



がんとどう付き合うか

膵臓がん

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 膵臓がんの疫学と予防	2
第2章 膵臓がんの診断	5
第3章 膵臓がんの治療法	
1) 膵臓がん治療の組み立て	9
2) 外科治療	11
3) 放射線治療（化学放射線療法を含む）	12
4) 化学療法	13
第4章 術後合併症と社会生活	14
第5章 緩和医療	15

はじめに

膵臓がんは早期に発見することが難しいために、診断時にはすでに切除が困難な患者さんの割合が高く、また切除可能であっても手術後に再発を起こしやすい病気です。多くの膵臓がんの患者さんは、がんによる肉体的な苦痛とともに、不安や心配といった精神的なつらさを持っておられます。病気の性格や治療方法をよく理解することは、このような患者さん自身の苦しみを軽減するためにはとても大切なことです。また、ご家族の皆様にもこの病気をよく理解し、患者さんと一緒がんと向きあっていただくことも重要です。

この冊子は、膵臓がんの患者さんやご家族のみなさんが、この病気を少しでも正しく理解していただくための助けになるようにとの願いを込めて作成しました。この小さな冊子では膵臓がんのすべてを詳述することはできませんでしたが、わからない点や疑問な点は医療スタッフにも積極的にお聞きになり、より前向きに病気と取り組んでいただければ幸いです。

膵臓がんの大部分は浸潤性膵管がんであり、この冊子では特に断らない限り、浸潤性膵管がんのことを膵臓がんとして記載しています。



第1章

膵臓がんの疫学と予防

●膵臓がんとは

悪性腫瘍はその発生母地から上皮性悪性腫瘍と非上皮性悪性腫瘍に大別されます。上皮性悪性腫瘍は「がん」と呼ばれ、非上皮性悪性腫瘍は「肉腫」と呼ばれています。膵臓がんは膵臓に発生する上皮性悪性腫瘍のことを指しますが、病理組織学的にはさらに数種類に分類されています。一般的に膵臓がんとは、数種類ある膵上皮性悪性腫瘍のうちの浸潤性膵管がんのことを指します。

我が国では年間2万人以上の方が膵臓がんが原因で亡くなっており、年々増加の傾向があります。患者数は女性より男性が若干多く、部位別死亡者数から見ると男性が第5位、女性が第6位に位置しています。

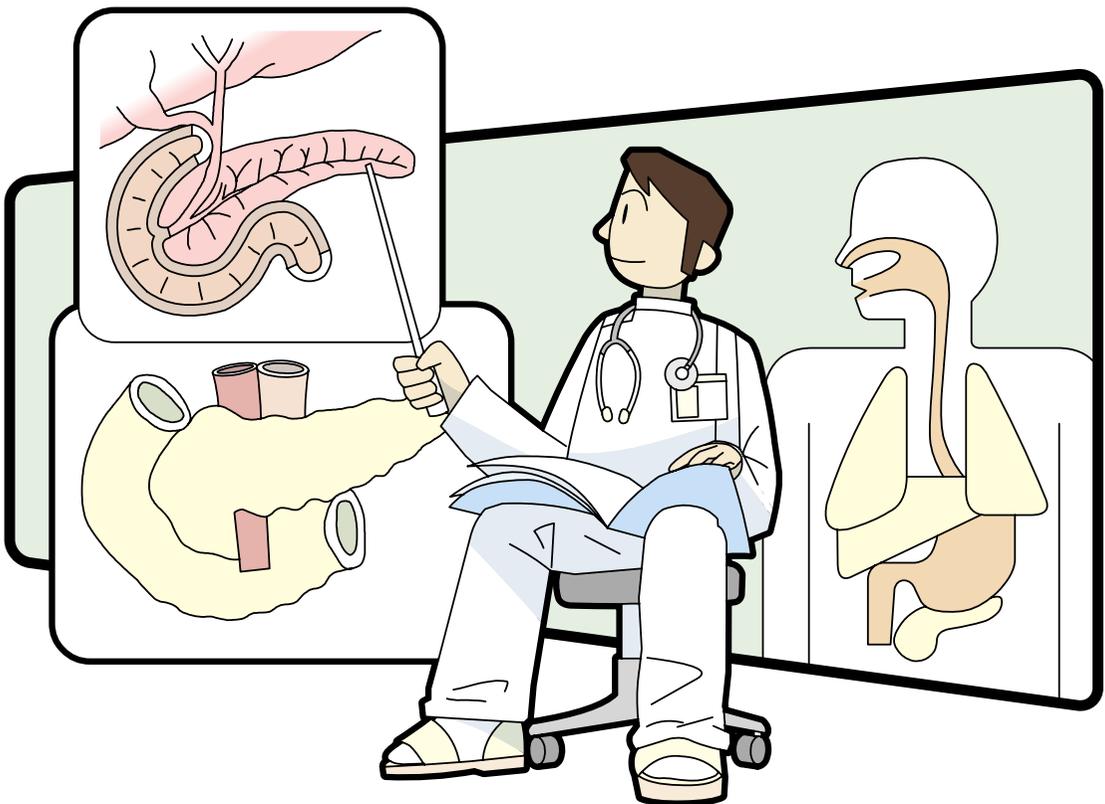


図1 悪性新生物の主な部位別にみた死亡数(2006年、総数)

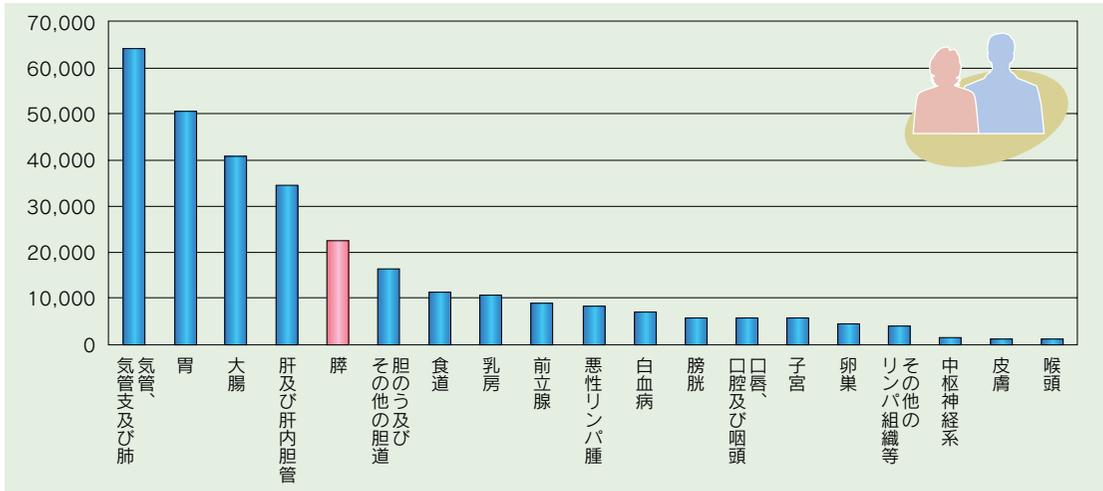


図2 悪性新生物の主な部位別にみた死亡数(2006年、男性)

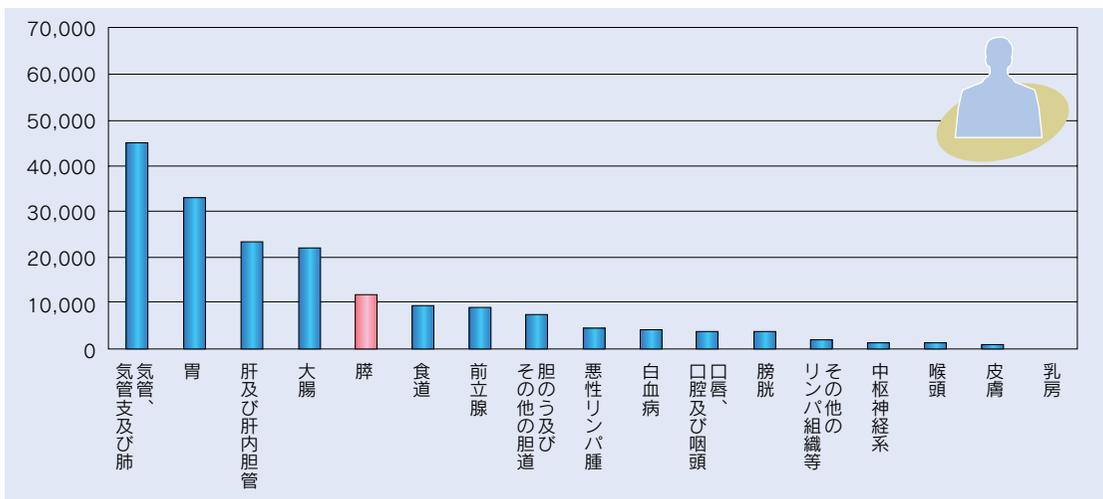
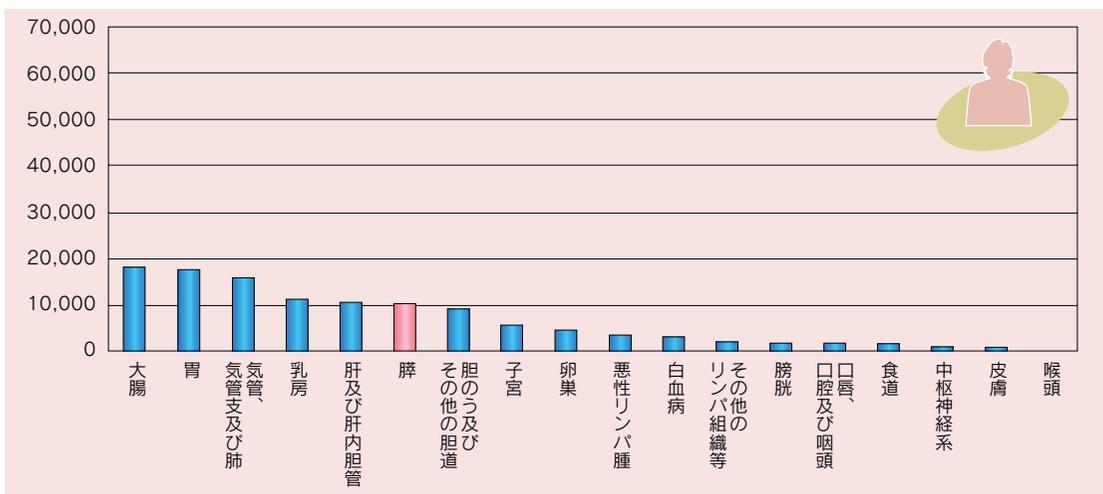


図3 悪性新生物の主な部位別にみた死亡数(2006年、女性)



年齢別にみた膵臓がんの罹患(りかん)率は60歳ごろから増加して、高齢になるほど高くなります。

●膵臓がんの予防

膵臓がんの発原因については、まだ十分に解明されていないため、その予防方法についても明らかにはなっておりません。膵臓がんの発生を高める要因として確立されているのは、喫煙だけです。飲酒やコーヒーとの関連は、かつては注目されていましたが、現在は否定的と考えられています。食事では、高脂肪食や肉が発生リスクを増加させ、野菜や果物がリスクを低下させる可能性があること、また、糖尿病や大量飲酒に伴う慢性膵炎に罹患することがリスクを増加させる可能性があることが報告されていますが、これらの可能性について結論を出すためにはさらに研究を行う必要があります。

●膵臓がんの早期発見

膵臓は身体の深部にあり、多くの臓器に囲まれているため、がんが発生しても早期に見つけるのが非常に難しい病気です。そのため、健康診断や人間ドックでは膵臓がんを早期発見することは難しいといわれています。また、膵臓がんは早期には特徴的な症状が少なく、膵臓がんになりやすい人を特定することも難しいため、精密検査をどのような人たちに勧めたらよいかもわかっていません。このような理由で、膵臓がんは発見時にはすでに手術で切除をすることができないほど進行している患者さんの割合が他のがんよりも高率となっています。膵臓がんの治癒率の向上をめざし、早期膵臓がんに対する効率的な診断法を確立するための研究が、国内外において意欲的に続けられています(参考資料 1、2)。



●膵臓がんの診断

前章でも述べられていますが、膵臓は体の奥深くに存在しているため、がんの早期発見は非常に難しい臓器です。しかし、近年の画像診断機器の発達により、診断能力は着実に進歩しています。膵臓がんに対する検査は、大きく血液生化学的検査と画像診断検査、病理組織学的検査の三つに分けることができます。

1) 血液生化学的検査

一般検査では、膵臓がんが胆汁の流れを堰き止める（閉塞性黄疸といいます）ことによって起こる肝機能異常、膵臓がんが炎症を引き起こすために起こる血中アミラーゼ値の上昇などで異常を指摘されます。また、糖尿病の発症や急激な悪化は、膵臓がんが原因で起こることがあり注意が必要です。

腫瘍マーカーとしては CA19-9 や CEA が一般的で、その他 DUPAN2、SPAN1 などが異常値を示すことがあります。しかし、CA19-9 や CEA は健康な人でも異常値を示すことがあり、他のがんでも異常値を示したりすることがあるので、膵臓がんの診断と直結しないことがあります。

2) 画像診断検査

スクリーニングとして用いられるのは超音波検査と造影 CT 検査です。超音波検査や造影 CT 検査で異常が認められた場合は、ERCP 検査、MRI 検査、超音波内視鏡検査(EUS)、血管造影検査などが精密検査として行われることがあります。近年では、がんの糖代謝を利用した FDG-PET という検査が普及しつつあり、膵炎などの良性疾患との鑑別目的に施行されています。しかし、個々の検査のみでは情報量が不十分なことがあり、各種画像診断を組み合わせることで総合的に診断することが重要です。

【超音波検査】

超音波を利用して体の内部を観察する検査で、低侵襲で簡便な検査として広く用いられています。血流の観察も可能で、がんの浸潤範囲の決定にも役立つことがあります(図4)。しかし、超音波の届く範囲しか診断できないため、病変の場所や体型などにより観察困難な場合もあります。超音波内視鏡検査(EUS)は精密検査として行う検査方法で、超音波装置

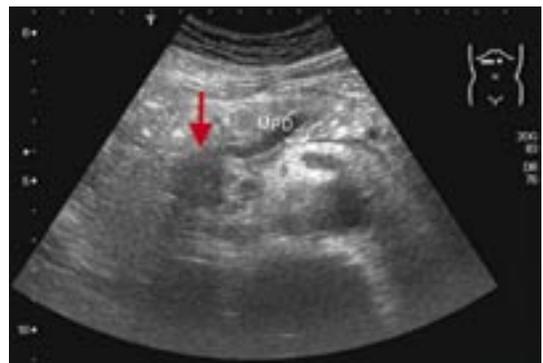


図4 超音波検査
膵頭部がんの症例です。膵臓がん(矢印)が主膵管(MPD)を閉塞している状態が観察できます。

を取り付けた内視鏡を用いて、胃や十二指腸といった膵臓に近い臓器から直接膵臓を観察することが可能です。

【造影 CT 検査】

X線を用いた検査で、体を輪切りにして内部の診断をします。被験者を移動させながら連続的に撮影をするヘリカルCT(図5)の開発により、診断能が飛躍的に上昇いたしました。また、膵臓がんのCT診断には造影剤の使用が不可欠です。造影剤を静脈から注入しながら撮影することで、膵臓がんの診断が可能になります(図6)。しかし、造影剤には副作用が出現する危険性があり(総副作用発現率約3%・重篤副作用発現率約0.04%)、造影剤副作用歴やアレルギー歴のある方は、必ず担当医もしくは検査担当者に申し出てください。



図5 ヘリカルCT装置

患者さんの身体を移動させながら高速に撮影することが可能になり、短時間に大量の画像情報を得ることができます。



図6-a 造影CT検査水平断

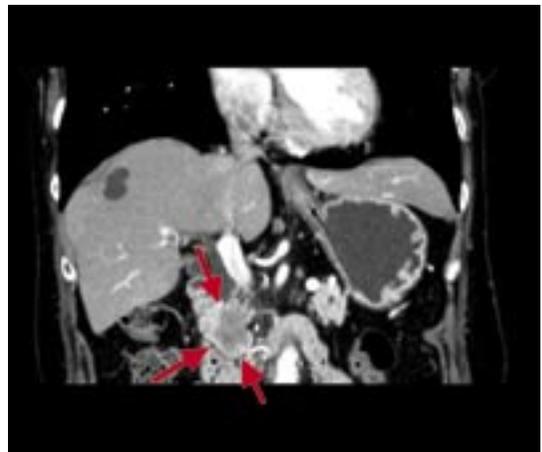


図6-b 造影CT検査冠状断

ヘリカルCTの普及によって、従来の体を輪切りにして内部を観察する横断面(a)のみではなく、体を真正面から見た断面(b)など、様々な角度での観察が可能になり、診断能が上昇しています。造影剤を静脈から注入して撮影することにより、膵臓がん(矢印)と正常な膵臓とを区別することが可能になります。

【ERCP 検査】

内視鏡的逆行性膵胆管造影検査のことをいいます。内視鏡を用いて直接膵管の出口を観察し、膵管に造影剤を注入して診断を行います。合併症として膵炎を起こすことがあります。

【MRI 検査】

磁気共鳴断層診断装置を用いた検査です。磁石の力を用いて体の内部を様々な角度で輪切りにすることで診断をします。X線や内視鏡を用いなくても膵臓や膵管の状態を観察できるため、比較的低侵襲な検査です。条件次第ではCT検査よりも優良な画像が得られることがあります。特にMRCPと呼ばれる撮影方法は、簡便に膵管の状態を観察することが可能で、膵臓のMRI検査では必須の撮影方法です(図7)。しかし、撮影に時間がかかることや、造影剤を使用した場合には副作用の危険性があること、ペースメーカーを埋め込んだ患者さんや閉所恐怖症の患者さんには検査が困難であることが欠点として挙げられます。

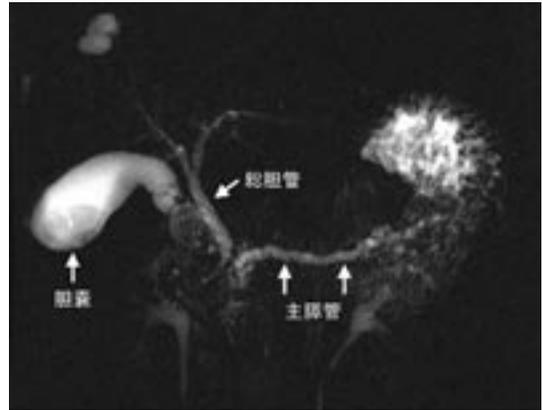


図7 MRI検査

磁力を用いることにより、患者さんに大きな侵襲を与えることなく膵管や胆管の観察が可能です。図はMRCPと呼ばれる撮影方法です。

【血管造影検査】

血管造影検査は足の付け根を走行する動脈(大腿動脈)から細い管(カテーテル)を入れて膵臓の周りにある血管の様子を観察する検査です。がんが進行すると周囲の血管を巻き込むため、異常所見として認識できます。現在では、血管造影検査とCT検査を組み合わせたIVR-CT装置を用いることで、肝臓への転移の有無を調べるのが主目的となっています。しかし、入院が必要な検査であり、患者さんへの侵襲も大きいため手術による切除を目的とした患者さんにのみ行われています。その侵襲の大きさ故に、近年ではCT検査やMRI検査の画像データから血管のみを抽出して代用することもあります。

【FDG-PET 検査】

がんの糖代謝を利用し、ポジトロン断層診断装置を用いた新しい画像診断方法です。がんは糖代謝が盛んに行われているため、ブドウ糖に似た薬剤（核種）が病変に集まるのを画像として捉えます。膵臓では、がんと良性病変との鑑別に利用可能です。現在ではCT検査と組み合わせたPET-CT装置を用いることでより詳細な診断が可能となっています（図8）。

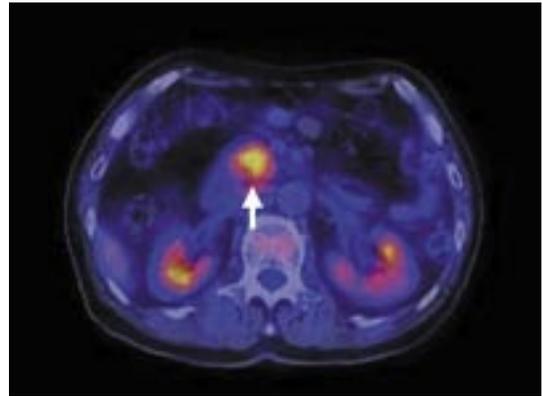
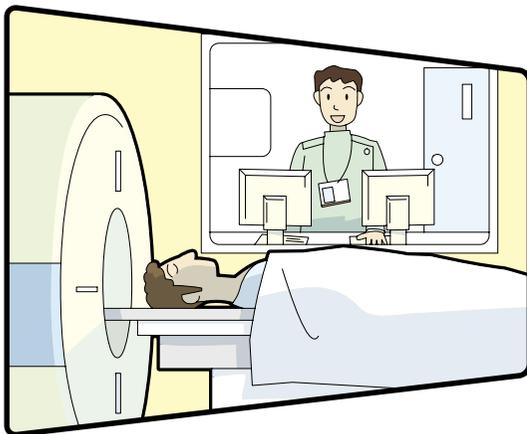


図8 PET-CT検査

FDG-PET検査によって得られた画像と、CT検査によって得られた画像を組み合わせることで、がんが疑われる部位（矢印）が膵臓であると診断することができます。

3) 病理組織学的検査

総合的な画像診断を行ってもがんの診断が困難である場合や、治療方針決定のために確定診断が必要な場合は、病変から直接組織を採取し、病理組織学的診断を行うことがあります。しかし、前述の通り膵臓は体の奥深くに存在するため組織採取は困難であることがあり、専門的な技術が必要です。



【超音波ガイド下生検】

超音波画像を見ながら病変部位に直接細い針を刺して組織を採取する方法です。必ず入院が必要となります。

【ERCP 検査】

前述のERCP検査の際、膵液を採取して膵液中の細胞を調べる検査です。

まとめ：膵臓がんの診断に必要な検査方法について説明しましたが、必ずしも全ての検査が必要なのではなく、病状によって様々な検査を組み合わせる総合的に診断する必要がありますので、担当医とよくご相談ください。

1) 膵臓がん治療の組み立て

どのような治療を行うかは、がんの進行度と全身状態によって決定されます。がんが膵臓あるいはその周辺に限局している場合は、手術あるいは手術を中心とした治療（手術＋全身化学療法など）が行われます。がんの範囲は限局しているけれど、がんが周囲の主要動脈などへおよんでいるため切除ができない場合は、放射線療法や全身化学療法などが行われます。これらに消化管や胆管のバイパス手術を組み合わせることもあります。がんが転移している場合には全身化学療法を行います。いずれの場合も、全身状態があまりよくないため、がんに対する治療の負担が大きすぎると考えられる場合には、痛みなどの症状のコントロールに重点をおいた緩和治療が選択されることがあります。標準的な治療以外に、新しい治療の試験（臨床試験と呼びます）が行われている場合には、これらの臨床試験を受けるという選択肢もあります。臨床試験は施設によって定められた方法で行われますので、その説明を受けた上でご自分の意志で参加するかどうかを決定することになります。

以下に、治療選択の一般的な方針を進行度（UICC 分類、次ページを参照）を用いて説明します。ただし、これはあくまで大きな目安に過ぎず、実際の治療については担当医とよくご相談ください（参考資料 3）。

膵臓がん治療の組み立て

I 期・II 期

手術、あるいは手術を中心とした治療

III 期

放射線療法＋全身化学療法、あるいは全身化学療法

IV 期

全身化学療法、あるいは緩和治療

病期（ステージ）

膵臓がんがどの程度進んでいるかをあらわすには病期（ステージ）というものが使われます。病期はおおまかにⅠからⅣの4段階に分類されています。ただし、日本の膵臓学会が定めたものと国際的に使われているもの（UICC分類）では内容が多少異なっています。以下にUICC分類の概要を示します（参考資料4）。

UICC 分類 第6版

Ⅰ期

がんが膵臓の内部にとどまり、転移はない。

Ⅱ期

がんは膵臓の内部にとどまっているが、周囲のリンパ節に転移がある。あるいは、がんは膵臓の外へ少し出ているが、周囲の主要動脈まで及んでいない。

Ⅲ期

膵臓の腫瘍が周囲の主要動脈まで及んでいる。

Ⅳ期

膵臓から離れた臓器に転移がある。



2) 外科療法

現在、根治の可能性が見込める治療法は手術による摘出のみです。したがって切除が可能であれば、まず手術をお勧めしていますが、膵臓の解剖（図9）は複雑であり、切除は容易なものではありません。特に膵頭部にがんが存在する場合には膵頭十二指腸切除術という大きな切除とともに、胆汁の流れる道、膵液の流れる道、食べたものが通る道を作り直す「再建」を行う必要があります（図10）。最低でも6～8時間かかる大手術です。したがってがんの進行度以外にあなたの全身状態がこのような大きな手術に耐えられるかどうかを評価する必要があります。

また膵体部や膵尾部にがんが存在する場合には膵体尾部切除術、悪性度の高くないがんに対しては膵部分切除術などを行う場合があります。上記の膵頭部切除ほどではありませんが、中には周辺臓器の合併切除が必要な場合や、膵切離部の膵液漏（膵臓を切った面から少量の膵液が漏れてしまうこと）対策など複雑な手術手技が必要な場合も少なくありません。

かつては膵頭十二指腸切除術後で平均4～5週間の入院が必要でしたが、現在は合併症なく2～3週間で退院可能になることが多くなっています。また輸血の頻度も少なくなってきました。膵体尾部切除術においても順調にいけば、術後2～3週間での退院となります。

手術による摘出が不可能な場合でも、放射線療法や全身化学療法などの前に消化管や胆管の通過障害が認められる場合には、これらのバイパス手術を行うこともあります。

図9 膵臓の解剖

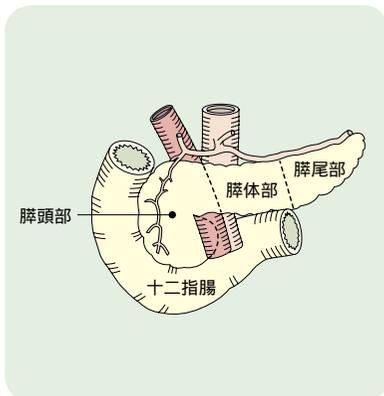
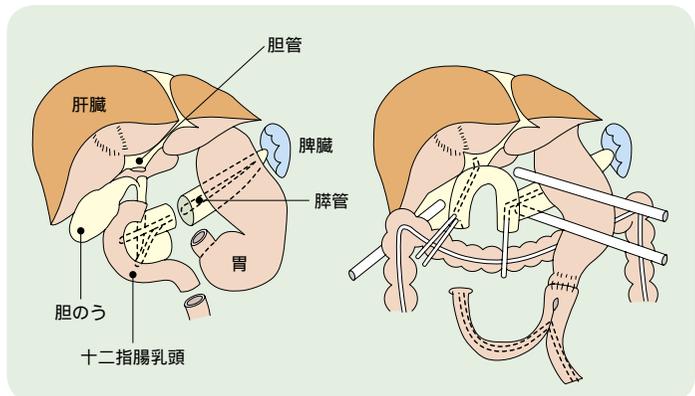


図10 膵頭十二指腸切除の切除および再建後



3) 放射線治療

放射線にはがん細胞を死滅させる効果があり、膵臓に対してはよく行われています。膵臓は膵臓のまわりの主要動脈などに広がっていて手術が困難なことが多く認められます。そのように局所（膵臓）が進行してはいるが、膵臓から離れた臓器に転移がない場合には、局所のコントロールを目指した放射線治療が行われます。この放射線治療により、腹痛や腰背部痛がある場合には痛みを和らげる効果も期待できます。通常、高エネルギー X 線を用いて、1日1回、週5回、5～6週間かけて放射線を身体の外からあてる外部照射という方法が用いられます（図11）。また、この外部照射に化学療法を併用することで治療効果が高まることが示されており、両者を併用した化学放射線療法が標準治療としてよく行われています。その他、手術が可能な場合に、手術と併用して、手術中（開腹した状態で）に治療したい部位だけ重点的に放射線を照射する術中照射という方法を用いることもあります（図12）。

放射線治療の副作用は、主には放射線が照射されている部位におこります。そのため治療している部位により副作用は異なります。膵臓がんに対する外部照射の一般的な副作用として、嘔気、嘔吐、食欲不振、倦怠感、皮膚炎、下痢などの症状がでる可能性があります。また、血液の中の白血球や赤血球、血小板が低下することがあります。副作用の程度には個人差があり、ほとんど副作用の出ない人も強めに副作用が出る人もいます。症状に応じて症状を和らげる治療を行いますが、通常、治療終了後2～4週で改善します。

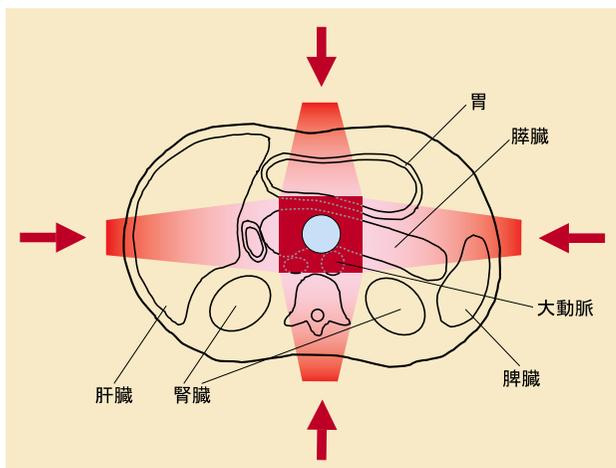


図11 外部照射（4門照射の例）

身体の外（図の場合は4方向）から X 線を照射し、体内の腫瘍のある部位に放射線を集中させます。

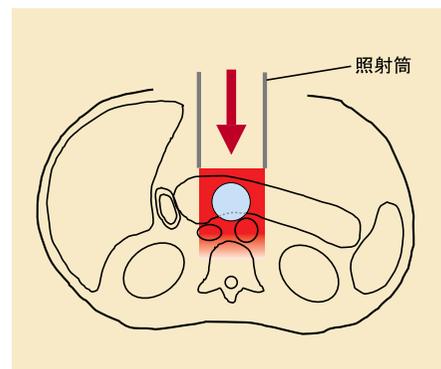


図12 術中照射

手術で開腹している時に、体内を目で見ながら、治療部位に照射筒の位置を設定し、治療する近辺にのみ放射線を照射します。

4) 化学療法

膵臓がんは抗がん剤が効きにくいがんの一つであり、抗がん剤（化学療法）でがんを完全に治すことは困難です。化学療法の目的は、がんによる症状を和らげ、元気で過ごす期間を延ばすこと（延命）と考えられています。以前は良い抗がん剤がなく、化学療法でそれらの目的を達成することは困難でした。しかし現在では開発が進み、症状を和らげる効果や延命効果が認められた抗がん剤があります。それは、ゲムシタピン（商品名ジェムザール）という抗がん剤で、標準薬として世界中で広く使われています。日本でも保険診療でこの抗がん剤を使うことが可能です。ゲムシタピンの登場により膵臓がんに対する化学療法の成績は改善しましたが、治療成績をさらに向上させるために、現在新しい治療の開発が世界中で行われています。日本では2006年8月に新たにS-1（商品名ティーエスワン）という飲み薬の抗がん剤が保険適応となりました。膵臓がん治療におけるS-1の使い方については引き続き臨床試験を行って評価していく必要がありますが、現在期待されている薬剤の一つです。

いま挙げた抗がん剤は、患者さんの状態が落ち着いているのであれば、外来通院で治療を受け、外来通院のない日には通常の生活を送ることができます。ただし、同じ治療でも人によって副作用の出方は異なるので、副作用の程度や患者さんの全身状態に応じて治療をお休みしたり、薬の量を減らしたり、場合によっては中止したりすることがあります。治療開始前に担当医からそれぞれの抗がん剤の副作用などについてよく説明を受けて下さい。また、治療中に気になる症状や体調不良が出現した場合は、遠慮せず担当医に相談してください。



第4章

術後合併症と社会生活

膵臓がんの術後合併症の発生率は他のがんの手術と比べて高くなりますが、中でも膵液漏（膵臓を切った面から少量の膵液が漏れてしまうこと）が大きな問題となります。膵頭部切除なら尾側膵と消化管（小腸もしくは胃）との吻合部、膵体尾部切除ならば切離断端には少なくとも小さな膵液漏が必ず生じます。膵液漏は時間とともに治まりますが、膵液漏が治まる前に周囲の重要な血管が膵液にさらされて溶けてしまい、大出血を起こす危険があります。そのような危険を少なくするために、膵液を体外へ流し出す「ドレーン」とよばれる管をお腹に長時間留置しておかないといけません。術後ある程度の期間が経過すると自宅での管理も可能となるため、社会復帰を目指して管を留置したまま退院となることもあります。

膵臓がんの手術後の目標は社会復帰です。仕事、運動、旅行などは特殊なものを除けば元通りのことができるようになることを目標とします。そのためには担当医からの許可が出た時点で速やかに社会復帰して徐々に慣らしていくことで、体力的にも精神的にも回復、安定が早く得られます。

社会復帰に際して支障が出て、工夫が必要になる可能性がある主なものは、創痛（手術のきずの痛み）、食事、下痢、糖尿病、通院です。創痛は通常、時間とともに良くなっていきますが、異常がなくても例えば半年後などに天気に影響されて疼くようなことがあります。担当医と相談しながら鎮痛剤を上手に使用して対処します。一回の食事量は特に術後早期には減ってしまう可能性があります。そのような場合は食事の回数を増やすことや（例えば朝食を摂って、昼食との間に間食して、昼食後夕食までの間にまた間食をして、夜食を摂るなど）、よく噛んで食べることで消化吸収をよくするなどの工夫をして、生活に必要な栄養量を摂取します。腸管運動を司る神経を一部切除することで下痢が発生することもあります。日常生活、仕事に支障が出るような場合のみならず、担当医に気軽に御相談ください。必要に応じて内服薬による治療を行います。膵臓を切除することで糖尿病を発症することや、もともとあった糖尿病を悪化させる可能性があります。糖尿病の専門医による管理を行う必要がありますが、丁寧に管理することで通常の生活に支障をきたすことはありません。

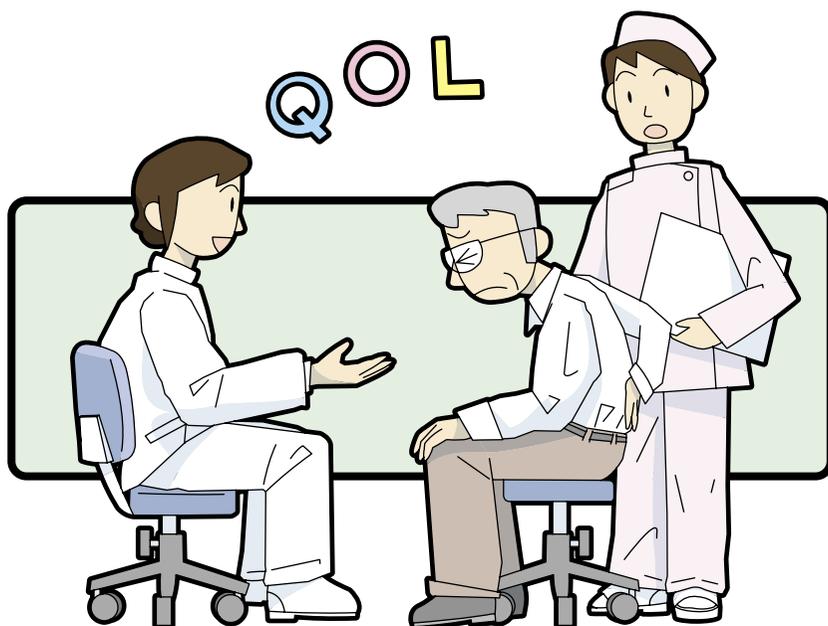
膵臓がんは切除後も転移再発する頻度が高い病気なので、医療機関へ定期的に受診し、CT検査や腫瘍マーカーなどの血液検査を行って、再発の監視をすることが肝要です。少なくとも術後5年間は定期的な通院が必要となります。特に遠方からの方には社会生活に工夫が必要になりますので、担当医に御相談ください。

1. 疼痛治療

腹痛や腰背部痛は、膵臓がんの患者さんによく見られる症状であり、QOL（Quality of life: 生活の質）が損なわれる原因となることもあります。このような症状があらわれた場合には、鎮痛剤を用いて、できる限り疼痛を和らげる治療を行います。その鎮痛剤には、非麻薬系と麻薬系の鎮痛剤があり、また、経口薬、坐薬、注射など様々な剤型があります。患者さんの状態にあった鎮痛剤を用いて、適切な疼痛のコントロールを行います。疼痛は我慢する必要はありません。積極的に担当医や疼痛を専門に扱う医師、薬剤師と相談して、適切な疼痛治療を行ってください（参考資料5、6）。

2. 黄疸を改善させる処置（減黄処置）

がんが胆管へ浸潤し、胆管が狭窄することで胆汁の流れが悪くなり、黄疸が出現することがあります。黄疸も膵臓がんによく見られる症状の一つで、掻痒感や倦怠感を伴いやすく、緩和医療を進める上で配慮すべき症状です。減黄処置（黄疸を改善させる処置）の方法としては、開腹手術で胆管と腸をつなぐ方法（胆管空腸吻合術など）、体外から胆管内にチューブを挿入し胆汁を外に廃液する方法（胆道外瘻術）、狭窄部にステントなどを留置して胆汁を腸に排泄する方法（胆道内瘻術）があります。患者さんの希望や病態、目的などに応じて、減黄処置の方法などを患者さんと相談しながら決めることになります。ただし、これらの処置でも黄疸が十分に改善しない場合もあります。



3. 緩和ケア

膵臓がんが進行すると、疼痛や黄疸以外にも、倦怠感や食欲の低下、吐き気、嘔吐、全身のむくみや腹水など、様々な症状があらわれます。このような症状に対しても、QOLの向上を目指して、様々な対処方法が施されてきています。最近では、このような緩和（症状を和らげること）ケアを専門として行う医師や施設（ホスピス）も増えてきました。また、限られた時間を自宅で家族とともに過ごしたいと希望される方のために、在宅ケアを行う施設も増えています。このような医療に関しては、医療連携室（注）や医療社会事業の専門家も相談に乗ってもらえます（参考資料5）。

（注）医療連携室

病院内にある医療連携室では、手術や放射線治療など主たる治療を終えた後のリハビリテーションや、緩和医療を希望される方の希望に応じて在宅ケアやホスピスの紹介を行っています。

参考資料

1

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「膵がん」
<http://ganjoho.ncc.go.jp/public/cancer/data/pancreas.html>

2

厚生労働省大臣官房統計情報部：平成18年人口動態統計

3

日本膵臓学会膵癌診療ガイドライン作成小委員会（編）：膵癌診療ガイドライン2006年版。
東京：金原出版，2006

4

Wittekind C（編）. UICC 国際対がん連合. TNM 悪性腫瘍の分類 第6版. 東京：金原出版，2003

5

『がんはどう付き合うか』がん研究振興財団

6

国立がんセンター監修『「痛み止めの薬」のやさしい知識』がん研究振興財団

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

これらの施設は、全国がん(成人病)センター協議会に属し、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。

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 青森市東進道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

国立がんセンター中央病院
〒104-0045 中央区築地5-1-1 ☎(03) 3542-2511

国立がんセンター東病院
〒277-8577 柏市柏の葉6-5-1 ☎(04) 7133-1111

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



【いぶぎ】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ことについては、ご相談下さい。(TEL 03-3543-0332)

監修：国立がんセンター

編集責任：奥坂 拓志

池田 公史 伊藤 芳紀

上野 秀樹 江崎 稔

小林 達伺 森実 千種

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/>

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・宮谷ドームランド】
(広島県福山市宮谷公園内)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.ne.jp>