

# 消化器now<sup>ナウ</sup>

日本消化器病学会の健康ニュース 2005.No.29

No.29 2005



発行所:財団法人日本消化器病学会  
〒104-0061  
東京都中央区銀座8丁目9番13号8階  
発行人:跡見 裕  
編集責任:広報委員会  
制作:株式会社 協和企画



## 病診連携

### 病院と診療所の連携医療

赤穂市民病院院長 遠見 公雄

皆さまは、「病診連携」という言葉を「存じでしょうか。これは、「病院」と「診療所」が、お互いにそれぞれの診療、つまり医療の機能の役割を決め、連携して医療を行っていきましようということなのです。

医療機関は、法的に、入院ベッドを20床以上持つ「病院」と、19床以下の、その多くは無床で入院設備を持たない「診療所」に分けられています。この診療所という言葉は、なかなか定着せず、一般的には、「開業医」とか、かかりつけ医」といったほうが分かりやすいかもしれません。

さて、皆さまは、かかりつけ医をお持ちですか。近くのお医者さままで皆さまの家庭の状況、つまりご両親やお子さまのことまで熟知し、家の日当たりなどの生活環境や経済状況、ペットの種類まで知っておられるようなホームドクターを1人は持つていただきたいものです。腹痛や切り傷、発熱な

どのときは、そのような、かかりつけ医にまずご相談いただき、大きな検査や入院、手術が必要なきには、病院を紹介してもらう。こうした仕組みが、病診連携に基づく現在の日本の医療界の流れです。さらに理想的なのは、1患者2主治医制です。これは、在宅の間はかかりつけ医が、そして、入院中は病院の医師が主になって、両者が双方方向に連携して病気を治す仕組みのことです。

厚生労働省や日本医師会はもちろん、我々病院も、3時間待ちの3分診療を防ぐために、病診連携の方針に賛成しています。スーパーやデパートなどの大型商業施設により地元商店街が衰退するという悪い先例もあります。医療の世界がそのようになっては、地域が減んでしまいます。患者さまもぜひご協力ください。「良い医療を効率的に地域住民とともに」という我々の理想を守るために。



アジサイ

ずばり  
対談

患者同士の話し合いが、がん体験生存者の心を開く

「攻めのがん医療」と「守りのがん医療」

NPO法人ジャパン・ウェルネス理事長・医師  
日本赤十字看護大学客員教授  
日本消化器病学会広報委員会委員  
宮崎大学医学部外科学第1講座教授

竹中 文良氏

千々岩一男氏

がんサバイバー(がん体験生存者)が350万人の時代になりました。がん診療の進歩がもたらした成果です。しかし、現実には、半数はがんと闘っており、5年生存者も再発と死への恐れを抱いて生活しています。そうした人たちのために、日本で最初に「駆け込み寺」ともいえる『ジャパン・ウェルネス』を設立されたのが、竹中文良先生です。第一線の外科医として携わってこられた、攻めの「がん医療」から、自らのがん体験を機に転じた、メンタル・サポートによる「守りのがん医療」への軌跡を伺います。(千々岩一男)

大腸がんの体験がもとに

千々岩 今回は、ちょっと変わった表題で対談させていただきます。「攻めのがん医療」とは、主に外科医が根治や病状の改善を目指して行うがん診療です。一方、「守りのがん医療」とは、治療後もがんの恐怖や不安を抱える、がん体験生存者の心のケアを中心とした医学的な対応です。外科医の竹中先生が、「守りのがん医療」へ轉身されたのは、「ご自身のがん体験がきっかけになった」と伺っています。

竹中 19年前の大腸がんの体験が基盤になっています。主治医から問われて、「がんのリハビリが進行していったら切除しないで欲しい」と、切除の範囲を示しました。そして、がんが切除できない場合、運命と受けとめて、対応したいとお話しました。これがきっかけで、「守りの医療」を考えるようになりました。

千々岩 そのとき、「ご自身に「守りのがん医療」が必要なことを実感されたわけですね。竹中 手術は成功したと告げられても、心は動揺するんです。そこで、

安らぎを求めて、がんの専門書はもろろん、宗教书や哲学書などを、1年半ほど、むさぼるように読みました。こうした体験から、がんの治療後には、患者さんに心の支えが必要であることを痛感しました。その後、外科医として働いた約10年間に、そうした思いはさらに強くなってきました。

千々岩 そこで「ジャパン・ウェルネス」を創設されたわけですね。日本でも最初のことですから、大変なご苦労があったことと思います。竹中 発足するに当たって、まず、米国ロサンゼルス近くにある「The Wellness Community」(健康共同体)で2ヵ月ほど研修を受けました。四半世紀前に設立された先進的な施設です。主に患者さんにとってどういう利点があるのかとの視点から研究しました。千々岩 医療の中心は、患者さん同士の話し合いだそうですね。



竹中 文良  
(たけなか ふみよし)

昭和31年、日本医科大学卒。日本赤十字社医療センター外科部長、日本赤十字看護大学教授を経て現職。『医者が癌にかかったとき』(文藝春秋、1991年)が大きな反響を呼んだ。著書多数。

ジャパン・ウェルネス  
電話 03 - 5545 - 1805  
<http://www.japanwellness.jp>

竹中 臨床心理士とかソーシャルワーカーが進行役になり、10人ほどの患者さんが、1時間半の話し合いを週に1回くらい繰り返します。参加者は、同病者にしかわからない心の機微を本音で口にします。余命数ヵ月と宣告され、落ち込んでいた人も生き生きと話し、晴れやかな表情で帰っていきます。これにハーブ・アロマテラピーなどの補完療法を加えています。千々岩 2001年5月、東京・赤坂に『ジャパン・ウェルネス』を



開設されたのですが、特徴は？  
 竹中 米国にはないセカンド・オピニオンの時間を設けて、患者さんと医師が話し合う場を作りました。相談は1000件近くになりましたが、3分の2は、主治医とうまくつき合えないで困っているといった人生相談的なものです。私と緩和ケア医、内科医の3人で相談を受け、徹底して患者さんの話を聞いています。  
 千々岩 活動の内容を簡単にご紹介

介ください。

竹中 患者グループと家族グループの2つのコースがあります。患者グループは、同じ種類のがんの体験者グループと、いろいろながんの体験者が集まる混合グループの2つに分かれます。特にテーマを与えることはなく、参加者が自由に話し、会話は自然な流れの中で進行します。進行役は、話し合いの中に入れないでいる人に声をかけ、参加を促します。

千々岩 雰囲気はいかがですか。  
 竹中 患者グループは明るいです。皆さんは、腹をくくっていませんから、重症の人でもゲラゲラ笑いながら話しています。すべてがわかり合える同病者同士だからです。一方の家族グループは、暗くて重いですね。死を目前にした肉親に何をしたらいいかわからないから、おろおろしています。

**がんの痛みが消えた！**

千々岩 昨年、患者さんが希望して、先生と一緒にカソリックの聖地・フランスのルルドの泉を訪ねたことが話題になりました。

竹中 評判通りの「奇跡的な事象」が起こりました。水風呂で沐浴したら、3人の末期がん患者さんが、がんの痛みを取るため飲んでいた麻薬が要らなくなり、痛みのない状態が長く続きました。神聖な環境の中での厳粛な行為が、心を洗い、痛みを除いたのです。

千々岩 病気の治療にメンタル・サポートが大切なことを雄弁に物語る、素晴らしいエピソードです。  
 竹中 『ジャパン・ウェルネス』に参加した患者さんは、緩和ケア病棟に入ってから前向きに生きていて、しかも予測を超えて長く生きる人がいると、不思議がられています。がんの同病者が強い連帯感の中で話し合いながら、死を受容していくからではないでしょうか。

千々岩 これこそ、本当の攻めのがん医療というべきかも知れませんがね。このような施設があると、私たち外科医も思い切って、「攻めのがん医療」ができるのです。

竹中 公的資金の支援は期待できないので、施設を設立するのはなかなか難しいようです。私は大学の退職金で施設を作りました。  
 千々岩 がんが急増する現代にあっ



がんを寄せつけない患者同士の語らい

て、ウェルネス・コミュニティの役割はますます重要になると思います。私たち、攻めのがん医療に携わる者は、その普及のために、しっかりと支援したいものです。長時間、有難うございました。

構成 高山美治

千々岩一男  
 (ちぢいわ かずお)



昭和50年、九州大学医学部卒。56～60年、米ニューヨーク州立大学研究員。平成9年、九州大学医学部外科学第1講座助教授。14年、宮崎医科大学外科第1講座教授。15年、現職。日本外科学会・消化器病学会・消化器外科学会・胆道学会・肝胆膵外科学会などの評議員。専門は肝胆膵の外科。

知っておきたい治療薬



# 肝炎の新しい薬

京都府立医科大学大学院医学研究科  
消化器病態制御学教授

岡上 武

日本では1975年から肝細胞がんが増え続けていますが、その8割近くはC型肝炎ウイルスに、1割半はB型肝炎ウイルスに感染して慢性肝炎や肝硬変に進行した患者さんから発症しています。慢性肝炎の治療は急速に進歩し、より有効な治療薬も認可され、治療に難渋してきた多くの患者さんに希望が生まれています。



昨年12月にB型肝炎の新しい抗ウイルス剤であるアデフォビルが、同じくC型肝炎の新しいインターフェロンであるペグインターフェロンとリバビリンの併用48週間投与療法が保険適用になり、ウイルス性肝炎の治療は新たな時代を迎えました。

## B型肝炎の新しい治療薬

### 「アデフォビル」

B型肝炎には、抗ウイルス療法として、従来、インターフェロン

とラミブジン(商品名ゼフィックス)が用いられてきましたが、それぞれに長所と欠点があります。特にラミブジンは、長期投与により、高率(1年で20%、3年で40~50%)にラミブジンが効かなくなる抵抗性のウイルス変異ウイルス(が出現し、問題になっています。

アデフォビル(商品名ヘペセラ、内服剤)は、慢性肝炎の患者さんへのみ保険が適用されました。しかし、注意すべきことは、B型肝炎では、これらの薬剤を投与しなくても、自然に軽快または治癒することが比較的多いことです。

したがって、B型慢性肝炎の患者さんは治療を受ける際に、治療の必要性、治療のタイミングはいつが最適なのかを決めることが大切です。必ず、肝臓専門医に相談されることをお勧めします。

### アデフォビルの効果

アデフォビルは、ラミブジン抵抗性のウイルスにも有効です。本剤抵抗性のウイルスは、2~3年間の長期服用でも数%しか出現せず、比較的安心して使用できます。わが国では、ラミブジン抵抗性のウイルスが出現した際

に、本剤をラミブジンと併用する治療が保険に適用されていますが、欧米では、最初から本剤のみを使用し、本剤抵抗性のウイルスが出現した際に、逆にラミブジンを加える治療も行われています。

本剤は腎臓から排泄されるため、たくさん使用すると腎臓の機能を障害することがあり、腎障害のある患者さんは、その程度に応じて投与量を減らす必要があります。また、本剤はウイルスを排除する(殺す)作用はないため、治療を中止すると、再びウイルスが増殖する可能性があります。治療をや

める時期については、見解が定まっていないのが現状です。

### 肝硬変の患者さんへの効果

ラミブジンやアデフォビルは一部の肝硬変の患者さんにも極めて有効で、ウイルスが増殖して肝機能の異常が続いている人に、よく効きます。しかし、残念ながら、今のところ、わが国では肝硬変の患者さんには保険が適用されていません。

### C型肝炎の新しい治療薬

### 「ペグインターフェロン」「リバビリン」併用療法

1992年に、C型慢性肝炎にインターフェロン24週間投与療法が保険適用になり、その後、2001年、インターフェロン・リバビリン併用24週間投与療法が、03年、ペグインターフェロン(商品名ペガシス)単独治療が適用になり、02年、インターフェロンの投与期間制限が撤廃されました。そして、04年12月、本題のペグインターフェロン(商品名ペグイントロン)とリバビリン(商品名レベトール)併用48週間投与療法

が保険適用になり、欧米諸国と同一レベルの治療が可能になりました。

この治療法は、ウイルスの遺伝子型が1b(わが国の感染者の約7割)で、血中ウイルス量が多い、難治性のC型慢性肝炎が対象となります。この治療法で治癒率は向上し、難治性C型慢性肝炎の患者さんの50%近くはウイルスが排除され、完全に治癒します。

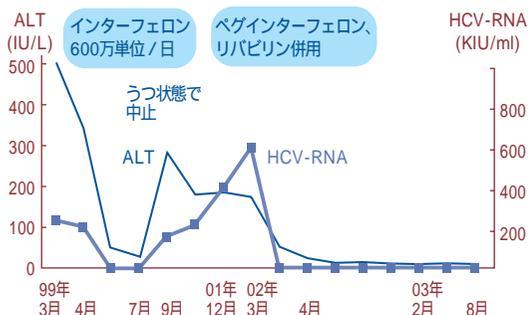
ペグインターフェロンは週1回皮下注射し、リバビリンは毎日服用します。ペグインターフェロンは、従来のインターフェロン製剤よりも抗ウイルス効果が強く、作用時間も3倍持続します。投与量は、合理的に患者さんの体重から割り出します。リバビリンは、単独では抗ウイルス効果はほとんどありませんが、インターフェロンとの併用により、ウイルスの増殖を抑え、免疫能を上げてウイルスを排除します。リバビリンも体重により投与量を調節します。

### 副作用の注意

この治療は1年もの長期にわたるため、副作用に十分注意しつつ治療を完遂することが大切です。

ペグインターフェロンの副作用は、従来のインターフェロン製剤と似ていますが、発熱、筋肉痛などの感冒様症状は、かなり軽いです。しかし、1回の投与で1週間も効果が続くため、白血球数や血小板数の減少には注意が必要です。通常、最初の2週間は入院し、副作用の問題がなければ、外来治療になります。また、最初の2カ月間は、毎週、注射前に採血し、白血球数、白血球分画(好中球数)、血小板数を見て投与量を決めます。リバビリン投与では、溶血性貧血が必ず起こるため、その程度を

図 ペグインターフェロン・リバビリン投与で完治したC型慢性肝炎症例(48歳 女性 遺伝子型1b)



見ながら投与量を加減します。投与を中止せず、減量に留めることが治療効果を上げるコツです。なお、治療中の妊娠は、催奇形の危険があるため、避けます。

### 治療効果の予測と注意点

投与開始4週間後にウイルスが陰性化(HCV RNA定性陰性)すれば、ほぼ100%完治し、12週目に陰性化すれば70%以上の確率で完治します。しかし、24週以降に陰性化した場合は、完治する可能性はほとんどありません。図に、従来のインターフェロン治療で治らず、この治療法に変えて完治した患者さんの経過を示しました。

C型肝炎の治療には、完治を目指す治療、発がんの抑制に重点を置く治療などがあります。効果と副作用を考慮し、患者さんそれぞれの状況に最も適した治療法を選択されることをお勧めします。



おかのうえ・たけし (消化器内科)

# 消化器 Q&A

## どうしました？



このコーナーでは、読者の皆さんよりお寄せいただいた消化器の病気や健康に関する疑問や悩みについて、専門医がお答えします。

**Q** 胃の内視鏡検査で組織をとった結果、「怪しいから3カ月後に再検査を」といわれました。なぜですか？

ですが、1回目の検査で、がんの所見が明確ではなく、おそらく細胞の形が、がんと正常の中間程度」と判定されたためでしょう。

このような場合、胃潰瘍の再生期、胃炎の治療期や胃腺腫であることが多く、まれに、ある種のリンパ腫や胃がんであることもあります。また、採取した組織が、判定するのに十分な大きさが得られておらず、明確な判定が難しいこともあります。私たちも時々経験することですが、患者さんへの結果説明があやふやになりがちで、心配をおかけしてしまいます。確実にがんを否定するためには、やはり再検査が必要でしょう。一定期間を置くと内視鏡の所見がより明確になり、診断が確実になります。

**A** 胃の内視鏡検査で異常を認め、癌を疑った怪しいと感じたとき、その組織の一部を採取(生検)して、顕微鏡で詳しく調べることは、よく行われています。それは、日本人には胃がんが多く、早期発見が求められているためです。

さて、お尋ねの、なぜ3カ月後に再検査をといわれたかについて

がんの可能性があるなら、すぐ再検査をと思われるかもしれませんが、一般にがんの発育は急激ではなく、3カ月程度なら問題ありませんので、ご安心ください。

回答者  
社会保険中央総合病院  
内科部長  
浜田 勉

**Q** 脾臓の中に「脾のう胞」という袋状のものができているといわれました。どんな病気でしょうか？

体外から直接、または内視鏡で、細い管をのう胞に入れて液を抜きます。手術を行うこともあります。

腫瘍性のう胞は、主に3種類あります。「粘液性のう胞腫瘍」は球形で、内部は大きな袋で分かれ、粘液がたまっていきます。がんになりやすいため、脾切除します。

「脾管内乳頭粘液性腫瘍」は、脾管内に粘液を作る腫瘍ができて、脾管が拡張するものです。脾液は分枝脾管から主脾管を通り十二指腸へ流れますが、主脾管にこの腫瘍ができると、がんの可能性が高く、脾切除します。分枝脾管にできる場合は、小さなう胞が多数ぶどうの房状に集まります。大きなものや内腔が隆起したものは、がんの可能性が高く、脾切除が必要です。他は経過観察します。

**A** 脾のう胞とは、脾臓の内腔に液体が袋状にたまったものをいいます。上皮のない仮性のう胞と、上皮がある、腫瘍性のう胞があります。

仮性のう胞は、1つの球形で、脾炎や脾臓の外傷により脾液(消化液)や炎症性物質が漏れてたまったものです。多くは自然に消えますが、長く残り、痛みや感染がある場合は、

「漿液性のう胞腫瘍」は、漿液が入った細かなのう胞が多数集まり蜂巣状になったものです。良性で通常は手術は不要です。これらの腫瘍性のう胞は、手術すれば、通常の脾がんよりも治癒率が高いです。

脾のう胞は多様で治療法も異なります。超音波、CT、MRIで正確に診断する必要があります。

回答者  
杏林大学医学部  
外科教授  
杉山 政則

# 情報のひろば

## 治療の動向 「いぼ痔」の治療法 薬物療法から注目の手術法まで

いぼ痔(痔核)の主な症状は、出血、脱出、疼痛などで、以下のような治療が必要となります。

まず、「薬物療法」としては、種々の内服薬と外用薬(軟こう・坐薬)がありますが、それぞれに鎮痛作用、抗炎症作用、止血作用、抗浮腫作用、微小循環改善作用などの特徴があり、症状に合わせて選択する必要があります。

次に、外来で行える低侵襲な(患者さんに負担がかからない)治療法を2つあげます。1つは「硬化療法」で、内痔核の粘膜下に硬化剤を注入し、その周囲に炎症を起こさせ、硬化させる治療法です。一般に用いられる硬化剤は、5%フェノールアーモンドオイルですが、最近では

中国の「消痔靈」を改良した硬化剤OC-108(ジオン)が採用される予定であり、その有用性がたいへん期待されています。2つめは「内痔核結紮術」で、内痔核の根部を輪ゴムで結紮(縛ること)して、壊死・脱落させる方法です。

最後に、痔核を根本的に治す方法は、「結紮切除術」です。手術後の機能は良好で、患者さんの満足度も高い治療法です。入院期間も1週間前後までに短縮されつつありますが、退院後の指導を守ることは重要です。なお、一部の痔核に対する治療に「PPH(直腸粘膜脱および痔疾患用処置)」という手術法があります。環状自動吻合器を用いて、肛門の上の直腸を輪状に少し切り取り、痔核を吊り上げて固定する方法で、術後疼痛が軽く早期退院が可能のため、注目されています。  
高野病院院長 山田 一隆

## 市民公開講座のお知らせ

日本消化器病学会の各支部において市民公開講座を開催致します。健康相談、質疑応答もありますので、ぜひご参加ください。参加費はすべて無料です。

地域	日時	場所	テーマ	お問合せ
第47回大会	9月10日(土) 14:00 ~17:00	高知市文化プラザ かるぼーと大ホール TEL.088-883-5011	健康と高知の食文化 *パネルディスカッション	高知大学医学部 消化器病態学・大西 三朗 TEL.0888-80-2338
関東支部	7月3日(日) 12:30 ~16:30	川口総合文化 センターリリア TEL.048-258-2000	消化器がんの知識を深めましょう! 「ピロリ菌とは何か?」「消化管がんの内視鏡治療」「C型慢性肝炎から肝がんまで」	済生会川口総合病院 院長・原澤 茂 TEL.048-253-1551
	10月1日(土) 14:00 ~17:00	勝浦市中央公民館 TEL.0470-73-0148	“がん”で死なないために 「早期発見に向けて、がん抑制遺伝子の応用」 「胃がん、大腸がんの標準的治療と成績」他	塩田病院 副院長・塩田 吉宣 TEL.0470-73-1221
	10月15日(土) 14:00 ~17:00	伊勢崎市民プラザ ホール TEL.0270-32-9488	消化器病、診断治療の最前線 「胃の健康とピロリ菌」「増えつつある大腸がん」 「ウイルス肝炎と肝がん：診断と治療の進歩」	伊勢崎市民病院 病院長・荒井 泰道 TEL.0270-25-5022
北陸支部	9月17日(土) 14:00 ~17:00	三国町社会福祉 センター TEL.0776-82-1170	おなかの病気の見つけ方・治し方 「内視鏡による胃腸の病気の見つけ方・治し方」 「早期の胃がんの手術による治し方」他	町立三国病院 院長/外科・廣瀬 和郎 TEL.0776-82-0480
中国支部	7月3日(日) 14:00 ~17:00	高梁文化交流館 TEL.0866-21-0180	肝臓病から身を守るために 「C型肝炎の最新の治療法 ベグインターフェロンやリバビリン治療を上手に受けるコツ」	さくらクリニック 院長・橋本 宏之 TEL.0866-22-2120
	7月16日(土) 14:00 ~17:00	寄島町ふれあい 交流館サンパレア TEL.0865-54-2114	超高齢社会を健やかに生き抜くために 「住民の健康管理と健診活動」 「健やかに食べつづけるために」他	福嶋医院 院長・福嶋 啓祐 TEL.0865-54-3177
四国支部	9月3日(土) 14:00 ~17:00	香川県社会福祉 総合センター TEL.087-835-3334	ピロリ菌と胃の病気 「胃潰瘍や胃がんはピロリ菌が原因か?」 「こどものピロリ菌はどうするの?」	香川県立中央病院 内科・河合 公三 TEL.087-835-2222
	9月11日(日) 13:00 ~17:00	西条市総合文化会館 TEL.0897-53-5500	がんをコントロールする 「消化管のがん」「肝臓がんの治療」 「生きがい療法でがんに克つ」他	済生会西条病院 院長/外科・黒河 達雄 TEL.0897-55-5100
	9月24日(土) 13:00 ~17:00	高知会館 TEL.088-823-7123	もっとよく知ってほしい 消化器の病気と治療法	近森病院 消化器内科・栄枝 弘司 TEL.088-822-5231

## 消化器 検査

### 食道内視鏡検査

#### どのような検査？

のどの奥の食道入口部から、食道と胃の移行部（食道胃接合部）までの約25～30cmの細い筒状の消化管が食道です。食道内視鏡検査は、小型カメラなどを先端に装着した細長い内視鏡を口から挿入して食道を内側から観察し、必要に応じて、処置・治療を加えるものです。しかし、食道のみを観察して終わる内視鏡検査はまれで、ほとんどの場合、食道から始まり胃・十二指腸を観察する上部消化管内視鏡検査のひとつの行程として行われます。

#### 何が分かるのか？

食道粘膜の状態、例えば、炎症（食道炎）があるか、深い潰瘍があるか、がんがあるかなど<sup>かんし</sup>の情報を得ることができます。がんが炎症かを判別する必要がある場合などは、内視鏡の先端から鉗子という



写真説明 逆流性食道炎の内視鏡所見です。下部食道の矢印( )のところに、びらん・潰瘍を認めます。中心の黒く見える部分が、食道胃移行部です。

器具を出して病変の一部を採取(生検)し顕微鏡で調べます。

食道がんが疑われる患者さんには、検査時に、皆さんも消



毒薬でおなじみのルゴール液を食道粘膜に散布します。ルゴール液の染まり具合から、食道がんの存在と範囲を知ることができます。

このほか、食道静脈瘤、粘膜より下層にある腫瘍(粘膜下腫瘍など)、裂傷、狭窄、閉塞などを診断し、治療します。

#### 内視鏡による治療

食道静脈瘤が破裂したときの緊急内視鏡検査による止血術や予防的塞栓術などが行われています。転移のない早期の食道がんは、内視鏡にて切除できます。食道狭窄も内視鏡先端の鉗子口からバルーン(風船状のもの)を出して膨らませることで狭窄部を拡張させることができます。

虎の門病院健康管理センター 星原 芳雄

### 編集後記

本号は、患者さんと医師のあり方についての重要なお話をいただきました。特に「ずばり対談」に述べられています。心のケアは、病気で苦しんでいます。患者さんには必須のものであることは言うまでもありません。

「攻めの医療」と「守りの医療」を行う場合、そのひとつの方法として「FOCUS」に書かれてある「病診連携 病院と診療所の連携医療」が重要になると思われます。医療が高度にかつ複雑になればなるほど、患者さんと医療関係者との対話は欠かすわけにはいかなくなります。本号をお読みいただき、「より良い医療」を構築するための「ご意見をいただけます」幸いです。

前日本消化器病学会広報委員会委員  
大阪大学大学院保健学専攻機能診断科学教授  
川野 淳

次号は、9月20日発行です。  
本紙の無断転載・複製は禁じます。

本紙へのご意見、ご要望等は左記まで。  
〒105-0004

東京都港区新橋2-20 新橋駅前ビル  
1号館925号 (株)協和企画(分室)  
「消化器now」制作事務局  
TEL 03(35569)9531  
FAX 03(35569)9532

### 寄附のお願い について

財団法人日本消化器病学会は、昭和29年に医学会においては数少ない財団法人の認可を受け、公益事業を積極的に推進しています。その一環として、全国各地で市民公開講座の開催、『消化器now』の発行を行っております。

篤志家、各種団体からの寄附を受け付けておりますので、詳細等お問い合わせは下記にお願いします。

【お問合わせ先】財団法人日本消化器病学会 事務局

〒104-0061 東京都中央区銀座8-9-13-8階

TEL 03-3573-4297 FAX 03-3289-2359 E-mail info@jsge.or.jp

本会のホームページでは、『消化器now』のバック・ナンバー、市民公開講座プログラムを公開中。( <http://www.jsge.or.jp> )