

第31回大腸肛門機能障害研究会

抄 録 集



熊本地震から10年 ブルーインパルス展示飛行
2026年4月11日大腸肛門病センター高野病院から撮影

日 時 令和8年(2026年)9月5日(土) 午前8時55分 開会

会 場 ビジョンセンター品川
東京都港区高輪4丁目10-8 京急第7ビル

代表世話人 味村 俊樹(自治医科大学消化器一般移植外科 教授)

当番世話人 高野 正太(大腸肛門病センター高野病院 理事長)

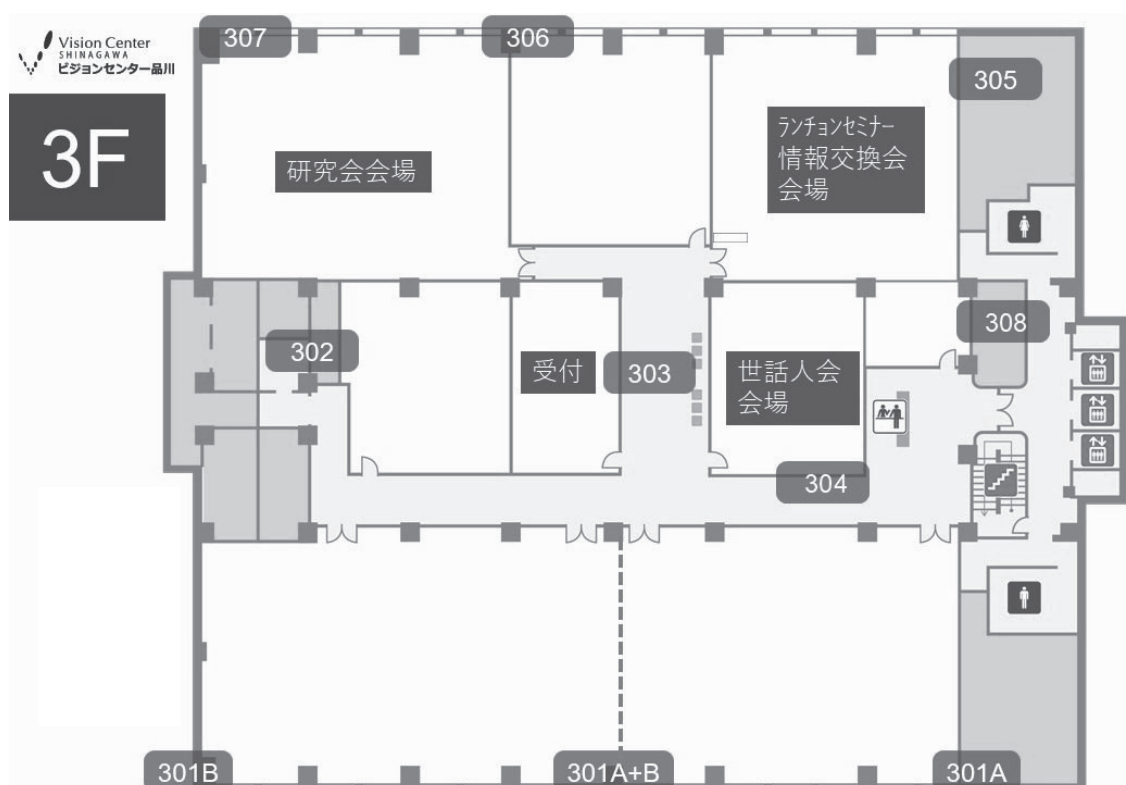
共 催 大腸肛門機能障害研究会/ジェイドルフ製薬(株)

事務局 社会医療法人社団高野会 大腸肛門病センター高野病院
〒862-0971 熊本市中央区大江3丁目2-55
TEL 096-320-6500 FAX 096-320-6526

この抄録集は現在の中東情勢を勘案し、すべて白黒印刷で対応させて頂きました。

会場のご案内 ビジョンセンター品川

〒108-0074 東京都港区高輪4丁目10-8 京急第7ビル



日 程 表

1. 開会 8 : 5 5
2. 主題Ⅱ LARS（直腸術後の排便障害）（Ⅱ-1～Ⅱ-5） 9 : 0 0
座長 本間 祐子
3. 特別講演 1 0 : 0 0
「生物体から生活体へ－人工肛門から「うんコレ」、機能性疾患における行動変容と生活への伴走－」
講師：医療法人社団おうちの診療所 理事長 / 日本うんこ学会 会長 石井 洋介
司会：大腸肛門病センター高野病院 理事長 高野 正太
4. 主題Ⅰ-1 排便障害（Ⅰ-1-1～Ⅰ-1-6） 1 1 : 0 0
○便失禁・ガス失禁に対する治療・妊婦、出産後の排便障害（便秘・便失禁・OASISなど）
○その他
座長：磯上 由美
5. 休憩 1 2 : 0 0
6. 昼食（世話人会） 1 2 : 1 0
※ランチョンセミナー
「慢性便秘症診療の基本と実践」
講師：順天堂大学医学部 消化器内科 教授 北條 麻理子
司会：独立行政法人国立病院機構西埼玉中央病院 院長補佐・外科部長
/東京慈恵会医科大学客員教授（外科学） 河原 秀次郎
共催：アステラス製薬株式会社
7. 休憩 1 3 : 1 0
8. 世話人会報告 1 3 : 2 0
9. 主題Ⅴ 小児便秘の診療（思春期不登校を含む）（Ⅴ-1～Ⅴ-3） 1 3 : 4 0
座長 西村 かおる
- 1 0. 主題Ⅲ 直腸肛門痛の診療（Ⅲ-1～Ⅲ-4） 1 4 : 1 0
座長 錦織 英知
- 1 1. 主題Ⅳ 直腸脱を含めた骨盤臓器脱の診療（Ⅳ-1～Ⅳ-5） 1 4 : 5 0
座長 松本 朝子
- 1 2. 休憩 1 5 : 4 0
- 1 3. 主題Ⅵ その他（Ⅵ-1～Ⅵ-2） 1 5 : 5 0
○タスクシフト後のメディカルスタッフの役割と進捗、問題点
座長 槌野 正裕
- 1 4. 主題Ⅰ-2 排便障害 ・便排出障害を念頭においた便秘治療
（Ⅰ-2-1～Ⅰ-2-7） 1 6 : 1 0
座長 岡本 亮
- 1 5. 閉会 1 7 : 2 0
- 1 6. 情報交換会（奨励賞表彰） 1 7 : 3 0

参加される先生方へのお願い

●参加される方へ

1)参加者(発表者、座長、世話人も含)は、軽装(普段着)でご来場ください。

2)受付は8:15から会場前で行います。参加証となる名札をお受け取り下さい。尚、**未入会、年会費が未納の方は年会費（医師5,000円、その他職種3,000円）**をお支払い下さい。

3)名札は会場内では必ずお付け下さい。

4)発表者は、原則として本研究会の会員に限ります。研究会に未入会の方は、入会手続きをお取り下さい。

5)会場内でのマスクの着用は任意です。

●座長の方へ

1)座長の方は、前セッション最後の演者の発表が始まる前までに次座長席にお着き下さい。

2)演題の進行が遅れないようにご留意いただき、時間厳守をお願い致します。

●演者の方へ

1)発表時間（時間を厳守して下さい）

口演7分 討論3分 計10分

2)発表はWindows対応のPowerPointで作成したスライドショーをお願いします。

※Macintoshで作成された方は、PCをご持参下さい。

スライドサイズは、「ワイド画面」で作成された場合は画面が切れる場合がありますので、「標準」で作成されることをお勧め致します。

スライド枚数の制限はありませんが、発表時間内に終わるように作成して下さい。

3)ファイル名は演題番号と演者名として下さい。（例 I-1 熊本太郎）

4)特殊なフォントを使用されますと代替フォントに置き換えられ、レイアウトが崩れることがあります。特殊なフォントをお使いになる場合には画像化し、オブジェクトとして貼り付けておいて下さい。また、アニメーションや画面切り替え、動画などの効果は、事前に十分動作を確認して下さい。

5)スライド受付は当日8:15から受付横のスライド受付で行います。

6)演者は前発表者の口演開始前までに次演者席にお着き下さい。

●討論者の方へ

1)最初に所属、氏名を述べ、座長の指示に従って討論して下さい。

2)スライドの使用は認めません。

●その他

1)本研究会の抄録は後ほど日本大腸肛門病学会誌に掲載される予定です。

2)日本大腸肛門病学会専門医・指導医の更新のための取得単位として、出席3単位、演者5単位、共同演者1単位が認められます。

3)日本外科学会の外科専門医資格取得時のみ演者は7単位認められます。
（外科指導医資格取得時及び専門医更新時は対象ではありません）

プログラム

1. 開会挨拶 当番世話人 高野正太

8:55~9:00

(大腸肛門病センター高野病院 理事長)

2. 主題Ⅱ LARS（直腸術後の排便障害）

9:00~9:50

座長：本間祐子（自治医科大学病院 消化器一般外科/牧田総合病院）

Ⅱ-1) 直腸癌ISR術後直腸脱を併発した重症LARSに対し直腸固定で著しい症状改善を
認めた1例

くるめ病院 野明 俊裕

Ⅱ-2) 大学病院と地域肛門専門病院が連携したLARS継続診療モデルの実践報告

札幌いしやま病院・札幌医科大学 外科学講座 消化器外科分野 秋月 恵美

Ⅱ-3) 直腸癌術後患者の精神的苦痛に関する独立関連因子の検討—多施設共同質問票調査—

国際医療福祉大学那須医療センター消化器外科 榎本 浩也

Ⅱ-4) 下部直腸癌術後Low Anterior Resection Syndrome (LARS)患者に対する認知行動療法
などを用いた治療の実践について

医療法人信和会明和病院 外科 岡本 亮

Ⅱ-5) 下部直腸癌に対する括約筋間切除術（ISR）後の便失禁・漏便に関する検討-診療録を
ベースとした後方視的研究-

慶應義塾大学医学部外科（一般・消化器） 正源 勇朔

3. 特別講演

10:00~11:00

生物体から生活体へ

-人工肛門から「うんコレ」、機能性疾患における行動変容と生活への伴走-

講師：医療法人社団おうちの診療所 理事長 / 日本うんこ学会 会長

石井 洋介

司会：大腸肛門病センター高野病院 理事長

高野 正太

4. 主題Ⅰ-1 排便障害

11:00~12:00

○便失禁・ガス失禁に対する治療 ○妊婦、出産後の排便障害（便秘・便失禁・OASISなど） ○その他

座長：磯上 由美（フリーランス皮膚・排泄ケア認定看護師）

Ⅰ-1-1) 成人脊髄損傷者に対する経肛門的洗腸療法の使用成績

中部労災病院 リハビリテーション科 渡邊 友恵

Ⅰ-1-2) SNM治療の患者プログラマは誰の物？

JR 札幌病院 臨床工学室 阪本 美香

Ⅰ-1-3) 自己臭症として受診された患者における排便障害の実態

大腸肛門病センター高野病院 伊禮 靖苗

Ⅰ-1-4) 肛門臭主訴の自他二軸分類（真性臭気型・関係念慮型・関係妄想型）の臨床的有用性

小村肛門科医院 小村 憲一

Ⅰ-1-5) 産後便失禁に対する腹圧と便性状コントロールを基盤とした介入の有効性

亀田総合病院消化器外科 高橋 知子

I-1-6) 分娩後直腸隆癢に対して層別閉鎖と会陰体形成術を施行した症例の検討

大阪中央病院外科 小野 朋二郎

5. 昼食

12:10~13:10

世話人会 (3階304号室)

※ランチョンセミナー (3階305号)

「慢性便秘症診療の基本と実践」

講師：順天堂大学医学部 消化器内科 教授

北條 麻理子

司会：独立行政法人国立病院機構西埼玉中央病院 院長補佐・外科部長

/東京慈恵会医科大学客員教授 (外科学)

河原 秀次郎

共催：アステラス製薬株式会社

6. 休憩

13:10~13:20

7. 世話人会報告 代表世話人 味村 俊樹

13:20~13:40

8. 主題Ⅴ 小児便秘の診療 (思春期不登校を含む)

13:40~14:10

座長：西村 かおる (コンチネンスジャパン)

V-1) 当院の少年期における排便造影検査の検討

大腸肛門病センター高野病院 放射線科 渡邊 淳史

V-2) 小児の二分脊椎症による排便障害に対する経肛門的洗腸療法 3 症例の経験と課題

大腸肛門病センター高野病院 松本 奈緒

V-3) 小児排便障害に対する取り組みについて —第2報—

大腸肛門病センター高野病院 尾島 優子

9. 主題Ⅲ 直腸肛門痛の診療

14:10~14:50

座長：錦織 英知 (一般社団法人健英会 えさか駅前にしごりおなかとおしりのクリニック)

Ⅲ-1) 当院における機能性直腸肛門痛診療の実際

小村肛門科医院 小村 憲一

**Ⅲ-2) 機能性直腸肛門痛に対し、骨盤底筋リハビリテーションおよび磁気刺激療法を施行した
2 症例**

一般社団法人健英会 えさか駅前にしごりおなかとおしりのクリニック 錦織 英知

Ⅲ-3) 当院における難治性直腸肛門痛診療の実際

松田病院 松田 聡

特別発言) 機能性直腸肛門痛におけるオンライン診療の活用

大腸肛門病センター高野病院 高野 正太

10. 主題Ⅳ 直腸脱を含めた骨盤臓器脱の診療

14:50~15:40

座長：松本 朝子（日本鋼管福山病院）

Ⅳ-1) 直腸脱に対するアルテマイヤー手術

独立行政法人地域医療機能推進機構（JCHO）四日市羽津医療センター

外科 大腸肛門IBDセンター 梅枝 寛

Ⅳ-2) 腹腔鏡下直腸前方固定術(LVR)におけるメッシュ選択と手術成績

辻仲病院 柏の葉 鈴木 優之

Ⅳ-3) 直腸脱の術式検討（腹腔鏡下後方固定から前方固定への変更）

JR 札幌病院 外科 鶴間 哲弘

Ⅳ-4) 当院における鎖肛術後の直腸脱に対する治療経験

辻仲病院 柏の葉 浜畑 幸弘

Ⅳ-5) 超高齢者（90歳以上）における経腹的直腸脱手術の治療成績と安全性の検討

：後期高齢者群（75-89歳）との比較

明和病院 骨盤底（機能障害・臓器脱）センター 外科 松木 豪志

11. 休憩

15:40~15:50

12. 主題Ⅵ その他

15:50~16:10

〇タスクシフト後のメディカルスタッフの役割と進捗、問題点

座長：槌野 正裕（大腸肛門病センター高野病院）

Ⅵ-1) 大腸肛門機能診療における臨床工学技士へのタスクシフトとその効果

大腸肛門病センター高野病院 臨床工学科 金子 秀作

Ⅵ-2) 直腸肛門機能検査における臨床検査技師へのタスクシフト導入と人材育成

—育成スタッフの意識調査及び導入支援から見えた課題—

大腸肛門病センター高野病院 尾島 優子

13. 主題Ⅰ-2 排便障害 〇便排出障害を念頭においた便秘治療

16:10~17:20

座長：岡本 亮（明和病院）

Ⅰ-2-1) 当院における慢性便秘症を主訴とする初診患者の実態～排便困難型便秘症への対応～

藤田胃腸科病院 本郷 仁志

Ⅰ-2-2) 当院における排便困難型便秘症に対するバイオフィードバック療法について

藤田胃腸科病院 天良 亜衣

Ⅰ-2-3) 機能性便排出障害に対するバイオフィードバック療法の治療成績

自治医科大学 消化器一般移植外科/牧田総合病院 肛門病センター 本間 祐子

Ⅰ-2-4) 直腸瘤に対するバルーン排出訓練の有効性 —保存的治療による手術回避の可能性—

大腸肛門病センター高野病院 リハビリテーション科 槌野 正裕

Ⅰ-2-5) 外来を受診した便秘症患者における直腸便塞栓の頻度と特徴

くにもと病院 肛門外科 安部 達也

I-2-6) 便の流れから考える排便機能評価の新視点：排便造影への流体シミュレーション
導入の試み

大腸肛門病センター高野会　くるめ病院　放射線科　福山　剛司

I-2-7) 痔核術後の合併症予防のための取り組み

～術前 fecoflowmetry と尿閉、排便障害との関連～

くるめ病院　看護部　古賀　かおり

14. 閉会挨拶　当番世話人　高野正太

17:20

15. 情報交換会（奨励賞表彰）

17:30

特別講演

「生物体から生活体へ

ー人工肛門から「うんコレ」、機能性疾患における行動変容と生活への伴走ー

講師：石井 洋介（医療法人社団うちの診療所 理事長 / 日本うんこ学会 会長）

司会：高野 正太（大腸肛門病センター高野病院 理事長）

医療法人社団うちの診療所 理事長 / 日本うんこ学会 会長 石井 洋介

「検査では異常ありません」。機能性便秘や過敏性腸症候群の患者に、我々はもどかしさを感じてきた。だが 2026 年 5 月の Rome V 改訂で、これらは「腸脳相関障害（DGBI）」として整理された。「機能性＝原因不明」という枠組みを脱し、心理・生活面や行動への働きかけが、周辺的な選択肢から中核的な治療へと位置づけられた。症状は臓器単体の問題ではない。医学がそう公式に認めたのである。

近年の脳科学は、その機序の一端を描いている。多くの場合、からだの反応や気分の揺れが先に立ち上がり、脳が後から意味をつける。この意味づけが過敏に偏ると、ただ腸が動く感覚を「つらい」「不安」とラベリングし続け、その予測がさらに症状を増幅する。過去のつらい体験が腸に刻まれ、その苦しさを腸が代弁することもある。排便がないことに固執する高齢者、予期不安で試験前に下痢する学生などなど、患者は「症状を持つ腸」であると同時に、人生を背負う生活者なのだ。

それならば治療も、薬物療法に留まらず、その受け止め方や行動へと広がる。認知行動療法は、考え方や行動を変えることで脳回路や神経伝達物質を整え、結果として腸内環境まで変容させる。バイオフィードバック法も、脳と身体の学び直して骨盤底の協調運動を改善に導く。抗うつ薬が奏効するのも、心へのアプローチと薬理作用が同じ軌道で交差するからだ。

私自身、かつて大腸を失い、人工肛門とともに生き、引きこもりも経験した一人の患者だ。その後医師となり、「うんコレ」やうんこ学会を通じ、排便記録を早期発見ツールに変え、人々の行動変容を社会実装してきた。診察室で一人の認知に伴走することの延長線に社会で大勢の行動をデザインすることにもつながる。

本講演では最新の DGBI の知見と自らの軌跡を交え、患者を「生物体」として診るだけでなく「生活体」として捉え直し、その心と適応課題に伴走する医療への転換を提案したい。

ランチョンセミナー

「慢性便秘症診療の基本と実践」

講師：北條 麻理子（順天堂大学医学部 消化器内科 教授）

司会：河原 秀次郎（独立行政法人国立病院機構西埼玉中央病院 院長補佐・外科部長
/東京慈恵会医科大学客員教授（外科学））

共催：アステラス製薬株式会社

順天堂大学医学部 消化器内科 教授 北條 麻理子

慢性便秘症は高齢化の進展とともに患者数が増加しており、日常診療において頻繁に遭遇する疾患である。便秘は排便回数の減少のみならず、排便困難感や残便感、腹部膨満感など多様な症状を呈し、患者のQOL低下に関与する。そのため、症状の背景にある病態を踏まえ、何に困っているかを知り、困りごとを改善するための適切な治療選択が重要である。従来、本邦の慢性便秘症治療は酸化マグネシウムや刺激性下剤を中心に行われてきたが、実臨床では対応に難渋する症例が一定数存在することも知られている。近年、新たな治療薬の導入により治療選択肢はさらに拡大しており、こうした選択肢を実臨床でどのように活用していくかが、今後の重要な課題である。

本講演では、慢性便秘症診療における問題点、日常診療で直面する課題、病態および病態を可視化する方法、さらに非薬物療法について、自験例を踏まえて概説する。また、慢性便秘症治療では、ひとつの薬剤を使い続けるだけでなく、患者さんの状態や治療反応に応じて治療を切り替えていくことも重要である。この点を踏まえ、治療切り替え戦略の費用対効果を検討した研究についても紹介する。複数の治療選択肢を順に用いる戦略の解析から、新規治療薬を取り入れながら治療を見直す方法は、従来治療のみを継続する場合よりも、費用対効果に優れている可能性が示されている。

さらに、実臨床における治療の選択肢の一例として、従来治療で効果が十分でない症例に対する治療変更の報告についても紹介し、その意義について考察する。

慢性便秘症の治療においては、各薬剤の特性を理解しつつ、患者ごとの症状や治療反応に応じた最適化が求められる。本講演が、慢性便秘症診療の基本を再確認し、実臨床における治療戦略を考える一助となれば幸いである。

【主題Ⅱ】 LARS（直腸術後の排便障害） 9:00～9:50

Ⅱ-1 直腸癌 I S R術後直腸脱を併発した重症 LARS に対し直腸固定で著しい症状改善を認めた 1 例

くるめ病院

○野明俊裕、石井正之、石橋秀樹、鈴木麻未、白水良征、長田和義、荒木靖三

ISR 術後の合併症の一つに「脱出」があることは知られているが、縫合不全や狭窄、排尿障害、便失禁、排出困難などが続き脱出は重要視されていない。今回我々は脱出を伴う重症 LARS で受診し直腸固定と肛門挙筋形成を行なって LARS スコアの改善を認めた症例を経験したので報告する。症例は 72 歳女性 2025 年 1 月直腸癌のため他院でロボット支援下 I S R を受け一時的回腸人工肛門造設、2026 年 1 月人工肛門閉鎖をした。既往として IgG4 関連疾患でプレドニン 5mg と 7.5mg を隔日で服用中、転倒し中心性頸髄損傷でリハビリ中である。

2026 年 2 月頻便と便失禁、肛門痛を主訴に当院受診、腹部は手術創のみで平坦、軟で圧痛を認めなかった。肛門視診では皮垂を認めるほか異常なく、触診では肛門安静時収縮時ともに緊張低下を認めていたが吻合部狭窄なく、口側の便貯留も認めなかった。怒責写真で腸管の全周性円筒状脱出を認めた。S 状結腸内視鏡検査を行なうと吻合部口側は肛門からのガス漏れで伸展不良、吻合部口側粘膜に全周性発赤を認めた。初診時の LARS スコアは 41 で severe LARS であった。

怒責時の腹部 CT では前方の腸間膜とともに口側結腸の脱出を認め肛門挙筋が弛緩していた。骨盤内多臓器造影では重積を伴う腸管脱出を認め、骨盤底への小腸下垂を伴っていた。

以上より口側結腸脱出による LARS の悪化と判断し経腹的腸管固定術を行なうこととした。

腹腔鏡下に腹腔内を観察すると子宮頸部に結腸間膜がわずかに癒着しているほかに癒着は認められなかった。肛門挙筋は前方で大きく開大し吸角を用いて肛門から腸管を脱出させると吻合部直上の結腸が重積した。そこで吻合部口側の結腸を頭側に牽引し肛門挙筋最頭側に縫合固定、前方の肛門挙筋を結節縫合して肛門挙筋形成を行いさらに縫合された肛門挙筋に口側結腸を縫合固定した。

術後は術直後は便失禁の訴えがあったものの、7 日目の時点で排便回数は 5-8 回/日、便失禁の訴えはなくなり脱出も認められなかった。術後 10 日目の LARS スコアは 20 へと低下し術後 13 日目に退院した。

Ⅱ-2 大学病院と地域肛門専門病院が連携した LARS 継続診療モデルの実践報告

1) 札幌いしやま病院

2) 札幌医科大学 外科学講座 消化器外科分野

○秋月恵美 1) 2)、西舘敏彦 2)、石井雅之 2)、藤野紘貴 2)、豊田真帆 2)、岡本行平 2)、井翔一郎 1)、佐藤綾 1)、鈴木崇 1)、石山元太郎 1)

【背景】

Low anterior resection syndrome (LARS) は直腸癌術後患者の QOL を大きく低下させるが、術後早期から長期にわたる体系的な管理体制は十分に整備されていない。当院では大学病院と連携し、術前から術後長期まで継続して管理する LARS 専門外来を運営している。

【目的】

大学病院と地域肛門専門病院が連携した LARS 継続診療モデルの実践内容および診療実績を検討する。

【対象・方法】

2024 年 7 月から 2026 年 6 月までに当院 LARS 外来を受診した 89 例を対象とした。流入経路、主症状、実施介入内容および通院状況について後方視的に検討した。

【結果】

89 例中 71 例 (80%) で術前から介入を開始した。流入経路は大学病院からの引継ぎ症例および術前紹介症例が大部分を占めたが、他院術後の LARS 患者 8 例も受け入れていた。ストマ閉鎖前症例を除く 77 例における受診時主訴は、clustering (短時間頻回便) 30 例 (39%)、頻便 22 例 (29%)、便失禁 6 例 (8%)、肛門痛 4 例 (5%)、便秘 3 例 (4%) であった。一方、12 例 (16%) はフォローアップ目的で受診していた。介入内容は LARS 日誌を用いた排便パターン解析、食事指導、薬剤調整が主体であり、一部症例では骨盤底筋訓練、バイオフィードバック療法、SNM、TAI 検討などの専門的介入を実施した。現在も 71 例で継続フォロー中であり、このうち 18 例は術後 5 年以上経過した長期フォロー症例であった。

【考察】

最も多い主訴は clustering であり、単純な排便回数増加よりも、短時間に排便が集中することによる生活障害が受診動機となっていた。また、本診療モデルは大学病院との連携に加え、他院術後 LARS 症例の受け皿としても機能していた。

【結語】

地域肛門専門病院による LARS 継続診療は、術前から術後長期にわたる機能管理を可能とし、大学病院との役割分担による診療モデルとして有用である可能性が示された。今後は地域施設との連携を拡大し、LARS 診療ネットワークの構築を目指したい。

Ⅱ-3 直腸癌術後患者の精神的苦痛に関する独立関連因子の検討—多施設共同質問票調査—

国際医療福祉大学那須医療センター消化器外科¹⁾ 東京慈恵会医科大学医学部看護学科²⁾
川崎医科大学附属病院看護部³⁾ 東海大学医学部看護学科⁴⁾ 東京慈恵会医科大学附属病院看護部⁵⁾
川崎医療短期大学看護学科⁶⁾ 大綱白里市立国保大綱病院⁷⁾ 国際医療福祉大学小田原保健医療学部
看護学科⁸⁾ 東京慈恵会医科大学大学院⁹⁾ 北里大学病院看護部¹⁰⁾ 川崎医療短期大学看護学科¹¹⁾
国立がん研究センター中央病院看護部¹²⁾
○榎本浩也¹⁾、佐藤正美²⁾、荒木しのぶ³⁾、今泉郷子⁴⁾、江川安紀子⁵⁾、岡田みどり⁶⁾、幸田圭史⁷⁾
谷山 牧⁸⁾、深井喜代子⁹⁾、松原康美¹⁰⁾、三宅映子¹¹⁾、柳 朝子¹²⁾

【背景】直腸癌術後排便障害はQOLを著しく低下させ、精神的苦痛との関連が報告されている。しかし、精神的苦痛に関する独立関連因子については十分に明らかになっていない。

【目的】直腸癌肛門温存術後患者の精神的苦痛に関する独立関連因子を明らかにする。

【対象】直腸癌肛門温存術後患者を対象とした多施設共同質問票調査 373 例のうち、欠損値を有する症例および術後 6 か月未満の症例を除外した 345 例を解析対象とした。

【方法】精神的苦痛はHospital Anxiety and Depression Scale (HADS) を用いて評価し、HADS-A (不安)、HADS-D (抑うつ) および HADS 総合スコアをそれぞれ目的変数とした。背景因子、手術関連因子、LARS スコア、Wexner スコア、セルフケア能力 (SCAQ) など 29 項目の候補説明変数を用い、AIC に基づくステップワイズ法による重回帰分析を実施した。

【結果】多重共線性は認めなかった ($VIF \leq 2.66$)。HADS-A、HADS-D および HADS 総合スコアのすべてで、「LARS スコア」と「肛門痛あり」は精神的苦痛と正の関連を示した (いずれも $p < 0.01$)。HADS-A では「女性」が正の関連、「同居人あり」および「排便状況の改善方法を説明できること」は負の関連を示した。HADS-D では「排便に関するインターネット活用」が負の関連を示した。また、「SCAQ スコア」と「就労あり」は HADS-D および HADS 総合スコアで負の関連を示した (いずれも $p < 0.01$)。さらに、「術後経過月数」はすべての HADS 指標と正の関連を示した。

【結論】LARS スコアおよび肛門痛は、すべての HADS 指標に共通する独立関連因子であった。一方、不安には性別や同居人の有無、排便管理に対する理解が、抑うつには情報活用、セルフケア能力、就労状況がそれぞれ関連していた。また、術後経過月数は精神的苦痛と正の関連を示し、長期経過例に対する継続的な支援の必要性が示唆された。

【考察】LARS 症状や肛門痛への対応に加え、患者教育によるセルフケア能力の向上、適切な情報提供、就労支援を含めた包括的かつ継続的な支援体制が精神的苦痛の軽減に重要と考えられた。

Ⅱ-4 下部直腸癌術後 Low Anterior Resection Syndrome (LARS) 患者に対する認知行動療法などを用いた治療の実践について

医療法人信和会明和病院 外科
○岡本亮 松木豪志 仲本嘉彦 柳秀憲

【はじめに】LARS は 70%程度に発症するとされ生存が得られた患者の QOL を著しく損なう要因となる。当院では排便機能外来を開設し LARS 患者の便意切迫感、頻便、便失禁、残便感などの症状に対応してきた。これらの中で肛門機能が改善しても過去の公共の場での便失禁などの体験が原因で、本来排出すべき便がないにも関わらず残便感を訴え、頻回の排便行為を繰り返す患者を認める。これらに対し肛門科診療と共に心療内科的手法を用いて治療を行った為、その実際と当院の課題を報告する

【対象と方法】2015 年の外来開設後、認知行動療法 (CBT) の厚生労働省指定講習会などに参加し、症例を限定し CBT を実施した。2022 年には公認心理士資格を取得し、研鑽に努め対象症例を広げている。2022 年以降に同治療を実施した 24 例の内 LARS 患者は 4 名。全例で排便日誌・バイオフィードバック療法を併施し、呼吸法も含めたトレーニングを行った。CBT では日誌内でアジェンダ設定やスモールステップの記載を行う事や成功体験の見える化 (セルフモニタリング) を行い気づきにつなげている。BF 療法では括約筋訓練を行い、切迫・頻便には一部エクスポージャー法による馴化をスモールステップの課題として段階的にを行い一定の効果を得ている

【結果】身体的治療と並行して行う症例が多く、心理療法の効果を判断することは困難であったが、3 例で行動制限・便回数について症状改善が認められた

【考察とまとめ】大腸肛門科医が心理療法を用いることで身体状況の見える化を徹底的に行った上で、心理療法が有益な患者へ、その適応を広げられる可能性があるのではと考え診療を行ってきた。

まだ、使用できる心理療法は限られており、全ての患者に有用とは至っていないが今後研鑽を積み適応を広げていきたい

**Ⅱ-5 当院における下部直腸がんに対する括約筋間切除術（ISR）後の便失禁・漏便に関する検討
-診療録をベースとした後方視的研究-**

慶應義塾大学医学部外科（一般・消化器）

○正源勇朔，清島亮，門野政義，森田覚，茂田浩平，松田諭

【背景・目的】下部直腸がんに対する括約筋間切除術（ISR）後は排便機能障害の発症率が高く、特に便失禁や夜間漏便はQOLに大きな影響を及ぼす。診療録をベースとして、当院で便失禁や漏便をはじめLARSの症状が実態としてどの程度発症しているか、後方視的に検討することとした。

【方法】単施設後ろ向き研究で、2013年1月から2024年12月の間に下部直腸がんに対しISRを施行し、一時的人工肛門閉鎖後1年以上外来フォローした症例を対象とした。主要評価項目は便失禁または夜間漏便の発症とし、副次評価項目として頻便、分割排便、排便困難、3か月以上の止痢薬継続使用、排便コントロール困難による入院を評価した。診療録から該当する記録を抽出し、臨床的因子との関連を解析した。

【結果】対象は23例（年齢中央値62歳 [53-65.5歳]、男性17例 [73.9%]）であった。排便機能障害は17例（73.9%）に認め、便失禁4例（17.4%）、夜間漏便6例（26.1%）、便失禁または夜間漏便は7例（30.4%）であった。発症は全て人工肛門閉鎖後半年以内であった。単変量解析では、縫合不全・骨盤内膿瘍は便失禁または夜間漏便と有意に関連した（OR 10.0、95%CI 1.22-81.81、 $P=0.032$ ）。3か月以上の止痢薬継続使用は8例（34.8%）であり、便失禁または夜間漏便発症と有意に関連していた（OR 42.0、95%CI 3.17-556.48、 $P=0.005$ ）。

【結論】ISR後の排便機能障害は高頻度に認められ、縫合不全・骨盤内膿瘍は便失禁・夜間漏便の危険因子であり骨盤内感染の予防は術後排便機能の温存に寄与する可能性が示唆された。また、特に便失禁・夜間漏便は長期の薬物治療を要する臨床的に重要な症状であることが示唆された。

I-1-1 成人脊髄損傷者に対する経肛門的洗腸療法の使用成績

中部労災病院 リハビリテーション科¹⁾ 看護部²⁾ 看護部・皮膚排泄ケア認定看護師³⁾
○渡邊友恵¹⁾、八谷カナン¹⁾、田中宏太佳¹⁾、椎葉美花²⁾、櫻井由妃子³⁾

2018年に脊髄損傷者の難治性排便障害に対し経肛門的洗腸療法(以下、洗腸療法)が保険収載された。2020年度から当院でも成人の脊髄損傷者に対して洗腸療法の導入を開始し、リハビリテーション科を中心に適応判定、指導・導入を行ってきた。

これまでに10代から70代の28症例に導入し、18名が現在も継続中、10名は中止または中断中である。最初に導入した症例では5年以上の継続使用が得られている。継続症例では、排便時間の短縮、便失禁の減少、排便関連薬の減薬などが達成されており、導入後数か月を経て便性状や排便パターンの変化する例も経験した。

一方で、効果を実感しにくい、排便コントロールが安定しない、手技や器械の扱いが困難であるなどの理由により中止に至った症例もあった。これらの問題点については、多職種カンファレンスで検討し、適応判断や導入後支援の改善に生かしている。

今回当院で洗腸を導入した28症例を対象に、使用状況、生活への影響、満足度、問題点などに関するアンケート調査を実施した。本発表では、アンケート調査の結果を示すとともに、成人脊髄損傷者に対する洗腸療法の有用性、継続を妨げる要因、および導入後支援の課題について報告する。

I-1-2 SNM 治療の患者プログラマは誰の物？

JR 札幌病院 臨床工学室¹⁾ 外科²⁾

○阪本美香¹⁾、浦崎伸吾¹⁾、安田勉¹⁾、能登俊輔¹⁾、川村竜季¹⁾、章純樹¹⁾、丸山真司¹⁾、
藤谷凌¹⁾、猪股典敏¹⁾、鶴間哲弘²⁾

【はじめに】当院では、2014年12月よりSNM治療を開始し、管理患者数55名、臨床工学技士(以下CE)は術中、術後、外来管理を担っている。2022年12月よりMRI対応リードの発売を機に、患者用プログラマも型式が変更となった。当院では、初期のiCon型と現行のスマートフォン型が混在し管理は非常に難渋している。スマートフォン型プログラマから発生した問題について当院での取り組みを報告する。

【目的】2022年よりスマートフォン型プログラマを導入し、患者への使用説明は複雑になったがこれまでどおり治療を進めることができていた。しかし、今回、治療終了を決めた患者の抜去時に問題が発生した。術前に患者プログラマの持参を求めたが、患者の所有物という主張があり、治療終了後に転売する予定と発言があったため、主治医と協議し今後の対応を検討した。

【CEの取り組み】まず、患者用プログラマの転売についてメーカーに確認すると、スマートフォン型であっても医薬品医療機器等法(以下薬機法)の承認を通った医療機器であるため、無許可・無届で転売することは薬機法に抵触するおそれがあり、管理指導を行っている病院に罰則が科される可能性があることが分かった。このことから、術前の患者説明と手術時の同意書の整備を行った。

【まとめ】プログラマの所有については手術前に説明と同意をもらうことが必要であり、所有が病院であるため、今後プログラマのバッテリー交換や機器トラブル時の対応も含めた機器の貸出に必要な詳細な取り決めが必要である。

I-1-3 自己臭症として受診された患者における排便障害の実態

大腸肛門病センター高野病院

○伊禮靖苗、高野正太、辻順行、山田一隆

自己臭症は自ら悪臭がすると信じ込み、社会生活が制限されたり、臭いを消すための代償行動をとり生活の質を落としたりする疾患である。強迫症、社会不安症、統合失調症の前駆症状の可能性があり治療は容易とはいかない。大腸肛門科には便臭、おなら臭を主訴とし、肛門からガスが漏れていると信じて受診する。アプローチとしては患者の希望に沿って器質的疾患を除外し、次に直腸肛門機能検査を提案している。

2021年1月から2025年12月において、52例が自己臭を主訴として受診した。体臭を主訴とするのは3例で、おなら臭は49例であった。おなら臭を主訴とするもののうち問診票より便秘症状を有するのは39人(79.6%)であり、小林らの報告と合致する結果であった(心身医 55:1380-1385, 2015)。便秘症状を有するものは平均年齢33歳、女性が28例(71.9%)で便秘症状有無と男女比は関連性を認めなかった。排便造影検査を11例に実施し直腸瘤を6例、直腸重積症を1例に認めた。大腸肛門機能検査を受けたのは24例で、肛門内圧検査において最大静止圧または最大収縮圧の低下を認めたのは16例(66.7%)、直腸感覚検査において初期感覚閾値、最小便意発現量、最大耐容量いずれかの低下を21例(87.5%)、肛門感覚閾値異常を5例に認めた。排出圧測定は便秘症状を認める13例に実施し10例に排出時直腸圧<排出時肛門圧所見を認めた。全ての検査を全員一律には行っていないが、おなら臭による自己臭症患者は便秘症状を伴うことが多く、その排便障害の特徴が示唆される。精神症状と機能的な身体症状が相互に関係し悪循環を形成するのが心身症モデルと言われる。この場合自己臭症の機能的な身体症状としての便秘症状を早期に抽出し、治療介入をすることで、精神症状の悪化に至る悪循環ループ離脱を期待したい。

I-1-4 肛門臭主訴の自他二軸分類(真性臭気型・関係念慮型・関係妄想型)の臨床的有用性

小村肛門科医院

○小村憲一

【目的】肛門の臭いを主訴とする患者には、治療で改善する者と改善しない者が混在する。演者は「自分で臭う(自己知覚)」と「周囲の態度で臭う(他者帰属)」の二軸により、A:真性臭気型(自覚+/他者帰属-、実際に臭いを発する)、B:関係念慮型(+/+、自己の臭気知覚が周囲の行動と関連づけられる)、C:関係妄想型(-/+、臭いの自覚を欠くが、周囲の態度で確信する)の三型に分類する枠組みを考案した。本分類の臨床的有用性を自験例で検証する。

【対象と方法】当院を受診した肛門臭主訴の58例。性・年齢、肛門内圧、病悩期間、精神疾患・IBS併存、肛門病変、転帰を群間で比較した。

【結果】A群7例:男女比6/1,平均41.6歳,平均病悩期間:2.5年,精神疾患・IBS併存0%。全例に裂肛,内痔核等肛門病変を認めた。転帰:治癒4例・改善1例,不明2例(改善率71.4%)。B群35例:男女比15/20,平均38.4歳,平均病悩期間:8.5年,IBS併存57%,精神疾患併存26%,肛門病変51%に認めた。転帰:治癒6例・改善18例,不変7例,不明4例(改善率68.6%)。C群16例:男女比10/6,平均25.9歳,平均病悩期間:7.1年,IBS併存94%,精神疾患併存38%,肛門病変44%に認めた。転帰:不変6例,不明10例(改善率0%)。肛門内圧は三群間で明らかな差を認めなかった。

【考察】A群は全例に肛門病変があり、3例が手術により治癒している。実体のある局所病変が臭いの源で、外科的・保存的治療で治癒・改善が得られている。B群は過半数で改善が得られる一方、難治例も残る。肛門病変51%で、局所要因と機能・心理要因が混在すると考えられる。C群は改善率0%で、肛門局所への介入では訴えが解決しにくい群であることを示している。

【結論】本分類は肛門臭主訴に対する治療方針の決定に直結する簡便かつ有用な枠組みと考えられる。すなわち、A群には手術等原因治療を行い、B群は、原因治療を行いつつ慎重に経過観察、C群には肛門手術は禁忌・無効であり、精神科的対応が望まれる。

I-1-5 産後便失禁に対する腹圧と便性状コントロールを基盤とした介入の有効性

亀田総合病院消化器外科 1) 亀田京橋クリニック 2), 亀田クリニックリハビリテーション部 3), 協同ふじさきクリニック婦人科 4)
○高橋知子 1), 瀬戸景子 2), 三國和美 1), 安倍美紀 3), 藤島淑子 4)

【背景】 産後肛門失禁は OASI が適切に修復されていれば、分娩 1 年後にはほとんどが軽快すると報告されているが、便失禁の持続は患者の QOL を著しく低下させる。便失禁診療ガイドラインでは保存的治療として初期介入として骨盤底筋訓練などの保存的治療が推奨されているが、産後便失禁に対する具体的な介入プログラムは確立されていない。

【目的】 産後の便失禁に対して腹圧と便性状コントロールを中心とした保存的治療の有効性を検討する。

【対象・方法】 自然な改善が見込めない産後 1 年以上経過した産後便失禁患者に対し、月に 1 回合計 4 回の介入を行った。介入内容は医師が器質的異常を評価、助産師が食事指導や排便習慣を指導、理学療法士が個別リハビリテーションを実施した。リハビリ内容は肛門収縮だけでなく①横隔膜と骨盤底筋群の協調、②骨盤底筋活動の再構築、③腹圧コントロールを目的とし実行された。介入前後で Fecal Incontinence Severity Index (FISI) を比較し、Patient Global Impression of Improvement (PGI-I)、困窮度を示す Pelvic Floor Disability Index (PFDI-20) により評価した。

【結果】 2019 年 4 月から 2025 年 10 月までに当院産後骨盤トラブル外来を受診した、分娩後 1 年以上経過した便失禁患者は 18 例。年齢中央値 38 歳、分娩から受診までの期間は 18.5 か月。全て経陰分娩後であり、肛門エコー上 OASIS は 15 例に認め、9 名では不十分な修復がなされ、うち 1 名は後日肛門括約筋形成手術を施行した。FISI は介入前 19 点から介入後 8 点へ改善した。PGI-I では全例が改善を自覚した。PFDI-20 中の直腸肛門機能スコアも 40.6 から 20.2 へ改善した。

【結論】 産後便失禁では、骨盤底筋の筋力向上のみならず、腹圧制御機構の再構築が重要である。多職種による便性状と腹圧コントロールを中心とした介入は、産後便失禁に対する有効な保存的治療となる可能性が示唆された。

I-1-6 分娩後直腸腔瘻に対して層別閉鎖と会陰体形成術を施行した症例の検討

大阪中央病院外科

○小野 朋二郎, 光藤傑, 辻村直人, 渡部晃大, 三宅祐一郎, 竹中雄也, 齋藤徹

分娩に伴う肛門括約筋損傷において、稀ではあるが初回修復後の創離開や感染により直腸腔瘻を合併することがある。このようなケースでは本来直腸前壁と腔後壁との間に存在する会陰体が左右に離開して欠損していることが多く、単純な瘻孔閉鎖では治癒を得ることが難しくなる。また症例によっては直腸腔中隔が完全に欠損して総排泄腔様の変形をきたすものもあり、直腸腔中隔の再建は必須となる。我々はこのような症例に対して瘻孔切除後に直腸・腔壁の層別閉鎖と会陰体形成術を同時に施行することで良好な成績を得ている。手術手技を供覧するとともに、その成績を報告する。

手術は脊椎麻酔下、Jack-knife 体位で施行する。会陰に横切開をおき、直腸前壁と腔後壁の間を剥離していく。途中で瘻孔を切離してさらに口側の剥離を行う。総排泄腔様の変形をきたしている症例に対しては本来直腸と腔の境界となる部位で剥離を行い、直腸前壁と腔後壁の剥離を行う。口側への剥離は炎症性変化が無くなる部位まで十分に行う。直腸前壁と腔後壁をトリミングし、直腸前壁は Gambee 結節縫合で、腔後壁は連続縫合を用いてそれぞれ 1 層で閉鎖する。次に左右に離開した会陰体を周囲の筋膜組織と共に確保して 3 から 4 層で修復するが、各々の層は 4 針程度の結節縫合を行い縫合する。

2021 年 1 月から 2025 年 12 月に分娩後に発症した直腸腔瘻に対して上記手術を施行した 11 例を対象とし、診療録を参照して後方視的にその成績を検討した。11 例のうち、総排泄腔様の変形をきたしている症例が 4 例あった。平均年齢は 36.4 歳であった。平均手術時間は 122 分であった。周術期に Clavien-Dindo 分類で II 以上の合併症は認めた症例はなかった。全例で瘻孔閉鎖と直腸腔中隔の再建が得られ、26 (2-56) か月の観察期間において症状再発は認めていない。

V-1 当院の少年期における排便造影検査の検討

1 大腸肛門病センター高野病院 放射線科、2 同 大腸肛門機能科

○渡邊淳史 1、有馬浩美 1、山本大志 1、北村燎平 1、伊牟田秀隆 1、松本徹也 1、伊禮靖苗 2、高野正太 2

【目的】小児の排便障害は成長とともに軽快する場合も多く、病因確定を目的とした精査を有さないこともあるが、治療に難渋する場合も少なくないため、正しい病態把握は本人や家族に有益となり得る。当院でも小児便秘外来を設立し多くの患児に対し専門的検査を行っており、特に小～中学生の少年期においてはある程度排便が自立している点や検査への協力を得やすい点などから、排便造影検査を施行し便排出障害の有無について評価を行っている。今回、少年期の症例を対象に排便造影検査で得られた所見や評価項目を分析、調査を行ったので症例を交えて報告する。

【対象・方法】排便造影検査を行った7～15歳の症例のうち、他疾患の確定がされていない72例（男児42例、女児30例）を対象とした。対象症例に対し、排便開始時間および終了時間、器質的所見の有無のほか、全排出率(TDR)、初回排出率(FDR)を調査した。検査に用いた疑似便量は通常の成人より少ない100mlとし、被ばくを十分考慮した上で施行した。

【結果】排出開始時間は10秒未満が多く、排出終了時間は30秒以上で過半数を占めた。また、排出不可症例を9例認めた。器質的所見は直腸重積、直腸瘤、恥骨直腸筋弛緩不十分の順で多く、性別を考慮すると直腸瘤の描出割合が多かった。排出不良例について、TDR<50%は30例であるのに対し、FDR<50%は50例と半数以上であった。

【考察】直腸瘤を認める症例のほとんどは排出率良好であった。直腸瘤などの器質的所見は排便障害を認めない健常者にもみられることが多いため、病的意義の評価については特に若年者は留意が必要である。また、小児の遺糞症による溢流性便失禁はストレスのみでなく便排出困難による残便が一因となるため、恥骨直腸筋弛緩不十分や奇異性収縮等の描出ができる排便造影検査は有用と考えられる。

【結語】少年期における排便造影検査は、被ばくなどを考慮しても便排出障害の病態把握において有用な検査法である。

V-2 小児の二分脊椎症による排便障害に対する経肛門的洗腸療法3症例の経験と課題

大腸肛門病センター高野病院

○松本奈緒、古山裕美、伊禮靖苗、高野正太

（はじめに）経肛門的洗腸療法（以下TAI）は2018年以降保険適応となり、当院では2025年に導入を開始した。TAIは排便自立やQOL向上に有効とされているが、管理方法や家族の負担が課題となる。今回、TAIを施行した小児3症例を報告する。（症例1）7歳男児（潜在性二分脊椎症）便性調整し毎日坐薬・浣腸を実施していたが排便コントロール困難でTAI開始。初回洗腸量250ml1回/2日のリズムで開始、1日2回実施することで腹痛を回避して硬便から有形軟便の排出が得られ、便失禁は軽減しトランク스와経失禁パットに変更した。他県転居のため、紹介となる。（2症例）11歳男児（脊髄髄膜瘤）毎日浣腸を実施し、プールの時は、アナルプラグを使用していたが、製造中止を期に導入。はじめは、便失禁持続していたが、2日に1回、400mlの洗腸と施行前・施行後の時間をおいてからの排便行動により残便もれの防止を行い便失禁が週1回程度に減少した。（3症例）5歳男児（脊髄腫・脂肪腫切除）他院で導入後に当院紹介。システム不具合により母親の不安・ストレスから、TAIを中断し従来の摘便・浣腸に戻った。（考察・課題）TAIは脊髄疾患患者の排便障害改善・QOL向上に有効な選択肢である。しかし、管理を行う負担やトラブルによる心理的ストレスから中断に至ることもある。（結語）TAIの成功には、手技の自立支援のみならず、患児や家族の不安に寄り添うサポート体制や成長に応じた患児への自立支援を継続的に行うこと。病院・地域・業者とのしっかりと連携が不可欠である。

Ⅴ-3 小児排便障害に対する取り組みについて —第2報—

大腸肛門病センター高野病院
○尾島優子 伊禮靖苗 高野正太

【はじめに】小児慢性機能性便秘症診療ガイドライン2025年版では、対象者が乳児から18歳までで、重症心身障害児や神経発達症児は対象とされるが、器質的疾患による便秘症は対象外となる。そこで今回は対象患者の既往や背景による違いについて再考察した。

【方法】2016年4月から2023年3月に当院を受診し、直腸肛門機能検査や機能回復訓練の指示があった12歳以下の小児を対象に、介入内容や患者背景による違いを後ろ向きに調査した。

【結果】対象患者は58名、平均年齢 8 ± 2.7 (3~12)歳、男性38名、女性20名。既往疾患では、先天性奇形（ヒルシュスプルング病、脊髄髄膜瘤、鎖肛など）9名、発達障害（注意欠如多動症（ADHD）、自閉症スペクトラム症（ADS）など）6名、その他（直腸脱、小児喘息など）5名、既往疾患なし38名だった。検査や訓練介入したのは44名で、先天性奇形と発達障害既往患者では8割、その他の既往や既往なし患者で、6~7割の介入だった。また訓練介入し再来のあった患者32名のうち、症状の改善が見られたのは81%だった。既往別では先天性奇形で66.7%、発達障害で100%、その他の疾患で75%、既往疾患なしで84.2%だった。

【まとめ】先天性奇形の既往患者では、病院での診察に慣れている傾向があり、他の群に比べ検査や訓練介入受入れが容易だったと考える。介入を拒否した4名はいずれも既往疾患がなく、診察や検査等に対する恐怖心が強かったと思われる。これらを踏まえ、医師による肛門診察が可能な患者に対し、検査や訓練の依頼がされるようになり介入拒否の小児は殆ど見られなくなった。現在では画像検査や治療も増えており、専門病院の臨床検査技師としての役割意義に努めたい。

Ⅲ-1 当院における機能性直腸肛門痛診療の実例

小村肛門科医院
○小村憲一

【はじめに】 機能性直腸肛門痛は器質的疾患に起因しない直腸肛門部の疼痛であり、診察・画像診断にて器質的疾患を除外した上で診断される。痛みの持続時間と恥骨直腸筋索引痛の有無により、Proctalgia fugax、Levator ani syndrome、Unspecified functional anorectal painに分類される。本報告では生活の質に関与する「30分以上持続する肛門痛患者」に対する当院での診療の実例を紹介する。

【診断】 視診・指診・肛門鏡診にて肛門疾患を除外した後、詳細な直腸指診を行う。恥骨直腸筋および陰部神経の走行をイメージしながら圧痛部位を確認することが重要である。指診で明らかな圧痛を認めない場合や患者希望時には大腸内視鏡および骨盤部MRI検査を施行する。

【治療】 まずは、患者の痛みを受け止め、訴えを傾聴する。これだけで患者が安心されることも多く、治療効果にも好影響を与えていると考えている。

薬物療法では、第一選択として漢方薬を用いている。骨盤内循環障害・神経痛・筋肉痛に対応する疎経活血湯を主軸とし、下垂感を伴う症例には補中益気湯、筋痙攣が疑われる症例には芍薬甘草湯など、症状に応じて漢方薬を使い分けている。第二選択としては神経障害性疼痛に鎮痛補助薬として用いられているクロナゼパムを使用。また近年はデュロキセチンやミロガバリンも導入し、単剤で効果が不十分な場合には多剤併用も行う。薬物療法に加え、肛門管内低周波電気刺激療法（自律神経・血流・感覚・筋力の改善）、トリガーポイント注射、骨盤底筋体操指導も組み合わせて行っている。

【まとめ】 機能性直腸肛門痛は、単一の原因ではなく、神経（末梢性・中枢性）、骨盤底筋障害（緊張・脆弱・下垂）、骨盤内鬱血、痛覚変調性疼痛、心理・社会的因子が複合した症候群と考えられ、一つの治療法で対応しきれないことも多い。様々な病態にアプローチできる治療手段を持ち、患者に最後まで寄り添う姿勢で諦めずに治療を継続することが本疾患の診療において最も重要であると考えている。

Ⅲ-2 機能性直腸肛門痛に対し、骨盤底筋リハビリテーションおよび磁気刺激療法を施行した2症例

- 1) 一般社団法人健英会 えさか駅前にしごりおなかとおしりのクリニック
- 2) 兵庫医科大学リハビリテーション学部 理学療法学科
○錦織英知 1)、渡辺陽子 1)、永井豊美 1)、森明子 1,2)

【はじめに】 機能性直腸肛門痛は器質的異常を認めないにもかかわらず慢性的な疼痛を呈し、治療に難渋することが少なくない。今回、骨盤底筋リハビリテーションおよび磁気刺激療法を施行した2症例を経験したので報告する。

【症例1】 30歳男性。2020年頃より座位時の肛門痛を認め、複数の医療機関を受診したが器質的異常を認めず機能性直腸肛門痛と診断された。肛門診察では異常を認めず、左梨状筋下孔に圧痛を認めた。骨盤底筋リハビリテーションとして股関節周囲筋群および骨盤底筋群へのアプローチ、セルフストレッチ指導、運動療法を実施し、磁気刺激療法6回を併用した。Pain Catastrophizing Scale (PCS) は23から8、PainDETECTは31から11へ改善した。

【症例2】 59歳男性。前立腺周囲の鈍痛および頻尿を主訴に受診した。器質的異常を認めずCPPSと診断した。左梨状筋下孔に圧痛を認め、体幹・骨盤アライメント異常および股関節周囲筋群の緊張亢進を認めた。骨盤底筋リハビリテーションおよび磁気刺激療法12回を施行した結果、PCSは13から4、PainDETECTは17から8へ改善した。疼痛は治療前を100とすると20程度まで軽減し、疼痛を自覚しない日が増加した。

【考察】 両症例とも器質的異常を認めず、骨盤帯および股関節周囲筋群の機能異常を認めた。理学療法は慢性骨盤痛に対する有効性が報告されており、近年は磁気刺激療法の有効性を示唆する報告も散見される。今回、骨盤底筋リハビリテーションおよび磁気刺激療法を含む保存的治療により症状改善を認めた2症例を経験したため報告する。

【主題Ⅲ】 直腸肛門痛の診療 14:10～14:50

Ⅲ-3 当院における難治性直腸肛門痛診療の実例

松田病院

○松田 聡 新井 賢一郎 松永 篤志 山下 真幸 木村 浩三 野中 雅彦 中井 勝彦 川上 和彦

＜はじめに＞

直腸肛門部痛の原因は様々で、器質的疾患を認めない症例も多くしばしば診療に苦慮する。当院における難治性直腸肛門痛診療の現状について検討し報告する。

＜対象＞

2016年1月から2025年12月に難治性直腸肛門痛として治療を行った142例。器質的肛門疾患、排便障害、炎症性腸疾患、NSAIDsや注入軟膏が有効な症例、などは除外した。

＜方法＞

疼痛の原因診断と施行された検査、治療内容、転帰について後方視的に検討した。

＜結果＞

平均年齢は60.4歳、男女比55:87で、機能検査として経肛門超音波検査42例、肛門内圧検査37例、排便造影検査25例が施行された。内服薬はプレガバリン、ミロガバリン、トラマドール塩酸塩/アセトアミノフェン配合錠、芍薬甘草湯、エチゾラム、が処方され、局所用カルシウムチャンネルブロッカー軟膏（ニフェジピン軟膏）が34例処方された。それ以外の治療として干渉低周波治療（ウロマスター）15例、バイオフィードバック療法12例（バルーン排出訓練含む）が施行された。疼痛の原因診断として、不明が63例と最も多く、次に腰椎疾患29例、ストレスに起因するもの20例、陰部神経痛11例、尾骨痛8例、骨盤手術後4例、不顕性骨盤臓器脱・排便障害4例で、ROMEIV診断基準を満たす機能性直腸肛門痛は消散性肛門痛5例、肛門挙筋症候群2例であった。

＜考察＞

内服薬が無効な症例に対して、肛門内圧異常高値例に対しては局所用カルシウムチャンネルブロッカー軟膏を、排便造影検査で便排出障害や直腸瘤などの不顕性骨盤臓器脱を認める症例には干渉低周波治療（ウロマスター）やバイオフィードバック療法を行い一定の効果を示していた。一方、ストレスが原因と考えられる20例に対しては有効な治療ができていなかった。肛門痛の原因は多岐にわたり、整形外科、心療内科、婦人科、泌尿器科など他科との連携が重要と考えられた。

＜おわりに＞

当院における難治性直腸肛門痛診療の現状について検討し報告した。

Ⅲ-特別発言 機能性直腸肛門痛におけるオンライン診療の活用

大腸肛門病センター高野病院

○高野正太

Ⅳ-1 直腸脱に対するアルテマイヤー手術

独立行政法人地域医療機能推進機構

Japan Community Health care Organization (JCHO) 四日市羽津医療センター

外科 大腸肛門病・IBD センター

○梅枝 寛、大谷 暉、鈴木桜子、下山貴寛、堀 智英、西川隆太郎、中山茂樹、岩永孝雄、山本隆行

2022 年 1 より 2025 年 12 月までに施行した直腸脱根治術は 111 例で年齢は 80.4 ± 8.4 歳であった。施行された手術術式ではデロルメ手術は 40 例、年齢 76.8 ± 8.3 歳。アルテマイヤー手術は 46 例、年齢 81.7 ± 8.8 歳。ガント三輪 Thiersch 法は 15 例、年齢 85.2 ± 5.1 歳。腹腔鏡下吊り上げ固定術は 6 例、年齢 85.0 ± 3.3 歳であった。2026 年 3 月までの再発症例は、全直腸脱根治術では 123 例 (20.7%)、デロルメ手術が 7 例 (17.5%)、アルテマイヤー手術が 14 例 (30.4%)、ガント三輪 Thiersch 法が 2 例 (13.3%)、腹腔鏡下吊り上げ固定術が 0 例 (0%) であった。いずれの術式も手術適応が異なるため比較はできないが、有用な術式と思われた。デロルメ手術は直腸脱の脱出長が 5cm 以内で肛門括約筋が比較的保たれており、肛門リハビリにて改善が期待できる症例を適応としている。アルテマイヤー手術は直腸脱の脱出長が 5cm を超え、肛門括約筋機能障害が強い症例が多く適応とされている。2023 年よりアルテマイヤー手術において可能な限り、直腸肛門吻合時に直腸を仙骨または尾骨前面に縫合固定を施行している。アルテマイヤー手術において、直腸を縫合固定できなかった症例は 22 例、年齢 80.7 ± 9.5 歳。再発は 12/22 例 (54.5%)、直腸を縫合固定できた症例は 24 例、年齢 82.5 ± 8.2 歳。再発は 2/24 例 (8.3%) であった。アルテマイヤー手術で直腸を仙骨または尾骨前面に固定術できた症例は、直腸を縫合固定できなかった症例と比較して、再発率が低く有用な術式と思われたので報告する。

Ⅳ-2 腹腔鏡下直腸前方固定術 (LVR) におけるメッシュ選択と手術成績

辻仲病院 柏の葉 1)、前田病院 2)

○鈴木優之 1) 2)、浜畑幸弘 1)、黒崎剛史 1)、高野竜太郎 1)、小池淳一 1)

【背景】直腸脱は高齢女性に多く、疼痛、出血、粘液漏出などの脱出症状に加えて便失禁、排便困難などを伴い、QOL を大きく低下させる。治療の主体は外科治療であり、患者背景や脱出長、排便機能を踏まえた術式選択が重要である。近年、腹腔鏡下直腸固定術は低侵襲性と良好な手術成績から普及しており、特にメッシュを用いた腹腔鏡下直腸前方固定術 (Laparoscopic ventral rectopexy: LVR) は術後便秘の増悪が少なく、再発率も低い術式として報告されている。一方、メッシュは製品ごとに素材やポア構造、組織侵入性、固定性が異なり、術後成績に影響する可能性がある。本検討では、Polytetrafluoroethylene (PTFE) 製メッシュ (ORIHIME®) と Polypropylene (PP) 製メッシュ (ガイネメッシュ®) を用いた LVR の手術成績を比較し、特に再発率および合併症の観点からメッシュ選択における留意点を検討した。

【目的】直腸脱に対する LVR において、PTFE 製メッシュと PP 製メッシュの手術成績を比較し、使用メッシュの違いが術後再発に及ぼす影響を検討する。

【方法】2019 年 1 月から 2026 年 3 月までに直腸脱に対し LVR を施行した 298 例を対象とした。使用メッシュにより PTFE 群と PP 群に分類し、患者背景、周術期成績、術後合併症、再発率を後方視的に比較検討した。

【結果】対象は 298 例で、女性 253 例、初発例 209 例であった。年齢および脱出腸管長の中央値はそれぞれ 79 歳、5.0cm であった。PTFE 群は 207 例、PP 群は 91 例であり、手術時間の中央値はそれぞれ 144 分、128 分であった。Clavien-Dindo 分類 Grade II 以上の術後合併症は PTFE 群 3 例、PP 群 1 例に認めたが、メッシュ関連合併症はいずれの群にも認めなかった。術後観察期間の中央値は PTFE 群 43 か月、PP 群 13 か月であった。直腸脱の再発は PTFE 群 22 例 (10.6%)、PP 群 5 例 (5.5%) に認めた。さらに、メッシュ固定時の縫合数別に再発率を比較すると、10 針未満では PTFE 群 18.9%、PP 群 5.5%、10 針以上では PTFE 群 6.7%、PP 群 3.3% であった。

【結論】観察期間の差を考慮する必要があるが、LVR における再発率は PP 群で低かった。特に PTFE 群では固定縫合数が 10 針未満の症例で再発率が高く、メッシュ選択に加えて十分な固定縫合数の確保が再発予防に重要である可能性が示唆された。

Ⅳ-3 直腸脱の術式検討（腹腔鏡下後方固定から前方固定への変更）

JR 札幌病院外科

○鶴間哲弘、奥谷浩一、田山慶子、待木隆志、平田公一

（はじめに）直腸脱に対する術式は経会陰的と経腹的術式に大別される。さらに、経腹的術式である腹腔鏡的術式（直腸固定術）では、メッシュ使用術式（前方固定、後方固定）やメッシュを使用しない縫合固定術式と詳細は多岐にわたる。術式選択も施設のよって違っているのが実情である。

（目的）当施設では原則、腹腔鏡下直腸固定術を第一選択術式にしている。若年者にはメッシュを使用しない縫合固定術式、その他はメッシュによる直腸固定術を施行している。当初は、後方固定である wells 変法を基本術式にしていたが、2021 年 4 月からは前方固定術（LVR）を基本術式に変更した。LVR も術式を改良してきた。当初は、直腸前壁のみをメッシュで挙上していた（前期群）が、2025 年 1 月からは肛門挙筋と共に直腸前壁を挙上、さらに、直腸滑脱による再発防止目的にメッシュと直腸前壁の縫合固定範囲を広範囲化した（後期群）。LVR の術式変更に伴う outcome を比較検討する。

（対象・方法）上述のごとく、LVR を前期群と後期群に分類し、患者背景、手術時間、術後合併症を比較検討した。

（結果）前期群 109 例、後期群 34 例。以下の項目について比較した。性別（M/F）：6/103、2/32。平均年齢：82.2 歳、78.9 歳。BMI：21.9、21.5。ASA（A/B/C）：13/88/8、1/28/5。平均手術時間（分）：114.6、137.4。術後合併症は、前期群では Clavien-Dindo 分類 Grade1/2 が 12 例、Grade3 が 1 例（腹壁癒痕ヘルニア）。後期群では Grade1/2 が 2 例、Grade3 が 4 例（腹壁癒痕ヘルニア 1 例、ポートサイトヘルニア 2 例、SSI 1 例）。ポートサイトヘルニア 2 例は BMI が、27.8、30.5 で、皮膚レベルから腹壁閉鎖は施行したが全層閉鎖にはなっていなかった。再発は前期群のみに認められ 5 例。

（考察）後期群には再発を認めていない。しかし、術後観察期間が未だ短いので今後の経過観察が必要であり、今後とも再発の少ない術式改良に努めていきたい。

Ⅳ-4 当院における鎖肛術後の直腸脱に対する治療経験

1 辻仲病院 柏の葉 2 前田病院

○浜畑幸弘¹、小池淳一¹、中山 洋¹、長岡真裕美¹、秦 美和¹、鈴木暁子¹、鈴木優之²

【目的】

当院で鎖肛術後の直腸脱に対し行った 3 例の治療経験を報告する。

【方法】

当院で鎖肛術後の直腸脱と診断された 3 例に対し後方視的に検討した。治療については性別、年齢、腸管の脱出長、手術術式、基本的には大腸肛門病学会のガイドラインに沿って治療方針を決定した。

【結果】

鎖肛術後の診断で来院された患者は 9 症例あり、2 例は下血が主訴、1 例は肛門痛が主訴であり保存的治療で改善した。1 例は粘膜脱で近医小児外科に紹介された。残り 5 例のうち直腸脱は 3 例あり、デロルメ法で手術を行った症例は 2 例、腹腔鏡下直腸前方固定術を行ったものは 2 例であった。腹腔鏡下手術の 1 例はデロルメ法術後再発であった。3 例のうち 1 例は高位鎖肛術後であり、残り 2 例は低位鎖肛術後を思われた。

肛門内圧は低位鎖肛術後の 2 例で行っており最大静止圧低 1 例、最大随意圧低下 1 例、随意収縮圧増加分低下 2 例、同様に肛門エコーも低位鎖肛術後行っており、括約筋を確認できない症例を 2 例認めた。術後の排便機能は 1 例改善を認めたが、他の 2 例は特に変化もなく問題はなかった。

【考察・結論】

今回鎖肛術後直腸脱の治療について検討した。肛門内圧の低下、肛門括約筋を確認できない症例が多いが手術術式の選択には一般と同じ脱出の程度によって決定して問題はなかった。腹腔鏡下直腸固定術は脱出腸管の長いもので有用であった。

Ⅳ-5 超高齢者（90 歳以上）における経腹的直腸脱手術の治療成績と安全性の検討：後期高齢者群（75-89 歳）との比較

明和病院 骨盤底（機能障害・臓器脱）センター 1） 外科 2）

○松木豪志 1） 2）、岡本亮 1） 2）、一瀬規子 1） 2）、長野心太 2）、藤川正隆 2）、岩崎寿光 2）、中嶋隆善 2）、生田真一 2）、仲本嘉彦 2）、相原司 2）、柳秀憲 2）

【目的】 昨今高齢者に対する直腸脱手術の需要は増加の一途をたどっている。しかし 90 歳を超える超高齢者は生理学的予備能の低下やフレイルを背景に持ち、周術期管理に難渋する症例も少なくない。今回当院における 90 歳以上の超高齢者（以下 S 群）の経腹的直腸脱手術成績を、75 歳～89 歳の後期高齢者群（以下 C 群）と比較し、超高齢者に対する外科治療の妥当性を検討した。

【対象・方法】 2018 年 2 月から 2025 年 11 月までに当科で経腹的直腸脱根治術を施行した患者のうち、75 歳以上の 73 例を対象とした。これを S 群（12 例）と C 群（61 例）に分類し、後方視的に比較検討を行った。術式はメッシュを使用した腹腔鏡下前方固定術を選択した。評価項目は Clavien-Dindo 分類に基づく術後合併症発生率、手術時間、術中出血量、術後在院日数、自宅復帰率、および術後 QOL（骨盤臓器脱困窮度スコア）の改善度とした。また、術前因子として握力や生体インピーダンス法を用いた SMI（骨格筋指数）、高齢者機能評価簡易ツール G8 等も評価した。

【結果】 S 群と C 群で術前背景を比較すると年齢中央値 91 歳 vs 81 歳であり、術前評価項目である握力（kg）は 12.9 ± 3.6 vs 17.1 ± 4.5 ($p=0.003$)、SMI（kg/m²）は 4.7 ± 0.7 vs 5.5 ± 0.9 ($p=0.012$) と S 群で有意に低く、G8 は 9.6 ± 1.8 vs 11.0 ± 2.5 ($p=0.056$) と S 群で低い傾向にあった。

一方術後入院日数（日）は S 群と C 群で $7.0 [5.8 - 8.0]$ vs $6.0 [5.0 - 8.0]$ ($p=0.261$) と両群間に有意差を認めなかった。

【結語】 90 歳以上の超高齢直腸脱患者に対する経腹的直腸脱手術は、適切な症例選択と周術期の全身管理を行うことで安全に行える可能性がある。術後せん妄や退院調整の課題はあるものの、QOL 改善効果は大きく耐術能が許容されれば外科的介入を検討する余地がある。

VI-1 大腸肛門機能診療における臨床工学技士へのタスクシフトとその効果

大腸肛門病センター高野病院 臨床工学科
○金子秀作

【背景】医師の働き方改革を背景に、医療においてもタスクシフトが進んでおり、大腸肛門機能領域においても例外ではない。当院では、便失禁治療として SNM (Sacral Neuromodulation)、機能性直腸肛門痛の治療として SCS (Spinal Cord Stimulation) を取り入れているが、タスクシフトの一環として、刺激装置埋め込み後の動作確認や刺激調整に関しては、臨床工学技士 (ME) が行っている。今回、刺激装置埋め込み術後の患者に対する診療体制とタスクシフトによる効果について報告する。

【診療体制】タスクシフト前は、医師の指示の元、ME によって装置確認を行っていたが、タスクシフトによって、医師による診察と ME による装置確認を完全に分離し、ME のニューロモデュレーション外来を開設した。ニューロモデュレーション外来では、基本的に医師の診察前に予定され、ME 主導による装置確認を行う。装置確認に携わることとなった ME3 名は専門資格 (ニューロモデュレーション・プロバイダー) を取得した。ME 主導となったことで、患者とのコミュニケーションがより取れるようになったと考える。また、ME が装置確認時に聴き取った患者の状況 (漏れや痛みの変化など) は、電子カルテを通じて医師に共有され、その後の診察に反映される。

【効果】現在、刺激装置を埋め込まれ当院に通院中の患者約 40 名が、1～3 ヶ月に 1 回通院しているため、1 月当たり約 13 名が受診し、合計 60～300 分/月の時間を ME が対応している。また、副次的に、ME が事前に患者の状況を医師に共有することで診察時間の短縮にも貢献していると考えられる。

【結論】刺激装置確認を ME にタスクシフトしたことで、医師の診察時間の短縮に貢献できた。大腸肛門機能領域には特殊な検査や治療法もあるため、専門的知識を有する職種にタスクシフトすることで、より大きな効果が期待される。

VI-2 直腸肛門機能検査における臨床検査技師へのタスクシフト導入と人材育成 ―育成スタッフの意識調査及び導入支援から見た課題―

大腸肛門病センター高野病院
○尾島優子

【背景】医師の働き方改革の推進に伴い、直腸肛門機能検査においても臨床検査技師へのタスクシフトが進められている。一方で、本検査は実施施設に限られ、教育体制や技術評価方法に関する報告は少ない。当院では直腸肛門機能検査のタスクシフトを導入し、技師の育成を進めるとともに、他施設の研修・見学受け入れも行っている。

【目的】当院における技師教育の現状を振り返るとともに、育成中スタッフの意識及び他施設から寄せられた質問内容を分析し、タスクシフト推進における課題を明らかにする。

【方法】直腸肛門機能検査に従事する技師を対象に、経験年数別に業務への不安、習熟度、教育内容に対する意識などについてアンケート調査を実施した。また、他施設からの研修・見学時に寄せられた質問内容別に分類し、導入時に共通して認められる課題を整理した。

【結果】経験年数によって感じる課題には違いがみられ、育成初期には検査手技や患者対応への不安が多く、経験年数を重ねることで結果の解釈や異常所見への対応など、より専門的な課題へと変化する傾向が認められた。また、他施設からは教育体制、技術習得方法、医師との役割分担、安全管理などに関する質問が寄せられた。

【考察】タスクシフトを円滑に進めるためには、段階的な教育プログラムや客観的な技術評価方法の整備が重要である。また、導入施設が経験を共有することは、他施設の導入支援や標準化に寄与すると考えられた。

I-2-1 当院における慢性便秘症を主訴とする初診患者の実態～排便困難型便秘症への対応～

藤田胃腸科病院

○本郷仁志、大黒晶子、山本賢一、住吉瞳美、天良亜衣

（背景）慢性便秘症ガイドラインでは、排便回数減少型と排便困難型にわけて対応するフローチャートとなっているが、排便困難型便秘症を念頭に診断し対応している医療機関は少ない。排便困難型便秘症の治療は内服のみでは困難なケースが多く、難治性便秘症の原因となっていると考えられる。

（目的）慢性便秘症を主訴として受診された患者の実態、特に排便困難型便秘症の関与を問診および検査により調べ、バイオフィードバック療法（BF 療法）の治療効果につき検討する。

（対象）2024 年 11 月 6 日から 2025 年 3 月 17 日までに当院に慢性便秘症を主訴として受診した 50 名

（方法）まず当院で作成した問診票に記入をしてもらう。診察上、排便困難型便秘症の関与が疑われた患者に対し軽症例では内服で開始。内服での治療効果が十分でない症例や排便困難型便秘症の精査が必要と判断した患者には排便造影を、さらにその結果より BF 療法を行った。

（結果）対象 50 名は、男性 26 名女性 24 名平均 67 歳。下剤歴は 1 年内 20 名 1～9 年 9 名、10 年以上 11 名。薬剤名のわかった 22 名のうち 13 名が刺激性下剤を服用していた。排便回数は、「出ない」13 名、「週 3 回未満」21 名「週 3 以上」7 名「未記入」9 名であった。「残便感」や「便意消失」「排便時間が長い」（1 分以上）は排便困難型便秘症を疑う症状だが、このうち排便造影を施行したのが 21 名。異常のあった 17 名に BF 療法を行った。病態として、器質性便秘 1 名、排便回数減少型が 5 名、排便困難型が 8 名、両者の合併が 19 名、不明が 17 名であった。BF 療法は 1 回で終了が 11 名、複数回施行したのが 6 名。このうち自覚症状が改善したのは 15 名で、有効率は 88%と考えられた。

（結語）当院に慢性便秘症を主訴として受診した患者の多くに排便困難型便秘症が関与しており、治療法として BF 療法が有効であった。

I-2-2 当院における排便困難型便秘症に対するバイオフィードバック療法について

藤田胃腸科病院

○天良亜衣、住吉瞳美、山本賢一、大黒晶子、本郷仁志

排便困難型便秘症の多くは通常の下剤の内服のみでは治療が困難である。排便困難型便秘症の治療としてバイオフィードバック療法（BF 療法）が有効とされているが、実際に実施している医療機関は非常に少ない。当院では 2019 年 4 月より BF 療法を開始し、のべ 1500 例以上の方に試行錯誤を行いながら指導を実施してきたが、具体的に指導内容が記載された報告はほとんどない。今回、当院での BF 療法の指導の具体的な方法と有用性について紹介したい。

排便困難型便秘症は、肛門をゆるめることが出来ない①骨盤底筋協調運動障害と腹圧をうまくかけることが出来ない②便排出推進力低下、①②両方を混合している③混合型に分類されている。

当院では、まず排便造影・直腸内圧検査にて病状を確認し、①排便姿勢 ②努責方法 ③排便習慣などを指導している。

排便困難型便秘症のなかでは、肛門を緩めることが出来ない骨盤底筋協調運動障害が最も多い。BF 療法時の努責の方法として①「下腹部をふくらませる」（下腹部にあてた手をおしかえす）②「排尿を早く出すイメージ」等と指導している。上記方法で腹圧をかけることで肛門圧が上昇せずに直腸が下垂することが出来ることを実務のなかで確認している。実際、明和病院の岡本先生が本会にて排尿時の（立位）MRI 撮影上、排尿に先立って直腸が下がるという動画を提示していただいた。これらの指導法をもとに BF を行い 前後に排便造影を行った 15 名を対象に評価したところ 11 名の患者に排便状況の改善が示されたため、代表的な画像を見せながら紹介したい。

当院における BF 療法は、骨盤底筋協調運動障害を有する排便困難型便秘症に対して安全かつ極めて有効な治療法であると考えているが、治療の成功には患者自身の理解度やモチベーション、自宅での反復（練習）が不可欠である。今後はチームでの指導体制のさらなる均一化と長期予後の追跡調査が課題である。

I-2-3 機能性便排出障害に対するバイオフィードバック療法の治療成績

自治医科大学 消化器一般移植外科¹⁾、
自治医科大学附属病院 リハビリテーションセンター²⁾
牧田総合病院 肛門病センター³⁾
○本間祐子¹⁾³⁾、味村俊樹¹⁾、大森和湖²⁾、田中真里奈²⁾、川合直美²⁾、南雲光則²⁾

【はじめに】軟便でも排便困難感を訴える便排出障害は、骨盤底筋協調運動障害などの機能性便排出障害が原因で起こることが知られている。機能性便排出障害に対する治療法としてはバイオフィードバック (BF) 療法やバルーン排出訓練などの理学療法があり、その有効性も示されている。今回、排便機能外来で施行した機能性便排出障害に対する BF 療法の治療成績について検討した。

【方法】2018 年 5 月～2026 年 5 月に排便機能外来を受診した患者のうち便排出障害が疑われる患者に対して排便造影検査を施行した。排便造影検査で疑似便の排出遅延や無排出を認め、骨盤底筋協調運動障害や排出力低下などの機能性便排出障害患者と診断された患者を対象に BF 療法を施行した。治療成績は、症状スコアは Constipation Scoring System (CSS: 最良 0 点～最悪 30 点) を用いて、生活の質 (quality of life: QOL) に関しては日本語版便秘特異的 QOL 評価尺度である Japanese version of the Patient Assessment of Constipation Quality of Life Questionnaire (JPAC-QOL: 最善 0 点～最悪 4 点) を用いて、BF 療法開始前と終了時で比較した。

【結果】受診した総患者数は 926 例で、便排出障害疑いで排便造影検査を施行したのは 66 例 (7%) であった。排便造影検査で機能性便排出障害と診断されたのは 35 例 (53%) で、1 例は他院へ紹介され、当院で BF 療法を施行したのは 34 例であった。対象者は男性 18 例 (53%) 女性 16 例 (47%)、年齢中央値 65.5 歳 (範囲: 20-81 歳) であった。BF 療法の実施回数中央値は 5 回 (1-30 回) で、バルーン排出訓練は 32 例 (94%) に施行した。薬物療法との併施は 27 例 (79%) であった。CSS スコア中央値は (n=31)、治療前 15 点 (7-22 点) から治療後 13 点 (6-21 点) と有意に改善し ($p=0.005$)、JPAC-QOL 中央値は (n=29)、治療前 2.5 点 (0.9-3.5 点) から治療後 1.7 点 (0.6-3.6 点) と有意に改善した ($p<0.0001$)。

【結語】機能性便排出障害に対する BF 療法は症状および QOL ともに有意に改善することが示された。機能性便排出障害に対して BF 療法が施行可能な施設の増加が望まれる。

I-2-4 直腸瘤に対するバルーン排出訓練の有効性 —保存的治療による手術回避の可能性—

大腸肛門病センター高野病院 リハビリテーション科 1) 大腸肛門機能科 2)
○槌野 正裕 1) 伊禮 靖苗 2) 高野 正太 2)

【背景】直腸瘤は骨盤臓器脱の一つであり、加齢や出産による骨盤底の支持組織の脆弱化や便秘による慢性的な腹圧の上昇が主な原因とされている。大腸肛門病学会のホームページには、直腸瘤は便秘の原因にも結果にもなり得ることが記載されており、便通異常症診療ガイドライン 2023 には非狭窄性器質性便秘症で直腸肛門障害型が疑われ、保存的治療で改善しない便排出障害型には外科的治療が推奨されている。今回、当院の直腸瘤症例の治療状況を後方視的に検討した。

【対象と方法】2004 年 4 月～2025 年 3 月に初回直腸瘤と診断された女性 935 例 (平均年齢 57.7 歳) を対象とした。年度毎に外科的治療、排出訓練の実施割合を調査した。更に排出訓練前後で constipation scoring system (CSS) が評価されていた 74 例 (平均年齢 61.2 歳) は、Wilcoxon 検定 ($p<0.05$) を用いて保存的治療の効果を検討した。

【結果】2015 年以前は 148 例中 34 例 (23%) に手術が行われており、排出訓練は初期治療としては実施されず、手術数年経過してから 3 名のみに行われていた。2017 年度までの手術率は 20% 程度で推移したが、2018 年度から排出訓練を導入し、2024 年度は 90 例中 49 例 (54.4%) が排出訓練を受け、手術は 3 例 (3.3%) に減少した。排出訓練を含めた保存的治療を実施した 74 例では、CSS 中央値が 8.5 から 7.0 へ有意に改善した。

【考察】直腸瘤症例の中には、便排出障害が主因となり保存的治療で症状が軽減する例が存在する。当院では以前より Biofeedback (BF) 療法を行っていたが、2017 年の新築移転により理学療法士が BF に介入しやすい環境が整い、保存的治療を体系的に実施できるようになった。また、2017 年に慢性便秘症診療ガイドライン発刊を契機に排出訓練を積極的に導入したことで、直腸瘤症例の症状改善につながり、手術件数の減少に寄与したと考えられる。

I-2-5 外来を受診した便秘症患者における直腸便塞栓の頻度と特徴

くにもと病院 肛門外科
○安部達也

【目的】便塞栓（fecal impaction: FI）は、宿便、嵌入便、糞便充塞、糞便塞栓とも呼ばれ、放置すれば、腸閉塞、腸管壊死、穿孔などの重篤な合併症を引き起こす。FI は小児や施設入所中の高齢者などに多く見られるが、一般人口における有病率は不明である。そこで、外来患者における FI の頻度と臨床的特徴について検討した。

【方法】2021 年 5 月から 2023 年 12 月に当院を受診した患者のうち、主訴が便秘またはその周辺症状で、それに対する治療（排便指導や薬物療法を含む）が実施された症例を対象とした。直腸指診または画像検査により直腸内の便の充満（直腸便塞栓）が確認され、摘便による便塊除去が実施された症例を FI と定義した。直腸肛門部の腫瘍、重度の炎症や狭窄を伴う症例、および直腸肛門部の手術から 1 ヶ月以内の症例は除外した。

【結果】対象基準を満たした 5,371 例（女性 60.0%）のうち、329 例（6.1%）に FI が認められた。FI 群（女性 57.8%）は非 FI 群（5,042 例）と比較して、平均年齢（78.1 vs. 63.8 歳, $p<0.001$ ）、要介護者の割合（30.4 vs. 13.6%, $p<0.001$ ）、および施設入所率（11.0 vs. 6.9%, $p=0.005$ ）が高かった一方、経口下剤の定期使用率は低かった（53.0 vs. 62.6%, $p<0.001$ ）。FI 群のうち 9 例（2.7%）が救急車で来院した。主訴は排便困難（58.7%）、肛門痛（52.0%）、便秘（19.8%）、肛門出血（17.6%）、便失禁（11.9%）が多かった（重複あり）。FI 群では、肛門腫脹（28.0%）、痔核（13.4%）、肛門裂傷（7.9%）、肛門周囲皮膚炎（7.6%）などの随伴症状に加え、尿閉（7.6%）、肺炎（1.2%）、直腸潰瘍（0.6%）などの合併症が認められ、肺炎の 1 例（0.3%）が死亡した。便塊除去後の維持療法としては、主にポリエチレングリコール（PEG 275 例）が投与された。FI 群の平均観察期間は 17.4 ヶ月で、43 例（13.1%）で FI の再発が認められ、3 年累積再発率は 26.1%（95%CI 19.4-34.5）であった。

【結語】再発例のうち、6 例は PEG の服用を継続（3 例は減量投与）していたが、33 例（76.7%）は PEG を中止していた。以上より、PEG は FI の再発予防に有効であることが示唆された。

I-2-6 便の流れから考える排便機能評価の新視点：排便造影への流体シミュレーション導入の試み

大腸肛門病センター 高野会 くるめ病院 1) 放射線科 2) 同外科
○福山剛司 1) 中野勝也 1) 伊藤源太 1) 野明俊裕 2) 荒木靖三 2)

【目的】排便機能の評価は排便造影（形態的評価）と直腸肛門内圧測定（圧力評価）が中心であり、便そのものの動きは評価対象外であった。本研究では排便造影画像にコンピューターシミュレーション（格子ボルツマン法）を適用し、便を「一定以上の力が加わらないと流れ出さない粘り気のある物質」としてモデル化し、排出過程を力学的に定量評価・可視化するツールを開発した。

【方法】排便造影動画からフレームごとに造影剤が充填された直腸肛門を輪郭抽出しシミュレーション領域として設定した。全フレームにおける排出率を自動算出、従来の手動算出と比較し解析の妥当性の確認、定量指標として排出速度・単位時間当たりの排出効率・便が動かない領域の広さを算出した。またいきみに相当する力を段階的に変化させる解析により閾値現象の有無を検証するとともに、実症例における便の流れの可視化を試みた。

【結果】自動算出した排出率は手動算出した値と近い値を示した。いきみに相当する力を段階的に増加させると、排出速度・単位時間当たりの排出効率・便が動かない領域の広さの 3 指標が特定範囲を境とし揃って大きく変化する現象を確認した。これは便が一定の力を超え「動かない固体的状態」から「動く流体的状態」へ変化する物理現象を反映している。

いきみに相当する力を一定にした条件下での時系列フレームを用いた速度場の可視化では、排便の進行に伴い直腸内の速度分布が変化する様子が確認された。

【結論】排出は連続的な現象ではなく一定の力を超えた瞬間に起きる「閾値現象」であることが示された。本ツールは形態評価・圧評価では捉えられなかった便側の力学的情報を可視化・定量化するものであり、排便障害評価の新たな視点を提供する。今後は解析の簡略化や臨床的指標対応の検証が課題である。

【主題 I -2】 排便障害 16:10～17:20

I-2-7 痔核術後の合併症予防のための取り組み
～術前 fecoflowmetry と尿閉、排便障害との関連～

くろめ病院 看護部 1) 同外科 2)
○古賀かおり 1) 平井美香 1) 園田由佳 1) 野明俊裕 2)

【はじめに】

肛門疾患術後管理は早期晩期の出血、排便排尿障害、腰麻後頭痛などの合併症を防ぐため、特に排便と創の管理に重点を置いた術後管理が必要とされている。当院では痔核術前に便流量検査（fecoflowmetry：FFM）を実施している。本研究は術前 FFM 波形と術後合併症との関連を検討した。

【方法】

2023 年 4 月から 2026 年 3 月までに当院で痔核結紮術 3 か所以上施行した 209 例を対象とした。内訳は男性 81 名女性 128 名、手術時平均年齢 53.08 歳。そのうち術前 FFM を実施した患者は 142 例であった。FFM 波形を block 型、segment 型、flat 型、分類不能型の 4 群に分類し排便障害（経肛門的処置を要した症例）、排尿障害（導尿処置を要した症例）、術後出血（局所処置または再手術を要した症例）との関連を調査。さらに全症例の排便障害への各種管理方法と合併症との関連を後方視的に調査した。

【結果】

FFM 波形は block 型 68 名 47.9%、segment 型 27 名 19%、flat 型 15 名 10.6%、分類不能型 32 名 22.6% であった。各波形と排便障害、排尿障害、術後出血との間に有意な関連は認めなかった。術後出血は追加下剤なし群 79 例中 8 例 10.1%、追加下剤あり群 67 例中 7 例 10.4%、座薬群 62 例中 9 例 14.5%、座薬・摘便・洗腸群 4 例中 1 例 25% に認めた。又、導尿有群 37 例中、8 例 21.62% に術後出血を認め、導尿無群 172 例中、14 例 8.14% と比較し、導尿有群は有意に術後出血率が高かった。

【まとめ】

術前 FFM 波形による術後合併症の予測は困難であった。術後、経肛門的処置が増える程、術後出血率も上昇し、排尿障害が起こると術後出血率も上昇する。導尿を要した症例は特に注意し術後早期からの適切な排便コントロールが重要である。

薬価基準収載

活性生菌製剤

酪酸菌配合剤

ビオスリー[®] 配合OD錠

BIO-THREE[®] OD Tablets



BIO-THREE[®]

「効能又は効果、用法及び用量、注意事項等情報」等については、電子化された添付文書をご参照ください。

2025年5月作成

発売元
文献請求先及び
問い合わせ先

東亜新薬株式会社

〒160-0023 東京都新宿区西新宿 3-2-11
TEL 03(3347)0770 FAX 03(3347)0780
<https://www.toashinyaku.co.jp>

製造販売元



東亜薬品工業株式会社

販売

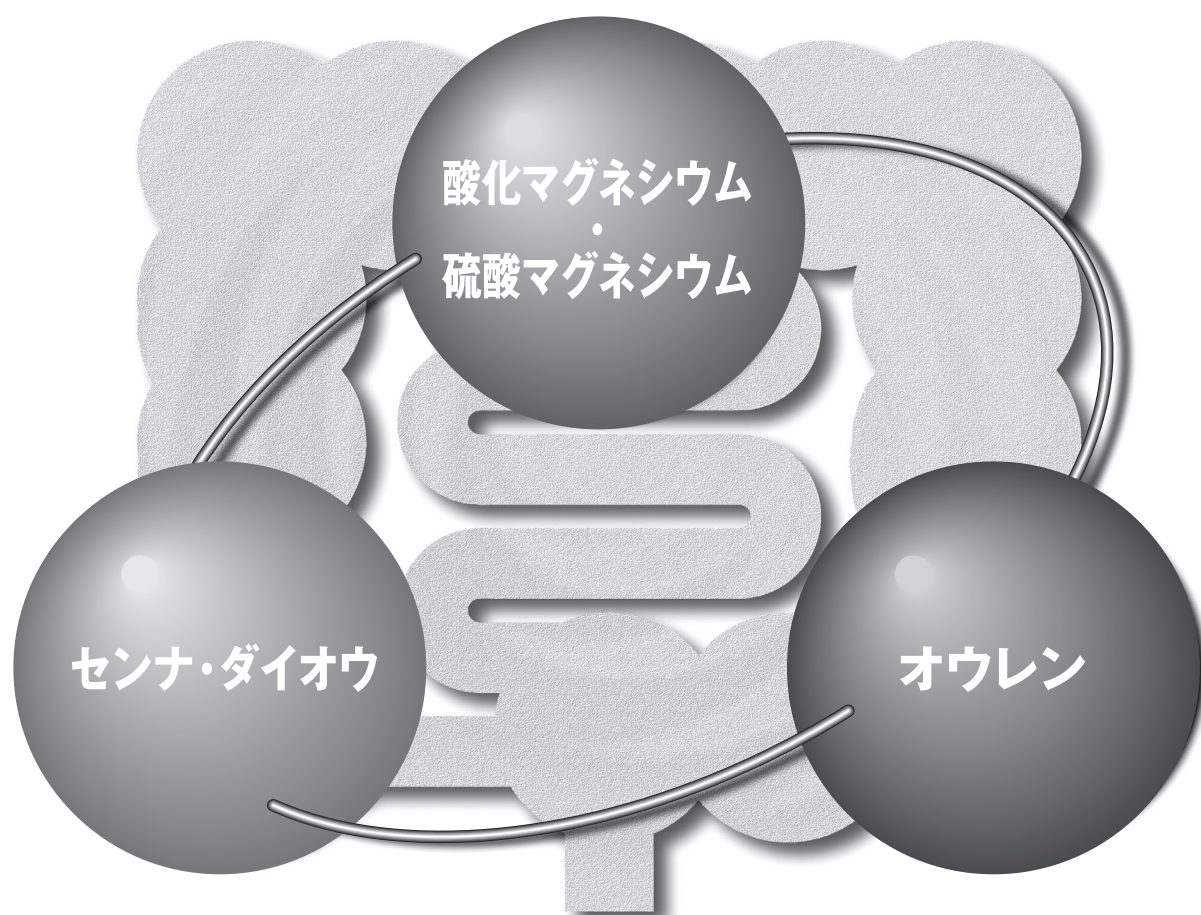


鳥居薬品株式会社

緩下剤

セチロ 配合錠 CETILO TABLETS

塩類下剤（酸化マグネシウム、硫酸マグネシウム）と
生薬（センナ、ダイオウ、オウレン）を配合した
緩下剤です。



※効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む注意事項等情報等については電子添文をご参照ください。



ジェイドルフ製薬株式会社

滋賀県甲賀市土山町北土山2739

資料請求先 ジェイドルフ製薬株式会社 営業本部 学術部

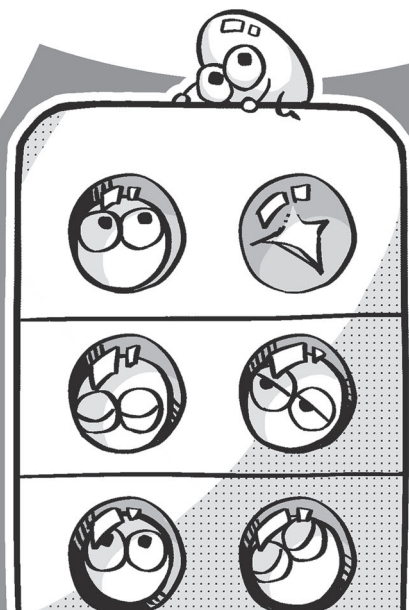
大阪府守口市日吉町2丁目5番15号

06-7507-2532

2024年1月作成



肛門疾患治療剤 ラインナップ



痔疾治療剤

ヘモナーゼ配合錠

薬価基準収載

ブロメライン・トコフェロール酢酸エステル配合剤
HEMONASE TABLETS

内痔核硬化療法剤 劇薬 処方箋医薬品 (注意 - 医師等の処方箋により使用すること)

ジオン[®]注 生食液付 無痛化剤付

薬価基準収載

硫酸アルミニウムカリウム水和物・タンニン酸注射液
ZIONE[®] INJECTION・INJECTION/LIDOCAINE

痔疾治療剤

ヘモポリゾン軟膏

薬価基準収載

大腸菌死菌浮遊液・ヒドロコルチゾン配合剤
HEMOPORISON OINTMENT

※効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む注意事項等情報等については各製品の電子添文をご参照ください。

ジェイドルフ製薬株式会社

滋賀県甲賀市土山町北土山 2739-1 番地

資料請求先 ジェイドルフ製薬株式会社 営業本部 学術部

大阪府守口市日吉町 2 丁目 5 番 15 号

06-7507-2532

2025年6月作成
(審) GL0302



グアニル酸シクラーゼC受容体アゴニスト(リナクロチド錠) 薬価基準収載

リンゼス[®]錠0.25mg

処方箋医薬品
(注意—医師等の処方箋により使用すること)

■「効能又は効果」、「用法及び用量」、「警告・禁忌を含む注意事項等情報」等については、電子化された添付文書をご参照ください。

製造販売 **アステラス製薬株式会社**
東京都中央区日本橋本町2-5-1

〔文献請求先及び問い合わせ先〕 メディカルインフォメーションセンター ☎ 0120-189-371
〔医薬品情報サイト〕 <https://amn.astellas.jp/>

提携  Ironwood[®]

 専用アプリ「添文ナビ」でGS1バーコードを読み取ることで、最新の電子添文等を見ることができます。

LNZ02-H01-03-K

2026年1月作成 260×180mm

メ 毛

《事務局》

社会医療法人社団高野会 大腸肛門病センター高野病院
〒862-0971 熊本市中央区大江3丁目2-55

TEL : 096-320-6500 FAX : 096-320-6526

E-mail : kinoushougai@gmail.com

Better Control, better life



予測可能な排便管理へ

ペリスティーンプラスは、
保険適用された経肛門的洗腸療法に
用いられる医療機器です。
排便の時間も場所も、
患者さん自身で自由に調整できます。



Peristeen® Plus

販売名：ペリスティーン® トランスアナナルイリゲーション

一般的名称：直腸用チューブ JMDNコード：14227000 クラスII(管理医療機器) 医療機器認証番号：302ACBZX00039000

コロプラスト株式会社 〒102-0074 東京都千代田区九段南2-1-30 イタリア文化会館ビル 11F
www.coloplast.co.jp ☎ 0120-664-469