2026年11月20日(金)

ワークショップ | 内科

8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

ワークショップ１　大腸Neuroendocrine neoplasm 治療の最適解

司会：塩谷 昭子（川崎医科大学　消化器内科）、関口 正宇（国立がん研究センター がん対策研究所 検診開発研究部）

[WS1-1] 当院における直腸NENに対する内視鏡切除後の長期成績

*加藤 尚宏[1]、岸田 圭弘[1]、網岡 祐生[1]、山根 大寛[1]、才野 正新[1]、濵田 拓郎[1]、上垣内 由季[1]、田中 秀典[1]、山下 賢[1]、桑井 寿雄[2]、岡 志郎[1] (1. 広島大学病院消化器内科、2. 広島大学病院消化器内視鏡医学講座)

[WS1-2] 当院における直腸NET内視鏡切除後ハイリスク症例における管理方針の現状

*稲田 裕[1]、宮本 和真[1]、反橋 美香[1]、篠原 美紀[1]、加藤 大貴[1]、坂本 佳織[1]、高塚 京華[1]、吉田 拓馬[1]、提中 克幸[1]、吉田 寿一郎[1]、田中 信[1]、中津川 善和[1]、西村 健[1]、藤井 秀樹[1]、戸祭 直也[1]、佐藤 秀樹[1]、奥山 祐右[1] (1. 京都第一赤十字病院消化器内科)

[WS1-3] 直腸NET G1・G2におけるリンパ節転移リスクと再発の検討

*坂元 慧[1]、武井 信諭[1]、出嶋 皓[1]、中守 咲子[1]、加藤 博樹[1]、高雄 美里[1]、中野 大輔[1]、佐々木 和人[1]、川合 一茂[1]、清水口 涼子[2]、飯塚 敏郎[2] (1. がん・感染症センター都立駒込病院大腸外科、2. がん・感染症センター都立駒込病院消化器内科)

[WS1-4] 直腸NETにおけるリンパ節転移のリスク因子と治療方針についての検討

*岩佐 陽介[1]、小山 文一[1,2]、井上 隆[1]、高木 忠隆[1]、藤本 浩輔[1]、田村 昂[1]、江尻 剛気[1]、吉川 千尋[1]、庄 雅之[1] (1. 奈良県立医科大学　消化器・総合外科、2. 奈良県立医科大学附属病院　中央内視鏡部)

[WS1-5] 10mmから20mm未満の直腸Neuroendocrine neoplasmに対する治療の検討

*水上 亮佑[1,2]、佐伯 泰愼[1]、鈴木 健太[1]、新井 貴大[1]、米村 圭介[1]、福永 光子[1]、田中 正文[1]、山田 一隆[1]、辻 順行[3]、髙野 正太[3] (1. 大腸肛門病センター高野病院消化器外科、2. 防衛医科大学校外科学講座１、3. 大腸肛門病センター高野病院肛門科)

[WS1-6] 直腸神経内分泌腫瘍に対する内視鏡治療後の垂直断端陽性・判定不能例における追加内視鏡治療：初回治療内容と遺残腫瘍の検討

*楠原 光謹[1,5]、関口 正宇[1,2,3]、豊嶋 直也[1]、高丸 博之[1]、山田 真善[1]、小林 望[3]、橋本 大輝[4]、久松 理一[5]、斎藤 豊[1] (1. 国立がん研究センター中央病院内視鏡科、2. 国立がん研究センターがん対策研究所検診開発研究部、3. 国立がん研究センター中央病院検診センター、4. 国立がん研究センター病理診断科、5. 杏林大学医学部消化器内科学)

[WS1-7] 直腸神経内分泌腫瘍に対する内視鏡非治癒切除後におけるリンパ節転移関連因子および長期予後の検討

*早坂 淳之介[1]、三浦 康朗[2]、福井 雄大[3]、田中 潤治[1]、小田 実[1]、河合 優佑[1]、大和 洸[1]、落合 頼業[1]、鈴木 悠悟[1]、小田切 啓之[1]、松井 啓[1]、前田 裕介[3]、平松 康輔[3]、花岡 裕[3]、戸田 重夫[3]、上野 雅資[3]、黒柳 洋弥[3]、布袋屋 修[1] (1. 虎の門病院消化器内科、2. 虎の門病院病理診断科、3. 虎の門病院消化器外科)

[WS1-8] 直腸NETのリンパ節転移リスク因子の検討

*山本 峻也[1]、小澤 真由美[1]、工藤 孝迪[1]、武井 将伍[1]、前橋 学[1]、太田 絵美[1]、古山 和樹[1]、福田 敏之[1]、横山 亘[1]、石黒 哲史[1]、額田 卓[1]、沼田 正勝[1]、船津屋 拓人[2]、皆川 結明[2]、大矢 浩貴[2]、江畑 信孝[2]、田 鐘寛[2]、諏訪 宏和[3]、佐藤 勉[1]、吉川 貴己[2] (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科、2. 横浜市立大学医学部消化管外科学、3. 横須賀共済病院外科)

[WS1-9] 直腸NET手術におけるDistal resection marginの最適解～Short distal resection marginは許容されるか～

*佐藤 健太郎[1]、松井 信平[1]、中野 薫[2]、前田 裕斗[1]、野口 竜剛[1]、坂本 貴志[1]、向井 俊貴[1]、山口 智弘[1]、秋吉 高志[1] (1. がん研究会有明病院消化器センター大腸外科、2. がん研究会有明病院消化器センター病理部)

[WS1-10] 直腸NETのリンパ節転移マッピングと術後予後：外科適応最適化に向けて

*高岡 亜弓[1,2]、塚本 俊輔[2]、入江 直子[1]、杉野 葵[1]、白石 壮宏[1]、近 範泰[1]、松山 貴俊[1]、熊谷 洋一[1]、石田 秀行[1]、金光 幸秀[2] (1. 埼玉医科大学総合医療センター、2. 国立がん研究センター中央病院大腸外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科

8:30 ~ 9:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

ワークショップ２　大腸肛門病学会専門医が手術に参加することで治療成績に差が出るか？

司会：松田 圭二（同愛記念病院外科）、水島 恒和（獨協医科大学外科学（下部消化管）講座）

[WS2-1] 日本大腸肛門病学会専門医の関与が大腸癌手術成績に与える影響

*三代 雅明[1]、植村 守[1]、賀川 義規[2]、柳澤 公紀[3]、畑 泰司[4]、高橋 秀和[5]、佐々木 優[6]、鈴木 陽三[7]、鄭 充善[8]、大澤 日出樹[9]、高橋 佑典[10]、内藤 敦[11]、岡村 修[12]、市原 もも子[13]、澤田 元太[14]、松田 宙[15]、関戸 悠紀[1]、荻野 崇之[1]、三吉 範克[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学大学院医学系研究科 外科学講座 消化器外科学、2. 大阪国際がんセンター消化器外科、3. 関西ろうさい病院消化器外科、4. 大阪急性期・総合医療センター消化器外科、5. 大阪国際メディカル&サイエンスセンター大阪けいさつ病院消化器外科、6. 市立東大阪医療センター消化器外科、7. 市立豊中病院外科、8. 大阪ろうさい病院外科、9. 八尾市立病院外科、10. 国立病院機構大阪医療センター消化器外科、11. 堺市立総合医療センター消化器外科、12. 市立吹田市民病院外科、13. 兵庫県立西宮病院消化器外科、14. 市立伊丹病院外科、15. JCHO大阪消化器外科)

[WS2-2] 大腸肛門病学会専門医の手術参加により治療成績は向上する

*高 理奈[1]、中村 友哉[1]、松末 亮[1]、上林 峻[1]、有宗 敬祐[1]、澤田 晋[1]、石田 薫平[1]、中西 望[1]、吉田 真也[1]、森野 甲子郎[1]、後藤 俊彦[1]、山本 道宏[1]、待本 貴文[1] (1. 天理よろづ相談所病院)

[WS2-3] 大腸癌手術における大腸肛門病専門医介入の意義：プロペンシティスコアマッチング法を用いた多施設共同研究

*橋本 慎太郎[1,2]、富永 哲郎[3]、久永 真[1]、白石 斗士雄[2,3]、山﨑 翔斗[2]、小野 李香[2]、丸田 浩志[2]、山口 峻[2]、片山 宏己[2]、足立 利幸[2]、髙村 祐磨 [2]、大石 海道[4]、竹下 浩明[4]、黨 和夫[5]、森山 正章[6]、福田 明子[6]、小山 正三郎[7]、福岡 秀敏[3]、井上 悠介[2]、野中 隆[2,8] (1. 佐世保市立総合医療センター 消化器外科、2. 長崎大学病院大腸・肛門外科、3. JCHO諫早総合病院外科、4. 国立病院機構 長崎医療センター外科、5. 国立病院機構 嬉野医療センター外科、6. 長崎原爆病院外科、7. 済生会長崎病院 外科、8. 長崎大学病院 低侵襲手術センター)

[WS2-4] 直腸癌手術における大腸肛門病学会専門医関与の治療効果

*藤井 正一[1]、赤羽 祥太[1]、伊藤 慎吾[1] (1. 湘南鎌倉総合病院外科)

[WS2-5] 当院における大腸肛門病学会専門医が手術執刀することによる周術期治療成績への影響の検討

*小林 雄太[1]、賀川 義規[1]、萩谷 哲一[1]、東倉 健治郎[1]、河口 恵[1]、長谷川 健太[1]、北風 雅敏[1]、波多 豪[1]、末田 聖倫[1]、西村 潤一[1]、牛丸 裕貴[1]、百瀬 洸太[1]、小松 久晃[1]、柳本 喜智[1]、金村 剛志[1]、山本 和義[1]、後藤 邦仁[1]、小林 省吾[1]、宮田 博志[1]、大植 雅之[1] (1. 大阪国際がんセンター消化器外科)

[WS2-6] ストーマ造設術にも大腸肛門病学会専門医が参加すべきか？ -大学病院での検討-

*野澤 宏彰[1]、室野 浩司[1]、江本 成伸[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]、舘川 裕一[1]、岡田 聡[1]、白鳥 広志[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学医学部腫瘍外科)

[WS2-7] 大腸肛門病専門医が関与した緊急下部消化器手術の特性と短期手術成績

*井本 良敬[1]、岡本 耕一[1]、梶原 由規[1]、望月 早月[1]、守矢 恒司[1]、川内 隆幸[1]、菊家 健太[1]、相原 一紀[1]、田代 真優[1]、廣瀬 裕一[1]、大塚 泰弘[1]、森 庄平[1]、新實 優卓[1]、及川 功[1]、倉澤 秀紀[1]、豊泉 大地[1]、川本 賢明[1]、岸 庸二[1]、上野 秀樹[1] (1. 防衛医科大学校外科)

[WS2-8] 下部消化管穿孔における大腸外科医の有用性について

*宮北 寛士[1]、西田 莉子[1]、大宜見 崇[1]、岡林 剛史[1]、茅野 新[1]、山本 聖一郎[1] (1. 東海大学消化器外科)

[WS2　特別発言] 特別発言

*小林 宏寿 (1. 帝京大学医学部附属溝口病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科

8:30 ~ 9:45 | 第6会場（1F 会議室103）

ワークショップ３　肛門手術における術後疼痛コントロールと排便ケア

司会：小野 朋二郎（伯鳳会大阪中央病院外科）、松島 小百合（松島病院）

[WS3-1] 当院における術後疼痛管理のアプローチ

*ナナー ジョージ譲時[1]、内田 ひかり[1]、佐井 佳世[1]、米本 昇平[1]、酒井 悠[1]、松島 小百合[1]、小菅 経子[1]、紅谷 鮎美[1]、大島 隆一[1]、松村 奈緒美[1]、河野 洋一[1]、宋 江楓[1]、下島 裕寛[1]、岡本 康介[1]、國場 幸均[1]、黒水 丈次[1]、宮島 伸宜[1]、松島 誠[1]、渡部 晃子[1] (1. 恵仁会松島病院)

[WS3-2] 当院での経験から考える痔核手術後の疼痛管理と排便コントロールについて

*竹中 雄也[1]、渡部 晃大[1]、光藤 傑[1]、辻村 直人[1]、三宅 祐一朗[1]、小野 朋二郎[1]、相馬 大人[1]、安田 潤[1]、齋藤 徹[1]、根津 理一郎[1]、弓場 健義[1] (1. 大阪中央病院外科)

[WS3-3] 肛門手術における術後疼痛コントロールを踏まえた排便ケアの実際

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

[WS3-4] 当院の肛門疾患手術症例における術後の疼痛と排便ケアの評価

*佐原 力三郎[1]、岡田 大介[1]、本間 祐子[1] (1. 牧田総合病院肛門病センター)

[WS3-5] 肛門疾患日帰り手術における術後疼痛コントロールと排便ケアの実際

*小村 憲一[1] (1. 小村肛門科医院)

[WS3-6] 守谷・松田式痔核結紮切除術（変法）後の疼痛と排便の現状と対策

*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)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科・肛門科

9:55 ~ 11:10 | 第7会場（1F 会議室107）

ワークショップ４　BOWEL URGENCYの現状～IBD/IBSの観点から～

司会：久部 高司（福岡大学筑紫病院 消化器内科）、三上 洋平（千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学）

[WS4-1] IBD診療における便意切迫感評価の実態と課題： 医師アンケート調査から示唆される診療姿勢の重要性

*櫻庭 裕丈[1]、蓮井 桂介[1]、長堀 正和[2]、山崎 大[3]、平岡 佐規子[4]、桂田 武彦[5]、大森 鉄平[6]、加藤 真吾[7]、村井 康久[1]、太田 真二[1]、菊池 英純[1]、平賀 寛人[8]、安藤 朗[9]、久松 理一[10] (1. 弘前大学大学院医学研究科消化器血液免疫内科学講座、2. 東京科学大学病院ヘルスサイエンスR&Dセンター、3. 京都大学大学院医学研究科地域医療システム学講座、4. 岡山赤十字病院消化器内科、5. 北海道大学病院光学医療診療部、6. 杏林大学医学部附属杉並病院消化器内科、7. 埼玉医科大学総合医療センターIBDセンター、8. 弘前大学大学院保健学研究科生体検査科学領域、9. 滋賀医科大学/川西市立総合医療センター、10. 杏林大学医学部消化器内科学)

[WS4-2] 治療抵抗性潰瘍性大腸炎に対するMirikizumab追加導入療法の治療成績

*守屋 圭[1]、永松 晋作[1]、渡邉 賢[1]、久保 貴裕[1]、友岡 文優[1]、藤本 優樹[1]、中西 啓祐[1]、松尾 悠矢[1]、川西 万吏也[1]、菊池 真優子[1]、堀木 翔太[1]、倭村 睦生[1]、上嶋 昌和[1]、松尾 英城[1] (1. 地方独立行政法人奈良県立病院機構　奈良県総合医療センター消化器内科)

[WS4-3] 潰瘍性大腸炎に対するフィルゴチニブの当院における有効性と安全性の検討

*韓 可[1]、吉松 裕介[1]、清原 裕貴[1]、杉本 真也[1]、三上 洋平[1]、筋野 智久[2]、髙林 馨[3]、金井 隆典[1] (1. 慶應義塾大学消化器内科、2. 慶應義塾大学医学部 坂口光洋記念講座（消化器生体多次元解析講座）、3. 慶應義塾大学医学部 内視鏡センター)

[WS4-4] Tulisokibartを中等症から重症の活動性潰瘍性大腸炎患者に対して12週間投与した際の症状消失と臨床的反応との関連性

*坂本 雄[1], Christopher Ma[2], Brigid S Boland[3], Rupert W Leong[4], Marek Horynski[5] (1. MSD株式会社グローバル研究開発本部クリニカルリサーチ領域、2. Division of Gastroenterology & Hepatology, Departments of Medicine and Community Health Sciences, University of Calgary、3. Altman Clinical Translational Research Institute, University of California, San Diego、4. Macquarie University、5. Endoskopia sp. z o.o.)

[WS4-5] 潰瘍性大腸炎術後におけるBowel urgencyの規定因子：外科的介入と炎症の観点からみた発症と持続の機序

*岡田 純一[1]、茂田 浩平[1]、中山 史崇[1]、原田 優香[1]、門野 政義[1]、森田 覚[1]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学医学部外科学（一般・消化器))

[WS4-6] 潰瘍性大腸炎難治例における bowel urgency合併症例の臨床的特徴と手術治療の有用性

*辰巳 健志[1]、黒木 博介[1]、後藤 晃紀[1]、中尾 詠一[1]、小原 尚[1]、齋藤 紗由美[1]、木村 英明[2]、荒井 勝彦[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、2. 横浜市立大学附属市民総合医療センター　炎症性腸疾患センター)

[WS4-7] 下痢型IBSを含む慢性下痢症患者における腹痛と精神症状がQOLに与える影響

*安藤 裕子[1]、森 英毅[1]、正岡 建洋[1]、松崎 潤太郎[1]、水上 健[1]、金井 隆典[1] (1. 慶應義塾大学医学部内科学(消化器))

[WS4-8] 下痢型過敏性腸症候群に対する抗菌薬治療の現況

*正岡 建洋[1]、猪口 和美[2]、金井 隆典[2] (1. 川崎市立川崎病院消化器内科、2. 慶應義塾大学医学部内科学（消化器))

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科

12:50 ~ 14:05 | 第8会場（1F 会議室108）

ワークショップ５　肛門診療で悩み・迷い、苦慮する肛門疾患について（第2回）

司会：辻 順行（大腸肛門病センター高野病院）、吉川 周作（社会医療法人健生会土庫病院消化器肛門病センター）

[WS5-1] 診断に苦慮した肛門・直腸血管性病変２例　―静脈石および動静脈奇形の経験―

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

[WS5-2] 直腸肛門部における水痘・帯状疱疹ウイルス・単純ヘルペスウイルス発症による様々な症状とその治療

*村山 浩之[1] (1. 医療法人村山会　むらやま大腸肛門クリニック)

[WS5-3] 同一部位に再発した壊死性筋膜炎の1例 ―縫合糸遺残と免疫低下の関与が示唆された症例―

*小野寺 一彦[1]、高橋 宏明[1]、堀江 卓[1] (1. 社会医療法人札幌北楡病院　肛門外科)

[WS5-4] 痔疾患として治療されていた肛門管癌の症例から学ぶこと

*稲垣 水美[1]、吉川 周作[1]、増田 勉[1]、寺内 誠司[1]、内田 秀樹[1]、中尾 武[1]、横尾 貴史[1]、谷 孝文[1]、岡本 光平[1]、芝田 祐輔[1]、太田 彩乃[1]、兼島 季暉[1]、宮沢 善夫[2]、稲次 直樹[1] (1. 健生会土庫病院消化器・肛門病センター、2. 健生会土庫病院病理センター)

[WS5-5] 痔核結紮切除術における抗血栓薬別術後出血リスクの検討

*渡部 晃子[1]、紅谷 鮎美[1]、内田 ひかり[1]、ナナ― ジョージ 譲時[1]、佐井 佳世[1]、米本 昇平[1]、松島 小百合[1]、酒井 悠[1]、宋 江楓[1]、松村 奈緒美[1]、河野 洋一[1]、下島 裕寛[1]、岡本 康介[1]、國場 幸均[1]、黒水 丈次[1]、宮島 伸宜[1]、松島 誠[1] (1. 松島病院大腸肛門病センター)

[WS5-6] 直腸膣瘻に対する治療

*塩田 哲也[1]、伊丹 淳[1]、岩﨑 純治[1]、山本 高正[1]、吉野 健史[1]、藤 浩明[1]、岡田 俊裕[1]、土佐 明誠[1]、久保 碩生[1]、近藤 史孟[1] (1. 神戸市立西神戸医療センター外科・消化器外科)

ワークショップ | 外科

14:15 ~ 15:30 | 第8会場（1F 会議室108）

ワークショップ６　大腸癌肝転移の外科治療　術前治療は必要か？その功罪

司会：塩澤 学（神奈川県立がんセンター消化器外科）、塚田 祐一郎（国立がん研究センター東病院 大腸外科）

[WS6-1] 大腸癌肝転移に対する術前治療期間を利用した併存疾患のマネジメント

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

[WS6-2] 術前化学療法を施行した大腸癌同時性肝転移症例の検討

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

[WS6-3] 切除可能大腸癌肝転移に対する手術先行治療と術前化学療法の比較検討：傾向スコアマッチング解析

*髙見澤 康之[1]、隈本 雄大[1]、田藏 昂平[1]、塚本 史雄[1]、永田 洋士[1]、塚本 俊輔[1]、金光 幸秀[1] (1. 国立がん研究センター中央病院　大腸外科)

[WS6-4] 大腸癌同時性肝転移におけるupfront surgery適応の個別化に向けたCMS分類の意義

*高嶋 祐助[1]、笠井 俊輔[1]、塩見 明生[1]、眞部 祥一[1]、田中 佑典[1]、小嶋 忠浩[1]、森 千浩[1]、辻尾 元[1]、横山 希生人[1]、八尾 健太[1]、小林 尚輝[1]、山本 祥馬[1]、仁平 高朔[1]、三浦 竣助[1]、畠山 慶一[2]、山口 建[3] (1. 静岡県立静岡がんセンター大腸外科、2. 静岡がんセンター研究所ゲノム解析研究部、3. 静岡県立静岡がんセンター)

[WS6-5] 切除可能な直腸癌同時性肝転移に対する治療戦略と成績

*坂本 貴志[1]、佐藤 健太郎[1]、野口 竜剛[1]、松井 信平[1]、向井 俊貴[1]、山口 智弘[1]、秋吉 高志[1] (1. がん研有明病院消化器センター大腸外科)

[WS6-6] H2の肝限局性転移を有する大腸癌症例に対する術前化学療法後肝切除の治療成績と早期再発因子の検討

*川﨑 一生[1]、夏目 壮一郎[1]、牧野 七海[1]、吉岡 佑一郎[1]、大井 悠[1]、大野 吏輝[1]、長嵜 寿矢[1] (1. 埼玉県立がんセンター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

2026年11月21日(土)

ワークショップ | 外科

8:30 ~ 10:00 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ワークショップ７　進行直腸癌に対する術前治療後の側方リンパ節転移診断基準および側方郭清の適応と治療成績

司会：安井 昌義（関西労災病院　消化器外科）、山口 智弘（がん研究会有明病院　大腸外科　直腸がん集学的治療センター）

[WS7-1] 術前画像因子を統合した側方リンパ節転移予測モデルの構築―LLNDおよび術前治療層別化に向けたリスク分類―

*久戸瀬 洋三[1,2]、田藏 昂平[2]、永田 洋士[2]、高見澤 康之[2]、塚本 俊輔[2]、金光 幸秀[2] (1. 多根総合病院、2. 国立がん研究センター中央病院大腸外科)

[WS7-2] 術前治療時代における側方リンパ節郭清の適応戦略：画像診断に基づく選択的LLNDの妥当性と治療成績

*大谷 一貴[1]、塚田 祐一郎[1]、佐々木 将磨[1]、山東 雅紀[1]、長谷川 寛[1]、池田 公治[1]、西澤 祐吏[1]、伊藤 雅昭[1] (1. 国立がん研究センター東病院大腸外科)

[WS7-3] 術前化学療法の直腸癌側方リンパ節転移への制御効果についての検討

*吉川 千尋[1]、小山 文一[1]、井上 隆[1]、岩佐 陽介[1]、高木 忠隆[1]、藤本 浩輔[1]、田村 昂[1]、江尻 剛気[1]、庄 雅之[1] (1. 奈良県立医科大学附属病院)

[WS7-4] 進行下部直腸癌における術前治療の有無に応じた側方郭清適応についての検討

*名西 健二[1]、有田 智洋[1]、清水 浩紀[1]、木内 純[1]、倉島 研人[1]、中道 脩介[1]、塩﨑 敦[1] (1. 京都府立医科大学　消化器外科)

[WS7-5] 術前治療のレジメンが術前化学放射線療法後の直腸癌に対する選択的側方郭清の適応に与える影響の検討

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

[WS7-6] Borderline resectable直腸癌に対する側方郭清の適応と治療成績

*笠井 俊輔[1]、塩見 明生[1]、眞部 祥一[1]、田中 佑典[1]、小嶋 忠浩[1]、森 千浩[1]、髙嶋 祐助[1]、辻尾 元[1]、八尾 健太[1]、横山 希生人[1]、小林 尚輝[1]、山本 祥馬[1]、仁平 高朔[1]、三浦 峻助[1] (1. 静岡県立静岡がんセンター大腸外科)

[WS7-7] 進行直腸癌に対する側方リンパ節転移診断基準と治療的側方郭清の適応・治療成績

*松井 信平[1]、佐藤 健太郎[1]、野口 竜剛[1]、坂本 貴志[1]、向井 俊貴[1]、山口 智弘[1]、秋吉 高志[1] (1. がん研究会有明病院大腸外科)

[WS7-8] 直腸癌における術前治療が側方リンパ節郭清の適応および術後排尿機能に及ぼす影響

*武井 信諭[1]、坂元 慧[1]、出嶋 皓[1]、中守 咲子[1]、加藤 博樹[1]、高雄 美里[1]、中野 大輔[1]、佐々木 和人[1]、川合 一茂[1] (1. がん・感染症センター都立駒込病院大腸外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科・肛門科

10:10 ~ 11:25 | 第7会場（1F 会議室107）

ワークショップ８　排便困難型を考慮に入れた便秘診療

司会：野明 俊裕（社会医療法人社団高野会くるめ病院）、本間 祐子（自治医科大学消化器一般移植外科）

[WS8-1] 患者自由記載における排便困難型便秘症を示唆する表現の検討

*矢野 雷太[1]、柴田 浩輔[1]、白川 賢司[1]、小林 弘典[1]、坂下 吉弘[1]、石田 裕[1]、宮本 勝也[1] (1. 国家公務員共済組合連合会広島記念病院)

[WS8-2] 便排出障害型（排便困難型）慢性便秘症の診断・治療の現状

*宮崎 道彦[1]、山田 真美[1]、田中 玲子[1]、高橋 佑典[2]、河合 賢二[2]、徳山 信嗣[2]、加藤 健志[2]、平尾 素宏[2] (1. どうじん会道仁病院大腸肛門病センター、2. 国立病院機構大阪医療センター外科)

[WS8-3] 当院における排便困難型便秘に対する診断方法と治療

*酒井 悠[1]、黒水 丈次[1]、内田 ひかり[1]、ナナー ジョージ譲時[1]、佐井 佳世[1]、渡部 晃子[1]、米本 昇平[1]、松島 小百合[1]、小菅 経子[1]、紅谷 鮎美[1]、松村 奈緒美[1]、河野 洋一[1]、宋 江楓[1]、國場 幸均[1]、下島 裕寛[1]、岡本 康介[1]、宮島 伸宜[1]、松島 誠[1] (1. 松島病院)

[WS8-4] 直腸型便秘患者に対する骨盤底筋トレーニングの効果について

*石井 正之[1]、野明 俊裕[1]、石橋 英樹[1]、白水 良征[1]、鈴木 麻未[1]、長田 和義[1]、荒木 靖三[1] (1. 高野会くるめ病院)

[WS8-5] 便排出困難型便秘症の診療

*伊禮 靖苗[1]、髙野 正太[1]、辻 順行[1] (1. 大腸肛門病センター高野病院大腸肛門機能科)

[WS8-6] 排便困難型便秘症に対する外科外来主導の病態別診療―器質性・機能性・排便強迫症状への包括的対応―

*岡本 亮[1]、松木 豪志[1]、一瀬 規子[1]、中島 隆善[1]、仲本 嘉彦[1]、栁 秀憲[1] (1. 医療法人信和会明和病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科

13:30 ~ 15:10 | 第7会場（1F 会議室107）

ワークショップ９　便失禁診療ガイドライン発刊がもたらした便失禁診療・ケアの変化

司会：佐藤 正美（東京慈恵会医科大学医学部看護学科）、味村 俊樹（自治医科大学消化器一般移植外科）

[WS9-1] 便失禁患者における皮膚障害の予防とケア：WOCの視点を踏まえた実践的提案

*磯上 由美[1] (1. フリーランスWOCナース)

[WS9-2] 皮膚・排泄ケア認定看護師として便失禁診療ガイドラインを基盤に実践する専門的スキンケア

*江川 安紀子[1]、佐藤 正美[2]、荒木 しのぶ[3]、今泉 郷子[4]、榎本 浩也[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] (1. 東京慈恵会医科大学附属病院、2. 東京慈恵会医科大学医学部看護学科、3. 川崎医科大学附属病院看護部、4. 東海大学医学部看護学科、5. 国際医療福祉大学那須医療センター、6. 川崎医療短期大学看護学科、7. 幸樹会おゆみのクリニック、8. 国際医療福祉大学小田原保健医療学部看護学科、9. 東京慈恵会医科大学大学院、10. 北里大学病院看護部、11. 川崎医療短期大学看護学科、12. 国立がん研究センター中央病院看護部)

[WS9-3] 便失禁専門外来における過去20年間の薬物療法の変化

*安部 達也[1]、太田 盛道[1]、渡邉 賢二[1]、鉢呂 芳一[1]、小原 啓[1]、國本 正雄[1]、村上 雅則[2] (1. くにもと病院肛門科、2. くにもと病院消化器内科)

[WS9-4] 便失禁診療ガイドラインとともに発展する経肛門的洗腸療法 〜長期成績から見えてくる今後の展望〜

*本間 祐子[1,2]、味村 俊樹[2]、篠原 翔一[2]、利府 数馬[2]、太白 健一[2]、東條 峰之[2]、伊藤 誉[2]、山下 裕玄[2]、山口 博紀[2] (1. 牧田総合病院肛門病センター、2. 自治医科大学消化器一般移植外科)

[WS9-5] 便失禁診療ガイドラインにおける会陰体再建術の位置付け：分娩後会陰体損傷42例の治療成績

*村上 耕一郎[1]、水黒 知行[1] (1. 総心会長岡京病院外科)

[WS9-6] 便失禁に対する仙骨神経刺激療法の治療成績と試験刺激の予測的役割

*勝野 秀稔[1]、遠藤 智美[1]、諸原 浩二[1]、柴崎 晋[1]、中村 謙一[1]、松尾 一勲[1]、辻村 和紀[1]、川瀬 貴久[1]、小出 哲也[1]、今中 孝[1]、加藤 悠太郎[1]、守瀬 善一[1] (1. 藤田医科大学岡崎医療センター外科)

[WS9-7] 仙骨神経刺激療法治療の現状と課題

*伊禮 靖苗[1]、髙野 正太[1] (1. 大腸肛門病センター高野病院大腸肛門機能科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科・肛門科

15:20 ~ 16:50 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

ワークショップ 10　LARS診療における課題と展望（予防と治療を含む）

司会：幸田 圭史（大網白里市立　国保大網病院）、西澤 祐吏（国立がん研究センター東病院 大腸外科）

[WS10-1] 術後早期LARSに基づく長期排便機能の層別化と介入戦略：超低位括約筋温存手術症例の縦断解析

*秋月 恵美[1,2]、奥谷 浩一[2]、藤野 紘貴[2]、豊田 真帆[2]、岡本 行平[2]、石井 雅之[2]、西舘 敏彦[2]、穴澤 貴行[2]、井 翔一郎[1]、佐藤 綾[1]、鈴木 崇史[1]、西尾 昭彦[1]、石山 勇司[1]、石山 元太郎[1] (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学分野)

[WS10-2] 低位前方切除術後症候群を予測することは可能か？

*伊禮 靖苗[1]、髙野 正太[1]、鈴木 健太[1]、水上 亮佑[1]、新井 貴大[1]、米村 圭介[1]、田中 正文[1]、福永 光子[1]、佐伯 泰愼[1]、山田 一隆[1] (1. 大腸肛門病センター高野病院　大腸肛門機能科)

[WS10-3] 外肛門括約筋の筋質・筋量統合指標と肛門機能との関連についての検討

*岩瀬 友哉[1]、美甘 麻裕[1]、杉原 守[1]、高木 徹[1]、立田 協太[1]、杉山 洸裕[1]、赤井 俊也[1]、深澤 貴子[2]、竹内 裕也[1] (1. 浜松医科大学外科学第二講座、2. 磐田市立総合病院外科)

[WS10-4] 直腸癌術後排便障害における神経温存の再考：肛門挙筋神経の解剖学的検討とSihler染色による予備的解析

*坂本 純一[1,2]、山梨 高広[1]、助川 浩士[3]、横田 和子[1]、小嶌 慶太[1]、横井 圭悟[1]、田中 俊道[1]、三浦 啓壽[1]、佐藤 武郎[4]、内藤 剛[1]、小川 元之[2] (1. 北里大学医学部下部消化管外科学、2. 北里大学医学部解剖学、3. 北里大学医学部付属医学教育研究開発センター臨床解剖教育研究部門、4. 北里大学医学部付属医学教育研究開発センター医療技術教育研究部門)

[WS10-5] TaTME低位吻合におけるSSTの有用性：人工肛門再造設リスク低減効果の検討

*川崎 千瑛[1]、佐々木 将磨[1]、山東 雅紀[1]、長谷川 寛[1]、池田 公治[1]、西澤 祐吏[1]、塚田 祐一郎[1]、伊藤 雅昭[1] (1. 国立がん研究センター東病院大腸外科)

[WS10-6] 重症LARS患者におけるセルフケア能力が精神的苦痛とQOLに与える影響

*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]、中野 祥江[9]、深井 喜代子[10]、松原 康美[11]、三宅 映子[6]、柳 朝子[9] (1. 国際医療福祉大学那須医療センター消化器外科、2. 東京慈恵会医科大学医学部看護学科、3. 川崎医科大学附属病院看護部、4. 東海大学医学部看護学科、5. 東京慈恵会医科大学附属病院看護部、6. 川崎医療短期大学看護学科、7. 幸樹会おゆみのクリニック、8. 国際医療福祉大学小田原保健医療学部看護学科、9. 国立がん研究センター中央病院看護部、10. 東京慈恵会医科大学大学院、11. 北里大学病院看護部)

[WS10-7] 低位前方切除後症候群の診療・ケアのための人材育成を目指して ～ストーマ・排泄リハビリテーション講習会 「新リーダーシップ講習会」の取り組み～

*本間 祐子[1,2]、秋月 恵美[3]、井上 透[4]、小嶋 幸一郎[5]、高橋 賢一[6]、西澤 祐吏[7]、船橋 公彦[8]、味村 俊樹[2]、矢野 雷太[9]、松浦 信子[10]、山本 由利子[11]、上川 禎則[12]、衛藤 謙[13]、板橋 道朗[14] (1. 牧田総合病院肛門病センター、2. 自治医科大学消化器一般移植外科、3. 札幌いしやま病院肛門科、4. 守口生野記念病院外科、5. 杏林大学下部消化管外科、6. 東北労災病院大腸肛門外科、7. 国立がん研究センター東病院大腸外科、8. 横浜総合病院消化器外科、9. 広島記念病院外科、10. がん研究会有明病院看護部、11. 訪問看護ステーションなごみ、12. 大阪市立総合医療センター泌尿器科、13. 東京慈恵会医科大学消化管外科、14. 埼玉県済生会加須病院外科)

[WS10-8] LARSはどこで診るべきか？―地域クリニックにおける介入モデルと医療連携の構築―

*錦織 英知[1] (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)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科

15:20 ~ 16:35 | 第5会場（1F 会議室102）

ワークショップ 11　下部消化管におけるAI内視鏡の現状と課題

司会：高林 馨（慶應義塾大学医学部内視鏡センター）、竹中 健人（東京科学大学消化器内科）

[WS11-1] 新規AIを用いた潰瘍性大腸炎の内視鏡的重症度評価の取り組み

*村田 祥磨[1,2]、高林 馨[2]、金井 隆典[1]、加藤 元彦[2] (1. 慶應義塾大学医学部消化器内科、2. 慶應義塾大学医学部内視鏡センター)

[WS11-2] 実臨床における臨床的寛解潰瘍性大腸炎に対するAI搭載超拡大内視鏡の有用性

*長沼 誠[1] (1. 関西医科大学内科学第三講座)

[WS11-3] 潰瘍性大腸炎寛解例の再燃予測におけるAI炎症分布評価の有用性

*前田 康晴[1]、髙林 馨[2]、竹中 健人[3]、三澤 将史[1]、一政 克朗[1]、緒方 晴彦[4]、大塚 和朗[1] (1. 昭和医科大学横浜市北部病院消化器センター、2. 慶応義塾大学医学部内視鏡センター、3. 東京科学大学消化器内科、4. 藤田医科大学東京 先端医療研究センター消化器内科学)

[WS11-4] MRエンテログラフィにおける深層学習モデルを用いたクローン病病変検出

*竹中 健人[1]、岡本 隆一[1]、北詰 良雄[2]、土屋 純一[3] (1. 東京科学大学消化器内科、2. 獨協医科大学埼玉医療センター放射線科、3. 東京科学大学放射線診断科)

[WS11-5] 6mm以上のJNET type 1 病変におけるEndoBRAIN-Xの腫瘍・非腫瘍鑑別診断能について

*岩館 峰雄[1]、平田 大善[1]、佐野 寧[1] (1. 佐野病院 消化器センター)

[WS11-6] 早期大腸癌における3D深部構造予測AIの構築と専用アノテーション支援ツールの開発

*高丸 博之[1]、水口 康彦[1]、豊嶋 直也[1]、山田 真善[1]、斎藤 豊[1] (1. 国立がん研究センター中央病院内視鏡科)

[WS11-7] 腹腔鏡下左側大腸癌手術におけるAIナビゲーション手術の開発

*白下 英史[1]、藤田 隼輔[2]、小山 旅人[2]、長谷川 巧[2]、青山 佳正[2]、蔀 由貴[2]、河野 洋平[2]、平塚 孝宏[3]、赤木 智徳[2]、二宮 繁生[4]、柴田 智隆[5]、上田 貴威[3]、衛藤 剛[6]、徳安 達士[7]、猪股 雅史[2] (1. 大分大学医学部高度医療人育成講座、2. 大分大学医学部消化器・小児外科学講座、3. 大分大学医学部総合外科・地域連携学講座、4. 大分大学医学教育センター、5. 大分大学救命救急センター、6. 大分大学グローカル感染症研究センター、7. 福岡工業大・情報工学部情報システム工学科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

ワークショップ１　大腸Neuroendocrine neoplasm 治療の最適解

司会：塩谷 昭子（川崎医科大学　消化器内科)、関口 正宇（国立がん研究センター がん対策研究所 検診開発研究部）

[WS1-1] 当院における直腸NENに対する内視鏡切除後の長期成績

*加藤 尚宏[1]、岸田 圭弘[1]、網岡 祐生[1]、山根 大寛[1]、才野 正新[1]、濵田 拓郎[1]、上垣内 由季[1]、田中 秀典[1]、山下 賢[1]、桑井 寿雄[2]、岡 志郎[1] (1. 広島大学病院消化器内科、2. 広島大学病院消化器内視鏡医学講座)

[WS1-2] 当院における直腸NET内視鏡切除後ハイリスク症例における管理方針の現状

*稲田 裕[1]、宮本 和真[1]、反橋 美香[1]、篠原 美紀[1]、加藤 大貴[1]、坂本 佳織[1]、高塚 京華[1]、吉田 拓馬[1]、提中 克幸[1]、吉田 寿一郎[1]、田中 信[1]、中津川 善和[1]、西村 健[1]、藤井 秀樹[1]、戸祭 直也[1]、佐藤 秀樹[1]、奥山 祐右[1] (1. 京都第一赤十字病院消化器内科)

[WS1-3] 直腸NET G1・G2におけるリンパ節転移リスクと再発の検討

*坂元 慧[1]、武井 信諭[1]、出嶋 皓[1]、中守 咲子[1]、加藤 博樹[1]、高雄 美里[1]、中野 大輔[1]、佐々木 和人[1]、川合 一茂[1]、清水口 涼子[2]、飯塚 敏郎[2] (1. がん・感染症センター都立駒込病院大腸外科、2. がん・感染症センター都立駒込病院消化器内科)

[WS1-4] 直腸NETにおけるリンパ節転移のリスク因子と治療方針についての検討

*岩佐 陽介[1]、小山 文一[1,2]、井上 隆[1]、高木 忠隆[1]、藤本 浩輔[1]、田村 昂[1]、江尻 剛気[1]、吉川 千尋[1]、庄 雅之[1] (1. 奈良県立医科大学　消化器・総合外科、2. 奈良県立医科大学附属病院　中央内視鏡部)

[WS1-5] 10mmから20mm未満の直腸Neuroendocrine neoplasmに対する治療の検討

*水上 亮佑[1,2]、佐伯 泰愼[1]、鈴木 健太[1]、新井 貴大[1]、米村 圭介[1]、福永 光子[1]、田中 正文[1]、山田 一隆[1]、辻 順行[3]、髙野 正太[3] (1. 大腸肛門病センター高野病院消化器外科、2. 防衛医科大学校外科学講座１、3. 大腸肛門病センター高野病院肛門科)

[WS1-6] 直腸神経内分泌腫瘍に対する内視鏡治療後の垂直断端陽性・判定不能例における追加内視鏡治療：初回治療内容と遺残腫瘍の検討

*楠原 光謹[1,5]、関口 正宇[1,2,3]、豊嶋 直也[1]、高丸 博之[1]、山田 真善[1]、小林 望[3]、橋本 大輝[4]、久松 理一[5]、斎藤 豊[1] (1. 国立がん研究センター中央病院内視鏡科、2. 国立がん研究センターがん対策研究所検診開発研究部、3. 国立がん研究センター中央病院検診センター、4. 国立がん研究センター病理診断科、5. 杏林大学医学部消化器内科学)

[WS1-7] 直腸神経内分泌腫瘍に対する内視鏡非治癒切除後におけるリンパ節転移関連因子および長期予後の検討

*早坂 淳之介[1]、三浦 康朗[2]、福井 雄大[3]、田中 潤治[1]、小田 実[1]、河合 優佑[1]、大和 洸[1]、落合 頼業[1]、鈴木 悠悟[1]、小田切 啓之[1]、松井 啓[1]、前田 裕介[3]、平松 康輔[3]、花岡 裕[3]、戸田 重夫[3]、上野 雅資[3]、黒柳 洋弥[3]、布袋屋 修[1] (1. 虎の門病院消化器内科、2. 虎の門病院病理診断科、3. 虎の門病院消化器外科)

[WS1-8] 直腸NETのリンパ節転移リスク因子の検討

*山本 峻也[1]、小澤 真由美[1]、工藤 孝迪[1]、武井 将伍[1]、前橋 学[1]、太田 絵美[1]、古山 和樹[1]、福田 敏之[1]、横山 亘[1]、石黒 哲史[1]、額田 卓[1]、沼田 正勝[1]、船津屋 拓人[2]、皆川 結明[2]、大矢 浩貴[2]、江畑 信孝[2]、田 鐘寛[2]、諏訪 宏和[3]、佐藤 勉[1]、吉川 貴己[2] (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科、2. 横浜市立大学医学部消化管外科学、3. 横須賀共済病院外科)

[WS1-9] 直腸NET手術におけるDistal resection marginの最適解～Short distal resection marginは許容されるか～

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

*佐藤 健太郎[1]、松井 信平[1]、中野 薫[2]、前田 裕斗[1]、野口 竜剛[1]、坂本 貴志[1]、向井 俊貴[1]、山口 智弘[1]、秋吉 高志[1] (1. がん研究会有明病院消化器センター大腸外科、2. がん研究会有明病院消化器センター病理部)

[WS1-10] 直腸NETのリンパ節転移マッピングと術後予後：外科適応最適化に向けて

*高岡 亜弓[1,2]、塚本 俊輔[2]、入江 直子[1]、杉野 葵[1]、白石 壮宏[1]、近 範泰[1]、松山 貴俊[1]、熊谷 洋一[1]、石田 秀行[1]、金光 幸秀[2] (1. 埼玉医科大学総合医療センター、2. 国立がん研究センター中央病院大腸外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

ワークショップ１　大腸Neuroendocrine neoplasm 治療の最適解

司会：塩谷 昭子（川崎医科大学　消化器内科）、関口 正宇（国立がん研究センター がん対策研究所 検診開発研究部）

[WS1-1] 当院における直腸NENに対する内視鏡切除後の長期成績

*加藤 尚宏[1]、岸田 圭弘[1]、網岡 祐生[1]、山根 大寛[1]、才野 正新[1]、濵田 拓郎[1]、上垣内 由季[1]、田中 秀典[1]、山下 賢[1]、桑井 寿雄[2]、岡 志郎[1] (1. 広島大学病院消化器内科、2. 広島大学病院消化器内視鏡医学講座)

【背景と目的】 直腸NEN （Neuroendocrine neoplasia） に対する内視鏡切除は、腫瘍径10mm未満かつ深達度が粘膜下層までにとどまる病変が適応であるが、切除標本の病理組織学的評価で脈管侵襲、固有筋層浸潤、切除断端陽性、Grade2以上の場合には非治癒切除として追加切除が推奨される。しかし、長期治療成績に基づいた追加手術の必要性のエビデンスは乏しい。今回、当院における直腸NENに対する内視鏡切除後の病理組織所見と長期成績を明らかにすることを目的とした。
【対象と方法】 2001年7月から2026年2月に当院において内視鏡切除を行った直腸NEN 148症例154病変 (男性97例、平均年齢56歳) を対象とし、治癒切除群、非治癒切除追加外科切除群、および非治癒切除経過観察群別に内視鏡切除後の長期成績を後方視的に検討した。
【結果】 各群別 (治癒切除群103例/非治癒切除追加外科切除群9例/非治癒切除経過観察群42例) の検討では、腫瘍径中央値 (範囲) は、5.0mm (3.7-6.0mm)/6.0mm (4.9–10mm)/5.4mm (4.4–6.9mm) で、内視鏡切除法別では、EMR 42/2/20例, ESMR-L (Endoscopic submucosal resection using a ligation device) 43/2/12例, ESD18/5/10例で、全例一括切除が施行された。完全一括切除率は100%/44%/50%であった。なお、追加外科切除群では、局所遺残病変ならびにリンパ節転移例は認めなかった。観察期間中央値 (範囲) 38ヶ月 (1–91ヵ月)/67ヶ月 (63–97ヵ月)/71ヶ月 (4–137ヵ月) において、リンパ節転移および遠隔転移再発、原病死は1例も認めなかったが、他病死を14例（8/1/5例）に認めた。
【結論】 当院で内視鏡切除された直腸NEN病変は一括切除され、非治癒切除追加外科手術群にリンパ節転移はなく、いずれも再発や原病死を認めなかった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
ワークショップ１　大腸Neuroendocrine neoplasm 治療の最適解
司会：塩谷 昭子（川崎医科大学　消化器内科）、関口 正宇（国立がん研究センター がん対策研究所 検診開発研究部）

[WS1-2] 当院における直腸NET内視鏡切除後ハイリスク症例における管理方針の現状

*稲田 裕[1]、宮本 和真[1]、反橋 美香[1]、篠原 美紀[1]、加藤 大貴[1]、坂本 佳織[1]、高塚 京華[1]、吉田 拓馬[1]、提中 克幸[1]、吉田 寿一郎[1]、田中 信[1]、中津川 善和[1]、西村 健[1]、藤井 秀樹[1]、戸祭 直也[1]、佐藤 秀樹[1]、奥山 祐右[1] (1. 京都第一赤十字病院消化器内科)

【背景】
直腸神経内分泌腫瘍（rectal NET）は小径病変が多く、腫瘍径10mm以下では内視鏡的局所切除が標準治療とされる。一方、内視鏡切除後に脈管侵襲陽性や断端陽性などのリスク因子を認めた症例では、追加外科切除の適応やフォローアップ方法について一定の見解が得られていない。
【目的】
当院における直腸NET内視鏡切除後ハイリスク症例の実臨床における管理方法を検討する。
【対象】
2012年から2025年までに当院で治療した直腸NET67例のうち、外科切除が初回治療であった2例を除いた内視鏡切除例65例を対象とした。このうち組織Grade2、脈管侵襲陽性または断端陽性のいずれかを認めた症例をハイリスク症例と定義した。
【方法】
ハイリスク症例の割合、リスク因子の内訳（Grade2、脈管侵襲陽性、断端陽性）、追加外科切除施行率、手術非施行例のフォローアップ方法および観察期間について後方視的に検討した。さらに2017年以前と2018年以降の2群に分け、管理方針の変化を比較した。
【結果】
内視鏡切除例65例中、ハイリスク症例は21例（32%）であった。リスク因子の内訳は組織Grade2 6例（29%）、脈管侵襲陽性12例（57%）、断端陽性5例（24%）であり、複数因子を併せて認める症例もみられた。追加外科切除は3例（14%）に施行され、リンパ節転移を認めた症例はなかった。手術非施行例の観察期間は最長10年であり、観察期間中に局所再発および遠隔転移再発は認めなかった。フォローアップモダリティは統一されておらず、約半数が胸腹部造影CTであったが、単純CTやMRIと胸部X線を組み合わせた症例もみられた。2017年以前は6例中2例に追加外科切除が施行されたのに対し、2018年以降は13例中1例のみであり、近年は追加外科切除よりも経過観察を選択する症例が多い傾向がみられた。
【結論】
当院における直腸NET内視鏡切除後ハイリスク症例では、近年は追加外科切除よりも画像および内視鏡による経過観察を選択する症例が多い傾向がみられた。また観察期間は概ね10年であったが、フォローアップモダリティには担当医によるばらつきがみられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
ワークショップ１　大腸Neuroendocrine neoplasm 治療の最適解
司会：塩谷 昭子（川崎医科大学　消化器内科）、関口 正宇（国立がん研究センター がん対策研究所 検診開発研究部）

[WS1-3] 直腸NET G1・G2におけるリンパ節転移リスクと再発の検討

*坂元 慧[1]、武井 信諭[1]、出嶋 皓[1]、中守 咲子[1]、加藤 博樹[1]、高雄 美里[1]、中野 大輔[1]、佐々木 和人[1]、川合 一茂[1]、清水口 涼子[2]、飯塚 敏郎[2] (1. がん・感染症センター都立駒込病院大腸外科、2. がん・感染症センター都立駒込病院消化器内科)

【背景・目的】神経内分泌腫瘍（NET）は比較的稀な腫瘍で、WHO分類では細胞増殖能に基づきG1～G3に分類される。本邦ガイドラインでは、直腸NET G1のうち腫瘍径1 cm未満・粘膜下層限局・転移のない症例には内視鏡治療が推奨されるが、脈管侵襲を認める場合の追加切除の適応は明確でない。直腸切除は術後QOLに影響し得るため、過剰治療を避けつつ手術適応を判断する基準の確立が求められる。本研究では、内視鏡治療例および手術例を含む直腸NET G1・G2を対象に、リンパ節転移のリスク因子と再発を含む長期予後を検討し、治療選択に有用な指標を明らかにすることを目的とした。
【方法】2005～2025年に当院で内視鏡治療または手術を施行した直腸NET G1・G2を対象とし、臨床病理学的因子とリンパ節転移、術後再発との関連を解析した。
【結果】対象170例のうち男性80例（47.1%）、年齢中央値62歳であった。NET G1は157例（92.4%）、G2は13例（7.6%）で、局在はRb 141例（82.9%）、Ra 26例（15.3%）、RS 3例（1.8%）だった。治療は内視鏡的切除単独123例（72.4%）、手術47例（27.6%）で、うち29例は内視鏡治療後の追加切除であった。腫瘍径中央値は4.6 mmで、脈管侵襲陽性は76例（44.7%）（Ly(+) 34例、V(+) 58例）だった。リンパ節転移は27例（15.9%）に認め、術前に診断可能であったのは6例のみであった。多変量解析では、腫瘍径1 cm以上（p<0.01）、垂直断端陽性（p<0.01）、Ly(+)（p=0.04）がリンパ節転移と有意に関連した。これら3因子を基準としてリンパ節転移陽性を判定した場合の感度は92.6%、特異度は83.2%だった。
術後再発に関しては6例（3.5%）で全例G2症例であり、再発部位は肝5例、骨1例で、術後再発時期は中央値7.5年と長期経過後に発生していた。内視鏡的に治療された腫瘍径1 cm未満・粘膜下層限局のNET G1（123例）では、脈管侵襲の有無に関わらず、中央値6.4年の観察期間で再発・原病死は認めなかった。
【結語】直腸NETのリンパ節転移は腫瘍径1 cm以上、垂直断端陽性、Ly(+)と関連していた。再発例はいずれも術後長期間を経て発生しており、特にG2症例では5年以上の長期フォローアップが重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
ワークショップ１　大腸Neuroendocrine neoplasm 治療の最適解
司会：塩谷 昭子（川崎医科大学　消化器内科）、関口 正宇（国立がん研究センター がん対策研究所 検診開発研究部）

[WS1-4] 直腸NETにおけるリンパ節転移のリスク因子と治療方針についての検討

*岩佐 陽介[1]、小山 文一[1,2]、井上 隆[1]、高木 忠隆[1]、藤本 浩輔[1]、田村 昂[1]、江尻 剛気[1]、吉川 千尋[1]、庄 雅之[1]
(1. 奈良県立医科大学　消化器・総合外科、2. 奈良県立医科大学附属病院　中央内視鏡部)

【はじめに】大腸NETに対し現状確立した治療指針はない．今回，直腸NET治療例の臨床病理学的特徴，治療成績について検討した．【対象】2000～2023年に当科で加療を行った99例を対象とし，retrospectiveに解析した．【結果】年齢62歳（25-86歳），男/女が54/45例，Rs/Ra/Rbが2/6/91例で，NET分類ではNET G1/G2/NECが94/5/0例であり，局所切除は内視鏡切除/経肛門的切除が85/8例であり，内視鏡切除はpolypectomy/EMR/ESD/ESMRLが2/43/31/9例に施行し，断端陽性率は50/9.3/9.7/0%であった．リンパ節郭清を伴う手術は追加切除症例7例を含め11例に施行した．術式は(s)LAR/ISRが9/2例，郭清はD2/D3が9/2例であった．腫瘍径は局所切除例6mm（2-20mm），手術例13mm（5-20mm），深達度はSM/MP以深が94/5例であった．ly1/v1は8/12例であり，リンパ節転移は8例に認めた．また遠隔転移は5例あり，肝/骨/肺が5/2/1であった．リンパ節転移のリスク因子(P<0.05)として，腫瘍径13mm以上，深達度T2以深，リンパ管侵襲陽性，NET G2が抽出された．観察期間は60.2ヶ月（0.3-255.6ヶ月）であり，再発は5例に認めたが，局所切除群で追加切除不要と判断した症例は全例に再発を認めていない．また再発例5例のうち当科で加療を施行した4例の生存期間は118.7ヶ月(72.1-211.8ヶ月)であり，他病死した1例以外は現病死された．【結語】形態変化のない腫瘍径10mm以下のNETに対しては局所切除を施行し，10-13mmに対してはEUS/CT/MRでT1かつリンパ節腫大がなければ局所切除を行い，リンパ管侵襲またはNETG2または断端陽性の場合は追加切除を検討する．また13mm以上または10-13mmのNETで，T2以深またはリンパ節転移を疑う症例はリンパ節郭清を伴った腸管切除を施行している．また，腫瘍径10mm以下，深達度T1，脈管侵襲陰性，NET G1症例に関しては術後のサーベイランスの際遠隔転移のフォローは省略できる可能性がある．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
ワークショップ１　大腸Neuroendocrine neoplasm 治療の最適解
司会：塩谷 昭子（川崎医科大学　消化器内科）、関口 正宇（国立がん研究センター がん対策研究所 検診開発研究部）

[WS1-5] 10mmから20mm未満の直腸Neuroendocrine neoplasmに対する治療の検討

*水上 亮佑[1,2]、佐伯 泰愼[1]、鈴木 健太[1]、新井 貴大[1]、米村 圭介[1]、福永 光子[1]、田中 正文[1]、山田 一隆[1]、辻 順行[3]、髙野 正太[3] (1. 大腸肛門病センター高野病院消化器外科、2. 防衛医科大学校外科学講座１、3. 大腸肛門病センター高野病院肛門科)

背景
膵・消化管神経内分泌腫瘍 (NEN) 診療ガイドライン2026年において10mm以下の直腸Neuroendocrine neoplasm (NEN) は内視鏡治療の適応とされ, 10mmより大きい場合は外科的切除を推奨されている. 当院での直腸NENに対する治療及び予後を後ろ向きに検討した.

方法
2005-2024年に20mm以下の直腸NENと診断され内視鏡治療及び外科的切除をされた症例を対象とした. 各種臨床学的因子及び病理学的因子を検索し, 無再発生存期間, 全生存率について検討した.

結果
1. 当院での直腸NENへの内視鏡治療は187症例 (追跡期間中央値1406日〔5日-7466日〕) であった. 10mm以下が179例, 10mmから20mm以下が8例であった. 10mmから20mm以下の症例の完全切除率は7例 (87.5%) だった. 脈管侵襲陰性は4例(50%)であった. そのうち経過観察症例は3例で全例無再発生存しており, 追跡期間は35日, 36日, 4374日であった.
2. 当院での20mm以下のNENに対する外科的切除は42例あった. 組織型はCarcinoid / Neuroendocrine tumor (NET) G1 / NET G2 40例, Neuroendocrine carcinoma が1例, mixed neuroendocrine-non-neuroendocrine neoplasmが1例だった. 病期はstage I : 23例, stage III : 16例, stage IV : 2例だった. 術式は高位前方切除術2例, 低位前方切除術2例, 超低位前方切除術21例, 括約筋間直腸切断術12例, 直腸切断術3例, 経肛門切除術2例が選択された. 10年生存率は92.7%, 無再発生存率は88.7%であった. 人工肛門がある症例は9.5%だった.
3. 外科手術施行された10mm以下の直腸NEN (25例) と10mmから20mm以下の直腸NEN （17例） の2群にわけた. 年齢, 性別, 人工肛門有無に有意差はなく病理学的特徴では, 脈管侵襲, リンパ節転移, Ki-67指数に有意差はなかった. また10mm以下の直腸NENは全例生存していた. 2群間において生存期間及び無再発生存期間の有意差は認めなかった.

結論
10mm以下の直腸NENは内視鏡治療のみで追加切除せず経過観察できる可能性がある. 20mm以下の直腸NENではガイドライン上の腫瘍径の区別による病理学的因子及び無再発生存期間に有意差はなく内視鏡治療を考慮する余地がある. 一方で内視鏡切除はより長期の予後の追跡が必要である.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

ワークショップ１　大腸Neuroendocrine neoplasm 治療の最適解

司会：塩谷 昭子（川崎医科大学　消化器内科）、関口 正宇（国立がん研究センター がん対策研究所 検診開発研究部）

[WS1-6] 直腸神経内分泌腫瘍に対する内視鏡治療後の垂直断端陽性・判定不能例における追加内視鏡治療：初回治療内容と遺残腫瘍の検討

*楠原 光謹[1,5]、関口 正宇[1,2,3]、豊嶋 直也[1]、高丸 博之[1]、山田 真善[1]、小林 望[3]、橋本 大輝[4]、久松 理一[5]、斎藤 豊[1] (1. 国立がん研究センター中央病院内視鏡科、2. 国立がん研究センターがん対策研究所検診開発研究部、3. 国立がん研究センター中央病院検診センター、4. 国立がん研究センター病理診断科、5. 杏林大学医学部消化器内科学)

【背景】
直腸神経内分泌腫瘍（rectal neuroendocrine tumor: NET）は、その存在深度や内視鏡診断の困難性により、内視鏡治療後に垂直断端陽性または判定不能（VM1/VMX）となる症例が存在する。VM1/VMX症例に対する至適対応法が確立されていない中で、当院では追加内視鏡切除を積極的に施行している。
【目的】
直腸NET内視鏡治療後VM1/VMXに対して追加内視鏡切除を行った症例における遺残腫瘍の有無を初回内視鏡治療内容に注目して検討する。
【方法】
2007年9月から2023年5月までに、初回内視鏡切除後（他院施行例を含む）にVM1/VMXと診断され当院で追加内視鏡切除を施行した直腸NET 51例54病変を対象に、後方視的検討を行った。初回治療法、病変径、VM所見、遺残腫瘍の有無、ならびに追加内視鏡切除の成績、安全性および再発の有無を検討した。
【結果】
内視鏡的に明らかな遺残は認めなかったが、病理学的に54病変中11病変（20.4%）で遺残腫瘍を認めた。初回治療別の遺残割合は、cold forceps polypectomy/cold snare polypectomy 30.8%（4/13）、hot forceps polypectomy/hot snare polypectomy 25.0%（2/8）、内視鏡的粘膜切除術（EMR）26.3%（5/19）であった。一方、EMR with cap-fitted panendoscope (EMRC)（n=3）、endoscopic submucosal resection with a ligation device (ESMR-L)（n=4）、ESD (n=7)では遺残を認めなかった。VM別ではVM1で22.7%（10/44）、VMXで10.0%（1/10）であった。5 mm未満の病変でも17.9%（5/28）に遺残を認めた。追加内視鏡切除（ESMR-L 21、EMRC 7、ESD 24、EMR 2）は全例一括切除可能で、偶発症は認めなかった。遺残11病変中10病変でR0切除が得られた。1年以上追跡可能であった28例30病変（中央値40か月）では再発を認めなかった。
【結論】
直腸NET内視鏡治療後VM1/VMX症例では追加内視鏡切除により2割強に遺残腫瘍を認めた。特に初回治療がポリペクトミーや通常EMR症例、VM1症例で遺残が見られ、これらの症例では追加内視鏡切除を考慮する意義があると考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
ワークショップ１　大腸Neuroendocrine neoplasm 治療の最適解
司会：塩谷 昭子（川崎医科大学　消化器内科）、関口 正宇（国立がん研究センター がん対策研究所 検診開発研究部）

[WS1-7] 直腸神経内分泌腫瘍に対する内視鏡非治癒切除後におけるリンパ節転移関連因子および長期予後の検討

*早坂 淳之介[1]、三浦 康朗[2]、福井 雄大[3]、田中 潤治[1]、小田 実[1]、河合 優佑[1]、大和 洸[1]、落合 頼業[1]、鈴木 悠悟[1]、小田切 啓之[1]、松井 啓[1]、前田 裕介[3]、平松 康輔[3]、花岡 裕[3]、戸田 重夫[3]、上野 雅資[3]、黒柳 洋弥[3]、布袋屋 修[1] (1. 虎の門病院消化器内科、2. 虎の門病院病理診断科、3. 虎の門病院消化器外科)

【背景】
直腸神経内分泌腫瘍（NET）の内視鏡切除後における追加外科切除の適応は、病理学的因子に基づき判断されているが、その妥当性には未だ議論がある。今回非治癒切除例を対象に、リンパ節転移に関連する因子および長期転帰から、追加外科切除の適応に関する検討を行った。
【方法】
2013年1月から2023年12月までに当院で内視鏡切除された直腸NET症例のうち、非治癒切除例64例を対象とした。追加外科切除群と経過観察群に分け、後方視的に検討した。追加外科切除群ではリンパ節転移の有無で比較し、SM浸潤距離を新たに評価した。SM浸潤距離についてROC解析を行い、リンパ節転移予測におけるカットオフ値を検討した。
【結果】
追加外科切除群は44例（男性26例）、年齢中央値56歳、ASA-PS中央値2であった。非治癒因子として、腫瘍径≧10 mmは5例（11.4%）、Grade 2は3例（6.8%）、リンパ管侵襲は22例(50.0%)、静脈侵襲は31例(70.5%)、VM陽性は4例（9.1%）であった。リンパ節転移は8例（18.2%）に認められた。SM浸潤距離の中央値は1.7 mmであり、LN転移例で高値を示した（中央値2.8 mm vs 1.65 mm, p=0.088）。SM浸潤距離のROC解析ではAUC 0.70であり、カットオフ値は2.75 mm（感度62.5%、特異度88.9%）であった。カットオフ別解析では、2.0 mm以上でリンパ節転移率は33.3%（6/18）と7.7%（2/26）に比し有意に高く（p=0.048）、2.5 mm以上でも41.7%（5/12）と9.4%（3/32）で有意差を認めた（p=0.025）。一方で、2.0 mm未満にも転移例を認めた。観察期間中央値は5.9年で、術後再発、遠隔転移および原病関連死亡は認めなかった。
経過観察群は17例（男性11例）、年齢中央値57歳、ASA-PS中央値2であった。観察期間中央値は7.7年であった。腫瘍径≧10 mmは6例（35.3%）、Grade 2は1例（5.9%）、リンパ管侵襲は2例(11.8%)、静脈侵襲は10例(58.8%)、VM陽性は2例（11.8%）に認めたが、再発、遠隔転移および原病関連死亡は認めなかった。
【結論】
SM浸潤距離はリンパ節転移と関連を認め、高リスク例の抽出に寄与する可能性が示唆された。また、非手術例においても長期予後は良好であり、追加外科切除の適応については再検討の余地があると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

ワークショップ１　大腸Neuroendocrine neoplasm 治療の最適解

司会：塩谷 昭子（川崎医科大学　消化器内科）、関口 正宇（国立がん研究センター がん対策研究所 検診開発研究部）

[WS1-8] 直腸NETのリンパ節転移リスク因子の検討

*山本 峻也[1]、小澤 真由美[1]、工藤 孝迪[1]、武井 将伍[1]、前橋 学[1]、太田 絵美[1]、古山 和樹[1]、福田 敏之[1]、横山 亘[1]、石黒 哲史[1]、額田 卓[1]、沼田 正勝[1]、船津屋 拓人[2]、皆川 結明[2]、大矢 浩貴[2]、江畑 信孝[2]、田 鐘寛[2]、諏訪 宏和[3]、佐藤 勉[1]、吉川 貴己[2] (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科、2. 横浜市立大学医学部消化管外科学、3. 横須賀共済病院外科)

【背景】膵・消化管神経内分泌腫瘍ガイドライン2026年版では腫瘍径10mm以上の直腸NETに対してはリンパ節郭清を伴う直腸切除術が推奨されているが，そのLymphnode metastasis (LNM)のリスク因子についてはいまだ不明確である．
【目的】直腸NETのLNMリスク因子を明らかにする．
【方法】 2000年1月から2025年12月までに，当院で系統的リンパ節郭清を伴う根治的切除を行った直腸NET症例 95例を対象とし，臨床病理学的因子を後方視的に検討した．
【成績】 年齢中央値は53歳，性別は男性が50例(52.6%)．深達度はSMが86例(90.5%)，MP以深が9例(9.5%)であった．LNMは30例 (31.6%)に認め，腫瘍径が15mm以上で9/17例 (52.9%)，10mm以上15mm未満で8/29例 (25.6%)，10mm未満で13/49例 (26.5%)に認めた．単変量解析では，腫瘍径10mm以上（p=0.377）では差がなく，腫瘍径15mm以上（p=0.046）で有意差を認めた． SM浸潤距離 2000μm以上 (p=0.023) に有意差あり，脈管侵襲陽性（p=0.173），NET G2以上（p=0.323），中心陥凹あり（p=0.195），budding grade 3（p=0.371）では差がなかった．既報および臨床的意義を踏まえ，腫瘍径15mm以上，SM浸潤距離2000μm以上，脈管侵襲陽性，NET G2以上を説明変数として多変量解析を行ったところ、SM浸潤距離2000μm以上（OR 4.91, 95%CI 0.96-24.9, p=0.0498）がリスク因子として抽出された．このため腫瘍径別にSM浸潤距離におけるLNM発生リスクを評価したところ腫瘍径10mm未満で13例（32.5 %）（p=0.005），10-15mm 5例（22.7%）(p=0.411), 15mm以上9例（52.9%）(p=1.0) であった。
【結論】SM浸潤距離2000μm以上が直腸NETにおけるLMNのリスク因子であることが示唆された．腫瘍径別の探索的解析では、特に10mm未満症例においてSM2000μm以上がリンパ節転移と有意に関連しており、小型直腸NETにおけるリスク層別化因子として有用である可能性が示唆された。症例は限定的であり今後症例を蓄積してさらに検討する必要がある．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

ワークショップ１　大腸Neuroendocrine neoplasm 治療の最適解

司会：塩谷 昭子（川崎医科大学　消化器内科）、関口 正宇（国立がん研究センター がん対策研究所 検診開発研究部）

[WS1-9] 直腸NET手術におけるDistal resection marginの最適解～Short distal resection marginは許容されるか～

*佐藤 健太郎[1]、松井 信平[1]、中野 薫[2]、前田 裕斗[1]、野口 竜剛[1]、坂本 貴志[1]、向井 俊貴[1]、山口 智弘[1]、秋吉 高志[1] (1. がん研究会有明病院消化器センター大腸外科、2. がん研究会有明病院消化器センター病理部)

【目的】直腸神経内分泌腫瘍（NET）手術において推奨される肛門側切除断端距離（Distal resection margin , DRM）は、直腸癌のようにガイドラインには明示されておらず明らかでない。直腸NETは直腸癌に比べ低悪性度であり、DRMを短くすることが可能であれば肛門機能と予後の両立に寄与する可能性がある。本研究では、根治切除を受けた直腸NET症例における適切なDRMを検討した。

【方法】2005年から2023年までに当院でTMEを伴う根治切除を施行した直腸NET患者を対象とした。局所切除症例、NEC症例、Stage Ⅳ症例は除外した。DRM < 10mmのShort DRM群とDRM > 10mmのLong DRM群に分類した。両群の再発率、長期予後および再発リスク因子に関し後方視的に検討した。

【結果】対象208例中、Short DRM群は91例（43.8%）、Long DRM群117例（56.2%）であった。5年累積再発率に有意差はなく5年累積再発率（Short DRM: 7.2% vs. Long DRM: 7.0%, p = 0.80）、局所再発は両群ともに認めなかった。多変量解析において、腫瘍径＞20mm（HR: 7.01, p = 0.01）およびNET G2（HR: 5.18, p = 0.03）が再発の独立リスク因子であった一方、Short DRMは再発リスクと関連しなかった。5年Overall survivalも両群間で有意差を認めなかった（Short DRM: 96.8% vs. Long DRM: 95.6%, p = 0.69）。

【結論】直腸NET G1/G2において、切除断端陰性でR0切除が達成されていれば10mm以下のShort DRMでも再発リスクは増加しない。腫瘍学的根治性が最も重要であることは言うまでもないが、直腸癌と比べ低悪性であるNET G1/G2では、DRMを最小限に抑えることで肛門機能に配慮した手術が可能となる可能性がある。ただし、Short DRMで断端陰性を確保するためには術前マーキング、術中内視鏡、適切な腸管クリップデバイスの選択などの適切な対策を講じることが必須であり、これらを行わず安易にShort DRMを企図した手術を行うのは適切でない。当院で行っている術中内視鏡を用いた腸管切離手技についても併せて供覧する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
ワークショップ１　大腸Neuroendocrine neoplasm 治療の最適解
司会：塩谷 昭子（川崎医科大学　消化器内科）、関口 正宇（国立がん研究センター がん対策研究所 検診開発研究部）

[WS1-10] 直腸NETのリンパ節転移マッピングと術後予後：外科適応最適化に向けて

*高岡 亜弓[1,2]、塚本 俊輔[2]、入江 直子[1]、杉野 葵[1]、白石 壮宏[1]、近 範泰[1]、松山 貴俊[1]、熊谷 洋一[1]、石田 秀行[1]、金光 幸秀[2] (1. 埼玉医科大学総合医療センター、2. 国立がん研究センター中央病院大腸外科)

【背景】JNETガイドラインでは、直腸神経内分泌腫瘍（NET）に対してリンパ節転移頻度に基づき外科的切除の適応が規定されているが、切除例におけるリンパ節転移の実態や長期予後に関する報告は限られている。
【目的】外科的切除を受けた直腸NET患者におけるリンパ節転移の頻度および分布、ならびに長期予後を明らかにする。
【方法】2000年1月から2020年7月に国立がん研究センター中央病院においてTMEを伴う直腸切除術を施行した直腸NET症例51例を対象とし、単施設後ろ向きに検討した。
【結果】年齢中央値は57歳、男/女：33/18、28例（54.9%）に術前内視鏡的切除を施行した。腫瘍占拠部位はRS/Ra/Rb/P：1/5/44/1、中心陥凹は30例（58.8%）に認めた。術前深達度はT1/T2/T3/T4：38/7/2/4、術前リンパ節転移は14例（27.5%）、術前側方リンパ節転移は2例（3.9%）、遠隔転移は5例（9.8%）に認めた。術式は前方切除術/ISR/APR/TPE：42/7/1/1、リンパ節郭清度はD1/D2/D3：3/34/14で、側方リンパ節郭清は10例（19.6%）に施行し、全例R0切除であった。
病理結果は、深達度T1/T2/T3/T4：40/7/2/2、腫瘍径中央値10mm、リンパ節転移陽性20例（39.2%）、側方リンパ節転移4例（7.8%）、G1/G2/不明：11/38/2であった。G1/G2別のリンパ節転移部位の検討では、腸管傍：5例（45.5%）/11例（28.9%）、中間：0例/１例（2.7%）、主：0例/1例（9.1%）、内腸骨：0例/2例（22.9%）、閉鎖：0例/1例（11.1%）であった。
長期予後（観察期間中央値36カ月）では、5年RFSはStage IVがStage I-IIIより不良であった（40% vs. 77.2%, p=0.001）。G1/G2（87.5% vs. 65.5%, p=0.349）およびリンパ節転移陰性/陽性で有意差はなかった（90% vs. 58.1%, p=0.094）。一方、腫瘍径10mm以上で5年RFSは有意に不良であった（62% vs. 100%, p=0.035）。
【結語】TMEを伴う外科的切除を行った直腸NETではリンパ節転移率は高かったが、その多くは腸管傍リンパ節に限局しており、リンパ節転移陽性例においても良好な予後が得られていた。これらの結果は、リンパ節転移の有無に加え、その分布を踏まえた外科的切除適応の最適化の必要性を示唆する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

ワークショップ２　大腸肛門病学会専門医が手術に参加することで治療成績に差が出るか？

司会：松田 圭二（同愛記念病院外科）、水島 恒和（獨協医科大学外科学（下部消化管）講座）

[WS2-1] 日本大腸肛門病学会専門医の関与が大腸癌手術成績に与える影響

*三代 雅明[1]、植村 守[1]、賀川 義規[2]、柳澤 公紀[3]、畑 泰司[4]、高橋 秀和[5]、佐々木 優[6]、鈴木 陽三[7]、鄭 充善[8]、大澤 日出樹[9]、高橋 佑典[10]、内藤 敦[11]、岡村 修[12]、市原 もも子[13]、澤田 元太[14]、松田 宙[15]、関戸 悠紀[1]、荻野 崇之[1]、三吉 範克[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学大学院医学系研究科 外科学講座 消化器外科学、2. 大阪国際がんセンター消化器外科、3. 関西ろうさい病院消化器外科、4. 大阪急性期・総合医療センター消化器外科、5. 大阪国際メディカル&サイエンスセンター大阪けいさつ病院消化器外科、6. 市立東大阪医療センター消化器外科、7. 市立豊中病院外科、8. 大阪ろうさい病院外科、9. 八尾市立病院外科、10. 国立病院機構大阪医療センター消化器外科、11. 堺市立総合医療センター消化器外科、12. 市立吹田市民病院外科、13. 兵庫県立西宮病院消化器外科、14. 市立伊丹病院外科、15. JCHO大阪消化器外科)

[WS2-2] 大腸肛門病学会専門医の手術参加により治療成績は向上する

*高 理奈[1]、中村 友哉[1]、松末 亮[1]、上林 峻[1]、有宗 敬祐[1]、澤田 晋[1]、石田 薫平[1]、中西 望[1]、吉田 真也[1]、森野 甲子郎[1]、後藤 俊彦[1]、山本 道宏[1]、待本 貴文[1] (1. 天理よろづ相談所病院)

[WS2-3] 大腸癌手術における大腸肛門病専門医介入の意義：プロペンシティスコアマッチング法を用いた多施設共同研究

*橋本 慎太郎[1,2]、富永 哲郎[3]、久永 真[1]、白石 斗士雄[2,3]、山﨑 翔斗[2]、小野 李香[2]、丸田 浩志[2]、山口 峻[2]、片山 宏己[2]、足立 利幸[2]、髙村 祐磨[2]、大石 海道[4]、竹下 浩明[4]、黨 和夫[5]、森山 正章[6]、福田 明子[6]、小山 正三郎[7]、福岡 秀敏[3]、井上 悠介[2]、野中 隆[2,8] (1. 佐世保市立総合医療センター 消化器外科、2. 長崎大学病院大腸・肛門外科、3. JCHO諫早総合病院外科、4. 国立病院機構 長崎医療センター外科、5. 国立病院機構 嬉野医療センター外科、6. 長崎原爆病院外科、7. 済生会長崎病院 外科、8. 長崎大学病院 低侵襲手術センター)

[WS2-4] 直腸癌手術における大腸肛門病学会専門医関与の治療効果

*藤井 正一[1]、赤羽 祥太[1]、伊藤 慎吾[1] (1. 湘南鎌倉総合病院外科)

[WS2-5] 当院における大腸肛門病学会専門医が手術執刀することによる周術期治療成績への影響の検討

*小林 雄太[1]、賀川 義規[1]、萩谷 哲一[1]、東倉 健治郎[1]、河口 恵[1]、長谷川 健太[1]、北風 雅敏[1]、波多 豪[1]、末田 聖倫[1]、西村 潤一[1]、牛丸 裕貴[1]、百瀬 洸太[1]、小松 久晃[1]、柳本 喜智[1]、金村 剛志[1]、山本 和義[1]、後藤 邦仁[1]、小林 省吾[1]、宮田 博志[1]、大植 雅之[1] (1. 大阪国際がんセンター消化器外科)

[WS2-6] ストーマ造設術にも大腸肛門病学会専門医が参加すべきか？ -大学病院での検討-

*野澤 宏彰[1]、室野 浩司[1]、江本 成伸[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]、舘川 裕一[1]、岡田 聡[1]、白鳥 広志[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学医学部腫瘍外科)

[WS2-7] 大腸肛門病専門医が関与した緊急下部消化器手術の特性と短期手術成績

*井本 良敬[1]、岡本 耕一[1]、梶原 由規[1]、望月 早月[1]、守矢 恒司[1]、川内 隆幸[1]、菊家 健太[1]、相原 一紀[1]、田代 真優[1]、廣瀬 裕一[1]、大塚 泰弘[1]、森 庄平[1]、新實 優卓[1]、及川 功[1]、倉澤 秀紀[1]、豊泉 大地[1]、川本 賢明[1]、岸 庸二[1]、上野 秀樹[1] (1. 防衛医科大学校外科)

[WS2-8] 下部消化管穿孔における大腸外科医の有用性について

*宮北 寛士[1]、西田 莉子[1]、大宜見 崇[1]、岡林 剛史[1]、茅野 新[1]、山本 聖一郎[1] (1. 東海大学消化器外科)

[WS2　特別発言] 特別発言

*小林 宏寿 (1. 帝京大学医学部附属溝口病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

ワークショップ２　大腸肛門病学会専門医が手術に参加することで治療成績に差が出るか？

司会：松田 圭二（同愛記念病院外科）、水島 恒和（獨協医科大学外科学（下部消化管）講座）

[WS2-1] 日本大腸肛門病学会専門医の関与が大腸癌手術成績に与える影響

*三代 雅明[1]、植村 守[1]、賀川 義規[2]、柳澤 公紀[3]、畑 泰司[4]、高橋 秀和[5]、佐々木 優[6]、鈴木 陽三[7]、鄭 充善[8]、大澤 日出樹[9]、高橋 佑典[10]、内藤 敦[11]、岡村 修[12]、市原 もも子[13]、澤田 元太[14]、松田 宙[15]、関戸 悠紀[1]、荻野 崇之[1]、三吉 範克[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学大学院医学系研究科 外科学講座 消化器外科学、2. 大阪国際がんセンター消化器外科、3. 関西ろうさい病院消化器外科、4. 大阪急性期・総合医療センター消化器外科、5. 大阪国際メディカル&サイエンスセンター大阪けいさつ病院消化器外科、6. 市立東大阪医療センター消化器外科、7. 市立豊中病院外科、8. 大阪ろうさい病院外科、9. 八尾市立病院外科、10. 国立病院機構大阪医療センター消化器外科、11. 堺市立総合医療センター消化器外科、12. 市立吹田市民病院外科、13. 兵庫県立西宮病院消化器外科、14. 市立伊丹病院外科、15. JCHO大阪消化器外科)

【はじめに】
日本大腸肛門病学会専門医は現在2119人が登録されているが、実際にどのように手術へ関与し、成績向上に寄与しているかについては明らかでない。
【方法】
関連43施設における病床数、年間大腸癌切除数、日本内視鏡外科学会技術認定医数と、日本大腸肛門病学会専門医数との関連を検討した。また、2024年から開始し、現在34施設が参加している多施設前向きデータベース(Clinical Study Group of The University of Osaka -Colorectal Registry: CSGO-CORE）を用いて周術期成績を解析した。
【結果】
関連施設43施設に在籍する日本大腸肛門病学会専門医は70人であった。専門医数は、病床数（r=0.579, P<0.001）、年間大腸癌切除数（r=0.626, P<0.001）、日本内視鏡外科学会技術認定医数（r=0.842, P<0.001）と有意な正の相関を認めた。2025年1月から12月までに前向きデータベースに登録され、解析に必要なデータが利用可能であった原発性大腸癌切除2060例を対象に、日本大腸肛門病学会専門医数を1人以下の群と2人以上の群に分けて比較検討した。各施設の大腸癌手術症例のうち直腸癌の割合は、専門医数1人以下の施設で29.1%であったのに対し、2人以上の施設では37.3%と有意に高かった（P=0.007）。術後全合併症は416例（20.2%）に認め、専門医数1人以下の施設と2人以上の施設を比較すると、25.7% vs 19.3%（P=0.015）と、2人以上の施設で有意に低かった。Clavien-Dindo分類III以上の合併症も、6.9% vs 4.3%（P=0.070）と低い傾向を認めた。
【結語】
本研究は施設背景や症例選択など多くのバイアスを含む解析であるが、日本大腸肛門病学会専門医の関与により、安全な手術が実施可能となることが示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）
ワークショップ２　大腸肛門病学会専門医が手術に参加することで治療成績に差が出るか？
司会：松田 圭二（同愛記念病院外科）、水島 恒和（獨協医科大学外科学（下部消化管）講座）

[WS2-2] 大腸肛門病学会専門医の手術参加により治療成績は向上する

*高 理奈[1]、中村 友哉[1]、松末 亮[1]、上林 峻[1]、有宗 敬祐[1]、澤田 晋[1]、石田 薫平[1]、中西 望[1]、吉田 真也[1]、森野 甲子郎[1]、後藤 俊彦[1]、山本 道宏[1]、待本 貴文[1] (1. 天理よろづ相談所病院)

【背景】
近年、消化器外科領域においても専門分野の細分化が進む中、大腸肛門外科領域においては大腸肛門病学会専門医の重要性が指摘されている。
【目的】
当科では2022年9月より大腸肛門病学会専門医が赴任し、大腸癌の手術において術式の統一と厳密な周術期管理を専門医が監督した。大腸肛門病学会専門医の重要性を明らかにするため、同専門医（外科領域）を有する外科医の手術参加が、手術成績に及ぼす影響を検証した。
【対象と方法】
2018年4月から2025年12月までに大腸癌に対する手術を施行した997例を対象とした。このうち、大腸肛門病学会専門医が手術参加していない群(n=614)と手術参加した群 (n=383)に分け、患者背景、手術関連因子、手術成績を比較した。さらに二群間の患者背景差を調整するため、年齢、性別、ASA-PS、BMI、腫瘍占拠部位（結腸/直腸）、ストマ造設の有無、Clinical Stage、術前化学療法の有無、緊急手術、他臓器合併切除の有無、原発切除の有無、術前イレウスの有無、手術アプローチ（開腹または腹腔鏡・ロボット）を調整因子として傾向スコアマッチングを行い、治療成績を比較した。
【結果】
大腸肛門病学会専門医の手術参加群では手術非参加群と比較し、術後合併症発生率（All grade、grade3以上）は有意に低く（23% vs 30%, p=0.037、6% vs 10%, p＝0.041）、術後SSI（表層SSI、体腔SSI）発生率も有意に低かった（4% vs 11%, p＜0.001、2% vs 6%, p=0.025）。手術時間、出血量に関しても有意な減少を認め（平均値：282分 vs 323分, p＜0.001、平均値：47ml vs 118ml, p＜0.001）、在院日数も有意に短かった（平均値：8日 vs 11日, p=0.004）。傾向スコアマッチングでマッチした361例ずつの比較でも専門医手術参加群では非参加群と比べ、同様に術後合併症（All grade、Grade3以上）、各SSIは有意に低率であった。また、手術時間、出血量、在院日数に関しても同様に有意に低かった。
【結論】
大腸肛門病学会専門医の手術関与により治療成績は有意に向上していた。本結果は手術手技のみならず、周術期管理や術式選択を含めた包括的な意思決定が診療の質を改善し、治療成績に反映されている可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）
ワークショップ２　大腸肛門病学会専門医が手術に参加することで治療成績に差が出るか？
司会：松田 圭二（同愛記念病院外科）、水島 恒和（獨協医科大学外科学（下部消化管）講座）

[WS2-3] 大腸癌手術における大腸肛門病専門医介入の意義：プロペンシティスコアマッチング法を用いた多施設共同研究

*橋本 慎太郎[1,2]、富永 哲郎[3]、久永 真[1]、白石 斗士雄[2,3]、山﨑 翔斗[2]、小野 李香[2]、丸田 浩志[2]、山口 峻[2]、片山 宏己[2]、足立 利幸[2]、髙村 祐磨[2]、大石 海道[4]、竹下 浩明[4]、黨 和夫[5]、森山 正章[6]、福田 明子[6]、小山 正三郎[7]、福岡 秀敏[3]、井上 悠介[2]、野中 隆[2,8] (1. 佐世保市立総合医療センター 消化器外科、2. 長崎大学病院大腸・肛門外科、3. JCHO諫早総合病院外科、4. 国立病院機構 長崎医療センター外科、5. 国立病院機構 嬉野医療センター外科、6. 長崎原爆病院外科、7. 済生会長崎病院 外科、8. 長崎大学病院 低侵襲手術センター)

【背景・目的】
大腸癌治療において、専門医の関与が治療成績を向上させる可能性が示唆されているが、国内多施設のデータを用いた検証は十分ではない。本研究の目的は、大腸肛門病専門医の治療方針への介入が、大腸癌原発巣切除術の術中・術後成績に与える影響を明らかにすることである.

【方法】
2016年4月から2025年6月の間に長崎大学病院関連8施設で大腸癌原発巣切除を行った6,063例を対象とした(重複癌・緊急手術を除く). 専門医が治療方針に介入した群(専門医群：1,325例)と非介入群(非専門医群：4,738例)を比較した. 背景因子の偏りを調整するため、年齢、性別、BMI、ASA-PS、腫瘍局在、術前治療、臨床病期、他臓器合併切除の有無を用いて1:1のプロペンシティスコアマッチング(PSM)を行い、各群1,300例を抽出し比較検討した.

【結果】
PSM後の比較で専門医群ではリンパ節郭清数が有意に多く(16個 vs 15個, p=0.006)、手術時間が有意に短く(206分 vs 240分, p<0.001)、術中出血量が有意に少なかった(15ml vs 22ml, p<0.001) 術後合併症(CD grade≧2)の発生率全体に差はなかったが(18.6% vs 18.6%, p>0.999)、重症合併症(CD grade≧3a) は専門医群で少なく（5.3% vs 7.6%, p=0.020)、特に再手術を要する合併症(CD 3b) は専門医群で有意に少なかった(1.6% vs 3.1%, p=0.019).

【結論】
大腸肛門病専門医による治療への介入は、手術の安全性と重症術後合併症の回避に寄与する可能性が示唆された. 本専門医制度に基づく高度な専門性は、大腸癌手術の質を担保する上で重要な要素であり、外科診療の質の向上において極めて重要な意義を有する.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）
ワークショップ２　大腸肛門病学会専門医が手術に参加することで治療成績に差が出るか？
司会：松田 圭二（同愛記念病院外科）、水島 恒和（獨協医科大学外科学（下部消化管）講座）

[WS2-4] 直腸癌手術における大腸肛門病学会専門医関与の治療効果

*藤井 正一[1]、赤羽 祥太[1]、伊藤 慎吾[1] (1. 湘南鎌倉総合病院外科)

【背景】日本大腸肛門病学会専門医(以下Ⅱa専門医)は規定の診療経験、筆記試験の合格を経てその資格を得ることができるが、新専門医制度でのその位置付けは明確ではない。また直腸癌はCommon diseaseであり、必ずしも専門医の指導下で診療が行われているわけではない。
【目的】直腸癌に対するⅡa専門医関与による治療成績を解析、評価する。
【方法】当院は2023年12月にⅡa専門医が入職した。それ以前は専門医不在で日本大腸肛門病学会会員も不在であった。2000～26年4月の直腸癌外科手術に対する一般外科医診療例(一般群)とⅡa専門医関与例(Ⅱa専群)の短期・中期治療成績を比較した。Ⅱa専群はⅡa専門医が術者もしくは指導的助手として手術に参加した症例とし、非切除例は除外した。
【結果】一般群194例、Ⅱa専門医92例で、性差(男57.2:71.7%)以外に背景差なし。手術(一般群:Ⅱa専群)はアプローチ法(ロボット支援20.1:67.4%)、術式(ハルトマン手術11.3:4.3%)、前方切除術での経肛門減圧ドレーン留置(15.6:59.5%)、癒着防止材使用(73.8:96.7%)に差を認めた。Ⅱa専群は手術時間(272:295分)が長いが出血量(50:30ml)は少なかった。CRP値術後1日目(4.728:4.076mg/dl)、最高値(10.027:7.330mg/dl)ともにⅡa専群が低値であった。中枢側D3リンパ節郭清例(77.7:84.8%)に差はないが、Rb直腸癌に対する側方郭清施行(4.3:17.6%)に差を認めた。術後Grade2以上早期合併症頻度(25.8:27.2%)に差はないが、縫合不全(10.1:5.3%)はⅡa専群が少ない傾向であった。郭清リンパ節個数(12:14)、術後在院期間(13:10日)に差を認めた。中期成績(一般群:Ⅱa専群)は2年全生存率(90.4:88.8%)、2年無再発生存率(76.9:81.0%)に差はないが、pStageⅡの2年無再発生存率(70.5:100%)に差あり。2年累積再発率(21.8:19.3%)に差はないが、2年累積局所再発率(7.6:0%)に差を認めた。
【結語】直腸癌手術に対するⅡa専門医の関与は短期・中期成績を改善していた。長期成績として局所制御改善に期待できる可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）
ワークショップ２　大腸肛門病学会専門医が手術に参加することで治療成績に差が出るか？
司会：松田 圭二（同愛記念病院外科）、水島 恒和（獨協医科大学外科学（下部消化管）講座）

[WS2-5] 当院における大腸肛門病学会専門医が手術執刀することによる周術期治療成績への影響の検討

*小林 雄太[1]、賀川 義規[1]、萩谷 哲一[1]、東倉 健治郎[1]、河口 恵[1]、長谷川 健太[1]、北風 雅敏[1]、波多 豪[1]、末田 聖倫[1]、西村 潤一[1]、牛丸 裕貴[1]、百瀬 洸太[1]、小松 久晃[1]、柳本 喜智[1]、金村 剛志[1]、山本 和義[1]、後藤 邦仁[1]、小林 省吾[1]、宮田 博志[1]、大植 雅之[1] (1. 大阪国際がんセンター消化器外科)

【背景】大腸肛門病専門医制度は，大腸肛門病学における診療・教育・研究の向上を目的として設けられている。しかし、外科領域において大腸肛門病専門医が手術に関与することで周術期にどのような影響を及ぼすかは明らかではない。今回われわれは、日本大腸肛門病学会専門医がどのように手術に関与し、周術期成績の改善に寄与しているかを検討することとした。【対象と方法】2023年4月から2025年7月までの間に当院で施行した大腸癌原発巣切除症例762例を対象とし、大腸肛門病学会専門医資格を有する医師が執刀した症例（専門医群）と有さない医師が執刀した症例（非専門医群）の2郡に分け、周術期治療成績を比較検討した。【結果】当院において大腸肛門病専門医を有する医師は延べ6名、有さない医師はレジデントを含め6名が在籍しており、執刀数は専門医群が447例、非専門医群が315例であった。切除した大腸癌の局在を比較すると、専門医群が有意に直腸癌手術を執刀していた（233例 vs 117例、p < 0.001）。また、側方リンパ節郭清や他臓器合併切除を要する手術は有意に専門医群が多かった（28例 vs 2例、 p<0.001）。腫瘍の局在別に手術時間を比較すると、結腸癌手術では局在に関わらず2郡に差はなかったが、直腸癌手術では専門医群で有意に手術時間が長かった（平均; 287分 vs 228分、p<0.001）。術中出血量は直腸癌手術を含め2群間で有意な差を認めなかったが、S状結腸癌手術は有意に非専門医群で出血が少なかった（平均; 28.8ml vs 8.24ml、p<0.001）。一方で、術後合併症の有無については全体の比較および腫瘍の局在別の比較でいずれも2群間に差を認めなかった。【結語】日本大腸肛門病学会専門医は、直腸癌、側方リンパ節郭清、他臓器合併切除を伴う高難度症例を多く担当していたが、術中出血量および術後合併症は非専門医群と同等であった。専門医が高難度手術を担うとともに、チーム内で非専門医を支援する診療体制が、周術期成績の均てん化に寄与し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

ワークショップ | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）
ワークショップ２　大腸肛門病学会専門医が手術に参加することで治療成績に差が出るか？
司会：松田 圭二（同愛記念病院外科）、水島 恒和（獨協医科大学外科学（下部消化管）講座）

[WS2-6] ストーマ造設術にも大腸肛門病学会専門医が参加すべきか？ -大学病院での検討-

*野澤 宏彰[1]、室野 浩司[1]、江本 成伸[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]、舘川 裕一[1]、岡田 聡[1]、白鳥 広志[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学医学部腫瘍外科)

【背景】外科手術の治療成績は疾患の種類、患者状態の他、手術に関連した因子、すなわち病院規模や手術件数によって左右されうることが知られる。加えて術者個人の因子、特に専門医の有無もアウトカムへ影響することが報告されている。わが国ではNationwide Clinical Databaseなどを用いて、食道、肝胆膵、呼吸器領域などで手術成績と各外科領域の専門医との関係についての報告が多くみられるが、大腸外科領域での同様の研究は限定的である。また一般的にmajor手術の治療成績が議論される傾向がある。本研究ではその対極として、人工肛門造設術の成績について大腸肛門病専門医の参加と関連があるかを検討することにした。
【方法】当院（大学病院）で2021-2025年に行った人工肛門造設術を対象とした。大腸切除など他の術式と同時に行われた人工肛門造設術症例は除外した。手術記録から術者と第一助手を大腸肛門病専門医取得の有無を後方視的に調査し、臨床病理学的な背景因子と手術時間、出血量、Clavien-Dindo分類に基づく術後合併症との関連を解析した。
【結果】対象は平均年齢66歳、男70名、女40名で、緊急手術は44例(40%)と多く、ASA-PS 3以上も36例(33%)という集団であった。開腹手術49例、腹腔鏡下手術61例であり、後者の1例で開腹移行となっていた。人工肛門造設部位は結腸84例、回腸26例であった。対象全体の手術時間（中央値）は75分、出血量（同）1 ml、術後合併症(grade 2以上）は定時手術では10例(15%)、緊急手術では13例(30%)に生じた。術者が大腸肛門病専門医とそれ以外を比較すると、手術時間、出血量には差はなかった。しかし術者が専門医ではgrade 2以上の合併症発生がない一方で、専門医未取得の術者の場合、定時手術で17%、緊急手術で36%の合併症発生率であった(全体で24%, p=0.04)。第一助手が大腸肛門病専門医か否かで同様の解析を行ったが、アウトカムに差はなかった。
【考察】概して全身状態が不良である閉塞性の腸疾患を有する患者において、人工肛門造設術のみの術式選択となる場合が多い。このような人工肛門造設術においてこそ、大腸肛門病専門医の術者参加がシームレスな後治療への移行に重要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）
ワークショップ２　大腸肛門病学会専門医が手術に参加することで治療成績に差が出るか？
司会：松田 圭二（同愛記念病院外科）、水島 恒和（獨協医科大学外科学（下部消化管）講座）

[WS2-7] 大腸肛門病専門医が関与した緊急下部消化器手術の特性と短期手術成績

*井本 良敬[1]、岡本 耕一[1]、梶原 由規[1]、望月 早月[1]、守矢 恒司[1]、川内 隆幸[1]、菊家 健太[1]、相原 一紀[1]、田代 真優[1]、廣瀬 裕一[1]、大塚 泰弘[1]、森 庄平[1]、新實 優卓[1]、及川 功[1]、倉澤 秀紀[1]、豊泉 大地[1]、川本 賢明[1]、岸 庸二[1]、上野 秀樹[1] (1. 防衛医科大学校外科)

【背景と目的】近年、外科医に求められる医療水準は高度化している。一方、人的資源の制約などにより、特に緊急手術においては大腸肛門病学会専門医以外の医師が下部消化管手術に関与する機会も少なくない。本検討では下部消化管領域の緊急手術の特性と短期手術成績の実情について、大腸肛門病専門医の関与別に調査した。
【方法】2021年から2023年に当院で施行した下部消化管緊急手術247例を対象とした。虫垂炎、大腸癌閉塞・出血、腸管穿孔・穿通、腸閉塞等に対する緊急手術を含み、上部消化管手術を除外した。術者または指導的助手が大腸肛門病専門医である専門医群、それ以外の非専門医群の間で、術式、stoma造設の有無、手術時間、術後合併症（Clavien–Dindo分類Grade3以上）、術後在院日数を後方視的に比較した。
【結果】専門医群147例、非専門医群100例で、年齢、性別、ASA-PSに有意差を認めなかった。大腸癌の閉塞・出血・穿孔を含めた大腸癌関連手術の割合は非専門医群33.0%に対し専門医群は46.9%と有意に高く（p=0.028）、そのうち原発巣切除の割合は非専門医群51.5%に対し専門医群は79.7%と有意に高率であった（p=0.004）。また、stoma造設を施行した127例のうちstoma造設のみの割合が非専門医群75.0%に対し専門医群は43.0%と有意に低率であった（p<0.001）。大腸癌原発巣切除に至った85例のうち一期的原発巣切除の割合は非専門医群69.2%に対し専門医群81.4%であり、後者に高い傾向を認めたが統計的な有意差はなかった。手術時間は非専門医群135分に対し専門医群174分と有意に長かった（p<0.001）。両群間において出血量、術後合併症発生率、術後在院日数に差を認めなかった。
【結語】症例選択に明確なバイアスがあることから結果の解釈には慎重性が求められるが、専門医群では非専門医群に対して大腸癌関連手術及び原発巣切除の割合が高く、侵襲的かつ根治性の高い術式が選択されていた。一方、緊急手術における術後短期成績では非専門医群と差を認めなかった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

ワークショップ２　大腸肛門病学会専門医が手術に参加することで治療成績に差が出るか？

司会：松田 圭二（同愛記念病院外科）、水島 恒和（獨協医科大学外科学（下部消化管）講座）

[WS2-8] 下部消化管穿孔における大腸外科医の有用性について

*宮北 寛士[1]、西田 莉子[1]、大宜見 崇[1]、岡林 剛史[1]、茅野 新[1]、山本 聖一郎[1] (1. 東海大学消化器外科)

【はじめに】下部消化管穿孔の原因は悪性腫瘍や憩室炎,医原性など様々であるが,糞便による汚染によって重篤な腹膜炎をおこし,予後不良な疾患である. 緊急手術が必要となることが多く, 消化器外科医として下部消化管穿孔に対応できることは必須事項である. 待機手術であれば臓器専門医が手術を行うことが多いが, 緊急手術においては必ず臓器専門医が対応する体制を取ることは難しい. 近年では下部消化管穿孔に対する腹腔鏡手術も行われている.しかし,腹膜炎の緊急手術は待機手術に比較し視野の確保が困難であることや不十分な腹腔内洗浄,手術時間の延長による侵襲など課題とされ,腹腔鏡手術はより習熟した外科医が行う必要がある. 今回,自施設での下部消化管穿孔に対する大腸外科医の参加による下部消化管穿孔の治療成績について報告する. 【対象】2019年から2025年に左側大腸穿孔による汎発性腹膜炎に対してハルトマン手術を施行した43例を対象とした. 悪性腫瘍による穿孔は除外した. 汚染度はHinchey分類を用い, Stage３が20例, Stage4が23例であった.【手術成績】大腸外科グループの対応により差があるか各因子を検討した.腹腔鏡手術は大腸外科群75.9%,大腸外科以外は7.1%で有意に大腸外科群が多かった($p< 0.0001$). 手術時間は腹腔鏡手術が多いにも関わらず大腸外科群で有意に短かった($p=0.0097$). SSIの発生率は有意に低かった($p=0.0452$). 出血量,合併症は少ない傾向がみられ, ICU滞在日数, 在院日数は大腸外科群で短い傾向がみられたが統計学的に有意な関連を認めなかった. 救命率は有意な関連を認めなかった.【結語】大腸外科医の参加により,手術時間は短いにもかかわらず腹腔鏡手術率が高くなった. 疾患の重症感染症であるため, 統計学的に良好な結果はでなかったが, すべての項目で大腸外科医が参加した方が良好な傾向を認めた.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第6会場（1F 会議室103）

ワークショップ３　肛門手術における術後疼痛コントロールと排便ケア

司会：小野 朋二郎（伯鳳会大阪中央病院外科）、松島 小百合（松島病院）

[WS3-1] 当院における術後疼痛管理のアプローチ

*ナナー ジョージ譲時[1]、内田 ひかり[1]、佐井 佳世[1]、米本 昇平[1]、酒井 悠[1]、松島 小百合[1]、小菅 経子[1]、紅谷 鮎美[1]、大島 隆一[1]、松村 奈緒美[1]、河野 洋一[1]、宋 江楓[1]、下島 裕寛[1]、岡本 康介[1]、國場 幸均[1]、黒水 丈次[1]、宮島 伸宜[1]、松島 誠[1]、渡部 晃子[1] (1. 恵仁会松島病院)

[WS3-2] 当院での経験から考える痔核手術後の疼痛管理と排便コントロールについて

*竹中 雄也[1]、渡部 晃大[1]、光藤 傑[1]、辻村 直人[1]、三宅 祐一朗[1]、小野 朋二郎[1]、相馬 大人[1]、安田 潤[1]、齋藤 徹[1]、根津 理一郎[1]、弓場 健義[1] (1. 大阪中央病院外科)

[WS3-3] 肛門手術における術後疼痛コントロールを踏まえた排便ケアの実際

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

[WS3-4] 当院の肛門疾患手術症例における術後の疼痛と排便ケアの評価

*佐原 力三郎[1]、岡田 大介[1]、本間 祐子[1] (1. 牧田総合病院肛門病センター)

[WS3-5] 肛門疾患日帰り手術における術後疼痛コントロールと排便ケアの実際

*小村 憲一[1] (1. 小村肛門科医院)

[WS3-6] 守谷・松田式痔核結紮切除術（変法）後の疼痛と排便の現状と対策

*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)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第6会場（1F 会議室103）

ワークショップ３　肛門手術における術後疼痛コントロールと排便ケア

司会：小野 朋二郎（伯鳳会大阪中央病院外科）、松島 小百合（松島病院）

[WS3-1] 当院における術後疼痛管理のアプローチ

*ナナー ジョージ譲時[1]、内田 ひかり[1]、佐井 佳世[1]、米本 昇平[1]、酒井 悠[1]、松島 小百合[1]、小菅 経子[1]、紅谷 鮎美[1]、大島 隆一[1]、松村 奈緒美[1]、河野 洋一[1]、宋 江楓[1]、下島 裕寛[1]、岡本 康介[1]、國場 幸均[1]、黒水 丈次[1]、宮島 伸宜[1]、松島 誠[1]、渡部 晃子[1] (1. 恵仁会松島病院)

肛門手術後の疼痛は、排便時の機械的刺激や内肛門括約筋のスパスムス、創部炎症など複数の要因が関与する複合的病態である。また、その程度や経過は対象疾患や術式により異なる。裂肛は術前疼痛が強い一方で創部数が少なく、痔瘻に対する括約筋温存術では肛門管内の創部を伴わないため術後疼痛は比較的軽度である。一方、痔核では肛門管内に複数の創部を形成することが多く、術後疼痛が強く遷延しやすく、疼痛コントロールが臨床上の重要課題である。
当院では痔核に対して主に結紮切除術（Ligation and Excision：LE）を施行している。LE術後は、アセトアミノフェンや非ステロイド性抗炎症薬による多角的鎮痛に加え、術後早期からの軟便剤定時内服による排便コントロール、温座浴を併用している。
本検討では、当院における肛門手術症例を対象に、術後疼痛管理および排便ケアの実際を後方視的に検討する。対象は2025年3月1日から2026年3月31日までの症例とし、痔瘻に対するfistulotomy、裂肛単独手術、内痔核に対するLE（1、2、3カ所）の群に分類をして術後疼痛についての検討を行った。主要評価項目は頓用鎮痛薬使用回数とし、術後各日および総使用回数を比較した。
全例で術後早期から軟便剤を定時内服し、術後1日目より温座浴を開始する。排便性状はブリストル便性状スケールで評価し、便性状と術後疼痛（頓用鎮痛薬使用回数）の関連を検討する。創部数や術式に加え、便性状の適正化が術後疼痛に与える影響を解析する。
以上より、肛門手術後疼痛に対する多角的アプローチとして、鎮痛薬投与のみならず排便コントロールを含めた包括的管理の重要性を明らかにする。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第6会場（1F 会議室103）
ワークショップ３　肛門手術における術後疼痛コントロールと排便ケア
司会：小野 朋二郎（伯鳳会大阪中央病院外科）、松島 小百合（松島病院）

[WS3-2] 当院での経験から考える痔核手術後の疼痛管理と排便コントロールについて

*竹中 雄也[1]、渡部 晃大[1]、光藤 傑[1]、辻村 直人[1]、三宅 祐一朗[1]、小野 朋二郎[1]、相馬 大人[1]、安田 潤[1]、齋藤 徹[1]、根津 理一郎[1]、弓場 健義[1] (1. 大阪中央病院外科)

痔核に対する術式は様々なものが報告されているが、当院では多様な形態をとる痔核に対して柔軟に対応できる結紮切除術を中心としながら症例に応じて分離結紮や粘膜縫縮を併用した複合的アプローチを行なっている。
痔核手術後には疼痛により十分な怒責ができず排便が困難となることがあり、疼痛と排便管理には注意が必要である。
術後の疼痛管理にはNSAIDsを使用し、NRS（Numerical Rating Scale）に応じて神経障害性疼痛治療薬や弱オピオイドであるトラマドール塩酸塩を併用している。排便コントロールは入院中の排便状況を確認しながら、酸化マグネシウムや刺激性下剤を使用し、必要に応じてエロビキシバットやリナクロチドなどを追加している。便回数が頻回となっても疼痛管理が困難となることがあり症例に応じて整腸剤やポリカルボフィルカルシウムを使用する。
当院の術後在院日数は平均3.2日であり、退院後の初回外来診察までの期間は平均26.1日であることから退院後の疼痛管理・排便コントロールが大切と考えている。そのため退院後の疼痛や排便の状態に応じて薬剤の自己調整ができるように入院中から投与経路は経口摂取を原則とし薬剤師、看護師とも連携して患者指導に努めている。退院後に疼痛の増悪や排便コントロールが不良となった場合には速やかに肛門診察を行い必要に応じて薬剤調整や摘便などの追加処置を行っている。
今回、2025年1月から2025年12月までに当院で脱肛を主訴に来院し肛門手術を実施した909症例を対象に、手術内容、術後在院日数、入院中の排便状況と痛みの程度、退院時の投薬内容、退院後の初回外来診察までに予約外受診が必要となった症例とその内容について診療録から後方視的に検討したので報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第6会場（1F 会議室103）

ワークショップ３　肛門手術における術後疼痛コントロールと排便ケア

司会：小野 朋二郎（伯鳳会大阪中央病院外科）、松島 小百合（松島病院）

[WS3-3] 肛門手術における術後疼痛コントロールを踏まえた排便ケアの実際

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

肛門手術後の疼痛は患者満足度や術後経過に大きく影響する。とくに排便時疼痛は排便への恐怖を惹起し，便秘や硬便化を招き，さらなる疼痛増悪の一因となる。このため，術後疼痛コントロールと排便ケアは一体的に管理することが重要である。また，多数症例を扱う施設では，医師のみならず看護師・薬剤師を含めた多職種による統一した対応が求められる。
当センターでは，痔核手術や痔瘻手術をはじめとした多数の肛門手術を施行しており，術後疼痛管理と排便ケアの標準化に取り組んでいる。術後疼痛に対してはロキソプロフェンを基本とし，疼痛の程度や患者背景に応じてトラマドール・アセトアミノフェン配合剤を追加している。また，「疼痛が増強しやすい時期」や「通常範囲の疼痛」について術前から具体的に説明し，不安軽減にも努めている。
排便管理においては，術後早期から無理のない排便を維持することを重視している。硬便による排便時疼痛を防ぐ一方で，過度な軟便や頻便による創部刺激も回避する必要があり，患者背景や術式に応じて酸化マグネシウムを主体に調整している。さらに，排便姿勢，いきみの回避，水分摂取についても術前より指導を行っている。
また，当センターでは術後管理に関するクリニカルパスおよび共通指導内容を整備し，多職種間で共有している。これにより，患者説明および術後対応の均質化，若手医師教育，看護師対応の標準化が図られている。一方で，術後疼痛や排便状況には個人差が大きく，術式や患者背景に応じた柔軟な対応も不可欠であるため，標準化を基盤としつつ個別化を行っている。
本発表では，術後疼痛コントロールと排便ケアに関する当センターの取り組みについて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第6会場（1F 会議室103）

ワークショップ３　肛門手術における術後疼痛コントロールと排便ケア

司会：小野 朋二郎（伯鳳会大阪中央病院外科）、松島 小百合（松島病院）

[WS3-4] 当院の肛門疾患手術症例における術後の疼痛と排便ケアの評価

*佐原 力三郎[1]、岡田 大介[1]、本間 祐子[1] (1. 牧田総合病院肛門病センター)

＜背景＞肛門疾患術後疼痛は必発とされており、また術後の排便状態・便性等も含めそれらの術後管理は手術成績や患者のQOL・満足度に大きく影響しており、これらを改善させることは重要である。＜目的＞当院の肛門疾患手術は、痔瘻においては肛門管内上皮に手術侵襲を加えないこと、また痔核に対する結紮切除半閉鎖法では手術前後において肛門の進展性を損なわないように工夫しており、それらの工夫が術後の疼痛と排便状態にどのような影響を及ぼしているのかを検討する。＜対象＞2020年4月から2021年3月までの入院手術下の症例149例（A群）と、直近2026年1月から4月までの156例（B群）計305例を対象とし、疾患としては痔核114例（37.4%）と痔瘻133例（43.6%）を検討した。＜方法＞術後の創痛や排便状態は診療録を元に後方視的に検討した。術後疼痛の評価は術当日、第一病日、第二病日（午前中退院前）に病棟ラウンド時に聴取し、創痛レベルを3段階に評価した。即ち創痛レベル０：疼痛がないか創部圧迫や肛門収縮時にごく軽い疼痛を感じるレベル、創痛レベル１：持続痛あるも自制内にて追加の鎮痛処置が不要のレベル、創痛レベル２：予め処方されている鎮痛薬では不足にて追加の鎮痛薬内服か半合成オピオイドの注射が必要なレベル、の3段階に分類して評価した。手術手技を工夫した場合はその前後における疼痛のレベルを比較した。＜結果＞痔瘻においては肛門上皮を温存する手術手技のもとではA群のレベル0が48.6%に対してB群のレベル0は89.5%と改善していた。痔核に対する結紮切除半閉鎖法においてもA群のレベル0が38.2%に対してB群では67.8%と改善していた。両群の痔核痔瘻を合わせた検討でもレベル0とレベル1を合わせて216例（87.4%）が許容範囲の術後疼痛であった。排便ケアでは痔核術後では緩下剤と整腸剤の内服を基本としたが痔瘻術後では整腸剤のみとし、両群において特別な対応は必要なかった。＜まとめ＞痔核と痔瘻の手術において肛門管内の手術操作を無あるいは低侵襲にする術式は客観的術後疼痛評価において著明な改善が得られ、排便ケアにおいても難渋することなく患者にとって満足度の高い治療法であると思われた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第6会場（1F 会議室103）
ワークショップ３　肛門手術における術後疼痛コントロールと排便ケア
司会：小野 朋二郎（伯鳳会大阪中央病院外科）、松島 小百合（松島病院）

[WS3-5] 肛門疾患日帰り手術における術後疼痛コントロールと排便ケアの実際

*小村 憲一[1] (1. 小村肛門科医院)

当院は無床診療所であり、局所麻酔による日帰り手術を行っている。
【疼痛コントロール】
局所麻酔剤（リドカイン塩酸塩）は酸性で刺激が強いため、炭酸水素ナトリウムと混合しpHを中性に調整する。注射針は皮下注射に26G、深部に25Gの細針を使用し薬液をゆっくり注入することで、局所麻酔時の疼痛を軽減する。鎮静はミダゾラム（体重50kgに対し2.5mg）を用い、術後フルマゼニルで拮抗する。術直後はフルルビプロフェンアキセチル点注およびジクロフェナクナトリウム坐薬50mgを使用する。術後処方はロルノキシカム3T分３、ジクロフェナクナトリウム頓服とし、疼痛が強い場合はトラマドール塩酸塩・アセトアミノフェン配合を追加する。また痔核結紮切除半閉鎖における縫合を2層で行うことで、創の確実な閉鎖が図られ、疼痛軽減に寄与していると考えている。
【術後・排便ケア】
当院独自のセルフチェックノートに排便状況・疼痛・出血の有無等を記載させ、診察時に持参させる。術後状態を把握するコミュニケーションツールとして有用である。手術当日よりラクトミン製剤・酸化マグネシウムの内服を開始し、術後2日間排便がない場合は指診を行い、肛門内に便を認めれば浣腸を施行する。糞便塞栓をきたした場合には切除創への負担を避けるよう愛護的に摘便を行う。3日以上排便がなく肛門内に便がない場合はピコスルファートナトリウム水和物を追加する。また、術後1日目より注入軟膏（大腸菌死菌・ヒドロコルチゾン配合）を使用し、術後10日位に出血が一時的に増す可能性を患者に事前説明することで不安の軽減を図る。
【脊髄損傷患者における対応】
脊損患者は便意がなく、腹圧低下や反射消失により排便困難を来すため、日常的に摘便や浣腸を必要とする。痔核手術後はこれらの排便操作による肛門内への刺激が術後出血のリスクとなるため、慎重な対応が求められる。当院では術後2週間まで外来において3日毎に摘便を行い、術後出血なく管理し得た。自宅が車椅子生活に最適化されている脊損患者にとって、入院よりも日帰り手術の方がQOLの観点から有利である。これまで４名の脊損患者の痔核根治術を安全に日帰り手術で施行し得た。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第6会場（1F 会議室103）
ワークショップ３　肛門手術における術後疼痛コントロールと排便ケア
司会：小野 朋二郎（伯鳳会大阪中央病院外科）、松島 小百合（松島病院）

[WS3-6] 守谷・松田式痔核結紮切除術（変法）後の疼痛と排便の現状と対策

*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)

【はじめに】肛門疾患における手術治療では術後疼痛は避けることのできない事象だが，強い疼痛は排便困難にも関連するため，痛み⇄排便困難の悪循環に陥ることもある．特に痔核手術後の痛みは強く，疼痛と排便のコントロールは重要である．当院の痔核手術は守谷・松田式痔核結紮術（変法）（LE）であるが，術後合併症について疼痛や排便障害を検討することにした．【手術】守谷・松田式LEは電気メスを用い括約筋を露出する層で痔核組織を遊離したのち，内痔核部分の直腸粘膜を片方ずつ結紮し肛門上皮を口側に吊り上げて肛門縁レベルまでの半閉鎖にしている．【術後の対策】術後の疼痛に対してはロキソプロフェンを基本にして，必要に応じ他の配合剤内服やペンタゾシン筋注を行う．排便に関しては手術翌日夜までに出なければセンノシドを服用する．排便があっても残便感が強い場合や少量ずつ頻回の場合は便遺残と考え浣腸を行うことにしている．【成績】2021年1月から2025年3月までに施行した守谷・松田式LEのうち，治癒まで確認できた413例を対象に術後合併症について検討した．検討項目は浣腸・緩下剤・刺激性下剤の使用，導尿，便失禁，痛みスケールの推移である．LEの個数によって二群間に分け，χ二乗検定やt検定，ANOVAを用いて検討した．【結果】LE≧2ではLE=1と比較して，またLE≧3ではLE≦2と比較して有意に浣腸，緩下剤，刺激性下剤，導尿を必要とする症例が多く，術後疼痛のフェイススケール（FS）≦2になるまでに要する日数が長かった．術後出血で止血術を必要とした症例は1例のみであった．【考察】LE数が多くなると術後の疼痛が強いのは当然であるが，排便障害の頻度が増すのは疼痛だけでなく直腸肛門機能および感覚の低下が関与しているのではないかと推測する．術後早期に疼痛コントロールを行うことで排便障害を低下させることができるのではないかと考えている．また，複数個のLEでは術後排便困難を生じ，適宜下剤や浣腸を行うことを予め説明することも重要と思われる．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科・肛門科

2026年11月20日(金) 9:55 ~ 11:10 | 第7会場（1F 会議室107）

ワークショップ４　BOWEL URGENCYの現状～IBD/IBSの観点から～

司会：久部 高司（福岡大学筑紫病院 消化器内科)、三上 洋平（千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学）

[WS4-1] IBD診療における便意切迫感評価の実態と課題： 医師アンケート調査から示唆される診療姿勢の重要性

*櫻庭 裕丈[1]、蓮井 桂介[1]、長堀 正和[2]、山崎 大[3]、平岡 佐規子[4]、桂田 武彦[5]、大森 鉄平[6]、加藤 真吾[7]、村井 康久[1]、太田 真二[1]、菊池 英純[1]、平賀 寛人[8]、安藤 朗[9]、久松 理一[10] (1. 弘前大学大学院医学研究科消化器血液免疫内科学講座、2. 東京科学大学病院ヘルスサイエンスR&Dセンター、3. 京都大学大学院医学研究科地域医療システム学講座、4. 岡山赤十字病院消化器内科、5. 北海道大学病院光学医療診療部、6. 杏林大学医学部附属杉並病院消化器内科、7. 埼玉医科大学総合医療センターIBDセンター、8. 弘前大学大学院保健学研究科生体検査科学領域、9. 滋賀医科大学/川西市立総合医療センター、10. 杏林大学医学部消化器内科学)

[WS4-2] 治療抵抗性潰瘍性大腸炎に対するMirikizumab追加導入療法の治療成績

*守屋 圭[1]、永松 晋作[1]、渡邉 賢[1]、久保 貴裕[1]、友岡 文優[1]、藤本 優樹[1]、中西 啓祐[1]、松尾 悠矢[1]、川西 万吏也[1]、菊池 真優子[1]、堀木 翔太[1]、倭村 睦生[1]、上嶋 昌和[1]、松尾 英城[1] (1. 地方独立行政法人奈良県立病院機構　奈良県総合医療センター消化器内科)

[WS4-3] 潰瘍性大腸炎に対するフィルゴチニブの当院における有効性と安全性の検討

*韓 可[1]、吉松 裕介[1]、清原 裕貴[1]、杉本 真也[1]、三上 洋平[1]、筋野 智久[2]、髙林 馨[3]、金井 隆典[1] (1. 慶應義塾大学消化器内科、2. 慶應義塾大学医学部 坂口光洋記念講座（消化器生体多次元解析講座）、3. 慶應義塾大学医学部内視鏡センター)

[WS4-4] Tulisokibartを中等症から重症の活動性潰瘍性大腸炎患者に対して12週間投与した際の症状消失と臨床的反応との関連性

*坂本 雄[1], Christopher Ma[2], Brigid S Boland[3], Rupert W Leong[4], Marek Horynski[5] (1. MSD株式会社グローバル研究開発本部クリニカルリサーチ領域、2. Division of Gastroenterology & Hepatology, Departments of Medicine and Community Health Sciences, University of Calgary、3. Altman Clinical Translational Research Institute, University of California, San Diego、4. Macquarie University、5. Endoskopia sp. z o.o.)

[WS4-5] 潰瘍性大腸炎術後におけるBowel urgencyの規定因子：外科的介入と炎症の観点からみた発症と持続の機序

*岡田 純一[1]、茂田 浩平[1]、中山 史崇[1]、原田 優香[1]、門野 政義[1]、森田 覚[1]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学医学部外科学（一般・消化器))

[WS4-6] 潰瘍性大腸炎難治例における bowel urgency合併症例の臨床的特徴と手術治療の有用性

*辰巳 健志[1]、黒木 博介[1]、後藤 晃紀[1]、中尾 詠一[1]、小原 尚[1]、齋藤 紗由美[1]、木村 英明[2]、荒井 勝彦[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、2. 横浜市立大学附属市民総合医療センター　炎症性腸疾患センター)

[WS4-7] 下痢型IBSを含む慢性下痢症患者における腹痛と精神症状がQOLに与える影響

*安藤 裕子[1]、森 英毅[1]、正岡 建洋[1]、松崎 潤太郎[1]、水上 健[1]、金井 隆典[1] (1. 慶應義塾大学医学部内科学(消化器))

[WS4-8] 下痢型過敏性腸症候群に対する抗菌薬治療の現況

*正岡 建洋[1]、猪口 和美[2]、金井 隆典[2] (1. 川崎市立川崎病院消化器内科、2. 慶應義塾大学医学部内科学（消化器))

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科・肛門科

2026年11月20日(金) 9:55 ~ 11:10 | 第7会場（1F 会議室107）

ワークショップ４　BOWEL URGENCYの現状～IBD/IBSの観点から～

司会：久部 高司（福岡大学筑紫病院 消化器内科）、三上 洋平（千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学）

[WS4-1] IBD診療における便意切迫感評価の実態と課題： 医師アンケート調査から示唆される診療姿勢の重要性

*櫻庭 裕丈[1]、蓮井 桂介[1]、長堀 正和[2]、山崎 大[3]、平岡 佐規子[4]、桂田 武彦[5]、大森 鉄平[6]、加藤 真吾[7]、村井 康久[1]、太田 真二[1]、菊池 英純[1]、平賀 寛人[8]、安藤 朗[9]、久松 理一[10] (1. 弘前大学大学院医学研究科消化器血液免疫内科学講座、2. 東京科学大学病院ヘルスサイエンスR&Dセンター、3. 京都大学大学院医学研究科地域医療システム学講座、4. 岡山赤十字病院消化器内科、5. 北海道大学病院光学医療診療部、6. 杏林大学医学部附属杉並病院消化器内科、7. 埼玉医科大学総合医療センターIBDセンター、8. 弘前大学大学院保健学研究科生体検査科学領域、9. 滋賀医科大学/川西市立総合医療センター、10. 杏林大学医学部消化器内科学)

【背景】炎症性腸疾患（IBD）ではTreat-to-Target戦略のもとSTRIDE-IIでは、内視鏡的寛解のみならずQOLの正常化が重要な治療目標となっている。便意切迫感（bowel urgency：BU）は患者のQOLを著しく低下させる症状であるが、臨床試験における主要な評価指標に含まれず、日本における実臨床での評価実態は明らかでない。さらにBUは寛解期にも残存し得るため、医師評価との乖離を生じる「見えにくいQOL障害」として過小評価されている可能性がある。

【目的】IBD診療におけるBU評価の位置づけと診療上の課題を明らかにする。

【方法】IBD診療に関与する医師を対象に匿名Webアンケートを実施し、症状・QOLに関する問診頻度、BUの認識、診療姿勢を調査した。自由記述より、生活・社会活動に言及する問診を行う医師を「QOL志向群」、それ以外を非志向群と定義し比較した。統計解析はχ^2検定およびMann–Whitney U検定を用いた。

【結果】158名中131名を解析対象とした。BUは経験年数や診療患者数に関わらずQOL低下に寄与する重要症状として広く認識されていた。活動期患者を多く診療する医師ほどBUの影響を強く認識する傾向があったが、寛解期においても一定の認識は維持されていた。一方、QOL志向にはばらつきがあり、QOL志向群ではBUやトイレ不安、外出制限に関する問診頻度が有意に高く、時間・知識不足を障壁と感じにくく、SDMや多職種連携にも積極的であった。背景因子には有意差を認めなかった。

【考察】 IBD診療においてBUがQOLを規定する重要症状として広く認識されているにもかかわらず、日常診療では実際のQOL障害の評価は不十分である可能性があるギャップを示した。BUは疾患活動性に依存して評価されやすく、寛解期に残存するQOL障害として過小評価されやすい。さらに、BU評価の差異は医師背景ではなく診療姿勢（QOL志向）に規定されることを示し、BUの課題が個別の知識不足ではなく診療プロセスの問題であることが明らかとなった。今後は、QOL志向に基づく構造化問診および評価ツールの開発と、BUをSDMに組み込む診療モデルの確立が不可欠であり、これにより“見えにくいQOL障害”の可視化と患者中心型IBD診療の実現が期待される。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科・肛門科

2026年11月20日(金) 9:55 ~ 11:10 | 第7会場（1F 会議室107）

ワークショップ４　BOWEL URGENCYの現状～IBD/IBSの観点から～

司会：久部 高司（福岡大学筑紫病院 消化器内科）、三上 洋平（千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学）

[WS4-2] 治療抵抗性潰瘍性大腸炎に対するMirikizumab追加導入療法の治療成績

*守屋 圭[1]、永松 晋作[1]、渡邉 賢[1]、久保 貴裕[1]、友岡 文優[1]、藤本 優樹[1]、中西 啓祐[1]、松尾 悠矢[1]、川西 万吏也[1]、菊池 真優子[1]、堀木 翔太[1]、倭村 睦生[1]、上嶋 昌和[1]、松尾 英城[1] (1. 地方独立行政法人奈良県立病院機構 奈良県総合医療センター消化器内科)

【目的】近年、治療抵抗性潰瘍性大腸炎 (rUC) 患者の生活の質 (QOL) を著しく低下させるとされている便意切迫感に対して抗IL-23抗体製剤Mirikizumab (MRZ) の有効性が明らかとなり、実臨床でもその治療効果が期待されている。MRZは他の2種種の抗IL-23抗体製剤と異なり、rUCの寛解導入治療に際して基本導入 （３回連続点滴静注） に続いて３回の点滴静注を上乗せする追加導入が承認されている。本研究ではMRZ追加導入療法の有効性と安全性について、rUC患者を心身両面の観点から評価する。

【方法】2023年3月以降に当院でMRZを用いた新規の追加導入療法開始後に半年以上が経過しているrUC患者６例 （男1例/女5例、年齢中央値61歳、左半結腸炎型1例/全大腸炎型5例） を対象とした。臨床的改善は部分Mayoスコア (pMS) が治療前から2点かつ30%以上の減少、同寛解はpMS 2点以下かつ各サブスコア1点以下とした。また、対象患者における腸管症状や精神症状などの定量的QOL評価は、炎症性腸疾患患者のQOL評価質問票 (IBDQ) を用いた。

【成績】全例とも全身ステロイド療法では寛解導入に成功せず、MRZ追加導入療法が実施されていた。MRZ開始時のpMSは中央値4.5点、Mayo内視鏡スコアは同2点、CRPは同0.6、LRGは同20.2であった。２例がAZA併用中で、4例が生物学的製剤 (Bio) 治療歴を有しており、先行投与されたBio数は中央値2.0、MRZ継続月数は同10ヶ月であった。12週/24週の臨床的改善率は17%/83%、臨床的寛解率は17%/67%であり、両指標とも24週時の結果が12週時のそれを凌駕していた。また、IBDQサブスコア変動幅 (平均値) は0-12週/12-24週がそれぞれ腸管5/6、全身5/10、精神4/9、社会4/6で、腸管スコアの改善は他スコアよりもやや早期から認められていた。逆に腸管以外のサブスコアでは12-24週における改善幅が0-12週のそれらよりも大きかった。なお、MRZ追加導入療法中に有害事象は見られなかった。

【結論】便意切迫感の早期改善効果を謳うMRZであるが、rUCに対するMRZの遅効症例が存在するため、その追加導入療法は有効な治療選択肢になる可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科・肛門科
2026年11月20日(金) 9:55 ~ 11:10 | 第7会場（1F 会議室107）
ワークショップ４　BOWEL URGENCYの現状～IBD/IBSの観点から～
司会：久部 高司（福岡大学筑紫病院 消化器内科）、三上 洋平（千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学）

[WS4-3] 潰瘍性大腸炎に対するフィルゴチニブの当院における有効性と安全性の検討

*韓 可[1]、吉松 裕介[1]、清原 裕貴[1]、杉本 真也[1]、三上 洋平[1]、筋野 智久[2]、髙林 馨[3]、金井 隆典[1] (1. 慶應義塾大学消化器内科、2. 慶應義塾大学医学部 坂口光洋記念講座（消化器生体多次元解析講座）、3. 慶應義塾大学医学部 内視鏡センター)

【目的】潰瘍性大腸炎（UC）は近年も依然として若年者を中心に増加傾向で難治例も少なくない。主症状の血便、下痢に加え便意切迫感もQOLに大きな影響を及ぼしており、早期の症状改善が長期的な寛解につながることもわかってきた。難治例に対して多くのadvanced therapy(ADT)が開発される中で、UCに対するJAK阻害薬が3剤登場し臨床試験での有効性は明白だが，いずれもリアルワールドデータにおける安全性や有効性に関する報告は十分ではない．日本では2022年3月よりフィルゴチニブの使用が承認され，当院においても潰瘍性大腸炎(UC)の患者に対して導入してきた．今回，当院におけるフィルゴチニブの長期治療効果について検討する．
【方法】2022年3月から2026年2月までに当院でフィルゴチニブを導入したUC患者について，有効性及び安全性について，単施設後ろ向き観察研究を行った．
【結果】対象は79例（男性50例，女性29例），年齢中央値36歳（IQR: 26-50），罹病期間中央値9.2年（IQR: 4.4-16.8），導入時pMayoスコア（PMS）中央値4（IQR: 3–6）であった．活動期（PMS≧2）の症例に限定し，治療有効性を検討したところ，10週、52週時の寛解導入率は54.4%、50.7%, 治療継続率は1年で63%，2年で41%程度であった．また， ADT-naïve群とADT-experienced群の治療継続率に有意差はみられなかった．更に，difficult-to-treat(DTT)-IBD症例において，トファシチニブ使用歴のある群は有意にフィルゴチニブの継続率が低いことが示された．重篤な有害事象は原病増悪の1例（1.2%），有害事象は帯状疱疹2例（2.5%）、ざ瘡1例（1.2%）などを含む32例（40.5%）であり，消化管穿孔、血栓塞栓症、悪性腫瘍は認めなかった．投与中止に至った有害事象は原病増悪を除くと嘔気1例（1.2%）、筋肉痛1例（1.2%）であった．
【結語】フィルゴチニブは実臨床において，難治例及び長期罹患例の潰瘍性大腸炎患者に対しても有効性と安全性を示した．難治症例において，トファシチニブ使用歴があるとフィルゴチニブの継続率が低いことが示唆された．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科・肛門科
2026年11月20日(金) 9:55 ~ 11:10 | 第7会場（1F 会議室107）
ワークショップ４　BOWEL URGENCYの現状～IBD/IBSの観点から～
司会：久部 高司（福岡大学筑紫病院 消化器内科）、三上 洋平（千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学）

[WS4-4] Tulisokibartを中等症から重症の活動性潰瘍性大腸炎患者に対して12週間投与した際の症状消失と臨床的反応との関連性

*坂本 雄[1], Christopher Ma[2], Brigid S Boland[3], Rupert W Leong[4], Marek Horynski[5] (1. MSD株式会社グローバル研究開発本部クリニカルリサーチ領域、2. Division of Gastroenterology & Hepatology, Departments of Medicine and Community Health Sciences, University of Calgary、3. Altman Clinical Translational Research Institute, University of California, San Diego、4. Macquarie University、5. Endoskopia sp. z o.o.)

Introduction: Tulisokibart, an anti-TL1A monoclonal antibody, has demonstrated significantly higher rates of clinical remission and endoscopic and histologic improvements vs placebo in participants with moderately to severely active ulcerative colitis in a phase 2 double-blind, placebo-controlled induction clinical trial. In this post hoc analysis, we assessed the relationship between rectal bleeding (RB), stool frequency (SF), and bowel urgency (BU) resolution and clinical responses after 12 weeks of treatment with tulisokibart.

Methods: Adults with moderately to severely active UC were randomized 1:1 to receive placebo or intravenous tulisokibart (1000 mg on day 1 and 500 mg at weeks 2, 6, and 10). BU was recorded daily with the Urgency Numeric Rating Scale (UNRS); resolution was defined as UNRS ≤1. RB and SF were recorded daily by participants; resolution was defined as SF subscore ≤1 or RB subscore of 0. A mixed model repeated measures approach was used to compare tulisokibart with placebo for change from baseline in UNRS.

Results: Of the 135 randomized patients, 60/67 (89.6%) receiving placebo and 68/68 (100%) receiving tulisokibart completed the 12-week induction period. Tulisokibart treatment led to a significant reduction in UNRS by week 2, continuing through week 12 (difference from placebo at week 12, -1.76; p<0.001). At week 12, patients who reported BU resolution experienced higher rates of clinical remission, clinical response, and endoscopic improvement than those who did not. Two component patient reported outcome (PRO2) remission at week 2 and week 6 appeared to be positively associated with clinical remission at week 12.

Conclusions: In patients with moderately to severely active UC, tulisokibart led to rapid symptom improvement. BU resolution was associated with clinical remission, clinical response, and endoscopic improvement. Of the patient-reported outcomes, improvement in SF was the strongest predictive measure for clinical remission at week 12. Of the mMS components, an ES subscore ≤1 showed the highest concordance with clinical remission at week 12.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科・肛門科
2026年11月20日(金) 9:55 ~ 11:10 | 第7会場（1F 会議室107）
ワークショップ４　BOWEL URGENCYの現状〜IBD/IBSの観点から〜
司会：久部 高司（福岡大学筑紫病院 消化器内科）、三上 洋平（千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学）

[WS4-5] 潰瘍性大腸炎術後におけるBowel urgencyの規定因子：外科的介入と炎症の観点からみた発症と持続の機序

*岡田 純一[1]、茂田 浩平[1]、中山 史崇[1]、原田 優香[1]、門野 政義[1]、森田 覚[1]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学医学部外科学（一般・消化器))

【背景】Bowel urgencyはIBDとIBSに共通して認められ、排便を遅延できない強い便意としてQOLを著しく低下させる重要な症状である。Bowel urgencyは潰瘍性大腸炎に対する回腸嚢肛門(管)吻合術後にも認められるが、その発症および持続に関与する因子は十分に解明されていない。特に、発症と持続を時間軸で区別した検討は乏しい。本研究は潰瘍性大腸炎手術の回腸嚢肛門(管)吻合後のBowel urgencyの発症と持続の規定因子を明らかにすることを目的とした。
【方法】2013年から2023年に当院で大腸全摘術・回腸嚢肛門(管)吻合術（IPAAまたはIACA）を施行した症例を対象とした後ろ向き観察研究を行った。術後6か月以降のbowel urgencyを評価し、排便回数増加または止痢薬使用が持続する症例をpersistent urgencyと定義した。persistent urgencyの有無で2群に分け、臨床因子との関連を検討した。さらにbowel urgencyの発症因子についても検討した。
【結果】対象は86症例、平均年齢41歳、観察期間は74ヶ月であった。術後6か月以降のbowel urgencyは32例（37.2%）に認め、そのうち20例（62.5%）がpersistent urgencyであった。persistent urgencyは回腸嚢炎を発症した症例で有意に高頻度であり（37.1% vs 13.7%、p=0.012）、多変量解析においても独立した関連因子であった（OR 5.22、95%CI 1.57–17.37、p=0.007）。一方、吻合法および術後合併症との関連は認めなかった。さらに人工肛門の閉鎖までの期間が短い症例でurgencyの発症が有意に多く、早期閉鎖が発症に関与する可能性が示唆された(p=0.022)。[o_1.1]
【結語】潰瘍性大腸炎術後のbowel urgencyは約4割に認められ、その約6割が持続した。持続症状には回腸嚢の炎症が強く関与する一方で、発症には人工肛門閉鎖時期が関与し、両者は時間依存的に異なる機序により規定され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

ワークショップ | 内科・肛門科
2026年11月20日(金) 9:55 ~ 11:10 | 第7会場（1F 会議室107）
ワークショップ４　BOWEL URGENCYの現状～IBD/IBSの観点から～
司会：久部 高司（福岡大学筑紫病院 消化器内科）、三上 洋平（千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学）

[WS4-6] 潰瘍性大腸炎難治例における bowel urgency合併症例の臨床的特徴と手術治療の有用性

*辰巳 健志[1]、黒木 博介[1]、後藤 晃紀[1]、中尾 詠一[1]、小原 尚[1]、齋藤 紗由美[1]、木村 英明[2]、荒井 勝彦[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、2. 横浜市立大学附属市民総合医療センター　炎症性腸疾患センター)

【背景】潰瘍性大腸炎(UC)に対する薬物治療の進歩により,手術適応となる難治例は減少している.しかし一部では十分な内科治療を行っても症状が改善せず,特に便意切迫（urgency）により日常・社会生活に著しい支障を来す症例が存在する.
【目的】UC難治例におけるurgency合併症例の臨床的特徴を明らかにし,手術治療の有用性を検討する.
【対象・方法】2010年4月～2023年12月にUC難治例に対し手術を施行した385例を対象とした.検討①：urgency合併群(U群)と非合併群(NU群)の2群に分け,臨床的特徴,術前画像検査所見を比較検討した. 検討②：urgency合併例の術式,術後合併症,排便機能,社会生活への影響を術前後で比較した.
【結果】検討①：187例(48.6%)にurgencyを合併しており,U群はNU群に比し1日排便回数,便失禁合併例の率が高かった(いずれもp<0.001).注腸造影ではU群はNU群に比べて腸管の狭小化とS状結腸の直線化が有意に多く認められた(p<0.001).
検討②：urgency合併例のUCの発症年齢36歳,手術時年齢45歳,初回手術後観察期間は92か月であった(中央値).術式は大腸全摘,回腸嚢肛門(管)吻合術171例,高齢,肛門機能低下例と痔瘻・肛門狭窄合併例の9例で大腸全摘回腸永久人工肛門造設術を施行した. 術後合併症として縫合不全による汎発性腹膜炎を10例(5.3%)に認め,開腹ドレナージ,回腸人工肛門造設術を行った. 回腸嚢肛門管吻合術をした症例の2例で(縫合不全後に本人が希望,肛門機能低下)で回腸人工肛門閉鎖術を施行しなかった.回腸嚢機能率は術後5年で98.7%,10年で97.7%と良好であった.
回腸嚢機能例173例で,術前と術後1年時点での排便機能を比較すると,排便回数は術前10回/日から術後7回/日へ,便失禁は37.6%から8.1%に有意に減少した. 術前urgencyも全例に認めたが,術後3.5%まで低下し,.未就労,未就学率は32.0%から2.1%に改善した(いずれもp<0.001).
【結語】UC難治手術施行例におけるurgency合併症例では,腸管狭小化やS状結腸直線化を高率に認め,便失禁を伴う高度な排便機能障害を呈していた.手術治療後にはurgency,排便機能,社会生活状況はいずれも改善しており,内科的治療で改善しないurgency合併例に対する外科治療の有用性が示唆された.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科・肛門科
2026年11月20日(金) 9:55 ~ 11:10 | 第7会場（1F 会議室107）
ワークショップ４　BOWEL URGENCYの現状～IBD/IBSの観点から～
司会：久部 高司（福岡大学筑紫病院 消化器内科）、三上 洋平（千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学）

[WS4-7] 下痢型IBSを含む慢性下痢症患者における腹痛と精神症状がQOLに与える影響

*安藤 裕子[1]、森 英毅[1]、正岡 建洋[1]、松崎 潤太郎[1]、水上 健[1]、金井 隆典[1] (1. 慶應義塾大学医学部内科学(消化器))

【目的】
慢性下痢症は多様な病態を含み、その一部は過敏性腸症候群（IBS）、特に下痢型IBS（IBS-D）と臨床的に重複する。IBSでは腹痛および心理社会的因子が症状形成に重要とされるが、慢性下痢症全体におけるこれらの関連は十分に検討されていない。本研究では、IBS様症状（腹痛・心理症状）に着目し、慢性下痢症患者の臨床実態とQOLへの影響を明らかにすることを目的とした。

【方法】
2023年8月～2024年8月に専門外来を受診した慢性下痢症患者を対象に横断調査を行った。便性状（BSFS）、腹部症状（IBS/FD問診）、不安・抑うつ（HADS）、労働生産性（WPAI:GH）、治療内容およびその効果を評価した。Rome基準に基づきIBS合併の有無を判定した。

【結果】
100例が本研究に登録され、対象の40%にIBS合併を認めた。IBS合併例では非合併例に比し不安・抑うつスコアが有意に高値であった（いずれも$p<0.001$）。排便回数は労働生産性低下と有意な相関を示した（$r=0.338$, $p=0.008$）。一方で、便性状改善と心理症状の改善には明確な関連を認めなかった。薬物療法の有効性は全体で約70%であったが、IBS合併例では有効率が低かった（$p=0.031$）。

【考察】
慢性下痢症の中でもIBS様病態を有する症例では、腹痛や心理症状が強く関与し、単純な排便コントロールのみではQOL改善に不十分である可能性が示唆された。特にIBS合併例では薬物反応性が低く、病態の異質性が示された。慢性下痢症はIBSスペクトラムとして捉えることで、腹痛および心理因子を含めた包括的評価が重要と考えられる。

【結語】
慢性下痢症においてIBS様症状（腹痛・心理症状）はQOLに重要な影響を与える。今後はIBSを含む病態層別化に基づいた個別化治療戦略が求められる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科・肛門科
2026年11月20日(金) 9:55 ~ 11:10 | 第7会場（1F 会議室107）
ワークショップ４　BOWEL URGENCYの現状～IBD/IBSの観点から～
司会：久部 高司（福岡大学筑紫病院 消化器内科）、三上 洋平（千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学）

[WS4-8] 下痢型過敏性腸症候群に対する抗菌薬治療の現況

*正岡 建洋[1]、猪口 和美[2]、金井 隆典[2] (1. 川崎市立川崎病院消化器内科、2. 慶應義塾大学医学部内科学（消化器))

【目的】機能性消化管疾患診療ガイドライン-過敏性腸症候群（改訂第３版）の作成にあたり、過敏性腸症候群(Irritable Bowel Syndrome; IBS）に対する抗菌薬の有効性に関する現時点での知見を体系的に整理し、使用に伴う益と害のバランスを評価することを目的とした。
【方法】Cochrane、Pubmed、医中誌を用いて、"irritable bowel syndrome"、"anti bacterial agents"、"rifaximin"、"neomycin"、"norfloxacin"などをキーワードに検索を行った。加えて、重要と考えられる文献についてはハンドサーチにより追加した。2名のレビュアーが独立してスクリーニングを行い、適格文献を抽出後、各研究のバイアスリスクを評価した。IBSに対する抗菌薬治療に関するランダム化比較試験およびシステマティックレビュー/メタアナリシスを中心に評価した。
【結果】抗菌薬としてはリファキシミンに関する報告が多かったがネオマイシンやノルフロキサシンに関する報告も認めた。また、下痢型IBSに関する報告が多かった。リファキシミンのプラセボ対照ランダム化比較試験の報告は4報であり、そのうちの3報でリファキシミンの有用性が報告されていた。一方、依然としてリファキシミンのIBSに対する至適用量・期間は確立されていないと考えられた。本邦においてIBS患者を対象とした抗菌薬を用いた介入研究は確認できなかった。
【結論】リファキシミンのIBSに対する有効性は、前回のガイドラインと同様に海外研究において示唆されていた。本邦では未だ保険適用外であるが、今後は国内エビデンスの創出や、至適用量・投与方法などの検討が期待される。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 14:05 | 第8会場（1F 会議室108）

ワークショップ５　肛門診療で悩み・迷い、苦慮する肛門疾患について（第2回）

司会：辻 順行（大腸肛門病センター高野病院）、吉川 周作（社会医療法人健生会土庫病院消化器肛門病センター）

[WS5-1] 診断に苦慮した肛門・直腸血管性病変２例　―静脈石および動静脈奇形の経験―

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

[WS5-2] 直腸肛門部における水痘・帯状疱疹ウイルス・単純ヘルペスウイルス発症による様々な症状とその治療

*村山 浩之[1] (1. 医療法人村山会　むらやま大腸肛門クリニック)

[WS5-3] 同一部位に再発した壊死性筋膜炎の1例 ―縫合糸遺残と免疫低下の関与が示唆された症例―

*小野寺 一彦[1]、高橋 宏明[1]、堀江 卓[1] (1. 社会医療法人札幌北楡病院　肛門外科)

[WS5-4] 痔疾患として治療されていた肛門管癌の症例から学ぶこと

*稲垣 水美[1]、吉川 周作[1]、増田 勉[1]、寺内 誠司[1]、内田 秀樹[1]、中尾 武[1]、横尾 貴史[1]、谷 孝文[1]、岡本 光平[1]、芝田 祐輔[1]、太田 彩乃[1]、兼島 季暉[1]、宮沢 善夫[2]、稲次 直樹[1] (1. 健生会土庫病院消化器・肛門病センター、2. 健生会土庫病院病理センター)

[WS5-5] 痔核結紮切除術における抗血栓薬別術後出血リスクの検討

*渡部 晃子[1]、紅谷 鮎美[1]、内田 ひかり[1]、ナナ― ジョージ 譲時[1]、佐井 佳世[1]、米本 昇平[1]、松島 小百合[1]、酒井 悠[1]、宋 江楓[1]、松村 奈緒美[1]、河野 洋一[1]、下島 裕寛[1]、岡本 康介[1]、國場 幸均[1]、黒水 丈次[1]、宮島 伸宜[1]、松島 誠[1] (1. 松島病院大腸肛門病センター)

[WS5-6] 直腸膣瘻に対する治療

*塩田 哲也[1]、伊丹 淳[1]、岩﨑 純治[1]、山本 高正[1]、吉野 健史[1]、藤 浩明[1]、岡田 俊裕[1]、土佐 明誠[1]、久保 碩生[1]、近藤 史孟[1] (1. 神戸市立西神戸医療センター外科・消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 14:05 | 第8会場（1F 会議室108）

ワークショップ５　肛門診療で悩み・迷い、苦慮する肛門疾患について（第2回）

司会：辻 順行（大腸肛門病センター高野病院）、吉川 周作（社会医療法人健生会土庫病院消化器肛門病センター）

[WS5-1] 診断に苦慮した肛門・直腸血管性病変２例　―静脈石および動静脈奇形の経験―

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

肛門診療において直腸・肛門の血管性病変はまれである。今回、診断に苦慮した2例を経験したので報告する。症例１は33歳女性。2年前からの排便時出血と、2か月前からの脱肛を主訴に当院受診した。3か所の内痔核を認めたが、直腸診にて2時方向、肛門縁から約5cm口側に、圧痛を伴わない大豆大の硬結を触知した。内視鏡および肛門エコーでは明らかな異常所見を認めず診断に難渋したが、CTおよびMRIで肛門管壁内に石灰化を認め、静脈石と診断した。直腸診で触知し得る硬結の鑑別として静脈石の可能性を示唆する貴重な症例であった。症例２は43歳女性。５年以上前から排便時出血を自覚し、肛門部腫脹を契機に当院受診した。11時方向に小さな内外痔核を認めたほか、6時方向に浅い潰瘍性病変を認めた。潰瘍は境界明瞭であるが周囲の硬化に乏しく、典型的な肛門潰瘍とは異なる所見であった。血液検査にて梅毒は否定された。保存的治療を継続したが、病変に明らかな変化を認めなかったため、診断目的も兼ねて手術を施行した。病変は歯状線直下から肛門側に広がる幅広い浅い潰瘍で、線維化や瘢痕は認めなかった。病変は約3mmのマージンを確保し、括約筋を露出するように皮下組織を付けて切除した。病理組織検査では、びらんとともに皮下に拡張した大小不同の血管増生を認め、EVG染色で動静脈の混在を認めたことから、動静脈奇形と診断した。血行動態異常に起因する上皮障害が示唆された。直腸・肛門領域の血管性病変はまれであり診断に難渋するが、本症例のような非典型的な経過や所見を呈する場合には、血管性病変の可能性を念頭に置き、診療にあたることが重要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 14:05 | 第8会場（1F 会議室108）

ワークショップ５　肛門診療で悩み・迷い、苦慮する肛門疾患について（第2回）

司会：辻 順行（大腸肛門病センター高野病院）、吉川 周作（社会医療法人健生会土庫病院消化器肛門病センター）

[WS5-2] 直腸肛門部における水痘・帯状疱疹ウイルス・単純ヘルペスウイルス発症による様々な症状とその治療

*村山 浩之[1] (1. 医療法人村山会　むらやま大腸肛門クリニック)

ヘルペスウイルスには水痘・帯状疱疹ウイルス(VZV)と単純ヘルペスウイルス(HSV)があり多くが小児期に感染し、一度感染するとどこかの神経に潜伏し、様々な原因がきっかけで再活性化し、人々は長年にわたって再発を経験する。VZVとHSVは発症部位により区別されるとされており、直腸肛門部や外陰部ではHSVによる性感染症(STI)が多いとされているようだが、実際のところVZVかHSVのどちらが発症しているのかは見た目や症状ではわからない。直腸肛門領域でヘルペスウイルスを発症すると肛門痛、掻痒、出血、びらんなどの症状があるが、直腸粘膜・肛門管のびらん、出血、痔核腫脹、血栓性痔核、嵌頓痔核、裂肛、会陰肛門周囲炎を併発する症例も少なくない。他に機能障害として便通異常（排便困難、便秘、下痢、残便感、便が細い、腹部膨満など）や排尿障害（頻尿、残尿感、排尿困難、夜間頻尿）、坐骨神経症候群（腰痛・殿部痛、下肢痛、足底のしびれ、倦怠感、こむら返りなど）を併発している症例もある。これらの症状は坐骨・陰部神経叢に係る神経症状である。ヘルペスウイルス発症の確定する検査は皮膚の水疱などの炎症部位から直接ヘルペスウイルスを検出することであるが、現在の保険検査でできる抗原検査だけではなかなか判定できない。PCR検査や電子顕微鏡などで証明する方法もあるが、保険適応検査ではないため現実問題難しい。しかし特徴的な症状や急な症状（肛門痛、便通異常、排尿障害など）や所見（びらん、出血等）で必ずしもヘルペスウイルスを証明する検査を必要としないと考える。治療上問題になるのはVZVとHSVで抗ヘルペス薬の投与量が違うため、どちらの投与量で投薬するかが問題となるが、発症したその多くがVZVの再活性と考え、その投与量で投薬している。いずれにしろ投薬量が多い方がVZVもカバーできる。また抗ウイルス薬は数種類あるが、最初の薬が必ずしも効くとは限らないため、数日投薬で全く効果ない場合は違う抗ヘルペス薬に変更する。鑑別診断として梅毒や肛門管癌、ベーチェットなどもあるが、同時発症のこともあるため治癒不良などあれば考慮する。当院で経験した様々な症状を呈した自験例を解説する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 14:05 | 第8会場（1F 会議室108）
ワークショップ 5　肛門診療で悩み・迷い、苦慮する肛門疾患について（第2回）
司会：辻 順行（大腸肛門病センター高野病院）、吉川 周作（社会医療法人健生会土庫病院消化器肛門病センター）

[WS5-3] 同一部位に再発した壊死性筋膜炎の1例 ―縫合糸遺残と免疫低下の関与が示唆された症例―

*小野寺 一彦[1]、高橋 宏明[1]、堀江 卓[1] (1. 社会医療法人札幌北楡病院　肛門外科)

【背景】　壊死性筋膜炎は迅速な診断と外科的介入を要する致死的感染症であるが、同一部位における再発例は稀である。
【症例】　60歳代男性。糖尿病性腎症により22年前より血液透析中であり、7年前に糖尿病性壊疽により両下腿切断の既往を有する。4年前には肛門前方から右陰嚢に及ぶ壊死性筋膜炎に対して外科的治療を他院（泌尿器科→形成外科）で受けている。
　当院へは陰部痛を主訴に初診し、会陰部の既存手術瘢痕（十字の縫合跡）直下に腫脹を認めたため、パンチ切開を施行したところ黄色膿の排出を認めた。翌日局所疼痛は軽減したものの39～40℃の発熱を呈し、再診した。皮膚に壊死や水疱形成は認めなかったが、切開部より漿液性で淡赤色の排液（いわゆる“dishwater-like fluid”）を認めたため壊死性筋膜炎と考え緊急手術の方針とした。
　血液検査ではWBC 11,590/μL、CRP 20.5mg/dL、 Hb 9.2g/dL、 Na 139mmoL、 Cr 4.25mg/dL、 Glu 217 mg/dLでLRINECスコアは9点でだった。SOFAスコアは4点（うち3点は腎機能）で、CT検査では皮下ガス像を確認した。
　全身麻酔下に広範囲切開を施行したところ、前回手術部位では筋膜欠損のため膿瘍形成にとどまっていたが、周囲の筋膜および皮下組織には壊死が認められ右鼠径部近傍まで進展していた。これらに対して皮膚を切除することなく十分なデブリードマンを施行した。
　培養検査ではPrevotella bivia（嫌気性菌）とα溶血性連鎖球菌の混合感染であった。抗菌薬としてメロペネムを投与し、人工肛門造設は行わず、創部は開放管理とした。術後経過は良好であり40日後に創部縮小を認め退院となった。
【考察】　本症例では肛門管後壁（6時方向）に慢性裂肛を認めたが、痔瘻は認めなかった。また壊死組織内に陳旧性縫合糸の残存（おそらく形成外科的創閉鎖術時）を認めたことから、縫合糸膿瘍が感染の起点となった可能性が示唆された。さらに炎症軽快後に明らかとなった元来の汎血球減少症の存在から、免疫機能低下も発症の一因と考えられた。
【結語】　縫合糸遺残と免疫低下が関与したと思われる、同所性に再発した壊死性筋膜炎を経験した。既往手術部位における本症の再発では特異な病巣進展様式が見られた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 14:05 | 第8会場（1F 会議室108）

ワークショップ５　肛門診療で悩み・迷い、苦慮する肛門疾患について（第2回）

司会：辻 順行（大腸肛門病センター高野病院）、吉川 周作（社会医療法人健生会土庫病院消化器肛門病センター）

[WS5-4] 痔疾患として治療されていた肛門管癌の症例から学ぶこと

*稲垣 水美[1]、吉川 周作[1]、増田 勉[1]、寺内 誠司[1]、内田 秀樹[1]、中尾 武[1]、横尾 貴史[1]、谷 孝文[1]、岡本 光平[1]、芝田 祐輔[1]、太田 彩乃[1]、兼島 季暉[1]、宮沢 善夫[2]、稲次 直樹[1] (1. 健生会土庫病院消化器・肛門病センター、2. 健生会土庫病院病理センター)

【はじめに】肛門の出血や痛み、脱出などの症状はほとんどが痔疾患によるものであるが、時に悪性腫瘍が認められることがある。しかし、痔疾患と誤診され、痔疾用軟膏を処方されていることも多い。肛門科を標榜するものとして、悪性腫瘍を見落とすことがないように研鑽を積む必要がある。今回、痔疾患として治療を受けていた肛門管癌の症例を報告させていただき、肛門診察、診断の大切さに改めて向き合いたい。【症例１】70代女性。主訴は肛門痛、出血。他院にて約2年前に痔核に対して手術を施行されたが、一時的に治った感じになっても排便時に切れて出血する状態が続くため、断続的に他院に通院していた。軟膏処方が継続されても改善しないため、当院受診。肛門の2時方向に潰瘍を伴う硬結を認め、腰椎麻酔下に生検したところ、高分化型管状腺癌であった。左鼠経リンパ節にも転移を認め、腹腔鏡下Miles手術、両側側方郭清、左鼠経リンパ節郭清を施行した。術後補助化学療法を施行し、現在無再発で定期フォロー中である。【症例2】80代男性。主訴は肛門痛、出血。他院にて内痔核として保存的に治療を受けていたが改善せず、当院紹介受診。痛みが強く、肛門鏡での観察も困難であったが、硬結も認めたため悪性腫瘍を疑い、腰椎麻酔下に肛門精査を施行した。肛門の10～11時方向に潰瘍を伴う硬結を認め、生検を施行。扁平上皮癌であった。精査にてリンパ節および遠隔転移が認められなかったため、肛門部に合計60Gyの放射線治療を行い、同時にXELODA内服による化学療法も8クール施行した。腫瘍は著明に縮小し、定期フォロー中である。【症例3】70代女性。主訴は肛門の出血と違和感。約4ヶ月前から他院にて痔疾軟膏を処方されていたが、出血の改善がないため、当院紹介受診。7～9時方向の肛門縁に易出血性の腫瘍を認めた。外来で生検施行したところ、低分化型腺癌であった。術前検査で右鼠径部リンパ節腫大、右側方リンパ節腫大、肝転移を疑う腫瘤影を認め、腹腔鏡下Miles手術、右側方リンパ節および右鼠経リンパ節郭清を施行した。現在、化学療法中である。【結語】肛門の診察をする際には悪性腫瘍の可能性を忘れず、診断力向上に努めたい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 14:05 | 第8会場（1F 会議室108）
ワークショップ５　肛門診療で悩み・迷い、苦慮する肛門疾患について（第2回）
司会：辻 順行（大腸肛門病センター高野病院）、吉川 周作（社会医療法人健生会土庫病院消化器肛門病センター）

[WS5-5] 痔核結紮切除術における抗血栓薬別術後出血リスクの検討

*渡部 晃子[1]、紅谷 鮎美[1]、内田 ひかり[1]、ナナ―ジョージ 譲時[1]、佐井 佳世[1]、米本 昇平[1]、松島 小百合[1]、酒井 悠[1]、宋 江楓[1]、松村 奈緒美[1]、河野 洋―[1]、下島 裕寛[1]、岡本 康介[1]、國場 幸均[1]、黒水 丈次[1]、宮島 伸宜[1]、松島 誠[1] (1. 松島病院大腸肛門病センター)

【背景】痔核結紮切除術（ligation and excision: LE）は高出血リスク手技とされ，抗血栓療法患者の周術期管理に苦慮することは少なくない．当院では原則として脊椎麻酔下にLEを施行しており，「抗血栓療法中の区域麻酔・神経ブロックガイドライン」に準じた管理を行っている．アスピリン等の抗血小板薬単剤は継続とし，DOAC等の抗凝固薬は一定期間休薬としている．今回，LEにおける抗血栓療法の有無および薬剤別（抗血小板薬・抗凝固薬）の違いが術後出血に与える影響を検討した．

【対象・方法】2023年1月から2026年2月までに当院で脊椎麻酔下（脊髄クモ膜下麻酔・サドルブロック麻酔・硬膜外麻酔）にLEを施行した5,821例を対象とした．抗血栓療法施行例（AT群）は361例であった．AT群と非抗血栓療法群（non-AT群）の比較に加え，抗血小板薬単独群（AP群）および抗凝固薬単独群（AC群）についてサブ解析を行った．背景因子の影響を補正するため，年齢・性別・BMI・血小板数・LE個数をマッチング因子としたプロペンシティスコアマッチング（PSM）を実施した．主要評価項目は術後出血（止血術施行）とした．

【結果】AT群とnon-AT群に対してPSMを行い，各群361例を抽出した．背景因子に有意差は認めなかった．術後出血率はAT群 3.3％，non-AT群 1.4％であり，AT群で高い傾向を認めた（OR 2.4，95％CI 0.8–9.0，p=0.139）．サブ解析では，AP群とnon-AT群の各187 例をPSMにより抽出したところ，術後出血率はAP群 1.6％，non-AT群 0.5％であり，有意差は認めなかった（p=0.623）．一方，PSMにより抽出したAC群とnon-AT群の各61例を比較すると，術後出血率はAC群 6.6％，non-AT群 0％であり，有意差は認めなかったがAC群で高い傾向を認めた（p=0.119）．さらに，AP群185例とAC群59例を比較すると，術後出血率はそれぞれ1.6％，6.8％であり，AC群で出血リスク増加傾向を認めた（OR 4.4，95％CI 0.7–30.8，p=0.060）．

【結語】LEにおいて，抗血栓療法の中でも抗凝固薬は術後出血リスク増加と関連する可能性が示唆された．一方，抗血小板薬単独継続下では術後出血の明らかな増加は認めなかった．抗血栓薬の種類に応じた周術期管理戦略を検討する必要があると考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 14:05 | 第8会場（1F 会議室108）

ワークショップ５　肛門診療で悩み・迷い、苦慮する肛門疾患について（第2回）

司会：辻 順行（大腸肛門病センター高野病院）、吉川 周作（社会医療法人健生会土庫病院消化器肛門病センター）

[WS5-6] 直腸膣瘻に対する治療

*塩田 哲也[1]、伊丹 淳[1]、岩﨑 純治[1]、山本 高正[1]、吉野 健史[1]、藤 浩明[1]、岡田 俊裕[1]、土佐 明誠[1]、久保 碩生[1]、近藤 史孟[1] (1. 神戸市立西神戸医療センター外科・消化器外科)

直腸膣瘻は稀な疾患のため、外科的治療法が確立されていない疾患である。当院は直腸膣瘻根治術として行われている会陰体形成術を取得すべく、2016年から2019年まで他院で手術を学び、2019年より当院でも会陰体形成術を開始した。

現在、先天性及び出産後の直腸膣瘻に関しては、１期的に直腸膣瘻根治術（会陰体形成術）を行っている。

一方、術後合併症による直腸膣瘻に関しては３段階の治療ステップを踏んでいる。まず人工肛門造設し、局所の感染コントロールを優先している。この際、エストリオール膣錠を併用し、自然閉鎖も期待する。感染が落ち着いた後、直腸膣瘻根治術（会陰体形成術）を施行。瘻孔閉鎖を確認したのち、人工肛門を閉鎖している。

いずれも直腸膣瘻根治術として会陰体形成術を選択し、少数例ではあるが再発は現時点で認めていない。１期的な直腸膣瘻根治術（会陰体形成術）の手術動画を供覧しつつ、当術式のtipsをご紹介したい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科

2026年11月20日(金) 14:15 ~ 15:30 | 第8会場（1F 会議室108）

ワークショップ６　大腸癌肝転移の外科治療　術前治療は必要か？その功罪

司会：塩澤 学（神奈川県立がんセンター消化器外科)、塚田 祐一郎（国立がん研究センター東病院 大腸外科）

[WS6-1] 大腸癌肝転移に対する術前治療期間を利用した併存疾患のマネジメント

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

[WS6-2] 術前化学療法を施行した大腸癌同時性肝転移症例の検討

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

[WS6-3] 切除可能大腸癌肝転移に対する手術先行治療と術前化学療法の比較検討：傾向スコアマッチング解析

*髙見澤 康之[1]、隈本 雄大[1]、田藏 昂平[1]、塚本 史雄[1]、永田 洋士[1]、塚本 俊輔[1]、金光 幸秀[1] (1. 国立がん研究センター中央病院　大腸外科)

[WS6-4] 大腸癌同時性肝転移におけるupfront surgery適応の個別化に向けたCMS分類の意義

*高嶋 祐助[1]、笠井 俊輔[1]、塩見 明生[1]、眞部 祥一[1]、田中 佑典[1]、小嶋 忠浩[1]、森 千浩[1]、辻尾 元[1]、横山 希生人[1]、八尾 健太[1]、小林 尚輝[1]、山本 祥馬[1]、仁平 高朔[1]、三浦 竣助[1]、畠山 慶一[2]、山口 建[3] (1. 静岡県立静岡がんセンター大腸外科、2. 静岡がんセンター研究所ゲノム解析研究部、3. 静岡県立静岡がんセンター)

[WS6-5] 切除可能な直腸癌同時性肝転移に対する治療戦略と成績

*坂本 貴志[1]、佐藤 健太郎[1]、野口 竜剛[1]、松井 信平[1]、向井 俊貴[1]、山口 智弘[1]、秋吉 高志[1] (1. がん研有明病院消化器センター大腸外科)

[WS6-6] H2の肝限局性転移を有する大腸癌症例に対する術前化学療法後肝切除の治療成績と早期再発因子の検討

*川﨑 一生[1]、夏目 壮一郎[1]、牧野 七海[1]、吉岡 佑一郎[1]、大井 悠[1]、大野 吏輝[1]、長嵜 寿矢[1] (1. 埼玉県立がんセンター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科

2026年11月20日(金) 14:15 ~ 15:30 | 第8会場（1F 会議室108）

ワークショップ６　大腸癌肝転移の外科治療　術前治療は必要か？その功罪

司会：塩澤 学（神奈川県立がんセンター消化器外科）、塚田 祐一郎（国立がん研究センター東病院 大腸外科）

[WS6-1] 大腸癌肝転移に対する術前治療期間を利用した併存疾患のマネジメント

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

【背景】臨床試験の結果をうけ大腸癌肝転移に対する術前全身療法(neoadjuvant therapy, NAC)が我が国でも普及してきた。NAC中の懸念事項として忍容性、治療反応性がそのまま我が国に当てはめてよいのか、また手術成績へNACが影響を及ぼすかが挙がるが、NACの期間にいかに併存疾患のマネジメントを行い安全に手術治療に臨むべきかについての検討はなされてこなかった。そこで大腸癌に対するNAC期間中の併存疾患のマネジメントについて自施設症例を用いて検討した。【方法】当院で2010年1月―2025年12月に切除可能の大腸癌同時性肝転移に対してNACを行いR0/R1手術を実施しえた症例とupfrontの切除症例を対象とした。臨床病理学的因子（年齢、性別、併存疾患、原発巣部位と遺伝子変異、cT, cN, cH因子）とNACの詳細、手術内容（アプローチ、術後合併症）、術後補助化学療法(AC)、無再発生存(RFS)、全生存(OS)を比較した。さらに併存疾患に対する他診療科による介入について解析した。【結果】NAC群(44例)はupfront群(106例)に比べて直腸癌(64% vs 43%)、CEA高値(93% vs 74%), cH2/3 (75% vs 28%)の頻度が高かった。年齢、性別やRAS遺伝子変異などの頻度に差はなかった。NACは82%がoxaliplatinベースのレジメンにて、86%で抗体製剤を併用し（中央値63日）、9例(20%)でH因子のdownstageが見られた。grade 3以上の有害事象は好中球減少10名(23%)、手足症候群2名(5%)などであった。NAC中に介入が行われた併存疾患は糖尿病が最多で(13名中12名)、大腸癌診断時のHbA1c 7.1%がR0/R1切除時6.3%(p=0.005)となり、NAC期間中に改善した（upfront群は20名中7名に介入、診断時 6.9%→R0/R1切除時 6.9%）。低侵襲アプローチ(MIS)による大腸切除はNAC群82%、upfront群 61%に行われ（p=0.03）、MISによる肝切除は各々16%と25%に行われた（p=0.32）。Grade 2以上の術後合併症はNAC 39%, upfront 42% (p=0.74）にみられた。ACはNAC群の66%、upfront群の73%で行われた。2群間でRFS, OSに有意差はなかった。【結論】当院でのNACは比較的安全に行われ、術後合併症への影響は見られなかった。腫瘍の病勢制御だけでなく、NAC期間を糖尿病のマネジメントに活用できた症例が多かった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科
2026年11月20日(金) 14:15 ~ 15:30 | 第8会場（1F 会議室108）
ワークショップ６　大腸癌肝転移の外科治療　術前治療は必要か？その功罪
司会：塩澤 学（神奈川県立がんセンター消化器外科）、塚田 祐一郎（国立がん研究センター東病院 大腸外科）

[WS6-2] 術前化学療法を施行した大腸癌同時性肝転移症例の検討

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

【背景】切除可能肝転移に対する最も有効な治療法は外科的切除であるが，根治切除後の残肝再発率も依然高く，予後改善を目的とした集学的治療が求められる．切除可能肝転移症例に対する術前化学療法の利点は，腫瘍縮小による肝切除量の減少による残肝量の確保や切除断端の確保，微小転移巣の治療が挙げられており，当科では切除可能同時性肝転移症例に対して原発巣切除後に術前化学療法も施行してきた．
【方法】2015年1月から2025年12月までに当院で初回肝切除を施行した大腸癌同時性肝転移症例79例を対象とした．79例中，肝切除術前に化学療法を施行した症例(以下,化学療法施行群)は52例(65.8%)，術前に化学療法を施行せずに肝切除を施行した症例(以下,化学療法非施行群)は27例(34.2%)，臨床病理学的因子，治療成績に関して後方視的に検討した．
【結果】化学療法施行群は52例(65.8%)．年齢中央値66.5(39-84)歳,男性/女性＝28/24例,盲腸/上行結腸/横行結腸/下行結腸/S状結腸/直腸＝4/6/4/2/10/26例,
T1b/T2/T3/T4a/T4b=1/4/26/19/2,N0/N1/N2/N3=15/21/13/3,肝転移以外の遠隔転移症例は6例(肺，骨，腹膜播種)．肝転移単発/多発=12/40例，肝転移個数の中央値3(1-12)個．ICG15分値中央値は9.6(0.6-29.2)%．術前化学療法の投与期間中央値は8(3-73)コース．R0切除症例は44例(84.6%)，病理学的効果判定はGrade0/1/2/3=2/24/16/4例．手術成績に関して，手術時間中央値355(108-640)分，出血量442(2-3874)ml．Clavien-Dindo II以上の術後合併症は19例(36.5%)．術後補助化学療法が施行された症例は19例(36.5%)，R0切除を施行した症例の中で再発を認めた症例は31例(59.6%)．化学療法非施行群27例と比較すると，ICG15分値では化学療法施行群で有意に高かった(9.6% vs 6.5%,P=0.05)．進行後，手術成績等に関しては有意差を認めなかった．RFS(9.6ヶ月vs 9.1ヶ月,P=0.57)，OS(54.4ヶ月 vs 51.1ヶ月,P=0.56)と明らかな有意差は認めなかった．
【結語】化学療法による肝機能障害は認めたが，周術期の合併症(C-D≧ II)は，化学療法非施行群と有意差はなく安全に施行されていた．RFSやOSに関して有意差は認めないものの,化学療法施行群でやや良好な結果であった．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科
2026年11月20日(金) 14:15 ~ 15:30 | 第8会場（1F 会議室108）
ワークショップ６　大腸癌肝転移の外科治療　術前治療は必要か？その功罪
司会：塩澤 学（神奈川県立がんセンター消化器外科）、塚田 祐一郎（国立がん研究センター東病院 大腸外科）

[WS6-3] 切除可能大腸癌肝転移に対する手術先行治療と術前化学療法の比較検討：傾向スコアマッチング解析

*髙見澤 康之[1]、隈本 雄大[1]、田藏 昂平[1]、塚本 史雄[1]、永田 洋士[1]、塚本 俊輔[1]、金光 幸秀[1] (1. 国立がん研究センター中央病院　大腸外科)

【背景】 大腸癌肝転移に対する術前化学療法（NAC）の有用性は一定のコンセンサスが得られていない。当院では初回診断時に切除可能と判断された症例に対し原則として手術先行（upfront surgery）を行っているが、他院治療後に紹介された症例ではNACが施行されている場合もある。
【目的】 切除可能大腸癌肝転移に対するupfront surgeryとNACの短期および長期成績を比較検討する。
【対象と方法】 2000年から2022年に当院で肝切除を施行した大腸癌肝転移のうち、初回診断時に切除可能と判断された615例を対象とした。治療前因子（年齢、性別、原発巣局在、T因子、N因子、同時性/異時性、肝外転移の有無、治療前肝転移個数、治療前肝転移最大径）を共変量として傾向スコアマッチングを行い、upfront群（n=24）とNAC群（n=24）を抽出し、両群の背景および予後を比較した。
【結果】 マッチング後のupfront群とNAC群の治療前肝転移個数中央値は2個 vs 2個、肝転移最大径中央値は3.0cm vs 2.9cmであった。肝切除量中央値は253g vs 155g（p=0.544）、切除断端陽性率は4.4% vs 8.7%（p=0.550）、Clavien-Dindo分類Grade II以上の合併症発生率は34.8% vs 30.4%（p=0.753）であった。5年無再発生存率は8.3% vs 20%（p=0.770）と数値上の差を認めたが有意差はなかった。一方、5年全生存率は46.3% vs 39.8%（p=0.399）であり、両群間に有意差を認めず、upfront群でむしろ良好な傾向を示した。
【結語】傾向スコアマッチングを用いた検討では、切除可能大腸癌肝転移に対するupfront surgeryとNACの治療成績に有意差を認めなかった。無再発生存率には数値上の差を認めたものの、全生存率は両群で同等であり、upfront surgeryが劣る結果は認められなかった点は臨床的に重要と考えられる。初回診断時に切除可能と判断される症例に対するNACの適応については、今後も慎重な検討が求められる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科

2026年11月20日(金) 14:15 ~ 15:30 | 第8会場（1F 会議室108）

ワークショップ６　大腸癌肝転移の外科治療　術前治療は必要か？その功罪

司会：塩澤 学（神奈川県立がんセンター消化器外科）、塚田 祐一郎（国立がん研究センター東病院 大腸外科）

[WS6-4] 大腸癌同時性肝転移におけるupfront surgery適応の個別化に向けたCMS分類の意義

*高嶋 祐助[1]、笠井 俊輔[1]、塩見 明生[1]、眞部 祥一[1]、田中 佑典[1]、小嶋 忠浩[1]、森 千浩[1]、辻尾 元[1]、横山 希生人[1]、八尾 健太[1]、小林 尚輝[1]、山本 祥馬[1]、仁平 高朔[1]、三浦 竣助[1]、畠山 慶一[2]、山口 建[3] (1. 静岡県立静岡がんセンター大腸外科、2. 静岡がんセンター研究所ゲノム解析研究部、3. 静岡県立静岡がんセンター)

【背景】同時性肝転移を有する大腸癌(CRC)において、切除可能例では手術を中心とした治療戦略が重要である。術前化学療法の有用性が報告される一方、一律に術前治療を行う意義は明確ではなく、不要な治療介入や手術機会の逸失も懸念される。したがって、upfront surgeryで良好な成績が期待できる症例を層別化する指標が求められる。Consensus molecular subtype(CMS)分類を含む分子プロファイリングはその候補となり得る。
【目的】upfront surgeryを基本とした治療戦略下で、time to surgical failure（TSF）に関連する臨床病理学的・分子学的因子を明らかにすること。
【対象と方法】2014-2019年に当院でR0切除し切除標本のマルチオミクス解析を施行した同時性肝転移を有するCRCのうち、重複癌、多発癌、原発切除前治療例、CMS分類不能例を除外した62例を対象とした。surgical failure（SF）は切除不能再発と定義し、TSF関連因子をLog-rank検定およびCox比例ハザード回帰分析で検討した。
【結果】年齢中央値65歳、男/女：37/25例、右側/左側結腸/直腸：16/23/23例、肝外転移：8例、肝転移巣数≥5個：12例、肝転移最大径>50mm；10例であった。BRAF/KRAS/TP53/APC変異：3/23/32/35例、CMS1/2/3/4：2/25/14/21例であった。また、全体の5年OS/RFS/non-SF率は73.4%/29.0%/54.7%であった。5年non-SF率はCA19-9高値（<38 vs ≥38 U/mL：68.8% vs 25.0%、p<0.001）、肝外転移あり（なし vs あり：59.9% vs 14.3%、p=0.028）、KRAS変異あり（なし vs あり：64.1% vs 38.6%、p=0.022）で有意に低値であった。CMS別5年non-SF率はCMS1/2/3/4で50.0%/76.0%/21.4%/51.6%で、CMS2で最も良好であった（p=0.003）。多変量解析ではCA19-9高値（HR 4.49、p<0.001）、肝外転移あり（HR 6.34、p=0.003）、KRAS変異あり（HR 2.61、p=0.017）がSFの独立リスク因子であり、CMS2はSF低リスク因子であった（HR 0.41、p=0.048）。
【結語】upfront surgeryを基本とする治療戦略下で、CMS2症例の長期成績は良好であった。分子プロファイリングは、upfront surgeryで良好な成績が期待できる症例の層別化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

ワークショップ | 外科

2026年11月20日(金) 14:15 ~ 15:30 | 第8会場（1F 会議室108）

ワークショップ６　大腸癌肝転移の外科治療　術前治療は必要か？その功罪

司会：塩澤 学（神奈川県立がんセンター消化器外科）、塚田 祐一郎（国立がん研究センター東病院 大腸外科）

[WS6-5] 切除可能な直腸癌同時性肝転移に対する治療戦略と成績

*坂本 貴志[1]、佐藤 健太郎[1]、野口 竜剛[1]、松井 信平[1]、向井 俊貴[1]、山口 智弘[1]、秋吉 高志[1] (1. がん研有明病院 消化器センター大腸外科)

【背景】大腸癌肝転移に対する周術期化学療法は無再発生存期間を改善するが、全生存期間の改善は限定的である。術前化学療法は腫瘍の生物学的評価と微小転移制御の利点がある一方で、肝機能障害のリスクを伴う。同時性肝転移患者では化学療法効果が増強されるとの報告もあるが、至適治療戦略は確立していない。当院では局所進行度と肝転移の数・大きさを慎重に考慮して個別化された治療方針を決定している。

【方法】切除可能病変に対する術前治療適応は局所と肝転移に分けて厳密に設定した。下部直腸原発例では術前化学療法後に放射線療法を施行する。それ以外の病変に対しては、肝転移が3個以内かつ最大径5cm未満の場合を根治的切除可能（R）として一期的手術適応、その他をborderline resectable（BR）として術前化学療法の適応としている。2010年から2023年に初診時にR0切除可能と判断され根治切除を施行した同時性肝転移直腸癌患者116例を対象とした後方視的検討を実施した。

【結果】男性81例（70%）、手術時年齢中央値59歳であった。原発部位は下部直腸45例（39%）であった。肝転移分類はR 47例（41%）、BR 69例（59%）で、肝切除前化学療法は86例（74%）に、原発巣術前放射線療法は47例（41%）に施行された。肝臓と原発巣の切除タイミングは同時切除90例（78%）、異時切除23例（20%）、二期切除3例（3%）であった。術前治療開始もしくは手術の早い方を起算日とした長期生存成績の比較では、R群の5年全生存率は84.5%でBR群の54.3%より統計学的に有意に優良であった（p=0.01）。無再発生存率はR群43.9%、BR群28.2%（p=0.056）で統計学的有意傾向を認め、両群ともR群が優れた成績を示していた。

【結論】切除可能な同時性肝転移を伴う直腸癌に対し、局所と肝転移の双方に個別の術前治療適応基準を設定することで、局所制御率および化学療法の完遂率の向上とともに、手術対象患者の効果的な選択が実現できた。現在、腫瘍マーカーをresectability評価項目に加えることで、予後不良群をより正確に同定できる可能性があり、さらに検討を進める予定である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科

2026年11月20日(金) 14:15 ~ 15:30 | 第8会場（1F 会議室108）

ワークショップ６　大腸癌肝転移の外科治療　術前治療は必要か？その功罪

司会：塩澤 学（神奈川県立がんセンター消化器外科）、塚田 祐一郎（国立がん研究センター東病院 大腸外科）

[WS6-6] H2の肝限局性転移を有する大腸癌症例に対する術前化学療法後肝切除の治療成績と早期再発因子の検討

*川﨑 一生[1]、夏目 壮一郎[1]、牧野 七海[1]、吉岡 佑一郎[1]、大井 悠[1]、大野 吏輝[1]、長嵜 寿矢[1] (1. 埼玉県立がんセンター)

【背景】
当院では肝転移進展度に応じて、H1症例に対してはUpfront surgery、H2症例に対しては術前化学療法後に再評価し肝切除を施行している。今回、H2大腸癌肝限局性転移症例に対する術前化学療法後肝切除の治療成績及び早期再発因子を検討した。
【方法・対象】
2013年4月から2024年4月までに当院で術前化学療法後に肝切除を施行したH2大腸癌肝限局性転移症例60例を対象とした。短期成績、長期成績及び早期再発リスク因子を後方視的に検討した。早期再発は術後1年以内の再発と定義した。
【結果】
年齢中央値64歳、男性43例/女性17例、腫瘍個数中央値6個、最大腫瘍径中央値18 mm、同時性48例/異時性12例、原発巣の領域リンパ節転移は37例に認め、RAS変異型18例/BRAF陽性1例、術前化学療法はdoublet regimen 93%（L-OHP:73%, IRI:27%）、triplet regimen 7%で, 抗EGFR抗体薬32例(53%)、 VEGF阻害剤24例(40%)であった。肝切除のタイミングは原発巣と同時切除が26例、原発巣切除後が31例、肝切除先行症例が3例であった。短期成績は、Clavien-Dindo分類Grade 3a以上の術後合併症を3例(5%)に認め、術後在院日数中央値は11日であった。R0切除率は96.7%であった。長期予後は、全生存期間（OS）中央値は70.6か月、5年OSは57%、無再発生存期間（RFS）中央値は37.1か月、5年RFSは24%であった。多変量解析において独立した予後不良因子は、年齢75歳以上(p=0.0085)、早期再発(p<0.0001)が抽出された。早期再発は26例（43%）に認めた。早期再発のリスク因子の検討では、単変量解析で術前CEA高値（p=0.006）、同時性肝転移（p=0.022）、最大腫瘍径≧15 mm（p=0.022）が有意な因子であった。多変量解析では術前CEA高値（p=0.012）、腫瘍個数≧5個（p=0.027）が独立した早期再発のリスク因子として抽出された。
【結語】
H2大腸癌肝限局性転移症例に対する術前化学療法後の肝切除は安全に施行された。一方で、早期再発は独立した予後不良因子であり、術前CEA高値/腫瘍個数≧５個の症例で早期再発リスクが高く、これらの因子を有する症例では、慎重な手術適応の判断に加え、術前化学療法の強化など、さらなる治療戦略の検討が必要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ワークショップ７　進行直腸癌に対する術前治療後の側方リンパ節転移診断基準および側方郭清の適応と治療成績

司会：安井 昌義（関西労災病院　消化器外科）、山口 智弘（がん研究会有明病院　大腸外科　直腸がん集学的治療センター）

[WS7-1] 術前画像因子を統合した側方リンパ節転移予測モデルの構築―LLNDおよび術前治療層別化に向けたリスク分類―

*久戸瀬 洋三[1,2]、田藏 昂平[2]、永田 洋士[2]、高見澤 康之[2]、塚本 俊輔[2]、金光 幸秀[2] (1. 多根総合病院、2. 国立がん研究センター中央病院大腸外科)

[WS7-2] 術前治療時代における側方リンパ節郭清の適応戦略：画像診断に基づく選択的LLNDの妥当性と治療成績

*大谷 一貴[1]、塚田 祐一郎[1]、佐々木 将磨[1]、山東 雅紀[1]、長谷川 寛[1]、池田 公治[1]、西澤 祐吏[1]、伊藤 雅昭[1] (1. 国立がん研究センター東病院大腸外科)

[WS7-3] 術前化学療法の直腸癌側方リンパ節転移への制御効果についての検討

*吉川 千尋[1]、小山 文一[1]、井上 隆[1]、岩佐 陽介[1]、高木 忠隆[1]、藤本 浩輔[1]、田村 昂[1]、江尻 剛気[1]、庄 雅之[1] (1. 奈良県立医科大学附属病院)

[WS7-4] 進行下部直腸癌における術前治療の有無に応じた側方郭清適応についての検討

*名西 健二[1]、有田 智洋[1]、清水 浩紀[1]、木内 純[1]、倉島 研人[1]、中道 脩介[1]、塩﨑 敦[1] (1. 京都府立医科大学　消化器外科)

[WS7-5] 術前治療のレジメンが術前化学放射線療法後の直腸癌に対する選択的側方郭清の適応に与える影響の検討

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

[WS7-6] Borderline resectable直腸癌に対する側方郭清の適応と治療成績

*笠井 俊輔[1]、塩見 明生[1]、眞部 祥一[1]、田中 佑典[1]、小嶋 忠浩[1]、森 千浩[1]、髙嶋 祐助[1]、辻尾 元[1]、八尾 健太[1]、横山 希生人[1]、小林 尚輝[1]、山本 祥馬[1]、仁平 高朔[1]、三浦 峻助[1] (1. 静岡県立静岡がんセンター大腸外科)

[WS7-7] 進行直腸癌に対する側方リンパ節転移診断基準と治療的側方郭清の適応・治療成績

*松井 信平[1]、佐藤 健太郎[1]、野口 竜剛[1]、坂本 貴志[1]、向井 俊貴[1]、山口 智弘[1]、秋吉 高志[1] (1. がん研究会有明病院大腸外科)

[WS7-8] 直腸癌における術前治療が側方リンパ節郭清の適応および術後排尿機能に及ぼす影響

*武井 信諭[1]、坂元 慧[1]、出嶋 皓[1]、中守 咲子[1]、加藤 博樹[1]、高雄 美里[1]、中野 大輔[1]、佐々木 和人[1]、川合 一茂[1] (1. がん・感染症センター都立駒込病院大腸外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ワークショップ７　進行直腸癌に対する術前治療後の側方リンパ節転移診断基準および側方郭清の適応と治療成績

司会：安井 昌義（関西労災病院　消化器外科）、山口 智弘（がん研究会有明病院　大腸外科　直腸がん集学的治療センター）

[WS7-1] 術前画像因子を統合した側方リンパ節転移予測モデルの構築―LLNDおよび術前治療層別化に向けたリスク分類―

*久戸瀬 洋三[1,2]、田藏 昂平[2]、永田 洋士[2]、高見澤 康之[2]、塚本 俊輔[2]、金光 幸秀[2] (1. 多根総合病院、2. 国立がん研究センター中央病院大腸外科)

背景：進行直腸癌に対する術前治療の拡大に伴い、側方リンパ節郭清（LLND）の適応が再検討されている。しかし、側方リンパ節転移の術前診断精度は十分とは言えず、LLNDを要する症例と省略可能症例の選別、および術前治療適応層別化が重要な課題である。
目的：術前画像因子を統合した側方リンパ節転移予測モデルを構築し、リスク層別化を通じてLLNDおよび術前治療適応評価への有用性を検討する。
方法：2012年～2023年3月までに当院でLLNDを施行したStage II–III中下部直腸癌患者のうち、MRIおよびthin-slice CT colonography(CTC)の画像データを有する288例を対象とし連続症例の後ろ向き解析を行った。画像的因子として側方リンパ節短径、直腸間膜リンパ節短径、EMVI、腫瘍下縁から肛門縁までのAV距離(連続変数)、中直腸動脈の有無を評価した。LLNDの適応は腫瘍下縁が腹膜翻転部より肛門側に位置し、cT3以深またはcN陽性とした。アウトカムは病理学的側方リンパ節転移陽性とした。多変量ロジスティック回帰分析により予測モデルを構築し、内部検証にはbootstrap法を用いた。
結果：病理学的側方リンパ節転移は33例（11%）に認めた。多変量解析では側方リンパ節短径≧7 mm、直腸間膜リンパ節短径≧9mm、EMVI、CTC画像によるAV距離測定が独立した予測因子であった。これらを統合したモデルの識別能はAUC 0.88であり、optimism-corrected AUCは0.86で、既報に基づく側方リンパ節短径≧7mmを用いた単純画像モデル（AUC 0.75）より高い識別能を示し（p=0.001）、calibrationも良好であった。本モデルに基づき予測確率5%未満をlow-risk群と定義すると175例（60.8%）が該当し、この群における側方リンパ節転移率は1.9%（5/175）と極めて低く、陰性的中率は97.1%であった。
結論：複数の術前画像因子を統合した予測モデルにより側方リンパ節転移の予測精度は向上し、転移リスクが極めて低い患者群を同定可能であった。本モデルは側方リンパ節転移リスクの層別化を通じて、LLNDおよび術前治療の適応判断や省略可能症例の選別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

ワークショップ | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ワークショップ７　進行直腸癌に対する術前治療後の側方リンパ節転移診断基準および側方郭清の適応と治療成績

司会：安井 昌義（関西労災病院　消化器外科）、山口 智弘（がん研究会有明病院　大腸外科　直腸がん集学的治療センター）

[WS7-2] 術前治療時代における側方リンパ節郭清の適応戦略：画像診断に基づく選択的LLNDの妥当性と治療成績

*大谷 一貴[1]、塚田 祐一郎[1]、佐々木 将磨[1]、山東 雅紀[1]、長谷川 寛[1]、池田 公治[1]、西澤 祐吏[1]、伊藤 雅昭[1] (1. 国立がん研究センター東病院大腸外科)

【背景】 本邦のガイドラインでは，腫瘍下縁が腹膜反転部以下のcT3以深の直腸癌を対象とした側方リンパ節郭清（LLND）の実施が推奨されているが，この対象の中には病理学的に転移陰性である症例も多く含まれる．また，近年は進行直腸癌に対する術前治療の機会が増加しており，術前治療後の予防的側方郭清の適応を再評価する必要性が生じている．本研究では，術前治療の導入が側方郭清の適応および治療成績に与える影響を検討した．
【方法】 本研究は単施設後ろ向き観察研究であり，2016年1月から2022年10月までに当院でLLNDを伴う根治目的の切除が施行された原発性直腸腺癌症例を対象とした．術前治療の有無および種類に基づき，以下の3群に分類：術前治療なし（Upfront）群，Total neoadjuvant therapy症例を含む術前放射線化学療法施行（CRT）群，術前化学療法施行（NAC）群．スライス厚5mm以下のMRIで側方リンパ節（LLN）の最大短径およびMalignant feature（MF：辺縁不整，内部信号不均一）の有無を評価し，病理学的なLLN転移（pLLN）と関連づけて分析した．最大短径の至適カットオフ値はYouden indexで算出した．
【結果】 対象症例は385例であり，Upfront群175例，CRT群142例，NAC群68例であった．両側LLNDは365例（94.8%），片側LLNDは20例（5.2%）に施行された．手術前MRI（術前治療群では治療施行後）でのLLNの最大短径5mm以上をLLNDの基準とした場合，全群でYouden indexが最大となり，適応基準として妥当と考えられた．仮にこの基準をLLNDの適応基準として用いた場合，LLND適応症例はUpfront群で47%，CRT群で24%，NAC群で37%に減少すると推計され，LLNDを省略した症例のpLLN陽性例は0.8%（2/242例）にとどまると見込まれた．また，片側のLLNが短径5mm以上かつ対側が短径5mm未満の症例で，対側のpLLN陽性例は121例中3例（2.5%）のみであり，短径5mm未満側の郭清省略が可能と考えられた．2022年10月以降に適応変更した結果，LLND施行率は31.8%まで減少し、そのうち68.6%は片側郭清であったが，側方再発は1.8%にとどまった．
【結語】 手術前MRIでLLNの最大短径が5mm以上である症例に対して，同側のLLNDを施行することが適切である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ワークショップ７　進行直腸癌に対する術前治療後の側方リンパ節転移診断基準および側方郭清の適応と治療成績

司会：安井 昌義（関西労災病院　消化器外科）、山口 智弘（がん研究会有明病院　大腸外科　直腸がん集学的治療センター）

[WS7-3] 術前化学療法の直腸癌側方リンパ節転移への制御効果についての検討

*吉川 千尋[1]、小山 文一[1]、井上 隆[1]、岩佐 陽介[1]、高木 忠隆[1]、藤本 浩輔[1]、田村 昂[1]、江尻 剛気[1]、庄 雅之[1] (1. 奈良県立医科大学附属病院)

【目的】本邦では局所進行下部直腸癌に対して直腸間膜全切除(total mesorectal excision：TME)＋側方リンパ節郭清(lateral lymph node dissection :LLD)が標準治療となっており， 当院では2014年よりTME+LLDに加えて術前化学療法(neoadjuvant chemotherapy :NAC)を導入している.NACの側方リンパ節転移への制御効果についてNAC未施行群と比較して検討した.【方法】2008年1月から2022年12月の間に当院でTME+LL Dを施行した下部直腸癌患者147名を対象とした. MRIのT2強調像で短径5mm以上の側方リンパ節を側方リンパ節腫大(陽性)と診断した. NACの対象はcT3以深or cN1-3の症例とし, OxaliplatinベースでDoublet 6例, Doublet+Bmab 42例，Doublet+Pmab を29例に施行した.【結果】年齢中央値は64(33-79)歳，男/女： 88/59例であった. 腫瘍下縁がPにかかる症例が28例でcStage Ⅱ / Ⅲ:18/129例,c T1/2/3/4:2/11/88/46例,c LLN(+)は61例であった. NAC群77例と非NAC群70例の背景因子では,年齢,性別, 腫瘍下縁,TPE施行例,cLLN(+)には有意差はなく,cT4,cStageⅢは有意にNAC群の方が多かった. pLLN(+)はNAC群と非NAC群との間に有意差は認めなかった. (NAC群15.6%vs 非NAC群11.4%) NAC群のcLLN(+)36例の内,NAC後にycLLN(-)となった症例は15例(41.6%)であり,そのうち4例（26.7%）にpLLN(+)を認めた.cLLN(+)のうちNAC後もycLLN(+)であった21例のうち,pLLN(+)は8例(38%)に認めた. cLLN(+)のうちNAC群と非NAC群とでpLLN(+)となった症例にも有意差は認めず(NAC群33.3%vs 非NAC群24.0%),cLLN(-)のうちNAC群と非NAC群とでpLLN(+)となった症例にも有意差は認めなかった(NAC群0%vs NAC未施行群4.4%),側方リンパ節再発をきたした症例は5例であり,内訳はNAC群２例,非NAC群3例で有意差を認めなかった.
【結語】NAC群と非NAC群ではpLLN(+)に有意差は認めず,NACの側方リンパ節転移への制御効果は限定的であった.cLLN(-)となった症例でもpLLN(+)となる症例がありそのような症例には,側方郭清を手控えるべきではないということが示唆された.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ワークショップ７　進行直腸癌に対する術前治療後の側方リンパ節転移診断基準および側方郭清の適応と治療成績

司会：安井 昌義（関西労災病院　消化器外科）、山口 智弘（がん研究会有明病院　大腸外科　直腸がん集学的治療センター）

[WS7-4] 進行下部直腸癌における術前治療の有無に応じた側方郭清適応についての検討

*名西 健二[1]、有田 智洋[1]、清水 浩紀[1]、木内 純[1]、倉島 研人[1]、中道 脩介[1]、塩﨑 敦[1] (1. 京都府立医科大学　消化器外科)

【背景】大腸癌治療ガイドラインでは、進行下部直腸癌(LARC)に対して側方郭清(LLND)が推奨され、その省略基準は明らかでない。【目的】LARCに対するLLNDの治療成績を臨床的、病理学的に解析し、術前化学放射線療法(NACRT)による側方リンパ節転移[LN(+)]の制御効果を検証する。【方法】2008年4月～2025年3月にLARCに対してLLNDを伴う根治切除を行った116例から、術前化学療法のみを行った8例、同時性他癌を伴う6例を除外し、102例を対象とした。対象症例を(1)upfront surgeryを行った31症例(US群)、(2)NACRT後に手術を行った71症例(NACRT群)に分類し、臨床病理学的背景、長期成績(全生存[OS]、無再発生存[RFS])を解析した。cLN(+)の診断基準は短径5mm and/or PET-CTにおけるFDG集積ありとした。さらに、191側の側方リンパ節[LD1郭清13側(13例)＋LD2郭清178側(89例)]を、治療前診断・術前診断とNACRTの有無に従ってcLN(-)/US、cLN(+)/US、cLN(-)/NACRT、cLN(+)/NACRT/ycLN(-)、cLN(+)/NACRT/ycLN(+)の6群に分け、各群のp/ypLN(+)率を明らかにした。【結果】NACRT群ではUS群に比べて男性(p=0.018)、cM(-)(p=0.008)、開腹手術(p=0.033)が多く、その他の臨床病理学的因子に群間差を認めなかった。NACRT症例における効果判定はRECIST基準でCR:5.6%、PR:65.2%、組織学的効果判定でGrade3:4.3%、Grade2:50.0%であった。cM(+)10例を除外した92例の長期成績は、OS(p=0.688; 5年OS: US群85.9% vs NACRT群85.4%)、RFS(p=0.946; 5年RFS: US群68.8% vs NACRT群68.9%)とも群間差を認めなかった。p/ypLN(+)率はcLN(-)/US：5.6%[2/36]、cLN(+)/US：28.6%[6/21]、cLN(-)/NACRT：0%[0/93]、cLN(+)/NACRT/ycLN(-)：4.5%[1/22]、cLN(+)/NACRT/ycLN(+)：31.6%[6/19]であった。cLN(-)に対してNACRT後LD1郭清を行った8例の中で、郭清省略側の側方リンパ節再発を来した症例はなく、cLN(-)/NACRTの93側には、対側cLN(+)のリンパ節が21側含まれていた。【結語】cLN(-)のLARCに対して、NACRTを行えばLLNDを省略可能だが、cLN(+)に対してNACRTを施行後ycLN(-)となってもLLNDの省略は慎重に検討される必要がある。片側LLNDの是非や、長期成績については今後検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ワークショップ７　進行直腸癌に対する術前治療後の側方リンパ節転移診断基準および側方郭清の適応と治療成績

司会：安井 昌義（関西労災病院　消化器外科）、山口 智弘（がん研究会有明病院　大腸外科　直腸がん集学的治療センター）

[WS7-5] 術前治療のレジメンが術前化学放射線療法後の直腸癌に対する選択的側方郭清の適応に与える影響の検討

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

【目的】直腸癌術前化学放射線療法（CRT)のレジメンの違いが、選択的側方郭清（LLND）の適応基準である、CRT前の側方リンパ節(LLN)径に与える影響について明らかにする。
【方法】当科で2012年から2024年に遠隔転移を伴わない直腸癌に対してCRT後、根治切除を施行した症例の内、UFT/UZEL併用群をA群(192例)、TEGAFIRI（UFT/UZEL/CPT-11）併用群をB群(86例）とし、CTでのCRT前のLLN最大長径とLLN転移・再発の有無について比較検討した。
【結果】A群/B群でのUFT、RTに対するrelative dose intensity(RDI)は、UFT (0.985±0.098 vs 0.968±0.080：p=0.16)、RT（0.997±0.036 vs 0.998±0.011：p=0.74）と両群間で差が無く、B群でのCPT-11に対するRDIは、0.867±0.212であった。B群はA群と比較して、年齢が若かったが、性別や腫瘍の肛門縁からの距離などには差を認めなかった。病理学的因子では、cT因子に差を認めないものの、ypT因子は、B群でよりdownstageされている傾向にあった（p=0.07)。また、B群でcN陽性症例が多い傾向にあった（51% vs 78%：p=0.06）が、ypN陽性症例には差を認めなかった（30% vs 26%：p=0.78)。TRGもB群で有意良好であり（p<0.01)、pCR率も、B群で有意に高かった（10% vs 20%：p=0.03)。LLNDは、A群の37例（19%：片側29例、両側：8例)、B群の10例（12%：片側6例、両側4例）に施行されていた。LLND施行例の内、A群の18例、B群の7例で病理学的LLN転移陽性であり、LLND非施行例の中で、A群の3例にLLN再発を認めた。LLN再発症例も含めて、LLN転移陽性例と定義し、CRT前のLLN長径のcut-off値を5mm、8mm、10mmとしてLLN転移陽性診断における感度/特異度を比較すると、A群では、5mm：100%/42.7%、8mm：95.2%/80.1%、10mm：76.2%/89.5%であり、B群では、5mm：100%/34.2%、8mm：100%/77.2%、10mm：100%/91.1%であった。B群では、LLN径10mmまでLLNDを省略できる可能性が示唆された。10mm以上のLLNの転移頻度は、A群47%、B群50%と両群で高かったが、8-10mmの範囲内のLLNの転移頻度はB群で低い傾向にあった（20% vs 0%：p = 0.27)。
【結語】CRT後のLLNDの適応基準となるCRT前のLLN径は、CRTレジメンによって異な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

ワークショップ | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ワークショップ７　進行直腸癌に対する術前治療後の側方リンパ節転移診断基準および側方郭清の適応と治療成績

司会：安井 昌義（関西労災病院　消化器外科）、山口 智弘（がん研究会有明病院　大腸外科　直腸がん集学的治療センター）

[WS7-6] Borderline resectable直腸癌に対する側方郭清の適応と治療成績

*笠井 俊輔[1]、塩見 明生[1]、眞部 祥一[1]、田中 佑典[1]、小嶋 忠浩[1]、森 千浩[1]、髙嶋 祐助[1]、辻尾 元[1]、八尾 健太[1]、横山 希生人[1]、小林 尚輝[1]、山本 祥馬[1]、仁平 高朔[1]、三浦 峻助[1] (1. 静岡県立静岡がんセンター大腸外科)

【背景】局所進行下部直腸癌に対する当院の治療の基本方針はupfront surgeryによるTMEと両側側方郭清である。一方、隣接臓器合併切除を含めた手術単独治療ではR0切除が困難な症例、腫瘍縮小により機能温存（TPEの回避など）が期待できる症例をBorderline resectable (BR)直腸癌とし、局所制御の向上のために選択的にnCRTを導入する。nCRT後は原則として側方郭清を省略するが、nCRT前に側方リンパ節転移（LLNM）陽性側のみ系統的側方郭清を施行する。LLNMのMRI診断基準は短径6 mm以上あるいは辺縁不整・内部不均一な形状のリンパ節を陽性とする。本検討ではBR直腸癌に対する治療成績を評価し、術前治療と側方郭清の適応について考察することを目的とした。
【方法】2010年4月から2024年3月にBR直腸癌に対して根治術を施行した症例の短期・長期成績を評価した。また、LLNMの診断能、RFSのリスク因子を検討した。
【結果】対象期間中の直腸癌根治術3051例のうち、解析対象のBR直腸癌は77例であった。年齢中央値65歳、男性66例であった。cT1/2/3/4は0/1/27/49例、cN0/1/2は14/23/40例、cM0/1は72/5例で、nCRT前LLNM陽性62.3%であった。術式はLAR/ISR/APR/TPEが25/9/32/11例、アプローチはOpen/Lap/Robotが36/3/52例で、隣接臓器合併切除は50.6%、側方郭清は72.7%に施行された。手術時間中央値411分、出血量中央値87mLで、Clavien-Dindo Grade≥IIの合併症は33.8%であった。病理学的LLNM陽性29.9%で、LLNM診断能はnCRT前で感度47.9%、特異度100%で、nCRT後で感度69.2%、特異度90.2%であった。5年OSは87.5%、RFSは67.0%で、局所再発4例のうち、側方リンパ節再発は郭清側1例、非郭清側1例であった。多変量解析ではcM1がRFS不良の独立因子として同定された(HR 6.92, p<0.01)。
【考察】BR直腸癌においてnCRT前MRIに基づく選択的な側方郭清の適応と治療成績は妥当と考えられた。LLNMの診断能向上には人工知能や分子プロファイリングなどの新たな試みも期待される。欧米ではTNTが標準治療となったが、upfront surgeryを基本とする本邦の治療戦略においては、JCOG2207などの結果を踏まえてその適応症例を慎重に選別する必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ワークショップ７　進行直腸癌に対する術前治療後の側方リンパ節転移診断基準および側方郭清の適応と治療成績

司会：安井 昌義（関西労災病院　消化器外科）、山口 智弘（がん研究会有明病院　大腸外科　直腸がん集学的治療センター）

[WS7-7] 進行直腸癌に対する側方リンパ節転移診断基準と治療的側方郭清の適応・治療成績

*松井 信平[1]、佐藤 健太郎[1]、野口 竜剛[1]、坂本 貴志[1]、向井 俊貴[1]、山口 智弘[1]、秋吉 高志[1] (1. がん研究会有明病院大腸外科)

【はじめに】本邦のガイドラインでは腹膜反転部肛門側のcT3以深下部直腸癌に側方リンパ節郭清（LPLND）が推奨されるが、術前治療後のLPLN転移診断基準・郭清適応は未確立である。当院では2004年より局所進行下部直腸癌に術前化学放射線療法（CRT）、再発高リスク群にはTotal Neoadjuvant Therapy（TNT）を併施し、転移陽性側のみ治療的LPLNDを行う片側選択的郭清を継続してきた。
【対象・方法】2004～2020年にCRT/TNT後にLPLND併施根治切除を行った下部直腸癌210例（CRT103、TNT107）を対象に、郭清省略可能性・長期成績・急性期（≦90日）/慢性期（>90日）合併症をClavien-Dindo（CD）分類で評価した。
【結果】LPLND適応は治療前長径7mm以上とした。TNT群で、治療前短径7mm未満群の病理学的転移率は2.1%、7mm以上群は44.1%（p<0.01）であった。TNT後短径4mm以上群は4mm未満群より5年無再発生存率が低かった（71.1 vs 86.2%, p=0.04）。術前長径7mm以上であってもTNT後短径4mm未満であれば郭清省略の可能性を示唆した。TNT群は進行例が多く手術時間も長かった（478 vs 370分, p<0.01）。CD Grade II以上の急性期合併症はTNT群で有意に効率であった（TNT57.9% vs CRT45.6%、p=0.10）。とくに神経因性膀胱がTNT群で有意に高率（31.8% vs 15.5%, p=0.006、IPTW調整後30.2% vs 15.1%, p=0.011）であった。一方、慢性期合併症は2群に差はなく、背景調整後も同等であったTNT22.4% vs CRT16.5%（p=0.301）。
【結語】治療前長径7mm・TNT後短径4mmの2段階基準は郭清適応最適化に有用な可能性があった。TNT後LPLNDは神経因性膀胱に留意すれば慢性期合併症はCRTと同等で、安全かつ腫瘍学的に許容されると考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ワークショップ７　進行直腸癌に対する術前治療後の側方リンパ節転移診断基準および側方郭清の適応と治療成績

司会：安井 昌義（関西労災病院　消化器外科）、山口 智弘（がん研究会有明病院　大腸外科　直腸がん集学的治療センター）

[WS7-8] 直腸癌における術前治療が側方リンパ節郭清の適応および術後排尿機能に及ぼす影響

*武井 信諭[1]、坂元 慧[1]、出嶋 皓[1]、中守 咲子[1]、加藤 博樹[1]、高雄 美里[1]、中野 大輔[1]、佐々木 和人[1]、川合 一茂[1] (1. がん・感染症センター都立駒込病院大腸外科)

【背景・目的】近年、局所進行下部直腸癌に対して術前化学放射線療法（CRT）やTotal neoadjuvant therapy（TNT）が導入されている。これらはR0切除率の向上や局所再発の抑制に寄与する一方で、術後機能障害への影響が懸念されている。側方リンパ節郭清（LLND）の適応や郭清範囲も変化しつつあるが、術前治療後のLLNDと術後機能障害との関連は十分な検討がなされていない。本研究では、当院のLLND症例を対象に、術前治療と術後排尿機能の関連を検討した。

【方法】2014年から2025年に当院で腹腔鏡化・ロボット支援下にLLND（片側・両側を含む）を施行した下部直腸癌を対象とした。臓器・神経合併切除35例およびNAC施行例4例を除外し、最終的に149例を解析対象とした。当院における側方リンパ節転移の診断基準は、MRIで辺縁不整、信号不均一、短径 5 mm 以上のいずれかを満たすこととしている。術前治療施行例では、治療前の時点でこれらの基準を満たさない場合、側方郭清を省略している。術前治療の有無により2群に分類し、臨床病理学的因子および手術関連因子を比較・検討した。主要評価項目は入院期間中に発生したClavien–Dindo分類Grade1以上の排尿障害とした。

【結果】対象は149例（男性97例）で、年齢中央値は64歳だった。前治療は24例（16.1%）で施行され、内訳はTNT 16例 (66.7%)、CRT 5例 (20.8%)、放射線療法単独3例 (12.5%)だった。前治療施行群は非施行群に比して、手術時間が長い傾向にあり、(510min vs 411min、p＜0.01)。出血量が有意に多かった（222ml vs 81ml、p＜0.01)。LLNDに関して、前治療施行群では両側6例（25.0%)、片側18例（75.0%）だったのに対し、非施行群では両側113例（90.4%)、片側12例（9.6%）であり、非施行群で両側郭清症例が有意に多かった（p＜0.01)。入院期間中の排尿障害は19例（12.7%）に認め、全例がGrade2であった。排尿障害は全て前治療非施行群で認められ、有意に前治療施行群に比して多かった（0.0% vs 16.1%、p＝0.04)。

【結語】下部直腸癌に対する術前治療は、術中出血量や手術時間を増加させる一方で、両側側方郭清の施行割合を低下させることにより、術後排尿機能の温存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

ワークショップ | 内科・肛門科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:25 | 第7会場（1F 会議室107）

ワークショップ８　排便困難型を考慮に入れた便秘診療

司会：野明 俊裕（社会医療法人社団高野会くるめ病院)、本間 祐子（自治医科大学消化器一般移植外科）

[WS8-1] 患者自由記載における排便困難型便秘症を示唆する表現の検討

*矢野 雷太[1]、柴田 浩輔[1]、白川 賢司[1]、小林 弘典[1]、坂下 吉弘[1]、石田 裕[1]、宮本 勝也[1] (1. 国家公務員共済組合連合会広島記念病院)

[WS8-2] 便排出障害型（排便困難型）慢性便秘症の診断・治療の現状

*宮崎 道彦[1]、山田 真美[1]、田中 玲子[1]、高橋 佑典[2]、河合 賢二[2]、徳山 信嗣[2]、加藤 健志[2]、平尾 素宏[2] (1. どうじん会道仁病院大腸肛門病センター、2. 国立病院機構大阪医療センター外科)

[WS8-3] 当院における排便困難型便秘に対する診断方法と治療

*酒井 悠[1]、黒水 丈次[1]、内田 ひかり[1]、ナナー ジョージ譲時[1]、佐井 佳世[1]、渡部 晃子[1]、米本 昇平[1]、松島 小百合[1]、小菅 経子[1]、紅谷 鮎美[1]、松村 奈緒美[1]、河野 洋一[1]、宋 江楓[1]、國場 幸均[1]、下島 裕寛[1]、岡本 康介[1]、宮島 伸宜[1]、松島 誠[1] (1. 松島病院)

[WS8-4] 直腸型便秘患者に対する骨盤底筋トレーニングの効果について

*石井 正之[1]、野明 俊裕[1]、石橋 英樹[1]、白水 良征[1]、鈴木 麻未[1]、長田 和義[1]、荒木 靖三[1] (1. 高野会くるめ病院)

[WS8-5] 便排出困難型便秘症の診療

*伊禮 靖苗[1]、髙野 正太[1]、辻 順行[1] (1. 大腸肛門病センター高野病院大腸肛門機能科)

[WS8-6] 排便困難型便秘症に対する外科外来主導の病態別診療―器質性・機能性・排便強迫症状への包括的対応―

*岡本 亮[1]、松木 豪志[1]、一瀬 規子[1]、中島 隆善[1]、仲本 嘉彦[1]、栁 秀憲[1] (1. 医療法人信和会明和病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科・肛門科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:25 | 第7会場（1F 会議室107）

ワークショップ８　排便困難型を考慮に入れた便秘診療

司会：野明 俊裕（社会医療法人社団高野会くるめ病院）、本間 祐子（自治医科大学消化器一般移植外科）

[WS8-1] 患者自由記載における排便困難型便秘症を示唆する表現の検討

*矢野 雷太[1]、柴田 浩輔[1]、白川 賢司[1]、小林 弘典[1]、坂下 吉弘[1]、石田 裕[1]、宮本 勝也[1] (1. 国家公務員共済組合連合会広島記念病院)

【背景】慢性便秘症では、排便回数減少型と排便困難型を適切に鑑別し、病態に応じた診療を行うことが重要である。しかし一般診療では排便回数や便性状に着目した診療が中心となり、排便困難型が見逃されている可能性がある。また両型が併存する症例では、さらに鑑別が複雑化する。
【目的】排便機能外来受診患者の問診票および初診時カルテ記載を解析し、排便困難型便秘症を示唆する患者表現の特徴を明らかにすることを目的とした。
【方法】2020年4月から2026年3月までに当院排便機能外来を受診した526例のうち、便秘を主訴とした288例について、後方視的に検討した。便秘症例を、排便回数減少型、排便困難型、両型併存型の3群に分類した。問診票自由記載および初診時カルテ記載から患者表現を抽出し、語句を統一したうえで頻度解析および群間比較を行った。また排便困難型要素を有する症例に特徴的な語句について検討した。
【結果】排便困難型および両型併存型では、「残便感」「出しきれない」「肛門で止まる」「指で出す」「浣腸」「長時間トイレ」などの表現が高頻度に認められた。一方、排便回数減少型では、「何日も出ない」「腹部膨満感」「硬い」「コロコロ便」などの表現が多く認められた。両型併存型も含め、排便困難型要素を有する症例では、排便回数減少のみを呈する症例と比較し、「残便感」「出しきれない」など排便障害を示唆する表現が特徴的であった。
【考察】排便困難型要素を有する便秘症患者には、特徴的な言語表現が認められた。排便困難型便秘の診断や治療には専門性を要するため、残便感や排便時困難感を訴える症例や、通常の投薬では解決できない症例では、排便困難型を念頭に置いて専門外来へ積極的に紹介する、地域の連携が必要であると考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科・肛門科
2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:25 | 第7会場（1F 会議室107）
ワークショップ 8　排便困難型を考慮に入れた便秘診療
司会：野明 俊裕（社会医療法人社団高野会くるめ病院）、本間 祐子（自治医科大学消化器一般移植外科）

[WS8-2] 便排出障害型（排便困難型）慢性便秘症の診断・治療の現状

*宮崎 道彦[1]、山田 真美[1]、田中 玲子[1]、高橋 佑典[2]、河合 賢二[2]、徳山 信嗣[2]、加藤 健志[2]、平尾 素宏[2] (1. どうじん会道仁病院大腸肛門病センター、2. 国立病院機構大阪医療センター外科)

便排出障害型（排便困難型）慢性便秘症は以前には直腸肛門型便秘症と呼ばれていたが慢性便秘症診療ガイドライン初版（2017）によって新たに命名、定義された疾患群である。原因としては肛門の三大疾患の他、様々な疾患がある。下部消化管内視鏡検査などのスクリーニング検査を行った後にConstipation Scoring System 7点以上の慢性便秘症例中、下垂感、閉塞感、便意喪失などの訴えがある症例や排便コントロールを行い軟便であっても排便困難や不完全排便を訴える症例は便排出障害型を疑って専門的検査を行う。検査項目は排便造影検査、直腸肛門内圧検査、直腸肛門感覚検査である。2025年12月31日までの我々の経験を後方視的に報告する。

Ⅰ. 排便造影検査：検査時に造影剤の漏れ、臓器脱を認めた症例を除外した627例中器質的便排出障害としては直腸瘤（22.0％）、wide rectum（1.0％）、直腸重積（19.1％）、S状結腸瘤（1.8％）を、機能的便排出障害としては恥骨直腸筋奇異性収縮（5.9％）、恥骨直腸筋弛緩不全（12.1％）、stuck pelvic floor（4.8％）、肛門管開放不良（8.5%）を、その他の所見としては会陰下垂（55.2％）、鋸歯状直腸（8.9％）を検出した（重複含む）。単一の所見であった症例は約30％であった。

Ⅱ. 直腸肛門内圧検査：便秘を主訴に検査を施行した151例中93例（62％）は肛門管最大静止圧、肛門管随意収縮圧のどちらかもしくは双方とも健常域未満であった。これらの症例は薬物治療中に失禁が出現する可能性がありアドヒアランスの維持に注意が必要と考えられた。骨盤底筋協調運動障害では直腸圧上昇-肛門圧下降のバランスも測定する。三大疾患のうち裂肛は術前後の静止圧の変化が重要である。

Ⅲ. 直腸肛門感覚検査：便秘が主訴で検査を施行した153例中便意発現最小量、最大耐容量ともに健常であったのは35%であり、便排出障害である便意発現最小量、最大耐容量ともに大きい症例は21％であった。

Ⅳ. 治療

器質的疾患は手術も選択肢に置くが機能的疾患はバイオフィードバック療法などの理学療法を行う。

Ⅴ. 今後の課題と展望

便排出障害の診断、治療に於いて検査手技の統一、検査の簡便化、保険収載などの問題がある。

以上詳細に論じたい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科・肛門科
2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:25 | 第7会場（1F 会議室107）
ワークショップ 8　排便困難型を考慮に入れた便秘診療
司会：野明 俊裕（社会医療法人社団高野会くるめ病院）、本間 祐子（自治医科大学消化器一般移植外科）

[WS8-3] 当院における排便困難型便秘に対する診断方法と治療

*酒井 悠[1]、黒水 丈次[1]、内田 ひかり[1]、ナナー ジョージ譲時[1]、佐井 佳世[1]、渡部 晃子[1]、米本 昇平[1]、松島 小百合[1]、小菅 経子[1]、紅谷 鮎美[1]、松村 奈緒美[1]、河野 洋一[1]、宋 江楓[1]、國場 幸均[1]、下島 裕寛[1]、岡本 康介[1]、宮島 伸宜[1]、松島 誠[1] (1. 松島病院)

【背景】
慢性便秘症は排便回数減少型と排便困難型に分類されるが、排便困難型では食事・生活習慣指導や薬物療法のみでは十分な改善が得られない症例も多い。排便困難型便秘の原因となる便排出障害には、機能性便排出障害と器質性便排出障害があり、両者が複合している症例も少なくない。そのため、病態評価に基づいた診断と治療が重要である。

【対象】
2021年2月から2026年2月までに当院の排便機能外来を受診し、排便困難型便秘と診断した91例を対象とした。

【方法】
患者背景、排便状況、病態分類（機能性便排出障害、器質性便排出障害〔直腸瘤、直腸重積など〕）、検査（直腸肛門内圧検査、排便造影検査）および治療（薬物療法、排便指導、バイオフィードバック療法など）について後方視的に検討した。

【結果】
年齢中央値は71歳で、女性が63例と多かった。病態分類は機能性便排出障害が45例、器質性便排出障害が16例、両者の合併が30例であった。男性では機能性便排出障害が主体であった一方、女性では器質性便排出障害あるいはその合併例を多く認めた。直腸肛門内圧検査は66例、排便造影検査は62例に施行された。治療としては排便指導および薬物療法を中心に行い、一部症例ではバイオフィードバック療法や外科的治療を併用した。

【考察】
排便困難型便秘では、詳細な問診に加えて機能検査や形態評価を組み合わせることで病態把握が可能となり、個々の症例に応じた治療選択につながると考えられた。排便方法の改善を治療の基本とし、それに加えて便性状の調節や便意発現に対する薬物療法も必要である。長年の排便習慣の修正には難渋する症例も少なくなく、排便造影検査やバイオフィードバック療法は客観的評価および治療介入として有用と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科・肛門科
2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:25 | 第7会場（1F 会議室107）
ワークショップ８　排便困難型を考慮に入れた便秘診療
司会：野明 俊裕（社会医療法人社団高野会くるめ病院）、本間 祐子（自治医科大学消化器一般移植外科）

[WS8-4] 直腸型便秘患者に対する骨盤底筋トレーニングの効果について

*石井 正之[1]、野明 俊裕[1]、石橋 英樹[1]、白水 良征[1]、鈴木 麻未[1]、長田 和義[1]、荒木 靖三[1] (1. 高野会くるめ病院)

背景：慢性便秘患者のうち、直腸型（排出障害型）便秘患者は、経口の下剤の効果も少なく、治療が困難であることが多い。バイオフィードバック治療を中心とした行動認知療法である骨盤底筋トレーニング（以下PFT）は効果的治療のひとつとされているが、保険診療にも収載されておらず、専門施設で施行されるにとどまっている。今後、その普及に向けて、効果の程度、治療効果に影響を与える因子を明らかにする必要がある。今回、PFTの効果に影響を与える要因を、後ろ向きに調査したので報告する。
方法：当院にて2023年から2025年の間に直腸型便秘と診断されてPFTが行われ、完遂した症例51例を対象とした。治療は排便姿勢指導、バイオフィードバック、バルーンを用いた直腸感覚訓練、バルーン排出訓練からなる。Constipation Scoring System（以下CSS）を治療前後、放射線不透過マーカー法を用いた腸管輸送能検査、直腸肛門機能検査（安静時および排出時における直腸内圧と肛門管内圧、便意発現最小量）を治療前に行った。PFT前のCSSが治療後に1/2以下になった場合に臨床的な改善と定義し、それらの症例をレスポンス群、それ以外をノンレスポンス群として分類した。
結果：対象患者は、年齢の中央値74歳（24～89）、男性31例女性20例。レスポンス群15例（29%）、ノンレスポンス群36例（71%）であった。下剤服用の有無は両群間で有意差を認めなかった。腸管輸送能検査で3日目にマーカーが4割以上残っているslow transit症例では、それ以外の症例に比べてレスポンス群が少ない傾向にあったが（23%vs34%、p=0.36）、有意差は認めなかった。排出時の直腸内圧上昇幅、安静時と排出時の肛門内圧変化率、便意発現最小量についてもレスポンス群とノンレスポンス群の間で有意差を認めなかった。
結語：直腸型便秘患者に対してPFTを行い、CSSを用いた効果判定を行ったところ、約3割の患者が効果ありとされた。治療前の検査などにおいて、効果に影響を及ぼす因子は認められなかった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科・肛門科
2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:25 | 第7会場（1F 会議室107）
ワークショップ８　排便困難型を考慮に入れた便秘診療
司会：野明 俊裕（社会医療法人社団高野会くるめ病院）、本間 祐子（自治医科大学消化器一般移植外科）

[WS8-5] 便排出困難型便秘症の診療

*伊禮 靖苗[1]、髙野 正太[1]、辻 順行[1] (1. 大腸肛門病センター高野病院大腸肛門機能科)

Obstructed Defecation Syndrome (ODS)は排便に時間を要する、排便困難感、残便感といった症状を呈する病態で、当院では、器質性と機能性に分けて考慮している。器質性には直腸瘤または直腸膣壁弛緩や直腸重積などが含まれ、機能性には排便動作時の奇異性収縮や不適切な骨盤底弛緩、不適切な腹圧低下といった排便動作の協調運動がうまくいかないタイプと直腸肛門の感覚異常を伴うタイプがある。しかし実臨床では、器質性機能性は混在しており、診療は同様に進め、保存療法を優先している。診療ではまず既往、症状よりODSを推測する。直腸肛門指診を行い、直腸内の便貯留有無、直腸瘤の有無と肛門の筋力、骨盤の動きを確認する。肛門鏡検査では直腸粘膜脱などの合併疾患を確認する。精密検査においては腸管通過時間検査におけるマーカーの直腸内停滞、直腸肛門機能検査におけるバルーン排出検査、直腸肛門内圧検査による排出圧パターン、直腸肛門感覚検査を確認する。また排便造影検査を行い、排便時の姿勢の確認、治療有効性の確認、器質性の重症度も評価する。治療においてはまず便性や排便タイミング安定のための食生活指導、必要に応じて薬物療法を実施し、バルーンを用いた排出訓練を推奨している。排出訓練においては排便造影検査結果を患者本人に認識していただき、詳細に指導する。排便造影検査で排出は良好なものの、直腸感覚異常（直腸が過敏）なタイプには直腸感覚検査を応用したバルーンを利用した減感作療法、脛骨神経刺激療法を実施している。脊髄疾患に関しては逆行性洗腸療法を考慮する。上記の治療でも十分な排出が得られないODSに関しては手術療法を提案する。以前は人工肛門の選択肢が考えられたが、選択肢は広がっている。直腸瘤、重積に関しては排便造影検査の重症度タイプ分類から術式を選択している。奇異性収縮型には恥骨直腸筋切開を考慮する。仙骨神経刺激療法の適応に関しては便失禁、尿失禁を合併する症例に関して考慮する。盲腸瘻による順行性洗腸も有用である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科・肛門科
2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:25 | 第7会場（1F 会議室107）
ワークショップ 8　排便困難型を考慮に入れた便秘診療
司会：野明 俊裕（社会医療法人社団高野会くるめ病院）、本間 祐子（自治医科大学消化器一般移植外科）

[WS8-6] 排便困難型便秘症に対する外科外来主導の病態別診療―器質性・機能性・排便強迫症状への包括的対応―

*岡本 亮[1]、松木 豪志[1]、一瀬 規子[1]、中島 隆善[1]、仲本 嘉彦[1]、栁 秀憲[1] (1. 医療法人信和会明和病院)

【目的】当院の排便機能外来は外科主導で行っており、主訴を肛門疾患として受診する便秘患者も多い。訴えは「便が出ない」だけでなく、直腸瘤・直腸重積などの器質的便排出障害、骨盤底筋協調運動障害などの機能性便排出障害、さらに直腸内に排出すべき便を認めないにもかかわらず残便感や頻回排便行為を反復する排便強迫症状が混在する。当院排便機能外来における排便困難型便秘症の病態別診療と地域連携を報告する。【対象と方法】専門外来を受診した便秘症例を、問診、排便日誌、直腸肛門内圧検査、排便造影検査等により排便回数減少型、機能性便排出障害、器質的便排出障害、排便強迫症状に分類した。器質的便排出障害には直腸脱・直腸瘤・直腸重積等の病態に応じて手術適応を検討し、機能性便排出障害にはバイオフィードバック療法外来での排便姿勢指導、骨盤底筋群体操、バルーン排出訓練を行った。また特に短期での症状改善を目指す患者は近隣の消化器科病院と連携し短期入院も含め治療に当たった。治療抵抗例や過剰な残便感・便意へのとらわれを伴う症例では、病態を見える化したうえで認知行動療法、マインドフルネス、必要時SSRI等の薬物療法を併用し、看護師・リハビリスタッフと連携診療に当たった。【結果】当院便秘症患者では排便困難型が比較的高率で、過去検討では便秘症例の38%を占めた。排便困難型の内訳は機能性47%、器質性37%、排便強迫症状16%であった。外来全体では薬物療法のみ56%、バイオフィードバック療法29%、手術9%であった。公認心理師の資格取得後、認知行動療法などの心理療法での介入を行った30例では、便排出障害・LARSには全例BF療法を併施し、便排出障害・排便強迫症状の約30%でSSRI等を使用した。身体的治療との併用のため単独効果判定には限界があるが、45%で明らかな症状改善を認めた。【結語】排便困難型便秘では、排便造影を軸に器質性・機能性・排便強迫を分けることが治療選択に直結する。外科外来で遭遇する薬物療法抵抗例に対して、手術、バイオフィードバック療法、地域連携、心理的介入を病態に応じて組み合わせることは、排便困難型便秘診療を考える上で有用な視点と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 15:10 | 第7会場（1F 会議室107）

ワークショップ９　便失禁診療ガイドライン発刊がもたらした便失禁診療・ケアの変化

司会：佐藤 正美（東京慈恵会医科大学医学部看護学科）、味村 俊樹（自治医科大学消化器一般移植外科）

[WS9-1] 便失禁患者における皮膚障害の予防とケア：WOCの視点を踏まえた実践的提案

*磯上 由美[1] (1. フリーランスWOCナース)

[WS9-2] 皮膚・排泄ケア認定看護師として便失禁診療ガイドラインを基盤に実践する専門的スキンケア

*江川 安紀子[1]、佐藤 正美[2]、荒木 しのぶ[3]、今泉 郷子[4]、榎本 浩也[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] (1. 東京慈恵会医科大学附属病院、2. 東京慈恵会医科大学医学部看護学科、3. 川崎医科大学附属病院看護部、4. 東海大学医学部看護学科、5. 国際医療福祉大学那須医療センター、6. 川崎医療短期大学看護学科、7. 幸樹会おゆみのクリニック、8. 国際医療福祉大学小田原保健医療学部看護学科、9. 東京慈恵会医科大学大学院、10. 北里大学病院看護部、11. 川崎医療短期大学看護学科、12. 国立がん研究センター中央病院看護部)

[WS9-3] 便失禁専門外来における過去20年間の薬物療法の変化

*安部 達也[1]、太田 盛道[1]、渡邉 賢二[1]、鉢呂 芳一[1]、小原 啓[1]、國本 正雄[1]、村上 雅則[2] (1. くにもと病院肛門科、2. くにもと病院消化器内科)

[WS9-4] 便失禁診療ガイドラインとともに発展する経肛門的洗腸療法 〜長期成績から見えてくる今後の展望〜

*本間 祐子[1,2]、味村 俊樹[2]、篠原 翔一[2]、利府 数馬[2]、太白 健一[2]、東條 峰之[2]、伊藤 誉[2]、山下 裕玄[2]、山口 博紀[2] (1. 牧田総合病院肛門病センター、2. 自治医科大学消化器一般移植外科)

[WS9-5] 便失禁診療ガイドラインにおける会陰体再建術の位置付け：分娩後会陰体損傷42例の治療成績

*村上 耕一郎[1]、水黒 知行[1] (1. 総心会長岡京病院外科)

[WS9-6] 便失禁に対する仙骨神経刺激療法の治療成績と試験刺激の予測的役割

*勝野 秀稔[1]、遠藤 智美[1]、諸原 浩二[1]、柴崎 晋[1]、中村 謙一[1]、松尾 一勲[1]、辻村 和紀[1]、川瀬 貴久[1]、小出 哲也[1]、今中 孝[1]、加藤 悠太郎[1]、守瀬 善一[1] (1. 藤田医科大学岡崎医療センター外科)

[WS9-7] 仙骨神経刺激療法治療の現状と課題

*伊禮 靖苗[1]、髙野 正太[1] (1. 大腸肛門病センター高野病院大腸肛門機能科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 15:10 | 第7会場（1F 会議室107）

ワークショップ９　便失禁診療ガイドライン発刊がもたらした便失禁診療・ケアの変化

司会：佐藤 正美（東京慈恵会医科大学医学部看護学科）、味村 俊樹（自治医科大学消化器一般移植外科）

[WS9-1] 便失禁患者における皮膚障害の予防とケア：WOCの視点を踏まえた実践的提案

*磯上 由美[1] (1. フリーランスWOCナース)

便失禁に伴う皮膚障害は、痛みを伴い患者の生活の質を大きく損なうだけでなく、感染リスクやケア負担の増大にもつながる課題である。便失禁診療ガイドライン2024では、失禁関連皮膚炎（IAD）が新たに詳細化され、予防と治療の基本的な考え方が整理された。こうした背景から、皮膚障害への適切な介入は、便失禁診療においてより重要性を増している。
一方で、WOCナースが常駐しない医療機関や介護施設では、皮膚障害の初期対応を医師が担う場面も少なくない。皮膚ケアは専門性の高い領域ではあるが、基本的な予防ケアや早期治療のポイントは、医師が把握しておくことで診療の質向上に寄与できる。本演題では、WOCとして経験した症例をもとに、日常診療で活用しやすい皮膚障害ケアの基本的視点を共有したい。
便失禁に関連する皮膚障害は、皮膚バリアの脆弱化、便中酵素による刺激、湿潤環境の持続など複数の要因が重なって発生する。予防の基本は、皮膚のpHを保ちながら刺激を最小限にする洗浄と保護であり、弱酸性洗浄剤の使用や擦らない洗浄、適切な保護膜の選択など、比較的シンプルな介入でも効果が期待できる。また、食事や薬剤での便性状の調整は皮膚障害の改善に直結し、医師の治療介入とケアの連携が重要となる。
本演題では、ガイドライン2024の視点を踏まえつつ、皮膚障害ケアの基本的ポイントを整理し、LARSなど多様な便失禁病態における皮膚ケアの視点についても共有したい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 15:10 | 第7会場（1F 会議室107）
ワークショップ９　便失禁診療ガイドライン発刊がもたらした便失禁診療・ケアの変化
司会：佐藤 正美（東京慈恵会医科大学医学部看護学科）、味村 俊樹（自治医科大学消化器一般移植外科）

[WS9-2] 皮膚・排泄ケア認定看護師として便失禁診療ガイドラインを基盤に実践する専門的スキンケア

*江川 安紀子[1]、佐藤 正美[2]、荒木 しのぶ[3]、今泉 郷子[4]、榎本 浩也[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] (1. 東京慈恵会医科大学附属病院、2. 東京慈恵会医科大学医学部看護学科、3. 川崎医科大学附属病院看護部、4. 東海大学医学部看護学科、5. 国際医療福祉大学那須医療センター、6. 川崎医療短期大学看護学科、7. 幸樹会おゆみのクリニック、8. 国際医療福祉大学小田原保健医療学部看護学科、9. 東京慈恵会医科大学大学院、10. 北里大学病院看護部、11. 川崎医療短期大学看護学科、12. 国立がん研究センター中央病院看護部)

【はじめに】

　皮膚・排泄ケア認定看護師(WOCN)はWound, Ostomy, in Continence領域における高度看護実践者である。そのため便失禁保存療法において生活に合わせた排泄管理と失禁関連皮膚炎(IAD)に対する専門的スキンケアは重要な役割である。

【IADの実態把握】

IADの有病率は5.6%～50%と報告の幅が広く、失禁の理由も皮膚炎も様々であり正確な現状把握が難しい。当院では入院患者は治療に伴う一過性の排便状況不良や失禁によるIADで、便性調整とスキンケアで速やかに改善することが多い。外来患者は直腸がん術後の低位前方切除後症候群(LARS)か小児の肛門形成後が多くを占めるが、全体像は不明である。

実態把握が難しいが、一つの事実として直腸がん術後のIADに関し7施設で実施した自記式質問票調査および診療録調査の結果を報告する。(本学倫理理員会承認番号：35-093 11718）対象は研究に同意を得た直腸がん肛門温存術後5年以内の方で、分析対象はn＝373、平均年齢65.4歳、術後経過の中央値24.0ヶ月、一時的ストーマ造設割合は38.6であった 。LARSスコアは重症55.2%、軽症27.1%で、Wexnerスコアは0～5点良好57.6%、6～10点やや不良30.3%、11～16点不良が11.3%であった。

IADありが326(87.3%)、なし47(12.6%)で直腸がん術後は85%以上にIADがあることが明らかになった。LARS重症度はIADあり（軽症95、重症168）、IADなし（軽症10、重症34）でIADなし群に重症LARSが有意に多かった(p=0.003)。

【ガイドラインを基盤にしたケア】

身体変化や治療による一過性のIADから慢性的なもの、直腸がん術後までケア対象は多く、便失禁によるIADケアを幅広く提供する必要がある。その基本であるスキンケアにおいて、弱酸性洗浄剤使用は便失禁診療ガイドライン2024年版においてもエビデンスレベル、推奨度共に高い。その中でさらにWOCNは洗浄剤の特徴やスキンケアに関わる不織布、皮膚皮膜剤も含めて選択し、IAD改善、疼痛緩和、下着汚れ改善、ケア回数の減少などの効果が得られているため、ケアの実際について症例を提示し報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 15:10 | 第7会場（1F 会議室107）

ワークショップ９　便失禁診療ガイドライン発刊がもたらした便失禁診療・ケアの変化

司会：佐藤 正美（東京慈恵会医科大学医学部看護学科）、味村 俊樹（自治医科大学消化器一般移植外科）

[WS9-3] 便失禁専門外来における過去20年間の薬物療法の変化

*安部 達也[1]、太田 盛道[1]、渡邉 賢二[1]、鉢呂 芳一[1]、小原 啓[1]、國本 正雄[1]、村上 雅則[2] (1. くにもと病院肛門科、2. くにもと病院消化器内科)

【背景】尿失禁の患者の多くは泌尿器科を受診するが，便失禁に特化した診療科は存在しないため，便失禁に悩む患者は，内科，消化器科，肛門科，婦人科などを受診することになる．当院の肛門科には，便失禁を訴える患者が多く訪れるため，2005年に国内初の便失禁専門外来を開設した．

【目的】便失禁は便性が緩く，排便回数が多いほど起こりやすい．また，便失禁患者の3分の1は肛門内圧が正常であり，その多くは便秘を併発しているとされる．したがって，食物繊維や増粘剤を用いた便性の改善や，薬物療法による下痢や便秘の解消は，便失禁症状を緩和するのに有効である．そこで，当院の便失禁外来における過去20年間の薬物療法について検討した．

【方法】ブリストル便形状スケールが5–7の症例に対しては，便性を硬化させる効果を有する薬剤を，下痢型過敏性腸症候群や直腸知覚過敏に伴う切迫性便失禁に対してはラモセトロン塩酸塩を，排便後の漏出性便失禁に対しては，便排出を促進して直腸を空虚化させる薬剤を，直腸便塞栓に伴う溢流性便失禁に対しては，塞栓解除後の維持療法としてポリエチレングリコールを（2018年以降），それぞれ投与した．

【結果】2005年当時の海外のガイドラインでは，便失禁に対する薬物療法として，ロペラミドやリン酸コデインなどの止瀉薬の使用が推奨されていた．一方，本邦では便失禁に対するポリカルボフィルカルシウム（CP）の有効性が，複数の施設から報告されていた．CPは下痢だけでなく，便秘にも効果が期待できるため，当院でも多くの症例にCPを適用した．便排出障害や直腸知覚低下に伴う漏出性便失禁に対しては，大建中湯を適用するケースが多い．2017年に便失禁診療ガイドラインが発刊され，ロペラミドの詳細な投与法が提案されてからは，ロペラミドの使用頻度が増加した．また，CPが生産中止になって以降は，ラモセトロンがCPの代替として十分な役割を担っている．

【結語】便失禁の最大のリスク因子は男女ともに軟便・水様便であり，便失禁の治療において便性の適正化は極めて重要である．当院の20年にわたる経験に基づき，便失禁症状の多くは，適切な薬物療法によって緩和できると考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 15:10 | 第7会場（1F 会議室107）
ワークショップ９　便失禁診療ガイドライン発刊がもたらした便失禁診療・ケアの変化
司会：佐藤 正美（東京慈恵会医科大学医学部看護学科）、味村 俊樹（自治医科大学消化器一般移植外科）

[WS9-4] 便失禁診療ガイドラインとともに発展する経肛門的洗腸療法 〜長期成績から見えてくる今後の展望〜

*本間 祐子[1,2]、味村 俊樹[2]、篠原 翔一[2]、利府 数馬[2]、太白 健一[2]、東條 峰之[2]、伊藤 誉[2]、山下 裕玄[2]、山口 博紀[2] (1. 牧田総合病院肛門病センター、2. 自治医科大学消化器一般移植外科)

【緒言】経肛門的洗腸療法(transanal irrigation:TAI)は,便失禁診療ガイドライン初版発刊の2017年には保険未収載であったが,2018年に脊髄障害を原因とする難治性排便障害(neurogenic bowel dysfunction: NBD)に対して指導管理料が保険収載され,その後に材料加算追加などで発展してきた.当院では2018年からTAIをNBDは保険診療下で,直腸手術後の難治性排便障害は臨床研究下で実施している.
【目的】当院におけるTAIの治療効果と長期成績を検討する.
【方法】2018年5月-2026年4月に便失禁を主訴にTAIを施行した患者を対象とした.治療効果は,10週以降もTAIを継続した割合を治療成功率とし,排便管理に関する満足度(最悪0点-最良10点) と症状を検討した.症状は,NBD患者はNBDスコア(最良0点-最悪47点),直腸手術後患者は低位前方切除後症候群(low anterior resection syndrome: LARS)に特異的なLARSスコア(最良0点-最悪42点)で評価した.長期成績は1年以上TAIを継続した者を対象とし,洗腸前と最終スコア取得時(長期スコア)で比較した.
【結果】対象患者は16名[男10名,TAI導入時年齢中央値51.5歳(範囲:21-79歳)]で,NBD6名と直腸手術後10名(LARS8名,Hirschsprung病術後1名,鎖肛術後1名)であった.なお直腸手術後群には2017年に他院臨床研究下でTAIを導入し,主治医異動に伴い当院で診療継続している3名を含む.10週以降もTAIを継続したのは14名(成功率87.5%)で,1年以上TAIを継続したのは13名(81.3%),TAI継続期間中央値は31ヶ月(0.7-112.6ヶ月)であった.NBDスコア中央値(n=6)は洗腸前27点→10週目15点と有意に改善し(p=0.03),長期スコア(n=4)も13点と改善を維持していた(p=0.3).LARSスコア中央値(n=8)は洗腸前37点→10週目33.5点と若干改善し(p=0.1),長期スコア(n=6)は27点とさらに改善していた(p=0.6).排便に関する満足度(n=15)は洗腸前0.3点→10週目8点と有意に改善し(p=0.0001),長期スコア(n=13)も8.5点と有意に改善を維持していた(p=0.0002).全例で有害事象発生はなかった.
【結語】難治性便失禁に対するTAIの成功率は87.5%で,長期成績での継続率も81.3%であった.症状スコアの改善は有意ではなかったが,排便管理に関する満足度は長期的にも有意に改善していた.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 15:10 | 第7会場（1F 会議室107）
ワークショップ９　便失禁診療ガイドライン発刊がもたらした便失禁診療・ケアの変化
司会：佐藤 正美（東京慈恵会医科大学医学部看護学科）、味村 俊樹（自治医科大学消化器一般移植外科）

[WS9-5] 便失禁診療ガイドラインにおける会陰体再建術の位置付け：分娩後会陰体損傷42例の治療成績

*村上 耕一郎[1]、水黒 知行[1] (1. 総心会長岡京病院外科)

【目的】便失禁診療ガイドライン2024年版ではSNMおよび括約筋形成術が外科治療の第一選択として推奨されているが,従来のオーバーラップ法は損傷した括約筋のみを重層縫合するものであり,外肛門括約筋・球海綿体筋・浅会陰横筋が収束する結合組織の集積部（会陰体）の構造的欠損には対応できていない。さらにガイドラインでは分娩後会陰体損傷に起因する便失禁が十分に分類されていない。会陰体再建術は会陰体そのものを修復する括約筋再建の上位概念の術式として現行ガイドラインの治療ギャップを埋めうる。本研究では分娩後会陰体損傷を3病型に分類し,会陰体再建術の病型別治療成績を評価した。【方法】2022年7月から2025年12月に当院で会陰体再建術を施行した連続42例を後方視的に解析した。病型1（直腸膣瘻,n=20）,病型2（孤立性括約筋機能不全,n=14）,病型3（総排泄腔様変形,n=8）に分類した。臨床的改善をWexnerスコア4点以上の低下,完全寛解をWexner=0と定義した。8例は他院での便失禁手術既往があるが成功していない。本研究は施設外の倫理委員会で認可された。【結果】術前Wexnerスコアは3群間で有意差なく（11.4±4.7,p=0.96）,術後3.4±4.3へ有意に改善した（p<0.001,Cohen’s d=1.92）。臨床的改善率は95.2%（40/42）,完全寛解率50.0%。病型別術後Wexnerスコアに有意差を認め（Kruskal-Wallis p=0.010）,病型1:改善率100%・完全寛解率75.0%,病型2:85.7%,病型3:改善率100%・完全寛解率37.5%。追跡期間中央値19.8カ月,再手術・人工肛門・死亡なし。他院で人工肛門造設を推奨された4例全例で造設を回避した。【結語】会陰体再建術はガイドライン推奨治療では対応できない会陰体の構造的欠損を直接修復することで,95.2%の臨床的改善率と全例での人工肛門回避を達成した。他院手術既往例を含む難治症例においても有効であり,SNMや括約筋形成術と並ぶ新たな外科的選択肢としてガイドラインへの位置づけが求められる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 15:10 | 第7会場（1F 会議室107）

ワークショップ９　便失禁診療ガイドライン発刊がもたらした便失禁診療・ケアの変化

司会：佐藤 正美（東京慈恵会医科大学医学部看護学科）、味村 俊樹（自治医科大学消化器一般移植外科）

[WS9-6] 便失禁に対する仙骨神経刺激療法の治療成績と試験刺激の予測的役割

*勝野 秀稔[1]、遠藤 智美[1]、諸原 浩二[1]、柴崎 晋[1]、中村 謙一[1]、松尾 一勲[1]、辻村 和紀[1]、川瀬 貴久[1]、小出 哲也[1]、今中 孝[1]、加藤 悠太郎[1]、守瀬 善一[1] (1. 藤田医科大学岡崎医療センター外科)

【背景】2014年の仙骨神経刺激療法（Sacral Neuromodulation: SNM）の保険収載および便失禁診療ガイドラインの発刊により、便失禁に対する外科治療の選択肢が明確化された。一方で、本邦における実臨床データは依然として限定的であり、治療効果の予測に関する知見も十分ではない。そこで、当院におけるSNMの短期成績を評価するとともに、試験刺激期の症状改善が治療効果を予測し得るかを検討した。

【方法】2014年から2024年にSNMを施行した便失禁患者34例を対象とし、前向きに収集したデータを後方視的に解析した。全例に対し2週間の試験刺激（Stage 1）を行い、症状改善が得られた症例を中心に永久植込（Stage 2）へ移行した。評価項目として、週単位の失禁回数、重症度スコアのCCFIS(Cleveland Clinic Florida Fecal Incontinence Score)およびFISI(Fecal Incontinence Severity Index)、QOLスコアのJFIQL(Japanese Fecal Incontinence Quality of Life Scale)を用い、肛門内圧検査による最大静止圧および最大随意収縮圧を測定した。12か月後における失禁回数の50%以上減少を治療成功と定義し、試験刺激期における改善率との関連をROC解析(receiver operating characteristic)により評価した。

【結果】32例（94.1%）が植込へ移行し、30例において術後12か月の評価が可能であった。週単位の失禁回数は7.5回から3.0回へ減少し、CCFISは15から9、FISIは36.5から22.5へ改善し、JFIQLも2.02から2.53へ改善した。治療成功率は66.7%であった。最大随意収縮圧は上昇したが、最大静止圧に有意な変化は認めなかった。試験刺激期の改善率は治療成功を予測した（AUC 0.663）。

【結語】SNMは症状およびQOLの改善に寄与する安全かつ有効な外科治療である。試験刺激期の改善率は治療効果の指標となるが、50%未満であっても良好な転帰が得られる症例があり、単一の数値基準に依存しない総合的評価が重要である。ガイドラインの普及により適切な患者選択と治療導入が進む中、今後は長期成績の蓄積が求められる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 15:10 | 第7会場（1F 会議室107）
ワークショップ９　便失禁診療ガイドライン発刊がもたらした便失禁診療・ケアの変化
司会：佐藤 正美（東京慈恵会医科大学医学部看護学科）、味村 俊樹（自治医科大学消化器一般移植外科）

[WS9-7] 仙骨神経刺激療法治療の現状と課題

*伊禮 靖苗[1]、髙野 正太[1] (1. 大腸肛門病センター高野病院大腸肛門機能科)

目的

仙骨神経刺激療法（sacral neuromoduration:SNM）は便失禁における標準的外科治療の第一選択として括約筋形成術と同等の位置付けであるが、可逆性が特徴である。当院では2015年に治療導入しているが、保存的治療で軽快する症例の割合が多いのが特徴である。当院におけるSNMの現状と課題を検討した。

方法

患者の情報を後方視的に収集した。埋め込み日、術後合併症、術前後の1週間の便失禁回数、Cleveland Clinic Fecal Incontinence Score(CCFIS)、Fecal Incontinence Severity Index(FISI)、直腸肛門機能検査（最大静止圧、最大収縮圧、肛門電気感覚、直腸感覚検査）、抜去日を確認した。

結果

2015年６月から2024年５月の期間に便失禁を主訴に含み外来を受診したのは2269人で、同期間、括約筋形成は８例に施行され、SNMリード挿入は42例に施行された。刺激装置挿入された38例を検討した。便失禁性状は切迫性5、漏出性20、混合性13例に認めた。尿失禁は17例に認めた。前治療として全例に理学療法、30例に低周波電気刺激療法を施行した。排便回数は術前後で有意な変化は認めなかったが1週間便失禁回数は術前13.7±24.7回から術後8.5±20.8回へ低下した（p=0.005）。20 例（52.6%)で1週間の便失禁回数が半減以下に低下した。CCFISは12.6±4.7から10.9±6.2へ低下（p=0.017）、FISIは24.1±15.5から12.6±4.7へ低下（p=0.023）した。直腸肛門機能検査所見に有意な変化は認めなかった。尿失禁は回答得られた13例中４例で尿失禁回数の減少を認めた。合併症は8例に認め、５例が創感染、１例は挿入部疼痛、1例は充電式装置における火傷、１例は腰部～下肢の疼痛であった。創感染は試験刺激期間を２週間としていた導入初期に多く見られ、改善策を立てた。17例で刺激装置抜去しており８例は合併症のため、４例で改善、３例効果なしないし、悪化、２例MRI要するためであった。改善し抜去に至るまでは平均46.5ヶ月であった。

結論

刺激中止後も有効性持続した症例では抜去希望する例も見られた。可逆性のある外科治療と言えるが、長期に使用することで治療効果は継続性があった。今後術後疼痛や火傷等の合併症の対策が急務である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科・肛門科

2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:50 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

ワークショップ 10　LARS診療における課題と展望（予防と治療を含む）

司会：幸田 圭史（大網白里市立　国保大網病院）、西澤 祐吏（国立がん研究センター東病院 大腸外科）

[WS10-1] 術後早期LARSに基づく長期排便機能の層別化と介入戦略：超低位括約筋温存手術症例の縦断解析

*秋月 恵美[1,2]、奥谷 浩一[2]、藤野 紘貴[2]、豊田 真帆[2]、岡本 行平[2]、石井 雅之[2]、西舘 敏彦[2]、穴澤 貴行[2]、井 翔一郎[1]、佐藤 綾[1]、鈴木 崇史[1]、西尾 昭彦[1]、石山 勇司[1]、石山 元太郎[1] (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学分野)

[WS10-2] 低位前方切除術後症候群を予測することは可能か？

*伊禮 靖苗[1]、髙野 正太[1]、鈴木 健太[1]、水上 亮佑[1]、新井 貴大[1]、米村 圭介[1]、田中 正文[1]、福永 光子[1]、佐伯 泰愼[1]、山田 一隆[1] (1. 大腸肛門病センター高野病院　大腸肛門機能科)

[WS10-3] 外肛門括約筋の筋質・筋量統合指標と肛門機能との関連についての検討

*岩瀬 友哉[1]、美甘 麻裕[1]、杉原 守[1]、高木 徹[1]、立田 協太[1]、杉山 洸裕[1]、赤井 俊也[1]、深澤 貴子[2]、竹内 裕也[1] (1. 浜松医科大学外科学第二講座、2. 磐田市立総合病院外科)

[WS10-4] 直腸癌術後排便障害における神経温存の再考：肛門挙筋神経の解剖学的検討とSihler染色による予備的解析

*坂本 純一[1,2]、山梨 高広[1]、助川 浩士[3]、横田 和子[1]、小嶌 慶太[1]、横井 圭悟[1]、田中 俊道[1]、三浦 啓壽[1]、佐藤 武郎[4]、内藤 剛[1]、小川 元之[2] (1. 北里大学医学部下部消化管外科学、2. 北里大学医学部解剖学、3. 北里大学医学部付属医学教育研究開発センター臨床解剖教育研究部門、4. 北里大学医学部付属医学教育研究開発センター医療技術教育研究部門)

[WS10-5] TaTME低位吻合におけるSSTの有用性：人工肛門再造設リスク低減効果の検討

*川崎 千瑛[1]、佐々木 将磨[1]、山東 雅紀[1]、長谷川 寛[1]、池田 公治[1]、西澤 祐吏[1]、塚田 祐一郎[1]、伊藤 雅昭[1] (1. 国立がん研究センター東病院大腸外科)

[WS10-6] 重症LARS患者におけるセルフケア能力が精神的苦痛とQOLに与える影響

*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]、中野 祥江[9]、深井 喜代子[10]、松原 康美[11]、三宅 映子[6]、柳 朝子[9] (1. 国際医療福祉大学那須医療センター消化器外科、2. 東京慈恵会医科大学医学部看護学科、3. 川崎医科大学附属病院看護部、4. 東海大学医学部看護学科、5. 東京慈恵会医科大学附属病院看護部、6. 川崎医療短期大学看護学科、7. 幸樹会おゆみのクリニック、8. 国際医療福祉大学小田原保健医療学部看護学科、9. 国立がん研究センター中央病院看護部、10. 東京慈恵会医科大学大学院、11. 北里大学病院看護部)

[WS10-7] 低位前方切除後症候群の診療・ケアのための人材育成を目指して ～ストーマ・排泄リハビリテーション講習会 「新リーダーシップ講習会」の取り組み～

*本間 祐子[1,2]、秋月 恵美[3]、井上 透[4]、小嶋 幸一郎[5]、高橋 賢一[6]、西澤 祐吏[7]、船橋 公彦[8]、味村 俊樹[2]、矢野 雷太[9]、松浦 信子[10]、山本 由利子[11]、上川 禎則[12]、衛藤 謙[13]、板橋 道朗[14] (1. 牧田総合病院肛門病センター、2. 自治医科大学消化器一般移植外科、3. 札幌いしやま病院肛門科、4. 守口生野記念病院外科、5. 杏林大学下部消化管外科、6. 東北労災病院大腸肛門外科、7. 国立がん研究センター東病院大腸外科、8. 横浜総合病院消化器外科、9. 広島記念病院外科、10. がん研究会有明病院看護部、11. 訪問看護ステーションなごみ、12. 大阪市立総合医療センター泌尿器科、13. 東京慈恵会医科大学消化管外科、14. 埼玉県済生会加須病院外科)

[WS10-8] LARSはどこで診るべきか？―地域クリニックにおける介入モデルと医療連携の構築―

*錦織 英知[1] (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)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科・肛門科
2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:50 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
ワークショップ 10　LARS診療における課題と展望（予防と治療を含む）
司会：幸田 圭史（大網白里市立　国保大網病院）、西澤 祐吏（国立がん研究センター東病院 大腸外科）

[WS10-1] 術後早期LARSに基づく長期排便機能の層別化と介入戦略：超低位括約筋温存手術症例の縦断解析

*秋月 恵美[1,2]、奥谷 浩一[2]、藤野 紘貴[2]、豊田 真帆[2]、岡本 行平[2]、石井 雅之[2]、西舘 敏彦[2]、穴澤 貴行[2]、井 翔一郎[1]、佐藤 綾[1]、鈴木 崇史[1]、西尾 昭彦[1]、石山 勇司[1]、石山 元太郎[1] (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学分野)

【背景】
超低位括約筋温存手術の普及により肛門温存症例は増加しているが、低位前方切除後症候群（LARS）は術後QOLに大きく影響する重要な問題であり、近年は単なる術後後遺症ではなく、適切な評価と治療介入を要する病態として認識されつつある。一方で、LARSに対する標準化された評価や適切な介入戦略は十分に確立されていない。さらに、LARSは時間経過とともに変化し個人差も大きいため、回復過程と長期予後の関連、特に術後早期評価の臨床的意義は十分に明らかでない。
【目的】
ストマ閉鎖後早期のLARS重症度が長期排便機能の層別化に有用であるかを検証するとともに、臨床的介入判断の指標となり得るかを検討する。
【方法】
2017–2023年に下部直腸癌に対して経肛門手技を用いた超低位括約筋温存手術（ISRおよびULAR）を施行し、ストマ閉鎖後のLARS score評価が可能であった137例を対象とした。3か月LARS scoreと18か月、36か月の関連をSpearman相関および線形回帰で解析した。また18か月および36か月のmajor LARSを目的変数としたロジスティック回帰およびROC解析を行った。さらに3か月LARS scoreにより0–29、30–34、35–42の3群に分類し長期経過を比較した。
【結果】
3か月LARS scoreは18か月（$\rho=0.671$, $p<0.001$）および36か月（$\rho=0.643$, $p<0.001$）と有意に相関した。線形回帰では3か月スコアは18か月（$R^2=0.458$）および36か月（$R^2=0.429$）を有意に予測した。18か月major LARSに対するROC解析ではAUC=0.856と高い識別能を示し、カットオフ35点で感度83.1%、特異度72.5%であった。群別解析では、3か月高スコア群は長期にわたり高値が持続し、低スコア群は経時的改善を示した。
【結語】
術後3か月時点のLARS scoreは長期経過を見据えたリスク評価として有用であり、35点以上の症例では長期に高スコアが持続する傾向を示した。これらの症例では経過観察にとどめず、専門的LARS診療が可能な施設への紹介を含めた早期介入を検討すべきである。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科・肛門科
2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:50 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
ワークショップ 10　LARS診療における課題と展望（予防と治療を含む）
司会：幸田 圭史（大網白里市立　国保大網病院）、西澤 祐吏（国立がん研究センター東病院 大腸外科）

[WS10-2] 低位前方切除術後症候群を予測することは可能か？

*伊禮 靖苗[1]、髙野 正太[1]、鈴木 健太[1]、水上 亮佑[1]、新井 貴大[1]、米村 圭介[1]、田中 正文[1]、福永 光子[1]、佐伯 泰愼[1]、山田 一隆[1] (1. 大腸肛門病センター高野病院　大腸肛門機能科)

目的：低位前方切除術後症候群（LARS）の周術期リスクを検討する。
背景：当院のLARSの治療アルゴリズムを示す。括約筋間直腸切除術(ISR)を施行された症例は全例、根治術後3週間経過後に肛門を閉めるバイオフィードバック療法を行い、自己トレーニングを推奨する。有症状者には、加えて生活習慣指導、薬物療法を実施し、不十分な際に低周波電気刺激療法を実施する。それでも不十分な際に術後2年以上経過した症例には仙骨神経刺激療法を適応としている。しかしながら、最終的に人工肛門を選択するケースもあり、LARS予測が可能であれば術前情報提供として有用と考えられる。
方法：2020年から2024年において直腸癌に対する肛門温存術式のうち肛門挙筋上縁以下での切離断端となった79例のうち、術前、１年後または一時的人工肛門閉鎖後に排便に関する問診が得られた56例を対象とした。問診及び便秘便失禁スコアよりLARSの症状（①Altered stool consistency ②Increased stool frequency ③Repeated painful stools ④Emptying difficulties ⑤Urgency ⑥Incontinence ⑦Soiling）（*Dis Colon Rectum*, 63:274-284）を抽出し、患者背景、腫瘍因子、手術因子、術後因子、周術期直腸肛門機能検査（肛門内圧、肛門電気感覚）との関連を検討した。56例中12例はISR症例、44例が低位前方切除（LAR）症例であった。結果：４例に集学的治療介入され、人工肛門に至った症例は３例で全例ISR群であった。患者背景のうち、65歳未満は⑤、脳神経疾患の既往は③、憩室は⑥に関連していた。手術因子に関して、吻合方法（ISRまたはLAR）は②⑥⑦、非脾弯曲授動は①、自律神経の非完全温存は⑤と関連を認めた。術後便失禁スコアが高い症例は（FISIスコア13 以上）術前の肛門最大収縮圧が有意に高い傾向にあった。
結語：今回の検討では重症度ではなく、個々の症状に応じたリスク因子を確認でき、患者説明に有用な結果であった。ISR適応者には術後便失禁のリスクを十分に説明する必要がある。若年者、自律神経合併切除を要する進行癌、憩室多発、脳神経疾患の既往においてもLARSのリスク説明が望ましい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科・肛門科
2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:50 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
ワークショップ 10　LARS診療における課題と展望（予防と治療を含む）
司会：幸田 圭史（大網白里市立　国保大網病院）、西澤 祐吏（国立がん研究センター東病院 大腸外科）

[WS10-3] 外肛門括約筋の筋質・筋量統合指標と肛門機能との関連についての検討

*岩瀬 友哉[1]、美甘 麻裕[1]、杉原 守[1]、高木 徹[1]、立田 協太[1]、杉山 洸裕[1]、赤井 俊也[1]、深澤 貴子[2]、竹内 裕也[1]
(1. 浜松医科大学外科学第二講座、2. 磐田市立総合病院外科)

【背景】直腸癌患者における肛門機能評価は，排便機能障害の予測，術式選択，術後リハビリ計画の点において重要であるが、従来から行われてきた直腸肛門内圧検査は患者の心理的負担や専用機器の使用が必要な点で十分に施行できない可能性がある。近年，CTを用いた筋質・筋量評価が注目されているが、外肛門括約筋（EAS）における筋質・筋量と肛門機能，特に便失禁との関連は十分に検討されていない。
【目的】EASの筋質（IMAC），筋量（体積），および統合指標（IMAC×体積）と肛門内圧および便失禁との関連を検討し，CTによる肛門機能評価の有用性を明らかにする。
【方法】2018～2025年に直腸肛門内圧検査を施行した103例を対象とした（肛門手術既往例を除外）。術前CTよりEASのIMACおよび体積を算出し，最大静止圧（MRP），最大随意収縮圧（MSP），増加値（MSP−MRP）との関連を解析した。さらに，糖尿病既往のない症例において，術前St Mark’s scoreを用いて便失禁との関連を評価した。
【結果】IMACはMRP、MSP、増加値と負の相関を示し，体積は正の相関を認めた。統合指標（IMAC×体積）はMSPおよび増加値とより強い負の相関を示した（r＝−0.506/−0.479）。便失禁評価が可能であった38例において、ROC解析では，IMAC×体積のAUCは0.690と，IMAC単独および体積単独を上回った。さらに，便失禁陽性群ではIMAC×体積は有意に高値であった（p＝0.041）。
【結語】EASの筋質と筋量を統合したCT指標は肛門内圧を反映し，便失禁とも関連した。CTに基づく本評価法は，肛門機能を評価し得る新たな手法として，肛門内圧測定の補完指標とな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

ワークショップ | 外科・肛門科
2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:50 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
ワークショップ 10　LARS診療における課題と展望（予防と治療を含む）
司会：幸田 圭史（大網白里市立　国保大網病院）、西澤 祐吏（国立がん研究センター東病院 大腸外科）

[WS10-4] 直腸癌術後排便障害における神経温存の再考：肛門挙筋神経の解剖学的検討とSihler染色による予備的解析

*坂本 純一[1,2]、山梨 高広[1]、助川 浩士[3]、横田 和子[1]、小嶌 慶太[1]、横井 圭悟[1]、田中 俊道[1]、三浦 啓壽[1]、佐藤 武郎[4]、内藤 剛[1]、小川 元之[2] (1. 北里大学医学部下部消化管外科学、2. 北里大学医学部解剖学、3. 北里大学医学部付属医学教育研究開発センター臨床解剖教育研究部門、4. 北里大学医学部付属医学教育研究開発センター医療技術教育研究部門)

【背景】直腸癌術後の排便機能障害(LARS)は, 患者のQOLに大きな影響を及ぼす重要な課題である.　その成因は多因子的であり, 直腸の喪失や新直腸の機能不全, 骨盤神経叢の損傷の他, 肛門挙筋神経(LAN)の損傷が関与するとされる. 我々はこれまでにLANの多枝性および左右差を伴う解剖学的多様性を明らかにした. LANは骨盤底の支持および直腸肛門角の維持に関与する肛門挙筋群の支配神経で, 壁側骨盤筋膜に被覆されており, 剥離操作と密接に関係することが示唆される.
【目的】LANの解剖学的特徴および壁側骨盤筋膜内における詳細な分布を明らかにする.
【対象および方法】新鮮凍結献体およびホルマリン固定献体11体22半骨盤を用いて, LANの起始, 走行, 分布および停止を肉眼解剖により同定・追跡した. さらに予備的検討として, 2体4半骨盤に対してSihler染色を行い、有髄体性神経の筋膜内分布を可視化した.
【結果】LANは全例で同定され、54.5%の半骨盤で複数枝を認め, 90%以上で左右差を呈した. 起始はS4を主体とし, S3-S5にわたる多様なパターンを示した. また, 16.2%で骨盤正中に向かう枝を認めた. さらに, Sihler染色ではLAN主幹が壁側骨盤筋膜内に存在することが確認され, さらに骨盤筋膜腱弓に沿った連続的な神経走行が描出された.
【考察】LANは単一の構造ではなく, S4起始を主体とする解剖学的多様性を持った神経ネットワークとして存在する可能性が示された. また, 骨盤底筋を被覆する壁側骨盤筋膜は単なる支持組織でなく, 神経を内包する機能的構造であることが示唆された. したがって, 標準とされる解剖学的剥離層そのものが, 解剖学的バリエーションによっては神経損傷を生じ得る. これらの神経は大腸外科・泌尿器科・婦人科にまたがる領域横断的な術中ランドマークである骨盤筋膜腱弓周囲を含む手術操作によって損傷され得る.
【結語】LANは壁側骨盤筋膜内を走行する多様性を持った神経ネットワークを形成する. 本知見は, LARS予防を含む機能温存を志向した, より精緻な骨盤外科手術の再考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

ワークショップ | 外科・肛門科
2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:50 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
ワークショップ 10　LARS診療における課題と展望（予防と治療を含む）
司会：幸田 圭史（大網白里市立　国保大網病院）、西澤 祐吏（国立がん研究センター東病院 大腸外科）

[WS10-5] TaTME低位吻合におけるSSTの有用性：人工肛門再造設リスク低減効果の検討

*川崎 千瑛[1]、佐々木 将磨[1]、山東 雅紀[1]、長谷川 寛[1]、池田 公治[1]、西澤 祐吏[1]、塚田 祐一郎[1]、伊藤 雅昭[1] (1. 国立がん研究センター東病院大腸外科)

【背景】直腸癌術後の低位前方切除後症候群（LARS）は排便障害により患者のQOLを著しく低下させるが、その治療法は限られており、予防が重要である。LARSに対する介入の1つとして人工肛門再造設があるが、これは患者のQOLに極めて大きな影響を及ぼす不可逆的介入であり、重症機能障害を反映する臨床的に重要なアウトカムと考えられる。経肛門的全直腸間膜切除（TaTME）におけるSingle stapling technique（SST）吻合は従来の手縫い吻合と比較して肛門機能を温存する可能性が示唆されているが、その影響は十分に解明されていない。
【目的】TaTME低位吻合における吻合法と人工肛門再造設との関連を検討することで、SST吻合の機能的有用性を評価する。
【方法】2017年3月から2024年12月に腫瘍下縁が肛門縁から6cm以下のcStage I–III原発直腸癌に対し当院でTaTMEを施行した症例を対象とし、SST群と手縫い群に群別した。全例で一時的回腸人工肛門を造設し、未閉鎖例は解析から除外した。年齢、性別、吻合高、術前放射線療法の有無を因子として傾向スコアマッチング（PSM）を行った後、両群間の人工肛門閉鎖後の再造設率を累積発生関数を用いて比較した。
【結果】合計280例（SST群：161例 手縫い群：119例）が本研究に含まれ、PSMの結果、両群71例ずつが抽出された。PSM前にはSST群で男性が少なく（55.5% vs 71.5%, p=0.004）、腫瘍高（5cm vs 4cm, p<0.001）および吻合高（4cm vs 3cm, p<0.001）が高かったが、PSM後はこれらの差は見られなかった。SST群ではほぼ全例（98.6%）で手縫いによる補強吻合を追加していた。縫合不全はPSM後もSST群で有意に低率であった（1.4% vs 18.3%, p<0.001）。観察期間中央値はSST群52.6ヶ月、手縫い群61.5ヶ月であった。PSM後の人工肛門再造設はSST群1例（うちLARS関連0例）、手縫い群11例（同10例）であり、累積再造設率はSST群で有意に低かった（p=0.017）。4年再造設率はSST群1.6%に対し、手縫い群9.8%であった。
【結語】TaTME低位吻合におけるSST吻合は人工肛門再造設リスクを低減する可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科・肛門科

2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:50 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

ワークショップ 10　LARS診療における課題と展望（予防と治療を含む）

司会：幸田 圭史（大網白里市立　国保大網病院）、西澤 祐吏（国立がん研究センター東病院 大腸外科）

[WS10-6] 重症LARS患者におけるセルフケア能力が精神的苦痛とQOLに与える影響

*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]、中野 祥江[9]、深井 喜代子[10]、松原 康美[11]、三宅 映子[6]、柳 朝子[9] (1. 国際医療福祉大学那須医療センター消化器外科、2. 東京慈恵会医科大学医学部看護学科、3. 川崎医科大学附属病院看護部、4. 東海大学医学部看護学科、5. 東京慈恵会医科大学附属病院看護部、6. 川崎医療短期大学看護学科、7. 幸樹会おゆみのクリニック、8. 国際医療福祉大学小田原保健医療学部看護学科、9. 国立がん研究センター中央病院看護部、10. 東京慈恵会医科大学大学院、11. 北里大学病院看護部)

【背景】肛門温存手術の普及に伴い、低位前方切除術後症候群（Low Anterior Resection Syndrome: LARS）への対策の確立が求められている。本症候群は、予期不安や自尊心の低下といった精神的苦痛をもたらし、外出制限や社会参加の制約を通じて、長期にわたりQOLを低下させる。手術手技の向上にもかかわらず重症LARSの回避は困難であり、セルフケア能力がこれらを緩和する可能性が示唆されるが、その影響は十分に明らかでない。
【目的】重症LARSを有する患者において、セルフケア能力が精神的苦痛およびQOLに与える影響を明らかにすることを目的とした。
【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、欠損データおよび術後6ヵ月未満症例を除外し、Major LARSを呈する343例中の190例（55.4%）を解析対象とした。
【方法】Self-Care Agency Questionnaire（SCAQ）合計スコアに基づき、上位25%（高値群）および下位25%（低値群）の2群（各48例）を抽出した。両群間で背景因子、排便症状（Wexnerスコア、LARSスコア）、精神心理状態（Hospital Anxiety and Depression Scale（HADS））、QOLスコア（Ferrans and Powers Quality of Life Index Cancer Version-Ⅲ）を比較した。
【結果】背景因子に有意差は認めなかった。Wexnerスコア、LARSスコアにも差はなく、排便症状の重症度は同等であった。一方、QOLは高値群で全体および全サブスケールにおいて有意に高値を示した（すべてp<0.001）。HADS合計スコアは高値群6.9点に対し低値群10.0点と、低値群で有意に高かった（p<0.01）。さらに、低値群では男性および就労者の割合が有意に高かった（p<0.01）。
【考察】同等の排便障害重症度であっても、セルフケア能力の高い患者は精神的苦痛が少なく、高いQOLを維持していた。セルフケア能力は排便障害に伴う心理・社会的影響を緩和する因子として機能する可能性が示唆される。特に就労中の男性ではセルフケア能力が低い傾向がみられ、生活背景が自己管理や支援獲得の障壁となっている可能性が考えられた。
【結語】LARS患者のQOL向上には、患者の生活背景を踏まえた上でセルフケア能力を評価し、向上させる支援が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科・肛門科
2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:50 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
ワークショップ 10　LARS診療における課題と展望（予防と治療を含む）
司会：幸田 圭史（大網白里市立　国保大網病院）、西澤 祐吏（国立がん研究センター東病院 大腸外科）

[WS10-7] 低位前方切除後症候群の診療・ケアのための人材育成を目指して ～ストーマ・排泄リハビリテーション講習会 「新リーダーシップ講習会」の取り組み～

*本間 祐子[1,2]、秋月 恵美[3]、井上 透[4]、小嶋 幸一郎[5]、高橋 賢一[6]、西澤 祐吏[7]、船橋 公彦[8]、味村 俊樹[2]、矢野 雷太[9]、松浦 信子[10]、山本 由利子[11]、上川 禎則[12]、衛藤 謙[13]、板橋 道朗[14] (1. 牧田総合病院肛門病センター、2. 自治医科大学消化器一般移植外科、3. 札幌いしやま病院肛門科、4. 守口生野記念病院外科、5. 杏林大学下部消化管外科、6. 東北労災病院大腸肛門外科、7. 国立がん研究センター東病院大腸外科、8. 横浜総合病院消化器外科、9. 広島記念病院外科、10. がん研究会有明病院看護部、11. 訪問看護ステーションなごみ、12. 大阪市立総合医療センター泌尿器科、13. 東京慈恵会医科大学消化管外科、14. 埼玉県済生会加須病院外科)

【はじめに】低位前方切除後症候群（low anterior resection syndrome: LARS）は重症であるほど生活の質（quality of life: QOL）が低下することが知られている。特に下部直腸腫瘍は重症LARSの発生率が高いため、術前の患者説明と術後のケアおよび治療に対するサポート体制の構築が求められている。これらのサポート体制を担うリーダーを育成するため、ストーマ・排泄リハビリテーション講習会が主催する新リーダーシップ講習会の中で「下部直腸疾患に対する肛門温存術か直腸切断術を選択する際の共有意思決定（shared decision making: SDM）支援」と「LARSに対する治療とケア」をテーマに講義とグループワーク（本講習会）を行っている。
【目的】本講習会の実際について報告する。
【講習会概要】本講習会はe-ラーニングによる事前学習とグループワーク（GW）で構成されている。参加者らは事前にe-ラーニングでSDMやLARSに関する基本的な知識や考え方を学び、事前課題に対して自らの回答を作成する。GWでは、その課題について同じグループのメンバーと意見交換を行い、共有できる解決策を導き出していく。
【結果】本講習会2025年の参加者は66名（看護師64名、医師2名）であった。「SDM支援」では、下部直腸疾患に対する肛門温存術と直腸切断術の利点と欠点、術後QOL、倫理的配慮について事前学習で学び、GWでは倫理的ジレンマに悩む患者に対する解決策を導き出せるようジョンセンの4分割表を用いながら意見交換が行われた。「LARSの治療とケア」では、失禁関連皮膚炎に対するケアやLARSに対する治療（薬物療法、バイオフィードバック療法、仙骨神経刺激療法、経肛門的洗腸療法、永久ストーマ）について事前学習で学び、GWでは患者背景を考慮したケアや治療法について意見交換が行われた。本講習会終了後、参加者からは勉強になったという声だけでなく、連携の重要性や今後の関わり方についても前向きな声が寄せられた。
【まとめ】LARSの診療・ケアにおけるサポート体制を構築するには、専門的な知識だけでなく周囲との連携が欠かせない。本講習会が、そのリーダーとなる人材育成に貢献できるよう今後も取り組んでいく。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科・肛門科

2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:50 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

ワークショップ 10　LARS診療における課題と展望（予防と治療を含む）

司会：幸田 圭史（大網白里市立　国保大網病院）、西澤 祐吏（国立がん研究センター東病院 大腸外科）

[WS10-8] LARSはどこで診るべきか？―地域クリニックにおける介入モデルと医療連携の構築―

*錦織 英知[1] (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)

直腸癌に対する肛門温存手術の普及に伴い、Low anterior resection syndrome（LARS）は術後QOLを規定する重要な病態となっている。一方で、LARSは術後フォロー終了後に適切な評価や治療介入がなされず、地域医療において未診断・未治療のまま潜在化している症例が少なくない。本発表では「LARSはどこで診るべきか」という視点から、ハイボリュームセンターと地域クリニックの連携による診療モデルを提案する。
演者はこれまでハイボリューム施設において直腸癌外科治療に従事し、現在は排便機能障害を専門とするクリニック診療に従事している立場から、両者の役割分担の重要性を考察する。
LARSは括約筋機能低下、直腸貯留能低下、感覚異常など複数の機能障害が関与するため、症状のみならず機能的側面に基づいた評価と個別化治療が求められる。
地域クリニックにおいては、問診やLARS scoreによるスクリーニングに加え、排便日誌や生活背景の評価を踏まえ、生活指導や薬物療法といった基本的介入から、骨盤底筋リハビリテーションやバイオフィードバック療法など専門的治療まで段階的な対応が可能である。特に反復可能で低侵襲な機能訓練は、患者の自己管理能力の向上にも寄与し、長期的フォローを担う場としてのクリニックの強みである。
一方で、現行の保険診療制度においては、排便機能障害に対する継続的かつ体系的なリハビリテーション介入の評価は十分とは言えず、診療時間や人的資源の制約も含め、実臨床での普及には課題がある。このため、すべてを単施設で完結させるのではなく、役割分担に基づく診療連携が不可欠である。
具体的には、術後一定期間でのLARS scoreを用いたスクリーニングと紹介基準の明確化、地域クリニックでの段階的介入、症状改善後の逆紹介や難治例の再評価といった双方向の連携体制が重要となる。これにより、患者が適切なタイミングで必要な医療資源にアクセスできる体制構築が期待される。本発表では、LARS診療における地域介入モデルとその運用の実際を提示し、制度的課題も踏まえた持続可能な連携のあり方について考察する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科

2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第5会場（1F 会議室102）

ワークショップ 11　下部消化管におけるAI内視鏡の現状と課題

司会：高林 馨（慶應義塾大学医学部内視鏡センター）、竹中 健人（東京科学大学消化器内科）

[WS11-1] 新規AIを用いた潰瘍性大腸炎の内視鏡的重症度評価の取り組み

*村田 祥磨[1,2]、高林 馨[2]、金井 隆典[1]、加藤 元彦[2] (1. 慶應義塾大学医学部消化器内科、2. 慶應義塾大学医学部内視鏡センター)

[WS11-2] 実臨床における臨床的寛解潰瘍性大腸炎に対するAI搭載超拡大内視鏡の有用性

*長沼 誠[1] (1. 関西医科大学内科学第三講座)

[WS11-3] 潰瘍性大腸炎寛解例の再燃予測におけるAI炎症分布評価の有用性

*前田 康晴[1]、髙林 馨[2]、竹中 健人[3]、三澤 将史[1]、一政 克朗[1]、緒方 晴彦[4]、大塚 和朗[1] (1. 昭和医科大学横浜市北部病院消化器センター、2. 慶応義塾大学医学部内視鏡センター、3. 東京科学大学消化器内科、4. 藤田医科大学東京 先端医療研究センター消化器内科学)

[WS11-4] MRエンテログラフィにおける深層学習モデルを用いたクローン病病変検出

*竹中 健人[1]、岡本 隆一[1]、北詰 良雄[2]、土屋 純一[3] (1. 東京科学大学消化器内科、2. 獨協医科大学埼玉医療センター放射線科、3. 東京科学大学放射線診断科)

[WS11-5] 6mm以上のJNET type 1 病変におけるEndoBRAIN-Xの腫瘍・非腫瘍鑑別診断能について

*岩館 峰雄[1]、平田 大善[1]、佐野 寧[1] (1. 佐野病院 消化器センター)

[WS11-6] 早期大腸癌における3D深部構造予測AIの構築と専用アノテーション支援ツールの開発

*高丸 博之[1]、水口 康彦[1]、豊嶋 直也[1]、山田 真善[1]、斎藤 豊[1] (1. 国立がん研究センター中央病院内視鏡科)

[WS11-7] 腹腔鏡下左側大腸癌手術におけるAIナビゲーション手術の開発

*白下 英史[1]、藤田 隼輔[2]、小山 旅人[2]、長谷川 巧[2]、青山 佳正[2]、蔀 由貴[2]、河野 洋平[2]、平塚 孝宏[3]、赤木 智徳[2]、二宮 繁生[4]、柴田 智隆[5]、上田 貴威[3]、衛藤 剛[6]、徳安 達士[7]、猪股 雅史[2] (1. 大分大学医学部高度医療人育成講座、2. 大分大学医学部消化器・小児外科学講座、3. 大分大学医学部総合外科・地域連携学講座、4. 大分大学医学教育センター、5. 大分大学救命救急センター、6. 大分大学グローカル感染症研究センター、7. 福岡工業大・情報工学部情報システム工学科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科

2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第5会場（1F 会議室102）

ワークショップ 11　下部消化管におけるAI内視鏡の現状と課題

司会：高林 馨（慶應義塾大学医学部内視鏡センター）、竹中 健人（東京科学大学消化器内科）

[WS11-1] 新規AIを用いた潰瘍性大腸炎の内視鏡的重症度評価の取り組み

*村田 祥磨[1,2]、高林 馨[2]、金井 隆典[1]、加藤 元彦[2] (1. 慶應義塾大学医学部消化器内科、2. 慶應義塾大学医学部内視鏡センター)

【背景】潰瘍性大腸炎（Ulcerative Colitis: UC）の炎症粘膜は、炎症の程度や経時的変化により多様な形態を呈するため、内視鏡所見を正確に評価することは容易ではない。現在の臨床現場では、内視鏡施行医がMES（Mayo Endoscopic Subscore）やUCEIS（Ulcerative Colitis Endoscopic Index of Severity）といったスコアを用いて評価を行っているが、評価者間でのばらつきに加え、同一評価者内においても再現性に課題があることが知られている。我々は、より客観的かつ正確な炎症評価を日常診療で実現するために、潰瘍性大腸炎の炎症を0〜10の連続スケールで評価可能なAIを新たに開発した。この新規のAIの評価（UC Endoscopic Gradation Scale：UCEGS）は、既存のスコアの定義に捉われることなく、炎症そのものの程度を0〜10の連続スケールで評価することが可能である。また、この新規AIの炎症評価とIBD専門医による炎症評価は高い一致を示し、相関係数（Spearman相関係数）は0.95を超える結果を得ている。しかしながら、前臨床検証において使用した画像は、我々が選定した比較的クリーンな画像（便の付着やピントのずれが極力排除されたもの）であり、一定の選択バイアスが存在することが課題である。そして、このUCEGSスケール値やスケール値の変化量の臨床的な意義は見出せていないことも課題である。そこで、新規AIの実臨床における実用性（feasibility）を検証することとした。

【方法】単施設前向き観察研究で、2025年8月以降に当院にて下部消化管内視鏡検査を施行したUC患者を対象とする。主要評価項目はIBD専門医の診断（MES）をgold standardとした場合のAIによるUCEGSの一致度をCohen’s kappa係数で評価する。さらに副次評価項目として病理所見との一致度や、UCEGSの変化量と臨床経過（治療介入や寛解導入）との関連についても検討する。

【結語】UCの炎症評価を行う新規AIの臨床導入に向け、その実用性と臨床的意義を前向きに検証する本研究の取り組みを紹介する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科
2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第5会場（1F 会議室102）
ワークショップ 11　下部消化管におけるAI内視鏡の現状と課題
司会：高林 馨（慶應義塾大学医学部内視鏡センター）、竹中 健人（東京科学大学消化器内科）

[WS11-2] 実臨床における臨床的寛解潰瘍性大腸炎に対するAI搭載超拡大内視鏡の有用性

*長沼 誠[1] (1. 関西医科大学内科学第三講座)

背景：潰瘍性大腸炎（UC）における客観的活動性評価として内視鏡は重要であり、近年人工知能（AI）を用いた評価の臨床応用が進んでいる。組織学的評価を目的としたAI搭載超拡大内視鏡ソフト（UC-ENDOBRAIN：UC-EB）が上市されたが、実臨床における有用性に関する報告は限られている。
方法：2021年にUC-EBを施行したUC48例のうち、同一部位で3箇所以上のAI組織評価施行32例を対象とし、評価不一致の2例を除外した30例75部位を解析対象とした。AIによる組織学的活動性と内視鏡的活動度（MES、UCEIS）、病理医による活動度評価（Nancy index、0–1を寛解）との関連を検討し、さらに臨床的寛解例における再燃（UCに対する治療介入）との関連を解析した。
結果：平均年齢46.8歳、男性19例、女性11例で、平均PMS 0.91、MES 0.60、UCEIS 1.47と全体として低活動性集団であった。AIと病理医評価が同時に可能であった52部位では、AI寛解40部位中36部位（90.0%）が組織寛解、AI活動性あり12部位中11部位（91.7%）が組織活動性ありと判断され、両者に強い関連を認めた（p<0.001）。一方、Nancyスコア2ではAI評価に乖離が認められた(AI活動あり６、寛解3)。内視鏡活動度との比較ではAI組織活動性ありと診断された部位はAI寛解に比して有意に平均MES(1.5 vs.0.2,p<0.001)、UCEIS(3.0vs.0.7, p<0.001)が高かった。内視鏡活動度別AI評価と組織学的活動性との一致率は、MES 0 90.9%、MES 1 80.0%、MES 2-3 100%であり、UCEIS 0 92.9%, UCEIS 1 90.5%、UCEIS 2 66.7%、UCEIS 3以上で100%であり、MES 1、UCEIS 2において潜在的な不一致が存在することが示された。予後との関連は、臨床的寛解（PMS 2以下）の25例において(平均観察期間36.8月)、再燃までの中央期間は検査時AI活動群で26.8月、寛解群で49.7月と、AI寛解群で有意に延長していた(p<0.05)。
結語：UC-EBによるAI組織評価は病理評価、内視鏡活動度と強く関連し、さらに臨床的寛解例において再燃予測に有用であることが示唆された。一方でMES1、UCEIS 2ではAIと病理との評価の乖離がみられ、UC-EBによる組織学的評価は症例に応じた慎重な解釈が必要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科

2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第5会場（1F 会議室102）

ワークショップ 11　下部消化管におけるAI内視鏡の現状と課題

司会：高林 馨（慶應義塾大学医学部内視鏡センター）、竹中 健人（東京科学大学消化器内科）

[WS11-3] 潰瘍性大腸炎寛解例の再燃予測におけるAI炎症分布評価の有用性

*前田 康晴[1]、髙林 馨[2]、竹中 健人[3]、三澤 将史[1]、一政 克朗[1]、緒方 晴彦[4]、大塚 和朗[1] (1. 昭和医科大学横浜市北部病院消化器センター、2. 慶応義塾大学医学部内視鏡センター、3. 東京科学大学消化器内科、4. 藤田医科大学東京 先端医療研究センター消化器内科学)

【目的】潰瘍性大腸炎（UC）では内視鏡的寛解の維持が重要であるが、従来の内視鏡評価は主に最重症部位の炎症所見に基づき、炎症の空間的な広がりや局在を十分に反映しない。本研究では、深層学習を用いた新規スコアQuantitative Ulcerative Colitis Assessment using Deep Learning（QUAD）を開発し、炎症の重症度と範囲を統合したAI評価が、臨床的寛解期UC患者の再燃予測に有用かを前向きに検討した。

【方法】3施設998例から得られた84,743枚の大腸内視鏡画像を用いてQUADモデルを構築した。各画像を縦横に4分割し、各領域を修正MESに基づき0〜3点で評価、合計0〜12点のQUADスコアを算出した。Showa Medical University Northern Yokohama Hospitalで大腸内視鏡を施行した臨床的寛解期UC患者156例を前向きに登録し、内視鏡後24か月間、8〜12週ごとの外来診療で臨床的再燃を追跡した。再燃はpartial Mayo score＞2と定義した。静止画解析では最重症部位のQUADスコア4点以上を高リスクとし、さらに抜去時全長動画を1秒1フレームで自動解析し、全大腸および遠位50%、40%、30%、20%、10%、5%区間の平均QUADスコアによる再燃予測能を比較した。

【結果】24か月以内の再燃は22例に認めた。静止画解析では、QUAD 4点以上の再燃率は19.4%で、4点未満の5.2%と比較して有意に高かった（p＝0.01）。再燃予測能はAUC 0.67、感度86.4%、特異度41.0%であった。動画解析では、全大腸評価のAUCは0.62であった一方、遠位側に解析範囲を絞るほど予測能は向上し、遠位10%解析でAUC 0.73と最も高値を示した。同解析のカットオフ値は3.36、感度72.7%、特異度70.9%であり、遠位5%解析ではAUC 0.71とわずかに低下した。

【結論】QUADを用いたAI内視鏡評価は、UC寛解例における再燃リスク層別化に有用であった。特に遠位大腸の残存炎症負荷は再燃予測に重要であり、重症度のみならず炎症範囲を加味したAI評価が、日常内視鏡診療における客観的な疾患モニタリングおよび治療方針決定を補助す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

ワークショップ | 内科

2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第5会場（1F 会議室102）

ワークショップ 11　下部消化管におけるAI内視鏡の現状と課題

司会：高林 馨（慶應義塾大学医学部内視鏡センター）、竹中 健人（東京科学大学消化器内科）

[WS11-4] MRエンテログラフィにおける深層学習モデルを用いたクローン病病変検出

*竹中 健人[1]、岡本 隆一[1]、北詰 良雄[2]、土屋 純一[3] (1. 東京科学大学消化器内科、2. 獨協医科大学埼玉医療センター放射線科、3. 東京科学大学放射線診断科)

背景：クローン病の病勢評価および治療効果判定において、MRエンテログラフィ（MRE）は小腸病変を非侵襲的に評価できる有用な検査である。一方で、MREの読影やスコアリングには専門的な経験を要し、評価の均一化および客観性の向上が課題である。本研究では、MRE画像に対する深層学習を用いたコンピューター支援診断（CAD）システムを構築し、クローン病病変の検出能ならびに疾患活動性評価、予後予測への有用性を検討した。
方法：単施設でMREおよび内視鏡検査を施行したクローン病患者150例を対象とした。対象症例を、深層学習モデルの訓練用50例、検証用20例、CADによる推論を行う試験用80例に分割した。試験データを用いて、腸管区域ごとにCADによる病変検出結果と放射線科医の読影結果を比較した。また、CADが病変領域として抽出したVoxel体積と、内視鏡的活動性指標であるSES-CDおよびMRE活動性指標であるSimplified MaRIAとの相関を解析した。さらに、MRE施行後の入院および手術をアウトカムとして、CADによる病変検出結果と臨床予後との関連を評価した。
結果：腸管区域単位で評価したCADの病変検出感度は70.7%、特異度は87.5%であった。CADにより算出された病変Voxel体積は、SES-CDおよびSimplified MaRIAとそれぞれ有意な正の相関を示した〔相関係数 r=0.42（p<0.001）、r=0.50（p<0.001）〕。また、CADにより病変ありと判定された患者群では、病変なしと判定された患者群と比較して、MRE施行後の入院回避率が低い傾向を認めた（ログランク検定 p=0.064）。手術回避率についても同様の傾向を認めたが、有意差には至らなかった（p=0.294）。
結語：本CADシステムは、MRE読影の客観化・標準化に加え、クローン病患者の疾患活動性評価およびリスク層別化を支援する新たなツールとな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

ワークショップ | 内科
2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第5会場（1F 会議室102）
ワークショップ 11　下部消化管におけるAI内視鏡の現状と課題
司会：高林 馨（慶應義塾大学医学部内視鏡センター）、竹中 健人（東京科学大学消化器内科）

[WS11-5] 6mm以上のJNET type 1 病変におけるEndoBRAIN-Xの腫瘍・非腫瘍鑑別診断能について

*岩館 峰雄[1]、平田 大善[1]、佐野 寧[1] (1. 佐野病院 消化器センター)

【背景・目的】

Sessile serrated lesion（SSL）は大腸癌の前駆病変として注目されているが、Hyperplastic polyp(HP)との正確な内視鏡鑑別診断は困難と報告されており大腸内視鏡診療の課題のひとつとなっている。

2024年2月、NBI観察下で大腸ポリープをリアルタイムにNeoplastic（腺腫性病変やSSL）／Non-neoplastic（HP）に分類するEndoBRAIN-Xが市販された。今回、我々は6mm以上のJNET type 1 病変におけるEndoBRAIN-Xの診断能を明らかにし、その有用性を検討するため探索的単施設前向き研究を実施した。

【方法】

2025年4月-7月に当院で施行された大腸内視鏡検査のうち、EndoBRAIN-Xを使用可能な環境下で内視鏡専門医が指摘した6mm以上のJNET type 1 病変を対象とした。まず、施行医が白色光および拡大NBIで病変を観察し、内視鏡診断・Confidence level・各種所見を記録した。次に、EndoBRAIN-Xを起動し、非拡大NBI下で2回、拡大NBI下で2回の計4回AI判定を行い、各条件1回目の判定結果を採用した。2回の判定が同一条件下で一致すれば「高安定性」と定義した。その後、専門医がAI判定を加味した総合診断を記録し、全病変を切除して病理診断（WHO分類2019）と比較した。主要評価項目は拡大NBI下におけるEndoBRAIN-Xの診断能とし、内視鏡専門医の診断能と比較した。副次評価項目として、拡大／非拡大での診断能の差や判定安定性も解析した。

【結果】

対象期間中にEndoBRAIN-Xを使用可能な環境下で施行された440例のうち、6mm以上のJNET type 1 病変は44例51病変で、このうち43例50病変を解析対象とした。SSLの鑑別能は、EndoBRAIN-X（拡大NBI）で感度88.9%、特異度71.4%、正診率84.0%であり、内視鏡専門医の感度94.4%、特異度57.1%、正診率84.0%とほぼ同等で、有意差は認めなかった。AI判定の安定性は84.0%であった。一方、EndoBRAIN-X（非拡大NBI）の診断能は感度44.4%、特異度85.7%、正診率56.0%であり、拡大観察時と比較して感度・正診率が有意に低下した。

【結語】

6mm以上のJNET type 1 病変におけるEndoBRAIN-Xの診断能は、拡大NBI下では内視鏡専門医と同等であったが、非拡大NBI下では感度・正診率が有意に低下した。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科
2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第5会場（1F 会議室102）
ワークショップ 11　下部消化管におけるAI内視鏡の現状と課題
司会：高林 馨（慶應義塾大学医学部内視鏡センター）、竹中 健人（東京科学大学消化器内科）

[WS11-6] 早期大腸癌における3D深部構造予測AIの構築と専用アノテーション支援ツールの開発

*高丸 博之[1]、水口 康彦[1]、豊嶋 直也[1]、山田 真善[1]、斎藤 豊[1] (1. 国立がん研究センター中央病院内視鏡科)

【背景】
早期大腸癌に対する内視鏡治療において、術前に腫瘍の深部構造を予測することは、一括切除の完遂および適切な病理評価の側面からも重要と思われる。そのため我々は、内視鏡画像から早期大腸癌の深部構造を推定するAIの開発を進めてきた。深層学習は内視鏡画像と病理構造の一対一対応が必要となるが、アノテーションには多大な専門性と労力を要し、開発上の障壁となっていた。
【目的】
内視鏡画像上に病理学的深部情報を正確に付与する専用アノテーションツールを開発し、これを用いた効率的な学習によって、早期大腸癌の三次元構造を可視化する3D深部構造予測AIを構築することを目的とした。
【方法】
1）アノテーションツールの開発：内視鏡画像と、病理切り出し画像を一対一対応させ、切除標本の病理画像から得られる垂直浸潤距離を、対応する術前内視鏡画像上の各部位へ高度にマッピングするための支援ツールを構築した。2）3D深部構造予測AIの構築：本ツールで作成した一対一対応データを用い、たたみ込みニューラルネットワークを基盤とした深部構造予測モデルを構築した。本システムは、内視鏡画像から腫瘍部位の推測を行い、さらに推測された腫瘍部の深達度をピクセル毎に予測することで三次元的構造を推定し、3D画像として提示する。
【結果】
内視鏡・病理画像一対一対応を支援するツールアノテーション手法を確立した。このツールの開発・導入により、多くの作業時間を要していた内視鏡画像と病理データを紐付けた学習データの蓄積を実現した。このツールを用いた学習により、三次元ワイヤーフレームを用いて内視鏡画像から病変深部の立体構造を可視化する3D構造予測AIを構築した。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科

2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第5会場（1F 会議室102）

ワークショップ 11　下部消化管におけるAI内視鏡の現状と課題

司会：高林 馨（慶應義塾大学医学部内視鏡センター）、竹中 健人（東京科学大学消化器内科）

[WS11-7] 腹腔鏡下左側大腸癌手術におけるAIナビゲーション手術の開発

*白下 英史[1]、藤田 隼輔[2]、小山 旅人[2]、長谷川 巧[2]、青山 佳正[2]、蔀 由貴[2]、河野 洋平[2]、平塚 孝宏[3]、赤木 智徳[2]、二宮 繁生[4]、柴田 智隆[5]、上田 貴威[3]、衛藤 剛[6]、徳安 達士[7]、猪股 雅史[2] (1. 大分大学医学部高度医療人育成講座、2. 大分大学医学部消化器・小児外科学講座、3. 大分大学医学部総合外科・地域連携学講座、4. 大分大学医学教育センター、5. 大分大学救命救急センター、6. 大分大学グローカル感染症研究センター、7. 福岡工業大・情報工学部情報システム工学科)

【はじめに】大腸癌手術では、適切な剥離層で手術を進めていくことで、安全かつ根治的な手術が可能となる。適切な剥離層の見極めは解剖学的ランドマークに基づいて外科医が判断していると考えられる。解剖学的ランドマークは血管などの構造物だけでなく、間膜や組織の間隙なども、含まれ、その認知・判断には経験や能力による個人差があり、これを教示するＡＩシステムを開発することで、手術成績の向上や術中合併症の減少が期待できる。
【目的】左側大腸癌手術に必要な解剖学的ランドマークのAIによる教示システムを開発すること。
【対象・方法】福岡工業大学との共同開発にて行った。
当院にて施行された腹腔鏡下Ｓ状結腸癌手術の動画40例分を用いて、内側アプローチにおける腹膜切開～中枢血管処理前までの工程を対象とした。
１.手術シーンを①術野展開～腹膜切開の開始、②腹膜切開開始後～中枢血管処理前　の２つにシーン分けた。
2.有用となる解剖学的ランドマークを検討するため、アノテーション対象物を定義（FPR：直腸固有筋膜、FAP；直腸固有筋膜前腹膜、RTP：後腹膜、RPF：後腹膜下筋膜、LCT：疎性結合組織、FAF: 直腸固有筋膜前脂肪）した。
3.手術動画から静止画を抽出し、外科医によるアノテーションを行い、教師データを作成した。
4.教師データをAIに学習させ、動画に表示させることで有用な解剖学的ランドマークを検討した。
5　決定した解剖学的ランドマークを表示するAIシステムを作成した。学習条件は領域抽出アルゴリズム（Hyperseg）を用いた。
6. 評価として教室の症例および他施設の未学習データを用いDice係数を用いた。
【結果】シーン①において有用となる解剖学的ランドマークはFAP/RTP境界（Dimpling line）であった。シーン②ではFPR、FAFおよびFPR/LCT、FPR/RPFの境界の教示が有用であった。
未学習動画へ適応した際のDice係数は0.78～0.81であった。
【結語】直腸癌手術における解剖学的ランドマーク教示は有用と思われた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会