

最終講義



東京医大 45 年を振り返って
45 years of Memories in
Tokyo Medical University

土田 明彦
Akihiko TSUCHIDA

東京医科大学消化器・小児外科学分野
Department of Gastrointestinal and Pediatric Surgery, Tokyo Medical University

【要旨】 最終講義として、東京医大 45 年間の歴史を振り返って以下の項目を概説しました。学生・外科研修時代、海外留学、低侵襲手術の導入、ライフワークとしての臨床研究、主任教授・病院長・常務理事としての経験、今後の東京医大に望むこと。過去 20 年間、東京医大で様々な問題が生じましたが、次世代リーダーの育成が急務であり、今後は私学の雄となるべく、若手教職員の奮闘に心より期待します。

I. はじめに

医学部の学生時代を含め、45 年の長きにわたり、東京医科大学（以下、東京医大）に在籍し、東京医大に育てていただきました。振り返ってみますと、その時々では全力で取り組んできたつもりでしたが、今から考えると、もう少しできることがあったのではないかと反省することが少なからずあります。45 年間の主な軌跡をご紹介します。最終講義といたします。

II. 学生時代～外科研修時代

1956（昭和 31）年に長野県の諏訪湖のほとりで生まれ、高校までは諏訪で暮らしていました。実家は薬局や工業用薬品の卸業を営んでおり、自分では

家業を継ぐつもりでいましたが、親の勧めもあって、1976 年に東京医大に入学しました（表 1）。学生時代は教室の前の方に座って、真面目に授業を受けてノートもしっかりと取っていました。そのせいか、1 年生の最初の試験の前に、複数の友人がノートをコピーさせて欲しいと言ってきましたので、快くノートを貸したのですが、なかなか手元に返ってこなくて、自分の試験勉強に支障をきたしました。この反省をもとに、試験の少し前に、大学近くのコピー屋に自分のノートをコピーして置いておくようにしました。多くの同級生が私のコピーで試験勉強をして進級できたので、40 年経った今でも同級生から感謝されています。また、このお陰もあって、試験の 1 週間以上前には一通りの勉強が終了しており、4～6 年には試験の総合成績が 3 位以内（特待生）

*本論文は令和 4 年 3 月 11 日に行われた最終講義の要旨である。

キーワード：消化器外科医、ライフワーク、主任教授、病院長、常務理事
（連絡先：〒 226-0003 神奈川県横浜市緑区鴨居 2-21-11 牧野記念病院）
TEL : 045-933-4111 FAX : 045-934-8182

表1 略歴

1976年	東京医科大学入学
1982年	東京医科大学卒業
1986年	同上 大学院外科学専攻博士課程修了
1988年	米国カリフォルニア大学ロサンゼルス校外科に留学
1989年	英国ケンブリッジ大学外科に留学
1998年	牧野記念病院 外科部長
2012年	東京医科大学 消化器・小児外科学分野 主任教授
2012年	東京医科大学病院 副院長
2015年	東京医科大学病院 病院長、東京医科大学 常務理事
2022年	定年退職、東京医科大学 名誉教授・兼任教授 牧野記念病院 院長

で授業料が免除となり、少しは親孝行ができたのではないかと思います。クラブ活動ですが、管弦楽団メディカルアンサンブル、ESS や今は無き合唱部などを掛けもっていましたが、一番時間を費やしたのはメディカルアンサンブルでした。卒業後は仕事が忙しく遠ざかっていましたが、准教授になった後半より、メディカルアンサンブルの部長を務め、定期演奏会や歓送迎会にも顔を出すようになりました。

卒業後は、現在のような卒業臨床研修制度はなく、直ちに消化器・小児外科学分野（旧、外科学第三講座）の大学院に進学しました。亡くなった祖母からは、「お前は手先が不器用だから、外科には向いていない。」と反対されましたが、最終的に外科を選んだのは、学生の臨床実習で最初に回ったところで非常に印象深かったことと、その時の指導医が大変よく面倒をみていただいたことが主な理由でした。入局1年目は、呼吸器外科、心臓血管外科、消化器外科・小児外科などをローテーションし、2・3年目は関連病院に出向になりました。私が行った出向先は、神奈川県湯河原町にある湯河原胃腸病院というところで、東京女子医大消化器病センターを創設した中山恒明教授が理事長として開設された病院でした。中山教授は東京女子医大に来られる前は千葉大学教授・病院長であり、食道癌の世界的権威として非常に高名な先生でした（図1）。もともと、湯河原胃腸病院には東京女子医大から医師が派遣されていましたが、諸般の事情で医師の派遣が中止となって、中山理事長が当時の東京医大の主任教授であった木村幸三郎先生に依頼されて私が第一号として出向することになりました。湯河原胃腸病院の常



図1 故 中山恒明先生

勤医師は5名で、院長・副院長は千葉大学、医長は金沢大学、麻酔科が東京女子医大の出身で、手術手技をはじめとする多くの環境が東京医大とは大きく異なっており、その後の外科人生に大きな影響を受けました。中山理事長は月に1回開催される理事会にお嬢様と一緒に見えになられていましたが、出向期間中に1回だけ、中山理事長が執刀される手術に第2助手として参加する機会を得ることができました。院長・副院長も助手として参加していましたが、中山理事長の前では、蛇に睨まれたカエルのように非常に緊張されておりました。しかし、私は直接の師弟関係ではなく、また、当時はそんなに偉い先生だとは良く理解していなかったため、緊張することなく平常心で糸結びをしていたところ、手術後に院長からお褒めの言葉をいただきました。また、ある時のことですが、中山理事長に成功の秘訣は何かと質問したところ、① 人のやらないことをやる、② 人よりも早くやる、③ やり始めたら途中で止めないことであり、特に③が重要だと教えていただきました（表2）。今でも、中山先生の教えは、座右の銘として心に刻んでいます。

表2 成功の秘訣 (by 中山恒明先生)

- | | |
|---|---------------|
| ① | 人のやらないことをやる |
| ② | 人よりも早くやる |
| ③ | やり始めたら途中で止めない |

III. 海外留学

入局後8年目に結婚し(図2)、結婚式の1週間後に妻とともに、米国ロサンゼルスにあるカリフォルニア大学ロサンゼルス校(UCLA)外科に肝臓移植の臨床研修をするために留学しました。当時の日本では肝臓移植は行われておらず、来るべき移植外科のスタートに向けて研修するのが目的でした。UCLA滞在中に100例を超す脳死肝移植手術に助手として参加し、手術手技や周術期管理などを学びましたが、この間に日本から2名の患者さんが肝臓移植手術を受けに来られ、そのお手伝いもしました。米国の保険制度は日本とはまったく異なっており、成功した者が良い医療を受けることができる仕組みになっていました。毎週1回、手術患者を決めるミーティングがありましたが、担当医が医学的なプレゼンテーションを行って手術適応があるかどうかを討論した後、最後にソーシャルワーカーが保険会社などから医療費の支払いが可能かどうかを説明して、問題なければ手術待機リストに載ることができました。国民皆保険制度の日本では考えられないことで非常に衝撃を受けました。また、日本から来た患者さんの退院時の支払いに同席した際に、領収書の内訳をみたところ、執刀医である Busuttil 教授(図3)の手術手技料が1回2万ドルとなっており、当時年間約200例の執刀をしていましたので、それだけで4億円を超える収入がありました。日本では、外科を希望する医師が少ないですが、米国のような成果主義をどこまで導入できるか、それによって希望者の少ない診療科の医師を増やすことができるのではないかと考えます。



図2 結婚しました

ロサンゼルス滞在中のイベントとして、UCLA メディカルセンターで長女が生まれました(図4)。結婚したての妻にとって、慣れない海外での出産で非常に不安だったと思いますが、日本から妻の母親に手伝いに来ていただきました。出産に立ち合った際に、担当した産科医から「肝臓移植よりも出産の方が感激するだろう!」と言われたことを今でも鮮明に覚えています。翌年に、もう一つの研修先として、英国ケンブリッジ大学の外科に親子3人で移動しましたが、英国の医療は日本と同じ皆保険制度で、大学附属病院はほとんど存在せず、地域のコミュニティー病院しかありませんでした。華やかな米国の医療と比べると、対照的に非常に質素であり、どちらかというとも日本に近い感じでしたが、2つの異文化を体験できたことは貴重な体験となりました。その後、日本でも生体肝移植が開始となりましたが、都内では小児を扱う施設がほとんどなかったため、自治医大小児外科の協力を得ながら、東京医大で4例の小児生体肝移植を行いました。その後も続けて



図3 Ronald W. Busuttil, MD, PhD, FACS



図4 アメリカで長女が生まれました

いく予定でしたが、国立成育医療センターで小児肝移植のプログラムが本格的に開始されたことなどの理由によって、東京医大での継続は中止しました。

IV. 低侵襲手術の導入 ～若手医師に伝えたいこと

1980年代までは世界的に、外科手術といえば開腹手術・開胸手術しかなく、“Big surgeons make big incisions. (偉大な外科医は大きく切開する)”が当たり前の時代でした。1990年の夏、当時の木村幸三郎主任教授より、「帝京大学溝口病院の山川達郎教授が、日本で初めて内視鏡を使って胆嚢摘出術を行った。東京医大でも山川教授をお呼びして、同じ手術を行うので、助手として手術に参加するように。」と言われました。これを聞いた時、『内視鏡を使う手術なんて、外科医のやる仕事ではない。』と正直に思いましたが、実際にやってみると、開腹手術と違って、非常に小さなキズで手術ができるため、術後の回復が早く、入院期間が短縮できることに驚きました。この当時、消化器内科では、主として肝臓の病態を診断するために、腹腔鏡検査が日常的に行われており、内視鏡を腹腔内に入れて、肝臓の形態を確認するとともに、組織生検や腫瘍生検がなされていました。しかしながら、日本では誰一人として思いつきませんでしたでしたが、欧米においては、腹腔鏡検査を外科手術に応用するという画期的な発想が生まれ、コペルニクスの地動説並みのインパクトがありました(表3)。その後、日本でも胆嚢摘出術からスタートし、消化器外科のみならず、呼吸器外科、心臓血管外科、泌尿器科、婦人科、耳鼻咽喉科など様々な領域に内視鏡下手術が応用され、現在では多くの手術が内視鏡下に行われています。また、2000年頃より米国ではこの延長としてロボット支援下手術が開発され(表4)、欧米を中心に広まってきました。東京医大は本邦で最も早くロボット手術機器であるダヴィンチを導入し、臨床研究から先進医療としてロボット支援下前立腺手術を開始

表3 腹腔鏡下手術の歴史

1970年	フランス	腹腔鏡下虫垂切除術
1988年	フランス	腹腔鏡下胆嚢摘出術
1989年	アメリカ	腹腔鏡下胆嚢摘出術
1990年	帝京大学	腹腔鏡下胆嚢摘出術
1990年	東京医大	腹腔鏡下胆嚢摘出術

表4 ロボット支援下手術の歴史

1986年	アメリカ	IBM・カリフォルニア大学で完全股関節形成手術を実施
1994年	アメリカ	AESOP100がFDAで承認
2000年	アメリカ	ダヴィンチ Standard がFDAで承認
2001年	アメリカ	Zeus がFDAで承認

し、2012年の保険収載に大きく貢献しました。その後、2018年には、呼吸器、消化器、婦人科領域などが一括して保険収載に至り、右肩上がりに症例数が増加しており、2020年までの統計では、ロボット支援下手術の累積手術件数は日本一の実績を誇っています。

ここで医学生・研修医・大学院生など、若い世代に強調したいことは、『社会生活を大幅に変える革新的技術の多くは欧米で開発されている。日本人は、目の前の技術を発展させ、昇華する能力には優れているが、大きな変革を来たす技術は生まれにくい!』ということです。医療以外の典型的な例として、携帯電話の進歩があります(図5)。1970年頃に、世界で初めての携帯電話(移動電話)が開発され、その後、日本ではガラケー多機能端末として進化しましたが、あくまでも電話の領域を脱せず、また普段では到底使いこなせない多くの機能が盛り込まれました。一方、米国では、1994年にIBMがタッチ式パネル電話を開発し、2007年には初代iPhoneが発売され、電話というよりも持ち運び可能な小型PCとして進化し、今や世界を席巻しています。若い世代に伝えたいことは、既存の技術を修得して極めることは重要ですが、難しい手技や匠の技を時間をかけて修得するよりも、いかに簡単に誰にでもできる新しい技術を開発することに目を向けていただきたい。そして、腹腔鏡下手術、ロボット支援下手術の次に来る革新的技術を開発していただくことを期待しています。

V. ライフワークとしての臨床研究 「膵・胆管合流異常」

大学人の使命として臨床研究は欠かせません。今までに教室全体として、消化器癌の病態解明、早期診断や新規治療法の開発など様々な課題に取り組んできましたが、私がライフワークとして長年携わってきたテーマの一つに「膵・胆管合流異常(以下、合流異常)」があります。合流異常は先天性の形成異常であり、胆道癌のリスクファクターです。肝外



図5 携帯電話の進歩

胆管の拡張を来たすものと来たさないものに大別され、前者は先天性胆道拡張症と呼ばれています（図6）。解剖学的に膵管と胆管が十二指腸乳頭部にあるOddi括約筋の作用が及ばない十二指腸壁外で合流し、膵液と胆汁が相互に逆流します。通常、胆管内

圧よりも膵管内圧の方が高いため、膵液が胆管内に逆流し、活性化した膵酵素により癌原物質が生成され、胆道粘膜を長期にわたって傷害します。胆道粘膜の破壊と修復が繰り返されることによって、細胞回転が亢進して、種々の増殖因子や遺伝子変異が蓄

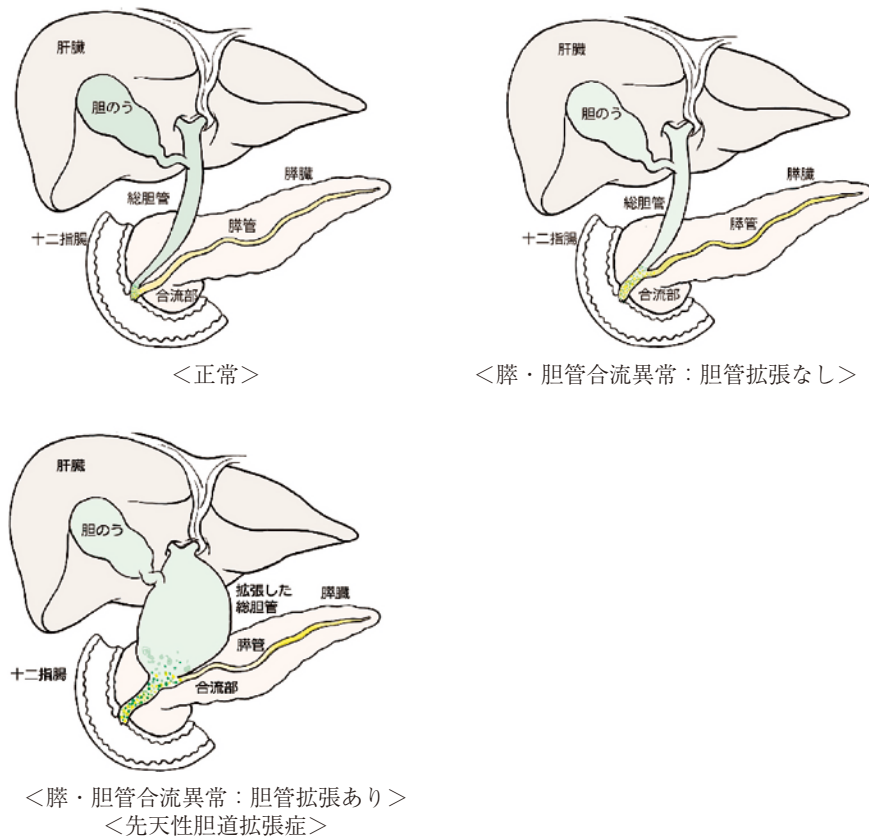


図6 膵・胆管合流異常

積され、最終的に胆道癌が高率に発生します。したがって、診断時に癌の合併がなくても、膵液と胆汁の混入を防ぎ、胆道癌の発生母地を減らす予防的手術（胆嚢摘出+肝外胆管切除）が推奨されています¹⁻⁴⁾。

私共の教室は、小児外科と成人の消化器外科が一緒になっており、小児期に診断されて治療した症例も長期にわたってフォローしています。このため、全国でも合流異常の手術症例数が多く、手術検体を用いて、病理学的検討から遺伝子学的検討まで多くの研究成果を上げてきました。合流異常の病理組織で最も特徴的なのは過形成 (hyperplasia) です。この過形成は幼小児期より胆道粘膜の大部分に出現し、K-ras 遺伝子変異を高頻度に伴っています。その後、加齢とともに、化生上皮 (metaplasia) や異形成 (dysplasia) がみられるとともに、種々の増殖因子や遺伝子変異を伴い、最終的に発癌に至ります (図7)。この癌化過程は、大腸癌の adenoma-carcinoma sequence と同様に、hyperplasia-dysplasia-carcinoma sequence があるものと考えられます。遺伝子変異や増殖因子に関しても、手術検体や動物実験を介して多くの検討を行ってきており、文献的な考察

も加えてまとめたものを図に示します (図8)⁵⁻¹²⁾。これらの研究成果は、日本膵・胆管合流異常研究会・日本胆道学会が編集した「膵・胆管合流異常 診療ガイドライン」の中でも引用されており、この領域で一定の貢献ができたものと考えます¹⁾。

最近のトピクスとして、予防的手術をした後に、残っている肝内胆管や膵内胆管に新たな発癌を認める症例が増えています。予防的手術により、膵液と胆汁が混ざり合って胆道粘膜を傷害することは無くなったわけですが、これはおそらく、① 生来、種々の増殖因子の異常や遺伝子変異が蓄積されていること、② 予防的手術によって胆管と小腸が吻合されており、消化管液が胆管内に逆流することが発癌を誘引する一因となっていることによると考えられます。私共は、合流異常の胆嚢粘膜の免疫組織学的検討で、cyclooxygenase (COX)-2 が高率に発現し、腫瘍化や血管新生に強く関連していることを明らかにしました。そこで、ハムスター合流異常発癌モデルを用いて (図9)、COX-2 阻害剤の一つであるビタミン K2 による発癌抑制実験を行ったところ、ビタミン K2 投与群は、対照群に比べて、細胞周期が有意に低下し、異形成や癌の発生が抑制されることを

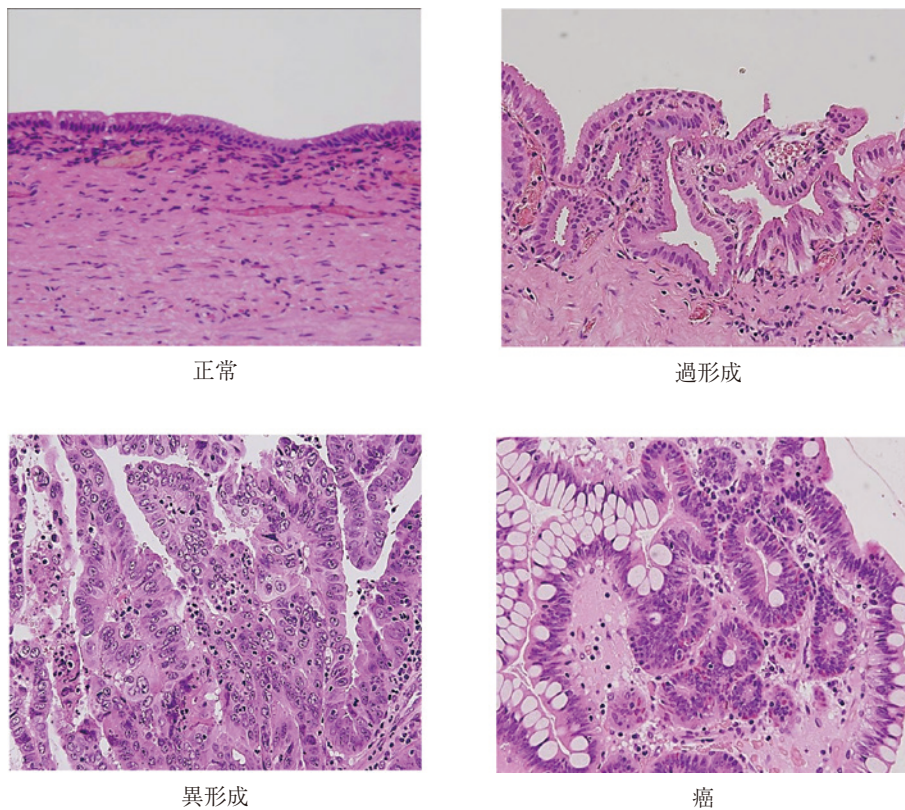


図7 病理組織 (Hyperplasia-dysplasia-carcinoma sequence)

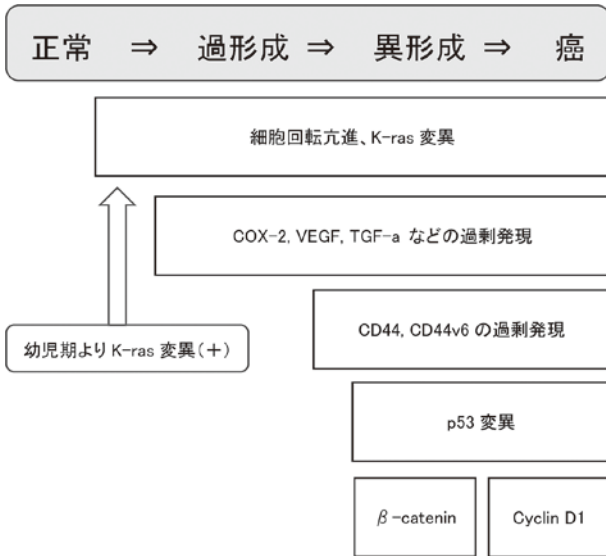


図8 癌化過程



図10 田島義証教授

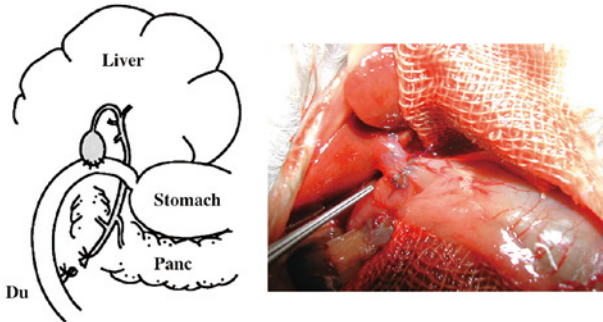


図9 ハムスター合流異常発癌モデル

報告しました¹³⁻¹⁴⁾。この結果は、予防的手術後の発癌抑制にCOX-2阻害剤が有効であることを示したものであり、臨床応用の可能性が期待できます。ハムスター合流異常発癌モデルは、島根大学医学部消化器・総合外科の田島義証教授(図10)が1990年頃に考案されたモデルで、総胆管末端を結紮し、胆嚢と十二指腸を吻合することで、合流異常類似の病態を作り出します。これに、発癌物質であるN-nitrosobis(2-oxopropyl)amine (BOP)を投与することで、高率に胆嚢や胆管に発癌します。当時、田島先生が執筆された論文をもとに、自前でハムスター発癌モデルの作成を行いました。胆嚢と十二指腸の吻合がなかなかうまくいかず、モデルの作成に難航していました。田島先生とは面識がなく、考えた末に、当時の所属先である長崎大学に電話をしましたところ、長崎市内の関連病院に所属していることを教えていただき、思い切って直接所属先に電話をしました。初めてお話しする田島先生はとても親

切に対応していただき、2か月後に開催される学会で東京に来られることが分かり、その際に、東京医大に来ていただいて、直接モデル作成の指導をしていただきました。胆嚢と十二指腸吻合のコツを伝授していただきましたので、その後の実験は予定通り行うことができました。この時以来、田島先生とは非常に懇意にさせていただき、学会・研究会はもとより、島根大学医学部の非常勤講師にご指名いただき、島根大学の大学院生の講義を年1回担当しました。人と人の結びつきはちょっとしたキッカケで始まるものであり、思い立ったら躊躇せずに行動することが大切だと思います。

VI. 主任教授、病院長・常務理事としての経験

2012年4月より、消化器・小児外科学分野の第5代主任教授に就任し、同年9月から3年間、大学病院の副院長を兼務しました。ご存知のように、都内には13の医学部・医科大学があり、なかでも東京医大のある新宿区には慶應義塾大学病院、東京女子医大病院があり、激戦区の一つになっています。私は主任教授として、まずは新宿区で一番になることを目標に、「打倒慶應、打倒女子医大」を掲げ、医局員を叱咤激励しました。具体的には、上部消化管(食道・胃)、下部消化管(小腸・大腸・肛門)、肝胆膵、小児外科のグループごとに、慶應、女子医大に負けない手術件数を上げることを目指しました。詳細な手術データが公表されていませんので、正確な比較はできませんが、2020年度には、食道癌、

大腸癌、膵癌においては、3病院の中でトップの手術件数になりました。とりわけ、膵臓手術に関しては、新宿区のみならず、全国の大学病院の中でトップクラスの症例数となりましたが（図11）、その理由として以下のことが挙げられます。① 消化器内科の頑張り：消化器内科学分野の糸井隆夫主任教授は、10年以上前から膵臓領域の内視鏡診断や治療において、我が国のトップリーダーとして活躍しており、慶應、女子医大、医科歯科大学などで技術指導を行ってきました。このため、他施設で難渋する症例が糸井主任教授のもとで紹介され、都内はもとより全国から患者さんが集まっています。② 消化器外科の頑張り：永川裕一教授（現、主任教授）をチームリーダーとする肝胆膵グループは、腹腔鏡下手術、ロボット支援下手術を積極的に導入し、保険収載前から臨床研究として膵臓手術を実施してきました。消化器内科から紹介される症例のみならず、これら低侵襲手術を希望される患者さんが年々増加しています。③ 積極的な広報活動：私は副院長を2期6年間、病院長を1期3年間務めました。副院長の役割の一つとして医療連携を担当しておりました。近隣の医師会や医療機関に対して、病院全体の宣伝を行うだけでなく、消化器外科の紹介を積極的に行って来ました。以上の理由によって、膵臓手術は過去15年間で約5倍に増加し、2020年には手術症例の半数以上が低侵襲手術（腹腔鏡下、ロボット支援下）になりました。今後、膵臓以外の領域でもトップクラスになることを期待しています。

2015年より3年間、大学病院の病院長ならびに3附属病院担当の常務理事を務めました。この期間は、2019年7月に開業予定の新病院に向けて、新規購入の医療機器・什器の選定、運用面のマニュアル作成など、平常時の数倍近い仕事量となりました。また、当時の理事長、財務担当の常務理事より、「新病院の医療機器・什器に充てる費用は80億円しか出せないの、この範囲でやりくりするように。」と無理難題を言われ苦勞しました。通常、900～1,000床の新規病院の医療機器・什器に必要な金額は110～120億円が相場であり、指示通りにするには、旧病院の古い機器・什器を移設することになります。折角の新病院開設にあたって、10年以上使い古した医療機器しかないのであれば、何のための新病院か分かりません。そこで、当時の理事長、財務担当常務理事にかけあって、自分の任期3年間で収支を大幅に改善させれば、その費用を医療機器・什器の不足分に充当しても良いというお墨付きをいただきました。運用面での主な整備としては、① 新病院に必要な部門の設置（細胞・再生医療センター、遺伝子診療センター、不整脈センター、臨床研究支援センターなど）、② 日本医療機能評価機構が実施する病院機能評価の受審、③ Patient Flow Management (PFM) の新設、④ 労働基準監督署の指導・勧告に基づく時間外診療体制の構築、⑤ 厚生労働省関東信越厚生局に指導医療官を派遣、などです。また、収支改善として、主な増収策としては、① 医療連携医登録制度の新設、② 指導料・加算の算定率向上、

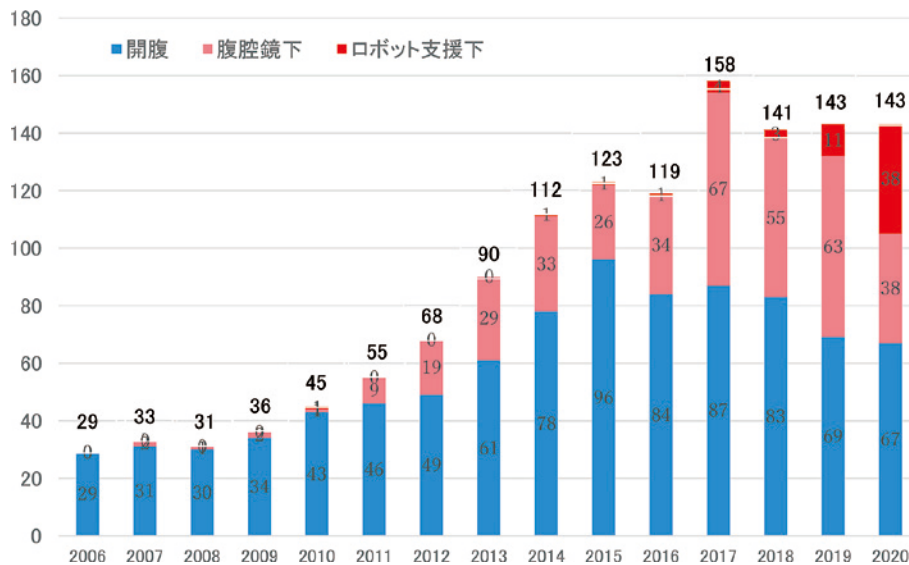


図11 膵臓手術件数の推移

③ 麻酔科医師の定員増、④ 手術室看護師の手当新設、⑤ 国際診療部の新設、⑥ 漢方専門医（常勤）の招聘、⑦ 認知症疾患医療センターの新規承認などを行い、3年間で約44億円の増収となりました。主な経費削減策としては、① 医療機器購入の見直し、② ジェネリック薬品の導入促進、③ 医療材料購入の3附属病院一元化、④ 手術キットの業者変更、⑤ 職員の通勤手当の見直しなどを行い、3年間で約30億円の経費削減を行いました。これらによって、大学病院の事業活動収支差額（最終利益）は年々増加し、2014年には約15億円でしたが、2017年には約24億円と過去最高の黒字を上げることができました。この結果は、私一人の力ではなく、すべての教員と職員が一致協力して目標に向かって努力していただいた成果であり、この場を借りて改めて感謝申し上げます。

常務理事としては、新宿の大学病院だけでなく、茨城医療センター、八王子医療センターの運営に関与しました。特に、茨城医療センターは慢性的な赤字経営で、東京医大全体の重荷になっており、抜本的な改革が必要です。そもそも人口5万弱の小都市に、500床の病院を建てること自体が無謀であると以前より考えていました。そこで、茨城医療センター再生プロジェクトを立ち上げ、現場の意見を集約しましたが、大幅に赤字を解消するようなものは出てきませんでした。茨城医療センターの近隣には、筑波大学附属病院（800床）や土浦協同病院（800床）などの大病院があり、救急、がん診療、手術などの高度な急性期医療はこちらを希望する患者さんが多く、全国的に著名な医師を揃えない限り、とても太刀打ちできないと思います。個人的には、ミニ大学病院としてすべての診療科を揃えるよりも、リハビリ、神経、精神などに特化した病院にする方がニーズもあり、収益性に優れていると考えます。都市型の大学病院ではなく、地域包括ケアの観点から、必要とされる病院に移行するのが賢明であると思います。残念ながら、自分の任期中に抜本的な解決はできず、この点だけが心残りです。

VII. これからの東京医大に望むこと

東京医大は1916年に日本医学専門学校（現日本医科大学）の学生約450名が学校の方針に異を唱えて同盟退学し、医学界、政財界などの支援を受けて設立された大学であり、世界的に見ても、学生が設

立者という極めて特異な歴史を有しています。100年以上の歴史の中で、最近では、世界医学連盟が実施する医学教育分野別評価を日本で初めて受審して認証（後に取り消し、再受審予定）、日本で初めてロボット支援下手術を実施し2020年度までの累積手術件数は日本トップ、科研費などの公的研究資金の獲得件数が上位クラスに増加など、教育・診療・研究のいずれの領域でも一定の成果を上げています。しかしながら、慶應義塾大学、順天堂大学、東京慈恵会医科大学、日本医科大学など、歴史と伝統のある私立医科大学・医学部と比べると、まだまだ足りないところがあります。その要因の一つとして、過去20年ほどの間、数年おきに、心臓外科手術問題、学位謝礼問題、公的研究費不正処理問題、保険不正請求問題、入試不正問題などが生じ、東京医大の名声を著しく貶めてきました。これらの問題の多くは、大学法人役員（理事長、学長、病院長）や主任教授・教授など、それぞれ組織のトップが引き起こしたものであり、問題が生じるたびに、第三者委員会や再生プロジェクト委員会が立ち上がり、組織の上から下に向けて、再発防止のための取り組みがなされてきました。しかしながら、真に教育すべきは、組織のトップであり、今まで東京医大では将来を担う次世代リーダーを育てる試みがほとんど行われてこなかったことに主な原因があるものと考えます。研究倫理やコンプライアンス規範を遵守することは言うまでもなく、東京医大が私学の雄となるべき将来ビジョンを有し、真のリーダーシップを発揮できる人材の育成が急務です。今後の東京医大を担っていく若い世代に期待しています。

VIII. おわりに

45年間の長きにわたり、東京医大でお世話になりましたことを深く感謝申し上げます。消化器外科医、海外留学、主任教授、病院長・副院長、常務理事など様々な経験をさせていただき、微力ながら大学の発展に貢献してきたつもりですが、道半ばで定年退職となりました。今後、東京医大が私学の雄として羽ばたくことを心より願っています。

文 献

- 1) 膵・胆管合流異常診療ガイドライン。日本膵・胆管合流異常研究会、日本胆道学会編。医学図書出版、東京、2012

- 2) 土田明彦、粕谷和彦、鈴木義明、他：先天性胆道拡張症と膵・胆管合流異常との関連性を巡る問題点。胆と膵 **34**；235-239, 2013
- 3) 溝手博義、矢野弘道：膵・胆管合流異常の病態。古味信彦、船曳孝彦編。膵・胆管合流異常—その Consensus と Controversy —。医学図書出版、東京、84-89, 1997
- 4) 水野 大、加藤哲夫、蛇口達造、他：合流異常の病態。古味信彦、船曳孝彦編。膵・胆管合流異常—その Consensus と Controversy —。医学図書出版、東京、89-92, 1997
- 5) Tsuchida A, Itoi T, Aoki T, et al : Carcinogenetic process in gallbladder mucosa with pancreaticobiliary maljunction (Review). *Oncol Rep* **10** ; 1693-1699, 2003
- 6) Masuhara S, Kasuya K, Aoki T, et al : Relation between K-ras codon mutation and p53 protein overexpression in gallbladder cancer and biliary ductal epithelia in patients with pancreaticobiliary maljunction. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* **7** ; 198-205, 2000
- 7) Tanno S, Obara T, Fujii T, et al : Proliferative potential and K-ras mutation in epithelial hyperplasia of the gallbladder in patients with anomalous pancreaticobiliary ductal union. *Cancer* **83** ; 267-275, 1998
- 8) Tokiwa K, Iwai N : Early mucosal changes of the pancreaticobiliary duct. *Gastroenterol* **110** ; 1614-1618, 1996
- 9) Itoi T, Shinohara Y, Takeda K, et al : Nuclear cyclin D1 overexpression is a critical event associated with cell proliferation and invasive growth in gallbladder carcinogenesis. *J Gastroenterol* **35** ; 142-149, 2000
- 10) Nakamura Y : Cleaning up β -catenin. Inactivation of the APC tumor suppressor gene in melanoma and colon cancer results in increased transcriptional activity mediated by β -catenin. *Nature Med* **3** ; 499-500, 1997
- 11) Kaneko K, Ando H, Ito T, et al : Increased cell proliferation and transforming growth factor- α (TGF α) in the gall-bladder epithelium of patients with pancreaticobiliary maljunction. *Pathol Int* **46** ; 253-260, 1996
- 12) Tsuchida A, Nagakawa Y, Kasuya K, et al : Immunohistochemical analysis of cyclooxygenase-2 and vascular endothelial growth factor in pancreaticobiliary maljunction. *Oncol Rep* **10** ; 339-342, 2003
- 13) Tsuchida A, Itoi T, Kasuya K, et al : Chemoprevention of chemically-induced biliary carcinogenesis in hamsters by vitamin K2. *Hepatogastroenterology* **58** ; 290-297, 2011
- 14) Tsuchida A, Kasuya K, Endo M, et al : High risk of bile duct carcinogenesis after primary resection of a congenital biliary dilatation. *Oncol Rep* **10** ; 1183-1187, 2003

45 years of Memories inTokyo Medical University

Akihiko TSUCHIDA

Department of Gastrointestinal and Pediatric Surgery, Tokyo Medical University

Summary

As a final lecture, I looked back on the 45-year history of Tokyo Medical University and outlined the following items ; As a student, as a resident doctor, studying abroad, introducing minimally invasive surgery, clinical research as a life's work, experience as a chief professor, hospital director, and executive director, and what I hope for Tokyo Medical University in the future. Although various problems have arisen at Tokyo Medical University over the past 20 years, there is an urgent need to develop the next generation of leaders, and I sincerely look forward to the efforts of young faculty and staff to become the leader of private medical schools in the future.

〈**Key words**〉 : GI surgeon, life work, chief professor, hospital director, executive director
