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

2026年11月21日(土)

特別企画 | 内科・外科

8:30 ~ 9:30 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

特別企画４　大腸癌におけるAIの臨床応用はどこまですすむか？診断から治療まで（臓器横断、内科・外科クロストーク）

司会：山口 茂樹（東京女子医科大学消化管外科）

[SP4-1] 大腸癌手術における重要構造物認識支援の未来 ―神経認識AIと尿管口認識AIによるナビゲーション手術の新たな展開―

*近藤 彰宏[1]、馮 東萍[1]、竹谷 洋[1]、柳 舜仁[2]、今泉 佑太[2]、中嶋 俊介[2]、川元 良祐[2]、山本 健人[3]、鎌田 哲平[4]、衛藤 謙[4]、土肥 洋一郎[5]、水野 桂[6]、越智 良文[7]、佐久間 貴文[8]、遠山 健悟[9]、坂本 泰一[9]、大野 将[10]、隈元 謙介[11]、岡野 圭一[1] (1. 香川大学医学部 消化器外科学、2. 川口市立医療センター消化器外科、3. 京都大学消化管外科、4. 東京慈恵会医科大学外科学講座、5. 香川大学医学部泌尿器・副腎・腎移植外科、6. 京都大学泌尿器科、7. 倉敷成人病センター産科婦人科、8. 倉敷成人病センター泌尿器科、9. 株式会社ロッケン、10. 川口市立医療センター泌尿器科、11. 香川大学医学部ゲノム医科学・遺伝医学)

[SP4-2] 大腸癌AIの次なるステージ：治療意思決定への展開

*一政 克朗[1] (1. 昭和医科大学横浜市北部病院消化器センター)

[SP4-3] 大腸内視鏡領域におけるAI応用の展望（データ運用も含めて）

*田中 聖人[1] (1. 京都第二赤十字病院　消化器内科)

特別企画 | 外科

10:10 ~ 11:25 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

特別企画５　地域における大腸癌外科診療の持続可能性を考える

司会：佐村 博範（浦添総合病院）

[SP5-1] 地域における大腸癌外科診療の持続可能性を考える（山形県における現状と課題）

*須藤 剛[1]、平田 祥太郎[1]、望月 秀太郎[1]、佐藤 圭佑[1]、深瀬 正彦[1] (1. 山形県立中央病院外科)

[SP5-2] 沖縄県における大腸癌外科診療の現状と課題

*川上 雅代[1]、仕垣 幸太郎[1]、澤岨 安勝[1]、高江洲 亨[1]、萩池 昌信[1]、稲嶺 進[1] (1. おもと会大浜第一病院下部消化管外科)

[SP5-3] 地域における大腸癌外科診療の持続可能性 ― 北海道遠紋地区の現状から ―

*浅井 慶子[1]、瀧澤 朋紀[1]、安達 雄輝[1]、唐崎 秀則[1]、稲葉 聡[1]、横尾 英樹[2] (1. JA北海道厚生連遠軽厚生病院　外科、2. 旭川医科大学　外科学講座 消化器・移植外科学分野)

[SP5-4] 大腸外科の現況と課題　医師偏在と自治体の対策

*岩本 一亜[1]、板橋 道朗[1]、木戸 知紀[1]、武藤 靖英[1]、原 仁司[1] (1. 埼玉県済生会加須病院　外科)

特別企画 | 全診療科

13:40 ~ 14:40 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

特別企画６　大腸肛門領域における再生医療

司会：岡本 隆一（東京科学大学大学院 医歯学総合研究科 消化器病態学分野）、金高 賢悟（長崎大学病院　再生医療・外科診療センター / 胃・食道外科）

[SP6-1] オルガノイド移植による大腸を基盤とした機能的腸管再生

*杉本 真也[1]、遠藤 龍眞[2,3]、加藤 宏周[2,4]、城崎 浩司[2,5]、和田 基[3]、金井 隆典[1]、佐藤 俊朗[2] (1. 慶應義塾大学医学部 内科学（消化器）、2. 慶應義塾大学医学部医化学、3. 東北大学大学院医学系研究科外科病態学講座小児外科学分野、4. 慶應義塾大学医学部外科学（一般・消化器）、5. 慶應義塾大学医学部外科学（小児）)

[SP6-2] 炎症性腸疾患に対する再生医療の開発

*岡本 隆一[1] (1. 東京科学大学大学院 医歯学総合研究科 消化器病態学分野)

[SP6-3] 肛門領域に対する幹細胞移植

*古川 聡美[1]、山名 哲郎[1]、丹野 侑杜[1]、新谷 裕美子[1]、井上 英美[1]、大城 泰平[1]、西尾 梨沙[1]、岡本 欣也[1] (1. JCHO東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

©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

特別企画 | 内科・外科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

特別企画４　大腸癌におけるAIの臨床応用はどこまですすむか？診断から治療まで（臓器横断、内科・外科クロストーク）

司会：山口 茂樹（東京女子医科大学消化管外科）

[SP4-1] 大腸癌手術における重要構造物認識支援の未来 ―神経認識AIと尿管口認識AIによるナビゲーション手術の新たな展開―

*近藤 彰宏[1]、馮 東萍[1]、竹谷 洋[1]、柳 舜仁[2]、今泉 佑太[2]、中嶋 俊介[2]、川元 良祐[2]、山本 健人[3]、鎌田 哲平[4]、衛藤 謙[4]、土肥 洋一郎[5]、水野 桂[6]、越智 良文[7]、佐久間 貴文[8]、遠山 健悟[9]、坂本 泰一[9]、大野 将[10]、隈元 謙介[11]、岡野 圭一[1] (1. 香川大学医学部 消化器外科学、2. 川口市立医療センター消化器外科、3. 京都大学消化管外科、4. 東京慈恵会医科大学外科学講座、5. 香川大学医学部泌尿器・副腎・腎移植外科、6. 京都大学泌尿器科、7. 倉敷成人病センター産科婦人科、8. 倉敷成人病センター泌尿器科、9. 株式会社ロッケン、10. 川口市立医療センター泌尿器科、11. 香川大学医学部ゲノム医科学・遺伝医学)

[SP4-2] 大腸癌AIの次なるステージ：治療意思決定への展開

*一政 克朗[1] (1. 昭和医科大学横浜市北部病院消化器センター)

[SP4-3] 大腸内視鏡領域におけるAI応用の展望（データ運用も含めて）

*田中 聖人[1] (1. 京都第二赤十字病院　消化器内科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 内科・外科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

特別企画４　大腸癌におけるAIの臨床応用はどこまですすむか？診断から治療まで（臓器横断、内科・外科クロストーク）

司会：山口 茂樹（東京女子医科大学消化管外科）

[SP4-1] 大腸癌手術における重要構造物認識支援の未来 ―神経認識AIと尿管口認識AIによるナビゲーション手術の新たな展開―

*近藤 彰宏[1]、馮 東萍[1]、竹谷 洋[1]、柳 舜仁[2]、今泉 佑太[2]、中嶋 俊介[2]、川元 良祐[2]、山本 健人[3]、鎌田 哲平[4]、衛藤 謙[4]、土肥 洋一郎[5]、水野 桂[6]、越智 良文[7]、佐久間 貴文[8]、遠山 健悟[9]、坂本 泰一[9]、大野 将[10]、隈元 謙介[11]、岡野 圭一[1] (1. 香川大学医学部 消化器外科学、2. 川口市立医療センター消化器外科、3. 京都大学消化管外科、4. 東京慈恵会医科大学外科学講座、5. 香川大学医学部泌尿器・副腎・腎移植外科、6. 京都大学泌尿器科、7. 倉敷成人病センター産科婦人科、8. 倉敷成人病センター泌尿器科、9. 株式会社ロッケン、10. 川口市立医療センター泌尿器科、11. 香川大学医学部ゲノム医科学・遺伝医学)

【背景】大腸癌手術では、自律神経および尿管の認識が術後機能温存と手術安全性の観点から極めて重要である。しかし、これら重要構造物の認識は依然として術者経験に依存する側面が大きい。近年、AIナビゲーション(AIN)や蛍光ナビゲーションにより術中に解剖学的構造物の認識を支援する新たな手術支援が臨床応用されつつある。神経認識支援については、手術視覚支援AIであるEUREKAαが薬事承認を受け、実臨床での活用が開始された。一方、尿管認識支援としては蛍光尿管ナビゲーション(FUN)が高難度大腸癌手術において臨床応用されているが、その実施には膀胱鏡下での尿管口同定および蛍光尿管カテーテルの尿管内留置が必要であり、専門的な膀胱鏡手技と診療科間連携が普及の障壁となっている。FUNの普及を支援するため、我々は膀胱鏡AINシステムを開発している。本発表では神経認識支援AIの臨床使用経験と開発中の膀胱鏡AINの中核である尿管口同定AIの初期性能を提示し、大腸癌手術における重要構造物認識支援の未来について考察する。
【方法】2026年2月から5月までに手術視覚支援AIを用いて神経認識補助下に低侵襲手術を施行したS状結腸・直腸癌15症例を検討した。また尿管口アノテーションを付与した膀胱鏡動画79本を分割し、独立test set10本で認識性能を測定した。
【結果】神経認識支援AIは腹腔鏡手術では通常の術野モニターに隣接して表示し、ロボット支援手術ではTilePro機能を用いてコンソール内に適宜表示した。骨盤内手術で重要となる自律神経をリアルタイムに強調表示しながら手術を遂行可能であり、有害事象は認めなかった。膀胱鏡AIによる尿管口認識精度はF1-score 0.71±0.19、Accuracy 0.81±0.11、Precision 0.82±0.14であった。
【考察】神経認識支援AIは実臨床において安全に利用可能であり、膀胱鏡AIはFUN実施に必要な尿管口認識支援技術として一定の初期性能を示した。これらの技術の融合は大腸癌低侵襲手術における重要構造物認識支援の発展および安全性向上に寄与する可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 内科・外科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

特別企画４　大腸癌におけるAIの臨床応用はどこまですすむか？診断から治療まで（臓器横断、内科・外科クロストーク）

司会：山口 茂樹（東京女子医科大学消化管外科）

[SP4-2] 大腸癌AIの次なるステージ：治療意思決定への展開

*一政 克朗[1] (1. 昭和医科大学横浜市北部病院消化器センター)

近年、大腸内視鏡領域における人工知能(AI)の進歩は著しく、computer-aided detection（CADe）やcomputer-aided diagnosis（CADx）はすでに実臨床へ導入され、腺腫検出率の向上や病変の質的診断の標準化に寄与している。これにより、大腸癌診療におけるAI活用は、病変の発見・診断支援にとどまらず、治療意思決定支援へとその役割を拡大しつつある。
早期大腸癌、特にT1癌に対する治療選択、すなわち内視鏡治療後の経過観察と追加外科切除の適応判断は、依然として重要かつ困難な臨床課題である。現行ガイドラインは一定の判断基準を提供しているものの、リンパ節転移リスクや患者背景の多様性を十分に反映した個別化医療には限界がある。
この課題に対し、近年では内視鏡所見、臨床情報、病理学的因子を統合したAIモデルやノモグラムが開発され、リンパ節転移や再発リスク予測において、より高精度なリスク層別化が可能となり、有望な成果が報告されている。しかし、その性能は入力データの質に大きく依存する。特に病理診断における脈管侵襲、低分化成分や浸潤距離の判定には観察者間差が存在し、これがAIモデルの再現性や外的妥当性を制限しうる可能性がある。
こうした課題に対する解決策として、近年、whole-slide image（WSI）を用いた病理AI解析が注目されている。病理AIは従来の病理評価のみでは捉えにくい画像特徴を抽出し、リンパ節転移リスク評価や予後予測の精度向上に寄与する可能性がある。さらに超高齢社会においては、腫瘍学的リスクのみならず、併存疾患、フレイル、余命、QOLを含めた総合的判断が求められる。大腸癌AIの次なるステージは、単なる診断支援にとどまらず、患者ごとの最適治療を導く治療意思決定支援へと展開していくと考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 内科・外科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

特別企画４　大腸癌におけるAIの臨床応用はどこまですすむか？診断から治療まで（臓器横断、内科・外科クロストーク）

司会：山口 茂樹（東京女子医科大学消化管外科）

[SP4-3] 大腸内視鏡領域におけるAI応用の展望（データ運用も含めて）

*田中 聖人[1] (1. 京都第二赤十字病院　消化器内科)

大腸内視鏡診療領域ではAI応用が比較的進んでおり、我が国のみならず諸外国でも広がりを見せている。また当分野では内視鏡機器本体との直結、連携が必須な分野であり、商用化がかなり進んできている。AIの進化過程として、病変発見を主眼としたいわゆるCADe（Computer-Aided Detection：コンピュータ検出支援）のみならず、鑑別診断、質的診断が可能なCADx（Computer-Aided Diagnosis：コンピュータ診断支援）も進化を遂げている。このような画像診断に関わる内視鏡画像AIから今後は次の展開が望まれるところである。腫瘍分野においては、治療手技への応用が行われており、ESD（Endoscopicl submucosal dissection）などへのシミュレーターの開発も行われている。一方腫瘍分野以外では、手法として異なる手法が求められる。腫瘍病変はLocalizeされているものであり、単一の対象に対する診断支援となるが、IBDなどの全結腸領域にまたがる辺を示すものに関しては、結腸部位ごとの評価を行い、それを統合的に示すような支援が必須であり、異なる部位での結果を統合して示すものも開発が進んでいる。こうした統合的な取り組みは、画像以外のデータとの統合による予後予測、困難度予測などにも応用でき、Cmputer Aided Prediction（CAP）という領域であり、今後に期待できる分野と言える。大腸領域ではまだ未発達の分野であるが、他領域において、検討は行っておりこの方策の広がりに期待したいところである。また画像領域以外でのAI運用も非常に重要であり、病理結果や経時的な変化を追跡するためにも内視鏡診療から得られた画像以外のデータの統合や、突合、自然言語解析などにも応用可能と思われる。今後は予後予測や、術者への手技に伴う合併症に対する注意喚起などが行いうるような画像以外の部分も併せた統合的発展が期待できる。未だ発展途上であり、さまざまな障壁に関しても触れたい

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 外科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:25 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

特別企画５　地域における大腸癌外科診療の持続可能性を考える

司会：佐村 博範（浦添総合病院）

[SP5-1] 地域における大腸癌外科診療の持続可能性を考える（山形県における現状と課題）

*須藤 剛[1]、平田 祥太郎[1]、望月 秀太郎[1]、佐藤 圭佑[1]、深瀬 正彦[1] (1. 山形県立中央病院外科)

[SP5-2] 沖縄県における大腸癌外科診療の現状と課題

*川上 雅代[1]、仕垣 幸太郎[1]、澤岨 安勝[1]、高江洲 亨[1]、萩池 昌信[1]、稲嶺 進[1] (1. おもと会大浜第一病院下部消化管外科)

[SP5-3] 地域における大腸癌外科診療の持続可能性 ― 北海道遠紋地区の現状から ―

*浅井 慶子[1]、瀧澤 朋紀[1]、安達 雄輝[1]、唐崎 秀則[1]、稲葉 聡[1]、横尾 英樹[2] (1. JA北海道厚生連遠軽厚生病院　外科、2. 旭川医科大学　外科学講座 消化器・移植外科学分野)

[SP5-4] 大腸外科の現況と課題　医師偏在と自治体の対策

*岩本 一亜[1]、板橋 道朗[1]、木戸 知紀[1]、武藤 靖英[1]、原 仁司[1] (1. 埼玉県済生会加須病院　外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 外科
2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:25 | 第2会場（2F コンベンションホール2）
特別企画５　地域における大腸癌外科診療の持続可能性を考える
司会：佐村 博範（浦添総合病院）

[SP5-1] 地域における大腸癌外科診療の持続可能性を考える（山形県における現状と課題）

*須藤 剛[1]、平田 祥太郎[1]、望月 秀太郎[1]、佐藤 圭佑[1]、深瀬 正彦[1] (1. 山形県立中央病院外科)

東北地方、とりわけ山形県では人口減少と高齢化が全国平均を上回る速度で進行しており、医師の地域偏在や外科医不足と相まって、地域医療の持続可能性が大きな課題となっている。大腸癌は依然として罹患数の多い主要ながんであり、標準治療の均てん化に加え、局所進行癌や遠隔転移症例に対する高度専門医療を地域で継続的に提供できる体制の構築が求められる。
大腸癌手術は標準化が進んでいる一方、局所進行直腸癌や局所再発癌に対する拡大手術、多臓器合併切除、切除可能遠隔転移に対する集学的治療には高度な専門性が必要である。演者は2007年に国立がん研究センター中央病院で局所進行直腸癌手術を研修し、その後山形県において骨盤内臓全摘術をはじめとする高度骨盤手術を導入してきた。根治性のみならず排尿・性機能温存を重視した治療を実践するとともに、化学療法を含めた大腸癌診療を一貫して担当している。
地方では診療科の細分化が難しく、外科医が手術、薬物療法、長期フォローアップまで担うことも少なくない。そのため外科医には包括的ながん診療能力が求められる。当院ではJCOGをはじめとする多施設共同臨床試験や治験に積極的に参加し、国内外への学会での積極的な発表をすることで、地域にいながら最新治療へアクセスできる体制整備を進めている。また、院内、県内施設との連携やWebカンファレンス、多職種カンファレンスを通じて知識・経験を共有し、若手外科医の育成にも取り組んでいる。
東北地方における大腸癌外科診療の持続可能性を確保するためには、症例集約化のみならず、地域基幹病院における専門性の維持、人材育成、臨床研究への参画、施設間連携を組み合わせた体制構築が重要である。本発表では山形県における現状を紹介し、限られた医療資源の中で大腸癌外科の専門性をいかに維持し次世代へ継承していくかを考察する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 外科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:25 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

特別企画５　地域における大腸癌外科診療の持続可能性を考える

司会：佐村 博範（浦添総合病院）

[SP5-2] 沖縄県における大腸癌外科診療の現状と課題

*川上 雅代[1]、仕垣 幸太郎[1]、澤岻 安勝[1]、高江洲 亨[1]、萩池 昌信[1]、稲嶺 進[1] (1. おもと会大浜第一病院下部消化管外科)

【背景・目的】
大腸癌外科診療においては低侵襲手術や集学的治療の進歩により高度な専門性が求められる。本島と多数の離島からなり、県外移動も容易ではない沖縄県の現状を把握し、地域での診療を維持するために必要な体制について検討した。
【方法】
NDBオープンデータおよび病院指標を用い、二次医療圏別の大腸癌手術件数を抽出し、人口10万人あたりで比較した。専門医数、診療相談体制や患者アクセス支援も評価した。
【結果】
人口10万人あたりの腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術は北部34.4、中部32.2、南部36.8で、各医療圏に分散していた。一方、腹腔鏡下直腸切除術は北部で秘匿値（10件未満）、中部3.7、南部4.8で、南部への集中がみられ、離島圏はいずれも秘匿値であった。病院指標では南部・中部の各施設においても十分な大腸癌手術件数が明示されず、施設単位では症例数が限られる可能性が示唆された。県内の大腸肛門病学会指導施設は3施設、関連施設は2施設、人口10万人あたりの大腸肛門病専門医数は0.48人で全国39位であった。
【考察】
沖縄県の大腸癌外科診療は、専門施設・専門医が限られるなか、地域の一般外科医に支えられている構造と考えられる。2023年度から津梁ネットワークを活用した大腸がん相談室が運用され、治療方針に難渋する症例について専門的助言を得られる体制を整備している。しかし相談室では実際の手術は行えず、症例数や通信・保守体制から北部・離島への遠隔手術導入は現実的ではない。そのため高難度手術は集約化が必要であり、実現には行政による患者アクセス保障、沖縄県離島患者等通院費支援事業の拡充が望まれる。一方、手術の集約化は地域病院での手術経験を減少させ、外科医を志す若手医師が地域での勤務を選択せず、地域での医師不足が一層進行する可能性も懸念される。
【結語】
持続可能な地域外科診療基盤の構築には、相談ネットワークや患者アクセス保障を拡充したうえで高難度手術を集約化し、地域勤務を含めた医師のキャリア支援をあわせて整備することが不可欠であると考えた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 外科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:25 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

特別企画５　地域における大腸癌外科診療の持続可能性を考える

司会：佐村 博範（浦添総合病院）

[SP5-3] 地域における大腸癌外科診療の持続可能性 ― 北海道遠紋地区の現状から ―

*浅井 慶子[1]、瀧澤 朋紀[1]、安達 雄輝[1]、唐崎 秀則[1]、稲葉 聡[1]、横尾 英樹[2] (1. JA北海道厚生連遠軽厚生病院 外科、2. 旭川医科大学　外科学講座 消化器・移植外科学分野)

北海道オホーツク地域の遠紋地区では、人口減少と高齢化が進行している一方、漁業・農業など地域産業を支える住民生活が広域に存在しており、地域医療に求められる役割も変化している。当院は人口約6万人の遠紋医療圏を担う地域中核病院として、一般・救急外科から癌診療まで幅広い地域外科医療を担っている。

近年、地域内で救急対応や緊急手術を担う施設は限られており、地域中核病院には高齢患者や併存疾患を有する症例が集積しやすい状況にある。一方、待機癌手術では都市部医療機関を希望する患者もみられる。その一方で、緊急時や終末期には地域医療への依存も大きく、当院が担う役割は依然大きい。

当院では腹腔鏡手術や化学療法を中心に、可能な限り地域完結型の大腸癌診療を継続してきた。また、大腸癌診療のみならず、消化器癌および乳癌診療、良性一般外科、救急外科診療まで幅広く担っている。当院における大腸癌手術件数は一定数維持されている一方、高齢化や患者背景の変化に伴い、地域外科に求められる役割も変化している。

近年の大腸癌診療では、ロボット支援手術や集学的治療など治療選択肢の高度化が進んでいる。当院ではロボット支援手術や放射線治療を実施できる環境にはないが、地域連携を行いながら、腹腔鏡手術や化学療法を中心とした診療を継続している。一方、北海道の広域医療圏では移動距離や冬季搬送など都市部とは異なる課題も存在し、地域特性に応じた役割分担や診療体制の維持も重要である。

さらに、地域における大腸癌診療は、日常の一般外科診療や救急医療、若手外科医育成といった地域外科医療全体に支えられている。地域医療は必要時のみ存在するものではなく、日常的な診療基盤の上で維持されている。

本講演では、当院における大腸癌症例の推移や地域医療の実情を提示し、標準治療を地域でどう持続可能に届けるかという視点から、北海道の地域特性を踏まえた大腸癌外科診療のあり方について考察する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 外科
2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:25 | 第2会場（2F コンベンションホール2）
特別企画５　地域における大腸癌外科診療の持続可能性を考える
司会：佐村 博範（浦添総合病院）

[SP5-4] 大腸外科の現況と課題　医師偏在と自治体の対策

*岩本 一亜[1]、板橋 道朗[1]、木戸 知紀[1]、武藤 靖英[1]、原 仁司[1] (1. 埼玉県済生会加須病院　外科)

埼玉県は東京に近接する医療圏で,医療従事者が都市に集中し人口10万人あたりの医師数は少ないうえ県内でも地域差が問題となっている. R6年の県内外科医師数は1,069名（全国8位）でR6/H26の増加比率は6.4%(全国1位)だったが,人口10万人あたり 14.6名(全国47位)であった. 人口の増加の割に医師確保が進んでいない現状がある. 2010年より地域枠・奨学金制度を開始し,医師育成奨学金が延べ584名に貸与されている. 医学部在学中を除く284名中義務猶予者92名を除いた192名(専門医は27名,専攻医86名,臨床研修医79名)が勤務し外科は3名のみである. 本制度は県内の医師偏在対策も織り込んでいるが,特定地域（医師不足地域）での就労が義務化されている外科は医師の偏在、減少が問題となっている. さらに2018年より専門研修プログラムが始まり専攻医プログラムの整備が特定地域の医療機関は遅れている. R6年度は特定地域での外科募集が51名に対し,非特定地域は9名の募集にすぎない. 雇用環境の格差が広がっている大都市周辺の医療圏では大腸癌外科診療の現況と持続可能性については,外科医師不足に大きく影響される. 当院は埼玉県利根地域（さいたま市北東）に位置し県内で外科診療の逼迫している地域の一つである. 外科診療は５名の消化器外科,1名の乳腺外科,1名の呼吸器外科で消化器外科は管理職を除く4名で診療を行なっている. 年間症例は約600例で三次救急のサポート並びに救急患者の受け入れを並行して行なっている. 本学会評議員は管理職を含み３名だが,大腸手術は2名で行う現状で, 定時手術はロボット支援下で,緊急手術は開腹手術で対応している.　近隣の同規模病院も外科医の確保が困難で限られた診療を強いられている. 外科医の偏在は地方都市同様,大都市近郊の医療圏も深刻な状況である. 加えて地域や施設によって未習熟な外科医が大腸癌症例を担当する機会が多い傾向にあり,治療の質を維持していくことは課題の一つなっている. 地方や大都市近郊の医療に還元できる全国規模の組み作りが急務と考える. 自治体主導の対策を例に挙げ,当院で抱える大腸外科の現状・課題と対策を提示する.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 全診療科

2026年11月21日(土) 13:40 ~ 14:40 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

特別企画６　大腸肛門領域における再生医療

司会：岡本 隆一（東京科学大学大学院 医歯学総合研究科 消化器病態学分野)、金高 賢悟（長崎大学病院　再生医療・外科診療センター / 胃・食道外科）

[SP6-1] オルガノイド移植による大腸を基盤とした機能的腸管再生

*杉本 真也[1]、遠藤 龍眞[2,3]、加藤 宏周[2,4]、城崎 浩司[2,5]、和田 基[3]、金井 隆典[1]、佐藤 俊朗[2] (1. 慶應義塾大学医学部 内科学（消化器)、2. 慶應義塾大学医学部医化学、3. 東北大学大学院医学系研究科外科病態学講座小児外科学分野、4. 慶應義塾大学医学部外科学（一般・消化器)、5. 慶應義塾大学医学部外科学（小児))

[SP6-2] 炎症性腸疾患に対する再生医療の開発

*岡本 隆一[1] (1. 東京科学大学大学院 医歯学総合研究科 消化器病態学分野)

[SP6-3] 肛門領域に対する幹細胞移植

*古川 聡美[1]、山名 哲郎[1]、丹野 侑杜[1]、新谷 裕美子[1]、井上 英美[1]、大城 泰平[1]、西尾 梨沙[1]、岡本 欣也[1] (1. JCHO東京山手メディカルセンター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 | 全診療科

2026年11月21日(土) 13:40 ~ 14:40 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

特別企画６　大腸肛門領域における再生医療

司会：岡本 隆一（東京科学大学大学院 医歯学総合研究科 消化器病態学分野）、金高 賢悟（長崎大学病院　再生医療・外科診療センター / 胃・食道外科）

[SP6-1] オルガノイド移植による大腸を基盤とした機能的腸管再生

*杉本 真也[1]、遠藤 龍眞[2,3]、加藤 宏周[2,4]、城崎 浩司[2,5]、和田 基[3]、金井 隆典[1]、佐藤 俊朗[2] (1. 慶應義塾大学医学部 内科学（消化器）、2. 慶應義塾大学医学部医化学、3. 東北大学大学院医学系研究科外科病態学講座小児外科学分野、4. 慶應義塾大学医学部外科学（一般・消化器）、5. 慶應義塾大学医学部外科学（小児))

短腸症候群は広範な小腸切除により発症する難治性疾患であり、現在も有効な治療選択肢は限られている。再生医療の新たな戦略として腸管上皮オルガノイド移植が注目されているが、単なる組織再生にとどまらず、失われた小腸機能をいかに再建するかが重要な課題である。
われわれはこれまで、大腸上皮のみを置換する戦略により、大腸を再生医療における移植用骨格として生体内で活用することを目指し、腸管上皮オルガノイド移植による機能的腸管再生に取り組んできた。免疫不全マウス大腸の上皮を剥離し、ヒト腸管上皮オルガノイドへ置換する技術を応用して、ラット大腸上皮を除去した後に回腸オルガノイドを移植することで、大腸上皮を回腸上皮へ置換し、大腸には本来存在しない乳糜管を伴う絨毛構造を誘導した「小腸化大腸」を作製した。これは、残存大腸を機能的な小腸へ変換する新たな治療概念を提示するものである。これまでの課題であった移植効率の向上を目指し、上皮を支持する間質組織を温存しながら上皮のみを選択的に除去する移植手技を開発した。その結果、移植上皮の生着効率は大幅に向上した。さらに、再構築された上皮の生体内機能を解析した結果、回腸オルガノイド由来上皮は胆汁酸輸送をはじめとする回腸特異的機能を獲得し、短腸症候群モデルにおいて栄養吸収や予後の改善に寄与することを明らかにした。一方、大腸オルガノイド移植では同様の効果は得られず、再建後の機能は移植上皮の性質によって規定されることが示された。
本講演では、大腸を骨格として利用する腸管再生のコンセプトと、オルガノイド移植による上皮機能変換の可能性について、これまでの研究成果と今後の展望を交えて概説する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 全診療科

2026年11月21日(土) 13:40 ~ 14:40 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

特別企画６　大腸肛門領域における再生医療

司会：岡本 隆一（東京科学大学大学院 医歯学総合研究科 消化器病態学分野）、金高 賢悟（長崎大学病院　再生医療・外科診療センター / 胃・食道外科）

[SP6-2] 炎症性腸疾患に対する再生医療の開発

*岡本 隆一[1] (1. 東京科学大学大学院 医歯学総合研究科 消化器病態学分野)

炎症性腸疾患（inflammatory bowel disease：IBD）は、潰瘍性大腸炎とクローン病からなる原因不明の慢性腸管炎症性疾患群であり、わが国の患者数は両疾患で30万人を超え、なお増加を続けている。発症は思春期から若年成人期に集中し、長期にわたる治療を要するため、医療的・社会的負担は大きい。近年、5-ASA製剤等の基本治療に加え、TNF-αやインテグリン、IL-12/23等を標的とする生物学的製剤、JAK阻害薬やS1P受容体調節薬といった新規低分子化合物が相次いで導入され、IBD診療は大きく進歩した。これらは炎症制御と臨床的寛解の導入に高い有効性を示す一方、長期予後を規定する粘膜治癒の達成率は依然として限定的であり、難治例・重症例では広範な腸管切除を余儀なくされる場合も少なくない。失われた消化管機能や腸管上皮を回復させる根本的治療法は未だ確立されておらず、新たな治療戦略が強く求められている。このような課題に対し、われわれは腸上皮幹細胞を含むオルガノイドを用いた再生医療の開発を推進してきた。具体的には患者由来の腸上皮幹細胞を含むオルガノイドを体外で培養・増幅し、これを難治性潰瘍へ移植することで、生着と再上皮化を介した粘膜修復を促進する新たな再生医療の開発を試みている。さらに、多能性幹細胞から多層性で「腸」としての機能を有する消化管組織を誘導・再構築する技術の開発も進展しており、失われた大腸等の機能を補完する「グラフト」への応用を目指した開発を進めている。本講演では、炎症性腸疾患に対する再生医療の開発のねらい・役割を概観するとともに、当施設で進めているIBDに対する自家腸上皮オルガノイド移植等の最新の取り組みと、臨床実装に向けた展望および課題について概説する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 全診療科

2026年11月21日(土) 13:40 ~ 14:40 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

特別企画６　大腸肛門領域における再生医療

司会：岡本 隆一（東京科学大学大学院 医歯学総合研究科 消化器病態学分野）、金高 賢悟（長崎大学病院　再生医療・外科診療センター / 胃・食道外科）

[SP6-3] 肛門領域に対する幹細胞移植

*古川 聡美[1]、山名 哲郎[1]、丹野 侑杜[1]、新谷 裕美子[1]、井上 英美[1]、大城 泰平[1]、西尾 梨沙[1]、岡本 欣也[1] (1. JCHO東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター)

近年、幹細胞を利用した再生医療が続々と研究、開発され、臨床応用も増えてきたが、現在のところ肛門領域での再生医療等製品は、クローン病に伴う肛門周囲複雑瘻孔を適応とするダルバドストロセル（Darvadstrocel）のみといえる。脂肪由来間葉系幹細胞同種移植であり本邦では2021年に厚生労働省に認可された。当薬剤の本邦での製品化においては、先に欧州で行われたADMIRE CD試験をもとに、国内臨床第三相試験が2019年から行われた。その結果によると日本人における有効性はADMIRE CD試験と同等以上であることが示唆され、現在まで国内200症例以上に使用されている。この第三相試験は52週までの報告であるが、更に156週までの追跡調査を終え良好な成績を持って論文化を待っているところである。しかしADMIRE CD試験に症例数を倍増して行ったADMIRE CD II 試験ではプラセボ群との有意な有効性を示せず、この結果を受けて本年12月にダルバドストロセルの販売中止予定となった。筆者個人の成績では2025年6月までに10例に使用しているが、完全に瘻孔が閉鎖したと思われる症例が6例、閉鎖後再燃した症例が2例、閉鎖していないが術前より改善している症例が2例であり、国内臨床第三相試験と似たような傾向を示した。
ダルバドストロルは同種移植による製品であるが、韓国では2012年から自己由来の脂肪由来幹細胞を培養後に製品として使用するCupistemが認可されている。ダルバドストロルと同様、クローン病に伴う難治性痔瘻に対する治療である。また、製品としてではなく再生治療として移植を行っている施設もあるようである。Cupistemは既に長期成績として完全な瘻孔閉鎖率76.9%と報告されている。本邦でも再生治療としていくつかの施設で臨床応用が進められているが、大規模症例の成績の報告はまだみていない。
　欧米からの報告ではクローン病難治性痔瘻に対する幹細胞移植はおおむね良好な成績のようだが同種移植では高コスト、自家移植では施設基準などの制約があり、汎用化には解決すべき問題が多いように思われる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会