がんとどう付き合うか

肺がん

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　肺がんの予防 3
1.肺がんの危険因子
2.喫煙の健康影響

第2章　肺がんの早期発見 5
1.注意する症状
2.肺がん検診
3.CT検診

第3章　診断と治療 8
1.肺がんが疑われたら
2.肺がんの確定診断
3.肺がんの分類と肺がんの手術
4.化学療法と放射線療法
5.治療法の選択とその成績

第4章　社会復帰 11
1.リハビリテーション
2.治療後の通院
3.社会復帰

第5章　緩和医療 12
1.疼痛治療
2.緩和ケア
3.在宅ケア

あとがき・参考資料 13

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。その中でも肺がんは、死亡者が約6万人と最も多く、がんで亡くなる人の6人に１人となっています（図1、参考資料1）。

肺がんの予防にはタバコを吸わないことが最も有効です。日本人の男性の喫煙率は約40％で、30歳代がもっとも高く53％であり、女性の喫煙率は約10～13％で20歳代が18％、30歳代が16％と若年層で高く、禁煙の徹底が求められています。また、CT検診や喀痰細胞診による検診によって早期に発見し、適切に治療すれば、ほぼ80～100％治癒できるようになってきています。手術ができる時期に発見され、がんを完全に切除できた場合の治癒率は60％に達しています。

しかしながら、自覚症状がでてから検査を行って発見された肺がんは、進行していることが多く、治癒することは稀になり、恐るべき病気であることに変わりありません。肺がんが“難治がん”といわれるゆえんです。したがって、肺がんを克服するためには、今後とも、研究の推進、医療体制の充実を図る必要があります。

このようなことから、私たち自身も、肺がんに対する備えが必要になります。日頃から、禁煙を心がけ、生活習慣や生活環境を改善して、肺がんに結びつく危険因子を避けたいものです。また、検診を受け、肺がんの発生を早期に発見し、適切な治療を受け、治癒し、社会復帰したいものです。「自らの健康は自ら守る」という心構えが大切です。

そのためには、私たち一人ひとりが、肺がんに対する正しい知識を身につけ、肺がんという病気との関わり方ーときには闘い、ときには共存ーについて、医師をはじめとする保健・医療・看護・福祉に携わる人々や家族など関係者とよく話し合い、どのように対応していくか、ともに考え、ともに理解を深めていくことが、一層必要となっています。

この小冊子は、そのための一助にと願って、肺がんの、「予防」「診断・治療」「社会復帰」「緩和医療」といった一連の流れに沿って現在の考えをまとめたものです（参考資料2）。

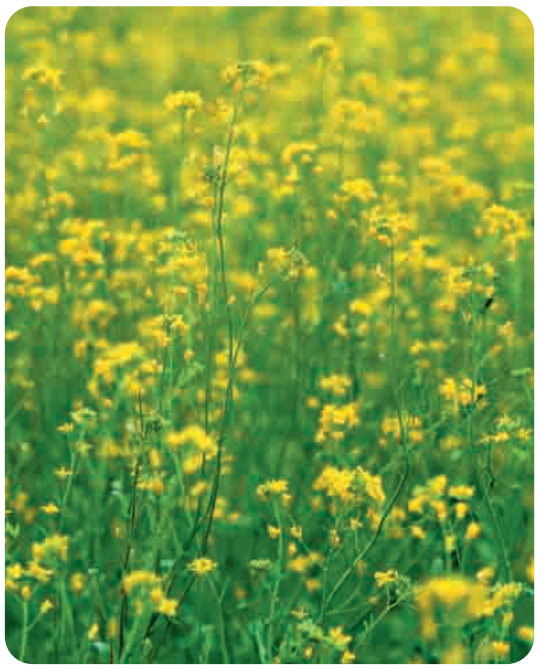
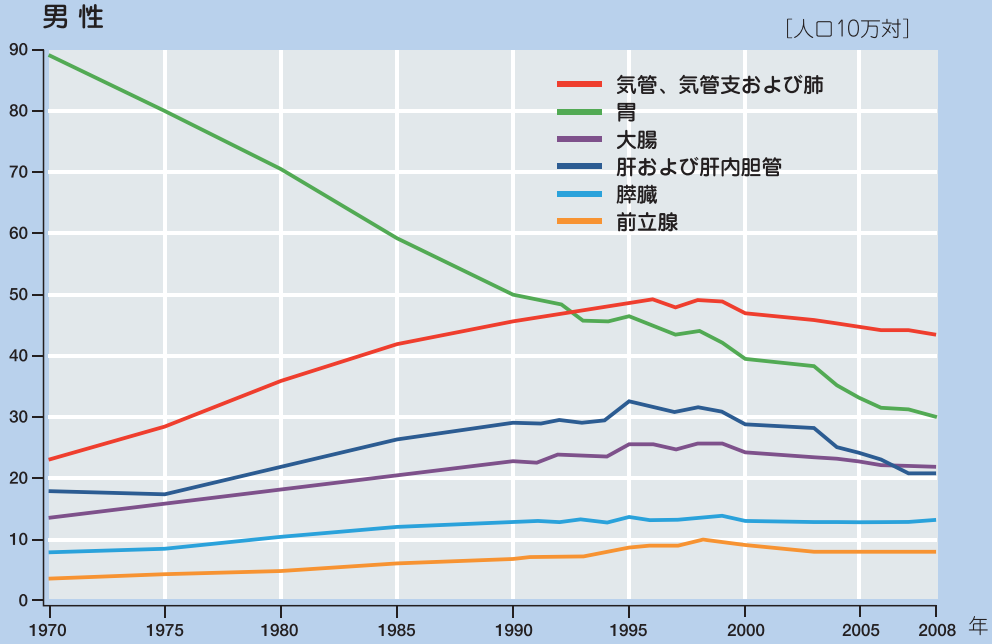
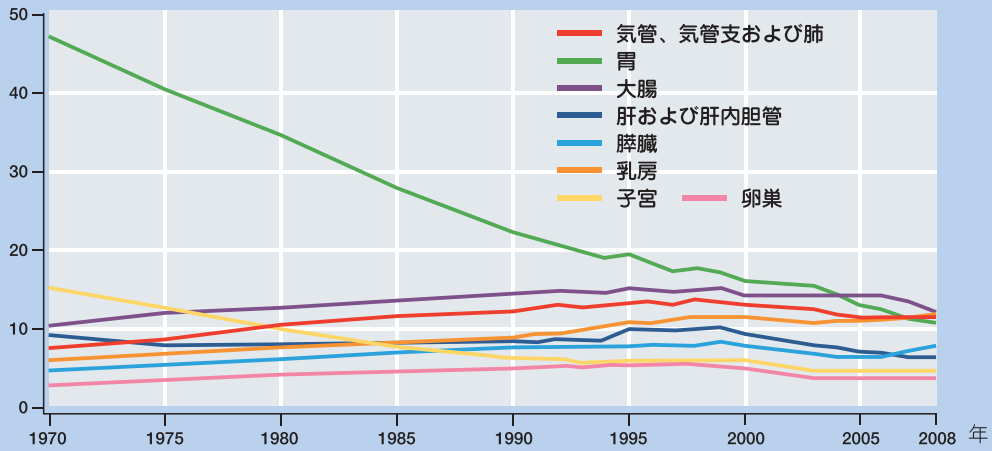


図1　臓器別にみたがん死亡率（年齢調整）の年次推移

男 性



女 性



わが国の肺がんによる死亡率は、男性では1993年に胃がんを抜いてトップになりました。胃がんが年々減少傾向を示すのに対し、男性の肺がん死亡率は増加傾向を示しています。

女性では、肺がんは、大腸がん、乳がんに次いで第3位を占めています。男女を合わせると肺がんが第1位です。

1.肺がんの危険因子

肺がんもまた、病気になってから治療するよりも、病気にならないように予防するに越したことはありません。予防することによって、生命が守られ、休業・休学も避けられます。また、予防は治療よりも経済的に安く上がることは言うまでもありません（参考資料3・4）。

地域がん登録（厚生労働省）に基づく肺がんの罹患率の推計では、図2に示すように、男女共に加齢とともに増加し、また昭和50年と比較して、ここ20年余りで急速に増えていることがわかります。

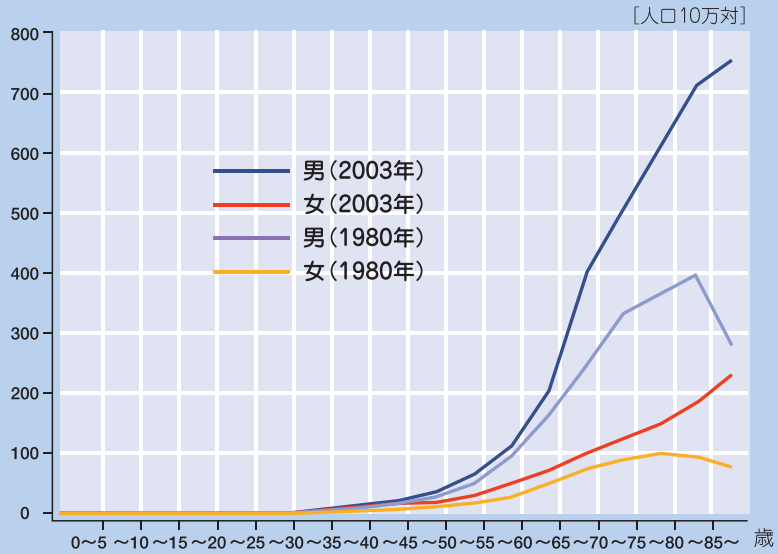
肺がんの発生を未然に防ぎ、肺がんに罹らないようにすることを「一次予防」と呼びます。環境中の危険因子を避けることや、がんを抑制する因子を取り込むことが大切です。

肺がんの発生には喫煙が強く関与しているといわれ、喫煙者の肺がんの発生は非喫煙者に比較して約4倍から10倍といわれています。したがって、肺がんを防ぐには、禁煙が最も有効であるといわれています。喫煙者であっても、禁煙することによって肺がんの発生率を低下させることができます。

最初から喫煙しないことが最も大切ですので、特に小・中学生からの青少年に対する喫煙教育を徹底する必要があります。このため、がん研究振興財団では、「君たちとタバコと肺がんの話」という小冊子を作って啓蒙を行っています（参考資料5）。

また、職業性の肺がんとして、六価クロムやアスベストの関与が指摘されています。現在では、これらの物質を扱う職場の環境が整備され、問題がなくなってきていますが、以前には、大勢の発生が認められました。米国ではウラン鉱山での肺がん発生も問題になりました。

図2　年齢階級別肺がんの罹患率（1980年・2003年の比較）



「がんの統計'09」がん研究振興財団

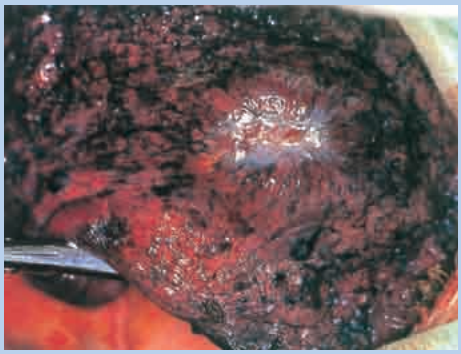
2.喫煙の健康影響

喫煙は肺がんの発生に直接的に関与するのみならず、肺気腫、慢性気管支炎、虚血性心疾患（狭心症、心筋梗塞）、胃・十二指腸潰瘍などの原因にもなります（図3）。また、これらの疾患をもった人が肺がんになると肺がんの治療が制限されます。

肺気腫、慢性気管支炎では肺の機能が低下しますので、たとえば肺がんが早期に発見されても、充分な手術ができないことがあります。また、虚血性心疾患のある場合には、肺の切除による心臓への負荷が過大になるために手術の対象から外されることがあります。さらに胃・十二指腸潰瘍からの出血が肺がんの手術後に認められることもあり、術後管理に難渋することになります。このように、喫煙は肺がんの治療を制限することにもつながりますので、禁煙しましょう。

じん肺症で喫煙者である人が肺がんになると、じん肺による肺機能の低下のために治療が制限されるうえに、さらに不利な条件が加わります。じん肺による肺の病変が胸部X線写真による肺がんの発見を困難にするので、せっかく検診を受けていても発見が遅れることになりかねないのです。

図3　非喫煙者のきれいな肺（上）と喫煙者の炭粉沈着の黒い肺（下）



たばこを吸わない非喫煙者の肺（上）は鮭の切り身のようにきれいな桃色で、サーモン・ピンクと呼ばれています。しかし、喫煙者では、喫煙による煙が肺の奥深くに入り込み、煙の中の炭粉が肺に沈着し、肺を黒く汚します（下）。

肺がんの内、太い気管支にできる扁平上皮がんや小細胞がんと喫煙との関係は明らかです。さらに、最近では肺の奥にできる腺がんや大細胞がんの発生にも関与していると考えられています。

1.注意する症状

肺がんに限らず、がんは無症状の時期に発見しないと早期発見は難しいとされています。健康である時にこそ検診を受けることが必要です。症状が出て発見された肺がんはほとんどが進行がんで、手術ができるのは稀です。したがって、症状が出ている肺がん患者はすぐにでも治療をしないと、わずかな手術の機会をも失うことになります。

肺がんによる症状には、咳、痰、血痰、発熱、胸痛などがあります。特に、血痰、数日以上続く頑固な咳や胸痛を認めたら、かかりつけの医師を受診して、胸部X線写真と喀痰細胞診検査を受けることが必要です。

また、発熱がないのに咳が続く時には風邪と考えずに肺がんの可能性を考えて、すぐにかかりつけ医を受診することが大切です。自覚症状があっても、風邪だろうと軽く考えて受診しないことや、逆に、肺がんといわれるのが怖くて受診を躊躇することがしばしば認められます。躊躇していると直ぐに3ヵ月や半年過ぎてしまうことが多く、治癒できたものが時機を失してしまうことになります。

2.肺がん検診

肺がんは発生する部位によって、太い気管支にできる“気管支がん”とも呼ばれる「肺門型肺がん」と、気管支が4ないし5回以上分岐してからの、より末梢の細い気管支や肺胞にできる「肺野型肺がん」とに分けられます。

肺門型肺がんは早期には気管支の壁内に留まっているために、胸部X線写真には写らないことが多いといわれています。したがって、肺門型肺がんの早期発見には喀痰細胞診（注1）による検診が必要とされます。

また、肺門型肺がんは太い気管支に発生するので、早期に咳や血痰などの呼吸器症状が出やすく、検査を受ける人に対し、これらの症状の有無を聞く、問診も大切です。

肺野型肺がんはかなり進行するまで症状が出ないのが特徴です。血痰、頑固な咳や胸痛などの症状が出た時点では治癒が困難な進行がんとなっています。したがって、肺野型肺がんの早期発見には胸部X線写真が必要とされてきました。胸部X線写真では肺がんが直径2cm位で発見されますが、この大きさで、すでに25%の方にリンパ節転移が認められます。したがって、もっと小さな時期に発見することが求められるようになってきました。そこで、現時点で推奨されているのはCTによる検診です。CT検診では直径1cmないし1.5cmで発見されるようになってきました（図4）。

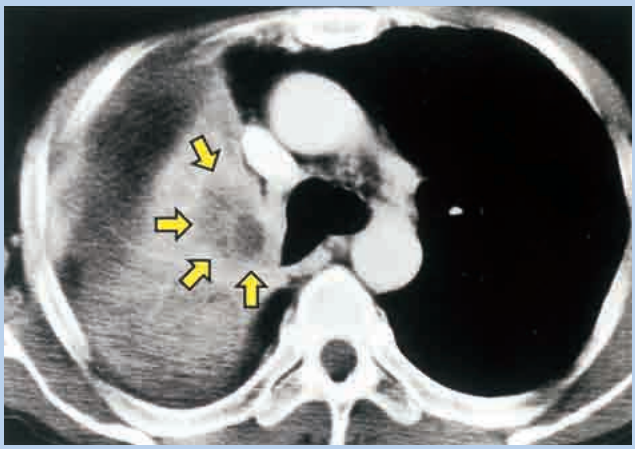
（注1）喀痰細胞診（かくたんさいぼうしん）

肺がんの中には太い気管支にできて、早期には胸部X線写真には映らない、いわゆる気管支がんと呼ばれるものがあります。

これらは、比較的早い時期から、痰の中にがん細胞を撒き散らしますので、痰を採取して顕微鏡で調べる喀痰細胞診検査が早期発見に有効で、検診に用いられています。1日だけよりも3日連続で調べることによって発見率が高くなるとなるといわれています。また、このような肺がんは血痰を出すことも多く見られますので、血痰が出たときには喀痰細胞診を行うことが勧められています。

図4 「肺門型肺がん」と「肺野型肺がん」

肺門型肺がんCT像（A）



肺野型肺がんのCT像（B）

左右の肺の入り口で気管や心臓から出る血管の近くの部位を肺門と呼びます。肺門にある太い気管支から発生する肺がんは肺門型肺がんと呼ばれ、気管支鏡で観察することができます。図（A）は、気管から左右に分かれた主気管支のうち、右主気管支に発生した扁平上皮がんのCT像です。この方は幸いに、気管分肢部切除を伴う右肺全摘術で根治的切除ができ、手術後16年後の現在も再発の微候もなく元気に過ごされています。

一方、肺門から離れた部位を総称して肺野と呼びます。この肺野部に発生した肺がんを肺野型肺がんと呼びます。肺野型肺がんは細い末梢気管支との関与しかありませんので、気管支鏡で観察することはできません。肺野型肺がんの発見や観察は胸部X線写真やCTを用います。図（B）は肺野型の腺がんです。

3.CT検診

1995年（平成7年）から国立がんセンターの指導で、東京都予防医学協会が世界に先駆けてCTによる肺がん検診を開始しました。それまでに行われていた胸部X線写真と喀痰細胞診による検診で発見された肺がんが直径が約3cmであったのに対し、CTの導入によって、1cmで発見されるようになり、90%が病期Ⅰ期の肺がんでした。CT検診で発見された肺がん患者の5年生存率は80%と良好な結果となっています。

CT検診ではより早期の肺がんを発見できることがわかりましたが、間隔はどのくらいが良いのか？　撮影方法は？　被爆量は？　肺がんかどうかの確定診断は？　など、まだ解

決すべき問題が多く残されています。これらを解決する研究の早急な推進が求められています。

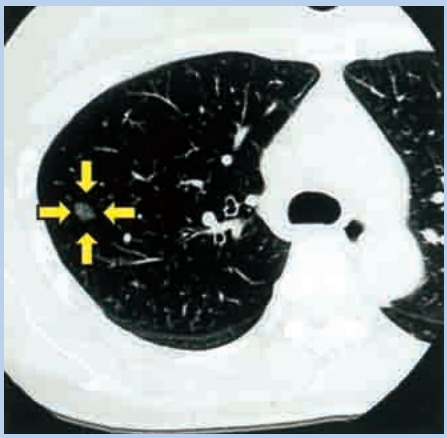
CTの進歩の速度は著しく速く、ことに最近では、被検者を移動させながら検査し、画像情報を連続的に採取するヘリカルCTの開発によって短時間でより詳細な画像が得られるようになりました（図5）。これらの進歩によって、従来の胸部X線写真では確認できないような、「すりガラス」のように見えるごく早期の肺がんや類似疾患が多数発見されるようになりました。「すりガラス」状の影が本物の肺がんなのか類似疾患なのかを鑑別する手段が必要となってきました（図6）。

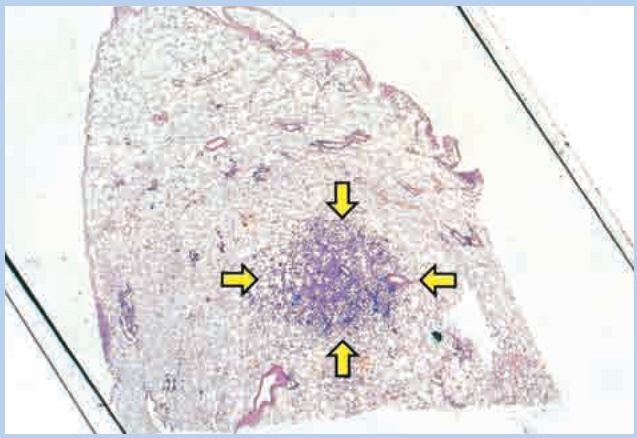
図5　ヘリカルCT

患者さんの身体を頭から足に向かってCTの中を移動させながら、高速に撮影すると、CTが得る放射線による情報が“らせん状”に得られることから、“らせん”を意味する“ヘリカル”CTと呼びます。

ヘリカルCTで撮影すると、短時間に密度の高い情報が得られます。したがって、薄い断層面や、拡大した画像での観察ができることから、より小さな肺がんの発見や、病期の性状、進展度が的確に診断できるようになりました。

図6　すりガラス状陰影の肺がんのCT写真と病理像





ヘリカルCTの普及によって、従来の胸部写真では発見が困難であったいわゆる“すりガラス状”陰影の肺がんが発見できるようになりました。

顕微鏡で病理像をみると、肺胞の表面を被う細胞のみががん細胞で置換されていることがわかります。肺胞上皮型の腺がんです。

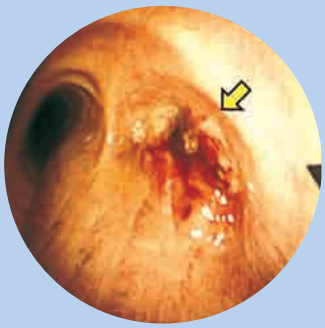
1.肺がんが疑われたら

肺がんの発見には、検診、自覚症状のほかに、他の疾患で受診中に撮影した胸部X線写真やCTによるものがあります。

検診や他疾患受診中に肺がんに疑われた場合には、すぐに精密検査を受けるか、経過を観察するかを、検診施設やかかりつけの医師に判断していただくのが良いでしょう。

自覚症状の場合には、先ずかかりつけの医師を早く受診することが大切です。咳、血痰、胸痛などの呼吸器症状は肺がん以外の疾患でも出る頻度が多く、これらの症状の大半はかかりつけの医師によって解決できます。したがって、自覚症状が出た時点でかかりつけの医師を受診することを躊躇せず、受診後は、医師の指示に従うことが大切です。

図7　気管支鏡検査



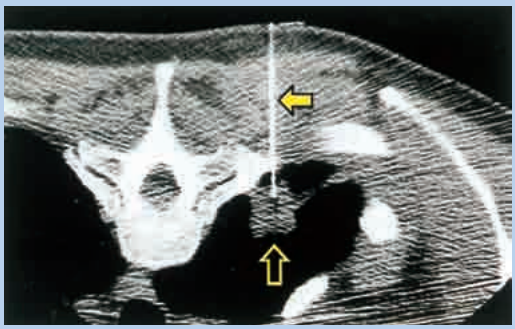
開発当初の気管支鏡は円筒形をした真っ直ぐな硬い筒状のものでしたので、検査の際は、患者は首を後方に強く進展して挿入しましたので、大変に辛い検査でした。しかし、国立がんセンターの故池田茂人先生が思い通りに彎曲できる気管支ファイバースコープを開発してからは、患者さんの負担が減り、検査も十分な観察と必要に応じて肺野末梢からも生検による標本を得ることができるようになりました。最近では、気管支ファイバースコープによる処置や治療も広く行われています。

2.肺がんの確定診断

胸部X線写真やCTはあくまでも影絵ですので、これらの検査だけで肺がんと断定することはできません。肺がんと断定するには、組織を採取して顕微鏡でがん細胞を確認することが必要です。これを「病理組織学的検査」と呼びます。この検査によって肺がんと診断することを「確定診断」と呼びます。

肺の組織をとる方法には、気管支鏡を用いて鉗子でとる方法、胸壁を針で貫いてとる方法、開胸や胸腔鏡で手術的にとる方法があります（図7・8）。気管支鏡では呼吸が障害され、針では肺が傷つき肺から空気が漏れる気胸が生じ、手術では胸壁と肺に傷がつきます。確定診断には必ず負担がかかることになります。したがって、きわめて初期の肺がんが疑われる症例では、経過を診ることによって、他の疾患との鑑別が行われることもあります。

図8　CTガイド下経皮肺針生検



肺野にできるいわゆる肺野末梢型肺がん（⇧）では、X線透視を用いても気管支ファイバースコープを用いても、適格な標本を採るのが困難な症例が多く見られます。このような症例では、直接、皮膚に針（⇦）を刺し、さらに奥へ針を進め肺の中の病変に針を突き刺し生検の標本を得ます。この方法を経皮肺針生検と呼びます。

3.肺がんの分類と肺がんの手術

肺がんは、組織学的な特長によって分類される「病理組織学的分類」と、肺がんの進行度によって分類する「病期分類」とがあります。

病理組織学的分類では、代表的なものに腺がん、扁平上皮がん、大細胞がん、小細胞がんがあります。小細胞がんは進行した状態で診断される症例が多く、手術の対象とならず、化学療法や放射線療法の効果が得やすいことから、小細胞がん以外の肺がんを“非小細胞がん”と呼んで、二種類に分類することがあります。

病期分類はⅠ期からⅣ期までに分けられ、それぞれの期がAとBに分けられます。Ⅰ期とⅡ期は手術が最も効果的な病期です。ⅢA期は多くは手術の対象とされますが、縦隔リンパ節転移のある症例では手術だけでは良い成績が得られないことから、手術の前に化学療法や放射線療法、あるいは両者が行われ、その後に手術を行うことが試みられています。ⅢB期では一部の特殊な症例を除いては手術で治療することは難しいとされています。Ⅳ期はすでに他の臓器に転移がありますので、手術の対象とはなりません。しかし、一つだけの脳転移や副腎転移は切除したほうが、化学療法よりも成績が良いとされ、手術が行われます。

治癒を目指す肺がんの手術は、肺の切除とリンパ節の郭清が行われます。最近では、皮膚にできる傷が小さいことから、胸腔鏡による手術が推奨されることがあります。美容上、また、患者さんの心理からは、傷が小さいに越したことはありません。しかし、肺がんに対しては肺の切除とリンパ節の郭清を充分に行うことが優先される必要があります。したがって、胸腔鏡によっても十分にこれらの処置ができる場合に限って用いるべきといえます（図9）。

図9　胸腔鏡手術

テレビを用いた“ビデオ胸腔鏡”手術は、皮膚切開や筋肉の切除が小さく、患者の負担が減るだけでなく、美容上も良好な結果を得ることができます。しかしながら、肺がんの特徴である腫れてないリンパ節転移を見逃したり、採りそこなったりする恐れがあります。

したがって、現時点では、肺がんに対する胸腔鏡手術は従来の手術では負担が大きいと考えられる、心肺機能の低下例や、極めて早期と思われる、“すりガラス状”陰影で2cm以下の症例などに限られています。

4.化学療法と放射線療法

小細胞がんは化学療法や放射線療法に対する感受性が高く、効果が明らかです。したがって、進行がんで発見されることが多いことからも、小細胞がんはこれらの治療法の良い適応とされています。これらの治療で治癒できた症例も多く経験されるようになってきています。

非小細胞がんで手術の適応のない症例もこれらの治療法の対象とされていますが、治癒を目指すものではなく、臨床試験として行われるべきものと考えられています。

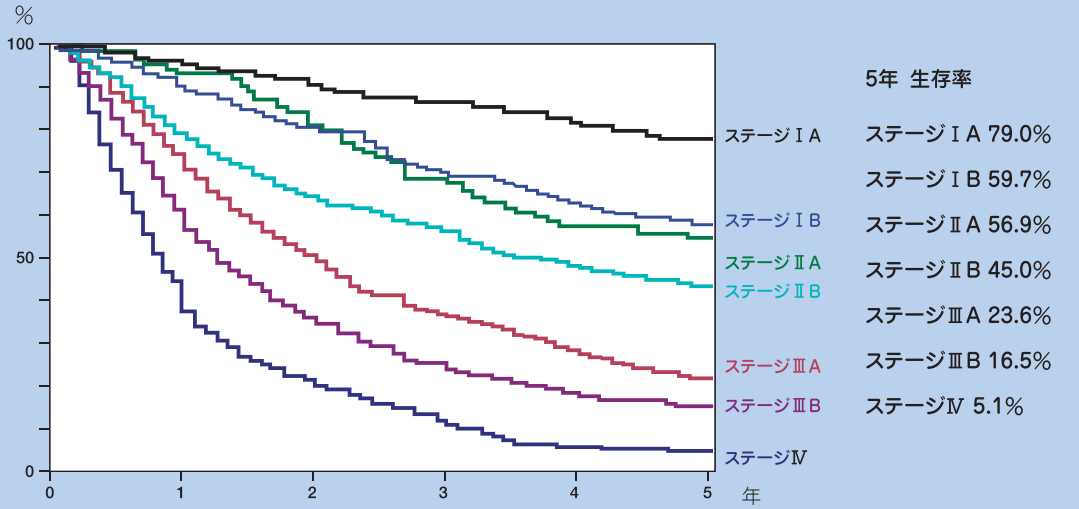
しかし、放射線療法は症状を取るには有効なことが多く、症状に合わせて、治療として使われています。

5.治療法の選択とその成績

肺がんは、病理組織学的分類と病期分類との組み合わせによって、治療方法が決定されます。最近では、小細胞がんも病期分類に従って治療法に手術も加えることが勧められています。小細胞がんのうち病期Ⅰ期の症例は、まず、手術が行われ、病理組織学的に小細胞がんであることを確認し、術後に化学療法を追加することが推奨されています。

手術成績は図10に示すように、病期Ⅰ期では満足できますが、Ⅱ期以上の病期では5年生存率は57%から45%であり、他の治療法との組み合わせによる治療成績の向上が望まれています（参考資料6・7）。

図10　肺がん切除例の予後
肺がん切除例の術後生存曲線　国立がんセンター中央病院切除例（2000年～2008年）



肺がん切除術を受けた患者さんの予後は次第に改善していますが、Ⅰ期の肺がんの5年生存率は約80%で、まだ、早期胃がんの90%以上には及びません。今後、CT検診の普及などによる、より小さな、より早期の肺がんの発見が求められています。

1.リハビリテーション

肺がんの治療は、手術、放射線療法、化学療法が主な手段ですが、いずれの治療も目的は社会復帰です。したがって、治療を計画する段階から社会復帰に向けた努力が必要になります。すなわち、治療が終了してからリハビリテーションを考えるのではなく、治療計画の中にリハビリテーションを組み入れることが大切です。ことに、治癒を目指す手術の場合には、治療計画と共にリハビリテーションの計画を入れた、「クリニカル・パス」という方法がとられるようになってきました。

これは、定型的な手術の治療計画を患者さんに示すと共に、治療に伴う処置、看護、介護、リハビリテーション、退院予定、自宅療養時の指針、社会復帰の過程をも書類にして、患者さん並びに家族の方に開示いたします。

このようにして、病気とそれに伴う医療事情をよく理解していただくことは、順調な回復を図るうえで役立ちます。

2.治療後の通院

治療後の通院は、手術、化学療法、放射線療法からの回復状況と治療による影響を観察することと、再発の監視とを目的とします。

手術や放射線療法では、治療直後には手術創や照射部位の観察が必要です。治療後、時間が経つと再発の監視が通院の主目的になりますので、胸部X線写真、腫瘍マーカー（注2）を観察します。手術後では、1年に2回ないし3回の観察が、術後5年ないし10年間にわたって行われます。化学療法や放射線療法の場合には再発の可能性が高くなりますので、進行の程度に応じて頻繁に観察することになります。

（注2）腫瘍マーカー（しゅようマーカー）

肺がんをはじめとした悪性腫瘍の中には、腫瘍に特有な物質を血液中に放出します。このような物質を腫瘍マーカーと呼んでいます。

腫瘍が他の臓器に転移した時や、かなりの大きさになった時でないと、異常な値にはなりませんので、早期発見には用いられません。しかし、手術などで治療した後に再発の出現を監視するのに有効です。また、異常値を示す症例の化学療法や放射線治療の効果を見るのにも有効です。

3.社会復帰

肺がん治療の最終の目標は社会復帰です。医師から許可があった時点で躊躇せず、すぐに社会復帰することが大切です。社会復帰することで、運動量も多くなりますし、精神的なよりどころも増し、気持ちの張りが出てきます。「病は気から」の言葉どおり、社会復帰による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。

1.疼痛治療

肺がんでは、発見が遅れ胸壁にがんが浸潤したための胸痛、手術の傷の痛み、骨転移による疼痛が問題となります。

胸壁に浸潤したがんは、治癒の可能性を高めるために、まず放射線療法を行ってから手術を行うのが一般的です。放射線療法によって多くの患者さんは胸痛が消失します。また、放射線療法によって肺がんが縮小するので、手術による完全切除の可能性を高めることができます。

手術の傷の痛みは、多くの胸壁の筋肉を切断することによる胸壁の虚血が原因となります。傷が冷えると痛むのは、より血流が悪くなるからです。したがって、お風呂に入って傷を暖めると血行が良好になり、痛みが和らぎます。冬の寒い時期に外出するときは、下着の上に使い捨ての「カイロ」を貼り付けておくと痛みに苦労せずに済みます。カイロを傷に直接張りますと、傷の周囲の感覚が麻痺している場合に、火傷をしても気づかないことがありますので、カイロは下着の上に貼り付けるのが良いでしょう。

残念にして、骨に転移した時には、骨転移による疼痛が出現いたします。しかし幸いなことに、多くの場合、骨転移による疼痛は放射線療法によって消失させることができます。放射線照射による効果が認められないときは、鎮痛剤を用います。近年、この方面の研究が進み、経口薬、座薬、注射、硬膜外注入（注3）など様々な方法を駆使して、疼痛を緩和し、日常生活を楽しめるようになりました。骨転移以外の原因による疼痛に対しても同様です。疼痛を専門に扱う医師に相談し、指示を受けることが大切です（参考資料2・8）。

（注3）硬膜外注入（こうまくがいちゅうにゅう）

手術の後の疼痛は患者の活動を制限し、食欲を落とし、痰の喀出を妨げ、肺炎の原因となったりします。従来は、筋肉注射や静脈注射あるいは内服薬やお尻に入れる座薬などが痛み止めとして使われてきました。これらは副作用として、消化器に障害を来たし、益々食欲をなくし、意識を朦朧とさせ、食事や唾液を誤嚥する原因となってきました。

そこで、これらの障害を起こさないように導入されたのが、硬膜外注入です。硬膜外注入では局所麻酔剤や麻薬であるモルヒネを使用しますが、意識を低下させることなく、痛みをほぼ完全に除くことができます。したがって、活動が制限されず、合併症の心配もなくなりました。

2.緩和ケア

肺がんが進行しますと、疼痛以外にも、吐き気、嘔吐、めまい、うつ状態、呼吸困難、腹満、倦怠感など様々な不都合が生じます。このような不都合に対しても研究・工夫が行われ、専門の医師や看護師が増えてきています。また、このような患者さんを施設としてケアするホスピスも多くなりました。緩和医療やホスピスの専門家とご相談ください（参考資料2）。

3.在宅ケア

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、肺がんの進行による不都合が、自宅でもかなり解決できるよう

になりました。患者さんに肺がんであると病名を告げ、病状も正確にお話することによって、患者さん自身が、限られた時間を自宅で家族と共に楽しく過ごしたいと希望される方が増えています。

このような希望に添えるように、在宅ケアの充実が望まれます。現在でも、様々な制度を利用することによって患者さんの希望に添えることができますので、医療連携室（注4）や医療社会事業の専門家と相談されると良いでしょう。

（注4）医療連携室（いりょうれんけいしつ）
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、不幸にして再発し、限られた時間を自宅やホスピスあるいは介護施設で落ち着いた生活を維持したいと希望される方に、在宅ケアのための訪問看護、介護サービス、あるいはホスピスをはじめとした他施設の紹介などを行っています。

あとがき

高齢社会が進むなかで、わが国の肺がん罹患数はますます増加する傾向にあります。肺がんに対する総合的な対策が望まれます。

禁煙の徹底、有効で効率的な肺がん検診の開発、早期発見・早期治療による治癒率の向上、進行肺がんに対する有効な治療法の開発、標準的診断法・治療法の全国への普及などが必要となっています。

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9・10・11）。

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の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す。

おわりに、国民一人ひとりの健康と福祉の向上、とくに「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てみました。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

2 『がんとどう付き合うか』がん研究振興財団

3 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

4 『やさしいがんの知識』がん研究振興財団

5 土屋 了介・渡邉 俊一・坪井 栄孝『君たちとタバコと肺がんの話』がん研究振興財団

6 がんセンター編『臨床肺癌Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ』講談社

7 浅村尚生『肺がんカウンセリング』南江堂

8 がんセンター監修『「痛め止めの薬」のやさしい知識』がん研究振興財団

9 機関誌『加仁（かに）』第36号　がん研究振興財団 2009

10「がん研究振興財団」ホームページ［www.fpcr.or.jp］

11「がんセンター情報サービス」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。

発行　財団法人 がん研究振興財団　　編集責任　呼吸器外科医長　渡 邉 俊 一

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します。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。

がんの征圧に向けて
ご寄付のお願い

がん征圧基金
いぶき
IBUKI

［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）

財団法人 がん研究振興財団

〒104-0045　東京都中央区築地5丁目1-1　国際研究交流会館内
TEL：（03）3543-0332　FAX：（03）3546-7826
URL:www.fpcr.or.jp　Email:info@fpcr.or.jp

本パンフレットからの無断掲載・複製は固くお断りします。

H22.2

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、
収益金による街づくりを通じて皆さまの暮らしを応援しています。
Kumamoto
クーちゃん
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。