

はい
肺がん

受診から診断、治療、経過観察への流れ



患者さんにご家族の明日のために

がんの診療の流れ

この図は、がんの「受診」から「経過観察」への流れです。
大まかでも、流れがみえると心にゆとりが生まれます。
ゆとりは、医師とのコミュニケーションを後押ししてくれるでしょう。
あなたらしく過ごすためにお役立てください。

がんの疑い

「体調がおかしいな」と思ったまま、放っておかないでください。なるべく早く受診しましょう。

受診

受診のきっかけや、気になっていること、症状など、何でも担当医に伝えてください。メモをしておく整理できます。いくつかの検査の予定や次の診察日が決まります。

検査・診断

担当医から検査結果や診断について説明があります。検査や診断についてよく理解しておくことは、治療法を選択する際に大切です。理解できないことは、繰り返し質問しましょう。検査が続くことや結果が出るまで時間がかかることもあります。

治療法の選択

がんや体の状態に合わせて、担当医が治療方針を説明します。ひとりで悩まずに、担当医と家族、周りの方と話し合ってください。あなたの希望に合った方法を見つけましょう。

治療

治療が始まります。気が付いたことは担当医や看護師、薬剤師に話してください。困ったことやつらいこと、小さなことでも構いません。良い解決方法が見つかるかもしれません。

経過観察

治療後の体調の変化やがんの再発がないかなどを確認するために、しばらくの間、通院します。検査を行うこともあります。

目次

がんの診療の流れ

1. がんと言われたあなたの心に起こること	1
2. 基礎知識	3
3. 検査	7
4. 治療	10
1 病期と治療の選択	10
2 手術（外科治療）	15
3 放射線治療	18
4 薬物療法	20
5 免疫療法	23
6 緩和ケア／支持療法	23
7 転移・再発	24
5. 療養	25
診断や治療の方針に納得できましたか？	26
セカンドオピニオンとは？	26
メモ／受診の前後のチェックリスト	27

1. がんと言われた あなたの心に起こること

がんという診断は誰にとっても良い知らせではありません。ひどくショックを受けて、「何かの間違いではないか」「何で自分が」などと考えるのは自然な感情です。しばらくは、不安や落ち込みの強い状態が続くかもしれません。眠れなかったり、食欲がなかったり、集中力が低下する人もいます。そんなときには、無理にがんばったり、平静を装ったりする必要はありません。

時間がたつにつれて、「つらいけれども何とか治療を受けていこう」「がんになったのは仕方ない、これからすべきことを考えてみよう」など、見通しを立てて前向きな気持ちになっていきます。そのような気持ちになればまずは次の2つを心がけてみてはいかがでしょうか。

あなたに心がけてほしいこと

■ 情報を集めましょう

まず、自分の病気についてよく知ることです。病気によってはまだわかっていないこともあります。担当医は**最大の情報源**です。担当医と話すときには、あなたが信頼する人にも同席してもらおうといいでしょう。わからないことは遠慮なく質問してください。

病気のことだけでなく、お金、食事といった生活や療養に関することは、看護師、ソーシャルワーカー、薬剤師、栄養士などが専門的な経験や視点であなたの支えになってくれます。

また、インターネットなどで集めた情報が正しいかどうかを、担当医に確認することも大切です。他の病院でセカンドオピニオンを受けることも可能です。

「知識は力なり」。正しい知識は考えをまとめるときに役に立ちます。

※参考 P26「セカンドオピニオンとは？」

■ 病気に対する心構えを決めましょう

がんに対する心構えは、積極的に治療に向き合う人、治るといふ固い信念をもって臨む人、なるようにしかならないと受け止める人など人によりいろいろです。どれが良いということはなく、その人なりの心構えでよいのです。そのためにも、自分の病気のことを正しく把握することが大切です。病状や治療方針、今後の見通しなどについて担当医から十分に説明を受け、納得した上で、あなたなりの向き合い方を探していきましょう。

あなたを支える担当医や家族に自分の気持ちを伝え、率直に話し合うことが、信頼関係を強いものにし、しっかりと支え合うことにつながります。

情報をどう集めたらいいか、病気に対してどう心構えを決めたらいいのかわからない、そんなときには、巻末にある「がん相談支援センター」を利用するのも1つの方法です。困ったときにはぜひご活用ください。

2. 基礎知識

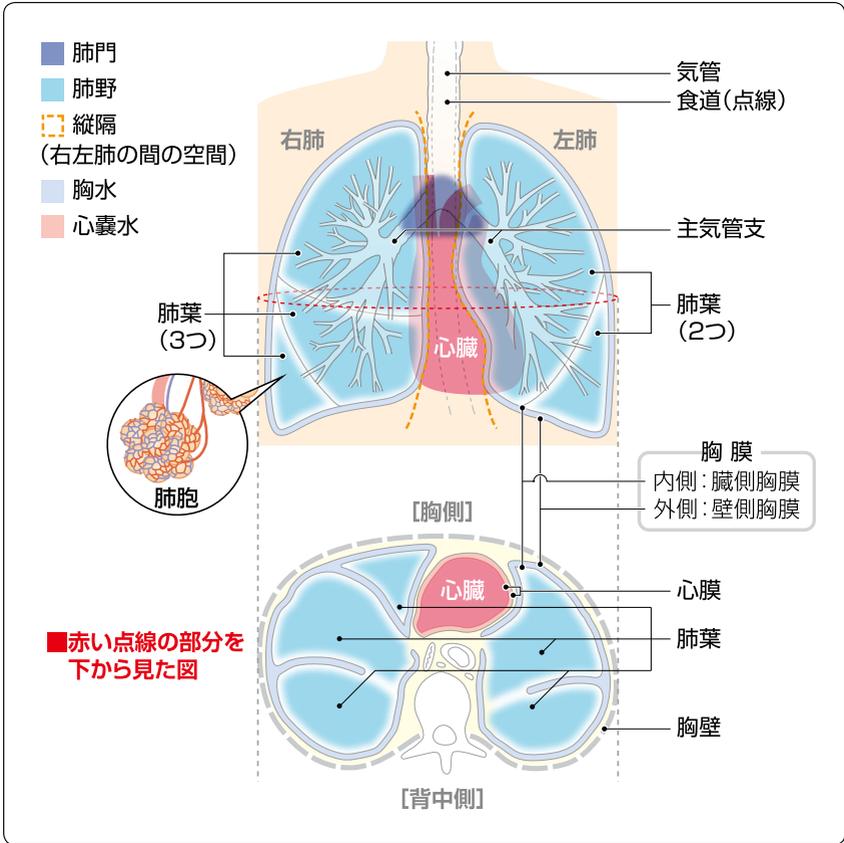
1 肺について

肺は左右の胸部に1つずつあり、右肺は3つ、左肺は2つの肺葉よつに分かれています。気管が左右の主気管支に分かれて肺に入る部分を肺門、肺門以外の肺の本体部分を肺野といいます。先端付近の気管支には、肺胞という小さな袋が無数についています。左右の肺の間のすきまは縦隔じゅうかくといい、気管や食道、心臓などがあります(図1)。

肺は、胸腔きょうくう(胸壁という胸部を作る壁で囲まれた空間)の中にあり、胸膜きょうまくという二重の膜で包まれています。内側の胸膜は肺の表面を包み、外側の胸膜は胸壁と接していて、その間を胸水が満たしています。

肺は、体の中に酸素を取り入れ、いらなくなった二酸化炭素を外に出す働きをしています。

図1. 肺の構造



2 肺がんとは

肺がんは、気管支や肺胞の細胞が何らかの原因でがん化したものです。進行すると、がん細胞は周りの組織を壊しながら増殖し、血液やリンパ液の流れによって転移することもあります。転移しやすい場所はリンパ節、反対側の肺、骨、脳、肝臓、副腎です。

3 症状

「この症状があれば必ず肺がん」という症状はありません。症状がないうちに進行していることもあります。咳や痰、痰に血が混じる、発熱、息苦しさ、動悸、胸痛などがあげられますが、いずれも肺がん以外の呼吸器の病気にもみられる症状です。複数の症状がみられたり、長引いたりして気になった場合は、早めに医療機関を受診しましょう。

4 組織型分類(がんの組織の状態による分類)

肺がんは、組織型によって、非小細胞肺がんと小細胞肺がんの2つに大きく分けられます(表1)。発生頻度が高いのは非小細胞肺がん^{へんべい}で、腺がん、扁平上皮がん、大細胞がん^{だいせうぼうがん}に分類されます。中でももっとも多いのが腺がん^{せんがん}で、一般には「肺腺がん」ともいいます。小細胞肺がんは、非小細胞肺がんと比べて増殖速度が速く、転移や再発をしやすい腫瘍です。

非小細胞肺がん^{へんせうせうぼうがん}と小細胞肺がん^{せうせうせうぼうがん}では、治療方針が大きく異なるため、検査によって組織型を確認してから治療を開始します。

表1. 主な肺がんの組織型とその特徴

	組織分類	多く発生する場所	特徴
非小細胞肺がん	腺がん	肺野	・ 肺がんの中で最も多い ・ 症状が出にくい
	扁平上皮がん	肺門 (肺野部の発生頻度も高くなってきている)	・ 咳や血痰などの症状が現れやすい ・ 喫煙との関連が大きい
	大細胞がん	肺野	・ 増殖が速い
小細胞肺がん	小細胞がん	肺門・肺野ともに発生する	・ 増殖が速い ・ 転移しやすい ・ 喫煙との関連が大きい

5 患者数(がん統計)

肺がんは、日本全国で1年間に約125,000人が診断されます。男性に多い傾向にあり、60歳ごろから急激に増加しはじめ、高齢になるほど多くなります。男女ともに4番目に多いがんです。

6 発生要因

喫煙は肺がんの危険因子の1つです。喫煙者は非喫煙者と比べて男性で4.4倍、女性では2.8倍肺がんになりやすく、喫煙を始めた年齢が若く、喫煙量が多いほどそのリスクが高くなります。受動喫煙(周囲に流れるたばこの煙を吸うこと)も肺がんのリスクを2~3割程度高めます。

喫煙以外では、職業的曝露^{ばくろ}*¹や大気汚染^{*2}、家族に肺がんにかかった人がいる、年齢が高いことなどが発生のリスクを高めると考えられています。

- ※1 アスベスト、ラドン、ヒ素、クロロメチルエーテル、クロム酸、ニッケルなどの有害化学物質にさらされている
- ※2 特にPM2.5(粒径2.5ミクロン以下の微小浮遊粒子)による汚染

3. 検査

肺がんが疑われるときは、まず、胸部X線検査や胸部CT検査などを行い、病変の有無や場所を調べます。喀痰細胞診かくたんさいぼうしんなどを組み合わせて調べることもあります。これらの検査で異常が見つかった場合には、肺がんが疑われる部位から細胞や組織を採取して病理検査を行い、がんかどうか、がんの場合はどのような種類のがんかについての診断を確定します。

肺がんでは組織型などによって治療方法が異なるので、治療開始前に病理検査を行います。治療方法を定める際には、がんの病期(がんがどのくらい進行しているか)も知る必要があります。肺がんの診断が確定したら、病期を診断するために画像検査を行います。

1 画像検査

画像によってがんの広がりや性質を調べる検査です。体への負担が比較的少ない検査で、検査ごとに特徴があり、目的に応じて使い分けます。

1) 胸部X線検査

いわゆるレントゲン検査のことです。胸部全体にX線を照射して撮影し、肺にがんを疑う影がないか調べます。簡便で広く普及した検査で、がん検診でも用いられています。

2) 胸部CT検査

胸の断面像を連続的に撮影する検査で、肺にがんがないか調べる画像診断法としては現時点でもっとも有力な方法です(図2)。胸部X線検査で異常が認められた場合に行い、がんの存在、大きさ、性質、周囲の臓器への広がりなどを調べます。この検査で判断ができないときは、より高精度な高分解能CT検査や造影剤を使ったCT検査を行うこともあります。造影CT検査は病期の診断にも用いられます。

図2. CT検査の様子



3) PET - CT検査

PET-CT検査は、がん細胞の代謝の特徴からがんを検出するPET検査と、組織のかたちの異常からがんを検出するCT検査を同時に行う検査です。2つの検査の画像を重ねることで、高い精度でがん細胞の有無や位置を診断することができます。肺がんが転移した場所や進行の程度を調べるのに特に有効な検査です。

4) MRI検査

MRIは磁気を使って体内の様子を画像化する検査です。頭部などへの転移の有無を確認するために使われます。

5) 骨シンチグラフィ

放射性物質を静脈から注射し、骨への転移の有無を調べる検査です。骨にがんがあると、その部分に放射性物質が集まることを利用する検査です。

2 病理検査・病理診断

がんかどうか、どのような種類のがんかについての診断を確定するために、がんが疑われる部位から細胞や組織を採取して顕微鏡で詳しく調べる検査です。細胞や組織の採取法には、手術中に採取する以外に、喀痰細胞診、気管支鏡下検査、経皮的針生検などがあります。体に負担の少ない検査から順に実施を検討していきます。

3 バイオマーカー検査

タンパク質や遺伝子などの生体内の物質で、病状の変化や治療の効果の指標となるものをバイオマーカーといいます。バイオマーカーでがんの性質を事前に調べ、効果を予測して治療の方針をたてることもできます。がん遺伝子検査、PD-L1検査、腫瘍マーカー検査などがあります。

4. 治療

1 病期と治療の選択

治療方法を決める際には、組織型やがんの進行の程度、体の状態、年齢、合併症などを考慮します。がんの進行の程度は、「病期（ステージ）」として分類します。病期はローマ数字を使って表記するのが一般的です。肺がんでは早期から進行につれて0期～Ⅳ期に分類します（表4）。

1) 病期（ステージ）

肺がんの病期は、次のTNMの3種の分類（TNM分類）の組み合わせで決まります。

T：原発巣のがんの大きさや広がり（表2）

N：所属リンパ節（胸腔内や鎖骨の上あたりのリンパ節）への転移の有無（表3）

M：遠隔転移の有無（表3）



表2. 肺がんのT分類(原発巣のがんの大きさや広がり)の程度)

Tis	上皮内がん、肺野に腫瘍がある場合は充実成分 ^{*1} の大きさが0cm、かつがんの大きさ ^{*2} が3cm以下
T1	充実成分の大きさが3cm以下、かつ肺または臓側胸膜におおわれ、葉気管支より中枢への浸潤が気管支鏡上認められない(すなわち主気管支に及んでいない)
T1mi	微小浸潤性腺がんで充実成分の大きさが0.5cm以下、かつがんの大きさが3cm以下
T1a	充実成分の大きさが1cm以下で、TisやT1miには相当しない
T1b	充実成分の大きさが1cmを超え2cm以下
T1c	充実成分の大きさが2cmを超え3cm以下
T2	充実成分の大きさが3cmを超え5cm以下 または、充実成分の大きさが3cm以下でも以下のいずれかであるもの <ul style="list-style-type: none"> ・主気管支に及ぶが気管分岐部には及ばない ・臓側胸膜に浸潤がある ・肺門まで連続する部分的または片側全体の無気肺が閉塞性肺炎がある
T2a	充実成分の大きさが3cmを超え4cm以下
T2b	充実成分の大きさが4cmを超え5cm以下
T3	充実成分の大きさが5cmを超え7cm以下 または、充実成分の大きさが5cm以下でも以下のいずれかであるもの <ul style="list-style-type: none"> ・壁側胸膜、胸壁、横隔神経、心膜のいずれかに直接浸潤がある ・同一の肺葉内で離れたところに腫瘍がある
T4	充実成分の大きさが7cmを超える または、大きさを問わず横隔膜、縦隔、心臓、大血管、気管、反回神経、食道、椎体、気管分岐部への浸潤がある または、同側の異なった肺葉内で離れたところに腫瘍がある

※1 「充実成分」: CT検査などによってがん内部の肺血管の形がわからない程度の高い吸収値を示す部分のこと。これに対し、がん内部の肺血管の形がわかる程度の淡い吸収値を示す部分をすりガラス成分という。

※2 「がんの大きさ」: 充実成分およびすりガラス成分を含めた腫瘍全体の最大径のこと。

日本肺癌学会編「臨床・病理 肺癌取扱い規約2017年1月(第8版)」(金原出版)より作成

表3. 肺がんのN分類（所属リンパ節への転移の有無）とM分類（遠隔転移の有無）

N0	所属リンパ節 ^{※3} への転移がない
N1	同側の気管支周囲 かつ／または 同側肺門、肺内リンパ節への転移で原発腫瘍の直接浸潤を含める
N2	同側縦隔 かつ／または 気管分岐下リンパ節への転移がある
N3	対側縦隔、対側肺門、同側あるいは対側の鎖骨の上あたりにあるリンパ節への転移がある
M0	遠隔転移がない
M1	遠隔転移がある
M1a	対側肺内の離れたところに腫瘍がある、胸膜または心膜への転移、悪性胸水 ^{※4} がある、悪性心嚢水 ^{※5} がある
M1b	肺以外の一臓器への単発遠隔転移がある
M1c	肺以外の一臓器または多臓器への多発遠隔転移がある

- ※3 肺がんの所属リンパ節は、胸腔内や鎖骨の上あたりにある。
- ※4 胸水の中にかん細胞がみられること。
- ※5 心嚢水（心臓の周りにたまった液体）の中にかん細胞がみられること。

日本肺癌学会編「臨床・病理 肺癌取扱い規約 2017年1月（第8版）」（金原出版）より作成

表4. 肺がんの病期分類

	N0	N1	N2	N3	M1a	M1b	M1c
T1mi	IA1	II B	III A	III B	IV A	IV B	IV B
T1a							
T1b	IA2						
T1c	IA3						
T2a	IB						
T2b	II A						
T3	II B	III A	III B	III C			
T4							

日本肺癌学会編「臨床・病理 肺癌取扱い規約 2017年1月（第8版）」（金原出版）より作成

● 小細胞肺がんの分類

小細胞肺がんの治療法を選択する際には、上記の病期分類と併せて、「限局型」と「進展型」による分類も使用しています(表5)。

表5. 小細胞肺がんの病期分類

限局型	<ul style="list-style-type: none">・がんが片側の肺に限局している・がんが反対側の縦隔および鎖骨上窩^{じょうか}リンパ節までに限られている・悪性胸水および心嚢水がみられない
進展型	<ul style="list-style-type: none">・「限局型」の範囲を超えてがんが進んでいる

日本肺癌学会ウェブサイト 肺癌診療ガイドライン2019年版 悪性胸膜中皮腫・胸腺腫 瘍含む より作成

2) 治療の選択

肺がんの治療法は、組織型や病期ごとの標準治療に基づいて、体の状態や年齢、本人の希望なども考慮しながら担当医と共に決めていきます。複数の治療法を併用することもあります。

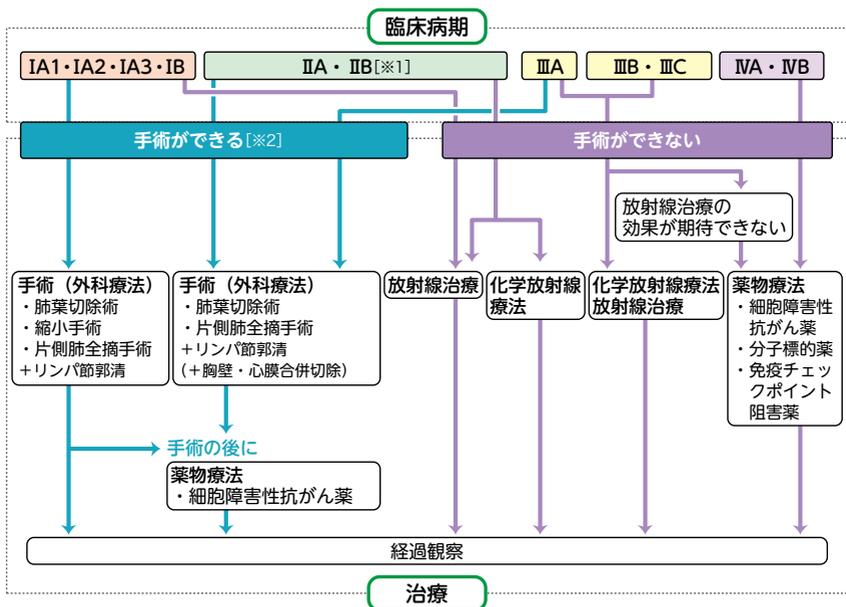
図3、図4は、組織型や病期ごとの標準治療の流れをまとめたものです。担当医と治療方針について話し合うときの参考にしてください。

(1) 非小細胞肺がんの治療

比較的早期の非小細胞肺がんの治療の中心は手術です。再発予防のため手術後に薬物療法を行うこともあります。また、体の状態、年齢、合併する他の病気などの影響で手術が難しい場合には、放射線治療を行います。

がんが手術では完全に取りきることができない程度に進行している場合にも、放射線治療を行います。この場合、体の状態がよければ、放射線治療と薬物療法を同時に行うこともあります（化学放射線療法）。さらに進行した状態では、薬物療法が治療の中心になります。

図3. 非小細胞肺がんの治療の選択



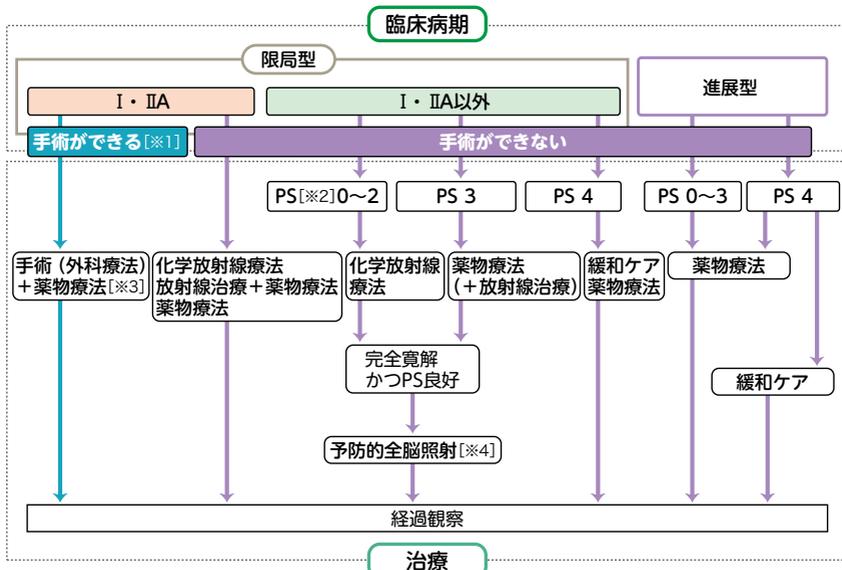
※1 IIBの肺尖部胸壁浸潤癌の場合は、IIIA期の治療に準じる ※2 体の状態による

日本肺癌学会ウェブサイト 肺癌診療ガイドライン2019年版 悪性胸膜中皮腫・胸腺腫瘍含む より作成

(2) 小細胞肺がんの治療

小細胞肺がんの治療の中心は薬物療法です。ごく早期の場合は手術を行うこともあります。限局型の場合には、体の状態によって放射線治療を併用することもあります。

図4. 小細胞肺がんの治療の選択



※1 体の状態による ※2 PS (パフォーマンスステータス) 体の状態の指標の一つ

※3 小細胞肺がんの薬物療法では主に細胞障害性抗がん薬を使用する

※4 脳への転移による再発を予防するために、脳全体に放射線を照射すること

日本肺癌学会ウェブサイト 肺癌診療ガイドライン2019年版 悪性胸膜中皮腫・胸腺腫瘍含む より作成

2 手術(外科治療)

手術は、I期、II期の非小細胞肺がんとI期、IIA期の小細胞肺がんが対象で、手術によってがんを取り除くことができる場合に行います。手術ができるかどうかについては、手術前の体の状態を総合的に評価して判断します。手術後の順調な回復のためにも、手術前には1カ月以上の禁煙をします。

手術の方法としては、これまで、胸部の皮膚を15～20cmほど切開して、肋骨の間を開いて行う開胸手術が一般的でした。しかし近年では、胸腔鏡という細い棒状のビデオカメラを挿入し、モニターの画像を補助的に使う開胸手術や、モニターの画像だけを見ながら行う手術が広く行われています。それぞれに長所と短所があり、具体的な手術の手順は病院によって異なることもあります。

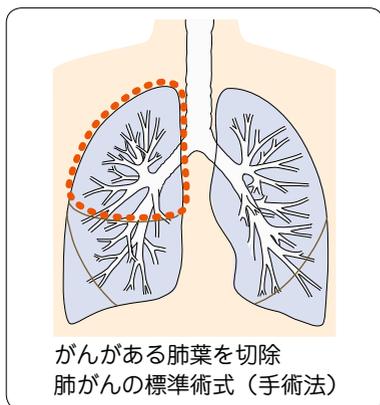
1) 手術の種類

切除する範囲によって複数の手術法があります。どの種類の手術を行うかは、組織型や病期、体の状態などによって異なります。

(1) 肺葉切除術

がんのある肺葉を切除する手術です(図5)。通常はリンパ節郭清(周囲のリンパ節の切除)も行います。Ⅰ期からⅡ期の非小細胞肺癌に対する標準的な手術方法です。がんが肺と隣接する胸壁や心膜に広がっているときには、一緒に切除する場合があります。

図5. 肺葉切除術の切除範囲

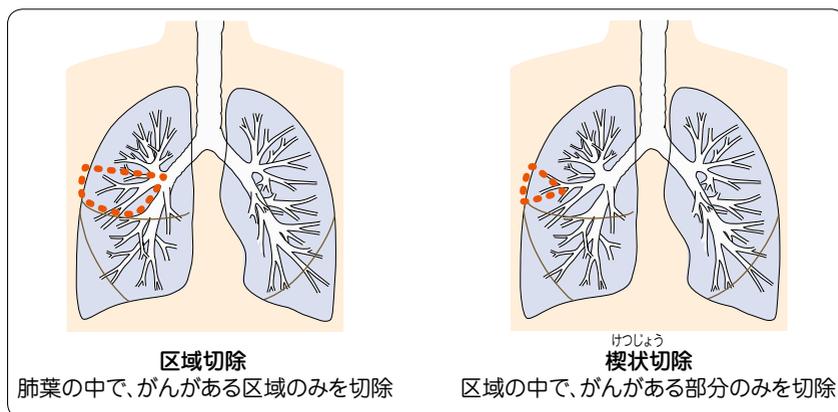


(2) 縮小手術

肺をできるだけ温存することを目的として、肺葉の一部分のみを切除する手術です。非小細胞肺癌のごく早期か、I期で肺の機能などに問題があり、肺葉切除ができない場合の手術です。再発の可能性が高くなるので、可能であれば肺葉切除術を行います。

縮小手術には、がんがある区域のみを切除する区域切除(図6左)と、区域の中でがんがある部分のみを切除する楔状切除(図6右)があります。

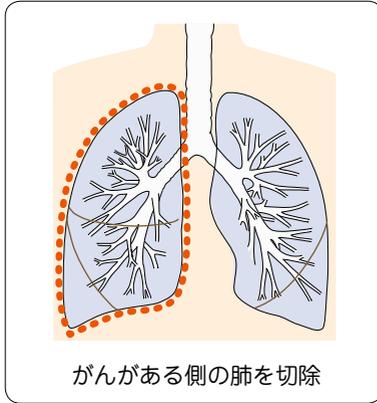
図6. 縮小手術の切除範囲



(3) 片側肺全摘手術

がんがある側の片肺をすべて切除する手術です(図7)。がんが肺葉を越えて広がっている場合や、大血管や気管支に及んでいる場合に必要になることがあります。がんが肺と隣接する胸壁や心膜に広がっているときには、一緒に切除する場合があります。体に大きな負担がかかるので、心臓や肺の状態や年齢なども考慮しながら、手術できるかどうかを検討します。

図7. 片側肺全摘手術の切除範囲



2) 手術後の合併症

肺の手術を行うと、肺活量の低下や肺炎などの合併症がおきることがあります。合併症を予防するために、手術前・手術後それぞれに呼吸訓練をすることが大切です。

3 放射線治療

放射線治療は、高いエネルギーを持つ放射線をあててがん細胞を破壊し、がんを消滅させたり小さくしたりする治療法です。がんの治癒や進行の抑制、がんによる身体症状の緩和や延命などを目的として行います。体の状態がよく、細胞障害性抗がん薬を使用できる場合には、放射線治療と同時に使用することがあります(化学放射線療法)。

化学放射線療法では、放射線治療と細胞障害性抗がん薬を同じ時期に併用したほうが、時期を分けて連続的に行うよりも効果が高いとされていますが、急性の副作用が出る可能性も高くなります。

1) 非小細胞肺がんの放射線治療

I 期からⅢ期で手術が難しい場合には、治癒を目標とした放射線治療を行います。Ⅱ期・Ⅲ期で体の状態がよい場合には、化学放射線療法を行います。また、I 期・Ⅱ期で医学的には手術が可能でも、患者本人が手術を希望しないときには、治癒を目標とした放射線治療を行うことがあります。

2) 小細胞肺がんの放射線治療

小細胞肺がんでは限局型が放射線治療の対象となります。I 期で手術ができない場合や、Ⅱ期以降でも体の状態がよい場合には、化学放射線療法を行います。また、I 期またはⅡA期以外の限局型では、初回の治療によってがんが画像検査では分からないほど縮小し、体の状態も良い場合には、脳への転移による再発を予防するために脳全体に放射線を照射することがあります（予防的全脳照射）。

● 放射線治療の副作用

皮膚や粘膜など細胞分裂が盛んな部分は放射線の影響を受けやすく、治療後に炎症を起こすことがあります。放射線があたった部位に起こりやすく、食道の痛みや飲み込みにくさ、咳や発熱、息切れなどの症状がでることがあります。重症になることもありますので、高熱やひどい息切れがある場合には早めに医師に相談しましょう。

4 薬物療法

薬剤を点滴または内服で体内に取り入れ、がんの増殖を抑えたり成長を遅らせたりする治療です。体内に入った薬は全身をめぐるので、肺以外の臓器に転移している場合にも効果を期待できます(全身療法)。手術や放射線治療のような局所療法と組み合わせ、治療後の再発や転移を予防することもあります。肺がんは転移しやすいがんなので、薬物療法はとても有効な治療法です。

治療の効果は、X線検査やCT検査、気管支鏡下検査、腫瘍マーカー検査などで判定します。副作用などの理由で一次治療(がんの診断後に初めて行う薬物治療)を中止した場合や、一次治療の効果がなくなった場合でも、体の状態が良好であれば二次治療、三次治療が行われます。その場合、前の治療ですでに使ったものとは異なる薬や組み合わせを使用します。

肺がんの薬物療法で使用する薬には、大きく分けて「細胞障害性抗がん薬」「分子標的薬」「免疫チェックポイント阻害薬」があります。どの薬を使用するかは、肺がんの組織分類や病期、体の状態などによって異なります。

- 細胞障害性抗がん薬は、細胞の増殖の仕組みに着目して、その仕組みの一部を邪魔することでがん細胞を攻撃する薬です。がん以外の正常に増殖している細胞も影響を受けます。

- 分子標的薬は、がん細胞に特徴的な分子を目印にしてがんを攻撃する薬です。がん以外の正常に増殖している細胞への影響を抑えられるのが特徴です。肺がんでは、チロシンキナーゼ阻害薬や血管新生阻害薬を使用します。がん遺伝子検査をもとに適切な薬を選びます。
- 免疫チェックポイント阻害薬は、免疫ががん細胞を攻撃する力を保つ薬です。免疫チェックポイント阻害薬は、分子標的薬に含めることもあります。
 - ※ 免疫チェックポイント阻害薬については、「5. 免疫療法」もご参照下さい。

1) 非小細胞肺がんの薬物療法

再発や転移を予防することを目的として、手術後に細胞障害性抗がん薬による治療を行うことがあります。Ⅱ期やⅢ期で、手術は難しいが放射線治療の効果が期待できる場合に、放射線治療を併用し、化学放射線療法を行うことがあります。

進行していて手術では取りきれない場合には、薬物療法が治療の中心になります。細胞障害性抗がん薬や分子標的薬、免疫チェックポイント阻害薬を使用します。複数の薬を組み合わせせて併用することもあります。

2) 小細胞肺がんの薬物療法

小細胞肺がんでは、主に細胞障害性抗がん薬で治療を行います。進展型では免疫チェックポイント阻害薬と併用することもあります。小細胞肺がんは転移しやすいがんですが、細胞障害性抗がん薬の効果が出やすいという特徴があります。

(1) 限局型の場合

病期がⅠからⅡA期で手術で取り切れる場合は、再発や転移を防ぐために、手術の後に細胞障害性抗がん薬を使用することがあります。手術が難しい場合は化学放射線療法を行います。体の状態によっては、細胞障害性抗がん薬のみで治療を行います。

Ⅰ期とⅡA期以外では細胞障害性抗がん薬による治療が中心となり、体の状態を考慮しながら適切な方法を選びます。状態が良い場合(PS0-2)には、放射線治療を併用した化学放射線療法を行います。PS3では薬物療法が治療の中心です。いずれの場合も、初回の治療でがんが画像検査では分からないほど縮小し、PSが良いまたは改善した場合には、予防的全脳照射を行うことがあります。

(2) 進展型の場合

進展型は主に細胞障害性抗がん薬で治療します。免疫チェックポイント阻害薬と併用することもあります。使用する薬は健康状態や年齢によって異なります。

● 薬物療法の副作用

使用する薬剤の種類によって副作用は異なり、その程度も個人差があります。細胞障害性抗がん薬は新陳代謝の盛んな細胞に影響を与えやすく、脱毛や、口内炎、下痢、白血球や血小板の数が少なくなる骨髄抑制などの症状が出ることがあります。

分子標的薬や免疫チェックポイント阻害薬は、薬ごとにさまざまな副作用があらわれます。自分が受ける薬物療法について、いつどんな副作用が起こりやすいか、どう対応したらよいか、特に気をつけるべき症状は何かなど、治療が始まる前に担当医に確認しておきましょう。

5 免疫療法

免疫療法は、免疫の力を利用してがんを攻撃する治療法です。2020年1月現在、肺がんの治療に効果があると証明されているのは、免疫チェックポイント阻害薬を使用する治療法のみです。

6 緩和ケア／支持療法

緩和ケアとは、がんと診断されたときから、クオリティ・オブ・ライフ(QOL：生活の質)を維持するために、がんに伴う体と心のさまざまな苦痛に対する症状を和らげ、自分らしく過ごせるようにする治療法です。がんが進行してからだけではなく、がんと診断されたときから必要に応じて行われ、希望に応じて幅広い対応をします。

なお、支持療法とは、がんそのものによる症状やがんに伴う副作用・合併症・後遺症による症状を軽くするための予防、治療およびケアのことを指します。

本人にしかわからないつらさについても、積極的に医療者へ伝えましょう。

7 転移・再発

転移とは、がん細胞がリンパ液や血液の流れなどに乗って別の臓器に移動し、そこで成長することをいいます。また、再発とは、治療の効果によりがんがなくなったあと、再びがんが出現することをいいます。

1) 転移

肺がんはリンパ節、反対側の肺、骨、脳、肝臓、副腎などに転移しやすいがんです。一般的に、転移した肺がんを手術ですべて取りきることは難しいため、症状がない場合は薬物療法を中心に、痛みなどがある場合は症状を取り除くための放射線治療や手術を行います。これらの治療ができない場合にも、症状を和らげる治療を行い、痛みや苦痛を緩和しながら日常生活を送れるようにします。

2) 再発

再発がんでは、がんが肺以外の組織にもみられることが多いので、非小細胞肺がん、小細胞肺がんともに全身療法である薬物療法が治療の中心となります。非小細胞肺がんでは、がんの組織型や遺伝子変異などの有無、体の状態をみながら治療薬を選択します。小細胞肺がんは特に再発の多いがんです。再発した場合には、一次治療終了から再発までの期間の長さによって、適切な細胞障害性抗がん薬を選びます。

5. 療養

1 日常生活を送る上で

症状や治療の状況によって、日常生活の注意点は異なります。予想される症状や対処法について担当医と相談しておくことが大切です。これまでたばこを吸っていた人は、禁煙することで、痰の量が減る、治療後の肺炎のリスクを下げるなどの効果が期待できますので、この機会にぜひ禁煙しましょう。「禁煙外来」を設けている医療機関で禁煙治療を受けることもできます。

2 経過観察

治療後の経過観察は5年間を目安とし、定期的な検査を行って再発がないか確認します。

受診と検査の間隔は、肺がんの性質や進行度、治療の内容と効果、追加治療の有無、体調の回復や後遺症の程度などによって異なります。治療が続いている間はその予定にしたがって通院しますが、治療が終了した場合でも、始めは1カ月から3カ月ごと、病状が安定してきたら6カ月から1年ごとに定期的に受診します。

受診時は体調についての問診や診察、血液検査（腫瘍マーカー）、胸部X線検査などを行い、必要に応じてCT検査、MRI検査、PET-CT検査などの画像検査も行います。画像検査では発見しにくい肺門型扁平上皮癌の場合には、喀痰細胞診や気管支鏡下検査を行うこともあります。

規則正しい生活を送ることで、体調の維持や回復を図ることができます。禁煙、節度のある飲酒、バランスのよい食事、適度な運動など、日常的に心がけることが大切です。

診断や治療の方針に納得できましたか？

治療方法は、すべて担当医に任せたいという患者さんがいます。一方、自分の希望を伝えた上で一緒に治療方法を選びたいという患者さんも増えています。どちらが正しいというわけではなく、患者さん自身が満足できる方法が一番です。

まずは、病状を詳しく把握しましょう。 わからないことは、担当医に何でも質問してみましょう。治療法は、病状によって異なります。医療者とうまくコミュニケーションをとりながら、自分に合った治療法であることを確認してください。

診断や治療法を十分に納得した上で、治療を始めましょう。

セカンドオピニオンとは？

担当医以外の医師の意見を聞くこともできます。これを「セカンドオピニオンを聞く」といいます。ここでは、①診断の確認、②治療方針の確認、③その他の治療方法の確認とその根拠を聞くことができます。聞いてみたいと思ったら、「セカンドオピニオンを聞きたいので、紹介状やデータをお願いします」と担当医に伝えましょう。

担当医との関係が悪くならないかと心配になるかもしれませんが、多くの医師はセカンドオピニオンを聞くことは一般的なことと理解しています。納得した治療法を選ぶために、気兼ねなく相談してみましょう。

メモ（ 年 月 日）

- **がんの種類**
[非小細胞肺癌（腺がん・扁平上皮がん・大細胞がん）・小細胞肺癌]
- **病期（ステージ）** [I期 ・ II期 ・ III期 ・ IV期]
- **大きさ** [] cm 位
- **リンパ節への転移** [あり ・ なし]
- **別の臓器への転移** [あり ・ なし]

受診の前後のチェックリスト

- 後で読み返せるように、医師に説明の内容を紙に書いてもらったり、自分でメモをとったりするようにしましょう。
 - 説明はよくわかりますか。わからないときは正直にわからないと伝えましょう。
 - 自分に当てはまる治療の選択肢と、それぞれの良い点、悪い点について、聞いてみましょう。
 - 勧められた治療法が、どのように良いのか理解できましたか。
 - 自分はどう思うのか、どうしたいのかを伝えましょう。
 - 治療についての具体的な予定を聞いておきましょう。
 - 症状によって、相談や受診を急がなければならない場合があるかどうか確認しておきましょう。
 - いつでも連絡や相談ができる電話番号を聞いて、わかるようにしておきましょう。
-
- 説明を受けるときには家族や友人が一緒の方が、理解できて安心だと思えるようであれば、早めに頼んでおきましょう。
 - 診断や治療などについて、担当医以外の医師に意見を聞いてみたい場合は、セカンドオピニオンを聞きたいと担当医に伝えましょう。

参考文献：

厚生労働省ウェブサイト、がん登録 全国がん登録 罹患数・率 報告 平成28年報告；2019年
 日本臨床腫瘍学会編、新臨床腫瘍学 改訂第5版、2018年、南江堂
 日本肺癌学会ウェブサイト、肺癌診療ガイドライン 2019年版 悪性胸膜中皮腫・胸腺腫瘍含む
 日本肺癌学会編、臨床・病理 肺癌取扱い規約第8版、2017年、金原出版
 日本肺癌学会編、患者さんのための肺がんガイドブック 2019年版 悪性胸膜中皮腫・胸腺腫瘍含む、
 金原出版

国立がん研究センターがん対策情報センター作成の本

● がんの冊子

各種がんシリーズ

がんと療養シリーズ 緩和ケア 他

がんと仕事のQ&A

● がんの書籍 (がんの書籍は書店などで購入できます)

がんになったら手にとるガイド 普及新版 別冊『わたしの療養手帳』

もしも、がんが再発したら

閲覧・
入手方法

● インターネットで

ウェブサイト「がん情報サービス」で、冊子ファイル (PDF) を閲覧したり、ダウンロードして印刷したりすることができます。

がん情報サービス <https://ganjoho.jp>

がん情報

検索

● 病院で

上記の冊子や書籍は、全国のがん診療連携拠点病院などの「がん相談支援センター」で閲覧・入手することができます。

上記の冊子・書籍の閲覧方法や入手先がわからないときは、「がん情報サービス」または「がん情報サービスサポートセンター」でご確認ください。

がん情報サービス
サポートセンター



0570-02-3410 ナビダイヤル

03-6706-7797

受付時間：平日 10時～15時
(土日祝日、年末年始を除く)

*相談は無料ですが、通話料金はご利用される方のご負担となります。

がんの冊子 各種がんシリーズ 肺がん

2008年9月 第1版第1刷 発行

2020年1月 第4版第1刷 発行

2021年6月 第4版第3刷 発行

編集：がん情報サービス がん情報編集委員会

発行：国立研究開発法人国立がん研究センターがん対策情報センター

〒104-0045 東京都中央区築地 5-1-1

協力：後藤 悌 (国立がん研究センター中央病院呼吸器内科)

坪井 正博 (国立がん研究センター東病院呼吸器外科)

国立がん研究センターがん対策情報センター 患者・市民パネル

肺がん

国立がん研究センター
がん対策情報センター

がん相談支援センター について

がん相談支援センターは、全国の国指定のがん診療連携拠点病院などに設置されている「がんの相談窓口」です。患者さんやご家族だけでなく、どなたでも無料で面談または電話によりご利用いただけます。

相談された内容がご本人の了解なしに、患者さんの担当医をはじめ、他の方に伝わることはありません。

わからないことや困ったことがあればお気軽にご相談ください。

がん相談支援センターやがん診療連携拠点病院、がんに関するより詳しい情報はウェブサイトをご覧ください。

「がん情報サービス」 <https://ganjoho.jp>

がん情報

🔍 検索



つくるを支える
届けるを贈る

がん情報ギフト

国立がん研究センターは、皆さまからのご寄付で「確かな・わかりやすい・役立つ」がん情報をつくり、全国の図書館などにお届けするキャンペーンを行っています。ぜひご協力ください。