過敏性腸症候群（IBS）説明資料

～ 脳腸相関の理解と子ども・患者様へのサポート ～

【本資料の概要と目的】
本資料は、過敏性腸症候群（IBS）の最新病態生理（脳腸相関）、診断基準（Rome IV基準）、段階的治療戦略（生活・食事指導、薬物療法、認知行動療法）、ならびに学齢期児童・思春期患者に対するご家庭や学校関係者による温かいサポート体制を解説する医療・生活サポート用説明資料です。

1. 過敏性腸症候群（IBS）とは

過敏性腸症候群（Irritable Bowel Syndrome: IBS）は、血液検査や大腸内視鏡検査を行っても大腸がんや潰瘍性大腸炎などの明確な器質的異常が見つからないにもかかわらず、慢性的に腹痛や腹部不快感を繰り返し、排便の回数や便の形状の変化を伴う機能的な腸の病気です。

2. 診断基準（Rome IV）と病型分類

Rome IV基準に基づき、腹痛と排便の関連性を評価して「下痢型」「便秘型」「混合型」「分類不能型」の4病型に分類します。

図1：IBSの4つの病型分類（ブリストル便形状尺度）とRome IV診断基準

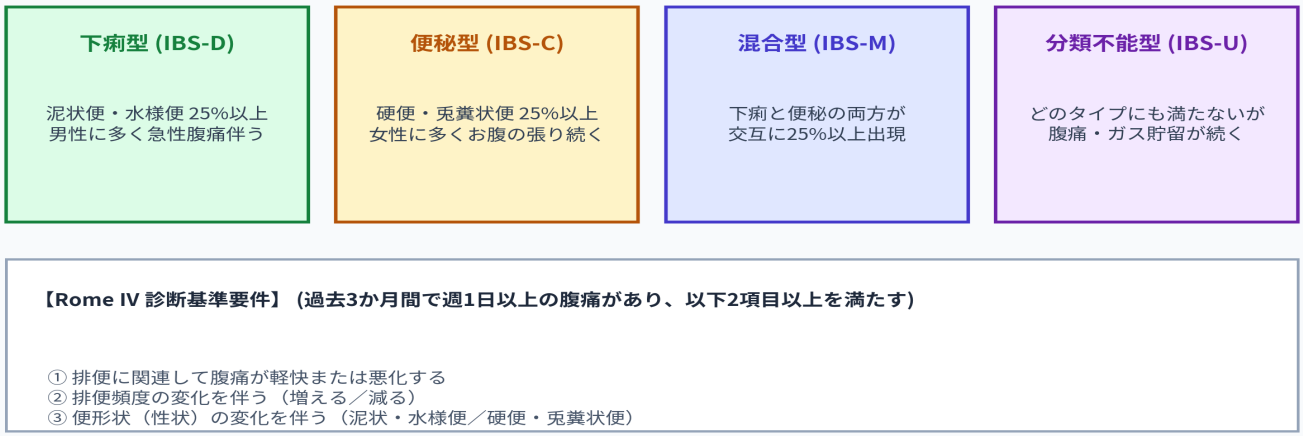


図1：IBSの4病型分類とRome IV診断基準要件

3. 学齢期・思春期における有病率

成人のIBS有病率は約2.2～10%程度ですが、小児・思春期においても学年が上がるにつれて有病率が上昇し、成人の比率に近づくことが報告されています。中高生を対象とした全国調査では最大18.6%という高い有病率も示されており、思春期のお子さんにとっても身近で深刻な疾患です。

図2：学齢期・思春期におけるIBS有病率の推移（本邦調査データ）

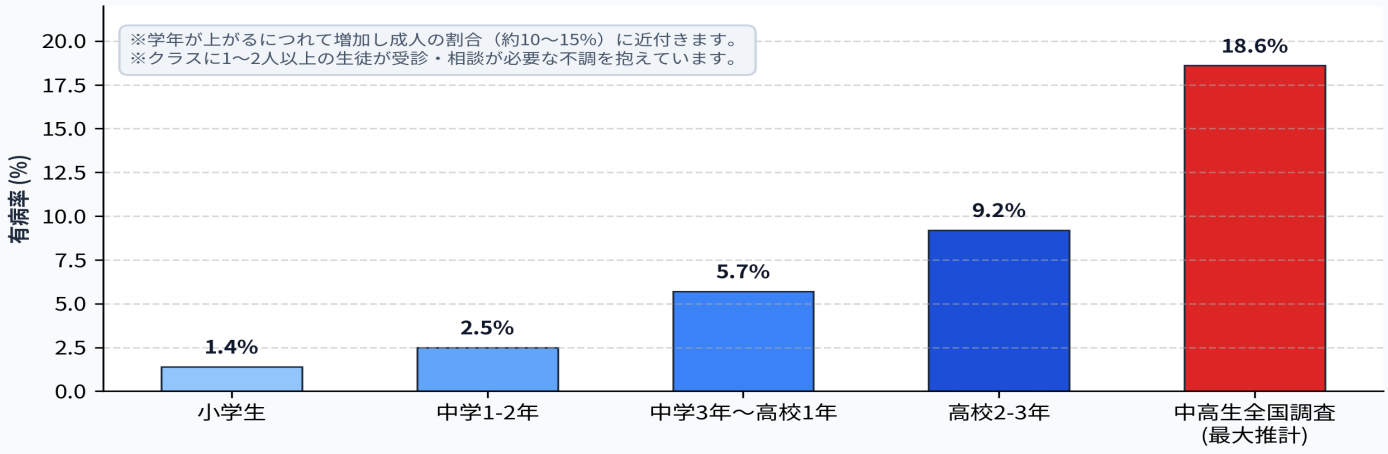


図2：学齢期・思春期におけるIBS有病率の推移（本邦データ）

4. 原因と最新の病態生理

■ 脳腸相関（Brain-Gut Axis）の破綻と内臓知覚過敏： 腸は独自の神経網を持つ「第二の脳」であり、脳と腸は双方向で情報を交換しています。ストレスにより内臓知覚過敏が生じ、通常の運動やガスで強い痛みを感じます。

■ 腸内細菌叢・粘膜バリア・感染後IBS（PI-IBS）： 腸内フローラの乱れや粘膜透過性の亢進、感染性胃腸炎の後に神経過敏が残るPI-IBSなども重要な病態です。

図3：脳腸相関（Brain-Gut Axis）と悪循環（フィードバック）の概念図

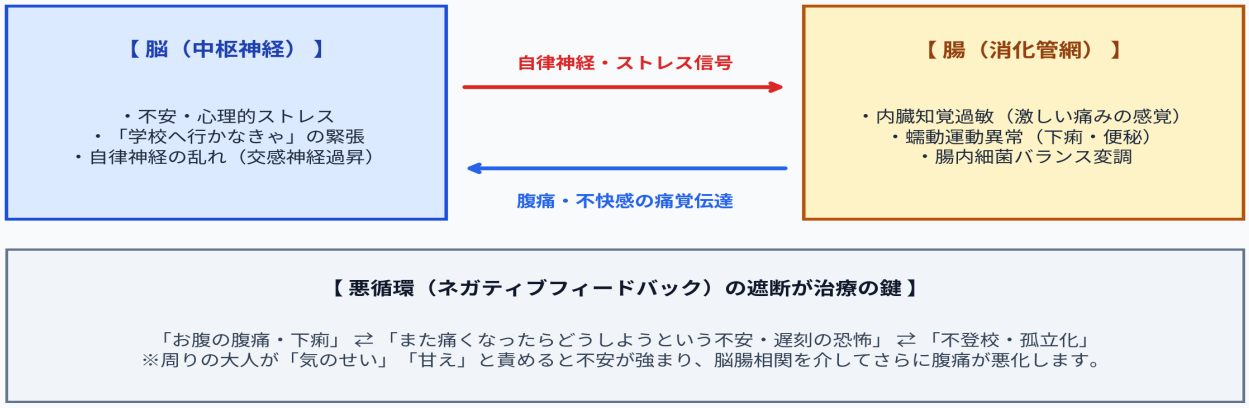


図3：脳腸相関と悪循環（ネガティブフィードバック）のメカニズム

5. 包括的な段階的治療アプローチ

図4：包括的な段階的治療戦略（ステップアップ・アプローチ）

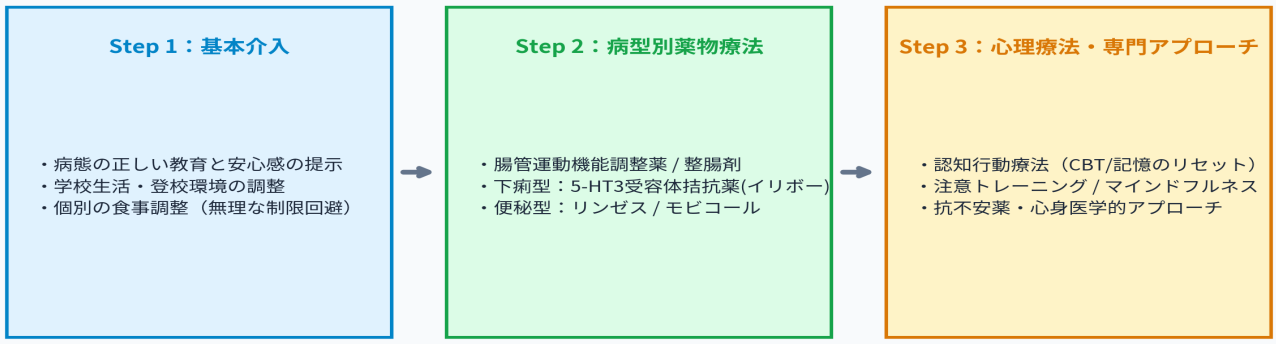


図4：多角的な段階的治療戦略（ステップアップ・アプローチ）

■ 食事・生活指導（低FODMAP食の位置づけ）： 暴飲暴食や刺激物を避けることが基本です。欧米で有効性が報告されている低FODMAP食ですが、日本・アジア圏では元々の食事が低FODMAP傾向にあるため、一律の過度な制限より個人ごとのトリガー食品を見極める調整が推奨されます。

■ 段階的薬物療法・認知行動療法： 消化管運動機能調整薬、5-HT3受容体拮抗薬、リナクロチドや、ストレスの悪循環を断つ認知行動療法などを組み合わせて治療を行います。

6. 周囲（ご家庭・学校関係者）の関わり方の極意

① 精神論や「さぼり」「気持ちが弱い」という誤解を避ける：
本人は何とかしようと必死で努力しています。責める言葉は不満や不安を隠させ、症状を悪化させます。
② 「朝の不調」に対する理解と環境調整：
IBSは自律神経の変動により午前中に症状が強く現れやすいため、遅刻・早退・別室登校を柔軟に認め、安心して登校できる配慮が必要です。
③ 悪循環の遮断：「腹部症状 ⇄
心理的ネガティブ反応（不登校・孤立化）」の悪循環を温かく遮断し、焦らず治療を継続できるよう周囲が支えることが最も大切です。