

消化器now^{ナウ}

No.57 2012
JSGE 1898

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.57



放射線と健康リスク

福島県立医科大学副学長
同大放射線医学県民健康管理センター長 山下 俊一

東京電力株式会社福島第一原発の事故後、放射能や放射線は私たちの身の回りにも存在することが広く知られるようになりました。空気中のラドンや食物中のカリウム、また、大地や宇宙から常に浴びている放射線もその例です。生物は過酷な地球環境で進化してきましたので、酸素毒(フリーラジカル)と比べても微量な放射能や放射線の影響への過剰な心配は無用です。放射線の健康影響では被ばくした量が問題となりますが、その単位はわかりにくいですね。物理的な単位であるベクレルは1秒間に1つの原子核が壊れて出すエネルギーですが、計測しないとわかりません。すでに私たちの体の構成成分には成人で平均7000ベクレル程度の放射能があります。そのうち4000ベクレルがカリウム40という放射性物質です。さて、原発事故後に環境を汚染した人工放射能、すなわち放射性

物質は、主に事故初期のヨウ素とその後のセシウムで、今、汚染食物による内部被ばくが問題視されています。ベクレルという単位では健康影響は計れませんので、健康リスクのリスクを表す物差しとしてシーベルトという単位に変換します。これは実測値ではありませんが、シーベルトの値は、放射線の種類や外部被ばく・内部被ばくに関係なく、急性放射線障害や発がんリスクという健康影響の指標とされます。また、同じ被ばく量でも、一度に被ばくするよりも、少しずつ時間をかけて被ばくするほうが健康影響は少なくなります。五感で感知できない微量な放射線ですが、今後も環境モニタリングと食品の安全モニタリングを徹底する必要があります。科学的思考を大事にして、リスクがゼロではない普通の生活の中で、いかに正しく放射能や放射線を理解し、賢く生きるかが大切です。



- 2頁対 談 脱インターフェロン時代へ
- 4頁くすり プロトンポンプ阻害薬
- 6頁Q&A 糖尿病と膵臓病の関係は？ 便潜血反応は何を調べる検査ですか？
- 7頁情報 腸管出血性大腸菌の食中毒 市民公開講座
- 8頁検査 肝臓のエラストグラフィー検査



ずばり対談

C型肝炎研究の第一人者に聞く「治療の最先端」 脱インターフェロン時代へ

虎の門病院分院長
熊田 博光氏
日本消化器病学会広報委員会委員
長崎大学大学院医歯薬学総合研究科教授
(消化器内科)
中尾 一彦氏

日本ではウイルス性肝細胞がんが年間、3万人余の人命を奪っています。インターフェロン(IFN)治療開始から30年も経つのに死亡者はあまり減っていません。だがC型肝炎の研究は着実に進み、日本人に多いIFN無効タイプのC型肝炎に有効な治療薬が次々と開発され難病の克服も目前です。熊田博光先生に、C型肝炎診療の進歩と将来を伺います。(中尾 一彦)

特効薬が効かない!!

中尾 C型肝炎診療の歩みを、過去・現在・将来の視点から見ていきたいと思います。節目となる大きな成果にC型肝炎の原因解明、インターフェロン(IFN)治療、そして新薬の併用内服薬がありま

すね。
熊田 1989年にC型肝炎ウイルス(HCV)の遺伝子が発見され、すぐにHCV抗体の測定が可能になりました。この技術を導入して献血者の血中HCVの有無が判別できるようになり、これがHCV感染の危険のない、安全な献血制度確立への重要な第一歩とな

りました。

中尾 1992年にIFN治療が行われるようになり、関係者はこの特効薬でC型肝炎は克服されるものと期待を膨らませましたが、

熊田 結果は惨憺たるものでしたね。C型肝炎全体の治癒率が30%で、発熱、倦怠感など様々な副作用が発生して治療の中止例が多く、IFN熱は醒めてしまいました。

中尾 そこでなぜIFNが効かないのか徹底的に追究されました。

熊田 結局、日本人にIFN無効例が多いのは、遺伝子型が1型bという治療抵抗性の強い種類のHCVを大量に持つ人が多いためで、IFN単独治療による治癒率

はわずか5%と分かりました。国民に失望感が出てきたところへ、2001年にIFN・2b・リバビリン併用24週間療法が、2004年には1型bの難治例にペグIFN・2b・リバビリン48週間療法が保険承認されてC型肝炎全体治癒率は50%まで上昇しました。そして2009年にはIFN治療でうつ症状が出る例にはIFN・

・リバビリン療法が承認されました。

治療薬が効きにくい体質


中尾 今も1型b肝炎が治りにくい原因の究明が続いています。

熊田 PCRという技術が進み、ウイルスの遺伝子を容易かつ詳細に調べることができるようになりました。HCVのある特定の部位にウイルスのアミノ酸変異が多いとペグIFN療法はよく効き、少ないと効かないのです。

中尾 名古屋市立大学医学部の田中靖人教授のグループは人間の側にも治療抵抗性の原因があることを発見されました。

熊田 私も同様の研究を行っていました。一連のペグIFN・リバビリン治療抵抗性の研究のなかで特筆すべきは、人間の遺伝子SNP(一塩基多型)は薬の感受性を左右するということです。分かりやすく言えば体質的に治療が効きやすい人、効きにくい人がいることが遺伝子レベルで分かったので

熊田 博光
(くまだ ひろみつ)



1972年、岐阜大学医学部卒。同年、虎の門病院病理学科。89年、同消化器科部長。治療センター長(兼務) 副院長を経て2007年、現職。専門はウイルス性肝炎、肝がん。10年4月から厚生労働省「ウイルス性肝炎における最新の治療法の標準化を目指す研究班」班長。日本肝臓学会理事、日本消化器病学会財団評議員



リバビリンと組み合わせた強力な3剤併用療法が実現しました。

3剤併用療法の著効率

中尾 治験段階での治療成績をご紹介ください。

熊田 治験第 相試験での著効率は、初回治療例は73%、再燃例88%、無効例34.5%です。治療期間がペグIFN・リバビリン療法の半分、6カ月ですから有効率は極めて高いと言えます。治療の工夫で無効例が減らせる可能性は十分にあります。

中尾 この薬は皮膚などに強い副作用が出るようですが、

熊田 治験中に生じた皮膚反応には皮膚科医と連携して対応していきますので、1300超の治験例中、死亡例や大きな問題は起きておりません。今後は常勤の肝臓専門医が、皮膚科医と連携をとりながら入院治療を進めることになるでしょう。

中尾 治療効果を維持しつつ副作用を軽減する工夫も行われていますね。

熊田 日本人は欧米人より体重は軽く治験投与量2250mgを1500

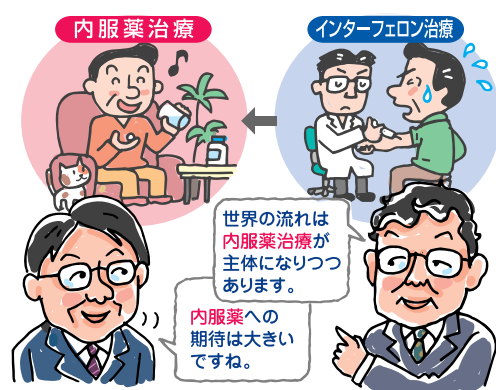
mgに減らしても効果は維持され副作用は減ります。一般治療になれば投与量を調整しながら効果と副作用が比較検討されるでしょう。

中尾 次に視点を少し先の将来に移して、IFNを使わないC型肝炎診療をご紹介ください。

熊田 世界の流れは内服薬治療が主体になりつつあります。世界中の研究中の物質は50種類くらいですが、臨床応用が近いのはプロテアーゼ阻害薬のNS3阻害薬とNS5A阻害薬、直接作用型抗ウイルス薬です。臨床研究論文が日米から1篇ずつ発表されていますが、この併用療法が1型bによく効くことが分かります。日本での治験は約40例で、第 相試験ではペグIFN・リバビリン併用療法無効例に対する治療率90%以上を示しています。

中尾 今後、C型肝炎患者の高齢化が進み、簡易に使い効果の優れた内服薬への期待は大きいでしょう。

熊田 日本も将来的には一気に内服薬治療へ向かうと考えています。C型肝炎は80%治ると報告されています。治療の中心は先の内服2剤で、不反応例にはペグIF



N、リバビリンを組み合わせます。保険承認は2014年秋〜2015年春頃でしょう。

中尾 脱IFN時代がすぐ目の前です。本日は有難うございました。

収録/2012年3月1日
構成・高山美治

中尾 一彦
(なかお かずひこ)



1983年、長崎大学医学部卒。同大学第一内科入局。カナダ・カルガリー大学学生化学教室留学。2009年、長崎大学大学院医歯薬学総合研究科消化器病態制御学(消化器内科)教授。11年より長崎大学病院副院長。専門はウイルス性肝炎、肝がん。日本消化器病学会財団・日本肝臓学会・日本消化器内視鏡学会評議員

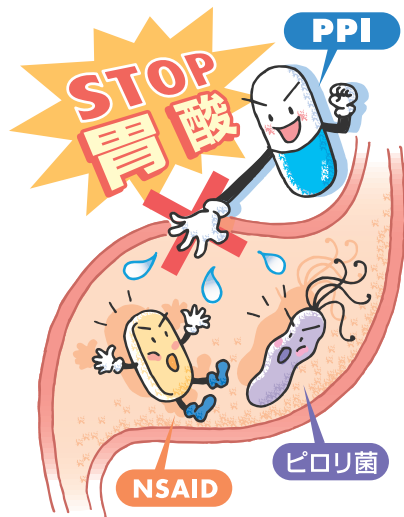
知っておきたい治療薬

消化器病の薬

プロトンポンプ阻害薬(PPI)

京都大学大学院医学研究科消化器内科学講座教授 千葉 勉

プロトンポンプ阻害薬(PPI)は最も強力に胃酸の分泌を抑制する薬で、ピロリ菌感染や非ステロイド性抗炎症薬による消化性潰瘍または逆流性食道炎といった胃酸分泌が悪さをする病気の特効薬として、世界中で最も多く使われています。副作用は皆無ではありませんが、非常に効果的で安全な薬です。



があるのでしょいか？

胃酸は時に悪さをして消化管の病気の原因に

1、2という強い胃酸塩酸を分泌して、ペプシンがしっかりと働けるようにしているのです。このように胃酸は、食物中の蛋白質の消化に必須の役割を果たしています。

PPIは最も強力な胃酸分泌抑制薬

プロトンポンプ阻害薬(PPI)は、このように食物の消化に重要な働きをしている胃酸の分泌を強力に抑制する薬です。

胃酸は、私達がおいしそうな食べものを想像したり、おいしそうな

においをかいだり、また、おなかですいたりしたときにも分泌されますが、最も強く分泌されるのは、やはり食物、特に蛋白質が胃の中に入ってきたときです。胃酸は胃粘膜の壁細胞という特殊な細胞から分泌されます。

PPIという薬は、胃酸が壁細胞から分泌される際に、酸を胃の中に送り出す働きをしている「プロトンポンプ」というポンプと結合して、その働きを止めて、胃酸の分泌を抑えてしまいます。

では、どういう時にPPIを服用して、胃酸の分泌を止める必要

ふだんは食物の消化に重要な働きをしている胃酸ですが、時として悪さをして、消化管(食道・胃・腸)の病気の原因になることがあります。この自分自身が分泌する胃酸によって生じる代表的な病気が、胃・十二指腸潰瘍(消化性潰瘍)とGERD(逆流性食道炎)です。これらの病気の治療にPPIが使われます。

胃や腸は、食べた物を消化して吸収するという、とても大切な役割を担っています。食物は口から食道を通して、まず胃に到達します。そこで、胃はペプシンという酵素と胃酸を同時に分泌して、食物の主として蛋白質を消化します。ペプシンは蛋白質を分解する酵素ですが、この酵素は強い酸性の中でしか働くことができません。このために胃はpH(ペーハー)

1 消化性潰瘍とPPI

消化性潰瘍は昔からある、最も「ありふれた病気の一つです。症状は、腹痛や食欲不振で、ひどいときには出血したりします。

原因はいろいろありますが、最も多いのは、日本人の30〜40%にみられるヘリコバクター・ピロリ菌(ピロリ菌)の感染と、痛み止めや解熱剤としてよく使われている非ステロイド性抗炎症薬NSAID(や、虚血性心疾患の方に使われるアスピリン)の服用です。

ピロリ菌もNSAIDも、胃や十二指腸の粘膜を障害しますが、それをさらに増強しているのが、胃酸なのです。つまり、ピロリ菌やNSAIDは、胃酸と一緒に消化性潰瘍を作っています。

例えば、けがをして皮膚が傷ついたときのことを考えてみてください。皮膚の傷は、特別な薬をつけなくても、何日かすれば自然に治ってしまいます。でも、もしその傷に毎日、塩酸をかけていたらどうなるでしょう。これでは治る傷も治らなくなります。

つまり、消化性潰瘍の患者さん

の胃に胃酸が存在するということが、胃腸の粘膜の傷口に塩酸をふりかけているのと同じことなのです。したがって、PPIで胃酸の分泌を抑えることにより、消化性潰瘍は治ってしまうのです。

消化性潰瘍を根本的に治癒させるためには、その原因となつているピロリ菌を除菌することや、NSAIDなどの服用をやめることが最も重要ですが、まず、PPIで胃酸分泌を止めてやりさえすれば、取りあえず消化性潰瘍を治すことはできます。ただし、ピロリ菌やNSAIDなどの原因を除かない場合、PPIの服用をやめると病気が再発することになります。

また、ピロリ菌が陽性の人は、PPIを使うと胃粘膜の萎縮が進行する可能性があるといわれていますので、ピロリ菌を除菌してからPPIを服用することが望まれます。

2 逆流性食道炎とPPI

PPIがよく効くもう一つの病気が逆流性食道炎です。これは、胃酸が胃から食道に逆流することにより、食道が胃酸で荒らされる

病気で、強い胸やけが生じます。問題は、最近わが国でこの病気が増えてきていることです。

原因はいろいろありますが、日本人の食生活の欧米化(高脂肪食摂取)や、それに伴う肥満の増加などがいわれています。

また、先に述べた消化性潰瘍の原因となるピロリ菌感染は、逆に逆流性食道炎を抑えるといわれています。ですから、日本でピロリ菌陽性の人が減ってきていることも逆流性食道炎が増えてきている原因の一つと考えられます。

逆流性食道炎は消化性潰瘍と同様に、基本的には治療できる病気ですが、長期間放置しておく、食道が狭くなり(狭窄)、物を飲み込むこと(嚥下)が困難になることもあり、注意が必要です。胸やけを感じたときには一度、内視鏡検査を受けて、逆流性食道炎と診断された場合には、食生活などを改善するとともに、PPIを服用しましょう。

PPIの副作用

PPIは日本で20年、欧米では

30年も使われています。その間、大きな副作用は特に報告されておらず、まずは安全な薬といえます。当初は胃酸分泌を抑制することによる消化不良なども心配されましたが、今は問題がないことがわかっています。

しかし、胃酸の殺菌作用は、腸炎などを起こす病原菌が口から腸へ入るのを防いでいるともいわれています。ですから、特に高齢者では、感染症を予防する意味で、多少気をつけて服用したほうがよいという意見もあります。

また、最近若い人の逆流性食道炎も増えてきていますが、今後、長期間PPIを服用することになる人は、未知の副作用も考慮して、主治医とよく相談のうえ服用しましょう。



ちば・つとむ

診療科: 消化器内科

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 糖尿病が膵臓病と関係している場合があると聞きましたが、なぜですか？



A 膵臓は100g程度の小さな内臓で、大部分は膵液を作る細胞、膵外分泌するホルモン細胞、膵内分泌腺（ランゲルハンス島）が点在しています。膵液には炭水化物、蛋白質、脂肪の消化酵素が含まれ、ランゲルハンス島からは血糖を下げるインスリンが血中に分泌されます。




回答者
東京女子医科大学
消化器内科教授
白鳥 敬子

膵臓の病気には急性・慢性膵炎や膵がんなどがあります。膵炎はアルコールや胆石などが原因で外分泌組織に起こる炎症です。膵炎になると、ランゲルハンス島のホルモン産生にも影響を及ぼします。特に、体内で唯一の血糖低下ホルモンであるインスリンの分泌量が減少すると、糖尿病状態になります。このような糖尿病を膵性糖尿病と呼びます。

膵がんは症状に乏しく早期発見が難しいがんですが、わが国の調査では、膵がん患者の約25%に糖尿病の合併がみられました。特に新たに糖尿病を発症して2年以内に膵がんが発見されることが多く、この期間は膵がんのハイリスクといえます。糖尿病と初めて指摘されたときや、以前から糖尿病を治療していて急に血糖コントロールが悪くなったときには、糖尿病の治療とともに膵がんの検査も受けられることをお勧めします。

Q 便潜血反応は何を調べる検査ですか。陽性の場合には、どうしたらよいのでしょうか？



A 消化管（食道、胃、腸）の粘膜が崩れて潰瘍状の病変がでけると、そこから出血することがあります。出血した血液は、消化管の内容物、食物や消化液と混ざり、便となって排泄されますが、一般に、消化管内に50ml以上の出血がないと、便を見て血便とはわかりません。便潜血反応とは、採取した便中の微量の血液にも反応して、出血を検出する検査です。これが陽性になると、消化管のがんやポリープ、潰瘍などが疑われます。



回答者
藤田保健衛生大学
消化器内科教授
平田 一郎

便潜血反応は主に大腸がん検診で行われています。大腸がんは、がんの表面が自然に崩れたり、通過する便がこすれたりして出血しますが、常に出血しているわけはありません。したがって便潜血反応が陰性でも、大腸にポリープやがんがないとは断言できません。一方、陽性の場合も、約30〜40%は、大腸内視鏡検査などの精密検査をしても、大腸にポリープやがんなどの病変は認めません。便潜血反応は簡便な検査ですが、病変発見の精度はその程度です。

しかし、一度陽性になれば、大腸がんの存在は否定しきれないため、精密検査が勧められます。最も精度が高いのは大腸内視鏡検査ですが、状況によっては注腸検査で代行してもよいとされています。注腸検査は、肛門からバリウム（液体の造影剤）と空気を入れてX線撮影する方法で、大腸内視鏡検査よりも精度は少し落ちるとされています。

情報のひろば

食中毒 の話題

腸管出血性大腸菌

菌を付けない、増やさないが大切

梅雨の時期は、食中毒に注意しましょう。特に注意したいのが、鶏肉や牛肉などに付着する腸管出血性大腸菌(O-157、O-111、O-26など)による食中毒です。昨年(2011年)は、北陸地方で発生した牛肉ユッケによるO-111の集団食中毒事件で5名が亡くなられ、重症者も多かったことは記憶に新しいですが、その年1年間で3,800人を超える腸管出血性大腸菌の感染症の報告がありました。

ヒトや家畜の腸内にいる大腸菌の大部分は無害ですが、下痢などの消化器症状を起こすものを病原大腸菌と呼び、その中には強毒性のペロ毒素を生み出し、出血を伴う腸炎や溶血性尿毒

症候群(HUS)を起こす腸管出血性大腸菌があります。他の細菌よりも感染力が強く、高齢者や子どもなどでは、HUSから脳症などの重篤な合併症を起こすことが多いのが特徴です。通常2~5日の潜伏期間の後、腹痛と水様性の下痢で発症し、やがて血便になるので、疑わしい症状が現れたときには早急な受診をお勧めします。

夏場は生肉(レバ刺しやユッケなど)を避け、菌は75度C以上で1分以上加熱すると死にますから、焼き肉やハンバーグなどは中まで十分に加熱するようにしてください。肉に付着する菌を「付けない」「増やさない」が大切で、調理の際に清潔を保つことはもちろん、肉を常温に放置しない、他の食品と分けて調理する、温め直すときは十分に火を通すことを心がけてください。

防衛医科大学校内科教授 三浦 総一郎

市民公開講座のお知らせ

日本消化器病学会の各支部で市民公開講座を開催します。参加はすべて無料です。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) 13:00~ 17:00	栃木県総合文化センター (宇都宮市本町1-8)	食と健康	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 内視鏡治療から 薬物治療まで」「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
東北 支部	9月2日(日) 10:00~ 12:30	由利本荘市文化交流館 カダーレ大ホール (由利本荘市尾崎17)	おなかの病気のことあれこれ 「がんの話 あれこれ」「画像による診断と IVR」「内視鏡による診断と治療」ほか	本荘第一病院外科 鈴木 克彦 TEL.0184-22-0111
関東 支部	9月29日(土) 13:30~ 16:15	横浜市開港記念会館 (横浜市中区本町1-6)	最新の消化器がんの予防と治療 「消化管がんにならないために」「胃がん、 大腸がん おなかを切らずになおす」ほか	済生会横浜市南部病院外科 池 秀之 TEL.045-832-1111
甲信越 支部	9月29日(土) 14:00~ 16:00	だいしホール (新潟市中央区東堀前通 七番町1071-1)	肥満・糖尿病と膵・胆道がんの診断と治療 「肥満・糖尿病について」「胆道がんの診断 と治療」「膵臓がんの診断と治療」	新潟県立がんセンター外科 土屋 嘉昭 TEL.025-266-5111
東海 支部	6月24日(日) 13:00~ 16:00(予定)	三重大学医学部臨床第三 講義室 (津市江戸橋2-174)	消化器の病気：最新の情報と治療法 「消化器内視鏡治療の最前線」 「ドラマ"JIN"が語る、現代医学の特徴」ほか	三重大学 消化器内科学 竹井 謙之 TEL.059-231-5017
北陸 支部	9月29日(土) 13:30~ 16:30	福井県民ホール AOSSA8階 (福井市手寄1-4-1)	おなかのがんをみる！ 「がんを視る」「がんを未る」 「がんを診る」「がんを看る」	福井県立病院外科 服部 昌和 TEL.0776-54-5151
四国 支部	9月1日(土) 13:00~ 15:00	あわぎんホール (徳島県郷土文化会館) (徳島市藍場町2-14)	メタボとがん	徳島大学 消化器・移植外 科学 佐藤 宏彦 TEL.088-633-9276
	9月8日(土) 12:00~ 16:00	伊予鉄高島屋 ローズホール (松山市湊町5-1-1)	消化管がんに対する最新の診断と治療	愛媛大学 消化管・腫瘍外 科学 渡部 祐司 TEL.089-960-5975
	9月30日(日) 13:00~ 16:00	坂出市民ホール (坂出市京町2-1-13)	ホスピス・緩和ケアとは 「消化器がんの患者さんを支える」 「がんと向き合う・地域で支える」	聖マルチン病院消化器科 中津 敏明 TEL.0877-46-5195

消化器
の
検査 ③

肝臓のエラストグラフィー検査

エラストグラフィー検査の目的

慢性肝炎を放置すると、肝臓の線維化と炎症が進み、やがて肝硬変になります。これらの進行度を判定するには、通常、肝臓の組織を採取して精密検査をする肝生検が行われます。しかし、この検査は体に負担がかかるため頻繁には行えず、また、慢性肝炎や肝硬変の治療中にも行えません。そこで、肝生検に代わり、体に負担のかからない超音波を使ったエラストグラフィー検査が行われます。

エラストグラフィー検査の方法と実際

エラストグラフィーは超音波で肝臓を振動させて、その振動が肝臓を伝わる速度を測る検査です。この速度は、肝臓が硬いほど速くなります。肝臓は線維化とともに硬くなる傾向があるため、エラストグラフィーの測定値(速度)で、肝臓の線維化の程度が診断できる

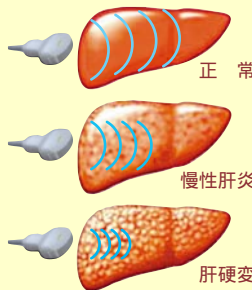


図1 エラストグラフィーの原理
正常の肝臓では音の伝わる速度は遅いが、肝硬変になると速くなる

のです(図1)。

図2は、3種類のエラストグラフィー画像です。肝硬変患者さんの画像A'のマルで囲んだ部分には測定値が2.7m/secと表示されています(正常では1m/sec前後)。

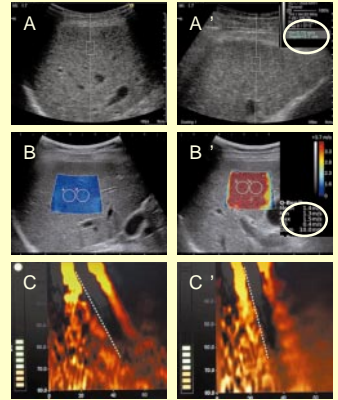


図2 正常な肝臓(左)と肝硬変(右)のエラストグラフィー画像

B'では、測定値とともに色が表示されます。肝臓が硬いと赤くなります。CとC'では、超音波が肝臓を伝わる速度が傾きと測定値で表示されています。

この検査で、肝臓の線維化が進行していないか、または治療によって硬さが取れてきているかが簡単に診断できます。検査は通常の超音波検査と同様に2~3分ですみ、痛みも全くありません。

兵庫医科大学超音波センター長・内科肝胆膵科教授
飯島 尋子

編集後記

『消化器now』は1998年6月の創刊以来、消化器疾患の最新の診断や治療法などについて、その領域の第一人者である先生方にわかりやすく解説いただいています。年4回の発行で、毎号約19万部が全国に配布され、多くの方々のお役に立ってきたと思われまます。

編集委員会では、本誌の更なる発展を目指し、次号から誌名を『消化器のひろば』と改め、リニューアルすることに致しました。ご高齢の方にも読みやすいように用紙と文字を大きくし、内容を一層充実させます。より多くの方が手に取っていただけるように工夫を致しておりますので、ご期待ください。日本消化器病学会広報委員会委員 愛知医科大学消化器内科教授 春日井 邦夫

リニューアル消化器のひろば第1号は9月発行予定です。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

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