

地域連携クリティカルパス
のご案内
旭川医科大学病院

前立腺癌



(編集：北海道がん診療連携協議会)

退院後の診療と地域連携クリティカルパスについて

【概要】

北海道では、患者さまにわかりやすく安全で質の高い全道共通の医療を目指して「地域連携クリティカルパス（以下「連携パス」と表示します。）」を作成し、地域の医療連携に活用していただいています。「連携パス」とは、手術などの治療を行った病院（がん診療連携拠点病院）と地域の一般医療機関（かかりつけ医）が同じ診療方針のもとに共同で患者さまの治療に携わるために作成した「共同診療計画書」のことです。病気の経過を予測して適切な診療計画を立て、患者さまに納得していただいたうえで医師・看護師・薬剤師などが協力して診療にあたります（チーム医療）。診療方針について患者さまと医療者が共同で利用できる形に表しています。

【目的】

私たちはこの「連携パス」を用いて、われわれ、がん診療連携拠点病院と地域の病院や診療所が同じ診療方針で、安全で質の高い医療を提供したいと考えています。「連携パス」では、患者さまを中心に医師・看護師・薬剤師・医療ソーシャルワーカーなどの医療者が、検査結果や診療の方針を知ったうえで協力体制を作ります。患者さまには「私のカルテ」（患者さま用の携帯ノート）をお持ちいただくことによって、ご自身の診療計画の把握に利用していただきます。

【方法】

具体的な連携体制については、治療開始後の落ち着いた時点（およそ退院1～6ヶ月後）から、かかりつけ医（地域の病院、診療所）が日々の診察やお薬の処方を担当し、がん診療連携拠点病院が節目（およそ3～12ヶ月ごと）の診察・検査を行います。病状に変化がみられた時や治療の副作用でお困りの時などに備え、夜間休日でも安心していただけるような連携の体制を作ります。

【期待されること】

「連携パス」に基づく医療連携とは、患者さまの主治医が複数になると考えることができます。異常の早期発見や、きめ細かな対応が望めます。病院や診療所の混雑が解消される効果もあるでしょう。「連携パス」を利用することで、患者さまやご家族のお話を、もっと、お聞きできるようになるものと考えています。

【同意と撤回の自由】

私たちは共同診療計画書が患者さまの療養生活や診療の方針に合っているかどうかを吟味し、「連携パス」を利用する方が良いと考えた場合にお勧めします。患者さまやご家族と十分ご相談しながら運用をすすめますが、もちろん途中で中止することも構いません。

【有害事項】

「連携パス」を利用したことにより、有害事項が生じることはございません。

【質問の自由】

ご不明な点や心配があればいつでもご相談ください。
なお、がん相談支援センターでは、がん医療にかかわる様々なご相談に応じています。

(共 通)

同 意 書

旭川医科大学病院 病院長 殿

このたび、地域連携クリティカルパスの利用に関する下記事項について十分な説明を受けました。

地域連携クリティカルパスについて

- 1. 目的
- 2. 方法
- 3. 期待されること
- 4. 同意と撤回の自由
- 5. 有害事項
- 6. 質問の自由

上記について、担当者から説明を受けよく理解したうえで、地域連携クリティカルパスの利用について同意します。

同意日 平成 年 月 日

『患者本人』 患者氏名 _____

『代理人』 代理人氏名 _____

私は、地域連携クリティカルパスの利用について上記の項目を説明し、同意が得られたことを認めます。

『医 師』 説明日 平成 年 月 日

説明医師 _____

『説明補助者』 説明日 平成 年 月 日

説明者 _____

あなたの主治医の役割

【かかりつけ医では】

診療スケジュールが記載された「共同診療計画表」により、日々の診察と投薬（処方）をしていただきます。

【がん診療連携拠点病院では】

節目（およそ3～12ヶ月ごと）の診察・検査を行います。

自己チェックシートの記入

自覚症状があったらチェックシートに記入してください。

気になる症状があったら、医師へ相談しましょう。

項目	内容																			
吐き気	嘔吐																			
食欲不振	体重減少																			
腹痛	便秘																			
下痢	血便																			
貧血	めまい																			
頭痛	手足のしびれ																			
関節痛	呼吸困難																			
発熱	夜間頻尿																			
その他																				

気になる症状、気になることをチェックしましょう

各部署・担当のご案内

【がん相談支援センター】

診断や治療に関する相談、がんに対する不安や悩み、がん治療やセカンドオピニオン、緩和ケアなどに関する相談をお受けしております。予約制となっておりますので、事前に電話（0166-66-3231）で予約願います。

【医事相談窓口】

社会福祉制度の事務手続きや医療費助成を受けるための事務手続きに関する相談をお受けしております。

（場所：病院2階 地域医療連携室）

【医療福祉に関する相談窓口】

退院後の療養に関する相談や転院・施設入所に関する相談、社会福祉制度の利用に関する相談などをお受けしております。予約制となっておりますので、事前に電話（0166-69-3036）で予約願います。

【在宅療養に関する看護相談窓口】

退院後に傷やくだの手当てが必要、食事や生活の管理についての相談、訪問看護を利用したいなどの相談をお受けしております。申込は直接予約（電話：0166-69-3034）か病棟または外来看護師にお申出ください。

前立腺癌の治療について

低リスクの前立腺がんには非常に進行が遅く、生命に影響を及ぼさないと考えられるものがあり、無治療で経過観察することもできます。

前立腺がんが前立腺の中にとどまっていれば、完治を目指す手術療法や放射線療法などの治療を行うことができます。また手術や放射線照射を希望しない方には、がんの進行を抑える治療を行うこともできます。このように、早期であるほど、治療の選択肢が広がるといえます。

一方、がんが前立腺の外まで広がっている場合は、完治を目指すことが難しくなります。ホルモン療法や化学療法で、がんの進行を抑える治療を行います。

治療方針は、がんの進行度や悪性度、PSA値、患者さんの年齢（期待余命）、健康状態、人生設計、家族の受け入れ態勢など、さまざまな条件が考慮されますが、患者さんの意志が第一に優先されることはいうまでもありません。医師とよく相談し、納得した上で、自分にとって最良の治療を選択することが大切です。

手術(前立腺全摘除術)の説明

下記の方法で、前立腺と隣接する精嚢をすべて摘出します。

- (1) 恥骨後式前立腺全摘除術 下腹部を切開して前立腺を取り出す
- (2) 会陰式前立腺全摘除術 会陰部（肛門と陰嚢の間）を切り開いて前立腺を取り出す
- (3) 腹腔鏡下前立腺全摘除術 腹部に小さな穴をあけ、内視鏡などの器具を挿入して外から操作して前立腺を取り出す

腹腔鏡手術は一般に出血が少なく、傷口の回復も早い手術ですが、前立腺がんの腹腔鏡手術は高い技術が必要とされます。そのため、厚生労働省が定める一定の基準を満たす施設でしか保険診療は行われていません。また、より精緻な手技として、ロボット支援下の手術が平成24年度から保険診療の対象になりました。

それぞれに長所・短所があるので、よく医師と相談し選択することが重要です。術後1～2週間で退院が可能です。

副作用として、尿失禁と性機能（勃起・射精）の障害が起こることがあります。がんの状態によっては勃起に関わる神経を温存することも可能です。

内分泌療法（ホルモン療法）の説明

前立腺がんは、男性ホルモンの影響を受けて増殖・進行するという性質を持っています。男性ホルモンは、95%が精巣（睾丸）から、5%が副腎から分泌されています。

ホルモン療法は、この男性ホルモンの分泌を下記のようなさまざまな方法で制御することによってがんの増殖・進行を抑えます。

(1) 薬物療法 薬で男性ホルモンの分泌を抑える方法

(2) 精巣摘出術（除睾術）手術で精巣（睾丸）を除去する方法

男性ホルモンが低下することから、性欲の低下、勃起障害、女性の更年期障害のような症状（顔面のほてり、のぼせ、発汗、疲れやすいなど）、乳房の膨大、乳房痛などが副作用として起こることがあります。この治療法は、続けていくうちにがんが男性ホルモンの少ない環境でも増殖・進行するようになる（耐性化）という問題点があり、その際は薬をかえたり、治療法をかえたりして対処することになります。

10年生存率

生存率とは、病気の診断あるいは治療（手術）を受けてから一定期間後に生存している方の割合です。がん治療では通常、5年または10年を目安に考えます。10年生存率とは、診断あるいは治療を受けた方たちのうち、10年後に生存している方の割合のことです。

前立腺がんは、がんが前立腺だけにとどまり他の臓器への転移がなければ、手術や放射線治療などの適切な治療を行うことで、10年生存率80～90%以上が期待できます。前立腺から離れた臓器に転移している場合は5年生存率が20～30%となります。いかに早期発見・早期治療するかが大きな鍵となります。

PSA再発

PSAは前立腺がんの治療後の経過をみる上で鋭敏なマーカーで、一般的には臨床的再発の前にPSAのみの持続的な上昇が見られ、生化学的再発あるいはPSA再発と呼ばれています。PSA再発までの期間を奏効期間として算出されるのが、PSA非再発生存率で治療の評価に用いられます。

治療の効果確認

前立腺がん治療後の再発や再燃を早期発見し、早期に二次治療を行うため、経過観察が必要です。経過観察はPSA検査を中心にを行います。PSA値が10年間がんの再発の基準を超えなければ、ほぼ完治したとみなされます。

経過観察の間隔は、一般的に外科治療後2年間は3か月毎、以降6か月ごと2年間、その後年1回の実施間隔が妥当とされています。

前立腺が残っている放射線治療やホルモン療法の場合は、3年目以降も6か月から1年ごとにPSA検査の継続が必要といわれています。

手術療法の治療後

外科治療によりがんがすべてなくなっていれば、PSA値は0.1ng/mL未満になります。がんが残っている、あるいは再発している場合の目安は0.2ng/mLを超えているかどうかです。治療後の測定で連続して0.2ng/mLを超えた場合は、がんが残っている、あるいは再発したと判断されます。

ホルモン（内分泌）療法の治療中

PSA値の変化を見ながら、薬や治療法の中止・変更を検討します。4週間以上あけて測定したPSA値が最低値より25%以上かつ2ng/mL以上上昇した場合、がんの再発と判断されます。

PSAとは

PSAとは、英語のprostate specific antigen＝前立腺特異抗原の略で、主として前立腺から精液中に分泌されるタンパク質の一種です。射精後の精液の液状化に関係し、受精に欠かせないものといわれています。血液の中にも流れ出ている、健康な人のPSAはおおよそ2ng/mL以下です。加齢にともなって増えていきますが、50歳でも4ng/mL以下が標準値とされています。しかし、前立腺に異常があると血液中に大量に放出されて濃度が高くなります。他の臓器の異常では数値は変わらず、前立腺の異常にのみ反応することから、前立腺に特異的な抗原といわれています。前立腺がんでも数値に反応が出やすいことから、前立腺がんの腫瘍マーカーとして使われるようになりました。