

もっと

知ってほしい

頭頸部がんのこと

監修

神戸大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉科頭頸部外科学分野 教授

丹生健一

最適な治療法を納得して選ぶために 聞いておきたいこと、伝えておきたいこと

治療方針を決めるためには、病気や病状について理解し、自分の想いや価値観を医療者に伝え、自分の情報を共有しておくことが大切です。あなたの状況や気持ちが変わったら、その都度、何度でも伝えましょう。



医療者に聞いておきたいこと

- がんのタイプ
- がんの病期（ステージ）
- 病理検査の結果
- リンパ節やほかの部位への広がりの有無
- 治療の選択肢
- 各治療法の長所・短所（治療の効果、かかる期間、費用など）
- 治療に伴う合併症・副作用（長期間続く、あるいは後から出てくる合併症・副作用も含めて）
- 日常生活（食事、発声・発話、仕事、家事、育児、介護）への治療の影響
- 治療後に想定される外見の変化と対策
- 生殖機能や将来の妊娠・出産への影響と対策
- 参加できる臨床試験
- 合併症や副作用が起こったときの相談先
- 経済的な不安があるときの相談先
- 自分や家族が精神的なサポートを受けたいときの相談先
- その他に知っておくべきこと

自分について伝えておきたいこと

- 今の気持ち（不安や心配なことなど）
- 就いている仕事や今後就きたい仕事
- 今後、妊娠・出産を希望するかどうか
- 経済的な状況
- 治療の副作用の中で特に避けたいと感じるもの
- 副作用が強い場合に治療を継続するかどうか
- 自分の人生で大事にしていること
- 医療者以外で、自分の希望や意思を知っておいてほしい人はだれか、大事なことを相談できる人はだれか
- セカンドオピニオンの希望
- 治療が終わった後の主な生活の場所

患者と医療者が話し合いながら治療方針を決める

シェアード・ディシジョン・メイキング

（協働意思決定：Shared Decision Making：SDM）

シェアード・ディシジョン・メイキング（協働意思決定）は、医療者と患者さんが情報を共有し、話し合いながら最適な治療方針を選択する重要なプロセスです。がん治療においては、特に複数の選択肢がある場合に、シェアード・ディシジョン・メイキングが重視されるようになってきています。

医療者は、治療の選択肢やその長所と短

所などの情報をわかりやすく提供し、患者さんは、自分にとって大事なことや優先すべきことを伝え、相談しながら一緒に意思決定を行います。

上記の「医療者に聞いておきたいこと」「自分について伝えておきたいこと」のリストを参考に話し合い、あなた自身が納得できる治療方針を選択してください。



「頭頸部がんの疑いがある」といわれたあなたへ

気になる軽い症状で診察を受けたとき、あるいは検診や健康診断、人間ドックの結果から、「頭頸部がんの疑いがある」「頭頸部がんです」と聞かされ、あなたは驚きや不安、悲しみなどさまざまな感情に揺さぶられている最中かもしれません。

こんなときにこそ、頭頸部がんやその経過、治療についての正しい知識を得ることが大切です。

頭頸部がんは顔から首までの間のがん全体の総称で、がんのできた部位によって、症状や治療法は大きく異なります。また、同じ部位のがんでも治療の効果・副作用、その後の経過には個人差が大きいことも知られています。それだけに自分のがんの状態をよく知り、自分の病気や生活に合う治療法を選択することが必要になります。

頭頸部がんの治療には、頭頸部外科・耳鼻咽喉科、形成外科、歯科・口腔外科など頭頸部領域の外科系医師や内科医、麻酔科医、放射線科医、薬物療法の専門家である腫瘍内科医、リハビリテーション専門医、がん患者の心の専門家である精神腫瘍医、心身の痛みを専門とする緩和ケア医など、さまざまな専門分野の医師が関わります。

また、看護師、薬剤師も療養や薬に関してアドバイスします。発声や発音、嚥下などの訓練を行う言語聴覚士、リハビリを支える理学療法士や作業療法士、食べ方や食べ物、栄養の相談に乗る管理栄養士、生活や仕事などの相談に乗るソーシャルワーカーといった専門職もいます。

不安や悩みがあるとき、疑問があるときには、これら多くの医療スタッフに遠慮せずに相談するといいいでしょう。

この冊子では、頭頸部がん全体に共通する治療法を中心に、生活するうえで役立つ情報や患者さんの声も掲載しています。治療法の選択に、またご家族などあなたの大切な人たちや医療スタッフとのコミュニケーションに、この冊子が役立つことを願っています。

CONTENTS



頭頸部がんとは、どのような**病気**ですか 4
 どのような**検査**が行われ、頭頸部がんだと診断されるのですか 6
 頭頸部がんの**病期（ステージ）**や**進行度**について教えてください 7
 頭頸部がんでは、どのような**治療**が行われますか 8
 どのような**手術**が行われますか 9
 どのような**放射線療法**が行われますか 12
 頭頸部がんではどのような**薬物療法**が行われるのですか 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
リハビリテーションと**支持療法**について教えてください 17
再発とはどのような状態で、どのような治療が行われますか 18
 治療や療養を支える多くの専門家がいます 19
 Patient's Voice 6、10、11、12、18

頭頸部がんとは、 どのような病気ですか

A. 頭頸部がんは、顔面から首（頸部）までの範囲にできるがんです。多くの種類があり、各々の発生原因や治療法、予後が異なります。頭頸部には呼吸、摂食、発声など重要な機能が集中しているため、生活の質（QOL）への影響が大きいのも特徴です。

生活の質に影響を及ぼす頭頸部がん

頭頸部とは顔面から首（頸部）までを指し、おおむね脳の下から鎖骨までの範囲で、耳、鼻、副鼻腔、のど（咽頭、喉頭）、口腔（舌など）、甲状腺、耳下腺などが含まれます（図表1）。

頭頸部には、顔面の形態を維持する、表情をつくるという整容的な機能、呼吸や食事（咀嚼・嚥下）、発声、味覚、嗅覚、聴覚のような、生命維持や社会生活に重要な機能が集中しています（図表2）。そのため頭頸部がんでは、がんのできる場所によって、腫れや痛み、出血、飲み込みにくい、声がかすれる・出にくいなど、日常生活に支障を来すさまざまな症状が現れ、生活の質（QOL）が大きく低下することが問題になります。

発生頻度は低いが、重複がんもある

主な頭頸部がんとしては、咽頭がん（上咽頭がん、中咽頭がん、下咽頭がん）、喉頭が

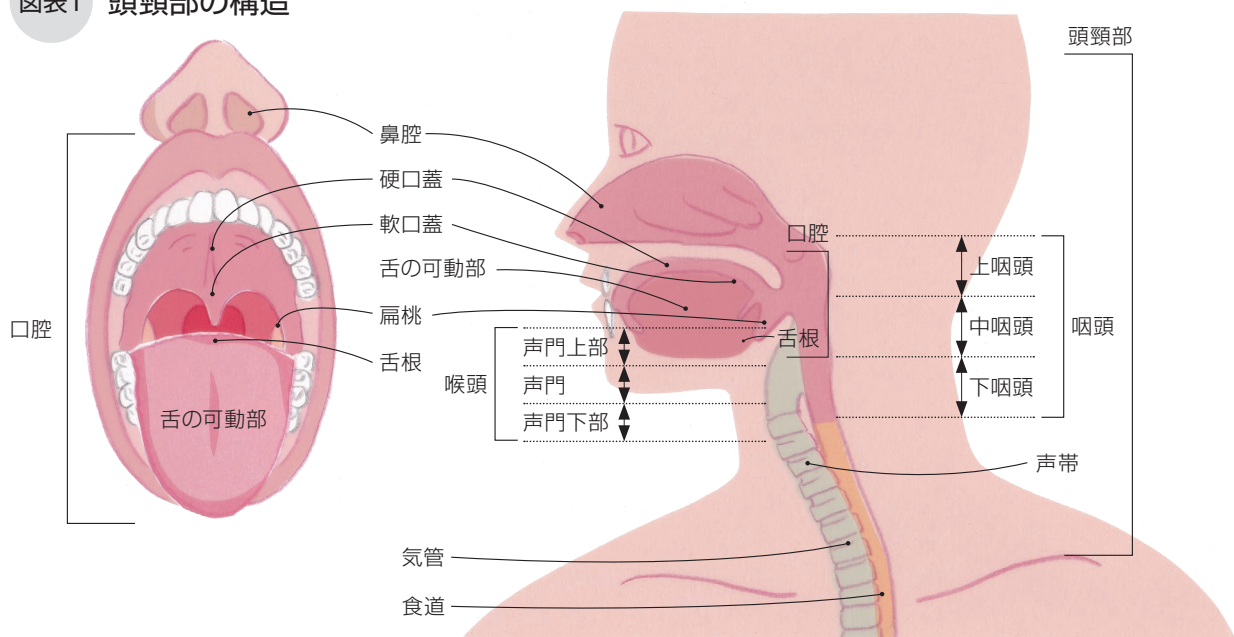
ん（声門がん、声門上がん、声門下がん）、上顎洞がん、口腔がん（舌がんなど）、唾液腺がん、甲状腺がんなどがあります。

頭頸部がんの発生頻度は、すべての種類を合わせても、胃がんや大腸がん、肺がんなどに比べると低く、全国がん登録によると2021年に罹患した人は約4万5000人です。咽頭がん、口腔がんの罹患率は、男女とも過去20年間で2倍以上に増加しています。また、頭頸部がん（特に中咽頭がん、下咽頭がん）では、転移ではなく、食道などまったく別の部位にがんが発生しやすいことが知られています（重複がん）。

がんの種類によって特徴が異なる

それぞれのがんは、発生要因（図表3）や治療法、予後などが異なります。頭頸部がんの多くは中高年の男性に発症しますが、がんの種類によっては若年者や女性にも発症しま

図表1 頭頸部の構造



日本頭頸部癌学会のホームページなどを参考に作成

HVP関連がんワクチン

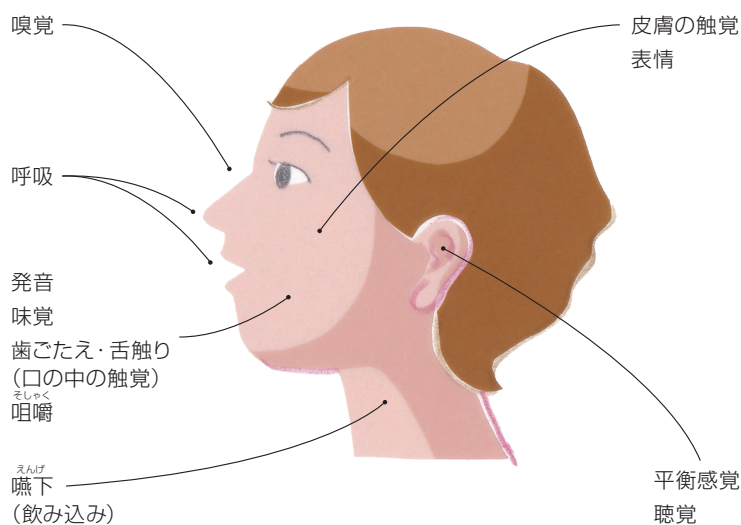
中咽頭がんの約60%は、子宮頸がんや肛門がんなどと同じようにヒトパピローマウイルス（HPV）への感染が原因です。近年、HPVワクチンの接種が、子宮頸がんだけでなく、中咽頭がんなどのHPV関連がんの予防にもつながることがわかってきました。そのため、50カ国以上で、男性に対してもHPV関連がんの予防を目的としたHPVワクチン接種が実施されています。

日本では、現在、小学6年生～高校1年生相当の女性を対象に、HPVワクチンが公費で接種できます。また、一部の市区町村では、小学6年生～高校1年生相当の男性に対してもHPVワクチン接種の公費助成を始めています。HPVに感染する前にHPVワクチンを接種する人が男女ともに増えれば、HPV関連がんを発症する人が減ることが期待されます。

す。例えば、舌がんは20～30歳代でも発症することがあり、一部の下咽頭がんは鉄欠乏性貧血の女性に多く発生します。頭頸部がんの発生には喫煙や飲酒が大きく関わっています。近年、中咽頭がんではヒトパピローマウイルス（HPV）が関与するがん（p16陽性）が増えており、約60%を占めます。舌がんでは歯並びが悪い、入れ歯が合っていないなどの理由で、歯や入れ歯が常に舌にあたることによる機械的な刺激や虫歯、口腔内の不衛生が発症要因の1つと考えられています。

なお、本冊子では、頭頸部がんの中でも比較的頻度の高い中咽頭がん、下咽頭がん、喉頭がん、舌がんを中心に解説します。

図表2 頭頸部が司る、さまざまな機能



丹生健一氏提供資料などを参考に作成

図表3 主な頭頸部がんの特徴

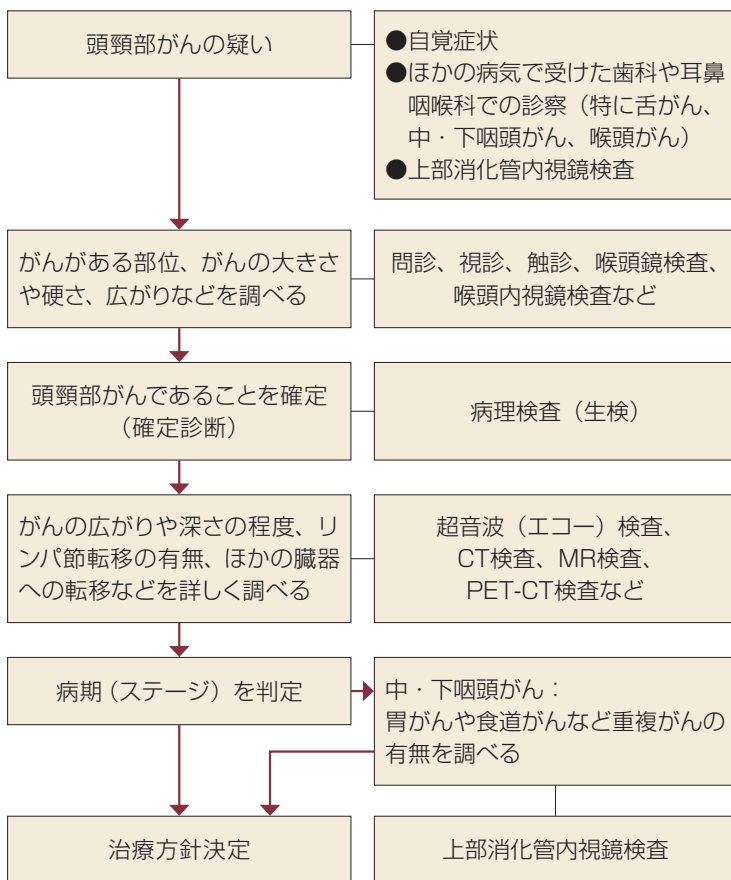
原発部位	患者背景	主な発症要因	頭頸部がん全体に対する割合*	症状
中咽頭がん	男性に多く、好発年齢は50～70歳代。	HPV感染 (全体の60%)	17.7%	飲み込むときの違和感、のどの痛み・出血、のどにしみる感じ、息が鼻にぬけて言葉がわかりにくくなる、口を開けにくくなる、首のリンパ節の腫れなど。
下咽頭がん	主に飲酒量の多い中年以降の男性。一部のがんは鉄欠乏性貧血の女性に多くみられる。	鉄欠乏性貧血 (女性)	22.4%	飲み込むときの異物感、のどにしみる感じ、耳の周りの痛み、声がれ、首のリンパ節の腫れやしこりなど。
喉頭がん	圧倒的に男性に多く、50～80歳代までに急激に増加。患者の90%以上が喫煙者。	—	16.2%	声門がん：嗄声（低いながら声・雑音の入ったざらざら声・かたい声・息がもれるような声など）、息苦しさ、呼吸困難、血痰など。 声門上がん：いがらっぽさ、異物感、飲み込むときの痛み、耳に広がる痛み、首のリンパ節の腫れ、嗄声、呼吸困難など。 声門下がん：かなり進行するまで無症状。
舌がん	男性に多く、好発年齢は50～70歳代。ただし、50歳未満も5分の1を占め、20～30歳代にも発症。	歯並びの悪い歯や合わない入れ歯による機械的刺激、虫歯など口腔内不衛生。	口腔がん 27.3%。 うち、舌がんが 53.6%。	舌の両脇部分にできる硬いしこり、痛みや出血。食べにくい、話しぶらいなど。

*日本頭頸部癌学会による頭頸部悪性腫瘍全国登録／2021年 全13802例のデータによる。
国立がん研究センターがん対策情報センター がん情報サービスなどを参考に作成

どのような検査が行われ、頭頸部がんだと診断されるのですか

A. 頭頸部がんは、問診、視診、触診、喉頭鏡や内視鏡を用いた診察を行ったうえで、疑わしい組織の一部を採取し、顕微鏡で病理検査をして、確定診断します。超音波検査やCT、MRIなどの画像検査で、がんの広がりやリンパ節転移の有無も調べます。

図表4 頭頸部がんの診断の流れ



国立がん情報センターがん対策情報センター がん情報サービスなどを参考に作成

頭頸部がんは、首のリンパ節の腫れやしこり、口やのどの痛み、声がれ、飲み込みにくさなどの自覚症状や、ほかの病気の診察時、検診や人間ドックなどでの上部消化管内視鏡検査で発見されます。

診察では問診、目で観察する視診を行い、がんが触れられる部位であれば触診します。鼻腔や咽頭、喉頭のがんでは、鼻から入れる喉頭内視鏡で観察します。

さらに疑わしい組織の一部を切除し、顕微鏡でがん細胞の有無を調べる病理検査で確定診断します。下咽頭がん、喉頭がんでは組織の採取に内視鏡を用います。中咽頭がんでは採取した組織を免疫染色し、HPV感染に関連するp16タンパクの状態を調べます。

確定診断後は、超音波検査、CT（コンピュータ断層撮影）検査やMRI（磁気共鳴画像）検査、PET（陽電子放出断層撮影）-CTなどでがんの広がりや程度を調べます。また、中・下咽頭がんでは、重複がんの有無を上部消化管内視鏡検査でチェックします。

Patient's Voice

1

会話の不自由さをジェスチャーやアプリで補っています。リハビリの継続も大切です

舌がんで舌の3分の1と頸部リンパ節を切除した後、放射線療法を受けました。半年後に再発が見つかり、あごの骨の片側と軟組織の切除手術、腹直筋とチタンプレートによる再建手術、抗がん薬による治療となりました。現在、言語機能障害で身体障害者4級に認定されています。

治療後から、話をする際に簡単なジェスチャーを加える、タブレット端末に入れたホワイトボードのアプリを使うなどの工夫でコミュニケーションを補いました。また、食事は妻が圧力鍋やミキサーなどで調理し、食材の硬さや大きさ、水分量、とろみを調整してくれています。会社へはお粥を保温容

器に入れて持参しています。

再建手術などでかなり回復し、日常生活では会話に困ることはそれほどなくなりました。ただ、飲み込みに必要な筋肉を半分切除しているため、残った筋肉を鍛えるリハビリテーションは毎日欠かさず行っています。

（48歳男性・診断から3年目）

頭頸部がんの病期(ステージ)や進行度について教えてください

A. 頭頸部がんの病期は0～Ⅳ期まであり、がんの広がり(T)、リンパ節転移の有無(N)、他臓器への転移の有無(M)の3つの項目によって決められます(TNM分類)。頭頸部がんの多くは、診断時にⅢ～ⅣA期に進行していることが少なくありません。

病期とは、がんの進行の程度を示す言葉で、ステージともいいます。頭頸部がんの病期は、0期、Ⅰ期、Ⅱ期、Ⅲ期、Ⅳ期(ⅣA、ⅣB、ⅣC)に分類されています。病期は、①もとのがん(原発巣)がどこまで広がっているか(T分類)、②首のリンパ節転移の数やその大きさ、片側か両側か(N分類)、③別の臓器への転移の有無(M分類)の3項目によって決められます(TNM分類)。T分類、N分類、M分類は、例えば、咽頭がんや喉頭がんでは、がんの発生部位によってT分類が異なるなど、頭頸部がんの種類によって細かく決められています。

中咽頭がん(p16陰性)、下咽頭がん、喉頭がん、舌がんに関しては、おおむねⅠ期とⅡ期はリンパ節への転移がない状態です。Ⅲ期は原発巣が4cm超か、リンパ節1カ所に転移がみられる場合、ⅣA期はリンパ節2カ所以上に転移がみられる場合、ⅣB期はがんが首にある動脈(内頸動脈)や頭の骨(頸椎など)にまで広がっている場合、ⅣC期はほかの臓器に転移がみられる場合です(図表5)。Ⅰ期、Ⅱ期は早期がん、Ⅲ期、Ⅳ期が進行がんです。

セカンドオピニオンとは?

診断や治療方針について担当医から説明された後、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。利用にあたっては担当医のファーストオピニオンをまずはしっかり聞くこと、セカンドオピニオンの内容を担当医に伝え、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の相談支援センターで得られます。予約が必要で有料であることが多いので、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。

ただし、中咽頭がんではp16陽性の場合には病期分類が異なり、腫瘍の大きさが4cm以下か、リンパ節転移が腫瘍と同じ側で6cm以下ならⅠ期です。腫瘍の大きさが4cmを超えている、またはリンパ節転移が腫瘍と反対側にもある場合にはⅡ期、6cmを超えるリンパ節転移があるか、周囲の臓器に広がっている場合にはⅢ期、離れた臓器への転移がある場合のみⅣ期に分類します。

図表5 中咽頭がん(p16陰性)、下咽頭がん、喉頭がん、舌がんの病期

進行度	病期(ステージ)	TNM分類
早期がん	0期	上皮内がん(表在がん)
	Ⅰ期、Ⅱ期	リンパ節への転移がない。原発巣の最大径が2cm以下がⅠ期
進行がん	Ⅲ期	原発がんが4cmを超えるか、リンパ節1カ所に転移している
	ⅣA期	がんが原発巣の周囲の組織、または、2カ所以上のリンパ節に転移している
	ⅣB期	がんが首の動脈や頭の骨にまで広がっている
	ⅣC期	がんがほかの臓器に転移している

「頭頸部癌診療ガイドライン 2025年版」日本頭頸部癌学会編、金原出版を参考に作成

頭頸部がんでは、 どのような治療が行われますか

A. 頭頸部がんの治療としては、主に手術、放射線療法、薬物療法が行われます。治療効果と機能・臓器温存の両立を目指し、がんの種類、病期、患者の年齢、持病や社会的背景など個々の状況を考慮して、治療方針を決定します。

頭頸部がんの主な治療法には、手術、放射線療法、薬物療法があります。どの治療法を単独で、あるいは組み合わせて行うかは、がんの種類や病期（p.7）に基づいてガイドラインで標準化されています。

中・下咽頭がんや喉頭がんでは、I～IVA期までは手術、放射線療法、あるいは薬物療法と放射線療法を併用する化学放射線療法（p.12）のいずれも選択肢となりえます。IVB期になると手術は極めて難しく、一部の患者を除いては、原則、IVC期と同様に放射線療法、化学放射線療法を中心として治療が組み立てられます（図表6）。舌がんは手術が主となります。

頭頸部がんの標準治療は個別化治療

頭頸部には人が生きるため、社会生活を送るために、容貌を含めて重要な機能が集中しています（p.5、図表2）。そのため頭頸部がんの治療は、がんの種類、病期、年齢、ほかの病気の有無などに加え、職業のような社会的背景なども考慮し、個々の状況に応じた治療法を選ぶことが大切です。

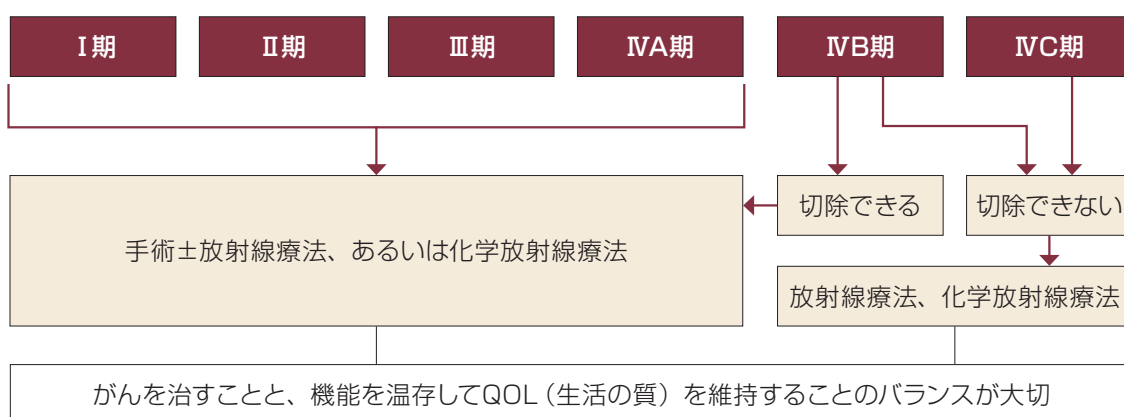
近年、口から器具を挿入して行う低侵襲手術や化学放射線療法などが普及するとともに、がんや治療によって生じた欠損部を修復し、本来の形や機能を回復させる再建手術（p.9）が進歩して、容貌や機能をできる限り残したり、回復させたりすることが可能になっています。

例えば、喉頭全摘術が適応となる局所進行喉頭がん・下咽頭がんに対しては、導入化学療法を実施して顕著な効果があれば放射線療法を追加し、喉頭温存を目指す選択肢があります。

また、切除不能な局所進行・再発頭頸部がんでは、放射線療法的一种であるホウ素中性子捕捉療法（BNCT、p.12）や、がん免疫療法（p.18）が保険適用になっています。

このように頭頸部がんは治療の個別性が高いため、さまざまな治療法を提案できる施設で、専門医から治療の長所、短所を含めて十分な説明を受け、理解したうえで、担当医と相談しながら治療法を選ぶことが重要です。

図表6 中・下咽頭がん、喉頭がんの病期（ステージ）に基づく治療方針



「頭頸部癌診療ガイドライン 2025年版」日本頭頸部癌学会編、金原出版などを参考に作成

どのような手術が行われますか

A. 頭頸部がんの手術は、機能・臓器の温存を念頭に、がんの種類、発生場所、広がり、深さ、リンパ節転移の有無などから、根治性が高い方法が選択されます。必要に応じて、機能・臓器の修復を目指す再建手術や代用音声などの対策が講じられます。

手術は完治を目指す治療法の一つです。頭頸部がんの手術では、がんの根治性が高い方法を選びつつ、嚥下（飲み込み）機能や発声機能など口やのどの機能をできる限り維持・回復させます。体への負担が少ない低侵襲手術が普及してきたこともあり、化学放射線療法よりも手術を選択する人が増えています。

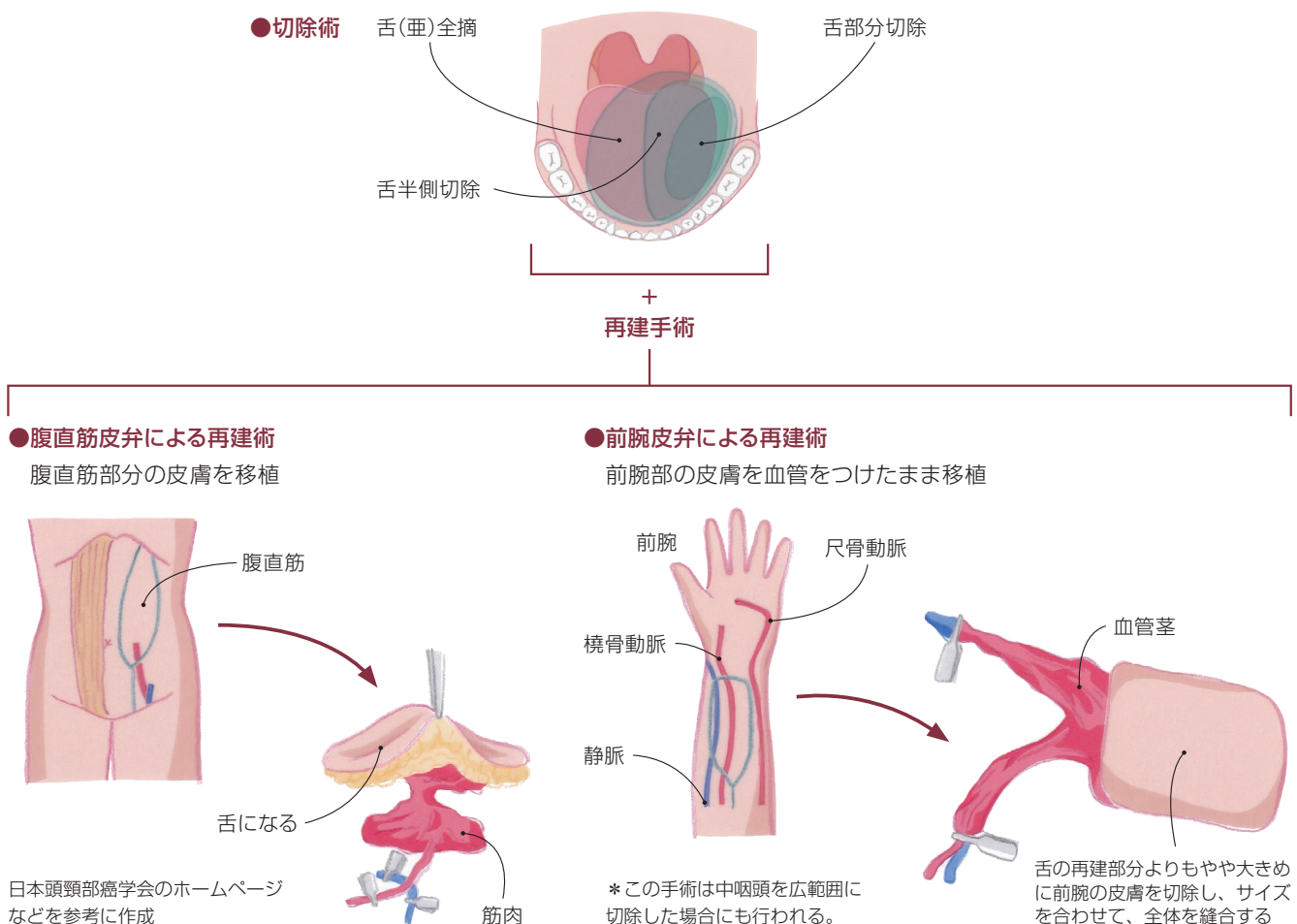
舌がんの手術

舌がんでは、がんの大きさや部位により舌部分切除、舌半側切除、舌（垂）全摘のいずれかの方法で病変を切除するのが標準治療で

す。首のリンパ節に転移があるか、その確率が高い場合には、頸部リンパ節郭清を行います。早期舌がんでは、がんが最初に転移するセンチネル（見張り）リンパ節の生検を実施している病院もあります。センチネルリンパ節に転移がなければ、リンパ節郭清を省略することもあります。

舌（垂）全摘や一部の舌半側切除では、術後に食事摂取や会話が難しくなるため、太ももや腹直筋、前腕などから皮膚組織を移植する再建手術を行います（図表7）。

図表7 舌がんの切除術と再建手術



早期の中・下咽頭・喉頭がんの低侵襲手術

中・下咽頭・喉頭の早期がんの治療では、小型カメラと器具がついた内視鏡を口から挿入して病変を切除する低侵襲手術が主流になっています。その一つが、病変を電気メスで剥ぎ取る内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）です。専用の器具を使ってのどを広げ、口の中から病変を切除する内視鏡的（経口的）咽喉頭切除術（ELPS）や内視鏡下経口的咽喉頭部分切除術（TOVS）といった内視鏡的咽喉頭手術も全国的に普及しています（図表8）。

また、経口的ロボット支援手術（TORS）を導入する病院も増加中です。TORSは、術者が操作台に座って遠隔操作で手術支援ロボットを動かし、拡大画像を見ながら病変を切除する方法です。手術支援ロボットには手振れ防止機能がついており、人の手の可動域を超えた繊細な操作ができるので、より確実に

病変のみを切除できる可能性があります。

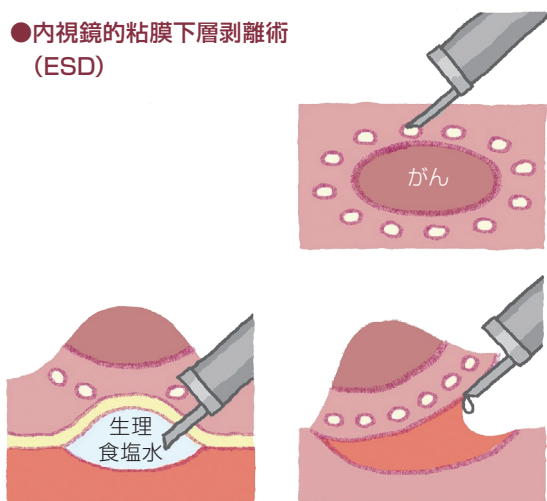
どの方法を選択するかは、病変の位置や大きさ、進行度、病院によっても異なりますが、いずれも気管切開の必要がなく、口の中からアプローチする低侵襲手術です。経口的切除では発声や嚥下機能の障害を最小限にできるうえ、一般的には手術の翌日から食事が可能で、入院期間は1週間程度で済みます。

進行した中咽頭がんと舌がんの手術

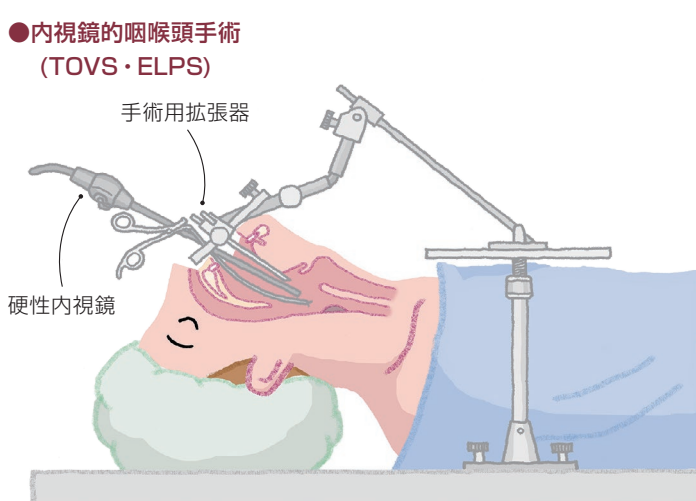
局所進行中咽頭がんの場合は、首の外側からがんを取り除く外切開による切除が必要です。がんの広がり方によっては舌、喉頭、下咽頭も同時に切除することがあります。リンパ節転移の確率が高いときには頸部リンパ節郭清も行います。広範囲の切除が必要なときには、発声機能や嚥下機能を保てるように、腹部や太もも、前腕部などから皮膚と皮下組織を採取して、欠損部分を再建します。

図表8 早期の中咽頭・下咽頭がん、喉頭がんに対する低侵襲手術の例

●内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD)



●内視鏡的咽喉頭手術 (TOVS・ELPS)



Patient's Voice

2

入院中から職場復帰の相談を開始。職場の人たちにも支えてもらっています

20年以上続けてきた現場監督の仕事では、業者との打ち合わせ、施主や近隣住民への説明、工程や品質に関する会議などで1日中しゃべりっぱなしでした。ところが、舌がんの治療後に話すのが難しくなるとわかり、喪失感と無念さを感じました。当時の私は「仕事での活躍が人生の成功」という価値

観だったので、なおさらでした。

入院中から上司と連絡を取り合い、職場復帰の準備をした結果、キャリアを活かし、建築の積算に職種転換をすることとなりました。復帰後は外来化学療法の通院や体調不良時の早退などを考慮した仕事量に調整してもらい、電話はほかの人に取ってもらうなど多

大なサポートを受けました。自分がチームの負担になっているのではと感じることもありますが、「がんを仕事ができない言い訳にしない」という心構えでいます。ほかのメンバーの調子が悪いときには自分もフォローをするといった、助け合う環境が必要だと考えます。（48歳男性・診断から3年目）

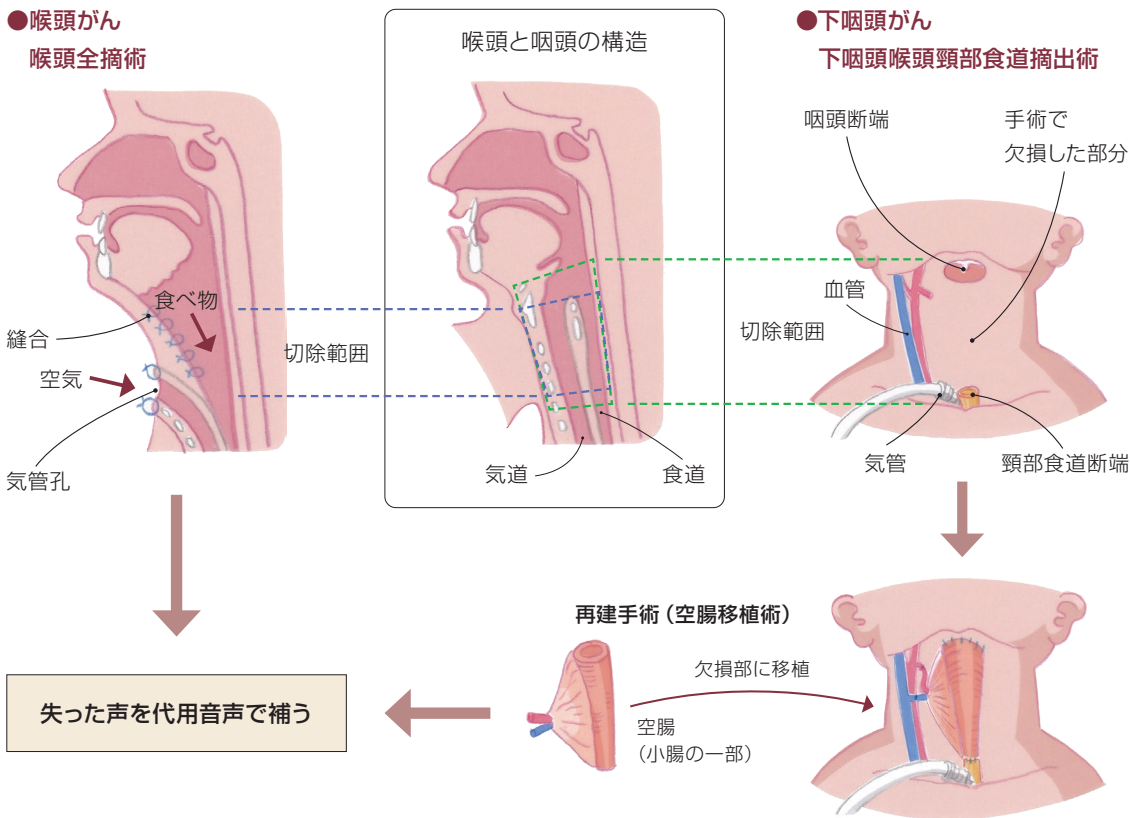
喉頭全摘では代用音声が必要に

喉頭がんの代表的な手術には、早期がんに対して行われる喉頭部分切除術と主に進行がんに対して行われる喉頭全摘術があります。下咽頭がんの手術は、がんが下咽頭にとどまっているか、喉頭まで広がっていても軽い場合に喉頭を温存（一部切除）する下咽頭部分切除術と、進行がんの場合に喉頭を全部切除する下咽頭喉頭頸部食道摘出術に大きく分けられます。

喉頭部分切除術と下咽頭部分切除術では、喉頭の一部切除により術後に声のかすれが残

ることもありますが、日常生活にあまり問題はありません。一方、喉頭全摘術と下咽頭喉頭頸部食道摘出術では、気道と食道は独立した管になるものの、鼻や口に空気が通らないため、においをかいだり、鼻をかんだりできなくなります。また、気管孔は一生閉じることができず、胸までしか入浴ができないなど日常生活に不自由が生じるほか、喉頭全摘により声を失うために代用音声が必要になります。下咽頭喉頭頸部食道摘出術では、空腸（小腸の一部）を用いた再建手術も必要です（図表9）。

図表9 喉頭がんと下咽頭がんの喉頭全摘術



日本頭頸部癌学会のホームページなどを参考に作成

Patient's Voice

3

喉頭全摘によって声を失った人のための情報や工夫を患者団体で共有

21年前、喉頭がんて喉頭を摘出し、声を失いました。術前に説明を聞いてはいましたが、麻酔から覚めて初めて体感したショックを今も鮮明に覚えています。そして、そのショックやストレスは自分だけでなく家族にも大きな影響を及ぼします。代用音声を習得・

上達するためにも家族の理解・協力が欠かせません。

現在、喉頭摘出者の患者団体を運営しています。仕事も年齢も関係なく集い、さまざまな方法で声を取り戻すことに取り組み、気管孔呼吸に関する情報、生活上の知恵や工夫を共有して、

喉頭摘出者としての人生に共に向き合っています。集う人たちが新しい人生の第一歩を踏み出すのを後押しできるのは私自身の励みでもあります。喉頭摘出者の患者団体は各地にありますので、ぜひ体験者の声を聞いてください。（71歳男性・診断から21年目）

どのような放射線療法が行われますか

A. 頭頸部がんでは、治療効果の高さ、患部が温存されること、技術の進歩などから、放射線療法が単独あるいは薬物療法と併用して広く行われています。また、術後の補助療法や痛みを和らげる治療としても用いられています。

X線による放射線療法

高エネルギーのX線などを用いて、がんを縮小・消失させる放射線療法は、頭頸部がんにも多い扁平上皮がんにも効果が高い治療法です。また、患部の構造が基本的に温存され、治療後の外見の変化や発声、咀嚼、嚥下などの機能低下が少ないことも放射線療法の利点です。正常組織の照射線量を抑え、がんに集中的に放射線を当てる強度変調放射線治療（IMRT）では、通常の放射線療法よりも合併症や後遺症を軽減できます。

放射線療法を根治治療として用いる主な頭頸部がんは、上・中咽頭がん、早期の声門がん、喉頭全摘を要する進行喉頭・下咽頭がん、鼻腔・副鼻腔がん、切除不能がんなどです。一般的に、1日1回2Gy×週5日×約7週間（全70Gy）のスケジュールで進めます。必要に応じて、薬物療法と併用する化学放射線療法が行われます。また、舌がん（口腔がん）、

中・下咽頭がん、喉頭がんなどで再発リスクが高いと考えられる場合には、再発を防ぐ目的で、手術後に放射線療法と抗がん薬のシスプラチンを併用する化学放射線療法を実施します。そのほか、放射線療法は、痛みを和らげる目的で用いられることもあります。

ただし、放射線療法にも合併症や後遺症が生じるリスクがあります。治療にあたっては、担当医から副作用などの有害事象を含めた十分な説明を受けることが大切です。

重粒子線・陽子線治療

頭頸部がんに対しては、重粒子線や陽子線を用いる放射線治療が2018年から保険適用になりました。重粒子線は炭素の原子核、陽子線は水素の原子核を用いており、ピンポイントでがんに近い粒子線を当てられるのが利点です。ただし、この冊子の主な対象である舌がん、咽頭・喉頭がんは扁平上皮がんというタイプであり、X線を用いたIMRTで制御できるため、重粒子線や陽子線は保険適用になっていません。扁平上皮がん以外の頭頸部がんでは、根治を目的とした治療に重粒子線や陽子線を用いることがあります。

ホウ素中性子捕捉療法（BNCT）

がん細胞に集積する性質のあるホウ素薬剤を注射した後、放射線の一種である中性子線を照射し、がん細胞のみを選択的に破壊する治療法です。手術や放射線治療の後に病変が残った場合や、放射線治療後に局所再発した場合の選択肢になります。ただし、現在、頭頸部がんに対してBNCTを実施している施設は2カ所だけです。

Patient's Voice

4

治療後、プロスポーツ選手として復帰しました

耳の下のリンパ節が腫れて受診したところ、悪性リンパ腫が疑われ、その後の検査で上咽頭がんの診断がつかしました。

医師から説明は受けていたものの、飲み込むときや話すときに唾液が重要であることを治療後に初めて実感しました。抗がん薬や放射線療法の副作用で食べ物を見るのもいやなほどつらい時期があり、落ち込みすぎて家族にすら会わない日もありました。しかし、時間が経つにつれて、がんになる以前の自分にはどうやっても戻れないという事実を受け入れ、変えられないことは新しい自分の個性として慣れていくようにと心がけました。

その後、1年ほどでプロスポーツ選手として復帰しました。医療スタッフや家族、仲間、たくさんの人々に支えられ「助けてもらった命」でもあるので、1試合ごとにこれまで以上に心を込めてプレーしています。 (36歳男性・診断から3年目)

頭頸部がんではどのような薬物療法が行われるのですか

A. 頭頸部がんの薬物療法は、導入化学療法として、あるいは放射線療法と併用で実施されるほか、手術後の再発予防を目的として用いられます。ほかの臓器に転移がある場合には、薬物療法が治療の中心になります。

導入化学療法

導入化学療法は、手術や放射線療法の前に行う薬物療法です。放射線療法と薬物療法を最初から併用することもあります。

殺細胞性抗がん薬（以下、抗がん薬）の導入化学療法では、ドセタキセル+シスプラチン+5-FU（TPF）、あるいは、パクリタキセル+カルボプラチン+セツキシマブ（PCE）の3剤併用療法を実施します。最近は、比較的副作用が少ないPCE療法を行うことが多くなっています。

喉頭全摘が適応となる切除可能喉頭がんや下咽頭がんなどでは、導入化学療法によりがんが極めて小さくなったときには、放射線療法を実施して根治を目指します。がんが大幅に縮小すれば、手術を回避して機能・臓器を温存したうえで根治を目指すのが導入化学療法の利点です。根治治療である手術や放射線療法の効果を高め、体の中に広がっているかもしれない微小ながん細胞を根絶する目的もあります。導入化学療法は外来で実施されることが増えています。

根治的放射線療法の薬物療法

化学放射線療法は放射線療法と薬物療法を同時併用して根治を目指す治療法です。

最初の治療として化学放射線療法を実施する際には、3週間に1回シスプラチンを点滴投与します。腎機能が悪いなどの理由でシスプラチンを使用できない場合は、分子標的薬のセツキシマブを用いることもあります。

放射線療法と薬物療法を併用するのは、放射線療法の効果と根治の可能性を高めるためです。中・下咽頭がん、喉頭がんの化学放射線療法は、根治を目指しつつ手術を回避し、機能・臓器を温存する目的で実施されます。

手術後の再発予防補助療法

一方、舌がん（口腔がん）、中・下咽頭がんや喉頭がんなどで再発リスクが高い場合は、手術後に放射線療法または化学放射線療法を実施します。化学放射線療法では、1週間に1回のシスプラチンの点滴投与（ウィークリーシスプラチン療法）を併用します。手術後の化学放射線療法の目的は、体のどこかに残っているかもしれないがん細胞を根絶させ、再発を防ぐことです。

ほかの臓器への転移がある場合の薬物療法

診断された時点でほかの臓器に転移があるときは、初回（一次）治療として、免疫チェックポイント阻害薬のペムブロリズマブ単独、または、ペムブロリズマブにシスプラチン+5-FU+セツキシマブを併用する薬物療法を実施します。

ペムブロリズマブは、腫瘍細胞に発現しているPD-L1というタンパク質の発現スコア（Combined Positive Score：CPS）が高い場合により効果があることがわかっています。そのため、薬物療法の開始前に腫瘍組織を用いてCPSを調べ、CPSが低い場合、また、がんの進行が速い場合は抗がん薬を追加します。

一次治療が効かなくなったときには、ニボルマブなども選択肢になります（p.18）。ほかの臓器に転移がある場合の薬物療法の目的は、腫瘍を縮小させて症状を軽減して生活の質（QOL）を向上させ、自分らしい生活が続けられるようにすることです。

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. 頭頸部がんの治療薬には、さまざまな副作用があります。副作用が出る時期や症状は薬物療法の内容によって異なります。主な副作用の内容とその出現時期、対処法を知っておきましょう。

頭頸部がんを用いる薬は、殺細胞性抗がん薬、分子標的薬、免疫チェックポイント阻害薬に大別されます。治療前には、どのような副作用が起こりやすいのか、副作用を軽減する方法はないのか、確認することが重要です。化学放射線療法の副作用は放射線療法や薬物療法の副作用と同様ですが、それぞれを単独で使うよりも強く出やすくなります。

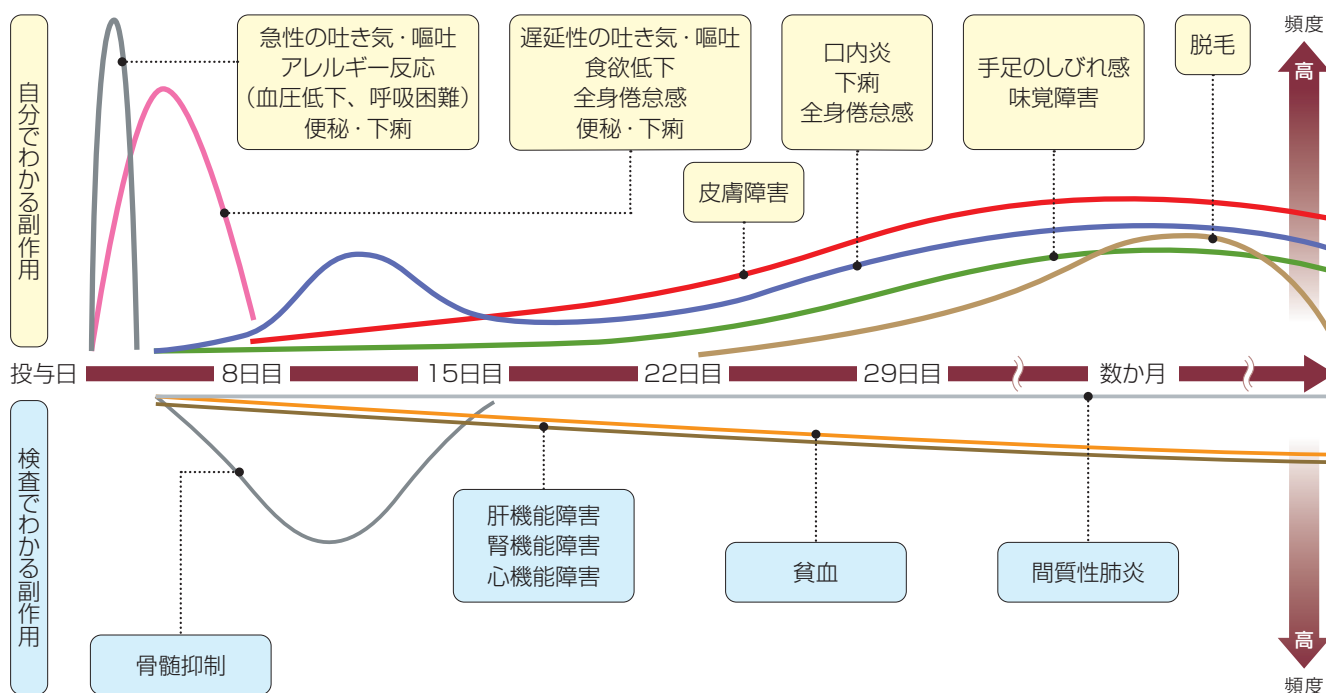
骨髄抑制（白血球・血小板・赤血球・好中球減少など）、肝機能障害、腎障害、間質性肺炎、甲状腺機能障害などの副作用が出ているかどうかは検査をしないとわからないことが多いため、薬物療法中は、定期的に血液検査、画像検査、心電図検査、電解質検査などを行います。

殺細胞性抗がん薬の副作用

殺細胞性抗がん薬では、ほとんどの人に、骨髄抑制、食欲不振、吐き気・嘔吐、脱毛などの副作用が出現します。症状の出方や強さ、出現時期には個人差があるものの、起こりやすい副作用と出現時期はある程度わかっています（図表10、11）。

吐き気・嘔吐、好中球の減少などは、予防薬を投与することで軽減できるようになってきています。脱毛は薬の投与後1～3週間後から始まり、髪の毛だけではなく眉毛やまつ毛、体毛も抜けることが少なくありません。ただ、多くの場合、薬の投与が終了して3～4カ月後には短い毛が生え始めます。まれに投与後しばらくしてから心毒性（心機能低下）

図表10 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（抗がん薬治療）



副作用の発現頻度や程度、現れる時期は、治療薬の種類や個人によって、差があります。この図表はあくまでも目安です。

※白血球・血小板・赤血球・好中球減少は、骨髄抑制に統一しています。

食事のトラブル対策と胃ろうの造設

頭頸部には味覚、嗅覚、咀嚼、嚥下など食事に関わる機能を司る口や舌、喉（咽頭・喉頭）があり、この部分のがんや治療によって食事のトラブルが起こることが少なくありません。頭頸部がんの治療前には、このようなトラブルや重症の口内炎、誤嚥性肺炎、感染症などを防ぐために、歯科のチェックと治療を受け、治療中も口腔ケアをすることが大事です。

手術後や化学放射線療法中などに嚥下障害、口内炎、口唇炎などの有害事象が起こるなどして、口から食事をとるのが難しい状態になるリスクが高い場合には、治療開始前に胃ろうを造設し、栄養状態を保てるようにすることがあります。胃ろうは、腹部に小さな穴を開けて、胃の中に直接チューブを通し、栄養と注入する医療処置です。鼻

からチューブを挿入する経鼻栄養や点滴による中心静脈栄養に比べて不快感や合併症が少ないため、栄養状態を維持しやすく、治療の中断や中止を避けられます。胃ろうからの栄養補給は自宅でも簡単にできますし、使用中に口から飲食物をとることも可能です。また、いつでも抜去できます。

薬物療法、化学放射線療法、手術などの影響で、嚥下障害、食欲不振、口内炎、味覚・嗅覚障害などが生じているときには、管理栄養士や担当医、看護師などに相談しましょう。

食べられるものを小まめに食べたり、必要に応じて胃ろうなどの経管栄養を活用したりして栄養をとり、治療前より10%以上体重を落とさないようにすることが大切です。

図表11 頭頸部がんに使われる主な薬の副作用

殺細胞性 抗がん薬	シスプラチン	吐き気・嘔吐、食欲不振、全身倦怠感、脱毛、聴力低下・難聴・耳鳴り、心筋梗塞、肝機能障害、急性腎障害、骨髄抑制、アナフィラキシー・ショック
	ドセタキセル	骨髄抑制、過敏症、食欲不振、脱毛、全身倦怠感、吐き気・嘔吐、下痢、口内炎、皮疹、しびれ感、肝機能障害、腎障害、感染症、間質性肺炎、胃腸出血、アナフィラキシー・ショック、心筋梗塞
	5-FU	食欲不振、下痢、吐き気・嘔吐、倦怠感、色素沈着、骨髄抑制、味覚異常、重篤な腸炎、腎障害、間質性肺炎、口の乾燥、腹部膨満感、腹痛
	パクリタキセル	骨髄抑制、末梢神経障害、脱毛、吐き気・嘔吐、関節痛・筋肉痛、過敏症、低血圧、肝障害、腎障害、腸管閉塞、間質性肺炎、アナフィラキシー・ショック、呼吸困難
	カルボプラチン	骨髄抑制、吐き気・嘔吐、食欲不振、全身倦怠感、脱毛、下痢、口内炎、腹痛、過敏症、末梢神経障害、肝機能障害、腎障害、発熱、むくみ、間質性肺炎
分子標的薬	セツキシマブ	ざ瘡（ニキビ）・ざ瘡様皮膚炎・皮膚乾燥・爪囲炎、下痢、低マグネシウム血症、インフュージョンリアクション、間質性肺炎、肝機能障害、末梢神経障害、呼吸困難、鼻出血、脱毛、結膜炎、感染症、血栓塞栓症
免疫チェック ポイント 阻害薬	ペムブロリズマブ	甲状腺機能低下症、骨髄抑制、吐き気・嘔吐、疲労・無力症、食欲減退、肝機能障害、間質性肺炎、大腸炎、腎障害、下垂体機能障害、副腎機能障害、1型糖尿病、かゆみ、発疹、脱毛
	ニボルマブ	疲労感、甲状腺機能障害、神経障害、下痢、吐き気、食欲減退、間質性肺炎、大腸炎、下垂体機能障害、副腎機能障害、肝機能障害、骨髄抑制、腹痛、口の乾燥、1型糖尿病、高血糖

各薬の添付文書などを参考に作成

図表12 頭頸部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
骨髄抑制	自覚症状はない場合が多い。感染を予防するために人混みを避け、うがい（冷たい水は使わない）や手洗いを積極的に行う。
貧血	急な動作で貧血症状が現れやすくなるので、ゆっくり動き始める。動悸や息切れが起こったときは休息を。めまいがあるときは、安静に。疲れやすいときは無理せず、十分な休養をとり、担当医に伝える。
吐き気・嘔吐、食欲不振	あらかじめ制吐剤を使用するほか、食べたいものを小分けにして食べるようにする。食事のにおいや見た目にも配慮する。治療前・直後の食事は控えめに。食べられないときは水分を摂って脱水に気をつけ、担当医に相談する。
下痢	スポーツドリンクなどを飲んで脱水を防ぐ。食事は温かく消化のよいものにし、高カロリー食品を少量ずつとる。腹痛が強いときは、腹部を温める。1日に何度も下痢を起こす場合、何日も続く場合は担当医に連絡する。
口内炎・口の乾燥	食事がとれたかどうかにかかわらず口腔ケア（歯磨きとうがい）はしっかり行う。水やうがい薬で頻繁に口をすすぎ、保湿と清潔を保つ。痛みが強い場合には痛み止めの薬、局所麻酔薬を含んだうがい薬を使うことも。香辛料の多い食事、熱いもの、硬いものは控え、食べ物を刻んで細かくしたり、とろみをつけたりすると食べやすい。ジェルタイプやスプレータイプの保湿剤を頻繁に使うと口の乾燥が緩和されやすい。
脱毛	髪を短くカットする、ナイトキャップをかぶって寝るなどの工夫をすると、抜けた髪の処置が簡単になる。洗髪の際に頭皮に傷をつけないように爪を短く切る。髪が抜けて気になる場合にはウィッグや帽子、バンダナでカバーする。脱毛前に顔写真を撮っておくと、脱毛後に眉毛を描くときの参考になる。鼻毛が抜けたときにはマスクをすると、鼻粘膜の乾燥をある程度防げる。
ざ瘡（ニキビ）・ざ瘡様皮膚炎などの皮膚障害	セツキシマブの投与が始まることから、皮膚の保湿のためのスキンケアを行う。特に気温が高くなる初夏から秋、乾燥しやすい冬には皮膚障害が悪化しやすいので要注意。また、傷の回復に効果があると報告されている成分を含む栄養補助食品を活用するのもよい。

国立がん研究センターがん対策情報センター がん情報サービスなどを参考に作成

などの副作用が出る場合もあります。

パクリタキセルは手足にしびれや麻痺などが出る末梢神経障害、ドセタキセルでは過敏症や心毒性、5-FUは皮膚が黒っぽくなる色素沈着や下痢に注意が必要です。ボタンが留めにくい、つかんでいた物をよく落とす、つまずきやすい、食べ物を飲み込みにくいなどの症状がある場合は、末梢神経障害の恐れがあります。現時点ではその治療薬はないので、このような症状が出たら担当医に相談しましょう。

分子標的薬の副作用

セツキシマブでは、ニキビ（ざ瘡）、ざ瘡様皮膚炎などの皮膚障害が生じやすく、間質性肺炎にも注意が必要です。重症の皮膚障害を防ぐためには、皮膚の清潔を保ち、顔や全身に1日2回以上保湿剤を塗るスキンケアが大切です。必要に応じて、皮膚の炎症を防ぐ抗菌薬なども使用します。

免疫チェックポイント阻害薬の副作用

ペムプロリズマブ、ニボルマブでは、甲状腺機能障害、大腸炎、1型糖尿病、下垂体機能障害、副腎機能障害など、免疫機能の暴走による副作用が生じることがあります。免疫チェックポイント阻害薬の副作用は、薬の投与中だけでなく、投与をやめた後にも出現することがあるので要注意です。

副作用への対処法と薬物療法の注意点

副作用については、その対処法を知っておくとつらい症状が軽減できる場合があります（図表12）。また、副作用には、ある程度様子をみてよい症状と、すぐに担当医や薬剤師などに相談したほうがよいものがあります。薬物療法を受ける前に、起こりやすい副作用とどういうときに医療者に連絡すべきか、その連絡先も含めて確認しておきましょう。

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現れ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
- 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。

リハビリテーションと 支持療法について教えてください

A. 頭頸部がんの治療では、リハビリテーションによって嚥下や話すことに関わる機能障害を予防・改善することが重要です。支持療法は、がん治療によって生じる副作用を予防・軽減する方法です。多職種が連携してサポートします。

がんのリハビリテーションは、回復力とQOLを高めるために必要なケアです。リハビリテーション医、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、摂食嚥下障害看護認定看護師などが、がんの治療チームと連携してリハビリをサポートします。

予防的リハビリテーション

頭頸部がんの治療前には、嚥下や発声機能を評価して、機能障害を防ぐリハビリを始めます。治療を完遂するためにも、体を動かし、身体機能と体力を維持することが大切です。

頭頸部がん手術後のリハビリテーション

舌がんや中咽頭がんの手術後には、嚥下障害と言葉が不明瞭になる構音障害を改善するリハビリを行います。上あごに装着して舌と上あごの機能を回復させる舌接触補助床などの歯科補綴装置が役立つこともあるので、担当医や歯科医師に相談してみましょう。

下咽頭がんや喉頭がんの喉頭全摘術、下咽頭喉頭頸部食道摘出術の後には、嚥下リハビリを行います。また、喉頭と声帯を除去した場合には、電気式人工喉頭、食道発声、シャント発声を用いた代用音声訓練も重要です。食道発声は、食道内に取り込んだ空気を逆流させ、食道の入り口の粘膜を声帯の代わりに振動させて発声する方法です。シャント発声では、気管と食道の間にボイスプロステシスという器具を挿入して、肺からの空気を食道へ伝えて発声します。手術前に声を録音し、代用音声に活用する研究も進んでいます。

放射線療法のリハビリテーション

放射線療法の後遺症として喉の組織が線維化して硬くなり、嚥下障害、発声障害、唾液の分泌低下が生じることがあります。そういった障害を防ぐために、首のストレッチ、舌

や口唇の可動域を上げるリハビリを行います。仰向けに寝て頭部を上げる頭部挙上訓練も、咽喉頭の筋力保持・向上に有効とされます。

頭頸部がんの支持療法

支持療法の目的は、がんやその治療によって発生する症状や副作用と合併症を予防・軽減しQOLを改善することです。頭頸部がんの支持療法は、担当医、看護師、歯科医、歯科衛生士、薬剤師、管理栄養士、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士、医療ソーシャルワーカーなど多職種が連携して進めます。つらい症状があったら、軽減できる方法がないかを身近な医療スタッフに相談しましょう。

放射線皮膚炎に対する保湿ケア

頭頸部がんの放射線療法では、照射した部位が赤く腫れたり水ぶくれができたりする放射線皮膚炎が生じます。放射線を照射する部位は、石けんを泡立ててやさしく洗い、保湿剤を塗るスキンケアを行うとともに、物理的な刺激を避けて、皮膚炎の重症化を防ぎましょう。放射線皮膚炎は、ステロイド薬で治療することもあります。

アピアランス（外見） ケアとは

がんやその治療に伴う外見の変化により身体・心理・社会的な困難に直面している人の苦痛を多職種が連携して軽減するケアのことです。がんを切除した部分の再建術も進歩していますし、欠損部分をエプテレーゼ（人工ボディパーツ）で補う方法もあります。頭頸部がんやその治療によって外見に変化が生じる恐れがあるときには、自分が気になる変化とその対処法を看護師や担当医、アピアランスセンターなどに相談しましょう。

再発とはどのような状態で、 どのような治療が行われますか

A. 再発とは、治療によって目に見えない状態になったがんが再び出現することです。頭頸部がんの再発には、もともとがんがあった部分やその周囲に生じる局所再発とほかの臓器への転移再発があり、個々の状態に応じて治療します。

再発時の治療

局所再発の場合には、切除可能なら救済手術（再発時に行う手術）によって病変を除去します。救済手術は経験豊富な病院で受けることが重要です。切除が難しい場合やほかの臓器にも転移がある場合には、薬物療法が治療の中心となります。

初めて薬物療法を実施する場合や、シスプラチンやカルボプラチンといったプラチナ系抗がん薬の投与から時間が経っている（半年以上など）場合は、ペムブロリズマブ単独、

あるいは、ペムブロリズマブに抗がん薬を組み合わせた治療を行います。

プラチナ系抗がん薬投与後早期に再発した場合にはニボルマブ、ペムブロリズマブの効果がなくなったときにはドセタキセル+セツキシマブ、S-1などによる薬物療法も選択肢になります。また、がん遺伝子パネル検査で遺伝子変異が見つければ、その変異に合わせた薬物療法が受けられる可能性があります。

局所再発時の選択肢

手術などの治療ができない局所進行・再発頭頸部がんに対しては、がん免疫療法（頭頸部アルミノックス治療）という選択肢もあります。頭頸部がんの細胞表面に発現しているタンパク質に結合する分子標的薬を注射し、患部にレーザー光を当ててがん細胞を死滅させる治療法です。また、放射線療法後の局所再発では、ホウ素中性子捕捉療法（p.12）も選択肢になります。

再発による不安やつらい症状、痛みなどは我慢せず、医療者や周囲の人に伝えましょう。再発治療についても、担当医と相談しつつ、納得して受けることが大切です。

がん遺伝子パネル検査とは？

次世代シーケンサー（NGS）と呼ばれる遺伝子解析装置を用いて、100個以上の遺伝子異常の有無を一度に調べる検査です。がんゲノムプロファイリング検査とも呼ばれます。がん遺伝子パネル検査は、標準治療が終了する患者などが対象で、がんゲノム医療中核拠点病院か、同拠点病院、同連携病院*でのみ受けられます。

*https://for-patients.c-cat.ncc.go.jp/hospital_list/



Patient's Voice

5

家族が心の支えになりました。社会制度の情報も得ておくと安心です。

舌がんの手術の後、水を飲み込むことすらできず、「この先どうなってしまうのだろう」と激しい不安に襲われました。心の支えになったのは、やはり家族です。「子どもが社会人になって、一人で生きていけるようになるまではがんばらなければ」と言い聞かせ、治療とリハビリに取り組みました。

常々「よい意味でがん患者であることを忘れる」ことを心がけています。よい意味でというのは、がんに関心になるのではなく、必要以上に思いつめず、うつうつとした気持ちを捨てて前向きさを取り戻すということです。

また、さまざまな社会制度についての情報を得ておくと安心です。傷病手

当金は会社の総務課、生命保険は保険会社、身体障害者手帳は市区町村、医療費控除は税務署、障害年金は年金事務所と申請窓口は多岐にわたります。相談をしてみて、お金の面での心配事が軽減すれば、治療やリハビリにも安心して取り組みると実感しています。

（48歳男性・診断から3年目）

治療や療養を支える多くの専門家がいます



医療機関や地域には、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よいでしょう。

診断・治療について知りたい

頭頸部がんの治療を担当する頭頸部外科・耳鼻咽喉科医、放射線科医、頭頸部内科・腫瘍内科医、頭頸部がんの病棟や外来の看護師などに相談しましょう。がん看護専門看護師、摂食嚥下障害看護認定看護師、がん薬物療法看護認定看護師などがある病院もあります。

また、薬物療法については薬剤師にも相談できます。がん薬物療法専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師などが薬剤師外来をしている病院もあります。

がん相談支援センターや相談室の医療ソーシャルワーカーも相談先の一つです。

臨床試験について知りたい

新しい治療法の有効性や安全性を調べるのが臨床試験、その中で、国から承認を得ることを目的とするのが治験です。参加できる臨床試験があるかどうかを知りたい場合は、まずは担当医に尋ねましょう。臨床試験の実施状況は下記のサイトでも調べられます。

●国立がん研究センター がん情報サービス

「がんの臨床試験を探す」

https://ganjoho.jp/public/dia_tre/clinical_trial/search2.html



●厚生労働省

「臨床研究情報ポータルサイト」

<https://rctportal.mhlw.go.jp>



●厚生労働省

「臨床研究等提出・公開システム」

<https://jrct.mhlw.go.jp/>



治療中の食生活について相談したい

多くの病院では、担当医の指示にもとづ

き管理栄養士による栄養相談が受けられます。がん患者の栄養管理についての専門知識を持つ、がん病態栄養専門管理栄養士がいる病院もあります。このシリーズの『もっと知ってほしいがんと栄養のこと』も参考にしてください。

言語聴覚士や摂食嚥下障害看護認定看護師などが、嚥下リハビリを実施する場合があります。

●NPO法人

キャンサーネットジャパン

『もっと知ってほしい
がんと栄養のこと』

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



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。この制度の活用によって、1カ月の医療費の自己負担額が、自己負担額の範囲内に抑えられます。また、12カ月間で3回以上、高額療養費の対象になると、「多数回該当」として4回目以降はさらに負担が軽減されます。また、障害年金を受け取れる場合もあります。

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。退職後の復帰、転職、再就職の支援も受けられます。

痛みが強い、精神的につらい

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がんの治療チームと連携して対応します。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。

通院中は緩和ケア外来が、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が心理的ケアにあたることもあります。

転院や在宅医療について相談したい

急性期で入院治療を受けた場合の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。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。

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、頭頸部がん患者と家族の会Nicottoなどの頭頸部がんの患者団体や病院内で活動する患者主体のグループ、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「地域から病院を探す」

<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る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法人がんと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。





バーガンディー&アイボリーリボンとは？

頭頸部がん啓発のシンボルはバーガンディー&アイボリーリボンです。
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、企業や個人のみなさまからの支援で作成・改訂しました。



●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/>

後援



日本頭頸部癌学会
Japan Society for Head and Neck Cancer

●一般社団法人日本頭頸部癌学会 <http://www.jshnc.umin.ne.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。

2015年5月 第1版 第1刷
2026年3月 第2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/toukeibugan>