2026年11月20日(金)

特別企画 | 内科

10:00 ~ 11:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

特別企画１　日本大腸肛門病学会の未来像

司会：板橋 道朗（埼玉県済生会　加須病院）、齋藤 豊（国立がん研究センター中央病院　内視鏡センター）

[SP1-1] 2060年までにやっておきたいこと ―大腸肛門病の未来予想図―

*根本 夕夏子[1] (1. 総合病院厚生中央病院消化器病センター内科)

[SP1-2] 大腸肛門病学会専門医の現状と課題　外科医の視点から

*絹笠 祐介[1] (1. 東京科学大学　消化管外科学分野)

[SP1-3] 肛門科医から見た日本大腸肛門病学会の未来予想図

*髙野 正太[1] (1. 大腸肛門病センター高野病院)

特別企画 | 内科

12:50 ~ 13:50 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

特別企画２　外科・肛門科・内科、三位一体で取り組むクローン病肛門病変の診療ストラテジー

司会：渡辺 憲治（富山大学附属病院　炎症性腸疾患内科）、大宮 直木（藤田医科大学医学部先端光学診療学講座）

[SP2-1] クローン病肛門病変のマネージメントの現状と課題　～内科の立場から～

*久松 理一[1] (1. 杏林大学医学部消化器内科学)

[SP2-2] クローン病肛門病変のマネージメント。内科医への提言。～肛門科から～

*太田 章比古[1] (1. 医療法人愛知会　家田病院)

[SP2-3] クローン病症例の長期予後から見た肛門病変のマネージメントの重要性

*池内 浩基[1] (1. 兵庫医科大学炎症性腸疾患外科)

特別企画 | 肛門科

14:30 ~ 15:30 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

特別企画３　肛門疾患ガイドライン第三版に向けた緊急討論会

司会：下島 裕寛（松島病院大腸肛門病センター）、寺田 俊明（医療法人社団俊和会　寺田病院）

[SP3-1] 生成AI時代の直腸肛門領域診療ガイドラインの役割

*佐原 力三郎[1] (1. 牧田総合病院)

[SP3-2] 肛門疾患診療ガイドラインの変遷―2014年版と2020年版の比較―

*松尾 恵五[1]、岡田 滋[1] (1. 東葛辻仲病院)

[SP3-3] 肛門疾患ガイドライン作成における問題点と課題

*下島 裕寛[1] (1. 松島病院大腸肛門病センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 内科

2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

特別企画１　日本大腸肛門病学会の未来像

司会：板橋 道朗（埼玉県済生会　加須病院)、齋藤 豊（国立がん研究センター中央病院　内視鏡センター）

[SP1-1] 2060年までにやっておきたいこと ―大腸肛門病の未来予想図―

*根本 夕夏子[1] (1. 総合病院厚生中央病院消化器病センター内科)

[SP1-2] 大腸肛門病学会専門医の現状と課題　外科医の視点から

*絹笠 祐介[1] (1. 東京科学大学　消化管外科学分野)

[SP1-3] 肛門科医から見た日本大腸肛門病学会の未来予想図

*髙野 正太[1] (1. 大腸肛門病センター高野病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 内科

2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

特別企画１　日本大腸肛門病学会の未来像

司会：板橋 道朗（埼玉県済生会　加須病院）、齋藤 豊（国立がん研究センター中央病院　内視鏡センター）

[SP1-1] 2060年までにやっておきたいこと ―大腸肛門病の未来予想図―

*根本 夕夏子[1] (1. 総合病院厚生中央病院消化器病センター内科)

35年後の2060年、私は90歳近くになっている。人工知能（AI）の進歩は目覚ましく、医療分野においてもその影響は計り知れない。

現在、日常診療で最も身近なAIは内視鏡診断支援システムである。病変の検出や鑑別診断をリアルタイムで支援し、診断精度の向上に寄与している。2060年にはさらに進化し、AIとロボット技術が完全に統合された「超早期診断・超低侵襲治療」が実現すると予想される。血液や便のバイオマーカー解析による非侵襲的スクリーニング、AI支援ロボット手術、再生医療やゲノム編集による難治性疾患の根治などにより、大腸肛門病診療は大きく変貌するだろう。人工肛門を回避できる症例も飛躍的に増加すると考えられる。

一方で、こうした技術革新は新たな課題も生み出す。現在、高度な内視鏡治療であるESDは熟練した技術を要するが、将来的には診断から治療までAIやロボットが担う可能性がある。また、高度医療技術の普及は医療費のさらなる増大を招き、超高齢社会と相まって国民皆保険制度の持続性に大きな影響を及ぼすことが懸念される。

そのような未来に向けて、今私たちが取り組むべきことは、日本の優れた医療技術を世界へ発信することである。ESDやiPS細胞研究が世界をリードしてきたように、大腸肛門病領域においても診断技術、治療技術、再生医療を国際的な医療資源として展開し、医療を日本の重要な成長産業へと発展させるべきである。

2060年に向けて私がやっておきたいことは、世界に通用する大腸肛門病専門医を育成し、日本の大腸肛門病学を世界へ輸出できる基盤を築くことである。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 内科
2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）
特別企画１　日本大腸肛門病学会の未来像
司会：板橋 道朗（埼玉県済生会　加須病院）、齋藤 豊（国立がん研究センター中央病院　内視鏡センター）

[SP1-2] 大腸肛門病学会専門医の現状と課題　外科医の視点から

*絹笠 祐介[1] (1. 東京科学大学　消化管外科学分野)

本学会の会員数の内訳は、Iが約10%、IIa約76%、IIｂ14%である。2025年9月現在で、大腸肛門病学会専門医数は2048名（2024年2183名）であり、会員数の約3割を占めている。その内訳は　I（内科・放射線科・病理科）が約9%、IIa（外科）約73%、IIｂ（肛門科）19%である。

現在、本学会専門医制度において、修練カリキュラムはそれぞれの領域別に異なっており、試験問題は共通問題と領域別の専門問題にて構成されている。IIa領域に関しては、肛門疾患50例の経験が高い障壁となっている外科医も少なくない。一方で、検査には注腸造影や超音波など、近年では減少しつつある必要経験数も多い。オンライン申請化も含め、時代にあったカリキュラムの変更を検討している。

一方で、今後の専門医標榜のためには、日本専門医機構の専門医制度に移行することも検討しなくてはならない。その場合は、領域ごとのカリキュラムや試験問題の共通化が求められる。本学会の専門医制度のように複数領域にまたがる専門医制度にはそぐわない方向で検討されていることや、認定料の二重取り、また親学会となる日本外科学会の連絡協議会においても、サブスペシャリティ領域の扱いが定まっていないなど、課題が山積みである。

専門医として、標榜とともに、どのようなインセンティブが得られるかも重要な課題である。最近では、消化器外科に対する地域医療体制確保加算、ロボット支援手術における加算など、集約化に向けたインセンティブ/加算が注目されている。診療報酬改定には、悪性腫瘍の長期予後のデータが求められるようになる一方で、外科領域の主軸となる、大腸癌の治療成績に結び付くデータベースはまだ存在しておらず、学会でもワーキンググループを立ち上げ、検討が開始されている。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 内科

2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

特別企画１　日本大腸肛門病学会の未来像

司会：板橋 道朗（埼玉県済生会　加須病院）、齋藤 豊（国立がん研究センター中央病院　内視鏡センター）

[SP1-3] 肛門科医から見た日本大腸肛門病学会の未来予想図

*髙野 正太[1] (1. 大腸肛門病センター高野病院)

内科・外科の垣根を越えた独自の歴史を持つ本学会について、Ⅱｂである肛門科医（大腸肛門機能障害を含む）の視点から歴史と未来像を探る。
1940年代に肛門科医を中心に「直腸肛門研究会」が発足し、その後肛門疾患だけにとどまらず、大腸がんなどの下部消化管外科、そして炎症性腸疾患を中心とした消化器内科領域が融合し、内科と外科の垣根を超えた学際的領域として「日本大腸肛門病学会」として医療界にて地位を確立してきた。
その一方で独自の歴史をもつだけに、近代医学において専門制度を確立ことが困難である。日本専門医機構のサブスペシャリティ専門医は、原則として「1つの基本領域の上位資格として連動する形が基本とされてきており、認められる見込みが低かった経緯があり「臨床肛門病学会」が設立された。肛門科としての専門性がより高い臨床肛門病学会と、消化器内科や消化器外科との学術交流が可能な裾野が広い大腸肛門病学会の両輪を回しながら、より肛門科領域の学術および技術力向上を図る事が、我々肛門科医の使命となる。
さらに、高齢化社会のニーズに応え、肛門疾患にとどまらず、便失禁や骨盤底疾患（大腸肛門機能障害）を診療する人材の育成に努め、多機能型のスペシャリストとなることが求められる。そして、産婦人科、泌尿器科との連携を強固に進め、「骨盤底医学」の中心的リーダーとして多職種包括ケアのモデルを提示し、次世代の大腸肛門病専門医の社会的地位とキャリアパスを担保する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 内科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

特別企画２　外科・肛門科・内科、三位一体で取り組むクローン病肛門病変の診療ストラテジー

司会：渡辺 憲治（富山大学附属病院　炎症性腸疾患内科)、大宮 直木（藤田医科大学医学部先端光学診療学講座）

[SP2-1] クローン病肛門病変のマネージメントの現状と課題　～内科の立場から～

*久松 理一[1] (1. 杏林大学医学部消化器内科学)

[SP2-2] クローン病肛門病変のマネージメント。内科医への提言。～肛門科から～

*太田 章比古[1] (1. 医療法人愛知会　家田病院)

[SP2-3] クローン病症例の長期予後から見た肛門病変のマネージメントの重要性

*池内 浩基[1] (1. 兵庫医科大学炎症性腸疾患外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 内科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

特別企画２　外科・肛門科・内科、三位一体で取り組むクローン病肛門病変の診療ストラテジー

司会：渡辺 憲治（富山大学附属病院　炎症性腸疾患内科）、大宮 直木（藤田医科大学医学部先端光学診療学講座）

[SP2-1] クローン病肛門病変のマネージメントの現状と課題　～内科の立場から～

*久松 理一[1] (1. 杏林大学医学部消化器内科学)

クローン病は20代に発症のピークを有する慢性炎症性消化管疾患であり、腸管合併症を来しやすく手術率も高い。さらに裂肛や複雑痔瘻などの肛門病変はしばしば難治性で、疼痛、排膿、不潔感、社会活動や就労の制限を通じて患者QOLを著しく低下させる。日本人クローン病患者では診断時に48.9%が何らかの肛門病変を有する。診断には自覚症状、肛門部診察、内視鏡、MRI/CTなどが用いられる。近年は従来のParks分類に代わり、疾患活動性、症状、MRI所見、患者の治療目標を統合した患者中心の分類システム（TOpClass criteria）が提唱されている。また、肛門病変のQOLへの影響が重視され、専用評価尺度CAF-QoLも開発された。難治性炎症性腸管障害に関する調査研究班でも治療の標準化を目指したフローチャート作成が進められている。

内科的治療としては抗菌薬に加え、クローン病に対する免疫制御治療が行われるが、しばしば外科的排膿処置を要する。Advanced Therapyの有効性が期待されているものの、高いエビデンスレベルを有するのはACCENT II試験で有効性が示されたIFXのみであり、他薬剤のエビデンスは主としてサブ解析やリアルワールドデータに基づく。現在、痔瘻閉鎖を主要評価項目としたguselkumabの第III相試験（FUSION試験）が進行中である。

肛門病変診療の課題は、有効な治療法の限界に加え、活動性評価と治療目標設定の困難さにある。排膿消失やシートン抜去時期の判断には主観性が残る。TOpClass criteriaではMRIによるRadiological Healingが提唱されているが、線維化評価などには課題がある。IBD診療ではTreat to Target（T2T）が広く受け入れられている一方、肛門病変における明確なT2T戦略は未確立である。今後はCAF-QoLやMRI healingを含めた患者中心の評価体系を構築し、肛門病変におけるT2Tを確立することが重要である。肛門病変は単なる局所合併症ではなく患者QOLを規定する重要な疾患表現型であり、そのマネージメントには内科・外科・放射線診断科による集学的アプローチが不可欠である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 内科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

特別企画２　外科・肛門科・内科、三位一体で取り組むクローン病肛門病変の診療ストラテジー

司会：渡辺 憲治（富山大学附属病院　炎症性腸疾患内科）、大宮 直木（藤田医科大学医学部先端光学診療学講座）

[SP2-2] クローン病肛門病変のマネージメント。内科医への提言。～肛門科から～

*太田 章比古[1] (1. 医療法人愛知会　家田病院)

本邦ではクローン病患者の約60から90%に肛門病変を合併する。欧米の報告では30から40%で人種間の差が考えられる。クローン病の肛門病変は特徴的な所見を呈すことが多く、肛門病変からクローン病を疑い診断に至る症例も多い。肛門科医はクローン肛門の特徴を熟知し、疑わしければ早期に内科医にコンサルトし腸管の精査を行ないたい。また、近年肛門部病変の癌化例が増加し、予後の悪さから早期発見のためのサーベイランスが検討されている。定期的なMRIなどの画像診断、腰麻下の直接生検などが提唱されるも、いまだ有効な方法がない。癌特有の肛門症状は乏しいも、癌診断時に粘液、疼痛、違和感の増加など症状の変化を伴うことが多く留意する必要がある。当院では、全クローン病患者913例中15例（1.6%）に肛門部癌を認めた。5年生存は2例と極めて予後が悪い。癌化は長期に炎症の持続した活動性の高い肛門病変、狭窄例に多く発症する。したがって狭窄を来すような進行した肛門病変を作らないことが重要で、活動性の高い肛門病変を合併したクローン病症例では、早期に生物学的製剤の投与が推奨される。肛門部発症の癌は、解剖学的にも大静脈系への血行性転移を来しやすく、一年毎の腰麻下生検で粘液癌が見つかるも、既に骨転移を来たした症例も経験するなど、発見時に進行した症例も多い。

予後の改善には早期診断が重要である。日頃診察している内科主治医がいかに早く肛門病変の変化に気づくかが患者の予後を左右する。そのためには、主治医が何らかの形で通常診療に肛門診察を取り入れることが肝要である。

クローン病患者の診療にあたる内科医は基本的な肛門診療の習得、実践が必須である。肛門診察には、問診、視診・触診、肛門鏡検査、肛門指診などがあるが、順に侵襲が大きくなる。逆に問診、肛門視診・触診は患者にほとんど侵襲を加えない検査で、視診、触診は患者を寝かせておしりを広げるだけで可能であるり、肛門症状の変化を早期に気づくきっかけになり得る。

クローン病診療にあたる内科医にには通常の診察時に、肛門癌のリスクを十分患者に説明し、時々は肛門症状の詳しい問診に加え、肛門の視診、触診を取り入れてほしい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 内科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第2会場（2F コンベンションホール2）
特別企画２　外科・肛門科・内科、三位一体で取り組むクローン病肛門病変の診療ストラテジー
司会：渡辺 憲治（富山大学附属病院　炎症性腸疾患内科）、大宮 直木（藤田医科大学医学部先端光学診療学講座）

[SP2-3] クローン病症例の長期予後から見た肛門病変のマネージメントの重要性

*池内 浩基[1] (1. 兵庫医科大学炎症性腸疾患外科)

クローン病(CD)の長期経過例の問題点としては、短腸症候群、発癌、人工肛門造設に集約できる。いずれも肛門病変が関与している。そこで自験例を対象に、腸管病変の再手術率と肛門病変の関連性、人工肛門造設後の経過およびCDの発癌症例について検討するとともに、肛門病変のマネージメントの重要性について考察した。
1. CDの初回手術時に肛門病変を有している症例は腸管病変の再手術率が有意に高い。
（対象）1974年9月から2014年7月までに当科で腸管病変に対して手術を行った1143例。延べ手術回数は2001回。（結果）1)対象症例の累積5年再手術率は22.2%。2)再手術のリスク因子は多変量解析の結果、初回手術時の肛門病変の有無のみであった。3)死亡原因は癌死が多数を占めた。
2. CDの肛門病変悪化によりストーマ造設を行った症例の人工肛門閉鎖率は13%と極めて低い。
（対象）1974年9月から2017年12月までに手術を行った1440例のうちストーマ造設の既往があった422例。（結果）1)永久人工肛門回避率は発症後累積20年で82.7%。初回手術が2004年以前と2005年以降の症例で検討すると前者は79.3%、後者は86.5%と後者で有意にストーマ造設率は低かった。2)人工肛門造設の要因は多岐にわたるが、肛門病変の増悪によりストーマを造設した症例で、閉鎖後増悪を認めず、経過観察ができている症例は13%と少数であった。
3. CDに合併する発がん症例の検討
（対象）CDに合併した発癌症例85症例、86病（結果）1)直腸肛門病変に63/86(73%)発生していた。2)累積5年生存率は54.2%であった。
（結語）1.初回手術時にすでに肛門病変を合併している症例の再手術率は有意に高いため、術後は内科的治療を強化する必要がある。2.2005年以降に手術を行った症例の方が、永久人工肛門回避率が有意に高いため、これは内科的治療の進歩によるものと思われた。3.発癌症例の生存率はやや改善はされているもの不良であり、内科・外科が協力して、対象症例のサーベイランスを強化する必要がある

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 肛門科

2026年11月20日(金) 14:30 ~ 15:30 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

特別企画３　肛門疾患ガイドライン第三版に向けた緊急討論会

司会：下島 裕寛（松島病院大腸肛門病センター）、寺田 俊明（医療法人社団俊和会　寺田病院）

[SP3-1] 生成AI時代の直腸肛門領域診療ガイドラインの役割

*佐原 力三郎[1] (1. 牧田総合病院)

[SP3-2] 肛門疾患診療ガイドラインの変遷―2014年版と2020年版の比較―

*松尾 恵五[1]、岡田 滋[1] (1. 東葛辻仲病院)

[SP3-3] 肛門疾患ガイドライン作成における問題点と課題

*下島 裕寛[1] (1. 松島病院大腸肛門病センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 肛門科

2026年11月20日(金) 14:30 ~ 15:30 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

特別企画３　肛門疾患ガイドライン第三版に向けた緊急討論会

司会：下島 裕寛（松島病院大腸肛門病センター）、寺田 俊明（医療法人社団俊和会　寺田病院）

[SP3-1] 生成AI時代の直腸肛門領域診療ガイドラインの役割

*佐原 力三郎[1] (1. 牧田総合病院)

現在、我々を取り巻く情報社会は急激に進歩してきており、提供される情報は格段に速く、深く、広く、詳細になってきている。その情報を視覚・聴覚を中心に提供するデバイスはテレビ・ラジオ・紙媒体の時代からインターネットを利用したスマホやPCが主体となってきており、利用者は年齢を問わずほぼ全員が日用品・携帯品として所有し一日何時間も活用している時代である。

特に2020年頃に本格的に始まった生成AI(Artificial Intelligence)は、またたく間に市民の中に浸透してきている。大変手軽であり、スマホに向かって話しかけるだけで即座に回答が得られるのである。インターネット上に乗ってさえいれば世界中の情報から選択して質問者の要望する詳細さも考慮して回答してくれる大変便利な情報取得方法となってきている。

したがって、専門性の高い直腸肛門領域にあっても診療上AIに頼った情報取得を試みる臨床の現場はおそらく増加していくものと思われる。しかし生成AIは巨大な情報源から探して列挙する作業は得意かもしれないが、生命や健康を左右する診療の場において根拠も明示されて相応しい回答かどうかはまだ疑問である。また、回答は各種あってどの回答が正解かを迷うことも多いのが現状である。直腸肛門疾患に限らず、検査の適応、治療法の選択、患者への説明や治療結果には治療担当者が責任を負うことはこれからも変わらないが、ガイドライン作成委員会の作成する診療の適切な根拠提示がその大きな役割であり、生成AIにはその役割は果たせないと思われる。

2014年初版及び2020年改訂第２版の大腸肛門病学会編集の診療ガイドラインは書物としての情報源であり、改訂第３版も書物としての完成を目指しているものと思われる。しかし新たな試みとして、生成AIと何らかの活用可能な「手続き」により意図的連携を推進し、ガイドラインの閲覧・利用頻度がさらに増し治療担当者の負担を軽減し、国民の健康増進に寄与できればガイドライン作成委員会の面目躍如となるであろう。生成AIとの連携を模索するのもガイドライン改訂３版作成委員会への要望としたい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 肛門科

2026年11月20日(金) 14:30 ~ 15:30 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

特別企画３　肛門疾患ガイドライン第三版に向けた緊急討論会

司会：下島 裕寛（松島病院大腸肛門病センター）、寺田 俊明（医療法人社団俊和会　寺田病院）

[SP3-2] 肛門疾患診療ガイドラインの変遷―2014年版と2020年版の比較―

*松尾 恵五[1]、岡田 滋[1] (1. 東葛辻仲病院)

日本大腸肛門病学会による肛門疾患診療ガイドライン2014年版は、痔核・痔瘻・裂肛を対象とする本邦初の包括的な診療ガイドラインとして刊行された。対象は肛門科専門医のみならず、一般外科医、内科医を含む一般医師とされ、各疾患の概念、病態、病理、診断、治療、予後を幅広く扱った点に特徴がある。構成はClinical Question（CQ）を中心とし、病因、疫学、臨床所見、診断、保存的治療、外科的治療などを各疾患ごとに網羅的に整理した。一方、肛門疾患領域では高いエビデンスレベルの臨床研究が限られるため、Minds診療ガイドライン作成の手引き2007を参考にしつつ、本邦の実臨床に即したエキスパートコンセンサスを重視した内容であった。例えば痔核領域では、CQ-5（検査方法）・CQ-6（臨床分類）として、詳細な問診と肛門診察（視診・触診・指診・肛門鏡診）の重要性、および脱出度によるGoligher分類の臨床的有用性が示された。演者はこれらのCQ解説を踏まえ、同時期に商業誌でも肛門診察手技や痔核分類について解説する機会を得た。2020年版では、Minds診療ガイドライン作成の手引き2014および作成マニュアル2017の考え方を取り入れ、2014年版でCQとして扱われていたこれらの内容は各疾患の総論として整理され、CQは診断・検査および治療選択に関わる臨床的重要課題に絞り込まれた。また、推奨文、推奨度、エビデンスの強さ、作成委員の合意率が明示され、推奨作成過程の透明性が高められた。さらに2020年版では、社会の高齢化を背景に診療機会が増加している直腸脱が新たに対象疾患として加えられ、直腸肛門外科領域をより広く包含するガイドラインとなった。演者は第1版、第2版の作成委員として主に痔核領域を担当した。本発表では、両版の作成過程、構成、方法論、対象疾患および各疾患の記載内容の変化を比較し、肛門疾患診療ガイドラインの変遷について概説する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 肛門科

2026年11月20日(金) 14:30 ~ 15:30 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

特別企画３　肛門疾患ガイドライン第三版に向けた緊急討論会

司会：下島 裕寛（松島病院大腸肛門病センター）、寺田 俊明（医療法人社団俊和会　寺田病院）

[SP3-3] 肛門疾患ガイドライン作成における問題点と課題

*下島 裕寛[1] (1. 松島病院大腸肛門病センター)

現在、日本大腸肛門病学会ガイドライン委員会では2020年版、肛門疾患（痔核・痔瘻・裂肛）・直腸脱診療ガイドラインの改定第3版の作成に向け、作成委員の先生方に、日々の業務でお忙しい中、時間を割いていただき努力いただいております。今回も含め、これまで3回、ガイドライン作成に携わらせていただいた中で、ガイドライン作成の困難点や問題点など、自分なりに考える事が多々あり、今回、貴重な討論の機会を頂けましたので、今後のガイドライン作成のポイントなどご教授いただきたいと思います。
ガイドライン作成における問題点：
① エビデンスの不足：
ガイドライン作成において、作成委員の先生方には膨大な量の論文検索をしていただき、各CQに沿った回答を作っていただきますが、この時、重要となるのが重要視されるのはエビデンスの有無になります。海外文献ではメガデータもありエビデンスレベルの高いものとなりますが、日本の文献では十分なエビデンスレベルとならないものが多く、今後に向け、大きな問題と思われます。
② 術式の多様性：
日本における肛門疾患治療は優れているものと自負しておりますが、単に肛門疾患手術と言っても、各施設で様々なバリエーションがあり、同一手術としてガイドラインで討議することがかなり難しく、それゆえにエビデンスとしての価値が得られないことも問題と考えます。
③ 用語の不一致：
用語に関しても、海外のガイドラインでは用いられなくなった用語の使用や、日本独自の分類など、実際に海外誌に投稿する場合も変更をしなければならない場合も多く、海外に向けたガイドラインの開示を目指していくためには検討が必要な項目と考えます。
上記以外にも様々な問題点があり、時間の許す限り討論できれば幸いです。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会