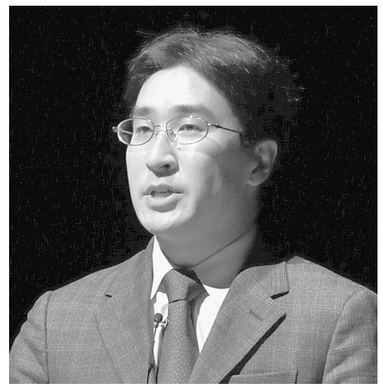
がんを知る
～最新医療と暮らしの応援～

静岡県立静岡がんセンター公開講座第7弾「がんを知る～最新医療と暮らしの応援～」（静岡新聞社・静岡放送主催、県立静岡がんセンター、静岡県立大学共催、スルガ銀行特別協賛、静岡市後援）の第６回講座が２月12日、静岡市民文化会館で開かれ、絹笠祐介大腸外科部長が「大腸がんの早期発見と最新治療」、医療ソーシャルワーカーの高田由香さんが「暮らしを支える医療や介護」をテーマに講演しました。その概要をお伝えします。

〈企画・制作／静岡新聞社企画事業局〉



絹笠 祐介（きぬがさ・ゆうすけ）氏
県立静岡がんセンター大腸外科部長
1998年東京医科歯科大卒。同年同大腫瘍外科学教室に入局。2001年より国立がんセンター中央病院勤務。06年より県立静岡がんセンター勤務。10年より同大腸外科部長。日本外科学会専門医。同消化器外科学会専門医。同大腸肛門病学会専門医。同内視鏡外科学会技術認定医など。

大腸がんの早期発見と最新治療

県立静岡がんセンター
大腸外科部長
絹笠 祐介 氏

40歳過ぎたら検診を

大腸は、内側の粘膜、血管やリンパ管を含む粘膜下層、腸を動かすための筋肉、その外側に漿膜下層、漿膜と、5つの層からできています。大腸がんは、腸内腔の粘膜から発生する悪性腫瘍で、男女とも罹患数は2番目に多いがんです。しかし大腸がんで亡くなる方の順位は肺がん、胃がんに続いて3番目なので、大腸がんはほかのがんと比べると、治りやすいがんといえます。

大腸がん患者は男性のほうが女性より2倍ぐらい多いのですが、男性でも7割近くが治っています。男女ともに40歳後半から大腸がんになる方が増えるので、40歳を過ぎたら定期的に大腸の検査を受けるようにしてください。

早期発見のための検診法

大腸がんを見つける方法は主に4つあります。肛門に指を入れて直腸がんがあるかないかを確認する直腸診は、医師の指の長さの範囲しか検査できません。直腸がんを疑った場合に行います。

便の中に微量の血液が含まれていないかを調べるのが便潜血反応検査です。検便という非常に簡単でかつ有用な検査なので、会社や自治体の検診の際はぜひ受けましょう。

検査で異常が見つかった場合は、X線注腸検査や大腸内視鏡検査が必要になります。X線注腸検査は、肛門からバリウムと空気を注入してレントゲンを撮る検査です。

大腸内視鏡検査は肛門からビデオスコープを挿入して大腸を観察します。疑わしい組織の細胞を採取したり、ポリープが見つかればその場で摘出したりもできます。

最近の検査法の一つが「CTコロノグラフィー」です。CTの装置内で横になるだけで、コンピューターが撮影したデータを元に大腸の中の画像を作成します。この装置は通常は見ることが難しい内視鏡の進行方向の逆、つまり大腸の「ひだ」の裏側や、腫瘍や癒着などで内視鏡が通ることができない先の腸まで再現できるので、内視鏡では発見不可能な病変も見つかることがあるという利点があります。

口から飲むカプセル内視鏡の開発も進んでいます。長さ約2㌢まで小さくなってきました。現在は特に小腸の検査に有用ですが、大腸の検査にもいずれ使われるようになってくるかもしれません。

進歩する腹腔鏡手術

早期がんの多くは、内視鏡での治療や、経肛門的局所切除という手術で治ります。切除したがんがリンパに転移をする可能性がないことを病理検査でしっかり確認しておくことが大事です。

直腸にがんがある場合、肛門ごと直腸を切除して永久人工肛門が必要になる場合があります。しかし、一部の専門施設では、肛門の機能を残す究極の肛門温存手術「内肛門括約筋切除術（ISR）」が行われ、人工肛門にならずにすむ患者さんが増えています。直腸がんの手術は、泌尿生殖臓器や、排尿や性機能のための神経が込み入っている骨盤の狭い部分で行うため、高度な技術が必要です。

最近増加しているのが腹腔鏡手術です。患者さんに優しい手術で、現在では大腸がん手術全体の4割ぐらいを占めると言われています。従来の開腹手術は、おなかをおよそ20㌢切開していました。腹腔鏡手術は、5㍉から1㌢の傷からカメラや操作用の鉗子を入れ、モニターを見ながら行います。腸を取り出すために3―5㌢切開します。傷が小さいので痛みが少なく、手術の翌日から歩行可能で、1週間前後でほとんどの人が退院します。

最近では、単孔式腹腔鏡下手術という、へその小さな傷1カ所から器具を3本刺して行う術式が開発されています。

いずれも医師の熟練したテクニックが必要で、直腸がんや横行結腸がんの場合や、大きながんや肥満、癒着がある場合には手術が難しくなります。腹腔鏡手術は開腹手術と異なった知識や技術が必要で、手術件数や、日本内視鏡外科学会の技術認定医がいる病院が、病院の技量の参考になります。

アメリカで開発された「ダヴィンチ」というロボット手術システムは4本のアームを備えたロボットを医師がコンソールボックスで見ながら操作します。基本的には腹腔鏡の手術と同じですが、ハイビジョン3Dで、立体視ができ、奥行きが分かるというのは手術を成功させる上でとても大事な要素です。ロボットの手首は前後左右自在に動かせるため、とても細かな作業が可能なうえ、手の震えも抑えられるので、これまで以上に精度の高い手術が可能になりました。腹腔鏡手術では難しいとされてきた前立腺がん手術も、アメリカでは今やほとんどの患者さんがこの手術を受けています。日本でも今後多くの病院でロボットの導入が予定されています。

生活習慣を守り毎年必ず検診を

大腸がんのリスクを高めるのは、肥満と飲酒。たばこ、ハムやソーセージの加工肉も関与している可能性があります。逆に、がんのリスクを確実に減らすのは運動です。

大腸がんの場合は5―10％が遺伝性と言われています。身内に大腸がんの方がいたら、早めに内視鏡の検査を受けることをお勧めします。

予防には運動と共に、欧米型の食事・生活にあまり傾き過ぎないことが効果的です。

大腸がんは早めにきちんとした治療を行えば比較的良く治るがんです。毎年必ず検診を受けるということと、40歳を超えられたらぜひ一度、内視鏡検査をすることをお勧めします。

暮らしを支える医療や介護

高田 由香（たかだ・ゆか）氏
医療ソーシャルワーカー
1987年日本女子大文学部社会福祉学科卒。2003年静岡がんセンター疾病管理センターで「よろず相談」を担当。厚労省研究班（第3次対がん総合戦略研究事業）「患者・家族・国民の視点に立った自立支援型がん情報の普及のあり方に関する研究」の分担研究者。

県立静岡がんセンター
医療ソーシャルワーカー
高田 由香 氏

がん医療の現状

がんになる方は男性の2人に1人、女性でも3人に1人の割合である、とよく言われていますが、平成20年度の国民医療費34兆8084億円のうち12・8％にあたる3兆3121億円ががんの医療費として使われたことが平成22年版厚生労働白書で報告されています。これほど身近になったがんという病気も、早期に発見し、治療ができる病気になっています。

長期化する在宅療養

数年前「おくりびと」という話題作がありました。以前はあの映画のように最期まで自宅で過ごす方が多かったのですが、1976年には医療機関で最期を迎えられる方のほうが多くなりました。2009年の人口動態統計によれば、自宅で亡くなる人が12％、医療機関で亡くなる人は81％となっています。しかし意識調査によると、国民の約63％が最期の時間を自宅で過ごしたいと回答しているのです。

昔は当たり前だった「自宅で生まれ、自宅で最期を迎える」という文化が失われつつある中で、在宅療養に移行する流れが強まり、自宅での療養期間が長期化する状況が生じています。家庭のサポート力が弱くなっているからこそ在宅療養を支えるしくみが必要なのです。

在宅療養を支える支援体制

支援体制を大別すると、医療支援・介護支援・制度的支援に分けられます。制度的支援としては医療保険や介護保険があります。また県内では、がん診療連携拠点病院を中心に、お住まいの地域での医療・療養支援体制づくりを行っています。

治療を受けた拠点病院などを退院した後、継続した通院が大変な患者さんの場合は、紹介医や地元の往診医と協力して在宅療養を支えます。

さらに日常的なケアに関しては訪問看護ステーションの訪問看護師と連携することにより、副作用症状の管理や、モルヒネなどの医療用麻薬を使用した緩和医療の提供などが在宅でも行われるようになってきました。

このような医療体制を整えることで自宅でも拠点病院レベルの医療が受けられるようになってきました。

また訪問リハビリや、薬剤師・栄養士による訪問指導など地域内における多職種の専門家による連携と「出前型」医療サービスも充実してきています。

最近では24時間サポートする体制を整えている在宅療養支援診療所として国の認定を受けている医療機関も多くなってきていますので、かかりつけ医を選ぶときの参考にすると良いでしょう。

医療体制の充実とともに車の両輪である生活を支える介護支援体制が整うことで、在宅療養が前に進んでいけます。介護保険を申請した後、ケアマネージャーに自分たちの状況やどのような生活をしたいかなどの要望をきちんと伝えることが大切です。利用者の希望する在宅療養に必要な人の手配や福祉用具などの物の手配などをケアマネージャーがプランニングし、安心して療養できるように気配りをしてくれます。

自宅で生活し続けるために

がんになっても自宅で生活を続けるためのポイントは次の通りです。

●不安なことをそのままにしない。

●介護をする人は頑張りすぎない。

●家庭での役割はなるべく分担する。

●早めに支援者（家族、親戚、ご近所、友人など）を見つける。

自宅で安心して安全な療養生活を送ることが何より大事であり、そのことが病気の治療にも向き合える「体と心」を作り出す土台になっていきます。サポートが必要な場合は早めに行動することが大切です。問題を抱え込まず、まずはお近くの相談支援センターなどに相談をするというところから始めてみてください。

タウンミーティング ◆質疑応答◆

事前や当日寄せられた質問を中心に山口建総長を交えて質疑応答が行われました。紙面の都合により、本講座の内容に即した質問事項をまとめました。

Q　主治医に人工肛門を薦められていますが不安です。どのようなセカンドオピニオンがありますか。

絹笠　肛門に近い直腸がんの場合、以前は多くの場合、人工肛門手術がおこなわれていました。しかし最近は、ＩＳＲ（内肛門括約筋切除術）の普及により、がんの状態によっては肛門を残すことができるようになりました。

ＩＳＲを行うことができる病院はまだ限られていますが、「残したい」という意向を主治医に伝え、年齢、生活様式などを踏まえて、総合的に判断しましょう。

山口　大腸がんに限らず内視鏡を活用した体に負担の低い（低侵襲）手術が発達し、治療の選択肢が広がっていますので、がん治療の拠点病院などからも情報を集めてください。

Q　がんでの在宅療養のポイントを教えてください。

高田　制度は整ってきたものの、支援体制の充実度は地域によって異なるのが現状です。生活のレベルを保つことが重要な目標になるので、治療をしている病院の相談窓口などで、不安に思っていることを早めに相談し解決策を探しましょう。