2026年11月20日(金)

シンポジウム | 外科

8:30 ~ 10:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

シンポジウム１　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について1

司会：船橋 公彦（横浜総合病院消化器センター外科）、山田 岳史（日本医科大学消化器外科）

[SY1-1] 若年発症大腸癌における年齢層別の臨床病理・分子学的特徴：東・東南アジア国際多施設レジストリ研究（ESEA CRC-01）

*大内 晶[1]、Malakorn Songphol[2]、Jirathaniruangkit Kitrawee[2]、Kim Chang Woo[3]、Jung Jin-Min[3]、高見澤 康之[4]、永田 洋士[4]、小森 康司[1]、Yang Yun[5]、Zheng Xiao-hao[5]、Shen Ming-Yin[6]、Chen William Tzu-liang[6]、Chen Lionel Hui[7]、Seow-En Isaac[7]、Ng Simon S M[8]、Lam Ray C H[8]、Wanitsuwan Worrawit[9,10]、Horpaopan Sukanya[11]、Villanueva Maureen Elvira P[12]、Koh Frederick H[13] (1. 愛知県がんセンター消化器外科部、2. Chulalongkorn Colorectal Research Unit, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University、3. Department of Surgery, Ajou University Hospital, Ajou University School of Medicine、4. 国立がん研究センター中央病院大腸外科、5. Department of General Surgery, Beijing Friendship Hospital, Capital Medical University、6. Department of Surgery, China Medical University Hsinchu Hospital、7. Department of Colorectal Surgery, Singapore General Hospital、8. Division of Colorectal Surgery, Department of Surgery, The Chinese University of Hong Kong、9. Department of Surgery, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University、10. Medical Science Research and Innovation Institute, Prince of Songkla University、11. Department of Anatomy, Faculty of Medicine, Chiang Mai University、12. Division of Colorectal Surgery, Philippine General Hospital, University of the Philippines、13. Department of Colorectal Surgery, Sengkang General Hospital)

[SY1-2] 若年発症大腸癌の臨床病理学的特徴と予後の評価 ―sporadic pMMR/MSSに限定した解析―

*門馬 智之[1]、八子 博貴[1]、川又 崇弘[1]、長谷川 誠[1]、森 友輔[1]、藤井 あゆみ[1]、滝口 千晶[1]、深井 智司[1]、佐藤 孝洋[1]、伊藤 美郷[1]、氏家 大輔[1]、千田 峻[1]、岡山 洋和[1]、齋藤 元伸[1]、河野 浩二[1] (1. 福島県立医科大学消化管外科)

[SY1-3] 若年発症大腸癌の臨床病理学的特徴とStage別予後の検討－多施設共同後ろ向き研究－

*中西 良太[1]、安藤 幸滋[2]、杉山 雅彦[3]、上原 英雄[4]、藤中 良彦[5]、吉田 大輔[6]、枝廣 圭太郎[7]、川副 徹郎[2]、永井 太一朗[1]、蓮田 博文[1]、田尻 裕匡[1]、楠元 英次[1]、太田 光彦[1]、坂口 善久[1] (1. 九州医療センター　消化管外科、がん臨床研究部、2. 九州大学　消化器・総合外科、3. 九州がんセンター　消化管外科、4. 九州中央病院　総合外科、5. 飯塚病院　外科、6. 別府医療センター　消化器外科、7. 錦病院)

[SY1-4] Early-onset colorectal cancer200例の臨床病理学的特徴と予後

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

[SY1-5] 当院における若年大腸癌の特徴

*米村 圭介[1]、佐伯 泰愼[1]、田中 正文[1]、福永 光子[1]、新井 貴大[1]、水上 亮佑[1]、鈴木 健太[1]、山田 一隆[1] (1. 大腸肛門病センター高野病院消化器外科)

[SY1-6] 若年性大腸癌の臨床病理学的特徴と治療成績

*吉田 雅[1]、市川 伸樹[1]、柴田 賢吾[1]、今泉 健[1]、佐野 修平[1]、大渕 佳祐[1]、武冨 紹信[1] (1. 北海道大学　消化器外科Ⅰ)

[SY1-7] 若年者大腸癌における臨床病理学的特徴と予後および治療強度の検討

*笠島 浩行[1]、笠島 浩希[1]、下國 達志[1] (1. 市立函館病院　消化器外科)

[SY1-8] 若年発症直腸癌に対する術前化学放射線療法の効果

*白鳥 広志[1]、江本 成伸[1]、野澤 宏彰[1]、室野 浩司[1]、横山 雄一郎[1]、永井 雄三[1]、原田 有三[1]、荒川 敬一[1]、品川 貴秀[1]、館川 裕一[1]、岡田 聡[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学腫瘍外科)

[SY1-9] 大腸癌におけるField Agingと若年発症大腸癌（EOCRC）特異的エピジェネティックシグネチャーの統合的in silico解析

*永坂 岳司[1]、山田 岳史[2] (1. 川崎医科大学先端腫瘍医学、2. 日本医科大学消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科

8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）

シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント

司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2　基調講演] 潰瘍性大腸炎関連腫瘍の臨床病理学的特徴と初期病変

*岩男 泰[1,2,3,4]、杉本 真也[2]、高林 馨[3]、吉松 裕介[2]、清原 裕貴[2]、三上 洋平[2]、下田 将之[4]、金井 隆典[2] (1. 慶應義塾大学予防医療センター、2. 慶應義塾大学医学部消化器内科、3. 慶應義塾大学医学部内視鏡センター、4. 東京慈恵会医科大学病理学講座)

[SY2-1] 潰瘍性大腸炎関連進行大腸癌における診断契機別に見た臨床病理学的特徴と予後

*大岡 達子[1]、高砂 健[1]、福田 佳保[1]、山下 賢[1]、上垣内 由季[1]、壷井 章克[1]、田中 秀典[1]、檜山 雄一[2]、岸田 圭弘[1]、瀧川 英彦[1]、卜部 祐司[1]、上野 義隆[1]、桑井 寿雄[3]、岡 志郎[1] (1. 広島大学病院消化器内科、2. 同広島臨床研究開発支援センター、3. 同消化器内視鏡医学講座)

[SY2-2] 大腸炎関連大腸癌における特異的遺伝子発現の同定と鑑別診断への応用

*衣笠 哲史[1,2]、主藤 朝也[2]、溝口 恵美子[3]、松本 太一[4]、内野 基[5]、真鍋 達也[6]、藤田 文彦[2] (1. 福岡みらい病院、2. 久留米大学医学部外科学講座、3. 久留米大学医学部免疫学講座、4. 福岡大学医学部細胞生物学講座、5. 兵庫医科大学病院消化器外科学講座炎症性腸疾患外科、6. 佐賀大学医学部外科学講座)

[SY2-3] 手術症例から振り返る潰瘍性大腸炎関連腫瘍の診断ストラテジー

*品川 貴秀[1]、岡田 聡[1]、白鳥 広志[1]、舘川 裕一[1]、荒川 敬一[1]、原田 有三[1]、永井 雄三[1]、横山 雄一郎[1]、江本 成伸[1]、室野 浩司[1]、野澤 宏彰[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学腫瘍外科)

[SY2-4] 潰瘍性大腸炎関連腫瘍の診断における内視鏡・超音波内視鏡の有用性とESDのトータルバイオプシーとしての役割

*米田 頼晃[1]、吉田 早希[1]、大東 弘治[2]、竹内 洋司[1]、川村 純一郎[2]、工藤 正俊[1] (1. 近畿大学医学部消化器内科、2. 近畿大学医学部下部消化管外科)

[SY2-5] CV-SCANを用いた潰瘍性大腸炎関連腫瘍の検出およびESDにおける有用性

*植田 浩貴[1]、冨岡 明[2]、千谷 菜花[2]、堀内 和樹[1]、古橋 廣崇[1]、成松 和幸[1]、高本 俊介[1]、穂苅 量太[1] (1. 防衛医科大学校病院消化器内科、2. 埼玉医科大学国際医療センター消化器内科)

[SY2-6] 潰瘍性大腸炎の臨床経過分類と大腸炎関連大腸癌術後再発との関連：全国多施設共同研究

*吉村 晴香[1]、水内 祐介[1]、藤本 崇聡[1]、永吉 絹子[1]、野口 竜剛[2]、杉原 健一[3]、上野 秀樹[4]、石原 聡一郎[2] (1. 九州大学臨床腫瘍外科、2. 東京大学腫瘍外科、3. 社会医療法人社団光仁会第一病院、4. 防衛医科大学校外科学講座)

[SY2-7] 炎症性腸疾患関連大腸癌に対する化学療法の適応と留意点

*荻野 崇之[1]、長谷川 昂[1]、福田 健太[1]、赤澤 英[1]、辻 嘉斗[1]、深田 晃生[1]、関戸 悠紀[1]、森 良太[1]、竹田 充伸[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、三吉 範克[1]、植村 守[1]、水島 恒和[2]、江口 英利[1] (1. 大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学、2. 獨協医科大学外科学(下部消化管外科)講座)

[SY2-8] クローン病の肛門病変に合併する痔瘻癌、肛門管癌について

*酒匂 美奈子[1]、井上 英美[2]、大城 泰平[2]、新谷 裕美子[2]、西尾 梨沙[2]、岡野 荘[1]、園田 光[1]、岩本 志穂[1]、深田 雅之[1]、古川 聡美[2]、岡本 欣也[2]、山名 哲郎[2] (1. JCHO東京山手メディカルセンター、2. JCHO東京山手メディカルセンター　大腸肛門外科)

[SY2-9] クローン病関連直腸肛門管腫瘍に対する診断戦略とサーベイランスの課題

*重原 光那[1]、杉本 真也[1]、吉松 裕介[1]、清原 裕貴[1]、三上 洋平[1]、金井 隆典[1] (1. 慶應義塾大学医学部内科学（消化器）)

[SY2-10] クローン病に合併した直腸肛門部癌に対するサーベイランスの現状

*堀尾 勇規[1]、内野 基[1]、友尾 祐介[1]、長野 健太郎[1]、楠 蔵人[1]、桑原 隆一[1]、木村 慶[2]、片岡 幸三[2]、池田 正孝[2]、池内 浩基[1] (1. 兵庫医科大学炎症性腸疾患外科、2. 兵庫医科大学下部消化管外科)

[SY2-11] クローン病に合併した消化管悪性腫瘍101例の予後因子の検討

*井上 英美[1]、酒匂 美奈子[2]、丹野 侑杜[1]、新谷 裕美子[1]、西尾 梨沙[1]、大城 泰平[1]、古川 聡美[1]、岡本 欣也[1]、山名 哲郎[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、2. JCHO東京山手メディカルセンター炎症性腸疾患センター)

[SY2-12] クローン病関連直腸肛門悪性腫瘍に対する骨盤内臓全摘術の治療成績

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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

[SY2-13] クローン病関連大腸腫瘍の予後改善に向けた早期診断戦略：早期診断に向けた肉眼形態的特徴と診断経路の解析

*中尾 詠一[1]、辰巳 健志[1]、小原 尚[1]、後藤 晃紀[1]、黒木 博介[1]、小金井 一隆[1]、杉田 昭[1] (1. 横浜市立市民病院炎症性腸疾患科)

シンポジウム | 肛門科

10:00 ~ 11:15 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

シンポジウム３　地域医療における肛門科の役割

司会：黒木 政純（くろき医院)、松田 聡（松田病院大腸肛門病センター）

[SY3-1] 診療所・病院・患者の「三方よし」を目指した肛門診療における病診連携の現状

*小泉 範明[1]、多加喜 航[1] (1. 明石市立市民病院　外科)

[SY3-2] 地方小規模肛門専門病院が担う包括的肛門疾患診療の役割と課題

*錦織 直人[1]、佐々木 義之[1]、錦織　ルミ子[1]、錦織 麻衣子[1]、尾原 伸作[2]、錦織 方人[1] (1. 一路会錦織病院、2. 国保中央病院外科)

[SY3-3] 地域医療における肛門科の役割　―大学・医師会との教育連携を中心に―

*小村 憲一[1]、岡村 行泰[2]、梶原 崇弘[4]、間崎 武郎[3]、海賀 照夫[5]、松野 順敬[4]、渡部 愛[2]、服部 桜子[2]、河合 隆治[6]、奥村 康弘[2]、渡辺 知明[9]、小泉 和也[7]、甲田 貴丸[8]、木下 和哉[10]、坂東 重浩[11]、石倉 智枝里[2]、加藤 岳晴[2]、寺本 賢一[2]、山岸 俊介[2] (1. 小村肛門科医院、2. 日本大学消化器外科、3. 同愛会病院外科、4. 板倉病院外科、5. みつわ台総合病院外科、6. 大和徳洲会病院外科、7. 小泉胃腸肛門乳腺クリニック、8. 甲田医院、9. 渡辺昭医院、10. 木下産婦人科医院、11. ばんどうクリニック堀切菖蒲園駅前)

[SY3-4] 肛門科地域連携医療の司令塔としての役割

*大橋 勝久[1]、大橋 勝英[1]、佐々木 章公[2]、太田 和美[2]、北川 一智[2]、森谷 行利[3]、玉木 孝彦[3] (1. 大橋胃腸肛門科外科医院、2. 十全総合病院、3. 森谷外科医院)

[SY3-5] 肛門科医の連携と 市民への情報発信 -“愛宕おしり研究会”の活動-

*羽田 丈紀[1]、吉田 幸平[2]、白畑 敦[3]、井藤 尚武[4]、伊東 功[5]、伊藤 大介[1]、飯田 直子[1]、中山 真緒[1]、小田 晃弘[6]、野田 大地[6]、長谷川 小百合[7] (1. おなかクリニック、2. 新宿おしりのクリニック、3. しらはた胃腸肛門クリニック横浜、4. 八王子クリニック、5. 小田原おしりとおなかのクリニック、6. 新松戸中央総合病院、7. 塩山あかおクリニック)

[SY3-6] 肛門科traineeから見た専門病院の重要性とマーケティング

*長田 和義[1]、野明 俊裕[1]、石井 正之[1]、石橋 英樹[1]、鈴木 麻未[1]、白水 良征[1]、入江 朋子[1]、荒木 靖三[1] (1. 社会医療法人社団高野会くるめ病院)

[SY3-7] 西九州させぼ広域都市圏における肛門科の役割

*日高 仁[1]、黒木 政純[2] (1. ひだか医院、2. くろき医院)

[SY3-8] 総合病院内の一診療科としての肛門科に求められる地域医療における役割

*岡田 大介[1]、佐原 力三郎[1]、本間 祐子[1] (1. 社会医療法人財団仁医会牧田総合病院肛門病センター)

[SY3-9] 地方の肛門科専門有床診療所における肛門外科専門医の矜持

*森 俊治[1]、田中 香織[1]、山田 英貴[2] (1. 森外科医院、2. 山田外科内科)

[SY3-10] 肛門疾患はどこに集約されるのか：地域医療構造の実態

*指山 浩志[1]、浜畑 幸弘[1]、小池 淳一[1]、安田 卓[1]、中山 洋[1]、川西 輝貴[1]、坪本 敦子[1]、高野 竜太朗[1]、城後 友望子[1]、黒崎 剛史[1]、本多 舜哉[1]、堤 修[1] (1. 辻仲病院柏の葉大腸肛門外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

シンポジウム１　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について1

司会：船橋 公彦（横浜総合病院消化器センター外科)、山田 岳史（日本医科大学消化器外科）

[SY1-1] 若年発症大腸癌における年齢層別の臨床病理・分子学的特徴：東・東南アジア国際多施設レジストリ研究（ESEA CRC-01）

*大内 晶[1]、Malakorn Songphol[2]、Jirathaniruangkit Kitrawee[2]、Kim Chang Woo[3]、Jung Jin-Min[3]、高見澤 康之[4]、永田 洋士[4]、小森 康司[1]、Yang Yun[5]、Zheng Xiao-hao[5]、Shen Ming-Yin[6]、Chen William Tzu-liang[6]、Chen Lionel Hui[7]、Seow-En Isaac[7]、Ng Simon S M[8]、Lam Ray C H[8]、Wanitsuwan Worrawit[9,10]、Horpaopan Sukanya[11]、Villanueva Maureen Elvira P[12]、Koh Frederick H[13] (1. 愛知県がんセンター消化器外科部、2. Chulalongkorn Colorectal Research Unit, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University、3. Department of Surgery, Ajou University Hospital, Ajou University School of Medicine、4. 国立がん研究センター中央病院大腸外科、5. Department of General Surgery, Beijing Friendship Hospital, Capital Medical University、6. Department of Surgery, China Medical University Hsinchu Hospital、7. Department of Colorectal Surgery, Singapore General Hospital、8. Division of Colorectal Surgery, Department of Surgery, The Chinese University of Hong Kong、9. Department of Surgery, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University、10. Medical Science Research and Innovation Institute, Prince of Songkla University、11. Department of Anatomy, Faculty of Medicine, Chiang Mai University、12. Division of Colorectal Surgery, Philippine General Hospital, University of the Philippines、13. Department of Colorectal Surgery, Sengkang General Hospital)

[SY1-2] 若年発症大腸癌の臨床病理学的特徴と予後の評価 ―sporadic pMMR/MSSに限定した解析―

*門馬 智之[1]、八子 博貴[1]、川又 崇弘[1]、長谷川 誠[1]、森 友輔[1]、藤井 あゆみ[1]、滝口 千晶[1]、深井 智司[1]、佐藤 孝洋[1]、伊藤 美郷[1]、氏家 大輔[1]、千田 峻[1]、岡山 洋和[1]、齋藤 元伸[1]、河野 浩二[1] (1. 福島県立医科大学消化管外科)

[SY1-3] 若年発症大腸癌の臨床病理学的特徴とStage別予後の検討－多施設共同後ろ向き研究－

*中西 良太[1]、安藤 幸滋[2]、杉山 雅彦[3]、上原 英雄[4]、藤中 良彦[5]、吉田 大輔[6]、枝廣 圭太郎[7]、川副 徹郎[2]、永井 太一朗[1]、蓮田 博文[1]、田尻 裕匡[1]、楠元 英次[1]、太田 光彦[1]、坂口 善久[1] (1. 九州医療センター　消化管外科、がん臨床研究部、2. 九州大学　消化器・総合外科、3. 九州がんセンター　消化管外科、4. 九州中央病院　総合外科、5. 飯塚病院　外科、6. 別府医療センター　消化器外科、7. 錦病院)

[SY1-4] Early-onset colorectal cancer200例の臨床病理学的特徴と予後

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

[SY1-5] 当院における若年大腸癌の特徴

*米村 圭介[1]、佐伯 泰愼[1]、田中 正文[1]、福永 光子[1]、新井 貴大[1]、水上 亮佑[1]、鈴木 健太[1]、山田 一隆[1] (1. 大腸肛門病センター高野病院消化器外科)

[SY1-6] 若年性大腸癌の臨床病理学的特徴と治療成績

*吉田 雅[1]、市川 伸樹[1]、柴田 賢吾[1]、今泉 健[1]、佐野 修平[1]、大渕 佳祐[1]、武冨 紹信[1] (1. 北海道大学　消化器外科Ⅰ)

[SY1-7] 若年者大腸癌における臨床病理学的特徴と予後および治療強度の検討

*笠島 浩行[1]、笠島 浩希[1]、下國 達志[1] (1. 市立函館病院　消化器外科)

[SY1-8] 若年発症直腸癌に対する術前化学放射線療法の効果

*白鳥 広志[1]、江本 成伸[1]、野澤 宏彰[1]、室野 浩司[1]、横山 雄一郎[1]、永井 雄三[1]、原田 有三[1]、荒川 敬一[1]、品川 貴秀[1]、館川 裕一[1]、岡田 聡[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学腫瘍外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

[SY1-9] 大腸癌におけるField Agingと若年発症大腸癌（EOCRC）特異的エピジェネティックシグネチャーの統合的in silico解析

*永坂 岳司[1]、山田 岳史[2] (1. 川崎医科大学先端腫瘍医学、2. 日本医科大学消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

シンポジウム１　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について1

司会：船橋 公彦（横浜総合病院消化器センター外科）、山田 岳史（日本医科大学消化器外科）

[SY1-1] 若年発症大腸癌における年齢層別の臨床病理・分子学的特徴：東・東南アジア国際多施設レジストリ研究（ESEA CRC-01）

*大内 晶[1]、Malakorn Songphol[2]、Jirathaniruangkit Kitrawee[2]、Kim Chang Woo[3]、Jung Jin-Min[3]、高見澤 康之[4]、永田 洋士[4]、小森 康司[1]、Yang Yun[5]、Zheng Xiao-hao[5]、Shen Ming-Yin[6]、Chen William Tzu-liang[6]、Chen Lionel Hui[7]、Seow-En Isaac[7]、Ng Simon S M[8]、Lam Ray C H[8]、Wanitsuwan Worrawit[9,10]、Horpaopan Sukanya[11]、Villanueva Maureen Elvira P[12]、Koh Frederick H[13] (1. 愛知県がんセンター消化器外科部、2. Chulalongkorn Colorectal Research Unit, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University、3. Department of Surgery, Ajou University Hospital, Ajou University School of Medicine、4. 国立がん研究センター中央病院大腸外科、5. Department of General Surgery, Beijing Friendship Hospital, Capital Medical University、6. Department of Surgery, China Medical University Hsinchu Hospital、7. Department of Colorectal Surgery, Singapore General Hospital、8. Division of Colorectal Surgery, Department of Surgery, The Chinese University of Hong Kong、9. Department of Surgery, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University、10. Medical Science Research and Innovation Institute, Prince of Songkla University、11. Department of Anatomy, Faculty of Medicine, Chiang Mai University、12. Division of Colorectal Surgery, Philippine General Hospital, University of the Philippines、13. Department of Colorectal Surgery, Sengkang General Hospital)

【背景】若年発症大腸癌（EO-CRC）は近年欧米において医学的・社会的課題として注目されており，早期診断および二次予防の改善が求められている．同様の傾向はアジア諸国でも認められつつあるが，アジアにおけるEO-CRCの臨床病理学的特徴や長期予後に関するデータは依然として限られている．

【目的】東・東南アジア（ESEA）におけるEO-CRCの臨床病理学的特徴，分子学的特徴および臨床転帰について，とくに年齢層別の異質性に着目して検討する．

【対象・方法】本研究は国際多施設共同レジストリ研究であり，2013年から2024年にかけて，ESEAの8か国・地域の11高次医療機関において外科的切除を受けた50歳未満の大腸腺癌患者を対象とした．対象患者を年齢により3群（≤34歳，35–44歳，45–49歳）に分類し，臨床病理学的特徴，治療内容，分子学的特徴〔マイクロサテライト不安定性（MSI）／ミスマッチ修復（MMR)〕および長期予後を検討した．

【結果】1,913例（年齢中央値44歳）が解析対象となった．腫瘍占居部位は直腸が最多（49.2%）であり，多くの症例が症状を契機に診断され，約半数がStage III–IVであった．34歳以下の患者では，大腸癌の家族歴，ポリポーシスおよび低分化組織型の頻度が高かった．MSI/MMR評価が可能であった1,031例のうち，MSI-H/dMMR腫瘍は128例（12.4%）に認められ，すべての年齢群で右側結腸癌に多く認められた．さらに最若年群ではMSH2/MSH6経路の欠失を疑うIHC発現消失が比較的高頻度（dMMR腫瘍の47.1%）に認められ，左側結腸および直腸癌においてもMSI-H/dMMR腫瘍が一定頻度で認められた．DFSは全ステージで有意差を認めなかったが，OSはステージ別に差異を認め，とくにStage III–IVにおいて若年ほど予後不良となる傾向を認めた．

【考察】本コホートにおいて，EO-CRCは年齢層に応じた特徴的な臨床病理学的および分子学的異質性を示した．とくに34歳以下の患者群は，それ以上の年齢群と比較して独立した生物学的サブグループを形成する可能性が示唆された．今後も本レジストリを用いた多角的検討を継続し，アジアにおけるEO-CRCのリスク層別化および治療戦略の構築に資する知見の創出を目指す．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）
シンポジウム１　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について1
司会：船橋 公彦（横浜総合病院消化器センター外科）、山田 岳史（日本医科大学消化器外科）

[SY1-2] 若年発症大腸癌の臨床病理学的特徴と予後の評価 ―sporadic pMMR/MSSに限定した解析―

*門馬 智之[1]、八子 博貴[1]、川又 崇弘[1]、長谷川 誠[1]、森 友輔[1]、藤井 あゆみ[1]、滝口 千晶[1]、深井 智司[1]、佐藤 孝洋[1]、伊藤 美郷[1]、氏家 大輔[1]、千田 峻[1]、岡山 洋和[1]、齋藤 元伸[1]、河野 浩二[1] (1. 福島県立医科大学消化管外科)

【背景】若年発症大腸癌（EOCRC）は世界的に増加傾向にあるが、その予後については不良とする報告から同等あるいは良好とする報告までさまざまであり、一定の見解が得られていない。この背景には、遺伝性腫瘍、炎症性腸疾患関連癌、dMMR/MSI-H腫瘍など、生物学的に異なる集団の混在が影響している可能性がある。
【目的】EOCRCの純粋な生物学的特性を明らかにするため、これらの交絡因子を除外したsporadic pMMR/MSS大腸癌に限定し、EOCRCの臨床病理学的特徴と予後を明らかにすることを目的とした。
【対象・方法】2004年から2025年までに当院で原発巣切除を施行した大腸癌1,600例を後方視的に検討した。遺伝性腫瘍、炎症性腸疾患関連癌、dMMR/MSI-H症例およびMMR/MSI不明例を除外し、1,218例のsporadic pMMR/MSS症例を解析対象とした。50歳未満をEOCRC（n=86）、50歳以上をLOCRC（n=1,132）とし、臨床病理学的因子を比較するとともに、癌特異的生存（CSS）および再発までの期間（TTR）を評価した。
【結果】臨床病理学的特徴において、EOCRC群はLOCRC群に比し、女性の割合が有意に高く（50.0% vs 36.0%, P=0.012）、また進行例が多くStage III・IVの割合が高かった（P<0.001）。一方、腫瘍局在および組織型に有意差は認めなかった。CSSは単変量解析ではEOCRCで不良であったが（P=0.042）、Stage別解析ではいずれのStageにおいても有意差は認められず、多変量解析においても年齢は独立した予後因子ではなかった（HR 0.84, P=0.512）。また、Stage I–IIIの根治切除例におけるTTRも両群で差を認めず（P=0.510）、多変量解析ではEOCRCは再発リスク低下傾向を示した（HR 0.52, P=0.084）。
【結論】sporadic pMMR/MSS大腸癌において、EOCRCは女性比率や進行期で発見される割合が高いものの、Stage調整後の予後および再発リスクはLOCRCと同等であり、年齢そのものは独立した予後因子ではなかった。EOCRCの予後不良は、年齢自体の生物学的悪性度よりも、診断時進行度の影響が強い可能性が示唆され、早期発見のためのスクリーニング体制の構築が重要であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）
シンポジウム１　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について1
司会：船橋 公彦（横浜総合病院消化器センター外科）、山田 岳史（日本医科大学消化器外科）

[SY1-3] 若年発症大腸癌の臨床病理学的特徴とStage別予後の検討－多施設共同後ろ向き研究－

*中西 良太[1]、安藤 幸滋[2]、杉山 雅彦[3]、上原 英雄[4]、藤中 良彦[5]、吉田 大輔[6]、枝廣 圭太郎[7]、川副 徹郎[2]、永井 太一朗[1]、蓮田 博文[1]、田尻 裕匡[1]、楠元 英次[1]、太田 光彦[1]、坂口 善久[1] (1. 九州医療センター　消化管外科、がん臨床研究部、2. 九州大学　消化器・総合外科、3. 九州がんセンター　消化管外科、4. 九州中央病院　総合外科、5. 飯塚病院　外科、6. 別府医療センター　消化器外科、7. 錦病院)

【背景】若年発症大腸癌（early-onset colorectal cancer）は近年増加が報告されているが、その臨床病理学的特徴および予後に関する知見は一定していない。【目的】多施設共同データベースを用いて若年大腸癌の臨床病理学的特徴およびstage別予後を明らかにすること。【方法】関連7施設において外科的切除が施行された原発性大腸癌3036例を対象とした（2021～2024年）。診断時年齢50歳以下を若年群，50歳超を非若年群と定義し，患者背景，腫瘍学的因子および予後を比較した。主要評価項目は無再発生存（RFS）および全生存（OS）とし，Kaplan–Meier法により解析した。【結果】若年群は182例（6.0%）であった。若年群では非若年群と比較して、直腸癌（42% vs 33%, p=0.01），粘液癌（5.0% vs 2.1%, p=0.048）、Lynch症候群を疑う家族歴を有する症例が多く（2.2% vs 0.7%, p=0.0009）、Stage III/IVの症例が多かった（60% vs 47%, p=0.0007）。p-Stage II/IIIにおける術後補助化学療法の施行率も高かった(p-Stage II; 50% vs 21%, p=0.03, p-Stage III; 82% vs 55%, p=0.0009)。Stage別解析では、無再発生存率(RFS)はp-Stage I，II，IIIいずれにおいても若年群と非若年群で有意差を認めなかった（P＝0.37、0.96、0.79）。術後補助化学療法の有無別にみてもRFSは同等であった。OSについても同様にp-Stage I, II, IIIいずれにおいても有意差を認めなかった（P＝0.43，0.25，0.06）。【結論】若年大腸癌は直腸癌や粘液癌の頻度が高く進行期で診断される傾向があるが，Stage別予後は非若年群と同等であった。若年大腸癌の予後不良は腫瘍生物学的差異よりも診断時Stageの影響を受けている可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）
シンポジウム１　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について1
司会：船橋 公彦（横浜総合病院消化器センター外科）、山田 岳史（日本医科大学消化器外科）

[SY1-4] Early-onset colorectal cancer200例の臨床病理学的特徴と予後

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

【背景】近年、50歳未満で発症する early-onset colorectal cancer（EOCRC）は増加傾向にあり、腫瘍学的特徴や予後が late-onset（LOCRC）と異なる可能性が指摘されている。本研究では、当院における EOCRC の臨床病理学的特徴と Stage 別予後を明らかにすることを目的とした
【対象と方法】2012年1月から2025年12月までの当院の手術データベース3040例を用いて50歳未満を EO 群（200例）、50歳以上を LO 群（2840例）として比較した。背景因子、腫瘍学的特徴、治療内容、再発形式を検討し、Stage 別に DFS および CSS を解析した。【結果】背景因子では、性別・BMI・腫瘍マーカー・自覚症状の有無に差は認めなかったが、癌家族歴および大腸癌家族歴は いずれもEO 群で有意に多く(70.1% vs 55.6%, p<0.001)、（28.6% vs 18.6%, p<0.01）、健診発見例も EO 群で多かった（44.3% vs 36.1%, p<0.05）。腫瘍学的には、右側結腸癌は EO 群で少なく（22.2% vs 41.3%）、N1 以上のリンパ節転移は EO 群で高率であった（52% vs 38.6%）。Stage 分布では、Stage II 以下は LO 群に多く（35.7% vs 55.5%）、一方で Stage IV は EO 群で高率であった（23.7% vs 14.9%）。腹腔鏡手術、郭清度、分化度、脈管侵襲には差を認めなかった。StageIIIにおける補助化学療法は EO 群で高率に施行され（92% vs 71.4%, p<0.001）)、オキサリプラチン併用レジメンの施行率も有意に高かった、（62% vs 35.6%, p<0.001）。
再発形式は EO 群で肝 11例、肺 11例、腹膜 4例、リンパ節 3例、LO 群で肝 80例、肺 28例、腹膜 23例、リンパ節 8例と大きな差を認めなかった。予後に関しては、DFSがStageII (90.5% vs 88.5%)、StageIII (63.2% vs 71.5%)と同等であった。CSS は StageII (95.5% vs 83.3%), StageIII (87.7% vs71.8%, p<0.05), Stage IV (31.2%, 27.3%)とStageIIIのみEO群で有意に良好であった。
【考察】EOCRC は左側の進行例が多いが、既報で指摘される粘液癌の増加は認めなかった。また、Stage III において EO 群の CSS が良好でありEOCRC は必ずしも予後不良とは言えず、腫瘍生物学的背景や補助化学療法の違いが関与している可能性があると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）
シンポジウム１　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について1
司会：船橋 公彦（横浜総合病院消化器センター外科）、山田 岳史（日本医科大学消化器外科）

[SY1-5] 当院における若年大腸癌の特徴

*米村 圭介[1]、佐伯 泰愼[1]、田中 正文[1]、福永 光子[1]、新井 貴大[1]、水上 亮佑[1]、鈴木 健太[1]、山田 一隆[1] (1. 大腸肛門病センター高野病院消化器外科)

【背景・目的】近年、欧米では若年発症の大腸癌の増加が報告されている。当院における若年者の大腸癌について、その特徴を検討する。
【方法】 1982年1月から2026年3月の間に当院で切除を行った大腸腺癌症例4710例について臨床所見等について若年者症例（39歳以下）と非若年者症例（40歳以上）に分けて比較検討した。また、2006年1月から2024年12月の間にCurAまたはCurB手術を施行した大腸腺癌1933例に対し、長期予後の検討を行った。
【結果】若年者142例（平均34.5歳、19〜39歳）、中間層4071例（平均63.2歳、40〜79歳）、高齢者497例（平均84.5歳、80〜101歳）であった。年代別に1980年代29例（3.2%）、1990年代19例（2.0%）、2000年代26例（3.0%）、2010年代49例（3.8%）、2020年代19例（2.9%）であった。性別に有意差は見られず（p＝0.159）、主占居部位は若年者で左側大腸（p＝0.002）に有意位に多かった。また、若年症例で進行した症例が多く（p＝0.005）、主組織型では低分化な症例が多かった（p＝0.013）。家族性大腸腺腫症やリンチ症候群などの遺伝性疾患や、潰瘍性大腸炎、クローン病などの炎症性腸疾患と関連のある大腸癌は若年者に多く見られた（関連あり：若年者13.3%、非若年者1.0%、p＜0.001）。癌遺伝子変異には差は見られなかった。長期予後に関し、全症例では有意差は見られなかったが（5年OS：若年者88.7%（59例）、非若年者87.5%（1874例）、p＝0.379）、StageIVにおいて若年者で予後不良であった（5年RFS、0%（5例）、37.4%（95例）、p＜0.001）。
【結語】若年大腸癌では、左側が多く、進行した状態で見つかる割合が高かく、低分化腺癌の割合が高かった。遺伝性やcolitic cancerは若年症例で多かった。長期予後については、若年者はStageIVで予後不良であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）
シンポジウム１　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について1
司会：船橋 公彦（横浜総合病院消化器センター外科）、山田 岳史（日本医科大学消化器外科）

[SY1-6] 若年性大腸癌の臨床病理学的特徴と治療成績

*吉田 雅[1]、市川 伸樹[1]、柴田 賢吾[1]、今泉 健[1]、佐野 修平[1]、大渕 佳祐[1]、武冨 紹信[1] (1. 北海道大学　消化器外科Ⅰ)

【背景】若年性大腸癌は増加しており、適切な治療方針を確立するためには、その特徴を明らかにし、対策を検討することが必要である。
【対象と方法】2008年から2023年までの間、当科で施行した原発性大腸癌（腺癌）切除症例の内、IBD関連癌、FAP症例を除いた1054例を対象とした。50歳未満若年群(n=85)、50歳以上高年群(n=969)に分類し、臨床病理学的特徴、後方視的に治療成績を検討した。
【結果】患者背景は、平均年齢（若年42.6 vs. 高年70.0歳, p<0.0001）、男性(55: 57%)とBMI (22.8: 22.7)は同等であった。若年群では直腸癌の割合が高く(54: 41%, p=0.02)、術前併存疾患(38: 76%, p<0.0001)、多発大腸癌(2.4: 7.4%, p=0.045)、重複癌(5.9: 15.5%, p=0.008)は高年群で高率であった。一方、大腸癌家族歴(16: 19%)、他癌家族歴(45: 47%)は同等であった。手術アプローチとしては、若年群で開腹術(12.9: 5.7%, p=0.085)、他臓器合併切除(25: 12%, p=0.002)、永久ストマ造設(24.7: 12.5%, p=0.01)が高率であった。病理学的には、T3以上(66: 62%)、ly陽性(46: 45%)、v陽性(55: 54%)、PN陽性(32: 25%)は同等であったが、若年群では、未分化や特殊系組織(15: 6.4%, p=0.007)、リンパ節転移陽性(48: 37%, p=0.04)、転移リンパ節個数(2.2: 1.4個, p=0.02)、pStage Ⅳ (31: 15%, p=0.005)が有意に多かった。K-RAS wild (67: 61%), N-RAS wild (97: 96%), BRAF V600E陽性(4.6: 11.8%), MSI (16: 8.2%)は同等であった。K-RAS変異ではG12D, N-RASではQ61K変異が最多であった。R0切除症例におけるStage別のRFS, CSS, OSはいずれも両群に有意差は認めなかった。
【考察】若年性大腸癌症例は、直腸癌の割合が高く、リンパ節転移、遠隔転移を有する進行癌が多い。一方で、他臓器合併切除などの積極的な切除でR0を達成すれば、高年症例と同様の治療成績が期待できると考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）
シンポジウム１　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について1
司会：船橋 公彦（横浜総合病院消化器センター外科）、山田 岳史（日本医科大学消化器外科）

[SY1-7] 若年者大腸癌における臨床病理学的特徴と予後および治療強度の検討

*笠島 浩行[1]、笠島 浩希[1]、下國 達志[1] (1. 市立函館病院　消化器外科)

【背景】若年者大腸癌は増加傾向にあり，進行例が多いとされるが，その予後や治療戦略の妥当性については一定の見解が得られていない．【目的】若年者大腸癌の臨床病理学的特徴，予後，および治療強度との関連を検討する．【対象と方法】当院において施行した大腸癌手術症例1909例を対象とし，50歳未満を若年群（n=60），それ以上を非若年群とした．臨床病理学的因子，治療内容を比較し，全生存期間（OS）および無再発生存期間（RFS）についてKaplan-Meier法を用いて解析し，log-rank検定で比較した．さらにCox比例ハザードモデルによる予後因子の検討を行った．【結果】若年群は全体の3.1%であった．進行度に有意差は認めなかった．術後補助化学療法の施行率は若年群で有意に高かった（65.0% vs 40.8%，p<0.001）．OSは若年群で良好傾向を示し（5年OS：75.0% vs 60.1%，p=0.057），多変量解析では若年は独立した予後良好因子であった（HR 0.51，p=0.011）．一方，R0かつStage 0–III症例におけるRFSは両群間で有意差を認めず（5年RFS：77.2% vs 86.0%，p=0.222），多変量解析でも若年は独立した再発リスク因子とはならなかった．【結語】若年者大腸癌は進行度に差を認めない一方で，治療強度は高い傾向にあった．再発リスクには影響を与えず，生存はむしろ良好であったことから，若年であることのみを根拠とした治療強化の妥当性については再検討が必要であり，個別化治療の重要性が示唆された．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）
シンポジウム１　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について1
司会：船橋 公彦（横浜総合病院消化器センター外科）、山田 岳史（日本医科大学消化器外科）

[SY1-8] 若年発症直腸癌に対する術前化学放射線療法の効果

*白鳥 広志[1]、江本 成伸[1]、野澤 宏彰[1]、室野 浩司[1]、横山 雄一郎[1]、永井 雄三[1]、原田 有三[1]、荒川 敬一[1]、品川 貴秀[1]、館川 裕一[1]、岡田 聡[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学腫瘍外科)

背景: 近年、直腸癌発症の若年化が進んでいるが、若年発症と術前CRTの治療効果の関連は不明確である。
方法: 当科で2003-2024年に術前CRTと手術を行った局所進行下部直腸癌397例を対象に、発症年齢50歳未満 (EO: 51例) と50歳以上 (LO: 346例) に分け、背景および予後を検討した。
結果: 両群で性別、BMI、c-stageに差を認めなかった。EOは術前CRTにおいてirinotecanを含むレジメン (TEGAFIRI) を多く用いていた (39% vs 23%, P=0.046)。両群でRTおよび併用薬剤の相対用量強度 (RDI) に差は無かったが、TEGAFIRIに関してはLOでRDIが低下する傾向を認めた。病理学的所見として、TRGやyp-stageには両群で差がなかったが、por/sig/mucの組織型はEOで多くみられた（16% vs 4.9%, P=0.007）。補助化学療法施行率はEOで高かった (61% vs 39%, P=0.006)。長期予後として、全生存 (OS)、無再発生存 (RFS)、無遠隔再発生存 (DRFS) および無局所再発生存 (LRFS) は両群で有意差を認めなかった。多変量ロジスティック回帰において、EOはpCRや良好なTRG (grade2/3) との相関を認めなかった。また、多変量Cox解析において、EOはOS、RFS、DRFSおよびLRFSのいずれとも相関を認めなかった。一方、低分化組織型はOS、RFS、DRFSおよびLRFSが不良である独立因子であった (各HR:3.1, 1.9, 2.1および2.4)。
結語: 局所進行下部直腸癌において、若年発症は術前CRT後の病理学的奏効および予後と関連しなかった。若年発症では低分化組織型が多い一方、治療強度は保たれており、若年であること自体は術前CRTの治療抵抗性を示す因子ではないと考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）
シンポジウム１　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について1
司会：船橋 公彦（横浜総合病院消化器センター外科）、山田 岳史（日本医科大学消化器外科）

[SY1-9] 大腸癌におけるField Agingと若年発症大腸癌（EOCRC）特異的エピジェネティックシグネチャーの統合的in silico解析

*永坂 岳司[1]、山田 岳史[2] (1. 川崎医科大学先端腫瘍医学、2. 日本医科大学消化器外科)

【目的】大腸癌（CRC）発生の背景として、正常粘膜におけるエピジェネティックな加齢（Field Aging）が注目されている。一方、若年発症大腸癌（EOCRC）が通常発症型（LOCRC）と異なるエピジェネティックな基盤を持つかは未解明である。本研究は、公開データセットを統合し、正常粘膜のField Agingと、EOCRC特異的な腫瘍メチル化シグネチャーの双方を検証した。
【方法】2段階のin silico解析を実施。Step 1では、GSE132804（正常大腸粘膜, n=128）を用い、対象を大腸腫瘍の既往歴別にLow/Medium/Highリスクに分類し、Horvath時計（25 CpG）に基づくΔEpiAge（加齢の進行度）を算出。Step 2ではTCGA-COADを用い、同一患者の腫瘍・正常部ペア（Step 2a, n=38）およびLynch症候群を除外したEOCRC（50歳以下, n=43）と非MSI-H LOCRC（60歳以上, n=194）の腫瘍間比較（Step 2b）を実施。Step 2bでは、腫瘍化に伴うメチル化時計の破綻指標として再定義した「Epigenetic Clock Disruption Index（ECDI）」の評価に加え、差異メチル化部位（DMP）の網羅的解析、およびLINE-1メチル化評価を行った。
【結果】Step 1において、CRC既往のあるHighリスク正常粘膜は、非癌ベースラインに対し+7.34年の有意なΔEpiAgeの進行を示し、リスクに応じた段階的な加齢（Field Aging）を認めた（Trend p=0.0018）。Step 2aにおいて、腫瘍組織は自己の正常な粘膜に対しECDIが−6.18年であり、癌特異的なメチル化の再構築を示した（p<0.0001）。Step 2bにおいて、EOCRC腫瘍はLOCRCに対し、ECDIが−29.2年と著明な時計破綻を示した（p<0.0001）。さらに、DMP解析からAACSやADAMTSL2などの遺伝子領域でEOCRCに特異的なメチル化変動（p<0.001）を認めたが、LINE-1の包括的メチル化レベルに両群で有意差はなかった（p=0.962）。
【結語】CRCのエピジェネティクスは、(1) 正常粘膜における加齢（Field Aging）、(2) 癌化に伴うメチル化の再構築、(3) EOCRCで著明に増幅されるメチル化破綻（ECDIの大幅な低下）、という独立した「3コンポーネントモデル」として理解される。EOCRCはLOCRCの単なる若年発症ではなく、独自のエピジェネティックな再構築を伴う疾患単位であることが示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）

シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント

司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2　基調講演] 潰瘍性大腸炎関連腫瘍の臨床病理学的特徴と初期病変

*岩男 泰[1,2,3,4]、杉本 真也[2]、高林 馨[3]、吉松 裕介[2]、清原 裕貴[2]、三上 洋平[2]、下田 将之[4]、金井 隆典[2] (1. 慶應義塾大学予防医療センター、2. 慶應義塾大学医学部消化器内科、3. 慶應義塾大学医学部内視鏡センター、4. 東京慈恵会医科大学病理学講座)

[SY2-1] 潰瘍性大腸炎関連進行大腸癌における診断契機別に見た臨床病理学的特徴と予後

*大岡 達子[1]、高砂 健[1]、福田 佳保[1]、山下 賢[1]、上垣内 由季[1]、壷井 章克[1]、田中 秀典[1]、檜山 雄一[2]、岸田 圭弘[1]、瀧川 英彦[1]、卜部 祐司[1]、上野 義隆[1]、桑井 寿雄[3]、岡 志郎[1] (1. 広島大学病院消化器内科、2. 同広島臨床研究開発支援センター、3. 同消化器内視鏡医学講座)

[SY2-2] 大腸炎関連大腸癌における特異的遺伝子発現の同定と鑑別診断への応用

*衣笠 哲史[1,2]、主藤 朝也[2]、溝口 恵美子[3]、松本 太一[4]、内野 基[5]、真鍋 達也[6]、藤田 文彦[2] (1. 福岡みらい病院、2. 久留米大学医学部外科学講座、3. 久留米大学医学部免疫学講座、4. 福岡大学医学部細胞生物学講座、5. 兵庫医科大学病院消化器外科学講座炎症性腸疾患外科、6. 佐賀大学医学部外科学講座)

[SY2-3] 手術症例から振り返る潰瘍性大腸炎関連腫瘍の診断ストラテジー

*品川 貴秀[1]、岡田 聡[1]、白鳥 広志[1]、舘川 裕一[1]、荒川 敬一[1]、原田 有三[1]、永井 雄三[1]、横山 雄一郎[1]、江本 成伸[1]、室野 浩司[1]、野澤 宏彰[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学腫瘍外科)

[SY2-4] 潰瘍性大腸炎関連腫瘍の診断における内視鏡・超音波内視鏡の有用性とESDのトータルバイオプシーとしての役割

*米田 頼晃[1]、吉田 早希[1]、大東 弘治[2]、竹内 洋司[1]、川村 純一郎[2]、工藤 正俊[1] (1. 近畿大学医学部消化器内科、2. 近畿大学医学部下部消化管外科)

[SY2-5] CV-SCANを用いた潰瘍性大腸炎関連腫瘍の検出およびESDにおける有用性

*植田 浩貴[1]、冨岡 明[2]、千谷 菜花[2]、堀内 和樹[1]、古橋 廣崇[1]、成松 和幸[1]、高本 俊介[1]、穂苅 量太[1] (1. 防衛医科大学校病院消化器内科、2. 埼玉医科大学国際医療センター消化器内科)

[SY2-6] 潰瘍性大腸炎の臨床経過分類と大腸炎関連大腸癌術後再発との関連：全国多施設共同研究

*吉村 晴香[1]、水内 祐介[1]、藤本 崇聡[1]、永吉 絹子[1]、野口 竜剛[2]、杉原 健一[3]、上野 秀樹[4]、石原 聡一郎[2] (1. 九州大学臨床腫瘍外科、2. 東京大学腫瘍外科、3. 社会医療法人社団光仁会第一病院、4. 防衛医科大学校外科学講座)

[SY2-7] 炎症性腸疾患関連大腸癌に対する化学療法の適応と留意点

*荻野 崇之[1]、長谷川 昂[1]、福田 健太[1]、赤澤 英[1]、辻 嘉斗[1]、深田 晃生[1]、関戸 悠紀[1]、森 良太[1]、竹田 充伸[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、三吉 範克[1]、植村 守[1]、水島 恒和[2]、江口 英利[1] (1. 大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学、2. 獨協医科大学外科学(下部消化管外科)講座)

[SY2-8] クローン病の肛門病変に合併する痔瘻癌、肛門管癌について

*酒匂 美奈子[1]、井上 英美[2]、大城 泰平[2]、新谷 裕美子[2]、西尾 梨沙[2]、岡野 荘[1]、園田 光[1]、岩本 志穂[1]、深田 雅之[1]、古川 聡美[2]、岡本 欣也[2]、山名 哲郎[2] (1. JCHO東京山手メディカルセンター、2. JCHO東京山手メディカルセンター　大腸肛門外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

[SY2-9] クローン病関連直腸肛門管腫瘍に対する診断戦略とサーベイランスの課題

*重原 光那[1]、杉本 真也[1]、吉松 裕介[1]、清原 裕貴[1]、三上 洋平[1]、金井 隆典[1] (1. 慶應義塾大学医学部内科学（消化器))

[SY2-10] クローン病に合併した直腸肛門部癌に対するサーベイランスの現状

*堀尾 勇規[1]、内野 基[1]、友尾 祐介[1]、長野 健太郎[1]、楠 蔵人[1]、桑原 隆一[1]、木村 慶[2]、片岡 幸三[2]、池田 正孝[2]、池内 浩基[1] (1. 兵庫医科大学炎症性腸疾患外科、2. 兵庫医科大学下部消化管外科)

[SY2-11] クローン病に合併した消化管悪性腫瘍101例の予後因子の検討

*井上 英美[1]、酒匂 美奈子[2]、丹野 侑杜[1]、新谷 裕美子[1]、西尾 梨沙[1]、大城 泰平[1]、古川 聡美[1]、岡本 欣也[1]、山名 哲郎[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、2. JCHO東京山手メディカルセンター炎症性腸疾患センター)

[SY2-12] クローン病関連直腸肛門悪性腫瘍に対する骨盤内臓全摘術の治療成績

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

[SY2-13] クローン病関連大腸腫瘍の予後改善に向けた早期診断戦略：早期診断に向けた肉眼形態的特徴と診断経路の解析

*中尾 詠一[1]、辰巳 健志[1]、小原 尚[1]、後藤 晃紀[1]、黒木 博介[1]、小金井 一隆[1]、杉田 昭[1] (1. 横浜市立市民病院炎症性腸疾患科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）
シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント
司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2　基調講演] 潰瘍性大腸炎関連腫瘍の臨床病理学的特徴と初期病変

*岩男 泰[1,2,3,4]、杉本 真也[2]、高林 馨[3]、吉松 裕介[2]、清原 裕貴[2]、三上 洋平[2]、下田 将之[4]、金井 隆典[2] (1. 慶應義塾大学予防医療センター、2. 慶應義塾大学医学部消化器内科、3. 慶應義塾大学医学部内視鏡センター、4. 東京慈恵会医科大学病理学講座)

慢性炎症を背景に発生するUC関連腫瘍(UC-associated neoplasia; UCAN)はinflammation-dysplasia-carcinoma sequenceと呼ばれる発癌過程をとり、遺伝子異常の順序が通常大腸腫瘍と異なり炎症粘膜内で早期に*TP53*遺伝子変異を認める。初期病変は平坦型(IIb)の低異型度腫瘍(dysplasia)であり、内視鏡診断が容易ではない。新たな遺伝子変異が加わると隆起成分が発生・進展し、境界不明瞭, 顆粒状などと形容される形態を呈してくる。臨床病理学的な特徴として、通常大腸腫瘍と比較し若年発症で高率に多発し、粘膜内での急速な脱分化・低分化化や、早期から深部へ浸潤性発育を示す例も少なくない。UCANの臨床像は通常腫瘍と大きく異なるにも関わらず、UCの炎症粘膜内に発生した腫瘍はすべてUCANとして扱われているのが現状である。炎症性腸疾患関連消化管癌診療ガイドライン2024年版の用語定義でdysplasiaは炎症関連の粘膜内腫瘍に限定して用いると明記しているにもかかわらず、多くの臨床データは両者の区別がなされないまま集計・発表されたものである。UCに発生した腫瘍の診療においてovertreatment、undertreatmentにつながる大きな問題点である。初期病変と炎症性・反応性の異型との鑑別、通常腫瘍との鑑別には*TP53*遺伝子変異の有無を見るためp53蛋白免疫染色が必須である。低異型度の腫瘍でも免疫染色でp53蛋白過剰発現もしくは異型腺管に一致して完全陰性が確認された場合にはUCANの可能性が高い。隆起性病変で鑑別が難しい場合には、周囲に初期病変である平坦型dysplasiaの有無を確認することが、プラクティカルな判定方法である。近年、UCに発生した腫瘍で内視鏡的に切除可能な病変に対しESDが許容される方向にあるが、その多くが通常腫瘍と推測される病変でのデータである。真のUCANであれば隆起周囲に内視鏡診断が容易でない平坦型dysplasiaを伴っていることへの理解、正確な存在診断・範囲診断にはp53蛋白免疫染色の必須であること、何よりも腫瘍としての臨床病理学的な動態が全く異なっていることを改めて認識する必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）
シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント
司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2-1] 潰瘍性大腸炎関連進行大腸癌における診断契機別に見た臨床病理学的特徴と予後

*大岡 達子[1]、高砂 健[1]、福田 佳保[1]、山下 賢[1]、上垣内 由季[1]、壷井 章克[1]、田中 秀典[1]、檜山 雄一[2]、岸田 圭弘[1]、瀧川 英彦[1]、卜部 祐司[1]、上野 義隆[1]、桑井 寿雄[3]、岡 志郎[1] (1. 広島大学病院消化器内科、2. 同広島臨床研究開発支援センター、3. 同消化器内視鏡医学講座)

【背景】潰瘍性大腸炎関連大腸癌 (UCAC) の早期発見にはサーベイランス大腸内視鏡 (SCS) の重要性がガイドラインで推奨されている。一方, 実臨床ではSCSが施行されず, 腹部症状を契機として進行癌として診断される症例も一定数存在するが, 診断契機と予後との関連には十分に検討されていない。また, 術前免疫栄養指標であるprognostic nutritional index (PNI) は散発性大腸癌において予後との関連が報告されているが, UCACにおける検討は限られている。
【目的】UCACにおける診断契機 (SCS/有症状) と予後とPNIの臨床的意義について検討した。
【方法】1999年7月から2026年3月までに当院で治療されたUCACのうち, T2以深の39症例42病変を対象とした。患者背景, 臨床病理学的因子, 診断契機別の臨床経過および予後につい, SCS施行した群 (A群) 21例, 腹部症状を契機にCSをした有症状群（B群）18例別に後ろ向きに比較検討した。
【結果】B群の症状内訳は腹痛が9例, 血便6例, 下痢4例, 排便困難3例であった (重複あり)。UCAC診断までのUC罹病期間中央値はA群で192ヶ月【108-480】, B群で240ヶ月【1-432】であった。腫瘍径中央値はA群47.5 mm, B群60 mmであった。深達度に関しては A群と比べB群でT4症例の割合が有意に多かった (p＜0.001)。PNI中央値はそれぞれA群47.15, B群 41.88で両群に有意差を認めなかった (p=0.205)。CSフォロー間隔が1年であった症例はA群 52.4% (11/21例), B群 5.6% (1/18例) とA群で多かった。治療法はA群では全例大腸全摘術が施行されたが, B群では切除不能例 5例, 人工肛門造設 4例であった。 3年生存率はA群94.4%、B群 61.1%, 原病死はA群 5.6%, B群 38.9%であり，B群で有意に予後不良であった（log-rank p<0.05）。
【結論】腹部症状を契機に施行したCSで診断されたUCAC症例は, より進行した病変が多く予後不良であり, 適切なSCSが施行されていない症例が多かった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）
シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント
司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2-2] 大腸炎関連大腸癌における特異的遺伝子発現の同定と鑑別診断への応用

*衣笠 哲史[1,2]、主藤 朝也[2]、溝口 恵美子[3]、松本 太一[4]、内野 基[5]、真鍋 達也[6]、藤田 文彦[2] (1. 福岡みらい病院、2. 久留米大学医学部外科学講座、3. 久留米大学医学部免疫学講座、4. 福岡大学医学部細胞生物学講座、5. 兵庫医科大学病院消化器外科学講座炎症性腸疾患外科、6. 佐賀大学医学部外科学講座)

背景／目的： 潰瘍性大腸炎（UC）患者では、散発性大腸癌（CRC）とは異なる炎症関連の発癌過程を経て大腸炎関連大腸癌（CAC）が発生し、長期罹患例ではそのリスクが増加することが知られている。しかし、CAC と CRC を鑑別するための信頼性の高い分子マーカーは依然として限られている。本研究では、CAC に特異的に発現する遺伝子を同定し、その診断的有用性を検討することを目的とした。
患者と方法： UC 患者 42 例から外科的切除標本を収集した。3 例の CAC 患者から得た正常粘膜、炎症粘膜、癌組織を対象に RNA シーケンス（RNA-seq）を実施し、1 例の CRC 組織から得た正常粘膜、癌組織と比較した。CRC と比較して CAC で特異的に発現が上昇している遺伝子を抽出し、それらの抗体を用いた免疫組織化学染色により、CRC および CAC 組織でのタンパク質発現を検証した。
結果： トランスクリプトーム解析の結果、Mucin 5AC（MUC5AC）、carcinoembryonic antigen-related cell adhesion molecule 7（CEACAM7）、dual oxidase 2（DUOX2）の 3 遺伝子が CRC と比較して CAC で高発現していた。免疫組織化学染色でも、これら 3 マーカーはいずれも CAC 組織で強い発現を示した。一方、CRC では CEACAM7 と MUC5AC の発現は低かった。これらの所見は、CAC と CRC の間で遺伝子発現パターンが異なることが示唆された。
考察：MUC5ACは胃腺窩上皮細胞に存在する分泌型ムチンであるが、遺伝子メチル化の変化により糖鎖が変化することでCACに発現するとの報告がある。CEACAM7はCRCにて発現は減少すると報告されているが、CACでの発現増強はその発現の調整機構が異なるものと考えられる。DUOX 2は腸内の活性酸素種(ROS)生成を介して粘膜の恒常性維持や炎症に関与しており、腸内炎症の慢性化に寄与している可能性が高いとされている。
結論： MUC5AC、CEACAM7、DUOX2 は、CRC とは異なる CAC 特有の発現プロファイルを示し、これらを組み合わせて評価することで CAC と CRC の鑑別診断に寄与する可能性があると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）
シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント
司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2-3] 手術症例から振り返る潰瘍性大腸炎関連腫瘍の診断ストラテジー

*品川 貴秀[1]、岡田 聡[1]、白鳥 広志[1]、舘川 裕一[1]、荒川 敬一[1]、原田 有三[1]、永井 雄三[1]、横山 雄一郎[1]、江本 成伸[1]、室野 浩司[1]、野澤 宏彰[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学腫瘍外科)

【背景・目的】潰瘍性大腸炎関連腫瘍（UC associated neoplasm: UCAN）の診断で重要なのは内視鏡検査による病変の拾い上げとその後の質的評価である。「拾い上げ」には限られた検査時間における生検部位の選定が必要であり、特に表在型病変の適切な診断が重要である。そこで今回、UCAN手術症例における術前後の診断病変を評価し、診断のために有用な特徴を明らかにすることを目的として解析を行った。

【対象・方法】2010～2026年4月当科で手術を行ったUCAN69症例132病変について、術前診断病変（術前病変、術中1病変含む）の特徴を後ろ向きに解析した。また注意すべき術前未診断病変（術後病変）の特徴についても解析した。

【結果】手術時年齢中央値51歳（30-83）、罹病期間中央値16年（0-54）、全大腸炎型61例（88.4%）、初回術式は大腸全摘術61例（88.4%）（IPAA48例、TPC13例）、その他8例（11.6%）であった。術後病変は全69症例中21例（30.4%）に認め、術前に単発と診断されていた症例と比較し多発と診断された症例で多い傾向であり（11/48例（22.9%）対9/20例（45%）：p=0.08）、計31例（44.9%）に多発病変が確認された。全132病変中96病変が術前に診断され、表在型は70病変だった。表在型は59病変（84.3%）がdysplasiaまたはTis/T1だったが、11病変（15.7%）にT2以深の進行病変を認めた。肉眼的には松かさ・絨毛状所見を呈する病変が非表在型と比較し有意に多く（28病変（40%）対4病変（15.4%）：p=0.03）、非表在型では狭窄病変も多かった（0病変対11病変（42.3%）：p<0.01）。術後病変（36病変）は術前病変と比較し右側に多く（14病変（38.9%）対11病変（11.5%）：p<0.01）、組織学的にはdysplasiaが多いものの（30病変（83.3%）対36病変（37.5%）：p<0.001）、Tis：3病変の他、浸潤癌（T1：1病変、T2：1病変、T3：1病変）も認めた。浸潤癌は全て原発性硬化性胆管炎合併例で確認された。

【結語】UCAN手術症例には約3割に術前未診断病変を認め、多くはdysplasiaだが浸潤癌や右側の分布にも注意を要する。また表在型では松かさ・絨毛状所見が、非表在型の進行病変では狭窄所見が診断の契機となる可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）
シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント
司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2-4] 潰瘍性大腸炎関連腫瘍の診断における内視鏡・超音波内視鏡の有用性とESDのトータルバイオプシーとしての役割

*米田 頼晃[1]、吉田 早希[1]、大東 弘治[2]、竹内 洋司[1]、川村 純一郎[2]、工藤 正俊[1] (1. 近畿大学医学部消化器内科、2. 近畿大学医学部下部消化管外科)

背景・目的
潰瘍性大腸炎関連腫瘍（ulcerative colitis-associated neoplasia：UCAN）は、平坦で境界不明瞭な病変として認められることが多く、生検による診断感度にも限界がある。本研究では、UCANと散発性腫瘍の鑑別に有用な内視鏡所見を検討するとともに、超音波内視鏡検査（endoscopic ultrasonography：EUS）による深達度診断能および、内視鏡的粘膜下層剥離術（endoscopic submucosal dissection：ESD）の“total biopsy”としての役割について評価した。
方法
2016年4月から2025年1月までに、潰瘍性大腸炎罹患粘膜に発生し内視鏡治療を施行した212病変を後ろ向きに検討した。肉眼型、pit pattern分類、Japan Narrow-Band Imaging Expert Team（JNET）分類による術前診断と最終病理診断を比較した。また、UCANが疑われEUSを施行した10病変について、EUSによる深達度診断と病理学的深達度を比較した。2 cm未満の病変にはスネアによる内視鏡切除を施行し、2 cm以上の病変にはESDを施行した。
結果
2 cm未満で内視鏡切除を施行した189病変にUCANは認めなかった。ESD施行23病変のうち、散発性腫瘍疑い8病変はいずれも非UCANであった。一方、UCAN疑い15病変のうち、8病変がUCAN、6病変が散発性腫瘍、1病変が炎症性病変であった。T1b以深浸潤を陽性と定義した場合、EUSの感度、特異度、陽性的中率、陰性的中率、正診率はそれぞれ50.0%、100%、100%、88.9%、90.0%であった。EUSと病理深達度は10例中9例で一致し、9病変はT1a以下、1病変はT1bであった。第3層肥厚は2病変で認め、いずれもUCANであり、そのうち1病変はT1b癌であった。ESD症例における解析では、発赤調の色調変化およびV_I pit patternがUCANの独立関連因子であった。
結論
EUSによる深達度評価は、適切な治療方針決定に有用であると考えられた。またESDは治療のみならず、病変全体の包括的病理評価を可能とする“total biopsy”として機能し、腸管機能温存を考慮した治療戦略決定に寄与する可能性が示唆された。特に、UCANと散発性腫瘍の鑑別が困難な症例において、本戦略は不要な大腸全摘術の回避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

シンポジウム | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）
シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント
司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2-5] CV-SCANを用いた潰瘍性大腸炎関連腫瘍の検出およびESDにおける有用性

*植田 浩貴[1]、冨岡 明[2]、千谷 菜花[2]、堀内 和樹[1]、古橋 廣崇[1]、成松 和幸[1]、高本 俊介[1]、穂苅 量太[1] (1. 防衛医科大学校病院消化器内科、2. 埼玉医科大学国際医療センター消化器内科)

【背景と目的】
潰瘍性大腸炎関連腫瘍（ulcerative colitis-associated neoplasia：UCAN）は慢性炎症粘膜を背景に平坦・境界不明瞭な病変が多く、早期診断や範囲診断が困難である。我々はUCANを示唆するCV-NパターンとPaneth cell metaplasiaに対応するCV-Pパターンを識別可能な新規染色法Crystal violet staining for colitis-associated neoplasia（CV-SCAN）を報告してきた。本研究ではCV-SCANのUCAN検出能およびESD治療戦略における有用性を検討した。
【方法】
潰瘍性大腸炎患者に対するサーベイランス下部消化管内視鏡検査にCV-SCANを併用し、CV-N陽性領域より生検を施行した。UCAN診断後、CV-SCANにより病変範囲を再評価し、周囲粘膜で陰性生検を確認した上でESDを施行した。
【結果】
UCAN 4例を対象とした。全例でCV-SCANによりCV-N陽性領域として病変を検出可能であり、白色光観察では病変境界の同定が困難であった。ESDは3例で一括切除を達成した。1例では水平断端陽性であったが、追加ESD前のCV-SCANにより残存病変を明瞭に同定し得た。CV-N陽性範囲は病理学的腫瘍範囲と概ね一致し、観察期間中に再発を認めなかった。
【結論】
CV-SCANはUCANの早期病変検出および病変範囲診断に有用であり、ESDの適応判断や切除範囲設定に寄与する可能性が示唆された。UCANに対する低侵襲治療戦略の確立に資することが期待される。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）
シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント
司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2-6] 潰瘍性大腸炎の臨床経過分類と大腸炎関連大腸癌術後再発との関連：全国多施設共同研究

*吉村 晴香[1]、水内 祐介[1]、藤本 崇聡[1]、永吉 絹子[1]、野口 竜剛[2]、杉原 健一[3]、上野 秀樹[4]、石原 聡一郎[2] (1. 九州大学臨床腫瘍外科、2. 東京大学腫瘍外科、3. 社会医療法人社団光仁会第一病院、4. 防衛医科大学校外科学講座)

【背景】潰瘍性大腸炎（UC）の臨床経過は再燃寛解型、慢性持続型、劇症型、初回発作型に分類される。大腸炎関連癌（CAC）は慢性炎症が発癌リスク因子であり、慢性持続型の発癌リスクは高いとされる。しかし、臨床経過分類が発癌後の予後に与える影響は未検討である。そこで、UC関連大腸癌において、臨床経過分類が無再発生存率（RFS）に与える影響を全国多施設共同データで検証する。
【方法】全国多施設共同後方視的研究として、UC関連大腸癌手術症例を対象とした。再燃寛解型622例、慢性持続型201例を解析対象とし、劇症型7例、初回発作型27例は除外した。主要評価項目はRFSとし、Kaplan-Meier法およびlog-rank検定による単変量解析、多変量Cox比例ハザードモデルによる解析を施行した。pStageおよび組織型を層別化変数、年齢・性別・罹患期間・脈管侵襲の有無・術後合併症の有無を補正変数とした。さらに治療歴による感度分析を行った。
【結果】患者背景では、慢性持続型は再燃寛解型と比較してUC罹患期間が短く、進行癌やリンパ管侵襲陽性症例が多い傾向にあった。5年RFSは再燃寛解型89.4%、慢性持続型78.4%であり有意差を認めた（p=0.001）。多変量Cox回帰において、pStage・組織型・脈管侵襲を補正しても慢性持続型は独立した予後不良因子であった（HR=1.64 , 95%CI 1.06–2.55, p=0.027)。サブグループ解析では、早期癌（pStage 0-II）および若年者（45歳未満）において慢性持続型のRFSが有意に低かった。UC治療歴による感度分析では、治療歴によるRFSへの影響は少なく、一貫して慢性持続型が独立した予後不良因子であった。また、再発症例において再発部位や術後補助化学療法の有無に両群で差はなく、これらが再発率に与える影響は少ないと考えられた。
【結論】慢性持続型UCを背景に発生した大腸癌は、進行度・組織型・脈管侵襲とは独立した予後不良因子であった。これは癌の悪性度のみならず、UCの炎症背景が術後再発に寄与している可能性を示唆する。慢性持続型UC背景のCAC患者には術後フォローアップの強化を検討すべきである。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）
シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント
司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江崎 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2-7] 炎症性腸疾患関連大腸癌に対する化学療法の適応と留意点

*荻野 崇之[1]、長谷川 昂[1]、福田 健太[1]、赤澤 英[1]、辻 嘉斗[1]、深田 晃生[1]、関戸 悠紀[1]、森 良太[1]、竹田 充伸[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、三吉 範克[1]、植村 守[1]、水島 恒和[2]、江口 英利[1] (1. 大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学、2. 獨協医科大学外科学(下部消化管外科)講座)

【背景と目的】炎症性腸疾患(IBD)関連大腸癌に対する化学療法の有効性および安全性に関するエビデンスは限られており、標準的治療は確立していない。現状におけるクローン病(CD)関連大腸癌および潰瘍性大腸炎(UC)関連大腸癌に対する化学療法は、いずれも大腸癌治療ガイドラインに準じて判断されるが、術後に免疫抑制治療を要する症例では、再発リスクや安全性を踏まえた慎重な治療選択が必要になる。今回、IBD関連大腸癌に対して手術を施行した症例のうち、化学療法を施行した症例について、その適応と実施上の留意点を明らかにすることを目的とした。
【対象と方法】2008年から2024年までの期間に、CD関連大腸癌およびUC関連大腸癌に対して手術を施行した82例のうち、化学療法を施行した21例を対象とし、患者背景、治療内容、有害事象について後方視的に検討した(病歴不詳例は除外)。値は中央値[範囲]で示した。
【結果】年齢中央値は53[39-61]歳、男性16例、女性5例であった。PSは0[0-1]。疾患はCD10例、UC11例であり、主腫瘍局在は直腸癌11例、肛門管癌6例、結腸癌4例であった。術前化学(放射線)療法は6例、術後補助化学療法は8例、再発に対する化学(放射線)療法は7例であった。初回化学療法レジメンは、フルオロピリミジン単独2例、オキサリプラチンベース17例、その他2例で、分子標的薬併用は3例に認めた。投与コース数は6[1–12]。投与量減量は81%で要した。消化器関連有害事象は下痢が最多でありGrade 3は29%に認めた。CDは全例下痢を認め、その重篤度と残存小腸長は有意に相関していた(p=0.01)。血液関連有害事象は好中球減少が最多で43%に認められ、Grade 3以上は24%であった。化学療法関連死亡は認めなかった。
【まとめ】IBD関連大腸癌に対する化学療法は、適切な全身管理および有害事象モニタリングの下では実施可能と考えられる。適応に関しては、疾患活動性、腸管機能、栄養状態、さらには免疫抑制治療の必要性を含めて総合的に判断し、個別化した治療方針を策定することが求められる。とくにCD関連大腸癌症例では下痢が高頻度に認められ、その原因として残存小腸長の減少に伴う小腸機能障害の関与が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）
シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント
司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2-8] クローン病の肛門病変に合併する痔瘻癌、肛門管癌について

*酒匂 美奈子[1]、井上 英美[2]、大城 泰平[2]、新谷 裕美子[2]、西尾 梨沙[2]、岡野 荘[1]、園田 光[1]、岩本 志穂[1]、深田 雅之[1]、古川 聡美[2]、岡本 欣也[2]、山名 哲郎[2] (1. JCHO東京山手メディカルセンター、2. JCHO東京山手メディカルセンター　大腸肛門外科)

【背景と目的】クローン病（Crohn’s Disease; CD）に伴う痔瘻癌および肛門管癌は稀であるが、早期診断が困難であり深刻な転帰をたどる合併症である。生物学的製剤をはじめとする内科治療の進歩がみられる現在においても長期経過に伴う悪性腫瘍の合併は重要な問題である。この研究では、CDに合併する痔瘻癌、肛門管癌の特徴、臨床経過について明らかにすることを目的とした。
【方法】当院において2016年から2025年に直腸切断術もしくは骨盤内蔵全摘術が施行されたCDに合併する痔瘻癌20例（男性15例、女性5例、平均年齢49.2歳）肛門管癌13例（男性7例、女性6例、平均年齢48.5歳）を対象とし、診断契機、罹病期間、予後について検討を行った。
【結果】
痔瘻癌においてCD診断から発癌までの期間は23.8 (9－35) 年で、95.0% (19/20) で診断前に活動性痔瘻を有していた。通院を中断していた3例を除き診断前に生物学的製剤による治療が行われていた症例は41.2% (Infliximab 4例、Adalimumab 2例、Ustekinumab 1例)であった。診断契機は、腫瘤形成25% (5) 、MRI所見20% (4) 、痔瘻手術時の生検病理診断30% (6) 、疼痛5% (1) 、直腸切断術時の病理診断20% (4) であった。切除断端陽性率は40% (8/20) 、術後10－99か月の生存率は60% (12/20)であった。肛門管癌では発癌までの罹病期間は26.3 (16-35) 年、活動性痔瘻を53.8% (7/13) 、肛門狭窄を84.6% (11/13)に認めていた（重複あり）。診断前の生物学的製剤投与率は46.2% (Infllximab 2例、Adalimumab 2例、Ustekinumab 2例) 、診断契機は腫瘤形成 53.8% (7/13)、狭窄部の生検病理診断46.2% (6/13)であった。切除断端陽性率は53.8% (7/13) 、術後2－24か月の生存率は61.5%（8/13）であった。
【結論】
CD肛門病変に関連する痔瘻癌、肛門管癌合併症例の多くは長期罹患症例で、早期診断が困難であり診断契機もまちまちで、偶発的に発見される症例も少なくない。また手術時に切除断端陽性となる場合が多く、良好な治療効果を得ることが困難であるため、発癌を意識した慢性活動性炎症に対する積極的な内科・外科治療が重要であると考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）
シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント
司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2-9] クローン病関連直腸肛門管腫瘍に対する診断戦略とサーベイランスの課題

*重原 光那[1]、杉本 真也[1]、吉松 裕介[1]、清原 裕貴[1]、三上 洋平[1]、金井 隆典[1] (1. 慶應義塾大学医学部内科学（消化器))

【背景】炎症性腸疾患関連腫瘍のサーベイランスは潰瘍性大腸炎を中心に様々な議論がなされているが，病変分布や病態が複雑なクローン病に特化した基準は十分に整理されていない。クローン病関連大腸癌は，本邦含むアジアでは直腸肛門管領域に好発し，瘻孔や狭窄を背景とした特殊な発生様式を呈する。本研究では，当院症例を解析し，同領域における診断上の課題と最適なサーベイランス戦略について検討した。
【方法】2014年5月から2026年2月までに当院で経験した直腸肛門管領域のクローン病関連腫瘍22例のうち，詳細解析可能であった19例を対象とした。前回内視鏡所見と検査間隔，観察手技（反転操作の有無），生検施行率，術前進展範囲評価，組織型および予後との関連を後方視的に検討した。
【成績】解析対象の19例の罹病期間は24年（IQR 15-34）であった。他院診断例など前回内視鏡所見を確認できなかった症例を除く14例では，前回検査から診断までの平均期間は904日であった。前回検査時には全例で潰瘍，狭窄，隆起，瘻孔瘢痕などの高リスク所見を認めたが，反転操作による詳細観察は29%，生検施行は11%にとどまっていた。Stage IVの3例（16%）はいずれも症状を契機に診断されており,予定手術前に穿孔して非切除となった１例を含む非切除症例の生存期間中央値は1.3年（IQR 0.9-1.4）と予後不良であった。一方，無症状でサーベイランス目的の検査により診断された7例（37%）は，いずれもStage II以下で比較的早期に診断されていた。術前進展範囲の過小評価は8例（42%）に認められた。組織型では粘液癌および印環細胞癌において生存率低下傾向を認めた。
【結論】直腸肛門管領域では慢性炎症や瘻孔の存在により腫瘍の視認性および進展範囲評価が困難となるが，高リスク所見を有する症例では短間隔フォローと反転操作を含む重点的観察，さらに低閾値での生検を組み合わせることで早期診断につながる可能性が示唆された。また，術前の水平・垂直進展評価の精度向上が適切な治療戦略決定に重要と考えられた。肛門病変合併例を高リスク群として位置付け，クローン病に特化した体系的サーベイランス体制を構築することが求められる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）
シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント
司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2-10] クローン病に合併した直腸肛門部癌に対するサーベイランスの現状

*堀尾 勇規[1]、内野 基[1]、友尾 祐介[1]、長野 健太郎[1]、楠 蔵人[1]、桑原 隆一[1]、木村 慶[2]、片岡 幸三[2]、池田 正孝[2]、池内 浩基[1] (1. 兵庫医科大学炎症性腸疾患外科、2. 兵庫医科大学下部消化管外科)

【背景】クローン病（CD）に合併する痔瘻癌を含む直腸肛門管癌は早期診断が困難であり、予後不良の一因とされる。一方で、サーベイランス法および画像・内視鏡を含めた診断戦略は未だ確立されていない。そこで本研究では、CD合併直腸肛門部癌の診断契機とサーベイランスの実態を解析し、診断に寄与する因子を検討した。
【方法】2000年12月から2025年2月までに当院で手術を施行したCD合併直腸肛門部癌64例を対象に後方視的検討を行った。患者背景、診断契機、内視鏡所見、経肛門生検所見、MRI所見、サーベイランスの実施状況について解析した。
【結果】男性51例（79.7%）、女性13例（20.3%）で、癌診断時年齢中央値48.5歳（28–74歳）、病悩期間中央値23年（1–43年）であった。術前診断が可能であったのは44例（68.7%）であり、内視鏡30例、経肛門生検12例、MRI2例であった。内視鏡では高度狭窄、粘膜下進展を疑う隆起性病変と潰瘍の混在、結節状・顆粒状粘膜、粘液付着、易出血性病変が特徴的な所見であった。経肛門生検は、狭窄により内視鏡挿入が不可であった症例に特に有効であった。瘻管掻爬と粘膜生検が基本であるが、1例はskin tagからの診断となった。また、4例は内視鏡上病変は寛解を示しており、さらに痔瘻も改善しているのにも関わらず、疼痛が出現したため、診断に至った症例も1例認めた。MRIは39例に施行され、読影所見にて癌疑いとなった症例は25例(64.1%)であった。分葉状・多房性腫瘤、不均一高信号、瘻孔に沿った腫瘤形成、不均一造影が特徴的であり、他モダリティで診断困難であったが、多房性腫瘤を認めたため手術を施行した2例は、いずれも粘液癌と診断された。癌診断前年にサーベイランスが行われていた症例は24例(37.5%)にとどまったが、定期的なseton交換を行っていた症例ではhigh-grade dysplasiaでの診断も認めた。
【結論】CDに合併する直腸肛門部癌の早期診断には、内視鏡、経肛門生検、MRIを組み合わせた戦略的サーベイランスが不可欠である。一方でサーベイランスの実施率は十分とは言えず、今後その普及と標準化が求められる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）
シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント
司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2-11] クローン病に合併した消化管悪性腫瘍101例の予後因子の検討

*井上 英美[1]、酒匂 美奈子[2]、丹野 侑杜[1]、新谷 裕美子[1]、西尾 梨沙[1]、大城 泰平[1]、古川 聡美[1]、岡本 欣也[1]、山名 哲郎[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、2. JCHO東京山手メディカルセンター炎症性腸疾患センター)

【はじめに】炎症性腸疾患関連消化管癌は散発性癌と比較して予後不良である．本研究ではクローン病（以下CD）に合併した小腸癌,結腸癌，直腸肛門管癌（痔瘻癌）の予後因子を明らかにすることを目的とした．
【対象・方法】2011年1月から2025年12月にCDに合併した消化管悪性腫瘍101例（小腸癌19例，結腸癌19例,直腸癌肛門管癌・痔瘻癌63例）を対象に，臨床的背景，手術因子，病理組織学的特徴，予後を後方視的に検討した．
【結果】患者背景は男性73人，女性28人，平均年齢は49歳（42−54），CD罹患期間の中央値は22.7年（18-29）であった．術前に癌の診断がついていたのは小腸癌1例（5.3%），結腸癌10例（56%），直腸肛門管癌・痔瘻癌48例（76.2%）であった．癌の診断契機は，小腸癌の1例は遠隔転移と腫瘍マーカー高値，結腸癌は内視鏡診断7例，CT/MRI診断3例，直腸肛門管癌・痔瘻癌は32例が腰椎麻酔下生検，7例が内視鏡下生検，外来診察時の生検3例，CT/MRI診断6例であった．癌摘出標本の断端陽性は小腸癌4例（21.1%），結腸癌6例（31.6%），直腸肛門管癌・痔瘻癌28例（44.4%）に認めた．術後化学療法は小腸癌で5例，結腸癌で6例，直腸肛門管癌・痔瘻癌では放射線治療も含め25例に行われた．術後観察期間の中央値は3.0年（1.4-9.2年）で断端陽性例は小腸癌で4例中3例，結腸癌で6例中5例，直腸肛門管癌・痔瘻癌で28例中16例が死亡しており，有意に予後不良であった（$p < 0.01$）．
【結語】CDに合併した直腸肛門管癌・痔瘻癌の術前診断率は比較的高かったが，進行癌が多くR0切除困難な例を多く認めた．R0切除が可能な早期診断のためのサーベイランスが必要である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）
シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント
司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2-12] クローン病関連直腸肛門悪性腫瘍に対する骨盤内臓全摘術の治療成績

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

【背景】
クローン病（CD）関連直腸肛門管癌は慢性炎症を背景として発生し、局所浸潤傾向が強く、切除断端陽性や局所再発のリスクが高い。通常の直腸癌手術では根治切除が困難な場合があり、骨盤内臓全摘術を含む拡大切除が必要となる。近年、欧米からはIBD関連直腸肛門管癌に対する拡大骨盤内臓器切除が周術期成績、長期予後の両面で許容可能とする報告がみられる。
【治療方針】
・MRI撮影を行い、直腸肛門管に隣接した臓器（前立腺、仙骨、挙筋）への浸潤を評価する。
・膿瘍形成例に対し人工肛門造設による感染巣コントロールを行う。
・局所進展のため剥離断端陰性を得るのが難しいと判断した場合は、術前化学療法を行う。
・痔瘻瘻管は可能な限り切除する。
・尿路再建は回腸を用いて回腸導管を作成する。
・骨盤部、会陰部の欠損に対し、大腿有茎皮弁を用いた再建を行う。
【症例】
CD関連直腸肛門管癌3例および直腸癌術後再発1例に対し骨盤内臓全摘術を施行した。
症例1：50代男性、罹患歴25年。直腸肛門管粘液癌に対し術前XELOX＋Bev 4コース後、骨盤内臓全摘＋外性器・仙骨合併切除＋回腸導管を施行。術後合併症なし。
症例2：50代男性、罹患歴21年。長期ステロイド使用、副腎不全を合併。直腸癌切除後の骨盤内再発に対し骨盤内臓全摘を施行。回腸吻合部縫合不全のため再手術を要した。
症例3：60代男性、罹患歴32年。MDS合併。痔瘻に合併した粘液癌。術前化学療法後、骨盤内臓全摘＋外性器切除＋回腸導管＋会陰部大腿有茎皮弁再建を施行。骨盤死腔炎と尿崩症を認めた。
症例4：50代男性、罹患歴26年。直腸肛門管粘液癌（回腸S状結腸瘻合併）に対し骨盤内臓全摘＋結腸亜全摘＋瘻孔切除＋回腸導管＋会陰部大腿有茎皮弁再建を施行。術後合併症なし。
【考察・結語】
CD関連直腸肛門管癌では、組織学的特徴により局所進展例が多く、断端陰性を得るには骨盤内臓全摘を含む拡大切除が有効な選択肢となり得る。今回の経験からも、術後合併症は少なくなく、基礎疾患を考慮した慎重な手術適応と周術期管理が重要である。本報告は、CD関連直腸肛門管癌および再発例に対する骨盤内臓全摘の治療戦略を考える上で貴重な症例経験である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）
シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント
司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2-13] クローン病関連大腸腫瘍の予後改善に向けた早期診断戦略：早期診断に向けた肉眼形態的特徴と診断経路の解析

*中尾 詠一[1]、辰巳 健志[1]、小原 尚[1]、後藤 晃紀[1]、黒木 博介[1]、小金井 一隆[1]、杉田 昭[1] (1. 横浜市立市民病院炎症性腸疾患科)

【目的】
クローン病関連大腸腫瘍（CDAN）は、早期であれば良好な生存率が得られる一方、進行例では著しく予後不良である。しかし、クローン病特有の狭窄や瘻孔により早期診断は困難で、有効なサーベイランス法も確立されていない。本研究では、自験例の長期解析および早期癌と進行癌の比較により、CDANの診療実態と早期診断に有用な特徴を検討した。

【対象と方法】
1994〜2025年に当院で経験したCDAN 91例を対象とし、前期（〜2009年）、中期（2010〜2017年）、後期（2018〜2025年）の3群に分け、臨床病理学的特徴と治療成績を解析した。さらに、痔瘻癌や高度異形成などを除外した切除例51例を抽出し、早期癌（pTis–T1：13例）と進行癌（pT2以深：38例）に分類して比較検討した。

【結果】
診断時期別では前期16例、中期30例、後期45例であった。腫瘍局在は直腸肛門管癌が最多であり、術前診断例は後期で増加していた。術前診断方法では内視鏡が最多で、前期16.7%、中期56.3%、後期61.3%であった。病理学的進行度では、HGD/pTisおよびstage I症例は後期で増加し、stage IV症例は減少した。生存期間中央値はStage I：187か月、II：130か月、III：41か月、IV：10か月であり、早期病変ほど予後良好であった。

51例のサブ解析では、早期癌の69.2%がType0-Iを呈したのに対し、進行癌ではType4（47.4%）およびType5（34.2%）が主体であった。早期癌は全例が分化型腺癌であった一方、進行癌では粘液癌が52.6%を占めた。診断経路では、早期癌はCSによる診断が最多（69.2%）であったが、進行癌の23.7%は術中迅速診断など術中評価を契機に診断されていた。

【結語】
近年、CDANにおける早期癌の診断頻度は増加していた。早期癌は表在隆起型形態および分化型組織を特徴としており、一部のCDANは発癌早期から肉眼的に認識可能な病変として存在する可能性が示唆された。内視鏡検査や肛門診察を含めた慎重なサーベイランスがCDANの早期診断に寄与する可能性があるが、最適なサーベイランス戦略の確立にはさらなる検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 肛門科

2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:15 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

シンポジウム３　地域医療における肛門科の役割

司会：黒木 政純（くろき医院)、松田 聡（松田病院大腸肛門病センター）

[SY3-1] 診療所・病院・患者の「三方よし」を目指した肛門診療における病診連携の現状

*小泉 範明[1]、多加喜 航[1] (1. 明石市立市民病院　外科)

[SY3-2] 地方小規模肛門専門病院が担う包括的肛門疾患診療の役割と課題

*錦織 直人[1]、佐々木 義之[1]、錦織　ルミ子[1]、錦織 麻衣子[1]、尾原 伸作[2]、錦織 方人[1] (1. 一路会錦織病院、2. 国保中央病院外科)

[SY3-3] 地域医療における肛門科の役割　―大学・医師会との教育連携を中心に―

*小村 憲一[1]、岡村 行泰[2]、梶原 崇弘[4]、間崎 武郎[3]、海賀 照夫[5]、松野 順敬[4]、渡部 愛[2]、服部 桜子[2]、河合 隆治[6]、奥村 康弘[2]、渡辺 知明[9]、小泉 和也[7]、甲田 貴丸[8]、木下 和哉[10]、坂東 重浩[11]、石倉 智枝里[2]、加藤 岳晴[2]、寺本 賢一[2]、山岸 俊介[2] (1. 小村肛門科医院、2. 日本大学消化器外科、3. 同愛会病院外科、4. 板倉病院外科、5. みつわ台総合病院外科、6. 大和徳洲会病院外科、7. 小泉胃腸肛門乳腺クリニック、8. 甲田医院、9. 渡辺昭医院、10. 木下産婦人科医院、11. ばんどうクリニック堀切菖蒲園駅前)

[SY3-4] 肛門科地域連携医療の司令塔としての役割

*大橋 勝久[1]、大橋 勝英[1]、佐々木 章公[2]、太田 和美[2]、北川 一智[2]、森谷 行利[3]、玉木 孝彦[3] (1. 大橋胃腸肛門科外科医院、2. 十全総合病院、3. 森谷外科医院)

[SY3-5] 肛門科医の連携と 市民への情報発信 -“愛宕おしり研究会”の活動-

*羽田 丈紀[1]、吉田 幸平[2]、白畑 敦[3]、井藤 尚武[4]、伊東 功[5]、伊藤 大介[1]、飯田 直子[1]、中山 真緒[1]、小田 晃弘[6]、野田 大地[6]、長谷川 小百合[7] (1. おなかクリニック、2. 新宿おしりのクリニック、3. しらはた胃腸肛門クリニック横浜、4. 八王子クリニック、5. 小田原おしりとおなかのクリニック、6. 新松戸中央総合病院、7. 塩山あかおクリニック)

[SY3-6] 肛門科traineeから見た専門病院の重要性とマーケティング

*長田 和義[1]、野明 俊裕[1]、石井 正之[1]、石橋 英樹[1]、鈴木 麻未[1]、白水 良征[1]、入江 朋子[1]、荒木 靖三[1] (1. 社会医療法人社団高野会くるめ病院)

[SY3-7] 西九州させぼ広域都市圏における肛門科の役割

*日高 仁[1]、黒木 政純[2] (1. ひだか医院、2. くろき医院)

[SY3-8] 総合病院内の一診療科としての肛門科に求められる地域医療における役割

*岡田 大介[1]、佐原 力三郎[1]、本間 祐子[1] (1. 社会医療法人財団仁医会牧田総合病院肛門病センター)

[SY3-9] 地方の肛門科専門有床診療所における肛門外科専門医の矜持

*森 俊治[1]、田中 香織[1]、山田 英貴[2] (1. 森外科医院、2. 山田外科内科)

[SY3-10] 肛門疾患はどこに集約されるのか：地域医療構造の実態

*指山 浩志[1]、浜畑 幸弘[1]、小池 淳一[1]、安田 卓[1]、中山 洋[1]、川西 輝貴[1]、坪本 敦子[1]、高野 竜太朗[1]、城後 友望子[1]、黒崎 剛史[1]、本多 舜哉[1]、堤 修[1] (1. 辻仲病院柏の葉大腸肛門外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 肛門科
2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:15 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
シンポジウム３　地域医療における肛門科の役割
司会：黒木 政純（くろき医院）、松田 聡（松田病院大腸肛門病センター）

[SY3-1] 診療所・病院・患者の「三方よし」を目指した肛門診療における病診連携の現状

*小泉 範明[1]、多加喜 航[1] (1. 明石市立市民病院　外科)

肛門疾患の潜在患者は非常に多く、急性期一般病院に勤務する一般消化器外科医であっても種々の肛門疾患に対して適切な治療が提供できるよう知識と技術を習得しておく必要がある。しかしながら、往々にして一般消化器外科医は肛門疾患に苦手意識を持つものが少なくなく、また十分な修練の機会があるとは言い難い。一方肛門科の専門クリニックはマンパワーやキャパシティが限られており、合併症を有する患者の診療や緊急時の対応には度々苦慮されている。当科では、両者の弱点を補完するため近隣の肛門科クリニックと相互協力体制で病診連携に取り組んでいるため、急性期一般病院に勤務する消化器外科医の立場からその現状を報告する。

3年前、主に手術手技の習得を目的として肛門科クリニックに出向き、手術助手を務めることから交流を開始した。現在も定期的に手術支援と専門知識の習得を継続しており、顔を合わして情報交換することを重視している。その後、クリニックで手術が施行された出血リスクの高い患者や遠方から受診した患者の術後の観察入院や、有事の際の緊急対応を病院で請け負うようになった。さらにはクリニックで手術を施行される患者の術前検査一式も病院で受託する体制を確立し、クリニックは余計な検査を省略できるようになった。これらの体制により病院は検査件数が増加し、入院患者数の増加にもつながった。さらに、併存疾患のあるハイリスク症例は当院での入院手術を引き受けることで手術件数も増加し、収益にも貢献する結果となっている。

総合病院で行う術前検査は、短時間で全ての検査が円滑に施行可能であるため患者からの評判もよく、術後に何かあった場合でも総合病院のバックアップがあることは患者の大きな安心となっており、クリニックと病院のみならず患者にとっても一定のメリットがある連携体制となっていると考える。

地域で質の高い肛門診療を行っていく上で、お互いに直接やり取りができる密な病診連携は必須である。直接クリニックに出向いて実際の診療の場を知ることでうまくニーズを発掘することができ、診療所・病院・患者の「三方よし」の連携体制が達成できている。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 肛門科
2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:15 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
シンポジウム３　地域医療における肛門科の役割
司会：黒木 政純（くろき医院）、松田 聡（松田病院大腸肛門病センター）

[SY3-2] 地方小規模肛門専門病院が担う包括的肛門疾患診療の役割と課題

*錦織 直人[1]、佐々木 義之[1]、錦織　ルミ子[1]、錦織 麻衣子[1]、尾原 伸作[2]、錦織 方人[1] (1. 一路会錦織病院、2. 国保中央病院外科)

当院は奈良県に所在する病床数30床の小規模病院であり、常勤肛門科医2名体制で診療を行っている。年間の肛門科初診患者数は約2000〜2500例で、地域診療所のみならず高次医療機関や他府県からの紹介も多い。肛門疾患の診断・内科的治療・外科治療に加え、消化管内視鏡検査、直腸肛門機能検査、排便機能診療、炎症性腸疾患（IBD）診療を包括的に行い、シームレスな診療体制を構築している。
肛門疾患の背景には排便機能異常が関与する症例が多く、排便機能障害に対する診療は重要である。特に肛門機能検査、排便造影検査、バイオフィードバック療法といった専門性の高い診療は限られた施設でのみ実施可能であり、地域医療における重要な役割であると考える。また、排便機能異常に対する診療は、自院のみならず「かかりつけ医」との連携のもと継続的に行うことが重要である。
肛門外科手術においては、肛門機能温存を考慮した根治性の高い外科手術を心掛けている。近年は高齢化に伴い心疾患合併例や抗血小板・抗凝固療法中の症例が増加しており、周術期合併症、特に術後出血の低減に向けた努力と、周辺医療機関との連携が不可欠である。
また、排便時出血が持続する症例には積極的に大腸内視鏡検査を施行し、年間約600例の大腸ポリープ切除および約30例の大腸癌を診断している。さらに毎年約30例の新規IBD症例を診断・治療導入し、現在約300例を継続診療している。IBDは肛門症状を契機に診断に至る症例も多く、肛門病変や直腸粘膜所見を契機とした早期診断は肛門科の重要な役割である。当院ではadvanced therapyを含む内科治療に加え、クローン病合併肛門病変に対する外科治療も積極的に行っている。
地方の小規模肛門専門病院は、肛門外科診療のみならず、排便機能診療や大腸腫瘍性病変の診断・治療およびIBD診療を含めた包括的診療を担う地域医療の重要な役割を果たしていると考える。本発表ではその取り組みと課題について報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 肛門科

2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:15 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

シンポジウム３　地域医療における肛門科の役割

司会：黒木 政純（くろき医院）、松田 聡（松田病院大腸肛門病センター）

[SY3-3] 地域医療における肛門科の役割　―大学・医師会との教育連携を中心に―

*小村 憲一[1]、岡村 行泰[2]、梶原 崇弘[4]、間崎 武郎[3]、海賀 照夫[5]、松野 順敬[4]、渡部 愛[2]、服部 桜子[2]、河合 隆治[6]、奥村 康弘[2]、渡辺 知明[9]、小泉 和也[7]、甲田 貴丸[8]、木下 和哉[10]、坂東 重浩[11]、石倉 智枝里[2]、加藤 岳晴[2]、寺本 賢一[2]、山岸 俊介[2] (1. 小村肛門科医院、2. 日本大学消化器外科、3. 同愛会病院外科、4. 板倉病院外科、5. みつわ台総合病院外科、6. 大和徳洲会病院外科、7. 小泉胃腸肛門乳腺クリニック、8. 甲田医院、9. 渡辺昭医院、10. 木下産婦人科医院、11. ばんどうクリニック堀切菖蒲園駅前)

肛門科領域は、痔核・裂肛・痔瘻に加え、クローン病肛門病変や排便障害など多岐にわたる。一方で、大学病院や研修施設における肛門疾患の教育機会は極めて限られており、国家試験対策テキストにおいても記載は数ページにとどまる。その結果、十分な知識や経験を得ないまま臨床現場に従事し、試行錯誤の中で診療にあたる医師が少なくないのが現状である。これらの課題を踏まえ、当院における教育・地域連携の取り組みを報告する。

大学との教育連携として、日本大学消化器外科において医局員向け講義を年3回継続的に実施している。さらに本年度より医学生講義も担当している。当院は大腸肛門病学会認定施設として、医局員の研修受け入れおよび手術指導を行い、実践的な技術教育の場を提供している。これまでに大腸肛門病学会専門医を4名育成した。大学病院において肛門疾患手術の経験が乏しい現状において、専門知識の普及と人材育成は重要な責務であると考える。

地域医師会との連携として、葛飾区医師会における「肛門関連疾患集談会」を設立した。本会設立の契機は、肛門痛を主訴とした妊婦が複数医療機関を受診したにもかかわらず診断に至らず、当院で深部肛門周囲膿瘍と診断し切開排膿を施行した症例である。本症例を通じて、肛門診療に対する苦手意識や診療体制の課題が明らかとなった。これを受け、婦人科・消化器外科・泌尿器科・消化器内科の専門医を世話人とする多科横断的な集談会を2022年6月に発足し、年2回開催している。本会は、肛門疾患のプライマリケアから関連領域までを横断的に学ぶ機会を提供し、地域医療水準の向上に寄与している。

肛門科専門医が大学および地域医師会と連携し、教育・啓発活動を推進することは、地域における肛門科診療の質の向上および患者QOLの改善に直結するものと考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 肛門科
2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:15 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
シンポジウム３　地域医療における肛門科の役割
司会：黒木 政純（くろき医院）、松田 聡（松田病院大腸肛門病センター）

[SY3-4] 肛門科地域連携医療の司令塔としての役割

*大橋 勝久[1]、大橋 勝英[1]、佐々木 章公[2]、太田 和美[2]、北川 一智[2]、森谷 行利[3]、玉木 孝彦[3] (1. 大橋胃腸肛門科外科医院、2. 十全総合病院、3. 森谷外科医院)

【背景・目的】
肛門科医は高い専門性を有する一方で地域的偏在があり、診療の集約化が求められる。しかしその反面、自施設で対応困難なハイリスク症例や排便機能障害、炎症性腸疾患、骨盤臓器脱、消化器癌などに対しても適切に対応する必要がある。そのためには患者の病態に応じて適切な医療機関へ円滑に紹介する体制、すなわち良好な地域医療連携の構築が不可欠である。当院は当該医療圏においてその役割を担っており、本発表では肛門科の「司令塔」としての役割と実践について報告する。

【医療連携構築】
医院継承前の５年間の民間総合病院外科勤務時には、消化器外科診療に限らず内視鏡治療（ESD）や炎症性腸疾患診療にも従事し、地域の消化器内科との症例検討会を通じて連携を構築した。また院内に多職種排便機能障害チームを設立し、排便造影などの検査体制整備および市民への排便障害公開講座を定期的に開催した。地方の外科系研究会には必ず演題発表し県内外科医との交流を深め、地域の外科医とは腹腔鏡手術の勉強会を毎月開催し、外科連携も強化した。

【結果】
顔の見える連携体制構築により、画像検査、がん診療、全身麻酔手術、透析患者、重度精神疾患や全身状態不良例の管理など、自院対応困難症例に対して適切かつ迅速な紹介が可能となった。また全症例の前向きデータベース登録と手術画像記録により、治療成績の評価とフィードバックを行い、例えば痔核手術後出血率は従来の1〜2%から近年は通年0%を達成している。骨盤臓器脱は症例に応じて適切に術式を選択し、経肛門手術と経腹手術とも高い根治性と排便機能の改善を追求できている。複雑なクローン病の肛門部疾患も生物学的製剤を用いて積極的に根治術を行い、潰瘍性大腸炎は疫学研究への参画を通じて地域発エビデンス創出(累積impact factor 58.8)にも寄与している。

【結語】
肛門科は専門診療の集約拠点であると同時に、地域医療をつなぐ司令塔として機能することが重要である。顔の見える連携とデータに基づく診療の両立が、その役割を強化すると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 肛門科

2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:15 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

シンポジウム３　地域医療における肛門科の役割

司会：黒木 政純（くろき医院）、松田 聡（松田病院大腸肛門病センター）

[SY3-5] 肛門科医の連携と 市民への情報発信 -“愛宕おしり研究会”の活動-

*羽田 丈紀[1]、吉田 幸平[2]、白畑 敦[3]、井藤 尚武[4]、伊東 功[5]、伊藤 大介[1]、飯田 直子[1]、中山 真緒[1]、小田 晃弘[6]、野田 大地[6]、長谷川 小百合[7] (1. おなかクリニック、2. 新宿おしりのクリニック、3. しらはた胃腸肛門クリニック横浜、4. 八王子クリニック、5. 小田原おしりとおなかのクリニック、6. 新松戸中央総合病院、7. 塩山あかおクリニック)

背景
変化する肛門診療への対応や治療技術の普遍化を目指し、また市民への情報提供や医療機関の広報を目的とし、2012年“愛宕おしり研究会”を組織した。
スローガン
“日本の肛門外科の進化・発展と おしり解放運動”
参加施設
関東圏中心に45施設（クリニック24、病院18、大学病院3）　担当医師43人（重複あり）
活動
① 対面式研究会
『愛宕おしり研究会』：3大痔疾患はじめ、興味深いテーマを担当医師が企画立案し90分ほどの学びの場として共有。講師を招いて知識を深める機会も多い。（26回開催）
『しり研IBD』：Crohn病に特化し、症例検討と招聘講師の講義で知識を深める。（10回開催）
②HP：手術動画の閲覧*や市民向けの診療情報などを掲載。“近所のおしり医”では、地図上に45の医療機関が記され、クリックすると該当施設のHPが展開。
③Face book：手術動画の閲覧*、情報共有
（* 規制あり現在は閲覧不可）
④LINE：周知のごとく、短時間で複数人が瞬時に意見交換が可能。日常診療の疑問・質問に、画像・動画とともに討論でき利用価値が高い。
⑤肛門診療ハンドブック作成（2018年出版）
⑥演題発表：内痔核治療法研究会（過去5回）　大腸肛門病学会（今回）
活動成果
学会や研究会、各地の肛門懇談会、懇話会など学びの場は数多くあるが、当研究会は参加者の心理的ハードルを下げ、発言しやすい対面の場を心がけており気軽に参加できる。招聘講師を交えた懇親会は人事交流と仲間意識の醸成に役立つ。
SNS特にLINEは、疑問や問題点を、画像とともに短時間で共有、討論でき、肛門科医の連携に大きく貢献している。単独でクリニックを運営している医師にとって、目の前の患者さんに短時間で的確な対応が可能なことは、心強い要素である。
消化器科医は開業する時、肛門診療と内視鏡検査の導入を高頻度に検討する。当研究会は24施設のクリニックが参加しており、更に毎年1〜2施設の新規開業医が参加するため、開業に際し、時代に即した的確なアドバイスが提供できる。
患者がHPを閲覧して、医療情報を得たり医療機関を選択し受診したりするケースは今のところ多くない。当学会や日本臨床肛門病学会のHPを参考に、今後は市民への情報提供の方法を改善したい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 肛門科

2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:15 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

シンポジウム３　地域医療における肛門科の役割

司会：黒木 政純（くろき医院）、松田 聡（松田病院大腸肛門病センター）

[SY3-6] 肛門科traineeから見た専門病院の重要性とマーケティング

*長田 和義[1]、野明 俊裕[1]、石井 正之[1]、石橋 英樹[1]、鈴木 麻未[1]、白水 良征[1]、入江 朋子[1]、荒木 靖三[1] (1. 社会医療法人社団高野会くるめ病院)

【背景】肛門直腸疾患の有病率は高く、プライマリケアや急性期病院においても遭遇頻度の高い疾患群である。しかし専門的な診療・手術経験を積める施設は限られており、肛門科専門病院が担う教育・診療両面での役割は大きい。一方、外科を志す若手医師の減少、診療報酬改定やインフレなど、専門施設を取り巻く外部環境は厳しさを増している。新たな地域医療構想が進む中、肛門科専門施設がいかに持続可能な形で地域医療に貢献し続けるかが、重要な課題となっている。

【演者のキャリア】演者は消化器内科医として卒後12年目まで勤務した後、2024年度より当院にて肛門外科の修練を開始した。外来診療に加え、2年間で手術助手614例、執刀220例を経験し、段階的な技術習得が可能であった。計3年の修練修了後に長崎市に戻り、クリニックを承継する予定である。

【施設広報と連携】当院では主に患者支援センターが他医療機関・介護事業者等との連携業務を担い、病院ホームページ、講演活動、機関紙の発行などを通じた地域広報を行ってきた。近年、受診に際してインターネットを利用して情報収集する患者が増加していることから、2025年より公式YouTubeでの動画配信を開始し、公式LINEによる更新通知との連携を図っている。動画は最大で公開後3か月以内に6,000回以上再生された例もあり、動画を契機として受診または手術を決断した患者も認められ、一定の効果があると考えられる。

【考察】広報を含めたマーケティング戦略は、集患のみならず職員のエンゲージメント向上や人材採用にも寄与しうる。しかし医療機関においてマーケティングに精通した人材の確保・育成は容易でなく、日常診療と並行して取り組める時間・リソースも限られるため、各施設が試行錯誤を続けているのが現状であると考えられる。本演題では、肛門科専門施設のおかれる現状と、当院における取り組みの実際について報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 肛門科

2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:15 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

シンポジウム３　地域医療における肛門科の役割

司会：黒木 政純（くろき医院）、松田 聡（松田病院大腸肛門病センター）

[SY3-7] 西九州させぼ広域都市圏における肛門科の役割

*日高 仁[1]、黒木 政純[2] (1. ひだか医院、2. くろき医院)

西九州させぼ広域都市圏は平成 31（2019）年に形成された新たな枠組みの都市圏で, 佐世保市を中心とし長崎県北部と佐賀県にまたがる,離島を含む12市町で構成される連携エリアである.
演者は,本年7月に長崎県佐世保市にて有床診療所(5床)である「ひだか医院」を継承開業した.連携エリア内に肛門科専門施設が少ない為, 他の医療機関からの紹介の有無に関わらず,離島を含む広い範囲から患者が受診され,高齢化率31.8%(2020年国勢調査)という都市圏全体の事情を反映するように受診者にも高齢者が多い傾向にある為,そのような特徴を考慮し,三大疾患やその他の肛門疾患,排便障害,炎症性腸疾患など幅広い疾患の治療を行う必要がある.特に手術治療においては,仕事に多忙な青壮年の患者,漁業を生業とし出漁の予定が決まっている患者,洋上での訓練予定を有す自衛隊員の患者, 陸路や海路を利用し遠方から長時間をかけて来院される高齢患者,様々な併存疾患を有す患者など,バリエーションに富み, 5 床という限られた病床をどのように活用するかも含め,良性疾患の治療をいかにトラブルなく行うかに細心の注意を払わねばならない.
　幸いなことに,佐世保市を中枢とし,4つの地域医療支援病院や県北唯一の三次救急病院を中心に,密に連携した医療体制が構築されており,超高齢者やリスクの高い併存疾患を有す症例における治療の連携, 対応困難な場合の受け入れ先といった面では比較的恵まれており,当院でできること・できないことや,連携のタイミングについての見極めも非常に重要となる.
当院の前身である「くろき医院」(黒木政純 院長)では,平成15年(2003年)の開院以来,この都市圏における数少ない肛門科専門施設として,このような状況下において様々な対策・工夫を施し診療が行われてきた.西九州させぼ広域都市圏で肛門科に何が求められてきたかを同院でのこれまでのデータや診療の実際から振り返り,当院として今後どのように肛門科として同都市圏における役割を果たしていくか,今後の課題や将来像も含め,発表したい.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 肛門科
2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:15 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
シンポジウム３　地域医療における肛門科の役割
司会：黒木 政純（くろき医院）、松田 聡（松田病院大腸肛門病センター）

[SY3-8] 総合病院内の一診療科としての肛門科に求められる地域医療における役割

*岡田 大介[1]、佐原 力三郎[1]、本間 祐子[1] (1. 社会医療法人財団仁医会牧田総合病院肛門病センター)

【背景】当院は病床数290床の東京都大田区にある急性期総合病院であり、地域医療支援病院として、近隣の医療機関からの紹介患者に対する医療提供とかかりつけ医等への支援を行う役割を担っている。都内には肛門科専門医の勤務するクリニックは他地域と比較し多く存在するものの、総合病院で肛門科専門診療を行っている病院は少ない。
【当科に求められる役割】当科は総合病院内の一診療科である。近隣の非専門医からの肛門関連の症状を有する紹介患者の通常の診療のみならず、合併症があるためクリニックでは治療が困難な患者や日帰り手術が困難な肛門疾患を受け入れるという、いわば地域の肛門科治療の「最後の砦」としての役割を果たすことも求められる。
【当科での取り組み】当院では各専門内科や麻酔科などを有する総合病院の強みを生かして地域からのニーズに応える医療を行っている。具体的には、抗血栓薬内服中で休薬不可の症例では、循環器内科や麻酔科と連携し全身リスクを評価した上で内服続行のまま全身麻酔下手術を行っている。この他透析が必要な症例では術翌日院内で透析対応を行い、糖尿病コントロールが不良の症例では糖尿病内科と連携し先行入院で血糖コントロールを行ってから手術を行うなどの対応をしている。また当科を受診した患者で日帰り手術の適応があり、かつ本人が希望した場合は近隣の肛門科専門クリニックへ紹介し、日帰り治療に特化したクリニックとの役割分担を図るようにしている。
【当科の外来患者の現状】当科は2020年4月から肛門科専門医常勤医が赴任し、2026年度からは専門医常勤3人体制で診療を行っている。2025年4月から2026年3月の1年間で紹介患者数580例、紹介率78.8%であった。紹介元は大田区内および近隣区など東京都南部地域のクリニック、病院が多数を占めているが、近年は東京都東部や神奈川県からも紹介患者を受けている。DPCデータより抽出した2023年度の半径10km圏内のDPC病院における地域シェア率では、当院は痔核79.7%、痔瘻93.1%と高率を示しており、総合病院の肛門科として地域医療に一定の貢献をしていると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 肛門科
2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:15 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
シンポジウム３　地域医療における肛門科の役割
司会：黒木 政純（くろき医院）、松田 聡（松田病院大腸肛門病センター）

[SY3-9] 地方の肛門科専門有床診療所における肛門外科専門医の矜持

*森 俊治[1]、田中 香織[1]、山田 英貴[2] (1. 森外科医院、2. 山田外科内科)

2011年10月より自院での肛門診療と手術を開始し15年になるが，幸い大きなトラブルなく今日に至る．幅広い年齢層の患者が罹患する肛門疾患であるが，専門の医師や医療機関は限られており，特に地方ではその傾向が顕著である．当院のある岐阜県では日本臨床肛門病学会の専門医は私を含め2人で，指導医は私ひとり，認定施設は当院だけである．羞恥心の強い肛門管という臓器が対象で，視触診などの古典的な診察方法が有用である場合が多く，トラブルを避けるには経験を積んだ専門医が診療にあたるべきと考える．また，肛門疾患の手術は根治性は勿論のこと整容性と機能性を損なわないような配慮が求められ，患者の求める要望に応えるには相当の修練も必要である．当院は入院設備を有するため，よりな難易度の高い深部痔瘻などの手術にも対応している．性染色体異常や精神疾患，認知症を有する患者は一般病院では相手されず家族が途方にくれるケースに遭遇するが，できる限りこれらの患者も受け入れて手術を行なうことにしている．術後家族の方に付き添ってもらい患者が安心して入院期間を過ごせるようにしていることも有床のメリットと考える．増加が続くIBDに関連する肛門疾患への対応も研修病院での経験が生きており，痔瘻患者の手術やバイオ製剤使用による治療も行なっている．2023年より女性外科医師も加わり，肛門疾患に悩む女性患者のニーズにも応えるようにした．肛門科医育成の必要性も感じており，大垣市民病院の若手外科医が週一回手術見学に来ている．将来的に肛門疾患に携わる医師が一人でも増えてくれればという思いで指導している．今は肛門科といっても“ヘモ”だけ診ていれば良い時代でなく，機能性疾患，IBD，内視鏡検査などにも精通している必要があり，学会活動に積極的に参加し知識をアップデートするとと同時に学会発表も行い研鑽を積んでいる．Small marketであるため医院の運営は厳しいが，有床というメリットを最大限に活かし，肛門疾患については当院がこの地域の肛門疾患の最後の砦だという矜持をもって日々の診療を行なっている．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 肛門科
2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:15 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
シンポジウム３　地域医療における肛門科の役割
司会：黒木 政純（くろき医院）、松田 聡（松田病院大腸肛門病センター）

[SY3-10] 肛門疾患はどこに集約されるのか：地域医療構造の実態

*指山 浩志[1]、浜畑 幸弘[1]、小池 淳一[1]、安田 卓[1]、中山 洋[1]、川西 輝貴[1]、坪本 敦子[1]、高野 竜太朗[1]、城後 友望子[1]、黒崎 剛史[1]、本多 舜哉[1]、堤 修[1] (1. 辻仲病院柏の葉大腸肛門外科)

【背景】肛門疾患は一般診療から専門治療まで幅広いが、診療施設間で外科的専門性や入院対応など施設機能に差があり、特定施設へ症例が集約される傾向がある。
【目的】紹介症例の解析から、肛門疾患が集約される構造とその背景、地域医療における肛門科の役割を検討する。
【対象と方法】2025年度に当院大腸肛門外科へ紹介された肛門疾患1394例（他院1108例、当院系列施設286例）について、紹介元、地域分布、疾患内訳、手術率を後方視的に検討した。
【結果】紹介元はクリニック792例（173施設）、一般病院267例（85施設）、大学病院・がんセンター49例（14施設）、系列施設286例（2施設）であった。一方、系列施設を除いて10例以上の紹介は17施設に限られており、肛門科クリニックから456例、肛門専門医を有する病院から60例で計516例（約47%）を占めていた。紹介は千葉・埼玉・茨城・東京に広がり、県境を越えた流入がみられた。患者流動は地理的近接性のみならず、肛門診療専門医間の連携により形成されていた。疾患は一般肛門疾患1228例、直腸脱126例、クローン病関連肛門疾患40例であった。系列クリニックからの紹介259例中一般肛門疾患が248例を占めた一方、系列病院からの紹介27例では直腸脱が12例と多かった。一般肛門疾患はクリニック紹介主体であり、直腸脱では一般病院が増え、クローン病関連疾患は大学病院の紹介割合が高かった。一般肛門疾患の手術率は63%であったが、肛門専門医を有する施設からの紹介では70%、系列クリニックからの紹介では82%と段階的に上昇し、紹介段階の症例選別が示唆された。
【考察】紹介は広範に分散していたが、症例流入は限られた施設に集中していた。一般肛門疾患は主にクリニック経由で集約され、クローン病関連疾患は大学病院から専門施設への再集約がみられた。疾患ごとに異なる集約経路が形成されており、その背景に外科的専門性や入院対応などの施設機能差があると考えられた。
【結語】肛門疾患は医師ネットワークと施設機能に基づき専門施設へ集約されていた。一方、専門診療へ到達できない患者も潜在すると考えられ、一般医療機関が専門診療へ接続しやすい環境整備が重要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会