

もっと

知ってほしい

膀胱がんのこと

監修
済生会滋賀県病院 院長
三木恒治

ANSWER BLADDER 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
しておくことが必要です。
次のような質問を担当医に
してみましょう。

私の膀胱がんの
タイプと病期について
教えてください

病理検査の結果を
説明してください

がんはリンパ節や
ほかの臓器にも
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

治療法の目的と利点を
教えてください

治療に伴う副作用、
後遺症にはどのような
ものがありますか

治療は日常生活
(仕事、家事、趣味) に
どのように影響しますか

治療後、排尿や性生活には
影響がありますか

がんそのものによって出て
くる症状には、どのような
治療法がありますか

質問があるときや
問題が起こったときは、
誰に連絡すればよいですか

私が参加できる
臨床試験はありますか

治療にかかる費用を
教えてください

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

「膀胱がんの疑いがある」といわれたあなたへ

「膀胱がんである」「膀胱がんの疑いがある」といわれて、
あなたは驚き、何も手につかなくなっているのではないのでしょうか。

がんという診断に気が動転したり、医師の説明を理解できずに
途方に暮れたりというのは多くの患者さんが経験することです。

膀胱がんはすでに症状があっても病気が進行しているとは限りません。
たとえ進行がんだったとしても治療法があります。
納得して治療が受けられるように、まずは膀胱がんという病気、
標準的な治療法について正確な情報を集めましょう。
正確な情報を得ることが、がんに向き合う力を与えてくれるはずです。

また、膀胱という排尿にかかわる重要な臓器を治療することで
生活がどのように変わるのかが心配なのは当然です。

自分自身の病状がどうなのか、心配なこと、不安なことは
担当医や看護師、薬剤師、ソーシャルワーカーなど身近な医療スタッフに
遠慮なく相談しましょう。

この冊子を情報源の1つとして
あなたを支えてくれるご家族、ご友人と一緒にご利用ください。
そして、医療スタッフと十分コミュニケーションを取りながら
納得のいく治療を受けられることを願っています。

CONTENTS

膀胱がんとはどのような 病気 ですか	4
どのような 検査 で膀胱がんと診断されるのですか	5
病期 （ステージ）と 治療法 について教えてください	6
どのような 手術 が行われるのですか	8
膀胱を 摘出 した場合、 排尿 の方法はどうなりますか	10
薬物療法 について教えてください	12
薬物療法ではどのような 副作用 がいつごろ現れますか.....	16
再発・転移 とはどのような状態になることですか	18
苦痛を和らげてくれる専門家がいます	19
Patient's Voice	7、9、11、13、15



膀胱がんとは どのような病気ですか

A. 膀胱がんは、腎臓でつくられた尿を一時的にためておく袋である膀胱にできるがんです。血尿で発見されることが多く、
筋層非浸潤性がん、筋層浸潤性がん、転移がんなどに分けられます。

膀胱は、腎臓でつくられ腎盂、尿管を通してきた尿を一時的にためておく袋状の臓器です（図表1）。膀胱の内側は尿路上皮という粘膜で覆われており、尿の量によって伸縮しています。膀胱がんの約90%はこの尿路上皮の細胞ががん化し成長した**尿路上皮がん**です。まれですが、扁平上皮がん、腺がんなどのタイプのがんもあります。

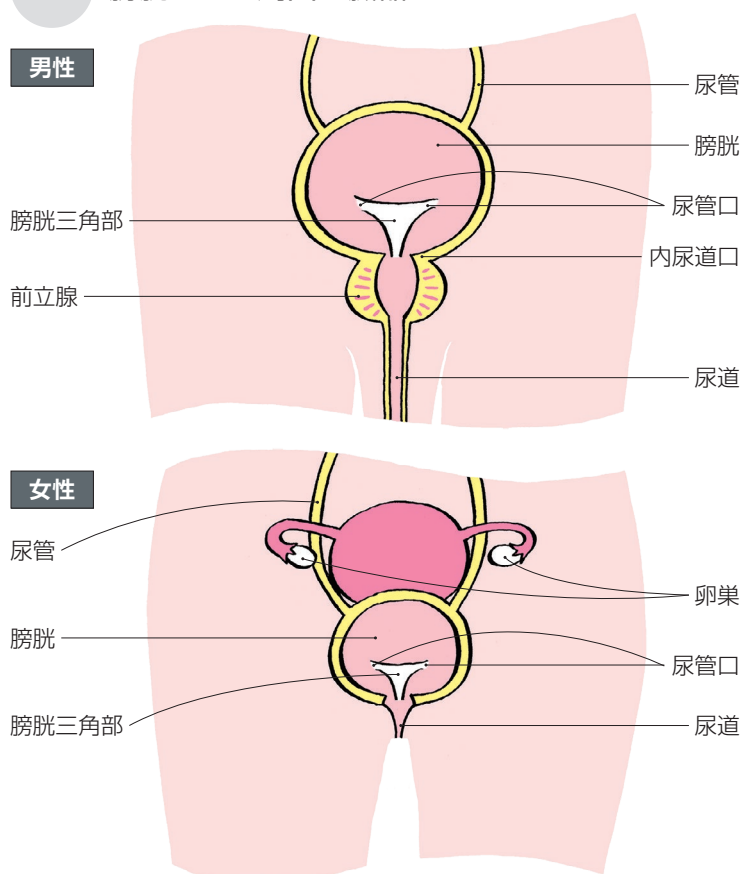
男女とも60歳以降に増え、男性のほうが多く、男性の患者数は女性の4倍です。初期症状は痛みのない血尿と、頻尿、排尿時の痛み、残尿感などの膀胱刺激症状です。

尿路上皮がんは、筋層非浸潤がん、筋層浸潤性がん（転移なし）、転移がん（筋層浸潤

がん・転移あり）に分けられます。**筋層非浸潤がん**は膀胱表面の粘膜下結合組織までのがんがとどまり、筋層には広がっていない状態です。筋層非浸潤性がんはイソギンチャクかカリフラワーのように表面がぶつぶつ盛り上がっている乳頭状の非浸潤性がんと上皮内がんに分けられます。**上皮内がん（CIS）**は、腫瘍が表面には盛り上がりせずに、粘膜の上皮に沿って悪性度の高いがん細胞が散らばった状態になっている特殊ながんです。

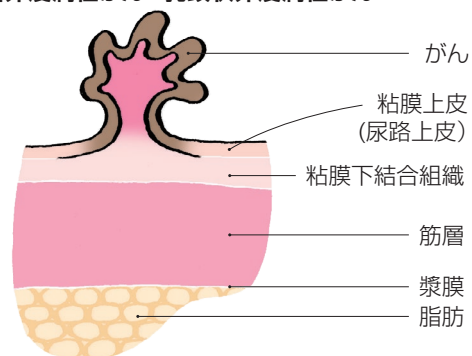
筋層浸潤性がんは、がんが筋層まで広がっており、膀胱の外側やほかの臓器にも転移しやすい性質を持っています（図表2）。また、**転移がん**はリンパ節やほかの臓器までがんが広がった状態です。

図表1 膀胱とその周囲の臓器

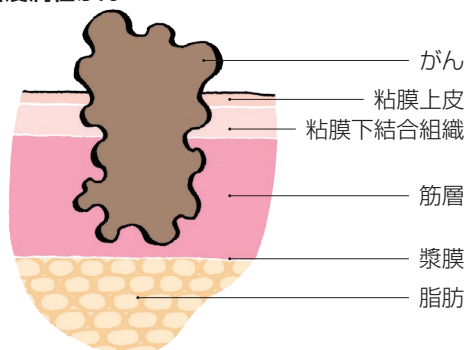


図表2 筋層非浸潤性がんと筋層浸潤性がん

■筋層非浸潤性がん・乳頭状非浸潤性がん



■筋層浸潤性がん



どのような検査で膀胱がんと診断されるのですか

A. 膀胱がんかどうかは、膀胱鏡検査、尿細胞診、超音波検査、骨盤部MRI検査で調べます。確定診断のためには、内視鏡を使って病変部の組織を採取する膀胱粘膜生検が必要です。

膀胱がんかどうかは、ほとんどの場合、膀胱鏡検査で診断できます。膀胱鏡検査とは、先端にライトと小型カメラがついた細い内視鏡を尿道の出口から膀胱へ入れ、がんの有無や位置、形、大きさを観察する検査です。

膀胱鏡検査の際には、診断の精度を上げるために、蛍光膀胱鏡による光力学診断（PDD: Photodynamic diagnosis）や狭帯域光観察（NBI: Narrow band imaging）が用いられることが多くなっています。PDDは光感受性物質を服用後、蛍光膀胱鏡で観察する方法で、がん細胞だけ赤く光って見えるので、微小な病変や平坦な病変も見つけやすくなります。NBIは、2つの短い波長を当てることで、膀胱内の毛細血管や粘膜の表面をくっきりと写し出し観察しやすくする方法です。

健康診断やほかの病気 で受けた尿検査で微量の血尿が見つかった場合には、まずは、尿中のがん細胞の有無をみる尿細胞診、超音波（エコー）検査などで血尿の原因を調べます。

また、腫瘍マーカー検査で、膀胱がんの尿の中に特徴的にみられる物質であるNMP22とBTAの有無も確認します。その数値は、がんがあっても上昇しなかったり、がんではないのに上昇したりすることがあるのでほかの検査の結果とあわせて判断します。

確定診断のためには、下半身に麻酔をかけ、膀胱鏡を使って病変部を切除する膀胱粘膜生検を行い、採取した組織を顕微鏡でみる病理組織診断が必要です。

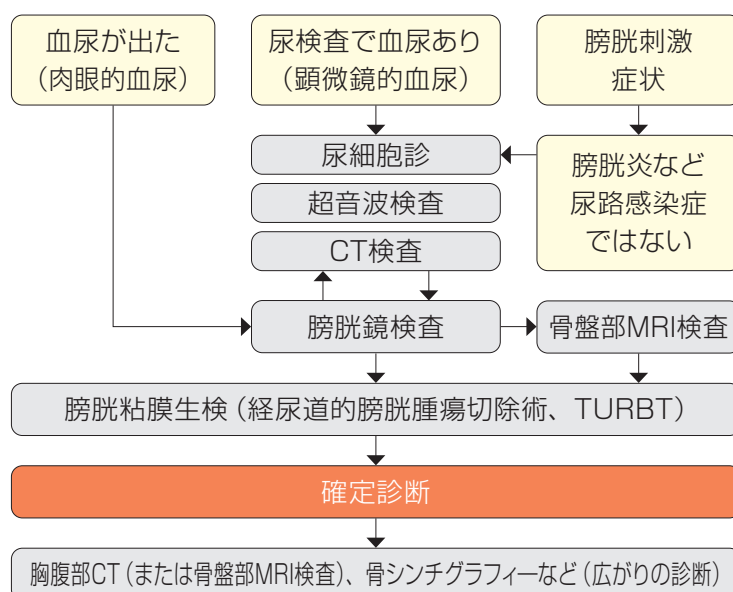
膀胱粘膜生検は、多くの場合、初期がんの治療のために行われる経尿道的膀胱腫瘍切除術（TURBT、p.8）を兼ねており、筋層非浸潤性がんであれば、ここで外科的な治療と検査が終了する場合があります（図表3）。

筋層浸潤性がんの場合には、さらに、CT検査や骨盤部MRI（磁気共鳴画像）検査、骨シンチグラフィでリンパ節やほかの臓器への転移の有無を診断します。

CT（コンピュータ断層撮影）検査は、X線を用いて体の断面図を撮影する画像検査です。膀胱がんでは、造影剤を投与するCT尿路造影（CTウログラフィ）で腎盂、尿管、膀胱という尿路全体を3次元の画像で撮影して腫瘍の位置や広がりを調べます。全身のCT検査で、ほかの臓器への転移の有無を確認する場合もあります。

なお、CT検査は、膀胱粘膜生検の前に実施することもあります。MRI検査は磁気を用いて体の断面図を撮影し、膀胱がんがどこまで広がっているか確認する画像検査です。診断の精度を上げるために、マルチパラメトリックMRI、超高磁場（3T）MRIなど高精度のMRIを用いる病院が増えています。

図表3 膀胱がんの検査と確定診断までの流れ



病期(ステージ)と治療法について教えてください

A. 膀胱がんの病期は腫瘍の深達度と広がり方、リンパ節やほかの臓器への転移の有無によって、Oa/Ois～Ⅳ期の6段階に分類されます。

治療法はがんの深達度や再発リスク、リンパ節かほかの臓器への転移の有無によって変わってきます。



病期(ステージ)は、がんの進行度を表し治療の見通しをみる指標です。膀胱がんの病期は、がんの深達度と膀胱の中での広がり方、周囲のリンパ節や、ほかの臓器への転移の有無によって、Oa期、Ois期、Ⅰ期、Ⅱ期、Ⅲ期、Ⅳ期の6段階に分けられます(図表4)。数字が大きくなるほど進行した状態で、Oa期とOis期、Ⅰ期は、がんが筋層まで到達していない筋層非浸潤性がんです。Ⅱ期、Ⅲ期はがんが筋層まで達している筋層浸潤性がん、Ⅳ期はがんが骨盤壁、腹壁まで到達しているか、リンパ節やほかの臓器まで広がっている転移がんです。がんの進行度とタイプは膀胱粘膜生検で採取した組織を顕微鏡でみて初めて確定します。

膀胱がんの場合には、治療方針や治療の見通し、再発の危険性などは、筋層非浸潤性が

ん、筋層浸潤性がん(転移なし)、転移がんのどれに当てはまるかによって変わってきます。ですから、治療を受けるときには、病期とともに、自分のがんの深達度を知っておくことが大切です。

治療法には、手術、放射線療法、薬物療法の3つがあります。がんの広がり方によって、手術とBCG(ウシ型弱毒結核菌)注入療法や抗がん剤治療といった薬物療法を組み合わせで行うのが標準治療です。標準治療は、国内外のたくさんの臨床試験の結果をもとに検討され、専門家の間で合意が得られている現時点で最善の治療法です。日本泌尿器科学会では、「膀胱癌診療ガイドライン」を作成して、膀胱がんの治療を標準化しています。

治療は概ね図表5のような流れで進みます。乳頭状非浸潤性がん、上皮内がんでは、まず、経尿道的膀胱腫瘍切除術と呼ばれる生検を兼ねた内視鏡治療で病巣を取り除き、その後、再発を予防するために薬物療法を行います。薬物療法の内容や頻度は、がんの深達度、再発リスク、腫瘍の数や大きさなどによって異なります。

筋層浸潤性がんは、生検を兼ねた経尿道的膀胱腫瘍切除術を行うだけではなく、膀胱全部とその周囲の臓器を切除する手術(膀胱全摘除術)が標準治療で、場合によっては、手術の前か後に全身薬物療法を行います。転移がんの場合は、基本的には全身薬物療法で進行を抑え、できるだけ今の生活を維持することを目標にします。わからないことや不安なことは担当医や看護師に相談し、納得して治療を受けるようにしましょう。

図表4 膀胱がんの病期分類

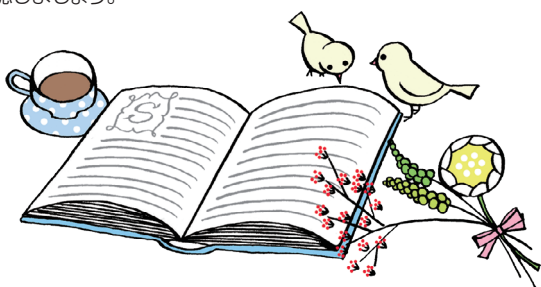
がんの深達度	がんの状態	リンパ節かほかの臓器への転移	病期
筋層非浸潤性がん	乳頭状非浸潤性がん	なし	Oa
	上皮内がん	なし	Ois
	粘膜下結合組織まで浸潤	なし	Ⅰ
筋層浸潤性がん(転移なし)	筋層まで浸潤	なし	Ⅱ
	膀胱周囲の脂肪組織に広がっている	なし	Ⅲ
	前立腺、精嚢、子宮、陰に広がっている	なし	Ⅲ
転移がん	骨盤壁、腹壁まで広がっている	なし	Ⅳ
	深達度にかかわらずリンパ節かほかの臓器に転移がある	あり	Ⅳ

「膀胱癌診療ガイドライン2019年版」日本泌尿器学会編、医学図書出版を参考に作成

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かったとき、さらに情報がほしいときには、別の医師に意見を求める「セカンドオピニオン」を利用する方法があります。セカンドオピニオンを受けたいときには、担当医に紹介状や検査記録、画像データなどを用意してもらう必要があります。ただし、まずは担当医のファーストオピニオンをしっかり聞くこと、セカンドオピニオンの内容は担当医に伝え、もう一度治療方針についてよく話し合うことが大切です。

セカンドオピニオン外来のある病院の情報は、近隣のがん診療連携拠点病院相談支援センターで得られます。予約が必要な、あるいは有料の病院も多いので、セカンドオピニオンを受ける病院には事前に受診方法と費用を確認しましょう。



Patient's Voice

1

腫瘍を切除して20年、再発するも今は日常生活に戻っています

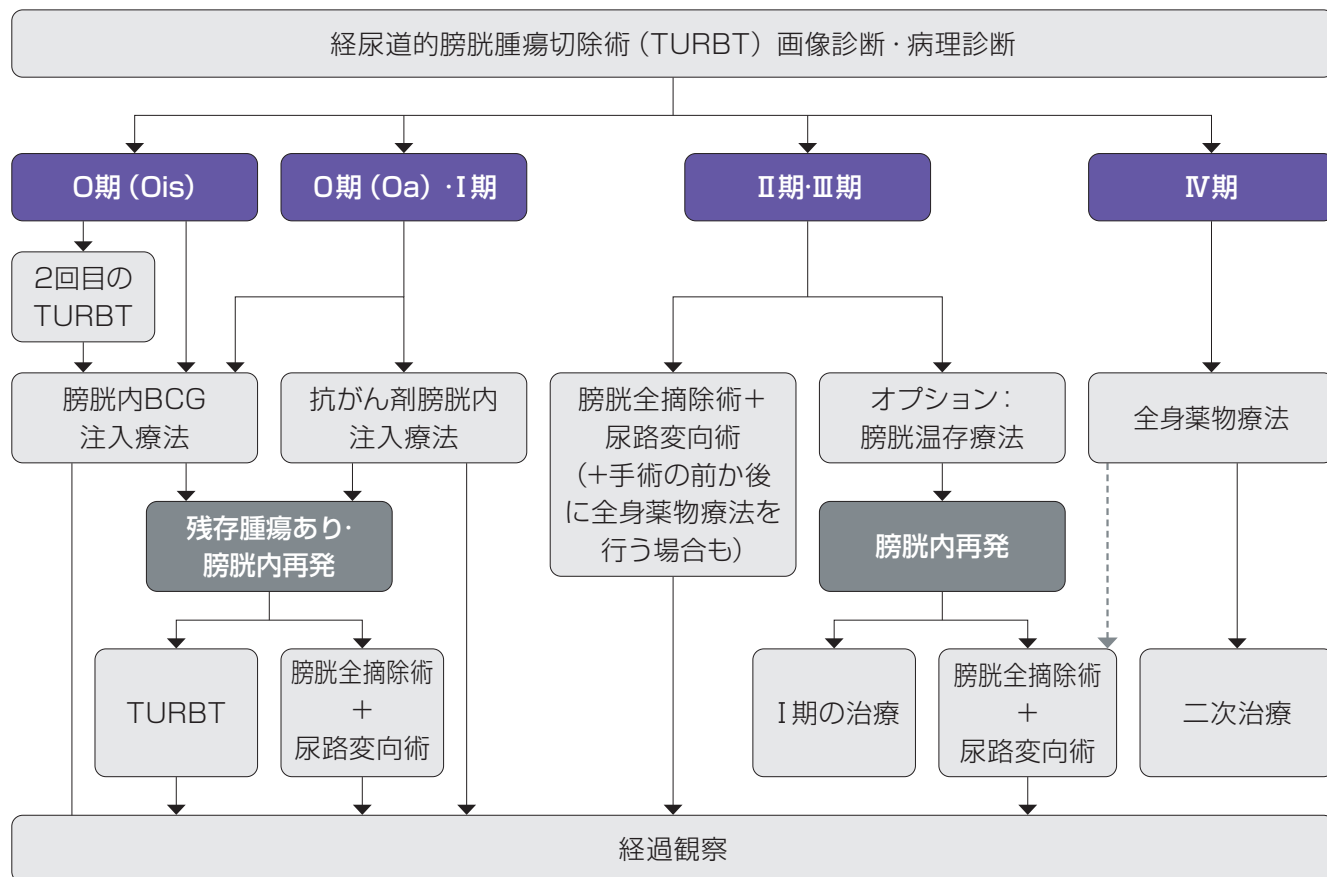
20年前、膀胱がんの腫瘍を取りましたが、その後普通の生活を送ってきて、すっかり忘れていました。先日、血尿が出たときも、最初はほかの内臓の病気を疑ったぐらいです。検査しても原因が見つからず泌尿器科へ行くと、なんと以前に手術をしてもらった担当医に再会。その日のうちにMRI、CT、超音波、内視鏡検査を受け、腫瘍が見つかりました。当時「再発があるかもしれませんよ」と言われたことを、このときになって思い出しました。手術を即決、同じ医師にみてもらえる安心感があったので迷いはありませんでした。

今回も腫瘍切除だけで済み、今は定期的に内視鏡検査をしてもらっています。

この病気をした人は、まず血尿にショックを受けるでしょう。でも恐れることはありません。私のように、普段通りの生活を送っている人がたくさんいます。早くお医者さんに行くと伝えたいですね。

(66歳男性 診断から21年目)

図表5 膀胱がんの病期と治療法



「膀胱癌診療ガイドライン2019年版」日本泌尿学会編、医学図書出版を参考に作成

どのような手術が行われるのですか

A. 筋層非浸潤性がんの場合には、膀胱鏡と高周波電気メスでがんを切除する経尿道的膀胱腫瘍切除術（TURBT）を行い膀胱は温存します。

筋層浸潤性がんは、膀胱全摘除術で膀胱と周囲のリンパ節、隣接する臓器を摘出するのが標準治療です。

●経尿道的膀胱腫瘍切除術とは

膀胱がんでは、まず全員に、経尿道的膀胱腫瘍切除術（TURBT）が行われます。TURBTは、下半身麻酔（腰椎麻酔）を行い、切除用の膀胱鏡を尿道の出口から膀胱内に挿入し、モニターでがんの場所を確認しながら高周波電気メスで病変を切除する方法です（図表6）。

病変の大きさや数にもよりますが、治療時間は30分～2時間程度で、一般的には4～5日の入院が必要です。病変部の場所によっては、足が動いてしまうことを防ぐために、足のつけ根に麻酔薬を投与する閉鎖神経ブロックを行う場合もあります。

TURBTの目的は、①膀胱内のがんを取り除く、②切除した病変を顕微鏡でみる病理検査で詳しく調べ、がんかどうか、がんであればその広がり方、タイプ、深達度を確定診断することです。TURBTは検査と治療を兼ねています（p.5）。

生検の結果、筋層非浸潤性がんであることがわかれば、開腹手術で膀胱を取り除く必要はなく、TURBTだけで外科的な治療は完了

します。ただ、病理検査の結果、さらに念入りに病変を除去する必要があると判断されたときには、再度TURBTが実施されることもあります。

TURBTは開腹手術に比べれば負担の少ない治療法ですが、出血、膀胱に小さな穴が開く、発熱などの合併症が発生するというリスクもあります。また、TURBT後は、ほぼ100%血尿が出ますし、ほとんどの人は、しばらくは排尿しにくかったり、排尿のときに痛みを感じたりします。

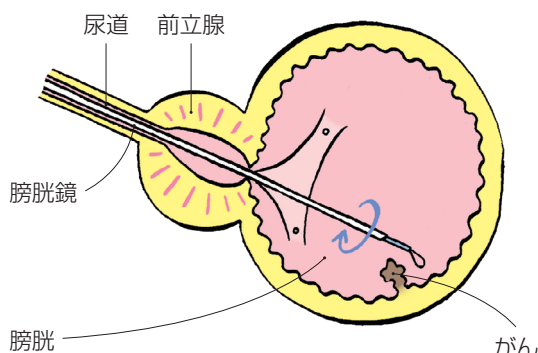
最大の利点は、TURBTだけで外科的な治療が終われば膀胱を残せることです。治療がすべて終わって1か月ぐらい経てば、排尿の状態もほぼ元通りになります。

●浸潤性がんの標準治療は膀胱全摘除術

筋層浸潤性がんの場合にはTURBTだけでは不十分であり、全身麻酔をして開腹し、骨盤内のリンパ節と膀胱をすべて摘出する膀胱全摘除術を行うのが標準治療です。膀胱に隣接している臓器にもがんが広がっている危険性があるので、男性は前立腺と精嚢、女性は子宮、場合によっては卵巣、膣の一部まで一緒に摘出します。また、尿道にもがんが広がっているときには、尿道も切除します。

膀胱全摘除術では、開腹手術に比べて患者への体の負担が少ない腹腔鏡下手術やロボット支援腹腔鏡下手術（ロボット手術）が保険適用になっています。腹腔鏡下手術は、腹部に複数の穴を開け、そこから小型カメラや手術器具を挿入して行う手術法です。ロボット手術は、手術支援ロボットを用いた腹腔鏡下手術で、拡大された3D画像を見ながら手術を進めます。ロボット手術や腹腔鏡下手術は、

図表6 経尿道的膀胱腫瘍切除術（TURBT）



「膀胱がん 受診から診断、治療、経過観察への流れ」
国立がん研究センターがん情報サービスなどを参考に作成

開腹手術に比べて手術時間は長いものの、出血量が少なく、手術後の回復が早いのがメリットとされます。

膀胱を摘出すると尿をためる袋がなくなってしまうので、膀胱全摘除術と同時に尿路変向術を受ける必要があります（p.10～11）。

膀胱全摘除術の主な合併症は、出血と腸閉塞です。出血に備えて自分の血液を取っておき、それを手術中に輸血することもあります。前立腺と直腸が癒着^{癒着}していた場合には、癒着をはがすときに直腸に穴が開くケースがあります。まれに大きな穴が開いた場合は一時的に人工肛門を造設することになりますが、症状が落ち着けば元通り排便できるようになります。

また、男性の場合は、前立腺と精嚢を摘出するので射精ができなくなります。がんの場所によっては性機能に関係する神経を温存して、勃起機能を残すことが可能な場合もあります。性機能を温存したいときには、担当医に伝えましょう。ただ、神経が温存できたとしても勃起不全（ED）になる場合があるので、過度の期待は禁物です。

●浸潤性がんの膀胱温存療法

標準治療ではありませんが、筋層浸潤性がんでも腫瘍が小さくて数が少なく、隣接臓器やリンパ節にがんが広がっていない場合は膀胱温存療法を行うことがあります。

膀胱温存療法では、まずTURBTで可能な限りがんを取り除きます。その後、足のつけ根から入れたカテーテル（管）に抗がん剤を

注入する動注化学療法と放射線療法を同時併用し、膀胱に残っているかもしれないがん細胞を叩きます。膀胱を温存できればそれに越したことはありませんが、膀胱全摘除術と同じような結果が得られるのか、はっきりとは証明されていないのが現状です。この治療を受けるかどうかは、再発の危険性もよく吟味して検討しましょう。

Patient's Voice

2

将来のリスクと今後の生活を秤にかけて 納得して手術を選択しました

数年前からおしっこが我慢できず、夜は何度も起きるようになり、年のせいかなと思っていました。近所の病院を受診していましたがよくならず、やはり大きな病院でちゃんと検査してもらうことにしたのです。

1週間の検査入院の結果、上皮内がんとわかりました。腫瘍を取ってBCGの注入をすれば70～80%の効果があるということでした。しかし私の場合、8か月後に別の場所にもがんができてしまったのです。

治療法について、詳しく説明していただけたので、膀胱を取った場合の生活への影響や、取らなかった場合のリスクも理解できました。会社を経営しているので、仕事に影響がないかが、私にとって大きな判断基準になりました。切除しても自分で排尿の処理をすれば日常生活に支障はないことを考えると、再発のリスクを残すよりもと判断し、納得して膀胱全摘除術、尿路変向術をお願いしました。

がんが見つかり、最初はしょげていましたが、手術後は暴飲暴食もなくなり健康的な生活になりましたね。事業も子どもたちに少しずつ任せるようにして、時間をつくって水彩画を始めたり美術館に通ったりしています。今は生活習慣を改めるきっかけになったと思っています。（71歳男性 診断から3年目）

膀胱がんの放射線療法

放射線療法は、がんの三大療法の1つで、がん細胞を死滅させるために高エネルギーのX線を照射する治療法です。膀胱がんでは放射線療法が行われるのは、主に、筋層浸潤性がんでは膀胱温存療法をする場合です。

患者さんの強い希望で膀胱温存療法を行う際には、膀胱に残っているかもしれないがん細胞を叩くために、薬物療法と同時併用で、体の外から膀胱とその周囲に放射線を照射します。照射する放射線

の量は病院によって異なりますが、1回1.8～2グレイ×週5回、合計60～70グレイ照射するのが一般的です。病院によっては、特殊な放射線である陽子線が治療に使われます。

また、転移がんの場合は、痛みや不快な症状を軽減するために放射線療法を活用します。膀胱痛や血尿、骨やリンパ節などへの転移の症状に対して放射線を照射すると、症状が和らぐ効果が期待できることがわかっています。



膀胱を摘出した場合、 排尿の方法はどうなりますか

A. 膀胱を摘出したときには、尿の出口と尿をためておく場所をつくる尿路変向術を受け、排尿するためのリハビリテーションを行います。尿路変向術にはいくつか種類があり、自分のライフスタイルに合わせて選ぶ必要があります。

膀胱を摘出する手術を受けた場合、新たに尿の出口をつくる尿路変向（変更）術を受ける必要があります。尿路変向術には、主に、尿の出口であるストーマを造設する**回腸導管造設術**、ストーマを造設せず新たに膀胱を再建する**自排尿型新膀胱造設術**、そして、尿管を切断して直接皮膚に縫いつける**尿管皮膚瘻造設術**という3つの方法があります。

●合併症が少ない回腸導管造設術

小腸の一部を切除し、取り出した部分に左右の尿管をつなぎ、尿を導く回腸導管をつくり、尿の出口を腹部の右側の皮膚に出す方法が回腸導管造設術（図表7）です。その出口を「ストーマ」と呼びます。利点は術式が簡単で合併症が少なく、新膀胱をつくる方法より手術時間が短くて済むことです。しかし、ストーマの先に尿をためるパウチをつけなければならない不便さがあります。また、ストーマの周囲の皮膚はかぶれやすいので清潔を保ち、こまめに手入れするストーマケアが重要です。

●外見上変わらない自排尿型新膀胱造設術

自排尿型新膀胱造設術（図表8）は切除した小腸を使って袋状の新膀胱（代用膀胱）を

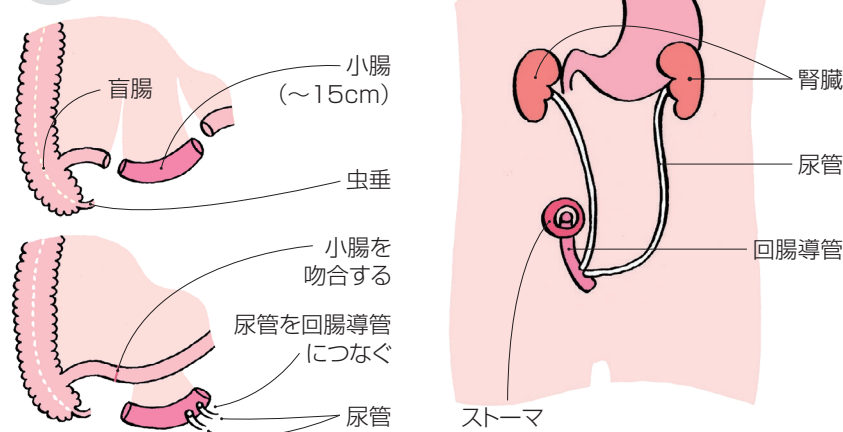
つくり、これを尿道につなぐ方法です。尿をためるパウチなどの装具をつける必要がなく、手術前と同じように尿道から尿を出すことができます。尿意は感じませんので、4～5時間に1度程度、定期的に腹圧をかけて尿を出さなければなりませんが、外見上は手術前と変わらないのが利点です。欠点は、ストーマを造設する方法に比べて手術時間が長く術式が比較的難しいことです。また、尿道を切除した人にはこの方法は使えません。腸閉塞があったり腸の手術をしたことがある人も、小腸を使って新膀胱をつくることができないので回腸導管造設術を選ぶことになります。

●負担の少ない尿管皮膚瘻造設術

尿管皮膚瘻造設術は、尿管を切断して直接皮膚に尿管を縫いつけ、尿の出口となるストーマを造設する方法です。手術方法が単純で負担の少ない方法ですが、パウチをつけなければならないことと、ストーマ合併症などのトラブルが多いのが難点です。

どの尿路変向術でも再発率に差はありません。複数の方法から選べる場合には、担当医や看護師に利点と欠点をよく聞き、自分の生

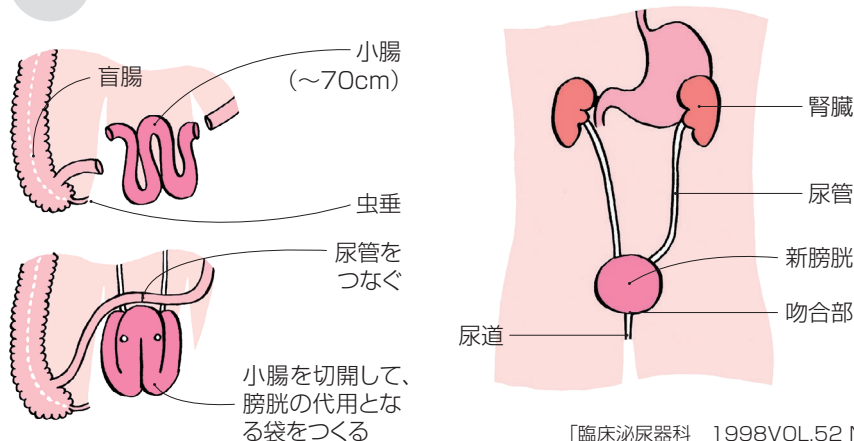
図表7 回腸導管造設術



小腸の一部を切除する。切除した小腸の片側を吻合し、左右の尿管をつないで、回腸導管をつくる。回腸導管の吻合していない側を尿の出口として、腹部の右側に出す。腹部にできた尿の出口をストーマという。

「膀胱がん 受診から診断、治療、経過観察への流れ」
国立がん研究センターがん情報サービスなどを参考に作成

図表8 自排尿型新膀胱造設術



切除した小腸(～70cm)を切開して広げ、左右の尿管をつなぎ膀胱の代用となる袋をつくる。この代用膀胱(新膀胱)に尿道をつなぐので、手術前と同様に尿道から排尿できる

「臨床泌尿器科 1998VOL.52 NO.4」医学書院などを参考に作成

活スタイルに合わせて選ぶようにしましょう。実際に尿路変向術を受けた患者さんに話を聞くのも参考になります。

●排尿リハビリを受けて退院へ

膀胱全摘除術と尿路変向術を受けたときには1か月程度の入院が必要です。手術後しばらくは造設したストーマや新膀胱にカテーテル(管)を入れて尿を出しますが、術後2～3週目くらいから、排尿リハビリを行います。

自排尿型新膀胱造設術を受けた人は、新膀胱に400mL程度尿がたまった時点で腹圧をかけて排尿するようにします。最初は新膀胱が膨らみにくいため、尿失禁がありますが、パッドを当てれば心配ありませんし、2～3か月すれば失禁も徐々になくなります。ただ、新膀胱が膨らみすぎて巨大膀胱になると、尿が残りやすくなるので尿をためすぎないように注意

します。新膀胱から腸粘液が出る場合は、自分で尿道へ管を入れ洗浄すると、不快感が軽減されます。ケアの仕方は担当医や看護師に聞いておきましょう。

回腸導管造設術などでストーマを造設した人は、入院中にストーマの洗い方や装具のつけ方の指導を受け、自分で排尿とストーマの管理ができるように練習します。退院後もストーマ外来に定期的に通い、心配なことは看護師などに相談しましょう。

ストーマを造設した人は、市区町村の福祉担当課に申請すれば身体障害者手帳が交付され、乗り物料金などの割引が受けられます。とはいえ、日常生活にはほとんど支障がないので、外出や性生活を控える必要はありません。装具をつけつつ、仕事を続けたりスポーツや海外旅行を楽しんでいる人は大勢います。

Patient's Voice

3

膀胱を全摘除しましたが、スキーやゴルフ旅行にも出かけています

診断後の説明で、命を考えたなら膀胱の全摘除が最善とはわかったのですが、取ったら生活がどう変わるのかが不安でした。自分の腸を使っておなかからおしっこを出すようにする(回腸導管造設術)と聞いて決断しました。手術入院は20日ほど。歩くと回復が早いと聞き、手術の2日後には歩き始めました。退院から1か月後にはゴルフにも行っていました。

夜は長時間用のウロバッグ(尿をためる袋)にストーマをジョイントして寝ます。ベッドで寝ていれば、袋を下げておける

ので排尿を気にする必要がありません。旅先でも洋室にしてもらうなど、多少の不自由はありますが、趣味のスキーもゴルフも今まで通り続けています。クラブハウスでの入浴は、人に嫌な感じを与えないよう、テープで体にパウチを固定するなどの処置をして、みんなと楽しんで入っています。

今は3か月に1度の定期検診だけ。自分で排尿の処理もできているので、来年は10日間の海外旅行も予定しています。

(71歳男性 診断から3年目)



薬物療法について教えてください



A. 再発リスクの高い筋層非浸潤性がんの場合には抗がん剤か膀胱内BCG注入療法を、がんがリンパ節やほかの臓器に転移している場合には、全身薬物療法を行います。転移がない病期Ⅲの人にも、再発予防のために手術の前か後に全身薬物療法を実施することがあります。

膀胱がんは、初期のがんでも再発を繰り返すことが多いので、重い合併疾患があって抗がん剤治療ができない人以外は、再発予防のために薬物療法を行う必要があります。

●筋層非浸潤性がんの薬物療法

筋層非浸潤性がんは、腫瘍の数、大きさ、再発歴の有無、深達度、上皮内がんを併発しているかどうか、異型度（グレード）によって、再発・進展リスクが異なり、リスクに応じて薬物療法を選択します。異型度とは、正常な組織や細胞と比べて形がどのくらい異なっているかを示す指標で、低異型度（low grade）と高異型度（high grade）に分類されます。

図表9の低リスク群に当てはまる場合には、

TURBT後24時間以内に1回だけアントラサイクリン系薬剤（エピルビシン、ドキソルビシン、ピラルビシン）、マイトマイシンCといった抗がん剤を膀胱内に注入します。

中リスク群の場合は、TURBT後2～3週目から週1回計6～8回程度、膀胱内に抗がん剤を注入する維持療法、あるいは膀胱内にBCGを注入する治療を外来で行います。

●膀胱内BCG注入療法

中リスク群の一部や高リスク群、上皮内がんに対しては、TURBT後に、膀胱内BCG注入療法を実施するのが標準治療です。この治療は、結核予防ワクチンであるBCGを膀胱に注入する方法です。再発リスクの高い乳頭状非浸潤性がんや上皮内がんの再発を予防す

図表9 筋層非浸潤性膀胱がん（NMIBC）のリスク分類

低リスク群	単発（腫瘍が1か所）・初発・3cm未満・Ta（乳頭状非浸潤がん）・低異型度・上皮内がんの併発なし のすべてを満たすもの
中リスク群	低リスク・高リスク以外*
高リスク群	T1（粘膜下結合組織までがんが浸潤）、高異型度、上皮内がん（併発も含む）のいずれかを含むもの
◇超高リスク群	高リスク群のうち、下記に該当するもの I) T1高異型度で、次の因子のいずれかを有するもの ①膀胱上皮内のがんまたは前立腺部尿道上皮内のがんの併発 ②多発または再発または3cm以上 ③尿路上皮がん亜型（Variant-histology）または脈管浸潤（LVI） II) BCGが効かない筋層非浸潤性膀胱がん／上皮内がん

※再発・多発・Ta・低悪性度・3cm以上のすべてを満たすものは欧州泌尿器科学会（EAU）ガイドラインでは高リスクに分類される。「膀胱癌診療ガイドライン2019年版」日本泌尿器科学会編、医学図書出版を参考に作成

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。



るために、標準的には週1回計6～8回投与します。

その結果、効果がなかった場合や膀胱内に再発した場合は、週1回計6～8回BCG注入療法が行われます。効果があつた人でも、初期治療から3か月後に週1回計3回、その後は半年に1回、週1回計3回BCGを膀胱内に注入する維持療法を行う場合があります。維持療法はがんの進行を防ぐことを目的にした治療で、中リスク群で1年間、高リスク群では3年間続けるのが標準的です。

ただ、BCG注入療法は乳頭状非浸潤性がんに対して行われる抗がん剤治療よりも副作用の強い治療です。ほかの病気で免疫力が下がっている人は結核に感染する危険があるので、この治療は行えません。また、頻尿、排尿痛など膀胱刺激症状、血尿、関節痛、腰痛、発熱、発疹といった副作用がかなり高い割合で出現します。これらは2～3日で回復することが多いのですが、まれに、重篤なアレルギー症状や炎症によって膀胱が萎縮して使えなくなる萎縮膀胱が起こるリスクもあります。

通常量のBCG投与の副作用によって生活に支障が出た人や身体機能や体力が低下した高齢者、筋層非浸潤性がんの中リスク群の場合には、薬の量を減らす低用量膀胱内BCG注入療法も選択肢の1つです。ただし、低用量のBCGでは通常量を投与した場合に比べて、再発予防効果が落ちるリスクがあります。

なお、BCG注入療法を2セット行っても、まったく効果がみられないときや超高リスク

群に対しては、膀胱全摘除術が検討されます。

●筋層浸潤性がん・（転移なし）の薬物療法

手術の前か後に、複数の抗がん剤を用いた全身薬物療法を行うことがあります。ほかの臓器への転移がない筋層浸潤性がんの薬物療法の目的は、再発を予防することです。

膀胱がんに対する全身薬物療法の第一選択は、ゲムシタビンとシスプラチンを組み合わせたGC療法です。GC療法では、1日目にゲ

Patient's Voice

4

新たに膀胱をつくり薬物療法も。 看護師さんの励ましが支えに

もともと膀胱圧が低く6年前からカテーテルを使って排尿をしていました。がんが見つかったときは膀胱と子宮体部の摘出が必要な状態。ショックでしたが、担当医が「まだ若いから」と新膀胱造設術を提案してくれました。新膀胱をつくった後は薬物療法が必要で、私は2回受けています。脱毛や吐き気があると聞き、不安だったのですが、看護師さんが「つらいときはすぐに言ってください。今はいいお薬がありますからね」と励ましてくれて心強かった。幸い自覚するような副作用は何もありませんでした。

新膀胱は当初は尿漏れがありましたが、運動することでだんだん少なくなっています。腸粘液が出るのはどうしようもありません。外出するのが億劫になることもあります。特別なリハビリが必要ないのはありがたいこと。今は車もやめてせっせと歩くようにしています。（68歳女性 診断から3年目）

ムシタビン、2日目にシスプラチン、8日目と15日目にゲムシタビンを点滴投与します。1週間休薬して28日間で1コース、計2～4コース続けます（図表10）。

以前はメトトレキサート(M)、ビンブラスチン(V)、ドキソルビシン(A)とシスプラチン(C)を併用するM-VAC療法が中心でした。海外の臨床試験で、M-VAC療法のシスプラチンの治療強度を高めたdd (dose-dense) M-VAC療法による術前薬物療法が、GC療法よりも効果が高いという結果が出たことから、dd M-VAC療法が実施されることもあります。

dd M-VAC療法は、2日間かけて4つの薬を点滴投与し、2週間で1コース、これを4コース続けます。dd M-VAC療法は、GC療法に比べて副作用が強く出やすい治療法です。そのため、副作用対策として、発熱などの症状が出る好中球減少症の治療薬であるG-CSF（顆粒球コロニー形成刺激因子）製剤を併用します。

薬物療法を手術の前と後のどちらに実施するかは、病院によって、また患者さんによって異なります。手術前の薬物療法が再発リス

クを下げることは科学的に報告されていますが、薬物療法を受けている間にがんが進行してしまうリスクもあります。術前、術後のどちらに受けるかは、その利点と欠点を考慮し、担当医とよく相談して決めることが大切です。

●膀胱温存療法の薬物療法

筋層浸潤性がんで膀胱温存療法を希望する場合には、シスプラチンなどの抗がん剤を注入する動注化学療法を放射線療法と併用します（p.9）。

●転移がんの全身薬物療法

リンパ節やほかの臓器に転移のある患者さんに対する全身薬物療法の目的は、がんの進行を抑え、できるだけ長くがんと共に生きて、これまで通りの生活続けることです。ただし、薬物療法が非常によく効き、手術で取り切れるくらい腫瘍が小さくなったときには、膀胱全摘除術を検討することもあります。

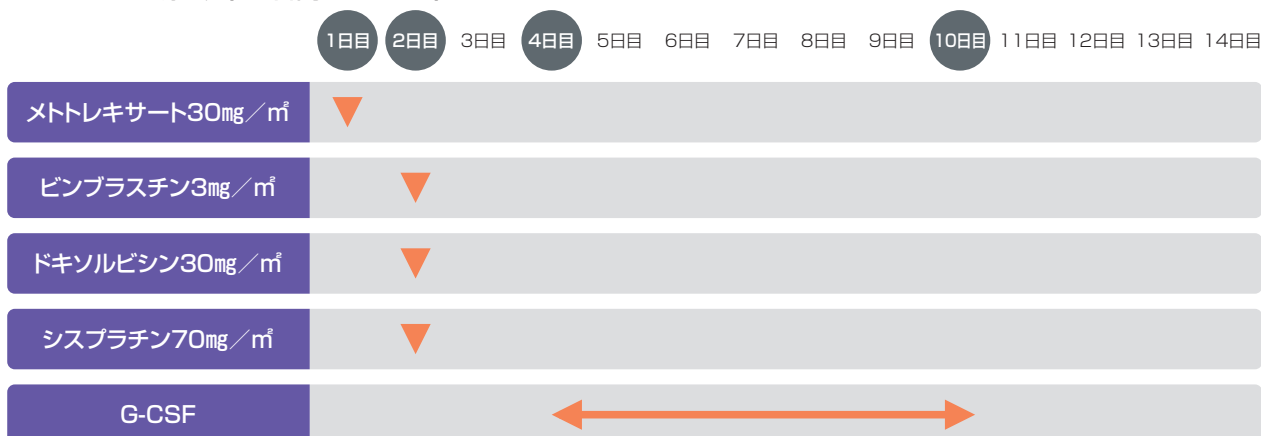
転移がんの全身薬物療法は、比較的副作用が少ないGC療法が第一選択です。また、シスプラチンの投与間隔を短くして強度を上げるdd M-VAC療法が行われることもあります。腎機能障害などでシスプラチンが使えない場合には、ゲムシタビンとカルボプラチン

図表10 主な全身薬物療法の流れ

●GC療法（28日間で1コース）



●dd M-VAC療法（14日間で1コース）



「膀胱癌診療ガイドライン2019年版」日本泌尿器科学会編、医学図書出版を参考に作成

を併用します。

尿路上皮がんで、GC療法、ゲムシタビンとカルボプラチンの併用療法などを4～6コース続けた後、がんの大きさが変わらない、あるいは縮小している場合には、免疫チェックポイント阻害薬のアベルマブによる維持療法を行います。アベルマブは、2週間に1回点滴投与します。

●転移がんの二次治療

GC療法、ゲムシタビンとカルボプラチンの併用療法などで効果がみられなかった、あるいは、アベルマブが効かなくなった場合には免疫チェックポイント阻害薬のペムブロリズマブが選択肢になります。ペムブロリズマブは、200mgを3週間に1回、点滴投与する薬です。場合によっては、400mgを6週間に1回点滴投与することもあります。

がんの大きさが変わらない、あるいは縮小した場合には、できるだけ長く治療を続け、病気になる前と同じような生活の維持を目指します。

免疫チェックポイント 阻害薬とは

人間には、ウイルスや細菌などの異物から体を守る免疫機能があります。がんは、自己と非自己を見分ける仕組みを巧みに利用して、免疫細胞からの攻撃にブレーキをかけていることが近年の研究でわかってきました。免疫チェックポイント阻害薬は、そのブレーキを解除して、免疫機能の働きを活性化させる薬です。

膀胱がんの治療に用いられる免疫チェックポイント阻害薬には、アベルマブとペムブロリズマブがあります。甲状腺機能障害、下垂体機能障害、1型糖尿病など、従来の抗がん剤とは異なる副作用が出ることもあるので注意が必要です。

さらに詳しいことが知りたい人は、『もっと知ってほしいがん免疫療法のこと』(<https://www.cancernet.jp/meneki>)を参照してください。

高齢者の薬物療法

65歳以上の患者さんに対しては、高齢者機能評価を行い、全身薬物療法で標準治療のシスプラチンを用いるかどうかを慎重に検討します。高齢者機能評価では、主に次の8項目を点数化して、標準治療が可能かどうか評価します。

①過去3か月間で食欲不振、消化器系の問題、そしゃく・嚥下困難などで食事が減少していないか、②過去3か月間の体重減少の程度、③自力

で歩けるか、④神経・精神的問題(認知症やうつ状態)の有無、⑤BMI〔体重(kg)÷{身長(m)}×身長(m)〕、⑥1日に4種類以上の処方薬を飲んでいるか、⑦同年齢の人と比べて、自分の健康状態をどう思うか、⑧年齢(80～85歳、86歳以上)。

標準治療が難しいと判断されたけれども膀胱がんの薬物療法が可能な場合には、ゲムシタビンとカルボプラチンの併用療法などを実施します。

Patient's Voice

5

再発の心配があったので、予防のためにBCG注入をしました

たまたま定期検診で尿に異常が見つかりました。血尿などの自覚症状もまったくない状態で、早期のがんでした。治療は腫瘍の切除だけ。しかし、ほっとしたのも束の間、1か月後に再発し、もう一度手術を受けました。

その後、定期的に受診しています。予防のためのBCGの注入も2回受けました。膀胱内にBCGを充満させるために2時間ほどおしっこを我慢するのが少し厳しい程度で、一般的な抗がん剤の

治療で起こるようなつらい副作用もありません。早期発見できたことや早く処置してもらえたことは本当に運がよかった。自分は周囲の力で生かされていると思いました。それから精神的にラクになりましたね。

再発の心配はありますが逃げることはできません。病気と闘うためにも今は体力を落とさないようにしています。

(41歳男性 診断から1年目)

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. BCG注入療法では膀胱炎、排尿障害が要注意です。抗がん剤の主な副作用は投与直後の吐き気、アレルギー反応、1週間目以降に出現する骨髄抑制、口内炎です。免疫チェックポイント阻害薬は特殊な副作用があり、注意が必要です。

副作用の種類、強さ、出現時期は、使う薬や投与方法によって異なります。また、副作用には自分でわかるものと自覚症状がなく検査でわかるものがあり、出方には個人差があります。主な症状と出やすい時期の目安、対処法を知っておくと、あわてないですみます（図表11～13）。

膀胱内BCG注入療法や抗がん剤の膀胱内注入療法の主な副作用は、膀胱炎、頻尿・排尿痛などの排尿障害、血尿です。投与間隔をあけたり投与時間を短くしたりすると症状が軽減される場合があります。TURBT後のアントラサイクリン系薬剤では、頻度は低いものの心筋障害、心不全、間質性肺炎に注意が必要です。マイトマイシンCでは、貧血、血小板減少、尿毒症を併発する溶血性尿毒症症候群、急性腎不全、骨髄抑制が起こることがあります。GC療法、dd M-VAC療法の主な

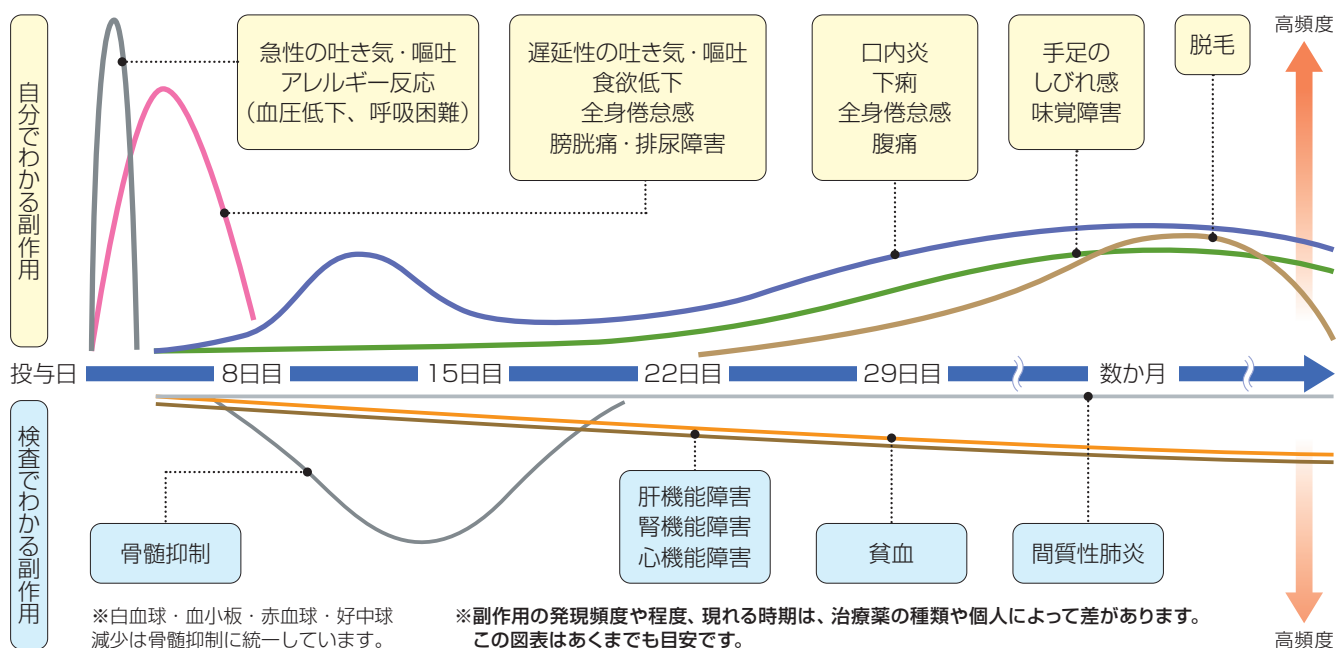
副作用は、吐き気・嘔吐、貧血、骨髄抑制です。

免疫チェックポイント阻害薬（P.15）のアベルマブ、ペムブロリズマブでは、免疫の異常による甲状腺機能障害、間質性肺炎、大腸炎などの副作用が出ることがあります。薬の投与を止めた後しばらく経ってから副作用が出る場合もあるので要注意です。

副作用の種類と程度によっては薬の量や投与回数を減らしたり薬物療法を休止したりすることもあります。治療前に、副作用とその対処法、どうしてもときに病院へ連絡すべきかを必ず確認しておきましょう。副作用に対する薬の開発は進んでおり、つらい副作用はかなりコントロールできるようになってきています。不安があったら担当医や薬剤師、看護師に相談し、副作用を怖がって薬物療法を勝手に中断したり我慢したりしないようにしましょう。

図表11

どのような副作用がいつごろ現れるのかを知っておきましょう
(CG療法、dd M-VAC療法など)



図表12

膀胱がんの主な薬物療法とその副作用

■比較的发症頻度が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。

薬物療法の種類	主な副作用
アントラサイクリン系薬剤 (エピドキシリン、ドキシフルビン、ピラルビン)	膀胱内注入では頻尿、排尿痛が起こりやすい。まれに心筋障害、心不全、骨髄抑制、ショック、萎縮膀胱（下腹部痛、極度の頻尿）、間質性肺炎が起こる場合も。
マイトマイシンC	膀胱内注入では頻尿、排尿痛、萎縮膀胱が起こりやすい。まれに溶血性尿毒症症候群（血小板減少、貧血、尿毒症）、急性腎不全、骨髄抑制、間質性肺炎にも注意。
膀胱内BCG注入療法	膀胱炎、頻尿、排尿痛、血尿、発熱。まれにBCG（結核）感染、間質性肺炎、アレルギー反応、萎縮膀胱、腎不全が起こる場合も。
GC療法 (ゲムシタビン+シスプラチン)	骨髄抑制、貧血、吐き気・嘔吐が現れるが、比較的軽度で済む人が多い。最も気をつけたい副作用はまれに起こる間質性肺炎。
dd M-VAC療法、M-VAC療法 (メトトレキサート+ビンブラスチン +ドキシフルビン+シスプラチン)	脱毛、吐き気・嘔吐、骨髄抑制、口内炎、貧血。頻度は低いが発熱、意識障害が出る人も。シスプラチンに起因する急性腎不全、難聴が起こったときにはシスプラチンの使用を中止する。
アベルマブ	起こりやすい副作用は下痢、疲労感、甲状腺機能障害。頻度は少ないが、間質性肺炎、肺炎、肝機能障害、大腸炎、心筋炎、腎障害に要注意。
ペムブロリズマブ	比較的副作用は少ないが、間質性肺炎、大腸炎（下痢）、肝機能障害、腎機能障害、甲状腺機能障害、下垂体機能障害、1型糖尿病を発症する場合がある。

各薬剤の添付文書を参考に作成

図表13

主な副作用とその対処法

症状・副作用	対処法	症状・副作用	対処法
吐き気・嘔吐、食欲不振	予防的に吐き気止めの薬を服用する。抗がん剤投与当日の食事は控え目にし、乳製品や脂っこいものは避ける。食事は気分のよいときに。	末梢神経症状	手足や口にしびれ感、ピリピリ感があつたら、早めに担当医に伝える。ビタミン剤、漢方薬を服用したり手足を温めると症状が軽減する場合も。外傷に気づきにくくなるのだけがややけに注意。
アレルギー反応・血管痛	点滴中に違和感、息苦しさ、血管に沿った痛みなどがあつたときは医療スタッフに知らせる。血管痛は腕を温めながら投与すると軽減する場合も。	間質性肺炎	肺の間質の炎症で、発熱、息苦しさなどの症状が出る。原因となった薬の投与は中止し、ステロイド薬を服用して炎症を抑える。
骨髄抑制	自覚症状はない場合が多いが、感染を起こさないように人込みを避け、うがい・手洗いを励行。血小板が減少しているときには傷をつくらぬよう注意し内出血などがないか確認を。	聴覚障害・難聴	難聴になると、薬を中止しても症状が改善しにくいので、耳が聞こえづらいなど違和感を感じた時点で担当医に相談を。
排尿痛・膀胱炎	痛み、血尿があつたら担当医・看護師に相談を。膀胱炎は抗生物質で治療。痛みが強い場合は解熱鎮痛薬、オピオイド鎮痛薬を使用する。	下痢	ひどいときには下痢止めを使う。乳製品や刺激物は控え、脱水にならないように経口補水液やイオン飲料などで水分補給を。
貧血・だるさ・疲労感	少しの活動でも疲れたりふらつくときは休息を取り、車の運転は控える。体がつらくない程度に家事や軽い運動は続けたほうがだるさが軽減する。	脱毛	あらかじめ髪を短く切り、帽子やナイトキャップをかぶると髪の毛が散らばるのをある程度防げる。必要に応じてウィッグ（かつら）やバンダナの利用を。
口内炎	治療前に歯科で口腔ケアをするとひどくならにくい。口の中を清潔にし保湿を心がける。香辛料の強い食事、熱いもの、硬いものは控える。		

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かか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
●嘔吐や下痢がひどく水分もとれない ●尿が出ない

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、治療後再びがんが出現することです。

経尿道的膀胱腫瘍切除術を行ったときには膀胱内、膀胱を摘出したときでも腎盂や尿管にがんが発生する場合があります。また転移とは、リンパ節や膀胱から離れた臓器にがんが広がり、そこで成長した状態です。

再発とは、膀胱がんができたところから膀胱の中や体のどこかにあった、目に見えないくらい微小ながん細胞が、初期治療でも死滅せずに後になって出てきた状態です。再発・転移の徴候があるかどうかは、腫瘍マーカー、尿細胞診などで調べます。上皮内がんの場合には、ウロビジョンという遺伝子検査を再発の診断補助として用いることがあります。

膀胱がんの再発には、膀胱内にがんが再び出てくる**局所再発**と、リンパ節や、肺、肝臓、骨などの離れた臓器や器官にがんが発生する**遠隔転移再発**があります。

特に、筋層非浸潤性がんはTURBT後に局所再発を繰り返すことが多いのが特徴です。ただ、局所再発の場合には、再度TURBTを実施し膀胱内BCG注入療法を行ったり、膀胱全摘除術を実施したりすれば、完治が期待できます。膀胱内だけではなく、尿道や腎盂・尿管に再発がみられたときには、手術でがんを取り除いた後、薬物療法を行います。

リンパ節、肺、肝臓、骨など膀胱から離れた器官への遠隔転移の場合には、すでに全身にがんが広がっているので、手術で取り除くのは難しい状態です。術前または術後の全身

薬物療法から12か月超経って再発・転移した場合には、GC療法とアベルマブによる維持療法など、「転移がんの全身薬物療法」(p. 14) に準じた治療を行います。一方、術前または術後の全身薬物療法から12か月以内に再発・転移したとき、あるいはGC療法が効かなくなったときには、免疫チェックポイント阻害薬のペムブロリズマブを使います。

ペムブロリズマブが効かなくなった人に対する標準治療はありませんが、シスプラチン、ゲムシタビン、5FUなどの単剤治療、あるいは複数の薬を組み合わせた治療、また臨床試験への参加を検討し、できるだけ長く、がんとの共存を目指します。

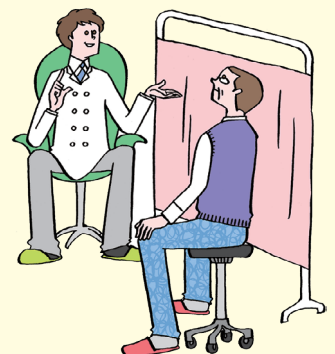
再発・転移を告知されたときには、初めてがんと告げられたときよりも強いショックを受けるかもしれません。膀胱がんの場合は、再発を繰り返しても元気に生活している人がたくさんいます。再発治療も担当医とよく相談し、自分らしく生きられるように自分自身の希望をしっかりと伝え、納得して治療を受けることが大切です。不安や心のつらさ、痛みなどは我慢したり一人で抱え込んだりしないで、担当医や周囲の人に伝えるようにしましょう。

膀胱がん後の発生もある腎盂・尿管がん

腎盂、尿管、尿道の一部や膀胱は尿路上皮と呼ばれる粘膜で覆われているため、膀胱がんと同時に腎盂や尿管にもがんが見つかることがあり、膀胱がん治療後も、腎盂・尿管にがんが発生しやすい特徴があります。

そのため、膀胱がんの治療前、そして治療後の定期検診の際には、尿細胞診、超音波検査、CT検査やMRI検査などを行い、

腎盂・尿管にもがんがないか調べます。腎盂・尿管がんが見つかった場合には、腎盂と尿管、場合によっては腎臓や膀胱の一部を切除する手術を行います。また、術前に、シスプラチンを含んだ薬物療法を行う場合もあります。腎盂・尿管にがんが見つかったときにも、担当医の説明をよく聞き納得して治療を受けましょう。



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



体の痛みに対するケア

がんの痛みにはがんそのものが原因となる痛み、治療に伴う痛み、床ずれなど療養に関連した痛みなどがあります。がん対策基本法では「初期からの痛みのケア」の重要性が示されており、痛みのケアはいつでも必要なときに受けられます。痛みがあったら我慢せずに、まずは担当医や看護師に伝えましょう。在宅療養中も含め、痛みの治療を専門とする医師、看護師、薬剤師、リハビリの専門家などが、心の専門家（下欄）とも連携して、WHOのがん疼痛治療指針に沿ってがんに伴う苦痛を軽減するケアを行っています。

・緩和ケア外来

外来治療中、またはがんの治療が一段落した患者さんと家族を対象に、がんや治療に伴う痛みのケアを行う外来です。

・緩和ケアチーム

一般病棟に入院している患者さんに対して担当医や病棟看護師と協力し、多職種のチームで痛みの治療やがんに伴う苦痛の軽減を行います。

・緩和ケア病棟（ホスピス）

積極的治療が困難になり、入院して痛みや苦痛のケアを必要とする患者さんを対象にした病棟です。

・在宅緩和ケア

痛みのケアは自宅でも入院中と同じように在宅医や地域の在宅緩和ケアチームから受けられます。

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とその家族は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。家族や友人、医師、看護師、相談支援センターのスタッフにつらい気持ちを打ち明けることで徐々に落ち着くことが多いものの、2〜3割の患者さんと家族は心の専門家（下欄）の治療が必要だといわれています。眠れないなど生活に支障が出ているようなら担当医や看護師に相談し、心の専門家を紹介してもらいましょう。

・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。

・心をケアする専門看護師

がん看護専門看護師や精神看護専門看護師（リエゾンナース）、緩和ケア認定看護師が、患者さんと家族の心のケアとサポートも行います。不安や心配ごとは我慢せずに伝えましょう。

・公認心理師・臨床心理士

公認心理師は心のケアをする国家資格で、臨床心理士は臨床心理学に基づく知識や技術を用いて心のケアをする専門家です。医師や看護師と連携して患者さんや家族の心のケアとサポートをしています。

経済的に困ったときの対策は？

治療費や生活費、就労の問題などで困ったときはかかっている病院の相談室、または近くのがん診療連携拠点病院の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や家族からの相談も受け付けています。

公的医療保険には、高額な治療費がかかったときの自己負担を軽減する高額療養費制度があります。公的医療保険の窓口申請して「限度額適用認定証」を受け取り、事前に病院に提出すれば、外来でも入院でも窓口の支払いが自己負担限度額の範囲内で済みます。

知っておきたい

膀胱がん医学用語集

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。

病期（ステージ）

がんの広がりや程度を示す言葉。治療の効果で、がんが小さくなくても病期は変わらない。

深達度

がんが達している根の深さ。

異型度

膀胱がんの組織の構造と細胞の形によって、周りに広がり（浸潤）にくい低異型度か、広がりやすい高異型度に分けられる。

浸潤（しんじゅん）

がん細胞が増殖して周囲に侵入し、組織を壊していくこと。

転移

がん細胞がリンパ液や血液の流れに乗って他の臓器に移動し、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。体中があり、リンパ管でつながっている。

原発巣と転移巣

がんが最初にできたと考えられる部分が「原発巣」。そのがんが転移した部分が「転移巣」。転移巣のがんは原発巣のがんに準じた治療が行われる。

顕微鏡的血尿

尿検査で発見され、顕微鏡でしか確認できないくらい微量の血尿。

病理組織診

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

がん細胞が増殖したときに尿中や血液中に特徴的に産出される物質。膀胱がんでは尿中腫瘍マーカーNMP22、BTAが診断補助に使われるが、この数値が上がっても必ずがんがあるとは限らない。

ウロビジョン

尿中細胞の遺伝子異常の有無を調べて膀胱がんの再発の有無を診断する検査。この検査の併用によって尿細胞診だけでは見つかりにくい再発病変の早期発見が期待される。

生存率

診断や治療開始から一定期間（1年、5年など）経過したときに生存している患者の比率（割合）。病期や治療ごとに過去の数値から計算する。

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。



マリゴールド/ブルー/パープルリボンとは？

米国をはじめとする海外では
膀胱がん啓発のシンボルとして
マリゴールド/ブルー/パープルリボンが使われています。

この冊子は、株式会社毎日放送、セコム損害保険株式会社の支援で作成しました。



MBS Jump Over Cancer

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

SECOM セコム損害保険株式会社

●保険もセコム

<https://www.secom-sonpo.co.jp/>

制作：認定NPO法人キャンサーネットジャパン



CancerNet Japan

冊子はみなさまからの寄付・遺贈・支援で制作しています。

制作・増刷・改訂へのご支援をお願いします。寄付金控除等の税制優遇を受けることができます。

寄付・遺贈の申し込み ▶ <https://www.cancernet.jp/donation>

その他の冊子一覧 ▶ <https://www.cancernet.jp/category/publish>



※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ご連絡ください。

2013年1月 第1版 第1刷

2022年3月 第1版 第1刷



●膀胱がんの治療や情報についてさらに詳しく知りたい方は

<https://www.cancernet.jp/boukougan>