

# 便秘に関する Q&A

ふじみクリニック

## 目次

便秘に関する Q&A .....	1
はじめに.....	4
Q1 今の状態は（治療が必要な）便秘ですか？ .....	5
Q1-1 離乳食開始前の乳児ですが、排便が毎日ありません。便秘でしょうか？ .....	6
Q2 なぜ便秘になるのですか？ .....	7
Q2-1 あまり水分を取らないのでそれが原因でしょうか？ .....	9
Q2-2 私も便秘がちですが、子供も便秘です。遺伝でしょうか？ .....	9
Q2-3 肥満は便秘と関係ありますか？ .....	10
補記： .....	10
Q3 便秘は治療した方がよいのですか？ .....	11
Q4 便秘の治療はどんなものですか？ .....	12
Q4-1 「排便日誌」は何のためにつけるのですか？ .....	13
Q4-1-1 排便記録は治療前に必要でしょうか？ .....	13
Q4-1-2 排便日誌を付けるタイミングはいつがいいのでしょうか？ .....	14
Q4-1-2 排便日誌で内服は毎日できているので記録していないのですが。 .....	14
Q4-2 「便の調整剤」とはどんな薬ですか？ .....	15
Q4-2-1 モビコール®とマグネシウム製剤とではどちらがいいのですか？ .....	15
Q4-2-2 モビコール®、マグネシウム製剤の内服回数は1日何回がよい？ .....	16
Q4-2-3 トイレに行っても排便がない場合はどうすればいいのですか？ .....	16
Q4-2-4 4歳から10代前半くらいの子供で、内服をしても排便がない場合はどうすればいいのですか？ .....	17
Q4-2-5 治療を始めてから少し便がやわらかい気がするのですが。。。 .....	17

Q4-2-6	便の硬さの記載が難しいです。便器の中に入ってしまうと硬さがよくわかりません。先端とそれ以外の部分は硬さが違うように思います。特に最後の方はやわらかいのですが、排便日誌にはどのように記録すればよいのでしょうか？ .....	18
Q4-2-7	治療開始後/治療中に（一時的に）便がかなりやわらかくなりましたが、薬を飲むのをやめてもいいですか？ .....	19
Q4-2-8	整腸剤は便秘に効果はありますか？ .....	19
Q4-3	第2段階では（毎日比較的やわらかい便が中等量でるようになったら）いつまで治療を続けて、何を目安に治療終了の方向にしていけるのですか？ .....	20
Q4-3-1	2歳半のこどもです。まだトイレが自立していません。週に1~2回排便がない日がありますが、おおむねよく出ています。診察時には、「おなかにうんちがありますね」といわれることがあります。 .....	21
Q4-3-2	8歳です。便はType5が多くType4で少し多い日（排便のなかった翌日など）があります。トイレに行ってもすぐ出てきますし、気張っている風でもありませんが、週に2回くらいは排便のない日があります。このままでよいのでしょうか？ .....	22
Q4-3-3	バランスの良い食事はどのようにしたらよいのでしょうか？ .....	22
	偏食・少食について .....	23

## はじめに

ふじみクリニック（以下、当院）では、お子さんをはじめとして多くの方に便秘治療を行っています。

また、診察時には、患者さんの状態にあわせて、また質問に対して、研究結果やガイドラインを踏まえ、体の仕組みや、診察を通して得られた知見とともに、都度、説明し、便秘治療そのものや今後の見通しに対して、ご心配やご不安を解消できるよう努めています。

とはいえ、診察の時に聞きいただいた説明は、その時は「なるほど!」と思っても、忘れていってしまうものです。

また、引っ越し先の遠方から治療継続をご希望の方のオンライン診療では、画面越しになるので、さらに伝わりにくいと感ずることがあります。

そこで、「どんな説明だったかな?」と思い返された時に、いつでも参照していただけるように、いつも説明する内容や、頻度の高いご質問についてまとめ、ウェブサイトに掲載しておくことにしました。

最初の1ページ目から順番に読んでいかなければいけない読み物のような形にすると、確認したいことが探しにくくなりますので、Q&A形式にしました。

「ご質問 (Q)」に続いて、その「解説 (A)」を順に掲載しています。「解説 (A)」については、簡易な解説とより詳しいことを知りたい方のための「詳説・補記」を付している項目もあります。

なお、ここで掲載する内容は、便秘について専門的な知識をもった全国の医師が、これまでに行われた研究などを総括して、最も適切と考える診断法や治療法をまとめたもの（「ガイドライン」といいます）で、小児・成人の2つのもの、[「小児慢性機能性便秘症診療ガイドライン」](#)（日本小児栄養消化器肝臓学会、日本小児消化管機能研究会）および[「便通異常症診療ガイドライン 2023-慢性便秘症」](#)（日本消化管学会）に沿っています。しかし、実際の診療では、ガイドラインに載っていない細かいことや、確定的な知見となるにいたらない事柄も少なくありません。そのため、ガイドラインをなぞるだけのものではなく、少し異なる説明も含みますが、通常の診察の際の患者さんへの説明に近い形で、診療上得られた、もしくは、医師間で共有するノウハウも含めて記載しています。

また、ガイドライン自体は、ウェブ上で誰でも閲覧することができますので、直接ご覧いただくのもよいかと思えます。しかし、少し専門的です。小児に限っては、日本小児栄養消化器肝臓学会と日本小児消化管機能研究会が共同で作成されている[サイト](#)に患者さん向けの冊子の掲載がありますので、こちらも、ご参照いただければと思います。また小児のガイドラインについては2025年夏ごろ改訂の予定とのことです。

## Q1 今の状態は（治療が必要な）便秘ですか？

A1 排便しにくく不快と感じる状態（排便に時間がかかる、固くて排便時に痛みを感じる、残便感があるなど）が続いている場合、「便秘症」と考えていただいてもよいと思います。

排便頻度が少ないことは、便秘の分かりやすい症状の一つですが、必ずしも頻度だけが問題ではありません。「小さなコロコロ便（兎糞状便）は毎日出ているのですが・・・（便秘でしょうか?）」と仰る患者さんがたくさんいらっしゃいますが、これは典型的な便秘状態です。子供では便秘の診断時にあった症状は、便が硬いが93%、排便時痛42%、2週間で7回未満の排便35%と米国からの報告もあり、やはり「頻度」ではなく「硬い便」が最も多い症状であることが確認されています。

なお、離乳食開始前までの乳児をのぞいて、1歳児以下の場合は、1日2~3回ペースト状のうんちが出ている状態、小児や成人の方の場合は、最低でも1日1回以上バナナうんちが出ている状態が「安定した排便状態」です。

「便秘」の定義は様々であるため、正確な有病率を把握することはとても難しいのですが、地域や年齢、性別により変動はあるものの、10~30%の人が便秘と考えられています。

### 詳説・補記：

便秘には一時的に便が出にくいだけの「一過性便秘」と、便が出にくい状態が持続する「慢性便秘」とがありますが、ここでは「慢性便秘」について解説しています。

例えば、大腸がんや慢性炎症のため腸が狭くなっている（狭窄）、手術などを行って何か腸自体に異常がある場合（器質性便秘）や、別の病気の一症状として、また薬（麻薬は便秘を引き起こす薬として有名です）の副作用として起こっている便秘は「二次性便秘」とされます。

これは特殊な状態ですので、通常初めての診察の際にそういうものではないことをチェックします。

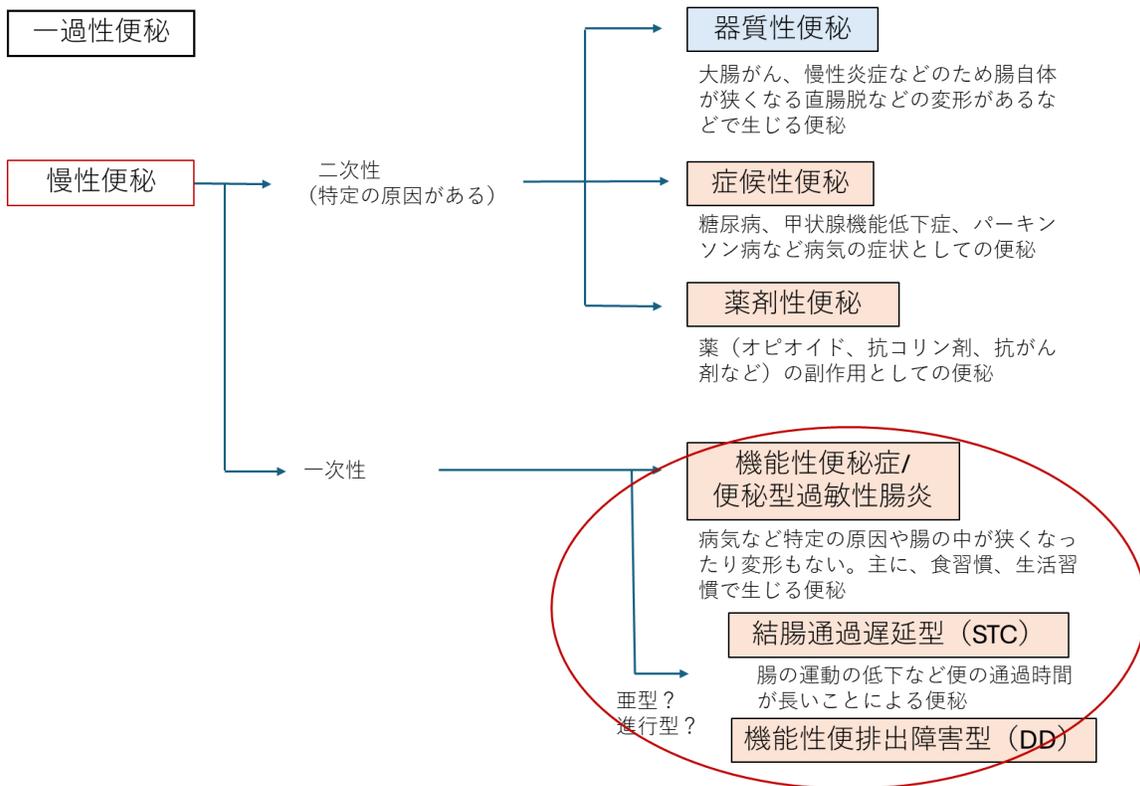
つまり、特定の明らかな原因がないにも関わらず「機能的」に便秘状態になってしまっている状態であることを確認したうえで治療を行っていきます。

この機能的便秘症の診断基準も様々ありますが、最もよく使われているものは成人も子供も「ROME 基準（III と IV）」です。ただ、どの診断基準も、“排便頻度が少ない”、“固い便である”、“出るときはたくさん出る”、“排便時痛や出血がある”、“我慢してしまう”など、便秘の時に現れる典型的な症状（「中核症状」と呼ばれています）ものに複数該当し、それが一定期間（1~2か月以上続く状態を「便秘」と定義としています）。

しかし、「便通異常症診療ガイドライン」にもありますが、必ずしも「中核症状」がそれほどはっきりしない場合であっても、残便感や排便困難感が続くような不快な状態が続いていれば「便秘」とし、治療をしていくことが適切とされています。

以下に、便秘の分類を以下に記します。この Q&A では機能的便秘症を対象としていますが、薄赤色でしめした、器質性以外の便秘は、治療法などはほとんど変わりありません。

便秘の分類（ガイドラインを元に作成）



### Q1-1 離乳食開始前の乳児ですが、排便が毎日ありません。便秘でしょうか？

A1-1

腸の疾患、あるいは、脊椎や神経の疾患である可能性もありますので、まずは受診して相談してください。ワクチン接種の時などにお尋ねいただくのもよいと思います。

このような場合の多くは、直接の原因となる状態や別の病気が隠れているということはほとんどなく、排便回数が少ないと感じて受診なさる方が多いように思います。

離乳食を開始する前の赤ちゃんの場合、通常は便が硬くなることはなく、次の Q2 でお示しする“便秘の悪循環”はまず起こりません。摂取しているものも赤ちゃんにとっての完全食と考えてよい母乳やミルクだけです。したがって、食事のバランスの偏りはあ

りませんから、綿棒浣腸などで刺激をしていただくなどの対処だけで、排便頻度気にする必要はあまりありません。

ただまれに、少し硬めの便（粘土程度）のため、いきんでいる様子の赤ちゃんをみることがあります。

「母乳は軟らかい便」、「ミルクは硬めの便」になるというのは、医学生が最初に学ぶ小児科学の試験問題の一つですが、小児科専門医であってもそれがなぜかと考えることはなく、“そういうものだ”と覚える暗記問題ととらえてきました。ミルクは母乳を参考にして、栄養学等の知見から母乳に近い必須栄養素を含むにように作られたものですが、実際には、個別の赤ちゃんにとっては、本当の自分の母親の母乳とはかなり離れたものとなっている可能性があることは容易に想像できます。つまり、この場合、Q2にあるような「バランスの悪い食事」になっている可能性があり、これが便の硬化につながっていると考えられます。

そのため、ミルクを飲む赤ちゃんには、糖類下剤という最も弱い効果の浸透圧下剤（後述）を直接またはミルクに混ぜて飲ませていただきながら、これまでとは別のミルクを試していただいています。これらの対応の反応をみながら、他の重大な病気などが隠れていないかを含めて、診断や治療を慎重に進めています。

## Q2 なぜ便秘になるのですか？

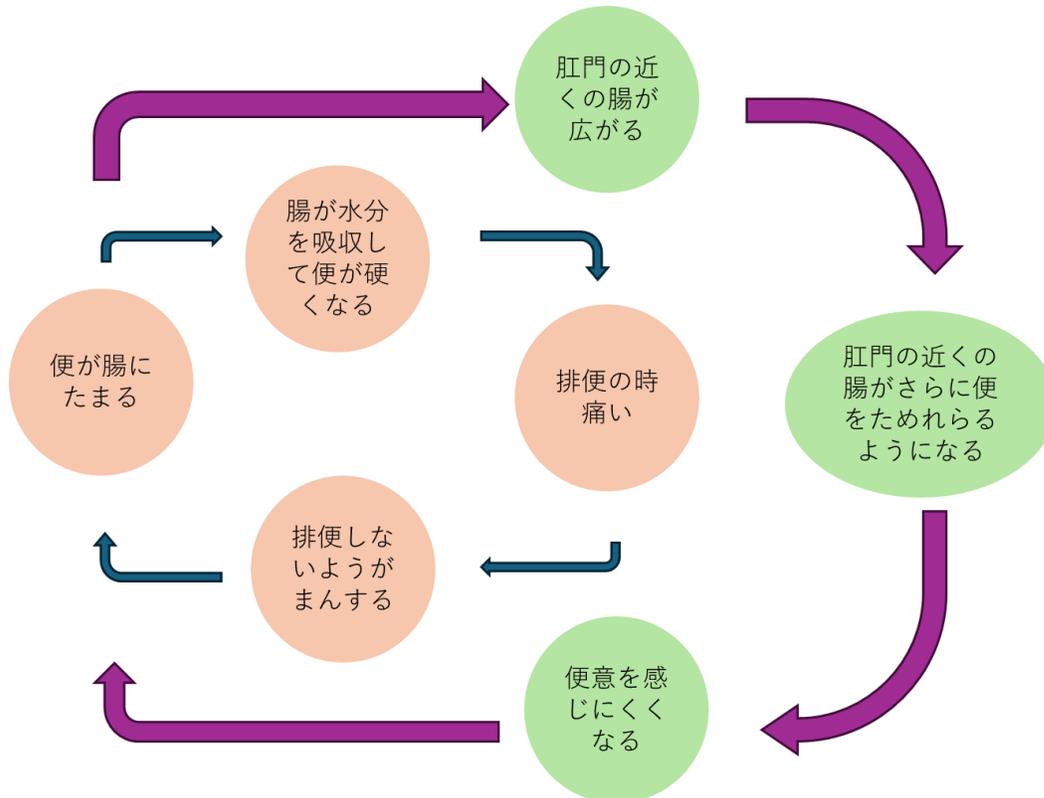
A2

便秘は、特定の原因によって起こるものではなく、「バランスの悪い食事（偏食など）」や「排便しにくい環境（小さな子供のトイレトレーニング期、新学期などの通学、通園開始時期が子供の好発時期です）」、「腸内細菌の状態」、「体質（腸の動きが“遅い”）」などの複合的な要因によって引き起こされます。また、「運動不足」も関係するとされています。

いずれにしても、排便の間隔が長くなって、便が固くなると、排便時の不快感（痛みや出血、排便に時間がかかること、いきみが必要など）により、排便行為そのものを避けるようになります。そうすると、より長い時間、便が大腸に溜まることになり、溜まる時間が長くなると、水分をひたすら吸収する器官である大腸の中で、さらに水分が吸収されて便はますます硬くなっていきます。

大腸にある神経は、肛門に近い直腸に便が溜まると、脳に情報を送り排便するよう促しますが、排便時の不快感を避けようと、脳は情報を受け取っても「がまん」の指令を出すことになります。そうすると、さらに直腸がひろがり、直腸も便をさらに溜められるようになっていき、便はますます多量かつ硬くなっていくという悪循環が進んでいくことで「便秘」は完成します。以下は子供の機能性便秘症のしくみとしてよく用いられるものですが、成人の場合も、高齢者や他の病気があるなどの方をのぞき同じと考えていただいてもよいと思います。

## 便秘の悪循環の図



### 詳説・補記：

「機能的便秘症」は、薬剤を含む特定の原因によらない、生活習慣等から徐々に成立した状態です。リスクとなるものには「性別（女性）」、「身体活動性（高齢者施設での運動介入の臨床研究など）」、「主観的健康度」、「加齢」がありますが、これらは排便を避けたり、食事の偏向につながりやすい要因であって、加齢を除けば、根本的な原因ではないと思われます。

また、腸内細菌叢の状態は人により様々ですが、最近はこの腸内細菌叢が関係しているというエビデンスも得られています。腸内細菌の構成（例えば *Ruminococcaceae* 科、*Bacteroides* 属などの構成比が多い）と腸管通過時間遅延との関連が確認されていますし、糞便移植が機能的便秘症に有効（中国で経鼻胃管を用いた健康成人の糞便の移植に関する少数例のランダム化比較試験で有意な結果がえられている）という報告もあります。ただし、腸内細菌も食事内容により影響され変化していきます。そのため生活習慣

の蓄積によって便秘になりやすい腸内細菌叢へ変化することで便秘が起こっているという“結果”を見ている可能性もあります。

機能性便秘症の方の中には腸管通過時間遅延（これは放射性同位元素を使ったり、特殊な検査装置を使うような検査で確認できます）が確認される場合があります。これは現在、一般には、機能性便秘症の中でも、**slow transit constipation (STC)**として特殊タイプと区別されています。ただこれも体質など先天的な原因を示すものではなく、生活習慣の結果として獲得した可能性もあります。

## Q2-1 あまり水分を取らないのでそれが原因でしょうか？

### A2-1

水分摂取が少ないと便秘になるというようなことを聞くことがありますが、過酷な乾燥状態での生活や、減量中のスポーツ選手などといった極端な状況は別として、**基本的には摂取水分量によって便秘になることはありませんし、はっきりとその関係を示した研究結果もありません。**ですが、水分摂取の効果を検討することのできるような研究を行うことが手法の点でも、資金面でも難しいことから、十分な研究ができていない可能性はあることも事実です。

体内の水分量に応じて水分吸収を調整する器官は腎臓で、大腸に水分調節するための機能はありませんし、口で摂取した水分が、消化管の中をただ流れて大腸まで届くわけではありませので、水分摂取量の多寡はあまり関係ないと思われま。

ただ、心疾患・腎疾患などが無い限り水分摂取が少ないよりは一定の水分を摂取していた方が、脱水も防げ、健康にも寄与するとされていますので、**便秘とは関係なく適度な水分摂取は行うように**しましょう。

## Q2-2 私も便秘がちですが、子供も便秘です。遺伝でしょうか？

### A2-2

家族内集積（家族内で複数人が同じ病気などにかかること）を示す報告はあります。一方で否定する報告もあります。家族は同じ環境で同じ食生活をしていまし、便秘の原因に食事を含む生活習慣が大きくかかわることは間違いないので、**便秘自体は遺伝しないとされ、便秘の原因遺伝子のようなものは同定されていませんが、その点で親子で似た傾向を示す可能性はあります。**

しかし、普段の診療では、食事・生活習慣などを家族内でうまく共有できている場合は、むしろ、バランスの良い食事や安定した生活習慣となっていることが多く、便秘になりにくい状況になっているようにおもわれます。

成人の方は、仕事で排便環境が乏しい場合や、ダイエットによる食事内容の偏向など、お子さんは、好きなものだけ食べたり、おやつが多かったりと、同じ家庭内でも、異なる原因でそれぞれ便秘になっている可能性もあり、診察の際は、親御さんとお子さんとは異なる対策やアドバイスを行うことがあります。

## Q2-3 肥満は便秘と関係ありますか？

A2-3

肥満との関連性は、色々な研究で異なる報告があり、一定の傾向があるとはいえません。排便異常（下痢などもふくめ）全体との関連性を検討した研究もありません。肥満は食生活・運動量により直結していますが、便秘は、特に成人の場合は飲酒などの影響もあって必ずしも便秘方向にのみ偏るのではなく、下痢方向に排便異常が向かう場合もあります。

### 補記：

ここでは「機能的便秘症」について説明しましたが、慢性便秘症の原因となる疾患や薬剤について、「便通異常症診療ガイドライン 2023 慢性便秘症」から以下を引用しておきます。当院にかかりつけの方についても、他の病気で大きな病院にかかっておいでの場合は、これらをチェックしています。

オンラインでの受診の方で、該当する疾患で医療機関にかかっている、該当する薬剤を内服なさっている場合は、お伝えください。

表1 慢性便秘症の原因となりうる基礎疾患

代謝疾患	糖尿病
内分泌疾患	甲状腺機能低下症、褐色細胞腫、副甲状腺機能亢進症
変性疾患	アミロイドーシス
膠原病	全身性強皮症、皮膚筋炎
神経疾患	パーキンソン病、脳血管疾患、多発性硬化症、ヒルシュスプルング病、脊髄障害
筋疾患	筋強直性ジストロフィー
精神疾患	うつ病、統合失調症
狭窄性器質性疾患	消化管の腫瘍、腫瘍による壁外性圧排、消化管の狭窄
非狭窄性器質性疾患	慢性偽性腸閉塞症、巨大結腸、裂肛、痔核、直腸脱、直腸癌

表1 慢性便秘症をきたす薬剤

薬剤種	薬品名	薬理作用、特性
制吐薬	グラニセトロン、ラモセトロン、パロノセトロン、オンダンセトロン	5-HT <sub>3</sub> 受容体拮抗作用による蠕動運動抑制作用
抗コリン薬	アトロピン、スコポラミン 抗コリン作用を持つ薬剤（抗うつ薬や一部の抗精神病薬、抗パーキンソン病薬、ベンゾジアゼピン、第一世代の抗ヒスタミン薬など）	消化管運動の緊張や蠕動運動、腸液分泌の抑制作用
向精神薬	抗精神病薬、抗うつ薬	抗コリン作用、四環系よりも三環系抗うつ薬で便秘を引き起こしやすい
抗パーキンソン病薬	ドパミン補充薬、ドパミン受容体作動薬 抗コリン薬	中枢神経系のドパミン活性の増加や、ACh 活性の低下作用、抗コリン作用
オピオイド	モルヒネ、オキシコドン、コデイン、フェンタニル、トラマドール	腸管のオピオイドμ2 受容体の活性化に伴う消化管臓器からの消化酵素の分泌抑制作用、蠕動運動抑制作用 セロトニンの遊離促進作用
化学療法薬	植物アルカロイド（ピンクリスチン、ビンデシン） タキサン系（パクリタキセル） アルキル化薬（シクロホスファミド）	末梢神経障害や自律神経障害 薬剤の影響とは異なり癌治療に伴う精神的ストレス、摂取量の減少、運動量の低下なども関与
循環器作用薬	カルシウム拮抗薬（ベラパミル、ニフェジピン）、抗不整脈薬（アミオダロン）、血管拡張薬	カルシウムの細胞内流入の抑制で腸管平滑筋収縮抑制
利尿薬	抗アルドステロン薬 ループ利尿薬	電解質異常に伴う腸管運動能の低下作用、体内の水分排出促進作用
制酸薬	アルミニウムを含有薬（水酸化アルミニウムゲルやスクラルファート）	消化管運動抑制作用
吸着薬、陰イオン交換樹脂、脂質異常症薬（胆汁酸吸着薬）	沈降炭酸カルシウム、セベラマー塩酸塩、ポリスチレンスルホン酸カルシウム、ポリスチレンスルホン酸ナトリウム、コレステラミン、コレステポール	排出遅延で薬剤が腸管内に蓄積し、二次的な蠕動運動阻害作用
止痢薬	ロペラミド	末梢性オピオイド受容体刺激薬
鉄剤	フマル酸第一鉄	収斂作用で腸管運動能の低下作用
NSAIDs	イブプロフェン	腸管抑制作用

### Q3 便秘は治療した方がよいのですか？

A3 便秘は、その定義に「不快な状態であること」が含まれますので、生活する中で不快を取り除くことは大切です。また、成人では様々な研究で、仕事の生産性などの質問項目を含めた“生活の質（QOL）評価”で、便秘の人は便秘でない人に比して QOL が低下していることが示されています。

子どもでも、海外のさまざまな研究をまとめた包括的な調査（メタアナリシスといわれます）で、便秘でない子どもに比して QOL が低いという結果が得られています。治療

後に QOL および心理社会的な幸福度改善が確認されたとの報告もあります。いずれも、腸の中とはいえ、お腹の中に異物がある状態なので、やはり活動性や集中力に影響してくる可能性は大きいと考えられます。また、子供は風邪を引くことも多く、お腹の風邪でなくてもお腹の動きが悪くなることが多いですが、この際も便塊が腸にたまっていて腹痛を感じたりと、便秘が症状悪化の要因になっていることもあります。

また、心臓疾患との関連を示唆する研究結果もあります。もちろん便秘が直接心筋梗塞を引き起こすわけではなく、便秘になっている状態との関連を示すものです。

そもそも便秘には生活習慣が大きく関与していて、心臓疾患も生活習慣がリスクとなることはよく知られています。そのため、便秘薬を使わなくても、最終的に便秘が解消できた状態にすることは、よい生活習慣を達成できたことになり、健康管理上も大きな意味を持ちます。

つまり、便秘由来の不快感の解消するために便秘薬で治療するだけでなく、便秘にならないような食習慣を主とする生活習慣とすることが健康にも QOL にも重要です。

#### Q4 便秘の治療はどんなものですか？

A4

便秘（慢性機能性便秘症）は、まずは便秘の悪循環（便秘の悪循環の図参照）を止めることが治療の第一段階になります。このためには、硬い便を軟らかくして出しやすくすることが必要ですが、腸の末端である直腸部分に到達し、（直腸内圧上昇の）便意を感じ次第、早く排便しなくてははいけません。軟らかい便であっても、時間とともに腸が水分を吸収して硬くなっていってしまいます。そのため「多く」の「柔らかい」便が直腸に早く届くことが大切です。このため、便の量を増やし柔らかくするような便の調整剤が治療の中心となります。

- ① 毎日食事の補助として**便の調整剤**を内服しながら、
- ② **排便日誌**をつけて**調整剤**の内服忘れや排便することを思い出すようにします。
- ③ ただ便を柔らかくしても排便がなければ、腸内の便は硬くなってしまうので、排便がその日のうちにない場合は、**食事をした後にトイレに行く**ようにします。それでも2日以上（まる1日）排便がなければ、**腸の蠕動を促す浣腸や坐薬**を用いて排便するようにします。

最後の③は刺激を加えて、強制排便するということです（ガイドラインではこれを「オンデマンド治療」と呼んでいます）。

これら第一段階の治療を開始すると多くの場合、すぐに便秘自体は解消します。うまくいかない場合は、トイレが自立している小児から成人でみられるのが、トイレタイミングがない、トイレに行くのがあまり好きでなくていかないなどが原因となっていること

があります。これも親御さんと本人とで日誌をつけることで、内服と排便の確認をすることになり、自然に誘導していくことが大切です。

便秘は食事をはじめとする一定期間の生活習慣により出来上がった、直腸に便を溜め込む機能の獲得状態ですので、出しやすくすることを続けること徐々にこの“溜め込む機能”を奪っていくこととなります。そのため、治療をやめてしまうと、すぐ元にもどってしまいます。スムーズに排便できる状態を4～6か月程度続けること必要で、これが第2段階といえます。維持期・生活見直し期です。

この第2段階に、生活の見直しをしていただくことで、便の調整剤の減量（最終段階です）をスムーズに行え、治療終了を目指すことができます。

追補：

便秘の教科書などには第一段階の治療①～③に加えて、排便習慣の獲得のために④として「同じ時間にトイレに行く」ということもセットとして標準治療としているものもあります。排便習慣はトイレ自立後には大切ですが、「行きたいときに我慢せずに行く」ことが最良ですので、あえて固定した時間にしない方が良い場合も少なくありません。決まった時間に排便できない場合には、翌日の同じ時間まで排便をしないということが、子供、成人を問わずに多いようです。同じ時間にトイレに向かう習慣は、治療開始直後の第一段階ではなく、第二段階に入って日誌などを利用しながら、排便習慣の獲得を考えていくのが良いと思います。

#### Q4-1 「排便日誌」は何のためにつけるのですか？

A4-1

便秘によらず、頭痛や喘息、特に軽めの症状の肥満症、糖尿病などにもいえることですが、日々記録することにより、常に自身の状態を見直すことにつながり、内服などがある場合も忘れることを少なくする、“治療”そのものといえます。便秘治療の場合には、“トイレに行く”という行為が必要ですが、排便したかしていないか？を記録する時には、人はトイレに行くことを思い出さざるをえません。排便習慣を獲得していく意識づけといえます。

排便日誌は製薬会社なども作成していて、色々なものがインターネット上にはありますが、[小児慢性機能性便秘症診断ガイドライン作成委員会作成の日誌](#)が記載しやすく、排便のタイミングやその時の硬さ、内服の有無など1か月の経過が一目で確認できる良い日誌だと思います。成人の方では紙の日誌を持ち歩くのは難しいかと思しますので、日誌アプリなどに記録するというのもよいかもしれません。

#### Q4-1-1 排便記録は治療前に必要でしょうか？

A4-1-1

診察時に排便記録があると、医師は治療前の状況を正確に把握することができます。問診は重要ですが、これに加えてこれまでの状況が分かる日誌があれば、初診であってもどのようなタイプの便秘で、何が原因になっているかをある程度想定することができ、内服量などについても（年齢的に決めることが多いですが）最初からある程度適切に選択し、治療を開始することができます。

また、さらに大切なことは、排便習慣が乏しく、あまり便秘が進んでいない場合で、食事のバランスなども悪くないなど他の便秘原因がない場合は、排便記録をつけるだけで便秘は解消することもあります。実際に当院の患者さんには、治療前の記録として、日誌をつけ始めるだけで便秘がほぼ解消し、便の調整剤の内服なしで、食事のバランスについての相談のみで治療をしている方もいらっしゃいます。この場合は、ある程度の期間日誌を継続して治療終了となることがほとんどです。

#### Q4-1-2 排便日誌を付けるタイミングはいつがいいのでしょうか？

A4-1-2

内服と排便を思い出すための行為（リマインダー）という意味合いが大きいので、何日かに1回つけるのではなく、できるだけ毎日記載してください。1日の中でのタイミングは、夜に内服する方は夜の内服時に記録および/もしくは朝起床後食事後（最も蠕動が活発になるとされる時間帯）に記録すると、内服とトイレに行くタイミングを思い出すよいきっかけになるかもしれません。ですが、便秘の方の排便タイミングは、トイレに時間がかかっていたということが多くということもあり、生理的には排便しやすいものの仕事や保育園・学校の準備で忙しい朝ではなく、夕食後が排便タイミングの中心となっている方（お子さん）が少なくありません。そのため、記載タイミングは夜の内服時＝排便タイミングになっていることが多いようです。

#### Q4-1-2 排便日誌で内服は毎日できているので記録していないのですが。

A4-1-2

当院では原則1日1回の処方（[Q4-2-2](#)参照）、バタバタしない夕食時などに内服なさっているお子さん/成人の方がほとんどです。ただ、小さなお子さんでよくみかけるのが、「寝てしまって内服できなかった」です。内服をしっかり行うために、内服状況を把握することはコントロールしている親御さんにとっても、処方調整する医師にとっても大変大切です。そのため、特に小さいお子さんの場合は、内服の記載は必須です。

ただ小さなお子さん以外では、内服を忘れる方（＝内服のタイミングを逃す方）はほとんどいらっしゃらないので、それほど内服記録にこだわる必要がないもの確かです。定期的な診察で、内服が守れているかどうかについて医師側は把握もできます。そのため、実際には日誌は、内服のリマインダーではなく、排便の記録、それによる排便習慣の強制・獲得という意味合いが大きいです。Q4-1-1では、排便の記録が排便習慣を変

えることができるという事例を挙げましたが、排便の記録やそれに伴う時間など排便の状態をしっかり記録してもらうことが治療効率上昇の要点です。

## Q4-2 「便の調整剤」とはどんな薬ですか？

### A4-2

「便の調整剤」を、“便秘薬”というように「薬」として説明していないのは、便の硬さと量を増やすことだけを目的としたもので、体への作用を目的としないからです。普段の食事に加え、大量の芋など食物繊維を摂取するようなものと思っていたのが分かりやすいかと思います。

なお、「薬」というのは、「体」の特定の部分に作用する物質を作用しやすいように色々な物質を混ぜたものです。マグネシウム製剤やポリエチレングリコール（モビコール®）は、ほとんど体内に吸収されず、体にはほとんど作用することのない物質で、便にのみ作用し、便に水分を保持させることのみを目的としています。どちらの製剤を使っている場合であっても、体に過剰に作用するということを心配することは必要ありません。そのため、必ず毎日内服するように、内服を忘れた場合は、次の内服までの時間が短くても、追いかけて飲むようにしてください。

この「便の調整剤」以外のお薬では過量投与になる危険があるため、追っかけ飲みはやってはいけません。

詳説：

「便の調整剤」には、腸内の浸透圧を高くすることで水分を腸に保持する浸透圧性下剤（ラクツロース、麦芽糖など（糖類下剤）、マグネシウム製剤（塩類下剤）、ポリエチレングリコール）があります。このうち日本では麦芽糖はマルツエキス®として、塩類下剤のマグネシウムはさまざまな製品が販売されていて、薬局で購入できます（OTC薬といわれます）が、ラクツロース、ポリエチレングリコール（モビコール®）は医師による処方が必要な薬となります。

### Q4-2-1 モビコール®とマグネシウム製剤とではどちらがよいのですか？

#### A4-2-1

どれも便に水分を保持して、少し便の量を増やすという同じ作用をもっていますが、モビコール®は先述のように、便の表面が滑らかになり、同じ便の硬さであっても出しやすくなる効果があります。インドやイギリスなどでは、その副作用から、一時的な使用以外は推奨されていないものの、便が「つるっ」となることを主たる作用とした液状パ

ラフィンという製剤があります。その効果の高さで、今でも、子供の機能性便秘症に使われているようです。これと同じような効果をモビコール®はもっているわけです。

また、マグネシウム製剤は、制酸剤としての作用がある他、マグネシウムの体への吸収もわずかにあることから、腎臓機能の低下などが考えられる方では、定期的な血液検査を行うことが推奨されています。

以上から、当院では、**モビコール®を第一選択にしています。**

なお、モビコール®は、決められた量の水分に溶解して内服する（イメージとして“その水分”をそのまま便に持っていく感じ）ですので、保険適応のある2歳以上でなければ、ごくごく飲むという形の内服が難しいという理由から、**2歳以下ではマグネシウム製剤が第一選択になります。**

一方で、モビコール®には、塩気があり、水分に溶かすと少し「どろっ」としているため、味や食感が悪いと感じる方がいらっしゃいます。どうしても飲めないなどの場合は、塩化マグネシウムを処方します。子供では、内服しやすいということからラクツロースとすることもあります。

モビコール®は牛乳や乳酸飲料などではほとんど味が変わることはなく、塩と相性の良いリンゴジュースなどで飲むお子さんもいます。成人ではそのまま水やみそ汁に混ぜて飲んでいる方もいらっしゃいますが、4包分では240ml以上となり塩分の取りすぎになってしまうので、毎回とはしないようお伝えしています。

#### **Q4-2-2 モビコール®、マグネシウム製剤の内服回数は1日何回がよい？**

##### **A4-2-2**

いずれの調整剤でも、1日のうちに何回か分けて飲むよりも、**1回でまとめて飲む方が効果が高いようです。**これを検証した研究などはありませんが、便秘治療に携わる多くの医師がこれを実感しています。1日1回でよいため内服することを忘れることが少なくなるという理由もあるのですが、内服を忘れない方でも1日の内服を複数回に分けるより1回にしたほうが状態が安定します。また、朝はバタバタするのでという方も多いため、特にお子さんの場合は、夕方内服なさっていることが多いですが、[Q4-2](#)でも書いたとおり、飲み忘れたら朝追いかけて飲み、その日の夕方も内服するようにしていただいています。

#### **Q4-2-3 トイレに行っても排便がない場合はどうすればいいですか？**

##### **A4-2-3**

治療開始直後は、まだ、便の硬さの調整が十分でないことなどから、硬くて排便しにくい場合もあります。ただ、トイレには、必ず、水分摂取や食事後など、お腹を動かす（蠕動）刺激の後に行くようにしてください。朝、起床後の飲水の後や朝食後などが排便しやすいですが、夕方行く場合も食後とするのが良いと思います。

丸1日以上2日間に渡って排便がない場合は、浣腸やピサコジル坐薬などを使う（オンデマンド治療といいます）ことで強制排便し、なるべく便を溜めないようにコントロールしていただきます。

特に小さなお子さんでトイレが自立していない場合は、トイレ誘導もできないことから、丸2日以上排便がないという状態は作らないよう、坐薬・浣腸を使って排便させるようにしてください。時間に比例して大腸で水分が吸収されることで、便はより硬く、その量も増えていきます。

多くの場合は坐薬使用は治療開始時だけで、調整剤量の調整に要する期間も長くても1～1か月半程度なので、強制排便することはまれになります。

#### Q4-2-4 4歳から10代前半くらいの子供で、内服をしても排便がない場合はどうすればいいですか？

##### A4-2-4

内服していて、便も良い柔らかさになっているのに、排便がない日がポツポツある場合、あるいは、受診直後は毎日排便できているのに、受診後2週くらいすると排便のない日が増えてくるなどといった場合は、**トイレに行く行為が面倒などの理由で、“トイレに行かないこと”そのものが原因**になっていることが少なくありません。トイレに向かう習慣は大事です。成人の方の場合でも、忙しいなどの理由で、トイレに行くタイミングを失ったまま日常生活を送っているとこういうことが起こりえます。排便日誌をつけることで排便のタイミングを思い出すことはできると思いますので、日誌をテコにしながらいよいよトイレには向かうようにしましょう。

#### Q4-2-5 治療を始めてから少し便がやわらかい気がするのですが。。。

##### A4-2-5

治療中は塩化マグネシウムであれ、モビコール®であれ、**便は Bristol Scale（表1）で type5 という少しやわらかめを目安として内服量を調整**します。成人の場合は Type4 に近い5でもよいです。その硬さで毎日1回以上の排便となるように、治療をすすめます。これは、**type5 が、食事などの蠕動刺激があった場合に、トイレに行けば、いきんだりしなくてもスムーズに排便ができるため**で、治療していない場合であれば、type4が自然の硬さになりますが、排便時にはわずかに抵抗を感じる硬さになります。排便に時間がかからないことが重要です。

コロコロ便 (Type1)		小さくコロコロの便 (ウサギの糞のような便)
硬い便 (Type2)		コロコロの便がつながった状態
やや硬い便 (Type3)		水分が少なくひびの入った便
普通便 (Type4)		適度な軟らかさの便 (バナナ、ねり歯磨き粉状)
やや軟らかい便 (Type5)		水分が多く非常に軟らかい便
泥状便 (Type6)		形のない泥のような便
水様便 (Type7)		水のような便

治療中はこの硬さに調整します

表1 Bristol Scale

Q4-2-6 便の硬さの記載が難しいです。便器の中に入ってしまうと硬さがよくわかりません。先端とそれ以外の部分は硬さが違うように思います。特に最後の方はやわらかいのですが、排便日誌にはどのように記録すればよいのでしょうか？

A4-2-6

大腸にどのくらいの時間溜まっているかで便の硬さがきまります。排便時に出し切れず残った便は、次の排便の時までまた溜まったままになるので、その分さらに硬くなります。

コロコロの兎糞状便が少しずつ（場合によっては1日に複数回）出ていて、何日かに1回は大量に排便がある場合は、排便時痛などの理由で排便を我慢していて、大腸の先端の直腸の先端に溜まっていたものがあふれて少しずつ押し出されて出ていて、数日に1回、“直腸の溜める能力”を超えてたまった時に、一気に排便するというパターンになります。この場合、大量に排便する時には、溜まっていた何日分かの便が一気に出てきますから、硬さはtype1～type4の硬さのものが混ざり合っ出てくることになります。後ろの方だけ見ると比較的やわらかいもしくはむしろ柔らかすぎる便であることが一般的です。

これと同様に、治療開始後、ほぼ毎日排便が見られるようになっていても、直腸が「溜める」機能をまだ残している場合に、出し切れていない部分が残ると、先端の方が少し硬い便となり、硬さのグラデーションがみられる便となります。排便のしにくさは先端の硬さによります。これが便秘の悪循環の大元でもあります。これを解消しないと

いけません、兎糞状便と同じように、この場合も、うまく出せたときは、いきんで出すことが多いので、普通ではまだ排便する段階でない柔らかい便まで一気に出てしまうことがあります。そうした場合、モビコール®やマグネシウムなどの浸透圧下剤の内服量が多く柔らかすぎる便になってしまっているのではないかと勘違いしてしまうことがあります。

このように、便の硬さにおいて、「1回の排便内」、「排便ごと」の中でムラがある場合は、排便がスムーズにできる十分な柔らかさに調整できていないことがほとんどです。そのため1回の排便で出しきれないから刺激性下剤で排便を最後までさせるようにすると考えるのではなく、浸透圧下剤で柔らかさを増すよう調整します。

このように、先端が硬い場合は、そういったことも排便日誌に記載していただくと状態把握と処方に大いに役立ちます(2→4 などと書いている方もいらっしゃいます)。また、先端が便器の中に入ってしまったてよくわからない場合には、わかる部分の状態をtype分けしてもらえればよいですが、排便時いきみがあったとか、時間がかかったといったことなども記載していただくと、状態把握のための補完情報になりますのでどんなことでも記載ください。

#### **Q4-2-7 治療開始後/治療中に(一時的に)便がかなりやわらかくなりましたが、薬を飲むのをやめてもいいですか?**

A4-2-7

治療開始直後は、まだ不安定なので、便の硬さが変わっていき、少し緩くなる場合もありますが、毎日飲む便調整剤である塩化マグネシウムやモビコール®は、食事内容の調整のようなものなので、安定した食事をとるという意味でも休薬しないで続けてください。治療開始時は2週に1度程度で診察を、その後、2~3回の診察を経てからは1カ月程度に1回程度での間隔で診察して内服量を調整していきます。治療から2か月くらい経過した後は、食事や生活習慣も日々大きく変わるものではないので、毎日便性が大きく変化するということはありませんが、飲酒や辛い物などの刺激物を含む食事などをした場合、子供によくあるのはお腹の風邪などのウイルス感染などの場合は、軟化した下痢になったりします。ワクチン定期接種のおかげで、長期にわたって下痢が続くロタウイルス感染がほとんどなくなったので、あまり長引くお腹の風邪はほとんどなくなりました。そのためお腹の風邪などの場合も、休薬しないで内服いただくようにしています。これは、休薬すると再開するときに難しいということもあり、また、下痢の量が少し増えるだけで粘膜に悪影響を及ぼすものではないということが理由です。なお、下痢や嘔気が続く場合には、早めにご相談ください。

#### **Q4-2-8 整腸剤は便秘に効果はありますか?**

A4-2-8

整腸剤といわれるものは、プロバイオティクス(“善玉菌”といわれるもの)と、プレバイオティクス(“善玉菌のエサ”)と混ぜたシンバイオティクスといわれるものが

あり、小児でも成人でもたくさんの研究がなされています。意味があるという結果もあれば、意味がないという結果もあります。悪影響というのはあまりないかとは思いますが、腸内細菌の状態は人それぞれ（お腹の風邪を引いたりして特別な環境になる場合を除いて）安定しています。そこに“善玉菌”をいれてもそれほど影響しない可能性が高い一方で、成人に対して中国で行われた便秘のない人の便から得られた細菌を直接移植するという治療では便秘の改善がみられたことから、まったく意味がないわけでもないと思われます。

ただ、現在のところ世界的にコンセンサスが得られたわけではないので、補助的なもので、むしろ、以下の Q4-3 での食事対策が大事で、それを超えるような効果を持つものではないと考えています。小児の次期ガイドラインでは補助療法としては推奨できるようです。

### **Q4-3 第2段階では（毎日比較的やわらかい便が中等量でるようになったら）いつまで治療を続けて、何を目安に治療終了の方向にしていくのですか？**

#### **Q4-3**

大腸の中でも特に直腸が“機能的”に便を溜めてしまう「便秘」は、数か月かけて徐々に完成していきます。そのため、その機能を失くすためには、悪循環を断ってからもしばらくかかります。排便時に時間がかかることはなく、便の硬さが先端も出し終わりもあまり変わりなく Bristol Scale の type5 もしくは type5 に近い type4 で、排便量も極端に多い日はなく、毎日 1 回以上は排便がある安定した状態になる 4~6 か月目あたりが正常化の目安とってよいと思います。

普段の診察では、お腹の触診、成人の場合は筋肉で触れにくい場合もあるので超音波を使うなどして、特に排便後の、下部結腸の便塊の有無で便の溜まりを確認します。その際、便塊がないことは調整剤を減量するための必要条件です。正常化した状況であれば便塊は通常はないのですが、週に 1 回排便のない日がある、type4 が中心などの場合は、まだ便塊があることも少なくありません。排便時に便を出し切れていなくて十分なコントロールではないことも考えられます。

上記の 4~6 か月より短い期間では、減量とともに排便頻度が落ち、元に戻っていくことがほとんどですが、一方で 6 か月以上治療を続けていて排便がないことが週に 1 回未満となっても、調整剤を減量してしまうとすぐに便秘状態に戻ってしまう場合もあります。これは便秘状態は解消し、腸が便を溜める能力も奪うことはできていても、そもそも便秘となった生活習慣が、治療前とあまり変わらない場合に起こります。

そのため第2段階の4-6 か月はむしろ生活習慣を変えていくための期間と考えていただくのが良いかと思います。直腸が便を溜める「機能」を失うのにかかる時間はもっと少なくてもよいかもしれません。

いずれも、生活習慣として最も大きい要素と考えられる、2つ原因に対してのアプローチ、つまり、一定期間をかけて無理なく、「バランスの良い食事」と「毎日の排便習慣」が得られるようにしていくこと、この段階の目標で、これが達成でき、上記のような安定した状態で、診察時便塊が確認されなくなったときが、治療終了に進めていく目安となります。

また、成人の場合には、運動をほとんどしない、睡眠時間が遅くなっていたり少なかったり、ストレスが大きい、排便に影響のある薬剤を内服しているなど、食事・排便習慣以外にも便秘の少なからぬ要因になっている可能性があります。ただ、これらによる体調不良は、結果として、食事バランスの悪化を招いていることがほとんどです（運動については高齢者施設の高齢者では便秘改善に役立つとの報告があるので直接の原因でもあります）。バランスの良い食事を心掛けていただくと、身体的精神的にも安定し、生活習慣もいわゆる「健康的」な方向に行動変容することになるので、ストレス対応や運動習慣や睡眠習慣など同時にいろいろなことを対策するのではなく、便秘対策という直近の目標について、食事対策をし、しっかりトイレに行くことにフォーカスしていただくことが単純でわかりやすい方法と考えています。

**Q4-3-1 2歳半の子どもです。まだトイレが自立していません。週に1~2回排便がない日がありますが、おおむねよく出ています。診察時には、「おなかにうんちがありますね」といわれることがあります。**

**A4-3-1**

トイレが自立していない場合も、部屋のどこかに行って、一人で用を足している場合などは、半ばトイレに行っているのと同じことです。なかなか出ずいきむためにトイレではない部屋で用を足している場合と、トイレトレーニング中などでトイレにはいきたくない場合とがあります。それぞれに対処が異なりますが、前者はもう少し便調整剤を増量して便を軟らかくすることが必要となります。後者はやわらかさが十分なので、トイレに行きやすい/トイレに行きたくなる環境を作ることになります（これは誰でも当てはまる回答というようなものではなく、ご両親主導で工夫していくことになります）。

トイレが自立していなくて、排便時間も特定の時間などになっていない、特に排便する場所も決まっていないような場合は、排便することへの抵抗感はまだないと思われますので、便をもう少しやわらかくして出しやすくするため、便調整剤の増量をします。

**Q4-3-2 8歳です。便はType5が多くType4で少し多い日（排便のなかった翌日など）があります。トイレに行ってもすぐ出てきますし、気張っている風でもありませんが、週に2回くらいは排便のない日があります。このままでよいのでしょうか？**

**A4-3-2**

コントロール中は、排便は「type5で毎日」というのがゴールです。排便のない日が週2回くらいある場合は、やはり直腸が便を溜められる能力が残ってしまう可能性があると考えて対応しています。排便自立後の小児から成人も含めて、このような場合は、トイレに行くタイミングを逃して、我慢してしまったということが多いようです。

朝の忙しい時や、仕事場や保育園、学校など外出先では、食事後であっても、トイレに行けない（行きにくい）場合もあると思います（それでも治療としては排便したくなった時にがまんせず行くのが一番なのですが…）。夕飯の後、トイレに行くようにしていただくのが良いです。このためにも排便日記を夕方付けることをお勧めいたします。

**Q4-3-3 バランスの良い食事はどのようにしたらよいのでしょうか？**

**A4-3-2**

いろいろなものを多種類食べることはバランスをとる簡単な方法ですが、いろいろなものを食べるというのは実際にはなかなか難しく、2歳以下の子供では偏食というほどの指向性はなくても時間がかかって難しいでしょうし、成人でもよほど上手に買い物や調理をしないと食材などが無駄になってしまいます。

便秘に影響することが確立している栄養素の一つに食物繊維があります。2025年に改訂された「日本人の食事摂取基準」でも、大腸がんや2型糖尿病への予防として大切であるとして、食物繊維は摂取推奨量の記載があります（タンパク質や不飽和脂肪酸などを除き栄養素だからと言っても、糖質などには摂取推奨量はありません）。大事な栄養素であると同時に、便秘でも特に非水溶性食物繊維（豆類や海藻、根菜類など）の摂取が有効とされています（生野菜は水溶性食物繊維も多く、腸内細菌の栄養となるなど環境はよくしますが、直接便秘に効果があるわけではありません）。そのため、これらを多く含む食材や料理を取り入れていただくことは重要です。かといって、食物繊維だけに注目して、サプリメントのように、それだけを摂食するというのは、必ずしも食事としての栄養バランスがいいとは言えないので、それだけを摂取することはあまり良いとは言えません。これだけ飲めば便秘に効くというようなサプリメントのようなものは、効果は高くありません。

「日本人の食事摂取基準」にはタンパク質の摂取も強調されています。

診療を通じて患者さんの食事もお聞きしていると、タンパク質の摂取が、他の栄養素特に炭水化物のうちの糖質に比べて少ない方の割合が多く、単純にはお米好きの場合が多いです。精米してあるお米はほとんど炭水化物のうち食物繊維がほとんど含まれていま

せん。また、お米好きでご飯ばかりが多いと、相対的におかず（タンパク質など）の量が少くなり、バランスが崩れることが多いです。

このように、白米に偏らず、タンパク質と食物繊維がとれるようにするには（おかずを増やすというのは難しいので）、豆類や豆腐などを食事に取り入れるようにする、週に2日など玄米や五穀米を使ってみるなどを試していただくのもよいと思います。

### **偏食・少食について**

便秘の方で最も多いのは、おかずも食べるけれど、主に白米が好きで、そればかり食べてしまうという上記のような状況です。

その次に多いのは、便秘の方は年齢によらず、偏食もしくは小食の傾向がある場合です。

ただ偏食の場合は対策はむしろわかりやすく、あえて嫌いなものを食べるのではなく、似たようなもので食べられるものを探していただければよく、偏食対策をしていただければよいです。

少食の場合は、なかなか対策が難しいですが、少食だけのおやつや間食として甘いものを食べている場合は、糖質の相対的な摂取割合が増えてしまうことになるので、その量そのものを少なくすることが対策になります。

なお、一定数の方は、小児の場合も成人の場合も、あまり偏食もなく比較的バランスの良い食事をなさっています。この場合は、第2段階では、排便習慣を改善することで、比較的早めに減量でき、薬物治療は終了、排便日誌のみで正常な排便リズムを得ることができます。