

はじめに

“がん”はわが国において死亡原因の第1位を占め、
現在全国で約33万人の人々が、がんで亡くなっています。
つまり、3人に1人はがんで亡くなっているということになります。
がんは特別な病気ではなく皆さんの周りにある普通の病気なのです。
なかでも大腸がんは年々増加しており、近い将来胃がんを追い越し、
わが国において最も頻度の高いがんになるといわれています。
したがって、大腸がんの治療成績向上は緊急の課題といえます。

大腸がんに対する意識の向上や診断技術の進歩により、
早期大腸がんが多く発見されるようになりましたが、油断は禁物です。

検診を受けず自覚症状が出るまで待っていたり、
症状があるにもかかわらず検査を受けなかったりすると大腸がんの発見が遅れ、
その結果、治癒率は下がります。

日頃からがんになる危険因子を避け、たとえがんにかかったとしても
早期発見され適切な治療を受け、元気に社会復帰したいものです。

そのためには、がんに対する正しい基礎知識を
私達一人ひとりが身につけておくことも大切です。

この小冊子は患者さんやご家族の皆様が勇気を持って
がんと向かい合っていく一助となることを願って作成いたしました。
医療チームとのコミュニケーションに役立てていただければ幸いです。

contents

もくじ

はじめに	2
第 1 章 大腸がんができるまで	
● 年々増え続ける大腸がん。 食生活への注意が、予防への第一歩	4
● 大腸がんはどこからどのように発生するのでしょうか	6
第 2 章 早期発見、早期治療のために	
● こんな症状には要注意！ 日頃からの意識が大切です	9
● 早期発見のためには、どんな検査方法があるのでしょうか	10
● 病期分類(ステージ分類)は 治療などに役立つ大切な情報です	12
第 3 章 病状に応じた、さまざまな治療法	
● 内視鏡治療には二つの方法があります	14
● 外科治療は機能の温存とがんの根治を図っています	14
● 化学療法(抗がん剤治療)では 医療者との話し合いを大切に	18
● 放射線治療には二つの目的があります	18
第 4 章 治療後の社会復帰のために	
● 規則正しい生活が機能回復のポイントです	19
● 治療の後は何れぐらい通院すればよいのでしょうか	19
● 人工肛門の適切なケアで、質の高い生活を	19
● 充実した生活を支援するのが緩和医療の役割です	20
参考資料	20
おわりに	21
全国がん(成人病)センター協議会施設リスト	22

大腸がんができるまで

年々増え続ける大腸がん。 食生活への注意が、予防への第一歩

わが国で毎年新しく大腸がん^{りかん}に罹患する人は、6万人に達するといわれています。一昔前まで胃がんが国民病といわれ罹患率で第1位でしたが、大腸がんは胃がんに近づきつつあります。2015年には罹患率で胃がんを追い越し第1位となり、死亡率でも肺がんについて第2位になると予測されています。

増加の原因として、①**高齢化社会の到来**、②**食生活の欧米化**の二つが考えられています。どの年齢層においても増加していますが、大腸がんの罹患率は50歳代から急上昇し、60歳代にピークを認めます。男女比はほぼ1対1ですが、男性に少し多い傾向があります。(図A、B)

大腸がんの予防には発生を予防する一次予防と、早期発見早期治療により死亡を防止する二次予防とがあります。多くの大腸がんは遺伝ではなく、加齢や食生活など環境が原因で発生し、大腸がん^{りかん}に罹患しやすい危険因子はいくつか知られています。

例えば、食生活の欧米化により脂肪や動物性たんぱく質の摂取量が増え、炭水化物や食物繊維の摂取量が減っています。そのため便の大腸内停滞時間が長くなり、代謝

によって生じた発がん物質が大腸の粘膜に接している時間が長くなってしまふことなどが、原因の一つと考えられています。したがって、一次予防は**動物性の高脂肪食、高たんぱく食に偏らないで、多くのビタミンを含むバランスのとれた食事**をすること、**食物繊維を十分とり規則正しい排便を心がける**ことなどが大切です。また肥満、喫煙は大腸がん発生を助長し、運動はこれを抑えるといわれています。(図C)

他方で、全体の5%以下ではありますが、親から子への遺伝が原因の大腸がんもあります。一つは“**家族性大腸ポリポージス**”です。無数のポリープが大腸にでき、高い確率で大腸がんになります。(写真1)

もう一つは“**遺伝性非ポリポージス大腸がん**”といいポリープを伴わない遺伝性大腸がんです。どちらも治療は手術ですが、現在では遺伝子診断が可能になり、遺伝カウンセリングを行っている施設もあります。

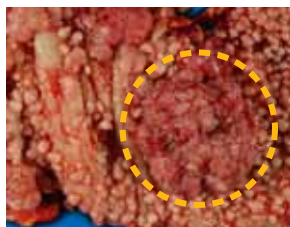
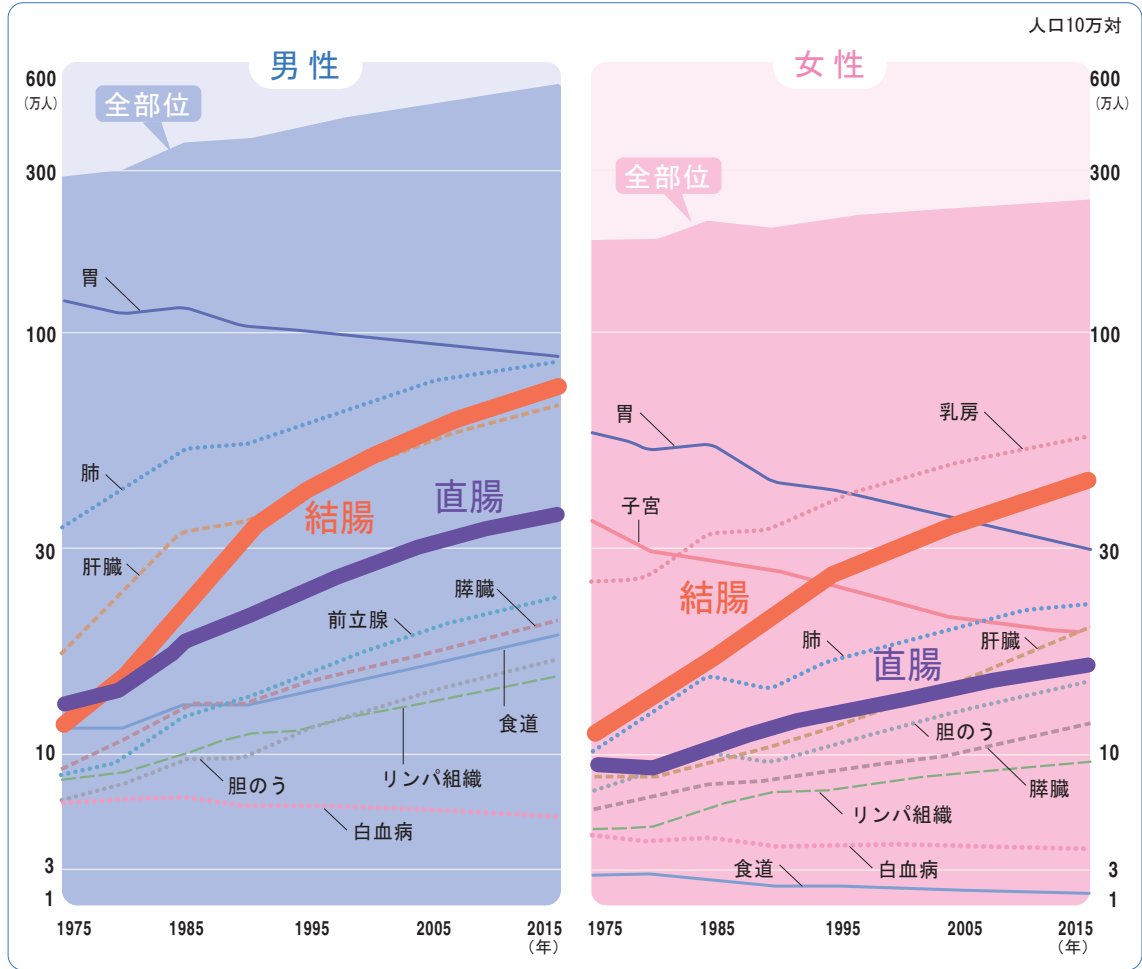
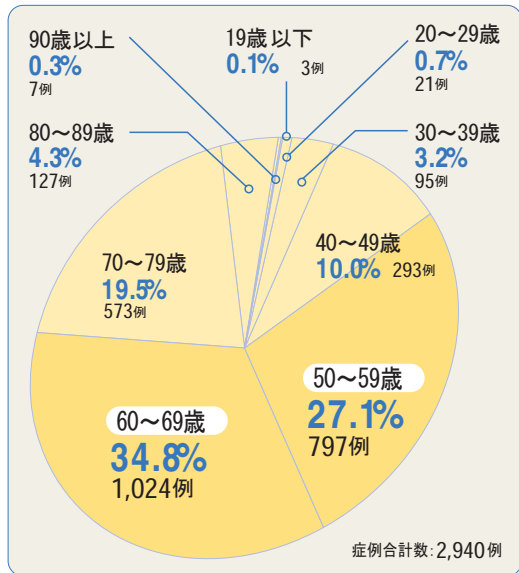


写真1
家族性大腸
ポリポージスとがん
無数のポリープが見られる
遺伝性大腸がんの一つ。○
部分は、ポリープががん化
したところ

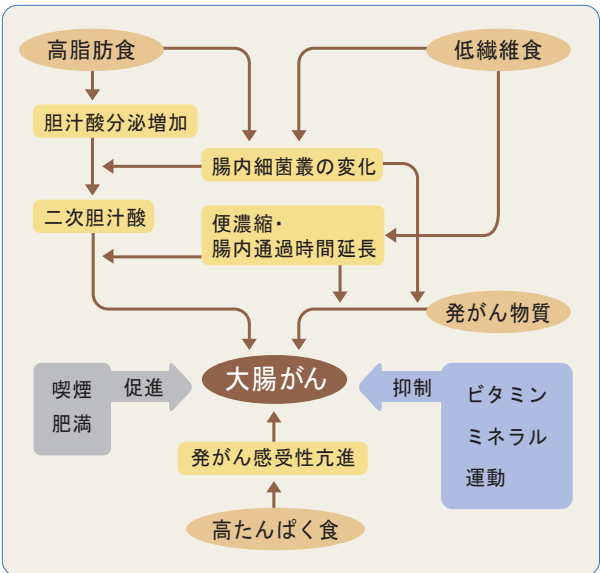
図A 2015年までの性別・部位別年齢調整罹患率の予測(「がんの統計'03」より)



図B 大腸がん年齢分布 (国立がんセンター中央病院の10年間のデータより)



図C 大腸がん発生における食事や生活様式の影響



大腸がんはどこから どのように発生するのでしょうか

大腸は長さ1.5mから2mの腸管で、回腸（小腸）に続き“盲腸”“上行結腸”“横行結腸”“下行結腸”“S状結腸”“直腸”“肛門管”から成り立ちます。盲腸、上行結腸、横行結腸を合わせて“右側結腸”、下行結腸とS状結腸を合わせて“左側結腸”といいます。（図D）

大腸の壁は便が通る内側から①粘膜、②粘膜下層、③固有筋層、④漿膜しょうまくとよばれる四つの層からできています。（図E）

大腸の主な役割は、回腸から送られてきた液状の腸内容物から、水分を吸収し固形便にして、S状結腸と直腸で貯留し、排便反射によって、肛門から便を排出することです。

直腸周囲には、社会生活を営む上で重要な排便、排尿、性機能を支配する自律神経がきめ細かく分布しています。（図F）

大腸がんは結腸と直腸に発生するがんの総称です。大腸がんのほとんどは粘膜にある粘液腺細胞から発生する腺がんです。（写真2、3）そのほかに扁平上皮がん、カルチノイド、悪性リンパ腫などの悪性腫瘍もあります。また、粘膜以外から発生する腫瘍（肉腫）もありますが、腺がんに比べれば少ない頻度です。

大腸がんの発生、進展にはさまざまな遺伝子の異常が関わっていることが知られています。

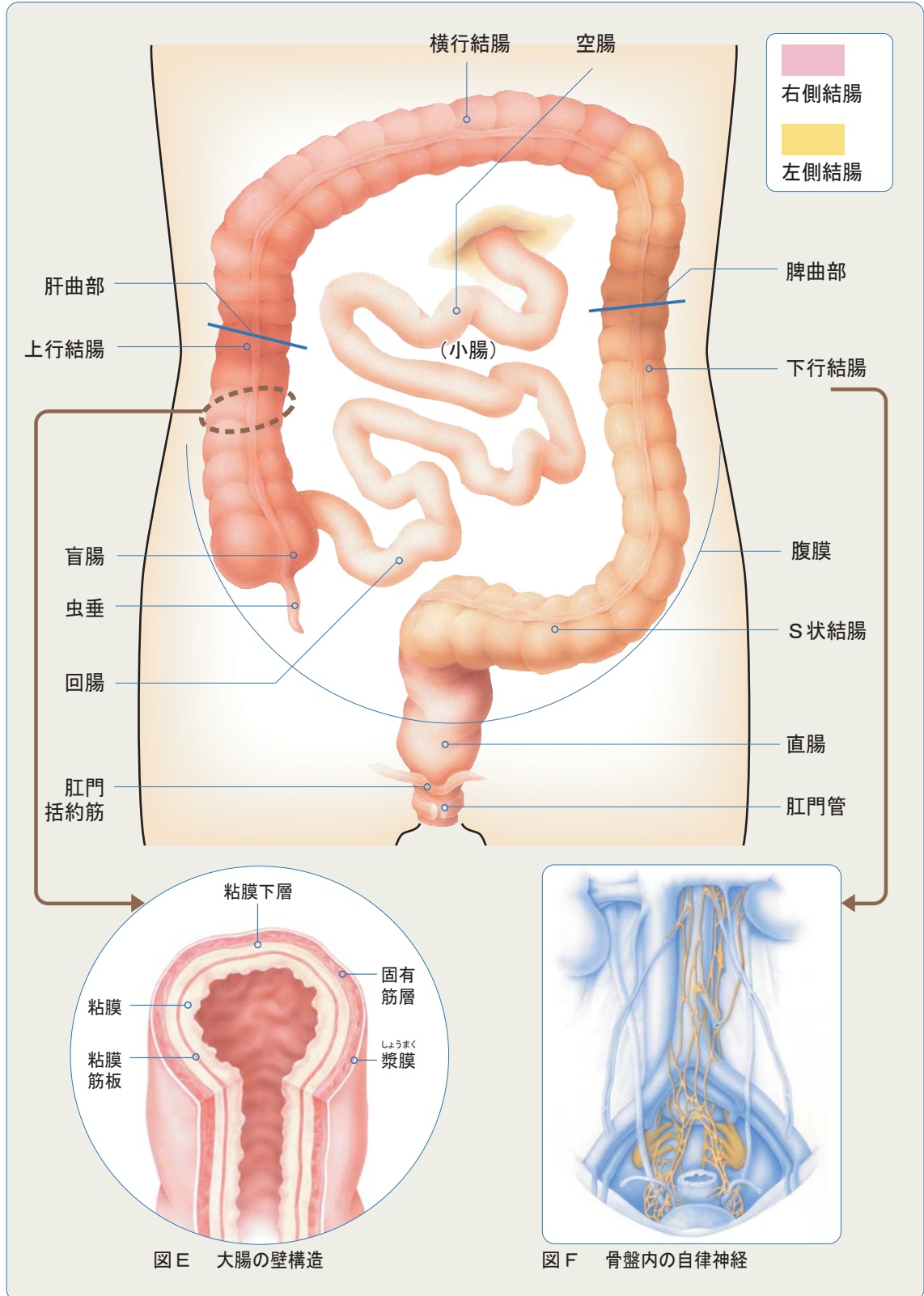
また、大腸腺がんの発生には二つの道があると考えられています。一つは“良性のポリープ（腺腫）ががん化する道”です。これはポリープが発がん刺激を受けてがん化するもので、多くの大腸がんはこの道をたどります。しかし、すべてのポリープががんになるわけではなく、ごく一部のポリープのみです。

もう一つは“大腸粘膜からポリープを経過せず、直接がんが発生する道”で、早期に進行がんになることで、注目されています。（図G）

大腸のどこにでもがんは発生しますが、同じ頻度ではありません。大腸癌研究会の調査を見てみましょう。昔は、直腸がんが60%近くを占めることが、日本の大腸がんの特徴でした。ところが、大腸がんが増加するにしたいがい、部位別頻度も欧米型に変わってきたのです。つまり、昭和50年代後半から結腸がんの増加が目立ち、S状結腸がんは、25%以上を占めるようになりました。

しかし、最近のデータでも、大腸がんの40%近くが全大腸の10%以下の長さの、直腸に発生しているのですから、直腸が好発部位であることに、変わりはありません。（図H）

図D 大腸の部位名称



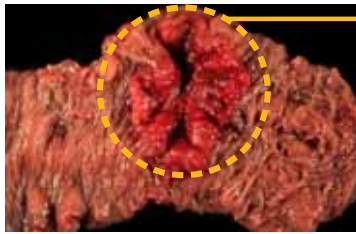


写真2
大腸がん
肉眼像(切除標本)
粘液性細胞から発生し
た腺がん(○部分)

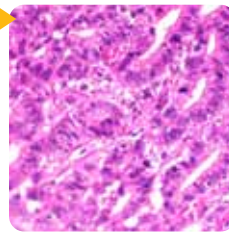
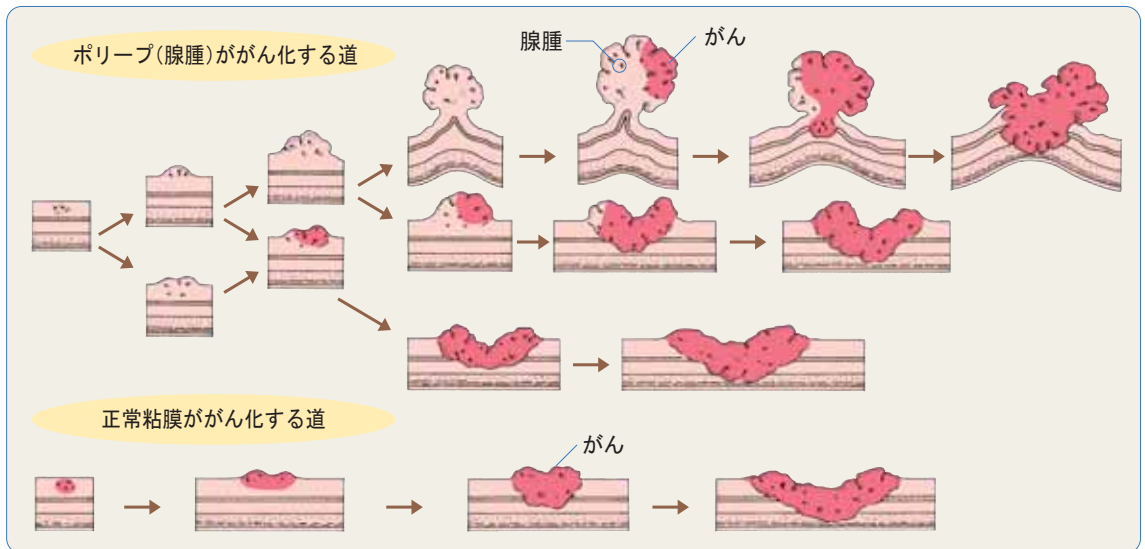
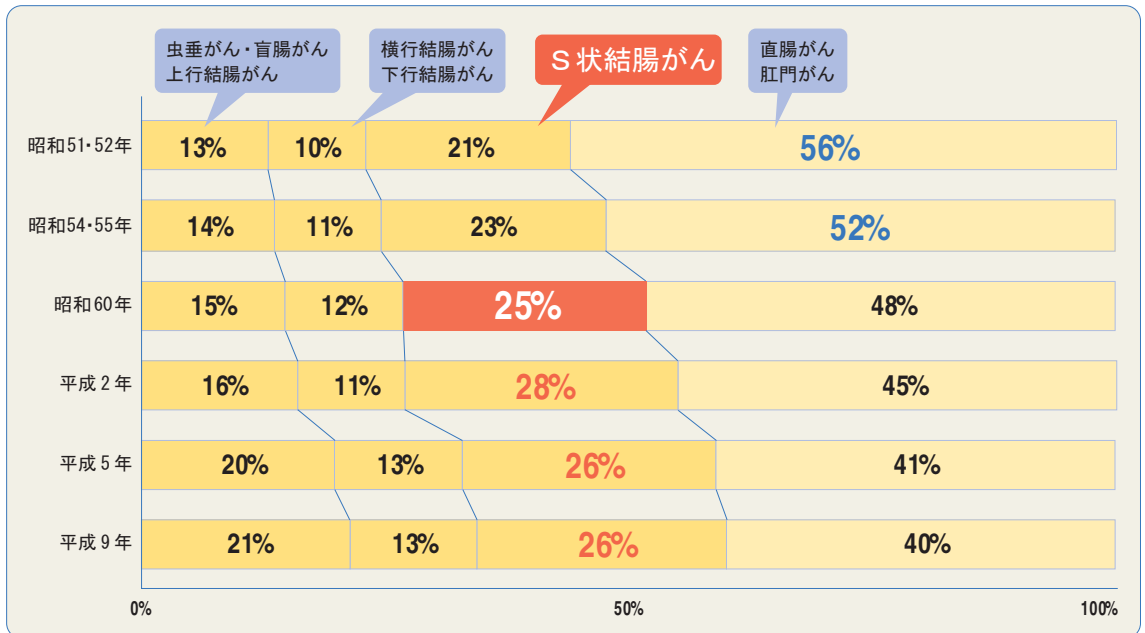


写真3
大腸がん
顕微鏡像
“高分化腺がん”の顕
微鏡像

図G がん発生の二つの道



図H 大腸がん部位別発生頻度(全国大腸癌登録)



早期発見、早期治療のために

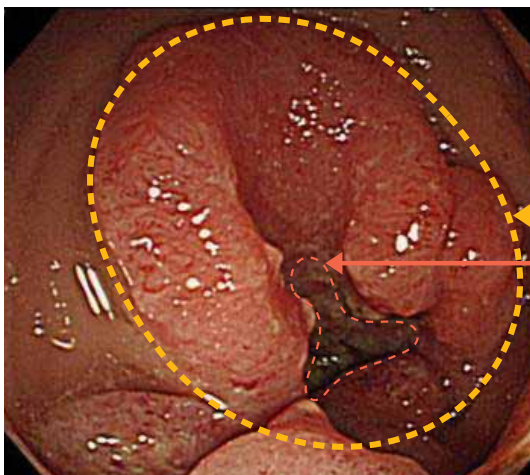
こんな症状には要注意！ 日頃からの意識が大切です

大腸がんの症状は、発生した部位と病気の程度によって異なります。早期がんでは症状はほとんど見られず、大部分は偶然や検診で発見されます。

がんが進むと出血が起こります。肛門に近い直腸がんでは真っ赤な血便です。肛門から少し離れたS状結腸がんでは、血液が黒っぽくなったり、粘血便となることもあります。最近ではほとんど水洗トイレですので、便を流す前に必ず便の性状を確認しましょう。血便を痔による出血と思い込み、発見が遅れることもあります。肛門から遠く離れた盲腸がんなどでは、血液が変色し便に混ざってしまい肉眼ではわからなくなります。慢性の出血が進み“貧血”“動悸・

息切れ”などの症状で発見されることもあります。大腸の内腔ががんで狭くなると“便が細く、残便感がある”といった排便異常の症状が出ます。さらに狭くなれば“腹痛”“腹満”が現れ、完全に詰まれば“腸閉塞”となります。(写真4) また、“お腹のしこり”で見つかることもあります。周囲の臓器へがんが浸潤することによって現れる症状もあります。例えば膀胱や膣に浸潤しますと、尿が濁ったりガスを含むようになり、膣から便汁の流出が見られることもあります。

しかし、このように高度に進行した大腸がんは、最近では少なくなりました。早期発見のためには、検診や定期的検査を受け



正常な腸管



写真4
狭窄を伴う
進行がん
がんが進行し腸管
が狭窄すると腹痛
や腸閉塞を起こす

早期発見のためには、 どんな検査方法があるのでしょうか

大腸がんを発見し、進行程度を診断するためには次のような検査が行われます。

①**便潜血反応**：肉眼では見えない便中の血液（潜血）の有無を、免疫学的方法（ヒト、ヘモグロビンに対する抗体を用いる）により調べる検査です。精密検査を受けるべき人を探し出すスクリーニング検査で、年間550万人以上の方が受けています。陽性になった人の3～5%の頻度で大腸がん（早期がんを含む）が発見され、大腸がんの30%以上が、この検査をきっかけに発見されています。症状のない人が毎年この検診を受けると、大腸がんで死亡するリスクが60%も低くなるとのデータもありますので、検診をお奨めします。

②**直腸指診**：医師が肛門から直腸に指を挿入して調べる、簡単な検査です。指の届く直腸しか調べられませんが、肛門近くは好発部位ですし、直腸がんがあれば、どのような手術法を選択するか判断を与えてくれる重要な検査です。

③**大腸内視鏡検査**：肛門から大腸内視鏡を挿入し、大腸をくまなく調べます。便が大腸に残っている場合は精度の高い検査はできないので、前処置が大切です。食事制限はいりませんが、当日朝に下剤を2リットル飲む必要があります。小さなポリープも発見できますし、微妙な色調の変化から、がんを発見できることもあります。また、がん

の疑いのある組織を採取することで、がんかどうかの確定診断がつけられます。ポリープがあれば同時に切除することも可能です。欠点としては、内視鏡を挿入するとき痛みを訴える人がいることですが、鎮痛剤や鎮静剤を使いますので、眠っている間に検査が終わります。しかし、大腸が長かったり癒着があると、時間を要したり、盲腸まで内視鏡が到達しないことがあります。

抗凝固剤（血を固まりにくくする薬）を服用している患者さんは、医師に申し出てください。1週間前から服用を中止するか、生検などは避けるようにします。

④**注腸造影**：肛門から大腸に空気とバリウムを注入し、X線撮影を行う検査です。盛り上がったがんやポリープの発見、狭窄の程度を調べるのに役立ちますが、大腸内視鏡検査に比べ診断精度は落ち、生検やポリープを切除することもできません。過去の

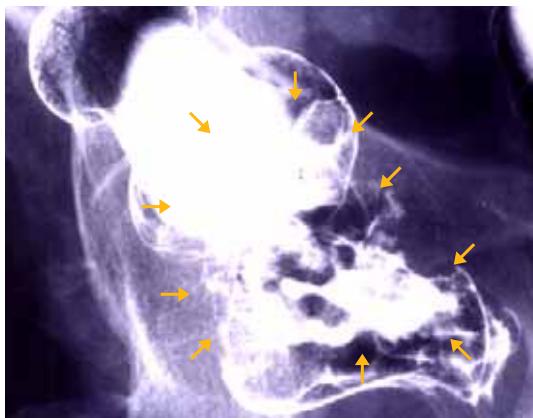


写真5 注腸（進行直腸がん）
がんにより直腸の一部が狭窄している（↑部分）

開腹手術のため癒着が強い場合や、大腸内視鏡検査が挿入不能であった場合は、注腸検査が行われます。(写真5)

⑤腫瘍マーカー：血液中のCEAといわれる腫瘍マーカーを調べます。進行大腸がんでも約半数にしか陽性反応が出ないため、この検査だけで大腸がんを発見することはできません。がんの進行度や、抗がん剤などの効果を判定するために使われます。

⑥CT検査(コンピュータ断層撮影)：大腸がんが診断されれば、次は病期(ステージ)分類を行います。これにはCT検査が有効です。X線を用い、体の輪切り写真を撮ります。肝転移、肺転移、リンパ節転移の検索、直腸がんでは周囲の臓器浸潤の検索のために行います。ヘリカルCTの出現により、肺から骨盤までが短時間に撮影できるようになりました。造影剤を注射して撮ることが多いので、造影剤にアレルギーのある人は申し出てください。(写真6、7)



写真6 ヘリカルCT

⑦MRI検査(磁気共鳴画像法)：磁気を利用した検査で、無痛ですがCTに比べ時間がかかります。CTと同じような輪状の機械に入ります。体の輪切り(横断面)だけでなく、縦断面の写真も可能です。磁気を用いる検査なので、金属やクレジットカードなどは撮影室に入る前に体からはずします。手術などで体に金属が入っていれば、あらかじめ申し出てください。

肝転移、直腸がんの膀胱や子宮などへの浸潤、骨盤内のリンパ節転移の状況の診断に適しています。(写真8)

⑧PET(positron emission tomography, 陽電子断層撮影法)：正常細胞よりがん細胞のブドウ糖代謝が盛んなことを利用し、アイソトープを静脈内に注射してがん細胞にアイソトープが集まる状態を撮影する全身検査法です。検査費用は高価ですが、無侵襲のため大腸がん診断への応用が始まっています。PETのある施設は限られています。

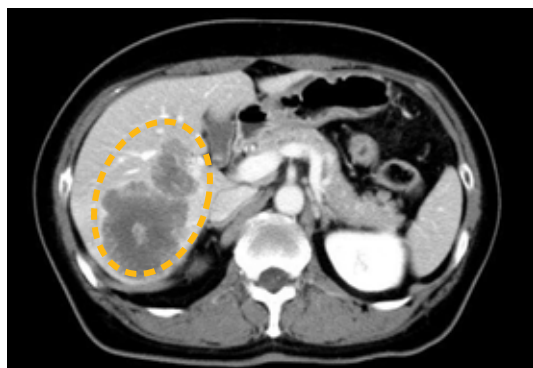


写真7 大腸がん肝転移のCT像
肝臓内に黒く見える部分が、転移したがん

すので、今後の発展が期待されます。

⑨バーチャルコロノスコーピー（仮想内視鏡）：
高速に撮像できるヘリカルCTにより得られた画像をコンピュータ処理し、立体画像として表示することが可能となりました。この原理を応用し、大腸内に空気を注入し

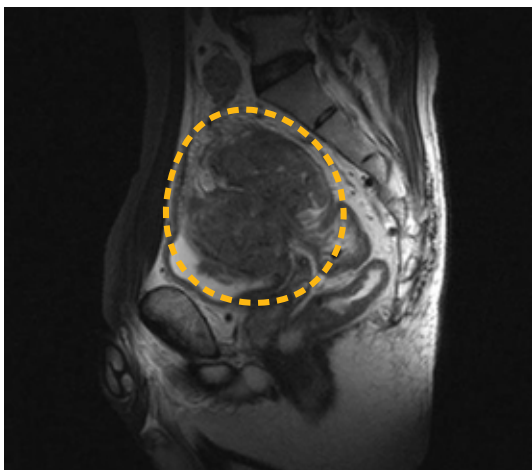


写真8 直腸がんが膀胱へ浸潤しているMRI像
がんが膀胱へ浸潤している（黒い影の部分）

た後、ヘリカルCTを撮影し立体画像化すると、あたかも大腸内視鏡検査を行ったかのような像が得られます。苦痛がないのが利点で、低侵襲の大腸がんスクリーニング法として期待されています。（写真9）

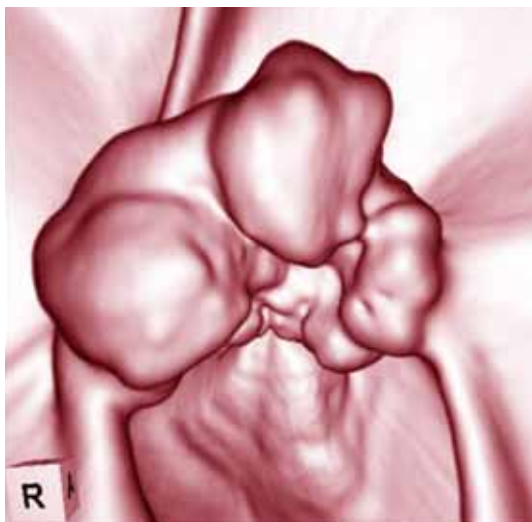


写真9 バーチャルコロノスコーピー（仮想内視鏡）
内視鏡挿入の負担なく、立体画像を得ることができる

病期分類（ステージ分類）は 治療などに役立つ大切な情報です

大腸がんは大きく“早期がん”と“進行がん”に分類されます。大腸壁の筋肉層に達していなければ早期がん、筋肉層に入るかそれを越えていれば進行がんと判定します。（図1）大腸がんを構成するがん細胞のタイプによる分類では“高分化腺がん”“中分化腺がん”“低分化腺がん”に分けられます。大腸がんの病期（ステージ）は、①深達度（大腸の壁への浸潤の程度）、②リンパ節転移の程度、③遠隔転移（肝、肺、

腹膜への転移の有無）の三つの因子により決まります。がんが大腸の壁にとどまっていればステージⅠ、大腸の壁を越えているがリンパ節転移がなければステージⅡ、リンパ節転移があればステージⅢとなり、肝臓などの離れた臓器に転移があればステージⅣとなります。

病期分類は、補助放射線化学療法の可否、術後再発発見のための検査間隔や5年生存率の参考となる大切な情報です。（図1）

図 I 早期がんと進行がん

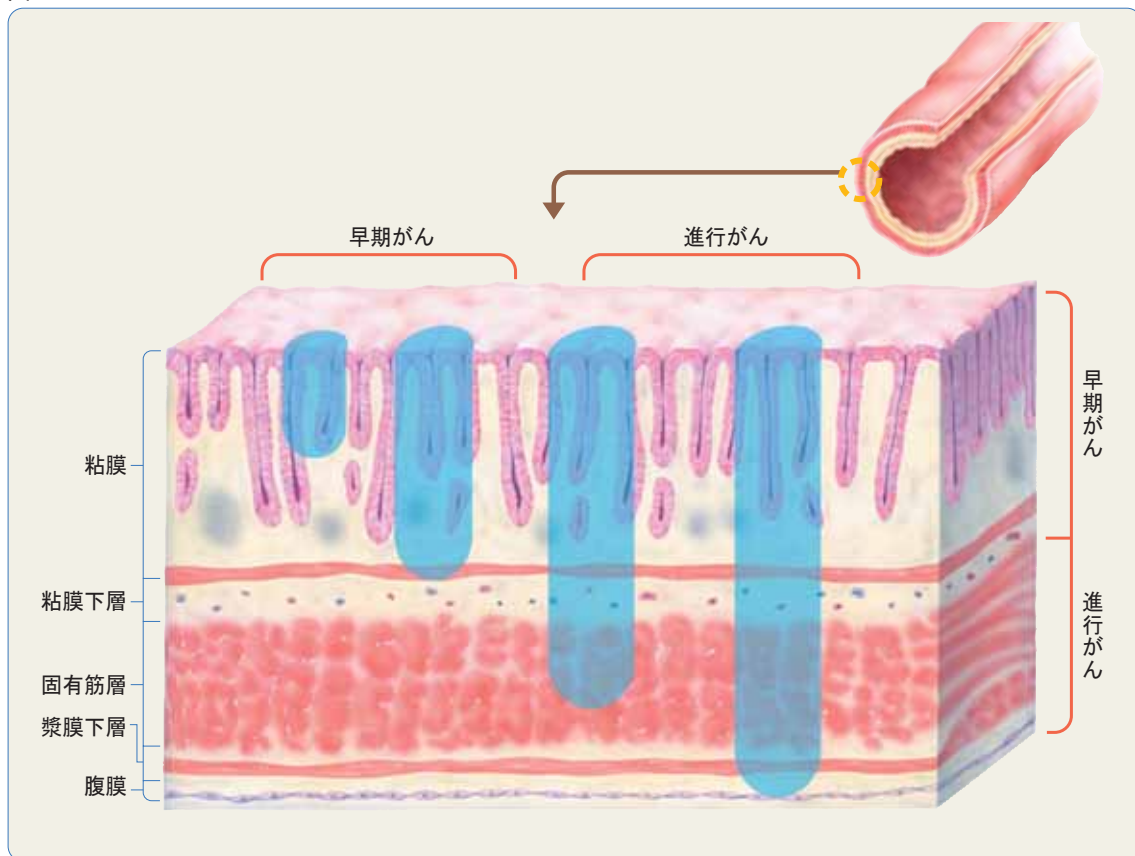


図 J 大腸がんの病期分類(ステージ分類)と5年生存率(国立がんセンターによる)

病期(ステージ)	0期	I期	II期	III期	IV期
状態	がんが粘膜内にとどまっている	がんが大腸の壁にとどまっている	がんが大腸の壁を越えているが、周りの臓器にはおよんでいない、あるいはリンパ節転移がない	がんが周りの臓器に広がっている、あるいはリンパ節転移がある	がんが遠くにある腹膜や、大腸から離れた肝臓、肺などの臓器に転移している
主な治療法	開腹しない内視鏡手術や、経肛門的局所手術で腫瘍を取り除く。それが適応できないところに来たがんに対しては、腹腔鏡手術や開腹手術を行う	開腹手術や腹腔鏡手術によって、がんを切除する	開腹手術により、がんを切除する	開腹手術によって、がんを切除する。術後の補助療法として、放射線療法や化学療法を行う	離れた臓器に転移していても、20～30%は開腹手術でがんを切除することができる。術後は放射線療法や化学療法を行う
5年生存率	ほぼ100%	90%以上	80%以上	70%以上	25% (切除例) 10% (全体)

病状に応じた、さまざまな治療法

内視鏡治療には 二つの方法があります

早期がんが対象です。①内視鏡的ポリペクトミーと②内視鏡的粘膜切除術（EMR）の二つの方法があります。前者は茎を持ったポリープが対象です。内視鏡の先端からワイヤーを出し、茎の部分を絞り込み、高周波電流を流して切除する方法です。（写真10-a、b、c、d）一方、後者は茎のない平坦な病変や低いポリープが集合した、大きな病変の切除に用いる方法です。まず粘膜の下に生理食塩水を注入して、平坦な病変を膨らませ浮き上がらせます。次にポリペクトミーの要領でワイヤーを掛け、高周波電流で焼き切ります。数センチにおよぶ大きな病変でも、この操作を繰り返すことによって切り取ることができます。（写真11-a、

b、c）病理診断のためには切除された病変をすべて回収し、病変が全部切除されているかどうかを調べます。がんの分化度、粘膜下層への浸潤程度、血管やリンパ管へのがん細胞の浸潤の有無によって、外科的治療が必要かどうか検討されます。全部取れていてもリンパ節転移のリスクがあれば、開腹手術が必要です。

内視鏡的治療では2000件に1件の割合で、出血や大腸の穿孔などの偶発症が起こることがあります。万一偶発症が起こっても、正しく処置されれば生命に危険がおよぶことはありません。しかし、偶発症は予期せず起こることを承知した上で、内視鏡的治療を受けてください。

外科治療は 機能の温存とがんの根治を図っています

①がん手術の原則：がんの手術の基本は、がんのある部分から一定の安全域を設けて、臓器の一部または全部を周囲のリンパ節とともに切り取ることです。

外科医は機能の温存とがんの根治の両立

を図った手術法を開発しています。例えば、直腸がんの手術では、周囲のリンパ節をできるだけ取り除きながら、膀胱や性機能を支配する神経を温存する“自律神経温存術”が誕生しました。



写真 10 - a
内視鏡的
ポリペクトミー 1
大腸内に隆起して
いる、平坦なポリ
ープ



写真 11 - a
内視鏡的
粘膜切除術 1
病変の範囲を確認
し、粘膜下に生理
食塩水を注入する

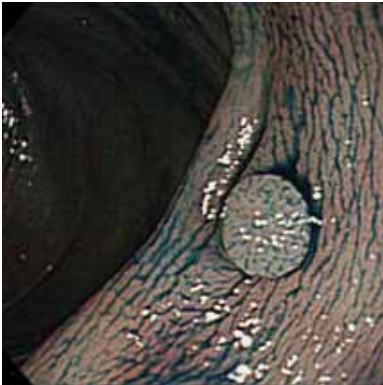


写真 10 - b
内視鏡的
ポリペクトミー 2
色素を散布し、ポ
リープの表面の様
子を観察する

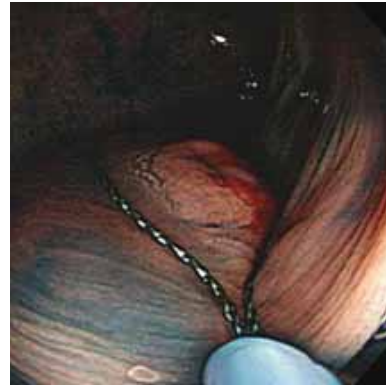


写真 11 - b
内視鏡的
粘膜切除術 2
膨らんで盛り上が
った病変に、ワイ
ヤーをかける

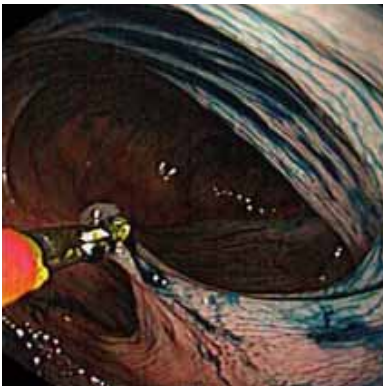


写真 10 - c
内視鏡的
ポリペクトミー 3
ワイヤーで絞り込
み、高周波電流で
焼き切る



写真 11 - c
内視鏡的
粘膜切除術 3
病変は、完全に切
除されている（↑
部分）

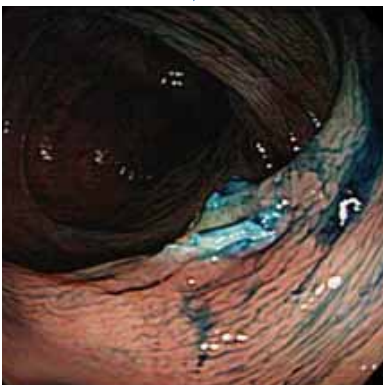


写真 10 - d
内視鏡的
ポリペクトミー 4
ポリープは完全に
取り除かれている
（終了時）

②結腸がん手術：開腹してがんの発生した部分を周囲のリンパ節とともに切除する“結腸切除術”が標準的な手術法です。結腸の周囲には血管に沿ってリンパ節があり、腸に近い位置から第1群～第3群までのグレードに分けられ、転移が疑われるグレードまで切り取ります。結腸を切除する箇所はがんの発生した部位によって異なります。

結腸がんの手術は2時間程度で終了し、手術後順調に回復すれば10日から2週間ほどで退院できます。結腸を切り取っても、特に大きな後遺症は残りません。(図K)

ふくくうきょう
 腹腔鏡を用いて大腸を切除する場合は炭酸ガスでお腹を膨らませ3～4カ所に小さな穴を開け、そこから腹腔鏡や手術器具を入れてがんを摘出します。内視鏡では取り除けない大きなポリープや早期がんに使われ、傷口が小さく患者さんへの負担が少ない手術です。しかし、開腹手術に比べて手

術時間は長くなります。

この腹腔鏡下腸切除は1990年頃始まった新しい手術法で、進行結腸がんに対して開腹手術と腹腔鏡手術との臨床比較試験が現在行われています。(写真12-a、b)

③直腸がん手術：結腸がんの手術に比べ、複雑です。直腸は長さ15センチほどで肛門に続き、深くて狭い骨盤の中にあります。また、直腸の周囲には膀胱や尿道に加え、

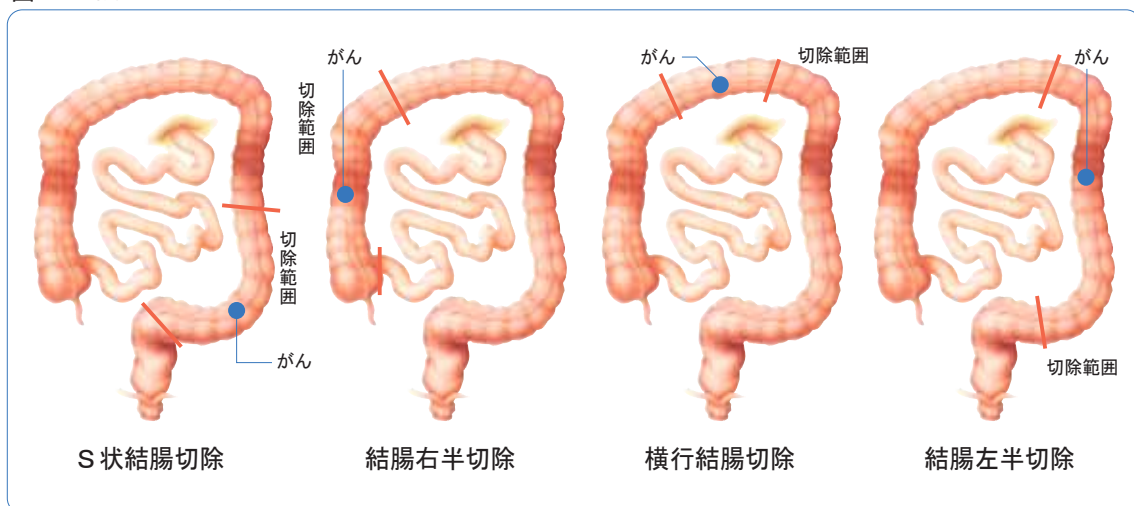


写真12-a
 腹腔鏡手術1
 手術器具を入れる小さな穴を数カ所開ける



写真12-b
 腹腔鏡手術2
 モニター映像を診ながら手術が行われる

図K 結腸がんの手術 結腸切除は、がんの発生部位に合わせておもに四つの方法がとられる



男性では前立腺、精嚢、女性では子宮、膣、卵巣があります。こうした骨盤内の臓器を支配する自律神経が、直腸に張り付くように分布しています。

かつては自律神経や肛門を切り取り、人工肛門を作る手術が主流でした。しかし、最近では手術法が進歩し、**排尿や性機能を温存する“自律神経温存術”**や、**人工肛門を作らない“肛門括約筋温存手術”**が直腸がん手術の標準となってきました。自律神経温存術とは直腸周囲に集まっている自律神経をできるだけ残しながら、がんの生じた直腸を切除する手術です。これによって手術後の排尿障害や勃起不全などの後遺症が避けられます。しかし、がんが自律神経に浸潤した場合には神経は切り取られます。

一方、肛門括約筋温存手術は肛門を残す手術法で、肛門の縁から5センチ以上離れていれば可能です。現在では直腸がん患者

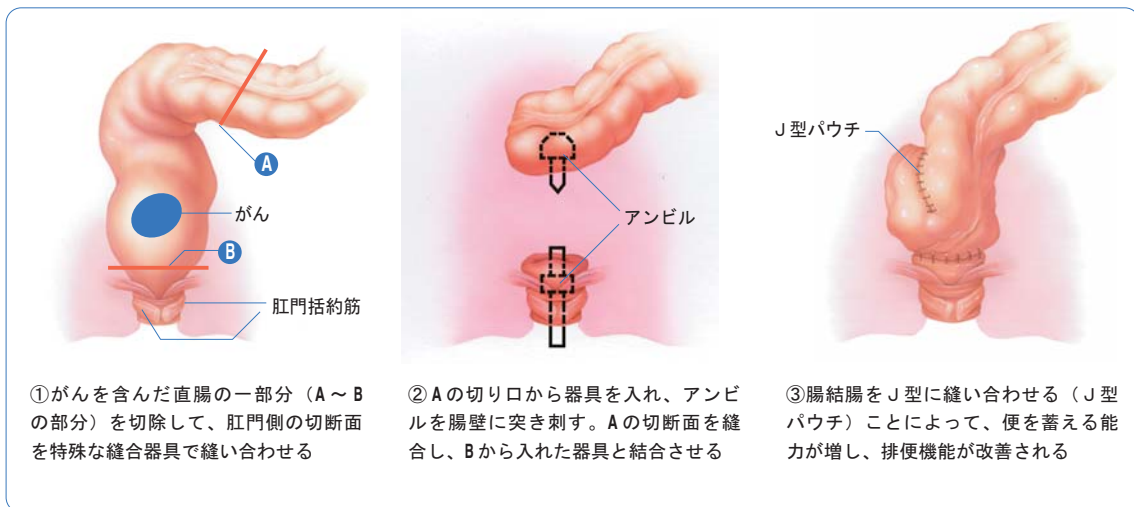
の80%以上の方がこの手術を受けておられます。術後の排便機能を良好に保つ目的で、結腸をJ型に縫い合わせ直腸とつなぐなどの工夫もされています。(図L)

ただし、肛門にできたがんや高齢者で術後の負担が大きくなるときには、人工肛門を作ります。直腸がんがもっと進み周囲の臓器に達している場合は、それらの臓器の一部ないし全部を切り取ることも必要になってきます。(写真13)



写真13 開腹手術
現在では機能や臓器を極力残す手術が標準となっている

図L 直腸がん手術(肛門括約筋温存手術)



化学療法（抗がん剤治療）では 医療者との話し合いを大切に

手術後の再発を抑えることを目的にした補助化学療法と、切除不能の転移や再発大腸がんを対象とした全身化学療法とがあり、大腸がんにも有効な抗がん剤が数種類開発されています。

現時点での標準的な補助化学療法は、抗がん剤5FUとロイコポリンの組み合わせです。ステージIIIの大腸がんに対して、再発を抑える効果と生存期間が延長することが示されています。新しい抗がん剤が開発されていますので、患者さんの参加のもとに臨床試験を行い、より有効な化学療法を確立していかなければなりません。化学療法の進歩のためには、臨床試験の推進と患者さんの協力が不可欠です。

一方、切除不能とされた転移や再発がんに対する化学療法の目標は、腫瘍の増大を遅らせ、症状を改善することです。放射線

治療と化学療法を組み合わせることで、大きな治療効果が期待できます。

しかしながら、抗がん剤はがん細胞を殺しますが、こうした作用は正常細胞にもおよぶことがあります。これが副作用です。副作用は、細胞の分裂がよく行われている部位（骨髄、消化管粘膜、毛髪を含む皮膚）に出現しやすい傾向があります。骨髄抑制が起これば、白血球減少、貧血、血小板減少が。消化管毒性が起これば、悪心、嘔吐、口内炎、下痢などが。皮膚障害が起これば、脱毛、皮膚の色素沈着などの副作用が現れます。

したがって、抗がん剤治療では医療者と患者さんが話し合い、内容を理解した上で情報を共有し、効果的な治療を行うことが大切です。

放射線治療には 二つの目的があります

主に直腸がんを対象にして、①手術前に大きながんを小さくする、手術後の再発を抑える、人工肛門を避けることなどを目的とした補助放射線療法と、②切除不能の転移や再発大腸がんの症状の軽減を目的とした緩和的放射線療法とがあります。

欧米では直腸がんに対し、補助放射線治療が積極的に行われていますが、わが国においては積極的ではありません。その理由の一つとして、適切なリンパ節郭清により局所再発率が低く、手術成績が欧米に比べ良好であることがあげられます。

治療後の社会復帰のために

規則正しい生活が機能回復のポイントです

大腸をかなり切除しても胃、小腸は手術前の状態ですので、消化や吸収の機能にまったく問題はありません。手術前と同様の食生活が可能です。しかし、食べすぎや消化の悪い食物を摂りすぎると、まれに腸閉塞になることがありますから、注意を要します。よく噛んで、規則正しい食生活をす

ることが大切です。手術で減少した体重は、数カ月で元に戻ります。肛門括約筋温存手術後は便の回数が多くなったり、逆に便秘したりします。こうした症状を完全に解消することはできませんが、規則正しい生活をするにより、徐々に日常生活に支障のない排便機能が回復してきます。

治療の後はどれぐらい通院すればよいのでしょうか

大腸がんは肝臓、肺、骨盤内に転移、再発が起こることがあります。再発の頻度はステージによって異なりますが、一般的には手術後2年間は4～5カ月おきに診察、腫瘍マーカー、肺、肝、骨盤のCT検査を行います。3年目以降は半年に一度の検査で十分で、5年間は検査を行います。

万一、転移、再発が確認されても、1カ所にとどまっている段階で発見できれば、手術することが可能です。その場合の5年生存率は35～40%です。

手術がふさわしくない再発に対しては、主に放射線治療や化学療法が行われます。

人工肛門の適切なケアで、質の高い生活を



写真14
ストーマ(人工肛門)
専門看護師による指導
で、適切なケアを

直腸がんの手術では便の排出口(ストーマ)をお腹に作るがあります。これが人工肛門です。(写真14)括約筋がありませんので、排便をコントロールすることはできません。そこで排出された便をストーマ装具で受け止め、ある程度たまってから

排出口から捨てます。ストーマ装具は3～6日に一度、交換しなければなりません。

ストーマケアは入院中に看護師から指導を受け、退院後は自分で行うこととなります。皮膚の洗浄などを含めて30分から1時間程度かかります。最初は不安を感じますが、高齢の人でも体の不自由な人でも、必ず自分でできるようになります。ケアが適切であれば人工肛門を付けていても普通

に生活ができ、臭いもしません。入浴もできますし服装が制限されることもなく、仕事はもちろんゴルフや旅行にも行けます。日本では1997年からストーマケアの指導などを専門とするWOC（ウオック）認定看護師制度ができ“ストーマ”外来を設ける病院が増えてきました。ストーマ保有者の“生活の質”向上のため、専門看護師の指導を受けることをお奨めします。

充実した生活を支援するのが緩和医療の役割です

死を目前にした末期がんの患者さんに対して行われる医療を“ターミナルケア”といいます。終末期に限らず、がんを完全に治すことが難しくなった時期からはじまるケアを“緩和ケア”と呼んでいます。いずれも、がんが引き起こす身体や心の痛みをできるだけやわらげて、患者さんやその家族が充実した生活を送れるように支援する医療です。最近では完治を目的として治療を受けている患者さんも含めた、より広い意味でのケアに対して“緩和医療”という言葉が使われます。

がんの進行に伴う疼痛や呼吸困難などの身体的苦痛をやわらげることが、緩和医療の第一の目標です。治療の基本となる薬はモルヒネです。ルールに基づいて使用すれば、約80%の患者さんの痛みを完全に取除くことができ、呼吸困難に対しても有効です。がんにかかると気持ちがひどく落ち込んだり不安になるなど、精神的ダメー

ジも受けます。このような心の苦しみを軽くするのも緩和医療の役割です。

緩和医療では薬物治療に加え、患者さん、家族、そして医療者との信頼関係も重要となります。つまり、緩和医療は“痛みや苦しみを総合的にとらえながらケアを進める、全人的医療”といえます。



参考資料

- 1 北川貴子他：日本のがん罹患の将来予測
- 2 「がんどう付き合うか」財団法人 がん研究振興財団
- 3 「がんの情報、がんの治療」垣添忠生総監修
- 4 「がん手術」垣添忠生、森谷 皓監修

おわりに

高齢化社会の到来に伴い“がん対策”は緊急の課題になっています。

なかでも増加傾向の著しい大腸がんに対する対策は重要です。

早期発見と早期治療により、成績の向上が期待できることはわかっています。

一方、進行大腸がんに対しては手術前後の補助放射線化学療法に関する

新しい治療法の一層の進歩、開発が必要です。

財団法人がん研究振興財団は、がん研究者の助成、

若手研究者や医療従事者の人材育成、国際研究交流の推進、

国民へのがんに関する正しい知識の普及と予防啓発など、

多面的な活動を展開しています。

新たな世紀を迎え、これからのがん対策は地域、国、世界的レベルから、

国民と保健医療の専門家と行政との、なお一層の力強い連携が求められています。

また、患者さんと専門家相互はいうまでもなく、ときには患者さん相互の連携、

さらにはボランティアによる支えも大きな力になるものと思われます。

おわりに、国民一人ひとりの健康と福祉の向上、

特に“がん克服”への一つの道標として少しでも役立つことを願い、

この小冊子をまとめました。

今後とも、研究の進歩や社会のニーズに応じて、

内容の見直しを図っていきたいと考えています。

全国がん(成人病)センター協議会施設リスト

(平成17年3月現在)

独立行政法人 国立病院機構北海道がんセンター	〒003-0804	札幌市白石区菊水4条2-3-54	☎011-811-9111
青森県立中央病院	〒030-8553	青森市東造道2-1-1	☎017-726-8111
岩手県立中央病院	〒020-0066	盛岡市上田1-4-1	☎019-653-1151
宮城県立がんセンター	〒981-1293	名取市愛島塩手字野田山47-1	☎022-384-3151
山形県立がん・生活習慣病センター	〒990-2292	山形市青柳1800	☎023-685-2626
茨城県立中央病院・茨城地域がんセンター	〒309-1793	西茨城郡友部町鯉淵6528	☎0296-77-1121
栃木県立がんセンター	〒320-0834	宇都宮市陽南4-9-13	☎03-3542-2511
群馬県立がんセンター	〒373-8550	太田市高林西町617-1	☎0276-38-0771
埼玉県立がんセンター	〒362-0806	北足立郡伊奈町大字小室818	☎048-722-1111
千葉県がんセンター	〒260-8717	千葉市中央区仁戸名町666-2	☎043-264-5431
国立がんセンター中央病院	〒104-0045	中央区築地5-1-1	☎03-3542-2511
国立がんセンター東病院	〒277-8577	柏市柏の葉6-5-1	☎04-7133-1111
財団法人癌研究会有明病院	〒135-8550	江東区有明3-10-6	☎03-3520-0111
東京都立駒込病院	〒113-8677	文京区本駒込3-18-22	☎03-3823-2101
神奈川県立がんセンター	〒241-0815	横浜市旭区中尾1-1-2	☎045-391-5761
新潟県立がんセンター新潟病院	〒951-8566	新潟市川岸町2-15-3	☎025-266-5111
富山県立中央病院	〒930-8550	富山市西長江2-2-78	☎076-424-1531
静岡県立静岡がんセンター	〒411-8777	駿東郡長泉町下長窪1007	☎055-989-5222
福井県立成人病センター	〒910-8526	福井市四ツ井2-8-1	☎0776-54-5151
愛知県がんセンター	〒464-8681	名古屋市千種区鹿子殿1-1	☎052-762-6111
独立行政法人 国立病院機構名古屋医療センター	〒460-0001	名古屋市中区三の丸4-1-1	☎052-951-1111
滋賀県立成人病センター	〒524-8524	守山市守山5-4-30	☎077-582-5031
大阪府立成人病センター	〒537-8511	大阪市東成区中道1-3-3	☎06-6972-1181
独立行政法人 国立病院機構大阪医療センター	〒540-0006	大阪市中央区法円坂2-1-14	☎06-6942-1331
兵庫県立成人病センター	〒673-8558	明石市北王子町13-70	☎078-929-1151
独立行政法人 国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター	〒737-0023	呉市青山町3-1	☎0823-22-3111
山口県立中央病院	〒747-8511	防府市大字大崎77	☎0835-22-4411
独立行政法人 国立病院機構四国がんセンター	〒790-0007	松山市堀之内13	☎089-932-1111
独立行政法人 国立病院機構九州がんセンター	〒811-1395	福岡市南区野多目3-1-1	☎092-541-3231
佐賀県立病院 好生館	〒840-8571	佐賀市水ヶ江1-12-9	☎0952-24-2171

全国がん(成人病)センター協議会に属しているこれらの施設は、がんの専門医が多数働いていて、がんの診断・治療及び研究に積極的に取り組んでいます。

監修／国立がんセンター 編集責任／国立がんセンター中央病院 手術部部長 森谷 亘皓
発行／財団法人 がん研究振興財団