


# 消化器now<sup>ナウ</sup>

No.44 2009



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 2009.No.44



## 進歩するがん治療と今後

青森県病院事業管理者  
青森県立中央病院院長

吉田 茂昭

最近、わが国でもがん治療における無作為化比較試験の結果が次々と公表されています。これを見ると、胃がん、胃噴門部がん、膵がんなどでは、「拡大手術」の生存率は標準手術のそれを上回らないことが示されています。一方、食道や胃、大腸、膵臓、肺等のがんでは、術後の補助化学療法(抗がん剤治療)により生存期間が延びることが明らかにされています。つまり、侵襲(身体的負担)の大きな手術は否定され、早期がんを除いて術後の補助化学療法が必須となりました。また、食道、頭頸部がんでは、放射線治療と化学療法を併用する放射線化学療法が、外科手術と同等の治療成績を示しています。陽子線や重粒子線の治療も含め、「切らずに治す」臓器温存療法の開発が進められています。

これらが目指すことは、治療に伴う患者さんのQOL(生活の質)の低下をいかに抑え、良好な治療成績を得るかという点に尽きます。事実、外科治療でも以前は考えられないほど早期退院が可能となり、外来での化学療法も一般化しています。しかし、入院期間の短縮は、これまで院内で培われてきた医療者と患者さんとの人間関係(つちか)を希薄にし、患者さんや家族は、将来への不安等の持っつき場を失う結果になりました。こうした状況は在宅療養患者を急増させ、常に別な医療を求めてさまよ「がん難民」を増加させる要因ともなりかねません。これを回避するには、正しいがん情報や地域のがん医療施設やその支援施設の情報、また、在宅支援や在宅ホスピスを提供する社会的なシステムが必須となります。

がんは、もはや病院の枠だけにとらえる病気ではなく、「がんになっても安心して暮らすための街づくり」といった、大きな枠組みの中で、多職種の力を結集して支え合う疾患となっているのです。



- 2頁 対談 膵臓がん診療の現状
- 4頁 病 気 脂肪肝
- 6頁 Q&A 肥満は肝臓に悪いのですか ピロリ菌を除去したら内視鏡検査は不要ですか
- 7頁 情報 普及してきたPET検査 市民公開講座
- 8頁 検査 血清ペプシノゲン検査

ずばり  
対談

跡見裕・日本消化器病学会前理事長に聞く

## 膵臓がん診療の現状

日本消化器病学会前理事長  
杏林大学医学部長・外科学教授  
福岡大学筑紫病院消化器科教授

跡見 裕 氏

松井 敏幸 氏

膵臓がんは早期発見が難しく、臓器の特性もあって治療が困難な病気です。他の消化器がんに比べ生存率で遅れをとっています。しかし、近年、画像診断の進歩により早期に発見される症例が増え、治療法も改善を重ねています。その結果、膵臓がんは徐々に「治るがん」へ向かいつつあります。今回は、昨年末までの4年間、日本消化器病学会理事長を務められました、膵臓がん治療の権威・跡見裕先生に診療の現状を伺います。(松井敏幸)

## 早期発見を阻む条件

松井 まず膵臓がんの最近の動向について伺います。膵臓がんの死亡数や生存率などはどのように推移しているのでしょうか。

跡見 死亡数は急増しており、この10年間で2倍以上も増え、3万4000人を超えています。その間、消化器がんを代表する胃がんの死亡数は5万人あたりで横ばい状態です。全がんの中では、肺、胃、大腸、肝臓の各がんに次いで5位で、死亡数が2倍以上も増えたのは膵臓がんです。一方、5年生存率は約5%と全がんの中で最も

低いもの一つとなっています。

松井 膵臓がんの生存率が向上しないのは、早期がんとして見つけることが容易でないからですね。

跡見 そうです。膵臓は腹部の奥深くにあつて特有の症状がないため、受診が遅れがちになります。

肝臓がんなどと違い、かかりやすい群ハイリスク群)がないことも診断の遅れにつながっています。膵臓は小さな臓器で、がんは早くから周囲に広がります。そのため膵臓がんの多くは発見された段階で進行がんになっており、がんは隣接組織や肝臓に広がり、切除不能状態であることが少なくありません。

## 糖尿病に気をつけよう

松井 膵臓がん発症と関係する危険因子は分かっていますか。

跡見 一般的には、家族に膵臓がんにかかった人がいる、高齢である、糖尿病・慢性膵炎にかかっている、喫煙習慣などがあげられます。糖尿病は要注意で、中高年になって糖尿病が発症したり、糖尿病で安定した血糖値が急に異常値になった場合、膵臓がんの発生も疑います。

松井 膵臓がん急増の原因は？

跡見 よく分かっています。人口の高齢化などの危険因子が関係していると考えられています。

話題になったコーヒーや高脂肪食との関係はあまりないようです。

松井 特有の症状はありますか。

跡見 初期症状に腹痛、黄疸、腰部痛、体重減少などがあります。症状が出た場合は、進行がんのことが多いのですが、最近では

跡見 裕  
(あとみ ゆたか)

昭和45年、東京大学医学部卒。同第1外科医員。同63年、カリフォルニア大学サンフランシスコ校外科客員研究員。平成4年、東京大学医学部第1外科講師、杏林大学医学部第1外科教授。同16年、同医学部長。日本成人病・生活習慣病学会理事長。専門は消化器外科。肝胆膵がんの診療。



無症状で発見されることも少なくないので。原因不明の腹部症状が出たら要注意ですね。

松井 検査・診断をお話してください。検査の手順はどうですか。

跡見 まず血液を採って膵酵素と腫瘍マーカーを測定し、腹部超音波検査やCT検査を加えます。手軽な超音波検査で早期膵臓がんが見つかることがあります。次いで膵臓がんの治療方針を決める質的診断です。CT(コンピュータ断層撮影)、EUS(超音波内視鏡)、P



EI(ボジトロン断層撮影)などとも最新鋭のMRCP(磁気共鳴胆管膵管撮影)とMDCT(マルチスライス・ヘリカルCT)による画像検査も有効です。診断能力は飛躍し、1~2cmのがんの診断も可能になりました。

松井 確定診断にはERCP(内視鏡的胆道膵管造影)などが主流ですが、苦痛を伴いますね。

跡見 いわゆる体に優しいMRCPやMDCTがERCPに代わりつつあります。がんの病期診断に

症状の緩和を目的に主に外来で抗がん剤のジエムザール注射剤一般名ゲムシタビン)を中心にした治療が行われています。また、ごく最近、日本で開発され、胃がんの治療薬として使われている経口剤ティーエスワン(T.S.1)一般名テガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム配合剤)が使用できるようになりました。従来の化学療法よりも生命予後が改善され、長期生存例も出ています。抗がん剤と放射線療法を組み合わせた治療

はヘリカルCTやEUSが薦められます。

松井 次に話題を化学(薬物)療法、放射線療法、外科治療法などに移して解説してください。

跡見 化学療法は外科治療の対象にならない症例に行います。がんの進行度というと、

a 期病巣から離れたリンパ節や臓器に転移がある)の進行がんです。ときにはステージb 期がんがリンパ節に転移している、または膵臓周囲の血管に及んでいる)も対象となります。この10年間、延命と

とも試みられています。

松井 手術が治療の主役です。

跡見 がんを根治させる基本は外科治療です。しかし膵臓がんの場合、手術できる患者さんは限られています。対象は進行度 までと

a の一部です。2 cm以下のがんを、小膵がんと呼びますが、これも早期がんではなく、切除しても再発する可能性があることに注意しなければなりません。


松井 難しい手術といわれますね。

跡見 がんの発生部位により術式が選択されます。例えば膵頭部消化酵素を含む膵液が流れ込む十二指腸近くにある)では、膵臓とともに十二指腸、胆のう、胆管などを切除します。厚さが2 cmしかなく合併症の起こりやすい臓器ですから、高度の手法が要求されます。消化管がんの手術に比べ時間もかかります。術式の改善や化学療法との併用治療で生存率は向上しています。最近では患者さんのQOLを考慮し切除しています。

松井 膵臓がんを克服するためのステップをご紹介します。

**術式の改善で生存率向上**

**松井 敏幸**  
(まつい としゆき)



昭和50年、九州大学医学部卒。同第2内科助手、北京・中日友好医院専門家、福岡大学筑紫病院助教授、英国・オックスフォード大学留学などを経て、平成17年、現職。日本消化器内視鏡・大腸肛門病・消化器がん検診などの各学会、米国消化器学会、同内視鏡学会に所属。専門は消化器疾患の診断と治療。

跡見 ハイリスク群を早く明らかにして、この人たちを重点的に画像検査で追跡することです。そうすれば比較的早期の膵臓がんの発見が可能となります。

松井 有難うございました。

構成・高山美治



知っておきたい消化器の病気

気になる  
消化器病

# 脂肪肝

日本消化器病学会広報委員会委員  
鳥取大学医学部機能病態内科学教授

村脇 義和

脂肪肝は肝細胞に中性脂肪が蓄積した状態で、原因はお酒の飲み過ぎ、肥満、糖尿病です。従来、飲酒歴がない人の脂肪肝は予後が良好とされてきましたが、近年、飲酒歴のない人でも肝硬変・肝がんへ進行する場合があります。治療の基本は食事療法と運動療法、禁酒です。

### 脂肪肝とは

脂肪肝とは、肝細胞の中に中性脂肪が過剰に蓄積した状態をいいます。病理組織の検査で、脂肪滴を含んだ肝細胞が30%以上認められる場合を脂肪肝としています。主な原因として、肥満、糖尿病、過剰飲酒があげられます。

脂肪肝の患者さんは、わが国における生活様式の欧風化に伴い、近年、急速に増加しています。US(腹部超音波検査)を用いた検診では、男性の約30%、女性の約15

### 脂肪肝の診断は

%が脂肪肝と診断されています。脂肪肝の発現率が高くなる年代は、男性では30代以降、女性では閉経期となる50代以降とされています。

脂肪肝は通常、無症状なので、この疾患を疑って受診することは少なく、多くの場合、検診や他の疾患で通院中に偶然発見されています。

診断は、肝機能の血液検査や画像検査、問診によります。血液検査ではALT(GPT)、AST(GOT)、<sup>ガンマ</sup>GTPの上昇を認めます。

さらに、腹部超音波検査で、腎臓と比べて白っぽい肝臓を、あるいは単純CT検査で脾臓と比べて黒っぽい肝臓を認めると、ほぼ確実に脂肪肝です。確定診断には、薬物、肝炎ウイルス、自己免疫などが関与していないかどうかをチェックします。

次に患者さんに飲酒期間、1日の飲酒量を尋ねて、アルコールによる脂肪肝(アルコール性脂肪肝)かアルコールによらない脂肪肝(非アルコール性脂肪肝)かを判別します。飲酒習慣がある人でも、アルコール摂取量が1日20g(日本酒に



換算して0.7合以下では、脂肪肝になる可能性が低いので、非アルコール性脂肪肝とします。

アルコール性脂肪肝は、飲酒を続けると肝硬変になることはよく知られています。これに対して非アルコール性のは予後が良好な単純性脂肪肝(simple steatosis)で、肝硬変へは進行しないと考えられてきました。ところが近年、このなかにも肝硬変へ進行するタイプQ、非アルコール性脂肪肝炎(nonalcoholic steatohepatitis=NASH)が存在することがわかってきました。両者の区別は血液検

治療 飲酒歴のない人は、身長から算出したカロリーを毎日摂取し、60分の散歩を実行

査や腹部超音波・CTなどの検査ではできないので、入院して肝臓の組織を採る肝生検が必要です。

### 非アルコール性脂肪肝炎(NASH)とは

NASHとは、飲酒歴がないにもかかわらず、脂肪肝に炎症・線維化が加わって、アルコール性肝炎に似た肝組織像を示し、肝硬変・肝不全・肝がんへと進展する疾患です。こうした進展には、酸化ストレス、インスリン抵抗性、炎症性サイトカインなどが関与していると考えられていますが、詳細はわかっていません。

NASHの頻度は、脂肪肝の患者さんの1割程度と推測されていますので、わが国では全人口の2〜3%がNASHの患者さんである可能性があります。

NASHを進行させる因子としては、肥満が著しいこと、糖尿病があること、高齢者であることがあげられています。実際、男性の肥満者や糖尿病患者さんでは肝がんの発症率が高いことが知られています。

### 脂肪肝の治療は

#### 1 アルコール性脂肪肝

飲酒常習者のアルコール性脂肪肝の治療は、まず禁酒です。お酒を完全にやめて、バランスのとれた食事を規則正しくとりますと、肝機能の血液検査の結果も急速に改善し、脂肪肝も治癒します。ただし、禁酒は、そう簡単ではなく、家族の協力が不可欠です。

#### 2 非アルコール性脂肪肝

肥満あるいは糖尿病で非アルコール性脂肪肝の患者さんの治療法は、まず食事療法と運動療法です。これらにより体重を6ヵ月で5〜10%減らすのを目標にします。約10%の体重減少で、上昇していた血液検査の肝機能値が正常化すると言われています。

食事療法における1日の総カロリーは、患者さんの身長から算出される標準体重を基準に計算し、25〜35 kcal/kgを摂取します。そのうえで、脂肪を総カロリーの20%以下に、たん白質を1〜1.5

g/kgにします。炭水化物では砂糖、果物の摂取を少なくします。なお、極端な食事制限により急速に体重を減らすと、かえって肝病変を悪化させますので、注意が必要です。

運動療法は、簡単に誰にでもできる散歩が、まず推奨されます。最初は1日30分程度(5000歩)から始めて、60分程度(1万歩)にしていくのが良いとされています。ただし、60分間の散歩で消費するカロリーは、体重80kgの人で約250kcalと、思ったよりも少なく、散歩での体重減少はあまり期待できません。しかし、運動によって骨格筋が増加しますので、NASHや糖尿病の原因の一つであるインスリン抵抗性は改善されます。

### NASHの治療は

大規模臨床試験でNASHに対する有用性が確認された薬物は、まだありません。しかし、少数例での検討では、いくつか有効性が示されている薬剤があります。例えば、糖尿病に用いられているピ

オグリタゾン、メトホルミンなどのインスリン抵抗性改善薬や、酸化ストレスを抑制するビタミンEなどの酸化剤、アトルバスタチンなどの高脂血症用薬、肝炎治療薬であるウルソデオキシコール酸などが、ある程度は有効とされています。

なお、米国では肥満が著しい人に対して、肥満を解消する外科手術(肥満解消手術)が行われています。円筒状胃切除術、胃バンディング術、胃バイパス術などを施し、食事を減らすのです。これらの治療法は、わが国でも今後普及することが予想されます。

いずれにしても、NASHに対する薬物治療、肥満手術は確立されていませんので、治療にあたっては、かかりつけ医や肝臓専門医とよく相談してください。



むらわき・よしかず  
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** 肥満は肝臓に悪いといわれました。なぜでしょうか？

皮下脂肪の蓄積過多が肥満ですが、最近では外見ではわかりにくい内臓肥満が、高血糖などのメタボリックシンドローム（代謝症候群）の原因として重視されています。肥満は過食や運動不足で生じますが、同時に肝臓内で中性脂肪の産生が過剰になることも重要な原因の一つです。

**A** 脂肪は、必要なエネルギーの約60%を供給する重要な栄養です。皮下脂肪や内臓脂肪は、肝臓が食物中の糖や脂肪を原料としてたん白と結合し血液中に溶ける中性脂肪の形として血液に送り出し、脂肪細胞に蓄えられたものです。体が必要とするときにエネルギーとして利用されます。

肝臓は過剰なカロリーや栄養を処理するために脂肪を合成し、血中へ送り出しています。そこに過食や飲酒が加わると、肝臓での代謝や脂肪処理が妨げられ、肝臓内に中性脂肪がたまる脂肪肝という病気になるります。その結果、肝臓内の血流が悪くなり、肥満も相まって、代謝にかかわるインスリンなどのホルモンの作用が障害されるインスリン抵抗性増大という病状が生じます。つまり肥満と肝臓病は代謝の悪循環を招き、メタボリックシンドロームを増悪させるのです。また、脂肪肝に肥満が合併すると、肝硬変や肝がんの原因になるので注意が必要です。

**Q** ピロリ菌を除菌したら、内視鏡検査は必要なくなりますか？

ピロリ菌に感染していない人に胃がんが発症するのは稀ですが、すでに感染している人を除菌しても生まれたときの胃に戻るわけはありません。すなわち、除菌により胃がんの危険性は減少しますが、全く安全になることはないのです。なぜなら、目に見えないレベルで胃がんが発生してから内視鏡で観察できる5mmの大きさに発育するまでには、数年以上を要するといわれているからです。したがって、除菌治療を行った時点で、すでに目に見えない胃がんが発生している可能性もあるため、除菌後にも内視鏡検査が必要となるのです。

**A** 回答から先に申し上げますと、「ピロリ菌を除菌した後でも、内視鏡検査は必要です」。

ピロリ菌が除菌されると、顕微鏡で見える胃の炎症が改善して、別人の胃のようにきれいになります。さらに、胃潰瘍や十二指腸潰瘍の再発が非常に少なくなり、最近では、胃がんの発症も抑制されています。

また、除菌によりきれいになった胃では、内視鏡検査で小さな病変を観察する精度が向上することが多いので、除菌できたと言っただけで、1年後には必ず内視鏡検査を受けられることをお勧めいたします。



回答者  
東海大学医学部付属  
東京病院消化器内科  
松崎 松平



回答者  
国立国際医療センター  
内視鏡部長  
上村 直実

## 情報のひろば

### がんの 診断

## 普及してきた PET検査

PETは、正式には「ポジトロン断層撮影法」または「ポジトロンCT」と呼ばれる、画像診断法です。ポジトロンというのは放射線の一種です。検査の方法は、ポジトロンを放出する原子をブドウ糖に組み込んだ薬「FDG」を体内に注射し、体外からPETカメラで撮影するものです。

ヒトの細胞はブドウ糖を主なエネルギーとしています。がん細胞は正常細胞よりも活発に増殖するため多くのブドウ糖を必要とします。そのためブドウ糖に似た薬のFDGもがん細胞にたくさん集まり、そこから出てくる放射線が写し出されるという仕組みです。PETはここ10年で急速にがん診断法として普及してきました。

消化器領域で主に使われる画像診断法として内視鏡や超音波、X線CTやMRIなどがありますが、これらは組織や腫瘍の“かたち”を見る点で共通しています。これに対してPETでは、組織の“ブドウ糖摂取量”、つまり、がんの“活動性”を見ることができます。ブドウ糖の摂取量から悪性度や進行状況など、形ではわからないことが診断できます。またPETは広い範囲を画像化でき、全身の転移や再発の診断に優れています。従来は腫瘍の位置がとらえにくい欠点がありましたが、最近ではCTと一体化した「PET/CT」が開発され、さらに診断精度が向上しました。検査には大掛かりな設備が必要なため、行える施設は限られていますが、日本全国で300台以上のPET、またはPET/CTが稼働しています。

獨協医科大学病院教授・PETセンター長 村上 康二

### 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。

(本欄は本年6月までの予定です。詳細はホームページをご覧ください。)

地域	日時	場所	テーマ	お問合せ
第95回 総会	5月10日(日) 14:00 ~ 16:00	道新ホール (札幌市中央区)	胃がんの内科的治療と予防 「胃がんの内視鏡治療」「胃がんの化学療法」 「胃がんの予防」 * パネルディスカッション	北海道大学医学部 第三内科・加藤 元嗣 TEL.011-716-1161
北海道 支部	6月18日(木) 18:00 ~ 20:30	プラザホテル板倉 (深川市3条)	大腸がんの最前線	深川市立病院 副院長・新居 利英 TEL.0164-22-1101
関東 支部	6月18日(木) 14:00 ~ 16:30	和光市民文化セン ターサンアゼリア (和光市広沢)	がんを知る	国立病院機構埼玉病院 副院長・関塚 永一 TEL.048-462-1101
北陸 支部	5月30日(土) 14:00 ~ 17:00	こまつ芸術劇場う らら小ホール (小松市土居原町)	おなかのがん・是非、知っていただきたいこと 「胃がん、大事なのはやはり早期発見」 「肝臓のがん、症状のないがんに注意」他	小松市民病院 内科・亀田 正二 TEL.0761-22-7111
近畿 支部	6月14日(日) 14:00 ~ 16:00	神戸新聞 松方ホール (神戸市中央区)	肝臓および消化管 「沈黙の臓器・肝臓病について」「兵庫県における 肝炎対策」「消化器がん検診について」他	神戸大学大学院医学研究科 消化器内科・東 健 TEL.078-382-6305
中国 支部	6月7日(日) 14:00 ~ 17:00	倉敷芸文館 (倉敷市中央)	消化器がんの一次予防、二次予防 「胃がんの予防」「大腸がんの予防」 「肝臓がんの予防」	倉敷中央病院 副院長・山本 博 TEL.086-422-0210
	6月28日(日) 14:00 ~ 17:00	津山中央病院健診 センター記念ホー ル(津山市川崎)	生活習慣病と消化器疾患	津山中央病院 上席副院長・藤木 茂篤 TEL.0868-21-8111

消化器  
の  
検査

血清ペプシノゲン検査

採血で胃粘膜の老化を調べる

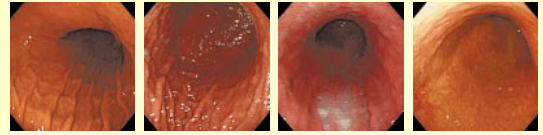
最近の研究から、ピロリ菌感染による胃粘膜の老化(萎縮)が進むほど、胃がんが発生しやすくなることが判明してきました。この胃粘膜の老化を簡便な採血検査で判定し、胃がんのリスクを推測するのが、血清ペプシノゲン検査です。

陽性の人は胃の内視鏡検査を

胃の消化酵素ペプシンの前駆物質(もとの物質)であるペプシノゲン(PG)は胃粘膜で産生され、ペプシノゲン とペプシノゲン に大別されます。血清ペプシノゲン検査は、血液中のペプシノゲン とペプシノゲン の濃度の値および両者の比により、胃粘膜の老化の状態を推定します。この検査は胃がんを直接見つけるものではありませんが、本検査が陽性の人は胃がんのリスクが高くなっている(ハイリスク)と見なし、胃の内視鏡検査(X線検査より精度が高い)が勧められます。

胃がんの早期発見に役立つが保険は利かない

最近、胃がんの治療は大きく進歩しており、早期に発見されれば胃を切除することなく内視鏡で完全に治癒することも可能です。簡便な血液検査



陰性(正常) 20歳の胃 比較的若い (ピロリ菌陰性) Xピロリ菌陽性

陽性(異常) 年齢相応 非常に老化 (どちらもピロリ菌陽性) 胃がんのリスクが上昇

血清ペプシノゲン検査の結果と内視鏡の画像

で胃がんのハイリスクを選別できることは、早期発見・治療のためにたいへん有用です。

個人の血清ペプシノゲン値は、通常は変化しないため、一度検査を受ければ胃がんの危険度がわかります。各々の危険度によって内視鏡検査を受ける間隔を設定することも可能です。このため、血清ペプシノゲン検査は自治体や企業の胃がん検診に用いられることが多くなっています。このように、本検査は胃がんの早期発見のための素晴らしい検査法といえますが、残念ながら医療保険が適用されていません。本検査を受けたい場合は、主治医に相談してみましよう。

国立国際医療センター内視鏡部長 上村 直実

本紙へのご意見、ご要望等は左記まで。  
TEL 03(35669)9531  
FAX 03(35669)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  
鳥根大学医学部臨床看護学教授  
足立 経一

編集後記

本号のフォーカスでは吉田茂昭先生に、消化器がんの治療が患者さんのQOL(生活の質)を考慮したものに变化してきていることを述べていただきました。「まずは対談」では本学会前理事長の跡見裕教授に、膵臓がんの診断・治療を、最近の進歩を交えて述べていただきました。「気になる消化器病」では、生活習慣病の一つで高頻度に見られる脂肪肝が油断してはいけない病気であることが解説され、その診断・治療法が紹介されています。また、肥満やピロリ菌除菌にかかわる問題、PET検査、血清ペプシノゲン検査のことなどがわかりやすく解説されています。本誌が市民の皆様の健康増進の一助となれば幸いです。

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