

がんとどう付き合うか

食道がん

予防と診断・治療、社会復帰と緩和ケア

この冊子は、**宝くじ**の普及宣伝事業として作成されたものです。

目 次

はじめに	1
第 1 章	食道がんの発生と予防.....	3
	1. 食道がんの発生	
	2. 食道がんの危険因子	
第 2 章	食道がんの症状.....	5
	1. 早期発見の症状	
	2. 進行に伴う症状	
第 3 章	食道がんの診断.....	6
	1. 食道がんが疑われたら	
	2. 食道がんの確定診断	
	3. 進行度判定のための検査	
	4. 食道がんの病期	
第 4 章	食道がんの治療.....	9
	1. 内視鏡的粘膜切除術	
	2. 手術療法	
	3. 放射線療法	
	4. 化学療法	
	5. 化学放射線療法	
	6. 食道内挿管法	
	7. 進行度別の治療	
	8. 治療成績	
第 5 章	社会復帰.....	14
	1. 食道切除後の生活	
	2. 化学療法、放射線療法後の生活	
	3. 治療後の通院	
第 6 章	緩和医療と医療連携.....	14
あとがき	15

はじめに

はじめに

「がん」は日本国民の死因の第1位を占め、年々増加し、平成18年には全国で約33万人の人々ががんで亡くなっています。全死亡の3人に1人の割合です。がんは特別な病気ではなく、皆さんのまわりに普通にある病気なのです(参考資料1)。

食道がんの罹患(りかん)率は胃がんの5分の1以下ですが、年間1万人以上が食道がんで亡くなっています。死亡率の年次推移は、男性では戦後大きな増減はなく近年は漸減傾向、女性では1960年代後半から80年代後半まで急激に減少し近年は漸減傾向にあります。

一方、罹患率は、男性では1975年以降増加傾向、女性では1975年以降80年代後半まで減少傾向にあり、その後はっきりとした増減の傾向は見られません(図1)。食道がんの罹患率、死亡率は、ともに男性のほうが高く、女性の5倍以上です。年齢別には、ともに40歳代後半以降増加し始め、特に男性は女性に比べて急激に増加します(図2)。平均年齢は64歳で、50歳以上が90%、70歳以上が30%を占めます。罹患率の国際比較では、日本人は他の東アジアの国の人や、アメリカの日本人移民に比べて高い傾向があります。

食道がんは自覚症状がでてから検査を行って発見されたり、症状があるのに受診しなかったりすると、発見された時にはすでにかなり進行していることがあり、治癒率は下がります。

いずれにせよ、がんは何も手を打たなければ恐るべき病気であることには変わりありま

せん。今後とも、がんを克服していくために研究の推進と医療の充実を図る必要があります。また、「がんの時代」ともいえる現代にあって、がんとどのように向き合っていくか。私達自身もがんに対する備えが必要です。

日頃からがんになる危険因子を避けるとともに、たとえ発症したとしても早期に発見・治療し、元気に社会復帰したいものです。そのためには私達一人ひとりが、がんに対する正しい基礎知識を身に付けながら、がんという病気との関わり方について医療関係者や家族とよく話し合い、共に考え、理解を深めて行くことが一層必要になってくるように思われます。

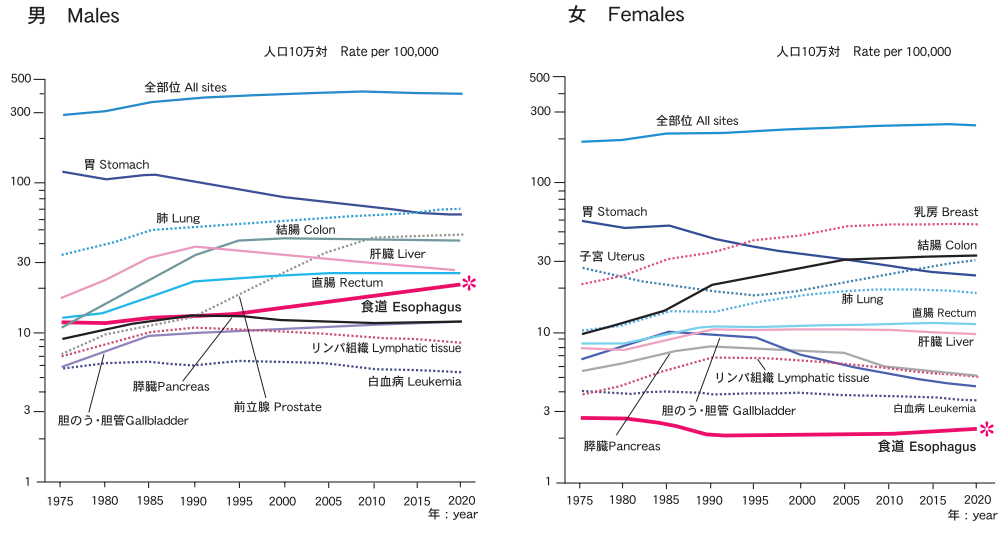
この小冊子は、その一助になることを願って食道がんについての現在の考え方を簡単にまとめたものです(参考資料2)。



図1 食道がんの罹患率

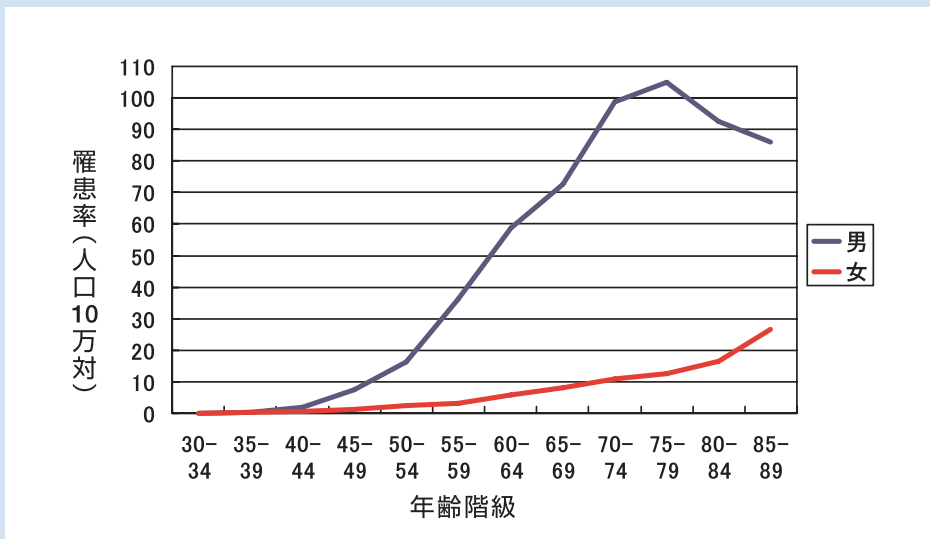
2020年までの性別・部位別年齢調整罹患率の予測

Prediction of age-adjusted incidence rates by sex and site through 2020, Japan



(がんの統計'05)

図2 食道がんの性別年齢階級別罹患率



(がんの統計'07)

第1章 食道がんの発生と予防

1 食道がんの発生

日本人の食道がんは、約半数が胸の中の食道の真ん中に、次に 1/4 が食道の下 1/3 に発生します(図3)。食道がんは食道の内面をおおっている粘膜の表面にある上皮から発生します。食道の上皮は扁平(へんぺい)上皮でできているので、食道がんの90%以上が扁平上皮癌です(参考資料3)。

欧米では胃がんと同じ腺上皮から発生する腺癌が増加しており、現在では半数以上が腺癌です。腺癌のほとんどは胃の近くの食道下部に発生します。生活習慣、食生活の欧米化により、今後はわが国でも腺癌の増加が予想されます。扁平上皮癌と腺癌は性格が異なるので資料を参考とする時には注意が必要です。頻度はまれですが、食道にはそのほかの特

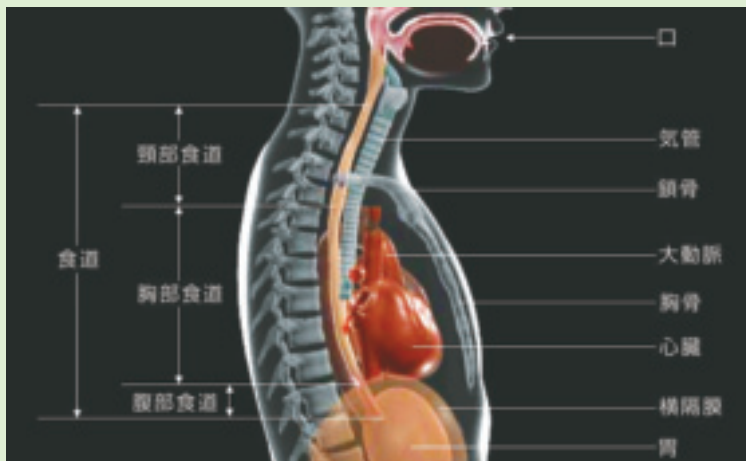
殊な細胞でできたがんもできます。未分化細胞癌、癌肉腫、悪性黒色腫などのほかに、粘膜ではなく筋層などの細胞から発生する消化管間質腫瘍も発生することがあります。

2 食道がんの危険因子

がんはその治療や早期発見が大切なことはもちろんですが、がんにならないように予防するにこしたことはありません。がんの発生のしくみが完全に解明されているわけではありませんが、遺伝子に傷をつけるような物質が、がんをひき起こすものと考えられます(参考資料4)。

食道がんについては、喫煙と飲酒が確立したリスク要因とされています。特に扁平上皮癌ではその関連が強いことがわかっています。また、喫煙と飲酒が相乗的に作用してリスク

図3-1 食道の位置と構造



(国立がんセンターがん対策情報センターがん情報サービス ホームページ)

が高くなることも指摘されています。アルコールが体内で分解されてできるアセトアルデヒドは食道がんの危険因子です。アセトアルデヒドは体内でさらに無害な物質に分解されますが、日本人の中にはアセトアルデヒドを分解する働きが遺伝的に弱い人がいます。もともとお酒に弱かったが慣れてお酒を飲めるようになったという人は危険度が高いです。

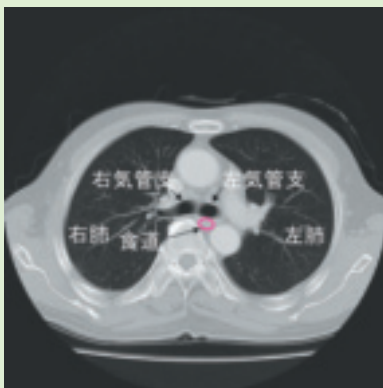
熱いものを飲んだり食べたりする食習慣も、おそらく確実なリスク要因です。近年、欧米で急増している腺癌については、胃食道逆流症に加えて、肥満で確実にリスクが高くなるとされています。予防要因では、野菜・果物の摂取がおそらく確実とされています。

食道がんにかかる方は咽頭（のど）や口、喉頭などにもがんがしやすいですし、咽頭や口、喉頭などのがんにかかれた方は食道

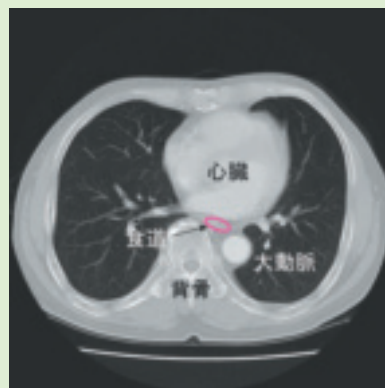
にもがんがしやすいことがわかってきました。

がんの発生を未然に防ぎ、がんにかからないようにする一次予防については、環境中の危険因子を避けること、がんを抑制する因子を取り込むことが大切になってきます。そのため、栄養・運動・休養などの生活習慣について関心を持つことが大切です。国立がんセンター監修による「がんを防ぐための12カ条」は、そのような視点から実践することを提唱しています（参考資料5）。

図3-2 食道の位置と構造



中部食道CT像



下部食道CT像

第2章 食道がんの症状

1 早期発見の症状

健康診断や人間ドックの時に、内視鏡検査などで発見される無症状の食道がんも20%近くあります。無症状で発見された食道がんは早期のがんであることが多く、最も治る確率が高いがんです。がんを早期に発見するためには、このような機会を大切にする必要があります。

食べ物を飲み込んだときに胸の奥がチクチク痛む、熱いものを飲み込んだときにしみるように感じるといった症状は、食道がんの初期のころにみられるので注意してほしい症状です。がんが少し大きくなるとこのような感覚を感じなくなり、放っておかれてしまうことも少なくありません。軽く考えないで内視鏡検査を受けることをお勧めします。

2 進行に伴う症状

がんがさらに大きくなると食道の内側が狭くなり、食べ物がつかえて気がつくことになります。特にまる飲みしやすい食物(かたい肉、すしなど)を食べた時、あるいはよくかまずに食べた時に突然生ずることが多い症状です。がんがさらに大きくなると食道を塞いで水も通らなくなり、唾液も飲み込めずにもどすようになります。食べ物がつかえると食事量が減り、低栄養となり体重が減少します。

がんが食道の壁を貫いて外に出て、まわりの肺や背骨、大動脈を圧迫するようになると、胸の奥や背中に痛みを感じるようになります。食道がんがかなり進行して気管、気管支、肺へおよぶと、むせるような咳(特に飲食物を摂取する時)が出たり、血のまじった痰が出たりするようになります。

食道のすぐわきに声を調節している神経があり、これががんで壊されると声がかすれます。声に変化があると耳鼻咽喉科を受診する場合があります。喉頭そのものには腫瘍や炎症がないとして見すごされることもあります。



1 食道がんが疑われたら

検査の結果「がんの疑い」を告げられることはとてもつらいことですが、症状がない場合でも放置せずに必ず、そして早めに確定診断をつけることが大切です。それで、もしも

本当になんかであれば適切な治療が必要です。診断と治療のために、専門の医療機関を紹介してもらって下さい。

表1-1 日本食道学会進行度

壁深達度	N0 転移がない	N1 腫瘍の近くのリンパ節に転移がある	N2 腫瘍から少し離れたリンパ節に転移がある	N3 腫瘍から離れたリンパ節に転移がある	N4 食道から離れたリンパ節に転移がある	M1 他の臓器に転移がある
Tis 粘膜上皮にとどまる	0	—				
T1a 粘膜筋板を越えない		I				
T1b 粘膜下層にとどまる	I	II				
T2 固有筋層にとどまる	II		III	IVa	IVb	
T3 食道壁外に出ている	II		III	IVa	IVb	
T4 食道周囲臓器に浸潤している	III	IVa				IVb

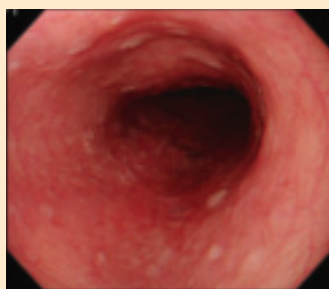
表1-2 国際TNM分類進行度

壁深達度	N0 転移がない	N1 近くのリンパ節に転移がある	M1a 離れたリンパ節に転移がある	M1b 他の臓器に転移がある
Tis 粘膜上皮にとどまる	0			
T1 粘膜固有層が粘膜下層にとどまる	I	IIB		
T2 固有筋層にとどまる	IIA	IIB	IVa	IVb
T3 食道壁外に出ている	IIA	III	IVa	IVb
T4 食道周囲臓器に浸潤している	III	III	IVa	IVb

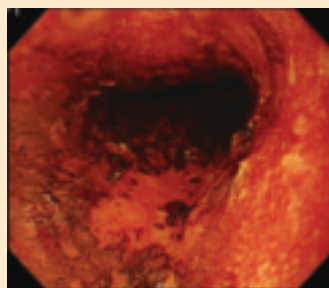
2 食道がんの確定診断

無症状あるいは初期の食道がんを見つけるために内視鏡検査は極めて有用な検査であり、たとえレントゲン検査で異常が認められなくとも内視鏡検査で発見されることもあります。食道の内視鏡精密検査では、通常の観察に加えて色素内視鏡を行います。正常な粘膜上皮細胞がヨウ素液(一般にルゴールといいます)に染まるのに対し、がんなどの異常のある部分は染まらないというグリコーゲン反応を利用した方法です(図4)。食道がんの確定診断は内視鏡を施行した際に、小さい組織片を採取し(生検)、その標本を病理医が顕微鏡で組織診断をつけることによって行われます。

図4 色素内視鏡



通常観察

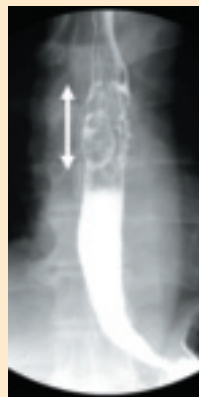


ヨウ素液散布

3 進行度判定のための検査

食道がんが確定診断された後は、その進行度を把握するためにさまざまな検査が行われます。確定診断が行われる内視鏡検査の際には、病変の広がりと肉眼的分類、深達度が判定されます。バリウムを飲む食道造影検査(図5)でも、病変の広がりや深達度などを検索します。CT検査や超音波検査では、周囲の臓器への浸潤があるかどうか、リンパ節転移があるかどうか、肝臓や肺などに転移があるかなどが検索されます。それ以外にも、血液中の腫瘍マーカーも検索します。PET検査(陽電子放射断層撮影検査)は、放射性ブドウ糖を注射しその取り込みの分布を撮影することで全身の悪性腫瘍細胞の分布を検出します(図6)。食道がんでも進行度診断での有効性が報告され健康保険の適応となりました。これらの結果にもとづき進行度が判定され、治療法が決定されます。

図5 食道造影



正面像



斜位像

4 食道がんの病期

食道がんの治療法を決めたり、治療によりどの程度治る可能性があるかを推定したりする場合、病気の進行の程度をあらかじめ進行度(ステージ)分類を使用します。各検査で得られた所見により、食道壁のがんの深さを示す深達度、リンパ節への転移、他の臓器への転移の程度にしたがって病期を決定します(表1)(参考資料6)。

0期

がんが粘膜にとどまっており、リンパ節、他の臓器、胸膜、腹膜(体腔の内面をおおう膜)にがんが認められないものです。いわゆる早期がん、初期がんと呼ばれているがんです。

I期

がんが粘膜にとどまっているが近くのリンパ節に転移があるもの、粘膜下層まで浸潤しているがリンパ節や他の臓器さらに胸膜・腹膜にがんが認められないものです。

II期

がんが筋層を越えて食道の壁の外にわずかに出ていると判断された時、あるいは食道のがん病巣のごく近傍に位置するリンパ節のみにがんが転移していると判断された時、そして臓器や胸膜・腹膜にがんが認められなければII期に分類されます。

III期

がんが食道の外に明らかに出てると判断された時、食道壁にそっているリンパ節か、あるいは食道のがんから少し離れたリンパ節にがんがあると判断され、他の臓器や胸膜・腹膜にがんが認められなければIII期と分類します。

IV期

がんが食道周囲の臓器におよんでいるか、がんから遠く離れたリンパ節にがんがあると判断された時、あるいは他の臓器や胸膜・腹膜にがんが認められたらIV期と分類されます。

図 6-1 PET 検査

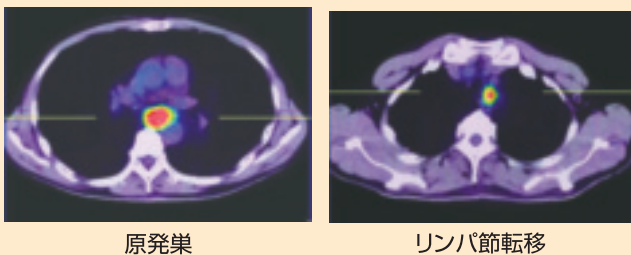
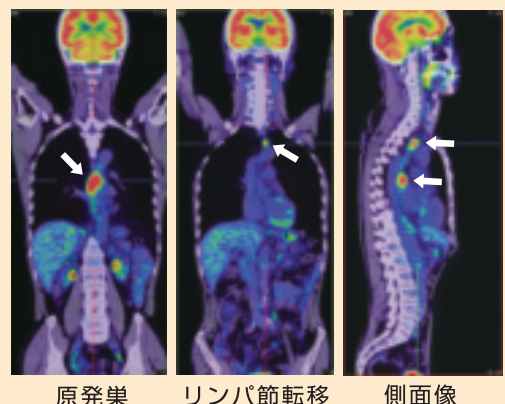


図 6-2 PET 検査



第4章 食道がんの治療

各種検査の結果を総合的に評価して、がんの進行度と全身状態から治療法を決めます。食道がんの治療には大きく分けて、4つの治療法があります。それは、内視鏡治療、手術、放射線治療と抗がん剤の治療です。その他に温熱療法や免疫療法などを行っている施設もあります。ある程度進行したがんでは、外科療法、放射線療法、化学療法を組み合わせた集学的治療も行われます。

1 内視鏡的粘膜切除術

内視鏡的粘膜切除術は、粘膜にとどまった早期がんを内視鏡で見ながら食道の内側から切り取る治療法です(図7)。1時間くらいで治療でき、翌日から食事も可能で、入院も短期間で済みます。治療後は食道粘膜が再生してきますので、治療前と同様の生活ができます。切除した組織を顕微鏡で詳細に検索した結果、追加の外科手術や放射線治療、化学放

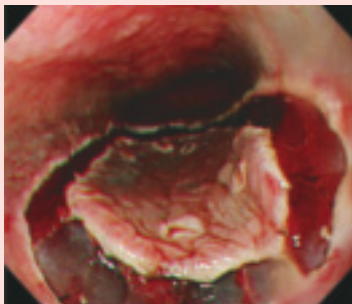
射線治療が必要になる場合もあります。

粘膜を広範囲に切り取った場合には治療した痕が引きつれたり、狭くなる場合があります。過度に狭くなった場合には、内視鏡を用いた拡張術(内腔を広げる治療)が必要になることがあります。

2 手術療法

手術は食道がんに対する最も一般的な治療法です。手術ではがんを含め原則的に胸部食道を全部切除します(図8)。同時にリンパ節を含む周囲の組織を切除します(リンパ節郭清)。胸の中にある食道を切除するために、右側の胸を開きます。最近では胸腔鏡を使って開胸せずに食道を切除する方法も試みられていますが、その有効性はまだ検討段階です。開胸を行わずに頸部と腹部を切開し食道を引き抜く術式(食道抜去術)もありますが、食道の周囲のリンパ節を切除できません。

図7 内視鏡的粘膜切除術



切除操作



切除された粘膜
(ヨウ素液撒布)

食道を切除した後は胃を引き上げて残っている食道とつなぎ、食物の通る道を再建します。胃が使えない時には大腸を使います。

手術に続いて発生する余病(合併症)は肺炎、縫合不全(つなぎめのほころび)、肝・腎・心障害です。これらの合併症が死につながる率、すなわち手術死亡率(手術後1ヵ月以内に死亡する割合)は2~3%です。これらの発生率は、手術前に他の臓器に障害をもっている人では高くなります。

3 放射線療法

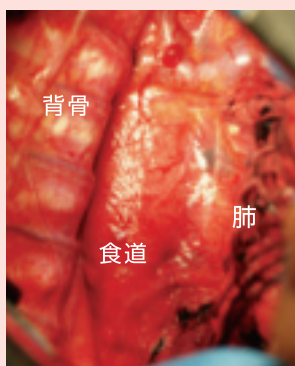
放射線療法は機能や形態を温存することをめざした治療です(参考資料7)。高エネルギーのX線などの放射線を身体の外から照射してがん細胞を殺します。放射線療法は、週5日6~7週続けます。放射線療法と抗がん剤治療を同時に行うほうが放射線療法だけを行うより効果があります。治すことをめざして

治療をする場合は放射線療法と抗がん剤治療を同時に行います。

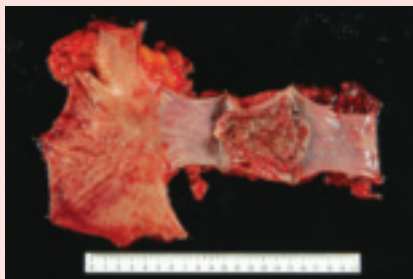
放射線療法の治療期間中におこる副作用は、嚥下時の違和感・疼痛、腹部を治療した場合は腹部不快感・嘔気・嘔吐・食欲低下・下痢などがあります。照射部の皮膚には日焼けに似た症状が出てきます。身体のたるさ、食欲低下といった症状を訴える方もいます。血液障害として白血球が減少することがあります。副作用の程度には個人差があります。症状が強い場合は症状を和らげる治療をしますが、時期がくれば自然に回復します。

治療が終了してから数ヶ月~数年後におこりうる副作用としては、心臓や肺に影響が出ることがあります。脊髄が照射されると神経麻痺の症状が出ることがありますが、危険がないとされている照射線量を設定するのが普通です。

図8 食道切除手術



開胸所見



切除された食道
(胃噴門部を含む)

4 化学療法（抗がん剤治療）

抗がん剤治療はがん細胞を殺す薬を注射します(参考資料8)。抗がん剤は血液の流れに乗って手術では切りとれないところや放射線を当てられないところにも、全身に行き渡ります。しかし、抗がん剤だけでがんが完全に消失することは極めて稀です。したがって、抗がん剤治療の目標は、いかにして腫瘍の進展をおさえ、QOL(Quality of Life：生活の質)を保ちながら延命できるかということになります。

抗がん剤治療は、何種類かの抗がん剤を組み合わせて使うほうがよく効きます。抗がん剤は点滴の中に混ぜて4～5日間続けて注射するため、入院が必要です。効果があれば繰り返しますが、効果がない場合は別の抗がん剤に切り替えます。新しい抗がん剤の開発により外来通院で行うことも増えています。

抗がん剤の副作用には個人差がありますが、嘔気、嘔吐、食欲不振はほとんどの人にある程度認められます。重い症状となる人は10人に1人くらいの割合で、副作用の種類、時期、対処法を知っておくことはよい治療を行う上で重要です。毎回、投与前には血液、腎機能などのチェックが必要です。

5 化学放射線療法

病変がある程度限局していれば、放射線療法と抗がん剤治療を同時に行うことで、手術をしなくても治すことが期待できます。放射線照射を28回～30回行いながら抗がん剤を同時に投与する方法が一般的に行われていま

す。手術が可能な人も含まれますが、手術を望まない人、合併症などで手術のリスクの高い人などが対象となります。がんが気管や大動脈などに浸潤していて手術できない場合にも用いられています。病変の広がり具合により治療成績に差があります。

化学療法と放射線療法を併用することで、効果は上昇しますが、副作用も増加します。食欲不振、口内炎、食道炎や白血球減少などは両者ともに引き起こす可能性があります。副作用の出る時期やその対策を前もって頭に入れておいて、副作用をいかに安全にコントロールしながら治療を続けるかがポイントです。

6 食道内挿管法

がんによる食道の狭窄のために食事摂取が困難な場合に、金属の網でできたパイプ状のものを食道の中に留置して食物が通過できるようにする方法です。食道に穴があいて食物が外に漏れて肺炎などをおこす場合には、穴をおおうためにも使います。手術をしなくとも内視鏡を用いてできるので負担が少なく、QOL向上のためには有用な治療法です。

7 進行度別の治療

治療は主に進行度により決定されます(参考資料9)。同じ進行度でも、病気の進行ぐあい、全身状態、心臓・肺機能などによって治療が異なる場合があります。

0期

1. 内視鏡の粘膜切除術
2. 外科療法
3. 化学放射線療法(放射線療法と抗がん剤の

併用療法)

4. レーザー治療(内視鏡的粘膜切除術が適切でない場合)

粘膜にとどまるがんでは、食道を温存できる内視鏡的粘膜切除術が可能です。切除した組織でがん細胞の拡がりを調べることができないため、レーザー治療は標準治療ではありません。がんの範囲が広いために内視鏡的に切除できない場合には、手術や化学放射線療法をします。

I期

1. 外科療法
2. 化学放射線療法(放射線療法と抗がん剤の併用療法)

外科療法が標準治療です。化学放射線療法により、手術をせずに臓器を温存しつつ手術と同等の治療率が得られるという報告も出てきました。化学放射線療法と外科療法の効果を比較検討する研究も始まっています。化学放射線療法では副作用が放射線療法のみと比べると強くなるので、体力が十分でない場合は放射線療法のみが望ましい場合もあります。

II期・III期

1. 外科療法
2. 外科療法と抗がん剤または化学放射線療法の合併療法
3. 化学放射線療法(放射線療法と抗がん剤の併用療法)

外科療法が標準治療です。治療前の検討で、手術によって完全にがん病巣をとり除くことができる、体力も手術に耐えうると判断された場合には外科手術が選択されます。再発・転移の防止のために手術前あるいは手術後に

化学療法または化学放射線療法を行うこともあります。手術療法単独より優れているという報告もありますが確定的ではないので、それを確かめるために臨床試験として行われています。

化学放射線療法の進歩により、手術をせずに臓器を温存しつつ手術と同等の治療成績が得られるという報告も出てきました。

IV期

1. 化学療法(抗がん剤治療)
2. 化学放射線療法(放射線療法と抗がん剤の併用療法)
3. 放射線療法
4. 痛みや他の苦痛に対する症状緩和を目的とした治療

通常、抗がん剤による化学療法が行われます。がんの縮小を認めることもありますが、すべてのがんを消失させることは困難です。全身状態が不良な場合には化学療法ができないことがあります。また、がんによる食道の狭窄のため食物の通過障害があるときなどは、症状に応じて放射線療法も行われます。

IV期ではがんによる症状を認めることが多く、痛みや呼吸困難などの症状を緩和するための治療が重要になります。症状緩和の治療技術はかなり進歩してきており、多くの症状を軽減することが可能となっています。



8 治療成績

悪性度が高いといわれる食道がんでも、いわゆる早期のがんの治療成績は良好です。0期のがんでは内視鏡的粘膜切除術で切除された後の5年生存率は100%です。粘膜にとどまるがんでは内視鏡的粘膜切除術で切除できない場合でも、手術で切除できれば5年生存率はほぼ100%です。がんが粘膜下層まで拡がってもリンパ節転移をおこなっていないければ、手術で80%が治ります。

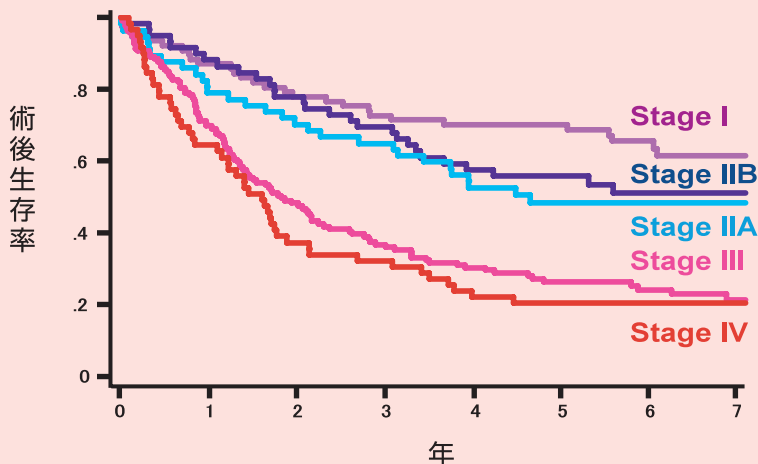
日本食道疾患研究会の「全国食道がん登録調査報告」では、手術でとりきれた場合の5年生存率は、全体で54%に達しました(参考資料3)。

国立がんセンター中央病院で1996年～

2000年に手術を受けた方の5年生存率は、TNM分類による進行度I期：70.1%、進行度IIA期：48.4%、進行度IIB期：55.8%、進行度III期：26.3%、進行度IV期：20.3%でした(食道がん以外の原因で死亡した場合も含まれます)(図9)。

これまでは外科療法が主な治療法でしたが、化学療法が積極的に導入され、さらに化学放射線療法も試みられています。化学放射線療法で、手術治療と同じ5年生存率が得られたという報告もあります。しかし、他の臓器にがんが拡がっている方、多くのリンパ節にがんの転移を認める方では、外科療法でも化学放射線療法でも治癒は困難です。残念ながら、高度に進行したがんを治癒できる治療法は確立されていないということです。

図9 食道がんの治療成績



第5章 社会復帰

1 食道切除後の生活

治療の最終の目標は社会復帰です。手術治療を受けた後は、徐々に社会復帰に努めなければなりません。食道の手術を受けて一番大きく変わるのは食生活です(参考資料10)。人間が生命を維持するために最も必要な「ものを食べる」ことをつかさどっていた胃の位置が変わるのですから大問題です。しかし、消化のよい食物をよく噛んでゆっくり食べればうまいきます。もちろん食べ具合は個人差があり、つかえたり、おなかがゴロゴロしたりもしますが、手術後数ヶ月もすれば量的にも嗜好的にも自分の食べ方に慣れてきて、ごく普通の生活を送ることができ、仕事に復帰することも可能です。

2 化学療法、放射線療法後の生活

治療後もしばらくは、身体のだるさ、食欲低下といった症状を訴える方もいますが、時期がくれば自然に回復します。「病は気から」の言葉どおり、精神的な安定と体力に対する自信を持つことは、療養上大切なことといえます。なお、治療を続けながら働く人のために病院などでの通院治療の充実も大切になります。

3 治療後の通院

がんの治療後は、機能回復が順調かをチェックします。その後は、万一再発した場合でも早期に発見するために定期的に通院する必要があります。一般的には、再発の危険度が高い方ほど通院する回数が多くなります。血液検査やX線検査を行いながら経過を観察することになります。このような経過観察は治療後5年ないし10年にわたって行われます。

第6章 緩和医療と医療連携

進行期のがんの患者さんについては、がんの痛みや精神的な苦痛を取り除き、QOLの向上を目指す緩和医療の充実が図られています(参考資料11)。病院の日常診療においてもそのような配慮が必要なことはいうまでもありませんが、特にそのことを目的とした緩和ケア病棟を備えた病院もあります。がんの進行に伴う身体的な問題だけでなく、不安やうつ状態などの精神的な問題も含めた緩和医療を専門に行う医師・看護師も徐々に増えてきています。

また、最近では、往診、訪問看護、介護サービスが充実してきましたので、がんの進行による不都合が、入院しなくても在宅でケアを行うことによって解決できるようになってきています。病状を正確に患者さんに伝えることで、限られた時間を自宅で家族と共に過ごしたいと希望される患者さんが増えてきています。このような希望が専門病院と地域の連携によって叶えられるように、医療連携室が多くの病院に設置されるようになってきています。

あとがき

高齢社会の進展に伴って、「がん対策」はますます重要な課題になっています。食道がんについては、未然防止に努めるとともに、早期発見と早期治療による治療率の向上を図ることが大切です。また、安全な手術療法の確立、化学放射線療法の開発・普及が必要とされています。

がん研究振興財団は、官民一体で取り組む「がん克服新10か年戦略」の一翼を担っています。がん研究の助成、若手研究者や医療従事者の人材育成、国際研究交流の推進、国民へのがんに関する正しい知識の普及と予防啓発など多面的な活動を展開しています(参考資料12~14)。

新たな世紀を迎え、これからのがん対策は、地域・国・世界レベルの視点から、国民と保健医療の専門家と行政とのなお一層力強い連携が求められています。また、患者さんと専門家の相互はいうまでもなく、ときには患者さんの相互の連携、さらにはボランティアによる支えも大きな力になるものと思われます。

おわりに、国民一人ひとりの健康と福祉の向上、特に「がん克服」へのひとつの道標として少しでも役に立つことを願い、研究の進歩や社会的ニーズに応じて内容の見直しを図っていきたいと考えています。

◎ 参考資料 ◎

1. 厚生労働省大臣官房統計情報部：平成18年人口動態統計
 2. 『がんとどう付き合うか』がん研究振興財団
 3. 「Comprehensive Registry of Esophageal Cancer in Japan」
日本食道学会ホームページ [<http://esophagus.jp/>]
 4. 『やさしいがんの知識』がん研究振興財団
 5. 『がんとどう付き合うか(がんと食事)』がん研究振興財団
 6. 『食道癌取り扱い規約』第9版 日本食道疾患研究会編
1999年2月 金原出版
 7. 『知っておきたい放射線治療』がん研究振興財団
 8. 『抗がん剤治療を安心して受けるために』がん研究振興財団
 9. 『食道癌治療ガイドライン』
日本食道疾患研究会編2002年12月版 金原出版
 10. 『がんとどう付き合うか(がんと食事)』がん研究振興財団
 11. 『がんとどう付き合うか(一般編)』がん研究振興財団
 12. 『加仁』(かに)第33号 がん研究振興財団
 13. 「がん研究振興財団」ホームページ [<http://www.fpcr.or.jp/>]
 14. 「国立がんセンターがん対策情報センターがん情報サービス」
ホームページ [<http://ganjoho.ncc.go.jp/>]
- | | |
|----|---|
| 表1 | 食道がん進行度 |
| 図1 | 食道がんの罹患率
(がんの統計'05 P.28から抜粋) |
| 図2 | 食道がんの性別年齢階級別罹患率
(がんの統計'07 P.72からグラフ作成) |
| 図3 | 食道の位置と構造 |
| 図4 | 色素内視鏡 |
| 図5 | 食道造影 |
| 図6 | PET |
| 図7 | 内視鏡的粘膜切除手術 |
| 図8 | 食道切除手術 |
| 図9 | 食道がんの治療成績 |

全国のがん診療施設

がん基幹医療施設及び全国がん(成人病)センター協議会施設一覧表

独立行政法人国立病院機構北海道がんセンター	〒003-0804 札幌市白石区菊水4条2-3-54	☎011 (811) 9111
青森県立中央病院	〒030-8553 青森市東造道2-1-1	☎017 (726) 8111
岩手県立中央病院	〒020-0066 盛岡市上田1-4-1	☎019 (653) 1151
宮城県立がんセンター	〒981-1293 名取市愛島塩手字野田山47-1	☎022 (384) 3151
独立行政法人国立病院機構仙台医療センター	〒983-8520 仙台市宮城野区宮城野2-8-8	☎022 (293) 1111
山形県立がん・生活習慣病センター	〒990-2292 山形市大字青柳1800	☎023 (685) 2626
茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター	〒309-1793 笠間市鯉淵6528	☎0296 (77) 1121
栃木県立がんセンター	〒320-0834 宇都宮市陽南4-9-13	☎028 (658) 5151
群馬県立がんセンター	〒373-8550 太田市高林西町617-1	☎0276 (38) 0771
埼玉県立がんセンター	〒362-0806 北足立郡伊奈町小室818	☎048 (722) 1111
千葉県がんセンター	〒260-8717 千葉市中央区仁戸名町666-2	☎043 (264) 5431
国立がんセンター東病院	〒277-8577 柏市柏の葉6-5-1	☎04 (7133) 1111
国立がんセンター中央病院	〒104-0045 中央区築地5-1-1	☎03 (3542) 2511
独立行政法人国立病院機構東京医療センター	〒152-8902 目黒区東が丘2-5-1	☎03 (3411) 0111
財団法人癌研究会有明病院	〒135-8550 江東区有明3-10-6	☎03 (3520) 0111
東京都立駒込病院	〒113-8677 文京区本駒込3-18-22	☎03 (3823) 2101
神奈川県立がんセンター	〒241-0815 横浜市旭区中尾1-1-2	☎045 (391) 5761
新潟県立がんセンター新潟病院	〒951-8566 新潟市中央区川岸町2-15-3	☎025 (266) 5111
富山県立中央病院	〒930-8550 富山市西長江2-2-78	☎076 (424) 1531
静岡県立静岡がんセンター	〒411-8777 駿東郡長泉町下長窪1007	☎055 (989) 5222
福井県立成人病センター	〒910-8526 福井市四ツ井2-8-1	☎0776 (54) 5151
愛知県がんセンター	〒464-8681 名古屋市千種区鹿子殿1-1	☎052 (762) 6111
独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター	〒460-0001 名古屋市中区三の丸4-1-1	☎052 (951) 1111
滋賀県立成人病センター	〒524-8524 守山市守山5-4-30	☎077 (582) 5031
大阪府立成人病センター	〒537-8511 大阪市東成区中道1-3-3	☎06 (6972) 1181
独立行政法人国立病院機構大阪医療センター	〒540-0006 大阪市中央区法円坂2-1-14	☎06 (6942) 1331
兵庫県立がんセンター	〒673-8558 明石市北王子町13-70	☎078 (929) 1151
独立行政法人国立病院機構呉医療センター	〒737-0023 呉市青山町3-1	☎0823 (22) 3111
山口県立総合医療センター	〒747-8511 防府市大字大崎77	☎0835 (22) 4411
独立行政法人国立病院機構四国がんセンター	〒791-0280 松山市南梅本町甲160	☎089 (999) 1111
独立行政法人国立病院機構九州がんセンター	〒811-1395 福岡市南区野多目3-1-1	☎092 (541) 3231
佐賀県立病院好生館	〒840-8571 佐賀市水ヶ江1-12-9	☎0952 (24) 2171

がん基幹医療施設及び全国がん(成人病)センター協議会に属しているこれらの施設は、がんの専門医を多数擁して、がんの診断と治療に積極的に取り組んでいます。



【いぶき】はがん征圧のための基金です。皆さまのあたたかい気持ちが前へ進む原動力となります。この基金は様々な研究やイベント、広報活動に役立てられています。

- 少額から寄付できます
- 当財団への寄付金については税制上の優遇措置が適用されます
- 所得税、法人税及び相続税の寄付金控除が受けられます

※税制上の点及び寄付金控除等のご事情については、ご相談下さい。(TEL 03-3543-0332)

監 修： 国立がんセンター
 編集責任： 日月裕司
 山口 肇
 伊藤芳紀
 加藤 健

発 行： 財団法人がん研究振興財団
 〒104-0045 東京都中央区築地5-1-1
 国立がんセンター内
 TEL.03 (3543) 0332 FAX.03 (3546) 7826
<http://www.fpcr.or.jp/>

本パンフレットからの無断転載・複製は固くお断りします。

街にも明日にも バラ色の夢、宝くじ。



宝くじの収益金は、
子供たちの遊び場や憩いの場をはじめ、
道路や橋など街づくり事業を通じて、
身近な暮らしのお役に立っています。

宝くじ

●外国発行の宝くじを、日本国内において購入することは、法律で禁止されています。

この遊具【宝くじ遊園・富谷ドームランド】
(広島県福山市富谷公園内)は、
宝くじの普及宣伝事業として設置されたものです。

財団法人 **日本宝くじ協会**

当せんはしっかり調べて、しっかり換金。

<http://www.takarakuji.nippon-net.jp>