

もっと

知ってほしい

子宮頸がんのこと

監修
東京慈恵会医科大学教授
岡本愛光

ASK ABOUT 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

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。

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、患者さんは今後のライフプランを考えて、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、医療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 | 11 |
| 放射線療法 はどのように行われますか | 13 |
| 薬物療法 はどのように行われますか | 15 |
| 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 |
| 治療や療養を支える多くの専門家がいます | 19 |
| Patient's Voice | 7、8、13、14、18 |

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持続感染により、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。

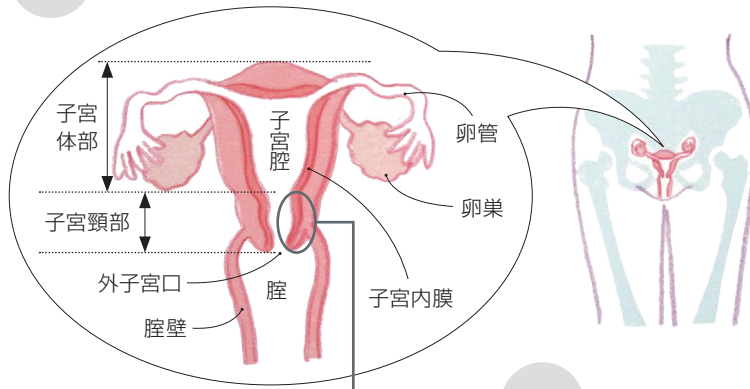
子宮は、中が空洞（子宮腔）の西洋梨のような形をしていて、胎児が宿るやや球形の体部（上方）と腔につながる細長い頸部（下方）からなります（図表1）。子宮頸がんは、子宮の入口にあたる外子宮口から頸部に発生するがんです。特に子宮頸部表面を覆う扁平上皮と円柱上皮（腺細胞）の境界（SCJ）付近に発生し、前者にできる扁平上皮がんと後者にできる腺がんに大別され、扁平上皮がんが約8割を占めます（図表2）。

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

などにより感染するヒトパピローマウイルス（HPV）です。通常は免疫系によって自然に排除されますが、うまく排除されず感染が続く（持続感染）ことで発症します。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10数種類あります。持続感染により、扁平上皮がんでは、一部が異形成（前がん病変）となり、さらにその一部が軽度異形成（CIN 1）から中等度異形成（CIN 2）、高度異形成（CIN 3）へと進み、5～10年の間に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（月経時を除く）、性交時の接触出血、悪臭を伴う赤いおりもの、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

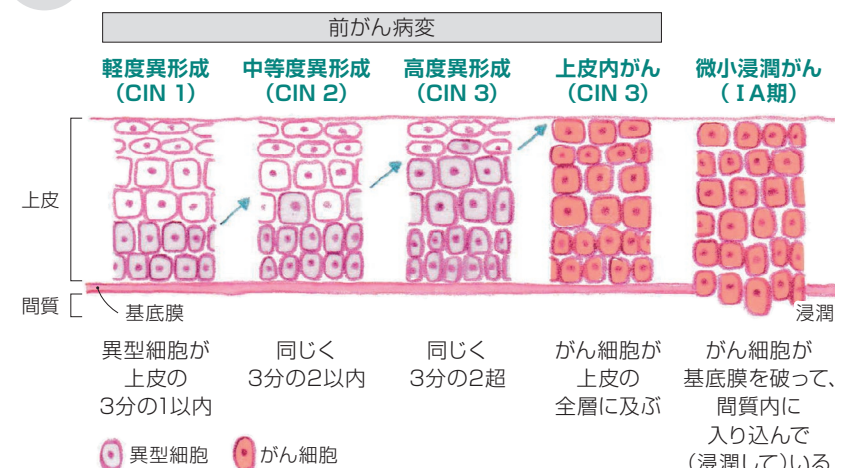
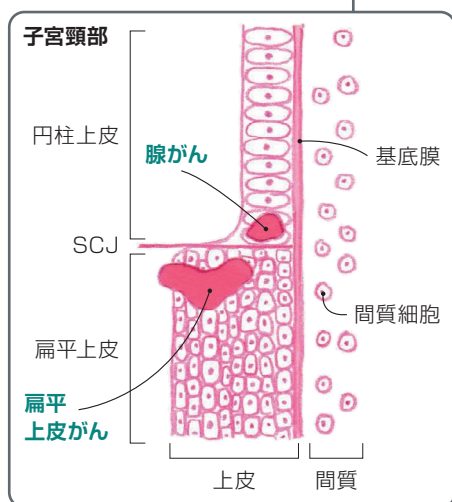
発症原因の多くは、性交渉



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 扁平上皮がんの発生、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 第3版」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、ハイリスクHPV検査、コルポスコピー (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。

がん検診などにおいて、子宮頸部の細胞を専用のブラシでこすり取って、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。

細胞診の判定は、ベセスダシステム (図表4) に則って行われます。

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スコピーと、②コルポスコピー時、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。

軽度の病変の疑いがある、意義不明な異型扁平上皮細胞 (ASC-US) の場合には、ハイリスクHPV検査を行い、陽性であればコルポスコピーと生検を行います。ハイリスクHPV検査では、子宮頸がん検診と同様に子宮頸部の細胞を採取し、ハイリスクHPVの遺伝子の有無を調べます。

図表4 細胞診の結果とその後の精密検査 (ベセスダシステム)

| | 結果 (略語) | 推定される病理診断 | その後の精密検査 |
|-------|------------------------------|-----------------------|---|
| 扁平上皮系 | ①異常なし (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： ①ハイリスクHPV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：コルポスコピー、生検 ②HPV検査非施行 ただちに、または6か月後と12か月後に細胞診検査 |
| | 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： コルポスコピー、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： コルポスコピー、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 | |
| | 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 | 要精密検査：病変検索 |

「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 第3版」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、コルポスコピー、膀胱鏡や直腸鏡などの検査結果、臨床所見を参考に、『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。

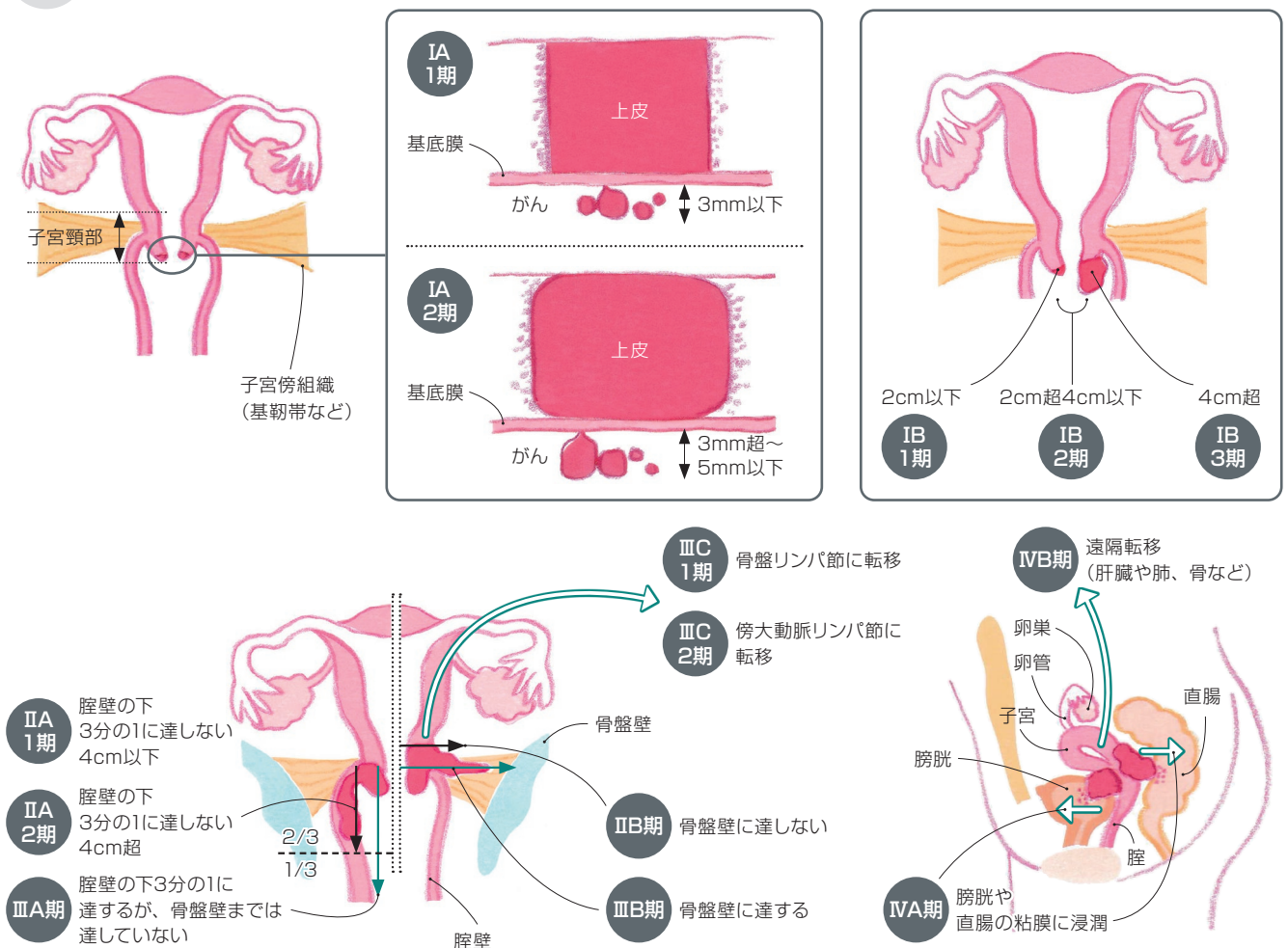
子宮頸部は、表面を覆う上皮細胞(扁平上皮細胞、腺細胞)とその内側にある間質細胞からなり、両者は基底膜によって隔たれています。子宮頸がんは上皮細胞に発生し、しばらく上皮内にとどまっています(上皮内がん)が、徐々に基底膜を破って間質に入り込んでいきます(浸潤がん)(p.4、図表1、3)。そして、がんが大きくなると、子宮頸部を越えて、腔壁や子宮を支える基靭帯などの子宮傍組織、骨盤壁や膀胱、直腸などへ入り込み、

肺などへ遠隔転移していきます(図表5)。

子宮頸がんと診断されると、次にがんの深さから、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、コルポスコピーや膀胱鏡、CT(コンピュータ断層撮影)、MRI(磁気共鳴画像)、PET(陽電子放射断層撮影)などから判断されます。

現在、日本の進行期分類には、世界的に使

図表5 子宮頸がんの進行期



「子宮頸癌治療ガイドライン 2022年版」日本婦人科腫瘍学会編、金原出版などを参考に作成

われている国際産科婦人科連合（FIGO）の『FIGO分類』（2018年改訂）が用いられています（図表6）。

同分類では、子宮頸がんをⅠ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳの4期に分け、病巣の深さ、最大径などによりさらに細かく分類しています。

図表6 子宮頸がんの進行期分類（扁平上皮がん・腺がん共通）

（日本産科婦人科学会2020年、FIGO2018年）

| | | |
|--|---|---|
| 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） | | |
| Ⅰ期 | ⅠA期 | 肉眼的に見えないがんで、間質浸潤の深さが5mm以下のもの。静脈またはリンパ管に浸潤があっても進行期は変更しない |
| | | ⅠA1期 深さが3mm以下のもの |
| | | ⅠA2期 深さが3mmを超えるが、5mm以下のもの |
| | ⅠB期 | 子宮頸部にとどまっていて、深さが5mmを超えるもの |
| | | ⅠB1期 腫瘍の最大径が2cm以下のもの |
| | | ⅠB2期 腫瘍の最大径が2cmを超えるが、4cm以下のもの |
| ⅠB3期 腫瘍の最大径が4cmを超えるもの | | |
| 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 | | |
| Ⅱ期 | ⅡA期 | 腔壁の上3分の2にとどまっていて、子宮傍組織には浸潤していないもの |
| | | ⅡA1期 腫瘍の最大径が4cm以下のもの |
| | | ⅡA2期 腫瘍の最大径が4cmを超えるもの |
| | ⅡB期 子宮傍組織に浸潤しているが、骨盤壁には達していないもの | |
| がんの浸潤が腔壁の下3分の1に達するもの、ならびに／あるいは骨盤壁に達するもの、ならびに／あるいは水腎症や無機能腎の原因となっているもの、ならびに／あるいは骨盤リンパ節ならびに／あるいは傍大動脈リンパ節に転移が認められるもの | | |
| Ⅲ期 | ⅢA期 がんは腔壁の下3分の1に達しているが、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、ならびに／あるいは明らかな水腎症や無機能腎が認められるもの（がんの浸潤以外の原因による場合を除く） | |
| | ⅢC期 | 骨盤リンパ節ならびに／あるいは傍大動脈リンパ節の転移が認められるもの |
| | | ⅢC1期 骨盤リンパ節にのみ転移が認められるもの |
| | | ⅢC2期 傍大動脈リンパ節に転移が認められるもの |
| がんが膀胱や直腸の粘膜に浸潤するか、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 | | |
| Ⅳ期 | 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 | |

「子宮頸癌治療ガイドライン 2022年版」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？」「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。

扁平上皮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。異形成のがんへの進展リスクは軽度異形成で5～10%、中等度異形成で20%ほどとされています。

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。

早期なら手術のみで子宮温存も可能

扁平上皮がんでは、高度異形成（CIN 3）や、がんが上皮細胞内にとどまっている上皮内がん（CIN 3）、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に浸潤している微小浸潤がん（IA期）までが早期がんとされます。

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療します。

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7）。

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、腔の一部、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根治的放射線療法や、放射線療法と化学療法（抗がん剤治療。主にシスプラチン）を同じ時期に併用する同時化学放射線療法（p.13）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8）。

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。治療法は扁平上皮がんとはほぼ同じですが、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。

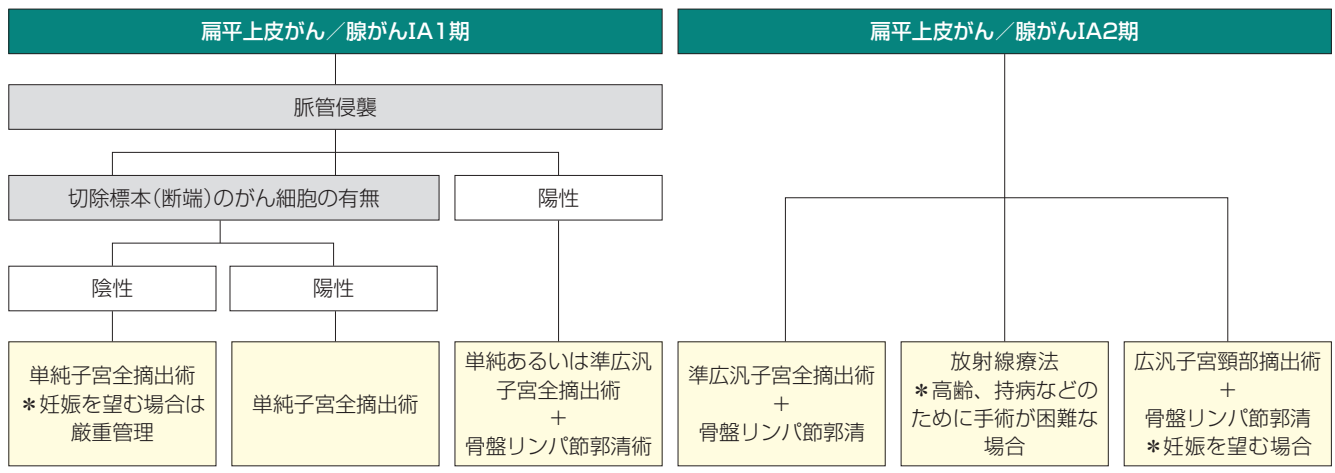
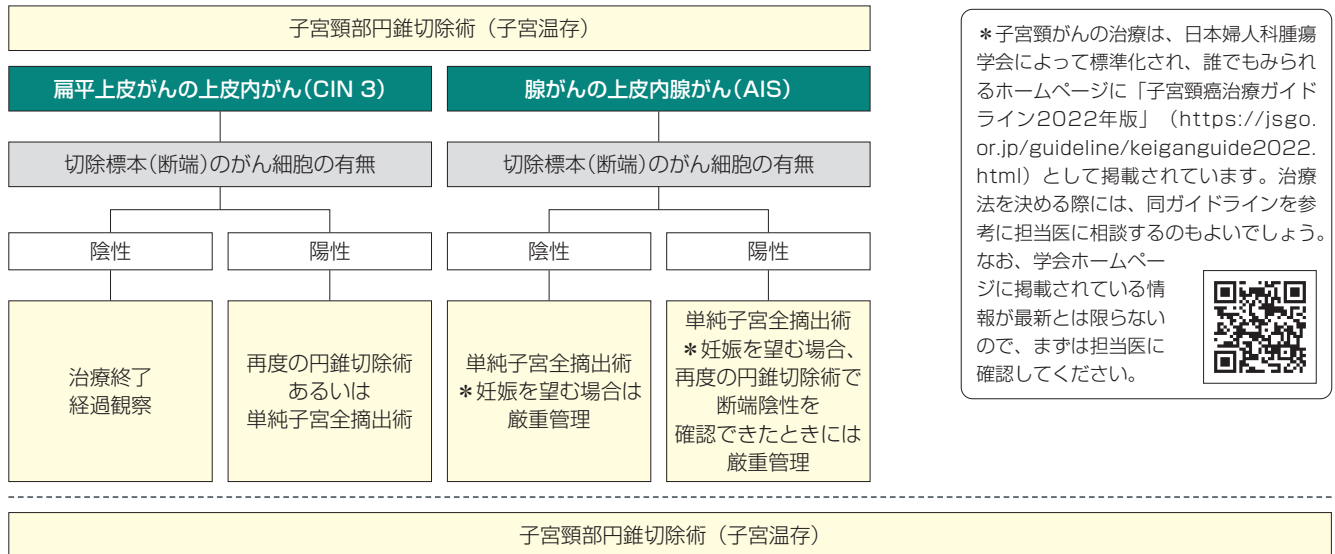
Patient's Voice あれこれ悩まず、前向きに。夫婦で真摯に話し合うことも大切

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

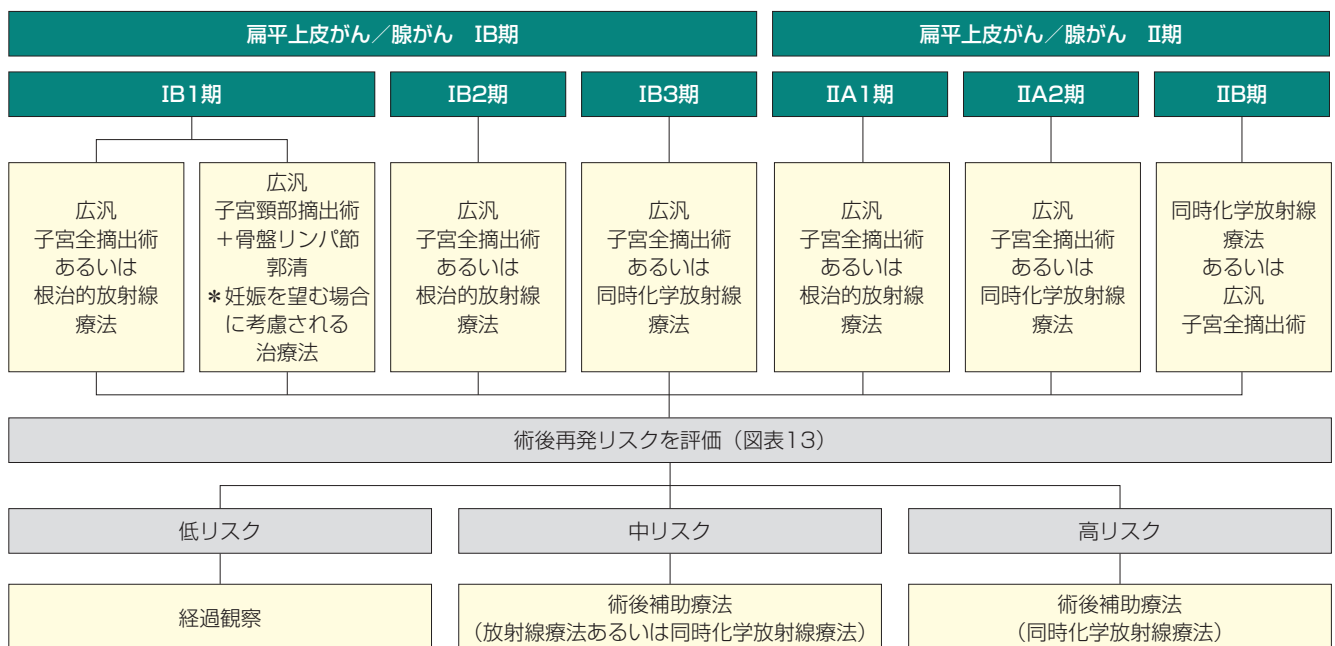
トについて、お互いあれこれ悩むのはやめよう」と話し合うことができました。夫も理解してくれ、心の整理が早くつきました。無意味な詮索はせず、前向きに話し合うことが大切だと思います。（44歳・診断から3年目）

図表7 早期の子宮頸がんの治療の流れ (CIN 3、AIS、IA期)



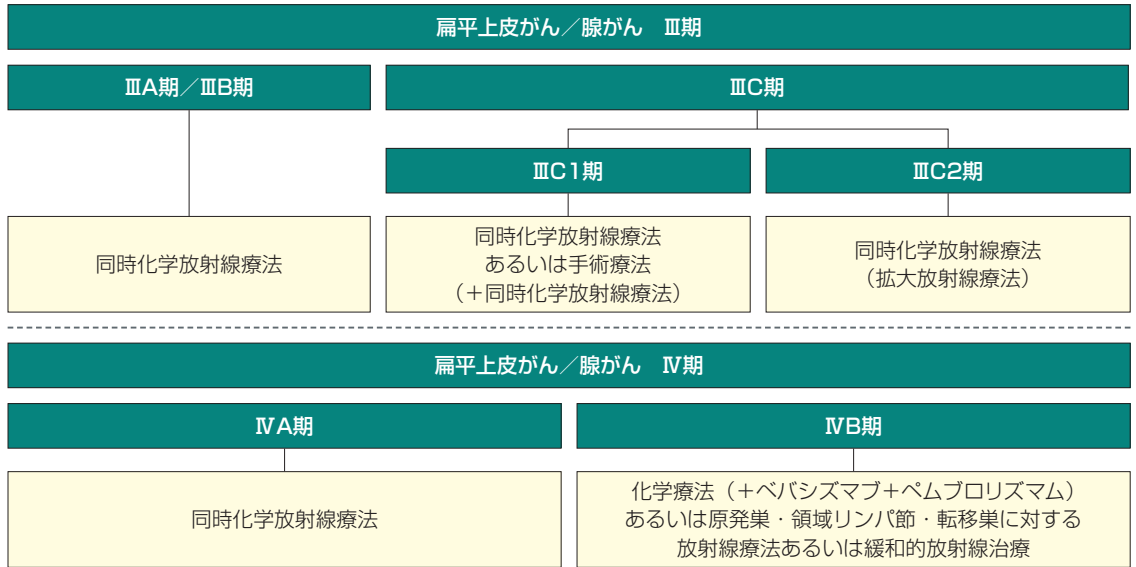
「子宮頸癌治療ガイドライン 2022年版」日本婦人科腫瘍学会編、金原出版などを参考に作成

図表8 進行した子宮頸がんの治療の流れ (IB期～II期)



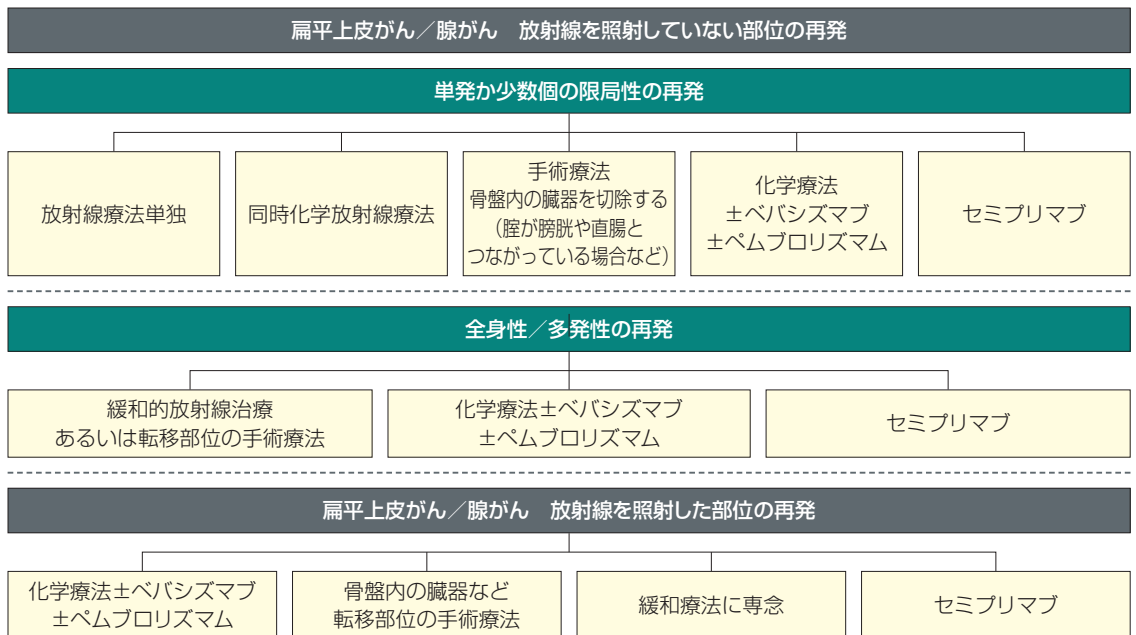
「子宮頸癌治療ガイドライン 2022年版」日本婦人科腫瘍学会編、金原出版などを参考に作成

図表9 進行した子宮頸がんの治療の流れ（Ⅲ期～Ⅳ期）



「子宮頸癌治療ガイドライン 2022年版」日本婦人科腫瘍学会編、金原出版などを参考に作成

図表10 再発した子宮頸がんの治療の流れ



「子宮頸癌治療ガイドライン 2022年版」日本婦人科腫瘍学会編、金原出版などを参考に作成

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「妊娠合併子宮頸がん」と呼ばれます。

妊娠中に行われる子宮頸部細胞診によって、多くは子宮頸部前がん病変や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。

子宮頸部前がん病変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（経膈）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担当医と十分に話し合ってください。

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。

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、子宮頸部前がん病変（扁平上皮がんのCIN 3と腺がんのAIS）とⅠA期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。

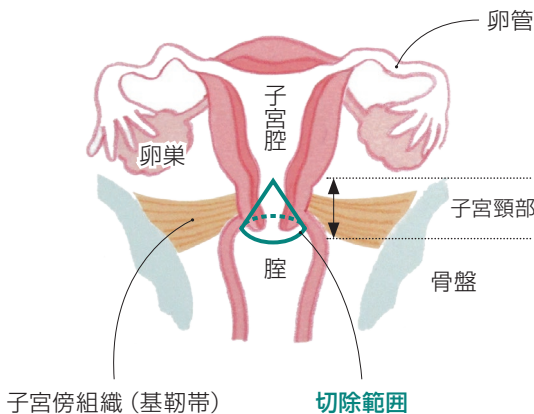
術式の1つを用いてがんを切除

術式には、主に以下の4つがあり（図表11）、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。

図表11 子宮頸がんの手術の方法

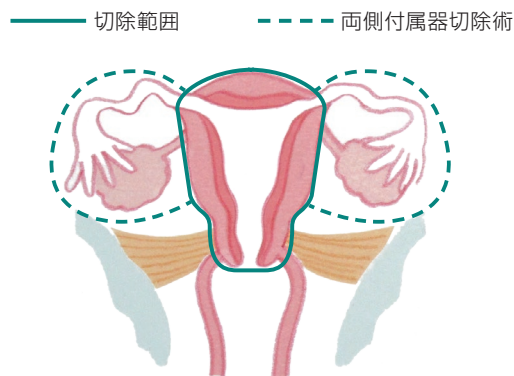
①子宮頸部円錐切除術

子宮頸部を円錐状に切除する。



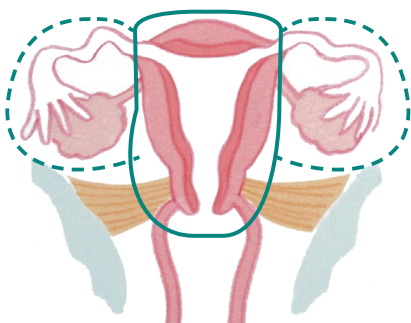
②単純子宮全摘出術

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。



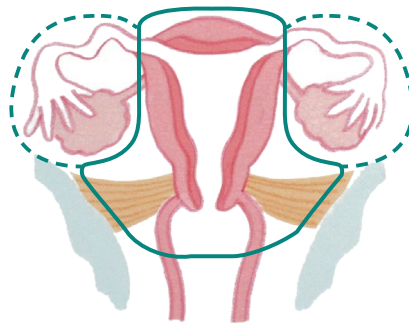
③準広汎子宮全摘出術

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。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基靭帯、膣の上部数cmを切除する。両側付属器切除術を同時に行う場合もある。



①子宮頸部円錐切除術

腔から挿入した器具（メス、レーザー、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。生検に必要な組織を採るのが主な目的ですが、子宮頸部前がん病変のほか I A 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

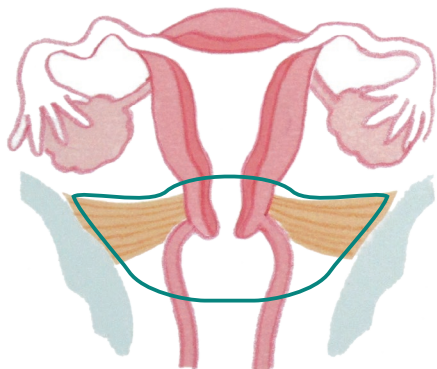
尿管を、子宮動脈と交差している場所から剥離して外へずらし、尿管と子宮頸部との間で子宮を切除する方法です。骨盤リンパ節転移の可能性が高い場合は骨盤リンパ節郭清術が併用されるほか、両側付属器切除術も同時に行われることがあります。

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の子宮傍組織を広く切除し、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。

②③④は腹腔鏡手術も保険適用となっています。ただし、日本産婦人科学会によって腹腔鏡手術の要件や施設基準が定められており、

図表12 広汎子宮頸部摘出術



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。

どの病院でも受けられるわけではありません。担当医と相談してください。なお、ロボット支援腹腔鏡手術は CIS や AIS の単純子宮全摘出術は保険適用ですが、I A 期以降の子宮頸がんは保険適用になっていません（2024年3月現在）。

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、その対象は子宮頸部前がん病変と、がんが肉眼では見えない I A 期までに限られます。しかし、扁平上皮がんでも特に I A 2 期や腺がんでは、再発リスクを考慮して準広汎子宮全摘出術などがすすめられます。子宮を温存する広汎子宮頸部摘出術（図表12）を選択できる場合もあります。

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。

術後に不快な症状が現れることも

手術は「切れば終わり」ではなく、手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を取った後は、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、腔からの分泌物が減少したりします。腔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、心配ごとを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対応しましょう。

* たまった尿を出そうとしても出せない状態

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行われます。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、IB2期、IIA1期では放射線療法が単独で、IB3期とIIA2期、IIB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(p.14)。IB1期、IB2期、IIA1期では手術と放射線療法単独の治療成績は同等、IB3期とIIA2期では手術と同時化学放射線療法の治療成績は同等とされています。いずれを選択するかは担当医とよく相談することが大切です。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、体外から放射線を照射する「外部照射」と、子宮と腔にアプリータを挿入したうえで放射線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)を送り込み、照射する「腔内(くうない)照射」があり、根治を目的として併用されます。外部照射では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3~4回、子宮頸部の病変に照射します。放射線療法の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、2022年4月から手術で切除できない腺がんに対して重粒子治療が保険適用になっています。受けられる施設が限られているため、放射線腫瘍医とよく検討してください。

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~数年後に晩期合併症が現れたりします。

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方が待っている中、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)



扁平上皮がん／腺がんのIB期、II期の術後補助療法

扁平上皮がん／腺がんのIB期、II期では、広汎子宮全摘術を実施した際に摘出した組織を調べて、再発リスク評価を行います（図表13）。がんの大きさや間質への浸潤の深さ、周囲の脈管（血管やリンパ管）への浸潤の有無などによって低リスク、中リスク、高リスクの3つに分類し、低リスクであれば経過観察、中リスクであれば放射線療法単独か同時化学放射線療法、高リスクであれば同時化学放射線療法を行います（図表8）。



図表13 扁平上皮がん／腺がんのIB期、II期の術後再発リスク分類

| | |
|------|---------------------------|
| | 以下のすべての項目を満たす |
| 低リスク | ①がんが小さい |
| | ②領域リンパ節への転移がない |
| | ③子宮を支えている組織（子宮傍組織）への浸潤がない |
| | ④子宮頸部間質への浸潤が浅い |
| | ⑤脈管への侵襲がない |
| 中リスク | ①②を満たしたうえで③④⑤のいずれかの項目を満たす |
| | ①領域リンパ節への転移がない |
| | ②子宮を支えている組織（子宮傍組織）への浸潤がない |
| | ③がんの最大径が大きい |
| | ④子宮頸部間質への浸潤が深い |
| 高リスク | ⑤脈管への侵襲がある |
| | 以下のいずれかの項目を満たす |
| | ①切除標本（断端）にがん細胞がある |
| | ②領域リンパ節に転移がある |
| | ③子宮を支えている組織（子宮傍組織）への浸潤がある |

「子宮頸癌治療ガイドライン 2022年版」
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

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。まれなことらしいのですが、術後にこれほどさまざまな問題が待っているとは。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良いと思います。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)

4

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、別の医師の意見を参考にするシステムなので、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。

子宮頸がんで最初に行われる治療としては、手術、放射線療法単独、同時化学放射線療法が主流です。

薬物療法が単独で行われるのは、遠隔転移のあるIVB期、さらには骨盤内での再発で過去に放射線療法を受けた経験がある場合、骨盤の外に再発が見つかった場合です。その際には、抗がん剤、分子標的薬、免疫チェックポイント阻害薬が使われます。

なお、手術前や手術後に抗がん剤を使う「術前化学療法」や「術後化学療法」、放射線療法の前後の化学療法は、子宮頸がんの治療では推奨されていません。

シスプラチンベースの多剤併用療法が有効

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）。

これまでの報告から、子宮頸がんにも最も効果が高いとされるシスプラチンという注射薬と、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、腎機能が低下してシスプラチンが使えない場合はカルボプラチンとパクリタキセルの組み合わせが使われます。

抗がん剤に加え、分子標的薬のベバシズマブを併用することがよくあります。ベバシズマブはがん組織に新しい血管ができるのを阻害し、がんが大きくなるのを抑える薬です。

また、近年では、免疫チェックポイント阻害薬のペムプロリズマブを抗がん剤と併用できるようになりました。ペムプロリズマブは

PD-1抗体薬で、がんが免疫細胞のT細胞を働かせないようにするのを阻止します。

再発に対する現在の第1選択は、パクリタキセル、シスプラチン、ベバシズマブ、ペムプロリズマブを併用した後、ベバシズマブとペムプロリズマブを維持療法として使い続けるという方法です。維持療法を続ける期間は特に定められていません。第2選択はセミブリマブの単剤使用です。

薬物療法は、多くの場合、病院の外来化学療法室で実施されます。

IV期で標準治療が終了する見込みになった場合、がんに関連する遺伝子を網羅的に調べるがんゲノムプロファイリング検査を受けることができます。その結果、遺伝子異常に合う薬が見つかり、使えることがあります。例えば、高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-High）や腫瘍遺伝子変異量が高い（TMB-High）とわかれば、免疫チェックポイント阻害薬のペムプロリズマブが効きやすいことがわかっています。がんゲノムプロファイリング検査が保険適用されるのは1回だけなので、タイミングが重要です。



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薬の副作用は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。

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、副作用が重ければ、治療薬の変更や治療の休止なども検討されます。

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15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。

分子標的薬のベバスズマブは、高血圧や呼吸困難などのショック、アナフィラキシーに注意が必要です。血栓、骨髄抑制、高血圧、脱毛や発疹、吐き気・嘔吐や食欲不振のような消化器症状なども出現しやすい副作用です。

免疫チェックポイント阻害薬は使用直後に発熱、かゆみ、発疹、血圧上昇・低下、呼吸困難などのショック症状が現れることがあります。また、活発化したT細胞が自己を攻撃し続け、時間が経ってから糖尿病、甲状腺機能低下症、心筋炎などを引き起こすリスクがあります。ときには、数か月、数年経ってから出現することがあるので、長く経過をみるのが重要です。ペムブロリズマブは、骨髄抑制、吐き気・嘔吐、食欲不振、下痢、皮膚のかゆみ、間質性肺炎など、センプリマブは尿路感染、貧血、吐き気・嘔吐、筋肉痛などの副作用が知られています。

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。

子宮頸がんのワクチンと検診

子宮頸がんの予防にはヒトパピローマウイルス（HPV）の感染を防ぐワクチンが使われます。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ワクチンを注射し、抗体を作ることで感染を防ぎます*。

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歳以上の女性は、定期的に子宮頸がん検診を受けることが推奨されます。

*日本婦人科腫瘍学会「一般の皆さまへHPVワクチン（子宮頸がんワクチン）についてQ&A」

<https://jsgo.or.jp/hpvqa/>



図表14 子宮頸がんの治療に使う主な薬とその副作用

■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 |
|---------------|----------|--|
| 抗がん剤 | 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、手足症候群、呼吸困難 |
| 分子標的薬 | ペバシズマブ | 高血圧、末梢神経症状、血栓、骨髄抑制、脱毛、発疹、吐き気・嘔吐、食欲不振、口内炎、倦怠感、ショック、アナフィラキシー |
| 免疫チェックポイント阻害薬 | ペムブロリズマブ | 骨髄抑制、間質性肺炎、大腸炎、下痢、肝障害、腎障害、心筋炎、甲状腺機能低下症、下垂体障害、副腎障害、糖尿病、吐き気・嘔吐、食欲不振、疲労感、かゆみ、発疹、脱毛、発熱、ショック |
| | セミプリマブ | 間質性肺炎、大腸炎、肝障害、甲状腺機能低下症、副腎障害、下垂体炎、糖尿病、腎障害、尿路感染、貧血、食欲不振、吐き気・嘔吐、下痢・腹痛、便秘、発疹、疲労感、筋肉痛 |

添付文書などを参考に作成

図表15 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、洗わずに注意する。 |
| 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、バンダナやかつらを使う。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こと悪化しにくい。歯磨きやうがいなど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。 |
| 下垂体炎・下垂体障害 | 免疫チェックポイント阻害薬の重篤な副作用で、自覚症状がほとんどないため、使用後は定期的に検査を受ける。場合によっては薬で治療する。これらの副作用は数年後に出現することもあるので、免疫チェックポイント阻害薬を使用したことを忘れないようにし、がん以外の病気で受診する場合にも免疫チェックポイント阻害薬の使用経験を医師に告げる。 |
| 副腎障害 | |
| 心筋炎 | |
| 肺炎・1型糖尿病 | |
| 肝障害 | |
| 胆管炎 | |
| 腎障害 | |

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「患者必携 がんになったら手にとるガイド 普及新版」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年以内が約9割ですが、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1~2年目は3~6か月ごと、3~5年目は6~12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16)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(図表10)。いずれも根治は困難なことが多く、がんに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療法が行われます。

がんゲノムプロファイリング検査(p.15)を受けられる場合、また、臨床試験に参加できる場合もあるので、担当医に聞いてみましょう。

図表16 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 第3版」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

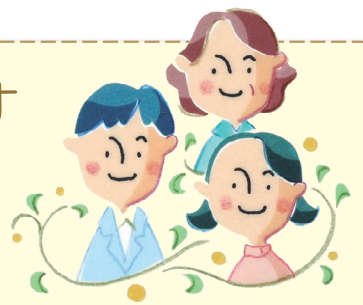
再発、「治療法がない」と言われて傷つきました

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。

治療や療養を支える多くの専門家がいます



あなたの周りには、あなたの治療だけでなく、療養生活を支える専門家がたくさんいます。これらの専門家はすべての医療機関や地域にいるわけではありませんが、紹介してもらえることもあります。気になることはなるべく早い段階で相談するといいいでしょう。

診断・治療について知りたい

子宮頸がんの治療にあたる婦人科医、腫瘍内科医、放射線治療医などの担当医に相談しましょう。治療方針については、放射線診断医、病理医、麻酔科医なども含むチームで決めています。

また、病棟や外来の看護師も相談にのってくれます。がん看護専門看護師、がん薬物療法看護認定看護師、がん放射線療法看護認定看護師、手術看護認定看護師などの資格を持つ看護師がいる病院もあります。

医師や看護師に直接話にくいときには、医療相談室にいる医療ソーシャルワーカーなどに相談しましょう。

痛みが強い、精神的に苦しい

がんそのもの、あるいは治療に伴う痛み、精神的なつらさに対応する緩和ケアは、診断後、早い段階から受けることができます。

緩和ケア医や看護師、薬剤師、管理栄養士、リハビリ職などが集まる緩和ケアチームが相談にあたります。また、緩和ケア認定看護師という認定資格を持つ看護師もいます。

退院後は緩和ケア外来が、在宅医療では在宅医や地域の在宅緩和ケアチームが緩和ケアを担当します。ペインクリニックにいる麻酔科医も痛みの専門家です。

薬の副作用、鎮痛薬などについては担当医や薬剤師に率直に話すとよいでしょう。

不眠が続く、気分の落ち込みがひどい

不安や気持ちの落ち込み、不眠、食欲不振などが続く場合には、担当医に相談するか、精神腫瘍医、精神科医、心療内科医の診察を受けましょう。公認心理師や精神看護専門看護師も心理的ケアにあたります。

転院や在宅医療について相談したい

転院や在宅医療に関しては、院内の医療相談室や地域連携室、がん診療連携拠点病院にある、がん相談支援センターの医療ソーシャルワーカーや看護師に相談しましょう。療養場所の候補、退院前後の手続きなどを教えてもらえます。また、在宅医、訪問看護師、ケアマネージャーなど、在宅での医療や介護の専門家にもつないでもらえます。地域包括支援センターでも相談できます。

経済的に心配なので相談したい

治療費や生活費、就労の問題などで心配なときには、かかっている病院の医療相談室、または近くのがん診療連携拠点病院のがん相談支援センターに相談しましょう。

なお、公的医療保険には、高額な治療費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。妊孕性温存治療費助成事業、小児・AYA世代の在宅療養費助成制度などが利用できる場合もあるので、住んでいる市区町村でも相談してみましょう。また、人工膀胱や人工肛門を造設した場合は障害年金の受給が可能になります。担当医、医療ソーシャルワーカー、年金事務所、年金相談センターなどにお問い合わせください。

治療と仕事の両立を相談したい

病院の相談室やがん相談支援センターの医療ソーシャルワーカーや社会保険労務士などに相談しましょう。病院と職場の情報共有をサポートするなど、がん治療と仕事の両立などを支える両立支援コーディネーターがいる病院も増えています。休職後の復帰、転職、再就職の支援も受けられます。

性生活について悩んでいる

治療後には、手術によって膣が短くなる、卵巣の切除による女性ホルモンの減少で膣の潤いや柔軟性が低下する、放射線療法の

副作用で膣が狭くなるといった身体的な変化が起こります。これらは、女性ホルモン補充療法、外陰部や膣の潤滑ゼリーの使用などによってある程度は解消できます。担当医に相談しましょう。

また、体の傷が気になる、性生活に不安を感じる、パートナーとの関係について悩むといった場合には、担当医だけでなく、看護師や薬剤師、医療ソーシャルワーカーなどにも話してみましょう。

キャンサーネットジャパンでは、「もっと知ってほしいがんと性にまつわること」を2022年に発刊しています。ご参照ください。



ピアサポーターや患者支援団体も頼りになります

同じ病気や障害などを経験した人同士が支え合うピアサポート。「ピア (peer)」とは英語で「仲間」「同輩」「対等の人」といった意味の言葉です。

ピアサポートの場では、病気や生活に関する情報、悩みや不安を共有することで、家族や医療・福祉関係者からの支援とは異なるサポートを得られます。

がんのピアサポートを行っている組織としては、がんの種類別の患者支援団体、病院が公認して病院内で活動する患者さん主体のボランティアグループ、がんの種類を超えて、がん患者さんの支援にあたる団体などがあります。患者・家族同士が交流できる「患者サロン」を開催している病院もあります。

ピアサポートを行う組織の情報は、かかっている病院の相談室やがん相談支援センター、インターネットで得られます。

がんについての相談に関するサイト

- 国立がん研究センター がん情報サービス「制度やサービスを知る」

<https://ganjoho.jp/public/institution/index.html>

患者さんが使える制度、仕事や学校、お金に関する情報の入り口となるページです。

- 国立がん研究センター がん情報サービス「がんの相談」

「がん相談支援センター」とは

<https://ganjoho.jp/public/institution/consultation/cisc/cisc.html>

- 国立がん研究センター がん情報サービス「お住いの地域から病院などを探す」

<https://hospdb.ganjoho.jp/kyoten/kyotensearch>

がん診療連携拠点病院のがん相談支援センターでは、その病院にかかっていない患者さんや家族もさまざまな相談をすることができます。

- がん制度ドック

<https://www.ganseido.com>

NPO法人がん暮らしを考える会が運営しているウェブサイト、患者さんの属性について質問に答えることで、利用できる可能性のある公的支援制度や民間保険を検索できます。





ティール&ホワイトリボンとは?

子宮頸がん啓発のシンボルはティール&ホワイトリボンです。
発祥はアメリカで、現在では日本をはじめ全世界で使われています。

この冊子は、株式会社毎日放送、日本ベクトン・ディッキンソン株式会社、セコム損害保険株式会社の支援で改訂しました。



MBS Jump Over Cancer

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



BD

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

SECOM セコム損害保険株式会社

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

後援



公益社団法人
日本婦人科腫瘍学会
Japan Society of Gynecologic Oncology

●公益社団法人 日本婦人科腫瘍学会 <https://jsgo.or.jp/>



Japanese Gynecologic Oncology Group

●特定非営利活動法人 婦人科悪性腫瘍研究機構 <https://jgog.gr.jp/>

制作：認定NPO法人キャンサーネットジャパン



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。

2012年12月 第1版 第1刷

2015年 3月 第2版 第1刷

2024年 3月 第3版 第1刷



●この冊子は下記URLからダウンロードできます。

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