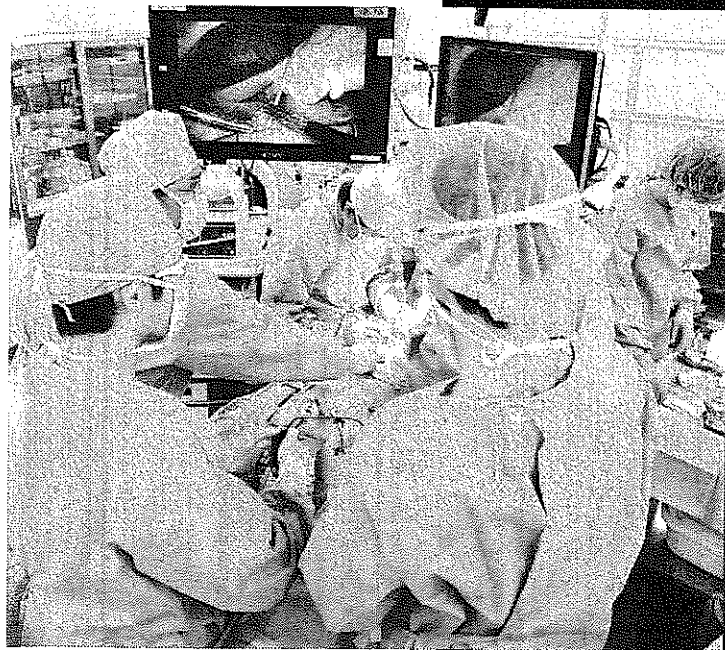


ライバルが認める

「がん手術の

達人」の 58人



虎の門病院と黒柳医師

大幸医師（左）と北川医師

鳥集徹
ジャーナリスト



全国外科医 大アンケート

がん研有明病院



（上左）長谷川医師、（上右）能城医師
（下左）関本医師、（下右）稲木医師

大腸がん 胃がん 食道がん 編

「他院で手術を受けて直腸に局所再発した患者さんを診察すると、正直、初回手術に問題があると感じることもがあります。きちんと手術しても、切ったところに再発することはあります。オリティに関係していません。技術差が大きいので、最初から腕の確かな外科医にかかるべきです」

今回のリストに名が挙がっている外科医が、実情を打ち明けてくれた。

直腸がんだけではない。外科医に聞くとどの分野でも、「手術は医師によって技術差が大きい」と断言する。オリティの低い手術を受けてしまったら、がんを取り残して再発するだけでなく、合併症や後遺症によって、術後の生活にも悪影響が出かねない。

にもかかわらず、多くの人が医師に言われるまま、紹介された病院で手術を受けているのが実情だ。だが、一般の人には、どの外科医を選べばいいのか知る由もないだろう。そこで今回は、多くの外科医にアン

ケートを実施し、腕も人柄も確かな外科医の名前を挙げてもらった。外科医の実力は、同じ分野の外科医が一番知っているからだ。

アンケートでは、六分野（大腸、胃、食道、肺、乳腺、肝胆臓）で三百人以上の外

大腸がん 手術の達人



名大の上原医師（左）とがん研有明の小西医師

科医の名前が挙がったが、今回は期限までに二人以上の医師から推薦のあった外科医に絞ってリストに掲載することにした。今号は前編。大腸、胃、食道の「がん手術の達人」五十八人の名前を公開する。

現在、日本人でもっとも患者数の多いのが大腸がん（結腸がんと直腸がん）だ。

国立がん研究センターのデータによると、二〇一六年の大腸がん罹患患者数は十四万七千二百人と予測されており、そのうち約三分の二（九万七千八百人）が結腸がん、約三分の一（四万九千四百人）が直腸がん。

今回、この大腸がんの分野で二十六人の名前がリストに挙がった。なかでも目を引くのが、がん研有明病院だけで三名も推薦が集ま

ったことだ。なぜ高く評価されたのか、同院の小西毅医師に聞いた。

「当院の最大の特長は、なんとと言っても手術数が国内で断トツに多いことです。昨年は原発性の大腸がんだけで七百二十二例の手術を行いました。もう一つが、大腸がんの九五％に腹腔鏡手術を適応していることで

す。これだけの数をこなしていると手順が定型化するので、手術時間が非常に短くなり、合併症も少なくなります。それが高く評価された

「再発の半分は手術のクオリティに関係している」と名手の一人が打ち明ける。医師の技量にそんなに差があるならば、誰が巧いのかぜひ知りたい。そこで同分野の外科医に認めざるをえない手術の達人の名を挙げてもらった。今回は大腸がん、胃がん、食道がんの前編。

一番の理由だと思えます」
「腹腔鏡手術」はお腹に数カ所の小さな穴を開け、そこから細長いカメラ（内視鏡）や手術器具を挿入し、お腹の中の様子をモニターに映し出しながら行う方法だ。お腹を切り開く従来の開腹手術に比べて、術後の痛みや癒着が少なく、回復も早いとされている。

早期がんや結腸がんが対象となる。腹腔鏡手術の割合が高いのは、技術的に難しい進行がんや直腸がんまで腹腔鏡手術の対象としていることを示している。

もちろん、能力が伴わないのは論外だが、今回のリストに挙がった外科医の所属する施設は、どこも腹腔鏡手術の割合が高かった。

日本外科学会と日本消化器外科学会が合同で二〇一四年に公表した全国の手術データ（二〇一三年）によると、結腸がん（右半結腸切除術）の三四・八％、直腸がん（低位前方切除術）の四八・六％が腹腔鏡手術だった。現在ではより普及していると考えられるが、

「この手術の利点は、なんとといっても体内の構造物がよく見えることです。直腸がんは骨盤の底を手術するので、以前の開腹手術のときは、あまり見えませんでした。しかし今では、奥深くまでカメラが届き、拡大視もできるので、細かい血管や神経までよく見えま

手術は、比較的難しくないと

大腸がん

医師名	医療機関 所属・肩書き	所在地	特色
竹政伊知朗	札幌医科大学 消化器・総合、乳腺・内分泌外科学講座教授	北海道	大腸がん手術の国内リーダーの一人。国内外から評価される高い技術と豊富な経験を武器に、経肛門的手術からロボット手術まで最新の低侵襲治療を提供する。
北城秀司	斗南病院 鏡視下手術センター長	北海道	へそに開けた穴一つで手術する単孔式手術のエキスパート。肛門に近い直腸がんでも肛門温存手術を施行。直腸腫瘍は腹部に傷のない経肛門的手術で切除。
大塚幸喜	岩手医科大学附属病院 外科特任准教授	岩手県	97年から腹腔鏡手術を開始。昨年末までに手術数は1900例を超えた。患者個々の病態、状態に合わせた最適な治療の提供と後進の教育に力を注ぐ。
内藤剛	東北大学病院 胃腸外科長・特命教授	宮城県	大腸がん、特に直腸がんの低侵襲治療や肛門温存手術、他科の専門医と連携する集学的治療に力を入れる。患者の状態に応じた最適な治療を進めている。
山口茂樹	埼玉医科大学国際医療センター 消化器病センター長	埼玉県	結腸がん、直腸がん共に9割以上で腹腔鏡を用いる。各科と連携し、内視鏡切除、抗がん剤、放射線を含む最適な方法を選択、組み合わせる治療にあたる。
伊藤雅昭	国立がん研究センター東病院 大腸外科長	千葉県	大腸がんの中でも直腸がん手術の比率が高いのが特徴で、根治性だけでなく、排便、排尿、性機能をできるだけ残す機能温存手術に取り組んでいる。
福永正氣	順天堂大学医学部附属浦安病院 消化器・一般外科特任教授	千葉県	大腸がん腹腔鏡手術のパイオニアの一人。症例数は2500例を超え、大半が腹腔鏡手術。単孔式手術や肛門温存手術など先進的な技術も導入している。
絹笠祐介	東京医科歯科大学医学部附属病院 消化管外科学分野教授（9月1日に移籍）	東京都	腹腔鏡手術に積極的に取り組み、直腸がんロボット手術は国内トップの実績。合併症が少ないなど優れた成績を残し、進行がんでは拡大手術も選択する。
黒柳洋弥	虎の門病院 消化器外科（下部消化管）部長	東京都	腹腔鏡直腸がん手術を多数手がけ、術前化学放射線療法を用いた肛門温存にも積極的に取り組む。総合病院長の長所を生かし、合併症がある患者も対応する。
的場周一郎	虎の門病院 消化器外科部長 虎の門病院分院 外科部長	東京都 神奈川県	高度進行大腸がんも、化学療法や放射線治療など集学的治療を組み合わせ、極力腹腔鏡で手術する。治療不能な患者も終末期まで手術時の主治医が診ている。
福長洋介	がん研有明病院 消化器センター大腸外科副部長	東京都	大腸がんの腹腔鏡手術に、黎明期から取り組んできた。「大腸がんは手術で治す」をモットーに、すべてのがんを取り切る心構えで手術に臨む。
小西毅	がん研有明病院 消化器センター大腸外科医長	東京都	昨秋まで1年間、米最高峰のがんセンターに留学。ほぼ全症例を腹腔鏡で手がけ、直腸がんの肛門温存手術に優れる。抗がん剤や放射線の治療も経験豊富。
秋吉高志	がん研有明病院 消化器センター大腸外科副医長	東京都	年間手術症例数は国内最多。低侵襲の腹腔鏡手術に加え、がんの進行度に応じて術前化学療法や放射線療法を組み合わせ、最大の治療効果をめざす。
國場幸均	聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 消化器・一般外科教授（副院長）	神奈川県	草創期から腹腔鏡を開始。最新の低侵襲（RPSなど傷の少ない）手術に取り組む他、高難度手術を定型化し、合併症を軽減する安全な手技の普及に努める。
渡邊昌彦	北里大学病院 一般・消化器外科科長 北里大学北里研究所病院 副院長	神奈川県 東京都	92年に国内で初めて行われた、腹腔鏡による大腸がん手術を執刀した第一人者。モットーに「最先端の医療技術を最高のチームワークで」を掲げる。
渡邊純	横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター 講師	神奈川県	腹腔鏡手術のエキスパート。洗練された手技で地域医療に貢献する一方、肛門温存、合併症低減の研究や、リンパ流評価による個別化手術の開発に取り組む。
植松大	佐久総合病院佐久医療センター 消化器外科副部長	長野県	直腸がんを含む下部消化管外科の手術は、99%を腹腔鏡で実施。がんの進行度に応じた術式を選択して、術前カンファレンスで最終決定を行っている。
上原圭介	名古屋大学医学部附属病院 消化器外科一講師	愛知県	腹腔鏡手術の手腕を高く評価され、次代を担う大腸外科医と目されている。治療困難な骨盤内再発の外科治療にも積極的に取り組む。
坂井義治	京都大学医学部附属病院 消化管外科科長	京都府	腹腔鏡手術だけでなく、直腸がんのロボット手術、経肛門内視鏡手術（TaTME）も実施。希望に応じ、人工肛門を避け、再発を減らす治療をめざす。
関本貢嗣	大阪医療センター 副院長	大阪府	原則、全症例に腹腔鏡手術を適応し、直腸がんは極力、肛門と機能の温存をめざす。他施設で治療困難な超進行がんや再発がんを多く引き受けている。
野村明成	大阪赤十字病院 消化器外科副部長	大阪府	直腸がんの腹腔鏡手術やロボット手術による、機能温存根治手術が専門。腫瘍の確実な切除、排尿・排便・性機能の温存、人工肛門の回避を実現する。
川村純一郎	近畿大学医学部附属病院 外科講師	大阪府	腹腔鏡手術を数多く行っている。進行がんに対しても、抗がん剤や放射線を組み合わせる集学的治療を行い、がんの根治をめざした手術に取り組む。
奥田準二	大阪医科大学附属病院がんセンター 特務教授・先端医療開発部門長（消化器外科）	大阪府	腹腔鏡手術のパイオニアの一人。年間500件余り行う手術のうち、6割が難易度の高い直腸がん。手術の質向上のため、立体視できる3D腹腔鏡に取り組む。
池田正孝	兵庫医科大学病院 下部消化管外科准教授	兵庫県	大腸がんの低侵襲手術や、再発大腸がんに対する積極的な外科治療を多数経験。患者の負担を一層減らすことを主眼に、再発大腸がんなどの手術に臨む。
長谷川傑	福岡大学病院 消化器外科教授	福岡県	丁寧で合併症の少ない腹腔鏡手術がモットー。肛門はできるだけ温存するほか、抗がん剤、放射線、免疫治療など多様な方法で患者が喜ぶ治療を実現する。
藤田文彦	久留米大学病院 外科・内視鏡手術センター副センター長	福岡県	腹腔鏡手術により、患者に負担の少ない大腸がん手術を目指す。特に直腸がんの患者では、可能な限り肛門を温存するよう努めている。

す。電気メスなどの器具も進歩したので、出血も少なくなりました。私が研修医だった二十年ほど前は、直腸がんの手術で一リットル出血することもありました。それが今では二、三十ccしか出血しません」

丁寧な操作をすると出血が減り、きれいな手術になる。それが合併症の低下や生存率の向上に結びつくと信じて取り組んでいるという。その長谷川医師が指導を受けたのが、多くの推薦を集めた京都大学医学部附属病院の坂井義治医師だ。

「坂井先生との出会いがなければ、今の私はありません。坂井先生には、『切るべき場所が正確に見えないまま、手術を進めてはいけません』と叩き込まれました」

直腸がんの場合は、肛門が残せるかどうかも切実な問題だ。この点に關しても、外科医によって技術力に歴然とした差があるという。虎の門病院の黒柳洋弥医師が打ち明ける。

「問題は肛門を残せたはずなのに、取られてしまう患者さんがいることです。一度取ってしまったら、元には戻せません。肛門を温存できるかどうかは簡単に言うとは、外に腫瘍が飛び出ていると無理ですが、中に腫瘍が隠れていれば、チャンスがあります。『肛門は残せない』と言われたら、セカンドオピニオン（主治医以外の専門医の意見）を聞くべきです。良心的な医師なら、この手術に慣れた医師を紹介してくれるでしょう」

ただし、肛門を残すかどうかは、慎重な判断も必要だ。肛門括約筋を大きく取ってしまうと、頻便や便漏れを起こしやすくなるからだ。黒柳医師が続ける。

「たとえば八十代、九十代で足が悪く、杖が必要な患者さんは、トイレが近くないと大変です。それなら人工肛門の方が楽という人もいます。私たちは、ある程度の括約筋が残せるのなら肛門温存を提案しますが、術後の生活がどうなるかも見据えながら、医師と相談して決めることが大切です」

また、直腸がんは、手術した局所や周辺のリンパ節に再発しても、大腸に加え

て膀胱や子宮など、骨盤内の臓器を根こそぎ取れば、完治することがある。

大阪医療センター副院長の関本貢嗣医師は、この骨盤内全摘手術に挑んできた。「骨盤の壁にへばりついた再発がんは、一歩間違えると大量出血するので、手術不能とされるのが少なくありません。根治的に切除できなければ、五年生存率は二割あるかどうかです。しかし、手術できれば約半数の人が五年生きることができ、四〜五人に一人は治ってしまいます。現在でも厳しい手術ですが、生きられるチャンスがあるので、阪大時代から取り組んできました」（関本医師）

同じく、この手術に取り組む名古屋大学医学部附属病院の上原圭介医師もこう話す。「時代の流れで腹腔鏡手術や機能温存手術がよしとされ、拡大手術をきちんとこなせる外科医が大幅に減っています。しかし、『しっかり取っておけば治ったのに』という患者さんがいるのは事実です。大きく切除

すれば機能は失われますが、取れば治る局所進行・再発大腸がんもあります。ですからあきらめないで、

胃がん 手術の達人



藤田保健衛生大の宇山医師（左）と大阪赤十字の金谷医師

大腸がんに次いで患者数の多いのが胃がんだ。国立がん研究センターが公表したデータによると、一六年の罹患者数は十三万三千九百人と予測されている。

その胃がんでも、腹腔鏡手術が普及した。前出の二学会の公表データによると、「胃切除術」の約四割（三九・〇％）が腹腔鏡手術で、現在はさらに増えていると見られる。今回、リストには二十人が挙がったが、その多くも腹腔鏡手術の名手たちだ。

日本胃癌学会のガイドラインによると、現在、腹腔鏡手術は早期がん（ステージⅠまでの幽門側胃切除）ま

いろいろな情報を探して、ぜひきちんと手術のできる外科医にたどり着いてください」

だが、「日常診療の選択肢となりうる」とされている。だが、リストの外科医が所属する施設では大腸がんと同様に、進行がんにも腹腔鏡手術を適応しているところが多い。

大阪赤十字病院の金谷誠一郎医師が話す。

「当院は進行がんも含めた全胃がん手術の九八％を腹腔鏡で行っています。進行がんでは胃の近くのリンパ節（D1群）だけでなく、少し遠いリンパ節（D2群）まで郭清（かくせい）する必要がありますが、早期がんにしか経験のない外科医には、腹腔鏡でD2群の完全郭清をするのは難しいと思

胃がん

医師名	医療機関 所属・肩書き	所在地	特色
金平永二	メディカルトピア草加病院 院長・外科診療顧問	埼玉県	91年にドイツで腹腔鏡手術を学ぶ。胃がんや粘膜下腫瘍に対し、可能な限り健全な臓器を残す術式を得意とする。個々の患者に応じた丁寧な手術を実践。
木下敬弘	国立がん研究センター東病院 胃外科長	千葉県	質と安全性の高い腹腔鏡手術が、国内外から高い評価を得ている。最新の抗がん剤と手術を組み合わせた難治性胃がんの治療にも力を注ぐ。
吉川貴己	神奈川県立がんセンター 院長補佐兼消化器外科部長	神奈川県	ガイドラインに則った標準治療を第一とする。個々の患者のリスクやメリットを、手術前および手術中に適切に判断しながら最適な術式を選択する。
片井均	国立がん研究センター中央病院 胃外科長	東京都	5人の医師が年間400件余りの手術を行う。「治す」「機能を温存する」「小さな傷で治す」の優先度で治療。手術関連死は過去5年2000例でゼロ。
福永哲	順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器・低侵襲外科教授	東京都	進行胃がんの腹腔鏡手術経験は国内有数。結腸や膀胱の合併切除が必要な高度進行胃がんや、他施設で困難とされた症例など、ほぼ全例で腹腔鏡を用いる。
小嶋一幸	東京医科歯科大学医学部附属病院 胃外科長	東京都	99年から腹腔鏡手術を始め、現在までに国内有数の手術経験を重ねた。同大低侵襲医歯学術研究センター長を兼任。腹腔鏡手術の安全な普及に努める。
佐野武	がん研有明病院 消化器センター長	東京都	消化器部門の内科と外科が協力し、消化器センターとして多分野の専門医による集学的治療を提供。患者の負担減のため短時間で出血の少ない手術を行う。
比企直樹	がん研有明病院 消化器センター 胃外科部長	東京都	日本一の手術症例数。紹介の有無、地域に関わらず受け入れ、様々な部門と力を合わせて診療している。術後の生活をいかに楽しく送れるか追求。
布部創也	がん研有明病院 消化器センター 胃外科副部長	東京都	国立がんセンター中央病院（当時）での研修時から胃がんの腫瘍外科学が専門。腹腔鏡での機能温存手術に優れ、幽門保存胃切除や噴門側胃切除を低侵襲で行う。
稲木紀幸	石川県立中央病院 消化器外科診療部長	石川県	手術支援ロボットを含む低侵襲手術を積極的に行う。センチネルリンパ節生検を用いた縮小手術から拡大手術まで、個々の患者の状況に応じ適応している。
瀧口修司	名古屋市立大学病院 消化器外科教授	愛知県	国内有数の1200例超の腹腔鏡胃がん手術の経験をもとに、進行がんも積極的に手術を行う。高度な技術に基づく安全で安心な手術を提供している。
宇山一郎	藤田保健衛生大学病院 総合消化器外科教授	愛知県	97年に胃全摘手術を腹腔鏡で実施した日本のパイオニア。09年にはいち早く胃がんのロボット手術に取り組んだ。手がけた症例数は国内で最多。
岡部寛	大津市民病院 外科診療部長（消化器部門）	滋賀県	1000例余りの診療経験があり、特に進行がんの腹腔鏡手術やロボット手術の経験が豊富。薬物療法にも精通し、病状と治療方針を平易に説明する。
小濱和貴	京都大学医学部附属病院 消化管外科准教授	京都府	胃がんに対するロボット支援手術などの低侵襲手術が専門。内科と連携した胃がんユニットをつくり、個々の患者に最適な治療を検討し、提案している。
大森健	大阪国際がんセンター 消化器外科副部長	大阪府	この3月に移転。最新施設で胃や食道胃接合部のがんに、QOL（生活の質）を重視した腹腔鏡手術を年間約200例（単孔式やロボット支援含む）実施。
金谷誠一郎	大阪赤十字病院 第二消化器外科部長	大阪府	胃がんの腹腔鏡手術で約15年の実績。原則として進行がんも含めた全症例に腹腔鏡手術を適応する。食道がんの胸腔鏡手術にも積極的に取り組む。
佐藤誠二	姫路医療センター 統括診療部長 （消化器センター部長兼任）	兵庫県	高精度、低侵襲な3D内視鏡手術が専門。藤田保健衛生大学臨床教授などを歴任。消化器がんを対象に最新技術で患者に「薬にしっかり治る」治療を提供。
篠原尚	兵庫医科大学病院 上部消化管外科主任教授	兵庫県	豊富な解剖知識に則った精緻な手術で評価が高い。共著書『イラストレイテッド外科手術』は消化器外科医のバイブルで、海外でも翻訳されたロングセラー。
永井英司	福岡赤十字病院 消化器外科部長	福岡県	胃がん、食道がんに可能な限り内視鏡手術を適応する。内視鏡手術、抗がん剤治療、栄養・運動サポートを通じて、全年齢層にきめ細やかな医療を実践する。
能城浩和	佐賀大学医学部附属病院 一般・消化器外科教授	佐賀県	胃がん、食道がんのほぼ全症例に腹腔鏡および胸腔鏡手術を適応。国立大学病院でいち早くロボット手術を導入。がんの根治を担保した治療を心がける。

います。一方、私たちは進行がんの手術経験が豊富なぶん、早期がんの手術はより安全に施行できます。腹腔鏡手術に真剣に取り組み、症例数が多い施設は、どこも合併症が少ないはずです」

その金谷医師が胃がんの腹腔鏡手術を学んだのが、〇六年に王貞治氏（現・福岡ソフトバンクホークス会長）の胃がんを腹腔鏡で手術した藤田保健衛生大学病院の宇山一郎医師だ。

「一九九九年頃、腹腔鏡を補助的に使う、小開腹を併用した胃がん手術がはやりつつあったのですが、宇山先生だけは開腹せずに完全に腹腔鏡だけで行う手術を学会で発表していました。それを見て、『自分もやるならこれだ』と思い、宇山先生に声をかけたんです。宇山先生の腹腔鏡手術の腕は、本当に頭抜けています」（金谷医師）

宇山医師は〇九年、国内でいち早くロボット手術を導入したことで知られる。細長い手術器具を患者の体内に挿入するのは腹腔

鏡手術と同じだが、その操作を人の代わりにロボットアームが行う。

宇山医師とともに、早くからロボット手術の臨床試験に取り組んできた佐賀大学医学部附属病院の能城浩和医師がメリットを強調する。

「腹腔鏡手術は真つすぐな器具しか入らないので動きに制限がありますが、ロボットには関節機能があるので、自由度の高い操作ができます。それに手ぶれ防止機能もあるので、組織の剝離などが正確にできます。現在は保険適用外なので自己負担額が大きいですが、腹腔鏡手術に比べて合併症が半分にできることを臨床試験で示せたので、前立腺がんが続いて保険適用が認められるのではないかと期待しているところです」

先進的な取り組みがある一方で、首都圏や関西圏などと比べ、九州はセカンドオペニオンの活用が遅れていると打ち明ける。

「この地域は今でも、最初の医師に紹介された病院で、言われるままに手術を

受ける人がたくさんいます。その結果、腹腔鏡がよい適応と思われるケースで、開腹手術を受ける人が少なくありません。患者さん側にも問題があり、『先生にお任せします』と言ってしまう人が多い。後悔のない治療を受けるためにも、がんと診断されたら一度はセカンドオペニオンを聞くべきです」

北陸地方の腹腔鏡手術の指導者の存在である石川県立中央病院の稲木紀幸医師も同様の意見だ。

「お腹を開ける手術のクオリティにはあまり差は出ませんが、腹腔鏡手術は特殊な動きをするだけに、技術的にかなり差が出ます。ですから、進行がんや難しい手術の場合は、セカンドオペニオンを求めたほうがいいでしょう。とくに食道胃接合部がんは、胃の全摘だけでなく、食道の一部も切除する必要があります。胃がんの中でも難しい手術になります。『胃と食道の境目がある』と言われる人は、ぜひ当院に相談してもらえたらと思います」

食道がん 手術の達人



岡山大の白川医師(右)とペリオの足羽孝子看護師長(中)、近大の安田医師

食道は、大腸や胃と事情が異なるところがある。何より患者数が少ない。前出のデータによると、一六年の食道がん罹患患者数は二万二千八百人で、大腸がんの約六分の一だ。

それに非常に大がかりな手術となる。まず胸の奥深いところを通る食道を、周りの組織から引きはがして腹部から取り出す。次に、胃を細長い管状に形成するなどして、代用の食道をつくる。さらにそれを吊り上げて、首のところで縫合する。そのため、胸部、腹部、頸部(首)の三カ所を切開する必要があるのだ。

このように患者が少ないうえに、高度で専門的な技術が必要とされるため、食道がんを専門とする外科医は多くない。今回、リストに挙げた外科医も、大腸や胃に比べ少ない十二人となった。その多くが右の脇腹を大きく切り開く従来の開胸手術ではなく、腹腔鏡と同様の器具を使う「胸腔鏡手術」を導入している。

さらに、患者の負担を減らすため腹部の手術に腹腔鏡を併用する施設も増えた。慶應義塾大学病院もその一つだ。病院長の北川雄光医師はこう話す。

「当院は一九九六年から胸腔鏡と腹腔鏡を併用した食道がん手術に取り組んでいます。また、食道外科専門医と内視鏡外科技術認定医の両方の資格を持っている外科医が、私を含め三名所属しています。この二つの資格を持つている外科医は、全国でも多くありません。私が執刀せずに助手を

務める場合もありますが、細かく指導しなくても手術の進め方が定型化されているので、とても安全に手術を進めることができている」と

また、同院の特長として北川医師が強調するのが、「総合力の高さ」だ。いわゆる胃カメラを使った内視鏡治療や、手術と抗がん剤、放射線などを組み合わせた集学的治療が食道がんでは必要となるケースが多い。それだけに、他科との連携が不可欠だ。

「かつては窓口もカルテもバラバラだったため、今日は内科、明日は放射線科といった具合に、患者さんにご不便をかけていました。そこで〇九年に腫瘍センターを設置して、窓口を一本化した。さらに週に一度、外科、腫瘍内科、放射線科などの専門医が集まってカンファレンス(検討会)を開き、治療方針を決めています」(同前)

食道がんの手術を安全に受けて、元気に社会復帰を果たすには、術前後の管理も重要だ。その先進的な

食道がん

医師名	医療機関 所属・肩書き	所在地	特色
細川正夫	恵佑会札幌病院 消化器外科(病院理事長)	北海道	40年で約3000例を手がけた。その半数は高度進行がん。術前に放射線療法や化学療法を用いることで、良好な成績を得ている。終末まで患者を支える。
大幸宏幸	国立がん研究センター 中央病院・同東病院 食道外科長	東京都・千葉県	進行度と患者の状態で術前治療と術式を選ぶ個別化手術を実施。術式は胸腔鏡と腹腔鏡を基本に、2期分割手術や非開胸で縦隔鏡と腹腔鏡を使う方法を選択。
宇田川晴司	虎の門病院 消化器外科(上部消化管) 部長兼副院長	東京都	06年から胸腔鏡手術を導入。術後に胃の内容物が逆流しないよう、胃を温存して小腸と大腸の一部を食道の代わりに使う再建方法を取り入れている。
北川雄光	慶應義塾大学病院 病院長・外科学教授(教室主任)	東京都	3Dハイビジョン胸腔鏡手術で徹底したリンパ節郭清を实践。全国多施設共同研究グループ代表として臨床試験を統括し、診療ガイドラインの作成も担当。
大杉治司	東京女子医科大学 消化器病センター外科 客員教授	東京都	食道がん胸腔鏡手術を導入した第一人者で、手腕の確かさは誰もが認める。鏡視下手術の特徴を活かした繊細な手技で良好な成績を得ている。
梶山美明	順天堂大学医学部附属 順天堂医院 食道・胃外科教授	東京都	3領域リンパ節郭清手術を年間100例余り手がけながら高い生存率を保持。縫合不全や反回神経麻痺など合併症発症率は1%で、根治性と安全性を両立。
竹内裕也	浜松医科大学医学部附属 病院 外科学第二講座(消化器・血管外科) 教授	静岡県	食道がん低侵襲手術に、内視鏡手術、抗がん剤や放射線による治療を組み合わせ、最適な治療法を患者と一緒に考える医療を提供している。
藤原奇	京都府立医科大学附属 病院 消化器外科副部長	京都府	肺合併症を減らすため、縦隔鏡を用いた食道剝離とリンパ節郭清を行う「非開胸アプローチ」を先駆けて導入。進行がんも化学療法が有効なら積極的に手術する。
安田卓司	近畿大学医学部附属病院 上部消化管外科診療部長	大阪府	全症例をキャンサーボードで検討し、合議のもと最新で最適な治療を提案。治療困難症例は独自に術式を考案し、QOL(生活の質)と根治性を追求する。
土岐祐一郎	大阪大学医学部附属病院 消化器外科診療科長	大阪府	他の病院で手術できないと言われた患者も、諦めずに治療の道を探す。手術だけでなく、化学療法や免疫療法でもトップクラスの技術や経験を有する。
白川靖博	岡山大学病院 消化管外科副診療科長	岡山県	年間約120件の手術の3分の2を胸腔鏡と腹腔鏡で実施。手術前後の安全を確保する、多職種で周術期チーム医療を導入。腫瘍融解ウイルス治療も行う。
夏越祥次	鹿児島大学病院 病院長	鹿児島県	早期がんの内視鏡的切除術やセンチネルノードナビゲーション手術、進行がんの定型手術、化学療法や化学放射線治療後の手術などを行っている。

取り組みで知られるのが、岡山大学病院だ。〇八年、同院は「周術期管理センター・ペリオ(PERO)」をスタート。食道がんなどの手術を受ける患者を対象に、術前から看護師、歯科

医師、薬剤師、理学療法士、管理栄養士など多職種チームが関わって、合併症を減らす努力をしている。同院の白川靖博医師が話

「食道がんの合併症を減らすには、第一に禁煙が欠かせません。当院では術前に禁煙指導を行い、一カ月の間に一本でもタバコを吸ったら、手術は延期する約束で治療を始めます。さら

に、術後に備えて術前から肺機能を高める訓練をしたり、虫歯や歯周病を治しておきます。術後も痰を出したり、飲み込みのリハビリが欠かせません。当院では、それらのプログラムが一連の流れとして完成しているの、私たち外科医は手術により専念できます。このように、風通しのいい連携ができてるのが当院の強みです」

こうした努力によって、かつてに比べ食道がん手術は比較的 safely 受けることができるようになった。だが、依然として他に比べてリスクの高い手術であることに変わりはない。

「胸腔鏡の進歩で患者さんの負担が減ったのはよかったのですが、それにこだわらなくなり、進行がんでは腫瘍を取り残す不十分な手術になったり、『取れない』と安易に判断してしまう傾向があるように感じます。しかし、逃げずに限界を超えた手術に挑み、きれいにがんを取って治すことも大事ではないでしょうか」

そう話すのは、近畿大学医学部附属病院の安田卓司医師だ。大阪府立成人病センター(現・大阪国際がんセンター)勤務の九〇年代、泊まり込みで数多くの大きな手術に取り組んだ。その経験を活かし、現在も大動脈や気管に絡むような進行がんの手術に挑んでいる。

「よく『この患者さんの手術はできないか』と地域の医療機関から問い合わせを受けます。直接診ずに資料だけでは判断できないので、入院している人の場合は自分から出向いて、診察にうかがうこともありま

す。『無理して何かあったらどうする』と逃げたくなる気持ちもありますが、『自分を守るためのメスなら捨ててしまえ』と言いついては、気持ち奮い立たせています(同前)

どんな手術も一〇〇%安全ではない。患者側もリスクを十分に理解したうえで、「この人なら命を預けられる」という外科医に身を委ねるべきだろう。