

休刊記念 ● 臨牀消化器内科 40 年の歩み 座談会

— 消化器診療の変遷と歩んだ 40 年 —

- ▷ 本誌発刊の目的
- ▷ 「臨牀消化器内科」を貫く考え方
- ▷ 本誌で投稿を扱わなくなった理由
- ▷ 編集委員になってみて
- ▷ 「臨牀消化器内科」の編集委員に外科医が参加している意義

- ▷ 創刊号は「胃潰瘍の診断」だった
- ▷ 肝臓領域のこの 40 年の変遷
- ▷ 胆膵疾患の 40 年
- ▷ 「臨牀消化器内科」と増刊号
- ▷ 編集後記を「書く」「読む」楽しみ
- ▷ 本誌の休刊によせて



小池 和彦氏



杉山 政則氏



藤城 光弘氏

司 会：藤城 光弘(東京大学消化器内科 教授)

出席者：小池 和彦(関東中央病院 院長)

杉山 政則(池袋病院 院長)

増永 和也(日本メディカルセンター 代表)

編集委員任期；2013～2025 年

編集委員任期；1999～2024 年

編集委員任期；2009～2022 年

(敬称略)

藤城：皆様，本日はお忙しいなか，「臨牀消化器内科」休刊記念号の座談会「消化器診療の変遷と歩んだ 40 年」にお集まりいただき，誠にありがとうございます。司会を務めます，東京大学消化器内科の藤城光弘です。本日は長らく肝臓領域の編集委員をお務めになられていた関東中央病院の小池和彦先生，胆膵・外科領域の編集

委員をお務めになられていた池袋病院の杉山政則先生，そして，本誌の一部始終をご存知の日本メディカルセンター代表の増永和也氏にも参加いただき，座談会を進めてまいります。よろしくお願いいたします。

本誌発行の目的

藤城：「臨牀消化器内科」の創刊は1985年(昭和60年12月)ですが、当時の編集委員である岡博先生、丹羽寛文先生、中村孝司先生、島津久明先生は皆様すでに鬼籍に入られており、創刊当時のことをご存知なのは増永さんのみかと思えます。増永さん、どのような経緯で創刊に至ったのか、当時の状況を教えていただけますでしょうか？

増永：当社は1985年に腎臓・透析関係の雑誌「臨牀透析」を創刊し、その雑誌創刊の中心であった東京大学腎臓内科出身の前田貞亮先生にご相談したところ、東京大学第一内科講師第八研究室の丹羽寛文先生をご紹介いただきました。昭和59年(1984年)に初めて丹羽先生にお目にかかったのですが、あの当時の第八研究室の古くて大きな木の机に座り、「僕は来年、第29回日本消化器内視鏡学会総会の会長をやるので、その後にしてほしい」と言われました。

翌年(1985年)に改めてお目にかかりに行くと、丹羽先生から「君、雑誌を出すというなら、教授の了解を得て、教授にも参加いただかないと駄目だよ」と言われ、その場で岡博先生に連絡を取ってくださり、ご了解をいただきました。第1回の編集会議は、昭和60年7月に山の上ホテルで開催したのを覚えています。

藤城：社長は、なぜ消化器内科に目をつけられたのでしょうか？

増永：やはり消化器の疾患は「患者さんが一番多いだろう」と思ったからです。

藤城：なるほど。当時の患者さんのニーズに応える形だったのです。

増永：ただ、丹羽先生からは「消化器系の雑誌はあまりうまくいったためしが無いんだよ」と忠告も受けました。戦後の「臨牀消化器病学(1953~1961年)」や「消化器研究の進歩(1962~1963年)」といった雑誌も短命に終わっており、「君、大丈夫かい？」と心配されたものです。

藤城：それが40年も続いたのですから、本当に素晴らしいですね！

■実地医家のための月刊誌

臨牀消化器内科

Clinical Gastroenterology

昭和60年12月20日創刊

編集委員 岡博 丹羽寛文 島津久明 中村孝司

創刊にあたって

今、日本メデイカルセンターより新しい臨床医学雑誌「臨牌消化器内科」を発刊することになりました。消化器疾患の診療は日本の医療の中で重要な位置を占めています。近年、医学の急激な進歩により、医学・医療に関する情報量は非常に多くなり、また、それに伴って専門分化も進んできています。内科領域においても、消化器、肝胆膵などへの分化が進み、さらに細分化される傾向もみられます。しかし、多くの診療医や開業医にとっては、日常の実地診療の場で、そのような細分化は困難であり、また、必ずしも望ましいものでもありません。たとえ、より細分化された専門領域をなしている場合でも、診療に当たっては胃、腸、肝、胆、膵などの消化器系疾患全体を対象とされていることが多いのが現実でしょう。

本誌は、消化器系疾患全体をわけて、新しいそして臨床医にとって必要な情報を、理解しやすい内容として提供すること、また、消化器疾患の臨床診療に役立つ診断、治療技術、そして南原法をよく伝達された形でお届けすることを目的としています。読者の方々とともに、本誌をそのような役に立つ雑誌に育てていきたいと存じております。よろしく御支援、御叱正をお願い申し上げます。 編集委員一同

発行日/毎月20日 定価/毎号1,600円・年間購読料18,000円(送料別)
判型/B5判・1段組 頁数/120頁 印刷/オフセット(一刷カラー)

刊行のねらい

消化器疾患は、現在、学問的に細分化されているが、勤務医、開業医にとって、日常臨床のうえで専門細分化された雑誌より、消化器をトータルとして考えたジャーナルが必要と考え、発刊を企図した。

●年間予約購読受付中

◎創刊記念特典 年刊購読者2,000名様に書籍を1冊贈呈(数量限定、ごんく下し)

日本メデイカルセンター

創刊案内パンフレット

Clinical Gastroenterology
●実地医家のための月刊誌

臨牌消化器内科

創刊一周年

編集委員 岡博 丹羽寛文 中村孝司 玉熊正悦

■'87年度(Vol.2)年間予約購読受付中

刊行のねらい

- 学問的に細分化されている消化器病学をトータルな視点から追究……
- ビジュアルな構成、大きい活字と一段組の版面で、今までにない読みやすさ。

日本メデイカルセンター

「読者専用」ダイヤル(02)0120-456000
〒100 東京都千代田区神田神保町1-64 TEL 03-291-1981 99

創刊1周年

「臨牀消化器内科」を貫く 考え方

藤城：この「臨牀消化器内科」を振り返ってみますと、もともと貫いている考えが、実地医家のための月刊誌であるということですね。それが、根本にある月刊誌ということだと思います。

増永：本誌の発刊目的は、第1回会議のお知らせに弊社が記載した文章(創刊案内パンフレットにも同様の記載がある)によりますと、「消化器系は、現在、学問的に細分化されているが、勤務医、開業医にとって、日常診療のうえで専門細分化された雑誌より、消化器をトータルとして考えたジャーナルが必要と考え、発刊を企画した」とあります。

当時はパソコンどころかワープロも普及しておらず、会議のお知らせは手書きでした。私も会社を創業して6年目くらいで、医学書業界の知識が乏しく、今から考えれば本当に無謀な話でした。独立して出版社をやると言った私に、父は祖父が独立に失敗し被害を受けた経験があったからと思いますが、その場で「二度と家の敷居をまたぐな」と言いました。しかし、これが私のバネになったことは間違いありません。

藤城：ありがとうございました。

本誌で投稿を扱わなくなった理由

藤城：さて、本誌は創刊以来40年間、一貫して実地医家のための月刊誌としての特徴を保ち続けてきました。各号の前半2/3は特集形式で、テーマに基づいた巻頭言と8~12本の総説形式の論文を掲載し、後半1/3は教育色の強い連載(「内視鏡の読み方」「検査値の読み方」「薬の知識」など)が掲載されました。1996年10月までは原著や症例報告も受け付けていましたが、本

誌の実地医家向けという方向性に合わないという判断から中止したと増永さんがおっしゃっていましたね。

増永：そのとおりです。創刊当初は、丹羽先生のお知り合いの方が投稿してくださったり、そのうち一般投稿も増えましたが、やはり実地医家向けの方向性に合わない判断しました。

編集委員になってみて

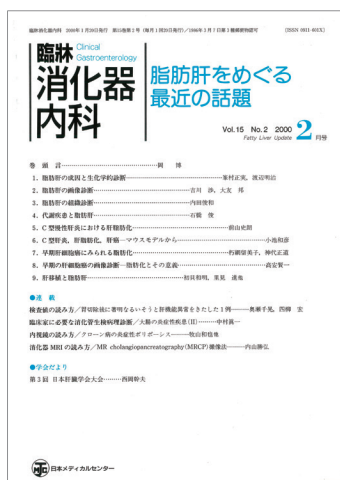
藤城：このなかで最初に編集委員になられたのは小池先生ですが、1999年に編集委員になられた経緯や当時の状況を教えてくださいませんか？

小池：はい。私は1999年からおもに肝臓担当の編集委員をやらせていただいておりますが、岡先生が東京警察病院の院長を退任される際に、次の編集委員に私を推薦してくださったのです。岡先生の代わりに編集委員になるということなので、大変緊張したのを覚えています。私の時は岡先生の送別会も兼ねてフォーシーズンズホテルで歓迎会をやっていたのは良い思い出です。

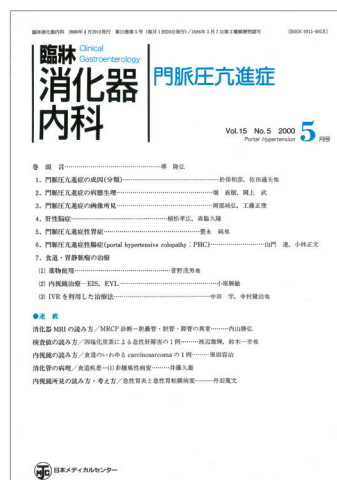
最初の特集はVol. 15 No. 2「脂肪肝をめぐる最近の話題」を担当しましたが、その後丹羽先生からVol. 15 No. 5「門脈圧亢進症」の特集を当てがわれたときは、内視鏡関係の知識が全くなかったので必死に文献を調べて編集会議で丹羽先生に助けていただいた記憶があります。

増永：岡先生に小池先生を推薦していただきました当時、小池先生は「トランスジェニックマウスの小池」として知られており、どのような方がお見えになるのかと不安でしたが、若くて、ニコニコした温厚そうなお顔を拝見し、安心した記憶があります。

藤城：ありがとうございます。続いて編集委員になられたのは杉山先生かと存じますが、その



Vol. 15 No. 2 「脂肪肝をめぐる最近の話題」



Vol. 15 No. 5 「門脈圧亢進症」

いきさつや当時の状況はいかがでしたか？

「臨床消化器内科」の編集委員に外科医が参加している意義

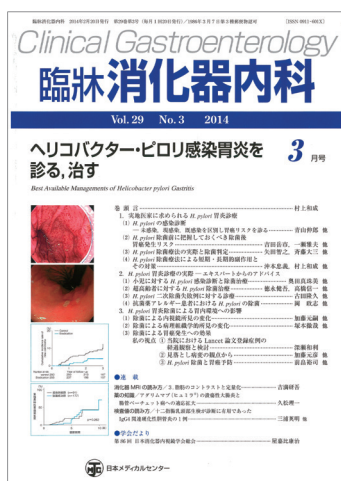
杉山：私は、最初の編集委員4名のなかの外科医でいらした島津先生の医局の後輩になります。島津先生の後を同じ医局の玉熊正悦先生が務められたのですが、「臨床消化器内科」という内科の雑誌の編集委員を、外科医が務めているというのは素晴らしい発案だと思いました。消化器病学というのは内科だけで成立するものではなく、外科があって初めて完結するものと考えています。

やはり内科の先生は、外科の診療内容については、あまり詳しくないと思いますが、ある程度の知識をおもになったほうが消化器病学を理解するうえでよかったのだと思います。多分そういう考えがあって、外科医の参加があったのだと思います。

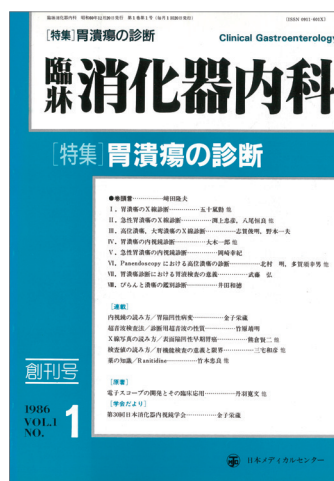
増永：創刊の際、内科だけで固まるのはよろしくないというご意見があり、外科の先生に加わっていただくことになりました。最初の外科

担当の島津先生は、すぐに鹿児島に赴任され、そこで玉熊先生に後を引き継いでいただいたという経緯だったと記憶しております。

杉山：私は2009年に編集委員に加わりました。外科系の編集委員としては、最初に島津先生、そして玉熊先生、市倉先生が担当しておられ、私の大学の医局の先輩後輩の繋がりから次は私だのご指名いただきました。それまでも本誌には原稿の依頼を何回か受けて執筆させていただいていたので、非常に光栄に思いました。私は消化器外科医(とくに肝胆膵)ですが、胆膵内視鏡も積極的に行っており、胆膵内科の分野に非常に興味をもっていました。私自身は外科医であることから、内科医の先生方に消化器外科の診療内容やその意義を説明する立場だと認識していました。胆膵以外の消化器疾患の特集では、自身が初学者みたいなものですから、専門家でない私でもわかるように、「総論的な論文」や「俯瞰して見られるようなフローチャート」の重要性を提言したこともありましたが、それが私の使命だと感じていましたね。思い出としては、やはり編集会議後の食事会での先輩方との雑談ですね。学会では聞けないような本音の話



Vol. 29 No. 3 「ヘリコバクター・ピロリ感染胃炎を診る, 治す」



創刊号「胃潰瘍の診断」

も聞けて、「非常に勉強になった」と振り返ります。

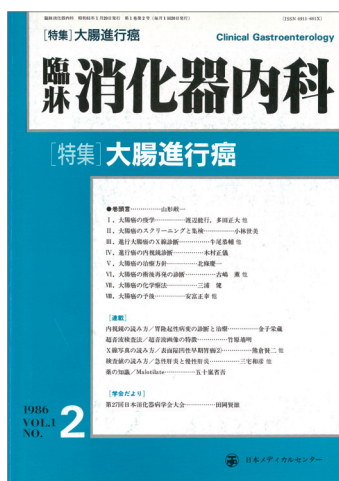
藤城：ありがとうございます。そして、私が2013年2月に編集委員に加わりました。2014年12月に編集委員を退任された研究室の大先輩である丹羽先生の強いお導きで編集委員の末席に加えていただいたものと思います。当時の編集委員は丹羽先生、中村先生、小池先生、田尻先生、五十嵐先生、一瀬先生、杉山先生と、そうそうたる先生方で、本当に緊張して編集委員会に参加しておりました。最初に参加した記念すべき150回目の編集委員会では、ちょうどピロリ菌の除菌療法が「ヘリコバクター・ピロリ感染胃炎」に適応を拡大したばかりであることが話題に上がり、さっそく私がお集まりの特集担当を拝命し、Vol. 29 No. 3「ヘリコバクター・ピロリ感染胃炎を診る, 治す」を企画したことをよく覚えております。

編集委員会は、基本的に神田神保町の日本メディカルセンター会議室で3〜4カ月間隔で開催されておりました。私は東大病院から歩いて往復しており、だいたい30分くらいかけていま

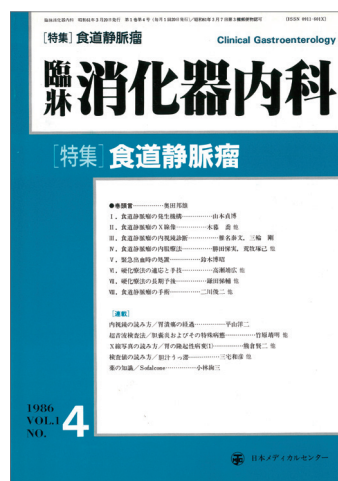
したね。2014年に入ると丹羽先生がおみ足の調子が悪く、歩くのに苦労されるようになっておられましたので、何度かタクシーでご自宅までお送りしたこともありました。また、一瀬先生や屋嘉比先生と御茶ノ水駅まで10分くらい歩いて帰ることが多く、一瀬先生が私を東大病院までタクシーで送ってくださったこともありました。歩きながら、また車内では、諸先輩方から昔話や現状、われわれへの期待など、本当に色々なお話を聞かせていただき、さまざまな相談にも乗っていただきました。諸先輩方に恵まれ、大変ありがたい経験をいくつもさせていただきました。

創刊号は「胃潰瘍の診断」だった

藤城：さて、本誌は創刊号で「胃潰瘍の診断」を主題に取り上げていました。これは当時、実地医家の先生に一番知っておいてほしいテーマが胃潰瘍だったということに、この40年の疾病構造と消化器内科の役割の変化を感じます。



創刊 2 号「大腸進行癌」



創刊 4 号「食道静脈瘤」

現在では胃潰瘍の患者さんは、激減している状況です。まだまだ難治性の胃潰瘍はありますが、かなりコントロールできる疾患となっておりまして、数も減っております。創刊号を見ますと、現在ほとんど胃潰瘍の診療では用いられない X 線の精密診断についての論文が内視鏡診断と誌面の半分を分け合っていました。ピロリ菌は 1982 年に発見されていますが、創刊号では全く触れられておらず、本邦で消化性潰瘍への除菌療法が保険適用されたのは 2000 年、慢性胃炎への適用拡大は 2013 年と、日本へピロリ菌の考え方が入ってきたのは遅れた印象ですね。

創刊号の広告を見ましても、現在広く使われている PPI(proton pump inhibitor)や P-CAB (potassium-competitive acid blocker)はまだ出てきておらず、H₂ ブロッカーの広告はありませんが、粘膜保護剤や漢方が胃潰瘍の治療薬として使われていたようです。今もし新たに雑誌を創刊するとしたら、消化管領域では「大腸腫瘍の内視鏡治療」のようなテーマを考えるかもしれませんね。

創刊 2 号が「大腸進行癌」、4 号が「食道静脈瘤」の特集が組まれていました。

小池：確かに、創刊の 1986 年当時だと、H₂ ブロッカーが適用になっていましたね。胃潰瘍で胃を切るような手術はそろそろなくなっていった時期でしょう。ピロリ菌の話はまだ一般的になっていなかったもので、「胃潰瘍」が創刊号に採用されたのは理解できます。

杉山：私は 1977 年に大学を卒業しましたが、その頃は胃潰瘍や十二指腸潰瘍の手術が非常に多かったです。とくに外科医としては、胃穿孔・十二指腸穿孔や出血による緊急手術も頻繁で、夜中の手術も多かったです。1980 年に H₂ ブロッカーが発売されてからは、胃潰瘍・十二指腸潰瘍の手術、とくに予定手術は激減しました。そういう時期に創刊号で胃潰瘍が取り上げられたのは、まだ内科の先生方にとっては重要なテーマだったのでしょね。

藤城：当時は胃潰瘍から癌ができるのかとか、潰瘍と癌の鑑別など、さまざまな議論がされていました。早期癌は悪性サイクルを起こしやすく、二次的に潰瘍を起こしやすく、自然に治癒

と再発を繰り返すプロセスがあることもわかってきて、今は当時と比べて診断や病態理解が進んだと思います。

本誌では、1990 年 Vol. 5 No. 8 で「*Campylobacter pylori*」という特集を組んでおります。この「*Campylobacter pylori*」は、現在のヘリコバクター・ピロリと同じものを指します。もともとヘリコバクター・ピロリは「*Campylobacter* 属」に属していると考えられていたものが、そこから独立して「ヘリコバクター属」として分離し、今、広く知られてきております。

増永：個人的な話ですが、私も胃潰瘍を経験したことがあります。あるとき健診のレントゲンで再検査を指摘され、たまたま当時四谷にあった胃腸病院の平山洋二先生にお目にかかったときにお話ししましたら、私が診ましようと、内視鏡で診てもらったところ、ひどい潰瘍で、後にそれを見て丹羽先生は「これは潰瘍というか、胃梅毒かねえ」と私をからかっておられたことが印象に残っています。その頃、自費で除菌し

てもらい綺麗になりました。

藤城：当時、胃潰瘍で手術されていた時代から、H₂ブロッカーが出てきて手術が減り、そしてPPI も出てきて、さらにはピロリ菌の除菌療法によって、その後維持療法をしなくとも潰瘍の再発がない状況までもっていけるというのが、大きな時代的変遷だと思います。

肝臓領域のこの 40 年の変遷

藤城：次に肝臓領域ですが、創刊 3 号で「慢性肝炎の治療」が取り上げられています。小池先生、肝臓領域のこの 40 年の変遷についてお話しいただけますでしょうか？

小池：はい。私は 1980 年に大学を卒業し、この雑誌と共に 40 年近く肝臓医療に携わってきました。40 年前は、肝癌の原因として B 型肝炎がわかっていまして、入院する患者さんの多くがそうでした。一方で、non B 肝炎が増えてきた

HBV の歴史

年	出来事	内 容
1965 年	オーストラリア抗原(HBs 抗原)発見	バルーク・ブランバーグが HBV の表面抗原を発見。後にノーベル賞(1976 年)受賞
1970 年	Dane 粒子の発見	完全な B 型肝炎ウイルス粒子(Dane 粒子)が電子顕微鏡で確認される
1979 年	HBV の遺伝子がクローニングされる	
1981 年	世界初の B 型肝炎ワクチン実用化	血漿由来ワクチンが米国で承認
1982 年	日本で血漿由来ワクチン承認	おもに母子感染予防目的
1988 年	日本で遺伝子組換えワクチン承認	より安全で大量生産可能な HBV ワクチン。以降こちらが主流に
1995 年	日本で母子感染防止事業本格開始	HBs 抗原陽性母体からの児にワクチン+HBIG 投与
1998 年	ラミブジン承認(日本)	世界初の核酸アナログ製剤(抗 HBV 薬)
2000 年以降	新規核酸アナログが次々登場	アデフォビル、エンテカビル(2006 年承認、日本で第一選択薬へ)、テノホビル(2014 年日本承認)
2016 年	B 型肝炎ワクチンが日本で定期接種化	全乳児に B 型肝炎ワクチン接種が義務化
2020 年代	完治療法の研究進展	機能的治癒(HBs 抗原消失)を目指し、siRNA や免疫療法が開発中

という状況でもありました。当時、非 A 非 B 型肝炎と呼んでいました。

■ HCV(非 A 非 B 型肝炎)

小池：また、肝硬変による腹水が溜まり、コントロールできない患者さんが多く入院していましたね。

余談ですが、東京大学病院の東第二病棟のそばに、結核患者の隔離病棟(東第一病棟)があったものですから、そのそばにあった東第二病棟が“隔離病棟”と呼ばれていたようなことも記憶にあります。当時としては非 A 非 B 型肝炎も感染症と考えて、隔離という概念だったのでしょね。

今では、肝硬変で入院している患者さんは、

利尿剤やアルブミン製剤により腹水のコントロールがかなりうまくでき、腹水で入院している方はほとんど見かけなくなりました。

さらに、何ととっても肝臓学の最大のゲームチェンジャーは 1989 年の HCV (C 型肝炎ウイルス)の発見です。その背景にあったのが分子生物学の進歩で、HCV の解析が嘘のように進んでいきましたね。薬の開発はそのわりに時間がかかった印象でしたが、最終的に DAA(直接作用型抗ウイルス薬)の登場により C 型肝炎は驚異的なスピードで治療が進み、SVR(ウイルス学的著効)は 99%に達しました。C 型肝炎由来の肝癌発生も激減しています。当時は新薬の動きも目まぐるしく、2~3 年でさらに良いものが登場してくる、まさにジェットコースターの

HCV の歴史

年	出来事	内 容
1970 年代	非 A 非 B 型肝炎の存在確認	献血後肝炎の多くが A 型でも B 型でもないことが判明
1989 年	C 型肝炎ウイルス(HCV)発見	マイケル・ホートン、ハーヴェイ・オルター、チャールズ・ライスらが HCV を同定
1990 年	HCV 抗体検査実用化	献血スクリーニングが可能となり、輸血後感染は激減
1992 年	日本で輸血用血液の HCV 抗体検査導入 インターフェロン(IFN)治療承認(日本)	輸血感染の大幅減少 慢性 C 型肝炎に対する初の治療薬。効果は限定的
1998 年	IFN+リバビリン併用療法	治療効果が向上(SVR 率 30~40%程度)
2001 年	Peg-IFN+リバビリン療法	治療成績がさらに改善(SVR 率 50%以上)
2014 年	IFN フリー DAA 時代の到来 日本で最初の IFN フリー DAA 承認(7 月)	ソホスブビル+レジパスビルなど、飲み薬だけで治療可能。SVR 率 90%以上 ダクラタスビル+アスナプレビル
2015~2016 年	次世代 DAA 普及	ハーボニー、ヴィキラックス、ジメンシーなど。短期間・高成功率
2017 年	パンジェノタイプ DAA 登場	グレカブレビル+ピブレンタスビル(マヴィレット)→すべての遺伝子型に対応
2020 年	ノーベル賞	HCV 発見の功績でホートン、オルター、ライスが受賞
現在	日本では治療成功率 99%	多くの患者が治癒可能に。肝癌・肝硬変の予防に大きく寄与

現在 WHO は 2030 年までに世界的な C 型肝炎の撲滅(感染者 90%減, 死亡率 65%減)を目標にしている。

- ・ 肝硬変による腹水の入院患者はかなり減った
- ・ 肝癌治療が進歩し治癒・長期生存が得られるようになった
- ・ ウイルス性肝炎が克服できるようになってきた
- ・ 代謝性の肝疾患がおもなフィールドになってきている
- ・ 栄養やサルコペニアも含めた考え方が重要視されてきている

ような状況も見ることがありました。

現在、肝臓病のメインは代謝関連脂肪性肝疾患(MASLD/MASH)です。何より脂肪肝というのは数が多いのですが、その患者数が多いなかで進行性の MASLD の鑑別法が研究され、注目度が高いところかと思います。

■ サルコペニア

小池：また、振り返ってみますと肝疾患と栄養、サルコペニアの問題にも、この40年の後半のほうで光が当たってきたと思います。とくにサルコペニアに関しては、日本を含むアジア人向けの良い判定基準がなかったのですが、ちょうど私が日本肝臓学会の理事長を務めていた2015年頃になりますが、学会主導で判定基準を作成し英語論文として出版したことが始まりとなって、肝とサルコペニアの仕事がどんどん進んでいったことが思い出されます。学会としても良い仕事を促進することに関与でき、非常に印象深いことでした。

増永：肝臓は、非A非B型肝炎の時代からC型肝炎ウイルスが同定され、どんどん変わっていくのを目の当たりにして、すごいなと実感しています。

■ 肝切除術の進歩

杉山：外科医の立場からは、1986年頃は肝臓癌に対する肝切除術がやっと安全に行われるようになった時代でした。定型的な肝切除術式が開

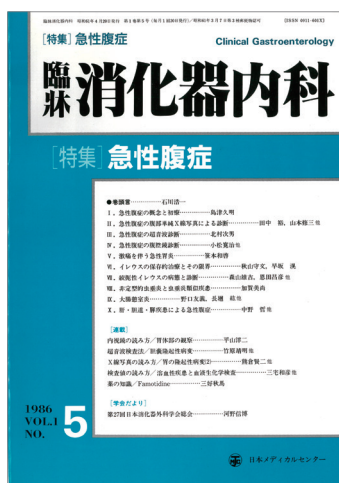
発され、肝機能予備能に基づいた手術方針や術式の選択、周術期管理が進みました。従来は限られた施設でしか行われなかった肝切除術が、比較的大きな病院では一般的に安全に行われるようになりました。その後、内科領域ではエタノール注入療法やRFA(ラジオ波焼灼療法)、マイクロ波凝固療法あるいはTAE(経カテーテル動脈塞栓術)、TACE(経カテーテル肝動脈化学塞栓療法)などの局所療法が開発され、随分と進歩しました。近年では、肝臓外科領域でも腹腔鏡手術やロボット支援手術などの内視鏡治療が多く、多くの施設で行われるようになってきます。また、肝転移に関する肝切除は、おそらく1986年頃はほとんど行われていませんでしたが、現在では一般化していますね。今は大腸癌の肝転移が一番多いのですが、そういう肝転移の切除も行われるようになりました。

藤城：切除不能肝癌に対する免疫チェックポイント阻害薬など新たな薬物療法も予後改善に貢献しているように感じています。東大病院の肝胆膵外科では肝移植を結構行っていますけれども、レシピエントの評価は消化器内科で担うようになってきています。

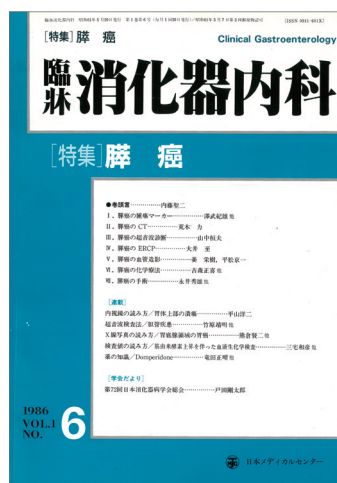
病棟でも、以前はRFAの患者さんが多かったですが、今は多様性のある病棟になっていると感じます。

■ 食道静脈瘤治療の進歩

杉山：肝硬変に対する食道静脈瘤の治療も大き



創刊 5 号「急性腹症」



創刊 6 号「膵癌」

く変わりました。1986 年頃は手術治療が行われていましたが、合併症が多く大変でした。その後、内視鏡治療や IVR(interventional radiology)が普及し、非常に安全に治療されるようになりました。

藤城：おっしゃるとおりだと思います。

胆膵疾患の 40 年

■ 外科領域や胆膵領域での進歩

藤城：次に外科領域や胆膵領域に移ります。創刊 5 号で「急性腹症」、6 号では「膵癌」が取り上げられていますが、この 40 年で大きく変わっていますよね。杉山先生、いかがでしょうか？

■ 二つの大きな流れ

杉山：外科全体としては、この 40 年間で腹腔鏡手術・ロボット支援手術などの内視鏡手術が大きく普及しました。1990 年頃に腹腔鏡下胆嚢摘出術が始まり、その後消化器の他の疾患にも応用されるようになりました。もう一つは、悪性腫瘍に関しては、手術単独ではなく集学的治

療、すなわち化学療法や放射線治療を組み合わせた治療が普及したことです。この二つが、この 40 年間の大きな流れだと思います。

胆膵疾患に関しては、胆石治療は腹腔鏡下胆嚢摘出術が普及し、治療法が大きく変わりました。総胆管結石に関しても、この 40 年間で ERCP(内視鏡的逆行性胆管膵管造影)による治療がさらに一般的になり、外科治療を行う施設は少なくなっています。

■ 胆道の悪性腫瘍

杉山：胆道の悪性腫瘍に関しては、40 年前に比べて合理的な手術が開発されて治療成績は上がってきています。

■ 膵癌

杉山：膵癌に関しては、この 40 年間で最も大きく変化した分野の一つです。かつては根治が難しく、手術後の 5 年生存率もほとんど期待できませんでした。1986 年頃は拡大手術による根治を目指していましたが、生存率向上に寄与しないことがわかり、R0 切除(肉眼的にも組織学的にも癌を残さない手術)のために過不足のない

手術を目指すことが一般的になりました。合併症も減り、安全性も高まりました。さらに、術後補助化学療法が標準治療となり成績が向上し、現在では術前補助療法(化学療法、放射線療法)もガイドラインに載る標準治療となっています。切除不能膵癌でも、術前治療によって切除可能になるコンバージョン手術も増えました。

■ 良性疾患

杉山：急性膵炎については、1986年頃はとくに重症膵炎の死亡率が30%と高く、さまざまな治療が行われていました。外科手術も行われていましたが、治療成績は不良でした。このころ、急性膵炎に対して動注療法が盛ん行われましたが、その後効果がないということが判明して、今は行われていませんね。今では初期は内科的治療が中心となり、被包化壊死(WON)などの感染性合併症にはEUS(超音波内視鏡)を用いた治療(ネクロセクトミーなど)が行われるようになり、死亡率が大幅に減少しています。

慢性膵炎も、以前は手術治療も行われていましたが、現在はESWL(体外衝撃波結石破砕術)や内視鏡治療が中心となっています。

■ 新しい概念

杉山：新しい概念として、IPMN(膵管内乳頭粘液性腫瘍)、AIP(自己免疫性膵炎)、IPNB(膵管内乳頭状腫瘍)、NET/NEN(神経内分泌腫瘍)などが提唱され、疾患概念も整理され、研究が進んでいます。

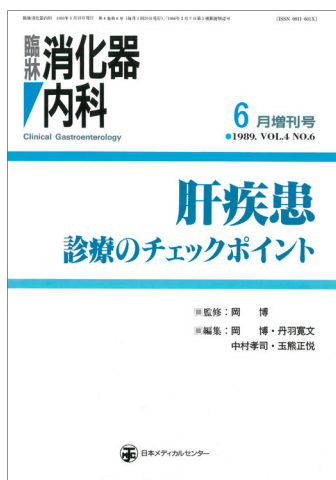
藤城：外科領域では低侵襲な内視鏡手術、そして手術のみならず集学的治療によって治療成績が大幅に向上したのですね。とくに胆膵領域では、内視鏡的なERCPやEUSを駆使した治療が普及し、内科的治療で対応し、難しい場合に外科にお願いするという流れができているかと思えます。

増永：胆膵領域はいつも難しいなと思いながら話を聞いていました。最近はIPMNなども注目されていますね。

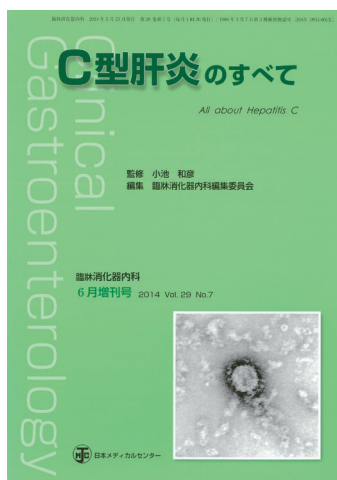
藤城：本当に、胆膵領域は消化器内科のなかでも中心的な位置にきていると実感します。

「臨牀消化器内科」と増刊号

藤城：本誌では、創刊4年目の1989年から年に



初めての増刊号



増刊号「C型肝炎のすべて」



別冊付録「肝臓医のキモ」

1回、増刊号が出版されてきました。その年の重要テーマを網羅する300ページほどのボリュームでした。増永さん、増刊号について何か思い出はありますか？

増永：創刊当初は、編集委員が4名しかいなかったため、「増刊号を刊行したい」とお願いしても難しいと言われていました。たまたま岡先生に書籍として企画をお願いしていた「肝疾患診療のチェックポイント」を、急遽増刊号としてVol.4 No.6に刊行させていただいたのが始まりです。当時、医学雑誌の世界では「増刊号は通常号より売れる」と言われており、この号も好評で増刷しました。

藤城：そうなんですね！当初は増刊号だけを求める読者も多かったようですね。

小池：私は2002年の肝疾患、2006年の肝癌、2014年のC型肝炎の増刊号を担当しました。2014年の「C型肝炎のすべて」という増刊号は、当時の世界の最先端をまとめたもので、「英文で出したい」と思うくらい自負があった内容でした。また、2014年には日本肝臓病学会総会が50回を迎えるのに合わせ、「肝臓医のキモ」という小冊子を編集しました。女性医師にも3

名から執筆いただき、随筆集のように色々な先生方に書いてもらいました。

杉山：私は2018年の「膵癌 update」の増刊号を担当しましたが、「この1冊で膵癌のすべてがわかる」という思いで企画し、診断・治療だけでなく、基礎研究の簡単なまとめも入れました。当時ロボット支援手術は一部の施設でしか行われておらずトピックスでしたが、今では進行膵癌の手術で一般的になりつつあります。高



増刊号「膵癌 update」



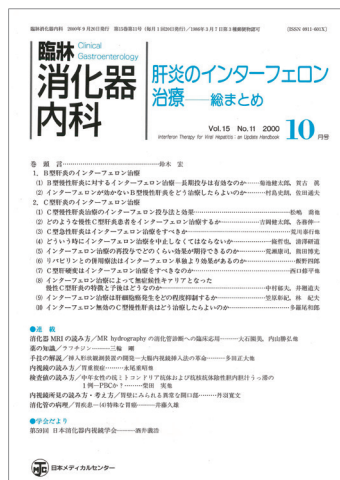
増刊号「胃癌の診療」



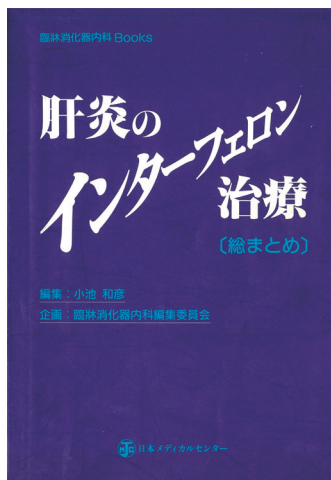
増刊号「大腸癌の診療」



増刊号「食道疾患の診療」



Vol. 15 No. 11



書籍化された IFN 特集

齢者の膵癌の治療も、当時はトピックスでしたが、今はさらに手術適応が拡大しています。

藤城：私は 2015 年の「胃癌の診療」、2017 年の「大腸癌の診療」、2022 年の「食道疾患の診療」の増刊号を担当しました。大腸癌は意外にも増刊号で一度も取り上げられたことがなかったので、新たな気持ちで企画しました。消化管領域では、内視鏡 AI 診断の登場や、免疫チェックポイント阻害薬が消化器癌のファーストライン治療になったこと、IBD(炎症性腸疾患)領域での生物学的製剤や JAK 阻害薬の普及など、予想を超える診療の発展が見られました。高齢者に対しても積極的に安全な治療が行われるようになったのも大きな変化です。

編集後記を「書く」「読む」 楽しみ

藤城：本誌では、企画担当者が編集後記を執筆することになっていますが、小池先生は 40 回、杉山先生は 23 回、私は 14 回記載しています。私も読み返してみると、最初の編集後記は「肩に力が入った」硬い文章でしたが、最後の「外

来癌薬物療法」の編集後記は「通り一遍で面白みに欠ける」と自己評価しています。長く続けていくと惰性になるという戒めにもなっています。

小池：2000 年 10 月号の「肝炎のインターフェロン治療—総まとめ」の特集が記憶に残っている編集後記ですね。当時、C 型肝炎のインターフェロン治療は非常に進歩していましたが、まだ流動的で単行本にはできない時期でした。そこで早く世に出る月刊誌で特集を組んだところ、2000 年に単行本としても出していただき、大変好評でした (Vol. 15 No. 11「肝炎のインターフェロン治療—総まとめ」を 2000 年 12 月に書籍として刊行)。

杉山：私は企画のねらいや各論文の位置づけがわかるように、自身の意見や評価を入れながら、さりげなく書くことを心がけていました。Vol. 28 No. 10「PEG の現状」の特集のときに書いたものが印象に残っています。当時、PEG(経皮内視鏡的胃瘻造設術)は社会から猛烈な批判を受けていた時期で、「すべての PEG が不要である」という風潮は行き過ぎで、決して悪者ではないんだよ」というメッセージを込めて書きました。

本誌の休刊によせて

藤城：本誌のように始まりがあれば終わりが必ずくるもので、楽しい座談会も終了の時間が近づいてまいりました。先生方、言い残したことはございますか？

小池：「臨牀消化器内科」という雑誌の編集に長く携わらせていただき、大変感謝しております。私は肝臓が専門で、消化管、とくに内視鏡の人脈がほとんどなく学会的にも縁が薄かったのですが、この編集会議でさまざまなことを教えていただきました。本誌の始まりには関与していませんが、終わりに立ち会うことができ、非常に深く感謝しております。

杉山：外科医でありながら「臨牀消化器内科」という雑誌の編集委員を務めさせていただいたことは、私自身にとって非常に勉強になりました。また、内科の先生方に外科的な知識を提供できる立場だったことを幸せに思います。本誌は実地医家や若手医師への教育的見地から見ても、専門的すぎず良い雑誌だったと思います。が、今の若い世代は「本を読まない時代」になってきているので、時代が残念ながらこのような結果になったのだと思います。

藤城：私も編集委員として12年間務めさせていただき、多くのことを勉強させていただきました。最年少で編集委員に加えていただいた当時、商業誌である和文誌がどのように作られていくかを学びました。編集会議後の雑談や、先生方の一言一言が自分の身になり、今の自分を形成したのだと思います。増永社長から休刊の丁寧なお手紙をいただいた際、数日悩んで返事をしましたが、始まりがあれば終わりが必ずくるものであり、幕引きの判断をされた社長のご

意思は、さまざまなことを考えたうえでの判断だったと感じました。読者として、また編集委員の一人として、今まで本当にありがとうございました。

それでは最後に、日本メディカルセンター代表の増永氏から締め言葉をお願いします。

増永：本日はお忙しいなかお集まりいただき、本当にありがとうございます。本誌を休刊したいと申し上げたところ、「まだ続けるべき」とか「続けるところを探す」といったご意見もいただきました。本当にありがたいことですが、惜しまれて退場するのが一番ではないかと決断いたしました。ご愛読してくださった方、ご執筆いただいた皆さん、企画していただいた皆さんに深く感謝申し上げます。

本誌を創刊した40年前は、いただく画像はスライドやX線生フィルムで、原稿は手書きでした。スライドからフィルムを外し、デュープという機械にかけて色分解をしないと何もできませんでした。スライドもフィルムも壊してはいけないと、かなり気を遣いながら大変な思いをしてやってきたことを覚えています。弊社のスタッフも大変だったと思いますが、本当にありがとうございました。

藤城：長らく本誌をご購読くださった皆様、歴代の編集委員の皆様、本誌に執筆くださった先生方、編集に携わられた日本メディカルセンターの社員の皆様、などなど今まで本当にありがとうございました。とくに増永さんには「臨牀消化器内科」の発刊による消化器内科分野への多大な貢献をなさってこられたことに最大限の感謝を申し上げ、本座談会を閉会としたいと思います。先生方、増永社長、本日はどうもありがとうございました。

了

(2025年8月5日、オンライン開催)