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