

しん けい が し ゅ
小児の神経芽腫

受診から診断、治療、経過観察への流れ



患者さんご家族の明日のために

小児がんの診療の流れ

はじめて小児がんを疑われたときから、「受診」そして「経過観察」に至るまでの流れを示しました。

今後の見通しを確認するための目安としてお使いください。

がんの疑い

「風邪のような症状が治らなかつたり、顔色が悪いなどいつもの様子と違う」と感じたりしたら、まずかかりつけ医に相談しましょう。

受診

受診のきっかけや、気になっていること、症状など、何でも担当医に伝えてください。伝えたいことは、あらかじめメモにまとめておくとういでしょう。いくつかの検査の予定や次の診察日が決まります。

検査・診断

検査が続いたり、結果が出るまで時間がかかったりすることもあります。担当医から検査結果や診断について説明があります。検査や診断について理解することは、治療法を選択する際に大切です。不安や疑問に思ったことは医療者に尋ねましょう。

治療法の選択

がんや体の状態に合わせて、担当医は治療方針を説明します。治療の目的、効果および副作用について理解しましょう。信頼できる情報を集め、お子さんやご家族、医療者と話し合い、お子さんの希望に沿う方法を見つけましょう。

治療

治療が始まります。治療中、困ったことやつらいことなど、気が付いたことはいつでも医療者に相談しましょう。お子さんにとって、よりよい方法を一緒に考えていきましょう。

経過観察

治療後の体調の変化やがんの再発がないかなどを確認するために、しばらくの間通院します。検査を行うこともあります。

目次

小児がんの診療の流れ

1. 子どもががんといわれた親の心に起こること	1
2. 小児がんといわれた子どもの心に起こること	2
3. 神経芽腫とは	3
4. 検査と診断	4
5. 病期(ステージ)	5
6. 予後因子(治りやすさに関連する特徴)	7
7. 治療	10
1 手術(外科治療)	10
2 抗がん剤治療(化学療法)	12
8. 再発	16
診断や治療の方針に納得できましたか?	17
セカンドオピニオンとは?	17
メモ/受診の前後のチェックリスト	19

1. 子どもががんといわれた親の心に起こること

がん(腫瘍)という診断を受けることで、わが子を失うかもしれない恐怖で心がいっぱいになる方が多いでしょう。何がいけなかったのだろうかと思い悩み、早く気付けなかった罪悪感にさいなまれたり、見守ることにつらさを感じたりすることもあるかもしれません。精神的な衝撃を受ける中で、治療の説明を理解し、子どもに伝え、判断していく必要があります。

子どもが命に関わるかもしれない病気になることは、親にとってもトラウマ体験になると考えられています。ご家族も気分が悪くなったり、体調を崩したりすることがあります。

ご家族に心がけていただきたいこと

子どものがんと大人のがんとでは、その性質が全く異なります。小児がんについての情報はいろいろなところから得ることができますが、正確でないものもあります。専門家の話をよく聞いて、現状を正しく理解することが大切です。わからないことは遠慮せずに質問するようにしましょう。

子どもの入院生活はどんなものだろうか、検査や治療に子どもは耐えられるのだろうか、入院が始まるときに家族はどのような態勢をとればいいのか、ほかのきょうだいの生活はどのように維持していけばいいのか、と混乱することがあるかもしれません。

病院内にも、多方面からサポートするスタッフがいます。さいななことと思ってもひとりで悩まないで、医療スタッフに伝

えて適切な相談者を紹介してもらいましょう。

一方、ご家族の関心が、病気の子どもに集中してしまうと、きょうだいは寂しい思いをします。きょうだいにも理解できる範囲で、病気のこと、今後の見通しについて説明をしておくことが大切です。面会に年齢制限があるなど、きょうだいを会わせるのが難しい場合もありますが、できれば会わせたり、電話で話をする機会をつくるとよいでしょう。

2. 小児がんといわれた子どもの心に起こること

小学生以上の子どもの中には、親と同様に「がん(腫瘍)」という言葉から、命に関わるかもしれない病気であると感じる子どももいます。また、幼児期の子どもは大人の反応を非常によく観察していますので、周囲のただならぬ雰囲気から大変なことが起こっているのだということを感じ取ります。

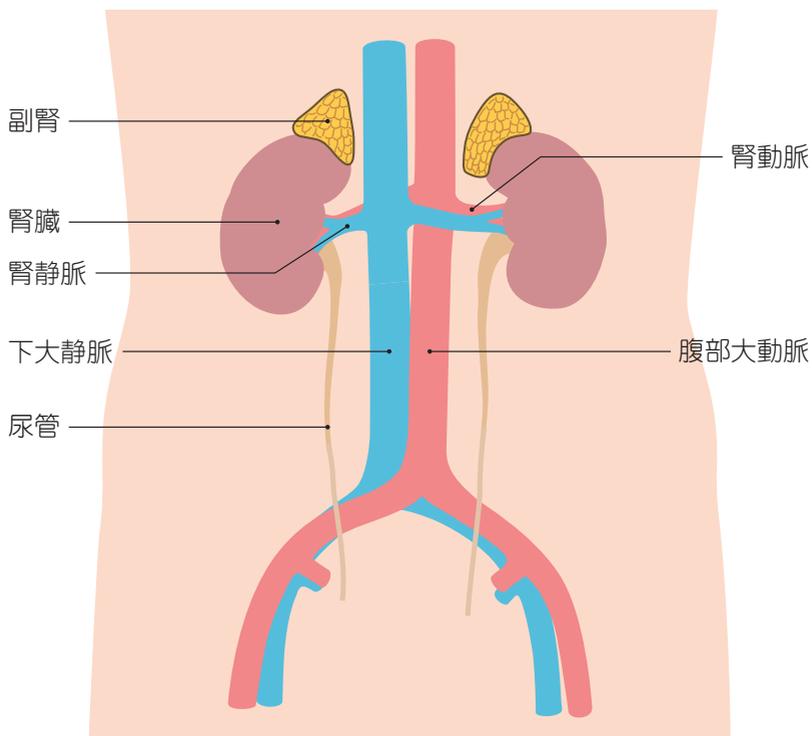
治療を受けるには、「治したい」という本人の自覚が必要です。今起きていることや、これからのことがわからない上に、体調も悪いとなると、子どもはとても不安になります。不安が高まると、いろいろなことに敏感になります。例えば痛みに敏感になったり、寝付きが悪くなったりすることがあります。納得して治療に臨めるために子どもにどのように伝えるか、医療スタッフとしっかり話し合いましょう。周囲から支えられていることを感じながら、この試練を乗り越えることができると、子どもは自分に自信を持ち、精神的により成長できることが知られています。これからの入院生活の中で本人が孤立しないように、家族と医療チームの間に信頼が築けるような態勢をまず整えましょう。

3. 神経芽腫とは

神経芽腫は子どもにできる固形腫瘍では、脳腫瘍に次いで多く、わが国では毎年320人前後の新しい患者さんが診断されています。診断される年齢は0歳が最も多く、次いで3歳前後が多くなっており、10歳以降は非常にまれです。

神経芽腫の起源は、交感神経のもとになる細胞です。交感神経節や副腎（両側の腎臓の上にある）など体の背中側から発生することがわかっています。同じ神経芽腫という病名でも悪性度

図1 腎臓付近の腹部



の高いものや、経過をみているだけで自然に小さくなってくるものなどさまざまです。

初期の段階では、ほとんどが無症状です。進行してくると、おなかが腫れて大きくなったり、おなかを触ったときに硬いしこりが触れてわかる場合もあります。

幼児では転移のある進行例が多く、発熱、貧血、不機嫌、歩かなくなる、眼瞼(まぶた)の腫れなど、転移した場所によってさまざまな症状があらわれます。縦隔(左右の肺にはさまれた場所)から発生すると咳や息苦しさ、肩から腕の痛みなどがみられることがあります。

4. 検査と診断

1 血液、尿検査

神経芽腫の腫瘍細胞が作るカテコールアミンは、体内で代謝されるとバニルマンデル酸(VMA)とホモバニリン酸(HVA)となって尿の中に排泄されます。しかし、一部の神経芽腫ではVMA、HVAの量は増えません。ほかに血液中の腫瘍マーカーであるNSE、LDH、フェリチンなどが高値を示すこともあります。

2 画像検査

超音波(エコー)検査や単純レントゲン検査、MRI、CTは腫瘍の発生した部位を見極めるのに役立ちます。またラジオアイソトープを使った検査であるMIBGシンチグラフィは神経芽腫

に特異的に取り込まれるので、診断、転移部位を調べるために役立ちます。

3 骨髄検査

診断された当初は、どの程度まで腫瘍細胞が浸潤*しているかを調べるために、左右の腸骨（腰の骨）から骨髄を採取して、顕微鏡による診断を行います。

*浸潤：がんが増殖して、近くの組織や臓器内に広がっていくこと

4 病理診断

確定診断は、腫瘍摘出や生検により採取した腫瘍組織を顕微鏡で診断（病理診断）して決定します。病理組織分類は、国際神経芽腫病理分類（INPC*）によって行われ、神経芽腫が治癒する確率（予後）の判定に重要です。

*INPC：International Neuroblastoma Pathology Classification

5. 病期（ステージ）

病期とは、がんの進行の程度を示す言葉で、英語をそのまま用いてステージともいいます。

神経芽腫の予後は病期によるところが大きいいため、初診時の病期の決定は重要です。国際的に最も多く用いられている病期分類は神経芽腫国際病期分類（INSS*分類）です。病期は原発腫

瘍の広がりや骨、骨髄などの転移巣の有無によって決定します。INSS分類では、1、2(2A、2B)、3、4、4Sに分類されます。1、2A、2Bと4Sが早期例で、3、4が進行例です。4Sは乳児にみられ、予後がよいという特殊な群です(表1)。

* INSS : International Neuroblastoma Staging System

表1 神経芽腫国際病期分類(INSS分類)

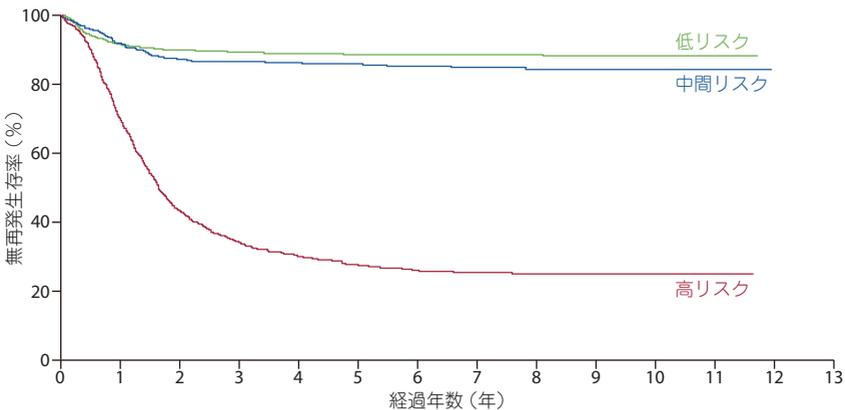
病期	定 義
1	限局性腫瘍で、肉眼的に完全切除。組織学的な腫瘍残存は問わない。 同側のリンパ節に組織学的に転移を認めない(原発腫瘍に接し、一緒に切除されたリンパ節に転移はあってもよい)。
2A	限局性腫瘍で、肉眼的に不完全切除。 原発腫瘍に接しない同側リンパ節に組織学的に転移を認めない。
2B	限局性腫瘍で、肉眼的に完全または不完全切除。 原発腫瘍に接しない同側リンパ節に転移を認める。 対側のリンパ節には組織学的に転移を認めない。
3	切除不能の片側性腫瘍で、正中線を越えて浸潤。 同側の局所リンパ節の転移は問わない。 または、片側発生の限局性腫瘍で対側リンパ節転移を認める。 または、正中発生の腫瘍で椎体縁を越えた両側浸潤(切除不能)か、両側リンパ節転移を認める。
4	遠隔リンパ節、骨、骨髄、肝、皮膚、および/または他の臓器に播種している(病期4Sは除く)。
4S	限局性腫瘍(1、2Aまたは2Bで定義される)で、播種は皮膚、肝、および/または骨髄に限られる(1歳未満に限定)。

Garrett M. Brodeur et al.: J Clin Oncol, 1993; 11(8), 1466-77より作成

6. 予後因子 (治りやすさに関連する特徴)

神経芽腫の特徴によって治療法は異なります。一般的には下記の治りやすさに関連する特徴(予後因子)によって3つ(低リスク、中間リスク、高リスク)に分類され、それぞれに応じた治療法が選択されます(表2)。リスクごとの予後について報告がなされています(図2)。

図2 欧米における小児腫瘍研究グループの結果



John M Maris, et al. Lancet 2007; 369: 2106-20より一部改変

1 診断時年齢

1歳未満の乳児発症例は予後良好で、1歳以上の発症例は予後不良です。近年の研究から、年齢因子は1歳半(18ヵ月)を基準にすることが国際標準となってきました。

2 病期

INSS分類の1、2A、2Bと4Sを早期例、3、4を進行例としています。

3 MYCN遺伝子の増幅

腫瘍細胞がもつ特徴の中で、治りやすさ(予後)との関係が一番強い因子です。腫瘍組織の遺伝子検査の結果、MYCN遺伝子が増えている場合は予後不良とされています。さらに、増えた量が多いほど予後不良とされています。

4 病理分類

国際神経芽腫病理分類(INPC)で予後良好群と予後不良群に分けられます。

5 染色体異常

腫瘍細胞の染色体の形をみると、1番染色体短腕(1p)や11番染色体長腕(11q)が欠損している場合や、17番染色体短腕(17q)が増えている場合は、予後不良であることが明らかとなってきました。

6 核型：DNA ploidy(プロイディー)

腫瘍細胞の染色体を検査すると、その染色体数から2倍体腫瘍、それ以外の高倍体腫瘍に分類されます。進行した例や年長

児例では2倍体腫瘍（一部そのほかの高倍体腫瘍）が多くみられ、予後不良と考えられています。

表2 神経芽腫の生物学的特性と予後

生物学的因子	低リスク	中間リスク	高リスク
年齢	通常1歳6ヵ月未満	通常1歳6ヵ月以上	1～5歳
INSS分類	1、2、4S	3、4	3、4
無病3年生存率	90%以上	30～50%	20%以下
MYCN増幅	なし	なし	あり
Trk A発現	高発現	低発現／なし	低発現／なし
Ha-ras発現	高発現	低発現／なし	低発現／なし
テロメラーゼ	低発現／なし	低発現	高発現
1p欠失	まれ	少数	あり
11q欠失	まれ	あり	あり
17q増加	まれ	あり	あり
予後	予後良好	予後中等度	予後不良

日本小児がん学会*編「小児がん診療ガイドライン2011年版」（金原出版）より作成
*現日本小児血液・がん学会

7. 治療

神経芽腫の治療は、主に手術、抗がん剤治療、放射線治療の3つの治療の組み合わせで行われますが、お子さんの年齢、病期、腫瘍自体の悪性度によりその組み合わせ方やそれぞれの治療の強さは異なります。

1 手術（外科治療）

手術はその目的から、大きく2つに分けられます。1つは、神経芽腫の確定診断とその悪性度判定のために、腫瘍の一部を切除して調べる（生検）手術です。もう1つは腫瘍を肉眼的に全部切除する（腫瘍全摘出）手術です。

1) 開腹あるいは開胸腫瘍摘出

腹壁や胸壁を大きく切開して広げ、術野を目で見ながら腫瘍を摘出する手術のことです。

神経芽腫は副腎に最も多く発生しますが、その他、腹部、胸部の脊椎周囲の交感神経節にも発生します。小児の神経芽腫では腫瘍全部を切除するときに最も多く用いられる方法であり、特に抗がん剤治療後の2回目の手術で腫瘍周囲のリンパ節などを一緒に切除するときには、必ずこの方法が用いられます。

2) 経後腹膜的腫瘍摘出

側腹部または背部から腹壁を切開して、腫瘍にアプローチして摘出する方法です。

副腎に発生した早期の神経芽腫であり、周囲臓器や血管など

の巻き込みはなく、腫瘍が比較的容易に摘出可能と考えられるときに用いられます。開腹手術に比べて、術後に癒着性腸閉塞ゆちやくの合併症を起こしにくいという利点があります。大血管周囲のリンパ節などを一緒に切除しなければいけないときは適用されません。

3) 腹腔鏡下または胸腔鏡下腫瘍摘出

腫瘍による腹部、胸部の大血管の巻き込みはなく、周囲臓器への浸潤もない早期の神経芽腫に用いられる方法です。内視鏡処置用の鉗子を挿入するために、1cm程度の穴(孔)を3~4カ所空けて、その穴からのみ手術を行う方法です。患者さんに対して負担が少なく、手術の跡も目立たない点で優れていますが、小児の場合には操作空間が狭いことや、小児に適した小さな器具が少ないため、手技には熟練が必要です。また、鉗子挿入孔付近の皮下への転移の危険性も報告されています。この手術法は、腫瘍の一部だけをとって調べる生検などにも用いられます。しかし、胸部の神経芽腫に対しては、保険の適応となっていないため、実施については担当医と十分相談してください。

4) 乳児(1歳未満児)神経芽腫の外科治療

尿中VMA・HVA検査から神経芽腫がみつかったお子さんには、転移のない早期症例が多く、腫瘍自体の悪性度も高くない症例が大部分を占めています。そのような症例に対する治療の主体は、腫瘍に対する外科的全摘出となります。

摘出した腫瘍自体の悪性度(MYCN遺伝子増幅の有無など)が高くなければ手術後に抗がん剤治療や放射線治療を追加する必要はありません。脊髄圧迫症状や肝臓への浸潤に続いて起こる呼吸障害などがある場合には抗がん剤治療を行います。

尿検査結果から発見された一部の腫瘍に対しては、手術や抗がん剤治療も行わず、自然に小さくなっていくこと（自然退縮）を期待して経過観察のみを行う場合もあります。担当医からの十分な説明と親の理解、専門医による注意深い観察が必要です。

1歳未満症例においては、腫瘍を全摘出しても全摘出できなくても、治療結果にはほとんど差がなく、ともに非常に良好であることがわかっています。乳児では、手術で腫瘍を全部摘出できない場合でも、腫瘍の悪性度が低いことが多く、軽い抗がん剤治療のみで2回目の手術なしに完治することが多くあります。そのため、初回の手術は決して無理をせず、臓器温存に努めることが重要であり、術後の合併症（腸管運動麻痺、腎の萎縮、難治性腹水など）をできるだけ回避することがお子さんの将来のクオリティ・オブ・ライフ（QOL：生活の質）を損なわないことにつながります。

いずれの場合でも生検を行い、腫瘍の悪性度を判定することが必要です。

2 抗がん剤治療（化学療法）

1) 低リスク腫瘍

MYCN遺伝子が増えていない乳児例や病期1、2A、2Bの早期例が対象となります。これらの症例については、腫瘍を摘出する手術だけ行います。

一部の摘出不能症例や脊髄圧迫症状や肝への浸潤による呼吸障害などがある症例についてはビンクリスチン、シクロホスファミドなどを用いた低用量の抗がん剤治療を短期間行い、腫瘍が小さくなってから手術（二次的手術：時間をおいて手術を2回に分けて行う）により摘出を試みる場合があります。

2) 中間リスク腫瘍

わが国ではこの群に属する神経芽腫の患者さんは少ないと考えられます。欧米では、MYCN遺伝子が増えていない、乳児期の病期4の症例や年長児の病期3の症例が含まれます。

わが国のMYCN遺伝子が増えていない乳児期の病期4の症例では術前に3クール、二期的手術後に6クールの抗がん剤治療を行い、5年無病生存率が80%前後と良好な結果を示しています。

3) 高リスク腫瘍

この腫瘍群にはMYCN遺伝子が増えている症例と年長児のMYCN遺伝子は増えていない病期4の症例が含まれます。周囲の臓器や血管を巻き込んでいることや、転移がある症例が多いことから、外科的に腫瘍を全摘出することは困難です。治療は、手術とともに高用量の抗がん剤治療を行います。

進行神経芽腫例に対しては、初回生検時に神経芽腫の確定診断と悪性度の判定を行い、適切な抗がん剤治療を行うことが大切です。多くの場合、強力な抗がん剤治療（シクロホスファミド、ビンクリスチン、ピラルピシン、シスプラチン）を行い、原発巣および別の臓器への転移巣の縮小を図った後に、2回目の手術による原発巣の外科的全摘出を目指します。この手術のときも、周囲の臓器を可能な限り温存した腫瘍切除が推奨されます。

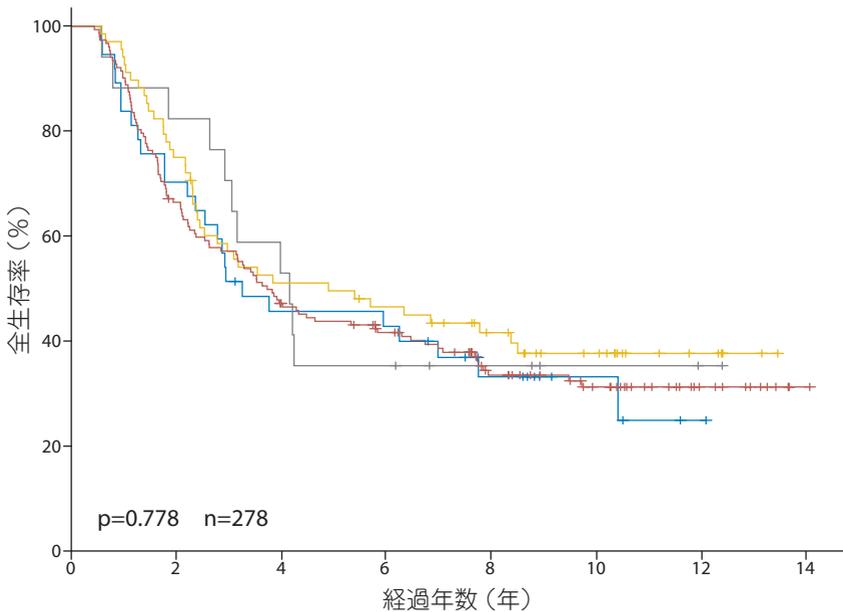
その後は中等量の維持抗がん剤治療の継続または、自家造血幹細胞移植*を併用した超大量抗がん剤治療のいずれかを行います。近年、複数回の自家造血幹細胞移植も積極的に導入されて

います。さらに、骨転移や局所の腫瘍には放射線治療の併用が有効です。

*自家造血幹細胞移植：患者さん自身からとった血液をつくるもとになる細胞を移植する治療

1歳未満の乳児神経芽腫症例と比較して1歳以上の症例では全体的に治療結果は不良であり、全摘出例と非全摘出例に違いは報告されていません。

図3 ドイツにおける18歳から22歳の4期の神経芽腫の治療結果



青：手術未実施または穿刺生検のみ 灰：50～90%の切除手術
 黄：90%以上の切除手術 赤：完全切除手術

Thorsten Simon, et al. J Clin Oncol 2013; 31(6): 752-8より一部改変

全摘出例における再発の傾向は、腫瘍を摘出した場所に腫瘍が再燃する場合より、骨などへの転移により再発する場合が多くなっています。そのため、外科的に無理に腫瘍を切除しようとするより、負担の少ない手術を行い、その上で抗がん剤治療や放射線治療をいかに効果的に行えるかを考えることが、お子さんの治療結果の向上、またQOLの向上につながると考えられます。

神経芽腫のお子さんが完治するためには、最小限の副作用で治療間隔をあけない化学療法と、適切な時期に、お子さんに最も負担の少ない手術が行われる必要があります。そのためには小児科医、小児外科医、放射線科医、看護師、薬剤師、栄養士など医療者同士の連携は必須であり、カンファレンスを行い治療計画が立てられています。さらに、神経芽腫を治すだけの時代から、いかにQOLを保ち、副作用ない治療を行い、心身ともに健全な状態で患者さんを社会に送り出せるかが問われる時代となってきました。親や精神科医、臨床心理士、病棟保育士、院内学級の教師を含めた連携は、お子さんの入院生活を支え、退院後の社会生活を円滑に進めるうえで非常に重要となっています。

8. 再発

再発とは、治療後に再び病気が発生することを意味します。

原発部位の再発だけではなく、骨などの転移巣として再発する場合があります。再発した場合に推奨される特定の治療法は定まっていますが、骨に転移した場合は放射線治療を行います。

再発は、それぞれのお子さんで状態が異なりますので、症状や体調あるいは希望に応じて治療やケアの方針を決めていきます。



診断や治療の方針に納得できましたか？

治療方法は全て担当医に任せたいというご家族がいます。一方、親の希望を伝えた上で一緒に治療方法を選びたいというご家族も増えています。どちらが正しいというわけではなく、患者さんであるお子さん自身とご家族が満足できる方法が一番です。

まずは、病状を詳しく把握しましょう。お子さんの体を一番よく知っているのは担当医です。わからないことは、何でも質問してみましょう。医療者とうまくコミュニケーションをとりながら、お子さんに最も合った治療法であることを確認してください。診断や治療法を十分に納得した上で、治療を始めましょう。最初にかかった担当医に何でも相談でき、治療方針に納得できればいいことはありません。

セカンドオピニオンとは？

担当医以外の医師の意見を聞くこともできます。これを「セカンドオピニオンを聞く」といいます。セカンドオピニオンでは、①診断の確認、②治療方針の確認、③その他の治療方法の確認とその根拠を聞くことができます。聞いてみたいと思ったら、「セカンドオピニオンを聞きたいので、紹介状やデータをお願いします。」と担当医に伝えましょう。担当医との関係が悪くならないかと心配になるかもしれませんが、多くの医師はセカンドオピニオンを聞くことは一般的なことと理解していますので、快く資料を作ってくれるはずですよ。

メモ

(年 月 日)

- 発症年齢 [歳]
- 発生場所 [左／右 副腎 ・ 後腹膜交感神経節]
- 病理組織の種類 (国際神経芽腫病理分類) [予後良好・予後不良]
- 病期 [1・2A・2B・3・4・4S]
- MYCN遺伝子の増幅 [あり・なし]
- 生物学的因子 [低リスク・中間リスク・高リスク]
- 手術法 []
- 放射線治療 [場所 ・ Gy(グレイ)]

受診の前後のチェックリスト

- 後で読み返せるように、医師に説明の内容を紙に書いてもらったり、自分でメモをとったりするようにしましょう。
 - 説明はよくわかりますか。わからないときは正直にわからないと伝えましょう。
 - お子さんにあてはまる治療の選択肢と、それぞれのよい点、悪い点について、聞いてみましょう。
 - 勧められた治療法が、どのようによいのか理解できましたか。
 - お子さんや親としてどう思うのか、どうしたいのかを伝えましょう。
 - 治療についての具体的な予定を聞いておきましょう。
 - 症状によって、相談や受診を急がなければならない場合があるかどうか確認しておきましょう。
 - いつでも連絡や相談ができる電話番号を聞いて、わかるようにしておきましょう。
-
- 説明を受けるときには可能であればご家族そろって聞かれることをお勧めします。また、ご家族以外の方でも、同席していたほうが理解できて安心だと思うようであれば、早めに頼んでおきましょう。
 - 診断や治療などについて、担当医以外の医師に意見を聞いてみたい場合は、セカンドオピニオンを聞きたいと担当医に伝えましょう。

国立がん研究センターがん対策情報センター作成の冊子

がんの冊子

小児がんシリーズ(11種) 各種がんシリーズ(34種)

がんと療養シリーズ(5種)

がんと心、がん治療と口内炎、がんの療養と緩和ケア、
がん治療とリンパ浮腫、もしも、がんと言われたら

社会とがんシリーズ(3種)

相談支援センターにご相談ください、家族ががんになったとき、
身近な人ががんになったとき

患者必携

がんになったら手にとるガイド*

別冊『わたしの療養手帳』

もしも、がんが再発したら*

全ての冊子は、がん情報サービスのホームページで、実際のページを閲覧したり、印刷したりすることができます。また、全国のがん診療連携拠点病院や小児がん拠点病院のがん相談支援センターでご覧いただけます。*の付いた冊子は、書店などで購入できます。その他の冊子は、がん相談支援センターで入手できます。詳しくはがん相談支援センターにお問い合わせください。

がんの情報を、インターネットで調べたいとき

近くのがん診療連携拠点病院と小児がん拠点病院のがん相談支援センターを探したいとき

◆◆がん情報サービス

国立がん研究センター
がん情報サービス

<http://ganjoho.jp/>

ganjoho.jp



がん相談支援センターの紹介・患者必携についてのお問い合わせ

◆◆がん情報サービスサポートセンター

電話：0570-02-3410 (ナビダイヤル)

平日(土・日・祝日を除く) 10時～15時

※通話料は発信者のご負担です。また、一部のIP電話、PHSからはご利用いただけません。

がん情報サービス
サポートセンター



がんの冊子 小児がんシリーズ 神経芽腫

編集・発行 独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター

印刷・製本 図書印刷株式会社

2008年3月 第1版第1刷 発行

2013年7月 第2版第1刷 発行

協力：公益財団法人がんの子どもを守る会

家原 知子(京都府立医科大学附属病院小児科)

田尻 達郎(九州大学小児外科)

牧本 敦(前 国立がん研究センター中央病院小児腫瘍科)

河本 博(国立がん研究センター中央病院小児腫瘍科)

国立がん研究センターがん対策情報センター患者・市民パネル

小児の 神経芽腫

国立がん研究センター
がん対策情報センター

「がん相談支援センター」について



がん相談支援センターは、全国のがん診療連携拠点病院と小児がん拠点病院に設置されている「がんの相談窓口」です。患者さんやご家族だけでなく、どなたでも無料でご利用いただけます。わからないことや困ったことがあればお気軽にご相談ください。

 全国のがん診療連携拠点病院と小児がん拠点病院は、「がん情報サービス 病院を探す」で参照できます。

がん相談支援センターで相談された内容が、ご本人の了解なしに、患者さんの担当医をはじめ、ほかの方に伝わることはありません。
どうぞ安心してご相談ください。

国立がん研究センター
がん対策情報センター

〒104-0045
東京都中央区築地5-1-1

より詳しい情報はホームページをご覧ください

国立がん研究センター
がん情報サービス

ganjoho.jp