目　　次

理事長挨拶

日本肝胆膵外科学会創立 30 周年を迎えて…日本肝胆膵外科学会理事長　山本　雅一　000

30 周年記念式典

記念式典の式次第と式典写真 …… 000
おことば …… 高円宮妃殿下　000
来賓ご祝辞 …… 文部科学省研究振興局学術研究助成課長　小桐間　徳　000
来賓ご祝辞 ……厚生労働省保険局医療課長　迫井　正深　000
来賓ご祝辞 …… 神奈川県知事　黒岩　祐治　000
来賓ご祝辞 …… 横浜市長　林　　文子　000
来賓ご祝辞 …… 一般社団法人日本外科学会理事長　森　　正樹　000
来賓ご祝辞 …… 一般社団法人日本消化器外科学会理事長　瀬戸　泰之　000
Congratulatory Message from Honorary Members …… Steven M. Strasberg　000
Congratulatory Message from Honorary Members …… Palepu Jagannath　000
Congratulatory Message from Honorary Members ……Dong Wook Choi　000
鼎談 …… 000

創設時の想い出

日本肝胆膵外科学会創立 30 年へ：発想から発展への道程 ……高田　忠敬　000
日本肝胆膵外科学会創設期の想い出……川原田嘉文　000
30 周年をお祝いして ……跡見　　裕　000
若き情熱が生み出した肝胆膵外科学会 ……加藤　紘之　000
学会創設時の想い出 ……木下　博明　000
日本肝胆膵外科学会の 30 周年に想う
　―日本医学会の孫文、高田忠敬先生― ……嶋田　　紘　000
1989 年、「肝胆膵外科フォーラム」から始まった……高崎　　健　000
日本肝胆膵外科学会創成期の思い出……二村　雄次　000

名誉理事長から

理事長時代の想い出 …… 斎藤　洋一　000
日本肝胆膵外科学会創設 30 周年記念を祝して―理事長時代の思い出―… 宮崎　　勝　000

国内名誉会員から

日本肝胆膵外科学会 30 周年を祝して …… 中山　和道　000
日本肝胆膵外科学会 30 周年に寄せて …… 幕内　雅敏　000
肝胆膵外科学会創立 30 年について思う …… 竜　　崇正　000
夜明け前 …… 永井　秀雄　000
高度技能専門医制度発足までの道のり―30 周年に祝意を込めて― …… 兼松　隆之　000
日本肝胆膵外科学会の初頭期を振り返って想う …… 平田　公一　000

海外名誉会員から

Congratulatory Message from Honorary Members …… Hong-Jin Kim　000
Congratulatory Message from Honorary Members …… Howard A. Reber　000
Congratulatory Message from Honorary Members ……Michael B. Farnell　000
Congratulatory Message from Honorary Members …… Michael G. Sarr　000
Congratulatory Message from Honorary Members …… Miin-Fu Chen　000
Congratulatory Message from Honorary Members …… Tsann-Long Hwang　000

学術集会（フォーラム含む）の想い出

肝胆膵外科フォーラム発足について……森岡　恭彦　000
第 2 回日本肝胆膵外科フォーラムの思い出 …… 宮崎　逸夫（文責：永川　宅和）　000
日本肝胆膵外科学会 30 周年を祝して …… 小澤　和恵　000
第 4 回日本肝胆膵外科フォーラムを顧みて ……水本　龍二　000
第 5 回日本肝胆膵外科学会学術集会…… 羽生富士夫（文責：新井田達雄）　000
日本肝胆膵外科学会第 6 回学術集会の想い出……岡本　英三　000
第 7 回日本肝胆膵外科学会開催報告…… 鈴木　　敞（文責：永野　浩昭）　000
第 8 回学術集会の想い出 ……木下　博明　000
第 9 回を担当して ……熊田　　馨　000
第 10 回学術集会の思い出 ……川原田嘉文　000

第 11 回日本肝胆膵外科学会の想い出
～日本肝胆膵外科関連会議・徳島の開催について～……田代　征記　000
第 12 回日本肝胆膵外科学会開催の想い出……真辺　忠夫　000
第 13 回肝胆膵外科学会を振り返って思う事 ……山内　英生　000
5th IHPBA と同時開催された第 14 回日本肝胆膵外科学会……高崎　　健　000
第 15 回日本肝胆膵外科学会開催にあたって ……永川　宅和　000
第 16 回日本肝胆膵外科学術集会の思いで……大柳　治正　000
第 17 回日本肝胆膵外科学会学術集会を担当して ……嶋田　　紘　000
第 18 回日本肝胆膵外科学会報告 ……炭山　嘉伸　000
第 19 回日本肝胆膵外科学会・学術集会を主催して……今泉　俊秀　000
日本肝胆膵外科学会の思い出 ……木村　　理　000
第 21 回学術集会の思い出 ……野浪　敏明　000
第 22 回総会の思い出……海野　倫明　000
第 23 回日本肝胆膵外科学会・学術集会の開催にあたって ……青木　達哉　000
第 24 回学術集会・大阪大会「肝胆膵外科・あるべき姿を求めて」……藤元　治朗　000
日本肝胆膵外科学会　第 25 回学術集会の思い出 ……窪田　敬一　000
第 26 回日本肝胆膵外科学術集会の想い出……山上　裕機　000
第 27 回（2015 年度）日本肝胆膵外科学会・学術集会の想い出 ……金子　弘真　000
第 28 回学術集会の思い出 ……權　　雅憲　000
第 6 回アジア太平洋肝胆膵学会・第 29 回日本肝胆膵外科学会学術集会
を開催して ……山本　雅一　000
第 30 回日本肝胆膵外科学会を主催して ……遠藤　　格　000

学会のあゆみ

日本肝胆膵外科学会の一般社団法人化への道のり ……安藤　久實　000
肝胆膵高度技能専門医制度の設立 ……田中　雅夫　000
留学制度の設立……佐野　圭二　000
日本胆道外科研究会から日本肝胆膵外科学会へ ……永川　宅和　000
胆道癌取扱い規約委員長を経験して……宮崎　　勝　000
胆道外科研究会との合併：胆道癌登録 ……宮川　秀一　000

第 1 ～ 4 回フォーラムと第 5 ～ 30 回学術集会　年表

第 1 回フォーラムから第 30 回学術集会のプログラムセッション遍歴 … 000

資料 1. 第 29 回学術集会　East meets West　講演スライド

Introduction ……山上　裕機　000
肝臓 ……七島　篤志　000
胆道 ……江畑　智希　000
膵臓 ……山上　裕機　000
肝移植……日比　泰造　000
肝胆膵内視鏡外科 ……宮坂　義浩　000
Interventional Radiology……糸井　隆夫　000

資料 2. 第 30 回学術集会　肝胆膵外科手術の 30 年の歩み　講演スライド

肝臓 ……國土　典宏　000
胆道 ……梛野　正人　000
膵臓 ……山上　裕機　000
肝移植……江口　　晋　000

資料 3. 各種データ（会員数推移、専門医・指導医・修練施設関係など）

編集後記 …… 000

理事長挨拶

日本肝胆膵外科学会創立 30 周年を迎えて

日本肝胆膵外科学会理事長　山本　雅一

日本肝胆膵外科学会は 1989 年に日本肝胆膵外科フォーラムとして発足、1993 年に日本肝胆膵外科学会となり、本年 2018 年には創立 30 周年を迎えることとなりました。この節目の年はこれまでの沿革を振り返り、学会理念を再度認識し、学会の将来を展望する良い機会と考えております。

日本肝胆膵外科学会は名誉創設者・理事長の高田忠敬先生の類まれなるリーダーシップのもとに発展してまいりました。大切な点は、高田先生が学会の理念を明確に示しており、それに沿って学会が発展してきたことであります。学会ホームページに高田先生のご挨拶があり、その中に 5 つの行動目標が記載されておりますので、改めてここに記載したいと思います。

1. Art：Art の発展と普及に努力し、高度の技能の習得の場とすることを心がける。
2. Science：より高い scientific value を持った学会にすべく努力を続ける。研究発表にとどまらず、各種のプロジェクト研究を行う。
3. JHBPS の出版：「世界への発信と交流」を標語として、邦文機関誌を持たない。
4. 高度技能専門医制度の確立：高難度の肝胆膵外科手術を、認定された施設で、認定された指導医のもとに、規定された手術の執刀を行い、安全、かつ、確実に手術を行いうる外科医を育成し、認定する。
5. 国際化：日本―韓国、日本―台湾共同プロジェクト研究のみならず、さらにアジア・パシフィック地域との共同研究や交流を図るようにする。

この理念に従って学会が発展してきたことは誰もが認める事実であります。2018 年 2 月現在、会員数は 3851 名となり、名実ともに世界の肝胆膵外科を牽引する学会となりました。

宮崎　勝前理事長は理事長の 4 年間に学会の国際化、プロジェクト研究、高度技能専門医制度、胆道がん登録事業、各種ガイドラインの改定をされました。さらに腹腔鏡下肝膵切除後の合併症による死亡が相次いだことを受け、安全管理委員会を創設し、その活動を強化致しました。安全管理委員会の報告によりますと、ここ数年の修練施設における高難度肝胆膵外科手術成績が顕著に向上してきております。これは修練施設全体の手術成績が公表され、自施設のデータを振り返ることにより、各施設において手術適応や手術術式に関しての再検討がなされた結果と思っております。今後はロボット手術も肝胆膵外科領域で保険適応となる可能性があります。腹腔鏡下肝胆膵手術の安全性や教育に対してのさらなる取り組みが必要と考えております。

NCD を用いた研究により肝胆膵外科学会修練施設の高難度肝胆膵手術成績が良好であること、さらに手術症例数と死亡率に関連があることが報告されました。修練施設の定義である年間手術件数の裏付けがなされたことになります。学会としては患者さんに安全に肝胆膵高難度手術を提供できる施設を、自信をもってアナウンスすることができるようになりました。2017 年 8 月現在、高度技能指導医 631 名、高度技能専門医 219 名が全国 231 の修練施設で肝胆膵外科高難度手術に従事しております。世界に類のない外科教育制度が完成したと感じております。

プロジェクト研究に関しましても、多くのプロジェクトが結実し、論文化されています。国際プロジェクトもデータがまとまり、JHBPS を通じて世界に発信されています。急性胆道炎の国際ガイドラインも本年改訂され JHBPS より出版され、世界中から論文がアクセスされております。今後は新たな国際ガイドラインを策定すべく理事会決議がなされました。NCD、胆道癌データベース、大腸癌肝転移データベースをさらに活用してエビデンスを創生し、肝胆膵外科のレベル向上に尽くしたいと考えております。

JHBPS は 2017 年に発表された 2015 年度のインパクトファクター（IF）が 3.146 となり、今後 TG18 が引用

されることでIFがさらに上昇すると考えられます。TGだけでなく質の高いoriginal論文を掲載し、会員が引用することでJHBPSが世界をリードする雑誌として認識されます。本学会とJHBPSは二人三脚であることを会員の皆様にはこの機会に是非再認識して頂きたいと思っております。

2017年には横浜で第29回日本肝胆膵外科学会・第6回アジア・太平洋肝胆膵学会が開催され、真の国際学会として評価を受けました。合同の国際学会を主催させていただいたことは何にも代えがたい貴重な経験となりました。今後もこの学会が国際学会として認知されていくためには、2018年の第30回日本肝胆膵外科学会が大切なターニングポイントとなります。本学会学術集会にはアジアを中心に多くの肝胆膵外科医が一堂に会し、情報交換をすることとなります。欧米の肝胆膵外科医も競って参加する学会となっていただきたいと望んでおります。そのためには学術集会の質の担保が重要であり、またその中で日本がリーダーシップをとっていく覚悟が必要です。

日本肝胆膵外科学会の数多くの取り組みは10、20年先を見据えたものです。日本の若い肝胆膵外科医が大きく世界で羽ばたくことを夢見ております。日本肝胆膵外科学会発展のために役員とともに邁進していきます。会員の皆様におかれましては今後も学会へのご支援ご指導を何卒よろしくお願い申し上げます。

30 周年記念式典

日本肝胆膵外科学会
30周年記念式典・鼎談　式次第

Japanese Society of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery (JSHBPS)
The 30th Anniversary Ceremony & Commemorative Session

2018年6月7日(木)　14：00～16：00
パシフィコ横浜　会議センター1階「メインホール」

Thursday, June 7, 2018　14:00–16:00
Main Hall, 1st floor, PACIFICO Yokohama Conference Center

The 30th Anniversary Ceremony

Opening Address

Masakazu Yamamoto President, JSHBPS

Address

H.I.H. Princess Takamado

Congratulatory Addresses

Atsushi Kogirima	Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology-Japan
Masami Sakoi	Ministry of Health, Labour and Welfare
Yuji Kuroiwa	Governor, Kanagawa Prefecture
Fumiko Hayashi	Mayor, City of Yokohama
Masaki Mori	President, Japan Surgical Society
Yasuyuki Seto	President, The Japanese Society of Gastroenterological Surgery
Steven M. Strasberg	Honorary Member, JSHBPS
Palepu Jagannath	Honorary Member, JSHBPS
Dong Wook Choi	Honorary Member, JSHBPS

Closing Address

Tadahiro Takada Founding President, JSHBPS

Commemorative Session

Moderators:	**Masaru Miyazaki**	Honorary President, JSHBPS
	Masakazu Yamamoto	President, JSHBPS
Panelists:	**Tadahiro Takada**	Founding President, JSHBPS
	Yoshifumi Kawarada	Honorary Member, JSHBPS
	Hiroshi Shimada	Honorary Member, JSHBPS

日本肝胆膵外科学会
30周年記念式典・鼎談　式次第

30周年記念式典

開会の辞

山本 雅一　日本肝胆膵外科学会 理事長

おことば

高円宮妃 殿下

来賓祝辞

小桐間 徳　文部科学省（研究振興局学術研究助成課長）
迫井 正深　厚生労働省（保険局医療課長）
黒岩 祐治　神奈川県知事
林　文子　横浜市長
森　正樹　日本外科学会 理事長
瀬戸 泰之　日本消化器外科学会 理事長
Steven M. Strasberg　日本肝胆膵外科学会 海外名誉会員
Palepu Jagannath　日本肝胆膵外科学会 海外名誉会員
Dong Wook Choi　日本肝胆膵外科学会 海外名誉会員

閉会の辞

高田 忠敬　日本肝胆膵外科学会 名誉創立者・名誉理事長

鼎談

司　会：**宮崎　勝**　日本肝胆膵外科学会 名誉理事長
山本 雅一　日本肝胆膵外科学会 理事長
鼎談者：**高田 忠敬**　日本肝胆膵外科学会 名誉創立者・名誉理事長
川原田 嘉文　日本肝胆膵外科学会 名誉会員
嶋田　紘　日本肝胆膵外科学会 名誉会員

開会の辞：山本　雅一先生

おことば：高円宮妃殿下

来賓ご祝辞：小桐間 徳 様
【文部科学省（研究振興局学術研究助成課長）】

来賓ご祝辞：迫井 正深 様
【厚生労働省（保険局医療課長）】

来賓ご祝辞：黒岩 祐治 様
【神奈川県知事】

来賓ご祝辞：林　文子 様
【横浜市長】

来賓ご祝辞：森　正樹 先生
【日本外科学会 理事長】

来賓ご祝辞：瀬戸 泰之 先生
【日本消化器外科学会 理事長】

Congratulatory Message：Dr. Steven M. Strasberg
【日本肝胆膵外科学会 海外名誉会員】

Congratulatory Message：Dr. Palepu Jagannath
【日本肝胆膵外科学会 海外名誉会員】

Congratulatory Message：Dr. Dong Wook Choi
【日本肝胆膵外科学会 海外名誉会員】

閉会の辞：高田 忠敬　先生【日本肝胆膵外科学会 名誉創立者・名誉理事長】

おことば

高円宮妃久子殿下

本日は第 30 回肝胆膵外科学会が国の内外から多数の参加者を得て、ここ横浜市において開催されることを大変喜ばしく思います。2002 年の学会では、皆様とご一緒に出席させていただきましたが、海外の著名な外科医が多く参集された素晴らしい会でした。1989 年に日本肝胆膵フォーラムとして創立され、1993 年に肝胆膵外科学会と名称が変更され、めでたく 30 周年を迎えられましたこと、お喜び申し上げます。

近年、我が国では急速な高齢化が進んでおり、国民の健康を預かる医師ならびに研究者の果たす役割はますます重要になっております。肝胆膵外科は、外科学の中でも特に難易度の高い危険な手術が多く、そのため様々な分野の優れた最先端科学技術を応用して、これまで克服が困難であった疾病を治療し、患者の負担を最小限に抑える取り組みが積極的に進められてまいりました。特に肝臓や膵臓などの臓器移植によって、余命幾ばくもない方に新たな人生を与えて差し上げることは、とても意義深いことであり、賞賛に値すると思います。

また最近では、内視鏡下手術やロボット手術などの新しい治療法も積極的に取り入れられているとのこと、医療の現場は日進月歩で進化していることを改めて感じた次第です。

今日、日本人は世界においても高い水準の医療を受けることが可能であり、日本は世界有数の幸せな長寿国となりました。肝胆膵外科学の分野においても、皆様のたゆみない基礎的、臨床的研究によって、多くの国民が健康で幸せに暮らしています。長年にわたる肝胆膵外科学の関係者の努力に対して、心から敬意を表します。

ここでちょっとだけ、英語に切り替えさせていただきます。

I'm aware that there are excellent interpreters working away and therefore I will not repeat everything that I have said. But I did want to extend a personal warm welcome, in English, to all those attending from overseas. Together with my late husband, I attended your meeting in 2002 and remember meeting outstanding surgeons and researchers from abroad. With many countries facing the issue of an aging population, the pursuit of excellence in fundamental and clinical research in the field of hepatobiliary pancreatic surgery becomes even more crucial. I take this opportunity to commend all those in this field, for the varied and wide-ranging steps and measures you have taken in order to give people the possibility of regaining healthy and happy lives. Japan is celebrating the 150th anniversary of the start of the Meiji era. And what better place to have this congress with this theme, the second opening of Japan on the way to a bright future, than in Yokohama, where we took our first steps towards opening up Japan to the West. I hope that this congress will be a fruitful one for each of you, that it will be a place for international exchange, and that it will provide a platform for young doctors and scientists to exchange views with their peer group and learn from leading surgeons and scientists from around the world. All this, of course, leading to the advancement of science and the improvement of medical care throughout the world.

本集会のテーマは、「輝く未来のための第二の開国」です。奇しくも明治 150 年となる本年に開国の地であるここ横浜において開催されるにふさわしいテーマと存じます。未来の明るい日本に向けての本学会が国際交流をさらに前進させ、若手の教育の場として実りのあるものとなり、ひいては、世界の医療の向上に貢献することを願い、式典に寄せる言葉といたします。

来賓ご祝辞

文部科学省研究振興局学術研究助成課長
小桐間　徳

本日、ここに、高円宮妃殿下のご臨席を賜り、一般社団法人日本肝胆膵外科学会創立三十周年記念式典が挙行されるに当たり、一言お祝いの言葉を申し上げます。

日本肝胆膵外科学会は、昭和六十三年に創立されて以来、三十年にわたり、肝胆膵の外科に関する学術研究の推進及び知識の普及を通じ、我が国の学術の発展と人類の福祉に大きく貢献してこられたものと承知しております。貴学会の歴代会長をはじめ会員の皆様方のご尽力に対し、心より敬意を表します。

今日、我が国は世界に先駆けて超高齢社会を迎えており、この人口構成の変化は、今後より広範な分野で大きな影響をもたらすと予想されています。こうした社会背景を踏まえ、我が国の基礎科学研究を展開して医療技術の開発を推進し、その成果を活用した健康寿命の延伸を実現するとともに、医療制度の持続性を確保することが求められています。

こうした中で、肝胆膵の外科に関する様々なプロジェクト研究を推進し、高度技能専門医の認定・育成等の活動をされている貴学会は、肝胆膵外科分野における学術の発展と人材育成に、非常に大きな役割を果たしておられると考えます。また、韓国や台湾との共同研究や学会留学制度の創設等、国際交流にも力を入れておられる貴学会に対しては、海外の関連学会からも多大の期待が寄せられているところであります。

文部科学省においても、最先端医療の実現や疾患の克服に向けた基礎研究を推進し、その成果を実用化へつなげる取組を実施するとともに、科研費等の様々な施策を通じて、研究者の自由な発想に基づく多様な学術研究の振興に努めているところです。

結びに、この記念すべき三十周年の節目を契機に、貴学会が、肝胆膵外科分野で世界をリードする学会として、学術の発展に今後益々貢献されますことを祈念いたしまして、お祝いの言葉といたします。

来賓ご祝辞

厚生労働省保険局医療課長
迫井　正深

本日、ここに、高円宮妃殿下の御臨席のもと、一般社団法人日本肝胆膵外科学会の創立 30 周年記念式典が挙行されるに当たり、一言お祝いの言葉を申し上げます。

貴学会は、平成元年に設立された、我が国の肝胆膵外科学に関する代表的な学術団体であり、創立以来 30 年にわたり、肝胆膵外科学に関する研究会や講演会等の開催、学術調査・研究の実施、学会誌の刊行、国際会議の開催などを通じ、我が国医療の質と安全の向上に多大なる貢献をしてこられました。

とりわけ、数多くの本邦学会の中にあって、貴学会は先んじて、平成 5 年より英文での機関誌を発刊され、国内のみならず国際的にも、肝胆膵外科学発展のため、極めて重要な役割を果たしてこられました。これも貴学会の役員はじめ学会員の皆様方のたゆまぬ努力の賜物であり、深く敬意を表します。

また、肝胆膵外科領域は外科領域の中でも特に、手術操作が複雑で、手術時間が長時間に及ぶ例が多く、更に術後の合併症リスクも高い領域であり、とりわけ、肝胆膵領域の悪性腫瘍に対する手術の難易度の高さは、医療関係者はもとより、多くの患者さんやご家族をはじめ国民の皆さま方にも、よく知られているところであります。

このような高度な技術を要する難易度の高い手術を安全、確実に実施できる優れた外科医の育成は、我が国社会にとって極めて重要です。貴学会が設立された肝胆膵外科高度技能専門医制度は、この趣旨に沿うものであり、その慧眼に対し、改めて敬意を表す次第です。そして、このような専門医を育成する取り組みは、我が国の外科治療の成績向上、ひいては国民の皆様への良質で高度な医療の提供に資するものであり、更には我が国における外科医療への信頼に貢献するものと確信しています。

このような発展を遂げられた貴学会が今後、外科領域のみならず学術団体として、我が国で果たされる役割は益々、大きくなっていくものと期待しております。

貴学会が、このたびの 30 周年の節目を契機として、より一層、肝胆膵外科学の発展に、そして我が国のみならず世界の医療の発展に貢献されますことを祈念いたしまして、お祝いの言葉といたします。

来賓ご祝辞

神奈川県知事
黒岩　祐治

ただ今ご紹介いただきました神奈川県知事の黒岩祐治です。本日は一般社団法人日本肝胆膵外科学会が創立30周年をお迎えになり、高円宮妃殿下ご臨席の下、ここ神奈川・横浜の地で記念式典がこのように盛大に開催されますこと、誠におめでとうございます。

神奈川県は今、圧倒的勢いで進む超高齢社会を乗り越えるため、ヘルスケア・ニューフロンティアという政策を進めています。そのためのキーワードは、「未病」です。真っ白な健康があって、別個に真っ赤な病気があるということではなく、白から赤はグラデーションで連続的に変化する。病気になってから治すのではなくて、グラデーションのどこにいても、少しでも白いほうに持ってこようとする。それが大事なことです。病気にならなくするということに全力を挙げていこうとしています。

そんな中で、進化したICT技術やビッグデータの処理、AI（人工知能）などによって、このグラデーションモデルを科学的に分析しながら進めていくことができる時代になってきました。つまり、ヘルスケアがまったく新しい時代を迎えようとしています。こういった政策をWHO、スタンフォード大学医学部、シンガポール政府機関等と神奈川県は覚書を結び、連携を取りながら、前に進めているところです。

皆様のこの神の手というものを生かすためにも、なるべく多くの方に健康な状態を長くしていただかなくてはいけません。そうしないと、人生100歳時代、100歳以上の人が多くいる状態の中で、皆さんが手術が必要な状態になったならば、とても支えることはできません。

そういった思いの中で、「いのち」をみんなで輝かせるために、われわれは「未病の改善」といった旗印をしっかりと掲げながら、皆様とともに、「いのち輝く」社会を作っていきたいと思っておりますので、今後ともどうぞよろしくお願いいたします。本日は誠におめでとうございました。

来賓ご祝辞

横浜市長
林　　文子

横浜市長の林　文子でございます。伝統ある日本肝胆膵外科学会が創立30周年を迎えられ、高円宮妃殿下ご臨席の下、記念式典が盛大に開催されますことを心からお祝いを申し上げます。また国内外よりご参加の皆様、横浜市においでいただきまして、心より感謝を申し上げます。

1989年の発足以来、皆様は長きにわたり、肝胆膵外科領域における医療技術の向上、安全管理の強化に尽力され、その発展に大きく貢献されてこられました。消化器外科手術の中でも難易度の高い肝胆膵外科手術を安全、かつ確実に行う高度技能専門医の育成に取り組まれ、また学会を挙げて国際化を推進され、世界へその成果を発信していらっしゃいます。山本理事長様、そして歴代理事長、役員をはじめ、皆様方のご努力に改めて深く敬意を表します。

横浜市といたしましても、373万人の人口を擁する日本最大の基礎自治体として、市民の皆様の健康を支える質の高い医療提供体制を整えるべく、医療、学術機関と連携し、取り組みを推進しております。このたびの第30回学術集会の学会長である遠藤教授をはじめ、横浜市立大学医学部では、医療の未来を担う人材の育成に力を注がれ、また市としても、「よこはま保健医療プラン2018」の下、高齢化に伴う医療需要の増大に確実に対応できる体制づくりに取り組んでおります。

また貴学会の領域に関連が深いがん対策では、医療体制の充実はもちろんのこと、横浜市立大学におけるがん研究への支援、さらには予防の推進、検診の受診勧奨、治療と仕事の両立支援など、総合的な施策を展開し、医療、福祉、雇用等の観点から、患者ご本人とご家族を幅広くサポートしております。今後とも人々が健やかに暮らすことができる社会を実現するために、お集まりの皆様とともに、しっかりと取り組んでいく決意でございます。

このたびの学会は、「輝く未来のための第二の開国」とのテーマを掲げておられます。そしてここ横浜は、まさに159年前、世界へ港を開いたことを契機に発展してきた都市でございます。内外の先進的な文化や技術を受け入れる進取の気性と開放性が培われております。この横浜で輝かしい未来に向けた実り多い議論が交わされ、世界へ発信されることをご期待申し上げます。

また会場からほど近い横浜のセントラルタウンには、開港以来の歴史をしのばせる建築物が点在しております。皆様には、ぜひこの機会に横浜の町を堪能していただければ幸いでございます。本学会のご成功と皆様の今後ますますのご活躍を心からお祈り申し上げまして、私の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。

来賓ご祝辞

一般社団法人日本外科学会
理事長　森　　正樹

日本外科学会の森でございます。会員 4 万人を代表いたしまして、ひと言お祝いを申し上げます。本日は、高円宮妃殿下ご臨席の下に、30 周年記念式典が催されますこと、心よりお祝いを申し上げます。

日本肝胆膵外科学会は、日本消化器外科学会、日本外科学会と大変密に連携を取りながら発展してきたと思います。その中で、日本肝胆膵外科学会は、多くの新しいことを取り入れてこられました。ハイボリュームセンターへの集約化、高度技能専門医制度の確立、サイエンス部門の充実、さらには国際化というところでリーダーシップを発揮してこられました。日本外科学会、日本消化器外科学会は、それに追随するという形で今日まで来ているというふうに理解しております。

特に高度技能専門医制度は、ビデオによる手術手技の審査、試験、それから手術の実績表、あるいは教育プログラムの単位数の取得、こういうのを通しまして、特に若い外科医で肝胆膵を目指す先生方にとっては、非常に大きな目標になっており、それを取得した場合、大きな自信を得るということになります。極めて素晴らしい制度だと、そして日本が世界に誇る制度だというふうに考えております。

さらにサイエンスの部門では、JHBPS impact factor が 3 に近いということで、これも日本発の英文誌としましては、極めて大成功の部類に入るというふうに考えております。

国際化、これは学術集会を英語でのプレゼンテーションにしているということで、日本の学会としては非常に少ないというふうに思います。日本が、多くの海外の学会で、私どもが日本の治療成績、手術成績がいいというふうに申し上げても、それを実証するものがなかなか得られなかった。そういうものをこの JHBPS を通して発信することで、信頼感を得ているというふうに考えております。

ここまでの発展は、創始者であります高田忠敬先生、羽生富士夫先生、齋藤洋一先生、宮崎　勝先生、山本雅一先生はじめ、多くの理事の先生方、評議員の先生方、会員の先生方の努力の賜物というふうに心から敬意を表します。

私事で大変恐縮ですけれども、私は昭和 55 年に大学を卒業しました。その頃は九州大学で勉強させていただきましたけれども、肝胆膵外科のチーフは、兼松隆之先生でいらっしゃいました。竹中賢治先生、現在福岡市民病院の総括部長の先生でいらっしゃいますけれども、この 2 人の先生から肝胆膵外科の手ほどきをいただきました。

当時は画像診断も非常に未熟で、ようやく CT が普及し始めた頃でございます。肝臓癌があった場合、それを CT から 1 枚ずつ書き写して、そしてボリュームを計算したという覚えがございます。そういう中で、画像診断の格段の進歩、さらには医療機器の格段の進歩によりまして、現在は非常に低侵襲化され、さらには輸血をする症例というのも非常に減っているというふうに感じております。

その一方で、膵臓癌を含め、非常に多くの難治癌があり、まだまだ治療成績を発展させなければいけないというふうに考えております。しかしながら、外科手術だけでは、さらにもう一歩踏み込んだ発展というのを成し遂げるには、なかなか難しいというのは、ここにおられる先生方、皆さん感じておられることだと思います。やっぱり集学的治療というのをぜひ、より発展させないといけませんし、そのためには、今後新しい再生医療、あるいは AI を用いた診断、治療ということをより発展させていかなければいけないというふうに考えております。

最後に、外科学会として、特に肝胆膵外科の先生方、非常にハードワーカーで、非常にマインドがマイルドな先生が多いと思います。私どもとしましては、そういう先生方にぜひインセンティブをつけられるように努力してまいりたいと思いますし、それから外科医が守られる制度というのを発展させるようにしていくつもりでございます。ぜひその点でも、外科学会、消化器外科学会、肝胆膵外科学会、手を携えて発展していければというふうに思っております。本日は誠におめでとうございます。

来賓ご祝辞

一般社団法人日本消化器外科学会
瀬戸　泰之

日本肝胆膵外科学会 30 周年、誠におめでとうございます。日本消化器外科学会を代表して、ひと言、お祝いを申し上げます。名誉創立者、高田忠敬先生のホームページからのお言葉ですが、「肝臓・胆道・膵臓外科を統一した学会を立ち上げ、この分野に従事している専門家、さらに専門家を目指す外科医による学会を組織する」という話し合いの下、1989 年第 1 回肝胆膵外科フォーラムとして発足、とあります。

当初から貴学会が肝胆膵外科領域の専門家、いわゆるプロフェッショナルな集団を目指されたことがわかります。以来、この 30 年間はまさしくその目的に向かって邁進し、間違いなく、達成されていると確信します。ちなみに第 1 回日本肝胆膵外科フォーラムを主催されたのは、小生の恩師である東京大学第一外科、森岡恭彦先生でした。

当時、この領域の手術、特に癌の手術はまだまだ困難なものでありました。肝硬変症例の肝切除の時など、外科医になり立ての自分たちの役割は、とにかく多くの献血者を集め、手術中に生血を輸血・止血のため供給することでありました。その当時、この領域の手術が、今日のような姿に変わるとはまったく想像できませんでした。間違いなく、外科領域の中で、肝胆膵領域の変貌、進歩が最も目覚ましいものと思います。

またその発展に貴学会が非常に重要な役割を果たされていることも誰も疑うものではありません。創立以来、貴学会は、先ほどからご挨拶にありましたが、先駆的、画期的な取り組みを継続して行っておられます。特に専門性、国際性において、その先進性は一際だと感じます。

創立時より、国際化を念頭に置き、英文機関誌、Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery、JHBPS を創刊されておられます。英文誌名に、日本、Japan が入ってないことが、世界を代表する雑誌になるという意気込みとして伝わってまいります。さらに国内学会の完全英語化をいち早く達成されたことも特筆すべきことと思いますし、貴学会学術集会に海外から多くの参加者があることにも貢献していることは間違いありません。

専門性においては、2008 年より、高度技能専門医制度を構築されており、現在全国には専門医が 219 名おられ、その若き外科医を指導する高度技能指導医は 631 名おられるということです。

また専門施設も修練施設として認定され、A、B 合わせて、全国で 231 あるようです。確固たる基準を設けて認定されており、特に専門医については、各自の手術を未編集のビデオで判定するという厳しいものになっていますが、それだけ信頼性の高いものになっていると考えます。

これらの制度は、若手をインスパイアするだけはなく、これらの情報を公開することで、一般の方々も容易に知ることができます。さらに最近では、修練施設での高難度手術の手術死亡率を下げることもできたことが知られています。

また若手の教育にも熱心に取り組んでおられ、今年から地域教育セミナーを若手中心に始められたとのこと、まさに先駆的取り組みと思います。臨床研究においても、多施設共同、あるいは多国間共同で数多くのプロジェクトを立ち上げられており、それが日常診療の進歩に大きく貢献することになると思います。ビッグデータである National Clinical Database を活用した臨床研究にも、消化器外科学会と協調して、積極的に取り組まれておられます。

さて、日本消化器外科学会ですが、多くの方がご承知のように、今年創立 50 周年を迎えます。7 月鹿児島で記念式典などを予定しております。この場にご臨席のすべての先生方には、肝胆膵外科学会のみならず、消化器外科学会においてもご尽力いただいているものと思います。この場を借りて御礼申し上げるとともに、貴学会のこのような素晴らしい記念事業同様、消化器外科学会記念事業においてもご支援賜りますよう、切にお願い申し上げます。

専門医制度では、日本消化器外科学会は 2 階、日本肝胆膵外科学会は 3 階という役割になりますが、これまで同様、それぞれの役割を認識し、我が国の医療、ならびに我が国の優秀な卓越した外科を世界に発信していくため、より一層強固な協力連携を構築してまいりたいと存じます。日本肝胆膵外科学会のさらなるご発展を祈念して止みません。

最後になりますが、高田忠敬名誉創立者・名誉理事長、故羽生富士夫名誉理事長、斉藤洋一名誉理事長、宮崎　勝名誉理事長、山本雅一現理事長、遠藤　格本学会学術集会会長、ならびにすべての理事、評議員、会員の皆様に改めて心よりお祝いを申し上げて、私の挨拶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。

Congratulatory Message from Honorary Members

Steven M. Strasberg
Honorary Member of JSHBPS
Washington University, St. Louis, MO, USA

It is a great honor and pleasure to present this congratulatory speech on the 30th anniversary of the foundation of the Japanese Hepato-Pancreato-Biliary Surgery Society. In the past 30 years many great achievements have been made by this society. The Society has grown from 500 members to more than 3000. The society has established an outstanding journal in this area, the Journal of HPB Sciences.

Through the creation of observerships for Japanese surgeons to travel to other countries and observerships in which surgeons from abroad travel to Japan for further education has opened HPB surgery in Japan to the world. The quality of HPB surgery in Japan has been raised by an outstanding certification system for surgeons in this field.

The internationalization of the society has been enhanced by the decision to conduct the annual meeting in the English language. The society has hosted meetings of the most important HPB organizations including the International Hepato-Pancreato-Biliary Association and the Asian-Pacific Hepato-Pancreato-Biliary Association. The strength of this association can be readily seen in the program of this meeting. Any organization of HPB surgeons would be proud to present a program with such depth and scope of surgical topics in Hepato-Pancreato-Biliary surgery. How have these wonderful achievements been attained? They have been attained by a combination of extraordinary leaders and extraordinary members. I wish the society continuing success and growth in the future. Thank you.

Congratulatory Message from Honorary Members

Palepu Jagannath
Honorary Member of JSHBPS
Department of Surgical Oncology,
Lilavati Hospital & Research Centre, Mumbai, India

I stand before you representing the IHPBA as its past President. As the honorary member of JSHBPS, I have come to celebrate 30th anniversary of our association.

Your Royal Highness, Princess Takamado, I had the good fortune of meeting Late Prince Takamado in April 2002, when both you came to inaugurate the 5th World Congress of IHPBA. Its fortunate that you are here to participate in the 30th congress of JSHBPS. You would be pleased to note that the association has achieved remarkable progress. It has grown to be the most active HPB association in the world. The academic contributions are substantial. The Journal is ranked high. Now the 'globalisation' of the society has been achieved.

The 30 year history and growth of JSHBPS is inseparable from the visionary founder president, Prof. Tadahiro Takada. A visionary who guided the Japanese Society of HBP from its inception, growth and now the globalisation of JSHBPS.

I have known Prof. Takada from the highly successful 5th World congress IHPBA, Tokyo in April 2002. He has been a personal friend whom I highly repect not just for his steadfast support but for his achievements as a leader and mentor to Japanese and Asian HPB surgeons. We have so many friends in Japan and Korea and feel always happy to be here.

The most significant achievement is the "Internationalization" of JSHBPS.

When Prof. Takada became the founder president of APHPBA, he decided that JSHBPS will be internationalised He encouraged the JSHBPS meetings to be held in english. He was the founder president of APHPBA and ensured its stability and growth.

Last year the combined congress of JSHBPS and APHPBA under Prof. Yamamoto, was held totally in English. All of you deserve an applause for remarkable trasformation. Japan has transformed from isolation to globalisation. Your great work in HPB surgery is now appreciated by all. Many stalwarts are known internationally for their pioneering contributions. Prof. Nimura, Prof. Miyazaki and Prof. Yamamoto have all made significant contributions.

The Journal JSHBPS is guided by his commitment and has achieved impressive impact factor. The Tokyo Guidelines of Acute cholecystitis is a remarkable academic achievement involving many renowned International HPB surgeons.

Prof. Takada is highly regarded in IHPBA and was awarded the 'medal of honour' for his contributions to create the Asian Pacific HPBA and forging an international partnership. We are grateful for his friendship, guidance and support to international HPB community.

I feel like home in Japan with so many friends and well wishers and wish JSHBPS many years of success. This would be the best 76th birthday gift for Prof. Takada.

Congratulatory Message from Honorary Members

Dong Wool Choi
Honorary Member of JSHBPS
Samsung Medical Center, Sungkyunkwan
University School of Medicine, Seoul, Korea

It is my great honor and privilege to join you in celebrating the 30th JSHBPS Anniversary Ceremony and to make a few greeting speech at this important ceremony. I am particularly pleased to see respectable great Japanese surgeons including Prof. Tadahiro Takada, Prof. Yoshifumi Kawarada, Prof. Masatoshi Makuuchi, Prof. Hiroshi Shimada, Prof. Yuji Nimura, Prof. Ken Takasaki and Prof. Akimasa Nakao.

You know Prof. Takada has established Asian Society of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery (ASHBPS) which was former organization of Asian-Pacific Hepato-Pancreato-Biliary Association in 1990 and since then, Japanese HBP surgeons have been leading surgical science of HBP field in Asia-Pacific area through International Observership Program as well as annual congress of JSHBPS. Last year, Prof. Masakazu Yamamoto, the annual president of JSHBPS 2017 Congress, held the 29th meeting of Japanese Society of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery in conjunction with the joint congress of the 6th Biennial Congress of the A-PHPBA in Yokohama very successfully. The participants were approximately 2,500, and the number of presentations was approximately 1,600. And all presentations at the joint congress in 2017 were delivered in English. Therefore, I believe that JSHBPS has become definitely one of most important and leading part to develop and share surgical science of HBP field all over the world as well as in Asia-Pacific region.

I, as a Korean HBP surgeon, believe that the relationship between Korea and Japan is a very special one. I understand many Korean HBP surgeons trained and studied surgical techniques and surgical science in HBP field in several Japanese institutions. As for me, when I was a young surgeon in 1995, I observed liver surgery in Kyoto University Hospital and pancreatic surgery in Tokyo Women's Medical University Hospital. Moreover, many Japanese HBP surgeons have visited Korea so many times to present and share their surgical skill and surgical ideas. Still now, I understand many Korean HBP surgeons maintain very strong relationship and friendship with many Japanese HBP surgeons. I believe that very high level of surgical techniques and science that Korean HBP surgeons conduct in Korea nowadays owe a great deal to Japanese HBP surgeons..

I also hope that this congress will be very good occasion to make or deepen friendship between Japanese HBP surgeon and all participants from all over the world as well as Korean surgeons.

Lastly, I wish the 30th JSHBPS congress will be very successful meeting to provide and share surgical techniques and innovative idea on HBP surgery. And taking this opportunity, my special thanks must go to Prof. Itaru Endo and his team members to make this georgous congress and to invite me.

Thank you so much for your kind attention!

一般社団法人日本肝胆膵外科学会 30 周年記念式典

鼎　談

講演者：

高田忠敬　（日本肝胆膵外科学会名誉創立者・名誉理事長、帝京大学名誉教授）

川原田嘉文（第10回学術集会会長、日本肝胆膵外科学会名誉会員、三重大学名誉教授）

嶋田　紘　（第 17 回学術集会会長、日本肝胆膵外科学会名誉会員、横浜市立大学名誉教授）

鼎談の司会者：

宮崎　勝（日本肝胆膵外科学会名誉理事長、千葉大学名誉教授）

山本雅一（日本肝胆膵外科学会理事長、東京女子医科大学消化器外科教授）

日時：2018 年 6 月 7 日（木）15 時　　会場：パシフィコ横浜　会議センター 1 階「メインホール」

司会：宮崎　勝先生、山本雅一先生

（総合司会）　高円宮妃久子殿下がご入場されます。続きまして、司会者のお 2 人にご登壇いただきます。日本肝胆膵外科学会名誉理事長宮崎　勝先生、日本肝胆膵外科学会理事長山本雅一先生。

続いて、鼎談者の 3 名にご登壇いただきます。日本肝胆膵外科学会名誉創立者・名誉理事長高田忠敬先生、日本肝胆膵外科学会名誉会員川原田嘉文先生、日本肝胆膵外科学会名誉会員嶋田　紘先生。

それでは司会の宮崎先生、山本先生、よろしくお願いいたします。

（宮崎　勝）　30 周年記念式典の鼎談の司会は、宮崎と理事長の山本先生の 2 人でやらせていただきます。ただ今ご紹介いただいた 3 名の先生方は、皆さんもよくご存じの方だと思います。今日は高円宮妃久子殿下がいらっしゃるので 3 名の先生方も緊張されていると思いますが、せっかくの鼎談ですから、本学会の 30 年の歴史をざっくばらんに述べていただきたいと思います。

本学会は 1989 年に創設され最初はフォーラムからスタートしていますが、本学会の創設について高田先生からまず述べていただけますでしょうか。

（高田　忠敬）　高田です。私は 37 歳で日本胆道外科研究会を創設しました。そして 43 歳で日本膵切研究会を創設しました。2 つの研究会の運営は順調

高田忠敬先生

に進んできましたが、ある日、肝臓外科医が3人ほど私のところに来て、高田先生は組織づくりや運営の名人だから、肝臓外科研究会の創設も手伝ってくれないかと頼まれました。

そこで私は自分が前から考えていることを伝えました。肝臓、胆道、膵臓を一緒に取る、HPD、hepatopancreatoduodenectomyという術式がなされる、すなわち3つの臓器にわたった手術を行う。それをこのように分散して研究会や学会が出てきてはこの3つの臓器の発展が滞ってしまうので、3臓器の外科を一体化して学会化したいと。そして、いろいろ若手の外科医たちに話して、セクショナリズムが強い時代でしたのでなかなか難しいのですが、志のある人に理解されるようになって、1988年に一堂に会って会議を行いました。

私の構想は、先ほども申しましたが、肝胆膵外科を統一した研究会、学会への企画ということで、賛同を得ました。創設の理念は、日本発、世界への発信と学会の国際化であります。さらに世界に輝く肝胆膵外科学会を創設する。そしてその優れた日本の外科の研究や手術、技術、などを世界に発信したい。それで世界と手をつないで発展していくということを伝えました。

まだ企画半ばなので内緒にするよう言ったのですが、漏れてしまったのです。そして私は、かつてのボスに呼び出されました。教授連中を無視して、若手医師たちが肝臓、胆道、膵臓の外科をまとめるなんていうことは許せないと、3時間ほど説教をもらいました。

私は、1つ1つ説明しました。これまでにない組織を作るには、セクショナリズムを排除して、理念の統一に向かうことが大事です。目標に到達するには、全力を尽くしても20年、30年はかかるでしょうと答えました。ボスは、何人かの大ボスの名前をあげて、意見を伺ってこいと。それで全国廻りをしました。

最後に、本当の大ボスであった東北大学第一外科の佐藤壽雄名誉教授にお会いし、その時の主任教授で私と同期で友達の松野正紀教授の3人で話し合いました。

そしたら、そうか、「よし、わかった。しかし教授を無視して、また抜きにしたりして、若手医師が研究会を発足させるというのは、現在の日本の風土には馴染まないし、反対も強いだろうと。だからこの際、教授を常任世話人として上に置いて、運営は君たち若手が幹事としてやっていくのはどうだろう。君が責任を持ってやりなさい」と言われました。

名称も、研究会とか学会だとやっぱり刺激が強いので、古代ローマの公共広場で公事を論じる場所という「フォーラム」という言葉があるのでそれを使ったらどうだと、言ってくれました。東京に帰ってボスに報告したところ、「そうか、やってみるか」と言われました。

次にメンバーはどうするかとボスに聞かれましたので、私の人事構想を伝えました。さらに最初のフォーラムの会長には、自我意識の強い肝胆膵外科の教授たちがやると、そのセクションだけが突出してしまうので工夫が必要だと伝えました。肝臓も胆道も膵臓も、血管で結び合って生きているのだから血管外科を入れたらどうだろうということになり、私は東京大学第一外科の森岡恭彦教授の名前をあげました。ただ、森岡恭彦教授と羽生富士夫教授は麻雀友達ですから仲がいいのですが、私は畏れ多くて、何のつながりもありませんので、その場にいた高崎健先生に電話をしてもらって私に代わってもらい、その趣旨を話して会議に出席いただくことになりました。それから教授の先生が集まるようになりました。

次に会長はどうするということになり、血管外科がご専門の森岡教授でいきましょう、そうするとインパクトが強いですよと、肝胆膵に何で血管外科が、これがまた大きな反響を呼ぶだろうと言いました。そしたら羽生教授が、そこまで考えているのか、と言ってくれました。それからだんだん協力が得られるようになりました。

ただ全国行脚は大変でしたけども、今日30周年を迎えて、懐かしく思いますし、なにより森岡先生が今でもお元気でいらっしゃることは非常に嬉しく思っております。ありがとうございました。

（宮崎　勝） 高田先生ありがとうございました。本日森岡先生においでいただいていますけども、今お話いただいた形でフォーラム第1回につながるわけ

川原田嘉文先生

スライド 1

スライド 2

です。その時に、高田先生のお話にありましたが、創設時には、当時教授であられたこういう先生方が常任世話人で（スライド 1)、高田先生とお仲間の先生方は幹事でした（スライド 2)。壇上に、当時の幹事をされた川原田嘉文先生と嶋田　紘先生がいらっしゃいます。川原田先生、当時高田先生からお誘いを受けた時、どんな感じでスタートしたのですか。

（川原田　嘉文）　私は昭和 38 年卒業で、10 年間三重大学におらずに、昭和 49 年に三重大学に就職しました。それで相撲で云う幕内なしで、講師で就職しましたが、あと 3、4 年したら開業しようと思っていました。そして 42 ～ 43 歳の頃に、1982 年位でしたか、銀座の日本消化器病学会の事務局で研究会の打ち合わせがあり、そこで高田先生と一緒になり、帰りに銀座を歩いていますと高田先生から「先生、一緒にラーメンを食べないと仲良くならないよ」と言われて、胡椒をいっぱい入れられるし、よくしゃべるし、いったいどういう人かなと、私も人見知りしたのですが？そこから高田学校に入れていただいた次第です。

（宮崎　勝）　ありがとうございました。嶋田先生はそのちょっと後ですかね。

（嶋田　紘）　私は、この中で一番若かったと思いますね。40 年位前、私が福井大学に赴任している時、今の若い先生方は知らないかもしれませんが、当時は交換講義というのがございまして、高田先生が交換講義に来られたときに、講演後に温泉で一泊出来る時代でしたので、その席で、高田先生は欧米に劣らないような日本の肝胆膵の学問を発展させたいとの思いを語られました。私も、世界に認められるには論文は英語で書かなければいけない、機関誌も英文にすることが自然である、さらに日本の実力を世界に認めてもらうためには近隣のアジア諸国と仲良くして発展すべき、ということを申し上げて、孫文の言葉を引用して、今後日本が「世界の文化に対して西洋覇道の犬になるのか、あるいは東洋王道の千城となるか、それは日本国民が慎重に考慮すべきです。」ということを話したという記憶がございます。

（宮崎　勝）　なるほど、そういうことで誘われて、幹事の方々が集まったというか、結集したわけですね。それで、いよいよフォーラムが始まるわけです。第 1 回フォーラムに参加された方は、このオーディエンスの中でもそんなに多くないのかもしれません。ちなみに、私も山本先生も参加しておりますけども、第 1 回フォーラムは、森岡会長のもと東京の日本消防会館で行われました。ちょっとプログラムが小さいですけど、こんな形になっています。

1993 年の第 5 回学術集会で「フォーラム」から「学会」になり、日本肝胆膵外科学会が発足しています。この「学会」としての最初の学術集会を羽生富士夫先生が主催されました。そして川原田先生は 1998 年に第 10 回、嶋田先生は 2005 年に第 17 回をこの横浜の地で主催されました。ただ皆様、このスライドでお気付きのように、日本肝胆膵外科関連学会という言葉が付いています（スライド 3)。これは嶋

嶋田　紘先生

田先生が会長をされた第 17 回抄録号のプログラムにもそういうふうに書いてあります。この辺のいきさつを嶋田先生、ちょっと述べていただけますか。

（嶋田　紘）　第 11 回ですから、徳島の田代征記先生の時から、確か関連会議ということで、日本肝胆膵外科学会は、日本胆道外科研究会と日本膵切研究会と合同で関連学会としてやってきたわけです。高田先生の理念というのですかね、理想でありますが、何しろ一緒になって、そして発展していこうというようなことで、私も肝臓の手術がしたい、膵臓の手術がしたいので、胆道をやっておけば肝臓も膵臓もできるなというようなことで、胆道を一生懸命やったのですけども思いは同じ方向でした。そこで私が主催させていただいた学術集会の次々期学術集会で日本胆道外科研究会と日本肝胆膵外科学会が合併しましたが、日本膵切研究会はまだ独自の道を歩んでいるというような感じでした。

（宮崎　勝）　ありがとうございます。今お聞きになったように、日本胆道外科研究会と合併開催ということをする。それから日本膵切研究会、今は合同開催になっておりませんが、日本膵切研究会も一時期合同開催をして、日本肝胆膵外科学会と一緒になっていこうという時期があったということも 1 つ、記憶に留めておいていただきたいと思います。

先ほどこの学会のミッションの中の国際化、世界への発信ということが大きく取り上げられましたけども、この中でまず 1 つ、一番大きなものは、学会機関誌、それを創設当時から英文機関誌で発刊したわけです。1993 年になります。スライドにインパクトファクターの推移を述べています（スライド 4）。この英語論文、機関誌、1993 年の時代に日本の学会機関誌として英語で発信するというのは、極めてまれであったということは間違いないと思います。高田先生、この辺のご苦労話というか、発案された経緯をちょっとお話いただけますか。

スライド 3

スライド 4

（高田　忠敬）　これはですね、創立の理念として、英文の学会機関誌を発刊するということでしたので、いろいろとアドホックミーティングを開いて、工夫しましたし、出版社も探しました。それまで日本の雑誌で英語にしたものを出しているようなところがいくつかあったのですが、なかなかみつからず、ようやく Springer が協力しましょうということで、Springer から発刊しました。編集の仕方、査読の仕方、それから査読で直した後はどのようにするか、校正の仕方、などいろいろと勉強をしました。

そういう中で、難産から生まれた英文機関誌、JHBPS と言われてきました。学会機関誌が、1992 年に川原田先生のところの教授であった水本先生が会長をやられた時に、この次から学術集会で「フォーラム」から「学会」になるということで、学会機関誌はどうしようかという話になった時、私は、当然英文機関誌です、英文です、英文のみですと提案しました。

その時に多くの、もうほとんど全員の役員から反対されました。経費、人的にも困難ということが第一ですが、中でも最も大きく影響したことは、もの

すごく高名な教授が、英文雑誌は日本人には馴染まないと言ったら、それを聞いた常任世話人幹事会の人たちは、サイレントになってしまった。

だけども私は1人で対抗しました。まず21世紀は世界の多くの学会は国際化、英語化に向かうだろうと考えています。第2に、国際化は、この学会を創立した理念です。第3が、世界で注目されている日本での肝臓・胆道・膵臓外科の実際について、日本から世界へ発信したい。第4は、自分たちの雑誌が世界で認められるようになれば､会員はもとより、日本にとっても自信になるし、大変冥利に感じるようになるのではないかと述べました。

そのうちに常任世話人とか、幹事たちから、だんだん意見が出はじめました。今は亡き慶應大学外科の都築教授が英文でいいんじゃないかといったら、だんだん英文雑誌に賛成の意見も出だしました。そして、議長の岡本常任世話人から、高田さん、最後まで頑張ってやろうじゃないですか、あなたが責任をもってやってくださいということで、事務局を私の教授室で行うようになりました。今は編集幹部を新たに大きくして、大発展を望んで、頑張っております。以上です。

（宮崎　勝） 皆さん、発刊は1993年ですが、このスライド4にあるように、インパクトファクターが2006年から記されていますが、1.182から、2を超えたのが2011年から2012年､そして2015年､3.146。2016年2.7になってますけど、非常に高い日本の邦文誌で、あとGastric Cancerもなかなか頑張ってますけども、そういう非常に高いインパクトファクターをつけてきている。これは多くの会員の方々、投稿される方々のご協力、努力だと思います。

機関誌発刊時の編集委員会のメンバーは、Editor in chiefは高田先生で、editorial boardとして、鈴木先生、山川先生、佐竹先生、都築先生、柿田先生、兼松先生、松野先生、松本先生、田中先生、平田先生という名前が連ねられております。

国際化の中で、先ほどの挨拶にもありましたけども、恐縮ですが、スライドを妃殿下にお断りなく使わせていただいていますけども、ここに写っておられます（スライド5)。ご参加いただいた第5回IHPBA World CongressのCongress Chairmanが高田先生、これは第14回日本肝胆膵外科学会会長の高崎先生が後援として、この学会をご支援してくださっています。これも大変楽しい会でした。高田先生、何かひと言いただけますか。

（高田　忠敬） この学会は、本来は2000年に日本ということで、私たちの学会より遅くできた学会なのですが、私は創設の委員になっておりました。2000年は日本で開催ということでしたが、急遽オーストラリアが独立200年､それからシドニーでオリンピックが行われるということで、向こうの首相の親書から、もう全部パンフレットができていて、オーストラリアでの開催になりまして、私もそれから頑張って、2002年に学術会議が主催で、日本肝胆膵外科学会が共催という形で開催することになりました。

スライド5

そしてお願いして、高円宮殿下、妃殿下にご臨席いただきました｡この向かって下の写真がそうです。これは私だけでなく、当時出席した、Dong Wook Choi先生やPalepu Jagannath先生も知っていると思います。殿下と妃殿下は非常に人気がおありになり、皆さんを魅了する、この日本というものを見直したという人も大勢いました。

このような素晴らしい学会をやれたことは、私もそうですが、日本肝胆膵外科学会としては宝物だと思います。またそういう機会がくると思いますので、高円宮妃殿下、いつまでもよろしくお願いいたします。

（宮崎　勝） 改めて学会員一同感謝申し上げたいと思います。本当にありがとうございます。こういう素晴らしい会になりました。今日、そうすると、この日本肝胆膵外科学会に2度もおいでいただいて、2度あることは3度あるというように、また次を楽しみにしております。

国際学会で､いろんな意味で抵抗というか､ジャーナルもそうであったと思いますし、それを乗り越えて、この学会が独自の発展を遂げてきたのだろうと思います。それで英語化、学術集会の英語化はまた違った問題があると思いますけども、これもいち早くこういう学術集会を英語化して国際化しようという、Korean HPB surgeryなんかも同様の道を歩んで、すごく先駆的にいろいろされているとは存じ上

げていますけれども、この国際化において、実際英語化が始まったのは 2012 年に兵庫医科大学藤元治朗教授が大阪で開催された第 24 回学術集会の時からです。第 24 回学術集会抄録のグリーンの部分がイングリッシュセッションで、黄色が日本語セッションです（スライド 6）。

ロードマップとして、当時作ったのですが、2017 年に山本雅一先生が Asian Pacific HPB Association と合同で国際学会を開催することはもうすでに決まっていましたので、そこを 100％に持っていこうということで、段階的にイングリッシュセッションのパーセンテージを増やしていくことを決めました。第 24 回藤元会長の時は 8.3%、第 25 回窪田敬一会長の時は 30％、第 26 回山上裕機会長の時は 42.7%、第 27 回金子弘真会長の時が 60％、第 28 回權　雅憲先生が 93％と、こうなったわけです。着々と進んできたようになったように見えますが、この間のご苦労というのはいろいろあったと思いますけども、この中で、山本先生は昨年 100％ですけど、英語化についての経緯について、座長なのですが、ひと言いただけますか？

（山本　雅一） A-PHPBA との合同で国際学会を開催ということで、実は私は楽だったのです。それは国際学会だから、英語化であるのはもう当然のことなので、誰に何の説明もなく、100％でやりましょうということで、非常に納得が得られました。私とすると、プログラムを作ったり、いろんなことでの苦労はむしろ少なかったと思います。

（宮崎　勝） 見事 100％を無事乗り切ったわけですが、昨年のこの会の写真ですけども、Steven M. Strasberg 先生、Palepu Jagannath 先生、Oscar Imventarza 先生、Pierre-Alain Clavien 先生等々、大勢の方が参加して、当時の A-PHPBA の当時のプレジデントとして東京大学肝胆膵外科の國土典宏先生にご協力いただいております。そして Dong Wook Choi 先生にも（スライド 7）。

海外の参加者を見ると、藤元先生が主催された学術集会の時からのデータですけど、最初は 9 名ですね、その後 16 名、125 名、35 名、85 名、680 名と、やはり英語化に伴って、この参加者も大変増えてきているということがおわかりになると思います。

海外参加者の比率も書いてありますけども、昨年は特別だったのかもしれませんけども、このパーセンテージをどんどん上げていきたいというのが、今後の学会の新たな目標の 1 つになると思います。

それでは国際化の中で、Tokyo Guidelines も、これは国際的にリーディングしているガイドラインと

スライド 6

スライド 7

して代表的な本学会の 1 つの事業だと思いますけど、高田先生、これについてお願いします。

（高田　忠敬） これは日本の基準が世界で用いられている唯一のガイドラインであります。世界基準になっております。今度は、2018 年に、また TG18、先ほどスピーチをしていただいた Professor Steven M. Strasberg と私とで一緒にやってきた急性胆管炎、胆嚢炎の診療ガイドラインです。

それまでは古い基準を使って、100 年も前の、Charcot の triad などを使っていますから、多くの患者は手術、あるいは手術ができなくて死んでいたような状態で。「胆道の夜明けを見たい」という、私がスローガンを 50 年前に出しまして、何とかやろうということで、1990 年からガイドラインづくりというのを勉強始めまして、この後日本で初めて、evidence-based medicine という形でやって、今世界でこの TG が基準になっております。

今後は、今回からはもう 1 つ、この学会の診療ガイドラインというふうに進むようになってきて、これからは日本からどんどん、本来の目標である発信することができるし、世界共通の基準を日本からも

発信していくという、私たちの創立の理念に沿うものとしてやっています。

細かな、要するに、ちょっと難しい言葉ですが、作る基本であるGRADEシステム、あるいはPICO、そういう基準のものの決め方を用いている、みんなが話した内容を書いてきたものは、全部この日本肝胆膵外科学会のホームページに掲載しておりますので、それを見れば、診療ガイドラインというのはこういうものだと。

1つだけご理解いただきたいのは、診療ガイドラインは、通常ガイドラインと言われている、例えば日米防衛指針というものを知っていますか。防衛はどうするか、ああいうものとか、今日の治療指針とかっていうものとは違うのです。患者により良い医療を推奨するというのが、患者の安全のために生命予後をよくするにはどうしたらいいかということを与える、これが診療ガイドラインの定義であり、これは医師として、どうしても持たなくてはならない、理解してなければならない。医療関係者もそうです。かつ、患者にもそれを説明できる内容でなければならない。というふうなことが基準であります。

そのようなことをご理解いただければ、この学会がいかにこのようなことに力を入れているかということ、先ほど宮崎教授のお話にありましたが、ジャーナルのインパクトファクターが3点台にも上がっているのは、このTokyo Guidelines（TG13）が出た時に上がったのです。2年間しかもちませんのでまた下がる。今度TG18がでましたのでまたバーッと上がる。もうすでにどんどん引用されている。

ですので、そのような形がインパクトファクターにも関係しますので、大きなキャッチコンテンツなんです。おわかりですか。そういうものをどんどんやっていくというのが、この創立の概念、理念、祈念であります。ぜひとも皆様もご協力をいただいて、より良いものを世界に発信するということの、努力をお願いしたいと思います。私はこれを作るために自費を出してでもやってきました。ぜひともよろしくお願いします。

（宮崎　勝）　ガイドライン関係、その他、本学会が関わっているのは、その他にもまだいっぱいありますが、留学制度というのは皆さんご存じだと、若い人に海外で臨床経験をしてもらおうとアメリカを中心に行っているわけですね。ご存じのように、William Traverso、それからMichael Reber、Timothy Donahue、それから今回も出席いただいているMayo ClinicのMichael G. Sarr、それから、Michael Farnell、Michael Kendrick。Kendrickは、Sarrの弟子になるわけですけど、それからChristopher Wolfgangというように、こういうところに勉強に行かせてもらって、この留学制度というのも本学会の極めてユニークな特徴で、歴史があるものだと思います。

国際交流委員会の委員長として、この留学制度に携わられてご苦労もされたのだと思いますが、川原田先生は確か国際交流委員会の委員長で、第1回の留学者は田岡大樹先生で三重大学の先生ですね。当時の国際交流委員会のご苦労話などをお聞かせ願えますか。

（川原田　嘉文）　当時は教授と下の先生の関係が今と違って、もう天皇陛下と下部みたいなもので、あまり話ができなかったですネ、当時三重大の教授は90％を京都大学が占めたんですね。

（宮崎　勝）　当時の教授は先生じゃなかったのですか。

（川原田　嘉文）　私は本学会の幹事に入れていただいたのですけども、水本龍二教授にそういうことをしていいかどうかと聞くのがものすごく難しくて、怖くて。高田先生からも、森岡先生は紳士だけどあとは難しいよと言われて。それで私はどう言おうかと思って、まずアポイントメントを取って、それで秘書からいいということで、伺って、高田先生がこういうことをやられたいので、その幹事になってよろしいですかと聞いたら、「いいよ、君は高田先生を尊敬しているし、彼は君を好きだという感じがするよ」と許可をいただいて、それから幹事として働くことになったのですね。

しかし、それからあることで私は医療短大に出されたのですよ。その時にこの委員会が当たったのですネ。教室には発表会とかは来てもいいけど手術をしてはいけない。診療だけしていいということでした。それで出されたらもう部屋も空けないといけないのですね。先輩から聞いたら、部屋を空けたら一生クビだぞと言われたのでどうしようかと悩んだのですね。

秘書はいないし、医局員もいないので、このオブザーバーシップのところを探すのに、当時、肝胆膵だけやっている施設はないのですよ。だから分厚い医育機関名簿で住所を調べて自分でそれを封筒へ書いて、印刷は医療短大の事務員に頼んで、文章を書いて、医学部がある大学が48校あって、そのほかに日赤とかいろいろ、全部で140通の手紙を書いて出したのです。でも2回、3回やっても何ら返事もなくて。そうすると、私のやっている努力を見て、田岡先生が、「先生、私が行きます」と言ってくれて田岡先生に助けてもらいました。当時はお金も

30 万円しかでなかったのですが。それで次は、千葉大学の貫井裕次先生に助けてもらい、その次は名古屋大学の北川雄一先生に助けていただきました。応募がなくて、お金もかかるということで、非常に選ぶのが大変でしたし、自分自身で手紙を書くのが、何で私が書かないといけないのかと思った記憶があります。だから今も田岡先生には本当に感謝してます。というのがストーリーであります。

（宮崎　勝）　川原田先生ありがとうございました。今では川原田先生の御努力が実って、学会から若い先生への支援も 30 万円から 300 万円になりました。このスライドの下は京都ですね。Traverso 先生達と留学生とが懇親を深めている。高田先生もおいでになっていますけども、若い人たちのクラブになって、楽しい交流の会が続いて、若い人にとっては大変有意義なものだと思います（スライド 8）。

それだけでなく、2015 年からは、インバウンドじゃないですけども、International Observership to Japan が始まっています。日本へ留学して、若い海外の外科医、HPB surgeon を日本の場で学ぶということも始まっています。この辺のことも皆さんよくご存じかと思います。

そして最後に、2011 年に法人化、高度技能専門医制度ですけれども、制度の発足は 2008 年です。そして、高度技能専門医が誕生したのが 2011 年、これは第 23 回学術集会で東京医科大学の青木達哉会長が主催された時のスライドです（スライド 9）。施設認定数が 47 となっています。この白抜きのところが、発足当時、施設認定されたところがなかったというところで、実はこれが発足する時に大きな問題になりました。全国津々浦々、患者さんに学会がサービスを提供できないというのは問題にならないかというような議論がされたのを私も覚えています。

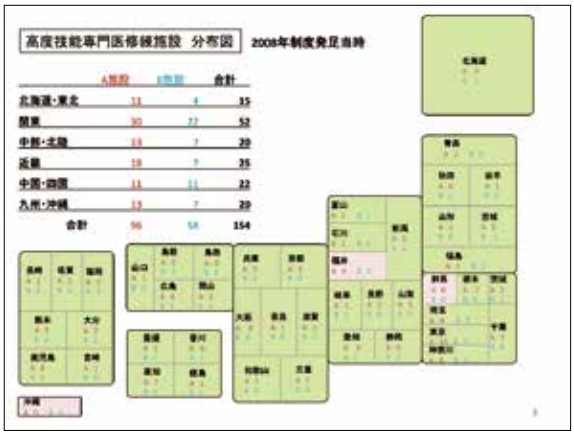
この数が、苦労して、全国で A 施設が 96、B 施設が 58（スライド 10）。A 施設と B 施設というのは症例数で言っているわけですけど‥‥　これが一番新しいデータですと、A 施設が 122、B 施設が 121、トータル 243 の施設認定。ゼロでスタートしたところもすべて埋まって、順調にきている（スライド 11）。決してクライテリアを下げているわけではないということです。

これに関して、高田先生、この専門医制度について、ご苦労というか、コメントをいただけますか。

（高田　忠敬）　当然のことですが、すべてがいばらの道でしたので、専門医制度は、もっと早く、2004 年に、私が理事長になって、大柳先生が大阪の学会の総会の時に理事長としての宣言をしたのです。専

スライド 8

スライド 9



スライド 10

門医制度をということで始まりました。それからいろいろ工夫してやってきました。今回の会長の遠藤先生がほとんどの仕事を手伝ってくれました。そして遠藤先生と嶋田先生が非常に強力なバックアップをしてくれたお蔭でだんだん形になっていきました。

ただ抵抗勢力だけはどうしてもありましたが、1つだけ言いますと、専門医認定制度協議会をはじめ、いろいろなところがあるのですが、やられたのが、それは山本先生と高崎先生の工夫で、ただ専門医と

いうのではなくて、高度技能、難しい肝胆膵外科の手術を安全にやれる、手術ができる人たちを作ろうというようなことをキャッチフレーズにしたらどうですかということで、説得を始めました。

それで結局現在のような形で、どんどん専門医、要するに高度技能専門医が日本全国に広がっていきましたし、手術も安全に、かつまたそれを勉強しようとして、海外からも大勢の留学生が来るようになってきているというのが現状であります。

（宮崎　勝） 高田先生ありがとうございました。この高度技能医制度、専門医、それから指導医、それから施設認定といろいろある、この高度専門医制度の委員長を山本先生が理事長になられるまでやっていただいていたと思いますけど、苦労話ありますか。

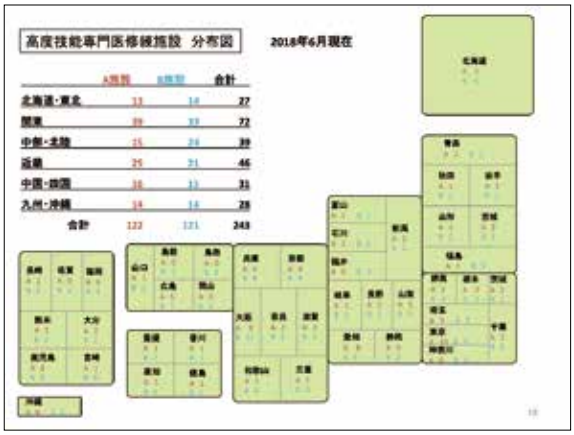
（山本　雅一） 最初は田中雅夫先生がやられていまして、その後私が引き継ぎました。制度設計と言いますか、どういう人が専門医なのか、どういう人が指導医なのか、どういうのが修練施設なのかという喧々諤々のディスカッションがあったのではないかと思います。

あと1点は、技術をどうやって判定するのだということで、最初はサイトビジットして、手術を見に行こうという話があったのですが、あまりにも現実的でないだろうということで、じゃあビデオでどうだろうと言って、事務局にビデオを持ち込んで見て、それで最終的にはこれでいこうということが決まったと覚えています。

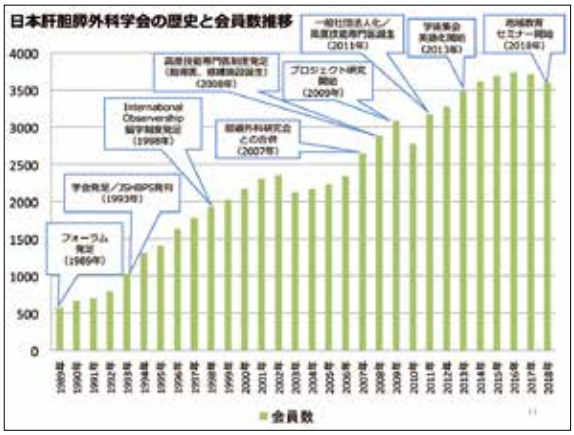
（宮崎　勝） ありがとうございます。それで今の形になったわけですね。すべての都道府県に入って、現在一番新しいところで、まだ評議員会の前ですから、昨年度になりますけど、指導医の数が631、専門医の数は219になっています。今、山本先生が話しましたけど、私も高度技能専門医制度の小委員会、つまりビデオ判定の委員長をやっていた時期がありますけども、施設間の判定者のクライテリアに差があって、ある人はだめだ、ある人は、これは問題ないとか、そこを合わせるのに大変苦労して、ここが統一されたきれいなものになるまで、大変なご苦労が皆さんあったのだろうなと思います。

このようにして本学会は発展してきました。このスライドは会員数です（スライド12）。森岡先生が会長をされた第1回のフォーラムの時が574名で今回の30回の遠藤先生では、3,596名で何と6.3倍に会員数は膨れ上がっています。評議員数が1,340名。

この数がどんなものかと言うと、日本消化器外科学会の18%、日本外科学会の9%の会員数が日本肝胆膵外科学会の会員ということになります。このよ



スライド11



スライド12

スライド13

うに発展を遂げてきても、まだまだもの足りないと思われる方も大勢いらっしゃいますでしょうけども、30周年の歴史というのが、これ歴代理事長等々、多くの方々の努力、貢献、それからやっぱり何と言っても正会員の方々、評議員の方々の貢献だと思います。

事務局幹事は、安田秀喜先生、また実務的なご苦労は、吉田雅博先生、三浦文彦先生、現在は三浦文彦先生と有泉俊一先生の2人体制でやってらっしゃいます（スライド13）。

事務局には、歴代多くの事務員の方がいらっしゃって、現在上大谷さんが事務局長ですけども今回の式典の準備にもずいぶん尽力していただきました。こうやって学会が発展してきているのですけど、まだ30周年、十分歴史が、まだまだと思われる人もいっぱいいるでしょうし、これからさらに成熟した学会に向かうために努力していきたいと思いますし、もうワンランク上の学会になった時に、また高円宮妃久子殿下においでいただいて、しつこいようですけど、3回目のご挨拶をいただければと思います。

今日は3人の鼎談の先生方、短い時間でしたけども、貴重な発言をいただいたこと、心より感謝申し上げて、それからオーディエンスの方々も最後までアテンションいただきまして、本当にありがとうございます。

これで鼎談を終わりにしたいと思いますが、この後、妃殿下が退場されますので、その辺をご理解いただきたいと思います。

（総合司会） 高円宮妃久子殿下がご退場になられます。

（宮崎　勝） 妃殿下には、想定外のことをご協力いただきましてありがとうございます。皆さん、どうもありがとうございました。

（総合司会） 先生方、ありがとうございました。以上をもちまして、日本肝胆膵外科学会30周年記念式典鼎談を終了させていただきます。

創設時の想い出

日本肝胆膵外科学会創立 30 年へ：発想から発展への道程

高田　忠敬

日本肝胆膵外科学会名誉創立者・名誉理事長
Founding President, Asian Society of HBP Surgery（1991-2004）
Founding President, Asian-Pacific HPBA（2005-）
2002 World Congress of IHPBA（Tokyo, Congress Chairman）
Editor-in-Chief, Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences（JHBPS）
Convenor. Tokyo Guidelines（TG 07, TG13, TG18）作成・出版委員長

I 日本肝胆膵外科学会発足までの道のり

胆道、膵臓の外科領域に関する研究会が、1970 年代末から 1980 年代半ばにかけて設立された。1978 年に日本胆道外科研究会発足、1983 年現在の日本膵切研究会発足（当初は、PD 懇談会と呼称された研究会）があり、1980 年代末に至り、肝臓外科研究会をも発足したらどうかとの打診が来た。

私は、答えた。現在のこの領域の外科では、肝臓・胆道・膵臓を同時切除する HPD（肝右葉切除件膵頭十二指腸切除術）のみならず、さらに、拡大した切除術として、肝十二指腸間膜合併膵頭十二指腸切除も行われてきている。また、門脈切除や肝動脈切除など血管切除も行われている現在において、分散した研究会では発展が滞ってしまう、と。そこで、1988 年に志を共にする若手外科医と共にいくたびも話し合いを行い、最終的に、ホテルニューオータニ（東京）で懇談会を行った。参加したメンバーは、高田忠敬（助教授）、高崎健（助教授）、二村雄次（助教授）、田代征記（助教授）、松本由郎（助教授）、加藤紘（講師）、嶋田紘（講師）、跡見裕（助手）の 8 名であった。敢えて、若手外科医を中心とした。私の構想を中心に話し合い、**“肝胆膵外科領域を統一した”研究会**（仮称）の企画に賛同を得た。

創設の理念は、**“日本発世界への発信と学会の国際化”**、さらに、**“世界に冠たる肝胆膵外科学会を創設する”**。

間もなく、この企画の内容が漏れて、関連教授たちから文句がでて呼び出された。「我々教授連中を無視して、若手医師が、肝臓、胆道、膵臓の外科を纏めるようなことは許さない」と 3 時間ほどお説教をいただいた。私は、一つ一つ説明した。「これまでにない組織を作るには、sectionalism を排除し、理念の到達に向かって、長い年月をかけて目標に到達するには、10 年、20 年、30 年とかかると思いますし、そのために全力をつくしていくには、丁度いい年齢です」、と答えた。それでは、何人かのいわゆる大ボスの意見をうかがってきてみたらどうかということになり、全国行脚を行った。

最後に 41 会同期の松野教授にお願いして佐藤名誉教授と 3 人での話し合いとなった。最終的には、「趣旨は理解した」、といわれ、大変うれしかったのを覚えている。引き続いて、「しかし、若手医師達が教授たちを抜きにして、新しい研究会を発足させることは、現在の日本の風土からして馴染まないだろうし、反対が強いだ

常任世話人：
森岡　恭彦、羽生富士夫、水本　龍二、
宮崎　逸夫、岡本　英三、小澤　和恵、斎藤　洋一
監事：
鈴木　　敞、岡村　　純、中山　和道
幹事：
高田　忠敬、二村　雄次、加藤　紘之、島田　　紘、
松野　正紀、田代　征記、高崎　　健、川原田嘉文、
竜　　崇正、木下　博明、跡見　　裕

事務局並びに事務局幹事、コーディネーター、
高田　忠敬（帝京大学第一外科）

ろう。この際、上司として常任世話人を頭に置く形で、相応のボスたちをいれて、若手は幹事として運営していくのではどうか」といわれた。ただし、自分は退官しているので、これには加わらないが、名称も研究会が多く、急に既にある研究会を一つにまとめるのには抵抗があり、長年の計画で行うんだな。名称も新しいものにしたらどうかと言われた。ここで、佐藤名誉教授のアイディアでは、**“日本肝胆膵外科フォーラム”**で、誕生へ大きく進んだ。帰京して、まず、羽生富士夫教授に報告した。「そうか、やってみるのか」といわれた。メンバーは考えているのかときかれた。私が考えている人事構想を述べた。羽生教授は、「そこまで考えているのか」と、びっくりしていました。私の構想は、**“肝胆膵外科学会に将来もっていくのだが、いずれの session も突出しないようにするには、これらに今後、大きく関与する血管外科が最初の会長を行う形にすれば、新しい組織としての impact が大きい”**ということを伝えました。そこで、羽生教授にお願いした。森岡教授とは面識がないので、羽生教授から概要を伝えて参加してもらうようにお願いしました。そこで羽生教授室から、森岡教授に電話で了解を得た。私は、事務局幹事、かつ、まとめ役として務めることとした。

Ⅱ 日本肝胆膵外科フォーラムから学会へ

1. 1989 年：第 1 回会議、森岡恭彦会長、日本消防会館、東京
（学会に昇格する課題が常任世話人幹事会で討議されている。）
2. 1990 年：第 2 回会議、宮崎逸夫会長、石川県文教会館、金沢
3. 1991 年：第 3 回会議、小澤和恵会長、全日空ホテル、京都

＊ 1st Conference of Asian Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery（ASHBPS）を、Bangkok, Thailand で開催。これは、当初の計画の一つで、アジアにも同じような組織を作り、国際化の道つくりをしようということで始めた（会長：高田忠敬）。

4. 1992 年：第 4 回会議、水本龍二会長、津都ホテル、三重
ここで、**フォーラムの名称を学会に変更することが決まった。**
（学会企画の作業は、1990 年から始まっている。）

Ⅲ Asian Society of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery の誕生（1991 年）

1. JHBPS の Observership に関係するアメリカの医師達との繋がり
2. IHPBA との関係：IHPBA の創設と企画していた General Secretary の Prof. Williamson との繋がりから、IHPBA Tokyo 2002 に進んでいる。
3. アジアの外科医との強い繋がり：後の国際共同研究プロジェクト推進に大きく貢献。
4. Japan-Korea-Taiwan Project Study への繋がり：韓国、台湾、フイリッピン、タイを始め、多くのアジアの外科医たちと交流。

Ⅳ 日本肝胆膵外科学会の経過

5. 1993 年：第 5 回学会、羽生富士夫会長、アルカディア市ヶ谷、東京

＊英文機関紙（Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery：JHBPS の発刊）邦文誌を持たない、日本で初めての学会である。

6. 1994 年：第 6 回学会、岡本英三会長、宝塚ホテル、兵庫

＊教育セミナーがとりいれられた。

7. 1995 年：第 7 回学会、鈴木　敞会長、宇部全日空ホテル、山口
8. 1996 年：第 8 回学会、木下博明会長、大阪国際交流ホテル、大阪

＊学会賞開始（JHBPS での Best Original Article を表彰する）

9. 1997 年：第 9 回学会、熊田　馨会長、帝国ホテル、東京

＊ Observership 開始（Prof. Traverso., Prof. Reber, Prof. Saar の協力）

＊ JHBPS の Index Medicus 登録

Ⅴ Observersip について

ASHBPS を契機に、Prof. L. William Traverso との繋がりが大きくなりこの企画が成立した。当初、帝京大学との間での留学関係を提案してきたが、これを、日本肝胆膵外科学会の留学制度に切り替えていただいた。担当理事には、川原田嘉文教授にお願いした。

Ⅵ その後の学会の経過・発展

10. 1998 年：第 10 回学会、川原田嘉文会長、四日市文化会館、三重
11. 1999 年：第 11 回学会、田代征記会長、徳島

＊日本肝胆膵外科関連会議となる（日本胆道外科研究会、日本膵切研究会との合同会議）。

12. 2000 年：第 12 回学会、真辺忠夫会長、名古屋マリオットアソシア、愛知
13. 2001 年：第 13 回学会、山内英生会長、仙台国際センター、宮城
14. 2002 年：第 14 回学会、高崎　健会長、京王プラザホテル、東京
15. 2003 年：第 15 回学会、永川宅和会長、金沢日航ホテル、石川
16. 2004 年：第 16 回学会、大柳治正会長、大阪グランキューブ、大阪

＊専門医制度（高度技能専門医制度）導入を宣言。

＊ JHBPS に Impact Factor 登録の通知あり。

17. 2005 年：第 17 回学会、嶋田　紘会長、パシフィコ横浜、神奈川

＊日本胆道外科研究会と合併（胆道癌規約、胆道癌登録、胆道癌診療ガイドライン）

18. 2006 年：第 18 回学会、炭山嘉伸会長、ホテルニューオオタニ、東京

＊急性胆管炎・胆嚢炎の国際診療ガイドライン（Tokyo Guidelines：TG）作成のために、4 月 1 日、2 日に、

京王プラザホテルで**国際コンセンサス会議**を開催（会長：高田忠敬）。**TG07 が JHBPS から世界に発信された。世界初の急性胆道感染症の診療ガイドライン**。

19. 2007 年：第 19 回学会、今泉俊秀会長、パシフィコ横浜、神奈川

＊ JHBPS の Impact Factor 1.182 を取得。

＊胆道癌ガイドライン委員会の発足。

20. 2008 年：第 20 回学会、木村　理会長、山形国際ホテル、山形

＊高度技能専門医制度の発足

＊教育セミナーのクレジット

＊ JHBPS の Impact Factor 1.653 を取得。

＊事務局創設と学会法人化への道を提案。

21. 2009 年：第 21 回学会、野浪敏明会長、名古屋国際会議場、愛知

＊ JHBPS の Impact Factor が 1.914 をこえた。

＊日本胆道学会も JHBPS を学会機関紙にするとのことで、雑誌名称を Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery（JHBPS）から **Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences（JHBPS）**に変更

＊ all Japan, Japan-Korea, Japan-Taiwan 共同研究プロジェクトへの道。

22. 2010 年：第 22 回学会、海野倫明会長、仙台国際センター、宮城

肝胆膵高難度外科手術が医学書院から出版。（JHBPS からも世界に発信）

23. 2011 年：第 23 回学会、青木達也会長、京王プラザホテル、東京

＊日本肝胆膵外科学会の法人化（一般社団法人）

＊学会法人化にともなう定款。理事の担当役割の配分

＊第一回高度技能専門医の誕生

24. 2012 年：第 24 回学会、藤元治朗会長、大阪国際会議場、兵庫

＊学会発表の英語化が開始。

＊ Japan-Taiwan, Japan-Korea 共同プロジェクト研究が実態化された。

＊名誉創立者・名誉理事長拝命（高田忠敬）

25. 2013 年：第 25 回学会、窪田敬一会長、ホテル東日本宇都宮、栃木

＊ Japan-Korea-Taiwan 共同研究（Lap-C の手術難度基準策定へ）の発足。

＊ Japan-Taiwan 共同研究（急性胆道炎の疫学調査）の発足。

26. 2014 年：第 26 回学会、山上裕機会長、和歌山県民文化会館、和歌山

27. 2015 年：第 27 回学会、金子弘真会長、ホテルグランパシフィック、東京

＊海外（アジア）留学生受け入れ制度（Observership to Japan）

＊ JHBPS Impact Factor 3.146

28. 2016 年：第 28 回学会、権　雅憲会長、大阪国際会議場、大阪

29. 2017 年：第 29 回学会、山本雅一会長、パシフィコ横浜、横浜

＊学会の完全英語化。

＊ A-P HPBA と学会の合同開催。

30. 2018 年：第 30 回学会、遠藤　格会長、パシフィコ横浜、横浜

＊学会創立 30 周年記念大会

Ⅶ 難産からうまれ育ってきた英文機関誌（JHBPS）

1. 学会発足にあたり学会機関誌が必要

2. 機関誌の発足での課題は、邦文か、英文化、あるいは、両方かが、第一課題。

機関誌発刊ならびに編集委員会（ad hocks committee ）の補足

委員長：高田忠敬（1）、鈴木　敞（2）

委員：山川達郎（3）、佐竹克介（4）、都築俊治（5）、柿田　章（6）、兼松隆之（7）
　　松野正紀（8）、平田公一（9）、松本由郎（10）、田中雅夫（11）

3. 英文学会機関誌を、常任世話人幹事会に編集委員会から提案した。

編集委員会からは、日本発、世界への発信として、英文機関誌の発刊を提案した。

↓

多くの役員からは反対された（silent も多かった）。経費、人的にも困難といわれた。

↓

有名な教授から、「**日本人には、英文雑誌は馴染まない**」と拒否された。

↑↑↑

私は、以下のように、**反論**しました。

①21 世紀には、世界の多くの学会は、**国際化、英語化**に向かうと考えています。

②国際化は、私どもが、この**学会を創立した理念**です。

③世界でも注目されている日本での肝臓、胆道、膵臓外科の実際について、**"日本発世界への発信を行いたい"**。

④自分たちの雑誌が世界で認められるようになれば、会員はもとより、日本人にとっても大変名誉に感じることではないでしょうか。

↓

常任世話人の中から、高田さんに、任せてみようという意見も出始めた。その時の常任世話人・幹事会の議長の岡本英三教授が、この学会の創立の理念だから、高田さんにまかせてみようではないか。高田さん、最後までがんばってくださいということで、英文機関紙の発刊が認められた。この学会の事務局は、帝京大学の私の教授室であり、そこを JHBPS の編集室としても使うことになった。

4. まず、出版社の決定を行い、Springer-Verlag-Tokyo が応諾した。冊子の出版・配送を本学会が払うことになり、契約では、年間出版ページ数が決まっていた（当時は、online Journal はなかった）。

5. 編集委員長が、まず、編集方針（Scope, Instruction for authors など）を作成し、委員たちの了承をえてから、Springer 社に提出して、決定を受けた。

6. 海外医師にも Editorial Board Member に参加していただくように依頼した。

7. 1993 年　Number 1. Vol. 1 の発刊を行った。

8. 当初の雑誌の内容基準。

Original articles, Case reports in interest, Topics, Review, News Letter, Basic Knowledge in interest, Surgeon at work, Letter to Editor,

9. 英文機関誌発行に際しての最初の組織。

＜投稿から、採否決定まで＞ 1993 年 -1999 年（**Managing Editor 制度**）

論文が投稿される→編集室（帝京大高田教授室へ、送付、郵送か、宅急便）

↓

Editor-in-Chief（Tadahiro Takada）

↓

論文査読と Managing Editor の選定（Managing Editor に送付し、査読者 2 名を決定）

↓

査読結果を Reviewer たちが、managing Editor に返送。Managing Editor による採否の判断。Revise 請求などを行った後、EIC に返送。

↓

EIC から、投稿者に採否の返事と出版社へ送付、出版時期の決定。

10. Managing Editor 制度の問題点と編集組織の改革

① Managing Editor 制度の問題点。

査読に月日がかかりすぎる。時には、2 年以上かかるのがある。

査読期間が過ぎたものに、EIC から、Managing Editor に問い合わせても

なかなか smooth には運ばなかった。

↓

1997 年には、Index Medicus の登録ができても、この状態では、Impact Factor の取得は難しいと Springer から、組織改革を要求された。

(1) Tadahiro Takada

(2) Takashi Suzuki

(3) Tatsuo Yamakawa

(4) Katsusuke Satake

(5) Toshiharu Tsuzuki

(6) Akira Kakita

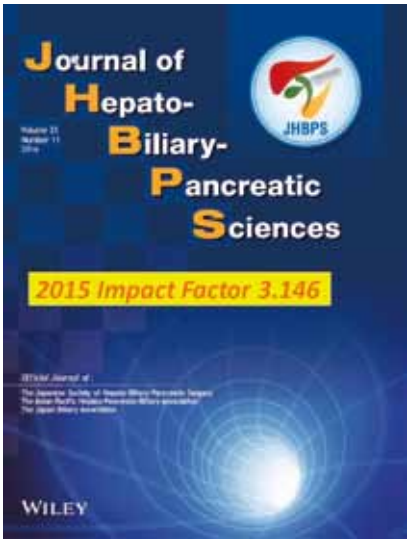
(7) Takashi Kanematsu

(8) Seiki Matsuno

(9) Koichi Hirata

(10) Yoshiro Matsumoto

(11) Masao Tanaka



JHBPS 表紙

高度技能専門医誕生。全員写真

② Managing Editor 制度の廃止。

③ Editor-in-Chief が査読者選定。査読期間決定と延期したものへの催促。Revise が必要な著者への返送と revise の要求を行う。採否の評価。論文掲載順番の決定。

大幅な改革によって、2004 には、Impact Factor 登録の通知をいただいた、

2008 年には、Impact Factor は、1.168 となった。

＊ここで、Springer からのうれしい通達があった。このような苦難の道を開いてきたことに対して Springer 社からの提案です。JHBPS の Impact Factor が 2 点を超えたら、ボーナスとして、400 万円を EIC に贈呈するということでした。私は、これを、自分で受け取るわけには行かないと判断し、本学会の英文雑誌の更なる発展を願って、Top の優秀者に対して表彰する高田賞を作り、そのボーナスを本学会に入れてもらった。そしたら、さらに、苦難の中、編集事業を行ったことに対して、IF が 2 点を越えている年度では、毎年、ボーナスとして、編集部費用として、480 万円を提供するということなり、これは、毎年、本学会に納入されている（この話しあいには、三浦文彦幹事が立ち会っている）。

かように、難産の末に生まれた学会英文機関誌（JHBPS）だが、「日本発世界へ」という、発刊に携わった人達の願いの一端が達せられえたと考え、更なる発展を望んでいます。企画、査読にご協力いただいた大勢の国内外の医師たちにお礼を申し上げたい。

Ⅷ 高度技能専門医制度の発足

2004 年第 16 回学会総会にて、理事長の私、高田忠敬は、「この学会に**専門医制度を創設する**」ことを宣言した。この趣旨は、他の学会の専門医とは異なり、「**高難度の肝胆膵外科手術をより安全に、かつ、確実に行うことができる外科医を育て、認定する**」**高度技能専門医制度の創設**です。この専門医制度を創設することにたいしては、認定協を始め、多くの学会から、猛烈な反対運動が起こり、本学会の理事の中からも辞任するものもでてきた。説得を重ねたが、日本外科学会の会議場で、多くの学会の代表たちの中での説明を行うように要請されたが、非難轟轟の中で、何もまとまらなかった。しかし、その後、他の学会でも専門医制度が創設されるようになり、次第に収まってきた。詳細は、他に譲るが、2011 年には、第 23 回学会で、最初の高度技能専門医が認定された。

Ⅸ 5th World Congress of IHPBA, Tokyo, 2002

1991 年 Bangkok で開催した Asian HBP Surgery で懇意になった Prof. Williamson は、HPB Conference と IBA を合併させて IHPBA を創設することを考え、私に接近してきた。概要を聞いたので、本学会理事会にか

けたところ、学会代表として参加せよとなりました。ひきつづいて、Prof. Pitt や Prof. Toouli と共に、Scientific Committee member として、働かされた。そこでは、2000 年の IHPBA は、日本での開催ということがでていた。しかし、実際に、第一回 IHPBA が Boston で開催されたときの Council Meeting では（この会議に、二村先生や Edward Lai が次の、Scientific Committee として出席していた。びっくりしたのは、2000 年の IHPBA 開催の話しに移ったときである。オーストラリアの Prof. Toouli が、首相の invitation letter と共にオーストラリアへの招待、宣伝の冊子を用意して学会誘致を話した。私は、fluent English Speaker ではないが、一旦、日本に決まっていたものを変えるは、unfair だといって、大変な騒ぎになった。どうしても折り合いが付かなかった。二人で、そとで、話しあって決めるようにと General Secretary からいわれたが、詳しい話しはでないで時間がすぎたので、明日の昼までに結論を出すようにといわれた。その後、Dinner となった。Prof. Toouli 夫妻と私と二村先生が同じ Table だった。**食事の前に、失礼だとは思ったがどうしてもはっきりしておきたいことがあったので、私は、Prof. Toouli に厳しい質問をした。「すでに、2000 年の開催は日本と決まっていたのに、なぜ、オーストラリアにと主張するのか。」と聞いた。私は、日本の代表としてこの会議に参加したのだし、2000 年での IHPBA の開催を、ここで、オーストラリアに変えられることについて、十分に納得できなければ、日本に帰ってから、学会での報告ができないし、私たち、日本人が、力をおとしてしまうので、ぜひ、お話しくださいとお願いした。Prof. Toouli は、私の要請を理解してくれて、ゆっくりと説明をしてくれた。「オーストラリアは、2000 年にはオリンピックが開催されるし、また、建国 200 年になり、IHPBA を開催して学問の上でもお祝いにしたい」といった。私は、了解した。翌日、General Secretary に会って、2000 年 IHPBA 開催には、日本は降りることを伝えた。**そこで、ちょっと聞いてみました。次の 2002 は、順番で、日本になるでしょうね、と。しかし、彼は OK しなかった、2002 年の開催国は、2 年後の Bologna の学会時に行います、といわれた（これからが戦いだと思いました）。帰国後、学会理事会で正直に話しました、議長の水本教授から、みんなで応援するから、「高田さん、がんばってください」といわれた。2002 年の IHPBA　Tokyo の開催になりました。これは、日本学術会議と日本肝胆膵外科学会の合同主催になりました。私は、Convenor という地位になり、大々的に行うことができました。高円宮殿下、妃殿下は、大変な人気で、さらに、すばらしい英会話で、聴衆を魅了していました。

開会式

高円宮殿下と妃殿下

X Tokyo Guidelines へ。日本で唯一の Global Guidelines

私は、医師になり 50 年来、未発達の胆道分野の臨床や研究にたずさわってきました。1960 年代、1970 年代においては、閉塞性黄疸や胆道感染症の手術死亡率は、有名な大学病院でも、30％を越す情況でした。問題なのは、エビデンスが少なく、あっても、古く、かつ、世界共通の診断基準や重症度判断がなかったことや、technology が低かったことでした。「**胆道の夜明けをみたい**」とがんばってきました。1994 年からは、診療ガイドラインの作成を海外の見本をまねて作成方法を勉強し、ようやく、2003 年には、「厚生労働科学研究費（主任研究員：高田忠敬）」を獲得し、「急性胆管炎・胆嚢炎の診療ガイドライン第 1 版（邦文）を出版した。この

時点でも、エビデンスの少なさに痛感した。尊敬する親友の Prof. Strasberg に相談した。「エビデンスの少ない部分は、専門家のコンセンサスで補うのはどうか」とのアドバイスをいただいた。そこで、委員たちと話しあい、国内外の専門化を集めて**国際コンセンサス会議**を行うこととした。名称は、川原田嘉文教授、二村雄次教授命名の Tokyo Guidelines（TG）とした。2006 年 4 月 1 日、2 日に京王プラザホテルで会議を行った。エビデンスにコンセンサスの結果を加えて、Tokyo Guidelines 2007（**TG07**）が完成し、JHBPS から世界に発信できた。これが、**世界で始めての急性胆道炎の診療ガイドライン**です。その後、臨床との乖離が見られ、多施設共同研究を行い、TG13 が完成し世界中で Global Guidelines として用いられている。現在、Tokyo Guidelines 2018（TG18）の作成・出版に、TG 委員全員が努力しています。TG は、日本の「**誇り**」です。ぜひ、次世代に引き続いていただきたい。また、2017 年 6 月 9 日に日本肝胆膵外科学会・A-P HPBA 合同学会において、公聴会が、山本雅一会長の好意で成功裏に行われたことを伝えいたします。なお、TG 事務局は、日本肝胆膵外科学会事務局にて行っていますので、資料などは、しっかりと保存されております。

胆道の夜明けを見たい

日本肝胆膵外科学会創設期の想い出

日本肝胆膵外科学会名誉会員，三重大学名誉教授　川原田嘉文

本学会は平成元年（1989）に専門家を中心に外科フォーラムとして発足、平成５年（1993）に学会に昇格、アジア HPBS、学会の英文誌の発行、専門医制度等々を確立された名誉創立者高田忠敬名誉教授に先ず敬意を表し、次いで第 30 回記念誌を準備される理事長山本雅一教授、宮崎　勝、佐野圭二両委員長に心よりお祝いとお礼を申し述べたい。

創設期の想い出として、1）フォーラムの役員による運営、2）国際交流員会の委員長として、3）第１回 AHBPS バンコックでの学会等を。

1）フォーラムの件：

フォーラム開催に際し常任世話人は現職古参教授７名、監事：3 名、幹事：11 名の役員から成り、会の運営は高田会長のもとに若手胆道学会の教授、助教授級の幹事の先生方で相談し会を運営する事となった。この事は私にとって非常な驚きであり、三重大では格差が著しかったので、水本教授にこのような事を実行してよいのか「上申、相談」したのである。「高田君は君に好意をもっているのだから、期待に反しないように努力するように」と承諾と忠告を受け、「よしやるぞ」と決心したのであった。

2）国際交流委員会の件：

委員長は私で、委員のメンバーは小山研二、佐竹克介、嶋田　紘、杉町圭蔵、二村雄次、門田守人先生の６名の層々たる肝胆膵の先生方であった。用意周到な高田先生は 1993 Tokyo で開催され International symposium で Prof, Traverso（Seattle, USA）, Prof. Reber（UCLA, USA）, Prof. Sarr（Mayo Clinic, USA）先生方と交流を図り、留学先は三校と決定された。1996 年から留学生の募集を開始（最初になぜ川原田が Found-

1991 1 10-12　第１回　AHBPS

第１回　AHBPS 学会披露宴会

旧三重大第一外科医局員達

er の中にいるのか疑問？少し説明を、交流基金として羽生、高田両教授が既に寄付をしておられ、私 100 万円の寄付、そのお陰で Founder の中に入れて頂いた次第)、交流委員の先生方はほとんどが教授であり、誰かが第 1 回の候補者を出してくれると信じていたが、誰も応募者はなし。全国の肝胆膵関係の大学に自分自身が手紙を出すも、何ら反応なく困っていた時、当教室の田岡大樹君が名乗りをあげ 1998 第 1 号の留学生となり、次いで第 2 号は千葉大貫井先生、第 3 号名古屋大松本先生・・現在は第 10 人目が留学中。

3）1991 年第 1 回 AHBPS（タイ国）：

この学会の直前に WHO からネパールに出向していた教室の佐藤芳邦博士が「第 1 回 Nepal-Japan 国際会議」をセットし、高田、二村、松代先生と私等が参加できたことはよい経験であり、また楽しい想い出の一つとしながら、バンコックに向かった。高田先生の実力で本邦からは沢山の先生方が参加され、かくも盛大な学会が実現したのである。タイ国の先生方のご努力により、学会のみならず、アトラクションが素晴らしく、また「像の村」「遊覧船」「有名な公園」等々の見学は忘れられない。会長招宴では、高田会長が「君達頑張ってよね」と云われ、久留米大と三重大が競争し盛り挙げたのも遠い昔の想い出の一つである（写真)。

30 周年をお祝いして

杏林大学名誉学長，日本膵臓病研究財団理事長　跡見　　裕

日本肝胆膵外科学会が 30 周年を迎えました。前身である日本肝胆膵外科フォーラムの立ち上げ時から関係者の末席にいたものとして、本当に嬉しく思います。本学会の幹事、理事を長く勤め、今は名誉会員としていただいておりますので、学会立ち上げの時などの思い出を述べてみます。

日本肝胆膵外科フォーラムは、自由闊達な議論ができる場として 1989 年に始まりました。羽生富士夫先生ら大御所をヘッドとし、高田忠敬先生たちのまさに肝臓、胆道、膵臓を専門としている中堅が集まり、目指す理念を検討しました。研究会ではなくフォーラムとしようとすることにもその気持ちがにじみ出ています。様々な議論を経て、理念の達成を目的として、やっと立ち上げられたのでした。当時も外科系の学会は多くある上に、なぜこのような会を作るのかとの反対意見もありました。その方々を納得させるには会の内容が重要なことは論を待ちません。私の恩師森岡恭彦先生が第 1 回フォーラムの会長となったのを受け、河野信博先生と私が事務を担当しました。初めての試みで戸惑いながら会の運営をしたことを思い出します。自由闊達な会にするにはどんなことが必要なのか、内部で真剣に検討したものです。フォーラムは 1993 年に日本肝胆膵外科学会となり、それ以降は高田名誉理事長、中山和道、松代　隆、二村雄次先生をはじめとする多くの方々の献身的な努力により、今日の発展を遂げたことは皆様もよくご存知のことです。特筆したいのは機関紙の発行です。機関紙について様々な議論がされました。英文誌を出すかどうか、その負担の大きさに学会は耐えられるのかどうか真剣な討論がされました。最後に高田先生の決断で Official Journal（JHBPS：Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery, その後、Surgery が Sciences に変更）が刊行されることになり、その結果学会の国際的認知度、評価はいやがうえにも上がったのです。本学会の行き方を決める大きな決断であったと思います。

私には本会について忘れられないことがあります。それは北海道大学外科教授であった近藤　哲先生のことです。彼は学術的な評価は高く、卓越した指導力を併せ持っており、学会の次期世代のリーダーとして多くの期待を集めていました。個人的には私の高校の後輩でもあり、その活躍ぶりを頼もしく拝見していたのですが、その急逝は本当に残念でたまりませんでした。今でも本会の理事会で、彼の颯爽とした姿、発言内容などが思い出されます。

最後に、本学会のさらなる発展を心よりお祈り申し上げます。

若き情熱が生み出した肝胆膵外科学会

北海道大学名誉教授　加藤　紘之

1）自然発生した若手胆道会

私が胆・膵疾患に強い興味を持ち、ようやく全国学会に演題を出せるようになったのは昭和 50 年代に入ってからであった。当時は外科学会を中心としつつも専門学会として消化器外科学会が会員を増やし続け熱い討論が若手の心を打った。しかしプログラムの中心は食道・胃・大腸・直腸などの消化管疾患であった。肝・胆・膵を専門とする全国のリーダーも各教室には消化管グループを抱え消化器総合外科学会の様相を呈していた。

そんな中で肝・胆・膵、特に胆道・膵臓疾患をご自身の主たるテーマとされていた全国の教授を中心とする有力な方々が学会期間中に“懇親会”を開き本音を語り合っていたのが胆道会であった。佐藤寿雄先生（東北大）、羽生富士夫先生（東京女子医大）、土屋凉一先生（長崎大）、宮崎逸夫先生（金沢大）、水本龍二先生（三重大）などの方々であった。ここには各教室の助教授、講師クラスの先生方が加わっていたが、斎藤洋一先生（東北大）、高田忠敬先生（東京女子医大）、永川宅和先生（金沢大）、川原田嘉文先生（三重大）らは前述の大教授を支えて余りある器量を有しておられた。別格として中山和道先生（久留米大）、尾形佳郎先生（慶応大）らが当初から参加されていた。

昭和 50 年後半になって二村雄次先生（名大）と私が末席に加えさせて頂いた。二村先生はすでに若手として頭角を現していたが、私は北海道で細々と前記の先生方の後を追っていたに過ぎないのにと大変恐縮した。

やがてこの胆道会が高田忠敬先生、中山和道先生、川原田嘉文先生らを中心に自然発生的に“若手胆道会”と仮称し毎年数名の新加入者を迎えてメンバーを増やしていった。今日の肝・胆・膵外科学会の源流である。その中心にはいつも佐藤寿雄先生がおられた。

2）肝・胆・膵外科学会の創設

この学会の創設は高田忠敬名誉理事長をおいて語ることはできない。先生のたぐいまれなる行動力は歴史を切り開き、この疾患を学ぶ全国の外科医に大きな恩恵をもたらしてくれた。素晴しい偉業である。この点については多くの先生方によって語られるに違いないので割愛するが、先生を心から敬服してやまない。

3）思い出すままに

63 歳の大学定年を迎え、その後 13 年を要した札幌市内の老朽化病院の新築・移転を見届け、そろそろ家族と自然の中に戻ろうと思う。こうした環境になってみると若手外科医として全国の秀でた先輩に恵まれ胆道・膵臓外科に専念できたことが夢のようでもあり大変有難く、誇りでもある。

卒後 10 年目の 1977 年（昭和 52 年）、佐藤寿雄教授（東北大）をリーダーとする米国における膵臓・胆道疾患の診断と治療の現況視察団の一員に加えていただき Mayo Clinic で Dr. ReMine，UCLA で Prof. .Longmire など文献でしか知り得なかった世界一流の先生の P.D. を直接見る機会を与えられたことは私にとって人生の大きな転換期になった。メンバーの一人、二村雄次先生とは当時の教室の主たるテーマが心臓血管外科であり、助手身分が長いなどの共通点が多く、一方、志を同じくし熱く燃える情熱を共有しつつ、その後長きに亘り多くの示唆を与えていただいた。写真は MGH 構内の John Harvard 像の前での思い出の一枚である。

佐藤寿雄先生はじめ前述の諸先生への心からの感謝の気持ちを誌面を借りてお伝えしつつ本学会の益々の発展を祈念申し上げたい。

学会創設時の想い出

大阪市立大学名誉教授　木下　博明

1988 年高田忠敬先生の発案により肝胆膵を専門とする中堅外科医がこの分野の統一した学会を立ち上げることで合意、1989 年日本肝胆膵外科フォーラムが創設された。当時の役員（敬称略、五十音順）は常任世話人 7 名（岡本英三、小澤和恵、齋藤洋一、羽生富士夫、水本龍二、宮崎逸夫、森岡恭彦）、幹事 11 名（跡見　裕、加藤紘之、川原田嘉文、木下博明、嶋田　紘、高田忠敬、高崎　健、田代征記、二村雄次、松野正紀、竜崇正）、監事 3 名（岡村　純、鈴木　敞、中山和道）であった。フォーラムの運営は、まず幹事会で庶務、財務、あり方、当番世話人、などに関する原案が討議された後、常任世話人会に諮られたと記憶している。

第 1 回日本肝胆膵外科フォーラム（当番世話人：東京大学森岡恭彦教授）は 1989 年 11 月東京で開催された。シンポジウムに「肝胆膵領域における拡大手術の諸問題」、シネシンポに「肝胆膵外科における定型的手術手技」が企画された。私は一般演題「肝区域」を担当させて頂いたが、同年 7 月大阪市立大学第 2 外科教授を拝命したこともあり、1989 年は忘れられない年となった。

私が肝臓外科を志した動機は、大学院での研究テーマ「肝癌に対する制癌剤の選択的肝灌流に関する研究」にありました。ところが 1970 年代、肝癌の切除例が少なく、たとえ切除しえてもその成績は極めて不良でした。1980 年代になってようやく手術死亡は減少したが、術後再発が多く、その遠隔成績は他の消化器癌に比べて芳しくなかった。このような状況下で 1982 年厚生省がん研究助成金による班研究「門脈内腫瘍栓を重視した系統的区域・亜区域切除ならびに embolization 併用肝切除の検討」が企画された。この頃から出血量の減少や肝内転移の防止をはかる上で肝区域への関心が高まった。

第 2 回フォーラムでは「肝区域のとらえ方と問題点」がシンポジウムに採用され、川原田嘉文先生とともに司会を務めた。肝鋳型あるいは各種画像検査からみた肝区域に関して意見が述べられ、Couinaud の肝区域は剖検肝での検討結果のため、後区域の一部が外側にはみだして記載されている。また肝区域の把握には破格が少なく、画像上同定しやすい門脈枝が適切であるが、右前・後枝の分岐形態は複雑なため前・後区域を単に上・下の亜区域に区画できないことが判明した。当時は、肝内の脈管構築を容易に描出できる 3DCT のような手段がなく、術中超音波下に門脈枝に色素を注入、亜区域を染色するか、経皮経肝門脈造影像から亜区域を想定せざるをえなかったのである。

第 3 および 4 回では「肝胆膵機能と外科」、「ケトン体比と肝臓」、「膵の機能温存手術」など、肝胆膵機能と手術が主なテーマとなった。またこの頃から 16mm フイルムの映画に代わって VHS のビデオシステムが使用されるようになり、ビデオによる手術手技の発表が徐々に増加した。また第 4 回世話人会で、外科フォーラムも回を重ねるごとに活発な会となり、今後の更なる発展には学会への移行が望ましいとの合意がえられた。

それで第 5 回は、1993 年日本肝胆膵外科学会として東京女子医科大学羽生富士夫教授のもとで開催された。シンポジウムに「HPD と HLPD の術後合併症と対策」が取り上げられ、「肝胆膵外科における血行再建」、「胆管細胞癌の病態と取扱い」、「腹腔鏡下肝胆膵手術」などが話題となり、教育フォーラムも新たに加わった。他方同年 10 月日本肝胆膵外科学会会則が施行された。加えて同年に発刊された機関誌 JHBPS は、今や日本の肝胆膵外科学を世界に発信する専門誌として高く評価されている。

肝胆膵外科の研究テーマや手術手技は他の領域と同様に時代とともに変遷する。その糸口となるのが日常診療で経験する複雑な病態の解明や低侵襲で安全な治療法開発への努力である。本学会の創設期を振り返り、肝胆膵外科学のさらなる発展に思いを馳せる昨今である。

日本肝胆膵外科学会の 30 周年に想う

―日本医学会の孫文、高田忠敬先生―

横浜市立大学名誉教授　嶋田　　紘

日本肝胆膵外科学会が前進である日本肝胆膵外科フオーラム（1989 年）から数えて 30 周年を迎えることは大変に喜ばしいこととお祝い申し上げます。また、この間、学会の発展に貢献された多くの方々に敬意を表したいと思います。

新しい学会を発足させる時、通常は重鎮の先生方が発起人として名を連ねて行われることが通常ですが、この学会は当時は若き高田忠敬先生（現名誉創立者）が企画し奔走し、発展させた学会であろうと思います。

私は若造で傍観者に過ぎなかったのですが編集長の要望もあり記憶を遡って草創期から発展期のことを独断と偏見を交えて述べたいと想います。

いつが最初か忘れましたが、高田忠敬、中山和道、松代隆各先生が中心となり「胆道の会」が佐藤寿雄、土屋凉一、水本龍二、宮崎逸夫、羽生富士夫、三島好雄ら各教授の重鎮を迎えて学会の会期中、毎年数回行われるようになりました（写真 1）。当初は偉い先生ばかりで忌憚のない意見交換というわけにはいかなかったのですが、会を重ねるうちに気心も通じるようになり、この会を軸にして第一回の日本肝胆膵外科フオーラム（1989 年）が森岡恭彦教授の当番会長、羽生富士夫理事長、高田事務総長のもとで行われることになったと記憶しています。

高田先生の計らいで私や竜崇正（千葉県がんセンター）、清水武昭（新潟大）先生、その後、安藤久實（名大）、宮川秀一（藤田保健衛生大）の先生も胆道会に出席させて頂き、学会ツアーに参加したり、苦楽をともにした結果、先生の周りに若い同志の集まりができました。

私が赴任していた福井（福井大学講師）に高田先生が交換講義で来られた時のことでした。当時は講演後にのんびりと温泉で一泊出来る時代でしたが、その席で先生は欧米に劣らないような日本の肝胆膵の学問を発展させたいとの思いを語られました。私は世界に認めてもらうためには論文は英語で書かざるを得ないし、日本肝胆膵外科学会の機関誌も英文にすることが自然であること、さらに日本の実力を世界に認めてもらうためには近隣のアジア諸国と連携を組みながら発展すべきという 3 点を申し上げました。その際に中国の民主主義革命を成功させた孫文の演説内容「今後日本が世界の文化に対して西洋覇道の犬になるのかあるいは東洋王道の千城となるかそれは日本国民が慎重に考慮すべきことと」を引用してお話したことを覚えています。

もちろん高田先生は PTCD の講演を全米各地で行っているほど学会の世界的視野を持たれていたのですが、その後の高田先生のアジア近隣諸国、および世界への活躍振りは目を見張るものでした。学会は Asian Society of HBP Surgery から A-PHPBA の創設，そして最終的に Japan Chapter of IHPBA/A-PHPBA の誕生となりました。今では近隣の諸国との共同研究も盛んです。このような実績によりアジア各国から高田先生に対する絶対的信頼関係が生まれ、2015 年には韓国肝胆膵外科学会から高田先生に加わり私も名誉会員に推挙されました（写真 2）。

英文機関誌 JHBPS の創設は当時の常識（和文でも満足に書けないものがどうして英文か？英文誌は日本外科学会だけで良いのではないか、）から猛反発を受けましたが 1993 年に創刊号を出版しました。幾度の困難を乗り越え、今や impact factor は 3 以上となり、世界の外科有名誌と肩を並べるようになりました。現在も編集委員長として活躍されていますが高田先生の努力には頭が下がります。

振り返りますと高田先生といくつかの難事業を部分的にも携わせて頂きましたが「新しい事業を成すには、空気は読むが大道は外さず、重鎮を担ぎ、若い理解者を増やし、軌道に乗ったら、一気に走る」、羽生善治の「三手先のよみと鳥瞰・俯瞰」ですが、高田先生はこれをやられたと思っています。

以上、ますますの学会の発展と高田名誉創立者のご健勝を願い 30 周年記年誌の挨拶といたします。

写真 1　胆道会での若き日の重鎮教授

写真 2　2015 韓国肝胆膵外科学会で名誉会員推戴状を受けた小生

1989年、「肝胆膵外科フォーラム」から始まった

東京女子医科大学名誉教授　高崎　　健

1970年以前は肝胆膵領域の手術に本格的に取り組んでいた施設は限られていた。このような時期、日本における肝胆膵領域の外科系の活動を思い返してみると、徐々に肝胆膵外科に取り組む新しい施設が増えるに従い研究会、検討会などがあちこちで始まっていた。胆道領域では1971年胆道外科研究会が東京女子医大消化器病センターに事務局を置き施設会員を基盤にして発足した。当時の胆道疾患の検討テーマは良性疾患が多かったが、研究会としては胆道癌症例の登録集計事業、胆道癌取り扱い規約などの作成に関わってきていた。膵臓領域では1974年に金沢大学に事務局を置きやはり施設会員による膵切研究会が組織された。当時は難易度が高かった膵頭部癌に対する膵十二指腸切除をいかに安全に行うかという手術そのものが大きな検討対象となっており、遠隔成績より手術死亡率が大きな注目点の時代であった。肝臓外科についても肝癌切除をいかにして安全に行うか、如何にしてより根治的な切除を行うための手術手技が議論の中心であり、関東地域では1980年、すでに肝切除に取り組んでいた東京大学（河野）、国立癌センター（山崎）、慶應義塾大学（飯田）、東京女子医科大学（高崎）らが中心となり持ち回りで世話人となりに肝外科研究会が始まった。同様に肝臓外科に関して関東地域よりも進んでいた関西地域でも幾つかの集会が開かれていたと思うが、1984年には九州肝外科研究会が発足していた。東京の肝外科研究会はその後、肝癌に対する診断、治療が大きく変化したため、1990年肝癌にかかわるすべての分野の医師が討論し合う、肝癌症例検討会と名称を変更し現在も続いている。当時すでに肝癌に関しては肝臓学会の中に外科医が中心となって肝癌研究会を組織し、症例登録、取り扱い規約の作成を行ってきていた。この外にも各領域で、実際に手術に取り組んできている若手の医師が中心となり各地でいろいろな勉強会などを開き、臨床に直面した問題点などを話し合い、安全な手術を目指していた。このような状況に対し、肝胆膵は関連の深い臓器であるのでこれらを一体化して討論などを行う組織が必要であるという話がでてきた。本学会創設者である高田忠敬先生が中心となり羽生冨士夫先生などと検討の上、肝胆膵外科学会創設の方向で精力的な活動が始まった。この領域の外科を牽引して来られた東北大学佐藤寿雄先生、長崎大学土屋凉一先生、その他多数の現役の教授の方々に直接ご説明して廻って来られたと思う（この高田先生の現在も続く肝胆膵外科学会に対する途絶えることのない熱意なくして現在の本学会は在り得なかったのである）。学会設立の目的は壮大なものであり臨床に根ざした研究、診療技術の向上とともに若手医師の育成を主たる目的とし、それらを実現するために学術集会の開催とともに英文での学会誌の発行、専門的技術を持った医師の育成制度の設立などを行うこととしていた。

しかし実際に統合学会を作るとなると当然ながら多くの問題を解決しなければならなかった。多くの先生方が総論的には統合学会を作ることには賛成であるのだがそれぞれにこれまで経緯もあり一気に統合するには問題が起こるのである。しかし結果的には多くの先生方の意思統一により無理にではなく集会を同時開催するという、できるところから統合してゆく、との方向性で多くの了解は得られた（実際には胆道外科研究会は2005年統合）。

学会発足については緩やかに段階を踏んで成長させてゆくようにとの先輩の方々からの提言に従い「肝胆膵外科フォーラム」という名称での集会を開催することとなった。こうして1989年第1回肝胆膵外科フォーラムが東京大学（森岡恭彦教授）を世話人として開催された。第二回金沢大学（宮崎逸夫教授）、第三回京都大学（小沢和恵教授）、第四回三重大学（水本龍二教授）で開催されてきた。ここまで毎回充実した集会が開かれた結果、そろそろ本格的に学会として活動しようということとなり、第5回から名称を日本肝胆膵外科学会学術集会として東京女子医科大学消化器病センター羽生冨士夫教授を会長として本格的に日本肝胆膵外科学会がスタートした。

日本肝胆膵外科学会創成期の思い出

愛知県がんセンター名誉総長　二村　雄次

はじめに

最近の我が国の肝胆膵外科の進歩は著しく、世界のトップレベルにあると言っても過言ではない。ここに至ったこの 30 年間の過程で、今や外科の医療現場から引退した当時の中堅の肝胆膵外科医たちが切磋琢磨した努力の跡を紹介したい。

1）研究会創成の頃

1980 年代に入ると肝胆膵外科の臨床面に大きな発展がみられた。肝の区域解剖に基づいた肝区域切除の開発、障害肝の切除限界の基礎的、臨床的研究、黄疸肝の病態生理、術前胆管ドレナージの手技の開発発展、局所進行膵胆道癌に対する拡大根治手術の開発など枚挙に遑がない。肝臓外科、胆道外科、膵臓外科には各々別個の研究会があり、それぞれの研究で消化器内科との壁が次第に低くなってきた。ところが胆道癌治療は外科主導のまま急速に発展し、胆道外科と肝臓外科や膵臓外科との間の垣根は消え去ってしまった。このような外科臨床上のニーズを反映するように当時 40 歳過ぎの中堅外科医の中から自然発生的に肝、胆、膵を一体とした研究会立ち上げの機運が高まった。発想力と発言力が強いのは今も昔も同じ高田忠敬先生であった。とうとう 1989 年に「肝胆膵外科フォーラム」という形で研究会がスタートした。第 1 回目のテーマは胆嚢摘出術の手術手技―順行性か逆行性か―という今では考えれないような基本的な手技についてのアンケート調査があり、真剣な討論に熱がこもった。

2）フォーラムから学会へ

肝、胆、膵の従来あった研究会にフォーラムが重なったことが肝胆膵外科医の間で大きな問題となった。ここで中堅肝胆膵外科医（幹事）の大同団結のエネルギーが当時 60 歳前後の教授（世話人）を動かし、胆道外科研究会はその使命を終え、フォーラムが肝胆膵外科学会への基盤を整備した。

3）学会誌の出版

幹事の中にはグローバル思考の外科医が多く、まずは早急に学会誌を発行すべきであるという意見が強く、更に当初から英文誌発行に傾いていた。ところがこれが世話人（理事）の教授グループとの間で意見対立の火種になってしまった。中堅幹事はもとより世話人の教授グループの中にも当時は英語で論文発表をしている外科医は少なかったので、英文誌発行の動きに対しては世話人の中で最も Academic で多くの英語論文を発表していた某教授は「現状では皆さんに英文誌発行の実力はない」と厳しく批判された。ところが、中堅幹事の熱意はこれらの反対意見に抗して英文誌発行への舵取りを強引に進めてしまった。

見切り発車的なところはあったが、出版社を Springer に決めることとか、編集委員の大部分を中堅講師や助教授クラスの先生方が担当するなどこの難事業の出発は中堅肝胆膵外科医のエネルギーに負うところが大であった。いずれにしてもこれら難事業の局面、局面で大声でリーダーシップを発揮したのは高田忠敬先生であった。新事業の発想とその推進実行力はどこから出てくるのだろうかといつも不思議に思った。

4）グローバルな発展

1989 年に肝胆膵外科フォーラムが発足以来、1991 年には第 1 回アジア肝胆膵外科学会をバンコックで開催したり、1994 年にボストンで開催された第 1 回国際肝胆膵学会（IHPBA）の役員会の席で、居並ぶ欧米の役員相手に大声でバトルを展開して、IHPBA の 2002 年 TOKYO 開催を誘致したことが懐かしく思い出される。国内学会発展の裏で次々と国際学会をも動かしたのは学会プロモーター高田忠敬先生の豪腕であった。

おわりに

日本肝胆膵外科学会は今や世界のトップリーダー的な学会に成長している。JHBPS も肝胆膵の国際的な専門誌としての位置を確保している。ここまでに至ったこの 30 年間の過程の中で果たした中堅肝胆膵外科医の努力の跡をよく理解して、これを今後の本学会の発展のために生かしていただければ望外の喜びである。

名誉理事長から

二代目理事長として発展のための土台づくり

日本肝胆膵外科学会名誉理事長　斎藤　洋一

肝・胆・膵領域は、消化管領域に比較して研究体制の構築発足が晩く、とくに胆道学会の前身の胆嚢造影研究会や膵臓学会の前身の膵疾患研究会は、当初、各大学の助教授以下で運営され、教授になるとご遠慮いただくという風習の若手研究者の活躍の場でありました。

このような状況の中で組織として次第に系統化され、成熟し、しかも外科のみでまとまったのが1989年に発足した日本肝胆膵外科フォーラムでした。以降、森岡（東大）、宮崎（金沢大）、小沢（京大）、水本（三重大）各教授が会長として学術集会がもたれ、1993年、羽生教授（東女医大）を理事長として、日本肝胆膵外科学会が発足しました。しかし、既存の各学会、研究会との競合や調整などで必ずしも順調な道のりではありませんでしたが、高田教授を中心とする若手実務者の献身的な努力と活躍により、次第に評価を得てきました。

羽生理事長の5年目にあたり、このまま理事長職を、高田教授らに直ちにバトンタッチすると世間の風当たりも強くなろうからと、丁度、日本外科学会定款担当理事および日本消化器病学会財務担当理事として組織の構築や財務に精通していると見込まれ、私にその役目が委任されました（写真）。

その後、規則の整備、各委員会の設立、国際化と機関誌の発行、留学制度や学会賞の創設、胆道外科研究会との合併、高度技術専門医制度の立ち上げなどがありましたが、この制度立ち上げ宣言が為された2004年まで、その役を努めさせていただき、鋭意本学会の発展に寄与されてきた高田教授にバトンタッチすることが出来ました。

もともと羽生教授、高田教授とは個人的な交流がございました。羽生教授とは1967年、第一回日本消化器外科学会の折、先生の膵空腸側々吻合術の発表講演に対して「胆道バイパスを常置するのは手術が下手で、膵

写真　羽生理事長からの引き継ぎの折のスナップ

のドレナージが不充分であるからである」と発言し、爾来、中山教授の高弟に手術が下手だと言ったのはお前だけと親しく目を掛けていただくようになり、上京の折には必ず訪問した間柄であります。高田教授とは、彼が国内留学で東北大学に来られた際に、東北の酒豪に負けじと痛飲した彼の介抱役をしたご縁以来の交流です。それ故、本学会にかけるご両人の理想と目的と意志交流の上で、齟齬を来たすことはありませんでした。

会員各位のご努力と相俟って、今や、肝胆膵外科学会は、国際的にも我が国においても高く評価される集団となりましたが、学会は専門領域の医療の実績を評価できる存在であるとともに、医療の質を改善する主導役として、また社会が求めている医療や患者の立場での価値観と一致する様、学術団体としての活動を超えての専門職能団体としての活動を重視して、変容していかねばならないと考えております。

日本肝胆膵外科学会創設 30 周年記念を祝して

―理事長時代の思い出―

日本肝胆膵外科学会名誉理事長　宮崎　　勝

日本肝胆膵外科学会の始まりはすで先般の 30 周年記念式典においても会員の皆さんにお知らせしたように 1989 年の秋 11 月に肝胆膵外科フォーラムとして東京の日本消防会館において開催されました。第一回のフォーラムの会長には当時東京大学第一外科の森岡恭彦教授が担当されました。二日間に亘って三つのシンポジウムに加えて 53 の一般演題が発表されました。海外から Prof Bernard Langer, Prof Lawarence W Way 教授が来日し講演するというものでした。まだまだ生まれたばかりの組織でありましたが日本の外科において肝胆膵外科領域が外科領域の中でも大きく注目も浴び発展をし始めたところであることより多くの若い肝胆膵外科に興味を持った外科医が集ったわけです。この研究会的な組織フォーラムがその後学会に生まれ変わったのが 5 年後 1993 年の第 5 回からでありました。学会に衣替えをした際の最初の会長になられたのが東京女子医大消化器病センターの外科教授である故羽生冨士夫先生でした。その後様々な経緯を経て日本肝胆膵外科学会は大きく飛躍していったわけでありますが今ではその初期のフォーラムの時代から参加していた外科医は現役世代では山本雅一現理事長くらいの世代の方が最後ではないかと思えます。私自身は勿論このフォーラム創設時代から参加させていただき、その後本学会の理事に 2003 年より職務をいただき 2012 年より高田忠敬理事長の後を引き継がせていただきました。その後 2 期 4 年間 2016 年まで理事長として本学会の運営に携わらせていただきました。

本学会は会員の皆さまがご存知のように高田忠敬名誉創設者の強力なリーダーシップによってフォーラムの立ち上げ、更にその後の発展がなされてきたのは間違いないことであります。その 30 年の歴史の中で多くの若い会員の参入、さらには役員の入れ替わりによりこれまで常に進化・発展を見事に遂げてきたものと思い改めてこれまでに関って下さった全ての会員の方々に感謝するとともに、ともに皆で本学会の 30 年の歩みを祝したいと思います。さて私自身が理事長時代に最も本学会において尽力した学会の問題は医療安全問題でありました。ご存知の方、記憶に残っておられる方もまだ多いと思いますが腹腔鏡胆嚢摘出術くらいであった腹腔鏡外科手術が肝胆膵外科領域に展開し始まった頃でありました。いくつかの施設での手術結果について医療事故としてマスコミに大きく取り上げられ学会のみならず広く一般の方々から不安や懸念が出された時でありました。いかにこの新たな外科技術をリスクの大きな外科領域である肝胆膵外科領域に導入していくべきか、学会で勿論、理事会においても喧々諤々の討議がされました。特に理事会においてはその当時社会問題となったこの問題に対して日本の肝胆膵外科領域を Leading する立場の学術団体としてどのような対応をするかが最も大きなテーマでありました。一般国民、社会からの厳しい目に対して学会が公益性を最も重視するべく対応をしていくことに徹した対策を先駆的に行っていった思い出が強く記憶にあります。この時の理事会の構成員の方々には一緒になって大変ご苦労頂き様々な安全性･透明性の確保の制度の整備を学会においてさせていただきました。その間一緒に尽力下さったこと多くの理事および委員会に積極的に加わっていただいた評議員の皆さん、更には学会理事会のその姿勢を応援いただいた多くの役員を含めた会員の皆様に改めて感謝申し挙げたく思います。他の本邦の外科系学会の中で自信をもって医療安全を最重視するというコンセプトのもと積極的かつ迅速な対応をしていった我々の学会の存在意義は強く社会の方々のみならず他の学会からも注目いただいたことであったかと自負しています。いずれにせよこれからも様々な課題が本学会関連で起こってくると予想されますがその一つ一つに対して本学会の皆が患者 First の公益性を最重要視していくことで深い議論の下で対処して行かれ、本邦の外科系のみならず医学系全体の数ある学会の中で常に leading するような日本肝胆膵外科学会としてより一層発展していっていただけることを心より願い、また強く期待する次第です。改めてここに日本肝胆膵外科学会の 30 周年をお祝い申し上げたく思います。

国内名誉会員から

日本肝胆膵外科学会 30 周年を祝して

日本肝胆膵外科学会名誉会員　中山　和道

創立以来、歴代理事長をはじめとする役員の方々の大いなる努力により、日本肝胆膵外科学会が 30 周年を迎えられること、心よりお慶び申し上げます。

私は現役時代外国での多くの学会を経験し、また文献を渉猟しましたが、世界的にみても、現在の日本肝胆膵外科学会のように高度に専門的立場で研究成果を討議する肝胆膵外科分野の学術団体はなく、日本の肝胆膵外科の質の高さを自負してもいました。日本肝胆膵外科学会が今日のように英語圏外なのに完全英語化された学術団体へと歩みを進めた経緯を振り返りたいと思います。

創設当時の 1980 年代後半は拡大手術の時代に入り、肝胆膵領域の外科でも、肝門部領域胆管癌に対する肝・胆・膵を同時に切除する肝右葉切除＋膵頭十二指腸切除術、また肝十二指腸間膜合併膵頭十二指腸切除術などが行われるようになり、良性疾患で胆石性急性膵炎に対する胆管結石摘出術の適応、方法などが話題になっていました。当時は日本胆道外科研究会、日本膵切研究会などがあったが、前述の流れの中で分散した研究会より統合された研究会の必要性が大きくなっていました。1988 年（表）のメンバーで日本胆道外科研究会の流れをくむ“肝胆膵外科領域を統合した研究会”が企画され、“肝胆膵外科フォーラム”として発足、第 4 回より日本肝胆膵外科学会へと改名されました。

私は監事として参加していたのですが、実際にその企画を発足させ、主導したのは常任世話人ではなく、高田忠敬先生（帝京大学第一外科助教授）、二村雄次先生（名古屋大学第二外科助教授）をはじめとする 11 名の若手幹事達でした。とくに高田忠敬先生は事務局ならびに事務局幹事、コーディネーターとして縦横無尽の活躍で、その足跡は極めて大でありました。

創設の理念「日本発世界への発信と学会の国際化」、「世界に冠たる肝胆膵外科学会を創設」は若手幹事の方々、歴代理事長、会長らにより着実に実行されました。

以下に、大まかにその流れを追います。

1991 年：Ｉ st Conference of Asian Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery を Bangkok, Thailand で開催（高田忠敬会長）。
Asian Society of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery 誕生。

1993 年：英文機関誌　Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery 創刊。
邦文誌を持たない日本で始めての学会。

1997 年：Observersip の開始。

2002 年：5th World Congress of International Hepato-Pancreatic-Biliary Association, Tokyo（高田忠敬会長）。

2006 年：世界初の「急性胆管炎・胆嚢炎の診療ガイドライン」完成。

2011 年：第 1 回高度技能専門医の誕生。

2012 年：学会発表の英語化開始。

2017 年：学会発表の完全英語化。

このように 30 年かけて創立の理念を追求し今に到っていることは会員として誇りです。更なる質の高い発表がなされる学会へと発展し、高度技能専門医の確実なレベルアップにつなげることを望んでやみません。

創立 30 周年、おめでとうございます。

挨拶する高田会長

講演する筆者

表　創設当時の役員

常任世話人：
森岡　恭彦、羽生富士夫、水本　龍二、宮崎　逸夫、
岡本　英三、小澤　和恵、斎藤　洋一

監事：
鈴木　　敞、岡村　　純、中山　和道

幹事：
高田　忠敬、二村　雄次、加藤　紘之、嶋田　　紘、
松野　正紀、田代　征記、高崎　　健、川原田嘉文、
竜　　崇正、木下　博明、跡見　　裕

事務局ならびに事務局幹事、コーディネーター：
高田　忠敬（帝京大学第一外科）

日本肝胆膵外科学会 30 周年に際して

日本肝胆膵外科学会名誉会員　幕内　雅敏

本年は、日本肝胆膵外科学会が設立されて 30 周年に当たるという。この 30 年間は、肝胆膵外科の歴史にとって主要な進歩と治療の工夫が成し遂げられたために、欠くことのできない重要な時期となった。

私の担当する肝臓外科では、超音波を導入することによって、深部に存在する小腫瘍が肝表面から見えなくても、そして触知出来なくても、周囲の血管との関係から正確に切除され、さらに腫瘍に近接した血管も必要であれば切除することも、温存することも可能となった。さらに肝内転移を完全に切除するために、腫瘍の担癌門脈枝を同定し、超音波ガイト下にこれを穿刺し、色素を注入して担癌門脈枝領域を同定し、その領域を正確に切除する方法を確立した。これが系統的亜区域切除である。肝細胞癌は病理学的研究から、担癌門脈枝領域に転移を起こすことが知られ、1980 年代の CT でも肝内転移巣が担癌亜区域内に多発する像が見られた。

色素を注入して行われる担癌門脈枝領域の同定は、小肝内転移の分布を肝表面から見て同定できる例も見られたが、見えない肝内転移巣も含めた肝切除を実施する必要もあった。この目的でも系統的亜区域切除は重要である。

超音波装置は深在性腫瘍の検出のみならず、腫瘍と血管の位置関係、腫瘍の進展具合を判定するのにも有用である。肝内転移や脈管内腫瘍栓の検出は、根治的切除を行う上で必須の手段である。担癌亜区域の同定にも超音波は欠くことができない。

肝臓の脈管は、流入血が門脈、動脈の二つの系列と胆汁を分泌する胆管系とが、一つの結合組織の中に存在する形態をとっており、さらに肝葉間、区域間、亜区域間を肝静脈が走行している。したがって、肝を腫瘍の進展に従って、ある区域・亜区域を完全に切除するには、腫瘍が栄養されている門脈枝を同定し、担癌門脈枝より中枢で分岐する門脈枝から 2 ～ 3cm 末梢で同門脈枝を超音波ガイド下に穿刺し、インジゴカーミンを注入する。注入するとインジゴが体温で温まり、細かなバルブが発生する。このバルブの逆流を見ながら、染色した門脈枝より中枢の門脈枝に色素が流入しない様に注意しながら注入スピードを調整する。そうすると目的とする区域・亜区域の肝表面が染色されて来るのである。

もし区域・亜区域の栄養門脈枝が複数存在する場合は、それぞれを穿刺し、色素で染めてそれらの区域・亜区域を同定する。続いて染色された領域を完全に切除する。S8 では前後 2 本の門脈枝の間に腫瘍が存在する場合もある。そうした場合は、S8 の腹側部分と S8 の背側部分を一塊として切除する。S8 の腹側枝と背側枝との間には、太目の門脈枝が存在する。この門脈枝は、肝の発生から見ると、左肝の左枝臍部（umbilical portion）と同様の部分であり、門脈の壁に沿って肝を離断して行くと背側枝が頭側やや外側向きに出て来る。発生学上は、左肝の umbilical portion と、右肝の S8 の腹側と頭側枝との間の門脈幹とも言うべき部分は、発生上は同じもので、たまたま右肝円索はほとんどの例で萎縮する。これに対して、左肝円索は萎縮せず大きく残るに過ぎない。そうしてみると、左肝の S4 と S3 の中間に遺残した UP（門脈左枝臍部）と、右肝の中央部にほとんど遺残なく消えてしまう右側肝円索とが、産まれてからは同じものと思えないほど異なっている。しかし右側門脈枝を右外側から見た図と、左門脈枝を頭側から見た図は、奇しくも極めて似た図となる。

少し横道に入ってしまったが、本論に戻ろう。ここ 30 年間では、名古屋の二村雄次先生が肝門部胆管癌の手術、そしてもう一人の名古屋の中尾昭公先生が膵頭部癌の手術で名声を博して来られた。私も、肝切除と生体肝移植では広く世界に知られている。我々 3 人の仲は極めて良く、そして酒の席で意見が一致するのは、「外国では良く会うネ！」である。

肝胆膵外科学会創立 30 年について思う

日本肝胆膵外科学会名誉会員　竜　　崇正

肝胆膵外科学会は創立時の「肝胆膵外科フォーラム」から数えて 30 年の節目を迎えた。創立に関わったものとして感慨深いものがある。創立メンバーの中心であった高田忠敬先生がまだ助教授だった頃に、その当時のまだ教授になっていない多くの中堅メンバーが集まって、種々議論をした。その当時、超音波診断が標準的に行われるようになり、それに CT 診断が加わり、MRI が登場し始め、多くの切除可能な肝癌や胆道癌、膵臓癌が診断されるようになった。術中エコーガイドの肝切除や、進行がんに対する血管合併切除再建、肝門部癌に対する尾状葉切除の意義、などの先駆的報告が日本から相次ぐようになった。我々の外科グループも、術中超音波検査、造影 CT、胆管造影下 CT、MRI などを駆使して、肝臓の区域診断や、肝胆膵癌の血管浸潤など進展度診断を施行し、積極的拡大手術を施行していた。これらの世界最先端とも言える発表を一同に介して更に深く議論して、それを標準化し、世界へ発信したいとの思いが当時の若手肝胆膵外科医にみなぎっていた。

その思いを結集し、諸先輩の経験も尊重する形で、高田忠敬先生を筆頭とする創立メンバーの類まれな情熱と周到な準備のもと、肝胆膵外科フォーラムとして、1989 年 11 月に発足した。最初から会員はアクテイブメンバーとして参加すること、学会誌は英文誌とすること、将来は英語で質の高い議論をし合うこと、などをコンセンサスとして立ち上がったのである。第 1 回は「肝胆膵領域における拡大手術の諸問題」がシンポジウムとして、また「肝胆膵外科における定型的手術手技」がシネシンポジウムとして取り上げられた。私もシネシンポジウムに「肝門部胆管癌に対する尾状葉合併肝左葉切除を発表した。この肝胆膵外科フォーラムから肝胆膵外科学会創設へのパワーは国内だけにとどまらず、日本がリーダーシップを持ってアジアのレベルアップも図るべきだという方向にも発展した、2 年後の 1991 年 1 月にバンコックで第 1 回の Asian Society of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery. が開催されたのである。Asian Society の発展もあり、2002 年に高田先生が International Hepato-Pancreato-Biliary Association の World Congress を日本で盛大に開催した。それ以降、今日まで本学会を中心に世界の肝胆膵外科の発展に大いに寄与してきたのである。英文ジャーナルも 25 巻となり、世界的にも高い評価を得ている。日本消化器外科学会が英文誌を発行するようになったことを考えると、実に見事な先見の明であったと考える。30 年を経て日本肝胆膵外科学会が世界をリードする学会に成長したことを、誠に嬉しく思っている。今後の学会のますますの発展を祈念している。

高田先生、加藤先生、尾形先生と私

羽生先生を囲んで

夜明け前

日本肝胆膵外科学会名誉会員　永井　秀雄

私が東京大学を卒業した 1973 年当時、消化器外科の主な話題は胃癌のリンパ節郭清と消化性潰瘍に対する迷走神経切断術でした。大腸外科では大腸内視鏡が普及し始めた頃です。肝胆膵外科は肝・胆・膵の各グループに分かれ、肝領域では林（リン）の鉗子で肝臓を大きく挟み一気に切っていました。胆・膵領域では内視鏡的膵胆管造影（EPCG のち ERCP）と経皮経肝的胆道造影（PTC）が登場していました。

大学での 1 年の外科研修のあと群馬中央総合病院に赴任しました。外科は部長、2 年先輩、私の 3 人でした。消化器内科医はおらず消化器は外科の担当でした。H_2 ブロッカー出現前で難治性消化性潰瘍の治療は広範囲胃切除でした。毎週のように胃を切っていました。新たな領域は本で勉強しました。乳腺は Haagensen、大腸肛門は Goligher でした。雑誌「手術」と「臨床外科」を貪るように読みました。

膵癌疑いの患者が出ると大学の胆膵グループ長・黒田　慧先生に EPCG を依頼し、スコープ持参で東京から来ていただきました。やがて黒田先生は多忙で来られなくなりました。自分でやろうと思い立ち、恐る恐る北原次一郎院長に願い出たところ 1 ヵ月後にオリンパスの真新しい内視鏡 JF2 が届きました。大井　至先生や春日井達三先生の本を参考に EPCG に挑みました。札幌での研修会に参加し千葉大学消化器内科の大藤正雄先生から Chiba needle による PTC、東京女子医大消化器病センター外科の高田忠敬先生から影像下直達式胆管ドレナージの講義を受けました。

胆膵患者は私の担当となりました。閉塞性黄疸患者を EPCG や PTC で診断し PTCD で減黄しました。しかし悪性疾患はすべて切除不能。最期の看取りも私の役目でした。そうした患者が何人も続いたとき結節型総胆管癌に遭遇し、卒後 3 年で膵頭十二指腸切除の術者となりました。術式は渡辺晃先生の論文を参考にしました。術後合併症もなく退院しました。

1978 年大学に戻りました。研究グループは大腸か胆膵かで迷った末、胆膵に決めました。大腸は病理も臨床も欧米の本によく記載されているのに特に膵はこれぞという成書がなかったからです。自分で切り開こうと思いました。研究テーマ「膵リンパ流と膵癌リンパ節転移」は自分が決めました。高齢者剖検例の多い東京都老人総合研究所を黒田先生に紹介していただき、剖検で偶然見つかる小膵癌を精力的に検索しました。解剖当番のときは新鮮肝臓でグリソン鞘を意識した肝切除の模擬手術も行いました。脳・心臓・肺・腎臓など他臓器の臨床と病理、形態と画像の比較も学びました。膵癌リンパ節転移の論文は Annals of Surgery に採択され学位も授与されました。

1986 ～ 1987 年西ドイツ・ヴュルツブルク大学に留学し膵自己消化の実験を成し遂げ、併せてドイツの東西分裂という悲しい現実も見てきました。帰国まもなく大学を辞め元結核療養所の外科に就職しました。アカデミアを離れ家族のために職住近接を選んだのです。

肝胆膵外科学会の前身、肝胆膵外科フォーラムの第 1 回は 1989 年 11 月 22 ～ 23 日に開かれ恩師森岡恭彦先生が主催しました。私は参加していません。ベルリンの壁が壊れるというニュースが流れ 11 月 21 日夜ドイツに向け飛び立ったのです。西ベルリン・ブランデンブルク門周辺には群衆が押し寄せ近くの壁をハンマーで砕いていました。壁の上に立つ東ドイツ兵は静観するだけでした。

肝胆膵外科フォーラムが肝胆膵外科学会に変わろうとする頃、私は自治医大に呼ばれ家族と一緒に異動しました。療養所で始めた腹腔鏡下胆摘を大学に導入し、安全な膵切除･再建法を開発し、肝移植立ち上げを志し、晴れて肝胆膵外科学会への本格参加を果たしました。世界に羽ばたく学会の姿を見ることもできました。感謝するとともに益々の発展を願ってやみません。

高度技能専門医制度発足までの道のり

―30周年に祝意を込めて―

日本肝胆膵外科学会名誉会員　兼松　隆之

2004年8月27日のあり方委員会で、当時の高田忠敬理事長は「最近、専門医制度に関する問い合わせが多くなった。今こそ、日本肝胆膵外科学会（以下、本学会）でも専門医制度導入を検討する時期ではないかと思う。」と発言された。その背景を振り返ると、02年には厚生労働省が外形基準を満たせば専門医の広告可能と告示した年であり、俄かに専門医が注目され出した時代であった。一方、当時の専門医は世間が求めている専門医像とはかけ離れており、メディアからは「看板倒れの“専門医”」などの厳しい指摘もあった。

理事長発言を契機とし、本学会での専門医制度導入が決まり、05年6月9日には専門医制度検討委員会が発足した。さらにExecutive Committee Meeting（ECM：理事長諮問機関）では、「本学会専門医制度は、他の学会の専門医とは一線を画し、社会から認知されるような制度を目指す。」との理念を掲げ、技術評価のための模索が始まった。ある日のECMで高田理事長は手術ビデオ2本をメンバーに供覧された。それは別々の外科医による手術ビデオであったが、術者が誰であるかは伏せられていた。目的はビデオで技能評価が可能か否かの検証だった。そして、メンバーは手術ビデオを検分することで個々の外科医の技能評価が可能であり、やり方を工夫すれば学会としての“お墨付き”を与える手段となり得るとの結論に至った。ちなみにその際のビデオで“巧”とされたのは高田理事長自身、“今一つ”とされたのは帝京大学の経験の少ない若手外科医のものだった。

それを受け、2007年6月6日専門医制度検討委員会ではタイムコード入り無編集手術ビデオで審査する方式を採用することが報告された。そして、審査合格者には「肝胆膵外科高度技能医」の名称を付与したいとの提案があった。しかし、理事会では「高度技能医」には異論が出され、「高度技能“専門医”」とすることを望む声が多かった。それは“専門医”が付いていないと将来広告ができないのでは、という懸念からだった。

ところが、この段階で他の外科系学会や日本専門医評価・認定機構（現在の日本専門医機構）から「待った！」がかかった。わが国の専門医制度は基盤学会とサブスペシャルティ学会との2階建で整備されつつあった。特に外科系学会では外科専門医の1階部分に、サブスペシャルティ（消化器外科など）専門医が2階に乗っかる図式がしっかりと築かれていた。これらの団体からは『本学会のように3階部分に相当する領域の制度に“専門医”が付くと収拾がつかなくなる。』との異論が噴出した。当時、私は専門医機構、外科関連専門医制度委員会等にも関与していたこともあり、それらの考え方は理解できた。だから、名称としては、私は本学会理事会の中では、“専門医”をはずした「高度技能医」としてスタートすべきと説く少数派の一人であった。

2008年2月26日の日本外科学会理事会でも本学会の専門医制度が問題となり、基盤学会の立場から本学会に提案書を送付することになった。なお、その時の日本外科学会会長は私自身であった。

すぐに高田理事長から連絡が入り、二人で会いたいとのこと。2008年3月5日のお昼時、京王プラザホテル7階の和風レストランで会うことになった。まだ約束の時間前だったが、高田理事長はすでに堀炬燵式のテーブルに着座しておられた。料理が運ばれ、本題に入った。私は外科学会理事会の考え方を説明し、提案書を示した。それには、『①日本外科学会は2009年3月末までに外科系専門医制度のグランドデザインを示す。②「高度技能専門医」の名称は「高度技能医」と変更する。③日本肝胆膵外科学会は各外科系学会との間で専門医制度について連携をとる』の3条件が記されていた。話し合いの末、高田理事長は、これらの条件をすべて呑むとされた。事前に“専門医”派の方々と話をし、大方の落とし所は決めてあったようだ。高田理事長はその場で帝京大学外科医局に電話を入れ、待機してあった事務局幹事に事の次第を伝え、次のステップにかかるよう指示された。ホテルで別れる際に、「若い肝胆膵外科医にとって良い制度を作ろう。」と言われた高田理事長の

言葉を私は忘れない。間もなくの本学会理事会・評議員会でもこの線で大筋が承認され、「肝胆膵外科高度技能医」の名称は定款にも明記された。

しかし、事はここで終わらない。私自身は大学退任を機に本学会の役職も引いたので、その後の詳しい経緯は知らない。だが、2010年8月の本学会理事会・評議員会議事録によると名称問題がまた浮上し、「高度技能医」、「高度技能専門医」、「肝胆膵外科専門医」の3者択一の議論が遡上に上ったという。結局、決着がつかず、理事長に一任となった。2011年6月9日の社員総会議事録には、理事長が「高度技能専門医」を選択したと記されている。

高田理事長との会談から3年。2011年6月8日にその同じホテルで開催された第23回総会で初代「肝胆膵外科高度技能専門医」12名はこうした経緯の後に誕生した。

日本肝胆膵外科学会の初頭期を振り返って想う

日本肝胆膵外科学会名誉会員，JR 札幌病院顧問　平田　公一

日本肝胆膵外科学会の創立から瞬く間に 30 年を経ようとしているとのこと、改めて時の去る速さに驚かされます。急速な発展を遂げ、当該領域の国際的に誰もが知ることに自負を覚えております。ご関係者のご尽力に感謝いたします。その始まりは高田忠敬名誉創立者･名誉理事長の識見の高さと行動力に支えられた提言と，多少の風雪が生じようとやり貫くという初心を抱く若者達の努力によるものでした。創立時には瞬く間に、編集委員には肝胆膵外科を世界的にリードする高名な医師を並べ、国内向けには顧問、理事、監事、幹事に蒼々たるリーダーを配置し、日本から世界への発信、国際的認知・敬愛の獲得という目標を心中に抱きスタートしたのでした。思案・模索の第一歩でした。この 30 年間に最も重要な役割を果たしたのは何といっても学会機関誌 JHPBS です。その国際的評価の無い、全く無名な定期刊行物として登場したので、日本の肝胆膵外科学の科学的・外科技術的レベルの程度、国際誌を日本人外科医が独自に運営する能力が問われることとなりました。大洋の底深い深海の真っただ中に飛び込んだのです。JHPBS も、いずれの国際誌がそうであるように少なくとも数年間ほどは impact factor は与えられません。従いまして著明な国際的リーダーの先生方に原稿依頼することが適わない、依頼そのものが礼儀を欠くものである、との思いが当時のわれわれの中で誰もが感じていたと思い出されます。編集委員会の末席を務めさせて頂いておりました 40 歳代前半の委員達（教授職ではあったが）に“絶対指令”のごとく、短期間内仕上げの「Topic 企画・欧米の著名人の承解獲得」と「自身による執筆」の命が下りました。会員の誰もがまだ自発的に投稿することなど念頭に全く置かない環境の中で、“絶対指令”を完遂させることがこの世界で生きる若手リーダーに今後の存在がかかっているとの心境に陥ったものでした。一方で、それだけにやりがいのある任務でもあるとのことで指名を頂いたことに感謝も致した次第です。私個人の最初の企画は「（悪性疾患に対する）PPPD」でした。米国、英国、独国、を始めとするこの領域の現役で活躍中の実践者である超トップ級外科医に、Topic 依頼の趣旨に加え、当学会の生い立ち、創立の目標、執行部陣容などをしたためた依頼状を送付しましたが、約 1 ヵ月を経ても国外からの回答は無しのつぶてでした。依頼した私の名前などどなたも知らない結果なのだろう、認識が甘過ぎた故の結果なのだろう、ひいては当学会の理事を降りるべき時期が早々に訪れるのではとの判断も脳裡を掠めたものでした。再度熟考し、初回の依頼とも捉えられる依頼内容を作成し、その送付前に少々強気になるべく自身を奮い立たせ、被依頼者に国際電話でご挨拶をさせて頂きました。どなたも電話対応くださったことが良い思い出として残っています。間もなくして、全員から何らかの回答を賜わりました。おひとりの先生が「次回なら書きます！」ということでの非受理でしたが、大変うれしく感じた次第です。お引き受けくださったおひとりに Traverso 先生がおられました。以来、近況のやりとりをし、日本外科学会会頭のご配慮もあって Traverso 先生を日本外科学会名誉会員の推戴者として私に役目を頂くことに繋がった時は運命的な快さを感じました。先生の来日時に何度も固く握手を交わしてくださいました。先生との想い出話では、先生から初回に送って頂いた原稿に対し､私が「これでは読者は満足できない」という主旨で責任 reviewer としてお戻しさせて頂いたこともしっかり覚えておられ、冷や汗をかいたものです｡そのおかげで話に華が咲きましたが。

今後もこの分野の国際的展開に絶え間ない、時には予期せぬ変化が当然のごとく生じるでしょう。しかしそれは、一部分の展開変化です。あくまでも総体としての「医学の在り方」、すなはち「医学史、医学理論及び医学倫理」の視点を注視していなければならないと責任理事、評議員は自らを戒め、世界の信頼に耐えうる真の友との交流と信頼を享受し続ける歴史を形成し続けなければなりません。勇気をもって誤りを正し、新しい道を切り開く学会として進まれることを願います。

海外名誉会員から

Congratulatory Message from Honorary Members

Hong-Jin Kim
Honorary Member of JSHBPS
Yeungnam University Hospital, Gyeongsan, Korea

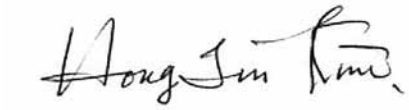
Dear Friends and Members of the Japanese Society of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery,

It was a great delight to learn that the Japanese Society of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery（JSHBPS）has reached its 30th birthday. I have a great history of continuously following the steps of the JSPBPS during my career and achievement. At the 1st Liver Forum at Tokyo in 1988, I was the only Korean to participate the forum. In 1986, I have trained under Professor Kazue Ozawa at Kyoto University, and after the education, I have contributed greatly to the establishment and development of the Korean Association of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery（KAHPBS）, thanks to the collaboration and communication from the colleagues and friends in Japan. Finally, I was honored to have been introduced as an Honorary member of JSPBPS in 2014.

The history of the JHPBPS and the membership growth shows their influence as the first and leading society, not only in Asia but also in the World. More than many other studies, the field of hepatobiliary-pancreatic surgery relies on collaboration and exchange of knowledge. The experts need to collaborate with other countries to learn, teach and work. Close international cooperation in medicine is more than useful, it is absolutely essential.

In this regard, JSHBPS is a society that has helped to pioneer this kind of cross-border cooperation, thanks to visionary leaders in the early days of the associations. The internationalization of the society has greatly contributed to the other international HBP societies. Also, the birth of the board certification system for expert surgeons in the field of hepatobiliary-pancreatic surgery indicates their well-organized certified system, not to mention the high-quality scientific publications and the active research project studies.

Again, I congratulate the past 30 years of the JSPBPS in the past, but I am more excited about the 30 years to come, due to the society's many activities and collaborative research currently underway. I hope to see the society contribute greatly to the world societies beyond Asia through further cooperation in the future.



Congratulatory Message from Honorary Members

Howard A. Reber
Honorary Member of JSHBPS
UCLA Medical Center, Los Angeles, CA, USA

Since its beginning in 1998, Professor Reber and his colleagues in the Department of Surgery at the UCLA David Geffen School of Medicine in Los Angeles, California, have been pleased to host the International Observers.

To date ten of these brilliant and committed young men have spent time at UCLA where they have been integrated into the daily routine of the UCLA Hirshberg Center for Pancreatic Diseases. This includes 4-5 operative days/week, daily working rounds on inpatients with Resident and attending staff, Pancreas surgery clinic patient visits with Professor Reber and colleagues, and 2 multidisciplinary teaching conferences weekly. Here, interactive discussions among pancreatic surgeons, gastroenterologists, medical and radiation oncologists, gastrointestinal radiologists, and pancreatic pathologists make for stimulating and informative teaching. This approach to patient management and the logic of our treatment rationale become clear in these exciting sessions. Operative experience varies from patients with problems relating to acute and chronic pancreatitis to those with malignant diseases, and includes all current surgical approaches to the pancreas.

Opportunities exist for the Japanese Observer to engage in clinical research and basic science investigation in the well funded research laboratories of the Hirshberg Pancreatic Cancer Translational Research Laboratories at UCLA, under the direction of Dr. Guido Eibl. Dr. Reber's colleagues in the Pancreas Program are Dr. Joe Hines, Chief of UCLA General Surgery and former President of the Society of University Surgeons, and Dr. Tim Donahue now the Chief of UCLA Surgical Oncology. Dr. Donahue also runs a well funded laboratory investigating various aspects of the molecular basis of pancreatic cancer. Other pancreas surgery faculty include Dr. Jonathan King, Dr. Mark Girgis, and Dr. James Tomlinson. In addition to the educational aspects of the UCLA pancreatic surgical experience, the Observers have the opportunity to take advantage of the geography and extraordinary activities that the southern California area provides.

Congratulatory Message from Honorary Members

Michael B. Farnell
Honorary Member of JSHBPS
Mayo Clinic College of Medicine, Rochester, MN, USA

It has been an honor and privilege to participate as a host for the International Observership/Research Fellowship under the auspices of the Japanese Society of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery for almost a decade. Initially hosted by my former colleague at Mayo Clinic, Dr. Michael Sarr, it was my pleasure to serve as the host since 2001. Since then, I have had the opportunity to interact with and mentor some five bright, energetic and very productive young surgeons from Japan.

Since my involvement with the international observership, I have had the distinct opportunity to work with Drs. Hiroyuki Shinchi, Keita Wada, Joe Matsumoto, Yasushi Hashimoto, and Toshiyuki Moriya. Currently Dr. Motokazu Sugimoto has joined us at Mayo Clinic in Rochester, Minnesota and is just initiating his experience.

The collaboration between the Japanese Society of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery and the collaborating centers in the United States has been a two-way street. The young Japanese surgeons have had the opportunity to participate in outcomes-based research and to observe clinical practice at three of the top pancreatic surgery centers in the United States. I have been singularly impressed with the energy, the work ethic, and the attention to detail that each of the young researchers has displayed in their six-month rotation with me at Mayo Clinic. Each has been extremely productive as evidenced by the prodigious list of publications that have resulted from their rotations. Moreover, it has been most gratifying to me to watch each of these young surgeons as they have progressed in their careers as hepatobiliary and pancreatic surgeons after they have returned to their native Japan. I continue to interact with them when I see them at international meetings. Their contributions are significant and I anticipate that they will continue to make major contributions to the management of patients with hepatobiliary and pancreatic diseases going forward.

Congratulatory Message from Honorary Members

Michael G. Sarr, M.D.
Honorary Member of JSHBPS
Mayo Clinic College of Medicine,, Rochester, MN, USA

Prior to the 30th Anniversary meeting of the Japanese Society of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery（JSHBPS）, I want to congratulate this august society on all it has done to further surgery of the HBP axis, not only in Japan but in the world at large as well. With our world getting progressively smaller and smaller, communication has always been and continues to be the key to progress and collaboration. With societies like the JSHBPS as well as the incredibly successful International Observership Program（from Japan）and more recently now the 3 month Observership Program（to Japan）sponsored by the Japanese Society of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery now in its 25th year, our countries have become ever closer these last 2 1/2 decades. I think back to the 1960s/70s to the insight of Dr Joseph Fortner who realized the importance of collaboration with Japanese surgeons who taught him many principles of aggressive surgery ; indeed, many of the technical and theoretic concepts that not only were different from the usual approach in the US were also complimentary to the treatment of diseases of the pancreas. I really think that this era was the start of mutual acknowledgement and collaboration between the East and the West that has only grown exponentially in recent years.

For me personally to be recognized as an honorary member of the JSHBPS is truly a distinct, tremendous, once-in-a-lifetime honor for me that I will cherish highly. Through the Observership Program（from Japan）of the last 20 years since 1993（WOW ! ）, the participation of many young incredibly talented Japanese surgeons in my laboratory at the Mayo Clinic, and for the last 20 years that I have edited the journal SURGERY, I have made so many friends in Japan and have carved ongoing friendships and collaborations that have been so rewarding to me, as well as leading to a much better understanding of our different cultures that complement our work and friendship- baseball of course being one of these !

A few statements are warranted from me about the importance of the International Observership in HBP Surgery（from Japan）that the JSHBPS has funded. This program is an example of the true significance and importance of this ongoing international collaboration surgery in HBP surgery. The current HBP Observership program for the young surgeons to visit Japan for three months certainly compliments a program developed many years ago in conjunction with the JSHBPS via Professors Takada, Hanyu, and Kawarada in Japan and Drs. William Traverso at the Virginia Mason Clinic, , Howard Reber at the University of Californai Los Angeles（UCLA）, and Michael Farnell and myself at the Mayo Clinic, this program has provided the opportunity to share different experiences with operative techniques, philosophy of diseases and their treatment, and many academic interactions that continue today with several of the travelers from Japan who themselves have developed successful, prominent careers in HBP surgery. But I truly believe that one of the most important outcomes of this observership, **and possibly THE MOST IMPOR-**

TANT OUTCOME, has been the further building of communication, understanding, trust, and acknowledgement of the expertise we have to share between our two countries. And while I know that the young, incredibly smart, hardworking, and talented surgeons from Japan that have visited here have benefited from this experience, not only living in a different culture and working in a different culture, but we in the US have quite possibly benefitted MORE by their interaction. Being able to share thoughts/beliefs/differences/ techniques between our two countries has been a huge academic advance for us here at Mayo Clinic as well as（ and I speak for Bill Traverso and Howard Reber）at the Virginia Mason Clinic and UCLA.

From so many of us here at the Mayo Clinic, we would like to thank the Japanese Society of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery for starting this International Observership Program（from Japan）. This has been an enormous success, and I hope you will be able to continue this program in the future. All of the original US mentors for our International Observerhip in HPB surgery in the US have now retired from active clinical practice, but we have younger, equally gifted（and many even more gifted than us）who we hope will continue this academic exchange through Drs. Kendrick, Donahue, and Wolfgang here is the US. The more recent program of the International Observership（to Japan）will further complement this ongoing international interaction and communication.

SO, when I look back on my 40 year career, so much of what we do as surgeons today is a blend of the East and the West, not only in technique, but also in philosophy of disease, the recognition of "new "diseases（for instance IPMN and autoimmune pancreatitis ! —both discovered in Japan）, and the science of discovery. For me personally, to be named an honorary member of the JSHBPS is an unparalleled, huge honor for me that I will cherish for the remainder of my life. THANK YOU ALL SO MUCH.

Congratulatory Message from Honorary Members

Miin-Fu Chen
Honorary Member of JSHBPS
Chang Gung Memorial Hospital/Chang Gung University, Taipei, Taiwan

The Japanese Society of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery is dedicated to improving the care of the surgical patient and to safeguarding standards of care in an optimal and ethical practice environment.

Within 30 years of its founding, the Society established standards for educating surgeons, standards for hospital, and standards for graduate training for general surgery and HBP surgical specialties. The organization would advance the science of HBP surgery and the competent practice of its art and eliminate the incompetent and occasional operator---to do what's right for the patient.

By using present advantages, such as good team work, better high technology and hard working attitude, concentrated at the characteristic surgical diseases in Western-Pacific countries and more basic and international cooperation, the Japanese HBP surgeons can contribute more to the future surgery.

Congratulatory Message from Honorary Members

Tsann-Long Hwang
Honorary Member of JSHBPS
Chang Gung Memorial Hospital/Chang Gung University, Taipei, Taiwan

As an invited Honorable Member of Japanese Society of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery（JSHBPS）in 2017, I sincerely congratulate to the 30th anniversary of JSHBPS in June, 2018.

The JSHBPS, which succeeded the Japanese HBP Surgical Forum in 1989, was founded by Honorary President Prof. Tadahiro Takada in 1993. The society has enormous growth in the past years. JSHBPS carried out many international activities including the organization of the 1st Asian Society of Hepatobiliary Pancreatic Surgery（ASHBPS）in Bangkok in 1991 and created stronger connections with surgeons in Taiwan and other Asian countries since then.

Such tight connections have led JSHBPS to multi-lateral and multi-institute collaborative researches, Taiwan started the connection since I was the President of Taiwan Surgical Society of Gastroenterology（TSSG）in 2011. With the closely collaboration, we had several both sides conferences and publicational results, such as "Defining best practices for the management of acute biliary tract infections", "Predictive risk factors for pancreatic fistula grade C after pancreaticoduodenectomy：prospective large observational study" and "Delphi consensus on bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy", etc. Base on the previous achievement, I believe the tight collaboration between JSHBPS and TSSG will continue it as long as possible.

JSHBPS has prepared a ceremony to commemorate the 30th anniversary, and many members of TSSG will attend its memorial congress this year. I hope we will have heated and positive discussions between the members of JSHBPS and TSSG. I also wish this milestone 30th commemorative meeting will be a significant gathering for the development of the next generation of hepato-biliary-pancreatic surgery both in Japan and Taiwan.

学術集会（フォーラム含む）
の想い出

第１回日本肝胆膵外科フォーラム

（平成元年 11 月 23、24 日　東京　日本消防会館）

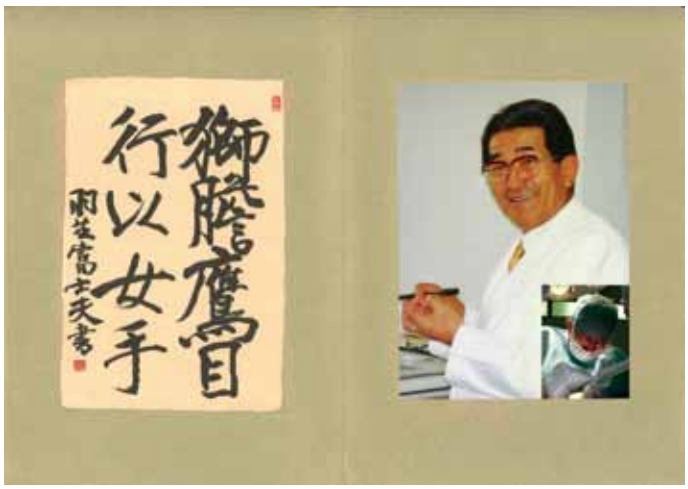
肝胆膵外科フォーラム発足について

第１回肝胆膵外科フォーラム　森岡　恭彦

私は昭和 31 年に東京大学の第一外科の医局に入局したが、当時、一般外科の腹部手術では消化管の手術が主体で胆石症を除くと肝臓や膵臓の手術はごく限られたものであった。ともかく肝臓や膵臓の形態的診断方法が乏しかったことにもよる。文献では日本では昭和の初期には肝臓がんなどに対して肝左葉切除が行われており、昭和７年には金沢医科大学の石川昇教授が肝がん（転移性肝がん）に対する肝右葉切除に成功し、その後も同様な症例が散見されているが、戦後では昭和 24 年、京都大学の本庄一夫教授が解剖学的に完全な右葉切除を行っている。また膵頭十二指切除は昭和 24 年、東京警察病院の吉岡一先生が成功しているが、なお一般的手術とは言えなかった。昭和 38 年（1963 年）に病院の放射線科に X 線テレビが設置され、私も見様見真似で腹部動脈の選択的造影に熱中し、この方法は肝胆膵領域の形態的検査として有用であることを知った。以後、この領域の外科に興味を持つようになった。

教室でも、まず、肝臓がんに対する切除術がとりあげられた。当時、台湾の林天祐教授は 100 数十例の肝がんに対する切除術を行っていて、昭和 45 年に石川浩一教授と菅原克彦講師（後の山梨大学教授）のお供をして、台北大学に林先生の手術を見学に行った。林先生の手術は finger fracture 法という方法で、指で肝臓組織を破砕しあっという間に肝葉を切除するわけで、その時は肝右葉切除術を拝見した。まず肝門部で右肝管、門脈、動脈を指で露出させ、これを一括して結紮、切離し、さらにカントリー線に沿って肝臓組織を指で粉砕し右肝静脈の基部を露出しこれに鉗子をかけて切離し数分の間に右葉を切除された。切除に当たり 500ml ほどの血液が急速輸血され、切除後に切離面からの出血を止血されたが、同時に心停止が起こり、林教授は「こんなことは初めてだ」と何回も呟かれていた。このような手術はとてもわれわれには出来そうにないというのが印象であったが、参考になった。帰国し羽田空港に着くと三島由紀夫が自決したという報道にまたびっくりしたことを覚えている。

その後、超音波検査が普及し、さらに CT、MRI、また内視鏡による胆道、膵管造影といった画像診断技術が導入され、肝胆膵領域の病変の形態的診断が急速に発展しそれと共にこの領域の手術も大きく発展した。この時期、私たちは特に先輩に教わるのではなく、自ら手技を開発してきたが、特に手術の限界、安全な手術が大きな課題であったように思う。また昭和 30 年大学卒の同期にはこの領域の外科を手掛けておられる教授が多く、金沢大学の宮崎逸夫、三重大学の水本龍二、兵庫医大の岡本英三先生らがこの領域の外科医として活躍されていた。このような状況の中で、平成元年（1989 年）に当時、東京女子医大の羽生富士夫教授（本学会名誉理事長：図 1）の呼びかけで、有志が集まり、とりあえず「肝胆膵外科フォーラム」を設立しようということになり、私がその第１回の会を主催させていただくことになり、同年の 11 月 23 日、24 日東京の日本消防会館で第一回のフォーラムが開催された。当時、日本外科学会、消化器外科学会、胆道外科研究会、肝癌研究会など多くの関連した学会や研究会があって、さらにこのような研究会を創るのが良いのか問題もあった。しかし、この研究会はその後学会となって隆盛し、30 年経った今日では国際的にも知られるような立派な学会になっており、また現在では大学付属病院や大病院では診療科として消化管の外科と肝胆膵の外科が独立するような状況になっており、当時の決断の先見性が評価されよう。また、フォーラム発足にあたり、羽生教授が主導されたが、当時帝京大学におられた高田忠敬先生（本学会の名誉理事長）は最初から幹事役などを務められ、30 年間にわたり、熱心に本学会の発展に尽くされ、その功は大きい。



前述のように我々の世代ではどちらかというと手術の安全性の確立が主題であったように思うが、今日でもこの領域の外科では低侵襲手術やがんについての手術成績の向上など課題が多く、さらなる発展を期待している。

第２回日本肝胆膵外科フォーラム

（平成２年 11 月 29、30 日　金沢　金沢市石川文京会館）

第２回日本肝胆膵外科フォーラムの思い出

第２回日本肝胆膵外科フォーラム会長　宮崎　逸夫

第２回日本肝胆膵外科学会フォーラムは、平成２年 11 月 29 日（木）～ 30 日（金）の２日間にわたって、東京に続いて、故、宮崎教授を会長として、金沢市石川文京会館にて開催された。11 月末の金沢とあって、天候が心配されたが、天候に恵まれた。

本会は、肝胆膵外科を目指す若き外科医の討論の場として、フォーラムとして始まり、その２回目ということで注目された。

シンポジウムとして「肝区域のとらえ方と問題点」(７題)、シネシンポジウムとして、「胆膵癌のリンパ節郭清」(８題)、ラウンドテーブルディスカッションとして、「胆膵癌のリンパ路」(８題）が取り上げられ、一般演題として、肝内結石（５題)、術式（７題)、膵癌（６題)、肝切除術（６題)、胆管癌（５題)、膵炎（４題)、肝区域（４題)、その他（６題)、示説発表として、肝内結石症（５題)、肝細胞癌（５題)、胆管癌（５題)、膵癌（４題)、膵腫瘍（４題)、総計 103 題が集まり討議された。

シンポジウム「肝区域のとらえ方と問題点」は、肝鋳型、Echo の立場から、CT の立場から、門脈造影から、肝管像、静脈像から、グリソン鞘分岐形態からなど、多方面から深く討論され、当時、疑問が多かった肝血管の読み方、肝区域の決め方など、肝切除のの仕方がかなり深く討議された。

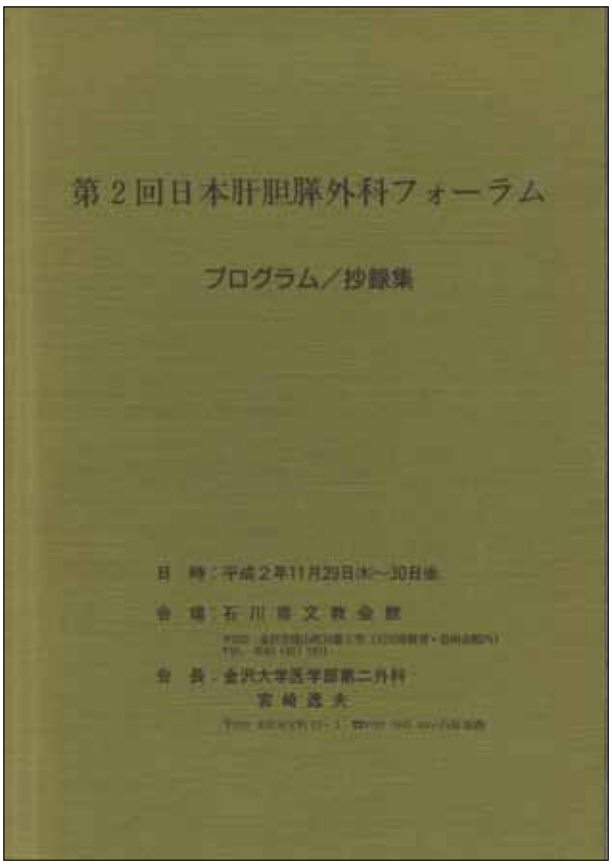
シネシンポジウム「胆膵癌のリンパ節郭清」では、進行胆嚢癌根治術におけるリンパ節郭清、中下部胆管癌におけるリンパ節郭清､膵頭十二指腸切除術における上腸間膜動脈周囲郭清の仕方が映画を見せて討議された。当時、拡大傾向にあったリンパ節郭清の適性度やまだ未熟であった本邦の胆膵癌取り扱い規約の問題点を含めて討議された。その後の手術のあり方についてかなり理解されたのではないかと思われる。

ラウンドテーブルディスカッション「胆膵癌のリンパ路」では、胆嚢癌、胆管癌や膵癌のリンパ路が解剖学的検討や転移リンパ節の病理学的検討から討議され、かなり大きな影響を与えたものものと思っている。

以上３つの企画は、当時手術の先達者だった先生より特別発言を受け、危険度はあるが、若い肝胆膵外科医の手術の関心度を高め、改革の嵐が予感された。

懇親会では、金沢の旬の魚がふるまわれ、北陸の酒とともに時の金沢を楽しまれたものと思っている。本会がフォーラムから学会へと進展するきっかけを作ったことは間違いない。

文責：金沢大学名誉教授　永川　宅和


第２回日本肝胆膵外科フォーラム
プログラム／抄録集
日　時：平成２年11月29日(木)～30日(金)
会　場：石川県文教会館
会　長：金沢大学医学部第二外科
宮崎逸夫

第3回フォーラム

（平成3年11月28日～29日　京都　京都全日空ホテル）

日本肝胆膵外科学会30周年を祝して

第3回日本肝胆膵外科フォーラム会長　小澤　和恵

日本肝胆膵外科学会30周年おめでとうございます。今回、寄稿の依頼を頂戴しました。まことに申し訳ないことですが、当初のプログラムが手許になく、記憶も定かでございません。

ただ、この機会に若い外科医になにがしかのメッセージを発したく考えていましたところ、丁度、私が京都大学第二外科教授時代の1991年に武田振興財団から武田賞を受賞させていただいたときの挨拶文がでてまいりました。これを転載させていただくことで責務を果たすことをご容赦ください。

これからの若い医学者に役立つ指針を提言するよう命題をいただき、自分の歩んできたことを踏まえて年老いた一外科医として、多少ドグマ的ですがあえて述べてみたいと思います。

外科医というものは、サイエンスとヒューマニティとアートという3つが要求されます。現今の若い外科医はアート（技術）に習熟することは非常に熱心であり、また大切なことです。しかし、これだけでは一つの長い研究理念を持ち続けて世界の外科の領域の発展に貢献することには、残念ながら非常に距離があります。

振り返れば卒業して50年（当時）になりますが、学生時代、医化学教室で一流の人々と交わりながら、研究をしましたが、今思いますと、そのことによって学問に対する興味と将来へのlife workの方向性を得ることができました。私自身の研究の発端となったことは脳外科の手術後に酸素不足になって意識が回復しない患者を時折経験しました。この単純な事実から、酸素といえば殆どがミトコンドリアで消費されてエネルギーに転換されることから、このミトコンドリアの研究こそが脳外科医にとって必要であると考えました。非常に活性の高い脳のミトコンドリアをネズミの脳より分離することに成功して、脚光をあびましたが、しかし人の脳より活性の高いミトコンドリアを調整することは倫理的に無理ですので、脳外科医としての約10年間の研鑽を捨て、どうしてもミトコンドリアの研究を臨床に導入したいという夢が強く、当時の名誉教授、教授らに猛反対を受けましたが苦渋の決断の結果、肝臓外科に転向したわけです。研究というものは他人より一つの方向性を与えられるのではなく、若い時に自ら臨床の面から何よりも魅力があり大事な事象に気がつくべきです。

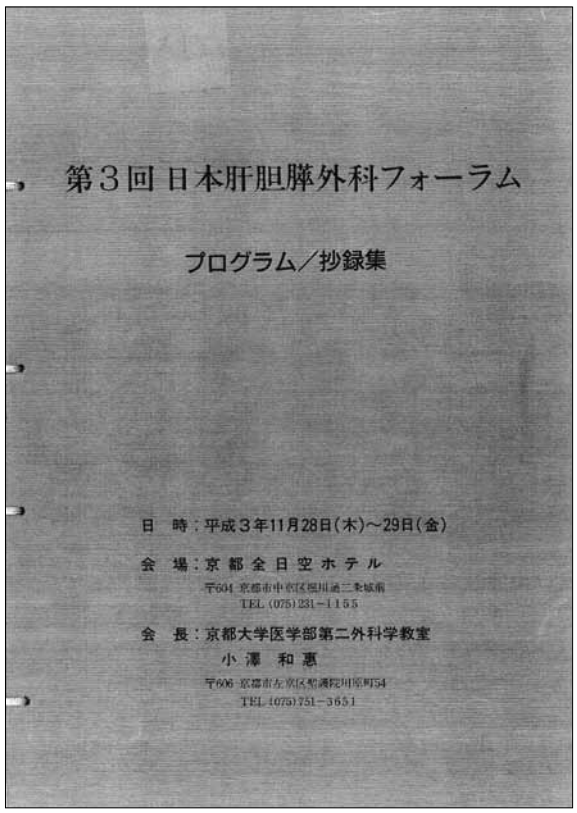
肝臓外科に転向してミトコンドリアの機能を把握することによって、安全な肝臓手術から、生体肝移植へと進みました。

このような外科的治療の発展の根底には、必ずバックグランドとして科学的なものがないといけない。これは外科学領域においてもサイエンスを駆使すればパイオニアにしか味わい得ない喜びを得るものです。

レドックス理論を考え出しそれを用いて手術手技、治療に関して多角的に安心して先進的な治療に入っていけたわけです。当初は硬変肝癌の肝切除の安全性と、その切除率の向上に全力を尽くしてきました。この理論の確立によってハノーバー大学、ピッツバーグ大学、UCLAを中心に800症例に近い脳死肝移植についてこの理論を中心とした国際共同研究を実施し、数多くの論文を発表し得たのです。これによって、私自身は勿論のこと教室員全員が、自信をもって積極的な手術が可能になりました。すなわち硬変肝癌の超拡大手術を施行し、さらに肝移植手技を導入し、切除率を著しく向上せしめることができて生体肝移植に安心して入ることができました。

振り返ってみますと、特に外科領域は基礎医学などと異なって、多数の外科医が一丸となってこそ可能で、さらに発展するものです。私は常日頃、外科医は常にアグレッシブであって絶対に後退してはならないと信じております。したがって中心になる指導者は常に絶えざる努力をしてグループの方々を常に信頼し的確に指導するようにしなければなりません。そのためには自分の学問上の進路を明確にした上で、独自性（only one）を持ちながら一流の先生方に触れ合いながら歩むことが必要です。その目的以外のことは世俗的なことを含めてすべて他人に譲ることが肝要です。

もう一つは年老いて感ずることですが、自分のlife workについて常に余韻を持ち続けることが重要だと思



います。余韻を持つということは常に新しい物を求めていく努力であり、若い先生方は永続的な研究を持ちうる努力が必要で一つの仕事が解決すればまたさらに、次の研究を続けていくことが大事です。終わることなく常に発展していくことが人生の喜びでもあります。

京都大学退官後 14 年（当時）を過ぎ、現在は、必然的に移植免疫という領域に入り、この年になりましたが、移植患者の解析を今尚続けております。最後に臨床的研究と基礎的な研究とは著しく差があることを念頭に入れないといけません。基礎の先生が開発した新しい知見を外科領域に導入しながら、多数の患者の解析をとおして臨床的立場から only one の研究を推し進めるべきだと考えます。外科医の目の前には石ころのように治療上の問題が山積しており、サイエンスを導入すれば解決することが多いのです。

最後に私の若い頃からの座右の銘である 86 歳の武者小路実篤が言う「この道より我を生かす道なし　この道を歩く」を述べて提言を終わりたい。

公益財団法人　武田科学振興財団武田賞 1991 年受賞「若き研究者へ贈る言葉」より

第 4 回日本肝胆膵外科フォーラム

（平成 4 年 11 月 26、27 日　津　津市センターパレス、津都ホテル）

第 4 回日本肝胆膵外科フォーラムを顧みて

第 4 回日本肝胆膵外科フォーラム会長　水本　龍二

第 4 回日本肝胆膵外科フォーラムは、平成 4 年 11 月 26 ～ 27 日、津市センターパレスと津都ホテルの 2 会場で開催され、約 400 名の会員の参加を得て、活発な討議が行われ、盛会であった。

当時、肝胆膵領域の外科の発展は著しく、従来は殆ど治療の対象とならなかったこの領域の悪性腫瘍に対しても積極的に切除が行われるようになっており、治療成績の向上が得られてきたが、さらに患者の QOL を重視して、機能温存がはかられるようになっており、今回の第 4 回フォーラムでは、主催した三重大学第一外科がこれまで重視してきた肝胆膵の機能を中心に主題を決定し、シンポジウム「術前の肝機能予備能と肝切除後の肝機能」（8 題）、シネシンポジウム「膵の機能温存手術」（7 題）、ビデオクリニック「肝胆膵手術の工夫」（12 題）、および 3 ッの要望演題：「肝切除後の残存肝機能」（27 題）、「胆道再建後の胆汁排泄機能」（4 題）、「膵切除後の膵内外分泌機能」（11 題）と一般演題（12 題）を加えて計 81 題が発表され、討論に十分な時間をとったこともあって、活発な討論が行われ、多くの成果を得て盛会裏に終了した。

肝胆膵の外科は外科学のうちでも当時、最も進歩してきた領域であったが、このフォーラムを機にさらなる発展が期待された。

そもそも肝・胆道・膵外科の歴史は古く、いずれも既に一世紀超の歴史を有しているが、肝臓外科、胆道・膵の外科はそれぞれ独立して発展してきたのであって、これまでは肝臓外科と胆道・膵の外科では専門の外科医が必ずしも一致していなかったのであるが、胆嚢癌や肝門部胆管癌に対する拡大手術の必要性から、肝・胆道・膵の外科は共通の専門領域となり、さらに国際的にも 1994 年に IHPBA が発足している。本邦ではいち早く平成元年（1989）に肝胆膵外科フォーラムが発足して、今回、第 4 回を数えるに至ったわけであって、平成 5 年度からはさらに日本肝胆膵外科学会と改称されることになった。

第４回 日本肝胆膵外科フォーラム

プログラム／抄録集

日　時：平成４年11月26日(木)～27日(金)

会　場：津センターパレス・都ホテル

〒514 三重県津市大門７－19
TEL　0592 (28) 1111
FAX　0592 (27) 3764

会　長：三重大学医学部第一外科学教室

水　本　龍　二

〒514 三重県津市江戸橋２－174
TEL　0592 (32) 1111 内線5444
FAX　0592 (32) 8095

第5回日本肝胆膵外科学会学術集会

（平成5年10月14、15日　東京　アルカデイア市ヶ谷、私学会館）

第5回日本肝胆膵外科学会学術集会会長　故　羽生富士夫先生

第5回学術集会は、日本肝胆膵外科フォーラムとして開かれていた会を、正式な学会としてファーラムの名称から学会に変更し開催された初めての学会でありました。故羽生富士夫　東京女子医科大学名誉教授も、わが国で始めて肝胆膵外科医が一同に解して研鑽しようという目的の学会であったために、開催するにあたって会長としての責任の重大さにいつになく緊張されておられました。学術集会の内容としてはシンポジウムとして肝膵同時術の術後合併症と対策（司会：都築俊治先生、幕内雅敏先生、特別発言：岡村　純先生）パネルデスカッションとして胆管細胞癌（司会：木下博明先生、川原田嘉文先生、特別発言：岡本英三先生）ビデオシンポジウムとして肝胆膵外科における血行再建（司会：鈴木　敞先生、熊田　馨先生、特別発言：小澤和恵先生)、ビデオセッションとして腹腔鏡下肝胆膵手術（司会：中山和道先生、高田忠敬先生、特別発言：山川達郎先生）が取り上げられました。また、一般演題の発表の場が設けられました。特記すべきは、教育フォーラムとして当時注目されていた肝尾状葉切除術が取り上げられたことです。高崎　健先生の名司会のもとに、二村雄次先生、山崎　晋先生が解剖学的特性、尾状切除における land mark などの興味深い話題を若手外科医にわかりやすくユーモアを交えて講演された楽しい記憶がいまでも鮮明に残っております。

（文責：東京女子医科大学附属八千代医療センター消化器外科　新井田達雄）

高崎　健先生

二村雄次先生

山崎　晋先生

懇親会における羽生富士夫先生

会長挨拶

肝胆膵の外科医が一同に会して研鑽しようという目的で、東京大学第一外科森岡恭彦教授が当番世話人として第1回日本肝胆膵外科フォーラムが開かれて以来4回の会合を重ねて参りました。年を経るごとに発表演題数、参加人数も増えて大変 active な会合となり、今後更に発展させるためには正式な学会へ移行するのが望ましいとの意見が出され、第4回世話人会での討議の結果、本年度より第5回日本肝胆膵外科学会として開催することとなりました。今回は私がお世話をさせて頂くこととなりました。誠に光栄であると同時に、責任の重大さを痛感いたしております。

今回の学術集会は、シンポジウムとして HPD と HLPD の術後合併症と対策、パネルディスカッションには、いまだ定義、診断治療とも若干の混乱がある胆管細胞癌の病態と取扱い、ビデオシンポジウムとして肝胆膵外科における血行再建、さらにビデオセッションでは腹腔鏡下肝胆膵手術をとりあげました。また、学会となりました以上、一般演題の発表の場を設けましたので、斬新な original paper を期待しております。とくにその中でも、胆管細胞癌、HPD、HLPD に関するものを要望演題といたしました。さらに、教育フォーラムを設け、肝尾状葉切除の手術手技についての講演と全体討議を予定しておりますので、若手外科医の諸君の多数参加を希望します。

羽生富士夫

第 6 回日本肝胆膵外科学会学術集会

（平成 6 年 6 月 11、12 日　宝塚　宝塚ホテル）

日本肝胆膵外科学会　第 6 回学術集会の想い出

第 6 回日本肝胆膵外科学会学術集会会長　岡本　英三

本学会は平成元年（1989）に日本肝胆膵外科フオーラムとして発足し、平成 5 年（1990）羽生富士夫教授が主宰された第 5 回学術集会から日本肝胆膵外科学会と発展的に改称された。私は平成 6 年 6 月 11 日（木）、12 日（金）の二日間に亘り、宝塚市の宝塚ホテルにて第 6 回学術集会を主催させて頂いた。

第 1 日目の午前中は肝臓外科の当時のトピックスとして、肝切除に際しての、「各種肝阻血法の特徴と適応」を取り上げ、木下博昭教授（大阪市大 1 外）と門田守人教授（阪大 2 外）司会のもとに、11 名の演者に発表討論して頂いた。

11 題中 5 題は肝門部において向肝血行（Glisson's Pedicle）を遮断する Pringle 法又は切除側のみの遮断を行う片葉阻血法に関する適応と各種の工夫並びに肝機能に及ぼす病態生理につての発表であった。血行遮断は全葉遮断・片葉遮断とも「15 分遮断－ 5 分解除」の間歇的血行遮断が一般的で、その反復回数には特に制限はないとの結論であった。硬変合併など障害肝では「10 分～ 5 分」に短縮するか、ice 冷却を推奨する施設も見られた。

後の 6 題は全肝血行遮断（THVE）に関するもので、1974 年に Fortner が提唱した原法を各施設で種々に工夫・改良実施されている。本法は腫瘍が下大静脈へ腫瘍栓進展しているような進行肝癌切除に際しては極めて有用な手段であるが、時間的制約があり、60 分を超える場合は冷却潅流が必要であり、又施行中に全身静脈血潅流の不足により、循環動態維持が困難になるので、veno-venous bypass が必要となる。各施設から優れた報告がなされ、最後に大阪逓信病院　岡村　純先生による特別発言で締め括って頂いた。

午後 1 時から会長講演「教室における小児と成人の肝胆道外科」を羽生富士夫前会長御司会の下にやらせていただいた。

午後の部は一般演題 6 題を挟んで、15 時からパネルディスカッション「肝胆膵癌における画像診断－門脈浸潤」を竜　崇正先生（国立がんセンター東病院外科）、岡崎正敏教授（福岡大学放射線科）司会で 7 人の演者によっておこなわれた。門脈浸潤は肝胆膵癌に見られる特徴的かつ重要な進展形式であり、超音波内視鏡、slow injection dynamic CT、径上腸間膜性門脈造影、経皮経肝門脈造影、門脈血管超音波、術中超音波検査など各種画像診断個々並びに総合的診断法について発表があり、活発な討論が行われ、最後に神戸大学 1 外斎藤洋一教授の特別発言で締め括って頂いた。

学会第 2 日目午前中はビデオシンポ「PPPD の功罪―Whipple 手術との対比」を帝京大 1 外の高田忠敬教授の司会の下に 9 人の演者で発表・討論をしていただき、最後に水本龍二教授（三重大学外科）に特別発言をいただいた。またビデオシンポに先立って、ビデオセッション 1，2 として、同じテーマのもとに 6 人ずつの演者に発表・討論をしていただいた。おそらく本学会で手術手技をビデオで見せて討論する企画は初めてだったと思うが、非常に活発な討論が行われ大変有益であったと思う。1978 年 Traverso ＆ Longmire によって提唱された本法が広く普及し、それぞれに工夫改良され、特に再建法では最も生理的な胃、膵、胆管の順に行う PPPD-III が注目を浴びた。

学会第 2 日目午後は第 1 会場のみとして、教育フオーラム「肝区域と肝切除」を設け、二人の演者に御講演をお願いした。その一人は東京大学　第 2 外科の幕内雅敏教授で「超音波を軸とした肝区域と肝切除」、今一人は東京女子医科大学　消化器センター外科　高崎　健　教授で、グリソン鞘枝一括処理方式による「肝区域

と肝切除」について有益なご講演を頂いた。

平成元年に日本肝胆膵外科フオーラムとして発足した日本肝胆膵外学会も今年で第 30 回と平成の年号と同じ回数を迎えた。本学会の益々の進歩発展を期待してこの稿を終ります。

会長挨拶

本学会も日本肝胆膵外科フォーラムとして発足以来 5 回の会合を重ね、昨年の羽生富士夫会長の下に日本肝胆膵外科学会と発展的に移行致しましたことは御高承のとおりであります。今回は第 6 回目の学術集会をお世話させて頂くことになり、誠に光栄に存じますと同時に、責任の重大さを痛感致しております。

今回の学術集会はシンポジウムとして「各種肝阻血法の特徴と適応」、パネルディスカッションとして「肝胆膵癌における画像診断―門脈浸潤―」、ビデオシンポジウムとして「PPPD の功罪―Whipple 手術との対比―」、さらにビデオセッションとして PPPD を取り上げました。一般演題（口演、示説）ではシンポ、パネルと同主題の各種肝阻血法、肝胆膵癌における画像診断を要望演題と致し、そのほか斬新な original paper をお願い致しましたところ、多数の演題を御応募戴き誠に有り難うございました。結局、シンポ 11 題、パネル 7 題、ビデオシンポ 9 題、ビデオセッション 12 題、一般演題口演 36 題、示説 67 題を採用致しました。シンポ、パネル、ビデオシンポには多数の演題を戴きましたが、演題の制限がありやむを得ず一般演題に御発表を変更させて戴きました。何卒、御容赦のほどお願い申し上げます。また教育フォーラムを設け、「肝区域と肝切除」についての講演と全体討議を予定しておりますので若手外科医の多数の参加を希望します。

第７回日本肝胆膵外科学会学術集会

（平成７年10月26、27日　宇部　宇部全日空ホテル）

第７回日本肝胆膵外科学会開催報告

第７回日本肝胆膵外科学会学術集会会長　故　鈴木　敞先生

第７回日本肝胆膵外科学会を、故　鈴木　敞教授を会長として、平成７年10月26日、27日の両日、山口県宇部市　宇部全日空ホテル（現ANAクラウンプラザホテル宇部）において、開催させていただきました。

当時の理事会のご推挙を頂き、教室として本学会を主宰することができましたことにあらためて御礼申し上げます。鈴木元教授在任中最後の主催学会でもあり、伝統ある本学会を山口大学医学部第二外科が主宰させていただき、当時の教室員はかなりの緊張を感じたことと思います。ただ、その中においても、鈴木元教授の肝胆膵外科に対する強い思いが、プログラムの中に盛り込まれていました。

具体的な内容としては、シンポジウムとして「肝･胆･膵の粘液産生腫瘍をめぐって」、パネルディスカッションとして、「膵区域と膵切除術」、ワークショップとして「肝・胆・膵における画像診断－癌類似病変－」を取り上げていました。また、学会最終日には、教育フォーラム「肝・胆・膵癌のリンパ路とリンパ節転移」を設け、講演と全体討議がなされました。そのほか、ビデオセッション、一般演題を含め200題を超える応募があり、多くのご発表をして頂きました。抄録集を改めて拝見しますと、今はすでにご退官された“重鎮”と言われる先生方が司会として多数ご参加されておられ、本学会はすでに未来に向けて発展すべく勢いを持った状況であったことが推察されました。

鈴木　元教授は、水本龍二先生の御司会で「肝癌の新しい治療をめざして」というタイトルで会長講演をされ、前任地の京都大学時代のご専門であった膵臓外科以外のテーマでお話になられたということは、肝癌治療の発展が当時の教室のひとつのテーマであったことがしのばれます。そして、抄録集の中での会長としての挨拶を、以下のように結ばれておられました。“三方を海に囲まれた山口県の10月は、土地人情と歴史と自然とが織り成す最良の時期でもあります。会員の皆様多数のご参加をえて実り多い集会となりますように、関係者一同期待を胸にお待ちしております。”、、、。平成７年10月27日に、その期待が現実のものとなったことと確信しています。

また、ご自身の退官にあたり、「後生可畏（こうせいおそるべし）」と論語を引用されました。この一説は、現在の消化器・腫瘍外科学教室に、鈴木　元教授の自筆の額として掲示しています。本学会から育った多くの若き肝胆膵外科医が創立後30年の時を経て日本全国で活躍されていることを、今は天国より微笑みながら見守っていただいているものと思います。

故　鈴木　敞　元教授　自筆書
（山口大学大学院医学系研究科
消化器・腫瘍外科学）

最後になりましたが、現在、教室には残念ながら本学術集会開催時の記録がまったく存在せず、写真なども残っておりませんでした。同門会の先生方にご協力をいただき、そのときの担当者などの記憶を少しずつたどりながら、当時のプログラム・抄録集を参考に執筆させていただきました。

あらためて故鈴木敞元教授のご冥福をお祈りするとともに、本稿を本学会30年史編纂にお加えいただいたことに心より感謝申し上げます。

（文責：山口大学　消化器・腫瘍外科学　教授　永野　浩昭）

会長挨拶

本学会は、消化器一般外科領域の中でひときわ魅惑に富む、肝・胆・膵の外科に関する総合的な知見を深め交流を図るべく、順調に発展して参りました。会員数の増加のみならず、応募演題数も年毎に増加している事実が本学会の発展ぶりを如実に物語っております。

このたび第7回の学術集会を当地で開催するに当たり、参加される会員のお役に立ちますよう教室並びに同門一同最善の努力を重ねて現在に至りました。

今回の内容ですが、シンポジウムとして「肝・胆・膵の粘液産生腫瘍をめぐって」、パネルディスカッションとして「膵区域と膵切除術」、ワークショップとして「肝・胆・膵における画像診断―癌類似病変―」をそれぞれとりあげました。

またビデオシンポジウムとしては、肝切除に必要とされる諸要素が集約盛り込まれた「肝前区域切除」を選ばせて頂きました。

その他、ビデオセッション、一般演題を含め広く公募致し、最終的に約200題の演題を採用いたしました。

また学会最終日の午後に、教育フォーラム「肝・胆・膵癌のリンパ路とリンパ節転移」を設け、講演と全体討議を予定しております。

プログラム構成上の関係で、シンポジウム、ワークショップ、ビデオシンポジウムなどに応募頂きました多数の演題のご発表を、やむをえず変更させて頂きましたことを申し訳なく思っております。何卒ご容赦のほどお願い申します。

なお、今回発表されます優れた演題の中から一部のものについては、本学会機関誌 Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery への投稿の推薦をさせて頂くことが了承されました。その節にはよろしくご協力のほどをお願い申し上げます。

三方を海に囲まれた山口県の10月は、土地人情と歴史と自然とが織り成す最良の時期でもあります。会員の皆様多数のご参加をえて実り多い集会となりますよう、関係者一同期待を胸にお待ち致しております。

第 8 回日本肝胆膵外科学会学術集会

（平成 8 年 11 月 28、29 日　大阪　大阪国際交流センター）

第 8 回学術集会の想い出

第 8 回日本肝胆膵外科学会学術集会会長　木下　博明

日本肝胆膵外科学会 30 周年おめでとうございます。

私は 1996 年 11 月 28、29 日に大阪国際交流センターで第 8 回学術集会のお世話をさせていただきました。学会準備にあたり羽生富士夫理事長はじめ当時の役員の先生方（敬称略、五十音順、理事：岡本英三、川原田嘉文、加藤紘之、熊田肇、齋藤洋一、高田忠敬、高崎健、田代征記、松野正紀、宮崎逸夫、山岡義生、幹事：跡見裕、嶋田紘、二村雄次、幕内雅敏、門田守人、竜崇正、監事：岡村純、鈴木敞、中山和道）のご指導を心から感謝申し上げます。学術発表をシンポジウム「胆道系・膵管系の合流異常」、ビデオシンポジウム「肝左葉切除術」、パネルデイスカッション「術前門脈塞栓術をめぐって」、ワークショップ「PD 術後の病態生理（短期と長期）」、要望演題 5 題、ビデオセッション（肝左葉切除など）、一般演題にわけて公募したところ、これまで最多の 232 演題を頂戴しました。

シンポジウムでは 9 題が採用され、膵・胆管合流異常の発生機序、診断、胆管の拡張や膵癒合不全、外科治療などが討議された。ビデオシンポでは 5 名の演者によってグリソン系脈管および左肝静脈の処理、肝切離など定型的左葉切除に必要な手技、さらに尾状葉合併切除や拡大左葉切除が供覧された。パネルデイスカッションで 8 題が採用された。門脈塞栓術は非塞栓肝葉の代償性肥大によって肝の手術適応の拡大を来すことが判明したが、その適応と手技、肝切除のタイミングなどが施設間で多少異なるため、これらについて活発な討論がなされた。ワークショップで 8 名の演者が PD 術後の病態を術後期間、再建法などに分けて議論された。要望演題 1）肝胆膵術後ドレナージの管理、2）肝胆膵術後合併症とその対策、3）肝胆膵術後緊急再手術、4）肝切除後の肝不全、5）腹腔鏡下手術の合併症に計 47 題が応募された。またシンポ、パネル、ワークショップにご応募いただいた 45 題をやむをえず要望演題のセッションでの発表とさせていただいた。ビデオセッションへの応募は 12 題であったが、その中の 1 題は現在さかんに行われている腹腔鏡下肝切除に関する興味深い演題であった。一般演題に応募された 98 題中 40 題は口演発表として、症例報告等の 58 題は会場の都合で示説発表におまわりいただいた。教育フオーラムは学会に昇格した第 5 回（1993 年）から行われているセクションである。今回は肝胆膵外科をサポートする画像診断と題して CT、MRI、血管造影における最先端の情報をそれぞれの放射線科専門医にお願いした。

会長講演は「肝癌の制圧をめざして」と題して、教室における過去 15 年間の肝癌に対する外科治療の取り組みを申し述べた。まず経門脈的アプローチとして経皮経肝門脈造影像による肝区域の把握、門脈内カテーテルを通じて測定された肝切除前後の門脈血行動態などを述べた。ついで 1982 年、TAE 後肝梗塞に陥った症例の経験が糸口となり、門脈塞栓術を開発、非塞栓肝葉の代償性肥大が肝癌の手術適応の拡大をもたらすことを実験的、臨床的に明らかにした。また肝癌切除後の再発には転移再発危険因子として腫瘍径、IM、Vp などの腫瘍側因子が、多中心再発の母地として肝硬変なかでも Hyperplastic foci の存在が重視される。さらに関連ウイルスの種類によって発癌やその臨床像が異なることから、肝癌の予後向上にはこれらを踏まえた集学的治療の必要性を述べました。

なお、会場は大阪の中心街に位置しますが、昼食のご不便をおかけしないように、今回初めてランチョンセミナーを開催させていただいた。

最後に本学術集会の開催にあたり多数のご演題を賜った先生方、司会、座長、特別発言、コメンテーターを

ご快諾いただいた諸先生に衷心よりお礼を申し上げます。加えて本学会から多岐ににわたる知識と技術、さらには外科魂をご指導いただいたことに感謝申し上げるとともに今後学会の益々のご隆盛を祈念しています。

会長挨拶

日本肝胆膵外科学会は、平成元年（1989 年）日本肝胆膵外科フォーラムとして発足し、年 1 回の会合を重ねてきましたが、平成 5 年羽生富士夫先生（現理事長）の主催された第 5 回から学会に昇格され、今日に至っております。肝胆膵の外科は、その病態も複雑で、診断法、治療法の選択肢も多く、消化器外科のなかでも魅力に富む分野であります。

このたび第 8 回の学術集会を大阪で当番会長として開催できますことを大変光栄に存じ、その重責を痛感致しております。学会開催の準備に際しては理事長はじめ役員の方から多大の御指導いただきましたことを、心から御礼申し上げます。

今回の内容ですが、シンポジウムとして「胆道系・膵管系の合流異常」、パネルディスカッションとして「術前門脈塞栓術をめぐって」、ワークショップとして「PD 術後の病態生理（短期と長期）」をそれぞれとりあげさせていただきました。またビデオシンポジウムとして「肝左葉切除術」を選ばさせていただきました。さらに要望演題として肝胆膵術後の病態と対策に関して、またビデオ要望演題、一般演題を含めて広く公募致しましたところ、多くの演題を御応募いただき最終的に 232 題の演題を採用致しました。また学会最終日の午後に本学会で恒例となっています教育フォーラム「肝胆膵外科をサポートする画像診断」を企画し、画像診断の専門家の御講演と討議を予定致しております。

なお、シンポジウム、パネルディスカッション、ワークショップ、ビデオシンポジウムに多数の御演題を御応募頂きましたが、プログラム編成の関係で要望演題のセクションに変更いたしましたことを申し訳なく存じております。何卒ご容赦のほどお願い申し上げます。会場は大阪市内にありますが昼食の御不便をおかけしないようにと思い、始めての試みですが、理事会の御許可をいただき、ランチョンセミナーを設けました。どうぞ御利用下さい。

最後に本学会の開催にあたり御演題を御応募いただいた先生方、御指導いただいた理事長、理事、評議員の先生方、司会、座長、特別発言、コメンテーターを御快諾いただいた先生方に衷心より感謝申し上げます。会員皆様の多数のご参加をえて、実り多い活気ある学会となりますよう祈念致します。

第 9 回日本肝胆膵外科学会学術集会

（平成 9 年 11 月 20、21 日　東京　帝国ホテル）

第 9 回を担当して

第 9 回日本肝胆膵外科学会学術集会会長　熊田　　馨

私は、昔を振り返ることは嫌いではないけれど、見聞録や日記の類いを支える「記憶」には、A Tabucchi ではないが、空想を紡ぎ出す勝手な作用が蹤いて来がちである。私は科学や博物学と無縁であるが、決して嘘吐きでは無い。でも、齢のせいか、昔を語る時に幻想が混入して来るのを寧ろ愉しむ傾向がある。

本学会は、創始者高田忠敬先生の類をみない忍耐とご努力によって、今や世界的な journal を擁する一流学会であるが、創設の頃も森岡恭彦先生をはじめ、仰ぎ見る様な泰斗が相連なって会長を務められている。今、第 9 回担当者として一筆の余白を頂いてみると、弱冠非才が！と更めて思い返され、正に冷汗三斗である。門外漢の身を弁えず何故挙手したのか、記憶は朧ろであるが、背中を押して下さった故羽生富士夫、故三島好雄、岡本英三、小澤和恵先生ら諸先生のご理解と高田先生のご寛容に更めて深い感謝を捧げたい。

あの頃は肝移植の普及前で、臓器切除のための血管外科手技応用の工夫がまだ盛んだった頃なので、プログラム委員会のお許しを得て、大動物を用いた実験外科、臨床解剖、血管外科手技の応用等を盛り込んだ。血管処理が他領域の手技だなんて、今は誰も思わないが、この機会に、私が血管外科から本学会に流れ寄ってきた事情を簡述して第 9 回の思い出に替えたい。

1962 年に下大静脈膜様閉塞症に対する閉鎖膜の用指裂開と云う直達手術が開発された（故木村忠司先生）が、当初は、右心耳からの術者の示指の挿入は心臓外科班の丁寧な誘導によって行われていた。

故日笠頼則先生は、先々代故青柳安誠先生の戒めもあって、胸部外科、胆道外科を越えて末梢血管には決して踏み込まれなかったが、臓器に手を出したがる私に S-R シャントを手解きされたり、「肝葉切除も臓器外血管処理で山が越せるよ…」と、3 例ばかりの手術を学外で見せて下さった。昔見た先生の肺葉切除は、血管の剥離もそこそこに太短い指で捩じ切る様に遣っておられたが、まるで水滸伝の英雄豪傑の世界だな！と妙な感心をした。黎明期の心臓外科で苦労された所為か、あのとき肝静脈を剥離される様は伊賀者の忍び足であった。1982 年にご担当の外科学会では「他領域での血管外科手技の応用」も課題に取り上げられたが、当時は未だ、血管合併切除再建の症例報告が偶に journal に載る時代であった。

その頃縁あって、吉田修先生（泌尿器科）が腎移植、睾丸腫瘍の拡大廓清、腎癌腫瘍栓摘除、腎性高血圧症の腎動脈再建などに多数参加させて下さった。此処で、臓器癌の進展様式、臓器機能と病態生理の奥の深さを痛感し、血管外科は臓器外科の一手技に過ぎないと悟らされた。

小澤先生が 1984 年に登場され教室一面が肝切除になった。当初は切除率の向上を目標の一つにされたと憶う。当時は確か、根治的切除が王道であったが、切除不能の末期患者に数年以上の社会活動を与える意義を説かれた憶えがある。門脈腫瘍栓摘除も始めは半信半疑で随った。少し脱線するが、先生の拡大右葉切除で、硬く巻き込まれた下大静脈の合併切除人工血管置換のお手伝いをした。Surgery に投稿したが 1 年近く返事が無く焦って当時の Acta Chir Scand に電話して急遽載せて貰った。間も無く S 教授の下におられる方が小澤先生に遇って、「Ozawa の IVC 合併切除の査読が来てるが抑えておくから、自分らの症例を急いで纏めて出せ」と言われた。やっといま出して来た処だが先生のは何処に出てるか？と尋ねられた由。後に何処に出たかを報告された先生は「勝負はアメリカでするものだ！ Europian なんて、教室の努力を溝に捨てたも同然だ！」と怒鳴られた。あの時、いまのレベルの本学会誌があったなら、厳しい小澤先生も納得されたのではなかろうか。また、右胆管癌だったかの拡大右葉で門脈バイパスを作れと云われたことも思い出す。門脈左枝はとっくに切

除範囲に入っていたので、手馴れた筈の右外腸骨静脈片採取を、「おッそい」と歯噛みされながら、多分思い着きでＵポイントに繋いだかな。それから、bench surgery や biopump も教えて頂いた。先生の、今は懐かしいあの叱咤がなければ､愚昧な私に何かが出来る訳ではなく､血管外科の応用！なんて到底ホザけはしなかった。

私が言及する事ではないけれど、京都の肝移植の嚆矢は水本龍二先生のイヌによる部分肝移植の報告（JJS、1974）であるが、小澤先生が 1990 年に生体肝移植に成功されて、肝外科はかなり変わった。あの端緒に立ち会えた一人として思うのだが、倫理委員会立ち上げに至る風を学内外に呼び興すこと、事務局を通じて関連省庁、免疫学を含め関連各科各職階に亘り深い理解と厚い協力を取り付けること、内部では、肝胆・小児・血管から乳腺までの全スタッフ､それに大学院 4 学年全員を巻きこんではじめて大過無く「小澤の肝移植」は始まった。生体肝移植のあの成功は、小澤先生の手術室での初太刀の一閃だけでは無く、先生の企画力、周到無辺の気配り、敵味方なく引き入れる広い懐が無ければ、何年も何年も遅れたに違いない。

（第 9 回プログラムの実物は、表紙を含め全て独りで作成してくれた当時の長崎秀彰講師の提供である。今更ながら感謝する。）

会長挨拶

消化器外科は鮭力的な領域でありますが，このうち肝，胆道，膵の外科は，先達の営々とした御努力がもたらした豊かな稔りのためか，若い方々から昨今たいへんな人気を集めております．このことは，30 年，40 年と長い歳月をこの道ひと筋に歩んで来られた方々には量り難い感懐があろうかと推察されます．

これまでから肝胆膵外科には，若い力が不当に押さえこまれるような陋弊をきらう風土があり，更にまた技術集団や学会にありがちな，傍流や領域外に対する障壁に欠けるところがあります．これらが肝胆膵外科の今日の隆盛を招く要因のひとつとおもわれます．私は，血管外科から消化器外科へのアプローチの果てに，肝胆膵外科へ流れついた変わり種でありますが，理事長羽生富士夫先生，理事高田忠敬先生はじめ本学会創立に関わられた諸先生の広大な御度量に包まれて，光栄にもこのたびの開催を担うに至り，本学会の底知れぬ力を改めて実感した次第であります．

本学会では，主要題目から司会までが，プログラム委員会の熱心な討議を経て決定されます．今回も御覧の通り例年に劣らず興味深い演目，演題が 300 余題，綺羅星のように並んでおりますが，少し毛色のちがう処を 2，3 申し上げます．

外科医の話題のひとつに手術の巧拙がありますが，手術の評価は眼で見なければどうにもなりません．中山和道先生の手術をいまのうちにみておきたい，こんな要望がビデオシンポジウムとして取り上げられ，それに関連してビデオセッション：手術，intervention が要望演題に入りました．W-2 は肝胆膵外科に確実に根付いて久しいかにみえる血管外科手技について露骨な反省をもとめるものであります．感染，材料選択，長期開存など基本を見直す契機になることを期待しております．ところで実験外科は外科の進歩の大きな柱ですが，学会では余り大きく取り扱われない傾向があります．W-1 を契機に実験外科の扱いが変わることを期待しております．この意味で要望演題にも分子生物学，閉塞性黄疸の実験的研究を加えた次第です．

明日の進歩の胎動は常に要望演題, 一般演題の中にあることは疑いのないところであります．司会，コメンテーターを敢えて大家の先生方にお願いすることによってこのことを強調させていただきました．

また今回は，プログラム委員会に許されて海外から 4 名の演者を招きました．いづれも会員と親交のある方々です．この機会に各位の旧交を温められることをひそかに願っております．

準備の段階で, 何かと不行き届きがあったこと、存じます. 会期中も御不便をおかけすることが多々あるやに案じられます．会員諸先生の御寛容と御理解を乞うばかりです．

第 10 回日本肝胆膵外科学会学術集会

（平成 10 年 11 月 26、27 日　四日市　都ホテル）

第 10 回学術集会の思い出

第 10 回日本肝胆膵外科学会学術集会会長　川原田嘉文

本学会は平成元年（1989）に専門家を中心に外科フォーラムとして発足し、平成 5 年（1993）に学会に昇格し、これまでめざましい発展を遂げてきた。この間に、アジヤ HBPS の創設、学会の英文誌の発行、高度技能専門医制度の確立等々を成し遂げられた名誉創立者高田忠敬名誉教授に先ず敬意を表するとともに、第 30 回記念誌を準備される理事長山本雅一教授、宮崎勝、佐野圭二両委員長に心よりお祝いとお礼を申し述べたい。

私は第 10 回肝胆膵外科学会を平成 10 年（1998）11 月 26 日、27 日に三重県四日市市「都ホテル」にて開催した。学会の特徴は以下のようになる。i）学会の参加者：844 名。ii）教育フォーラム：尾状葉の解剖。iii）ランチョンセミナー：今までと異なり「ランチョンレクチャー」とし、二村教授（名大）、小俣教授（東大）、門田教授（阪大）の有名な先生方のご講演を賜った。iv）特別講演：その当時は、腹腔鏡下手術は主として胆摘であり、英国の Benjamin 教授に腹腔鏡下胆摘の講演を依頼したところ、その合併症としての Catastrophe（大惨事）と Tragedy（悲劇）を警告された。v）一般演題：コメンテーターをなくして、欧米式にフロアーの医師が自由にマイクロフォンの前に立つ自由討論とした。これは本邦では最初で最後であると思う。vi）ビデオシンポジウム：演者間では十分な討論が可能であった。翌日のランチョンで演者と会員の先生方で「Q & A 形式」で理解を更に深めたのが特徴であった。vii）会長講演：「肝門部胆管癌の外科的治療―肝内側枝に注目して」、私が考案した S4a + S5 肝切除（Taj Mahal 肝切除）を紹介した。本術式は 1999 年に J Gastrointest Surg（1999;3:369-73）に記載され、退職までに 9 例の手術を施行した。Taj Mahal 肝切除の利点と命名の訳：a）S4a + S5 肝切除の際、中肝静脈に沿って 5 ～ 6cm 肝を切り上げることで「見開き」本を開いた状態で視野が良好となり、細い肝内胆管と空腸との吻合が極めて容易になること、b）S4a + S5 肝切除の際に、胆嚢と S1（S1 + S9）を含めて一括に摘出する肝切除術式を考案するのに丸 22 年を要したことを、インドの王が Taj Mahal を完成させるのに 22 年間を要したことに絡めて、Taj Mahal と命名したのである。

今年（2016）、6 月タイのコンケン大学第 3 回国際フォーラムに参加し発表した際に、自験例の成績を調べたところ、25 例の胆管癌の 5 生率 38.6％、10 ～ 15 年生存率も 38.6％であり、15 年以上の生存 4 例中 2 例は、Taj Mahal + PD の 1 例 と Taj Mahal + PHRSD（膵頭切除兼十二指腸第 2 部切除）の 1 例であることが判明した。拡大手術のみならず、患者さんの QOL も考慮した縮小手術も有効である。

外科医は医学知識、人間性、外科的手技、臨床的研究、医学的英文等が要求される。し

図 1. 本学会の留学制度（International Observership）で留学した先生達と Traverso 教授、高田名誉教授を囲んで。

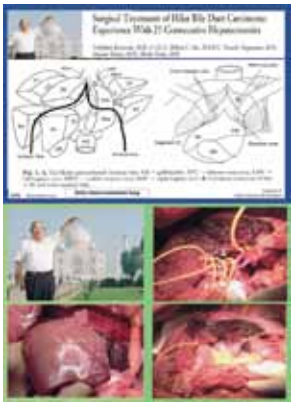


図 2. Taj Mahal 肝切除の術式とインドのタージ・マハルを訪問した時の記念写真（2008 年）

かしながら近年、沢山の共著者を入れた英語論文が散見される。少なくとも 4 ～ 5 名程度が理想的である。外科医はまず外科的治療の知識と自分自身の技術を常に磨くべきである。スポーツの中でも、相手がある場合は相手のミスにより勝利することもあるが、外科医はゴルフプレーヤーと全く同じである事を自覚して欲しい。最後に「何かを考え」「発想する心構え」の大切さをも HPBS の外科医に期待したい。

会長挨拶

日本肝胆膵外科学会がフォーラムから学会へと昇格してから，はや 5 年が経過しており，年々参加者や演題数も増加し，ますます盛会となってきております．この記念すべき第 10 回を三重の地で開催させて頂くことは私はもとより教室員一同にとりまして誠に光栄でありますとともに，私個人にとりましても感慨深い学会となるものと思います．

今回は従来の教育フォーラム，シンポジウム，パネルディスカッション，ビデオシンポジウム，ワークショップ，要望演題，一般演題という構成のみならず，今までのランチョンセミナーとは異なる“より教育的な”という意味合いを含んだランチョンレクチャーという催しを企画いたしました．また主題として「転移性肝癌の治療」，「肝内胆管癌をめぐって」，「閉塞性黄疸」などの典型的なものや，「肝胆膵における 3D image」，「腹腔鏡下手術」といった最近のトピックスを取り入れましたところ，皆様のご協力により 404 題の応募を頂き，一般演題等も含め最終的に 394 題を採用させていただきました．

さて今回の学会の特色としましては，“十分な質疑応答”をしていただくというところにあります．まず，今回は従来の学会においてのコメンテーターによる発言という形式をなくし，欧米の学会でのディスカッションのように，各演題に対して時間は短いものの，フロアーの先生方が次々とマイクロフォンの前に立ち，自由に質問して頂く形式としました．

さらに，今回の目玉の一つであるビデオシンポジウム「胆と膵の再建法」においては，演者間で十分にディスカッションをして頂く予定でありますが，フロアーの先生方には納得のいかない疑問点も多いものと思われます．そこでこれを解決して頂く目的で，翌日に同じ内容の“ランチョンビデオレクチャー Q & A”を設けました．演者の先生方は各分野のスペシャリストでありますので，その場でフロアーの先生方とともに十分に Q & A を行って頂きたいと思います．

最後に本学会の開催にあたり理事長，各理事，評議員の先生方，プログラム委員の諸先生方，ほか多数の会員の先生方に多大なるご指導，ご支援をいただきましたことを心よりお礼申し上げます．また，会員皆様の多数のご参加により，私の念願でもあります質疑応答の活発な学会となりますよう心から祈願いたしております．

第 11 回日本肝胆膵外科学会学術集会

（平成 11 年 5 月 19 ～ 21 日　徳島　ホテルクレメント徳島・ホテルグランドパレス徳島）

第 11 回日本肝胆膵外科学会の想い出

～日本肝胆膵外科関連会議・徳島の開催について～

第 11 回日本肝胆膵外科学会学術集会会長　田代　征記

第 11 回日本肝胆膵外科学会は第 28 回日本胆道外科研究会と第 26 回日本膵切研究会との画期的な第 1 回目の合同開催の肝胆膵外科関連会議となった。

日本胆道外科研究会は 1977 年に発足し、当番世話人が 2 つの主題を決めて、演題を募集し、1 つの主題ついて参加施設からのアンケート調査を行って、全国集計を行なって来た。1988 年から胆道癌の全国登録が開始され、1995 年までに 8,914 例が集計、分析された。もう 1 つの重要な仕事として「胆道癌取扱い規約」を手がけ、第 1 版が日本胆道癌研究会編として 1981 年 4 月に発行され、胆道癌登録分析の結果を参考にして改訂を重ね、1997 年 9 月に第 4 版が発行された。過去 20 余年の歴史を持ち、果した業績は大なるものでしたが、最近の重なる領域の学会、研究会が増し、当初は年 2 回開催でしたが、年 1 回開催にしても、参加者は年々減少していた。

日本肝胆膵外科学会は肝胆膵領域が細かく別々に分化していく中で、胆道癌に対する hepatopancreatoduodenectomy のように肝･胆･膵を同時に切除する術式が登場し、再び肝胆膵を統合する場を造りたいと云う主旨で、1989 年に創設された。時あたかも、世界でも国際胆道学会（IBA）と世界肝膵胆学会（HPBS）が合併して国際肝膵胆学会（IHPBA）を創ろうとする時期でもあり、good timing でもあった。

私が第 28 回日本胆道外科研究会の当番世話人となり、また第 11 回日本肝胆膵外科学会の会長にもなり、1999 年に 2 つの会を徳島で開催することが決定されたことが一つのきっかけとなり、合同開催したらどうかという意見が高田忠敬教授（肝胆膵外科学会事務局）と高崎健教授（胆道外科研究会事務局）から持ち上がった。そこで、両会の世話人、評議員の合同開催についてのアンケート調査をして、胆道研究会の常任世話人会と肝胆膵外科学会の理事会で討議を重ね、現在の状況では参加者を多数集めることは困難で、とりあえず、3 年間合同開催してみて、その結果で今後どうするかを決めることになった。合同開催については関連する研究会も含めたらという意見が持ち上がり、図らずも、第 26 回日本膵切研究会の当番会長は安田秀樹助教授（帝京大学）でしたので、その件を問合せたところ、膵切研究会の運営委員会で検討され、合同開催に参加することが決定された。その結果、第 11 回日本肝胆膵外科学会、第 28 回日本胆道外科研究会と第 26 回日本膵切研究会は合同で、日本肝胆膵外科関連会議・徳島として 1999 年 5 月 19 日（水）～ 21 日（金）に開催されることになった。合同開催ですが、プログラムは 1 冊として、当然シンポ、パネルなどの特別企画が多くなり 11 項目、98 題、ビデオセッション 23 題、一般演題 391 題、総演題数は 512 題となった。学会第 1 日は午後から合同開会式、記念講演会、記念コンサート、ウエルカムレセプション、ポスター展示を施行した。記念講演は TS1 の開発者である白坂哲彦博士に次世代の癌化学療法戦略― Self Rescuing Concept を目指して―の講演をお願いした。学会の原点は一般演題であり、すべてポスターとして、会場を 10 室用意した。各室に展示と討論のスペースを作り、討論のスペースには参加者に椅子を用意し、座長を 2 人置き、演者には主要なスライド 3 枚を使って発表後、討論 5 分とした。2 日間早朝 7：30 から 9：00 まで、午後 2 時から

写真 1．合同開会式での田代征記会長と安田秀樹会長の挨拶、**写真 2**．斉藤洋一日本肝胆膵外科学会理事長の挨拶
写真 3．TS1 開発者白坂哲彦博士の記念講演会「次世代の癌化学療法」、**写真 4**．パリー大学 Jacques Belghiti 教授

4時までの間に391題の発表・討論を施行したが、各室とも大変盛り上がって、活発な討論ができたとの評判でした。また、パリー大学のJacques Belghiti教授をお招きし、招待講演でなく、教育フォーラム「肝移植をめぐって」の演者、パネルディスカッション「各種血流遮断下の肝切除術の問題点」のパネリストとして発表してもらった。また、閉会式が済んだあと17：30～20：00までサテライトビデオシンポジウム『ビデオによる手術手技―肝・胆：膵』と名づけて、若手のアクチィブな6名の先生に肝胆膵の手術をビデオで発表してもらい、司会を二村雄次教授のもと、6名の辛口のコメンテータを置き、フロアーからも交え、hotな討論が行われた。J Belghiti教授にもシンポジストとコメンテータをお願いした。会場は満席で､討論は大変盛り上がって30分ほど延長した。

合同開催を3年間やってみて、2001年の仙台の評議員会で演題数、参加者も増し、活発になったし、他の研究会の役員会でも異議なく、継続が決定された。また、2006年の第18回の評議員会で関連会議の形態を8年間やってきたが、本来統合を目標としていたので、来年度から日本肝胆膵外科学会は日本胆道学会研究会と合併し、本学会の名称を「日本肝胆膵外科学会」とし、胆道外科研究会の事業（胆道癌登録・胆道癌取扱い規約）を継続しつつ組織統合することになり、胆道癌取扱い規約　第6班が2013年11月に日本肝胆膵外科学会編として発行された。日本膵切研究会は「縮小しても独自に行う」として独立の形をとることになった。しこうして、翌年の2007年今泉俊秀会長のもと、横浜で第19回日本肝胆膵学会･学術集会として単独開催され、以後現在に至っている。

会長挨拶

日本胆道外科研究会は1977年に発足し，当番世話人が2つの主題を決めて，演題を募集し，1つの主題について参加施設からアンケート調査を行って，全国集計を行って来ました。胆道癌に関しては1981年（杉浦），1989年（水本）にそれぞれ過去10年間の全国集計が行われ，1988年から胆道癌の全国登録が開始され，1995年までに8,914例が集計，分析されています。また，もう一つの重要な仕事として『胆道癌取扱い規約』を手がけ，第1版が1981年4月に発行され，胆道癌登録分析の結果を参考にして改訂を重ね，1997年9月に第4版が発行されました。現在，その英語版が造られており，近々発行の予定であります。過去20余年の歴史を待ち､果たした業績は大変なものであるが､最近は重なる領域の学会や研究会が増え，本研究会も当初は年2回開催されていたものを，年1回開催にしたにもかかわらず，参加者は年々減少してきています。日本肝胆膵外科学会は肝胆膵領域が細かく別々に分化していくなかで，胆道癌に対するhepatopancreatoduodenectomyのように肝・胆・膵を同時に切除する術式が登場し，再び肝胆膵を統合して討論する場を造りたいと云う主旨で，1989年に創設されました。時あたかも，世界でも国際胆道学会（IBA）と世界肝膵胆学会（HPBS）が合併して国際肝膵胆学会（IHPBA）を造ろうとする時期でもあり，good timingでもありました。私が第28回日本胆道外科研究会の当番世話人となり，またはからずも第11回日本肝胆膵外科学会の会長となり，1999年（平成11年）に両学会（研究会）を徳島で開催することが決まったことが，きっかけとなり，合同開催したらどうかという意見が持ち上がりました。それから，合同開催についてのアンケート調査をして，胆道外科研究会の常任世話人会や肝胆膵外科学会の理事会で討議を重ね，胆道外科研究会の名誉世話人の中から今までの実績を考慮し，独自の活動が出来なくなり，肝胆膵外科学会に合併吸収される恐れがあるとの意見がだされました。しかし､現在の状況では会員を多数集める事は困難で､とりあえず､3年間合同開催してみて､その結果で今後どうするかを考えようということになりました。合同開催については関連する学会（研究会）を含めたらということになり，日本膵切研究会の運営委員会で検討され，膵切研究会も合同開催に参加することが決定されました。第26回日本膵切研究会の当番会長は安田秀喜先生（帝京大学第1外科）であって，徳島で開催することを了承された。そこで，日本肝胆膵外科関連会議・徳島として1999年5月19日（水），20日（木），21日（金）に施行することになった次第であります。3学会（研究会）合同開催ということで，シンポジウム，パネルディスカッション，などの特別企画が多くなり11項目　98題，ビデオセッション　23題，一般演題は366題，胆道外科研究会主題演題　21題，膵切研究会主題演題　4題と総演題数は512題となりました。学会第1日は午後から学会登録，ポスター展示，合同開会式，記念講演会，記念コンサート，ウエルカムレセプションをすることにいたしました。学会第2､3日は多くの演題をこなすため､早朝7時30分からの開会となりました。学会の原点は一般演題での討論であり，すべてポスターとし，座長を2人置き，スライド3枚使って発表していただき，討論を5分とし十分行って貰うことにいたしました。また，パリー大学のBelghiti教授をお招きし，パネルディスカッション“各種肝血流遮断下の肝切除術の問題点”と教育フォーラム“肝移植をめぐって”に参加して貰うことになりました。また，閉会式が済んだあとにサテライトビデオシンポジウムを施行し，若手のアクティブな6名の先生方に肝胆膵の手術をビデオで発表してもらい，ベテランの6名の教授の先生方に厳しい質問やコメントをしてもらうことにしております。Belghiti教授にもこのサテライトシンポに参加してもらい，Right auxiliary liver transplantation for fulminant hepatitisのビデオを出して貰うことになっており活発な討論を期待しています。3学会（研究会）合同の日本肝胆膵外科関連会議ははじめての試みですが，これが成功し他の関連する学会（研究会）も参加してもらって，3年後も発展的に続けてもらえればよいと考えております。最後に本会議の開催にあたり，肝胆膵外科学会の理事長，理事，評議員，胆道外科研究会の議長，常任世話人，世話人，膵切研究会の全長，運営委員の諸先生方ほか多数の会員の先生方に多大なご指導，ご支援をいただき心よりお礼申しあげます。

第 12 回日本肝胆膵外科学会学術集会

（平成 12 年 5 月 17 ～ 19 日　名古屋　名古屋アリオットアソシアホテル）

第 12 回日本肝胆膵外科学会学術集会開催の想い出

第 12 回日本肝胆膵外科学会学術集会会長　真辺　忠夫

第 12 回日本肝胆膵外科学会は、2000 年 5 月 17 ～ 19 日に、第 29 回日本胆道外科研究会、第 27 回日本膵切研究会とともに日本肝胆膵外科関連会議として名古屋で開催いたしました。

当時の私は、名古屋市立大学教授に就任して 6 年目で、漸く教室の運営が軌道に乗った頃で、教室が一丸となって臨床、研究ともに私の専門分野である膵癌の病態治療に取り組んでいたこともあり、この学会を主催させていただくことを教室員とともに喜び、光栄に思っていました。

2000 年という記念すべき節目の年でもあり、21 世紀に向けた肝胆膵外科の方向性を模索出来ればとの思いが頭を掠め、いろいろと思案したのが思い出されます。

その当時、肝胆膵領域癌においては根治性を求めて拡大郭清手術へと向かう一方、機能温存を目的とした縮小手術も打ち出されており、外科医にとって少なからず戸惑いを感じていたのも事実でありました。

プログラムを組むにあたっては、当時行われていた最新の肝胆膵外科治療の総合的な評価をすることを第一に考えました。総合シンポジウムとして「肝胆膵外科における拡大手術と縮小手術の問題点」を取り上げ、さらに、「血行再建を伴う肝胆膵外科手術」、「肝門部胆管癌の手術」、「膵癌手術の術中照射療法」など肝胆膵領域の難治癌への挑戦の現状を熱く討論していただきました。また、招待講演として、アメリカの膵臓学会の重鎮で、私の旧くからの友人でもある UCLA の Howard A.Reber 教授をお招きし、アメリカにおける膵癌治療の現況について話していただきました。学会を通じて、21 世紀を担う若い肝胆膵外科医に刺激を与えたいという私の熱い思いは伝わったのではないかと思っています。

さて、この学会を名古屋で開催するについては、学会会場をどこにするかについて大変思案しました。2000 年頃の名古屋は、名古屋駅を中心とした都市開発の真っ只中で、本学会を引き受けた数年前から名古屋駅に JR セントラルタワーの建設が始まり、そこにマリオットアソシアホテルが出来ることが決まっていました。このツインタワーの駅ビルは名古屋では、今まであまり見たことのない高層ビルで、名古屋を俯瞰する如く高くそびえ、その美しい景観は 21 世紀に相応しく、名古屋人にとっては第 2 の名古屋城といってもいいような様相を呈していました。奇しくも学会開催の 1 年ほど前に、そのホテルのオープンの日が、この学会の開催日と同じ 5 月 17 日であることが分りました。当時はあまり気にも留めていなかったのですが、何と言う奇遇かホテル側からホテルのオープンに合せて学会を開催してはとの話が持ち上がりました。この話には本当に驚いたのですが、これは千載一遇のチャンスととらえ、学会参加者の交通の便も考え、話を進めることにしました。しかしながら、オープンの日が近づくにつれ、ホテル側もホテルのオープンの準備に追われ、本当に予定通り学会が開催できるのだろうかと心中穏やかではありませんでした。幸いなことに当日になり、ホテルのオープンの儀式とともに無事に学会を開催することが出来、胸を撫で下ろしたのも今となってはいい思い出になりました。

Howord A. Reber 教授

マリオネットアソシアホテル

会長挨拶

日本肝胆膵外科関連会議・名古屋は第 12 回日本肝胆膵外科学会、第 29 回日本胆道外科研究会、第 27 回日本膵切研究会の合同会議として名古屋において開催することになりました。

本会議は肝胆膵外科領域における各分野の専門性を生かしつつ総合的に討論する場として、昨年はじめて徳島において開催され、多くの成果を残しました。

今回、第 12 回日本肝胆膵外科学会を担当させていただくにあたり、合同会議をいかに飛躍発展させるかが大きなテーマであり、責任の重さを痛感いたしております。

2000 年という記念すべき節目の年でもあり 21 世紀に向けた肝胆膵外科の方向性を模索すべく、現在の行われている最新の肝胆膵外科治療の総合的な評価を念頭にプログラムを企画いたしました。

治療の難しい肝胆膵領域癌においては根治性を求めて拡大郭清手術へと向かう一方で、機能温存を目指した縮小手術の方向が打ち出されており、外科医にとっては少なからず戸惑いを感じることも事実であります。今回の総合シンポジウムをはじめ、シンポジウム、ビデオシンポジウム、パネルディスカッション、ワークショップでは、実績に基づいた治療成績の評価をもとに今後の方向性を示していただければと考えております。

本学会では、リサーチフォーラム―21 世紀における肝胆膵癌への挑戦―を企画し、治療の難しい肝胆膵癌への最新の研究への取り組みを紹介していただくことにしております。肝胆膵領域癌は、外科的治療の限界を超えたものが多く、21 世紀にはこれらに対するブレークスルーが期待されております。リサーチフォーラムを通して夢を語っていただければと思っております。

教育フォーラムでは、肝胆膵の局所解剖と手術手技をお示しいただき、理論的な手術の実際を教えていただくことになっております。

今回、海外から Howard A Reber 教授（UCLA、USA）をお招きし、米国における膵癌治療の現況について御講演を拝聴することになっております。

本会議を実りあるものとすべく、教室員、同門会一同、一丸となって取り組んでまいりました。

御参加の先生方の御協力により､成功裡に終わることを願っております｡宜しくお願い申し上げます。

第 13 回日本肝胆膵外科学会学術集会

（平成 13 年 6 月 21 ～ 23 日　仙台　仙台国際センター）

第 13 回肝胆膵外科学会を振り返って思う事

第 13 回日本肝胆膵外科学会学術集会会長　山内　英生

図 1 は本学会の Official Journal の最初の頁である。米国から Prof.Takei には、医療事故の講演を、ドイツから Prof. Saeger には肝胆膵外科の経験の講演をしていただいた。特別講演には肝､膵移植の現状を藤堂教授、黒田教授にお願いした。本学会の演題募集では EBM も考慮して抄録をお願いして約 800 の演題を頂いたが、教育フォーラムとして膵がん、肝がんのマイクロ波凝固壊死療法、急性膵炎、腹腔鏡下胆嚢摘出術、癌化学療法の EBM の講演を頂いた。シンポジウムには膵がん、胆道がんなどを取り上げ、その他ビデオ、パネルディスカッション、プレナリーセッション、ポスターなどで全ての演題を採用した。学会の思い出として、極めて成績の悪い膵がんの外科治療と医療事故に関して紹介したい。

Ⅰ．膵がんの外科治療

当時は多くの専門病院での膵がんの外科手術により、5 年、10 年生存例はまれであり、私は、20 世紀の膵がんの外科手術自体が正しい選択ではないのではという疑問を持たざるを得なかった。会長講演で申し上げたが、外国の専門医の報告でも、全体から見ると膵がんはほとんど助からず、何か大きな壁を越える新しいアイデアを要するという報告が多く見られた。私は当時 10 年間で 34 例の膵管がんの切除例を経験したが、r0-op は 16 例で 5 生は 1 例のみであった。21 世紀に入り、その後の 10 年間では、r0-op は 86 例、5 生 12 例、10 生 4 例であった（島村医師との personal communication）。

これは高性能の CT, MRI などによる小膵がんの発見と、Gemcitabin, TS1 などにより改善したと思われる。しかし、がんセンターの最近の統計では 1 年間の膵がん罹患患者のうちの致命率は 87,8％で最も悪性のがんに変わりはない。向後は Agus D. の The End of Illness のような予防医学の方向も肝要であると思われる。

Ⅱ．医療事故

1999 年米国での医療事故関連の死者は年間 44,000 ～ 98,000、交通事故死 43,458、乳がん死 43,297 であった。

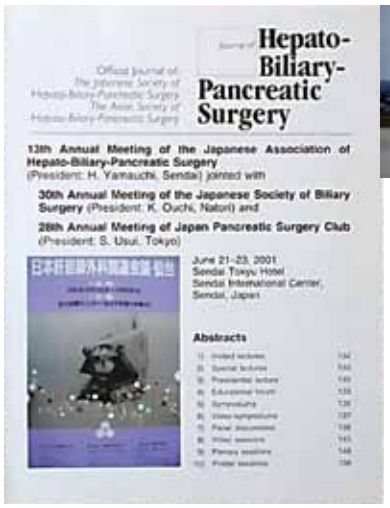


図 1　英文抄録

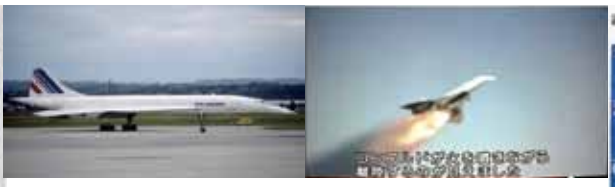


図 2　2000 年 7 月 5 日、ニューヨーク行きのコンコルド（写真）はシャルルドゴール空港離陸後、まもなく墜落、乗員 9 乗客 100 名死亡。以後フランスはコンコルドの生産を中止した。

図 3

Prof.Takei は院内の医療事故委員会に加えて院外の同等の立場にある人の評価（peer review）が必須であろうとされた。横浜市立大の事故（1999）以来、本学会の一年前、私は最終的な確認を様々な評論家が指摘していた航空機の厳しい確認操作を参考にしようとして、実際にブルーインパルスの教官の講義を院内で行った。しかし 2000 年 7 月 4 日インパルス 2 機が牡鹿半島に墜落、さらに 7 月 25 日コンコルドが墜落した（図 2）。以来人間による確認操作は最終的には破綻が生まれるものと認識させられ、2000 年にクリティカルパスの本格的導入に至った。仙台医療センターでの事故は減少したが、昨年（2015 年）暮れの読売新聞の記事（図 3）のように、大事故は依然として発生している。医療事故はまさにゲリラ戦であり、医療者特に管理者は細部にいたるまで注意を怠ってはならないと思われた。

会長挨拶

日本肝胆膵外科関連会議・仙台は日本肝胆膵外科学会、日本胆道外科研究会、日本膵切研究会の 1 学会 2 研究会の合同合議で本年は 3 年目となります。21 世紀を向かえての本合同会議が仙台市で開催でさることに対し、全会員、役員の皆様方に深甚なる感謝の意を表します。

わが国の外科医は 20 世紀に肝胆膵外科領域において多くのテクノロジーを開発して参りました。徳島、名古屋の本合同会議では最新の治療が広域にわたって紹介されました。現在すでに民主主義の大原則である情報公開が進んでおりますが、21 世紀に入り根拠に基づいた医療情報を正確に患者さんに伝え、より適格なインフォームドコンセントがなされつつあります。遺伝子工学などの新たな技術革新とともに、20 世紀に外科医が取得したサイエンスとアートの取捨選択が加速すると考えられます。私も 38 年間、肝胆膵外科に関係して参りましたが、この領域は最近の EBM の考え方からみると、必ずしもコンセンサスが得られていないところも多いと感じております。

そこで、本学会では EBM も念頭において頂きながら演題作成をお願い致しました。

招待講演として、ドイツでの肝胆膵外科の最先端を担っているドレスデン大学の H.D.Saeger 主任教授にドイツの現況を、また、米国の Y. Takei（Atlanta）教授には、米国と日本双方での豊富な経験から“Medical errors and peer review”のお話を頂くことになっております。移植のお話は藤堂教授と黒田教授にそれぞれ、肝移植と膵移植の特別講演としてお聞きすることにしております。シンポジウムやパネルデイスカッションにはそれぞれの学会の特色を生かしたつもりであります。

本学会はインターネットと抄録用紙による演題募集を行いましたが、約 800 題（抄録用紙によるものは 9 題のみ）という極めて多くの応募がございました。英文抄録も復活させ、Journal of HPB Surgery への集録を予定しております。元来、本学会では徹底した討論が特徴でありましたので、全ての演題を発表希望の部門で採用し、十分な討論を行いたいと考えましたが、シンポジウムなどへの応募が多過ぎて､全ての方々を希望発表部門で採用出来ませんでしたことをお許し頂きたいと思います。しかし､何とか最近の IT 技術のお陰でビデオセッション、ブレナリーセッション、ポスターセッションで全ての演題を採用いたました。ポスターセッションの討論では始めから討論の時間だけを設定いたしました。今回の学会は国立仙台病院、宮城県立がんセンター、東邦大学の 3 会長が十分に連携して行うものであります。最大の努力を重ねてまいりましたことに免じて至らない点はお許し頂きたいと思いまず。ご参加の先生方、何とぞよろしくお願い申し上げます。

第 14 回日本肝胆膵外科学会学術集会

（平成 14 年 4 月 25 ～ 29 日　東京　京王プラザホテル）

5th IHPBA と同時開催された第 14 回日本肝胆膵外科学会

第 14 回日本肝胆膵外科学会学術集会会長　高崎　　健

第 5 回世界肝胆膵外科学会（IHPBA）が高田忠敬先生を会長として 2000 年に我が国での開催が決定していたので、良い機会であるので第 14 回日本肝胆膵外科学会は IHPBA と同時開催とすることが理事会で承認された。具体的には日本肝胆膵外科学会として総会その他種々委員会などは行うが学術発表は全て IHBPS の中で行うということとなった。我が国の多くの学術発表を海外の医師に紹介するために意義があるばかりでなく日本の医師にとっては国際学会での発表の方が評価も高いという好都合もあった。IHPBA がアジアで初めて日本で開催されるについては高田、二村、幕内その他の先生方の大変な努力があったと伺っている。

当時は、消化器外科領域については内視鏡の発展に連れて日本が世界を牽引している状態になっていたが、肝胆膵外科領域では欧米に比較してまだ遅れていると欧米の医師は考えられていたと思う。一部の医師を除き、私を始め多くの日本の医師が海外の学会で発表を行った時に正しく評価されていないと感じていたのである。このような背景の中で我が国で世界的集会を開催し多くの日本人の発表が行われ、その学術的レベルは決して低くないことを知らしめ広く理解してもらうことができる良い機会と考えていた。

実際に多くの演題が発表されると、発表の内容とともに研究者の層の厚さに驚いたとの感想が欧米の指導的立場の医師から聞かれ、自国で開催することの意義を強く感じた。この意味で日本の肝胆膵外科にとっては歴史的転機となる機会であったと今も思っている。

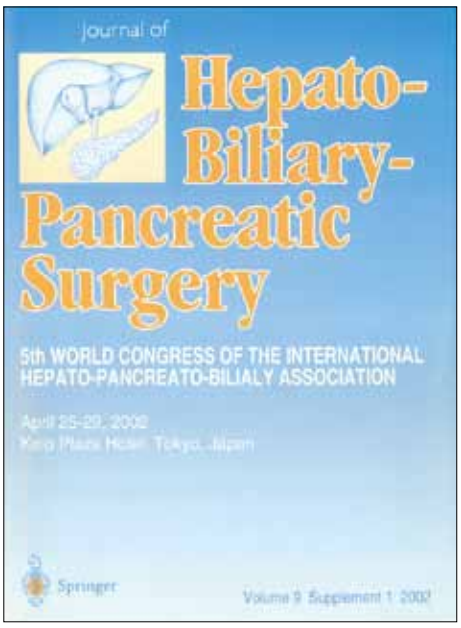
集会の名誉会長には故高円宮殿下をお向かえして日本学術会議の支援で行われ、開会式には高円宮殿下、妃殿下の御臨席をいただき主催者側として高田忠敬会長のほか日本学術会議より黒川　清先生が壇上で殿下をお迎えした。

IHBPS の内容に関しては他の方にお願いすることとしてここでは、高円宮殿下についてお話しして置きたい。開会式では殿下が Honorary President Address を流暢な英語でなさいましたが、このお話の内容は現在の医療環境、日々進歩してきている医学研究などかなり深い格調の高い内容で大変に感慨深く伺いました。事前にお願いのため赤坂御用地の高円宮邸に伺いましたが、その時には気楽に対応していただき、ごく簡単に学会の内容についてご説明しただけでしたが殿下ご自身で原稿を作られたと伺い日本の皇族のあり様を再認識させられました。さらに開会式に引き続いた懇親の場では多くの海外から来られた方々に対して気軽に対応され、それぞれの方に合わせて豊富な話題で会話され、海外からの医師は大変に感激していた。式が終了後少人数でお礼を兼ねた会食の席を設け、その席上でもいろいろのお話を聞かせていただきました。

実は殿下には以前に第 30 回国際外科学会世界総会を京都で開催した時にも名誉会長をお引き受けいただき、出席の会員特に海外からの参加者、そして集会そのものに緊張感が加わったことを感じ我が国の皇族の制度の意義を認識していた。その時に私どもは、日本の皇族に対する対応を知らない海外の方が皇族に対して妙な行動を起こさなければ良いがと心配があったがそれは全く思い過ごしであり、皇室の方の立ち振る舞いは皇族が存在しない海外からの方々も自然に敬意の念を持たれるようであった。

殿下にお礼を申し上げた時、これは日本の皇族の役割であり、国民の皆さんが我々を良いように使って下されば良いのです、とのお話をいただきました。高田先生も大変に感激されておられました。この殿下がその数年後に急逝された時には高田先生は大変な衝撃を受けられ海外の IHPBA のメンバーの方々にメールでこの訃報を発信され、これに対し高円宮殿下ファンとなっていた多くの会員からは悲しみのメールが届いたとのことでした。

第5回日本肝胆膵外科学会


Journal of
Hepato-
Biliary-
Pancreatic
Surgery
5th WORLD CONGRESS OF THE INTERNATIONAL
HEPATO-PANCREATO-BILIALY ASSOCIATION
April 25-29, 2002
Keio Plaza Hotel, Tokyo, Japan
Springer
Volume 9 Supplement 1 2002

第 15 回日本肝胆膵外科学会学術集会

（平成 15 年 5 月 14 ～ 16 日　金沢　ホテル日航金沢）

第 15 回日本肝胆膵外科学会開催にあたって

第 15 回日本肝胆膵外科学会学術集会会長　永川　宅和

第 15 回日本肝胆膵外科学会は、平成 15 年 14, 15, 16 日の 3 日間金沢市、ホテル日航金沢にて開催しました。

本会は、第 32 回日本胆道外科研究会（会長、高島茂樹金沢医科大学教授）、第 30 回日本膵切研究会（会長、塚田一博富山医科薬科大学教授）とともに、日本肝胆膵外科関連会議として同時に開催しました。合同会議が、徳島、名古屋、仙台と 3 年にわたって開かれ、その成果として大なるものがあったことから、平成 15 年度でも同時に開催することにしました。

当時、我が国の肝胆膵外科は世界に先駆けるような多くの業績を残しておりましたが、良性、悪性疾患ともに国民のコンセンサスが得られる医療を目指すには多くの討論すべき問題点を内蔵しておりました。学会は、肝胆膵外科の「再考と再生を求めて」をキャッチフレーズとして、以下に示す盛り沢山のシンポジウムやパネルデイスカッションを企画して行なわれました。

パネルデイスカッション

①肝予備能の再評価、②しょう膜非露出進行胆嚢癌の外科治療、③膵癌外科治療における補助療法

シンポジウム

①肝細胞癌に対する肝移植の適応、②転移性肝腫瘍に対する ablation 治療、③肝内胆管癌の肝門部浸潤と肝門部胆管癌の鑑別と治療方針、④胆嚢・胆管癌手術における切離断端の臨床的評価、⑤腹腔鏡下胆嚢摘出術と再手術、⑥非拡張型膵管胆道合流異常症の長期予後、⑦胆道癌のリンパ節郭清を再考する、⑧膵切除術後の合併症と対策、⑨膵癌のリンパ節郭清を再考する、⑩膵癌膵後方浸潤の評価法と治療

ビデオシンポジウム、パネルデイスカッション

①肝静脈再建の適応とその手技、②鏡視下肝切除の適応と工夫、③上腸間膜動脈脈周囲の郭清

ワークショップ

①胆膵疾患外科治療における高次元画像装置の有用性

①	②
③	④
	⑤

①懇親会における能楽（左上）
②３人の会長による開会挨拶（右上）
③懇親会風景（右中）
④学会第一会場（左中）
⑤国際シンポジウム、米、スウェーデン、仏、台湾、韓国より討論者を招いた。（左下）

ビデオセッション
①肝門部空腸吻合、②膵縮小手術、③胆道癌の拡大手術
要望演題
①術前門脈枝塞栓術の功罪、②急性膵炎におけるタイミング、③膵頭切除術における十二指腸温存法の功罪

あわせて、私の開発した拡大膵臓癌手術の成績を「膵臓癌との戦い 30 年」と題して報告しました。さらに、特別企画として、欧米やアジアの外科医を集めて、本邦における肝癌、胆道癌、膵臓癌の各取り扱い規約の問題を英語で討議する国際シンポジウムの機会を持ちました。さらに、胆道外科研究会や膵切研究会では、全員参加のシンポジウムを企画し、どの世代の医師も自由に参加出来るようにしました。もう一つ、「看護師と肝胆膵外科医との対話」と題する対話集会を設け、めまぐるしく変わる肝胆膵手術について看護師との連携を深めようとしました。

おかげで、応募演題数も 800 題に達するほどになり、目標の 1,500 人を超える参加者を得て、盛大なものになったと思います。なかでも、肝胆膵癌の治療法の確立を目指し、これまでの治療法を考え直して、新しいものを探してみようとしましたが、ある程度その目的は達せられたのではないかと思います。

また、この会議を通じて、本邦の肝胆膵外科の情報が少しでも世界に発信できたものと信じています。

会長挨拶

この度、「日本肝胆膵外科関連会議・金沢」を平成 15 年 5 月 14 日（水曜日）、15 日（木曜日）16 日（金曜日）に金沢市で開催させていただくことになり誠に光栄に存じます。

本会は第 15 回日本肝胆膵外科学会、第 32 回日本胆道外科研究会、第 30 回日本膵切研究会の 1 学会・2 研究会を同時に開催するものであります。合同開催が徳島、名古屋、仙台と 3 年にわたって開かれ、その成果として大なるものがあったことから、平成 15 年度でも金沢で同時に開催されることになりました。日本肝胆膵外科学会は 15 年前に肝胆膵外科を志す者のフォーラムとして始まり、それが大きく発達して現在では学会となり現在会員数は 2400 名を超え、全会員の 65%に相当する 1500 名以上の肝胆膵外科の専門医が年に一回一同に会する大きな学術集会となりました。このような環境のもと、わが国は肝胆膵外科領域において世界に先駆けるような多くの業績を残しております。しかし、いまだ良性、悪性疾患ともに国民のコンセンサスが得られる医療を目指すには多くの討論すべき問題点を内蔵しております。

今回は、肝胆膵外科の「再考と再生を求めて」をキャッチフレーズとして、盛り沢山のシンポジウムやパネルディスカッションなどを企画しましたが、何よりも肝胆膵癌の治療法の克服を目指し、これまでの治療法を考え直してそこから新しいものを探してみようとするものであります。さらに特別企画として、とくに欧米やアジアの人々を集めて、本邦における肝癌、胆道癌、膵癌の各取り扱い規約の問題を討議し、合わせて 21 世紀における肝胆膵外科手術のあり方を討議したいと考えております。さらに胆道外科研究会や膵切研究会では、それぞれアンケート調査を行ったものを基に同じテーマで全員参加のシンポジウムを企画し、どの世代の医師も自由に参加できるようにしています。さらに、「看護師と肝胆膵外科医との対話」と題する対話集会を設け、看護師との連携を深めたいと思っております。おかげで、応募演題数も 800 題に達する程になりました。

この会議を通じて、本邦の肝胆膵外科の情報が世界に広く発信できれば幸いです。今後もこれらの学会、研究会の合同開催が継続することは間違いなく、国民の医療の向上に貢献することは本関連会議の責務と考えています。

第 16 回日本肝胆膵外科学会学術集会

（平成 16 年 5 月 13、14 日　大阪　大阪国際会議場）

第 16 回日本肝胆膵外科学会学術集会の思いで

第 16 回日本肝胆膵外科学会学術集会会長　大柳　治正

平成 16 年 5 月 13 日（木）と 14 日（金）に第 16 回学術集会を、高田忠敬理事長はじめ関係各位のご好意により、開催させていただいた。第 33 回胆道外科研究会（当番会長：角田　司　川崎医科大学教授）と第 31 回日本膵切研究会（当番会長：岡正朗　山口大学教授）との合同で日本肝胆膵外科関連会議・大阪として大阪国際会議場で行った。

本領域の治療法を国民全体のコンセンサスとするために､学術集会のメインテーマを“エビデンスを求めて”に設定した。メインテーマに沿ったそれぞれの企画を検討する中で、特に思い出深いのは、2 日間でしかも合同会議ということで、肝胆膵外科学術集会が使える時間が限られており、多くの要望に応えきれないジレンマと、適切な司会者と発表者のスケジュールを合致させることの複雑性であった。学術集会前日の夕方サテライト国際シンポジウムとして Challenge to Pancreatic Cancer のタイトル下に上野市民病院の川原田　嘉文先生と国立仙台病院の山内英生先生にご司会を願い、シンポジストとして日本側から済生会野江病院の今村正之先生、名古屋大学の二村雄二先生を、アメリカからワシントン大学の Prof Steven M Strasberg、イギリスからエジンバラ大学の Prof.Kenneth CH Fearon、韓国から国立ソウル大学の Prof Kim Sun Whe、台湾から Prof. Chen Min-Fu と大家を揃えながら、会期外で行わざるを得なかった。またサテライト教育シンポジウム：他科に学ぶ診断と治療法も、ご司会を東京大学の幕内雅俊にお願いし、近畿大学消化器内科の工藤正俊教授、神戸大学外科の具英成教授、大阪市立大学放射線科の中村健司助教授に講演していただきながら 18：15-20：30 の夕方となり、皆様にご不便をお掛けしたことを心苦しく思っている。会期中にもシンポジウムとして“膵頭十二指腸切除時における感染対策”や“術中胆道損傷の現状と治療成績”、パネルディスカッションとして、“PTPE のエビデンスについて”、“術前減黄術のエビデンスについて”、他に 5 題のビデオシンポジウム、6 題のワークショップ、2 題のリサーチフォーラム、14 題のプレナリーセッション、ビデオセッションなどを企画し、学会の重鎮がそれぞれの座長を務めて下さり、議論を盛り上がり、目的とした成果が得られた。ただ本学術集会であまり議論されてこなかった代謝栄養の分野で、小生が大きな期待を持って招待した“膵癌治療成績向上を目指しての栄養療法、特に n-3 系多価不飽和脂肪酸の役割”を世界の第一人者 Kenneth CH Fearon にお願いしたが、彼の講演には空席が目立ち、小生の話題設定のまずさを恥じるとともに、親友 Fearon にも申し訳なく思っている。

合同のプログラム委員会いわゆる会長招宴は、近大本部の好意で近大色を前面に出させてもらった。宴会前の近畿大学が誇る学生吹奏楽団による演奏に続き、近大鮪の解体ショウーを行い、招待者全員に満足願える量を提供することができた。

学術集会は成功裡に終了出来たと自負しているが、全ての会員の皆様に感謝申し上げます。また小生が附属病院の病院長で多忙故、学会準備、運営を行ってくれた竹山宣典准教授（現、近畿大学外科学主任教授 , 兼副病院長）以下医局員に心からお礼申し上げたい。

会長挨拶

この度、平成 16 年 5 月 13 日（木曜日）、14 日（金曜日）の日程で第 16 回日本肝胆膵外科学会を大阪市の大阪国際会議場で開催させていただくこととなりました。本学会は、4 年前から日本胆道外科研究会、日本膵切研究会の 2 つの研究会と合同で開催されており、今年度は第 16 回日本肝胆膵外科学会、第 33 回日本胆道外科研究会、第 31 回日本膵切研究会が合同して『日本肝胆膵外科関連会議・大阪』として開催させていただきます。

本学会は 1,500 名以上の肝胆膵外科の専門医が年に 1 回一堂に会する大きな学術集会であります。肝胆膵外科領域において我が国は世界に先駆ける多くの業績を残してまいりましたが、いまだ良性、悪性疾患ともに治療成績は満足すべき域に達しておらず、国民のコンセンサスが得られる医療を目指すには多くの問題点を内蔵しています。特に、肝胆膵領域の外科治療では手術侵襲が大きく、手術法・手術手技と共に、周術期管理技術にも多くの議論すべき問題点が残されており、近年は Evidence-based Medicine の概念が重要視されています。本領域においても、経験や伝統に基づいて行われていた手技や処置の妥当性を客観的に再評価することが求められております。

そこで本学術会議ではメインテーマとして［エビデンスを求めて］を掲げ、プログラムを組ませていただきました。まず、「系統的肝切除の妥当性と根拠」「急性胆道炎のガイドライン」「膵頭十二指腸切除における感染対策」「術中胆道損傷の現状と治療成績」をシンポジウムのテーマとして、各領域におけるエキスパートに現時点における方針を討議していただきます。パネルディスカッションでは「PTPE のエビデンス」「術前減黄術のエビデンス」をテーマとして術前処置の意義について討議していただきます。また、「ビデオシンポジウムのテーマは「胆道外科における胆道再建の工夫」「肝切除の工夫」「膵頭十二指腸切除における再建術式の工夫」となっており、手術手技上の工夫を発表していただきます。ワークショップでは、「肝胆膵疾患の遺伝子解析と臨床応用」「転移性肝癌に対する外科的治療の適応と成績」「慢性膵炎治療における手術療法の役割」「肝胆膵外科領域における周術期栄養療法の工夫」「IPMT に対する縮小手術の適応と成績」「膵癌症例における予後規定因子とは」を、リサーチフォーラムでは「肝膵再生研究の up to date」「分子生物学からみた肝胆膵癌の診断と治療」をテーマとして、各主題に関する十分な論議が尽くされるものと期待されます。さらに、米国ワシントン大学から Steven Strasberg 教授をお招きし、招待講演「肝腫瘍診断における FDG-PET の役割」を予定しております。

本学会では、学会前日 5 月 12 日夕にサテライトシンポジウムとして、「膵癌への挑戦」を主題とした国際シンポジウムを開催いたします。上野総合市民病院川原田嘉文先生と国立仙台病院山内英生先生の御司会の下に、招待講演をお願いした Strasberg 教授に加え、英国エジンバラ大学 Kenneth Fearon 教授、台湾長庚大学陳敏夫教授、韓国ソウル国立大学 Sun-Whe Kim 教授をお招きし、国内の膵癌治療の権威である京都大学今村正之教授、名古屋大学二村雄次教授と共に、膵癌治療の最先端の成績と治療方針に関する討議が行われます。また、学会第 1 日、5 月 13 日夕には、「肝臓癌における外科の役割」と題して教育フォーラムを開催いたします。肝臓外科の権威である東京大学幕内雅敏教授の司会のもとに、内科、放射線科、外科で肝癌治療の最先端を担っておられる演者による講演と討論を予定しています。

約 615 演題の御応募をいただき、2 日間の会期中に十分な討論時間をとりながら消化できるプログラムの作成をこころがけました。そのため、会長講演は本会の機関紙に Congress Presidential Address として投稿することとし、本会での発表は省かせていただきます。

本学会は、この肝胆膵外科の統合学会を実り多い学術集会とし、21 世紀の土台づくりとなるべく努力をいたす所存です。多数の御参加と活発な御討議を期待いたします。

第 17 回日本肝胆膵外科学会学術集会

（平成 17 年 6 月 9、10 日　横浜　パシフィコ横浜センター）

第 17 回日本肝胆膵外科学会学術集会を担当して

第 17 回日本肝胆膵外科学会学術集会会長　嶋田　　紘

日本肝胆膵外科学会創立 30 周年を祝して第 17 回の当番会長の思い出を寄稿したい。

肝胆膵フオーラムから数えて 17 年目の平成 17 年 6 月 9 日、10 日の 2 日間にわたって日本肝胆膵外科関連会議・横浜としてパシフイコ横浜会議センターで行われた。当時はまだ日本胆道外科研究会（34 回、吉川達也会長）と日本膵切研究会（32 回、今泉俊秀会長）との同時開催であった（写真）。

会員数が 2400 名を越え，法人化、専門医制度が議論され始める頃であった。屋上屋をなすと揶揄された本学会の専門医制度立ち上げのための ECM（執行委員会）であったが、委員長を命じられた小生は激論のためしばしば立ち往生したことを覚えている。機関紙 JHBPS もようやく Impact Factor の掲載が許された。マニヤックな？日本肝胆膵外科学会が大きく発展する時期であったことを実感した。その勢いもあり演題の応募数は当時では大変に多い約 800 台を頂いた。

当時、医療の趨勢はすべて「Evidence Based Medicine」のもと種々の疾患のガイドラインが作成出版されていた。日々、進歩する医学・医療の進歩をガイドラインが俯瞰するには頻繁な改訂が必要であり、私はその効果には懐疑的であった。しかし実際は診療内容の標準を底上げし普及するには有意義であったと思っている。当時はその心配もあり学会のテーマを「Originality in Globar Standard」とした。

特別講演には Prof.M.Charton（メイヨークリニック）肝移植後 C 型肝炎対策、Prof C Iacobizio-Donahue（ジョンホプキンス大）膵がんの分子生物学における最近の進歩、Prof. WR Jarnagin（メモリアル、スローンキャタリングセンター）肝門部胆管がんの治療、を新進気鋭の研究者として招聘した。今ではそれぞれが大御所となっていることは大変に感慨深い。その他、教育的、Controvercial、先端的セッションを企画したがどれも今でも通用するものと自画自賛している。

学会賞のほかにポスター発表部門から司会者に評価してもらい会長賞を設け、全員懇親会時に表彰させて頂いた。今もこの形式が続いているようで？うれしく思っている。

自分の会長講演を含めて講演や発表の評判に関してはなかなか情報が得られなかったと覚えている。しかし会期中行った遊覧船貸し切り（クルージング）による拡大プログラム委員会は大御所も若手も隔てなく大いに楽しんで頂いた。学術交流における親睦会の意味を実感したときであった。

当時の協賛会社は快く支援して頂いたことにより、学会の決算はプラスに終わった。その余剰分を学会に寄付させて頂いた。学会の役員としてこのような事を慣例化してもらうよう期待していたが種々の理由でそれ以降はないという。いささかほろ苦い思い出として残っている。

しかし、今日の本学界の隆盛をみる時、横浜の学術集会開催も微力ながら学会の発展に尽くしたのではないかと思っている。

目標であるの世界をリードする学会を目指して今後も発展続けることを願っている。

会長挨拶

この度は、私どもの教室が平成 17 年 6 月 9 日、10 日の 2 日間にわたって第 17 回日本肝胆膵外科学会を主催させて頂くこととなり、大変光栄に思っております。また、本学会の演題募集に当たりましては、749 題もの応募を頂き会員の皆様に厚く御礼申し上げます。

6 年前より日本胆道外科研究会（第 34 回）と日本膵切研究会（第 32 回）と同時開催しておりますが、今回も日本肝胆膵外科関連会議・横浜として開催をさせて頂きます。

日本肝胆膵外科学会は、「胆道の会」の幹部会員が肝胆膵外科を志す若者のために、肝胆膵外科フォーラムを立ち上げたことに始まります。いまや会員数 2400 名を超え、英文機関誌 JHPB Surgery も Impact　Factor の掲載が許可され、専門医制度の設置と法人化を検討する学会として大きく成長しました。

私もこの学会の発展の中で、成長させて頂いたこともあり、心を込めて準備いたしております。

最近の医療は EBM（Evidence Based Medicine）を基本のもとに、肝癌、胆道、膵疾患など種々の疾患の診療ガイドラインが策定され、診療の標準化がなされております。確立された診療に対しては標準化も必要ですが、そのために独創性が無視されては進歩が見られないことになります。その意をこめて本学会のメインテーマを“originality in global standard”としました。

特別講演には Prof. M. Charlton（メイヨークリニック）肝移植後 C 型肝炎再発防止対策、Prof. C Iacobuzio-Donahue（ジョンホプキンス大）膵癌の分子生物学における最近の進歩、Prof. WR Jarnagin（メモリアル、スローンキャタリングセンター）肝門部胆管癌の治療、の新進気鋭の 3 名をお呼びしました。

プログラムのうち、教育的内容としては「ここまで向上した化学療法」、「IPMT ガイドライン」、「膵癌治療ガイドライン」、「定型的肝切除」など、controversial な内容として「Vv3、Vp3, 4 肝癌の治療」、「総胆管結石の治療」、「生体肝移植後 BC 型肝炎対策」、「膵癌肝転移防止」など、先端的内容としては「移植後肝不全」、「H3 肝転移の治療法」、「外科医が求める術前画像診断」、「肝胆膵の translational research」などを企画しました。

これら特別セッションが出来るだけ同じ時間に行われないように口演発表数を制限させて頂きました。評議員の先生に一般演題からプレナリーセッションを選んで頂き、それ以外はポスターとして午前中から掲示し、午後に発表して頂くよう計画しましたので、そのときに十分に討論してください。

尚、学会賞とは別にポスター発表の移植、肝、胆、膵で各二題ずつ優秀賞を選び全員懇親会に会長賞として表彰させて頂く予定です。

第一日目の夜には、その全員懇談会を行いますので、横浜の夜を十分楽しんでください。6 月始めの横浜は、みなとみらいの近代都市の外に山下公園、山手、中華街、三渓園などの散策には大変良い季節ですので是非お立ち寄り下さい。

ご期待に応えるよう万全の準備をしております。多くの会員のご参加をお待ちしております。

第 18 回日本肝胆膵外科学会学術集会

（平成 18 年 5 月 10 ～ 12 日　東京　ホテルニューオータニ東京）

第 18 回日本肝胆膵外科学会報告

第 18 回日本肝胆膵外科学会学術集会会長　炭山　嘉伸

第 18 回日本肝胆膵外科学会は、第 35 回日本胆道外科研究会（会長　草野満夫　昭和大学一般・消化器外科）、第 33 回日本膵切研究会（会長　青木達哉　東京医科大学外科学教室第三講座）と同時開催（写真 1、2）の形で、平成 18 年（2006 年）5 月 10 日（水）より 12 日までの 3 日間にわたり第 18 回日本肝胆膵外科関連会議・東京としてホテルニューオータニ東京にて開催致しました。演題募集に当たりましては、788 題という多くの演題応募を頂きました。

本学会ではメインテーマを「真の専門医を目指して」とし、5 シンポジウム、4 ビデオシンポジウム、2 パネルディスカッション、4 ワークショップを企画致しました。これら主題は Scientific Committee Meeting にてご検討頂き選択されている点がそれまでと最も異なっておりました。特別企画としては「肝胆膵外科専門医制度を目指した初期教育　肝胆膵外科専門医制度をどうするか？」を企画し、シンポジウムでは「肝葉切除が出来るようになるまでの教育と実践」「肝門部胆管癌；局所解剖と術式選択」「肝移植実施までの ABC」と、教育的内容を多数取り上げました。他にパネルディスカッションとして肝胆膵各領域の診断・治療・処置に難渋した症例を呈示した「この症例をどうするか？」を企画し、アンサーパットを用いて討議に全員が参加して頂けるように致しました。招請講演としては、Prof. John M. Howard（Department of Surgery, Medical College of Ohio, U.S.A.）による“History of Pancreatic Surgery”というテーマでのご講演をはじめ、Prof. Jacques Belghiti（Department of Digestive Surgery, Hospital Beaujon, France）、Prof. Kim Sun-Whe（Department of Surgery, Seoul National University, College of Medicine, Korea）、Dr. Robert Padbury（Division of Surgical & Specialty Services, Flinders Medical Center, Flinders University, Australia）の計 4 名をお招き致しました。また、特別講演としては、当時の阪神タイガースシニアディレクターである星野仙一氏による「前へ」というタイトルでのご講演をいただきました。管理者、指導者としてのご苦労を交え、参加者に感銘を与えたご講演でした。

今回も、一般演題は全てポスター発表としましたが、その中より学術委員会にて 5 題のみを最優秀演題として選定し、プレナリーセッションとしてご口演頂きました。この最優秀演題 5 題と、ポスター発表の中で各座長により肝胆膵各領域の優秀演題として選定して頂きました 9 題の計 14 題を会長賞として表彰させて頂きま

写真 1

写真 2

した。

現在の専門医制度が、混とんとしている中、本学会がどの位置におさまるのか、たいへん注目すべき問題ですが､メインテーマを「真の専門医を目指して」とした第 18 回学会総会が成功裡に終わったと自負できたのも、ご指導をいただいた皆様のおかげです。改めて、ここに御礼申し上げます。

会長挨拶

この度、第 18 回日本肝胆膵外科学会学術集会を主催させて頂くこととなり、大変に光栄に存じます。今回は、第 35 回日本胆道外科研究会、第 33 回日本膵切研究会との同時開催である第 18 回日本肝胆膵外科関連会議・東京として、平成 18 年（2006 年）5 月 10 日（水）より 12 日までの 3 日間にわたりホテルニューオータニ東京にて開催させて頂きます。本学会の演題募集に当たりましては、788 題という多くの演題応募を頂き、会員の皆様に心より御礼申し上げます。

本学会は肝胆膵外科に関する総合的学術研究の向上発展及び知識の普及、国際関連学会との交流を図ることを目的としており、1993 年より発刊された本学会の英文機関誌 Journal of Hepatobiliary Pancreatic Surgery（J HBP Surg）は 2004 年には Impact Factor の掲載が許可されることになりました。また、日本胆道外科研究会、日本膵切研究会との同時開催である日本肝胆膵外科関連会議は肝胆膵領域における外科の臨床及び研究の発表・討論の場として毎回活発な討議がなされており、世界をリードしている本邦の肝胆膵外科手術成績の更なる発展向上に寄与しています。

現在、我が国の医療を取り巻く社会環境は大きく変化し、卒後教育や専門医制度の構築が求められております。本学会においても、高田理事長が肝胆膵外科に関する高度な技術・知識を正しく判断できる真の専門医制度を作るために、熱意を注いでおられます。そこで、今回は学会のメインテーマを「真の専門医を目指して」とし、特別企画として「肝胆膵外科専門医制度を目指した初期教育　肝胆膵外科専門医制度をどうするか？」を企画致しました。また、シンポジウムでも「肝葉切除が出来るようになるまでの教育と実践」「肝門部胆管癌；局所解剖と術式選択」「肝移植実施までの ABC」と、教育的内容を多数取り上げ、若き肝胆膵外科医の実地臨床及び指導医の教育に役立つ企画となることを期待しています。他にパネルディスカッションとして肝胆膵各領域の診断・治療・処置に難渋した症例を呈示した「この症例をどうするか？」を企画し、アンサーパットを用いて討議に全員が参加して頂けるように致しました。招請講演としては、Prof. John M. Howard（Department of Surgery, Medical College of Ohio, U.S.A.）による“History of Pancreatic Surgery”というテーマでのご講演をはじめ、Prof. Jacques Belghiti（Department of Digestive Surgery, Hospital Beaujon, France）、Prof. Kim SunWhe（Department of Surgery、Seoul National University, College of Medicine, Korea）、Dr. Robert Padbury（Division of Surgical & Specialty Services, Flinders Medical Center, Flinders University, Australia）の計 4 名をお招きし、肝胆膵各領域におけるご講演をお聞きすることになっております。また、特別講演としては、阪神タイガースシニアディレクターである星野仙一氏による「前へ」というタイトルでのご講演を予定しておりますのでどうぞご期待下さい。

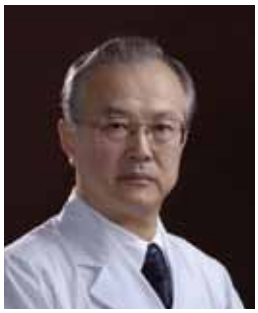
今回は、一般演題は全てポスター発表としましたが、500 題を超える一般演題より学術委員会にて 5 題のみを最優秀演題として選定し、プレナリーセッションとしてご口演頂きます。この最優秀演題 5 題と、ポスター発表の中で各座長により肝胆膵各領域の優秀演題として選定して頂きました 9 題の計 14 題を会長賞として表彰させて頂く予定です。

教室員一同力を合わせ、本学術集会が有意義なものになるよう万全の準備をしてお待ちしております。皆様におかれましては、多数のご参加をいただき、臨床・研究の一助になれば幸いです。

第 19 回日本肝胆膵外科学会学術集会

（平成 19 年 6 月 6 ～ 8 日　横浜　パシフィコ横浜）

第 19 回日本肝胆膵外科学会・学術集会を主催して



第 19 回日本肝胆膵外科学会学術集会会長　今泉　俊秀

日本肝胆膵外科学会の創設 30 周年を迎え、衷心よりお祝い申し上げます。

本学会は平成の発足と共に創設され、当時の「肝胆膵外科フォーラム」から今や世界をリードする学会に発展し続けていることは、大きな喜びである。高田忠敬先生を始め多くの先人方や学会役員の並々ならぬご努力があった事は誰しもが認めるところである。

私は「肝胆膵外科フォーラム」の時から参加させて頂いており、東京女子医大時代には恩師羽生富士夫先生が第 5 回を主催しており、平成 19（2007）年に東海大学としては初めて主催させていただいた。

本学会は、平成 11 年から日本胆道外科研究会、日本膵切研究会と合同で日本肝胆膵外科関連会議として同時開催されてきたが、平成 19 年の第 19 回から日本胆道外科研究会が本学会に合流し、日本膵切研究会は分離開催され、本学会として単独開催することとなり、その意味では大変意義深い節目の集会でもあった。

当時は、肝胆膵外科専門家集団の学会として「質」にこだわった肝胆膵外科専門医の育成を目標に制度確立の準備を始めた時期であり、今回のテーマを継続的な「肝胆膵外科専門医への道」とし、プログラムも Scientific Committee 主導で整合性を持った内容となった。特別企画は「肝胆膵外科専門医制度―制度設計の具体策」、教育シンポジウムは肝胆膵外科医にとって憧れの到達目標である「膵頭十二指腸切除術や肝葉切除術の教育と実際」、シンポジウムは「肝胆膵外科に必要な画像診断法―癌の外科治療戦略は決定できるか」と「肝細胞癌の治療戦略と手術の実際（ビデオ）」、ディベート形式で「肝門部胆管癌をどうする？」と「この症例をどうする？」は内科医・放射線科医を迎え全員参加型で討論して頂いた。ワークショップは「肝胆膵領域の移植・再生医療の進歩」と「難治性術後良性胆道狭窄の病態と治療方針」、サテライトシンポジウムに「胆道癌診療ガイドライン作成に向けた公聴会」などと盛り沢山の内容であった。

招請講演は、ドイツ留学時代の恩師である H.G.Beger Ulm 大学名誉教授をお招きし、羽生富士夫先生のご司会（写真）で重症急性膵炎の最新情報を拝聴した。

一般演題は全てポスター発表で、優秀演題 5 題を理事長表彰の上、プレナリーセッションとして口演発表して頂き、優秀発表は会長表彰をさせて頂いた。

会長講演は「膵再建術―膵外科 30 年間の経験から」として、膵再建術の定義を提言し、PD を始め各種膵再建術をめぐってその手技の要点、成績、課題と展望について述べることができた（膵臓 2007：22：609 ～ 619）。

写真

これらの主題関連演題は、可及的に同じ時間帯に重ならないように留意し会場数を 4 会場＋ポスター 1 会場と制限したため、時間的にタイトなスケジュールになった。

応募演題は過去最多の 830 題を越え、出身母体である東京女子医大消化器外科の 27 題をはじめ、10 題以上応募頂いた施設が 10 施設もあり、会員各位の熱い連帯を感じると共に、活発な討論をしていただき時間超過に冷や冷やとした次第である。参加出席者数は 1200 名であった。

プログラム・抄録集を旧 B5 判から国際基準の A4 判へと

変更し好評で、現在も継続されている。

現在、八王子消化器病院・常勤顧問として、中山恒明・羽生富士夫両先生の理念を伝承するべく、消化器外科、特に膵胆道疾患の外科治療を中心にメスを握り後進の指導を続け、生涯現役を目指している。

最後に、第 19 回学術集会を成功裡に終えることができたのは、幕内博康教授を始め東海大学医学部外科の全面的なご支援の賜物とあらためて感謝申し上げたい。

今後、本学会が更に発展し、多くの有能な肝胆膵外科医が全国に育って欲しいと願ってやまない。

会長挨拶

この度，第 19 回日本肝胆膵外科学会・学術集会を主催させて頂くこととなり，大変光栄に存じます．本学会は，平成 11 年から日本胆道外科研究会，日本膵切研究会と合同で日本肝胆膵外科関連会議として同時開催されて参りましたが，今回から日本胆道外科研究会が本学会に合流し，日本膵切研究会は分離開催され，本学会として単独開催することとなりました．その意味では大変意義深い節目の集会でもあります．演題募集に当たり過去最多の 830 題を越えるご応募を頂き，会員の皆様からの熱い連帯に心より御礼申し上げます．

本学会は肝胆膵外科専門家集団の学会として，多くの実績をあげて参りました．特に英文機関紙 Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery は Impact Factor が今や 0.745 とその評価は年々向上し世界的に大きく注目される存在へと発展致しました．

わが国の医療環境の変化から，高度な専門技術と知識・経験を持つ「真の専門医」の養成が急がれておりますが，本学会でも「質」にこだわった肝胆膵外科専門医の育成を目標に制度確立の準備を始めました．今回のテーマを継続的な「肝胆膵外科専門医への道」とし，プログラムも Scientific Committee 主導で整合性を待った内容となりました．特別企画は「肝胆膵外科専門医制度―制度設計の具体策」，教育シンポジウムは肝胆膵外科医にとって憧れの到達目標である「膵頭十二指腸切除術や肝葉切除術の教育と実際」，シンポジウムは「肝胆膵外科に必要な画像診断法―癌の外科治療戦略は決定できるか」と「肝細胞癌の治療戦略と手術の実際（ビデオ）」，ディベート形式で「肝門部胆管癌をどうする？」と「この症例をどうする？」は内科医・放射線科医を迎え全員参加型で討論して頂きます．ワークショップは「肝胆膵領域の移植・再生医療の進歩」と「難治性術後良性胆道狭窄の病態と治療方針」，サテライトシンポジウムに「胆道癌診療ガイドライン作成に向けた公聴会」などと盛り沢山の内容であります．招請講演は H.G.Beger Ulm 大学名誉教授をお招きして重症急性膵炎の最新情報を拝聴できることを楽しみにしております．一般演題は全てポスター発表で，優秀演題 5 題を理事長表彰の上，プレナリーセッションとして口演発表して頂き，優秀発表は会長表彰をさせて頂きます．これらの主題関連演題は，可及的に同じ時間帯に重ならないように留意し会場数を制限したため，時間的にタイトなスケジュールになっております．会員の皆様には宜しくご理解ご協力を賜りますようお願い申し上げます．

本学術集会が充実した内容になるよう教室員挙げて万全の準備をしてお待ちしております．皆様多数のご参加の上，活発で熱いご討義をお願い申し上げます．最後に開催に際しましてご指導ご支援賜りました役員・評議員・会員の皆様，協賛企業各社，および関係各位に感謝の誠を捧げます．

第 20 回日本肝胆膵外科学会学術集会

（平成 20 年 5 月 28 ～ 30 日　山形　於山形国際ホテル）

日本肝胆膵外科学会の思い出

第 20 回日本肝胆膵外科学会学術集会会長　木村　　理

正しい歴史は他の権威の先生方がきちんと書かれると思う。私はあえてその歴史を踏まえて書くのでなく、今おぼろげに脳裏に浮かぶものをつれづれに綴って見たいと思う。事実との相違はお許し願いたい。

当初は森岡恭彦教授（東京大）、羽生冨士夫教授（東京女子医大）、斎藤洋一教授（神戸大）などのお歴々先生方が肝胆膵外科フォーラムとして始められたものと聞いている。確か、麻雀卓を囲みながら会のアイデアができた、というようなことも若かった私に伝わってきた（真偽のほどは確かではない）。私といえば 1980 年代後半は東大第一外科の関連病院での勤務で臨床・研究・論文執筆に明け暮れ、90 年～ 92 年の留学もあり、参加はほとんどできなかったのが事実である。また帰国後も前任の東京大学での手術・臨床・研究・教育等でなかなか外にでる時間的余裕がなかったような気がする。

私の記憶には川原田会長（1998 年 11 月）の時からの記憶が鮮明なので、ちょうど山形大学に赴任してからの積極的参加ということだったようだ。

参加してみると、肝胆膵領域の専門家たちが尖った質疑応答をしていて、勉強になる会であることが身にしみた。「膵を背面から見る時代が来たか」といわれた講演をさせていただいたのは 2003 年永川会長の時である（写真 1）。その時は自分が 5 年後の会長を務めさせていただくというのは思いもよらなかった。しかし、2008 年の会長の経験（写真 2）はその後の展開の礎になったと思う。

高田忠敬名誉創始者の非常に強いリーダーシップのもとで、国際化への道を大きく歩んだことが成功の一つであろう。特に英文機関誌（JHBPS）の確立、国際ガイドラインの作成等々は日本の肝胆膵外科学の質の高さを世界に示した。国際留学制度はこれを裏打ちし、若手に夢と希望を与えた。専門医制度にすばやく対応した高度技能位制度も今では若手外科医の目標の一つになっている。

高田名誉創始者の日本肝胆膵外科学会に対する功績の大きさ、そして日本肝胆膵外科学会が世界に与えた衝撃の大きさは言葉の及ぶものではない。

自分がこれまで国際交流委員長や理事として十分裏支えができたかは心もとない。日本肝胆膵外科学会がますます発展していくことを切に願うばかりである

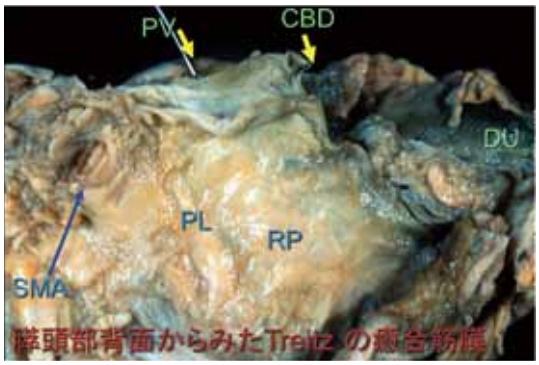


写真 1

写真 2

会長挨拶

この度，第 20 回日本肝胆膵外科学会・学術集会（平成 20 年 5 月 28 日～ 30 日，於山形国際ホテル）の会長を拝命し，その重責に身の引き締まる想いであります．われわれ山形大学消化器・一般外科学教室が日本肝胆膵外科学会を開催するということは，この上なく光栄なことであり，これまでわれわれ教室を導いて下さった論先輩方，またご指導・ご支援を賜りました高田忠敬理事長をはじめ，日本肝胆膵外科学会会員の皆様に厚く感謝申し上げます．是非，この機会に多くの皆様に山形の地にお越し頂き，活発な討論にご参加いただくことによって，日本のそして世界の肝胆膵外科学会の発展に寄与して参りたいと考えております．演題募集にあたり，過去最多の 950 題を超えるご応募をいただきましたことを，心から御礼申し上げます．

日本の肝胆膵外科学は，これまで諸先輩方のご尽力により世界をリードするものとなっております．特に膵臓癌や嚢胞性膵疾患，肝臓癌，肝門部胆管癌，生体肝移植，胆道癌など肝胆膵領域のさまざまな疾患の診療においては，我が国における診断の的確性，手術適応の判断・決定，手術の技術，そしてその術前・術後管理は，諸外国におけるそれらと比較してもっとも秀いでたものであると申しても過言ではありません．

しかし，肝胆膵外科学の分野でも他の分野と同様，多くの問題を抱えている事もまた事実です．われわれが目指しているのは，確実に病巣を切除することだけでなく，さらに死亡率ゼロを目指した安全な手術です．外科手術にはさまざまな合併症が起こり得ます．特に複雑な手技を求められる肝胆膵外科領域の手術では，合併症の頻度が高くても不思議ではありません．しかし，患者が安心して手術を受けられるようにするには，手術死亡率ゼロを目指すことが我々の究極の目的であり，これによって社会からのより一層の信頼を得，更なる社会貢献をする事が出来るのであります．「安全で確実な手術―手術死亡（Mortality）ゼロを目指して―」を本学会のテーマとさせていただきたいと思います．

すなわち，第 20 回日本肝胆膵外科学会・学術総会では「手術死亡（Mortality）ゼロ」の持つ意味を再確認するとともに，先人たちの築き上げた功績をさらに発展させ，日本肝胆膵外科学の更なる躍進に貢献して参りたいと思います．

また，若手外科医に十分な教育を施すことにより，十分な動機を与え，先人の教えを伝承する使命があります．この観点から本学術集会ではプレナリーセッションなどの最先端の研究講演，多くの up to date な臨床的・基礎的話題を採り上げ，その一助となることを願っております．

日本肝胆膵外科学会では高度技能医制度が本年度から発足いたします．今回の学術集会から，教育プログラムを開始いたします．さまざまな観点から 8 つの教育プログラムが用意されております．学会学術集会の出席に対し 1 点，教育プログラム受講に対し 3 点のクレジットが得られ，本学会および教育プログラムの参加で最大 7 点のクレジットを得ることができます．高度技能医申請時には，20 点のクレジットが必要となる予定です．

教室員一同力を合わせ，本学術集会が有意義なものになるよう万全の準備をしてお待ちしております．何卒会員の皆様のご協力をいただきまして，皆様の多数のご参加，活発な討論のもと，学術集会を実り多きものとしたいと思います．新緑の季節，多数の皆様のご参加を山形の地にて心よりお待ち申し上げます．

第 21 回日本肝胆膵外科学会学術集会

（平成 21 年 6 月 10 ～ 12 日　名古屋　ウェスティンナゴヤキャッスルホテル）

第 21 回学術集会の思い出

第 21 回日本肝胆膵外科学会学術集会会長　野浪　敏明

平成 21 年 6 月 10 日～ 12 日に日本肝胆膵外科学会・学術集会をウェスティンナゴヤキャッスルホテルで開催しました。当時は高度な手術手技を必要とされる肝胆膵外科が現在以上にめざましく進歩している時期でした。医師不足、外科医の減少が社会問題化されている時代でしたが、その中にあって日本肝胆膵外科学会では会員数が増加し、この年に会員数は 3,000 名を超えました。高田忠敬先生はじめ、学会幹部の方々のたゆまぬ努力と、適格な将来構想が学会を発展に導いていました。ちょうどこの頃、日本肝胆膵外科学会高度技能医制度が発足しました。第 21 回学術集会に課せられた使命は、肝胆膵外科の進歩に寄与することと、高度技能医制度の確立でした。

学術集会開催にあたって、演題募集の前に当時の理事長高田忠敬先生、名古屋大学小児外科教授安藤久實先生とともに、学術集会の在り方やプログラム日程の組み方などを入念に議論し、学術集会開催の基本的事項を決めました。現在の肝胆膵外科学会・学術集会のプログラムの在り方の基礎はこの頃固まったのではないかと自負しております。

プレナリーセッションはこれまで全体の応募演題の中から優秀演題を選出して行われていましたが、本学術集会からプレナリーセッション単独で演題募集を行い、選出された優秀演題には、理事長賞を授与しました。また一般演題はすべてポスターとしてこの中の優秀演題には会長賞を授与しました。

特別企画、教育セミナー、シンポジウム、パネルディスカッション、ワークショップなど合計 23 企画を行いましたが、その中で当時会長として常々実現したかった企画がありました。それは「肝右葉切除のコツ」を東大式、京大式、女子医大式各右葉切除術を各施設の主任教授にサテライトシンポジウムとして講演していただくことでした。東大式は國土典宏教授、京大式は上本伸二教授、女子医大式は山本雅一教授に講演していただき、司会は高崎　健先生が担当されました。

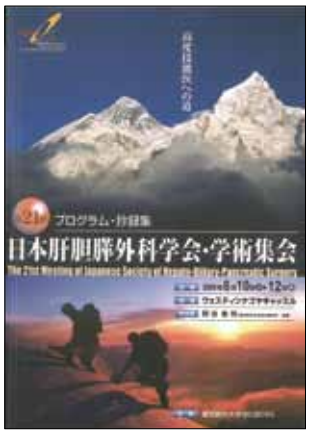
この当時発足した日本肝胆膵外科学会高度技能医制度の定着を目的に本学術集会では「高度技能医への道」（写真 1）をメインテーマとしました。“高度技能医”取得申請に必要なクレジットが与えられる教育プログラムを整備し、第 1 日目に「高度技能医制度」第 2 日目に「肝切除ができるまで」第 3 日目に「膵頭十二指腸切

写真 1

写真 2

除ができるまで」を企画し開催しました。学術集会後、高度技能医取得のための道標として、この教育プログラムの内容を中心として編集された「高度技能医への道」（写真 2）が医学図書出版から出版されました。

第 21 回学術集会は発展途上の日本肝胆膵外科学会の一学術集会ではありましたが、将来の大きな躍進につながる足掛かりとなったのではないかと思っています。今後ますます本学会が発展することを信じております。



会長挨拶

この度，第 21 回日本肝胆膵外科学会・学術集会を私ども愛知医科大学消化器外科学教室で担当させて頂くこととなり，誠に光栄に存じます。学術集会は平成 21 年 6 月 10 日～ 6 月 12 日の 3 日間ウェスティンナゴヤキャッスルにおいて開催を予定しています。ご支援，ご指導を賜りました高田忠敬理事長をはじめ，学会役員，理事，評議員，会員の諸先生方に深く感謝申し上げます。医師不足が叫ばれ，外科医が減少しつつある厳しい昨今ではありますが，本学会は理事長を始め諸先生方のご努力によって着実に学会会員が増加しつつある活発な会であります。この度の学術集会に 1,100 題を越える演題をご応募いただきまして会員の諸先生方には心より感謝申し上げます。この機会に是非名古屋へお出かけ頂きまして学術集会を盛り上げて頂きたいと存じます。

昨今，日本の医療情勢は大きく変化し，国民に対する良質な医療が求められ，また医療安全の面からも確実な外科医の技量が求められています。これらの要求に対する対応として専門医制度が構築されてきました。その中で，日本肝胆膵外科学会では「高難度の手術をより安全かつ確実に行なうことができる外科医師を育てる」ことを目的として，日本肝胆膵外科学会高度技能医制度を発足させました。今回は本制度の定着を願いまして「高度技能医への道」を学術集会のメインテーマとして，各種の企画を組ませて頂きました。とくに“高度技能医”取得申請に必要なクレジットが与えられる教育プログラム（各 3 点ずつ）は第 1 日目に「高度技能医制度」，第 2 日目に「肝切除ができるまで」，第 3 日目に「膵頭十二指腸切除ができるまで」をそれぞれ他の企画と重複することなく単独で予定させて頂きました。本学会からプレナリーセッションを単独で募集し，36 題のご応募を頂きました。選出された演者には“理事長賞”を授与するとともに論文を JHBPS に掲載する予定と致します。

この度の学術集会では教育セミナーとサテライトシンポジウム以外はすべて公募としました。今回は皆様に興味を持っていただけるできるだけ斬新で重要度の高い企画を組ませていただきました。特別企画を 4 企画，教育セミナー 3 企画をはじめ，サテライトシンポジウム，ビデオシンポジウム，シンポジウム，ビデオパネルディスカッション，パネルディスカッション，ワークショップなど合計 23 企画を予定しております。ビデオシンポジウムではそれぞれ高度な肝胆膵手術の要点をご提示，ご討議いただく予定です。シンポジウムでは画像診断，IVR と外科医のコラボレーションを中心に企画を組みました。パネルディスカッションではコメンテーターを交えた詳細な症例検討やディベートを企画しています。また一般演題はすべてポスターとし，この中で優秀演題には“会長賞”を授与致します。

本学会が充実し，かつ有意義なものとなるように愛知医科大学消化器外科教室員一同，万全の準備をさせて頂く所存でございます。6 月初旬は名古屋のもっとも美しい季節です。ぜひとも多数の会員の皆様のご参加をお待ち申し上げます。

第 22 回日本肝胆膵外科学術集会

（平成 22 年 5 月 26 ～ 28 日　仙台　東北大学百周年記念会館仙台国際センター）

第 22 回総会の思い出

第 22 回日本肝胆膵外科学会学術集会会長　海野　倫明

日本肝胆膵外科学会の創立 30 周年を迎えましたこと、心よりお慶びを申し上げる。私にとって日本肝胆膵外科学会は、肝胆膵外科医として育ててくれた学会であり、最重要学会の一つである。そのような私にとって掛け替えのない学会を、会長として開催できることになり、本当に嬉しく思ったのもあるが、本当は初めての全国学会を開催しなければならない、という緊張が遥かに優っていたように思う。

さて、22 回総会について思い出を、ということであるが、第 22 回総会がなぜ、若輩の私になったかということから、書いてみたい。

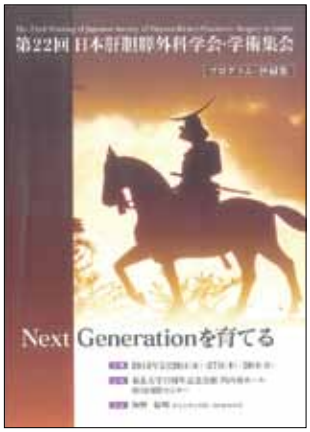
2008 年の第 20 回総会（山形開催：木村　理会長）を開催するにあたり、木村会長から、当時日本肝胆膵外科学会総会と同時開催をする予定であった、日本胆道外科研究会の当番会長を仰せつかり準備に勤しんでいた。しかし 2005 年に日本胆道外科研究会は日本肝胆膵外科学会に吸収合併されることが決定し、私が開催する予定であった日本胆道外科研究会は開催されない、ということになったのである。このことから、第 20 回会長の木村　理教授が、私に総会会長に立候補するように、と強く働きかけてくれたことが、最初のきっかけであった。その当時、教授に就任したばかりの若輩者であったが、高田理事長からも、若手教授が会長を行う意義についてお話いただき、また強く激励され、会長に立候補することを決意したのである。

総会のテーマには随分悩んだが、当時は教授就任 5 年目、49 歳の新米教授であり、いわゆる教室の仕事の集大成としての学会運営は無理なのは自明であったので、新しい発想に転換することにした。ちょうどその当時、高度技能医制度が盛んに議論されており、肝胆膵外科の高度技能医をどのように育成するか、という大きな命題が存在していた。それまでの肝胆膵外科は、上級医の手術をひたすら見て技術を盗む、という徒弟制度に立脚していたが、私自身、医学教育改革に携わっていたこともあり、新しい外科教育制度を導入したく、「教育」という古くて新しいテーマを選ぶことにした。

当時はミレニアム世代という新しい generation が登場し、外科においても腹腔鏡下手術が普及し、開腹手術はしたことがない、という新しい generation が出現した時代である。外科医教育においても、「やってみせ、言って聞かせてさせてみて、ほめてやらねば人は動かじ」という山本五十六元帥の格言に習い、形成的評価を取り入れた新しい教育を導入すべきと思い、「Next Generation を育てる」というテーマにさせていただいた。

学会は 2010 年 5 月 26 日～ 28 日に仙台国際センター、および東北大学百周年記念萩ホールにて開催した。その当時の最高参加人数である約 2,000 名の会員のご出席をいただきましたこと、改めて役員及び会員一同に感謝申し上げる。拡大役員懇親会を 5 月 26 日仙台勝山館で開催し、ゲストとしてさとう宗幸氏を招き、ミニコンサートを行なった。全員懇親会は 5 月 27 日に仙台東急ホテル（現在は廃業）で開催した。アトラクションとして、楽天ゴールデンイーグルスのチアリーダーに学会を応援して頂き、多くの会員と楽しい時間を過ごすことができた。その僅か半年後の 2011 年 3 月 11 日に東日本大震災が起こり仙台も大きな被害を受けた。震災前の最後の仙台の思い出となった。初めての全国学会主催は、私および医局員にとって貴重な体験であり、お蔭様で教室が一つにまとまったように思える。

改めて私のような若輩者に会長をご指名して頂いた、当時の高田忠敬理事長、理事・役員の諸先生に厚く御礼申し上げる。



会長挨拶

この度，第 22 回日本肝胆膵外科学会・学術集会（平成 22 年 5 月 26 日～ 28 日，於東北大学百周年記念会館・仙台国際センター）の会長を拝命しその重責に身が引き締まる思いです．私のような若輩者に本学会会長を指名していただきましたこと，高田忠敬理事長をはじめ本学会の諸先輩に，また学会の運営にご協力いただきました東北大学消化器外科学分野の皆様に厚く御礼申し上げます．

さて，会員の皆様のご尽力により 1200 題を超える多数のご応募をいただきましたことを心から感謝申し上げます．新緑の仙台において，会員の皆様が膝を突き合わせて活発な議論と親睦が図れますよう教室をあげて準備しております．

日本肝胆膵外科学会では，高度技能医制度を発足させてから 2 年が経過し，来年には初めての肝胆膵高度技能医が誕生します．この高度技能医制度が発足し，学会の性質も大きく変わってきたように思います．高度技能医という明確な目標が設定されたことにより，若手医師が高い motivation を持って肝胆膵外科を目指すようになりました．また高度技能医を取得させるためには，肝胆膵高難度手術を 50 例以上執刀させなければなりません．そこで本第 22 回学術集会では，「Next Generation を育てる」をテーマとして掲げ，肝胆膵外科高度技能医を取得しようとする医師，すなわち Next Generation はどうあるべきか，どう育てていくか，を十分に議論してまいりたく存じます．

高度技能医は専門的知識と修練された技術，高い倫理性を兼ね備えていることが求められています．技術を評価するためにビデオ審査が行われますが，ビデオ審査は技術の一面を見るものに過ぎません．日常の臨床を通して，どのような技術をどのように教育するかが最も重要です．また指導医・高度技能医ともに高い倫理性を有しているというのが本制度の前提条件であり，日頃から高い倫理観を育む必要があると考えます．高度技能医のハードルは高いですが，地域医療を担うためにも，肝胆膵外科の志望者を減らさないためにも，過度に狭き門にすることなく，優れた高度技能医を数多く育成していかなければなりません．そこで特別企画として「指導医はどうあるべきか」「肝胆膵外科高度技能医制度のあり方―高度技能医は何人必要か」を予定し，指導法や適正な高度技能医の数を皆さんと議論していきたいと思います．

さらに標準的治療法をマスターした上でその先を見据えた新たな基礎研究・臨床研究を担っていく人材を育てていかなければ，本学会の発展はありません．新しい時代の肝胆膵外科学会のあるべき姿を，皆様とともに作り上げて行く所存です．

学術集会では若手を司会に登用し，ベテランには高所大所からの総括発言をお願いいたしました．失礼も多々あるかと思いますが，会長の不徳によるものとお許しいただければ幸いです．また会場が 2 箇所にわかれ，皆様に不便を感じさせることも多いかと思いますが，多数の皆様のご来場と活発なご議論をお願いいたします．

新緑の仙台で皆様にお会いできることを楽しみにしています．

第 23 回日本肝胆膵外科学会学術集会

（平成 23 年 6 月 8 ～ 10 日　東京　京王プラザホテル）

第 23 回日本肝胆膵外科学会学術集会の開催にあたって

第 23 回日本肝胆膵外科学会学術集会会長　青木　達哉

2011 年 6 月 8 日（水）～ 10 日（金）に東京・新宿、京王プラザホテルにて、第 23 回日本肝胆膵外科学会学術集会を開催いたしました。高度技能専門医制度が発足して 3 年目、初めて 12 名の高度技能専門医が誕生する記念すべき大会となり、会期中には盛大に第 1 回認定証授与式が行われました。

この記念すべき学術集会では、メインテーマを「高度技能の習得と継承」とし、次世代の高度技能医の育成のため、各施設の優れた技術を見て学べるよう、手術手技を中心としたセッションを多く取り入れました。また、フランスの Hautepierre University の Bachellier 先生に安全確実な肝切除の基本を講演して頂き、特別企画では、日本を代表するエキスパートの先生として榊野正人先生、山本雅一先生、宮川眞一先生、窪田敬一先生、大東弘明先生に各手術手技のご講演をお願いいたしました。

また、本学会の名誉創設者、名誉理事長の高田忠敬先生には、本学会の英文機関誌の Editor-in-Chief として「Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences ―日本から世界への発信―」と題し，2010 年から改題した Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences の展望についてご講演いただきました。まさにご講演のテーマのように、現在では JHBPS は日本から世界へ発信する国際的に高い評価を受けた Journal になっています。

教育セミナーでは 3 つのセミナー「癌取扱い規約と癌登録」、「先天性胆道拡張症、膵・胆管合流異常に対する常識は正しいか」、「肝胆膵領域における内視鏡的治療、IVR」を行い、各専門の先生にご講演いただきました。

当時は腹腔鏡下肝切除･腹腔鏡下膵切除の報告が徐々に増えつつあり、肝胆膵外科手術の時代の分岐点であったことから、内視鏡下手術のセッションを多く取り入れ、Mayo Clinic Hospital の Kendrick 先生、Seoul National University Bundang Hospital の Han 先生、Yonsei University の Chang Moo Kang 先生を招待し「Laparoscopic pancreatectomy-Indications and Techniques-」と題した国際シンポジウムを企画しました。また、数年前より韓国の肝胆膵外科医との交流が始まりつつあったことから、和歌山医科大学の山上裕機先生、Chang Moo Kang 先生に司会をお願いし、日韓の若手外科医を中心に日韓膵臓外科カンファレンスを開催いたしました。当時はまだ参加者が少なかったですが、今日における日本、韓国における肝胆膵外科医の交流が深まった一助になったのではないかと思われます。

総計 1232 の多くの演題をご応募いただき、開催中の 3 日間は、多くの参加者によって、各会場では熱い討論が行われ、記念すべき学術集会となりました。

会長挨拶

この度の東日本大震災により、被災された先生方に心よりお見舞いを申し上げますとともに、一刻も早い復興をお祈りいたします。

今回の学術集会の開催につきましては、会員の皆様が肝胆膵外科の発展に努力し、それが日本再興の一助となることを願う高田忠敬理事長の強い思いを受け、我々教室員もその意志に答えるべく鋭意準備してまいりました。震災のため連絡の遅延等ご不便をおかけしたかと存じますが、皆様のご理解の程をよろしくお願い申し上げます。

さて、この度の学術集会には、会員の皆様のご尽力により 1232 題ものご応募をいただきました。心よりお礼申し上げます。ご存知のことと思いますが、本年は高度技能医制度が発足して 3 年目であり、初めての高度技能医が誕生する記念すべき学術集会となります。高度技能医制度の趣旨は、「高難度の手術をより安全かつ確実に行うことができる外科医師を育てる」ことであります。このため、この記念すべき学術集会のメインテーマを「高度技能の習得と継承」といたしました。次世代の高度技能医の育成のため、各施設の優れた技能を見て学べるよう、手術手技を中心としたセッションを多く取り入れました。また、特別企画や招待講演では各領域のエキスパートの先生方に手術手技を中心としたご講演をお願いしております。また一部の施設でなく、様々な施設からの手技、治療方針を取り入れることができるよう、多くのミニシンポジウム、ミニビデオシンポジウムを企画いたしました。さらに、近年は肝胆膵外科領域でも内視鏡下手術に関連した演題が急増し、今まさに時代の分岐点と思われます。次世代の高度技能医にとっても、内視鏡下手術は重要な手技となりますので、本学術集会では内視鏡下手術関連のセッションを多く取り入れました。また、海外のスペシャリストを招待し「腹腔鏡下膵切除術の適応と手術の実際」と題した国際シンポジウムを企画しました。本学術集会が日本の肝胆膵外科の更なるレベル向上のみならず、世界をリードする重要な役割を果たすことができるよう、会員の皆様の活発な議論を期待しております。

この記念すべき学術集会が次世代の肝胆膵外科の発展にとって意義のある集会になるよう教室員一同万全の準備をしてお待ちいたしております。皆様の多数のご参加をお待ちいたしております。最後になりますが、ご指導ご支援いただきました高田忠敬理事長、役員、評議員、会員の皆様、協賛企業各社、関係各位に深謝申し上げます。

第 24 回日本肝胆膵外科学会学術集会

（平成 24 年 5 月 30 ～ 6 月 1 日　大阪　大阪国際会議場・リーガロイヤルホテル）

第 24 回学術集会・大阪大会「肝胆膵外科・あるべき姿を求めて」

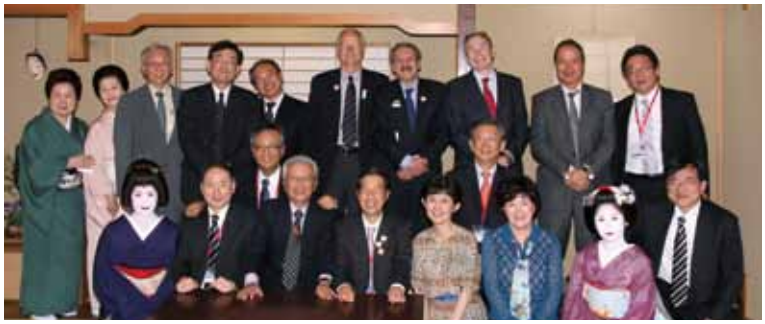
第 24 回日本肝胆膵外科学会学術集会会長　藤元　治朗

どのような世界・領域においても「あるべき姿」を規定することは難しい。一方で普遍的であり、一方では流動的であるから。しかし、現状に妥協せず、あるべき姿をいつも追い求めるのはとても大切であると考える。第 24 回大会では、(1) 口演演題採択は厳選し、口演会場は 4 会場限定とし、肝・胆・膵・横断内容、とする、(2) 海外招聘者の特別講演は廃止、すべて英語セッションのシンポ・パネル演者とする、(3) 会長招宴・理事長講演・会長講演もすべて英語とし、全プログラムの約 30％を英語言語で実施、(4) 肝・膵内視鏡外科研究会に協力を依頼、3 日目の午後はすべて肝・膵、内視鏡外科の演題の口演とする、を実施した。

第 24 回大会の基本は会長招宴で述べさせていただいた。この概念は今も変わらない。内容は何度も何度も自分で推敲し、ベルリッツにも開催 2 月前より 10 回以上足を運び徹底的に内容もスピーチも練習を重ねた。中心部だけ掲載する（私の英語が拙劣で聞き取りにくかった可能性もあり、和訳を併載させていただきます)。

Third, a couple of all-English sessions will be held including Video sessions, State of the Art sessions, International project meetings, and lastly, the President lectures. This will hopefully be the first step to introduce globalization to the HBP annual meetings. I believe the internationalized stream will be expanded more and more in the future. And I believe what's important is to communicate closely with HBP surgeons irrespective of nationality or native languages. In fact I dream of the day, that HBP surgeons not only come to our meeting from all over the world and enthusiastically share, but also make breakthrough in this field.

Finally, the main theme of this meeting is "To seek ourselves as we should be". That is, our daily life is dedicated to the patients with many compromises, but at least in this meeting we can clearly focus on what needs to be done. Miguel Cervantes, the Spanish writer, said in his novel, Don Quixote de la Mancha, "Too much sanity may be madness, to surrender dreams, this may be madness. And madness of all is, to see life as it is and not as it should be." So, at least in this meeting we can present, we can discuss in earnest, a fight with real sword without any compromises. After these real earnest discussions, we may have a new outlook. I hope. So let's do it, ladies and gentleman, all members. The success of this HBP meeting depends on you. The future of HBP surgery also depends on you.



「(前略)、そして新しい試みの第3として、ビデオ口演・様々なState of Artセッション・国際プロジェクト会議・理事長、会長講演はすべて英語化としました。このことにより本学会がグローバル化する第一歩になることを期待しています。国際化の波は未来に向け留まることを知らず、本学会においても世界中の肝胆膵外科医が国籍・母国語にとらわれずに親密に語り合うことが肝要であります。いつの日か本学会に世界中の肝胆膵外科医が集い、情熱をもち議論し、そしてこの肝胆膵外科分野において真のブレークスルーが生み出されることを夢見ております。最後に、本学術集会では、「あるべき姿を求めて」、を基調としました。私たち肝胆膵外科医の日常は患者診療に捧げられ、多くの妥協点を見出さざるを得ません。しかし本学会では、何をなすべきかをより明確に焦点を絞って議論の展開を求めます。スペインの作家、ミゲル･セルバンテスは小説「ドン･キホーテ」(Don Quixote de la Mancha)の中で「一体狂気とはなんだ？現実のみを追って夢を持たぬのも狂気かもしれぬ。夢におぼれて現実をみないのも狂気かもしれぬ。なかでも最も憎むべき狂気は、ありのままの人生に折り合いをつけてあるべき姿のために戦わぬことだ」。この学会では発表し、激論を戦わし、一切の妥協なしの真剣勝負であることを望み､また真の戦いの後にのみ新たな展開が開けてくることを確信しています。本学会の成否も、いやそれ以上に肝胆膵外科の未来は皆様の双肩にかかっております。」

会長挨拶

この度、第24回日本肝胆膵外科学会・学術集会（平成24年5月30日～6月1日、於大阪国際会議場・リーガロイヤルホテル）の会長を拝命し、その重責に身が引き締まる思いであります。この名誉と伝統ある学術集会を開催することは兵庫医科大学外科学講座にとりこの上なく光栄で名誉なことであり、高田忠敬理事長はじめ本学会の諸先輩方に心より感謝いたす次第であります。

肝胆膵外科領域は一般消化器外科の範疇の中でも最も高度な技術・経験・知識が要求される専門性の非常に高い外科領域であります。今回の学会のテーマは「肝胆膵外科あるべき姿をもとめて」とさせていただきました。私たちは日常の多忙な診療の中でついいろんなことと妥協しがちではありますが、せめて学術集会の学問の場では妥協せず、折り合いをつけず、肝胆膵外科のあるべき姿を求めて真摯な学術的な議論を交わしたいと考えております。

今回は昨年度に本学会の高度技能専門医が誕生してから初めての学会となります。本学会によるその手術書の刊行の内容を特別企画にとりあげました。また、今回のプログラムの特徴といたしましては会場は基本的に4会場に限り、それぞれ肝・胆・膵・統合領域（内視鏡外科）の縦4列で進行としております。また、たとえばシンポの時間帯はどの会場でもシンポ、ビデオもパネルも横一列のプログラムを企画いたしました。分散せずに十分に討論し、しっかりと勉強をしたいと考えております。

またビデオシンポジウムは海外の演者を含んだ国際シンポとし、発表・討論すべて英語といたしました。これからの若い人たちにはどんどんと英語で発表・執筆していただきたいと思うからであります。また今後の国際的な共同企画・プロジェクト発展を考え、まずは隣国であります韓国および台湾との日韓共同セミナー・日台協同会議も組み入れさせていただきました。さらに肝胆膵外科領域には内視鏡外科が必須であり、今後もさらに発展していく領域でありますので、肝臓内視鏡外科研究会・膵臓内視鏡外科研究会のご協力をいただき、最終日の午後は肝胆膵の内視鏡外科に特化したプログラムとさせていただきました。

おかげさまをもちまして、1,375演題と過去最高の演題登録をいただきました。

プログラムの運営方法、いくつかの新たな企画など、新しい試みによる学術集会で不安な点もありますが、すべては「あるべき姿を求めて」のコンセプトのもとに教室員一同万全の準備をしてお待ちしたく存じております。新緑の候､大阪の地で皆様にお会いできることを楽しみにいたしております。

第 25 回日本肝胆膵外科学会学術集会

（平成 25 年 6 月 12 ～ 14 日　宇都宮　ホテル東日本宇都宮・栃木県総合文化センター）

日本肝胆膵外科学会　第 25 回学術集会の思い出

第 25 回日本肝胆膵外科学会学術集会会長　窪田　敬一

明らかな日日は覚えていないが、2010 年の初夏の火曜日だったと思う。私が教授回診をしている時だった。高田理事長より突然電話があり、第 25 回学術集会を担当願いたいという依頼の話であった。もちろん立候補していたため、覚悟はできていたが、嬉しさのあまりワナワナしたのを覚えている。それからは準備のため慌ただしい日々があっというまに過ぎていった。会場、招待外国人、演出、など決めることは山ほどあった。特に第 25 回頃より英語で発表する国際化が囁かれるようになったため、少し多めの外人を招聘することになった。大変ではあったが、医局員とともに過ごした楽しい時間であった。すべての先生を知っている訳ではないので、司会者の割り振りに最も苦労した。テーマは「高度技能専門医　国際化へのステップ」とさせていただいた。一番の関心事は何題演題が集まるかで、友人を中心に演題登録をお願いしたところ、1,426 題の演題が集まった。感謝感謝の気持ちで一杯であった。

地元宇都宮で開催することを決めており、会期は 2013 年 6 月 12 日（水）～ 14 日（金）で、会場はホテル東日本宇都宮と栃木県総合文化センターの 2 つであった。外人も Herman 教授、Schulick 教授、Lee 教授、Ericzon 教授に加え、インド、韓国、台湾、香港の先生も多数招聘した。羽田、成田に到着した先生を宇都宮行きバスに乗せて来て頂くのが最も苦労した点であった。しかし､ほとんど問題なくホテルに到着してくれた。最初の開会の辞で緊張してから、学術集会は怒涛のごとく進んでいった。会長講演（写真 1）は“My period as a HBP surgeon at Dokkyo Medical University”というタイトルで恩師幕内雅敏先生の司会のもと英語で行った。やはり大変緊張したのを覚えている。何を話すか迷ったが、いくつか行った RCT に基づく結果について講演させて頂いた。また、会長招宴（写真 2）では、どのような食事を供するか、事前に医局員とコースを食べに行き、味見したのが懐かしい記憶である。開催期間中、さほど大きなトラブルもなく、あっという間

写真 1　緊張して挨拶している窪田

写真 2　全員懇親会鏡割り
左より順に、Herman 教授、Schulick 教授、高田理事長、窪田、Ericzon 教授、Jaganatth 教授、山上教授。

に閉会式になったような気がする。閉会の辞を読み、参加者を送りだした時は、ほっと肩の荷が下りたのを覚えている。すぐにみんなで打ち上げ会に行き大騒ぎであった。医局の結束を高めるのに非常に役に立ったと思う。

さて、この学術集会を主催して感じたことは、①準備が最も大変で、学術集会はあっという間に終わる。②この規模の学会は主催者の色を出せて面白い。③中途半端に英語を混ぜるのではなく、全部英語にすれば良かった。④私の医局員は有能である。⑤資金集めは大変だがコツをつかめば何とかなる。であった。いつも怒ってばかりであった医局員に感謝の気持ちで一杯であった。この学会を通じて、開催準備、進行方法、等多くのことを学ばせて頂いた。私にとっても、医局にとっても大きな経験であった。この経験を糧に第 51 回日本胆道学会学術集会を無事開催させて頂いたし、今後、日本臨床外科学会総会、日本消化器病学会大会を開催させて頂く予定である。さらに大きな学会であり、粛々と準備を進めるつもりである。学術集会開催の機会を与えて下さった関係諸氏に改めて感謝申し上げる次第である。

会長挨拶

日本肝胆膵外科学会会員の皆様におかれましては，ますますご清祥のこととお慶び申し上げます．

さて，この度第 25 回日本肝胆膵外科学会・学術集会の会長を仰せつかることとなり，2013 年 6 月 12 ～ 14 日に栃木県宇都宮市（ホテル東日本宇都宮，栃木県総合文化センター）において開催する運びとなりました．このうえない大変名誉あることであり，この機会をいただき，会員の皆様には心より感謝申し上げます．

わが国における肝胆膵外科領域の技術，治療，研究はどの分野においても世界をリードするものであり，本学術集会は，成果を発表するとともに，そのレベルを世界にアピールする絶好な機会であります．本学術集会は日本肝胆膵外科学会の学術集会でありますが，わが国の肝胆膵外科の置かれた国際的立場を懸案しますと，国際交流の場を増やし，さらに国際的に発展していく必要があります．また，高度技能専門医のシステムが発足し，これからの日本の肝胆膵外科を担うべく人材が輩出されるようになりました．そこで，本学術集会テーマを「高度技能専門医　国際化へのステップ」とさせていただきました．将来，本学会があるべき姿を模索し，方向性を示す学会にしたいと思います．

海外からは，P.Herman 教授（ブラジル），R.D.Schulick 教授（米国），S.G.Lee 教授（韓国），B.Ericzon 教授（スウェーデン）をはじめ，多くの先生方に参加していただき，インターナショナルな議論を展開し，国際色豊かな学会にしたいと考えております．また，本学会の目玉として，高度技能専門医を取得した先生の技術を供覧するビデオシンポジウム，高難度手術のビデオセッション，膵 IPMN，MCN と肝 IPNB，MCN の診断，治療，成績を同一な場で議論するパネルディスカッション，さらに，特別企画として，肝胆膵手術の過去・現在・未来を経験豊富な先生方に教示していただくことになっています．この他，多数のミニシンポジウム，ミニビデオシンポジウム，ワークショップを企画しております．

また，おかげさまをもちまして本学術集会では過去最高となる 1,426 題の演題が集まりました．

宇都宮は風光明媚な環境に加え，日光東照宮，華厳の滝，など是非一度足を運んでいただきたい観光スポットもあり，また，餃子がおいしいことでも有名です．宇都宮で有意義で楽しい一時を過ごしていただけるよう，全教室員一丸となって，鋭意準備しております．多くの先生方のご参加をお待ちしております．

第 26 回日本肝胆膵外科学会学術集会

（平成 26 年 6 月 11 ～ 13 日　和歌山　和歌山県民会館・ホテルアバローム紀の国）

第 26 回日本肝胆膵外科学術集会の想い出

第 26 回日本肝胆膵外科学会学術集会会長　山上　裕機

2014 年 6 月 11 日～ 13 日の 3 日間にかけて第 26 回日本肝胆膵外科学術集会を和歌山県民文化会館およびホテルアバローム紀の国で開催させていただきました。参加人数は 2,179 人、演題数 1,544 題となり会場には人が溢れ、非常に活気のある学会になりました。また、海外招聘者以外に 65 名の若手肝胆膵外科医がアジア、ヨーロッパ、南アメリカなど世界各国からトラベルグランドを利用して参加していていただけたことは国際化を目指す本学会としては嬉しい限りでした。また、和歌山マリーナシティーでの全員懇親会は屋外で行う予定でした。全員懇親会開始数時間前まで雨が降っており、屋外での開催が危ぶまれました。しかし、なんと 1 時間前にはピタッと雨もやみ、予定どおり屋外で開催することができました。予想をはるかに超える先生方にご参加していただき、あまりの盛況に用意させていただいた 200kg のマグロも瞬く間になくなり、急遽追加のマグロを解体する嬉しい悲鳴となりました。

学会のメインテーマは、『活物窮理：Evidence-based HBP Surgery』としました。『活物窮理』とは和歌山が生んだ偉大な外科医である華岡青洲の医学塾 春林軒において医学教育として伝承されてきた精神で、活物すなわち患者さんをしっかり診ることにより、物事の本質・天然の理がわかるという意味です。いまの言葉に置き換えると、患者さんをしっかり診ることで新しいエビデンスを発見しなさいということです。私は本学会の任務としての 3 本柱を常々考えております。すなわち、①肝胆膵外科手術の Art を極めること、②高難度肝胆膵外科手術を安全、かつ、確実に行うことで真に患者さんのためになる肝胆膵外科専門医を育成すること、③日本から肝胆膵外科のエビデンスを発信することで、国際社会のリーダーとして貢献することです。本学会が、切除限界に挑戦した手術術式の創生に大きく貢献してきたことは周知のことです。また、本学会から国際的なエビデンスを発信するために、プロジェクト研究を開始し、国際化の一環として日韓・日台合同の臨床研究が始まっております。エビデンスに立脚した肝胆膵外科手術こそ、真に患者さんのためになるという考えから、和歌山での本学会は、優れた外科手技（Art）と外科研究（Science）の融合を目指し、会長講演も『Evidence-based HBP Surgery − Spirit of Katsubutsu-Kyuri 活物窮理』をテーマとして行いました。

グローバル化の波は医学の世界でも例外ではなく、日本肝胆膵外科学会も国際化を目指している学会です。世界に冠たる日本の肝胆膵外科を世界に向けて新しいエビデンスを発信するためにはアジアとの共同研究を始め国際化は必須です。このため、日韓台内視鏡外科シンポジウム、日韓共同プロジェクト国際ディベート（領域は肝・胆・膵の 3 つに分かれて）や、転移性肝癌に関する IHPBA/APHPBA 合同シンポジウムなど、国際色豊かな内容として世界との交流を積極的に図る内容としました。

和歌山で開催されました本学術集会の閉会式は私のビデオレターとなりました。理由をご存じない先生がたのためにその理由を少し述べさせて頂きます。和歌山での開催日程と、全く同じ日程で韓国肝胆膵外科学会が済州島で開催されていました。韓国からは、ご招待しても来日することは不可能ではないかと心配しておりましたが、韓国肝胆膵外科学会の会長・理事・幹事のほぼすべての先生にお越しいただけました。韓国の肝胆膵外科医のわれわれ日本人に対する友情に深く敬意を表するとともに、非常に感動しました。

その返礼として最終日の金曜日、最後のシンポジウムが終わろうとする午後 3 時過ぎに、私と宮崎　勝理事長（当時）、海野倫明東北大学教授、權　雅憲関西医科大学教授の 4 名で関西空港に向けて出発し、ソウル経由で深夜に済州島に入ることができました。そして、翌朝の日韓合同シンポで講演できたわけです。このため、

閉会式はビデオレターとなりましたことを会員の先生がたにはこの場をお借りしてご理解頂きたく存じます。

歴史と伝統のある本学会を担当させて頂いたことは、和歌山県立医科大学外科学第2講座にとりまして本当に光栄なことであり、このような機会を賜りましたすべての会員の先生に教室を代表して改めて心より御礼申し上げます。日本肝胆膵外科学会のますますのご発展を心より祈念しております。

会長挨拶

歴史と伝統のある第26回日本肝胆膵外科学会・学術集会を担当させて頂くことにあたり、一言ご挨拶申し上げます。

日本肝胆膵外科学会は1989年に第1回日本肝胆膵外科フォーラムとして発足し、1993年に現在の日本肝胆膵外科学会（JSHBPS）と名称を改め、その会員数は3,524名と世界に冠たる肝胆膵外科の専門学会として大きく発展してまいりました。歴史と伝統のある本学会を担当させて頂くことは、和歌山県立医科大学外科学第2講座にとりまして本当に光栄なことであり、このような機会を賜りましたすべての会員の先生に教室を代表して心より御礼申し上げます。

今年のテーマは、『活物窮理：Evidence-based HBP Surgery』としました。『活物窮理』とは和歌山が生んだ偉大な外科医である華岡青洲の医学塾 春林軒において医学教育として伝承されてきた精神で、活物すなわち患者さんをしっかり診ることにより、物事の本質・天然の理がわかるという意味です。いまの言葉に置き換えると、患者さんをしっかり診ることで新しいエビデンスを発見しなさいということです。エビデンスに立脚した肝胆膵外科手術こそ、真に患者さんのためになると考え、本テーマにさせて頂きました。

本学会の任務は大きく分けて3つあると常々考えていました。すなわち、(1) 肝胆膵外科手術のArtを極めること、(2) 高難度肝胆膵外科手術を安全、かつ、確実に行うことで真に患者さんのためになる肝胆膵外科専門医を育成すること、(3) 日本から肝胆膵外科のエビデンスを発信することで、国際社会のリーダーとして貢献することだと考えてきました。

以上を達成するために、切除限界に挑戦した手術術式の創生に大きく貢献してきたことは周知のことです。また、優れた後輩を育成する目的で、2004年第16回学会（大阪）にて高度技能専門医制度の設置が宣言され、2011年に初めての専門医12名が誕生し、2012年に20名、2013年に30名が専門医を取得しました。

また、本学会から国際的なエビデンスを発信するために、プロジェクト研究を開始し、さらなる国際化の一環として日韓・日台合同の臨床研究が始まろうとしています。

このような時代背景を受けて、和歌山での本学会は、優れた外科手技（Art）と外科研究（Science）の融合を目指します。これこそ、今回のテーマである『活物窮理』の精神です。

6月の和歌山は緑が目にあざやかな季節で、海・山の幸が多く、学会で勉強するとともに、和歌山の名産を満喫いただけるよう努力いたしますので、是非とも多くの先生にご参加賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

第 27 回日本肝胆膵外科学会学術集会

（平成 27 年 6 月 11 ～ 13 日　東京　お台場ホテルグランドパシフィック LE DAIBA）

第 27 回（2015 年度）日本肝胆膵外科学会・学術集会の想い出

第 27 回日本肝胆膵外科学会学術集会会長　金子　弘真

第 27 回日本肝胆膵外科学会の東京のお台場ホテルグランドパシフィック LE DAIBA で 2015 年 6 月 11 日から 13 日に開催させていただいた。

日本肝胆膵外科学会は、グローバル化すなわち国際化を大きな方針としてとりあげている。日本の肝胆膵外科医がより成長していくために、また世界各国の肝胆膵外科医の教育、研修に貢献するためにもこれまで以上に本学会の国際化を加速して行くことをめざしており、またそれが使命とも考えあえて英語だけのタイトルで Passion and Mission をテーマとした。指定演題 96 題、上級演題は 393 題を選択、一般演題 981 題の計 1,470 題と、目標数を超える数多くの演題をいただいた。

準備は順調に進んでいたが、突然韓国における MERS（中東呼吸器症候群）の流行と 2 次感染の広がりによって、招待演者が多かったサムソン病院やアサン大学病院の肝胆膵外科の計 7 名先生が来日不可能となり、学会開始 3 ～ 4 日前からは頻繁に国際電話やメールで連絡を取り合った。急遽参加不可能となった 7 名の先生はインターネット回線での講演としてこの事象を解決できたことは、今となっては懐かしい思い出となっている。

プログラム運営方法で前回まで学会との大きな違いは、会期を 3 日間から木～土のおよそ 2 日半に短縮することであった。内容の充実を落とすことなく多くの方が参加でき、かつ本学会の伝統である活気に溢れた議論がなされるよう目指した。具体的に教育セミナーを同時間帯に複数行うことで、学術集会・教育プログラムクレジットの取得と若手外科医のための一般演題討論参加とが両立できるようプログラム作成に苦労したのを記憶している。

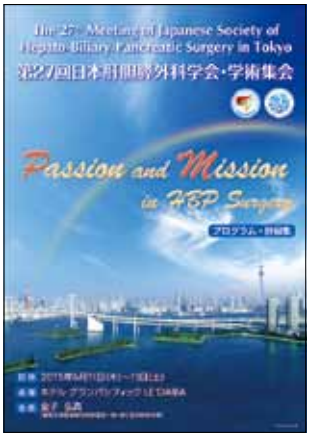
2017 年本邦で開催される A-PHPBA との合同開催での 100％英語化の準備段階として、学会側の指示もあり上級演題の 62％を英語セッションとした。もちろん会長講演は英語で挨拶もほとんど英語で日本語挨拶は拡大プログラム員会でのごくわずかであった。

英語のセッションでは、必ず海外の招待演者が司会者に加わっていただくため、海外招待の先生はアジア、欧米から計 28 名となった。さらに海外との各プロジェクト研究や肝胆膵外科学会主導プロジェクト研究も 3 セッション設け内容の充実した国際的価値の高い報告があった。事実このプロジェクト研究の結果が JHPBS をはじめインパクトファクターの高い論文に掲載されてきているのはうれしい限りである。

もう一つ目的である若手肝胆膵外科の先生のモチベーションを高めるため、本学会のテーマと同じタイトルの Passion and mission のセッションを 4 つ（肝、胆、膵、移植）設け、世界をリードしたご高名な肝胆膵外科の先生に講演をお願いした。また、比較的実臨床に近いテーマを多く取り上げ、指導的立場の先生方は、若い先生方に肝胆膵外科の science と art に加え外科医の心、楽しさ、やりがいなども継承し飛翔させる学会になればと期待していたが、その評判は極めてよいものであった。さらに海外の若

手の先生に Travel grant を設け参加していただき、日本の若い先生との交流も深めてもらった。そして、若い先生が積極的に発表する機会を多くするため、ポスター発表を充実させた。

参加者は 2,234 名で本学会では過去最高数字であった。帰国された多くの先生からも参加された国内の先生からも多くの賛辞をいただき、学会は無事成功裏に終えることができた。1990 年代の日本肝胆膵外科フォーラムの時から、肝胆膵の外科に関する最新の学術研究や手術手技を直接学ぶことができ、個人的に極めて重要な学会と位置づけていたが、約 20 年の月日を経て第 27 回日本肝胆膵外科学会を担当させていただいたことは、改めて光栄なことであり、ここにすべての日本肝胆膵外科学会会員の皆様に感謝申し上げる次第であります。



会長挨拶

この度、第 27 回日本肝胆膵外科学会・学術集会の会長を拝命し、その重責に身が引き締まる思いであります。この歴史と伝統ある学術集会を担当させて頂くことは、東邦大学医学部外科学講座 一般・消化器外科学分野にとりまして、この上なく光栄で名誉なことであり、このような機会を賜りましたことを心より御礼申し上げます。

肝胆膵外科は、高度な技術・経験・知識が要求される専門性の高い外科領域です。日本肝胆膵外科学会が 2008 年に開始した高度技能専門医制度は、本邦の数ある専門医制度の中でも、特に高難度の手術技能を必要とする肝胆膵外科手術領域においてその能力を評価し認定するという特異な専門医制度であります。その目的は安心・安全な肝胆膵外科手術の普及および高い技能医の育成にあり、肝胆膵外科を目指す若手外科医にとって、目標達成に向けての大きなモチベーションとなっています。今後この専門医制度の更なる普及と育成は、本学会として非常に重要と考えています。

また、本学会の発展のための新展開として、グローバル化すなわち国際化が挙げられます。日本の肝胆膵外科医がより成長していくために、さらには世界各国の肝胆膵外科医の教育、研修に貢献するために、これまで以上に国際化を加速して行く必要があります。

そこで、第 27 回学術集会のメインテーマは、肝胆膵外科の Mission の全てを継承・飛翔させ、次世代を担う強い Passion を待った若い肝胆膵外科医を育成したいという思いから、『Passion and Mission in HBP Surgery』と、英語表示のみとしました。指導的立場の先生方が若い先生方に、肝胆膵外科の science と art に加え、外科医の心、楽しさ、やりがいなども継承しつつ、本学会の伝統である活気に溢れた議論がなされるような学術集会を目指しています。この度、学術集会テーマと同じタイトルの Passion and Mission のセッションを特別企画として 5 つ（肝、胆、膵、内視鏡、移植）設け、世界をリードする高名な肝胆膵外科の先生に講演をお願いいたしました。

また、既に確立している肝胆膵の手術手技や知識の伝承のみにとどまらず、近年次々と導入された新しい手術法や治療法も、いかに患者さんの予後・QOL の改善に結びつけていけるか国際的視点から議論していきたいと考えています。シンポジウムは、海外の演者を含んだ国際シンポジウムをメインとし、国際的共同企画の IHPBA/APHPBA 合同シンポジウム、日韓共同プロジェクト、日韓台内視鏡外科シンポジウム、国際胆道炎特別研究プロジェクトも組み入れています。2017 年 A-PHPBA の 100％英語化に向け、主題・教育セッション全体の 60％以上を英語セッションといたしました。そのため、海外から多くの先生が参加されます。欧米及びアジアからの招待者が計 30 名、若手の先生には Travel grant を設け、15 名が参加予定で、本邦の若手の先生方との交流を積極的に深めてもらうことを願っています。

さらに、肝胆膵における内視鏡手術の今後の方向性や世界の動向についてなど、いくつかの新たな企画もあります。比較的実臨床に近いテーマを多く取り上げるとともに、積極的に発表する機会を多くするため、ポスター発表も充実させました。

演題数は指定演題 96 題、公募上級演題 386 題、一般演題 977 題の計 1459 題と、目標数を超える数多くの演題をいただきました。ここに改めて先生方のご協力に感謝申し上げます。

学会会場は、東京の新たな名所となったウォーターフロントお台場です。東京湾の海風を感じながら、学術発表の場としてだけでなく、会員の皆様が癒しを感じながら交流していただける場にしたいと考えています。

本学会を実りある会とするため教室員一丸となって、鋭意準備いたしました。多くの先生の参加をお待ちしています。

第 28 回日本肝胆膵外科学術集会

（平成 28 年 6 月 2 ～ 4 日　大阪　グランキューブ大阪）

第 28 回学術集会の思い出

第 28 回日本肝胆膵外科学会学術集会会長　權　　雅憲

2016 年 6 月 2 日（木）から 4 日（土）の会期で、グランキューブ大阪（大阪府立国際会議場）におきまして、「第 28 回日本肝胆膵外科学会・学術集会」を開催させていただきました。第 28 回の学術集会では、“臥龍鳳雛”をテーマとして採用いたしました。日本の肝胆膵外科の手術手技や患者管理方法は、非常に優れたものがあるにも関わらず、情報発信という点では、まさしく“臥龍”の状態にありました。本学会が世界に誇る肝胆膵外科高度技能医制度は、若手外科医に大きな機会を与え、“鳳雛”を発掘しうる制度となることが期待されていました。

そこで、本学術集会では安全かつ効果的な肝胆膵外科の手術適応、手術手技や周術期管理に関する古今東西共通のトピックスに加え、本学会が世界に誇る肝胆膵外科高度技能医制度の役割、優れた肝胆膵外科技術、これから世に出るべき萌芽的研究を世界の外科医と議論して、世界へ発信することを目的といたしました。

特別演題 235 題、U-40 セッション 42 題、ビデオ 227 題、要望ポスター 235 題、一般ポスター 681 題を合わせまして全 1,420 題と多数のご応募を賜りました。当日は、招聘者含めて 2180 名の参加となり、中でも米国、欧州、ロシア、トルコ、インド、中国、韓国、台湾、他のアジア諸国から外国人 170 名と多数の先生方にご参加いただき、国際色豊かな学会となりました。

学会プログラムは、特別企画（肝胆膵外科領域の臨床研究）、プレナリーセッション、IHPBA/APHPBA 合同シンポジウム、日韓ならびに日台共同プロジェクト会議、腹腔鏡下胆嚢摘出術難易度評価に関する国際プロジェクト、日韓台内視鏡外科合同シンポジウム、国際シンポジウム（肝胆膵外科手術の周術期管理）、ディベートセッション、ラウンドテーブルディスカッション（膵癌術前治療）、ビデオシンポジウム（（癌）手術における術野の展開方法）、教育パネルディスカッション（高度技能専門医への道、そしてこれから）、国際パネルディスカッションや国際ワークショップ、教育セミナーや教育ビデオを通じて、海外の演者を含んだ国際色豊かな議論の場になるよう構成いたしました。さらに 2017 年度第 29 回学術集会の 100％英語化に向けて、主題・教育セッション全体の 93％が英語セッションとなりました。

朝 8 時から夕刻 19 時までセッションが組み込まれるというタイトなスケジュールの後には趣向を凝らした Social events を用意いたしました。拡大プログラム委員会では、320 名の参加者のもと盛会に進行し“打打打打 天鼓”による、和太鼓パフォーマンスを観劇しながら会食を楽しんでいただき、本学会員ならびに海外招聘者との貴重な時間を意見交換が行われました。本学学長の友田幸一先生、本学会理事長の宮崎勝先生、学会名誉創立者の高田忠敬先生にご挨拶をいただきました。

海外招聘者 43 名と学会理事の多大なる貢献に報いるために、堂島川沿いで中央公会堂を望める立地で、ささやかなブッフェスタイルのパーティを催しました。オープンエアーの開放的な空間で、大阪の特色ある料理を堪能していただきました。夕刻から日没ならびに夜にかけてのイルミネーションが美しく、その中で大阪城までのリバークルーズも楽しんでいただきました。

第 28 回日本肝胆膵外科学会を担当させて頂きましたことを大変光栄に存じております。本年度も例年同様数多くの参加者に恵まれ、さらには 170 名もの海外の肝胆膵外科医の参加があり、盛会をもって終えることができました。本会でご講演を頂きました先生方、また演題をご応募くださいました先生方、お忙しい中ご参加を頂きましたすべての先生方、ならびに本学会の運営を快くサポートしていただきました皆様に心より厚く御礼申し上げます。

会長挨拶

この度､2016 年 6 月 2 日（木）から 4 日（土）の会期で､大阪国際会議場（グランキューブ大阪）におきまして､「第 28 回日本肝胆膵外科学術集会」を開催させていただくことになりました。およそ 30 年の歴史を有し、年に一度本邦の肝胆膵外科医が一同に会する本学会の開催にあたりまして、教室員一同大変栄誉に感じております。

第 28 回学術集会では、“臥龍鳳雛”というテーマを採用いたしました。日本の肝胆膵外科の技術や患者管理方法は、非常に優れたものがあるにも関わらず、いままで情報発信という点では、まさしく“臥龍”の状態にありました。本学会が世界に誇る肝胆膵外科高度技能医制度は、若手外科医に大きな機会を与え、“鳳雛”を発掘しうる制度となることが期待されています。本学術集会では、安全かつ効果的な肝胆膵外科の手術適応、手術手技や周術期管理に関する古今東西共通のトピックスに加え、本学会が世界に誇る肝胆膵外科高度技能医制度の役割、優れた肝胆膵外科技術、これから世に出るべき萌芽的研究を世界の外科医と議論して、世界へ発信する道筋を作っていきたいと考えております。

学会プログラムは、特別企画（肝胆膵外科領域の臨床研究）、プレナリーセッション、IHPBA/APHPBA 合同シンポジウム、日韓ならびに日台共同プロジェクト会議、腹腔鏡下胆嚢摘出術難易度評価に関する国際プロジェクト、日韓台内視鏡外科合同シンポジウム、国際シンポジウム（肝胆膵外科手術の周術期管理）、ディベートセッション、ラウンドテーブルディスカッション（膵癌術前治療）、ビデオシンポジウム（(癌）手術における術野の展開方法）、教育パネルディスカッション（高度技能専門医への道、そしてこれから）、国際パネルディスカッションや国際ワークショップ、教育セミナーや教育ビデオを通じて、海外の演者を含んだ国際色豊かな議論の場になるよう構成いたしました。さらに 2017 年度第 29 回学術集会の 100％英語化に向けて、主題・教育セッション全体の 93％を英語セッションとして設定いたしました。そして U-40 セッション 42 題、ビデオセッション 225 題、要望ポスター 238 題、一般ポスター 676 題を合わせまして全 1420 題の演題が集まりましたことに関しまして、会員各位のご協力に厚く御礼申し上げます。

プログラム運営方法に関しまして、27 回と同様に、会期を（木）−（土）のおよそ 2 日半に短縮いたします。さらに、従来 4 コマの教育セッションを 3 コマに減らし、プレナリーセッションにクレジット制度が導入され、1 学会で得られる最大のクレジット数は（教育セミナー 3 コマ× 3 点＋プレナリーセッション 1 コマ× 3 点＋参加点数 1 点）合計 13 点と従来と変更はありません。

青葉茂る 6 月に大阪で開催される第 28 回学術集会では、アジアを中心とした 43 名の海外招聘者ならびに 42 名の Travel grant 対象者とともに活気にあふれた議論をもって国際交流をはかり、若手の発掘とともに情報発信の場となりますことを心より願っております。

第 29 回日本肝胆膵外科学会学術集会

（平成 29 年 6 月 7 ～ 10 日　横浜　パシフィコ横浜）

第 6 回アジア太平洋肝胆膵学会・
第 29 回日本肝胆膵外科学会学術集会を開催して

第 29 回日本肝胆膵外科学会学術集会会長　山本　雅一

平成 29 年 6 月 7 日から 10 日まで横浜で、第 29 回日本肝胆膵外科学会・第 6 回アジア太平洋肝胆膵合同学会を開催させていただきました。大変名誉なことであり、関係の皆様にまず会長の機会を頂きましたこと御礼申し上げます。

真の大規模な国際学会を開催した経験もなく、開催日が近づくにつれ緊張の毎日でした。準備に時間がかかるとともに、海外招待者への対応・調整はで最後の最後まで難渋いたしました。しかし、参加者は約 2,400 名、海外からの参加者も 700 名を超え、学会を成功裏に終えることができたと思っております。

学会のテーマは East meets West とし、特別企画として日本の隠れた歴史的業績を掘り起こし、海外に向けて発信することとしました。特別企画のタイトルは“The historical perspective of surgery and interventional approaches in hepato-pancreato-biliary（HPB）surgery”です。この企画はさらに JHBPS Editorial として出版されることとなっております。その他、Special lecture として海外でもよく知られ、impact のある講演者を選定致しました。Meet the expert では討論を中心とし、技術的側面に焦点を当てました。さらに、若手の研究者に発表や司会の機会を与えることができたと思っております。学会終了後には、参加者の皆様から学会プログラムの質の高さについて称賛の言葉を頂きました。運営にあたっては国際学会ならではの難しい面もありましたが、全体的には非常に平滑に進んだと考えております。有泉俊一准教授をはじめ、医局員総出で social events も開催することができましたこと、ここに心より御礼を申し上げます。

本学術集会は日本肝胆膵外科学会が目指した真の国際化の始まりの学会となったと思っております。高田忠敬名誉創設者、名誉理事長の類まれなるリーダーシップと情熱がここまで学会を進歩させたことは間違いありません。高田先生に深謝申し上げるとともに、今後も日本肝胆膵外科学会が世界を牽引する学会となるよう、役員・会員とともに努力いたします。会員の皆様には、今後も日本肝胆膵外科学会の発展のためにご支援をいただきますようお願い申し上げます。

No.	Country	Pre	On site	Invited	Total
1	Argentina			2	2
2	Australia	10		9	19
3	Austria	1			1
4	Bangladesh			1	1
5	Belgium			1	1
6	Brazil	4		4	8
7	Brunei Darussalam	1			1
8	Canada	3		3	6
9	China	185	13	30	228
10	Croatia	1	1		2
11	France	1	1	4	6
12	Germany	1			1
13	Greece	2			2
14	Hong Kong	23	4	11	38
15	India	13	1	26	40
16	Indonesia	13		1	14
17	Iran, Islamic Republic of	2			2
18	Ireland			1	1
19	Israel			1	1
20	Italy	2	1	1	4
21	Japan	831	823	136	1790
22	Korea, Republic of	80	12	33	125
23	Macao	1			1
24	Malaysia	10		1	11
25	Mexico	5			5
26	Mongolia	1			1
27	Nepal	1			1
28	New Zealand	2		2	4
29	Pakistan	1			1
30	Philippines	11	1	1	13
31	Poland	2			2
32	Portugal			1	1
33	Russia	2			2
34	Samoa			1	1
35	Singapore	22		4	26
36	South Africa			1	1
37	Spain	1		2	3
38	Switzerland			3	3
39	Taiwan	34	1	19	54
40	Thailand	17	1	5	23
41	Turkey	2			2
42	UK			1	1
43	United States	2		12	14
44	Viet Nam	1		2	3
45	Unknown		18		18
	Total	1291	897	287	2475

Welcome Address from A-PHPBA2017 Congress Chairman

Dear Colleagues.

On behalf of the organizing committee, it is our great pleasure to welcome you to the 6th Biennial Congress of the Asian-Pacific Hepato-Pancreato-Biliary Association (A-PHPBA) hosted by the Japanese Society of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery (JSHBPS) held June 7-10, 2017 in Yokohama, Japan. This congress is held in conjunction with the 29th Annual Congress of the JSHBPS and as such our annual JSHBPS congress will become a global meeting.

The Asian Society of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery (ASHBPS) was founded by Honorary President Prof. Tadahiro Takada in 1991. In 2005 the ASHBPS transformed into the A-PHPBA, which has seen tremendous growth and has become ever more attractive. Now the A-PHPBA is one of the regional associations of the IHPBA; however, the active membership and number of participants of the A-PHPBA is the largest in the IHPBA. The Asian Pacific region shares the same problems regarding HPB diseases and many younger HPB surgeons have enthusiasm for learning HPB surgery and acquiring knowledge about HPB diseases.

The A-PHPBA provides an opportunity to learn about HPB diseases and to share knowledge and ideas with other countries' experts. Now HPB surgeons have to learn not only advanced surgery and minimally invasive surgery, such as the laparoscopic approach, but also multidisciplinary treatments for HPB disease. We would also like to discuss these important issues with surgeons and doctors in other fields.

The JSHBPS has been aiming at real globalization. Therefore, we have decided to make the theme of this joint congress "East Meets West". The program will show the initiation and development of surgery and interventional approaches in the HBP field. The participants will be provided with tremendously important messages and encouragement through this special program.

This year we received 939 abstract submissions from Japan and 338 from overseas, totaling 1277 abstract submissions. We also have 5 presentations in the Plenary Session -Best of Best-, 73 in Symposium sessions, 5 in Meet the Expert Questioner, 409 in Oral, 17 in Video of the certified expert HBP surgeons, 131 in Video, and 637 in Poster sessions. Each of these abstracts is of the highest level of excellence, and we hope that participants in this international conference engage in spirited discussion across national borders.

June is one of the best seasons in Japan. Yokohama is the most attractive city near Tokyo and there is convenient access from Haneda Tokyo International Airport.

We are honored to welcome numerous participants to this congress and to see our friends from around the world in Yokohama.

Masakazu Yamamoto
Congress Chairman, A-PHPBA2017

第 30 回日本肝胆膵外科学会学術集会

（平成 30 年 6 月 7 日～ 9 日　横浜　パシフィコ横浜）

第 30 回日本肝胆膵外科学会学術集会を主催して

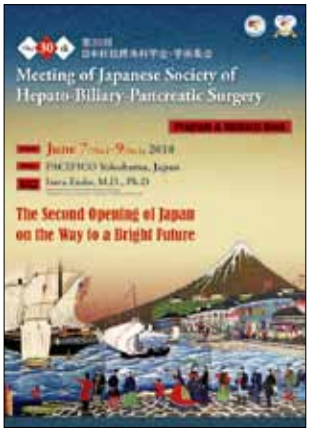
第 30 回日本肝胆膵外科学会学術集会会長　遠藤　　格

平成 30 年 6 月 7 日～ 9 日、パシフィコ横浜にて第 30 回日本肝胆膵外科学会学術集会主催させていただきました。今回は 30 周年記念式典が挙行され、高円宮妃久子殿下、林文子横浜市長、黒岩祐治神奈川県知事に御臨席賜り、ご祝辞を頂くことができましたことは学会にとって大変名誉なことであり、それをお手伝いさせていただいたことは私ども横浜市立大学にとりまして大変誇らしいことであります。本件は多くの先生がたのご助力を賜り実現しました。この場をお借りして深謝申し上げます。

さて、第 30 回日本肝胆膵外科学会学術集会のテーマは、今回のトピックである学会の完全英語化を念頭におき、少し大仰ですが「輝かしい未来へ向けた第二の開国」と定めました。奇しくも本年は、明治 150 周年という記念すべき年にあたります。明治元年（1868 年）日本は 400 年におよぶ鎖国を経て、海外の国々に広く門戸を開きました。それに先立つ 1859 年には、海外との交流の玄関口として、横浜港が開港されました。時の政府は、欧米の先進技術や学問、制度を輸入するために、国家予算の半分以上をつぎ込みスペシャリストを雇用したそうです。その数は 2600 名を超えたといわれています。とくに、医学の近代化は最優先の課題だったようで、1872 年（明治 4）には、外国人教師による高度な内容の医学教育が行われていたことが文部省の記録に残っているそうです。ちなみに、1871 年、当地横浜では、丸善の創始者である早矢仕有的（はやしゆうてき）先生が小さな洋式の病院を開きました。それが我々横浜市立大学医学部の源流となっています。そして日本各地から、「進取の気性」にとんだ人々が、横浜の地に集まってきました。彼らは、出身地の文化と異国の文化を横浜で融合させようとする開放的で柔軟な考えをもつ人々でした。文化の交流は熱を生み、新しい融合文化が誕生し、日本の発展に繋がりました。その横浜で、第 30 回という記念大会が行われ、完全英語化の国内学会を主催できたことは偶然とはいえ不思議な巡りあわせを感じます。

本学会は 6 年前から計画的にプログラムの漸次英語化に取り組んできました。昨年のアジア肝胆膵外科学会との合同開催では 100％英語で行われました。今回は国内学会としては初の完全英語化ということで学会の真の実力と覚悟が問われる学会でした。当初は演題申し込みが少なく、開催が危ぶまれましたが最終的に演題は 1,200 題を越え、参加者は 2,000 名を越えました。ただでさえ多忙を極める先生方に日常診療を終えたあとに英語抄録を書いていただけたことは感謝の言葉もありません。本邦の肝胆膵外科医の真のポテンシャルを示して頂いたと思います。今回の学会で韓国･中国の研究者の感想を聞いたところ、日本人の英語が大変上手になったと述べていました。昨今、東アジアで開催される学会はほぼ全て英語で行われています。今回の完全英語化によって、東アジア地域の研究者が密な連携をとれる環境が整ったといえるでしょう。例えば、テニスのグランドスラムのような感じで日本⇒台湾⇒中国⇒韓国⇒日本というサーキットをぐるぐる回るようなイメージです。交流の密度は飛躍的に高まり、東アジア発のエビデンスの創出も進むと思います。逆に、そのような機運が高まるなかで、いつまでも日本だけが日本語での発表にしがみついていればどんどん部外者にされてしまう恐れがあります。勿論、英語では十分な意見交換ができなかったという声も傾聴すべきです。今後いかに充実した学術集会にするべきなのか改善に向けた討議を継続すべきと思われます。本学会の発足当時の理念は、『本邦の優れた業績を世界に発信する』というものでした。この理念の実現に向けて、今回の学会完全英語化がこれからの肝胆膵外科学の発展の推進力となることを期待しております。

最後になりますが、本会を成功裡に終了できましたことを本当に感謝しております。改めましてご参加いただいた皆様、関係者の皆様、また多くの市民の皆様のご協力に心から感謝し、御礼を申し上げます。



会長挨拶

On behalf of the Organizing Committee of the 30th Meeting of the Japanese Society of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery（JSHBPS), I would like to welcome you to Yokohama, Japan, from June 7 to 9, 2018. It is a great honor for the Department of Gastroenterological Surgery of Yokohama City University School of Medicine to have this chance to organize this historical and traditional meeting.

The JSHBPS has made steady progress, such as the official English journal, an overseas training system, a system for highly skilled expert surgeons, the multi-institutional project study etc. This is because of medical practices, research, and education that have continued to be developed by numerous hepato-biliary-pancreatic surgeons in our country. As a result of these continuous efforts, JSHBPS has grown to become the largest chapter of International Hepato-Pancreato-Biliary Association（IHPBA）in the world.

The 6th Biennial Congress of the Asian-Pacific Hepato-Pancreato-Biliary Association（A-PHPBA2017）（29th JSHBPS), hosted by the Congress Chair, Professor Masakazu Yamamoto, has been conducted entirely in English. Subsequently, the 30th JSHBPS are going to be the first domestic meeting in Japan held completely in English. In that sense, we have set the theme of the 30th JSHBPS as "The Second Opening of Japan on the Way to a Bright Future." The number of submitted abstracts exceeded 1200 in total. We deeply appreciate your kind help to boost the commemorable meeting.

I also believe that we may watch heated discussions between invited guests from overseas and top leaders from Japan on many sessions. We have invited 35 world famous HBP surgeons, endoscopists, radiologists, and medical oncologists. I hope that the academic program will be satisfactory for all participants, and you will make new acquaintances for future collaboration through the mutual discussion.

Yokohama is a quaint historic and energetic city. We would be delighted to provide you with a chance to enjoy modern and beautiful atmosphere of Yokohama and surrounding historic and beautiful areas that you may have not yet experienced.

Once again, we warmly welcome you, and look forward to seeing you soon.

Sincerely,

学会のあゆみ

日本肝胆膵外科学会の一般社団法人化への道のり

日本肝胆膵外科学会名誉会員，元会則検討委員会担当理事　安藤　久實

法人化することでその組織の認知度や社会的信用度が大幅にアップするとともに、専門医などの公告ができるというのが法人化のメリットである。そのため、日本肝胆膵外科学会（以下、本会）も法人化すべきであるとして、2004 年の理事会で法人化検討ワーキンググループが立ち上げられ、翌 2005 年 6 月 8 日の理事会で法人化検討委員会が発足した。なお、法人化する場合には NPO 法人または中間法人になるのであるが、NPO 法人は余剰金に対して法人税がかからず、任意に会員になれるなどの利点はあるものの、専門医制度を設立していく過程で一般の人でも社員になれるということが問題となる。一方、中間法人は社員の資格を規定で決める事ができることから、法人化する場合は有限責任中間法人が良いであろうということであった。しかし、本会のような任意団体に対しては収支差額についての法人税などの税金が課されることはないが、中間法人になった場合は全体の収支差額について約 35％の税金を毎期支払う必要が生じることになる。また、経理処理が複雑になるため経理担当の負担も増えるなど、経済的なデメリットが生じるという問題があった。これらの問題を考慮しつつ、法人化を行うタイミングを模索していた。ただ、本会が高度技能専門医を公告するには法人化していることが必須であるため、高度技能専門医の認定が開始される 2011 年には法人化していなければならないというタイムリミットも迫っていた。

主務官庁の許可主義による我が国の公益法人制度は、明治 29 年の民法制定以来、100 余年にわたり抜本的な見直しは行われておらず、近年に至るまで一般的な非営利法人制度がなかった。そのため、時代の変化に対応した国民による非営利活動の妨げになってきたとの指摘を基に、公益法人制度の抜本的改革に取り組むということが 2002 年 3 月 29 日の閣議で決定された。閣議決定を受けて公益社団法人、公益財団法人、一般社団法人、一般財団法人の 4 法人の設立に関する法律「公益法人制度改革関連 3 法案」が 2006 年 5 月 26 日の参議院本会議を通過して成立し、2008 年 12 月 1 日に新制度として発効されることとなった。この法律の制定により、主務官庁による設立許可に最低 4 ヵ月程を必要とした従来の社団法人とは異なり、一定の手続きと登記を行うことにより簡便に法人格を取得することが可能となり、法人設立後も行政からの監督・指導がなく、非営利法人であっても営利法人である株式会社などと同じく収益事業や共益事業などを行うことができるようになった。さらに、事業収入は課税対象になるが、剰余金の分配を行わないことを定款に謳い非営利を徹底している場合や、会員に共通する利益を図る活動が主たる事業であり、一定以上の非営利性を確保している場合には、NPO 法人などと同様の非営利型一般社団法人という扱いになり、収益事業以外の収入（会費収入等）には課税されなくなった。

降って湧いたようなこの歴史的チャンスを活かすべく、本会会則を一般社団法人の定款に沿った形、即ち、評議員会を総会とし、理事の任期を最大 2 年、監事の任期を最大 4 年と定めるとともに、定款に必要な記載事項（1）目的（2）名称（3）主たる事務所の所在地（4）設立時社員の氏名又は名称及び住所（5）社員の資格の得喪に関する規定（6）公告方法（7）事業年度、の項目順に書き改め、2008 年の本会評議員会に提案した。その後、定款に特有な法律的問題について専門家のチェックを受け、その結果生じた変更点について 17 ページに及ぶ比較表を作成して 2010 年 5 月 26 日開催の評議員会に提案した。この評議員会において最終的な定款案が認められたため、2011 年 4 月 1 日に法務局新宿出張所に法人化に関する手続きを行い、高度技能専門医の認定にも間に合って、本会は一般社団法人として無事に門出を迎えることができたのである。

肝胆膵高度技能専門医制度の設立

下関市立市民病院　田中　雅夫

林立する専門医制度の中で本学会の専門医制度をどうするかが議論され始めたのは2000年代の前半に遡る。2004年にはあり方検討委員会（高崎　健委員長）で専門医制度検討委員会をつくることが提案され私が委員長に指名された。2005年には日本外科学会で2階、3階も含めての外科系専門医制度についての特別企画が組まれ、米国との比較なども含め賛否両論が戦わされた。まだ内視鏡外科専門医もなかった頃である。日本では劣悪な待遇、労働条件に耐えながら医療に貢献しているのが専門医で、さらに細分化した専門医養成は不可能で地域格差助長感もあるという否定的意見がある一方、つくるならば制度評価と認定のための第三者機関や適正な診療報酬が必要で、専門医を必要とする診療領域の明確化と適正数の割り出しが必要などの課題も議論された。2006年の第18回日本肝胆膵外科関連会議でも、これらの結果を踏まえて委員会で討論した結果が提示され、実技審査に関して技量水準の決定と認知が学会の使命との結論が導かれたが、常に専門医加算の必要性が唱えられながらも、給与が倍増する米国の外科専門医と比べ高給をとる医師を罪悪視する日本社会の風潮のもとで実現するか疑問も唱えられ、消化器外科専門医の扱いがどうなって行くかを見極めてからにしてはとの考えもあった。必要とされる専門医の数も論議されたが、今のようにNCDで手術数がわかる時代ならばもっと簡単であったはずである。討論には外科医の他に行政、医療経済、マスメディア、法律専門の方々の参加もいただいた。

技量水準については、肝右葉切除、膵頭十二指腸切除のような高難度手術を安全に標準的にできることを学会として保証するのを主体とし、少数でよいからその養成を学会の主眼とすべきということになった。過去の症例は入れず症例登録はこれを目指し始めてからにするという基本方針も確認された。その後の委員会における議論で、林立する「専門医」とは一線を画すとの共通認識をもって「高度技能医」と称するとの結論となった。2006年で私は委員長を退任し、山本雅一教授にバトンタッチした。登録例数、レベル、内容、その評価法などを検討する作業部会が作られて行く。

さて、その後委員の方々の懸命の努力で順調に細部が決められて行き、“高難度の手術をより安全かつ確実に行うことができる外科医を育てる”という制度の趣旨に則った施行規則も整備されて2008年に高度技能医制度が発足し修練施設の認定もスタートしたが、その名称についてはさらに紆余曲折があった。ドクターフィーなり加算なりの条件として、消化器外科専門医資格のみでは不可とし、「消化器外科専門医（肝胆膵外科高度技能医／指導医）」で認めさせるように進めることとしたが、2010年8月の理事会・評議員会で「高度技能医」でこのまま通すか、もっと一般に認識されやすい「高度技能専門医」とするかについて賛否両論が沸騰して結論が出ず高田理事長に一任され、熟慮された結果最終的に2011年4月になって、高度技能医の名称では国民に専門医として理解されにくく、しかもホームページなどで公開することも可能とならず、将来期待したいドクターフィーの対象外となりかねないとの理由から、その名称が高度技能専門医に変更された。

その後きちんとした基準のもとに修練が開始され、極めて厳格な審査を経て高度技能専門医が2011年から誕生し始めたのは諸賢のご存知の通りである（http://www.jshbps.jp/modules/public/index.php？content_id＝4）。

留学制度の設立

帝京大学医学部外科学講座　佐野　圭二

1）International observership の歴史

当学会の留学制度の誕生は約四半世紀前、ちょうど学会化されるのと同じ時期までさかのぼる。1994 年に東京女子医大の PD 1,000 例を記念して International PD symposium が東京で開かれた。そのシンポジウムのホストであった故 羽生富士夫名誉理事長と高田忠敬名誉創始者が、1991 年の AHPBA 誕生時から交流のあった William Traverso 教授（当時 Virginia Mason Medical Center）、UCLA の Howard Reber 教授と 4 人で都内高級ホテルの鉄板焼レストランで会食をされた。その時アメリカのレジデント制度のことなどが話題となり、当学会からもアメリカでの observership 制度をお願いできないかと提案されたのが事の発端である。具体的にお願いした内容は、「手術見学や論文作成だけでなく、アメリカ人と同様な発音練習をさせて、アメリカの国内学会で発表・質疑応答ができるように留学生をアメリカナイズさせてほしい」というものであり、さらに通常の留学ではあり得ないことであるが、各施設の臨床記録データの集積や解析、そして論文作成の指導をお願いした。Traverso 教授と Reber 教授は、それが「当学会の念願である国際化（英語化）」の第一歩であることを十分理解され、大いに賛同され了解された。そして具体的に observership 制度の構築が川原田嘉文名誉会員（当時三重大学）に一任され準備が始まった。ビザのことや、受け入れ体制に関する交渉は多難を極め 4 年の歳月を要したが、1998 年遂に observership 制度が実現した。留学先は前述の Virginia Mason Medical Center（1 年間）と UCLA（6 ヵ月間）、そして Michael Sarr 教授の Mayo Clinic（のちに Michael Farnell 教授も指導に参加、6 ヵ月間）、という夢のような制度が誕生した。

Observer は 1998 年第 1 期の田岡大樹先生（三重大学：当時の所属、以下同様）にはじまり、貫井裕次先生（千葉大学）、北川雄一先生（名古屋大学）、新地洋之先生（鹿児島大学）、和田慶太先生（帝京大学）、松本譲先生（北海道大学）、橋本泰司先生（広島大学）、森谷敏幸先生（山形大学）、杉山元一先生（国立がん研究センター東病院）、増田稔郎先生（熊本大学）、と続き、現在第 11 期の前田晋平先生（東北大学）が留学中である。

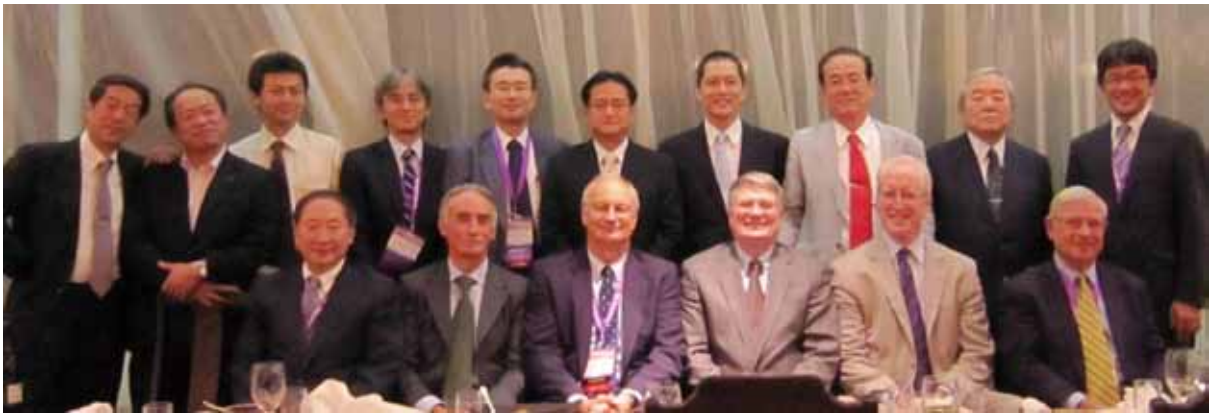
organizer も初代川原田先生から嶋田　紘名誉会員（横浜市立大学）、木村　理先生（山形大学）、佐野圭二（帝京大学）と続き、現在は五代目の江口　晋先生（長崎大学）が担当されている。

業績的には 2017 年までで observer による論文発表が 33 編（うち第一著者 26 編）、2016 年までで学会発表が 54 編（うち筆頭演者 49 編）と目覚ましい成果をあげている。

2）International Observership と他の学会の留学制度との相違点

他の留学制度が個人の技術や知識の習得を主たる目的としているのに対して、International observership では、「英語を理解し、話せ、聞け、書け、英語で議論できる人材を養うことにより、今までの日本とアメリカの良好な協力体制のさらなる発展を支える ambassador を育てる（Traverso 教授のコメントより）」、ということを目的として始まっている。Sarr 教授のコメントの中にも、“I think back to the 1960s/70s to the insight of Dr Joseph Fortner who realized the importance of collaboration with Japanese surgeons who taught him many principles of aggressive surgery”と、日本の肝胆膵外科の先達の先生方への respect が根底にあり、日本がアメリカから一方的に「学ぶ」ためだけの制度ではなく、両国が「学びあう」ための制度であることがわかる。

さらに羽生先生、高田先生、そして歴代の organizer や observer の先生方が高名な mentor の先生方と極め



International Symposium on Pancreas Cancer 2012（2012 年 10 月 4 ～ 6 日　京都）の会期中に開かれた International observership の mentor の先生方を囲む会（2012 年 10 月 4 日　宝ヶ池プリンスホテル）にて。
前列左から宮崎勝前理事長、ひとりおいて Traverso 教授、Farnell 教授、ひとりおいて Reber 教授。後列左から藤元治朗理事、小菅智男幹事、森谷敏幸先生、橋本泰司先生、松本　譲先生、新地洋之先生、佐野圭二、高田忠敬名誉創始者、川原田嘉文名誉会員、和田慶太先生。

て親しい personal な関係を築きあげていることで、ご多忙の中 volunteer でありながら大変熱心にご指導いただけているというのもこの observership 制度の大きな特徴である。

3）International observership to Japan の始まり

International observership の成功にともない、2013 年山本雅一理事長が International observership to Japan を発案された。アジア諸国から日本への留学制度を、2014 年 3 月ソウルでの IHPBA 会期中に開催された APHPBA の Education Committee で提案された。年 2 人、3 ヵ月間 50 万円の補助という内容で 2015 年度より募集をはじめた。2018 年度までの 4 年間で計 7 人（1 人は直前に辞退）、インドから 3 人、ベトナム、中国、台湾、シンガポールから各 1 人留学し、留学先は東京女子医科大学（3 人）、東京大学（2 人）、北海道大学（1 人）、東和病院（1 人）であった。

4）International observership の今後

International observership from Japan に関しては、前述の Traverso 教授、Reber 教授、Sarr 教授、Farnell 教授が相次いで引退され、次世代のトップランナーの先生方に引き継がれている。UCLA では Timothy Donahue 教授、Mayo Clinic では Michael Kendrick 教授、そして新しく Johns Hopkins Medicine の Christopher Wolfgang 教授に mentor の一人として加わっていただき、今までと変わらぬ豪華な指導陣と親密な関係を築いている。

ただ、アメリカへの入国審査や条件が厳しくなる一途をたどっている現在、アメリカに留学すること自体が困難となってきており、今後ヨーロッパにも留学先を広げる可能性が議論されている。それとともに膵臓外科メインでの留学先選定であったのを、今後肝・移植の領域でも留学先を選択できるようなシステムにすることも検討されつつある。確かに時代やニーズにあった留学制度に変えていくことも必要であるが、根底に流れる当学会 observership の精神である「ambassador の育成」という目的は守られていくべきものであろう。

International observership to Japan においても、from Japan でアメリカと築いたのと同じような関係が留学元の国々と構築できるようなシステムにしていくことが今後の課題であると考える。

日本胆道外科研究会から日本肝胆膵外科学会へ

金沢大学名誉教授　永川　宅和

1）日本胆道外科学会の発足

胆道外科研究会は、昭和 52 年（1977 年）に結成され、第 1 回同研究会は東京大学草間　悟教授によって、「胆嚢摘除をめぐる諸問題」が主題としてあげられ、東京で開催された。

同研究会は当時あった胆道疾患研究会から独立して、とくに胆道癌に関する情報を早く得ることを目的として設立されたと聞いている。当時、若手の教授であった東京女子医科大学羽生富士夫教授、金沢大学宮崎逸夫教授が発起人となり、北は北海道大学から、南は長崎大学まで、各地区の主大学教授の 14 人の先生を世話人として、また、幹事は各大学の助教授または講師を入れて発足した。若手の中に、東京女子医科大学の高田忠敬先生と私が含まれていた。第 1 回の会議では「胆嚢摘除をめぐる諸問題」、とくに胆管損傷が議論され、これに関するアンケート調査が報告された。この時の世話人会で、胆嚢癌の取り扱いについて、東京大学黒田慧先生よりまず胆嚢に関する解剖名について提案があり、別に取り上げるが、いろんな意見が出て、これをまとめるためには、大きな困難が予想された。

第 2 回以降の会議でも、胆道外科に関する主題が各会長の意向によって決められ、それらに関する全国のアンケート調査が行われ報告された。

研究会は第 10 回までは年 2 回、以降年 1 回のペースで進められ、平成 18 年（2005 年）の第 35 回まで続いた。その間、胆石症や、総胆管結石症、肝内結石症、先天性胆道拡張症、胆嚢癌、乳頭部癌を含む胆管癌などの手術手技、進展の仕方、損傷など、胆道外科に関する多くの問題が議論され、とくに胆道外科に興味を持つ若手にとって、大きな勉強になったことは間違いない。

本会は、第 28 回の徳島から、日本膵切研究会、日本肝胆膵外科学会と合同で開催されることになり、最後に日本肝胆膵外科学会に吸収された。

2）胆道癌取り扱い規約の設立

先にも述べたが、本会の大きな目的である胆道癌の取り扱い規約については多くの曲折があった。

最初に、胆嚢の部位の名称について提案があり、現規定と同じく、底部、体部、頸部のほかに、胆嚢管が示されたが、ある世話人から、こんな細部にわたって決めることに異議があるとの意見があり、最初の会議はそれだけで流れた。

このような会議ではとても纏まりそうもないので、会議後の食事会で、幹司が寄って規約についてある程度案をまとめてから世話人会に報告することが世話人会で了承された。早速、幹事による胆嚢癌の取り扱い規約の委員会が行われた。当時、私は同規約に強く関心を持っており、リンパ節に関する情報もある程度まとめていたので、それを提案し、次の年には、stage 分類まで話が進められた。

こうして 1973 年に胆嚢癌規約案ができ、さらに、1979 年には胆管癌取り扱い規約委員会が設けられ、1981 年 4 月に胆道癌取り扱い規約第 1 版が草間　悟先生、宮崎逸夫先生を委員長として、今後検討改善を加えることを前提としながら、早く刊行することに意義があるとして発刊された。

その後、病理組織分類委員会が設置され、病理組織学的事項が加えられ、乳頭部癌の stage 分類についても改訂が行われた。1986 年 4 月に本規約の第 2 版が外科・病理取り扱い規約として発刊された。

第 3 版は、日本胆道外科研究会の早期胆道癌規定作成委員会の意見が加えられ、さらに、1988 年からは、全国の胆道癌取り扱い実務委員会のほうで本規約の基づいた全国胆道癌登録事業が開始された。

第 4 版は進行度分類として T 因子が設けられ、TNM 分類に近似した表現となった。2001 年には第 4 版を基にした英語版第 1 版が発刊された。

本規約は UICC の TNM 分類と比較して国際性に乏しいという欠点が指摘されていた。癌の取り扱い規約を考える時、当然取り決めの簡略化や取り決めは簡単で理解しやすく、万人が納得のゆくものであるべきことは言うまでもない。金沢市で行われた日本肝胆膵外科学会でも、本邦の肝胆膵癌取り扱い規約に関して国際人はどのように見ているかのシンポジウムがもたれたが、胆道癌取り扱い規約について、詳細すぎてがん登録には都合の悪い部分があるとの指摘があったが、癌の進展の仕方や範囲や程度を考える時、将来かなり有効な部分もあるとの意見を受けた。

登録事業は延べ 15 年におよび、10 年で 11,000 例の登録が行われた。予算などの問題で、詳細を検討するまでは至らなかったが、胆道癌取り扱い事業が、肝胆膵外科学会に移行した現在、新しい観点から、規約の改正、より有効な規約ができ、それに基づいた登録が行われることを期待したい。胆道癌では、その病態解明はもちろんその治療方針について今なお多くの問題点を包含しており、現時点でたとえ本邦の規約に複雑な部分があったとしても、決して性急には簡略化、国際化に走ってはならないと考える。

参考文献

中川宅和、萱原正都：胆道癌登録成績が教える胆道癌の診断と治療のあり方 . 金原出版 ,2005

胆道癌取扱い規約委員長を経験して

日本肝胆膵外科学会名誉理事長　宮崎　　勝

胆道癌取り扱い規約委員長は永川宅和前委員長（金沢大学外科）の後を引き継がせていただきました。永川先生の委員長時代に私自身は実務委員の一人として第5版の改訂に参加させていただきました。その後2008年に日本胆道外科研究会が日本肝胆膵外科学会と合併するということになり、そこで委員長が永川先生から私に引き継がれたわけです。委員長としては当初それまでの規約の問題点について最新データ、とくに信頼度の高いと考えられる本邦のHigh-volume centerでの胆道がん治療成績を持ち寄って検討しました。様々な規約のなかで臨床現場では首をかしげる因子の意義について検証を行い討議を数年に亘って進めてきた訳です。その期間に本学会のグローバル化といった展開もあり、また時代背景としてグローバルスタンダードと本邦独自の規約を持つ意義が委員会で討議されることになってきました。つまり学問体系として日本のこの領域の発展において独自の世界標準と異なった規約を持つことがどのような意味を示せるのかという問題がでてきたわけです。これは多くの日本の肝胆膵外科医が国際的に活躍してきた時代を背景に実感しえる問題点となったきた訳です。もちろん、本邦が世界標準などといった大雑把ないい加減な規約に合わせるなど必要はなくより良いはずである本邦独自に規約を世界に発信していくべきではないか、といった意見の方も当然おられました。しかしglobal standard に則った上での議論をしていくことが国際的に議論をする上で不可欠であるという結論に達したわけです。ただ折角のこれまでの癌登録データを含め本学会の持つ貴重なデータ集積を今後の世界標準の規約のより良い改訂に役立てることが出来る仕組みを模索した訳です。すなわち各規約は現在のUICC/AJCC規約と整合させた上でsubgroupとなる基準を加えていったわけです。これまでの学問の進歩は何も今に始まった訳でなく14世紀の大学という学問の府が世界中に出来上がった時代から徐々にcrossing borderを行うところにおいて大きな普遍的な学問の発展が見られています。この規約という分野においてもしかりかと思います。これからの若い世代の医学研究者は常に国際的な討議の中で多くの世界中の仲間とともに同じ土俵で学問を発展させていくべきであろうと思います。その様な臨床医を一人でも多く本学会で育成していって欲しいと願うばかりです。

胆道外科研究会との合併：胆道癌登録

藤田保健衛生大学名誉教授、公益財団法人豊田地域医療センター理事長　宮川　秀一

前胆道癌登録委員会委員長として長らく胆道癌登録事業に関与させていただきましたので、胆道外科研究会との合併当時の状況やその後の進展を報告させていただきます。胆道癌登録事業は、日本胆道外科研究会により 1987 年に開始されました。2003 年までは、金沢大学に事務局があり、2004 年より藤田保健衛生大学に事務局が移管しました。また、2007 年より日本肝胆膵外科学会に登録事業が引き継がれました（図 1）。2007 年から日本肝胆膵外科学会へ事業が移管した後、登録施設数は、それまでの 225 施設から 616 施設へ増加しました。それに伴い 2006 年度症例からは、登録数が著しく増加し、2006 年度の 2935 例を最高に、その後の 3 年間は年間約 2500 例の登録が行われました（図 2）。登録事業は、年 1 回の症例登録と 2 年に 1 回予後調査が行われております。データの不備がない割合は、米国の NCDB では 70.7% , 同じく SEER では 72.6%、当時の本邦の集計では 88.5%であり、諸外国と比較しても本邦の胆道癌登録の制度は極めて高いものでした。

胆道癌登録は、1. 主に胆道癌の臨床像を明らかにする。2. 胆道癌取扱い規約の基礎データとする。3. ガイドラインを含め、新しい evidence のための基礎データとする。4. 得られた成績を臨床現場にフィードバックすることなどを目的としています。2007 年の胆道癌診療ガイドライン第 1 版、2014 年の第 2 版、2013 年の胆道癌取扱い規約第 6 版、幾つかの胆道プロジェクト研究とその論文化などの基礎データを提供してきました。

昼夜を問わず一つ一つの標本を詳細に解析してそのデータを提供して頂いた会員ならびに関係諸氏のご努力には敬意を払うと共に感謝の意を表したいと思います。

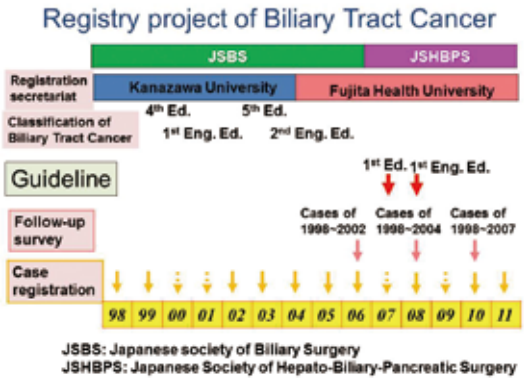


図 1

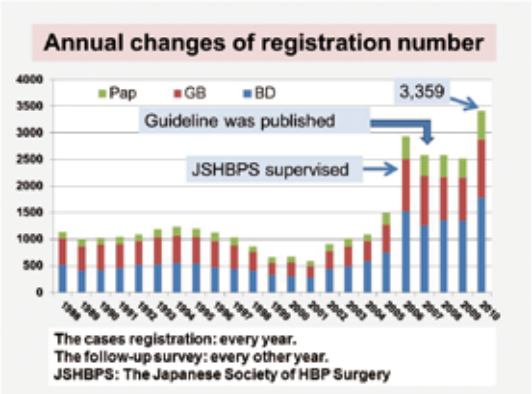


図 2

第 1 回フォーラムから
第 30 回学術集会の
プログラムセッション遍歴

学術集会　セッション遍歴

第 1 回フォーラム（1989 年）	
セッション名	セッションタイトル
特別講演	
シンポジウム	主題　肝胆膵領域における拡大手術の諸問題
シネシンポジウム（Ⅰ～Ⅱ）	主題　肝胆膵外科における定型的手術手技
一般演題（Ⅰ）	拡大手術
一般演題（Ⅱ）	肝区域
一般演題（Ⅲ～Ⅴ）	血管合併切除
一般演題（Ⅵ）	診断
一般演題（Ⅶ）	治療
一般演題（Ⅷ）	肝癌
一般演題（Ⅸ）	肝切除

第 2 回フォーラム（1990 年）	
セッション名	セッションタイトル
シンポジウム	肝区域のとらえ方と問題点
シネシンポジウム	胆膵癌のリンパ節郭清
ラウンドテーブルディスカッション	胆膵癌のリンパ路
一般演題Ⅰ	胆石症・胆嚢炎
一般演題Ⅱ	術式
一般演題Ⅲ	膵癌・乳頭部癌
一般演題Ⅳ	肝切除術・動注療法
一般演題Ⅴ	胆管像・胆管癌
一般演題Ⅵ	膵炎
一般演題Ⅶ	肝切除術・肝区域
一般演題Ⅷ	その他
示説発表Ⅰ	胆石・胆道疾患・肝良性腫瘍
示説発表Ⅱ	肝細胞癌
示説発表Ⅲ	肝管癌・胆嚢腫瘍
示説発表Ⅳ	膵癌・膵液瘻
示説発表Ⅴ	膵腫瘍・その他

第 3 回フォーラム（1991 年）	
セッション名	セッションタイトル
ビデオシンポジウム	肝胆膵機能と外科
一般演題（口演）	肝機能Ⅰ～Ⅲ
一般演題（口演）	閉塞性黄疸
一般演題（口演）	膵Ⅰ～Ⅱ
一般演題（口演）	膵切除と機能
一般演題（口演）	ケトン体比と肝臓

第 4 回フォーラム（1992 年）	
セッション名	セッションタイトル
シンポジウム	術前の肝予備能と肝切除後の肝機能
シネ・シンポジウム	膵の機能温存手術
ビデオ・クリニック	肝胆膵手術の工夫・胆道
ビデオ・クリニック	肝胆膵手術の工夫・肝
ビデオ・クリニック	肝胆膵手術の工夫・膵①～②
要望演題	胆道再建後の胆汁排泄機能
要望演題	肝切除後の残存肝機能①～③
要望演題	膵切除後の膵内外分泌機能①～⑥
一般演題	胆道
一般演題	肝
一般演題	門亢症

第 5 回学術集会総会（1993 年）	
セッション名	セッションタイトル
会長講演	
教育フォーラム	肝尾状葉切除術
シンポジウム	HPD と HLPD の術後合併症と対策
パネルディスカッション	胆管細胞癌の病態と取扱い
ビデオシンポジウム	肝胆膵外科における血行再建
ビデオセッション	腹腔鏡下肝胆膵手術
一般演題ビデオ	
一般演題	
一般演題示説	

第 6 回学術集会総会（1994 年）	
セッション名	セッションタイトル
会長講演	
教育フォーラム	肝区域と肝切除
シンポジウム	各種肝阻血法の特徴と適応
パネルディスカッション	肝胆膵癌における画像診断－門脈浸潤－
ビデオシンポジウム	PPPD の功罪－ Whipple 手術との対比－
ビデオセッションⅠ～Ⅱ	
一般演題（口演）1-1 ～ 3-2	
一般演題（示説）Ⅰ～Ⅹ	

第 7 回学術集会総会（1995 年）	
セッション名	セッションタイトル
会長講演	肝癌の新しい治療をめざして
教育フォーラム	肝・胆・膵癌のリンパ路とリンパ節転移
シンポジウム（口演）1 ～ 8	肝・胆・膵の粘液産生腫瘍をめぐって
パネルディスカッション 1 ～ 5	膵区域と膵切除術
ワークショップ 1 ～ 8	肝・胆・膵における画像診断 - 癌類似病変 -
ビデオシンポジウム 1 ～ 8	肝前区域切除
ビデオセッション 1 ～ 29	
一般演題（示説）1 ～ 35	

第 8 回学術集会総会（1996 年）	
セッション名	セッションタイトル
会長講演	
教育フォーラム	肝胆膵外科をサポートする画像診断
シンポジウム	胆道系・膵管系の合流異常
パネルディスカッション	術前門脈塞栓術をめぐって
ワークショップ	PD 術後の病態生理（短期と長期）
ビデオシンポジウム	肝左葉切除術
ビデオセッション 1 ～ 3	
要望演題（口演）1～18	
一般演題（口演）1～8	
一般示説 1 ～ 9	

第 9 回学術集会総会（1997 年）	
セッション名	セッションタイトル
招待講演	
会長講演	
教育フォーラム	肝門板とその周辺
シンポジウム	肝門部胆管癌の病態別手術術式
パネルディスカッション	嚢胞形成性膵腫瘍の診断と治療
ワークショップ 1	大動物（犬、猿、豚など）を使用した実験材料
ワークショップ 2	血管外科手技応用におけるピットフォール
ビデオシンポジウム	私の手術
ビデオセッション 1～4	
要望演題 1 ～ 17	
一般演題 1 ～ 31	

第 10 回学術集会総会（1998 年）	
セッション名	セッションタイトル
ランチョンレクチャー	
ランチョンビデオレクチャー Q & A	
教育フォーラム	尾状葉の解剖と外科
会長講演	
シンポジウム	転移性肝癌の治療
パネルディスカッション	肝内胆管癌をめぐって
ワークショップ 1	肝胆膵における 3D image
ワークショップ 2	閉塞性黄疸
ワークショップ 3	総胆管結石の治療法の選択
ビデオシンポジウム	胆と膵の再建法
ビデオセッション	肝疾患
ビデオセッション	鏡視下手術
ビデオセッション	膵・胆道再建 -1 ～ 2
ビデオセッション	膵腸吻合 -1 ～ 2
ビデオセッション	肝細胞癌
ビデオセッション	胆道・膵
要望演題（口演）	要望 1：腹腔鏡下手術　肝
要望演題（口演）	要望 1：腹腔鏡下手術　膵・胆道
要望演題（口演）	要望 1：腹腔鏡下手術　胆道
要望演題（口演）	要望 2：長期生存した進行肝胆膵癌（3 年以上）　膵癌 -1 ～ 3
要望演題（口演）	要望 2：長期生存した進行肝胆膵癌（3 年以上）　膵頭部領域癌
要望演題（口演）	要望 2：長期生存した進行肝胆膵癌（3 年以上）　肝癌 -1 ～ 3
要望演題（口演）	要望 2：長期生存した進行肝胆膵癌（3 年以上）　肝門部胆管癌
要望演題（口演）	要望 2：長期生存した進行肝胆膵癌（3 年以上）　胆嚢癌 -1 ～ 2
要望演題（口演）	要望 3：胆管癌のリンパ節転移　リンパ節転移 -1 ～ 2
要望演題（口演）	要望 4：肝胆膵における癌遺伝子　肝癌
要望演題（口演）	要望 4：肝胆膵における癌遺伝子　胆道・膵癌
要望演題（口演）	要望 4：肝胆膵における癌遺伝子　膵癌
要望演題（口演）	要望 5：重症膵炎　重症急性膵炎
要望演題（示説）	要望 6：興味ある肝胆膵の症例　肝
要望演題（示説）	要望 6：興味ある肝胆膵の症例　胆道 -1 ～ 3
要望演題（示説）	要望 6：興味ある肝胆膵の症例　膵 -1 ～ 2
一般演題（口演）	肝内胆管癌 -1 ～ 4
一般演題（口演）	肝良性
一般演題（口演）	胆道ステント
一般演題（口演）	ステント・胆道
一般演題（口演）	胆道良性 -1 ～ 2
一般演題（口演）	生物学的悪性度
一般演題（口演）	胆道悪性 -1 ～ 3
一般演題（口演）	転移性肝癌 -1 ～ 9
一般演題（口演）	肝胆膵画像 -1 ～ 2
一般演題（口演）	肝（病態・管理）-1 ～ 4
一般演題（口演）	肝悪性 -1 ～ 3
一般演題（口演）	総胆管結石 -1 ～ 2
一般演題（口演）	総胆管結石・黄疸
一般演題（口演）	膵癌 -1 ～ 3
一般演題（口演）	膵腫瘍・その他
一般演題（口演）	乳頭部癌
一般演題（口演）	膵頭十二指腸切除
一般演題（口演）	膵病態・解剖
一般演題（示説）	肝
一般演題（示説）	胆道 -1 ～ 2
一般演題（示説）	膵 -1 ～ 3

第 11 回学術集会総会（1999 年）	
セッション名	セッションタイトル
記念講演	
会長講演	
教育フォーラム	肝移植をめぐって－適応・手技・術後管理および予後－
サテライトビデオシンポジウム	ビデオによる手術手技－膵・胆・肝－
ランチョンセミナー	
合同シンポジウム	癌取扱い規約（肝・胆・膵）のS（s）tage 分類をめぐって ＜肝胆膵外科学会、胆道外科研究会、膵切研究会　合同＞
パネルディスカッション 1	各種肝血流遮断下肝切除術の問題点
パネルディスカッション 2	膵吻合の手技と問題点 ＜膵切研究会と合同＞
ワークショップ 1	肝胆膵領域の腹腔鏡下手術におけるトレーニングシステム
ワークショップ 2	長期経過から見た膵胃吻合の問題点
ワークショップ 3	急性胆嚢炎の手術時期 ＜胆道外科研究会と合同＞
ビデオシンポジウム 1	鏡視下手術最新のテクニック
ビデオシンポジウム 2	胆嚢癌の進展度別適正手術 ＜胆道外科研究会と合同＞
ビデオシンポジウム 3	膵切離の方法と手技 ＜膵切研究会と合同＞
ビデオシンポジウム 4	膵体尾部癌の手術
ビデオセッション 1～4	
一般演題（示説）	膵 1 ～ 23
一般演題（示説）	胆 1 ～ 20
一般演題（示説）	肝 1 ～ 24

第 12 回学術集会総会（2000 年）	
セッション名	セッションタイトル
招待講演	
会長講演	
教育フォーラム	肝胆膵手術における局所解剖と手術の実際
ランチョンセミナー	
総合シンポジウム	肝胆膵外科における拡大手術と縮小手術の問題点
シンポジウム 1	高度進行肝細胞癌に対する外科治療
シンポジウム 2 －胆道外科研究会と合同－	肝門部胆管癌に対する進行度別適正手術
シンポジウム 3 －膵切研究会と合同－	膵癌手術の総合評価－術中照射の功罪
ビデオシンポジウム 1 －胆道外科研究会と合同－	血行再建を伴う肝胆膵外科手術
ビデオシンポジウム 2 －胆道外科研究会と合同－	肝胆膵腹腔鏡下手術の工夫
ビデオシンポジウム 3	胆嚢癌の拡大手術
パネルディスカッション 1	急性肝不全に対する肝移植の適応
パネルディスカッション 2 －膵切研究会と合同－	長期経過からみた再建術式の評価・PD および PpPD
パネルディスカッション 3	肝胆膵外科における術後合併症と対策
パネルディスカッション 4	重症急性膵炎の治療戦略
ワークショップ 1	肝切除における門脈塞栓術の評価
ワークショップ 2	肝内結石症の治療戦略
ワークショップ 3	粘液産生膵腫瘍と嚢胞性膵腫瘍
ワークショップ 4	転移性肝癌の治療戦略
ビデオセッション	私の手術手技－肝胆膵手術のポイントとコツ -1 ～ 5
リサーチフォーラム 1～2	遺伝子診断と治療 -1 ～ 2
リサーチフォーラム 3	発癌機序
リサーチフォーラム 4～7	増殖・浸潤・転移のメカニズム -1～4
リサーチ 1～3	
要望演題 1	拡大・縮小手術 -1 ～ 2
要望演題 2	進行肝癌 -1 ～ 4
要望演題 3	肝移植
要望演題 4	術後合併症 -1 ～ 3
要望演題 5	門脈塞栓術 -1 ～ 2
要望演題 6	粘液・嚢胞膵腫瘍
要望演題 7	転移性肝癌 -1 ～ 3
要望ビデオ 1	血行再建
要望ビデオ 2	腹腔鏡手術 -1 ～ 3
一般演題（口演）	肝 -1 ～ 8
一般演題（口演）	膵 -1 ～ 8
一般演題（口演）	胆 -1 ～ 6
一般演題（口演）	乳頭部癌
一般演題（口演）	腹腔鏡手術 -1 ～ 3
一般演題（ポスター）	ポスター膵 -1 ～ 10
一般演題（ポスター）	ポスター肝 -1 ～ 9
一般演題（ポスター）	ポスター胆 -1 ～ 10
一般演題（ポスター）	ポスター腹腔鏡手術
一般演題（ポスター）	ポスター十二指腸・乳頭 -1 ～ 2

第 13 回学術集会総会（2001 年）	
セッション名	セッションタイトル
招待講演	
特別講演	
会長講演	
教育フォーラム	肝胆膵外科領域における EBM
サテライトシンポジウム	第 5 版膵癌取り扱い規約案をめぐって
ランチョンセミナー	
シンポジウム 1	膵癌の治療成績向上を目指して
シンポジウム 2	胆道癌に対する集学的治療法 －基礎から臨床へ
ビデオシンポジウム 1	肝膵同時切除をめぐって
ビデオシンポジウム 2	膵切除後の膵管再建法 －膵胃吻合 vs 膵腸吻合
パネルディスカッション 1	血行再建を伴う肝胆膵手術の合併症とその対策
パネルディスカッション 2	粘液性嚢胞腫瘍（MCT）と膵管内乳頭腫瘍（IPMT）に対する診断と治療
パネルディスカッション 3	生理学的見地から見た PpPD の再評価
パネルディスカッション 4	急性膵炎に対する動注療法の Strategy
パネルディスカッション 5	胆嚢癌に対する腹腔鏡下胆摘術
ビデオセッション 1	膵 -1 ～ 3
ビデオセッション 2	肝 -1 ～ 3
ビデオセッション 3	肝 -4 ～ 6
ビデオセッション 4	膵 -4 ～ 6
ビデオセッション 5	胆 -1 ～ 2
ビデオセッション 5	膵 -7
ビデオセッション 6	胆 -3 ～ 4
ビデオセッション 6	膵 -8
プレナリーセッション 1	膵 -1 ～ 3
プレナリーセッション 2	膵 -4 ～ 5
プレナリーセッション 2	胆 -1
プレナリーセッション 3	胆 -2 ～ 4
プレナリーセッション 4	肝 -1 ～ 3

プレナリーセッション 5	胆 -5 ～ 6
プレナリーセッション 5	膵 -6
プレナリーセッション 6	胆 -7 ～ 8
プレナリーセッション 6	膵 -7
プレナリーセッション 7	肝 -4
プレナリーセッション 7	膵 -8
プレナリーセッション 8	膵 -9
プレナリーセッション 8	胆 -9 ～ 10
一般演題（ポスター）	肝 1 ～ 20
一般演題（ポスター）	胆 1 ～ 21
一般演題（ポスター）	膵 1 ～ 18

第 14 回学術集会総会（2002 年）	
セッション名	セッションタイトル
Special Lecture	Where do we go with HCC-past, present, and future perspective
Keynote Lecture 1	Acute pancreatitis：who needs surgery ?
Keynote Lecture 2	Changing faces of liver transplantation：partial grafts for adults
Debate (Breakfast Seminar) 1	Nutrition in HBP surgery
Debate (Breakfast Seminar) 2	
Debate (Breakfast Seminar) 3	Chemoradiation in resectable pancreatic cancer
Debate (Breakfast Seminar) 4	Preoperative portal vein embolization
Debate (Breakfast Seminar) 5	Bile duct clearance：endoscopic vs. laparoscopic ?
Debate (Breakfast Seminar) 6	Treatment for small HCC
Debate (Breakfast Seminar) 7	Navigation surgery in HBP surgery
Debate (Breakfast Seminar) 8	bile duct injury：wait or operate ?
Debate (Breakfast Seminar) 9	Extended resection in pancreatic cancer
Panel discussion 1	Living-donor liver transplantation
Panel discussion 2	Colorectal liver metastases
Panel discussion 3	Pancreatic cancer
Symposium 1	Laparoscopic liver resection
Symposium 2	Laparoscopic biliary and pancreatic surgery 1
Symposium 3	Laparoscopic biliary and pancreatic surgery 2
Symposium 4	Inflow occlusion during hepatectomy
Symposium 5	Hepatic viral infection
Symposium 6	Intrahepatic cholangiocarcinoma
Symposium 7	
Symposium 8	Acute pancreatitis and infection
Symposium 9	IPMN and MCN
Symposium 10	Severe acute pancreatitis
Symposium 11	Maljunction of pancreatic and biliary duct
Symposium 12	Molecular science in HBP cancer
Symposium 13	Endoscopic surgery
Symposium 14	Bioengineering in HBP diseases
Symposium 15	Chronic pancreatitis
Video Symposium 1	Less-invasive pancreatectomy
Video Symposium 2	Aggressive surgery in HBP malignancies
Video Symposium 3	Hepatic vascular occlusion
Young Investigator	
Update lecture 1	Postoperative pancreatic fistula：definition, prevention, and treatment
Update lecture 2	Duct-to-duct reconstruction in living donor liver transplantation
Update lecture 3	Pancreatico-Biliary maljunction：its concept, classification, diagnosis and outcome
Update lecture 4	Micrometastasis in HBP malignancies and metastatic cancer
Update lecture 5	Glissonean pedicle transection method for hepatic resection
Update lecture 6	Hepatobiliary transport of bile acids and organic anions
Update lecture 7	Navigation and image guided HPB surgery
Update lecture 8	Intraductal cholangiocarcinoma in South-East Asia
Update lecture 9	Management of pancreatic cancer in Japan
Update lecture 10	Preoperative chemoradiation therapy in resectable pancreatic cancer
Update lecture 11	Organ-preserving pancreatectomy and its significance
Update lecture 12	Radiotherapy in the treatment of liver malignancies
Update lecture 13	Treatment strategies for carcinoma gallbladder
Update lecture 14	Diagnostic imaging for small pancreatic carcinoma
Update lecture 15	Intervention radiology in portal hypertension
Update lecture 16	
Update lecture 17	Robotically assisted radiofrequency ablation of liver cancer
Update lecture 18	PTCS and stent for biliary malignancy
Update lecture 19	Imaging diagnosis and staging of biliary cancer
Update lecture 20	Preoperative biliary drainage for jaundiced patients with HPB diseases
Update lecture 21	
Update lecture 22	Imagings of gallbladder
Update lecture 23	How to do a safe pancreatic anastomosis
Update lecture 24	How to deal with a pancreatic head mass
Update lecture 25	Sphincter of Oddi function and dysfunction
Update lecture 26	Duodenal neoplasm
Update lecture 27	Efficacy of continuous hemodiafiltration (CHDF) in the management of severe acute pancreatitis
Update lecture 28	Current topics of the pancreaticobiliary maljunction and choledochal cysts
Update lecture 29	The possible relationship between red cell function and liver failure after hepatectomy
Video session	
Free paper session	
Poster session	
Topics from India	

第 15 回学術集会総会（2003 年）	
セッション名	セッションタイトル
会長講演	
全員討論会 1	膵消化管吻合術後の合併症と対策
全員討論会 2	胆嚢・胆管癌手術における切離断端の臨床的評価
サテライト国際シンポジウム	欧米人からみた本邦肝胆膵癌取扱い規約について
ランチョンセミナー	
看護師と肝胆膵外科医との対話	
シンポジウム 1	膵癌のリンパ節郭清を再考する
シンポジウム 2	非拡張型膵管胆道合流異常症手術後の長期予後
シンポジウム 3	膵癌膵後方浸潤の評価法と治療
シンポジウム 4	胆道癌のリンパ節郭清を再考する
シンポジウム 5	腹腔鏡下胆嚢摘出術と再手術
シンポジウム 6	肝細胞癌に対する肝移植の適応
シンポジウム 7	転移性肝腫瘍に対する ablation 治療
シンポジウム 8	肝内胆管癌の肝門部浸潤と肝門部胆管癌の鑑別と治療方針
ビデオシンポジウム 1	上腸間膜動脈周囲郭清の手技
ビデオシンポジウム 2	鏡視下肝切除術：適応と工夫
パネルディスカッション 1	肝予備能の再評価
パネルディスカッション 2	膵癌外科治療における補助療法
パネルディスカッション 3	漿膜非露出（S0）進行胆嚢癌の外科的戦略
ビデオパネルディスカッション	肝静脈再建の適応とその手技
ワークショップ	肝膵疾患外科治療における高次元画像解析装置の有用性
ビデオセッション 1～4	肝切除
ビデオセッション 5	肝門部空腸吻合
ビデオセッション 6～10	その他、手術の工夫について
ビデオセッション 11～12	膵縮小手術
ビデオセッション 13～15	胆道癌の拡大手術
プレナリーセション 1	胆道癌のリンパ節郭清を再考する
プレナリーセション 2	腹腔鏡下胆嚢摘出術と再手術
プレナリーセション 3～4	肝予備能の再評価
プレナリーセション 5～7	膵癌外科治療における補助療法
プレナリーセション 8	漿膜非露出（S0）進行胆嚢癌の外科的戦略
要望演題 1	急性膵炎における外科的治療のタイミング
要望演題 2	膵頭切除術における十二指腸温存法の功罪
要望演題 3～4	術前門脈枝塞栓術の功罪
一般口演	肝 1～15
一般口演	胆 1～9
一般口演	膵 1～13
一般口演	肝胆膵 1～3
一般演題（ポスター）	肝 1～18
一般演題（ポスター）	胆 1～19
一般演題（ポスター）	膵 1～19
一般演題（ポスター）	その他 1～2

第 16 回学術集会総会（2004 年）	
セッション名	セッションタイトル
サテライト国際シンポジウム	Challenge to Pancreatic Cancer
サテライト教育シンポジウム	主題：他科に学ぶ診断と治療法 「肝細胞癌における集学的治療法と外科の役割」
ランチョンセミナー	
シンポジウム 1	肝癌に対する系統的肝切除の妥当性とその根拠
シンポジウム 2	急性胆道炎のガイドラインにおける Key Point
シンポジウム 3	膵頭十二指腸切除時における感染対策
シンポジウム 4	術中胆道損傷の現状と治療成績
ビデオシンポジウム 1	胆道外科における胆道再建または胆管再建の工夫
ビデオシンポジウム 2	肝切除の工夫（切離法、阻血法） セッション 1
ビデオシンポジウム 3	膵頭十二指腸切除術時における再建術式の工夫 セッション 1
ビデオシンポジウム 4	肝切除の工夫（切離法、阻血法） セッション 2
ビデオシンポジウム 5	膵頭十二指腸切除術時における再建術式の工夫 セッション 2
パネルディスカッション 1	PTPE のエビデンスについて
パネルディスカッション 2	術前減黄術のエビデンスについて
ワークショップ 1	肝胆膵疾患の遺伝子解析と臨床応用
ワークショップ 2	転移性肝癌に対する外科治療の適応と成績
ワークショップ 3	慢性膵炎治療における手術療法の役割
ワークショップ 4	肝胆膵外科領域における周術期栄養療法の工夫
ワークショップ 5	膵癌手術例における予後規定因子とは?
ワークショップ 6	IPMT に対する縮小手術の適応と成績
リサーチフォーラム 1	肝膵再生研究の up to date（膵細胞移植を含めて）
リサーチフォーラム 2	分子生物学からみた肝胆膵癌の診断と治療
プレナリーセッション	術中胆道損傷 -1 ～ 3
プレナリーセッション	転移性肝癌 -1 ～ 3
プレナリーセッション	肝切除 -1 ～ 2
プレナリーセッション	膵癌予後既定因子 -1 ～ 2
プレナリーセッション	分子生物学－診断と治療 -1 ～ 2
プレナリーセッション	再生研究
プレナリーセッション	PD 術後の感染対策
ビデオセッション	肝 -1 ～ 4
ビデオセッション	胆 -1 ～ 2
ビデオセッション	膵 -1 ～ 3
一般演題（口演）	肝 -1 ～ 9
一般演題（口演）	胆 -1 ～ 11
一般演題（口演）	膵 -1 ～ 10
一般演題（ポスター）	肝 -1 ～ 13
一般演題（ポスター）	胆 -1 ～ 13
一般演題（ポスター）	膵 -1 ～ 15

第 17 回学術集会総会（2005 年）	
セッション名	セッションタイトル
会長講演	
特別講演	
シンポジウム	
ビデオシンポジウム 1	正常膵における膵切除・再建法： その安全確実な手術手技
ビデオシンポジウム 2	定型的肝切除術
パネルディスカッション 1	脈管侵襲陽性（Vv3、Vp3,4）肝癌の集学的治療
パネルディスカッション 2	膵癌治療ガイドライン作成へ向けた公聴会
パネルディスカッション 3	膵癌肝転移に対する治療戦略
パネルディスカッション 4	生体肝移植後の B・C 型肝炎の再発をどうするか
パネルディスカッション 5	総胆管結石の治療方針（内科 vs 外科）
パネルディスカッション 6	IPMN/MCN の診療ガイドラインをめぐって
ワークショップ 1	十二指腸乳頭部癌に対する縮小手術
ワークショップ 2	こんなときあなたならどうする
ワークショップ 3	肝胆膵外科における周術期感染対策
ワークショップ 4	合流異常症の外科治療をめぐって
ワークショップ 5	外科が求める術前画像診断（3D）
ワークショップ 6	肝胆膵の translational research
ランチョンセミナー	
サテライトシンポジウム	ここまで向上した最新の化学療法
プレナリーセッション(口演)	進行膵癌に対する集学的治療 1 ～ 2
プレナリーセッション(口演)	肝外胆管
プレナリーセッション(口演)	胆嚢癌壁深達度 1 ～ 2
プレナリーセッション(口演)	CCC
プレナリーセッション(口演)	HCC（周術期管理）
プレナリーセッション(口演)	HCC（Vp 陽性）
プレナリーセッション(口演)	HCC（術式）
プレナリーセッション(口演)	十二指腸乳頭部癌
プレナリーセッション(口演)	周術期感染対策 1 ～ 2
プレナリーセッション(口演)	肝移植
プレナリーセッション(口演)	膵癌肝転移
プレナリーセッション(口演)	3D 画像
プレナリーセッション(口演)	その他
プレナリーセッション(口演)	総胆管結石
プレナリーセッション(口演)	遺伝子・その他
プレナリーセッション(口演)	肝移植（肝癌）
プレナリーセッション(口演)	転移性肝癌 1 ～ 2
プレナリーセッション(口演)	Translational research
プレナリーセッション(口演)	膵癌遺伝子
プレナリーセッション(口演)	切除不能膵癌に対する治療
プレナリーセッション(口演)	IPMN 1 ～ 3
プレナリービデオセッション	移植・鏡視下
プレナリービデオセッション	胆道・膵臓
プレナリービデオセッション	肝
プレナリービデオセッション	正常膵における膵切除・再建法
一般演題（ビデオ）	大手術
一般演題（ビデオ）	肝
一般演題（ビデオ）	吻合法の工夫 1 ～ 2
一般演題（ビデオ）	胆道・門脈
一般演題（ビデオ）	肝ひと工夫
一般演題（ビデオ）	肝その他
一般演題（ビデオ）	正常膵
一般演題（ポスター）肝	HCC・症例
一般演題（ポスター）肝	HCC 合併症と周術期管理
一般演題（ポスター）肝	肝移植 1 ～ 2（症例・ウイルス）
一般演題（ポスター）肝	肝嚢胞
一般演題（ポスター）肝	肝転移・治療 1 ～ 2
一般演題（ポスター）肝	実験・肝血管腫
一般演題（ポスター）肝	肝・症例 1 ～ 4
一般演題（ポスター）肝	HCC 高度脈管侵襲
一般演題（ポスター）肝	肝内胆管癌
一般演題（ポスター）肝	肝転移・症例
一般演題（ポスター）肝	非大腸癌肝転移
一般演題（ポスター）肝	肝・その他
一般演題（ポスター）肝	肝・成績
一般演題（ポスター）膵	術後管理
一般演題（ポスター）膵	膵癌症例
一般演題（ポスター）膵	膵炎
一般演題（ポスター）膵	膵癌・その他
一般演題（ポスター）膵	転移性膵腫瘍・その他
一般演題（ポスター）膵	分子生物学
一般演題（ポスター）膵	ラ氏島腫瘍
一般演題（ポスター）膵	膵・症例
一般演題（ポスター）膵	IPMN 1 ～ 3
一般演題（ポスター）膵	膵・手術
一般演題（ポスター）膵	膵癌症例・その他
一般演題（ポスター）膵	膵癌治療
一般演題（ポスター）膵	良性腫瘍
一般演題（ポスター）胆	胆管癌
一般演題（ポスター）胆	胆嚢癌 1 ～ 3
一般演題（ポスター）胆	胆嚢結石・胆嚢炎
一般演題（ポスター）胆	十二指腸乳頭部癌 1 ～ 2
一般演題（ポスター）胆	上部肝門部胆管癌
一般演題（ポスター）胆	合併症
一般演題（ポスター）胆	門脈・脾臓
一般演題（ポスター）胆	合併症
一般演題（ポスター）胆	抗癌剤
一般演題（ポスター）胆	合流異常
一般演題（ポスター）胆	総胆管結石
一般演題（ポスター）胆	粘液産生胆管癌
一般演題（ポスター）胆	腹腔鏡下手術 1 ～ 2
一般演題（ポスター）胆	症例・その他
一般演題（ポスター）胆	3D 画像
一般演題（ポスター）胆	分子生物学
一般演題（ポスター）胆	その他
第 17 回日本肝胆膵外科学会　市民公開講座	肝臓癌といわれたらどうしますか

第 18 回学術集会総会（2006 年）	
セッション名	セッションタイトル
特別講演	
招請講演	
特別企画	肝胆膵外科専門医制度を目指した初期教育 肝胆膵外科専門医制度をどうするか？
シンポジウム 1	肝葉切除が出来るようになるまでの教育と実践
シンポジウム 2	肝門部胆管癌；局所解剖と術式選択
シンポジウム 3	肝移植実施までの ABC
シンポジウム 4	胆摘後に偶然発見された胆嚢癌に対する追加切除の適応と予後
シンポジウム 5	尾側膵切除の切離方法と合併症対策
ビデオシンポジウム 1	膵頭十二指腸切除術における切除法ー私はこうしているー
ビデオシンポジウム 2	門脈内腫瘍栓、下大静脈浸潤肝癌に対する手術
ビデオシンポジウム 3	総胆管結石の治療（外科、内科）
ビデオシンポジウム 4	肝悪性腫瘍に対する鏡視下肝切除術：適応と限界、手術手技の工夫
パネルディスカッション 1	ディベート　stage Ⅳ a 膵癌をどうするか？
パネルディスカッション 2	この症例をどうするか？(肝・胆・膵)
ワークショップ 1	膵消化管吻合部縫合不全の治療
ワークショップ 2	腹腔鏡下胆嚢摘出術；術中損傷はどういったときに起こるか？
ワークショップ 3	膵・胆管合流異常（胆管非拡張型）をどうするか？
ワークショップ 4	肝内胆管癌；リンパ節転移症例の治療方針
ランチョンセミナー	
イブニングセミナー	
プレナリーセッション	
要望演題	胆嚢癌 1 ～ 4
要望演題	肝内胆管癌 1 ～ 3
要望演題	膵切離法・合併症 1 ～ 3
要望演題	肝移植・肝切除
要望演題	肝門部胆管癌
要望演題	膵消化管吻合合併症 1 ～ 2
要望演題	進行膵癌 1 ～ 2
ビデオセクション	鏡視下肝切除術 1 ～ 2
ビデオセクション	肝切除 1 ～ 2
ビデオセクション	総胆管結石
ビデオセクション	膵切離
ビデオセクション	膵　その他
ビデオセクション	膵頭十二指腸切除 1 ～ 2
一般演題（ポスター）	原発性肝癌　症例 1 ～ 4
一般演題（ポスター）	転移性肝癌 1 ～ 2
一般演題（ポスター）	肝臓　手術
一般演題（ポスター）	肝臓　術後合併症
一般演題（ポスター）	肝臓　症例 1 ～ 2
一般演題（ポスター）	肝臓　遺伝子　他
一般演題（ポスター）	十二指腸乳頭部癌
一般演題（ポスター）	胆道　鏡視下手術
一般演題（ポスター）	胆嚢癌　症例 1 ～ 2
一般演題（ポスター）	胆管癌 1 ～ 2
一般演題（ポスター）	膵腫瘍 1 ～ 3
一般演題（ポスター）	IPMN 1 ～ 2
一般演題（ポスター）	膵内分泌腫瘍
一般演題（ポスター）	膵癌　症例
一般演題（ポスター）	膵臓　術後合併症
一般演題（ポスター）	膵臓　症例
一般演題（ポスター）	膵臓　手術
一般演題（ポスター）	膵臓　その他
一般演題（ポスター）	肝臓　移植　他
一般演題（ポスター）	肝臓　病理　他
一般演題（ポスター）	原発性肝癌　手術
一般演題（ポスター）	原発性肝癌　その他の治療
一般演題（ポスター）	胆道　診断
一般演題（ポスター）	胆道　症例
一般演題（ポスター）	十二指腸　他
一般演題（ポスター）	胆道　その他
一般演題（ポスター）	胆嚢癌
一般演題（ポスター）	急性胆嚢炎
一般演題（ポスター）	慢性胆嚢炎　他
一般演題（ポスター）	膵癌　集学的治療
一般演題（ポスター）	膵臓　鏡視下手術、機能評価
一般演題（ポスター）	膵炎
一般演題（ポスター）	脾臓・門脈、膵外傷

第 19 回学術集会総会（2007 年）	
セッション名	セッションタイトル
特別企画	肝胆膵外科専門医制度－制度設計の具体策－
招請講演	
会長講演	
教育シンポジウム 1	膵頭十二指腸切除術が出来るようになるまで－その教育と実践－
教育シンポジウム 2	安全確実な肝葉切除術 －その教育と実際－
シンポジウム 1	肝胆膵外科に有用な画像診断法 －癌の外科治療戦略は決定できるか－
シンポジウム 2	肝細胞癌の治療戦略と手術の実際（ビデオ）
パネルディスカッション 1	ディベート：肝門部胆管癌をどうする？
パネルディスカッション 2	特別教育カリキュラム：この症例をどうする？
ワークショップ 1	肝胆膵領域の移植・再生医療の進歩
ワークショップ 2	難治性術後良性胆道狭窄の病態と治療方針
旧日本胆道外科研究会事業アンケート報告	
サテライトシンポジウム	胆道癌診療ガイドライン作成に向けた公聴会
特別報告	膵臓術後補助化学療法
プレナリーセッション	
ランチョンセミナー	
イブニングセミナー	
ミニシンポジウム 1	安全な肝葉切除の教育
ミニシンポジウム 2	膵頭十二指腸切除の教育
ミニシンポジウム 3-1 ～ 3-2	肝胆膵外科に必要な画像診断 1 ～ 2
ミニパネルディスカッション	肝門部胆管癌
ミニワークショップ 1	良性胆道狭窄
ミニワークショップ 2	移植・再生医療
要望演題（ビデオ）1	肝細胞癌の手術
要望演題（ビデオ）2	肝細胞癌の手術
一般演題（ビデオ）1 ～ 2	PD 1 ～ 2
一般演題（ビデオ）3	胆道癌
一般演題（ビデオ）4	胆石他
一般演題（ビデオ）5	膵腫瘍
一般演題（ビデオ）6	IPMT/MCT
一般演題（ビデオ）7	PD 3
一般演題（ビデオ）8	膵癌他
一般演題（ビデオ）9	肝移植他
一般演題（ビデオ）10 ～ 12	肝癌 1 ～ 3
一般演題（ビデオ）13 ～ 14	肝手術 1 ～ 2
一般演題（ビデオ）15	膵癌
一般演題（ビデオ）16 ～ 17	胆石 1 ～ 2
一般演題（ポスター）	肝臨床研究
一般演題（ポスター）	肝癌 1 ～ 2
一般演題（ポスター）	肝癌症例報告 1 ～ 2
一般演題（ポスター）	肝癌補助療法
一般演題（ポスター）	肝　悪性症例報告
一般演題（ポスター）	肝移植
一般演題（ポスター）	肝鏡視下手術他
一般演題（ポスター）	肝合併症他
一般演題（ポスター）	肝内胆管癌他
一般演題（ポスター）	肝門部胆管癌 1 ～ 2
一般演題（ポスター）	胆管癌 1 ～ 4
一般演題（ポスター）	胆嚢癌 1 ～ 3
一般演題（ポスター）	胆嚢炎 1 ～ 2
一般演題（ポスター）	胆管炎 1 ～ 2
一般演題（ポスター）	胆道狭窄 1 ～ 2
一般演題（ポスター）	内胆汁瘻
一般演題（ポスター）	乳頭部癌 1 ～ 2
一般演題（ポスター）	胆道その他
一般演題（ポスター）	膵癌 1 ～ 3
一般演題（ポスター）	膵癌 4（化学療法）
一般演題（ポスター）	膵癌 5（化学放射線療法）
一般演題（ポスター）	膵癌症例報告 1 ～ 4
一般演題（ポスター）	膵癌臨床研究
一般演題（ポスター）	IPMT/MCT 1 ～ 2
一般演題（ポスター）	膵腫瘍他 1 ～ 2
一般演題（ポスター）	膵内分泌腫瘍 1 ～ 2
一般演題（ポスター）	膵炎
一般演題（ポスター）	膵その他 1 ～ 3
一般演題（ポスター）	その他 1 ～ 2
一般演題（ポスター）	肝基礎研究
一般演題（ポスター）	肝癌他
一般演題（ポスター）	転移性肝癌
一般演題（ポスター）	転移性肝癌　症例報告
一般演題（ポスター）	肝　良性症例報告他
一般演題（ポスター）	肝　その他の肝腫瘍
一般演題（ポスター）	肝　その他の肝疾患
一般演題（ポスター）	胆道癌化学療法
一般演題（ポスター）	胆嚢癌他
一般演題（ポスター）	胆道損傷他
一般演題（ポスター）	膵癌基礎研究
一般演題（ポスター）	膵内分泌腫瘍他
一般演題（ポスター）	膵炎他
一般演題（ポスター）	膵移植

第 20 回学術集会総会（2008 年）	
セッション名	セッションタイトル
特別企画 1	
特別企画 2	日本肝胆膵外科　高度技能医認定の発足に向けて
特別講演	
会長講演	
招待講演	
教育シンポジウム 1	IPMN・MCN の診断と治療
教育シンポジウム 2	肝胆膵外科志望者の減少を止めるためには－若手外科医からの提言
教育シンポジウム 3	肝門部胆管癌に対する外科治療戦略
シンポジウム	局所解剖から見た肝胆膵手術
教育ビデオシンポジウム	生体肝移植
ビデオシンポジウム 1	最先端の IVR および鏡視下手術（肝胆）
ビデオシンポジウム 2	最先端の IVR および鏡視下手術（膵脾）
ビデオシンポジウム 3	（脾温存）膵体尾部切除術
教育パネルディスカッション 1	肝胆膵外科 Mortality ゼロをめざして
教育パネルディスカッション 2	進行胆嚢癌の手術 －縮小手術か拡大手術か？－
パネルディスカッション	この症例をどうするか？
教育ワークショップ 1	肝胆膵外科におけるバーチャル画像
教育ワークショップ 2	膵液瘻の予防と治療
ワークショップ 1	膵頭十二指腸切除術のコツ
ワークショップ 2	通常型膵癌の治療戦略
ワークショップ 3	肝癌の外科治療
プレナリーセッション	
班会議報告	膵癌に対する術中照射療法
ランチョンセミナー	
サテライトシンポジウム	肝門部胆管癌の診断と治療 up to date
イブニングセミナー	
ミニシンポジウム 1	移植
ミニシンポジウム 2～3	IPMN 1 ～ 2
ミニシンポジウム 4	局所解剖
ミニシンポジウム 5	膵体尾部切除術
ミニシンポジウム 6	鏡視下手術（肝胆）1
ミニシンポジウム 7	鏡視下手術（膵脾）
ミニシンポジウム 8	進行胆嚢癌
ミニシンポジウム 9～10	Mortality ゼロをめざして 1 ～ 2
ミニシンポジウム 11	通常型膵癌
ミニシンポジウム 12	バーチャル画像 / 一般演題（ビデオ）
ミニシンポジウム 13～14	膵液瘻 1 ～ 2
ミニシンポジウム 15	膵頭十二指腸切除術
ミニシンポジウム 16	肝門部胆管癌
ミニシンポジウム 17	要望演題（ビデオ）：胆管・脾臓
ミニシンポジウム 18	要望演題（ビデオ）：切除・郭清手技
ミニシンポジウム 19	要望演題（ビデオ）：吻合・再建手技
ミニシンポジウム 20	要望演題（ビデオ）：術式の工夫
一般演題（ビデオ）1～3	肝胆膵 1 ～ 3
要望演題（ポスター）	示唆に富む症例 1-1 ～ 1-3
要望演題（ポスター）	示唆に富む症例 2-1 ～ 2-3
要望演題（ポスター）	基礎研究 1-1 ～ 1-3
要望演題（ポスター）	基礎研究 2
要望演題（ポスター）	臨床研究 1-1 ～ 1-2
要望演題（ポスター）	臨床研究 2-1 ～ 2-3
要望演題（ポスター）	臨床研究 3-1 ～ 3-2
一般演題（ポスター）	肝（肝細胞癌 1）
一般演題（ポスター）	肝（肝細胞癌 2-1 ～ 2-2）
一般演題（ポスター）	肝（肝細胞癌 3-1 ～ 3-2）
一般演題（ポスター）	肝（肝細胞癌 4-1 ～ 4-2）
一般演題（ポスター）	転移性肝腫瘍 1-1 ～ 1-2
一般演題（ポスター）	転移性肝腫瘍 2-1 ～ 2-2
一般演題（ポスター）	肝（肝良性腫瘍 1-1 ～ 1-2）
一般演題（ポスター）	肝（肝良性腫瘍 2）
一般演題（ポスター）	肝（肝手術・解剖）
一般演題（ポスター）	肝（肝予備能）
一般演題（ポスター）	肝（肝合併症）
一般演題（ポスター）	肝（鏡視下肝切除）
一般演題（ポスター）	肝（肝移植）
一般演題（ポスター）	肝（クリニカル・パス、SSI）
一般演題（ポスター）	肝（栄養、他）
一般演題（ポスター）	肝（肝動注）
一般演題（ポスター）	肝（外傷・出血）
一般演題（ポスター）	胆道（胆管良性腫瘍 1 ～ 2）
一般演題（ポスター）	胆道（肝門部胆管癌）
一般演題（ポスター）	胆道（胆管癌 1 ～ 2）
一般演題（ポスター）	胆道（胆嚢癌 1）
一般演題（ポスター）	胆道（胆嚢癌 2-1 ～ 2-2）
一般演題（ポスター）	胆道（肝内胆管癌 1 ～ 2）
一般演題（ポスター）	胆道（鏡視下胆嚢摘出術 1）
一般演題（ポスター）	胆道（鏡視下胆嚢摘出術 2-1 ～ 2-3）
一般演題（ポスター）	胆道（胆嚢炎 1-1 ～ 1-2）
一般演題（ポスター）	胆道（胆嚢炎 2）
一般演題（ポスター）	胆道（胆道合併症）
一般演題（ポスター）	胆道（良性胆管疾患）
一般演題（ポスター）	胆道（胆道疾患）
一般演題（ポスター）	胆道（胆石症）
一般演題（ポスター）	胆道（Vater 乳頭部癌 1）
一般演題（ポスター）	胆道（Vater 乳頭部癌 2-1 ～ 2-2）
一般演題（ポスター）	胆道（化学療法）
一般演題（ポスター）	膵（膵画像）
一般演題（ポスター）	膵（通常型膵癌 1 ～ 3）
一般演題（ポスター）	膵（IPMN 1-1 ～ 1-2）
一般演題（ポスター）	膵（IPMN 2）
一般演題（ポスター）	膵（膵手術 1）
一般演題（ポスター）	膵（膵手術 2-1 ～ 2-2）
一般演題（ポスター）	膵（膵合併症）
一般演題（ポスター）	膵（膵内分泌腫瘍 1 ～ 3）
一般演題（ポスター）	膵（転移性膵腫瘍）
一般演題（ポスター）	膵（膵腺房細胞癌）
一般演題（ポスター）	膵（良性膵腫瘍 1 ～ 2）
一般演題（ポスター）	膵（嚢胞性膵腫瘍）
一般演題（ポスター）	膵（膵腫瘍）
一般演題（ポスター）	膵（膵炎）
一般演題（ポスター）	膵（化学療法）
一般演題（ポスター）	肝胆膵（NET・GIST・シャント・寄生虫）
一般演題（ポスター）	脾（十二指腸後腹膜・脾）

第 21 回学術集会総会（2009 年）	
セッション名	セッションタイトル
教育セミナー 1	高度技能医制度
教育セミナー 2	肝切除ができるまで ー解剖、適応、手術手技ー
教育セミナー 3	膵頭十二指腸切除術ができるまで ー解剖、手術手技、術後管理ー
招請講演	
特別講演	
会長講演	
サテライトシンポジウム 1	膵癌に対する動脈合併切除術
サテライトシンポジウム 2	肝右葉切除のコツ
プレナリーセッション	
公聴会	急性膵炎ガイドライン改訂第 3 版 ー第 1 版・第 2 版との差異についてー
特別企画 1	忘れえぬ症例
特別企画 2	肝胆膵領域における最先端研究と治療のきっかけ
特別企画 3	若手医師からみた肝胆膵外科の教育体制と高度技能医
特別企画 4	
ビデオシンポジウム 1	肝臓移植から学ぶ肝臓外科の技術
ビデオシンポジウム 2	血行再建を伴う進行肝細胞癌に対する肝切除
ビデオシンポジウム 3	肝胆膵領域における血管吻合 ー門脈吻合、動脈端々・端側吻合、径の異なる吻合ー
シンポジウム 1	肝胆膵領域における IVR の応用
シンポジウム 2	転移性肝癌の治療戦略
シンポジウム 3	肝胆膵領域における画像検査の工夫 ー撮像ならびに読影のポイントー
ビデオパネルディスカッション 1	肝胆膵領域における最先端の鏡視下手術
ビデオパネルディスカッション 2	肝門部胆管癌に対する外科手術の工夫
パネルディスカッション 1	この症例をどうするか
パネルディスカッション 2	ディベート　肝細胞癌ー切除か RFA か移植かー
ワークショップ 1	膵・消化管吻合の leak をなくす吻合法の工夫と治療成績
ワークショップ 2	肝予備能の評価 2009 年
ワークショップ 3	進行胆嚢癌の手術適応と成績
ワークショップ 4	総胆管結石の治療戦略（鏡視下、開腹下、内視鏡的）
ランチョンセミナー	
イブニングセミナー	
ミニビデオシンポジウム 1	肝門部胆管癌手術の工夫
ミニビデオシンポジウム 2	最先端の鏡視下手術　膵脾
ミニビデオシンポジウム 3	膵消化管吻合の工夫 1
ミニビデオシンポジウム 4	血管吻合の工夫
ミニビデオシンポジウム 5	膵空腸吻合の工夫
ミニビデオシンポジウム 6	進行肝癌の治療
ミニビデオシンポジウム 7	膵消化管吻合の工夫 2
ミニビデオシンポジウム 8	最先端の鏡視下手術　肝
ミニシンポジウム 1	肝胆膵領域における画像検査の工夫
ミニシンポジウム 2	肝胆膵領域における IVR の応用
ミニシンポジウム 3	肝予備能の評価
ミニシンポジウム 4	進行胆嚢癌の手術適応と成績
ミニシンポジウム 5	転移性肝癌の治療戦略
ミニパネルディスカッション 1	若手医師からみた肝胆膵外科の教育体制と高度技能医
ミニパネルディスカッション 2	最先端研究と治療のきっかけ 1
ミニパネルディスカッション 3	この症例をどうするか
ミニパネルディスカッション 4	最先端研究と治療のきっかけ 2
サージカルフォーラム 1～2	先端研究 1 ～ 2
サージカルフォーラム 3	忘れえぬ症例・肝脾
サージカルフォーラム 4	忘れえぬ症例・胆膵
サージカルフォーラム 5～6	先端研究 3 ～ 4
サージカルフォーラム 7	転移性肝癌の治療戦略
サージカルフォーラム 8～9	先端研究 5 ～ 6
サージカルフォーラム 10	肝癌の治療選択
ビデオセッション 1～2	肝臓 1 ～ 2
ビデオセッション 3	胆道 1
ビデオセッション 4	肝胆膵その他
ビデオセッション 5～6	肝臓 3 ～ 4
ビデオセッション 7～8	膵臓 1 ～ 2
ビデオセッション 9	肝脾
ビデオセッション 10	膵腫瘍
ビデオセッション 11	胆管癌
ポスターセッション	興味ある症例 1（肝腫瘍診断）
ポスターセッション	興味ある症例 2（肝腫瘍特殊型）
ポスターセッション	興味ある症例 3（転移性肝癌）
ポスターセッション	興味ある症例 4（肝腫瘍その他）
ポスターセッション	興味ある症例 5（血管病変）
ポスターセッション	興味ある症例 6（先天性疾患）
ポスターセッション	興味ある症例 7（肝嚢胞、移植）
ポスターセッション	興味ある症例 8（重複腫瘍）
ポスターセッション	興味ある症例 9（胆管腫瘍）
ポスターセッション	興味ある症例 10（胆管腫瘍特殊型）
ポスターセッション	興味ある症例 11（胆嚢その他）
ポスターセッション	興味ある症例 12（胆道その他）
ポスターセッション	興味ある症例 13（肝胆道その他）
ポスターセッション	興味ある症例 14（膵胆道疾患）
ポスターセッション	興味ある症例 15 ～ 18（膵腫瘍）
ポスターセッション	興味ある症例 19（乳頭部腫瘍）
ポスターセッション	興味ある症例 20(十二指腸腫瘍その他)
ポスターセッション	肝胆膵の縮小手術
ポスターセッション	肝胆膵手術の工夫
ポスターセッション	転移性肝癌の治療 1 ～ 2
ポスターセッション	門亢症の外科治療 1 ～ 2
ポスターセッション	胆管細胞癌の治療 1 ～ 2
ポスターセッション	化学療法が功を奏した症例 1 ～ 5
ポスターセッション	興味ある症例 21（化学療法その他）
ポスターセッション	興味ある症例 22（胆膵その他）
ポスターセッション	IPMN・MCN の診断と治療 1 ～ 4
ポスターセッション	IPMN・進行膵癌
ポスターセッション	進行膵癌の治療成績 1 ～ 2

ポスターセッション	膵癌・膵炎
ポスターセッション	肝胆膵手術におけるドレーン管理１～３
ポスターセッション	肝胆膵手術における SSI 対策１～２
ポスターセッション	膵頭十二指腸切除術後の消化管再建の工夫
ポスターセッション	消化管再建の工夫・インフォームドコンセント
ポスターセッション	肝胆膵外科領域における分子生物学的アプローチの応用
ポスターセッション	肝胆膵外傷における手術適応と治療成績
ポスターセッション	肝細胞癌１～10
ポスターセッション	肝細胞癌・その他
ポスターセッション	胆管細胞癌・転移性肝癌
ポスターセッション	転移性肝癌１～５
ポスターセッション	その他の肝疾患１～４
ポスターセッション	その他の肝腫瘍１～３
ポスターセッション	門脈
ポスターセッション	胆管癌１～４
ポスターセッション	胆嚢癌１～２
ポスターセッション	乳頭部癌・胆道良性
ポスターセッション	胆道良性１～２
ポスターセッション	胆管炎１～３
ポスターセッション	胆嚢炎１～４
ポスターセッション	その他の膵疾患１～２
ポスターセッション	興味ある症例１～２
ポスターセッション	臨床研究１～３
ポスターセッション	膵癌研究１～２
ポスターセッション	膵癌１～４
ポスターセッション	膵内分泌腫瘍
ポスターセッション	膵内分泌腫瘍・IPMN
ポスターセッション	SCN 他
ポスターセッション	SPN
ポスターセッション	その他の膵腫瘍１～２
ポスターセッション	肝細胞癌その他
ポスターセッション	胆管細胞癌その他
ポスターセッション	肝門部胆管癌
ポスターセッション	胆管癌・胆嚢癌
ポスターセッション	胆嚢癌・乳頭部癌
ポスターセッション	乳頭部癌
ポスターセッション	胆嚢炎・膵炎
ポスターセッション	臨床・基礎研究
ポスターセッション	移植
ポスターセッション	拡大手術
ポスターセッション	退形成膵癌
ポスターセッション	化学療法他
ポスターセッション	膵腫瘍
ポスターセッション	膵癌他
ポスターセッション	IPMN
ポスターセッション	IPMN 他
ポスターセッション	SPN 他
ポスターセッション	転移性膵腫瘍

第 22 回学術集会総会（2010 年）	
セッション名	セッションタイトル
特別講演	
理事長講演	
会長講演	
プレナリーセッション	
教育セミナー 1	肝胆膵外科における診療ガイドライン
教育セミナー 2	肝胆膵外科領域の臨床研究推進にむけて
教育セミナー 3	高難易度手術の Dos and Don’ts
特別企画 1	指導的助手はどうあるべきか
特別企画 2	肝胆膵外科高度技能医制度のあり方－高度技能医は何人必要か
シンポジウム 1	栄養と術後感染症からみた肝胆膵手術
シンポジウム 2	膵胆道嚢胞性疾患の基礎と臨床
シンポジウム 3	バーチャル画像に基づいた手術計画
シンポジウム 4	大腸癌肝転移に対する外科手術と薬物治療の接点
パネルディスカッション 1	膵胆道癌に対する外科手術と薬物治療の接点
パネルディスカッション 2	この症例をどうするか？（肝胆）
パネルディスカッション 3	肝移植後の胆道再建法について
パネルディスカッション 4	この症例をどうするか？（胆膵）
ビデオワークショップ 1	腹腔鏡下肝切除の適応と合併症
ビデオワークショップ 2	高度技能医修練者ビデオクリニック -1
ディベート 1	肝切後のドレーン　入れる vs. 入れない
ディベート 2	肝胆膵術前の減黄　必要 vs. 不要
ディベート 3	膵空腸吻合　Stent vs. No Stent
ビデオフォーラム 01	肝移植の工夫
ビデオフォーラム 02	拡大肝切除
ビデオフォーラム 03～04	膵頭十二指腸切除　門脈合併切除 -1～2
ビデオフォーラム 05	腹腔鏡下胆嚢炎手術
ビデオフォーラム 06	腹腔鏡下総胆管切石術
ビデオフォーラム 07～08	肝中央２区域切除 -1 ～２
ビデオフォーラム 09	多発肝転移に対する肝切除術
ビデオフォーラム 10	膵
ビデオフォーラム 11	膵頭十二指腸切除　膵空腸吻合法
ビデオフォーラム 12～13	腹腔鏡下肝切除 -1 ～２
ビデオフォーラム 14～15	巨大肝腫瘍に対する肝切除 -1 ～２
ビデオフォーラム 16	膵空腸吻合
ビデオフォーラム 17	膵中央切除術と再建法
ビデオフォーラム 18～19	腹腔鏡下膵切除術 -1 ～２
ビデオフォーラム EX1	高度技能医ビデオクリニック -2
ビデオフォーラム EX2	膵空腸吻合 -5
ミニシンポジウム 01	肝移植における胆道・血行再建の工夫
ミニシンポジウム 02～03	膵胆道癌手術と化学療法・化学放射線療法の接点 -1 ～２
ミニシンポジウム 04～05	急性膵炎・慢性膵炎の外科治療 -1 ～２
ミニシンポジウム 06	拡大肝切除の術前評価と肝不全予防

ミニシンポジウム 07～08	膵切除術後合併症の治療 -1 ～ 2
ミニシンポジウム 09	膵・胆管合流異常の長期予後からみた治療戦略
ミニシンポジウム 10	肝胆膵癌の分子標的治療
ミニシンポジウム 11	肝胆膵外科領域のトランスレーショナルリサーチ -1
ミニシンポジウム 12	腹腔鏡下膵切除術
ミニシンポジウム 13～14	早期膵癌の切除経験 -1 ～ 2
ミニシンポジウム 15	膵癌における神経叢郭清の意義
ミニシンポジウム 16	膵空腸吻合ステントの是非
ミニシンポジウム 17～18	栄養と術後感染症から見た肝胆膵手術 -1 ～ 2
ミニシンポジウム 19	遺伝性疾患に合併した膵内分泌腫瘍の治療
ミニシンポジウム 20	神経内分泌腫瘍肝転移の治療
ミニシンポジウム 21	腹腔鏡下肝切除術
ミニシンポジウム 22～23	肝胆膵外科における NOTES, single port surgery-1 ～ 2
ミニシンポジウム 24	腹腔鏡下胆道手術
ミニシンポジウム EX1	バーチャル画像に基づいた手術計画
ミニシンポジウム EX2	神経内分泌腫瘍肝転移の治療
ビデオポスター 01	膵空腸吻合 -1
ビデオポスター 02	拡大肝切除 -1
ビデオポスター 03	膵空腸吻合 -2
ビデオポスター 04	腹腔鏡下胆道手術
ビデオポスター 05	膵空腸吻合 -3
ビデオポスター 06	拡大肝切除 -2
ビデオポスター 07	膵空腸吻合 -4
ビデオポスター 08	腹腔鏡下肝切除 -1
ビデオポスター 09	拡大肝切除 -3
ビデオポスター 10	腹腔鏡下肝・胆道手術
ビデオポスター 11	巨大肝腫瘍切除
ビデオポスター 12	腹腔鏡下肝切除 -2
ポスター要望演題 001	肝細胞癌の外科的治療成績 -1
ポスター要望演題 002	肝内胆管癌の外科的治療成績 -1
ポスター要望演題 003	肝門部胆管癌の外科的治療成績
ポスター要望演題 004	胆嚢癌の外科的治療成績 -1
ポスター要望演題 005	肝外胆管癌の外科的治療成績 -1
ポスター要望演題 006	十二指腸乳頭部癌の外科的治療成績 -1
ポスター要望演題 007	膵空腸吻合ステント -1
ポスター要望演題 008	大腸癌肝転移 -1
ポスター要望演題 009	大腸癌肝転移 -2
ポスター要望演題 010	膵内分泌腫瘍肝転移
ポスター要望演題 011	この症例をどうするか？（肝胆）
ポスター要望演題 012	巨大肝腫瘍の治療経験 -1
ポスター要望演題 013	膵癌と化学・放射線療法
ポスター要望演題 014	その他の膵腫瘍・脾腫瘍 -1
ポスター要望演題 015	化学療法によりダウンステージが得られた膵癌 -1
ポスター要望演題 016	化学療法によりダウンステージが得られた胆道癌
ポスター要望演題 017	肝細胞癌の手術と薬物療法の接点
ポスター要望演題 018	残肝機能、NASH、NAFLD
ポスター要望演題 019	この症例をどうするか？（肝胆）
ポスター要望演題 020	この症例をどうするか？（胆膵）
ポスター要望演題 021	肝細胞癌の注意すべき病態
ポスター要望演題 022	胆管内乳頭腫瘍の病理と治療成績 -1
ポスター要望演題 023	膵切除術後合併症 -1
ポスター要望演題 024	IPMN コンセンサスガイドラインの検証 -1
ポスター要望演題 025	膵癌に対する膵全摘術の治療成績
ポスター要望演題 026	膵・膵島移植、再生医療
ポスター要望演題 027	胆道良性疾患・その他 -1
ポスター要望演題 028	肝移植の治療成績
ポスター要望演題 029	膵・胆道内分泌腫瘍 -1
ポスター要望演題 030	トランスレーショナルリサーチ -1
ポスター要望演題 031	臨床研究
ポスター要望演題 032	膵切除術後合併症 -2
ポスター要望演題 033	拡大肝葉切除
ポスター要望演題 034	膵胆道嚢胞性腫瘍
ポスター要望演題 035	術前・術後の栄養評価・クリニカルパス
ポスター要望演題 036	肝胆膵手術の SSI
ポスター要望演題 037	巨大肝腫瘍の治療経験 -2
ポスター要望演題 038	十二指腸乳頭部癌の外科的治療成績 -2
ポスター要望演題 039	NOTES, single port surgery-1
ポスター要望演題 040	腹腔鏡下胆道手術の治療成績と合併症 -1
ポスター要望演題 041	その他の肝腫瘍 -2
ポスター要望演題 042	腹腔鏡下肝切除術の治療成績と合併症
ポスター要望演題 043	肝内胆管癌の外科的治療成績 -2
ポスター要望演題 044	膵手術成績
ポスター要望演題 045	DP-CAR の手術成績と合併症
ポスター要望演題 046	膵癌の注意すべき病態 -1
ポスター要望演題 047	胆嚢癌の外科的治療成績 -2
ポスター要望演題 048	膵・胆道内分泌腫瘍 -2
ポスター要望演題 049	その他の膵腫瘍・脾腫瘍 -2
ポスター要望演題 050	胆管内乳頭腫瘍の病理と治療成績 -2
ポスター要望演題 051	膵・胆管合流異常の治療成績
ポスター要望演題 052	術後良性胆道狭窄 -1
ポスター要望演題 053	自己免疫性膵炎、炎症性偽腫瘍の切除経験と長期予後 -1
ポスター要望演題 054	膵切除術後合併症 -3
ポスター要望演題 055	急性膵炎、慢性膵炎
ポスター要望演題 056	画像診断技術の向上が手術に与えた影響
ポスター要望演題 057	胆道良性疾患・その他 -2
ポスター要望演題 058	トランスレーショナルリサーチ -2
ポスター要望演題 059	肝外傷、膵外傷、緊急手術

ポスター要望演題 060	大腸癌肝転移 -3
ポスター要望演題 061	胆道炎ガイドライン、合流異常
ポスター要望演題 062	早期膵癌、長期生存した膵癌
ポスター要望演題 063	IPMN コンセンサスガイドラインの検証 -2
ポスター要望演題 064	大腸癌肝転移 -4
ポスター要望演題 065	肝内胆管癌の外科的治療成績 -3
ポスター要望演題 066	胆嚢癌の外科的治療成績 -3
ポスター要望演題 067	肝細胞癌の外科的治療成績 -2
ポスター要望演題 068	十二指腸乳頭部癌の外科的治療成績 -3
ポスター要望演題 069	門脈系
ポスター要望演題 070	胃癌肝転移
ポスター要望演題 071	その他の腫瘍の肝転移
ポスター要望演題 072	その他の肝腫瘍 -3
ポスター要望演題 073	その他の肝疾患
ポスター要望演題 074	トランスレーショナルリサーチ -3
ポスター要望演題 075	膵切除術後合併症 -4
ポスター要望演題 076	胆道良性疾患・その他 -3
ポスター要望演題 077	膵癌化学療法
ポスター要望演題 078	胆道その他
ポスター要望演題 079	その他の膵腫瘍・脾腫瘍 -3
ポスター要望演題 080	膵癌の注意すべき病態 -2
ポスター要望演題 081	まれな膵癌
ポスター要望演題 082	転移性膵癌
ポスター要望演題 083	その他の膵疾患
ポスター要望演題 084	術後良性胆道狭窄 -2
ポスター要望演題 085	肝切除術後合併症
ポスター要望演題 086	肝細胞癌の長期予後
ポスター要望演題 087	肝切除術式
ポスター要望演題 088	NOTES, single port surgery-2
ポスター要望演題 089	肝細胞癌の転移形式
ポスター要望演題 090	大腸癌肝転移 -5
ポスター要望演題 091	大腸癌肝転移 -6
ポスター要望演題 092	IPMN コンセンサスガイドラインの検証 -3
ポスター要望演題 093	胆管内乳頭腫瘍の病理と治療成績 -3
ポスター要望演題 094	化学療法によりダウンステージが得られた膵癌 -2
ポスター要望演題 095	自己免疫性膵炎、炎症性偽腫瘍の切除経験と長期予後 -2
ポスター要望演題 096	肝外胆管癌の外科的治療成績 -2
ランチョンセミナー	

第 23 回学術集会総会（2011 年）	
セッション名	セッションタイトル
招待講演	
Editor-in-Chief 講演	
会長講演	
プレナリーセッション	
教育セミナー 1	癌取扱い規約と癌登録
教育セミナー 2	先天性胆道拡張症、膵・胆管合流異常に対する常識は正しいか？
教育セミナー 3	肝胆膵領域における内視鏡的治療、IVR
特別企画 1	安全かつ確実な高度技能手術の習得と継承：エキスパートから学ぶ
特別企画 2	What's new in HBP Surgery：次世代の肝胆膵外科を目指して
国際シンポジウム	腹腔鏡下膵切除術の適応と手術の実際
シンポジウム 1	膵頭十二指腸切除後 ISGPF grade B, C の膵液瘻防止対策
シンポジウム 2	安全かつ根治性の高い肝門部胆管癌手術とは？
シンポジウム 3	進行肝癌に対する治療戦略と手術の実際
ビデオパネルディスカッション 1	第２回高度技能医修練者ビデオクリニック
ビデオパネルディスカッション 2	肝胆膵外科手術の安全性、根治性を高める画像解析と術前シミュレーション
ビデオパネルディスカッション 3	肝切除術の新たな工夫
パネルディスカッション 1	この症例をどうする？
パネルディスカッション 2	IPMN の術式とその根拠
パネルディスカッション 3	clinical T2 胆嚢癌の術式とその根拠
ワークショップ 1	GEM, S-1 導入後の膵癌手術の新展開
ワークショップ 2	安全かつ確実な腹腔鏡下肝切除術を目指して
ワークショップ 3	転移性肝癌における手術適応とタイミング
ワークショップ 4	単孔式腹腔鏡下胆嚢摘出術：従来法との比較
ディベート 1	肝実質切離時の出血防止策としての肝下部 IVC-clamp　必要 vs. 不必要
ディベート 2	胆管癌における胆道ドレナージ ENBD vs. PTCD
ディベート 3	膵切除後のドレーン抜去のタイミング　5 日以内 vs. 6 日以後
肝臓プロジェクト小委員会研究結果報告	
急性胆管炎・胆嚢炎診断ガイドライン改訂版の公聴会	
High Scientific Papers	
ミニシンポジウム 1	肝胆膵外科領域で習得すべき血行再建手技①
ミニシンポジウム 2	十二指腸乳頭部癌の治療戦略
ミニシンポジウム 3～5	膵頭十二指腸切除後 ISGPF grade B, C の膵液瘻防止対策①～③
ミニシンポジウム 6～8	単孔式腹腔鏡下胆嚢摘出術：従来法との比較①～③
ミニシンポジウム 9	転移性肝癌における手術適応とタイミング①
ミニシンポジウム 10～11	IPMN の術式とその根拠①～②
ミニシンポジウム 12	術後長期栄養状態からみた膵頭十二指腸切除再建法の再検討
ミニシンポジウム 13	肝細胞癌における肝移植の現状と課題
ミニシンポジウム 14	肝胆膵外科領域で習得すべき血行再建手技②

ミニシンポジウム 15	腹腔鏡下膵切除術
ミニシンポジウム 16	次世代の肝胆膵外科を目指して
ミニシンポジウム 17	肝亜区域切除の工夫
ミニシンポジウム 18	clinical T2 胆嚢癌の術式とその根拠
ミニシンポジウム 19	この症例をどうする？
ミニシンポジウム 20～21	転移性肝癌における手術適応とタイミング②～③
ミニシンポジウム 22～23	肝胆膵領域癌における周術期因子の予後への影響①～②
ミニシンポジウム 24	肝胆膵外科領域における術前減黄処置の功罪
ミニシンポジウム 25～26	尾側膵切除における膵液瘻発生要因とその対策①～②
ミニシンポジウム 27	進行肝癌に対する治療戦略と手術の実際
ミニシンポジウム 28～29	GEM, S-1 導入後の膵癌手術の新展開①～②
ミニシンポジウム 30	胆膵領域癌における有用な術前、術後補助療法
ミニビデオシンポジウム 1	安全かつ根治性の高い肝門部胆管癌手術とは？
ミニビデオシンポジウム 2～4	安全かつ確実な腹腔鏡下肝切除術を目指して①～③
ミニビデオシンポジウム 5～6	肝胆膵外科手術の安全性、根治性を高める画像解析と術前シミュレーション①～②
ミニビデオシンポジウム 7～8	肝切除術の新たな工夫①～②
要望ビデオセッション 1	肝三区域切除 / 肝中央二区域切除
要望ビデオセッション 2	腹腔鏡下膵切除術
要望ビデオセッション 3	膵体尾部癌における郭清
要望ビデオセッション 4	膵縮小手術
要望ビデオセッション 5	腹腔鏡下胆嚢摘出（困難例）①
要望ビデオセッション 6	腹腔鏡下胆嚢摘出（困難例）② / 総胆管結石術
要望ビデオセッション 7	肝葉切除および拡大肝葉切除 / 肝移植
要望ビデオセッション 8	膵頭十二指腸切除における SMA 周囲リンパ節、神経叢郭清
要望ビデオセッション 9	膵頭十二指腸切除における膵切離・吻合法
要望ビデオセッション 10～13	腹腔鏡下肝切除①～④
一般ビデオセッション 1	肝切除①
一般ビデオセッション 2～3	腹腔鏡下手術①～②
一般ビデオセッション 4	肝切除②
一般ビデオセッション 5	肝切除③ / 胆道
一般ビデオセッション 6	腹腔鏡下手術③
一般ビデオセッション 7～8	膵臓　膵切除①～②
一般ビデオセッション 9	肝切除④ / 胆道
要望ポスターセッション 1	肝細胞癌の治療成績①
要望ポスターセッション 2	転移性肝癌①
要望ポスターセッション 3	胆道癌の治療成績①
要望ポスターセッション 4	膵切除術後合併症対策①
要望ポスターセッション 5	クリニカルパス / 教育システム / 膵切除
要望ポスターセッション 6	肝胆膵領域における分子標的治療 / トランスレーショナルリサーチ
要望ポスターセッション 7	この症例をどうする？①ー肝・胆ー
要望ポスターセッション 8	肝細胞癌の治療成績②
要望ポスターセッション 9	転移性肝癌②
要望ポスターセッション 10	胆道癌の治療成績②
要望ポスターセッション 11	膵癌の治療成績
要望ポスターセッション 12	膵切除術後合併症対策②
要望ポスターセッション 13	膵胆膵外科における SSI 対策
要望ポスターセッション 14	化学療法により切除可能となった膵、胆道癌①
要望ポスターセッション 15	この症例をどうする？②ー膵ー
要望ポスターセッション 16	肝予備能検査　術後肝不全対策
要望ポスターセッション 17	転移性肝癌③
要望ポスターセッション 18	膵切除術後治療成績 / 合併症対策
要望ポスターセッション 19	腹部救急における肝胆膵手術
要望ポスターセッション 20	化学療法により切除可能となった膵、胆道癌②
一般ポスターセッション 1～3	肝臓　肝腫瘍①～③
一般ポスターセッション 4	肝臓　肝細胞癌①
一般ポスターセッション 5	肝臓　肝切除①
一般ポスターセッション 6	肝臓　肝移植
一般ポスターセッション 7～8	胆道　悪性①～②
一般ポスターセッション 9	胆道　良性①
一般ポスターセッション 10	胆道　内視鏡下手術
一般ポスターセッション 11	膵臓　悪性①
一般ポスターセッション 12	膵臓　基礎・臨床研究
一般ポスターセッション 13～14	膵臓　全般①～②
一般ポスターセッション 15	膵臓　膵内分泌腫瘍①
一般ポスターセッション 16～17	膵臓　膵切除①～②
一般ポスターセッション 18～19	十二指腸①～②
一般ポスターセッション 20～21	肝臓　肝腫瘍④～⑤
一般ポスターセッション 22～23	肝臓　肝細胞癌②～③
一般ポスターセッション 24	肝臓　転移性肝癌①
一般ポスターセッション 25	肝臓　肝切除②
一般ポスターセッション 26	肝臓　肝臓（その他）
一般ポスターセッション 27～28	胆道　悪性③～④
一般ポスターセッション 29	胆道　良性②
一般ポスターセッション 30～31	膵臓　悪性②～③
一般ポスターセッション 32～33	膵臓　全般③～④
一般ポスターセッション 34	膵臓　嚢胞腫瘍①
一般ポスターセッション 35	膵臓　膵内分泌腫瘍②
一般ポスターセッション 36	膵臓　自己免疫性膵炎
一般ポスターセッション 37	十二指腸③
一般ポスターセッション 38	その他①
一般ポスターセッション 39～40	肝臓　肝腫瘍⑥～⑦
一般ポスターセッション 41	肝臓　肝細胞癌④
一般ポスターセッション 42	肝臓　転移性肝癌②
一般ポスターセッション 43～44	肝臓　肝切除③～④
一般ポスターセッション 45	肝臓　内視鏡下手術
一般ポスターセッション 46	胆道　悪性⑤
一般ポスターセッション 47	胆道　良性③
一般ポスターセッション 48	胆道　先天性胆道拡張症 / 膵胆管合流異常症
一般ポスターセッション 49～50	膵臓　悪性④～⑤
一般ポスターセッション 51	膵臓　全般⑤
一般ポスターセッション 52～53	膵臓　嚢胞腫瘍②～③
一般ポスターセッション 54	膵臓　膵内分泌腫瘍③
一般ポスターセッション 55	膵臓　転移性膵腫瘍
一般ポスターセッション 56	膵臓　膵切除③
一般ポスターセッション 57	その他②
ランチョンセミナー	
イブニングセミナー	

第 24 回学術集会総会（2012 年）	
セッション名	セッションタイトル
Keynote Lecture	
理事長講演	
会長講演	
プレナリーセッション	
教育セミナー 1	医の倫理・肝胆膵癌の手術を取り巻く集学的治療
教育セミナー 2	肝切除をめぐって
教育セミナー 3	胆膵領域の発生からみた局所解剖・合理的手術
特別企画 1-1	高難度肝胆膵外科手術の実際　～肝～ ～英語版「肝胆膵高難度外科手術」執筆者によるビデオ解説～
特別企画 1-2	高難度肝胆膵外科手術の実際　～胆～ ～英語版「肝胆膵高難度外科手術」執筆者によるビデオ解説～
特別企画 1-3	高難度肝胆膵外科手術の実際　～膵～ ～英語版「肝胆膵高難度外科手術」執筆者によるビデオ解説～
特別企画 2	International Collaboration Project Meeting ～Joint with Korea as our first step of JHBPS ～
特別企画 3　肝胆膵内視鏡外科重点セミナー 1	腹腔鏡下肝切除を学ぶ
特別企画 3　肝胆膵内視鏡外科重点セミナー 2	腹腔鏡下膵切除を学ぶ
特別企画 3　肝胆膵内視鏡外科重点セミナー 3	膵切除 debate：開腹 vs 腹腔鏡
特別企画 3　肝胆膵内視鏡外科重点セミナー 4	肝切除 debate：開腹 vs 腹腔鏡
特別企画 3　肝胆膵内視鏡外科重点セミナー 5	肝膵内視鏡外科手術のコツ
特別企画 3　肝胆膵内視鏡外科重点セミナー 6	胆嚢と総胆管の内視鏡外科 1 Lap-C：State of the Art　私の手術手技と方針
特別企画 3　肝胆膵内視鏡外科重点セミナー 7	胆嚢と総胆管の内視鏡外科 2 Lap-C の pit fall と対策
特別企画 3　肝胆膵内視鏡外科重点セミナー 8	胆嚢と総胆管の内視鏡外科 3 鏡視下総胆管手術
国際ビデオシンポジウム 1	Highly advanced surgery in the hepato-biliary and pancreatic field (Liver Section)
国際ビデオシンポジウム 2	Highly advanced surgery in the hepatobiliary and pancreatic field（Biliary Section）
国際ビデオシンポジウム 3	Highly advanced surgery in the hepatobiliary and pancreatic field（Pancreas Section）
国際ビデオシンポジウム 4	Highly advanced surgery in the hepatobiliary and pancreatic field（Endoscopic Surgery）
シンポジウム 1	「肝胆膵領域の外科治療：これまでの到達点、これからの課題」 肝細胞癌に対する肝切除術：系統的切除か部分切除か
シンポジウム 2	「肝胆膵領域の外科治療：これまでの到達点、これからの課題」 肝門部胆管癌の切除方法：脈管合併切除とアプローチ
シンポジウム 3	「肝胆膵領域の外科治療：これまでの到達点、これからの課題」 “Borderline resectable” 膵癌をどうするか（neoadjuvant, adjuvant, one-step surgery）
シンポジウム 4	「肝胆膵領域の外科治療：これまでの到達点、これからの課題」 内視鏡外科の進展・ロボット手術
パネルディスカッション 1 肝	肝切除における残肝体積と予備能のコンセンサス再考
パネルディスカッション 2 胆	症例からみた胆嚢癌術式選択
パネルディスカッション 3 膵	膵嚢胞性腫瘍の治療戦略
パネルディスカッション 4	術中の想定外の血管・胆管損傷にどう対処するか
パネルディスカッション 5	この症例をどうするか「肝」
パネルディスカッション 6	この症例をどうするか「胆」
パネルディスカッション 7	この症例をどうするか「膵」
パネルディスカッション 8	この症例をどうするか「内視鏡外科」
ワークショップ 1　肝	転移性肝癌に対する化学療法後肝切除の安全性
ワークショップ 2　胆	PVE の適応と限界
ワークショップ 3　膵	膵尾側切除における膵切離法とその成績
ワークショップ 4 内視鏡外科	Lap-c における術中胆道損傷（術中の対処と術後の対処も含めて）
ビデオワークショップ 1　肝	Hanging maneuver 適応とその応用
ビデオワークショップ 2　胆	解剖学的変異や特殊な症例の胆管癌に対する手術
ビデオワークショップ 3　膵	膵空腸吻合法
ビデオワークショップ 4	生体肝移植における手術手技の工夫
リサーチワークショップ	
クリニカルワークショップ	
ミニシンポジウム 1	膵 1　膵癌
ミニシンポジウム 2	肝 1　肝癌
ミニシンポジウム 3	胆 1　肝門部胆管癌
ミニシンポジウム 4	鏡視下 1　鏡視下手術
ミニシンポジウム 5	胆 2　胆嚢癌・術中損傷
ミニシンポジウム 6	この症例をどうするか 1　肝・胆
ミニシンポジウム 7	この症例をどうするか 2　胆・膵
ミニシンポジウム 8	膵 2　膵尾側切除
ミニシンポジウム 9	肝 2　転移性肝癌
ミニシンポジウム 10	肝 3　肝予備能
ミニシンポジウム 11	胆 3　PVE
ミニシンポジウム 12	膵 3　膵嚢胞性腫瘍
第 3 回高度技能専門医修練者ビデオクリニック	
ミニビデオワークショップ 1	肝 1　Hepato-biliary Surgery
ミニビデオワークショップ 2	膵 1　Pacreatic Surgery
ミニビデオワークショップ 3	膵 2　膵空腸吻合
ミニビデオワークショップ 4	胆 1　解剖学的変異症例
ミニビデオワークショップ 5	胆 2　Hanging Maneuver
ミニビデオワークショップ 6	膵 3　膵頭十二指腸切除

ミニビデオワークショップ 7	肝３　肝切除１
ミニビデオワークショップ 8	肝４　腹腔鏡下肝切除
ミニビデオワークショップ 9	膵４　膵切除
ミニビデオワークショップ 10	肝５　肝移植
ミニビデオワークショップ 11	肝６　肝切除２
ミニビデオワークショップ 12	総合１　肝胆膵手術
ミニビデオワークショップ 13	胆２　胆石・胆嚢炎１
ミニビデオワークショップ 14	胆３　胆石・胆嚢炎２
ポスターセッション P1	肝臓　肝癌　切除１
ポスターセッション P2	肝臓　肝癌　症例１
ポスターセッション P3	肝臓　肝癌　肝外転移
ポスターセッション P4	肝臓　肝予備能
ポスターセッション P5～P6	肝臓　術後合併症１～２
ポスターセッション P7～P8	肝臓　鏡視下肝切除１～２
ポスターセッション P9	肝臓　転移性肝癌補助療法
ポスターセッション P10～P11	肝臓　その他の肝腫瘍１～２
ポスターセッション P12	肝臓　外傷・門脈
ポスターセッション P13	胆道　癌　補助療法
ポスターセッション P14～P15	胆道　胆嚢癌１～２
ポスターセッション P16	胆道　乳頭部癌・NET
ポスターセッション P17	胆道　胆管良性
ポスターセッション P18	胆道　良性
ポスターセッション P19～P21	膵臓　膵癌　補助療法１～３
ポスターセッション P22	膵臓　手術と膵機能
ポスターセッション P23～P24	膵臓　膵手術　再建１～２
ポスターセッション P25～P26	膵臓　膵手術　合併症１～２
ポスターセッション P27～P28	膵臓　嚢胞性腫瘍１～２
ポスターセッション P29	膵臓　その他の腫瘍
ポスターセッション P30～P31	膵臓　合併症と膵手術１～２
ポスターセッション P32	膵臓　高齢者に対する膵手術
ポスターセッション P33	膵臓　膵炎１
ポスターセッション P34	膵・十二指腸　症例
ポスターセッション P35	膵・血管　症例
ポスターセッション P36	鏡視下手術　胆道合併症
ポスターセッション P37	鏡視下手術　胆嚢炎その他
ポスターセッション P38	肝臓　肝癌　切除２
ポスターセッション P39	肝臓　肝癌　診断
ポスターセッション P40	肝臓　肝癌　症例２
ポスターセッション P41	肝臓　肝癌　化学療法
ポスターセッション P42	肝臓　肝癌　周術期管理
ポスターセッション P43	肝臓　肝腫瘍　脈管侵襲
ポスターセッション P44	肝臓　ICC　切除成績
ポスターセッション P45～P46	肝臓　鏡視下肝切除３～４
ポスターセッション P47～49	肝臓　転移性肝癌１～３
ポスターセッション P50～P51	肝臓　その他の肝腫瘍３～４
ポスターセッション P52～P53	肝臓　その他１～２
ポスターセッション P54	肝胆膵　研究
ポスターセッション P55～P57	胆道　胆管癌１～３
ポスターセッション P58	胆道　胆嚢癌３・胆嚢炎
ポスターセッション P59	胆道　乳頭部癌
ポスターセッション P60	胆道　粘液産生腫瘍１
ポスターセッション P61	胆道　胆嚢良性
ポスターセッション P62	胆道　炎症・その他
ポスターセッション P63	膵臓　膵手術　DP・CAR
ポスターセッション P64～P65	膵臓　嚢胞性腫瘍３～４
ポスターセッション P66～P67	膵臓　NET１～２
ポスターセッション P68	膵臓　鏡視下手術
ポスターセッション P69	膵臓　膵炎２
ポスターセッション P70～P72	膵臓　手術　合併症１～３
ポスターセッション P73～P74	膵臓　症例１～２
ポスターセッション P75	内視鏡外科　胆嚢・総胆管
ポスターセッション P76	肝臓　肝癌　予後因子
ポスターセッション P77	肝臓　肝癌　高齢・若年
ポスターセッション P78	肝臓　肝良性腫瘍
ポスターセッション P79	肝臓　肝癌　再発治療
ポスターセッション P80	肝臓　巨大肝癌・破裂
ポスターセッション P81	肝臓　ICC　症例
ポスターセッション P82～P83	肝臓　転移性肝癌４～５
ポスターセッション P84	肝臓　転移性肝癌・その他
ポスターセッション P85～P86	肝臓　移植１～２
ポスターセッション P87	胆道　胆嚢癌４
ポスターセッション P88	胆道　粘液産生腫瘍２
ポスターセッション P89	胆道　胆管炎・その他
ポスターセッション P90	胆道　診断その他
ポスターセッション P91	胆道　手術合併症・その他
ポスターセッション P92	膵臓　膵癌　術前治療
ポスターセッション P93	膵臓　膵癌　早期膵癌その他
ポスターセッション P94	膵臓　膵癌　診断
ポスターセッション P95	膵臓　特殊な膵癌
ポスターセッション P96	膵臓　膵癌　全般
ポスターセッション P97	膵臓　NET３
ポスターセッション P98	膵臓　低侵襲手術
ポスターセッション P99	膵臓　外傷
ポスターセッション P100	膵臓　手術　術後出血
ポスターセッション P101	膵臓　手術　尾側膵切除
ポスターセッション P102	膵臓　手術・管理・パス
ポスターセッション P103	膵臓　手術・症例
ポスターセッション P104	膵臓　症例３
ポスターセッション P105	肝胆膵　教育・安全
ポスターセッション P106	内視鏡外科　胆嚢・単孔式
ポスターセッション P107	内視鏡外科　胆嚢・総胆管・その他
ポスターセッション P108	内視鏡外科　胆嚢その他
ランチョンセミナー	

第 25 回学術集会総会（2013 年）	
セッション名	セッションタイトル
招待講演	
会長講演	
プレナリーセッション	
教育セミナー 1	医の倫理・転移性肝癌
教育セミナー 2	State of Art, What's new in HPB Surgery ?
教育セミナー 3	内視鏡外科
特別企画	肝胆膵手術の過去・現在・未来
日韓台共同プロジェクト会議	
臨時教育セミナー 日韓台香内視鏡外科シンポジウム	Laparoscopic HBP surgery in Japan, Korea, Taiwan and Hong Kong
内視鏡外科教育ビデオセミナー	
肝膵移植外科関連委員会企画シンポジウム	膵・膵島移植の現状と展望
国際シンポジウム	A-PHPBA/IHPBA joint symposium：Cutting edge in liver surgery
国際ビデオパネルディスカッション 1	高難度手術の State of art（Liver Section）
国際ビデオパネルディスカッション 2	高難度手術の State of art（Pancreas Section）
国際ビデオパネルディスカッション 3	高難度手術の State of art（Billiary Section）
ディベート	Pringle の功罪
ディベート	膵管ステントの必要性
シンポジウム	肝細胞癌の系統的切除または部分切除
パネルディスカッション 1	膵 IPMN, MCN と肝 IPNB, MCN の診断、治療、成績
パネルディスカッション 2	この症例をどうするか（肝）
パネルディスカッション 3	この症例をどうするか（胆）
パネルディスカッション 4	この症例をどうするか（膵）
ビデオシンポジウム 1	高度技能専門医の手術手技
ビデオシンポジウム 2	肝切離術の工夫
ワークショップ 1 ～ 2	肝胆膵外科手術への術前シミュレーションサージェリーの応用 (1) ～ (2)
ビデオワークショップ 1 ～ 3	膵切離術の工夫（1）～（3）
ミニシンポジウム 1	多発性肝転移に対する治療戦略（1）
ミニシンポジウム 2	転移性肝癌における手術適応とタイミング
ミニシンポジウム 3	門脈塞栓術の適応と限界
ミニシンポジウム 4	脳死ドナーの増加は肝移植成績を改善したか
ミニシンポジウム 5	Borderline resectability 胆管癌の治療方針と成績　他
ミニシンポジウム 6	Borderline resectability 膵癌の治療方針と成績（1）
ミニシンポジウム 7	HPD の適応と治療成績
ミニシンポジウム 8	胆管細胞癌の治療成績
ミニシンポジウム 9	肝癌診療ガイドライン 2009 に基づく治療成績
ミニシンポジウム 10	肝門部胆管癌手術の工夫と成績
ミニシンポジウム 11	膵癌切除後集学的治療による治療成績
ミニシンポジウム 12	胆管細胞癌の治療成績（特にリンパ節郭清の有無）
ミニシンポジウム 13	栄養と術後感染症からみた肝胆膵手術
ミニシンポジウム 14	多発性肝転移に対する治療戦略（2）
ミニシンポジウム 15	非 B 非 C 肝炎肝癌の外科的治療成績（1）
ミニシンポジウム 16	胆道癌に対する治療戦略（1）
ミニシンポジウム 17	Borderline resectability 膵癌の治療方針と成績（2）
ミニシンポジウム 18	臨床応用を目指した肝胆膵領域の基礎的研究
ミニシンポジウム 19	非 B 非 C 肝炎肝癌の外科的治療成績（2）
ミニシンポジウム 20	非拡張型膵・胆管合流異常に対する手術手技と合併症対策
ミニシンポジウム 21	胆道癌に対する治療戦略（2）
ミニビデオシンポジウム 1	膵消化管吻合法の工夫（1）
ミニビデオシンポジウム 2	Stage Ⅳ進行肝細胞癌に対する肝切除術
ミニビデオシンポジウム 3	門脈再建手技
ミニビデオシンポジウム 4	安全かつ根治性の高い胆嚢癌手術の工夫　他
ミニビデオシンポジウム 5	膵消化管吻合法の工夫（2）
ミニビデオシンポジウム 6	胆道再建の工夫
ミニビデオシンポジウム 7	膵消化管吻合法の工夫（3）
ミニビデオシンポジウム 8	生体肝移植の手術手技の工夫
要望ビデオセッション 1	腹腔鏡下膵切除　他
要望ビデオセッション 2	肝胆膵疾患
要望ビデオセッション 3	肝亜区域切除、肝区域切除
要望ビデオセッション 4	鏡視下手術　他
要望ビデオセッション 5	肝葉切除及び拡大肝葉切除　他
要望ビデオセッション 6	肝切離術の工夫（1）
要望ビデオセッション 7	肝・膵移植の手技と工夫
要望ビデオセッション 8	膵体尾部切除
要望ビデオセッション 9	肝疾患
要望ビデオセッション 10	膵頭十二指腸切除における吻合法・再建法　他
要望ビデオセッション 11	腹腔鏡下肝切除（1）
要望ビデオセッション 12	高難度手術の State of art（肝）
要望ビデオセッション 13	高難度手術の State of art（胆・膵）
要望ビデオセッション 14	膵縮小手術、腹腔鏡下膵切除
要望ビデオセッション 15 ～ 16	膵消化管吻合法の工夫（1）～（2）
要望ビデオセッション 17	肝切離術の工夫（2）
要望ビデオセッション 18	門脈再建手技、Stage Ⅳ進行肝細胞癌に対する肝切除術
要望ビデオセッション 19 ～ 20	腹腔鏡下肝切除（2）～（3）

要望ビデオセッション 21 ～ 22	腹腔鏡下膵切除（1）～（2）
要望ビデオセッション 23 ～ 24	腹腔鏡下総胆管切石術、胆嚢摘出術（1）～（2）
要望演題 1	膵 IPMN, MCN と肝 IPNZB, MCN の診断、治療、成績
要望演題 2	臨床研究
要望演題 3	肝細胞癌の系統的切除または部分切除
要望演題 4	この症例をどうするか（胆）
要望演題 5	この症例をどうするか（膵）
要望演題 6	この症例をどうするか（肝）
要望演題 7	臨床応用を目指した肝胆膵領域の基礎的研究
優秀ポスター 1 ～ 3	
要望ポスターセッション 1～2	肝（1）～（2）
要望ポスターセッション 3	胆道（1）
要望ポスターセッション 4～5	膵（1）～（2）
要望ポスターセッション 6～7	その他（1）～（2）
要望ポスターセッション 8～9	肝（3）～（4）
要望ポスターセッション 10	胆道（2）
要望ポスターセッション 11～12	膵（3）～（4）
要望ポスターセッション 13～14	その他（3）～（4）
要望ポスターセッション 15	肝（5）
要望ポスターセッション 16～17	膵（5）～（6）
要望ポスターセッション 18	膵脾
要望ポスターセッション 19	画像診断
要望ポスターセッション 20	その他（5）
ポスターセッション 1	肝臓：肝癌
ポスターセッション 2	肝臓：肝癌、切除
ポスターセッション 3	肝臓：移植
ポスターセッション 4	移植　再生　基礎研究
ポスターセッション 5	肝臓：肝癌、周術期、症例
ポスターセッション 6	門脈
ポスターセッション 7～8	胆道：胆管癌（1）～（2）
ポスターセッション 9～10	胆道：胆管癌、その他（1）～（2）
ポスターセッション 11～13	膵：膵癌（1）～（3）
ポスターセッション 14～16	膵：内分泌腫瘍（1）～（3）
ポスターセッション 17	膵：その他
ポスターセッション 18	肝胆膵：その他（1）
ポスターセッション 19	胆：この症例をどうするか
ポスターセッション 20	膵：この症例をどうするか
ポスターセッション 21～23	非 B 非 C 肝癌（1）～（3）
ポスターセッション 24～25	肝臓：肝癌、症例（1）～（2）
ポスターセッション 26～27	肝：基礎研究（1）～（2）
ポスターセッション 28	肝臓：肝癌、切除＋他治療
ポスターセッション 29～30	肝臓：その他の肝腫瘍（1）～（2）
ポスターセッション 31～32	転移性肝癌（1）～（2）
ポスターセッション 33～35	胆道：胆嚢癌（1）～（3）
ポスターセッション 36～37	胆道：その他良性（1）～（2）
ポスターセッション 38	胆嚢良性、その他
ポスターセッション 39	膵：良性疾患
ポスターセッション 40～41	膵：膵癌（4）～（5）
ポスターセッション 42～43	膵：IPMT/MCT（1）～（2）
ポスターセッション 44	膵：IPMT/MCT、その他の腫瘍
ポスターセッション 45	膵：基礎研究
ポスターセッション 46	肝胆膵：その他（2）
ポスターセッション 47	シミュレーション
ポスターセッション 48	シミュレーション、肝門部胆管癌
ポスターセッション 49～51	肝臓：胆管細胞癌（1）～（3）
ポスターセッション 52	肝臓：転移性肝癌
ポスターセッション 53	肝臓：その他の肝腫瘍、転移性肝癌
ポスターセッション 54	胆道：乳頭部癌
ポスターセッション 55	胆道：乳頭部癌、その他
ポスターセッション 56～57	胆道：その他良性（3）～（4）
ポスターセッション 58～60	膵：膵癌　症例（1）～（3）
ポスターセッション 61	膵：膵癌（6）
ポスターセッション 62	膵癌：治療
ポスターセッション 63	膵切除　合併症
ポスターセッション 64～65	膵：その他の腫瘍（1）～（2）
ポスターセッション 66	脾臓、その他　症例
ポスターセッション 67	肝胆膵：その他（3）
ポスターセッション 68	その他：基礎研究
ポスターセッション 69	栄養と術後感染症
モーニングセミナー	
ランチョンセミナー	

第 26 回学術集会総会（2014 年）	
セッション名	セッションタイトル
理事長講演	
会長講演	
IHPBA/APHPBA 合同シンポジウム	Surgical management of colorectal liver metastases
日韓共同プロジェクト会議	
プレナリーセッション	
特別企画	高度技能専門医の今
教育セミナー 1	（日韓台内視鏡外科シンポジウム）
教育セミナー 2	エビデンスに基づいた肝移植の術後管理
教育セミナー 3	重症膵炎に対する minimum invasive surgery
教育セミナー 4	エビデンスに基づいた肝・胆・膵悪性腫瘍の手術療法
教育セミナー 5	（特別講演）
教育セミナー 6	エビデンスに基づいた肝・胆・膵悪性腫瘍の化学療法
教育セミナー 7	肝・胆・膵悪性腫瘍の新規治療法の開発
教育セミナー 8	定型的肝切除術
教育セミナー 9	肝門部胆管癌の手術
教育セミナー 10	膵疾患における定型的膵切除術
国際ディベート 1	この症例をどうするか（肝）
国際ディベート 2	この症例をどうするか（胆）
国際ディベート 3	この症例をどうするか（膵）
シンポジウム 1（胆）	進行胆道癌に対する集学的治療
シンポジウム 2（膵）	臨床試験の結果に基づく膵癌に対する治療成績向上への取り組み
シンポジウム 3（肝）	門脈腫瘍栓（VP3,4）に対する予後改善への取り組み
日本肝胆膵外科学会プロジェクト研究報告	
ビデオシンポジウム 1(肝)	術前シミュレーションの術中へのフィードバック
ビデオシンポジウム 2(胆)	血管合併切除を伴う胆道癌手術の工夫
ビデオシンポジウム 3(膵)	局所進行膵癌における血管合併切除術の工夫と成績
ビデオシンポジウム 4(肝)	生体肝移植ドナー肝切除手術における工夫
ビデオシンポジウム 5(胆)	絶対に漏れない胆道再建のコツ
ビデオシンポジウム 6(膵)	術後合併症を減らすための膵切除の工夫
パネルディスカッション 1（肝）	転移性肝癌の治療方針
パネルディスカッション 2（胆）	T2 胆嚢癌の治療方針
パネルディスカッション 3（膵）	浸潤性膵管癌の術前治療
ワークショップ 1	IPMN の治療成績
ワークショップ 2	P-NET の治療戦略
ワークショップ 3	肝・膵同時切除術の現況

要望演題（口演）1	高齢者の肝胆膵疾患治療
要望演題（口演）2	術前胆道ドレナージの意義と問題点
要望演題（口演）3	術後胆汁瘻の対策と治療
要望演題（口演）4	肝胆膵手術におけるデバイスの工夫
要望演題（口演）5	膵体尾部切除術の術後合併症に対する工夫
要望演題（口演）6	肝亜区域切除の意義
要望演題（ポスター）1～2	術前胆道ドレナージの意義と問題点 1～2
要望演題（ポスター）3～4	Tokyo ガイドライン 2013 の Validation 1 ～ 2
要望演題（ポスター）5～6	術後胆汁瘻の対策と治療 1 ～ 2
要望演題（ポスター）7～10	Vater 乳頭部癌の治療成績 1 ～ 4
要望演題（ポスター）11～12	良性胆道狭窄の治療 1 ～ 2
要望演題（ポスター）13～17	肝内胆管癌の治療成績 1 ～ 5
要望演題（ポスター）18～20	門脈枝塞栓術の適応と評価 1 ～ 3
要望演題（ポスター）21～22	膵体尾部切除術の術後合併症に対する工夫 1 ～ 2
要望演題（ポスター）23～25	膵切除術後の残膵機能評価 1 ～ 3
要望演題（ポスター）26～30	肝胆膵手術におけるデバイスの工夫 1 ～ 5
要望演題（ポスター）31～39	高齢者の肝胆膵疾患治療 1 ～ 9
要望演題（ポスター）40	肝亜区域切除の意義 1
要望演題（ポスター）41～43	肝胆膵疾患におけるトランスレーショナルリサーチ 1 ～ 3
要望演題（ポスター）44～47	肝胆膵外科手術周術期における栄養学的リスク評価の現況 1 ～ 4
ポスターセッション 1～2	肝移植 1 ～ 2
ポスターセッション 3～4	肝細胞癌・手術 1 ～ 2
ポスターセッション 5	肝細胞癌 1
ポスターセッション 6	肝内胆管癌 1
ポスターセッション 7	肝臓・肝予備能
ポスターセッション 8～11	肝臓・手術 1 ～ 4
ポスターセッション 12～15	肝臓・腫瘍 1 ～ 4
ポスターセッション 16～18	肝臓・腹腔鏡手術 1 ～ 3
ポスターセッション 19～20	肝胆膵・手術 1 ～ 2
ポスターセッション 21	膵癌・血管合併切除
ポスターセッション 22	膵癌・手術 1
ポスターセッション 23	膵癌・診断 1
ポスターセッション 24	膵癌・門脈合併切除
ポスターセッション 25	膵癌・予後因子 1
ポスターセッション 26	膵腫瘍 1
ポスターセッション 27	IPMN1
ポスターセッション 28～30	膵臓・合併症 1 ～ 3
ポスターセッション 31～34	膵臓・手術 1 ～ 4
ポスターセッション 35	膵臓・診断 1
ポスターセッション 36	膵臓・体尾部切除
ポスターセッション 37	膵臓・治療 1
ポスターセッション 38	胆道・手術 1
ポスターセッション 39～41	胆道・診断 1 ～ 3
ポスターセッション 42	胆道拡張症

ポスターセッション 43	転移性肝癌・GIST
ポスターセッション 44～48	転移性肝癌 1 ～ 5
ポスターセッション 49	内視鏡治療
ポスターセッション 50～51	肝臓・腹腔鏡手術 4 ～ 5
ポスターセッション 52	膵神経内分泌腫瘍 1
ポスターセッション 53	膵臓・腹腔鏡手術 1
ポスターセッション 54	IPNB
ポスターセッション 55～56	肝移植 3 ～ 4
ポスターセッション 57	肝臓・手術 5
ポスターセッション 58～59	肝臓・腹腔鏡手術 6 ～ 7
ポスターセッション 60	肝切除術・ドレーン
ポスターセッション 61	膵腫瘍 2
ポスターセッション 62	肝臓・基礎
ポスターセッション 63	膵臓・手術 5
ポスターセッション 64～65	胆道・腹腔鏡手術 1 ～ 2
ポスターセッション 66	胆道癌・手術
ポスターセッション 67	胆道癌・治療 1
ポスターセッション 68	胆道癌・集学的治療
ポスターセッション 69	転移性肝癌 6
ポスターセッション 70	肝細胞癌・集学的治療 1
ポスターセッション 71	膵臓・合併症 4
ポスターセッション 72～73	IPMN 2 ～ 3
ポスターセッション 74～75	肝細胞癌・手術 3 ～ 4
ポスターセッション 76～77	肝細胞癌 2 ～ 3
ポスターセッション 78	肝切除術・合併症
ポスターセッション 79	肝切除術・周術期
ポスターセッション 80	肝臓・手術 6
ポスターセッション 81～83	肝臓・腫瘍 5 ～ 7
ポスターセッション 84	肝臓・肉腫
ポスターセッション 85	肝臓・門脈塞栓術
ポスターセッション 86	肝胆膵・合併症
ポスターセッション 87～89	肝胆膵・手術 3 ～ 5
ポスターセッション 90～91	肝胆膵・治療 1 ～ 2
ポスターセッション 92	肝内胆管癌 2
ポスターセッション 93	膵癌・基礎研究
ポスターセッション 94	膵癌・術前治療 1
ポスターセッション 95～98	膵癌・診断 2 ～ 5
ポスターセッション 99～103	膵癌・治療 1 ～ 5
ポスターセッション 104～107	膵臓・合併症 5 ～ 8
ポスターセッション 108～112	膵臓・手術 6 ～ 10
ポスターセッション 113	膵臓・診断 2
ポスターセッション 114	膵臓・治療 2
ポスターセッション 115～117	胆道・手術 2 ～ 4
ポスターセッション 118～119	胆道・診断 4 ～ 5
ポスターセッション 120～123	胆道・治療 1 ～ 4
ポスターセッション 124	胆道再建 1
ポスターセッション 125～127	胆道・腹腔鏡手術 3 ～ 5
ポスターセッション 128～129	胆道癌・治療 2 ～ 3

ポスターセッション 130	胆嚢癌・手術 1
ポスターセッション 131～132	転移性肝癌 7 ～ 8
ポスターセッション 133～134	肝臓・シミュレーション 1 ～ 2
ポスターセッション 135	膵神経内分泌腫瘍 2
ポスターセッション 136	膵臓・腫瘍
ポスターセッション 137	IPMN 4
ポスターセッション 138	肝移植 5
ポスターセッション 139～140	肝癌 1 ～ 2
ポスターセッション 141	肝細胞癌 4
ポスターセッション 142	肝膵同時切除
ポスターセッション 143～144	肝臓・手術 7 ～ 8
ポスターセッション 145～147	肝臓・腫瘍 8 ～ 10
ポスターセッション 148～151	肝胆膵・手術 6 ～ 9
ポスターセッション 152	肝胆膵・治療 3
ポスターセッション 153	肝内胆管癌 3
ポスターセッション 154	肝嚢胞
ポスターセッション 155	膵移植
ポスターセッション 156	膵癌・手術 2
ポスターセッション 157～159	膵癌・術前治療 2 ～ 4
ポスターセッション 160～161	膵癌・診断 6 ～ 7
ポスターセッション 162～167	膵癌・治療 6 ～ 11
ポスターセッション 168	膵癌・予後因子 2
ポスターセッション 169	膵神経内分泌腫瘍 3
ポスターセッション 170～173	膵臓・合併症 9 ～ 12
ポスターセッション 174～176	膵臓・手術 11 ～ 13
ポスターセッション 177～178	膵臓・治療 3 ～ 4
ポスターセッション 179～182	胆道・手術 5 ～ 8
ポスターセッション 183～184	胆道・診断 6 ～ 7
ポスターセッション 185～187	胆道・治療 5 ～ 7
ポスターセッション 188	胆道再建 2
ポスターセッション 189	胆道癌・治療 4
ポスターセッション 190～191	胆嚢癌・手術 2 ～ 3
ポスターセッション 192～193	胆嚢癌 1 ～ 2
ポスターセッション 194～197	転移性肝癌 9 ～ 12
ポスターセッション 198	転移性膵癌
ポスターセッション 199	胆嚢癌 3
ポスターセッション 200～202	膵神経内分泌腫瘍 4 ～ 6
モーニングセミナー	
ランチョンセミナー	

第 27 回学術集会総会（2015 年）	
セッション名	セッションタイトル
会長講演	
理事長講演	
プレナリーセッション	
特別企画　招待講演 1	Passion and Mission in liver surgery
特別企画　招待講演 2	Passion and Mission in biliary surgery
特別企画　招待講演 3	Passion and Mission in pancreatic surgery
特別企画　招待講演 4	Passion and Mission in endoscopic HBP surgery
特別企画　招待講演 5	Passion and Mission in liver and pancreas transplantation in Japan（日本の移植の現状と未来）
日本肝胆膵外科学会プロジェクト	
国際共同プロジェクト	
日韓台内視鏡外科シンポジウム	
IHPBA/APHPBA 合同シンポジウム	Surgery for liver cancer： update 2015
国際胆道炎特別研究プロジェクト	
公聴会	Revisit Lap-C ； 専門家に問う術中所見から見た Lap-C の難度判定
教育ビデオ 1	そこが知りたい　高難度肝切除術
教育ビデオ 2	そこはこうする　内視鏡外科におけるトラブルシュー ティング（肝切除）
教育ビデオ 3	そこが知りたい　肝門部胆管癌手術
教育ビデオ 4	そこはこうする　内視鏡外科におけるトラブルシュー ティング（膵切除）
教育ビデオ 5	そこが知りたい　膵頭十二指腸切除術
教育ビデオ 6	そこはこうする　内視鏡外科におけるトラブルシュー ティング（胆嚢・胆道手術）
教育ビデオ 7	そこが知りたい 生体肝移植術
内視鏡外科セミナー	International consensus in laparoscopic liver resection
教育セミナー 1	各領域最新ガイドライン・規約の要点解説
教育セミナー 2	化学療法・臨床試験・IVR・画像診断の up-date
教育セミナー 3	高度技能専門医：手術・ビデオの要点
教育パネルディスカッション 1	若手育成への情熱と使命 - 肝胆膵外科医への道
教育パネルディスカッション 2	肝胆膵外科手術後 SSI 抑制への取り組み
シンポジウム 1	Front line in open and endoscopic liver surgery
シンポジウム 2	Front line in open and endoscopic pancreatic surgery
シンポジウム 3	Front line in open and endoscopic biliary surgery
ディベート 1	Treatment strategy for multiple liver metastases from colorectal cancer
ディベート 2	Treatment strategy for advanced biliary cancer
ディベート 3	Future aspect of robotic surgery in HBP
ビデオシンポジウム 1	迷わない確実な膵吻合術を目指して
ビデオシンポジウム 2	肝切除のためのデバイスの進歩
ビデオシンポジウム 3～4	肝胆膵手術における画像支援がもたらす近未来 1 ～ 2
パネルディスカッション 1	良悪性乳頭部病変に対する治療の実際
パネルディスカッション 2	膵嚢胞性疾患の治療方針
パネルディスカッション 3	Current status and controversy in liver transplantation
ワークショップ 1	遠位膵切除の術式と成績
ワークショップ 2	肝胆膵外科周術期のドレーン管理の理想と現実
ワークショップ 3	肝内胆管癌の治療方針
ワークショップ 4	肝胆膵外科における Reduced port surgery
ワークショップ 5	Borderline resectable 膵癌とその治療方針
ミニシンポジウム 1	肝臓外科の最前線（開腹及び内視鏡手術）
ミニシンポジウム 2	大腸癌多発肝転移の治療方針
ミニビデオシンポジウム 1 ～ 2	迷わない確実な膵吻合術を目指して 1 ～ 2
ミニパネルディスカッション	膵嚢胞性疾患の治療方針
ミニワークショップ 1	肝内胆管癌の治療方針
ミニワークショップ 2	Borderline resectable 膵癌とその治療方針
ミニワークショップ 3～4	肝臓外科のドレーンの管理 1 ～ 2
ミニワークショップ 5	膵臓外科のドレーンの管理 1
ミニワークショップ 6～7	遠位膵切除の術式と成績 1 ～ 2
ミニワークショップ 8	膵臓外科のドレーンの管理 2
要望演題（口演）1	肝膵同時切除術の適応と成績
要望演題（口演）2	急性胆嚢炎－腹腔鏡下胆嚢摘出術の役割と現状 1
要望演題（口演）3	術前門脈塞栓・結紮術の適応と有効性
要望演題（口演）4	急性胆嚢炎－腹腔鏡下胆嚢摘出術の役割と現状 2
要望演題（口演）5	高難度肝切除術の手術手技 1
要望演題（口演）6	膵切除における再建法の工夫と評価
要望演題（口演）7	高難度肝切除術の手術手技 2
要望演題（口演）8	肝胆膵外科領域における基礎研究－臨床応用に向けて 1
要望演題（口演）9	肝予備能不良症例に対する腹腔鏡下肝切除の適応と成績
要望演題（口演）10	術前胆道ドレナージーその方法と是非
要望演題（口演）11	大腸癌肝転移における肝予備能評価と手術計画
要望演題（口演）12	腹腔鏡下膵切除術－普及に向けた適応と安全な手術手技 1
要望演題（口演）13	潜在性胆嚢癌－その対応と手術成績
要望演題（口演）14	肝胆膵外科領域における基礎研究－臨床応用に向けて 2
要望演題（口演）15	腹腔鏡下膵切除術－普及に向けた適応と安全な手術手技 2
要望演題（口演）16	腹腔鏡下肝切除術－普及に向けた適応と安全な手術手技 1
要望演題（口演）17	膵液漏の予防と対策 1
要望演題（口演）18	肝胆膵外科手術における周術期栄養管理－早期回復に向けた Strategy
要望演題（口演）19	腹腔鏡下肝切除術－普及に向けた適応と安全な手術手技 2
要望演題（口演）20	膵液漏の予防と対策 2
要望演題（口演）21	膵 NET に対する治療戦略
インターナショナルポスター 1	IPS・肝臓 1
インターナショナルポスター 2	IPS・胆道

インターナショナルポスター 3	IPS・肝臓 2
インターナショナルポスター 4	IPS・膵臓 1
インターナショナルポスター 5	IPS・肝臓 3
インターナショナルポスター 6	IPS・膵臓 2
ポスター 1	肝臓・画像 1
ポスター 2	肝臓・肝予備能評価 1
ポスター 3	肝臓・術前門脈塞栓・結紮術
ポスター 4	肝臓・肝予備不良症例に対する腹腔鏡下肝切除術
ポスター 5	肝臓・腹腔鏡下肝切除 1
ポスター 6	肝臓・手術 1
ポスター 7	肝臓・術後合併症 1
ポスター 8	肝臓・再肝切除
ポスター 9	肝臓・肝移植 1
ポスター 10	肝臓・良性腫瘍 1
ポスター 11	肝臓・肝嚢胞 1
ポスター 12	肝臓・肝細胞癌 1
ポスター 13	肝臓・肝細胞癌 2
ポスター 14	肝臓・肝細胞癌 症例 1
ポスター 15	肝臓・転移性肝癌 1
ポスター 16	肝臓・手術・その他
ポスター 17	肝臓・肝悪性腫瘍 1
ポスター 18	肝臓・肝内胆管癌 1
ポスター 19	肝臓・肝腫瘍マーカー
ポスター 20 ～ 21	膵・NET 1 ～ 2
ポスター 22	胆道・NET
ポスター 23 ～ 24	栄養 1 ～ 2
ポスター 25	胆道ドレナージ
ポスター 26	脾
ポスター 27	膵臓・膵癌 1
ポスター 28 ～ 29	膵臓・膵癌 症例 1 ～ 2
ポスター 30 ～ 31	膵臓・IPMN 1 ～ 2
ポスター 32 ～ 34	膵臓・膵手術 1 ～ 3
ポスター 35 ～ 36	膵臓・膵癌 2 ～ 3
ポスター 37	膵臓・腹腔鏡下膵切除 1
ポスター 38 ～ 40	膵臓・術後合併症 1 ～ 3
ポスター 41 ～ 42	膵臓・膵炎 1 ～ 2
ポスター 43	胆道・良性 診断 1
ポスター 44	胆道・良性 手術 1
ポスター 45	膵臓・基礎 1
ポスター 46	十二指腸腫瘍
ポスター 47	胆膵・高齢者・ハイリスク症例
ポスター 48	急性胆嚢炎
ポスター 49	胆道・良性 その他
ポスター 50 ～ 51	胆道・胆嚢癌 1 ～ 2
ポスター 52 ～ 53	胆道・胆管癌 1 ～ 2
ポスター 54	胆道・乳頭部癌 1
ポスター 55	胆道・悪性腫瘍 1
ポスター 56	肝臓・画像 2
ポスター 57	肝臓・肝予備能評価 2
ポスター 58	肝臓・ハイリスク症例 1
ポスター 59	肝臓・腹腔鏡下肝切除 2
ポスター 60	肝臓・デバイス
ポスター 61 ～ 62	肝臓・手術 2 ～ 3
ポスター 63	肝臓・術後合併症 2
ポスター 64	肝臓・肝嚢胞 2
ポスター 65	肝臓・良性腫瘍 2

ポスター 66	肝臓・肝移植 2
ポスター 67	肝臓・肝悪性腫瘍 2
ポスター 68	肝臓・肝内胆管癌 2
ポスター 69	肝臓・転移性肝癌 2
ポスター 70	肝臓・転移性肝癌 症例 1
ポスター 71 ～ 72	肝臓・肝細胞癌 3 ～ 4
ポスター 73	肝臓・肝細胞癌 症例 2
ポスター 74	肝臓・基礎
ポスター 75 ～ 76	膵・NET 3 ～ 4
ポスター 77	NET
ポスター 78	移植・その他
ポスター 79	栄養 3
ポスター 80	胆膵・その他 3
ポスター 81	門脈・脾
ポスター 82 ～ 84	膵臓・膵癌 4 ～ 6
ポスター 85 ～ 86	膵臓・膵手術 4 ～ 5
ポスター 87	膵臓・腹腔鏡下膵切除 2
ポスター 88 ～ 89	膵臓・術後合併症 4 ～ 5
ポスター 90 ～ 91	膵臓・IPMN 3 ～ 4
ポスター 92 ～ 93	膵臓・膵癌 症例 3 ～ 4
ポスター 94 ～ 97	膵臓・膵腫瘍 1 ～ 4
ポスター 98	胆道・良性 診断 2
ポスター 99	胆道・良性 手術 2
ポスター 100	膵臓・基礎 2
ポスター 101	肝胆膵・基礎
ポスター 102	膵臓・SSI
ポスター 103	胆道・Reduced port surgery
ポスター 104	胆道・小児 その他
ポスター 105 ～ 106	胆道・胆嚢癌 3 ～ 4
ポスター 107 ～ 108	胆道・胆管癌 3 ～ 4
ポスター 109	胆道・乳頭部癌 2
ポスター 110	胆道・IPNB 1
ポスター 111	肝臓・良性腫瘍 3
ポスター 112	肝臓・肝内胆管癌 症例
ポスター 113	肝臓・軽移性肝癌 3
ポスター 114	肝臓・肝細胞癌 5
ポスター 115	肝臓・腹腔鏡下肝切除 3
ポスター 116	肝臓・ハイリスク症例 2
ポスター 117	肝臓・転移性肝癌 症例 2
ポスター 118	肝臓・その他
ポスター 119 ～ 120	膵臓・膵癌 7 ～ 8
ポスター 121	膵臓・膵手術 6
ポスター 122	膵臓・膵癌 症例 5
ポスター 123	膵臓・膵手術 7
ポスター 124 ～ 126	膵臓・術後合併症 6 ～ 8
ポスター 127	胆道・良性 診断 3
ポスター 128	胆道・良性 手術 3
ポスター 129	胆道・胆嚢癌 5
ポスター 130	胆道・その他
ポスター 131	胆道・IPNB 2
ポスター 132	胆道・悪性腫瘍 2
ポスター 133	胆道・術後合併症
ポスター 134	教育・チーム医療
ポスター 135	外傷
ポスター 136	救急疾患
ランチョンセミナー	
イブニングセミナー	

第 28 回学術集会総会（2016 年）	
セッション名	セッションタイトル
会長講演	
理事長講演	
プレナリーセッション	
特別企画 1-1	Clinical Research in HPB：Liver
特別企画 1-2	Clinical Research in HPB：Biliary
特別企画 1-3	Clinical Research in HPB：Pancreas
特別企画 1-4	Clinical Research in HPB：Liver transplantation
特別企画 2	The instruction system for bringing up a HBP surgeon
IHPBA/APHPBA 合同シンポジウム	State-of-the-art in pancreatic surgery
国際共同プロジェクト会議	
国際胆道炎特別研究プロジェクト	International Project for Surgical Difficulties of Laparoscopic Cholecystectomy
日本肝胆膵外科学会プロジェクト研究報告	Project Study organized by Japanese Society of HPB Surgery
日韓台内視鏡外科シンポジウム	Standardization of laparoscopic major Hepato-Biliary- Pancreatic surgery
Round Table Discussion	Pancreas；Where to go ？；Neoadjuvant therapy in patients with resectable/borderline resectable pancreatic adenocarcinoma
国際シンポジウム 1	Operative planning and pitfalls during highly advanced HBP Surgery；Liver
国際シンポジウム 2	Operative planning and pitfalls during highly advanced HBP Surgery；Pancreas
国際シンポジウム 3	Operative planning and pitfalls during highly advanced HBP Surgery；Biliary
国際ディベート 1	Liver；ALPPS vs PTPE
国際ディベート 2	Biliary；The presence of carcinoma in situ on surgical margin in bile duct cancer；additional resection or not ？
国際ディベート 3	Pancreas；Neoadjuvant therapy vs adjuvant therapy for patients with pancreatic ductal adenocarcinoma
国際ディベート 4	Liver transplantation；Which is better for living-related liver transplantation, Right lobe graft vs. left lobe graft ？
国際ビデオシンポジウム 1	Surgical approach for HBP surgery；Liver resection
国際ビデオシンポジウム 2	Surgical approach for HBP surgery；Pancreas resection
国際ビデオシンポジウム 3	Surgical approach for HBP surgery；Major vessel resection and reconstruction in HBP surgery
国際パネルディスカッション 1	Biliary；Diagnosis and Treatment of cystic duct cancer in comparison of gallbladder or extra-hepatic bile duct cancer
国際パネルディスカッション 2	Liver ；Reappraisal of hepatectomy according to liver functional reserve
国際パネルディスカッション 3	Pancreas；Surgical indication and procedure for patients with cystic neoplasma of pancreas
国際ワークショップ 1	Laparoscopic surgery；Patients protection from laparoscopic major hepato-pancreatic surgery
国際ワークショップ 2	Liver2；Multimodality treatment for advanced hepatocellular carcinoma
国際ワークショップ 3	Liver transplantation ；Liver transplantation for HCC, when and how ？ Complicated portal vein reconstruction, technical consideration.
国際ワークショップ 4	Cause and measure for Clavien-Dindo IV complication after HBP surgery；Hepatectomy
国際ワークショップ 5	Cause and measure for Clavien-Dindo IV complication after HBP surgery；Pancreatectomy
国際ワークショップ 6	Conversion surgery for patients with unresectable pancreato-biliary cancer
国際ワークショップ 7	Liver1；Conversion surgery for patients with metastatic liver cancer
教育ビデオ 1	How I do it ？；Liver
教育ビデオ 2	How I do it ？；Pancreas
教育ビデオ 3	How I do it ？；Laparoscopic surgery
教育ビデオ 4	How I do it ？；Biliary
教育セミナー 1	今後の臨床研究のあり方
教育セミナー 2	各領域癌取り扱い規約・ガイドラインの要点解説
教育セミナー 3	高度技能専門医：手術・ビデオの要点
U-40 Young Oral Presentation 1	Liver 3
U-40 Young Oral Presentation 2	Liver 1
U-40 Young Oral Presentation 3	Liver 2
U-40 Young Oral Presentation 4	Pancreas 1
U-40 Young Oral Presentation 5	Pancreas 2
U-40 Young Oral Presentation 6	Biliary
U-40 Young Oral Presentation 7	Pancreas 3
ビデオセッション 01	腹腔鏡下肝切除術の適応と手技のポイント 1
ビデオセッション 02	安全な系統的肝切除術の工夫 1
ビデオセッション 03	肝胆膵手術への術前シミュレーションサージェリーの応用 1
ビデオセッション 04	腹腔鏡下胆道手術の過去・現在・未来
ビデオセッション 05	胆管空腸吻合；方法と成績、狭窄時の対処方法
ビデオセッション 06	膵切除における再建法の工夫 1
ビデオセッション 07	膵体尾部切除における膵断端の処理方法 1
ビデオセッション 08	腹腔鏡下膵切除術の過去・現在・未来
ビデオセッション 09～10	腹腔鏡下肝切除術の適応と手技のポイント 2～3
ビデオセッション 11	膵切除における再建法の工夫 2
ビデオセッション 12	血管合併切除を伴う胆道癌手術
ビデオセッション 13	血管合併切除を伴う肝切除 1
ビデオセッション 14	肝胆膵手術への術前シミュレーションサージェリーの応用 2
ビデオセッション 15	膵切除における再建法の工夫 3

ビデオセッション 16	膵体尾部切除における膵断端の処理方法 2
ビデオセッション 17～18	血管合併切除を伴う膵切除 1 ～ 2
ビデオセッション 19	腹腔鏡下肝切除術の適応と手技のポイント 4
ビデオセッション 20	安全な系統的肝切除術の工夫 2
ビデオセッション 21	肝切除術におけるエネルギーデバイスの使用の是非
ビデオセッション 22	血管合併切除を伴う肝切除 2
ビデオセッション 23～24	急性胆嚢炎－腹腔鏡下胆嚢摘出術の役割と現状 1 ～ 2
ビデオセッション 25	肝・膵移植の手術手技と工夫
ビデオセッション 26	膵体尾部切除における膵断端の処理方法 3
ビデオセッション 27	膵縮小手術の適応と手技
要望演題（ポスター）01	高難度膵切除周術期管理の標準化
要望演題（ポスター）02	術前胆道ドレナージーその方法と成績
要望演題（ポスター）03	術後膵瘻の予防と対策 1
要望演題（ポスター）04	肝胆膵外科領域における基礎研究－臨床応用に向けて 1
要望演題（ポスター）05	高齢者悪性腫瘍に対する肝胆膵手術は有用か？ 1
要望演題（ポスター）06	肝胆膵悪性腫瘍の再発時の治療 1
要望演題（ポスター）07	治療に難渋した症例 1
要望演題（ポスター）08	膵疾患の治療
要望演題（ポスター）09	生体肝移植術の適応評価について
要望演題（ポスター）10	肝移植後各種合併症の対する治療と成績
要望演題（ポスター）11	術前門脈塞栓・結紮術の適応と有効性
要望演題（ポスター）12	高難度肝切除周術期管理の標準化
要望演題（ポスター）13	術後胆汁瘻の予防と治療
要望演題（ポスター）14	術後膵瘻の予防と対策 2
要望演題（ポスター）15	膵 NET に対する治療戦略 1
要望演題（ポスター）16	高齢者悪性腫瘍に対する肝胆膵手術は有用か？ 2
要望演題（ポスター）17	肝胆膵悪性腫瘍の再発時の治療 2
要望演題（ポスター）18～21	治療に難渋した症例 2 ～ 5
要望演題（ポスター）22	肝胆膵外科におけるドレーン管理
要望演題（ポスター）23	胆道癌　手術適応
要望演題（ポスター）24	術後膵瘻の予防と対策 3
要望演題（ポスター）25	膵 NET に対する治療戦略 2
要望演題（ポスター）26	膵癌 M1 もしくはそれに準拠した患者に対する外科切除に意義はあるか？
要望演題（ポスター）27	肝胆膵外科手術における周術期栄養管理
要望演題（ポスター）28	肝臓外科における周術期管理
要望演題（ポスター）29	肝胆膵外科領域における基礎研究－臨床応用に向けて 2
要望演題（ポスター）30～32	高齢者悪性腫瘍に対する肝胆膵手術は有用か？ 3 ～ 5
要望演題（ポスター）33	膵全摘における周術期管理と長期予後
要望演題（ポスター）34～35	肝胆膵悪性腫瘍の再発時の治療 3 ～ 4
要望演題（ポスター）36～38	肝胆膵手術における SSI の現状と対策 1 ～ 3
要望演題（ポスター）39	肝胆膵外科領域における臨床研究
一般ポスター演題 01	膵・その他・症例報告 1
一般ポスター演題 02	膵・そのほかの疾患
一般ポスター演題 03	膵臓・IPMN 1
一般ポスター演題 04	膵臓・その他
一般ポスター演題 05	膵臓・手術・その他
一般ポスター演題 06	膵臓・術後合併症 1
一般ポスター演題 07	膵臓・術後合併症・症例報告
一般ポスター演題 08～11	膵臓・悪性・症例報告 1 ～ 4
一般ポスター演題 12～14	膵臓・症例報告 1 ～ 3
一般ポスター演題 15	胆膵・高齢者・ハイリスク症例
一般ポスター演題 16～17	胆道癌・症例報告 1 ～ 2
一般ポスター演題 18	胆嚢・その他 1
一般ポスター演題 19	肝臓・良性・診断 1
一般ポスター演題 20	肝臓・良性・手術 1
一般ポスター演題 21	肝臓・悪性・診断 1
一般ポスター演題 22～24	肝臓・悪性・手術 1 ～ 3
一般ポスター演題 25～28	肝臓・悪性・治療 1 ～ 4
一般ポスター演題 29	肝臓・悪性・その他 1
一般ポスター演題 30	膵・その他・症例報告 2
一般ポスター演題 31	膵癌・集学的治療
一般ポスター演題 32	膵臓・IPMN 2
一般ポスター演題 33	膵臓・膵癌 1
一般ポスター演題 34	膵臓・手術 1
一般ポスター演題 35～36	膵臓・術後合併症 2 ～ 3
一般ポスター演題 37～40	膵臓・悪性・症例報告 5 ～ 8
一般ポスター演題 41～42	膵臓・症例報告 4 ～ 5
一般ポスター演題 43	膵全摘
一般ポスター演題 44	胆管・症例報告 1
一般ポスター演題 45～46	胆道癌・症例報告 3 ～ 4
一般ポスター演題 47～50	胆道癌・その他 1 ～ 4
一般ポスター演題 51	胆嚢・その他 2
一般ポスター演題 52	肝臓・良性・手術 2
一般ポスター演題 53	肝臓・良性・その他 1
一般ポスター演題 54	肝臓・悪性・診断 2
一般ポスター演題 55～57	肝臓・悪性・手術 4 ～ 6
一般ポスター演題 58～60	肝臓・悪性・治療 5 ～ 7
一般ポスター演題 61～62	肝臓・悪性・その他 2 ～ 3
一般ポスター演題 63	膵臓・NET
一般ポスター演題 64～66	膵臓・膵癌 2 ～ 4
一般ポスター演題 67～68	膵臓・基礎研究 1 ～ 2
一般ポスター演題 69	膵臓・手術 2
一般ポスター演題 70	膵臓・手術（conversion surgery）
一般ポスター演題 71	膵臓・術後合併症 4
一般ポスター演題 72～75	膵臓・症例報告 6 ～ 9
一般ポスター演題 76	肝臓・良性・診断 2
一般ポスター演題 77	肝臓・良性・内視鏡手術 / 術後合併症
一般ポスター演題 78	肝臓・良性・治療
一般ポスター演題 79	肝臓・良性・その他 2
一般ポスター演題 80～81	肝臓・悪性・診断 3 ～ 4
一般ポスター演題 82～84	肝臓・悪性・内視鏡手術 1 ～ 3
一般ポスター演題 85	肝臓・悪性・術後合併症
一般ポスター演題 86	肝臓・悪性・その他 4
一般ポスター演題 87	胆管・症例報告 2
一般ポスター演題 88～90	胆道癌・症例報告 5 ～ 7
一般ポスター演題 91	胆道癌・その他 5
一般ポスター演題 92～95	胆嚢・症例 1 ～ 4
一般ポスター演題 96	胆嚢・その他 3
一般ポスター演題 97	症例報告
ランチョンセミナー	

第 29 回学術集会総会（2017 年）	
セッション名	セッションタイトル
Special Lecture	
Special Program：East Meets West	
Special Session 1	Difficulty Score on Minimally Invasive Pancreatic Resection
Special Session 2	＊ Updating Tokyo Guidelines Public Hearing
Post Graduate Course 1	Liver Transplantation
Post Graduate Course 2	Liver
Post Graduate Course 3	Pancreas
Post Graduate Course 4	Biliary
Post Graduate Course 5	Laparoscopic HBP Surgery Ⅰ
Post Graduate Course 6	Laparoscopic HBP Surgery Ⅱ Safe Introduction of Laparoscopic Major HBP Surgery
Up-to-Date Lecture in HBP	
Topics 1 ～ 6	
Meet the Experts 1	Women in HPB Surgery：Sharing Their Success Story of Leadership
Meet the Experts 2	How to Prevent Complication in Major Hepatectomy
Meet the Experts 3	How to Avoid Pancreatic Fistula After Pancreatic Surgery
Meet the Experts 4	Pancreatectomy with Celiac Axis Resection
Meet the Experts 5	How to Avoid Biliary Injury in Laparoscopic Cholecystectomy
Meet the Experts 6	How Do You Manage Central Located（Including the Caudate Lobe）HCC ？
Meet the Experts 7	Tips in Donor Hepatectomy
Meet the Experts 8	Tips in Lap Hepatectomy
Meet the Experts 9	Laparoscopic Spleen Preserving DP
Meet the Experts 10	Parenchymal Transection Techniques：Open and Laparoscopic
Meet the Experts 11	Artery-First Approach in Pancreatic Surgery
Meet the Experts 12	Reduced Accesses Cholecystectomy
Keynote Lectures of Symposium	
Symposium 1	HPD & Major Vascular Resection for HBP Malignancy
Symposium 2	Navigation and Simulation for HBP Disease
Symposium 3	Laparoscopic Donor Hepatectomy
Symposium 4	Training for Minimal Invasive HBP Surgery
Symposium 5	Future Perspectives in Liver Transplantation
Symposium 6	Liver Transplantation in the New Era of Asia（45 Years Old and Under）
Symposium 7	Treatment for Intrahepatic Cholangiocarcinoma
Symposium 8	Diagnosis and Treatment for IgG4 Related HBP Diseases
Symposium 9	Infection in HPB
Symposium 10	International Project for Acute Cholangitis and Cholecystitis
Symposium 11	Best Management of Chledocholithiasis
Symposium 12	Sarcopenia in HBP Surgery
Symposium 13	International Collaborative Project Meeting
Symposium 14	Optimal Management for Chronic Pancreatitis
Symposium 15	How to Manage Pancreas Neuroendocrine Tumor
Symposium 16	Anatomical Hepatectomy Lap & Open
Symposium 17	Non-Colorectal Cancer and Non-Neuroendocrine Liver Metastasis
Symposium 18	Update of Portal Hypertension
Symposium 19	Tricks of the Trade Laparoscopic Hepatectomy
Symposium 20	Strategy for Colorectal Liver Metastasis
Symposium 21	Advanced Laparoscopic Hepatectomy
Symposium 22	Evolution in Robotic HBP Surgery
Symposium 23	Advanced HPB Surgery
Symposium 24	Impact of Board Certification on Increasing Expertise in HBP Surgery
Symposium 25	What's New in Benign HBP Disease ？
Symposium 26	Innovation and Evolution in Pediatric Liver Transplantation
Symposium 27	Pancreas Transplantation
Symposium 28	LN Dissection for Periampular Carcinoma
Symposium 29	HBP Malignancy in Asia-Pacific Region
Symposium 30	Surgical Treatment for Perihilar Cholangiocarcinoma
Symposium 31	Optimal Management of Pancreatic Cystic Neoplasm
Symposium 32	Neoadjuvant Chemo-Radiotherapy for HBP Cancer（Pancreas and Biliary Tract Cancer）
Symposium 33	Optimal Management for Acute Pancreatitis
Symposium 34	Optimal Management of Borderline Resectable Pancreatic Cancer
Symposium 35	Diagnosis and Treatments for HCC and Liver Cirrhosis
Symposium 36	Down Staging of HCC
Symposium 37	Innovation and Evolution in the Assessment of Liver Function

Symposium 38	ALLPS and 2 Stage Hepatectomy for CRM
Symposium 39	Advanced Laparoscopic Pancreatectomy
Symposium 40	Clinical Database in HBP Surgery
Symposium 41	Outflow Reconstruction Methods in LDLT
Symposium 42	Advanced Technique in IR for HBP Disease
Symposium 43	Strategy for Intermediate Stage of HCC
Symposium 44	Strategy for Incidental GB Cancer
Plenary Session- Best of Best -	
Debate Session 1	Donor Hepatectomy : Laparsoscopic vs. Open
Debate Session 2	Should a Split Procedure Always be Considered in DDLT
Debate Session 3	Splenic Preservation for Distal Pancreatectomy : Vessel Preserving vs. Warshaw Technique
Debate Session 4	Unresectable Liver pNET Metastasis : Intra-Arterial Therapy vs. Transplant
Debate Session 5	What is the Optimal Staging System for HCC : BCLC vs. Asian Staging Systems ?
Debate Session 6	What is the Optimal Preoperative Biliary Drainage for HBP Malignancy : ENBD vs. ERBD, Stent ?
Debate Session 7	Optimal Management of Advanced Hilar Chlongiocarcinoma : Resection vs. Tranplantation ?
Debate Session 8	Solitary HCC 2-5 cm : Resection vs. RFA ?
Debate Session 9	Reconstruction After Whipple : Pancreaticojejunostomy vs. Pancreaticogastrostomy
Debate Session 10	Is HPD Reasonable for GB Cancer ?
Oral 1 ~ 11	Liver 1 ~ 11
Oral 12 ~ 13	HBP 1 ~ 2
Oral 14 ~ 21	Pancreas 1 ~ 8
Oral 22 ~ 23	Transplant 1 ~ 2
Oral 24 ~ 25	Pancreas 9 ~ 10
Oral 26 ~ 31	Biliary 1 ~ 6
Oral 32 ~ 42	Liver 12 ~ 22
Oral 43 ~ 49	Pancreas 11 ~ 17
Oral 50	HBP 3
Oral 51 ~ 52	Transplant 3 ~ 4
Oral 53 ~ 54	Pancreas 18 ~ 19
Oral 55 ~ 60	Biliary 7 ~ 12
Oral 61 ~ 62	Liver 23 ~ 24
Oral 63	Pancreas 20
Oral 64	HBP 4
Oral 65 ~ 67	Liver 25 ~ 27
Oral 68	HBP 5
Video of the certified expert HBP surgeons 1 ~ 3	HBP 1 ~ 3
Video 1 ~ 2	Biliary 1 ~ 2
Video 3 ~ 4	Pancreas 1 ~ 2
Video 5	Transplant 1
Video 6	Liver 1
Video 7	Pancreas 3
Video 8 ~ 10	Liver 2 ~ 4
Video 11	Pancreas 4
Video 12	Transplant 2
Video 13 ~ 14	Pancreas 5 ~ 6
Video 15	Liver 5
Video 16	Biliary 3
Video 17 ~ 20	Liver 6 ~ 9
Video 21	Biliary 4
Video 22	Pancreas 7
Poster 1 ~ 7	Liver 1 ~ 7
Poster 8 ~ 11	Biliary 1 ~ 4
Poster 12 ~ 16	Pancreas 1 ~ 5
Poster 17 ~ 18	Transplant 1 ~ 2
Poster 19 ~ 20	Free 1 ~ 2
Poster 21	Liver 8
Poster 22 ~ 30	Pancreas 6 ~ 14
Poster 31	HBP 1
Poster 32	Free 3
Poster 33 ~ 40	Liver 9 ~ 16
Poster 41 ~ 50	Biliary 5 ~ 14
Poster 51 ~ 54	Pancreas 15 ~ 18
Poster 55 ~ 56	Transplant 3 ~ 4
Poster 57 ~ 58	Free 4 ~ 5
Poster 59	Liver 17
Poster 60 ~ 68	Pancreas 19 ~ 27
Poster 69 ~ 70	HBP 2 ~ 3
Poster 71	Free 6
Poster 72 ~ 78	Liver 18 ~ 24
Poster 79 ~ 85	Biliary 15 ~ 21
Poster 86 ~ 91	Pancreas 28 ~ 33
Poster 92	Transplant 5
Poster 93 ~ 95	Free 7 ~ 9
Poster 96	Liver 25
Poster 97 ~ 103	Pancreas 34 ~ 40
Poster 104 ~ 105	HBP 4 ~ 5
Poster 106 ~ 107	Free 10 ~ 11

第 30 回学術集会総会（2018 年）	
セッション名	セッションタイトル
Meeting Presidential Address	The second opening of Japan on the way to a bright future
Presidential Address	30-Year History of JSHBPS
Plenary Session	Polymorphisms in TRAIL predict long-term survival and extrahepatic recurrence following hepatectomy for primary hepatocellular carcinoma
Special Program	30 Year Progress of Liver Surgery, Biliary Surgery, Pancreatic Surgery, and Liver Transplantation
Overseas Honorary Members Commendation Ceremony	
IHPBA/APHPBA Joint Symposium	Gallbladder Cancer Consensus Meeting
International Symposium of Endoscopic Surgery	Current Status and Future Perspective of Robotic PD
Project Study organized by Japanese Society of HPB Surgery	
TG18：Safety of Lap-C	
Scientific Committee Special Session	Several issues in Publication ethics
Public hearing of Clinical practice guidelines for the management of biliary tract cancers [Japanese]	
Educational Videos 1	Tips and Tricks in Liver Surgery
Educational Videos 2	Tips and Tricks in Biliary Surgery
Educational Videos 3	Tips and Tricks in Pancreatic Surgery
Educational Seminar 1	How to Bring up Young HBP Surgeons
Educational Seminar 2	Liver Transplantation for HCC in Asia
Educational Seminar 3	Advanced Recognition in HBP Anatomy
Educational Seminar 4	Management of Severe Complications in HBP Surgery
Educational Seminar 5	Navigation and Simulation for HBP Surgery
Special Workshop	Left Trisectionectomy for Cholangiocarcinoma
Debate Session 1	Pancreatico-Enteric vs. Pancreatico-Gastric Anastomosis for Soft Pancreatic Texture
Debate Session 2	Early Gallbladder Cancer：Open vs. Laparoscopic Surgery
Debate Session 3	Transplant vs. Resection for Multicentric HCC ?
Debate Session 4	Two-Stage Hepatectomy vs. Multiple Tumorectomy for Colorectal Liver Metastasis
Symposium 1	CIS/High-grade Dysplasia in the Biliary Tract：How Should it be Managed ?
Symposium 2	State-of-the-art Multimodal Treatment for HCC
Symposium 3	State-of-the-art Neoadjuvant and Downstaging Chemotherapy for Perihilar Cholangiocarcinoma
Symposium 4	State-of-the-art Preoperative Chemoradiotherapy for Pancreatic Surgery
Workshop 1	Preoperative Care and Surgical Management for Elderly and/or High-risk Patients
Workshop 2	Difficulty Assessment of HBP Surgery Designed to Establish an Educational Path for Young Surgeons
Workshop 3	Frontiers in the Management of Pancreatic Fistula
Workshop 4	Safety of Laparoscopic Cholecystectommy for Severe Acute Cholecystitis
Workshop 5	Recovery from Clavien-Dindo IV Complications
Workshop 6	Validation of the Assessment of Liver Fuction
Workshop 7	Proprieties of Preoperative Therapy for Gallbladder Cancer with Extrahepatic Biliary Infiltration
Workshop 8	Nutritional and Immune Aspects of HBP Surgery
Panel Discussion 1	Biliary Stricture after Liver Transplantation
Panel Discussion 2	Surgical Strategies for IPMN
Panel Discussion 3	Long-term Results of Treatment for Pancreaticobiliary Maljunction
Panel Discussion 4	Timing of Liver Surgery for Colorectal Liver Metastasis（Surgery First vs. Chemotherapy First）
Video Symposium 1	Laparoscopic Liver Resection
Video Symposium 2	Safety of the Surgery for HPD
Video Symposium 3	Laparoscopic Liver Resection from LDLT Donor
Video Symposium 4	Laparoscopic and Robotic Surgery for Pancreatic Disease

International Observership Report	
Mini-Symposium 1	Preoperative chemoradiotherapy for pancreatic surgery
Mini-Symposium 2	CIS/high-grade dysplasia in the biliary tract
Mini-Symposium 3	Preoperative care and surgical managemant for elderly and/or high-risk patients
Mini-Symposium 4	Validation of the assessment of liver fuction
Mini-Symposium 5	Multimodal treatment for HCC
Mini-Symposium 6	Frontiers in the management of pancreatic fistula
Mini-Video 1	Laparoscopic liver resection
Mini-Video 2	Safety of the surgery for HPD
Best Oral 1	Liver 1
Best Oral 2	Biliary 1
Best Oral 3	Pancreas 1
Best Oral 4	Transplant 1
Best Oral 5	Liver 2
Best Oral 6	Biliary 2
Best Oral 7	Pancreas 2
Best Oral 8	Pancreas 3
U-40 Oral 1	Liver 1
U-40 Oral 2	Biliary 1
U-40 Oral 3	Pancreas 1
U-40 Oral 4	Pancreas 2
U-40 Oral 5	Liver 2
U-40 Oral 6	Liver 3
U-40 Oral 7	Pancreas 3
U-40 Oral 8	Pancreas 4
Poster 1 ~ 23	Liver 01 ~ 23
Poster 24 ~ 37	Biliary 01 ~ 14
Poster 38 ~ 66	Pancreas 01 ~ 29
Poster 67 ~ 71	HBP 01 ~ 05
Poster 72	Transplant 01
Poster 73 ~ 77	Free01 ~ 05
Poster 78 ~ 101	Liver 24 ~ 47
Poster 102 ~ 114	Biliary 15 ~ 27
Poster 115 ~ 142	Pancreas 30 ~ 57
Poster 143 ~ 147	HBP 06 ~ 10
Poster 148	Transplant 02
Poster 149 ~ 154	Free06 ~ 11

資料 1.　第 29 回学術集会
East meets West
講演スライド

日本肝胆膵外科学会ホームページ内
（http://www.jshbps.jp/modules/project/index.php?content_id=11）に掲載

【Introduction】

Joint Congress of The 6th Biennial Congress of the Asian-Pacific Hepato-Pancreato-Biliary Association
The 29th Meeting of Japanese Society of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery

Historical Perspective 2017 in HPB Surgery and Interventional Approach

- East Meets West -

Hiroki Yamaue
Department of Surgery
Wakayama Medical University

June 8, 2017 (Yokohama, Japan)

1

Aim of this special session

- The aim of the project is to search for the breakthrough for today's HPB Surgery & IVR and highlight the great contributors to the development of surgical procedures.
- To define the worldwide consensus to clarify historical pioneers in major HPB, the members of JSHPBS have attempted to conclude the pioneers, searching English literatures and also literatures in non-English natives. Then, we figure out the mentality of leading pioneers, and translate to inspire the future motivation in the field of HBP surgery for next generation.
- To improve surgeons' technics and patients' outcome in HPB field, It is significant for surgeons to know;

  WHO did the great achievement in HPB surgery,
  WHY the pioneers did attempt to innovate operative procedure,
  HOW the procedure has been developed up to now.
- The goal of this project should be to improve patients' care in the HPB field.

Then, we would pay forward our knowledge and inspire ideas toward the next generation.

3

Biliary surgery

Up-to-Date Lecture in HBP 9; 10:15 – 10:45, Jun 9 (Fri) Room 8

- Extended resection for biliary tract cancer; a large contribution of Japanese surgeons towards standardization.

  Tomoki Ebata, Nagoya University

Pancreatic surgery

Meet the experts 11; 7:30 – 8:30, Jun 9 (Fri) Room 7

- Artery-first approach in pancreatic surgery

  Hiroki Yamaue, Wakayama Medical University

  Sun-Whe Kim, Seoul National University

5

1. Liver surgery

- History of pioneers in anatomical right lobectomy
  Atsushi Nanashima, Miyazaki University

2. Liver transplantation

- Evolution of living donor liver transplantation: A global perspective
  Taizo Hibi, Keio University

3. Laparoscopic HPB surgery

- Pioneers in laparoscopic HPBsurgery
  Yoshihiro Miyasaka, Kyushu University

4. Non-operative biliary intervention

- Historical investigation of non-operative biliary interventions
  Takao Itoi, Tokyo Medical University

7

History and pioneers in HPB field

Working groups;

1. Liver surgery
2. Biliary surgery
3. Pancreatic surgery
4. Liver transplantation
5. Laparoscopic HPB surgery
6. Non-operative biliary intervention

2

History and pioneers in HPB field

Working groups;

1. Liver surgery
2. Biliary surgery *
3. Pancreatic surgery **
4. Liver transplantation
5. Laparoscopic HPB surgery
6. Non-operative biliary intervention

* present the data in Up-to-Date Lecture 9, and ** in Meet the Expert 11

4

History and pioneers in HPB field

Working groups;

1. Liver surgery
2. Biliary surgery
3. Pancreatic surgery
4. Liver transplantation
5. Laparoscopic HPB surgery
6. Non-operative biliary intervention

6

【肝臓】

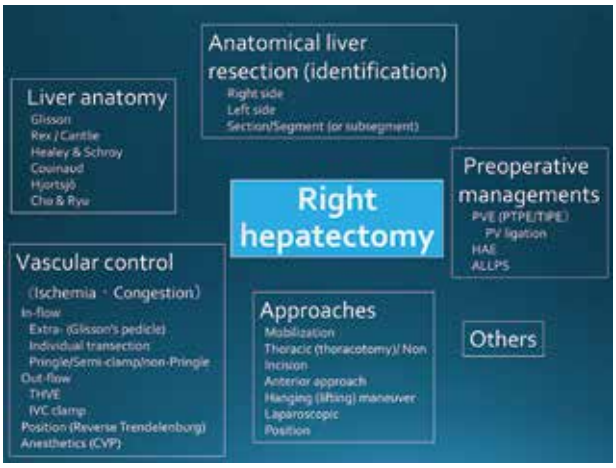
SP-1　The history of right hepatectomy

Division of Hepato-biliary-pancreatic Surgery, Department of Surgery, University of Miyazaki, Miyazaki, Japan

Atsushi Nanashima

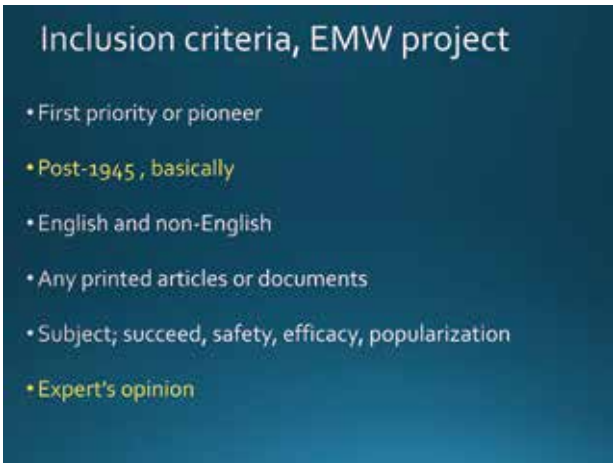
Right hepatectomy (RH) is a standard anatomical procedure. The history began by successful reports of RH in non-English languages by two surgeons, who were Honjo in East (1950) and Lortat-Jacob in West (1952). Although the pioneer of RH would be argued, English reports regarding RH were dramatically increased in hepatobiliary malignancies in West. In 1960's, Lin and Tung (East) developed the extra or transfacial fissural access to the Glissonian pedicle during transection and, eventually, Bismuth accomplished the combined procedure of Jacob's vascular control and Tung's transection technique in 1982. Couinaud (West,1985) and Takasaki (East,1986) succeeded the extrafascial Glissonian approach. Three types of accesses for hepatic hilum as: 1) intrafascial, 2) extrafascial and 3) extrafascial and transfissual access were achieved. Hasegawa (East) introduced "intersegmental plane" as a landmark of RH in nonEnglish languages, 1960's and Blumgart reported "liver split" procedure by exposing middle hepatic vein. Jacob applied thoracolaparotomy for RH, which was taken over until 1980's. Makuuchi (East) developed J-shape incision with thoracotomy to reduce complications of conventional procedure and focused the ligament of RHV in 1991. Takasaki (East) succeeded in the "nontouch isolation method" or "anterior approach" without mobilization of the right liver reported in Japanese, 1984. Significance of anterior approach was proposed in English reports, 1990's, which has been applied to Behlgiti's liver hanging maneuver in 2001. In the era of laparoscopic hepatectomy, it remains as an assignment whether these concept and procedures in laparotomy is transferred.

1



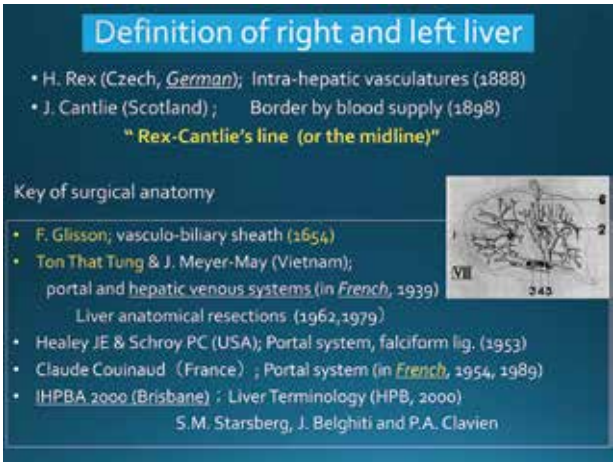
2

3

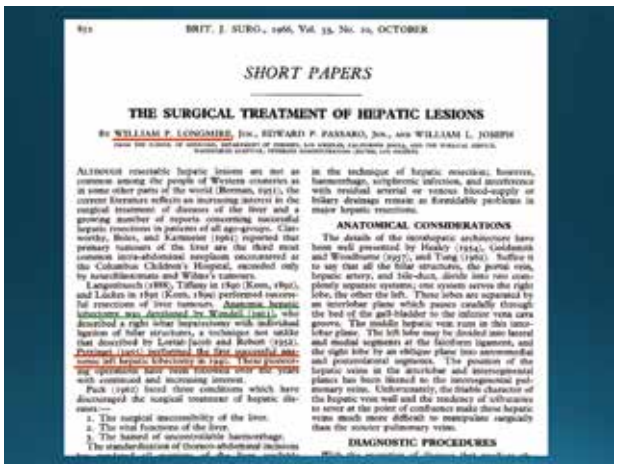


4

5



6



BRIT. J. SURG., 1966, Vol. 53, No. 10, OCTOBER

SHORT PAPERS

THE SURGICAL TREATMENT OF HEPATIC LESIONS

By WILLIAM P. LONGMIRE, JUN., EDWARD P. PASSARO, JUN., AND WILLIAM L. JOSEPH

ANATOMICAL CONSIDERATIONS

DIAGNOSTIC PROCEDURES

7

Anatomical resection

Left-side

A part of left lobe or left lateral segment
.....Langenbeck (1888) , Keen (1899)

Ton That Tung; left lobectomies (1938, 1939)
~no vascular control (extrahepatic)

Pettinari(in *Italy*); Left hepatectomy ?(1942)

Starzl TE (USA); Left tri-sectionectomy (1982)

8

First right anatomical hepatectomy

W. Wendel (*German* 1911; No precise description, schemes ~may *NOT* acceptable)

Ichio Honjo(in *Japanese* 1950,English 1955)

Op. 1949.3

Jean-Louis Lortat-Jacob (*French* 1952)

Op. 1951.10

Incredibly, breakthrough-operation
was achieved
by these great surgeons
between "East and West"
at the same period.

9

Development (1952~)

RH increased in the West
Pack (USA, 1953) ,Quattlebaum (USA, 1953)
Mersheimer (1953),Clatworthy (1956)
Caprio (Spain), Longmire (USA)
Fortner (1969 USA) etc.
Kajitani (in *Japanese* 1966)

In the East (trans- or extra- fascial access) reported in English
Lin Tien-Yu (Taiwan 1960)
Ton That Tung (Vietnam 1963)

Ligation of intra-hepatic in-flow vasculatures
Finger fracture technique
Lin's clamp (forceps)

Ligation of inflow-vasculature
Finger fracture technique
Hypothermic perfusion
Expose of MHV, segmental branches

10

*Henri Bismuth (France 1982)

Combined procedure of preliminary vascular control (Jacob)
+ parenchymaous transection (Tung's technique)

*Inflow- occlusion, extra-fascial approach
RHV transected in the final transection

Vascular (in-flow) control
1) intra-fascial, 2) extra-fascial, 3) extra-fascial and transfissual access

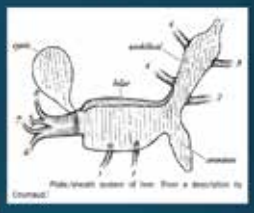
Various anatomical hepatectomy by "Glissonean (or Glissonian) approach"
*K. Takasaki (Japan), *Japanese* 1986, English 1990

*E. Okamoto (Japan)
Japanese, 1986

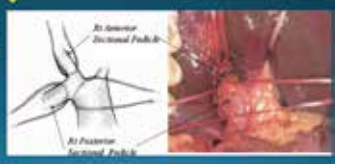
11

Couinaud's surgical application *(SM Strasberg, 2001, review 2007)*

Vasculo-biliary sheaths. C. Couinaud. ed.
Surgical anatomy of the liver revisited.
Paris: Couinaud. 1989



Galperin; Anatomy of cadaver liver, 1989
Launois; right portal pedicle isolation, 1992
Batignanis,
Couinaud+ Launois procedure, 2000



12

Anatomical border by HV

Tung's anatomy (1939)

*H. Hasegawa (Japan; in *Japanese* 1976, *French* 1980)

Middle HV as "intersegmental plane"
A landmark of both hemi-liver

ST-Fan; "midplane" on MHV (2007)
to avoid complication and secure cancer-free margin.

*L Blumgart(UK ; 1979)
"liver split" procedure to approach the hepatic hilum by exposing the entire MHV between lobes

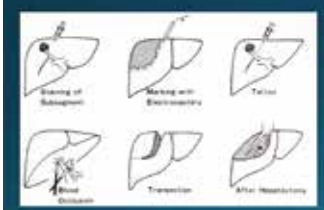
*TE Starzl(USA ; 1975, 1980, 1982)
Right trisegmentectomy
Confluence of MHV was finally transected

Basis of the living donor liver Tx.
right or left liver; problem of congestion *(Nakamura 1981, Sano 2002)*

13

Applications & developments

Anatomical subsegmentectomy, sectionectomy
Entire exposure of HV and VC front



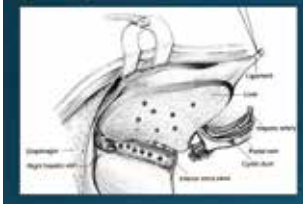
M. Makuuchi (Japan) 1984 - 87

1. US guided puncture and dye injection
2. Hemi-hepatic vascular occlusion

14

15

However..... Western text in 1990's :
Scheme of RH;
Exposure of MHV~"NOT" described



NJ Lygidakis & GNJ Tygat (1989)

"Hepatoiliary and pancreatic malignancies" (Thieme)

A Mazziotti, A Cavallari, J Belghiti, EM Gonzalez, L. Hannoun, et al. (1997)

"Technique in Liver Surgery" (Thieme)

16

Appendix 1.
Curable major hepatectomy for Liver metastases

Colorectal

1940 Cattell; first liver resection for colorectal liver mets.
~ review ,Schwartz 1990

1948 Raven

1963 Penden performed right lobectomy

1976 Foster JH, Wilson SM + Adson MA (USA) 60 cases

1977, 1978 Foster

1978 Wanebo HJ: Synchronous hepatectomy

Melanoma, pancreas, stomach, others;

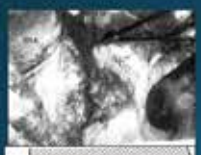
1936 Möller (in *German*) , 1963 Woodington

17

Approach

Conventional; 1st step ~ complete mobilization of right liver

Thoraco-laparotomy; JL Lortat-Jacob (1952)
First report; Unknown



* M. Makuuchi (Japan)
For safe transection, safe approach to right HV (1991)

1. J-shape incision with thoracotomy
   To reduce invasiveness of large thoracotomy
2. Identification and transection of IVC ligament

18

Anterior approach (AA); alternative option

*K. Takasaki (in *Japanese* 1983-4) :
"Non-touch isolation method" without mobilization for large HCC to reduce massive bleeding

*K. Ozawa, Y. Shimahara
Significance by point of view of post-operative hepatic function (in English; 1990, 1996)

➡ EC Lai and C.Liu (Hong Kong) ; AA reduces blood loss & mortality (1996,2000, 2006)

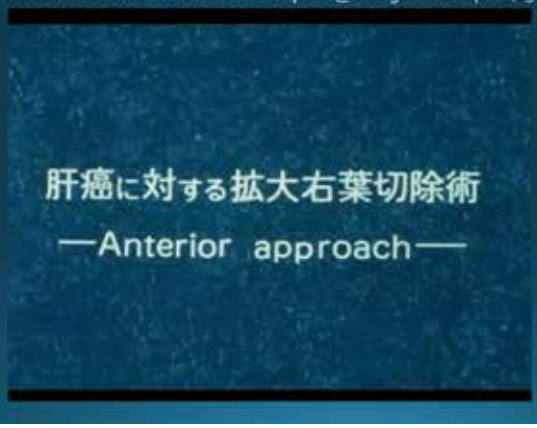
*J. Belghiti (France); Liver hanging maneuver for AA

⬇

Applied to laparoscopic RH

19

Takasaki's first AA ~Video report @ Congress in Japan (1984)



20

~Era of laparoscopic right hepatectomy (2000-)

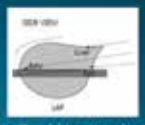
Hilar approach;
1)Hilar dissection (individual vessel preparation)
(Dagher 2014, Lainas 2015, Palanisamy 2015, Kawaguchi 2016 ...)
2)Glissonian approach -pitfall of injury of contralateral BD (Wakabayashi, Ann Surg 2015)
a) Intrahepatic (Machad 2008, Ogiso 2015, ...)
b) extrahepatic (Cho 2011, Ikeda 2013, Kruger 2016)

Expose of Middle HV;
1) Yes (Ikeda 2013, Palanisamy 2015, Ogiso 2015 ...)
2)No (Sandri 2015, Ratti 2015 ...)
"complete exposure of MHV or vena cava might not be always accomplished " in all

Position;
1)Supine , 2)Semi-lateral decubitus (Machad 2008),
3)Semi-prone (Ikeda 2013)

Mobilization
1) yes (Eguchi 2011, Ikeda 2013)
2) no; Anterior approach

Liver hanging
1) Yes (Wakabayashi 2009, Soyama 2012, Dokmak S 2014)
2) No (Cho 2012, Afanch 2013, Herman 2013)



New approach from caudal side

Tomishige (2013)

21

Future aspects and story

In the new field of LAP-liver surgery, anatomical right hepatectomy has been rapidly progressed worldwide, but *not* majority still.

It remained problems in *future* LAP surgery

1) Traditional anatomical concept or approach under the open laparotomy for these 70 years is faithfully achieved *or not*?
2) New concept of operative procedures or approaches will develop?

In a Finale...

【胆道】

J Hepatobiliary Pancreat Sci (2017) 24.S1 Up–to–Date Lecture in HBP

UL-9 Extended resection for biliary tract cancer: a large contribution of Japanese surgeons towards standardization

1) Division of Surgical Oncology, Nagoya University Graduate School of Medicine
2) Division of Digestive and General Surgery, Niigata University Graduate School of Medical and Dental Sciences
Tomoki Ebata[1], Jun Sakata[2], Toshifumi Wakai[2], Masato Nagino[1]

Surgical resection with R0 status provides the only chance of long-term survival in patients with biliary tract cancer (BTC). Hepatobiliary surgeons have made great attempts at surgical procedures. Here, we focus on 3 major procedures specifically used for advanced BTC, highlighting the Japanese contributors. These procedures expand surgical indication and enhance the chance of R0 status, thereby improving the survival probability in patients with advanced BTC.

1. Combined caudate lobectomy

Several studies on the caudate lobe mainly in Japan revealed a high rate of infiltration of the bile ducts of the caudate lobe in hilar cholangiocarcinoma (a cause of cancer remnant after usual hepatectomy), indicating that hepatectomy with caudate lobectomy is required. This technique was first performed by Iwasaki et al (Tsukuba Univ.), followed by Tsuzuki et al (Keio Univ.), and then established by Mizumoto et al (Mie Univ.) and Nimura et al (Nagoya Univ.).

2. Hepatectomy combined with vascular resection

BTC often invades the adjacent major vessels, which used to be a local unresectable sign. Portal vein (PV) resection was first performed in patient by Kajitani et al (Cancer Institute Hosp.), and now PV resection has been globally used. Simultaneous resection of portal vein and hepatic artery was first challenged by Tsuzuki et al (Keio Univ.), and its safety and efficacy were established by Nagino et al (Nagoya Univ.).

3. Hepatopancreatoduodenectomy (HPD)

This extended procedure was initiated in patients with locally advanced BTC representing a diffuse infiltration of the extrahepatic bile duct or invasion to the pancreatoduodenal region. In 1976, Kasumi et al (Cancer Institute Hosp.) first reported one experience of HPD, which had been performed by Dr. Kuno. Then, Takasaki et al (Tokyo Women's Medical Univ.) presented 5 patients who received HPD. The term, hepatopancreatoduodenectomy, was originally used by Nimura et al (Nagoya Univ.).

Joint Congress of 6th Biennial Congress of the Asian-Pacific Hepato-Pancreato-Biliary Association and the 29th Meeting of Japanese Society of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery
(Yokohama, 2017)

Historical review

Extended resection for biliary tract cancer (BTC)
A large contribution of Japanese surgeons towards standardization

Panel of Biliary Surgery, East meets West,
Japanese Society of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery

Tomoki EBATA[1], Jun SAKATA[2] , Toshifumi WAKAI[2]
& Masato NAGINO[1]

[1] Division of Surgical Oncology, Nagoya University Hospital
[2] Division of Digestive and General Surgery, Niigata University Hospital

1

Acknowledgements

- Yuji Nimura (Nagoya University)
- Yu Takahashi & Akio Saiura (Cancer Institute Hospital)
- Yuta Abe & Kenzo Hibi (Keio University)
- Masanobu Usui (Mie University)
- Yoshifumi Ogura (Matsusaka City Hospital)
- Yoshito Kotera (Tokyo Women's Medical University)

2

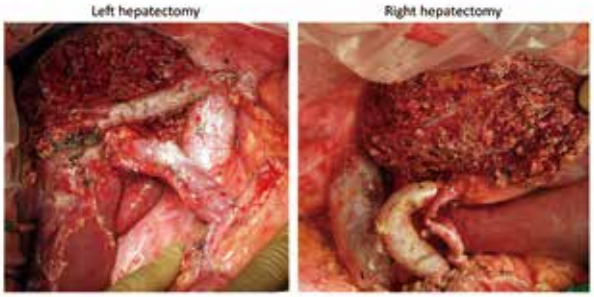
Three resectional procedures for BTC

- **Caudate lobectomy for perihilar cholangiocarcinoma (PCC)**
- **Hepatectomy combined with vascular resection**
- **Hepatopancreatoduodenectomy (HPD)**

Who performed them first and when? Who diffused them?

3

1. Caudate lobectomy for PCC
Why do we have to resect the caudate lobe?



4

Simple history of surgical challenge for PCC

1948	Longmire	US	Intrahepatic cholangiojejunostomy	
1954	Brown	AU	Hilar BDR (n=2)	
1957	Altemeier	US	T-tube drainage	
1962	Altemeier	US	Left hepatectomy+BDR	survival
1964	Quattlebaum	US	Right hepatectomy+BDR+IVC	dead
1965	Kajitani	JP	Right hepatectomy+BDR+PV	survival
1969	Bird	AU	Right trisectionectomy+BDR	survival
1973	Longmire	US	Right trisectionectomy+BDR+PV	survival
1974	Fortner	US	Major hepatectomy+BRR+PV (n=3)	all dead
1976	Fortner	US	Liver transplantation (n=4)	all dead
1979	Blumgart	UK	Left hepatectomy + caudate lobectomy	survival

5

Simple history of surgical challenge for PCC

1948	Longmire	US	Intrahepatic cholangiojejunostomy	
1954	Brown	AU	Hilar BDR (n=2)	
1957	Altemeier	US	T-tube drainage	
1962	Altemeier	US	Left hepatectomy+BDR	survival
1964	Quattlebaum	US	Right hepatectomy+BDR+IVC	dead
1965	Kajitani	JP	Right hepatectomy+BDR+PV	survival
1969	Bird	AU	Right trisectionectomy+BDR	survival
1973	Longmire	US	Right trisectionectomy+BDR+PV	survival
1974	Fortner	US	Major hepatectomy+BRR+PV (n=3)	all dead
1976	Fortner	US	Liver transplantation (n=4)	all dead
1979	Blumgart	UK	Left hepatectomy + caudate lobectomy	survival

6

The world-first caudate lobectomy for PCC in 1979
(Br J Surg 66, 762-769, 1979)

Leslie Harold Blumgart
Hammersmith Hospital, England

Among 37 hepatectomized patients, one patient underwent en bloc resection of the left liver and caudate lobe. Histologically, the tumor invaded the left liver and caudate lobe.

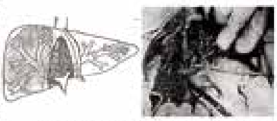
PTC

Bismuth type II?

Portgraphy

Occluded left PV

Liver splitting method



Division of the RHD proximal to the tumor

7

Surgical result in Japan around 1970

Yoji Iwasaki
(Chiba Univ)

Treatment of carcinoma of the biliary system. SGO 1977

Total		*n=14*
	BDR	n=12
	Left Hx+BDR	n=2

Intraoperative RT was performed in advanced tumor.

Toshiharu Tsuzuki
(Keio Univ)

Carcinoma of the proximal bile ducts. SGO 1978

Total		*n=19*
	T-tube drainage	n=12
	Biliary bypass	n=3
	BDR	n=2
	Left Hx+BDR	n=2

Postoperative RT was added for residual tumor.

8

Representative surgical results during 1980s

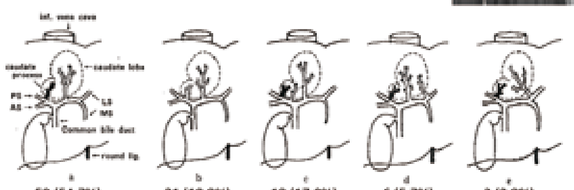
	Toshiharu Tsuzuki (Keio Univ.)	Ryuji Mizumoto (Mie Univ.)	Yoji Iwasaki (Tsukuba Univ.)
Journal	Arch Surg 1983	SGO 1986	SGO 1986
No. of pts	3132	46	
No. of resection	16 (52%)	26 (81%)	21 (46%)
Major Hx	1511	9	
Caudate lobectomy	98	9	
Vascular resection	30	0	
R0	1010	10	
Mortality	2 (13%)1 (4%)	2 (10%)	
Survival time (mo)	249-12	NA	

9

Biliary anatomy of the S1 by Mizumoto (Mie Univ.)
(in Japanese, 1983 and in English, 1986)

Histologic findings of the resected specimen (n=26)

- Liver invasion around the hepatic hilus n=12
- Invasion of B1 n=8
- Invasion of S1 n=3

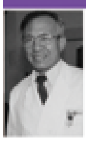


58 (54.7%) 21 (19.8%) 18 (17.0%) 6 (5.7%) 3 (2.8%)

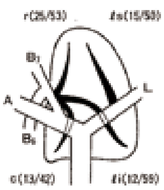
Based on 106 autopsy livers (dissection method)

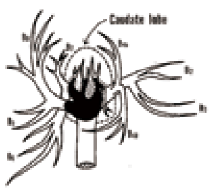
10

Biliary anatomy of the S1 by Nimura (Nagoya Univ.)
(in Japanese, 1988 and in English, 1990)



Nimura showed another B1 anatomy based on cholangiogram,
and found a frequent histologic involvement of B1 branches.
He concluded that caudate lobe should be routinely resected for PCC.





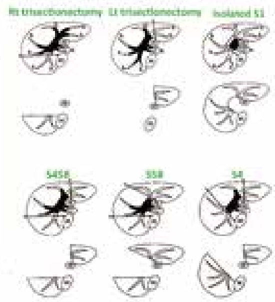
11

Hepatectomy with caudate lobectomy for PCC
(Nimura, World J Surg 1990)

Nimura performed 11 types of hepatectomy with caudate lobectomy for PCC
, which covers all conceivable hepatectomies for PCC.

Right-sided	Right trisectionectomy	5
	Extended right hepatectomy	3
	Right hepatectomy	6
Left-sided	Left trisectionectomy	4
	Extended left hepatectomy	15
	Left hepatectomy	2
Central type	Central bisectionectomy	2
	Segmentectomy 4	3
	Right anterior sectorectomy	1
Others	Right posterior sectorectomy	1
	Isolated caudate lobectomy	3

All procedures included caudate lobectomy



12

Summary
Caudate lobectomy for PCC

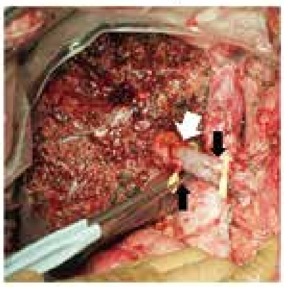
Japanese HBP surgeons
- confirmed technical feasibility
- showed own biliary anatomy of the caudate lobe
- found frequent infiltration around the caudate lobe
- performed various types of hepatectomies combined with caudate lobectomy

Resected specimen after right trisectionectomy

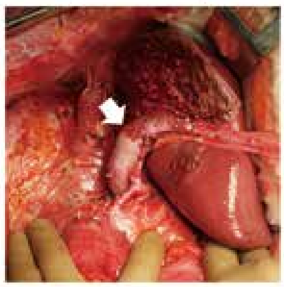
13

2. Hepatectomy with vascular resection

Left trisectionectomy +PV+ RHA



Right trisectionectomy +PV



14

Simple history of surgical challenge for PCC

1948	Longmire	Intrahepatic cholangiojejunostomy	
1954	Brown	Hilar BDR (n=2)	
1957	Altemeier	T-tube drainage	
1962	Altemeier	Left hepatectomy+BDR	survival
1964	Quattlebaum	Right hepatectomy+BDR+IVC	dead
1965	Kajitani	Right hepatectomy+BDR+PV	survival
1969	Bird	Right trisectionectomy+BDR	survival
1973	Longmire	Right trisectionectomy+BDR+PV	survival
1974	Fortner	Major hepatectomy+BRR+PV (n=3)	all dead
1976	Fortner	Liver transplantation (n=4)	all dead
1979	Blumgart	Left hepatectomy + caudate lobectomy	survival

15

Hepatectomy with vascular resection

1965	Kajitani	Right hepatectomy	+PV	(n=1)	survival
1973	Longmire	Right trisectionectomy	+PV	(n=2)	survival
1974	Fortner	Major hepatectomy	+PV	(n=3)	all dead
1981	Tsuzuki	Left hepatectomy	+HAPV	(n=2)	survival
1984	Blumgart	Right trisectionectomy +Left hepatectomy	+PV +PV	(n=2) (n=1)	survival
1986	Sakaguchi	Right trisectionectomy	+PV	(n=8)	1 dead

16

Hepatectomy with vascular resection

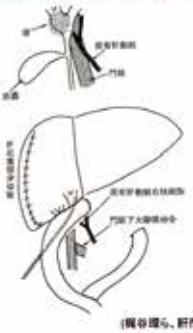
1965	Kajitani	Right hepatectomy	+PV	(n=1)	survival
1973	Longmire	Right trisectionectomy	+PV	(n=2)	survival
1974	Fortner	Major hepatectomy	+PV	(n=3)	all dead
1981	Tsuzuki	Left hepatectomy	+HAPV	(n=2)	survival
1984	Blumgart	Right trisectionectomy +Left hepatectomy	+PV +PV	(n=2) (n=1)	survival
1986	Sakaguchi	Right trisectionectomy	+PV	(n=8)	1 dead

including first interposition graft for PV reconstruction

17

The world-first hepatectomy with PV resection
by Tamaki Kajitani (Cancer Institute Hospital)

The RHA and portal bifurcation were involved.



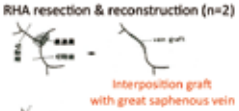
Patient	50 year-old man
Date	Aug 6, 1965
Procedure	Right hepatectomy +BDR +PV Porto-caval shunt
Time	4 hr 2 min
Blood loss	4.3 L
Histology	Papillary adenocarcinoma
Course	Died of disease (3.9 years)

(横谷理弘、肝門部胆管癌の手術治療. 手術 20, 937-1002, 1966)

18

The world-first hepatectomy with PV and HA resection
by Toshiharu Tsuzuki (Keio Univ.)

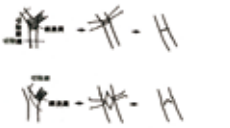
RHA resection & reconstruction (n=2)



Interposition graft with great saphenous vein

Transposition of RGEA

PV resection & reconstruction (n=4)



Carcinoma of the Bifurcation of the Hepatic Ducts Arch Surg 1983

Toshiharu Tsuzuki, MD; Yoshiro Ogata, MD; Shuhei Ido, MD; Izumi Nakanishi, MD; Yoshiharu Takenaka, MD; Hiroshi Yoshi, MD

2 patients underwent left hepatectomy +PV+RHA
They survived surgery, and died of disease 1.5 years after surgery.

19

Hepatectomy with vascular resection in 1990s

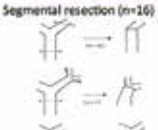
PV was the main target of vascular resection

1991	Nimura	PV (n=29)	First large series
1993	Tashiro	PV (n=6)	
1994	Sugiura	PV (n=18), HA (n=4)	Keio multi-center study
1996	Pichlmayar	PV (n=36), HA (n=1), PVHA (n=2)	
1997	Miyazaki	PV (n=34)	Left renal vein graft
1999	Neuhaus	PV (n=23)	Non-touch technique

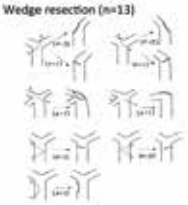
20

The First large series of hepatectomy with PV resection
Nimura Y. Combined portal vein and liver resection for carcinoma of the biliary tract. Br J Surg 1991

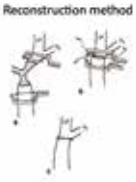
Segmental resection (n=16)



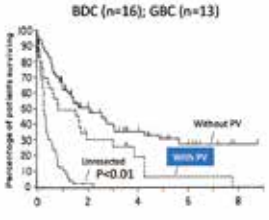
Wedge resection (n=13)



Reconstruction method



BDC (n=16); GBC (n=13)



Morbidity	66%
Mortality	17%
Survival rate	29% at 3 yrs; 6% at 5 yrs

21

Hepatectomy with vascular resection after 2000

2000	Lee	PV (n=29), HA (n=4)	
2001	Yamanaka	PV (n=5), HA (n=3), PVHA (n=7)	Feasibility of PVHA resection
2003	Ebata	PV (n=52)	10% survival rate at 5 years
2003	Shimada	PV (n=3), HA (n=6), PVHA (n=6)	Feasibility of PVHA resection
2006	Sakamoto	HA (n=11)	Safety of RHA resection
2006	Hemming	PV (n=26)	Utility of PV resection
2007	Miyazaki	PV (n=34), HA (n=2), PVHA (n=7)	Risk of PVHA resection
2010	Nagino	PVHA (n=50)	30% survival rate at 5 years

22

Summary
Hepatectomy with vascular resection

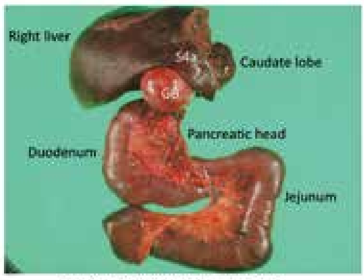
- Resection of the PV or HA was first performed in Japan.
- Subsequent Japanese challenges have confirmed the utility of vascular resection.
- Vascular resection expands the surgical indication against locally advanced BTC.

PV resection alone ➡ RHA resection alone ➡ PV and RHA resection

23

3. Hepatopancreatoduodenectomy (HPD)

HPD is the most extensive procedure in the biliary field,
which removes the entire extrahepatic biliary tree with the surrounding organs.



HPD for GBC with bile duct invasion

24

Initial challenges of HPD in Japanese literatures
(1970s – 1980s)

Year	Author	Disease	N	Major Hx	PV	Mortality
1976	Kasumi F [1]	GBC	1	10	0	
1980	Takasaki K [2]	GBC	5	5	0	3 (60%)
1982	Sugiura Y [3]	GBC	88	3	5 (63%)	
1983	Nakamura S [4]	GBC	22	10		
1985	Nimura Y [5]	GBC/BDC	5/16	0-		
1987	Sugiura Y [6]	GBC	161676 (38%)			
1987	Nimura Y [7]	GBC	10852 (20%)			
1988	Hanyu F [8]	GBC	3331 (33%)			

1, 霞富士雄ら、日消外会誌9:170-7, 1976; 2, 高崎健ら、胆と膵1, 923-32, 1980; 3, 杉浦芳章ら、日消外会誌15, 1631-35, 1982
4, 中村達ら、日消外会誌16, 601-6, 1983; 5, 二村雄次ら、手術39, 297-304, 1985; 6, 杉浦芳章ら、日外会誌88, 1332-35, 1987
7, 二村雄次ら、日外会誌88, 1343-46, 1987; 8, 羽生富士夫ら、外科治療59, 12-21, 1988

25

First successful HPD in the world
(1974 at Cancer Institute Hospital, Japan)

胆嚢癌の治療、とくに進展様式からみた治療方針

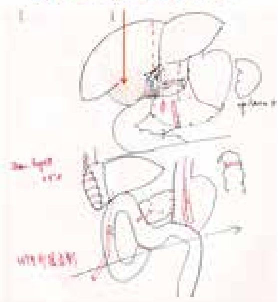
(日消外会誌 9: 170-177, 1976)

They reported surgical result of 11 GBC-patients,
one of whom underwent right Hx with PD.

26

A 68 year-old man with advanced gallbladder cancer

Bulky GBC (9cm) directly
invades the liver and duodenum



Date	: July 12, 1974
Drs	: Keijiro Kuno, Hori, and Konishi
Procedure	: Right Hx + PD (HPD)
Time	: 6 hr 25 min
Blood loss	: 3270 mL
Pathology	: Squamous cell carcinoma
Outcome	: Died of disease (Dec 19, 1974)

(provided by Drs. Takahashi and Saiura, Cancer Institute Hospital, Tokyo)

27

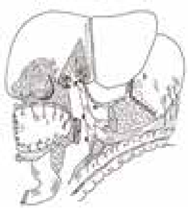
Our experiences (5 cases) of
extended right lobectomy combined with pancreatoduodenectomy for GBC

拡大肝右葉切除兼膵頭十二指腸切除により切除し得た胆嚢癌5例の検討
高崎健ら、胆と膵 1, 923-932, 1980

Ken Takasaki
(Tokyo Women's Medical University)

	Age	Tumor size (cm)	Cause of additional PD	Course
1.	59	3	#12, 13 → panc	Discharge
2.	64	9	#12, 13 → panc	Dead (D30)
3.	57	6	#12, 13 → panc	Dead (D12)
4.	65	9	#12, 13 → panc	Dead (D3)
5.	46	11	#12 → panc/pv	Discharge

60% mortality



28

The following challenge during 1990s in English literatures

Year	Author	Disease	No.	Major Hx	Mortality	MST (months)
1991	Nimura [9]	GBC BDC	14 10	17 (71%)	6 (25%)	GBC 12 BDC 5
1994	Tsukada [10]	GBC BDC	2 5	7 (100%)	2 (29%)	NA
1994	Nakamura [11]	GBC	7	4 (57%)	0	12
1996	Miyagawa [12]	GBC BDC	3 7	9 (90%)	0	NA

[9] Nimura Y et al, Hepatogastroenterology 38: 170-5,1991; [10] Tsukada K et al, Br J Surg 81: 108-10,1994
[11] Nakamura S et al, Arch Surg 129: 625-9,1994; [12] Miyagawa S et al, World J Surg 20: 77-80,1996

29

The following challenge during 1990s in English literatures

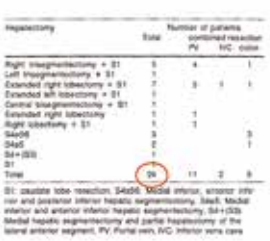
Year	Author	Disease	No.	Major Hx	Mortality	MST (months)
1991	Nimura Y [9]	GBC BDC	14 10	17 (71%)	6 (25%)	GBC 12 BDC 5
1994	Tsukada K [10]	GBC BDC	2 5	7 (100%)	2 (29%)	NA
1994	Nakamura S [11]	GBC	7	4 (57%)	0	12
1996	Miyagawa S [12]	GBC BDC	3 7	9 (90%)	0	NA

[9] Nimura Y et al, Hepatogastroenterology 38: 170-5,1991; [10] Tsukada K et al, Br J Surg 81: 108-10,1994
[11] Nakamura S et al, Arch Surg 129: 625-9,1994; [12] Miyagawa S et al, World J Surg 20: 77-80,1996

30

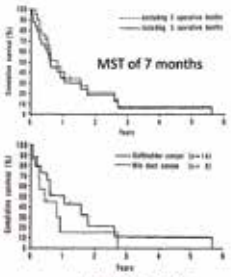
Surgical result after HPD by Nimura (1991)

(Hepatogastroenterology 38: 170-175, 1991)



Hepatectomy	Total	Number of patients combined resection PV	IVC	color
Right trisegmentectomy + S1	5	4		1
Left trisegmentectomy + S1	1			
Extended right lobectomy + S1	7	3	1	1
Extended left lobectomy + S1	0			
Central bisegmentectomy + S1	1			
Extended right lobectomy	1	1		
Right lobectomy + S1	1	1		
S4s5S6	3			3
S4s5	8			1
S4+(S5)	1			
S1	1			
Total	29	11	2	6

S1: caudate lobe resection, S4s5S6: Medial inferior, anterior inferior and posterior inferior hepatic segmentectomy, S4s5: Medial anterior and anterior inferior hepatic segmentectomy, S4+(S5): Medial hepatic segmentectomy and partial hepatectomy of the lateral anterior segment, PV: Portal vein, IVC: Inferior vena cava



Mortality: 25% (6/24)

GBC: 12 months
BDC: 5 months

31

Surgical results of HPD after 2000

Mortality reduced gradually. Survival rates at 5 years were 0-25% in GBC and 12-64% in BDC.

Year	Author	Disease	No.	Major Hx	Mortality	Survival rate at 5 years
2001	Yoshimi F	GBC	13	8 (62%)	1 (8%)	12%
2007	Miwa S	GBC BDC	9 17	22 (85%)	0	GBC 25% BDC 52%
2007	Kaneoka Y	GBC BDC	10 10	20 (100%)	3 (15%)	GBC 0% BDC 64%
2008	Wakai T	GBC BDC	11 17	28 (100%)	6 (21%)	GBC 9% BDC 12%
2010	Kaneoka Y	BDC	14	13 (93%)	0	50%
2010	Hemming AW	GBC BDC	9 13	NA	0	GBC 24% BDC 18%
2012	Ebata T	BDC	85	79 (93%)	2 (2%)	37%
2013	Lim CS	GBC BDC	10 13	23 (100%)	3 (13%)	GBC 10% BDC 32%
2013	Sakamoto Y	GBC BDC	5 14	19 (100%)	1 (5%)	GBC 0% BDC 45%

32

Summary of HPD

- HPD, originated in Japan, has been employed mainly in Japan even now.
- The morbidity and mortality are still high, although gradually improved.
- Long-term survival can be expected, particularly in BDC-patients.

Left trisectionectomy + PD

Right trisectionectomy + PD

33

Conclusion

- **Caudate lobectomy for perihilar cholangiocarcinoma (PCC)**
- **Hepatectomy combined with vascular resection**
- **Hepatopancreatoduodenectomy (HPD)**

Japanese HBP surgeons greatly contributed to initiation, promotion, and standardization of extended resections for BTC.

Kajitani T　Tsuzuki T　Iwasaki Y　Mizumoto R　Takasaki K　Nimura Y

34

第6回アジア・太平洋肝胆膵学会
第29回日本肝胆膵外科学会学術集会
COI 開示

筆頭発表者名：江畑 智希

私の今回の演題に関して
開示すべきCOIは、ありません。

35

【膵臓】

Mesenteric approach during pancreaticoduodenectomy for pancreatic ductal adenocarcinoma

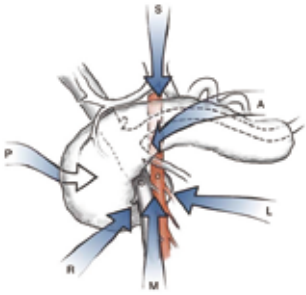
MAPLE-PD trial

Department of Surgery, Wakayama Medical University

Hiroki Yamaue

1

Artery-First Approach in Whipple's Operation



(1) Posterior approach
Ohigashi et al. *Hepatogastroenterology 2004*
Pessaux et al. *J Gastrointest Surg 2006*

(2) Medical unicinate approach
Shukla et al. *Hepatogastroenterology 2007*

(3) CLIP method
Kawai and Yamaue. *World J Surg 2008*

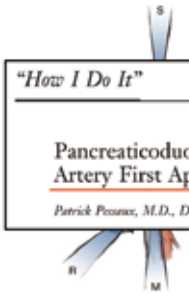
(4) Left posterior approach
Horiguchi et al. *JHBPS 2007*
Kurosaki et al. *JOP 2011*

(5) Mesenteric approach
Nakao et al. *Hepatogastroenterology 1993*
Weitz et al. *J Am Coll Surg 2010*

'Artery-first' approaches to pancreatoduodenectomy.
Sanjay et al. *Br J Surg 2012;99:1027-1935*

2

Artery-First Approach in Whipple's Operation



(1) Posterior approach
Ohigashi et al. *Hepatogastroenterology 2004*
Pessaux et al. *J Gastrointest Surg 2006*

"How I Do It"

Pancreaticoduodenectomy: Superior Mesenteric Artery First Approach

Patrick Pessaux, M.D., Deepak Varma, M.D., Jean-Pierre Arnaud, M.D.

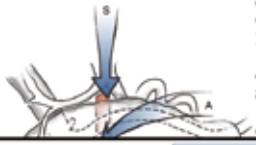
Kurosaki et al. *JOP 2011*

(5) Mesenteric approach
Nakao et al. *Hepatogastroenterology 1993*
Weitz et al. *J Am Coll Surg 2010*

'Artery-first' approaches to pancreatoduodenectomy.
Sanjay et al. *Br J Surg 2012;99:1027-1935*

3

Artery-First Approach in Whipple's Operation



(1) Posterior approach
Ohigashi et al. *Hepatogastroenterology 2004*
Pessaux et al. *J Gastrointest Surg 2006*

(2) Medical unicinate approach
Shukla et al. *Hepatogastroenterology 2007*

(3) CLIP method

SURGEON AT WORK

The "Artery First" Approach for Resection of Pancreatic Head Cancer

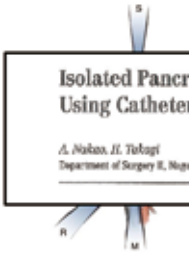
Jürgen Weitz, MD, Nuh Rahbari, MD, Moritz Koch, MD, Markus W Büchler, MD

Weitz et al. *J Am Coll Surg 2010*

'Artery-first' approaches to pancreatoduodenectomy.
Sanjay et al. *Br J Surg 2012;99:1027-1935*

4

Artery-First Approach in Whipple's Operation



(1) Posterior approach
Ohigashi et al. *Hepatogastroenterology 2004*
Pessaux et al. *J Gastrointest Surg 2006*

Isolated Pancreatectomy for Pancreatic Head Carcinoma Using Catheter Bypass of the Portal Vein

A. Nakao, H. Takagi
Department of Surgery II, Nagoya University School of Medicine, Nagoya, Japan

(5) Mesenteric approach
Nakao et al.
Hepatogastroenterology
1993

Weitz et al. *J Am Coll Surg 2010*

5

Concept of artery-first approach during PD for PDAC

Artery-first approach
PD starts from dissection of connective tissues around the SMA and division of the inferior pancreaticoduodenal artery (IPDA)

The aims of artery-first approach

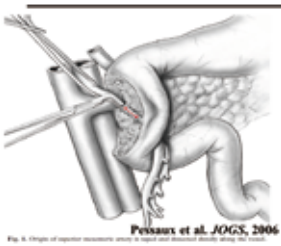
- ✓ Early determination of the resectability status for PDAC during PD
- ✓ Control of pancreatic head congestion by early division of the IPDA
  → Decrease of intraoperative blood loss volume
- ✓ Complete dissection around the SMA
  → Increase of the R0 rate

6

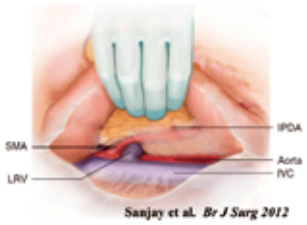
Posterior approach as artery-first approach

Posterior approach: exposing the origin of superior mesenteric artery (SMA) in front of the left renal vein after kocherization.

	author	publish	year	number	page
1	Ohigashi et al.	*Hepatogastroenterology*	2004	51	4-5
2	Pessaux et al.	*J Gastrointest Surg*	2006	10	921-926
3	Traian et al.	*Langenbecks Arch Surg*	2010	395	677-684



Pessaux et al. *JOGS*, 2006



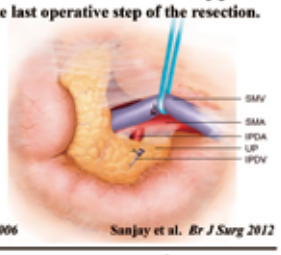
Sanjay et al. *Br J Surg 2012*

7

Medial uncinate approach as artery-first approach

Medial uncinate approach: Retrograde resection of the pancreatic head is performed starting with the uncinate process after division of the first jejunal loop and transection of the pancreas as the last operative step of the resection.

McCormack et al. *JACS 2006*



Sanjay et al. *Br J Surg 2012*

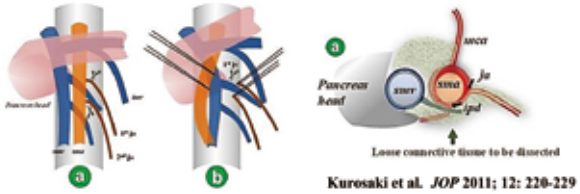
	author	publish	year	number	page
1	Shukla et al.	*Hepatogastroenterology*	2007	54	1728-1730
2	Hackert et al.	*Langenbecks Arch Surg*	2010	395	1161-1164
3	Shrikhande et al.	*Langenbecks Arch Surg*	2011	396	1205-1212

8

Left posterior approach as artery-first approach

Left posterior approach: exposing J1 and J2 arteries at their origin on the SMA in the transverse mesocolon. As next step, division of the IPDA arising from the posterior surface of the SMA.

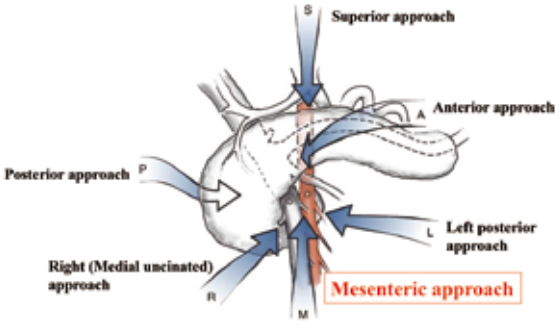
	author	publish	year	number	page
1	Horiguchi et al.	*JHBPS*	2007	14	575-578
2	Kurosaki et al.	*JOP*	2011	12	220-229



Kurosaki et al. *JOP* 2011; 12: 220-229

9

The methods of artery-first approaches



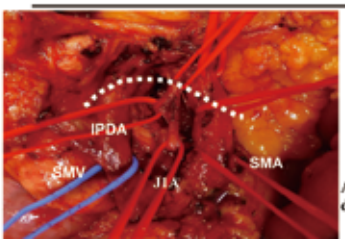
Br J Surg, 2012

10

Mesenteric approach as artery-first approach

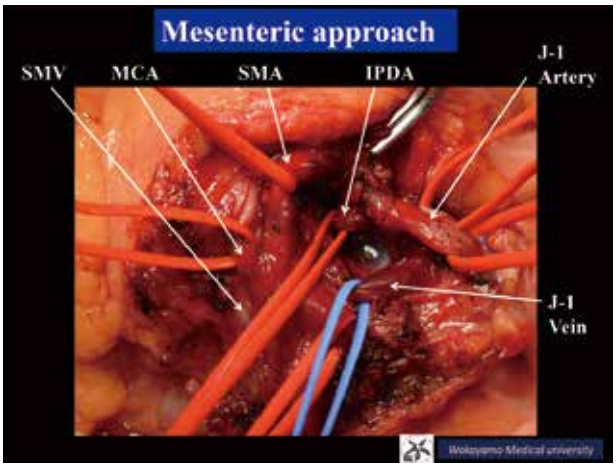
First, exposing the SMA-SMV at the base of the transverse mesocolon

	author	publish	year	number	page
1	Nakao et al.	*Hepatogastroenterology*	1993	40	426-429
2	Weitz et al.	*J Am Coll Surg*	2010	210	e1-e4
3	Nakao et al.	*Dig Surg*	2016	33	308-13
4	Hirono et al.	*Ann Gastroenterol Surg*	2017	*in press*	

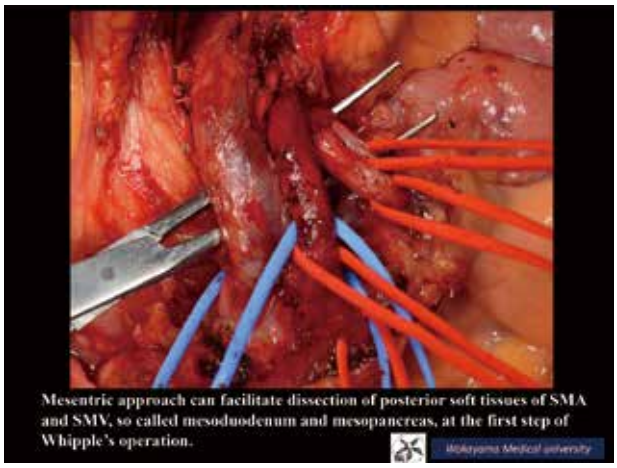


Area of incision of the peritoneum at duodenojejunal flexure (dotted line).

11



12



13

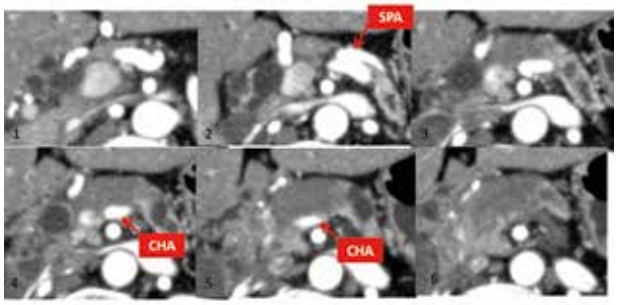
Pancreaticoduodenectomy with CHA resection (PD-CHAR)

Patient;	50-y, female
Diagnosis;	Pancreas Neck ~ Body Cancer with common hepatic artery and portal vein invasion
NAC;	GEM + nab-paclitaxel 2 courses → NAC-GA trial (NCT02926183, UMIN000024154)
Effects of NAC;	Tumor diameter 30mm → 30mm (SD) PET-CT SUVmax3.38 → 2.07 CA19-9 88.9 → 66.0 U/ml, CEA 1.3 → 1.7 ng/ml
Operation;	PD-CHAR
Operation time;	8hr 27min, Bleeding 585 ml, No blood tranfusion
Pathology;	CH(+) DU(-) S(+) RP(+) PV(+) Ach(+) Plcha(+) OO(-) n(+:8a) T4(PV,A) N1 M0 StageⅣa

Wakayama Medical University

14

Preoperative MD-CT findings; CHA invasion



Wakayama Medical University

15

Preoperative MD-CT findings; SMV・Portal vein invasion

Wakayama Medical University

16

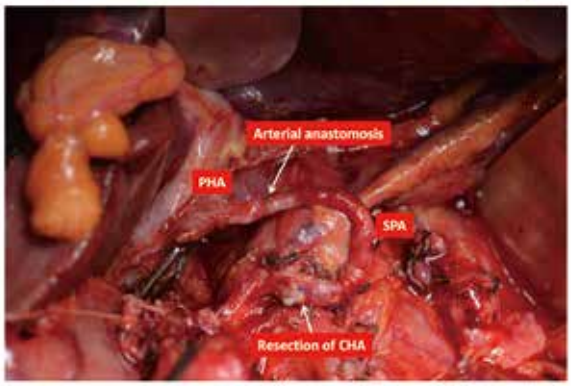
T4 pancreatic cancer in Neck and Body

17

Splenic artery was removed 6cm Taped the root of CHA

18

Splenic artery and PHA anastomosis



19

Reconstruction of portal vein

20

Pancreaticoduodenectomy with CHA resection

Operation; PD-CHAR, Arterial anastomosis under microscope
Op time; 8hr 27min
Bleeding; 585 ml

21

Clinical benefits of mesenteric approach

We evaluated the clinical benefits of mesenteric approach, especially survival benefits during pancreaticoduodenectomy (PD) for pancreatic ductal adenocarcinoma (PDAC) patients.

This is a first report regarding the long-term survival * of Mesenteric approach.

* Hirono S, Yamaue H, et al. Mesenteric approach during pancreaticoduodenectomy for pancreatic ductal adenocarcinoma. *Ann Gastroenterol Surg 2017, in press*

22

Patients and methods

【Study design】 Retrospective cohort study

【Patients】 237 PD patients 2000 to 2015 at WMUH

- Conventional approach group: 165 patients (2000～2011)
- Mesenteric approach group: 72 patients (2011～2015)

【Surgical procedure】

Conventional approach : During resection procedure, after Kocher's maneuver at first step, regional lymph node dissection and resection of stomach, bile duct, and pancreas, and then, dissection of connective tissue around the SMA, including diving inferior pancreaticoduodenal artery (IPDA) at the final step.

Mesenteric approach: Dissection connected tissue around the SMA, including diving IPDA was performed at the first step.

23

Statistical analysis

Matched-pairs analysis
: propensity score approach using a multiple logistic regression model with 4 covariates: age, sex, resectability status, and neoadjuvant therapy

- Conventional approach: 58 patients
- Mesenteric approach: 58 patients

(Resectable PDAC: 58 patients, BR PDAC: 58 patients)

24

Backgrounds: mesenteric vs. conventional

	Resectable PDAC		BR PDAC	
	Mesenteric (n=28)	Convention (n=30)	Mesenteric (n=30)	Convention (n=28)
Age, median	67(42-82)	69 (43-87)	70.5 (48-78)	70 (49-79)
Sex, male	18 (64%)	22 (73%)	15 (50%)	17 (61%)
Serum CA19-9 U/ml	135	140	525	349
Resectability (NCCN)				
Resectable	28 (100%)	30 (100%)	0	0
BR	0	0	30 (100%)	28 (100%)
BR-AV			10 (33%)	9 (32%)
BR-A			8 (27%)	9 (32%)
BR-V			12 (40%)	10 (36%)
Tumor size, mm	23.6	22.0	28.7	27.3
Neoadjuvant therapy	0	0	9 (30%)	9 (32%)
Follow-up (mo)	22.5	27.6	11.7	12.0

25

Surgical outcome for resectable PDAC Mesenteric vs. conventional approach

	Mesenteric approach (n=28)	Conventional approach (n=30)	P
PV resection, n (%)	11 (39%)	6 (20%)	0.107
Operative time, min, median (range)	416 (314-535)	371 (254-520)	0.007
Blood loss volume, ml, median (range)	313 (40-1500)	502 (60-2230)	0.023
Transfusion, n (%)	1 (4%)	6 (20%)	0.055
Mobility, n (%)	5 (18%)	3 (10%)	0.386
Mortality, n (%)	0	1 (3%)	0.330
Hospital stay, day, median (range)	14 (10-36)	21 (11-65)	0.007

26

Surgical outcome for BR PDAC Mesenteric vs. conventional approach

	Mesenteric approach (n=30)	Conventional approach (n=28)	P
PV resection, n (%)	24 (80%)	21 (75%)	0.648
Operative time, min, median (range)	459 (374-620)	452 (322-570)	0.210
Blood loss volume, ml, median (range)	507 (115-2225)	920 (115-3610)	0.003
Transfusion, n (%)	5 (17%)	13 (46%)	0.014
Mobility, n (%)	4 (13%)	5 (18%)	0.634
Mortality, n (%)	0	0	-
Hospital stay, day, median (range)	15 (9-59)	17.5 (10-42)	0.863

27

Pathological findings for resectable PDAC Mesenteric vs. conventional approach

	Mesenteric approach (n=28)	Conventional approach (n=30)	P
Number of metastatic lymph nodes			0.229
0	7 (25%)	14 (47%)	
1-3	16 (57%)	12 (40%)	
≧4	5 (18%)	4 (13%)	
Number of harvested lymph nodes, n, median (range)	23 (11-53)	23.5 (11-48)	0.919
R0 rate	28 (100%)	26 (87%)	0.045
Adjuvant therapy within 8 weeks after surgery, n (%)	19 (68%)	17 (57%)	0.380
Completion of planned postoperative adjuvant therapy	20 (71%)	16 (53%)	0.156

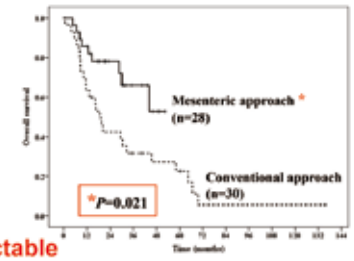
28

Pathological findings for BR PDAC Mesenteric vs. conventional approach

	Mesenteric approach (n=30)	Conventional approach (n=28)	P
Number of metastatic lymph nodes			0.114
0	6 (20%)	6 (21%)	
1-3	9 (30%)	15 (54%)	
≧4	15 (50%)	7 (25%)	
Number of harvested lymph nodes, n, median (range)	26.5 (10-53)	26 (9-49)	0.668
R0 rate	24 (80%)	24 (86%)	0.565
Adjuvant therapy within 8 weeks after surgery, n (%)	18 (60%)	14 (50%)	0.444
Completion of planned postoperative adjuvant therapy	12 (40%)	10 (36%)	0.737

29

Overall survival for resectable PDAC Mesenteric vs. conventional approach



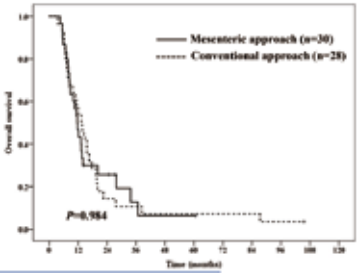
Resectable

	MST
Mesenteric	(-)
Conventional	18.7 m

Wakayama Medical University

30

Overall survival for BR PDAC Mesenteric vs. conventional approach



BR

	MST
Mesenteric approach	11.6 m
Conventional approach	13.3 m

Wakayama Medical University

31

Summary and conclusion

- ✓ The blood loss volume and transfusion frequency were significantly lower in mesenteric approach group than in conventional approach group for both resectable PDAC and BR PDAC.
- ✓ The R0 rate was significantly higher in mesenteric approach group than in conventional approach group for resectable PDAC.

→ Mesenteric approach has survival benefits for resectable PC.

- ✓ There were no significant differences of R0 rate and overall survival between mesenteric and conventional approach groups for BR PDAC.

→ Mesenteric approach might not have oncological benefit for BR PDAC, and multidisciplinary treatments are essential to improve the survival for BR PDAC patients.

Hirono S, Nakao A, Yamaue H, et al. *Ann Gastroenterol Surg* 2017

32

MAPLE-PD trial

Mesenteric APproach vs. conventionaL approach for pancrEatic cancer during PD

Multicenter Randomized Clinical Trial:

Primary endpoint: Overall survival

Secondary endpoints: **Operative time, Blood loss, Transfusion, Complications, R0 rate, Disease-free survival**

Accompanying research:
Circulating tumor DNA in portal vein blood during operation

We plan to start this RCT on August 2017!

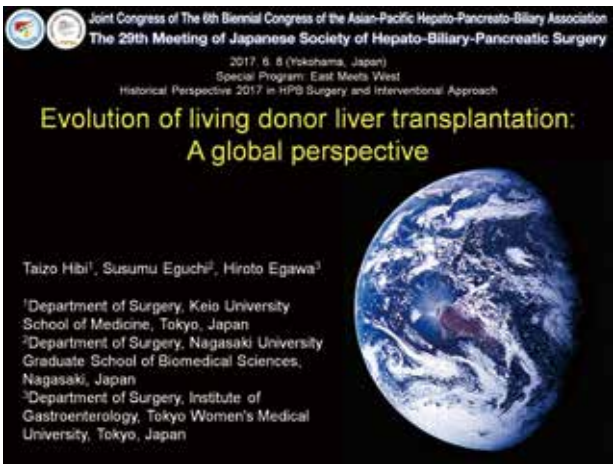
【肝移植】

SP-2 Evolution of living donor liver transplantation: A global perspective

1) Department of Surgery, Keio University School of Medicine, Tokyo, Japan
2) Department of Surgery, Nagasaki University Graduate School of Biomedical Sciences, Nagasaki, Japan
3) Department of Surgery, Institute of Gastroenterology, Tokyo Women's Medical University, Tokyo, Japan

Taizo Hibi[1)], Susumu Eguchi[2)], Hiroto Egawa[3)]

We reviewed the history of living donor (LD) LT from a global perspective.
In 1963, Starzl et al. performed the world's first human LT for a 3-year-old child with biliary atresia. LT was recognized as a clinically applicable, life-saving procedure for end-stage liver disease at the National Institutes of Health Consensus Conference in 1983. Reduced-size and split LT were the cornerstones of surgical innovation that lead to the first LDLT report from Brazil in 1988. The first LDLT in Japan was performed by Nagasue et al. in 1989 for a 1-year-old boy. Kyoto University shortly became the world-renowned mecca of LDLT and was the first to introduce microvascular surgery for hepatic artery reconstruction in 1992. Makuuchi et al. performed the world's first adult-to-adult LDLT, using a left liver graft in 1993. Lo et al. (Hong Kong) first introduced an extended right lobe graft in 1996 for adult patients under urgent situations to increase graft volume. In 2001, Lee et al. (Korea) proposed aggressive reconstruction of middle hepatic vein drainage tributaries of the right anterior segment to prevent congestion. A series of technical refinements including vascular/biliary anastomosis, graft selection, countermeasures against small-for-size syndrome, ABO-incompatible LDLT, etc. have been described to improve outcomes.
Live donation remains to be an important organ resource particularly in Asia as well as in the Middle East and Africa. It is also being revisited both in the U.S. and in Europe due to persisting organ shortage. There is a growing momentum for more intimate international collaboration to safely perform LDLT as the last hope for patients who would otherwise have died.



1

Topics

- From deceased donor to living donor liver transplantation (LDLT): How did it take place?
- Surgical innovations and controversies in LDLT
  - ✓Various types of grafts
  - ✓Vascular/bile duct reconstruction
  - ✓Small-for-size syndrome
  - ✓ABO incompatible
- Current status of LDLT worldwide

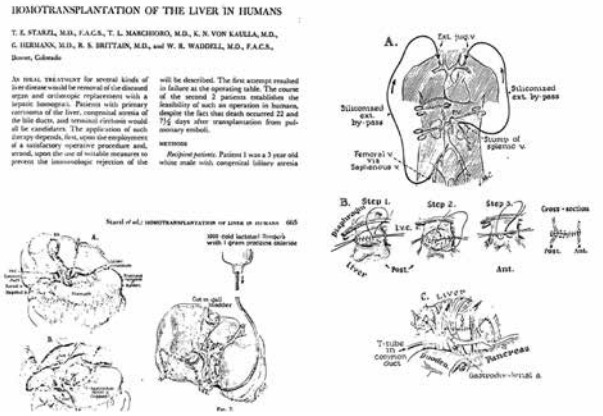
2

Topics

- From deceased donor to living donor liver transplantation (LDLT): How did it take place?
- Surgical innovations and controversies in LDLT
  - ✓Various types of grafts
  - ✓Vascular/bile duct reconstruction
  - ✓Small-for-size syndrome
  - ✓ABO incompatible
- Current status of LDLT worldwide

3

World's first LT in U.S.


HOMOTRANSPLANTATION OF THE LIVER IN HUMANS

T. E. STARZL, M.D., F.A.C.S., T. L. MARCHIORO, M.D., K. N. VON KAULLA, M.D., C. HERMANN, M.D., R. S. BRITTAIN, M.D., and W. R. WADDELL, M.D., F.A.C.S., Denver, Colorado

4

Failed Attempts at Liver Replacement

First trials of orthotopic liver transplantation

No.	City	Age (yrs)	Disease	Survival (days)	Cause of Death
1	Denver	3	Extrahepatic BA	0	Hemorrhage
2	Denver	48	HCC	22	PE
3	Denver	68	Duct cell CA	7.5	Sepsis
4	Denver	52	HCC	6.5	PE
5	Boston	58	Metastatic Colon CA	11	Hepatic failure
6	Denver	29	HCC	23	Sepsis
7	Paris	4	Metastatic Colon CA	0	Hemorrhage

Starzl, *Hepatology*, 1982

5

1967: First successful LT in U.S.

in two cases, all four vessels had been reconstructed.

In five patients, the homograft hepatic artery or celiac axis was anastomosed to the recipient proper or common hepatic artery (Fig. 4A). In the other two, a separate branch to the right lobe rose from the superior mesenteric artery. The first time the anomaly was encountered (Case 2), the two vessels were individually connected to the right and left branches of the recipient proper hepatic artery (Fig. 4B). The next time (Case 5), the distal donor aorta was anastomosed end-to-side to the upper abdominal aorta of the recipi-

6

1968: First LT in Europe

Br J Med 1968

Br J Med 1968

The Lancet · Saturd

Summary 34 patients treated with cyclosporin A received 36 cadaveric organ allografts (32 kidneys, 2 pancreases, and 2 livers). 26 kidneys are still supporting life, 3 after more than a year; the pancreases and livers are also functioning. 20 patients are not receiving steroids, and 15 of these have not had any additional immunosuppressive agents. In these patients infectious complications have not been severe, but a gastroduodenal lymphoma has developed in 1 patient. 6 patients were given 'Cytimun' (a cyclophosphamide derivative) and steroids in addition to cyclosporin A: 5 of these died of infections and 1 also had a lymphoma. 11 patients received additional steroids: 1 of these died from septicæmia and lymphoma. Nephrotoxicity can be avoided by perioperative hydration and forced diuresis.

CYCLOSPORIN A INITIALLY AS THE ONLY IMMUNOSUPPRESSANT IN 34 RECIPIENTS OF CADAVERIC ORGANS: 32 KIDNEYS, 2 PANCREASES, AND 2 LIVERS

R. Y. Calne

K. Rolles, S. Thiru, P. McMaster, G. N. Craddock, S. Aziz

D. J. G. White, D. B. Evans, D. C. Dunn, R. G. Henderson, P. Lewis

Lancet 1979

7

1983: LT is no more a trial

bility and desirability of randomized clinical trials of liver transplantation should be explored for suitable subgroups of patients with specific liver diseases.

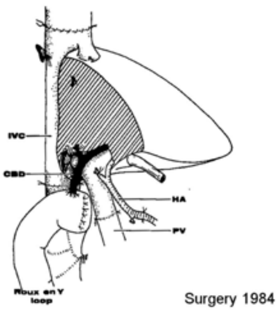
High priority also should be given to research projects related to several aspects of the transplant procedure itself. Means should be developed to improve preservation of human liver *ex vivo* and criteria should be established to evaluate its viability. Improved control of organ rejection requires urgent attention; this includes thorough evaluation of the benefits and risks of cyclosporin as an immunosuppressive agent in liver transplantation. The design of the hemodynamic support system during transplantation needs evaluation and potential improve-

8

Because of the small number of pediatric donors, mortality rate of children on the waiting list reached 20%–50%: Reduced-size LT launched in Europe

Reduced-sized orthotopic liver graft in hepatic transplantation in children

H. Bismuth, M.D., and D. Houssin, M.D., Villejuif, France



Surgery 1984

23. Orthotope Transplantation von Lebersegmenten bei Kleinkindern mit Gallengangsatresien

Orthotopic Transplantation of Hepatic Segments in Infants with Biliary Atresia

Ch. E. Bröl sch[1], P. Neuhaus[1], M. Burdelski[2], U. Bernsau[2] und R. Pichlmayr[1]

[1]Klinik für Abdominal- und Transplantationschirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover
[2]Zentrum für Kinderheilkunde der Medizinischen Hochschule Hannover

Summary

Orthotopic transplantation of hepatic segments provides the possibility of permanent hepatic functional support. Pediatric recipients with biliary atresia can be treated with hepatic lobes, if urgent indication requires transplantation. Appropriate surgical technique of hepatic segments can avoid lethal complications. In the physiologic orthotopic position, a long-lasting functional support is provided and regeneration is completed within a few weeks.

Chirurgisches Forum 1984

9

Reduced-size LT paved the way to split LT

Langenbecks Arch Chir (1988) 373:127–130

Langenbecks Archiv für Chirurgie © Springer-Verlag 1988

Transplantation einer Spenderleber auf zwei Empfänger (Splitting-Transplantation) – Eine neue Methode in der Weiterentwicklung der Lebersegmenttransplantation*

R. Pichlmayr, B.

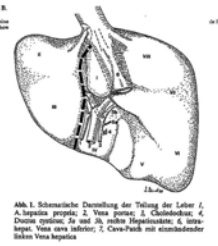


Abb. 1. Schematische Darstellung der Teilung der Leber *1*, A. hepatica propria; *2*, Vena portae; *3*, Choledochus; *4*, Ductus cysticus; *5a* und *5b*, rechte Hepaticusäste; *6*, intrahepat. Vena cava inferior; *7*, Cava-Patch mit einmündender linken Vena hepatica

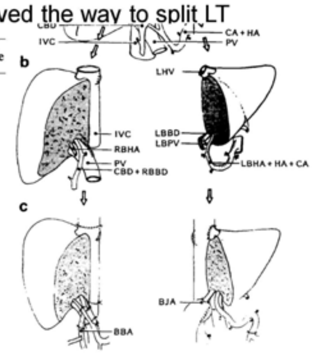


Figure 1 *Technique of division of the donor liver to obtain two functional hemigrafts.* **a** *The segments and major structures of the entire normal liver are labelled;* **b** *division of the liver into two hemigrafts: right hemigraft (segments 5–8) and left hemigraft (segments 2–4);* **c** *implantation of the hemigrafts. IVC, inferior vena cava; PV, portal vein; CBD, common bile duct; CA, coeliac axis; HA, hepatic artery; RBHA, right branch of hepatic artery; RBBD, right branch of bile duct; LBBD, left branch of bile duct; LBPV, left branch of portal vein; LBHA, left*

10

1989: First attempt of LDLT in Brazil

mother, a healthy ABO-identical woman, was the donor. The operation took 18 h. The donor did not need any blood or blood derivatives and was discharged on the 4th postoperative day. The child recovered well at first and the graft started to produce bile soon after the operation. Severe haemolysis resulted from haemolytic antibodies inadvertently transfused in two bags of plasma, with ensuing anuric renal failure. The child died 6 days after the operation during haemodialysis to control metabolic disturbances and fluid overload.

Patient 2

On July 21, 1989, we operated on a 19-month-old girl, blood type A, with hepatic fibrosis and Caroli's disease. No donor suitable on vascular criteria could be found among her relatives studied by angiography. A 40-year-old, blood type O healthy man volunteered for organ donation. The operation lasted 16 h. The donor was discharged on the 5th day, and again no blood or blood products were used. The recipient was alert soon after the operation, being extubated on the 1st day. The graft showed signs of preservation injury, manifest by delayed production of bile. Coagulation and biochemical indices of hepatic function improved until the 4th post-transplant day, when a severe episode of acute cellular rejection was noticed. This event was controlled by OKT-3

Letters to the Editor

11

1989: First successful LDLT in Australia

resections for benign and malignant conditions, led to the development of the concept of an orthotopic reduced-size liver transplantation from a living related donor.

In July 1989, the transplantation of a liver graft from a living related donor was successfully performed; the donor was a 29-year-old woman and the recipient her 17-month-old son. This case illustrates

Table 1. Results of Liver-Function Tests in the Recipient and the Donor.*

Index	On Referral	Before Transplantation	After Transplantation Day 1	Day 7	1 Month	3 Months
Recipient						
Bilirubin (μmol/liter)	287	510	244	474	59	10
Albumin (g/liter)	31	26	41	32	39	39
AST (U/liter)	230	267	1040	82	41	75
Prothrombin time (sec)	21	25	21	18	17	16
Donor						
Bilirubin (μmol/liter)	—	5	24	9	—	5
Albumin (g/liter)	—	46	33	40	—	44
AST (U/liter)	—	23	84	64	—	34
Prothrombin time (sec)	—	13	17	14	—	13

*AST denotes aspartate aminotransferase. Normal values are as follows: bilirubin, 10 to 20 μmol per liter; albumin, 35 to 50 g per liter; AST, 0 to 40 U per liter; and prothrombin time, 13

The recipient's early postoperative course was uneventful. The liver graft functioned well, with good bile flow. Liver function was similar to that in recipients of reduced-size grafts from cadaver donors. Six days after transplantation, acute rejection, confirmed by liver biopsy, responded to pulsed steroid therapy.

Forty days after transplantation the child was discharged from the hospital, with nearly normal liver function. Five months later, the mother and child were at home in good health. The results of liver-function tests are presented in Table 1.

Discussion

Anatomically, the liver consists of paired structures, joined together. Safely separating the liver into its right and left halves requires considerable experience. We have performed 200 liver resections, of which 45 were left hemihepatectomies. The mortality rate for elective resections in nonjaundiced patients

d PC perfusion catheter. rate of children waiting for transplants has result-

12

1989: First LDLT in Japan–recipient died on POD 285

W5－8　生体部分肝移植の経験

島根医科大学第２外科
永末直文、河野仁志、松尾　進、張　玉川、
谷浦博之、山野井　彰、内田正昭、木許健生、
竹本好成、中村輝久

平成元年11月13日に行われた父子間の生体部分肝移植の全経過を報告する。

患者：レシピエントは１才、男児である。39週で正常分娩で誕生するも、１ケ月検診で強い黄疸を指摘された。先天性胆道閉鎖症（Ⅲ-C-Ⅴ）の診断で、生後49日、95日後に２度の肝門部十二指腸吻合を受ける。しかし、その後黄疸は増強し、脾腫、腹壁静脈怒張が出現した。入院時検査では、総ビリルビン28.8mg/dl、アルブミン2.4g/dl, AST862, ALT330。

一方、ドナーは26才の父親で術前肝機能は正常であった。CT検査ではレシピエント肝は360cm³、ドナーの肝左外側区は365cm³であった。

ドナー手術：全麻下、両側季肋下切開にて開腹する。左三角靭帯、肝鎌状靭帯を切離後、肝門部処理に入る。左肝動脈、左門脈、左肝管を剥離、次いで左肝静脈の十分な剥離を行う。肝鎌状靭帯より約１cm右側に

147(347)

W5－8　生体部分肝移植の経験

島根医科大学第２外科
永末直文、河野仁志、松尾　進、張　玉川、
谷浦博之、山野井　彰、内田正昭、木許健生、
竹本好成、中村輝久

平成元年11月13日に行われた父子間の生体部分肝移植の全経過を報告する。

患者：レシピエントは１才、男児である。39週で正常分娩で誕生するも、１ケ月検診で強い黄疸を指摘された。先天性胆道閉鎖症（Ⅲ-C-Ⅴ）の診断で、生後49日、95日後に２度の肝門部十二指腸吻合を受ける。しかし、その後黄疸は増強し、脾腫、腹壁静脈怒張が出現した。入院時検査では、総ビリルビン28.8mg/dl、アルブミン2.4g/dl, AST862, ALT330。

一方、ドナーは26才の父親で術前肝機能は正常であった。CT検査ではレシピエント肝は360cm³、ドナーの肝左外側区は365cm³であった。

13

1994: World's first adult-to-adult LDLT (Shinshu Univ)

and 2·9 in the man compared with contralateral uninvolved skin.

In both patients, PUVA bath therapy was started with a 20 min bath in 150 L of an 8-MOP water solution (1·0 mg/L), immediately followed by UVA irradiation (0·2 J/cm²). PUVA bath therapy was done once daily four times per week over five weeks (20 treatments), then two times per week for an additional five weeks resulting in a total of 30 treatments. UVA doses were gradually increased at every third therapy up to a maximum single dose of 20 J/cm². After 20 treatments, sclerotic lesions had softened greatly in both patients with a striking improvement of joint mobility in the man. After 30 treatments, skin lesions were almost

consciousness 10 h after the operation. Volumetric analysis showed rapid enlargement of the graft to 1141 mL as early as 2 weeks after the operation. Both the patient and donor were discharged from the hospital and are now leading normal lives.

The Lancet; May 14, 1994; 343, 8907

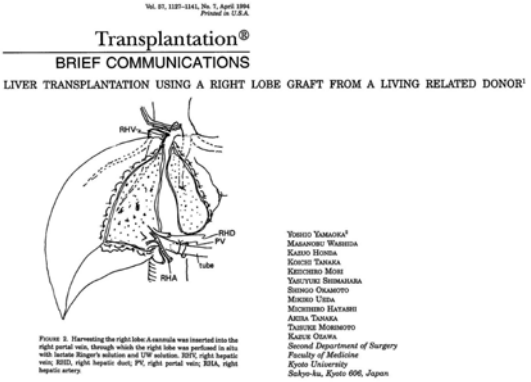
14

Topics

- From deceased donor to living donor liver transplantation (LDLT): How did it take place?
- Surgical innovations and controversies in LDLT
  - ✓Various types of grafts
  - ✓Vascular/bile duct reconstruction
  - ✓Small-for-size syndrome
  - ✓ABO incompatible
- Current status of LDLT worldwide

15

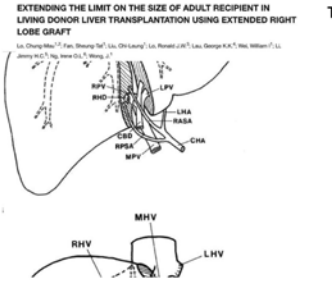
1994: First description of right liver graft (switched from left to right intraoperatively due to extra-small left hepatic arteries: Kyoto Univ)


Transplantation®
BRIEF COMMUNICATIONS
LIVER TRANSPLANTATION USING A RIGHT LOBE GRAFT FROM A LIVING RELATED DONOR[1]

YOSHIO YAMAOKA[2]
MASANORU WASHIDA
KAZUO HONDA
KOICHI TANAKA
KEIICHIRO MORI
YASUYUKI SHIMAHARA
SHINGO OKAMOTO
MOKIKO UEDA
MICHIHIRO HATASHI
AKIRA TANAKA
TADUCHI MORIMOTO
KAZUE OZAWA
Second Department of Surgery
Faculty of Medicine
Kyoto University
Sakyo-ku, Kyoto 606, Japan

16

1997: Introduction of right liver graft with middle hepatic vein as a standardized procedure (Hong Kong)

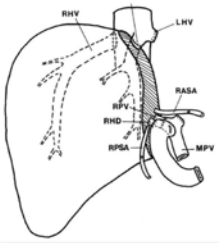

EXTENDING THE LIMIT ON THE SIZE OF ADULT RECIPIENT IN LIVING DONOR LIVER TRANSPLANTATION USING EXTENDED RIGHT LOBE GRAFT

ADULT LIVING DONOR LIVER TRANSPLANTATION USING A RIGHT HEPATIC LOBE

RIGHT LOBE GRAFT IN LIVING DONOR LIVER TRANSPLANTATION 1,2

17

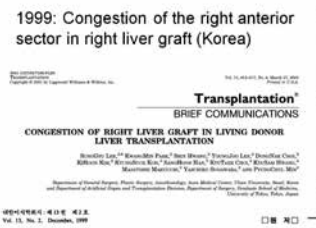
Transplantation 1997



Transplantation 1998

Transplantation 2000

1999: Congestion of the right anterior sector in right liver graft (Korea)


Transplantation®
BRIEF COMMUNICATIONS
CONGESTION OF RIGHT LIVER GRAFT IN LIVING DONOR LIVER TRANSPLANTATION

우엽을 이용한 성인간의 생체부분간이식에서 이식편의 부분 울혈괴사와 이에 대한 대책

Anterior Segment Congestion of a Right Liver Lobe Graft in Living Donor Liver Transplantation and its Strategy to Prevent Congestion

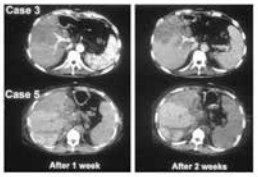
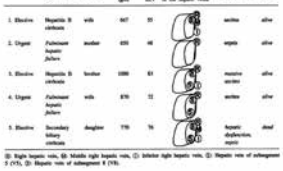


FIGURE 1. Postoperative computed tomography in patients 3 and 5.



18

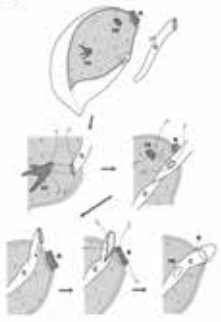
Reconstruction techniques of RHV and its tributaries

Evaluation of Hepatic Venous Congestion: Proposed Indication Criteria for Hepatic Vein Reconstruction
Ann Surg 2002 • Univ Tokyo

HEPATIC VENOPLASTY IN LIVING-DONOR LIVER TRANSPLANTATION USING RIGHT LOBE GRAFT WITH MIDDLE HEPATIC VEIN
• Hong Kong

A modified triangular venoplasty for reconstruction of middle hepatic vein tributaries in living donor liver transplantation
Eguchi S et al. Surgery 2007 • Nagasaki Univ

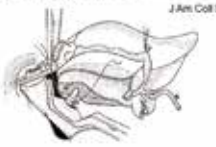
Vein Reconstruction in Modified Right Liver Graft for Living Donor Liver Transplantation
Ann Surg 2003 • Univ Tokyo



19

Various types of liver grafts

Living-Related Transplantation of Left Liver Plus Caudate Lobe
J Am Coll Surg 2000 • Univ Tokyo



RIGHT LATERAL SECTOR GRAFT IN ADULT LIVING-RELATED LIVER TRANSPLANTATION
Sugawara Y et al. Transplantation 2002 • Univ Tokyo

Monosegmental Living Donor Liver Transplantation
Kyoto Univ

Living donor liver transplantation using a left liver extended to right anterior sector
Korea

20

2000: Introduction of dual graft (Korea)

Surgical technique
Surgery Volume 129, Number 5

An adult-to-adult living donor liver transplant using dual left lobe grafts

SungGyu Lee, MD, Shin Hwang, MD, KwangMin Park, MD, YoungJoo Lee, MD, DongLak Choi, MD, ChulSoo Ahn, MD, YangWon Nah, MD, KyungSuck Koh, MD, SangHoon Han, MD, SangHoon Park, MD, and PyungChul Min, MD, *Seoul, Korea*

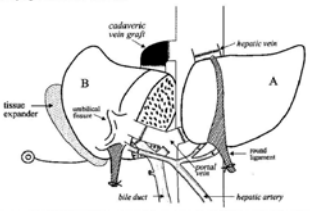


Fig 1. Living donor liver transplant using dual left lobe grafts. **A**, Orthotopically implanted first left lobe graft. **B**, Heterotopically implanted 180° rotated second left lobe graft.

21

Microsurgical reconstruction: hepatic artery (Kyoto Univ)

THE INTRODUCTION OF MICROVASCULAR SURGERY TO HEPATIC ARTERY RECONSTRUCTION IN LIVING-DONOR LIVER TRANSPLANTATION—ITS SURGICAL ADVANTAGES COMPARED WITH CONVENTIONAL PROCEDURES[1]

KEIICHIRO MORI,[2,3] IZUMI NAGATA,[2] SHIN YAMAGATA,[2] HIROKAZU SASAKI,[2] FUMIO NISHIZAWA,[2] YASUTSUGU TAKADA,[2] FUMINORI MORIYASU,[2] KOICHI TANAKA,[2] YOSHIO YAMAOKA,[2] KAORU KUMADA,[2] HARUHIKO KIKUCHI,[2] AND KAZUE OZAWA[2]

Microsurgical reconstruction: bile duct (Taiwan)

LIVER TRANSPLANTATION 15:1766-1775, 2009

ORIGINAL ARTICLE

Routine Microsurgical Biliary Reconstruction Decreases Early Anastomotic Complications in Living Donor Liver Transplantation

Tsan-Shiun Lin,[1,2]* Allan M. Concejero,[1,2]* Chao-Long Chen,[1,2] Yuan-Cheng Chiang,[1,2] Chih-Chi Wang,[1,2] Shih-Ho Wang,[1,2] Yueh-Wei Liu,[1,2] Chin-Hsiang Yang,[1,2] Chee-Chien Yong,[1,2] Bruno Jawan,[1,2] and Yu-Fan Cheng[1,2]

[1]*Liver Transplantation Program and Departments of* [2]*Surgery,* [3]*Anesthesiology, and* [4]*Diagnostic Radiology, Chang Gung Memorial Hospital-Kaohsiung Medical Center, Chang Gung University College of Medicine, Kaohsiung, Taiwan*

22

Small-for-size syndrome: "Shifting the risk from the donor to the recipient"

"Mesocaval shunt with SMV ligation
France (Lancet 2002)

Modulation of Portal Graft Inflow: A Necessity in Adult Living-Donor Liver Transplantation?

"Splenic artery ligation if graft portal flow >250 ml/min/100 g liver
Belgium (Ann Surg 2003)

Living Donor Liver Transplantation with Left Liver Graft
"Porto-systemic shunt and splenectomy for GV/SLV 20% graft
Italy (Am J Transplant 2004)

Left Lobe Adult-to-Adult Living Donor Liver Transplantation: Small Grafts and Hemiportocaval Shunts in the Prevention of Small-for-Size Syndrome

U.S. (Liver Transpl 2010)

Sato Y, Yamamoto S, Oya H, et al. Splenectomy for reduction of excessive portal hypertension after adult living-related donor liver transplantation.
Niigata Univ (Hepatogastroenterology 2002)

Kyoto Univ (Liver Transpl 2004)

Portal Pressure <15 mm Hg Is a Key for Successful Adult Living Donor Liver Transplantation Utilizing Smaller Grafts than Before

Kyoto Univ (Liver Transpl 2010)

Optimal graft selection algorithm and countermeasures for small-for-size syndrome has yet to be defined

23

Original Clinical Science—Liver

The International Liver Transplant Society Guideline on Living Liver Donation

Charles M. Miller, MD,[1] Francois Durand, MD,[2] Julie K. Heimbach, MD,[3] Leona Kim-Schluger, MD,[4] Sung-Gyu Lee, MD,[5] Jan Lerut, MD, PhD,[6] Chung-Mau Lo, MD,[7] Cristiano Quintini, MD,[8] and Elizabeth Anne Pomfret, MD, PhD[9]

Donor Evaluation and Selection

2. It is generally recommended that the recipient GRBWR is not lower than 0.8% (2C); however, lower GRBWR can be considered in selected cases. (2C)

Right Lobe Without Middle Hepatic Vein

1. Donor safety is improved with the lowest possible loss of hepatic parenchyma (1C) and retention of the MHV in the remnant. (2C)

Right Lobe With MHV

1. A right liver graft with MHV has optimal venous drainage and could provide a better recipient outcome, especially in recipients with significant portal hypertension or for those whose graft size is relatively small. (2B)
2. Inclusion of the MHV in a right liver graft does not seem to increase the risks for a living donor. (2B)
3. Preservation of the segment 4b hepatic vein will reduce congestion in the donor liver remnant. (1C)

Left Lobe

2. Outcomes for left liver living donor transplantation may be improved by graft inflow modulation. (2B)
4. The usefulness of including the caudate lobe in left liver procurement to increase the liver mass needs further study. (2C)

Right Posterior Sector Graft

1. The RPS graft can be used to expand the living liver donor pool and to minimize the donor morbidity rate occurring with the right lobe graft. (2B)
2. When the portal vein, hepatic artery, and bile duct to RPS are branching off extrahepatically, the procurement of RPS graft accompanies minimum morbidity in both donor and recipient. (2B)

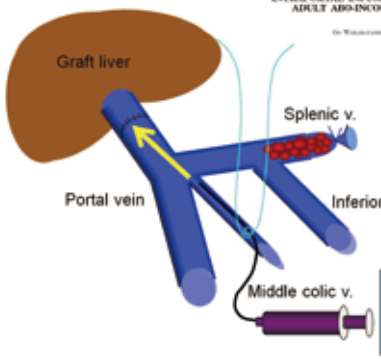
Merely a description of each center's policy

24

2002: First description of an effective desensitization protocol in ABO incompatible LDLT

INTRAPORTAL INFUSION THERAPY AS A NOVEL APPROACH TO ADULT ABO-INCOMPATIBLE LIVER TRANSPLANTATION

Keio Univ (Transplantation 2002)



Portal infusion
- Methylprednisolone
- Prostaglandin E1
- Gabexate Methylate

25

New Protocol of Immunosuppression for Liver Transplantation Across ABO Barrier: The Use of Rituximab, Hepatic Arterial Infusion, and Preservation of Spleen
"Kyoto Univ (Transplant Proc 2005)

Rituximab, IVIG, and Plasma Exchange Without Graft Local Infusion Treatment: A New Protocol in ABO Incompatible Living Donor Liver Transplantation
"Kyushu Univ (Transplantation 2009)

Impact of Rituximab Desensitization on Blood-Type-Incompatible Adult Living Donor Liver Transplantation: A Japanese Multicenter Study
Egawa Am J Transplant 2014

Optimal dosage regimen for rituximab in ABO-incompatible living donor liver transplantation
Egawa J Hepatobiliary Pancreat Sci 2017

- ✓ Various attempts to simplify the desensitization protocol after the introduction of rituximab
- ✓ Optimal dose: 375 mg/m² or 500 mg/body

26

ABO-Incompatible Adult Living Donor Liver Transplantation Under the Desensitization Protocol With Rituximab
Song Am J Transplant 2016

Table 5: Comparison of post-liver transplantation morbidities between ABO-incompatible and -compatible adult living donor liver transplantation recipients

Variable	ABO-incompatible group (n = 235)	ABO-compatible group (n = 1301)	p value
BPACR	19 (8.1)	122 (9.4)	0.176
CR	2 (0.9)	10 (0.9)	0.641
AMR	17 (7.2)	0 (0.0)	<0.001

Asan Medical Center:
Rituximab 300–375 mg/m² and plasma exchange (no local infusion/splenectomy)
Antibody-mediated rejection (AMR):
17/235 (7.2%) ABOi-LDLT
One-year survival of patients with AMR: 56% (without AMR: 99%, p <0.001)

Keio Protocol: "Full-course" desensitization
Rituximab + Plasma exchange + Splenectomy + Portal infusion

Tanabe Eur J Clin Invest 2010

No AMR (0%) over 50 consecutive ABOi cases (36 adult and 14 pediatric patients)

ABO-incompatible LDLT remains an unfinished product

27

Topics

- From deceased donor to living donor liver transplantation (LDLT): How did it take place?
- Surgical innovations and controversies in LDLT
  - ✓ Various types of grafts
  - ✓ Vascular/bile duct reconstruction
  - ✓ Small-for-size syndrome
  - ✓ ABO incompatible
- Current status of LDLT worldwide

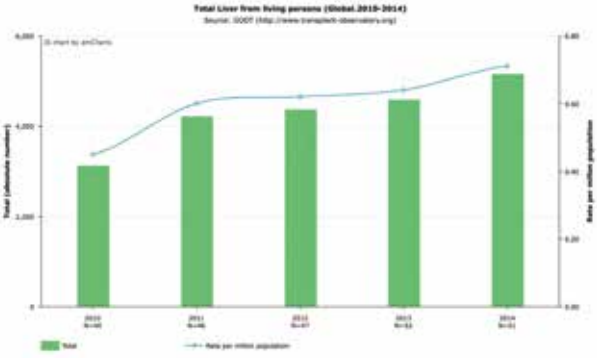
28

Diffusion of LDLT

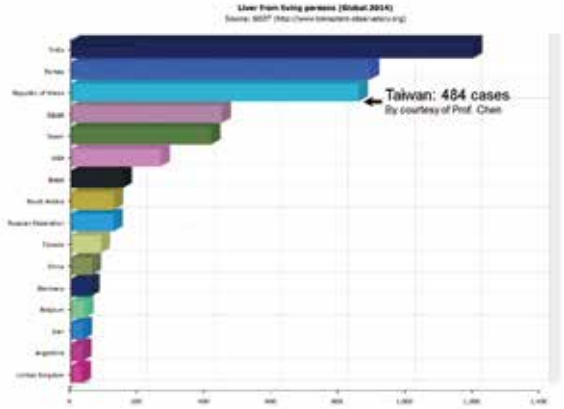
Liver from living persons (Global.2014)

29

Total Liver from living persons (Global.2010-2014)



30

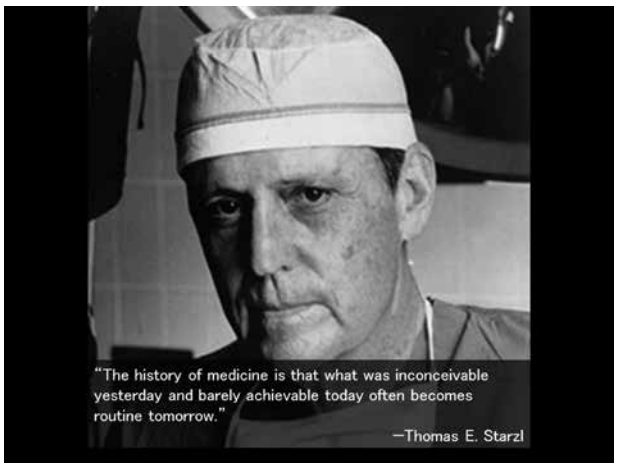


31

Future perspectives

- Unanswered questions in LDLT include graft selection (donor safety always comes first), countermeasures for small-for-size grafts, optimal immunosuppression protocol for ABO incompatible cases, etc.
- Live donation remains an important organ resource in Asia as well as in the Middle East. It is also being revisited in the U.S. and Europe due to organ shortage.
- We should strive to consolidate global efforts to safely perform LDLT as the last hope for patients who would otherwise have died.

32



33

【肝胆膵内視鏡外科】

SP-3　Pioneers in laparoscopic HPB surgery

1) Department of Surgery and Oncology, Kyushu University
2) Department of Surgery, Ageo Central Hospital
Yoshihiro Miyasaka[1)], Masafumi Nakamura[1)], Go Wakabayashi[2)]

Laparoscopic procedures have widely spread in the fields of digestive surgery including HPB surgery. The trigger for this spread was development of laparoscopic cholecystectomy (LC) in 1980s. Although LC has been accepted as a standard procedure of cholecystolithiasis nowadays, the initial procedure developed by Mühe, a German surgeon, in 1985 was the focus of criticism and failed to be accepted. Owing to the introduction of video-scope in France in 1987, LC has revolutionally got diffused over the world including Japan. Intraoperative cholangiography during LC sometimes revealed bile duct stones. Then, bile duct exploration was performed laparoscopically and first reported in 1991. For choledocal cyst, another bile duct disease, laparoscopic cystectomy and biliary reconstruction was first documented in 1995. Like other organs in the abdominal cavity, laparoscopic procedure was applied to liver and pancreas. Laparoscopic partial liver resection was first reported in 1991. Then, laparoscopic anatomical liver resection was documented in 1995. Laparoscopic lobectomy was initially reported in 1997. For the donors of liver transplantation, laparoscopic left lateral sectionectomy was reported in 2002, and laparoscopic lobectomy was documented in 2006. Regarding pancreas, laparoscopic pancreatoduodenectomy was first reported in 1994, prior to the first report of laparoscopic distal pancreatectomy in 1996.Achievement of the pioneers and contribution of Japanese surgeons in laparoscopic HPB surgery will be discussed.

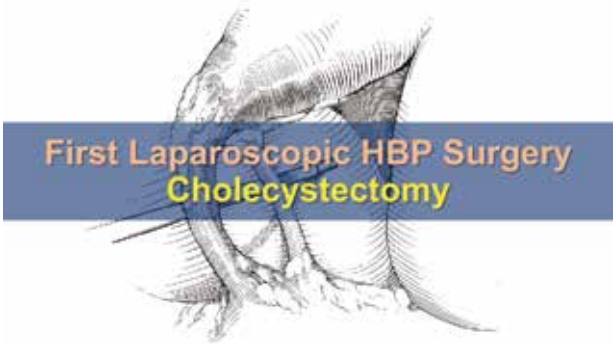
East meets west

Pioneers in Laparoscopic HBP Surgery

Yoshihiro Miyasaka[1], Masafumi Nakamura[1] and Go Wakabayashi[2]

[1]Department of Surgery and Oncology, Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University
[2] Department of Surgery, Ageo Central General Hospital

1



2

Eric Mühe

1985/Sep/12　First Performed laparoscopic cholecystectomy

Under pneumoperitonium

Using Galloscope　(Direct vision)

1986/Apr　Presentation at Congress of the German Surgical Society

Langenbecks Archiv für Chirurgie 1986;369:804

3

Philippe Mouret

1987/Mar　Performed LC

Following gynecologic laparoscopy

Using video-laparoscope

No published scientific report available.
However, introduced as the first surgeon who performed LC in English journal.

The European Experience with Laparoscopic Cholecystectomy

Am J Surg 1991;161:385-387

4

Francois Dubois (France)

1988/Apr　Performed LC as the third surgeon.
1989/May　First reported LC in '*La Presse Medicale*' in French.　La Presse Medicale 1989;18:980-982

Jacques Perissat (France)

1988/Oct　Performed LC
1989/Apr　Presented his video at the SAGES
1989/Dec　Reported in '*Endoscopy*' (First report in English)
LC spread to Europe, North America and over the world.　Endoscopy 1989;21:373-374

Tatsuo Yamakawa (Japan)

1990/May/29　First LC in Japan (First report of LC in Japanese).　Rinsho Geka 1990;45(10):1265-1269

G Navarra (Italy)

1997/May　First report of single-incision laparoscopic cholecystectomy.　Br J Surg 1997;84:695

Go Wakabayashi (Japan)

2000/Mar/13　Robotic cholecystectomy (First robotic surgery in Asia).

J Hepatobiliary Pancreat Sci 2011;18(4):491-497

5

National Institute of Health

1992/Sep　NIH Consensus Statement

'*Gallstones and Laparoscopic Cholecystectomy*'

NIH Consensus Statement

6

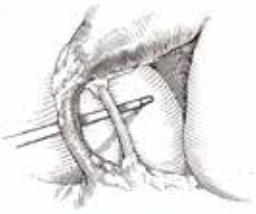
Steven M Strasberg

1995/Jan Proposed 'critical view of safety'

AN ANALYSIS OF THE PROBLEM OF BILIARY INJURY DURING LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

Steven M. Strasberg, M.D. F.R.C.S.(C), F.A.C.S., Martin Hertl, M.D., and Nathaniel J. Soper, M.D. F.A.C.S.

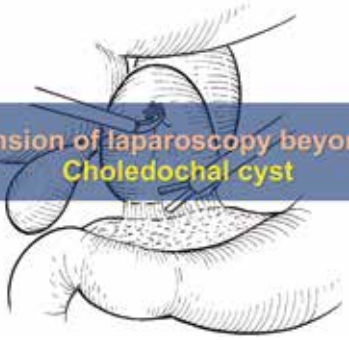
FIG. 7. Critical view. Calot's triangle is dissected free of all tissue except for the cystic duct and artery and the base of the liver bed is exposed. When this view is achieved, the two structures entering the gallbladder can only be the cystic duct and artery.



J Am Coll Surg 1995;180:101-125

7

Expansion of laparoscopy beyond LC
Choledochal cyst



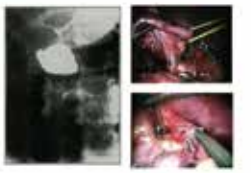
8

G. A. Farello

1995/Oct First report of laparoscopic cystectomy and biliary reconstruction for a pediatric case of choledochal cyst

Congenital Choledochal Cyst: Video-Guided Laparoscopic Treatment

G. A. Farello, M.D., A. Cavaliere, M.D., M. Rebonato, M.D., G. Bergamasco, M.D., C. Ferrari, M.D., and A. Chiapetta, M.D.

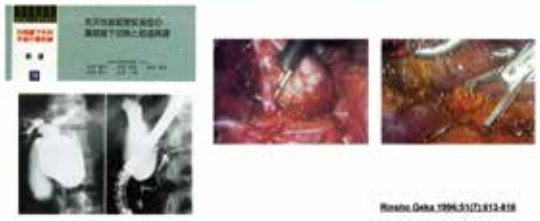


Surg Laparosc Endosc 1999;3(3):264-268

9

Masao Tanaka

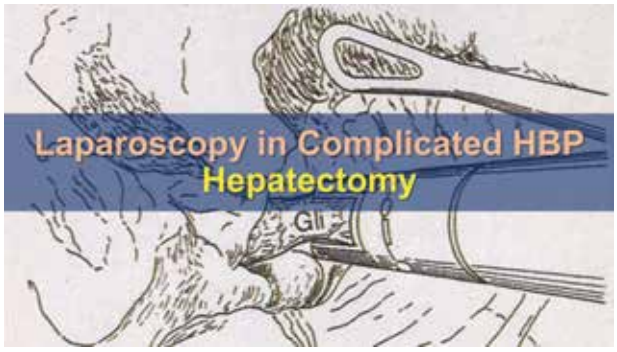
1996/Jul First report of laparoscopic cystectomy and biliary reconstruction for an adult case of choledochal cyst (*in Japanese*)



Nissho Geka 1996;51(7):613-616

10

Laparoscopy in Complicated HBP Hepatectomy



11

Harry Reich

1991/Nov First report of laparoscopic liver resection during gynecologic operation. (partial resection)

LAPAROSCOPIC EXCISION OF BENIGN LIVER LESIONS

Harry Reich, MD, Fran McGlynn, CENP, MS, John DeCesare, MD, and Robert Budin, MD

Increasing sophistication in laparoscopic instrumentation and techniques has led to an ever-expanding list of surgical indications that are no longer exclusive to gynecology. This report describes our experience with three women who had benign lesions of the liver edge found incidentally during laparoscopic surgery for gynecologic symptoms. The first woman was managed traditionally with subsequent exploratory laparotomy; she developed ileus postoperatively and required a 5-day hospital stay. The other two were managed laparoscopically without incident. Each was hospitalized less than 24 hours. All three liver lesions proved benign on histologic examination. Although not all liver lesions can or should be excised laparoscopically, selected superficial neoplasms can be managed expeditiously by a laparoscopic approach. (Obstet Gynecol 78:958, 1991)

Obstet Gynecol 1991;78:956-958

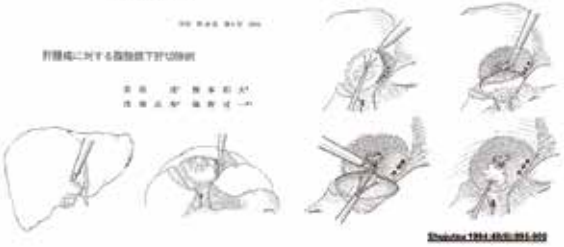
Prior to the report of Gagner

Surg Endosc 1992;6:93-518

12

Tohru Nagashima

1994/Jun First report of laparoscopic partial resection of the liver for HCC (*in Japanese*).



Shujutsu 1994;48(6):955-959

13

Hironori Kaneko

1995/Mar First report of laparoscopic anatomical liver resection in Japanese. (in English, 1996/Sep)

Shujutsu 1995;49(3):345-354 Surgery 1996;120(3):468-475

Laparoscopic partial hepatectomy and left lateral segmentectomy: Technique and results of a clinical series

Prior to the report of Azagra

Surg Endosc 1996;10(7):799-783

14

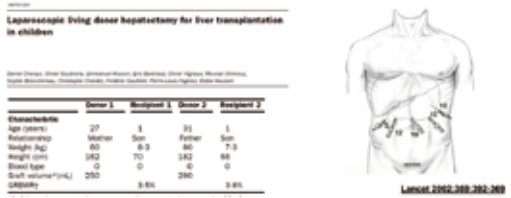
C. G. S. Huscher

1997/Aug First report of laparoscopic major hepatectomy.

15

Daniel Cherqui

2002/Feb First report of laparoscopic donor hepatectomy.
(left lateral sectionectomy)



16

Isao Kurosaki

2006/May First report of laparoscopic donor right hepatectomy.

Prior to the report of Koffron

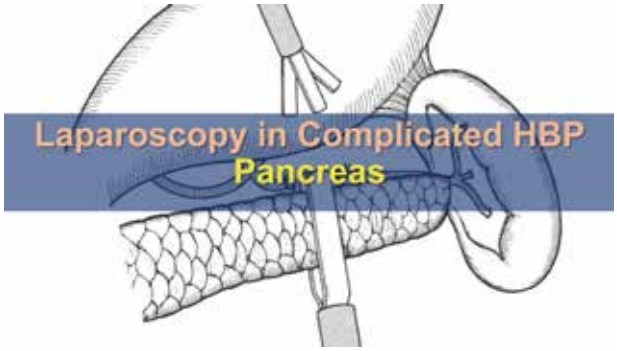
17

Go Wakabayashi

2001/Jul/19 First robotic partial hepatectomy

2003/Jun/30 First robotic left lateral sectionectomy

18



19

Michael Gagner

1992/May/25 First Laparoscopic PD for chronic pancreatitis.
(reported in 1994/May)

20

Ichiro Uyama

1994/Jul/13 First laparoscopic PD for cancer.
(reported in Japanese; 1996/Apr, in English; 1996/Oct)

21

Alfred Cushieri (UK)

1996/Mar First report of laparoscopic distal pancreatectomy.

Michael Gagner (Canada)

1996/Dec First report of laparoscopic spleen-preserving DP.
(Warshaw procedure)

1997/Jan First report of laparoscopic DP for malignancy.

N. Tagaya (Japan)

2002/Jan First report of laparoscopic splenic vessel preserving DP.

22

Conclusion

- Since the 80's, minimally invasive access HBP surgery has continuously evolved from a simple laparoscopic cholecystectomy to more complex pancreatic and liver procedures.
- Numerous pioneering surgeons paved the way for these changes in our present practice but were forgotten along the way.
- It is about time to honor their achievements.

【Interventional Radiology】

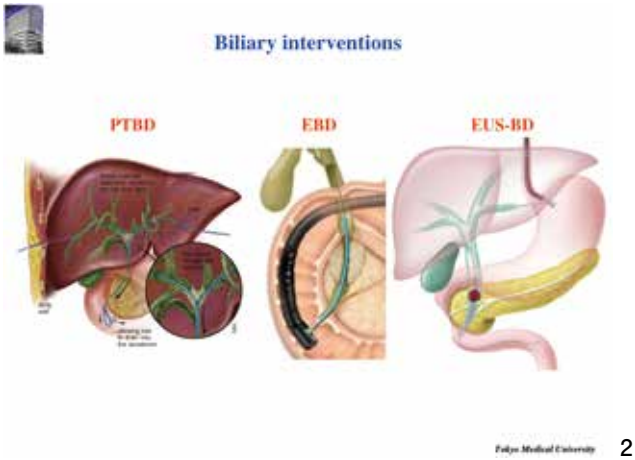
SP-4 Historical investigation of non-operative biliary interventions

1) Department of Gastroenterology and Hepatology, Tokyo Medical University
2) Department of Surgery, Chiba University
3) Division of Gastroenterology and Hepatology, University of North Carolina, Chapel Hill, NC, United States

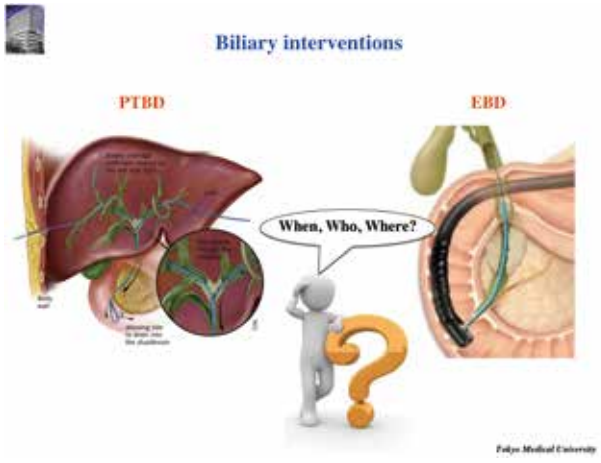
Takao Itoi[1)], Hiroaki Shimizu[2)], Todd H Baron[3)]

Non-operative biliary interventions were traditionally invited two types. Percutaneous transhepatic cholangiography (PTC) was first described in 1937. However, PTC was not clinically utilized for many years, due to serious complications such as bile leakage and bleeding. PTC-drainage was initially performed by use of the needle sheathed with a catheter. After successful PTC, the thin catheter was left in place for prevention of bile leakage. For the purpose of relief of the obstructive jaundice, Glenn F et al first performed catheterization of the bile duct as a separate procedure following PTC. Thereafter, for safer and more reliable biliary drainage, Takada T, et al developed direct anterior puncture of the left hepatic duct under fluoroscopic control after PTC. In terms of endoscopic procedures, Ravoni and Simon successfully performed cholangiopancreatography by peroral cannula under fluoroscopic guidance in 1965. In 1968, MuCune et al described the first report on the cannulation of the Ampulla of Vater and endoscopic retrograde pancreatography (ERP). In June, 1969 Takagi et al described in abstract form the first report of the endoscopic cholangiography as well as pancreatography published in the Journal of Japanese Medical Radiological Association. At the same time, Takemoto, Oi and colleagues also described in abstract form on the first experience of endoscopic pancreatography in the same journal. In September, The terminology "Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP)" was firstly proposed by Cotton PB and subsequently became adopted as the definitive term in this field.

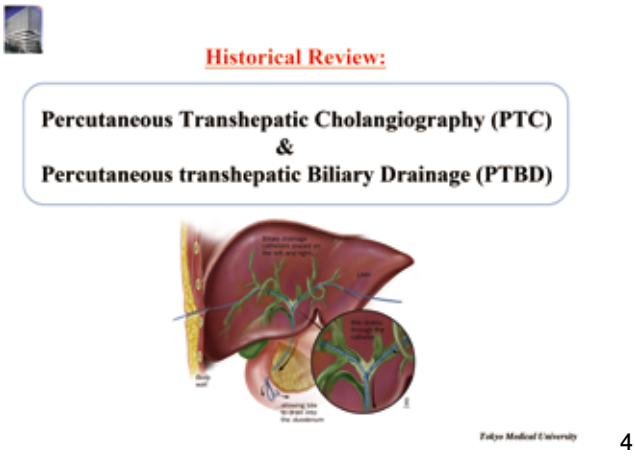
1



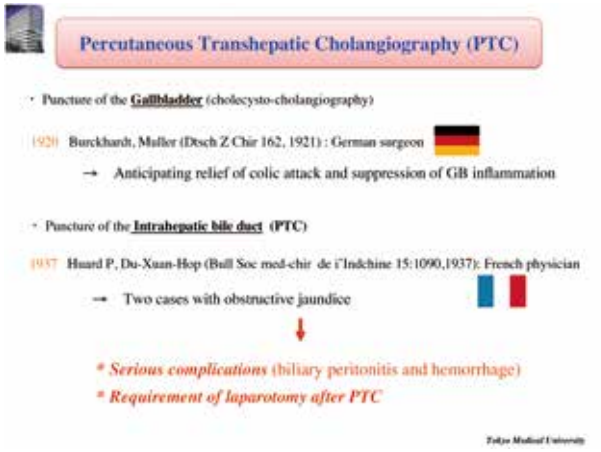
2



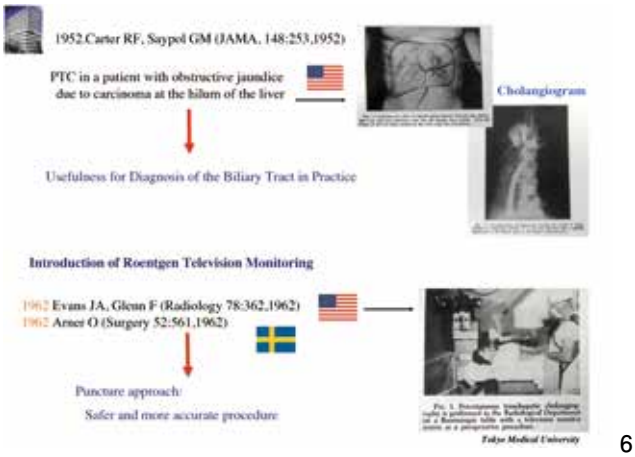
3



4



5



6

Improvement of the Procedure and Equipment

- Puncture site and direction
  - a. Anterior approach
  - b. Lateral approach
- Puncture needle

Chiba needle:

Manufactured thin, flexible "skinny"needle

15 cm in length needle with a stylet
0.7 mm in outer diameter, 0.5 mm in inner diameter
Bevel angle of 30 degrees

1969 Tsuchiya K (Japan J Gastroenterol 66:438, 1969)

1970 Okuda K (Digest Dis 19:21,1974)

Tokyo Medical University

7

Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage (PTBD)

PTC with a drainage catheter for prevention of bile leak and hemorrhage (modified PTC)

1961 Kaplan A (Ann Intern Med 54:856,1961)

1962 Shaldon S (Gastroenterology 42:371,1962)
:The catheter was left for 14 days

1962 Arner O (Surgery 52:561,1962)

PTC needle sheathed with a polyethylene catheter

1962 **Glenn F** (Ann Surg.156,451,1962)

Bile drainage for the relief of the obstructive jaundice after PTC
: Catheterization of bile duct

Two step-procedure

Tokyo Medical University

8

PTBD for the treatment of obstructive jaundice after PTC

1969 Kaude JV (Radiology 93:69,1969) : The catheter was left for more than 2 months

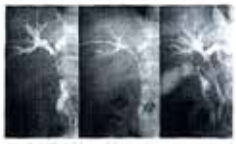
1974 Molnar W (Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med 122:356,1974)

"Relief of obstructive jaundice through percutaneous transhepatic catheter -A new therapeutic method-"

1978 Nakayama T (Gastroenterology 74:554,1978)

Two step-procedure

Adequate positioning of the catheter
using type J-guide wire



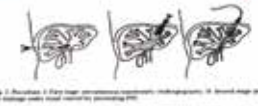
Tokyo Medical University

9

Direct percutaneous transhepatic cholangial drainage under fluoroscopic control

Two-step method: Intrahepatic biliary trees projected to 2-D plane under fluoroscopy

1972 Takada T (Biologie et Gastro-Enterologie Tome 5,528, 1972)
1973 Takada T (Int Surg 59:180,1974)
1976 Takada T (J Surg Oncology 8:83,1976)



Puncture of a dilated bile duct in the perpendicular ventrodorsal direction under fluoroscopic control

Percutaneous non-operative Cholangioscopy

1972 Takada T (Excerpta Medica, 18th International Congress Series 257:81,1972)

PTCS and forceps biopsy after expanding the fistula of PTBD

Tokyo Medical University

10

Ultrasound-guided PTC and PTBD

US-guided PTC

1977 Makuuchi M (Kanzo 57:435, 1977)

1978 Makuuchi M (Jpn J Surg 8:65,1978)

Real-time sector-scanning system

UG-PTC

US-guided PTBD

Single-step procedure without cholangiography

[illegible]

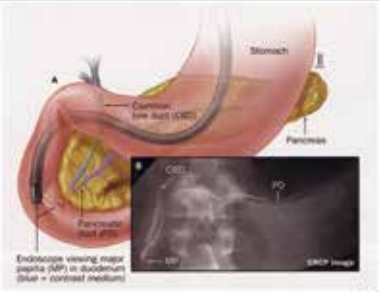
Post-UG-PTBD Cholangiogram

Tokyo Medical University

11

Historical Review:

Endoscopic retrograde cholangiopancreatoscopy (ERCP)



Tokyo Medical University

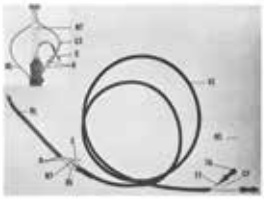
12

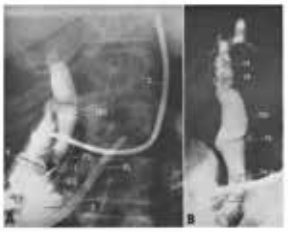
Retrograde cholangiopancreatography

Retrograde cholangiopancreatography using peroral cannula

1965 Ravinov et al (Radiology 1965;85:693-7): American radiologist

→ Anticipating endoscopic retrograde cholangiopancreatography





Tokyo Medical University

13

Endoscopic retrograde pancreatography

Endoscopic cannulation of the Ampulla of Vater

1968 MaCune WS et al (Ann Surg 1968;167:752-5): American surgeon

Only pancreatography

Tokyo Medical University

14

Endoscopic pancreatocholangiography (EPCG)

1970 Oi I et al (GIE;17:59-62/Endoscopy;2:103-6) : Japanese gastroenterologist

1970 Takagi K et al (Gastroenterology;59:445-52/Endoscopy;2-107-15).: Japanese surgeon

15

Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP)

1972 Cotton PB (Gut. 1972;13:1014-25).: British gastroenterologist

Gut, 1972, 13, 1014-1025

Progress report

Cannulation of the papilla of Vater by endoscopy and retrograde cholangiopancreatography (ERCP)

16

Endoscopic sphincterotomy (EST)

1973 Classen et al (Med Tribune 1973;27: 1-5): German gastroenterogist

1973 Kawai et al (J Kyoto Pref Univ Med 1973;82:353-5): Japanese gastroenterogist

17

Original Works

PRELIMINARY REPORT ON ENDOSCOPICAL PAPILLOTOMY

KAWAI, K., Y. AKANAKA, Y. HASHIMOTO and M. NAKAJIMA

Kawai K, Nakajima M, et al. J Kyoto Pref Univ Med 1973;82:353-5.

18

In this paper, we want to report the preliminary results of endoscopic papillotomy, concerning the utility of this method and complications using experimental animals.

MATERIAL

Using five adult dogs, weighing 7 kg on the average, first, we confirmed the orifice of pancreatic and common bile ducts after laparatory followed by duodenotomy under Fluothane or ketaral anesthesia. Secondly, pancreato- and cholangiography were performed using 65% of angiografine through a venous catheter 3 Fr (atom), inserted through these two orifices (Fig. 1). Thirdly, we performed papillotomy using specially designed forceps (Fig. 2, 3), connected with ACOMA-H type (A. C. 100v, 1.5 kw) diathermy appatatus. Having confirmed no bleeding after papillotomy, we checked the pancreato-cholangiogram of these dogs 2 or 4

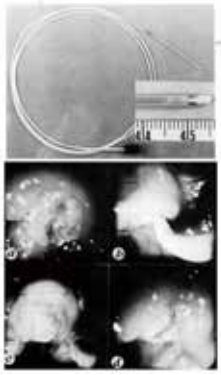
Kawai K, Nakajima M, et al. J Kyoto Pref Univ Med 1973;82:353-5.

19

Endoscopic sphincterotomy of the ampulla of Vater

K. Kawai, M.D.
Y. Akanuka, M.D.
K. Murakami, M.D.
M. Tada, M.D.
Y. Kobli, M.D.
M. Nakajima, M.D.

Gastrointest Endosc 1974;20:148-51.



20

PERSPECTIVES

Back to the future: the first papillotomy at Erlangen

Classen M. Gastrointest Endosc 2000;51:637

In the beginning Kawai K. Gastrointest Endosc 2000;51:637-8

21

Prof. Classen

Back to the future: the first papillotomy at Erlangen

In medicine, nothing is more difficult than to determine the proper approach to a specific situation and then to plot out successful therapy. This was the case on June 6, 1973, in Erlangen. A 59-year-old nurse was admitted to our department with jaundice and right upper abdominal pain. She had a cholecystectomy in the past. Clinical and laboratory results made extrahepatic obstruction likely. The course seemed clear: an ERCP with confirmation and localization of the site followed by laparotomy. However, this situation developed in a different manner. Since 1968, Ludwig Demling and I had repeatedly tried to reach the papilla of Vater through the pylorus by using various endoscopes. Finally, in 1970 we were able to inspect the papilla on a regular basis, which represented an "almost erotic fascination for endoscopists" (Ludwig Demling),[1] using the instruments of Olympus and Machida. In November 1970 we received the first *JF* duodenoscope from Olympus, and of the first 20 attempted cannulations, I was able to visualize either one or both duct systems 10 times. In one patient we had modestly dilated the orifice of the papilla with a regular polypectomy loop and considered the possibility of replacing surgical papillotomy with a less invasive approach. The papillotome of Erlangen—mainly invented by Ludwig Demling—is based on the polypectomy loop.

Now back to June 6th. The nurse's papilla had a large diverticulum next to it. The ERCP clearly demonstrated a stenosis of the papilla and a stenosis in the liver hilum. The papillotome of Erlangen was inserted into the bile duct and electric current was applied,[2] cutting in small increments until the yellowish biliary mucous membrane was visible. One stone was extracted with the Dormia basket.

Sadly enough, the patient's jaundice persisted—probably due to the second stenosis. After negative forceps biopsies, we tried to endoscopically dilate the bile duct stricture using a balloon probe developed by our endoscopy nurse Rita Hohner. This procedure proved not to be completely satisfying, and the patient underwent successful surgery. This patient made it possible for us to perform the first endoscopic papillotomy as well as a gallstone extraction, a forceps-biopsy, and a balloon dilation. I performed regular checkups for many years and found no recurrence of stenosis. In March 1974 I left to continue my work in Hamburg. I will remember June 1973 in Erlangen because of its beautiful summer weather but mainly because of the first endoscopic papillotomy, which was associated with a massive response of my autonomic nervous system.

Dr. Meinhard Classen
Munich, Germany

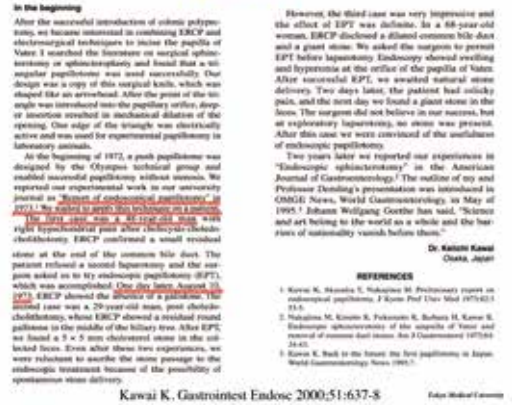
REFERENCES

1. Demling L. Back to the future: the first papillotomy at Erlangen. World Gastroenterology News (1995).
2. Classen M, Demling L. Endoskopische sphinkterotomie der Papilla Vateri und steinextraktion aus dem ductus choledochus. Dtsch Med Wschr 1974;99:496-7.

Classen M. Gastrointest Endosc 2000;51:637

22

Prof. Kawai



In the beginning

After the successful introduction of colonic polypectomy, we became interested in combining ERCP and electrosurgical techniques to incise the papilla of Vater. I searched the literature on surgical sphincterotomy or sphincteroplasty and found that a bilongitudinal papillotomy was used successfully. Our design was a copy of this surgical knife, which was shaped like an arrowhead. After the point of the triangle was introduced into the papillary orifice, deeper insertion resulted in mechanical dilation of the opening. One edge of the triangle was electrically active and was used for experimental papillotomy in laboratory animals.

At the beginning of 1972, a push papillotome was designed by the Olympus technical group and enabled successful papillotomy without stenosis. We reported our experimental work in our university journal as "Report of endoscopical papillotomy" in 1973.[1] We wished to apply this technique on a patient.

The first case was a 46-year-old man with right hypochondriac pain after cholecystectomy-choledocholithotomy. ERCP confirmed a small residual stone at the end of the common bile duct. The patient refused a second laparotomy and the surgeon asked us to try endoscopic papillotomy (EPT), which was accomplished. One day later, August 10, 1973, ERCP showed the absence of a pancreatogram. The second case was a 29-year-old man, post cholecystocholithotomy, whose ERCP showed a residual round gallstone in the middle of the biliary tree. After EPT, we found a 5 × 5 mm cholesterol stone in the collected feces. Even after these two experiences, we were reluctant to ascribe the stone passage to the endoscopic treatment because of the possibility of spontaneous stone delivery.

However, the third case was very impressive and the effect of EPT was definite. In a 68-year-old woman, ERCP disclosed a dilated common bile duct and a giant stone. We asked the surgeon to permit EPT before laparotomy. Endoscopy showed swelling and hyperemia at the orifice of the papilla of Vater. After successful EPT, we awaited natural stone delivery. Two days later, the patient had colicky pain, and the next day we found a giant stone in the feces. The surgeon did not believe in our success, but at exploratory laparotomy, no stone was present. After this case we were convinced of the usefulness of endoscopic papillotomy.

Two years later we reported our experiences in "Endoscopic sphincterotomy" in the American Journal of Gastroenterology.[2] The outline of my and Professor Demling's presentation was introduced in OMGE News, World Gastroenterology, in May of 1995.[3] Johann Wolfgang Goethe has said, "Science and art belong to the world as a whole and the barriers of nationality vanish before them."

Dr. Keiichi Kawai
Osaka, Japan

REFERENCES

1. Kawai K, Akasaka Y, Nakajima M. Preliminary report on endoscopical papillotomy. J Kyoto Pref Univ Med 1973;82:1-13.
2. Nakajima M, Kosaka K, Fukumoto K, Ikehara H, Kawai K. Endoscopic sphincterotomy of the ampulla of Vater and removal of common duct stones. Am J Gastroenterol 1977;68:34-43.
3. Kawai K. Back to the future: the first papillotomy in Japan. World Gastroenterology News 1995;7.

Kawai K. Gastrointest Endosc 2000;51:637-8

Summary

Procedures	West	East
PTC	1937 Huard P	
PTBD	1962 Glenn F	
PTCS(Bx)		1972 Takada T
ERCP	1968 MaCune WS	
EST	1973 Classen M	1973 Kawai K

資料 2.　第 30 回学術集会
肝胆膵外科手術の 30 年の歩み
講演スライド

【肝臓】

30SP-1 **Recent 30 years of innovation in liver surgery**

President, National Center for Global Health and Medicine, Tokyo, Japan

○ Norihiro Kokudo

Liver resection has been the only curative treatment for liver cancer since 1980's and still remains to be a mainstay in the era of many promising new agents. In this lecture, major achievements in liver surgery during each decade focusing in Japanese surgeons' contribution will be reviewed.

Development and innovation in 1990's: Surgical techniques and perioperative management were established in 1990's and operative mortality dramatically decreased nationwide. Strategies for operative indications and safety limit of hepatic parenchymal removal based on ICG test were accepted in many Asian centers. Introduction of intraoperative ultrasonography facilitated the safety and accuracy of liver resection. Living donor liver transplantation (LDLT) programs started in early 90's and became a mainstay in liver transplantation in Asian countries. Surgical phisiology and operative skills needed for LDLT were feedbacked to complex major liver resections.

Lap liver resection and challenges from RFA in 2000's: Since the first successful lap liver resection by Professor H. Kaneko in 1993, this approach has been gradually gaining popularity. However, after tragic events in a few Japanese centers, a registration system covering all lap major liver resections was introduced. A head-to-head randomized controlled trial comparing liver resection and RFA for small HCCs (≤3cm, ≤3 nodules) entitled SURF trial, is going on among more than 100 Japanese centers and the interim analysis is scheduled in the fall of 2018.

Navigation surgery and fluorescence imaging in 2010's: Thanks to recent advance in computer technology, 3-D simulation for liver resection was developed in 2000's and has been widely applied in Japan after the social insurance coverage in 2012. This technic is useful to estimate liver segmental volume, perfusion area of portal branches, and drainage area of hepatic venous tributaries. Currently, many real-time operative navigation system projects are developing but it may need some time to be a daily practice. Since 2007, ICG fluorescence imaging has been applied in HPD surgery for intraoperative cholangiography, liver cancer imaging, liver segmental staining, or liver perfusion mapping. In the near future, novel fluorescence probes are expected to be applied during liver surgery.

日本肝胆膵外科学会学術集会

日本肝胆膵外科学会
30周年記念プログラム

NCGM

Recent 30 Years of Liver Surgery

Norihiro Kokudo
MD, FACS, FRCS
President
National Center for Global Health and Medicine
Professor Emeritus, The University of Tokyo

June 7, 2018

20 min.

1

Japanese Society of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery

COI Disclosure

Norihiro Kokudo

The author have no financial conflicts of interest to disclose concerning the presentation.

2

Recent 30 Years of Liver Surgery

1989
Japan HPB Surgical Forum

1993
JSHPBS established

2017
A-PHPBA Joint meeting
100% English

3

1989 - 1998

Standardization and innovation
Anatomic liver resection

4

1999 - 2008

Development of lap liver resection
and challenges from RFA

5

2009 - present

Navigation surgery and fluorescence imaging
For safe and precise liver resection

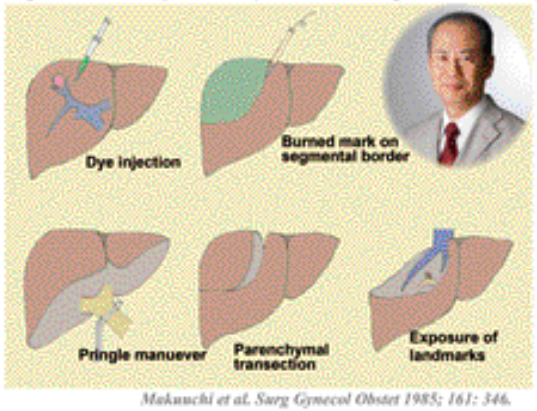
6

Innovations in Recent 30 Years

7

8

Original technique for systematic segmentectomy

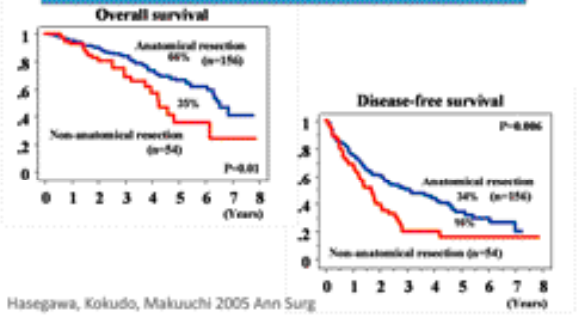


Makuuchi et al. Surg Gynecol Obstet 1985; 161: 346.

9

Oncological Advantage

A level IIa evidence

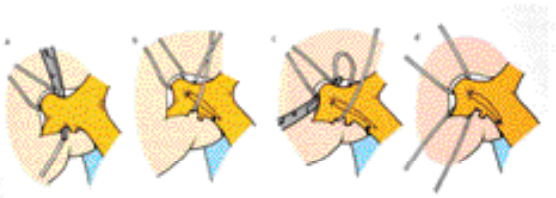


Hasegawa, Kokudo, Makuuchi 2005 Ann Surg

10

Takasaki's Method

Tape Repositioning in Subtracting Manner

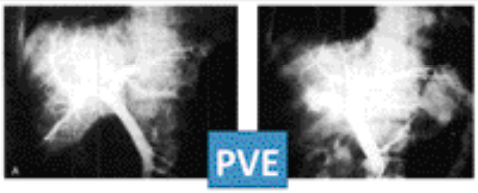


Takasaki 1990 Int Surg75:73-

11

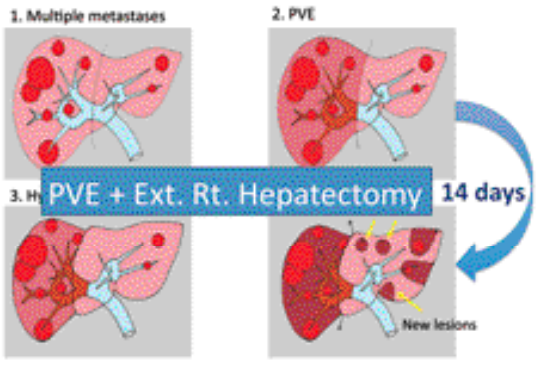
Surgery 1990; 107:521-7

Preoperative portal embolization to increase safety of major hepatectomy for hilar bile duct carcinoma: A preliminary report



12

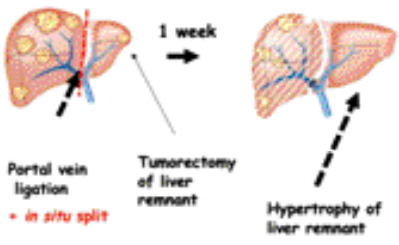
Strategy for Multiple Bilobar CRLM



13

Novel Approach to Enlarge FLR

Stage 1

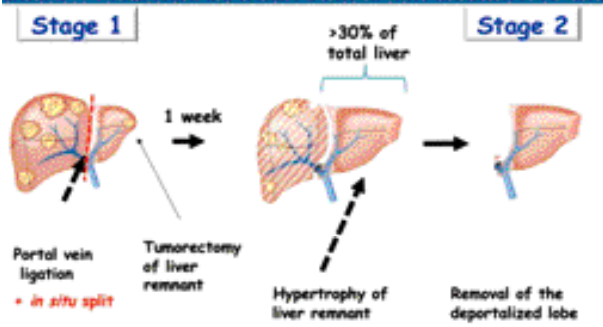


Santibanes 2012 Ann Surg 255:415-

Schnitzbauer/Schlitt Ann Surg 2012

14

Novel Approach to Enlarge FLR



Santibanes 2012 Ann Surg 255:415-

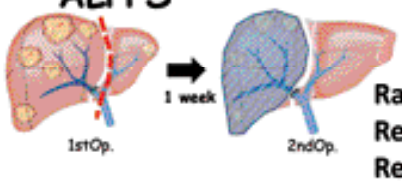
Schnitzbauer/Schlitt Ann Surg 2012

15

PVE

De Santibanes E, Clavien PA. *Ann Surg* 2012

ALPPS



Rapid and Remarkable Regeneration

16

Disadvantage of ALPPS

High morbidity 64%(16/25)
Bile leakage, liver failure

High mortality 12%(3/25)

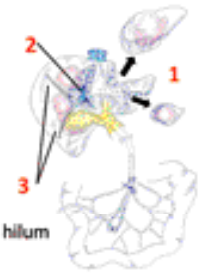
Schnizbauer A, Lang SA, et al. *Ann Surg* 2012

17

Partial TIPE ALPPS

1. Clearance of left liver tumors
2. Partial partition until exposing MHV
3. TIPE

✓ Avoiding the dissection of the hepatic hilum



Sakamoto Y, Kokudo N 2016 *Ann Surg* 264:e21-22
Sakamoto Y, Kokudo N 2018 *Ann Surg* 267:e18-20

18

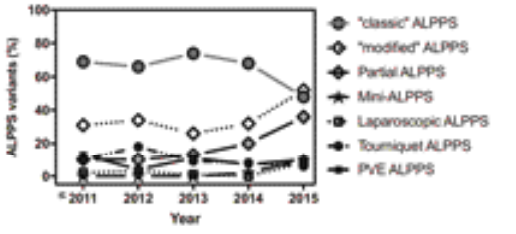
	PVE[1] (n=272)	ALPPS[2] (n=202)	Partial TIPE ALPPS[3] (n=7)
Days between PVE and CT	14	7	14
Increase of FLR/TLV	8.5%	19%	15.6%
Waiting period	23	7	17
Morbidity (≥ Grade III)	24%	40%	0%
Hospital mortality	0%	9%	0%

1) Yamashita S, Sakamoto Y, et al. *Ann Surg Oncol* 2017
2) Schadde E, et al. *Ann Surg* 2014
3) Sakamoto Y, et al. *Ann Surg* 2018

19

Recent Trends in ALPPS

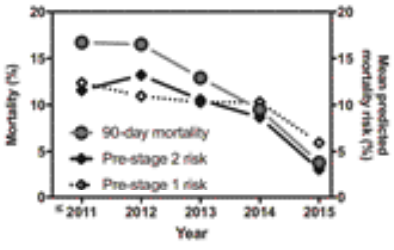
ALPPS registry 2012-16
836 cases from 123 centers
437 cases from 16 high-volume centers



Linecker 2017 Ann Surg 266:779-

20

Recent Trends in ALPPS

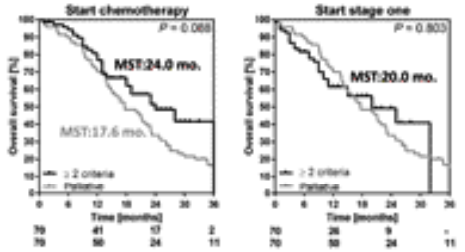


Linecker 2017 Ann Surg 266:779-

21

ALPPS vs. Chemo for CRLM

A case-matched analysis



Olthof 2017 Surgery 161:909-

22

ALPPS update 2018

Indications	Operative Safety	Oncological benefit
Liver Mets	Improved	??

Linecker 2017 Ann Surg 266:779-
Olthof 2017 Surgery 161:909-
Sakamoto 2018 Ann Surg 267:e18-
Schnitzbauer 2018 Surgery, in press

23

ALPPS update 2018

Indications	Operative Safety	Oncological benefit
Liver Mets	Improved	??
HCC	Few reports	OK?

Linecker 2017 Ann Surg 266:779-
Olthof 2017 Surgery 161:909-
Sakamoto 2018 Ann Surg 267:e18-
Schnitzbauer 2018 Surgery, in press

24

ALPPS update 2018

Indications	Operative Safety	Oncological benefit
Liver Mets	Improved	??
HCC	Few reports	OK?
Hilar Ca	×→○*	OK?

* Partial TIPE ALPPS

Linecker 2017 Ann Surg 266:779-
Olthof 2017 Surgery 161:909-
Sakamoto 2018 Ann Surg 267:e18-
Schnitzbauer 2018 Surgery, in press

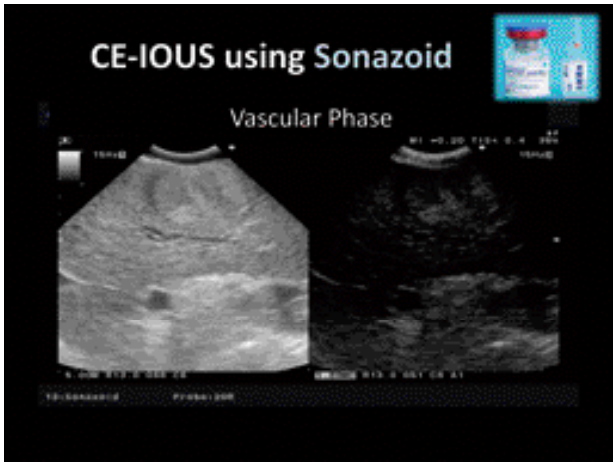
25

Intraoperative Imaging and Navigation Surgery (Imaging)

26

CE-IOUS using Sonazoid

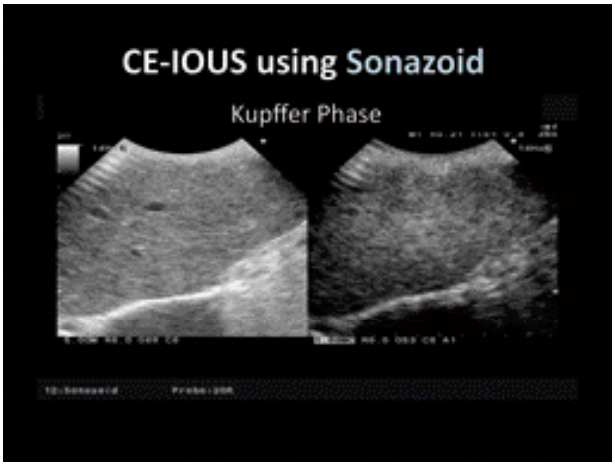
Vascular Phase



27

CE-IOUS using Sonazoid

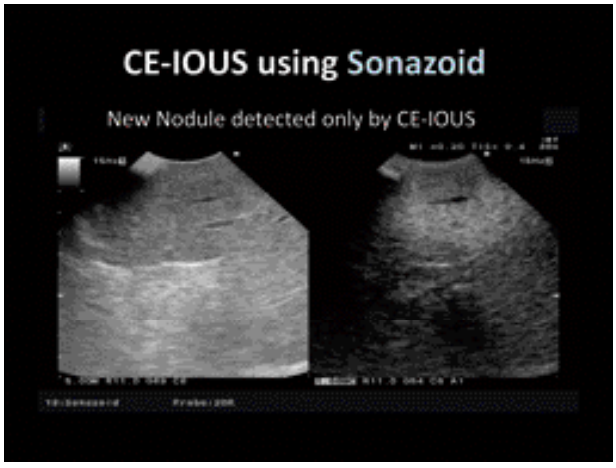
Kupffer Phase



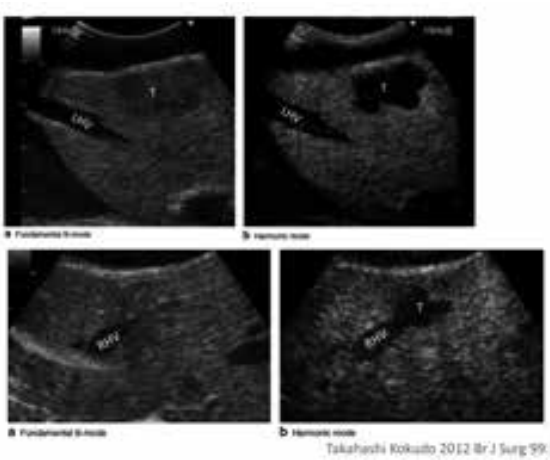
28

CE-IOUS using Sonazoid

New Nodule detected only by CE-IOUS



29



Takahashi Kokudo 2012 Br J Surg 99:1271-

30

Impact of CE-IOUS

- CE-IOUS is able to differentiate liver cancers from benign lesions and can detect small liver metastases.

	Sensitivity	Specificity	Accuracy
HCC[1]	65%	**94%**	87%
CRLM[2]			

1) Arita, Kokudo 2011 Ann Surg 254:992-

31

Impact of CE-IOUS

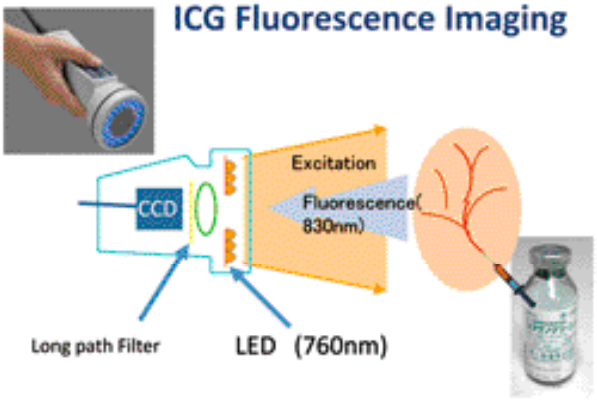
- CE-IOUS is able to differentiate liver cancers from benign lesions and can detect small liver metastases.

	Sensitivity	Specificity	Accuracy
HCC[1]	65%	**94%**	87%
CRLM[2]	**97%**	59%	93%

1) Arita, Kokudo 2011 Ann Surg 254:992-
2) Takahashi Kokudo 2012 Br J Surg 99:1271-

32

ICG Fluorescence Imaging



33

Detection of HCC using ICG fluorescence

34

ICG imaging of LN metastasis of HCC

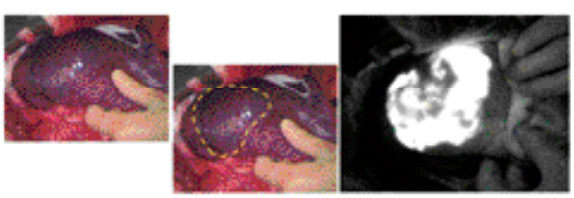
35

Laparoscopic liver resection of disappearing lesion after chemo.

36

ICG-fluorescence Guided Anatomic Resection

To develop a simpler and more reproducible dye injection technique to facilitate anatomic resection...

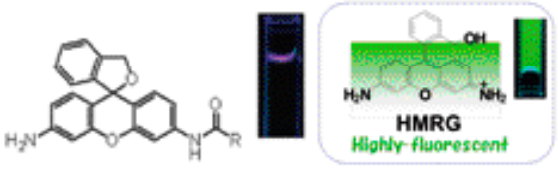


37

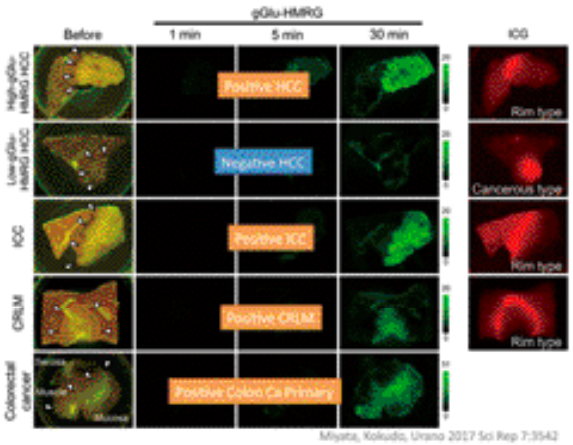
Novel Fluorescence Probe for Cancer Imaging Developped by Prof. Yasuteru Urano

gGlu-HMRG
(γ-glutamyl hydroxymethyl rhodamine green)

gGlu-HMRG + GGT→ HMRG



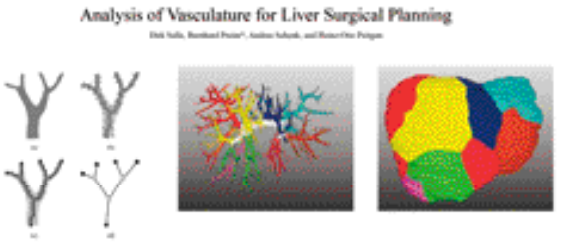
38



Miyata, Kokudo, Urano 2017 Sci Rep 7:3542

39

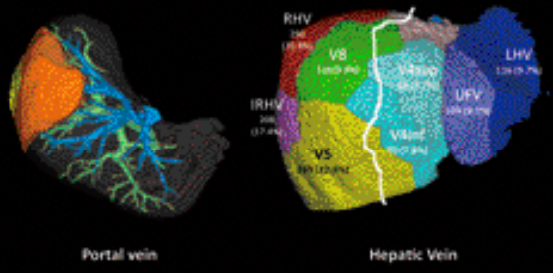
3-D Computer Simulation Technology



IEEE TRANSACTIONS ON MEDICAL IMAGING, VOL. 21, NO. 11, NOVEMBER 2002

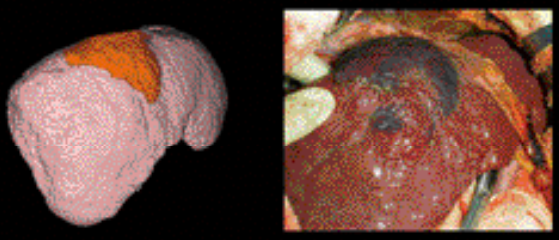
40

Visualization and volume calculation of liver vessel territories



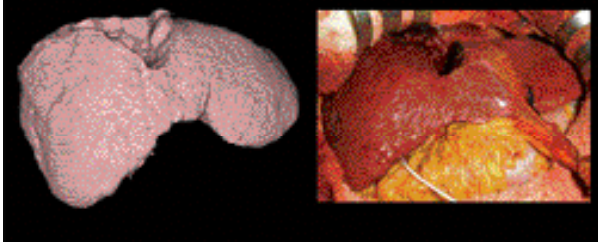
41

Preoperative simulation (VH) vs. Real Image



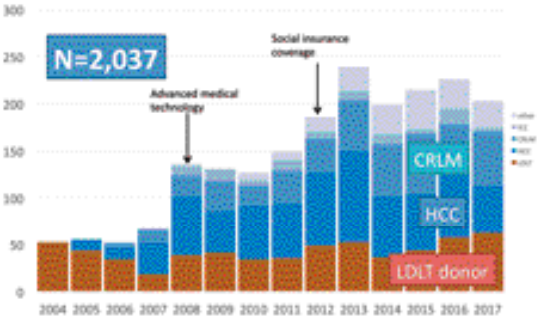
42

Virtual Hepatectomy vs. Reality



43

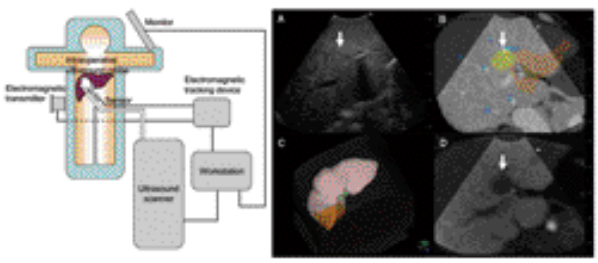
Virtual Hepatectomy at University of Tokyo



Mise, Kokudo 2017 Ann Surg [ePub ahead of print], updated

44

Intraoperative RVS for liver surgery



Real-time Virtual Sonography during liver resection

- Safety
- Usefulnes as a guide for parenchymal transection

Satou S. Surgery (2014) 255-262

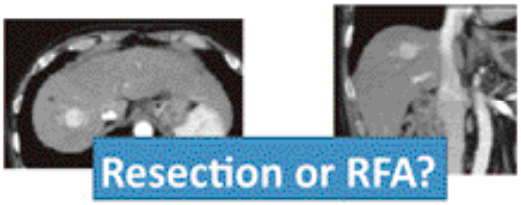
45

Oncological Benefit of Resection (Oncology)

46

Optimal Therapy for small HCC?

≤3 nodules, ≤3 cm



Resection or RFA?

47

Summary of Previous RCTs

Author	Year	Site	Size	Tumor No.	Child-Pugh	n	Conclusion
Chen DS, Liang J-D	2005	Taiwan	≤3cm	≤2	A,B	76	NS
Chen M-S, Lau WY	2005	Hongkong, Guangzhou	≤5cm	1	A	180	NS
Huang J, Zeng Y	2010	Chengdu	≤3cm (Milan)	≤3	A,B	230	Favor SUR
Ma K, Dong J	2011	Chongqing	<4cm	≤2	A, B	188	NS
Feng K, Dong J	2012	Beijing	≤4cm	≤2	A,B	168	NS?

Underpowered Studies?

48

49

A head to head trial in Japan

Surgery vs. RFA for HCC

↓

SURF

Efficacy of SUrgery vs. Radio-Frequency ablation (RFA) on primary hepatocellular carcinoma: a multicenter clinical trial

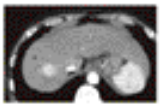
50

Outline of SURF trial

≤3 nodules, ≤3 cm

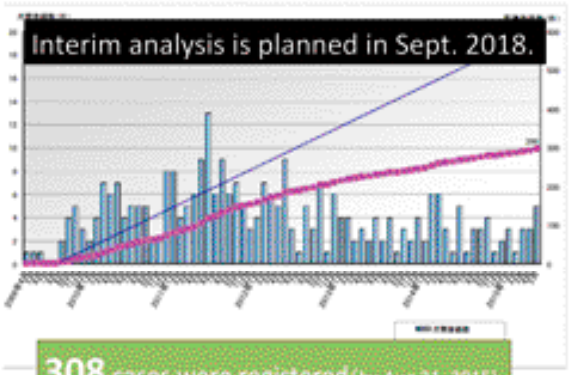
Child-Pugh score: ≤7

Surgery vs. RFA



51

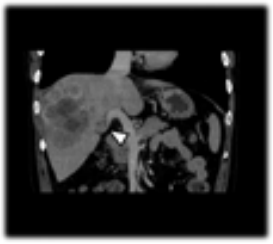
Patient Accrual: SURF-RCT



308 cases were registered (by Aug 31, 2015)

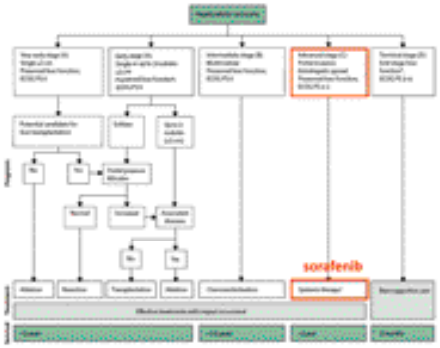
52

Role of liver resection for HCC with macroscopic vascular invasion



53

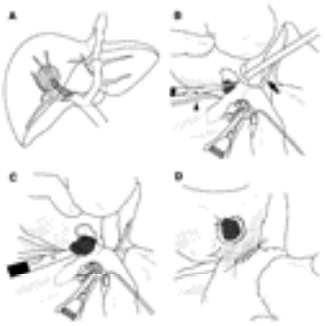
BCLC Staging and Treatment Strategy 2018?



Forner, Bruix 2018 Lancet 391:1301-

54

Peeling Off Technique to Spare Hepatic Parenchyma



Inoue Y, Kokudo N 2009 Surgery 145:9-

55

日本肝癌研究会

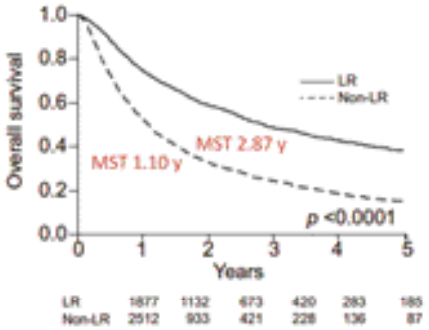
Nationwide Survey by Japanese Study Group of Liver Cancer 2000-2007

Vp1-4, No extrahepatic disease, Child-Pugh A, B : **6,474** cases

Resection: 2,093, Non-resection: 4,381

56

Child-Pugh A

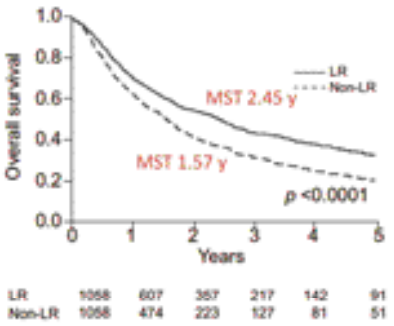


Kokudo T 2016 J Hepatol 65:938-

57

日本肝癌研究会

Propensity Score-matched Cohort: Child-Pugh A



Kokudo T 2016 J Hepatol 65:938-

58

日本肝癌研究会

Summary of Long-term Outcome

	MST (mo.)
PVTT (Child A)	2.87
PVTT (PSM)	2.45
HVTT	4.47
HVTT (PSM)	3.42

Kokudo T 2016 J Hepatol 65:938-
Kokudo T, Hasegawa K, et al. 2017 Hepatology 66:510-

59

日本肝癌研究会

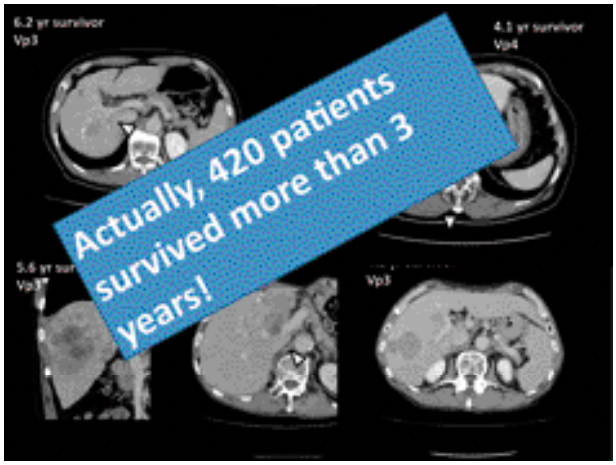
Summary of Long-term Outcome

	MST (mo.)
PVTT (Child A)	2.87
PVTT (PSM)	2.45
HVTT	4.47
HVTT (PSM)	3.42
SHARP (sorafenib)	0.89

Kokudo T 2016 J Hepatol 65:938-
Kokudo T, Hasegawa K, et al. 2017 Hepatology 66:510-
Llovet JM, et al. 2008 N Engl J Med 359:378-

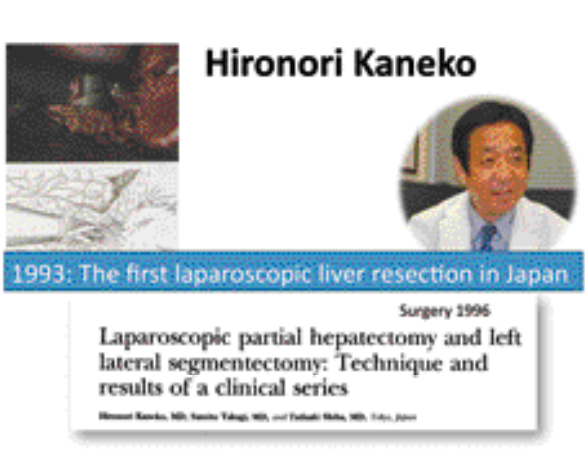
60

日本肝癌研究会



61

62



63

64

Jury Recommendations

- MINOR LLR is confirmed to be a standard practice in surgery but is still in an assessment phase (IDEAL 3) as it is adopted by an increasing proportion of surgeons.
- MAJOR LLR is an innovative procedure. It is still in an exploration or learning phase (IDEAL 2b) and has incompletely defined risks. It should continue to be introduced cautiously.

Wakabayashi 2015 Ann Surg 261:619-

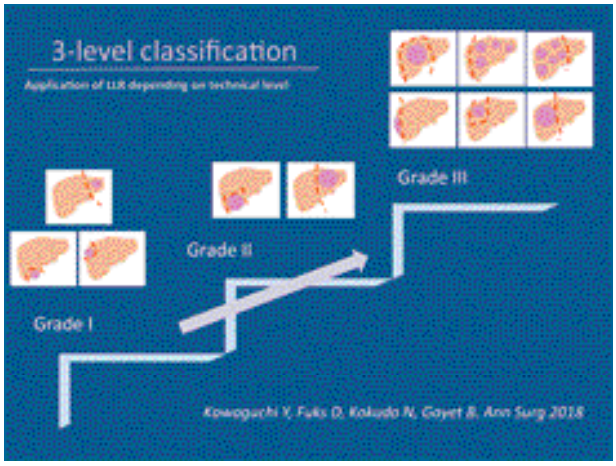
65

Jury Recommendations, cont'ed

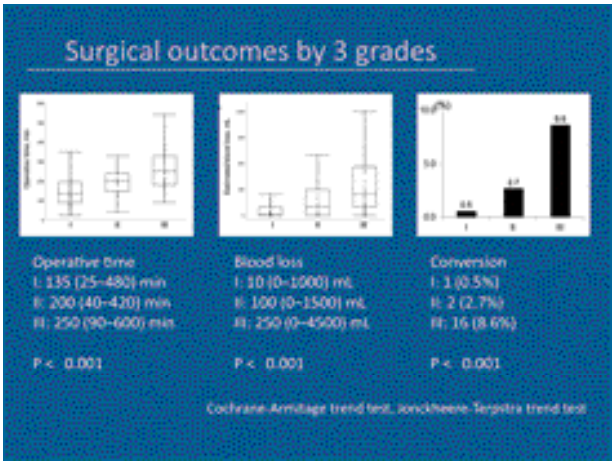
- ANATOMICAL RESECTION for HCC and margin-negative parenchyma-sparing resection for colorectal cancer liver metastasis are standard of care procedures, but the laparoscopic versions of these techniques need to be standardized to increase propagation.

Wakabayashi 2015 Ann Surg 261:619-

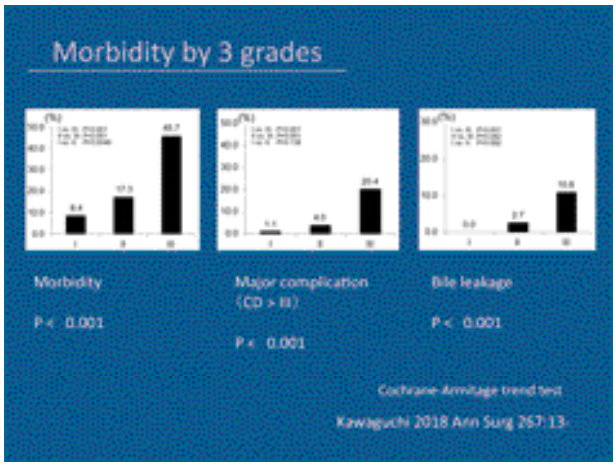
66



67



68



69

70

Ninety-day Mortality

Oct 2015- Dec 2017

- All lap liver resections

  0.22% (9/4,095)

- Segmentectomy or more

  0.67% (6/891)

肝臓内視鏡外科研究会

http://lapliver.jp/pdf/maemuki_u201712.pdf

71

1989-2018

From innovation by pioneer surgeons
To propagation of safe and precise liver resection

72

2018 – future?

What is the next 30 year of liver surgery?

73

New Modalities Available at Present

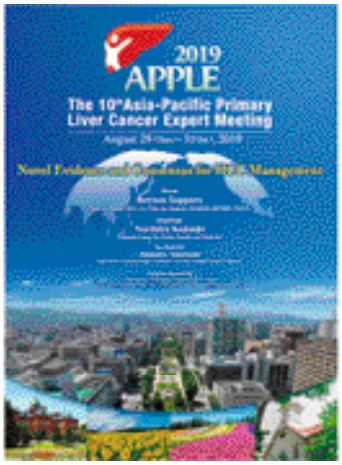
74

Liver Surgery in the Near Future

75

76

77



78

Thank you

【胆道】

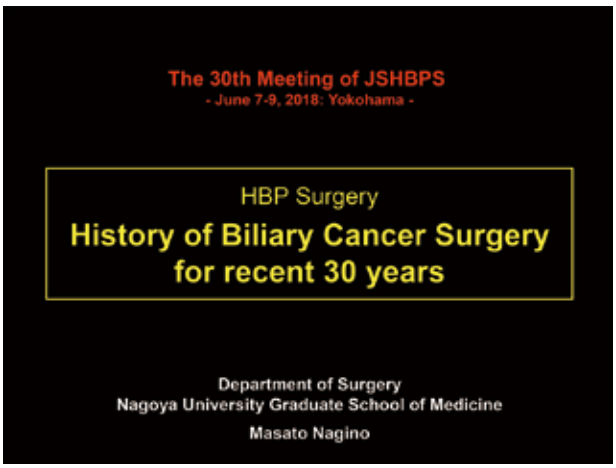
30SP-2 History of Biliary Cancer Surgery for Recent 30 years

Department of Surgery, Nagoya University Graduate School of Medicine

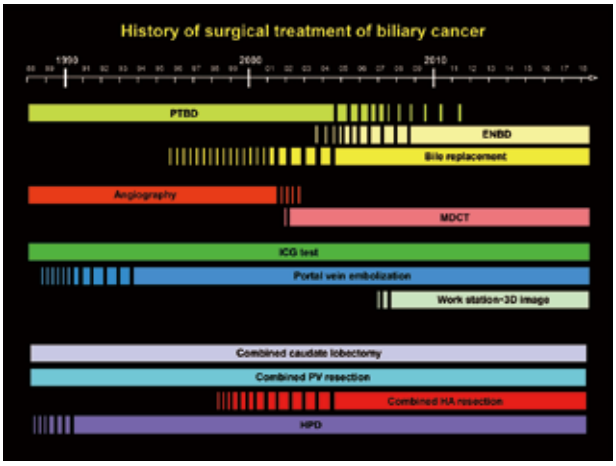
○ Masato Nagino

During the recent 30 years, preoperative management has largely progressed along with the advent in multidetector-row computed tomography (MDCT). Many important data obtained from MDCT make it possible to understand 3-dimensional vasculobiliary anatomy, to evaluate longitudinal and radial extension of cancer, to calculate future remnant liver volume, and, in turn, to plan resectional procedure. MDCT is now a key imaging modality in preoperative workup. Previously, percutaneous transhepatic biliary drainage (PTBD) had been widely used. However, it has become evident that PTBD shortens postoperative survival of patients with cholangiocarcinoma, due to an increased risk of seeding metastasis including sinus tract recurrence or peritoneal dissemination. Now, endoscopic naso-biliary drainage is recommended as preoperative biliary drainage. Portal vein embolization, introduced in 1980s, is an innovative method to expand surgical indication and to prevent posthepatectomy liver failure. Recently, associating liver partition and portal vein ligation for staged hepatectomy (ALPPS) has been challenged for this purpose in some cases of perihilar cholangiocarcinoma. Regrettably, reported surgical outcomes after ALPPS were dismal with high morbidity and mortality. Thus, ALPPS should not be indicated in biliary cancer surgery.

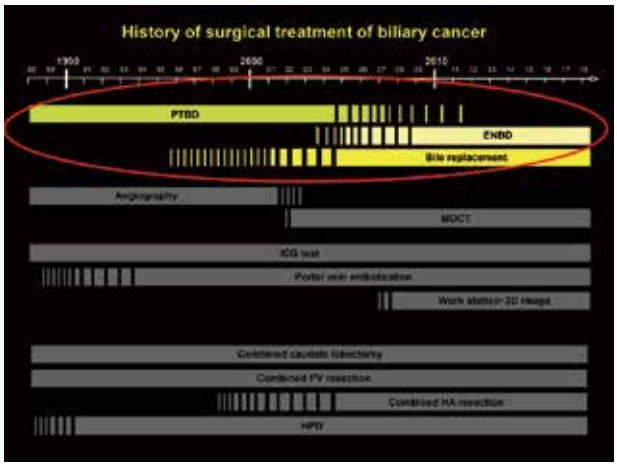
Previously, limited hilar resection was often indicated for Bismuth type I and II tumors. However, survival after such limited resection was poor, due to high incidence of local recurrence. The present consensus is that right hemihepatectomy with en bloc resection of the caudate lobe should be applied. Bismuth type IV cholangiocarcinomas are formidable. Although most of them are still deemed inoperable in Western centers, more than half of type IV tumors are aggressively resected in Japan. In principle, when liver function is stable, right trisectionectomy should be considered for Bismuth type IV with right-side predominance, while left trisectionectomy should be considered for that with left-side predominance. Recently, the most notable progress is combined vascular resection. Portal vein resection is now widely performed with acceptable mortality in leading centers. Hepatic artery resection is still challenging, but some authors reported promising results. In this lecture, I will mention that surgery for biliary cancer has steadily evolved for the recent 30 years, with expanded surgical indication, decreased mortality, and increased survival.



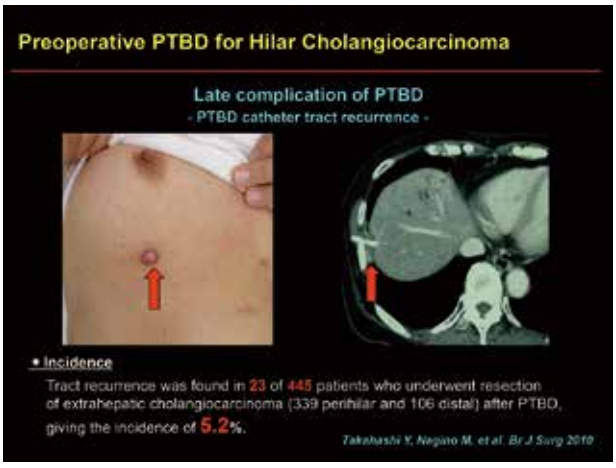
1



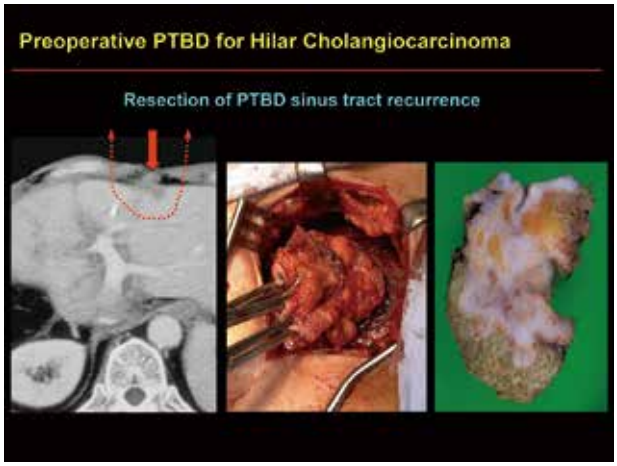
2



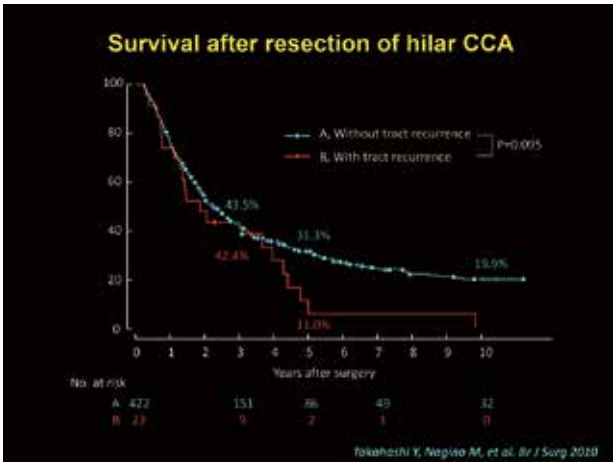
3



4



5

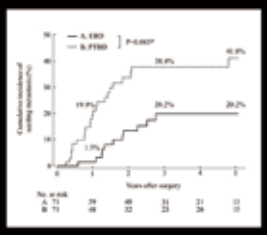


6

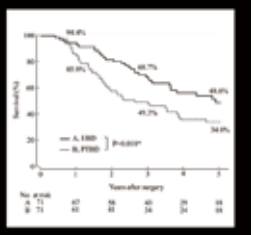
Survival after resection of perihilar CCA: PTBD vs EBD

- Propensity score matching analysis -

Cumulative incidence of seeding metastasis



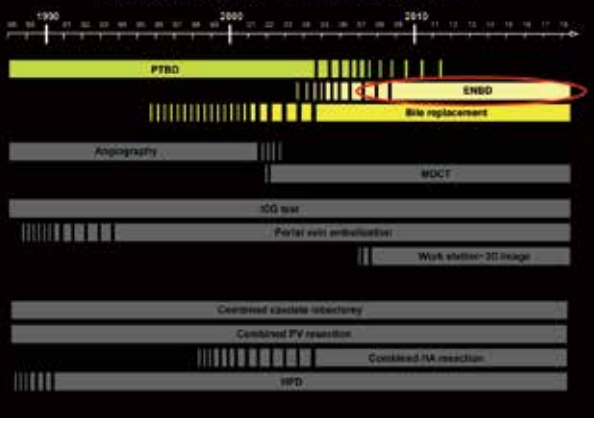
Overall survival



Komaya K, Nagino M, et al., Surgery 2017

7

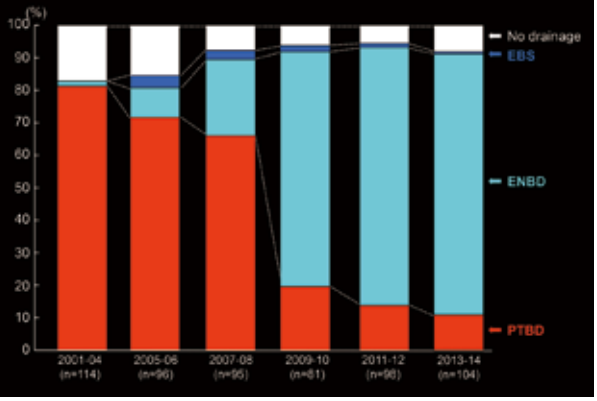
History of surgical treatment of biliary cancer



8

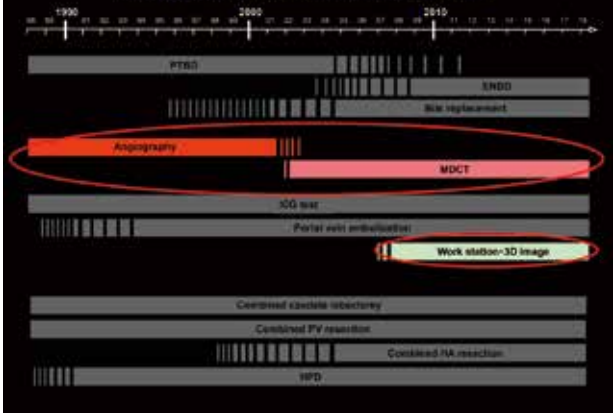
Changes in biliary drainage for hilar cholangiocarcinoma

- n=588, January 2001 ~ December 2014 at Nagoya University Hospital -



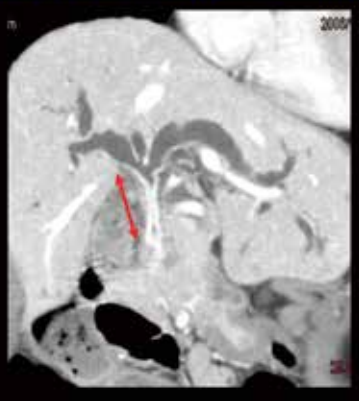
9

History of surgical treatment of biliary cancer



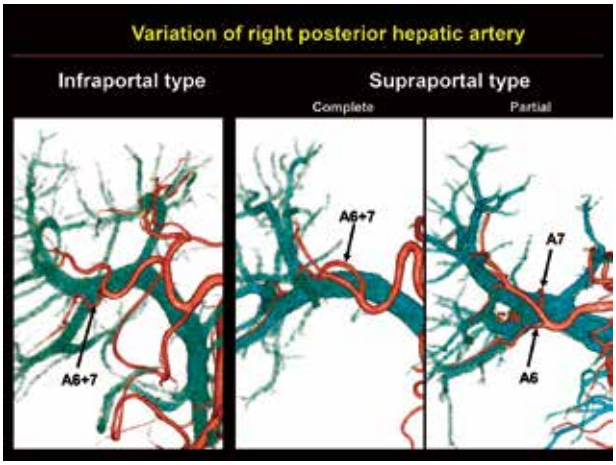
10

Assessment of resectability of perihilar cholangiocarcinoma

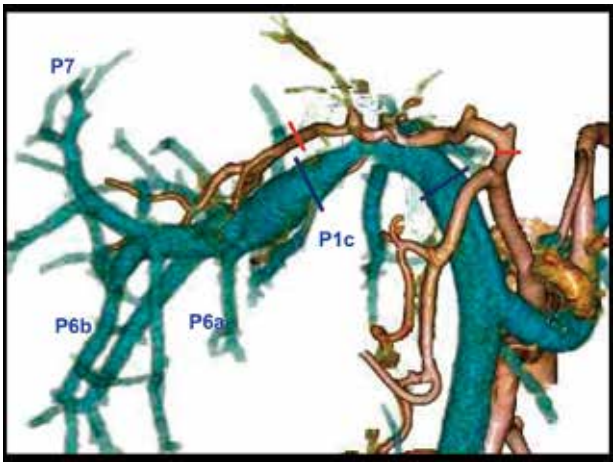


11

Variation of right posterior hepatic artery

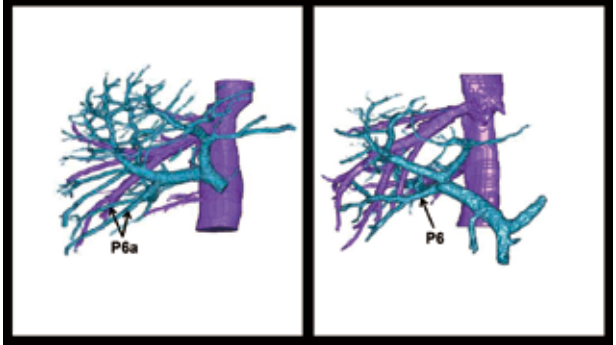


12



13

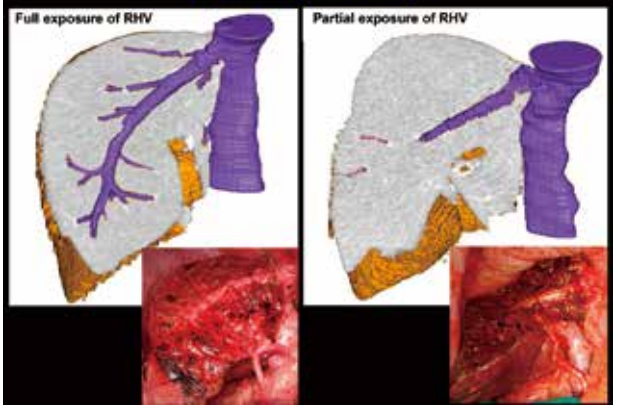
P6 often runs ventrally to the right hepatic vein



14

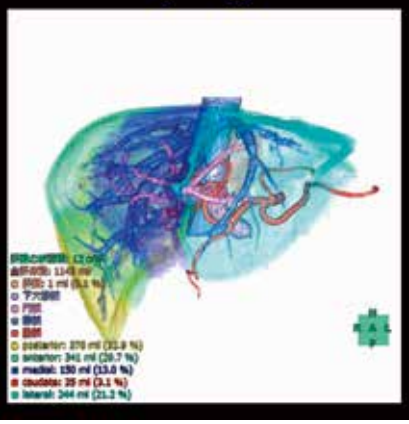
15

Virtual hepatectomy



16

CT Volumetry using work station

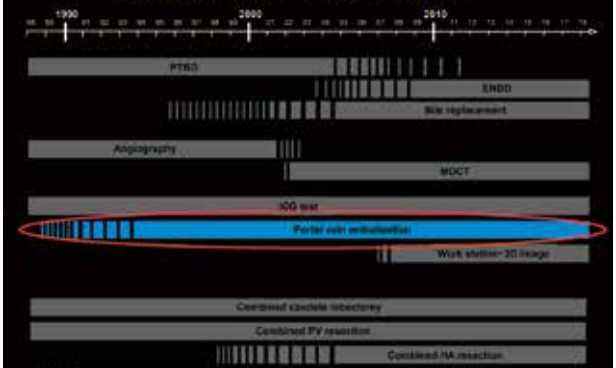


17

MDCT
+
Synapse VINCENT

18

History of surgical treatment of biliary cancer



19

Portal Vein Embolization (PVE)

PVE

- was introduced by Makuuchi in 1980'.
- can induce hypertrophy of nonembolized lobe.
- has potential to increase safety of extended hepatectomy.

20

Portal Vein Embolization (PVE)

Many authors have reported clinical utility of PVE.
However,
No RCT has been conducted.

⬇

Indications for PVE still remain arbitrary.

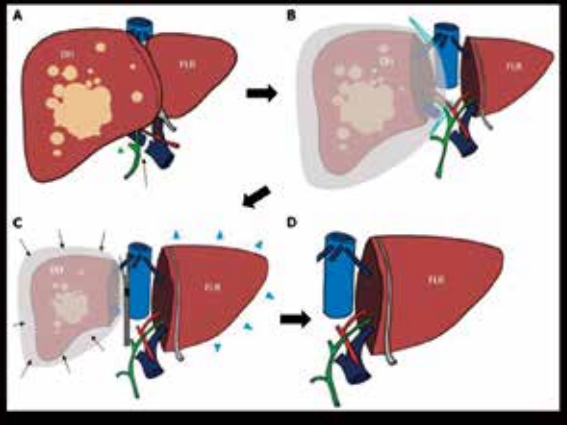
21

Portal Vein Embolization (PVE)

Disease	PVE indication
Liver metastasis Normal liver Simple hepatectomy	> 70% liver resection
Hilar malignancy Injured liver Complicated hepatectomy	> 60% liver resection

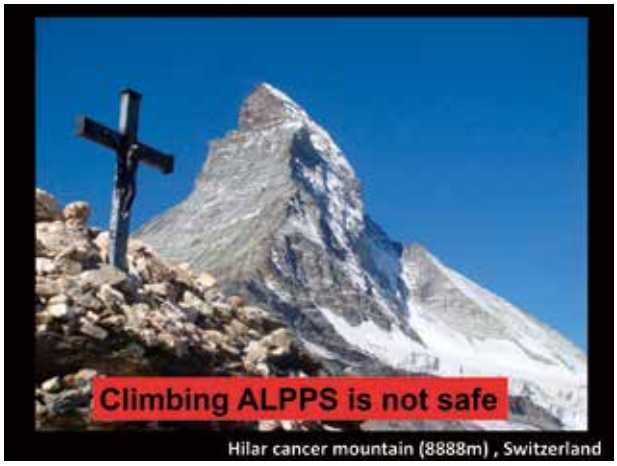
22

ALPPS

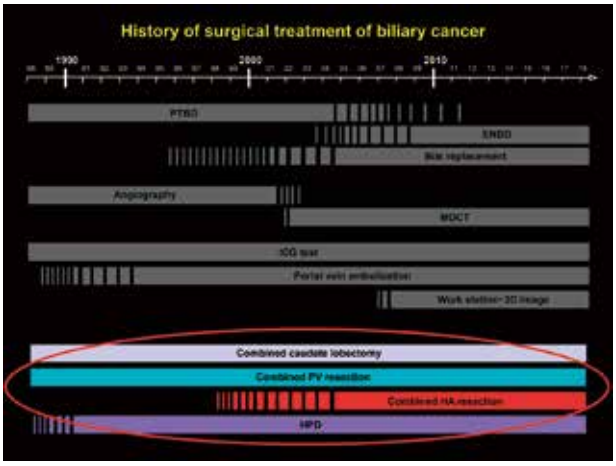


23

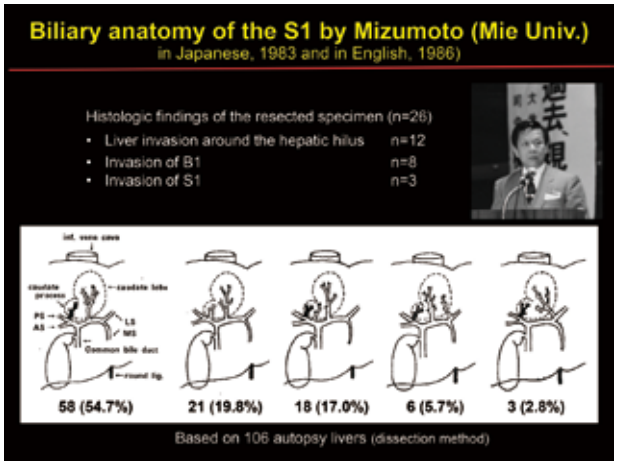
24



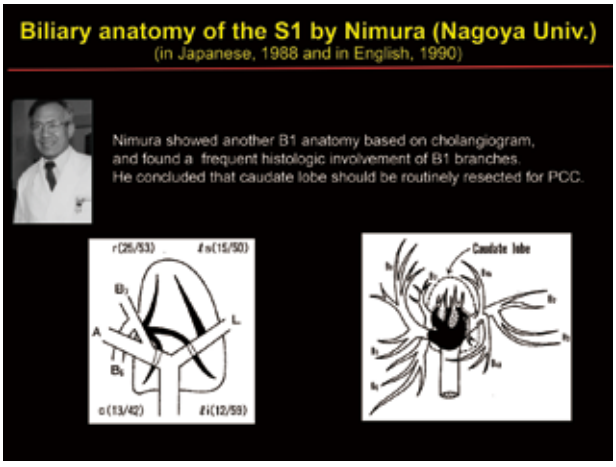
25



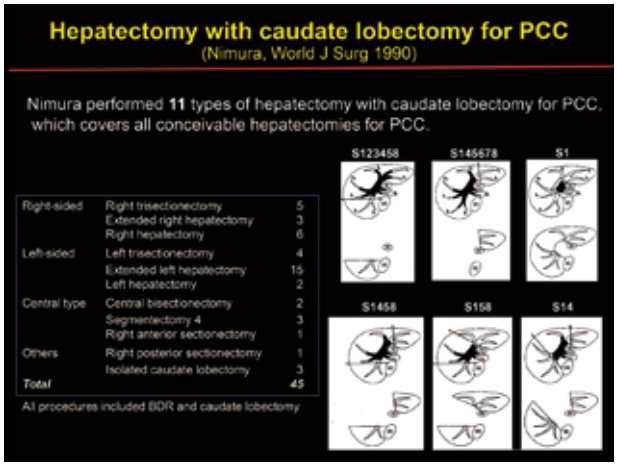
26



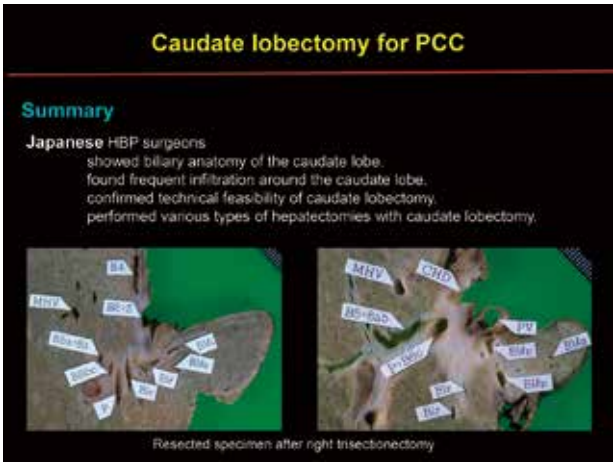
27



28



29

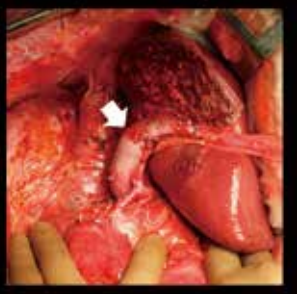


30

Hepatectomy with vascular resection

Left trisectionectomy +PV+ RHA

Right trisectionectomy +PV



31

Hepatectomy with vascular resection

Year	Author	Country	Surgical procedure		Outcome
1965	Kajitani		Right hepatectomy + PV	(n=1)	survived
1973	Longmire		Right trisectionectomy + PV	(n=2)	survived
1974	Fortner		Major hepatectomy + PV	(n=3)	all dead
1981	Tsuzuki		Left hepatectomy + HA-PV	(n=2)	survival
1984	Blumgart		Right trisectionectomy + PV Left hepatectomy + PV	(n=2) (n=1)	survived
1986	Sakaguchi		Right trisectionectomy + PV	(n=8)	1 dead

32

Hepatectomy with vascular resection

Year	Author	Country	Surgical procedure		Outcome
1965	Kajitani		Right hepatectomy + PV	(n=1)	survived
1973	Longmire			(n=2)	survived
1974	Fortner			(n=3)	all dead
1981	Tsuzuki			(n=2)	survival
1984	Blumgart			(n=2) (n=1)	survived
1986	Sakaguchi			(n=8)	1 dead

33

Hepatectomy with vascular resection

Year	Author	Country		Outcome
1965	Kajitani		(n=1)	survived
1973	Longmire		(n=2)	survived
1974	Fortner		(n=3)	all dead
1981	Tsuzuki		Left hepatectomy + HA-PV (n=2)	survival
1984	Blumgart		Right trisectionectomy + PV (n=2) Left hepatectomy + PV (n=1)	survived
1986	Sakaguchi		Right trisectionectomy + PV (n=8)	1 dead

34

Hepatectomy with vascular resection in 1990s

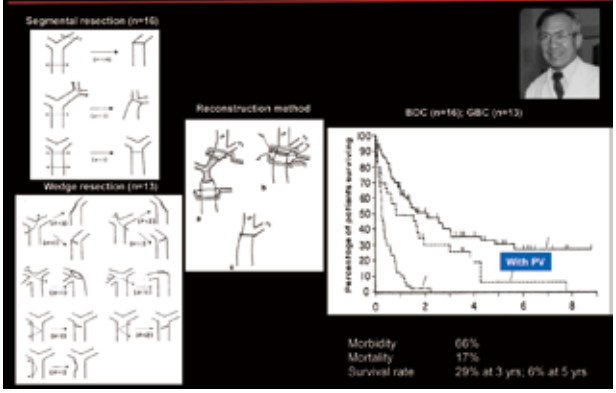
Year	Author	Country	Surgical procedure	Comment
1991	Nimura		PV (n=29)	First large series
1993	Tashiro		PV (n=6)	
1994	Sugiura		PV (n=18), HA (n=4)	Keio multi-center study
1996	Pichlmayar		PV (n=36), HA (n=1), PVHA (n=2)	
1997	Miyazaki		PV (n=34)	Left renal vein graft
1999	Neuhaus		PV (n=23)	Non-touch technique

PV was the main target of vascular resection

35

The First large series of hepatectomy with PV resection

Nimura Y. Combined portal vein and liver resection for carcinoma of the biliary tract. Br J Surg 1991



Morbidity	66%
Mortality	17%
Survival rate	29% at 3 yrs; 6% at 5 yrs

36

Hepatectomy with vascular resection after 2000

Year	Author	Country	Vascular resection	Comment
2000	Lee		PV (n=29), HA (n=4)	
2001	Yamanaka		PV (n=5), HA (n=3), PVHA (n=7)	Feasibility of PVHA resection
2003	Ebata		PV (n=52)	10% survival rate at 5 years
2003	Shimada		PV (n=3), HA (n=6), PVHA (n=6)	Feasibility of PVHA resection
2005	Sakamoto		HA (n=11)	Safety of RHA resection
2006	Hemming		PV (n=26)	Utility of PV resection
2007	Miyazaki		PV (n=34), HA (n=2), PVHA (n=7)	Risk of PVHA resection
2010	Nagino		PV + HA (n=50)	30% survival rate at 5 years

37

Surgical outcome of PCC

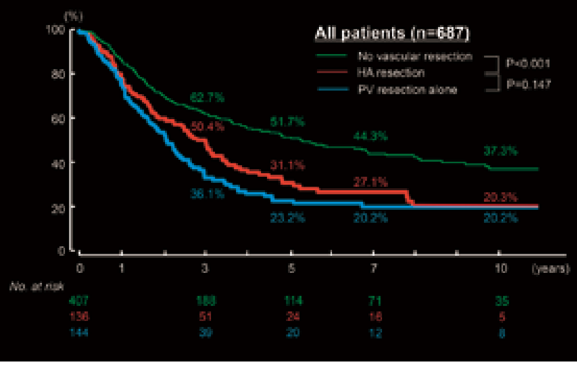
2001 ~2017, Nagoya University Hospital, n=687

	No vascular resection (n=407)	PV resection alone (n=144)	HA resection (n=136)
Time (minutes)	580±122	637±128	715±142
Blood loss (mL)	1355±833	1903±1504	1864±1137
Mortality	4 (1.0%)	5 (3.5%)	4 (2.9%)

38

Survival for hepatectomized pts. with hilar CC

- 2001 ~ 2017 -



39

Hepatectomy with vascular resection

Summary

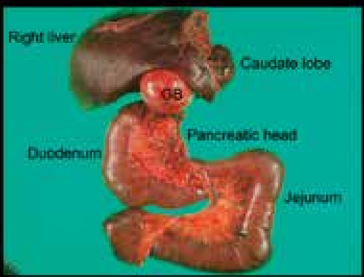
- Resection of the PV or HA was first performed in Japan.
- Subsequent Japanese challenges have confirmed the utility of vascular resection.
- Vascular resection expands the surgical indication of locally advanced BTC.

PV resection alone ➡ RHA resection alone ➡ PV and RHA resection

40

Hepatopancreatoduodenectomy (HPD)

HPD is the most extensive procedure in the biliary field, which removes the entire extrahepatic biliary tree with the surrounding organs.



41

Initial challenges of HPD in Japanese literatures
(1970s – 1980s)

Year	Author	Disease	N	Major Hx	PV	Mortality
1976	Kasumi F [1]	GBC	1	1	0	0
1980	Takasaki K [2]	GBC	5	5	0	3 (60%)
1982	Sugiura Y [3]	GBC	8	8	3	5 (63%)
1983	Nakamura S [4]	GBC	2	2	1	0
1985	Nimura Y [5]	GBC/BDC	5/1	6	0	-
1987	Sugiura Y [6]	GBC	16	16	7	6 (38%)
1987	Nimura Y [7]	GBC	10	8	5	2 (20%)
1988	Hanyu F [8]	GBC	3	3	3	1 (33%)

[illegible]

42

Initial challenges of HPD in Japanese literatures
(1970s – 1980s)

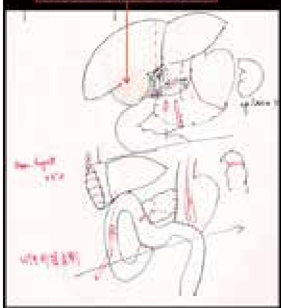
Year	Author	Disease	N	Major Hx	PV	Mortality
1976	**Kasumi F [1]**	**GBC**	**1**	**1**	**0**	**0**
1980	**Takasaki K [2]**	**GBC**	**5**	**5**	**0**	**3 (60%)**
1982	Sugiura Y [3]	GBC	8	8	3	5 (63%)
1983	Nakamura S [4]	GBC	2	2	1	0
1985	Nimura Y [5]	GBC/BDC	5/1	6	0	-
1987	Sugiura Y [6]	GBC	16	16	7	6 (38%)
1987	Nimura Y [7]	GBC	10	8	5	2 (20%)
1988	Hanyu F [8]	GBC	3	3	3	1 (33%)

[illegible]

43

A 68 year-old man with advanced gallbladder cancer

Bulky GBC (9cm) directly invades the liver and duodenum



Date : July 12, **1974**
Drs : Keijiro Kuno, Hori, and Konishi
Procedure : Right Hx + PD (HPD)
Time : 6 hr 25 min
Blood loss : 3270 mL
Pathology : Squamous cell carcinoma
Outcome : Died of disease (Dec 19, 1974)

(provided by Drs. Takahashi and Saiura, Cancer Institute Hospital, Tokyo)

44

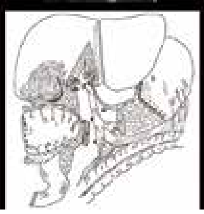
Extended right lobectomy combined with PD for GBC

[illegible]

Ken Takasaki
(Tokyo Women's Medical University)

	Age	Tumor size (cm)	Cause of additional PD	Course
1.	59	3	#12, 13 → panc	Discharge
2.	64	9	#12, 13 → panc	Dead (D30)
3.	57	6	#12, 13 → panc	Dead (D12)
4.	65	9	#12, 13 → panc	Dead (D3)
5.	48	11	#12 → panc/pv	Discharge

60% mortality



45

Challenge for HPD in 1990s

Author	Disease	No	Major Hx	Mortality	MST (months)
Nimura [9]	GBC BDC	14 10	17 (71%)	6 (25%)	GBC 12 BDC 5
Tsukada [10]	GBC BDC	2 5	7 (100%)	2 (29%)	NA
Nakamura [11]	GBC	7	4 (57%)	0	12
Miyagawa [12]	GBC BDC	3 7	9 (90%)	0	NA

[9] Nimura Y et al. Hepatogastroenterology 38: 170-5,1991; [10] Tsukada K et al. Br J Surg 81: 108-10,1994
[11] Nakamura S et al. Arch Surg 129: 625-9,1994; [12] Miyagawa S et al. World J Surg 20: 77-80,1996

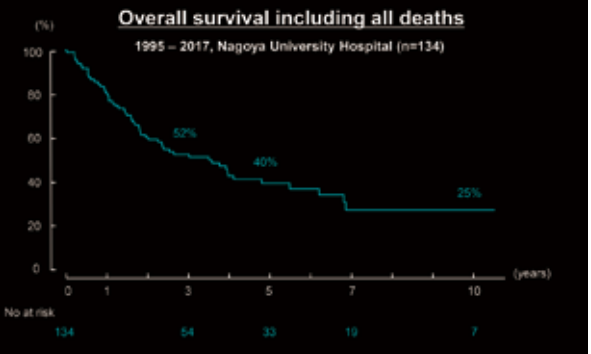
46

Surgical results of HPD after 2000

Author		Disease	No.	Major Hx	Mortality	Survival rate at 5 years
Yoshioka F		GBC	13	8 (62%)	1 (8%)	12%
Miwa S		GBC BDC	9 17	22 (80%)	0	GBC 29% BDC 52%
Kaneoka Y		GBC BDC	10 10	20 (100%)	3 (15%)	GBC 0% BDC 64%
Wakai T		GBC BDC	11 17	28 (100%)	8 (21%)	GBC 9% BDC 12%
Kaneoka Y		BDC	14	13 (93%)	0	50%
Henning AW		GBC BDC	9 15	NA	0	GBC 24% BDC 18%
Ebata T		BDC	85	70 (93%)	2 (2%)	37%
Lim CS		GBC BDC	10 13	23 (100%)	3 (13%)	GBC 10% BDC 22%
Sakamoto Y		GBC BDC	5 14	19 (100%)	1 (5%)	GBC 0% BDC 45%

47

HPD for cholangiocarcinoma



48

HPD for biliary cancer

Summary

- HPD was introduced in Japan and has been employed mainly in Japan even now.
- The morbidity and mortality are still high, although gradually improved.
- Long-term survival is expected, especially in cholangiocarcinoma.

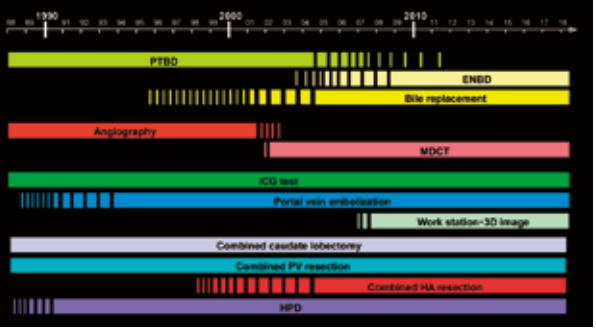
Left trisectionectomy + PD

Right trisectionectomy + PD

49

Conclusion

For the recent 30 years, preoperative management and surgery has much advanced, leading to improvement of surgical outcome of biliary cancer.



50

Conclusion

For the recent 30 years, preoperative management and surgery has much advanced, leading to improvement of surgical outcome of biliary cancer.

Japanese HBP surgeons greatly contributed to initiation, promotion, and standardization of challenging extended resections for biliary cancer.

Kajitani T　Tsuzuki T　Iwasaki Y　Mizumoto R　Takasaki K　Nimura Y

51

52

【膵臓】

30SP-3 Development and Innovation of pancreatic surgery - Lessens from 30years experiences in Japanese Society of HBP Surgery -

Second Department of Surgery, Wakayama Medical University

○ Hiroki Yamaue

When we have looked the development of pancreatic surgery by the efforts of Japanese Society of HBP Surgery (JSHBPS), spirit of innovation by the pioneers should be noticed and paid forward to the next generation.

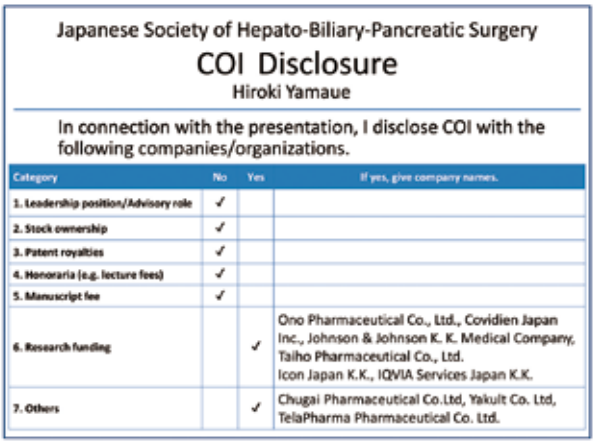
During the 30 years, most exciting development in the field of pancreatic surgery should be the innovation of surgical procedure in terms of toward zero mortality and low incidence of morbidity, and also high incidence of R0 resection, which translates longer survival after surgery. Indeed, the main topics of 1st JSHBPS was how to perform extended pancreatic surgery in 1989, then the topic had continued for several years. Portal vein resection and sometimes arterial resection had been performed in specialized institutions, however, one figured out the poor survival with high incidence of mortality and morbidity after extended surgery. Then, the surgical procedures have been improved in terms of skillful vascular techniques, artery fist approach including mesenteric approach, and anastomotic improvement of pancreaticojejunostomy. In pancreatic head resection, portal vein resection and mesenteric approach should be focused in this lecture according to great efforts of pioneers, and also intraoperative anastomotic techniques and postoperative managements are stressed in recent advance of pancreatic surgery.

In pancreatic body/tail resection, we have to refer the advanced surgery named DP-CAR, distal pancreatectomy with en-block celiac axis resection. DP-CAR is developed for locally advanced pancreas body/tail cancer, and presented longer survival. However, after several publications, DP-CAR has a lot of problems including delayed gastric emptying and severe postoperative complications. Then, a lot of studies have been going on to improve the outcome of this operation.

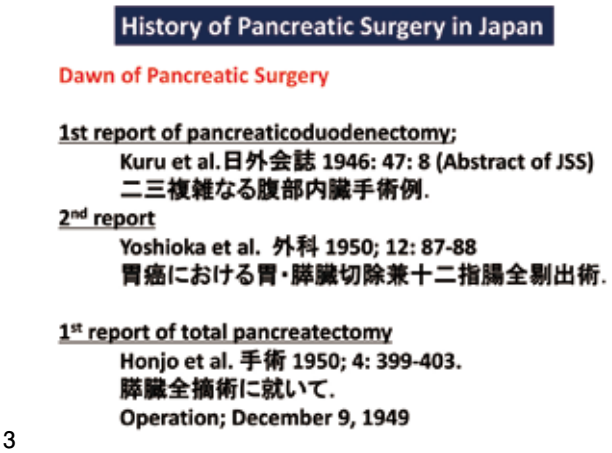
Finally application of minimally invasive surgery (MIS) including laparoscopic and robotic surgery in pancreatic field should be mentioned in this lecture. In distal pancreatectomy, MIS has been becoming a standard procedure with low incidence of morbidity and mortality. However, application of MIS to pancreatic head resection is still debatable and controversial issue. When we have learned the history of MIS in other organs, stomach and colon, MIS will be a standard procedure even in pancreatic head resection.

Learning the great 30 years history of JSHBPS, one should figure out the development and innovation of pancreatic surgery, and future direction of surgical procedures.

1

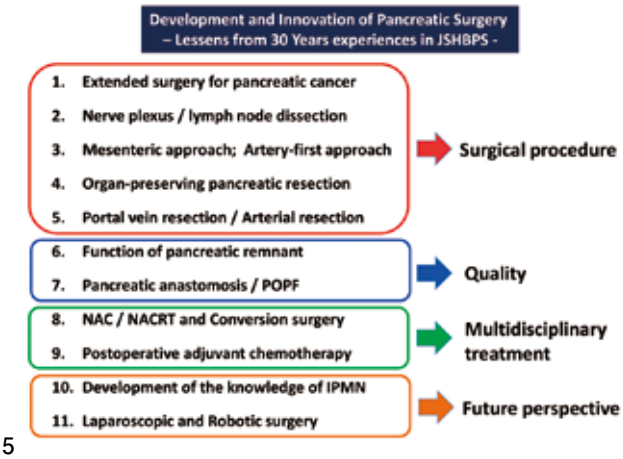


2

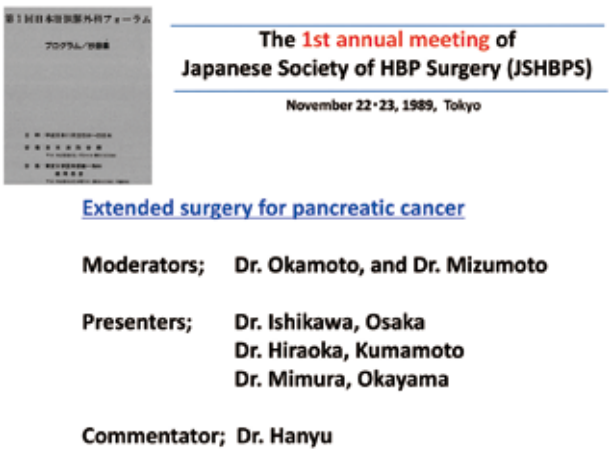


3

4



5

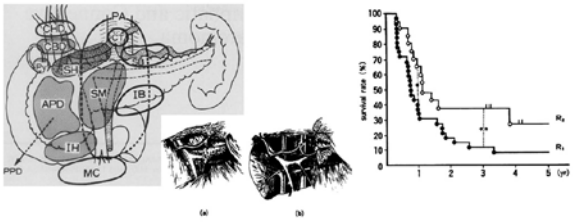


6

Practical Usefulness of Lymphatic and Connective Tissue Clearance for the Carcinoma of the Pancreas Head

Ishikawa et al. *Ann Surg 1988*

OSAMU ISHIKAWA, M.D., HIROAKI OHHIGASHI, M.D., YO SASAKI, M.D., TOSHIYUKI KABUTO, M.D., ICHIROH FUKUDA, M.D., HIROSHI FURUKAWA, M.D., SHINGI IMAOKA, M.D., and TAKESHI IWANAGA, M.D.



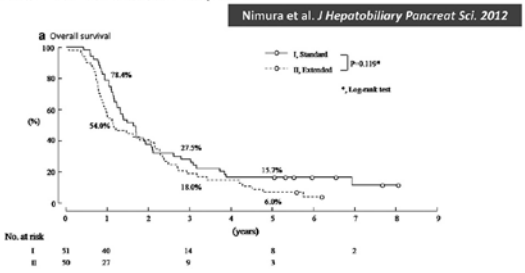
Extended clearance of regional lymph nodes and soft tissue appears to benefit patients with PDAC-head whose tumor size < 4 cm without severe invasion to the retroperitoneal space.

7

Standard versus extended lymphadenectomy in radical pancreatoduodenectomy for ductal adenocarcinoma of the head of the pancreas

Long-term results of a Japanese multicenter randomized controlled trial

Nimura et al. *J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2012*



Extended lymphadenectomy in radical PD; did not benefit long-term survival
high morbidity and poor quality of life

8

Standard versus extended lymphadenectomy in radical pancreatoduodenectomy for ductal adenocarcinoma of the head of the pancreas

Long-term results of a Japanese multicenter randomized controlled trial

Pancreat Sci. 2012

5 RCT; Extended vs. Standard surgery
1 Italy
2 USA
1 Japan
1 Korea

Extended surgery has no benefit for survival

Extended lymphadenectomy … long-term survival
high morbidity and poor quality of life

9

The 2nd annual meeting of
Japanese Society of HBP Surgery (JSHBPS)

November 29・30, 1990, Kanazawa

R0 operation should be one of the necessary conditions for survival

Nerve plexus/lymph node dissection to obtain R0 operation

Moderators; Dr. Mimura, and Dr. Kuroda

Presenters; Dr. Nakayama, Kurume
Dr. Nakao, Nagoya
Dr. Kayahara, Kanazawa

Commentator; Dr. Hanyu and Dr. Ozawa

10

Perineural invasion of carcinoma of the pancreas and biliary tract.

Nagakawa T, Mori K, Nakano T, Kadoya M, Kobayashi H, Akiyama T, Kayahara M, Ohta T, Ueno K, Higashino Y, et al.
Second Department of Surgery, Kanazawa University

Nagakawa et al. *Br J Surg 1993*

R0 operation should be one of the necessary condition for longer survival

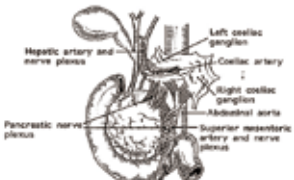


Figure 1 *Nerves in the pancreas and biliary tract. I, First branch of the pancreatic nerve plexus; II, second branch*

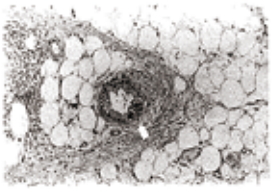


Figure 2 *Extrapancreatic perineural invasion in the retropancreatic fatty tissue (arrow). (Haematoxylin and eosin stain, original magnification ×60)*

The survival rate of patients with perineural invasion was low compared with that of those without such invasion, although survival of patients with perineural invasion tended to be longer after extensive resection.

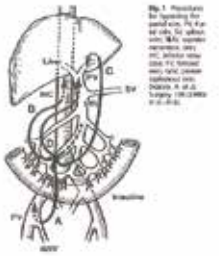
11

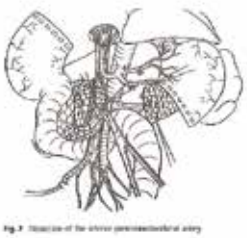
Mesenteric approach for pancreatoduodenectomy

Isolated Pancreatectomy for Pancreatic Head Carcinoma Using Catheter Bypass of the Portal Vein

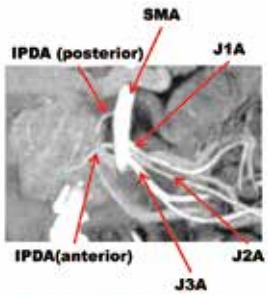
A. Nakao, T. Takagi
Department of Surgery II, Nagoya University School of Medicine, Nagoya, Japan

Nakao et al. *Hepatogastroenterol 1993*



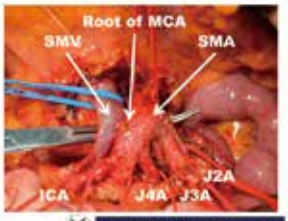


12



Mesenteric approach

Nakao et al. Hepatogastroenterol 1993
Nakao A. Digestive Surg 2016
Hirono, Yamaue et al. *JHBPS 2015*
Hirono, Yamaue et al. *AG Surg 2017*



Wakayama Medical University

13

MAPLE-PD trial

Mission of Young Generation
Development of Surgical Science Generated by Senior

Mesenteric APproach vs. conventionaL approach for pancrEatic cancer during PD

Multicenter Randomized Clinical Trial:
Primary endpoint: Overall survival
Secondary endpoints: Operative time, Blood loss, Transfusion, Complications, R0 rate, Disease-free survival

Accompanying research:
Circulating tumor DNA in portal vein blood during operation

First patient-in on January 15 2017!

Wakayama Medical University

14

The 3rd annual meeting of
Japanese Society of HBP Surgery (JSHBPS)

November 28・29, 1991, Kyoto

The 4th annual meeting of
Japanese Society of HBP Surgery (JSHBPS)

November 26・27, 1992, Tsu, Mie

The 6th annual meeting of
Japanese Society of HBP Surgery (JSHBPS)

November 10・11, 1994, Takarazuka, Hyogo

Organ-preserving pancreatic surgery

Pylorus preserving pancreaticoduodenectomy

15

Appraisal of the Imaizumi modification of the Beger procedure: the TWMU experience

Takashi Hatori · Toshihide Imaizumi · Nobuhiko Harada · Akira Fukuda · Mamoru Suzuki · Fujio Hanyu · Masakazu Yamamoto

Hatori et al. *J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2010*

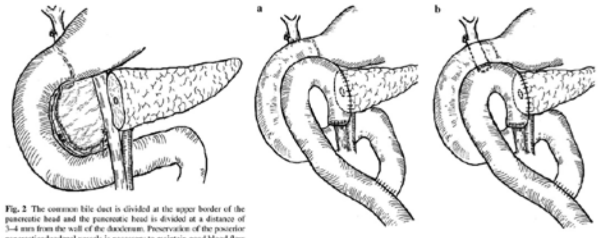


Fig. 2 The common bile duct is divided at the upper border of the pancreatic head and the pancreatic head is divided at a distance of 3–4 mm from the wall of the duodenum. Preservation of the posterior pancreaticoduodenal vessels is necessary to maintain good blood flow in the duodenum

The Imaizumi modification allows for removal of more of the subtotal pancreatic head than in the conventional Beger procedure, including the intrapancreatic bile duct, for chronic pancreatitis with common bile duct stenosis.

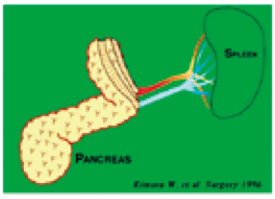
16

Spleen-preserving distal pancreatectomy with conservation of the splenic artery and vein

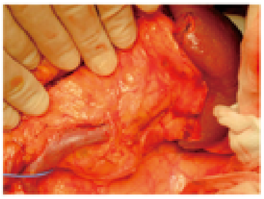
Kimura W, Inoue T, Futakawa N, Shinkai H, Han I, Muto T.

Kimura et al. *Surgery 1996*

Spleen-preserving distal pancreatectomy (SpDP) with conservation of the splenic artery and vein is performed for benign tumors or low-grade malignancies of the body and tail of the pancreas, or for chronic pancreatitis. Kimura et al. were the first to apply this procedure to chronic pancreatitis and neoplastic lesions of the pancreas.

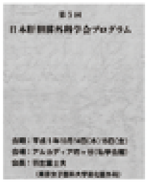


Spleen-preserving distal pancreatectomy with conservation of the splenic artery and vein



The branches from the splenic vein on both sides should be carefully ligated and divided

17



The 5th annual meeting of
Japanese Society of HBP Surgery (JSHBPS)

October 14・15, 1993, Tokyo

Portal vein resection for pancreatic cancer

Moderators; Dr. Suzuki, and Dr. Kumada

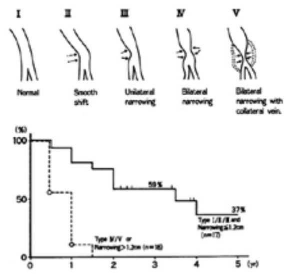
Presenters; Dr. Nakao, Nagoya
Dr. Nagakawa, Kanazawa
Dr. Imaizumi, Tokyo

Commentator; Dr. Ozawa

18

Preoperative Indications for Extended Pancreatectomy for Locally Advanced Pancreas Cancer Involving the Portal Vein

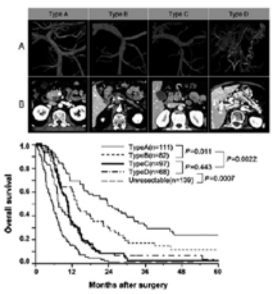
Ishikawa et al. *Ann Surg 1992*



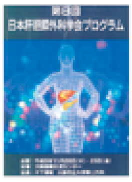
ORIGINAL ARTICLE

Correlation Between Radiographic Classification and Pathological Grade of Portal Vein Wall Invasion in Pancreatic Head Cancer

Nakao et al. *Ann Surg 2012*



19



The 8th annual meeting of
Japanese Society of HBP Surgery (JSHBPS)

November 28・29, 1996, Osaka

Function of pancreatic remnant after PD

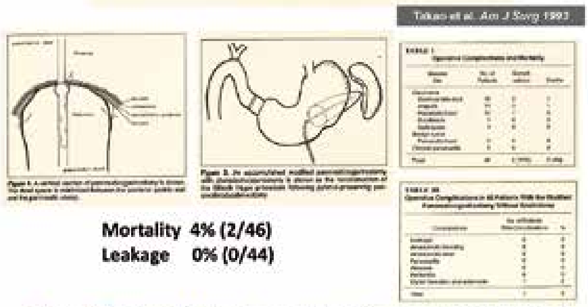
Moderators; Dr. Kato, and Dr. Takada
Commentator; Dr. Saito

1. Exocrine and endocrine function; long-term result
2. Nutritional analysis; short-term and long-term results
3. Pancreatic stent
4. PJ vs. PG

20

Modified Pancreaticogastrostomy Following Pancreaticoduodenectomy

Takao et al. *Am J Surg 1993*



Mortality 4% (2/46)
Leakage 0% (0/44)

PJ vs. PG, Which if better for postoperative pancreatic function?

21

Identification of Risk Factors for Pancreatic Exocrine Insufficiency After Pancreaticoduodenectomy Using a ^{13}C-Labeled Mixed Triglyceride Breath Test

Seiko Hirono · Yoshiaki Murakami · Masaji Tani · Manabu Kawai · Ken-ichi Okada · Kenichiro Uemura · Takeshi Sudo · Yasushi Hashimoto · Naoya Nakagawa · Naru Kondo · Hiroki Yamaue

Wakayama; PJ
Hiroshima; PG

Hirono, Murakami, Yamaue et al. *World J Surg 2015*

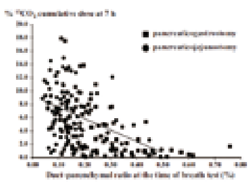


Table 3 The risk factors influencing postoperative pancreatic exocrine insufficiency in patients with pancreaticoduodenectomy by the multivariate analysis

Factors	P value	Odds ratio	95 % confidence interval
Pathological diagnosis, pancreatic cancer	0.567		
Operative procedure, PPPD	0.600		
Reconstruction, pancreaticogastrostomy	0.040	2.321	1.040–5.180
Pancreatic texture, hard	0.003	3.157	1.475–6.758
Adjuvant chemotherapy, yes	0.147		
Follow-up time, ≥24 months	0.559		

Independent pancreatic exocrine insufficiency after PD:
Pancreaticogastrostomy and Hard pancreas

22

The 9th annual meeting of
Japanese Society of HBP Surgery (JSHBPS)

November 20・21, 1997, Tokyo

Pit-fall of vascular resection in pancreatic surgery

Moderators; Dr. Kato, and Dr. Makuuchi
Commentator; Dr. Mishima, and Dr. Tanabe

1. Distal pancreatectomy with en-block celiac axis resection
2. Reconstruction of portal vein using left renal vein graft

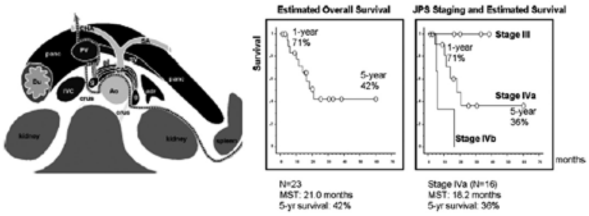
23

ORIGINAL ARTICLES

Distal Pancreatectomy With En Bloc Celiac Axis Resection for Locally Advanced Pancreatic Body Cancer
Long-term Results

Satoshi Hirano, MD, Satoshi Kondo, MD, Takashi Hara, MD, Yoshiyasu Ambo, MD, Eiichi Tanaka, MD, Toshiaki Shichinohe, MD, On Suzuki, MD, and Kazuaki Hazama, MD

Hirano, Kondo et al. *Ann Surg 2007*



24

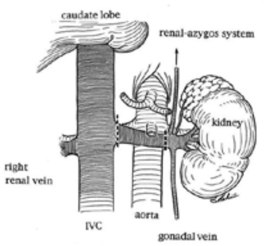
PORTAL VEIN RECONSTRUCTION AT THE HEPATIC HILUS USING A LEFT RENAL VEIN GRAFT

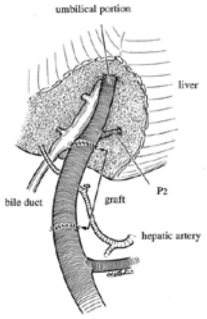
Masaru Miyazaki, M.D., Hiroshi Itoh, M.D., Takashi Kaiho, M.D., Satoshi Ambiru, M.D., Akira Togawa, M.D., Kazuhiro Sasada, M.D., Masayuki Shiobara, M.D., Yoshiaki Shimizu, M.D., Shigeru Yoshioka, M.D., Hiroyuki Yoshitome, M.D., and Nobuyuki Nakajima, M.D.

Miyazaki et al. *JACS 1995*

Renal Function Is Well Maintained after Use of Left Renal Vein Graft for Vascular Reconstruction in Hepatobiliary-Pancreatic Surgery

Suzuki, Miyazaki et al. *JACS 2006*





25

First meeting of combined 3 societies

The 11th annual meeting of
Japanese Society of HBP Surgery (JSHBPS)

May 19-21, 1999, Tokushima

Pit-fall of pancreatic anastomosis

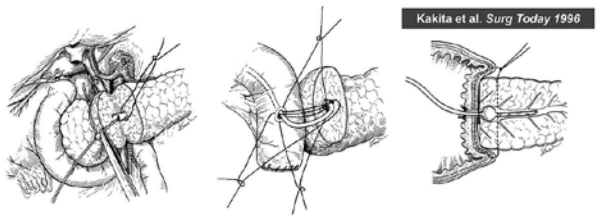
Moderators; Dr. Ogata, and Dr. Ryu
Commentator; Dr. Nakayama

How to reduce pancreatic fistula ?
How to reduce DGE ?

26

A simpler and more reliable technique of pancreatojejunal anastomosis
Kakita A, Takahashi T, Yoshida M, Furuta K.

Kakita et al. *Surg Today 1996*



"Kakita's method": end-to-side style pancreatojejunal anastomosis
First : a drainage tube is inserted into the pancreatic duct
Second : duct-to-mucosa
Third : a seromuscular-parenchymal anastomosis

27

POPF

Randomized clinical trial of external stent drainage of the pancreatic duct to reduce postoperative pancreatic fistula after pancreaticojejunostomy

F. Motoi, S. Egawa, T. Rikiyama, Y. Katayose and M. Unno

Motoi, Unno et al. Br J Surg 2012

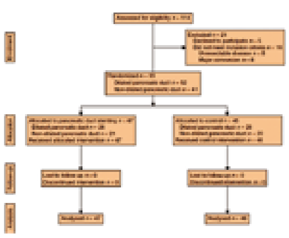


Table 3 Postoperative outcomes

	Stent (n = 47)	No stent (n = 46)	P¶
Mortality	1	0	1·000
Morbidity	27	27	0·903#
Patients without clinical POPF	24 of 44	17 of 36	0·514#
Specific complications			
POPF	7	14	0·067
Clinical POPF†	3	10	0·040
Dilated duct	1 of 26	2 of 26	1·000
Non-dilated duct	2 of 21	8 of 20	0·033
Delayed gastric emptying	6	5	0·777
Surgical-site infection	14	18	0·008#
Wound infection	9	10	0·802
Intra-abdominal abscess	7	7	1·000
Lymph leakage	0	7	0·006
Other‡	14	13	0·871#
Severe complications§	11	11	0·954#

Clinically relevant pancreatic fistula in non-dilated pancreatic duct;
Stent 10 % *vs.* No stent 40 % : P=0.033

28

POPF

A prospective randomized controlled trial of internal versus external drainage with pancreaticojejunostomy for pancreaticoduodenectomy

Masaji Tani, M.D., Manabu Kawai, M.D., Seiko Hirono, M.D., Shinomi Ina, M.D., Motoki Miyazawa, M.D., Atsushi Shimizu, M.D., Hiroki Yamaue, M.D.*

Tani, Yamaue et al. Am J Surg 2010

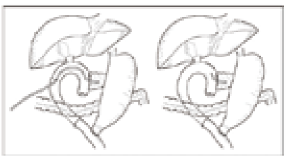


Table 3 Pancreatic texture and pancreatic fistula

	External drainage (n = 50)	Internal drainage (n = 50)	P value
All pancreatic fistulas			
Hard pancreas	6/35 (17.1%)	3/28 (10.7%)	.68
Soft pancreas	4/15 (26.7%)	10/22 (45.5%)	.64
Grades B + C			
Hard pancreas	1/35 (2.9%)	0/28 (0%)	.99
Soft pancreas	2/15 (13.3%)	3/22 (13.6%)	.99

The incidence of pancreatic fistula showed no significant difference between the external drainage group and the internal drainage group.

	External (n=50)	Internal (n=50)	*p-value*
Pancreatic fistula (All grade)	10 (20%)	13 (26)	NS
Pancreatic fistula (Grade B/C)	3 (6%)	3 (6%)	NS
Mortality	1 (2%)	0 (0%)	NS
Postoperative hospital stay*	24 (21-88)	21 (9-163)	0.016

*: day, median (range)

29

DGE

Pylorus Ring Resection Reduces Delayed Gastric Emptying in Patients Undergoing Pancreatoduodenectomy
A Prospective, Randomized, Controlled Trial of Pylorus-Resecting Versus Pylorus-Preserving Pancreatoduodenectomy

Manabu Kawai, MD, Masaji Tani, MD, Seiko Hirono, MD, Motoki Miyazawa, MD, Atsushi Shimizu, MD, Kazuhisa Uchiyama, MD, and Hiroki Yamaue, MD

Kawai, Yamaue et al. *Ann Surg 2011*

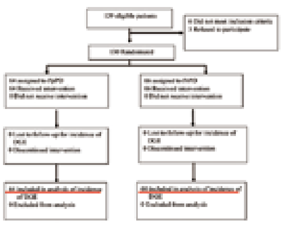


TABLE 2. Delayed Gastric Emptying and Postoperative Course

	PpPD (n = 64)	PrPD (n = 66)	P
Delayed gastric emptying*	11 (17.2%)	3 (4.5%)	0.0244
Grade A	6 (9.4%)	1 (1.5%)	
Grade B	5 (7.8%)	1 (1.5%)	
Grade C	0 (0%)	1 (1.5%)	
Removal of nasogastric catheter, d	0.6 ± 0.9	0.6 ± 1.0	0.9410
Reinsertion of nasogastric catheter	8 (12.5%)	2 (3.0%)	0.0527
Start of solid diet, d	6.5 ± 3.7	5.6 ± 3.3	0.1138
Postoperative hospital stay, d	24.1 ± 14.8	24.3 ± 15.5	0.9305

*Delayed gastric emptying is defined according to the International Study Group of Pancreatic Surgeons.

Delayed gastric emptying;
PpPD 17.2 % *vs.* PrPD 4.5 % : P=0.0244

30

Neoadjuvant Treatment
- NAC
- NACRT

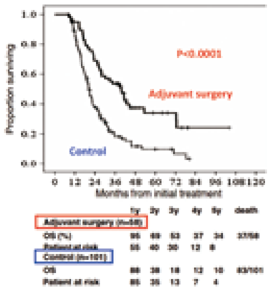
Conversion Surgery

31

Role of adjuvant surgery for patients with initially unresectable pancreatic cancer with a long-term favorable response to non-surgical anti-cancer treatments: results of a project study for pancreatic surgery by the Japanese Society of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery

膵01

Satoi and Project study team of JSHBPS J Hepatobiliary Pancreat Sci 2013



Period from chemotherapy to surgery

More than 240 days (8 months) should be required for longer survival.

32

Postoperative adjuvant chemotherapy

33

Is Postoperative Adjuvant Chemotherapy Useful for Gallbladder Carcinoma?

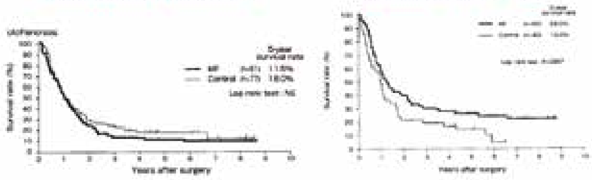
A Phase III Multicenter Prospective Randomized Controlled Trial in Patients with Resected Pancreaticobiliary Carcinoma

First RCT for adjuvant chemotherapy in HBP cancer

Takada et al. *Cancer 2002*

Pancreatic cancer; No difference

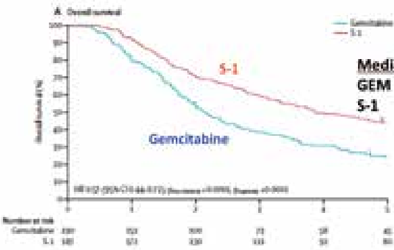
Gallbladder cancer; p=0.0367



34

Adjuvant chemotherapy of S-1 versus gemcitabine for resected pancreatic cancer: a phase 3, open-label, randomised, non-inferiority trial (JASPAC 01)

Uesaka et al. *Lancet 2016*



Median overall survival

GEM	25.5 mo	HR = 0.57
S-1	46.5 mo	

35

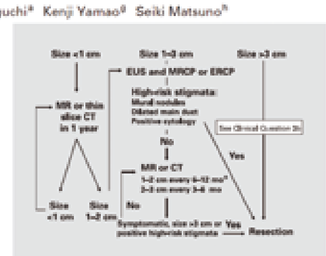
Development of the knowledge of IPMN

36

International Consensus Guidelines for Management of Intraductal Papillary Mucinous Neoplasms and Mucinous Cystic Neoplasms of the Pancreas

Tanaka et al. *Pancreatology 2006*

Masao Tanaka, Suresh Chari, Volkan Adsay, Carlos Fernandez-del Castillo, Massimo Falconi, Michio Shimizu, Koji Yamaguchi, Kenji Yamao, Seiki Matsuno



The International Consensus Guideline first showed the algorithm of treatment for branch duct type IPMN

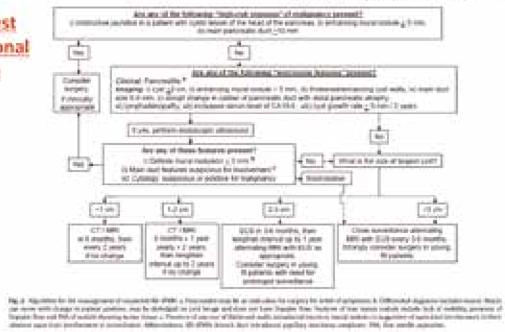
37

Revisions of international consensus Fukuoka guidelines for the management of IPMN of the pancreas

Masao Tanaka, Carlos Fernández-del Castillo, Terumi Kamisawa, Jin Young Jang, Philippe Levy, Takao Ohtsuka, Roberto Salvia, Yasuhiro Shimizu, Minoru Tada, Christopher L. Wolfgang

Tanaka et al. *Pancreatology 2017*

The newest International Guideline



38

Laparoscopic pancreatic surgery

Robotic pancreatic surgery

39

Multicenter comparative study of laparoscopic and open distal pancreatectomy using propensity score-matching

Masafumi Nakamura · Go Wakabayashi · Yoshihiro Miyasaka · Masao Tanaka · Takanori Morikawa · Michiaki Unno · Hiroshi Tajima · Yusuke Kumamoto · Sohei Satoi · Masanori Kwon · Hirochika Toyama · Yonson Ku · Hideyuki Yoshitomi · Satoshi Nara · Kazuaki Shimada · Takahide Yokoyama · Shinichi Miyagawa · Yoichi Toyama · Katsuhiko Yanaga · Tsutomu Fujii · Yasuhiro Kodera · Study Group of JHBPS and JSEPS · Yasuyuki Tomiyama · Hiroaki Miyata · Takeshi Takahara · Toru Beppu · Hiroki Yamaue · Masaru Miyazaki · Tadahiro Takada

Nakamura and Project study team of JSHBPS
J Hepatobiliary Pancreat Sci 2015; 22:731–736

	Odds ratio (LDP/ODP)	95% confidence interval	*P*
Intraoperative transfusion	0.574	0.358 to 0.919	0.020*
POPF-BC	0.575	0.448 to 0.739	<0.001*
Overall morbidity	0.654	0.520 to 0.824	<0.001*

Laparoscopic distal pancreatectomy was associated with more favorable perioperative outcomes than open distal pancreatectomy.

40

Development and Innovation of Pancreatic Surgery
– Lessens from 30 Years experiences in JSHBPS -

1. Extended surgery for pancreatic cancer
2. Nerve plexus / lymph node dissection
3. Mesenteric approach; Artery-first approach
4. Organ-preserving pancreatic resection
5. Portal vein resection / Arterial resection

→ Surgical procedure

6. Function of pancreatic remnant
7. Pancreatic anastomosis / POPF

→ Quality

8. NAC / NACRT and Conversion surgery
9. Postoperative adjuvant chemotherapy

→ Multidisciplinary treatment

10. Development of the knowledge of IPMN
11. Laparoscopic and Robotic surgery

→ Future perspective

41

Development and Innovation of Pancreatic Surgery
– Lessens from 30 Years experiences in JSHBPS -

Mission of Next Generation

Lessons learned from senior

Development of Surgical Science

10. Development of the knowledge of IPMN
11. Laparoscopic and Robotic surgery

→ Future perspective

42

【肝移植】

30SP-4 Living donor liver transplantation over 30 years

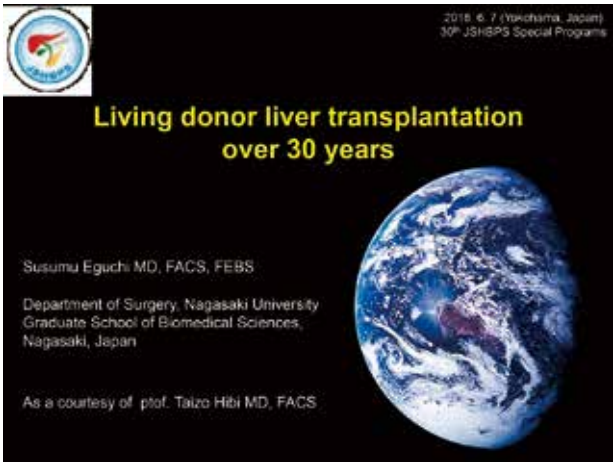
Department of Surgery, Nagasaki University Graduate School of Biomedical Sciences

○ Susumu Eguchi

Both ectopic cadaveric liver transplantation (LT) and the first orthotopic cadaveric liver transplantation were performed at Chiba University in 1964 and in 1968, respectively. In 1965 the Japan Society for Transplantation was established, and an advisory panel for transplantation was set up in 1980 (becoming the Japan Society for LT in 1982). However, controversial issues of brain death diagnosis distanced medical institutions from human LT and led them to put their efforts into only doing tests on animals. Ochiai et al. of Chiba University conducted a study on tacrolimus in 1984 striving to develop an oral preparation. Subsequently, Todo et al. of Kyushu University played a major role in the clinical validation of liver transplantation performed at the University of Pittsburgh.

The first living donor liver transplantation (LDLT) in Japan was performed in 1989 at Shimane Medical College. A procedure using a graft of the left lobe with the caudate lobe and posterior segments of the right lobe was developed at The University of Tokyo. A procedure using a single-segment graft for transplantation in children was developed at Kyoto University. While transplantation from a donor with identical or compatible blood type is common for brain-dead donor liver transplantation, an ABO-incompatible donor is often the only option for living donor liver transplants as well as living donor kidney transplants. Various efforts have been made to overcome such ABO-incompatible transplantation. Keio University reported on injection therapy with steroids, prostaglandin E1, or gabexate mesilate via the portal vein, Kyoto University reported on arterial infusion with a similar agent, and Kyushu University reported on controls with rituximab (anti-CD20 monoclonal antibody)-based treatment excluding local injection therapy. Incompatible blood type is no longer an absolute contraindication to LT owing to the introduction of these therapies.

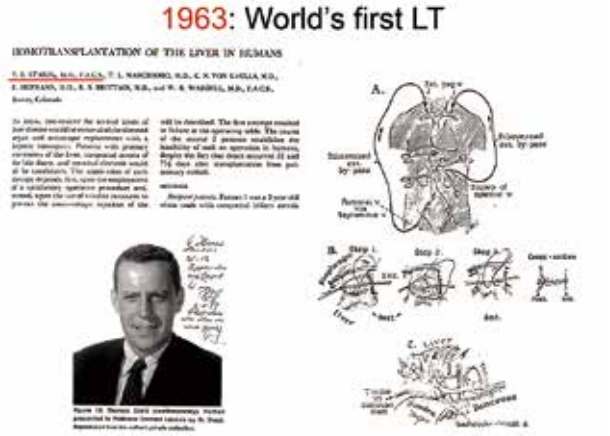
Because of the potential risk for the living liver donor, only Asian countries which still have a limited number of organ donations after brain death have perfected the skill of LDLT and imaging modalities useful for preoperative vascular and biliary system simulation. Thus far, only one death of a living donor has been reported out of more than 6000 LDLT performed in Japan. Although pure laparoscopic living donor hepatectomies have increased in number in the other part of the world, we are still in the state of hybrid (open+lap mobilization) procedure to be in the safer side for living donors.



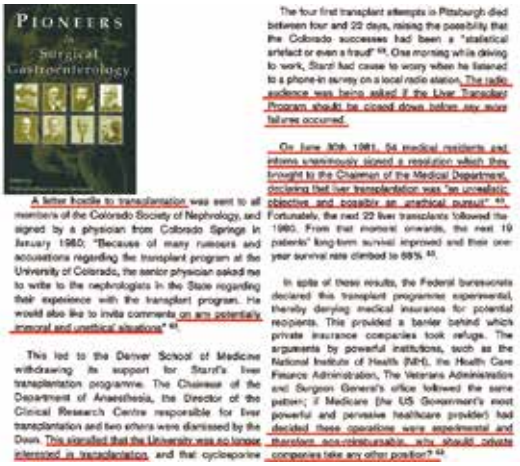
1

2

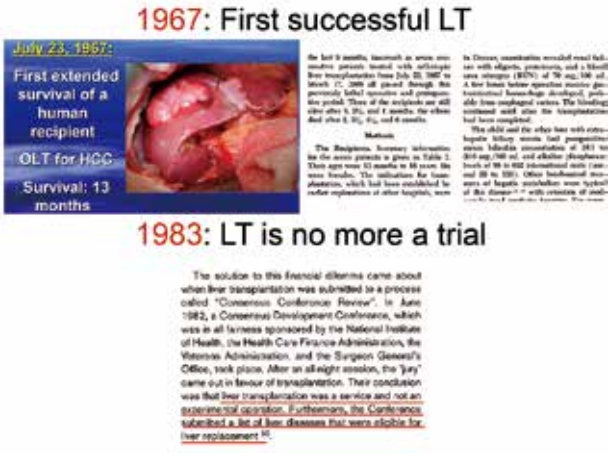
3



4



5



6

The history of liver transplantation

Prof. Ochiai, Chiba Univ.

1963 The 1st LT（Starzl et al.）

1967 The 1st long term survivor（>1Y, Starzl et al.）

azathioprine, prednisone, ALG

1YS < 50%（1968-1980）

1979 cyclosporine（Calne et al.）

1 YS > 70%

1989 tacrolimus（Starzl et al.）

1990s MMF, sirolimus, Anti IL-2 receptor Ab

2000 >4500/Y、1YS 85-90% (UNOS)

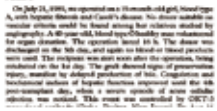
Prof. Todo, Pittsburg Univ.

7

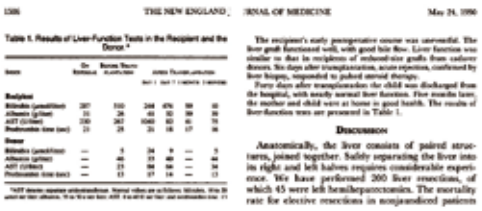
JHBPS 1988

8

1988: First attempt of LDLT in Brazil



1989: First successful LDLT in Australia

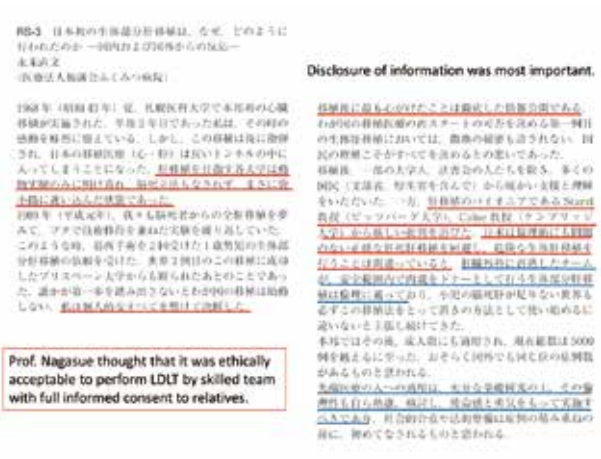


9

The 1st LDLT in Japan in 1989

1989.11.14
<Shimane Medical College>

10



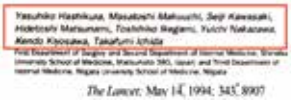
Disclosure of informed consent was most important.

Prof. Nagasue thought that it was ethically acceptable to perform LDLT by skilled team with full informed consent to relatives.

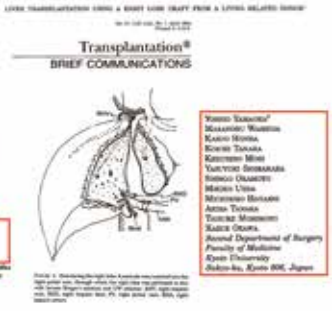
11

1992: World's first adult-to-adult LDLT (Shinshu Univ)

Successful living-related partial liver transplantation to an adult patient

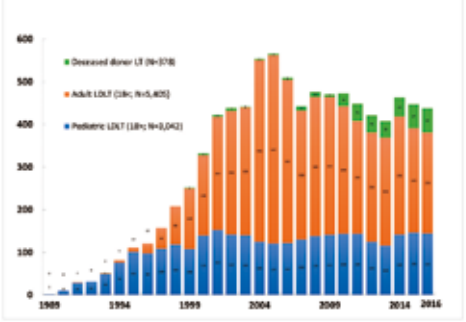


1994: First description of right liver graft (Kyoto Univ)



12

Liver Transplantation in Japan
(1989~2016; n=8,825)



13

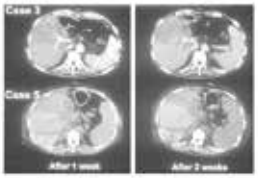
Topics

- From deceased donor to living donor liver transplantation (LDLT): How did it take place?
- Surgical innovations and controversies in LDLT
  - ✓Various types of grafts
  - ✓Vascular/bile duct reconstruction
  - ✓Small-for-size syndrome
  - ✓ABO incompatible
- Current status of LDLT worldwide

14

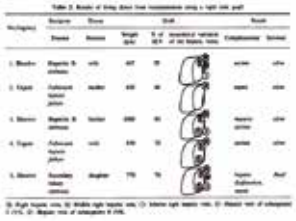
15

1999: Congestion of the right anterior sector in right liver graft (Korea)



Transplantation
BRIEF COMMUNICATIONS

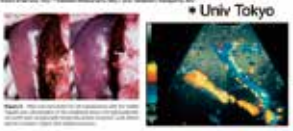
CONGESTION OF RIGHT LIVER GRAFT IN LIVING DONOR LIVER TRANSPLANTATION



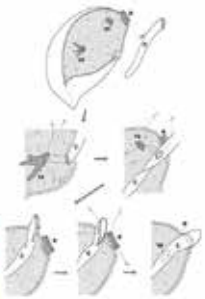
16

Reconstruction techniques of MHV and its tributaries

Evaluation of Hepatic Venous Congestion: Proposed Indication Criteria for Hepatic Vein Reconstruction
Ann Surg 2002
* Univ Tokyo



Vein Reconstruction in Modified Right Liver Graft for Living Donor Liver Transplantation
* Univ Tokyo
Ann Surg 2003

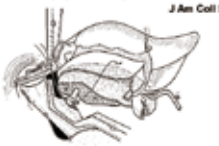


A modified triangular venoplasty for reconstruction of middle hepatic vein tributaries in living donor liver transplantation
AJS 2003, Surgery 2007
* Nagasaki Univ

17

Various types of liver grafts for LDLT

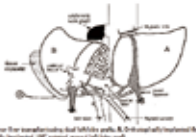
Living-Related Transplantation of Left Liver Plus Caudate Lobe
Univ Tokyo
J Am Coll Surg 2000



RIGHT LATERAL SECTOR GRAFT IN ADULT LIVING-RELATED LIVER TRANSPLANTATION
Sugawara Y et al. Transplantation 2002
Univ Tokyo

LIVING-DONOR LIVER TRANSPLANTATION WITH MONOSEGMENTS
Transplantation 2003
Kyoto Univ

Surgical technique
An adult-to-adult living donor liver transplant using dual left lobe grafts



Asian J Surg 2002
Korea

18

Microsurgical reconstruction: hepatic artery (Kyoto Univ 1992)

THE INTRODUCTION OF MICROVASCULAR SURGERY TO HEPATIC ARTERY RECONSTRUCTION IN LIVING-DONOR LIVER TRANSPLANTATION—ITS SURGICAL ADVANTAGES COMPARED WITH CONVENTIONAL PROCEDURES

Microsurgical reconstruction: bile duct (Taiwan 2009)

Routine Microsurgical Biliary Reconstruction Decreases Early Anastomotic Complications in Living Donor Liver Transplantation

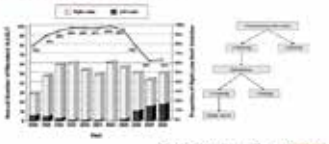
19

Small-for-size syndrome: "Shifting the risk from the donor to the recipient"

"Mesocaval shunt with SMV ligation
France (Lancet 2002)

End-to-Side Portocaval Shunting for a Small-for-Size Graft in Living Donor Liver Transplantation
Kyoto Univ (Liver Transpl 2004)

Portal Pressure <15 mm Hg Is a Key for Successful Adult Living Donor Liver Transplantation Utilizing Smaller Grafts than Before



Kyoto Univ (Liver Transpl 2010)

20

21

Liver transplantation: Japanese contributions

Table 1 Progress in liver transplantation in Japan

1964	Japan's first heterotopic cadaveric liver transplantation (Chiba University)
1965	Founding of the Japan Society for Transplantation (1st Japan Transplant Society meeting)
1968	Japan's first orthotopic cadaveric liver transplantation from a donor after cardiac death (Chiba University)
1980	Establishment of Liver Transplantation Advisory Council
1982	Establishment of Japanese Liver Transplantation Society
1986	Publication of Guidelines for Liver Transplantation (Japanese Liver Transplantation Society)
1989	Japan's first living-donor liver transplantation (pediatric, Shimane Medical University)
1993	The world's first adult-to-adult living-donor liver transplantation (Shinshu University)
1994	The world's first living-donor liver transplantation using a right lobe graft (Kyoto University)
1995	Japan's first auxiliary partial orthotopic liver transplantation (APOLT) (Kyoto University)
1997	Organ transplant law issued, Japan Organ Transplant Network established
1999	The first cadaveric liver transplantation after enforcement of the organ transplant law (Shinshu University)
1999	Japan's first domino liver transplantation (Kyoto University)
2001	Japan's first dual liver transplantation (Kyoto University)
2003	Guidelines for living liver donor surgery (Japanese Liver Transplantation Society) issued
2004	Health insurance for living-donor liver transplantation expanded
2010	Organ transplant law revised, liver transplantation from donors after brain death totaling 100 cases
2013	Liver transplantation from donors after brain death totaling 200 cases
2014	50th annual meeting of the Japan Transplant Society

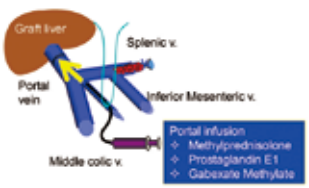
JHBPS 1988

2018

22

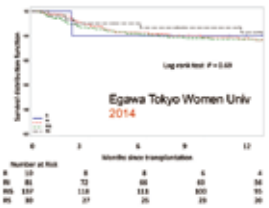
2002: First description of an effective desensitization protocol in ABO incompatible LDLT

INTRAPORTAL INFUSION THERAPY AS A NOVEL APPROACH TO ADULT ABO-INCOMPATIBLE LIVER TRANSPLANTATION
Keio Univ (Transplantation 2002)

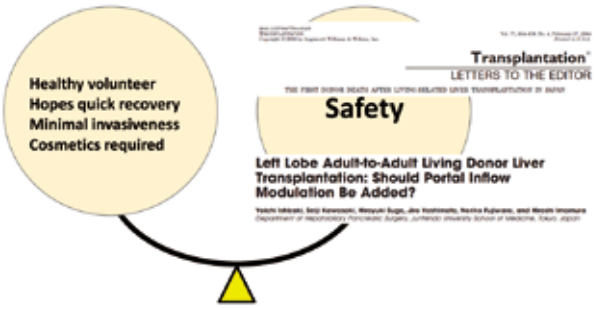


ABO-Incompatible Adult Living Donor Liver Transplantation Under the Desensitization Protocol With Rituximab
Kyushu Univ 2010

Impact of Rituximab Desensitization on Blood-Type-Incompatible Adult Living Donor Liver Transplantation: A Japanese Multicenter Study



Living donor hepatectomy



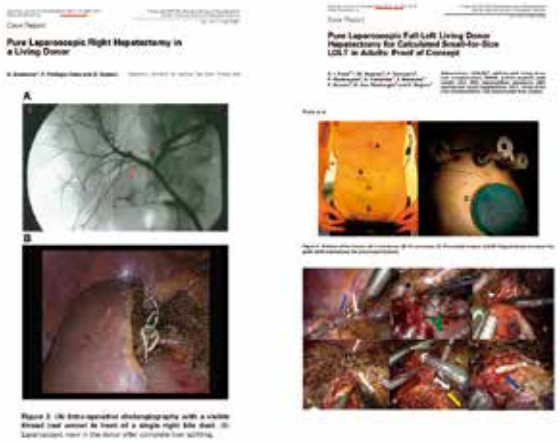
23

Less invasive approach for LD hepatectomy

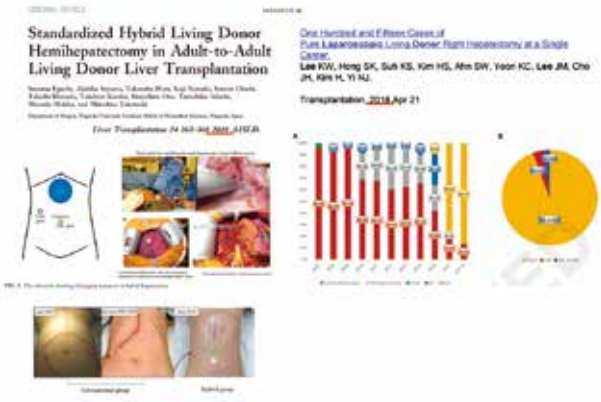
Left lateral lobe harvesting for pediatric LDLT

Right lobe harvesting using HALS

24

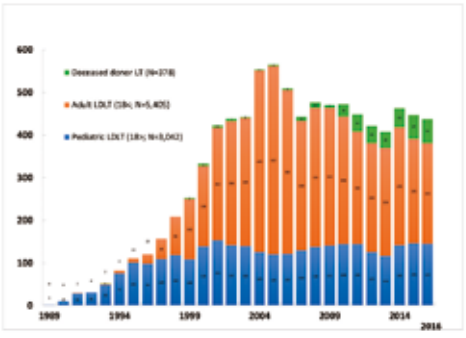


25

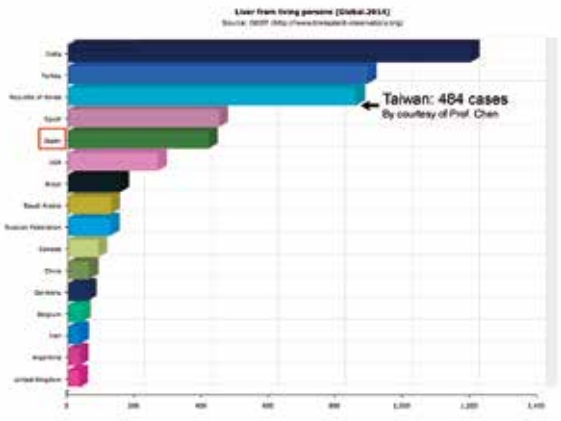


26

Liver Transplantation in Japan
(1989~2016; n=8,825)

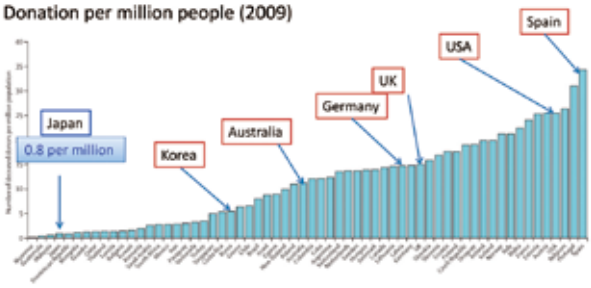


27



28

The number of organ donation



1997 The law implemented
"Brain death is approved only for organ transplantation"

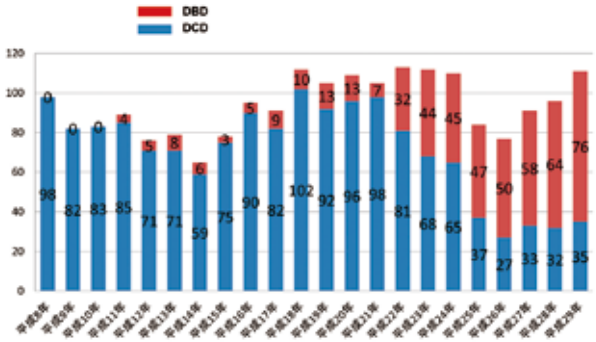
29

The law revised in 2010

The revised law allows for organ procurement from brain-dead individuals, including children, with family consent from subjects who had not previously rejected organ donation.

30

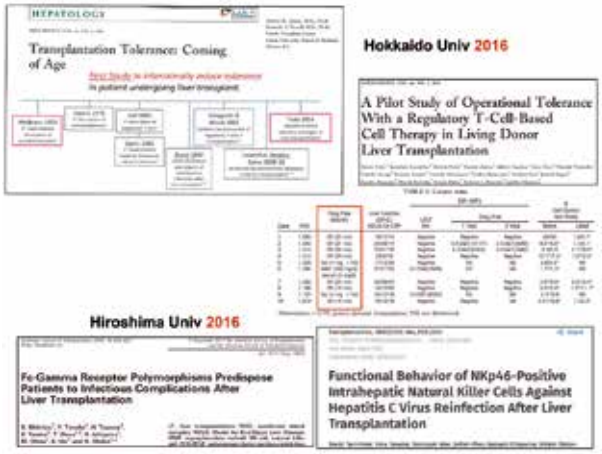
Organ donation from deceased donor in Japan



31

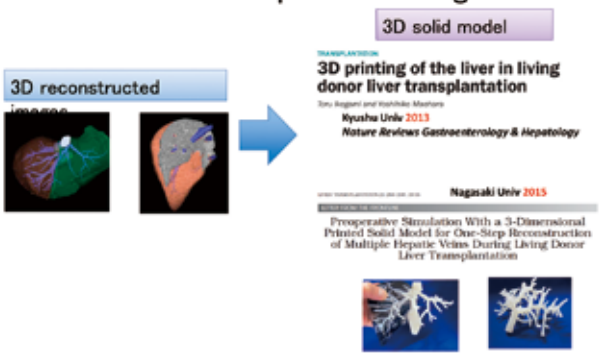
Future perspectives

32



33

Preoperative simulation and intraoperative navigation



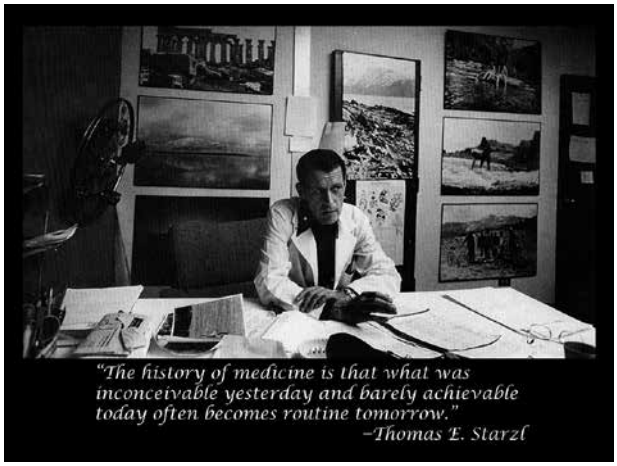
34

Outreach program

35

If I have seen further, it is by standing on the shoulders of Giants.

36



37

資料 3.　各種データ
（会員数推移、専門医・指導医・修練施設関係など）

【本学会概要】

（2018 年 6 月 8 日現在）

一般社団法人日本肝胆膵外科学会
ふりがな / にほんかんたんすいげかがっかい
欧文名 /JAPANESE SOCIETY OF HEPATO-BILIARY-PANCREATIC SURGERY 略称 /JSHBPS
ホームページ /http://www.jshbps.jp/
学術研究領域 / 臨床医学

設立趣旨 / この法人は，肝胆膵の外科に関する総合学術研究の向上発展及び知識の普及並びに国際関連学会との交流を図ることを目的とする。

事業 /
(1) 肝胆膵の外科に関する学術集会の開催
(2) 機関誌の発行
(3) 肝胆膵の外科における高度技能専門医の認定に関する事業
(4) 当法人と類似の事業を目的とする法人及び団体の運営及び活動に関する連絡及び協力
(5) その他，当法人の目的を達成するために必要な事業

沿革 /
1989 年 日本肝胆膵外科フォーラム 発足
1993 年 日本肝胆膵外科学会 設立
2011 年 一般社団法人日本肝胆膵外科学会 設立

会員数 /3,596 名
【構成】正会員：2,058 人、評議員：1,411 人、特別会員：82 人、名誉会員：42 人、名誉理事長：3 名

役員 /25 名
【構成】理事：23 名（内、代表理事 1 名）、監事：2 名

事務局幹事 /2 名

事務局体制 /4 名
【構成】事務局長：1 人、職員：3 名

高難度肝胆膵外科専門医制度関連 /
肝胆膵外科高度技能専門医：261 名
肝胆膵外科高度技能指導医：547 名
高度技能専門医修練施設 A：122 施設
高度技能専門医修練施設 B：121 施設

刊行物（定期刊行物のみ）/
誌名（欧文）：Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences
略称：JHBPS
Impact Factor：2.877
創刊年：1993 年
発行種別：機関誌
使用言語：英語のみ
発行形態：印刷体（年 12 回、1,500 部発行）、e ジャーナル（https://onlinelibrary.wiley.com/journal/18686982）

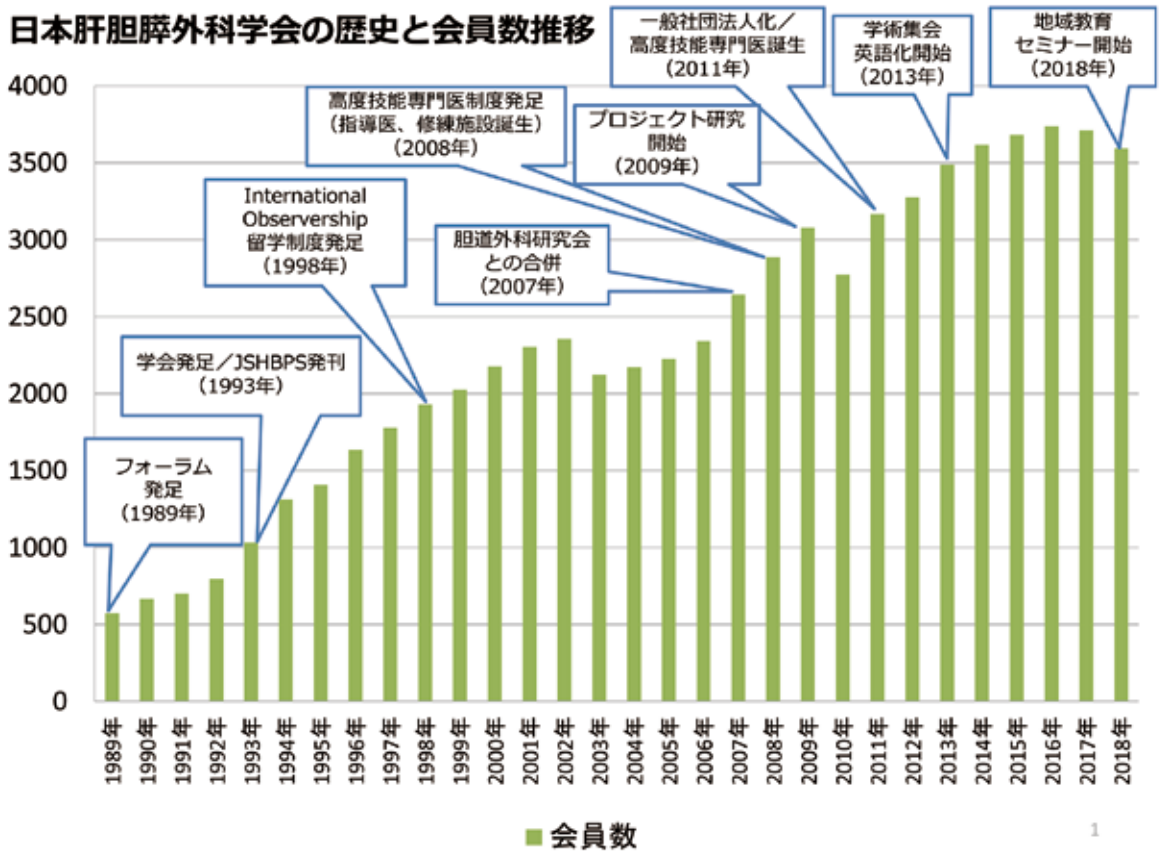
事務局所在 /
住所：〒 162-0065 新宿区住吉町 1 − 15 四ツ谷 TT ビル 3、4 階
TEL：03-6380-4341　FAX：03-3356-4381
E-mail：info＠jshbps.jp

【本学会歴史】

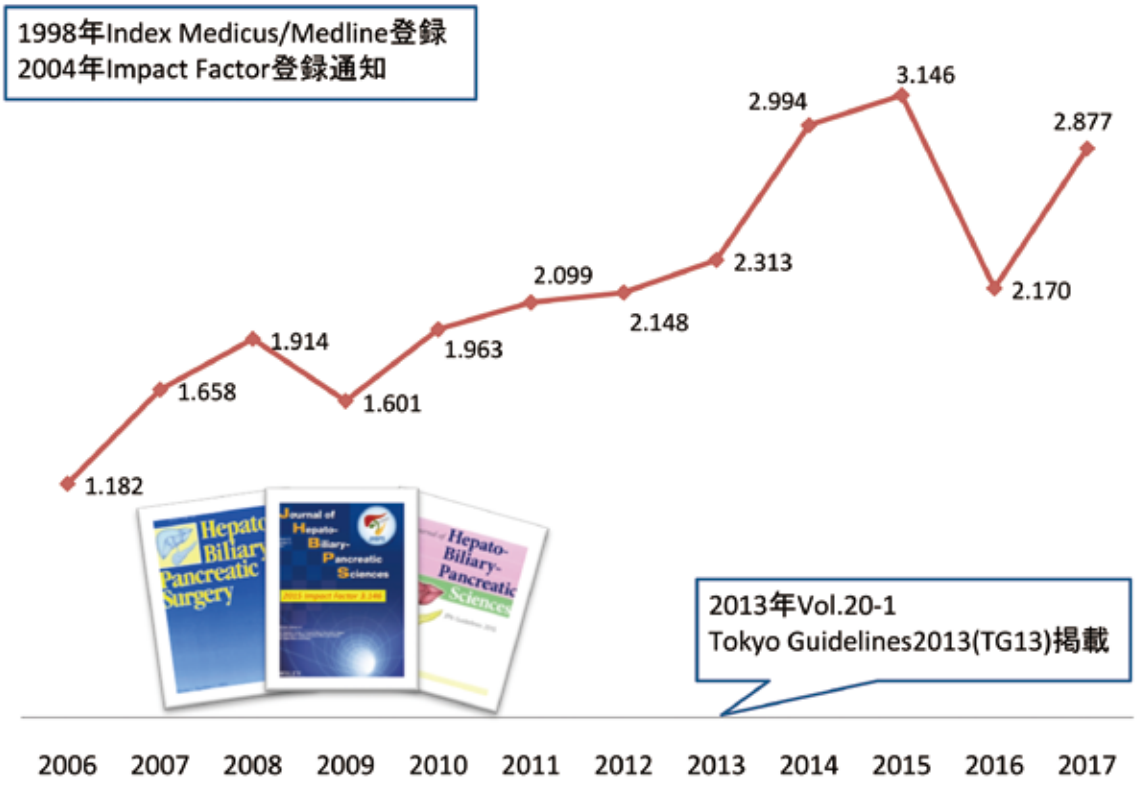
（2018 年 6 月現在）

年（西暦）	年（和暦）	会員数	理事長	重大イベント等
1989 年	平成 1 年	574	不在	フォーラム発足（11/22 付）
1990 年	平成 2 年	666	不在	
1991 年	平成 3 年	701	不在	
1992 年	平成 4 年	795	不在	
1993 年	平成 5 年	1,033	不在	学会発足（10/14 付）、英文機関誌 JHBPS 発刊
1994 年	平成 6 年	1,312	不在	
1995 年	平成 7 年	1,408	羽生富士夫	理事長制が制定
1996 年	平成 8 年	1,633	羽生富士夫	
1997 年	平成 9 年	1,777	羽生富士夫	International Observership 留学制度開始（アメリカ）
1998 年	平成 10 年	1,930	羽生富士夫 / 齋藤洋一	英文機関誌 JHBPS が IndexMedicus に採用
1999 年	平成 11 年	2,027	齋藤洋一	
2000 年	平成 12 年	2,177	齋藤洋一	
2001 年	平成 13 年	2,304	齋藤洋一	
2002 年	平成 14 年	2,357	齋藤洋一 / 高田忠敬	学会賞 / 奨励賞設立
2003 年	平成 15 年	2,123	高田忠敬	
2004 年	平成 16 年	2,173	高田忠敬	・学会事務センター破産（8/17 付） ・専門医制度設立決定
2005 年	平成 17 年	2,228	高田忠敬	
2006 年	平成 18 年	2,341	高田忠敬	
2007 年	平成 19 年	2,645	高田忠敬	日本胆道外科研究会と合併（1/1 付）
2008 年	平成 20 年	2,888	高田忠敬	・高度技能専門医制度発足 ・高度技能指導医と修練施設誕生
2009 年	平成 21 年	3,081	高田忠敬	・高田賞設立 ・理事長賞設立 ・プロジェクト研究開始
2010 年	平成 22 年	2,774	高田忠敬	
2011 年	平成 23 年	3,168	高田忠敬	・一般社団法人として法人化（4/1 付） ・高度技能専門医誕生
2012 年	平成 24 年	3,275	高田忠敬 / 宮崎　勝	
2013 年	平成 25 年	3,489	宮崎　勝	・NCD データを利用した消化器外科領域課題研究開始 ・学術集会国際化開始(2017 年学会で完全英語化を目指す)
2014 年	平成 26 年	3,617	宮崎　勝	腹腔鏡手術における緊急実態調査を行いプレスセミナー開催（3/23 付）
2015 年	平成 27 年	3,684	宮崎　勝	・留学生受け入れ Observership 制度開始（アジア） ・IHPBA/APHPBA と本学会との Joint membership 制度開始 ・症例登録システムへの腹腔鏡下肝切除術（部分切除術と外側区域切除術を含む）を予定する全症例の術前登録制度を肝臓内視鏡外科研究会と共同で開始
2016 年	平成 28 年	3,739	宮崎　勝 / 山本雅一	・Best citation award（高田賞）設立
2017 年	平成 29 年	3,721	山本雅一	・A-PHPBA と本学会との共同学術集会開催（横浜） ・副理事長設置
2018 年	平成 30 年	3,596	山本雅一	・全国 8 地区で地域教育セミナー開催 ・高円宮妃殿下ご臨席のもと 30 周年記念式典開催（横浜）

【会員数推移】



【Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences（JSHBPS）Impact Factor推移】



【歴代理事・監事】

（2018年6月現在）

理事

氏名	勤務先（当時）		
羽生富士夫	東京女子医科大学	フォーラム創設時　常任世話人	初代理事長
齋藤洋一	神戸大学	フォーラム創設時　常任世話人	二代目理事長
森岡恭彦	東京大学	フォーラム創設時　常任世話人	
小澤和恵	京都大学	フォーラム創設時　常任世話人	
岡本英三	兵庫医科大学	フォーラム創設時　常任世話人	
水本龍二	三重大学	フォーラム創設時　常任世話人	
宮崎逸夫	金沢大学	フォーラム創設時　常任世話人	
高田忠敬	帝京大学	フォーラム創設時　幹事	三代目理事長
高崎　健	東京女子医科大学	フォーラム創設時　幹事	
川原田嘉文	三重大学	フォーラム創設時　幹事	
嶋田　紘	横浜市立大学	フォーラム創設時　幹事	
加藤紘之	北海道大学	フォーラム創設時　幹事	
木下博明	大阪市立大学	フォーラム創設時　幹事	
熊田　馨	昭和大学	フォーラム創設時　幹事	
田代征記	徳島大学	フォーラム創設時　幹事	
松野正紀	東北大学	フォーラム創設時　幹事	
跡見　裕	杏林大学	フォーラム創設時　幹事	
山岡義生	京都大学		
里見　進	東北大学		
二村雄次	名古屋大学		
門田守人	大阪大学		
山内英生	国立仙台病院		
永川宅和	金沢大学		
兼松隆之	長崎大学		
角田　司	川崎医科大学		
炭山嘉伸	東邦大学		
幕内雅敏	東京大学		
永井秀雄	茨城県立中央病院		
今泉俊秀	東海大学		
田中雅夫	九州大学		
平田公一	札幌医科大学		
安藤久實	名古屋大学		
安田秀喜	帝京大学		
宮川秀一	藤田保健衛生大学		
宮崎　勝	千葉大学		四代目理事長
杉山政則	杏林大学		
猪股裕紀洋	熊本労災病院		
藤元治朗	兵庫医科大学		
木村　理	山形大学		
小菅智男	三軒茶屋第一病院		
矢永勝彦	東京慈恵会医科大学		

監事

氏名	勤務先		
岡村　純	浜松医科大学	フォーラム創設　監事	
鈴木　敞	山口大学	フォーラム創設　監事	
中山和道	久留米大学	フォーラム創設　監事	
竜　崇正	千葉県がんセンター	フォーラム創設　幹事	
池田靖洋	福岡大学		

【現理事・監事】

（2018 年 6 月現在）

＜理事＞

氏名	勤務先
山本雅一（理事長）	東京女子医科大学消化器外科
山上裕機（副理事長）	和歌山県立医科大学第二外科
榊野正人	名古屋大学大学院医学系研究科腫瘍外科学
太田哲生	金沢大学大学院医学系研究科がん局所制御学
國土典宏	国立研究開発法人　国立国際医療研究センター
鈴木康之	香川大学医学部消化器外科学
吉田雅博	国際医療福祉大学市川病院人工透析センター一般外科
高田泰次	愛媛大学大学院医学系研究科肝胆膵・移植外科学講座
中郡聡夫	東海大学医学部消化器外科
大坪毅人	聖マリアンナ医科大学消化器・一般外科
堀口明彦	藤田保健衛生大学医学部総合外科・膵臓外科
田邉　稔	東京医科歯科大学肝胆膵・総合外科
遠藤　格	横浜市立大学大学院医学研究科消化器病態外科学
海野倫明	東北大学大学院医学系研究科外科病態学消化器外科分野
大段秀樹	広島大学大学院医歯薬保健学研究院応用生命科学部門消化器・移植外科学
平野　聡	北海道大学大学院医学研究科消化器外科学Ⅱ
中村雅史	九州大学大学院医学研究院臨床・腫瘍外科
佐野圭二	帝京大学医学部外科学講座
江口　晋	長崎大学大学院医歯薬学総合研究科移植・消化器外科
永野浩昭	山口大学大学院医学系研究科消化器・腫瘍外科
庄　雅之	奈良県立医科大学消化器・総合外科
大塚将之	千葉大学大学院医学研究院　臓器制御外科学
調　憲	群馬大学医学系研究科病態腫瘍制御学講座肝胆膵外科学分野

＜監事＞

氏名	勤務先
小菅智男	JR 東京総合病院
矢永勝彦	東京慈恵会医科大学外科学講座消化器外科分野

【日本肝胆膵外科学会学術集会会長】

（2018 年 6 月現在）

開催名	会期・会場	会長（当時所属先）	参加人数	演題数
第 1 回 フォーラム	1989 年 11 月 22 ～ 23 日 日本消防会館	会長：森岡　恭彦 （東京大学第一外科）	不明	75
第 2 回 フォーラム	1990 年 11 月 29 ～ 30 日 石川県文教会館	会長：宮崎　逸夫 （金沢大学第二外科）	〃	89
第 3 回 フォーラム	1991 年 11 月 28 ～ 29 日 京都全日空ホテル	会長：小澤　和恵 （京都大学第二外科）	〃	64
第 4 回 フォーラム	1992 年 11 月 26 ～ 27 日 津センターパレス・都ホテル	会長：水本　龍二 （三重大学第一外科）	400	81
第 5 回学会	1993 年 10 月 14 ～ 15 日 アルカディア市ヶ谷	会長：羽生　富士夫 （東京女子医科大学消化器外科）	不明	126
第 6 回学会	1994 年 11 月 10 ～ 11 日 宝塚ホテル	会長：岡本　英三 （兵庫医科大学第一外科）	〃	144
第 7 回学会	1995 年 10 月 26 ～ 27 日 宇部全日空ホテル	会長：鈴木　敞 （山口大学第二外科）	〃	189
第 8 回学会	1996 年 11 月 28 ～ 29 日 大阪国際交流センター	会長：木下　博明 （大阪市立大学第二外科）	〃	232
第 9 回学会	1997 年 11 月 20 ～ 21 日 帝国ホテル	会長：熊田　馨 （昭和大学藤が丘病院外科）	〃	312
第 10 回学会	1998 年 11 月 26 ～ 27 日 四日市市文化会館	会長：川原田　嘉文 （三重大学第一外科）	〃	400
第 11 回学会	1999 年 5 月 19 ～ 21 日 ホテルクレメント徳島	会長：田代　征記 （徳島大学第一外科）	〃	512
第 12 回学会	2000 年 5 月 17 ～ 19 日 名古屋マリオットアソシアホテル	会長：真辺　忠夫 （名古屋市立大学第一外科）	〃	787
第 13 回学会	2001 年 6 月 21 ～ 23 日 仙台国際センター	会長：山内　英生 （国立仙台病院）	〃	787
第 14 回学会	2002 年 4 月 25 ～ 29 日 京王プラザホテル	会長：高崎　健 （東京女子医大消化器病センター）	〃	1431
第 15 回学会	2003 年 5 月 14 ～ 16 日 金沢日航ホテル	会長：永川　宅和 （金沢大学保健学科）	1500	800
第 16 回学会	2004 年 5 月 12 ～ 14 日 大阪グランキューブ	会長：大柳　治正 （近畿大学第二外科）	不明	629
第 17 回学会	2005 年 6 月 8 ～ 10 日 パシフィコ横浜	会長：嶋田　紘 （横浜市立大学第二外科）	1322	757
第 18 回学会	2006 年 5 月 10 ～ 12 日 ホテルニューオータニ	会長：炭山　嘉伸 （東邦大学第三外科）	1009	812
第 19 回学会	2007 年 6 月 6 ～ 8 日 パシフィコ横浜	会長：今泉　俊秀 （東海大学消化器外科）	1200	830
第 20 回学会	2008 年 5 月 28 ～ 30 日 山形国際ホテル	会長：木村　理 （山形大学第一外科）	1340	859
第 21 回学会	2009 年 6 月 10 ～ 12 日 名古屋国際会議場	会長：野浪　敏明 （愛知医科大学消化器外科）	1573	1100
第 22 回学会	2010 年 5 月 26 ～ 28 日 仙台国際センター	会長：海野　倫明 （東北大学病院肝胆膵外科）	1705	1261
第 23 回学会	2011 年 6 月 8 ～ 10 日 京王プラザホテル	会長：青木　達哉 （東京医科大学第三外科）	1794	1258
第 24 回学会	2012 年 5 月 30 ～ 6 月 1 日 大阪国際会議場	会長：藤元　治朗 （兵庫医科大学外科学第一）	1948	1404
第 25 回学会	2013 年 6 月 12 ～ 14 日 ホテル東日本宇都宮	会長：窪田　敬一 （獨協医科大学医学第二外科）	2007	1426
第 26 回学会	2014 年 6 月 11 ～ 13 日 和歌山県民文化会館・ホテルアバローム紀の国	会長：山上　裕機 （和歌山県立医科大学第二外科）	2075	1544
第 27 回学会	2015 年 6 月 11 ～ 13 日 ホテルグランパシフィック LE DAIBA	会長：金子　弘真 （東邦大学医学部外科）	2049	1454
第 28 回学会	2016 年 6 月 2 ～ 4 日 大阪国際会議場	会長：權　雅憲 （関西医科大学外科学）	2181	1420
第 29 回学会	2017 年 6 月 7 日～ 10 日 パシフィコ横浜	会長：山本　雅一 （東京女子医科大学消化器外科）	2492	1586
第 30 回学会	2018 年 6 月 7 日～ 9 日 パシフィコ横浜	会長：遠藤　格 （横浜市立大学消化器・腫瘍外科）	2140	1217
第 31 回学会	2019 年 6 月 13 日～ 15 日 かがわ国際会議場	会長：鈴木　康之 （香川大学医学部消化器外科）	–	–
第 32 回学会	2020 年 6 月 12 日～ 14 日 京王プラザホテル	会長：土田　明彦 （東京医科大学消化器・小児外科）	–	–
第 33 回学会	2021 年	会長：久保　正二 （大阪市立大学肝胆膵外科）	–	–

【日本胆道外科研究会当番世話人】

開催名	会期・会場	当番世話人（当時所属先）
第１回	1977 年４月３日　東京都全共連ビル	草間　悟　（東京大学第一外科）
第２回	1977 年 10 月 17 日　京都市京都会館	日笠頼則　（京都大学第二外科）
第３回	1978 年４月６日　大博多ホール	中山文夫　（九州大学第一外科）
第４回	1978 年 10 月 18 日　中電ホール	近藤達平　（名古屋大学第二外科）
第５回	1978 年６月２日　共済ホール	葛西洋一　（北海道大学第一外科）
第６回	1978 年 10 月 14 日　日経ホール	代田明郎　（日本医科大学第一外科）
第７回	1978 年４月６日　仙台市民会館ホール	佐藤寿雄　（東北大学第一外科）
第８回	1980 年 10 月 20 日　宮崎県医師会館	香月武人　（宮崎医科大学第一外科）
第９回	1981 年４月 10 日　経団連ホール	杉浦光雄　（順天堂大学第二外科）
第 10 回	1981 年 10 月 12 日　島根県民会館中ホール	中瀬　明　（島根医科大学第一外科）
第 11 回	1982 年４月５日　日本都市センター	羽生富士夫　（東京女子医科大学消化器病センター）
第 12 回	1983 年５月 27 日～ 28 日　金沢市文化ホール	宮崎逸夫　（金沢大学第二外科）
第 13 回	1984 年５月 11 日～ 12 日　岡山プラザホテル	折田薫三　（岡山大学第一外科）
第 14 回	1985 年５月 10 日～ 11 日　長崎新聞社文化ホール	土屋涼一　（長崎大学第二外科）
第 15 回	1986 年５月 16 日～ 17 日　東京医科歯科大学５号館	三島好雄　（東京医科歯科大学第二外科）
第 16 回	1987 年５月 20 日～ 21 日　神戸国際会議場	齋藤洋一　（神戸大学第一外科）
第 17 回	1988 年５月 13 日～ 14 日　宇都宮市文化会館	田島芳雄　（獨協医科大学第二外科）
第 18 回	1989 年５月 12 日～ 13 日　津リージョンプラザ	水本龍二　（三重大学第一外科）
第 19 回	1990 年５月 25 日～ 26 日　筑波大学大学会館	岩崎洋治　（筑波大学臨床医学系外科）
第 20 回	1991 年５月 17 日～ 18 日　京都全日空ホテル	小澤和恵　（京都大学医学部第二外科）
第 21 回	1992 年５月 28 日～ 29 日　北海道大学学術交流会館	内野純一　（北海道大学医学部第一外科）
第 22 回	1993 年５月 13 日～ 14 日　佐賀市文化会館	久次武晴　（佐賀医科大学外科）
第 23 回	1994 年５月 26 日～ 27 日　日本消防会館	都築俊治　（慶應義塾大学外科）
第 24 回	1995 年５月 25 日～ 26 日　熊本県立劇場	宮内好正　（熊本大学第一外科）
第 25 回	1996 年５月 23 日～ 24 日　アルカディア市ヶ谷	中村光司　（東京女子医科大学消化器外科）
第 26 回	1997 年５月 29 日～ 30 日　和歌山市民会館	谷村　弘　（和歌山県立医科大学第二外科）
第 27 回	1998 年５月 14 日～ 15 日　パシフィコ横浜	柿田　章　（北里大学医学部外科）
第 28 回	1999 年５月 19 日～ 21 日　ホテルクレメント徳島	田代征記　（徳島大学外科）
第 29 回	2000 年５月 17 日～ 19 日　マリオネットアソシアホテル	高田忠敬　（帝京大学外科）
第 30 回	2001 年６月 21 日～ 23 日　仙台国際センター	大内清昭　（東北大学第一外科）
第 31 回	2002 年４月 25 日～ 29 日　京王プラザホテル	高崎　健　（東京女子医科大学消化器外科）
第 32 回	2003 年５月 14 日～ 16 日　金沢日光ホテル	高島茂樹　（金沢大学一般消化器外科）
第 33 回	2004 年５月 12 日～ 14 日　大阪国際会議場	浦上　淳　（川崎医科大学消化器外科）
第 34 回	2005 年６月８日～ 10 日　パシフィコ横浜	吉川達也　（東京女子医科大学消化器病センター）
第 35 回	2006 年５月 10 日～ 12 日　ホテルニューオータニ東京	草野満夫　（昭和大学一般消化器外科）

【名誉創立者・名誉理事長・名誉会員・特別会員】（五十音順、敬称略）

（2018 年 6 月現在）

創立者・名誉理事長・名誉会員

	会員名
創立者	高田忠敬
名誉理事長	齋藤 洋一、高田 忠敬、宮崎 勝
名誉会員	青木 達哉、跡見 裕、安藤 久實、今泉 俊秀、大柳 治正、岡村　純、岡本 英三、小澤 和惠、加藤 紘之、金子弘真、兼松 隆之、川原田 嘉文、木下 博明、熊田 馨、嶋田　紘、鈴木　敞、炭山 嘉伸、高崎 健、中山 和道、永井 秀雄、永川 宅和、田代 征記、田中 雅夫、二村 雄次、野浪 敏明、橋爪　誠、平田 公一、藤井秀樹、幕内 雅敏、松野 正紀、真辺 忠夫、水本 龍二、宮川 秀一、宮崎 逸夫、森岡 恭彦、門田 守人、安田 秀喜、山岡 義生、山内 英生、竜 崇正

特別会員

会員名
青木 春夫、浅野 武秀、有井 滋樹、有馬 榮德、安藤 博、飯田　太、池田 靖洋、石川 羊男、石田 清、磯野 可一、出月 康夫、今岡 真義、今村 正之、碓井 貞仁、内野 純一、内村 正幸、遠藤 光夫、岡島 邦雄、岡 正朗、尾形 佳郎、小野 慶一、冲永 功太、尾本 良三、柿田 章、掛川 暉夫、香月 武人、門脇 淳、金澤 曉太郎、加納 宣康、河野 信博、北島 政樹、木南 義男、木下 壽文、木村 幸三郎、小池 明彦、具　英成、草野 満夫、黒田 慧、黒田 嘉和、小池 正、小暮 洋暉、小玉 正智、後藤 満一、小林 展章、小林 迪夫、斎藤 和好、榊原 宣、迫田 晃郎、佐治 重豊、佐竹 克介、信田 重光、島津 元秀、清水 武昭、菅原 克彦、杉浦 芳章、鈴木 範美、曽和 融生、高尾 尊身、高木 弘、高橋 俊雄、田島 芳雄、田尻 孝、立川 勲、田中　聰、谷村 弘、塚本 長、塚田 一博、辻 政彦、土屋 凉一、土屋 周二、都築 俊治、角田 司、藤堂 省、土肥 雪彦、戸谷 拓二、中尾 量保、中尾 昭公、中川原 儀三、中島 祥介、中野 博重、長町 幸雄、中山 文夫、鍋谷 欣市、橋本 大定、長谷川 博、馬塲 正三、浜野 恭一、比企 能樹、久次 武晴、平岡 武久、深尾 立、藤巻 雅夫、二川 俊二、船曳 孝彦、古川 正人、松下 通明、松代 隆、松本 由朗、丸山 雄三、三樹 勝、三富 利夫、三穂 乙寛、三村 久、宮内 好正、宮崎 耕治、武藤 良弘、元木 良一、安富 正幸、山川 達郎、山口 幸二、山口 晋、山崎 晋、吉川 達也、吉田 奎介、由良 二郎

海外名誉会員

Name
Hans G. Beger、Jacques Belghiti、Henri Bismuth、Miin-Fu Chen、Daniel Cherqui、Dong-Wook Choi、Michael B. Farnell、Sheung Tat Fan、John M. Howard、Tsann-Long Hwang、Palepu Jagannath、Hong-Jin Kim、Sun-Whe Kim、Sung-Gyu Lee、Nikolaos J. Lygidakis、Henry A. Pitt、Michael G. Sarr、Steven M. Strasberg、L. William Traverso

【本学会出版物】

（2018 年 6 月現在）

胆道癌診療ガイドライン

年月	タイトル	委員長
2007 年 11 月	胆道癌診療ガイドライン第 1 版 発刊	宮川秀一
	Clinical practice guidelines for the management of biliary tract and ampullary carcinomas （JHBPS 掲載）	宮川秀一
2014 年 10 月	胆道癌診療ガイドライン第 2 版 発刊	宮崎　勝
	Clinical practice guidelines for the management of biliary tract cancers 2015: the 2nd English edition （JHBPS 掲載）	宮崎　勝
2017 年～	胆道癌診療ガイドライン第 3 版 作成中	榊野正人

胆道癌取扱い規約

年月	タイトル	委員長
2013 年 11 月	胆道癌取扱い規約第 6 版 発刊	宮崎　勝
	Classification of Biliary Tract Cancers Established by the Japanese Society of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery: 3rd English edition （JHBPS 掲載）	宮崎　勝
2017 年～	胆道癌取扱い規約第 7 版 作成中	佐野圭二

肝胆膵高難度外科手術

年月	タイトル	委員長
2010 年 6 月	肝胆膵高難度外科手術第 1 版 発刊	高田忠敬 / 海野倫明
	Highly advanced surgery in the hepatobiliary and pancreatic field （JHBPS 掲載）	
2016 年 11 月	肝胆膵高難度外科手術第 2 版 発刊	山本雅一 / 海野倫明

急性膵炎診療ガイドライン（協賛）

年月	タイトル	委員長
2003 年	急性膵炎診療ガイドライン第 1 版 発刊	高田忠敬
2007 年	急性膵炎診療ガイドライン第 2 版 発刊	
	JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis（JHBPS 掲載）	
2010 年	急性膵炎診療ガイドライン第 3 版 発刊	
	Guidelines for the management of acute pancreatitis: JPN guidelines 2010（JHBPS 掲載）	
2015 年	急性膵炎診療ガイドライン第 4 版 発刊	
	Guidelines for the management of acute pancreatitis: JPN guidelines 2015（JHBPS 掲載）	

急性胆管炎・胆嚢炎診療ガイドライン（協賛）

年月	タイトル	委員長
2005 年	急性胆管炎・胆嚢炎診療ガイドライン第 1 版 発刊	高田忠敬
	Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis and cholecystitis（JHBPS 掲載）	
2013 年	急性胆管炎・胆嚢炎診療ガイドライン第 2 版 発刊	
	TG13: Updated Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis and cholecystitis（JHBPS 掲載）	
2018 年	Tokyo Guidelines 2018: updated Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis/acute cholecystitis（JHBPS 掲載）	

【本学会プロジェクト研究】

（2018 年 6 月現在）

〈国内プロジェクト研究〉 2009 年～ 2018 年 6 月現在	Total 32	
	Published	On going
肝臓	5	7
胆道	1	3
膵臓	3	6
内視鏡外科	3	0
移植	2	2
Total	14	18

〈国際合同プロジェクト研究〉 2009 年～ 2018 年 6 月現在	Total 10	
	Published	On going
肝臓	1	2
胆道	0	4
膵臓	2	1
Total	3	7

〈NCD データ利用 課題研究〉 2013 年～ 2018 年 6 月現在	Total 8
Published	On going
2	6

領域	代表研究者 （当時所属先）	研究テーマ	論文 掲載年
肝臓外科	内山和久（大阪医科大学）	肝内胆管癌リンパ節郭清の意義	2011
	別府　透（熊本大学）	大腸癌肝転移に対するステージに基づいた治療方針	2012
	波多野悦朗(兵庫医科大学)	高度門脈腫瘍栓を伴う肝細胞癌に対する肝切除術に関する多施設共同研究	
	佐野圭二（帝京大学）	非大腸癌・非カルチノイド由来肝転移の切除成績の全国統計	
	別府　透（熊本大学）	大腸癌肝転移個数の至適分類	2014
	久保正二（大阪市立大学）	肝内胆管癌肝被膜浸潤の検討	2014
	阪本良弘（東京大学）	肝血管腫の診断と治療に関する全国調査研究とガイドラインの作成	2017
	遠藤　格（横浜市立大学）	大腸癌研究会との共同データーベース利用による臨床研究	
胆道外科	堀口明彦 （藤田保健衛生大学）	T2N0 胆嚢癌の手術術式、とくに肝外胆管切除と S4a ＋ S5 切除術について	2013
		ss 胆嚢癌に対する胆管合併切除の臨床的意義	
		胆管癌のリンパ節転移個数と予後に関する研究	
	海野倫明（東北大学）	若年者胆道癌の発症要因に関する研究	
膵臓外科	里井壯平 （関西医科大学）	Chemo（radio）therapy が奏功している切除不能膵癌に対する手術適応とそのタイミング	2013
	川井　学 （和歌山県立医科大学）	膵切除後膵液瘻の重症化因子の検索とそれに基づく再定義・再分類	2011
	元井冬彦（東北大学）	切除可能膵癌に対する術前治療の切除率・周術期 / 術後治療成績に及ぼす影響	2014
	二川康郎 （東京慈恵会医科大学）	膵頭十二指腸切除術における慢性肝障害の影響に関する研究	
内視鏡外科	高原武志（岩手医科大学）	肝細胞癌に対する腹腔鏡下肝切除と開腹肝切除の長期成績を含めた比較検討	2015
	仲村雅史（九州大学）	膵腫瘍に対する腹腔鏡下と開腹膵体尾部切除の短期成績に関する比較検討	
	別府　透（熊本大学）	大腸癌肝転移に対する腹腔鏡と開腹肝切除における手術侵襲と再発・予後の比較―propensity matching を用いた検討―	
肝移植外科	江川裕人 （東京女子医科大学）	肝肺症候群（肺内シャントと肺高血圧）に対する肝移植成績調査	
	調　憲（九州大学）	HTLV1 陽性ドナー・レシピエントの肝移植成績調査	2016
	高田泰次（愛媛大学）	HCC に対する肝移植症例の術前 PET と再発・病理所見との関連	2017
	菅原寧彦（熊本大学） 永野浩昭（山口大学）	ドナー肝切除手術における肝門部血流遮断（プリングル氏法）に関する調査	
平成 27 年度 公募プロジェクト研究	藤井　努（名古屋大学）	浸潤性膵管癌切除後の残膵再発に対する再切除の意義の検討	
	水野修吾（三重大学）	膵頭部癌に対する門脈合併膵頭十二指腸切除施行後の左側門亢症に関する研究	
平成 28 年度 公募プロジェクト研究	遠藤　格（横浜市立大学）	膵癌切除後肺転移の臨床病理組織学的特徴に関する後ろ向き観察研究	
	長谷川　潔（東京大学）	下大静脈腫瘍栓（Vv3）合併肝細胞癌の手術成績の検討	
	谷　眞至（滋賀医科大学）	肝細胞がん腹膜播種に対する後方視的観察研究	
	後町武志 （東京慈恵会医科大学）	肝細胞癌切除後ミラノ基準内再発例に対する再切除術の有用性	
	高槻光壽（長崎大学）	本邦における肝移植後の血栓性微小血管症（TMA）の全国調査	
平成 29 年度 公募プロジェクト研究	宮坂義浩（九州大学）	切除可能な少数転移巣を伴う膵癌に対する外科的切除の有用性に関する検討	
	庄　雅之 （奈良県立医科大学）	膵切除における抗血栓剤服用歴が術後経過に及ぼす影響に関する研究	
平成 25 年度 公募 NCD 研究	山本雅一 （東京女子医科大学）	肝胆膵外科手術施設の集約化の現状と意義についての検討	2016
平成 26 年度 公募 NCD 研究	若林　剛 （上尾中央総合病院）	腹腔鏡下肝切除の安全性と普及性 ～ Propensity score を用いた開腹肝切除との短期成績の比較と腹腔鏡下肝切除の難易度解析を検証する～	2016
平成 27 年度 公募 NCD 研究	遠藤　格 （横浜市立大学）	本邦における肝膵同時切除の安全性と施設 volume の及ぼす影響	
平成 28 年度 公募 NCD 研究	窪田敬一 （獨協医科大学）	ICGR15 分値に基づく肝予備能からみた肝切除の術式・安全性評価	
平成 29 年度 公募 NCD 研究	田邉　稔 （東京医科歯科大学）	NCD データを用いた腹腔鏡下切除の普及・適応拡大と安全性に関する検討	
	中村雅史（九州大学）	本邦における膵頭十二指腸切除術と施設 volume の関係の検討および high-volume center の定義	
平 成 30 年 度 公募 NCD 研究	山本雅一 （東京女子医科大学）	Surgical outcomes of laparoscopic versus open repeat liver resection for recurrent hepatocellular carcinoma and colorectal liver metastasis（再発肝癌に対する開腹肝切除および腹腔鏡下肝切除術の手術侵襲度の比較検討）	
	馬場秀夫（熊本大学）	本邦における肝切除後胆汁瘻の現状と危険因子の同定	

【肝胆膵外科高度技能専門医制度関連データ】

（2018 年 6 月現在）

高度技能専門医・指導医・修練施設 A/B　認定数と総数　推移

年	専門医			指導医			修練施設 A			修練施設 B		
	認定	喪失	総数	認定	喪失	総数	認定	喪失	総数	認定	喪失	総数
2008	-			396		396	95		95	60	1	59
2009	-			72		468	2	1	96	9	1	67
2010	-			60	4	524	4		100	10	2	75
2011	12	0	12	58	3	579	6		106	13		88
2012	19	0	31	66	1	644	4		110	14	1	101
2013	30	2	59	44	91	597	2		112	12	13	100
2014	31	0	90	83	18	662	0	1	111	6	6	100
2015	50	0	140	-	16	646	1	2	110	10	5	105
2016	43	1	182	-	6	640	1	0	111	6	4	107
2017	37	0	219	-	9	631	3	1	113	15	4	118
2018	43	1	261	-	84	547	11	2	122	18	15	121

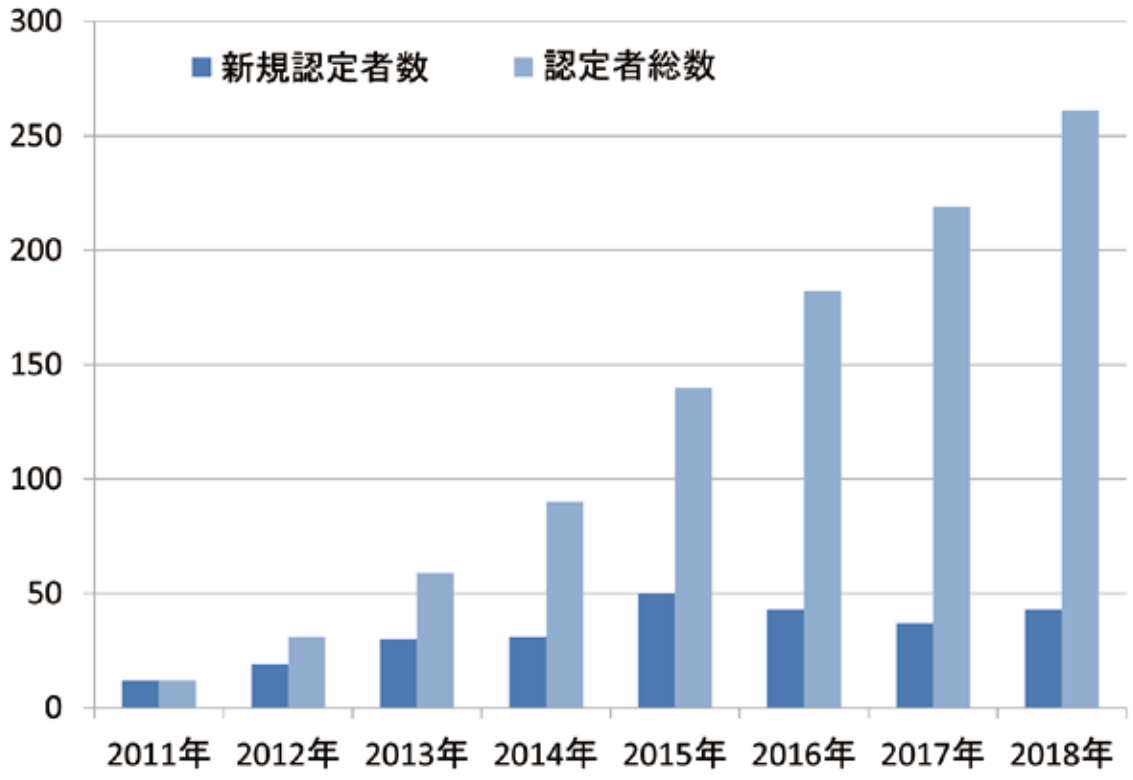
高度技能専門医 申請者数・認定者数　推移

年	申請者	認定者
2008	-	-
2009	-	-
2010	-	-
2011	16	12
2012	34	19
2013	44	30
2014	52	31
2015	74	50
2016	74	43
2017	77	37
2018	93	43

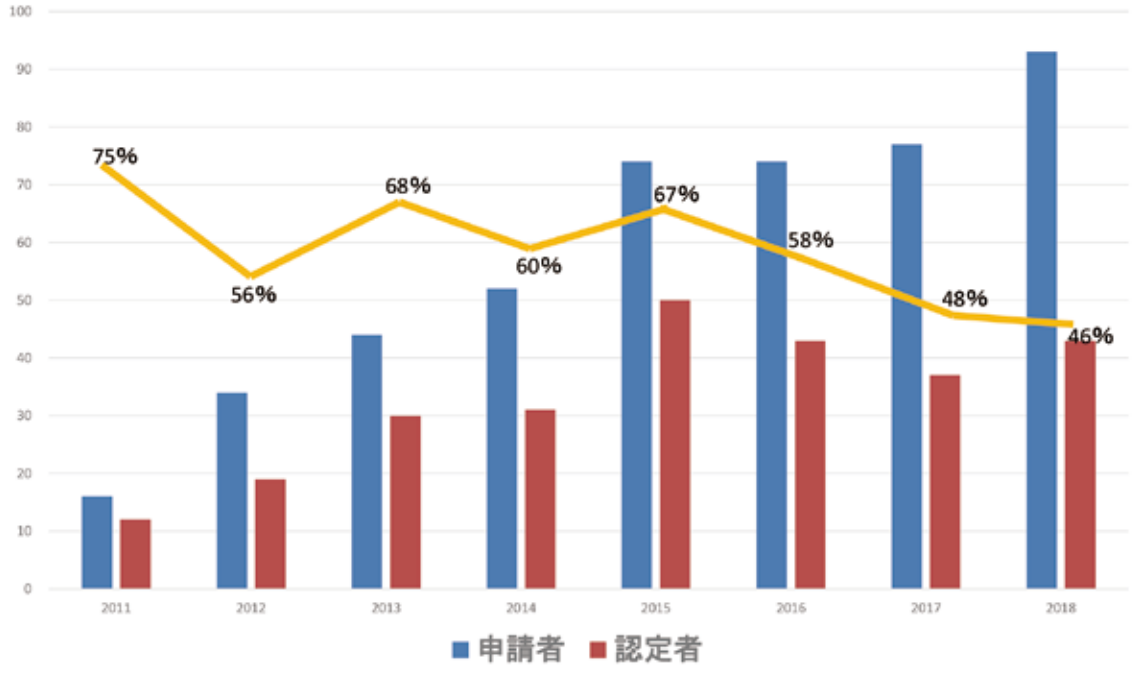
高度技能指導医　申請者数・認定者数　推移

年	申請者	認定者
2008	420	396
2009	79	72
2010	69	60
2011	64	58
2012	75	66
2013	53	44
2014	90	83
2015	-	-
2016	-	-
2017	-	-
2018	-	-

高度技能専門医　認定者数　推移

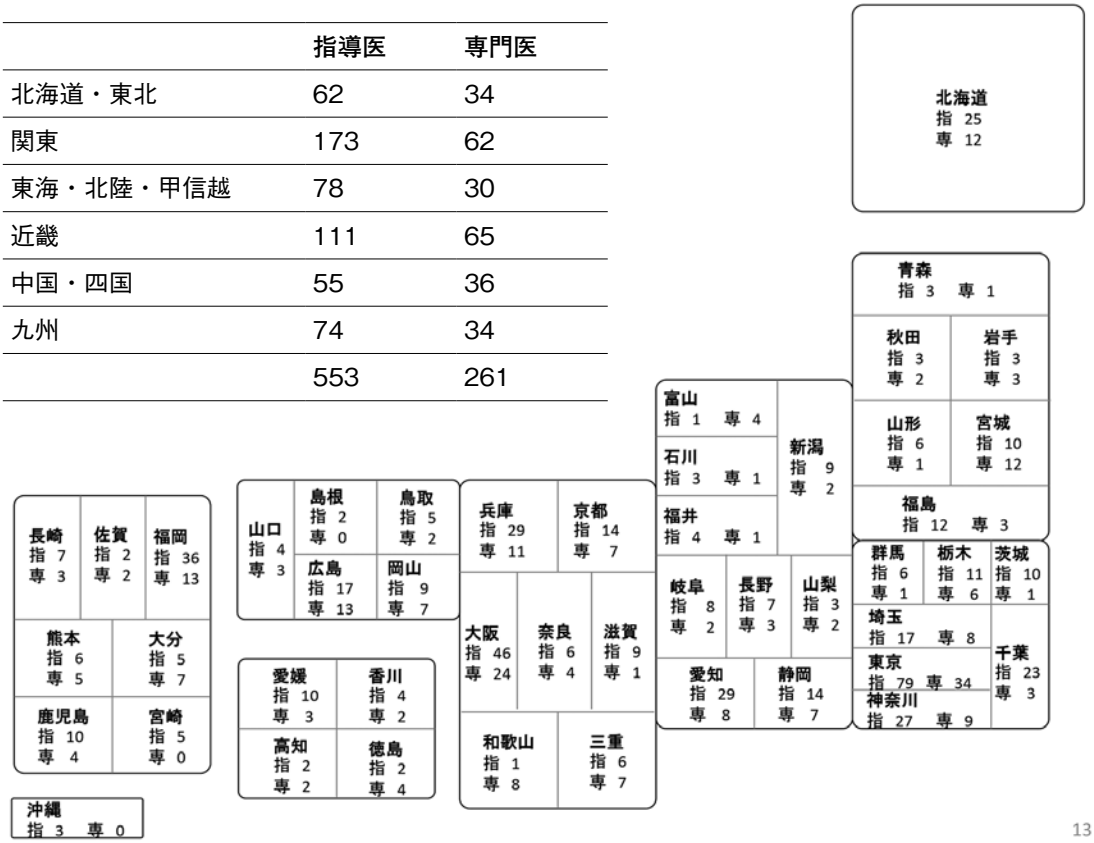


高度技能専門医　合格率　推移



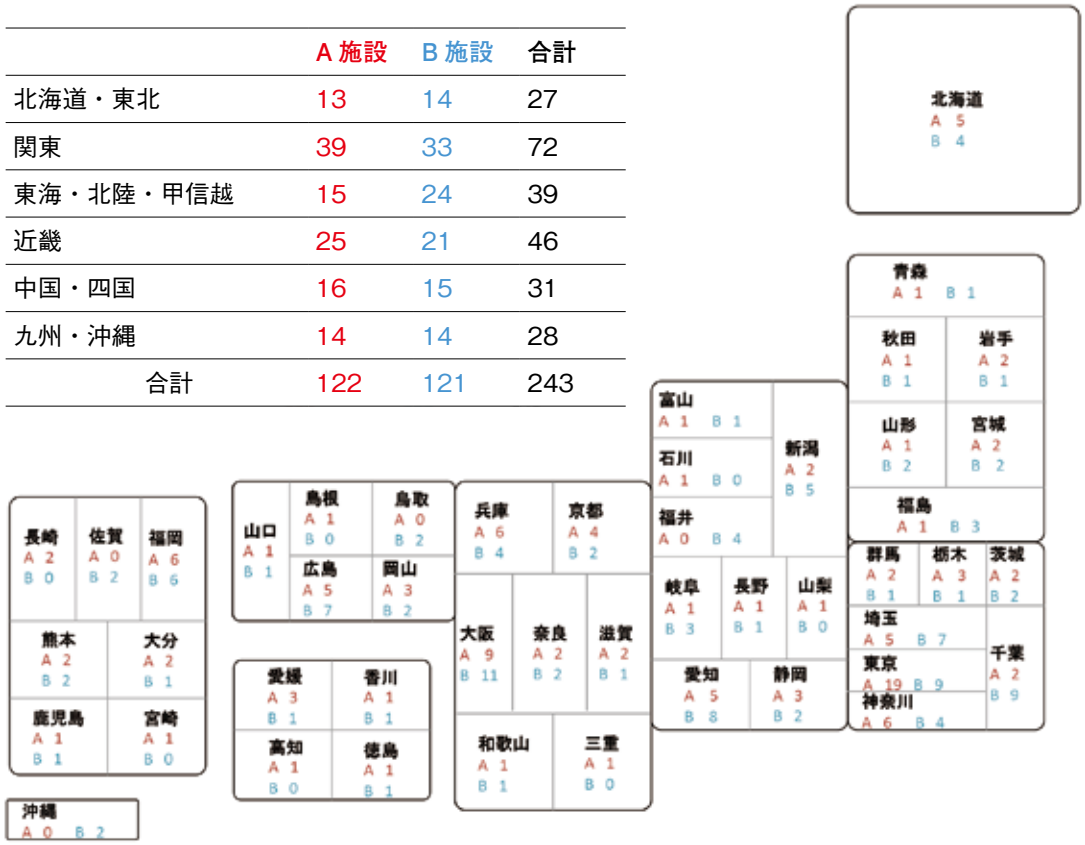
高度技能指導医・専門医 / 修練施設　分布図

	指導医	専門医
北海道・東北	62	34
関東	173	62
東海・北陸・甲信越	78	30
近畿	111	65
中国・四国	55	36
九州	74	34
	553	261



13

	A 施設	B 施設	合計
北海道・東北	13	14	27
関東	39	33	72
東海・北陸・甲信越	15	24	39
近畿	25	21	46
中国・四国	16	15	31
九州・沖縄	14	14	28
合計	122	121	243



【本学会留学制度】

（2018 年 6 月現在）

留学制度<1>：
International Observership since 1998

Directors

Prof Traverso

Prof Sarr

Prof Farnell

Prof Kendrick

Prof Donahue

Prof Reber

Prof Wolfgang

Observers

#	Year	留学生
1	1997-98 田岡大樹	
2	1998-99 貫井裕次	
3	2000-01 北川雄一	
4	2002-03 新地洋之	

#	Year	留学生
5	2003-05 和田慶太	
6	2005-07 松本　譲	
7	2007-09 橋本泰司	
8	2009-11 森谷敏幸	

#	Year	留学生
9	2013-15 杉本元一	
10	2015-17 増田稔郎	
11	2017-19 前田晋平	

留学制度<2>：
International Observership to Japan since 2015

Observers

年	留学生		研修施設（期間）
2015	Dr. Dang Kim Khue（ベトナム）		東京女子医科大学（3か月）
2015	Dr. Shraddha Patkar（インド）		東京女子医科大学（3か月）
2016	Dr. Rahul Gupta（インド）		東京大学（3か月）
2016	Dr. Po-Chih Yang（台湾）		東京大学（3か月）

年	留学生		研修施設（期間）
2017	Dr. Rohan Chaudhary（インド）		東京女子医科大学（3か月）
2018	Dr. YinZhe Xu（中国）		東和病院（3か月）
2018	Dr. Koh Yexin（シンガポール）		北海道大学（3か月）

【学術集会英語化】

日本肝胆膵外科学会学術集会英語化ロードマップ提案（2012 年）
Scintific Committee・教育プログラム立案合同委員会

年 会期（開催地） 会長	2012 24 回（大阪） 藤元治朗	2013 25 回（栃木） 窪田敬一先生	2014 26 回（和歌山） 山上裕機先生	2015 27 回（東京） 金子弘真先生	2016 28 回（大阪） 權　雅憲先生	2017 29 回（横浜） A-PHPBA 合同 山本雅一先生
抄録	J	J	J	J	J	E
スライド / ポスター使用言語	J	J	E	E	E	E
発表・討論						
International session	E	E	E	E	E	E
パネルディスカッション	J	J	J*	J*	E	E
シンポジウム	J	J	J*	J*	E	E
ビデオシンポ	E	J	J*	J*	E	E
ワークショップ	J	J	J*	J*	E	E
プレナリーセション	J	E	E	E	E	E
教育セミナー	J	J	J	J	J	E
一般演題	J	J	J*	J*	J*	E
ポスター	J	J	J*	J*	J*	E
理事長講演	J	E	E	E	E	E
会長講演	J	E	E	E	E	E
英語セッションの割合（%）	8.3%	30.7%	42.7%	60%	93%	100%

J：Japanese, E：English

海外参加者数推移

年	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
海外参加者数合計（名）	9	16	125	35	85	688	103
全体参加者数（名）	1,948	2,007	2,075	2,049	2,181	2,492	2,139
海外参加者割合（%）	0.46%	0.79%	6%	1.7%	3.89%	27.6%	4.81%

【学会賞理事長授与者】

（2018 年 6 月現在）

学会賞（Outstanding Original Article Award）

前年度の本学会機関誌 Journal of Hepatobiliary Pancreatic Sciences（JHBPS）で掲載された原著論文の内、特に優秀な 2 論文の各著者に対し、「学会賞」として賞状と副賞を授与

※　著者の所属は、受賞当時のものを記載

※　2009 年～ 2015 年度は、学会賞 1 位を授与された著者に対し「高田賞」として副賞も授与

2017 年度	
1 位	
著者名：	Kunishige Okamura（Department of Gastroenterological Surgery Ⅱ, Division of Surgery, Faculty of Medicine, Graduate of Medicine, Hokkaido University）
論文タイトル：	Randomized controlled trial of perioperative antimicrobial therapy based on the results of preoperative bile cultures in patients undergoing biliary reconstruction
JHBPS 掲載号：	Vol.24, Number 7, p382–393
2 位	
著者名：	Masataka Sakisaka（Department of Pediatric Surgery and Transplantation, Kumamoto University Hospital）
論文タイトル：	Therapy of primary and metastatic liver cancer by human iPS cell-derived myeloid cells producing interferon-β
JHBPS 掲載号：	Vol.24, Number 2, p109–119
2016 年度	
1 位	
著者名：	Hirotaka Kashiwagi（Department of Gastroenterological Surgery, Faculty of Medicine, Kagawa University）
論文タイトル：	Beneficial effect of D-allose for isolated islet culture prior to islet transplantation
JHBPS 掲載号：	Vol.23, Number 1, p37–42
2 位	
著者名：	Yuhei Hamaguchi（Department of Surgery, Graduate School of Medicine, Kyoto University）
論文タイトル：	Longer warm ischemia can accelerate tumor growth through the induction of HIF-1α and the IL-6–JAK–STAT3 signaling pathway in a rat hepatocellular carcinoma model
JHBPS 掲載号：	Vol.23, Number 12, p771–779
2015 年度	
1 位	
著者名：	Etsuro Hatano（Department of Surgery, Hyogo college of Medicine）
論文タイトル：	Conversion to complete resection with mFOLFOX6 with bevacizumab or cetuximab based on K-ras status for unresectable colorectal liver metastasis（BECK study）
JHBPS 掲載号：	Vol.22, Number 8, p634–645
2 位	
著者名：	Kuniya Tanaka（Department of Surgery, Teikyo University Chiba Medical Center）
論文タイトル：	Randomized clinical trial of peritoneal lavage for preventing surgical site infection in elective liver surgery
JHBPS 掲載号：	Vol.22, Number 6, p446–453
2014 年度	
1 位	
著者名：	Shoji Kubo（Department of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery, Osaka City University Graduate School of Medicine）
論文タイトル：	Case series of 17 patients with cholangiocarcinoma among young adult workers of a printing company in Japan

JHBPS 掲載号：	Vol.21, Number 7, p479–488
2 位	
著者名：	Hisashi Nakayama（Department of Digestive Surgery, Nihon University School of Medicine, Itabashi-ku）
論文タイトル：	Subcutaneous drainage to prevent wound infection in liver resection：a randomized controlled trial
JHBPS 掲載号：	Vol.21, Number 7, p509–517
2013 年度	
1 位	
著者名：	Shin Nakahira（Department of Surgery, Kansai Rosai Hospital）
論文タイトル：	Proposal for a sub-classification of hepato-biliary-pancreatic operations for surgical site infection surveillance following assessment of results of prospective multicenter data
JHBPS 掲載号：	Vol.20, Number 5, p504–511
2 位	
著者名：	Toshifumi Wakai（Division of Digestive and General Surgery, Niigata University Graduate School of Medical and Dental Sciences）
論文タイトル：	Early DNA damage response in residual carcinoma in situ at ductal stumps and local recurrence in patients undergoing resection for extrahepatic cholangiocarcinoma
JHBPS 掲載号：	Vol.20, Number 3, p362–369
2012 年度	
1 位	
著者名：	Yasuyuki Fukami（Division of Surgical Oncology, Department of Surgery, Nagoya University Graduate School of Medicine）
論文タイトル：	Diagnostic ability of MDCT to assess right hepatic artery invasion by perihilar cholangiocarcinoma with left-sided predominances
JHBPS 掲載号：	Vol.19, Number 2, p179-186
2 位	
著者名：	Sawako Maeno（Department of Surgery, Teikyo University, School of Medicine）
論文タイトル：	Morphometric and immunohistochemical study of cholangiolocellular carcinoma：comparison with non-neoplastic cholangiole, interlobular duct and septal duct
JHBPS 掲載号：	Vol.19, Number 2, p289-296
2011 年度	
1 位	
著者名：	Tatsuo Ito（Department of Surgery, Kyoto University）
論文タイトル：	The distribution of atypical epithelium in main-duct type intraductal papillary mucinous neoplasms of the pancreas
JHBPS 掲載号：	Vol.18, Number 2, p241-249
2 位	
著者名：	Shun-ichi Ariizumi（Department of Surgery, Institute of Gastroenterology, Tokyo Women's Medical University）
論文タイトル：	A non-smooth tumor margin in the hepatobiliary phase of gadoxetic acid disodium（Gd-EOB-DTPA）-enhanced magnetic resonance imaging predicts microscopic portal vein invasion, intrahepatic metastasis, and early recurrence after hepatectomy in patients with hepatocellular carcinoma
JHBPS 掲載号：	Vol.18, Number 4, p575-585
2010 年度	
1 位	
著者名：	Hiroyuki Kato（Department of Hepatobiliary Pancreatic and Transplant Surgery, Mie University Graduate School of Medicine）
論文タイトル：	HDevelopment of nonalcoholic fatty liver disease（NAFLD）and nonalcoholic steatohepatitis（NASH）after pancreaticoduodenectomy：proposal of a postoperative NAFLD scoring system

JHBPS 掲載号：	Vol.17, Number 3, p296-304
2 位	
著者名：	Yoshitsugu Nakanishi（Department of Surgical Oncology, Hokkaido University Graduate School of Medicine, Sapporo）
論文タイトル：	Impact of residual in situ carcinoma on postoperative survival in 125 patients with extrahepatic bile duct carcinoma
JHBPS 掲載号：	Vol.17, Number 2, p166–173
2009 年度	
1 位	
著者名：	Tatsuo Araida（Department of Surgery, Institute of Gastroenterology, Tokyo Women's Medical University）
論文タイトル：	Hepatic resection in 485 R0 pT2 and pT3 cases of advanced carcinoma of the gallbladder：results of a Japanese Society of Biliary Surgery survey-a multicenter study
JHBPS 掲載号：	Vol.16, Number 2, p204-215
2 位	
著者名：	Kazuyuki Nagai（Division of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery adn Transplantation, Department of Surgery, Kyoto University）
論文タイトル：	Single-institution validation of the international consensus guidelines for treatment of branch duct intraductal papillary mucinous neoplasms of the pancreas
JHBPS 掲載号：	Vol.16, Number 3, p353-358
2008 年度	
1 位	
著者名：	Hiroyuki Kawasaki（Department of Surgery I, Sapporo Medical University School of Medicine）
論文タイトル：	Efficient transformation of small hepatocytes into insulin-expressing cells by forced expression of Pdx1
JHBPS 掲載号：	Vol.15 Number 4, p403-409
2 位	
著者名：	Toshiro Masuda（Department of Gastroenterological Surgery, Graduate School of Medical）
論文タイトル：	Intrahepatic dissemination of hepatocellular carcinoma after local ablation therapy
JHBPS 掲載号：	Vol.15 Number 5, p589-595
2007 年度	
1 位	
著者名：	Kimitaka Kogure（Department of General Surgical Science, Gunma University, Graduate School of Medicine）
論文タイトル：	Close relation between the inferior vena cava ligament and the caudate lobe in the human liver
JHBPS 掲載号：	Vol.14, Number 3, p297-301
2 位	
著者名：	Hiroshi Yoshida（Department of Surgery, Nippon Medical School）
論文タイトル：	Fixation of the greater omentum for prevention of delayed gastric emptying after left hepatectomy with lymphadenectomy for cholangiocarcinoma
JHBPS 掲載号：	Vol.14 Number 4, p392-396
2006 年度	
1 位	
著者名：	Hiroyuki Sugimoto（Department of Gastroenterologcal Surgery, Nagoya University Graduate School of Medicine）
論文タイトル：	Early detection of liver failure after hepatectomy by indocyanine green elimination rate measured by pulse dye-densitometry
JHBPS 掲載号：	Vol.13, Number 6, p543-548

2 位	
著者名：	Nobukazu Kuroda（First Department of Surgery, Hyogo College of Medicine）
論文タイトル：	Hepatic effects of influxed endothelin-1 from portal vein：in situ portal vein infusion model using dogs
JHBPS 掲載号：	Vol.13, Number 2, p160-166
2005 年度	
1 位	
著者名：	Makoto Seki（Department of Surgery, Cancer Institute Hospital）
論文タイトル：	Clinicopathology of pancreaticobiliary maljunction：relationship between alterations in background biliary epithelium and neoplastic development
JHBPS 掲載号：	Vol.12, Number 3, p254-262
2 位	
著者名：	Koji Ito（Department of Surgery, Teikyo University School of Medicine）
論文タイトル：	Duodenum preservation in pancreatic head resection to maintain pancreatic exocrine function（determined by pancreatic function diagnostant fest and cholecystokinin secretion.）
JHBPS 掲載号：	Vol.12, Number 2, p123-128
2004 年度	
1 位	
著者名：	Hiroyuki Shinchi, M.D.（First Department of Surgery, Kagoshima University School of Medicine）
論文タイトル：	“Value of magnetic cholangiopancreatography with secretin stimulation in the evaluation of pancreatic exocrine function”
JHBPS 掲載号：	Vol.11, Number 1, p50-55
2 位	
著者名：	Yasushi Ichikawa, M.D.（Department of Surgery-2, Yokohama City University School of Medicine）
論文タイトル：	“Telomerase activity and Bcl-2 expression in gallbladders of pancreaticobiliary maljunction patients：a preliminary study”
JHBPS 掲載号：	Vol.11, Number 1, p34-39
2003 年度	
1 位	
著者名：	Yuichi Kitagawa, M.D.
論文タイトル：	“Intrahepatic segmental bile duct patterns in hepatolithiasis：a comparative cholangiographic study between Taiwan and Japan”
JHBPS 掲載号：	Vol.10, Number 5, p377-381
2 位	
著者名：	Yoshiro Fujii, M.D.
論文タイトル：	“Risk factors of posthepatectomy liver failure after portal vein embolization”
JHBPS 掲載号：	Vol.10, Number 3, p226-232
2002 年度	
1 位	
著者名：	Tomoyuki Morita, M.D.
論文タイトル：	Mechanism of postoperative liver failure after excessive hepatectomy investigated using a cDNA microaray
JHBPS 掲載号：	Vol.9, Number 3, 2002
2 位	
著者名：	Keita Wada, M.D.
論文タイトル：	p16 and p53 gene alterations and accumulations in the malignant evolution of intraductal papillary-mucinous tumors of the pancreas
JHBPS 掲載号：	Vol.9, Number 1, 2002

理事長賞（Presidential Award）

本学会学術集会に応募された一般演題のうち、特に優れた 3 演題を Plenary Session に選出している。選出された演題は、学問的に特に優れた内容であることのみならず、オリジナリティーを持つものであり、その演者に「理事長賞」として賞状と副賞を授与

※　演者所属は、受賞当時のものを記載

2018 年度	
演者名：	今岡　祐輝（広島大学病院 消化器移植外）
演題タイトル：	Polymorphisms in TRAIL predict long-term survival and extrahepatic recurrence following hepatectomy for primary hepatocellular carcinoma"
2017 年度	
演者名：	川下 陽一郎（徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部　消化器・移植外科学）
演題タイトル：	Loss of Fbxw7 expression is a predictor of recurrence in colorectal liver metastasis
演者名：	石戸 圭之輔（弘前大学大学院医学研究科消化器外科学講座）
演題タイトル：	Role of probe-based confocal laser endomicroscopy for the longitudinal spreading of the extrahepatic cholangiocarcinom
演者名：	山本 有祐（静岡県立静岡がんセンター肝胆膵外科）
演題タイトル：	The Optimal Cut-off Value of the Vascularity of Intrahepatic Cholangiocarcinoma Based on Prognostic Differences
演者名：	Hyo-Sin Kim（Department of Surgery, Seoul National University College of Medicine, Seoul）
演題タイトル：	Fate of Recurred HCC After Primary Surgical Resection：Does Milan's Criteria At the Time of the Recurrence Has Impact on Survival Outcome After Recurrence ?
2016 年度	
演者名：	寺奥 大貴（徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部　消化器・移植外科学）
演題タイトル：	Role of thrombospondin-1 expression in colorectal liver metastasis and its molecular mechanism
演者名：	野島 広之（千葉大学大学院医学研究院臓器制御外科学教室）
演題タイトル：	Activation of PPAR γ inhibits tumor growth by negatively regulating NF-κB activation in patients with hepatocellular carcinoma
2015 年度	
演者名：	庄　雅之（奈良県立医科大学　消化器・総合外科）
演題タイトル：	Importance of resectability status in neoadjuvant treatment for pancreatic cancer
演者名：	前田 晋平（東北大学　肝胆膵外科）
演題タイトル：	MS-based Proteomic Analysis of Formalin-Fixed Paraffin-Embedded Extrahepatic Cholangiocarcinoma
演者名：	波多野 悦朗（京都大学大学院医学研究科　肝胆膵・移植外科）
演題タイトル：	Conversion to Complete Resection with mFOLFOX6 with Bevacizumab or Cetuximab Based on K-ras Status for Unresectable Colorectal Liver Metastasis（BECK study）
2014 年度	
演者名：	信岡 大輔（岡山大学大学院　医歯薬学総合研究科消化器外科学）
演題タイトル：	Surgical education using a multi-viewpoint and multi-layer three-dimensional atlas system of surgical anatomy
演者名：	佐藤 梨枝（三重大学肝胆膵・移植外科）
演題タイトル：	Paradoxical impact of the remnant pancreatic volume and infectious complications on the development of nonalcoholic fatty liver disease after pancreaticoduodenectomy
2013 年度	
演者名：	蜂谷 裕之（獨協医科大学病院　第二外科）
演題タイトル：	AGEs による膵ラ氏島インスリン分泌抑制についてのメカニズム
演者名：	佐藤 真理（横浜市立大学　消化器・腫瘍外科）

演題タイトル：	Endotoxin Activity Assay（EAA）による胆道炎の重症化予測の検討
演者名：	小坂　久（兵庫医科大学　外科学　肝胆膵外科）
演題タイトル：	Full-dose 膵頭十二指腸切除術後 4 日目に Grade B/C 膵漏の発生を予測する
2012 年度	
演者名：	楳田 祐三（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 消化器外科）
演題タイトル：	大腸癌肝転移における治療戦略―遺伝子変異情報を基盤とした治療戦略構築の可能性―
演者名：	門脇　晋（帝京大学　外科）
演題タイトル：	膵管ロストステントの体内動態についての検討
演者名：	庄　雅之（奈良県立医科大学消化器・総合外科）
演題タイトル：	Full-dose Gemcitabine/Radiation による膵癌術前治療が臨床経過に及ぼす影響
2011 年度	
演者名：	吉田 龍一（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科消化器･腫瘍外科学分野肝胆膵･移植外科）
演題タイトル：	生体肝移植周術期栄養療法に関する探索的臨床研究
演者名：	那須 裕也（北海道大学　腫瘍外科）
演題タイトル：	肝門浸潤進行胆嚢癌の外科治療―肝門部胆管癌との比較―
演者名：	浅井 浩司（東邦大学　第 3 外科）
演題タイトル：	急性胆嚢炎症例における胆汁内細菌と結石分析の解析―ガイドラインは胆汁内細菌陽性を反映しうるか―
演者名：	川原 敏靖（University of Alberta, Hepatobiliary Pancreatic and Transplant Surgery）
演題タイトル：	アルバータ大学における膵島移植後門脈圧の変化と門脈血栓、およびその関連因子の検討
演者氏名：	村田 泰洋（三重大学医学部　肝胆膵・移植外科）
演題タイトル：	局所進行膵癌に対する gemcitabine 併用化学放射線療法の効果と予後―組織中 hENT1 の発現は strong prognostic factor となり得る―
2010 年度	
演者名：	伊藤 達雄（京都大学　肝胆膵・移植外科）
演題タイトル：	病巣進展から見た主膵管型 IPMN に対する術式選択の根拠と妥当性
演者名：	庄　雅之（奈良県立医科大学　消化器・総合外科）
演題タイトル：	膵癌術後肝転移再発制御のための新規治療戦略
演者名：	水野 修吾（三重大学医学部肝胆膵・移植外科）
演題タイトル：	生体肝移植術後免疫抑制療法における CD4 陽性リンパ球 ATP 活性の有用性
2009 年度	
演者名：	合川 公康（埼玉医科大学国際医療センター　消化器病センター）
演題タイトル：	逆流防止機能付加胆管腸吻合法の開発―生体吸収性ポリマーチューブ（人工胆管）を用いた検討―
演者名：	片寄　友（東北大学　肝胆膵外科）
演題タイトル：	Phase I trial of neoadjuvant chemoradiation therapy with surgical resection for cholangiocarcinoma patients
演者名：	加藤 宏之（三重大学　肝胆膵・移植外科）
演題タイトル：	膵切除後 NAFLD および NASH の発生は予測できるのか？～ Postoperative NAFLD scoring system 作成の試み～

高田賞（Best Citation Award）

JHBPS に掲載された Original 論文の中で、遡って 5 年間と 2 年間で最も引用された論文のそれぞれの著者に「高田賞」として賞状と副賞を授与

※　著者所属は、受賞当時のものを記載

※　2016 年度以降は、「高田賞」を Best citation award として授与

As if 2016 年	
5 years	
著者名：	川久保 和道（北海道大学大学院医学研究科内科学講座消化器内科学分）
論文タイトル：	Polymorphisms in TRAIL predict long-term survival and extrahepatic recurrence following hepatectomy for primary hepatocellular carcinoma”
JHBPS 掲載号：	Vol.21, Number 5, 2014, p328-334
2 years	
著者名：	久保 正二（大阪市立大学大学院医学研究科肝胆膵外科）
演題タイトル：	Case series of 17 patients with cholangiocarcinoma among young adult workers of a printing company in Japan”
JHBPS 掲載号：	Vol.21, Number 7, 2014, p479-488
As if 2015 年	
5 years	
著者名：	横江　正道（名古屋第二赤十字病院総合内科）
論文タイトル：	New diagnostic criteria and severity assessment of acute cholecystitis in revised Tokyo guidelines
JHBPS 掲載号：	Vol.19, Number 5, 2012, p578-585
2 years	
著者名：	川久保 和道（北海道大学大学院医学研究科内科学講座消化器内科学分）
演題タイトル：	Polymorphisms in TRAIL predict long-term survival and extrahepatic recurrence following hepatectomy for primary hepatocellular carcinoma”
JHBPS 掲載号：	Vol.21, Number 5, 2014, p328-334

日本肝胆膵外科学会 30 周年記念誌編集後記

今回、日本肝胆膵外科学会 30 周年記念事業準備委員会（委員長：宮崎勝名誉理事長）のご指示のもと、日本肝胆膵外科学会 30 周年記念誌作成委員会が組織された。その記念誌発刊の目的が当委員会の活動のたびに確認されたが、それは「後世の若手肝胆膵外科医のために」というものであった。その目的の達成をめざし、当学会のためにご尽力いただいた諸先生方のメッセージをできるだけ多く載せること、これを機に今までの学会資料を可及的に収集して系統的に保存すること、に尽力した。

完成した記念誌を通読して、その目的は達成されつつあると実感できた。創設当時の先生方からは当時の熱意を伝えていただき、各学術集会の会長の先生方には学会抄録の会長挨拶もお借りして当時の思い出を語っていただいた。また学会の主な活動に関して、その経緯を熟知している先生方に当初の理念につきまとめていただいた。この記念誌によりわれわれ含め肝胆膵外科治療の創生期を知らない世代も、世界をリードし続けてきた日本の肝胆膵外科の歴史を目の当たりにできる。また学会員の先生方のご協力により、この記念誌に一部のみ掲載されている学会関係のデータや写真のみならず日本胆道外科研究会含め第一回からすべての学会抄録など膨大な資料をこのたび電子ファイルの形で学会事務局に半永久的に保存でき、次世代にとって有効に利用できる資料となった。

この記念誌が「想い出アルバム」にならないために、未来において十分に活用することが残された課題である。委員の先生方にはご多忙の中の編集会議やあらゆる人脈を駆使しての活動など感謝してもしきれないが、これからも是非当学会の中心で新たなページを刻んでいただきたい。最後に、ご協力いただいた全学会員の先生方、多くの無理難題を実現してくださった医学図書出版株式会社の小園太幸様、そして膨大な資料の整理をはじめ多くの事務作業を完璧にこなしていただいた日本肝胆膵外科事務局の上大谷美穂子様に心から感謝の意を表したい。

30 周年記念誌作成委員会委員長　佐野圭二

＜ 30 周年記念事業準備委員会 ＞

委員長：宮崎　勝

委　員：杉山政則、矢永勝彦、國土典宏、
山本雅一、金子弘真、内田英二、
高山忠利、大坪毅人、遠藤　格、
土田明彦、田邉　稔、佐野圭二

＜ 30 周年記念誌作成委員会 ＞

委員長：佐野圭二、土田明彦

委　員：大塚将之、鈴木　裕、長谷川潔、
樋口亮太、大塚由一郎、松下　晃、
小林慎二郎、松山隆生、工藤　篤