日本消化器病学会附置研究会

第 2 回脂肪性肝疾患（SLD）に対する画像・血清 NILDA 研究会

セマグルチド時代のMASLD診療アップデート：NILDAで見抜く高危険群と治療ターゲット

会　期：2026 年 11 月 4 日

会　場：神戸大学医学部神緑会館記念ホール

当番幹事：鎌田 佳宏（大阪大学大学院・生体物理工学）

当番幹事挨拶

脂肪性肝疾患（steatotic liver disease：SLD）、とりわけ代謝機能障害関連脂肪性肝疾患（metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease：MASLD）は、わが国においても患者数が増加し、日常診療における重要性が一層増しています。進行性肝線維化やMASHを有する患者を適切に同定し、専門医療や治療介入へ確実につなげることは、今後の診療における重要な課題です。

2026年6月には、セマグルチドがMASHに対する治療薬として保険収載され、わが国のMASLD/MASH診療は新たな段階を迎えました。生活習慣介入を診療の基盤としつつ、薬物療法を必要とする患者を適切に見出し、治療の効果と安全性を的確に評価する診療体制の整備が求められます。一方で、すべての患者に肝生検を実施することは現実的ではありません。治療対象となる患者の拾い上げから、治療後の病態評価、長期的な経過観察に至るまで、低侵襲で再現性の高い非侵襲的肝疾患評価法（non-invasive liver disease assessment：NILDA）の果たす役割は、これまで以上に大きくなると考えられます。

近年、FIB-4 indexをはじめとする簡便な血清マーカーに加え、ELFスコア、IV型コラーゲン7S、M2BPGi、CK-18Fなどのバイオマーカー、VCTEや各種超音波エラストグラフィ、MRE、MRI-PDFFなど、多様なNILDAが臨床に導入されてきました。しかし、各検査法には対象病態、精度、実施可能性に関する特性と限界があります。どの患者に、どの時点で、どの検査を選択し、いかに組み合わせるか、さらに結果を専門医紹介や治療方針へどのようにつなげるかについて、実臨床に根差した標準化と検証が必要です。

本研究会は、SLD診療におけるNILDAのあり方を検討し、画像検査、血清マーカー、病理、臨床疫学など多様な専門性を結集して、本邦発のエビデンスを創出することを目指しています。超音波およびMRIによる肝硬度・脂肪定量、血清マーカーとの対比、肝線維化進展、肝発癌、予後および合併症との関連を明らかにし、実臨床で活用できる診断フローや複合判別式の構築・検証へつなげることが重要です。

今回のテーマは「セマグルチド時代のMASLD診療アップデート：NILDAで見抜く高危険群と治療ターゲット」です。進行性線維化やMASHを有し、治療介入を必要とする患者を効率的に見出す「Targeting」と、生活習慣介入や薬物療法の効果、肝病変の進展・改善を適切に追跡する「Monitoring」は、まさに今後のMASLD診療における中心的課題です。本会では、段階的評価法、糖尿病合併MASLDのリスク層別化、MRE・MRIを用いた病態評価などについて、第一線でご活躍の先生方にご講演、ご討論をお願いしております。

MASLD診療の充実には、肝臓専門医のみならず、プライマリ・ケア医、糖尿病、循環器、腎臓領域の先生方、さらに医療に携わるすべての皆様との連携が不可欠です。本研究会が、診断技術とエビデンスを共有し、実行可能な診療体制を考える場となることを期待しております。活発な討論を通じて、本邦のSLD診療・研究の発展、そしてSLDで悩まれる患者さんの健康寿命の延伸につながることを心より願っております。

当番幹事　鎌田佳宏

（大阪大学大学院医学系研究科 生体物理工学　教授）

タイムテーブル

10:30～10:40　開会の辞　当番幹事　鎌田 佳宏（大阪大学大学院　生体物理工学講座） 代表幹事　日浅　陽一（愛媛大学　消化器・内分泌・代謝内科学）
10:40～11:10 基調講演：（30分） 司会： 廣岡 昌史（愛媛大学　総合診療サポートセンター） 演者：角田 圭雄（国際医療福祉大学大学院 医療福祉経営学） 「世界におけるNILDAの現状について～薬物治療のTargeting ＆ Monitoring」
11:10～12:30 シンポジウム　MASLDにおけるNILDAを用いた高危険群抽出と治療戦略 司会： 川中 美和（岡山大学学術研究院医歯薬学域　消化器・肝臓内科学） 黒田 英克（岩手医科大学　内科学講座消化器内科分野） 演者： 瀬古 裕也（京都府立医科大学　消化器内科学） 「NILDAを用いた治療適格症例の拾い上げ」 新井 泰央（日本医科大学　消化器内科学） 「高危険群を見逃さないFIB-4→ELF/VCTE戦略のアップデート」 西村 貴士（兵庫医科大学　消化器内科） 「MASLD診療を支える画像NILDAとしての超音波エラストグラフィ活用法」 岩城 慶大（横浜市立大学　肝胆膵消化器病学） 「MASLD診療におけるMREの価値―病態評価から治療効果判定まで」
12:40～12:55　招請講演（15分） 司会：鎌田 佳宏（大阪大学大学院　生体物理工学講座） 演者：黒田 英克（岩手医科大学　内科学講座消化器内科分野） 「Steatotic Liver Diseaseの非侵襲的診断アルゴリズムと生命予後予測モデルの構築：多施設共同大規模データベース研究（NILDA研究）中間解析」
12:55～13:25 特別講演（30分） 司会：鎌田 佳宏（大阪大学大学院　生体物理工学講座） 演者：藤井 英樹（大阪公立大学大学院　生活科学研究院） 「リアルワールドデータから見たMASLDにおけるNILDAの現在地」
13:25～13:30　閉会の挨拶　藤井 英樹（大阪公立大学大学院生活科学研究院）

参加者へのご案内

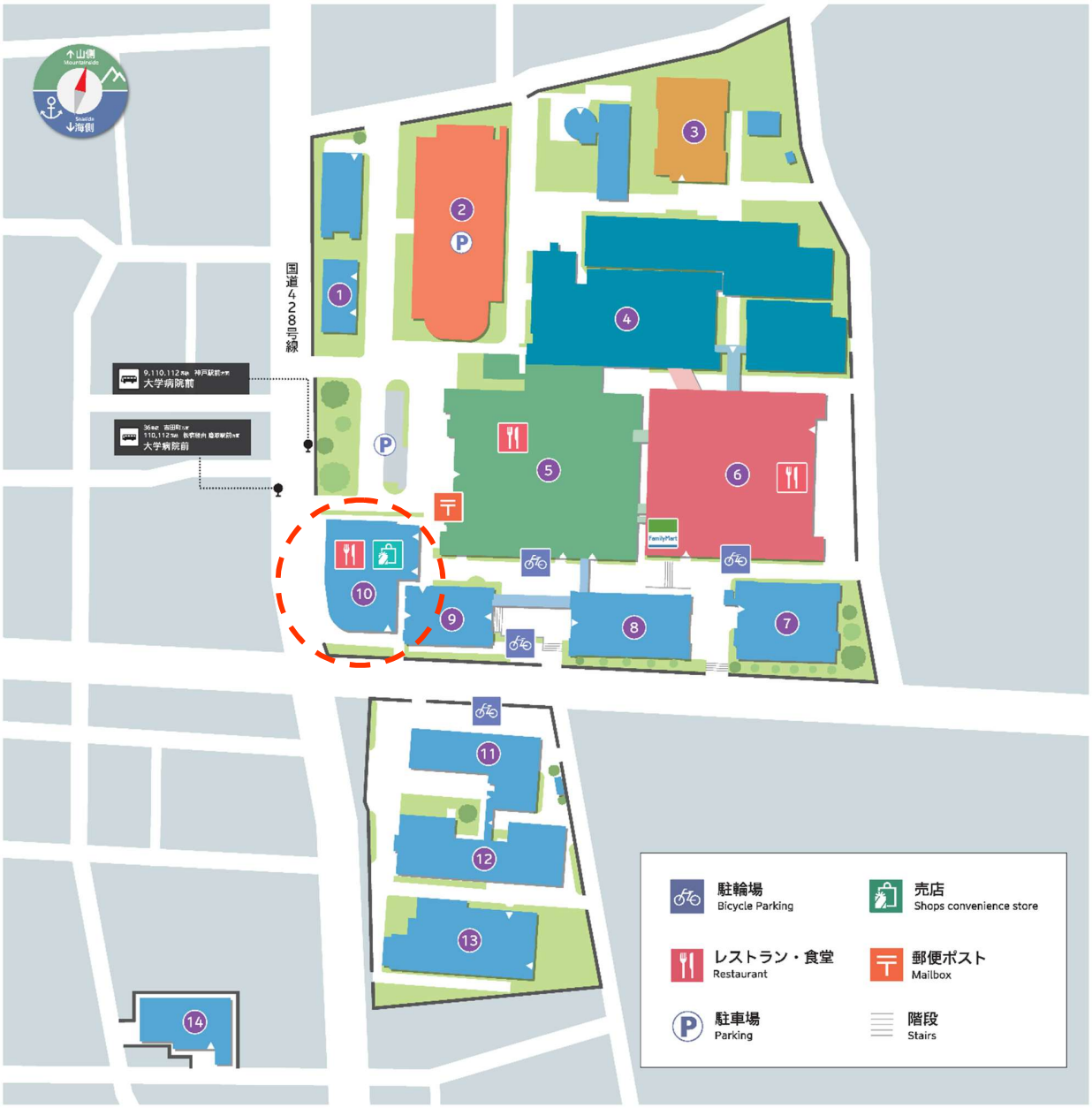
■会場

神戸大学医学部　神緑会館記念ホール

〒650-0017 兵庫県神戸市中央区楠町７丁目５－１

https://www.kobe-u.ac.jp/ja/campus-life/general/access/kusunoki/campusmap/

下記地図の「10」の建物の4階になります（1階にマクドナルド，2階にタリーズコーヒーがあります。



■参加手続きについて

・参加費は無料です。

※JDDW 2026（第 68 回日本消化器病学会大会）参加費に含まれるため、JDDW 2026への参加登録が必要です。

・ネームカードをお渡ししますので、会場入口にて本研究会の参加手続きをお願いします。

・会場内ではネームカードを必ずご着用ください。

■発表者へのお願い

・発表データの作成は、JDDW 2026抄録集を参照してください。
・発表データの登録は不要です（ご自身のPCにてご発表いただきます）。
・PCは事務局でも用意していますので発表時必要な方は受付でおっしゃってください。

・発表予定時刻10分前までに次演者席にて待機してください。

・発表時における利益相反の開示

- 演題発表時には利益相反状態の開示が必要になります。
- 日本消化器病学会の開示基準・既定に従って利益相反の有無を必ず開示してください。
- 開示基準および規定書式は、JDDW 2026のホームページにてご確認ください。

■発表・討論時間

	発表時間	討論時間
基調講演	30分	―
招請講演	10分	5分
特別講演	30分	―
シンポジウム	15分	5分

■その他

・会場内では、携帯電話をマナーモードに設定するか電源をお切りください。

・講演内容の録音、写真撮影、ビデオ撮影は固くお断りいたします。

・当日は昼食のご用意がございませんので、あらかじめご了承ください。

・会場への飲食物の持ち込みは可能ですので、昼食等は各自でご用意ください。

連絡先・事務局

日本消化器病学会附置研究会　第2回　脂肪性肝疾患（SLD）に対する画像・血清 NILDA 研究会

■代表幹事：日浅 陽一（愛媛大学大学院 消化器・内分泌・代謝内科学）

■当番幹事：鎌田 佳宏（大阪大学大学院・生体物理工学）

■研究会事務局

大阪大学大学院・生体物理工学

〒565-0871　大阪府吹田市山田丘1－7

TEL：06-6879-2561　FAX：06-6879-2565

担当：橋渡 貴司 hashido@sahs.med.osaka-u.ac.jp

抄 録

基調講演

ARG2-1

世界におけるNILDAの現状について～薬物治療のTargeting ＆ Monitoring

角田 圭雄（国際医療福祉大学　医療マネジメント学科・同大学院　医療経営管理学）

【背景・目的】

代謝機能障害関連脂肪性肝疾患（MASLD）および代謝機能障害関連脂肪性肝炎（MASH）の世界的蔓延は、現代の公衆衛生における深刻な喫緊の課題である。従来、病態評価のゴールドスタンダードとされてきた肝生検は、その高い侵襲性やサンプリングエラー、コスト等の問題から、日常診療における頻回の実施や縦断的評価には限界がある。これに対し、近年、各種血液バイオマーカー（CK-18フラグメント、ELFテスト、Mac-2結合蛋白糖鎖修飾異性体［Mac-2BPGi］、4型コラーゲン7Sなど）や、超音波・MRIを用いたエラストグラフィに代表される「非侵襲的肝疾患評価（NILDA: Non-Invasive Liver Disease Assessment）」が目覚ましい発展を遂げ、グローバルスタンダードとして臨床に定着しつつある。特にセマグルチドをはじめとする革新的な新規MASH治療薬の上市に伴い、適切な薬物治療の対象選択（Targeting）および治療効果判定（Monitoring）におけるNILDAの重要性はかつてないほど高まっている。本講演では、世界におけるNILDAの最新動向を俯瞰し、薬物治療時代におけるその臨床的役割と今後の展望を概説する。

【現在の動向と多段階アルゴリズム】

主要な国際的ガイドラインでは、FIB-4 indexなどの簡便な血液マーカーを一次スクリーニング（first-line NILDA）とし、高リスク例に対して肝線維化マーカーや、フィブロスキャン（VCTE）、MRエラストグラフィ（MRE）などのsecond-line NILDAを組み合わせる「多段階診断アルゴリズム」が推奨されている。これにより、限られた専門医療資源を効率的に高リスク群へ集中させることが可能となった。薬物治療のTargetingにおいては、治療介入の主対象となるMASH F2/3症例（中等度から高度線維化）を確実に拾い上げ、肝硬変（F4）症例を識別するためのツールとして、NILDAによる精密な病期層別化が不可欠なプロセスとなっている。

【治療効果判定（Monitoring）における課題と展望】

治療介入後のMonitoringにおいて、NILDAは非侵襲的に縦断的評価を行える点で極めて強力な優位性を有する。肝硬度（LSM）や肝脂肪量（VCTE-CAP、MRI-PDFF）の経時的変化は、薬物治療による組織学的改善や、将来的な心血管・肝関連イベントをはじめとする臨床アウトカムの改善と相関することが示されつつある。しかしながら、NILDAを用いた明確な治療効果判定基準（レスポンダーの定義）やカットオフ値の確立には至っておらず、測定デバイス間の特性差や判定閾値の検証など、世界的なコンセンサス形成に向けた議論が現在も鋭意進められている。

【結語】

MASH治療薬が臨床現場に普及する現在、NILDAは単なる「肝生検の代替ツール」から、薬物治療を最適化するための「臨床的意思決定の基盤」へとパラダイムシフトを遂げつつある。肝臓専門医のみならず、プライマリ・ケア医や他診療科との密接な連携のもと、NILDAの適切な活用法を啓発・標準化していくことが、今後のSLD診療の成否を左右する鍵となる。

シンポジウム　MASLDにおけるNILDAを用いた高危険群抽出と治療戦略

ARG2-2

NILDAを用いた治療適格症例の拾い上げ

瀬古 裕也（京都府立医科大学大学院消化器内科学）

セマグルチドがMASHに対する初の薬物療法として本邦で承認され、MASLD診療は新たな局面を迎えた。今後の臨床では、治療対象となるF2-3をいかに正確に診断し、適切な患者を選択するかが重要な課題となる。肝生検は依然として診断の基準であるものの、実臨床ではNILDAの役割がますます大きくなると考えられる。

従来、NILDAは肝疾患関連イベントや生命予後の高リスク症例を抽出する目的で用いられてきた。具体的にはF3以上の線維化進展例の拾い上げに重点が置かれてきた。一方、治療適格例の選択では、F2-3を検出するだけでなく、治療適応とならないF0-1および、安全性の観点から慎重な判断が必要なF4を適切に除外できることが求められる。欧米のガイドラインではVCTE、MRE、ELFを用いた患者選択が推奨されているが、本邦では画像診断、生化学マーカーともに多様なNILDAが利用可能であるにもかかわらず、それらをどのように組み合わせて治療適格例を抽出するかについて十分なエビデンスは確立されていない。

本講演では、まず海外ガイドラインで推奨されているVCTEおよびELFのカットオフ値を、日本人の肝生検コホートで検証した結果を紹介する。FIB-4 indexを一次評価とし、VCTE（8-15 kPa）またはELF（9.2-10.5）を用いた場合、F4は高い精度で除外できた一方、F0-1の混入率はVCTEで28.7%、ELFで47.8%と依然高率であり、単一のNILDAのみでは治療適格例を十分に選別できないことが明らかとなった。
さらに、日本で広く利用されている血清線維化マーカー(M2BpGi、IV型コラーゲン7s)を組み合わせることで、F0-1およびF4の除外能をどこまで向上できるかを検討した結果を示し、セマグルチド時代における実践的な治療適格症例の拾い上げ戦略について考察したい。

シンポジウム　MASLDにおけるNILDAを用いた高危険群抽出と治療戦略

ARG2-3

高危険群を見逃さないFIB-4→ELF/VCTE戦略のアップデート

新井 泰央（日本医科大学　消化器内科学）

【目的】国際ガイドラインでは、MASLDの線維化リスク層別化にFIB-4を一次評価、ELFまたはVCTEを二次評価とする段階的アルゴリズムが推奨されている。一方、高度線維化リスクの高い2型糖尿病（T2DM）例におけるFIB-4の位置づけには議論がある。本研究では、日本人肝生検MASLDコホートにおいてFIB-4-ELF/VCTEアルゴリズムを評価し、T2DM例にELF/VCTEを直接適用する戦略を検証した。さらに、MASH治療時代を踏まえstage≥2についても検討した。【方法】肝生検を施行したMASLD 1,038例（T2DM 568例）を対象とした。stage≥3に対し、FIB-4（低リスク：<65歳で<1.3、≥65歳で<2.0、高リスク：>2.67）で一次評価し、中間リスク例にELF 9.8を適用した。VCTE測定607例ではLSM 8.0 kPaを用いたFIB-4-VCTEも評価した。非T2DM例では従来の段階的評価を維持し、T2DM例ではFIB-4を介さずELF/VCTEを直接適用する層別化戦略を検証した。stage≥2ではELF 9.2、VCTE 8.0 kPaを用いた。【結果】stage≥3は232例（22.4%）であった。FIB-4-ELF 9.8では545例（52.5%）が低リスクに分類され、偽陰性率は15.5%（36/232）、特異度は63.2%であった。FIB-4のAUCはT2DM例、非T2DM例でそれぞれ0.721、0.796とT2DM例で低く、年齢調整カットオフにおける特異度も40.9%、50.1%であった一方、感度は86.7%、88.1%と同程度であった。T2DM例ではstage≥3の割合が高く（29.0% vs. 14.3%）、FIB-4低リスク例におけるstage≥3の割合も高かった（11.8% vs. 3.8%）。FIB-4-ELF後の低リスク群でも、stage≥3はT2DM例27/273例（9.9%）、非T2DM例9/272例（3.3%）であった。T2DM例の偽陰性27例中22例（81.5%）は初回FIB-4で低リスクに分類され、二次ELF評価の対象とならなかった。T2DM例にELF 9.8を直接適用すると、stage≥3の偽陰性率は16.4%から7.9%へ低下する一方、特異度は61.0%から52.9%へ低下した。VCTEサブコホートでは、FIB-4-ELFとFIB-4-VCTEのstage≥3偽陰性率は12.1%、10.3%、特異度は61.3%、61.1%であり、診断成績は同程度であった。T2DM例にVCTEを直接適用すると、偽陰性率は10.2%から7.6%へ低下する一方、特異度は53.2%から45.5%へ低下した。stage≥2は508例（48.9%）であった。T2DM例にELF 9.2を直接適用すると、偽陰性率は22.8%から8.0%へ低下する一方、特異度は58.8%から36.6%へ低下した。VCTEサブコホートのT2DM例でも、VCTEを直接適用すると、偽陰性率は19.1%から14.0%へ低下する一方、特異度は69.9%から62.5%へ低下した。【結語】T2DM例ではFIB-4低リスク判定後にも高度線維化が多く残存し、偽陰性の多くは初回FIB-4で低リスクに分類されていた。T2DM例へのELF/VCTEの直接適用は、特異度低下を伴うものの、stage≥3の見逃しを低減し、stage≥2でも同様の傾向を示した。

シンポジウム　MASLDにおけるNILDAを用いた高危険群抽出と治療戦略

ARG2-4

MASLD診療を支える画像NILDAとしての超音波エラストグラフィ活用法

西村貴士（兵庫医科大学　消化器内科(肝・胆・膵)/超音波センター）

代謝機能障害関連脂肪性肝疾患（MASLD）は患者数の増加に伴い、肝関連イベントのみならず、心血管イベントを含めた全身疾患として診療する時代となった。肝線維化を有する高リスク症例を非侵襲的に抽出し、適切な専門診療や治療介入へつなげることが重要な課題となっている。さらに、GLP-1受容体作動薬セマグルチドがF2・F3の肝線維化を有するMASH患者に対する治療薬として使用可能となり、超音波エラストグラフィによる非侵襲的な肝線維化評価の重要性は一層高まっている。

MASLD診療ガイドラインでは、血液バイオマーカーと画像NILDAを組み合わせたリスク層別化が推奨されており、超音波エラストグラフィは肝線維化評価のみならず、治療適格症例の抽出にも重要な役割を果たしている。EASL Clinical Practice GuidelinesやAGA Clinical Practice Updateでも、VCTEによる肝硬度測定は画像NILDAの中核として位置づけられ、8 kPa未満を低リスク、8～12 kPaを中間リスク、12 kPa以上を高度線維化リスクとする実臨床での活用法が示されている。

日本からはMASLDを含む慢性肝疾患を対象とした前向き多施設共同研究が相次いで報告されており、MREを参照基準とした744例および960例の2件の2D-SWE研究、ならびに594例のSWM研究では、いずれも優れた肝線維化診断能が示されている。F2以上の診断に対するAUROCは0.886～0.903、F3以上では0.879～0.931、F4では0.876～0.937と、一貫して高い診断精度が報告されている。さらに、各モダリティにおけるcutoff値の最適化や診断性能評価に関する検討も進められており、Adjusted Youden indexやObuchowski measureを用いた評価法も報告されている。

本講演では、MASLD診療における画像NILDAとしての超音波エラストグラフィの位置づけを概説し、日常診療における実践的な活用法について解説する。

シンポジウム　MASLDにおけるNILDAを用いた高危険群抽出と治療戦略

ARG2-5

MASLD 診療における MRE の価値―病態評価から治療効果判定まで―

岩城慶大，米田正人（横浜市立大学附属病院　国際臨床肝疾患センター）

脂肪性肝疾患（steatotic liver disease：SLD）の増加に伴い、病態を非侵襲的かつ定量的に評価し、高リスク例を適切に層別化する手法の重要性が高まっている。MRIは、脂肪化、疾患活動性、線維化を一度の検査で多面的に評価できる有力な非侵襲的画像診断法である。MRI-PDFFは肝脂肪量を全肝的かつ再現性高く定量でき、肝脂肪化診断のゴールドスタンダードとして位置づけられる。MRエラストグラフィ（MRE）は肝線維化に対して極めて高い診断能を有し、広範囲を測定することで肝生検のサンプリングエラーを補完できる。実臨床では、FIB-4 indexなどによる一次評価と、MREやVCTE（Vibration-Controlled Transient Elastography）による二次評価を組み合わせた段階的な診断が重要である。さらに、MREで評価した肝硬度とその経時的変化は、肝硬変、肝細胞癌、非代償化などの予後と関連し、初回検査では捉えにくい高リスク例の抽出にも有用である。局所的な肝硬度上昇部位と肝発癌との関連も示唆され、今後の検証が期待される。一方、鉄の影響を補正したT1値であるcorrected T1（cT1）は、炎症や肝細胞風船様腫大と関連し、疾患活動性を反映する可能性がある。治療効果判定においては、MRI-PDFFが肝脂肪量の早期変化、cT1が炎症・疾患活動性の変化、MREが肝硬度および線維化の中長期的変化を捉える指標となり得る。これらを組み合わせることで、治療前後の病態変化を多面的に把握し、薬剤ごとの作用特性や治療反応性を評価できる可能性がある。現在進行中のMASH新薬開発試験においてもMRI-PDFF、MRE、cT1などが副次的・探索的評価項目として広く組み込まれているが，cT1やMREの変化を組織学的改善と同義に扱うことはできず、現時点では病理学的評価を完全に代替するものではない。一方、自動ROI解析、柔軟な加振装置・コイル、AI再構成、自由呼吸下MREなどの技術革新により、解析の標準化、撮像時間の短縮、患者負担の軽減も進んでいる。MRI-PDFF、cT1、MREを統合したmultiparametric MRIは、SLDの病態把握、高リスク例の層別化、治療選択、効果判定、予後予測をつなぐ次世代診療の基盤となることが期待される。

招請講演

ARG2-6

Steatotic Liver Diseaseの非侵襲的診断アルゴリズムと生命予後予測モデルの構築：多施設共同大規模データベース研究（NILDA研究）中間解析

黒田英克[1]、阿部珠美[1]、熊田 卓[2]、日浅陽一[3]
[1]岩手医科大学 内科学講座 消化器内科分野、[2]岐阜協立大学、[3]愛媛大学 消化器・内分泌・代謝内科学

【背景・目的】
脂肪性肝疾患（SLD）の診療において、肝生検に代わる非侵襲的肝疾患評価法（NILDA）の臨床的重要性は高まっている。一方、本邦における各NILDAの診断基準値の妥当性や生命予後との関連を検証した大規模エビデンスは乏しい。本研究では、患者背景、血液検査、画像検査、肝組織所見を統合した全国多施設データベースを構築し、SLDの非侵襲的診断アルゴリズムおよび生命予後予測モデルの開発を目指している。今回はその中間解析結果を報告する。
【方法】
後ろ向き多施設共同観察研究として、2019年4月以降にSLD（疑いを含む）と診断され、NILDAが施行された患者を対象とした（目標症例数2,000例）。主要評価項目を生命予後とし、副次評価項目として、発癌リスクの予測、肝生検を参照基準とした線維化および脂肪化の診断能、ならびにHigh-risk MASH抽出モデルの構築を設定した。
【結果】
2026年9月3日時点で22施設から4,223例が登録され、目標症例数を達成した。基準日、最終観察日および転帰が揃った予後解析コホートは3,233例で、107例の死亡が認められ、観察期間中央値は3.5年であった。新規肝発癌は128例（n=1,774）、心血管イベントは28例（n=1,254）、肝外発癌は96例（n=1,164）で認められた。非侵襲的指標は、超音波肝硬度1,999例（うちVCTE 1,495例）、CAP 1,773例、MRE 846例、MRI-PDFF 1,077例、M2BPGi 2,021例、IV型コラーゲン7S 1,174例、FIB-4 3,396例で集積され、肝生検は630例であった。肝生検との対応ペアは、VCTE 335例、MRE 215例、M2BPGi 473例、IV型コラーゲン7S 436例、FIB-4 629例であり、モダリティ間ペアはMRE-VCTE 263例、MRI-PDFF-CAP 554例であった。予備解析では、FIB-4の3分類により全生存および肝発癌が有意に層別化された。
【結論】
目標症例数を大きく上回る4,223例の多施設データベースが構築され、生命予後、発癌リスク、各NILDAの診断能を検証するための十分な症例数、イベント数および参照基準ペアが確保された。今後、データクリーニングと追加登録を進め、SLDにおける非侵襲的診断アルゴリズムおよび生命予後予測モデルの構築を進めるとともに、課題別ワーキンググループによる研究を始動する。

特別講演

ARG2-7

リアルワールドデータから見たMASLDにおけるNILDAの現在地

藤井 英樹（大阪公立大学大学院生活科学研究科食栄養学科）

Metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease（MASLD）は世界的に患者数が増加しており、進行線維化の早期発見と適切なリスク層別化が臨床上の重要課題となっている。近年、肝生検に代わるNILDA（Non-Invasive Liver Disease Assessment）は急速に発展し、FIB-4をはじめとする血液バイオマーカー、ELF、Type IV collagen 7S、M2BPGiなどの血清線維化マーカー、さらにFibroScan®などの画像診断を組み合わせた段階的評価が国内外の診療ガイドラインで推奨されている。

一方で、ガイドラインの多くは肝生検コホートを基盤として構築されており、健診や一般診療などのリアルワールドにおいて各NILDAがどのように活用され、どのような課題を有するかについては十分に検証されていない。また、高齢者、糖尿病患者、MetALDなどでは各指標の診断能や適切なカットオフ値が異なることも明らかとなりつつあり、NILDAを「どの患者に、どの順番で用いるべきか」が新たな課題となっている。さらに、我が国ではType IV collagen 7SやM2BPGiなど保険収載された血清線維化マーカーが利用可能である一方、その実際の使用状況には施設間で大きなばらつきがみられ、実臨床におけるNILDAの普及状況や選択基準についても明らかにする必要がある。

本講演では、国内多施設健診コホートMIRACLE-Jや肝生検コホートCLIONEなどのリアルワールドデータを基に、①MASLDにおける進行線維化評価の現状、②FIB-4を起点としたSequential testingの有用性と限界、③高齢者や糖尿病患者におけるFIB-4の課題、④我が国におけるType IV collagen 7S、M2BPGi、ELFなど線維化マーカーの使用実態とその診断特性、⑤リアルワールドデータから見えてきた今後のNILDAの役割について概説する。特に、ガイドラインで推奨される診断アルゴリズムと実臨床とのギャップを明らかにするとともに、限られた医療資源の中でNILDAをどのように活用すれば、進行線維化症例を効率よく拾い上げ、適切な専門医紹介や治療介入につなげられるかについて考察したい。

会 則

脂肪性肝疾患（SLD）に対する画像・血清NILDA 研究会 会則

第 1 条（名称）
本会は「脂肪性肝疾患（SLD）に対する画像・血清 NILDA 研究会」と称する。

第 2 条（目的）
本会は、脂肪性肝疾患（SLD）に対する MASLD/MASH 診療アップデート、日本発 NILDA による国際標準化への展開について、画像診断技術と血清バイオマーカーを統合した Non-Invasive Liver Disease Assessment（NILDA）評価システムの開発を通じて、診断精度の向上と患者安全性の両立を目指すことを目的とする。さらに、本邦で開発された診断アルゴリズムの国際的標準化により、グローバルな MASLD/MASH の診療ならびにエビデンスの創出に貢献することを目標とする。

第 3 条（事業）
本会は、第 2 条の目的を達成するため、以下の事業を行う。
1. 年 1～2 回の研究会を開催する
2. 知見の集積と情報共有
3. 超音波減衰法による肝脂肪化診断の基準値検討
4. 超音波 elastography による診断基準値の検討
5. MRE と MRI-PDFF の基準値設定
6. 血清マーカーのデータベース構築
7. 複合判別式の作成
8. ガイドライン作成への寄与
9. 査読付き国際学術誌への論文発表を通じたエビデンスレベルの向上

第 4 条（参加者）
本会への参加者は、本会則第 2 条に賛同する医師、メディカルスタッフ、関連する企業関係者とする。
本会に次の会員を置く。
1. 一般会員：第 2 条の目的に賛同する医師・研究者・医療職
2. 賛助会員：本会の趣旨に賛同し支援する企業・団体
3. 学生・若手会員：大学院生・卒後 10 年未満の医療職

第 5 条（役員）
1. 本会には次の役員を置く。代表幹事 1 名
副代表幹事 2 名
幹事 10 名前後
世話人 40 名前後
会計監事 2 名程度顧問 若干名
協力者 若干名
2. 代表幹事は幹事会での互選で選出される。副代表幹事は代表幹事が推薦し、幹事会の承認を得る。代表幹事は副代表幹事とともに本会を総括し、幹事会では議長となる。任期は 3 年とし再任を妨げない。
3. 幹事は幹事会を構成し、本研究会の運営方針を立案する。幹事および世話人の任期は 3 年とし再任を妨げない。
4. 世話人は 1 施設 2 名までを原則とする。
5. 当番世話人は幹事、会計監事および世話人の中から選出され、本会主催の研究会の運営にあたる。

6. 世話人の中から 2 名程度の会計監事を代表幹事が推薦し幹事会が任命する。その任期は 3 年とし再任を妨げない。
7. 顧問は本会の基本的な運営方針に意見を述べ、もしくは助言を行う。幹事会での議決権は持たない。顧問の任期は規定しない。
8. 幹事・顧問の選出は幹事からの推薦のもと、幹事会において出席者の過半数の同意をもって承認する。
9. 役員は原則として 65 歳を上限とするが、幹事会の承認により継続可能とする。ただし、顧問についてはその限りではない。

第 6 条（幹事会）
1. 幹事会は、代表幹事、副代表幹事、幹事、会計監事、顧問、事務局で組織する。
2. 幹事会を本会の議決機関とし、原則として本会に合わせて開催する。議決権は代表幹事、副代表幹事、幹事のみが持つ。
3. 幹事会は、委任状を含めた幹事の過半数の出席をもって成立する。
4. 幹事会での審議事項がメール審議となった場合には、幹事の過半数の一致をもって承認とする。

第 7 条（世話人会）
1. 世話人会は原則として本会に合わせて開催する。
2. 世話人会では、幹事会からの報告を受け、内容について議論する。
3. 世話人会において、本会のプランと成果、方向性について周知、啓発する。

第８条（事務局）
本会の事務局は代表世話人の所属施設内に置く。各研究会の会計は当番世話人が行い、会計報告を事務局に上げる。事務局は本会の事務及び会計処理、ならびに附置研究会の期間中は日本消化器病学会に報告する。

第９条（協賛企業）
協賛企業は本会の趣旨に賛同し、資金面での支援を行う。ただし、研究会の学術的独立性を保つため、運営実務への直接的な関与は行わない。なお、日本消化器病学会附置研究会として活動する 2026 年度から 2028 年度については、附置研究会内規に従い、協賛企業から研究会への直接の支援は受けずに開催する。その間、同時期に開催される日本消化器病学会の総会および大会に協賛した企業は研究会への参加を可能とする。

第１０条（集会）
本会が主催する研究会の期日、会場及び内容は幹事会で決定する。

第１１条（会計）
1. 本会の会計年度は毎年 4 月 1 日より翌年 3 月 31 日までとする。
2. 本会の運営費は、附置研究会の期間中は日本消化器病学会からの援助金で行う。それ以後は、参加者の参加会費及び協賛メーカーからの協賛金をもってあてる。
3. 研究会の参加費は附置研究会の期間中は無料とする。それ以後は別途定める。
4. 会費は事務局が管理する。運用については幹事会で決定する。
5. 会計監事は事務局の行う会計処理が適正であるか否かを監査し、幹事会に報告する。

第１２条（会則の変更）
本会則の変更は、幹事会の過半数の議決を経て改正することができる。

付則
1. 本会会則は令和 7 年 11 月 1 日より施行する。
2. 本会設立日：令和 7 年 4 月 26 日
3. なお日本消化器病学会附置研究会の期間中（令和 8 年～10 年）は学会の附置研究会内規との整合上、代表幹事を附置研究会申請者が行い、事務局を申請者の施設（愛媛大学　消化器・内分泌・代謝内科学）に設置する。

脂肪性肝疾患（SLD）に対する画像・血清NILDA 研究会 役員構成

（令和 7 年 11 月～
）

代表幹事
日浅 陽一（愛媛大学大学院医学系研究科 消化器・内分泌・代謝内科学）

副代表幹事
角田 圭雄（国際医療福祉大学大学院 医療福祉経営学）
黒田 英克（岩手医科大学医学部 内科学講座 消化器内科分野）

幹事
池嶋 健一（順天堂大学 消化器内科）
清水 雅仁（岐阜大学大学院消化器内科学・第一内科）
山下 太郎（金沢大学 消化器内科）
川口 巧（久留米大学医学部 内科学講座 消化器内科部門）
芥田　憲夫（国家公務員共済組合連合会　虎の門病院肝臓内科）
米田 正人（横浜市立大学大学院医学研究科 肝胆膵消化器病学）
鎌田 佳宏（大阪大学大学院 生体物理工学講座 病態超音波医学研究室）
高橋 宏和（佐賀大学 肝臓・糖尿病・内分泌内科）
村上 卓道（神戸大学医学部 内科系講座放射線診断学分野）
原田 憲一（金沢大学医薬保健研究域医学系 人体病理学教室）

世話人
鈴木 康秋（名寄市立総合病院 消化器内科）
中井 正人（北海道大学 消化器内科）
阿部 珠美（岩手医科大学 内科学講座 消化器内科分野）
内田 義人（埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科）
建石 良介（東京大学医学部 消化器内科）
谷合 麻紀子（東京女子医科大学 消化器内科）
小川 眞広（日本大学医学部内科学系消化器肝臓内科分野）
玉城 信治（武蔵野赤十字病院 消化器科）
今城 健人（新百合ヶ丘総合病院 消化器内科）
杉本 勝俊（東京医科大学 消化器内科）
丸山 紀史（順天堂大学 消化器内科・画像診断治療学）
永井 英成（東邦大学医療センター大森病院 消化器センター内科）
日高 央（北里大学 消化器内科）
横尾 健（新潟大学 消化器内科）
伊藤 隆徳（名古屋大学 消化器内科学）
林 秀樹（岐阜大学 消化器内科学）
豊田 秀徳（大垣市民病院 消化器内科）
藤原 直人（三重大学 消化器内科）
野阪 拓人（福井大学 内科学２）

吉田 雄一（地方独立行政法人 市立吹田市民病院 消化器内科）
瀬古 裕也（京都府立医科大学 消化器内科学）
打田 佐和子（大阪公立大学医学部 肝胆膵病態内科学）
藤井 英樹（大阪公立大学医学部 肝胆膵病態内科学）
疋田 隼人（大阪大学 消化器内科）
浪﨑 正（奈良県立医科大学 消化器内科）
川中 美和（岡山大学 消化器・肝臓内科）
玉井 秀幸（和歌山ろうさい病院 肝臓内科）
田邊 規和（山口大学 消化器内科）
平岡 淳（愛媛県立中央病院 消化器内科）
楢原 哲史（熊本大学 消化器内科）
中野 聖士（久留米大学 消化器内科）
江口 有一郎（ロコメディカル総合研究所）
田中 直樹（信州大学医学部 国際交流推進室）
山田 哲（信州大学医学部 医療データサイエンス講座）
祖父江 慶太郎（神戸大学医学部 内科系講座放射線診断学分野）
市川 新太郎（浜松医科大学 放射線医学教室）
相島 慎一（九州大学大学院 病態制御学講座構造病態病理学分野）
近藤 礼一郎（久留米大学医学部病理学講座）

会計監事
西村 貴士（兵庫医科大学 消化器内科学/超音波センター）
多田 俊史（神戸大学 消化器内科）

顧問
熊田 卓（岐阜協立大学）
飯島 尋子（兵庫医科大学　 消化器内科学・超音波センター）
中島 淳（横浜市立大学大学院医学研究科 肝胆膵消化器病学教室）
國分 茂博（新百合ヶ丘総合病院）
名越 澄子（埼玉医科大学総合医療センター消化器・肝臓内科）
矢野 博久（久留米大学医学部病理学講座）

事務局
廣岡 昌史（愛媛大学 総合診療サポートセンター）
徳本 良雄（愛媛大学 消化器・内分泌・代謝内科学）

協力者
田中 純子（広島大学 疫学・疾病制御学）
秋田 智之（広島大学 疫学・疾病制御学）

MEMO

MEMO