

消化器now^{ナウ}

No.36 2007



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:跡見 裕
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 2007.No.36



緩和医療

金城学院大学学長
淀川キリスト教病院名誉ホスピス長

柏木 哲夫



1970年前後より世界に拡大したホスピス運動は日本にも移入され、06年11月現在、公的に認められているホスピスは163を数えるようになりました。77年に設立された『日本死の臨床研究会』は日本におけるホスピス運動と呼応する形で発展し、その会員も2千名を超えました。しかし、医学の進歩に即応する専門性をもった緩和医療について言及すれば、まだ十分な取り組みとはいえません。

一方、イギリスでは87年に緩和医療が医学の専門領域と認められ、大学の医学部で正式な講座となりました。オーストラリアでも緩和医療の教授が誕生しています。日本でも、現在、大学に正式な講座が生まれつつあります。

WHO(世界保健機関)の定義によりまず、「緩和医療とは治癒を目的にした治療に反応しなくなった患者に対する積極的で全人的なケアであり、痛みや他の症状の

コントロール、精神的、社会的、霊的な問題のケアを優先する。緩和医療の目標は患者と家族のQOL(生活の質)を高めることである。緩和医療は初期段階において、治療の過程においても適用されることあります。要約しますと、生命にかかわる疾患の医療のあらゆる過程で、患者と家族に対して積極的に行われる全人的なQOLを重視した医療ということ。このように積極的なケアを専門分野として目指す医学が緩和医療です。

重要なのは、その積極性が治療・延命ではなくて、苦痛の緩和に向かうことです。これまで、治療に導けないのなら、たとえ苦しくても、少しでも延命することが医学の目的であるとする考え方が中心でした。延命はもちろん大切ですが、しっかりと症状をコントロールし、精神的にも支えることが重要であるとするのが緩和医療の基本的な考え方です。



ずばり 対談

なぜ医師は大都市に集まり、医療過疎地帯は拡大するのか

深刻化する医師の偏在問題

北海道大学医学部第3内科教授

浅香 正博 氏

日本消化器病学会広報委員会委員
鳥取大学医学部第2内科教授

村脇 義和 氏

いま僻地医療は厳しい状況にあります。医療施設に恵まれず十分な診療を受けられない患者も少なくないようです。統計上、医師の数は確保されているはずですが、医療現場では、こうした医師の地域偏在と、産科および小児科の診療科偏在は深刻です。今日は日本一広大な北海道の厳しい実状と対策を、医療過疎地解消に全力を尽くされている浅香教授から伺います。

(村脇 義和)

数字のマジックがある

村脇 北海道には約1万2000人の医師がいます。人口10万人当たり260人を超え、全国平均を上回っています。数字上では医師はほぼ足りている計算になりますね。浅香 これは数字のマジックと思われまます。実状は人口188万人の札幌市を中心とする札幌圏に半数の約6000人が集まっています。確かに全体として医師は増えています。増えた分だけ医師は札幌圏に集中しているのです。北大医学部に続いて、戦後、道立

札幌医科大学、国立旭川医科大学が新設されました。広大な北海道における医療過疎地の解消が主たる目的の1つだったと思います。

浅香 ところが、現実には医師は、札幌、函館および旭川医科大学のある上川圏の3極に集中していて、この3地域以外では軒並みに医師が不足しています。

厚生労働省は医師の数を増やしていけば、マクロ的には必要な医師数は供給されるとしています。しかし現状のままですと医師は都会に集中し、偏在はますますひどくなる可能性のほうが高いのです。

パンドラの箱を開けた!

村脇 お話のように医師の偏在問題は医師が都市に集中するために起こります。背景にはどのような事情があるのでしょうか。

浅香 医療が専門分化・高度化してきたため、複数の医師がチームを組んで行う診療が多くなりました。そのため医師が先進医療を行う大都市の拠点病院に集まる傾向が強くなっています。また、子供の教育環境や生活の利便性は大都市ほど充実しているのです。大都市の医療施設勤務を希望するのは自然の流れなのかもしれません。

村脇 その流れを一気に加速させたのが、平成16年4月に始まった「新医師臨床研修制度」ですね。

浅香 この制度により医学部卒業後に初期研修の場として大学病院以外の病院などを自由に選べるようになった。札幌だけな



浅香 正博 (あさか まさひろ)

昭和47年、北海道大学医学部卒。米国テキサス州ベイラー医科大学留学などを経て、平成6年北海道大学医学部第3内科教授、同12年、同大学大学院消化器内科教授、同17年、同大学病院副院長、同19年4月より同病院長就任。著書は『21世紀の胃の炎症学』『ヘリコバクター・ピロリ診断除菌実践マニュアル』『私のアラビアンナイト』他。

く、東京方面の有名病院にも容易に行けるようになりました。私はこの制度の導入は医学部の学生にギリシャ神話の「パンドラの箱」を開けたようなものだと考えています。村脇 開けてはいけない箱を開けたため禍がもたらされたという意味ですね。厚生労働省は、この研修制度を、医師の初期の研修時期に基本的な診療能力を身に付け、また医療供給体制の確立などを目的にとり入れたとしています。浅香 現実には正反対の方向へどん



どん進んでいるように思えます。これまでは新卒医師の多くは母校の大病院に残り、それぞれの医局の研修システムに基づき育てられてきました。そして大病院と地域病院を行き来して研鑽を積み時間をかけ、一人前の医師になっていたのです。この間、医局は地域の医療施設の要請および医師の希望や適性を考慮しておおむね

適切な医師の配置を行ってきました。このような大病院の各臨床教室の努力で、北海道の地域医療は支えられてきたわけです。国や北海道が支えてきたのではないのです。

村脇 新研修制度後の北海道における変化をお聞かせください。

浅香 平成15年度以前は北大医学部卒業生の70%が北大病院に残っていました。しかし16年から減り始め、18年度は30%になりました。それに伴い北大病院全体の充足率は60%まで落ち込みました。その結果、北大病院をはじめ札幌医大や旭川医大も医師の派遣能力が激減してきたのです。

国立大病院瓦解の危機

村脇 産科医や小児科医の偏在は特にひどいようですね。

浅香 札幌と旭川を結ぶ北海道の動脈の国道12号線沿線の江別、岩見沢、美唄、砂川、滝川などの都市に30万人余が生活しています。ところが産婦人科医の集中化が進み、お産のできる病院は市立砂川病院だけになってしまいました。村脇 浅香先生は医療過疎地解消

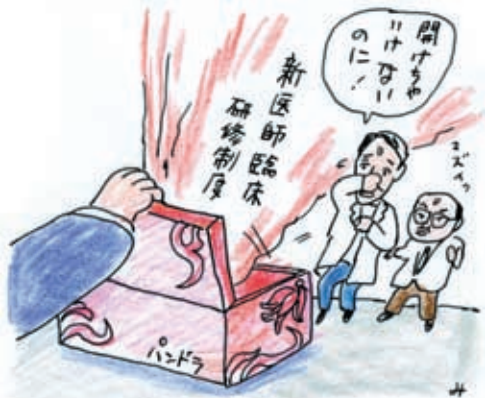
に非常な熱意をもって取り組んでおられると伺っています。

浅香 実は、私の父は24年間、美幌町の町長を務めておりました。その間、町立病院の医師集めに苦労する父を身近に見て育ちました。そんな体験が多少とも背景にあるのかもしれません。

村脇 『君の名は』で有名な町ですね。ところで地方の病院を再生させる妙手はありませんか。

浅香 難しいですね。国が、医学部の臨床各教室がこれまで果たしてきた新卒医師の教室への定着と教育・養成、地域病院への医師の派遣といった機能を取り上げる一方で、新卒医師の選択の自由を大幅に認めた結果、新卒医師が大病院に残らなくなってきました。もし後期研修の段階になっても大病院に彼らの帰郷現象が起こらなかつたときは、大病院は瓦解の危機に直面すると思います。広大な北海道で医師の偏在による住民の悲劇が起こらないように私なりに努力を重ねていくつもりですが、大変な状況と思っています。

村脇 事態は、新卒医師に地方病院の勤務を義務づけなければなら




ないほど深刻になっています。浅香先生は再来年度の日本消化器病学会総会の会長を務められます。学会でも勤務医の不足と偏在問題を取り上げていただきたく考えております。有難うございました。

構成：高山美治

村脇 義和
(むらわき よしかず)

昭和50年、鳥取大学医学部卒。フンボルト奨学研究员としてErlangen-Nürnberg大学第1内科で研修(昭和63年~平成2年)を経て、平成13年、鳥取大学医学部第2内科教授、同14年、同学部機能病態内科学教授就任、現在に至る。専門は肝臓病学。肝発癌の化学的予防、肝線維化の治療などの研究に携わる。



知っておきたい消化器の病気

気になる
消化器病

虚血性大腸炎

九州大学大学院病態機能内科学教授 飯田 三雄

虚血性大腸炎とは、大腸粘膜に炎症や潰瘍が発症し、突然、腹痛と下血を起こす病気です。大腸への血液の流れが悪くなり、血液が供給する酸素や栄養分が大腸に不足してくることから、原因で起こってきます。動脈硬化の進んだ高齢者に多くみられる病気ですが、時に便秘症の若い女性にもみられます。

原因は何か

虚血性大腸炎の原因となる大腸への血流の減少(虚血)は、血管と腸管の問題が複雑に絡み合っており、と考えられています。血管の問題として動脈硬化、血栓・塞栓、血管の収縮などが、また、腸管の問題としては慢性便秘や浣腸などによる腸管内圧の上昇が挙げられます。つまり、もともと高齢で動脈硬化があるところに、便秘による腸管内圧の上昇が加わると、この病気が起こりやすくなる

といえます。

また、血管病変が出てくる糖尿病、膠原病、血管炎などに罹っている方や、経口避妊薬を服用している方も発症しやすいといわれています。さらに、大腸癌の方では、狭窄や閉塞により腸管の内圧が上昇すると、大腸癌のできた部位の手前口側に虚血性大腸炎と全く同様な病変が発生する場合があります。閉塞性大腸炎と呼ばれています。

症状の現れ方

症状は激しい腹痛、下血、下痢

で、急激に発症します。悪心、嘔吐を伴う左下腹部痛の発作で始まり、間もなく下痢、下血を認めるのが典型です。下血のほとんどは赤い血の混じった血便ですが、タール状のこともあります。好発年齢は50歳以上の高齢者ですが、時に20歳前後の若年者にも発症します。発症する部位は主に大腸の左側で、左結腸、下行結腸、S状結腸に好発します。これらの部位に発症しやすいわけは、上腸間膜動脈と下腸間膜動脈から最も遠くに位置し、血流が最も弱くなっているためと解釈されています。

虚血性大腸炎の種類

虚血性大腸炎は、重症度と病気の経過の仕方から、「壊疽型」「狭窄型」「一過性型」の3つの型に分類されます。

壊疽型は、他の2つの型(非壊疽型)と比べるとまれで、予後の面では、腸間膜血管閉塞症などの急性腸管不全と全く同様の病態を示します。すなわち重症で、しばしば敗血症やショック状態を合併し、死亡する場合があります。

一方、狭窄型は時間とともに管



腔腸管の内側)に狭窄が生じてくるものを指し、狭窄による腹痛や閉塞症状をきたすことがありま
す。一過性型は短期間のうちに完
治するもので、最も多くみられる
型です。なお、最近では、予後不
良な壊疽型とは区別して、狭窄型
と一過性型のみを虚血性大腸炎と
呼ぶ場合が多いようです。

検査所見

血液検査では、発病早期に白血
球の増加、CRP陽性、赤沈の亢進
などの炎症所見が認められます。こ
れらは、発病後2〜4週間で正常に
戻りますが、その期間は狭窄型より
一過性型のほうが短い傾向です。

腹部超音波検査では、発病早期
に腸壁の肥厚(厚くなった状態)が
とらえられ、診断に役立つことが
あります。

大腸内視鏡検査では、狭窄型、
一過性型ともに、発病早期に発
赤、浮腫、出血を認め、しばしば
縦走潰瘍(腸管の縦方向に沿ってで
きる線状の潰瘍)や、不整形潰瘍を
伴っています。発病から2週間く
らいで、一過性型は完全に治癒し

ますが、狭窄型では管腔の狭小化
(狭くなること)が明瞭となり、し
ばしば浮腫、出血、開放性縦走潰
瘍の残存がみられます。

一方、X線による注腸造影検査
では、発病早期に粘膜の浮腫によ
る変化や縦走潰瘍が認められま
す。発病早期のX線所見から狭窄
型と一過性型を区別することはで
きませんが、その後の変化は大き
く異なります。狭窄型では発病
2カ月後には縦走潰瘍はほぼ治癒
しますが、管腔狭小化、壁変形、
などの所見が残ります。一方、一
過性型では、発病から2週間ない
し5週間後には、ほぼ正常のX線
像へと変化します。

生検組織は、発病早期に採取さ
れると、診断の上で有用です。す
なわち、急性期には、粘膜上皮の
変性・脱落・壊死、再生、出血、
蛋白成分に富む滲出物、水腫など
の特徴的所見がみられます。

血管造影検査は、末梢血管の閉塞
がとらえにくいいため、行いません。

診断の方法

発病初期の症状や検査所見から

壊疽型と非壊疽型を判別するのは
困難です。治療しながら経過を観
察し、腹膜刺激症状、発熱、白血
球数増加などが続くか強まるよう
であれば壊疽型が疑われます。

診断基準として、私たちは以下
の7項目を挙げています。第1に
腹痛と下血で急激に発症、第2に
直腸を除く左側結腸に発症、第3
に抗生物質を服用していない、第
4に糞便あるいは生検組織の細菌
培養が陰性、第5に特徴的な内視
鏡像と時の経過による変化の仕
方、第6に特徴的なX線像と時の
経過による変化の仕方、第7に特
徴的な生検組織像が挙げられます
が、なかでも第3と第4の2項目
を満たすことが本症診断には必須
であろうと考えられます。すなわ
ち、類似した症状が出てくる薬剤
性腸炎(第3項目)や感染性腸炎(第
4項目)を完全に否定しておくこと
が診断を確定する上で極めて大切
です。

治療の方法と予後

壊疽型では緊急手術、非壊疽型
では手術をしない保存的治療が原

則です。保存的治療として、絶
食、輸液、二次感染の予防に抗生
物質を投与します。症状が高度で
持続する場合は、中心静脈栄養が
行われます。そして、狭窄型の治
癒期に閉塞症状が出現した場合に
は、内視鏡による拡張療法あるい
は手術が適応されます。

非壊疽型の予後は良好ですが、
壊疽型は不良です。しかし、従
来、非壊疽型の再発はまれとされ
ていましたが、最近の報告では6
〜12%の頻度でみられ、決してま
れではないと考えられています。

病気が疑われる場合は

突然の腹痛と下血で発症するた
め、診断の推定は比較的容易で
す。できるだけ早く専門医を受診
して、一度は大腸検査を受けられ
ることをお勧めします。



いいだ・みつお
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 ピロリ菌の除菌薬に副作用はありますか？
また、除菌できない場合はどうするのですか？

と下痢です。腸内細菌の割合が変化して起こるもので、半数の方は軟便になるようです。なお、下痢がひどくなり出血を認めた場合、また、この薬にアレルギーのある方は主治医に申し出てください。
もう1つの抗生物質クラリスロマイシンは唾液に分泌されるため、苦い味を訴える方が多いようですが、治療後には元に戻りますが、重い副作用はありませんが、併用してはいけない薬があるため、他の薬を内服している方は主治医に相談してください。

Q 早期胃がんが見つけられましたが、開腹手術より腹腔鏡下手術のほうが良いといわれました。

これを腹腔鏡下手術といえます。最近の研究で、早期がんの場合は開腹手術より腹腔鏡下手術のほうが優れた点があることがわかっています。それは、入院期間が短くなり社会復帰が早まることです。開腹手術では2〜3週間かかる入院が、先進的に腹腔鏡下手術を行っている施設では1週間ほどですみます。術後の痛みも減り、手術の翌日には歩行も深呼吸もできます。また、美容面でも優れています。

A 除菌治療に使われる薬は、胃酸を抑える薬と2種類の抗生物質です。胃酸を抑える薬は頻繁に使用されている薬で、副作用はほとんどありません。抗生物質も気管支炎などに使用されていて、ほぼ安全ですが、副作用が出ることもあります。抗生物質のペニシリン系アモキシシリンでよく見る副作用は軟便

除菌治療の成功率は80%くらいですが、失敗された方にはクラリスロマイシンに代えてメトロニダゾールという抗生物質を用いると90%の方は除菌できます。ただし、この薬は保険適用の問題があるため、主治医に相談してください。この薬でも除菌できない場合には、新しい方法が出るまで待つても良いでしょう。

A 胃がんに対する多くの治療法の成績から、定型の開腹手術でなくとも同様な治療成績が得られることがわかってきました。そこで、胃の手術による患者の体への負担や術後の障害を軽減するため、切除範囲を縮小した手術が行われています。さらに最近では、おなかに5〜10mm程度のポート(穴)を5個ほど

開けて、そこから腹腔鏡という小さなカメラと手術器具を挿入し、外部のテレビ画像を見ながら胃を切除し、別に開けた小さな切り口から、切除した胃を取り出す方法が行われるようになってきました。これを腹腔鏡下手術といえます。最近の研究で、早期がんの場合は開腹手術より腹腔鏡下手術のほうが優れた点があることがわかっています。それは、入院期間が短くなり社会復帰が早まることです。開腹手術では2〜3週間かかる入院が、先進的に腹腔鏡下手術を行っている施設では1週間ほどですみます。術後の痛みも減り、手術の翌日には歩行も深呼吸もできます。また、美容面でも優れています。



回答者
国立国際医療センター
内視鏡部長
上村 直実



回答者
藤田保健衛生大学
上部消化管外科教授
宇山 一朗

問題点は、開腹手術と比べて手術時間が少し長いことが挙げられます。また、高度の手法が必要で技術の習得にも時間がかかるため、優れた腹腔鏡外科医のいない施設や地域では、なかなか普及しないのが現状です。
以上の点をご理解いただいたうえで、担当の先生と手術方法を相談されると良いでしょう。

情報のひろば

喫煙と
消化器病

タバコと 消化器のがん

タバコには、多くの発がん物質が含まれています。喫煙と肺がんの関係はよく知られていますが、消化器のがんについても、食道がんや胃がんは喫煙との関連が強く指摘されています。

食道がんとタバコ

特に、食道がんについては、1日20本以上のタバコを20年間吸い、さらに、毎日の飲酒習慣が加わると、発症の危険率は著しく高まります。

胃がんとタバコ

胃がんについては、ピロリ菌との関係が注目されていますが、喫煙も発症因子の1つです。噴門部にできる胃がんや、最近注目されている

パレット腺がんと喫煙との関係については、欧米での多くの研究で、「関連あり」との結果が出ています。また、最近、著しく増加している大腸がんや、膵臓がん、さらに、肝臓がんなども、喫煙との関連が指摘されています。

タバコはあらゆる病気の原因に

喫煙は、発がん因子の1つというだけでなく、心筋梗塞、慢性閉塞性肺疾患、動脈硬化などの発症とも深くかかわっています。喉頭がん、膀胱がんとも深くかかわっています。

日本では、喫煙率は低下しつつありますが、最近の世界保健機関(WHO)の報告によると、2015年には、10人に1人がタバコが原因で死亡すると指摘しております。日々の生活習慣に注意したいものです。

川崎医科大学食道・胃腸内科教授 春間 賢

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93回 総会	4月22日(日) 13:30 ~ 17:00	青森市文化会館 大会議室 (青森市堤町)	消化器がんから身を守る 「基調講演：消化器がんにならないための生活」 「胃がん集団検診について」「大腸がん集団検診について」「ウイルス性肝炎と肝臓がん」	弘前大学内科学第1講座内 第93回日本消化器病学会 総会事務局 TEL.0172-39-5053
関東 支部	6月24日(日) 13:00 ~ 16:00	浦和コルソ 7Fホール (さいたま市浦和区)	最近話題の消化器の病気 「胸やけ、胃もたれ、ピロリ菌!」「C型肝炎と肝臓がん」「大腸ポリープと大腸がん」	埼玉社会保険病院 副院長 吉田 武史 TEL.048-832-4951
東海 支部	6月17日(日) 13:00 ~ 17:00	アクトシティ浜松 コングレスセンター 41会議室 (浜松市板屋町)	知っておきたい、おなかのがんの話	浜松医科大学 外科学第2講座 今野 弘之 TEL.053-435-2277
北陸 支部	5月19日(土) 14:00 ~ 17:00	津幡町文化会館シグ ナス3階多目的室 (河北郡津藩町)	消化器病医療はここまで来た! 「胃がん医療の最前線」「大腸がん医療の最前線」 「肝臓がん医療の最前線」	河北中央病院 院長 松下 栄紀 TEL.076-289-2117
近畿 支部	6月16日(土) 13:00 ~ 16:00	関西医科大学附属 枚方病院13階講堂 (枚方市新町)	生活習慣と消化器病 「ストレスと胃腸病一心と胃腸のキャッチボール」 「生活習慣と大腸がん」「生活習慣と肝疾患」 「生活習慣と膵臓病」	関西医科大学 内科学第3講座 岡崎 和一 TEL.072-804-0101
中国 支部	6月24日(日) 14:00 ~ 17:00	広島国際会議場 B2Fヒマワリ (広島市中区)	21世紀がん治療の最前線(1) 「食道がん」「胃がん」「大腸がん」 *7月22日(日)に『21世紀がん治療の最前線(2)』 を開催予定	広島大学大学院先進医療 開発科学講座外科学 浅原 利正 TEL.082-257-5222
九州 支部	6月24日(日) 13:00 ~ 17:00	熊本市国際交流会館 (熊本市花畑町)	生活習慣が起こす消化器の病気 「食生活とおなかの具合」「生活習慣と胆道・膵臓 の病気」「肝臓病：生活習慣と栄養から考えてみ よう!」	熊本大学大学院医学薬学 研究部消化器内科学 佐々木 裕 TEL.096-373-5146

消化器
検査

カプセル内視鏡

検査の目的

小腸は口と肛門の中央に位置し、小腸自体も7mと長いため、内視鏡などの検査が非常に難しく、診断・治療も他の消化器の臓器に比べ遅れていました。しかし、従来の検査法とは異なったカプセル型の小型カメラを飲み込むだけで小腸の内視鏡検査ができるカプセル内視鏡が開発され、小腸の病気の発見と診断ができるようになりました。患者さんもほとんど苦痛なく検査を受けられます。

実際の検査方法

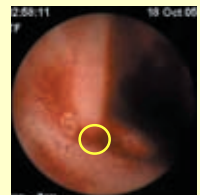
検査当日は原則的に絶食です。検査の際に腹部の8カ所にセンサー(写真)を貼り、専用ベスト(同)を着用した後、データレコーダー(同)と体外バッテリーをベストに装着します。その後、カプセル(同 実物大)を少量の水で内服します。カプセルは消化管



^{ぜんどう}の蠕動とともに進みながら、消化管の中を撮影していきます。1秒間に2コマの割合で8時間撮影します。撮影された画像信号は無線でセンサーまで送られ、さらにデータレコーダーまで有線で送られます。撮影終了後、データレコーダーに取り込まれた信号を解析して画像を得ます。その画像をチェックして病気の有無を診断します。役目を果たしたカプセルは、そのまま排せつします。

検査の長所と短所

この検査の長所は、患者さんにとって楽なことで、しかも、今まで難しかった小腸の中を内視鏡で容易に観察できることです。特に出血をきたす疾患の診断に有用です。欠点は腸管が狭くなっている患者さんに行くと狭い部位で止まってしまう、取り出すことが困難なことです。また、カプセルが食道や胃に長時間とどまって小腸へ進まない検査をした意味がなくなります。



小腸からの出血

名古屋大学大学院医学系研究科消化器内科教授
後藤 秀実

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。

日本消化器病学会広報委員会委員
東北大学病院総合診療部教授
本郷 道夫

編集後記

緩和医療は人の尊厳を重視する
終末期医療で、人生の最後を見届けるものです。欧米から発せられた人間性を重視する姿勢は日本にも到達し、医療の考え方に大きな影響を与え始めました。一方、日本各地で勤務医が不足し、地域医療の崩壊が起っています。先進的な考えの医療が進む一方で、基本的な医療を担う公的病院の機能低下は、国民にとっても由々しき問題となっています。飲むだけで食道から腸までを観察するカプセル内視鏡は、昔の映画『ミクロの決死圏』を思い起こさせる夢のようなマイクロナシンで、実用化が目の前に迫っています。医療の世界が実に様々なところで大きく変化しているのを感じます。

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