありがとうございました．

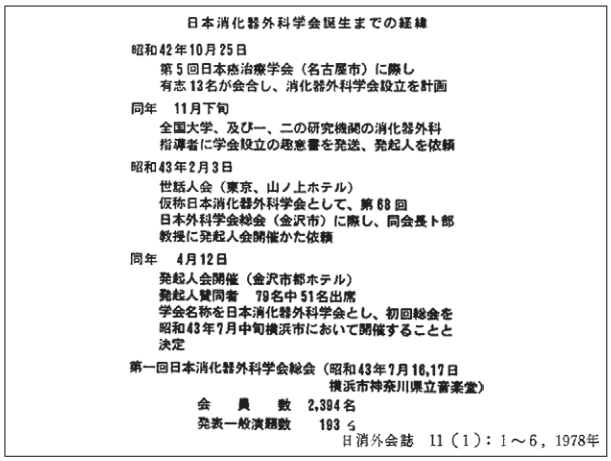


1967年　日本消化器外科学会設立趣意書作成
1968年　日本消化器外科学会発足，第1回日本消化器外科学会総会開催
1969年　日本消化器外科学会雑誌第1巻第1号発行，第1回日本消化器外科学会大会開催
1975年　評議員選出施行細則公示（1980年一斉選出開始）
1976年　日本医学会加盟
1984年　専門医制度発足，会員数10,000人突破
1994年　会員数20,000人突破
2000年　ホームページ公開，教育集会開始
2003年　法人格取得（有限責任中間法人），消化器外科専門医の医業広告可能に
2004年　日本消化器外科学会雑誌オンライン・ジャーナル公開
2006年　理事長制導入
2007年　消化器外科手術調査開始
2008年　診療科名「消化器外科」の標榜可能に，法人格変更（一般社団法人）
2010年　Japan Digestive Disease Week参加，National Clinical Database参加
2011年　日本消化器外科学会雑誌完全電子化，教育講座（eラーニング）開始
2012年　日本消化器外科学会賞創設
2013年　NCD Annual Report公開，学術情報XML推進協議会参加，Web会議システム導入
2014年　役員・会長選挙電子投票システム導入，Society of Surgical Oncology 海外研修プログラム開始
2015年　評議員の定数に女性枠を設置，総会の発表スライドを英語化，SSO ジョイントシンポジウム開始，JESUS（Japanese skill education for young gastroenterological Surgeons；消化器外科手術手技講習会）開始
2016年　特定術式のNCD術前前向き登録開始
2017年　Annals of Gastroenterological Surgery創刊

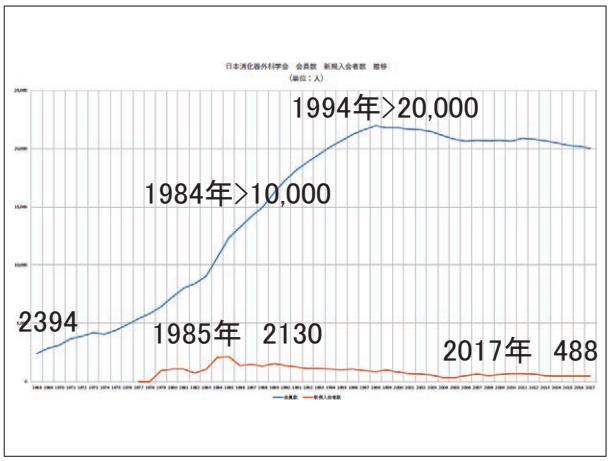
スライド1



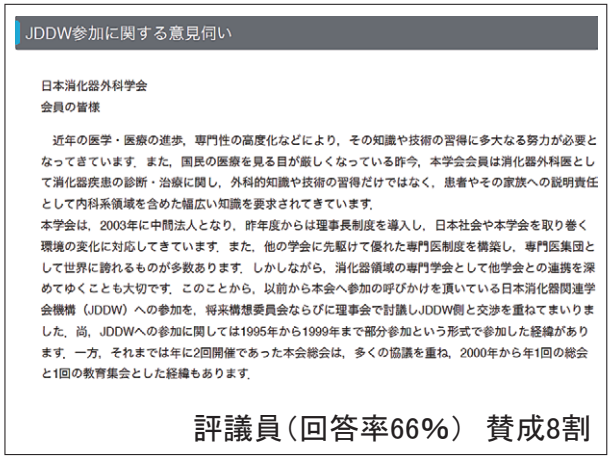
スライド2



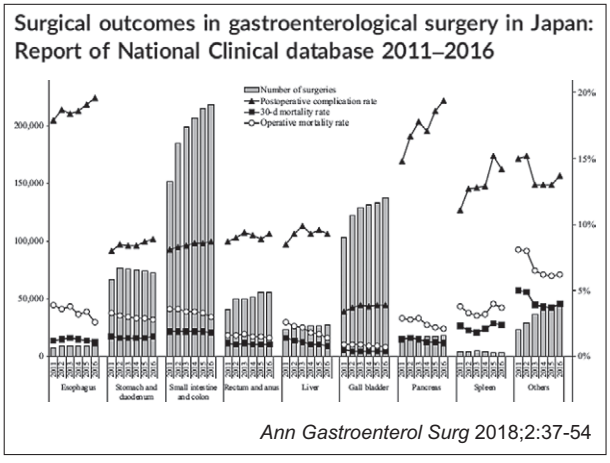
スライド3



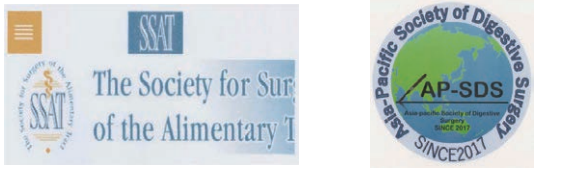
スライド4



スライド5



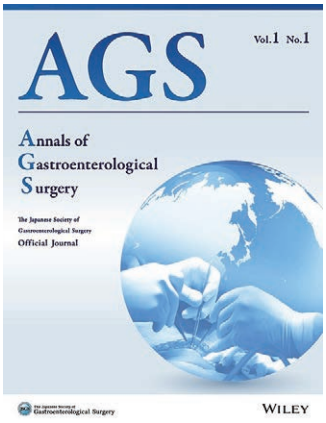
スライド6







スライド7



スライド8

消化器外科専門医
115術式への専門医の関与

NCD 2011-2013

臓器	手術件数	施設区分の比率(%)			消化器外科専門医の関与比率(%)
		認定施設	関連施設	その他	
食道	24,707	87.0	6.3	6.7	87.5
胃・十二指腸	218,509	73.0	17.4	9.6	71.1
計	75,458	82.9	9.9	7.2	86.2
胆	354,858	66.8	22.1	11.1	63.5
膵	45,407	82.3	10.2	7.5	86.5
脾	12,260	80.0	11.7	8.3	75.5
その他	88,360	73.8	17.4	8.8	61.9
計	1,494,934	71.1	18.9	9.9	66.4

難易度高い手術ほど専門医関与比率高い

National Clinical Database（消化器外科領域）Annual Report 2014より
日本消化器外科学会雑誌2015;48(12):1032-1044

スライド9

Association between the participation of board-certified surgeons in gastroenterological surgery and operative mortality after eight gastroenterological procedures

Procedure	Variables: no. of BCS-G in hospital	*p*	OR	95 % CI
Esophagectomy	≥4	<0.001	0.519	0.400–0.673
Distal gastrectomy	≥3	<0.001	0.697	0.582–0.834
Right hemicolectomy	≥5	0.013	0.8	0.671–0.955
Low anterior resection	–	–	–	–
Hepatectomy	≥4	0.005	0.739	0.600–0.911
Pancreaticoduodenectomy	≥2	<0.001	0.609	0.481–0.771
Surgery for acute diffuse peritonitis	≥4	<0.001	0.815	0.731–0.909

専門医一定数関与により手術死亡率が低下

Surg Today 2017;47:611-618

スライド10

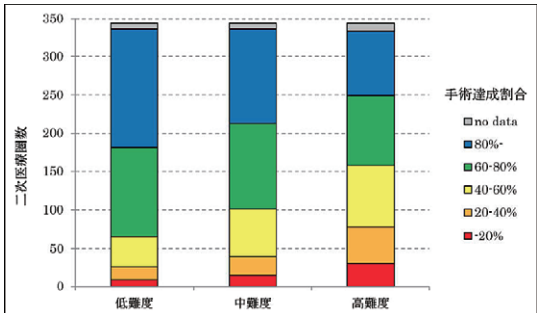


図1　手術難易度ごとの二次医療圏別手術達成割合（二次医療圏数）　青に近づくほど同一の二次医療圏内で手術が行われており，赤に近づくほど他の二次医療圏で手術が行われている．手術難度が上がるにつれて他の二次医療圏で手術を行っていることがわかる．

難易度上がるにつれ、自圏内達成割合が下がる

スライド11

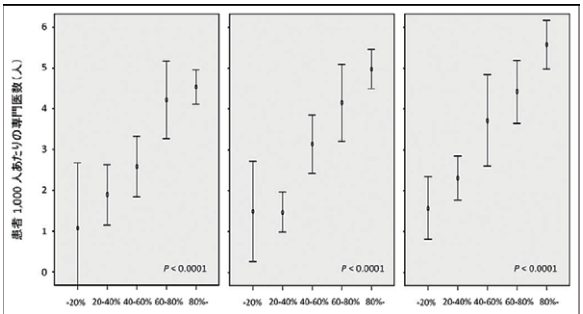
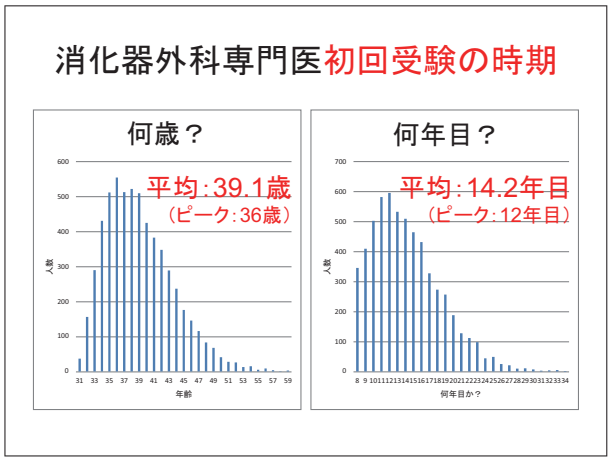


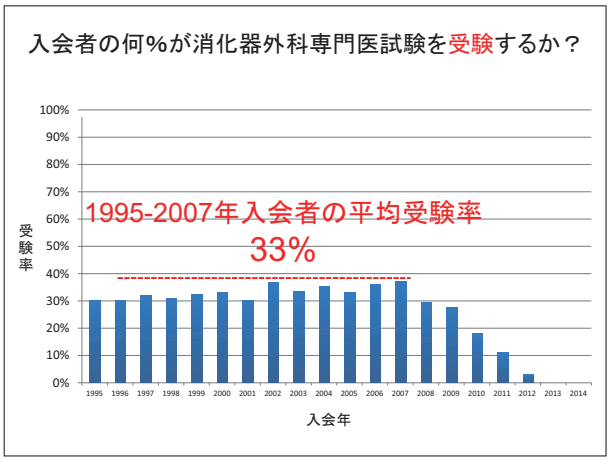
図3　難易度別手術達成割合と消化器外科専門医数　手術達成割合が高い二次医療圏ほど患者1,000人あたりの消化器外科専門医数が多く，低，中，高難度手術のいずれにおいても有意差を認めた（*P*<0.0001）．

専門医が多いほど、自圏内達成割合が高い

スライド12



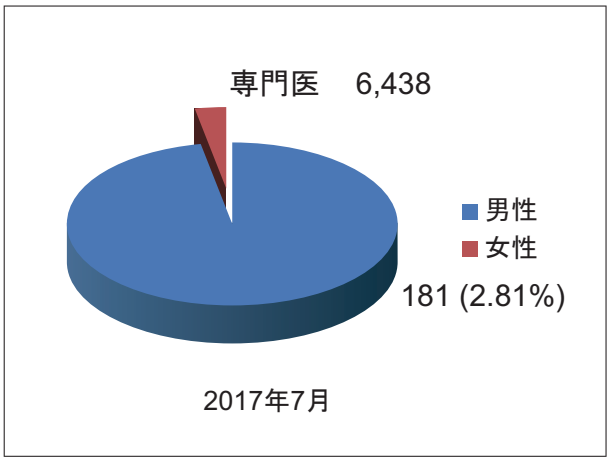
スライド13



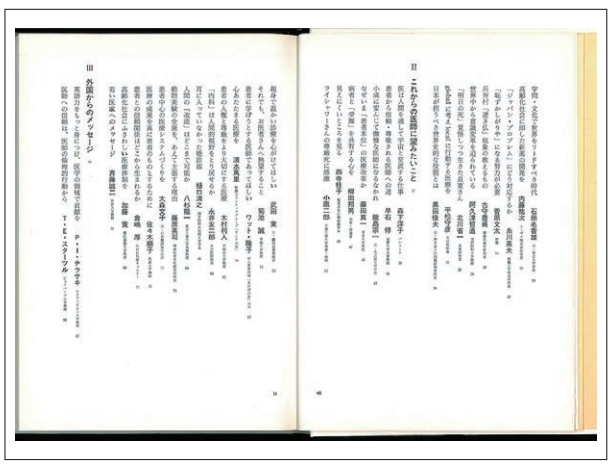
スライド14



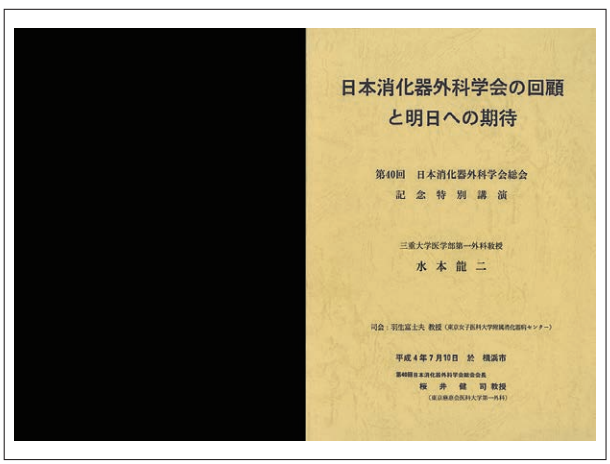
スライド15



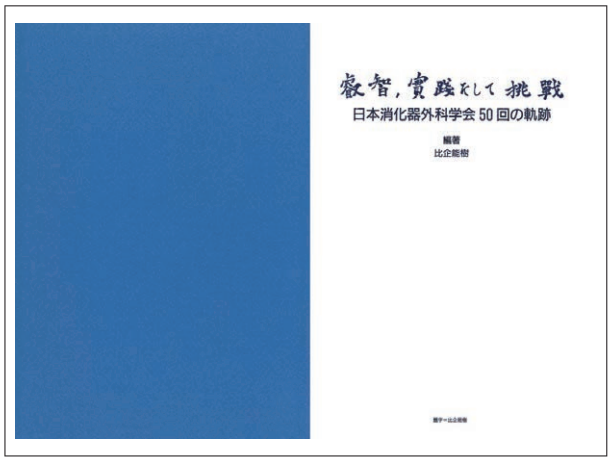
スライド16



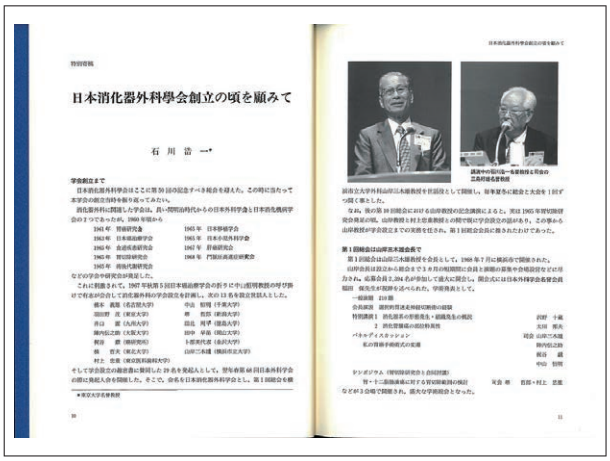
スライド17



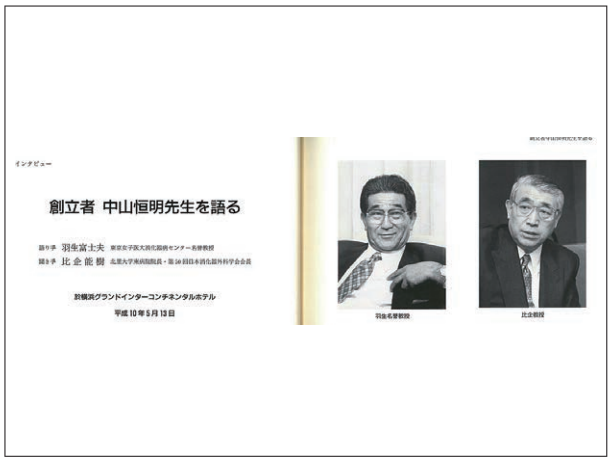
スライド18



スライド19



スライド20



スライド21


東京女子医大旧館外科教室で

スライド22

「食道癌に対する外科治療の50年」

千葉大大学院・先端応用外科学
松原　久裕

本邦における食道癌の黎明は1932年の日本外科学会において当科初代教授の瀬尾貞信先生と京都大学の大沢達先生が宿題報告を行ってからである．その当時，瀬尾先生がまとめた食道癌の手術死亡は95.4％であり，現在とはやはり隔世の感がある．その後，少しずつ発展したが大きく発展したのは現在の日本食道学会の前身である食道疾患研究会が1965年中山恒明先生を中心に設立されてから現在までの50年である．研究会設立当時の中山先生，桂重次先生，赤倉一郎先生らが研究会を牽引し，その努力により食道癌治療の第一選択として手術が選択されるようになった．中山先生が安全に手術を行う方法として3期分割手術を考案，1964年の「臨床と研究」誌には手術死亡7.4％と諸家の報告が20％を越える時代に画期的な成績を報告した．その後，更なる安全性の向上に加え，遠隔成績の向上が模索されていった．桂，中山，佐藤の3代の会長の間に手術死亡は5-6％とまで改善し，遠隔成績の向上に重点が置かれるようになり，放射線，抗がん剤の併用なども開始されていった．

1980年頃から手術において両側頸部リンパ節の郭清が注目され始め，1986，1987年の食道疾患研究会の主題は「食道癌の合理的リンパ節郭清」でした．この当時，両側頸部リンパ節郭清を行っている施設はわずか6施設のみであり，高齢者において死亡率も高いため否定的な意見も少なくない状況であった．一方で良好な遠隔成績も報告されており，1990年磯野先生が会長の時に全国アンケートを実施，5300例の解析の結果，頸部・縦隔・腹部の3領域のリンパ節郭清群が縦隔・腹部の2領域のリンパ節郭清群より良好な遠隔成績が得られていた．この結果はIsonoらにより1991年Oncology誌に報告されている．この時の3領域郭清群の5年生存率が34.3％，2領域群は26.7％であった．この頃から食道癌の標準術式として，3領域リンパ節郭清が認められ，普及していった．

この頃，食道癌ではすでに術前放射線療法が検討されており，その有用性も報告された．さらなる成績の向上にJCOG食道癌グループを中心に種々の術後補助療法，

胸部上中部食道癌手術成績
中山恒明：臨床と研究　41:14-55,1964

報告者	年代	5年以上生存例数
GARLOCK	1954	4
SWEET	1954	2
DECKER	1955	1
NUBOER	1956	1
PETROV	1957	6
MILLER	1962	5
LOGAN	1963	9
赤倉	1963	1
桂	1964	3
中山	1964	23

Surgical outcome in thoracic esophageal cancer

		year	Number of cases	operative death(%)
1950s	Sweet	1954	120	25.0
	Garlock	1954	91	38.5
	Petrov	1957	123	50.4
	Nakayama	1957	241	9.1
1960s	Nakayama	1963	542	7.4
	Akakura	1966	2985	21.4
	Gunnlaugsson	1970	127	13.4
	Lortat-Jacob	1970	1026	32.4
1970s~	Postlethwait	1983	283	17.0
	Huang	1985	1572	4.2
	Isono	1990	855	4.1
	Japan totaled	1987	4690	7.4



術前補助療法の有用性を検討する臨床研究が組まれるようになり，切除可能胸部食道癌において現在ではJCOG9902試験の結果で優越性が認められたCDDP，5-FUによる術前化学療法が標準的な治療としてガイドラインに掲載されている．更なる予後向上をめざし，術前化学放射線治療，Docetaxelを含めた3剤による化学療法の有用性を検証するランダム化比較試験が進行中である．一方で，手術成績は安定し安全に行われる様になったが，頸部・縦隔・腹部の3領域のリンパ節郭清の侵襲は大きく，より侵襲の少ない手術についても開発が進み，鏡視下手術，ロボット支援手術も導入され一般診療に拡がっている．しかしながら，未だ切除不能食道癌，再発癌の治療には難渋し，今後の更なる新規治療法の開発が必要である．

「胃がん治療50年の歩み」

淀川キリスト教病院・外科
笹子　三津留

この50年で胃がんは，その病気の特性，ステージ分布，治療，予後いずれをとっても著しい変貌をしてきた．1960年代前半，ほとんどの症例は進行がんであったが，その頃より早期胃がんが見つかり始め，胃がん取り扱い規約が出版された．早期胃がんは徐々に，しかし確実に増加し，粘膜内がん，胃炎型早期胃がん，知識の普及で，手術が不要である胃がんも多いことがわかり，EMR，レーザー焼灼，そしてESDへと発展した．初期の適応から，臨床試験を経て適応はどんどん拡大されてきている．高齢者が著しく増加する今後にとっては，きわめて有効な治療手段となっている．

その一方で，進行胃がんに対しては，チャレンジングな手術が行われ続けた．その当時の標準手術であるD2は胃全摘では膵尾部・脾合併切除（PS）を伴う物であったが，丸山が膵を温存する手術を考案し，やがてそれがなし崩し的に標準となっていった．1989年に開始されたいわゆるDutch studyではD2の標準は胃全摘ではPSを伴うものであった．一方，リンパ節に関してもD4と呼ばれる大動脈周囲リンパ節郭清（PAND）が多くの施設で試みられ提唱された．Applebyや左上腹部内蔵全摘術，膵頭十二指腸切除なども盛んにおこなわれた．

この当時，胃がんに有効な薬剤は少なく，また補助化学療法も試みられるものの決定的な効果が得られるものは無かったが，手術単独を標準的に行う施設は例外的であった．1990年代初頭に手術単独への回帰が提唱され，その考えを受け入れる外科医も増え，その後にACTS-GCが実施され，手術単独に対する補助化学療法の優越性が本邦で初めて立証された．

この時代以降の変革の背景として見逃せないものがいくつかある．まず，がんの告知を含めた正しいインフォームドコンセントの普及である．1990-1996年の間に，多くの学会でがんの告知やインフォームドコンセントに関するシンポジウムやパネルディスカッションが開かれ，告知慎重派が徐々に消えていき，全国に普及していった．二つ目に挙げるべきは，正しい医療統計学知識の必要性認識，そしてそれに基づいて正しい臨床試験が実施されていったことと言える．三つ目のポイントはガイドラインの登場である．90年代までは医者の裁量により，個人の好みや医局の習慣に基づいて治療が選択され，行われていたが，胃がん治療ガイドラインが2001年に刊行され，均霑化が始まった．

そのような背景の中で，1990年代半ばより，拡大一辺倒で進んできた手術，郭清を科学的に評価する試みがJCOGによって開始され，その中でPANDの意義（JCOG9501），食道浸潤胃がんに対する左開胸開腹連続切開手術の意義（JCOG9502），大弯に浸潤しない全摘を要する胃体部の進行がんに対する脾摘の意義（JCOG0110），T3/T4胃がんに対するブルゼクトミーの意義（JCOG1001），は全て否定され，これらの手技は標準治療の席を譲ることとなった．

また，早期胃がんに対して機能温存手術（PPG）が広く行われ始めた．また，噴門側胃切除後の再建法として上川法が登場し，患者のQOLは革命的に完全した．ただ，この手技はやや煩雑で細かいテクニックを要求されることから，どこでも誰でもやれるようにはなっていない．

1995年ころより始まった腹腔鏡手術の流れは，今や早期胃がん手術に対する主流となり，韓国ではステージI胃がんに対する臨床試験で非劣性が証明された．進行胃癌においては，いまだ十分なエビデンスがなく，韓国の小規模試験や中国の1000例規模のRCTではステージIIでは問題ないが，ステージIIIとなると成績が劣る結果となっており，韓国と日本において実施された大規模試験の結果待ちである．

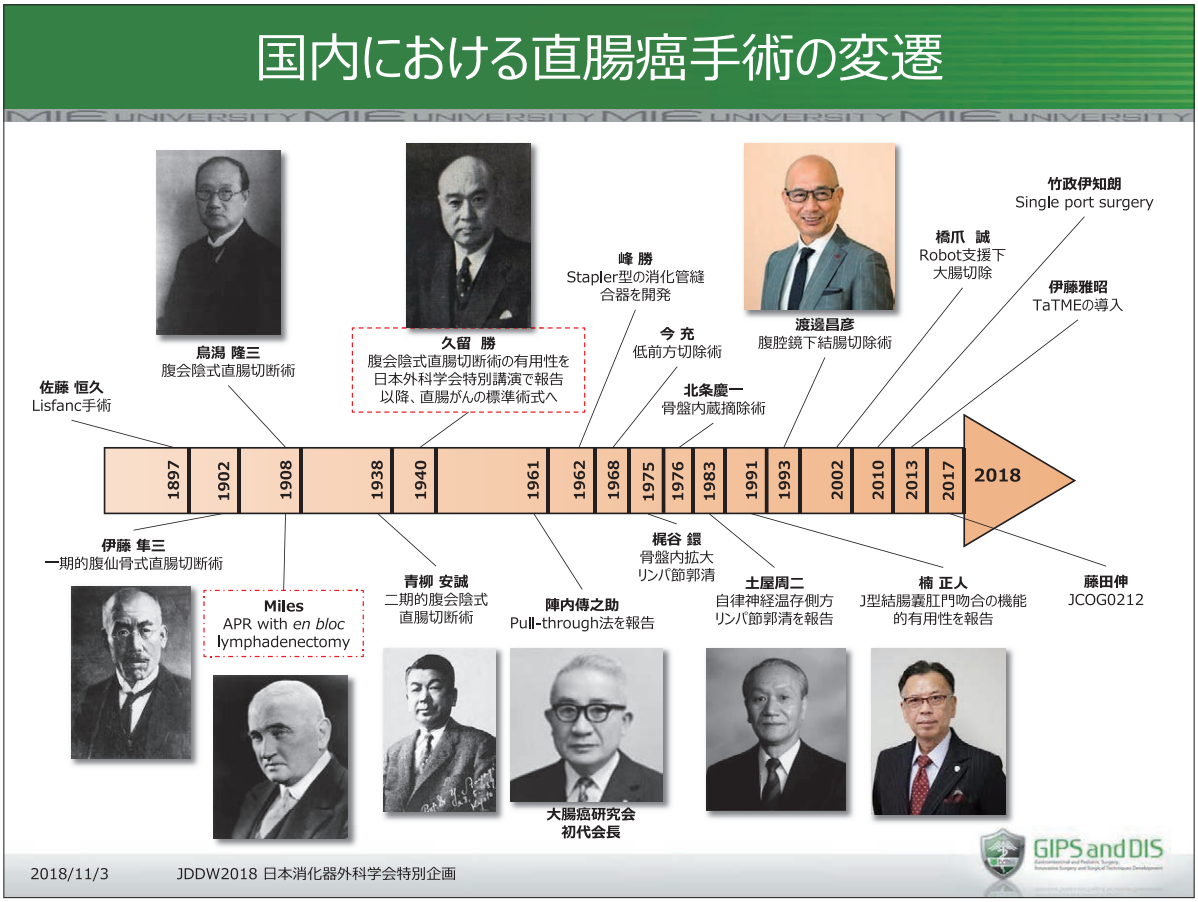
2010年以降はダビンチが登場したが，今までのところ，腹腔鏡手術に対する優越性を示す結果は認められず，医療費高騰の時代，コストに見合う利点が問題となるであろう．

胃がん患者の高齢化が顕著となり，最近では腹腔鏡・内視鏡合同手術（LECS）やセンチネルリンパ節（SN）生検を用いた局所切除など，胃を温存する手術も盛んに試みられるようになっている．85歳以上では，肺炎の死亡率が高くなることから，がんを治すことにこだわるより，胃を残す治療の開発が急務である．

「大腸癌外科治療の50年」

三重大大学院・消化管・小児外科学
楠　正人

本邦の直腸癌手術は1897年の佐藤恒久によるLisfranc式直腸切除術から始まった．その後，1902年に伊藤隼三が一期的腹仙骨式直腸切断術を成功させるとともに，上方経路のリンパ節郭清の重要性を早くから示していた．1908年に英国のWilliam Ernest Milesは上直腸リンパ節領域の郭清の重要性に注目した腹会陰式直腸切断術を考案した．1940年に久留勝がこの術式の優れた手術成績を報告し，現在に至るまで本邦における直腸癌標準手術の一つとなった．腹会陰式直腸切断術が広まった結果，永久人工肛門造設に伴うQOL低下と局所再発という新たな二つの問題が生じた．そこで，欧米の研究をもとに1960～70年代にかけて直腸癌腫瘍肛門側の必要腸管切離長の検討が精力的に行われ，括約筋温存のためにDixonらの前方切除の適応が拡大された．さらに低位吻合を可能とする自動吻合器の進歩や便貯留能の改善を目的とした結腸嚢やcoloplasty等の術式開発を経て，括約筋間直腸切除術まで手術は進化している．局所再発の制御に関しては，本邦での対策は欧米と異なり独自の発展を遂げた．欧米では古くから側方リンパ節郭清の腫瘍学的意義は否定的で，複数の大規模比較試験によって放射線照射による局所制御のエビデンスを構築し，現在の術前化学放射線療法まで発展した．本邦では1970年代に局所再発の制御として拡大郭清手術，いわゆる側方節郭清術が行われ，良好な局所制御の成績が報告された．一方で，術後排尿・性機能障害などが指摘され，自律神経温存手技の確立や適応の見直しにより直腸



癌手術の機能的予後も向上した.

1982年に英国のBill HealdはTotal mesorectal excision（TME）の概念を提唱し，その優れた局所制御効果を示した．自律神経温存のリンパ節郭清術がすでに開発されていた本邦では，その手術手技自体は新しいものではなかったが，その概念は深く浸透した．2017年には，TME単独とTME+側方リンパ節郭清術の成績を比較したJCOG0212試験の結果が報告された．側方郭清に対する非側方郭清の無再発生存に関する非劣性が証明されず，さらに側方郭清は局所再発を有意に低下させることが証明され，本邦においてはTME+側方郭清術が下部直腸癌の標準治療となった.

新たな手術手技として，腹腔鏡下手術も発展してきた．1993年に結腸癌に対する腹腔鏡下手術が行われたことが，本邦における腹腔鏡大腸切除術の幕開けであった．腹腔鏡下大腸切除の対象は徐々に早期癌から進行癌へと広がりを見せたが，適応拡大の妥当性を示すために，進行大腸癌に対する腹腔鏡下手術と開腹手術の根治性を比較したJCOG0404試験が行われた．2017年にその結果は報告され，5年生存率は両群ともに優れた結果であったが，腹腔鏡下手術の開腹手術に対する非劣性は証明されなかった．したがって，進行大腸癌に対する腹腔鏡下手術はacceptable treatment optionと現状では位置づけられている．また最新の直腸癌手術手技として注目されている経肛門的全直腸間膜切除術，ロボット支援下手術の症例数は本邦で増加してきており，これらの治療成績に関する報告が待たれる.

今後50年はmolecular biologyの発展に加えて人工知能の医療参入により外科治療のテーラーメイド化が飛躍的に進むと考えられる．すなわち大腸癌外科治療において手術適応，切除範囲，リンパ節郭清の範囲の決定は現状のTNM分類からmolecular biologyに大きく依存することが示唆される．医学は常に先人が努力して蓄積してきた叡知のもとに進歩する．「飲水思源」を胸にこれからの大腸癌外科治療のさらなる発展を願うばかりである.

「肝癌外科治療50年の進歩」

国立国際医療研究センター
國土　典宏

肝癌治療の50年を振り返ると，肝切除が唯一の有効な治療法であった時代から肝動脈塞栓化学療法TACEが開発された1980年代，エタノール注入療法の1990年代とそれに取って代わったラジオ波焼灼療法（RFA）の2000年代，分子標的薬の登場した2010年代と，新たな有力な複数の治療法次々に開発・普及してきた歴史であると言える．また肝移植という選択肢も生体肝移植が保険適応となった2000年代以降わが国で年間100例程度のペースで行われてきた．この間の治療成績向上には目をみはるものがあり，日本肝癌研究会全国原発性肝癌追跡調査のデータによると肝癌症例全体の死亡率は1970年代の10%程度から80年代には30%近くまで上昇し，2000年代には約40%に達している．この間，肝切除は一貫して肝癌の代表的根治療法と位置付けられ，現在わが国の肝癌患者の約30%が肝切除を初回治療としてうけていると推定されている．

肝切除の進歩は，安全性と正確性の向上が車の両輪のようになされてきた．肝癌が他の癌腫と異なるところは障害肝に発生することが多く，生命維持に必須の肝機能保持と癌根治のための肝切除量とのバランスをとる必要があるということである．肝機能評価法は欧米でも広く用いられているChild-Pugh分類だけではなくICG負荷試験をほぼ全例で行い，正確な肝予備能評価に基づいて肝切除量の限界を定めてきた．葉切除などで残肝要領が不足する場合は門脈枝塞栓術が1980年代に幕内らによって開発され，現在では世界中に普及している．最近では残肝容量がさらに不足する場合の方策として門脈枝結紮に肝離断を付加するALPPS術式も開発されたがその意義についてはまだ評価が定まっていない．

肝細胞癌は経門脈的に肝内転移を来すという事実に基づき，切除量を減らしつつ根治性を担保する術式として超音波ガイド下系統的亜区域切除術が幕内によって1980年代に開発され，肝癌の標準術式となった．腹腔鏡下肝切除は手術創が大きいという従来の開腹肝切除のデメリットを解決する方法として1990年代に登場した．1993年の金子による本邦第一例から徐々に普及が広がり，2016年から保険適応術式がほぼ全術式に広がった．安全性を担保しつつ技術の向上が望まれる．最近では3Dコンピュータナビゲーション技術，ICG蛍光イメージングなど新しい手術支援技術も開発されている．

「胆道外科50年の歩み」

名古屋大・腫瘍外科
棚野　正人

胆道外科50年を振り返るとともに今後の展望を述べるが，主に治療が最も難しく治療成績が不良な肝門部領域胆管癌に関する術前・術後管理，手術術式等の変遷を概観する．

術前診断において最も画期的な出来事はMDCTの出現である．胆道ドレナージ前に撮影された質の良いMDCT画像により，1) 脈管（胆管，肝動脈，門脈，肝静脈）の三次元解剖，2) 腫瘍の局所進展度診断（水平方向進展，脈管浸潤の有無），3) 肝区域容積などが容易かつ正確に把握できるようになり，それ故，多くの症例で入院当日にMDCTを撮れば切除の可否および切除可能例では想定される術式の立案が概ね可能となった．胆道ドレナージの方法は10年程前までは経皮的アプローチが主流であった．しかし，本法はseeding metastasis（瘻孔再発，腹膜および胸膜播種など）の原因となり，切除例の予後を悪化させることが明らかとなったので，現在では内視鏡的ドレナージを推奨する旨，胆道癌診療ガイドラインに明記されている．1980年代に幕内が世界で初めて臨床応用した門脈塞栓術は，広範囲肝切除の適応を拡大し，術後肝不全を予防する革新的な方法で，現在，世界で拡く用いられている．また，最近では栄養，synbiotics，運動療法などを包括的に取り入れた“プレハビリテーション”が術後合併症を予防するために非常に重要であることが明らかにされ，浸透しつつある．

肝門部領域胆管癌の手術術式において最初の重要な進歩は，尾状葉をen blocに合併切除する必要性が明らかにされたことである．本邦では少なくとも20年以上前から尾状葉合併切除を行う事が常識となっているが，欧米諸国ではその割合は未だ低率で50%を超えるseriesは少ない．2000年以前，本邦の肝門部領域胆管癌の外科治療は黎明期とも言える時期で，広範囲肝切除，脈管の合併切除，肝膵十二指腸同時切除などにも適応が拡げられて行ったが，手術死亡率は高く，長期生存も芳しくなくその成績は概して不良であった．しかし，新世紀になると次第に成績が改善し，本邦の専門施設からは良好な成績が発表されるようになってきた．筆者らの施設の成績を述べると在院死亡率は1977-2000年10.1%（n=188），2001-2005年3.0%（n=168），2005-2010年1.4%（n=218）と著明に低下し，5年生存率も2000年以前の23%から2000年以降は38%と改善している．R0N0の症例に限れば5年生存率は67%と極めて良好であった．しかし，最も世界をリードしている本邦でも専門施設以外での成績は良好とは言えず，手術適応，手術成績における施設間格差が非常に大きいのが問題となっている．一方，欧米諸国では，未だに切除率は低く（ほとんど50%以下），脈管の合併切除や肝膵十二指腸同時切除などの拡大手術は極めて少なく，それにも拘わらず手術死亡率が10%を超えていることが多い．これは本邦の20年前と同等あるいはそれよりも悪い成績である．欧米と本邦の大きな差が何に寄るかを明確に述べることは難しい．日本人患者に肥満が少ないのもその理由の一つになるかもしれないが，術前術後管理や手術に“きめ細かさ”が要求される本疾患の外科治療は日本人に向いているのかもしれない．

外科治療が進歩してきたとはいえ，限界も明らかになってきている．特にリンパ節転移切除例の不良で，効果のある補助化学療法の確立が急務である．しかし，胆道癌領域で使用できる抗癌剤はいまだ3種類しかなく，しかもその効果は極めて限定的である．“集学的治療”という言葉には夢を感じるが，胆道癌の外科治療に携わる者は，これは未だ机上の空論に過ぎないことを念頭に置かなければならない．

「膵臓外科50年の歩み」

和歌山県立医大・2外科
山上　裕機

日本における膵頭十二指腸切除術の初めての報告は1946年久留らによる日本外科学会抄録である．その後，吉岡らにより1950年に論文発表されている（外科1950;12:87）．膵全摘の報告は同じく1950年に本庄らにより論文発表された（手術1950;4:399）．すなわち，日本では1950年代に膵臓外科の黎明期を迎えたといえる．米国FortnerらによりRegional pancreatectomyの概念が提唱され日本においても膵がんに対する拡大手術が先達により行われた．とくに膵頭部癌の神経叢郭清およびリンパ節郭清に関する臨床研究が活発になり，国際的にも日本は膵がん拡大手術のメッカになった．しかし，イタリアおよび米国のRCTにより拡大手術の臨床的意義が否定され，二村らによる日本でのRCTでも拡大郭清の意義は否定された．しかし，上腸間膜動脈周囲の神経叢およびリンパ節郭清を十分に行い，R0を得ることが長期生存の必要条件であり，中尾らによりMesenteric approachの概念が提唱された．Mesenteric approachはArtery first approachのひとつであり，膵臓外科における革命的な手技といえる．現在，この手技の臨床的意義を検証するために多施設共同RCTが開始されている（MAPLE-PD試験）．ついで，膵機能温存術式が新たに開発され，膵部分切除，十二指腸温存膵頭部切除，脾温存膵体尾部切除などが報告された．この時点で，拡大手術から縮小手術までほとんどの膵臓外科術式が登場したといえる．ついで，門脈合併切除が安全に行われるようになり，端々吻合のみならず自家静脈グラフトを用いた門脈再建も報告された．その後，膵手術後の膵内分泌・外分泌機能からみた至適手術法の検討がなされ，膵胃吻合や膵腸吻合の検証が行われた．さらに膵液瘻や胃内容排出遅延を予防する術式が開発されてきた．とくに膵液瘻予防に関する多くの研究がなされ，現在では臨床的に問題となるGrade B/C膵液瘻の発生頻度は10～15％に低下してきた．胃内容排出遅延については結腸前吻合や幽門輪切除膵頭十二指腸切除術（PrPD）の開発によりほとんど問題がなくなったといえよう．これらは日本における数々の臨床試験の成果である．

膵がんにおいても化学療法の進歩により手術適応も変化し，とくに近年のFOLFIRINOXやnab-paclitaxelにより，局所進行膵がんにおいてもConversion surgeryの概念が導入されるに至った．今後，質の高い臨床試験を日本主導で行い，進行膵がんの治療成績が向上することを期待したい．術後補助療法に関しては欧米で多くの臨床試験がなされ，Gemcitabineによる補助療法が国際的標準治療となったが，上坂らによりJASPAC01として行われたRCTにより日本で開発されたS-1の優位性が証明された（Lancet 2016）．最後に，腹腔鏡手術について概説したい．腹腔鏡手術やロボット支援手術については欧米や韓国に大きく遅れた日本であるが，膵体尾部切除においては膵がんに対する保険収載がなされ，膵頭十二指腸切除術でもリンパ節郭清を伴わない手術が認められるに至った．今後の進歩に大いに期待したい．先達による膵がん手術にかけた思いをわれわれは継承し，より安全で確実な膵がん手術を開発するとともに，集学的治療を駆使することで膵がん治療成績がさらに向上することを大いに期待したい．

3

50周年記念
インタビュー

50周年記念インタビュー①

井口　潔 先生



語り手：井口　潔
日本消化器外科学会　名誉会員
九州大学　名誉教授

聞き手：森　正樹
日本消化器外科学会 3代目理事長
大阪大学　名誉教授
九州大学大学院消化器・総合外科（第二外科）教授



消化器外科学会は 1968 年に発足し，第 1 回総会を開催してから，2018 年で 50 周年を迎えます．学会創立の立役者の 1 人である井口潔先生に，設立当初からのお考えや苦労された点など，今の世代が知らないことをお話いただきました．聞き役は日本消化器外科学会 3 代目理事長　森正樹先生です．

日本消化器外科学会創立の時代

森：世界的に見ても，消化器外科全体を網羅した学会というものはあまりないんですね．アメリカにも消化“管”学会はあるんですが，いわゆる肝・胆・膵を含めた消化器外科というのはないようです．日本で消化器外科という，食道から胃，大腸，それから肝胆膵の疾患全体を網羅した学会を設立しようとされたきっかけは，中山恒明先生の呼びかけであったと．そこから梶谷鐶先生，村上忠重先生，山岸三木雄先生などが話をされて，井口先生も13名の設立世話人に参加されていますね．当時すでに，日本外科学会という基盤になる団体がありましたが，新たに消化器外科学会を発足させることに，反対はなかったんですか．

井口：日本消化器外科学会は1968年の設立ですか．その年の6月2日に，九州大学の構内に米軍のジェット機が落ちたんですわ．それで大学紛争が始まったわけです．私が教授になったのが昭和38年，1963年です．その頃は表向きは大きな騒ぎはなかったけれども学内はざわざわしていて，きっかけがあれば何でも良かったんですよ．そこにジェット機という格好なものが来たからね，これだ！　と学生運動に火がついた．

学会の創立はそんな大混乱のときです．大学はとてもじっくり学問をしようというような雰囲気ではない．一方において，外科学会の総会をするところというと，ある程度人口の多いところと決まっている．だから有能な方がおられても，勤める場所が適当でなければその役割が回って来ない．表向きには言うわけにはいかないが，そういう地の利のない方でも十分に活躍できる場を作りたい，そういう理由もあったんです．

森：なるほど．

井口：ところがですね，もちろん消化器外科というのは外科の中心になるわけですが，今から私が翻ってみますに，九大は1903年にできています．東京帝国大学，京都帝国大学と来て，九大は3番目です．九大からすると，帝国大学ができて1945年という終戦，どこの場所でも終戦です．それまではドイツ医学でやってきました．終戦からアメリカが入って来て，アメリカ的な医学も入って来たわけです．そうするとね，消化器外科っていうのは，ドイツ医学のやり方を強く持っておった．私の先生の友田先生も，助教授時代にドイツに留学しておった．そこでドイツ的な，いわゆる学問的なやり方が，基盤であると強く思った．

そもそも医学用語がどこから起こってきたものかというと，オランダのライデン大学で起こったものがイギリスのエディンバラ大学に移り，そこで花が咲いたわけです．それが病院医学なんです．各国から留学してきた医師が，自国に帰って自分の医学を作ると．

日本の場合はご存知のように，相良知安が明治政府にイギリス医学ではなくドイツ医学を採用するのがいい，と言い出してそうなった．ところが，19世紀初めのドイツでは科学分野においてもロマン主義が流行っていて，サミュエル・ハーネマンという医師がホメオパシーという変な医学を始めていたんです．

例えば，マラリアにはキニーネが効きますが，マラリ

アにかかっていない人に少量のキニーネを投与し続けると，その人にはマラリアの症状が出るんだそうです．ハーネマンはそれを見て，病気を治すには，その症状を引き起こす薬を見つけて来て，少量ずつ飲ませれば治るんだという考え方をし，それをホメオパシーと呼んだ．そういう，科学的でもなんでもない，近代医学でない思想がものすごく流行っていたんです．また，当時ドイツはイギリス，フランスとも仲が悪かった．そこでドイツの若い科学者が，こんなことをしとったら大変なことになる，遅れる，ということで．研究室医学をやることになった．顕微鏡で見て，動物実験をやる．それで研究室医学のほうはすぐに結果が出ますよね．一方，病院医学は患者を診るから時間がかかります．しかし見栄えが良かったわけです．

さて，明治維新で，日本はどこの国の医学を手本にすれば良いのかというとき．イギリスのエディンバラ大学を卒業した医師が，戊辰戦争のとき，脚の切断とか妙味あるような先進医学を見事にやってのけた．だから当然，「イギリスを師匠にすべし」，と声の大きい山内容堂が言いましたが，今の文部省の医学教育長に相当する立場になった相良知安が「お前はどこの国を師匠とするか，国を選定せい」と問われた際に「ドイツであります」と答えた．大隈重信の後押しもあり，山内容堂らを抑えて日本の医学の師匠はドイツになったんです．

文部省の留学生として，私の恩師世代の人たちが全部ドイツに行って，その学問らしい雰囲気に感激して帰ってきた．

だから戦後，私たち弟子がアメリカの医学のいいところを言うとものすごく機嫌が悪くなりました．「やっぱりドイツ医学がいいですね」と言わないと怒られる．ドイツ医学を礼賛していたんです．戦後は社会のほとんどがアメリカナイズされましたが，医学だけはそうならなかった．私が教授になった1963年から1970年にかけて，そんな我々の恩師たちが定年になって辞めた．こういった背景があり，大学紛争が始まる頃に，日本の医学が変わったんです．そんな間に，日本消化器外科学会ができたというのは，一つ面白い見方がある．時代が変わって私ども1920年生まれくらいの者が教授になった．さてこれからの日本の医学をどうするかというとき，アメリカナイズに頑強に従わなかった医学界は，1970くらいの学生運動の時期，日本の医学をどうすべきかということを冷静に考えた．だから1970年頃に，我々の恩師はドイツ医学だったけど，我々はドイツ医学のいいところとアメリカ医学のいいところを合わせて，本来の日本の医学を作ったという自負がある．そういう意味で，非常に面白い．大きく開腹して直視下で手術をするのがドイツ式ですが，そういう基本を我々がやった．患者さんのリハビリとかいうことより，病気を治すこと重視．そんな時代が1990年くらいまで続きました．その頃からロボットや内視鏡とか新しいものが入って来た．そのときのアメリカ医学の良いところは，インフォームドコンセントですね．1950年くらいにアメリカからそういう情報がどんどん入って来た．日本では滅多にないが，アメリカではすぐ医療裁判するんだと．だから裁判に負けないようインフォームドコンセントをちゃんととっておくんだと．でもだんだんそうでもないぞ，と．

やはり手術を受ける患者の心理も考えなければならないと日本人も反省して，そういうアメリカの考え方を受け容れた．だけどがんの治療をするとか手術をするとか，根底は消化器外科学会がきっちりやっとった．

森：本音のところでは，旧帝大系の教授は活躍の場があるけれどそうでない有能な方がなかなか会長になれないので，作ろうという気運があった．その後に，もう一つ，若い世代が教授になられて，これまでのドイツ医学の流れに新しく入ってきたアメリカ医学の流れを取り入れたうえで，日本独自の医学を構築していかなければならないと，そういう気運が高まって，ぜひ新しい学会を作って発展させていこうじゃないかという時代だったということですね．素晴らしいお話をうかがいました．

井口：消化器外科学会ができてから10年後，1978年に日本外科学会の総会の会長をしましたが，その10年間はものすごく面白かった．ある意味では混乱を起こしてもいたんだけど，俺はこうするんだと言うと，実現できた．古典的な外科というものが日本で花を咲かせたのはこの時期なんです．消化器外科学会ができた頃です．実際，私も短期間ですけどアメリカに行って，アメリカ医学というのはアメリカ人の体質もあるけど，大きな決定的な手術はやりにくい．どうしても姑息的になってしまう．日本人の性格もそうですけど，体に余分な組織があまりないからきっちりやると．だからアメリカへ留学したり向こうから来ても，「本来のものはこうでしょ」というのが通るんですね．ですからそういう意味で，古典的な外科学を樹立したのは日本であるし，それをしたのは消化器外科学会設立の時代であると誇りを持ってい

い．倫理的なところは，武士道精神からアメリカ式の現実というものを率直に取り入れました．ですから外科の手技的な部分はアメリカが入って来ても，古典的なものは微動だにしていない．ただ心臓移植とかは遅れましたけどね．今から思えば，心臓移植をやった南アフリカは人権問題なんか考えないところですからね．ドイツ医学で学んだ先生の次世代が，新しい時代に即して本当のドイツ医学の良さを完成させた．その自負心は強調されていいと私は思います．

専門医制度

森：たいへん貴重なお話です．日本消化器外科学会の特長は，専門医制度と，評議員を点数できちんと選ぶところかと．若い人でも頑張れば専門医になれる，教授であっても足りなければ落ちるという，ある意味透明性の高いシステムです．先生は専門医制度にも関わっていらしたと思うのですが，何かお話がございませんでしょうか．

井口：大学紛争の最中に専門医制度の議論，盛り上がりましたね．私は賛成しましたが，専門医とそうでない者が差別される，差別はいかんという反対があった．だから私が日本外科学会会長になったとき，低迷していたものをどこかで「やれ！」と言わないとダメだと思った．

森：先生がイニシアチブをとられて外科学会の認定医制度がスタートしたんですね．昭和53年に専門医制度検討委員会が立ち上がりまして，そのときの委員長が井口先生．外科学会の認定医試験が始まったのは多分昭和60年くらいかな．私が第1回受験生です．そこから数年遅れて消化器外科学会でも専門医制度が始まった．今年から，日本専門医制度機構というところが正式に発足して，各領域の専門医を認定しようという動きがまた新たにスタートしているところです．また，日本消化器外科学会の評議員に関しては．たとえ若くても頑張って業績評価の点数を取れば評議員に選ばれるようになっています．他の学会は偉くないとなれませんから．

井口：いいシステムですね．

老婆心録

森：井口先生が還暦の頃に書かれた『老婆心録』を拝読して，私たちも気持ちを新たにしました．九州大学の第二外科は礼儀にも臨床にも研究にも厳しかったけど，厳しいからイヤだということはなかった．老婆心録，これは非常によく読まれている．各大学，例えば東北大学もこれをモットーにしている．ほんのちょっとモディファイしたものを教室に配って．阪大も礼儀に関しては甘い点が見受けられたので教室員に配っている．今読んでもその通りで，こうあって欲しいと思う通りです．先生，これをまとめられたときの思い出というのは．

井口：昭和20年，学徒動員で軍医候補生になったんですね，卒業する前に．そこで2か月間教育を受けて，見習士官になるわけです．そのときの教育隊長が東大出の軍医だったんですが，その人が，「わずか2か月で君たちに何も教えることができなかった．せめて各隊に配属されたらまずこれを読んでくれ」と言って，われわれに老婆心録というガリ版刷りをくれた．私の作った老婆心録はそれをちょっとモディファイしたものなんです．もとの老婆心録は50行ぐらいで，まず最初に理想に燃えて何でもやるぞという気概を持ったのが青年将校だといったことが書いてある．次に具体的に，君たちが所属する中隊だ．中隊に一人軍医がいる．一個小隊が多くて100人ですから，400人に1人軍医．そうするとまず命令を受けて赴任すると中隊長に挨拶をする．「到着いたしました」と．多分，下士官が「ここにおかけください」と言うだろう．絶対に座ってはならない．わずか2か月間で何もわからないのに座ったら，自分でできるだろうかというコンプレックスができるから，突っ立って，ぐっと手を後ろにして執務中の隊長を睥睨しておけ．俺は負けんぞ，と．そういうところから始まる．そして軍医として赴任したら部下の姓名を暗記しろ．ぱっと会ったら「お，田中，元気か」と．そうすると部下は感激する．そういうところから掌握するんだ，とか．極めて具体的なことが書いてある．それをモディファイしたんです（笑）．

森：その方は自分の経験則からまとめられたんですかね．すごい方です．

井口：でしょう．ガダルカナルで九死に一生を得て中佐で帰って来て，教育隊長になったとき大佐に昇任して．今から見るとおかしいけど，私どもはそういう教育隊長，大佐という方が眩しくてですね，よく上官の顔を見ることができないわけ．命のやりとりをする，いちばん長だ，この人のために死んでもええ，と思っていたんです．

九大医学史観

井口：九大の医学の歴史にはうねりがあります．第一期が開学から終戦まで．第二期が終戦から1990年くらいまで．第三期がそれ以降．第一期がどういう時代かというと，ドイツ医学を引用はしたけれど，まず何も知らない．漢方のことは知ってるけど，カルテの書き方もしっかりしていなかった．1903年から1945年までの約40年間は，医学そのものを体系づけるための勉強ですから，まず症例報告をきっちりやる．症例報告をやるうちにいろんな文献を調べて患者を診るということですから，医学そのものを新しく開発するというような時代ではなかったですね．しかも昭和5年頃から軍医に戦死者が出て来る．満州事変とか．そして戦争末期はおびただしい戦死者が出るので，卒業したらすぐ戦地で，医局員はほとんど残らない．そうするとこの第1期が医学としてどういう時代であったのか，どういう表現をしたものかと困ったことがある．そのとき，ハッと思ったのは，医師としての教育をやったんだということ．人間教育ですね．ところが終戦の前の帝大には旧制高等学校を出ていないと入れない．旧制高等学校というのは旧制の中学校を出て，3年間の高校生活をする．そのときに，受験勉強とはまったく無縁の3年間です．旧制高校から大学に入るのは無試験に等しいわけ．帝大は倍率2倍近くのことがあったけど，単科大学はがら空きですから．入学試験に勉強する必要はまったくない．そこで哲学や人間というものを徹底的に，しかも先生からじゃなく上級生からやられるわけですね．旧制高校の非常にいい経験を持ったものだけが旧帝大に入るわけ．そうすると，入って来た学生は3年間，学校の勉強はせんで，哲学ばっかりやってきてる．「裸になれ，バカになれ．裸にもなれん奴がどうやって人の役に立てるか！」と．運動部のそういう．目の前にいるのは上級生で尊敬される．そういう3年間で，「あーよく遊んだね．これからは勉強せんといかんね」と来る．大学入ったとき，教授がしごいても，「待ってました！」と一生懸命勉強するんです．それは目的があるんじゃない，人間としてやらねばならないんだという，強烈な人間教育の塊があるんです．強烈な人間教育というものをやったのが，第1期．

帝国大学はそういう一つの強みがあった．そして終戦になって，新制大学ができ，教授が必要となる．そこで旧帝大の強烈な人間性を持った面々が教授になって行った．当時の新制大学はたいてい専門学校が昇格したものだったんですね．大学になったけれども，いい教授がいない．その教授を第1期の旧帝大が全部補給した．そして第2期に，その教授たちが古典的外科学を作り上げた．

日本はどういう医学の発見をしてきたのか．流通的なことはよく評判になりますが，誰がそれを指導したのかということはあまり文章に出ませんよね．その指導者を養成したのが第1期である．それは強く言っても言い過ぎることはない気がします(笑)．そういう誇りを持っていい．

森：初期の日本消化器外科学会を支えて来た方々が，そういった各大学の先生ですね．

井口：そう，みんなそうです．

若い外科医へのメッセージ

森：そういう時代を経て，もうすぐ設立50周年を迎えますが，会員数としてはこの20年くらいあまり変わっていない．外科学会も含め，外科系の学会の問題点は，新規の会員数が増えないということなんです．実際には会員が若干減っていて．昔より医学部の定員自体は増えているので，本来なら少しずつ増えてしかるべきところが，そうではない状況が続いてる．由々しき問題なわけなんです．私たちとしては，どうして減っているか調べたりしているんですが，一つ，新しい臨床研修医制度が始まって，最初の2年の間で，外科，内科，いろいろな科を回るんですね．回ったときに，外科がどうしてもきついと．表面的な理由で敬遠している人がかなりいるのではないか，と．本音は聞けないので，実際はわかりませんが．外科系志望だった人も2，3か月外科を回っているうちに「辞めとこう」と．情けないんですが，先生からご覧になって，若い子どもたち，どうでしょうか．もうちょっと頑張って欲しいと思ってしまうんですが．

井口：強くそう思いますね．物質経済のところに全部関与していますよね．それはいい悪いじゃない．経済はうまく動かないとどうにもできないから．それはそうなんだけども，脳の機能から言うと，脳の新しい機能ですね，大脳新皮質系という，何か物事をやらなければならないときに働くものです．これをよく使う一方で，古い脳，大脳辺縁系はおざなりになっている．人間の脳というのは二つの層から成ってるから，両方をバランスよく使う必要がある．知性ばかりでなく古い脳，いわゆる感性を

強く使わなければならないということが，生物学的にあると思うんですよね．ところが感性というのはちょっとつかみどころがない，抽象的で．だけど，何かの目的のために論理をつかまえてやっていくということばかりやってくと，どっかで行き詰まるよと，人類は滅びるかもしれないよ．人類は繁栄のために生きているわけですから，大学まで出たような者は人類が繁栄することに対する責務がある．そう考えると，易きに流れるということは言語道断であると．医師というのはエリートで学問もよくでき，親もちゃんと学費をだしてくれて恵まれているわけですね．恵まれた者ができるだけ娯楽的に，楽な仕事に就いたら，これは人類は滅びますよ．でも現実問題として，そういうこと言っても仕方がない．具体的にはやはり体で覚えないかん．そうするとやっぱり医局というもの，昔ながらの徒弟制度ですね．医局の中でいろんな役割をするし，人の世話もするし，ということを，医者というものは必ずどっかで経験せんといかん．それでいてできるだけ給料は安いところ．若いときにそういう習慣をつけてしまわないと，人からも尊敬されないと強く思いますね．

二外科は過酷な医局かもしれませんが，二外科に入った人間がイヤだイヤだと思っているかというと，そうではないと思う．そこに入った人間は，きつい環境でやっている，打ち勝っている誇りがあると思う．医局にも悪い点があったかもしれんけど，医局を解体したことで社会的にも悪い点がたくさん出てくると思う．うちも開業医でうちに来てるのがいるけど……医者が足りないときは医師派遣会社に頼むより仕方がない，そうするとどんな医師が出て来るかわからんわけですよね（笑）．こっちのが給料がいいとかなんとか．これだけの医学の教育を受けて国家試験も通って，それで給料のいいところへ行くっていうのは．アメリカはいろいろな国の民族が集まっているからいいけど，ああいうところは逆なんですね．自分で自分を律するというか抑制するというか．やはりアメリカはそれなりにきついと思うんですよ．日本人はそういうのがないもんだから，甘く甘く．

森：現実問題として，若い人たちがきついところを避けているのをどうするのか，を皆で頭を悩ませ続けているんですが，打開策がなくて．会員が少なくなっていくのは残念な状況です．井口先生に鍛えていただいた我々の世代は理解できるんですが，今の若い子にそういう話をしてもなかなか通じないところがあってですね．だからといってあきらめていては始まらないのでどうすべきか，が大きい問題です．今の我々のような現役の教授はそういうところに頭を悩ませています．他方で，少し話は変わりますが，最近の消化器外科学会の動きの中で，これまでは日本の消化器外科医をターゲットにしていましたが，よりグローバリゼーションを目指していこうと，海外からたくさん会員を獲得したり学会に参加してもらったり，かなり努力しているところです．その中で，嬉しいことに日本の消化器外科学会で活躍している人たちが，きちんとした臨床治験をやり始めて，その臨床治験の成果がNew England Journal MedicineとかThe Lancetとかきちんとしたジャーナルに掲載されて，その情報が世界に発信されているというのが，この10年くらいの流れです．一つの例を挙げますと，国立がんセンターにおられた笹子三津留先生や佐野武先生らが日本の胃がんの郭清の程度と予後がどんな関係にあるか，ようするに胃がんとして標準術式をどうすべきか，これは日本では昔から論じられてきたことですが，世界ではまだそういう概念すらなかったところにもってきて，彼らがきちんとした臨床スタイルを確立した上で成果をNEJMに発表したことで，それを元に胃がんの世界標準，スタンダードはこうあるべきだとアメリカでも認められ，イギリス，フランス，ヨーロッパでも認められたということで，これが日本の消化器外科が最近誇るべき成果と言えます．

オンゴーイングでそういうことをやっているので，学会としてはきちんとした情報を世界に発信していくというある程度の責任を果たしつつあるかなと．まだまだ足りないんですけど，そういう気運は井口先生はじめとした先代の方々が築いてきたアカデミーの上に成り立っている．成熟させていただいたことに感謝しております．

「外科教育については心配です」（井口）

森：医学は経済に比べ20年近くグローバリゼーションが遅れており，近年ようやく目覚めてきたところがあります．先生はグローバリゼーションに関して何か教えていただくことはありませんか．

井口：1990年から大きく医学の基盤というのが変わってきました．基礎的にいうとすべてのものが分子レベルでリレーしているという考え，もう一つはできるだけ侵襲を少なくするという考え．また，今までは個人で研究

データを出していたけれども，ある期間，ある集団といった形でデータをまとめて出すということは，第2期ではできなかったことだと思うんですね．さて，臨床を離れてもう長く経っているのでわからないのですが，内視鏡的に手術をやるということは，局所だけしか見たことのない医師が出てくるということです．広く開けたことのない，全体を見たことのない外科医がこれからどうなっていくのか．外科教育については心配です．

森：内視鏡外科学会がそういう点を問題視してまして，我々教育するものとしても頭が痛いところなんですが，いわゆる内視鏡をメインにやり始めた時期に外科医になった人たちが手術できないかというと，非常に手術，上手なんですね．ですから必ずしも大きく開けて実際にいろいろ見てこないと内視鏡手術ができないかというと，それはないんですね．ただ，ちょうど私たちの時代から端境期で，大きく開ける手術から内視鏡に移る時代でしたので，私も教授になってから腹腔鏡手術を始めたんですね．始めたんですけど，開腹手術の経験があると，腹腔鏡手術は極めて入りやすいんです．大きく開けてやっていた先生が，そういう手術をすると意外にcomfortable．そこはふんぎりがありさえすれば，移行はしやすいと思うんですが，ただ若い人の教育にとって，内視鏡だけでいいのかというのはわからないのと，例えば内視鏡だけではできない状況が起きたときに，やはり開腹の経験がないと難しいかもしれない．なかなか結論が出ないところです．そうは言ってもまだ2割くらいは開腹でやりますので，それをきちんと見てもらいながら内視鏡もしっかり教えていくというスタンスで当面はやり続けないと．

井口：若い先生方には必ず大きな手術の経験も必要でしょう．

森：おっしゃる通りで，そのようにやっています．仕組み上，ある程度は参加しないといけないことにしています．例えば専門医をとるときに，そういう手術の経験を見るといった基準を設けています．

私たちが存じ上げないことをたくさん教えていただき，いたく感激いたしました．先生，本日はありがとうございました．

井口：ありがとうございました．

50周年記念インタビュー②

土屋　周二 先生



語り手：**土屋　周二**
日本消化器外科学会　名誉会長　名誉会員
第25回日本消化器外科学会総会会長
元・横浜市立大学医学部第２外科　教授

聞き手：**遠藤　格**
日本消化器外科学会　理事
横浜市立大学　消化器・腫瘍外科学　主任教授



学会創立から活動に関わり，また第 25 回総会会長を務められた土屋周二先生に，長年のご経験で培った観点から学会の思い出や外科医に対する思いをお話しいただきました．聞き役は日本消化器外科学会理事　遠藤格先生です

第１回日本消化器外科学会総会

遠藤：まず先生．第１回の日本消化器外科学会総会の思い出を伺いたいと思います．

土屋：第１回ですか．第１回会長は山岸三木雄先生ですね．

遠藤：その時は先生は会場にいらっしゃったんですか．

土屋：行きましたね．まだ全然下っ端のほうでね．ここ（横浜市立大学）に来る前ですね．

遠藤：どういう経緯でこの日本消化器外科学会が創立されたのか，先生の視点からお伺いできますでしょうか．

土屋：その当時は日本外科学会が非常に広範囲を扱っていました．でもね，会員の中でも消化器関係の人がかなり多いんで，ちょっと全部消化しきれないんじゃないかという意見がありました．あれは名古屋ですかね，名古屋で日本癌治療学会があった時に，私どもは下っ端でそんなこと全然知らないけども，中山恒明先生（東京女子医科大学）とか村上忠重先生（東京医科歯科大学）ですかね，ああいうお歴々が集まりまして．その中で山岸先生が一番年配だったらしいんですよ．それで，あなたが第１回やりなさいって言われたっていう話ですね．で，大久保さん（大久保高明先生：横浜市立大学）が幹事になって第１回を開いて，しばらくは横浜市立大学第２外科に事務所があったんですよ．そのうちだんだん大きくなってきたのと，山岸先生の定年退官もあり，東京女子医大の消化器病センターに移りました．

遠藤：中山恒明先生のところですね．

土屋：移ってね，女子医大のほうで事務をしている間に事務所ができましたんですね．僕らはその頃はまだ，下っ端でただちょこまかしているだけでね．

遠藤：写真集を見ると石川 浩一先生（東京大学第１外科）や梶谷　環先生（癌研外科）もお姿がありますが，梶谷先生も設立メンバーですか．

土屋：梶谷先生ともう一人，陣内傳之助先生（大阪大学第２外科）ですね．あの辺が当時の消化器外科のボスだったんです．

遠藤：そうですか．

土屋：井口　潔先生（九州大学第２外科）もね．私のほうなんかもう歯牙にもかけられない下っ端で，後ろのほうで居眠りして帰っちゃったりなんかしました．

遠藤：第１回を開催されたのが，横浜の県立音楽堂のようですね．

土屋：会場がなくってね，横浜にも．山岸先生がやられたんで，僕はまだ横浜に来ていませんでしたからね．大久保高明先生なんかが，池田先生（池田典次先生：横浜市立大学）とかああいう方々がお世話されたんだと思いますけど．

遠藤：これは昭和43年ですから．1968年ですね．

土屋：そうです．一番学生運動が盛んな頃だったと思います．

「変わり者」の外科医の視点

遠藤：1968年に第１回の日本消化器外科学会総会があって，土屋先生が会長をされたのが1985年です．と

いうことは，17年後に総会の会長をされたわけですね．
土屋：そうですね．県民ホールだったと思います．その当時は横浜にあまり会場がなくって．ホテルなども探してもあまりなかったですね．あとは音楽堂ぐらいでしょうか．場所が足りなくて，宗教関係の建物も借りた事があります．われわれ，不信心な者には普段は近寄りがたいですが．
遠藤：プログラムを見ますと先生がごあいさつされた後に山岸名誉教授，その次が梶谷先生ですね．慈恵医大の大井先生（大井　実先生）もごあいさつされて．
土屋：大井先生も消化器外科では親分だね．長尾さん（長尾房大先生：慈恵医大）なんかも親分です．大井先生もよくしゃべる，弁が立つ方ですからね．
遠藤：この時の会長講演のテーマが「直腸がんの外科治療に対する考察」ということで先生は当然，直腸がんなんですけど，それ以外のものでハッと思ったのが，シンポジウムに「消化器がんの集学的治療」というテーマのものがあるんですよ．1980年代は，直腸がんに放射線治療を行うようになってきた頃ですよね．
土屋：欧米ではほとんどやっていましたね．今でも基本となっている部分．
遠藤：標準ですよね．
土屋：放射線をあててから一月ぐらい置いてね．そのまま固まっちゃうやつがあるんですよね．これにはもう何もしないっていう，そういうポリシーになってきてますね．
遠藤：なってきています．先生，このお考えは当時では先進的といいますか，30年早い着眼点だったのではないでしょうか．
土屋：放射線は日本でもやんなくちゃ駄目だなと思ってね．ただ当時の機械は線量がちょっと弱いんですよね．放射線の機械と人材っていうもののバックグラウンドがかなりしっかりしてる裕福なところでないと難しかった．やっぱりあとオペレーションがやりにくくなったりね，たまにペネトレーション起こしたりして．
遠藤：でも結構長生きされてる方もいらっしゃるんですよね．
土屋：技術者には嫌がられましたよ．これじゃあ，手術やりにくくなっちゃうっていう．それは放射線のフォーカスのね，あれが今よりも甘かったわけでしょう．
遠藤：そうですね．きっちりこういう枠内に収められないと．
土屋：今はコンピューターできちっと正確に，重点的にできますけども．それがまだ不十分だったんですよね．
遠藤：そうですね．土屋先生は直腸がんの神経温存ですとか，乳がんの部分切除を始められました．
土屋：オーチンクロスですね．
遠藤：オーチンクロス．早いですよね，先生．
土屋：これ，やるってなったらね，横浜市立大学の学内でいろいろ，ああいう不確定なやり方はどうなのかって言われましたね．
遠藤：やっぱりあったんですか．
土屋：だいぶ皆さん反対したらしいんだけどね．竹村浩先生（横浜市立大学）が「もし何か事故が起きたら私が責任を取るから，いいからこれでやってくれ」って言ったんですよ．いわゆるオーチンクロス的な手術，大胸筋温存手術ですよね．あれで郭清は本当にできないか確認してくれって．リンパ節の取り具合を見たら，あんまり変わらないですよね．そういうことをやったことがありましたよ．
遠藤：先生は当時から，手術一本槍じゃなくて，機能温存や集学的治療に注目されていたんですね．
土屋：外科手術っていうのは患者にとってはやってもらいたくない治療法ですよね．本人にとって深刻な問題ですからね．東大の大槻先生（大槻菊男先生）が昔から「手術はむやみにやっちゃいかんっ」て言われててね，外科教室の戒めになってたんですよ．だから，まあ，そりゃそうだなと思って．当時は郭清手技をしないと外科医の腕を問われたり，場合によっては倫理観まで問われる時代でした．がんはしっかり治そうっていう，なんていうんですか．
遠藤：外科医の哲学というか．
土屋：そういうような風潮があったんですよ．
遠藤：それは先生，この当時だったら梶谷先生と対立した意見だったんじゃないですか．
土屋：まあ，梶谷先生は懐の広い方ですからね．そうは言うんだけど，めちゃくちゃなことはしないです．僕は直腸がんの側方郭清っていうようなことがいろいろありまして，問題になったことがあったんですけれどね．拡大，拡大って，みんなそれに必死になってたんですよ．
遠藤：一時はそうでしたね．
土屋：外科医はそうするときちっと手術したことになるから．自分でも達成感がありますからね．
遠藤：外科医の満足感ですね．やらないと意気地なしみ

たいに言われました.
土屋：そう，意気地なしみたいに言われましたね．それで倫理に反するとか，あるいは腕が悪いんだなんていうこともね．そうやって異端者扱いされるんですよ.
遠藤：まあ，陰口たたかれたりね.
土屋：ちょっと変わってるなっていうような，風潮があったものですからね.
遠藤：まあ，でも先生はそういうのを貫かれたということですよね.

学会活動への関わり

遠藤：先生は第25回消化器外科学会総会の会長を務められました．会の活動への関わりもこのあたりが思い出深い時期でしょうか.
土屋：そのぐらいですね．昭和60年頃です.
遠藤：ちょうど私が医学部卒業した年です.
土屋：初めは中山先生とか村上先生とかああいう先生方が理事で，今度はここでやってもらおうかなんていうことを決めたらしいんですけどね．そのうちに村上先生が評議員は勝手に指名するんじゃなくて，業績をもって決めるとしました．そういうことで，その人の全業績をリストにしましてね.
遠藤：そんなに昔の時代から評議員制度を採り入れていたんですか.
土屋：そうですよ，初めから．全業績をリストにして，それを提出して，それに点数を付けまして，点数の順にしたんですよ.
遠藤：1977年に評議員選出委員会，村上 忠重先生が担当理事という記録がありますね.
土屋：そうそう，村上先生ね．結局，いわゆるボス支配なんかをなくして，ほんとに研究をやってる人を評価しようっていう趣旨なんですよね.
遠藤：すごいですね．発足して10年でもう，そういうものが生まれていたということですね.
土屋：僕もここに来てからだと思うんですけど，論文を出さないとかっこ悪いかなと思ってね．一生懸命くだらない論文まで書いて出しましたけどね．クオリティーを問われましてね．あんまりつまらない雑誌ではいけないといろいろ厳しくなりました.
遠藤：数が多けりゃいいってもんじゃなくなったんですね.
土屋：数に入れられるものが限定されたんですよ．薬屋さんのちょうちん持ちみたいな記事が掲載された雑誌がいっぱいありましたからね．ああいうものは駄目ということです.
遠藤：先生が理事になられたのはいつ頃だったんですか.
土屋：いつ頃ですかね，忘れましたけど．まだ，消化器外科学会事務局が九段下にあった頃ですね．高土さん（高土敏昭前事務長）っていらっしゃった，あの方が事務長ですね.
　何回か九段下の事務局に行きましたよ，あそこは桜がきれいで.
遠藤：理事のどなたかが学会の会長になるというシステムはその当時からだったんですか.
土屋：そういう決まりは何もないんですよ．ただある先生が「こんなことでボス的に会長を決めるのは問題がある」って言うからね．それで順番にすることにしました.
遠藤：選挙ではなくて，その理事の中でですか.
土屋：理事会の順番でです．今もそうでしょう.
遠藤：まあそうですね．あうんの呼吸でということがあるかもしれません.
土屋：理事は選挙できまるのでしょうか？　点数ですか？
遠藤：選挙になることもありますし，立候補者が定数だったら，そのまま選挙なく決まります.
土屋：だんだん理事は決め方がやかましくなってきましたね．もうなあなあじゃいかなくなってきた.
遠藤：会の中での思い出に残ってらっしゃる先生のお仕事とかありますか．例えば雑誌編集ですとか，評議員．大変だったことなど.
土屋：今日も東京行かなきゃいけないなあ，としょっちゅう思っていました（笑）
遠藤：確かにそうですね．雑誌と評議員と，専門医も先生の頃ですか.
土屋：専門医もそう，あの頃はね，大阪の安富さん（安富正幸先生：近畿大学）なんかがやられてました．僕らもそんな話あったけど，あれ面倒くさそうですからね．なかなかまとまんないでしょう.
遠藤：まとまらないですね．利害関係がありますからね.
土屋：何ら経済的には点数が上がるわけじゃないしね.
遠藤：インセンティブはないです.
土屋：そういう一つの名誉職みたいになっちゃいますか

らね．一つはまあ，あいつが専門なんだなって一般の人が見てくれるくらいでね．
遠藤：勲章みたいなもんですか．
土屋：勲章といいますか，まあ，看板に偽りなしっていうところでしょうかね．
遠藤：そうですね．その人の腕前を学会が担保したんだよっていう証しにはなりますね．
土屋：だけどもね，余計な話ですが，専門医制度をあんまりきちんとやってもメリットがないし，それでもみんな一生懸命やりたがるのは，やっぱり外科医の職人気質ですかね．
遠藤：まあ，外科は特にその傾向が強いですね．
土屋：ねえ．だから経済だけじゃ言えませんよね．なんでも大変ですよ，今の規則は．あのカリキュラムを全部達成するのってね，やはり心掛けてないとできないです．
遠藤：でも先生，規則って，さっきの手術の話と同じでもっと厳しくっていうのは褒められても，緩くするとか少なくするというのは，外科の世界ではそしりを受けがちじゃないですか．
土屋：けしからんって言われる可能性はありますよね．だから外国ではやってるんだから，ということが普通になってるでしょう．
遠藤：はい．
土屋：日本流の郭清なんてやらないですよね．非常に型にはまった取り方してますよね，普通のね．
遠藤：はい，少しドグマにはまってる感じはありますね．
土屋：僕もドイツへ留学というか，ちょっと行ったことがあるんですよね．有名な大家の先生のオペレーションをいろいろ見学しましたが，乳がんの手術も非常に郭清は少なかったですよ．
遠藤：取るだけみたいな．
土屋：そうじゃなくて，ここを，わきの下を取るんだけど，反対に大胸筋なんか取らないでね．
遠藤：ご留学されて視野を広く持たれたことが先生のお仕事に影響されたんでしょうか．
土屋：どうですかね．やっぱり，あまのじゃくなんですね，私が．偏屈な人間だからね．だからちょっと変わった理知的なことをやってみるかなっていう．
遠藤：人と違うっていうことですね．
土屋：要するに外科の手術というのは，日本の昔からある武道だとか華道だとかお茶だとかとおんなじような，一種の型にはまったものをやっていくというものなんでしょうね．
遠藤：道みたいなものになりやすいですね．
土屋：それがあるんですよね．まだ駆け出しの2，3年はそれは型をちゃんと覚えてもらわなきゃ困るけども，あとはお茶飲みとは違いますからね．だから自由な発想がいいんじゃないかなと思いますけどもね．

外科の現在を眺めて

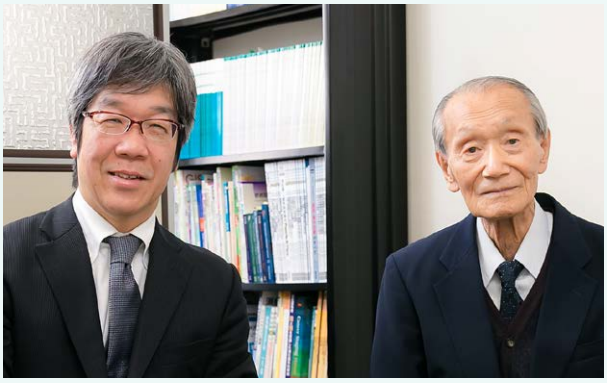
遠藤：長く消化器外科医でいらっしゃった先生の視点から見ると，今の消化器外科には何か注文はありますか．
土屋：なんともですね．もう外科そのものが変わったでしょう．
遠藤：徐々にですけどね．
土屋：古代ギリシャローマ時代の外科とおんなじようなことを誇ろうとしてもね．ただ，そういう古い技術が集まって外科の技術が作られたわけですからね．糸を結紮するなんていうのを素早くやらないといけない．
遠藤：今でもやってますよ，先生．素早く縫うべしみたいな．
土屋：それも大事だけどね．この人工知能のできた時代に，それじゃあ駄目じゃないかなとも思うけどね．
遠藤：外科医も最新のテクノロジーを取り入れないといけないですね．
土屋：今だって，例えば現金ってものがなくなって，大抵携帯電話やカードで払うのがはやってきてるでしょう．そのうち，人工知能が人間を支配するようになる可能性もありますけどもね，嫌ってばっかりもいられないでしょう．
遠藤：外科という職業はこれからはどうなっていくと思われますか．
土屋：僕はやっぱり，人間が実際の手技をやらなくても済むようになると思う．ダビンチみたいなロボット手術がもっとリファインされて．ただ，一般的な外傷など軽いものは外科技術は要りますが．でも変わっていくんじゃないんですかね．
遠藤：例えば，手技の手の動きがあまりうまくない人も，人工知能がこのラインがいいよと教えてくれたりといったことですね．
土屋：今は何億光年先のとこまで電信電波が届く時代ですからね．こんなちっちゃいとこでこだわってもしょうがない．

遠藤：僕もそう思うんですよね．外科って何でこんなに進歩がゆっくりなのかなって．
土屋：例えばね，何ミリ以下の血管の吻合は無理で，顕微鏡手術でもどうにもできない．けれどもあれができたらいいなっていうものはたくさんありますよね．それを針糸でつなぐってことばかり考えないで，何か別の考え方，やり方ができたりね．縫うんじゃなくて，はめるとかね．今の外科医にはそういう新しいことを期待してますよ．
遠藤：はい，頑張りたいと思います．
土屋：超音波で振動させて肝実質を砕くという方法がありましたね．あれは今もあるんですか
遠藤：CUSAですね．あります．でも私は今はペアンで肝実質を砕くペアンクラッシュ法に戻ってしまいました．
土屋：また昔のやり方に戻って，台湾のリン先生みたいに指先でこうやってやる．
遠藤：そうです．そうです，リン・テンユウ先生．
土屋：あんなのがいいのかもしれない．
遠藤：そうですね．あれだけいい指があれば本当に．
土屋：理想ではね，いいと思いますね．指先って割合と鋭敏なもんですよね．
遠藤：そうですね，私が以前に仙骨腹式の直腸がんの前立ちをさせていただいた時，土屋先生，左手で仙骨の前面いってらっしゃいましたからね．いや，すごいなと思いました．
土屋：いや，どうですかね．もう慣れですからね，ほんと．
遠藤：経験，手術症例数の多さは外科医にとって大切ですね．
土屋：まあ，もう少し，新しいメソッドができるんじゃないですかね．
遠藤：外科医に研究するマインドは必要ですか．
土屋：本来はそうでしょう．いろんな免疫学とか，がんの深い遺伝子を見つけて，そこをターゲットにする薬を作るっていうのは外科じゃなくたってできますからね．みんなあっちのほうへ行っちゃってますよね，今の流れとしてはね．
遠藤：でも外科医も研究したほうがいいんですよね．
土屋：関係のあるものは，問題を解決するためにやるわけですからね．あとコンビネーションの治療でしょう．
遠藤：そうです，集学的治療ですね．
土屋：何だか化学療法の組み合わせがいっぱいできてね，統計的なわずかな差をもって，これをよしとする，そういう傾向が強いでしょう．
遠藤：先生，2週間延命しただけで有意になった薬もありますから．
土屋：そう，数字のちょっとした違いが絶対になっちゃってますね．
遠藤：はい．そういう傾向は全世界的にあります．
土屋：情報の収集なんかもそうでしょう．いろんな商売をやる人が，これが売れ筋だとかっていうのを情報を集めて解析する，それがメインになってね．そのとおりやって効く場合もあるけど，外れることもあるわけですよ．
遠藤：でも先生，今は大きく変わったのは，日本でやっている外科手術の95％はインターネット上に登録するNCDというシステムに収められてるんです．あれでだいぶ分かったことあるんですよ．150万件の手術データを分析することで何がリスク因子なのかが分かるようになってきたんですね．今後はそういう知見をどうやって治療に反映させるかですね．
土屋：臨床例であんまり比較をむやみにできませんからね．
遠藤：そうですね．
土屋：最大効果になると信ずるものをやるっていうのが基本ですからね．そういう別目的であってはあまり大きなこと言えないわけですよ．

「学会って一体なんだろう」（土屋）

遠藤：今後，消化器外科学会はどうなっていくと思われますか．
土屋：学会って一体なんだろう，っていうことになりますよね．
遠藤：学会本来の理念というと，同好の志が集まるっていうことになりますか．
土屋：学会というのは本当の研究の場ですからね，基礎学者の学会っていうのは真剣です．
遠藤：そうですか．生きるか死ぬかみたいな感じですか．
土屋：ええ．だから，臨床科のほうは少し甘いんですよ，中身がね．で，そういうのが特徴なんですから．
遠藤：まあ，そうですね．
土屋：医師というのはいろんな要素があり，複合的な職業ですよね．

遠藤：患者さんという生きているものを相手にしていますからね.
土屋：だから手術じゃなく，他の方法でがんでも何でも固めちゃうということができれば，また医師のやることもガラリと変わるでしょう．例えば迷走神経切離なんか良い薬ができて，ほとんどなくなっちゃったでしょう．胃穿孔なんかも.
遠藤：はい．乳がんもさっき先生おっしゃったように，もう腫瘍も取らない時代になってきたりですとか，直腸がんも放射線化学療法の後にウェイト・アンド・シーで．だからここ数十年でもだいぶ，ありさまは変わってきましたね.
土屋：だけども外科医の性格的に職人気質的なものがありますからね，そういうリスクやなんかを要らないとか，おとしめられることを言われるのは不愉快なわけですよ.
遠藤：そうですね.
土屋：手術は駄目だ，なんてことを声を大にして言うと外科医みんなに嫌われますからね（笑）
遠藤：気をつけないといけないですね.
土屋：だから冷静に考えないとね.
遠藤：先生はみんなに嫌われるかもしれないとは思われなかったんですか.
土屋：思ったから，あんまり大げさにはやんなかったですね．ただ，だけどね，直腸がんもちっちゃいのあるでしょう．あれは局所切除でいいって僕が学会で言ったら，だいぶ批判されましたよ．がんと名がつけば徹底的に郭清手術をしなければ，その人はもう倫理観が低いんだって，そういうような発言がありましたよね.
遠藤：でも局所切除で長生きできれば，人工肛門にならない人生が過ごせます．適応ですね，やっぱり．経験が多い先生ほど，そういうパースペクティブのようなものがあるんですね.



土屋：これが絶対にいいなんていうものはないですよね．みんな何かいいとこ悪いとこあるからね.
遠藤：時代でも良し悪しは変わってきますしね．では先生のお考えとしては，今後はテクノロジーをいかに扱うか，というところでしょうか.
土屋：ええ，テクノロジーへの視点を大事にして欲しいですね.
遠藤：先ほど先生がおっしゃっていた「人は指示するだけでロボットがやるっていうような時代にもう，なるかもしれない」っていうことですね．本日は先生の長年のご経験から，大変貴重なお話をしていただきました．ありがとうございました.
土屋：ありがとうございました.

土屋周二先生は本インタビュー収録後，2019年1月28日にご逝去されました．ご逝去を悼み，謹んで先生のご冥福をお祈りいたします.

50周年記念インタビュー③

鍋谷　欣市 先生



語り手：鍋谷　欣市
日本消化器外科学会　名誉会長　名誉会員
日本消化器外科学会第30回総会会長
杏林大学　名誉教授

聞き手：正木　忠彦
杏林大学医学部第一外科（消化器・一般外科）教授
日本消化器外科学会　理事



鍋谷欣市先生は現在御年 90 歳を迎え，50 年前，まさに本学会の創立時から精力的に活動に関わってこられた方です．先生のご来歴や，学会創立時の思い出，外科医として試みられた活動など様々なお話を伺いました．聞き役は日本消化器外科学会理事　正木忠彦先生です．

第30回日本消化器外科学会総会

正木：先生，ぜひ若いわれわれに大所高所からのお言葉をいただければと思います．私もこういうことは慣れていませんので拙いインタビューになるかと思いますが，よろしくお願いします．

鍋谷：よろしくお願いします．

正木：まず先生が日本消化器外科学会とどのように関わってこられたか，ということからお聞きしたいと思います．先生は1987年の7月，国立教育会館にて，第30回の日本消化器外科学会総会を主催されておられます．ずいぶん昔のお話かと思いますが，その当時の思い出などありましたらお話しいただければと思います．

鍋谷：1987年というと昭和62年で，昭和の終わりの頃ですね．霞が関でやりました．もうずいぶん昔のことですが，いろいろな臓器にわたるプログラムを作りました．この頃は僕は杏林大学の第二外科で教授をやっていて，そこで総会をやったわけです．

正木：1987年7月の2日ですね．やはりそういう伝統ですか，今も総会は毎年7月に開催されています．今年は7月の中旬に，鹿児島大学の夏越先生が開催します．

鍋谷：夏越祥次先生ですね，知っています．

正木：消化器外科学会について，何か「これは」といった思い出などがありましたら教えていただけますでしょうか．

鍋谷：僕は編集委員長をしていました．日本消化器外科学会雑誌の2代目の編集委員長ですね．その頃としては若い年齢で委員長になったかと思います．その後，14年ほど務めましたでしょうか．

学会創立時の思い出

鍋谷：それと，これは日本消化器外科学会を創立した頃ですが，役名もつかないような仕事をとにかくいろいろやりました．

正木：そうですか．創立の頃のお話となりますと，本当に最初の最初ですね．当時のことをお話いただけますか．

鍋谷：当時，消化器の学会があるなら消化器外科の学会を作ろうということになり，これを作りかけた時に僕がいろいろ働いたのです．

正木：それは1960年代ぐらいのお話ですね．1968年に，日本消化器外科学会の第1回の総会が横浜でありました．

鍋谷：その頃は僕が幹事のようなことをやっていたのです．

正木：第1回の日本消化器外科学会総会は，横浜市立大学の山岸三木雄先生が会長となって行われていますね．

鍋谷：ご高齢でしたが，第1回総会は山岸三木雄先生が務められました．ただ，僕は本当は，会の創立に尽力された中山恒明先生が第1回の会長をやるべき人だったと思います．

正木：中山恒明先生は第3回の総会長をされていますね．

鍋谷：この頃僕は千葉大学にいまして，千葉大学の外科医たちで協力して総会の仕事をしていたように思います．

正木：中山恒明先生は会の創立に最も尽力された方ということですが，鍋谷先生はその事務局長のような感じで活動されていたのですね．そういう新しい学会を作るということは，相当なご苦労があったのではないでしょうか．
鍋谷：はい，いろいろなことを忙しくやりました．当時は消化器の分野で今のような外科の学会はなかったですからね．消化器外科の学会をやりましょうということになると，中山先生やほかにもいろいろな方から「あれをやれ，これをやりなさい」と言われました．井口　潔先生や，葛西森夫先生といった方々が若手だった頃です．僕は40くらいの頃だったと思います．その頃は千葉大学第二外科の医局長をやっていたのです．僕と慶應大学の掛川暉夫先生と，あと名前が出てこないんだけれどももう一人，の三人が中心になって，日本消化器外科学会の基礎作りの実務をやらされました．
正木：それは大変なご苦労があったと思います．そして，1968年に第1回総会が行われ，その後，中山恒明先生が第3回総会をやられて，そして，先生が第30回をおやりになったということですね．どうでしょうか．消化器外科学会は，当時から順調に進歩・発展してきているでしょうか．
鍋谷：随分発展してきています．当時はとにかく掛川と僕が一番働かされましたが，その学会が今も発展を続けていて，苦労の甲斐もあったかと思います．
正木：最初は消化管というところがメインで目指されたのですか．
鍋谷：消化器がんその他を多く取り扱っていたけれども，全体に消化器病という広いくくりで作ったのです．
正木：広く，ですね．そうするといろいろな臓器と，それから多岐にわたる疾患ですか．
鍋谷：はい．消化器がんだけではなくて，消化器管に関する病気を全部扱ったのです．
正木：そうすると，その中から次第に肝臓とか膵臓とかそういう病気もカバーする役割をされていたということですか．
鍋谷：消化器の一部を扱うという意味ではなく，消化器全体の病気を扱うというつもりでやりました．つまり，消化器病です．
正木：かなり幅広い概念です．それを消化器病学会とは別に，外科医主導で作られたということですね．
鍋谷：そうです．消化器外科学会，消化器病を対象とした外科の学会というのを作ったのです．
正木：やはり外科医が学会をすることに意義があると，そのようにお考えになったのですか．
鍋谷：外科に関することは外科医でないと分からないことがいっぱいあるわけです．学会の設立前からそういった声や取り上げる活動がなかったわけではないですが，それをしっかりとやろうかと言いだしたのは，中山恒明先生をはじめとする創立メンバーの先生方でした．
正木：なるほど．そこはすごく先駆的というか，卓見だったわけです．
鍋谷：学会をやり始めた最初の時期です．
正木：分かりました．編集委員長も長年にわたって先生はお務めになったと伺っていますが，その辺りは何かご苦労などはありましたか．
鍋谷：もう学会全体を設立する実務作業を行いましたから，最初の頃の編集作業も全部僕らがやりました．

鍋谷欣市先生の歩み

正木：鍋谷先生ご自身の業績やご活躍についても伺いたいと思います．先生は千葉大学から杏林大学に移られて，食道だけではなく，いろいろな臓器の手術をなさったと伺っていますが．
鍋谷：そうです．その時は外科全部を見なくてはいけないから，全部やっていました．
正木：全部だったのですね．全ての臓器の手術に関わっておられた．千葉大学の時からそのようにされていたのですか．
鍋谷：千葉大学ではある程度分担が決まっていて楽だったけれども，杏林大学では全部やらなくてはいけないのです．総合的に，外科全体を引っ張っていかなくてはいけないわけです．
正木：しかも新しい大学ですから，先生，いろいろご苦労があったでしょう．
鍋谷：他にやる人がいなかったのです．僕が外科全体を引っ張っていかなくてはいけなかったので．だから，何も食道に限ったことではないです．消化器外科を全体をひっくるめて，消化器に関する外科系の病気全部をやっていたのです．
正木：そんなご活躍の中でも，先生のご業績の中ではやはり食道疾患が非常に大きいと伺っています．
鍋谷：食道から始まりましたし，それから肝胆膵のほうもやっていました．

正木：ほとんどやられていたと．
鍋谷：食道と胃と大腸も，消化器全体をやりました．つまり消化器の外科をやっていたわけで，食道の外科をやっていたわけではないのです．消化器に関する病気全部をやっていたのです．

外科治療と漢方

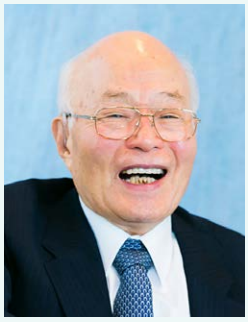
正木：あと先生のご業績の中では，外科治療と漢方，というテーマも重要かと思います．千葉大学におられた頃から関わっていらっしゃる漢方の研究会があったそうですね．
鍋谷：はい．奥田謙藏先生の奥門会（おくもんかい）といいます．設立は昭和30年頃ですね．
正木：第一回の奥門会会員名簿に鍋谷先生のお名前が入っていますね．昭和30年頃というと，中山恒明先生の方向性とは別に，鍋谷先生は漢方を学んでおられたのですか．
鍋谷：ええ．奥門会は実際，中山研究会と直接は関係なかったです．
正木：何がきっかけで漢方に興味を抱かれたのですか．
鍋谷：私は奥田謙藏先生の漢方で最初の弟子なのですが，そこで外科系にも漢方を取り入れましょうと言ったのは僕なのです．それまでは内科系のみで，あまり消化器外科に漢方を取り入れようという意向はなかったのですが，消化器外科に少し入れようではないかということになりました．僕は奥門会ができる前から奥田先生について勉強していて，奥田先生に消化器病の学会を作りましょうと言ったのが昭和25年です．
正木：先生が奥田謙藏先生に弟子入りされたきっかけは何ですか．
鍋谷：僕は学生の始まりの頃から奥田先生に弟子入りしていたのです．奥田先生は漢方専門ですので外科とは直接関係なかったのですが，僕は外科を学びながらも，奥田先生に付いて漢方を勉強したいということを言って，そして奥田先生に許可を得て，そこから外科系の漢方の学びが始まったのです．
正木：そこで奥田先生に弟子入りされた，巡り会われたということが，ずっと続いているわけですね．外科医でいろいろな臓器を専門とする医師はいますが，漢方に興味を持って，この2つをやろうという人はなかなかいません．当時は内科的治療と思われていた漢方を外科に取り入れたのはすごい卓見だと思うのです．
鍋谷：消化器手術の前後に漢方を取り入れて取り入れていこうという考えが始まりです．
正木：そういう試みは世界でも類を見ないものだと思います．素晴らしいです．
鍋谷：だから，その頃奥田先生に付いたのが，私の漢方学問の始まりですね．
正木：学問として究めるということですね．先生は実際に診療に漢方を取り入れておられたということですか．
鍋谷：使っています．ただ，当時，漢方の勉強は直接大学で講義をやるというわけにはいかなかったので，奥門会はいわゆる小さな研究会でした．
正木：奥門会ではいろいろな漢方医学の古典を学んでいたそうですね．「傷寒論」などを勉強されていたとか．
鍋谷：ええ．そういった勉強をみんな奥門会でやっていました．

「歴史を振り返らないと，何も進歩はないですから」（鍋谷）

正木：先生，今まで消化器外科学会に関わってこられたご経験や，先生の業績についていろいろとお伺いいたしました．もう少しだけお時間をいただいて，この学会自体のこれからの在り方について，忌憚のないご意見をいただけたらと思いますが，いかがでしょうか．
鍋谷：創立に関わった僕としては，この学会ができた頃の歴史を振り返ることは必要だと思います．学会の歴史を振り返らないと，何も進歩はないですから．
正木：歴史をまず振り返ることが大変重要だというお話ですね．学会創立50周年ということで，第73回日本消化器外科学会総会では会長である鹿児島大学の夏越祥次先生が，この50年を振り返るお話をされるそうです．そういうタイミングで今回先生にお話を伺えて光栄です．先生に今日教えていただいたことをこの7月に反映できるように私も頑張ってまいりたいと思います．鍋谷先生たちが始められた最初のところから，少しずつ学会を大きくしていただいたということを記録としてやはり今残しておかないといけない．この学会の歴史や立ち位置を，これから次の世代に伝えておかないといけない．先生がおっしゃっているのは，そういうことだと思います．ありがとうございました．
鍋谷：ありがとうございました．

50周年記念インタビュー④

岡島　邦雄 先生



語り手：**岡島　邦雄**
日本消化器外科学会　名誉会長　名誉会員
日本消化器外科学会第42回総会会長
元・大阪医科大学 一般・消化器外科学　教授

聞き手：**夏越　祥次**
鹿児島大学消化器・乳腺甲状腺外科学　教授
日本消化器外科学会　第73回総会会長



御歳 89 歳になられる第 42 回総会会長，岡島邦雄先生に，会長時代の苦労話やユーモアあふれる裏話，後輩に伝えたい「外科医の教え」までを幅広くそして熱く語っていただきました．聞き役は，学会 50 周年となる記念すべき第 73 回総会会長，夏越祥次先生です．

「あの頃はとにかくお金集めが大変やった（笑）」（岡島）

岡島：僕は第1回から消化器外科学会に出ていますわ．それで，ちょうど設立趣意書を出した頃に，僕は助教授になったの．その時の発起人を見たら大御所の3人，梶谷鐶先生，中山恒明先生，陣内傳之助先生．この人たちが初めてやったんですね．北海道から九州まで，それ相応の人たちをピックアップして発起人にして．僕はその時を知っています．僕が入局した時に教授だったのは陣内先生ですが，38年に陣内先生は阪大に行って，その後の田中早苗先生が発起人になったわけです．田中先生はその後第4回総会の会長になりました．

僕が会長をやったのは平成になってからの，42回ですから．1993年やからもう24年前や（笑）．ところで，裏話してもええの？（笑）

夏越：どうぞ，もう何でも．まずいところはカットしてもらいますので（笑）．

岡島：もうその当時のことは全部時効じゃわ（笑）．僕が会長になった時は24年前ですからね．平成5年．あの時は，もう何が大変かいうたら，金集めが大変や．その頃は自分で金を集めないかんから．だから薬屋を回ったよ．大阪やから，道修町．道修町ってご存じですか．知らんでしょう．薬問屋が集まっている町です．タケダにしたってシオノギにしたって皆，あそこら辺にずっと並んでいます．僕は1日休んで，頭を下げて回った．そうしたら向こうは「来てくれんほうがええ」って言うた．そらそうやわね（笑）．だけどその頃，僕はたくさん集めたんですよ．だけども，自分のところでは，医局員も私もお金にはもう全然タッチしない．税理士を雇って，これを窓口にした．そこへ全部集めて，それでそこから全部出した．われわれは，ただ，どこから幾らもらったというのを見るだけで，現ナマなどというのは見たことはない．それが，終わったら余ったの（笑）．余って，どないしようかいう．余るのも困るから．足らんのも困るけれども．それで，余って何をしたかいうと，税理士が大学へ寄付しなさいと教えてくれた．大学へ寄付したら，もう自分のところのもんではなくなってくる．公的なところへやれと．そして，大学で研究費としてもらいなさいと．

夏越：入れて，元の自分のところに返ってくるわけですね．

岡島：返った（笑）．あの頃は何かいろいろ言われたけれども，われわれのところはもう全然何も．公明正大であったから安心していましたけれどもね．

夏越：昔はコンベンション運営会社が，あまりなかったんですね．

岡島：日本コンベンションサービスという会社は当時からありました．僕は，臨床外科と消化器外科と2回学会をやりました．

夏越：私は両学会とも覚えています．参加しましたので

岡島：それで，その会社に全部頼んだの．だけど医局員もよく働いたけれどもね．先に臨床外科学会をやって，それから，消化器外科学会．その時に，教室から演題募集を出さなんだ．1題も出さなんだ．裏方に徹した．あ

んなしたところはあまりないよ.

夏越：うちもしましたよ．うちも，愛甲先生がした時に，教室は全部ストップして．もう学会に徹するということで．多分，先生方の流れをくんでいるというか．今したら怒られますけれどもね（笑）.

岡島：みんな自分のところの宣伝をする．自分のところで演題をセレクションするでしょう，そんなの勝手に選べるわけです．自分のところをPRしようと思ったらいくらでもできるわけ．しかし，それは快しとしなかったんやね．変に力んだんやな，あの時は（笑）.

夏越：やっぱり気合が入っておられたんですね，気合が（笑）．でも，あの頃はそういうところが多かったんじゃないですか．他大学の演題を採用して，自分たちは裏方に徹するというのが.

岡島：それは僕も，他大学もそのようにしとるから，うちもそれをやろうということですわ．そうだ，そのほうが潔いと思ったね．だけど，苦労はしたわ．変に疑われて刑事事件のようになったら困るからね．大学でそんなことになったら困るから，もう必要以上に清潔さを出した（笑）.

夏越：あの頃はまだいい時代ですものね．うらやましいぐらいです（笑）.



岡島：今の教授はかわいそうだと思います．当時は金を集めるというのは，それはしんどいけれども，集まる．それで，もういくらでも使えたからね．だから，全員懇親会などでも，ロイヤルホテルの２階３階を借り切ってやりましたから．いい頃にしましたよ.

それで，奥さんたちの会がありましたわな．夫人の会です．夫人の会は，３日間全部遊びに行った．宝塚を観にいったり，京都へ行って瀬戸内寂聴さんの話を聞きにいったりね．皆さん，車で．今はあんなことはできません．それで，晩は京都の料亭で，大阪でやった時には大阪の吉兆で宴会です．あの時に一緒に行った奥さんたちが，まだ生きとるのが割にいるんですよ（笑）．「あの頃は良かったですね」と皆さん言いますなあ.

「89歳で，まだシンポジストをやれそうですね（笑）」（夏越）

夏越：先生が担当された第42回総会のシンポジウムやパネルのテーマですが，先生は胃がんがご専門でしたけれども，どのような思いで決められましたか？

岡島：あの頃一つの学問の流れは，molecular biology．分子生物学の仕事がもうだんだん出てきだしたんや．その時に，広島の田原榮一先生という病理の教授に特別講演をしてもらいました．がんの分子生物学というのはもう皆やっていました.

それからもう一つは，この前お亡くなりになった日野原重明先生．あの人が，デス・エデュケーションという話をされました．人間は生まれたら，必ず死ぬのだと．死ぬということの心構えをする教育が必要だと．だから，がんの告知ということになってきた．がんの告知を最初に強く言いだしたのが，日野原重明先生です.

それと，当時のがんセンターの笹子三津留先生．笹子さんが，がんというのをどんどん言いだした．その時の一つの流れとしては，告知するという派と，告知しないという派があった．告知しないというのは，いわゆるパターナリズム．パターナリズムというのは父権主義，父親のね．「わしの言うとおりにせい」というのが外科医だったのよ（笑）．「ごちゃごちゃ言わずに医者に任しとけ」と，そうしたら，「お願いします」というのが患者さんでした．医者の患者との間に信頼関係があって，それで初めてそのパターナリズムというのができたわけです．けれども，新しい流れとしてがん告知，デス・エデュ

ケーションというものが出てきた．日野原さんは，お亡くなりになった年が105歳でしょう．総会は24年前のことで，24年前といえば81歳ですわ．81のおじいさんがシンポジストになってお話をしてくれました．

夏越：すみません，先生は今お幾つでしたか．

岡島：今，89歳．

夏越：89歳ですか．まだシンポジストをやれそうですね（笑）．

岡島：僕は東北の地震の時に，あれは6年前かな．その2週間前に三沢で胃がん学会があって，シンポジウムに出たんです．80を過ぎた人がシンポジウムに出とるいうて，今考えたら，ああ，日野原さんも出とったわと．それで，考えてみたら，日野原さんより年がちょっと上だった（笑）．

夏越：岡島先生は学会でもさかんに質問をされますね．私も最近まで質問されていました，「それはどういうこっちゃ」みたいに言われてですね（笑）．先生が立つと，やはりドッキリするんですよね（笑）．

岡島：いや，言うまいと思うんやけどね（笑）．だけど，ついつい．顔見知りでしょう．おい，それはというようなことでと，ぽっと言うわけよ．それはもうあまりしないよう，これから心掛けておきます．

夏越：いや，言われたほうがいいですよ，言われたほうが絶対いいです（笑）．

「今こそ拡大手術の伝承が必要な時代です」（岡島）

夏越：42回総会の頃は，ちょうど拡大郭清と，縮小手術の始まりの頃ですよね．

岡島：そうです．このときのシンポジウムテーマにも載っています．超拡大手術と縮小手術．僕らはもう拡大手術ばかりだったもの．でも，その時代はもう進行がんばかりでした．早期がんというのは年に一例か二例．いうても，初めから早期がんとして診断しとるやつは一つもなかった．取ってみて初めて，「ああ，早期がんか」という．

意識的な縮小手術なんていうのはなかったのです．われわれは拡大手術からがんの手術に入ったけれども，これからはもう拡大手術ではなくて，いわゆる進行度に応じた手術というのを言いだしたわけです．それが縮小手術なのです．だから，僕は早期がんが増えれば増えるほど縮小手術が多くなるとその時に思った．そうしたらその医師たちは，「胃がんの手術とは縮小手術だ」というふうに慣れてしまう．そんな時代に，本当に拡大手術が必要になった時，これはもうやったことがないし，見たことがない，というような医師が生まれてくるかも分からん．そういう現象が今，起こっとるね．だから，今は拡大手術は専門化された拠点病院的で行うものになりつつあるんですね．だから，そういう意味では，僕はいい時代に勉強したと思う．胃がんだけではなくて，大腸がんにしたって食道がんにしたって，皆，進行がんだった．大きな手術をして初めて手術になりよったわけです．それにもう慣れているわね．だから，恐ろしゅうないわけや．

大きな手術に慣れていないような人たちが，いざ大きな手術をするときは，それはもう自信がないだろうな．僕は，今は自信がない人ばかりだろうと思う．

だから今必要なのは，そういう大きな手術，拡大手術の伝承です．拠点病院的なところがしっかりと若い連中に教えていく，この流れを失わずに持っていてほしいと思います．ですから僕は，拠点病院的な制度というのは，これは絶対に必要だと思います．

大動脈周囲郭清なども，データとしては全国であまり有意差はないとかいうけれども，しかし，転移したやつが結構生きとるわけや．



夏越：大動脈周囲リンパ節転移例でも15％ぐらいは生きていますね．

岡島：それを，「あまり有意差がない」というようなデータだけできちんと手術をやらなかったら，その患者は死んでしまうわけや．だけど，やれる人間が，「よし，やろう」ということでやれば，その患者を生かすわけや．

僕の師匠の，先ほど話が出た陣内傳之助先生というのは，この人はもう朝から晩まで拡大手術でした．まあその時は皆そうでした．もう済んだだろうと思ったら，「ああ，ここにも転移がある」と．「もう郭清はやめてくれ」と，その時は思ったな（笑）．だけど慣れたら，もう今度はやらなんだら何か物足らんのね（笑）．ほんま，足の裏に付いた飯粒みたいなもんで，取らなんだ気持ち悪い．例えがおかしいな（笑），足の裏の飯粒．お医者さんは分かるでしょう（笑）．

「外科医の目が変わったな．若い人はかわいい目しとるわ（笑）」（岡島）

夏越：確かにこれからの外科医は，大動脈周囲リンパ節転移がある場合，化学療法などをして縮小した場合には，取りにいかないといけないですね．その時に，取れないではいけませんから．われわれはまだ拡大郭清を知っている年代ですから，先生が言われるように，われわれが今の若い人にその技術だけは伝承しておかないと，本当は助かる人も助からなくなってしまう．

岡島：僕のいた大阪医大で，教室の人間が手術手技研究会というのをやっています．年に1回か2回集まってやっているわけです．ついこの間，みんなには黙ってその会に行ってみましたが，その時のテーマが「伝承するべき手術」で，大動脈周囲郭清．僕がいた時に教えたやつです．そいつ自身も胃がんになって手術を受けているんだけれども，おかげで治って5年ぐらいになるでしょうな．そいつが自分の手術例をプレゼンテーションしたのです．

僕が行くということは，そいつは知らなんだ．それで，僕が行って座っとったら，「先生来られたんですか，困ったなあ」と言う．何かと思ったら，一番初めに「大動脈周囲郭清」，それで，そいつの名前と「わしは岡島の弟子じゃ」と書いとる（笑）．そんなことを書いとるから，困ったなあという（笑）．

プレゼンテーションを見ていたら，よし，わしの教えたとおりのことをやってくれとるなと思った．うれしかった．今，それを見よる若い連中は全然知らん．全然知らんというのは，今の教授がどうこういうのではなくて，普段はしない手術ということですわな．だから，そういうのがちょっとでも残っていてくれたら，ああ，良かったな，うれしいなと思う．あのスライドの第1面目に「わしは岡島の弟子じゃ」（笑）．

夏越：いやいや，素晴らしいです．多分そうやって若い人が育っていくんじゃないかと思いますけれどもね，先生．

岡島：僕はそうなってほしいと思うの．

夏越：それはもう，われわれの責任ですね．

岡島：やはりそれは伝承ですわな．

夏越：そうです．うちの3代前の教授が西 満正先生だったでしょう．西先生は岡島先生にそっくりで，私は岡島先生を見るたびに，西先生を見ているみたいで．

岡島：西先生というのは鹿児島の人なのです．がん研におられて，その時から，東京におっても鹿児島弁でしょっちゅう話し掛けてくれた．それが鹿児島大学の教授になって行って．

夏越：その後がん研に戻られました．10年ぐらいいました．

岡島：それで，梶谷先生がもう帰っておいで言うて，がん研の院長になって帰ってこられた．僕の3年ぐらい上です．

夏越：先輩ですね．よく似ていらっしゃいます．もう話し方とか，怒り方とかですね．だから，いつも自分たちのおやじを見ている感じがしていましたね．

岡島：そんなに似とるかなあ．一緒に外国もよう行ったよね．がん研は梶谷先生と西先生というのがずっと続いたわね．それで，今の佐野 武先生になったら，非常にスマートになってきた．まあこれが現代流なんでしょうな．

夏越：でも，若い人も皆，先達のやり方を否定はしていないと思うのです．だから先生の手技というのは今から先ずっと続いていくと私は思っています．

岡島：あの手技は絶対に残さないかんわ．手技の話に変わりますけれども，昭和21年というのは終戦のあくる年ですが，『臨床外科』という雑誌が医学書院から創刊されました．『臨床外科』は今でもありますけれども，大槻菊男先生という東大の教授が創刊号の巻頭言に「外科医の教え」というのを書いた．これは，われわれに哲学を教えてくれたの．

昭和21年いうたら，あなた方は想像もつかんでしょう．終戦，戦争に負けて，食うものもない，住む所もない，着るものもない，日本中もう疲弊のどん底だった．僕はその時，高等学校，旧制高校だった．その時に芋ばかり食いよった（笑）．本当に食うものもない．寮にいたら，寮の食事といえば昼，こんなお皿に小さな芋が2つ乗っとる．これが1食．そんな時代だった．

その時に大槻先生は，外科というのは手術でもって治療をする専門である．手術というのは人を傷付けることである．だから，傷付けることに対する自覚を外科医は皆持てよと．しかも，患者にとってみれば，体を切られるということでもう非常に恐怖心がある．その恐怖心を，心理学的に十分に癒してやるような態度でやりなさいと．

まず第一に，その心理学を心得よということ．それから，手術する上は，決して下手な手技でやるなと．そのためには，しっかりと技術を身に付けろと．外科というのは経験だけれども，経験ばかりではない．その経験に裏付けする学問がなければいかん．で，学問が，その裏付けがしっかりしているほど，その経験，手技がいいものになる．それを考えなさいと．ああ，本当にええこと言う．それを，昭和21年の終戦の時の大混乱の時に書いとるというのは，この人は偉い人だと思った．

僕は，大槻先生にお会いしたことがあるんです．僕がノイヘレンで陣内先生のところに入局したその1年目か2年目ぐらいに，大槻先生が陣内先生の手術を見にきたことがある．その時に陣内先生が，拡大手術，拡大手術と言いよった．それを大槻先生は見にこられてね．みんなこんなして，直立不動にしておった（笑）．

梶谷先生も手術を見に来られて，その時に僕はびっくりしたのは，梶谷先生の目．本当に獲物を狙う鷹のような目でね，じっとその手術の内容を見とる．一流の外科医の顔ってあんなんだなあと思ったな．だから，この頃の……言うたらいかんか（笑）．

夏越：いえいえ，どうぞ（笑）．背筋を伸ばして．

岡島：この頃の外科医はね，かわいい目しとるわ（笑）．

夏越：確かに，あの頃の先生はみんなやっぱり怖いですよね．もう目つきから違います．

岡島：目つきが本当に．特に梶谷先生の目なんていうのは，鷹が獲物を狙うようなキッとした目で手術を見ていました．ああいう人がおらんようになったね．

夏越：そうですね．だから，あれで優しく育てられればいいんでしょうけれどもね．今，あまり厳しくすると，もう後輩が付いてこないです．時代がやっぱり変わってきましたから．今の岡島先生ぐらいがちょうどいいんじゃないでしょうか．昔は厳しすぎたです（笑）．

「学会50周年の今，まさに先人からの『心と技の継承』が必要ですね」（夏越）

岡島：宮本武蔵の『五輪書』というのがあるでしょう，兵法のね．あの中に，「千日の稽古を鍛といい，万日の稽古を錬という．よくよく吟味あるべし」と書いてある．鍛錬ということは，千日も一万日も稽古をする．その後に，「量質変化」とある．量が多くなれば，同じような質でなくなってくると．初め下手なのが，同じことをやりゃあ上手になるようなもんでね．そのことを書いてある．だから，回を重ねるにつれて質が上がってくると．で，その質が上がるということを，みんなは考えろと．同じことをするのは嫌がる．同じことを繰り返すことを嫌がる．それは考えが浅いんだと．内容がどんどんどんどん上がってくる．

野村萬斎いうて，今の野村萬斎じゃなくて，そのおやじ．狂言師のね．あれが，狂言は弟子の教えは口伝である．口伝というのは，もう文句を言わずに師匠が言うとおりのことを自分の身に付けろと．まず師匠の型を，狂言いうたら型ですわな．その型を自分のものにしろと．ごちゃごちゃ言わずに型だけをまねしろと．そのまねをした型が，だんだんだんだんと自分のものになってくる．自分のものになって初めて，次に自分の型ができてくる．

だから，初めの修業というのは，とにかく人のものを盗めという．それから，自分のものをつくっていけと．

今は時代が良過ぎるのよ．それで，器械吻合だとか何かいうて，カチンとやりゃあもう同じように誰でも，100人やりゃあ100の同じものができる．千日の稽古をしろというんじゃないんだよ，これは．だけど，こうやってカチンとするような，これはトレーニングとは言わんのやからね．そのトレーニングというものを経験して初めてできるような技を自分で持ちなさいと．今，若い人にこんなこと言うてもいかんのね．

夏越：でも，先生，今の若い人は内視鏡手術のためにボックストレーニングや，結紮などを一生懸命やっていますので．われわれの時は糸結びですね．糸結びとかをずっとやっていましたけれども．ですから，今，先生に外科

医の心を教えていただきましたが，多分それは形を変えてつながっていくのではないかと思います．

岡島：今は器械吻合というと，カチンとやったらさっと縫いよるような．そういう器械吻合が一番初めに出た時に注意されたのは，その器械吻合が失敗したときに，それを修復するだけの技量を持った人間でないと，この器械吻合を使ったらいけないと．それは，その時は失敗する器械吻合が多かったんだよ（笑）．だから，奥のほうにやっと器械吻合でできたなという吻合が，ちょっとでもずれたり穴が開いたりしたら，初めからやり直さないかん．もう非常に難しいところになります．それをやり直すことのできるだけの力量を持っとる者がやれと．そう僕は教わったから，なるほど，そうやなと思った．で，今はそんなにほころびるようなことがないから，皆はもう安心して吻合器を使いますわな．だけど，今の，手で縫うような仕事をする時のあの雑さ．

夏越：確かに，以前とはもう全然違いますね．もう一層で縫って終わりとかですね．

岡島：吻合いうて，きれいに縫うんじゃない．今はガッパーといってカチーン．

夏越：心構えですね，心構え．どっちで縫っても一緒かもしれないけれども，相手が患者さんだからやはり心を込めてわれわれは縫わないといけないという，岡島先生の若い人へのメッセージだと思いました．ちょっと手前みそですけれども，来年は日本消化器外科学会創立50周年でしょう．私は担当する総会のテーマを「春夏秋冬～心技の継承～」にしましたので，本日の話はぴったりの内容でした．

50周年記念インタビュー⑤

掛川　暉夫 先生



語り手：掛川　暉夫
日本消化器外科学会　名誉会長　名誉会員
第34回日本消化器外科学会総会会長
久留米大学名誉教授

聞き手：小澤　壯治
日本消化器外科学会　評議員
東海大学医学部　消化器外科学　領域主任教授



設立当初から会の活動に関わり，第 34 回総会の会長として，また理事として日本消化器外科学会を支えてくださった掛川暉夫先生に，創立当時や学会長を務められた当時のエピソードを伺います．聞き役は日本消化器外科学会評議員であり，第 18 回日本消化器外科学会大会会長（2020 年開催）を務められる予定の小澤壯治先生です．

第34回日本消化器外科学会総会

小澤：掛川先生は第34回日本消化器外科学会総会の会長をされていますが，そのときのご苦労などをお聞かせいただければと思います．

掛川：当時の学会会員は集まってもまだ3,000～4,000人ぐらいだから，久留米で主催しました．結局4,000人弱集まりましたが宿に困りました．宿泊はほとんど福岡周辺でしたが，町は学会の人が溢れて，日清，日露戦争のときに日本が勝ってちょうちん行列をしたぐらいの賑わいだったという話が後から聞こえてくるほど，町の人にはインパクトがあったと，それが学会企画についての思い出です．

プログラムについては，その時々の問題点を特別講演とかシンポジウムに取り上げましたけれども，新しい試みとしては，若い人たちの良質なテーマに賞を与えるYoung research awardというのを初めて作ったことではないかと思います．

小澤：久留米で開催するにあたり，会場は幾つか確保しなくてはいけませんが，どのくらい前から準備されたのですか．

掛川：もう，小さな町でしたから，適当な会場が少なく会場を押さえるのに1年半から2年ぐらいかかりました．市民公会堂と石橋美術館のそばにある，ブリヂストンが作った石橋文化ホールと，それからホテルを幾つか用意しました．バスが町中を回るようなアクセスでした．

小澤：学会を主催するに当り，運営費，予算はいかがでしたか．

掛川：久留米大学は伝統のある大学でしたし，同門会もしっかりしていたので，同門の先生方のご寄付と，あとは当時メーカーとかスポンサーもたくさんおられたし，そういうわけで比較的潤沢に集めることができました．

小澤：学術集会の内容もさることながら，運営にはそれなりに費用が発生しますから，それを何とかするのは会長の一つの仕事かと思いますが，その当時は世の中が比較的，豊かだったのですね．その当時，先生が総会を開催されてうれしかったことは何でしょうか．当然のことながら，入念な準備をされて，成功裏に終わられたと思うのですが，やはりほっとするという感じが強いのでしょうか．

掛川：私の会長講演は，「食道癌の歩みと共に」という題だったのですが，これは恩師赤倉先生（赤倉一郎先生：慶應義塾大学外科）が，日本胸部外科学会を主催したときの会長講演のテーマと全く同じです．先生は最後の結論で，これからやらなければいけない今後の方針として，治療成績の向上のためまず直接手術死亡率を減らすこと，遠隔成績向上に対しては，リンパ節に対する対処が大事だと述べた．私はこの解決が食道外科に従事する後輩の最大の義務と考え努力して来た，と自負していましたので，我々の時代の実績を示すことが恩師への答えと考えておりました．同じテーマで講演できたことに満足感を持ち，同時に継続してきたため，解決の一端くらいは果たすことができたのではないかと嬉しく思いました．あとはさっき言ったように，日清戦争，日露戦争以

来の賑わいだったと町の人がすごく喜んでくれたことは良かったです．やはり地元でやる意義があったと思いました．そんなことで，ほっとしたことはほっとしました．

小澤：あと，ご苦労も幾つかおありだったと思いますが．

掛川：苦労は終わってしまうと，何だったか忘れてしまいます．今思うと，町が賑やかで町中に学会の車が回って，みんなが喜んでくれて，会員の人たちもこんなときでなければ久留米に来れないから喜んでくれたと信じていたけれども，若い人たちは宿で困ったのだろうなと，後で思いました．

小澤：若い会員の先生方ですね．

掛川：会員の人たちはですね．そういうことまで配慮が及ばなかったということをつくづく思います．だから，会場はアクセスのいい便利な所でやるのがいいと，なかなか難しいなと反省したこともあります．

設立当時の世の中と医学の流れ

掛川：この学会ができるころの私自身の思い出を振り返ってみますと，この学会ができたのは昭和43年で，私が外科医になって消化器外科，特に食道外科を専門にやろうという気になって10年ぐらいたったときです．当時は研究発表の場は日本外科学会が最高で，外科学会に選ばれることが一番の評価でした．しかし，外科学会の60％から70％近くが消化器外科医で，外科学会としても消化器外科医を無視できないので，結構消化器外科医が主導権を握りながら外科学会が運営されていました．そこに消化器外科学会ができることは何かおかしいなと，屋上屋を重ねるみたいになぜこんなものができるのかと思っていました．

ところが後で先輩の話を聞いてみると，ちょうど日本の経済が発展して，いざなぎ景気と言っていたころです．流行語で言えばヒッピー族とかフーテン族，ミリタリールック，ミニスカートがはやっていて，その反面大学闘争もあったころでした．そういう渾然としている中で，いざなぎ景気で経済成長が進んできたから，交通災害とか，医療改革の重要性が唱えられ，医学制度も直さなければいけないということと，専門，細分化がどんどん進んできて，さらに医療の地域格差をなくしていかなくてはいけない，そういう問題が重なって，何か医療を改革しなければいけないという機運があったのだと思います．それを創始者の中山先生たちが敏感に反映して，教育も含めて消化器外科の専門性を高めていかなければ駄目だという意味で消化器外科学会を作ったのだと．だから，外科学会の上に，より専門性があるということが主だったのだと理解しています．先達の考えたことはそうだったのかと後で理解した．そういう時代でした．

はじめは外科学会の理事が消化器外科学会の理事を兼任し，彼らが消化器外科学術集会会長を決め，会長は学術集会のみを行うという状況だった．従って学会そのものの将来展望，問題点等を真剣に考える人材が不毛となる危機感がありました．その頃，宮崎逸夫先生（金沢大学），鍋谷欣市先生（杏林大学）といった我々若手が理事になり，少なくとも理事を２期経験したものでなければ会長の資格が得られないという内規を作ろうということになった．少なくとも２期理事を務めれば学会の業務に精通できるから，と．

それで，理事選というのを激しくやって，それを２期やったら消化器外科学会の会長になれるという格好です．その代わり消化器外科学会の総会，大会の別をなくし，同列にしようということで年２回行われていたのです．

小澤：その外科学会から消化器外科専門の消化器外科学会というのができて，本当にその消化器外科のことを考える先生に会長をやっていただくという方向性でずっと来ていますね．

掛川：そうです，そのようにやって来たのです．

消化器外科学会の先進性

小澤：若い人たちもその大きな流れにみんな賛同して，入会して，活動が盛んになってきたということでしょうか．

掛川：特に専門性を高めるという意味で，消化器外科学会を運営していく中枢になる評議員を票で選ばないで，業績で選ぼうということになりました．消化器外科学会はどこよりも早く業績で選ぶという形になっていったのです．だから，若い人たちも業績があればそれに参加できます．そういう意味で，消化器外科学会は本当に専門性が生かされていると考えられたのではないでしょうか．

小澤：先進性ということになると，やはり消化器外科学会は外科の中でもかなり抜きん出ていると思います．というのは，業績評議員は昔からあるのでしょうけれども，例えば理事の選挙も他の学会に先駆けてペーパーレスというか，電子投票になりました．

掛川：それはすごいですね.
小澤：そうなんです．前は評議委員会に行って紙に記入して投票でしたが，それではなくネットから電子投票するとか，教育集会を年に２回やっていたのですが，やはり何千人という人が一同に集まることについて，効率を考えると，臨床をお休みしてそこに出るのは大変なので今，e-learningというのを実践しています．ところが，他の学会ではいまだに旧態依然としてやっているのでなかなか参加できないということがあります. 新しいもの，いいものをどんどん取り入れていく流れというのは，昔からあったということなのかもしれません.
掛川：ただ，一つ，これは僕が会長のときに作った制度ですが，認定医制度．消化器はより高い専門性を選ぶべきで，本当は認定医なんて要らないのです．外科学会の認定医はあってもいい．外科学会の上にさらに専門性を高める消化器外科というものがある．だから，専門性の重要性はすごく必要ですが，では，認定医とは何だということになります．僕が会長のときに諮問されて，作れと言われたのだけれども，何か抵抗を感じました．厚生省が標榜診療科というのをもうけて，それを看板に出す．それがイコール専門医制度に移行して，保険の点数にもなっていくのではないかという流れが，ちょうど私らのときにあったわけです，今はまだ実現していませんが．だから，消化器病学会はすぐに認定医というのを作ってしまったのです．そうすると消化器外科も認定医を作らないと一般の人は外科学会で認定医を簡単に取って，あとは消化器病で認定医を取れば，開業したときに，外科＋消化器病の認定医ということで，消化器外科に入る必要がないわけです．そうなると，消化器外科学会というのは，本当に限られた専門性の人たちだけで，これは尻すぼみになるという不安もあったし，国が消化器外科という標榜診療科名を認めてくれそうもないなら，既定事実として標榜診療科を作っておかなければ駄目だと．それで，消化器外科の認定医というものを主張しようではないかということで，僕のときに認定医制度をつくりました.
小澤：消化器の診療に携わる内科系の先生と外科系の先生で，同じようなシステムが必要だったということで認定医を作られたのでしょうか.
掛川：そうです．消化器病の人は簡単に認定医制度を作ってしまった．こっちはそういうものは要らない，外科学会の認定医があるから消化器外科は専門医だとやっていると，そこへ入ってくる人がいなくなるという危険性を強く感じました．せっかく消化器外科学会が伸びているのに会員がどんどん減るのは困るという会員も多くて，それなら消化器外科学会も認定医を作り，それに対抗しなければならない, こういうことです．今, どうなっているのですか.
小澤：専門医という１種類になっています.
掛川：１種類ですね．ということは，元に戻って良かった．ということは認定医で，国がライセンスを与えるということがなくなった．あのころは認定医イコールライセンスという動きが強かったです．だから危機感が強かった.
小澤：横の他の学会の動きに敏感に対応してのことですか.
掛川：そうですね，対応して.
小澤：迅速な対応で本来消化器外科のほうに進める人たちをちゃんと安心して受け入れられるようにしてあげたという．その辺りの情報というのは，どういうところから会長さんに入ってくるのですか.
掛川：当時はお役人と親しい東大を出た人たちが厚生省と話をすると，「どうもこうなるらしい」とかいろいろな情報が入ってくる. 国はこういうことを考えているぞ，という情報が真否を問わず入ってくるわけです．偽情報に振り回されることもありましたが.
小澤：今はどうなのでしょう．外科医が少なくなるのと同じで，もちろん消化器外科医もそれほど多くないですけれども，先生が会長をやられていたころは成長期でしたから，若い人たちが働き掛けをして，成長をさらに促進したというようなことはございましたでしょうか.
掛川：若い人たちに，特に魅力なんて言わなくても入ってきた時代でしたので，入るのが当然だと思っていました．社会的にちょうど，アメリカの脳外科医のテレビドラマが有名でした.
小澤：ベン・ケーシーですか.
掛川：はい，ベン･ケーシーの流れで「外科は格好いい」というイメージが，外科は魅力があるというのがあのころはあったから，勧誘しなくても入って来ました．外科はきついと言われる少し前でしたから，あまりそんなイメージはありませんでした.
　ただ，話が前後しますが，専門性ということに対してはみんな敏感でした．ちょうど大原さん（大原　毅先生. 東京大学第３外科）が会長のときに，僕が将来構想委員

会の委員長をさせてもらったのです．そのときの大きなテーマが消化器外科学会を年に２回やっていいかどうかでした．私は委員長としていろいろな意見を聞きました．ちょうどそのころ，２月に消化器外科学会があって，４月に外科学会，７月に消化器外科学会という流れがついていました．また，外科学会はただ純粋に学術研究をするだけではなく，国民健康，福祉生活の向上などの問題とか，いろいろな社会の要望に応えなければいけないという義務が出てきました．そういう意味で活動範囲が広くなって，研究一遍の学会ではなくなってきました．そんな中で２月の消化器外科学会にテーマを出して，駄目なら４月に外科学会に同じものを出して，どちらか通ればいいというような安易な動きが出てきて，実際に消化器外科学会では落ちたけれども外科学会は同じものを出したら通ったとか，そういう事実も出てきました．

私はその当時外科学会の理事もやっていたから，両方のことがよく分かり，これでは両方が共倒れになると思いました．外科学会の任務は，基礎的なことを国民に知らせなければいけないと同時に研究もする．消化器はさらにその上だから，それでは消化器を年に１回にして，より高度なものにしたらどうかということでアンケートをとりました．そしたら，当時の名誉会員，特別会員，評議員の70何％の返答があって，その中の70％は年１回がいいという返答でした．それで，私が将来構想委員長として年１回の理由を，今のようなことを書いて，答申して，出しました．ただし，いろいろ用意している人もいるし，年に２回がいいと思っている人もいるから，2000年を機に１回にするという答申で評議員会の決を採って，それで年に１回にしました．それが確か船曳さん（船曳孝彦先生．藤田保健衛生大学外科）が会長のときではないでしょうか．それから，10年ぐらい年１回が続きました．それで確かに総会はそれなりに専門性が高まってきたと思っていたら年２回に，あれよあれよという間に逆戻りしてしまいました．

しかし考えてみると，本来，メスで人の体に傷を付けず病気を治すのが治療の本質です．だから，さっき外科医が少なくなるとかならないとか言うけれども，将来的には何もメスを持たなくてもいいわけです．疾患が治ればいいわけですから．病気を，メスを持たずに治すというのが究極の目的です．

消化器病学会とともに消化器外科を１年に２回やって，１回は協同の場（JDDW）でやる，となったので，大会のほうは主に外科の場合は例えばストレスによって生ずるサージカルオンコロジーとか侵襲を超えた後のメタボリズムとかの研究を中心に教育も含め研究成果を発表することにするか，内科は慢性的な刺激に対して，どうやっていくかというのが発表の主体．そういうものが，偶然一つの場に集まる．単なる教育だけではなくて，人間の病気を慢性刺激と急性刺激に対する生体反応，現象両面の知恵などを持ち寄った研究をするような方向にもっていくと，消化器の専門性はもっと上がるんじゃないのか．せっかく消化器病と年１回合同で行うようになったんだから，単なる教育の大会なんて言わないで，また消化器外科学会総会と同じようなことを２回繰り返さないで，本当に細胞レベルで慢性刺激と急性刺激の問題を解決するような研究をやっていただければ，消化器の専門性はさらに高まるんじゃないかなと考え直しました．これが年２回行うようになったことに対する私のお願いです，強いて言えばね．

小澤：先生のお話を伺って，消化器医療の最終目標が何なのか分かります．患者さんの消化器疾患を治すのがわれわれの目標ということになるのでしょうか．

掛川：治す，そういうことなんです．

小澤：たまたまわれわれはメスを持っているけど，持たなくてもいいんだということですね．それは非常に新鮮な考え方ですね．

掛川：新鮮というか，そういうことを望んでいるのですから．それを外科医が少ないからどうのこうのと言う．私はそんなことはどうでもいいのではないかと思います．メスを持たせたからどうとか，喜びを持ってとか，いつまでもそういう時代ではありません．現にメス無しで，どんどん，治っていく分野も出てきているではないですか．また一方で内科の先生もメスを持つようになってきていて，両者の境界が複雑になってきていますよね．

小澤：内科の先生も持ちますね．

掛川：そうでしょう．だから内科，外科ではなくて，消化器の中で，一つの病気で治すという格好にもっていけば，外科が減っていることはあまりこだわらなくてもいいのではないですか，というふうには思います．

小澤：消化器疾患を治したいという医者の集まりということですかね．

掛川：そう，そのような集まりというものにもっていくことが究極なのではないのかと愚考します．

若い外科医へ

小澤：先ほどメスという言葉が出てきたのですけれども，以前，掛川先生が向井千秋先生と対談されたときに，宇宙空間では重さを感じるのですかという話をされたかと思います．メスとかクーパーなどそういった手術の手技，それからいろいろな技，その辺については先生の思い，若い外科医にお伝えしたいことなどもありましたら，お伺いできればと思います．

掛川：学会の件とは話が違いますし，究極的にはメス無しで治すことが医師の使命と思いますが，切り取り治す以上，手に感じるメス，ハサミの重さは極めて重要，切除する病巣，血管，組織に接したときそれらの抵抗や重みをいかに感じるがという感覚，それにより切除層の深さを敏感に触知できます．このような見地から，手術にメスなどの重みの重要性を私は常々感じていました．無重力で抵抗を感じなければ，どこで止めていいか分かりません，目で見るしかないです．だから，宇宙に行って，重力のないところで物を切ったりするのはどういう感じかを聞いてみたのです．

若い外科医に何かメッセージを，とのことですので一言，私の好きな言葉は温故知新です．日本の国と言わず，人間には有史以来の長い歴史があるわけですが，人間の考えることというのはある程度の精神構造が出来上がって以来，そんなに進歩していないのではないですか．ただ，科学が進歩したから，どんどん素晴らしい，あなた方がやるように内視鏡の3Dなどいろいろなことが実現しています．でも，目で見てやってみるという根本的なアイデアは変わっていないのです．病巣を目で見て確認した上で，手術の適用を決めようとする行為は，古今変わっていないと思います．ただ，道具が進歩しただけです．

日本は島国で他国から侵略された経験が少ないためか，日本人の心は独特な細やかさ，繊細さが育まれている．例えばこの間もテレビで言っていましたが，日本独自の文化である生け花というのは花を長く生かそうという工夫から華道ができたし，お茶も一杯のお茶をおいしく飲むためにいろいろ工夫するうちに茶道という道ができて，だんだん一つの形態になって素晴らしいものになりました，香道も匂いを．そういう非常に素晴らしい精神構造を持っている中に，科学がどんどん進歩するようになった．だから，先人の考えていることを常に大事にして，温故知新でさらに温故創新，新たに作るという気持ちは大切です．これは矛盾しているようだけれども，常に先人のやっていることを学ばなければいけないけれども，「これでいいのかな」という疑いも持たなければいけません．

何か困っているとき先人の故事に学ぶことは多々ありますが，同時に新鮮な科学的知識の導入も忘れてはならない．温故知新イコール温故創新の気持ちを忘れず，常にやっていることに疑いを持つ心，「自分ならこうする」「あれはどうなっている」「良いことはすぐ取り入れる」気持ちが大切．それが若い人へのコメントです．

小澤：ありがとうございます．そうすると，特に組織の，比較的上に立つ人こそ，そういう自由度を若い人に与える必要があるという．

掛川：そうですね．人間は万能ではありません．中途半端に成績が良くて頭の良い人は，上に行くと何でも自分が分かろうとして，自分が理解しないことは許せなくなってしまうことがある．あらゆる面で素晴らしい人間というものはあり得ないのですが，自分の知らないことは「生意気なやつだ．俺の知らないことを」と押さえようとすると，そこは伸びない．組織が伸びるというのは，もちろん，自分の専門は誰にも負けないと思わなければ自分がやられてしまうから，自分の専門は自分で伸ばせばいいし，伸びてくるものを抑えてもいいですが，そうではない分野は温かい目で何でもやらせるということが必要ではないでしょうか．だから，中途半端に頭のいい人が困るのです．1番だったら，何でも1番でなければいけないと．

小澤：上司のそういう資質，心意気もそうですが，若い人たちはどういう上司の元で働いたらいいか，これは分かりにくいですね．

掛川：分かりにくいですね．

小澤：運でしょうか．

掛川：小学校からの教育も大切ですね．四季豊かな気候の中で育成された日本人特有の森羅万象に対する慈しみ，優しさ，興味を持つ心が，戦後アメリカ的合理主義にやられてなくなり，好きなことに寝食を忘れ夢中になる心意気の減弱傾向があるように思いますが，私の偏見でしょうか．もう少し自分の仕事に興味を持つべきではないでしょうか．そういう人が集まってくれなければ，いくら上が言ってもなかなか難しいと思います．

小澤：今で言うと大学の教員からすると，学生さんに教

育するのは，いいところをなるべく見せてあげて，興味が湧くようにしてあげて，さらに消化器外科の良さをもっと正しく理解してもらえるようにすると，人気がさらに高まるということですか．

掛川：ええ．消化器外科をさらに盛んにするには，さっき言ったような心構えが一番大事だけれども，いわゆるあなたが専門にしているような3次元の世界で，立体構造が棒を突っ込んだだけで分かるようになって，転移まで分かるようになってこうだと見せると興味を持つのではないですか．だから，常に今の最先端の技術を見せてあげるということが大事ではないですか．

小澤：これは消化器外科に限ったことではないのですが，外科医に対して魅力を感じてもらえるように，われわれは若い人たちに働き掛けなければいけないのですが，今の若い人たちは比較的マイナーのほうに行ったり，QOLの良い診療科に行きがちなのです．それは多分外科医のロードマップの想像がつかない部分があるのかと思います．

外科の高度成長期と異なり今はどちらかというと安定しているからこそ，冷静に評価されているところがあります．将来的に外科医はどんな形で進むのがいいのでしょうか．なかなか答えの出ないところですが．

掛川：出ないですね，難しいです．われわれの世代はそんなに科学進歩が激しくない，外科医はまず胃の手術ができれば，それで一生外科医として通じるという時代でした．胃の手術ができたら立派な外科医でした．今はそんなどころではなく進歩してきています．

小澤：そうですね．

掛川：そういう中で，それができる場所はどういうところかというと，大学，大病院などですが，そんな競争の激しい所に自分から好んで行く人も少ないのではないですか．

自分なりにささやかな生活が送れる場所というと，必然的に楽な場所，安易に開業できるところに入ってしまいがちです．社会状況がそうなってしまっているので，なかなかそこでそうじゃないよ，と手を尽くしても，笛吹けども踊らずです．それよりも人間というのはどう生きたら幸せなのかということを分からせるほうが大事だと思います．自由な時間が取りやすく仕事が楽だからと例えば皮膚科，眼科へ進んだとしてもすぐ退屈すると思う，自分が選んだ職業が好きで，楽しく趣味となるような生き方をしなさいと，そういう中で外科の面白さを教えたほうがいいと思います．消化器外科の魅力はこうだということより，ものを切ったらこうなる，これをこっちから攻めたらこうなるかもしれないとか，こういう臓器をこういう新しい物質と置き換えてみたら，人工培養してみたい．小さな町工場のおやじが何かのことに夢中になって，つい宇宙に行くようなものを作り，それにみんな参加するとかあるではないですか．ああいう気持ちをみんなが持つといい．

仕事というのはお金を幾ら稼いだからといって，満足できるものではありません．仕事を趣味に持つ．そういう生き方の中に，外科学というのは無尽だよという教え方をしないと，消化器がどうのこうのと言ってもきついばかりだと思うのではないかと私は思います．そういう人間の感性を掘り起こして，おまえが一生やっていったときに悔いのない生き方をするには何がいいのか．幅広く興味が持てて，趣味となるもの．今の悪いところは，仕事は労働で5時以降働かせてはいけない．それで5時でうちに帰って畑仕事しているわけでしょう．疲れた人がうちに帰って，しかし畑仕事が趣味だから文句を言わないのです．では，その畑仕事と同じ趣味を仕事の中で持っていればいいじゃないかと思うのです．だから，仕事に趣味を持ちなさい．仕事を趣味としなさい．そのような考え方，職人気質的生き方が日本人の心には強く植え付けられており，多くの繊細，精密な優れた科学，工芸品を生み出している．この生き方，一生も大切だと教えることも重要ではないでしょうか．

小澤：先生のおっしゃるのは，根本的なフィロソフィーですね．

掛川：そうです，私の細やかなフィロソフィーです．最後に記念誌の趣旨から離れましたが，呆けた高齢者のアナログ的発言との批判は承知の上で，敢えて一言述べさせていただきました．

小澤：フィロソフィーをちゃんと教えてあげなければいけないと．本質論というか，それなくしては小手先のものになってきますね．本当に貴重なお話をどうもありがとうございました．

50周年記念インタビュー⑥

岡本　英三 先生



語り手：岡本　英三
日本消化器外科学会　名誉会長　名誉会員
第41回日本消化器外科学会総会会長
兵庫医科大学名誉教授

聞き手：永野　浩昭
日本消化器外科学会　理事・評議員
山口大学大学院医学系研究科　消化器・腫瘍外科講座　教授



兵庫医科大学第一外科元教授の岡本英三先生をお招きし，お話を伺います．岡本先生は1993年2月18日，19日の2日間にかけて行われた，第41回日本消化器外科学会総会の会長を務められました．本日は岡本先生が担当された総会の思い出，消化器外科への思い，これからの消化器外科，消化器外科医に期待することなどを伺います．インタビュアーは日本消化器外科学会　理事・評議員　永野浩昭先生です．

第41回日本消化器外科学会総会

永野：それでは岡本先生，最初に，第41回日本消化器外科学会総会を1993年，神戸市国際会議場で開催されたときの思い出をお話しいただけたらと思います．

岡本：はい．第41会総会は演題数は932題，来場者数は4,000人を越えました．

永野：4,000人ですか，すごいですね．その時期の来場者数としては1番ではないですか．

岡本：その翌年に日本消化器外科学会会員の数が2万人を超えました．会場は神戸ポートアイランドのポートピアホテルを中心に神戸国際展示場1号館，2号館と国際会議場，合わせて13会場を使ってやりました．

永野：今とほとんど変わらないですね，会場の数は．

岡本：そうですね．演題の募集と発表に関してはcontroversy and consensus at presentを基調とした発表に重点を置きました．言いっぱなしではなく，少なくとも現時点において，合意点と非合意点はどこにあるかということを明らかにしていただいて，次なる問題点をあぶり出す．そういう気持ちでやりました．

永野：Controversy and consensus at presentは時代をだいぶ先取りされていますね．数年前から消化器外科学会のパネルディスカッションは先生の行われた形式になっています．昨今は，わざわざanswer padを配るのではなく，携帯にアプリを入れることでみんなが参加できるようになっていますね．そして，ゲームに参加するようにそれぞれの意見を提示してコンセンサスを得ています．岡本先生は，いわばそれの先取りをしていたということですね，つまり今の学会で何とかやろうとしていることを，四半世紀前に先生が先取りされてやられていた．

岡本：それで，参加者4,000人，932演題を消化したわけです．総会も第41回目を数え，学会としての長期的ビジョンを持つべきだと考えて，この学会では特別パネルという形で「日本消化器外科学会の将来―21世紀に向けて―」という企画をやらせてもらいました．司会は神戸大学の齋藤洋一先生にお願いして，パネリストには藤田保健衛生大学の青木春夫教授，九大の杉町圭蔵教授，東大の森岡恭彦教授，東北大の森昌造教授，近大の安富正幸教授……安富先生は永野先生の先輩にあたる方ですね．

永野：そうです．

岡本：以上の5人のパネリスト，そして特別発言を山梨医科大学の菅原克彦教授にお願いして，学術集会や学会誌のあり方，学会の法人化，JDDWへの参加の問題，認定医・専門医制度．このころ認定医はまだ各学会を通じてのものがなかったので．

永野：なかったですね，はい．

岡本：そういったいわば消化器外科の今後向かうべき方向について，パネルディスカッションをやってもらったのです．

永野：はい．確か，学会に将来構想委員会はこの頃はまだなかったですよね．

岡本：将来構想委員会はちょうどこの頃に発足したように思います．

永野：そうなんですか．

岡本：はい．齋藤先生に司会をしてもらいましたが，このときの司会の言葉の中で「将来構想を検討する委員会が発足したことは誠に喜ばしいことである．この機会を捉えて会員の意見を集約するための特別パネルが企画された次第である」と，先生がちゃんと結び付けて，司会の言葉に書いてくださっています．

永野：歴代の会長が勢ぞろいされていらっしゃいます．すごいメンバーでされていましたね．

岡本：総会の一つの目玉にしようと思ったのです．

永野：これは本当に重要な機会ですね．

岡本：その当時から更に10年ぐらい前から，H2レセプターアンタゴニストの出現で消化性潰瘍がよく治るようになりました．それまでは胃の手術というのは半分は胃潰瘍，十二指腸潰瘍だったのがどんどん，薬で治るようになりました．また内視鏡による食道静脈瘤の硬化療法ができたでしょう．今まで食道静脈に対する，食道離断術などは消化器外科の重要な手術でしたが，それが全然なくなってしまいました．そしてそれに代わって腹腔鏡手術が登場して来ました．

永野：そうですね．腹腔鏡下胆のう摘出術，いわゆるラパ胆はこの頃入って来て数年ぐらいですか．

岡本：ええ．ラパ胆はless aggressive，つまりより侵襲が少ないということで，患者さんにとっても大きな福音となり，またたく間に腹腔内の全臓器に適応が拡がっていきました．その一方では血管の合併切除，臓器移植といったmore aggressiveなものも出てきて，両極端に進みつつありました．各パネリストには講演はなしで最初から討論に入ってもらいました．

永野：あの先生たちが講演無しでディスカッションだけですか．重鎮の先生方ばかりですが，しゃべらせろ，という人はいませんでしたか（笑）．

岡本：先生方にはよくわかっていただけて，齋藤教授の名司会のもとに，最初からテレビ討論会の形式で，非常に活発な討論を進めていただきました．

永野：それは密度が濃いですね．

岡本：パネルというのは大体討論に終始します．だから，記録は雑誌には残っていないと思います．

永野：これをまとめられたものはないのですか，抄録だけですか．

岡本：いいえ．ありがたいことに司会してくださった齋藤先生が当日のパネリストの発言内容をまとめられて，翌年の日消外会誌（27：1871―1878,1974）に「特別寄稿」として詳細に記述してくださっているのです．

永野：貴重な記録ですね．

岡本：この特別パネルディスカッションを総会の一つの目玉としました．それからもう一つの目玉は，手術手技に関するシンポやパネルは手技を実際に目に見ていただかないと駄目だと考え，恐らくこれが最初だと思いますが，シネ・シンポジウムとビデオパネルディスカッションをやりました．シネシンポのテーマが「消化器癌手術における拡大リンパ節郭清（消化管）」と「消化器癌手術における拡大リンパ節郭清（肝，胆，膵）」，それから「消化器外科領域における血管外科の応用」．ビデオパネルは「新しい手術手技の工夫」，「基本的手術手技の再検討」，それから「消化器外科領域におけるstapling device（機械吻合）の応用」，そういうものをやらせていただきました．

それからもう一つ，消化器病学会近畿支部の支部長を兵庫医大の第四内科下山教授（故人）がやっていて，「内視鏡でできるおなかの手術」をテーマに共催で市民公開講座をやりました．講演は食道・胃のがんについては，北里大学の比企能樹先生，大腸がんについては東京慈恵医大の内視鏡外科の鈴木博昭先生，胆石については帝京大学の山川達郎先生にそれぞれ講演をお願いしました．これがなかなか好評でした．

永野：ところで，岡本先生は会長講演で「肝癌の病態と治療―教室20年の歩み―」をテーマにお話されていますね．わが国の肝がん治療の大重鎮のご講演はどのようなものだったのでしょうか．

岡本：会長講演では「肝癌の病態と治療―教室20年の歩み―」という演題で，1973年の教室創設以来20年間に経験した肝癌551例の肝切除症例の検討から，肝癌の病態と外科的治療に関する研究成績を述べました．まず担癌肝の90％は肝硬変を頂点とする慢性肝疾患を合併しており，これが肝切除の安全性を著しく阻害しているのですが，教室では1980年末，病態肝の肝切除安全限界を予測する重回帰式を確立して以来，術後肝不全による死亡を皆無となしえたことを述べました．次いで肝癌の流出静脈は肝静脈ではなく門脈であり，かつ腫瘍内圧の亢進が肝内転移形成の原因であることを明らかにしたこと，そしてこの病態に即して，たとえ区域・亜区域

レベルの小範囲切除であっても，担癌門脈枝を含むグリソン枝一括処理を先行する系統的肝切除術式の必要性を述べました．門脈侵襲（Vp，IM因子）と癌の核DNA量ならびに切除の治癒度が5生率を左右する主要な予後因子ですが，10年生存率で見ますと，治癒的切除が最も重要な因子であることが明らかとなったというようなことを講演いたしました

永野：今ほど治療の選択肢もない時代ですからね．

岡本：1980年代後半からCTや超音波，あるいはMRIなどの画像診断機器の機能が飛躍的に向上してきました．これでもって肝癌の高危険度群，ほとんどがC型慢性肝炎，肝硬変――当時はnonAnonB と言っていました――の選択的集検の普及によりましてどんどん小さな肝癌が見つかり外科へ送られてくるようになって来ました．癌治療の鉄則である早期診断・早期治療がようやく肝癌でも実現したわけです．しかしこれは同時に肝臓外科医に大きな試練を与えられることになったのです．何故なら胃癌など他の消化器癌と違って，硬変合併肝癌では「小さく見つけて大きくとる」ことは解剖学的にはともかく機能的には適用できないのです．その解決策として，「小さく見つけて肝機能の許容範囲内で出来るだけ大きく，かつ根治的に」切除することを心がけました．こうして，肝門部でグリソン系脈管一括処理を先行する系統的区域・亜区域切除，つまり担癌グリソン枝を選択的処理する手技の開発となったわけです．

永野：大きく治療法が進歩していた時代だったのですね．

岡本：C型が見つかったのは1980年代でしたか．

永野：88～89年頃ですか．

岡本：取っても，取っても再発してくるということが一番問題でした．その原因がC型慢性肝炎ウイルスの持続感染による再，再々度発症であったわけです．しかし，最近ではこのC型肝炎ウイルスをやっつけられる薬剤も出てきましたね．

永野：DAA製剤ですね．インターフェロンの時代に比べると，ものすごく成績がいいです．

岡本：そうですか．2000年に定年になってもう18年ですよ．もう，私87です．

永野：87歳には見えないです（笑）．

腹腔鏡下胆のう摘出術　保険適用の努力

永野：次に，日本消化器外科学会に対する思いや，これまで先生が作られ，発展させてきたことに対する思いなどお伺いできますか．

岡本：定年後18年，今は老健施設の施設長も辞めて，顧問をしています．消化器外科に対する思いということで，何を言ったらいいかと思って悩んでいました．私たちのころは，消化器外科といっても消化器全般を診ていましたが，今は消化器外科の中でもさらに細分化しているでしょう．肝・胆・膵，それから上部消化管，下部消化管とね．これからの消化器外科を目指す人たちに伝えたいのは，大学にいる限りはいいけれども，一般病院に出たら，肝胆膵の手術しかやれないというわけにはいかないということです．消化器外科というのは，外科の基本だと思います．まずその基本をしっかり身につけていただきたいです．

永野：残念ながら，現在はなかなかそのとおりにはいっていません．

岡本：永野先生は山口大学の消化器外科全般をやっていますか．

永野：はい，そうです．消化器外科と乳腺外科の教室で，乳がんは乳腺外科の担当がいるのですが，消化器全般を診ることになります．特に地方は専門性があるのは大学ぐらいで．

岡本：話が少し外れますけれども，私が日消外総会をやったのは1993年ですが，その翌年に私は病院長になったのです．平成6年，1994年でした．鏡視下手術は今では普通というか標準手技じゃないですか．

永野：はい，そうですね．

岡本：ところがその年，腹腔鏡下手術の保険適用をめぐって厚生省から2度目の待ったがかかって大変だったのですよ！　1980年代後半でしたよね，腹腔鏡による胆嚢摘出術がフランスの外科医によって開発されたのは．この「ラパ胆」はご存知のように開腹による胆摘に比べ，各段に低侵襲ですね．術後の痛みは軽いし，翌日に食事開始，2，3日で退院できる画期的な手術ということで，患者さんにも大きな福音となり瞬く間に米国そして全世界に普及しました．さらにこれに使う手術器具がどんどん工夫・改良され，胆摘以外のいろんな手術にも競って腹腔鏡下手術が適用されていきました．腹腔鏡下手術――今は鏡視下手術というんですか――が我が国

に導入されるのに時間はかかりませんでしたが，その保険適用にからんで厚生省から二度も待ったがかかったんですよ！

永野：そうだったんですか．

岡本：一度目は平成3年，ラパ胆の手術料を開腹による胆摘術に準じて請求していたのを健康保険法違反に問われまして，全国の実施施設が次々に摘発され，残りの施設は自主返還という罰則が科せられました．ところが平成3年の春，突如保険適用が認められたんです．これは日米貿易是正と絡めての措置だと言われています．当時鏡視下手術の高価な器具一式は全部アメリカから輸入していましたからね．

永野：そうなんですか，それは全然知りませんでした．

岡本：二度目は鏡視下手術の胆摘術以外への適応拡大を咎めたもので，兵庫医大がその槍玉に挙げられたんです．当時は腹腔鏡下胆摘が保険適用となったのに勢いを得て，鏡視下手術は胆摘のみにとどまらず，胃や大腸の手術にも応用，また胸腔鏡を用いて肺や食道へと全国的に適応が拡大して行きました．各地に研究会ができ，1991年には日本内視鏡外科手術研究会が発足し，間もなく学会に昇格するなどその勢いは燎原の火を見るごとき感がありました．

一方，厚生省にとっては腹腔鏡胆摘に際してあれだけ注意しておいたのにまだ懲りないのかと言うわけです．兵庫医大は折悪しく一罰百戒の犠牲にされた感があります．厚生省の追求は厳しく，一時は保険医療停止処分も止む無しというところまで来て，病院長たる私は窮地に立たされました．しかし私は低侵襲・低コストの鏡視下手術がその適応を拡大するのは自然の流れであり，医療の本質からしても決して誤っているとは思えない．ここは厚生省にその本質を理解してもらうしかない，そのためには小手先を弄さず誠意をもって正面から折衝するしかないと決心し，時の病院事務長と共に何度も厚生省へ出向きました．当時の兵庫県医師会長の瀬尾摂先生（故人），また日本医師会副会長の糸氏英吉先生のお二人は阪大の先輩に当たりますので非常に心配してくださり，医師会の立場から，また東大外科の出月康夫教授は学会の立場から，それぞれ強力に掛け合ってくださったのが大きな支えとなりました．調査は厚生省から県医務局に引き継がれ，とうとう年が明け，1月17日あの阪神淡路大震災が起こりました．兵庫医大は甚大な被害を受け，調査は中断いたしました．

平成7年3月，ついに厚生省の岡光次官から呼び出しがかかりました．同次官から言われたのは「厚生省も不勉強であった．ここは痛み分けにしよう」でありました．そしてそれまで胆摘にしか認められていなかった鏡視下手術の保険適用が一挙に17種類の手術に拡大されました．あれから24年，今では鏡視下手術が外科手術の主流として定着して益々進歩しつつある姿を見るとき，感慨無量のものがあります．

永野：少し言い方は悪いですけれども，正々堂々と受けて立たれたわけですよね，もめ事をしっかりと正面から．そのおかげで，今こうした流れになっている．先生，その話は皆さんあまり知らないですよ．それを私は何とか皆さんにお伝えしたいと思います．

消化器外科の将来

永野：最後に，消化器外科の将来についてお考えを伺えますか．

岡本：消化器外科学会の将来についてですが，現役を引退して18年の私には近年の消化器外科学の進歩にはただ目を見張るばかりです．特に鏡視下手術の手技の進化向上による適応拡大の勢いは驚くばかりです．おそらく在来の開腹手術のすべてが鏡視下手術を中心とした低侵襲手術によって置き換わっていくのではないでしょうか．

また近年の分子遺伝学の進歩も目覚ましいものがあり，遺伝子治療もまだ実験段階ですが始められていると聞いています．できるだけ近い将来，臨床に応用できる日の近からんことを祈っています．

また学会のグローバル化に向かって2012年第24回日本肝胆膵外科学会（会長：兵庫医大，藤元治朗教授）でまず手始めにビデオシンポジウムを国際シンポとして，発表・討論すべてを英語でおこないました．続いて2015年の第27回（会長：東邦大，金子弘真教授）では60%，第29回では第6回アジア太平洋肝胆膵外科学会との合同開催で100%英語発表・討論が達成されたと聞いています．日本消化器外科も優れた研究成果をグローバルに発信することを考えてゆくべきではないでしょうか．

永野：ありがとうございます．

岡本：この頃は昔と違って，初期研修でもトレーニングはかなり実地にやらせているのですか．

永野：科によってだいぶ違いがありますが，できるだけ若い人には早くから手術に参加してもらいたいというのがあって，基本的には，多分昭和の時代に比べると，ある程度参加できるようになっています．

岡本：研究はどうなっているのですか．大学院に行かないとできない？

永野：やはり大学院に行かないと難しいと思います．

岡本：大学院に．

永野：はい．

岡本：学位はみんな取っているのですか．

永野：大学によって考え方が違うと思いますが，例えば私の前任地の大阪大学だとほぼ100％です．多分いろいろな大学がそれを目指しているのではないかと思います．山口に移ってからも，できるだけみんなが学位を取れるように考えています．たしかに臨床からは少し離れることにはなるのですが，少しでも科学的なものの考え方を身に付ける時期があってもいいかなと考えています．

岡本：学位についてですが，私は臨床教室においては「診療」即「研究」であり，「診療（手術も含む）から生じた疑問を研究によって解明し，研究によって得た成果は臨床に応用・還元できるものでなければならぬ」を信条としてきました．教授や先輩の言葉をそのまま鵜呑みにしてはいけません．認定医，専門医取得を優先し，余裕があれば学位を取られるのがいいと考えます．よく「学位というのは足の裏の飯粒のようなもので，取らないでもどうということはないがやはり取らないと気持ちが悪い」，もう一つ落ちがついて「取ったところで食えない」というのがあります．これはもちろんジョークですが，真理を突いていると思います．

永野：私もそう思います．

岡本：手術職人になってはいけないと思います．やはり，アカデミックマインドを持って，病態，生理をよくわきまえた上で手術をすべきだと思います．

永野：まさにおっしゃるとおりだと思います．

岡本：そういうトレーニングは大事だと思います．

永野：先生みたいな手術の達人にそれを言っていただけるとそのお言葉は重いです．日本の肝臓外科の手術で引っ張ってこられた先生に研究も重要であると言っていただけると，若い外科医は胸に染みると思います．臨床医も常に勉強を続けなければ駄目だと思ってくれると，こんなありがたい話はないと思います．

岡本：やはり医学は科学であるわけですから，科学的マインドを養成する意味でも学位を取るということは，一つのステップとして考えるべきです．もちろんトレーニングも必要ですが．

永野：本当に先生にそう仰っていただいて，心に響くものがありました．ありがとうございます．

岡本：消化器外科の将来について，なかなかお話できることがないですね．

永野：いえいえ，先生，素晴らしいお話をしていただきました．研究の重要性もありますし，内視鏡の手術のこともあります．少し，今までみんなが思っていたようなこととは，ちょっと違った視点で考えられていたのだと．そういった意味では，本当に素晴らしいお話しでした．ありがとうございます．

　そういうことで，本日は岡本英三名誉会長に昔の総会の話と消化器外科医にかける思いを語っていただきました．お話を形に残して，若い外科医にもよく伝えたいと思います．どうもありがとうございました．

岡本：ありがとうございました．

50周年記念インタビュー⑦

水本　龍二 先生



語り手：**水本　龍二**
日本消化器外科学会　名誉会長　名誉会員
元・三重大学　肝胆膵・移植外科（第1外科）　教授

聞き手：**太田　哲生**
日本消化器外科学会　評議員
金沢大学　消化器・腫瘍・再生外科学　教授



2018 年に米寿を迎えられた水本龍二先生は，日本消化器外科学会の創成期の頃から活発にご活躍されており，本学会の歴史の生き証人の 1 人です．先生ご自身の活動と学会の歴史に重なる部分も多く，ご活動とそれに込められた力強い思いをお話しいただきました．聞き役は同門の後輩でもあり第 72 回日本消化器外科学会総会会長を務められた太田哲生先生です．

第35回日本消化器外科学会総会

太田：本日のインタビューにつきましては，昨年末に学会事務局から私宛てに，第35回総会会長の水本龍二先生へのインタビュアーを務めてほしいという依頼が届きまして，実は私は二つ返事でお引き受けしたわけです．と申しますのも，水本先生は昭和30年に金沢大学医学部を卒業され，しかも，私共の先々代の教授である宮崎逸夫先生と同期で，2人そろって金沢大学第二外科学教室に入局された，いわば同門の大先輩です．そして，私がアカデミック・サージャンとして尊敬している消化器外科医のお1人だからです．そういうご縁がありまして，本日はインタビューをさせていただいております．水本先生，どうぞよろしくお願いします．

最初に，水本先生が担当されました第35回日本消化器外科学会総会にまつわる思い出話などについて，例えば当時総会会長に選出されるまでの経緯や総会会長をお務めになられていた頃の学会の事業等における苦労話，さらには水本先生は総会を伊勢市で開催されましたが，その総会期間中の思い出や，やはり何といっても学術プログラムの一番の目玉である会長講演の準備等での苦労話，学会期間中の想定外のハプニングなど，差し支えない程度で構いませんので，ぜひいろいろとお話を聞かせていただければ幸いです．それでは水本先生，お願いいたします．

水本：最初の経緯からお話しますと，日本消化器外科学会は昭和43年7月に横浜で第1回総会が開かれたわけですが，昭和43年，44年というのは大学紛争が激しい時で，東大，京大系の方が多くは参加できなかったのではないかと思っていました．私はこの時ちょうど米国へ留学していました．けれども，その前の年から横浜で開かれることが分かっていましたので，留守の人に入会をしておくようにお願いしていたので，おそらく私は第1回から入会したことになっていると思います．

35回総会会長を選出するに当たっては，その前に通常，理事を2期やっておく必要があるというのが当時の通例で，私の同期で先ほどお話もありました太田先生の恩師である宮崎先生が理事に当選した頃に，宮崎先生からうちの助教授の川原田嘉文君に「水本君もそろそろ理事に出たらどうだ」というお話がありまして，昭和59年に私は理事に当選しています．

その理事2期を終わる頃に，ちょうど昭和61年の日本外科学会総会で私は「肝臓外科に憶う」という特別講演を行いましたし，その年の7月に青森で開催された消化器外科学会第28回総会では，助教授の川原田君が宿題報告を担当していました．そろそろ理事も2期務めて，全国学会で教授，助教授が出演することができた機会に学会会長の候補に挙がったらどうだと宮崎先生から勧められて，昭和63年7月の理事会で内定しまして，平成元年2月の羽生富士夫会長の時に副会長に指名されまして，平成元年7月の掛川暉夫会長の総会終了後に私が第35回の会長に就任して，平成2年2月に総会を開催することになりました．

この時の当時のエピソードとしては，過去，2月に行った大会はしばしば豪雪に見舞われまして，例えば前多豊吉会長の第4回大会が秋田市で開催された時は私も出席しましたが，大雪で交通機関が全部ストップしたりして大混乱を起こしました．また，土屋凉一会長の第17回総会が長崎で行われた時もあの南の国で豪雪に見舞われて，ろくにタクシーが走らないというような厳しい状況でしたし，古賀成昌会長の第27回総会が米子で行われた時も雪に見舞われました．当時「2月の総会は暖かい所でやらないと混乱を招く」というような話題がありまして，35回選出の時も「伊勢なら大丈夫だろう」というようなことで選出された経緯があります．

その頃は半年ごとに総会を開催していましたが，この半年間に重要事項が幾つかありまして，翌年から始まる認定医制度の準備のため，頻回に認定医制度とか専門医制度の試験の会議に追われたことが1つあります．また，この短い半年の間に先輩の会長がお二人亡くなられまして，第27回会長の古賀成昌先生，それから第20回会長の代田明郎先生と，現職会長として米子と東京に行って弔辞を読んでお葬式に参列したのが思い出されます．

会場を伊勢に置くということは，実際には主会場の伊勢市観光会館と皇學館大学の記念講堂の2つが主軸ですが，この間は自動車でも20～30分かかりますので，皆さんにご不便をかけたらいけないということで，連絡バスが出たら次のバスが来るのが見えるというぐらい頻繁にバスを配置して連絡に当たりました．

また，理事会，評議員会，懇親会は隣の鳥羽市で開催しまして，例えば評議員懇親会は鳥羽国際ホテルの会場では狭くて，1階と2階に分かれて懇親会をしなければいけません．会長招宴は志摩観光ホテルという一昨年サミットのあった超一流のホテルですが，何と会場からバスで1時間ということで，皆さんに大変ご迷惑をお掛けしました．やはり地方でやるときには，そういう隘路があるという感じを持ちました．

先ほど申し上げた志摩観光ホテルで会長招宴をやったという他に，伊勢神宮の内宮を正式に参拝できました．これは大宮司の慶光院さまを存じ上げていましたので，ご手配をいただきましたし，松下幸之助氏が寄贈した立派な茶室で普段入れないような所を奥さまともども希望者に参加していただきました．太田先生は行きましたか．

太田：いいえ．残念ながら行っていないです．

総会内容

水本：学会の開催に関してはそんなことですが，学会の内容も簡単に言います．学会の内容で特に新しい企画としては，インターナショナルシンポジウムで肝門部胆管がんを取り上げました．南アフリカのJohn Terblancheとか，スウェーデンのStig Bengmarkとか，オランダのN. J. Lygidakisなどを招いて，本邦では肝門部胆管がんのそうそうたる筑波大学の岩崎洋治先生，慶應の都築俊治先生，京大の山岡義生先生と僕の所の川原田嘉文君が出席して，日本の肝門部胆管がんの成績が非常に素晴らしいという結果を得たわけです．



これと関連して，パネルディスカッションとして「悪性閉塞性黄疸における術前減黄術の再評価」というのを取り上げました．これは日本ではPTBDを術前にやって，黄疸を下げて手術が安全に行われるということが広く使われていたのですが，外国ではそれがほとんど使われていない．日本の演者は，外国ではPTBDが下手だからとも言われましたが，基本的には必ずしもそう言えないところがあります．私はこの領域には非常に興味を持っていまして，世界の文献を欠かさず読んでいます．最近でも一時はPTBDではなくて内視鏡的逆行性に減黄するということも使われていますが，そういう術前減黄術が果たして肝門部胆管がんにいいかどうかという当時の疑問には，今でも批判的な論文が続々出ていまして，当時としては先見のあった企画だったように思います．

その他，内科医や放射線科医にも参加してもらって，それぞれ肝細胞がんとか膵炎治療の内科，放射線科のトップクラスの方に演者として参加していただきまして，もちろん外科からも参加したわけですが，これなどは今までになかった新しい試みと思っています．

例年，各学会で外科手技を紹介するシネは大体1つぐらいは含まれていましたが，この35回ではシネシンポジウム，シネパネルの他にシネクリニックと，シネを使った企画を幾つか取り上げました．これは従来の取り組みをはみ出たものであったかもしれませんが，その後の会長の参考になった企画ではなかったかと思っています．

会長講演は「肝臓外科における手術危険度と手術適応の拡大」でありまして，この年の5月に開催された第90回日本外科学会総会において葛西森夫先生の「侵襲学と外科手術成績向上」という特別講演の中で，私が会長講演で紹介した栄養，特にPNIの重要性を引用し報告していただいています．第35回に関係したことは，そのようなことです．

太田：大変貴重なお話を聞かせていただきまして，ありがとうございます．第35回総会プログラムの中で，これまでになかった新しい試みとして，先生はまず学会のグローバル化の先駆けとして海外から一流の消化器外科医を招聘したインターナショナルシンポジウムを企画され，素晴らしい成果が得られました．また内科医や放射線科医を交えての診療科の垣根を越えた横断的なシンポジウムやワークショップなど，まさに時代を先取りした素晴らしいプログラムを企画されました．

また在任期間中の重要な事業として，認定医制度や専門医制度の発足の準備状況についても先ほど言及されましたが，実は私も消化器外科学会の理事として専門医制度委員会の委員長を務めていましたので，専門医制度のスタート当時，計り知れない多くのご苦労があったのではないかと拝察します．そして，その苦労をいとわず，これからの消化器外科医のためにと専門医制度を立ち上げられました水本先生をはじめ，多くの先輩諸氏に心から敬意を表するものであります．

第40回総会記念講演

太田：創立からちょうど四半世紀が過ぎた平成4年4月に，横浜市におきまして東京慈恵会医科大学教授の桜井健司先生が第40回日本消化器外科学会総会を開催されましたが，その節目の総会におきまして水本先生は「日本消化器外科学会の回顧と明日への期待」と題しました記念特別講演をなさっておられます．その時の司会は東京女子医科大学教授の羽生富士夫先生でしたが，水本先生はその講演の中で本学会設立の経緯や，その後の消化器外科学会の歩みについて，先生ご自身の専門分野である肝胆膵領域における手術の進歩のみならず，世界の消化器外科領域の動向をしっかりと俯瞰しながら，卓越した洞察力で本学会の過去，現在，そして未来について言及されたと私はお聞きしています．ぜひその第40回総会の記念特別講演についてお話を聞かせていただけないでしょうか．

水本：日本消化器外科学会が発足して第10回，第20回，第30回，第40回の各総会の節目ごとに企画が持たれていまして，第10回総会では光野孝雄会長が，槇哲夫先生や中山恒明先生などを中心とした記念講演会を開かれています．第20回総会では，代田明郎先生が中山恒明先生の「消化器外科20年の歩み」をやられています．第30回総会の鍋谷欣市会長の時は，中山恒明先生や井口潔先生が将来の展望なども含めてお話しになっています．この領域で世界的にもトップクラスの先生方が第10回・第20回・第30回総会を記念して講演を担当されたわけですが，私のような末端の弱輩者が第40回総会の記念特別講演の指名を受けたのは，身に余る光栄であったわけです．しかし，私の恩師の本庄先生が「逃げてはいかん」と言われまして，ご指名であればということで担当させていただいたわけです．その概要はまとめて冊子として発刊されて，三重大学の三重医学会から発

行されていまして，国会図書館に登録されてナンバーもいただいている本が発刊されています．

講演内容は大きく９項目ありまして，その中から回顧は別として，「明日への期待」という項を第40回の時に担当した内容を振り返りながら，それがどのように展開したかを今回お話しできればよろしいかと思います．

太田：よろしくお願いします．

水本：１つは，胆道がんの手術の進歩というのがあります．肝胆膵を専攻するわれわれがなぜ私自身，胆道がんを取り上げているかといいますと，これには皆さま方が興味のあろうと思われる歴史があります．昭和40年代は，肝臓手術は北大の葛西洋一先生あるいは山梨大学へ行かれた東大におられた時の菅原克彦先生，膵頭部あるいは下部胆管は東北大学の佐藤壽雄先生が専ら力を発揮されていましたが，どうも私が考えますと，この両者の間には一線が引かれていて，肝胆膵を同時に扱わなければいけない肝門部胆管がんに関しては皆さん敬遠しているように見受けられました．

そもそも私の恩師，本庄一夫先生は，肝臓では世界で最初の定型的肝右葉切除をされた方ですし，膵臓全摘は世界で２例目で，がんとしては初めて成功されています．それから，その間の肝門部胆管がんは金沢大学在任中に切除されて，報告は私が担当していましたが，これは世界で２例目です．オーストラリアで最初の１例が，部分切除でやられています．

本庄先生の肝臓，膵臓の手術は昭和20年代で，肝門部胆管がんは金沢へ着任されてからの昭和30年代でして，その後の肝臓，膵臓は先ほど申し上げたように一線が引かれているような状況にあったわけです．その中間にある肝門部胆管がんにアプローチするためには，肝臓も膵臓も取り扱わなければいけないし，時によってはHPDもやらなければいけません．そういう胆道がんの，特に肝門部胆管がんの手術こそがこの領域の局面であると考えて，この40回総会で記念講演の１つとして取り上げました．

そもそも胆道がんの研究会は厚生省の班会議がありまして，初代の班長は北大の葛西洋一先生ですが，次の班長が筑波大学の岩崎洋治先生でした．岩崎先生が都合で途中班長を降りられましたので，私が引き続き班長を受け持つことになりました．この時に岩崎先生が，われわれがこの研究会で発表した肝門部胆管がんに対する尾状葉合併切除の仕事を非常に高く評価されまして，「ぜひ早く論文にしなさいよ」というお勧めがありました．そこで私共の論文はアメリカ外科学会の雑誌SGOの162巻２号（1986年）に掲載されたわけです．

そのうちにSGO162巻５号に岩崎先生の論文も載っていました．「あれ？　岩崎先生は自分の研究を報告する前に，私に勧めていたのはこんなことかな」と思っていました．その後の岩崎先生の論文を見ますと，ディスカッションの所でOthers（他の人）が基本的なことを報告しているということが書かれていまして，そのOthersの文献を見ますと水本の論文でした．それは２月に出た私のSGOの引用ではなく，それがまだ発刊されていない頃に投稿されたとみえまして，研究会などを中心に発表してきた日本語の論文を引用しておられます．僕はこの岩崎先生の矜持といいますか，岩崎先生からすれば全く無視してもいいような日本語の論文を引用することに岩崎先生の素晴らしい人格を伺って，心から敬意を表するものです．岩崎先生は第38回総会会長をされていまして，もう亡くなられておられますので今回のようなインタビューに対応されることはないのですが，岩崎先生のお人柄につくづく感じ入ったものです．

次に，腹腔鏡手術です．腹腔鏡手術は，私が担当した第40回総会は平成４年（1992年）になりますが，その前の年に腹腔鏡外科研究会が発足しています．これは1995年に学会になっていますが，発足当初から代表のお世話人の出月教授が私と非常に懇意であった関係で，私も世話人になっていて，これに参画してきました．まだ腹腔鏡手術がそれほど注目されていなかった時でありますし，実際この消化器外科学会総会で取り上げられたのは京大の山岡先生が会長をされた第57回の時に招聘講演となっていますけれども，そのような段階にこの第40回総会講演を行っていますが，今日の素晴らしい世界的な内視鏡手術の発展を見るに，この時に取り上げて良かったと思っています．

もう１つの話題として，腫瘍進行度分類があります．これは癌治療学会を中心に広く行われてきたわけですが，胃がんの１番から十何番までのリンパ節などは当時日本だけの取り扱いのように思っていましたけれども，最近では韓国や中国，アジア，ヨーロッパ，特にイタリアまで非常に広く普及して，このナンバリングは国際的に定着しつつあります．私がこの時取り上げましたのは，癌治療学会の中で東大の草間教授がこれを担当されておられまして，「全身のリンパ節にナンバーを付けたらど

うだ．腹部は300台にしたらどうだ．下桁は今までどおりの数字をしたら」ということを提唱されています．私はこれは素晴らしい発想だと思いますが，その後展開を見ていないのは残念に思っています．

次に移植です．移植は脳死でも生体肝移植でもドナーの問題がありますが，実験的には生体肝移植は私が1971年に札幌の移植学会で発表しています．実際に臨床で成功したのは，1988年代に日本の子どもがオーストラリアのブリスベンで手術されたのが最初で，その後島根医大で1989年に小児，京大で1990年に小児，信州大学でも小児，次いで成人の移植として使われていますが，ドナー不足，ドナー探しは国際的に問題になるくらいの重要なことです．

私が講演を行った1992年に，ピッツバーグで九大出身の藤堂教授が異種移植手術を行われました．これは倫理委員会のIRBの承認の下でヒヒの肝を35歳の男の肝不全の患者に移植して，その翌日もう覚醒して自分の手術が映されていたテレビを見ていたとか，1週間たったらもう歩いているとかいう報告がありました．ちょうど1週間目に私はこの講演を行って，藤堂教授からファックスでもらった成績をこの会場で報告しました．後に藤堂先生から，23日後に拒絶反応が発生して，もう間もなくだろうという手紙をいただきました．キメラといったことも言われましたが，これら夢の異種移植は結局残念なことに終わりました．今後期待できるのは何かというと，最近，横浜市大のiPSによるミニ肝臓で肝臓を置き換えることができたという報告が新聞をにぎわしたと思いますが，この方面に大いに期待したいと思います．

最後に，1993年に第1回JDDWが発足していますが，その前の年に私はこの記念講演をやっているわけですけれども，その時に私は消化器病学会の理事でもありましたので，JDDWの企画を十分存じ上げていて，この40回講演では消化器外科も参画してはいかがという提案をしたわけです．その後，福井で開催された第46回総会で中川原会長は第3回のJDDWに部分参加していまして，それが第55回総会を担当された小川会長の時まで部分参加されています．中川原先生は私の提案に反応してくれたのだと思ったものですが，その後途絶えてしまいまして，正式にJDDWに消化器外科学会が参加したのは第8回大会の東北大学の佐々木会長の時からでありまして，一時消化器外科で名前のあった大会がここでまた復活した格好になります．この経過を見ると，提案した者として非常に残念に思いますが，それが今軌道に乗ったことはうれしく思っています．以上です．

太田：水本先生，ありがとうございました．25年前の「日本消化器外科学会の回顧と明日への期待」の記念特別講演のことを思い出していただきながら，肝門部胆管がん手術や腹腔鏡手術黎明期の話題，それからがん治療における臓器の垣根を越えた全身リンパ節のナンバリングや臓器移植の話題，そして最後にはJDDWのことについてお話していただきました．

特に印象に残ったのは肝門部胆管がん手術の話題です．昭和20年代に世界で最初の定型的肝右葉切除と世界で2例目の膵臓全摘を行った本庄一夫先生が，金沢大学在任中の昭和30年代に世界で2例目の肝門部胆管がんの手術をされ，その貴重な症例報告を本庄先生の愛弟子である水本先生が担当されたということであります．その後，本庄先生のご指導のもとで貴重な手術経験を積み，肝臓手術にも膵臓手術にも精通した水本先生が胆道系のがんの中でも特に肝臓の要に位置する肝門部胆管がんの外科治療に目を向けられ，尾状葉合併切除を伴う肝門部胆管がんの根治手術を世界に先駆けて行い，それをSGOに投稿（162巻2号，1986年）されたことに大変感銘いたしました．また，その数か月あとのSGO（162巻5号，1986）に岩崎先生の論文が掲載されたのですが，その論文のなかに水本先生が研究会等で発表されてきた日本語論文を引用し，世界で最初に本術式に取り組まれた水本先生の業績をしっかりと紹介されていたことを本日お聞きし，岩崎先生の科学者としてのすばらしい振る舞いにも敬服いたしました．

ところで，ごく最近の横浜市大のミニ肝臓のiPSへの期待についても言及されましたが，この25年間でここまで進歩するというか，また鏡視下手術関連で最近はロボット手術まで出てきましたけれども，そういったものは当時予見できましたでしょうか．私はただただびっくりしているだけなのですが．

水本：腹腔鏡手術など内視鏡手術が世界的に飛躍的に広がったということまでは予測しませんでしたが，当時からこの方向に伸びていくということは感じました．それから，異種移植のほうはもうひとつで，まだ足踏みをしていますが，iPSで将来が少し見えてきたかというような感じはします．

それで，第40回の総会で「明日への期待」とした項目の中から，四半世紀たった今の私の考えを申し上げた

わけですが，私がもう１つ注目しているのは，がん免疫のことです．私は金沢大学在任中に，昭和35年から36年度ですが，日本対がん協会のがん研究奨励賞を受賞しまして，この時のテーマが「がんに対する免疫療法」です．主にやった仕事は，がん宿主のリンパ節とか脾臓がどのように働くかということで，学位論文を金沢大学で４つほど指導した内容がありまして，それぞれ『GANN』などの雑誌に発表しています．

最近，京大の本庶佑先生が生化学の領域を中心にPD-1 (Programmed Cell Death 1)，PD-L1 (Programmed Cell Death Ligand 1) の遺伝子を同定されて，これはどうもそもそもがんではなくアポトーシスの解析中に見つけられたと聞いていますが，その抗体ががんに効くということで，宿主の免疫細胞の攻撃をがんが遮断している，それを覆そうという機序だと思いますが，チェックポイントインヒビターということで最近各領域で臨床面でメラノーマや胃がん，肺がんなどへの効果が発表されています．消化器外科領域でもおそらく出てくるのではないかと思いまして，私はそれを期待しているところです．

一方，これには深刻な副作用があります．例えば，いろいろな全身の副作用があり，間質性肺炎とか心臓障害とか脳炎とかいろいろな障害がありますが，消化器の領域でも肝機能障害とか大腸炎とか大腸の穿孔とかそういう重篤な合併症が指摘されています．これはまた，そもそも作用機序が正常組織にも作用するということだと思いますが，この副作用で消化管穿孔したらまず外科のほうへ回ってくるでしょうし，それ以前に切除不能のがんに対して何とか手がないかというときに，この薬剤を選んでいく可能性が出てきますので，私はやはり今再びがん免疫が注目されてきたと思います．

そもそも，がん免疫に対しましては，もう１世紀ぐらい前ですが，京大外科の鳥潟先生という方がインペジンセオリーというものを提唱されて，今日で言うとサイトカインか，あるいはマクロファージかというような際どいところですが，１世紀以前の昔にもこういう着眼があったということを思うと，真理は繰り返し取り上げられるのではないかという考えを持っています．

太田：ありがとうございました．今まさにトピックスであります，がん免疫療法のPD-1，PD-L1抗体治療について言及していただきました．これも先生ご自身が金沢大学におられた時から免疫学の研究を学位のテーマにして大学院生を指導されてこられましたし，それから，先生が京都大学に行かれたのは昭和40年ですね．本庄一夫先生が金沢大学から京都大学へ移られた時に一緒に異動されたのですから．そして，その後も外科医の立場から癌免疫の研究にも取り組んでこられ，「夢のがん治療薬」と期待されているPD-1，PD-L1抗体治療についても多くの専門的知識を持っておられる水本先生に大変敬服いたしました．

若き消化器外科医に期待すること

太田：水本先生，最後に，「これからの若い消化器外科医に期待すること」ということで，何かメッセージはありませんでしょうか．

水本：私の尊敬する岩崎洋治先生が第38回日本消化器外科学会を開催された時に「45人の提言：若き消化器外科医へ」という企画を組んでおられまして，45人の人からの提言を本にしていただいています．この中で胆道がんのことは私が担当していますが，私はこれを通読しまして，今私の心境として最も適合している内容は，東北大学名誉教授の槇哲夫先生の言葉です．今の太田先生のご提案に対して，私は槇先生のお言葉をそのままささげたいと思います．「消化器外科学会は，外科的症例の多いこと，無菌のものから有菌のもの，手技の簡単なものから難しいもの，体液や栄養に関することなど，人間全体を見る機会にも恵まれています．これらの多様性は，外科教育上から見ても中心的存在を成しているということに変わりはありません．私は，本学会の会員はこのことを意識しながら研さんすることが必要であると思っています．殊に一般外科，消化器外科を標ぼうする外科教室では，特定臓器を対象とする外科系教室，泌尿器，骨・関節，脳，心臓，その他とは別な心構えを持って教育・研究に当たるべきであろうと思っています」という言葉です．

太田：ありがとうございました．そのとおりだと私も思いますし，本当にこれからの若い先生方への非常にいいメッセージになったのではないかと思います．

本日は大変ご多用のところ貴重な時間を割いていただき，そしてインタビューに応じてくださいまして誠にありがとうございました．

水本：ありがとうございました．

50周年記念インタビュー⑧

森岡　恭彦 先生



語り手：**森岡　恭彦**
日本消化器外科学会　名誉会長　名誉会員
東京大学　名誉教授

聞き手：**瀬戸　泰之**
日本消化器外科学会　4代目理事長
東京大学大学院医学系研究科　消化管外科学　教授



森岡恭彦先生は昭和天皇の手術の執刀医を務めた外科医であり，本学会では第 36 回日本消化器外科学会総会の会長を務めていただきました．学会の各企画に込めた思いや，当時と現在を眺めて考えるこれからの外科医のあり方，学会のあり方についてお話を伺います．聞き役は日本消化器外科学会第 4 代理事長の瀬戸泰之先生です．

第36回日本消化器外科学会総会

瀬戸：今回は，1990年7月5日，6日の2日間にわたって，東京の京王プラザで第36回日本消化器外科学会総会を開催された森岡恭彦先生にお越しいただきました．まず最初に先生が担当された日本消化器外科学会総会の思い出というか，苦労話，裏話などをお伺いできればと思います．

森岡：よろしくお願いします．その当時は今と違って，学会事務局が主として運営をすることはなくて，ほぼ教室で運営をしていました．

瀬戸：そうすると学会の抄録なども全部，先生がこれは採用，これは不採用といった形で教室で選考されていたのですか．

森岡：その頃は各グループがあって，その中で分担してやりました．ただ特別講演や会長講演，それから外国人を7人ぐらい招待しましたので，そういうのは私がスタッフと相談して対応するという形式でした．もう30年前ですが，そんなに苦労したということはなくて，比較的スムーズにいったと思います．

瀬戸：今と違って例えばメールのやりとりもなくて，Web登録もなかった時代ですよね．僕はそのときは卒業して6年目で，森岡先生の下で学位の研究をやっていたので，ほとんどその総会の開催に貢献できることはなかったのですが，紙ベースでやりとりするというのは，かなり大変なことだったのではないかと思います．

森岡：その頃はそれが普通でしたからね．ただやりとりするだけですから，それがそんなに大変だという気は皆さんなかったと思います．思い出として苦労したことは一つあって，外国人を呼ぶ時に，だいたい私のところの医局員が留学してお世話になった外国の先生方を主に呼んだのですが，肝移植で世界的に有名なThomas. E.Starzlという先生がいて，日本によく来られていてその当時引っ張りだこでした．その先生をお呼びしようというときに，いろいろ条件をつけられましてね，それをクリアするために頭をひねったことをいまだに覚えています．まあ，結局最後は来ていただけましたが．あとはだいたい皆さんにいろいろお願いして，引き受けていただきました．

瀬戸：Starzl先生は当時の肝移植の世界の大家ということで，第一外科からも先生が勉強に行かれたのですか？

森岡：私が知っている人だと2人くらい行ったかな．Starzl先生のところには，日本人は20人以上行ったのではないですか．そういう高名な先生で，ぜひお呼びしようということで招待しました．当時一番の問題はお金が足りなくなると困るということで，いろいろなところに寄付をお願いしました．お陰様でそれほど金銭的にきついという感じはしなくて，製薬企業も当時は比較的拠出してくださって，そういう苦労はあまりなかったですね．

瀬戸：森岡先生がひと言かけると，「はい，分かりました！」という感じでしょうね(笑)．今は本当に厳しくて，学会の運営自体もだんだん製薬企業に頼ってはいけないという方向になっています．

森岡：時代ですよね．

瀬戸：先生は「肝切除300例の歩み－27年間の教室の経験から－」というタイトルで会長講演をなさいました．

森岡：私は東大にいた頃は肝移植をやったり，それから肝臓の外科をやろうということで始めた頃はその一端に加わっていて，自治医科大学に行ってからはずっと肝臓の手術に興味をもって，あとは膵臓ですね．当時，肝胆膵というのは診断学がどんどん進んできた時代で，それまではほとんど手がついていなかったんです．そういう時代ですから，だいぶ苦労していろいろやりました．当時，肝胆膵をやった人のほとんどは，誰か上の人に習ったというのではないですね．みんな自分たちで開発して，私なんかもそうでしたが，おっかなびっくり手術しながら，どんどん新しいことをやってきました．

結局，肝切除の右葉切除や広範囲の切除，それも安全にやるのが第一ですよね．そのためには肝臓の場合は出血を何とかセーブするということで，いろいろな方法をやりました．それから日本の肝癌は肝硬変を合併していて，どの程度，肝臓組織を採っていいかというのが問題です．それもある検査で目標をつくって，このへんなら安全だろうということでやりました．私はその頃の活動を通じて肝臓の手術に関しては安全にできるところまでもっていけたと思っています．そういうことを含めて第一外科で300例くらい肝切除をやっていたので，そのデータを基に会長講演をいたしました．

瀬戸：300例というのは，当時の症例数としては多いほうでしたか．

森岡：これは肝癌だけではなくてほかのも入っていますが，その当時としては比較的多いほうだったと思います．

瀬戸：総会自体のテーマというのは，今だったら「温故知新」とかありますが，その当時は何でしたか．

森岡：特に内容を縛るようなテーマはありませんでした．シンポジウムやワークショップではいくつか私の考えていたことをテーマとしてやって，特に癌の手術が主でした．癌手術というのは当時，膵臓の切除もけっこう安全にできるようになっていたのですが，癌手術の成績をどうするかが問題で，それには転移の問題が一番大きいですね．癌は局所にあるうちは切除したら治るわけですが，リンパ節にどのくらい転移しているか，あるいはどのくらい郭清するか．当時はまだ拡大郭清が主流で，皆さん一生懸命やっておられました，そういう転移の問題をやりました．あとは手術を安全にやるということで，術後の周術期の栄養や代謝の問題．これも東大の外科では一生懸命やってきていたので，そういう問題をシンポジウムやワークショップで取り上げさせていただきました．

瀬戸：当時のプログラムを見ても，シンポジウムとしては消化器癌転移のメカニズム，あるいは食道癌のリンパ節転移，大腸癌の血行性転移ということで，癌の転移に着目されたシンポジウムを企画されています．あとは，パネルディスカッションとしても，今お話しいただいた消化器外科における栄養・代謝管理，あるいは当時，潰瘍性大腸炎が注目されていました．

森岡：そうですね．

瀬戸：僕も若い頃，いわゆるUC (ulcerative colitis) の手術に，もちろん鉤引きとして入ったのですが，そういったことが本当に思い出されますね．あとは先生が選ばれた中では，感染症ですね．術後の安全性という意味で，感染症の病態と対策が取り上げられていましたが，当時としては術後の感染症というのはどうだったんでしょう．

森岡：これは東大の第一外科では伝統的にそういうことを一生懸命やるグループがありまして，感染症は今でも手術のあとは合併症が一番大きな問題になるところですが，化学療法だけでなく，免疫や抵抗で，いかにそれを防ぐか．そういうことを一生懸命やられていましたので，それをシンポジウムで取り上げました．

瀬戸：ということは当時としてはかなり転移であるとか，安全性に着目された学会をやられたわけですね．また，消化器外科学会はかなり大きな学会ですし，ある意味お祭り的なところもあって，会長による会長招聘であるとか全員懇親会などがありますが，そういうことはいかがでしたか．

森岡：当時，学会は派手に宴会をやっている！という批判もあって，なるべく質素にやろうと思っていましたが，さすがにやめるわけにもいかなかった（笑）．宴会をやって，デューク・エイセスを呼んで，そういう出し物をしたことを思い出します．ごく普通に，お付き合い程度のことはやっていました．

瀬戸：最近の学会運営も資金的な問題があったり，いろいろな問題があって．

森岡：でも，いまだに招宴はやっていますね．拡大プログラム委員会という名目で（笑）．

瀬戸：そうですね．会長の立場からすると，自分の時に止めるのも本当に難しいですね．

森岡：国際学会でも儀礼的に簡単なパーティはやりますしね．ただ，派手にやることはないように聞いています．しかし，いざやるほうになると張り切ってしまって，特に地方の先生は，経済の活性化ではないですが，そういうことでアトラクションなど一生懸命やられていますね．

学会への思い

瀬戸：1990年当時の総会についてお話を伺いました．次に，名誉会長として，日本消化器外科学会への思いというか苦言というか，最近の学会を見て何かご意見があればお聞かせください．

森岡：学会というのは，私たちの頃と性格がずいぶん変わってきました．というのは，私の頃は学問的な発表の場で，意見交換が主だったというか，それがすべてでした．ところが，今では専門医制度ができて，そうすると専門医の資格を担保しなければならないし，そういう人たちの生活の向上に努めなければならないという問題が起こってきて，大きな学会では非常にそれが問題になっています．

ですから，その面ではどうなのか，ちょっと心配はあるのですが，例えば専門医制度も厳しくやらないと学会の体質が問われて，日本の専門医に対する信頼度が低くなるといった問題もある．アメリカでは専門医制度を厳しくやったから医学が発達したという意見もあるので，その点をしっかりとやることが大きな問題になってくると思います．



瀬戸：昔，学会というのは学術的な存在で，研究成果や手術成績等を発表する場，それをみんなが学ぶ場だったのですが，ご指摘いただいたように現在は社会的な側面が非常に大事になってきて，専門医制度もそうですし，最近よくいわれる労働環境というのも学会の仕事というか，学会に期待されていることです．先日，日本医学会連合でもそういう会議がありまして，医学連合も本来であればアカデミックな団体であるのに，昨今はそういった労働環境の整備も期待されるようになりました．

先生としても，本学会も学術的なことのみならず，そういったところもしっかり重要視していかなければいけないとお考えですか．

森岡：そうせざるを得ないということで，それから最近よくいわれている外科医のなり手が少ないとか，そういう問題も対処しなければならない．前に比べて，大変なことになってきているのだろうと思います．

瀬戸：確かに先生が会長をされた36回のシンポジウムなどのテーマの中にそうした社会的なことは，なかなかなかったように思います．

森岡：ほとんど，考えもしていなかったですね．

瀬戸：最近は，あとはNational Clinical Database，ビッグデータの扱いとか．

森岡：もう30年たっていますから（笑）．

瀬戸：世の中が変わってきたということですかね．実は世界的に見ると，消化器外科に特化した学会というのはあまりなくて，外科学会とかいわゆるGeneral Surgeonとしての団体はあるのですが，先生のご経験ではどうですか．

森岡：日本は特有なんでしょうか．非常に専門的な学会が多いです．例えば面白いのですが，日本では臨床外科学会というものがある．外科というのは臨床ではないのかと（笑）．それから消化器だけではなく最近は肝胆膵外科学会とか，そのようにどんどん分化して学会ができてくるのは日本特有で，それは国柄ですかね．そういう点があると思います．例えば臨床外科なんていうのは，外科学会そのものが最初の頃はネズミ，ウサギとか実験的なものがかなり演題として多かったので，それに対す

る一つの反発もあったのだろうと思います．

ヨーロッパの場合，外科学会は臨床のことばかりやっていて，そのほかに実験外科学会というものがある．だから，日本はそういう点は特殊で，それでも各学会いろいろやっているわけで，全体的にはすっきりしないところがあるのですが，やむを得ないところもあると思います．どこまで専門化するかが問題にはなってきますが，今は大学もほとんど専門分化して，大きな病院でも専門の診療科がどんどんできてくるし，やはりお国柄ではないかと思います．おそらく外国ではGeneral Surgery，一般外科というので，かなり広範囲にやっている方が多いのではないかと思います．

疾病構造の変化と外科医のこれから

瀬戸：先生はフランスにも留学されて，あちらの事情にもお詳しいですし，外科の近代科学の始まりにも造詣の深い先生でいらっしゃいます．疾病構造そのものが変わってきて，外科に対して影響が出ているのではないかと思うのですが，どのようにお考えですか．

森岡：それは診療科の分化と関係があるかどうか分かりませんが，ただ消化器外科領域も対象疾患が変わってきていることは確かです．私が医者になったのは1956年ですが，その頃は肺結核の肺切除や，もちろん虫垂炎も多かったですね．炎症というのはそのうちだんだんなくなってきて，結核はもう手術はないし，虫垂炎も減ってきている．そういうのが一つあります．

それからもっと劇的なのは，胃・十二指腸潰瘍の胃切除はずっと明治，大正の頃から行われて，われわれのときも多く行われていました．開業している先生で，300～400例くらい年間に胃切除をやっている先生がいて，近所の住民はみんな胃がないので「無胃村」だと（笑）．そのくらい行われていました．

その後，第1回の山岸先生の迷走神経切除，その手術が入ってきた．そちらに移り変わるかなと思って，私もそういう手術をやったりしていましたが，そのうちにH_2ブロッカーやナトリウムポンプの阻害薬が出てきて，あっという間に全部内科で治るようになった．そして手術は今ではもう，ほとんどなくなった．そういうのもありますね．あとは，癌の手術が残った問題になってきました．癌も今後どうなるか，よく分からないところがあるのですが，一つは先生ご専門の胃癌なんかは，もうピロリがある程度いなくなれば，胃癌はほとんどいなくなる．

瀬戸：われわれも要らなくなるのではないかと（笑）．

森岡：本当にそういうことが言われたり，それから肝臓癌なんかも肝炎のもとにできるということで，使い捨ての針を使ったり輸血を防いだりということでB型肝炎，C型肝炎はもうほとんどブロックされて，ほぼなくなるのではないかという予想があるのですが，一方で昔は無害だった脂肪肝から癌ができるということも出てきた．また，なぜか知らないけれども，大腸癌が増えている．

ただ，手術そのものは早期診断が出て手術成績がよくなっているのではないかということがあって，原則的には早期に見つけて早期に切除すれば治るのですが，早期診断というのは症状がないのにやるわけですから，今後スクリーニングがまだまだ発展していく可能性があるだろうと思います．

それから一番大きな問題は，癌が薬で治るという時代がくると，消化器外科医は失業するというか，要らなくなってしまう．

瀬戸：絶滅危惧種かもしれない．

森岡：そういうことをみんな考えているのですが，意外にこれがならないですね．



瀬戸：ゲノム医療の専門家に聞いてみたことがありますが「いや，手術がなくなることはないでしょう」と言っていました．われわれにとってはありがたい言葉で．

森岡：今，癌腫の患者の高齢化の問題が増えていて，しばらくは患者が増える可能性があるのですが，将来的にどうなるか．確かに最近，化学療法や免疫療法は，昔に比べればけっこう効くというんですね．だけど，根治するまでいくかといわれると，まだ分からない．だから，昔からそう思っているのですが，本当に薬で癌が治る時代が来るのか．もし来れば，消化器外科学会は解散する(笑)．そういう可能性もありますね．

瀬戸：確かに会長先生が選ばれるシンポジウムやテーマにしてもそうですが，時代の流れが出てきて，そこには疾病構造の変化も見てとれるのではないかと思います．また本学会の話に戻ると，専門医制度があります．新しい外科専門医制度がこの4月から始まって，消化器外科の専門医もサブスペシャルティ領域で2階建て部分になります．

特に本学会の専門医制度は規範となるというか，本当に素晴らしい専門医制度を先人のご尽力によって構築，確立されているのですが，だんだん世の流れとしては，消化器外科が昔考えていた専門医と，今要求されている専門医はちょっと微妙にずれているところもあります．基本的には消化器外科を目指す者は全員，専門医になるべきだという機構のほうの考え方ですが，先生はいかがお考えですか．

森岡：本当に消化器外科という専門医が必要かどうか．世界的に見れば，General Surgeryというのはだいたい消化器外科を受診している人が多いです．ですから，消化器だけ特定してやるとなると外科医の上の二重構造になって，それなりに厳しくやらなければならないと思います．必要かどうかという問題は，日本の診療形態によります．今みたいに大きな病院で診療科別に分化していると，こういう消化器外科の専門医をはっきりするのも必要かなという気はしますが，問題はどういうところに基準を設けるか．

瀬戸：そうですね，それが大きいですね．

森岡：それと，外科医がどの程度必要かというのがあります．最近は，外科医のなり手が少なくて不足だとみんな危機感をもっていますが，30年ちょっと前ぐらいに，厚生省が6月の1か月間に日本の診療所と病院で手術がどのくらいやられているか，統計を出しました．簡単な手術ですが，例えば胃切除や虫垂炎などいくつかあって，その統計があって，日本でどのくらい手術をやられているかを計算して，外科医の数がどのくらい，日に2人で全身麻酔の手術を5～6回やって，など大まかに計算してみたことがあるのですが，外科医はそんなに数は要らないのです．現実にはもったいない事に外科を修了した人が十分な手術数をやっていないというか，そういう問題がある．それから当時も調べたのですが，大学の外科に属して，50歳になって手術をやめている人が半分近くいる．東大でも，このあいだ見たものでは3分の1くらいの人はおそらく手術をしていないです．そういう無駄がある．

それともう一つは，これはいいのか悪いのか分かりませんが，外科医が内視鏡をやったりいろいろ検査をします．これは本当に手術だけ特化してやれば，もう少し暇ができるのではないか．それから術後管理なども，外国に行った人は分かると思うのですが，手術をやったあとは，外科医はあまりやらなくてもいいようになっています．ところが日本では，そこは家族との関係などがあって，割り切ってできないなどの問題などがあるでしょうし，それから雑用が多いですね．教授などもそうですが，文書を書いたりなどがやたら多いので，そういう業務改善を大きくすればいいのではないでしょうか．

最大の問題は，せっかく手術の腕があるのに辞めてしまうことで，これはどうすればいいか．外科医そのものに職業的な魅力がないといえばそれっきりなのですが，そういうロスがある．

それからもう一つは，おそらく今でも専門医で問題があると思うのですが，社会性を考えると，地域による偏在をどのようになくしていくかなど，そのような問題があります．

瀬戸：確かに学会というのは学術集団だけではなくて，社会的な存在でもあるという意味でも，そういうことを考えていかなければいけないと思いますし，そういう意味では今言われているのが高度な手術は集約化すべきだと．

森岡：社会的なことに手を出すと，そういうことを考えざるを得なくなってしまう．だから，極端なことをいえば，日本は小さな病院でも大きな病院と同じような手術をいっぱいやりますが，それを集約的にやればかなり解決する問題もあるわけで，そういうシステムにもよるんですね．

瀬戸：ただ，心臓血管外科や脳外などおそらくそういったことを進めやすい領域もありますが，一方でわれわれGeneral Surgeonはどうしてもヘルニア，ヘモ，アッペの類から，それこそ膵臓癌，肝臓癌，食道癌と幅が広くて，ほかの病気に比べるとかなり難しい．ただ集約化してもいい術式もあるのではないか．

森岡：一般の人の認識によりますね．例えば甲状腺なんていうのは甲状腺専門病院があるでしょう．ああいうところにみんな行くわけです．

瀬戸：行きますね．

森岡：それから乳癌もそうです．だんだん集約化が進むというのは，みんなの認識もあるのでしょうね．

瀬戸：ただ流れとしては，ある程度，学会としても考えなければいけない．

森岡：一般病院でも，総合病院というのはいろいろな人がいると，コンビニと同じで便利です．そういうのもあるから何とも言えないところがあるのですが，難しい手術は集約的にどこかでやるとか，そういうことも考えたらいい．

瀬戸：もう一つ大事なのは専門医制度が絡むのですが，学会として教育をどうするか．例えば専門医制度についていろいろなプログラムというかカリキュラムを学会が提示して，これをこなした人に専門医としての資格を授与しようと．ただ，そうすると教育というのがかなり難しくなります．

森岡：消化器は胃や大腸といろいろ分かれているので，みんなローテートするのですが，そうするとそういう教育は習っていないですよね．ですから，そういう点は確かに苦労すると思います．

瀬戸：僕は森岡先生に手術を教わった身ですが，昔はヘルニア，ヘモ，アッペから始まって，胆石の手術をやって，胃をやって，それからより高度なという流れがあった．今はもう腹腔鏡で胆摘もやるし，はっきり言えばヘルニアも腹腔鏡でやる時代になると，どうやって教育したらいいか．あとは，開腹手術を知らない若手外科医がいる．「胆摘なんて開腹でやったことがありません」という若手外科医が本当に出てきて，教育が難しい．こういう時代の教育というのは先生，何かお考えはありますか．

森岡：どうしたらいいか，難しい問題ですね．私は特に今どうしろという意見はないけれども，現役の人はやはり考えるでしょうね（笑）．内視鏡下手術が始まったのは，僕が定年になる頃ですか．

瀬戸：ラパ胆がそろそろ入ってきた頃です．

森岡：ラパ胆が一番先で，フランスでやっていたから，88年かその頃で，この学会があったちょっと前ぐらいですね．だから，まだそういう問題があった．

瀬戸：今はそういう問題が出てきて，教育をどうしていくかというのも大きな問題なのですが，本当にきょうは森岡先生に貴重なお話を伺うことができました．

現役世代へのメッセージ

瀬戸：最後に，現役に向かって苦言というか，こうしたほうがいいのではないかということがありましたら．

森岡：外科医が少ないとかいろいろなことを言いますが，結局，人のために役に立つというか，そういうことをやろうという気持ちを持つ．医者という職業はそれに尽きると思います．3Kできつくてつらくてなんて，そんなことはどんな職業でもみんな同じです．だから，そういうことではなくて，こういうことをやって役に立とうとか，人のために働こうとか，もっとそういうことを中心に物事を考えたらいいと思います．

瀬戸：それが今の若者にはなかなか，若者の今の気質というか．医学部は受験でも人気があります．

森岡：どうして人気があるのですかね．

瀬戸：昔は，そういう気持ちをもった人間が医学部を受験した．最近は，成績がいいと医学部を受験する．

森岡：これはどんな職業でも同じだと思うのですが，自分のために働くとかそういうことを主体に考えると，その人自身が人生を不幸にするというか，人のために一生懸命やることで自分が豊かな人生を送れる．そういう考えを，全体的に皆さんが持つというのが必要なのではないですか．

瀬戸：まさしく今われわれが問われているというか，若者にも伝えたいお言葉をいただきました．どうもありがとうございました．

50周年記念インタビュー⑨

中山　和道 先生



語り手：**中山　和道**
日本消化器外科学会　名誉会長　名誉会員
第49回日本消化器外科学会総会会長
元・久留米大学医学部第二外科　教授

聞き手：**山上　裕機**
日本消化器外科学会　理事
和歌山県立医科大学外科学第２講座　教授



第 49 回日本消化器外科学会総会会長であられる中山和道先生に，開催時の思い出やシネ企画へのこだわり，ご自身の持つ手術観や日本と国外の消化器外科の比較，これからの消化器外科医のあり方まで，さまざまな内容をお話いただきました．聞き役は日本消化器外科学会理事の山上裕機先生です．

第49回日本消化器外科学会総会

山上：先生，本日はよろしくお願いいたします．まず先生が会長をされた第49回日本消化器外科学会総会の思い出をお伺いできればと思います．

中山：第49回総会は，平成9年の2月20日と21日に福岡で開催させていただきました．当時はちょうど拡大手術が主流だったときです．結局，後には拡大手術が過大侵襲でQOLが悪くなるとか，過大侵襲のわりには成績が上がらない分野もありました．また，あの頃は画像診断も非常に進歩してきて，縮小手術という流れも入ってきて，腹腔鏡手術の演題もありました．そういうことで，私の担当した学会は第49回ということで，第50回の節目を控えて，いままでの消化器外科の歩みをしっかり検証して，今後の50年への飛躍につなげていきたいと思いました．

会長講演としては，私は胆道外科をライフワークとしてきておりますので「胆道外科とともに　―胆道癌の臨床を中心に―」というお話をさせていただきました．演題数は1882題で，採用率は74.2％です．私は非常にまめにするほうで，抄録もかなり読ませていただいたのですが，私の望んだテーマに沿ったものが多くてどれも落としたくないと思うような，いい演題をたくさんいただきました．

この学会の目玉は，特別シンポジウムの「卓越せる手術手技と映像の美」ということ．私は手術が好きなものですからやはり手術をアピールしたいということと，自分の手術を撮っていろいろ見てもらって反省しながら伸びていこうという考えがありました．私は今から40年近く前，久留米大学フォトセンターの方と一生懸命，手術映像の撮り方を検討しておりました．それで，一番初めに出したものは今でも覚えておりますが，1975年の外科学会のシネ・シンポジウムに残りました．その次は珍しく，肝門部胆管癌で初めてのシネ・シンポジウムを出した．それは全部データがあります．こういったノウハウを使って，手術映像を撮って出したんです．当時撮られたもののなかで，映像としてきれいなものはほとんどがその一緒に撮影をした方が撮られているんですね．16か17の大学全部です．その映像を持って行って売り込んで教授になったという人もいました．

始まった頃のエピソードだと，手術がうまいと言われていたある先生がいまして，何か映像を出してくれと言ったら，その映像が血だらけで何も見えなかった．それで，あんなに手術がうまいと言われているが全然なっとらんじゃないかと言ったんです．そうしたら映像の撮り方を習いに来る方なんかも現れました．そういうことで，僕の映像を観ていろいろな方々が手術を見に来たんです．

二川俊二先生とは一緒に手術もしましたし，多くの先生方が何回も来てくださいましたし，若い木村理先生もまだ講師のときに来ました．そして，その当時に卓越せる手術手技の技術をもっておられる方5人を選び，その人の十八番の手術を撮ってもらって，司会が齋藤　洋一先生，特別発言を羽生富士夫先生にしていただきました．この企画は大好評で，良かったというメッセージがたくさん残っております．

卓越せる手術のために

山上：中山教授の手術は「卓越せる」と書かれていますが，そのような手術をしたいということは，外科医の道を志す皆が思うわけです．手術を卓越するために一番大事なことは何でしょうか．

中山：手術と言うと手技的なことに走りがちですが，私は部分ではなくトータルで手術を考えるのが大事だと思います．まず一番は診断で，しっかりした適応診断をするということです．そして，その病態生理なども十二分に把握して手術に挑むべきだと思います．最近では高齢者の方が多いので，やはり術後管理もものすごく大事です．私が恵まれたと思うことは，麻酔科，循環器，呼吸器のトップの人たちがチームを常に支えてくださっていたことです．そういった人の輪を大事にしていたので，合併症を起こしても名医がすぐに助けてくれる．それから補助療法．そして，最終的には術後のQuality of lifeまで．それらをトータルで考えるということが，いい手術に繋がるということでしょう．

例えばうまい手術というと手捌きが非常に流麗で短時間で，というイメージがありますが，私の手術の信条としては，時間がかかっても多少無駄があっても，丁寧な，確実な，出血しない手術をする．いろいろな本にも書いてきましたが，それに徹しています．したがって，私の手術を見に来てくれた方には，うまい手術とは言いませんが，出血しないで丁寧に丁寧にしているなという印象を与えたと思います．

山上：それが卓越した手術ということになるのでしょうね．プログラムを拝見いたしますと，サイトカインと癌の集学的治療といったテーマも扱われています．それから抗生物質，化学療法など，集学的手術を軸にして術前術後をトータルできちんとやるという先生のポリシーが現れていると思いました．

私は昭和56年卒ですが，そのときに学会でよく勉強したのは，まだ「シネ・シンポジウム」という名前の手術セッションで，私の先輩もフィルム・リールを持って学会に行っていました．今では，簡単にコンピューターで処理できるし画像も良くなっていますね．例えば先生がおっしゃった，きちんとしたプロに撮ってもらう．それを全国の輪として広げていって，そしてまた先生の手術を見学に来ている．私もそういう工夫が大事かなと思っております．

中山：ビデオはただ撮るだけではなくて，技術的に自分が見せようというところが正確に撮れていればいいと思う．自分のポリシーが生きている，哲学が生きていたらいいわけですから．ただ何となしに撮るのではいい画像は出ない．要するに頭を使って撮らないといけないと思います．撮ったものはすべてまだ持っていますが，非常に画像としてはいい．

山上：それから，総会では招待講演でJ. Belghiti先生を招聘されたり，Portal Hypertensionもテーマにされていますね．こちらはJ. Terblanche先生ですか．

中山：私の親友の谷川久一さんは千葉大学出身でTerblanche先生と仲良しで，ぜひに招聘して欲しいとの要望がありました．Belghiti先生も知人のご推薦とご紹介で呼びました．この方は今はフランスでナンバー1のドクターになっているようです．

山上：特別講演では神代正道先生が病理学をテーマにお話されていますね．早期肝細胞癌ですね．

中山：神代先生も久留米大学で私と一緒だった先生で，神代先生の標本の肝臓は全部私が切除したものです．高校が一緒で，優秀な方で仲良しです．また，佐藤壽雄先生の特別講演は，消化管外科に関するもので本当に名講演だった．素晴らしかった．もう涙が出るぐらい良かった．

山上：実は2018年の日本外科学会で宿題報告が復活しまして，私は膵臓の座長で，東北大学の海野倫明先生が宿題報告で術前化学療法の話をされたのですが，その中で佐藤先生の癌の手術の話がありました．やはりその当時から，手術で完全に治るものではない．術前の治療をどうするか，術後の補助療法をどうするかといったことを，きちっと書かれていたということです．

中山：私が昭和49年に，2回目に東北大学に習いに行ったとき，槙　哲夫先生も丁寧な手術をされていました．何回も見たのですが，本当に丁寧な手術でした．私はどちらかと言うと粗雑なほうかもしれなかったのですが，東北大学の槙先生やそういう方の手術を見て，非常にためになりましたね．もちろん中山恒明先生の手術もよく見学させて頂き，福岡にもお呼びしたことがあります．この観点で若い人が，ベテランの方の手術を生で見るということは非常に大事なことですね．

山上：そうですね．実は私も名古屋大をはじめベテランの先生の手術を何回も見学に行っているんです．特に名古屋大の中尾昭公先生のmesenteric approachによる

膵癌手術は自分たちは考えも及ばなかった方法なので，しっかり勉強しました．そういう経験がやはり大事ですね．

さて，総会の思い出としては他になにかございますか．

中山：結局，地方で開催するとたくさんの先生方がお越しになるんです．当時は，学会の運営費の苦労が少なく，同門会も協力してくれました．

山上：今は何が一番しんどいかと言ったら，学会の運営資金をどうするかですね．

日本の消化器外科のレベルの高さ

山上：先生の本学会に対する思いと言いますか，今までの先生の教授時代，現役時代と，どういうお気持ちでこの学会と対応されてきたかをお教え願いたいと思います．

中山：私自身あまり成績のいいことが少ない男ですので，一生懸命流れに沿って加勢してきたという感じです．世界の学会に参加することもその一つかと思います．European digestive surgeryやSociety for Surgery of the Alimentary Tract，これには全部出たのですが，これらは日本の消化器外科にあたります．一つの国で消化器外科だけをしていて学術的に非常に高度な学会というのは世界で稀で，本当の意味で私は日本消化器外科学会は素晴らしい学会だと思います．私は何回も海外の学会に行きましたが，ほとんどが親睦交流というのか，レセプションというのはすごいですが，実際に会場での討論などはpoorで，ただみんな集まって来てワーッという親睦会という感じです．そういう意味では，一国の中で消化器外科の医者だけがこんなに集まって学術講演をしているレベルの高い学会は類まれで，世界にないですね．



それと，気になるのは専門医制度です．厚労省もやはり専門医制度を打ち出しましたね．その流れがありますし，僕自身も早くこれを制度にしなければいけないと思った．

それから，当時は1期ごとに会長が代わりますので流れが途切れ，学会のポリシーが滞るということがありましたので，早く理事長制度にしてもらいたかった．私自身も理事会で何度か言ったことがありますが，まだそこまでは熟していませんでした．現在においてはちゃんとしたこの制度が確立されて，素晴らしい学会に成熟したなと僕は思います．

山上：本当にありがたいお言葉で，今は専門医制度が非常に充実してまいりました．これからは専門医制度が少し変わっていきますので，前のようなかなり難しいものよりもややハードルが下がるのですが，その良し悪しはまた将来評価するということです．あとは，理事長制度で，先生が言われた一貫した流れが把握できています．先輩方の歴史の上に立って，われわれはなんとかここまで来れたかと思います．

今先生がおっしゃった国際会議で，私も最近はよくアメリカやヨーロッパやアジアへ行かせてもらうのですが，確かに日本消化器外科学会はレベルが高いですね．その高いレベルをいかにして国際的に知らしめるか．やはりこれには語学，英語という問題が出てきます．今は，森正樹前理事長の頃から順番に英語化をやっていっているのですが，まだまだ私自身も含めて英語力がpoorなんですね．だから，これからたぶん英語化が本当になったときに，あらためて日本消化器外科学会のレベルを国際的に発信できるのかなと，私自身も思っているところです．

中山：本当にそうです．ジョークで戦えるくらいの英語が必要ですね．英語一つではなく，フランス語とドイツ

語はぜひ必要と思います．私がもし英語を話せたらすごいやつになっていただろうとみんなが言いましたが，本当言うと，中学生のとき英語の授業がなかった．一生懸命勉強しましたが，あまり上手にならなかった．しかし，一生懸命勉強して久留米大学で初めて，アメリカの学会のフェローになったり，齋藤洋一先生と海外に行って一生懸命戦いましたが，私は外科の人生で，語学がpoorだったというのがやはり致命的なものだろうと思います．

山上：日本人は本当にみんな，痛いほどそれは感じますよね．

中山：うちはドイツにみんな行って勉強しました．8か月かけてドイツを見て回ったのですが，松下先生や中山恒明先生のやった手術が世界中で一番うまいなと思いました．そういう点では語学勉強が大事で，少なくとも3年ぐらい，頭がフレッシュなときに外国に行って語学をがっちり学んできて，その人たちが日本のいいところをじゃんじゃん発信してくれることを期待しております．やはり私の英語はベリーベリープアです（笑）．しかし一生懸命積極的にやったら，結局ACSに出してもらったりいろいろしてきたわけです．

山上：真面目に準備をして，内容がきちんとなっていたら欧米人もそれはきちんと聞くと思います．

中山：特に映像を持っていって発表したら，映像がとても評判が良かった．ACSとかみんな，ほとんど映像を持って行きました．

これからの消化器外科医へ

山上：最後に，これからの消化器外科学会，および若い消化器外科医へのメッセージをいただけますでしょうか．

中山：私はこれが一番大事だと思います．現代の若者の気質として，あまりきつい思いをせずお金を稼ごうという風習があるので，外科離れがかなりひどい．97年あたりがピークですよね．このころは1,500人とか，1,800人が1年間に入会しましたよね．それが今は450人とか400人だから，新入会員を増やすことが消化器外科の繁栄の一つの基礎になるかと思います．先生のところは何人入られましたか．

山上：今年は3人の入局だけでした．

中山：九大では，10人ぐらい入るんです．学生の講義というのは，本当に大事だと思う．私のときに入ってきたのは，中山先生の講義がおもしろいというので毎年十数人入ってきていたのが，今の久留米大は外科への入局は毎年2人や3人で，うちの出張先でも久留米大学は少ないです．そして，出張もいいところをかなり外してしまって，行くところがない．

山上：今は外科専攻医の制度設計は専門医機構がやっていますね．外科専攻医がたった1人しかいない県が2県あって，心外，呼吸器外，消化器外全てを入れて2人という県が確か3県ずつあります．だから，久留米も2～3人，和歌山が3人，まだこれでもましという笑うに笑えない話です．

しかし，これで本当にいいのかと常に思っています．また，私が入った頃は，外科は寝ずに仕事をするべきだと自分たちも思っていたし，実際にまだ患者さんが悪ければずっと泊まり込んでいた．患者さんを24時間看るということは当たり前だと思ってきました．今は働き方改革だと言って，それは実は悪だということになってきています．先生のときは，中山外科というのはおそらくスパルタで非常に厳しく指導をして，それでまた優秀な外科医が生まれてきたと思うのですが，今はそんなことをすればなかなか新入医局員が入ってこないんですよ．

中山：消化器外科に入ったらそう簡単にはやめません．



しかし，その辺が大事で，評議員をはじめとして特に講義に携わっている方が消化器外科の魅力を十分に話される，要するに教育的な立場にある人が消化器外科の魅力を上手に学生にアピールして，学生を増やす努力が足りないと思います．私は昭和32年卒業ですから，その頃は脳外科も心臓外科も全く分からなかったから，脳外科も7年しましたし心臓外科の術者も経験しました．しかし，やはり消化器外科が一番おもしろいです．特に肝胆膵，膵頭十二指腸切除の再建などはとてもやり甲斐がありますね．そういうのを学生にいろいろな画像や映像でもしっかりアピールして，学生を上手に取り込んでいかないといけないと思います．

山上：どこかで入会が増えていかないと，消化器外科の未来はないですね．

中山：今から減っていったら下降線をたどりますよね．消化器外科医がいなくなれば発展も何もないですからね．その辺は一番大事なことだと思います，消化器外科医に興味をもってもらえるよう現役の先生たちにいっぱい努力してもらわなければいけないと思います．

山上：肝に銘じていきたいと思います．

今後，近未来的にこれからの消化器外科学に対してどういうことを期待されますか．冒頭に申し上げましたが，今の消化器外科のトレンドは，腹腔鏡手術がものすごく大きな潮流としてあるわけですが，今後，消化器外科学がどのようになっていくのか，また，どういうことを期待するのか．

中山：若い消化器外科の人にもし言うとしたら，手術手技も大事だけれども，先ほども言った診断や病態生理もしっかり勉強して欲しい．そして手術の場合には柔軟性，フレキシビリティが非常に大事です．また引く勇気というのは進む勇気以上に必要です．そういう点を若い人はしっかり勉強して，しっかりしたバランスの取れた外科医に成長してもらいたいと思います．言うなれば診断から術後管理，補助療法，患者さんのQOLまでトータルで考えられるバランスの取れた外科医になって欲しい．

山上：若い外科医の方への素晴らしいエールです．今日はいろいろなご教示をありがとうございました．

中山：ありがとうございました．

50周年記念インタビュー⑩

比企　能樹 先生



語り手：比企　能樹
日本消化器外科学会　名誉会長　名誉会員
第50回日本消化器外科学会総会会長
北里大学　名誉教授

聞き手：渡邊　昌彦
日本消化器外科学会　特別会員
北里大学　一般・消化器外科（下部）教授



第50回日本消化器外科学会総会の会長を務められた比企能樹先生は，消化器外科医として活躍される傍ら，早期から内視鏡診療にも関わりを持ち，分野を越えた多くのご経験をお持ちです．そんな数々のご経験を振り返り，後世への知見とさせていただくためのお話を伺いました．聞き役は日本消化器外科学会特別会員　渡邊昌彦先生です．

「根本的に疾患を治せるのは外科だろうという考えがありました」（比企）

渡邊：先生は大学を卒業して，もう何年になられますか．
比企：33年卒ですから，何年でしょう．
渡邊：うちの家内が32年に生まれて60歳ですから，61年ですね．当時，いわゆる一般外科医としてスタートされたと思われますが，最初に島田先生の教室に入られたころの先生の志というか，当時，何を目指されたのかお伺いしてもよろしいでしょうか．
比企：私が外科に入ったときに，慶應の外科には呼吸器，消化器，脳神経があり，それぞれ3人の教授がいらっしゃいました．大学院が始まって2年が終わったところで，先輩を見て私は消化器をやりたいなと思いました．
渡邊：先生は外科に入るとき，既に消化器を選んでいらっしゃったのですか．
比企：そうです．
渡邊：そのときに消化器を選ばれた理由は何かございましたか．
比企：根本的に疾患を治せるのは外科だろうという考えが私にはあり，やはり外科である以上は勇猛果敢に血を浴びながらやるのだ，と思っていました．広い外科の中で何だろうということになると，毎日使っている胃袋や食道，上部消化管の治療，その頃ではなかなか胃癌も治らず，問題が多かった．ですから，悪性腫瘍の癌とかそういうところに挑戦してみたいなと思い，消化器外科に入りました．
渡邊：当時，胃癌が注目されていましたし，中山恒明先生の中山外科が食道癌手術の分野では世界で雄飛していました．その流れというか勢いが，日本の消化器外科にはありましたか．
比企：非常にありました．東京女子医大ができて，そして中山先生がいらっしゃるということで，日本の中でもスペシャライズされた大学教育をするだろうと期待されました．はじめ女子医大は心臓が主流でしたから，消化器もやりたいと思われ中山先生を招聘されたという話でした．中山先生は千葉の大学にいらしたころから高名でしたし，私も何回か手術の見学にまいりました．慶應の外科の教室員が，ほかの外科のところに手術に見に行くなんていうのは当時はご法度だったんです．
渡邊：今はもう自由に往来していますが，あの頃はご法度ですよね．沽券にかかわるというか．
比企：先輩に連れていかれたということで，具体的には前田昭二先生が，手術がお好きで勉強熱心でしたから，大学院の何人かと一緒に連れて行っていただきました．
渡邊：そのころは，世界中から中山先生の手術を．
比企：そうです．私はドイツに留学しましたでしょう．ドイツに行って，消化器の外科をやりたいと言いましたら，「日本には中山がいるな」と言われました．私が向こうへ行った途端にそこの大学の手術場の婦長さんが「中山先生がこの大学で手術のデモンストレーションをされた時に，私が器械出しをやったのよ」と自慢して言われるくらい，中山先生は高名で世界を牽引されていました．

ご存じのように，昔の外科は封建制というか，「うちの外科にいるのに，なぜよそへ見学に行くのか」みたいなことをかなり強く言われたのです．それでも私はもともと上部消化管をやりたいと思い非常に興味を持っておりましたから，他の施設に手術の上手い方がいると聞くとこっそり出かけて行ったのですが，時代的には，1880年代に世界で初めて胃癌手術が成功して，その術式が日本に伝播されたけれども，まだまだ胃癌の手術はほとんど夜明けの状態でした．

渡邊：私が卒業したのが昭和54年ですが，当時，まだシメチジンが出るか，出ないかのころですから．地方の病院は，片っ端から胃潰瘍，十二指腸潰瘍を切っていました．胃切除が外科医の原点で基本になっていました．

比企：確かにそうですね．

渡邊：先生は上部消化管の外科治療を目指されて，その後少しずつ内視鏡治療などにも目を向けられました．胃鏡室を立ち上げられて，早期癌の診断や研究の分野を広げていかれた．その経緯についてお伺いしたいのですが．

比企：大学院に行きますと，教授のところで一つ一つ専門を学んでいくということになります．最初，僕は，先ほど申し上げたように勇猛果敢な外科医になりたいと思っていましたので，早く手術室に入りたいという夢を持っていました．そのときに島田信勝先生が「君は大学院で内視鏡の検査を習得して，そのへんをやっていったらいい．君は私のところで，上部消化管専門になる」と言われました．これは天からの声，つまり主任教授の一言でやるべき方向が決まったのです．当時は内視鏡は診断の為のものだったので，外科医として本当にこれでいいのかなとも思いました．もう少し外科的な手術の直接の研究分野でいきたいなと思ったのです．したがって，私のテーマはMalignantの胃の疾患ということで，化学療法とか，リンパ節転移など，そういう方向に結果的になったわけです．

その当時の内視鏡はまだまだ硬性鏡で，その後の軟性鏡といえども鉄のパイプの先にゴムが付いていて，ゴムが少し曲がるという程度で，肩に担いで患者さんの体を機械に合わせるような．

渡邊：拷問ですよね．

比企：こんなものやられたくないなと施行者が思う，まさに拷問ですよ．内視鏡でどういうふうにやるのかと興味はありました．実際にやってみると，手術用のベッドのところに患者さんの頭をずっと上に出して，頭がベッドの先に出るくらいまで傾斜を付けて，そうすると頭が下がらないように，われわれ新米はみんな頭持ちなのです．手術用のベッドの高さのところに下に小さな椅子を置いて，「お前はここに座って頭を持て」と．その角度が大事だということはあとで分かったのですが，本当にあれは大変でした．そのときの師匠は，福井光寿先生と前田昭二両先生でした．

渡邊：今から考えると，その後我が国の内視鏡が世界をリードしていくわけです．先生方は先鞭を切ったといえますが，島田先生は将来を見据えていたんでしょうか．

比企：あとから思えば，まさしくそうだと思います．島田先生はあまり多くお話しにならない寡黙な方でしたが，考えていらしたでしょうね．

渡邊：そういう出会いが，人の一生を決めることがありますね．

比企：ありますよ．

渡邊：自分の思うところではなかったけれども，妙に導かれるようにその方向に向かい，先生は拡大手術，リンパ節転移の仕事をされて，その後は低侵襲の内視鏡治療に研究の裾野を広げていかれたわけですね．

創立期の思い出

渡邊：消化器外科学会は，今年で創立50周年を迎えますが，創立当時の思い出はございますか．お話に聞くと，中山恒明先生が有志を集めてこの学会を立ち上げられたと伺っています．横浜医大の山岸先生が第1回で，その頃から先生も消化器外科学会へ関わり，後に会長になられるわけですが，何か思い出についてお話いただけますか．

比企：今は，外科も非常に細分化されていますね．そんな時代の先駆け，まだまだ始まりだったと思います．最初から，そんな狭いところに入っていくのかなという感じは持っておりました．しかしながら実際にやってみますと，頭持ち一つでも難しい．今になって考えてみると，それが内視鏡外科の始まりだったと思います．

なぜ外科の医者がこういうことをやらなければいけないのかという最初の考え方は，やっているうちにだんだん消えていきました．むしろ逆に食道から胃への入り方や，抵抗はどうかとか，その抵抗を無理やりやると胃が破れるとか，そういうことをいろいろ学びました．まだ胃を破るなよという時代ですから．私が教えていただい

た両先輩はそういう点では非常に苦労されて，パイオニアとして食道ならびに胃の内視鏡の検査を確立されたのだろうと思います．本来，内科医がやりますよね．それを外科医がやっているということが，逆に言えば，解剖学的な問題や，そういう点で周知している立場でやると，よりいいのではないかという島田先生のお考えがそこにあったのかなと思いましたが，最初は，どうして内視鏡に行くんだろうという感じが強かったです．

渡邊：そういうゲバルティッヒな仕事は最初は外科医がやらないと，何も始まらないのではないかと思います(笑)．

比企：そうだったかもしれませんね．

渡邊：消化器外科学会が創立された50年前ですが，ちょうど先生は卒業して10年．

比企：大学院でやり始めたときですが，研究に関しては，私が大学院の時代には，癌の化学療法で，まだマイトマイシンが出始めて，その前のカルチノフィリンという薬がありましたね．それがかなり胃にいいぞという時代でしたから，これもまたなぜ外科医が薬の方向に行くのかなということもちょっと抵抗がありました．先ほどから言っているような，勇猛果敢な外科医を目指して入ったつもりでしたから．しかしながら今考えると，これが全ての点での基礎になってきたのだろうと思っています．

渡邊：内視鏡，さらには内視鏡外科，それから先生方が始められた化学療法は，当時はまったく相手にもされないような薬だったと想像されます．地道にこの研究をされていくうちに，化学療法の分野では一角を成すようになったのではないかと思います．

先生は化学療法と内視鏡という二つのツールで，消化器外科を極めようとされたのだと思います．消化器外科学会への関わりはいつごろからでしょうか．

比企：消化器の大学院で，消化器外科学会には必ず入りなさいと言われたんです．

渡邊：消化器外科学会へ入りなさいと，自動的に入れさせられたわけですか．

比企：そうなんですよ．他に臨床外科学会に入りなさいとか，虎ノ門病院に行って秋山洋先生がいらっしゃるので挨拶していらっしゃいとか，そういうことまで指導されましたね．本当にこれを自分でやりたいなという細かいことは，全て教授が先鞭を．

渡邊：先導してくれたということですね．そして消化器外科学会に入ってみたら日本中に沢山の猛者がいて．この先生方と競争していかなければいけなかったということですね．

比企：ええ．その頃は外科医として，どうやったらあのやり方が自分にできるか，どういうテクニックを盗むかということばかり考えていました．最初はそんなことは考えていなかったのですが，とにかくやっていくうちに，なぜ島田先生が内視鏡をやってこいと言われたかわかってきた．大学院は内視鏡をやるんだということで，僕は大学院の3回生で，上の2人の先輩を見ても，いろいろなことをやっていらしたので納得がいきました．しかしやはり最初は直接，外科のメスを持った方法，テクニカルな面で少し離れている感じは否めませんでした．今考えてみると，島田先生のそのお考えはかなり深かったのかなと思っています．

渡邊：消化器外科学会に自動的に入って，日本中の外科医と議論していくわけですね．それで消化器外科学会によって育てられたとか，教えられた，そういうことがたくさんありそうですね．

比企：あります．

渡邊：それと人との出会いが大切だと思います．同じ消化器外科医，同輩とか先輩，そういう意味でも消化器外科学会が先生に与えた影響，得したことや損したこと，いろいろあると思います．

比企：それは大ありですね．やはりやってみろと言われたときは，そこまで気が付きませんでしたし，同じ内視鏡をやるにしても，どういうところに気を付けているのか，どういうところに苦労があるかということを自分で実体験する．またその頃からファイバースコープが出てきたということも，非常に大きな刺激になったと思います．前田先生が米国で実際にそれをご覧になり，確か1本500万円くらいでしたか，それをアメリカから輸入して慶應の外科でも使うことができるようになった．そのはしりだったと思いますが，それ以前は硬い直線の鉄の棒を入れていたのですね．それも下手すると噴門部の穿孔を起こすということで，非常にcomplicationの危険性があった．そういう内視鏡がフレキシブルになっていく経緯も体験しましたし，私としては得るものが多かった．外科医なのにどうして内視鏡だと，大学院のときに感じたものは払拭しました．

渡邊：消化器外科学会に先生が入られたのが大学院のときで，消化器外科学会はまだ小さな学会ですね．おそらく数人で立ち上げられた．中山恒明先生をはじめとする

創立者がホテルの部屋で何人かが集まって，では，お前やれみたいな感じで立ち上がっていったわけですね．中山先生にはお弟子さんがきら星のように沢山おられました．その先生方がバックアップして，消化器外科学会の会員数もその後どんどん増えていったわけです．消化器外科学会が勢力を増していく時代の真っただ中に先生はおられたわけですが，そのころの消化器外科学会の勢いを肌で感じていたと思います．若い人たちの情熱と，先生方が先導していこうという気概もあったと思います．1980年代から90年代，そのころの思い出はございますか．

比企：そのころからぼつぼつと，組織同士の連携といいますか，こういうことをやっているぞ，ああいうことをやっているぞということで，それを見学に行くということが比較的スムーズになってきた．女子医大に行ったとか，医科歯科大に行ったとか，そういうことで女子医大はかなり進んでいましたね．それよりも前に外科は胸部外科，脳外科などがどんどん独立して分化していった時代でしょう．でも消化器外科の中は依然として昔のままだということに対しては多少抵抗もありましたから，教授から言われたことをだんだんかみしめていくと，自分がこういうことをやらなければいけないかなという点も含めて認知したというか，気が付いてきて，その方向に進もうと思った一つのきっかけだと思います．



渡邊：1968年ですから，今から50年前に第1回が開催されて，日本医学会加盟が76年，懐かしい九段坂に事務所を移転したのが82年くらいです．そのころ，もう先生は学会の理事として活躍されていて，保険診療委員会の委員長もおやりになっていますね．そうやって消化器外科学会を80年代，90年代に育ててこられたわけですが，勢いがついてきている学会をさらに大きくしていこうという，そのころの思い出はございますか．

比企：治療のために診断学が大変大事ということは昔から言われていたことですが，実際に治療学をやろうという立場から，また診断するということはあまり確立されていませんでした．先輩に連れられてどこそこに行けば，この点に関して優れたものを学べるのではないかというのを教わりながら，あるいは自分で文献を調べてみると「お，すごいな」というところがぼちぼち出てきた時代でした．そういうところへ行くという，古い外科教室ではあまりできなかったものが，できるようになってきた．世の中が変わってきたとき，ちょうど私がその中にいたということは幸せなことだったと思います．組織，大学，そういうものを越えた一つの組織として消化器外科学会が果たした役割は非常に大きかったと思います．

渡邊：従来の組織の垣根を超える役割を，学会が果たしたわけですね．

比企：はい．研究会から学会になって，会員の多くはそういう気持ちを持って集まった人たちだったのではないでしょうか．

渡邊：会員数1万人を超えたのが84年です．1万人の規模というと，私が関わってまいりました内視鏡外科学会を見ても，大きくなったなという感じがします．その急成長する学会で先生は理事をおやりになっていましたが，そのころの思い出はいかがでしょうか．

比企：当時の技術的な問題が思い浮かびます．技術は進歩していきますから，それぞれ競っていきますね．それが全体として一つの大きな進歩になってきていると思います．今考えると，その中にうまくいくものもあるし，うまくいかないものもあったと思います．しかし，それまでは日本全体を見回しても，そういった相互関係がなかった．それぞれの場所で孤立してやっていた議論が，学会のおかげでオープンにできるようになった．

渡邊：消化器外科の分野においてそのような議論をする

場ができて，皆が興味を持って学会に入っていったんですね．

比企：当時，消化器外科は花形でしたから．そういう意味ではパイオニアですね．

第50回日本消化器外科学会総会

渡邊：消化器外科学会で沢山の仲間を得て，切磋琢磨して技術を磨き，さらに高みを目指したというところだと思います．そこで先生は消化器外科学会の総会を担当されるわけです．「叡智，実践と兆戦」というスローガンのもと学会をされて，その当時の思い出を立派な本にされていますが，今思い返すといかがですか．

比企：ちょうど50回というのは巡り巡ってくることですから，自分からはやろうと思ってもできない．ですから考えてみると，50回，ああ，そうかというところにまず考えがきましたね．もう一つは，内視鏡も外科の手術も基本的な考え方は同じなんだということ．技術的な問題だけではなく，患者さんの取り扱いなどそういうことも含めて，どういうことをやったら一番正確な検査ができるか，正確な手術に結び付くかという点です．それともう一つ，外科技術を高めるために，僕は外科医だけではできないことが世の中にはあると思った．それにはコメディカルが大切と思ったんです．僕は会長のときに，内視鏡に関わるコメディカルのグループを作りました．皆さん昼間は働いている人たちですから，学会が終わる夕方から夜にかけて集まって議論をやりました．今はコメディカルの研究会がありますでしょう．そういった活動のはしりだったかなと思います．

渡邊：当時は消化器外科学会でも宿題報告がありました．先生の会では石川浩一先生が特別講演，それから作家の曽野綾子さんも特別講演されています．

比企：曽野綾子さんの文章を拝読して，社会的に一つの問題でいろいろな苦労され，プロセスを非常に大事にされる方だなと思いお願いしましたら，二つ返事で伺いましょうと言っていただきました．それから，もう一つは，専門家になるために，その始まりはどういうところで苦労されるのかなということがあったものですから，外科医としての優れた経験を持った方々にお集りいただいて，これからの学会で基礎になるのはどういうところなのか，どういう点で皆さん苦労されたかをお話いただきたかったというのがありました．そういう意味では，石川浩一先生は外科全般の教授だったし，外科のフレッシュマンとして自分が歩いてきた道をお話しいただいて，大変よかったと思います．

渡邊：先生はライフワークである胃癌治療の多様性，特に早期胃癌治療の変遷について会長講演をされていますが，その思いはどのようなものだったのでしょう．

比企：先ずは治療には，正確な診断が不可欠だということです．内科と外科の連携ということでは，内科医に「俺はこういう考えだ」，外科医には「俺はこうする」と言われた患者さんに隣の家へ引っ越すような形であちこちに動いてもらうのではなく，消化器内科と外科がこれからやろうとする治療の方針をどう一致させていくかが肝要であると考えました．学会ではせっかくそれぞれのスペシャリストが集まるわけですから，内科の方も，病理の方もお呼びして，そういうところの議論ができると考え，そういったことを中心にした胃癌治療について話しました．

渡邊：精緻な診断から治療につなげていくということを重視されていて，それを先生は会長講演でお話しされました．消化器外科学会総会は大きいので，準備した医局員も大変だったと思います．1990年代の終わり頃ですから，当時はいろいろ新しい治療が入ってきていますね．



胆石症に対する内視鏡外科が10年くらい前に導入され，それが広がりを見せて，下部消化管，上部消化管でも始まりつつあった時代です．シンポジウムでは内視鏡外科の工夫などをいち早く取り上げておられますし，一方で，高度に進行した癌に対する拡大手術に関してもシンポジウムを組まれておられます．

それから，現在あらゆる癌に対して，術前化学療法が注目されていますが，すでに先生の学会ではこれについてパネルでかなり議論されています．斬新で先見性があると思いました．このアイデアは何をきっかけに思いつかれたのでしょう．

比企：きっかけは日常の診療の中で気が付いたこと，体験したことですね．私は古い大学を卒業して，新しくできた大学に行きました．そこには全国からそういった方々が集まっていて，まさしく診断と治療の境目で苦労されていた方々も多くおられたわけです．具体的には消化器内科ですね．そんな中で診療をしていくうちに，消化器内科と消化器外科が一緒になって一貫性をもってできれば，もっと素晴らしいことができるなと思ったんです．

渡邊：実診療で困っていることをそのまま学会での議論の俎上に乗せるということと，この先，どういうことが注目されてくるのだろうということを，いち早くパネルディスカッションで議論されたのですね．この学会を主催されるうえで一番苦労されたことはどんなことですか．

比企：苦労したのは，まず当時，今のような学会をやる設備，場所がそんなに多くなかった．横浜もようやくパシフィコ横浜ができたばかりの頃で．

渡邊：最近はパシフィコ横浜が当たり前ですが，当時はまだめずらしかったのですね．

比企：それまでは神奈川県民ホールなどを使っていたわけですが，ああいう大きなセンターができた．それが一つの核になって，その周りにいくつか会場ができてくるということで，横浜はそういう点で地の利に恵まれたところだと思いますが，私が会長をやったときはまだまだ始まりでした．先輩がやられたところを見ていて，ここならいいかなと．コメディカルのセッションも会場が取れましたしね．

渡邊：消化器外科でコメディカルのセッションを作ったのは，先生が初めてですね．

比企：先程も言いましたが，医療を行うにはコメディカルの力は不可欠であると思っていましたから．放射線検査技師や，薬剤師のセッションなどをやりました．

渡邊：今でこそメディカルスタッフセミナーをやる学会はいくつかありますが，当時，消化器外科でそれをやったのは斬新なアイデアだったと思います．内科と連携していくうえで，メディカルスタッフの重要性を先生が認識していたから，そのような会場設定とプログラムが組めたのではないでしょうか．その意味でもすごく先見性のある学会を主催されたなと感服いたしました．

比企：私自身はもともとあまり先見性を持っていないんだよね（笑）．ただ，北里大学の新しい病院という環境に身を置かれたということが良かったんだと思います．

渡邊：おそらく全国でも特殊なところだったのだろうなと思いますね．

比企：時代的にもそういう新しいものが始まる時期だったのかなと思っています．

これからの消化器外科医へのメッセージ

渡邊：さて，先生は61年の長きにわたって消化器外科の現場におられたわけですが，先生がこれまでの歴史をご覧になって，将来に向けて，消化器外科学会に対する期待，消化器外科医の後輩たちに贈るメッセージ，忌憚のないところでお話しいただければありがたいです．

比企：内科医や病理医と一緒にやることでお互いの知見がより深くなるということは，実際にやってみないと分からないことでした．今の学会を見ると，だいたいそういう方向に来ていますよね．自分が一番得意とする部分はこれであって，それを取り巻く周辺の，それに協力できる部分はどこなのか．それを一緒にしてやるためにはどうしたらいいのか．こういったことをこれからの外科医の方々にも考えてほしいと思います．

一つの大学，一つの方法，一つのシステムだけではなくて，他のやり方を学んで，ああ，こういうこともやっているんだ，ああいうこともやっているんだということを知っていって欲しい．自分とは異なるプロフェッショナルたちの人柄と治療に関する考え方に触れて，考えを深めてほしいと思います．

渡邊：先生のご経験から，これからの消化器外科学に対しては，いろいろな文化が入ってきて，内科も外科もメディカルスタッフも一緒になって消化器病学というか，一つの疾患を治す．そのためには外科医が中心であった時代というよりも，これからは領域横断的に一緒になっ

て１人の患者さんに向き合うということを覚えていきたし，これからも消化器外科学を志す人には，その気持ちを忘れないでほしいというメッセージだと感じました．

比企：まったくそのとおりです．東北大学に黒川利雄先生という内科の教授がいらしたでしょう．世界で初めて，集団検診をもって胃癌を早期に発見するという画期的なシステムを日本で導入された方で，後に癌研究所病院の病院長になられました．あの先生のやり方，生き方が，僕には非常に勉強になりました．ご自身は内科医ですが，ご自分が診断されて根治手術になった患者さんについては，必ず手術場に来られるのです．僕はよく癌研に手術を見学に行きましたので，あれ，どうして黒川先生がここにおられるのかなと思いましたが，必ず手術をご覧になっていらしたんですね．

渡邊：私も黒川先生の言葉で覚えているものがあります，内科医も必ずジギタールしろという有名な話がありましたね．

比企：そうなんだよ．これも大事なんです．

渡邊：本日伺った先生のお話の中で，いろいろな文化を持った外科医が集まった教室を見学されたことが印象的でした．こういったご経験にも，このダイバーシティの時代，これからも様々な垣根を越えて消化器外科学を発展させてほしいという先生のメッセージがあったように思います．

比企：おっしゃるとおりです．地域や大学にはそれぞれ色というか，特徴があります．自分が持っていないものを持っている方々と触れ合ってよかったな，素晴らしいなと思うことは多かった．そういった経験を若い方もしてほしいと思います．

渡邊：中山恒明先生の言葉にも「人生は経験である」というのがありますね．先生の人生の長年の経験から，最後に一言いただけますでしょうか．

比企：先生が今おっしゃった中山先生の言葉にも通じますが，違う領域の良さに気づいて，盗むというかよく学んで，そして，それを自分なりに実行するにはどうしたらいいか考えること．別にそんなに難しいことではないと思います．私自身，自分で気が付いて，こうしたらいいなと思ったことが実行できるような場にいたということは，非常に幸せだったと思います．

渡邊：場を与えられたら，悪いことは言わない，素直にやってごらん．そうすると，何か道が開けてきて自分のやりたいことが見えてきて，幸せな消化器外科医生活が待っている，ということですね．

比企：僕は先生を見ていても，そう思いますよ．消化器外科のますますの発展を期待しています．

渡邊：時代はこれからさらに変わっていくでしょう．ロボット支援手術が導入され，Precision Medicineも入ってきて，一律にリンパ節を郭清すればいい時代ではなくなると思います．食道癌や直腸癌なども化学放射線療法で治癒し，消化器外科医が要らないという癌もかなりでてくるでしょう．先生の専門にされていた胃癌も切除例は減っています．先生が最初にやられた内視鏡は，今や診断のみならず治療のツールになりました．先生や私が目指してきた仕事は，外科医が自分で自分の首を絞めるという仕事かもしれませんが，これからも絞めあげていかなければなりませんね（笑）．

比企：そのとおりですね．一見自分の首を絞めていくことが，実は将来への進歩に繋がるのではないでしょうか．

渡邊：それが外科の進歩というと，何か皮肉なものですね（笑）．長時間にわたりまして，楽しい，また心のこもったお話を伺わせていただいてありがとうございました．

比企：私のほうこそ，どうもありがとうございました．

50周年記念インタビュー⑪

齋藤　洋一　先生



語り手：齋藤　洋一
日本消化器外科学会　名誉会長　名誉会員
第39回日本消化器外科学会総会会長
元・神戸大学第1外科　教授

聞き手：具　英成
日本消化器外科学会　名誉会長　名誉会員
第11回日本消化器外科学会大会会長
元・神戸大学肝胆膵外科（旧第1外科）　教授



齋藤洋一先生は早期から日本消化器外科学会の理事を務められ，第 39 回日本消化器外科学会総会の会長を務められました．開催当時の思い出や裏話なども交えつつ，ご経験から消化器外科学会のあるべき姿，将来像などについてお話いただきました．聞き役は齋藤先生の後進であり，後に第 11 回日本消化器外科学会大会の会長を務められた具 英成先生です．

理事立候補の思い出

具：齋藤先生は1992年に第39回の日本消化器外科学会総会の会長をされました．

齋藤：こうやってみると，時のたつのは早いものですね．

具：早いですね．39回の開催当時，齋藤先生のお手伝いをしたときには思いもよらなかったのですが，自分でも後に大会の会長をすることになったとき，それがずいぶん役に立ちました．先生はいつも，おやじの言うことと冷酒はあとできいてくるとおっしゃっておられましたね．まさにそのとおりで，後からそのありがたさを痛感することが多々ございました．

齋藤：あの頃のことを考えると，今の時代と違って理事になるとか会長になるというのは，なかなか厳しかったですね．少し次元の低い話になってしまいますが，その頃は各大学の系統ごとの縛りが厳しくて，僕は神戸大学にお世話になって10年たたないときに，日本消化器外科学会の理事に出ることを考えたわけです．

というのは当時，東北大学の佐藤壽雄先生，葛西森夫先生から，ちょうどその頃は候補がたくさんいたので「齋藤君は若いけれども，早く学会の会長になりなさい」といわれて，その当時になられた方に比べると若干若かったのですが，それでは出てみようかとなったわけです．

僕より上の方もたくさんおられたし，同じクラスの人もいたのですが，こういう事情でちょっと早めに出ることをお許しくださいと言ったら，皆さん応援してくださって，僕は先生方のところを回って「理事に立候補します」ということで，出たんです．

そうしたら，たまたま僕が理事に立候補した年は人数に若干余裕があって，岡島先生と岡本先生は僕よりも卒業年度が4年上ですが，「僕たちも出ていいか」というので，皆さんと一緒に出たのが最初です．あの頃は理事を4年やって初めて会長をやるという暗黙の約束がありましたから，それを考えて早くにということで，あの時期に出たわけです．教室の皆さん方に，いろいろ応援をしていただいて．

具：その事情はきょう初めてお伺いしました．確かに齋藤先生が理事に出られて，会長になられるときも年齢的にお若いときだったという記憶があるのですが，そういう裏話があるわけですね．今は理事にせよ会長にせよ，選挙とかそういうことを避けるイメージがありますが，当時はどうでしたか．

齋藤：選挙は毎回でした．なかなか厳しかったです．

具：では，今みたいに円満ではなかったわけですね．

齋藤：しかも，一つの大学だけではなかなか．

具：勝てませんよね．

齋藤：だから，どこかと組んでやるというので，ちょうど僕は羽生富士夫先生と掛川暉夫先生の女子医大の票と，慶應の票と東北大の関係の票で出たわけです．いろいろ言われましたよ．一生懸命やりすぎてトップになると，みんなから言われるから，選挙でもトップにはならない．二番手が一番いいと．

具：私も齋藤教授にご相談をして理事に初めて出たとき

に，二番手で理事に当選したことがおもしろいなと今思い出しました．

齋藤：世の中には，そういうことがあるんです．例えば競輪で一番前を走る人は，風圧で最後は１番にはなれない．抵抗が多いから，トップにはなるな．２番手，３番手にいろ，と．オリンピックのスケート競技なんかでもそうですよね．そのときに僕はそう聞かせられて，なるほどなと思いました．

具：スポーツとも共通する部分が多々ありますね．

総会開催までの道のり

具：神戸で行われた第39回総会では「消化器外科における新しい展開　基礎の再認識，根治性とQOL」というのが正式なテーマでした．先生ご自身，神戸らしい学会企画をやりたいとおっしゃっていたのですが，そのへんの思いはどうだったのでしょうか．

齋藤：当時，神戸大学は若干，旧帝大に対してランクが下であると見なされていたので，ぜひそれを押しのけてやりたいと思って，神戸大学のPR，あるいは神戸大学第一外科の皆さんの業績を世の中にぜひ出したいという気持ちがありました．それを中心に考えていこうということで，その一つの表れが特別講演です．

具：西塚泰美先生でしたね．

齋藤：西塚先生はその頃ノーベル賞をもらうという噂もあったほど高名な先生で，ぜひ出てもらってアピールしたいと思って，会長になる前からお願いして特別講演に来ていただきました．

具：西塚先生は残念ながらノーベル賞を受賞することができなかったのですが，先生の思いは数十年して，教え子である山中伸弥先生が実現されました．

齋藤：ノーベル賞は生きている人に与えられるもので，西塚先生は早くに亡くなられたから，それが残念なことでした．

さて，総会の会長を務めるには，業績がなければ世の中の人は認めてくれないと思ったから，僕は理事になって４年間，教室の皆さんに少しご負担をかけたけれども，消化器外科学会に毎回15題くらい演題を出し続けました．いざ会長選挙のときに反対といわれたら，うちの教室はこれだけ学会で発表をしているんです，と言えるようにと思って，それをやりました．

具：当時，齋藤先生が教室員にそういう趣旨を徹底されていたお言葉を思い出します．齋藤先生は学会に対して強い思いをお持ちだったと思います．私などはそれがきっかけで，アカデミアに着実に貢献するのは，学会一つとっても長年の蓄積だということが，あとで分かりました．

齋藤：やはり皆さんがそれだけ努力をなさっている結果だと思います．

具：そういう努力を齋藤先生がうまく引き出したのだと，私も教授になったあとで感じ，勉強になりました．

齋藤：ちょっと余談になりますが，僕は神戸に来る前，東北大学では学園紛争で外国に行けず，大学を辞めなければ留学はできないというのがあってチャンスを逸していたのだけれども，助教授になったときに「君，いっぺん海外を見てくればいい」といわれてアメリカに医学教育を勉強しに行ったんです．

１か所のデパートメントにいると，今さら研究をやっても遅いだろうから教育を見ていらっしゃいといわれて，アメリカで１週間から10日くらいかけて，各デパートメントを見ることができたわけです．そのときに医学教育はどうあるべきか勉強できたものですから，神戸大学に来て，それを実行した．

具：実践されたわけですね．齋藤教授の教育に対する思い入れというのは学会ともリンクするところがありますが，私は長年，先生のところで教育係を務めていて，先生の臨床講義のテーマも15～16題あったと思うのですが，今のお話を聞くと，そうやって諸外国の教育事情も取り入れながら神戸で実践されたんだなと思いました．

齋藤：講義の前に試験をしたでしょう．10問ぐらい出して，それに答えてもらって，すぐに採点をして，みんなが知らないところを講義するというのを基本にしたわけです．

具：齋藤先生，招待講演はいかがでしたか．

齋藤：３人，外国の先生を呼びました．一つは膵炎で，あのとき僕は膵疾患の班長をやっていまして．

具：全国集計の事務局をやっていらっしゃった．

齋藤：集計もやったし，膵炎の診断基準もつくりました．招待したEdward L. Bradley, III先生は世界の膵炎シンポジウムをやった人なので，会長講演に合わせて選ぶというので，そのBradlyさんが１人．それからNutritionalは，前の光野先生以来，代謝をずっとやっていましたから，その代表の方としてLloyd D. Maclean先生をお呼びするのがいいのではないかとお呼びしました．もう１

人のL. William Traverso先生はちょっと意味が違うんです．僕が医学教育はどうあるべきかというのでアメリカを歩いていたときにUCLAを見に行ったら，彼は実験をやっていまして，僕にお昼をごちそうしてくれた．アメリカ人は普通お昼にごちそうはしないんですよね．それで感激して，僕が日本で会長をやったときには君を招待するよという約束をしたんです．

具：それを実現したということですね．

齋藤：それ以来，Traversoさんは日本に関心をもってくれて，肝胆膵外科学会の人が招聘してくれたりもしましたね．

具：実際，PPPDというのも，Traversoさんとともに，まさに齋藤先生が呼び水になったと私は記憶しているのですが．

齋藤：僕が行ったとき彼が何を実験していたかというと，膵島，ラ氏島を分離して，それを門脈から入れて，肝臓や脾臓で生着するということをやっていたんです．それを僕は見せられて．帰ってきて，膵島移植をしようとみんなにやってもらった．

具：私も知らなかった部分をお話いただいて，まさに縦糸，横糸がつながったことがいくつかありました．

齋藤：思い出すと，いろいろありますね．懇親会のときは歌手の菅原洋一さんに歌を歌ってもらった．水本先生が会長のときに伊東ゆかりさんを呼ばれていて，水本先生にライバル意識をもっていましたから，それに負けないようにというので，菅原洋一さんは兵庫県の出身で，私は洋一で一緒だから，それで呼んで，やった記憶があります（笑）．そういうのが思い出ですね．



具：こういった催しは評議員の先生方，関与される先生方も結構楽しみにされていますよね．だから，会長ごとに特徴があって，まさに菅原洋一さんの歌も含めて39回のいい思い出です．

齋藤：昔はそういう意味ではよかったですね．ただ，戸部先生が外科学会で会長をやられたとき，僕の家内も呼ばれて行っていましたが，僕たちが別のところに飲みに行っているときに，花火を上げていました．そうしたら若い会員が「俺たちの会費が花火になってる」と言っていて．家内に「お父さん，こういうことを言う若い人がいるから気を付けなさい」と言われました．だからやはり，お金の使いようですね．

当時と現在の学会を眺めて

具：第39回の日本消化器外科学会総会を担当されて，今思うことはありますか．

齋藤：今度開催される消化器外科学会総会を見ますと，バラエティに富んでいますね．

具：テーマが多岐に及んでいるわけですね．

齋藤：会長講演，理事長講演をはじめ，これだけのセッションを網羅している．会長という立場だと，こういうことができるわけです．

具：やはり会長の専権事項ですからね．

齋藤：私が会長を務めたときは，当時の理事の方々と相談したけれども，まだ時代が違うために，こういうことは許されなかったですね．僕が理事になって2年目の，青木先生が会長のときに，当時，消化器外科学会は任意団体でしたから，それではだめだ，世間に認められるためには法人になるべきだと僕は主張したのですが，そのときはみんなの反対で，時期尚早だと否決されました．あのときはそうだったですね．僕は外科学会の役員も，消化器外科学会の役員もやって，それまでの任意団体だったものをある程度整理したものですから，こうあるべきだなと思い，主張したことがあります．

具：実際，消化器外科学会が法人格を取得してから，他

学会にもそういう動きは大きく広がっていったように思います．例えば胃癌学会や，最近でいえば私も日本肝癌研究会を肝癌学会にしようと思って一生懸命やったのですが，任意団体のほうがハンドリングが自由だということもあるのですかね．

齋藤：それはありますね．それを理由に否決されました．

具：私の経験でも，他学会でかなりのところにいっても，なかなか内科と外科の思惑がうまくいかなくて頓挫したこともありましたが，そのへんで齋藤先生がおやりになったことは，他学会にも今でも大きな影響を及ぼしていると思います．例えばJDDWはまさに先生が大きくかじ取りに貢献されたことですし，今は大事な消化器病関連学会としての役割も大きくなっています．そのへんのこともつながっているわけですね．

齋藤：JDDWは消化器病学会がベースになっていましたが，もともと消化器病学会は封建的な学会だったんです．初めに各支部が先にできて，その支部が集まって大きな全国的な組織になったので，財産も各支部が持っていた．それを統一するのが大変で，僕は消化器病学会の財務担当理事をやったときに，それが一番難しかったですね．皆さん，自分の財産を差し出して統一するというのには抵抗がある．

具：だけど，その当時の消化器外科学会の法人格もつながって，今日の合理的な枠組みが出来上がっているわけですね．

齋藤：言ってみれば，医師というのは特殊な職業ですから，ある意味で社会人として足りない部分をたくさん持っている．今はそういった部分も指摘されるような時代になってきていますね．

具：今では当たり前ですが，先生が39回をおやりになった時代には，まだまだそういう認識が医師，とりわけ外科医にも希薄だったように思います．例えばJDDWもそうなのですが，日本消化器外科学会，胃癌学会，内視鏡外科学会，内科系だと消化器病学会，消化管学会，内視鏡学会とかいろいろありますよね．このへんの棲み分けは，今後どのようにしたらいいのでしょうか．

齋藤：1960年代にそういう会がたくさん出てきたんですね．そのときに中山恒明先生をはじめ創立者の方々がご相談されていたのは，消化器病学会は内科が主体であって，外科の人たちはメインではなかった．それに対して，どうしても外科特有の内容があるからというのでつくられたと聞いていますが，まさにそうだと思います．

今でも，消化器病学会は学会誌を見ても大半が内科系です．これは『日本消化器外科学会雑誌』があるから，外科の方はこちらに出されているからやむを得ないと思いますが，そういう傾向は前からありました．それで僕が消化器病学会の役員になったときに，外科の人を理事にたくさん入れてくださいということをやりました．

具：今でも外科は少数派ですが，それでも外科が関与しているのは，まさに齋藤先生のそういう足跡の延長上にあるのではないかと思います．

齋藤：ただ外科は，どうしても手術手技がメインになります．これは内科医には手が届かない．今は内視鏡で少し混在してきていますが．

ずっと昔，ロンドン大学の外科のホワイト教授という方が，当時はいろいろ名前のつく術式がさかんにあったので，1905年に自分が外科の学会をやるときには手術はすべての方がやっていて，私たちはもうやることがないと慨嘆された，ということが雑誌に残っているんです．でも，そのあと外科はすたれたかというとそうではなくて，ますます盛んになった．例えば麻酔，輸血，あるいは周術的な診断法であるとか，そういうものをどんどん取り込んでいって立派になっていった．



具：ある意味で，総合的な学問になりましたね．
齋藤：だから，消化器外科もこれからはそういう周辺の科学の知識をどんどん取り入れていくことによって，まだまだ発展の余地があるのではないかと思います．
具：それに関連しますが，今はまさに技術オリエンテッドになって，学問や研究という要素が若干薄くなっている時代ではないかと思うのですが，齋藤先生からご覧になって今後はどのようにかじ取りをしていけばいいとお考えですか．
齋藤：消化器外科学会は，評議員の業績の積み重ねでできています．これはそれによって若い人がどんどん勉強していくという一つの励みになっているので，消化器外科は伸びていっているのではないかと思います．ただ，技術的なところだけになると少し問題が残りますから，その点，どうやって指導者の方がやっていくか．
具：今の段階では専門医制度にも学術活動をきちんと位置付けようという流れがありますが，そういうところで技術と研究と将来に向けた開発力というか，展開力を維持していくことは学会の足腰になるということですね．
齋藤：そのためにも，僕が2代目の理事長をした肝胆膵外科学会は，若干技術に走りすぎたところがありますよね．あの学会をどうやって伸ばしていくかというと，技術だけではなく，そういう知識，アートの部分をどう膨らましていくかということがこれからの課題でしょうし，消化器外科はまさにその大本ですから必要になると思います．
具：まさに私も肝胆膵を専門領域にしていて，消化器外科学会と肝胆膵外科学会の役どころをどう折り合いをつけていくかというのは，今後の大きなテーマだなと思う瞬間が多々あるのですが，いかがでしょうか．
齋藤：今そういうことを指導する力を持つ人が出てきていますから，例えば会長を選ぶときにそういう認識を持った方を皆さんが選んでいくことが大事かと思います．
具：悪い言葉になりますが談合のようなことをするのではなく，真剣勝負で会長を選んだという思いというか，選挙の仕組みをきちんと生かしていくことが大事ですね．
齋藤：そう思います．

これからの学会の役割

具：先生が今の消化器外科学会に対して思うことや，やり残しされたこと，あるいはこれをやりたかった，ということはありますか．
齋藤：今の医療知識は専門的に非常に深いところがあるでしょう．それをすべて網羅するのはなかなか厳しくなっていると思います．だから，そういう点では教室を1人の教授で全部取り仕切るのではなくて，いくつか細分化した教授をもってきているというのはいいと思います．先日の新聞に，岐阜大学と名古屋大学が法人統合するとありましたね．
具：経営上の統合が行われるということでしたね．
齋藤：僕は大阪に行っていますから，大阪大学の先生から，神戸大学は大阪大学と統合するということをどう考えていますかと，時々いわれます．
具：どうしたらいいのでしょうか．
齋藤：それは神戸大学から言い出さないと，大阪大学から言われると，そこに吸収されるのはいやだと神戸大学は思うから，神戸大学の人たちがそういう方法をやっていく必要があると思います．
具：かなり思い切った提案やかじ取りがいるということですね．
齋藤：関西一円で，大阪大学はもちろん，京都大学も一緒の大学になることもあるかもしれない．今，神戸大学病院の病床数は何床ありますか．
具：930床だと思います．
齋藤：これからはそれだけの数の患者を一度に取り扱うような時代にはならないと思います．人口が減ってきているので，もっと少ない，例えば3分の1くらいのベッド数でやらなければいけない．そういうときには神戸大学の特殊性，大阪大学の特殊性，京都大学の特殊性を1カ所にまとめて運営して，研究もそういう形でやることを考えていかないといけない．そこで学会が果たす役割というのは，音頭取りをすることではないかと思います．
具：まさに学会が将来に対する見識をもって，いろいろな枠組みを含めて将来の医療構造，教育制度，そういうものを引き続き提案していくだけの見識，体力を維持することが大事だということですね．
齋藤：そうだと思います．最近の理事会でどういうお話をされているか知りませんが，僕たちのときは競争が非常に多かった．例えば僕自身は，三重大学の水本龍二先

生と膵臓学会をつくるときにいろいろ競争しました（笑）．水本先生には負けないようにすべきだといって，確か消化器病学会のときも，水本先生のところの演題にはみんな１人ひとり質問をしなさいと．

具：ありましたね（笑）．

齋藤：そうしたら翌年，それに気が付かれて逆にやられたこともありました（笑）．これからはそういう単なる競争ではなくて，もっと大きく眺めた場合の切磋琢磨をお互いに考えていくべきでしょうね．

具：高所から俯瞰するような包括的な提案やかじ取りで，学会は今後，以前よりますます役割が大きくなるということですね．その職責というか任務というのは，今後，学会が意識して取り組まないといけないですね．どうしても理事になり会長になりで，学会を主催することで精いっぱいになってしまいがちですが，社会的に医療制度を考えて提案するという余力がまだまだ求められると思いました．

齋藤：もう一つは学会として，もちろん研究が主体になりますが，対象である患者さんのために，どうあってしかるべきか．これはある時点から，QOLがどうであるか検討するようになりましたが，患者さんのためにどうすべきかという問題も，学会の目的としてありますので，重要視する必要があると思います．

具：もっと優先度を上げるということですね．

齋藤：ええ，そういうことは必要かなと思います．

具：患者本位ということ．そういう意味では私たちが齋藤先生に教えを請うたときには，学位と専門医と比べてみれば，学位のほうがまだまだ足腰が強かった時代だったのですが，今はどちらかというと専門医のほうに比重が移ったのではないかと思うときがあります．そのへんは今後，どのように推移するとお考えでしょうか．

齋藤：専門医制度は国民の医療のためにあるべきだと思います．ですから当然，専門医の内容は国民が誰でも知っているようなものになるべきだと思うし，学位のほうはもっと専門家として特殊性がある内容であっていいと思います．

具：そのへんの住み分けと積み上げですよね．それに関連しますが，例えば今の日本の専門医制度は基盤学会があって，それから２階部分がある．そう考えると，例えば肝胆膵外科学会とか胃癌学会，消化管学会，内視鏡外科学会などを重ねていくと，３段階，４段階になるわけですよね．

ある意味，外科医不足がこれだけ言われていて，自分の首を絞めるような仕組みになるのではないかと思うのですが，適度な専門医制度の積み重なりというのはどのようにお考えでしょうか．

齋藤：例えば肝胆膵外科学会の高度技能専門医の議論をしたときに，特殊で高度な技能の対象になるような患者は日本にどのくらいいるかという予測をしたら，高度技能専門医が700人いれば今の日本の患者さんは全部対応できるという答えが出た．だから，特殊な非常に高い技能のところはある程度，人数で限定して，そこで歯止めをかける．

あのときに問題になったのは，年を取った教授は実際の手技をやれないでしょう．そういった人はどうするかというと，今は名誉高度技能医になりましたが，国民からするとそう言われてもよく分からない．「名誉」がついているから，高度技能より上なんじゃないかと誤解をする．実際には高度技能医のほうがテクニックは上でしょう．そんな間違うようなものは，患者の立場からするとつくるべきではない，という意見を聞いてなるほどなと思いました．そういう考えを医師は持たなかったけれども，一般の人たちは持っている．それに応えるようなことを学会でもやっていかなければならないと思いましたね．

具：そうすると，あまり積み重ねて訳分からない状態になるより，専門医制度というのは２階建て分ぐらいで考えるべきでしょうか．

齋藤：３階建てでもいいですよ．３階建ての３階部分は限られた分野でしか活用できないということですね．

具：そこの組み立てを大所高所から考えていくことも，消化器外科学会の役どころではないかと思いました．

齋藤：日本の医療は経済的に国に統制されています．これは国民皆保険である以上，容易には崩れないと思います．そうすると，それに応えるためには点数と直結する専門医でないといけない．だから，非常に高度なものは限られた施設，あるいは人で管理する．そこには高い点数を与えてあげる．今はそうではありませんからね．

具：先生のご経験から，学会の果たすべき役割まで，大変勉強になるお話をしていただきました．ありがとうございました．

齋藤：ありがとうございました．

50周年記念インタビュー⑫

安富　正幸 先生



語り手：**安富　正幸**
日本消化器外科学会　名誉会長　名誉会員
近畿大学　名誉教授

聞き手：**森　正樹**
日本消化器外科学会 3代目理事長
大阪大学　名誉教授
九州大学大学院消化器・総合外科（第二外科）教授



安富正幸先生は大阪大学に長く勤められ，その後近畿大学の教授となられました．学会創設委員である陣内傳之助先生（大阪大学）の懐刀でいらっしゃった安富先生は，創立当初から様々な形で日本消化器外科学会の活動に参画されてこられた方です．創立当時の思い出を中心にお話を伺いました．聞き役は日本消化器外科学会の３代目理事長であり，安富先生の大阪大学での後輩にあたる森正樹先生です．

第47回日本消化器外科学会総会

森：本日は安富正幸先生をお迎えしまして日本消化器外科学会創立50周年の記念誌インタビューをさせていただくということで，どうぞよろしくお願いいたします

安富：日本消化器外科学会の創立50周年おめでとうございます．よろしくお願いいたします．

森：それでは最初に先生が担当されました日本消化器外科学会の総会のことについて，いろいろな思い出等含めまして教えていただけますか．

安富：私が担当した総会は1996年の第47回総会で，もう22年あまり前のことでございます．総会の主題は「医学から医療への展開」ということで行いました．私は久留　勝教授（大阪大学，国立がんセンター）に憧れまして阪大の外科に入局して酵素組織化学の研究に熱中しておりました．ところが国立がんセンターが出来たとき，久留先生は病院長としてそちらへ転勤され，代わって陣内先生が教授にこられました．当時は大学紛争の真っ最中でございまして，有名な山崎豊子「白い巨塔」は阪大の外科がモデルになった小説でございます．昭和42年頃だったと思います．ちょうど消化器外科学会が出来た頃，陣内先生は「第一外科，第二外科といったような教室では駄目だ」と，もっと具体的に専門化した体制を取らなければならないという意見を出されまして教室を臓器別の体制に切り替えられました．これには教室の幹部も同窓会からも様々な批判がありましたが，これは声になりません．今考えると普通の診療科のことでそんなに大きな問題ではなかったと思うのですが，そんなことでございました．

それで私は大腸外科の担当ということになりました．そこで人生を大腸の外科に取り込まれることとなった訳でございますが，先輩は「大腸外科なんかでは食っていけないから大学を辞めなさい」と私のところに言ってくるほど，当時は大腸の外科というのは食っていけないと言われていました．癌はありませんし，炎症性疾患も無かった訳ですから．その通りだったと思います．

そこで大腸の外科に取り組む訳でございますが，やっぱり基礎研究に対する思い入れはひとしおのものがありましたので，総会を開くのにあたって主題を「医学から医療への展開」ということにしたのは，実はそういう裏があった訳でございます．特別講演には岸本忠三教授の「サイトカインと癌治療」と，池中一裕教授の「遺伝子治療法の現状と展開」と中村祐輔教授の「発がん機構の解明とそれに基づくがんの遺伝子治療」など，外科と関係ないような主題で特別講演を開きましたし，もちろん腹腔鏡手術や胃がんの内視鏡治療や炎症性腸炎などもございました．こういう基礎的なものを取り入れたい，私の救いにしたかったということでございます．でも当時は医療が飛躍的に進歩した時代でございまして，内視鏡の手術や腹腔鏡の手術など今までの外科医では及ばない，手が届かない手術が始まったのです．この総会は大変盛会で，活況でありました．

でも予想外だったことがあります．日本医学会がその

学会認定医専門制度を少し前に作りました．ところが日本医師会はこれに真っ向から反対しておりました．そこで同窓会の先輩に日本医学会の副会長がいたのです．その副会長に特別講演をお願いしました．何とかして欲しいということが私の気持ちであって，そういうことを言っていると思うのですが特別講演を頼んだにも関わらず，専門医制度の「せ」の字も出てこない．何もしてくれませんでした．それはやっぱり医師会が非常に強く反対していたということじゃないかと思いますけども，それが予想外だったことの一つ．

それから当時は大阪には国際会議場が無かったものですから，大きな会議は全部ロイヤルホテルです．大阪でこれだけの会議を開くので，何とか新しい風を大阪にも入れたいと念願しまして大阪府庁の人に他に会場は無いかということを相談しました．そうしますとその人が，大阪府庁が新しいところに移り，その隣にあるアジア太平洋トレードセンターというのがあるからそこが良い，ということでそこで開きました．

総会が終わってからみんなに訊いてみると，なんと新大阪駅からは不便だった，と言うことで，これも予想外のことでございました．その場所というのは今思い起こすと大阪府が一生懸命になって大阪万博を持ってこようと思っている所がその隣であります．そんなことが大体47回総会の思い出でございます．

森：ありがとうございます．先生の学会は私も若い時に参加させていただきまして，丁度アジア太平洋トレードセンターに参りましたので，ものすごく広いところだなと印象を持っております．

反対の声も上がった創立当時

森：50年前，消化器外科学会を作ろうという話が出まして，その時名古屋の外科学会の時に中山恒明先生，陣内先生はじめ主だった先生方が13名ぐらいでしたか，集まって消化器外科の学会を作った方が良いんじゃないかという話になったと伺っています．その当時は消化器外科と言いましてもまだ癌がメインになる前ぐらいで，多分胆石症とか今でいう一般外科の胆石症とか…….

安富：胃潰瘍とかもありましたね．

森：胃潰瘍，胆石症それからアッペですね，虫垂炎，そういう疾患が主で，まだ胃がんの早期発見，早期胃癌というのもその転移が明確にされていない時期で．ですから癌の治療自体がまだ黎明期の頃に消化器外科学会を作ろうという話が出てきたようにお聞きしてますけれども，大体そういう認識でよろしいでしょうか．

安富：そうですね．昭和42年でしたかね．名古屋でがん治療学会か何かの時に中山恒明先生，これが一番親分，その次に陣内先生，それから村上忠重先生，あと梶谷 鐶先生の4人ぐらいです．私はその頃陣内先生のカバン持ちをしておりましたので，割合この時のことも陣内先生からずっと聞かされてきましたし，後ろに座っているともう喧々諤々に話をしておられました．

中山先生は丁度千葉大学から東京女子医大に移られて，東京女子医大で消化器病センターを作られたんですね．中山先生は食道癌の手術で特に有名ですね．ものすごい手術が速かったらしいです．陣内先生はそれに対して癌に対する拡大手術というのを提唱されたのです．二人共ものすごく手っ取り早い手術と拡大手術でどうかと思いましたが，二人共ものすごい意見が合うんですね．その頃がんセンターは無かったし，東京では癌のことは癌研だったと言うことですから梶谷先生，中山教授，陣内教授，それから村上先生というこの4人の先生がやっぱり一番意見が合ったような気がします．

森：なるほど．今，中山先生のお話出ましたけれども，50年前というと外科学会の中に今もサブスペシャリティーとして心臓外科，それから呼吸器外科，消化器外科はもちろんいろいろな科がありますけれども，当時はまだ例えば中山先生も消化器とは言うもののそれ以外の疾患も少し手がけないといけない時代だったと．それから段々段々と専門分野が決まっていきまして，ある人はもう心臓に特化してある人は呼吸器に特化し，ある人は消化器外科に特化しということで，そういうこともあって消化器外科の分野として独立した学会が必要なんじゃないかというような，流れという風にお聞きしています．

安富：そういうことがあったのでしょうね．脳外科も分かれた，麻酔科も分かれた，整形外科も分かれたと．それで，それぞれ分かれたところが非常に発達していっています．発達していっているのに大学の教室だけは第一外科，第二外科というような形でやっている，これじゃ駄目だということを盛んに言われましたね．それで中山恒明教授は女子医大に移られて消化器病センターを作って，消化器病センターで消化器外科をしっかり教育して，それに対して医療練士という肩書を渡されたのですよね．

私どもの大学では渡す肩書というのは全部医学博士．医学博士ではなくて医療錬士という臨床免許，足を得た資格を作られたということは画期的なことで，他の大学にもおそらく影響があったと思いますし，村上先生が東京医科歯科大学から順天堂大学に移られた．それで陣内先生は私立ではないし国立でどうしようもないから教室の中を細分化されました．

食道，大腸，胃，乳腺，内分泌，肝臓と移植，胆道，膵臓，脳神経グループに分けたのです．そうすると一つのグループというのが数人以下ですね．そういうグループに分けて，今までと違う専門に特化した教室を作って発展させようということでスタートされた．そこで先生が今おっしゃったのと同じように消化器外科学会というような発想が出てきたのじゃないかと思います．

森：なるほど．わかりました．それともう一つ，井口先生からお聞きしたことなのですが，当時から日本外科学会には消化器外科をメインでやっている人が多くて，ですけども外科学会というのはどうしても歴史のある古い大学の教授が学会を開催される機会が多くて，それ以外の大学の人達がなかなか大きい学会をお世話する機会に乏しいと．その一方で50数年前は今のようなIT技術が無い時代ですので，地域によって情報格差があった．地方で大きい学会を主催するということは，その地方の医療の盛り上がりを見せる契機になるということで，出来るだけ主要都市以外でも学会をやった方が良いのじゃないかと，そういうことも一つの契機になるということをおっしゃっておりました．

安富：なるほど．今回の第73回日本消化器外科学会総会も鹿児島で開かれますけども，昔の外科学会であれば鹿児島には行けませんでしたね．

森：そうですね．今でこそ情報迅速の時代ですが，50年前はやっぱり東京の情報が地方に伝わるまでには相当な時間がかかります．日本の医療を均てん化する，あるいは地方の医療の発展という意味でも，こういう学会を地方の主だった大学の先生方にやっていただいた方が良いのじゃないかというお話もされてらっしゃいました．

安富：なるほど．あとは，消化器外科は業績をきちんと評価することなどからも盛り上がっていましたね．

森：それも非常に画期的ですよね．

安富：そうですね．今までは学閥的な考え方が強かったですけども，そうじゃなくなってきましたものね．

森：若い人にも業績次第でチャンスがあるということで，ある意味オープンで平等な学会を，というようなところも消化器外科としては非常に良いのではないかと思っています．

安富：そうですね．実際このように学会を作った時には，外科学会の内部から非常な反対があったそうです．

森：そうなのですか．

安富：というのは外科学会の7割が消化器外科関係．消化器外科でも十二指腸潰瘍とか胆石とか癌とか関係ない虫垂炎とかそういうのが多かったかもしれませんけども，それでも消化器外科です．だからそれが独立してしまったら外科学会をどうするつもりだと．その時に創立者の先生方が言われたのは，より専門性の高い人格・見識・業績のある消化器外科の専門医の育成を柱とすると．それが消化器外科学会だという具合に説得しておられました．

森：なるほど．

安富：だからこの考え方は，学歴や学閥で評価が決まるのではなくて，業績や人格というものまで入っているのですね．

森：すごいですね．

安富：また，日本消化器病学会という古い学会もありまして，そこからも批判がありましたね．といいますのは日本消化器病学会の三割ぐらいは外科なのですね．そしたらやっぱり包括的な学会の立場からいうと，どうだということでございまして．今は非常に内科の色彩が強くなりましたが，当時は外科の主題もありました．だからそういう世の中に消化器外科学会を立ち上げられた訳ですね．

総会テーマに込めた思い

森：消化器外科学会が1968年ですか，昭和43年に第1回が開催されまして，先生が主催されましたのが平成8年，1996年ということですので，28年経って第1回から28年後に先生が主催されたということですけども，先程話がありましたように第1回の頃というのはテーマとしましても，話題としましても癌の割合というのは非常に低かったと思うんですが，それから28年経って先生がされた頃にはもう癌がもうかなり前面に出てくるような時代になっていたと思います．その少し前ぐらいから安富先生が中心になられて大腸癌研究会を作られて，共通の言葉で同じ専門の人達がディスカッションできる

土俵が作られてきた時代．そういう時代背景のなか，癌を深めるという意味で基礎研究も非常に重要だということから，「医学から医療への展開」というその時代の特徴を表したテーマを掲げられたと思います．テーマについて何か思い出がありましたら教えていただければと思います．

安富：この頃は映像や録音の技術が非常に進歩した時代でございまして，学会発表やディスカッションに映像が取り入れられました．そうしますと，今まで手術というのは主観的なものでしたが，他の人の手術を見て客観的にディスカッションできるようになりました．そうしますと手術は飛躍的に進歩しました．特に診断でもやっぱり進歩はいたしましたけど，外科手術での進歩は飛躍的でした．

特にすごかったのは内視鏡の手術ですね．胃癌に対する内視鏡とか，その当時はポリープとか隆起性の癌が多かったのですが，それでも早期癌がどんどん見つかるようになってきましたから，その内視鏡の手術や腹腔鏡の手術が入って参りました．さらに進行癌に対しては化学療法とか放射線治療なんてものも入ってくる．そうしますと外科の手術，癌の手術そのものに影響が出てくる．その反面，胆石症は腹腔鏡で行われると．胃潰瘍は手術しなくていいというような時代に変わってまいりました．そうなりますと当時の手術では腹腔鏡の手術は新しいもので，従来の消化器外科医には手のつけられない領域でした．当時，消化器外科学会というのは非常に人気がある学会でして，会員数も，学会の会員数も急速に伸びていっているというようなことでございます．

森：今では消化器外科の領域を中心に，かなりの疾患で治療や診断のガイドラインができていますけども，この骨子になったのは先生方が作られた胃癌研究会や大腸癌研究会の取扱い規約ではないかと思っています．そういう規約によってみなさんが共通の認識，知識でディスカッションできるようになった．そんな中で先生がこの消化器外科の総会を主催された．移り変わる時代，新しいものが取り入れられる時代．ガイドラインもそうですし，それから先生が先程おっしゃった内視鏡の進歩，腹腔鏡など，時代の変革期にあった時の学会だったのじゃないかという気もします．

安富：ええ．ですので非常に人気がありました．外科をやっている人の中には，新しい風が吹いてきたからそれに向かって進まなければいけない，という雰囲気，空気がありましたね．

森：先生が主催された学会，例えば岸本先生，あるいは中村祐輔先生等にご講演いただいたというのは，やはりモレキュラーバイオロジー，分子生物学というのが丁度臨床の現場にも入ってきて，病態を分子レベルで明らかにしたいという時代になってきたからだという風に思いますが．

安富：その通りです．その基礎的な研究がどこまで臨床に影響してくるのかということですね．臨床をやる人たちがその基礎を勉強することが非常に求められた時代です．

森：今年，厚生労働省ががんゲノム医療中核拠点病院というのを11施設決めまして，がんゲノム医療がスタートしましたが，その本当に基礎となる考え方が生まれた時代が，先生が学会を主催された年だと認識しております．

安富：なるほどねえ．そう言われるとそうであったかもしれません．私は自分の中に基礎研究に対するこだわりがやっぱりありました．今，そうなってきていますね．

森：日本消化器外科学会は，外科医の集まりですから手術手技が第一義であることは間違いないと思うのですが，それに加えて病態解明をきちんと基礎レベルでもやる．そういう姿勢を示している学会でもあると認識して



いるんですけども．そういう点も含めて，先生が学会を大成功に導かれたことに，改めて敬意を表したいと思います．

これからの消化器外科のミッションとは

森：今後の消化器外科学あるいは消化器外科医に期待することを，消化器外科学会への期待も含めて先生お話しいただければ大変ありがたいです．

安富：はい．私が総会長をした時代，私の消化器外科医としての人生は，消化器外科が花形だった時代だと思います．最近では外科を志望する若い医者が減っていると聞きます．ですから学会も会員も，もっと魅力とやり甲斐のある消化器外科を作って欲しいということがもう最初の一言です．具体的な話になりますが，例えば若い医師になる人達を見ていますと約30％が女性．しかし，女性はほとんど外科を選択しないと．医師不足の昨今，女性が選択しないということじゃ駄目だから，そういうことにも配慮して外科がどうあるべきか考えて欲しいと思います．

もう一つ今私が気にしていることがあります．昭和56年に厚生省の諮問委員会が学会認定医制協議会とかいうものを作りまして，私は当初から委員として参加していたのですが，学会が専門医を認定することに医師会が反対し，日本医学会が主導してやったのです．そうすると色んな学会，あるいは研究会が，学会になって法人化して，専門医制度を取り入れられたのです．例えば消化器外科の領域だけでも食道，胃，大腸・肛門，肝臓，胆道，膵臓といった多くの学会，医学全体の領域ではもう数え切れないほど沢山学会があって，それがみんな専門医を作っている．関連学会が細分化されている訳ですね．そんな細分化した学会それぞれが規約を作り治療のガイドラインを作って発展している訳ですよ．それらを取り入れて包括的な消化器外科のガイドラインをこれから作っていかなきゃならない．どのようなものを作るかということが一つ仕事としてあると思います．そしてそのガイドラインを今度は会員に十分に知らせて，患者さんにわかりやすく説明できるようにして，実際の診療にどこまで活かすことができるか．それは非常に難しい問題だし，これから取り組まなきゃならない問題だと思っています．

森：なるほど．

安富：他にもいろいろな問題がありますね．総会で取り上げられているテーマを見ますと，高齢者の問題が割合多いのです．高齢者の手術，とくに癌の手術は治療の安全性の問題とか多重疾患の問題とか家族構成や医療介護の問題，退院後の様々な問題がありますし，もう間もなく団塊の世代が後期高齢者になる時代です．日本は超高齢社会に突入していて，高齢化の問題がしばしば取り上げられていますし，これからもっと大きな問題になるのは当然のことだと思っています．日本の医療の中で高齢者医療費はもう莫大な金額になっています．それがこれからもどんどん膨らんでいきます．一方日本の財政はもう破綻状態です．今でも1,000兆ぐらいの赤字があると言われていて，破綻状態でこれを立て直すのにはどうするかディスカッションされていますけれども，まだ具体化していないと．そしてこれから，医療の世界には混合診療が入ってくるのだと思います．どんどん進歩していく医薬品にしても機械にしてもそうです．それを医療の世界にどのように取り入れて医療費を抑え，国民の負担を少なくしていけるかが非常に重要で，これは，将来は混合診療以外に無いのではないでしょうか．そういうことも念頭に置いた対応が必要じゃないかと思います．

やっぱり根幹は消化器外科という診療科名が認められていないということです．内科・外科・消化器科というのはあるのです．より専門性の高い，人格と技術，教養のある消化器外科専門医という２階建ての制度を今度の新しい専門医制度では取り入れることになっているのですね．消化器外科学会発足時の理念と同じものが具体化されようとしているのです．ですからこれは非常に良いことです．ただ，消化器外科という診療科名がありませんからこれは入れてほしいと思いますし，それが無ければ日本消化器外科学会の会員であるというだけで，その専門性が十分認識されるような消化器外科学会にならなければいけない．学会はそういうものでならなければならないと．よくこれからはAI，ロボットの時代になると言われていて，最近の医師は病気だけを診て人を診ないと言われますけども，高度な知識，系統，技能を持って人間を診る．その人，患者さん達を，家族を含めて診察できるような消化器外科に，そういうものになって欲しい．消化器外科学会もそういう具合に発展して欲しい，という具合に思っております．大変厚かましいことを沢山申しましたが，これが私の思いです．

森：いえいえ，ありがとうございます．本当に有意義なお話を頂きました．一つはいかに女性医師がやり甲斐を持てるようにしていくかということ．もう一つは細分化し過ぎていると思われる領域を整理し，一方ではより高度化，一方ではある程度統合して多くの消化器外科医が活用できるようなガイドラインを作っていくということ．それからもう一つは膨張していくばかりの医療費に関して消化器外科の立場から，混合診療も含めてどういう風にしていくかということ．最後には消化器外科医の本分として病気だけではなくて本人の人間性，それから家族を含めた大きい視点からの対応が必要だと，そういうお話を頂いたという風に思います．

安富先生からこのようにじっくりとお話を聞かせていただくことは滅多にない機会で，学会としても私個人としても大変光栄で，ありがたく思った次第でございます．安富先生におかれましては本当にお若くて，私ども本当に見習うことばかりです．益々お元気でさらに私どもをご指導いただけますようにお願いしてこのインタビューを終わらせていただきたいと思います．本当にありがとうございました．

安富：ありがとうございました．

50周年記念インタビュー⑬

小玉　正智 先生



語り手：**小玉　正智**
日本消化器外科学会　名誉会長　名誉会員
第53回日本消化器外科学会総会会長
元・滋賀医科大学大第1外科 教授

聞き手：**大辻　英吾**
日本消化器外科学会　理事
京都府立医科大学大学院 消化器外科学 教授



第1回総会から参加され，20世紀最後の年となる第53回総会の会長を務められた日本消化器外科学会名誉会長であり名誉会員でもある小玉正智先生に，当時の懐かしい思い出話やこれからの学会の進むべき方向性などを語っていただきました．聞き役は，日本消化器外科学会理事で財務委員長でもある大辻英吾先生です．

「私はこの日本消化器学会に育てていただいたと思っています」（小玉）

小玉：私は京都府立医大の外科に入って，ちょうど1968年に助手になったんですけれども，その前後から，外科学会の他に消化器外科の専門学会をつくろうといういろいろな動きがありましてね．中山恒明先生やいろいろな先輩の先生方が，消化器外科の専門学会が欲しい，要りますということで，1968年に，横浜市立大学の山岸三木雄先生を会長として第1回が横浜で行われましてね．私はそれに演題を出して参加した覚えがあり，非常に印象深い思いがあります．私は，日本外科学会とこの消化器外科学会に育てていただいたと思っております．

大辻：設立当時のことを私などは全然知りませんので，詳しくお話しいただけたらと思います．

小玉：42年に，名古屋大学の橋本義雄先生，九州大学の井口潔先生，東京大学の羽田野茂先生や大阪大学の陣内伝之助先生が発起人で，他に10人ぐらいの方々から趣意書が出まして，全国からやはり消化器外科の専門学会が必要だということでスタートし，この43年に第1回が行われました．日本消化器外科学会は，来年で50周年とお聞きしています．第1回も素晴らしい会でしたけれども，その当時から続いてきたこの学会の会員も今は2万を超えましてね．

大辻：そうですね，2万人を超えています．当時，この第1回の学会はどれぐらいの規模だったのでしょうか．

小玉：ちょっと正確には名前や人数などは覚えておりませんが，やはり数千名という，かなり大きな会でしたね．外科の先生方は，消化器外科を主体でやっておられる方が多い．もちろん，日本外科学会も胸部外科，心臓血管や小児外科などいろいろな分野がありますが，この消化器外科の方々は外科医の大部分を占めておられるので，そういった意味で，専門学会ができて第1回でしたけれども盛大な会であったというのを覚えていますね．

大辻：そうですか．小玉先生が総会を開催されたのは第53回ということになっていますが，今のように1年に総会と大会を行うのではなくて，この頃は1年に2回総会があったということになりますね．

会長として第53回を主催されるまで，恐らく毎年学会に参加されたことと思いますが，第1回から参加されていた学会の会長をされるということで，他の学会とはちょっと違う思いがあるのではないかと思います．その辺をお聞かせいただけますか．

小玉：私も消化器外科医としてこの学会に育てていただいたようなものですので，日本消化器外科学会総会の会長をさせていただくということは，大変光栄なことだと思っておりました．第53回はちょうど20世紀最後の節目の年でもございますので．

大辻：1999年ですね．私も国立京都国際会館で小玉先生が盛大に開催されておられたのをよく覚えております．同門として大変喜ばしいというふうに思っておりました．

「食道がん治療とともに」という会長講演をされておられますけれども，当時の食道がんの治療というと，今とだいぶ違うところも多いんじゃないかと思うのです

が．私が記憶しているところでは，以前は食道がんの患者さんの主治医になりますとすごく大変で，ちょっとしばらく休みたいような感じのするときもありました．先生は滋賀医科大学に行かれて，いかがだったのでしょうか．

小玉：当時は食道がんも開胸手術と開腹手術，あるいは3領域やりますと頸部もあって．再建を頸部でやるというような3領域の分野で，非常に大きな手術なので，術後の呼吸管理とか，安定させるまでがもう数日，下手をすると1週間とかかかりましてね．若い頃から私は食道がんがテーマでずっとそういうことに携わらせてもらって，苦労をしたのを覚えています．若い頃はもう，1週間ぐらい泊まり込みとかですね（笑）．

大辻：そうですね．本当に大変だったんですけれども，最近は胸腔鏡の手術も広まってきましたし，あるいは，私どもの教室でやっているような縦隔鏡を用いた非開胸の手術も広まりつつありまして，術後の管理もだいぶ楽になって，様変わりしてきたという感じがします．

総会テーマ「総括と飛躍」に込めた思い

小玉：現在は食道の手術も非常に安定してきています．学会をやらせていただいた1999年は，そういった変化の時期であるという意味で，20世紀のちょうど最後の年ですので，21世紀に向けまして，20世紀の総括と次の21世紀へ向けての飛躍という学会テーマを掲げさせていただきました．

大辻：それが「総括と飛躍」ということですね．20世紀の「総括」と21世紀への「飛躍」という意味の．

小玉：学会もその趣旨で，いろいろ当時の問題点と新しい分野ということで組ませていただいたと思っています．

大辻：シンポジウムなども見せていただきますと，例えば，胃がんの16番リンパ節郭清の再評価．この頃からこういった再評価を始められて，今ではもう当時とは大きく変わった考え方になりました．

そういうふうに考えますと，1つの知見が明らかになるのには10年以上かかかるということがよく分かります．以前は正しい，こうあるべきだと考えられてきたものが，変わっていく，それが繰り返されて外科学が進歩していくということなんでしょうね．先生は長い間外科医をされていますので，そういったことを肌で感じておられるのではないかと思いますが，具体的には何か変わったなということはあるでしょうか．

小玉：大体外科も100年という時代のなかでいろいろなエポックの時期があると思いますが，ちょうど私の主催させていただいた時代で思い出すのは，内視鏡の腹腔鏡手術が胆嚢摘出術から始まって数年ぐらいの時期であったということです．

大辻：そうですね，1990年ぐらいから始まっていますので．

小玉：その腹腔鏡手術のいろいろなメリットですね．開腹手術よりも，がんに対しても郭清の点でも侵襲が少なく患者に与える影響も非常に少ないということで，これはもう画期的な方法で，その頃からどんどん進歩してきていますね．

大辻：先生が第53回総会を開催された頃は，がんに対する腹腔鏡の手術の演題がそろそろ出始めた頃でしょうか．

小玉：そうですね．ちょうどその頃はまだハンドアシストでやるという，がんに対する腹腔鏡を使った手術が始まった頃で，じゃあ腹腔鏡では開腹手術のようにリンパ節の根治性が十分できるかとか考え始めた時期だと思うんですね．それにしても，腹腔鏡手術がこれほど進歩するとは思いませんでしたね．

大辻：私もリンパ節郭清などはあまりできないんじゃないかと考えておりましたけれども，今ではむしろ腹腔鏡の手術のほうが細かい手術に適しているという見方もできるぐらいになりましたので，本当に変わってきたと思います．

消化器外科学会の将来構想

大辻：今，先生が第53回の総会を開催されたことについてずっとお伺いしていましたけれども，消化器外科学会自体への思いというのはいかがでしょうか．

小玉：私が学会を主催させてもらう前，26年ほど活動に関わりましたが，私が将来構想委員会委員長を担当する前の委員長である掛川暉夫先生が，これからの大きなテーマは「学会の在り方」と仰っておりました．当時は，学会が多過ぎるという批判もありまして，消化器外科学会総会も年に1回でいいのではないか，というテーマの議論が盛んでした．結局，2000年から総会は1回になり，年2回やっていた片方は，教育集会という形で当分はやっていったらどうかということで続いたのだと思い

ます．そういった意味で，2000年は大きな一つの転換期だったと思います．

大辻：なるほど．現在は夏の総会と，秋のJDDWの時に大会を行っておりますが，現在2回行われている総会と大会とも，またちょっと違った意味合いがあるかと思います今も実は理事会では総会と大会，同じものを2回ではあまり面白くないので，またそれぞれ違った在り方があるんじゃないかといった討論も行われています．

小玉：それに関して，私は1つ非常に印象深いことがあるのです．私のアメリカの外科の友人で，日本外科学会の名誉会員になっておられるPolk教授という方がおられます．私の教室からも留学生が行ったりしていました．その先生に，アメリカでDDWというのがあって，これはアメリカでも最大の学会だから一回見に来ないかと言われたのが1996年ぐらいでした．それで参加しましてね．そこはアメリカの消化器系の内科と外科，関連領域，肝臓や病理の方も参加する非常に大きな学会で，3日間か4日間ありまして，大いに勉強になりました．それで，私も将来構想委員会の委員長をさせていただいて，総会は年に1回にし，2回目は教育集会にしようということになったのです．2000年代前半頃から，もう日本でもDDW-Japanが始まっていましてね．それで，ぜひアメリカのような大きな，内科も外科も協調したDigestive Disease Weekという格好でやりたいという要請を，消化器外科学会に申し上げ，2010年からJDDWと名を変えた日本のDDWに，消化器外科学会も参加することとなりました．



大辻：今のJDDWの中での消化器外科学会の在り方というのは，先生が当時お考えになったようになっているのでしょうか．

小玉：私がアメリカのDDWに行った時のような形に今はなっていて，内科と外科が共同していろいろな問題を討議しやすくなりまして，非常にいい形で進んでいると思います．

大辻：なるほど．恐らく，今しばらくは夏の総会，そして秋のJDDWの大会という形が続くと思うのですが，今後の消化器外科学会の在り方というのでしょうか．今，先生が，こうあるべきだ，こうあってほしいというお考えを，ぜひわれわれ現役の者にお聞かせいただけたらと思います．

小玉：1つは，今進んでいる総会とJDDWとでやっている形は，非常に理想的だと思います．ただ，じゃあJDDWにとって今の形がいいかどうかは，今後いろいろ工夫していただければと思います．

先日行われた第72回日本消化器外科学会総会での瀬戸理事長の講演にもありましたが，各国のDDWと協調できてこそ，日本の消化器外科と各国のDDWとの協調が非常にうまくいく．最近はもう若い人も，その学会の派遣の助成などで行っておられるので，いい方向で進んでいると思っています．

次の世代を担う後輩へ

大辻：先生，若い者に何か特別に苦言を呈することはないですか．

小玉：いえいえ（笑）．医療はこれからもどんどん進んでいくと思います．いろいろな先進医療も現れてきていますが，最近はそれを裏付ける，いわゆる基礎研究と臨床の架け橋をする研究がやはり少なくなっていると思います．

大辻：私もそう思います．以前，恐らく小玉先生がされた第53回の頃に比べると，基礎的な発表というのもすごく少なくなりました．私も当時を思い返しますと，若い間は基礎的な研究で発表すると．そして，ある程度年

がいってくると，教室のデータをまとめたようなものを発表するというのが多かったのですが，最近はもう臨床的な発表がほとんどになりました．私個人としては，やはり医療はエビデンスベースドであるべきですので，基礎的な研究も必要だと思うのですが，その辺はいかがでしょうか．

小玉：今は専門医の志向が非常に強くなっていまして，研究を大学院に行ってやろうとか，そういった過程が少なくなりましたね．若い医師は専門医に意識が向いているために，基礎研究は少なくなっているのかもしれません．基礎をやるのが絶対だとは思いませんけれども，ある面では臨床の基礎・発展に役立っていたことが多いので，その辺のシステムは考えるべきだと思うんです．

大辻：なるほど．というのは，新しい専門医制度の時にということですね．

小玉：そうですね．例えばアメリカでは，外科のレジデントとして，2年の時，あるいは3年ぐらいから，給料をもらいながら研究することができるのですね．だから，日本のシステムの中で，学会がそういう人たちを経済的にサポートするとか，いろいろな工夫が必要かと思います．若い頃でないと研究もなかなかできないので．

大辻：そうですね．これから次の世代の消化器外科学会を担っていく人には，基礎的な研究をする経験も必要だということですね．

小玉：あとは，消化器外科学会は今，社団法人になりまして，社員が評議員で構成されますよね．評議員制度の業績・点数の評価は厳しく作られています．だから，大学にいる人でないとそういった業績を重ねられないということがあります．日本を幾つかのブロックに分けて，各地域の人を5%とか何%とか入れるといった構成も大事だし，また最近は女性の外科医も増えていますね．女性の代表を何人か評議員に入れてあげるとか．

大辻：現在は大学以外の先生方を評議員にしようという動きもやはりありまして，ちょっと間違っているかもしれませんが，3割は大学以外から評議員になってもらおうということになっています．

女性につきましては，実は女性の評議員が本当に少なかったのです．それで，若干ではありますけれども，数年前から特別枠として女性枠を設けて女性評議員が入るようになりました．今後は少しずつそれが増えていくんじゃないかと思います．

小玉：それとあと，専門医ですね．若手の教育ということもあると思うんですが，やはり専門医の生涯教育のコースを学会の中で，基礎的なシンポジウムやワークショップなど，生涯教育に向けたプログラムなど少し組んでいただければと思います．

大辻：なるほど．一応今は，専門医を維持するためにはそういった教育集会といいますか，eラーニングのようなものも必要になっていますけれども，もう少しそういった生涯教育としてのイベントのようなものもあったほうがいいということですね．ぜひまた理事会でもディスカッションしたいと思います．ありがとうございます．



50周年記念インタビュー⑭

井手　博子 先生



語り手：**井手　博子**
日本消化器外科学会　特別会員
東京女子医科大学　名誉教授

聞き手：**野村　幸世**
日本消化器外科学会　評議員
東京大学大学院医学系研究科　消化管外科学　准教授



女性医師の活躍が叫ばれている昨今ですが，東京女子医科大学の井手博子先生は日本消化器外科学会の設立当初から外科医として活躍し，また学会活動に関わってこられました．そんな井手先生に，消化器外科医として歩んだ50年を振り返っていただきました．聞き役は日本消化器外科学会評議員　野村幸世先生です．

50年を振り返って

野村：それではインタビューをはじめさせていただきます．東京大学消化管外科の野村と申します．よろしくお願いいたします．

井手：女子医大消化器外科にいました井手博子といいます．消化器外科学会が50周年でしょう．昭和43年7月にこの学会が創立されたらしいんですけど，私はいつから入っていたのか，この間，事務局から聞いたんですよ．そうしたら昭和43年7月からだと．

野村：学会ができたときに入られた．

井手：そんな記憶はないんですけど，中山恒明先生の医局だったから，外科系は全部入るっていうような方針だったんだと思うんですけどね．入っていたみたいです．

野村：昭和43年頃って言いますと，先生は何年目でしょうか．

井手：昭和37年に卒業して，虎ノ門で1年間インターンして，虎ノ門の外科系レジデントを3年やりまして，それから女子医大にいきました．

野村：戻ったという感じですよね．

井手：そうですね．私が虎ノ門のレジデントをやっているうちに，中山先生が榊原　仟先生（東京女子医科大学）の招きに応えて女子医大に見えたっていう話を聞いたので，ジェネラルサージャリーをやりたいと思っていたので，心臓外科よりもそのほうがいいと思いました．小児科に行くことも考えたのですけど，中山先生が見えたので，そこに戻りたいと思い，3年で終えて戻りました．

野村：中山先生がボスになって，女子医大の医局でもやはり女性の教授はいらっしゃったのですか？

井手：心臓外科と一般外科に，林　久恵先生という方がいました．ジェネラルサージェリーでもお一人いらっしゃったかと思います．

野村：女性の教授ですか．そんなに前からいらっしゃったんですか．

井手：女子医大ですからね．林先生は最初は講師で，後に教授になられたんですけど，その他の先生は，心臓外科などに入局しても，途中でいなくなってしまったりで消化器には誰も入ってこなかったですね．

野村：中山先生は女性の先生が入ることに抵抗はなかったんでしょうか．

井手：全然，そんなことはなかったと思います．

野村：そういうことを言う人ではなかったんですか．素晴らしいですね．

井手：意識していたのかどうかは知りませんけれど，全然そういうことじゃなくて．私にとっては自分の母校ですからね．入りたいっていうことで入れてもらったのです．

野村：私が卒業したのは先生よりだいぶ後になりますが，それでも私が卒業する時うちの大学の外科の医局の多くは，女は要らない，というふうに豪語しておりまして，門前払いというところがほとんどだったんですよ．

井手：そうだったんですか．いつ卒業されたんですか．

野村：平成元年，1989年です．そのとき，私が今所属している外科の教授が大原毅先生でした．

井手：ああ，知っています．

野村：先生とお年近いですよね.
井手：ほとんど同期だと思います.
野村：そうですよね．それで大原先生に伺ったところ，うちは働ければ関係ないよ男も女も，って言われて，それでその気になりまして.
井手：そうですか，よかったです.
野村：でも当時，そういうところばかりではなかったのですよ.
井手：そうでしょうね．でもあなたは母校に入られたのでしょう？　母校というのはやっぱり強いんですよ.
野村：そうですね．そういう意味では女子医大が母校っていうのはいいかもしれないですね.
井手：女子医大は全国ほとんどの大学から有志が集まって医療練士っていう制度で教育されていましたから，いわゆる生え抜きの女子医大卒業の男性がいませんので.それはラッキーでした．努力すれば差別はなかったですからね.
野村：いいですね．でも女子医大といっても男性の教授のほうが今でも多いのですよね.
井手：それはそうですね.
野村：結局はやっぱり外からいらっしゃるわけですよね.
井手：最初は女性も何人か入ってきて5，6年はがんばるのですけど，そのうちマイナーのほうに移行しちゃうってことが多かったです．今は女性でも例えば肝臓移植を目指してる人もいますので，少しずつ育ってくれたらいいなと思っています.
野村：そうですよね．せっかくやったのでしたらね，その先生は続けてほしいですよね．先生はご実家はお医者さんという訳ではなかったのですか.
井手：父は慶応大学で細菌学を研究していました.
野村：基礎の先生だったんですね.
井手：北里研究所にちょっといて，それから厚生省のほうにいって，役人といいますか．戦争後は衛生行政のほうに行きました.
野村：お父さんに影響されて医師を目指されたのでしょうか.
井手：そういうわけではないですね．父は医者らしくない人でしたから.
野村：そうでしたか．基礎系の先生でいらしたのですよね．お母様はお医者様ですか.
井手：違います．手に職を付けたいと思って医師になりました.
野村：先生の世代ですと，戦争のご体験などはありましたか.
井手：小学1年生のときに疎開して和歌山に行きました.
野村：そんな遠くに.
井手：1年生から和歌山の小学校に上がりました．東京にいたので，髪の毛を結わいていたのですけど，小学校の入学式のとき，母がリボンを付けてくれたのですが，学校の先生に戦争中なのにリボンなど付けるなって言われまして，うちの母はそれにぷんぷん怒ってました.
野村：ええ，そんな時代だったんですね.
井手：周りのみんなはおかっぱでしたからね．そのうち長い髪を切ることになったらみんな見に来ました．それから終戦後に小学校とか中学校とか，各地をぐるぐる回って，自宅が東京にあったものですから戻ってました.それで竹早高校に行って，女子医大を受験したのです.
野村：そうだったのですか．大変な時代でしたね.

食道を診る環境に恵まれた医師時代

野村：先生が消化器の中でも食道という大変なところを選ばれたのはどうしてなのですか.
井手：それは結局中山先生を見ていたからということです．中山先生を慕って患者さんがいっぱい来たのですよね．普通では経験できないほどたくさんの患者さんが来ていたので，非常に面白かったのです．昔，中山先生は消化管外科，千葉大学のもう一つ，第一外科は肝胆膵とかってセパレートしていたので，ほとんどそっちの患者さんは来ないのですよ．だから胃袋と食道と，あとは大腸とかそういうのもありましたけど，そのころは早期癌っていうのが分かってみんな研究していたので，私は中山先生のおかげで食道の症例をたくさん見ることができるような環境にいました.
野村：病理をされていたとおっしゃいましたよね.
井手：環境にはすごく恵まれていました.
野村：術後管理とか大変ですよね．今もですけれども.
井手：それは大変です．みんなに使われてましたよ.
野村：そうですか．食道手術したら帰れませんでしたよね.
井手：一週間ぐらいですね．まったく帰れないわけではないけど，しょっちゅう診てなくちゃいけませんね.
野村：今でこそうちの病院もICUドクターが術後数日

は診てくれたりするのですけど，私が研修医のときは本当に１週間ぐらいはびったりで．

井手：そうですね．胃の先生とか大腸の先生はその日に帰れるでしょう．

遠藤光夫教授っていう先生が私のオーベンだったのですけど，とってもきめ細やかな先生で，食道癌のときに，自分で包交しちゃうんですよ．ついていくのが大変だったのですが，ともかくこまめに患者さんを診るっていうことを，上の人がするものですから，負けじとやらないと駄目でした．

野村：先生のお若い時代にはそんな大変さがあったのですね．虎ノ門から女子医大に戻られたあとはずっと女子医大にいらっしゃったのですか．

井手：そうです．

野村：そうですね，いっぱい症例がありますもんね．

井手：恵まれていたと思います．食道はその頃はあまり術前照射という治療法がなかったんです．今ほど抗癌剤もなかったので，中山先生は短期濃縮照射法って言って，500グレイで４回．それを４日間でやって，１週間ぐらい置いてもう手術するのですよ．そういうスタイルでした．東北大学とか慶應大学とか，そういうところは6,000とか，たくさん掛けて手術していたことが多かったので，そうすると病理の先生は面白くないでしょう．



野村：変わっちゃいますよね．

井手：手術の標本をもらっても全然興味がないわけですよ．私のほうはわりと短期で，まだ変化も出てないときに病理にいれるからわりとたくさん症例があって，いろんなものが見れたのですけど，他の先生でそういうふうに興味持って病理をやる専門の先生ほとんどいらっしゃらなくて．

野村：そうなんですか．

井手：それで1980年代になってから早期癌が見つかりだして，昔の胃の早期癌を一生懸命やっていたような先生が，今度は食道癌に注目して，粘膜癌だほらなんだっていうような診断をやるようになって，放射線もそのころ掛けなくなりましたからね．だからとってもいい標本とか病態が分かったんですよ．

野村：そのころはあまり早期癌で見つかるということがなかったのですね．

井手：そうなのです．1980年代になってぽつぽつ見つかりだしました．

野村：やっぱり内視鏡で．

井手：内視鏡は，いわゆる側視鏡だったのですね．

野村：聞いたことがあります．

井手：胃のほうのですね．だから食道は塞がっていっちゃうから，見えないのですよ．それで，遠藤先生などがいろいろ診て，前方直視型の食道ファイバースコープというのが出てきてから，わりと表在が見つかるようになりました．

野村：そうだったのですね．確かに側視鏡って聞いたことがあります．でも私が卒業したころには既に側視鏡は通常はありませんでした．

井手：Uターンはできるし，いろいろできますよね．

野村：そうですね．

井手：だから，やっぱりファイバースコープや色素法の導入で，早期癌とか表在癌とか，そういうものがいろんな人の目に触れるようになって，病理の先生も興味深く見て，ああだこうだって言うようなことが起こりましてね．あとは郭清．

野村：郭清の話，先生されていましたよね．

井手：郭清は昔は偉い先生がちゃちゃって取って，私達はノータッチで見ているだけでしたけど，すぐ首やお腹に再発して，段々東北大の先生とかが器官の周りを郭清するとか，ここに転移が追えるとかそういうようなこと

を発表されて，それで三領域郭清っていうのは1985年ごろからずっと，90年の半ばごろまで主流で，術前照射とかそういうのはお止めになっていたのですよ．

野村：私は卒業したのが89年ですから，そのとき見たことというのが，これがスタンダードなのだろうって勝手に思っていたのですけど，三領域やっていましたね．術前照射はしないで三領域やって．

井手：真の姿をその時期に見れたのですよね．

野村：でも三領域やるせいか，結構合併症は多かったですね．

井手：大変でしたか．

野村：はい，多かったです．だから本当に食道手術されると帰れない生活でしたね．

井手：1980年代前半に私は都立駒込に2年間だけ出向したのですね．そのときに化学療法の科に，佐々木先生という癌センターから来られた方がいらしたのですけど，その先生に進行癌とかそういうのに使うような化学療法の使い方を教わって，1990年代ぐらいから少しずつ効く薬も出てきたものですからね，使うようになって，3か月くらいで亡くなる人まで長生きできるようになりましたね．

野村：そうですね，今は長生きされる方が増えてきました．

井手：CRになる人もいっぱい出ましたね．消化器病センターでは化学療法，放射線療法，手術，それから姑息治療，そういうのを食道のチームを作ってやってたんです．だから3か月から半年いると，2年分ぐらい経験できるのですよね．

野村：すごく勉強になりますね．うらやましいです．

井手：その点はよかったのですよ．ただ，その頃，羽生富士夫先生の後の教授になられた高崎健教授が，いわゆる臓器別をやめてしまったんですよ．そしたらめちゃくちゃになりましてね．

野村：どうめちゃくちゃになったのですか．

井手：もう郭清なんて，学会に来ない人までやるから分かってないですよね．すごくそこらへんでめちゃくちゃになりました．えらい目にあいましたけども．

野村：そういうこともあったのですね．うちの大学の歴史なんかですと，段々臓器別に細かくなっていきましたけど……．

井手：そうなのですよね．羽生先生は臓器別をきちっとそろえられたのですけど，違うふうになってしまって．若い先生が大きな肝臓癌の手術，膵臓癌の手術，食道癌の手術，3人持つとあっぷあっぷでしょう．

野村：はい，結構大変ですよね．

井手：その人の経過を後で追って診るっていうことができなくなっちゃったのですね．私たちが臓器別でやっていると病後まで全部ある程度フォローができるのですけどね．臓器別はわりと大切だと思います．

野村：先生は食道を．

井手：食道はとにかく標本をいっぱい見られたことと，それから駒込病院の出張中にいろんな食道癌の症例を病理で見れたことで，医学書院から『食道腫瘍の臨床病理』という本を出させてもらいました．一つこういった仕事をするとよく見えてくるというか，だから良かったと思います．

第33回日本消化器外科学会総会の思い出

野村：消化器外科学会の活動の中で思い出深いものはありますか．

井手：消化器外科学会の総会をしたのは，うちでは中山教授が，第3回かしら．あと羽生教授がちょうどあなた



が卒業した年，平成元年に第33回の会長をされたんですよ．その頃は消化器外科学会総会は2月と7月，年に2回やっていて，それで羽生先生は2月だったのです．ところがその年，天皇陛下が崩御されて，それが1月7日ごろで．羽生先生は会場にホテルオークラを取っていたんですけど，突然，お国から国賓が滞在するのにホテルオークラは治安上都合がいいからそこは使っては駄目だと言われて，じゃあ地下でやりましょうと言ったらやれるもんならやってみろとか言われてね．

野村：そんなことがあったんですか．

井手：それで羽生先生困っちゃって，ちょうど大喪の礼の日に当たったのですけど，2月に朝から予約してたところが駄目になっちゃって，じゃあ開催を4月にしようかと言ったらその次の先生の掛川教授が，4月にやってすぐ7月の総会は困るって言われて．結局会場がなくて困っていたら，京王プラザホテルが使ってもいいですよって言ってくれて，それで羽生先生がまるごと借りて．ご葬儀は新宿御苑のほうであったと思うのですけど，そっち側はカーテンをして，おとなしく学会をしました．街はほとんど人も歩いてないっていうような2月に第33回総会をやったのですよね．そのときはひやひやしたのですけど，ともかくやるのやらないの，会場が没収されちゃったのってすごい大変だったんですよ．

野村：覚えています．私は大学6年生で森岡教授のところを実習に回ってるときに，ちょうど森岡教授と，そのとき武藤先生，助教授でいらっしゃったんですけど，天皇陛下の手術だって言って行かれたのを，ちょうど私も実習に行ってたのでよく覚えてます．国家試験勉強でひいひい言っていた頃ですね，そうなると．

井手：消化器外科学会で一番大変だったのはそのときでした．

野村：それは大変ですよ，そんな直前に会場がなくなったらえらいことですよ．だって会場って3年ぐらい前から取っているんですよね．

井手：取っていたんだけど，それを政府が押さえちゃって，やれるもんならやってみろとか言われて．だって偉い人が廊下を通るとみんな通行止めになるでしょう．だから駄目だって言われて．

野村：そうですか．私はまだ知らない時代です．いつから消化器外科に参加させてもらうようになったのかよく覚えていないですね．卒後1年目か2年目ぐらいには行ったのではないかなと思うんですけどね．

井手：私も最初はいろんな学会に金魚のふんみたいについて行って．

野村：そうです．私もついて行った人です．

井手：いつからっていうのは覚えていないけど．でもやっぱりだんだん年を食ってくると学会に発表しないといけない感じがしてくる．

野村：ありますよね，なんか発表しないといけないっていう感じにはなりますよね．

井手：1月と2月ぐらい，あと8月ぐらいが何もしないでいいとき．その後半年前の学会をしょっちゅう考えてね．

野村：大変ですよね．苦しいのは消化器外科学会だけじゃないですからね．

井手：外科学会，胸部外科とかがん治とかいろいろありますよね．

野村：毎月のように何か考えていなきゃならないですよ．

井手：今は幸福ですよ．そういった発表とか締切はなんにもないです．

野村：うらやましいです．でも先生なんか毎回ご招待があるでしょう．引っ張りだこじゃないですか．

井手：そんなことはないですよ．この前徳島で特別発言を英語でやれなんて言われたから，もうこの次からは断ろうと思って．あのころから英語オンリーになったでしょう．

野村：だんだん英語になっていっていますよね．

井手：中山先生がつくった国際食道疾患会議っていうのがあるのですよ．それは女子医大に1980年から2005年までは女子医大に事務局があって，だから25年ぐらい，インターナショナル学会の総事務局が女子医大にあったのですよ．いろいろ雑用したり，新聞を発行したりとかいろんなことやっていたんです．今はカナダのほうにあるのですけどね．北川教授は今，食道学会の，インターナショナルの会長で，今度ウィーンで16回の会長やられるのですけどね．あと4年後，2022年に日本に呼んでこようかっていう話があるのです．2020年は40周年になるから，このあいだの消化器外科50周年で呼んだ外国の先生が何かやろうって話が持ち上がっているらしいんですよね．それで今度行くとき，事務局の東京オフィスに私昔からいるもので，いろんな資料とか問い合わせがあったりするのですけど，その責任者みたいなのも今やっているものですから，いつまでもつか分か

んないですけど.
野村：お忙しくなるのじゃないですか.
井手：インターナショナルの学会にも行くのですけど，私よりも上の先生は全然来なくなっちゃって.
野村：ええ，そうなのですか．それはさびしいですよね.
井手：海外の先生は結構年いった，昔の先生もお見えになるのですけど，日本人はなかなか年取ったら海外旅行に行かないですね.
野村：それは面倒になってしまうのですかね．それか動けなくなってしまうのですかね．先生は同年代に比べてもお元気ですね.
井手：そうですかね.
野村：お元気ですよ．女性のほうが長生きじゃないですか.
井手：そうですね．ただまぁいつまでもつか.
野村：いやいや，まだ全然お若いじゃないですか.
井手：だからしょうがないから，面倒見られるだけ面倒見ようかなと思ってるんですよね.
野村：是非よろしくお願いします．本当お元気です.

定年後の仕事

野村：女子医大をお辞めになられたのは何年なのですか.
井手：定年だから，2003年ですね．平成15年です.
野村：その後，先生は切るのは止められたんですか.
井手：私がフォローしていた患者さんで，大学病院で，あなた何しに来たの，もういいんじゃないなんて言われちゃ困るだろうから，今勤めている浜町のほうに50人ぐらい外来に来てもらって，15年経っても2，30人はまだ生きているのです．だんだん高齢になるからいろんな別のことも面倒見ますけど，ある程度そういう患者さんのフォローをして長生きさせるというか．浜町で見つけた癌は東医療センターって第二病院のほうに行って手術を，2年ぐらい前まではやっていました.
野村：すごいですね.
井手：だけど私も体調とかいろいろあったものですから，去年は一例だけ，喉頭切除というような，後の始末っていうか，誤嚥する患者さんがいらしたのでそういう手術は一緒にやりましたけど，今年はやってません.
野村：残念ですね．まだやってらっしゃるって聞いて一度先生の手術を見に行きたいなあと思ったのですけど，やらないのですか.
井手：前立ちして，第二病院の先生に教えるような形で十何例かは終わってからやりましたけど．最初は20例ぐらいやりましたけど，だんだん数が減っていますから.
野村：先生は教授であられたときもいっぱい教えましたか，下にやらせて前立ちということですよね.
井手：教えながら，前立ちっていうのはやる場合もありますけど，やっぱりチーム制が崩れちゃったので，そうすると前立ちが，医療練士っていうか5，6年の人になったりするわけです．そうすると任せられないでしょう.
野村：きついですね.
井手：チームと一緒に組んで，前のチームと先生が前立ちすると，結構なところまで攻められるのですけど，そうじゃない場合には合併症を起こさないように気を付けて，教えながらやるってことなので，あまり下の人に任せるということはなくなりましたね．グループで組んでいるときは順番にやりました.
野村：そうですね，いつも決まったメンバーでやられるのだとね.
井手：そうするとどこら辺まで攻めるとかいろんなことが分かっているからやりやすいんですけどね.
野村：あんまり若い人が第一助手でやると，場ができないので大変ですよね，術者としてやるのもね.
井手：ある程度教えながらやるしかないのだけど，食道って視野が狭くて覗き込まなきゃなんないから，みんな見えないんですね.
野村：第二助手なんかになると全然見えないですよね.
井手：先生は内視鏡の手術はいつごろから.
野村：そうですね，最近はあまり内視鏡外科の手術はしていないのですが，黎明期にたくさんやりましたね．片柳先生がいらっしゃっていた友愛記念病院が，国内で3番目ぐらいにラパ胆を始めた病院だったのですよ．ですので当時はラパ胆をやりまくったんですよね．その後大学に戻ってきて，そのころはまだラパマーゲンとかなかったのですけど，東大分院の外科で初めてラパマーゲンがうまくいったのが私と私の同級生でやった症例でした．ですので，ちょっと今とは違いますね．今は結構中で縫ったりとかしますけど，当時はそうはいかなかったので.
井手：だから私はある程度手術創を小さくして道具を長くして，ライトを入れて，というような形で手術をするのが，最後のほうに，若い先生でも術後管理がうまくい

くように，それが一番，患者さんを巧緻性を失わないで助けられるっていうのを工夫してきたつもりなのですけどね．今は内視鏡手術が主流なので．

野村：そうですね．ただ最近になって思うのですが，意外と若い人，内視鏡手術のほうがやさしいのかもしれないと思うのです．

井手：そうですね．

野村：かえって開けてやるというのは若い人にとっては，慣れてないせいかもしれないのですが難しそうですね．

井手：これから若い外科医の教育がどういうふうになっていくかは，ちょっと心配です．開けてやったらどうしましょうってなるんじゃないですか．

野村：私もそれがちょっとだけ気になっていますね．緊急手術みたいなときは開けざるを得ないときってありますよね．そういうときに若い人は慣れてない．それが心配といえば心配ですね．でも内視鏡外科は広がっていくのでしょうね．

井手：でもいわゆる，立体視できる内視鏡．ダビンチ．あんなの全部の患者さんにやれるわけはないでしょう．

野村：そうですね．

井手：私，大学にいた頃，一番多いときで月に14例やったことあるの．

野村：食道をですか．4週間あったとして1週間に3例か4例．すごい体力ですね．

井手：そんな頻繁にやっていると，じっくり内視鏡なんてやってられません．

野村：先生は体力もすごかったんですね．

井手：組んでいた相手の人も良かったんです．村田先生という後輩で，超音波内視鏡の草分けの人．その人が私のグループに来てくれて，それで一生懸命二人でやったときが一番うまくいっていましたね．その先生は外科もやっていたんですが，残念ながら内視鏡医になったのですけどね．

野村：いいですよね，そういうの．ペアを組めるということがうらやましいです．

井手：食道班にはもう一人いたのですけど，体が弱くて，その人はもう食道外科は辞めちゃったのですけどね．

野村：厳しいですよね，やっぱり元気がないときつい仕事ですよね．

井手：でも，やりがいはありますよ．食道外科って非常に面白い．面白いというか，予後がわりと早いでしょう．治しても2，3年経って再発してくる人もいるし，再発しない人もいるし，どこかへ行っちゃう人もいるけど，食道の患者さんは手術した医者によく頼って通院してくれるので，面倒見がいがあるのですよ．

女性医師の立場から，これからの消化器外科医へ

野村：さて，これからの消化器外科学，または消化器外科医に期待することはなんでしょうか

井手：やっぱり病態というか，ある程度臓器とかそういう疾患をまるごと理解して，それに対しての新しい治療法を少しずつ進歩させていってもらいたいと思うし，途中で辞めないようにして欲しいと思いますね．しっかりやっていたと思ったら上の先生からにらまれてノイローゼになって辞めたとかありますので．

野村：そういった方，いらっしゃいますか．

井手：いるみたいですね．優秀だと思っていても，ノイローゼになっちゃったり．きついことを言っているわけじゃないんだけど，私からすればそのオーベンが正当なことを言ってると思うのですよ．だけどそれ言われると今の人はへこんじゃう．

野村：女性のほうが打たれ弱いんでしょうか．

井手：男の人もなりますので，性別ではないと思いますよ．

野村：そうですよね．最近の若い人は打たれ弱いですよね．それは私でも思いますけれども．

井手：むしろ女の人はある程度覚悟してきているから，言われてもなにくそと思ってるでしょう．

野村：そうですね．外科を選ぶ女性はその段階で一般女性とは違う人間が多いので，皆さんどちらかといえば強い方ばかりですよ．ただそれでもやっぱり続かない先生がいらっしゃるのが残念ですよね．

井手：そうですね．

野村：みんな先生みたいになれたらいいのになと思いますけど．

井手：私は辞めると後のためにはならないからしっかり頑張ってやるという気持ちと，母校が女子医だったということを生かしてがんばったらやらせていただけて，ちゃんと勤め上げることができました．

野村：本当に先生のように，女性でもきちんと，幸せに続けられるようになるといいですね．

井手：外国では女性の医師が4割か5割ぐらいいるのでしょう．
野村：国によっては半分以上女性になっている．外科医も半分以上女性って国もあるみたいですよ，先進国でも．女性は外科に向いていますかね．
井手：私は向いていると思う．しつこいから（笑）．あきらめないというか．
野村：学生さんなんか教えていても，本来女性のほうが外科に向いているのじゃないかなと思うときはありますよね．丁寧だし，あきらめないですし，いいと思うのですけどね．まだまだ消化器外科は男性が多いです．
井手：制度面でも男女平等が進んでいますから，これから増えてくれたらいいなと思います．
野村：いいですよね．医学部出身者ですともう3割女性なのですけど，消化器外科を選ぶ人はまだ少ないですから．
井手：この頃は消化器外科は男性も少ないでしょう．
野村：少ないです．外科面白いのですけどね．
井手：面白いですよね．
野村：疾患全体を理解する，と先生はおっしゃいましたが，先生は病理におられて，研究することも大事だ，というお考えでしょうか．
井手：レポートをもらって，いくら目で見て分類しても，それで分類にはならないのですよ．本物というか，標本を見てその病気の悪性度とかそういうものを直に見ないと．結局レポートだけ見て何かしようと思ってもなかなか難しいというか．
野村：自分の目で見るのは大切ですよね．最近はそれこそまた研究離れじゃないですけど，研究する外科医が減ってしまっているのですよね．
井手：そうなのですか．
野村：皆さん忙しいというか，それ以上は仕事に時間掛けたくないということなのかなと思うのですけど，残念に思っているんですよね．やっぱり研究面白いですよね．

「やったからには責任取らなきゃ」（井手）

井手：いま，先生の医局には何人くらいいらっしゃるのですか．
野村：中にいる人間ですか．消化器を選んでいる者ですと総勢20人ぐらいですかね．あとは今スーパーローテーションになりますが，若い研修医は回ってはきますけども，この子たちは必ずしも外科希望じゃないというか，むしろ外科希望じゃない子のほうが多いですからなんとも言えないですね．ころころ変わっていきますし，名前も覚えてなかったりします，私なんか．1か月半くらいで変わるのですよね．
井手：それは若い先生でしょう．
野村：上のほうはかなり固定していますけどね．女子医大なんかは何人ぐらいいらっしゃるのですか．
井手：今はもうよく分かりませんが，消化器で30人ぐらいはいるんじゃないかと思いますけどね．いわゆる医療練士っていわれる人と，助手．
野村：うちは私たちが上部で，下部と分かれていますかね，あと肝胆膵も分かれてますので，それぞれ．
井手：うちは肝胆膵は一緒ですね．大腸，上部消化管．
野村：でも忙しいですよね，それで30人だと．
井手：忙しいですね．女子医大は，昔はベッドが他の医局では40ぐらいしかなかったのですけど，女子医大は100いくつありました．そこで結構，再発症例もいっぱい入ってくるし，化学療法もいっぱい入ってくるしというか．そういうことで他の医局よりは患者さんを多く診たので，忙しいのは忙しいですね．
野村：そうですね．リカレンスがいるとまたそれで呼ばれることが多くなったりしますよね．そうなのですか．でも本当は外科医も切って終わりではなくて，最後まで診たほうがいいですよね．
井手：そうですよ．やったからには責任取らなきゃ．
野村：そうですよね．ただ最近のシステムだと急性期病院って銘打って，治療することもできなくなった方は緩和病院に送ってしまうというか．私が研修医のころはそういうのはなかったのですけどね．そこは変わりましたね．
井手：女子医大も緩和病棟っていうのがあるみたいなんですけどね．化学療法の先生が行ってやってくれるんですが，ただ術前術後の化学療法は自分のところでやらないと．
野村：それはうちもそうですね．化学療法はうちでやっています．でも勉強になりますよね．
井手：先生のご専門は．
野村：私は胃が専門です．
井手：今はどんなことを研究されているのですか．
野村：発癌，前癌病変とかそんなのをやっているので，

ピロリ菌とか萎縮性胃炎とかそんなことをやっています．

井手：難しいですよね，でも．

野村：難しいですね．ピロリ菌，除菌されるようになってずいぶん胃癌減りましたけどね．ただ除菌をしても癌が出てきてしまう胃はいっぱいあるので，なんとかできないかと考えています．

井手：粘膜切除の割合は結構多いでしょう．

野村：多いですね．よく見つかるようになってきました．

井手：駒込に行っていたときに，アントラムに2Aみたいな小さなポリープがあるから，部分切除したらどうですかって言ったんですよ．そしたら神前先生っていう阪大の先生が院長で来ていたんだけど，駄目ですと言われて怒られちゃった．

野村：駄目な理由はなんだったのですか．

井手：スタンダードに手術をしなさいと言われたの．

野村：今は部分切除とか，そういう方向にいっていますよね．縮小っていうか．

井手：昔の人はそういう考えじゃなかったですから．

野村：そうですね．私も若いころ上の先生たちにそんなこと言ったらとんでもないって言われそうでしたよ．今は確かに減りつつありますね．

井手：でも私が大学にいた頃でも，少しずつ治療法が進歩したり工夫されたりっていうのは自分でも感じられるようなことがあったから，少しずつ医学は進むのかなと思っています．

野村：少しずつ進んでいますよね．長い目で見れば昔と変わりましたよね．それでも癌になる人はなくならないですからね．

井手：杏林大学の消化器外科に，女性の先生で，胆道系を一生懸命やっていた先生がいらしてたんですよね．その方は若いうちにスキルスで亡くなったのですよ．

野村：ええ，かわいそう．

井手：すごくホープだったのですけど．

野村：ご本人がスキルスになっちゃったのですか．それはショックですね．

井手：胆道系だから私畑は違ったのですけど，消化器外科では有名な方だったのですけどね．あとはあまり今の現役の方のことはよく分からないけれども，でも野村先生みたいに皆さんがんばっているから，いいじゃないですか．

野村：ありがとうございます．そうですね，先生みたいにがんばれるといいのですけど．

井手：いえ，私がんばっているわけじゃないのです，不器用ですから．

野村：そんなことないじゃないですか，先生それだけ手術をされて．

井手：手術は器用とかじゃなくて，好きだから工夫していろいろ，そりゃあ下手とかそういうのじゃなくて，なるべく上手に，患者さんに治ってもらおうというあれはあるんですけど，そうじゃないほうは不器用なの．

野村：そうでしょうか，そうは思えないのですけど．なんでもできそうです，先生は．

井手：今でもゴルフやっています．

野村：いいですねえ．私は若いときちょっとやりましたけど，全然才能なしです．駄目です．

井手：才能あるなしじゃなくて楽しめばいいんですよ．じゃないと，男の先生と付き合うにはお酒駄目ならゴルフくらいしか付き合えないでしょう．

野村：先生はお酒飲まれないのですよね．

井手：だから対等に付き合えるのはゴルフですね．ただ，このごろ体力がなくて．

野村：そんなことないじゃないですか．手術する体力がまだおありのようですから．

井手：でもだんだん目はしょぼしょぼしてきますから．

野村：目は確かに若いころとは違いますよね．でも内視鏡の手術ならあんまり関係ないんじゃないですか．

井手：画像も良くなってくるし，そのうち4Kの映像が入るかもしれないですしね．今は立体視もできるでしょう，眼鏡かなんか掛けて．この前学会で触ってみたんですけど，視野は狭いんですけど結構立体的に見えるのですね．若い人は器用だからどんどん慣れていくんでしょう．

野村：慣れるのはきっと早いのでしょうね．

井手：私なんか内視鏡でラパコレで肝臓を押さえてくださいって言われても，スルッ，スルッて押さえられなくて．

野村：あれも慣れですから．先生みたいに開けてやるほうが難しいですよ，絶対．開けて綺麗に郭清するなんていうほうが．

井手：でも，やっぱり手術は左手ですよ．

野村：よく言われますね．

井手：左手がガイドになるんです．それからちまちましてもしょうがないですよね．中山先生はパサッ，パサッ

と，解剖をよく理解しているんだと思うんですけど，出血させないように切っていく．梶谷先生の手術も見に行ったのですけど，本当に解剖が分かっていて，大腸のレクトゥムのオペなんか，ほとんど縛らないんですよね．ちょちょっとやったらポコッと全部取れちゃった，びっくりしました．

野村：すごいですね，お上手ってうわさですよね．

井手：本当にお上手でしたよ．

野村：そろそろ，お時間になります．本日は女性医師としての長年のご活躍や勉強になるお話，面白いお話をいろいろとお話いただきました．先生，どうもありがとうございました．

井手：こちらこそ，ありがとうございました．

創立50周年に寄せて

創立50周年に寄せて

50周年を迎える日本消化器外科学会との関わり



日本消化器外科学会　名誉会長　名誉会員
藤田医科大学　名誉学長　名誉教授
船曳　孝彦

消化器外科の学会が発足するという噂が伝わってきたころ，当時の島田教授は日本外科学会があるのだからそれでよいと，必ずしも賛成ではなかったようだが，当時まだまだ若手というより駆け出しの外科医だった私たちは，既に胸部外科学会，脳外科学会がスタートしているのだから，外科学会の基幹となっている消化器外科分野も，高い専門性を目指して独自の学会を発足してもよいのではないかと議論し，1968年学会発足とともに参加し，以来積極的に演題発表をしてきた．

1973年名古屋保健衛生大学（現藤田医科大学）に赴任したが，大学病院開院当初は，症例数も少なく，ましてや長期成績という財産もなく，学会活動では厳しい戦いを強いられたが，稀な症例に恵まれたことや，手術術式，新検査法など，独創性を打ち出していくことで頑張ったという思い出しかない．そんな時，日本消化器外科学会が研究実績評価を中心として，教授でなくとも評議員に応募できるという，他学会に比し画期的な，公明正大で，誇りうる評議員制度が定まり，1978年の第1回から選出していただいた．後に評議員選出委員会の委員長もさせていただいたが，大学在籍者以外の評議員を増やしたいと考慮しつつも，公明正大の原則を堅持した記憶がある．今から思えば，女性評議員についての考慮は全くしていなかったように思う．何せ当時は女性会員そのものが少数だった時代である．

評議員となったからには，と少ない医局員を叱咤激励して研究発表させ，また評議員会では種々の委員会委員をやらせていただいているうち，理事に選出され，やがて第54回学会総会を主宰させていただけることとなった．

藤田医科大学としては第37回の青木春夫会長以来の，新設医大としては初めての二人目の会長となったことは光栄であった．なお後に宮川秀一教授が第66回会長となり，藤田医科大学の日本消化器外科学会との関わりは強い．

私の会長就任当時，本学会は2月，7月の年2回の総会を開催してきたのを，総会は年1回にと切り替えた時に当たる．1999年開催で，丁度20世紀を終えて未知の21世紀に入る前であった．そこで総会テーマを『20世紀における消化器外科のConsensusとControversy』として，一つのシンポジウムやパネルの中で各臓器の専門医が集まり，拡大か縮小か，Less invasive surgeryとは，発癌過程と前癌状態，分子生物学的側面，などの問題を論じてもらった．

また医学会全体としても法人化の是非，臓器移植，専門医制度，鏡視下手術の台頭，医療事故の対策などで，マスコミの話題となることも多かったので，これらもプログラムに盛り込んだ．

すでに本学会では高い水準の専門医を作るという純粋な理念で，認定医制度，専門医制度をスタートさせていたが，他科専門医との整合性などから問題点が出てきて，本総会内で各年齢層の会員が出席発言する公聴会を催した．

全2,013演題（採用率87%）で参加者は5,000名を超えて盛会だったが，今思い返してみると，いろいろな意味で未熟さを漂わせていたように感ずる．裏返せば，この20年間の進歩が如何に大きいか，ということになる．

名誉会員になり，現場から離れてからも本学会には出来るだけ出席してきたが，次第に講演内容に着いて行けなくなってきている．

消化器外科学，そして最も愛する日本消化器外科学会の一層の発展を望んでやまない．

日本消化器外科学会の思い出



日本消化器外科学会　名誉会長　名誉会員
第57回日本消化器外科学会総会　会長
京都大学　名誉教授
山岡　義生

私が会長を担当した第57回日本消化器外科学会の会長選出はかつてなかったような混乱のうちに決定した．通常は，次年度会長候補は，理事会での互選で決定し，評議員会，総会に諮られて決定するのが習わしであった．しかし，その年は　理事会から推薦された方は不祥事を理由に辞退せざるを得なくなり，二人目の候補者が推薦されたにもかかわらず，この方には横やりが入り辞退すると言った前代未聞の難事となった．結果，理事会からの推薦候補でなく評議員から立候補させ平成13年7月秋田の評議員会で投票により決定すると言った非常事態的な解決法が学会から告知された．

私は，その少し前に2期にわたり理事を務めており，学術集会の在り方について「贅を廃し学問的な討論をする場所にすべきである」と主張していたが，京都大学に新設された再生医科学研究所の初代所長に任命されたことから，平成11年の理事第3期目の立候補は断念するとともに，学会会長を務めることはできなくなったことを教室員に納得してもらった．しかし，上記のような事態になり，多くの評議員の方々から「かねてからの君の主張を実行できるチャンスである」として，私に立候補するようにと連絡をいただき考えざるを得なくなった．だからと言って，例え評議員の中に多くの支持者があろうとも，会長に立候補するならやはり教室員の了解を得る必要があると考えたので，私が若い頃から学会と言うものにもっていた不透明感を払拭したい思いの原案を作成し，教室のスタッフ全員に添削を依頼した．結果，若い人たちからは，私よりラディカルな意見が返ってきた．それを編集したものが私の立候補の所信であり提案であった．私が会長を引き受けるに当たっての覚悟は「臨床研究の原点に戻る学会」であり，最後まで『本来面目』を通せたのも常に彼らの強い後ろ盾があったからである．

会長立候補者は私を含め3名で第1回目の投票で2分の1プラス1票を私が得票し候補に決定，総会で承認された．以後，2分の1マイナス1名の反対意見を持つ人がいるとの意識で運営していた．

学術集会のあり方については以下のような方針を立てて実行した．

①会長招宴は行わず，懇親会の場所を設定し，2日間意見交換，待ち合わせの場所として自由に利用してもらった．
②従来行われていた，名誉会員，特別会員，評議員など重鎮に対する宿泊のお世話，ご婦人方への芝居見物，観光などと言った特別なサービスは一切行わず，出席者には手弁当で参加して頂くべくお願いした．
③学術集会の本来のあり方として，討論時間を十分に取るために採択演題数を少なくした：採択率57.9%
④参加費を15,000円から10,000円に減額した．
⑤ランチョンセミナーは申し込まれたものを吟味し，聞く価値のあるもののみ採用した．セミナー応募の中の2題は，学会のシンポジウムに取り上げる価値のあるものとして企業との共催シンポジウムとした．

京都の夏は厳しい暑さゆえに「Tシャツ，ジーンズ」でお越しください，と宣伝してしまったため，それまでジーンズを穿いたこともなかったので，急遽，仕立てさせたことも楽しい思い出のひとつである．

「日本消化器外科学会50周年記念を祝して」



日本消化器外科学会　名誉会長　名誉会員
第59回日本消化器外科学会総会　会長
鹿児島大学　名誉教授
愛甲　孝

日本消化器外科学会と共に歩んだ50年ー

歳をとるにつれて，一年一年の過ぎ去ることの速さに驚くばかりです．今年，日本消化器外科学会は設立50周年を迎えました．心からお祝い申し上げます．この50年の間，日本の消化器外科学は顕著な進歩を遂げました．これまでの多くのパイオニアおよび先輩の外科医の努力に心からの敬意と感謝を表したいと思います．その50周年の学会設立記念日を鹿児島の地で皆様と共に盛大に祝福出来たことはたいへん喜ばしい限りであり，万感の思いです．

振り返りますと 日本消化器外科学会の設立の時の50年前に私は外科医となりました．その後，私も日本消化器外科学会を臨床研究の成果の発表の場とさせて頂き，消化器外科医として本学会に育てて頂きました．また，理事として学会運営に関わり，中間法人化移行，さらに第59回総会開催など深く関わらせて頂きました．

日本消化器外科学会との関わり

日本消化器外科学会には徳島であった田北周平会長主催の第2回目から私は出席してきましが，当時の学会自体はよく覚えていません．その頃は胃潰瘍および胆石の手術が華やかしき時代であり，シンポジウムにもそれらの企画が取り上げられていたことを後になって知りました．

入局して間もない頃に，私自身が十二指腸潰瘍で胃切除を受けたこともあり，潰瘍の手術の在り方に大きな関心を寄せていました．当時はPPIやH2ブロッカーも無い時代，治療は，選択的迷走神経切除＋αか，広範囲幽門側胃切除か？　胃酸分泌動態などの理論的根拠を示しながら熱く議論されていました．外科医も難しい事を論じるものだとも思ったものでした．私の胃切除後の標本をみると術前に安静したこともあり，潰瘍は治癒しており複雑な思いでした．しかし，私自身外科医として胃・十二指腸潰瘍の手術を出張先の病院で若い頃から沢山させて頂きました．このことが胃外科に進んでいくきっかけとなりました．

その後は潰瘍の手術は無くなり代わって胃癌が手術対象となりました．昭和40年代まで巷の胃癌の手術は胃潰瘍の胃切除とほとんど違いのないものでした．リンパ節郭清を含む癌の根治手術が梶谷先生らによって提唱された時期であり，私も癌の拡大根治術に傾倒していき，リンパ管構築やリンパ流を研究しその成果を本学会で発表させて頂きました．さらにその後は胃癌に対する標準術式が確立し，縮小手術，鏡視下手術などの縮小手術に移行するようになりました．これは消化器外科分野の一例ですが，この50年間に消化器外科学のいろいろな分野において，時代時代の学術成果が国内外に発信されたことは言うまでもありません．

熱く，暑く燃えた第59回日本消化器外科学会

平成10年春，本学会の理事選に出馬することを決意し，その当時の夏越医局長にその旨を相談しました．理事になったことを教室員が皆喜んでくれ，その時から鹿児島での日本消化器外科学会学術総会開催を夢見ての熱い，暑い狂想曲が始まりました．学会開催の意義は，「教室と教室員の立つ位置を確かめ，教室の存在価値を高めるこ

とで，医学・医療の発展に寄与する」ことではないかと思います．とはいえ，今思えば教室のスタッフにもずいぶんと迷惑をかけたものでした．鹿児島での本学会の開催は私の定年前になるのかなと，私同様教室員にはほのかな期待感がありました．諸般の事情で，その順番が急遽早まり，平成14年に副会長に選出され，その2年後に第59回本学会を予定より早く鹿児島の地で開催することが決まりました．

学会のテーマは「敬天究理」とさせて頂きました．「敬天究理」とは私の造語で，尊敬する西郷隆盛先生の「敬天愛人」（天を相手にして我が誠を尽くす．人を咎めずして我が誠の足らざるを思え）の教えと，医学医療の理論を究めるという造語です．学会の学術面は総論的な主題でなく各論を中心に当時問題となっていた興味ある話題を基礎的臨床的観点から構成してもらいました．具体的には，世界観に立って日本と世界のBest Treatmentなど当時各分野で最もホットな話題を取り上げることを決め，夏越助教授が責任者となりプログラムを作成しました．結果的にはその内容は，内外の参加者から高い好評を得て，ローカルからグローバルな最新情報を発信出来ました．参加者総計6,002名でした．

私の担当は，もっぱら会長招宴や全員懇親会などのホスピタリテイーを如何に進めていくかでした．全員懇親会は桜島で野外パーテイしようと提案しましたたが，周りはいろいろな懸念（桜島爆発，雨…）を示しました．それはそれで当然のことでありました．しかし鹿児島という地の利を使わない手はありません．同門，教室関係者を説得し強行することにしたわけですが，後になってよくも無茶なことをしたものだと心の中では深く反省もした次第です．事実，当時懇親会場であった桜島の裏側の大隅地方では大雨が降ったことを知り，改めて「天の時，地の利，人の輪」に感謝に堪えませんでした．私の会長講演の結びでの涙がその総てを語るものでした．今でも当時の学会が語り草になっていますが，鹿児島の地での開催が会員に満足して頂いたことはすべて夏越準備委員長はじめ教室同門各位の尽力の賜物であったことは言うまでもありません．

おわりに

今後も日本消化器外科学会はすべての分野において外科学・臨床のサブスペシャリティーとしての意義を見据えて世界の消化器外科学をリードして頂きたいと願うばかりです．

学会創立50周年に際して



日本消化器外科学会　名誉会長　名誉会員
第60回日本消化器外科学会総会　会長
杏林大学　名誉学長
日本膵臓病研究財団　理事長
跡見　裕

日本消化器外科学会が創立50周年を迎えました．私も長い間会員の一人として学会に参加してきたことから，いろいろな思い出があります．

卒業して勤めた市中病院の外科部長が，この学会は必ず伸びるから入会した方が良いと勧めてくれたのは1972年ごろでした．以来年2回欠かさず参加し様々な演題を発表してきましたが，いずれも思い出に残る学会ばかりです．2月の学会は雪の長崎とローマ法王の来日，大雪の鳥取，7月は雨の京都はまさに京都慕情，学会場に氷柱のたった弘前などなどと，どれだけでも出てきそうです．編集委員，専門医試験委員などいろいろな役職をしてきました．学会の理事になった頃は学会運営上の問題が生じ，頻回の理事会が長時間に渡り開かれました．会長選出の問題などが役員，評議員，会員，事務局をはじめとする多くの方々の努力で一つずつ解決していった時の安堵感は忘れることができません．その後第60回総会の会長に選出していただきました．大きな会であり，その準備には教室の方々の多大なご協力がありました．改めて感謝申し上げます．

さて2006年に理事長制がスタートし，初代理事長として北野正剛先生が就任されました．大変精力的に様々な改革をされましたが，その一つに日本消化器関連学会週間（当時Digestive Disease Week Japan：現JDDW）への参加があります．私は2007年にJDDWの理事長に就任したのですが，日本消化器外科学会が加わっていないJDDWは些か問題があると思っていました．しかし，発足時から年2回の総会を開催してきた本会がやっと年1回にしたばかりです．これを再び年2回にするのか，JDDWだけの年1回にするのか，様々な問題が横たわっており，実行はなかなかハードルが高いと感じていました．北野先生と食事をしながらその旨をお話しすると，彼は持ち前の行動力で役員，評議員，会員，事務局をまとめ上げ，JDDWへの参加を決めてしまいました．私は北野理事長の大局観に支えられた，目的に向かって進む行動力に本当に感心しました．そして第18回JDDW 2010（横浜）より日本消化器外科学会が加わることになり，JDDWの構成学会を日本消化器病学会・日本消化器内視鏡学会・日本肝臓学会・日本消化器外科学会に変更し，この4学会が運営を担うことにしました．名実ともに大きな消化器関連学会が集結する日本消化器関連学会週間となったのです．本学会が参加することにより，JDDWは構成員9万人を超え，参加者も2万5千人と世界最大級の医学系学術集会となっています．

その後も日本消化器外科学会は様々な活動を展開しています．これも森正樹名誉理事長，瀬戸泰之現理事長をはじめとする多くの関係者の努力によるものです．これからもさらに発展されることを期待しています．

若い外科医の育成について



日本消化器外科学会　名誉会長　名誉会員
第64回日本消化器外科学会総会　会長
近畿大学　名誉学長
塩崎　　均

私は2009年7月に第64回日本消化器外科学会総会を大阪で主催させていただいた．本総会を引き受けたのは大病を患って2年後のことであった．無事，学会を開催できるのか，随分悩んでの決心であった．あれから11年が過ぎさり，このように原稿を執筆しているのが夢のようである．会長講演は自身の病との戦いを主題に，安富正幸名誉教授のご司会の下，発表した．多くの会員の皆様から激励のお言葉を戴き，本会をお世話させていたことが，今も誇りである．

さて，近年，医師と患者さんとのコミュニケーション不足がクローズアップされている．患者さんとこころの繋がらない医療ほど，医師にとって虚しいことはない．患者さんのこころを掴むためには，医師もしっかりとした理念を持ち，努力をすることが必要と考える．私が近畿大学医学部外科教授として赴任して以来，実行してきたことをお話しさせていただき，皆様と共に，心豊かな医師とは何か，いかに育成するのかを考えたい．

外科学教室には研修医心得なるものがある．

1，医師である前に一人の人間であれ．
　医師と患者さんの関係は対等ではない．
　（医師が有利な立場であることを忘れず，いつも謙虚に，患者さんに何をしてあげるかを絶えず考えること）
2，患者さんを好きになれ，自分を好きになれ．
　（患者さんを好きになれば自然に患者さんのためになることを考えるようになる．そうすることが自分を好きになることに繋がる）
3，どんなことがあっても諦め手術はするな．
　納得するまで頑張りとおす気力と体力を持て．
　（例え，教授の手術であっても納得できなければ，その旨を話し，議論する位の気力をもて）
4，楽しい生活をおくれ．
　忙しさと楽しさは相反するものではない．
　楽しくなかったら外科をやめてもよい．
　（卒業後の最初の一年が医師としての未来を決定する．どんなに忙しくても楽しむ心を忘れるな）
5，身だしなみはきちっとする．元気よく挨拶する．朝8時までには仕事を始める．

これは，若手の医師への要望のみならず，一人の人間としての私の目標でもあった．

最近，がん患者さんに対し，いとも無表情にInformed Consent（I.C.）を取る医師の発言に疑問を抱くことがしばしばある．I.C.は決して医師の責任逃れのためのものであってはならない．がんと告知される患者さんの立場にたって，どう発言すれば良いかを考えるべきである．外来の初診でがんと告知した時，患者さんは「どうして，私ががんにならなければならないのですか？　何も悪いことをしていないのに」と言われるのをよく経験する．1週間後に再度お話しすると，「頭が真っ白になり，何も覚えておりません」というのが，実状である．1週間後に再

度I.C.を取り直す位の余裕をもつことが大切である．また，患者さんがI.C.に不安を抱いている様子がみえたら，Second Opinionを勧めるくらいの度量がほしいものである．がん治療を専門としていると，外科医の手に負えない状況の患者さん（自ら治療を行い，再発を繰り返し手に負えなくなる場合も含む）に出会う．この時こそ，自分の人間力を問われる時である．如何にI,C.を行うべきか？是非，患者さんの立場にたって真剣に考えていただきたい．見捨てない医療を目標にしてきた自分自身に対する問答でもある．この時に，その医師の人間性，度量が試されることになる．

以上，いろいろと述べてきたが，医師とは，「高度の医療スキルと豊かな人間性を併せ持ち，学び続ける人」でなければならない．

第58回日本消化器外科学会総会を振り返って



日本消化器外科学会　名誉会長　名誉会員
第58回日本消化器外科学会総会　会長
東邦大学　理事長
炭山　嘉伸

本学会の創立50周年，誠におめでとうございます．第58回総会を担当した者として，心よりお祝いを申し上げます．

第58回総会は，2003年ホテルニューオータニにおいて開催されました．2003年は本学会が法人格取得（有限責任中間法人）や専門医制度導入など，たいへん重要な課題のある年でありました．且つ，理事会で決定していた次期会長が，ある理由のもと，辞任せざるを得なくなり，57回会長・58回会長は，理事会には任せられないということとなり，評議員会で投票決定する特別な時期にあたり，第57回を京都大学山岡先生，そして第58回を私が担当することになりました．今，振り返ってみても，当時の日本消化器外科学会は嵐のような状態にあり，それだけに重責を背負って第58回総会を担当したことを懐かしく思い出します．

学会の主題は「Love and Science」とし，私の会長講演は，「日本の外科術後感染症の現状と将来展望」と致しました．長く私自身，「日本外科感染症学会」の理事長として，感染対策を含めた周術期管理が日本の手術成績向上に貢献していることに焦点をあて，シンポジウム，パネルディスカッション，そして，ワークショップにも取り上げて議論していただきました．また，当時は，内視鏡下手術もまだまだ一般的でなく，Open Surgeryとの比較も話題として取り上げました．外国からの招待講演者は，メイヨークリニックでの私の恩師Keith A Kelly氏を含め15名の国際招待講演をいただきました．

また，私の学会では，学術集会の内容よりも，巨人軍の長嶋茂雄さんを特別講師としてお呼びしたことがたいへん話題になり，今も語り継がれています．ホテルニューオータニの会場は，1会場では収まらず，かなりの数の参加者にこの特別企画を楽しんでいただいたと思います．長嶋氏の数々のエピソードを，徳光和夫氏が巧みに誘導し，会場は割れんばかりの盛況でした．私は，その後も他学会で，先日亡くなられた星野仙一監督や，ゴルフの中嶋常幸プロ，丸山茂樹プロ，ハンマー投げの室伏広治さんの司会を務めましたが，長嶋氏の話は秀逸でした．日本の学会で，長嶋氏の特別講演は，後にも先にも，この第58回日本消化器外科学会のみであることを考えると，感慨深いものがございます．何はともあれ，第58回が皆様の記憶にとどまっていることを期待しております．

2003年に検討した専門医制度導入から，いよいよ学会も専門医制度の実行に移りました．この専門医制度を含めた本学会の発展を心より祈念しています．

日本消化器外科学会と私



日本消化器外科学会　名誉会長　名誉会員
第61回日本消化器外科学会総会　会長
東海大学　理事
幕内　博康

日本消化器外科学会創立50周年，誠におめでとうございます．私が最も尽力させていただいた学会であり，心より嬉しく思っております．

学会に入会させていただいて以来，毎回少なくとも“食道”と名の付くシンポジウム，パネルディスカッションには常に参加するようにしてきました．1985年より評議員となり，2000年から理事，2006年から監事を務めさせていただきました．委員会にもいくつか所属しましたが，最も力を入れたのが専門医制度委員会でした．思い起こすと最初に日本消化器外科学会事務局に顔を出させていただいたのが，当時専門医試験委員長をしていた三富利夫教授（後に資格認定委員長，専門医制度委員長を歴任）のカバン持ちとして付いて行った時でした．靖国神社前の事務局が懐かしく思い出されます．その後，私も専門医試験委員長や資格認定委員長，試験問題作成委員長等を務めました．

1995年，第45回総会を先代の三富利夫名誉教授が主催され，新設私立大学で初めての大きな学会で，私は事務局長を務めました．演題の募集，プログラム作成も教室員総出で行いました．応募のない施設への連絡，何度か抄録を読み返して，各セッションの演題数の調整作業も最後には手仕事となりました．宿泊の手配，当日の変更，ご招待していない方の対応，会長招宴の当日変更に対する即座の対応など，懐かしく思い出されます．この学会で本当に大変だったのは，学会当日各会場の進行は何の問題もなかったのですが，例年3,000名ほどの参加人数が初日に3,000名を越え，先ずクロークがパンクしました．2日目が心配になり，当時の高土事務長に相談しましたところ「2日目には500名は来ませんよ」と言われましたが，当日になってみると横浜桜木町駅の方から続々と会場を目指して歩いて来る人の列に恐怖を感じました．運営側の名札をかき集め，これもすぐに無くなり，名札のコピーで間に合わせ，後日追加印刷して差し替えました．結局参加者数は5,400名にのぼりました．

さて，私が第61回総会会長を担当させていただいたのは，それから11年後の2006年7月で場所は同じパシフィコ横浜でした．四文字熟語辞典も参考にしてテーマを「多岐亡羊から外科本道へ」といたしました．医学の進歩により種々の治療法が開発され，次々とコストパフォーマンスの良いとはいえない薬剤が出現し，放射線治療法も進歩しています．内視鏡的治療や内視鏡下外科手術も急速に普及し，機能温存手術や縮小手術も取り入れられ外科的治療にも多様性が認められます．外科的治療は患者に大きな侵襲を与えるものであり，可能な限り避けるべき治療法ではありますが，癌治療の第一選択の地位を明け渡すには未だ長い年月が必要と思われました．しかし，今は更に若手医師の外科医離れも急速に進み，ややもすると影が薄れつつある外科手術に今一度光を当ててみたいと考えました．外科医という優れた職人気質を持つ者は往々にしてその職能を通して世界を見る傾向があり，結果として狭量な価値観と人生観の中に己を追いやることが少なくないと思います．種々の治療法に精通すべきであり，望むべきは“診断から治療まで一貫した理解”が必要と考えます．また，“外科医の本道”であるものの考え方，手術への考え方，治療戦略への考え方，を身につけていただきたいと思ったわけです．特別講演2題，招待講演4題，教育講演2題を設け，著名な先生方に大変興味あるご講演をいただきました．改めて感謝申し上げたいと存じます．今でも記憶に明瞭に残っているのが，臨時特別企画“鼎談－大先輩に聞く”です．消化器外科医としての長い人生経験から，羽生富士夫先生，掛川暉夫先生，安富正幸先生に，その生きざま，外科医魂など，外科医たるものこう

生きるべきだというお話を伺うことができました．今，プログラムを読み返してみると，当時の様子が生き生きと思い出されます．

最後に“消化器外科”は今後永く絶えることはないと思います．内容は今後も更に進歩を続け，著しく様変わりしていくことと思います．しかし，外科的手術手技は変化しても必ずや存在し続け，必要とされると思っています．若手消化器外科医諸兄は近未来を見据えて自らの腕を磨き，頭脳を鍛えていただきたいと希望いたします．

JDDW2010への復帰：第８回大会会長を担当して



日本消化器外科学会　名誉会長　名誉会員
第８回日本消化器外科学会大会　会長
永仁会病院
佐々木　巖

日本消化器外科学会は創設50周年を迎えましたが，これまで多くの会員の努力により発展を来たし，我が国そして世界の消化器料外科領域へ益々貢献度を高めていることに敬意を表します．

小生は昭和47年卒で東北大学第一外科に入局し，今では懐かしい大外科と言われた時代に先輩の薫陶を受けて消化器外科の道を歩みました．本学会には入局当時から入会し，消化器の複雑さと巧妙かつ機能的な仕組みを消化器病学会からも学び，消化器外科の病態生理を研究仲間や臨床現場の患者さんから学び研鑽を積んでまいりました．昭和60年頃から研究成果を毎年の米国消化器病週間DDW（米国消化器外科学会SSATが他の消化器関連学会と共に参加）で発表し，米国のDDWでは消化器病に関する世界の最新の発表や関連する基礎医学も学ぶことができました．わが国でも消化器外科の専門性を高めるには，外科独自の工夫と同時に消化器臓器の仕組みや病態をよく知った上で外科治療を行うことが大切であり，手術を受けた患者さんには病巣を切除するだけでなく術後の状態にもより責任を果たすことが大切と考えるようになりました．

本学会の理事を担当していた頃，日本消化器病学会への外科医の参加が減少傾向にあり，消化器外科専門医の育成には広い視野からの取り組みが大切との思いから本学会のJDDWへの参加を模索しておりました．多くの関係者の賛同者を得て，本学会がJDDWに大会として参加することが決定しました．

1977年に秋田八年会長が大会を主催された後，大会は中断しておりましたが時を隔て機が熟し，2010年10月の第18回JDDWから本格的に日本消化器外科学会が大会として参加することになり，小生が大会会長を担当させていただき横浜で開催いたしました．本学会が参加することでJDDWとして本来あるべき形になったと思います．近年の分子生物学の発展を機に人体は多くの細胞・臓器が互いに連携し合い声明を維持している仕組みが次第に明らかになってきています．消化器外科で経験し課題として取り上げられることは，基礎医学を含め他の医学領域の学問とリンクしていることが少なくありません．William Mayoが後進に向けた言葉に“Give me your dreams. I will give you my experience”がありますが，本学会は志のある人に場を提供し環境を整えその一端を担うことができます．これからの消化器外科を担う若い方々には，自由に自分の才能を発揮して多くの課題に挑戦していただきたいと期待します．消化器外科の研究を貪欲に関連領域の研究と連携し合い，互いのオリジナリティーを尊重して専門性を高め刺激し合うことで互いに発展し医学医療に貢献するという基本的理念に向かって挑戦し続ける夢を追い続けたい…と願うものです．

次なる栄光を築くために



日本消化器外科学会　名誉会長　名誉会員
第62回日本消化器外科学会総会　会長
東京大学名誉教授
公立昭和病院院長
上西　紀夫

敬愛する日本消化器外科学会が，創立50周年を迎えたことを心よりお祝い申し上げます．学会の学術集会で発表し，その内容を学会雑誌に投稿し，無事掲載された時は大変嬉しかったことなど様々な思い出があります，その中でも貴重な体験は，何と言っても学会雑誌編集委員会委員および委員長を担当し大変勉強になったこと，そして2007年に第62回日本消化器外科学会総会を主催したことです．正に消化器外科医として学会に育てていただいたものと感謝に堪えません．

編集委員会では伝統である「日本一の学会和文誌を目指して」をモットーに，毎月1回学会本部でホットな議論が行われました．毎月50～60の投稿論文が委員長である私のところに郵送されて来ましたが，それをすべて読み，さらに委員会で自分の専門外の委員の方々の貴重な意見を聞くことにより広い視野と知識を得ることができ，本当に勉強になりました．この素晴らしい伝統が現在も脈々と続いていることを大変嬉しく思います．

晴天に恵まれた第62回日本消化器外科学会総会は，学会として理事長制が施行されて初めての学術集会でした．その背景としては，医療をめぐって様々な問題が噴き出してきており，単年性の会長制度では対応することが困難であることから理事長制への移行が決まり，北野正剛先生が初代の理事長に就任されました．

その医療をめぐる問題の一つとして2006年に上梓された「立ち去り型サボタージュ」（小松秀樹著）に代表される「医療崩壊」への危惧が大きな話題となり，医療事故に対する世間からのバッシング，それに関連する専門医の意義，医師の働き方への懸念などがあり，これらについて学会総会で取り上げました．そして，学会総会のテーマを「次なる栄光を築くために」として，若手の消化器外科医へのエールを送ることにしました．

専門医の関わり方については，認定医や専門医制度が揺らぐ中，明確にすべきと考え，学会の指導施設を中心に各領域の手術成績についてアンケート調査を行い，その結果を公表すると共に特別企画「日本消化器外科学会専門医制度の検証と展望」で取り上げました．その中で，食道癌手術や膵頭十二指腸切除術では専門医が関わることによって明らかに合併症が少ないことが示され，その意義が明確となりました．そして，このデータ集積の活動がその後のNCD構築への第一歩となったのです．また，働き方についてもこのアンケートの中で取り上げ，厳しい状況が初めて明らかとなりました．

学会の学術内容としては，消化器癌に対する拡大郭清術が盛んに行われている一方で，内視鏡下手術による低侵襲手術も普及し始めており，それぞれの立場から熱心な討論が行われましたが，趨勢としては拡大郭清に対する見直しの意見が出てきた時期であったと思います．その流れの一つとして，進行胃癌に対する予防的大動脈周囲リンパ節郭清に関するRCTが行われ，予防的拡大郭清の意義が否定されたことは象徴的なことのように思います．

以上のように，振り返ってみれば理事長制の始まり，NCDの先駆けとも言える消化器外科に関するデータ集積，現在「働き方改革」として大きな問題となっている外科医の勤務状況についての調査，一方，学術的には拡大郭清から低侵襲治療への流れなど，一つの大きな転機となる時期に学会運営に携わり，学会総会を主催させていただいたものと，改めて感慨深く感じているところです．

最後になりましたが，日本消化器外科学会の次の50年に向けて更なる発展を願い，第62回学会総会のテーマであった「次なる栄光を築くために」のエールを，再び心を込めて送りたいと思います．

日本消化器外科学会創立50周年記念に寄せて



日本消化器外科学会　名誉会長　名誉会員
第９回日本消化器外科学会大会　会長
JCHO久留米総合病院
白水　和雄

本学会が誕生して50周年の節目を迎えること，心からお慶び申し上げます．この半世紀もの長い歴史の中には幾度となく困難な状況に直面したこともあったかと思いますが，山積する難問題を克服し，医学・医療の世界に貢献できたことは，一重に歴代理事長，理事の皆様方のご尽力はじめ全会員の努力の賜物であります．また，本学会を陰ながら支えてきた事務局スタッフの方々の並々ならぬ努力も忘れてはなりません．この場を借りて深甚なる感謝と敬意を表したいと思います．

私が本学会の理事に就任したときは，平成16年～22年まで保険診療担当理事として，またいくつかの委員も兼ねて仕事をさせていただきました．また，平成23年には第９回日本消化器外科学会大会会長（JDDW2011）を福岡の地で開催させていただきました．「夢を育む，そして未来へ」をメインテーマとして掲げ，「外科病理からみたTranslational Research」と題して会長講演をさせていただきました．基礎研究と臨床研究の大切さを訴え，Creative mind（創造），Research mind（探究），Challenge spirit（挑戦）の心意気を常に持ち続けることが進歩に繋がることを訴えたつもりです．このような大きな学会を主宰させていただき成功裡に終えたことを誇りに思うと共に，教室員は勿論のこと，つたない講演を聴いていただいた多くの会員の先生方にこの場を借りて深く感謝をしたいと思います．今振り返ってみて，当時のことが大変なつかしく楽しく思い出されます．さらに，平成25年（2013）には手術部門で第１回の学会賞を受賞し（JSGS Art of the Year），大変名誉なことと思っています．当時の理事会，選考委員会の先生方に感謝いたします．この受賞の理由は，外科病理の基礎的な研究結果に基づき下部直腸癌に対する内括約筋切除術Intersphincteric resection（ISR），あるいは外括約筋切除術（ESR）の妥当性を証明し，下部直腸癌患者に対する究極の肛門温存術を推進してきたことが評価されたものと思っています．

現在，私は久留米大学を定年退職し教育関連病院の外科主任部長として勤務し消化器外科に携わっていますが，この病院でも他の施設と同様に胃がんが減少し，大腸がんが増加しています．また，胆石症や鼠径ヘルニアが多いのには驚きの念を隠せません．手術は私の時代とは異なり，ほとんどの疾患が腹腔鏡手術で行われ，時代の変遷を感じています．また一方では，患者は書籍やインターネット等で沢山の情報を得られる時代となり，医師も患者のニーズに応えられるように勉学に励み努力をしなければなりません．このような状況の中で，都会と地方での医師の格差が広がり，特に外科医を希望する研修医が減少していることにどのような対策が必要なのか大きな課題があるかと思われます．消化器外科の魅力をいかにして伝えるか知恵を絞ってこの大きな問題に立ち向かっていかなくてはなりません．本学会の歩むべき道は何処なのか，使命は何なのかを再認識し未来に向けて進んでほしいと思います．このように日本では患者や医師のニーズも多様化し厳しい医療環境に直面しています．50周年を契機に，全会員が英知を結集し一致団結してこの困難な時代を乗り切ってほしいと思います．そして本学会が日本だけでなく世界の医学・医療の発展にリーダーシップを大いに発揮し末永く貢献できることを祈念したいと思います．

学術発表内容への科学的貢献・責任・内容評価は不必要か？消化器外科研究データベースの確立を望む！



日本消化器外科学会　名誉会長　名誉会員
第63回日本消化器外科学会総会　会長
平田　公一

歴史を振り返ると本学会の重要な貢献として，外科治療法の含有する曖昧さを明確にすべく，その貢献内容を科学的に位置づけ，治療法自体の評価とは別に高い専門的技術を専門医認定によって標準化させるという仕組みをもって，確かにsurgical qualityを確実に向上させてきた．今後は今回の記念期を機に，将来を見据え今日の医学・医療の常識を超えた考え方を導入し，将来に責任を果たしうる体制構築を期待する．日本の経済力と，研究力の国際的な地位低下は直近の10～20年間，悲しい現状にある．国際的信頼を喪失させた企業の判断，先見性の欠如，その背景にある低い理念による低指導性，国民迎合型の社会環境下での劣勢状態等が，国力を低下させている．20～30年後先から過去を振り返った際に，さすが日本とrespectされる体制をつくらなくてはいけない．日本人の各人が‘責’を果たしうる風潮をつくることのみで高い到達点に至ることが可能と考えられる．烏滸がましい発言だが，誰もが指摘する今の日本の研究力の低さに懸念を抱いている．

担当理事・委員長を仰せつかった当時の二種の代表的な業務を振りかえってみる．ある日突然，厚生労働省が公表しうる専門医制度条件とは？　という問いを投げかけた．当時，日本外科学会での整備はなされておらず苦労した思い出がある．従って，本学会の制度整備が多くの外科系学会の手本となり得るとの思いもあり尽力した．評議員選考時には，恣意的な条件設定認定に迫られるなど，血圧を上げられていたように思える．申し訳なかったが厳しい裁断を下した．後世から振り返って，侮られることの無いようにと意識したものだ．幸いにもスマートな理念を抱く理事に支持を頂いたことに感謝している．上記事項に関するdebate内容はその後の関連協議の基盤的考え方として重要視頂いたものである．‘発言責任’の重みを意識していた人材が重きを置かれていた時代であった．学者としてのプライドを大切にしていた歴史を感じられる．歪曲とは言わなくともある種の信念の下，修飾を加えることにより真実を微妙に修飾していることの罪を認識せずに発言される風潮はそう古くない昔に存在した．思いもよらぬ弁を目に耳にしたものである．これでは国際的にはrespectなどされえない国になりかねないと危惧を抱いたものである．歴史的責任の欠如が底にあったのだ．

「Oncology」，「Immunology」に関心を寄せ，前者については「膵臓癌」，後者については「腫瘍免疫学」，「感染症学，特に免疫細胞・前DIC・末梢血流状態」に焦点を当てた研究を行った．膵臓癌の薬物療法が全く確立していなかった時代に生き，切除と廓清の意義を探索するには適切な臓器がんと認識し，1990年代半ばに標準廓清術はステージⅡに有用だがステージⅢでは疑問であるとの結論を英文誌に述べた．更に今の化学療法に繋がる周術期治療を実施すると，3年生存率，健存率は見事に向上するとの事実と結論を別の英文誌に発表した．厳しいご意見を国外からではなく，国内から頂いた．これを受けて下さって2000年開催の小川道雄会長による特別企画“21世紀の消化器外科を語る”において「膵癌」を担当させていただいた．化学療法の常套化，拡大廓清の回避，個別的適正手術の選択，を結論とさせていただいた．第63回総会時の会長講演では，がん臨床データベース体制の確立，医療の質向上の為の専門医制度，医療の質の検証体制の確立，国内論文のアセスメントの重要性，を講演内容とした．日本消化器外科学会創立40年目，即ち10年前の懐かしい思い出である．これらは当時の若者がまさに現実化してくださっている．但し，論文の評価は進んでいない．少ない研究費配分に誤りを防ぐためにも急ぎ整備して頂きたいと願う．

第66回総会の回想と専門医への期待



日本消化器外科学会　名誉会長　名誉会員
第66回日本消化器外科学会総会　会長
藤田医科大学　名誉教授
豊田地域医療センター　理事長
宮川　秀一

日本消化器外科学会が創立50周年，半世紀を迎え，益々のご発展を重ねていることは，先輩諸兄ならびに学会評議員，会員の連綿と続く知識，技能の継承，弛まぬ研鑽と改革の賜物であることと敬意を表します．

第66回日本消化器外科学会総会は平成23年7月に名古屋国際会議場にて開催させていただきました．本学会の総会が名古屋で催されたのは5度目であり，平成11年に第54回総会を本学の船曳孝彦先生が開催されて以来12年振りでした．総会のテーマは「創造，連帯，育成」で，一文字では消化器外科の新展開への思いを込めて「創」としました．その第一の理由は，日本消化器外科学会は，包括的専門学会として目覚しい発展を遂げ，本邦の消化器外科学は，国民への良質な医療を提供し，世界に誇れる治療成績を達成していることは当時から自明の理でした．この伝統を受け継ぎ，先進的なエビデンスの「創造」の促進と交流の場となる学術集会を形成したいこと，第二に，平成22年1月から消化器外科関連専門医制度協議会が新たに発足し，また平成23年1月からは，NCD事業が始まりました．これらの事業の成功のためには，関連諸学会と「連帯」しながら具体的な提言・要求を掲げ，その実現に向けた活動を更に推進し，日本消化器外科学会には関連諸学会と情報の共有を進めて欲しいこと，第三に，専門医制度委員会の委員長を拝命しておりましたので，専門医の研修，資格取得状況を把握すると，資格取得時の平均年齢が39歳頃，手術など修錬実績に偏りがあることなどが問題点として挙げられていました．そこで消化器外科専門医のキャリアパスを構築し，時代の要請に対応できるレベルの高い消化器外科専門医の「育成」を推進し，これらの諸活動を通じて社会へ貢献する，との思いを込めて学会を主催させていただきました．

私は40年前安城更生病院の研修医から外科医になりました．当時のオーベンが前名古屋大学小児外科教授，現在愛知県心身障碍者コロニー総長の安藤久實先生でした．いまでも徹夜で行った交通外傷の手術がありありと脳裏に焼き付いております．一例は頸部裂傷で気管断裂，食道は後壁のみ確認できる状態，頸動脈などの重要血管は損傷なし，食道，気管等を縫合して無事全治した患者，もう一つは肝裂傷で肝中央が10 cm程裂けている患者で，出血がコントロールできない状態でした．当時は肝切除の経験も技術も無かったので大ガーゼを繋げてのタンポナーデで出血をコントロールし，開腹創を一部閉創せずにそこからガーゼの端を出し，朝8時頃手術を終了．数日後止血を確認してガーゼ除去，この患者も全治退院しました．患者の命を救うためにできうる限りの力を尽くす，諦めないなどの外科医としての姿勢を培った貴重な経験でした．若い外科医には，消化器外科専門医としての幅広い知識，手術手技の技量，救急疾患への対応，外科医としての不撓不屈の精神を身に着け，社会に貢献されることを期待しております．現在では，基盤学会としての日本外科学会や臓器別専門学会など関連する諸学会と共同でのデータベース事業，また専門医制度の改革が一層進んでいると認識しております．

日本消化器外科学会の益々のご発展と諸先輩ならびにご同輩の健康，後進の方々の一層のご研鑽を祈念いたしております．

5

日本消化器外科学会の変遷

日本消化器外科学会　役員の変遷

	1968年7月	1969年7月	1970年9月	1971年7月	1972年7月	1973年7月	1974年7月	1975年7月	1976年7月
理事	井口　潔	井口　潔	井口　潔	井口　潔	井口　潔	井口　潔	井口　潔	井口　潔	井口　潔
	卜部美代志	卜部美代志	卜部美代志	卜部美代志	卜部美代志	卜部美代志	秋田　八年	秋田　八年	秋田　八年
	梶谷　環	梶谷　環	梶谷　環	綾部　正大	綾部　正大	綾部　正大	綾部　正大	綾部　正大	綾部　正大
	堺　哲郎			石川　浩一	石川　浩一	石川　浩一	石川　浩一	石川　浩一	石川　浩一
	陣内伝之助	陣内伝之助	陣内伝之助	陣内伝之助	陣内伝之助	陣内伝之助			
	田北　周平	田北　周平	田北　周平	田北　周平	葛西　森夫	葛西　森夫	葛西　森夫	葛西　森夫	葛西　森夫
	田中　早苗	田中　早苗	田中　早苗	田中　早苗	田中　早苗	田中　早苗	田中　早苗	田中　早苗	田中　早苗
	中山　恒明	中山　恒明	中山　恒明	中山　恒明	中山　恒明	中山　恒明	長尾　房大	長尾　房大	長尾　房大
	橋本　義雄			本庄　一夫	本庄　一夫	本庄　一夫	本庄　一夫	本庄　一夫	本庄　一夫
	羽田野　茂	羽田野　茂				佐藤　博	佐藤　博	佐藤　博	佐藤　博
	槇　哲夫	槇　哲夫	槇　哲夫	槇　哲夫					
	村上　忠重	村上　忠重	村上　忠重	村上　忠重	村上　忠重	村上　忠重	村上　忠重	村上　忠重	村上　忠重
	山岸三木雄	山岸三木雄							
監事			梶谷　環	梶谷　環	梶谷　環	梶谷　環	陣内伝之助	陣内伝之助	陣内伝之助
			山岸三木雄	山岸三木雄	田北　周平	田北　周平	中山　恒明	中山　恒明	中山　恒明
幹事（常任幹事）	池田　典次	池田　典次	池田　典次	岩塚　迪雄	岩塚　迪雄	岩塚　迪雄	遠藤　光夫	遠藤　光夫	遠藤　光夫
	大久保高明	大久保高明	大久保高明	大久保高明	大久保高明	大久保高明	大久保高明	大久保高明	大久保高明
				鈴木　博孝	鈴木　博孝	鈴木　博孝	鈴木　博孝	鈴木　博孝	鈴木　博孝

	1977年7月		1978年2月	1979年2月	1980年2月	1981年2月	1982年2月	1983年2月	1984年2月
理事	井口　潔	選挙制に移行	井口　潔	井口　潔	井口　潔	井口　潔	井口　潔	井口　潔	井口　潔
	秋田　八年		大内　清太	大内　清太	大内　清太	土屋　凉一	土屋　凉一	土屋　凉一	土屋　凉一
	綾部　正大		葛西　森夫	葛西　森夫	葛西　森夫	葛西　森夫	葛西　森夫	葛西　森夫	葛西　森夫
	石川　浩一		佐藤　寿雄	佐藤　寿雄	佐藤　寿雄	佐藤　寿雄	佐藤　寿雄	佐藤　寿雄	佐藤　寿雄
			佐藤　博	佐藤　博	佐藤　博	佐藤　博	佐藤　博	佐藤　博	佐藤　博
	葛西　森夫		長尾　房大	長尾　房大	長尾　房大	長尾　房大	長尾　房大	長尾　房大	長尾　房大
	田中　早苗		村上　忠重	村上　忠重	村上　忠重	西　満正	西　満正	宮崎　逸夫	宮崎　逸夫
	長尾　房大		小林誠一郎	小林誠一郎	小林誠一郎	小林誠一郎	小林誠一郎	小林誠一郎	掛川　暉夫
	本庄　一夫		武藤　輝一	武藤　輝一	武藤　輝一	武藤　輝一	武藤　輝一	武藤　輝一	菅原　克彦
	佐藤　博		城所　仂	城所　仂	城所　仂	城所　仂	白鳥　常男	白鳥　常男	白鳥　常男
			四方　淳一	四方　淳一	四方　淳一	四方　淳一	四方　淳一	四方　淳一	相馬　智
	村上　忠重		神前　五郎	神前　五郎	神前　五郎	神前　五郎	神前　五郎	神前　五郎	土屋　周二
			草間　悟	草間　悟	草間　悟	草間　悟	服部　孝雄	服部　孝雄	鍋谷　欣市
			和田　達雄	和田　達雄	和田　達雄	和田　達雄	和田　達雄	和田　達雄	羽生富士夫
監事	陣内伝之助		秋田　八年	秋田　八年	秋田　八年	秋田　八年	城所　仂	城所　仂	城所　仂
	中山　恒明		葛西　洋一	葛西　洋一	葛西　洋一	葛西　洋一	草間　悟	草間　悟	四方　淳一
			光野　孝雄	光野　孝雄	光野　孝雄	光野　孝雄	鍋谷　欣市	鍋谷　欣市	武藤　輝一
幹事（常任幹事）	遠藤　光夫		遠藤　光夫	遠藤　光夫	遠藤　光夫	遠藤　光夫	遠藤　光夫	遠藤　光夫	遠藤　光夫
	大久保高明		大久保高明	大久保高明	大久保高明	大久保高明	大久保高明	大久保高明	大久保高明
	鈴木　博孝		鈴木　博孝	鈴木　博孝	鈴木　博孝	鈴木　博孝	鈴木　博孝	鈴木　博孝	鈴木　博孝

	1985年2月	1986年2月	1987年2月	1988年2月	1989年2月	1990年2月	1991年2月	1992年2月	1993年2月
理事	青木 春夫	青木 春夫	青木 春夫	青木 春夫	青木 春夫	青木 春夫	比企 能樹	比企 能樹	比企 能樹
	土屋 凉一	土屋 凉一	岩崎 洋治	岩崎 洋治	岩崎 洋治	岩崎 洋治	遠藤 光夫	遠藤 光夫	遠藤 光夫
	服部 孝雄	服部 孝雄	服部 孝雄	服部 孝雄	大原 毅	大原 毅	大原 毅	大原 毅	二川 俊二
	水本 龍二	水本 龍二	水本 龍二	水本 龍二	岡島 邦雄	岡島 邦雄	岡島 邦雄	岡島 邦雄	谷村 弘
	森 昌造	森 昌造	森 昌造	森 昌造	森 昌造	森 昌造	高橋 俊雄	高橋 俊雄	高橋 俊雄
	森岡 恭彦	森岡 恭彦	森岡 恭彦	森岡 恭彦	藤巻 雅夫	藤巻 雅夫	藤巻 雅夫	藤巻 雅夫	安富 正幸
	宮崎 逸夫	宮崎 逸夫	宮崎 逸夫	宮崎 逸夫	安富 正幸	安富 正幸	中山 和道	中山 和道	中山 和道
	掛川 暉夫	掛川 暉夫	掛川 暉夫	掛川 暉夫	掛川 暉夫	三富 利夫	三富 利夫	三富 利夫	三富 利夫
	菅原 克彦	菅原 克彦	菅原 克彦	岡本 英三	岡本 英三	岡本 英三	岡本 英三	小玉 正智	小玉 正智
	白鳥 常男	白鳥 常男	白鳥 常男	齋藤 洋一	齋藤 洋一	齋藤 洋一	齋藤 洋一	阿保七三郎	阿保七三郎
	欠員	杉浦 光雄	杉浦 光雄	杉浦 光雄	欠員	中川原儀三	中川原儀三	中川原儀三	中川原儀三
	土屋 周二	土屋 周二	土屋 周二	櫻井 健司	櫻井 健司	櫻井 健司	櫻井 健司	島津 久明	欠員
	鍋谷 欣市	戸部 隆吉	戸部 隆吉	戸部 隆吉	戸部 隆吉	戸部 隆吉	戸部 隆吉	鈴木 敞	鈴木 敞
	羽生富士夫	羽生富士夫	羽生富士夫	磯野 可一	磯野 可一	磯野 可一	磯野 可一	鈴木 博孝	鈴木 博孝
監事	城所 仂	阿部 令彦	阿部 令彦	阿部 令彦	阿部 令彦	掛川 暉夫	掛川 暉夫	斎藤 洋一	斎藤 洋一
	四方 淳一	四方 淳一	四方 淳一	菅原 克彦	菅原 克彦	水本 龍二	水本 龍二	戸部 隆吉	戸部 隆吉
	武藤 輝一	鍋谷 欣一	土屋 凉一	土屋 凉一	土屋 凉一	土屋 凉一	安富 正幸	安富 正幸	岡本 英三
			早坂 滉	早坂 滉	羽生富士夫	羽生富士夫	羽生富士夫	羽生富士夫	桜井 健司
幹事 (常任幹事)	秋本 伸	秋本 伸	秋本 伸	秋本 伸	秋本 伸	秋本 伸	今泉 俊秀	今泉 俊秀	今泉 俊秀
	杉山 貢	杉山 貢	杉山 貢	杉山 貢	杉山 貢	杉山 貢	杉山 貢	杉山 貢	杉山 貢
	鈴木 博孝	鈴木 博孝	鈴木 博孝	鈴木 博孝	鈴木 博孝	鈴木 博孝	鈴木 博孝	幕内 博康	幕内 博康

	1994年2月	1995年2月	1996年2月	1997年2月	1998年2月	1999年2月	2000年7月	2001年7月	2002年7月
理事	比企 能樹	比企 能樹	比企 能樹	小平 進	小平 進	小平 進	小平 進	小平 進	小平 進
	遠藤 光夫	恩田 昌彦	恩田 昌彦	木下 博明	木下 博明	木下 博明	木下 博明	木下 博明	木下 博明
	二川 俊二	二川 俊二	二川 俊二	二川 俊二	二川 俊二	跡見 裕	跡見 裕	跡見 裕	跡見 裕
	谷村 弘	谷村 弘	谷村 弘	小玉 正智	小玉 正智	高崎 健	高崎 健	高崎 健	高崎 健
	高橋 俊雄	高橋 俊雄	高橋 俊雄	嶋田 紘	嶋田 紘	嶋田 紘	嶋田 紘	北野 正剛	北野 正剛
	安富 正幸	佐治 重豊	佐治 重豊	中野 博重	中野 博重	中野 博重	中野 博重	平田 公一	平田 公一
	中山 和道	中山 和道	中山 和道	池田 靖洋	池田 靖洋	三輪 晃一	三輪 晃一	三輪 晃一	三輪 晃一
	船曳 孝彦	船曳 孝彦	船曳 孝彦	船曳 孝彦	愛甲 孝	愛甲 孝	愛甲 孝	愛甲 孝	愛甲 孝
	小玉 正智	小玉 正智	川原田嘉文	川原田嘉文	川原田嘉文	川原田嘉文	川原田嘉文	川原田嘉文	岡 正朗
	阿保七三郎	阿保七三郎	小山 研二	小山 研二	小山 研二	小山 研二	佐々木 巌	佐々木 巌	佐々木 巌
	磨伊 正義	磨伊 正義	磨伊 正義	磨伊 正義	磨伊 正義	磨伊 正義	上西 紀夫	上西 紀夫	上西 紀夫
	小川 道雄	小川 道雄	小川 道雄	小川 道雄	小川 道雄	小川 道雄	幕内 博康	幕内 博康	幕内 博康
	鈴木 敞	鈴木 敞	山岡 義生	山岡 義生	山岡 義生	山岡 義生	山岸 久一	山岸 久一	山岸 久一
	鈴木 博孝	鈴木 博孝	鈴木 博孝	鈴木 博孝	炭山 嘉伸	炭山 嘉伸	炭山 嘉伸	炭山 嘉伸	塩崎 均
監事	斎藤 洋一	斎藤 洋一	中川原儀三	中川原儀三	谷村 弘	谷村 弘	小川 道雄	小川 道雄	
	大原 毅	大原 毅	安富 正幸	安富 正幸	武藤徹一郎	武藤徹一郎	北島 政樹	北島 政樹	北島 政樹
	岡本 英三	藤巻 雅夫	藤巻 雅夫	高橋 俊雄	高橋 俊雄	二川 俊二	二川 俊二	佐治 重豊	佐治 重豊
	桜井 健司	三富 利夫	三富 利夫	吉野 肇一	吉野 肇一	吉野 肇一	吉野 肇一	杉町 圭蔵	杉町 圭蔵
幹事 (常任幹事)	今泉 俊秀	今泉 俊秀	今泉 俊秀	今泉 俊秀	今泉 俊秀	今泉 俊秀	今泉 俊秀	今泉 俊秀	今泉 俊秀
	杉山 貢	杉山 貢	杉山 貢	杉山 貢	杉山 貢	杉山 貢	杉山 貢	杉山 貢	杉山 貢
	幕内 博康	幕内 博康	幕内 博康	幕内 博康	幕内 博康	幕内 博康	小澤 壯治	小澤 壯治	小澤 壯治

日本消化器外科学会　役員の変遷

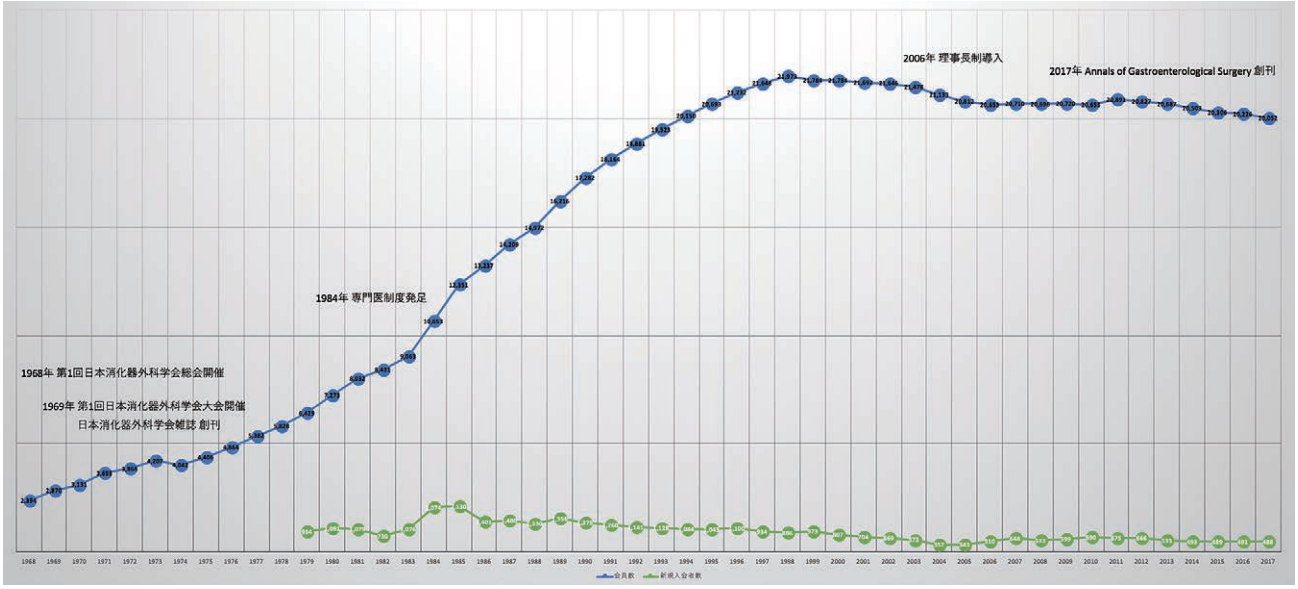
	2003年7月	2004年7月	2005年7月	
理　事	中村　達	中村　達	中村　達	理事長制に移行・幹事制廃止
	田尻　孝	田尻　孝	田尻　孝	
	跡見　裕	跡見　裕	杉原　健一	
	高崎　健	高崎　健	宮川　秀一	
	北野　正剛	北野　正剛	北野　正剛	
	平田　公一	平田　公一	平田　公一	
	三輪　晃一	三輪　晃一	山口　明夫	
	愛甲　孝	白水　和雄	白水　和雄	
	岡　正朗	岡　正朗	岡　正朗	
	佐々木　巌	佐々木　巌	佐々木　巌	
	上西　紀夫	上西　紀夫	上西　紀夫	
	幕内　博康	幕内　博康	幕内　博康	
	山岸　久一	山岸　久一	山岸　久一	
	塩崎　均	塩崎　均	塩崎　均	
監　事				
	北島　政樹	愛甲　孝	愛甲　孝	
	佐治　重豊	佐治　重豊		
	炭山　嘉伸	炭山　嘉伸	炭山　嘉伸	
幹　事（常任幹事）	小澤　壯治	小澤　壯治	小澤　壯治	

	2006年7月	2007年7月	2008年7月	2009年7月
理事長	北野　正剛	北野　正剛	杉原　健一	杉原　健一
理　事	中村　達	中村　達	中村　達	今野　弘之
	田尻　孝	笹子三津留	笹子三津留	笹子三津留
	杉原　健一	杉原　健一	杉原　健一	杉原　健一
	宮川　秀一	宮川　秀一	宮川　秀一	具　英成
	北野　正剛	千々岩一男	千々岩一男	千々岩一男
	平田　公一	谷　徹	谷　徹	森　正樹
	山口　明夫	山口　明夫	山口　明夫	山口　明夫
	白水　和雄	白水　和雄	白水　和雄	白水　和雄
	岡　正朗	岡　正朗	島田　光生	島田　光生
	後藤　満一	後藤　満一	後藤　満一	後藤　満一
	川崎　誠治	川崎　誠治	川崎　誠治	川崎　誠治
	安藤　暢敏	安藤　暢敏	安藤　暢敏	安藤　暢敏
	塚田　一博	塚田　一博	塚田　一博	塚田　一博
	塩崎　均	塩崎　均	木村　理	木村　理
監　事	幕内　博康	幕内　博康	幕内　博康	
	愛甲　孝	愛甲　孝	平田　公一	平田　公一
	山岸　久一	山岸　久一	山岸　久一	
		上西　紀夫	上西　紀夫	上西　紀夫

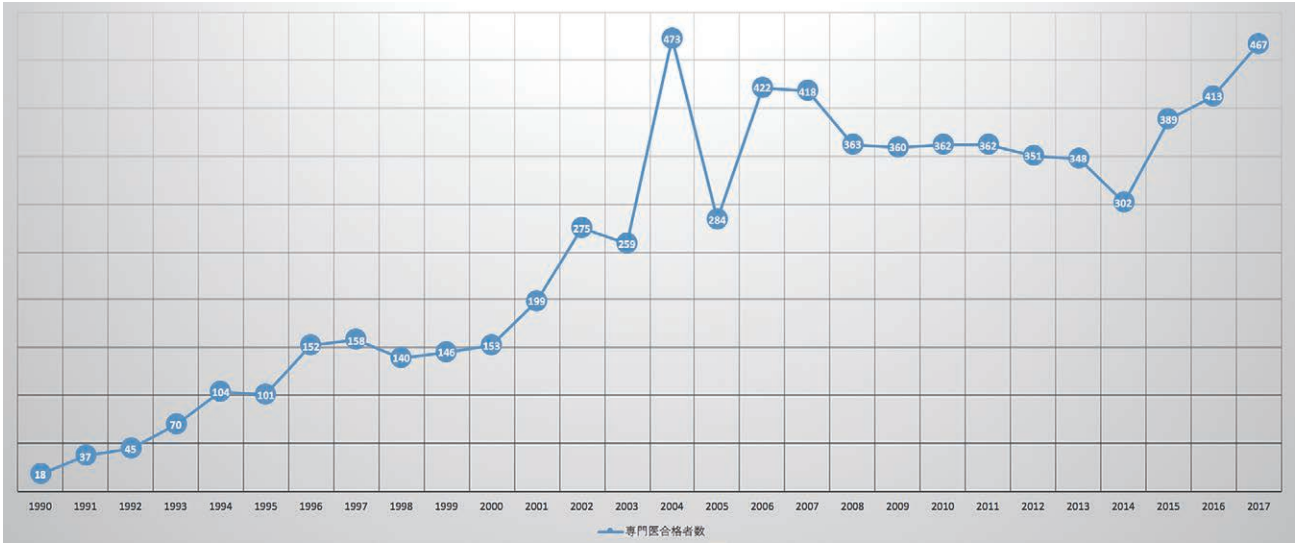
	2010年7月	2011年7月	2012年7月	2013年7月	2014年7月	2015年7月	2016年7月	2017年7月	2018年7月
理事長	杉原　健一	森　正樹	森　正樹	森　正樹	森　正樹	瀬戸　泰之	瀬戸　泰之	瀬戸　泰之	瀬戸　泰之
理　事	今野　弘之	今野　弘之	今野　弘之	若林　剛	欠員	小澤　壯治	小澤　壯治	北川　雄光	北川　雄光
	笹子三津留	笹子三津留	笹子三津留	大辻　英吾	大辻　英吾	大辻　英吾	大辻　英吾	大辻　英吾	大辻　英吾
	杉原　健一	瀬戸　泰之	瀬戸　泰之	瀬戸　泰之	瀬戸　泰之	瀬戸　泰之	瀬戸　泰之	瀬戸　泰之	瀬戸　泰之
	具　英成	具　英成	具　英成	具　英成	具　英成	掛地　吉弘	掛地　吉弘	掛地　吉弘	掛地　吉弘
	千々岩一男	山本　雅一	山本　雅一	山本　雅一	山本　雅一	山本　雅一	山本　雅一	大段　秀樹	大段　秀樹
	森　正樹	森　正樹	森　正樹	森　正樹	森　正樹	永野　浩昭	永野　浩昭	永野　浩昭	永野　浩昭
	山口　明夫	太田　哲生	太田　哲生	太田　哲生	太田　哲生	袴田　健一	袴田　健一	袴田　健一	袴田　健一
	夏越　祥次	夏越　祥次	夏越　祥次	夏越　祥次	夏越　祥次	夏越　祥次	猪股　雅史	猪股　雅史	猪股　雅史
	島田　光生	島田　光生	島田　光生	島田　光生	吉田　和弘	吉田　和弘	吉田　和弘	吉田　和弘	吉田　和弘
	後藤　満一	後藤　満一	矢永　勝彦	矢永　勝彦	矢永　勝彦	矢永　勝彦	矢永　勝彦	矢永　勝彦	矢永　勝彦
	山上　裕機	山上　裕機	山上　裕機	山上　裕機	山上　裕機	山上　裕機	山上　裕機	山上　裕機	山上　裕機
	安藤　暢敏	安藤　暢敏	渡邊　昌彦	渡邊　昌彦	渡邊　昌彦	渡邊　昌彦	田邉　稔	田邉　稔	田邉　稔
	楠　正人	楠　正人	楠　正人	楠　正人	遠藤　格	遠藤　格	遠藤　格	遠藤　格	遠藤　格
	木村　理	木村　理	木村　理	木村　理	正木　忠彦	正木　忠彦	正木　忠彦	正木　忠彦	正木　忠彦
監　事	岡　正朗	岡　正朗	岡　正朗	岡　正朗	後藤　満一	後藤　満一	森　正樹	森　正樹	森　正樹
	平田　公一	平田　公一	塚田　一博	塚田　一博	塚田　一博	塚田　一博	楠　正人	楠　正人	楠　正人
	北野　正剛	北野　正剛	北野　正剛	北野　正剛	今野　弘之	今野　弘之	今野　弘之	今野　弘之	島田　光生
	上西　紀夫	宮川　秀一	宮川　秀一	千々岩一男	笹子三津留	笹子三津留	木村　理	木村　理	木村　理

会員数等の推移

会員数推移



専門医合格者数推移



6

創立50年のあゆみ

創立50周年のあゆみ

日本消化器外科学会 創立50年のあゆみ

これまでも、これからも、挑み続ける100年へ。

1967
日本消化器外科学会
設立趣意書作成

1968
日本消化器外科学会
発足

第1回
日本消化器外科学会総会
開催

1969
日本消化器外科学会雑誌
第1巻第1号発行

第1回
日本消化器外科学会大会
開催

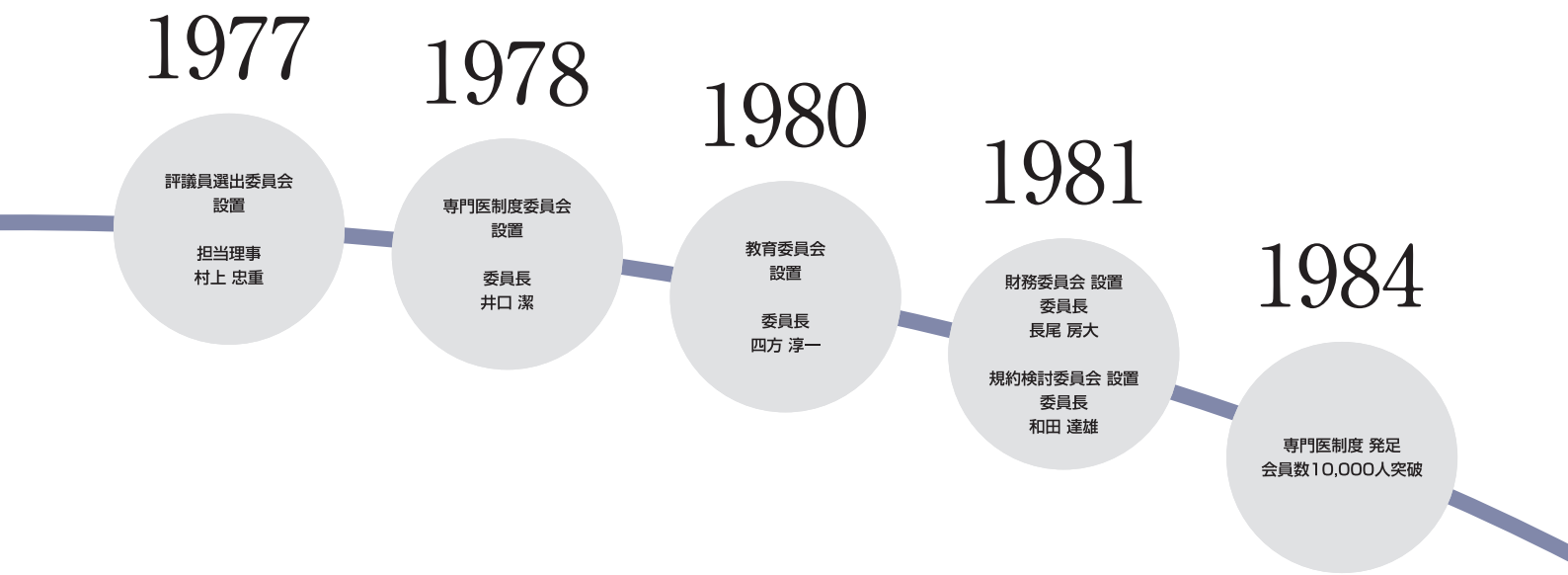
1972
会誌編集委員会
設置

委員長
村上 忠重

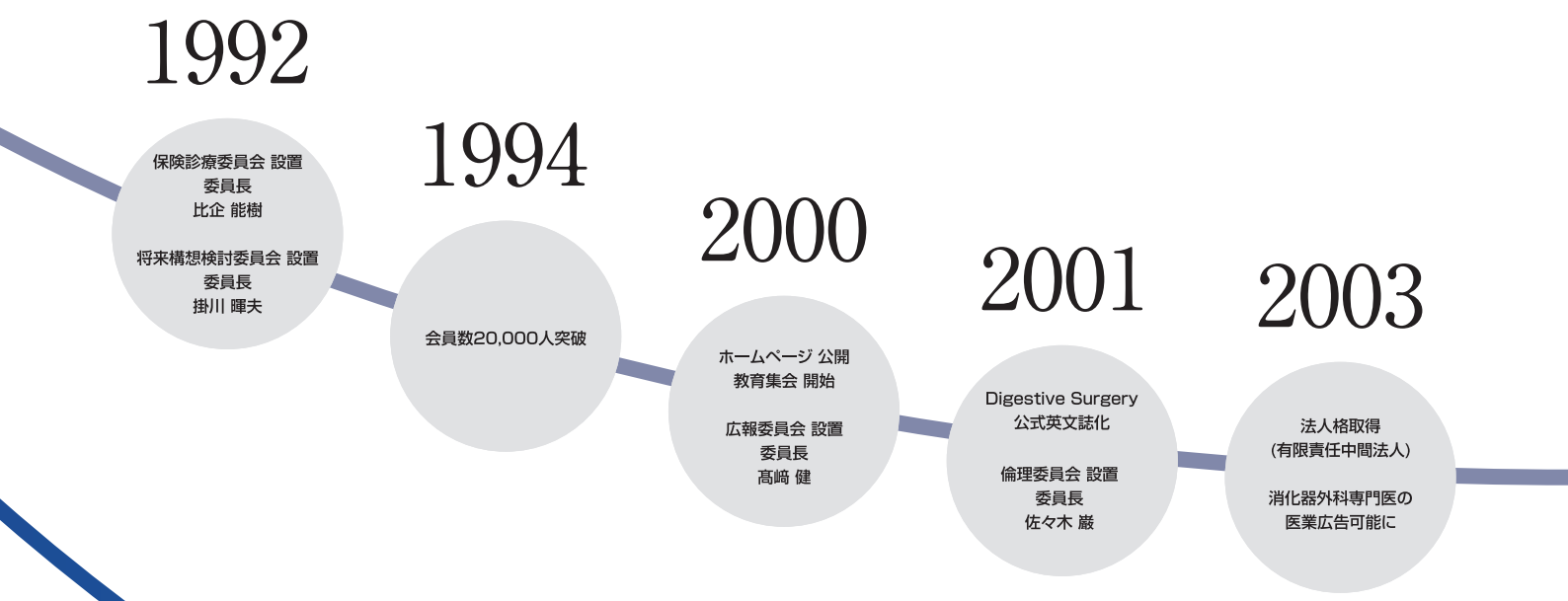
1976
日本医学会 加盟

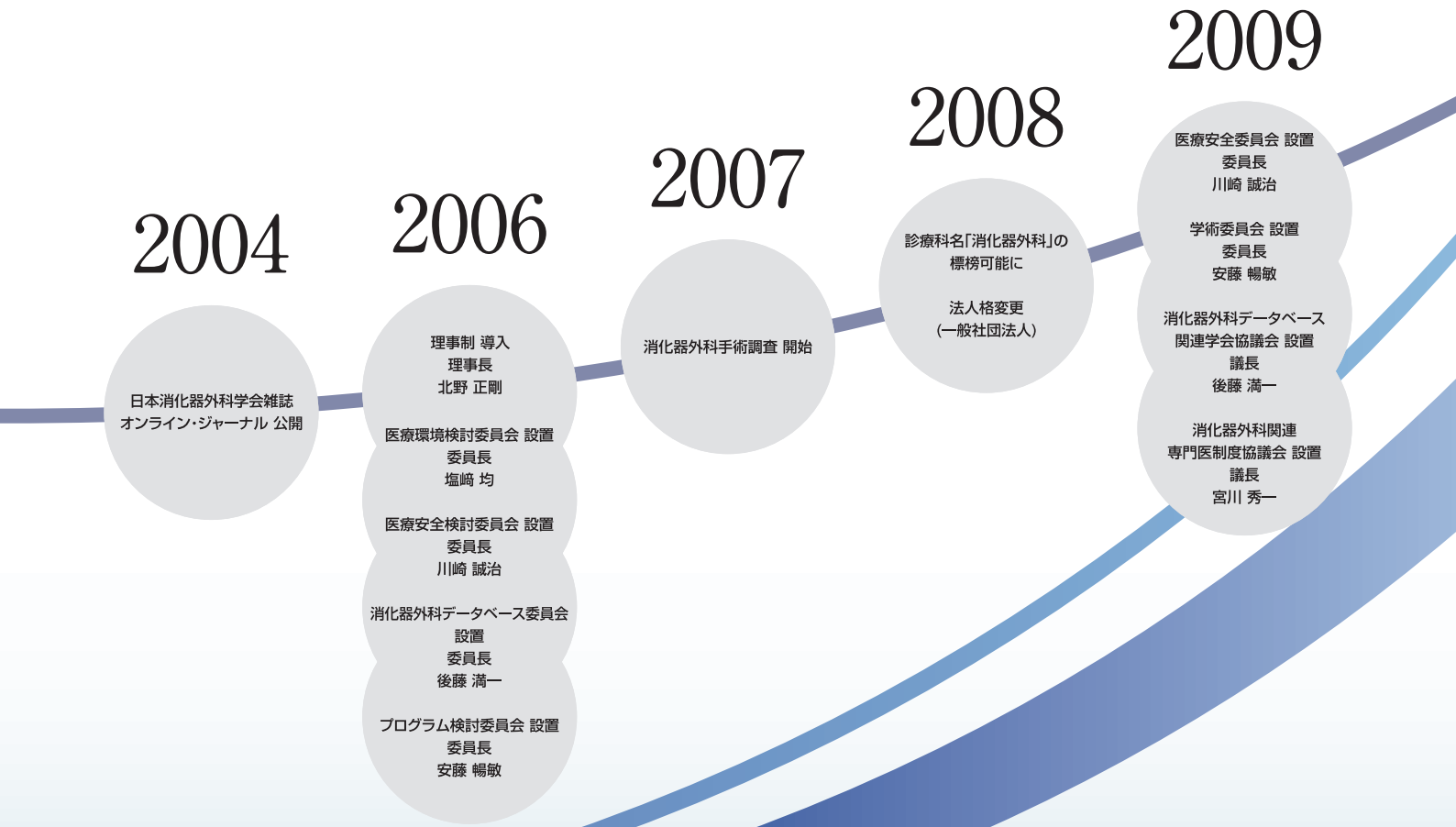
The Japanese Society of Gastroenterological Surgery

The 50-year history

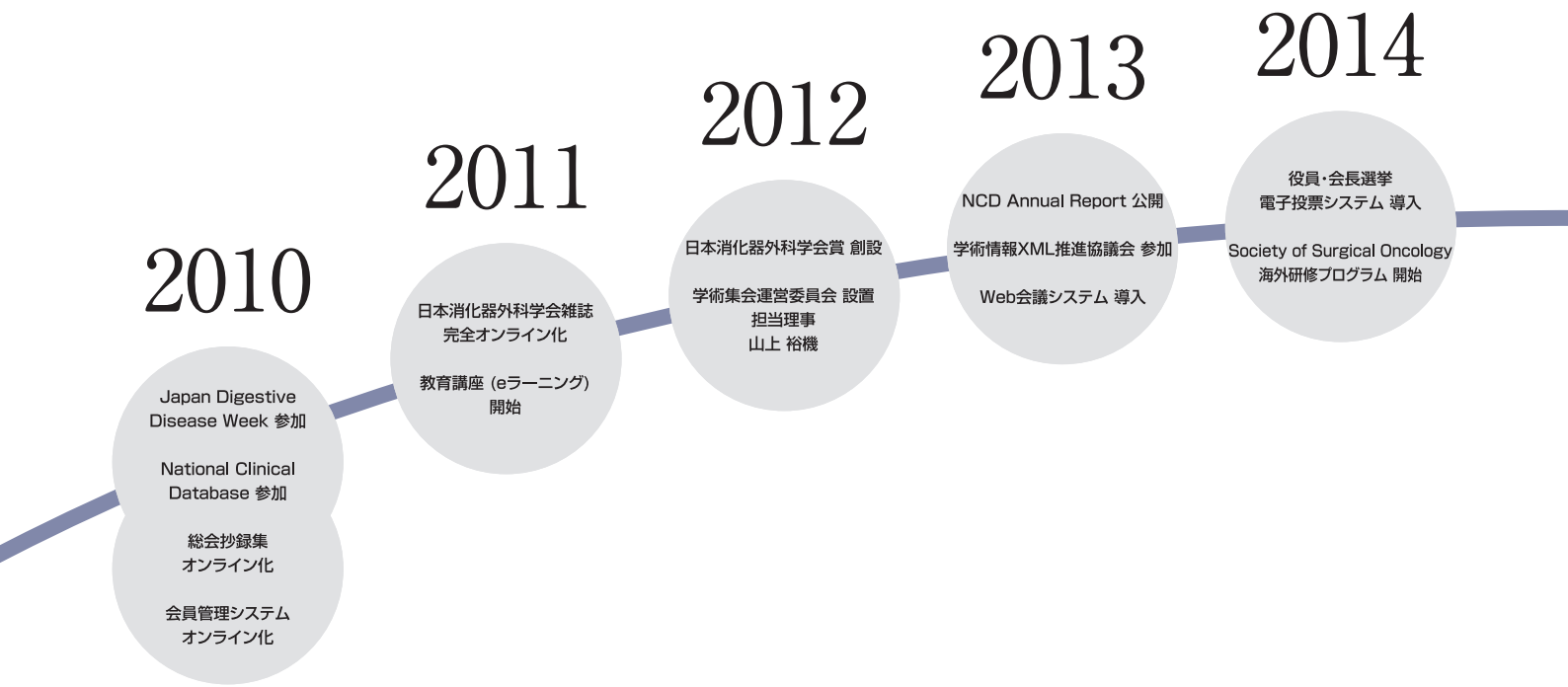

1977
評議員選出委員会
設置
担当理事
村上 忠重
1978
専門医制度委員会
設置
委員長
井口 潔
1980
教育委員会
設置
委員長
四方 淳一
1981
財務委員会 設置
委員長
長尾 房大
規約検討委員会 設置
委員長
和田 達雄
1984
専門医制度 発足
会員数10,000人突破

創立50周年のあゆみ


1992
保険診療委員会 設置
委員長
比企 能樹
将来構想検討委員会 設置
委員長
掛川 暉夫
1994
会員数20,000人突破
2000
ホームページ 公開
教育集会 開始
広報委員会 設置
委員長
髙﨑 健
2001
Digestive Surgery
公式英文誌化
倫理委員会 設置
委員長
佐々木 巌
2003
法人格取得
(有限責任中間法人)
消化器外科専門医の
医業広告可能に


2004
日本消化器外科学会雑誌
オンライン・ジャーナル 公開
2006
理事制 導入
理事長
北野 正剛
医療環境検討委員会 設置
委員長
塩崎 均
医療安全検討委員会 設置
委員長
川崎 誠治
消化器外科データベース委員会
設置
委員長
後藤 満一
プログラム検討委員会 設置
委員長
安藤 暢敏
2007
消化器外科手術調査 開始
2008
診療科名「消化器外科」の
標榜可能に
法人格変更
(一般社団法人)
2009
医療安全委員会 設置
委員長
川崎 誠治
学術委員会 設置
委員長
安藤 暢敏
消化器外科データベース
関連学会協議会 設置
議長
後藤 満一
消化器外科関連
専門医制度協議会 設置
議長
宮川 秀一

創立50周年のあゆみ


2010
Japan Digestive Disease Week 参加
National Clinical Database 参加
総会抄録集 オンライン化
会員管理システム オンライン化
2011
日本消化器外科学会雑誌 完全オンライン化
教育講座（eラーニング）開始
2012
日本消化器外科学会賞 創設
学術集会運営委員会 設置
担当理事
山上 裕機
2013
NCD Annual Report 公開
学術情報XML推進協議会 参加
Web会議システム 導入
2014
役員・会長選挙 電子投票システム 導入
Society of Surgical Oncology 海外研修プログラム 開始

2015

評議員の定数に
女性枠を設置

総会の発表スライドを英語化

Society of Surgical Oncology
ジョイントシンポジウム 開始

Japanese skill education
for young gastroenterological
Surgeons 開始

利益相反委員会 設置
委員長
渡邊 昌彦

英文機関誌創刊
準備委員会 設置
委員長
遠藤 格

学会創立50周年記念事業
準備委員会 設置
委員長
瀬戸 泰之

2016

特定術式のNCD
術前前向き登録開始

国際委員会 設置
委員長
吉田 和弘

総務委員会 設置
委員長
山上 裕機

2017

Annals of
Gastroenterological Surgery
創刊

2018

Annals of
Gastroenterological Surgery
DOAJ, PMC 収載

7

歴代総会長・大会長

歴代総会長・大会長

1968



学術集会名
第1回総会
開催年月
1968年7月
開催地
横浜市
会　場
神奈川県立音楽堂ほか
会長名
山岸　三木雄
会長所属名
横浜市立大学第2外科
会長講演
選択的胃迷走神経
切断術の経験



学術集会名
第1回大会
開催年月
1969年2月
開催地
東京
会　場
国立教育会館ほか
会長名
川島　健吉
会長所属名
東京医科歯科大学第1外科
会長講演
結石による胆嚢管閉塞症



学術集会名
第3回総会
開催年月
1970年9月
開催地
東京
会　場
国立教育会館ほか
会長名
中山　恒明
会長所属名
東京女子医科大学
消化器病センター外科

1970



学術集会名
第2回大会
開催年月
1972年2月
開催地
大阪市
会　場
大阪厚生年金会館ほか
会長名
芝　茂
会長所属名
大阪大学微生物病研究所外科



学術集会名
第3回大会
開催年月
1973年2月
開催地
東京
会　場
国立教育会館ほか
会長名
牧野　惟義
会長所属名
東京医科大学外科
会長講演
胃癌術前照射



学術集会名
第4回大会
開催年月
1974年2月
開催地
秋田市
会　場
秋田県民会館ほか
会長名
前多　豊吉
会長所属名
秋田大学第1外科



学術集会名
第2回総会
開催年月
1969年10月
開催地
徳島市
会　場
文化センターほか
会長名
田北　周平
会長所属名
徳島大学第1外科
会長講演
イレウス



学術集会名
第4回総会
開催年月
1971年7月
開催地
岡山市
会　場
岡山市民会館ほか
会長名
田中　早苗
会長所属名
岡山大学第1外科



学術集会名
第5回総会
開催年月
1972年7月
開催地
東京
会　場
国立教育会館ほか
会長名
浜口　栄祐
会長所属名
東京医科歯科大学第2外科



学術集会名
第6回総会
開催年月
1973年7月
開催地
米子市
会　場
米子市公会堂
会長名
綾部　正大
会長所属名
鳥取大学第1外科



学術集会名
第7回総会
開催年月
1974年7月
開催地
東京
会　場
国立教育会館ほか
会長名
石山　俊次
会長所属名
日本大学第3外科

1968年（昭和43年）出来事

- メキシコオリンピック開幕
- 川端康成氏 ノーベル文学賞受賞
- 日本のGNP，アメリカについで第２位に

1969年（昭和44年）出来事

- 東名高速道路全通
- テレビアニメ『サザエさん』放送開始
- 人類初の月面着陸

1970年（昭和45年）出来事

- 日本万国博覧会（大阪万博）開幕（入場者6,421万8,770人）
- 日本航空機よど号ハイジャック事件発生
- ケンタッキー・フライド・チキンの1号店が名古屋にオープン

1971年（昭和46年）出来事

- ＮＨＫ総合テレビが全番組カラー化を実施
- 『仮面ライダー』放映開始
- 第48代横綱・大鵬が引退表明

1972年（昭和47年）出来事

- 札幌冬季オリンピック開催
- ミュンヘンオリンピック開催
- 連合赤軍によるあさま山荘事件

1973年（昭和48年）出来事

- 石油ショックによる物価急上昇
- 下関－門司を結ぶ東洋一の吊り橋，関門橋が開通
- トイレット・ペーパー，洗剤などの買いだめ騒動

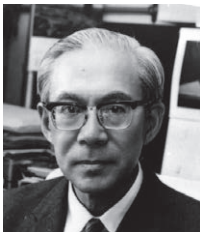
1974年（昭和49年）出来事

- 戦後初のマイナス成長
- 長島茂男（巨人）現役引退
- 佐藤栄作がノーベル平和賞を受賞

1980



学術集会名
第5回大会
開催年月
1975年2月
開催地
東京
会　場
日本都市センターほか
会長名
片岡　一朗
会長所属名
日本医科大学第2外科



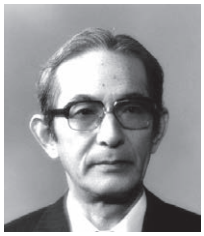
学術集会名
第6回大会
開催年月
1976年2月
開催地
久留米市
会　場
久留米市民会館ほか
会長名
脇坂　順一
会長所属名
久留米大学第1外科
会長講演
腸管漿膜の修復と癒着



学術集会名
第7回大会
開催年月
1977年3月
開催地
鹿児島市
会　場
鹿児島県文化センター
会長名
秋田　八年
会長所属名
鹿児島大学第2外科
会長講演
門脈肺循環短絡形成術



学術集会名
第11回総会
開催年月
1978年2月
開催地
千葉市
会　場
千葉県文化会館ほか
会長名
佐藤　博
会長所属名
千葉大学第2外科
会長講演
食道アカラシアに関する2、3の問題



学術集会名
第13回総会
開催年月
1979年2月
開催地
熊本市
会　場
熊本市民会館ほか
会長名
横山　育三
会長所属名
熊本大学第1外科
会長講演
胆嚢癌



学術集会名
第15回総会
開催年月
1980年2月
開催地
福島市
会　場
福島県文化センターほか
会長名
本多　憲児
会長所属名
福島県立医科大学第1外科
会長講演
消化器外科における現況と未来への展望



学術集会名
第8回総会
開催年月
1975年7月
開催地
青森市
会　場
青森市民会館ほか
会長名
石川　義信
会長所属名
弘前大学第1外科
会長講演
胃癌切除との併用療法



学術集会名
第9回総会
開催年月
1976年7月
開催地
東京
会　場
国立教育会館ほか
会長名
綿貫　苞
会長所属名
東京慈恵会医科大学第1外科
会長講演
上部消化管内pHの測定とその臨床的意義



学術集会名
第10回総会
開催年月
1977年7月
開催地
神戸市
会　場
神戸文化ホール
会長名
光野　孝雄
会長所属名
神戸大学第1外科
会長講演
消化管広範切除後における2，3の問題



学術集会名
第12回総会
開催年月
1978年7月
開催地
弘前市
会　場
弘前市民会館ほか
会長名
大内　清太
会長所属名
弘前大学第2外科
会長講演
教室における消化器外科の歩みと癌性貧血の発生機序



学術集会名
第14回総会
開催年月
1979年7月
開催地
東京
会　場
国立教育会館ほか
会長名
城所　仂
会長所属名
順天堂大学第1外科
会長講演
胃癌外科治療の二三の問題



学術集会名
第16回総会
開催年月
1980年7月
開催地
京都市
会　場
京都会館ほか
会長名
間島　進
会長所属名
京都府立医科大学第1外科
会長講演
胃癌の外科治療成績向上への努力

1975年（昭和50年）出来事
- 山陽新幹線・岡山駅–博多駅間開業
- 第二次ベビーブーム
- 日本女性エベレスト初登頂

1976年（昭和51年）出来事
- モントリオール五輪開催（体操男子団体が5連勝）
- アントニオ猪木対モハメド・アリの異種格闘技戦
- ロッキード事件

1977年（昭和52年）出来事
- 王選手がホームラン世界記録756号を達成
- 日本初の静止気象衛星「ひまわり」打ち上げ
- 日本赤軍による日航ハイジャック事件

1978年（昭和53年）出来事
- 60階建の超高層ビル「サンシャイン60」が開館
- 新東京国際空港（現成田国際空港）開港
- 日中平和友好条約調印

1979年（昭和54年）出来事
- インベーダーゲーム大流行
- 第2次石油ショック
- 日本初の電子体温計を発売

1980年（昭和55年）出来事
- 任天堂が初の携帯型ゲーム機「ゲーム&ウオッチ」を発売
- 日本の自動車生産台数が世界第1位
- モスクワオリンピックが開幕（日本はボイコット）

歴代総会長・大会長



学術集会名
第17回総会
開催年月
1981年2月
開催地
長崎市
会　場
長崎市公会堂ほか
会長名
土屋　涼一
会長所属名
長崎大学第2外科



学術集会名
第19回総会
開催年月
1982年2月
開催地
前橋市
会　場
群馬県民会館ほか
会長名
中村　卓次
会長所属名
群馬大学第1外科
会長講演
高齢者胃潰瘍



学術集会名
第21回総会
開催年月
1983年2月
開催地
名古屋市
会　場
名古屋市公会堂ほか
会長名
近藤　達平
会長所属名
名古屋大学第2外科
会長講演
制癌剤の適応決定と
その問題点



学術集会名
第23回総会
開催年月
1984年2月
開催地
宇部市
会　場
宇部市文化会館ほか
会長名
石上　浩一
会長所属名
山口大学第2外科
会長講演
食道胃接合部の外科



学術集会名
第25回総会
開催年月
1985年2月
開催地
横浜市
会　場
神奈川県立県民ホールほか
会長名
土屋　周二
会長所属名
横浜市立大学第2外科
会長講演
直腸癌の外科治療に
対する考察



学術集会名
第27回総会
開催年月
1986年2月
開催地
米子市
会　場
米子市公会堂ほか
会長名
古賀　成昌
会長所属名
鳥取大学第1外科
会長講演
癌に対する温熱化学療法
-その臨床評価と問題点-



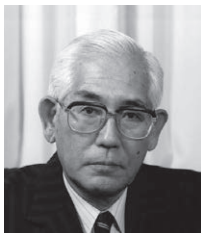
学術集会名
第18回総会
開催年月
1981年7月
開催地
広島市
会　場
広島市公会堂ほか
会長名
服部　孝雄
会長所属名
広島大学原爆放射能
医学研究所外科
会長講演
手術侵襲と腫瘍増殖に関する実験的考察、特に開胸術と開腹術の比較について



学術集会名
第20回総会
開催年月
1982年7月
開催地
東京
会　場
国立教育会館ほか
会長名
代田　明郎
会長所属名
日本医科大学第1外科
会長講演
胃粘膜の腸上皮化生について



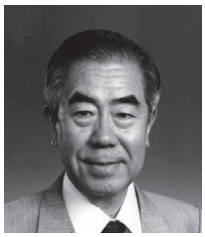
学術集会名
第22回総会
開催年月
1983年7月
開催地
奈良市
会　場
奈良県文化会館ほか
会長名
白鳥　常男
会長所属名
奈良県立医科大学第1外科
会長講演
運動機能から見た胃の手術



学術集会名
第24回総会
開催年月
1984年7月
開催地
京都市
会　場
京都会館ほか
会長名
山本　政勝
会長所属名
関西医科大学外科
会長講演
消化管における発癌の
修飾因子と抑制因子



学術集会名
第26回総会
開催年月
1985年7月
開催地
札幌市
会　場
北海道厚生年金会館ほか
会長名
早坂　滉
会長所属名
札幌医科大学第1外科
会長講演
消化器外科とseptic shock



学術集会名
第28回総会
開催年月
1986年7月
開催地
青森市
会　場
青森市文化会館ほか
会長名
小野　慶一
会長所属名
弘前大学第2外科
会長講演
Oddi筋の外科臨床

1981年（昭和56年）出来事
- スペースシャトル コロンビアが打ち上げ成功
- 校内暴力史上最高に
- 神戸市でポートピア'81が開幕

1982年（昭和57年）出来事
- 東北新幹線 上越新幹線開業
- 500円硬貨発行
- 日本航空350便墜落事故（24人死亡）

1983年（昭和58年）出来事
- 東京ディズニーランド開園（年末までで800万人突破）
- TVドラマ「おしん」ドローム（視聴率62.9%）
- 中国自動車道が全線開通

1984年（昭和59年）出来事
- 1万円（福澤諭吉）・5千円（新渡戸稲造）・千円（夏目漱石）の新札発行
- グリコ・森永事件
- 世界一の長寿国に

1985年（昭和60年）出来事
- 男女雇用機会均等法が成立
- 電電公社と日本専売公社が民営化
- 初の日本人宇宙飛行士誕生（土井隆雄，内藤千秋，毛利衛）

1986年（昭和61年）出来事
- 英チャールズ皇太子とダイアナ妃が来日
- FIFAワールドカップメキシコ大会開幕
- 伊豆大島の三原山で溶岩流出をともなう大噴火発生

1990



学術集会名
第29回総会
開催年月
1987年2月
開催地
名古屋市
会　場
名古屋観光ホテルほか
会長名
山本　貞博
会長所属名
愛知医科大学第1外科
会長講演
食道静脈瘤の病態と治療



学術集会名
第31回総会
開催年月
1988年2月
開催地
東京
会　場
国立教育会館ほか
会長名
菅原　克彦
会長所属名
山梨医科大学第1外科
会長講演
消化器外科における肝臓



学術集会名
第33回総会
開催年月
1989年2月
開催地
東京
会　場
京王プラザホテル
会長名
羽生　富士夫
会長所属名
東京女子医科大学消化器外科
会長講演
胆道癌の外科



学術集会名
第35回総会
開催年月
1990年2月
開催地
伊勢市
会　場
伊勢市観光文化会館ほか
会長名
水本　龍二
会長所属名
三重大学第1外科
会長講演
肝臓外科における手術
危険度と手術適応の拡大



学術集会名
第37回総会
開催年月
1991年2月
開催地
名古屋市
会　場
名古屋観光ホテルほか
会長名
青木　春夫
会長所属名
藤田学園保健衛生大学
消化器外科
会長講演
食道・胃静脈瘤の病態と治療



学術集会名
第39回総会
開催年月
1992年2月
開催地
神戸市
会　場
神戸国際会議場ほか
会長名
斉藤　洋一
会長所属名
神戸大学第1外科
会長講演
膵炎の病態と治療



学術集会名
第30回総会
開催年月
1987年7月
開催地
東京
会　場
国立教育会館ほか
会長名
鍋谷　欣市
会長所属名
杏林大学第2外科
会長講演
食道癌の悪性度をめぐる
臨床的考察



学術集会名
第32回総会
開催年月
1988年7月
開催地
金沢市
会　場
金沢市観光会館ほか
会長名
宮崎　逸夫
会長所属名
金沢大学第2外科
会長講演
膵癌の手術



学術集会名
第34回総会
開催年月
1989年7月
開催地
久留米市
会　場
久留米市民会館ほか
会長名
掛川　暉夫
会長所属名
久留米大学第1外科
会長講演
食道癌治療のあゆみと共に



学術集会名
第36回総会
開催年月
1990年7月
開催地
東京
会　場
京王プラザホテル
会長名
森岡　恭彦
会長所属名
東京大学第1外科
会長講演
肝切除300例の歩み
-27年間の教室の経験から-



学術集会名
第38回総会
開催年月
1991年7月
開催地
東京
会　場
国立教育会館ほか
会長名
岩崎　洋治
会長所属名
筑波大学臨床医学系外科
会長講演
胆道・肝外科における工夫



学術集会名
第40回総会
開催年月
1992年7月
開催地
横浜市
会　場
パシフィコ横浜
会長名
桜井　健司
会長所属名
東京慈恵会医科大学第1外科
会長講演
Simulationによる肝病態の
数値的評価

1987年（昭和62年）出来事
- 地価の異常高騰，財テクブーム
- 利根川進博士，ノーベル医学・生理学賞受賞
- 俳優・石原裕次郎が死去

1988年（昭和63年）出来事
- 世界最長の青函トンネル（58.85km）開通
- 東京ドームが完成
- 東北新幹線・上越新幹線開業

1989年（平成元年）出来事
- 昭和天皇崩御，昭和から平成に
- 消費税施行，税率は3%
- ソウル・オリンピック開催

1990年（平成2年）出来事
- 礼宮文仁親王が川嶋紀子と結婚
- バブル経済崩壊で株が暴落
- 黒澤明，米アカデミー賞特別名誉賞を受賞

1991年（平成3年）出来事
- 東京都庁が新宿に移転し，新東京都庁舎開庁
- 若貴・外人力士の活躍などで大相撲ブーム
- 雲仙普賢岳で大火砕流発生

1992年（平成4年）出来事
- 日本人宇宙飛行士・毛利衛が宇宙へ出発
- バルセロナ五輪で14歳の岩崎恭子が金メダル獲得
- 国家公務員の週休2日制スタート

歴代総会長・大会長



学術集会名
第41回総会
開催年月
1993年2月
開催地
神戸市
会　場
神戸国際会議場ほか
会長名
岡本　英三
会長所属名
兵庫医科大学第1外科
会長講演
肝癌の病態と治療
-教室20年の歩み-



学術集会名
第43回総会
テーマ
消化器外科における
多様性と先見性を求めて
開催年月
1994年2月
開催地
東京
会　場
京王プラザホテル
会長名
大原　毅
会長所属名
東京大学第3外科
会長講演
胃癌・大腸癌の組織発生
からみた治療



学術集会名
第45回総会
テーマ
消化器外科の質の向上
開催年月
1995年2月
開催地
横浜市
会　場
パシフィコ横浜
会長名
三富　利夫
会長所属名
東海大学第2外科
会長講演
食道癌治療へのアプローチ



学術集会名
第47回総会
テーマ
医学から医療への展開
開催年月
1996年2月
開催地
大阪市
会　場
アジア太平洋トレードセンター
会長名
安富　正幸
会長所属名
近畿大学第1外科
会長講演
大腸癌とともに



学術集会名
第49回総会
テーマ
反省、そして飛躍
開催年月
1997年2月
開催地
福岡市
会　場
福岡サンパレスほか
会長名
中山　和道
会長所属名
久留米大学第2外科
会長講演
胆道外科とも
-胆道癌の臨床を中心に-



学術集会名
第51回総会
テーマ
技術，経験と科学
開催年月
1998年2月
開催地
東京
会　場
東京国際フォーラム
会長名
鈴木　博孝
会長所属名
東京女子医科大学消化器外科
会長講演
胃癌外科治療のあゆみ



学術集会名
第42回総会
テーマ
消化器外科の現況と
将来への展望
開催年月
1993年7月
開催地
大阪市
会　場
ロイヤルホテルほか
会長名
岡島　邦雄
会長所属名
大阪医科大学一般
・消化器外科
会長講演
胃癌・大腸癌の発育進展
-教室15年の歩み-



学術集会名
第44回総会
テーマ
消化器外科と温故知新
開催年月
1994年7月
開催地
富山市
会　場
富山県民会館ほか
会長名
藤巻　雅夫
会長所属名
富山医科薬科大学第2外科
会長講演
食道癌の外科的治療
-その基礎と臨床



学術集会名
第46回総会
テーマ
消化器外科の21世紀への
挑戦
開催年月
1995年7月
開催地
福井市
会　場
フェニックスプラザほか
会長名
中川原　儀三
会長所属名
福井医科大学第1外科
会長講演
膵ラ島移植の展望



学術集会名
第48回総会
テーマ
消化器外科における伝統的
な手術手技と最近の鏡視下
手術との適合
開催年月
1996年7月
開催地
東京
会　場
京王プラザホテルほか
会長名
遠藤　光夫
会長所属名
東京医科歯科大学第1外科
会長講演
教室における食道癌治療
10年のあゆみ



学術集会名
第50回総会
テーマ
叡智，実践と挑戦
開催年月
1997年7月
開催地
横浜市
会　場
パシフィコ横浜
会長名
比企　能樹
会長所属名
北里大学外科
会長講演
胃癌治療の多様性
-とくに早期胃癌治療の
変遷について-



学術集会名
第52回総会
開催年月
1998年7月
開催地
東京
会　場
京王プラザホテルほか
会長名
二川　俊二
会長所属名
順天堂大学第2外科
会長講演
門脈圧亢進症とともに

1993年（平成5年）出来事

- 皇太子・雅子さま御結婚
- サッカーＪリーグ開幕
- 新幹線「のぞみ」が山陽新幹線で運行開始

1994年（平成6年）出来事

- 関西国際空港が開港
- 大江健三郎氏がノーベル文学賞受賞
- リレハンメルオリンピック開催

1995年（平成7年）出来事

- 阪神・淡路大震災
- 地下鉄サリン事件（13人が死亡，5,510人が重軽傷）
- 九州自動車道が全線開通し，青森-鹿児島・宮崎間が高速道路によって結ばれる

1996年（平成8年）出来事

- アトランタ・オリンピック開催（金3，銀6，銅5）
- 病原性大腸菌「O157」による食中毒が全国各地で発生
- 羽生善治が史上初，将棋のタイトル七冠独占を達成

1997年（平成9年）出来事

- 消費税率を５％に引き上げ
- 日本サッカー悲願のワールドカップへの出場決める（ジョホールバルの歓喜）
- 臓器移植法施行

1998年（平成10年）出来事

- 冬季長野オリンピック開催
- 第16回サッカーW杯仏大会に日本が初出場
- 和歌山毒物カレー事件発生

2000



学術集会名
第53回総会
テーマ
総括と飛躍
開催年月
1999年2月
開催地
京都市
会　場
国立京都国際会館ほか
会長名
小玉　正智
会長所属名
滋賀医科大学第1外科
会長講演
食道癌治療とともに



学術集会名
第55回総会
テーマ
新たなる第一歩
開催年月
2000年7月
開催地
宮崎市
会　場
シーガイア
会長名
小川　道雄
会長所属名
熊本大学第2外科
会長講演
Billroth教授の教育



学術集会名
第57回総会
テーマ
本来面目
開催年月
2002年7月
開催地
京都市
会　場
国立京都国際会館
会長名
山岡　義生
会長所属名
京都大学医学研究科消化器外科



学術集会名
第59回総会
テーマ
敬天究理
開催年月
2004年7月
開催地
鹿児島市
会　場
鹿児島市民文化ホールほか
会長名
愛甲　孝
会長所属名
鹿児島大学大学院医歯学総合研究科
腫瘍制御学・消化器外科学
会長講演
消化器外科学の温故創新



学術集会名
第61回総会
テーマ
多岐亡羊から外科本道へ
開催年月
2006年7月
開催地
横浜市
会　場
パシフィコ横浜
会長名
幕内　博康
会長所属名
東海大学医学部消化器外科学
会長講演
多岐亡羊から外科本道へ
-食道外科医のあゆみ-



学術集会名
第63回総会
テーマ
Science & Artの原点
-格物致知-
開催年月
2008年7月
開催地
札幌市
会　場
ホテルロイトン札幌ほか
会長名
平田　公一
会長所属名
札幌医科大学大学院
・医学研究科外科腫瘍学
・消化器外科学
会長講演
消化器外科学の真髄を求めて



学術集会名
第54回総会
テーマ
20世紀における消化器外科学のconsensusとcontroversy
開催年月
1999年7月
開催地
名古屋市
会　場
名古屋国際会議場
会長名
船曳　孝彦
会長所属名
藤田保健衛生大学外科
会長講演
膵胆管合流異常をめぐって



学術集会名
第56回総会
開催年月
2001年7月
開催地
秋田市
会　場
秋田県民会館ほか
会長名
小山　研二
会長所属名
秋田大学医学部
外科学第1講座
会長講演
本学会の創立，成長の過程とその存在理由，そして新世紀へ



学術集会名
第58回総会
テーマ
Love & Science
開催年月
2003年7月
開催地
東京
会　場
ホテルニューオータニ
会長名
炭山　嘉伸
会長所属名
東邦大学医学部
外科学第3講座
会長講演
日本の外科術後感染症の現状と将来展望



学術集会名
第60回総会
テーマ
明日の消化器外科医とともに
開催年月
2005年7月
開催地
東京
会　場
新高輪プリンスホテルほか
会長名
跡見　裕
会長所属名
杏林大学医学部外科学教室
会長講演
明日の消化器外科医とともに



学術集会名
第62回総会
テーマ
次なる栄光を築くために
開催年月
2007年7月
開催地
東京
会　場
京王プラザホテルほか
会長名
上西　紀夫
会長所属名
東京大学大学院
・消化管外科学
・代謝栄養内分泌外科学
会長講演
消化器外科と炎症



学術集会名
第64回総会
テーマ
洗心
-今，医の原点を求めて-
開催年月
2009年7月
開催地
大阪市
会　場
大阪国際会議場ほか
会長名
塩崎　均
会長所属名
近畿大学医学部外科学
会長講演
「洗心」
-今，医の原点を求めて-

1999年（平成11年）出来事
- 石原慎太郎が東京都知事に
- 上信越自動車道が全線開通
- 携帯電話・PHSの電話番号11桁化

2000年（平成12年）出来事
- シドニーオリンピック開催（金5　銀8　銅5）
- 白川英樹名誉教授がノーベル化学賞を受賞
- 三宅島噴火で全島民避難

2001年（平成13年）出来事
- 東京ディズニーシーグランド開園
- ユニバーサル・スタジオ・ジャパン開園
- 小泉内閣発足

2002年（平成14年）出来事
- ソルトレイクシティオリンピックが開幕
- 小柴昌俊がノーベル物理学賞受賞
- 田中耕一がノーベル化学賞受賞

2003年（平成15年）出来事
- 郵政事業庁が日本郵政公社に
- 小惑星探査機「はやぶさ」打ち上げ
- 朝青龍が第68代横綱に昇進

2004年（平成16年）出来事
- 新潟県中越地震（死者68名）
- アテネ五輪で日本選手大活躍，メダル最多の37個
- 性同一性障害特例法が施行

2005年（平成17年）出来事
- 愛知県で「愛・地球博」が開幕
- JR福知山線脱線事故
- 宇宙飛行士野口聡一がスペースシャトル「ディスカバリー」で宇宙へ

2006年（平成18年）出来事
- トリノ冬季オリンピック開幕
- 第1回ワールド・ベースボール・クラシック（WBC）が開幕
- 日本の65歳以上の人口率が世界最高，15歳以下の人口率が世界最低に

2007年（平成19年）出来事
- 第1回東京マラソン開催
- 東京ミッドタウンが開業
- 新潟県中越沖地震が発生

2008年（平成20年）出来事
- 北京オリンピック開幕（金9　銀6　銅10）
- タクシーの全面禁煙化が始まる
- 小林誠・益川敏英・南部陽一郎の3名がノーベル物理学賞受賞

2009年（平成21年）出来事
- 鹿児島市の桜島が爆発的噴火
- 第1回目の大型連休（ゴールデンウィーク）
- 裁判員制度による初の裁判が始まる

2010



学術集会名
第65回総会
テーマ
飛耳長目
開催年月
2010年7月
開催地
下関市
会　場
海峡メッセ下関ほか
会長名
岡　正朗
会長所属名
山口大学大学院
医学系研究科消化器
・腫瘍外科学
会長講演
消化器外科とサイエンス
-まだ診ぬ患者への貢献-



学術集会名
第66回総会
テーマ
創
-創造・連帯・育成-
開催年月
2011年7月
開催地
名古屋市
会　場
名古屋国際会議場
会長名
宮川　秀一
会長所属名
藤田保健衛生大学医学部
胆膵外科学
会長講演
消化器外科における
“創造・連帯・育成”への志向



学術集会名
第67回総会
テーマ
善い外科医と良い外科治療
開催年月
2012年7月
開催地
富山市
会　場
富山国際会議場ほか
会長名
塚田　一博
会長所属名
富山大学
消化器・腫瘍・総合外科
会長講演
善い外科医を目指して



学術集会名
第68回総会
テーマ
In Pursuit of Gastroenterological Surgery for the Next Generation
次世代のための消化器外科を求めて
開催年月
2013年7月
開催地
宮崎市
会　場

会長名
千々岩　一男
会長所属名
宮崎大学医学部
腫瘍機能制御外科学
会長講演
In Pursuit of Gastroenterological Surgery for the Next Generation
次世代のための消化器外科を求めて



学術集会名
第69回総会
テーマ
外科医療，さらなる誇りを求めて
開催年月
2014年7月
開催地
郡山市
会　場
郡山市民文化センターほか
会長名
後藤　満一
会長所属名
福島県立医科大学医学部
臓器再生外科学講座
会長講演
外科医療，さらなる誇りを求めてfrom Good to Great through Transparency



学術集会名
第70回総会
テーマ
世界へ，未来へ発信する
消化器外科医療
開催年月
2015年7月
開催地
浜松市
会　場
アクトシティ浜松ほか
会長名
今野　弘之
会長所属名
浜松医科大学外科学第二講座
会長講演
地域に根ざし世界へ発信する
消化器外科医療を目指して



学術集会名
第8回大会
テーマ
夢への挑戦
開催年月
2010年10月
開催地
横浜市
会　場
パシフィコ横浜
会長名
佐々木　巖
会長所属名
東北大学大学院
医学系研究科
生体調節外科学分野
会長講演
消化器外科のオリジナルな
研究をめざして



学術集会名
第9回大会
テーマ
夢を育てる。そして未来へ
開催年月
2011年10月
開催地
福岡市
会　場
福岡国際センターほか
会長名
白水　和雄
会長所属名
久留米大学医学部 外科
会長講演
外科病理に基づいた
Translational Research



学術集会名
第10回大会
テーマ
次世代に受け継ぐ知恵と技
開催年月
2012年10月
開催地
神戸市
会　場
ポートピアホテルほか
会長名
山口　明夫
会長所属名
福井大学医学部第1外科
会長講演
大腸癌克服に向けたトランスレーショナルリサーチ



学術集会名
第11回大会
テーマ
国際標準への挑戦
開催年月
2013年10月
開催地
東京
会　場
グランドプリンスホテル新高輪ほか
会長名
具　英成
会長所属名
神戸大学大学院肝胆膵外科学
会長講演
肝胆膵癌の治療限界克服を
目指して



学術集会名
第12回大会
開催年月
2014年10月
開催地
神戸市
会　場
神戸国際会議場ほか
会長名
笹子　三津留
会長所属名
兵庫医科大学上部消化管外科
会長講演
垣根を越えて



学術集会名
第13回大会
テーマ
知行合一
開催年月
2015年10月
開催地
東京
会　場
グランドプリンスホテル新高輪ほか
会長名
楠　正人
会長所属名
三重大学大学院
消化管・小児外科学
会長講演
知行合一的外科学
-Knowledge as action in surgery-

2010年流行（出来事）

- バンクーバー五輪開催（銀3，銅2）
- 小惑星探査機「はやぶさ」が地球に帰還
- 新国際線ターミナルが供用開始，羽田空港国際線ターミナル駅が開業

2011年流行（出来事）

- マグニチュード9.0の東日本大震災発生　死者・行方不明者数は2万人以上
- 東北新幹線で新幹線E5系電車がデビュー　最速列車「はやぶさ」運行開始
- 2011 FIFA女子ワールドカップドイツ大会で，サッカー日本女子代表が初優勝

2012年流行（出来事）

- 東京スカイツリーが開業
- ロンドンオリンピック開催，史上最多のメダル獲得
- ノーベル生理学・医学賞に京都大学教授山中伸弥が受賞

2013年流行（出来事）

- 元横綱大鵬，故納谷幸喜（享年72）の国民栄誉賞の授賞式
- 2013 ワールド・ベースボール・クラシック開催
- 長嶋茂雄と松井秀喜に対する国民栄誉賞授与式挙行

2014年流行（出来事）

- あべのハルカスが完成し，日本一高いビルとなる
- ソチ冬季五輪開催，金1個，銀4個，銅3個獲得
- 昼の長寿番組『笑っていいとも!』が放送終了

2015年流行（出来事）

- 北陸新幹線開業，東京-金沢間が2時間半に
- イスラム国が日本人2人を拘束，殺害映像を公開
- 横綱白鵬が史上最多優勝

2018



学術集会名
第71回総会
テーマ
外科の矜持
-Orthodox & Serendipity-
開催年月
2016年7月
開催地
徳島市
会　場
アスティとくしまほか
会長名
島田　光生
会長所属名
徳島大学消化器・移植外科学
会長講演
「外科の矜持」
-Orthodox & Serendipity-



学術集会名
第72回総会
テーマ
医学の既成概念に対する挑戦
開催年月
2017年7月
開催地
金沢市
会　場
石川県立音楽堂ほか
会長名
太田　哲生
会長所属名
金沢大学消化器・腫瘍
・再生外科学
会長講演
医学の既成概念に対する挑戦



学術集会名
第73回総会
テーマ
春夏秋冬-心技の継承-
開催年月
2018年7月
開催地
鹿児島市
会　場
城山ホテル鹿児島ほか
会長名
夏越　祥次
会長所属名
鹿児島大学大学院消化器
・乳腺甲状腺外科学
会長講演
春夏秋冬-心技の継承-



学術集会名
第14回大会
テーマ
為せば成る
Yes, We Can
開催年月
2016年11月
開催地
神戸市
会　場
神戸コンベンションセンターほか
会長名
木村　理
会長所属名
山形大学第1外科消化器
・乳腺甲状腺・一般外科学
会長講演
為せば成るYes, we can



学術集会名
第15回大会
テーマ
先知先哲に学ぶ技術の継承
と発展
開催年月
2017年10月
開催地
福岡市
会　場
福岡国際センターほか
会長名
吉田　和弘
会長所属名
岐阜大学大学院腫瘍外科学
会長講演
先知先哲に学ぶ技術の
継承と発展



学術集会名
第16回大会
テーマ
温故知新
開催年月
2018年11月
開催地
神戸市
会　場
神戸コンベンションセンター
会長名
山本　雅一
会長所属名
東京女子医科大学消化器外科
会長講演
肝切除術の温故知新

2016年流行(出来事)

- マイナンバー制度の利用が開始
- SMAP解散騒動
- 熊本県益城町にて震度7の地震が発生

2017年流行(出来事)

- 稀勢の里が日本出身横綱としては1998年以来の横綱昇進
- 藤井4段が29連勝，最多連勝記録を30年ぶりに更新へ
- 安室奈美恵が引退発表，ベストアルバムが大ヒット

2018年流行(出来事)

- 平昌五輪で日本は冬季五輪過去最高のメダル13個を獲得
- 大谷翔平がメジャーリーグで二刀流の活躍
- 築地市場が83年の歴史に幕を閉じ豊洲市場へ移転した

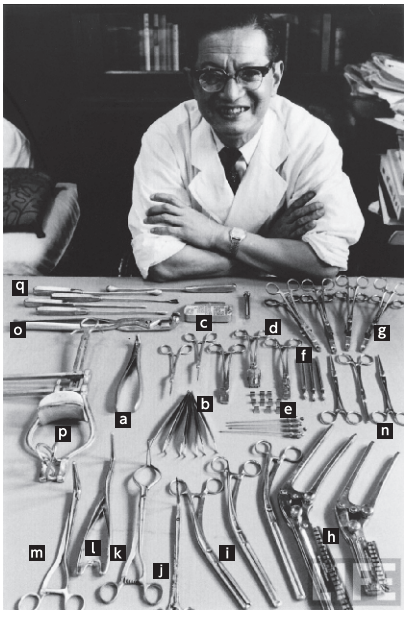
編集後記

この度，日本消化器外科学会創立50周年記念誌を無事発刊するに至り，寄稿をいただきました諸先輩，お言葉をいただきました諸先輩，この記念事業に携わっていただきました理事長他全ての先生方，事務局の皆様に感謝申し上げます．

創立50周年となる2018年（平成30年）の学会（鹿児島の総会：夏越祥次会長と神戸の大会：山本雅一会長）で記念式典，記念講演，記念展示を行うことが決定され，この委員会のメンバーに加えていただきました．当初は鹿児島の地に天皇陛下をお迎えするという壮大な企画もありました．しかし今回は断念し100周年記念に譲ろうと決断した事を思い出します．

50周年記念事業は，鹿児島での記念式典の他，総会と大会での記念講演，記念展示，記念誌の編纂がありました．記念展示は，歴代会長89名の特大パネルを用意し会場の最も目立つ場所に並べていただきました．また本学会創立メンバーの一人である中山恒明先生の記念展示が行われ，女子医大に保管されている当時の手術機器（中山式血管吻合器など），中山先生の恩師である瀬尾貞信教授（千葉大学第2外科）の手術機器，天皇陛下よりいただいた勲一等瑞宝章などが展示されました〈写真〉．展示とともに上映された中山先生の手術ビデオはすごい迫力で，会員の外科医だけでなく内科医や海外の先生方も足をとめ，目を奪われていました．ご協力いただきました千葉大学大学院医学研究院先端応用外科，公益財団法人中山がん研究所，一般社団法人日本医科器械資料保存協会，泉工医科工業株式会社，高砂医科工業株式会社に御礼申し上げます．50周年記念という特別企画に参加させていただき本当に幸せでした．お世話になった皆様に感謝申し上げます．

学会創立50周年記念事業準備委員会　有泉俊一





a～g 中山式血管吻合器
h 胃腸縫合器(大小)
i 膵・肝・脾臓切除用鉗子
j 胃全摘出器械　空腸・十二指腸断端把持鉗子
k 胃全摘出器械　空腸把持用鉗子
l トンネル鉗子
m 胃全摘出器械　食道(直角)鉗子
n 胃全摘出器械　長ペアン鉗子
o 圧挫鉗子
p 開創器
q 切石鉗子とブジー鉗子

あとがき

2018年が本学会創立50周年の記念の年になるということで，当時の森　正樹理事長（現監事）にご提案させていただきまして，2015年6月の理事会で学会創立50周年記念事業準備委員会が承認されました．同年9月に瀬戸泰之理事長を委員長として委員会が発足して作業が進められ，2018年7月の第73回総会，同年11月の第16回大会において記念行事（式典，鼎談，講演，展示）が執り行われ，盛況裡に終了いたしました．

これらの行事の内容とともに，並行して進めておりました会長経験者の先生方へのインタビューやご寄稿を合わせて，学会創立50周年記念誌としてお届けすることができました．

事務局としても，この50周年をひとつの区切りとして，次の50年に向けて理事会のご指導の下，日本消化器外科学会ひいては消化器外科学の発展の一助となりますよう，微力ではありますが鋭意努力して参る所存です．

最後になりましたが，各種事務作業を担当してくれました事務局の田端悠久海君，株式会社メイプロジェクトの山野辺明子さんに深謝いたします．

事務局長　福住恵一郎

〈学会創立50周年記念事業準備委員会〉

委員長：瀬戸　泰之

委　員：愛甲　　丞，有泉　俊一，猪股　雅史，遠藤　　格，大辻　英吾，川井　　学，
夏越　祥次，前村　公成，山上　裕機，山本　雅一

事務局：福住恵一郎，山野辺明子，田端悠久海

日本消化器外科学会創立50周年記念誌

発行日　2019年7月

発行者　一般社団法人日本消化器外科学会
〒108-0073 東京都港区三田三丁目1番17号 アクシオール三田6階
Tel: 03-5427-5500　Fax: 03-5427-5566

編　集　日本消化器外科学会学会創立50周年記念事業準備委員会

制　作　中西印刷株式会社