

もっと

知ってほしい

子宮頸がんのこと

監修

婦人科悪性腫瘍研究機構（JGOG）名誉理事長
東京慈恵会医科大学教授

落合和徳

ANSWER CERVICAL CANCER

自分の病気を理解するために、担当医に質問してみましょう



治療方針を決めたり、健康管理をしたりするうえで、自分の病気の状態をよく理解しておく必要があります。次のような質問を担当医にしてみましょう。

私はどのようなタイプの子宮頸がんですか

病理検査の結果を説明してください

私のがんは、どの進行期（ステージ）ですか

がんはリンパ節やほかの場所にも広がっていますか

治療の選択肢について説明してください

この治療にはどのような利点がありますか

治療に伴う長期間の副作用にはどのようなものがありますか

この治療は日常生活（仕事、家事、育児）にどのように影響しますか

将来、妊娠や出産が可能な治療法はありますか

質問があるときや問題が起こったときは誰に電話すればよいですか

私が参加できる臨床試験はありますか

経済的な不安があるときは、どこに相談すればよいですか

私や家族が精神的なサポートを受けたいときは、どこに相談すればよいですか

私がほかに聞いておくべきことはありますか

「子宮頸がんの疑いがある」といわれたあなたへ

子宮がん検診や健康診断、人間ドックの結果から、あるいは妊娠しているかもしれないと思って産科に行ったとき、思いもかけず「子宮頸がんです」「子宮頸がんかもしれません」といわれたら、ショックを受けるのは当然のことです。

何か気になる症状があつて婦人科の診察を受けたとしても、「子宮頸がんの疑いがあります」と聞かされたら、不安でいっぱいになるはずですが。

子宮頸がんは、がん全体の中でも、また婦人科系のがんの中でも、比較的若いうちに見つかることが多く、患者さんの年齢層が幅広いという特徴があります。

結婚や出産、性生活にがんやその治療が影響することもあり、患者さんは“女性”であることと向き合つて、選択を迫られる場面が出てきます。

こうした局面をうまく乗り切るためにも、まず子宮頸がんの正しい知識を持ち、治療法について知っておきましょう。

そして、不安なとき、困ったときには、担当医やその他の専門医、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカーなどに遠慮せずに相談しましょう。パートナーとの関係に悩んだときにも医療スタッフのアドバイスが受けられる場合があります。

この冊子には、子宮頸がんの治療を中心に、知っておくと役立つことや患者さんの声を掲載しています。

この冊子が、あなたの納得できる治療につながることを願っています。



CONTENTS

子宮頸がんとは、どのような 病気 ですか	4
どのような 検査 が行われ、子宮頸がんだと確定されるのですか	5
子宮頸がんの 進行期 （ステージ）について教えてください	6
子宮頸がんでは、どのような 治療 が行われますか	8
どんな 手術 が行われ、体にはどのような変化が現れますか	10
放射線療法 はどのように行われますか	12
薬物療法（化学療法） はどのように行われますか	13
薬物療法ではどのような 副作用 がいつごろ現れますか	14
再発・転移 とは、どのような状態になることですか	16
苦痛を和らげてくれる専門家がいます	17
Patient's Voice	7、8、12、13、16

子宮頸がんとは、 どのような病気ですか

A. 子宮頸がんは、主にヒトパピローマウイルスの感染により、子宮の入口付近（頸部）にできるがんです。通常、初期は無症状ですが、進行すると不正出血が現れます。

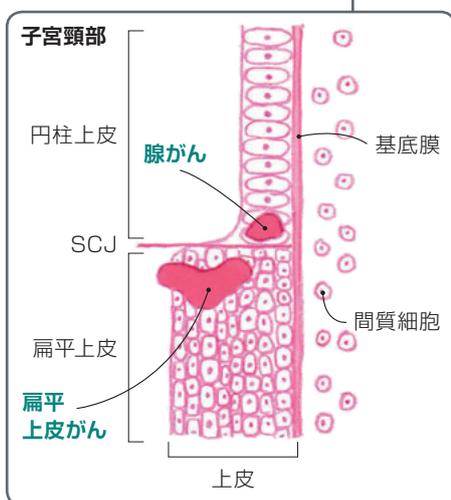
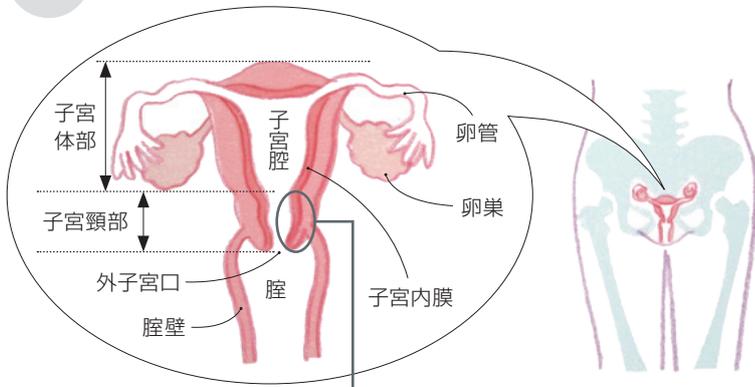


子宮は、中が空洞（子宮腔）の西洋梨のような形をしていて、胎児が宿るやや球形の体部（上方）と腔につながる細長い頸部（下方）からなります（図表1）。子宮頸がんは、子宮の入口にあたる外子宮口から頸部に発生するがんです。特に子宮頸部表面を覆う扁平上皮細胞と円柱上皮細胞（腺細胞）の境界（SCJ）付近に発生し、前者にできる扁平上皮がんと後者にできる腺がんに大別され、扁平上皮がんが約8割を占めます（図表2）。

子宮頸がんは女性なら誰でもかかる可能性のある病気、30歳代後半～40歳代に多く

みられますが、最近では、若年者で増加しています。女性特有のがんの中では乳がんに次いで第2位で20～30歳代では第1位です。発症原因の多くは、性交渉などにより女性の約8割が一生涯に一度は感染するヒトパピローマウイルス（HPV）です。このウイルスは珍しいものではなく、通常は免疫系によって自然に排除されます。子宮頸がんの発生と関係が深いとされるハイリスクHPVは約15種類あり、持続感染により、一部が異形成（前がん病変）となり、さらにその一部が5～10年の間に軽度→中等度→高度異形成を経て、がん化するといわれています（図表3）。初期にはほとんど症状がなく、進行すると不正出血（性交時、月経時以外）、悪臭を伴った赤色の帯下、下腹部痛や腰痛、下肢のむくみなどが現れます。

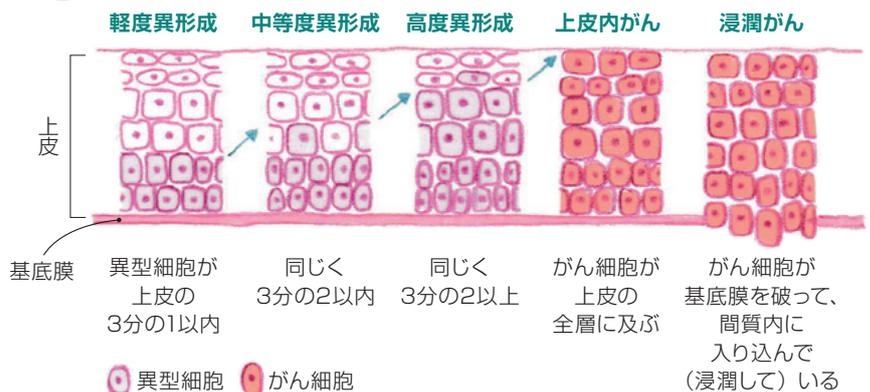
図表1 子宮の構造



図表2 子宮頸がんの種類

子宮頸がん	
扁平上皮がん	子宮頸がんの約8割
腺がん	子宮頸がんの約2割

図表3 子宮頸がんの発生、進行のイメージ



「患者さんご家族のための子宮頸がん・子宮体がん・卵巣がん治療ガイドラインの解説」日本婦人科腫瘍学会編、金原出版などを参考に作成

どのような検査が行われ、子宮頸がんだと確定されるのですか

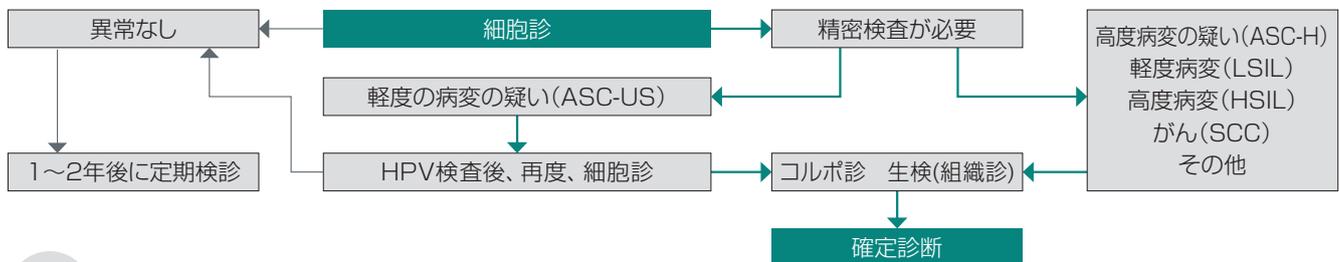
A. がん検診などでの細胞診検査 (PAPテスト) により子宮頸がんが疑われたときには、精密検査としてコルポ診 (腔拡大鏡診)、生検 (組織診) を行い、子宮頸がんか否かを確定します。また、細胞診と同時にHPV (DNA) 検査が行われることもあります。

がん検診などにおいて、子宮頸部の細胞を綿棒やブラシなどでこすり取って、正常な細胞かどうかを顕微鏡で観察する細胞診の結果、子宮頸がんが疑われたときに、精密検査が行われます (図表4)。細胞診の判定は、ベセスダシステム (図表5) に則って行われます。なお、30歳以上では、細胞診と同時にハイリスクHPVの感染有無を調べるHPV検査が行われます。30歳未満では、HPVの陽性率は高いものの、自然消滅する可能性も高いため、細胞診で異常がみられた場合にのみHPV検査が行われます。

精密検査には、①外来でコルポスコープという拡大鏡を使って子宮頸部粘膜表面を拡大し、細かい部分を観察するコルポ診と、②コルポ診時、あるいは入院して子宮頸部円錐切除術を行い、がんが疑われる部分から採取した組織の標本を顕微鏡で観察する生検があります。これらの検査の結果、子宮頸がんと確定診断されます。

日本では一般にがん検診受診者の約1%に精密検査が必要となり、うち約10%弱に子宮頸がんが発見され、その60%以上は上皮内のがんがとどまっています。

図表4 子宮頸がんの確定診断と検査の流れ



図表5 細胞診に用いられるベセスダシステム

	結果 (略語)	推定される病理診断	運用
扁平上皮系	①陰性 (NILM)	非腫瘍性所見、炎症	異常なし：定期検査
	②意義不明な異型扁平上皮細胞 (ASC-US)	軽度扁平上皮内病変の疑い	要精密検査： ①HPV検査による判定が望ましい。 ・陰性：1年後に細胞診、HPV併用検査 ・陽性：コルポ診、生検 ②HPV検査非施行 6か月以内に細胞診検査
	③HSILを除外できない異型扁平上皮細胞 (ASC-H)	高度扁平上皮内病変の疑い	要精密検査： コルポ診、生検
	④軽度扁平上皮内病変 (LSIL)	HPV感染 軽度異形成	
	⑤高度扁平上皮内病変 (HSIL)	中等度異形成 高度異形成 上皮内がん	
	⑥扁平上皮がん (SCC)	扁平上皮がん	
腺細胞系	⑦異型腺細胞 (AGC)	腺異型または腺がんの疑い	要精密検査： コルポ診、生検、頸管および 内膜細胞診または組織診
	⑧上皮内腺がん (AIS)	上皮内腺がん	要精密検査：病変検索
	⑨腺がん (Adenocarcinoma)	腺がん	
	⑩その他の悪性腫瘍	その他の悪性腫瘍	

「患者さんとご家族のための子宮頸がん・子宮体がん・卵巣がん治療ガイドラインの解説」日本婦人科腫瘍学会編、金原出版などを参考に作成

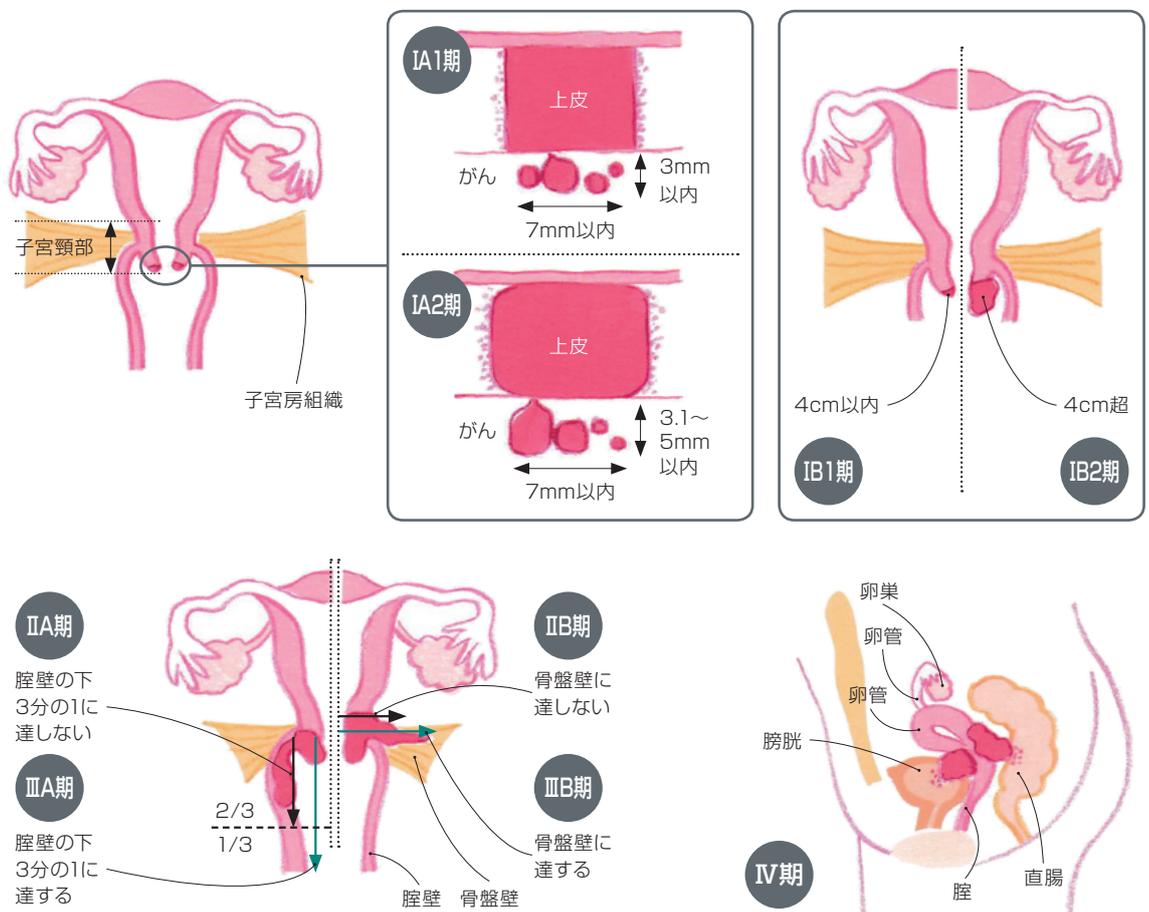
子宮頸がんの進行期(ステージ)について教えてください

A. 子宮頸がん診断後、コルポ診、膀胱鏡や直腸鏡などの検査結果、臨床所見を参考に、『新FIGO分類』に準じて進行期(ステージ)が決定されます。進行期の把握は治療方針を立てるために重要で、治療前に行われます。

子宮頸部は、表面を覆う上皮細胞(扁平上皮細胞、腺細胞)とその内側にある間質細胞からなり、両者は基底膜によって隔たれています。子宮頸がんは異形成を経て上皮細胞に発生し、しばらく上皮内にとどまっています(上皮内がん)が、徐々に基底膜を破って間質に入り込んでいきます(浸潤がん)(p.4、図表1、3)。そして、がんが大きくなると、子宮頸部を越えて腔壁や子宮を支える子宮傍組織、骨盤壁や膀胱、直腸などへ入り込み、肺などへ遠隔転移していきます(図表6)。

子宮頸がんと診断されると、次はがんの深さや広がりから、がんの進行の程度を表す進行期(ステージ)が決定されます。進行期は、治療方針を立てるために重要なもので、内診や視診、超音波検査で得られた臨床所見に加えて、コルポ診や膀胱鏡、直腸鏡、尿路造影、直腸・膀胱粘膜生検などの検査結果を参考にして総合的に判断されます。また、進行期決定の際、がんの大きさやリンパ節転移、遠隔転移などの評価が可能で、治療方針立案にも有用なCT(コンピュータ断層撮影)やMRI(磁

図表6 子宮頸がんの進行期別の広がり方



「患者さんとご家族のための子宮頸がん・子宮体がん・卵巣がん治療ガイドラインの解説」日本婦人科腫瘍学会編、金原出版などを参考に作成

気共鳴画像)、PET (陽電子放射断層撮影) などが行われることもあります。

現在、日本の進行期分類には、世界的に使われている国際産科婦人科連合 (FIGO) の『新FIGO分類』(2008年改訂) が用いられています (図表7)。同分類では、子宮頸がんをⅠ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳの4期に分け、それぞれAとBに分類し、Ⅰ期のAは病巣の深さ・広

がり、Ⅰ期BとⅡ期Aは病巣の大きさにより、さらに1と2に分けています。

なお、日本では子宮頸がん全体の約46%が上皮内がんであることから、『新FIGO分類』では2010年に削除された0期を進行期分類に残しています。子宮頸がんの進行期はほかのがんと異なり、治療前に決定し、治療後に変更しないことが原則とされています。

図表7 子宮頸がんの進行期分類

(日本産科婦人科学会2010年、FIGO2008年)

0期*1	上皮内がん (がんが上皮内にとどまっているもの)		
Ⅰ期	がんが子宮頸部にとどまっているもの (子宮体部への浸潤の有無は考慮しない)		
	ⅠA期	肉眼的に見えないがん。 間質浸潤の深さが5 mm以内で、縦軸方向への広がり7 mmを超えないもの*2	
		ⅠA1期	深さが3 mm以内で、広がり7 mmを超えないもの
		ⅠA2期	深さが3 mmを超えるが、5 mm以内で、広がり7 mmを超えないもの
	ⅠB期	肉眼的に見えるがん	
		ⅠB1期	病巣が4 cm以内のもの
ⅠB2期		病巣が4 cmを超えるもの	
Ⅱ期	がんは子宮頸部を越えて広がっているが、腔壁の下3分の1または骨盤壁には達していないもの		
	ⅡA期	腔壁に浸潤しているが、子宮傍組織 (子宮傍結合織) には浸潤していないもの	
		ⅡA1期	病巣が4 cm以内のもの
	ⅡA2期	病巣が4 cmを超えるもの	
ⅡB期	子宮傍組織に浸潤しているもの		
Ⅲ期	がんの浸潤が腔壁の下3分の1に達するもの、または骨盤壁に達するもの		
	ⅢA期	腔壁浸潤は下3分の1に達しているが、子宮傍組織浸潤が骨盤壁には達していないもの	
	ⅢB期	子宮傍組織浸潤が骨盤壁に達しているもの	
Ⅳ期	がんが膀胱や直腸の粘膜を侵すか、小骨盤腔 (恥骨と仙骨の間の空間) を越えて広がっているもの		
	ⅣA期	膀胱や直腸の粘膜に浸潤しているもの	
	ⅣB期	小骨盤腔を越えて広がっているもの	

*1 0期は2010年にFIGOの進行期分類からはすされたが、日本では患者数が多いため、『子宮頸癌治療ガイドライン』では進行期分類に残されている

*2 脈管 (血管またはリンパ管) 浸潤があっても進行期は変更しない

「患者さんとご家族のための子宮頸がん・子宮体がん・卵巣がん治療ガイドラインの解説」日本婦人科腫瘍学会編、金原出版などを参考に作成

Patient's Voice

1

子宮全摘手術をすすめられた私。進行を考えると悲しむ余裕はありませんでした

34歳のとき、不正出血をきっかけに診察を受け、子宮頸がんと告知されました。ステージⅡB期、腺がんでした。検査結果を待つ間に病気についてかなり調べたので、「やはり」という思いが強かったです。担当医から「独身のあなたには申し上げにくいのですが……」と、子宮や卵巣、リンパ節を

切除する手術をすすめられました。母や妹は「本当に子宮を取ってしまったのいいの?」「セカンドオピニオンを受けては」と心配してくれましたが、がんが進行していると推察できたので、私に悲しんでいる余裕はありませんでした。とにかく前に進まなきゃいけないと、担当医を信頼して子宮全摘手術

をし、薬物療法を受けました。。

子どもを産みたいと強く望んでいたわけではありませんが、手術後、子どもの姿を見て、なぜだか涙が出てきたこともあります。抗がん剤の治療を終えてからちょうど5年が過ぎ、ようやくひと区切りを迎えたところです。

(40歳・診断から6年目)

子宮頸がんでは、 どのような治療が行われますか

A. 子宮頸がんの治療法には、手術、放射線療法、薬物療法（化学療法）があり、それぞれ単独、あるいは組み合わせて行われます。治療法は、がんの進行期、年齢、全身状態、将来の妊娠希望の有無などを考慮して決められます。

子宮頸がんは発がんの過程（p.4、図表3）が明確で、がん検診によりがん化する前の異形成（前がん病変）の段階での発見が可能です。10年の追跡調査によると異形成のがんへの進展リスクは軽度異形成で約3%、中等度異形成で約10%、高度異形成で約21%です。軽度、中等度異形成の場合は治療をせずに定期的に経過観察し、高度異形成では治療を始めるケースが多くなります。

初期なら手術のみで子宮温存も可能

子宮頸がんでは、がんが上皮細胞内にとどまっている上皮内がん（0期）、および子宮頸部にとどまっているもののミリ単位で間質へ浸潤している微小浸潤がん（IA期）までが初期がんと呼ばれます。高度異形成を含め、ほとんどの上皮内がんは子宮を温存する子宮頸部円錐切除術により治癒します。

がんが上皮細胞を越えて広がるIA期は原則として子宮摘出が必要です。IA1期では子宮だけを摘出する単純子宮全摘出術、IA2期ではそれより少し広めに切除する準広汎子宮全摘出術＋骨盤リンパ節郭清（切除）以上の手術が推奨されています。しかし、IA期は妊娠希望が強い若年者の患者さんが多

いため、IA1期では子宮頸部円錐切除術が第1選択で、IA2期では条件を満たす場合にこの手術が考慮されることがあります（図表8）。

進行がんでは治療を組み合わせる

がんが子宮頸部の間質に浸潤しているIB期、子宮頸部を越えているが腔壁の下1/3、または骨盤壁に達していないII期までは子宮とともに周囲の組織や卵巣、膣の一部、リンパ節などを摘出する広汎子宮全摘出術が推奨されます。術後の再発リスクが高い場合や手術を行わない場合は放射線療法や同時化学放射線療法（p.12）が行われます。がんが腔壁の下1/3、または骨盤壁に達するIII期以上では一般に手術は行わず、同時化学放射線療法や放射線療法単独で治療します。遠隔転移のあるIVB期は原則として、薬物療法を行います（図表9）。

なお、腺がんは扁平上皮がん比べてリンパ節転移が多く、放射線療法や薬物療法が効きにくい、卵巣転移などが高頻度で起こるといった特徴があります。治療法は現時点では扁平上皮がんと同様ですが、IA期までで子宮を残す治療を選択した場合は、がん残存の可能性があり、より厳密な管理が行われます。

Patient's Voice

2

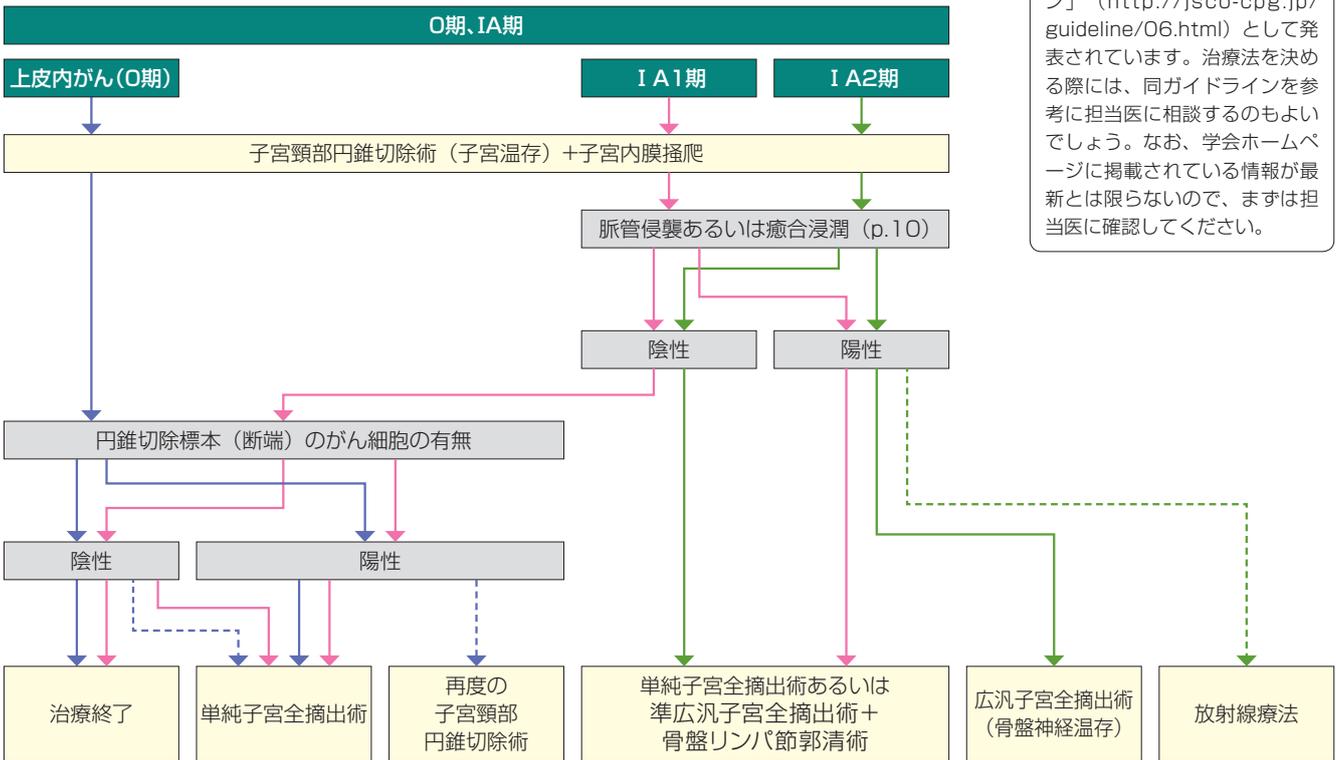
あれこれ悩まず、前向きに。夫婦で真摯に話し合うことも大切

結婚して1年の節目の検診で、子宮頸がんが0期で見つかりました。私はエステサロンを経営していて、子宮頸がんになったことを公表していました。すると、ウイルス感染という話がひとり歩きしたのか、お客様が激減しました。また、性交渉で感染する率が高いことを男性遍歴の多さと誤解する人もいました。夫婦間でも、どちらがウイ

ルスを持ち込んだのか、感染ルートを詮索してもめることがあるそうです。がんがわかったとき、私は夫と「感染ルートについて、お互いあれこれ悩むのはやめよう」と話し合うことができました。夫も理解してくれ、心の整理が早くつきました。無意味な詮索はせず、前向きに話し合うことが大切だと思います。（44歳・診断から3年目）

図表8 初期の子宮頸がんの治療の流れ (0~IA期)

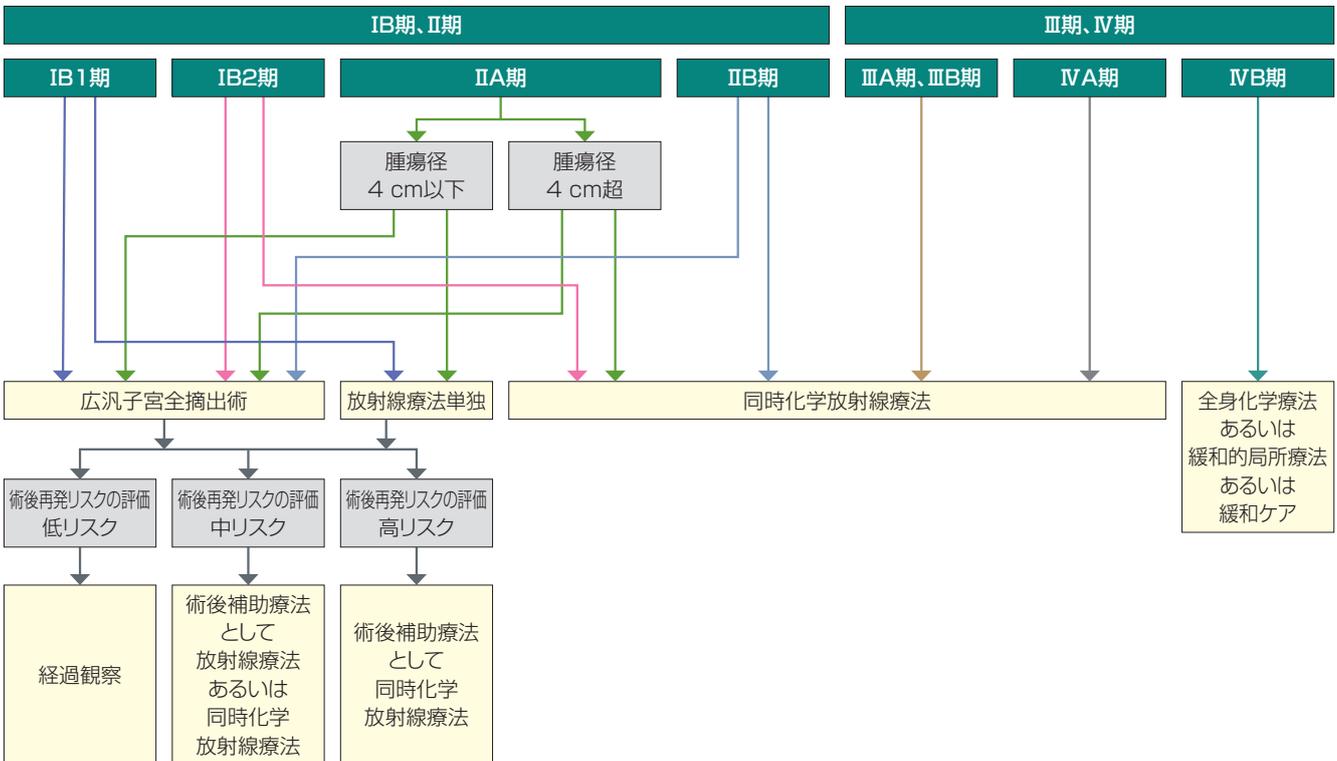
●扁平上皮がん・腺がん *腺がんの治療は扁平上皮がんの同ステージの治療とほぼ同じ



「患者さんご家族のための子宮頸がん・子宮体がん・卵巣がん治療ガイドラインの解説」日本婦人科腫瘍学会編、金原出版などを参考に作成

図表9 進行した子宮頸がんの治療の流れ (IB~IV期)

●扁平上皮がん・腺がん



*米国ではIA2期は、子宮頸部円錐切除術+子宮内膜搔爬の後、放射線療法を行う場合もある

*同時化学放射線療法は日本人女性の科学的データが少ないため、実施には十分な注意が必要とされている

「患者さんご家族のための子宮頸がん・子宮体がん・卵巣がん治療ガイドラインの解説」日本婦人科腫瘍学会編、金原出版などを参考に作成

どんな手術が行われ、体にはどのような変化が現れますか



A. 子宮頸がんの手術には、子宮頸部円錐切除術、単純子宮全摘出術、準広汎子宮全摘出術、広汎子宮全摘出術などがあり、進行期などを考慮して選択されます。

手術は、子宮頸がんの根治をめざす主要な治療法で、初期子宮頸がん（ⅠA期以下）では最も一般的な治療法です。進行子宮頸がんでもⅠB期、Ⅱ期では手術でがんを切除できると判断されるため、第1選択として手術（広汎子宮全摘出術）が推奨されています。

術式の1つを用いてがんを切除

術式には、主に以下の4つがあり（図表10）、がんの進行期に加えて、円錐切除標本（断端）におけるがん細胞の有無、がんが血管やリンパ管などに入り込んでいる脈管侵襲や癒合浸潤の有無（がんの広がり）、妊娠希望の有無などに応じて選択されます。

①**子宮頸部円錐切除術**：腔から挿入した器具（レーザーや高周波電流など）で、がんのある子宮頸部の組織を円錐状に切除します。主に生検に必要な組織を採る方法（診断）ですが、上皮内がん（0期）のほかⅠA期で切除断端が陰性で妊娠希望時には治療法にもなります。

②**単純子宮全摘出術**：開腹して（腹式）、ある

いは腔から（腔式）、子宮頸部と膀胱や直腸、尿管などの周辺臓器との間の、頸部側のギリギリのところまで切除して子宮だけを摘出する方法です。ときには、両側付属器切除術が併用され、卵巣や卵管が切除されます。

③**準広汎子宮全摘出術**：尿管を、子宮動脈と交差している地点から剥離して外へずらし、尿管と子宮頸部との間で子宮を切除する方法です。骨盤リンパ節転移の可能性が高い場合は骨盤リンパ節郭清術が併用されるほか、両側付属器切除術も同時に行われることがあります。

④**広汎子宮全摘出術**：尿管を膀胱に入るところまで剥離して、子宮のほか、腔の一部や子宮を支える基靭帯など子宮頸部の周辺組織を広く切除し、摘出すると同時に、骨盤リンパ節も郭清する方法です。両側付属器切除術が同時に行われることがあります。

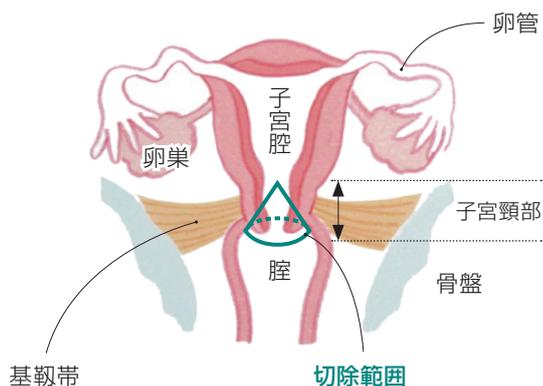
子宮頸部円錐切除術のみ妊娠可能

将来の妊娠を希望する場合に選択可能な手術は子宮頸部円錐切除術のみで、その対象は

図表10 子宮頸がんの手術の方法

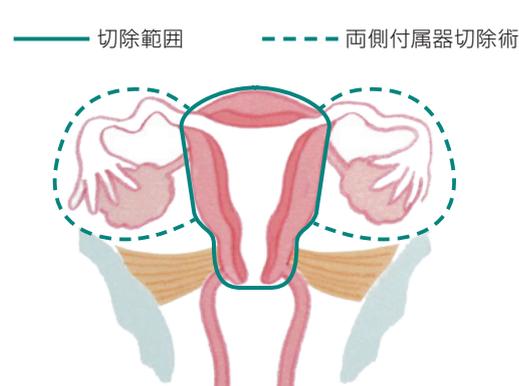
①子宮頸部円錐切除術

子宮頸部を円錐状に切除。所要時間は通常30分以内で、日帰り、または1～3日の入院で行われる。



②単純子宮全摘出術

子宮全体を摘出する。両側の卵巣や卵管を摘出する両側付属器切除術を併せて行うこともある。

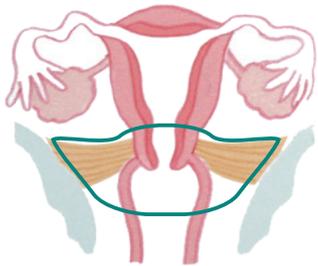


「患者さんとご家族のための子宮頸がん・子宮体がん・卵巣がん治療ガイドラインの解説」日本婦人科腫瘍学会編、金原出版などを参考に作成

上皮内がんがとどまる0期と、がんが肉眼では見えないIA期までに限られます。しかし、扁平上皮がんでも、特にIA2期や腺がんになれば、がんの取り残しによる再発リスクがあるため、単純子宮全摘出術などがすすめられます。妊娠を希望する場合は担当医や家族とともに十分に話し合い、子宮を温存したときにはきちんと通院して、再発を見逃さないように厳格に管理することが大切です。

近年、子宮の温存をめざして、広汎性子宮頸部摘出術(下図)という新しい手術がいくつかの病院で試験的に行われています。IA2期で妊娠を強く希望される場合は、担当医に相談してみてください。

■広汎性子宮頸部摘出術



子宮頸部と周辺の組織を広汎子宮全摘出術に準じて切除する。子宮体部と腔を縫合し妊娠する可能性を残す。所要時間は3~8時間、10~21日間の入院を要する。

術後に不快な症状が現れることも

手術は「切れれば終わり」ではなく、術直後は痛みのために動きが制限されます。子宮を含めて広範囲に切除した後は、直腸や膀胱の排泄を調整する神経の障害によって排便や排尿に関わる障害(便秘、尿閉*、尿漏れ)が、骨盤内や足の付け根のリンパ節郭清でリンパ節

妊娠中に子宮頸がんが見つかったら?

子宮頸がんが若い人に増えていることや、晩婚化に伴い妊娠年齢が上昇していることなどから、妊娠中にがんが発見される機会も多くなっています。妊娠中に発見された場合「妊娠合併頸がん」と呼ばれ、子宮頸がん全体のおよそ3%を占めます。妊娠中には子宮がん検診が行われるため、妊娠合併頸がんの多くは上皮内がん(0期)やIA期で発見されており、ほとんどの場合、出産することができます。

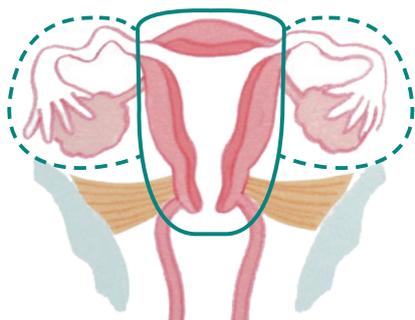
上皮内がんでは出産後まで子宮頸部円錐切除術を延期して、IA期では子宮頸部円錐切除術を行った上で、流産や早産が起こらないように十分に配慮しながら出産を待ちます。分娩は普通(経膣)分娩が基本ですが、子宮頸部円錐切除術を行うと帝王切開の可能性が高くなります。IB期以降あるいはそれ以前でも子宮摘出が必要な場合は、治療開始のタイミングやその方法、出産継続の有無などを夫婦と担当医で十分に話し合って決めます。いずれにしろ、妊娠期間中は特別な状況にあるので、胎児、母体に対する厳重な経過観察が行われます。

を取った後には、足や外陰の浮腫(むくみ)が起こります。閉経前に両側の卵巣を切除した場合は女性ホルモンの産生がなくなるため、ほてりや発汗、イライラ、頭痛などの更年期障害に似た症状を認めたり、膣からの分泌物が減少したりします。膣を切除すると性交障害が起こることもあります。これらの症状が出る時期や強さ、期間には個人差がありますが、つらい気持ちや悩み、心配事を1人で抱え込まず、対処法について担当医や看護師に相談したり、先輩患者さんと情報交換したりして上手に適應してください。

*膀胱に尿がたまっているが、排尿しようと思っても尿が出ない状態

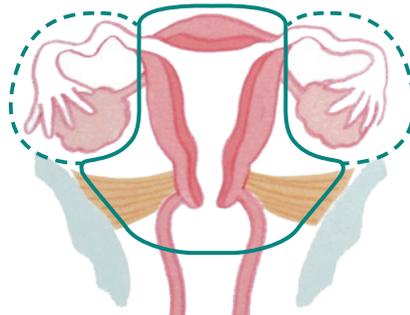
③準広汎子宮全摘出術

単純子宮摘出術より子宮頸部周囲を少し広めに切除する。所要時間は2~4時間で、7~14日間の入院が目安。両側付属器切除術を同時に行う場合もある。



④広汎子宮全摘出術

子宮と子宮を支える靱帯、膣の上部数cmを切除する。所要時間は3~8時間、10~21日間の入院を要する。両側付属器切除術を同時に行う場合もある。



放射線療法は どのように行われますか

A. 放射線療法は子宮頸がんにも有効な治療で、根治目的で、あるいは手術が適応にならない場合に、進行期に応じて単独あるいは化学療法と同時にされます。外部照射と腔内照射があり、根治目的では両者の併用が標準とされています。

放射線には、細胞の核の中にある遺伝子(DNA)を壊し、細胞の増殖を止める働きがあります。これを利用したのが放射線療法で、がん細胞のDNAを壊すことでがんを小さくします。放射線療法は子宮頸がんにも有効な治療法で、手術を行わずに根治させることを目的として、ⅠB1期、ⅡA1期では放射線療法が、ⅠB2期、ⅡA2期では、放射線療法と同時に化学療法(シスプラチン週1回、計5~6回、点滴静脈内投与)を行う同時化学放射線療法が行われることがあります。また、ⅠB期、Ⅱ期では広汎子宮全摘出術後に再発リスクが高い場合、術後補助療法として放射線療法や同時化学放射線療法を行うことがあります。Ⅲ期やⅣA期では、第1選択として同時化学放射線療法が行われます(図表9)。

外部+腔内照射をスケジュール通りに行う

照射方法には、体外から皮膚を通して放射線を照射する「外部照射」と、子宮と腔にアプリケ

ータを挿入して放射能発生源のラジオアイソトープを密封した金属カプセル(密封小線源)を送り込む「腔内(くうない)照射」があり、根治目的では両者の併用が標準です。外部照射は、子宮頸部の病変と、予防的治療で所属リンパ節領域に1日1回週5日、合計25~30回(約5~6週間)、骨盤全体の比較的広い範囲を照射します。腔内照射は週1~2回、合計3~5回、膀胱や直腸など周囲の正常な臓器への被ばくを抑えながら、子宮頸部の病変に照射します。放射線療法の治療期間は予後に大きく関わります。効果を得るには治療を休まず8週間以内に終了することが重要です。

なお、放射線療法は、手術に比べて排尿機能障害や性交障害などの合併症が軽い反面、卵巣機能を温存できず、皮膚炎や粘膜炎、だるさ、吐き気・嘔吐、直腸炎、膀胱炎などの副作用が出たり、数か月~数年後に現れる晩期合併症が現れたりします。ⅠB1期、ⅡA1期では、手術と放射線療法の根治成績がほぼ同等ですので、いずれを選択するかは担当医とよく相談してください。

Patient's Voice

3

ⅠB1期ながら子宮を温存。子どもを授かりました

子宮頸がんとわかったのは結婚して2か月目の頃です。「ⅠB1期の疑いがあるので子宮を取りましょう」と言われましたが、私はどうしても子どもがほしかったので、「残したい」と言い張りました。大学病院でたくさんの患者さんが待っている中、私は1時間も診察室を占拠して担当医と話し合いました。インターネットや本で治療法について詳しく調べていたため、疑問点はすべて質問しました。そこで担当医が、ⅠB1期でも子宮が残せるという論文があるから考えてみようと言ってくれ、子宮を温存する治療を受けることになったのです。納得できるまで話し合えてよかったと思います。

その後、経過観察中に妊娠が判明。いったん治療を中断して同じ大学病院の産科にかかり、無事に出産しました。手術でリンパ節を切除したので妊娠中はむくみが不安でしたが、弾性ストッキングなどで乗り切りました。(37歳・診断から4年目)

子宮頸がんのワクチンと検診

子宮頸がんに関しては、最近、その発症に関連が深いとされるヒトパピローマウイルス(HPV)に対するワクチンが使われるようになりました。HPVは性交渉などによって感染するため、性交渉の経験がない10代前半に静脈注射で3回にわたってワクチンを注射し、抗体を作ることで感染を防ぎます。現在のワクチンは特に原因となりやすいとされるHPV 16型とHPV 18型に対するものです。とはいえ、ワクチンの予防効果は100%ではありませんし、ワクチンを接種していない人も含めて、20歳以降は、定期的に子宮頸がん検診を受けることが推奨されます。

薬物療法(化学療法)は どのように行われますか



A. 子宮頸がんに対する薬物療法(化学療法)は、主に遠隔転移のある場合(IVB期)や再発した場合に行われます。シスプラチンを基本とした多剤併用療法が主流です。

抗がん剤は、盛んに細胞分裂を繰り返し増殖するがん細胞に作用して死滅させます。経口、あるいは血管または筋肉内に注射で投与された後、血流に乗って全身を巡り、子宮頸部を越えて広がったがんにも効果を発揮します(全身療法)。薬物療法は、がん細胞が原発部位の子宮頸部周囲にとどまらず、遠く離れた臓器に広がっている遠隔転移がん(IVB期)や、骨盤内に再発して過去に放射線療法を行っている場合や、骨盤外に再発した場合に行われます。

シスプラチンベースの多剤併用療法が有効

抗がん剤の種類としては、これまでの報告から、子宮頸がんにはシスプラチンという注射薬が最も効果が高いとされ、それと作用機序が異なる抗がん剤を同時に併用する多剤併用療法が行われています。現在、シスプラチンとパクリタキセルの併用が標準的で、カルボプラチンとパクリタキセルの組み合わせも使われるようになりました。抗がん剤は正常な細胞にも少なからず影響を及ぼすため、さまざまな副作用が現れます。特に新陳代謝の盛んな細胞である髪の毛、口や消化管の粘膜、骨髄などが影響を受けやすく、脱毛や口内炎、下痢、骨髄抑制などが起こります。抗がん剤による治療は、日常生活にがんの影響が少なく、肝臓や腎臓、骨髄などの機能に大きな問題がない患者さんが対象ですが、副作用がひどければ、治療薬の変更や治療の休止なども検討されます。治療による副作用や適切な対処法をあらかじめ知っておくことが大切です(p.14)。

Patient's Voice

4

知らなかった術後の後遺症。夫婦の性生活でつらい思いを味わうことに

手術をしても、元の体とは違うのだと実感する毎日です。まれなこたらしいのですが、術後にこれほどさまざまな問題が持っているとは。特に夫婦の性生活に関してです。私は、なぜかセックスに対して恐怖心が強くなりました。それに手術で頸部を深く切ったためか、とても痛いのです。夫に悪いと我慢するのですが、体に拒否反応が出てしまいます。イライラして夫にぶつけると今度は夫が傷ついて……。また、ようやく待望の妊娠を果たしたものの、2度とも流産してしまいました。

術後の後遺症はほかにも、排尿障害や排便障害などがあると聞きますが、なかなか人に話せるものではありません。そして、これは夫婦にずっとつきまとう問題かもしれません。後遺症については性生活のことも含めて、夫婦そろって治療前に、担当医から話を聞いたほうがいいと思います。私たちはなかなか質問できませんでしたが……。その分、2人で定期的に話をするよう心がけています。

(44歳・診断から3年目)

セカンドオピニオンとは?

担当医から説明された診断や治療方針に納得がいかないときや、さらに情報がほしい場合は別の医師に意見を求める方法があります。これを「セカンドオピニオン」といいます。納得のいく治療を選択するために、別の医師の意見も参考にするものなので、セカンドオピニオンの結果は担当医に必ず報告し、もう一度、治療方針についてよく話し合しましょう。

セカンドオピニオンを受けたいときは、担当医に紹介状や検査記録を用意してもらう必要があります。また、各地のがん診療連携拠点病院に設置されている相談支援センターに問い合わせると「セカンドオピニオン外来」を実施する病院の情報が得られます。なお、セカンドオピニオン外来の費用は全額自己負担になります。

薬物療法ではどのような副作用がいつごろ現れますか

A. 子宮頸がんの治療に使われる抗がん剤の副作用は薬の種類によって異なり、また、個人差が大きいのも特徴です。起こりやすい副作用を予想して、あらかじめ、あるいは症状が出始めたら早期に対応できるようになってきています。

子宮頸がんの治療では、手術や放射線療法が第1選択になることが多く、薬物療法はその後の選択肢、あるいは放射線療法との組み合わせとして用いられることがほとんどです。使われるのはプラチン（白金）系の抗がん剤が中心です。保険適用されている抗がん剤（図表12）と、保険適用外で用いられる抗がん剤があります。

がん特有の分子を阻害して増殖を止める分子標的薬、女性ホルモンの働きをコントロールするホルモン薬は、子宮頸がんの治療には使われていません。

抗がん剤の副作用には、症状が自覚しやすいものと、自分ではわからずに検査ではじめて明らかになるものがあります。個人差が大きいことも特徴です。

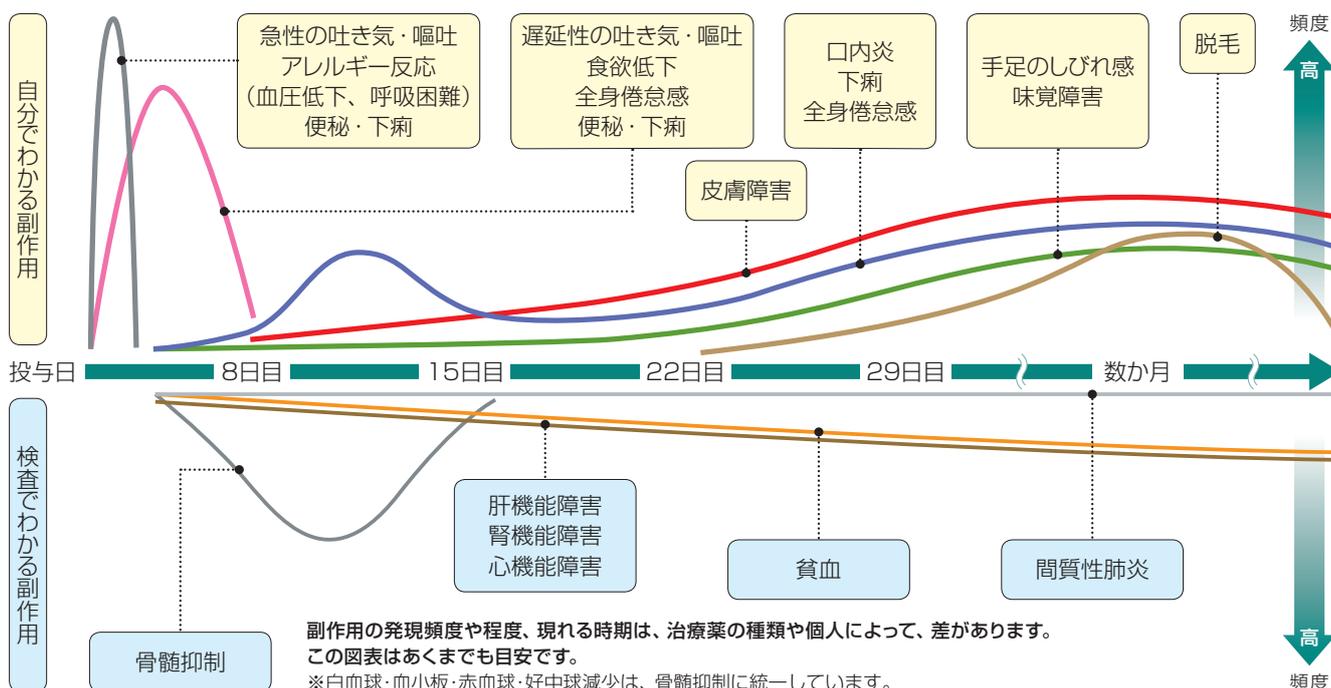
前者の代表である吐き気や嘔吐は、事前に

制吐剤（吐き気止め）を服用することでコントロールできるようになってきました。手足のしびれや痛み、腫れのような末梢神経症状や手足症候群は早めの治療が必要です。図表13に対処法を示してあります。どんな副作用が起こるかをあらかじめ知っておけば、対応できることも多く、治療の中断や中止を避けられます。

後者の代表は、白血球や好中球、血小板などが減少する骨髄抑制です。抗がん剤を使い始めて1~2週間で現れ、感染や貧血のリスクが高くなるので注意が必要です。

心配なことがあれば、担当医や看護師、薬剤師に相談しましょう。特に外来化学療法を受けている人は体調の変化に備えて、緊急連絡先を把握しておきましょう。

図表11 どんな副作用がいつごろ現れるのか知っておきましょう



図表12 子宮頸がんの治療に使う抗がん剤と主な副作用

■発症頻度が比較的に高い副作用を中心に、患者さんやご家族が知っておきたい症状を掲載しています。

薬剤名	主な副作用
シスプラチン	吐き気・嘔吐、食欲不振、脱毛、聴力低下・難聴・耳鳴り、心筋梗塞、肝障害・肝機能異常、末梢神経症状（手・足などのしびれ、痛み、感覚減退）、急性腎不全、骨髄抑制、ショック、アナフィラキシー
カルボプラチン	吐き気・嘔吐、食欲不振、尋麻疹、脱毛、倦怠感、悪寒、体重減少、呼吸困難、口内炎、末梢神経症状、骨髄抑制、間質性肺炎、急性腎不全、ショック、アナフィラキシー
パクリタキセル	末梢神経症状、脱毛、筋肉痛・関節痛、吐き気・嘔吐、肝障害、腎障害、過敏症、呼吸困難が起こる場合も。
ネダプラチン	吐き気・嘔吐、食欲不振、腎障害・腎不全、肝機能異常、末梢神経症状、味覚異常、呼吸困難、排尿痛、脱毛、聴力低下・難聴、骨髄抑制、ショック、アナフィラキシー
シクロホスファミド	脱毛、間質性肺炎、肺線維症、イレウス、胃腸からの出血、心筋障害、心不全、頭痛、めまい
イホスファミド	骨髄抑制、出血性膀胱炎、排尿障害、吐き気・嘔吐、脱毛、筋肉の緊張、幻覚、錯乱、間質性肺炎、肝機能異常、腎機能異常、発疹、色素沈着、頻脈
フルオロウラシル（5-FU）	食欲不振、下痢、口内炎、吐き気・嘔吐、倦怠感、脱毛、色素沈着、浮腫、過敏症状、脱水症状、骨髄抑制
テガフル・ウラシル配合剤	食欲不振、吐き気・嘔吐、倦怠感、血尿、下痢、口内炎、頭痛、色素沈着、浮腫、過敏症、胸苦しさ、発熱、骨髄抑制
ドキシフルリジン	下痢、吐き気・嘔吐、食欲不振、腎障害、倦怠感、色素沈着、発疹、骨髄抑制、脱水症状
シタラビン	吐き気・嘔吐、食欲不振、腹痛、下痢、骨髄抑制
プレオマイシン	間質性肺炎、肺線維症、脱毛、皮膚の硬化、色素沈着、爪の変化、食欲不振、吐き気・嘔吐、口内炎、貧血、発熱、倦怠感、出血、過敏症
マイトマイシンC	胃腸障害、血尿、倦怠感、腎障害、過敏症、骨髄抑制、間質性肺炎
ビラルビシン	骨髄抑制、肝障害、食欲不振、吐き気・嘔吐、脱毛、倦怠感、頻尿、心筋障害、頻脈、不整脈、腎障害、過敏症
エトポシド	吐き気・嘔吐、食欲不振、脱毛、倦怠感、発熱、骨髄抑制、ショック、発疹、頭痛、頻脈
イリノテカン	骨髄抑制、下痢、腸炎、吐き気・嘔吐、食欲不振、腹痛、脱毛、消化管出血、イレオス、間質性肺炎、肝障害、腎障害、呼吸困難、発疹、かゆみ、末梢神経症状、頭痛、血圧低下

「今日の治療薬（2014年版）」南江堂などを参考に作成

図表13 子宮頸がんの薬物療法で現れる主な副作用と対処法

症状・副作用	対処法
吐き気・嘔吐、食欲不振	あらかじめ制吐剤（吐き気止め）を服用する。治療当日は乳製品や脂っこいものを避ける。吐き気を感じたら、冷たい水などでうがいする。食欲が少しあれば、少量ずつ何回かに分けて食べる。食べられないときにも水分をとるようにする。ただし、冷たい飲み物は避ける。香りの強い食べ物や環境は避けるほうがいい。おなかの周囲がきつくない服装をする。
下痢	整腸剤を服用する。水のような下痢が続くときには下痢止めを使う。温かい飲み物をこまめに飲み、アルコールやカフェイン、香辛料、繊維の多い食品を避ける。肛門部を清潔に保つ。ただし、洗いすぎに注意する。
倦怠感	疲れを感じたら、休息を取る。車の運転は避ける。軽い運動や家事によって倦怠感が緩和されることもある。
末梢神経症状	手足や唇のピリピリした感じ、しびれがあれば、担当医に。冷たい物を触らないようにして、温かい飲み物・食べ物をとる。スリッパ、靴下、手袋で手足を温める。ビタミン剤や漢方薬が効く場合もある。けがややけどをしても気づきにくいので、気をつける。
手足症候群	皮膚を清潔に保ち、クリームなどで保湿する。手袋や軍手、厚手の靴下で手足を保護する。きつい靴や硬い靴、密着する下着や洋服、長い時間の歩行・立位、ジョギングやエアロビクスのような足への衝撃、ねじ回し・包丁・ナイフ・シャベルでの作業、紫外線、熱いお風呂やシャワーを避ける。
脱毛	治療前に髪を短く切っておく。治療が始まったら、帽子やシャワーキャップ、ナイトキャップで髪の毛の散らばりを防ぐ。必要であれば、バンドナヤかつらを使う。洗髪時に頭皮を傷つけないように爪を切る。
骨髄抑制	血液検査でわかる。感染しやすくなるため、こまめなうがい（冷たい水は避ける）、手洗い、シャワーや入浴、起床時・食後・就寝前の歯磨きで予防する。人混みを避け、外出時はマスクを着用する。けがややけどに注意する。発熱や悪寒、排尿痛があれば、診察を受ける。鼻血や歯肉からの出血があれば診察を受ける
間質性肺炎	発熱や息苦しさ、空咳が続く場合には受診する。原因となった薬の使用を中止し、ステロイド薬などで治療する。
口内炎	治療前に歯科で口腔ケアを受けておくと悪化しにくい。歯磨きやうがいで口の中を清潔にし、保湿を心がける。香辛料の強い食べ物や熱いもの、硬いものを避ける。

国立がん研究センターがん対策情報センターがん情報サービス「化学療法全般について」などを参考に作成

こんな症状が出たときには
すぐ病院へ
連絡を！

下記のような症状が出たときには命に関わる危険性があります。
治療を受けている医療機関へ連絡しましょう。

- 38度以上の発熱・悪寒 ●呼吸困難 ●動悸や息苦しさ、空咳が続く
- 嘔吐・下痢がひどく水分もとれない

夜間・休日の緊急時の連絡先と連絡方法を担当医、看護師、薬剤師に確認しておき、電話の横などすぐわかる場所に電話番号などをメモして貼っておくと安心です。

再発・転移とは、どのような状態になることですか



A. 「再発」とは治療により肉眼的に見えなくなったがんが大きくなり、再び見えるようになることです。「転移」とは、最初の治療時でも再発時でもがんが子宮頸部以外に広がった状態です。

治療により子宮頸がんが肉眼的にいったん消失した後、①再び子宮に現れた場合、②子宮頸がんの細胞がほかの臓器に飛び、大きくなったことが生検で確認された場合、子宮頸がんの再発と判断されます。ただし、①は骨盤内局所再発で転移ではなく、②は骨盤外再発(転移)です。はじめて子宮頸がんと診断されたときに、すでにほかの臓器に腫瘍が確認されている場合も転移になります。

多くが5年以内に骨盤内再発する

子宮頸がんの場合、再発の時期は治療後5年以内が80～90%ですが、それ以降にも起こります。大半は骨盤内局所再発ですが、リンパ節や肺、肝臓、骨などに遠隔転移しやすいことがわかっています。そのため治療後1～3年目までは1～3か月ごと、5年目までは6か月ごと、6年目以降は1年ごとに定期的な診察・検査(図表14)を受けます。

骨盤内局所再発の場合、放射線療法を受けていなければ、放射線療法が試みられ、骨盤外再発では、肺や脳などの転移巣に応じた治療が行われます。いずれも根治は困難なことが多く、がんとつきあいながら生活の質を保つことが重視されるようになります。そのため、がんによる症状を和らげる全身化学療法

や緩和ケアが行われます。

なお、臨床試験に参加できる場合もあるので、担当医に実施の有無や参加の可否を聞いてみましょう。

図表14 子宮頸がんの再発・転移を早期に発見するための検査

診察	内診、直腸診、表在リンパ節の触診	
細胞学的検査	腔細胞診、子宮が残っているときには子宮頸管細胞診	
血液検査	血算	白血球数、赤血球数、血小板数、ヘモグロビン量など
	生化学	CRP、尿素窒素、クレアチニン、AST、ALT、LDHなど
	腫瘍マーカー	SCC、CA125、CEAなど
画像検査	胸部X線、経膈超音波、CT、MRI、PET-CT、ガリウムシンチグラフィ、骨シンチグラフィ	

「患者さんとご家族のための子宮頸がん・子宮体がん・卵巣がん治療ガイドラインの解説」日本婦人科腫瘍学会編、金原出版などを参考に作成

Patient's Voice

5

再発、「治療法がない」と言われて傷つきました

ⅢB期と告知され、放射線と薬物療法を受けたものの半年後に再発しました。担当医から「やれることはもうない」と言われたとき、これほど患者を傷つける言葉はないと落ち込みました。たとえ治る見込みは低くても、治療法はあるはず。私は新しい治療を始めるところです。パートナーや仲間、家族に支えられ、穏やかな生活に幸せを感じています。(44歳・診断から2年目)

臨床試験とは?

新薬や治療法を開発する過程において人間(患者)を対象に有効性と安全性を科学的に調べるのが「臨床試験」です。臨床試験には第1相:安全性の確認、第2相:有効性・安全性の確認、第3相:標準治療との比較による有効性・安全性の総合評価の3段階があります。現在、標準治療として確立されている薬剤や治療法もかつて臨床試験が行われ、有効性や安全性が認められたものです。臨床試験への参加は未来の患者さんに貢献することにもつながっています。

体の痛みや心のつらさを我慢しないで!

苦痛を和らげてくれる 専門家がいます



知っておきたい

子宮頸がん 医学用語集

体の痛みに対するケア

がんの痛みには、治療に伴う急性痛とがんの進行に伴って現れる慢性痛があります。これらの痛みに対して、WHO（世界保健機関）は、1986年に「がん疼痛治療指針」を発表し、痛みの段階に応じた治療を示しています。

がんの痛みの治療を専門とする医師、看護師、薬剤師も増えていきますので、いつでも必要なときに遠慮せずに相談したいものです。まずは担当医や病棟看護師に痛みの強さや性質をできるだけ具体的に伝えてみましょう。

・緩和ケアチーム

一般病棟の入院患者に対して担当医や病棟看護師と協力しながらチームで痛みの治療やケアを行います。厚生労働省が定めた基本的な構成員は身体的苦痛、精神的苦痛に対応する医師各1人ずつ、看護師の合計3人です。

・緩和ケア病棟（ホスピス）

いわゆる終末期の患者さんを対象にした病棟で、体の苦痛だけでなく心のつらさや苦しさも和らげることを重要な支援として位置づけています。ときにはボランティアもチームに加わり、患者さんと家族をサポートします。

心のつらさに対するケア

「がんの疑いがある」といわれた時点から患者さんは動揺したり、不安になったり、落ち込んだり、怒りがこみ上げてきたりと、さまざまな心の葛藤に襲われます。多くの患者さんは家族や友人、医師や看護師などにつらい気持ちを打ち明けることで徐々に落ち着きを取り戻しますが、2~3割の患者さんは心の専門家（下欄）による治療が必要になるといわれています。不安や落ち込みで眠れない日が続くようなら心の専門家に相談してみましょう。

・精神腫瘍医

がん患者さんとその家族の精神的症状の治療を専門とする精神科医または心療内科医のことです。厚生労働省や日本サイコオンコロジー学会を中心に精神腫瘍医の育成や研修が行われています。

・リエゾンナース

患者さんの心のケアを直接行ったり、病棟看護師に心のケアの助言をしたりする精神看護の専門ナースです。日本看護協会が認定する精神看護専門看護師もリエゾンナースとして活動しています。

・臨床心理士

臨床心理学にもとづく知識や技術を使って心の問題にアプローチする専門家のことです。がん専門病院を中心に精神腫瘍医やリエゾンナースとともに患者さんや家族の心のケアを行っています。

経済的に困ったときの対策は？

がんの治療費について困ったときは一人で抱え込まず、かかっている病院のソーシャルワーカー、または近くのがん診療連携拠点病院に設置されている相談支援センターに相談しましょう。相談支援センターでは、地域のがん患者さんからの

相談も受け付けています。

治療費の大半は公的医療保険が適用となり、患者さんの自己負担は治療費の1~3割です。さらに高額療養費制度を利用すると、一定限度額を超えた自己負担分の払い戻しが受けられます。

腫瘍

組織のかたまり。良性と悪性がある。

良性腫瘍

がんではない腫瘍のこと。無限に増殖したり、ほかの臓器に転移したりすることはない。

悪性腫瘍

がん化した腫瘍のこと。無限に増殖し、ほかの臓器に転移して生命に著しい影響を及ぼす。

組織型

細胞組織のどの部分ががん化し、どのような形（顔つき）なのかを顕微鏡で調べてタイプ分けしたもの。

転移

がん細胞がリンパ液や血液の流れに乗ってほかの臓器に移動し、そこで広がること。

リンパ節

病原菌や異物による感染と闘うための小さな豆状の器官で、免疫を担うリンパ球が集まっている。体中にあり、リンパ管でつながっている。

生検（バイオプシー）

組織を採取して、がん細胞があるかどうかを顕微鏡で調べる検査。

腫瘍マーカー

体内にがんができて、そのがん特有なタンパク質が大量につくられ血液中に出現するため、診断に有効とされる。子宮頸がんではCEA、CA125などが腫瘍マーカーとして調べられる。

子宮摘出術

子宮を切除して摘出する手術。

化学療法

薬剤（抗がん剤）を使って、がん細胞を攻撃する治療法。

放射線療法

高いエネルギーの放射線を使って、がん細胞を攻撃する治療法。

予後

病状（またはがんの状態）がどのような経過をたどるのかという見込みや予測。

もっと

私たち NPO 法人キャンサーネットジャパンが

冊子 知ってほしいシリーズを 制作・配布しているわけ

NPO 法人キャンサーネットジャパン（以下、CNJ）の活動は、患者本人に対する「告知」や「セカンドオピニオン」が一般的ではなかった1991年に、30代の若い医師が米国を代表するがん医療施設メモリアル・スローン・ケタリング・キャンサー・センターに設置されていた乳がん患者向けの冊子を持ち帰り、ボランティアの医師らにより翻訳、冊子化し、無償提供したことに始まります。

その後、乳がんに加え、多くのがん種の冊子や、米国国立がん研究所（以下、NCI）の情報の翻訳も手がけ、患者・家族向けのセミナーを開催してきました。インターネットの普及とともに、現在では、ホームページやフェイスブックといったソーシャルメディアなどを中心に、動画情報も数多く配信しています。

一方、いつでも気軽に手に取って繰り返し読める冊子が欲しいという患者からの要望と、CNJとしても単なる翻訳ではなく、日本のがん医療の現状に基づく情報を届けたいとの思いから、2011年より冊子の制作、提供を再開しました。

これまでに発刊した新シリーズの冊子は10種類を超え、発刊累計部数は約30万冊、全国のがん診療連携拠点病院での設置率は70%前後*で、多くの方に利用いただけるようになりました。

この冊子を作成するにあたっては、CNJの創設者がそうであったように、米国で患者・家族に広く利用されているNCI刊行の冊子などを参考に、患者・家族が納得して意思決定し、自分らしくがんに向き合えるよう、自らの病気や治療法を知り、学ぶことができるものを目指しました。

そして、公正で、適切な、科学的根拠に基づく正しい情報が、さらに多くの患者・家族に届くよう、この趣旨に賛同いただくさまざまな企業、団体の協力を得て、本冊子が制作・配布されることは、これまでにない新しい試みでもあります。

私たちの冊子が、今まさに治療を受けている（受けようとしている）多くの患者や家族のみなさまの手に届き、自分らしくがんに向き合うための一助となることを願っています。

※2013年 CNJ 実施 がん診療連携拠点病院アンケート調査結果より



冊子はパワーポイント形式のファイルに！
セミナーなどで医師に活用されています



がん診療連携拠点病院の相談支援センターなどに
置かれている冊子

1991年にCNJボランティア医師らによって翻訳された乳がん患者向けの冊子シリーズ

もっと

これまでに発行した 冊子 知ってほしいシリーズ



冊子は、全国のがん診療連携拠点病院の
相談支援センターへ発送しています。
病院で見かけた方は、
ぜひ手にとってご覧ください。

出版物のご紹介
QRコード



また冊子は、下記から無料でダウンロードできます。
<http://www.cancernet.jp/publish>

今後のよりよい冊子の制作のため、みなさまからのご感想・ご要望をお寄せください。 info@cancernet.jp

CancerChannel



患者・家族・支援者・医療スタッフのための
新しいがん医療情報の
カタチ。

あなたにぴったりの方法で、
さまざまなかたちのがん医療情報が
受け取れます。

サイトの閲覧は
すべて

無料

Twitterで各団体の情報をリアルタイムにお届け、
Facebookからも更新情報やイベント案内をアップ。

がん医療セミナーやがん医療情報の映像を web (Ustream や Youtube、 mediasite) から配信。
スマートフォンやタブレットからも閲覧できます。

※スマートフォンやタブレットからのUstream、Youtube閲覧には専用のアプリのインストールが必要です。

<http://www.cancerchannel.jp/>



NPO法人キャンサーネットジャパン <http://www.cancernet.jp/>

〒113-0034 東京都文京区湯島 1-10-2 御茶ノ水 K&K ビル 2F

電話：03-5840-6072 (平日10時～17時) ファックス：03-5840-6073 メールアドレス：info@cancernet.jp



ティールホワイトリボンとは？

米国をはじめとする海外では、
子宮頸がん啓発のシンボルとしてティールホワイトリボンが使われています。

この冊子は、株式会社毎日放送、アメリカンホーム保険会社、
日本ベクトン・ディッキンソン株式会社、医療サイト「アピタル」、
セコム損害保険株式会社の支援で作成しました。



●JUMP OVER CANCER <https://www.mbs.jp/joc/>



●アメリカンホーム保険会社 <http://minhos.jp/>



●日本ベクトン・ディッキンソン株式会社 <http://www.bdj.co.jp/>



●朝日新聞の医療サイト <http://apital.asahi.com>



●保険もセコム <https://www.secom-sonpo.co.jp/>

制作：NPO法人キャンサーネットジャパン



※本冊子の無断転載・複写は禁じられています。
内容を引用する際には出典を明記してください。

2015年3月作成

●子宮頸がんの治療や情報についてさらに詳しく知りたい方は
<http://www.cancernet.jp/keigan>