

熊本大学消化器外科 診療案内

2026 (令和 8年)



熊本大学大学院
生命科学研究部消化器外科学
Kumamoto University Gastroenterological Surgery



CONTENTS

1. ご挨拶	2	5. 診療グループ紹介	6
2. スタッフ紹介	3	上部消化管外科	
3. 新入医局員紹介	4	下部消化管外科	
4. 医局員紹介	5	肝胆膵外科	
		Acute Care Surgery	
		減量代謝改善手術	
		6. 一般社団法人	
		熊本外科研修教育推進機構 (K-STEP)	19
		7. 医局イベント紹介	21



ご挨拶

熊本大学大学院
生命科学部 消化器外科学
教授 岩槻 政晃
Masaaki Iwatsuki

熊本大学大学院消化器外科学は、2005年（平成17年）4月1日に初代教授 馬場秀夫先生のもと開講され、熊本県における消化器外科医療の中核拠点として発展してまいりました。2024年には開講20年という節目を迎え、同年7月より私が第2代消化器外科学教授を拝命しております。これまで培われてきた教室の伝統と基盤を大切にしながら、高度外科医療の提供、次世代外科医の育成、そして新しい外科医療の創出という大学講座の使命を果たすべく、教室員一同、日々診療・研究・教育に取り組んでおります。

本院は熊本県唯一の特定機能病院であり、地域医療における「最後の砦」として重要な役割を担っています。がん医療をはじめとする消化器疾患の診療は年々高度化・専門化しており、単一の診療科のみで診断や治療を完結することが困難な時代となりました。熊本大学病院内の各専門診療科や多職種と密接に連携しながら、チーム医療の中核として安全で質の高い外科医療を実践しています。同時に、地域医療機関との連携を一層強化し、地域全体で患者様を支える医療体制の構築にも取り組んでおります。患者様一人ひとりの病態や生活背景に寄り添い、根治性と安全性のバランスを追求するとともに、生活の質にも十分配慮した最適な外科治療を提供できるよう努めてまいります。

当科の外科診療は、消化管、肝胆膵領域を中心とした幅広い消化器疾患を対象としており、手術件数は着実に増加しています。低侵襲手術の分野では、保険収載されている消化器外科領域のすべての術式に対してロボット支援手術を行っております。一方で高度進行がんに対しては、化学療法や放射線療法を組み合わせた集学的治療を行い、根治性を高めたうえで外科治療を積極的に行っております。また、肥満症に対する外科治療の重要性が高まる中、当科においても減量・代謝改善手術が着実に増加しています。さらに、急性期外科治療（Acute Care Surgery）の専門医が在籍しており、救急部と連携して急性腹症や外傷などの緊急手術にも対応することで、地域医療への貢献を行っております。

2024年4月より医師の働き方改革が開始され、医療の現場は新たな転換期を迎えています。世の中では「ワークライフバランス」が広く叫ばれていますが、私はむしろ「ワークライフインテグレーション」という考え方が重要であると考えています。仕事と人生を対立するものとして捉えるのではなく、互いを高め合うものとして統合していく発想です。2026年度の診療報酬改定では、外科医療の持続可能性を支える取り組みとして外科医の負担軽減やインセンティブの評価が進み、外科医療を取り巻く環境にも新たな変化が生まれています。患者様、消化器外科学教室、熊本大学病院、そして熊本県内の医療機関すべてがwell-beingを実感できる環境を整え、若手医師にとって魅力ある教室づくりを進めてまいります。

北里柴三郎先生は「人に熱と誠があれば何事も達成する。世の中は決して行き詰まらぬ」と述べられています。私も「熱」と「誠」をもって「終始一貫」、本講座、本院、そして熊本県内の医療の発展と、高度で安心・安全な医療の提供に尽力する所存です。これからも患者様一人ひとりに寄り添う外科医療を実践しながら、熊本県の医療の発展に貢献できるよう教室員一同努力を重ねてまいりますので、今後とも皆様のご指導ご鞭撻とご支援を賜りますよう心よりお願い申し上げます。

令和8年5月1日

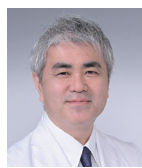
スタッフ紹介



消化器癌先端治療開発学寄附講座 特任教授

消化管グループ長として消化管外科診療を統括し、大腸疾患を中心に、患者さん一人ひとりに最適な治療方針の決定に責任を持って取り組んでいます。次世代を担う外科医の指導・育成に力を注ぐとともに、チーム全体で安全で質の高い治療を実践し、先進的治療の導入を通じて診療のさらなる発展を目指しています。

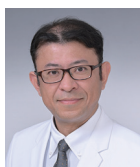
宮本 裕士
Yuji Miyamoto



熊本大学大学院消化器外科学 准教授

肝胆膵グループ長として、「優しさ」をモットーにチーム医療に取り組んでいます。特に腹腔鏡やロボット手術といった低侵襲な肝切除や膵切除手術を積極的に取り入れることにより、多くの方で術後の早期退院・社会復帰が可能となっております。肝胆膵領域の抗がん剤治療やセカンドオピニオンも行ってまいりますので、ご相談ください。

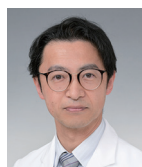
林 洋光
Hiromitsu Hayashi



熊本大学大学院消化器外科学 助教

食道・胃を中心とした上部消化管疾患の診療を担当しています。患者さんご家族の希望やお気持ちに寄り添い、ともに病気に向き合い乗り越えていくことを大切にしています。手術・薬物・放射線治療を組み合わせた最適な治療を提示するため、多診療科と連携し、症例ごとに徹底したカンファレンスを行っています。また、地域全体の外科・救急医療の均てん化や、外科医の働き方を見据えた医療DX推進にも力を入れています。

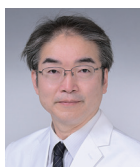
長井 洋平
Yobei Nagai



熊本大学大学院消化器外科学 講師

肝臓・膵臓・胆道疾患を専門に診療を行っています。患者さん一人ひとりの病状や生活背景を踏まえ、エビデンスに基づいた最適な治療方針を提案し、安全で質の高い医療の提供に努めています。また、低侵襲手術の推進や手術方法の改善、周術期管理の向上にも力を入れるとともに、臨床研究・基礎研究を通じて新たな治療法の開発にも取り組んでいます。安心して治療を受けていただけるよう、丁寧な説明と信頼関係を大切に診療にあたっています。

岡部 弘尚
Hirobisa Okabe



熊本大学大学院消化器外科学 助教

大腸疾患において手術、抗がん剤治療を専門に診療致します。手術では、大腸癌の腹腔鏡技術認定医として、精度の高い腹腔鏡手術、ロボット手術を行って参ります。癌治療において、手術、抗がん剤、放射線治療が主軸となります。知識と技術を駆使して、また大学院の医療資源を最大限に利用して、最良の医療を実現します。癌と闘う患者様に理想の医療を提供することが、私のライフワークだと思っています。宜しくお願い致します。

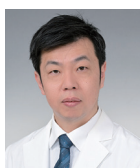
澤山 浩
Hiroshi Sawayama



熊本大学大学院消化器外科学 助教

消化管グループにおいて上部消化管外科を担当し、特に胃癌に対する外科治療を中心に診療を行っております。早期がんには腹腔鏡・ロボット支援による低侵襲かつ機能温存手術を積極的に導入し、術後QOLの最大化を目指しています。進行がんには周術期治療を含めた集学的治療により根治性向上に努めています。さらに減量代謝改善手術を導入し、各診療科やメディカルと連携したチーム医療として、肥満症治療にも取り組んでおります。

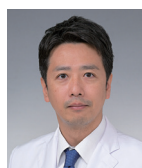
江藤 弘二郎
Kojiro Eto



熊本大学大学院消化器外科学 助教

消化管グループでは、上部消化管外科、特に食道癌を中心とした診療を行っています。進行癌に対しては、手術、化学療法、放射線治療を組み合わせた集学的治療を実施し、根治性の向上を目指した最適な治療の提供に努めています。また、食道手術においては、胸腔鏡手術やロボット支援手術など、低侵襲かつ安全性の高い手術を積極的に導入しています。患者様一人ひとりの状態に応じた最適な治療を提供できるよう、今後も努めてまいります。

原田 和人
Kazuto Harada



熊本大学大学院消化器外科学 助教

消化管グループにおいて、食道癌を中心とした上部消化管癌の診療を担当しております。根治性とQOL維持の両立を目指した鏡視下手術に加え、治療成績の向上を目的とした集学的治療（手術、化学療法、放射線療法、免疫療法）に取り組んでおります。最新のエビデンスに基づき、患者様お一人おひとりに最適な治療を提供できるよう努めてまいります。また、革新的な新規治療法の開発を目指したトランスレーショナルリサーチにも取り組んでおります。

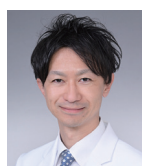
小澄 敬祐
Keisuke Kosumi



消化器癌先端治療開発学寄附講座 特任助教

肝胆膵グループに所属し、肝癌（原発性・転移性）、胆道癌、膵癌を中心に、高度外科治療（低侵襲手術や拡大手術）から化学療法、周術期管理まで対応し、治療成績の向上とQOLの維持を重視した医療を実践しています。診断に迷う段階からでもお気軽にご相談いただけますと幸いです。患者さんへの丁寧で分かりやすい説明を心がけております。今年度は医局長として、医局運営や関連病院との連携、人材確保にも取り組んでおります。

宮田 辰徳
Tatsunori Miyata



消化器癌先端治療開発学寄附講座 特任助教

消化管グループで大腸疾患を中心に担当しております。腹腔鏡手術やロボット手術、開腹手術の中で病状に応じた最適なアプローチを選択し、がんの根治性と機能温存の両立を目指します。早期癌ではより低侵襲に、高度進行癌では化学療法や放射線治療を併用した集学的治療を行って根治を目指します。また近年増加している若年性大腸癌の治療成績向上を目指し、国内外のラボと連携して革新的な治療法開発を目指した基礎・臨床研究を行っています。

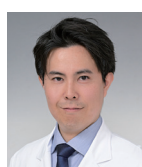
有馬 浩太
Kota Arima



熊本大学病院 地域医療支援センター 特任助教

肝胆膵領域の疾患を中心に診療を行っております。手術は低侵襲手術から拡大手術まで患者様の病状と全身状態にあった安全な治療を提供できるように取り組んでおります。患者様の気持ちに寄り添いながら、安心して治療が受けられるよう努力してまいります。

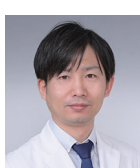
北野 雄希
Yuki Kitano



熊本大学病院 地域医療支援センター 特任助教

肝胆膵領域を中心に診療を行っています。臨床においては患者様と向き合い、皆様の気持ちに寄り添った医療を届けられるよう心がけています。また、大学院としての義務である教育にも従事することで、学生のみならず将来の外科医となる人材育成に尽力しております。また、臨床や基礎研究を実践することで最新の治療を提供できるよう努めて参ります。

山尾 宣暢
Takanobu Yamao



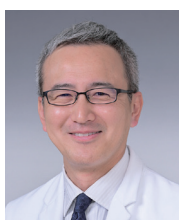
消化器癌先端治療開発学寄附講座 特任助教

消化管グループに所属し、上部消化管外科を担当しています。胃癌を中心に、腹腔鏡手術やロボット手術などの低侵襲手術で患者様の負担軽減に努めています。さらに、化学療法・分子標的治療・免疫療法を組み合わせ、根治性を追求した集学的治療を提供しています。研究・教育にも取り組み、最新の知見を臨床に還元できるよう努めています。患者様一人ひとりに寄り添い、安心して治療に臨んでいただけの医療を提供してまいります。

山下 晃平
Yuki Yamashita



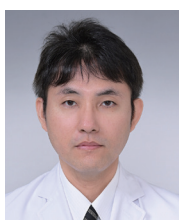
総合臨床 研修センター



井田 智
Satoshi Ida

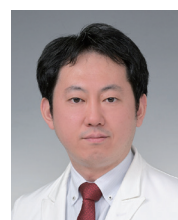
副センター長
低侵襲医療トレーニングセンター 特任教授

救急部



藏元 一崇
Kunitaka Kuramoto

特任助教



小川 克大
Katsubiro Ogawa

助教

消化管グループに所属し、主に上部消化管疾患に従事しております。また救急疾患に対して救急外来での初期診療や急性腹痛に対する緊急手術を行い、他科の協力が必要な場合は連携を行い診療してまいります。様々な基礎疾患をお持ちの患者様に対して、最新の知見とエビデンスに基づき、最大限の治療をできるよう努めるとともに、常に患者様の気持ちに寄り添いながら、安心して治療が受けられるよう努力してまいります。

消化管グループで下部消化管外科を担当しています。主に大腸癌の外科治療を行い、低侵襲な腹腔鏡手術やロボット手術、拡大手術を行っています。また、救急科専門医、Acute care surgery認定外科医の資格を生かして、救急外来での初期治療、緊急手術も担当しております。併存疾患をお持ちの患者様や重篤な状態の患者様に対しても、それぞれの病状に応じて最大限の治療効果を提供できるように努めてまいります。



新入医局員紹介

① 出身大学 ② 部活 ③ 抱負

池上 大樹

Hiroki Ikegami



- ① 熊本大学(2024年卒)
- ② フットサル部、ゴルフ部

③ 新入局員の池上と申します。志していた外科医人生のスタートを迎え、緊張とともに高揚感を覚えております。初心を忘れることなく、患者様が求める医療に貢献できるよう努めて参ります。よろしくお願いいたします。

岩井 秋子

Akiko Iwai



- ① 熊本大学(2024年卒)
- ② バレー部・ゴルフ部

③ 父の背中を追いかけて、というつもりはまったく無かったのですが、いつの間にか同じ道を辿っております。まずは日々の診療を学びつつ、いずれは地域医療に貢献できる医師を目指して頑張ります。

佐川 光太郎

Kotaro Sagawa



- ① 熊本大学(2024年卒)
- ② ゴルフ部、硬式テニスサークル

③ 今年度入局いたしました佐川光太郎と申します。生まれ育った熊本の医療に貢献できるよう、患者様に寄り添いながら日々精進して参ります。ご指導のほど、宜しくお願い申し上げます。

堂菌 習平

Shubei Dozono

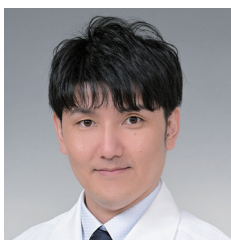


- ① 熊本大学(2024年卒)
- ② 硬式テニスサークル

③ 新入局員の堂菌習平と申します。知識や技術の研鑽を積み、常に患者様の心に寄り添うことのできる外科医になれるよう毎日精進いたします。どうぞよろしくお願い申し上げます。

医局員紹介

医員



秋山 貴彦
熊本大学 2013年卒



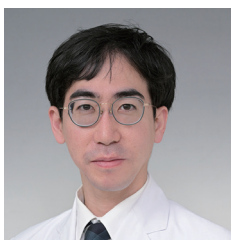
武末 亨
熊本大学 2014年卒



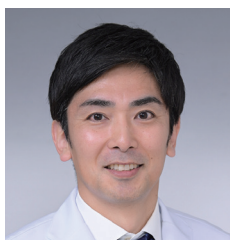
山根 大侍
熊本大学 2014年卒



木下 翔太郎
熊本大学 2015年卒



白石 裕大
久留米大学 2015年卒



松本 千尋
熊本大学 2015年卒



森戸 淳
長崎大学 2016年卒

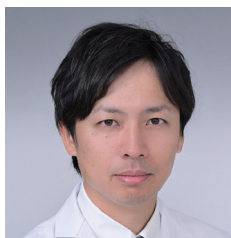


東 陽子
久留米大学 2022年卒

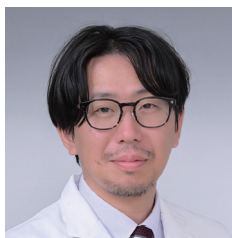
大学院生



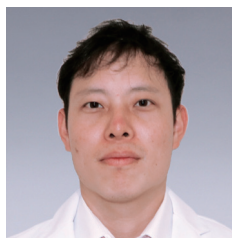
足立 優樹
熊本大学 2017年卒



耕 佳徹
熊本大学 2018年卒



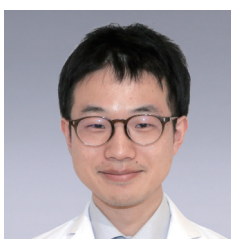
谷崎 卓実
久留米大学 2018年卒



酒匂 照生
熊本大学 2019年卒



椿原 拓樹
長崎大学 2019年卒



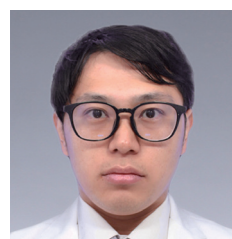
中村 尋
熊本大学 2019年卒



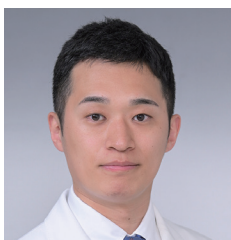
久野 祐樹
熊本大学 2019年卒



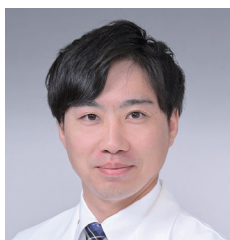
河田 彩音
熊本大学 2019年卒



上村 将太
長崎大学 2020年卒



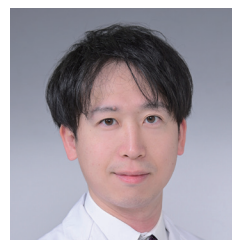
荒木 健吾
熊本大学 2021年卒



小野 浩輔
熊本大学 2021年卒



下川 琢也
熊本大学 2021年卒



中島 凌
熊本大学 2021年卒

上部消化管外科

1 食道疾患

【はじめに】

食道癌の治療では、手術、内視鏡治療、化学療法（抗がん剤）、放射線治療、免疫療法（免疫チェックポイント阻害剤）を組み合わせた集学的治療により、治癒や予後の延長を目指します。私たちは、患者様の全身状態と癌の進行度を総合的に評価し、一人ひとりにとって最適な治療法を選択しています。当グループは、熊本県内唯一の食道外科専門医が在籍し、日本内視鏡外科学会技術認定医を有する医師が所属しています。当グループは日本臨床腫瘍研究グループ（JCOG）参加施設として、最新の臨床試験やエビデンスに基づいた治療を提供できる体制を整えており、高度かつ安全な医療の実践に努めています。当科の食道癌の治療成績（5年生存率）を示します（図1）。

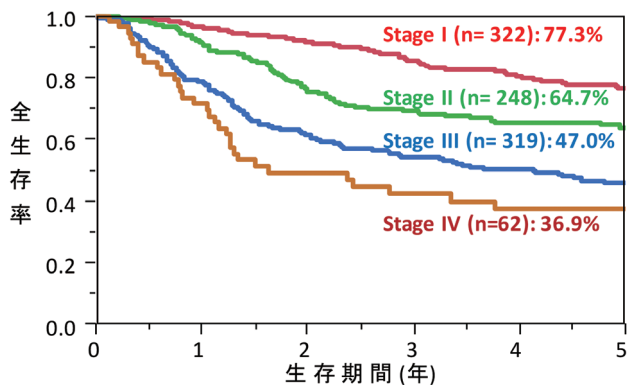


図1:食道癌 Stage毎 生存率

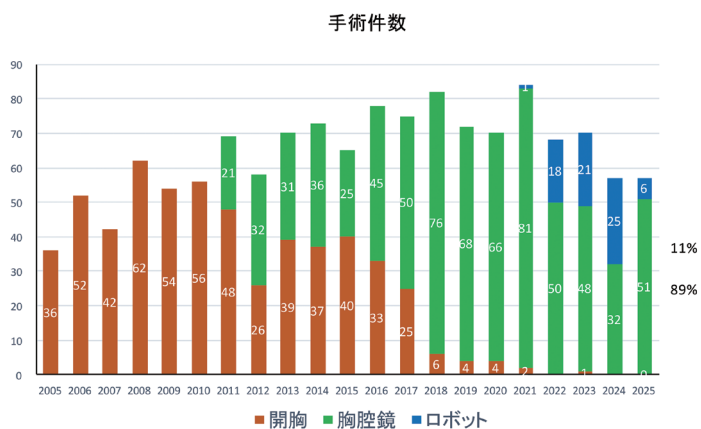


図2:食道癌 手術件数

【手術療法と低侵襲手術の進化】

当科の食道癌手術は、2005年に内視鏡補助下手術を開始し、2011年には胸部・腹部操作を完全内視鏡下で行う低侵襲食道切除術 (Minimally Invasive Esophagectomy: MIE) を導入しました(図2)。現在では、術前化学療法や根治的化学放射線療法 (CRT) 後の症例など、幅広い症例に対応しています。内視鏡手術は、小切開のため、術後疼痛の軽減、整容性の向上、早期回復といった明確な利点をもたらします。さらに、拡大視効果により微細な神経・血管構造を高精度に視認できるため、より繊細かつ安全性の高い手術が可能となりました。2018年以降は全体の9割以上を完全内視鏡下手術が占めています。さらに同年4月に食道癌に対するロボット支援下手術が保険適用されました。当科では2021年より導入し、これまでに60例以上の実績を重ねています。ロボット支援手術は、人の手を凌ぐ可動域を有する多関節アームと高精細3D視野により、極めて精緻で安定した操作を実現し、特に反回神経周囲の操作において合併症リスクの低減に寄与することが期待されています(図3)。

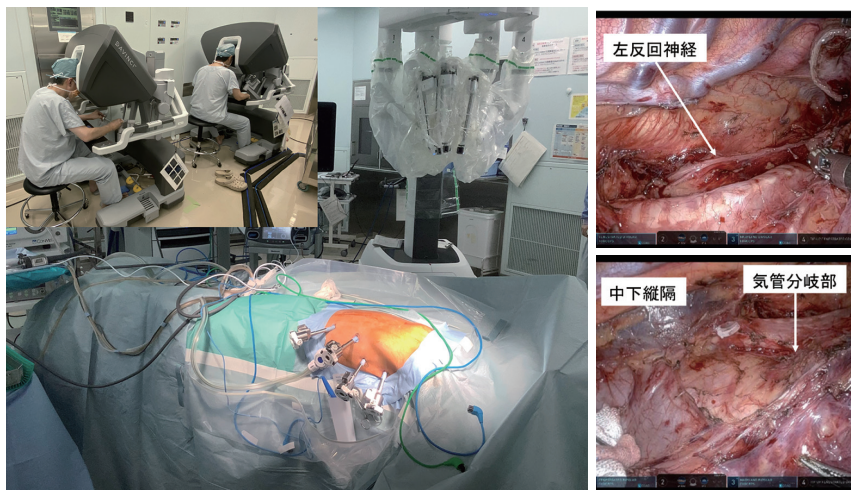


図3:ロボット支援下食道亜全摘術

当科には日本内視鏡外科学会技術認定医、ロボット支援手術プロクターが在籍し、完全内視鏡下手術とロボット支援手術を高いレベルで行うことで、「低侵襲性」と「根治性」を高次元で両立した食道癌手術を提供しています。

【他診療科との連携と治療戦略】

当科では、食道癌をはじめとする食道疾患の治療方針を、外科・消化器内科・放射線科による合同カンファレンスで決定し、最適な治療戦略を構築しています。早期食道癌に対しては機能温存を重視し、内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）を積極的に導入し、適応は合同で厳密に判断しています。治療後は病理結果に応じて手術やCRTを追加し、根治性向上を図っています。一方、切除不能局所進行例や手術困難例には根治的CRTを施行し、進行癌でも約30%に根治が期待されます。さらに、CRT後遺残例に対するサルベージ手術も70例以上の実績があり、在院死亡は認めていません。また、CRT後に腫瘍が気管へ浸潤している症例に対しては、耳鼻咽喉科・頭頸部外科および心臓血管外科と連携し、咽頭喉頭食道摘出術や縦隔気管孔造設術（Grillo手術）といった高度手術も実施しています（図4）。このように、難治性局所進行食道癌に対しても、多職種連携と集学的治療を駆使することで、治療成績の向上と新たな治療の可能性を切り拓いています。

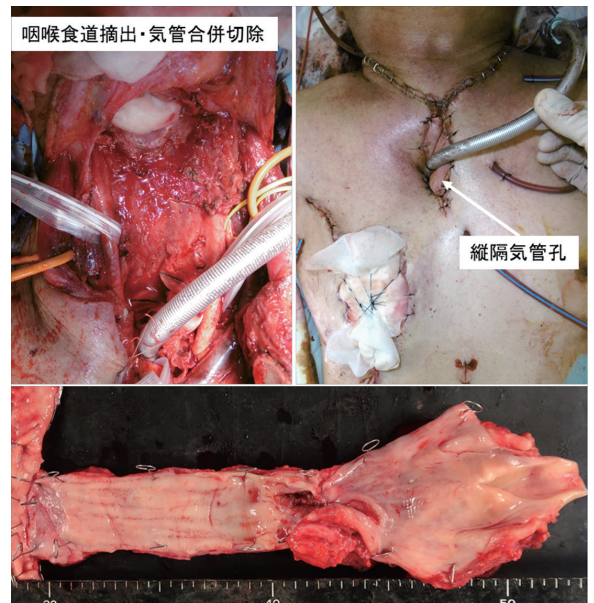


図4:咽・喉頭食道摘出術・縦隔気管孔造設術(Grillo手術)

【進行・再発食道癌に対する集学的治療】

切除不能進行・再発食道癌に対する薬物療法は大きく進歩し、近年は様々な臨床試験の成果を受け、進行・再発食道癌の一次治療として免疫チェックポイント阻害剤併用療法が標準となりました。当科では150例以上に導入し、奏効率52%、病勢制御率79%と良好な治療成績を得ています（図5）。腫瘍縮小により根治切除が可能となるConversion surgeryも経験し、積極的に外科治療へとつなげています。

当科は日本臨床腫瘍研究グループ（JCOG）といった国内有数の臨床試験グループにも参加し、食道癌の標準治療の確立とその進歩に貢献しています。多施設共同臨床試験に加え、グローバルな治験にも積極的に参画し、常に最先端の治療を患者様に提供できる体制を整えています。現在は免疫療法とCRTを組み合わせた新たな治療戦略の臨床試験も進行中で、今後さらなる成績向上が期待されます。当科は今後も臨床試験と最先端医療を両輪に、食道癌診療の発展に貢献していきます。

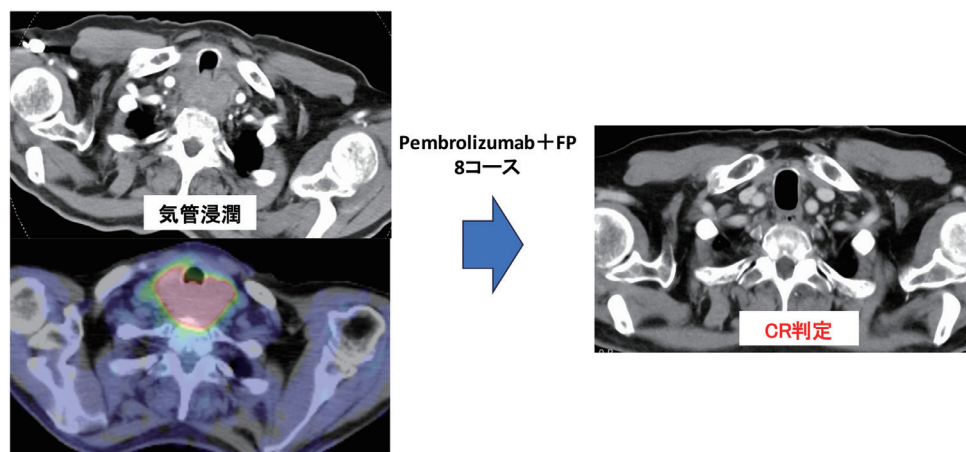


図5:免疫チェックポイント阻害剤併用レジメンの奏功例

【良性疾患への対応と地域連携】

当科では、食道癌に加え良性食道疾患にも幅広く対応しています。食道裂孔ヘルニアや食道アカラシアには腹腔鏡下手術を積極的に導入し、低侵襲で安全性の高い治療により良好な成績を得ています。また、咽頭食道憩室（Zenker憩室）や腐食性食道炎、さらには異物による食道穿孔などの緊急疾患にも迅速かつ的確に対応し、安全な外科治療を提供しています（図6）。地域医療機関との連携を重視し、紹介患者の円滑な受け入れと適切な治療後フォローアップ体制の構築にも努めています。

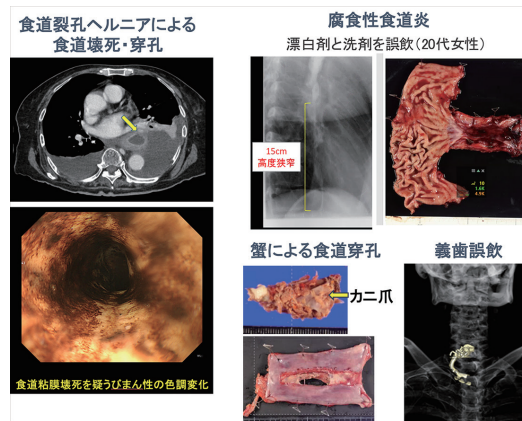


図6: 食道救急疾患に対する手術

【おわりに】

当科では、食道癌をはじめとする悪性疾患に加え、食道裂孔ヘルニアやアカラシアなどの良性疾患、食道穿孔や異物誤飲といった緊急症例まで幅広く対応しています。今後は、周術期合併症の低減や手術・周術期管理の精度向上に加え、免疫療法などの新規治療の導入と最適化を進め、「安全性」と「根治性」を高い水準で両立してまいります。さらに、臨床試験・治験を通じた新たなエビデンス創出にも貢献し、食道癌診療のみならず食道疾患全体の診療レベル向上を目指します。

2 胃疾患

【はじめに】

胃癌は、ピロリ菌感染率の低下や除菌療法の普及により全国的に減少傾向にあります。一方で、高齢化が進み、当院でも胃切除症例の約40%を75歳以上が占めています。当科における胃癌の治療成績（5年生存率）を示します（図1）。早期癌の治療成績は良好な一方で、進行胃癌の予後はいまだ不良であり、安全性・根治性・QOLのバランスを重視した専門的治療の重要性が一層高まっています。

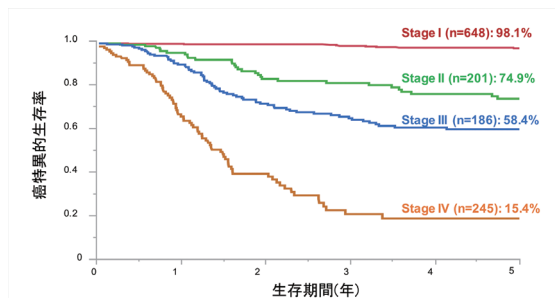


図1: 胃癌ステージ別 癌特異的生存率 (2005-2025)

【低侵襲手術と機能温存手術の取り組み】

当科では年間50~60例の胃癌手術を行い、この20年間で手術アプローチは、開腹手術から腹腔鏡手術、そしてロボット手術へと移行してきました。現在では胃全摘、幽門側胃切除、噴門側胃切除のすべての術式においてロボット手術を導入し、2025年には全体の95%を腹腔鏡/ロボットによる低侵襲手術で実施しています（図2）。

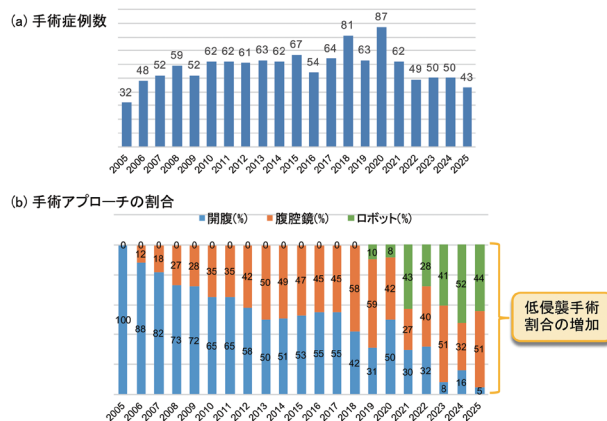


図2: 初発胃癌の手術症例数と手術アプローチの年次推移

機能温存手術にも注力し、上部胃癌や食道胃接合部癌に対しては、可能な限り胃全摘を回避し、噴門側胃切除を選択しています。再建は逆流防止効果に優れる上川法（観音開き法）を第一選択とし、ロボット手術を活用することで縦隔内でも精緻な再建が可能です（図3）。当科には日本内視鏡外科学会技術認定医、ロボット支援手術プロクターが在籍し、安全で質の高い手術を提供しています。

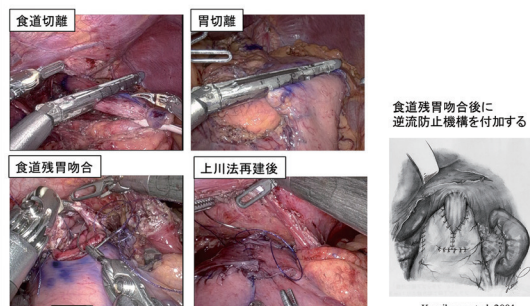


図3: ロボット支援下腹腔鏡下噴門側胃切除術、上川法再建

【腹腔鏡・内視鏡合同手術 (LECS)】

当科では、GISTなどの粘膜下腫瘍や、十二指腸腫瘍に対して、腹腔鏡・内視鏡合同手術 (LECS) を導入しています。腫瘍の位置を正確に把握し、最小限の切除が可能であり、胃・十二指腸の機能温存に寄与します。特に十二指腸腫瘍は、従来の高侵襲な膵頭十二指腸切除や内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) 単独の重篤な合併症のリスクが課題でしたが、当院では、2020年に保険収載された十二指腸LECS (D-LECS) を導入し、内視鏡切除後に、腹腔側から縫合・補強することで、穿孔リスクを大幅に低減しています (図4)。消化器内科との連携により、安全性と低侵襲性を両立しつつ、高い根治性を実現しています。

【進行胃癌に対する集学的治療】

胃癌薬物療法は大きく進歩し、バイオマーカーに基づいた個別化治療が推奨されています。当院でもHER2、PD-L1、MSI、CLDN18.2などのバイオマーカーの結果に基づき、トラスツズマブ (抗HER2抗体)、ゾルベキシマブ (抗CLDN18.2抗体) といった分子標的治療薬や、ニボルマブ・ペンブロリズマブ (PD-1阻害剤) などの免疫チェックポイント阻害薬を組み合わせた治療を行っています。また、周術期化学療法も積極的に行い、術前・術後治療の併用で、再発抑制および生存率向上を目指しています。

【進行胃癌に対するコンバージョン手術】

高度進行胃癌や遠隔転移を伴う切除不能胃癌に対して、化学療法奏功後に根治を目指す手術 (コンバージョン手術) を積極的に行っています。これまで47名の患者様に実施し、生存期間中央値は31.9ヵ月と良好な治療成績を得ています (図5)。近年では、分子標的治療薬や免疫チェックポイント阻害薬の登場により、切除可能となる症例も増加しており、治療の選択肢は広がっています

【GIST (消化管間質腫瘍) および希少疾患に対する治療】

GISTや遺伝性腫瘍などの希少疾患に対しても専門的な治療を行っています。GISTに対しては前述したLECSを行い、低侵襲・機能温存・根治性を担保しています。再発・転移症例に対しては遺伝子変異に基づいた分子標的治療を実施しており、治験や臨床試験にも積極的に参加しています。さらに、胃底腺ポリポシスの特徴とする遺伝性胃癌症候群であるGAPPS (gastric adenocarcinoma and proximal polyposis of the stomach) に対しても、本邦でも有数の経験数を有し、患者様の年齢や発癌リスクを考慮しながら、最適な治療戦略を提案しています。

【おわりに】

胃癌診療は高度化・専門化が進み、集学的かつ多職種連携による治療が不可欠となっています。当院は胃癌学会認定施設Aとして、県内における中核施設の役割を担っています。関連診療科と密接に連携し、高齢者や併存疾患を有するハイリスク症例にも対応可能な安全で質の高い胃癌診療を提供してまいります。

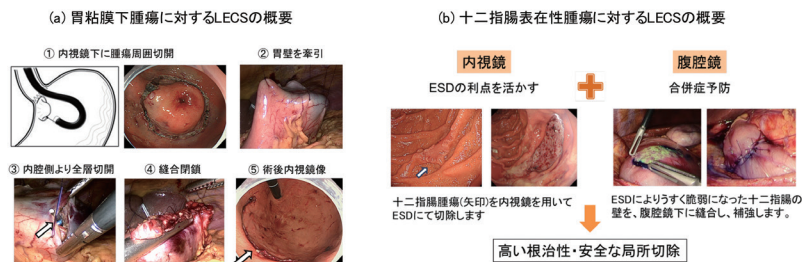


図4: 腹腔鏡・内視鏡合同手術 (LECS)

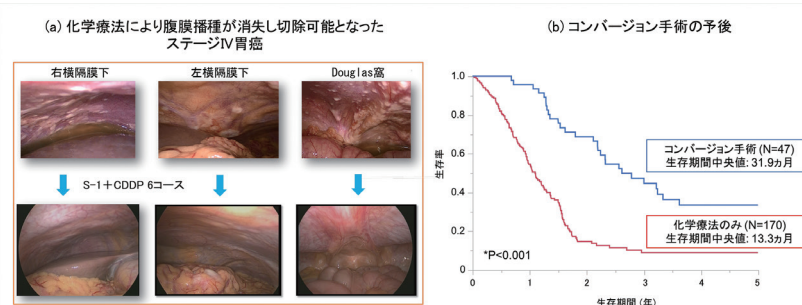


図5: コンバージョン手術の治療成績

下部消化管外科

【はじめに】

下部消化管グループは、内視鏡外科学会技術認定医（大腸）3人、ロボット支援手術プロクター（大腸）1人を含むスタッフ4人と医員2人の計6名で専門性の高いチーム診療を目指しています。診療内容は、大腸癌手術を中心として、その他小腸大腸肛門悪性疾患や、炎症性腸疾患、腹部救急疾患の手術を行い、大腸癌化学療法も担当します。2005年以降、手術症例数は徐々に増加し、手術アプローチも開腹から腹腔鏡が主体になりなした（図1）。また、2018年には直腸がんに対するロボット手術を開始し、2024年は直腸がん手術の約8割をロボット手術で行っています。さらに、2022年に結腸がんに対するロボット手術も保険収載され、積極的に行っております。がんの根治、機能温存、低侵襲化という目的を達成するために、症例ごとの適切なアプローチ、術式選択を行います。また、大腸がん治療成績向上のためには手術、薬物療法、放射線治療等を組み合わせた集学的治療が重要であり、他診療科やコメディカルとの連携を深めながら、安全で質の高い医療を行うことで社会貢献したいと考えています。当科での大腸がん切除症例の治療成績を示します（図2）。

【低侵襲手術】（図3）

2024年度は初発大腸がん手術の約95%を腹腔鏡手術/ロボット手術で行いました。また潰瘍性大腸炎やCrohn病などの炎症性腸疾患に対する手術も行っており、適応があれば積極的に腹腔鏡手術を行っております。炎症性腸疾患は若年者に多いこともあり、整容性の面で大きなメリットがあります。

熊本大学では2024年からダビンチXiが2台体制となり、消化器外科全体でロボット手術件数が増加するなか、現在までに約260例のロボット直腸手術を経験しました。術式を定型化し、特にロボット手術の有用性が高い下部直腸がんや男性、狭骨盤症例などでがんの根治性と機能・肛門温存の両立を目指しています。ロボット結腸手術も導入し、特にリンパ節郭清などの精緻な操作でロボット手術の特徴を活かして、安全に症例を増やしています。

当科では、大腸癌同時性肝転移に対する大腸肝同時切除を積極的に行っており、2012年からは完全腹腔鏡下大腸肝同時切除を導入してい

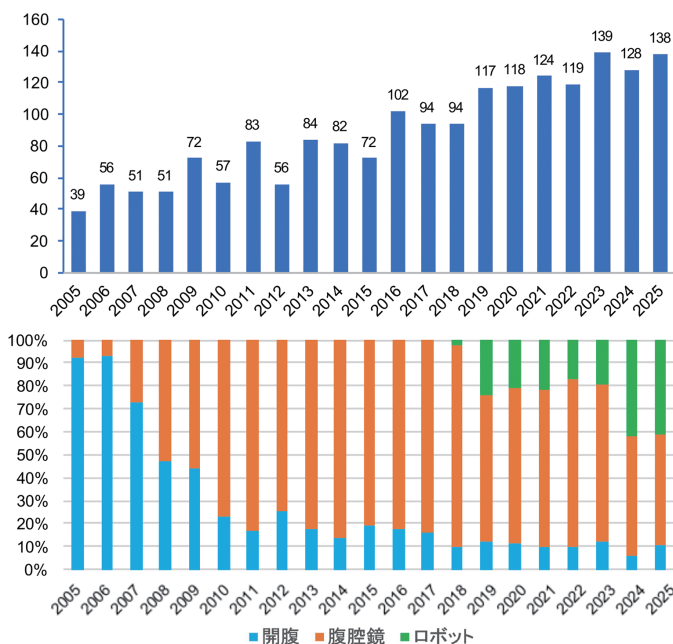


図1: 初発大腸癌の手術症例数と手術アプローチの変遷

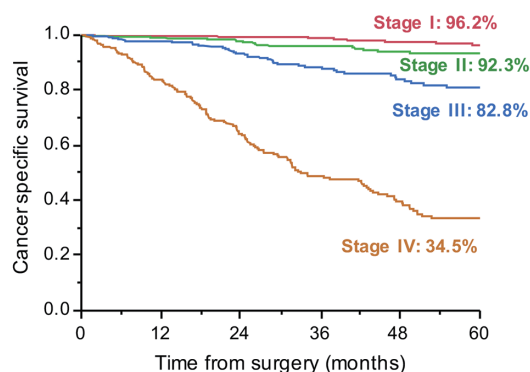


図2: 大腸癌 stage毎 癌特異的生存率(2005-2023)

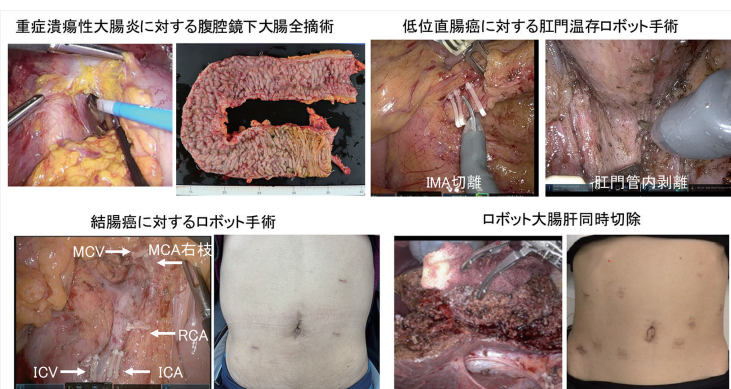


図3: さまざまな低侵襲手術

ます。さらに、肝臓外科チームによるロボット肝切除の症例数が増加していることを受け、ロボットによる大腸肝同時切除も行うことができるようになりました。

このように、さまざまな低侵襲手術に積極的に取り組んでいます。高齢化社会で大腸癌患者の高齢化、ハイリスク化も進んでいるため、癌の根治性を担保しながら安全で低侵襲な手術を目指していきます。

【局所進行がんに対する拡大手術】

他臓器浸潤を伴う局所進行大腸癌や、直腸癌術後の骨盤内再発、骨盤内巨大腫瘍、後腹膜腫瘍などに対する拡大手術にも取り組んでいます。特に、他臓器浸潤が疑われるような進行癌に対しては、他臓器合併切除を伴う拡大手術（骨盤内臓全摘術、仙骨合併切除など）を行っています。また、術前治療の有効性を検証する臨床試験に参加しており（直腸癌局所再発に対する術前化学放射線療法、進行結腸癌に対する術前化学療法）、このような病状の患者さんに、よりよい治療が届けられるよう努力を行っています。

【進行大腸癌に対する集学的治療】

1. 直腸癌に対する Total neoadjuvant therapy (TNT), Watch and Wait 戦略 (図4)

直腸癌に対し、術前に放射線療法と全身化学療法を行う Total neoadjuvant therapy (TNT) を施行しています。この TNT を行うと約 3 割の患者さんで直腸癌が消失する（臨床的寛解：cCR）ことがあり、この場合は手術を受けず、慎重に経過観察する治療戦略 (Watch and Wait) が海外では行われるようになってきました。

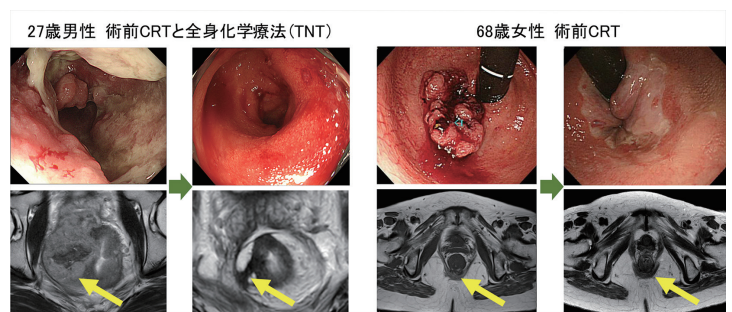


図4:術前治療によりcCRが得られた直腸癌症例

まだ、日本では標準治療として確立されていない治療法ですが、当科ではこの TNT および Watch and Wait 戦略の臨床試験に積極的に参加しています。

2. 切除不能肝転移に対する conversion 手術 (図5)

大腸がん肝転移は、初診時に切除不能であっても、全身化学療法が著効して切除可能となる症例を多く経験しています。切除が行えれば根治や化学療法 free の期間が得られる可能性があるなど従来では考えにくいことができるようになってきたため、化学療法を適切なレジメン、タイミングで行いながら、肝臓外科医と連携して、時期を逸することなく外科治療に移行できるよう治療計画を立てています。

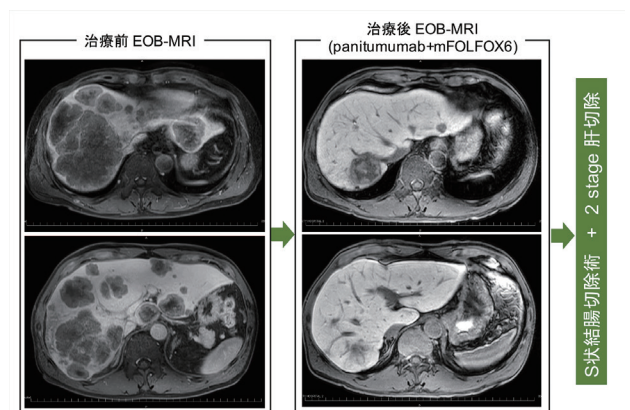


図5:S状結腸癌多発肝転移に対する conversion 手術

3. ctDNA による術後再発リスク予測

集学的治療に関連して、腫瘍組織から血中に遊離する血中循環腫瘍 DNA (ctDNA) を活用しています。この技術は微小残存病変 (MRD) の検出に有用であり、予後因子としての価値が報告されています。当科では大腸癌原発巣や肝転移切除の術前後に ctDNA 検査を行う治験や臨床試験に積極的に参加し、これらの結果を基に術後補助療法の治療方針に役立てています。

【おわりに】

下部消化管グループでは、患者一人ひとりに最適な治療を提供するために、低侵襲手術と拡大手術、薬物療法や放射線療法といった多様な治療法を組み合わせた個別化治療を追求しています。最新のエビデンスと先進的な技術を駆使しつつ、がんの特性や患者の全身状態を総合的に評価し、根治性の向上と患者 QOL の維持・向上を両立させることを目指します。

肝胆膵外科

【はじめに】

肝胆膵外科領域では、肝臓・胆道・膵臓に発生する疾患に対して、高度な専門性を要する外科治療を行っています。これらの手術は解剖学的に複雑で、出血や術後合併症のリスクも高いため、豊富な経験、高度な手術手技、適切な周術期管理が求められます。当科では、肝切除、膵切除、胆道再建を含む高難度手術を年間150件前後施行し、安全性を重視した診療を実践しています。

近年は、手術手技や医療機器の進歩により、肝胆膵外科領域でも低侵襲手術（腹腔鏡下手術・ロボット支援手術）が急速に普及しています。低侵襲手術は、創が小さく、術後の疼痛軽減や早期回復など、患者さんに多くの利点をもたらします。当科でも、開腹手術で培ってきた経験を基盤に、患者さんの状態や疾患に応じて低侵襲手術を積極的に導入しています。

診療は、肝胆膵外科高度技能専門医、日本内視鏡外科学会技術認定医、肝臓・膵臓・胆道領域のロボット支援手術プロクターを中心に行っており、安全性と根治性の両立を目指しています。

1 肝臓疾患

胆道疾患を含めた肝切除数の推移を図1に示します。2005年以降の肝切除総数は2,700例にのぼり、現在では肝切除の7割以上を完全腹腔鏡下またはロボット支援下に施行しています。

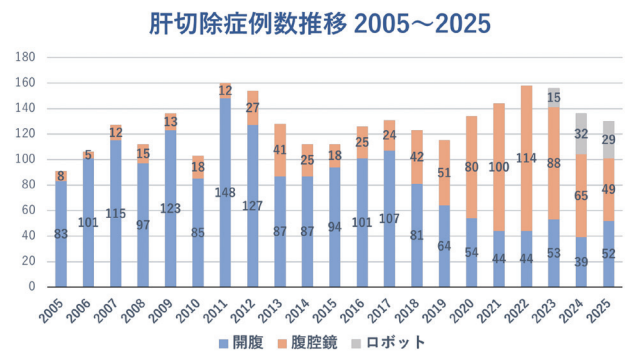


図1

【肝細胞癌】

肝細胞癌に対しては、肝機能や腫瘍進行度に応じて、肝切除、ラジオ波焼灼療法、肝動脈化学塞栓術、全身薬物療法、放射線治療などを組み合わせた集学的治療を行っています。術後肝不全を防ぐため、3D volumetryによる術前シミュレーションやアジアロSPECT/CT fusion画像を用いた機能的残肝評価を取り入れ、より安全な肝切除を目指しています。

2000年から2020年までの初発肝細胞癌切除例1,083例における5年生存率は73.2%と良好で、stage IIIやIVAの進行例でも比較的良好な治療成績を得ています。再発例に対しても、残肝機能や再発形式に応じて再肝切除やラジオ波焼灼療法、肝動脈化学塞栓術、全身治療を組み合わせ、長期予後の改善に努めています。

また、当科では1994年から全国に先駆けて肝癌に対する腹腔鏡・胸腔鏡手術を導入し、現在ではICG蛍光法などの術中ナビゲーションを活用しながら、区域切除や葉切除へと適応を広げています。

【転移性肝癌】

大腸癌肝転移に対しては、切除可能であれば積極的に肝切除を行っています。化学療法により切除不能から切除可能となった症例に対しても、多発例や両葉病変を含めて、ラジオ波焼灼療法併用切除や2期的肝切除などを用いて切除適応を拡大してきました。

腫瘍内科、消化器内科、消化管外科と密に連携しながら治療方針と手術時期を決定しており、2001年から2022年までの根治切除例298例における5年生存率は55.5%と良好です。近年は低侵襲手術も積極的に導入しています。

2 膵臓疾患

年間膵切除数の推移を図2に示します。2005年以降の膵切除総数は1,200例にのぼり、現在では6割以上を完全腹腔鏡下またはロボット支援下で施行しています。

【膵癌】

膵癌は極めて予後不良な難治癌ですが、化学療法や診断技術、手術手技の進歩により、治療成績は徐々に改善しています。2004年から2022年までの膵癌切除例329例における5年生存率は28.3%で、より一層の予後改善のためには早期診断と周術期治療の最適化が重要と考えています。

当科では、切除可能境界膵癌に対してFOLFIRINOX療法やGnP療法による術前化学療法を、切除可能膵癌に対してもGS療法後の手術を基本方針としており、切除不能局所進行癌や遠隔転移例には全身化学療法を行っています。BRCA1/2遺伝子変異解析やがん遺伝子パネル検査も積極的に活用し、個々の症例に応じた治療を検討しています。化学療法により切除不能から根治切除可能となるconversion surgery症例も増えてきています。

また、局所進行例に対しては門脈合併切除・再建を伴う拡大手術にも対応しています。低侵襲手術の適応も拡大しており、膵癌に対する腹腔鏡下膵切除、さらにロボット支援下膵切除を安全に導入しています。

【膵神経内分泌腫瘍 (PNEN)】

PNENは比較的稀な腫瘍で、機能性・非機能性に分類されます。当科では2005年から2024年までに127例の切除を経験しており、近年はほぼすべての症例で腹腔鏡下またはロボット支援下手術を行っています。

悪性度やホルモン分泌の有無に応じて薬物療法も組み合わせ、診療科横断的カンファレンスを通じて最適な治療方針を検討しています。当院は県内唯一のNEN認定施設として、専門的な診療を提供しています。

膵切除症例数推移 2005～2025

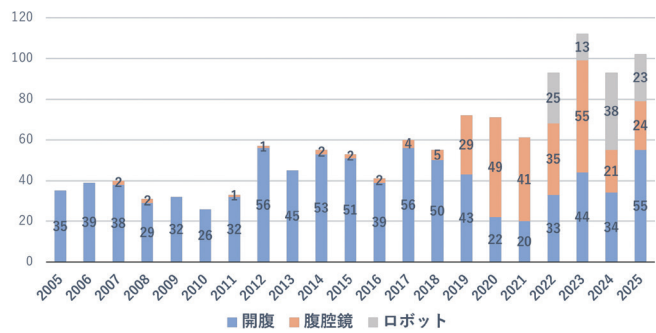


図2

3 胆道疾患

胆道癌に対する年間切除数の推移を図3に示します。2005年以降の胆道癌切除総数は700例にのぼり、膵頭十二指腸切除や胆嚢癌に対する肝切除を含め、完全腹腔鏡下またはロボット支援下手術を積極的に導入しています。

【肝内胆管癌】

肝内胆管癌は発見時に進行していることが多い難治癌ですが、2002年から2021年までの初発切除例104例における5年生存率は50.9%と比較的良好な成績を得ています。進行例や再発例に対しても、適応を慎重に判断しながら再切除や集学的治療を行っています。

【狭義の胆道癌】

肝外胆管癌、胆嚢癌、乳頭部癌を含む狭義の胆道癌では、特に肝門部領域胆管癌が最も治療困難な疾患の一つです。当科では、MDCTによる精密な術前評価に加え、血管合併切除・再建を含む拡大手術、門脈塞栓術を併用した安全な肝切除を行っています。また、広範囲胆管癌に対する肝膵同時切除も積極的に行っています(図4)。

胆道癌切除症例数推移 2005～2025

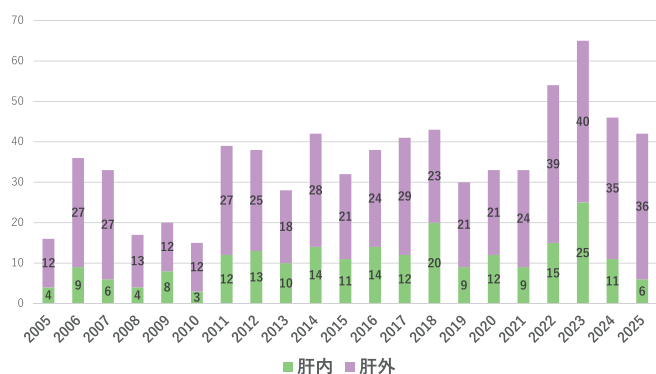


図3



図4

2000年から2021年までの胆道癌切除例250例における5年生存率は42.8%でした。

切除不能例や遠隔転移例に対しては、ゲムシタピン+シスプラチン+デュルバルマブ療法を中心とした薬物療法を行い、がん遺伝子パネル検査も活用しています。薬物療法後に根治切除が可能となるconversion surgery 症例も経験しており、今後さらなる適応拡大が期待されます。胆嚢癌に対する腹腔鏡下手術も保険適用後、積極的に導入しています。

4 肝胆膵領域疾患に対するロボット支援下手術

【ロボット支援下肝切除術 (図5)】

2022年よりロボット支援下肝切除術が保険収載され、同年より当院でも肝部分切除から導入を行い、2023年より系統的肝切除にも適応を拡大してきました。ロボット支援下肝切除では、安定した3D視野と多関節機能により繊細な肝離断が可能で、術後合併症の軽減や在院日数短縮につながっています。2025年12月までに76例を施行し、大きな合併症や死亡例なく良好な成績を得ています。

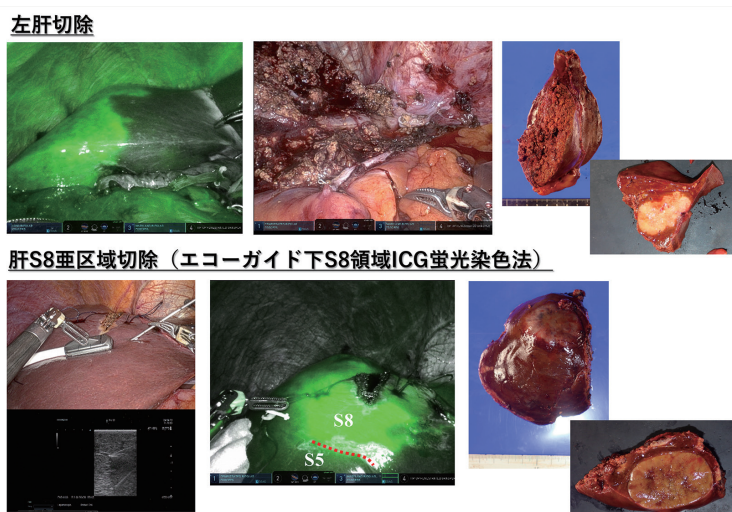


図5

【ロボット支援下膵頭十二指腸切除術 (図6)】

当院では2019年より腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術を本格導入し、その経験を基に2022年よりロボット支援下手術を開始し、2025年12月まで89例死亡例なく安全に行ってきました。熊本県内で施設基準を満たす数少ない施設として、安全に症例を重ねています。ロボット手術は小さな創で行えるだけでなく、精緻な操作により術後回復の促進や合併症軽減が期待されます。

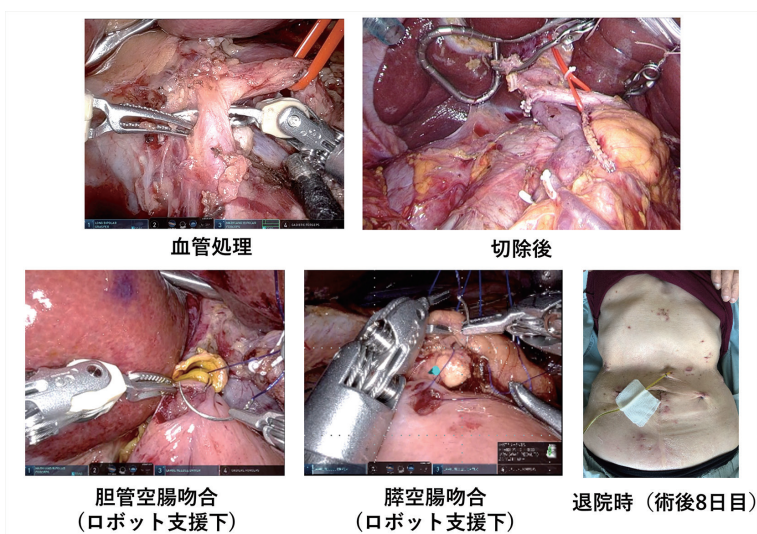


図6

【ロボット支援下総胆管拡張症手術】

2025年より先天性胆道拡張症に対するロボット支援下総胆管拡張症手術を導入しました。ロボット手術の拡大視効果と多関節機能は、胆道再建を伴う繊細な手術に適しており、今後さらなる成績向上が期待されます。

【おわりに】

当科では、肝臓・胆道・膵臓疾患に対して、高難度手術から低侵襲手術、さらには薬物療法を含めた集学的治療まで幅広く対応しています。豊富な手術経験と専門資格を有する医師を中心に、各診療科と密接に連携しながら、患者さん一人ひとりに最適な治療を安全に提供することを目指しています。

今後も、先進的な治療技術の導入と診療体制の充実を進め、肝胆膵領域疾患に対する質の高い医療を提供してまいります。

Acute Care Surgery

【はじめに】

Acute care surgery(ACS)とは、急性期外科をさし、緊急外科医療に特化した比較的新しい外科診療の概念です。外科領域の専門細分化が進み、外科的緊急事態に適切に対応可能な外科医へのアクセスが困難な状況にある中、社会のニーズとして2005年に米国で初めて提唱されました。本邦では、2009年に日本ACS学会が設立されました。その後、2019年よりACS認定外科医制度が発足し専門性を高めています。

当科にも Acute care surgery 認定外科医が2020年より赴任し、教育指導に当たっています。

Acute care surgery の診療領域は、4本柱とされており、①外傷外科 (Trauma surgery : 外傷患者の手術治療)、②緊急一般外科 (Emergency surgery : 急性腹症などの緊急手術)、③外科的集中治療 (Surgical critical care : 術後・重症患者管理)、④Surgical rescue(合併症への救済処置)があります(図1)。

Acute care surgeryの診療領域

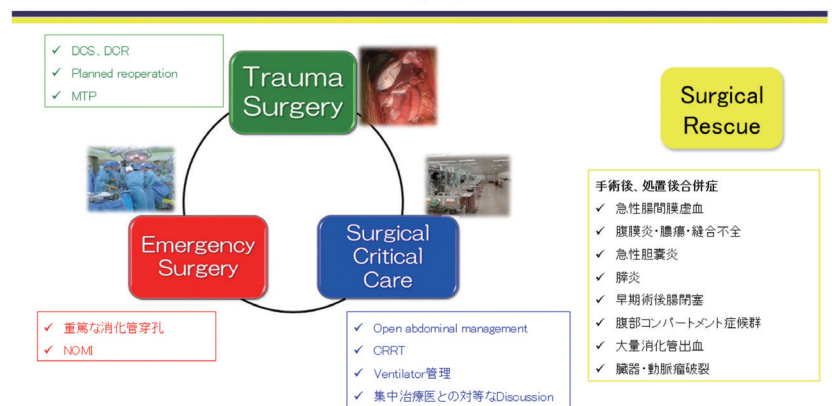


図1:Acute care surgery の診療領域

【Acute care surgery の実際】

1. 緊急一般外科 (Emergency surgery)

急性腹症 (虫垂炎、消化管穿孔、腸閉塞、胆嚢炎、腸管壊死など) や急性出血、ヘルニア嵌頓など緊急性の高い非外傷性疾患への対応をさします。病態の多様性と診断・治療判断のスピードが問われる領域です。当科では救急外来を受診された緊急疾患に対する外科治療はもちろんのこと、併存疾患を多く抱えた外来・入院患者様の救急疾患に対しても安全に緊急手術を実施しています(図2)。さらに、麻酔科や集中治療部など多診療科と密に連携し、重症例に対しても迅速かつ適切な対応が可能な体制を整えています。

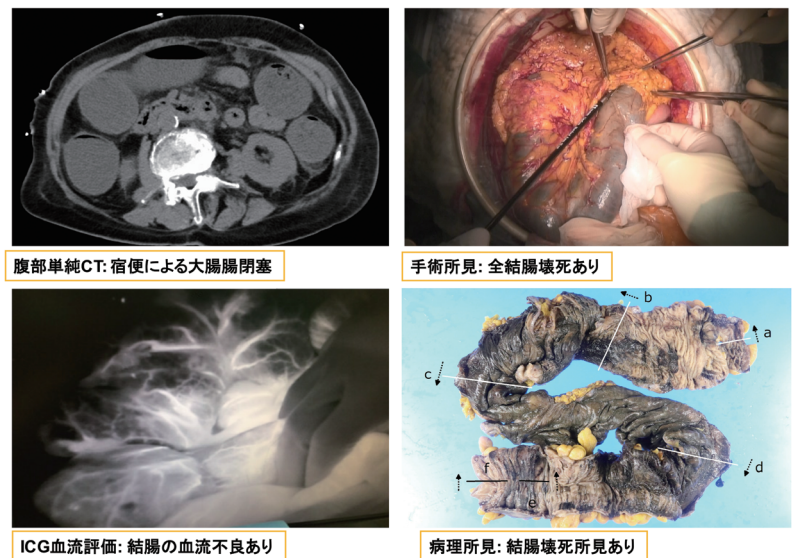


図2:特発性大腸壊死に対するハルトマン手術

2. 外科的集中治療(Surgical critical care)

外科的集中治療は、重症外科患者に対する全身管理を担う領域であり、Damage control surgery (DCS) やOpen abdominal management (OAM) 後の集中治療管理が重要となります。当科では、Acute care surgeonが赴任した2020年以降、DCSおよびOAMの症例数は増加しており、より重症度の高い症例への対応が可能となっています。これらの症例に対しては、アブドミナルキットなどのOAM関連デバイス常設し、迅速に対応できる体制を整備しています。

術後管理は集中治療室 (ICU) において集中治療医と密に連携し、循環・呼吸管理、感染制御、栄養管理を含めた集学的治療を行っています。多診療科によるチーム医療を通じて、重症患者の救命率向上と合併症の低減に努めています。また、これらの治療経験を基盤として、重症外科診療の質向上に向けた臨床的検討も進めています。

3. Surgical rescue

手術や侵襲的な処置の後に生じた合併症に対する救済処置と定義されています。Surgical rescueの患者様は、当科の患者様だけではなく、当院の他の診療科や他施設からの紹介も多く受け入れています。Surgical rescueの患者様はそれ以外の患者様と比較して、在院期間や死亡率が高いと報告されていますので、慎重な対応が必要となってきます。我々は、他診療科や集中治療室と緊密に連携しながら治療にあたり、重症例に対しても集学的に対応できる体制を構築しています(図3)。

【Acute care surgeonの育成】

当科では、2024年度より Acute care surgeonを育成すべくプログラムを開始しました(図4)。ACSに興味のある外科医を対象として、外科専門医プログラム終了後に、幅広い救急の知識とスキルを身につけるべく、救急科専門医プログラムに進学することを推奨しています。最終的に外科専門医と救急科専門医のダブルボードとACS認定外科医を最短で取得できるように指導いたします。また、救急診療・外科手技・集中治療を横断的に学べる教育体制を整備し、実臨床を通じて総合力の高いAcute care surgeonの育成を行っています。

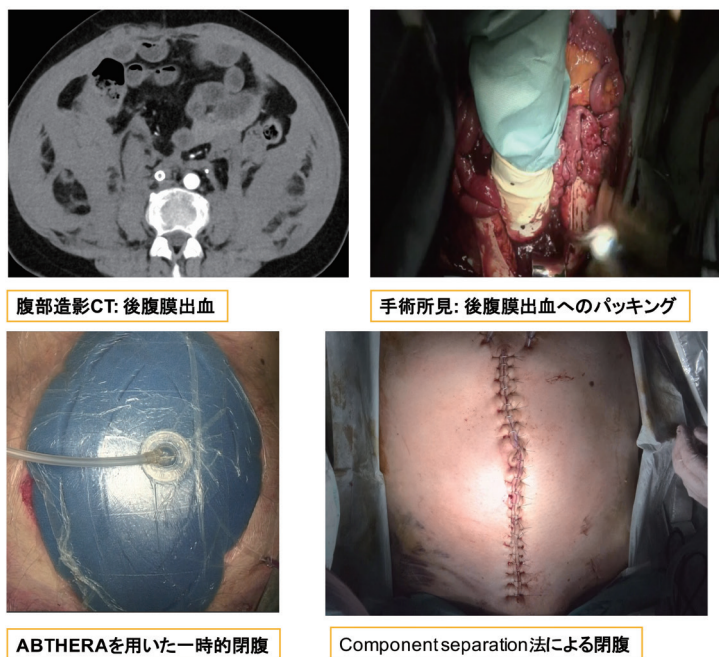


図3:後腹膜出血に伴う腹部コンパートメント症候群に対するダメージコントロール手術

Acute Care Surgeon 育成計画

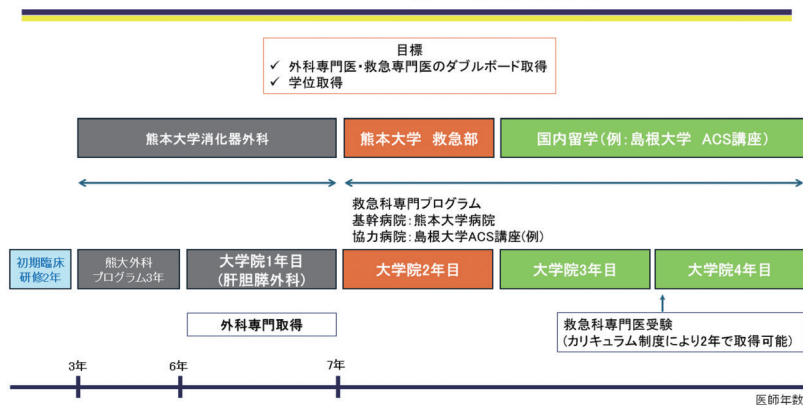


図4:当科における Acute care surgeon 育成計画

【おわりに】

Acute care surgeryは、重症患者の救命を担う外科医療の中核であり、その質の向上は医療全体の安全性向上にも直結します。当科では、緊急手術、集中治療、Surgical rescueを一体として提供することで、高度かつ包括的な急性期外科診療を実践しています。

さらに、外科専門医・救急専門医の双方の視点を持つ Acute care surgeonの育成を通じて、将来にわたり質の高い医療を提供できる体制を整えています。今後も地域の基幹施設として、救急外科医療の発展に貢献してまいります。

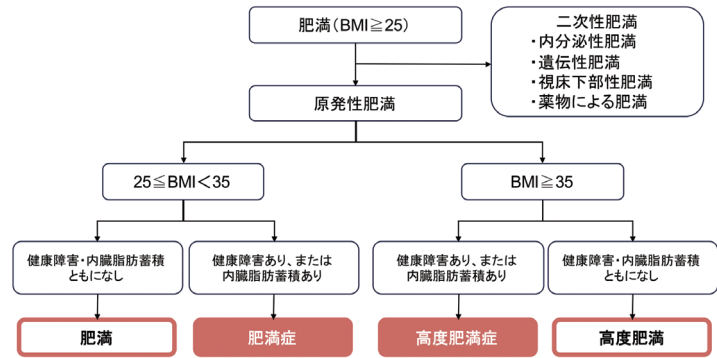
減量代謝改善手術

【はじめに】

肥満は脂肪組織の過剰な蓄積を特徴とし、本邦では体格指数（BMI）25kg/m以上と定義されます。一方、肥満症は肥満に起因する健康障害を合併し、医学的介入を要する疾患であり、単なる体格の問題ではなく、治療対象となる慢性疾患です（図1）。

令和6年の国民健康・栄養調査によると、日本における肥満者の割合は男性32.4%、女性19.3%に達し、特に男性では増加傾向が持続しています。熊本県においては、肥満者の割合が全国平均を上回るのみならず、糖尿病関連指標も高水準で推移しており、地域としても対策が重要な課題となっています。

肥満は2型糖尿病、心血管疾患、脂肪肝などの発症基盤となるのみならず、一部の悪性腫瘍とも関連し、生命予後に影響を及ぼす全身性疾患です。さらに、これらに起因する生活習慣病の増加は、健康寿命の短縮に加え、医療費・介護費の増大や就労機会の制限といった社会経済的問題にも直結します。このため、肥満および肥満症に対する正しい理解の普及と、早期からの適切な介入が極めて重要です。



肥満症治療ガイドライン2022; 日本肥満学会より改変

図1: 肥満症診断のフローチャート

【肥満症治療の進歩】

近年、肥満症治療は大きな進展を遂げています。2024年には持続性GLP-1受容体作動薬が肥満症治療薬として承認され、薬物療法の位置づけが大きく変化しました。これらの薬剤は食欲抑制による体重減少に加え、血糖・脂質代謝の改善など多面的な効果を有し、従来の内科的治療で十分な効果が得られなかった症例に対しても有効な選択肢となり得ます。

一方、外科領域においても、2024年度診療報酬改定により腹腔鏡下スリーブ状胃切除術の適応が明確化（図2）され、さらにスリーブ状胃切除にバイパス手術を併施する術式も保険収載されました。腹腔鏡下スリーブ状胃切除術は単なる胃容量制限にとどまらず、消化管ホルモンの変化を介した代謝改善効果を有する「代謝手術」として位置づけられています。体重減少のみならず、2型糖尿病の寛解や心血管イベントリスクの低減が報告されており、長期予後の改善に寄与する治療として期待されています。

さらに近年では、薬物療法と外科治療を組み合わせた集学的治療の重要性が強調されています。すなわち、術前に薬物療法で代謝状態を改善したうえで手術へ移行する戦略や、術後の体重再増加に対して薬物療法を併用するアプローチなど、個々の病態に応じた長期的かつ個別化された治療が求められています。

【熊本大学における減量・代謝改善手術の導入】

1. 熊本大学での減量・代謝改善手術（Metabolic Surgery）導入

熊本大学病院においても2025年1月に「肥満症治療センター」を新たに開設し、肥満症に対して多職種が

日本糖尿病学会・日本肥満学会・日本肥満症治療学会
減量・代謝改善手術に関するコンセンサスステートメント

- ・受診時BMI35kg/m²以上の2型糖尿病で、糖尿病専門医や肥満症専門医による6か月以上の治療でもBMI35kg/m²以上が継続する場合には、血糖コントロールの如何に関わらず減量・代謝改善手術が治療選択肢として推奨される。（推奨度レベル: recommendation）
- ・受診時BMI32kg/m²以上の2型糖尿病では、糖尿病専門医や肥満症専門医による治療で、6か月以内に5%以上の体重減少が得られないか得られても血糖コントロールが不良*な場合には、減量・代謝改善手術を治療選択肢として検討すべきである。

*HbA1c 8.0%以上（推奨度レベル: consideration）

2024年度診療報酬改定

- 腹腔鏡下スリーブ状胃切除術の保険適応
- ア 6か月以上の内科的治療によっても十分な効果が得られないBMIが35以上の肥満症の患者であって、糖尿病、高血圧症、脂質異常症、閉塞性睡眠時無呼吸症候群または非アルコール性脂肪肝炎を含めた非アルコール性脂肪性肝疾患のうち1つ以上を合併しているもの。
- イ 6か月以上の内科的治療によっても十分な効果が得られないBMIが32~34.9の肥満症の患者であって、ヘモグロビンA1c (HbA1c) が8.0%以上 (NGSP値) の糖尿病、高血圧症、脂質異常症、閉塞性睡眠時無呼吸症候群、非アルコール性脂肪肝炎を含めた非アルコール性脂肪性肝疾患のうち2つ以上を合併しているもの。

図2: 肥満症に対する減量・代謝改善手術の適応

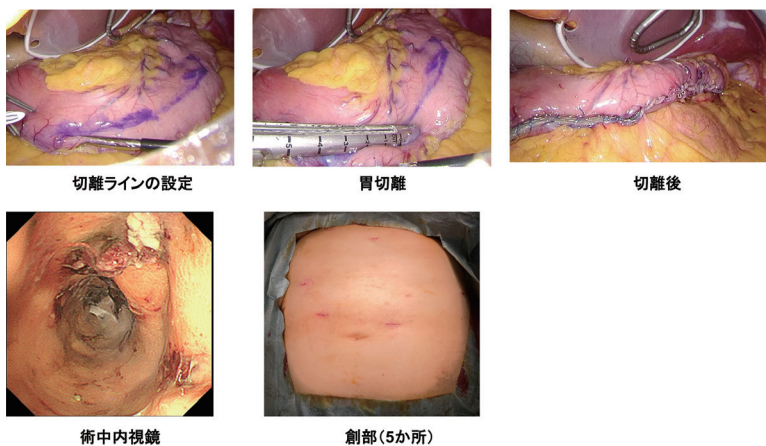


図3:腹腔鏡下スリーブ状胃切除術中所見

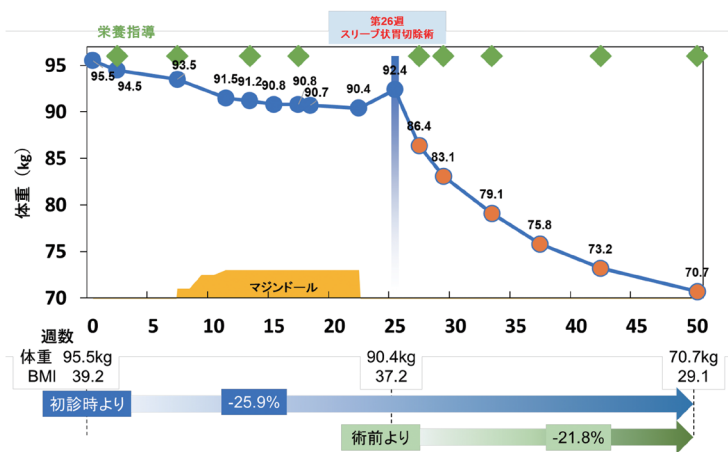


図4:腹腔鏡下スリーブ状胃切除術前後体重推移

連携した包括的な診療体制を構築しています。腹腔鏡下スリーブ状胃切除導入を目指し、内科・外科のみならず、麻酔科・精神科・看護部・薬剤部・栄養部・心理支援・リハビリテーション部門等を含めた多職種合同カンファレンスを定期的に開催いたしました。十分に症例を検討した上で、2025年8月に1例目の腹腔鏡下スリーブ状胃切除を施行いたしました(図3)。大きな合併症なく経過され、術後9日目に自宅退院となりました。術後体重の推移ですが、術前体重90.4kgから70.7kgへと19.7kg(21.8%)減少し、初診時95.5kgからみると24.8kg(26.0%)の減量が得られています(図4)。2026年4月までに6例の腹腔鏡下スリーブ状胃切除を実施しており、今後も安全性に十分配慮しながら症例を積み重ねていく予定です。

2. 地域医療における役割

九州における肥満症の外科的治療は北部地域に集中しており、中南部地域では十分な治療機会が確保されていない現状があります。本センターは中九州・南九州における拠点として、地域医療機関との連携を重視しながら診療体制を構築しています。

内科的治療で十分な効果が得られない症例や、外科的治療の適応判断に迷う症例に対しても専門的評価を行い、最適な治療方針を提示いたします。また、外科治療の適応に至らない場合でも、薬物療法や生活習慣介入を含めた包括的な治療支援が可能です。患者背景や地域事情を踏まえた柔軟な対応を心がけておりますので、肥満症診療に関してお困りの症例がございましたら、ご紹介・ご相談をいただければ幸いです。(図5)。

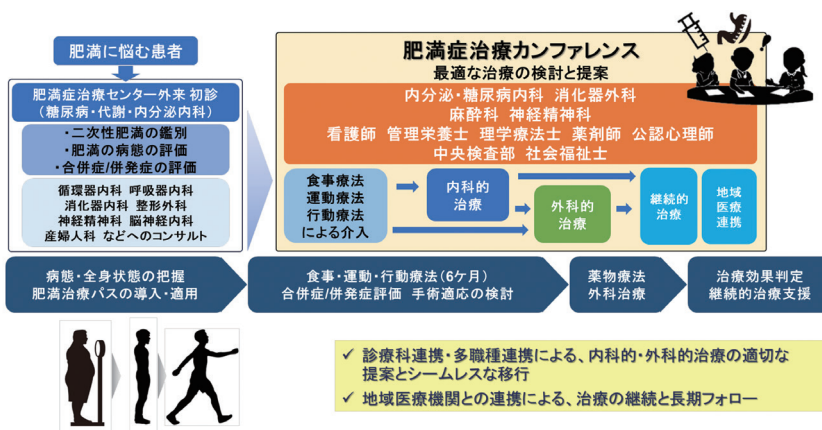


図5:熊本大学肥満症治療センター治療の流れ

【おわりに】

外科治療を含む肥満症治療の目的は、単に体重を減らすことではなく、肥満に伴うさまざまな健康障害を改善し、生活の質を高め、将来の病気のリスクを減らすことにあります。

熊本大学病院肥満症治療センターでは、最新の医学的知見に基づき、多職種が連携した包括的な医療を提供しています。地域に根ざした肥満症治療の拠点として、今後も質の高い医療の提供とともに、肥満症診療の発展に貢献してまいります。



一般社団法人 熊本外科研修教育推進機構(K-STEP)

【はじめに】

本法人は、将来の消化器外科診療および研究を担う人材の育成を目的として設立され、基礎・臨床研究の推進、教育・啓発活動、次世代外科医の育成支援を柱に活動しています。

高齢化の進展に伴い、がん罹患率は上昇し、消化器癌に対する外科治療の重要性は一層高まっています。同時に、より高度で専門的な医療へのニーズも高まっています。

このような背景のもと、熊本大学消化器外科学教室を中心に、地域と連携した持続可能な外科教育基盤の構築を目指しています。

■ 2025年度の主な取り組み

教育・研究・臨床の三領域を軸に、若手外科医の成長を支える多面的な活動を展開しました。

【教育・研修支援】

外科医としての基盤形成を目的に、実践的な教育機会の充実を図りました。ハンズオンセミナーや学会参加支援などを通じ、知識と技術をバランスよく習得できる環境を整備いたしました。

・ハンズオンセミナー（図1A） ・輪読会支援・専門書籍整備 ・学会参加支援（図1B）



図1A:ハンズオンセミナー



図1B:第80回日本消化器外科学会総会への学会参加支援

【研究・学術活動】

若手医師の主体的な研究活動を促進するため、研究成果報告会の開催や論文作成支援を行いました。臨床と研究を両立できる体制を整備し、外科医としての専門性の深化を支援しました。

・研究成果報告会（図2） ・学会発表・論文作成支援



図2:研究成果報告会

【高度医療・新規手技】

新規手技として肥満症に対する減量・代謝改善手術の導入を支援いたしました。2025年8月に初症例を実施し、専門医の指導のもと、安全性を担保しながら継続的に実施しております。本手術は体重減少のみならず、代謝疾患の改善を目的とした新たな外科治療として注目されております。

【リクルート・人材確保】

医学生・研修医への継続的なアプローチを行い、医局説明会や講演会、病院見学の受け入れを積極的に行いました。さらに、医局紹介動画の制作など情報発信の強化にも取り組み、外科の魅力が多角的に発信しております。

- ・医局説明会 ・講演会 (図3A,B) ・病院見学受入 ・リクルート活動支援
- ・K-STEPロゴ作成 (図4A) ・医局紹介動画制作 (図4B)

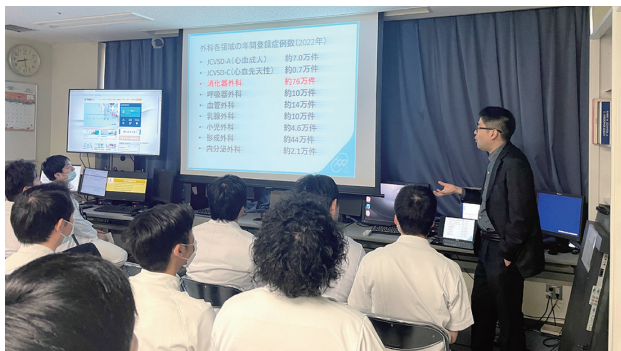


図3A:山本博之先生による若手NCDセミナー



図3B:中山祐次郎先生による講演会



図4A:K-STEPロゴマーク



図4B:熊本大学消化器外科学教室医局紹介動画作成

【おわりに】

先進的手技の研修に加え、国内外学会や研究支援を通じて、若手外科医の学びを広げてまいります。また、医学生・研修医のリクルートから専門医取得まで一貫して支援し、関連病院の先生方との連携を深めながら、地域全体で外科医育成を支えていきます。

今後は、教育・臨床・研究の連携をさらに強化し、より魅力ある育成体制の確立を目指します。引き続き、ご理解とご支援を賜りますようお願い申し上げます。

当法人の趣旨にご賛同いただき、寄附というかたちでご支援を賜れましたら幸いに存じます。皆様からのご厚志は、すべて外科医育成や教育支援活動のために、大切に活用させていただきます。未来の医療を担う人材の育成と、地域に根ざした外科医療の発展のために、どうかご理解とご協力を賜りますよう、心よりお願い申し上げます。

寄附いただける方は、下記事務局にご一報いただければ幸いです。

所在地	〒860-8556 熊本県熊本市中央区本荘1丁目1番1号
T E L	096-373-5212
F A X	096-371-4378
事務局	熊本大学大学院生命科学研究部 消化器外科内

医局イベント紹介

当科では年間を通じて多彩なイベントを開催しています。4月の入局歓迎会から、医局旅行、納涼会、忘年会、そして3月の送別会に至るまで、医局員同士のコミュニケーションの場を設けています。

また、未来の外科医となりうる研修医の先生や学生の先生などとも積極的に交流の場を設け、当科の魅力を発信しています。



歓迎会



白衣授与式



学会懇親会



医局旅行(別府)



納涼会



セミナー懇親会



講演会後懇親会



ボーリング大会



同門会



BBQ



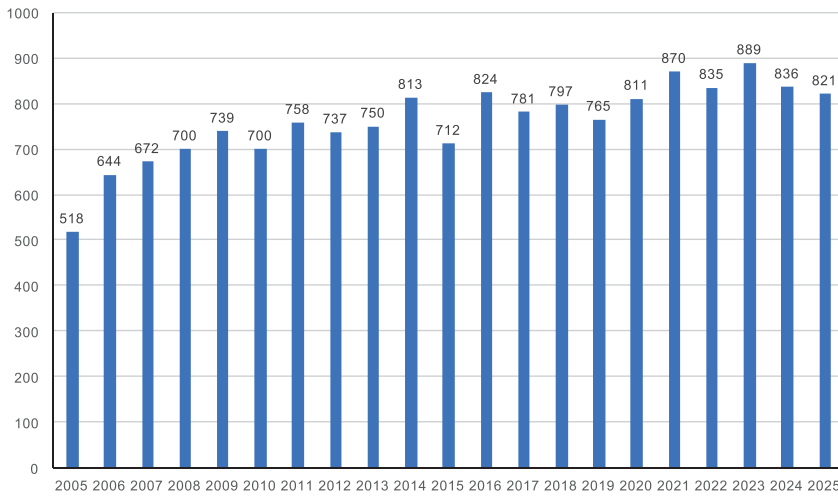
忘年会



送別会

令和7年度実績一覧

2005～2025年の手術症例数 総数15,972例/21年



令和8年度 消化器外科外来担当表

月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
初診・再診				
岩槻 (食道・胃・大腸・肝胆膵)	林 (肝・胆・膵)	宮本 (大腸)	宮田 (肝・胆・膵)	澤山 (大腸)
長井 (食道・胃)	岡部 (肝・胆・膵)	井田 (食道・胃)	北野 (肝・胆・膵)	原田 (食道・胃)
井田 (食道・胃)	宮田 (肝・胆・膵)	澤山 (大腸)		小澄 (食道・胃)
江藤 (食道・胃)	山尾 (肝・胆・膵)	有馬 (大腸)		有馬 (大腸)
原田 (食道・胃)				山下 (食道・胃)
山尾 (肝・胆・膵)				

臨床試験および治験情報

【治験】

- イマチニブ治療後の転移性及び/又は切除不能な消化管間質腫瘍(GIST)患者を対象としてIDRX-42(GSK6042981)とスニチニブを比較する第3相、無作為化、多施設共同、非盲検試験
- 進行性又は転移性固形がん患者を対象としたKK2260の非対照、非盲検、非ランダム化、用量漸増試験及びそれに続く食道扁平上皮癌又は頭頸部扁平上皮癌患者を対象とした非対照、非ランダム化試験、及び非対照、ランダム化比較試験からなる第I相臨床試験

【臨床試験】

- 臨床病期I-IVA(T4を除く)胸部上中部食道扁平上皮癌に対する予防的鎖骨上リンパ節郭清省略に関するランダム化比較試験(JCOG2013)
- 術前化学療法後に根治手術が行われ病理学的完全奏効とならなかった食道扁平上皮癌における術後無治療/ニボルマブ療法/S-1療法のランダム化比較第III相試験(JCOG2206)
- 切除不能または再発食道癌に対するニボルマブ+イピリムマブ(Nivo+Ipi)療法と放射線治療+Nivo+Ipi療法を比較するランダム化第II相試験(JCOG2311)
- 食道胃接合部腺癌に対するDOS or FLOTを用いた術前化学療法のランダム化第II/III相試験(JCOG2203)
- 切除不能進行・再発胃癌に対するニボルマブ再投与における有効性と安全性の前向き観察研究(NIVO-RETURNS Study)
- ゾルベツキシマブとフルオロピリミジン系薬剤及び白金製剤を用いた一次治療に対して不応/不耐後のCLDN18.2陽性切除不能進行・再発胃癌及び食道胃接合部癌に二次治療でゾルベツキシマブを併用することの有効性を検討するランダム化第II相試験(ZELDA)
- 胃切除術後の早期運動・BCAA含有糖質輸液投与の除脂肪体重減少抑制効果を検証するためのランダム化比較第III相試験(Bflex study)
- 局所進行直腸癌に対する術前治療としての短期放射線療法とCAPOX及び短期放射線療法とCAPOXIRIの多施設共同ランダム化第III相試験(ENSEMBLE)
- 臨床病期IIIの下部直腸癌に対するTotal neoadjuvant therapy(TNT)および選択的側方リンパ節郭清の意義に関するランダム化比較第III相試験(JCOG2207)
- 結腸・直腸癌遠隔転移治療切除後のctDNA陽性患者を対象としてmFOLFOXIRI+Bevacizumab療法とmFOLFOX6療法の有効性を比較するランダム化第II相試験(AURORA)
- 「再発リスク因子」を有するStageII大腸癌に対する術後補助化学療法の有用性に関するランダム化第III相比較試験(JCOG1805)
- 術前診断Stage II/III結腸癌に対する体腔内吻合と体腔外吻合の長期予後を比較する無作為化試験(INEX study)
- 切除不能または再発胆道癌を対象としたゲムシタピン+シスプラチン+S-1(GCS)療法とゲムシタピン+シスプラチン+免疫チェックポイント阻害薬(GC+免疫チェックポイント阻害薬)療法のランダム化比較第III相試験(YOTSUBA)
- 切除不能肝細胞癌に対するデュルバルマブ+トレメリムマブ併用療法、外科的切除を用いた集学的治療の安全性を検討する多施設共同第II相臨床研究(STRIDE-X)
- 切除可能Clinical N0 肝内胆管癌に対するリンパ節郭清の意義を検証するランダム化比較試験(JON2401-B)

消化器外科医局

TEL : 096-373-5212

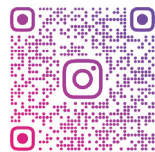
FAX : 096-371-4378

消化器外科外来

TEL : 096-373-5540

FAX : 096-373-5526

ホームページ : <https://kumamoto-gesurg.com/>



KUMAGESURG25
Instagram :
kumagesurg25



医局紹介動画

熊本大学 消化器外科診療案内 2026

編集・発行 熊本大学大学院消化器外科学教室
〒860-8556 熊本市中央区本荘1丁目1番1号
TEL 096-373-5212(医局受付)

発行日 令和8年5月
印刷 (株)かもめ印刷