

JGGA

日本消化管学会雑誌

Vol.1
2017

No. 1

The Journal of Japanese Gastroenterological Association



CONTENTS

Vol.1 No.1 2017

■ 巻頭言

『日本消化管学会雑誌』創刊に向けて 三輪 洋人 1

■ 創刊の挨拶

『日本消化管学会雑誌』の創刊を祝って 藤本 一眞 2

■ 総説

消化管癌に対する外科手術の進歩 馬場 秀夫 3

■ 座談会

日本消化管学会, その理念と現状, そしてこれから 13
伊藤 誠 ・ 寺野 彰 ・ 坂本 長逸
藤本 一眞 ・ 城 卓志 ・ 三輪 洋人(司会)

■ 学会賞選考

2016年度日本消化管学会賞の選考 平石 秀幸 29

■ 会告

事務局からのお知らせ 31
2016年度事業報告, 2017年度上半期理事会・委員会開催報告 33
2017年度学術集会・教育集会開催報告 34
決算報告書 第13回 35
2017年度役員編成 36
2017年度組織図 37
2017年度委員会編成一覧 38
名誉会員一覧, 功労会員一覧, 代議員一覧 40
『Digestion』誌査読者一覧 42
定款 43
定款施行細則 46

■ 『日本消化管学会雑誌』 投稿規定 49

■ 編集後記 永原 章仁

日本消化管学会のあゆみ

平成 16 年 (2004 年)	4 月 10 日	日本消化管学会設立 伊藤 誠 代表理事就任 (初代)
	5 月 29 日	第 1 回評議員会開催
	12 月 1 日	有限責任中間法人日本消化管学会 として法人登記
平成 17 年 (2005 年)	1 月 28 日～29 日	第 1 回総会学術集会開催 (伊藤 誠会長 名古屋)
平成 18 年 (2006 年)	2 月 11 日～12 日	第 2 回総会学術集会開催 (寺野 彰会長 東京)
平成 19 年 (2007 年)	2 月 1 日～2 日	第 3 回総会学術集会開催 (杉原 健一会長 東京)
	3 月	胃腸科認定医制度発足にともない 平成 19 年度認定医申請受付開始
	9 月 30 日	平成 19 年度 (第 1 回) 教育集会開催 (生越 喬二当番世話人 東京)
	11 月	平成 19 年度胃腸科認定医認定 435 名
平成 20 年 (2008 年)	2 月 7 日～8 日	第 4 回総会学術集会開催 (荒川 哲男会長 大阪) 国際セッションとして第 1 回 IGICS を同時開催
	3 月～5 月	平成 20 年度胃腸科認定医申請受付
	9 月 21 日	平成 20 年度 (第 2 回) 教育集会開催 (桑山 肇当番世話人 東京)
	11 月	平成 20 年度胃腸科認定医認定 372 名
平成 21 年 (2009 年)	2 月 11 日	寺野 彰 代表理事就任 (第 2 代)
	2 月 12 日～13 日	第 5 回総会学術集会開催 (坂本 長逸会長 東京)
	2 月 12 日	法人法改訂にともない一般社団法人 日本消化管学会に登記変更 評議員制を代議員制に変更
	3 月～5 月	平成 21 年度胃腸科認定医申請受付
	9 月 13 日	平成 21 年度 (第 3 回) 教育集会開催 (星原 芳雄当番世話人 東京)
	10 月	American College of Gastroenterology と Affiliate を締結
	11 月	平成 21 年度胃腸科認定医認定 493 名
平成 22 年 (2010 年)	2 月 19 日～20 日	第 6 回総会学術集会開催 (飯田 三雄会長 福岡)
	3 月～5 月	平成 22 年度胃腸科認定医申請受付
	9 月 26 日	平成 22 年度 (第 4 回) 教育集会開催 (藤盛 孝博当番世話人 東京)
	11 月	平成 22 年度胃腸科認定医認定 189 名
平成 23 年 (2011 年)	2 月 18 日	坂本 長逸 代表理事就任 (第 3 代)
	2 月 18 日～19 日	第 7 回総会学術集会開催 (吉川 敏一会長 京都)
	3 月～5 月	平成 23 年度胃腸科認定医申請受付
	9 月 4 日	平成 23 年度 (第 5 回) 教育集会開催 (藤本 一真当番世話人 東京)
平成 24 年 (2012 年)	2 月 10 日～11 日	第 8 回総会学術集会開催 (本郷 道夫会長 仙台)
	3 月～5 月	平成 24 年度胃腸科認定医申請受付
	9 月 2 日	平成 24 年度 (第 6 回) 教育集会開催 (春間 賢当番世話人 大阪)
	11 月	平成 24 年度胃腸科認定医認定 169 名
平成 25 年 (2013 年)	1 月 25 日～26 日	第 9 回総会学術集会開催 (日比 紀文会長 東京)
	3 月～5 月	暫定処置による胃腸科専門医制度 発足にともない申請受付

平成 25 年 (2013 年)	3 月～5 月	平成 25 年度胃腸科認定申請受付	
	9 月 8 日	平成 25 年度 (第 7 回) 教育集会開催 (桑野 博行当番世話人 東京)	
	11 月	平成 25 年度胃腸科認定医認定 147 名 平成 25 年度暫定処置による胃腸科 専門医認定 1,126 名, 指導医 955 名, 指導施設 249 施設	
平成 26 年 (2014 年)	2 月 14 日～15 日	第 10 回総会学術集会開催 (竹之下 誠一会長 福島)	
	3 月～5 月	平成 26 年度胃腸科認定医申請受付 平成 26 年度暫定処置による胃腸科 専門医申請受付	
	6 月	代議員選挙制度の導入にともない 立候補者受付	
	9 月 28 日	平成 26 年度 (第 8 回) 教育集会開催 (高橋 信一当番世話人 東京)	
	11 月	平成 26 年度胃腸科認定医認定 63 名 平成 26 年度暫定処置による胃腸科 専門医認定 724 名, 指導医 550 名, 指導施設 200 施設	
平成 27 年 (2015 年)	2 月 13 日～14 日	第 11 回総会学術集会開催 (田尻 久雄会長 東京) GI ウィークとして第 8 回日本カプセル 内視鏡学会学術集会, 第 47 回 胃病態機能研究会を同時開催 (2 月 14 日～15 日)	
	2 月 14 日	藤本 一真 代表理事就任 (第 4 代)	
	3 月～5 月	平成 27 年度胃腸科認定医申請受付 平成 27 年度暫定処置による胃腸科 専門医申請受付	
	9 月 6 日	平成 27 年度 (第 9 回) 教育集会開催 (松井 敏幸当番世話人 福岡)	
	11 月	平成 27 年度胃腸科認定医認定 57 名 平成 27 年度暫定処置による胃腸科 専門医認定 595 名, 指導医 431 名, 指導施設 222 施設	
	12 月	ホームページリニューアル	
	平成 28 年 (2016 年)	2 月 26 日～27 日	第 12 回総会学術集会開催 (平石 秀幸会長 東京) GI ウィークとして第 9 回日本カプセル 内視鏡学会学術集会, 第 48 回 胃病態機能研究会を同時開催 (2 月 27 日～28 日)
		3 月～5 月	平成 28 年度胃腸科認定医申請受付 平成 28 年度暫定処置による胃腸科 専門医申請受付 平成 28 年度専門移行試験申請受付
9 月 11 日		平成 28 年度 (第 10 回) 教育集会開催 (後藤 秀実当番世話人 名古屋)	
平成 29 年 (2017 年)	11 月	2016 年度胃腸科認定医認定 33 名 2016 年度暫定処置による胃腸科 専門医認定 394 名, 指導医 84 名, 指導施設 38 施設 2016 年度胃腸科専門医認定 1,937 名	
	2 月 17 日～18 日	第 13 回総会学術集会開催 (城 卓志会長 名古屋) GI ウィークとして第 10 回日本カプセル 内視鏡学会学術集会, 第 49 回 胃病態機能研究会を同時開催 (2 月 18 日～19 日)	
	9 月 10 日	第 11 回 (2017 年度) 教育集会開催* (杉山 敏郎当番世話人 富山)	

* 2016 年 9 月 30 日理事会決議により, 学会公文書の年度表記は西暦に, 教育集会の表記は“回数 (年度)”に変更.

『日本消化管学会雑誌』創刊に向けて

日本消化管学会和文誌編集委員長
兵庫医科大学内科学消化管科

三輪 洋人

日本消化管学会（以下、本学会）は平成16（2004）年に設立され、すでに十数年が経過し、現在では会員約5,000名を擁する学会へと成長してきました。とはいえ、まだまだ若い学会です。本学会の目的の一つは、会員が本学会を通じて自らの研究成果を発表し、議論することで消化管病学の発展に寄与すること、そして急速に発展する最先端の消化管疾患診療を理解し実践する手助けを行うことですが、そのために学会としてのサービスをさらに充実させる必要があります。そのための一つの施策として、今回本学会和文誌『日本消化管学会雑誌』を発刊することになりました。

ご存じのように本会の英文機関誌としては『Digestion』があり、優れた学会発表などを supplement としてこの雑誌に掲載することにしておりましたが、残念ながら学会の全演題の抄録は引用できる形で残ってはいませんでした。このため発表の記録を残したいと、会員の声に応える形で和文誌を作成することとしました。雑誌を作成し、それを配布することは財政的に負担となるとの危惧もありましたが、和文誌の発行を年に2回とし、その1回を学会抄録集とすることで、これまで年に2回発行していた『JGA NEWSLETTER』に要するのと同程度の費用に抑えることができ、和文誌の発刊が決まりました。学会独自の雑誌を持つことでさらに学会のステータスが上がり、そして本学会が日本の消化管学の基盤学会としての存在感を示すこと

ができれば編集長を拝命している私にとって何よりの喜びです。

本創刊号では、歴代理事長と第13回学術集会会長をお招きして座談会を開催し、本学会のあり方に関する討論を行った記事、そして熊本大学の馬場教授に消化管外科手術の進歩を大きな視野で解説していただいた総論が掲載されています。この他、さまざまな会員向けのお知らせが掲載されています。会員の先生方におかれましては是非この雑誌をお読みいただき、消化管疾患に関する知識を整理し、また学会の活動や次回学術集会の情報などを得ていただきたいと思います。

インターネット時代に突入し、雑誌をweb化する動きが加速しております。この時代に新たに紙ベースの雑誌を創刊することには会員の先生方からもさまざまなご意見があるであろうことは十分に理解しているつもりです。ただ、まずこの和文誌を活用していただき、ある程度認知された後にはタイミングを逸することなくweb化に踏み切ろうと考えています。先生方におかれましては、まずは創刊号を手にして、パラパラとめくりながら全体を俯瞰していただきたい。そうすることにより、きっとこの学会をより身近に感じていただけるのではないかと思います。こうして生まれる一体感がこの学会を前に進める原動力になることを期待しつつ、創刊号の巻頭言とさせていただきます。

創刊の挨拶

『日本消化管学会雑誌』の創刊を祝って

日本消化管学会は英文の official journal として『Digestion』があり, editors-in-chief の一人を当学会員が担当しており, 現在は樋口和秀前理事が担当している. 日本語の newsletter を年 2 回発行してきたが, これにかわる和文の機関誌を要望する声が多くからあがっていた. その要望のひとつの理由としては学会抄録を学術雑誌として記録しておきたいというものであった.

理事会での機関誌創刊の決定をうけて, 篠村恭久前理事のご努力で従来の学会誌編集委員会から分かれて和文誌編集委員会が発足し, 三輪洋人理事を委員長として和文機関誌である『日本消化管学会雑誌』の創刊に至った. 委員として永原章仁(副委員長), 岩本淳一, 小村伸朗, 佐々木誠人, 堀木紀行, 松浦文三, 溝上裕士の各先生が担当して編集にあたった. 創刊号には座談会“日本消化管学会, その理念と現状, そしてこれから”と, 熊本大学の馬場秀夫理事の総説“消化管癌に対する外科手術の進歩”を掲載している. 座談会は日本消化管学会発足以来の歴代理事長である, 伊藤 誠, 寺野 彰, 坂本長逸の各先生と私, 城 卓志第 13 回日本消化管学会総会学術集會会長が三輪洋人和文誌編集委員長の司会のもとで行った.

日本消化管学会が会員数 5,000 名を目前にして, 学術集會, 教育集會, 専門医制度, 助成・奨学制度, 学会賞など, 今後の学会の在り方が問われるなかで, 『日本消化管学会雑誌』の創刊を慶び祝うとともに, 学会員全員で機関誌の発展を支えていきたい.



藤本 一眞
一般社団法人日本消化管学会理事長

総説

消化管癌に対する外科手術の進歩

馬場 秀夫 岩槻 政晃 吉田 直矢

要旨 近年、本邦においては少子高齢化とともに、消化管癌による死亡数が増加傾向にある。消化管癌には手術が最も効果的かつ唯一治癒が期待できる治療法であることから、安全・確実で根治性が高く、かつ遠隔成績向上を目指した術式の開発が重要である。消化管癌に対する手術は、①安全性の確立、②拡大郭清や臓器合併切除による根治性の追求、③内視鏡外科手術に代表される低侵襲手術・臓器温存手術、④ロボット手術という変遷をたどってきた。さらに、長期予後向上の観点から、術後補助化学療法、術前化学放射線療法・術前化学療法が導入されてきた。本稿では、食道癌、胃癌、大腸癌に対する手術の歴史の変遷を踏まえ、現状を概説する。

Key Words 食道癌、胃癌、大腸癌、手術術式、歴史の変遷

〈abbreviation〉

CR: complete response; 完全奏効, CRM: circumferential resection margin; 腸管周囲切離断端, CRT: chemoradiotherapy; 化学放射線療法, DFS: disease free survival; 無病生存期間, ESMO: European Society for Medical Oncology; 欧州臨床腫瘍学会, NCCN: National Comprehensive Cancer Network; 全米総合がん情報ネットワーク, NCD: national clinical database; 臨床データベース, OS: overall survival; 全生存期間, RCT: randomized controlled trial; ランダム化比較試験

I はじめに

本邦は、少子高齢化社会の到来に伴い、がんの罹患患者数、死亡者数の増加が顕著である。1981年以降、がんは死因のトップとなり、現在約37万人ががんで亡くなっている。その中でも、消化器癌(食道・胃・大腸・肝臓・膵臓・胆道癌)による死亡は、男女ともがん死亡の50%以上を占めており、がんによる死亡を減らすためには消化器癌の診断・治療成績のさらなる向上は極めて重要な課題となっている。

がんに対する治療は外科手術、化学療法、放射線治療、さらに最近では免疫療法の進歩が目ざされているが、中でも外科治療は最も効果的かつ治癒を期待できる唯一の治療法である。

本稿では食道癌、胃癌、大腸癌の消化管癌にフォーカスを絞り、外科手術の歴史を紐解きながら、最近の

熊本大学大学院生命科学研究部消化器外科学

著者連絡先: 馬場秀夫

〒860-8556 熊本市中央区本荘1-1-1

E-mail: hdobaba@kumamoto-u.ac.jp

受付: 2017年5月11日

採択: 2017年7月20日

進歩につき概説する。

II 食道癌

1. 食道癌手術の歴史

食道癌に対する最初の手術は、1877年に Czerny によって行われた頸部食道切除、食道瘻造設である¹⁾。下部食道に対しては、1908年に Voelcker が経腹的下部食道切除、胃食道吻合3例を報告したのが最初である²⁾。1913年には Franz Torek によって左開胸アプローチによる胸部食道切除が行われた³⁾。この手術後に13年間生存した患者の、頸部食道瘻と胃瘻の間をゴム管で接続した写真はあまりに有名である。1920年には Martin Kirschner が胃管による胸壁前再建を報告している⁴⁾。

本邦においては、1929年京都大学の大澤による開

胸開腹、胃全摘（および下部食道切除）胸部食道空腸吻合が、胸腔内食道の最初の切除例と考えられる⁵⁾。1932年の第33回日本外科学会における大澤および千葉大学の瀬尾による食道癌宿題報告によると、胸部食道癌で12例中4例の2カ月生存が得られたが、手術の死亡率は50%であった⁶⁾⁷⁾。当時の文献的統計では、食道癌手術151例中手術死亡が144例（死亡率95.4%）に達している。1933年にはGrey Turnerが非開胸食道切除術を施行した⁸⁾。この手術は、本邦においては1971年に秋山が臨床応用した。1950年には千葉大学の中山が、胸壁前食道胃吻合の死亡率を7.7%と、当時としては画期的な治療成績を報告した⁹⁾。

上縦隔郭清のない2領域郭清が主であったリンパ節郭清に関して、1980年代に上縦隔郭清の必要性が指摘されるようになった。1991年にIsonoらが、3領域郭清は2領域に比して予後が良いことを報告し¹⁰⁾、本邦の現在の標準治療へとつながっていく。2013年にYeら¹¹⁾がメタアナリシスを用いて、3領域郭清が予後の点で優れていることを報告したが、これまでに胸部食道癌における2領域 vs. 3領域郭清の前向きランダム化比較試験（randomized controlled trial : RCT）は行われていない。

食道癌治療における現在の手術の位置付けは、Stage I（食道癌取扱い規約第10版）¹²⁾では標準治療とされている。切除可能なStage II, III胸部食道癌では、JCOG9907の結果（5年全生存期間（overall survival : OS）が術前補助化学療法群で55%、術前治療なし群で43%、 $p=0.04$ ）¹³⁾に基づいて、術前補助化学療法のものに根治手術を行うことが標準治療と位置付けられている。

2. 胸腔鏡手術

1992年にCuschieriが胸腔鏡下食道切除（minimally invasive esophagectomy : MIE）の最初の報告を行った¹⁴⁾。本邦では1994年に東北大学のAkashiらが施行したのが最初である¹⁵⁾。2006年にはインドのPalaniveluが人工気胸下腹臥位手術を報告した¹⁶⁾。MIEは開胸手術と比較して出血量が少なく手術時間が長いというのは、どの報告でも共通している。一方、MIEの短期成績が開胸手術よりも良好であることを、前向きRCTによって証明したものはBiereらの報告のみである¹⁷⁾。この中で、MIEは術後2週間以内、および入院中の肺感染症が有意に少なかった。この研究の対象は腺癌が60%を占め、郭清範囲は2領域にとどまっている。またほぼ全例で術前補助化学放射線療法（chemoradio-

therapy : CRT）が行われており、本邦と手術方法、患者背景が異なっている。本邦の臨床データベース（national clinical database : NCD）（ $n=5,354$ ）に基づいたTakeuchiらの報告によると、MIEは開胸と比較して縫合不全や30日以内の再手術、入院期間中の再手術が有意に多かった¹⁸⁾。またイギリスのNCD（ $n=7,502$ ）に基づいたMamidannaらの報告でも、MIEは有意に再手術率が高く、いまだ実臨床でMIEの安全性が確立されたとは言い難い¹⁹⁾。体位については、2015年にMarkarらが、腹臥位のほうが左側臥位より肺合併症が少ないというメタアナリシスの結果を報告した²⁰⁾。予後に関しては、MIE vs. 開胸の前向きRCTはなく、現在JCOG1409で症例を集積中である。

3. 縦隔鏡下経裂孔的食道切除（mediastinoscope-assisted transhiatal esophagectomy）

2004年にTangokuが縦隔鏡を用いた経裂孔的食道切除を報告した²¹⁾。はじめはリンパ節郭清の必要がない表在癌が対象であったが、現在では臨床試験として、縦隔リンパ節郭清を伴う手技も行われている。Okumuraらはこの手術を行った63例の短期成績について、肺合併症が9.5%、心血管合併症が7.9%と報告している²²⁾。2013年にはSetoらがロボットを使用したtranshiatal esophagectomy with extended lymphadenectomyの手技を報告している²³⁾。縦隔鏡下手術のまとまった成績の報告はまだ少ないものの、胸腔内操作がなく、縦隔内操作のみで済むため、非常に肺合併症が少ないことが示されている。一方でこの手技の普及には、導入初期の解剖理解・手技の困難さの克服や、器具の開発、長期成績の証明といったいくつかの課題がある。

4. ロボット手術

2003年にHorganがrobotic-assisted minimally invasive transhiatal esophagectomyを²⁴⁾、2004年にはKernstineが2-stage 3-field esophagolymphadenectomyを報告している²⁵⁾。2006年のHillegersbergらの報告（ $n=21$ ）では肺合併症が48%であったが²⁶⁾、最近では合併症が減少してきている²⁷⁾。また長期成績についても従来の手技と遜色ない結果が報告されている²⁸⁾。3Dによるvisualや操作性の良さは利点として挙げられるが、MIEとの前向きRCTによる短期、長期成績に関する有用性は証明されていない。また施行できる施設が限られることや、経費、保険適用の問題は解決されていない。

5. サルベージ手術

根治的 CRT 後の遺残，再発に対するサルベージ手術は合併症，手術関連死亡ともに高率である。2014 年の Markar らのレビューでは肺合併症が 29.8%，縫合不全が 24.0%，手術関連死亡は 9.5%と報告されている²⁹⁾。R0 切除率は 77.7%で，非治癒切除後の予後は極めて不良である。

cT4 症例では，しばしば R0 切除が可能かどうか術前診断することが困難であり，解決できていない課題の一つである。また遺残があると判定したにもかかわらず，切除後の病理学的検査で Grade 3 と診断される症例もときに経験する。しかし根治的 CRT 後の遺残に対して，治癒が見込めるほぼ唯一の治療法であり，適切な適応の選択や安全性の向上に努めていく必要がある。2015 年に竹村らが，サルベージ手術として MIE を施行した 27 例の治療成績を報告した³⁰⁾。この中で開胸に移行したのは 2 例のみで，術後の肺炎が 3 例に認められたが手術関連死亡はなかった。

6. 拡大手術

本邦において 1980 年代から，根治性を高める目的で他臓器合併切除を伴う食道癌根治手術が施行された。対象症例は T4 であり，リンパ節転移を高率に伴っていた。そのため高侵襲な手術にもかかわらず長期成績は不良であり，多くの症例は 1~2 年以内に死亡していた。予後の恩恵が得られる症例は限られており，術前あるいは術後の化学療法，CRT のない症例における，このような拡大手術については一旦否定された³¹⁾。

しかし近年，化学放射線療法の進歩に伴い，ほかに非治癒因子がない T4 食道癌において，他臓器合併切除を伴う食道切除の有用性が報告されている。2006 年に Yamatsuji らが，大動脈浸潤のある食道癌患者 4 例に対して，大動脈ステントを挿入後に根治手術を施行した³²⁾。2014 年には Makino らが同様の手技を用いて，CRT 後の T4 食道癌に対して大動脈の外膜合併切除を伴う食道切除を行った³³⁾。このような手技は R0 切除が見込める症例に対する集学的治療の一つとして今後検討される余地がある。

III 胃癌

1. 胃癌に対するリンパ節郭清のあゆみ

胃癌に対する胃切除は 1879 年の Pean に端を発し，1880 年の Rydygier，そして 1881 年の Billroth へと続く。Billroth は 1881 年 1 月 29 日に 43 歳女性 (Wien

在住の Therese Heller) の幽門狭窄を伴う幽門癌に対して，クロロホルム麻酔下に 1 時間 30 分の手術を成功させた。術後 22 日目に退院となり，これが一般的には胃癌に対する外科治療の成功第 1 例として語り継がれている。以後，治療を意図した胃切除が進むこととなる。

1898 年に Billroth の助手であった Mikulicz がドイツ外科学会で，リンパ流を介した胃癌の進展様式を述べている。Mikulicz は胃癌の進展様式を，胃壁内での連続進展，胃壁外のリンパ管，リンパ節を介した進展，漿膜浸潤を介した腹膜播種，血行性転移の 4 つにまとめた。外科治療で根治を目指すために，リンパ流を意識したリンパ節郭清体系の確立が必要となった。本邦では，1914 年に周囲リンパ節を切除することが提唱され，1928 年に Mikulicz のもとで学んだ三宅が「リンパ節郭清」の重要性を 1,670 例の症例から唱えた。三宅の理論を実践，検証した久留，そして 1944 年の梶谷論文から，胃切除に加えた系統的なリンパ節郭清の実践が始まった。以後，徹底したリンパ節郭清を求めて，胃全摘，膵脾などの合併切除，大網広範囲切除などの術式開発を推進していくこととなる。

本邦ではリンパ流理論を背景にこれらの術式の展開へつなげ実践していった。リンパ流研究が推進される中，1962 年に「胃癌取扱い規約」の発行と「胃癌研究会」の発足によりリンパ節郭清の概念の普及と実践にもつながっていった。郭清すべきリンパ節名と，胃壁からの解剖学的距離からこれらを 3 つの群に分け，郭清の程度を分類し，原発巣の深達度を組み合わせて進行度を決定し，生存率との相関が分析された。以後，改訂を重ね，第 13 版 (1999 年) でほぼ完成形となった。

一方，欧米では欧州を中心に主に体表癌で試みられた TNM 分類の胃癌への導入が考えられた。N 分類はリンパ流理論を実践した本邦の胃癌取扱い規約とは異なり，リンパ節郭清が実践されないまま，胃全摘，膵脾などの合併切除，大網広範囲切除などの術式が治療成績に寄与しないことへの批判へつながっていった。その結果，胃癌に対する外科治療において，本邦と欧米との展開が異なっていくこととなる。

2. D2 郭清の是非

胃癌はリンパ節転移をきたしやすく，腫瘍の進展とともに，範囲，程度ともに進展していく。所属リンパ節転移を伴う進行胃癌では，これらを徹底的に郭清することで，局所制御が可能であると経験的に考えられていた。本邦では，1960 年代から D2 リンパ節郭清が

Table 1 胃癌における開腹 vs. 腹腔鏡手術の前向き臨床試験

試験名	症例数	術式	適応	主要評価項目	短期成績	長期成績
早期胃癌						
JCOG0912	921	幽門側胃切除 D1/D2	cStage IA/IB	5年 RFS	同等	進行中
KLASS01	1,416	幽門側胃切除 D1+/D2	cStage I	5年 OS	同等	進行中
JCOG1401	245	胃全摘, 噴門側胃切除 D1+/D2	cStage IA/IB	縫合不全発生割合 (食道空腸吻合)	進行中	進行中
KLASS03	168	胃全摘 D1+	cStage IA/IB	術後合併症	進行中	進行中
進行胃癌						
CLASS01	1,056	幽門側胃切除 D2	cT2-4a N0-3 M0	3年 DFS	同等	進行中
JLSSG0901	180	幽門側胃切除 D2	cT2-4a N0-2 M0	3年 RFS	同等	進行中
KLASS02	475	幽門側胃切除 D2	cT2-4a N0-2 M0	3年 RFS	進行中	進行中

標準術式として行われてきた。脾動脈幹リンパ節の完全郭清のための脾体尾部切除、脾摘や、1980年代には第3群リンパ節郭清のため、大動脈周囲リンパ節郭清も積極的に行われてきた。一方、欧州を中心にD1郭清とD2郭清の大規模前向き臨床試験が行われた。イギリスで行われたMRC (Medical Research Council) trialでは、D1郭清と比較しD2郭清は縫合不全、術後在院死の頻度が有意に高いにもかかわらず、生存期間でD1郭清を上回ることができなかった³⁴⁾。また、オランダで行われたDutch trialでも同様に、術後合併症、在院死亡の頻度が高く、5年生存率も有意差は認めなかった³⁵⁾。これらの結果から、欧米ではD2郭清は標準治療としては行われないこととなった。

本邦では、経験的に行われた拡大リンパ節郭清に関して、大規模な臨床試験により検証が行われるようになった。D2郭清に予防的な腹部大動脈周囲リンパ節郭清を加えた拡大手術の臨床的意義が検証された。D2郭清と比較し、手術時間が延長し、出血量が増加した。しかし、OS、無再発生存期間に有意差はなく、結果として、予防的拡大郭清は否定され、D2郭清が標準治療となった (JCOG9501 試験)³⁶⁾。また、食道浸潤進行胃癌に対する左開胸を伴うリンパ節郭清は経横隔膜的アプローチと比較し、合併症が多く、延命効果は認められなかった (JCOG9502 試験)³⁷⁾。このように外科治療に関する大規模臨床試験の結果から、これまでに経験的に行われてきた拡大手術の限界も示された。一方、近年、Dutch trialの長期成績 (15年後の胃癌による死亡率D1: 48%, D2: 37%) が最近示され³⁸⁾、本邦の提唱するD2郭清の妥当性が確認され、欧州臨床腫瘍学会 (European Society for Medical Oncology :

ESMO)、全米総合がん情報ネットワーク (National Comprehensive Cancer Network : NCCN) のガイドラインも変更され、ようやくD2郭清が本邦だけではなく世界的にも標準術式として認められることとなった。

3. 腹腔鏡手術 (Table 1)

胃癌に対する腹腔鏡手術は1994年のKitanoらによる報告が初めてである³⁹⁾。その後、手術手技の向上、腹腔鏡関連機器の開発により、急速に腹腔鏡下胃切除は普及してきた。2002年には本邦でも保険収載となり、手技的な観点からみた安全性と、癌に対する根治性からみた適応が議論されるようになった。導入当初は、腹腔鏡操作で開腹操作と同等のリンパ節郭清を行うことができるかという点から、粘膜内癌と軽度のsm浸潤癌が対象とされた。しかし、胃癌に対する腹腔鏡下胃切除に関する大規模な前向き試験がないため、日本胃癌学会発行の胃癌治療ガイドラインでは、2004年の第2版および2010年の第3版においても早期胃癌における「臨床研究」という位置付けであった⁴⁰⁾。そこで、腹腔鏡下胃切除の安全性を検証するために、本邦において多施設共同第II相試験 (JCOG0703) が行われた⁴¹⁾。cStage IBまでの早期胃癌に対しては、熟練した外科医が行えば、術後の短期成績の有用性が示され、2014年の第4版では、「幽門側胃切除術が適応となるcStage I症例で、腹腔鏡手術は日常診療の選択肢となりうる。」と明文化された⁴²⁾。長期予後に関しては、本邦のJCOG0912、韓国のKLASS01の大規模RCTの結果が待たれる⁴³⁾⁴⁴⁾。進行胃癌に関しては、本邦ではJLSSG0901⁴⁵⁾、韓国ではKLASS02⁴⁶⁾が行われており、D2リンパ節郭清を伴う腹腔鏡下幽門

側胃切除術の有用性が検討されている。また、胃全摘に関しては、本邦では JCOG1401、韓国では KCLASS03 が行われている。cStage I に対する腹腔鏡下胃全摘術の安全性と根治性が示されれば、進行癌への適応など、腹腔鏡手術の適応拡大がさらに進んでいくと思われる。

近年、胃粘膜下腫瘍に対して、内視鏡的粘膜下層剥離術 (endoscopic submucosal dissection : ESD) と腹腔鏡手術を組み合わせる腹腔鏡・内視鏡合同手術 (laparoscopy and endoscopy cooperative surgery : LECS) が普及してきている。腹腔鏡、内視鏡により腫瘍の全貌が明らかとなり、内視鏡による適切な切除範囲の決定、腹腔鏡による安全な術野の展開と縫合が可能となる。早期胃癌に対しては、LECS にセンチネルリンパ節ナビゲーション手術を併用することで、術前にリンパ節転移を否定できない早期胃癌に対して、胃機能を温存する縮小手術も試みられるようになった。

4. ロボット手術

内視鏡手術支援ロボット下手術 (以下、ロボット手術) は 2009 年 11 月に薬事法承認があり、前立腺全摘術、腎部分切除が保険収載となった。これまで腹腔鏡では直線的な鉗子操作により、様々な動作制限を強いられていたが、自由度の高いアームや手ぶれがないことにより、繊細な手術手技が可能となる。胃癌領域でもロボット手術の有用性が本邦からも報告され⁴⁷⁾、今後、普及することが予想される。2014 年よりロボット胃癌手術の腹腔鏡手術に対する優越性臨床試験 (UMIN000015388) が cStage I/II を対象に開始され、ロボット手術の安全性、有効性、経済性の結果が待たれる。

IV 大腸癌

1. 大腸癌手術の歴史

大腸癌手術はこれまで根治性と臓器温存性が追及され、数多くの進歩を遂げてきた。現在でも直腸癌の術式として名前が残っている Miles は 1908 年に下腸間膜領域のリンパ節郭清と、癌周囲を解剖学的に正しい範囲で拡大切除することで再発を減らすことができると提唱した⁴⁸⁾。この手術における再発率は 29.5% と腫瘍学的成績は大きな改善を示したものの、永久人工肛門や高い術後死亡率 (41.6%) の問題があった。その後、1948 年に Dixon が S 状結腸肛門側から上部直腸にかけての病変に対する前方切除術を提唱した⁴⁹⁾。こ

れは肛門温存手術のさきがけとなり、その後はより下部の直腸癌に対して試みられるようになった。

その後、Steichen と Ravitch がロシアから器械吻合用のデバイスを米国に持ち込んだことで、肛門温存手術はさらに発展することとなった。1977 年にロシア版ステープラーを改良した EEA ステープラーが開発され、手縫い吻合と比較して直腸癌における吻合の難易度が大幅に改善した。さらに 1980 年に Knight と Griffen らの手により、double stapling technique が発展し、下部直腸癌に対する吻合がより容易に安全に施行可能となった⁵⁰⁾。

1982 年には Heald らが直腸間膜の肛門側および全周性の en block な完全切除を行う TME (total mesorectal excision) のコンセプトを提案した⁵¹⁾。TME により、直腸癌の局所再発率が 5% 台と大幅に抑えられ、現在では広く受け入れられているスタンダードな手術法となっている。その後 1994 年に Schiessel らが括約筋間直腸切除術 (intersphincteric resection : ISR) の治療成績を発表し、肛門に極めて近い下部直腸癌に対して、外肛門括約筋を温存して内肛門括約筋を切除し肛門機能を温存する術式が可能となった⁵²⁾。本邦では 1999 年に齋藤、白水らによって施行され、肛門温存手術として広く受け入れられている。

2. 腹腔鏡手術 (Table 2)

大腸癌に関する腹腔鏡手術の歴史は 1991 年に Jacobs らが最初に報告したことに端を発する⁵³⁾。その後、腹腔鏡手術と開腹手術の RCT として、Barcelona 試験、COST 試験、COLOR 試験、MRC CLASICC 試験が報告された⁵⁴⁾。これらの 4 試験では、腹腔鏡手術のほうが出血量は少なく、手術時間は長い点が共通していた。長期予後については COLOR 試験以外の study では開腹手術と腹腔鏡は同等であった。また COLOR 試験では主要評価項目の 3 年無病生存期間 (disease free survival : DFS) において、腹腔鏡群が 74.2%、開腹群が 76.2% で非劣性を示せなかったものの、その差はわずかであり、臨床的には許容範囲と結論付けられた。

本邦では 1993 年に渡邊らが腹腔鏡下大腸切除を報告し、2004 年に進行結腸癌の開腹手術に対する腹腔鏡の非劣性の検証が開始された (JCOG0404 試験)。短期成績の報告では腹腔鏡手術群の手術時間が有意に長かったが、出血量は有意に少なかった ($p < 0.001$)。その他、腹腔鏡手術では術後の排ガスが早く、術後鎮痛薬の使用回数が少なく、また術後在院日数がより短

Table 2 大腸癌における開腹 (Open) vs. 腹腔鏡手術 (Lap) の第 III 相ランダム化比較試験

試験名	症例数 (Open : Lap)	適格症例	主要評価項目	長期成績
結腸				
Barcelona	208 (1 : 1)	T 除外 肛門縁から 15cm 以上の結腸	CSS	cancer related mortality : Open 36% vs. Lap 16% (Lap の非劣性証明)
COST	872 (1 : 1)	T, 直腸除外	TTR	3年 RR : Open 18% vs. Lap 16% (Lap の非劣性証明)
COLOR	1,248 (1 : 1)	T, 直腸除外	3年 DFS	3年 DFS : Open 76.2% vs. Lap 74.2% (Lap の非劣性は示せないが ⁵ , 同等)
CLASICC	794 (2 : 1)	T 除外	3年 OS, DFS LRR	OS, DFS, LRR : Lap の非劣性証明 CRM 陽性 : Open 5% vs. Lap 7%
JCOG0404	1,057 (1 : 1)	T 除外 直腸 Rs まで	OS	5年 OS : Open 90.4% vs. Lap 91.8% (Lap の非劣性は示せないが ⁵ , 同等)
直腸				
COREAN	340 (1 : 1)	中下部直腸癌, cT-3NXM0 術前 CRT	3年 DFS	3年 DFS : Open 72.5% vs. Lap 79.2% (Lap の非劣性が証明)
COLAR II	1,044 (2 : 1)	肛門縁から 15cm 以内の直腸癌	3年 LRR	3年局所再発率 : Open 5% vs. Lap 5% (Lap の非劣性が証明)
ACOSOG	486 (1 : 1)	肛門縁から 12cm 以内の進行直腸癌	CRM<1mm, 肛門側マージン陰性, TME	主要評価項目達成率 : Open 86.9% vs. Lap 81.7% (Lap の非劣性は示せず)
AlaCaRT	475 (1 : 1)	肛門縁から 15cm 以内の T1-T3 直腸癌	CRM<1mm, 肛門側マージン陰性, TME	主要評価項目達成率 : Open 89% vs. Lap 82% (Lap の非劣性は示せず)

T : transverse colon cancer, CSS : cancer specific survival, TTR : time to recurrence, DFS : disease free survival, LRR : local recurrence rate, RR : recurrence rate, CRM : circumferential resection margin, TME : total mesorectal excision.

[文献 54) 56) 58) 59) 60) 61) から引用]

い結果であった⁵⁵⁾。主要評価項目である OS では、想像以上にイベント数が不足していたために、腹腔鏡群の非劣性は認められなかった。しかし、5年 OS は開腹群 90.4%と腹腔鏡群 91.8%と両者とも極めて良好な成績で、生存曲線も両群ほぼ一致していたため、腹腔鏡手術も選択肢の一つになりうると結論付けられた⁵⁶⁾。現在の大腸癌ガイドラインでは、cStage II~III 結腸癌に対しては、個々の手術チームの習熟度を十分に考慮し、RCT で適応から除外されていた横行結腸癌や、高度肥満・癒着例は慎重に適応を決定するよう推奨されている⁵⁷⁾。

上記 RCT の多くにおいて直腸癌は対象外であり、直腸癌を対象とした開腹 vs. 腹腔鏡手術の RCT が望まれていた。COREAN 試験は術前放射線化学療法後の直腸癌を対象にした、開腹手術に対する腹腔鏡手術の非劣性を検証した RCT である⁵⁸⁾。3年 DFS は 79.2% vs. 72.5%, 3年 OS は 91.7% vs. 90.4%, 3年局所再発

率は 2.6% vs. 4.9%といずれも腹腔鏡の非劣性が示された。COLOR II 試験も同様に術前 CRT を施行した直腸癌に対する腹腔鏡手術 vs. 開腹手術の RCT である⁵⁹⁾。全合併症率、術後 28 日以内の死亡率は差を認めず、また腫瘍学的に懸念されていた剥離断端〔腸管周囲切離断端 (circumferential resection margin : CRM)〕陽性は 10%と変わらなかった。長期成績も DFS, OS, 局所再発率ともに腹腔鏡手術は開腹手術と同等の結果であった。一方、腹腔鏡手術の腫瘍学的短期成績における非劣性を検討した ACOSOG 試験⁶⁰⁾、ALaCaRT 試験⁶¹⁾ の 2つの RCT では腹腔鏡の非劣性が証明できなかった。これら 2つの RCT では完全切除の定義を CRM<1mm・肛門側マージンが確保されている・全直腸間膜切除されたとし、開腹群と腹腔鏡群の比較を行ったが、腹腔鏡の非劣性が証明できなかった。現状では直腸癌に対する腹腔鏡手術は、腸管切離・吻合操作の難易度が高く、適正に計画された臨床試験として

実施することが推奨されている。

3. 側方郭清

側方リンパ節郭清の歴史は Sauer と Bacon の報告が最初であり、両者は下部直腸癌における側方リンパ節転移の可能性を染色法により同定した⁵⁹⁾。本邦では 1970 年代後半から 1980 年前半にかけて側方郭清が導入され、術後排尿・性機能障害を予防するために自律神経温存側方郭清術が考案された。その後大腸癌研究会プロジェクト研究による検証の結果⁵⁷⁾、側方郭清を「腫瘍の下縁が腹膜翻転部にかかるかそれより肛門側に位置する癌」で「固有筋層を超えて浸潤している癌」を適応とし、局所再発を 50% 減少させ、5 年生存率は 8% 改善することが予測された。さらに予防的側方郭清の意義に関する RCT の結果、ME (mesorectal excision) + 側方郭清に対する ME 単独の非劣性試験の結果が報告された (JCOG0212 試験)。主要評価項目である無再発生存期間は 5 年時 ME + 側方郭清群が 73.4%、ME 群 73.3% でハザード比は 1.07 (90.9% CI : 0.84-1.36) であり、非劣性マージン (1.34) を下回ることができなかった。以上より、ME の非劣性は確認されず、標準治療としての予防的側方郭清の妥当性が示された⁶²⁾。

一方、海外では術前 CRT が標準治療であり、局所再発を有意に抑制することが報告されてきた。さらに最近では、術前 CRT 後の臨床的完全奏効 (complete response : CR) 例に対し、切除を行わずに経過観察を行う watch and wait ストラテジーが提唱され、後ろ向きの解析ながら切除例と遜色ない治療成績が報告された⁶³⁾。現在はより高い CR 率を達成するレジメンを使用した前向き試験が進行中であり、今後の報告が待たれる。

4. 経肛門的全直腸間膜切除術

最近新しい焦点となっている手術法に経肛門的全直腸間膜切除術 (transanal total mesorectal excision : TaTME) がある。通常の腹腔鏡手術では腹腔側からの鉗子操作の方向と直腸剝離方向が一致せず、視野の展開不良や CRM 陽性につながる原因となっていると考えられてきた。この術式では腹腔側に肛門側からの腹腔鏡操作を追加することで、直腸の剝離操作や視野展開が容易になる利点が報告されている⁶³⁾。その他、さらなる低侵襲化を目指して、single port laparoscopic surgery やロボット手術が本邦でも先進的な施設で進められており、その有効性の評価が期待されている。

V おわりに

本稿では、食道癌、胃癌、大腸癌に絞って外科治療の歴史の変遷につき概説した。今後高齢者が増加する本邦においては、さらなる低侵襲かつ臓器温存、長期予後向上に寄与する術式の開発が望まれる。

本論文内容に関連する著者の利益相反：なし

文 献

- 1) Czerny J : Neue Operationen-Resektion des Oesophagus. Zentralbl Chir 4 : 433, 1877
- 2) Voelcker F : Uber Extirpation der Cardia wegen Carcinoms. Verh Dtsch Ges Chir 37 : 126-129, 1908
- 3) Torek F : The first successful case of resection of the thoracic portion of the oesophagus for carcinoma. Surg Gynecol Obstet 16 : 614-617, 1913
- 4) Kirschner MB : Ein neues Verfahren der Oesophago-plastik. Arch Klin Chtr 114 : 606, 1920
- 5) 桑野博行, 福地稔, 加藤広行 : 外科学温故知新 15 — 食道外科. 臨床外科 61 : 1637-1640, 2006
- 6) 瀬尾貞信 : 食道外科. 日本外科学会雑誌 33 : 1461-1505, 1932
- 7) 大澤達 : 食道外科. 日本外科学会雑誌 34 : 1321-1590, 1933
- 8) Turner GG : Excision of the thoracic esophagus for carcinoma with constriction of an extrathoracic gullet. Lancet 9 : 1315-1316, 1933
- 9) 中山恒明 : 胸部食道全別出術. 日本外科学会雑誌 51 : 310-315, 1950
- 10) Isono K, Sato H, Nakayama K : Results of a nationwide study on the three-field lymph node dissection of esophageal cancer. Oncology 48 : 411-420, 1991
- 11) Ye T, Sun Y, Zhang Y, et al : Three-field or two-field resection for thoracic esophageal cancer: a meta-analysis. Ann Thorac Surg 96 : 1933-1941, 2013
- 12) 日本食道学会 (編) : 食道がん取扱い規約, 第 10 版. 金原出版, 東京, 2008
- 13) Ando N, Kato H, Igaki H, et al : A randomized trial comparing postoperative adjuvant chemotherapy with cisplatin and 5-fluorouracil versus preoperative chemotherapy for localized advanced squamous cell carcinoma of the thoracic esophagus (JCOG9907). Ann Surg Oncol 19 : 68-74, 2012
- 14) Cuschieri A, Shimi S, Banting S : Endoscopic oesophagectomy through a right thoracoscopic approach. J R Coll Surg Edinb 37 : 7-11, 1992
- 15) Akaishi T, Kaneda I, Higuchi N, et al : Thoracoscopic en bloc total esophagectomy with radical mediastinal lymphadenectomy. J Thorac Cardiovasc Surg 112 : 1533-1540, 1996
- 16) Palanivelu C, Prakash A, Senthilkumar R, et al : Min-

- minimally invasive esophagectomy: thoracoscopic mobilization of the esophagus and mediastinal lymphadenectomy in prone position--experience of 130 patients. *J Am Coll Surg* 203 : 7-16, 2006
- 17) Biere SS, van Berge Henegouwen MI, Maas KW, et al : Minimally invasive versus open oesophagectomy for patients with oesophageal cancer: a multicentre, open-label, randomised controlled trial. *Lancet* 379 : 1887-1892, 2012
- 18) Takeuchi H, Miyata H, Gotoh M, et al : A risk model for esophagectomy using data of 5354 patients included in a Japanese nationwide web-based database. *Ann Surg* 260 : 259-266, 2014
- 19) Mamidanna R, Bottle A, Aylin P, et al : Short-term outcomes following open versus minimally invasive esophagectomy for cancer in England: a population-based national study. *Ann Surg* 255 : 197-203, 2012
- 20) Markar SR, Wiggins T, Antonowicz S, et al : Minimally invasive esophagectomy: Lateral decubitus vs. prone positioning; systematic review and pooled analysis. *Surg Oncol* 24 : 212-219, 2015
- 21) Tangoku A, Yoshino S, Abe T, et al : Mediastinoscope-assisted transhiatal esophagectomy for esophageal cancer. *Surg Endosc* 18 : 383-389, 2004
- 22) Okumura H, Uchikado Y, Matsumoto M, et al : Clinical significance of mediastinoscope-assisted transhiatal esophagectomy in patients with esophageal cancer. *Langenbecks Arch Surg* 400 : 699-706, 2015
- 23) Mori K, Yamagata Y, Wada I, et al : Robotic-assisted totally transhiatal lymphadenectomy in the middle mediastinum for esophageal cancer. *J Robot Surg* 7 : 385-387, 2013
- 24) Horgan S, Berger RA, Elli EF, et al : Robotic-assisted minimally invasive transhiatal esophagectomy. *Am Surg* 69 : 624-626, 2003
- 25) Kernstine KH, DeArmond DT, Karimi M, et al : The robotic, 2-stage, 3-field esophagolymphadenectomy. *J Thorac Cardiovasc Surg* 127 : 1847-1849, 2004
- 26) van Hillegersberg R, Boone J, Draaisma WA, et al : First experience with robot-assisted thoracoscopic esophagolymphadenectomy for esophageal cancer. *Surg Endosc* 20 : 1435-1439, 2006
- 27) Chiu PW, Teoh AY, Wong VW, et al : Robotic-assisted minimally invasive esophagectomy for treatment of esophageal carcinoma. *J Robot Surg* 11 : 193-199, 2017 (doi: 10.1007/s11701-016-0644-2) [Epub 2016 Oct 25]
- 28) Park SY, Kim DJ, Do YW, et al : The oncologic outcome of esophageal squamous cell carcinoma patients after robot-assisted thoracoscopic esophagectomy with total mediastinal lymphadenectomy. *Ann Thorac Surg* 103 : 1151-1157, 2017
- 29) Markar SR, Karthikesalingam A, Penna M, et al : Assessment of short-term clinical outcomes following salvage esophagectomy for the treatment of esophageal malignancy: systematic review and pooled analysis. *Ann Surg Oncol* 21 : 922-931, 2014
- 30) 竹村雅至, 瀧井麻美子, 海辺展明, 他 : 根治的放射線化学療法後のサルベージ胸腔鏡下食道切除術の治療成績と予後. *癌と化学療法* 42 : 1469-1471, 2015
- 31) Fujita H : A history of surgery for locally-advanced (T4) cancer of the thoracic esophagus in Japan and a personal perspective. *Ann Thorac Cardiovasc Surg* 19 : 409-415, 2013
- 32) Yamatsuji T, Naomoto Y, Shirakawa Y, et al : Intra-aortic stent graft in oesophageal carcinoma invading the aorta. Prophylaxis for fatal haemorrhage. *Int J Clin Pract* 60 : 1600-1603, 2006
- 33) Makino T, Yasuda T, Shiraishi O, et al : Aortic stent-grafting facilitates a successful resection after neoadjuvant treatment of a cT4 esophageal cancer. *J Thorac Cardiovasc Surg* 148 : e211-212, 2014
- 34) Cuschieri A, Fayers P, Fielding J, et al : Postoperative morbidity and mortality after D1 and D2 resections for gastric cancer: preliminary results of the MRC randomised controlled surgical trial. The Surgical Cooperative Group. *Lancet* 347 : 995-999, 1996
- 35) Bonenkamp JJ, Hermans J, Sasako M, et al : Extended lymph-node dissection for gastric cancer. *N Engl J Med* 340 : 908-914, 1999
- 36) Sasako M, Sano T, Yamamoto S, et al : D2 lymphadenectomy alone or with para-aortic nodal dissection for gastric cancer. *N Engl J Med* 359 : 453-462, 2008
- 37) Sasako M, Sano T, Yamamoto S, et al : Left thoracoabdominal approach versus abdominal-transhiatal approach for gastric cancer of the cardia or subcardia: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 7 : 644-651, 2006
- 38) Songun I, Putter H, Kranenbarg EM, et al : Surgical treatment of gastric cancer: 15-year follow-up results of the randomised nationwide Dutch D1D2 trial. *Lancet Oncol* 11 : 439-449, 2010
- 39) Kitano S, Iso Y, Moriyama M, et al : Laparoscopy-assisted Billroth I gastrectomy. *Surg Laparosc Endosc* 4 : 146-148, 1994
- 40) 日本胃癌学会(編) : 胃癌治療ガイドライン医師用, 第3版. 金原出版, 東京, 2010
- 41) Katai H, Sasako M, Fukuda H, et al : Safety and feasibility of laparoscopy-assisted distal gastrectomy with suprapancreatic nodal dissection for clinical stage I gastric cancer: a multicenter phase II trial (JCOG 0703). *Gastric Cancer* 13 : 238-244, 2010. (doi: 10.1007/s10120-010-0565-0) [Epub 2010 Dec 3]
- 42) 日本胃癌学会(編) : 胃癌治療ガイドライン医師用, 第4版. 金原出版, 東京, 2014
- 43) Katai H, Mizusawa J, Katayama H, et al : Short-term surgical outcomes from a phase III study of laparoscopy-assisted versus open distal gastrectomy with

- nodal dissection for clinical stage IA/IB gastric cancer : Japan Clinical Oncology Group Study JCOG0912. *Gastric Cancer* 20 : 699-708, 2017 (doi: 10.1007/s10120-016-0646-9) [Epub 2016 Oct 7]
- 44) Kim W, Kim HH, Han SU, et al : Decreased morbidity of laparoscopic distal gastrectomy compared with open distal gastrectomy for stage I gastric cancer: short-term outcomes from a multicenter randomized controlled trial (KLASS-01). *Ann Surg* 263 : 28-35, 2016
- 45) Inaki N, Etoh T, Ohyama T, et al : A multi-institutional, prospective, phase II feasibility study of laparoscopy-assisted distal gastrectomy with D2 lymph node dissection for locally advanced gastric cancer (JLSSG0901). *World J Surg* 39 : 2734-2741, 2015
- 46) Hur H, Lee HY, Lee HJ, et al : Efficacy of laparoscopic subtotal gastrectomy with D2 lymphadenectomy for locally advanced gastric cancer: the protocol of the KLASS-02 multicenter randomized controlled clinical trial. *BMC Cancer* 15 : 355, 2015
- 47) Suda K, Man IM, Ishida Y, et al : Potential advantages of robotic radical gastrectomy for gastric adenocarcinoma in comparison with conventional laparoscopic approach: a single institutional retrospective comparative cohort study. *Surg Endosc* 29 : 673-685, 2015
- 48) Miles WE : A method of performing abdomino-perineal excision for carcinoma of the rectum and of the terminal portion of the pelvic colon (1908). *CA Cancer J Clin* 21 : 361-364, 1971
- 49) Dixon CF : Anterior resection for malignant lesions of the upper part of the rectum and lower part of the sigmoid. *Ann Surg* 128 : 425-442, 1948
- 50) Knight CD, Griffen FD : An improved technique for low anterior resection of the rectum using the EEA stapler. *Surgery* 88 : 710-714, 1980
- 51) Heald RJ, Husband EM, Ryall RD : The mesorectum in rectal cancer surgery--the clue to pelvic recurrence? *Br J Surg* 69 : 613-616, 1982
- 52) Schiessel R, Karner-Hanusch J, Herbst F, et al : Intersphincteric resection for low rectal tumours. *Br J Surg* 81 : 1376-1378, 1994
- 53) Jacobs M, Verdeja JC, Goldstein HS : Minimally invasive colon resection (laparoscopic colectomy). *Surg Laparosc Endosc* 1 : 144-150, 1991
- 54) Bonjer HJ, Hop WCJ, Nelson H, et al : Laparoscopically assisted vs open colectomy for colon cancer: a meta-analysis. *Arch Surg* 142 : 298-303, 2007
- 55) Yamamoto S, Inomata M, Katayama H, et al : Short-term surgical outcomes from a randomized controlled trial to evaluate laparoscopic and open D3 dissection for stage II/III colon cancer: Japan Clinical Oncology Group Study JCOG 0404. *Ann Surg* 260 : 23-30, 2014
- 56) Kitano S, Inomata M, Mizusawa J, et al : Survival outcomes following laparoscopic versus open D3 dissection for stage II or III colon cancer (JCOG0404): a phase 3, randomised controlled trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2 : 261-268, 2017 (doi: 10.1016/S2468-1253(16)30207-2) [Epub 2017 Feb 2]
- 57) Watanabe T, Muro K, Ajioka Y, et al : Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum (JSCCR) guidelines 2016 for the treatment of colorectal cancer. *Int J Clin Oncol* : 2017 Mar 27 (doi: 10.1007/s10147-017-1101-6) [Epub ahead of print]
- 58) Jeong SY, Park JW, Nam BH, et al : Open versus laparoscopic surgery for mid-rectal or low-rectal cancer after neoadjuvant chemoradiotherapy (COREAN trial): survival outcomes of an open-label, non-inferiority, randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 15 : 767-774, 2014
- 59) Bonjer HJ, Deijen CL, Abis Ga, et al : A randomized trial of laparoscopic versus open surgery for rectal cancer. *N Engl J Med* 372 : 1324-1332, 2015
- 60) Fleshman J, Branda M, Sargent DJ, et al : Effect of laparoscopic-assisted resection vs open resection of stage II or III rectal cancer on pathologic outcomes the ACOSOG Z6051 randomized clinical trial. *JAMA* 314 : 1346-1355, 2015
- 61) Stevenson AR, Solomon MJ, Lumley JW, et al : Effect of laparoscopic-assisted resection vs open resection on pathological outcomes in rectal cancer: The ALaCaRT randomized clinical trial. *JAMA* 314 : 1356-1363, 2015
- 62) Fujita S, Mizusawa J, Kanemitsu Y, et al : A randomized trial comparing mesorectal excision with or without lateral lymph node dissection for clinical stage II, III lower rectal cancer: Primary endpoint analysis of Japan Clinical Oncology Group study JCOG0212. *J Clin Oncol* 34 (suppl) : abstr 3508, 2016
- 63) Renehan AG, Malcomson L, Emsley R, et al : Watch-and-wait approach versus surgical resection after chemoradiotherapy for patients with rectal cancer (the OnCoRe project): A propensity-score matched cohort analysis. *Lancet Oncol* 17 : 174-183, 2016

ABSTRACT

Advancement of Surgical Procedures for Gastrointestinal Cancer

Hideo BABA, Masaaki IWATSUKI,

Naoya YOSHIDA

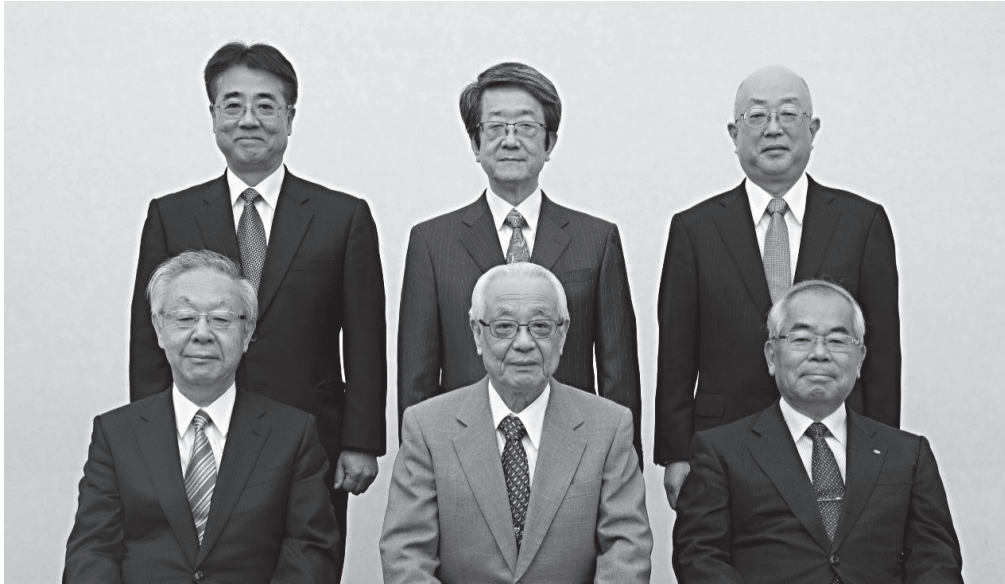
Department of Gastroenterological Surgery, Graduate School of Medical Science, Kumamoto University

Recently, cancer death from gastrointestinal tumor has been increasing in Japan due to decreasing birthrate and aging population. Most effective and curative modality as a treatment for gastrointestinal cancer is surgery, so that it is very important to establish appropriate surgical procedures that are safe, radical, effective, and contributing to prolong survival of cancer patients.

Historically, surgical procedures have been progressed through 1) establishment of safety, 2) extended lymph nodes dissection with or without combined resection of involved organs in order to increase curability, 3) minimally invasive surgery and/or organ preserving surgery, 4) robotic surgery.

Furthermore, postoperative adjuvant chemotherapy and/or preoperative either chemoradiotherapy or chemotherapy has been introduced to prolong survival of cancer patients. In this review article, we focus on the development and present status of surgical procedures against esophageal, gastric, and colorectal cancer.

座談会

日本消化管学会, その理念と現状,
そしてこれから

出席者	初代理事長	伊藤 誠
	第2代理事長	寺野 彰
	第3代理事長	坂本 長逸
	第4代理事長	藤本 一真
	第13回総会学術集会会長	城 卓志
司会	和文誌編集委員会委員長	三輪 洋人

収録：2017年2月17日(金)
名古屋国際会議場

はじめに

三輪(司会) 日本消化管学会(以下、本学会)の和文誌を2017年9月に創刊する運びとなりました。本日は第13回日本消化管学会総会学術集会の中、学会長および歴代の理事長にお集まりいただき、本誌の創刊を記念して座談会を開催させていただきたいと思っております。設立の経緯から現在、そして今後の展望などについて忌憚ないご意見をお伺いしたいと思います。司会は和文誌編集委員会委員長の三輪が担当させていただきます。よろしくお願いいたします。

1 設立の経緯

三輪 本学会は13年ほど前の、2004年に設立されました。非常に崇高な理念と、そして新しい流れを見出そうという決意で創設されましたが、ここにいらっしゃる先生方は皆そのチャーターメンバーですので、その当時のことをよくご存じだと思います。

まず、初代理事長をお務めいただきました伊藤先生から、その設立の理念や経緯などをお話いただけますでしょうか。

伊藤 2003年に大阪で開催された日本消化器病学会(以下、消化器病学会)の折、寺野先生と消化器病

学会のあり方が話題となり、自然と“このままでいいのかな”という話になりました。その後も学会などで顔を合わせる機会が重なるうちに、消化管に特化した学会を発足させてはどうかという話に進み、本学会が誕生するきっかけとなったわけです。

三輪 そのときに、どんな学会にしようという話になりましたか。

伊藤 それには寺野先生の思いもあったろうし、私の思いもあったわけですが、当時、消化管学を専攻している人たちは、全国の消化器病講座の教授選で敗れることが続いていた記憶です。

私は1964年(昭和39年)の卒業ですが、その頃オーストラリア抗原が発見されました。肝炎ウイルスと同定され、B型肝炎ウイルスと命名、やがて測定法まで確立されました。さらに続いて、今度はC型肝炎ウイルスが発見され、時代は肝臓一色になっていきました。その分、消化管学の存在感が薄れたようで全国の教授選で消化管学を専攻している教授の誕生が難しくなっていたという記憶です。

三輪 そうですか。学問的なアクティビティがあまり高くなかったということですか。

伊藤 そうです。だから、学問的なアクティビティを向上させるような試みが必要ということで、自然と消化管学会設立の流れになっていったように私は感じています。

三輪 今、伊藤先生の思いをお伺いしましたが、寺野先生のお考えとか思いはいかがでしたか。

寺野 いや、伊藤先生とそんなに温度差はないですよ。

2003年の消化器病学会の学術集会(DDW-Japan, 大阪)では、私はちょうど学会長でした。そのときに、消化管に特化した学会を設立しようというアイデア、考え方を相談したのが東海大学医学部消化器外科の生越喬二教授(当時)です。生越先生には設立当初にも非常に貢献していただきました。

それで、伊藤先生のほかに何人かと学会が終わった後で相談したのですが、なぜそのようなことをしなければならないのかという話になりました。消化器病学会はもちろん、ほかにも肝臓の学会もあるし、胆道の学会、膵臓の学会、特殊な部門で胃癌の学会もあるが、消化管全体を扱う学会はない。だけど、それは消化器病学会でやるから必要ないと言われたわけです。

消化器病学会もそれまでは消化管が中心の学会で、消化管学の先輩たちが大体理事長などをやっていてよかったのです。しかし、伊藤先生が今言われ

たような状況になってくると、消化器病学会における消化管学の地位が相対的に下がってしまいました。そういうことで、肝臓やそのほかの学会もあるのだから、消化管の学会があることはごく自然ではないかとなったわけです。消化器病学会は一種の親学会であって、消化管の学会をつくっても何の不思議もないだろうということで設立することになったわけです。

本学会の設立理念は、消化管全体、つまり食道から胃、小腸、大腸まで全体を含めた学会で、しかも基礎的なものに限らず、臨床的なものすべてを網羅した学会であることが特徴の一つです。そのときは内視鏡というものに特化した日本消化器内視鏡学会(以下、内視鏡学会)という大きな学会があるから消化管の学会なんか必要ないとも言われましたが、内視鏡学会も特殊な学会で、実際には技術的な内容を中心としていました。そう考えると、やはり消化管に特化した学会は必要なんだということです。

二つめの特徴は、医師に限らず、学会を看護師さんや薬剤師さんなどのコ・メディカルやそのほかの基礎研究者も全部含めた学際的なものにするのでした。

そしてもう一つは、国際性のある学会をめざそうということです。実際にACG(American College of Gastroenterology)と現在連携していますね。

それらが当初の基本的な設立理念だったと思います。

三輪 基礎、臨床の両方からアプローチでき、学際的であり、そして国際性のある学会ということですね。

それと、開業医の先生もどんどん取り込もうと伺っていましたが、いかがですか。

寺野 そうですね。臨床、学際的という意味では開業医の先生も重要です。これからもどんどん入会していただきたいですね。

2 その後の発展

三輪 坂本先生も、設立当初から中心的なメンバーでいらっしゃいますが、設立理念として追加はございますか。

坂本 そうですね。当時の相談に加わっていた先生方が7、8人いらして、頭を突き合わせて議論しました。

私が賛同した理由は、伊藤先生、寺野先生のおっしゃっているとおりです。一言加えるならば、私は内視鏡学会、消化器病学会に軸足を置いて臨床研究



三輪 洋人(みわ ひろと)；司会
兵庫医科大学内科学消化管科主任教授
(和文誌編集委員会委員長)

略 歴

1982年	鹿児島大学医学部卒業
1984年	順天堂大学消化器内科入局，医学博士取得
1992年	米国ミシガン大学内科研究員（～1995年）
1995年	順天堂大学消化器内科講師
2004年	兵庫医科大学内科学上部消化管科主任教授
2009年	同 内視鏡センターセンター長（兼任）
2012年	同 国際交流センターセンター長（兼任）
2014年	同 内科学消化管科主任教授，内科部門長 同 病院副院長
2016年	同 副学長 同 中医薬孔子学院院长
その他	四川省人民病院・成都第三人民病院客員教授 天津医科大学客員教授

主な所属学会：日本医師会（認定医），日本内科学会（評議員・認定医・指導医），日本消化器病学会（理事・専門医・指導医），日本消化器内視鏡学会（評議員・専門医・指導医），日本食道学会（評議員・認定医），ISDE（理事・執行委員），ANMA（研究推進委員長・執行委員），日本神経消化器病学会（理事）

を重ねてきた人間の一人ですけど、消化器病学会の会長に肝臓の先生がなると、われわれ消化管学の発表する場がなくなるほど肝臓一色になってしまうことでした。現在もその傾向があるのですが、当時はそういう時期が顕著にあって、消化器病学会はどうなっているのかと感じました。

伊藤先生がおっしゃるように、消化管学の研究のアクティビティが決して低かったわけではなく、われわれも、寺野先生をリーダーに細胞生物機能研究会をつくって、消化管の基礎・臨床研究をやろうというムードが生まれつつあった時期でもあるんです。海外で一般的に行われていた、いわゆる消化管の疫学研究そのものが日本では遅れていた2000年代に、われわれは日本初のNSAID (nonsteroidal anti-inflammatory drug) と *H. pylori* (*Helicobacter pylori*) のケースコントロール研究をスタートしたところでした。

ところが、今言ったように当時の消化器病学会では、肝臓系の先生が学会長のときは発表の場がないわけです。これでは消化管の基礎・臨床研究を発表する場がないので、たまたま、「消化管の学会をつくりましょう」とすぐ賛同して動きました。

三輪 わかりました。2004年に会員数1,267名で本学会がスタートして、それから2,000名を超え、3年後には約3,500名になりました。現在では、さらに膨らんで、会員数は5,000名近くに上っています。

伊藤先生、寺野先生の後を受けて、3代目の理事長として坂本先生は、本学会を継続して発展させていただきました。その発展させるときに、最初の理念と変わってきたところや、よくなったというようなところはございますか。

坂本 私が発展させたわけではなくて、時代の流れとどうか、そういう素地を本学会が持っていたのだと思います。

ただ、具体的には、第1回学術集会からずっと議論してきたことですけど、消化器病学会が陥った誤謬をわれわれは繰り返してはならない、つまり年度ごとに替わる学会長によって学術集会の企画がぶれたらだめだということです。それが学術企画委員会であり、学会長一人にプログラムをお任せしないで、学術企画委員会が学術集会のテーマを決めていくという発想です。

学術企画委員長は初代が伊藤先生で、その後は私が第2回～第6回ぐらいまで務め、学術企画を担いました。したがって、テーマは一貫しており、コアシンポジウムは同じテーマで、5年ぐらい続けたと思います。

この学術企画委員会が学術集会のテーマを決めるという方針は、今や内視鏡学会でも行われ、そのほかの学会でもコアシンポジウムが企画されるぐらいになっています。統一したテーマでなければならないというのがいろいろな学会で現在定着しつつある



伊藤 誠 (いとう まこと)
名古屋市立大学名誉教授
(初代理事長；2004～2008)

略 歴

1964年 名古屋市立大学医学部卒業
1965年 名古屋市立大学第一内科に入局
1967年 愛知県厚生連知多厚生病院内科医員
1970年 名古屋市立大学第一内科助手
1979年 同 助教授
1983年 米国カリフォルニア大学ロサンゼルス校に留学(～1984年)
1996年 名古屋市立大学第一内科教授
2002年 名古屋市立大学大学院医学研究科臨床機能内科学講座教授
2005年 同 名誉教授(定年退職)
名古屋経済大学管理栄養学科教授
2016年 名古屋経済大学定年退職、知多厚生病院非常勤医師、医療法人笠寺病院顧問、現在に至る

主な所属学会：日本内科学会(功労会員・認定医・専門医)、日本消化器病学会(認定医・専門医)、日本消化器内視鏡学会(認定医・専門医)、日本臨床生理学会(理事)、日本老年医学会(認定医・専門医)、日本潰瘍学会(理事)、The American Gastroenterological Association, 他

と思います。

三輪 それが本学会が人気を博した理由の一つということですね。

坂本 そうだと思います。

三輪 坂本先生の理事長時代に、本学会の専門医制度が始まりました。それについてお話しいただけますか。

坂本 専門医制度の立ち上げは、最初は高橋信一先生(立正佼成会附属佼成病院)と幕内博康先生(東海大学医学部附属病院)だったと思いますが…

藤本 最後は高橋先生が中心にされました。

坂本 最初に伊藤先生が胃腸科専門医をつくろうと発案され、それでみんなが「そうだ、そうだ」と賛同し、すぐそういう流れになったのを記憶しています。それで高橋先生を中心に委員会が立ち上げられ、今や試験が行われるまでに制度がほぼ確立したと言えるでしょう。本学会の制度が果たして新しい専門医制度に合致しているのかどうかは、後で藤本先生が述べてくれると思います。

要するに、1代目、2代目、3代目と連なってくる理事会の流れは、一貫して専門医をつくろうというものでした。ただ一つ、私としてまだ十分できなかったなと思っているのは、本学会の胃腸科専門医が消化器病学会の専門医とどう違うのかという、いわゆるすみ分けです。胃腸科専門医はこういう特殊性を持っているというイメージがまだできていない

ように思っています。胃腸科専門医とは、内視鏡学会や消化器病学会の専門医とどう違うんだという、われわれのプライオリティーが必要で、胃腸科専門医のイメージづくりをしようと呼びかけをずっとしていたのですが、まだもう少し時間がかかるのかもしれないと思っています。これは藤本先生に、リーダーシップを取って引き継いでもらわなければならないところだと思っています。

三輪 そういう深い思いがあったのですね。胃腸科専門医という名前は特徴的でいいですね。これを持っていたら非常に診療しやすいなと感じています。

坂本 まあそうですね。

3 現状—理想と現実

三輪 それから2段ロケットのように会員数が増えて、第4代の藤本先生に引き継がれました。現理事長である藤本先生に本学会の現状についてお伺いしたいと思います。

まず、2015年度より、GI Week と称し、日本カプセル内視鏡学会学術集会(以下、カプセル内視鏡学会)、胃病態機能研究会と同時期に本学会の総学術集会を開催することになりました。いかがでしたか。

藤本 GI Week を始められたのは坂本先生です。

坂本 提案は私がさせていただきましたが、実際にス



寺野 彰 (てらの あきら)
獨協学園理事長
(第2代理事長; 2009~2011)

略 歴

1966年	東京大学医学部卒業
1977年	東京大学医学部第二内科勤務
1979年	米国ミズーリ大学・カリフォルニア大学留学
1984年	日本国有鉄道中央鉄道病院消化器内科部長
1988年	東京大学医学部第二内科講師
1994年	獨協医科大学消化器内科主任教授
2002年	獨協医科大学病院院長
2004年	獨協医科大学学長
2006年	獨協学園理事長兼務
2011年	同 専任
2013年	日本私立医科大学協会会長

主な所属学会: 日本カプセル内視鏡学会 (名誉理事長), 国際観光医療学会 (理事長), 日本内科学会, 日本消化器病学会, 日本消化器内視鏡学会, 米国消化器病学会

ターゲットしたのは藤本先生の代からですね。

藤本 GI Week は非常によかったと思うのですが、
ども、現在の問題はどの程度の規模にしてい
くかということです。胃病態機能研究会は閉
会になる予定ですので、結局カプセル内視
鏡学会と2団体だけになります。

寺野 胃病態機能研究会は閉会になる予定
なのですか。

藤本 はい、それで今後どうするかが悩
みどころになっています。

三輪 そこがGI Week に関しての課題
ですね。

藤本 もう少し参加学会を増やしたほう
がいいかなと思っっているのですが、今の
ところは具体化はしていません。

坂本 本当はね、日本小腸学会だとか…

藤本 そのほかにも候補があると思いま
す。

寺野 日本潰瘍学会とか…

坂本 日本神経消化器病学会だとかある
のですが、消化器病学会が絡んでいる部分
もあり、そこが非常に難しく、もう少し
時間を置きたいですね。

藤本 少し時間を置いたほうがいいかも
しれません。

坂本 結局、消化器病学会に思い入れの
ある人や影響力のある人たちが何人か
いらっしゃるんで、その方たちが功労会
員、名誉会員になるくらいになると、時
代はまた変わってきて糾合できると私は
見ています。今は焦らないほうがいい
ですね。

三輪 昨日の第13回の会長緒言でお話
しにありまし

たが、もう一つの問題は専門医制度
ですね。それについてお話いただけ
ますか。

坂本 それはぜひ頑張っしてほしい
です。

藤本 内視鏡学会の消化器内視鏡専門
医と本学会の胃腸科専門医はうまく
すみ分けができていたことが確認
できました。日本消化管学会の専門
医制度が本格的に動き始めたばかり
で日本専門医機構との交渉も始ま
ったばかりですので、いろいろと工
夫をしたいと思います。

坂本 そういうことだね、おっしゃ
るとおりです。

一同 なるほどね。

藤本 胃腸科専門医に関しては、一
般的に専門医の認定・更新の規定が
どんどん厳しくなる一方なので、
比較的基本的な知識・技術水準で
取得できて維持できるようにしてほ
しいとの要請を受けています。本学
会の専門医を維持するために、この
点も踏まえて制度をしっかりとした
ものにしていかなければなりません。

三輪 なるほど。

藤本 これまで高橋先生と屋嘉比康
治先生(埼玉医科大学総合医療セン
ター)に専門医制度の担当理事を引
き受けていただきましたが、今後お
そらく河合隆先生(東京医科大学)に
お願いをすることになると思いま
す。制度をしっかりと、皆さんに認
定試験・更新もきちんと受けてい
ただいて、専門医制度を継続して
いきたいと思っています。



坂本 長逸(さかもと ちゅういつ)
日本医科大学名誉教授
(第3代理事長; 2011~2015)

略 歴

- 1974年 神戸大学医学部卒業
- 1980年 神戸大学大学院医学研究科博士課程修了
- 1981年 兵庫県警察本部警務部厚生課医長
- 1982年 米国カリフォルニア大学サンフランシスコ校医学部生理学教室に留学(～1983年)
- 1987年 神戸大学医学部内科学第二講座助手
- 1997年 同 助教授
- 1997年 日本医科大学第三内科診療教授
- 2002年 同 教授
- 2006年 日本医科大学内科学消化器内科教授
- 2012年 日本医科大学大学院消化器内科学教授(分野長)
- 2015年 日本医科大学名誉教授, 医療法人社団行徳会理事長, 現在に至る

主な所属学会: JDDW, 日本消化器内視鏡学会(理事・認定専門医・指導医), 日本消化器病学会(専門医・指導医), 日本高齢消化器病学会(理事), 日本カプセル内視鏡学会(理事), 日本臨床生理学会(理事), 日本消化吸収学会(理事), 日本内科学会(認定医・専門医), Fellow of the American Gastroenterological Association, 他

三輪 専門医に関しては, それをきっかけにして会員数が伸びたり, あるいは財政基盤をしっかりとさせることができたり, 本学会にとって非常にプラスに働きましたね。

藤本 胃腸科専門医がなくなるのではないかとのおわきもあるようなので, ぜひ先生方にも「そういうことはない」と言っていただきたいです。

寺野 新専門医制度ができて, 胃腸科専門医はそのまま残りますので, ご心配ありません。

三輪 GI Week, 専門医制度についてお話いただきましたが, 当初の設立理念と異なってきた部分や, 新たな目標などはありますか。

藤本 設立当時と違うところをめざす必要はなくて, 皆さんの中で, 大体本学会の形は固まったと思います。

伊藤先生, 寺野先生, そして坂本先生は本当に最初からですが, 私の場合はどちらかという中途からですが, そんな感想を持っています。

城 私も藤本先生と同年で, ほかに荒川哲男先生(大阪市立大学)や吉川敏一先生(京都府立医科大学)などがいらしたのですが, やると決められたので, 私たちは, 伊藤先生, 寺野先生それから坂本先生に続いていくしかないとなったわけです。

坂本 城先生は最初から奮闘していましたね。

城 私は伊藤先生の下, 第1回学術集会の準備を行いました。第1回のポスター(写真)が出てきたの

で今日会場に展示しましたが, 準備を進めるにあたって, いろいろなことがわかってきました。そのなかで特に設立に関わってこられた先生方の熱い気持ちがありました。

先生方がおっしゃるように, 消化器病学会が“Gastroenterology”を名乗っておりながら, “Gastroenterology”が主体ではなくなってしまい, 消化器病学会ではわれわれが活躍, 活動していくことが難しくなったと感じました。われわれが消化管の研



写真 第1回学術集会ポスター



藤本 一眞 (ふじもと かずま)
佐賀大学医学部内科学教授
(第4代理事長; 2015~)

略 歴

-
- 1979年 九州大学医学部卒業
1985年 九州大学医学部第一内科講座助手
1989年 休職渡航(ルイジアナ州立大学生理学教室研究員)
1991年 佐賀医科大学医学部講師
1997年 佐賀医科大学医学部内科学教授, 現在に至る(2003年10月1日より佐賀大学医学部に名称変更)
2013年 佐賀大学医学部学部長(～2015年9月)
国立大学医学部長会議委員長・常置委員会委員長(～2014年10月)

主な所属学会: 日本内科学会(評議員), 日本消化器内視鏡学会(理事), 日本消化器病学会(評議員), 日本神経消化器病学会(理事), 日本肥満学会(評議員), 日本生理学会(評議員), 米国消化器病学会(Fellow, 評議員), 米国消化器内視鏡学会(国際会員), 米国臨床消化器学会(Fellow, 評議員), 米国生理学会(国際正会員)

究活動を活発に続けていくには, 必然的に消化管の学会をつくるという流れになるのはよく理解できたし, そのとおりだなと思いました。

そのとき, やっぱいろいろな力学があったわけですよ。

1,267名で本学会がスタートして, 第1回学術集会の演題数は369でした。私が演題を集めていたら, 「いや先生, そう返事したけどやっぱりいろいろあってね」とか, 「私ちょっと抜けさせていただけます」と, キャンセルなどが起こるわけです。「入ってもいいよ」という人たちが抜けるとなると, 私は逆に「やらないかな」と, ファイトが出てくるわけです。

坂本 ファइटिंगスピリットみたいなね。

伊藤 ご承知のように, 消化管学というのは検査医学の中で発展してきた面があります。殊に私が医師になってからは診断法の開発ラッシュで, 胃の二重造影法, 低緊張性十二指腸造影法, 注腸造影法, 経皮経肝胆道造影法, 逆行性膝胆道造影法などが一つひとつ確立されていきました。卑近なところではカプセル内視鏡検査もそうですね。このため, 消化管, 胃腸病を扱う者は医師ではなくテクニシャンだという揶揄もあったほどです。

三輪 診断屋と言われていたのですね。

伊藤 そうです。そこで, 冒頭に言ったように, 教授選で消化管学を修めている者が肝臓に負けている

と, 肝臓分野は先ほど言ったような2つの肝炎ウイルスが同定され大変注目されていましたが, 消化管学の領域にはそれを凌駕できるだけのものがなかったわけですね。Epidermal growth factor だとかいろんな研究もやったわけですが, いずれにしてもスキル中心でできた消化管学をもう少しアカデミックなものに仕立て上げていかなければならないという私の熱い思いがあったんです。

三輪 そうでしたか。

伊藤 消化管学会の発足で, そういうものがうまく発展してきているように私は感じています。

本学会を設立するにあたって, 消化器病学会枢要部の先生とじっくり話し合ったんです。消化器病学会に弓引くつもりではないと, 消化管学もこれまでの検査学ではいけないので, これにアカデミズムというきちとした衣をつけなきゃいけないこと, それがゆえの学会だと説明しました。最終的に「わかった」と言ってくれたんです。

ところがその後, 出所は申しませんが, 全国の支部などに“消化管学会批判の檄”が飛んだようです。

三輪 本当ですか。

伊藤 そうなんです。

本当にあのときの消化器病学会の対応者には閉口しました。私と話し合った人たちの正義とはどんなものだろうかと思いました。

あれだけ話をきちっとつけておきながらこの変節



城 卓志 (じょう たかし)
名古屋市立大学大学院医学研究科
消化器・代謝内科学教授
(第13回総会学術集會会長)

略 歴

- 1978年 名古屋市立大学医学部卒業、名古屋市立大学第一内科入局
1979年 愛知県立尾張病院内科医員
1983年 名古屋市立大学第一内科臨床研究医
1988年 米国ルイジアナ州立大学生理学教室に留学
1990年 名古屋市立大学第一内科助手
1997年 同 講師
1997年 オーストラリアニューサウスウェールズ大学免疫細菌学教室に短期留学
1999年 名古屋市立大学助教授
2002年 同 大学院医学研究科臨床機能内科助教授
2006年 同 教授(現職)
(2007年消化器・代謝内科学に名称変更)
2012~2017年 名古屋市立大学病院病院長兼任
2017年 名古屋市立大学特命学長補佐(市医療センター・関連病院連携担当)兼任

主な所属学会：日本消化器病学会(指導医・専門医・評議員)、日本消化器内視鏡学会(指導医、専門医、評議員)、日本潰瘍学会(評議員)、日本癌学会(評議員)、日本内科学会(総合内科専門医・認定医・評議員)

には義憤を感じました。

三輪 先生はその熱い思いで始まったけど、実際はいろいろ大変だったということですね。

坂本 おっしゃるとおりで、寺野先生が一番よく知っていると思いますが、私は菅野健太郎先生(自治医科大学附属病院)だとか、千葉勉先生(京都大学大学院総合生存学館(思修館))を説得するために時間をかけて話もしました。当時は、「行けない」とか、「まだ入れない」とか言って、結局入っていただけませんでした。

だけど、消化器病学会というのは“内科”みたいなもので、つまり基盤学会なんです。その中に肝臓があり、消化管があり、内視鏡があるわけです。そういう意味で、基盤学会とけんかしてもしょうがないじゃないですか。もちろん、われわれが消化管の研究を担いますというファイティングスピリットはありましたが、本来の基盤学会と対立する必要は全然ないし、内視鏡学会も仲間みたいなものですしね。

そういう意味で私が理事長時代の第5回、第6回あたりでは、当時の日本消化器関連学会機構(以下、JDDW)理事長だった跡見裕先生(杏林大学)にお声をかけて、講演していただいたり、飯田三雄先生(九州中央病院)が本学会の年次会長の折には消化器病学会理事長の菅野先生を招待講演の講師としてお招きしました。

三輪 なるほど。

坂本 今回の第14回学術集會では内視鏡学会から田尻久雄理事長(東京慈恵会医科大学)を会長特別企画でお招きしており、今は対立しているというイメージは誰も持っていないと思います。

三輪 そうですね。田尻先生は2011年から本学会理事をお務めいただきましたし、2015年の第11回学術集會も主催していただきましたね。産みの苦しみはあったけど、藤本先生がおっしゃったように、現在はようやく落ちついているわけですね。

坂本 そういうことです。よい関係ができつつあると思います。

三輪 なるほど。わかりました。

話を少し戻します。本学会の方向性として、基礎・臨床、学際性それから国際性、そしてアクティビティを全体的かつ継続的に発展しようということで新しく築き上げてきましたが、4代目になってそれが受け継がれているとお考えでしょうか。

藤本 うまくいっていると思います。

三輪 学際性という意味では、例えば看護師さんや薬剤師さんなどのコ・メディカルになかなか入ってもらえないという問題もあるのではないですか。

藤本 一番の問題は、専門医を保つためには、医師が学会会員の何パーセント以上というルールがあります。本学会を看護師さんに完全に開放すると、看護師さんのほうが圧倒的多数になり、専門医を保てなくなるおそれがあるわけです。

三輪 ちょっと方向転換するのは仕方ないということですか。

藤本 薬学部の先生たちも同様で、本当はもっと入ってもらいたいのですが、学際的学会にするにはいろいろ制約があります。

寺野 薬剤関係のシンポジウムは、今行われていないようですが、やめてしまったのですか。

藤本 はい、今はほとんどしていませんね。

現在の学術集会では基礎も臨床の話もあって、落ちつくところに落ちついたと思うんです。伊藤先生と坂本先生がおっしゃるように、消化器病学会は内視鏡の臨床と肝臓の基礎が演題の中心です。消化管の基礎研究の発表する場所が少ないときに、非常に居心地のよい消化管学会があるわけです。

三輪 わかりました。

4 現状—第13回学術集会

三輪 次に、昨日から開催されております第13回学術集会の学会長にお話を伺いたと思います。城先生よろしくお願ひします。

城 私は、「We Love Gastroenterology!」とだけ言いたいです。

先ほどの話にありましたように圧力もあったのですが、別に対立軸じゃないし、けんかする状況ではないのに、それが何でこんなふうになるんだと。われわれはただ、Gastroenterology というこの分野を大事にして、一生懸命に研究したいというだけの話だったんです。

坂本 「We Love Gastroenterology!」をよく思いつきましたね。私もこの標語が大好きです。

城 当時、「We Love 何とか」というのがはやった

んですよ。何だったか忘れてしまいましたけど…

私たちの場合は政治的なものじゃなくて、われわれはこの「Gastroenterology」を中心にしっかりと研究し、みんなとディスカッションしたいんだ、そのために消化管の学会を立ち上げるんだという純粋な気持ちを込めたのが、この「We Love Gastroenterology!」だったんですよ。

坂本 私も本当にいい言葉だなと思いますね。

城 私は、第1回学術集会の事務局長でしたので、反対派の先生方にも「参加してもらえませんか」とお声をかけました。それぞれの先生方の思いもある中で、われわれの立ち位置はこの学問をメインに研究していきたいんだという話なんですよ。

三輪 なるほど。

城 だから今回も、私はその先生方にもお声をかけ、われわれの熱い思いを伝えてきました。

三輪 熱い気持ちもよくわかります。

第1回からずっとご覧になって、本日の第13回のご感想はいかがですか。参加者も、演題数もかなり集まりましたね。

城 私は非常にうれしく思っています。だって、どのセッションを見てもおもしろくないですか。それからどのセッションに行っても、初期のころから参加くださっている先生方もいますしね。藤本先生がおっしゃるように、居心地のよい学会だと感じていただいていると思います。4代目藤本理事長の下で、非常にいい形で、落ちつくところに落ちついてきたと思っています。今は対立なんていうものもないし、われわれの立ち位置も受け入れられてきたのだと感じています。

坂本 消化器病学会といっても、本学会でやるようなきめ細やかなテーマ設定はなされていないんです



よ。本学会の学術集会では7, 8会場まで消化管ばかりですからね。消化器病学の守備範囲が広過ぎるので、消化管の分野でこのきめの細かい設定をすることは難しいでしょう。

三輪 なるほどね。確かに広過ぎますね。

坂本 そういう意味では、消化管の研究者たちはやはり消化器病学会よりも、内視鏡、臨床研究、基礎研究もある本学会のほうが居心地がよいのだと思っています。

5 今後の課題と展望

三輪 今後の課題と展望についてお話を進めたいと思います。

現在、消化器病学会は34,000人ぐらいですが、本学会は5,000人ぐらいです。本当は本学会にもっと入ってもらべきではないかと思われませんが、会員数に関して藤本先生のお考えはいかがですか。

藤本 私は会員数にあまりこだわらなくていいと思っています。学術集会で1,500~2,000人ぐらい集まるので、学術集会としてはちょうどいい規模だと思っています。

坂本 そうですね。

三輪 巨大化して、消化器病学会みたいなパワーを持ちたいとか。

藤本 そういう考えもあると思うのですが、地道にやって、少しずつ会員が多くなればいいと思っています。

城 そうですね。

寺野 人数としてスケールメリットはやはりあるので、5,000人を超えると雪だるま式に増えていくだろうというのが当初の見通しだったんですよ。だから、

何とか5,000人を達成しなければということで、しゃかりきに増やしてきました。今、ちょっとストップしているのですが、可能ならば7,000人を次の目標にしてはいかがでしょうか。

藤本 はい、そのようにします。

三輪 それぐらいですよ。

寺野 それぐらいだと、ちょうど肝臓学会の規模と対等になります。現状でも、日本胆道学会や日本膵臓学会よりは大きくなっています。

城 それぐらいがちょうどよいのではないですか。

寺野 7,000人といったら、医学界全体の学会の中でも大きいほうですよ。

本学会に限らず、やはり若い人に消化器病学の魅力を伝えるために、どうやって誘うかというところを努力しなければなりませんね。そして、本学会に若い人をできるだけたくさん入れて、参加してもらうことが今一番大事なかもしれません。

藤本 そうですね。

坂本 学会員数についていうと、消化器病学会が約34,000人、内視鏡学会が約33,000人なんですね。ところが、学術集会などに参加するのは消化器病学会が5,000人ぐらい、内視鏡学会が7,000人ぐらいなんです。本学会では5,000人の会員のうち、2,000人が学術集会に参加しています。

藤本 参加することが有意義と思っている会員が多いということです。

坂本 何が言いたいかというところ、本学会の5,000人というのは本当に消化管学のコアになる人たちで、ほかの3万人以上の学会は実は、その5,000人のコアメンバーに、開業医の先生方とかあまり学術活動していない方々のすそ野が広がっているんですね。ですから、今のコアの人たちが後10年続ければ自然



と増えていきますよ。

城 きつとなりますね。

坂本 私はそう見ています。

城 5,000人という規模は結構心地よいなと思っていて、消化管の先生方もほぼそろっていますよね。

坂本 そう、コアメンバーには大体参加していただいています。

藤本 いろんな方面の方に参加していただいているのは、坂本先生の努力だと感謝しています。

坂本 はい。私はこれに本当に努力したんですよ。やはり消化管の分野で活躍している先生方をみんな入れなきゃいけないと、田尻先生、渡邊聡明先生（東京大学）、渡辺守先生（東京医科歯科大学）、屋嘉比先生、全員に呼びかけて入っていただいています。だからそういう努力をしてきた成果なんです。自慢をあんまりしてもだめですけどね。

城 その先生方も、若い先生も、居心地よいと感じてくれていると思いますね。

藤本 最近、私は第92回内視鏡学会の学会長を務めさせていただきましたが、JDDWに属する学会では、基礎のところには参加者が少ないのです。本学会では基礎系の演題に多くの方が参加してくださいませ。

城 今日、満遍なくいらしていました。

藤本 そうです。JDDWは極端に臨床側に傾いています。基礎系の人あまり入っていません。だから、そういう意味では、本学会はいいポジショニングをしていると思います。

寺野 それは当初の目的ですね。

城 目的のほうに近づいてきている。

藤本 実践的な医療につながるだけでなく、基礎的なところも含めてどうやって次世代に伝えていかを模索しています。

城 新理事の選任にあたって、基本的に消化管をやっている方々が大体入れるぐらいのキャパシティはありますか？

藤本 どうでしょうか。

城 なくなってきたのですか。でも、しっかり活動して時間が経てば、入ってこれるのではないかと思いますね。

三輪 とはいえ、消化管学というのも大分変わってきていますし、これからもどんどん変わっていくので、それに適応しながら若い先生をどう取り込んでいくかがこれからの課題ということですね。

城 変わってきていますね。

藤本 もう一つは、ACGとどうやってうまく組んでいくかです。今はお互いの学術集會に講師を派遣しあっています。

城 ACGは本学会と似たような雰囲気なのですか。

藤本 ACGは完全に臨床系です。

寺野 臨床系ですね。

城 だから、多分いいんですよ。

三輪 臨床系だけれども、規模が違いますね。すごいですね、ACGは。

藤本 でも初めは、ACGも小さな学会で、機関誌もたいしたjournalではなかったのです。

城 私も以前にACGはだめだみたいなことを聞いたことがあります。

寺野 そういう雰囲気はありましたね。

藤本 でも、今はACGの機関誌、『The American Journal of Gastroenterology』は一流誌になりましたし、ACG自身もガイドラインを多く作成するなど、とてもよい学会になりました。ACGが消化管学会と組んでくれているというのは非常によいことだと思います。



伊藤 さっき話題に出たんですが、本学会はコ・メディカルの皆さんにも声をかけるという考えでスタートしたわけですが、第1回では1,120名のうちの94名、第6回～第8回あたりでは研修医も含め満遍なく参加いただいています。こういうコ・メディカルの皆さんの問題をどうしていくかも一つの検討課題ではないかと思います。

三輪 そうですね。

伊藤 一度、結論を出していただけたらいいなと思っています。

三輪 コ・メディカルの皆さんにとって、どういうメリットがあるのかということもまず整理しなくてはいけないかもしれませんね。

伊藤 そうです。

それから、具体的には例えば“胃ろう”などの問題があります。

先般、日本老年医学会から、胃ろう造設についてむやみにやるべきではないという提言がなされました。しかし、実際に胃ろうを造設しているのは本学会に所属している専門医たちなので、エシックス、延命医療などに対する検討も本学会として必要だと思います。

三輪 本学会としても、何らかの提言を行っていく、そういう時期に来ているんじゃないかということですね。

伊藤 胃ろう造設を行っている側の本学会からも、老年医学会の提言に対して意見を出すべきだという気がしています。

三輪 はい、わかりました。

寺野先生は、ほかにございますか。

寺野 いろいろお話聞いていて懐かしく思い出しています。一番最初私が伊藤先生に続いてコンセプトと

いうか基本のお話をしたとおりで、その目的は達成されつつあると思います。結局私の人格の至らなさというところがあって、かなりバッシングに遭いましたが、あまり口に出したくないし、それはもう忘れようと思っています。けれども、皆さんのご苦勞を忘れるわけにはいかないとも思っています。でも、現在は対立もなくなりつつあり、もう過去のものになってきたということだと思います。

ただ、その過程で忘れてならないのは、本学会設立にあたって、常岡健二先生（故；元日本医科大学学長）、竹本忠良先生（故；山口大学名誉教授）、小林絢三先生（大阪市立大学名誉教授）、八尾恒良先生（佐田病院名誉院長）、それから昨日も来ていただいた武藤徹一郎先生（がん研究会有明病院名誉院長）など、多くの先生方からの理解があって、われわれを守ってくれたという事実です。それがなかったら、本学会は潰れていた可能性があります。それは非常に有り難いことで、心から感謝したいと思います。中には他界された方もおられますが、そのことは忘れてはいけないということが一つです。

二つめは、とにかく今から若い人たちをできるだけ誘って、消化器病学の分野で特に消化管病学の臨床・基礎的研究にしっかり励んでもらえるように、体制を整えることが重要だと思います。

もう一つは、日本専門医機構が2018年4月から正式にスタートさせる新専門医制度に関してです。現在基本領域が18（総合診療科を含め19）学会あり、サブスペシャルティ領域は29学会で、その中で内科のサブスペシャルティは13学会あります。消化器病学会と肝臓学会はその中に入っているのですが、本学会と内視鏡学会はそこに含まれていないのが現状です。私は日本専門医機構の理事をやっ



いるので、サブスペシャリティの数は、50でも100でもいいからもっと増やして、とにかく専門性のあるものは全部サブスペシャリティに加えようと言っているんです。そのときにおそらく本学会と内視鏡学会も入れるだろうと思われるし、入れなきゃいけないと強く主張しているんですが、ただ、その中に入れるような形に本学会の体制も整えておきたいですね。

日本専門医機構の専門医資格というのは厚生労働省もかなり関心を持っていて、今後そこを差別化してくると思うんですよ。ですから、その中に入るだけの実力をつけなきゃいけないので、やはり7,000人ぐらいの規模は欲しいなというところです。

それから、その専門医のサブスペシャリティ的部分の申請書がいろいろありますから、それに沿うような形にできるだけやっていただいて、手続きしてもらえればと思います。

藤本 そういう手続きは行っています。

寺野 それをやっていれば、将来的にサブスペシャリティ領域に加えられる可能性は十分あると思います。そうすれば若い人たちももっと入ってくると思うので、現理事長にお願いしたいことです。

三輪 先ほど5,000で居心地がよいというお話でしたが、7,000をめざして頑張れということですね。

伊藤 私が専門医のことでおそれているのは、都市部ではあまり深刻ではないのですが、都市部から離れた郡部では専門医を維持することが非常に難しくなっているんですね。なぜかという、専門医を取った後に更新のため講義を受けたりしなければならぬため、都市部から離れるほど難しくなるということです。そうすると、専門医は都市部にはいても、郡部にはいなくなってしまうおそれがあります。

例えば、私の昔からの友人が某県の郡部で乳癌手術の実績を上げていますが、乳房の部分切除は人手がなくてできない、と言います。理由は、専門医更新に必要な講義の受講が都市部から離れるほど難しく、結局、最新の術式が採れないということです。

そうすると、専門医制が進むほど専門医の都市部への集中、郡部での過疎化という大きな医療構造の問題をひき起こすものと危惧しています。

寺野 それは重要な問題で、今まさに日本専門医機構が進めている「新たな専門医養成の仕組み」は、それが中心のテーマの一つなんです。というのは、学会からだけではなく、医師会や四病協などの団体からも申し出があって、それで体制がひっくり返ったわけです。

伊藤 なるほどね。

寺野 その地域医療をどう新専門医制度の中でうまく適応させていくか重要な問題です。だから、地方・地域に関しては何といても柔軟な対応というのが必要になるので、対策を考えているところです。

伊藤 そうですか。

藤本 セミナーなどはもうすぐ変わります。実際に行かなくても、自宅でセミナーなどを受けられるような時代になると思います。だから、その点はあまり心配されなくても大丈夫だと思います。

伊藤 なるほどね。

寺野 ただ、医師の数が絶対的に足りないという問題は残っています。

伊藤 それは別ですね。

藤本 先ほどのお話に出たACGの学術集会のセミナーはビデオ中継でもいいのですが、それでは醍醐味がないので、開催地に行ったほうが良いという考え方も多いと思います。



三輪 ACGは、ラスベガスや、ハワイとか、結構楽しいところで開催していますからね。

藤本 今度はオーランドですね。

坂本 ミーティングは、人と会うのがやはり大事なことですからね。

伊藤 先日、私は内視鏡専門医の更新のため講義を聞きに行ったら、朝から30分の講義を12本やっただです。知識のリニューアルなどに有益であったか疑問でした。

寺野 私も行きました。大阪でも2日間聴講する予定です。体は持ちますよ。

三輪 藤本先生、理事長としてその点についてはいかがですか。

藤本 若い先生には20、30分の短い講義がたくさんあるほうがいいようです。一人の先生から60分の講義では退屈する可能性があるというのが若い先生の意見のようです。

寺野 ハーバード大学の研究によれば、講義とかそういうのを聴く限度は、大体15分なんだそうです。

三輪 15分ですか。よくわかるような気がします。

藤本 内視鏡学会のセミナーは30分にしている場合が多いのだと思います。

伊藤 ああ、そういうやり方をしていますね。

三輪 講演者の先生も大変でしょうし、厳しいものがありますね。

そのほかに、スケールメリットを得るには、会費を上げるのも一つの方法かなと思いますが、いかがですか。

藤本 運営側からは会費をもう少し上げてみてはという意見もあります。

城 先ほどのお話にあったように、主な先生方は既に入っていましたので、後は医局員クラスの

人がどれだけ入ってくれるかですね。

藤本 特に外科系の参加が必要です。

坂本 今、本学会の資産は1億6千万ぐらいだそうです。私のときには1億ぐらいでしたので、ゆっくり増えている状態です。財務的にはもう少しあっていいかもしれませんね。

藤本 学術集会の参加費はもう少し上げてもいいかもしれませんが、できるだけ少額ですむような学会運営の努力が先だと思っています。

城 そうですね。

三輪 代議員の年会費は上げていいかもしれません。

城 いろいろ工夫できると思いますよ。やっぱり考えていることは一緒ですから。

藤本 運営は心配しているんですけど、現在は資金に苦しんでいる状態ではないので、年会費を上げる必要はないと私個人はと思っています。

三輪 わかりました。

ということで、最後に本学会の展望を一言ずつお願いしたいと思います。

こんな学会にしたいという展望を、伊藤先生からお願いします。

伊藤 スキルとアカデミズムの両立。私はこの一言です。

寺野 最初のコンセプトどおり、臨床だけではなく基礎的な研究というのを十分できるような学会、消化管学というものをみんなで十分にディスカッションできる場としての学会、それから学際性のある学会をめざしていきたいと思っています。学際性については先ほど言われたような問題があるかもしれませんが、そこは真剣に考えていきたいです。

後は、今回は和文誌ですけれども、国際性ということも重要だと思いますね。国際セッションで、荒



川先生がやってきた IGICS (International Gastrointestinal Consensus Symposium) とかそういうところをやっていけば、若い人は自然に集まってくると思います。ただ、若い人を集める以前に、そういう Gastroenterology を研究する若い人材を増やしていかなければいけないので、その魅力をわれわれがつくるということが大事だと思います。

城 そうですね、IGICS もいいと思います。

坂本 7,000 人規模の学際的な学会をめざすというのは、先生方がおっしゃったとおりで、私も期待しています。そのためには、本学会では学術集会として 8 会場ありますので、学術企画委員会が中心となって、消化器病学会にはないきめの細かいテーマを取り上げてほしいと思います。これは学会長はできないと思うんですよ。つまり、本当に消化管を網羅する、例えば排便や嚥下だけに特化したプログラムなど、きめ細かい部分に突っ込んだテーマでいろんな企画をしてほしいですね。

もう一つは、一施設ではできないような消化管学の臨床研究ですね。DPC (diagnosis procedure combination) データを用いたビッグデータの解析による小規模な研究、大規模な研究を本学会が指揮を執りながら企画してほしいです。これは学会がやらなきゃいけないことなんです。学術企画委員会あるいは研究助成委員会が中心となって、日本の消化管学の臨床研究として立ち上げてほしいと思います。そうすると、学術色が非常に魅力あるものになっていくし、人を呼び込むことができるだろうと思います。

三輪 はい、広がっていくと思いますね。

城先生、お願いします。

城 私も 12 年間本学会に関わってきましたが、皆さんのご意見につけ加えることはあまりありません

ん。ただ、内視鏡というのは消化管学においても非常に重要なところですので、以前消化器病学会が行っていたように、うまく連携していきたいですね。

内視鏡学会はスキル中心の学会で、どちらかというと臨床系なので、本学会ではもう少し基礎系も含んだような領域をやって、内視鏡学会とは相互的、相関関係を築いていくのがいいという気がします。それは海外にも通用するし、学問的にも広がっていくと思いますね。

三輪 なるほど。そこが特徴かもしれないですね。

最後に理事長に締めていただく前に、私からも一言述べさせていただきます。

本日は先生方のお話を伺いまして、折角いい学会になってきたので、その分もう少し体力が必要かなと思います。ある程度財政的にも安定して、中だけじゃなくて外にもある程度情報を発信できるようになっていけば、必ず一目置かれる学会になりますので、それをめざすべきかなと思いました。

それでは、本座談会の最後として、現理事長にこれからの展望をまとめていただきたいと思います。よろしくお願いします。

藤本 今の体制を次代へうまく引き継ぐというのが、一番の私の役目だと思っています。学会の展望としては、現状のままでいいと思っています。学会長が題目を決めてやる形式ではなくて、学会員全体でどういう学会・学術集会にするかを決めているところが本学会の最大の利点です。

三輪 そうですね。

寺野 ぜひ継続してほしいところです。

現在、C 型肝炎の治療が簡単かつ確実になってきましたので、肝臓の研究は大きくダウンしていくと思います。そういう中で、消化器病学をどのような



方向に持っていくのか、この点において本学会の役割はますます重要になってくると思います。

藤本 そこで決めた内容がいろいろとぶれるのは仕方がないと思うので、これを継続していきたいと思います。坂本先生がおっしゃった学会が中心となる臨床研究の実施も必要なのかもしれませんが、それはまずまた次の課題として、とにかく今はみんなで考えて毎回の学会をつくり上げていくことをぜひ続けていきたいと思います。第15回学術集会は佐賀で、私が学会長を務めさせていただきますので、私は口をなるべく挟まずにやってみようと思います。

城 楽しようと思っているんじゃないですか(笑)。

藤本 いやいや、楽しようと思っているわけではありません。学会員の中でもなるべく若手の先生が主役になって、私たちはもう見守るという立場だと思っています。

三輪 本日は本学会のチャーターメンバーである先生方から、設立の経緯から今後の展望までお話をお伺いできました。これで座談会を終了させていただきます。有り難うございました。

[終]



注1) 発言者の略歴は収録後の本人提出資料による。

注2) 発言中の「氏名(所属名)」は2017年2月の会員情報(会員)とウェブサイト情報(非会員)による。

注3) 本学会沿革については、巻頭の「日本消化管学会のあゆみ」を参照。

JGA

日本消化管学会雑誌

The Journal of Japanese Gastroenterological Association

Vol.1 No.1 2017

CONTENTS

●巻頭言

『日本消化管学会雑誌』創刊に向けて 三輪洋人 1

●創刊の挨拶

『日本消化管学会雑誌』の創刊を祝って 藤本一眞 2

●総説

消化管癌に対する外科手術の進歩 馬場秀夫 3

●座談会

日本消化管学会，その理念と現状，そしてこれから
..... 伊藤 誠，寺野 彰，坂本長逸，藤本一眞，城 卓志，三輪洋人（司会） 13

●学会賞選考

2016 年度日本消化管学会賞の選考 平石秀幸 29

●会告

事務局からのお知らせ 31

2016 年度事業報告，2017 年度上半期理事会・委員会開催報告 33

2017 年度学術集会・教育集会開催報告 34

決算報告書 第 13 回 35

2017 年度役員編成 36

2017 年度組織図 37

2017 年度委員会編成一覧 38

名誉会員一覧，功労会員一覧，代議員一覧 40

『Digestion』誌査読者一覧 42

定款 43

定款施行細則 46

●『日本消化管学会雑誌』 投稿規定 49

●編集後記 永原章仁