

(公財)日本医療機能評価機構認定病院 埼玉県立がんセンター 病院情報誌



ハートの木 Hearts♥Tree

私たちは生命の尊厳と倫理を重んじ、先進の医療と博愛・奉仕の精神によって、
がんで苦しむことのない世界をめざします。

Vol. **3**
2023

胃がん 特集

[消化器外科部長のご挨拶]……P01

[胃がんと手術]……P02

[内視鏡治療]……P05

[抗がん剤治療]……P08

[栄養部の紹介]……P10

消化器外科部長ご挨拶 Message

がんセンターで取り組む 胃がんのチーム医療

埼玉県100周年記念事業の一環で1975年に設立された
さいたま県立がんセンターにおいて

開院当初から積極的に取り組んできたのが胃がん治療です。

ここでは胃がん治療に臨んできた歴代チームをご紹介します。

外科手術から抗がん剤治療まで 多方面から胃がんに向き合う

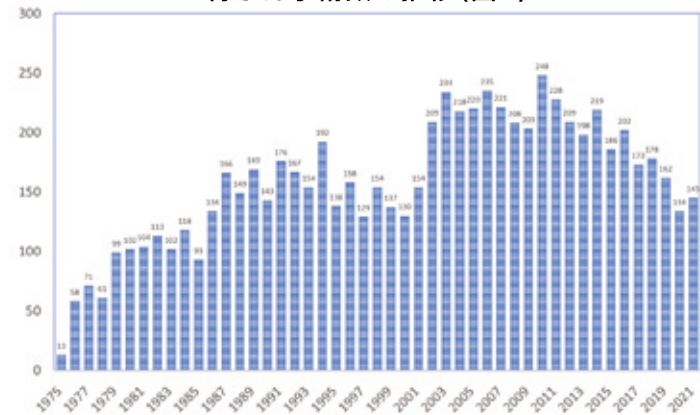
胃がんは肺がんや大腸がんと並ぶ5大がんのひとつです。そのため、当がんセンターでは開設された当初から胃がん治療に取り組んできました。

外科手術数は患者数とともに増加しています(図1参照)が、胃がん治療は基本的にこの外科手術、抗がん剤治療、内視鏡治療の3方向から診ていきます。各治療の担当医はまず国内で最先端のがん治療の情報を寄せ合い、患者さんの病状を見ながら最も適した治療方針を決めていきます。

このチーム医療により、胃がん治療は大きな成果を上げており、「胃癌治療ガイドライン(GL)」の、診療方針に関する引用論文にも採用されています。(図2参照)

胃がん治療に取り組んできた歴代の担当責任者とその診療は、次のとおりです。

胃がん手術数の推移(図1)



胃癌治療ガイドライン(図2) 当センターの成果が引用されたガイドライン



消化器外科部長 川島 吉之
Kawashima Yoshiyuki

【外科手術】

① 須田副センター長

開院当初から外科治療に取り組み、とくに胃がんに対する手術中や術後の抗がん剤治療の開発に尽力。

② 田中病院長

日本臨床腫瘍研究グループ(JCOG)に参加し、開発した高度進行胃がんの術前抗がん剤治療の成果が認められ第4版GLに掲載。

③ 川島消化器外科部長

高度進行胃癌の術前抗がん剤治療と拡大手術開発、及びステージ3進行胃癌に対する術後新規抗がん剤治療開発の成果が第5版GLに掲載。

④ 江原消化器外科副部長(胃外科責任者)

胃癌のロボットおよび腹腔鏡手術の専門医であり、指導者として国内および国外で多くの講演や手術をおこなっている。また胃癌学会や内視鏡外科学会の治療ガイドライン作成委員でもあり、ロボット手術の臨床試験は第6版GLに掲載。

【化学療法】

⑤ 赤沢消化器内科医長

抗がん剤治療のバイオニア。ほかの薬と抗がん剤を組み合わせる有効な治療(バイオモジュレーション)を開発し、その成果が第1版GLに掲載。

⑥ 山口消化器内科部長

多数の臨床試験グループで信頼度の高い抗がん剤治療を開発。ガイドライン作成ほか、分子標的薬剤を用いた抗がん剤治療の成果が第4版GLに掲載。

⑦ 原消化器内科部長

多くの臨床試験を手がけ、抗がん剤治療開発に尽力。腹膜播種に対する抗がん剤治療の成果が第4版GLに掲載。第6版GLの作成委員でもある。

【内視鏡治療】

⑧ 多田消化器内科部長

早期胃がんの内視鏡下切除(ジャンボストリップバイオプシー、その後粘膜切除(EMR)の成果を報告、先駆者として第1版GLに掲載。

⑨ 有馬内視鏡科部長

食道がんの診断、内視鏡治療の日本のリーダーで、胃がんの内視鏡治療、とくに剝離切開法(ESD)を当院で積極的に行う。

⑩ 依田内視鏡科部長

有馬部長を引き継ぎ、内視鏡診断・治療を担当。



胃がんと手術

消化器外科副部長(胃外科責任者)

江原 一尚
Ehara Kazuhisa

Profile

専門：食道がん・胃がんの外科治療、
腹腔鏡及びロボット手術
資格：消化器外科学会 専門医・指導医 他

からだへの負担が少ない
胃がん治療を提供します

胃がんは生活習慣の見直しや、ピロリ菌の除去などで予防が可能です。

当センターでは胃がんの病期に合わせ、腹腔鏡手術やロボット手術、薬物療法など
最先端の治療法と充実したチーム医療で患者さんをサポートします。

ピロリ菌の除去は、胃がんを減らすカギとなります

胃がんはかつて日本人のがんによる死亡原因のトップでした。しかし現在は徐々に減ってきて人口動態統計がん死亡データによると、2019年の患者数は12万人です。

男性は前立腺がん、大腸がんに次いで3位、女性は乳がん、大腸がん、結腸がん、肺がんに次いで5位となっています。さらに死亡数は約4万人で男性は肺がんに次いで2位、女性は6位と、未だに多くの人を苦しめているがんであることは間違いありません。

この胃がんの原因として最も重要視されているのが、ヘリコバクターピロリ(ピロリ菌)という細菌です。これは胃の中に棲み着いて慢性胃炎を起こし、胃がんへの発症を高めることで知られています。

どこで感染するのか正確にはわかりませんが、日本では上下水道が完備され、清潔な水が飲めるようになったところからピロリ菌の感染者が減少してきました。

2014年の調査によると70代60%、50代40%、40代25%、30代では10%程度の感染率で、40歳未満から急に減ってきたことが分かります。2013年から慢性胃炎の患者さんはピロリ菌の除去が保険診療で行えるようになったため、胃がんにかかる人も減っていくと思われます。しかしすでに感染している中高年の方々は、胃がんの発症リスクが年々高まりますから十分注意してください。

部位別がん罹患数(2019年)

【男性】

前立腺	94,748
大腸	87,872
胃	85,325
肺	84,325
結腸	54,875

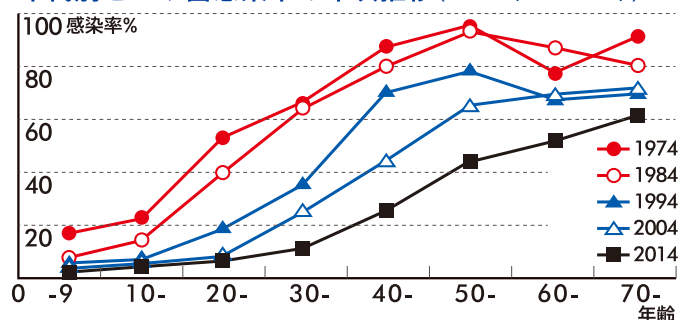
【女性】

乳房	97,142
大腸	67,753
結腸	48,463
肺	42,221
胃	38,994

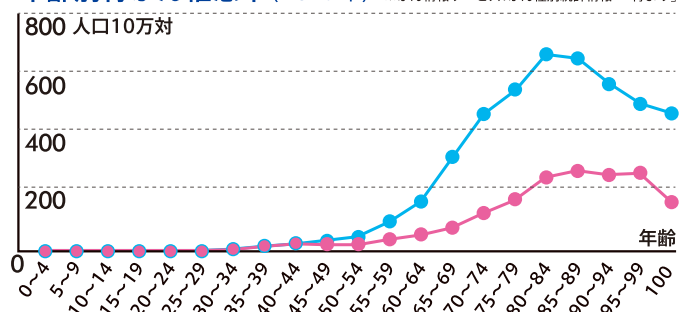
※がん情報サービス：がん種別統計情報「胃より」

※厚生労働省「ヘリコバクターピロリ菌除菌の保険適用による胃がん減少効果について」

年代別ピロリ菌感染率の年次推移(1974年～2014年)



年齢別胃がん罹患率(2019年) ※がん情報サービス：がん種別統計情報「胃より」



生活習慣の見直しで胃がんの予防につなげましょう

胃がんの原因はピロリ菌のほかにもさまざまあります。塩分の高い食事や喫煙、過度なアルコールも胃に負担をかけ、がんを発症しやすくなるといわれています。

また近年、日本人の食生活がどんどん欧米化してきたため、肥満による逆流性食道炎を原因とした、胃の上部にできるがんが増加してきています。

このように胃がんは比較的、原因がはっきりしているがんといえます。そのため、まず胃炎などを繰り返す人はピロリ菌の検査を受け、感染が認められたら除菌の治療を受けましょう。さらに暴飲暴食を避け、できれば禁煙をめざします。こうした生活習慣の見直しを行うことで胃がんのリスクを減らしましょう。

がんリスク評価とがん予防ガイドライン〔胃〕

喫煙	受動喫煙	飲酒	肥満	運動	感染症
					(ピロリ菌) (EBV)

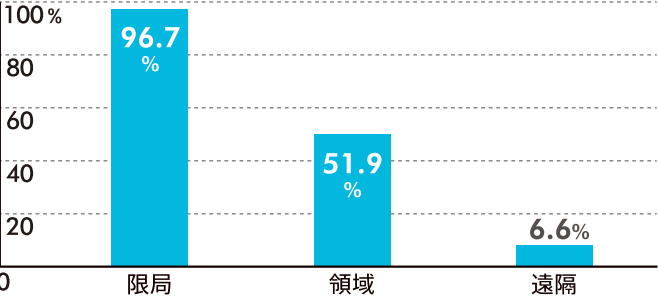
※出典:科学的根拠に基づくがんリスク評価とがん予防ガイドライン提言に関する研究

検診による早期発見が重要です

日本は自治体や会社の健診などの制度が進んでいるため、胃がん患者の約70%が早期に発見され治療を受けています。これは世界でも珍しいといわれています。海外では症状が出てからでないと受診できない国が多いからです。

早期がんや転移のない進行胃がんでは90%以上の方が助かるのですが、リンパ節転移があると50%に減り、ほかの臓器に転移していると6%まで低下してしまいます。

臨床進行度別 5年相対生存率〔胃／男女計 年診断例〕

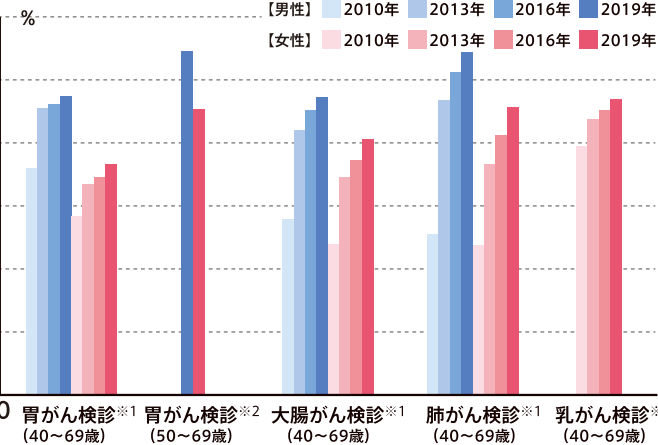


※がん情報サービス:がん種別統計情報「胃より」

日本では2018年以降、自治体によって違いはありますが50歳以上なら2年に1回、胃カメラやバリウム検査を受けられるようになりました。ところが2019年の検診・受診率は約50%前後であり上がっていないのが現状です。

私たちは検診さえ受けていれば早期発見で治療できたという患者さんをたくさん見てきました。だからこそ1人でも多くの方に検診を受けていただきたいと切に願っています。高齢者ほど発症リスクが上がりますので、体力のあるうちにぜひ受診してください。

男女別がん検診受診率の推移



※1 過去1年間の受診有無
 ※2 過去2年間の受診有無(胃がん検診の過去2年間の受診有無は2019年調査から)
 ※国民生活基礎調査より 国立がん研究センターがん対策情報センター

早期胃がんと進行がんで治療法は異なります

早期の胃がんと進行がんで治療法が大きく異なります。まず早期がんの場合は、がんの大きさと根の深さ、がん細胞の顔つきを調べます。顔つきとはがんの広がりやすさや増えやすさで悪性度のことです。そこで胃の周囲のリンパ節へ転移するリスクが低いと判断されたら、胃カメラを利用して切除する方法があります。

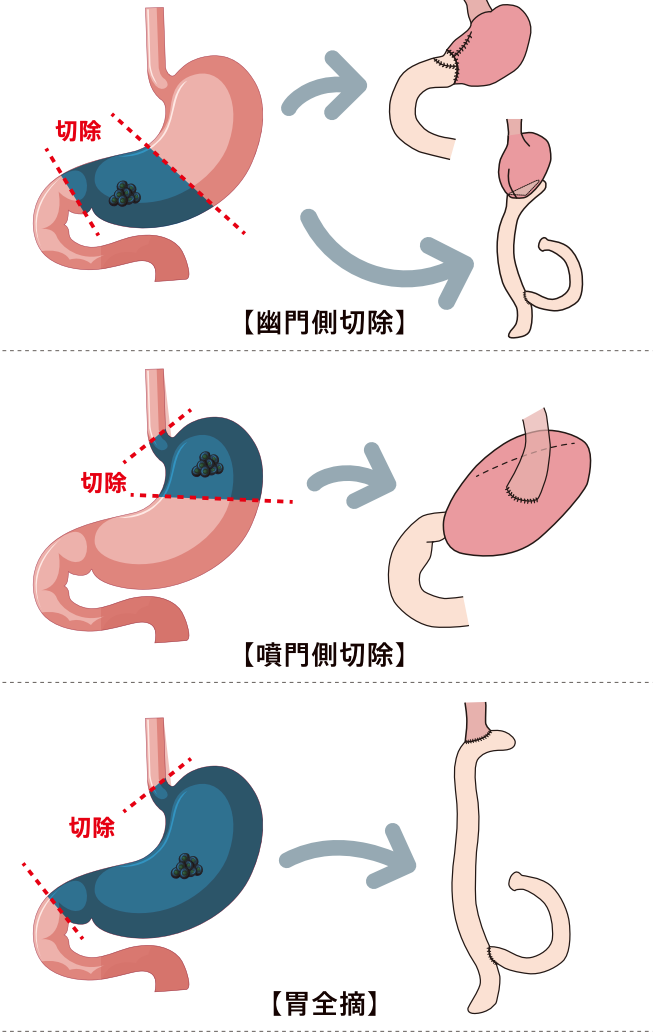
手術後、切除したがんの組織を調べ転移のリスクが低い場合は治療終了です。この治療法のメリットは体を傷つけず胃カメラで治療できること、治療後も普通に食事がとれることです。しかし転移のリスクが高い場合は、あらためて胃の周囲にあるリンパ節の切除手術が必要になります。

また早期がんでも胃カメラでは取りきれない場合、手術を行います。がんができている場所によって切除の方法は異なりますが、私たちはなるべく胃の機能を残せるように考えています。

一般的な胃がんの手術は胃の出口側2/3を取る「幽門側切除」と、入口側1/2を取る「噴門側切除」です。病変が大きい場合は胃全摘を行います。早期胃がんの場合に胃全摘まで行うのはごくまれです。

近年では、胃の機能を温存できる手術が普及してきました。とくに胃の出口の幽門を残す「幽門保存胃切除」は、術後の不快なダンピング症状を起こりにくくします。しかし胃の大きさは元に戻りませんので、食事の摂り方には注意してください。

一般的な胃がんの手術



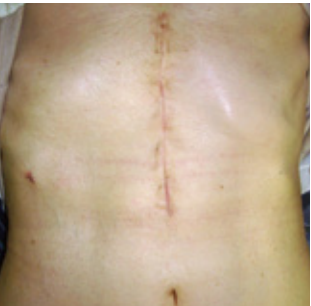
体へのダメージが少ない腹腔鏡手術とロボット手術

現在は多くの病院で、患者さんの負担を考えて体へのダメージが少ない腹腔鏡手術やロボット手術を積極的に行っています。これらを低侵襲手術と呼び、当センターでは2011年から本格的に取り入れ、1,200名以上の患者さんに行ってきました。今は手術の80%をこの低侵襲手術で行っています。

この手術のメリットはお腹に大きな傷を残す開腹手術と異なり、1cmくらいの傷が6か所程度なので、術後の痛みや合併症が少なく体の回復も早いことです。

さらに2014年からはより精度が高く合併症の少ない腹腔鏡手術である、「ロボット支援下手術」も取り入れ、これまで200名を超える患者さんに行っています。これは手ブレのないロボットアームを外科医が操作して行う手術です。

一般的な腹腔鏡で用いる鉗子は直線的なのですが、お腹の中で自由に動かしにくいのですが、ロボットアームは人間の手首のように自在に曲がるので繊細な作業をこなすことができます。そのため精密な手術が可能となり、出血や合併症を減らすことができるようになりました。先進医療でもその成果が認められ、2018年に保険適用となっています。当センターでは8cm未満のがんに対しては、すべてこれらロボット支援下手術か腹腔鏡手術で行っています。



【開腹手術】



【腹腔鏡手術】

ステージ4の胃がんには薬物療法で対処

胃から遠く離れたリンパ節へ、また腹膜や肝臓へ転移がある高度進行胃がんはステージⅣとされ、5年生存率も10%未満となってしまいます。この場合は手術によって体力が奪われることのほうが命にかかわりますから、基本的に手術はしないで薬物療法を行います。従来の抗がん剤のほかにがんを効率よく攻撃する分子標的薬や免疫チェックポイント阻害剤などを組み合わせ、副作用を少なくしながら高い効果が得られるといった新しい治療法です。

当センターでは薬物療法の専門家である消化器内科と協力して、これらの治療を進めています。

メッセージ

胃がんはまだまだ多い病気ですから、禁煙や節酒、低塩分を心がけ、検診を怠らないこと。ピロリ菌が見つかったらきちんと駆除することをお勧めします。もし胃がんになっても、低侵襲手術や抗がん剤と手術の組み合わせなど、治療法はたくさんあり多くの患者さんが助かっています。胃がんと診断されたらぜひ埼玉県立がんセンターへご相談ください。





内視鏡治療

内視鏡科部長

依田 雄介

Yoda Yusuke

Profile

専門：咽喉・食道・胃・大腸の内視鏡治療

内視鏡による胃の検査から早期胃がんの治療まで ～より楽に、より体にやさしく～

胃がんは早期に発見し早期に治療するほど、体の負担が軽くなります。

内視鏡検査はつらい検査の代表格でしたが、鎮痛・鎮静薬の使用で楽に受けることができる時代になりました。

ぜひ定期検診で早期発見に努めてください。

胃がんを早期に発見するためには、 内視鏡検査が有用

胃カメラ、つまり胃の内視鏡検査は先端に超小型カメラが付いた細いスコープ(管)を口から入れて、胃の中を調べます。病気があるかどうか直接観察ができますし、疑わしい部分の組織をつまみ取って病理診断(顕微鏡の検査)に出すこともできます。

初期の小さな胃がんはX線バリウム検査では写らないことも多いため、早期発見には内視鏡検査が大変有利といえます。近ごろでは検診に内視鏡検査を採用している自治体も増えていますので、機会がある方はぜひ一度受けておくことをお勧めします。



つらい内視鏡検査は鎮痛・鎮静薬で 楽に受けられます

胃の内視鏡検査は、吐きそうになる喉の反射やお腹の張りなどが起こって、とてもつらい思いをする検査で知られています。そのため、検査を受けたくないという方が少なくありません。

そこで出てきたのが鼻からカメラを入れる経鼻内視鏡検査(径5.4mm)で、これは喉の反射が軽いためわりと楽に検査を受けられます。しかし、がんを精密に観察するにはやはり一定の太さのある経口内視鏡(径約10mm)が必要です。そこで当センターでは口から通す経口内視鏡を用いて検査しています。

経口内視鏡の検査はつらさを軽くするため鎮痛・鎮静薬を使います。希望する患者さんには検査前にペチジンという薬を注射します、するとウトウトしている間に検査が終わっていたという方も多く、アンケートでは10の苦痛が2～3程度に軽くなったという回答を得られました。

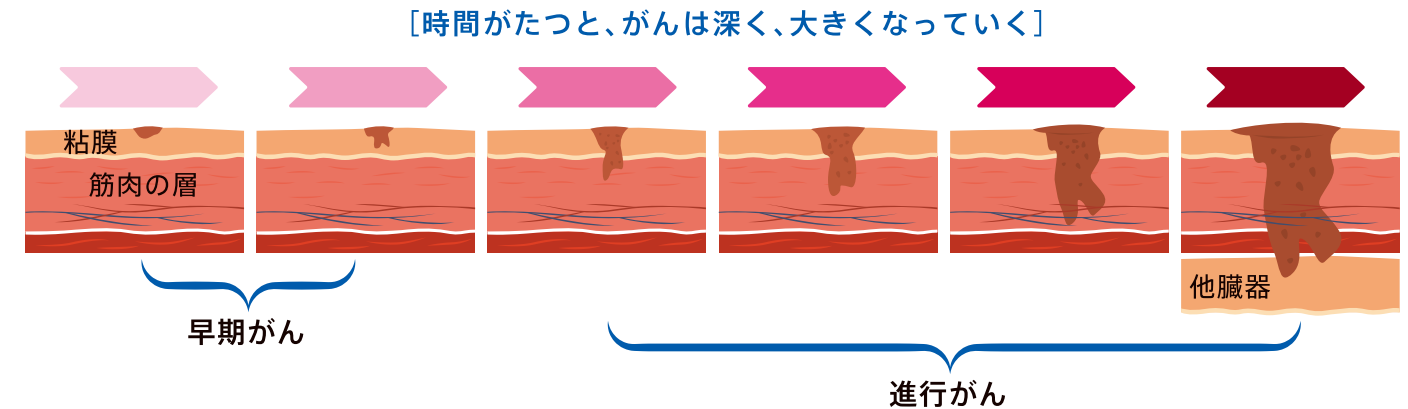
年齢が若いほど苦痛を強く感じる傾向がありますので、とくに70歳以下の患者さんには鎮痛・鎮静薬をお勧めしています。この注射でも苦痛を感じる場合には、別の薬も追加できますのでご安心ください。

早期胃がんはお腹を傷つけない内視鏡治療で治せます

胃がんは胃の内側の表面(粘膜)から発生し、年月をかけてじわじわと深く大きく広がっていきます。がんが粘膜の下層まで広がると血管やリンパ管にもがん細胞が入り込み、胃の周囲のリンパ節に転移してしまいます。

そこである程度まで大きくなった胃がんの場合、外科手術

で周りのリンパ節を含めて切除するしかありません。ただし粘膜で留まっている早期胃がんの場合、粘膜部分だけをはがすように切除する内視鏡治療で、十分根治の可能性を得ることができます。

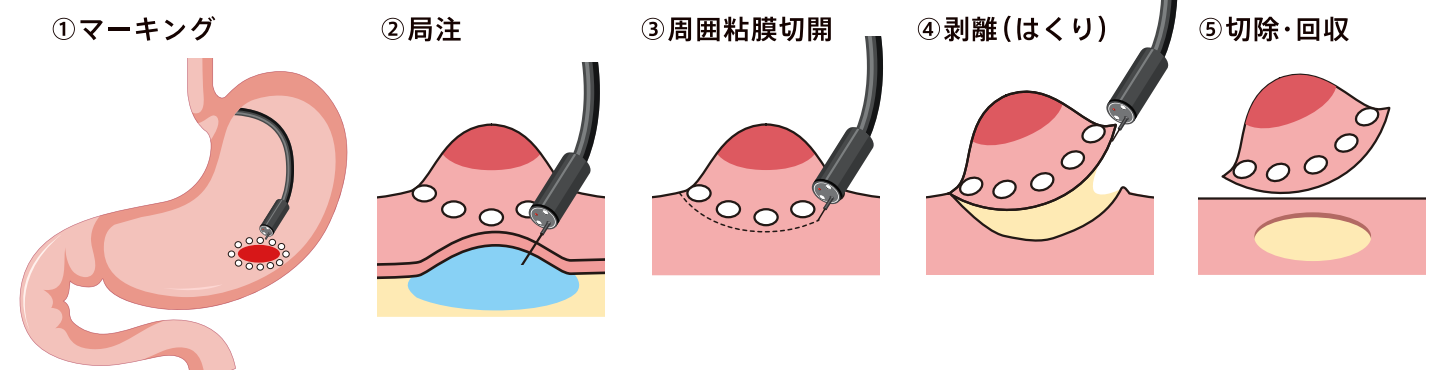


内視鏡治療は体が回復しやすく、早く元の生活に戻れます

胃の内視鏡治療はがんができている粘膜部分だけをはぎ取る方法で、胃内視鏡的粘膜下剥離術(ESD)といいます。治療の進め方をご紹介します。

- ① 胃がんができている病変の周囲に切除のマークを付けていきます。
 - ② 患部の粘膜の下層にヒアルロン酸液を注入して持ち上げます。
 - ③ 下の筋肉の層を傷つけないよう、持ち上げた患部をていねいに切ってはがし取ります。
- (※このとき、病変を少しでも残さないようにします。)

胃内視鏡的粘膜下剥離術(ESD)



切除した組織を調べ、追加手術も検討します

治療前にがんの深さはだいたい推測しますが、正確に計測することはできません。そこで切除したがん組織を病理検査に出し、がんの深さがどの程度なのかを調べます。

予想よりも深く広がっていると診断されたら、リンパ節

転移のリスクもあるため追加手術が検討されます。その際、外科医の診察を受け、あらためて相談してください。高齢の方で体への負担が心配される場合は、手術しないこともあります。

当センターの内視鏡治療の特徴

当センターでは、年間100件以上という多くの胃がんの内視鏡治療を行っています。安全性に関しても合併症による緊急手術は2022年で0件、非常に安全に治療を実施することができています。

当センターはがん専門施設であるため、がんにかかったこともある方や他のがんを合併している方が多いのが特徴といえます。これらの患者さんは内視鏡治療の難易度が高いため、全体の治療方針を立てるのが難しくなります。そのため内視鏡治療の技術やノウハウだけでなく、治療の方向性を決めていくことも重要になってきます。

他のがんを合併している場合は、全体の治療の中でどのタイミングで内視鏡治療を行うのがよいか、など他の診療科と密な連携をとって判断し、治療を進めていきます。

困難例	対応・工夫
手術後の残った胃にできた早期胃がん(残胃癌/胃管癌)	○手術の吻合の金属を外しながらの切除
喉や食道のがん治療の影響で処置用内視鏡が入らない狭窄	○細い内視鏡を用いた内視鏡治療
他臓器の進行がんに伴って合併した早期胃がん	○手術待機期間中での内視鏡治療 ○術後化学療法前の内視鏡治療

内視鏡治療の適応今後の展望

胃がんのガイドラインでは、内視鏡治療の適応を『リンパ節転移の危険性が1%未満と推定され、外科的胃切除と同等の長期成績が得られる病変』とされています。

具体的には、以前は2cm以下の分化型がん(まとまった形で増えていくがん)だけでした(表の☆)が、2020年に研究の結果を踏まえて適応範囲が広がりました(表の★)。分化型では大きさに制限がなくなり、未分化型(パラパラ広がり早く増えていくがん)でも2cm以下の浅い病変なら内視鏡

治療ができるようになりました。

現在は、高齢の患者さんについて外科手術を行えるようにするかどうかを決めるため、臨床試験を進めているところです(表の◎)。長寿高齢化社会では、治療による体への負担をいかに下げていくかという点が重要になってきます。患者さん一人ひとりの健康状態や希望を考えた上で最適な治療を提案できるよう、全国の施設が協力してデータを集めています。

がんの深さ	腫瘍	分化型		未分化型	
粘膜	潰瘍なし	2cm以下 ☆	2cm以上 ☆	2cm以下 ☆	2cm以上 ◎
	潰瘍あり	3cm以下 ★	3cm以上		
粘膜下層の浅いレベル		3cm以下 ★	3cm以上		
粘膜下層の深いレベル		3cm以下 ◎	3cm以上		

内視鏡治療のみで完了

追加外科手術の検討が必要

メッセージ

当センターでは外科医と内科医が連携し、がんのコントロールと体の負担を考慮して患者さんに治療方針を示しています。県のがん専門施設ですので、他の病院では内視鏡治療が難しい病変にも柔軟に対応しています。ぜひ遠慮なくご相談ください。



抗がん剤治療

消化器内科部長

原 浩樹

Hara Hiroki

Profile

専門：消化器病学、がん化学療法(消化管)
資格：日本内科学会 総合内科専門医、
日本臨床腫瘍学会 がん薬物療法専門医・指導医

薬物療法は再発防止と、転移・再発の改善が目標です

消化器内科ではがん薬物療法の専門医をそろえ、胃がんの治療や転移・再発予防に努めています。

転移・再発した胃がんは生活の質を守りながら治療します

消化器内科では胃がんについて、①診断・検査、②薬物療法(抗がん剤治療)を中心に行っています。より正確な診断と、病状に合わせた最も効果が期待できる治療を目指しており、治療方針を決める際も患者さんご家族の希望を尊重して気持ちに寄り添うことを心がけています。

薬物治療はその目的として、①手術可能な患者さんの術後に再発するリスク(危険性)を減らすために行う手術前後の抗がん剤治療。②転移や再発してしまった患者さんの病状や予後(治療後の見通し)の改善を目指した治療。この2つになります。

今回は②の転移・再発の患者さんの治療の流れについてご説明しましょう。

がんの薬物療法は格段に進歩してきており、患者さんは治療を受けながら日常生活の質を落とさず生活ができるようになりました。最初の治療(1次治療)の効果が認められないときや、副作用などによって治療を続けるのが困難になった

場合は、次の治療(2次治療)に切り替えることができます。現在は4次治療程度までできますが、切り替えのタイミングをいかに適切に行うかが重要です。薬物療法は、基本的に過去の研究結果から勧められている順番に行われますが、患者さんの全身状態を踏まえて相談の上で決定します。

治療変更の理由で最も多いのが、効果がなくなり、がんが大きくなってきたケースです。今の治療を続けてもがんの悪化が避けられず、ほかに有効な治療がある場合は速やかに切り替えることが、薬物療法の継続という点から望ましいとされています。

治療を変えるもう一つの理由は、副作用が予想より大きく現れ、患者さんの体の負担になっている場合です。まずは薬の量を減らしたり、投与間隔を開けたりして対応します。それでもコントロールが難しい場合は、その薬を無理して続けるより新しい治療に切り替えることがときには大切になるのです。

いずれにしても薬物療法の変更は、医師にとっても重要な判断とされるため、患者さんと担当医でよく相談して切り替えるかどうかを決めるようにしています。

がんと付き合う＝抗がん剤と付き合っていく生活

がんの診断／再発

症状・がんの種類により、受けられる回数が変わる



- 治療の有効性が確認されていない、または副作用で継続が困難な場合、次の治療へ移行する。
- 効果のある薬剤から使っていくのが原則。初期段階の治療が大切。



開発されてきた薬物療法の進化に期待

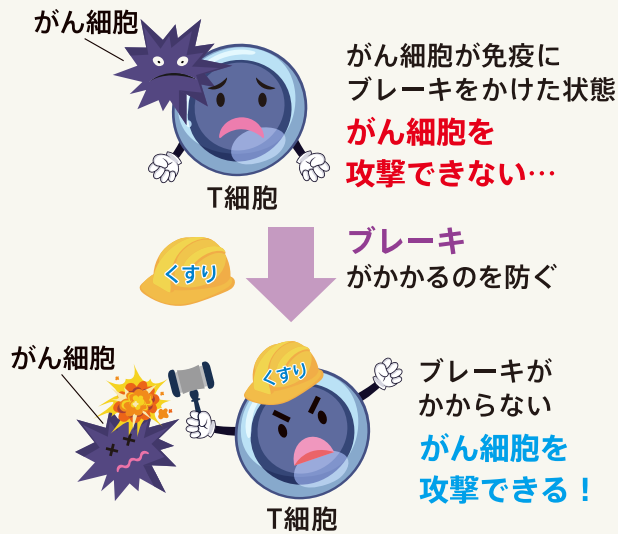
胃がんの薬物療法は日々進化しており、さまざまな方向からがんを叩くことができるようになりました。たとえば免疫療法の一つであるチェックポイント阻害薬であるニボルマブ(オプジーボ®)は2017年に承認されました。さらに2021年からは一次治療で他の薬物と併用して初回からこの薬を使用できる患者さんが増えました。

免疫チェックポイント阻害薬とは

免疫チェックポイント阻害薬は、免疫ががん細胞を攻撃する力を保つ薬です。

T細胞の表面には、「異物を攻撃するな」という命令を受け取るためのアンテナがあります。一方、がん細胞にもアンテナがあり、T細胞のアンテナに結合して、「異物を攻撃するな」という命令を送ります。すると、T細胞にブレーキがかかり、がん細胞は排除されなくなります。

このように、T細胞にブレーキがかかる仕組みを「免疫チェックポイント」といいます。免疫チェックポイント阻害薬は、T細胞やがん細胞のアンテナに作用して、免疫にブレーキがかかるのを防ぎます。



まだ少数ではありますが、この方法によって従来の薬物療法より効果が長く持続する患者さんが増え、大きな進歩となりました。

ただし、抗がん剤の副作用が少ない一方で、免疫に関する独特な副作用が多少ですが認められるため、継続的なモニタリングや専門的な副作用対策が必要となります。当センターでは、免疫関連の副作用に対して院内で対策チームを結成し、診療科同士が協力し合い情報を共有することで副作用対策の統一化を図っています。

がん細胞にHER2というタンパクが多い胃がんを、HER2陽性といいます。このタイプに適した、トラスツズマブ デルクステカン(エンハーツ®)が2020年に承認されました。HER2を標的とした抗体薬(トラスツズマブ)と抗がん剤(デルクステカン)が結合した新たな薬剤です。ごくまれですが治療に伴う肺炎の可能性があるので、十分注意しながら行います。

臨床試験や治験への協力で新たな治療法を

このような新しい治療法や薬に対して本当に効果があるのか、安全に使えるのかを科学的に調べて確認する試験を「臨床試験」といい、厚生労働省から薬・医療機器としての承認を得る目的で行われる試験を「治験」といいます。

標準治療(科学的に証明された最善な治療)は、過去に患者さんたちの協力で臨床試験・治験の結果、効果が認められ確立されてきました。当消化器内科でも未来により良い治療が提供できるよう、積極的に臨床試験、治験に取り組んでおり、埼玉県を代表する病院としてがん研究に貢献してきました。

全国規模の臨床試験グループ(JCOG:日本臨床腫瘍研究グループ)やWJOG(西日本がん研究機構)、世界規模の企業治験ほか、がんに関連する遺伝子変化を評価する多施設共同研究グループ(SCRUM-JAPAN)にも参加しています。

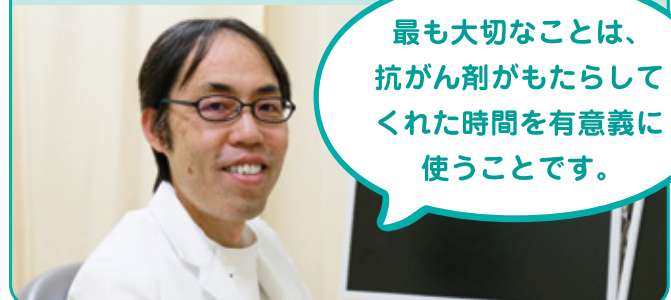
また、保存されているがん組織や新たに採取した血液検体などを使い、がんに関連する遺伝子の変化を調べる多施設共同研究グループ(SCRUM-JAPAN)に参加しているため、治療対象となる遺伝子変化があれば、治験を実施している医療施設にも紹介しています。臨床試験や治験には条件があるので対象となる方は限られますが、興味のある方は各担当医や治験コーディネーターから説明を受けることができます。

メッセージ

抗がん剤ってどんな治療？

化学療法、いわゆる抗がん剤は長い研究の結果で開発されてきた治療法で、がんに対しては大変な効果をもたらすものです。しかしなかには、体へのダメージが大きいとして治療を嫌がる人もいます。それは副作用への恐怖心から来ていると思われます。

抗がん剤には確かにさまざまな副作用があります。しかしそれ以上のメリットもあるのです。また昨今は副作用対策も進歩しているため、大きなダメージを感じる人は少ないといえます。効果の高い抗がん剤ほど、患者さんが生活する上で最も良い時間を与えてくれると考えてもよいでしょう。ぜひ、薬物療法を前向きにとらえ、がんと上手に向き合ってみてください。



最も大切なことは、
抗がん剤がもたらして
くれた時間を有意義に
使うことです。

栄養部

栄養部 前川 哲雄 Maekawa Tetsuo
武井 牧子 Takei Makiko
黒沢 望未 Kurosawa Nozomi

栄養のとり方についても相談を受けています

病気がわかると「食べること」は悩みのもとになることがあります。

今回は、胃の手術後の方、たくさん召し上がれない方向けのレシピです。ふわっと軽いので、おなかにもたれず召し上がっていただけます。毎日の食事が少しでも簡単においしく楽しく用意できますようにと心を込めて考えました。お役に立てたら幸いです。

また、埼玉県立がんセンターでは専門の管理栄養士による栄養相談を予約制で行っています。食事や栄養のことでお困りの際は、担当の医師にお伝えください。



[1個分] エネルギー／107.5kcal たんぱく質／2.3g 脂質／4.1g 炭水化物／15.8g 食塩相当量／0.3g

【材料】

ホットケーキミックス…1袋/150g
3連豆腐 ……1パック/150g
牛乳 ……大さじ2/30g
油 ……大さじ2/24g
【用意する物】
ポリ袋
電子レンジ
耐熱容器/おかず用シリコンカップ8号
ラップ

【作り方】

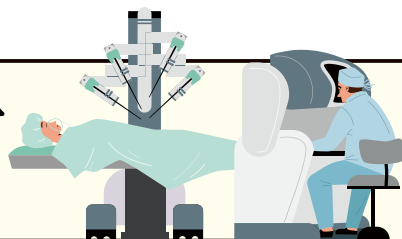
- ①ポリ袋に基本の材料をすべて入れて、袋の中の空気を減らしてから口をねじる。
- ②袋の外から手でもんで混ぜる。粉っぽさがなくなったら混ぜおわり。
- ③生地を袋の下に寄せ、袋の中の空気をだして口をしぼる。
- ④底の一片をハサミで切り、容器に生地を絞り入れる。
- ⑤電子レンジの中に5～6個、間をあけてならべる。
- ⑥600W 約3分 加熱する(1個ずつの場合は、45秒～1分)
- ⑦生地がふくらみ、蒸気が出てきて表面が乾いたら加熱終了。
- ⑧加熱がたりない場合は、様子を見ながら20秒程度ずつ追加熱する。
- ⑨ラップをふんわりかけ、冷ます。

【ポイント！】

- ホットケーキミックス200gタイプの場合は、牛乳の量を大さじ4杯にしてください。
- 牛乳は水にかえてもOK
- 油はお好みのオイルにかえてもOK(MCTオイル・こめ油・オリーブオイル・アマニ油・えごま油など)



地方独立行政法人への移行と 埼玉県立がんセンターのこれから



2022年4月から病院長を拝命しております、影山幸雄と申します。既にご存じの方もいらっしゃるかと思いますが、当院は2021年4月より県立病院から地方独立行政法人埼玉県立病院機構傘下の病院となりました。これにより経営形態は大きく変わり、職員の採用や人員配置、組織運営での自由度が増しました。当センターはトップレベルのがん診療を県民の皆様提供することを使命として昭和50年に開設されました。以来、県民の皆様の期待を受けて発展を続けてまいりました。全国でもトップレベルの体制を整え、また都道府県がん診療連携拠点病院として埼玉県のがん診療をリードする立場で鋭意努力を続けております。

免疫治療薬の開発、手術用ロボットの普及など最近のがん診療の発展には目覚ましいものがあります。今回は胃がんをテーマに取り上げ、診断、治療の現場で活躍されているスタッフに診療の実際についてご

紹介いただくことになりました。最近は少し減少傾向にあるものの胃がんは日本人に多い悪性腫瘍の一つとして重要な疾患



病院長 影山 幸雄

の一つになっております。当院ではロボット支援胃がん手術に特に力を入れており全国でも有数の実績を上げているほか、薬物療法でも国際共同治験への参加など最先端の治療法の開発に貢献しております。今回の特集により皆様の胃がんへの理解が深まることを祈っております。独立行政法人の利点を生かし、さらなる病院の発展を目指して今後も努力を続けていきたいと思っております。引き続きご支援のほどよろしくお願い申し上げます。

ACCESS

【周辺案内図】



※臨床腫瘍研究所からがんセンターへは車でのご利用はできません

【交通案内】

● JR大宮駅をご利用の方

〈埼玉新都市交通（ニューシャトル）丸山駅から〉

- ・けんちゃんバス／丸山駅「がんセンター行」
- ・徒歩／丸山駅→がんセンター（約15分）

※丸山駅にタクシー乗り場はありません



● JR高崎線をご利用の方

〈高崎線 上尾駅（東口）から〉

- ・朝日バス／4番のりば「がんセンター行」
- ・タクシー（約14分）



● JR宇都宮線をご利用の方

〈宇都宮線 蓮田駅（西口）から〉

- ・けんちゃんバス／蓮田駅西口「がんセンター行」
- ・タクシー（約16分）



地方独立行政法人 埼玉県立病院機構
埼玉県立がんセンター

（公財）日本医療機能評価機構認定病院

企画 広報委員会

〒362-0806 埼玉県北足立郡伊奈町小室780
Tel:048-722-1111(代) Fax:048-722-1129
ホームページ:<https://www.saitama-pho.jp/saitama-cc/>



埼玉県立病院機構は、地方独立行政法人法に基づき、令和3年4月に埼玉県が出資して設立した法人です。