

日本消化器病学会東海支部 第44回教育講演会 プログラム・抄録

お断わり：原則的に講演者が入力したデータをそのまま掲載しておりますので、一部に施設名・演者名・用語等の表記不統一がございます。あらかじめご了承ください。

日本消化器病学会東海支部 第44回教育講演会 受講のご案内

■日本消化器病学会東海支部 第44回教育講演会のご案内

会長：藤城 光弘（名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学）

会期：2020年11月28日（土） 9：00-15：00

当日は 8：30より視聴画面にアクセスが可能です。

開催形式：完全WEB開催（当日のライブ配信のみ。オンデマンド配信はしませんので、ご注意ください。）

参加方法：事前登録制

参加費：3,000円

※一度お支払いいただいた参加費は原則的にご返金致しませんのでご了承ください。

※領収証はお振込みの際の銀行振込票控えをもって代えさせていただきます。

■視聴手順

参加費のご入金確認後、視聴画面のURLをご登録のメールアドレスにお知らせいたします。

視聴用の個人ID（ご登録のメールアドレス）およびパスワードにてログインをお願い申し上げます。

当日は、上記URLより視聴サイトに入り、視聴用の個人ID（・パスワード）を用いてログインし、教育講演会を視聴してください。

全てのプログラムの視聴完了後に確認問題にご回答いただき合格基準を満たした場合に、後日受講証（PDF）をメールにて発行いたします。

■単位登録についてのご案内

専門医更新単位は学会ホームページよりご登録いただく方式となります。

本教育講演会の参加証の発行後、学会HPの「パーソナルページ」→「学術集会参加登録」より、教育講演会の参加証に記載されている番号（15桁）にて各自登録をお願いいたします。

- ・取得できる更新単位…18単位

日本消化器病学会東海支部 第44回教育講演会 プログラム

司会：名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学 藤城 光弘

教育講演 1 9:00-10:00

「食道癌診療の現状」

講師：藤田医科大学医学部 消化器内科学 II 宮原 良二

教育講演 2 10:00-11:00

「分子標的時代における炎症性腸疾患診療について」

講師：名古屋大学医学部附属病院 消化器内科 中村 正直

教育講演 3 13:00-14:00

「肝疾患の最新情報ーウイルス性肝炎から肝移植まで」

講師：名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学 石上 雅敏

教育講演 4 14:00-15:00

「良性胆道病変の診断と治療」

講師：名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 川嶋 啓揮

1) 食道癌診療の現状

藤田医科大学医学部 消化器内科学 II 宮原 良二

疫学

2017年の推計（国立がん研究センターがん対策情報センター）によると食道癌罹患率（10万人あたり）は男性で34.3人、女性で6.7人であり、男性で緩徐に増加傾向を示している。2009年から2011年に食道癌と診断されてからの5年生存率は男性で40.6%、女性で45.9%と、胃癌（男性で67.5%、女性で64.6%）や大腸癌（男性で71.7%、女性で71.9%）と比べて低く留まっている。好発年齢は男性では60～70歳代が多く、80歳以降は低下しているが、女性では50歳代以降で緩徐に増加傾向となり、比較的高齢者に多い疾患である。占居部位は胸部中部食道に最も多く、組織型は扁平上皮癌が約90%と多い。扁平上皮癌の危険因子としては、喫煙・飲酒・不活型ALDH2遺伝子（ALDH2*1/*2）・熱い飲食物（茶粥など）・栄養状態の低下やビタミンの欠乏が挙げられる。また、同時性、異時性の重複癌が多く、多臓器重複癌は同時・異時を含めて約20%あり、胃癌・咽頭癌の順に多い。

粘膜下層（T1b）までの病変の約60%までが無症状であり、90%が内視鏡検査で発見されている。2016年より、対策型胃癌検診に関して、従来の胃X線検診から内視鏡検診（隔年）へ徐々にシフトしつつあり、今後食道癌の早期発見が増えることや、全生存率の改善も期待されている。

治療

食道癌診療ガイドライン（2017年版）に沿って、壁深達度（T因子）・リンパ節転移（N因子）・遠隔転移（M因子）による病期（Stage）と、治療侵襲（特に開胸開腹を伴う外科手術の侵襲は大きい）に対する全身状態の評価を元に、診療方針が慎重に決定される。

臨床病期 Stage 0/ I 食道癌の治療方針決定においては、内視鏡検査、頸部-腹部 CT 検査を中心に行う。特に壁深達度の評価が、低侵襲な内視鏡的切除術（Endoscopic Resection, ER）と、手術あるいは化学放射線療法の治療選択の選択に重要であるため、画像強調機能を併用した拡大内視鏡観察や超音波内視鏡観察を併用して行われる。尚、内視鏡切除後の病理組織診断により pT1a-EP/LPM と診断された場合は経過観察となるが、pT1a-MM/pT1b-SM と診断された場合は、脈管侵襲の有無や浸潤形式も加味して追加治療（手術または化学放射線療法）を考慮する。

臨床病期 Stage II / III 食道癌の治療については、第一選択として術前化学療法を施行し、その後に根治切除を行う。術前治療を行わない根治切除や化学放射線療法も選択肢の一つとなるが、手術を先行した場合は術後化学療法を考慮する。耐術能は無いが化学放射線療法が施行可能な症例や手術拒否例に対しては根治的放射線療法（50Gy 以上）を行う。耐術能がなく化学放射線療法も適応外の症例に対しては放射線療法単独、化学療法単独や緩和的対症療法を考慮する。

臨床病期 Stage IV 食道癌の治療については、局所進行例では化学放射線療法は根治が期待できる治療選択肢の一つとなる。全身への治療が必要な場合は化学療法が中心となるが、通過障害がある場合や骨浸潤に伴う疼痛を認める際には緩和的放射線療法も考慮される。

治療後の経過観察

食道癌治療後の経過観察については、異時性食道多発癌や合併頻度が高い胃癌や咽喉頭癌等の異時性他臓器重複癌の発生に注意して行う必要がある。再発形式は初回治療時の病期や治療方法によっても異なるが、筆者が特に注意しているのは、①食道癌の異時性多発病変、②咽喉頭領域の重複

癌、③外科手術後の胃管内に発生した胃癌、④リンパ節再発である。

食道癌の異時性多発病変の早期発見については、画像強調機能を併用した内視鏡による経過観察が必須と考えている。咽喉頭領域の重複癌については、上部消化管内視鏡観察時に画像強調機能による咽喉頭領域観察は必須であるが、消化管内視鏡での観察では前壁方向（舌根部など）は観察不十分になっていることを理解し、耳鼻咽喉科腫瘍専門医の協力を得る必要がある。胃管内の胃癌については、外科手術の侵襲が大きくなるため、内視鏡切除可能な粘膜内癌での発見を目指した丁寧な観察が必要である。リンパ節再発については、粘膜内癌の治療後であってもリンパ節再発する可能性があり、CTを併用した経過観察が必須と考えている。

学 歴

1989年4月入学～1995年3月卒業 名古屋大学 医学部

職 歴

1995年4月～1996年3月 愛知厚生連昭和病院 研修医
1996年4月～1999年7月 愛知厚生連昭和病院内科 勤務
1999年8月～2001年3月 大垣市民病院消化器 勤務
2001年4月～2008年3月 名古屋大学医学部消化器内科 医員
2008年4月～2011年12月 名古屋大学医学部附属病院光学医療診療部 病院助教
2012年1月～2015年6月 名古屋大学大学院医学系研究科消化器内科学 助教
2015年6月～ 名城大学薬学部 非常勤講師
2015年7月～2019年10月 名古屋大学大学院医学系研究科消化器内科学 講師
2019年11月～2020年6月 藤田医科大学病院国際医療センター 病院教授
2020年1月～現在 藤田医科大学国際医療センター 副センター長
2020年7月～現在 藤田医科大学医学部消化器内科学 II 臨床教授

学会活動

日本消化器内視鏡学会 指導医、学術評議員、鎮静ガイドライン作成委員
日本消化器病学会 指導医、学会評議員
日本消化管学会 胃腸科暫定指導医

2) 分子標的時代における炎症性腸疾患診療について

名古屋大学医学部附属病院 消化器内科 中村 正直

炎症性腸疾患 (inflammatory bowel disease: IBD は潰瘍性大腸炎 (ulcerative colitis: UC) とクローン病 (Crohn's disease: CD) に代表され、原因不明の下痢や腹痛を伴う大腸潰瘍性病変を有する病態である。罹患者数は年々増加しておりその原因解明が叫ばれている。両疾患はその経過により、UC は急な再燃により緊急入院や難治例になること、CD は小腸病変の進行に早めに気づくことが重要である。近年、複数の生物学的製剤、低分子化合物の導入により治療選択肢はひろがったが、有効性、安全性、利便性を考慮したうえで患者さんの日常生活や意向に沿った shared decision making を利用し進めていくのが良い。また、腸管外合併症も頻度が高くなった。多くの薬剤は全身の免疫状態にも影響を与えるため、ポストコロナ時代における IBD 治療を確立する必要がある。

潰瘍性大腸炎 (UC)

初回診断は便培養を用いて感染性腸炎を否定するとともに、クローン病、IBD unclassified などとも鑑別を行い、診断基準に合致するか確認ののち、経過もみながら確定診断する。

治療の基礎薬はメサラジン、サラゾスルファピリジンであり、メサラジンは剤型 (錠剤か顆粒か)、ドラッグデリバリーシステム (時間依存か pH 依存か)、ジェネリックを選択するか検討する。昨今メサラジン不耐例 (薬剤代謝能力が弱く免疫反応を介さない異常反応の結果、副作用が出現する) やアレルギー例が増えており、初回処方時には発熱、腹痛、下痢の可能性を説明する。基礎薬と局所製剤 (メサラジン坐剤、注腸剤) を使用しても効果が不十分であった場合にはステロイドの経口投与を行う。事前に B 型肝炎再活性化のチェック (HBs 抗原、HBc 抗体、HBs 抗体) と結核のチェック (血清学的検査、胸部レントゲン) をする。ステロイドの投与期間中に NUDT15 遺伝子多型をチェックし、寛解維持期に使用する免疫調整薬の準備を行う。ステロイド、免疫調整薬投与中の新型コロナウイルス感染が重症化するリスクを考え、ステロイド減量中に再燃を認めた場合は、そのまま減量を進めて生物学的製剤など次の治療に移行することも考慮する。この場合、選択薬が複数あるため、留意事項を把握したうえで患者との相談、カンファレンスを含めて決定する。抗 TNF- α 抗体製剤では投与時反応に注意し、ベドリズマブは腸管選択性が高いために腸管外合併症に対する効果が検討事項である。トファシチニブは用量調整が可能であるが、貧血、妊娠、血栓症に注意を要し、免疫調整薬併用不可である。食事が摂れない、体重減少を認める、頻回の下痢により睡眠が障害される、38 度以上の発熱が継続する場合は入院絶食治療を考える。その場合に治療薬としてステロイド (強力静注療法)、タクロリムス、インフリキシマブ、トファシチニブが主に使用される。

クローン病 (CD)

2002 年に導入されたインフリキシマブ (IFX) により、それまでのステロイドと栄養療法から治療が一変した。IFX は CD に対して高い有効率を示し、その後アダリムマブ、ウステキヌマブが導入された。当科におけるウステキヌマブの中等症患者に対する投与半年後における有効率は 68%、臨床寛解率は 45% であった。抗 TNF- α 抗体製剤への小腸病変への効果は大腸に比して弱いとの成績があり、元来小腸病変は手術に直結する症状によって初めて現れることが多い (強い小腸狭窄による腹部膨満感、腹痛や瘻孔感染による発熱など)。ゆえに小腸にも活動性を認めた際もしくは穿通型の術後には病態がリセットされていてもタイトにモニタリングを行う必要がある。昨今保険診療に導入されたロイシンリッチ α 2 グリコプロテイン (Leucine-rich alpha 2 glycoprotein: LRG) は、

TNF- α 、IL-22 といった IL-6 以外のサイトカインで引き起こされる炎症でも発現するため、CRP が正常範囲内の症例における活動性評価に有用であり、IBD における活動期の判定補助やモニタリング、治療選択の一助となり得る。

学歴・職歴

平成 9 年 岐阜大学医学部卒業
平成 9 年 名古屋大学関連病院 研修（厚生連渥美病院、小牧市民病院）
平成 15 年 名古屋大学医学部附属病院消化器内科 研究員
平成 19 年 医学博士（名大医）
平成 21 年 名古屋大学医学部附属病院消化器内科 病院助教
平成 23 年 英国セントマークス病院リサーチフェロー（1年間）
平成 24 年 名古屋大学医学部附属病院消化器内科 病院助教
平成 26 年 名古屋大学大学院医学系研究科消化器内科学 助教
平成 30 年 4 月 名古屋大学医学部附属病院消化器内科 病院講師
令和元年 9 月 名古屋大学医学部附属病院 IBD センター 副センター長兼任
令和 2 年 1 月 名古屋大学医学部附属病院消化器内科 講師

現在に至る。

資格

総合内科専門医、日本医師会認定産業医、日本消化器病学会専門医指導医、
日本消化器内視鏡学会専門医指導医、日本消化管学会専門医指導医
日本カプセル内視鏡学会専門医、外国人医師臨床修練指導医

賞・助成

平成 17 年 堀情報科学振興財団助成金
平成 22 年 北村記念血液疾患研究基金
平成 22 年 日本消化器内視鏡学会 学会賞
平成 22 年 上原記念生命科学財団海外留学助成金 リサーチフェローシップ
平成 24 年 内視鏡医学研究振興財団助成金
平成 25 年 北村記念血液疾患研究基金
平成 25～28 年 科研費 基盤研究 C
カプセル内視鏡を用いた過敏性腸症候群の客観的評価
平成 28～31 年 科研費 基盤研究 C
ヒト内視鏡生検検体を用いた腸炎上皮傷害に関わるバイオマーカーの探索的研究

3) 肝疾患の最新情報－ウイルス性肝炎から肝移植まで

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学 石上 雅敏

肝疾患の診断、治療は近年様々な進歩を遂げている。本講演では以下の肝疾患についての最新情報について述べていきたい。

- ① B型肝炎：本邦におけるB型肝炎ウイルス(HBV)感染はかつてはGenotypeC、もしくはBによる感染がほとんどであったが、最近では国際化に伴い欧米型とされるGenotypeAが特に急性肝炎例で増加しており、現在都市部を中心に、およそ半分の新規感染症例がGenotypeAとなってきたという現状である。通常成人感染例では慢性化をきたすことは稀と言われていたGenotypeCに対し、GenotypeA症例では約10%で慢性化することが特徴である。B型慢性肝炎はウイルスのその複雑な生活環から、臨床経過の理解も複雑になっていると考えられる。また、最近では高齢化、また抗癌剤治療、また免疫抑制療法の進歩に伴い新たな問題点として既往感染例からの再活性化という新たな問題が出てきている。核酸アナログ、PEG-IFN治療の使い分けなど最新知識について触れたい。
- ② C型肝炎：本年のノーベル賞受賞テーマである「C型肝炎ウイルス(HCV)の発見」は平成に入ってから1989年になされた。1992年にインターフェロン単独療法が保険収載されて以来、治療としてはインターフェロンベースの治療が長らく行われてきたが、SVR率は最も効果の強い直接作用型抗ウイルス薬(DAA)の併用においても70-80%に留まり、またその多彩な副作用から治療不適の患者、および治療開始後の中止症例も決して少なくなかった。2014年に入りDAAをベースとしたインターフェロン(IFN)フリー治療が出現、その治療法の進歩により年齢、性別、腎障害等の合併症の併存等によらず95%前後のSVR率を得ることが可能となり、その制圧も夢ではない所まで来ている。一方でSVRが増えることで新たな問題としてSVR後発癌、線維化進展例における肝予備能の改善などが課題として残っている。これらについて議論していきたい。
- ③ 非アルコール性脂肪肝疾患(NAFLD)：本邦においても食生活の欧米化に伴い肥満人口の増加、それに伴い脂肪肝患者が増加傾向にある。脂肪肝の中には10%程度、線維化の進行、肝癌合併のリスクとなり得る非アルコール性脂肪肝炎(NASH)が存在すると言われ、近年では肝癌の原因として増加していることが注目されている。NAFLD/NASHは現在様々な研究がなされているが、NASH進行危険群の囲い込み、ゴールドスタンダードが未だに肝生検しか存在しないという診断の難しさ、また治療については減量が明らかに効果的というエビデンスはあるものの、インスリン抵抗性改善薬、SGLT-2阻害薬、高脂血症治療薬、降圧剤であるARBなどの一定の効果は報告されているものの十分とは言えず、また様々な治験が行われているものの、根治、寛解に導く有効な薬物治療が存在しないというのが現状である。NAFLDに対する現在の診断、治療の考え方につき言及する。
- ④ 肝硬変、肝癌：治療デバイスの最近の進歩、また合併症に対する薬物治療の進歩に伴い、以前は予後不良であったこれらの患者群の予後もかなり改善してきている。特に最近の話題として利尿剤としてのTolvaptan、皮膚掻痒治療薬であるNarfurafine、新たな肝性脳症治療薬であるRifamixin、TACE、RFAなどの新たな肝癌治療デバイス、そして進行肝細胞癌に対して近年発展が目覚ましいチロシン、マルチキナーゼ、VEGF阻害薬などの分子標的治療薬、免疫チェックポイント阻害薬についても言及する。
- ⑤ 肝移植：末期肝不全患者に対する根治治療として確立された感があるが、本邦においてはドナーの圧倒的不足などの問題点もまだ残されている。また肝移植については、まだ大変稀な

“special population”として移植外科医以外には入ってはいけない「聖域」として避けられる傾向があるのではないと考える。一方、その肝移植を施行する症例は多くが消化器内科からの紹介であるのも事実であり、特に紹介のタイミングについては消化器内科医こそが最も理解すべき事項であると考え。本講演においては我々が行ってきた肝移植症例の検討を中心に、特に内科医が知っておくべき適応、術後の肝炎ウイルス対策や、また前述した通り肝硬変、肝癌患者の長期予後が改善した現在、適応を逸しないための長期予後を考慮した肝移植適応の考え方等について言及したい。

略 歴

1991年	3月	名古屋大学医学部卒業
1991年	5月	市立四日市病院研修医
1992年	4月	市立四日市病院内科
1993年	4月	市立四日市病院消化器科
1996年	7月	名古屋大学医学部 学内研究生(第三内科)
1996年	9月	名古屋大学医学部附属病院 非常勤医員(第三内科)
1999年	9月	米国 The Scripps Research Institute 博士研究員
2002年	1月	名古屋大学医学部附属病院 非常勤医員(第三内科)
2002年	4月	名古屋大学医学部附属病院 非常勤医員(消化器内科)
2005年	4月	名古屋大学医学部附属病院 助手(消化器内科)
2007年	4月	名古屋大学医学部附属病院 助教(消化器内科)
2013年	10月	名古屋大学医学部附属病院 講師(消化器内科)
2020年	6月	名古屋大学大学院医学系研究科 准教授(消化器内科学)

専門医、役職

日本内科学会認定総合内科専門医、指導医、東海支部評議員
日本消化器病学会認定専門医、指導医、学会評議員
日本肝臓学会認定肝臓専門医、指導医、学会評議員
日本移植学会認定専門医

4) 良性胆道病変の診断と治療

名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 川嶋 啓揮

画像診断が進歩した今日でも胆管狭窄病変の診断は困難であることが多い。また、十二指腸乳頭部腫瘍に対する内視鏡的切除術についてはエビデンスが非常に少ないのが現状である。2017年に原発性硬化性胆管炎（PSC）ガイドライン¹⁾が、2019年にはIgG4関連硬化性胆管炎（IgG4-SC）診療ガイドライン²⁾が作成され、2021年には内視鏡的乳頭切除術（EP）のガイドラインも発表される予定である。今回は、良性胆管狭窄病変の診断と治療法、EPについてガイドラインの内容を参照しながら、その実際と最近の動向を概説する。

1：PSCの診断と治療

原因不明であるPSCは稀な疾患であるが、最近増加傾向にある。進行性の慢性疾患であり最終的には肝不全に至る。欧米では炎症性腸疾患の合併が多く（60-80%）、腸内細菌叢との関連も示唆されているが、本邦では40%にとどまる（若年者では61%であり欧米に似てきている）。診断は黄疸や胆管炎などの症状とALPの上昇を特徴とする血液検査所見で発見され、腹部超音波などでの胆管拡張が認められれば、MRCPなどで特徴的な胆管像（band-like stricture、diverticulum-like outpouchingなど）を検索し、炎症性腸疾患の合併を認めれば診断が確定する。診断が確定しないときにはERCPを施行する。ERCPでは造影剤の注入により胆管内圧が上昇し、狭窄などの所見がより明瞭に描出され、同時に施行可能な管腔内超音波検査（IDUS）によって得られる所見は診断に有用である。ERCPは診断確定のみならず、胆管癌合併の有無の検索にも有用である。診断に際して肝生検は必ずしも必要ではないが、他疾患の除外に有用であり、fibrous cholangitis/onion skin lesionを認めれば診断は確実であり、線維化の程度より予後の予測も可能となる。治療に関しては病勢コントロールのための薬物治療（ウルソデオキシコール酸、免疫抑制剤、ベザフィブラート、抗菌薬など）、黄疸・胆管炎、搔痒感などに対する内視鏡治療（dominant strictureのバルーン拡張）、搔痒感の対症療法（ナルフラフィンなど）、肝移植療法が挙げられるが、ほぼすべてに明確なエビデンスがない。

2：IgG4-SCの診断と治療

IgG4-SCは、高率に自己免疫性膵炎を合併する胆管炎で、現在はIgG4関連疾患の胆管病変と考えられている。臨床診断基準が2012年に策定されたが、PSCや胆管癌との鑑別はしばしば困難である。1)胆管壁の肥厚をとまなうびまん性または限局性の狭窄、2)血清IgG4値が高値（135mg/dl以上）、3)自己免疫性膵炎などのIgG4関連疾患の合併と、高度なリンパ球、形質細胞の浸潤と線維化などの病理結果によって診断する。これらで診断が困難な場合は、胆管生検などで胆管癌などの悪性疾患を除外後にステロイド治療の効果をオプションとして診断項目に含むことも許容されている。特徴的な画像所見として胆管狭窄部以外の胆管壁肥厚像が挙げられるが、ドレナージ後には評価不能になる点に注意が必要である。治療として、経口プレドニンは初期量0.6mg/kg/日で開始する。漸減後5mg/日で3年間の維持療法を行う。画像的にも血清学的にも十分な改善が得られた症例では、ステロイド投与を中止できる。治療を中止した後も再燃に対して経過観察すべきである。

3：EPの現状

ガイドライン上、胆膵管内進展をとまなわない乳頭部腺腫がEPの適応とされているが、術前生検と術後診断の一致率は39.7%~70%と報告されており生検が癌陰性であっても、完全にcancer in adenomaを否定することは困難である。乳頭部癌については深達度診断が困難であることを理由に膵頭十二指腸切除術が標準術式とされているが、粘膜にとどまる乳頭部癌症例の予後はEPでも良

好であることが示されてきている。膵管ステントやクリップ縫縮などにより術後膵炎や出血の頻度は減少してきている。病理断端評価が困難であり、再発などのエビデンスに乏しいのが実状であるので長期間の経過観察が必要である。

本講演ではこれらの内容について当科の症例を供覧しながら述べる予定である。

参考文献

1. Isayama H, Tazuma S, Kokudo N, et al: PSC guideline committee Members: Ministry of Health, Labour and Welfare (Japan) Research Project, The Intractable Hepatobiliary Disease Study Group. Clinical guidelines for primary sclerosing cholangitis 2017. J Gastroenterol 53; 1006—1034: 2018
2. 神澤輝実、中沢貴宏、田妻 進ほか。IgG4 関連硬化性胆管炎診療ガイドライン 胆道;33:169-210:2019。

略 歴

1995年3月 名古屋大学医学部卒業
1995年5月 半田市立半田病院 研修医
1997年4月 半田市立半田病院 内科医員
1999年11月 愛知厚生連渥美病院 内科医員
2002年4月 名古屋大学 内科学第二講座 研究生
2003年4月 名古屋大学医学部附属病院 消化器内科 医員
2008年7月 名古屋大学大学院医学系研究科 消化器疾患病態論 助教
2010年1月 名古屋大学大学院医学系研究科 病態内科学講座 助教
2015年6月 名古屋大学医学部附属病院 消化器内科 講師
2019年4月 名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 部長（併任）
2019年10月 名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 准教授
現在に至る

主な所属学会・資格・役職等

日本内科学会（認定医、指導医）
日本消化器病学会（専門医、指導医、学会評議員）
日本消化器内視鏡学会（専門医、指導医、学術評議員、内視鏡的乳頭切除術診療ガイドライン作成委員）
日本超音波医学会（専門医、指導医、代議員）
日本膵臓学会（指導医、評議員）
日本胆道学会（指導医、評議員、学術委員、会則検討委員）
日本肝胆膵外科学会（胆道癌診療ガイドライン作成委員）