

消化器now^{ナウ}



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
発行人:菅野 健太郎
編集責任:広報委員会
制作:株式会社 協和企画

日本消化器病学会の健康ニュース 2012.No.56



医療訴訟をめぐる

慶應義塾大学
法科大学院・医学部外科教授
古川 俊治



「医療事故」と題したニュースが頻繁に報道されています。医療を受けていて、思いもかけなかった悪い結果が発生すると、「事故」と思うのも無理はありません。しかし、医療の結果は本質的に不確実で、ほとんどの医療行為は、一定の割合で悪い結果が発生することを避けられません。事故と呼ばれるものには、医療従事者には落ち度が認められない、病気のためやむを得ない結果もあります。医療行為を受けるか否かは、その効果や安全性について担当医の説明をよく聞き、不明なことは積極的に尋ね、必要とあれば、他の病院の医師にも意見を求め、納得したうえで決めることが大切です。

一方、医療側にミスがあったか否かが微妙な場合には、医療側も、診療のせいではなくて不可抗力であったと主張することが多く、その場合、患者側は訴訟に訴える必要が生じます。訴訟では、患者側が受けた不適切な医療行為の事実と、その医療行為と損害との因果関係を証明しなくてはならず、時間と費用がかかります。

医療事故の防止は、先進国のほとんどが重要な課題としていて、日本の医療界でも、10年以上前から多くの取り組みが行われています。病院内での事故発生の危険を職員全員で日常的にチェックし、医療事故を未然に防ぐための努力をしています。また、医療事故の防止や医療の質向上のための勉強会も数多く開かれ、医療従事者の出席が義務づけられています。

医療を受けていて改善すべき点に気づかれた方は、ぜひ病院にお知らせいただきたいと思っています。

- 2頁対 談 がんの痛みを取る最新処方箋(レシビ)
- 4頁 病 気薬と消化管障害
- 6頁 Q&A 胃がんの腹腔鏡手術は開腹手術よりもよい?
- 「デノボB型肝炎」とは?
- 7頁 情 報 肥満と脂肪肝から肝硬変へ 市民公開講座
- 8頁 検 査 スパイラル内視鏡検査

ずばり対談

緩和医療

患者に寄り添い心地よい闘病生活を実現する

国立がん研究センター中央病院
緩和医療科・精神腫瘍科科長
(緩和医療学)

がんの痛みを取る最新処方箋

日本消化器病学会広報委員会委員
金沢医科大学消化器内科教授

有沢 富康氏

的場 元弘氏

近年、がんの緩和医療は大きく変わりつつあります。かつては、がんの末期になって施行されていたがん疼痛治療が病初期から始められるようになってきたのです。がん患者を大切に、がんの全人的医療です。その背景にはがん対策関連の法律の整備があります。今日は、緩和医療現場で活躍し、また満足度の高い緩和医療の普及を目指しておられる的場元弘先生から一般の方にも役立つ「緩和医療のいろは」を伺います。(有沢 富康)

痛みをモルヒネで取る

有沢 最初に、「がん緩和医療の目標」を伺います。

的場 患者が痛みから解放され平穏に生活できることです。私も作成に参加しました。がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン¹⁾、日本緩和医療学会編)は、痛みで夜間睡眠が妨げられない²⁾、「安静時に痛みがない」などとしています。

有沢 疼痛治療のレベルは？
的場 施設で差がありますが、全体的水準は上がっています。
有沢 ここまで来るのに長い時間と真摯な研究が必要でしたね。

的場 1970年代に英国でホスピスが創設され、1986年にWHO(HQ)世界保健機関)のWHO方式がん疼痛治療法³⁾が発表され、モルヒネによるがん疼痛治療が初めて日本人医師に紹介されました。これを機にがん患者の痛みを重視する方向に向かい始め、2006・7年の「がん対策基本法」の成立・施行で緩和ケアチームが全国で爆発的に組織され始めました。

有沢 近年、進行・再発消化器がん患者は抗がん剤ティーエスワン投与など治療の進展により生命予後が改善され、疼痛治療を要する人が増えました。次に、がん疼痛

治療の基本をお聞かせください。
的場 WHOが推奨する薬物治療法が基本です。適切な治療で痛みの70〜90%は緩和します。
有沢 WHOは基本原則として5つの項目を挙げています。可能な限り経口投与、時刻を決めた規則的な投与、WHO3段階除痛ラダー(階段)による薬の選択、患者個別ごとの有効量の決定・投与服用時の細かい配慮です。
的場 経口投与が優れています。患者自身が治療に参加して投与の量や時間を調節できるので高いQOL(生活の質)が得られます。必要により貼付薬、注射薬、坐薬を用いますが、鎮痛薬は痛みが出てから使う頓用方式ではなく、効果が切れる前に投与します。
有沢 「除痛ラダー」は痛みが強くなるに従って階段を上るように作

階段方式で痛みを取る

的場 WHOが推奨する薬物治療法が基本です。適切な治療で痛みの70〜90%は緩和します。
有沢 WHOは基本原則として5つの項目を挙げています。可能な限り経口投与、時刻を決めた規則的な投与、WHO3段階除痛ラダー(階段)による薬の選択、患者個別ごとの有効量の決定・投与服用時の細かい配慮です。
的場 経口投与が優れています。患者自身が治療に参加して投与の量や時間を調節できるので高いQOL(生活の質)が得られます。必要により貼付薬、注射薬、坐薬を用いますが、鎮痛薬は痛みが出てから使う頓用方式ではなく、効果が切れる前に投与します。
有沢 「除痛ラダー」は痛みが強くなるに従って階段を上るように作

的場 元弘 (まとは もとひろ)

1984年、北里大学医学部卒。オハイオ州立大学病院麻酔科講師を経て2006年、国立がんセンターがん対策情報センターがん医療情報サービス室長。08年、同中央病院緩和医療科医長緩和ケアグループ長。10年より現職。日本ペインクリニック学会専門医・評議員、日本緩和医療学会常任理事、緩和医療ガイドライン作成委員長など



用により強い鎮痛薬へ切り替えることです。消化器がんの場合、経口投与ができない患者に貼付薬を使うことが多いですね。
的場 原則として軽い痛みには非ステロイド性抗炎症薬(NSAID)やアセトアミノフェン⁴⁾、非ピリン系解熱鎮痛薬⁵⁾を使います。中程度までの痛みにはコデイン⁶⁾、トラマドール⁷⁾を、中程度から高度の痛みにはモルヒネ、オキシコドン⁸⁾、フェンタニル⁹⁾などを使います。症状に応じて非ステロイド性抗炎症薬、アセトアミノ



フェン、鎮痛補助薬なども併用します。コデイン以下はオピオイド」と総称される鎮痛薬です。

有沢 オピオイドが、がん疼痛治療の主役ですね。大脳辺縁系や視床下部などに多く存在するオピオイド受容体と結合して鎮痛効果を現す物質で、多くの種類があります。

有沢 がん疼痛に医療用麻薬を使用しても精神依存(薬物への渴望)はまず起こりません。また継続投与とされていれば身体依存も問題はありません。麻薬中毒の心配はないので十分量の鎮痛薬を使い、常

に痛みから解放された状態を維持することが大切です。オピオイド投与初期の吐き気には新薬のオランザピンなどが使われています。

有沢 以前は、がん疼痛治療は「末期医療」として行われていましたが、今は病期に関係なく痛みがあれば緩和医療を行いますね。

有沢 早期でも痛みがあれば疼痛治療をします。診断時に2〜3割の患者が痛みを訴えますが、こうした段階で緩和ケアチームが介入すべきかどうかの議論があります。私は担当医による基本的な鎮痛薬投与で除痛が可能と考えています。

工夫された痛みの評価

有沢 痛みの症状は患者の主観が大きく左右しますね。

有沢 医師は患者と想像でき得る最高の痛みを10とし、現在の痛みはいくつかという問答をします。これで最高の痛みが10を超すことはなく、客観的な評価が得られません。オピオイド治療の効果を例に挙げますと、「痛みも眠気もない」が

良好、「痛みなし、眠気あり」は用量過多の可能性があります。

有沢 がんを告知された患者は非告知患者に比べて痛みが強く、痛みを訴える割合も高いとか。痛みは心理面が大きく影響するようですね。ところで国は在宅治療への移行を奨励していますが。

有沢 在宅治療を希望する患者は多く、一方、病院での緩和治療はほとんどが在宅で行えます。ですから在宅診療担当医とがん診療連携拠点病院とが双方で診る共同診療が十分に機能すれば国と患者の希望は合致することになります。

有沢 患者が満足する緩和医療になるには何が必要でしょうか？

有沢 私たちは患者に寄り添い、心地よい闘病生活を実現すべく、日夜働いています。以前は執刀医が「私の患者」として長く向き合いましたが、現在、患者は種々の施設の医師と顔を合わせます。患者を中心に各医療施設が連携を深めていくことが大切です。

有沢 最後に一言お願いします。


有沢 現在の緩和ケア病棟は昔と違って一時的に入院して症状緩和治療を行う病棟になっています。一

方、終末期を病棟で穏やかに送りたいという患者や家族もおられます。有沢 希望をどのように実現するかですね。有難うございました。


構成・高山美治

有沢 富康
(ありさわ とみやす)

1983年、名古屋大学医学部卒。公立陶生病院、愛知県総合保健センターを経て95年より名古屋大学第2内科助手、2001年より藤田保健衛生大学消化器内科講師、助教授、08年より金沢医科大学消化器内科部門教授。日本消化器病学会評議員、日本消化管学会評議員、日本潰瘍学会評議員など



WHO 3段階除痛ラダー



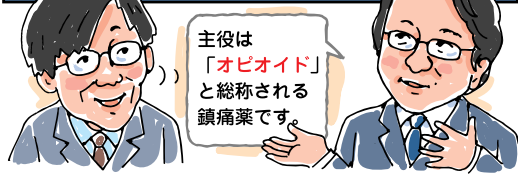
弱い痛みに用いられる
NSAID アセトアミノフェン

弱い〜中等度の痛みに用いられる
コデイン トラマドール

中等度〜高度の痛みに用いられる
モルヒネ オキシコドン フェンタニル

必要に応じて鎮痛補助薬
必要に応じて NSAID、アセトアミノフェン

主役は「オピオイド」と総称される鎮痛薬です。



知っておきたい消化器の病気

気になる
消化器病

薬と消化管障害

川崎医科大学消化管内科学准教授 塩谷 昭子

消化管(胃腸)に障害を起こす薬剤は多数あり、症状も食欲不振、胃痛、吐血、下血、下痢など多様です。最も問題なのは、痛み止めや熱さましの非ステロイド性抗炎症薬や、狭心症や脳梗塞の予防に使われるアスピリンによる胃腸障害です。高齢者を中心にこれらの薬剤による消化管出血が増えています。



胃・十二指腸への障害

非ステロイド性抗炎症薬 (NSAID)

胃・十二指腸潰瘍(消化性潰瘍)の原因の多くはヘリコバクター・ピロリ菌(ピロリ菌)の感染と非ステロイド性抗炎症薬(NSAID)、商品名ロキソニン、ボルタレンなど(です)。NSAIDによる消化管出血(NSAID潰瘍)は高齢化社会に伴い増加しています。高齢者では自覚症状を伴わずに突然の吐血・下血で発症することが多い

め、注意が必要です。

NSAIDは、体内でシクロオキシゲナーゼ(COX)という酵素の活性を阻害することにより、疼痛・炎症の原因であるプロスタグランジン(PG)という生理活性物質の合成を阻害して、解熱、鎮痛、炎症作用を示す薬です。

COXは2種類あり、COX-1は胃粘膜保護作用・血小板凝集作用などに関与するPGを産生し、COX-2は痛みや炎症に関与するPGを産生することが知られています。従来のNSAIDはCOX-2阻害により消炎効果を発揮し、COX-

1阻害により副作用のNSAID潰瘍を起こします。潰瘍をきたしにくいCOX-2選択性NSAID(商品名セレコックス)もあります。

低用量アスピリン(LDA)

低用量アスピリン(LDA、商品名バツファリン、バイアスピリン)もNSAIDの仲間、潰瘍の原因になります。LDAは抗血栓薬(血液をさらさらにして血管が詰まるのを防ぐ薬)として、虚血性心疾患(狭心症や心筋梗塞など)や脳梗塞などの予防に用いられています。最近ではLDAとともに抗凝固

薬血液が固まるのを防ぐ薬)のワルファリン(商品名ワーファリン)や、虚血性心疾患のステント治療後にチエノピリジン系の抗血栓薬(商品名パナルジン、フラビックス)が長期に併用されることが増えていきます。これらの薬は消化性潰瘍の出血を助長し、内視鏡による生検や治療時の止血を困難にするため、注意が必要です。

プロトンポンプ阻害薬(PPI)

NSAID潰瘍に対して、日本消化器病学会のガイドラインは、可能であればNSAIDを中止し

特徴 高齢者に多い。潰瘍の一般的な自覚症状はなく、突然に吐血や下血が起こる

て、胃酸の分泌を抑制するプロトンポンプ阻害薬PPI、商品名オメプラール、タケプロン、パリエットなどで治療することを勧めています。

しかし、LDAの中止により虚血性心疾患や脳梗塞が発生し、予後不良になることが報告されています。ステント治療後は、ステントの狭窄を防ぐためにLDAなどの抗血栓薬を中止できないことが多く、中止しても早期の再開が望ましいと考えられています。

腎不全で透析中にLDAを服用している場合や、LDAや他の抗血栓薬とNSAIDを併用している場合は、出血の危険性が高まるため、できるだけNSAIDは避け、内服する場合もCOX-2選択性NSAIDが勧められます。ただし、COX-2選択性も含めてNSAIDは心血管疾患を増加させる可能性が海外で危惧されており、安易に長期に内服しないことが大切です。

出血の危険性が高い場合は、PPIにより胃酸の分泌を抑制して潰瘍の発生を防ぐ必要があります。最近、NSAID潰瘍の再発

予防を目的としたPPI(商品名タケプロン、ネキシウム)の長期処方 が保険診療で認可されています。

ピロリ菌感染者でNSAIDの内服を予定している場合は、ピロリ菌を除菌しておくこと潰瘍の発生を減らすことができます。しかし、すでにNSAIDを内服している場合は、除菌治療で逆に潰瘍が治りにくくなる場合も指摘され、除菌による潰瘍予防効果はPPIよりも劣るようです。潰瘍の既往がある場合は再発の可能性が高く、NSAID内服中は、PPIを併用することが重要です。

一方でPPIの長期内服は、特に高齢者において、大腿骨骨折の危険性を増すという海外の報告があります。さらに骨折予防に用いられるビスホスホネート製剤は、NSAIDと併用すると消化性潰瘍の危険性が増大することも報告され、注意が必要です。

小腸・大腸への障害

抗生物質

抗生物質＝抗菌薬の投与で腸内

細菌叢に変化が起ると、水・電解質の輸送異常、病原菌の異常増殖などをきたして腸炎が発症すると考えられています。

出血性大腸炎は、合成ペニシリン系の抗生物質で起こることが多く、下血と激しい腹痛で発症するのが特徴です。

偽膜性腸炎やMRSA腸炎は、消化管の手術後、高齢者、重篤な疾患で免疫能が低下した人に、セフェム系抗生物質で起こることが多いとされています。偽膜性腸炎はクロストリジウムデフィシル菌の毒素が原因とされ、大腸に偽膜(黄白色の小さな半円形の膜)が多発するのが特徴です。MRSA腸炎は、メチシリン・セフェム耐性黄色ブドウ球菌MRSAが原因で主に小腸に炎症が起こり、激しい水様性下痢を起こします。

NSAID、LDA

NSAIDは胃・十二指腸のみならず、小腸や大腸の粘膜傷害をきたします。カプセル内視鏡検査で小腸を観察すると、LDA内服中の人に小腸潰瘍を認めることや、NSAID内服中の人に潰瘍

とともに潰瘍の癒痕化による小腸狭窄を認めることがあります。

NSAIDによる小腸や大腸の粘膜傷害は下痢、低タンパク血症による浮腫(体のむくみ)、突然の下血等で発症し、貧血から診断されることも多いです。この病態はプロスタグランジン製剤商品名サイトテック)で抑制されることや、COX-2選択性NSAIDでは少ないことが報告されています。PPIは一般に下部消化管粘膜障害には無効で、逆に下痢をきたすこともあります。

最後に

薬剤の使用の際には、医師および薬剤師とのコミュニケーションが重要で、得られるメリットと、副作用などのデメリットを十分に理解することが大切です。



しおたに・あきこ
診療科: 消化管内科

消化器 Q&A

どうしました？



このコーナーでは、消化器の病気や健康に関する疑問や悩みについて、専門医がわかりやすくお答えします。

Q 胃がんの腹腔鏡手術は、開腹手術よりもよいのでしょうか？

いわれています。また、腹腔鏡手術には内視鏡で病巣を拡大して観察できるメリットがあり、細かな血管などを確認しながら手術を進められます。開腹手術よりも手術時間は長くなりませんが、出血量は少なくてすみます。

Q 「デノボB型肝炎」とは、どのような肝炎で、何によって起こるのですか？

腸疾患で免疫抑制薬を用いた際にも同様のことが起こります。B型肝炎ウイルス(HBV)は大人では性行為などで感染し、肝炎を起しますが、数カ月で治まります。HBVに感染すると、血液検査でHBs抗原が陽性になりますが、治癒すると陰性になります。また、HBV持続感染者の一部でもHBs抗原が陰性となることがあります。以前は、急性肝炎でHBs抗原が陰性になれば、HBVは排除されたと考えられていました。しかし、実際には肝臓内にHBVが潜んでいて、免疫がHBVの増殖を抑えています。免疫抑制薬によって免疫の働きが抑えられると再び増殖を開始し、デノボB型肝炎が起こります。



回答者
大阪大学
消化器外科講師
瀧口 修司

A 胃がんの手術では、従来の開腹手術と、おなかの数カ所を小さく切開して、そこから内視鏡(カメラ)と手術器具を挿入して手術を行う腹腔鏡手術が行われています。

腹腔鏡手術はおなかを大きく開かないため、痛みが少なく、手術時の体内環境が維持されることから、体への負担が少ない手術とも

A 「再び」という意味があります。過去にかかつて治癒したと思われるB型肝炎が再び起こってきた場合を、デノボB型肝炎と呼んでいます。デノボB型肝炎は、血液がんの治療や移植後に免疫抑制薬を用いた際に起こり、重症化しやすいため、近年、注目されています。関節リウマチや炎症性

免疫抑制薬を用いる際には、まずHBc抗体やHBs抗体を検査します。HBVの感染状態を明らかにし、過去に感染したことのある既感染者でも、免疫抑制薬の使用中はHBVの再活性化が起こる可能性があります。定期的にはHBVDNAを検査します。陽性になれば、直ちに核酸アナログ製剤を投与して、肝炎の発症を予防します。



回答者
鹿児島大学 消化器疾患
患生活習慣病学教授
坪内 博仁

情報のひろば

**NASH
と肝硬変**

肥満と脂肪肝から 肝硬変へ！

肥満の人は、血小板数に注意を

日本で肝硬変といえば、原因はウイルス性肝炎か、お酒がほとんどです。でも、お酒を飲む機会がなくても、また、ウイルス性肝炎にかかっていなくても、脂肪肝が原因で肝硬変や肝細胞がんになる方が最近増えています。お酒も飲まないのにどうして？ と、ほとんどの方がビックリなさいます。

1960年代に始まった過食の習慣により肥満の方が増え、脂質異常症(血液中の脂質が増え過ぎる病気)や糖尿病が増加してきたことを、皆さんはご存じでしょう。でも、その10年も前から、検診で「肝臓が悪いですよ」といわれる方が増え

ていたことはご存じでしょうか。肥満に伴う脂肪肝がもたらす慢性の肝臓病は、非アルコール性脂肪性肝疾患(NAFLD)と呼ばれます。NAFLDの中でも肝硬変や肝細胞がんの原因となりやすい非アルコール性脂肪性肝炎(NASH)が、最近は特に増えています。

太ったために肝硬変や肝細胞がんになった方が1980年代後半から日本でも見つかるようになりました。どうすればそこまで悪くなる前に見つけることができるのでしょうか。肝硬変に近づくとき血小板が減ってきますので、もし、あなたが検診で肥満ですよといわれて、血小板数が20万個/ μ L以下でしたら、ぜひ一度、NASHではないかどうかを主治医の先生に相談なさることをお勧めいたします。

高知大学医学部消化器内科教授 西原 利治

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。

(一欄は7月までの予定です。詳細はホームページをご覧ください。)

開催	日時	場 所	テーマ	お問合せ
第98回 総会	7月21日(土) 14:00 ~ 16:00 予定	栃木県総合文化センター (宇都宮市本町1-8)	食と健康(予定)	自治医科大学 消化器内科 菅野 健太郎 TEL.0285-58-7348
北海道 支部	7月8日(日) 10:00 ~ 12:00	砂川市地域交流センター ゆう (砂川市東3条北2-3-3)	消化器がんの最新治療 「胃・大腸がんの内科治療」 「肝臓がんの外科治療」	砂川市立病院内科 吉田 行範 TEL.0125-54-2131
北陸 支部	5月26日(土) 13:00 ~ 15:45 予定	北國新聞赤羽ホール 交流ホール (金沢市南町2-1)	あなたは大丈夫? 胃と腸の病気 「胃の検診を受けて胃がんを早期 発見」ほか	金沢赤十字病院内科 岩田 章 TEL.076-242-8131
近畿 支部	6月16日(土) 13:00 ~ 16:20	県民交流プラザ 和歌山ビック愛 (和歌山市手平2-1-2)	おなかのがんになったら ここ まで進んだ最新のがん治療 「内視鏡でがんをなおす」ほか	和歌山県立医科大学第2外 科・山上 裕機 TEL.073-447-2300
中国 支部	5月19日(日) 13:00 ~ 16:00	中国新聞ホール (広島市中区土橋町7-1)	がんの予防法 がんから自分を 守るための基礎知識 「がん検診のすすめ」ほか	広島大学 外科学 大段 秀樹 TEL.082-257-5222
	5月27日(日) 10:00 ~ 13:00	広島国際会議場 (広島市中区中島1-5)	がんの治療法 治療の最前線から 緩和ケアまで 「がんと放射線療法」ほか	広島大学 外科学 大段 秀樹 TEL.082-257-5222
九州 支部	3月24日(土) 15:00 ~ 17:00	宮崎市民プラザ オルブライトホール (宮崎市橘通西1-1-2)	ここまですすんだおなかの治療 「切らずに治せる胃・食道がんの治療」 「どんどん増えてきた腸の病気」ほか	宮崎大学 内科学 下田 和哉 TEL.0985-85-9121
	4月14日(土) 14:00 ~ 16:00	ビーボート甘木中ホール (朝倉市甘木198-1)	聞いて得するおなかのがん治療 「この地域に多いおなかのがん」 「肝・胆・膵のがん治療」ほか	朝倉医師会病院消化器内科 上野 隆登 TEL.0946-23-0077

消化器
の
検査 ③

スパイラル内視鏡検査

小腸内視鏡検査の現状

21世紀になりカプセル内視鏡とバルーン内視鏡の登場によって、これまで暗黒大陸と呼ばれ観察が困難だった小腸のすべてが観察できるようになり、小腸の疾患が注目されています。特にバルーン内視鏡は、開腹手術でしか治療できなかった多くの小腸病変(出血や腫瘍など)の内視鏡治療を可能にしました。



ダブルバルーン内視鏡

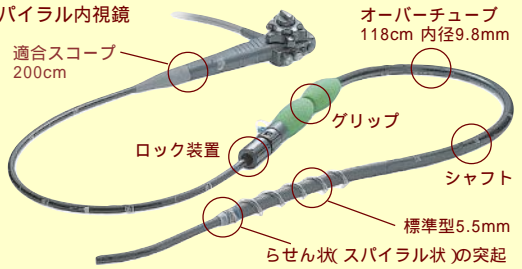


シングルバルーン内視鏡

スパイラル内視鏡とは

スパイラル内視鏡は、米国のベンチャー企業が開発した小腸内視鏡です。2007年に初めて報告され、欧米を中心に1万件以上の検査が行われています。先端にらせん状の突起(空気で充満)が装着されたオーバーチューブ(外側のチューブ)と、バルーン内視鏡と同タイプの小腸用内視鏡とで構成されています。オーバーチューブのグリップを時計方向に回転させることで小腸が短縮され、内視

スパイラル内視鏡



鏡が先へと挿入される原理です。挿入経路は口から入れる方法と肛門から入れる方法があります。

スパイラル内視鏡の適応

スパイラル内視鏡が適するのは小腸病変が疑われるすべての疾患です。スパイラル内視鏡の利点は、手技が比較的容易なこと、バルーン内視鏡と比べて検査時間が短く(海外の報告では約60分)こと、があげられます。ただし、咽頭、食道胃接合部などの狭い部位では粘膜への傷害が起こりやすいことが報告されています。本邦ではまだ一般施設に導入されていない状況であり、現在、広島大学と東京大学で、この検査の有用性と安全性を明らかにするための臨床研究が行われています。

広島大学病院内視鏡診療科 岡 志郎 田中信治

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2階 (株)協和企画内
「消化器now」制作事務局
TEL 03(3569)9531
FAX 03(3569)9532

次号は、6月20日発行です。
本紙の無断転載・複製は禁じます。

一面真っ白な金沢で本後記を書いています。雪解けに災害がないことを、また皆様のご健勝を心よりお祈り申し上げます。
日本消化器病学会広報委員会委員
金沢医科大学消化器内科教授
有沢 富康

編集後記

今回の「FOCUS」では、医療を行う側、受ける側、いずれからも重要なテーマである医療訴訟という問題を取り上げました。「ずばり対談」では、がん治療における緩和ケア、特に疼痛コントロールについて理解が深まる内容となっています。「気になる内容」となっています。「気になる消化器病」では様々な薬剤による消化管障害について簡明にまとめられています。皆様のご参考になれば幸いです。
今冬は各地で記録的な積雪のようです。本誌が出る頃には雪はないだろうなと思いつつ、一面真っ白な金沢で本後記を書いています。雪解けに災害がないことを、また皆様のご健勝を心よりお祈り申し上げます。

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。

【お問い合わせ先】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
TEL 03-3573-4297 FAX 03-3289-2359 E-mail info@jsge.or.jp
URL http://www.jsge.or.jp