

第49回

日本大腸肛門病学会九州地方会

第40回

九州ストーリーリハビリテーション研究会

プログラム・抄録集

会 長

平井 郁仁 (福岡大学医学部 消化器内科学講座 主任教授)

副会長

檜崎 和美 (福岡大学病院 看護部 消化器センター 看護師長)

会 期

2024年9月21日 (土)

会 場

アクロス福岡 (福岡県福岡市中央区天神1丁目1番1号)



## ご挨拶



第49回日本大腸肛門病学会九州地方会および第40回九州ストーマリハビリテーション研究会を2024年(令和6年)9月21日(土)に、アクロス福岡にて開催する運びとなりました。約50年の歴史と伝統がある学会と皮膚・排泄ケア認定看護師(WOCナース)が中心となって開催される意義深く、重要な研究会の会長を拝命し、責任の重さを感じています。

大腸肛門病学会は、消化器外科、消化器内科、肛門科の3科を柱とした学会ですが、外科や肛門科の先生方が注力され、内科医はやや端くれのような存在かと思えます。ただし、消化器内科を専門とする医師にとって、大腸および肛門疾患の理解は重要で、本学会の存在意義は内科医にとっても大きいものと考えています。消化器内科医の私が拝命したからには多くの内科医が参加し、大腸肛門病の診療に関して外科および肛門科の先生方と共に学び、議論する場にする使命があると思っています。その目的を達成するために、各科のエキスパートの先生方と相談しながらプログラムを作成しました。

九州ストーマリハビリテーション研究会は、人工肛門、人工膀胱に関するケアのあり方を追求する会で毎回多くのメディカルスタッフが参加されています。日進月歩である現在の医療の現場では、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、ソーシャルワーカーなど多職種が関わり、患者さんを支えるチーム医療が必要不可欠です。副会長の檜崎看護師とストリハに関わる多くのWOCナースとプログラム内容を吟味し、作成しました。患者さんに、より良い医療を提供するための発表、議論および次世代WOCナースの育成のための教育の場にして頂きたいと思えます。

今回の学会テーマは、「大所肛所より病を診る」としました。引退される大御所の先生に対する言葉として“大所高所からご指導頂きたいと思えます”と話したときにひらめきました。大腸・肛門の疾患を克服するために、様々なアプローチで解決策を模索する機会になればと思えます。

9月下旬の過ごしやすい気候の時期で、さらに3連休の初日が開催日です。福岡は観光地も多いですが、何といても美食の街として知られています。「ガストロノミー」という言葉がありますが、この言葉は古代ギリシャ語の「ガストロス(消化器)」と、「ノモス(学問)」が語源といわれています。学会・研究会で、「ガストロス」の「ノモス」を追求し、議論した後には、是非「ガストロノミー」の街である福岡を満喫して頂ければと思えます。皆様の参加と来福を心からお待ち申し上げます。

第49回日本大腸肛門病学会九州地方会  
第40回九州ストーマリハビリテーション研究会

会長 **平井 郁仁**

(福岡大学医学部 消化器内科学講座 主任教授)

副会長 **檜崎 和美**

(福岡大学病院 看護部 消化器センター 看護師長)

# 参加者へのご案内とお願い

## 1. 参加者の皆様へ

### (1) 参加受付

受付場所：アクロス福岡 4F ロビー「総合受付」

受付時間：2024年9月21日(土)8:15～15:30

受付方法：事前にオンライン参加登録済みの方は、参加登録時に配信されています「登録費決済完了のお知らせ」のメールを総合受付にてご提示いただき、ネームカードをお受け取りください。(スマートフォン、タブレット端末でのキャプチャ可)

※当日受付される方もご自身のスマートフォン又はタブレット端末などで、学会ホームページから参加登録いただき、クレジットカード決済後に配信されます「登録費決済完了のお知らせ」メールを総合受付にご提示ください。

出来る限りご来場前のオンライン登録にご協力をお願いいたします。

※クレジットカード決済が出来ない方は参加受付でお申し出ください。

### (2) 参加費

区分	参加費	税区分
第49回日本大腸肛門病学会九州地方会	4,000円	不課税
第40回九州ストーマリハビリテーション研究会	3,000円	不課税

### (3) ネームカード(参加証)

ネームカードには、所属・氏名をご記入の上、会場内では必ずご着用ください。ネームカードを着用されていない方の入場はお断りいたします。

なお、ネームカードの再発行はできませんので予めご了承ください。

### (4) 日本大腸肛門病学会九州支部、日本ストーマリハビリテーション研究会入会申し込みについて 筆頭演者は本会の会員であることが必要です。

未入会の方は九州支部受付(アクロス福岡 4F ロビー)で入会手続きをお済ませください。

既に会員の方で年会費が未納の方も、同受付にて会費の納入をお願いします。

なお、会員登録内容に変更等がある場合も、同受付にて手続きをお済ませください。

### (5) クローク

日 時：2024年9月21日(土)8:15～17:10

場 所：アクロス福岡 4F ロビー

※貴重品はお預かりできません。

(6) 企業展示

日時：2024年9月21日(土)9:00～16:40

場所：アクロス福岡 4F ロビー

(7) その他

会場内での撮影、音声・映像収録は固くお断りいたします。

本学会ではクールビズを推奨しております。発表される先生につきましても、可能な限り下記のような服装をお願いいたします。

【ドレスコード】

※襟のあるシャツ(ポロシャツ等)をご着用ください。

※半袖シャツ、ノーネクタイ、ノージャケット可。

※Tシャツ、短パン、サンダルはご遠慮ください。

## 2. 座長・演者へのご案内

(1) 発表について

■発表時間および質疑・討論時間

一般演題の発表は1演題7分(発表5分、質疑2分)です。一般演題以外の発表時間は演者に事前にお伝えしていますが、進行は座長に一任いたします。

(2) PC受付

受付場所：アクロス福岡 7F ロビー

受付時間：2024年9月21日(土)8:15～16:00

※発表者は発表時間の45分前(朝一番のセッションは30分前)までに必ずPC受付にてデータの提出、および試写を行ってください。また、15分前までに会場前方の「次演者席」にご着席ください。

(3) PC発表の詳細

①発表用データの作成

・会場でご用意するパソコンのOSおよびアプリケーションは以下の通りです。

OS：Windows 10 / アプリケーション：PowerPoint 2013・2021

※Macintoshで作成された場合は、会場にご自身のパソコンをお持ちください。

・データ作成の際は、OSに標準で装備されているフォントを使用してください。

・スライドのサイズは16:9で作成してください(4:3スライドも使用可能です)。

・メディアを介したウイルス感染の事例がありますので、最新のウイルス対策ソフトで事前にチェックをお願いします。

・PowerPoint上の動画・アニメーション・音声は使用可能ですが、ご自身のパソコンをご持参ください。データはWindows10で標準状態のWindows Media Playerで再生できるファイル形式にて作成し、PowerPointにリンクしてください。

- ・動画・アニメーション・音声・グラフ等を含むデータはPowerPointデータとともに使用するファイルを同一フォルダに整理し、保存の上、お持ちください。
- ・発表データを一括管理する都合上、PowerPointのファイル名は以下のように「演題番号(半角)とお名前(姓名)」をご入力ください。  
例)「D01\_福岡太郎.pptx」
- ・発表は、演台上にセットされたモニター、キーボード、マウスをお使いになり、先生ご自身で操作してください。
- ・進行を円滑にするため、PowerPointの機能にある「発表者ツール」のご使用はお控えください。発表原稿が必要な方は、予めプリントアウトした原稿をお持ちください。

個人情報保護法に抵触する可能性のある内容は、患者あるいはその代理人からインフォームド・コンセントを得た上で、患者個人情報が特定されないよう十分留意してご発表ください。個人情報が特定される発表は禁止いたします。

#### ②メディアをお持ち込みになる方へ

- ・メディアはUSBメモリにてお持ち込みください。
- ・事前にデータ作成に使用したパソコン以外で動作確認を行い、正常に動作することを確認してください。
- ・不測の事態に備えて必ずバックアップデータをお持ちください。
- ・コピーした発表データは、会期終了後に運営事務局で責任を持って消去いたします。

#### ③ノートパソコンをお持ち込みになる方へ

- ・会場に用意したプロジェクター接続ケーブルの端子はHDMIです。一部のノートパソコンでは専用のコネクタが必要な場合がありますので、必ず持参してください。タブレット端末でのご発表はご遠慮ください。
- ・ノートパソコンから外部モニターに正しく出力されるかを確認してください。個々のパソコンやOSにより設定方法が異なりますので事前にご確認ください。
- ・スクリーンセーバーならびに省電力設定、パスワードは事前に解除しておいてください。
- ・電源アダプタを必ずお持ちください。
- ・不測の事態に備えて必ずUSBメモリにてバックアップデータをお持ちください。
- ・発表開始15分前までに会場内演台付近のPCオペレーター席までPC本体をご自身でお持ちください。講演終了後にオペレーター席でパソコンを返却いたします。

## 3. 関連会議のお知らせ

〈日本大腸肛門病学会九州支部〉

幹事会

日 時：2024年9月20日(金) 17:00～18:30

会 場：ホテルオークラ福岡 3F メイフェア

## 評議員会

日 時：2024年9月21日(土) 13:10～13:40

会 場：アクロス福岡 第2会場(7F 大会議室)

## 総会

日 時：2024年9月21日(土) 13:40～14:00

会 場：アクロス福岡 第2会場(7F 大会議室)

## 4. 共催セミナー

各共催セミナーの整理券配布はございません。直接会場前にお並びください。

〈日本大腸肛門病学会九州地方会〉

### ランチョンセミナー2

日 時：2024年9月21日(土) 12:10～13:00

会 場：第2会場

テーマ：クローン病肛門病変における課題と新規薬剤の可能性

演 者：江崎 幹宏(佐賀大学医学部内科学講座消化器内科)

座 長：平井 郁仁(福岡大学医学部消化器内科学講座)

共 催：アッヴィ合同会社

### ランチョンセミナー3

日 時：2024年9月21日(土) 12:10～13:00

会 場：第3会場

テーマ：消化器外科が取り組むクローン病肛門疾患

演 者：真鍋 達也(佐賀大学医学部一般・消化器外科)

座 長：東 大二郎(福岡大学筑紫病院外科)

共 催：武田薬品工業株式会社

### ランチョンセミナー4

日 時：2024年9月21日(土) 12:10～13:00

会 場：第4会場

テーマ：選択肢が増えた難治性潰瘍性大腸炎診療におけるSDMの重要性について  
～ゴリムマブの位置づけを考える～

演 者：西俣 伸亮(医療法人潤愛会鮫島病院内科)

座 長：荻野 治栄(九州大学大学院医学研究院消化器代謝学講座)

共 催：田辺三菱製薬株式会社

## コーヒーブレイクセミナー

日 時：2024年9月21日(土) 14:10～14:50

会 場：第2会場

テーマ：BIO/JAK 新時代の潰瘍性大腸炎治療

演 者：吉岡慎一郎(久留米大学医学部内科学講座・消化器内科部門)

座 長：二見喜太郎(医療法人松寿会松永病院消化器外科)

共 催：ヤンセンファーマ株式会社

## アフタヌーンセミナー2

日 時：2024年9月21日(土) 16:00～16:40

会 場：第3会場

テーマ：IBD 治療における栄養療法の意義

演 者：梅野 淳嗣(九州大学病態機能内科学)

座 長：金城 徹(琉球大学病院光学医療診療部)

共 催：EA ファーマ株式会社

## アフタヌーンセミナー3

日 時：2024年9月21日(土) 16:00～16:40

会 場：第4会場

テーマ：Train the Trainer ～技術認定医のその先へ～

演 者：吉松 軍平(福岡大学消化器外科)

演 者：赤木 智徳(大分大学消化器・小児外科)

座 長：長谷川 傑(福岡大学消化器外科)

共 催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

## 〈九州ストーマリハビリテーション研究会〉

### ランチョンセミナー1

日 時：2024年9月21日(土) 12:10～13:00

会 場：第1会場

テーマ：排便障害の初期診療とケアー便秘症・便失禁で悩む患者さんのためにー

演 者：味村 俊樹(自治医科大学 外科学講座 消化器一般移植外科学部門)

座 長：竹島 史直(長崎県五島中央病院 病院長)

共 催：ミヤリサン製薬株式会社

## アフタヌーンセミナー1

日 時：2024年9月21日(土) 16:00～16:40

会 場：第1会場

テーマ：潰瘍性大腸炎の新規治療薬 ミリキズマブの実臨床での有効性と好適症例

演 者：古田 陽輝(熊本大学大学院生命科学研究部消化器内科学)

座 長：平田 敬治(産業医科大学第1外科学)

共 催：持田製薬株式会社



# 日程表

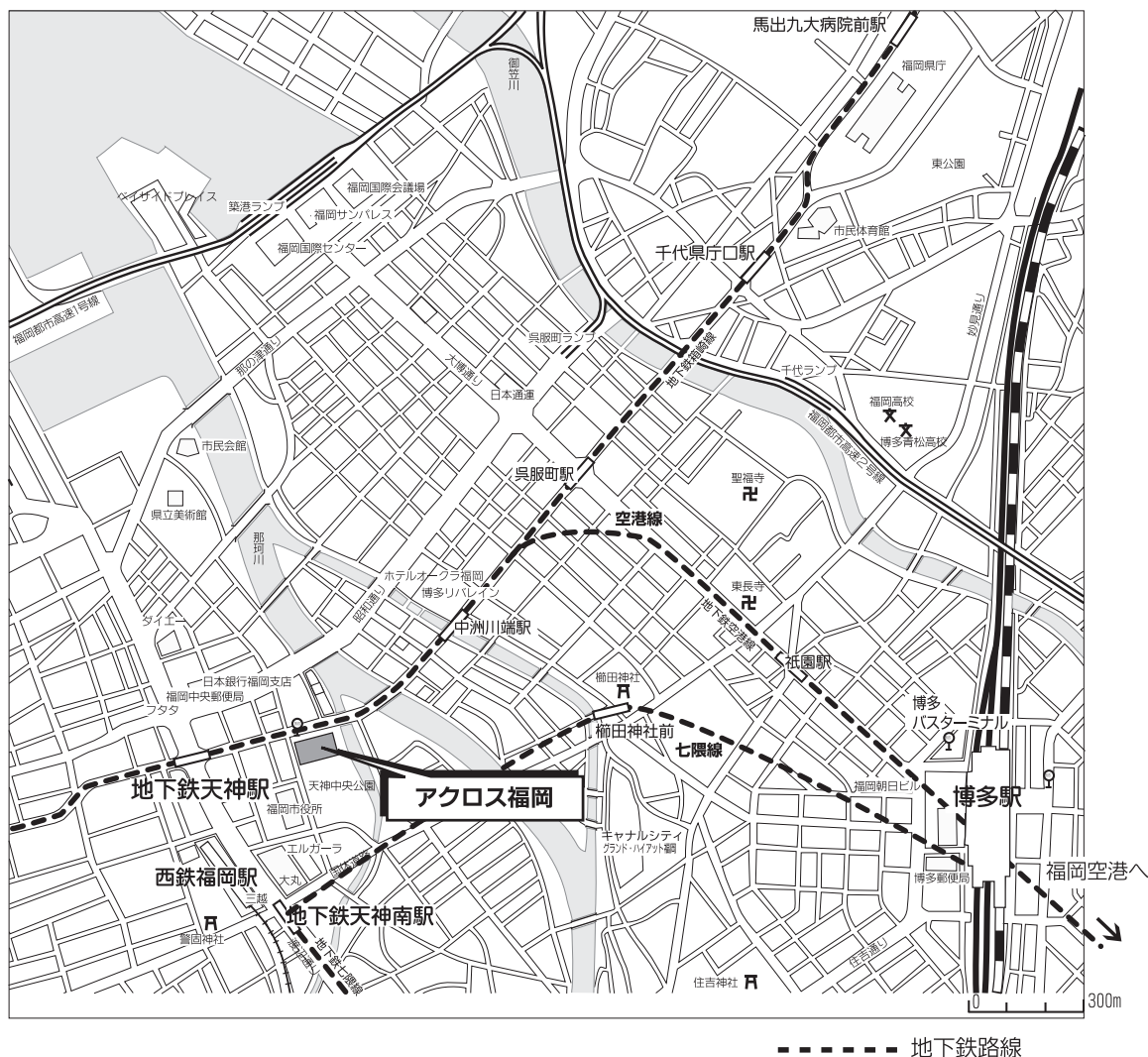
2024年9月21日 **土**

日本大腸肛門病学会九州地方会  
 九州ストーマリハビリテーション研究会

	第1会場 4F 国際会議場	第2会場 7F 大会議室	第3会場 6F 606 会議室	第4会場 6F 608 会議室
8:30				
8:45 ~ 8:55	<b>開会式</b>			
9:00	9:00 ~ 10:30 (基調講演・SW-1~SW-4) <b>ワークショップ</b> 「認知症患者のストーマ造設について考える」 座長：園田みずき、岩本知恵美	9:00 ~ 11:30 (DS-1 ~ DS-11) <b>シンポジウム</b> 「QOL向上を目指したクローン病の集学的治療-肛門病変を含めて-」 座長：真鍋 達也、芦塚 伸也 コメンテーター： 荒木 靖三、高津 典孝	9:00 ~ 11:00 (DW2-1 ~ DW2-7) <b>ワークショップ2</b> 「痔瘻の診断と治療」 座長：鮫島 隆志、野明 俊裕	9:00 ~ 11:00 (DP-1 ~ DP-11) <b>パネルディスカッション</b> 「進行直腸癌に対する各施設の取り組み」 座長：宮本 裕士、渡邊 利史
10:00				
10:40 ~ 12:00	<b>特別企画</b> 「オストメイトを取り巻く社会保障制度」 座長：梶西ミチコ、柳迫 昌美		11:05 ~ 12:05 <b>教育講演1</b> 「Current Situation of Proctologists in Korea」 演者：Seokwon Lim 座長：辻 順行	11:05 ~ 12:05 <b>教育講演2</b> 「次世代のナビゲーションサージャリー「EUREKA Surgical Vision」」 演者：小林 直 座長：長谷川 傑
11:00				
12:00	12:10 ~ 13:00 (LS1) <b>ランチョンセミナー1</b> 「排便障害の初期診療とケア 便秘症・便失禁で悩む患者さんのために」 演者：味村 俊樹 座長：竹島 史直 共催：ミヤリサン製薬株式会社	12:10 ~ 13:00 (LS2) <b>ランチョンセミナー2</b> 「クローン病肛門病変における課題と新規薬剤の可能性」 演者：江崎 幹宏 座長：平井 郁仁 共催：アツヴィ合同会社	12:10 ~ 13:00 (LS3) <b>ランチョンセミナー3</b> 「消化器外科が取り組むクローン病肛門疾患」 演者：真鍋 達也 座長：東 大二郎 共催：武田薬品工業株式会社	12:10 ~ 13:00 (LS4) <b>ランチョンセミナー4</b> 「選択肢が増えた難治性潰瘍性大腸炎診療におけるSDMの重要性について ~ゴリムアの位置づけを考える~」 演者：西俣 伸亮 座長：荻野 治栄 共催：田辺三菱製薬株式会社
13:00	13:10 ~ 14:30 (SP-1 ~ SP-3) <b>パネルディスカッション</b> 「ストーマ器具選択と院内整備（管理・運用）について」 座長：角井めぐみ、丸尾 香子	13:10 ~ 13:40 日本大腸肛門病学会九州支部 評議員会  13:40 ~ 14:00 日本大腸肛門病学会九州支部 総会	13:10 ~ 13:40 (S-10 ~ S-13) <b>一般演題3</b> 「ストーマ外来、セルフケア」 座長：谷口 法子、高口 則子	13:10 ~ 13:40 (S-14 ~ S-17) <b>一般演題4</b> 「教育」 座長：高木 良重、金丸 真弓
14:00		14:10 ~ 14:50 (CBS) <b>コーヒープレイクセミナー</b> 「BIO/JAK新時代の潰瘍性大腸炎治療」 演者：吉岡慎一郎 座長：二見喜太郎 共催：ヤンセンファーマ株式会社	14:10 ~ 14:40 (D-01 ~ D-04) <b>一般演題1</b> 「大腸関連」 座長：永吉 絹子、棟近 太郎	14:10 ~ 14:50 (D-13 ~ D-17) <b>一般演題4</b> 「大腸 悪性」 座長：佐村 博範、高村 祐磨
15:00	14:40 ~ 15:20 (S-01 ~ S-05) <b>一般演題1</b> 「連携」 座長：大村久美子、花田美奈子	15:00 ~ 16:40 (DW1-1 ~ DW1-8) <b>ワークショップ1</b> 「潰瘍性大腸炎の手術適応および術前・術後管理を再考するー内科治療抵抗例とUCANを中心にー」 座長：上村 修司、愛洲 尚哉 コメンテーター： 赤木 由人、久部 高司	14:50 ~ 15:20 (D-05 ~ D-08) <b>一般演題2</b> 「症例報告(良性)」 座長：永田 淳、森本 光昭	14:50 ~ 15:20 (D-18 ~ D-21) <b>一般演題5</b> 「難渋症例、内視鏡治療」 座長：安川 重義、久能 宣昭
15:20 ~ 15:50 (S-06 ~ S-09) <b>一般演題2</b> 「合併症・難渋事例」 座長：瀧下由利恵、山田 陽子		15:20 ~ 15:50 (D-09 ~ D-12) <b>一般演題3</b> 「肛門・人工肛門」 座長：高野 正太、馬場 研二	15:20 ~ 15:50 (D-22 ~ D-25) <b>一般演題6</b> 「症例報告(悪性)」 座長：合志 健一、永末 裕友	
16:00	16:00 ~ 16:40 (AS1) <b>アフタヌーンセミナー1</b> 「潰瘍性大腸炎の新規治療薬 ミリキズマブの実臨床での有効性と好適症例」		16:00 ~ 16:40 (AS2) <b>アフタヌーンセミナー2</b> 「BD治療における栄養療法 法の意義」	16:00 ~ 16:40 (AS3-1 ~ AS3-2) <b>アフタヌーンセミナー3</b> 「Train the Trainer ~技術認定医のその先へ~」
16:50 ~ 17:00	<b>閉会式</b>	演者：古田 陽輝 座長：平田 敬治 共催：持田製薬株式会社	演者：梅野 淳嗣 座長：金城 徹 共催：EAファーマ株式会社	演者：吉松 軍平、赤木 智徳 座長：長谷川 傑 共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

# 交通のご案内

会場：アクロス福岡（福岡市中央区天神1-1-1 TEL：092-725-9113）



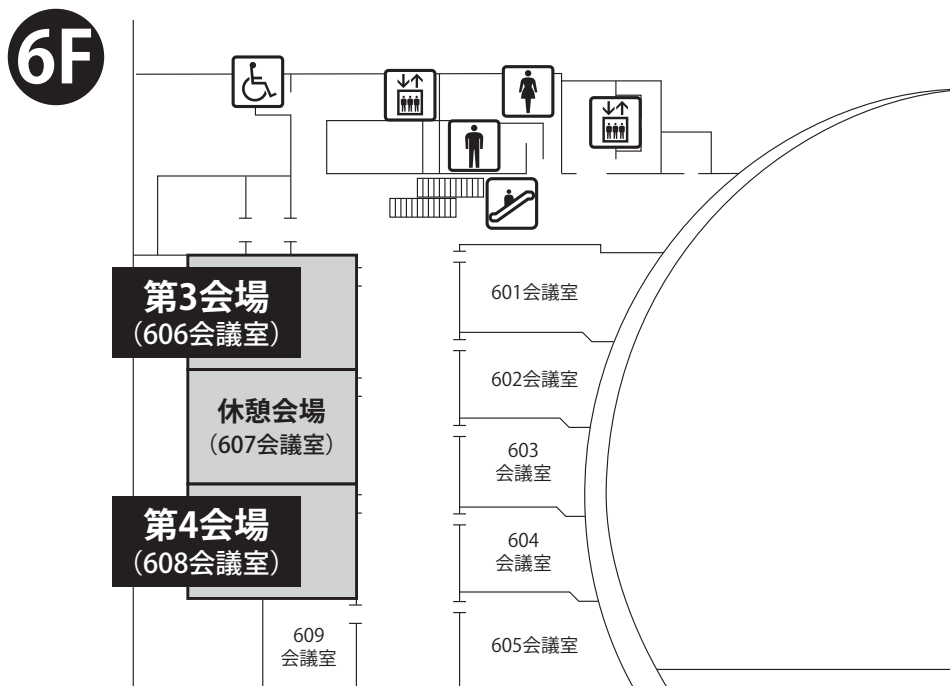
## ◆交通のご案内◆

	利用交通機関	会場までのアクセス	所要時間	料金
博多駅から	タクシー	博多駅 → アクロス福岡	約12分	約1200円
	地下鉄(空港線)	博多駅 → 天神※...徒歩 → アクロス福岡	約10分	210円
	路線バス 3. 12. 13. 56. 57.	博多バスターミナル (1F 2番乗り場) → アクロス福岡 ・水鏡天満宮前 (下車すぐ)	約15分	150円
福岡空港から	タクシー	福岡空港 → アクロス福岡	約20分	約2000円
	地下鉄(空港線)	福岡空港 → 天神※...徒歩 → アクロス福岡	約15分	260円

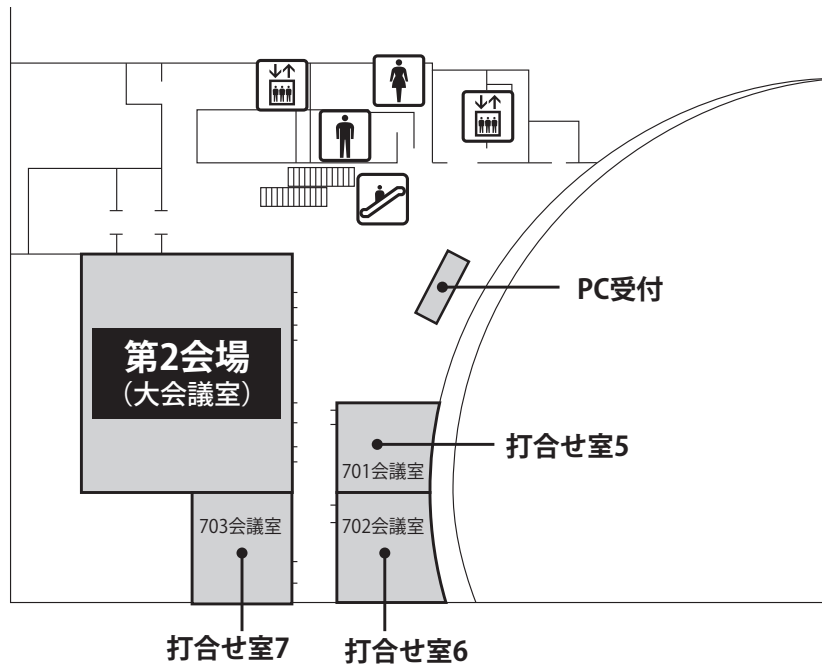
※地下鉄天神駅(16番出口直結)よりアクロス福岡まで徒歩5分

# 会場案内図

## アクロス福岡



7F



**第49回**

**日本大腸肛門病学会九州地方会**

**プログラム**



# Current Situation of Proctologists in Korea

Seokwon Lim  
Hang Proctology Clinic

座長：辻 順行 (大腸肛門病センター高野病院)

## 次世代のナビゲーションサージャー 「EUREKA Surgical Vision」

小林 直  
アナウト株式会社

座長：長谷川 傑 (福岡大学医学部 消化器外科)

## QOL向上を目指したクローン病の集学的治療 — 肛門病変を含めて —

座長：真鍋 達也 (佐賀大学医学部 一般・消化器外科)

芦塚 伸也 (福岡大学医学部 消化器内科講座)

コメンテーター：荒木 靖三 (大腸肛門病センターくるめ病院)

高津 典孝 (福岡大学筑紫病院炎症性腸疾患センター)

### DS-1 当院におけるクローン病患者に対するリサンキズマブの短期成績

池村 明仁 琉球大学病院 光学医療診療部

- DS-2** ウステキヌマブによるクローン病の寛解導入療法において、肛門病変が治療効果に与える影響  
才木 琢登 九州大学大学院 病態機能内科学
- DS-3** 当院におけるクローン病肛門病変の現状  
藤邑勇太郎 佐賀大学医学部内科学講座消化器内科
- DS-4** 肛門病変を契機にCrohn病の診断となった患者の治療選択と予後についての臨床的検討  
西俣 伸亮 医療法人潤愛会鮫島病院
- DS-5** 肛門症状を契機に診断されたクローン病の臨床的特徴に関する検討  
酒見 亮介 戸畑共立病院消化器病センター、酒見内科胃腸科医院
- DS-6** 当科におけるクローン病狭窄病変に対する内視鏡的拡張術の成績  
今給黎 宗 福岡大学医学部消化器内科学講座
- DS-7** ダルバドストロセルによるクローン病痔瘻病変の治療  
花岡 勝蔵 福岡大学筑紫病院
- DS-8** 当科におけるクローン病に対する低侵襲性手術の検討  
大石 海道 長崎大学病院 腫瘍外科
- DS-9** 当院におけるクローン病診療 - 肛門病変を中心として -  
白水 良征 大腸肛門病センター 高野会 くるめ病院
- DS-10** クローン病合併痔瘻に対する生物学的製剤、分子標的薬、再生医療の当院における成績  
高野 正太 大腸肛門病センター高野病院
- DS-11** 術前検査、術中指診・触診では確認できず、術中内視鏡で小腸高度狭窄と判明したクローン病症例の検討  
佛坂 正幸 潤和会記念病院外科



## 潰瘍性大腸炎の手術適応および術前・術後管理を再考する — 内科治療抵抗例とUCANを中心に —

座長：上村 修司（鹿児島大学大学院消化器疾患・生活習慣病学分野）  
愛洲 尚哉（聖路加国際病院 消化器一般外科）  
コメンテーター：赤木 由人（高邦会高木病院）  
久部 高司（福岡大学筑紫病院 消化器内科）

### DW1-1 Multi-option時代における潰瘍性大腸炎の手術リスクの検討

古田 陽輝 熊本大学病院 消化器内科学

### DW1-2 当院におけるUCAN (Ulcerative colitis associated neoplasia) の検討

金城 徹 琉球大学病院

### DW1-3 当施設における潰瘍性大腸炎に合併した腫瘍性病変に対する診療の現状

船越 禎広 福岡大学医学部 消化器内科学講座

### DW1-4 当施設および関連施設における、Low grade dysplasiaに対する診療の現状

田中 啓仁 鹿児島大学大学院 消化器疾患・生活習慣病学

### DW1-5 潰瘍性大腸炎に対する外科治療の時代的变化

宮本 裕士 熊本大学大学院 消化器外科学

### DW1-6 潰瘍性大腸炎緊急手術症例の臨床的特徴と治療成績

仕垣 隆浩 久留米大学

### DW1-7 潰瘍性大腸炎に対する緊急大腸全摘術の検討

田辺 寛 今村総合病院 消化器外科

### DW1-8 潰瘍性大腸炎に対する腹腔鏡下手術

小島 大望 福岡大学筑紫病院

## 痔瘻の診断と治療

座長：鮫島 隆志（潤愛会 鮫島病院 外科）  
野明 俊裕（高野会 くるめ病院）

**DW2-1** 肛門周囲膿瘍に対する臨床的背景と経肛門的超音波検査の有用性に関する検討

玉岡 滉平 大腸肛門病センター 高野病院

**DW2-2** 当院における低位筋間痔瘻に対する手術について

日高 仁 医療法人祥久会 日高大腸肛門クリニック

**DW2-3** 痔瘻の診断と治療、その成績について

柴田 直哉 いきめ大腸・肛門外科内科

**DW2-4** 痔瘻に対する当院の工夫

谷村 修 福西会病院

**DW2-5** 深部痔瘻の手術成績

榊原 優香 くるめ病院

**DW2-6** 坐骨直腸窩痔瘻に対する根治術の最適アプローチ法

吉元 崇文 大腸肛門病センター高野病院

**DW2-7** 痔瘻の手術とその成績

緒方 俊二 鮫島病院

## 進行直腸癌に対する各施設の取り組み

座長：宮本 裕士（熊本大学大学院 消化器外科学）  
渡邊 利史（小倉記念病院外科）

**DP-1** 3施設におけるロボット支援下直腸手術の導入と手技手技

濱田 聖暁 長崎原爆病院

**DP-2** 当科における下部直腸癌に対する治療戦略とその成績

高村 祐磨 長崎大学病院 腫瘍外科

- DP-3** 男女別に検討したロボット支援直腸手術の成績  
馬場 研二 鹿児島大学
- DP-4** 直腸癌に対する術前治療とロボット手術の治療成績とその工夫について  
長野 秀紀 福岡大学病院 消化器外科
- DP-5** 術前治療後進行直腸癌に対するロボット支援下手術  
喜多 芳昭 鹿児島市立病院
- DP-6** 当科における局所進行直腸癌に対する術前化学療法の治療効果、再発予測因子および術後縫合不全対策の検討  
秋山 泰樹 産業医科大学 第1外科
- DP-7** 進行直腸癌に対する Total Neoadjuvant Therapy の治療成績  
永井俊太郎 北九州市立医療センター 外科
- DP-8** 局所進行直腸癌に対する TNT (Total neoadjuvant therapy) の現状と TNT 後の切除手技の工夫  
武居 晋 佐賀大学医学部附属病院
- DP-9** 当院における局所進行直腸癌に対する術前治療症例の検討  
久永 真 佐世保市総合医療センター
- DP-10** 進行直腸癌に対する術前治療症例の治療成績  
日吉 幸晴 熊本大学消化器外科
- DP-11** 進行直腸癌に対する適切な術前治療～ watch & wait を行った症例の検討～  
竹下 浩明 国立病院機構長崎医療センター

## 一般演題 1

14:10 ～ 14:40 第3会場

## 大腸関連

座長：永吉 絹子 (九州大学大学院医学研究院 臨床・腫瘍外科)  
棟近 太郎 (福岡大学病院 消化器外科)

- D-01** 結腸全摘後、温存腸管が増悪した潰瘍性大腸炎の1例  
山門 仁 福岡大学筑紫病院
- D-02** 当院における潰瘍性大腸炎手術症例の変遷  
長田 和義 大腸肛門病センター高野会 くるめ病院

**D-03** 切除不能大腸癌患者に対する体組成分析の予後予測能としての評価

加藤梨佳子 熊本中央病院

**D-04** 術前骨格筋量は大腸癌 Stage I-III 根治切除後の予後と関連する

前田 裕斗 熊本大学病院 消化器外科

## 一般演題 2

14:50 ~ 15:20 第3会場

## 症例報告(良性)

座長：永田 淳(産業医科大学病院 消化器・内分泌外科)

森本 光昭(福岡徳洲会病院 外科)

**D-05** 鎖肛術後の巨大直腸結腸症に対する緊急的対処をし得た1例

仕垣幸太郎 大浜第一病院 大腸肛門外科

**D-06** 腹腔鏡補助下に切除した特発性小腸穿孔の1例

内田 史武 国立病院機構 嬉野医療センター 消化器外科

**D-07** 家族性地中海熱患者に発症した黄色肉芽腫性虫垂炎に対して腹腔鏡下虫垂切除術を施行した1例

吉田 泰樹 産業医科大学 第1外科

**D-08** 虫垂癌との鑑別に難渋した盲腸憩室炎の一例

濱田 由紀 済生会川内病院

## 一般演題 3

15:20 ~ 15:50 第3会場

## 肛門・人工肛門

座長：高野 正太(大腸肛門病センター高野病院)

馬場 研二(鹿児島大学消化器外科)

**D-09** 広範囲膿皮症を合併したクローン痔瘻に対するQOL改善を目指した広範囲膿皮切除とSetonドレナージ

馬場 楓 佐賀大学医学部附属病院

**D-10** 単孔式結腸人工肛門に対する狭窄形成術

伊禮 靖苗 大腸肛門病センター高野病院

- D-11** 鎮静のみで双孔式横行結腸ストーマ脱に対して Altemeier 変法を施行した1例  
西田 卓弘 宮崎県立宮崎病院 外科
- D-12** 女性専門クリニックにおける ALTA 療法  
渡海由貴子 T・Iクリニック長崎 乳腺外科・婦人科

## 一般演題 4

14:10 ~ 14:50 第4会場

## 大腸 悪性

座長：佐村 博範（浦添総合病院 外科）  
高村 祐磨（長崎大学病院 腫瘍外科）

- D-13** 術前集学的治療を行った下部進行直腸癌3症例  
新垣 淳也 浦添総合病院 消化器病センター外科
- D-14** 当院の Conversion Surgery ができた H3 症例の予後  
佐村 博範 浦添総合病院
- D-15** 当科におけるロボット支援下大腸癌手術の現状と問題点について  
合志 健一 久留米大学医学部外科学講座
- D-16** 閉塞性大腸癌に対する腹腔鏡手術の工夫  
佐藤 博文 高邦会 高木病院 外科
- D-17** 閉塞性大腸癌に対する金属ステント留置後根治切除症例の短期・長期予後の検討  
高橋 宏幸 福岡大学筑紫病院

## 難渋症例、内視鏡治療

座長：安川 重義（福岡大学西新病院 消化器内科）  
久能 宣昭（福岡大学病院消化器内科）

- D-18** 腸閉塞を契機に診断された慢性日本住血吸虫症の一例  
原田 久也 福岡大学筑紫病院 消化器内科
- D-19** 下痢を契機に診断された多発性骨髄腫を伴う大腸アミロイドーシスの1例  
向坂 秀人 福岡県済生会大牟田病院
- D-20** 門脈血栓症および肺動脈血栓症を合併し、治療に難渋した潰瘍性大腸炎の一例  
高山 弘毅 福岡大学筑紫病院 消化器内科
- D-21** 大腸ポリープ摘除における cold snare polypectomy と内視鏡的粘膜切除術の比較検討  
石橋 英樹 高野会くるめ病院

## 症例報告（悪性）

座長：合志 健一（久留米大学医学部外科学講座）  
永末 裕友（熊本赤十字病院 大腸外科）

- D-22** high-grade appendiceal mucinous neoplasm の一例  
稲尾 綾乃 JCHO 諫早総合病院 外科
- D-23** 肺癌小腸転移の1例  
寺道 和彦 長崎大学大学院 腫瘍外科
- D-24** 集学的治療が奏功し腹腔鏡で切除し得た横行結腸癌脾臓転移の1例  
益満 和人 今村総合病院 消化器外科
- D-25** 術前化学療法が著効し経仙骨的に局所切除を行なった直腸肛門管 GIST の1例  
西本 茉由 宮崎大学医学部附属病院

**第40回**  
**九州ストーマリハビリテーション研究会**  
**プログラム**





## オストメイトを取り巻く社会保障制度

座長：梶西ミチコ（白十字病院）  
柳迫 昌美（原三信病院）

- 1 給付制度に関する改善活動 ～ Speaking Out Together! 一緒に声をあげましょう!～  
濱本 英喜 コロプラス株式会社 マーケティング本部 マーケットアクセス
- 2 オストメイトを取り巻く社会保障制度  
組坂みさき 株式会社キシヤ 在宅福祉サポートセンター
- 3 ストーマ装具販売店としての役割  
田中 大作 ストマート株式会社 福祉+（プラス）課

## ワークショップ

9:00 ~ 10:30 第1会場

## 認知症患者のストーマ造設について考える

座長：園田みずき（福岡大学筑紫病院 地域医療支援センター）  
岩本知恵美（筑紫医師会立訪問看護ステーション）

- 基調講演** 認知症の病態と正しい理解  
～認知症患者さんの心理・尊厳と意思決定能力～  
合馬 慎二 福岡大学病院 脳神経内科
- SW-1** 認知症患者のストーマ造設 急性期病院での支援  
永田富美子 鹿児島市立病院 医療安全管理部
- SW-2** 認知症で施設入所中の高齢オストメイトの皮膚障害への対応と今後の課題  
高木 孝実 久留米大学病院 看護部
- SW-3** 洗腸療法を行っていた患者が認知症になり装具使用となった1事例  
青木 尚子 社会医療法人社団高野会 くるめ病院
- SW-4** 認知症のストーマ造設者の排便コントロールに薬剤師が介入した一例  
坂井美千子 株式会社薬心堂

## ストーマ装具選択と院内整備（管理・運用）について

座長：角井めぐみ（公益社団法人 福岡県看護協会 教育研修部）  
丸尾 香子（佐賀大学医学部附属病院）

- SP-1 社会復帰用ストーマ装具選択における院内教育・整備の評価と課題  
後藤万記子 大腸肛門病センター高野病院
- SP-2 これからのストーマケア教育の課題  
森山やよい 佐世保市総合医療センター
- SP-3 A病院における装具選択チャートの活用と課題  
直海 倫子 福岡大学病院

### 一般演題 1

14:40 ~ 15:20 第1会場

## 連携

座長：大村久美子（福岡大学筑紫病院）  
花田美奈子（久留米大学病院）

- S-01 腸管瘻孔からストーマ造設となったセルフケア困難なパーキンソン患者への支援  
横田 香織 大腸肛門病センター高野病院
- S-02 術前より多職種との協働が有効であった潰瘍性大腸炎患者の1例  
東島 友来 福岡大学筑紫病院看護部
- S-03 管理困難なストーマケアの地域連携に動画が有効であった一症例  
森元 優華 産業医科大学病院看護部
- S-04 情報共有ツールと同行訪問を併用したストーマケア指導の可能性と課題  
古野佐由里 スペアポケット株式会社
- S-05 A病院における術後排便機能障害サポートチームの活動報告  
西本 良子 福岡大学病院

## 合併症・難渋事例

座長：瀧下由利恵（福岡大学病院）

山田 陽子（産業医科大学病院）

- S-06** 術後のストーマ管理に難渋した潰瘍性大腸炎患者の1例  
大西 乃亜 福岡大学筑紫病院
- S-07** 正中創上に造設されたストーマ管理に難渋した事例  
三好 綾子 産業医科大学病院看護部
- S-08** ストーマ粘膜皮膚接合部が全周離開しケアに難渋した一例  
江田 明浩 JCHO久留米総合病院
- S-09** 交通外傷により緊急でストーマを造設した患者の合併症管理  
窪田 杏恋 社会福祉法人 恩賜財団 済生会熊本病院

## ストーマ外来、セルフケア

座長：谷口 法子（福岡大学病院）

高口 則子（株式会社麻生 飯塚病院）

- S-10** ストーマの受容段階に応じた指導により、ストーマケアの習得に成功した1例  
新山 亮太 都城市郡医師会病院
- S-11** 20歳代女性クローン病患者のストーマ受容過程における看護師の関り～フィックの危機モデルを用いた振り返り  
那賀 梓 福岡大学筑紫病院
- S-12** 尿管皮膚瘻造設し退院後にセルフケア確立した1例  
吉良真奈美 国家公務員共済組合連合会 新別府病院 看護部
- S-13** 離島におけるストーマ外来の現状と地域連携の課題  
横山 操 長崎県壱岐病院

## 教育

座長：高木 良重（福岡大学医学部看護学科）  
金丸 真弓（大分市医師会立アルメイダ病院）

- S-14** ストーマサイトマーキング実施率向上にむけた取り組み  
山形 朝子 済生会熊本病院
- S-15** 訪問看護師に向けたストーマケア相談用紙の作成  
山田 舞 福岡大学病院看護部
- S-16** フィジカルアセスメントツールを使用した装具分類表の活用と改善  
小倉 若葉 鯉島病院
- S-17** リカレント教育の取り組み—ストーマリハビリテーション指導の質向上に向けて—  
奥山賀奈子 社会医療法人社団高野会 くるめ病院

## 質の向上

座長：児玉 裕子（宮崎大学医学部附属病院）  
長谷川珠美（福岡病赤十字院）

- S-18** 十二指腸潰瘍穿孔術後に難治性瘻孔を有した患者の瘻孔管理  
田淵 翔吾 地方独立行政法人佐世保市総合医療センター外科病棟
- S-19** 高齢オストメイトのセルフケアの変化と支援 ～ 3症例からストーマ外来の役割を考える～  
金丸 真弓 大分市医師会立アルメイダ病院 看護部
- S-20** 在宅におけるストーマケアの手技統一に向けての取り組み  
深牧 静穂 温心訪問看護ステーション
- S-21** 看護基礎教育における排泄エコー導入の試み  
高木 良重 福岡大学医学部看護学科

**第49回**

**日本大腸肛門病学会九州地方会**

**抄 録**



## Current Situation of Proctologists in Korea

Hang Proctology Clinic  
Seokwon Lim

Speaking about current situation of proctologists in Korea, operations for anal disease are gradually decreasing.

Now there are a lot of coloproctology hospitals and proctology specialized clinics, and perhaps numerous operations for anal disease that were done previously and less recurrence from improved techniques are the reasons why incidence of operations is declining by degrees.

There are three main points that I would like to explain about current situation of proctologists in Korea. First, Korean Society of Coloproctology (KSCP) s role for professional training program for proctologists in Korea. Second, current topics that we, as Korean proctologists, are interested in and the problems we have. Third, the relationship between Japanese and Korean proctologists.

In Korea, there are more patients with anal disease in coloproctology hospitals and proctology specialized clinics than in university hospitals, However, there is no academic certificate of membership for coloproctology through professional training program at proctology specialized clinic, but only three coloproctology hospitals have this training program. Therefore, most of the surgeons who wish to study proctology work at coloproctology hospitals and proctology specialized clinics instead, and they learn practical skills during a period of apprenticeship at these private hospitals and clinics. Also, for the doctors who want to study proctology, Proctology study group under KSCP, is holding a proctology study group meeting four times a year, and moreover, KSCP holds regular two meetings and also a training lecture for young doctors annually.

Recently, in Korea, PPH is in trend, thus many Korean proctologist are very interested in and make attempts in this method. Of course, the utmost advantage of PPH is that there is less pain after the operation, however, medical insurance offers most part of the price for PPH equipment as an insurance, and the medical charge for PPH is higher than the charge for conventional hemorrhoidectomy, thus economically favorable to proctologists.

Korean proctologists attending annual meeting of JSCP has a long time history, and even now, about 20 Korean proctologists attend annual meeting of JSCP. Also, about 30 years ago, since the interest towards proctology in Korea increased, there are many Korean proctologists who studied in coloproctology hospitals in Japan. Moreover, the patterns of anal disease in both Korea and Japan are similar, thus treatment and operation methods are also in congruence. In particular, Korean proctologists have learned a lot from Japanese proctologists, hence, there are many who respect Japanese proctologists.

Korea and Japan are geographically very close to each other and also there are many cultural and emotional similarities, so I believe that we have great chances and possibilities to become good friends through this meaningful exchange. I would like to express great appreciation to Japanese doctors who give kindness and hospitality to our Korean doctors.

### 略歴

- 2015~2023: Chairman, Korean Proctology Study Group.
- 2019~2020: President, The Korean Society of Coloproctology.
- 2018~2019: President-Elect, The Korean Society of Coloproctology.
- 2016~2018: Vice President, The Korean Society of Coloproctology.
- 1998~Present: The Korean Society of Coloproctology.  
Council member
- 2000~2016: Journal of Coloproctology (The official Journal of the Korean Society of Coloproctology)  
Editorial Board
- 1999~Present: Hang Coloproctology Clinic.  
Chief Doctor. (院長)
- 1992~1999: Song-do Colorectal Hospital  
Surgeon in colorectal department. (診療部長)
- 1995: Ph.D. in Surgery at the Catholic University Medical College, Seoul, Korea.
- 1993: Korean Colo-Proctological Society membership awarded.
- 1992: Korean Surgical Society membership awarded.
- 1988~1992: Residency in general surgery, St. Mary's Hospital, Seoul, Korea.
- 1987~1988: Internship at St. Mary's Hospital, Seoul, Korea.
- 1984~1987: Doctor in Public Health Service in lieu of military service.
- 1984: M.D. from Catholic University Medical College, Seoul, Korea.

## 教育講演 2

## 次世代のナビゲーションサージャリー「EUREKA Surgical Vision」

アナウト株式会社  
小林 直

2017年より、ディープラーニング技術と解剖学を融合するための研究を開始し、2020年に東京を拠点とするスタートアップ、アナウトを設立した。2021年より教育に活用できる EUREKA Surgical Vision を製品として大学病院等に導入を開始した。

EUREKAはリアルタイムに手術画像を解析するAIソフトウェアである。剥離層、神経、膵臓、尿管、血管など多様な構造物を領域横断的に解析し、リアルタイムに表示することが可能である。ピクセル単位の精度にこだわり、患者個々に異なる一本一本の結合組織線維、膵実質と脂肪との境界、尿管がもつどくとくの壁構造を視覚化することで外科医の視覚認識力を拡張することを目的としている。これまでに教育的な視覚支援効果がいくつかの研究で強く示唆されている。

EUREKAの機能は解剖構造を認識するプレジジョンマッピングから、止血支援機能、技術評価機能、行程認識機能などの実装をすすめており、総合的に手術室を支援するソリューションへと進化しつつある。

2024年4月に「EUREKA $\alpha$ 」として厚生労働省が新設した手術画像用認識支援プログラムの第1号として製造販売承認を得た。これはAIがダイレクトに外科医の視覚認識を支援する医療機器として、世界的な第一歩と言える。

剥離層を始めとする微細解剖構造に基づいた手術は、日本の高い手術成績を支えるコンセプトである。多くの外科医からの協力を得ながら、手術テクノロジーのプラットフォーマーとして、EUREKAを介して国内のみならず世界の手術を安全にすることをビジョンに今後も活動していく。

**略歴**

2009年 横浜市立大学医学部卒業  
2009年 虎の門病院消化器外科  
2017年 厚生中央病院外科  
2019年 津田沼中央総合病院外科  
2020年 アナウト株式会社、代表取締役



**D DS-1** 当院におけるクローン病患者に対するリサンキズマブの短期成績

琉球大学病院 光学医療診療部<sup>1</sup>、琉球大学病院 第一内科<sup>2</sup>  
○池村明仁<sup>1</sup>、伊良波淳<sup>2</sup>、金城徹<sup>1</sup>

**【はじめに】**リサンキズマブ(以下RIS)はIL-23p19サブユニットを標的としたクローン病に対する分子標的薬であり、既存のadvanced therapyの有無に関わらず効果が期待される薬剤の1つである。今回当院のRIS短期成績を報告する。

**【対象】**当院ではクローン病10例に対しRISを投与した。平均年齢は35.5歳、男性8例、炎症型4例、小腸大腸型が8例であった。Bio naive例は1例、Bio exposed例は9例であり、Bio exposed例のうち2剤以上のBio使用例は5例であった。5ASAを5例、成分栄養6例、アザチオプリン4例でRIS投与前から併用しており、RISの併用寛解導入薬としてプレドニゾロンを3例、経口ブデソニドを1例に使用した。

**【方法】**オートインジェクター(以下AI)への移行率、RIS投与前と移行時の評価をHBI(Harvey-Bradshaw index)、Alb、WBC、Hb、Hct、Plt、CRP、ESRで比較した。

**【結果】**AIへの移行率は期間が浅い2例を除いた8例で87.5%であった(1例はDrop out)。また、WBC、Plt、CRP、ESRはAI移行時にRIS投与前より低下し、HBI、Alb、Hb、HCTは上昇した。このうちAlbは単変量解析で有意差を認めた(p=0.03)。

**【考察】**当院でのRIS投与例は高率でAIを用いた維持療法に移行できていた。HBIは1例の影響で上昇していたが、対象群は半数でBio2剤以上を投与されており、RISがクローン病難治例でも活動性を抑えQOLの向上に寄与すると考えられた。

**D DS-3** 当院におけるクローン病肛門病変の現状

佐賀大学医学部内科学講座消化器内科<sup>1</sup>、  
佐賀大学医学部附属病院光学医療診療部<sup>2</sup>、  
佐賀大学医学部一般消化器外科<sup>3</sup>

○藤邑勇太郎<sup>1</sup>、鶴岡ななえ<sup>1</sup>、貞島健人<sup>1</sup>、武富啓展<sup>1</sup>、  
芥川剛至<sup>2</sup>、坂田資尚<sup>1</sup>、真鍋達也<sup>3</sup>、江崎幹宏<sup>1</sup>

**【目的】**クローン病(CD)は若年で発症し長期にわたる治療が必要な慢性疾患であり、肛門病変の合併が多い。今回、当科CD例における肛門病変の頻度や特徴について検討した。

**【対象および方法】**2024年5月時点で当院通院歴を有するCD患者160例(男性112例、女性48例)を対象とし、肛門病変の有無により臨床的特徴や治療方法を比較検討した。

**【結果】**67例(42%)で肛門病変の合併を認めた(A群)。A群では肛門病変を伴わない93例(B群)に比べて発症年齢が若年であり(25歳 vs. 30歳; p<0.05)、小腸型の頻度(10% vs. 29%; p<0.01)、腸管切除歴(25% vs. 41%; p<0.05)が低率であった。しかし、性別、IBD家族歴、喫煙歴、罹病期間、併存疾患は2群間で差を認めなかった。内科的治療に関しては、5ASA/AZA/steroid/分子標的薬の使用率・使用数に差は認めなかった。分子標的薬の種類別では、リサンキズマブのみA群で使用率が高かった(16% vs. 5.4%; p<0.05)。

**【結語】**肛門病変合併は若年者に多く、小腸型の頻度が少ない傾向にあった。分子標的薬の使用率や使用数に肛門病変の有無で差はなかったが、リサンキズマブのみ肛門病変合併例で使用率が高かった。

**D DS-2** ウステキヌマブによるクローン病の寛解導入療法において、肛門病変が治療効果に与える影響

九州大学大学院 病態機能内科学<sup>1</sup>、  
九州大学病院 光学医療診療部<sup>2</sup>、九州大学病院 国際医療部<sup>3</sup>  
○才木琢登<sup>1</sup>、梅野淳嗣<sup>1</sup>、松野雄一<sup>1</sup>、今津愛介<sup>1</sup>、  
長末智寛<sup>1</sup>、藤岡審<sup>1,2</sup>、川崎啓祐<sup>1</sup>、森山智彦<sup>1,3</sup>、  
鳥巢剛弘<sup>1</sup>

**【背景・目的】**クローン病(CD)において、ウステキヌマブ(UST)の肛門病変への有効性は示されつつあるが、肛門病変の有無がUSTの治療効果に与える影響に関する報告は少なく、今回検討を行った。

**【方法】**2017~2023年に、当科でUSTによる寛解導入療法を行ったCD患者を対象とした。人工肛門造設例は除外した。活動性肛門病変の有無が、8週後の臨床的寛解率、改善率に与える影響を検討した。寛解はCDAI<150、改善はCDAI<150またはΔCDAI>70と定義した。

**【結果】**対象は66例(男40/女26)、年齢中央値は37.5歳、罹病期間中央値は9年であった。活動性肛門病変は23例(38%)で認め、内訳は1次病変(肛門潰瘍3)、2次病変(肛門周囲膿瘍5/痔瘻19/肛門狭窄4/直腸膿瘍1)であった。CDAI中央値は、肛門病変あり群(A群):211、なし群(B群):180であった。8週後の臨床的寛解率はA群:39%、B群:74%(p=0.008)、改善率はA群:48%、B群:81%(p=0.01)であった。

**【結論】**肛門病変を有する場合、活動期CDのUSTによる寛解導入効果は減弱するものの、一定の効果を示唆された。

**D DS-4** 肛門病変を契機にCrohn病の診断となった患者の治療選択と予後についての臨床的検討

医療法人潤愛会鮫島病院

○西俣伸亮、家守雅大、濱元ひとみ、山元由美子、  
緒方俊二、江藤忠明、鮫島加奈子、今村芳郎、  
平川あさみ、鮫島隆志、鮫島由規則

**【目的】**肛門病変を契機にCrohn病(CD)と診断された患者の臨床データは十分でないことから、その治療と予後について検討を行った。

**【方法】**対象は2018年から2022年までの5年間で当院で肛門病変を契機にCDの確定診断が得られ8週後の経過も追えた30例の臨床的背景と治療内容・経過について後方視的に検討した。

**【結果】**男女比は25:5、年齢中央値20.5歳、病型は小腸型10例、小腸大腸型20例で全例炎症型であった。CDAI 137.5、SES-CD 11、CECDAI 7.5、Alb 4.0g/dl、CRP 0.90mg/dl、Hb 13.2g/dl(いずれも中央値)。内科的治療は5-ASA 28例、栄養療法21例、Budesonide 4例、免疫調節剤3例、生物学的製剤26例、肛門病変に対する外科的手術は14例に行った。CDAI>150の症例(N=10)は内科治療22.5日後(中央値)には臨床的寛解となり、12ヶ月後(中央値)にはSES-CD(N=25)、CECDAI(N=20)ともに改善した(いずれもp<0.01)。また、肛門病変に対しては観察期間中央値176日で26例が治癒し、寛解に至らなかった2例でDarvadstrocel、1例は人工肛門となった。

**【まとめ】**肛門病変を契機にCDの診断となった患者は全例炎症型で内科・肛門科による早期の治療介入により良好な経過を得ることができた。

**D DS-5 肛門症状を契機に診断されたクローン病の臨床的特徴に関する検討**

酒見内科胃腸科医院<sup>1</sup>、戸畑共立病院消化器病センター<sup>2</sup>、松永病院<sup>3</sup>

- 酒見亮介<sup>1,2</sup>、二見喜太郎<sup>2,3</sup>、宗祐人<sup>2</sup>、大津健聖<sup>2</sup>、橋本崇<sup>2</sup>、宇野駿太郎<sup>2</sup>、柴田衛<sup>2</sup>、田中遼河<sup>2</sup>、樋脇久美<sup>2</sup>

**【背景と目的】**クローン病患者の約70%に生じる肛門病変において、その約30%が消化器症状よりも先行して発生すると報告されているが、肛門部症状を契機に診断されたクローン病の臨床的特徴については明らかではない。今回我々は、肛門部症状を契機に診断されたクローン病患者の臨床的特徴について検討した。

**【方法】**2011年6月から2019年4月までに当院で診断されたクローン病患者42人を対象に肛門部症状を契機に診断されたクローン病患者(肛門群)と腹部症状を契機に診断されたクローン病患者(消化器群)に分け、診断時の患者背景、診断後の治療内容について比較検討した。

**【結果】**肛門群は25例、消化器群は17例。両群の診断時背景は小腸型0%vs.18%、HBI 2vs.7、Alb 3.9vs.3.3、CRP 1.2vs.2.7、症状発現から診断までの期間402日vs.178日であり、肛門群は消化器群よりも有意に小腸型の割合が低く、HBIおよびCRP値が低値であった。小腸造影検査にて縦走潰瘍病変、狭窄、瘻孔を有する症例は16% vs.47%と肛門群が有意に低かった。診断から6年後の生物学的製剤の累積使用率、10年後の累積腸管切除率は消化器群が高い結果であった。

**【結語】**肛門部症状を契機に診断されたクローン病は軽症者の割合が高かったが、クローン病の診断までに時間を有していた。今後は早期診断のため肛門科、外科、内科が密に連携し診療を行う必要がある。

**D DS-7 ダルバドストロセルによるクローン病痔瘻病変の治療**

福岡大学筑紫病院

- 花岡勝蔵、東大二郎、山門仁、濱畑圭佑、林貴臣、高橋宏幸、和田英雄、小島大望、宮坂義浩、渡部雅人

**【目的】**クローン病(CD)痔瘻病変に対する、ダルバドストロセルの治療効果について、使用経験を報告し、今後の同製剤の使用方法を検討する。

**【方法または材料】**当科で行ったCD痔瘻病変に対するダルバドストロセル治療例の経過を検討した。

**【結果および考察】**CDには肛門病変が高率に合併する。肛門病変のなかでも痔瘻病変が最も多く、複雑痔瘻は治療に難渋する。現在は、軽症の症例には抗菌剤投与、切開排膿治療を行い、複雑化、重症化すればシートドレナージ、さらにバイオ製剤投与を併用する治療を行っている。従来のような治療では効果不十分な症例、ドレナージチューブが抜去できない症例があり、それらに対する治療方法として、ダルバドストロセルが承認された。同製剤は同種異系脂肪組織由来幹細胞で構成される懸濁液製剤で、痔瘻の瘻管内及び、瘻管壁へ注射針で投与する。当科で行った症例では、治療後、瘻孔部が癒着を残さず閉鎖し、シートドレナージによる治療とは異なった治癒経過を認め、ドレナージチューブが抜去することができQOLが上がった。

**【結論】**CD痔瘻に対する既存治療で経過が不良、とくにドレナージチューブ抜去困難症例へのダルバドストロセル投与は有益であると考えられる。

**D DS-6 当科におけるクローン病狭窄病変に対する内視鏡的拡張術の成績**

福岡大学医学部消化器内科学講座

- 今給黎宗、芦塚伸也、犬尾和子、柯懿玲、木村俊大、黒木大世、能丸遼平、松岡弘樹、久能宣昭、船越禎広、平井郁仁

**【目的】**2021年にクローン病(CD)小腸狭窄に対する内視鏡的バルーン拡張術(EBD)ガイドラインが作成され、その有効性や安全性のエビデンスとエキスパートのコンセンサスを基に治療指針が示された。当科での成績や安全性を検討する。

**【方法】**単施設後方視的研究で2019年1月～2024年3月に当科で施行したCD患者のEBDについて、患者背景、狭窄性状、EBD手技の詳細、短期・長期成績を検証した。

**【結果】**[患者背景] 症例 28例、年齢中央値 45歳、男性 21/女性 7、病型: 小腸型 5/ 小腸大腸型 22/ 大腸型 1、病期期間中央値 20年、腸管切除歴あり 15、Bio歴あり 17(TNFi 11/非TNFi 6)。[狭窄性状] 拡張部位: 空腸 2/ 回腸 13/ 大腸 3/ 回腸吻合部 2/ 回腸結腸吻合部 6、狭窄径: ≤5mm 39/ 6-10mm 20/ >10mm 10、狭窄長: ≤5mm 30/ 6-20mm 27/ 21-30mm 6/ 31-50mm 4、潰瘍併存 32(46%)。[EBD手技と短期成績] EBDのべ回数 69回、成功 59(86%)、拡張径中央値 12mm、不成功 10(14%)、不成功理由: 未到達 5/ 屈曲 3/ 深い潰瘍 3、合併症 1(疼痛)。[長期成績] 観察期間中央値 16.5か月、手術回避率: 1年 81%/ 3年 81%、EBD成功例手術回避率: 1年 95%/ 3年 95%。

**【考察】**当科EBDの成績は概ね良好であったが、挿入困難例・潰瘍併存例など施行不能例も認められた。深部挿入の工夫や粘膜治療達成がさらなるEBDの成績向上につながると考えられた。

**D DS-8 当科におけるクローン病に対する低侵襲性手術の検討**

長崎大学病院 腫瘍外科

- 大石海道、野中隆、寺道和彦、舩原光真、石丸和英、野田恵佑、高村祐磨、富永哲郎、宮崎拓郎、大坪竜太、澤井照光、松本桂太郎

**【緒言】**当科ではクローン病患者に対する低侵襲性手術として、腹腔鏡下手術や単孔式手術を主に施行しており、その治療成績について検討した。

**【対象】**2016年4月1日から2024年3月31日までに当院で腹腔鏡下手術を受けたクローン病患者21例(男性12例、女性9例)を対象とした。

**【結果】**対象患者の年齢中央値は44歳(22歳～74歳)であり、適応は消化管狭窄が18例、穿通や膿瘍形成が3例であった。12例(57.1%)には開腹歴があった。術式の内訳は、右半結腸切除術が11例、左半結腸切除術が1例、右半結腸切除+S状結腸切除が2例、右半結腸切除+腹会陰直腸切断術が2例、結腸垂全摘術が1例、小腸切除術が3例であった。単孔式手術は8例(38.1%)で施行された。手術時間中央値は187分(101分～464分)、出血量中央値は70ml(5ml～1360ml)であり、開腹移行例はなかった。術後在院日数中央値は15日(7日～44日)であり、術後合併症(Clavien-Dindo Grade ≥ 3)は5例(23.8%)に認められた。再手術は3例(14.3%)行われた。

**【考察】**クローン病に対する腹腔鏡下手術は、開腹移行なく安全に施行可能であった。特に単孔式手術は若年者が多い本疾患において、整容面においても、有用なアプローチであると考えられた。

**D DS-9 当院におけるクローン病診療 - 肛門病変を中心として -**

大腸肛門病センター 高野会 くるめ病院

○白水良征、野明俊裕、榊原優香、鈴木麻未、長田和義、入江朋子、石橋英樹、荒木靖三

クローン病 (CD) 肛門病変は回盲部と同様に罹患頻度が高く、腹部症状に先行する肛門病変の頻度は約 38.6% -48.9% と報告されている。それゆえ外科内科両面で肛門機能に配慮した治療が必要となる。本邦における肛門病変を伴う CD の治療は適切な肛門部のドレナージを行い、免疫抑制剤や生物学的製剤 (抗 TNF $\alpha$  製剤) を投与することが推奨されている。さらに若年者であれば積極的に早期に生物学的製剤を投与することも検討すべきとされ、当院では適切な肛門部のドレナージに加え、積極的に生物学的製剤を投与して CD の治療を行っている。当院の肛門病変の評価として診察時の CDAI 評価に加え、肛門診察を行い、PDAI スコアや必要であれば肛門エコー検査を用いている。肛門痛の出現時や肛門病変の悪化時は上記評価を必ず評価し記録することで、肛門病変が生物学的製剤投与でどう変化したかを客観的に評価することが可能であり、肛門病変にも重点を置いて診療を行っている。当施設において CD の生物学的製剤投与患者数は 150 例を超えており、その中で肛門病変が改善した症例、腸管病変は改善しているが肛門病変が難渋している症例、難治性肛門病変で人工肛門増設を行った症例などを供覧し、改めて肛門病変の重要性を周知したい。

**D DS-11 術前検査, 術中指診・触診では確認できず, 術中内視鏡で小腸高度狭窄と判明したクローン病症例の検討**

潤和会記念病院外科

○佛坂正幸、新名一郎

**【はじめに】**クローン病では、術前の全狭窄病変の診断が困難であり、術中に狭窄の有無や程度を判断しなければならない症例がある。術中指診・触診では確認できず、術中内視鏡で小腸高度狭窄と判明したクローン病の症例を報告する。

**【方法】**クローン病に対して手術施行した症例は 68 例 (81 手術) であり、52 例で術中内視鏡を施行した。指診・触診による狭窄の程度は fat creeping の有無、壁肥厚の有無および双指診により、なし・軽度 (非全周性)・中等度 (全周性・内視鏡通過可能程度)・高度 (全周性・内視鏡非通過程度) と評価した。内視鏡的高度狭窄の判断は 15 mm 以下 (内視鏡が通過しない狭窄) とした。

**【結果】**指診・触診でなしと判断し、内視鏡で高度狭窄がみられた病変は 4 症例 (6 病変) にあり、全例、他の高度狭窄病変に対する手術の際に、全小腸の精査目的を目的として、術中内視鏡を施行していた。5 カ所は creeping fat や癩痕性の病変はないものの、内視鏡で膜状で柔らかい pin hole 状の狭窄があった。1 カ所は術前検査、触診上で狭窄はないと判断した Bauhin 弁であった。高度狭窄 2 例 4 カ所は切除し、2 例 2 カ所は狭窄形成術を行った。

**【結語】**クローン病では術前診断、術中の視診・触診では把握できない高度狭窄があることを念頭に置くべきである。

**D DS-10 クローン病合併痔瘻に対する生物学的製剤、分子標的薬、再生医療の当院における成績**

大腸肛門病センター高野病院

○高野正太、中村寧、玉岡滉平、吉元崇文、辻順行

**【はじめに】**クローン病に合併した痔瘻は難渋する症例を多く経験する。今回は当院における生物学的製剤、分子標的薬、再生医療の治療経験を報告する。

**【方法】**2022 年 1 月から 2023 年 12 月までに当院で上記治療を行った症例 137 例のうち痔瘻または肛門周囲膿瘍を認めた患者 97 例を対象とした。

**【結果】**二次口が全て閉鎖し一旦寛解に至った症例、排液などの症状が軽減した有効例 (寛解を含める)、二次無効例はそれぞれ、インフリキシマブ (IFX) 29 例中 10、21、3 例、アダリムマブ (ADA) 57 例中 26、37、3 例、ウステキヌマブ (UST) 19 例中 5、8、1 例、ベドリズマブ (VED) 6 例中 4、5、1 例、リサンキズマブ (RKZ) 7 例中 2、3、0 であった。再生医療であるダルバドストロセル 7 例ではそれぞれ 5、7、3 例であり、生活の質を表す CAFQOL は 55.7 から 28.3 へ有意差をもって改善した。

**【まとめ】**抗 TNF $\alpha$  抗体以外のエビデンスが乏しかったため、前半は IFX と ADA の使用が多く、後半で UST や VED が増加した。今回の検討では VED の寛解率と IFX の有効性が高い結果となった。クローン病合併痔瘻に対して生物学的製剤、再生医療は高い寛解率および改善率を示し有効と考えられるが、一方で二次無効も認めている。今後、長期的経過及び QOL 変化についての観察が望まれる。

**D DW1-1 Multi-option時代における潰瘍性大腸炎の手術リスクの検討**

熊本大学病院 消化器内科学

○古田陽輝、中島昌利、鶴田結子、直江秀昭、田中靖人

**【背景と目的】**近年、潰瘍性大腸炎(UC)に対する内科的治療薬が多様化し、これまではコントロール困難であった症例に対しても手術を回避することも可能となり、手術率は減少傾向にある。それでも尚、UCに対する手術は必要であり、その機会を逸しないことは必要である。今回、治療薬の多様化したmulti-option時代における手術症例について検討し、そのリスクについて解析を行なった。

**【方法】**2018年1月から2023年12月の期間に当院に入院歴のある患者を対象として、手術例と非手術例に分け初回入院時の所見について比較検討した。

**【結果】**対象症例は90症例で、そのうち手術例は12例であった。手術例/非手術例において男性は8(67%)/40(51%)例、病型は全大腸炎型が12(100%)/65(83%)例で、入院時の年齢中央値は59/40歳であった。入院時に重症例は7(58%)/33(42%)例、clinical activity index(CAI)中央値は13/12、CRP中央値は2.67/3.16 mg/dl、Alb中央値は2.4/3.0 g/dl、内視鏡所見が重度(mayo endoscopic subscore:3)であったのは6(50%)/34(43%)例であった。生物学的使用歴は7(58%)/24(31%)例に認めた。非手術例と比較すると、手術例では有意に入院時年齢が高く(p=0.043)、Alb値が低値(p=0.021)であった。

**【考察】**入院時に60歳を超える高齢者やAlbが低値である症例では手術リスクがあることを念頭に診療する必要がある。

**D DW1-3 当施設における潰瘍性大腸炎に合併した腫瘍性病変に対する診療の現状**福岡大学医学部 消化器内科学講座<sup>1</sup>、  
福岡大学医学部 消化器外科学講座<sup>2</sup>、  
福岡大学医学部 病理学講座<sup>3</sup>、大牟田済生会病院<sup>4</sup>○船越禎広<sup>1</sup>、芦塚伸也<sup>1</sup>、柯懿玲<sup>1</sup>、犬尾和子<sup>1</sup>、  
木村俊大<sup>1</sup>、黒木大世<sup>1</sup>、能丸遼平<sup>1</sup>、今給黎宗<sup>1</sup>、  
松岡弘樹<sup>1</sup>、久能宣昭<sup>1</sup>、棟近太郎<sup>2</sup>、田淵史典<sup>4</sup>、  
向坂秀人<sup>4</sup>、稲吉康治<sup>4</sup>、濱崎慎<sup>3</sup>、長谷川傑<sup>2</sup>、  
平井郁仁<sup>1</sup>

**【目的】**潰瘍性大腸炎関連腫瘍(ulcerative colitis associated neoplasia: UCAN)と散発性腫瘍(Sporadic tumor: ST)の鑑別診断や治療方針は確立していない。当科における診療の現状を検証し、治療適応の妥当性を明らかにする事を目的とした。

**【方法】**2017年4月～2024年3月に当施設、ならびに関連施設でのUC合併腫瘍性病変の診断・治療成績を後向きに検討。

**【結果】**症例21例、年齢中央値60歳、男女比:12:9、罹患期間中央値21年、全大腸炎型16/左側大腸炎型4/右側大腸炎型1。全大腸切除術10例で施行。理由はcT1 b以深4/主病変外のdysplasia検出3/境界不明瞭3。病理診断は腺腫1、HGD1のほかは癌でpStage I 3/IIa3/III b 1。内視鏡治療は11例(ESD 10/EMR 1)で、UCANかSTかの判別困難例含む腺腫、dysplasia相当あるいは粘膜下層浅層以下の癌と術前診断し、境界がほぼ明瞭な病変であった。内視鏡治療後病理診断はUCAN(癌)2(pTis)/ST(癌)1/ST(腺腫)7/過形成性ポリープ1、腫瘍長径中央値20 mm、水平断端陰性率、Ro切除率共に91%、診断一致率41.6%。内視鏡治療後にUCANを認め追加手術を2例(18.1%)認めた。

**【考察】**UC合併腫瘍の術前診断は困難で、UCANとSTの鑑別困難例の内視鏡治療は許容される可能性が示唆された。しかし異時性多発のリスクを考慮に入れ、内視鏡治療後も厳重なサーベイランスが必要である。

**D DW1-2 当院におけるUCAN(Ulcerative colitis associated neoplasia)の検討**

琉球大学病院

○金城徹、池村明仁、伊良波淳

**【はじめに】**潰瘍性大腸炎(Ulcerative colitis: UC)は増加傾向にあり、長期フォローしていく中でUC罹患範囲の大腸に発生する腫瘍性病変が問題となってくる。

**【目的】**当院で経験したUCANの患者背景を検討し、サーベイランスの有無別予後を明らかにする。

**【対象と方法】**2023年12月までの間にUCANと診断された13例を対象にサーベイランス(1-2年ごとに全大腸の観察を行っている)別に患者背景、予後を検討した。UCANは異時性多発、粘液癌、dysplasiaのいずれかを有するものとした。

**【結果】**性別(男性6例、女性7例)、癌診断時年齢中央値は45歳(22～82歳)、平均罹患年数は15.6年、罹患範囲(全大腸炎型10例、左側大腸炎型3例)、病型(慢性持続8例、再燃寛解5例)、進行度(早期癌4例、進行癌9例)、多発例6例であった。サーベイランス群7例中6例は大腸全摘術、1例は高齢のため部分切除され、観察期間中全例生存している。2例はPSC合併例で生体肝移植も行われている。一方、非サーベイランス群6例は全例進行癌で発見され、5例は全大腸全摘術が施行され、1例は手術できず、最終的に4例が癌死していた。

**【まとめ】**当院の検討からUCANの危険因子を有する症例はしっかりサーベイランスを行うことで予後良好であることが分かった。

**D DW1-4 当施設および関連施設における、Low grade dysplasiaに対する診療の現状**鹿児島大学大学院 消化器疾患・生活習慣病学<sup>1</sup>、  
鹿児島厚生連病院 消化器内科<sup>2</sup>○田中啓仁<sup>1</sup>、上村修司<sup>1</sup>、秋元遥<sup>2</sup>、前田将久<sup>1</sup>、  
鮫島洋一<sup>2</sup>、小牧祐雅<sup>1</sup>、井戸章雄<sup>1</sup>

**【目的】**潰瘍性大腸炎関連腫瘍のうち、Colitic cancer / High grade dysplasia の治療方針はガイドライン上で示されているものの、Low grade dysplasia (LGD)に対する治療方針ならびにfollowに関する一定の見解は得られていない。そこで、当施設および関連施設におけるLGDに対する診療の現状を明らかにすることを目的とした。

**【方法】**2011年4月～2023年3月鹿児島大学病院および関連病院に受診歴のあるUC患者のうち、LGDと診断した患者を対象とし、治療方針や内視鏡followなどを後向きに検討した。

**【結果】**対象は27例。UCの発症年齢(中央値)は35歳(9-79歳)、LGD診断時年齢(中央値)は50歳(18-85歳)、LGD診断までの罹患期間(中央値)は8.7年(0-38年)だった。病型は全大腸炎型18例、左側大腸炎型7例、直腸炎型2例だった。LGD診断後、1例のみ局所療法として、内視鏡的粘膜下層剥離術を行った。その他全例に内視鏡および生検によるfollowを行った。5例(18.5%)に癌を認め、4例に大腸全摘術を行った。治療後最終診断はStage 0-Iであり、その後現在に至るまで、全例の生存を確認している。なお大腸全摘術を行った4例の、LGD診断から癌と診断するまでの内視鏡follow間隔(中央値)は3.8ヶ月(0.9-5.9ヶ月)だった。

**【結語】**LGD診断後は、タイトな内視鏡followが患者の生命予後に寄与するものと思われた。

**D DW1-5 潰瘍性大腸炎に対する外科治療の時代的变化**

熊本大学大学院 消化器外科学

○宮本裕士、日吉幸晴、大内繭子

**【背景】**潰瘍性大腸炎に対する内科的治療の発展により、外科的治療の適応となる患者背景や手術理由、手術成績も変化がみられることが予想される。

**【方法】**当院で潰瘍性大腸炎に対し、外科的治療を施行した48例を対象とした。2016年前後で前期、後期の2群に分け、それぞれの手術理由、患者背景、術後短期成績について検討した。

**【結果】**患者背景は年齢 前期:後期=53:62、性別(男性%) 前期:後期=68:70、BMI (kg/m<sup>2</sup>)=前期:後期=18.0:21.6 (p=0.03)であった。外科治療に至った理由として、内科治療難治例 前期:後期=85%:57%、穿孔 前期:後期=10%:18%、癌 前期:後期=5%:25%であった。手術時に10mg以上のステロイド治療率は前期:後期=30%:39%であった。手術術式は、緊急手術例 (n=8)は全例で開腹による3期的手術が選択され、待機手術例 (n=40)は腹腔鏡手術が前期:後期=83%:100%で、回腸囊肛門吻合が32例、永久人工肛門が8例で適応された。Claven-Dindo grade 2以上の術後合併症率は、前期:後期=60%:43%、術後在院日数は前期:後期=21:17であった。

**【結語】**潰瘍性大腸炎に対する外科治療の必要性は、時代と共に変化しており、内科医との連携がより重要であることが明らかとなった。

**D DW1-7 潰瘍性大腸炎に対する緊急大腸全摘術の検討**今村総合病院 消化器外科<sup>1</sup>、鹿児島大学病院 消化器外科<sup>2</sup>○田辺寛<sup>1</sup>、馬場研二<sup>2</sup>、成尾知紀<sup>1</sup>、椎葉忠恕<sup>1</sup>、中嶋太極<sup>1</sup>、米盛圭一<sup>1</sup>、瀧川譲治<sup>1</sup>、帆北修一<sup>1</sup>、上之園芳一<sup>1</sup>、大塚隆生<sup>2</sup>

**【はじめに】**当院では潰瘍性大腸炎(以下UC)に対する手術は一期目に大腸全摘術+回腸囊肛門吻合術+回腸人工肛門造設術を行い、後に人工肛門閉鎖を行う二期分割手術を基本としている。しかし炎症や栄養状態など患者の全身状態に合わせてHartmann手術(大腸全摘術+永久人工肛門造設術)や三期分割手術も選択している。当院におけるUC手術症例のうち、緊急で施行した大腸全摘術の手術成績を報告する。

**【対象】**2013年1月から2024年4月にかけてUCに対して当院で緊急大腸全摘術を施行した35例を対象として術式別に患者背景、手術成績を検討した。

**【結果】**二期分割手術は22例、Hartmann手術は8例、三期分割手術は5例に施行されていた。二期分割手術では術中合併症1例、Claven-Dindo III以上の術後合併症を6例に認めた。Hartmann手術では術後腸炎の悪化による死亡例を1例認めた。三期分割手術は他の術式と比較して術前CRPが高く、術前アルブミン値が低い患者に施行されていたが、重篤な術中術後合併症は認められなかった。

**【結語】**UCに対する緊急大腸全摘術は患者の全身状態に合わせて安全性を考慮した術式選択が重要である。

**D DW1-6 潰瘍性大腸炎緊急手術症例の臨床的特徴と治療成績**

久留米大学

○仕垣隆浩、久田かほり、執行ひろな、島村智、菊池麻亜子、藤吉健司、吉田直裕、合志健一、吉田武史、主藤朝也、藤田文彦

**【背景】**潰瘍性大腸炎(UC)症例に対して生物学的製剤をはじめ新規治療薬による内科的治療の進歩は著しい。一方で、緊急で外科的治療を要するUC症例は一定数存在するのが現状である。今回、緊急手術を行なったUC症例の臨床的特徴と手術成績を明らかにする。

**【方法】**2013年9月から2022年1月にUCに対して手術を行った15例を対象とし、緊急手術を行なった8症例(A群)とUC関連腫瘍で手術を行なった7症例(B群)の2群に分け、患者背景と術前治療と手術成績について検討した。

**【結果】**A群の手術理由は巨大結腸癌1例/劇症型3例/内科治療抵抗症例4例であった。患者背景はB群でBMIが高く(P=0.037)、手術までの罹患期間が長い傾向にあった(P=0.013)。術前治療は術前ステロイド量とCAPはA群で有意に多かった(P=0.031、P=0.049)。術式は分割手術(1期/2期/3期; A群1/5/2 VS B群0/6/1)と大腸全摘のアプローチ方法(HALS/開腹/腹腔鏡; A群3/1/4 VS B群3/1/3)に両群で有意差はなかった。術前の栄養状態はA群でAlbとHbが低い傾向にあった(Alb:P=0.049、Hb:P=0.0012)。術後合併症はA群は術後出血の1例のみであり、両群で有意差はなかった。

**【結語】**UC緊急手術症例は低栄養状態かつ術前ステロイド投与量が多く術後合併症のリスクの高い状態であったが、手術は比較的安全に行われていた。

**D DW1-8 潰瘍性大腸炎に対する腹腔鏡下手術**

福岡大学筑紫病院

○小島大望、花岡勝蔵、高橋宏幸、和田英雄、東大二郎、渡部雅人

**【目的】**潰瘍性大腸炎(UC)に対する腹腔鏡下大腸全摘術の手術手技をビデオで報告する。

**【対象】**当科では2018年よりUCに対する大腸全摘術に腹腔鏡下手術を導入した。2024年5月までに26例に施行し、その経験により得られた当科のUCに対する腹腔鏡下手術手技を報告する。

**【手術手技】**大腸全摘術は直腸超低位前方切除、左右結腸半側切除から構成されるが、当科の手術手技は同一5トロカールで施行可能である。頭低位右下位で直腸超低位前方切除、左右結腸間膜動脈、頭高位左下位とし回結腸動脈を温存した結腸間膜処理、回腸切離を行う。肛門管周囲剥離は腹腔鏡下手術の恩恵が大きいが、術者の技量による差も大きい。炎症により剥離層を同定しづらい場合は骨盤内臓神経と骨盤底筋膜をガイドに剥離をすすめる。直腸右側後壁より肛門管にアプローチし、横紋筋側でHiatal ligamentを切離し、安全に肛門管直腸を剥離しリニアステイプラーで切離する。回腸切離は腹腔内で行う。直視下に行う際は腸間膜が捻転しやすいため、回結腸動脈より創外に誘導する。再建時にJ型回腸嚢が仙骨に沿って座するようにあらかじめ回腸同士を漿膜筋層縫合し、先端よりリニアステイプラーを挿入し15cmの回腸嚢を作成する。肛門縁1.5cm肛門管内DST吻合となる。

**【結語】**当科で行っているUCに対する腹腔鏡手術手技をビデオで報告する。

## D DW2-1 肛門周囲膿瘍に対する臨床的背景と経肛門的超音波検査の有用性に関する検討

大腸肛門病センター 高野病院

○玉岡滉平、辻順行、吉元崇文、松本朝子、伊禮靖苗、中村寧、久野三朗、高野正太、山田一隆、高野正博

**【対象と方法】**2019年1月から12月の期間において、指診と肛門エコー検査にて肛門周囲膿瘍の診断で切開排膿を行った症例を通して、以下の2点を検討した。

1) 肛門周囲膿瘍222例の、切開排膿後に根治手術を施行した141例を対象とし、手術症例を肛門腺由来(痔瘻)と非肛門腺由来(非痔瘻)の症例に分類し、両群の臨床的背景を調べた。

2) 肛門周囲膿瘍222例の、切開排膿後に根治手術を施行した141例を対象とし、根治手術所見を最終診断として、肛門周囲膿瘍に対する切開排膿前の指診と肛門エコー検査の診断、膿瘍期の切開排膿時の手術所見、根治術直前(痔瘻移行期)の指診の診断と肛門エコー検査の診断を比較し、それぞれの正診率を算出し、比較した。

**【結果】**1) 肛門腺由来が129例(91%)、非肛門腺由来が12例(9%)であった。非肛門腺由来の症例では膿瘍の肛門側から肛門縁までの距離が3cm以上の割合が有意に高かった( $p<0.046$ )。

2) 肛門腺由来(痔瘻)と診断した症例の切開排膿前の指診、肛門エコー検査、切開手術所見、痔瘻移行期の指診、肛門エコー検査の正診率はそれぞれ77%、99%、100%、100%、99%であった。切開排膿前では、指診と比較し肛門エコー検査の正診率が有意に高かった( $p<0.001$ )。

**【結語】**経肛門的超音波検査は、肛門周囲膿瘍の診断に極めて有用であることが認識された。

## D DW2-3 痔瘻の診断と治療、その成績について

いきめ大腸・肛門外科内科<sup>1</sup>、宮崎大学<sup>2</sup>

○柴田直哉<sup>1</sup>、柴田みつみ<sup>1</sup>、前村幸輔<sup>1</sup>、平田智也<sup>1</sup>、吉田直樹<sup>1</sup>、山本章二朗<sup>1,2</sup>

当院では2015年1月から2023年12月までに複雑痔瘻に対する手術は183人で、男性152人、女性31人、平均年齢47.6歳、III65人、IIH112人、IV6人であった。後方深部隙の診断には経肛門的超音波検査、骨盤MRIが有用である。内外括約筋間を口側に進展し、浅外括約筋、深外括約筋間から瘻管が広がる場合は原発巣がCoutneyでIIIとなり、深外括約筋、肛門挙筋から広がる場合は原発巣が後方深部隙でIII、IIHとなる。手術では一次口はLay open、縫合閉鎖または一時的にシートンを留置している。原発巣が後方深部隙の場合は感染瘻管は内外括約筋間を口側に肛門挙筋付着部近辺まで切除する。また、後方及び側方からアプローチして、後方深部隙から広がる直腸壁前面の感染瘻管、IIH部、側方の痔瘻を切除する。側方の瘻管切除は随時、皮切を追加する。内外括約筋間から後方深部隙には一時的なシートンを留置し、2週間程度で抜去する。術後成績は 当院での20ヶ月での無再手術率はIIIが94.6%、IIHが69.6%、IV型は17%であった。術後3ヶ月でのWexner、Kirwanスコアでも液状便、ガスがたまに漏れる程度で、SF8を用いた身体的、精神的サマリースコアでも術前に比べ優位に改善している。

## D DW2-2 当院における低位筋間痔瘻に対する手術について

医療法人祥久会 日高大腸肛門クリニック<sup>1</sup>、  
医療法人 日高クリニック福岡<sup>2</sup>

○日高仁<sup>1</sup>、日高元<sup>2</sup>、佐々木俊治<sup>1</sup>、日高久光<sup>1</sup>

**【はじめに】**当院では、痔瘻の手術を行うにあたり、外来診察の時点から、手術を想定した入念な視触診・指診・双指診を行い、補助診断の所見も参考にして、原発口の位置や瘻管の走行等を確認しておき、これに術前の肛門機能や患者の年齢・性別等も考慮の上で予定術式を決め、手術室でも麻酔下に再度入念に瘻管の走行を確認し術前診断との差異がないかを確認し、実際に手術を行っている。今回、低位筋間痔瘻に対する当院での手術症例について振り返り、検討する。

**【対象と方法】**2016年1月から2020年12月迄に当院で低位筋間痔瘻の診断で手術を受けた334例(III型287例、IIIC型47例)を対象とし、診療録からデータを抽出し、後ろ向きに検討した。炎症性腸疾患に伴う痔瘻は除外した。

**【結果】**肛門後方5～7時方向に原発口を有す188例のうち180例(96%)には切開開放術が行われ、再発率は4例(2%)であった。前側方に原発口を有す症例146例は、切開開放術92例(63%)、くり抜き法39例(27%)、その他15例(10%)であった。再発は、切開開放術で5例(5%)に、くり抜き法で6例(15%)に認めた。前側方のものに切開開放術を行った症例でも、術前後で肛門内圧の大きな低下を認めなかった。

**【まとめ】**当院では、低位筋間痔瘻に対し、原発口の位置、瘻管の走行など個々の症例に応じた術式選択を行い比較的良好な成績が得られている。手術動画を含め、より詳細に提示したい。

## D DW2-4 痔瘻に対する当院の工夫

福西会病院

○谷村修、荒木靖三、別府理智子、平瀬りさこ

痔瘻の手術は今日まで肛門括約機能温存と根治性を両立するため様々な術式が考案されてきた。我々の痔瘻手術は、原発巣の開放を含めたドレナージルートを作成した後、内肛門括約筋内で1次瘻管を結紮離断しさらに粘膜下を剥離し1次口を有する陰窩の離断を行う。(2段階離断法)一次口および内肛門括約筋内で1次瘻管を遮断するこの方法は、soilingなどの日常生活に支障を来すような合併症を認めていない。2019年5月～2024年2月まで当院での痔瘻根治手術は365例である。そのうち1次瘻管結紮離断術単独症例は181例であり、2段階離断法を施行したものは63例であった。(隅越分類I型:3例、II型:262例、III型:95例、IV型:8例)現在適応ある症例はI型以外全例2段階離断法を施行している。(全身状態不良例や、内肛門括約筋が著明に線維化した症例は除外している。)1次瘻管結紮離断法の再発症例は5例認め、2段階離断法での再発症例は現在1例認めた。術後重篤な機能障害もなく根治性を得られており、この方法は痔瘻に対して有効な手技のひとつであると考えている。その手技を動画を用いて供覧するとともに、その治療成績を紹介する。

**D DW2-5 深部痔瘻の手術成績**

くるめ病院

- 榎原優香、荒木靖三、野明俊裕、白水良征、  
長田和義、鈴木麻未、石橋英樹、入江朋子

深部痔瘻の術式は定型化されておらず、根治性と機能温存の両面を考慮しなければならない。今回当院で行ったIBDを除く深部痔瘻(III型)に対するくりぬき閉鎖(従来法)とLift法、筋弁法について比較検討した。

対象・方法：2017年8月～2021年7月に従来法を施行した27例、2021年8月～2023年7月にLift法を施行した29例、2023年8月～は筋皮弁を施行しており、各々の術式の再発率、合併症、術前後の肛門機能を後方視的に検討した。

結果：従来法は、再発率が23.1%、原発膿瘍腔のドレナージ不足による膿瘍形成もしくは不良肉芽で処置を要した症例が腰椎麻酔下で7.7%、局所麻酔下で19.2%だった。また、確認できる症例での完全な上皮化形成までの治癒期間の中央値は169.5日であり、治癒に180日以上を要した症例は50%だった。MRPの変化率は-16.1%、MSPの変化率は-3.8%だった。一方、Lift法に関しては再発率が20.7%、膿瘍形成もしくは不良肉芽により処置を要した症例が腰椎麻酔下で6.9%、外来処置で13.8%だった。治癒期間の中央値は110日、半年以上を要した症例は33.3%であった。MRPの変化率は-9.97%、MSPの変化率は4.84%だった。Lift法では筋間までの再発を認めため、現在は内括約筋内での処置である筋弁法を行っている。筋弁法は、現在10例施行しているが再発は現時点では認めていない。

**D DW2-7 痔瘻の手術とその成績**

鮫島病院

- 緒方俊二、鮫島隆志、鮫島加奈子、江藤忠明、  
長友俊郎、山元由美子

【はじめに】後方のII型痔瘻に対しては開放術、前側方のII型痔瘻および深部痔瘻は括約筋温存術(筋粘膜弁法)を行っている。手術成績について検討した。

【対象と方法】2020年より2024年の間に行ったクローン病患者を除外した214例(II型202例、III・IV型12例)を対象とした。

【結果】(1) II型単発症例189例(開放術117例、温存術72例)の検討：手術時間は開放術17分(4-68分)、温存術31分(13-88分)と温存術で長かった。在院日数は開放術9.4日(2-17日)、温存術10.5日(4-30日)と差はなかった。通院期間は開放術38.1日(5-756日)、温存術38.9日(7-87)と差はなかった。合併症は開放術4例(3.4%：治癒遅延2例、創感染2例)、温存術7例(9.7%：出血1例、創感染4例、疼痛遅延2例)であった。再発は開放術2例(1.7%)、温存術1例(1.4%)に認めた。2例は再手術、1例はsetonにて治癒となった。(2) 多発例13例(開放術+温存術8例、温存術4例、seton1例)の検討：手術時間は37.6分(26-55分)、在院日数は11.1日(6-23日)、通院期間は63.6日(10-342日)であった。合併症は1例(7.7%、遺残膿瘍)認め、再発は2例(15%)であった。2例とも再手術にて治癒となった。(3) 深部痔瘻12例の検討：手術時間は59分(26-127分)、在院日数は14.9日(12-19日)、通院期間は91.8日(22-313日)であった。合併症は0例で、再発は2例(17%)であった。2例ともsetonにて治癒となった。

**D DW2-6 坐骨直腸窩痔瘻に対する根治術の最適アプローチ法**

大腸肛門病センター高野病院

- 吉元崇文、辻順行、高野正太、中村寧、  
伊禮靖苗、玉岡滉平、松本朝子、高野正博

【緒言】1991年に辻らは「肛門後方の肛門腺の感染では内括約筋とCourtney's Spaceの間に存在する深外括約筋が防波堤として働くため症例によっては内括約筋と深外括約筋の間に中間膿瘍が発生する。深外括約筋を破り後方や側方の坐骨直腸窩にも広がると片側方や馬蹄形の坐骨直腸窩膿瘍が発生する。その後膿瘍は吸収され坐骨直腸窩痔瘻ができる」ことを報告した。坐骨直腸窩痔瘻に対する手術のアプローチとしては浅外括約筋外から行う側方法と浅外括約筋間の肛門後方から行う後方法がある。今回最適な根治術式を検討した。

【対象と方法】対象は坐骨直腸窩痔瘻に対して2008年4月から2011年3月までに後方法を行った62例と2012年4月から2014年3月までに側方法を行った66例。手術時間、治癒期間、無再発率について比較検討した。

【結果】手術時間(分)は40:41(側方法：後方法、以下同様)で有意差なく、治癒期間(日)は103:193、無再発率(%)は98:55.6で有意差を認めた。

【考察】中間膿瘍は経時的に吸収され低位筋間痔瘻様に縮小するため、IILSに対する筋粘膜弁法で対処でき後方を大きく切開する必要はない。側方の坐骨直腸窩に伸びる瘻管は側方法の方が直下に手術が可能であり切除が容易である。また治癒日数や無再発率も側方法が有意に優れていた。

【結語】坐骨直腸窩痔瘻に対する根治術式は側方法が最適である。

**D DP-1** 3施設におけるロボット支援下直腸手術の導入と手技手技

長崎原爆病院<sup>1</sup>、宮崎大学医学部附属病院<sup>2</sup>、  
佐世保市総合医療センター<sup>3</sup>

○濱田聖暁<sup>1</sup>、長田翔斗<sup>1</sup>、小山正三朗<sup>1</sup>、飛永修一<sup>1</sup>、  
柴田良仁<sup>1</sup>、七島篤志<sup>2</sup>、荒木政人<sup>3</sup>

直腸癌に対して da Vinci Xi Surgical system によるロボット支援下手術を2021年9月に初執刀して現在まで3施設で導入経験して、その治療成績と手技等の変遷について報告する。各施設の導入初期は比較的合併症の少ない症例に対して HAR/LAR を中心に行い、術中内視鏡で吻合部の確認を行って Stapler 交差点は縫合補強した。導入初期は LAR に対しても適宜一時的回腸人工肛門を造設した。助手ポートは右心窩部と正中の E-Z アクセスに挿入して、助手のサポートはアーム干涉の兼ね合いから最小限に留めて、直腸牽引やソフト凝固止血を中心に行う。直腸間膜処理は Vessel sealer を用いていたが、コスト面を考慮して Bipolar/Monopolar を用いるようになった。2施設目では2022年7月～2024年2月にロボット支援下直腸切除術38例を施行した。腫瘍局在 (RS/Ra/Rb/P) は 12/9/16/1。深達度 (T1b/T2/T3/T4a) は 8/9/20/1。pStage (I/II/III/IV) は 13/12/9/4。術式 (HAR/LAR/sLAR/Hartmann/Miles) は 12/10/8/3/5 例。開腹移行は 0 例。手術時間の中央値は 304 分、コンソール時間の中央値は 200 分、出血量の中央値は 20ml。術後合併症は Clavien-Dindo 分類の Grade 3 以上はなく、Grade 2 は 5 例 (麻痺性イレウス 3, 神経因性膀胱 1, 縫合不全 1)。

**D DP-3** 男女別に検討したロボット支援直腸手術の成績

鹿児島大学

○馬場研二、和田真澄、黒島直樹、上今別府大作、  
宇都宮麻子、佐々木健、有上貴明、大塚隆生

**【はじめに】**ロボット支援手術は腹腔鏡手術で操作制限のある骨盤手術に対して操作性の向上が期待され、直腸癌に対して新しい手術方法として広がり、当科でも2019年に導入した。

**【目的】**骨盤腔の異なる男女別ロボット支援直腸手術の成績の違いを明らかにする。対象・方法：2019年7月より2023年12月まで当教室で施行したロボット支援直腸手術111例を対象に、男女別 (男性78例、女性33例) に手術成績を後方視的に比較検討した。

**【結果】**男女別に年齢は66.8歳と63.8歳、BMIは23.4と22.4と差はなく、腫瘍局在はRS/Ra/RbPが5例/11例/62例と5例/6例/22例と低位に多いが差はなかった。術式は吻合/永久ストーマやTaTME併用の有無に差はなく、一時ストーマの有無は34例/29例と8例/18例 (p=0.078) と男性に多い傾向があった。腫瘍径、進捗度、ステージに差はないが、リンパ節転移の有無が男女比21例/57例と19例/14例と男性に多かった (p=0.0021)。手術成績は、手術時間・出血量・リンパ節郭清個数に差はなかったが、術後合併症 Clavien-Dindo GradeII 以上が男女比34例と6例 (p=0.049) と男性に多かった。GradeIII 以上に差はなかった。術後在院日数は男性16.8日、女性13.3日と男性が長かった (p=0.043)。

**【まとめ】**ロボット支援直腸手術は男女の背景に差はないものの、男性に術後合併症が多く、特に男性には合併症軽減に配慮した手術を行う必要がある。

**D DP-2** 当科における下部直腸癌に対する治療戦略とその成績

長崎大学病院 腫瘍外科

○高村祐磨、富永哲郎、野中隆、大石海道、  
野田恵佑、濱崎景子、橋本康匡、荒井淳一、  
宮崎拓郎、大坪竜太、澤井照光、松本桂太郎

**【はじめに】**当科では cStage I / II の下部直腸癌に対して TME + 側方リンパ節郭清、cStage III 以上の症例に NAC/NACRT 後に TME ± 側方リンパ節郭清を施工している。今回、下部直腸癌に対する腹腔鏡手術群 (Lap 群) とロボット手術群 (Ro 群) とに分けて治療成績を比較検証した。

**【対象と方法】**2016年3月から2024年3月まで当科で行われた下部直腸癌279例のうち傾向スコアを用いて Lap 群87例と Ro 群87例に分けて治療成績を比較した。

**【結果】**両群間で患者背景に有意な差はなし。短期成績では Lap 群/Ro 群の順に手術時間256/317 (分)、出血量50/45 (g) と両群間に有意差はなく、G3以上の術後合併症12.6/8.1 (%)、排尿障害4.6/1.2 (%) と有意差はないものの Ro 群が少ない傾向があった。長期成績においては両群間に差を認めなかった。

**【まとめ】**下部直腸癌に対するロボット支援下手術は腹腔鏡と比較して長期成績は遜色なくロボット手術は周術期成績を改善する利点を有している可能性があると考えられる。

**D DP-4** 直腸癌に対する術前治療とロボット手術の治療成績とその工夫について

福岡大学病院 消化器外科<sup>1</sup>、

福岡大学病院 再生医療センター<sup>2</sup>

○長野秀紀<sup>1</sup>、増原紗希<sup>1</sup>、佐藤誠也<sup>1</sup>、塩川桂一<sup>1</sup>、  
竹下一生<sup>1</sup>、下河邊久陽<sup>1</sup>、佐原くるみ<sup>1</sup>、棟近太郎<sup>1</sup>、  
松本芳子<sup>1</sup>、吉松軍平<sup>2</sup>、長谷川傑<sup>1</sup>

**【背景】**術前治療を行なった症例に対するロボット手術は浮腫や線維化で困難であり、各施設で様々な工夫が行われている。

方法：当科では cStageII、III 直腸癌に対する術前治療の適応と内容を cCRM や Bulky 腫瘍、N、EMVI などの因子に応じて選択している。臍部小開腹創にリトラクターを装着し、2番から0度カメラを用いている。リトラクターを術野に応じて移動させて、体格や操作部位に応じた最適な術野を確保している。また、2-3番アーム間のリトラクターに助手用ポートを挿入し、カメラと並行に吸引管を挿入し術野を常にドライに保つようになっている。

**【目的と対象】**本検討では2016年4月から2024年3月までに直腸癌の中でも術前治療の後にロボット手術を行なった47例を対象とし、治療成績について検討した。

**【結果】**術前治療の内訳は NAC:19例、CRT16例、TNT:12例であった。術式は HAR:3例、(v) LAR:34例、Hartmann:1例、APR:8例、TPE:1例であり、Tp 併用は9例に行い、TPEを含む合併切除は9例に行なった。側方郭清は12例に行い、コンソール中央時間は259分であった。術後合併症 (Clavien-Dindo ≥ 3a) は6例であった。pCR は3例 (NAC: 2, TNT:1)、pRM (+) は1例であった。再発形式は遠隔10例、局所0例であった。

**【結論】**術前治療の適応と治療成績、手術の工夫について検討した。短期成績は許容範囲だが、遠隔転移のコントロールが今後の課題と考えられる。



**D DP-5 術前治療後進行直腸癌に対するロボット支援下手術**

鹿児島市立病院

○喜多芳昭、盛真一郎、瀬戸山徹郎、庄亮真、白尾貞樹、飯野聡、前村公成

**【背景】**進行直腸癌に対する術前治療は、術前化学放射線療法(neoCRT)や術前化学療法(NAC)、さらにTotal Neoadjuvant Therapy(TNT)、Watch and Waitの概念が提唱され、現状は最適な治療戦略を模索している。手術はロボット支援下手術が普及し、当院では2022/1月より導入した。

**【目的】**術前治療後ロボット支援下切除の手術成績検証

**【方法】**2022/1月-2024/4月術前治療後ロボット支援下切除26例を対象

**【結果】**年齢66歳、男性/女性:18/8例、BMI21.3、加療前csatgeは、I/II/III/IV3/3/14/6、術前加療は全例オキサリプラチンベース、うち10例で分子標的薬併用、2例Radiation(Short)を併用、手術HAR/LAR/SLAR/切断術/全摘6/13/2/4/1、手術時間420分、出血量15ml、術後合併症GradeIIを2例、組織学的Grade1a/1b/2/310/8/7/1、pstage0/I/II/III/IV2/4/14/1/5。腹腔鏡下手術37例との比較:手術時間はロボット支援下手術が長く、出血、術後合併症頻度に有意差は無し。

**【結語】**当院では基本Induction chemotherapyを行い、放射線照射追加は、circumferential margin確保のために限定して行っていた。切除はロボット支援下で行い安全な導入が可能であった。

**D DP-6 当科における局所進行直腸癌に対する術前化学療法の治療効果、再発予測因子および術後縫合不全対策の検討**

産業医科大学 第1外科

○秋山泰樹、新田拳助、山内潤身、永田淳、平田敬治

**【目的】**局所進行直腸癌に対する術前治療として、化学放射線療法が広く行われるようになってきているが、有害事象や遠隔転移再発の制御の問題がある。当科では術前化学療法(NAC)を行っている。また、当科では術後縫合不全対策として、経肛門的減圧チューブ留置やICG使用などを行っている。今回、当科における術前化学療法(NAC)の治療効果、再発予測因子および術後縫合不全対策について検討を行った。

**【対象と方法】**NACについては2017年4月から2023年1月までの30例を対象とし、縫合不全については、ICGを全例に使用し始めた2021年4月から2023年3月までの52例を対象とした。

**【結果】**今回の検討では治療効果を予測する因子は得られなかった。再発予測因子について検討を行ったところ、NAC前のCONUT scoreとCRPとの関連が示唆された(P=0.04、0.08)。また、縫合不全については52例中1例のみ(1.9%)であった。

**【考察】**NACの治療効果を予測する因子を見出すことはできなかった。しかしながら、CONUT scoreとCRPを用いることで再発を予測できる可能性が示唆された。縫合不全発生率は1.9%と成績は良好であった。

**D DP-7 進行直腸癌に対するTotal Neoadjuvant Therapyの治療成績**北九州市立医療センター 外科<sup>1</sup>、小倉医療センター 外科<sup>2</sup>○永井俊太郎<sup>1</sup>、大山康博<sup>1</sup>、新川智彦<sup>1</sup>、櫻井翼<sup>1</sup>、田辺嘉高<sup>2</sup>、西原一善<sup>1</sup>、中野徹<sup>1</sup>

**【はじめに】**進行直腸癌に対する治療方針は欧米では術前治療が基本であり、近年は術前化学放射線療法に全身化学療法を加えたTotal Neoadjuvant Therapy(TNT)が導入されており、その有用性が報告されている。

**【対象】**当院でTNTを導入した2022年3月から2023年12月までの期間にTNTを行った進行直腸癌10例の治療成績を検討した。

**【結果】**男性8例、女性2例で年齢中央値は44-77歳(中央値58.5歳)であった。腫瘍の局在はRa/Rab/Rb:1/1/8。治療前のcStageはIIa/IIc/IIIa/IIIb/IIIc:1/1/1/5/2であった。治療後、3例にcCRが得られたと判断し、Non Operative Management(NOM)が行われた。このうち1例は腫瘍増大で手術となった。cCRと判断されなかった7例では手術が行われた。術式は腹腔鏡下手術1例(超低位前方切除術)、ロボット支援下手術6例(超低位前方切除術3例、腹会陰式直腸切断術2例、ISR1例)であった。病理学的効果判定はGrade1a/1b/2/3:1/4/1/1であった。手術を行った症例のうち1例でpCRであった。

**【結語】**進行直腸癌に対するTNTは安全に施行でき治療効果も得られ、今後有用な治療法となると考えられたが、cCRの判定に課題が残った。今後の症例集積が必要であると考えられる。

**D DP-8 局所進行直腸癌に対するTNT(Total neoadjuvant therapy)の現状とTNT後の切除手技の工夫**

佐賀大学医学部附属病院

○武居晋、後藤佳登、平木将紹、真鍋達也、能城浩和

**【背景】**本邦において局所進行直腸癌に対し局所および遠隔制御を目的としてTotal Neoadjuvant Therapy(TNT)を導入する施設が増加している。TNT後の手術は他臓器合併切除を要することも多く、放射線治療の影響もあり手術難度が高い。

**【方法】**当科では2022年より再発高リスク症例にTNTを導入した。CRTはlongもしくはshort courseで行い、化学療法はCAPOXに適宜分子標的薬を上乗せした。当科でのTNTの治療成績と切除手技の工夫について報告する。

**【結果】**これまでに15例にTNTを施行した。平均年齢69歳、cT3/T4a/T4b:9/3/3例、cN0/1/2/3:2/3/4/6例、cStageII/III:2/13例、1例を除いてロボット支援手術を行い、直腸切除術/切断術/他臓器合併切除:8/6/4例、全例で人工肛門を造設した。手術時間中央値559分、出血量中央値112ml、全例R0切除、治療効果Grade1a/1b/2/3-4:1/3/11/0例、3例でC-D分類III以上の合併症がみられた。平均フォローアップ期間は11ヶ月で1例に転移再発がみられた。手技の工夫としては前方臓器合併切除症例では骨盤背側、側方の操作を先行し、右上腹部の助手ポートを可能な限り尾側に配置して助手がこまめに吸引を行うようにしている。

**【結語】**TNT後の手術は難易度が高いが、比較的 safely 施行可能であった。腫瘍学的な短期成績も良好であり、局所進行直腸癌の有効な治療選択肢であると考えられる。

**D DP-9 当院における局所進行直腸癌に対する術前治療症例の検討**

佐世保市総合医療センター

- 久永真、小野李香、横山岳矩、池田貴裕、石井光寿、田中貴之、若田幸樹、荒木政人、角田順久

**【はじめに】**当院では局所進行直腸癌に対しては術前化学療法(以下NAC)を導入しており、治療前のMRIでCRM確保困難症例、EMVI陽性症例、側方リンパ節転移陽性症例に対してはNACRT(Long Course RT + S-1 or Xeloda)もしくはShort Course RT + CAPOX)を行っている。

今回当院における治療成績を提示するとともに、術前治療や術式の選択方針、および放射線照射の問題点について実際の症例を提示し報告する。

**【対象】**2016年6月～2023年10月までの期間に局所進行直腸癌に対してNACもしくはNACRT後に原発巣切除を施行した47症例を対象とし手術成績および長期予後に対して検討を行った。

**【結果】**年齢の中央値は64歳であり男性が34例、女性が13例であった。NACを19例(41.7%)、NACRTを28例(58.3%)に施行した。2021年6月より当院ではロボット支援下手術を導入し、以降は半数以上でロボット支援下での手術を行った。Clavien-Dindo分類Ⅱ以上の術後合併症を13例(27.7%)に認めた。一方でNACRT症例においては晩期合併症として遅発性の創離開が2例、尿管狭窄による水腎症が1例、直腸腔瘻を1例認めた。5例(10.7%)で遠隔転移再発を認めたが、局所再発は1例(2.1%)のみであった。3年全生存率は91.6%であった。

**【結語】**当院における術前治療症例において長期成績は良好であったが、放射線治療による合併症も認め慎重に適応を検討する必要がある。

**D DP-11 進行直腸癌に対する適切な術前治療～watch & waitを行った症例の検討～**

国立病院機構長崎医療センター

- 竹下浩明、福田明子、又野護、福井彩恵子、吉野恭平、森田道、釘山統太、米田晃、北里周、南恵樹、黒木保

**【はじめに】**進行直腸癌に対する術前補助療法により臨床的完全寛解(cCR)が得られた場合にnon operative management(NOM) / watch & wait(W&W)を選択する症例もあり検討を行った。

**【対象と方法】**2016年4月～2024年3月に大腸専門医が治療に携わった直腸癌症例は218例だった。ESMOガイドラインのリスクグループに分類するとV群34例、E群46例、I群42例、B群32例、A群64例だった。術前治療はI群で全身化学療法(CTx)を13例、B群でCTxを12例、A群で放射線化学療法(CRT)を1例、CTxを38例、CTx + CRT(TNT)を13例に施行していた。cCRが得られ、W&Wを行った5例の臨床経過を検討。

**【結果】**W&W5例は、男性2例、女性3例。50歳代3例、70歳代2例。全例A群でTNT群4例、CTx1例。3例にregrowth(いずれも治療終了後3ヵ月以内)がみられ、salvage手術(2例は肛門温存)を行い、いずれも治癒切除となり再発を認めない(2年11ヵ月、1年7ヵ月、10ヵ月)。2例はW&Wを継続中(治療終了後2年5ヵ月、10ヵ月)である。

**【まとめ】**regrowthは早期に生じており、salvage手術を逸さないよう適切なサーベイランスが必要と考える。切除不能例でも適切な治療選択によりnon operative management(NOM)が可能な症例が存在する。

**D DP-10 進行直腸癌に対する術前治療症例の治療成績**

熊本大学消化器外科

- 日吉幸晴、大内繭子、問端輔、小澄敬祐、江藤弘二郎、井田智、岩槻政晃、馬場祥史、宮本裕士

**【はじめに】**進行直腸癌に対する術前治療としての全身化学療法(NAC)や化学放射線療法(CRT)、それを組み合わせたtotal neoadjuvant therapy(TNT)が普及しつつある。当院における進行直腸癌に対する術前治療症例の治療成績を解析した。

**【対象と方法】**2005年4月以降に当科で原発切除を行った直腸癌558例のうち、術前治療後に切除を行った進行直腸癌(stage IVを除く)45例を対象とし、NAC群:28例、CRT群:8例、TNT群:9例の治療成績をretrospectiveに比較検討した。

**【結果】**性別、年齢、BMIは3群間で差がなかった。腫瘍部位はTNT群で有意に低位で、RbPの頻度が高く、肛門温存率はTNT群で有意に低かった。手術時間はCRT群で有意に短く、出血量に差はなかった。術後合併症頻度は3群間で有意差はなかったが、術後在院日数はTNT群で有意に長かった。pCR率はNAC群:4%、CRT群:25%、TNT群:22%であった。RO切除率は、NAC群、CRT群ではともに100%であったが、TNT群で78%であった。

**【結語】**進行直腸癌に対する術前治療による局所コントロールと予後改善が期待できる反面、特にTNT症例では治療痕や炎症によって手術難易度が上がることが懸念され、RO切除を達成するための入念な画像評価と切除マージン確保が必要である。

**D D-01 結腸全摘後、温存腸管が増悪した潰瘍性大腸炎の1例**

福岡大学筑紫病院

- 山門仁、東大二郎、花岡勝蔵、濱畑圭佑、林貴臣、高橋宏幸、和田英雄、小島大望、宮坂義浩、高津典孝、久部高司、渡部雅人

**【はじめに】**潰瘍性大腸炎(UC)はいまだ原因不明の疾患で、手術適応となった症例でもその経過は予定調和に行くとは限らない。今回、UCの分割手術において、結腸全摘後、温存した直腸、回腸が急性増悪した潰瘍性大腸炎を経験したので報告する。

**【症例】**50代男性、2年前に潰瘍性大腸炎を発症、内科治療が開始されていた。今回血便や腹痛の増悪あり、当院消化器内科に入院となり治療を行った。約1カ月内科治療を行ったが抵抗性のため手術適応となった。手術は分割手術とし、まず一期目の結腸全摘術、回腸ストーマ造設術を腹腔鏡下で行った。術後2週目ごろよりストーマ周囲に潰瘍出現した。潰瘍の改善は乏しくWOC(皮膚・排泄ケア)ナースや形成外科医の介入を必要とした。術後4週目ごろからCRP上昇し、残存直腸、回腸の内視鏡検査を行ったところ潰瘍性大腸炎様所見の病変が広がっていた。全身治療が必要と判断し、インフリキシマブを導入した。導入後アレルギー症状ありゴリムマブへ変更した。治療後血便消失、炎症反応陰性化し、手術から約3か月後退院となった。

**【結語】**結腸全摘後、温存腸管が増悪した潰瘍性大腸炎の1例を経験した。病変が広範囲に及ぶ場合は速やかな全身治療を行うことが重要である。

**D D-03 切除不能大腸癌患者に対する体組成分析の予後予測能としての評価**熊本中央病院<sup>1</sup>、熊本大学病院 消化器外科<sup>2</sup>

- 加藤梨佳子<sup>1</sup>、宮本裕士<sup>2</sup>、加藤萌子<sup>1</sup>、木下翔太郎<sup>1</sup>、齋藤誠哉<sup>1</sup>、前田裕斗<sup>2</sup>、大内繭子<sup>2</sup>、小川克大<sup>2</sup>、日吉幸晴<sup>2</sup>、那須二郎<sup>1</sup>

**【背景】**生体電気インピーダンス法を用いた体組成分析は、多くの疾患の病状と関連している。今回、切除不能大腸癌(mCRC)に対する治療前体組成分析結果が、化学療法後の予後と関連があるか解析した。

**【方法】**2009年から2022年間に治療前体組成を測定したmCRC164例を対象とした。InBody 770®を用いて骨格筋量、体脂肪量、除脂肪体重、蛋白質、ミネラル、細胞外水分/全身水分(ECW/TBW)を算出した。各測定値を四分点に従って4群(Q1-4)に分け、全生存期間(OS)・無再発生存期間(PFS)との関連性を検討した。

**【結果】**患者背景は、年齢=64歳、PS 0-1: 2=151: 13、同時性: 異時性転移=116: 48、原発部位 右側: 左側・直腸= 44: 120、転移臓器数 単: 複数= 95: 69、RAS 野生型: 変異型=91: 67、抗VEGF薬: 抗EGFR薬: なし=121: 32: 11であった。OSに関しECW/TBWのみが多変量解析でも有意差を認めた(Q4 vs. Q1-Q3,  $p < 0.01$ )。ECW/TBWに着目すると、Q1-4間では年齢(70歳以上/以下)にのみ有意差を認め( $p < 0.01$ )、ECW/TBWが高い患者はOS・PFS共に有意に予後不良であった(OS:  $p < 0.001$ , PFS:  $p = 0.03$ )。サブグループ解析にて、分子標的薬の選択がECW/TBWによる予後予測能に交互作用を認めた( $p$  for interaction = 0.02)。

**【結語】**mCRCに対するBIA法を用いた体組成分析は、予後予測のみならず、分子標的薬の治療効果予測マーカーとなりえる。

**D D-02 当院における潰瘍性大腸炎手術症例の変遷**

大腸肛門病センター高野会 くるめ病院

- 長田和義、野明俊裕、白水良征、榊原優香、鈴木麻未、入江朋子、石橋英樹、荒木靖三

**【背景】**潰瘍性大腸炎の診療においては、内科的治療に不応な難治例や重症例、大腸癌を発症した症例に対し手術が選択される場合がある。本邦における潰瘍性大腸炎の患者数は経年的に増加傾向であるが、2010年にインフリキシマブが保険適応となって以降、生物学的製剤などの進歩により手術例は減少傾向となっている。

**【目的】**当院における、潰瘍性大腸炎手術例の変遷を明らかにする。

**【方法】**電子カルテの診療録などを用い、2008年～2023年に診療実績のある潰瘍性大腸炎症例から、初回の大腸切除術を行われた症例について、手術件数の推移などを後方視的に検討した。

**【結果】**症例は男性54例、女性39例、年齢中央値は44歳、病型は全大腸炎型が62例(67%)、左側大腸炎型が28例(30%)、直腸炎型が2例(2%)、不明が1例(1%)、このうち癌のため手術となった症例は9例(10%)であった。術式は3期手術57例(61%)、2期手術32例(35%)、その他が4例(4%)であった。2010年以降の手術例で、術前に生物学的製剤を投与されていたのは21例(27%)であった。当院における難病登録者数は期間中に増加傾向であったが、手術数および難病申請者に対する割合ともに、2011年の12例(4.6%)をピークに減少傾向であった。

**【考察】**生物学的製剤の適応開始時期より、当院でも手術を要する症例の割合は減少する傾向であった。

**D D-04 術前骨格筋量は、大腸癌 Stage I-III 根治切除後の予後と関連する**

熊本大学病院 消化器外科

- 前田裕斗、宮本裕士、大内繭子、小川克大、日吉幸晴、吉田直夫

**【背景】**近年、骨格筋指数(SMI)と大腸癌の長期予後が注目されるが、報告例の多くがCTスライスの面積を用いており体積を用いた報告例は少ない。今回、体積で評価したSMIが予後に影響しているか検討した。

**【方法】**2005年から2019年まで根治的切除術を施行したp Stage I-III大腸癌705例を後方視的に検討した。術前CTから画像ソフト(Ziostation2)を用いて大腰筋体積を測定し、SMI( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) = 大腰筋体積 / 身長(m)<sup>2</sup>と定義し男女別に四分点で分けた(Q1低、Q4高)。Q1-Q4間で臨床病理学的因子、炎症・栄養指標マーカー(mGPS、CONUT score、PNI)、短期成績、長期成績(全生存期間:OS)を比較した。

**【結果】**年齢中央値70歳、男性/女性=409/296、ASA grade 1/2/3= 124/505/76、BMI中央値=22.5 $\text{kg}/\text{m}^2$ 、Stage I/II/III = 254/242/209、右側結腸/左側結腸/直腸=235/225/245であった。SMI中央値は男性=134.4(26.0-271.5)、女性=91.8(13.1-194.6)であった。SMIが低いと有意に高齢( $p < 0.01$ )、低BMI( $p < 0.01$ )が多かった。mGPS、CONUT score、PNIといった炎症・栄養指標マーカーの値は低かった。SMIと短期成績に有意な関係は認められなかった。長期成績の検討ではQ1は5年OSが不良だった( $p < 0.01$ )。OSに関する多変量解析ではSMIは独立した予後因子であった(Q1 vs Q2-4: ハザード比(HR) = 2.18, 95%信頼区間 1.52-3.13)。

**【結語】**大腰筋体積は大腸癌の長期予後と関連していることが示唆された。

**D D-05 鎖肛術後の巨大直腸結腸症に対する緊急的対処をし得た1例**

大浜第一病院 大腸肛門外科<sup>1</sup>、大浜第一病院 看護部<sup>2</sup>  
○仕垣幸太郎<sup>1</sup>、児島和孝<sup>1</sup>、平良さやか<sup>2</sup>、保村優妃<sup>2</sup>、本間美鈴<sup>2</sup>

**【はじめに】**鎖肛術後の排便機能異常については、便失禁や便秘（排便障害）が2大症状として挙げられ、筋群の形成不良や神経学的異常などの先天的要因と、手術操作や術後管理などによる後天的要因に起因する。今回我々は鎖肛術後の巨大直腸結腸症に対する緊急的対処をし得た1例を経験したので報告する。

**【症例】**20歳代女性。生後6ヶ月目に鎖肛の診断で手術を施行された。以降便秘を認め、小児病院や総合病院の内科で便秘の治療を行っていた。当科来院前にもクリニックにて下剤の調整行方も自己中断された。来院1ヶ月前に同クリニックを受診した。重症便秘症の診断で加療目的に当科へ紹介となった。来院時、著明な腹部膨満と触診にて便塊を触知し得た。腹部レントゲン検査や上下腹部単純CT検査にて直腸からS状結腸に便塊が貯留し最大径は17cmにまで拡張していた。これに伴い横隔膜、膀胱、子宮、胃は圧排され、腰椎は側弯をきたしていた。入院の上、緩下剤を処方とまた週1-2回のペースで全身麻酔下に摘便を行った。また摘便の開始に併せて経肛門の逆行性洗腸法も導入し自己管理可能な状態となり退院となった。

**【考察】**鎖肛術後の排便機能異常は種々の要因が存在するが、経年的にこれらが絡み合い複雑化する特徴がある。洗腸を中心とした保存的治療は改善し得る有効な手段と考えられた。

**D D-07 家族性地中海熱患者に発症した黄色肉芽腫性虫垂炎に対して腹腔鏡下虫垂切除術を施行した1例**

産業医科大学 第1外科  
○吉田泰樹、永田淳、三ノ宮寛人、秋山泰樹、山内潤身、平田敬治

症例は30歳代の女性、2年前から家族性地中海熱 (Familial Mediterranean Fever 以下FMF) に対して加療中であった。

20XX年4月 右下腹部痛を主訴に来院、精査の結果急性虫垂炎疑いで加療目的に当科へ紹介となった。保存的加療後に下部消化管内視鏡を施行し、明らかな腫瘍性病変は認められなかった。発症から3か月後、虫垂炎疑いの術前診断で腹腔鏡下虫垂切除術を施行した。術後病理では黄色肉芽腫性虫垂炎の診断であった。

家族性地中海熱は稀な疾患であり、発熱や腹膜炎による腹痛が出現する。そのため、急性虫垂炎と誤診されることも多く、不必要な手術が行われた症例も報告されている。本症例ではFMF診断後にコントロール不良な腹痛が持続していたが、内視鏡で小潰瘍性病変が認められたことより、腸管ペーチェット病やFMFの活動性病態が原因と推測されていた。しかし手術後の病理結果にて黄色肉芽腫性虫垂炎であったことからFMFによる腹部症状に伏在して、以前より虫垂炎に至っていた可能性も考慮された。以上、我々はFMF患者に虫垂炎を発症した稀な症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

**D D-06 腹腔鏡補助下に切除した特発性小腸穿孔の1例**

国立病院機構 嬉野医療センター 消化器外科  
○内田史武、鄭暁剛、丸山圭三郎、森山正章、小山正三朗、黨和夫

症例は15歳の女性で、3日前に出現した上腹部痛が徐々に腹部全体に広がり、高度な疼痛となったため救急搬送された。来院時高熱、頻脈と腹部全体の筋性防御を伴う圧痛を認めた。血液検査で白血球は低下しており、腹部造影CTでは骨盤内に大量の air を含む腹水を認めた。小腸の一部壁肥厚を認める部位があり、小腸穿孔を疑った。急性汎発性腹膜炎を呈しており、緊急手術を行った。腹腔鏡下に小腸を確認したところ、Treitz靱帯から210cmの小腸と横行結腸間膜との癒着を認めた。剥離すると、癒着部位の近傍に5mm大の穿孔部を認めた。鏡視下に穿孔部を縫合閉鎖し、腹腔内を洗浄した後、小開腹創から体外で小腸部分切除術を行った。術後創部・腹腔内膿瘍を来し、保存的治療で軽快した。小腸穿孔の原因としては外傷が多く、非外傷性としては腸閉塞、異物、腫瘍などがあり、これらの原因を除外されたものが最終的に特発性小腸穿孔と診断される。特発性小腸穿孔は新生児例、会議録を除くと本邦では24例の報告があり、自験例は最年少で、鏡視下に切除しえたものとしては2例目であった。

**D D-08 虫垂癌との鑑別に難渋した盲腸憩室炎の一例**

済生会川内病院<sup>1</sup>、鹿児島大学消化器外科<sup>2</sup>  
○瀨田由紀<sup>1</sup>、成尾知紀<sup>2</sup>、加美翔平<sup>1</sup>、矢野華子<sup>1</sup>、佐竹霜一<sup>1</sup>、柳田茂寛<sup>1</sup>、有留邦明<sup>1</sup>、大塚隆生<sup>2</sup>

**【緒言】**大腸憩室症の多くは無症状であり、出血や憩室炎を発症するのは一部である。基本的に保存的治療が行われるが、大量出血や消化管穿孔、そして悪性疾患の併存が疑われる場合には手術が行われることもある。

今回、盲腸憩室炎が腫瘍様変化を来し虫垂癌との鑑別に難渋した一例を経験したので報告する。

**【症例】**68歳、男性。8日前から持続する右下腹部痛を主訴に近医を受診し虫垂疾患が疑われ当科へ紹介された。大腸内視鏡検査で盲腸に粘膜隆起を認めるのみで明らかな悪性所見は認めなかったが、造影CTでは多発リンパ節転移と腹壁への浸潤を伴う虫垂癌が強く疑われた。経過中、発熱・疼痛を認め抗生薬治療・絶食管理を行ったが、症状が改善しても腫瘍性病変は退縮しなかった。組織学的診断は得られなかったが進行虫垂癌の診断で、化学療法を行う方針として回腸人工肛門を造設した。術後のCT検査で腫瘍に縮小を認め、経過観察の結果腫瘍が消失した。その後腹腔鏡下回盲部切除術を行った結果、病理診断は盲腸憩室炎であった。

**【結語】**腫瘍形成性の盲腸憩室炎と虫垂癌の鑑別に難渋した症例を経験した。遭遇することは稀であり、基本的に虫垂癌を念頭に加療を行うべきだが、炎症性腫瘍の可能性を考慮することも必要である。

## D D-09 広範囲膿皮症を合併したクローン痔瘻に対するQOL改善を目指した広範囲膿皮切除とSetonドレナージ

佐賀大学医学部附属病院

○馬場楓、武居晋、後藤佳登、平木将紹、真鍋達也、能城浩和

【はじめに】膿皮症は肛門周囲や臀部に皮下膿瘍として再燃を繰り返す疾患で、痔瘻を合併すると治療に難渋する。また、疼痛や排便等の症状の悪化によりQOLの低下を来す。

【症例】45歳男性。20代のころより痔瘻を認めていたが放置していた。症状増悪したため2020年に前医を受診し、痔瘻を伴う膿皮症の診断で当院へ紹介となった。2021年に当院でSetonドレナージ術を施行、計13本のドレナージチューブを留置した。その後排便は改善したものの痔瘻が残存したため2022年に再度Setonドレナージと、臀部皮膚のデブリードマンを施行した。その際の入院中の精査でクローン病の確定診断がつき、内科で5-ASAをはじめとしたクローン病治療が開始となった。以降外来治療継続していたが、症状改善なく強烈的な悪臭、臀部痛、多量の排便が持続していた。保存加療での病状コントロールは困難と判断した。2024年に形成外科協力のもと臀部の広範囲皮膚デブリードマン、Setonドレナージ、S状結腸人工肛門造設術、分層植皮を行った。植皮の生着は良好で人工肛門未閉鎖ではあるが悪臭や臀部痛、排便の著明な改善が得られた。

【考察】長期間未治療の痔瘻に膿皮症を合併し、治療に難渋した症例を経験した。広範囲の膿皮切除とSetonドレナージによりQOLを改善することができた。

## D D-11 鎮静のみで双孔式横行結腸ストーマ脱に対してAltemeier変法を施行した1例

宮崎県立宮崎病院 外科

○西田卓弘、中村豪、山下さくら、西田脩通、武田和樹、木村隆一郎、中村聡、三浦敬史、大内田次郎、日高秀樹、別府樹一郎、大友直樹

症例は60歳、男性。54歳時に受けた腰椎椎間板ヘルニア手術後より膀胱直腸障害を認め、以降便失禁や自己導尿によりQOLが損なわれていた。当初は人工肛門造設を回避していたが、58歳時に手術を希望され、腹腔鏡下双孔式横行結腸人工肛門造設術を施行した。この際、口側結腸が頭側に位置した。術後1年の時点で尾側の肛門側結腸のストーマ脱が出現したが、数cm程度の脱出であり安静臥床で容易に還納された。さらに1年が経過するうちに、徐々に脱出長が延長し自然還納は困難となり、用手還納も困難となったため手術適応と判断した。患者は元より腰椎手術の合併症で障害に至った経緯から全身麻酔をはじめ硬膜外麻酔や腰椎麻酔を忌避されたため、麻酔科医師にスタンバイいただいた状態で鎮静のみを行い、術式としてはAltemeier変法を選択した。術後経過は良好で、ストーマパウチサイズを縮小調整した術後8日目に退院した。術後5か月が経過したがストーマ脱の再発は認めない。ストーマ関連合併症のうちストーマ脱は比較的多い合併症の一つではあるが、件数の多い術式ではないため、文献的考察を加え報告する。

## D D-10 単孔式結腸人工肛門に対する狭窄形成術

大腸肛門病センター高野病院

○伊禮靖苗、大原真由子、米村圭介、横田めぐみ、後藤万記子、工藤広美、高野正太

左側結腸の単人工肛門に対して、狭窄形成術を施行した一例を報告する。

症例は80代女性。X年当院初診。X-8年に直腸穿孔性腹膜炎でハルトマン手術を受けており、受診時は腹部膨満を主訴とした。ストーマは少指通過困難であり、ストーマ周囲皮膚の硬化を認めた。便性状はBristol stool scale type 3であり緩下剤の内服を開始し、便性をBristol stool scale type 4に保つよう調整かつ、定期外来で金属へガールブジーおよび訪問看護を導入し、ストマケアを実施した。しかし頻回のブジーにより周囲皮膚の硬化が増強し、緩下剤の増量を要した。X+2年に労作性狭心症を発症し薬剤溶出性ステント留置され、状態安定後X+3年に全身麻酔下狭窄形成術を施行した。Javier Gomez Sanchezらが報告のStar-plasty (Updates in Surgery (2021) 73;1589-1590)を施行した。本術式は筋膜、腹腔レベルまで剥離し腸管を挙上する術式であるが本症例においては心疾患のため腹腔内操作への耐術が困難と判断し、筋膜上でのストマ挙上にとどめたが術前ストマ径8mm×9mm高さ0mから、術後約1ヶ月で創治癒しストマ径24mm×27mm高さ4mmを保たれた。

## D D-12 女性専門クリニックにおけるALTA療法

T・Iクリニック長崎 乳腺外科・婦人科<sup>1</sup>、  
重工記念長崎病院 外科<sup>2</sup>

○渡海由貴子<sup>1</sup>、渡海大隆<sup>2</sup>

【はじめに】当院は2022年5月に乳腺外科と婦人科を中心とした女性専門のクリニックとして開業し、肛門科も標榜している。肛門科では女性における肛門疾患のゲートウェイとして初期診療を行い、入院を要する疾患は専門病院へ紹介し、日帰り可能な手術は当院で実施している。今回、当院におけるALTA治療の実際と短期成績について報告する。

【手術手技】体位は碎石位で行う。当初は局麻で行っていたが、現在は無麻酔で実施している。治療前に指ブジーで入念に括約筋を伸展させた後、Z式肛門鏡を用い、ジオン無痛化剤付による4段階注射を行う。小さい内痔核や追加注射では2・3段階のみ行う。

【短期成績】2022年6月～2024年5月まで62例施行し、平均年齢42.0歳、再手術例なし。術後合併症は疼痛および発熱が12例のみで入院を要する症例は認めなかった。

【考察】碎石位で視野が良好なこともあり、患者の苦痛軽減のために無麻酔に切り替えたが、ほぼ問題なく施術可能であった。若年者や軽～中等症例が多く、過剰な注射は避けるなど合併症予防に努めた。

【結語】女性専門クリニックでは肛門疾患に対する受診の心理的抵抗が小さく、若年、発症早期、挙児希望など比較的軽症のALTA適応例の掘り起こしが可能であり、苦痛を軽減したALTA治療によって手術のハードルを下げることで痔核の慢性化や重症化を防ぐ可能性がある。

**D D-13 術前集学的治療を行った下部進行直腸癌3症例**

浦添総合病院 消化器病センター外科

- 新垣淳也、佐村博範、堀義城、山城直嗣、古波倉史子

**【症例1】**44歳、女性。肛門部の脱出があり肛門診で肛門腫瘍を認め生検で腺癌であった。CT検査で下部直腸～肛門管に腫瘍あり、傍直腸や右側方リンパ節に腫大を認めた。2021年9月S状結腸人工肛門造設術施行。PET-CT検査で右鼠経リンパ節の集積も認めcT4a, N3, M1a (LYM), StageIVa。全身化学療法、化学放射線療法施行した。2022年6月腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術、右側方リンパ節郭清術施行。病理検査：ypCR, 治療効果判定:Grade3,

**【症例2】**55歳、男性。2021年8月肛門痛、発熱あり当科紹介。CT検査で下部直腸癌による肛門周囲膿瘍を認めた。切開排膿術、S状結腸人工肛門造設術施行した。生検：中分化腺癌,cT4a, N1b, MO, StageIIIbと診断した。全身化学療法施行後化学放射線療法施行。2022年7月、腹腔鏡下腹会陰式直腸切断、前立腺全摘術施行。病理検査muc, ypT4a, NO, MO, StageIIb。治療効果判定:Grade2.

**【症例3】**60歳、男性。5カ月前から肛門痛があり、CT検査で下部直腸癌による肛門周囲膿瘍を認めた。cStageIIIaまたはIIIbと診断した。切開排膿術、S状結腸人工肛門造設術後。全身化学療法、化学放射線療法施行し2023年8月、腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術を行った。pStageI。治療効果判定:Grade1b.

**【考察】**3症例ともにdown stage, Grade1b以上の治療効果が得られた。下部進行直腸癌に対し術前集学的治療は有用であると考えられた。

**D D-15 当科におけるロボット支援下大腸癌手術の現状と問題点について**

久留米大学医学部外科学講座

- 合志健一、久田かほり、執行ひろな、島村智、菊池麻亜子、仕垣隆浩、藤吉健司、吉田直裕、吉田武史、藤田文彦

**【背景】**ロボット支援手術は3次元画像による微細解剖の把握、多関節機能や手振れ防止での繊細な手術操作を可能とし、その手術件数は増加傾向にある。

**【目的】**当科におけるロボット支援大腸癌手術の現状と問題点について考察した。

**【現状と問題点】**当院ではダヴィンチXi1台が稼働しており、大腸手術は月2枠である。ロボット支援手術の有効性が発揮される困難症例を優先的に適応とし、現在まで計123例(直腸108・結腸15)で施行してきた。第1術者のプロクター取得後は、2021年より第2術者、2022年より第3術者が執刀を開始している。各術者の執刀数は第1術者85例(直腸72・結腸13)、第2術者24例(直腸22・結腸2)、第3術者14例(全例直腸)である。プロクター指導の下、第2・3術者が主に執刀しているが、手術枠の関係で各術者の執刀間隔が長くなってしまいがちである。教育効果の観点からは執刀間隔はできるだけ短い方が望ましく、現在は第2術者が集中的に執刀している。執刀間隔の短縮化とともに、コンソール時間のラーニングカーブを認めている。

**【考察】**限られた手術枠で、執刀間隔を空けないための取り組みが必要である。その一つとして執刀完遂が困難な症例でも、外側アプローチ・TMEの序盤など難易度の高くないパートで執刀経験を重ねることが早期ラーニングカーブの一助になるのではないかと推察される。

**D D-14 当院のConversion SurgeryができたH3症例の予後**

浦添総合病院

- 佐村博範、新垣淳也、堀義城、山城直嗣、古波倉史子、長嶺義哲

**【はじめに】**治療切除不能な大腸癌に対して集学的治療でconversion Surgery (CS)を目指している報告をしてきた。今回、CSができたH3症例のRO手術後の経過を報告する。

**【対象・方法】**2019年から2022年9月までに治療開始した初診時StageIV大腸癌54例中、ConversionできたH3症例は5例であった。NAC症例は除外した。年齢は51歳(43-73)で全例女性であった。初診時2例に通過障害を認め、それぞれ原発切除と人工肛門造設術後に化学療法開始し、他3例は化学療法から開始した。Regimenは4例がTriple+分子標的薬で1例がFOLFOX+Cmabであった。化学療法中に画像検査を繰り返し効果判定と治療切除の可能性を検討した。肝転移には化学療法をメインに施行し、腫瘍遺残が懸念される部位には放射線化学療法を施行した。化学療法は8-12コースを目処に根治手術を計画した。

**【結果】**観察期間の中央値は35か月(24-59)であった。4例で再発を認め再発までの期間は3か月(3-11)で残肝再発が2例で肺転移が2例であった。残肝再発の1例は重粒子線治療+放射線治療でcCRを得ており、1例は再切除後放射線療法を施行している。肺転移の1例は治療切除出来、1例は化学療法を施行している。担癌状態の症例は2例で全例生存している。

**【結語】**CS後再発は高率に來たすが都度適切に加療することで長期予後が得られる可能性があると思われた。

**D D-16 閉塞性大腸癌に対する腹腔鏡手術の工夫**

高邦会 高木病院 外科

- 佐藤博文、内川和也、堀田千恵子、浅井雅子、久保洋、川嶋裕資、下西智徳、廣橋喜美、赤木由人

**【はじめに】**閉塞性大腸癌は全大腸癌の約10%と言われており、日常診療においてもしばしば遭遇する。また、2012年以降は閉塞性大腸癌に対して大腸ステントが保険適用となり、急速に広がっていった。大腸ステントにより待機的に一次的手術が可能となり、また腹腔鏡でのアプローチも増加したが、閉塞性腸炎および大腸ステントによる腸間膜の炎症性肥厚・浮腫が見られることも多く、手術に難渋する場合がある。

**【目的】**高度の炎症を伴うS状結腸癌に対する腹腔鏡手術の要点を検討した。

**【手術手技】**①周囲臓器への浸潤:S状結腸癌は膀胱や小腸への浸潤が見られる場合がある。炎症性か癌の浸潤かの判断が難しく、剥離が難しいようであれば合併切除を躊躇なく行う。②アプローチ部位:S状結腸間膜の挙上が難しい場合は、通常の内側アプローチ開始部位よりやや肛門側で腹膜切開を行う、それでも難しい場合は外側アプローチを検討する。③血管の同定:IMA根部付近の血管の認識が困難な場合は、右内腸骨動脈および上直腸動脈をメルクマールに中枢側に剥離を進める。④尿管の同定:蛍光尿管カテーテルを術前に留置し、術中に近赤外線光で確認する。

**【結語】**高度の炎症を伴うS状結腸癌に対する手術手技を提示した。

## D D-17 閉塞性大腸癌に対する金属ステント留置後根治切除症例の短期・長期予後の検討

福岡大学筑紫病院

- 高橋宏幸、花岡勝蔵、和田英雄、小島大望、松田碧偉、山門仁、眞木俊光、濱畑圭佑、林貴臣、甲斐田大貴、川元真、宮坂義浩、東大二郎、渡部雅人

**【背景】**左側閉塞性大腸癌(OCRC)に対するSelf-expandable metallic stent(SEMS)留置はbridge to surgery戦略として標準化しつつある。本研究の目的は両側OCRCにおけるSEMS留置の治療成績を検討することである。

**【方法】**2009年1月以降のOCRC症例をSEMS留置群と経鼻・肛門減圧チューブ(DCT)留置群に分け後方視的に検討した。右側OCRCはDCT20例、SEMS8例、左側はDCT9例、SEMS20例であった。短期成績として術後合併症発生率、鏡視下手術率、stoma造設率と術後入院期間を、長期予後として3年全生存率(OS)と無再発生存率(RFS)を比較した。

**【結果】**SEMS群はDCT群に比べて鏡視下手術率が高く(85.7% vs. 6.9%、 $P<0.001$ )、stoma造設率が低く(10.7% vs. 34.5%、 $P=0.03$ )、入院期間が短かった(14日 vs. 17日、 $P=0.04$ )。合併症発生率は同等であった。3年OSとRFSは、右側(OS、75.0% vs. 87.5%、 $P=0.7$ ; RFS、65.0% vs. 50.0%、 $P=0.9$ )、左側(OS、88.8% vs. 90.0%、 $P=0.9$ ; RFS、77.8% vs. 85.0%、 $P=0.9$ )で同様であった。

**【結語】**SEMS留置は両側OCRCにおける合理的戦略である。

## D D-19 下痢を契機に診断された多発性骨髄腫を伴う大腸アミロイドーシスの1例

福岡県済生会大牟田病院<sup>1</sup>、福岡大学医学部消化器内科学講座<sup>2</sup>

- 向坂秀人<sup>1</sup>、田淵史典<sup>1</sup>、船越禎広<sup>2</sup>、稲吉康治<sup>1</sup>、平井郁仁<sup>2</sup>

症例は60歳代男性。20XX年1月夜間より5行/日の水様性下痢を認めたため、当科外来を受診した。血液検査成績にて、軽度の炎症反応上昇の他に、鉄欠乏性貧血、低アルブミン血症を認めた。腹部単純CT検査では、横行結腸中部から脾彎曲部にかけて腸管壁が浮腫状に肥厚していた。このことから急性腸炎の診断で整腸剤を処方して経過観察とした。また、貧血の精査目的で後日上部消化管内視鏡検査を行ったが、上部消化管内に潰瘍性病変や出血性病変を認めなかった。その後も整腸剤で経過観察していたが下痢は持続し、-4 kg/月の体重が減少し下血も認めた。このため下部消化管内視鏡検査を施行したところ、横行結腸からS状結腸にかけて発赤、びらん、潰瘍、粘膜下腫瘍様隆起、粘膜下血腫の所見を認め、生検にてCongo Red染色が陽性であり大腸アミロイドーシスの診断となった。さらに追加検査にてM蛋白、尿中ベンズ・ジョーンズ蛋白を検出し、骨髄穿刺にて多発性骨髄腫の診断となった。下痢を契機に診断された多発性骨髄腫を伴う大腸アミロイドーシスの1例を経験したため本症例を報告する。

## D D-18 腸閉塞を契機に診断された慢性日本住血吸虫症の一例

福岡大学筑紫病院 消化器内科<sup>1</sup>、福岡大学筑紫病院 外科<sup>2</sup>、福岡大学筑紫病院 病理部・病理診断科<sup>3</sup>

- 原田久也<sup>1</sup>、八坂達尚<sup>1</sup>、武田輝之<sup>1</sup>、渡邊利史<sup>2</sup>、渡部雅人<sup>2</sup>、市岡正敏<sup>3</sup>、吉村雅代<sup>3</sup>、田邊寛<sup>3</sup>、二村聡<sup>3</sup>、久部高司<sup>1</sup>

症例は80歳台、女性。X年7月末から腹痛・下痢・食欲不振が出現し、症状増悪のため8月初旬当院へ救急搬送された。血液検査で炎症反応の上昇があり、腹部造影CT検査で回腸末端から上行結腸にかけて著明な壁肥厚および口側腸管の拡張を指摘された。腸閉塞の診断で同日入院とした。第7病日下部消化管内視鏡検査では、盲腸・上行結腸に、高度の浮腫があり、パウヒン弁は狭小化し内視鏡は通過できなかった。盲腸と上行結腸の浮腫状粘膜より複数個の生検を行ったが、軽度の好酸球浸潤を認めるのみで特異的な所見はなかった。鑑別対象として、好酸球性胃腸症、リンパ腫が挙げられたが、診断に至らず、診断的治療目的に当院外科で回盲部切除術を施行した。術後の病理組織学的検査では、盲腸を中心に腸管壁は肥厚し、全層性の炎症と粘膜下層から漿膜にかけて高度の線維化があり、粘膜下層を中心に筋層・漿膜に、石灰化した日本住血吸虫卵が散見された。線維化は石灰化虫卵の分布とほぼ一致しており、当該狭窄は日本住血吸虫症による線維化が主因と考えられた。尚、診断後に病歴聴取したところ幼い頃筑後河流域に居住歴があった。以上、回盲部狭窄による腸閉塞を発症し、診断に苦慮した慢性日本住血吸虫症の一例を経験したので報告する。

## D D-20 門脈血栓症および肺動脈血栓症を合併し、治療に難渋した潰瘍性大腸炎の一例

福岡大学筑紫病院 消化器内科<sup>1</sup>、福岡大学筑紫病院 病理部・病理診断科<sup>2</sup>、福岡大学筑紫病院 外科<sup>3</sup>、福岡大学筑紫病院 循環器内科<sup>4</sup>

- 高山弘毅<sup>1</sup>、高津典孝<sup>1</sup>、三雲博行<sup>1</sup>、天野良祐<sup>1</sup>、武田輝之<sup>1</sup>、古賀章浩<sup>1</sup>、吉村雅代<sup>2</sup>、田邊寛<sup>2</sup>、二村聡<sup>2</sup>、東大二郎<sup>3</sup>、渡部雅人<sup>3</sup>、長田芳久<sup>4</sup>、久部高司<sup>1</sup>

**【症例】**10代、女性

**【病歴】**X年6月、数ヶ月前からの腹痛、血便、下痢を主訴に近医を受診。大腸内視鏡検査(TCS)で潰瘍性大腸炎(UC)が疑われ、当科に紹介となった。初診時、血液検査で著明な貧血、炎症反応高値を認め、TCSでは盲腸から直腸の粘膜にびまん性かつ連続性の炎症性変化を認め、また、上行結腸からS状結腸にかけて深掘れ潰瘍が多発していた。生検病理組織学的にUCに矛盾しない所見を認め、便培養等で他疾患が否定されたため、全大腸炎型UCと確定診断した。重症度は厚労省分類にて重症であり、タクロリムス(Tac)を開始した。また、胸腹部造影CTで両肺動脈血栓および門脈血栓症を認めたためヘパリン点滴静注を開始した。その後、UCの症状改善を認めたため、ヘパリン点滴静注はリクシアナ内服に切り替え退院となった。退院後まもなく再燃したため、分子標的薬(ベドリズム、アダリムマブ、ウパダシチニブ)を導入するも治療抵抗性であった。X年12月よりミリキズマブ(Mir)を導入したところ臨床的寛解導入に成功し、造影CT検査にて血栓の消失も確認されたためリクシアナを中止した。

**【結語】**門脈血栓症および肺動脈血栓症を合併し、治療に難渋したUCの一例を経験したため、文献的考察を含めて報告する。

## D D-21 大腸ポリープ摘除における cold snare polypectomy と内視鏡的粘膜切除術の比較検討

高野会くるめ病院<sup>1</sup>、おざさクリニック<sup>2</sup>

○石橋英樹<sup>1</sup>、榑原優香<sup>1</sup>、白水良征<sup>1</sup>、小篠洋之<sup>2</sup>、長田和義<sup>1</sup>、玉置裕香<sup>1</sup>、鈴木麻未<sup>1</sup>、入江朋子<sup>1</sup>、大宮俊啓<sup>1</sup>、有馬健<sup>1</sup>、野明俊裕<sup>1</sup>、荒木靖三<sup>1</sup>

**【背景と目的】**近年、大腸ポリープに対する cold snare polypectomy (CSP) は頻繁に行われ、従来の EMR (Endoscopic mucosal resection) に比べ、偶発症が少ないと報告されている。今回我々は、当院における CSP と EMR 症例について比較検討し、CSP の安全性と問題点について検討した。

**【方法】**2023年4月から2024年1月までに CSP が施行された 466 例 (1007 病変) を CSP 群, EMR が施行された 184 例 (275 病変) を EMR 群とし、両群を比較検討した。

**【結果】**患者背景に差はみられなかった。偶発症は、EMR 群で後出血を多く認めた (CSP 群 6/466, EMR 群 8/184,  $p<0.05$ )。総治療時間は CSP 群が短時間であった (CSP 群平均 25.6 分, EMR 群 28.6 分,  $p<0.05$ )。上皮性腫瘍性ポリープにおける内視鏡的一括切除率は CSP 群 94.5% (932/986 病変), EMR 群 100% (264 病変) ( $p<0.01$ )、病理組織学的完全切除率は CSP 群 39.4% (388/986 病変), EMR 90.2% (238/264 病変) ( $p<0.01$ ) と、ともに EMR 群が高かった。

**【考察】**CSP は、頻度は少ないが後出血を認めることもあり注意が必要である。また、病変回収時の挫滅により、病理組織学的摘除断端を正確に評価できない可能性もあり、内視鏡的断端陰性を確認しておくことが肝要と思われる。

## D D-23 肺癌小腸転移の 1 例

長崎大学大学院 腫瘍外科

○寺道和彦、野中隆、富永哲郎、高村祐磨、大石海道、野田恵佑、石丸和英、舩原光真、土肥良一郎、松本桂太郎

症例は 62 例男性。8 か月前に右上葉肺癌に対しロボット支援下右上葉切除術を施行した。再発予防の術後補助化学療法中の胸腹部 CT で小腸に腫瘍を指摘され当科紹介となった。血液検査では軽度の貧血 (Hb11.3) を認めた。胸腹部 CT で左下腹部の小腸に不正な壁肥厚を認めたが、明らかな口側腸管の拡張は認めなかった。転移性小腸腫瘍、悪性リンパ腫、GIST などを念頭に手術を施行した。鏡視下に腹腔内を観察すると左下腹部の回腸に 2 か所の壁肥厚を認め腹膜および周囲の小腸間膜に癒着していた。これを丁寧に剥離したあと臍部創を延長し体外で小腸部分切除を行った。病理組織検査では 2 病変とも壊死の目立つ高度異形細胞が認められた。免疫組織学的染色では AE1/AE3(+), p40(+), p63(+), CK5/6(+), CK14(+), S-100(-), CD34(-), C-kit(-), DOG-1(-) で低分化扁平上皮癌の組織像であり、臨床経過を考慮し肺癌小腸転移と診断した。術後一時的に腸閉塞をきたしたが、その後の経過は良好で術後 9 日目に自宅退院した。肺癌小腸転移は稀な疾患であるが、しばしば出血や狭窄により全身状態の悪化につながる。今回肺癌術後に発見された小腸転移の 1 切除例を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する。

## D D-22 high-grade appendiceal mucinous neoplasm の一例

JCHO 諫早総合病院 外科<sup>1</sup>、  
JCHO 諫早総合病院 病理診断科<sup>2</sup>

○稲尾綾乃<sup>1</sup>、山崎翔斗<sup>1</sup>、大野田貴<sup>1</sup>、原亮介<sup>1</sup>、森山正章<sup>1</sup>、福岡秀敏<sup>1</sup>、佐藤俊輔<sup>2</sup>

**【はじめに】**高異型度虫垂粘液性腫瘍 (high-grade appendiceal mucinous neoplasm:HAMN) は稀な疾患であり、予後や治療方針について一定の見解はない。今回、HAMN の症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

**【症例】**84 歳男性。腹痛、食欲低下を主訴に前医を受診し、急性虫垂炎の診断で当科紹介となった。抗凝固薬の内服があり緊急手術はリスクが高いと判断し保存的加療を行った。その後手術希望があり待機的に腹腔鏡下虫垂切除術を施行した。手術検体の病理検査で HAMN の診断であった。

**【考察】**HAMN は low-grade appendices mucinous neoplasm (LAMN) と同様に、粘液性上皮細胞が腫瘍性に増生し、細胞外粘液を伴い、膨張性・圧排性に発育する。しかし LAMN よりも腫瘍細胞の異型が強く、腫瘍細胞の核は腫大し濃染性で核分裂像も多い。一方で腺癌とは非浸潤性という点で明確に区別される。HAMN の治療法は外科的切除であるが、術式やリンパ節郭清の必要性に関して明確な基準はない。また遠隔転移を引き起こす可能性もあり、術後は厳重なフォローが必要である。

**【結語】**HAMN の報告は少なく、今後症例の蓄積が望まれる。

## D D-24 集学的治療が奏功し腹腔鏡で切除し得た横行結腸癌脾臓転移の 1 例

今村総合病院 消化器外科<sup>1</sup>、今村総合病院 病理診断科<sup>2</sup>

○益満和人<sup>1</sup>、田辺寛<sup>1</sup>、田代幸恵<sup>2</sup>、二之宮謙次郎<sup>2</sup>、成尾知紀<sup>1</sup>、椎葉忠恕<sup>1</sup>、中嶋太極<sup>1</sup>、米盛圭一<sup>1</sup>、瀧川讓治<sup>1</sup>、帆北修一<sup>1</sup>、上之園芳一<sup>1</sup>

60 代女性、X 年に腸閉塞を発症し、その後の精査にて横行結腸癌、脾臓腫瘍、腹膜播種の診断となった。閉塞性大腸癌に対して経肛門イレウスチューブによるドレナージ後に大腸ステントを留置し、3 週間後に腹腔鏡下横行結腸切除+右鼠径部、腹壁播種結節切除を施行した。脾臓腫瘍は横行結腸からの転移と判断し、その後化学療法 CAPOX + BEV 療法を 17 コース継続し術後 14 か月で脾臓腫瘍の PET 集積は消失した。しかし、右鼠径部に結節が出現し、局所麻酔下に切除したところ腺癌の転移であった。さらに CAPE + BEV 療法を継続していたが、術後 24 カ月後に脾臓腫瘍の再燃を認めた。その後も化学療法継続したが術後 33 カ月の CT、PET 検査でも病変は脾臓単独であったことから腹腔鏡下脾臓摘出術を施行した。術中所見にて脾臓腫瘍は周囲への浸潤所見はなく、脾臓周囲を剥離し脾門部を処理し切除した。病理診断では結腸癌脾臓転移の診断であった。今回、集学的治療が奏功し、腹腔鏡下に切除し得た横行結腸癌脾臓転移の 1 例を経験したので報告する。



## D D-25 術前化学療法が著効し経仙骨的に局所切除を行なった直腸肛門管 GIST の 1 例

宮崎大学医学部附属病院<sup>1</sup>、潤和会記念病院 外科<sup>2</sup>

○西本茉由<sup>1</sup>、新名一郎<sup>2</sup>、宮崎康幸<sup>2</sup>、根本学<sup>2</sup>、樋口茂輝<sup>2</sup>、金丸幹郎<sup>2</sup>、佛坂正幸<sup>2</sup>

症例は、71 歳、男性。肛門痛を自覚し近医を受診した。下部消化管内視鏡検査が行われ、肛門管から下部直腸後壁に潰瘍を伴う粘膜下腫瘍を認め当科へ紹介となった。CT、MRI では肛門管から直腸の後壁から発生し、左坐骨直腸窩内に突出する最大径 84mm の腫瘍を認めた。経皮的針生検で紡錘細胞の増殖を認め、免疫染色で Miettinen 分類 3a の Gastrointestinal stromal tumor (GIST) と判断された。患者の肛門温存希望を考慮すると腫瘍の大きさから切除に難渋すると判断し、術前化学療法としてイマチニブメチル酸塩を開始した。経過中、薬剤性天疱瘡が出現し、中止・減量期間があったものの、開始から 11 ヶ後の MRI では、大きさは最大径 49mm と縮小が得られ、経仙骨的腫瘍切除術を施行した。現在、GIST に対する術前化学療法は、ガイドラインにおいて、一定のコンセンサスが得られていない。しかし、高リスクの巨大直腸 GIST に対し、手術リスクや根治性、および肛門温存を考慮し、イマチニブメチル酸塩を用いた術前化学療法の有用性が期待され、報告が散見される。今回、我々は術前化学療法が著効し縮小手術にて安全に根治切除が可能であった巨大直腸肛門管 GIST の 1 例を経験した。その有用性が示唆されたので若干の文献的考察を加え報告する。



**第40回  
九州ストーマリハビリテーション研究会**

**抄 録**



## 特別企画

## オストメイトを取り巻く社会保障制度

## &lt;企画のねらい&gt;

第1演者のコロプラス社では快適に製品を使用できる保険制度や社会保障環境確保を目的に2018年マーケットアクセス(社会保障担当部門)が設立された。主となる活動は、現状把握と行政へのアプローチとそのサポートである。1984年に永久ストーマを保有する患者に対し、身体障害者手帳発行による補助(消化器系7100円/月、尿路系9300円/月)が開始となり、1993年に消化器系8600円/月、尿路系11300円/月が見直された後、30年間約80%以上の自治体において基準額の見直しが行われていない。ストーマ保有者も高齢化し、声を上げることも難しくなっている。生活が苦しい中、給付額範囲内でやりくりしていることが給付は充足していると捉える自治体も多い。このような現状を伝え、適切な給付とストーマを持ちながら生活するオストメイトの身体的・精神的・経済的支援を考える機会としたい。

第2、第3演者の各社には、取り組みについて発表していただく。窓口対応や役所との連携、患者会への参加による情報提供と情報収集、医療者に望むことなど、災害等への取り込みも盛り込んで発表していただく。

## 特別企画 演者1

### 給付制度に関する改善活動 ～ Speaking Out Together! 一緒に声をあげましょう! ～

コロプラス株式会社 マーケティング本部 マーケットアクセス  
濱本 英喜、市門 雅之、内藤寿真子

コロプラスには、快適に製品を使用できる保険制度や社会保障環境の確保を目的に活動するマーケットアクセス部門が各国にあり、日本では2018年より、同部門にてオストメイトの給付制度に関する改善活動を行っている。

この給付制度は2006年障害者自立支援法の施行により、国管理の補装具から日常生活用具に移行され、給付基準額や給付対象品目が自治体の裁量で定められることになってから、徐々に地域差が生じてきている。同基準額については、約80%の自治体において、30年間近く据え置きとなっており、近年の物価上昇の影響等から、オストメイトの経済的負担が増えていることが日本オストミー協会の調査でわかってきている。

また、2021年の同協会の調査では、回答のあった自治体の27%でストーマ装具のみが給付対象であることから、装具以外に必要なストーマケア用品を実費で購入せざるを得ないという実態もある。

今般、その状況を改善すべく声をあげているオストメイトのサポートを含め、当部門が取り組んできた環境改善のための活動内容と、その結果として動きつつある現状を報告する。

## 特別企画 演者2

## オストメイトを取り巻く社会保障制度

株式会社キシヤ 在宅福祉サポートセンター  
組坂みさき

近年、各ストーマ装具メーカーの値上げが実施され、利用者の中にはアクセサリ品の利用を控えたり、購入数量を減らしたりとQOLが下がってしまう状況が発生している。医療現場では限られた入院期間でコスト面にも配慮した装具選択・ケア方法を求められ、負担を伴っている。福岡県内の各自治体へ価格改定情報を提供しているが、基準額の見直しを検討・実施したのはごく一部に留まっている。

- ・ストーマ装具メーカー各社が値上げ後の現状
- ・ストーマ関連製品のみ見直すことができない理由—役所側の立場として
- ・患者会からの価格改定の要望
- ・もし基準額が上がったら…  
等

## 特別企画 演者3

## ストーマ装具販売店としての役割

ストマート株式会社 福祉+ (プラス) 課  
田中 大作

- ・患者様の情報開示をスムーズにさせていただくために各自治体の福祉課・生活保護課の窓口の担当者さんへの訪問
- ・急性期病院での患者さんご家族への福祉制度のご説明
- ・患者さんに給付の申請時期には、見積書と申請に行かれたかどうかの声掛け
- ・各自治体の生活保護を受給する方が個人で受け取れる上限額の確認
- ・災害対応として、安定供給を図るために倉庫での商品の確保
- ・メーカーと協力して、自社が災害にあった際に、患者さんの安否確認を行っていただくためのまごころへの入会案内
- ・オストミー協会や患者会に参加し最新の商品の紹介・展示

## 認知症の病態と正しい理解 ～認知症患者さんの心理・尊厳と意思決定能力～

福岡大学病院 脳神経内科  
合馬 慎二

現在、高齢化の進む我が国では、認知症高齢者は増加の一途を辿っている。認知症は短期記憶障害や遂行機能障害、理解力の低下などにより日常生活に支障を来した状態で約70%を占めるアルツハイマー型認知症をはじめ、レビー小体型認知症や前頭側頭型認知症などが変性性の認知症が大部分を占める。認知症診療においては、診断やの薬物療法などが主体となるものの、高齢者では身体合併症や生活環境、種々の社会的問題を抱えており、多面的・包括的なアプローチが必要とされる。また認知症の診断がついていない高齢者でも医療現場での関りで認知症の徴候に気づくことも早期発見、早期治療介入に繋がる。認知症の方は、自身の病状や現状の把握が困難になることが多々あり、環境変化や手術などの侵襲などの因子はせん妄や認知症進行の要因となりうる。認知症の正しいケアの提供には、その病態や病型、病期、症状、心理状態、性格、生活史などを把握することが重要である。また認知症では理解や判断力が低下していることから本人の意思が尊重されないケースも少なくない。認知症高齢者の意思決定には本人の尊厳を可能な限り、尊重し、家族と多職種が協議の上で支援することが求められる。ストーマ造設をはじめとした外科的治療などの際には、本人の意思を尊重してよりよい治療選択肢を検討する必要がある。医療者の正しい理解と治療、ケアが患者及び家族のQOLの向上に寄与する。

### 略歴

2000年 福岡大学医学部卒業  
2002年 福岡大学病院神経内科 助手  
2003年 福岡和白病院 内科  
2006年 4月 川浪病院 神経内科  
2006年 10月 福岡大学病院 助教  
2018年 福岡大学病院 講師・副診療部長  
医学博士  
日本内科学会認定医  
日本神経学会専門医・指導医  
日本認知症学会専門医・指導医  
福岡市認知症疾患医療センター 副センター長  
福岡市認知症サポート医  
レビー小体型認知症サポートネットワーク協力医  
難病指定医

## S SW-1 認知症患者のストーマ造設 急性期病院での支援

鹿児島市立病院

○永田富美子、角直人、徳田奈央、土屋香代子

**【目的】** 当院では認知症患者がストーマ造設を受ける際、入院前より皮膚・排泄ケア認定看護師が、ストーマケアの支援者を確認している。またストレスや環境の変化が認知症に影響を及ぼすことから、通常より入院期間の短縮に努めている。

今回、認知症患者のストーマが切断された事例から、認知症看護認定看護師にストーマ保護を目的とした腹帯チューブの導入を相談した。急性期病院で支援している取り組みを報告する。

**【症例紹介】** A氏90代女性、肛門管がんで横行結腸人工肛門造設術を受けた。認知症があり、家族構成は長女と二人暮らしだった。

**【結果・考察】** ストーマ管理は病棟看護師がA氏の長女に指導した。看護師は便処理をこまめに行い、術後2日目からA氏に腹帯チューブを装着したが、腹帯チューブを嫌がらずストーマ袋に触る行為もなかった。ストーマ保護の目的は達成したが、A氏に装着する必要性があったのか疑問に感じた。入院前に認知症看護認定看護師が介入することで、認知症の程度の確認と支援について、家族を含めて検討することができると考える。しかしストーマ管理の指導は時間を要するため、患者をアセスメントすることなく家族へ説明してしまいがちだが、患者の機能を確認することも必要である。

**【結論】** 術前からチームで認知症患者と家族の支援体制を整える必要がある。

## S SW-3 洗腸療法を行っていた患者が認知症になり装具使用となった1事例

社会医療法人社団高野会 くるめ病院

○青木尚子

**【はじめに】** 洗腸療法（灌注排便法）とは、ストーマから残存した腸管へ微温湯を大量に注入し、便を微温湯とともに強制的に排出させ、ストーマから便が排泄されない時間をつくる排便管理方法の一つである。

**【事例紹介】** A氏80歳代女性、90歳代の夫と2人暮らしである。直腸がんにて40年程前に、ハルトマン術、ストーマ造設術を行い、その後洗腸療法にて排便管理をされていた。

2021年アルツハイマー型認知症FAST5により洗腸療法での排便管理が困難となり、近医より当院ストーマ外来へ紹介となった。高齢の夫へ洗腸療法を指導する事は困難である為、装具使用を選択した。入浴後、夫が装具を貼付する事で対応を開始したが、A氏は夫が気付いた時には、装具を外されている事が多く、ストーマ外来時も装具を剥し洗腸療法をされていた時のように、ティッシュやタオルを当て装具の継続使用が出来ていない状況であった。夫が自宅で転倒し鎖骨骨折されたことを機会に、在宅サービスを導入する事になりデイサービス、ショートステイ、当院からの訪問看護が開始となった。現在でも装具使用は、施設利用、訪問看護時のみで居室や衣服の汚染、装具を無理に剥がす事により面板貼付部に発赤、色素沈着が認められる状況である。

認知症患者において行動変容を必要とするストーマ管理方法の変更は困難であり、今後の対応も検討が必要である。

## S SW-2 認知症で施設入所中の高齢オストメイトの皮膚障害への対応と今後の課題

久留米大学病院 看護部

○高木孝実、海田真治子、原田藍

**【はじめに】** 認知症のため高齢者施設に入所しているオストメイトの皮膚障害に対し、施設と連携して治療に至った症例を経験し、今後の課題を得たため報告する。

**【症例】** A氏70歳代女性。60歳代に直腸癌でハルトマン手術施行しオストメイトとなった。独居でセルフケアしており、年1回はストーマ外来を受診していた。2年ほど前から受診が中断し、認知症のため施設に入所していた。腹痛を主訴にかかりつけ医から当院へ紹介となる。ストーマ装具貼付部に一致する皮膚障害を形成しており、腹痛の原因と考えられた。

**【経過】** 施設では週1回の装具交換を実施し、皮膚障害発症後は粉状皮膚保護剤を塗布しおむつで排泄物を回収していた。皮膚障害によりストーマ装具は貼付できないことから、板状皮膚保護剤を敷石上に貼付し隙間を粉状皮膚保護剤で充填し、排泄物はおむつで回収する方法を施設職員に指導した。施設での継続ケアにより皮膚障害が改善したことからストーマ装具による管理へ戻すことができた。

**【考察】** 施設との連携で皮膚障害は改善することができた。超高齢社会において認知症のあるオストメイトは増加していくと予想される。オストメイトが安心して生活できるための連携が必要である。

## S SW-4 認知症のストーマ造設者の排便コントロールに薬剤師が介入した一例

株式会社薬心堂

○坂井美千子

2022年厚生労働省の集計では、全保険薬局の約37%が訪問薬剤師管理の届出を行っていた。

しかし、保険薬剤師が調剤室の中で何を準備し、患者宅で何をする存在か、まだまだ薬剤師の活用法が十分に理解されているとは言い難い。

薬剤師は患者に薬を渡す前のチェックとして、薬の相互作用や適応に加え、病態や患者状態を踏まえた確認を行う。薬の効果を出すため、これらの事前確認は最重要ポイントだからだ。例えば排便に関わる薬でも、胃酸や唾液、腸内細菌と反応して効果を出すものなど、様々な特徴がある。しかし、保険薬局には患者の手術内容に関する情報などはほぼ共有されていない。更に、薬剤師は薬を渡した後、服用後の状態が適正使用であるかどうかや副作用の早期発見のためのフォローアップを行っている。訪問薬剤師管理では、バイタルチェックに加え、食事・排泄・睡眠に関わる変化も確認する。今回、訪問薬剤師介入したことで薬剤性認知機能低下を早期発見でき、排泄物の処理方法が分からなくなったストーマ造設者の対応ができた症例を報告する。

薬剤師本来の職能を活かして他職種の皆様と協働し、最後まで諦めない在宅療養支援を可能にしたいと考える。



## S SP-1 社会復帰用ストーマ装具選択における院内教育・整備の評価と課題

大腸肛門病センター高野病院  
○後藤万記子

**【目的】** 当院では病棟看護師が基本的なストーマケアと患者の状態に適した装具選択の習得ができることを目標としている。そのため、ケア方法や各種装具の特徴など最新の知識習得の為の教育環境の整備を行っている。今回、装具選択の取り組みや院内教育方法等を振り返り課題を検討した。

**【方法・結果】** 社会復帰用装具選択は、「ストーマの高さ」「皮膚の皺や凹み」「腹壁の硬さ」等を指標とした装具選択基準を使用し、担当看護師が術後7日目以降に実施する。装具選択や変更実施はフォーマットに記録し情報共有する。

過去3年間の装具決定までの期間は「術後3週間以内」が多く、決定から3ヶ月以内での装具変更割合は1割だった。院内教育は、ケア内容に加え2019年から各装具メーカーによる装具の特徴や新製品情報の研修を定期的に行っている。またストーマ委員メンバーをリンクナースとして育成している。ストーマケア用品は、術後は院内独自作成のスターキットを使用し、社会復帰装具選択開始後は当院の装具販売窓口の利用や院内の規定に従い、必要時サンプルを使用し管理している。

**【課題】** 社会復帰用装具選択の期間短縮を考慮し、軟性凸面装具を取り入れた装具選択基準の内容の検討と改訂、また継続したケアの質向上の為にリンクナースの役割の見直しと育成の継続が挙げられる。

## S SP-3 A病院における装具選択チャートの活用と課題

福岡大学病院  
○直海倫子、富田美和子、山田舞、西本良子、  
樋田美里、早見美樹、森郁子、志垣仁美、  
小田美佳、瀧下由利恵

A病院では、2023年度117件のストーマ造設が行われた。うち94%が消化器ストーマであり、57.3%が永久ストーマであった。消化器外科病棟における術後の平均在院日数は、23.2日であり、販売店や装具の決定に時間を要していた。また、消化器ストーマを造設した患者の11.8%は、退院後初回のストーマ外来で装具変更や何らかのアクセサリーの追加を要していた。ストーマ装具を購入する販売店は、利便性や患者の希望に応じて4社より選択してもらっているが、なかなか販売店が決まらず、サンプルを使い続ける傾向にあった。そのため、外来での術前オリエンテーションの際に販売店について説明し、事前に検討してもらうことで販売店決定までの平均日数は、上半期8.7日→下半期5.4日と3.3日短縮した。装具選択においては、チャートを作成していたが、認知度が低く、看護師個々のアセスメントに応じて各種選択されていた。今回、ストーマ装具選択のためのアセスメント4原則（体位による腹壁の変化、腹壁の硬さ、ストーマの突出度、ストーマ周囲のしわとくぼみ）に基づいたチャートを再作成した。それに際し、変更した装具の管理や運用方法について、また、スタッフへの教育・周知方法について報告する。チャート活用後の在院日数やストーマ合併症、退院後の装具変更の現状についても併せて報告する。

## S SP-2 これからのストーマケア教育の課題

佐世保市総合医療センター  
○森山やよい

本院では年間100件ほどストーマ造設術が行なわれ、私は皮膚・排泄ケア認定看護師としてストーマケアの実践、患者教育、院内スタッフ教育に関わってきた。今までの取り組みとして、術後にどの装具を使用しているかわからないという声があり、ストーマ装具選択のフローチャートを作成した。ストーマケアを得意とする看護師の部署異動などがあり、観察が不足し記録が不十分なことや、スタッフによって表現がばらばら、という問題がありストーマ用の記録シートを作成した。加えて、ストーマリハビリテーション講習会への参加や院内での学習会などの機会も作っている。しかし、ストーマケアに自信がない、苦手、不安と答える看護師は多く、アセスメントが十分にできていないことが多い。最近は装具やアクセサリーの種類が多く、いろいろなストーマに対応できるようになったが、その一方で種類が多すぎて迷うことも多くなっているようだ。また、電子カルテになり容易に情報や画像を共有でき便利になっている反面、観察や記録が不足しているのではないかと考えている。最近はSNSに慣れ親しんでいて、合理性を求める傾向にあるスタッフが多い。今後のストーマケア教育の課題としては、今まで行っていた方法だけでなく、ストーマ装具選択ツールの活用や経験学習をとおして、個々のスキルアップを図っていく必要があると考える。

## S S-01 腸管瘻孔からストーマ造設となったセルフケア困難なパーキンソン患者への支援

大腸肛門病センター高野病院  
○横田香織

【はじめに】今回パーキンソン病を有するセルフケア困難なストーマ造設患者を経験した。転院、再入院、転棟、施設入所と療養場所が変わってもシームレスに連携することができたため報告する。

【症例】60歳代男性、202X-2年S状結腸癌にてS状結腸切除。202X-1年3月に吻合部局所再発を認めCRT施行、同年11月から腹壁からの排膿を認め緊急入院し上行結腸ストーマ造設・小腸切除手術施行した。

【経過】術後に縫合不全があり吻合部を含む右結腸切除、小腸切除、空腸人工肛門造設を行い残存小腸25cmでTPN管理となった。食欲が強く食事を全量摂取されるため食物残渣を含む多量の便排出があった。術後はADL低下をきたし、ストーマセルフケアの意欲低下、便廃棄等もできず看護師で管理した。高さの無いストーマであったが軟性凸面器具と用手成形皮膚保護剤使用にて3～4日毎の定期交換が可能であった。瘻孔部の皮膚欠損の皮膚移植のため他院へ転院となり、皮膚移植後再入院。本人、家族共に自宅退院願望があり自宅退院を視野に入れた退院調整を行った。装具変更なく施設入所へ繋げることができた。

【結語】本人・家族の希望を尊重しつつ情報共有と外出を重ね、本人家族ともに納得し施設へ退院となった。転院や転棟、施設入所と療養場所の変化にも装具変更なくシームレスに連携ができた。

## S S-03 管理困難なストーマケアの地域連携に動画が有効であった一症例

産業医科大学病院看護部<sup>1</sup>、産業医科大学第1外科学<sup>2</sup>  
○森元優華<sup>1</sup>、村田彩佳<sup>1</sup>、佐藤優<sup>1</sup>、三好綾子<sup>1</sup>、山田陽子<sup>1</sup>、平田敬治<sup>2</sup>

【はじめに】今回、複雑なストーマケアを要する患者に対する地域連携を、円滑に図ることができたため報告する。

【事例】70歳代女性。他院で腸閉塞による回腸穿孔に対し、2回の緊急手術で下腹部正中創上にループストーマ造設。当院転院時は、1日2ℓ以上の水様便、ストーマ創の離開、ストーマ周囲の凹凸でストーマ器具が密着せず、毎日2回以上の器具交換を行っていた。様々な形態の皮膚保護剤でストーマ周囲を補強することで2日毎の交換が可能となり、前医に戻る予定になった。セルフケア訓練は行っていたが、ストーマ周囲皮膚への皮膚保護剤の補強と器具装着のセルフケアの獲得は困難であったため、器具装着方法を本人のスマートフォンで動画作成し、前医に情報提供した。転院後も2日毎の器具交換を継続できた。

【考察】管理困難なストーマのケアは、複雑な方法となり、医療者支援が必要になることが多い。ストーマケアの伝達手段としてパンフレットを用いることが多いが、複雑な方法は細部の要点が伝わりにくい。さらに病院間の連携では、退院前訪問などの直接伝達が行えないためより困難である。今回継続ケアができるよう動画を用いた情報提供は、連携先へ正確に情報を伝える手段として有効であった。

## S S-02 術前より多職種との協働が有効であった潰瘍性大腸炎患者の1例

福岡大学筑紫病院看護部<sup>1</sup>、福岡大学筑紫病院外科<sup>2</sup>  
○東島友来<sup>1</sup>、川浪阿紗美<sup>1</sup>、東大二郎<sup>2</sup>

【はじめに】潰瘍性大腸炎症例で胆嚢炎を併発し、手術手技、術後管理が困難と予測された患者に対し、術前から多職種と協働することにより、術後も精神面も含め安定した入院生活を送り自宅退院できた症例を経験したのでここに報告する。

【症例】40歳代女性、約20年前より潰瘍性大腸炎診断を受け治療をしていた。胆嚢炎を併発し手術が必要となったが、手術に対する不安が強くそれに対し術前より医師、看護師を含めた多職種で介入を行った。ストーマに関する不安に対してはWOCナースが介入した。入院後、看護師が主に精神面のサポート、医師は手技内容、ソーシャルワーカーは術後の経済面を対応し、1つ1つ不安についての対応を行なった。退院に際しては、日常生活に対しての不安があり緩和ケアチームへ介入を依頼した。内容は食事やストーマ管理、急変時の受診のタイミングなどであった。食事については栄養士の介入を行い、ストーマ管理については、WOCナースの受診をすることになり自宅退院となった。

【考察】不安の強い患者が安心して手術を受けるためには、術前から多職種が協力し患者に接し患者の不安な気持ちや気懸りを把握し、主治医だけではなく多職種で対応することが有効であると考えられる。

【結語】精神面も含め術後多くの合併症が考えられる患者に対しては、術前より多職種との協働が有効である。

## S S-04 情報共有ツールと同行訪問を併用したストーマケア指導の可能性と課題

スペアポケット株式会社  
○古野佐由里

【目的】多職種に加え、複数の社会福祉サービス事業所（以下：事業所）の介入により、オストメイトの療養環境は大きく変化している。情報共有・ストーマケアの統一が困難という課題がある。より多くの相談に対応するため、3年前より開始した情報共有ツールを併用したストーマケア指導への取り組みについて報告する。

【方法】同行訪問によるストーマケア指導に加え、2021年11月より情報共有ツールを併用したストーマケア指導を開始した。

【結果】多職種・複数の事業所間で、一度に多くの情報を共有できることでオストメイトの状態がより詳細に把握できるようになり、関係各所への重複した連絡などの時間削減につながり、ストーマケア指導にも有用であった。一方で多方面からの相談への対応、複数ある情報共有ツールの把握、情報処理に時間を要するという問題が生じた。

【考察】情報共有ツールの使用で、タイムリーな情報共有が容易となったことで、販売店に所属する皮膚・排泄ケア認定看護師という特性上、遠隔地からの相談も多くあるが、時間と距離の制約を減らすことができ相談を受けやすくなると考えられる。

【まとめ】ストーマケアだけでなく排泄ケアには、より詳細な生活状況の把握が重要である。情報共有ツール上で多職種の意見交換が可能となり、適正なストーマケアの見直しが行えるようになる。ケアの質向上への仕組みづくりについて今後も模索していきたい。

## S S-05 A病院における術後排便機能障害サポートチームの活動報告

福岡大学病院

- 西本良子、河津まみ子、松本真利、樋田美里、志垣仁美、小田美佳、瀧下由利恵、谷口法子、山田舞、白石直美、日高那奈、松本芳子、長谷川傑

A病院では毎年約150例の直腸癌手術を行っているが、直腸切除術後は低位前方切除術後症候群(LARS)といわれる特有な排便障害が課題となっている。A病院では、術後排便機能障害サポートチームとして、医師、看護師、臨床検査技師、管理栄養士、WOCが連携し、生活・栄養指導、患者教育、薬剤調整、バイオフィーバック等を行っており、2023年12月より48名のLARS患者の治療に取り組んできた。今回、一般的な内服治療では長期間コントロール不良であったLARS患者に対し、サポートチームの介入により排便機能が改善した症例を経験したため報告する。症例1:64歳女性、低位前方切除術後2年4ヶ月、Wexner score13→9、LARS score38→32。症例2:65歳女性、低位前方術後1年10ヶ月、Wexner score16→11、LARS score41→36。症例3:48歳女性、低位前方切除術後1年4ヶ月、Wexner score11→8、LARS score36→31。一般的な治療でコントロール不良なLARSに対して術後排便機能障害サポートチームによる介入が有用と思われた。

## S S-07 正中創上に造設されたストーマ管理に難渋した事例

産業医科大学病院看護部<sup>1</sup>、産業医科大学第一外科学<sup>2</sup>

- 三好綾子<sup>1</sup>、山田陽子<sup>1</sup>、秋山泰樹<sup>2</sup>、山内潤身<sup>2</sup>、永田淳<sup>2</sup>、平田敬治<sup>2</sup>

開腹創上に造られたストーマは、必ず管理困難となる。

**【事例】**70歳代女性。他院で腸閉塞による回腸穿孔に対し、2回の緊急手術で下腹部正中創上にループストーマ造設。術後合併症の加療目的で当院に転院した。ストーマの上下に連続する正中創が離開し、ストーマサイズ縦23横16高さ0mm、座位で縦23横22mm、ストーマ近接部は上下が陥凹型、左右が山型、腹壁の硬度左右差あり、1日2ℓ以上の持続的な水様便の排泄。あらゆる装具を用いても正中創に沿って便もれを生じ、毎日2回以上の装具交換となった。ストーマ近接部に有痛性糜爛が持続し、1回のケア時間は約40分、装具の費用は毎月約10万円になった。

**【結論】**本例は、正中創の中心にストーマが造設されていたため、創の癒着収縮によってストーマ周囲に凹凸がある、腹壁の硬さが面板貼付部内で異なる、high output stomaで装具装着のタイミングや技術を要する、などストーマ装具装着悪条件の重複が原因で、管理困難なストーマとなった。このようなケースは、QOLを著しく低下させるだけでなく、在宅療養に移行できない介護難民となりやすい。どのような状況でも基本は創上にストーマを造るべきではない。常々、医師と看護師でパウチングに適したストーマの条件を共有することが重要である。

## S S-06 術後のストーマ管理に難渋した潰瘍性大腸炎患者の1例

福岡大学筑紫病院

- 大西乃亜、東大二郎、川浪阿紗美

**【はじめに】**術後のストーマ管理に難渋し、多職種で管理を行った症例を経験したため報告する。

**【症例】**50代男性、2年前に潰瘍性大腸炎を発症、内科的治療で寛解維持していた。今回血便や腹痛の増悪あり、内科治療抵抗性のため腹腔鏡下結腸全摘術、回腸ストーマ造設術を施行した。術後ストーマ周囲に潰瘍病変を来し、ケアを行ったが改善なく、WOCナース(皮膚・排泄ケア認定看護師)や形成外科医に介入を依頼した。潰瘍病変は徐々に改善したが、正中創部の手術部位感染が増悪し、ストーマと近接しており装具漏れが続いた。医療者への不信感が生じ、不慣れた看護師が処置に入ることに拒否があった。そのためストーマパスを作成し、手技の統一化を図ったところ、皮膚状態の改善だけでなく、患者からの信頼を得られた。また、装具の種類やカット方法をWOCと検討し、手技の簡易化を図り、早期の自己管理手技の獲得につながった。

**【考察】**潰瘍性大腸炎の術後に造設したストーマは、大腸癌症例と比べて合併症が生じやすい。専門職の早期介入と処置方法の検討、ストーマパスの活用による手技の統一化により、適切な処置を継続できた。

**【結語】**ストーマ管理に難渋する症例では早期の多職種介入とストーマパス活用が有用である。

## S S-08 ストーマ粘膜皮膚接合部が全周離開しケアに難渋した一例

JCHO久留米総合病院

- 江田明浩、牛嶋亜矢子、鳥飼絵里奈、野口ひろみ

79歳男性。胆嚢癌術後8日目に肝弯曲結腸穿孔を起こし、緊急手術で上行結腸単孔式ストーマ造設を行った。ストーマ粘膜は暗赤色を呈し、術後5日目ストーマ粘膜皮膚接合部が一部離開した。粉状皮膚保護剤と板状皮膚保護剤にて対応したが装具から便の漏れがあり、離開部に銀含有ハイドロファイバーを充填することに変更した。術後10日目ストーマ粘膜皮膚接合部は全周に離開し、毎日微温湯洗浄と銀含有ハイドロファイバーの充填を継続した。ストーマ粘膜は鮮紅色になったが、肉芽形成はみられなかった。術後28日目形成外科に紹介し、プロントザン®を併用することになった。しかし、離開部に便が停滞し汚染を避けられない状態が続き、その事が創傷遅延を引き起こしていると考えられた為、多職種カンファレンスを行い処置内容の検討をした。毎日5回定時処置を開始した。まず回診時にプロントザン®のみ使用し、それ以外は微温湯洗浄とプロントザン®創傷用ゲルを塗布した。また、定時以外離開部に便汚染を認めた場合も同様の処置を行った。術後42日目肉芽形成がみられ、術後54日目プロントザン®は中止となった。術後75日目離開部は上皮化することができた。ケアに難渋したが多職種で連携し工夫を重ね、統一した局所管理を行った症例を経験することができた。

## S S-09 交通外傷により緊急でストーマを造設した患者の合併症管理

社会福祉法人 恩賜財団 済生会熊本病院  
○窪田杏恋、村山美希

**【はじめに】**ストーマ管理に加え創傷管理、精神的ケアが必要な患者に、多職種が専門性を発揮し協働したことで、合併症管理が円滑に実践できた事例を振り返る。

**【倫理的配慮】**本人の同意を得て、個人が特定されないよう配慮し看護部倫理審査会の承認を得た。

**【事例】**70代女性。交通外傷による小腸穿孔、骨盤骨折に対し、緊急開腹小腸切除、創外固定術を行った。術後11日目に結腸穿孔を認め、穿孔部閉鎖、小腸ストーマ造設、腹腔内洗浄ドレナージを行った。緊急的ストーマ造設となったことで受け入れが困難であり、骨盤骨折による安静制限や長期療養でのストレスも大きかった。ストーマトラブル、SSIも併発しており多職種での介入が必要であった。

**【結果・考察】**ストーマ周囲の皮膚トラブルや装具漏れがあり、SSIも併発したため、WOCNの介入を行い、ストーマ管理を見直したことでストーマトラブルは改善した。また、多職種カンファレンスを通して問題点を整理し、精神科や形成外科の介入を行った。その結果、長期療養によるストレスや不安を表出でき、精神的ケアに繋げることができた。統一したケアによりSSIは改善し、リハビリ目的に転院した。

**【結論】**身体的、精神的問題に対して多方面から支援を行い、専門性のある介入を行った結果、看護ケアの統一が図れ、症状改善に繋がったことで多職種連携の重要性を学んだ。

## S S-11 20歳代女性クローン病患者のストーマ受容過程における看護師の関り～フィソンの危機モデルを用いた振り返り

福岡大学筑紫病院  
○那賀梓、園田みずき、川浪阿紗美、中島あゆみ

**【目的】**ストーマ造設が必要な20歳代女性のクローン病患者を担当した。ストーマ受容が困難な中、納得し手術に臨み、術後もストーマ受容が進んだ事例を経験した。フィソンの危機モデルにて振り返り、今後の看護の一助とする。

**【対象および方法】**A氏20歳代女性。20XX年発症の小腸大腸型クローン病。両親と3人暮らし。ストーマ造設により危機的状況にある患者へ対し看護師のどのような関りがストーマ受容につながったのかを考察する。

**【看護の実際】**術前は受容促進のためイメージ作りを図った。又、術後は思いや体調を確認し、ストーマに触れセルフケアができるよう関わった。

**【考察】**各々の段階での看護師の関わりは、フィソンの危機モデルの4つの段階に応じた看護介入が実践できていた。

**【結論】**若年のクローン病患者においてもフィソンの危機モデルを意識した看護介入が有効であることが示唆された。

## S S-10 ストーマの受容段階に応じた指導により、ストーマケアの習得に成功した1例

都城市郡医師会病院  
○新山亮太、宮野真優

**【はじめに】**ストーマ造設患者は癌患者であることが多く、癌であることやストーマ造設が必要であることで強い衝撃を受ける。緊急手術の場合は、心の準備をする時間が短いため更に受容が難しい。今回、緊急でストーマ造設術となった為に不安が強く、ストーマの受容が困難であったが、受容段階に合わせたストーマ指導により手技獲得ができた事例を報告する。

**【症例・経過】**A氏は80歳女性、独居。S状結腸癌による閉塞性イレウスの為、緊急でストーマ造設術を施行した。術後、ストーマケアの手技獲得や、独居の為今後の生活への不安が強く、「できない、こんなことなら死んでしまえばよかった」と悲観的言動が聞かれた。そのため、チームで情報共有を行い、患者の精神状態に合わせて自己破棄指導を一時的に中断するなど、受容段階に合わせて指導を行った。また、患者が受け入れやすいように、キャップ式やプレカットタイプの装具を用いて手技の簡略化を図った。高齢で不安も強かった為、手技獲得に時間を要したが、最終的にはパウチ交換の手技も獲得し、自宅退院を迎えることができた。

**【考察】**A氏は、緊急手術にてストーマを造設しており、手技獲得や今後の生活への不安が強く、受容が難しかった。本人の受容の段階に合わせた指導や、手技の簡略化を行ったことで、ストーマケアを習得することができたと考える。

## S S-12 尿管皮膚瘻造設し退院後にセルフケア確立した1例

国家公務員共済組合連合会 新別府病院 看護部  
○吉良真奈美、池田真由美、藤本恵

**【はじめに】**超高齢社会に伴い医療提供の対象は高齢化しており、サポートする家族も高齢である。今回、尿管皮膚瘻造設後セルフケア未確立のまま退院、ストーマ外来を通しセルフケアを確立できた症例を経験したため報告する。

**【症例】**70歳代男性。膀胱癌にて腹腔鏡下右腎尿管・膀胱全摘、左尿管皮膚瘻造設術施行。妻と二人暮らし。

**【経過と結果】**単品系軟性凸面型装具でセルフケア指導を開始。手技を獲得し始めた頃、二品系軟性凸面型装具への変更を要し、発熱による倦怠感でセルフケアを拒否。頻回な尿の漏れあり看護師による装具交換が続いた。単品系凸面型装具へ変更し指導再開を試みたが、強い希望でセルフケア未確立のまま退院。ストーマ外来で看護師が装具交換を実施、一緒にケアの振り返りを繰り返すことによりセルフケア確立、尿の漏れなく過ごせるようになった。

**【考察】**ストーマ外来での成功体験が自己効力感を高めるとともに信頼関係へ繋がり、身体とともにレジリエンスが回復したことで、セルフケアの確立に至ったと考える。特に高齢者は一度覚えた手技を変更することは容易ではない。個別性に合わせた治療と看護介入ができるようスタッフとの協働が必要である。

**【結論】**ストーマを保有しながら生活をする本人の意向や背景に合わせたサポート方法を考える。

## S S-13 離島におけるストーマ外来の現状と地域連携の課題

長崎県杵岐病院  
○横山操

【はじめに】離島ではストーマケアについてトラブルを抱えているストーマ保有者（以下、保有者）が少なくなかった。当院では安心してストーマケアができるよう、2020年7月からストーマ外来を開設し、保有者への外来支援を行っている。

【目的】受診内容から保有者とストーマ支援者（以下、支援者）が抱える問題を明らかにし、地域連携の課題を考察する。

【方法】2020年7月～2023年3月に受診した保有者、支援者の相談内容を診療録より抽出し分析、現状と課題を検討した。

【倫理的配慮】収集したデータは統計的に処理し、個人が特定されないように配慮した。

【結果】保有者41名の平均年齢は79.4歳であった。ストーマセルフケア自立者が22名、要介助者が19名であった。初診時セルフケア自立の22名のうち6名が手指巧緻性や認知機能低下により要介助へ変更となった。保有者の問題は「排泄物の漏れ」が多く、支援者の問題は「介護疲れ」「保有者のセルフケア困難」が多かった。

【考察・結論】保有者が抱える問題に対しては、外来での早期介入により解決できたと考える。島内の高齢化率を考慮すると、保有者は将来的にセルフケア困難となる可能性が高く、支援者への援助が不可欠である。よって訪問看護等の在宅支援担当者との協働や気軽に相談できるシームレスな地域連携システムの早期構築が重要であると考えられる。

## S S-15 訪問看護師に向けたストーマケア相談用紙の作成

福岡大学病院看護部<sup>1</sup>、福岡大学医学部看護学科<sup>2</sup>、  
済生会福岡総合病院看護部<sup>3</sup>、九州がんセンター看護部<sup>4</sup>、  
福岡中央病院看護部<sup>5</sup>

○山田舞<sup>1</sup>、直海倫子<sup>1</sup>、富田美和子<sup>1</sup>、高木良重<sup>2</sup>、  
石橋好美<sup>3</sup>、三井梨恵子<sup>3</sup>、梶田志帆<sup>4</sup>、平林愛子<sup>5</sup>

【はじめに】私たちは、近隣の訪問看護師との連携強化として七隈よかネットワークセミナーを開催している。その際にストーマケアについての相談があるが、相談者から必要な情報が得られず、問題解決に至らないこともあった。そこで、今回私たちが作成した相談用紙を活用した。

【相談用紙の概要】相談者が困っていること、ストーマの種類やサイズ、排泄物の性状、使用している装具に加えて、ストーマおよび周囲皮膚と装具を剥がした際の画像を記載出来るようになっている。

【関わりの実際】ストーマ周囲皮膚トラブルに対する訪問看護師からの相談事例に対して、必要情報を入力してもらった。記載内容から皮膚トラブルの原因を予測し、解決方法を提案した。訪問看護師は患者指導に取り入れ、ケア方法の改善に繋がった。訪問看護師にとって相談用紙の活用は、必要な観察項目の把握やケアを学ぶ機会になった。

【まとめ】相談用紙への記載において、困り事を挙げてもらい、ストーマ関連の情報については選択肢から選ぶことが可能である。簡便な書式にしたことで、記入のしやすさだけでなく、訪問看護師の知識の習得にも繋がった。

## S S-14 ストーマサイトマーキング実施率向上にむけた取り組み

済生会熊本病院  
○山形朝子

【はじめに】当院は救急医療・高度専門医療を担う病院であり、年間ストーマ造設患者も増加傾向である。

近年は緊急手術の割合も多く、術前のストーマサイトマーキング（以下マーキング）の未実施が問題であった。そこで、様々な取り組みにより実施率向上につながったのでここに報告する。

【方法】2017年1～12月・2023年1～12月緊急ストーマ造設患者のマーキング実施率の比較

【結果・考察】マーキングに関する取り組みとしては、2017年に記録を一体化したテンプレートを作成、2020年度にはストーマサイトマーキングに特化した院内認定制度を構築し、マーキングに関して人材育成を行った。

人材育成によって一定数がマーキング可能となったため、連絡フローを作成した。しかし、連絡フローのみでは探すのに時間を要していた。そこで、2022年11月よりマーキング可能者のみの勤務一覧表を作成し関係部署に配備した。

結果2017年の緊急造設患者は83名中78名93.9%にマーキングが実施されていたが、2023年は緊急造設者患者77名中75名97.4%とマーキング実施率は向上した。

【今後の課題】院内認定者が看護の質向上に貢献出来る人材となるには、フォローアップが必要であり、次のステップとして講習会への受講を検討している。また、マーキング部位への造設の有無など質的な評価も今後行っていく必要がある。

## S S-16 フィジカルアセスメントツールを使用した装具分類表の活用と改善

鯨島病院  
○小倉若葉、四本明日香、湯谷るみ

【はじめに】2022年にフィジカルアセスメントツール（以下ツール）を用いた装具選択を開始したが、使用にあたって分類表の装具の種類が多く十分に活用されていなかった。既存の分類表における問題点と改善策を報告する。

【対象と方法】ストーマケアに関わる看護師28名へアンケートを行いツールの理解度や問題点を抽出、評価した。また過去10年間のストーマ造設者のデータを基に分類表から使用頻度の高い製品を18種類へ絞り、交換日数・値段を追記して新たな分類表を作成した。

【結果】アンケート結果はツールが分からない、使用した経験がない14名。装具の種類が多く選びづらい13名。装具選択の参考になった11名であった。改めて勉強会を行いツールの理解度が深まった21名。新・分類表については「数が少なく選びづらい」「分類表にない他の装具を使用したい」などの意見があったため過去3年間で使用頻度の高い装具22種類を選択し、簡便に使用できるよう電子カルテを設定した。

【考察】製品数を絞った分類表を作成し使用方法を周知することで装具選択がしやすくなったが、種類を少なくすると選択の幅が限られ、むしろ装具選択に支障を来した。新製品の導入、スタッフの意見を取り入れ分類表は定期的に見直す必要がある。

## S S-17 リカレント教育の取り組み—ストーマリハビリテーション指導の質向上に向けて—

社会医療法人社団高野会 くるめ病院

○奥山賀奈子、青木尚子、湊美香、黒岩久美子、野明俊裕、荒木靖三

**【目的】**ストーマリハビリテーションの教育媒体を作成する事で、看護師のリカレント教育を目的とする。

**【方法】**当院看護師52名に、ストーマリハビリテーションについてアンケート調査を行い、その結果をもとに、専門病院としてのオリジナルの教育媒体を作成する。

**【結果】**看護師へのアンケート結果は、部署、看護師経験年数、ストーマリハビリテーションに関与した件数により差が生じていた。そこで、ストーマリハビリテーションに関する基礎から応用、解剖生理、疾患、社会資源の活用方法、装具購入方法、災害時の対応等の一般ケア、当院で多い疾患、合併症、ストーマケア方法などを検討しながらオリジナルの教育媒体を作成した。教育媒体はいつでも参考に出来るよう紙媒体と、動画を作成した。

**【結論】**成人教育者は教育者でありながら、学習者の立場になり得るとあり、当院看護師教育の媒体として、既存のテキストを利用するのではなく、オリジナルの教育媒体を作成することで、ストーマリハビリテーションについてのリカレント教育の機会となった。当院は専門病院であるため、ストーマケアに携わる機会を教育の場として活かし、今後も最新の情報を取り入れながら、繰り返し学ぶ機会が必要である。

## S S-19 高齢オストメイトのセルフケアの変化と支援～3症例からストーマ外来の役割を考える～

大分市医師会立アルメイダ病院 看護部

○金丸真弓

**【はじめに】**昨今の医療現場では患者の高齢化が進み、ストーマケアにおいてもセルフケア指導や支援のあり方は多様化している。A病院では、2012年よりストーマ外来を開設し、退院後のオストメイトの継続的な支援を行っている。最近では、ストーマ造設後の長期的な経過の中で、セルフケアが変化する事例を経験した。そこで今回、高齢オストメイトのセルフケアの変化と実際の支援内容を振り返り、ストーマ外来の役割についての考察を報告する。

**【方法】**高齢オストメイト3症例について、基礎情報(年代、性別、原因疾患、ストーマ種類、局所状態、腹壁の状態、術後経過年数)とセルフケアの変化、支援内容について振り返る

**【考察・まとめ】**高齢オストメイトのセルフケアは、様々な要因から変化し、新たな困り事として表出された。高齢オストメイトを取り巻く社会環境は多様であり、ニーズに応じた支援方法の再検討が必要である。公的な介護・福祉サービスの利用に限らず、地域資源等の患者を囲むコミュニティに関する情報も支援の鍵となり得ると考える。ストーマ外来は、継続的な関わりからオストメイトの変化に気づき、ニーズに応じた支援として、ケア指導、装具変更、利用可能なサービスの情報提供等を行い、オストメイトの日常を支援する役割を担っている。

## S S-18 十二指腸潰瘍穿孔術後に難治性瘻孔を有した患者の瘻孔管理

地方独立行政法人佐世保市総合医療センター外科病棟<sup>1</sup>、同 外来<sup>2</sup>、同 消化器外科<sup>3</sup>

○田溯翔吾<sup>1</sup>、森山やよい<sup>2</sup>、木谷総一郎<sup>3</sup>、角田順久<sup>3</sup>

十二指腸潰瘍穿孔術後に創離開し、腸管皮膚瘻となった80代男性患者の創傷ケアを経験した。患者は十二指腸切除・胆管空腸吻合・十二指腸空腸吻合・胃空腸吻合・胆嚢摘出術を受けた後、創感染・創離開を起こした。創傷管理を開始したが、胃空腸吻合部が瘻孔化し胆汁様排液や経口摂取後に食残渣の排出がみられていた。消化液などによる刺激で創周囲に発赤や糜爛などの皮膚障害を認め、軟膏処置を行ったが、皮膚状態の改善はみられなかった。皮膚保護目的のためパウチング法を行い、皮膚状態は改善した。その後、正中創の一部は癒痕化した。癒痕部と瘻孔周囲の腹壁の凹みが強くなり、排液の漏れがみられるようになった。用手形成皮膚保護剤を使用し腹壁の補正を行い、排液の漏れはなく経過した。患者のADLは低下し、嚥下機能も悪くなり経口摂取は中止となったが、瘻孔からの唾液や胆汁様排液の流出は持続した。転院予定であり、転院先でも皮膚トラブルなく管理できるよう手順書を作成した。パウチング法によるケアを継続したことで、転院先でも皮膚障害を起こすことなく経過した。今回の症例から、消化液を含む排液のある瘻孔をパウチング法で管理することは有用であることを学んだ。

## S S-20 在宅におけるストーマケアの手技統一に向けての取り組み

温心訪問看護ステーション<sup>1</sup>、スペアポケット株式会社<sup>2</sup>

○深牧静穂<sup>1</sup>、古野佐由里<sup>2</sup>

**【はじめに】**病院から退院後、同様のストーマケアが継続できているとは限らない。複数の訪問看護ステーションが介入するなどの理由により手技の統一が図れず、皮膚障害などストーマ関連合併症が生じるリスクが高い。そこでストーマケアの手技統一に向けての取り組みについて報告する。

**【方法】**①医師、皮膚・排泄ケア認定看護師(以下:WOCとする)、訪問看護師が同行し、ストーマの状況や使用物品等の確認を行う。

②WOCにより2つの訪問看護ステーションへのケア指導を行う。

③コミュニケーションツール(以下:MCSとする)を活用する。

**【結果】**退院後ストーマケアの統一が図れず排泄物の漏れが発生し、皮膚の状態が悪化していたが、WOCの介入・ケア情報の共有・手技統一が図れ、皮膚障害は改善した。

**【考察】**訪問看護師は一人で訪問し観察・アセスメント・ケアを行うことが多く、ストーマケアへの苦手意識や心理的負担、困難感を感じることも多い。利用者の状態・排泄状況が変化した場合に適切にアセスメントし対応するには、統一したストーマケアが必要と考える。

**【結語】**1. 統一したケアの手順書を可視化

2. 定期的なコミュニケーションを図り、実践レベルの情報共有

**S S-21 看護基礎教育における排泄エコー導入の試み**

福岡大学医学部看護学科

○高木良重、藤理絵、相良彩乃、播磨弘子、  
神徳和子、坂梨左織、末次典恵

**【はじめに】**近年、エコー機器の小型化や画質の向上により臨床でも活用しやすくなったものの、技術の習得や機器の購入が必要であり浸透していない現状がある。エコーによるアセスメントの効果として、客観性の高い情報となることや他の職種とも情報共有できるなどがあり、今後普及していくことが期待される。今回教育内容を通して、早い段階からエコーを学ぶ有用性について検討した。

**【教育の実際】**1. ヘルスアセスメント(2年次生):便秘患者を想定し、腹部の打診で得られる情報をより詳しく観察するためにエコーを用いた。画像およびファントムにエコーを当てることで便の貯留を確認した。

2. 統合実習における実践研修(4年次生):これまで学んできた看護技術や臨床実習での学びを想起しながら、排泄エコーでの画像を提示、膀胱や直腸の観察を実演した。看護におけるエコー活用について意見交換する時間を設けた。

**【考察】**学年によって理解の程度は異なるが、身体のアセスメントや看護実践としてのエコーの意義を知る機会になった。基礎教育の段階では技術習得まで至らないが、臨床現場において抵抗なく活用することが期待できる。また、エコーでの観察は骨盤内の解剖を立体的に理解することにもつながった。





**第49回日本大腸肛門病学会九州地方会  
第40回九州ストーマリハビリテーション研究会**

**共催プログラム**

**抄 録**



## 排便障害の初期診療とケア —便秘症・便失禁で悩む患者さんのために—

自治医科大学 外科学講座 消化器一般移植外科学部門

味村 俊樹

便秘や便失禁などの排便障害は、日常生活や心理面に多大な影響を及ぼすため、原因や病態に応じて適切な治療を行うことが望ましい。本講演では、排便障害の初期診療とケアについて解説する。

便秘は、「本来体外に排出すべき糞便を十分量かつ快適に排出できない状態」と定義され、本邦における有訴者率は3.6%である。便秘は、症状としては排便回数減少型と排便困難型に、病態としては大腸通過正常型、大腸通過遅延型、便排出障害に分類される。初期診療としては、食物繊維摂取不足が原因の大腸通過正常型には食物繊維摂取量適正化のための食事・栄養指導、大腸蠕動運動低下が原因の大腸通過遅延型にはプロバイオティクスや下剤などの薬物療法、直腸にある便を快適に排出できない便排出障害には、坐薬・摘便などがある。

便失禁は、「無意識または自分の意思に反して肛門から便がもれる症状」と定義され、本邦における有症率は20～65歳で4%、65歳以上で7.5%と報告されている。症状は漏出性便失禁と切迫性便失禁に分かれ、その原因には、便性状、排便関連筋機能、直腸肛門感覚機能、直腸内圧・容量・コンプライアンス、結腸機能、認知・運動機能が関与する。初期診療としては、食事・生活・排便習慣指導やスキンケア、下剤などの内服薬の調節、ポリカルボフィルカルシウムやロペラミド塩酸塩などの薬物療法がある。

## クローン病肛門病変における課題と新規薬剤の可能性

佐賀大学医学部内科学講座消化器内科

江崎 幹宏

クローン病は全消化管に全層性の肉芽腫性炎症をきたし、経過とともに腸管へのダメージが蓄積する慢性進行性の炎症性腸疾患である。加えて、本症では経過中に特徴的な肛門部病変を合併し、日本人を含む東アジア人ではその合併率が極めて高いことが知られている。クローン病の肛門部病変を含む疾患活動性コントロールは抗TNF $\alpha$ 抗体製剤の登場により明らかに改善したが、抗TNF $\alpha$ 抗体製剤投与によっても痔瘻の根治が得られる症例は4割に満たない程度と報告されている。近年、新たなMOA (mode of action) を有する内科治療が実臨床で使用可能となり、腸管病変の活動性制御は抗TNF $\alpha$ 抗体製剤単独時代に比べて改善してきた。しかし、肛門部病変がこれらの新規薬剤の恩恵を腸管病変と同等に享受できているとは現時点では言い難いように思われる。しかしながら、クローン病における肛門部病変の合併は患者のADLやQOLの低下に直結するだけでなく、長期経過例では人工肛門造設や肛門部癌のリスクとも関連することから、クローン病のマネージメントにおいて解決すべき重要な課題である。

本講演では、クローン病のマネージメントにおける肛門部病変の臨床的意義と治療の現状、ならびに肛門部病変に対する新規薬剤の治療効果について概説する。

## 消化器外科が取り組むクローン病肛門疾患

佐賀大学医学部一般・消化器外科  
真鍋 達也

本邦ではクローン病において肛門病変の合併率が高いことが示されており、消化器外科医が遭遇する機会も多い。そのうち肛門周囲膿瘍・痔瘻は頻度が高く、患者の生活の質が大きく障害される。以前は外科治療が主体であったが、生物学的製剤の登場により内科治療の有効性が示され、現在では各科の連携が重要となっている。外科治療の基本はシートンドレナージであるが、シートン挿入や抜去の時期、シートン困難例に対する対処、生物学的製剤導入のタイミングなどはいまだ議論の多いところとである。さらに新たに幹細胞注入療法が保険収載され治療選択肢が広がったが、その適応や患者のニーズなど今後検討が必要と考えている。

今回、消化器外科医として試行錯誤して治療を行ってきた経験をもとに、クローン病肛門病変についてお話させていただく。

## 選択肢が増えた難治性潰瘍性大腸炎診療におけるSDMの重要性について ～ゴリムマブの位置づけを考える～

医療法人潤愛会鮫島病院内科  
西俣 伸亮

令和5年度の難治性炎症性腸管障害に関する調査研究班(久松班)における潰瘍性大腸炎の治療指針において軽症例においては5-ASA製剤、中等症以上にはステロイド治療が中心となる。さらにステロイド依存例ないし抵抗例は難治例として免疫調節剤や生物学的製剤、JAK阻害剤が選択されることとなる。選択肢の多様化により欧米のエキスパートによるSelecting in Inflammatory Bowel Disease (STRIDE) 2でTreat to Target (T2T)の概念が提唱され、潰瘍性大腸炎の治療目標が従来の症状改善から症状寛解のみならずバイオマーカー的寛解、内視鏡的寛解まで可能な時代となった。一方で生物学的製剤とJAK阻害剤の選択においては各薬剤に特異的な効果予後予測因子がない。このため治療選択においてはShared Decision Making (SDM)が重要であり最新の医学情報をもった医療者と患者の価値観や選好に基づいての選択が必要となる。本講演においてはT2Tの意義や概念について概説し、当院での取り組みも含めたSDMの実践、さらにその中でもゴリムマブの位置づけについて文献的考察と自身の見解について解説する。

シンボニーの効能又は効果(潰瘍性大腸炎)

○中等症から重症の潰瘍性大腸炎の改善及び維持療法(既存治療で効果不十分な場合に限り)

## 潰瘍性大腸炎の新規治療薬 ミリキズマブの実臨床での有効性と好適症例

熊本大学大学院生命科学研究部消化器内科学

古田 陽輝

潰瘍性大腸炎 (UC) に対する分子標的薬が多数使用可能となり、まさに multi-option 時代になりました。そのような中、昨年より抗 IL23p19 抗体であるミリキズマブが使用できるようになりました。このミリキズマブは全世界に先駆けて日本での使用可能となった薬剤です。臨床試験 (LUCENT 試験) では、導入期の高い奏功率が示され、維持試験においても高い維持率と副作用が少ないことが証明されました。さらに最近になり長期の効果もわかってきました。それらを紹介し、そこから見えてくる本薬剤の特徴について概説します。

また、我々の実臨床下での使用経験についても紹介し、このミリキズマブの好適症例がどのような患者なのか、私見も交えて紹介いたします。

## IBD 治療における栄養療法の意義

九州大学病態機能内科学

梅野 淳嗣

炎症性腸疾患 (IBD) 患者は、食事摂取量の減少や炎症による蛋白異化亢進、栄養吸収障害などから栄養不良になりやすい。栄養療法は、腸管の炎症を抑えるだけでなく、患者の栄養状態を改善することができる重要な治療法である。潰瘍性大腸炎では栄養障害の頻度は低く、栄養療法は補助的な位置づけであるが、クローン病では栄養療法が主要な治療法の一つとなり得る。

栄養療法には、中心静脈栄養を含む静脈栄養と経腸栄養があり、いずれも寛解導入効果が示されている。経腸栄養剤は、窒素源の違いから成分栄養剤、消化態栄養剤、半消化態栄養剤に分類される。成分栄養剤は、投与量に応じて寛解維持効果が上昇することが示されている。経腸栄養は薬物療法との併用が可能であり、抗 TNF- $\alpha$  抗体製剤と組み合わせることで、治療効果を高めることもメタ解析で示されている。

経腸栄養は安全性の高い治療であるが、その継続には患者自身の理解が不可欠である。本講演を通じて、IBD 患者に対する包括的な治療戦略としての栄養療法の有用性を再確認し、臨床現場での効果的な活用方法を共有したい。

## 大腸手術における技術認定医の役割 ～教育・アドバンス手術への取り組み

福岡大学消化器外科  
吉松 軍平

内視鏡外科学会の技術認定医を取得することは、外科医としての技術向上と手術成績の向上において重要なステップである。本セミナーでは技術認定医を取得した後の役割について考察する。特に、技術認定医取得が指導医としての役割を強化し、研修医を含めた若手医師の教育に従事する必要性を感じている。実際の臨床現場では、自分自身も継続的な学習を通じて、高度進行癌に対する集学的治療の導入や、conversion surgery、大動脈周囲リンパ節郭清などのアドバンス手術の習得を行い治療成績の向上に寄与することが重要だと考えている。また、ハンズオンクリニックなどの内視鏡外科手術の教育活動を通じてこれらの技術を若手外科医に伝えることが医療レベル向上に繋がるため教室をあげて取り組んでいる。臨床研究や学術活動への積極的な参加や、専門分野の発展に貢献することを目指し、これらの経験や取り組みについて紹介し、技術認定医取得後の役割について考察する。

## 良質な外科医育成をめざした当科の取り組み

大分大学消化器・小児外科  
赤木 智徳

日本内視鏡外科学会の技術認定医を取得することは、若手外科医・内視鏡外科医の外科トレーニングの中で大事な目標の一つである。これまでに教室では、その裏付けとなる、NCDプロジェクト研究および多施設共同臨床試験において日本内視鏡外科学会技術認定医制度の意義・有用性を報告してきた。技術認定医制度の有用性、教室での技術認定医取得した後の役割・取り組みについて述べる。外科手術教育、特に、学生・若手医師にいかに関心の魅力を伝えるかは重要な課題であり、技術認定医取得医師の役割は大きいと考えている。教室での技術認定医取得医師のtrainerとしての役割、取得後に行う更なる難度の上がる手術への修練について、教室で行っているAI navigation surgeryを含む取り組むについてTrain the Trainerの観点より考察する。

## BIO/JAK 新時代の潰瘍性大腸炎治療

久留米大学医学部内科学講座・消化器内科部門  
吉岡慎一郎

潰瘍性大腸炎 (UC) は、再発と寛解を繰り返す慢性炎症性腸疾患の一つである。近年の研究と臨床実践に基づく難治性 UC 治療の進展は目覚ましいものがある。従来の治療法では、ステロイドや免疫抑制剤が主流であったが、副作用や長期投与による全身への弊害が課題であった。新たに登場した分子標的薬、特に TNF- $\alpha$  阻害薬、IL12/23 阻害薬、インテグリン阻害薬、JAK 阻害薬などは、炎症経路に直接作用することで、より高い治療効果と副作用の軽減を実現している。

本演題では、近年の研究と臨床実践に基づき目覚ましい発展を遂げた難治性 UC 治療について、各薬剤の作用機序、副作用プロファイル、適応患者の選定基準について私見や当院のデータを交えながら報告する。また、これらの薬剤がもたらす外科との連携や、UC 関連腫瘍への影響についても論じたい。

# 協賛企業一覧

---

## 共催セミナー

---

アッヴィ合同会社 / EAファーマ株式会社 / ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社  
武田薬品工業株式会社 / 田辺三菱製薬株式会社 / ミヤリサン製薬株式会社  
持田製薬株式会社 / ヤンセンファーマ株式会社

## 広告掲載

---

アストラゼネカ株式会社 / ヴィアトリス製薬合同会社 / 株式会社MVC  
オリンパスマーケティング株式会社 / 株式会社キシヤ / コヴィディエンジャパン株式会社  
ゼリア新薬工業株式会社 / 大正製薬株式会社 / テルモ株式会社  
日本イーライリリー株式会社 / 日本化薬株式会社 / ファイザー株式会社  
富士フイルムメディカル株式会社 / ヤンセンファーマ株式会社

## 企業展示

---

アルケア株式会社 / イーキンジャパン株式会社 / エム・シー・メディカル株式会社  
科研製薬株式会社 / 株式会社キシヤ / コロプラスト株式会社  
コンバテック ジャパン株式会社 / 株式会社JIMRO / スペアポケット株式会社  
東亜新薬株式会社 / 富士製薬工業株式会社 / 株式会社ホリスター  
株式会社ホリスターダンサック

## 寄付

---

地方独立行政法人芦屋中央病院 / インテュイティブサージカル合同会社  
医療法人ATH もとむらクリニック / 医療法人MC会 またけ胃腸内科クリニック  
社会医療法人共愛会 / 医療法人けやき会 東病院 / 菅田 耕一 / 第一三共株式会社  
竹中 國昭 / 医療法人長浜クリニック / 医療法人二期会 小島病院  
医療法人博愛会 哲翁病院 / 医療法人はやぶさ / 松岡 義博  
医療法人松岡会 松岡病院 / 医療法人もりはら内科クリニック / 吉兼内科クリニック  
福岡大学医学部同窓会烏帽子会 / 福岡大学医学部 消化器内科学講座同門会

(五十音順・敬称略 2024年8月25日現在)



第 49 回日本大腸肛門病学会九州地方会  
第 40 回九州ストーマリハビリテーション研究会  
プログラム・抄録集

---

発行日：2024 年 8 月 30 日

会 長：平井 郁仁  
(福岡大学医学部 消化器内科学講座 主任教授)

副会長：檜崎 和美  
(福岡大学病院 看護部 消化器センター 看護師長)

事務局：福岡大学医学部消化器内科学講座  
〒 814-0180 福岡県福岡市城南区七隈 7-45-1





ヤヌスキナーゼ(JAK)阻害剤 薬価基準収載

# ゼルヤンツ錠5<sub>mg</sub>



XELJANZ® 5mg Tablets トファシチニブクエン酸塩錠  
劇薬、処方箋医薬品<sup>(注)</sup> 注意— 医師等の処方箋により使用すること

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

製造販売

ファイザー株式会社

〒151-8589 東京都渋谷区代々木3-22-7

文献請求先及び製品の問い合わせ先：  
製品情報センター 学術情報ダイヤル 0120-664-467  
<https://pfizerpro.jp/> (PfizerPro) にも製品関連情報を掲載

販売情報提供活動に関するご意見：  
0120-407-947  
<https://www.pfizer.co.jp/pfizer/contact/index.html>

XUC72K001D

2023年12月作成



## ヤンセンが目指すのは、 病が過去のものになる未来を作ることです。

世界のすべてが、私たちの研究室。  
病と懸命に闘う患者さんのために、  
高い科学技術、独創的な知性、  
世界中の力を合わせ、新しい可能性を切り拓く。

すべては、私たちの解決策を待つ、ひとつの命のために。  
複雑な課題にこそ挑んでいく。  
新しい薬を創るだけでなく、それを最適な方法で提供する。

革新的な薬や治療法を、届ける。  
世界中に、私たちを待つ人がいる限り。

誰もが健やかに、いきいきと暮らす社会。  
そんな「当たり前」の願いのために、  
自ら変化し、努力を続けます。

**Janssen**  
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF  
*Johnson & Johnson*

ヤンセンファーマ株式会社

[www.janssen.com/japan](http://www.janssen.com/japan)

[www.facebook.com/JanssenJapan](https://www.facebook.com/JanssenJapan)



抗悪性腫瘍剤/ヒト型抗ヒトPD-L1モノクローナル抗体 薬価基準収載

 **イミフィンジ<sup>®</sup>点滴静注**  
120mg・500mg

IMFINZI<sup>®</sup> Injection 120mg・500mg デュルバルマブ(遺伝子組換え)製剤  
生物由来製品/劇薬/処方箋医薬品(注意—医師等の処方箋により使用すること)

抗悪性腫瘍剤/ヒト型抗ヒトCTLA-4モノクローナル抗体 薬価基準収載

 **イジユド<sup>®</sup>点滴静注**  
25mg・300mg

IMJUDO<sup>®</sup> Injection 25mg・300mg トレメリムマブ(遺伝子組換え)製剤  
生物由来製品/劇薬/処方箋医薬品(注意—医師等の処方箋により使用すること)

「効能又は効果」、「用法及び用量」、「警告・禁忌を含む注意事項等  
情報」等については製品電子添文をご参照ください。

製造販売元[文献請求先]

**アストラゼネカ株式会社**

大阪市北区大深町3番1号

TEL 0120-189-115

(問い合わせ先フリーダイヤル メディカルインフォメーションセンター)

# THREE ROWS INTEGRATED



3列のステープルライン  
Tri-Staple™ Technologyを搭載しました



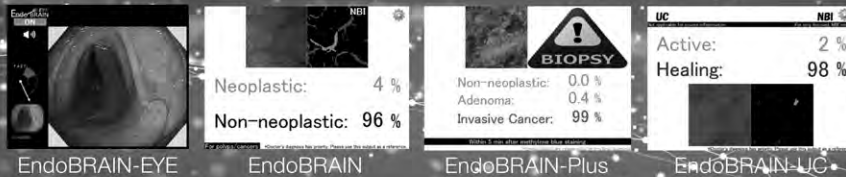
トリステープル™ EEA™ サーキュラー

販売名:トリステープル EEA サーキュラー  
医療機器承認番号: 23100BZX00110000  
クラス:Ⅲ

**Medtronic**  
Further, Together

## Beyond Experience

リアルタイムでの診断支援  
AIによる新たな内視鏡環境の実現



製造販売元	サイバネットシステム株式会社	医療機器番号
販売元	オリンパスマーケティング株式会社	
販売名		
内視鏡画像診断支援プログラム	EndoBRAIN-EYE	30200BZX00208000
内視鏡画像診断支援ソフトウェア	EndoBRAIN	23000BZX00372000
内視鏡画像診断支援ソフトウェア	EndoBRAIN-Plus	30200BZX00235000
内視鏡画像診断支援ソフトウェア	EndoBRAIN-UC	30200BZX00136000

内視鏡AIの歴史が、ここから始まる。

内視鏡画像診断支援プログラム

EndoBRAIN-EYE

内視鏡画像診断支援ソフトウェア

EndoBRAIN

内視鏡画像診断支援ソフトウェア

EndoBRAIN-Plus

内視鏡画像診断支援ソフトウェア

EndoBRAIN-UC

オリンパスマーケティング株式会社

www.olympus.co.jp

F654U

90<sup>th</sup>  
100

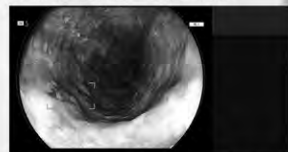
## AIが見つめる、内視鏡検査の未来

CAD EYEとは富士フィルムの内視鏡診断支援機能のブランド名称です。膨大な臨床データから深層学習(Deep Learning)を活用して開発。内視鏡検査における病変の検出と鑑別をサポートします。

検出用上部内視鏡画像診断支援プログラム

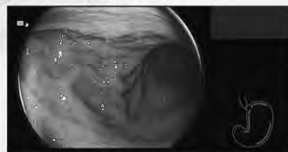
検出支援モード

食道扁平上皮癌疑い領域検出支援



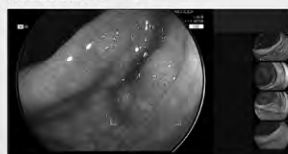
食道扁平上皮癌または、胃癌腫瘍性病変である可能性のある領域を検出し、その結果を内視鏡画像に重ねてリアルタイムにモニターに表示します。

胃腫瘍性病変疑い領域検出支援



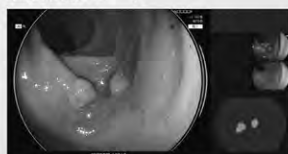
検出・鑑別用下部内視鏡画像診断支援プログラム

検出支援モード



大腸ポリープの可能性のある領域を検出し、その大腸ポリープが腫瘍性または非腫瘍性である可能性を推定し、リアルタイムに推定結果をモニターに表示します。

鑑別支援モード



内視鏡画像診断支援システム

CADEYE

動画像静止画保存・ネットワークプログラム  
EW10-SC01

静止画記録 動画記録 ネットワーク機能

機能拡張ユニット EX-1

EX-1にプログラムをインストールすることで様々な機能をご提供します。

検出用上部内視鏡画像診断支援プログラム  
EW10-EG01

病変検出支援機能

検出・鑑別用下部内視鏡画像診断支援プログラム  
EW10-EC02

病変検出支援機能 疾患鑑別支援機能



「ヒトがAI 技術と共創する」  
富士フィルムはその先を見据える

一般的名称: 病変検出用内視鏡画像診断支援プログラム  
販売名: 内視鏡検査支援プログラム EW10-EG01  
承認番号: 30400BZX00217000 JANコード: 4547410477122

一般的名称: 疾患鑑別用内視鏡画像診断支援プログラム  
販売名: 内視鏡検査支援プログラム EW10-EC02  
承認番号: 30200BZX00288000 JANコード: 4547410425949

TERUMO

スプレーなら、狙いやすい

癒着防止吸収性バリア

Ad Spray

一般的名称:癒着防止吸収性バリア 販売名:アドスプレー 医療機器承認番号:22800BZX00234

製造販売業者 テルモ株式会社 〒151-0072 東京都渋谷区幡ヶ谷2-44-1 www.terumo.co.jp

TERUMO、Ad Sprayはテルモ株式会社の商標です。  
テルモ、アドスプレーはテルモ株式会社の登録商標です。  
©テルモ株式会社 2016年5月

処方箋医薬品<sup>注)</sup>

クロライドチャンネルアクチベーター

薬価基準収載

**アミティーザ<sup>®</sup>カプセル** 12 $\mu$ g  
24 $\mu$ g

ルビプロストンカプセル

Amitiza<sup>®</sup> Capsules 24 $\mu$ g

注)注意—医師等の処方箋により使用すること

「2. 禁忌」、「4. 効能又は効果」、「5. 効能又は効果に関連する注意」、  
「6. 用法及び用量」、「7. 用法及び用量に関連する注意」等については、  
添付文書をご参照ください。

製造販売元 **ヴィアトリス製薬合同会社**  
東京都港区麻布台一丁目3番1号

〔文献請求及びお問い合わせ先〕メディカルインフォメーション部  
フリーダイヤル 0120-419-043

VIATRIS

AMT72N020  
2024年7月作成



福岡から九州の地に、  
100年の歴史ある信頼の  
医療をお届けします。



本社所在地 福岡県福岡市東区松島1丁目41番21号

TEL 092 - 622 - 8000 (代表) FAX 092 - 623 - 1313

URL <http://www.kishiya.co.jp/>

#### 拠点一覧

本社(福岡)・福岡西・北九州・飯塚・久留米・  
佐賀・長崎・大村・熊本・大分・鹿児島・鹿屋・  
宮崎・在宅福祉サポートセンター

 明日を拓く総合医療商社  
株式会社 **キシヤ**

#### 医療機器販売事業

総合営業  
専門営業  
新規開業・病院建替事業  
クラウドサービス事業

01

#### 02 SPD事業 (院内物流管理システム)

SPD事業

03

#### 福祉事業

ストーマ・障がい給付サービス

04

#### その他

アメリカン・エクスプレスのビジネス・カード  
アスクル  
施設基準管理システム「iMedy」

ヒト型抗ヒトTNF $\alpha$ モノクローナル抗体製剤

アダリムマブ (遺伝子組換え) [アダリムマブ後続4] 製剤

**アダリムマブ** BS皮下注

Adalimumab BS Subcutaneous Injection 「CTNK」

生物由来製品・劇薬・処方箋医薬品<sup>注</sup>

注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

薬価基準収載

20mg シリンジ 0.2mL「CTNK」

40mg シリンジ 0.4mL「CTNK」

80mg シリンジ 0.8mL「CTNK」

40mg ペン 0.4mL「CTNK」

80mg ペン 0.8mL「CTNK」



40mgシリンジ  
0.4mL「CTNK」



80mgシリンジ  
0.8mL「CTNK」



20mgシリンジ  
0.2mL「CTNK」



40mgペン0.4mL「CTNK」



80mgペン0.8mL「CTNK」



製造販売元 (輸入) (資料請求先)

 **日本化薬株式会社**  
東京都千代田区丸の内二丁目1番1号

提携先

**セルトリオン・ヘルスケア・ジャパン株式会社**  
東京都中央区新川一丁目16番3号住友不動産茅場町ビル3階

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



# CYRAMZA<sup>®</sup>

## (ramucirumab)

抗悪性腫瘍剤 ヒト型抗VEGFR-2<sup>注</sup>モノクローナル抗体  
生物由来製品、劇薬、処方箋医薬品\*

# サイラムザ<sup>®</sup>

点滴静注液 100mg  
点滴静注液 500mg

CYRAMZA<sup>®</sup> Intravenous Injection ラムシルマブ(遺伝子組換え)注射液

注) VEGFR-2: Vascular Endothelial Growth Factor Receptor-2(血管内皮増殖因子受容体2)

\*注意-医師等の処方箋により使用すること

薬価基準収載

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

PP-RB-JP-7143  
2022年10月作成

製造販売元(文献請求先及び問い合わせ先)

日本イーライリリー株式会社  
〒651-0086 神戸市中央区磯上通5丁目1番28号

Lilly Answers リリーアンサーズ (医療関係者向け)

日本イーライリリー医薬情報問合せ窓口  
www.lillymedical.jp

0120-360-605<sup>\*1</sup>

受付時間 月曜日～金曜日 8:45～17:30<sup>\*2</sup>

<sup>\*1</sup> 通話料は無料です。携帯電話からでもご利用いただけます。

尚、IP電話からはフリーダイヤルをご利用できません場合があります。

<sup>\*2</sup> 祝祭日および当社休日を除きます。

