

がんとどう付き合うか

胃がん

予防と診断・治療、社会復帰と緩和ケア

財団法人 **がん**研究振興財団

この冊子は、**宝くじ**の普及宣伝事業として助成を受け作成されたものです。



はじめに

1

第1章 胃がんの発生と予防

3

第2章 胃がんの早期発見

5

1. 注意する症状
2. 胃がん検診

第3章 胃がんの診断と治療

7

1. がんが疑われたら
2. 確定診断と治療法決定のための検査
3. 胃がんの分類と病期
4. 手術と内視鏡的治療
5. 胃がんの化学療法
6. 治療成績
7. 胃がん治療のガイドライン

第4章 社会復帰

13

1. 胃切除後の生活
2. 治療後の通院

第5章 緩和医療

13

あとがき

14

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20年には全国で約34万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存在する病気なのです。

胃がんはその中でも最も多いがんのひとつです。1993年（平成5年）以降は男性の死亡率で肺がんが胃がんを上回りました。一方女性では大腸がんが1位となり、胃がん死亡率は平成19年から4位となっています（図1）。国際的に見ると胃がんの年齢調整死亡率は長い間男女とも日本が一位でしたが、近年、男性は韓国に一位の座を譲りました。その他、中南米、東欧、東アジアでも増加傾向にあります（参考資料1）。

このような状況のもとで、日本は胃がんの診断や治療および研究で世界をリードしており、様々な情報が日本から世界に発信されています。我が国の胃がん死亡率は、生活習慣の変化により胃がんの絶対数が減少していること、胃がんの検診の普及や内視鏡などの診断技術の向上により早期胃がんが多く発見されるようになったこと、などから減少傾向にあります。しかしながら、まだまだ多いがんであり、油断は禁物です。

また、進行胃がんといっても、適切な治療を受ければ十分に治療できる可能性があること

も胃がんの特徴です。新しい抗がん剤の開発によってがんの進行をうまく押さえることもできるようになってきています。

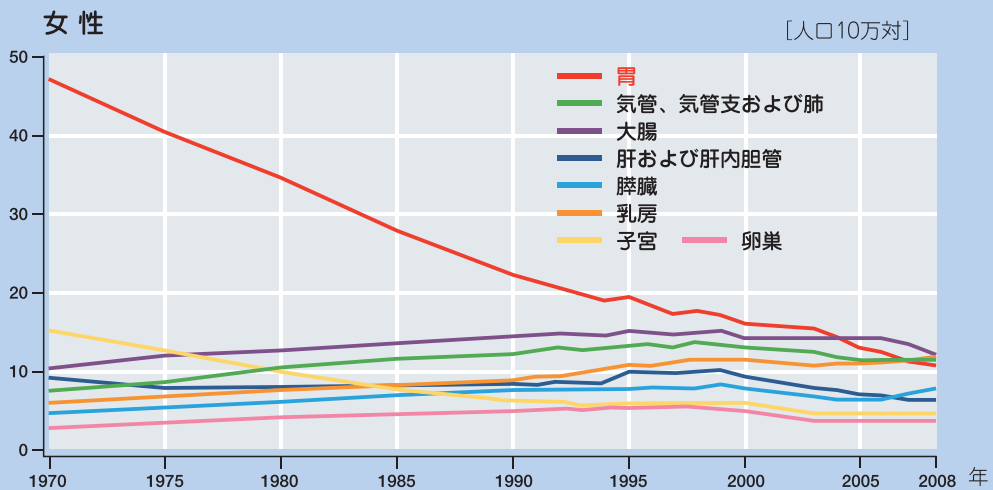
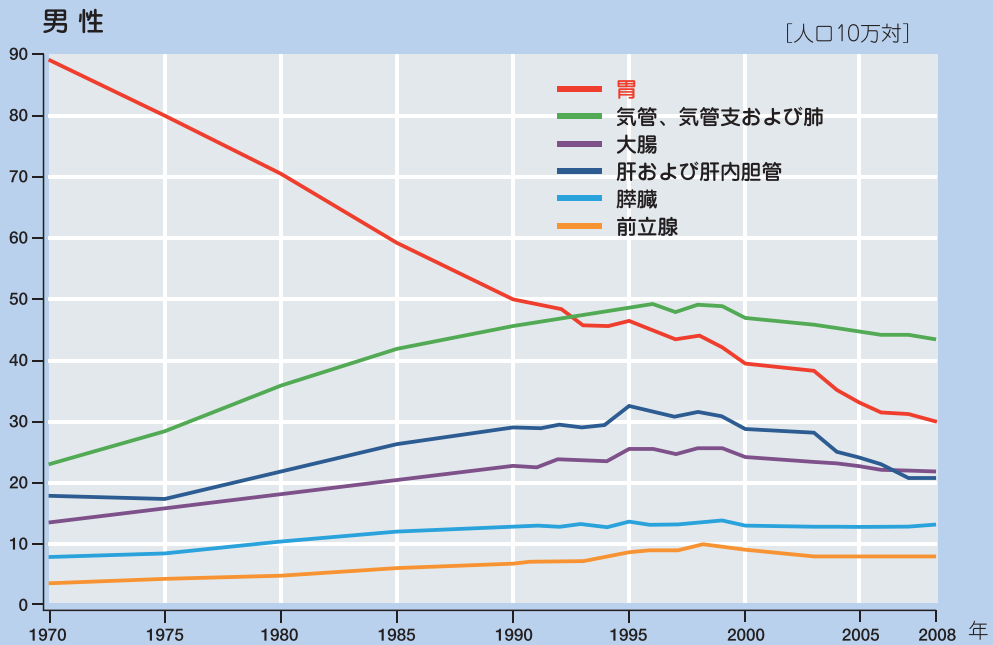
しかしながら、自覚症状が出るまで待っていたり、症状があるのに受診しなかったりすると、胃がんが発見された時にはすでにより進行していることがあり、治療率は下がります。

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、理解を深めてい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胃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・3）。

図1 臓器別にみたがん死亡率（年齢調整）の年次推移



わが国の胃がんによる死亡率は、男性・女性ともに減少傾向にあります。男女合わせると、肺がんに次いで第2位を占めています。

胃がんの発生と予防

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、細胞の核の中にある遺伝子(DNA)が傷つくことによってがんが発生するということが最近の研究でわかってきました。すなわち、遺伝子に傷をつけるような物質が、がんを引き起こすものと考えられます。たばこはいうまでもなく食物のなかにも微量ですがそういった物質が含まれていますし、そのほか、紫外線やウイルス、炎症などの因子も同様に考えられています(参考資料2)。

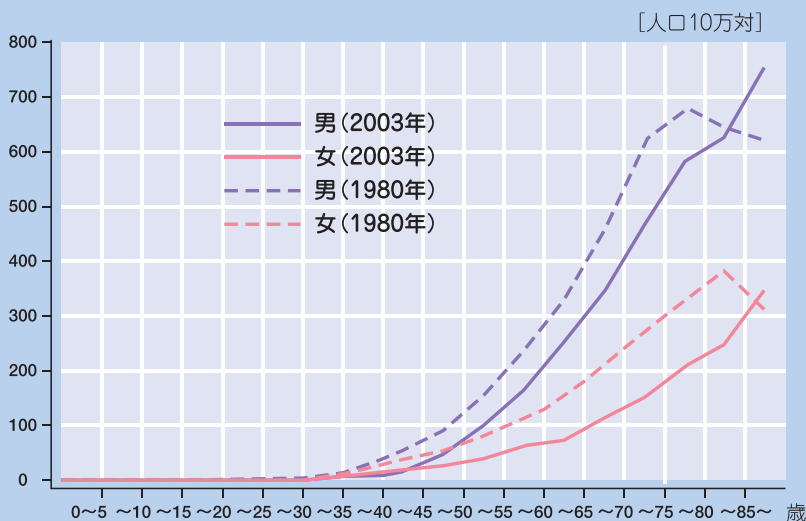
胃がんは、胃の粘膜内の分泌細胞や分泌液の導管にある部位の細胞から発生します。胃炎などの炎症が生じた後、胃粘膜が腸の粘膜に似たものに置き換わること(腸上皮化生^{ちょうじょうひかせい})があります。その粘膜はがん化しやすいといわれています。したがって、慢性胃炎をおこすすべての要因は胃がんの危険因子といえます。食物については、塩分の摂りすぎが最もいけないといわれています。また、喫煙が胃がんを増加させることも明らかになっています。逆に、ビタミンCやカロチノイド類を多く含む生野菜や果物を多く食べる人に胃がんが少ないこともわかってきました。

また最近、ヘリコバクター・ピロリと呼ばれる細菌が胃の中に住み着いて胃がんの原因

のひとつになっていることがわかってきました。菌によって慢性の炎症をおこし、慢性萎縮性胃炎と呼ばれる状態になり、それが胃がんの発生母地になるといわれています。この菌は50歳以上の日本人のおおよそ8割が保菌しているといわれています。このような原因で胃の細胞の遺伝子にたくさんの傷がついて、がんが発生するといわれています。また、遺伝子の傷を自力で修復する能力の弱い家系にあっては胃がんや大腸がんが多数発生する場合があります。具体的にどの遺伝子の異常かはわかっていませんが、親兄弟姉妹、親の兄弟姉妹などに胃がんが多い家系は高危険群といえるでしょう。

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たり、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(図2、参考資料4・5)。

図2 年齢階級別胃がんの罹患率（1980年・2003年の比較）



胃がん、男女とも80歳以上を除いて中高年で罹患率が減少している

[がんを防ぐための12ヵ条]

- 1 **バランスのとれた食生活を**
～がん予防にはいろいろ豊かな食卓を～
- 2 **野菜、果物を豊富に**
～がん予防にはビタミンと食物繊維を～
- 3 **食べ過ぎを避け、脂肪摂取は控えめに 適切な体重の維持**
～長生きの秘訣は腹八分目！
毎朝の体重チェックでがん予防～
- 4 **塩辛い食品は控えめに 熱いものはさましてから**
～減塩料理で胃や食道をいたわって～
- 5 **たばこは吸わない お酒はほどほどに**
～禁煙でがん予防、お酒は飲み過ぎに注意～
- 6 **適度に運動**
～毎日の生活にウォーキング+αでいい汗を～
- 7 **規則正しい日常生活を**
～まずは生活リズムの改善を～
- 8 **発がんリスクに注意：紫外線、放射線、焦げた食品、かびが生えた食品**
～リスクはなるべく避けて～
- 9 **肝炎ウイルス、ヒトパピローマウイルス、ピロリ菌の感染予防と治療**
～感染予防と治療が大切～
- 10 **定期的ながん検診を**
～年1回の定期検診で早期発見、早期治療を～
- 11 **身体の異常に気がいたら、すぐに相談を**
～すみやかに受診、必要な検査を受けましょう～
- 12 **正しいがん情報とがんの性質の理解**
～がん情報は各ホームページから～
www.fpcr.or.jp/ganjoho.jp

1. 注意する症状

がんの早期発見、早期治療は、がんになっても治るという意味で、二次予防といわれています。がんが見つかるきっかけは、(i) 全く症状がない状況で検診を受ける、(ii) 他の病気で受診中に何らかの変調をきたして発見される、(iii) 自覚症状をきっかけに医療機関で受診するなどのケースが挙げられます。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。

胃は大きな臓器ですから、がんがかなり進行しても全く症状がない場合も少なくありません（図3、参考資料6）。しかし、早期胃がんで治療を受けた方の約半数は何らかの症状がきっかけで検査を受けています。早期胃がんの多くは病変の中に潰瘍ができるので、そのために痛み、出血（血液を吐いたり、黒色便が出る）、胃部不快感などの症状があらわれます。随伴する胃炎や良性の胃潰瘍によってそのような症状が生じ、検査をしてみても偶然胃がんが見つかった、ということもよくあるので、胃に関する何らかの症状があるときはまず医療機関で受診することをお勧めします。

一方、進行した胃がんの症状は、痛みとともに、たべものが通りにくい、体重が減少する、貧血になるといったものです。このような場合は治療を急ぐ必要があるので、躊躇せずなるべく早く医療機関で受診しなくてはなりません。

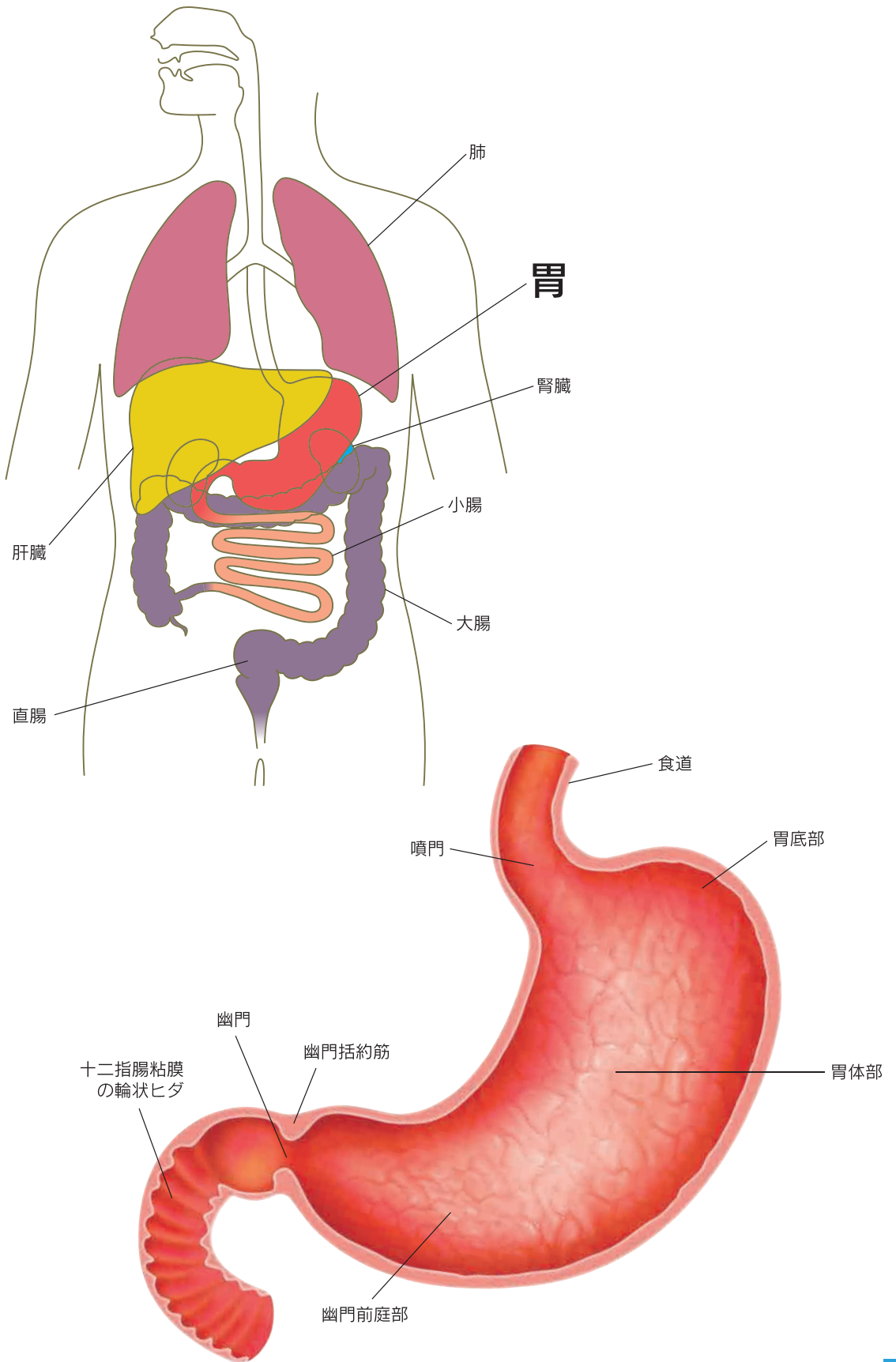
2. 胃がん検診

検診には、症状のでない早期のうちのがんを発見できるというメリットがあります。我が国の胃がん検診は1960年代に開始され、一般に35歳以上がその適応とされています。該当する方は年に一度は市町村や職場の検診、あるいは人間ドックを受診されることをお勧めします。

胃がんの場合、早期がんの治癒率は90%を超えていますが、進行がんになればなるほど治癒率は下がりますので、検診の重要性がお分かりいただけるかと思います。また、早く見つければ、後述する内視鏡的治療が可能で、開腹手術によって胃を切除する必要がなくなることもあるのです。

検診の方法としてはX線検査（バリウム）が一般的ですが、最初から内視鏡検査を施行する病院もあります。バリウムの検診だけを毎年受けていても進行がんとなって発見される場合が稀にあります。ですから、検診で異常なしといわれた年でも何か気になる症状があれば医療機関で受診して内視鏡検査を受けられることをお勧めします（参考資料2・5）。

図3 胃の位置と構造



1.がんが疑われたら

検診で要精査となった人でも、多くは本物のがんではないということも記憶しておいて下さい。精査の結果「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、もしも本当がん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。

2.確定診断と治療法決定のための検査

胃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。

胃がんが確定診断された後は、その病状と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。確定診断の後に行われる精密X線検査でも、病変の広がりや深達度などを別の角度から検索します。また、CT検査や超音波検査では、肝臓や肺などに遠隔転移があるかどうか、リンパ節転移があるかどうか、周囲の臓器への浸潤があるかどうか、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。これらの結果にもとづき治療法が決定されます。

3.胃がんの分類と病期

胃がんは、大きく分けて「早期胃がん」と「進行胃がん」に分類されます。それは胃の粘膜から発生した胃がんが胃壁の筋肉層まで浸潤しているかどうかで判定します。筋肉層に達していなければ早期胃がん、筋肉層に入るか越えていれば進行胃がんと判定します（図4・5）。

早期胃がんは肉眼的特徴によって0-I,IIa,IIb,IIc（とその組み合わせ）に分類されますし、進行胃がんは1,2,3,4型と分類されています。また、胃がんを構成するがん細胞のタイプによる病理組織学的分類では、「高（中）分化型がん」と「低分化型がん」に分けられています。

胃がんの病期（ステージ）は深達度、リンパ節転移の程度、他の臓器への転移の有無（遠隔転移）により決定されています。深達度は、がんが胃壁のどこまで浸潤しているかということで、T1（粘膜、粘膜下層まで）、T2（筋層へ浸潤）、T3（胃壁外へ露出）、及びT4（多臓器へ浸潤）と分類されています。リンパ節転移の程度は、NO（リンパ節転移なし）、N1（胃周囲のリンパ節転移あり）、N2（やや深いところにある第2群リンパ節転移あり）、及びN3（大動脈周囲などもっとも深い第3群リンパ節転移あり）と分類されています。いずれも術前検査で臨床的に判断されますが、リンパ節転移の1/3はほとんど正常と区別できず、最終的には手術後病理組織学的に判断されます（図6）。

図4 胃壁の構造

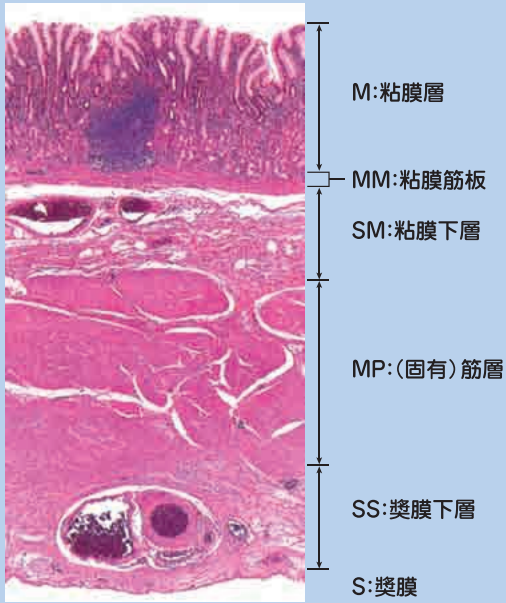


図5 早期胃癌

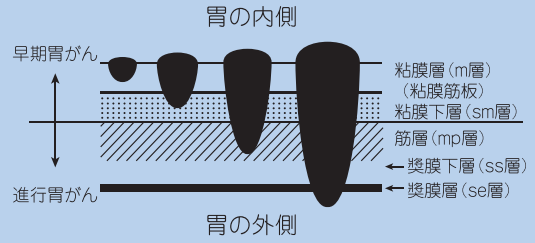


図6 胃がんの進み具合 (病期、ステージ)

	N0 リンパ節転移がない	N1 胃に接したリンパ節に転移がある	N2 胃を養う血管に沿ったリンパ節に転移がある	N3 さらに遠くのリンパ節に転移がある
T1,M 胃の粘膜に局限している	IA	IB	II	IV
T1,SM 胃の粘膜下層に達している				
T2 胃の外側表面にがんが出ていない、主に胃の筋層まで	IB	II	III A	
T3 筋層を超えて胃の表面に出ている	II	III A	III B	
T4 胃の表面に出た上に、他の臓器にもがんが続いている	III A	III B	IV	
肝、肺、腹膜など遠くに転移している	IV			

4.手術と内視鏡的治療

早期胃がんが全体の約半数を占めるようになった今日においても、大半の胃がんでは「外科療法」が最も有効な治療手段となっています。外科療法は、病巣を含めた胃の切除、周辺のリンパ節の徹底的な切除（リンパ節郭清^{かくせい}）、食べ物の通り道の再建（消化管再建）からなっています。少なくとも肉眼的には完全にがんが切除できる場合に胃の切除、リンパ節郭清、消化管再建のすべてが行われるものを根治的手術と呼びます。

胃の切除範囲はがんの存在部位、進行度の両方から決定されます。がんが胃の入り口である噴門から離れている場合は胃の出口に近

いほうの2/3を切除しますし、噴門に近い場合は胃全摘をすることになります。最近では、進行度に応じ、幽門を温存する方法や、全摘ではなく噴門に近い胃の1/2弱を切除する噴門側胃切除を行うこともあります（図3）。

リンパ節転移の可能性がほとんどないと考えられる早期胃がんが手術せずに内視鏡的に切除しますが、日本胃がん学会のガイドラインでは次のような適応を定めています。(1) 分化型がん、(2) 粘膜内がん、(3) 病巣内に潰瘍または潰瘍^{はんこん}瘢痕がない、及び(4) 大きさが2cm以下。国立がんセンター中央病院ではITナイフという新しい方法で以上の適応を若干広げて行っています（図7～10、参考資料7・8）。

図7 上部消化管X線透視

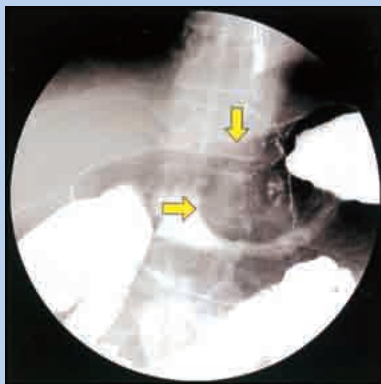
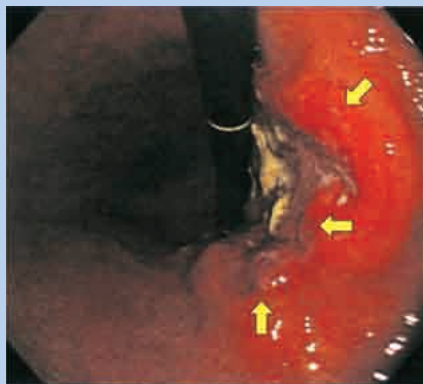


図8 上部消化管内視鏡



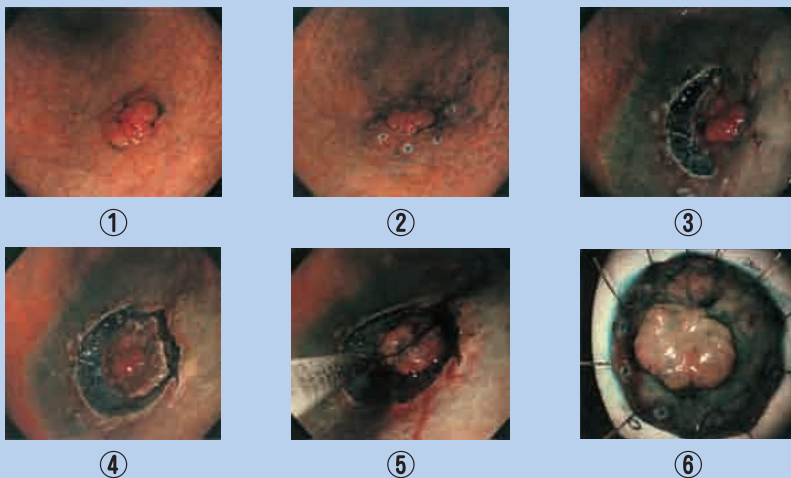
5.胃がんの化学療法

遠隔転移などのために外科療法で切除しきれない場合や手術後に再発した場合は抗がん剤による治療（化学療法）を行います。最近の進歩により、治療を受けた人の約半数においてその腫瘍を50%近く縮小する効果のみせる薬剤は出てきましたが、完全にがんが消失することは依然極めて稀です。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て、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。

患者さんの体重やからだの調子にあわせて、薬剤の量をこまかく調節したり、副作用を軽減したりすることによって、従来、つらいばかりで効果がうすいと思われてきた化学療法がずいぶん期待がもてるようになってきています。

手術後の再発予防の目的で行われるのが、術後補助化学療法です。最近の大規模無作為臨床試験の結果、ステージⅡ以上の進行胃がんに対して有効性が示されたので、術後1年間はTS-1（ティーエスワン）の内服をする場合が多くなりました。ただし副作用もありますので、担当医とよく相談をして決めるのが良いでしょう。また、手術の前に化学療法を行い、がんの大きさやリンパ節転移を小さくしてから手術を行う、術前化学療法という考え方も出てきました。この方法は現在ではまだ研究段階の治療のひとつなので、専門施設においてきちんと整備された臨床試験に参加することが望ましいでしょう。がんの治療の進歩は化学療法の進歩と密接な関係がありますので、今後さらに期待される分野でもあります。

図9 ITナイフを用いた内視鏡的切除



6.治療成績

根治切除が行われた胃がんについては、深達度によって予後に大きな差があります（以下のデータは1977～1991年に切除を受けた症例の結果）。

早期胃がんの予後は極めてよく、肉眼的に完全に切除できた場合、粘膜に限局したがんの5年生存率（治療後5年を経過して生存している場合）は93%、粘膜下層まで入ったがんでも91%です。次の層である固有筋層に入ったがんが82%、漿膜下層しょうまくのがんで71%ですが、漿膜へ浸潤すると47%まで下がってしまいます。さらに他臓器へ浸潤すると30%と予後が悪くなりますが、以前のデータよりはるかに良くなっています。

これらの生存率は他の病気で亡くなる方も入れた計算ですから、がんの再発による死亡だけですともう少し良くなります。治癒切除

ができなかった場合の5年生存率は、化学療法を受けた場合でも2～3%にすぎません。ことにスキルス胃がん（注1、図11）では、病院にいられた時点ですでに腹膜播種（注2）がある場合が多く、約6割が手術で切除できない状態になっています。切除しきれたスキルス胃がんの5年生存率は15%～20%です。

胃がんの臨床病期（ステージ）別の5年生存率は、図12のとおりとなっています（参考資料1）。

（注1） スキルス胃がん

4型進行胃がんの別名。がん細胞が胃壁全体にびまん性にひろがり、胃壁の肥厚や硬化をきたす。通常の胃がんより発症年齢が低く、進行も早い。

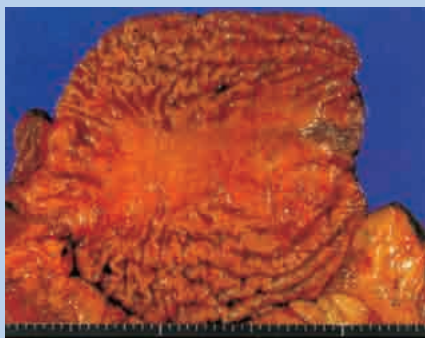
（注2） 腹膜播種（ふくまくはしゅ）

胃がんの転移形式のひとつ。進行胃がんの場合、がんが胃壁を貫いて漿膜外に露出すると、がん細胞が胃壁からはがれて腹膜内にちらばり、腹膜に着床して転移巣をつくる。

図10 開腹手術



図11 スキルス胃がん



7. 胃がん治療のガイドライン

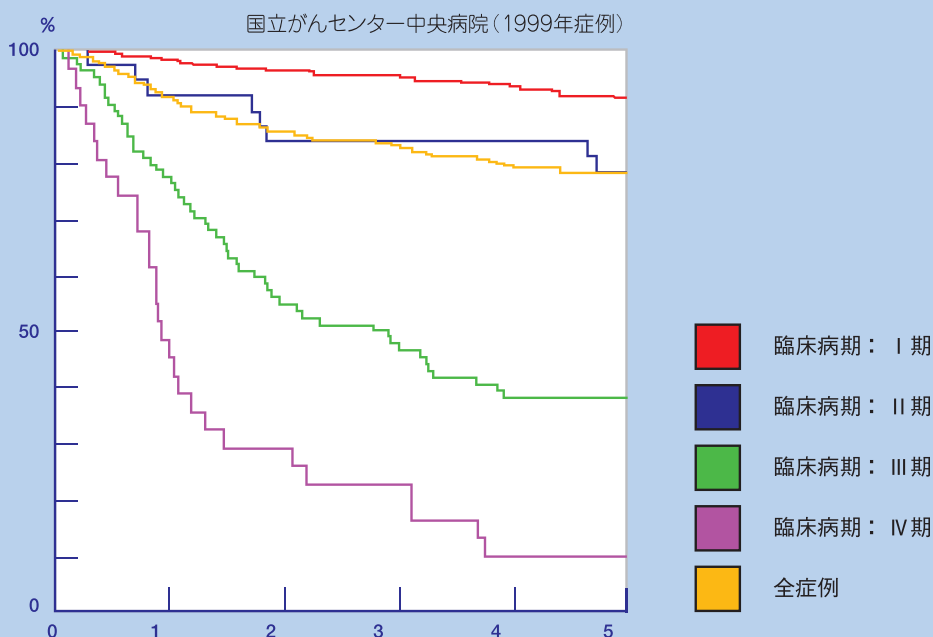
内視鏡やX線検査などの診断技術の向上とともに、より早期の胃がんが発見されるようになってきていますが、一方で完治できない進行がんもやはり存在しているのが事実です。こうした胃がんの様相の変化に応じて、治療法もますます多様化するようになりました。

早期胃がんに対しては、前に述べたような内視鏡的治療をはじめ、種々の縮小手術も考案されています。進行胃がんに対しては、拡大手術の適応が論議され、新しい抗がん剤の開発により治療の選択肢は増えています。しかし、こうした治療法の選択について、大まかなコンセンサスはあるものの、各病院間に

は大きな差があるのが現状です。このような背景に基づいて、胃がん治療ガイドラインが作成されるに至りました。

治療ガイドラインは、胃がんの日常診療に携わる医師を対象にし、治療の適応についての目安を提供するものですが、ガイドラインに記載した適応と異なる治療法を施行することを規制しているものではありません。しかし、そのいずれの場合でも、患者さんへの説明を行い、理解をしていただいたうえで同意書に署名を得ることを前提とすべきと考えています。(IC：インフォームドコンセント)。そのため、医師用のガイドラインとは別に、一般の方々を対象とした、ガイドラインの平易な解説書もあります(参考資料7・8)。

図12 胃がんの5年実測生存率



1. 胃切除後の生活

一般に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。胃の手術を受けて一番大きく変わるのは食生活です。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が小さくなるか無くなるわけですから大問題です。

しかし、案じることはありません。消化のよい食物をよく噛んでゆっくり食べれば、誰でもうまくいくのです。もちろん食べ具合には個人差があり、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. 治療後の通院

がんが切除できた場合、手術後の機能回復が順調かをチェックし、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、再発の危険性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手術後5年ないし10年にわたって行われます。現時点では再発予防の抗がん剤投与には十分な効果が望めないため、再発した方だけに抗がん剤を投与することになります。

3. 緩和医療

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（Quality of Life：生活の質）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9）。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はなく、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、地域がん診療連携拠点病院をはじめ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。



あとながき

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。胃がんについては、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癒率の向上を図ることが大切です。また、進行胃がんに対しては安全な手術療法の確立、術前化学療法などの新しい治療法の開発・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「第3次対がん10か年総合戦略」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10～12）。

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、患者さんと専門家相互はいうまでもなく、ときには患者さん相互の連携、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、この小冊子をまとめました。今後とも、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 『がんの統計 '09』がん研究振興財団
一全がん協加盟施設の生存率共同調査一
- 2 『がんとどう付き合うか』がん研究振興財団
- 3 『がんとどう付き合うか-肺がん』
がん研究振興財団
- 4 がんセンター監修『がんを防ぐための12
カ条』がん研究振興財団
- 5 『やさしいがんの知識』がん研究振興財団
- 6 『目で見る「がん」展』図録
読売新聞社 2001
- 7 『胃癌取扱い規約』第13版
日本胃癌学会編 1999年6月 金原出版
- 8 『胃がん治療ガイドラインの解説』一般用
日本胃癌学会編2004年12月改訂版 金原
出版
- 9 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
- 10 機関誌『加仁(かに)』第36号
がん研究振興財団
- 11 「がん研究振興財団」ホームページ
[www.fpcr.or.jp]
- 12 「がんセンターがん対策情報センター」
ホームページ
[ganjoho.jp]

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3-8-31	☎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
福井県立病院	〒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。

全国がん診療連携拠点病院と相談支援センター

がん診療連携拠点病院

全国どこにお住まいでも質の高いがん医療が受けられるように、厚生労働大臣が指定した病院で、地域のがん診療の中心となる施設です。がん診療連携拠点病院は、専門的な知識と技能をもった医師、薬剤師、看護師、ソーシャルワーカー、放射線技師などがそろっていて、手術、抗がん剤治療、放射線治療の体制が一定の基準を満たしていること、複数の診療科による協力体制が整っていること、緩和ケアが提供できることなどが条件となります。さらに、セカンドオピニオンが提供できること、地域の病院や診療所との連携体制が整っていること、相談支援センターが設置され、相談に応じていること、がんの患者さんに関するデータ管理(院内がん登録)をおこなっていることなども条件になっています。

相談支援センター

患者さんやご家族あるいは地域の方々からの、がんに関する相談を無料で受ける窓口です。がん診療連携拠点病院で診療を受けていない方からのご相談や、他のがん診療連携拠点病院についてのご相談もお受けしています。診断や治療の判断をすることはできませんが、どの科、どの病院を受診したらいいのかわからない、がんが疑われるといわれて不安でたまらない、診断や治療についてもっと詳しく知りたい、医療費はいくらかかるのか知りたいなど、がんに関するどんな相談にもおこたえます。ご相談は、相談支援センターで直接伺う方法と電話をかけていただく方法があります。予約が必要な施設もありますので、あらかじめ電話でご確認ください。

がん対策情報センターが作成しているパンフレット「全国の拠点病院と相談窓口の一覧(2008)」を必要な方は

がん情報サービス [ganjoho.jp] へご連絡下さい。



【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ことについては、ご相談下さい。(TEL 03-3543-0332)

宝くじ♪ ステキな未来を築く夢。

より良い明日のために。宝くじは、大当たりのときめきとともに
収益の一部を街しへりを通じて皆さまの暮らしを応援しています。



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.jla-takarakuji.or.jp>

●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「ひごっこジャングル」(熊本市坪井川緑地公園内)は、
宝くじの普及宣伝事業として設置されたものです。)