

もっと

知ってほしい

前立腺がんのこと

監修

独立行政法人 地域医療機能推進機構 (JCHO) 三島総合病院 院長

赤倉功一郎

浜松医科大学医学部医学科放射線腫瘍学講座 教授

中村和正

最適な治療法を納得して選ぶために 聞いておきたいこと、伝えておきたいこと

治療方針を決めるためには、病気や病状について理解し、自分の想いや価値観を伝え、自分の情報を医療者と共有しておくことが大切です。あなたの状況や気持ちが変わったら、その都度、何度でも伝えましょう。

医療者に聞いておきたいこと

- ☐ がんの病期（ステージ）
- ☐ リスク分類
- ☐ 病理検査の結果
- ☐ リンパ節やほかの部位への広がりの有無
- ☐ 治療の選択肢
- ☐ 各治療法の長所・短所（治療の効果、かかる期間、費用など）
- ☐ 治療に伴う合併症・副作用（長期間続くものや後から出現するものも含めて）
- ☐ 日常生活（食事、仕事、家事、育児、介護）への治療の影響
- ☐ 生殖機能への影響と対策
- ☐ 参加できる臨床試験
- ☐ 医療上の問題が起こったときの相談先
- ☐ 経済的な不安があるときの相談先
- ☐ 自分や家族が精神的サポートを受けたいときの相談先
- ☐ そのほか知っておくべきこと



自分に関して伝えておきたいこと

- ☐ 今の気持ち（不安や心配なことなど）
- ☐ 就いている仕事や今後就きたい仕事
- ☐ 今後、子どもをほしいかどうか
- ☐ 経済的な状況
- ☐ 治療の副作用の中で特に避けたいと感じるもの
- ☐ 副作用が強い場合に治療を継続するかどうか
- ☐ 自分の人生で大事にしていること
- ☐ 医療者以外で、自分の希望や意思を知っておいてほしい人はだれか、大事なことを相談できる人はだれか
- ☐ セカンドオピニオンの希望
- ☐ 治療が終わった後の主な生活の場所

患者と医療者が話し合いながら治療方針を決める シェアード・ディシジョン・メイキング

（協働意思決定：Shared Decision Making：SDM）

シェアード・ディシジョン・メイキング（協働意思決定）は、医療者と患者さんが情報を共有し、話し合いながら最適な治療方針を選択する重要なプロセスです。がん治療においては、特に複数の選択肢がある場合に、シェアード・ディシジョン・メイキングが重視されるようになってきています。

医療者は、治療の選択肢やその長所と

短所などの情報をわかりやすく患者さんに提供し、患者さんは、自分にとって大事なことや優先すべきことを医療者に伝え、相談しながら一緒に意思決定を行います。

上記の「医療者に聞いておきたいこと」「自分に関して伝えておきたいこと」の項目を参考に話し合い、あなた自身が納得できる治療方針を選択してください。



「前立腺がんです」といわれたあなたへ

「前立腺がんです」といわれて、
あなたはショックを受けているのではないのでしょうか。

気が動転してしまい、がんの告知を冷静に受け止められなかったり、
これからのことを何も考えられなくなっていたりするかもしれません。
この試練を乗り越えるとき、正確な情報が何よりも支えになります。

前立腺がんには、進行がきわめて遅く、治療を急ぐ必要のないものもあれば、
一方で、進行が速い前立腺がんも存在します。
自分のがんの病期やリスク分類を知るのが、病気と向き合う第一歩です。

治療にはいろいろな方法があり、それぞれに開発が進んでいます。
それらのうちどれを選ぶか、どのように組み合わせるか。
一人ひとりのがんのタイプや病状のほか、
価値観や人生観、生活スタイルなどさまざまな条件に合わせて、
最適な治療を選択することが大切になります。

そのお手伝いをするために、私たちはこの冊子をつくりました。
この冊子が医療スタッフとのコミュニケーションのきっかけになり、
あなたの“納得のいく治療”につながれば、とてもうれしく思います。



CONTENTS

前立腺がんとはどのような 病気 ですか	4
どのような 検査 が行われ、前立腺がんと診断されるのですか	5
前立腺がんの 病期 や 悪性度 について教えてください	7
前立腺がんではどのような 治療 が行われますか	9
どのような 手術 が行われますか	12
どのような 放射線療法 が行われますか	14
遠隔転移のない前立腺がんにはどのような 薬物療法 が行われますか	17
遠隔転移のある前立腺がんにはどのような 薬物療法 が行われますか	21
薬物療法の 副作用 について教えてください	24
治療や療養を支える多くの専門家がいます	27
Patient's Voice	6、13、18、20、23

前立腺がんとは どのような病気ですか

A. 精液の一部をつくる男性生殖器である「前立腺」に発生するがんです。近年急増しており、男性では罹患者数が最も多いがんです。

前立腺は男性生殖器の一部で、膀胱のすぐ下にある栗の实の形をした臓器です（図表1）。尿道を取り囲むように位置しており、ここで精液の一部が作られます。この前立腺に発生する悪性腫瘍が前立腺がんです（図表2）。

世界全体でみると、前立腺がんは男性のがんの13.5%を占めており、すべてのがんの中で2番目の多さです（2018年）。日本でも、近年患者数が急増しています。2010年には男性のがんの4位（全国がん罹患者数・罹患者率推計値）でしたが、2021年には1位（全国がん登録罹患者データ）になっています。

前立腺がんは加齢に伴って罹患者率が上昇し、70代後半から80代前半が発症のピークです。そのため、典型的な高齢者のがんといえます。しかし、最近は50代の患者が増え、まれに30代や40代での発症もみられます。

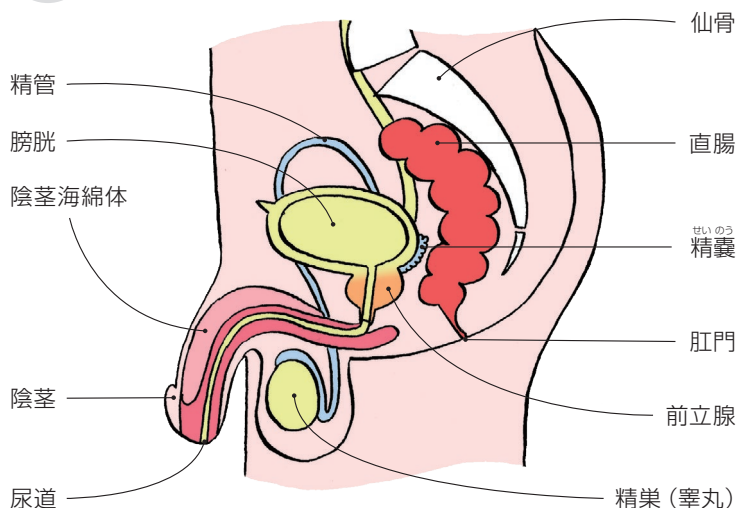
罹患者率上昇の原因としては高齢化の進行とともに食習慣の欧米化が挙げられます。特に若年患者の増加は食事との関連性が高いと考えられています。また、前立腺がんの発症、特に若年での発症には家族歴も関連します。

父親か兄弟の1人が前立腺がんである場合、罹患者率は2倍に、祖父やおじまで含めた近親者のうち2人が前立腺がん罹患者に罹患していれば、罹患者率は4倍になるといわれています。高いリスクを有する人は、若いときから検診を受けることが勧められています。

ほかの多くのがんと同じく、前立腺がんも早期には目立った症状はありません。そのため発見が遅れがちでしたが、簡単で精度の高いPSA（前立腺特異抗原）検査（p.5）が開発されてから、ごく早い段階で発見されるようになりました。早期に発見すれば、前立腺がんは根治が可能です。

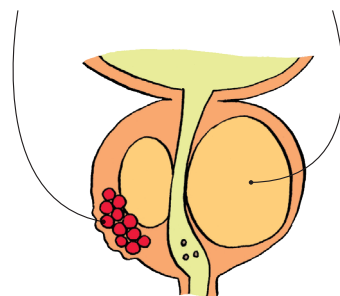
ただし、早期であっても尿が出にくい、排尿の回数が多いなどの症状が出ることもあります。また、進行すると、排尿の症状に加えて、血尿や排尿痛、骨への転移による腰痛などがみられることがあります。気になる症状がある場合には、早めに泌尿器科を受診することが大切です。

図表1 前立腺の位置



図表2 前立腺がんと
前立腺肥大症の違い

前立腺がんは 外側にできやすい
前立腺肥大は 内側から大きくなっていく



前立腺には内側にある内腺（中心領域・移行領域）と外側にある外腺（辺縁領域）があり、前立腺肥大症では主に内腺が大きくなり、尿の出にくさ（排尿困難）や頻尿などの症状が出てくる。一方、前立腺がんは外腺に発症することが多い。前立腺がんと前立腺肥大には直接の関係はない。

どのような検査が行われ、前立腺がんと診断されるのですか

A. PSA検査、直腸診、超音波検査、MRI検査で「がんの疑い」があれば確定診断を下すために前立腺生検を行います。

前立腺がんのスクリーニングには、PSA検査、直腸診、超音波検査、MRI検査が用いられます。

PSA検査はPSAと呼ばれる腫瘍マーカーの測定、直腸診は医師が肛門から指を入れて、直腸粘膜越しに前立腺の状態を触診する検査です。超音波検査（経直腸的前立腺超音波検査）では、超音波を発する器具（プローブ）を肛門から挿入し、前立腺の内部をモニター上に画像として描き出します。MRI検査では前立腺と骨盤内を同時にみます。

このうち、最も簡便なのはPSA検査です。この検査だけでがんの診断がつくわけではありませんが、「疑い」の有無をチェックできるため、最初のスクリーニング検査として最適とされています。採血だけで結果が出るので、自覚症状がない場合でも健康診断の一環のような感覚で受けやすく、住民検診ではこの方法が推奨されています。実際、PSA検査が普及したことで、前立腺がんの早期発見率は格段に上昇しました。

PSAの基準値は、「前立腺癌診療ガイドライン2023年版」では、全年齢において4.0ng/mL、50～64歳では3.0ng/mL、65～69歳では3.5ng/mL、70歳以上では4.0ng/mLがカットオフ値（陰性の上限值）とされています。

無症状の場合はまずPSA検査を行い、その値によって直腸診やMRI検査を行うのが一般的な検査の流れです（図表3）。超音波検査は、主に泌尿器科の専門病院などでPSA検査や直腸診で異常が見つかった場合に行われます。

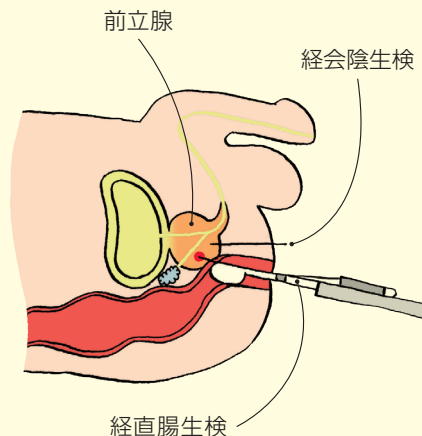
これらの検査で前立腺がんの疑いが強まった場合は、最終的な診断（確定診断）のために前立腺生検が行われます。前立腺の組織を

採取して、顕微鏡で詳しく調べる検査です。従来から行われていた超音波ガイド下針生検（下コラム）に加えて、放っておくと命にかかわるような悪い性質のがんを精度高く発見できるMRI標的の生検も行われています。

前立腺がんは1つの前立腺のなかで多発することが多く、しかも個々の悪性度（p.7）が異なるケースも珍しくありません。そこで、精密に検査するために10～16か所から組織を採取します（系統的生検）。

超音波ガイド下針生検

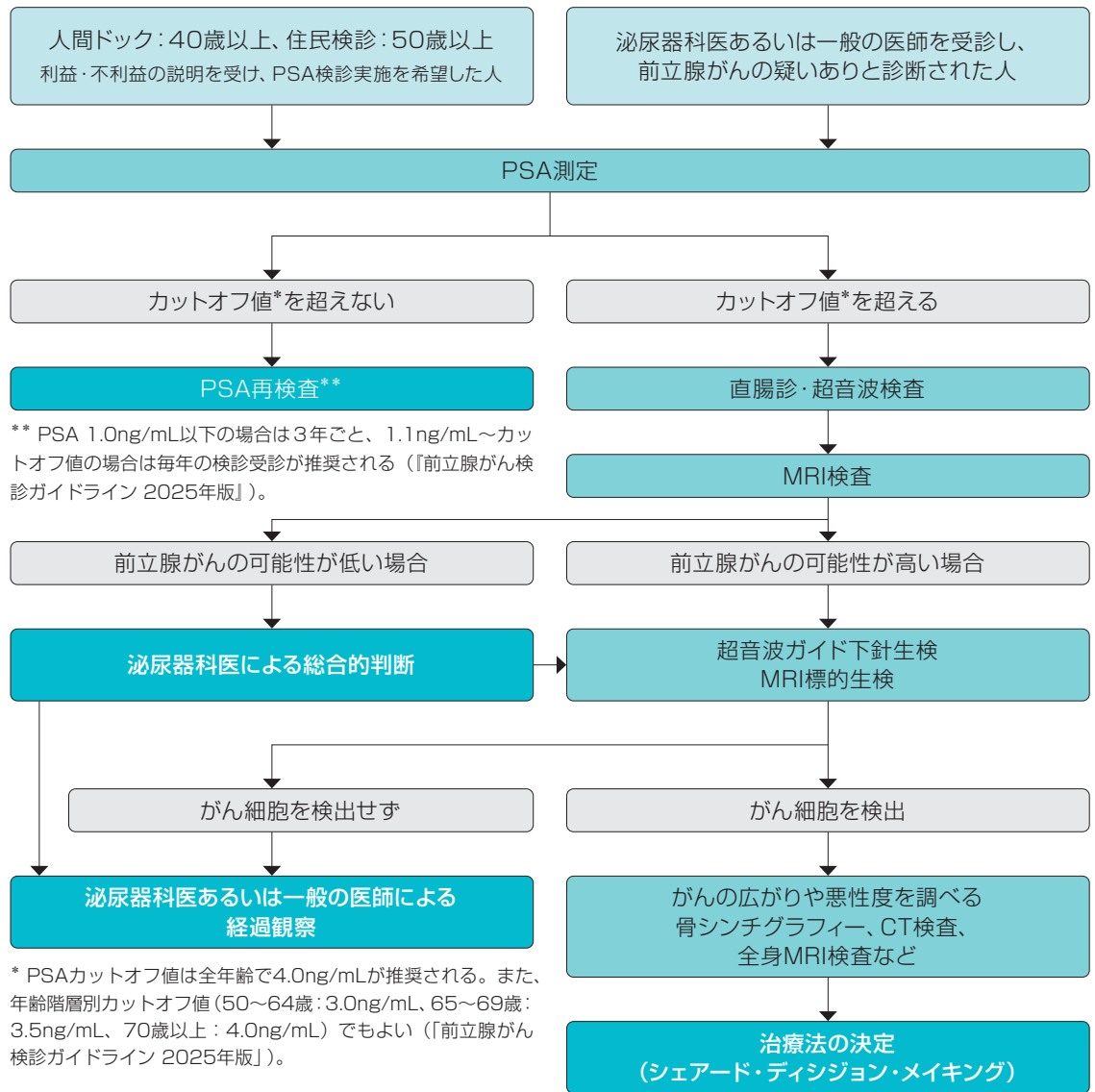
前立腺生検には、直腸壁越しに針を刺す経直腸生検と、会陰部から針を刺す経会陰生検の2通りの方法があります。がん検出率の違いはなく、病院によっては両者を併用しています。前立腺内部の超音波画像を確認しながら実施するので、安全・確実な組織採取が可能です。痛みがないように麻酔が用いられます。現在は、不必要な針生検を回避するための血液検査も開発されています（phi、S2,3PSA%）。



PSA検査とは？

PSAは、前立腺の細胞でつくられるタンパク分解酵素です。前立腺に異常があると、この酵素が血中にもれて、血清中PSA値が上昇します。前立腺肥大症や前立腺炎でも値が上昇するので、高値だからといって、必ずしも前立腺がんとは限りません。PSA値が基準値上限を超えた場合、値が高いほど、前立腺がんが強く疑われます。また、治療後に再発・転移の有無をチェックするときにも、まずこの検査が用いられます。

図表3 前立腺がんの標準的な診断の流れ



「前立腺癌診療ガイドライン 2023年版」日本泌尿器科学会編、メディカルレビュー社を参考に作成

Patient's Voice

1

家族のサポートで安心して病気に向き合えました

前立腺がんが見つかったのは72歳のとき。前立腺肥大症から腎不全になり、精密検査を受けたのがきっかけでした。PSA検査の数値は20ng/ml。前立腺生検の結果、がんと確定しました。

私はインターネットが使えず、病気についてまったくわからなかったのですが、娘が診察に同行し、詳しく調べて教えてくれたので、安心して治療を受けることができました。

治療法としては、腎不全のために留置した尿道のカテーテルを外したいという望みもかけて、前立腺の全摘除術を選択。結果、カテーテルを外せたうえ、病気になる前から行っていた中学生への野球の指導も続けられて、自分が選んだ治療に満足しています。

私は風邪さえひかない健康体だったので、自分の体を過信して、定年後は健康診断を受けていませんでした。いくつになっても定期検診は大切だと伝えたいです。（73歳・診断から2年目）

前立腺がんの画像検査

超音波検査：超音波を使って行う。体の表面に超音波プローブ（超音波の送受信をする器械）を当て、体内の臓器からはね返ってくる超音波を画像として映し出す。

CT（コンピュータ断層撮影）検査、MRI（磁気共鳴画像）検査：治療前にがんの有無や広がり、他の臓器への転移がないかを調べる、治療の効果を判定する、治療後の再発がないかを確認するなど、さまざまな目的で行われる。

骨シンチグラフィ：がんの病巣に集まる性質を持つ放射性物質を含む薬剤を血管内に投与した後、に撮影する。がんのある部位に薬剤が集まって黒く映し出されることで転移の部位がわかる。

前立腺がんの病期や悪性度について教えてください

A. 前立腺がんは、病期（がんがどこまで広がっているか）と悪性度（がんがどのくらい攻撃的な性質を持っているか）によって分類されます。どちらもがんの進行のしやすさ（リスク）を推測するための大切な情報です。

●病期は主にTNM分類で判断される

前立腺がんの病期は、TNM分類に基づいて判断されるのが一般的です（図表4）。T（tumor）は「がんが前立腺のなかにとどまっているか、それとも周囲の組織や臓器にまで広がっているか」、N（nodes）は「リンパ節転移があるかどうか」、M（metastasis）は「離れた組織や臓器への転移があるかどうか」を表します。例えば「T2 NO MO」なら、「がんは前立腺の中にとどまっており、リンパ節転移も遠隔転移もない」という意味です。

●悪性度の指標であるグリーンソスコア

治療方法を決めるときには、病期だけでなく、悪性度も非常に大切な情報です。

前立腺がんでは、悪性度の異なるがん細胞が存在することがあります（p.5）。悪性度を評価するための指標として、グリーンソン分類が知られています。この分類は、前立腺がんの組織は正常な組織に近いものから正常な組織からかけ離れたものまで存在することを踏まえたものです。実際の評価では、生検で採取した組織を顕微鏡で観察し、正常な組織に近いパターンを1点として、正常な組織からかけ離れるほど点数を増やして最大5点とします。面積が最も大きいがんの組織のパターン（点数）と2番目に大きいがんの組織のパターンを合計した点数をグリーンソスコアといい、最低2点、最高10点となります（図表5）。

このグリーンソスコアに基づき、前立腺がんは5つのグレードグループ（分類）に分けられ、1は悪性度が低く、おとなしいがん、5は悪性度が高く、進行の速いがんと判定します（図表6）。

また、前立腺がんは多様な経過をたどるた

図表4 TNM分類

T：原発巣	
T1	直腸診でがんが明らかにならず、前立腺肥大症や膀胱がんの手術時に偶然発見された場合
T1a	がんが前立腺肥大症などの手術で切除した組織の5%以下
T1b	がんが前立腺肥大症などの手術で切除した組織の5%超
T1c	針生検によってがんが確認される
T2	直腸診でがんが明らかで、前立腺の中にがんがとどまっている
T2a	がんが前立腺の左右どちらかの1/2までにとどまっている
T2b	前立腺の左右どちらかにだけ1/2を超えるがんがある
T2C	前立腺の左右両側にがんがある
T3	がんが前立腺を覆う被膜を超えて広がっている
T3a	前立腺の左右どちらか、あるいは両側の被膜の外、または膀胱の一部にがんが広がっている
T3b	がんが精嚢にまで及んでいる
T4	がんが前立腺に隣接する膀胱、直腸、骨盤壁などに及んでいる
N：所属リンパ節	
NX	評価できない
NO	所属リンパ節に転移していない
N1	所属リンパ節に転移している
M：遠隔転移	
MO	遠隔転移していない
M1	遠隔転移している
M1a	所属リンパ節以外のリンパ節転移
M1b	骨転移
M1c	リンパ節、骨以外の転移

「前立腺癌診療ガイドライン 2023年版」日本泌尿器科学会編、メディカルレビュー社を参考に作成

図表5 グリーソンスコア

前立腺がんの組織を正常組織との違いで5パターンに分け、面積が最も大きいがんの組織のパターン（点数）と2番目に大きいがんの組織のパターンを合計した点数。

	面積が最も大きいがんの組織のパターン	面積が2番目に大きいがんの組織のパターン	
正常な組織に近い	1	1	最低2 ～ 最高10
	2	2	
	3	3	
	4	4	
正常な組織からかけ離れる	5	5	

め、TNM分類、グリーソンスコア、PSA値などを組み合わせて再発の可能性や予後などを推測するリスク分類も何種類か考案され（図表7）、臨床の場で参考にされています。

●自分のがんの悪性度を知ることが第一歩

前立腺がんには、進行がとても緩やかで、生命に影響しないタイプも少なくありません。その証拠に、がん以外の原因で亡くなった高齢男性を詳しく調べると、70歳を超えた人

図表6 グリーソンスコアとグレードグループ分類

グリーソンスコア	グレードグループ分類	がんの悪性度
3+3=6以下	1	低い ↓ 高い
3+4=7	2	
4+3=7	3	
4+4=8、 3+5=8、 5+3=8	4	
4+5=9、 5+4=9、 5+5=10	5	

「前立腺癌診療ガイドライン 2023年版」
日本泌尿器科学会編、メディカルレビュー社を参考に作成

の20～30%、80歳を超えた人の30～40%で本人も気づかなかった「隠れたがん（ラテンがん）」が見つかるといわれています。これらの多くは、おとなしい性質の前立腺がんです。

ただし、中には進行が速く、早めの治療が必要なものもあります。だからこそ、自分のがんの悪性度をよく知り、担当医と一緒に納得できる治療法を選んでいくことが大切です。

図表7 前立腺の中にとどまっているがんのリスク分類

超低リスク	T1c かつ GG*1 かつ PSA<10ng/mL かつ 前立腺生検での陽性の本数**が3未満、各検体のがん組織の占拠率が50%以下 かつ 前立腺1gあたりのPSA<0.15ng/mL/g		
低リスク	T1～T2a かつ GG1 かつ PSA<10ng/mL		
中間リスク	以下のすべてに該当： ●高リスクの特徴がない ●超高リスクの特徴がない ●以下の中間リスクの危険因子が1つ以上ある ・T2b～T2c ・GG2または3 ・PSA 10～20ng/mL	予後良好な中間リスク	・中間リスクの危険因子が1つ かつ ・GG1または2 かつ ・生検の陽性の本数が50%未満
		予後不良な中間リスク	・中間リスクの危険因子が2つ または 3つ または ・GG3 または ・生検の陽性の本数が50%以上
高リスク	T3a または GG4または5 または PSA>20ng/mL		
超高リスク	T3b～4 または 第1グリーソンパターンが5 または 5本以上の検体でGG4または5		

* GG：グレードグループ（分類）

** 前立腺生検では、精密に調べるために通常10～16か所から組織を採取する。このとき、針で採取した1本1本の細い組織を「検体」と数える。そのうち、がんが見つかった検体の本数を「陽性の本数」とする。ただし、超音波検査やMRI検査、直腸診でがんが疑われた同じ場所を複数回採取し、いずれもがんが見つかった場合でも、それらは1か所のがんとして数える。

「前立腺癌診療ガイドライン 2023年版」日本泌尿器科学会編、メディカルレビュー社を参考に作成

前立腺がんではどのような治療が行われますか

A. 手術療法・放射線療法・薬物療法（ホルモン療法）のほかに、特別な治療をせずに経過をみる監視療法もあります。

●根治が可能と判断された場合は、主に手術療法か放射線療法が行われる

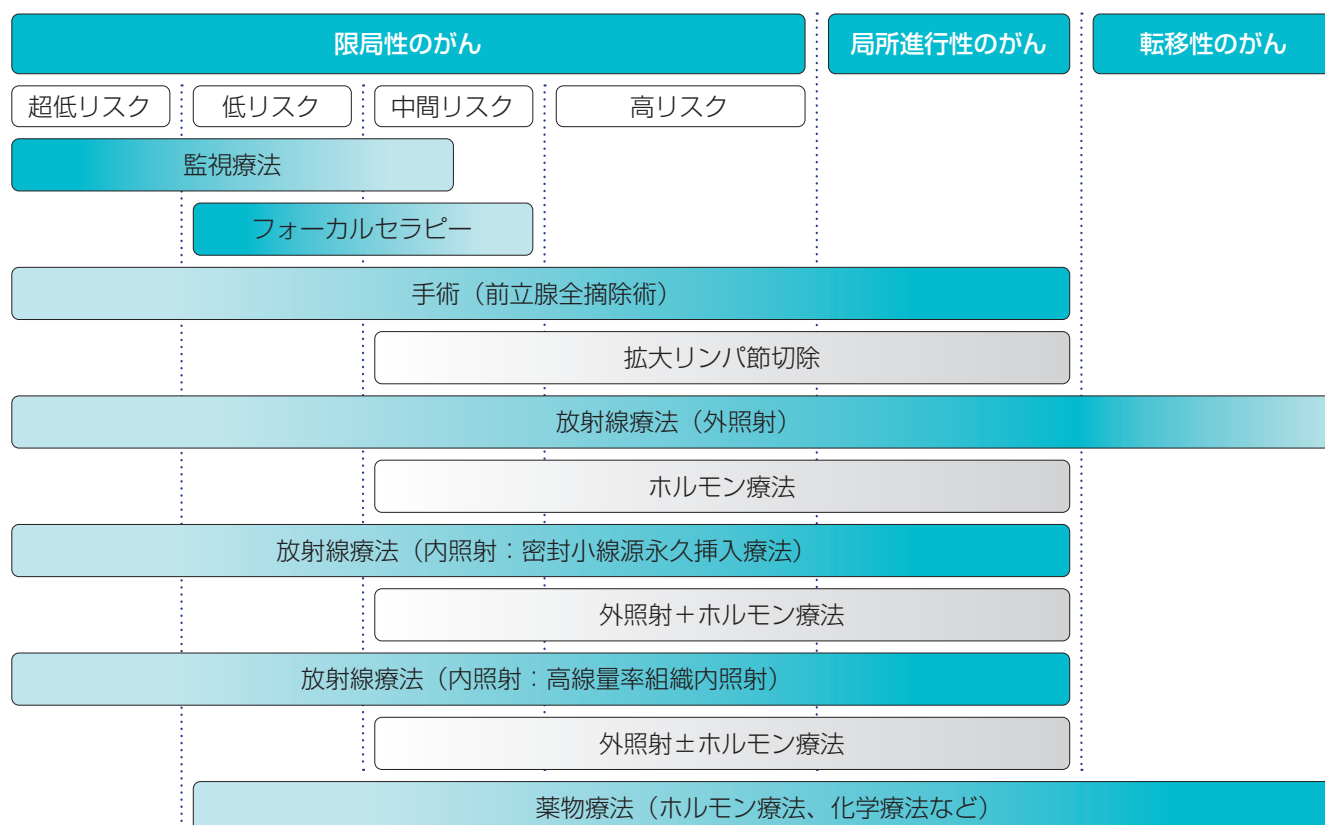
前立腺がんの治療方法は、前述のTNM分類、グリーソンスコア、PSA値、リスク分類のほか、年齢や合併症、年齢から推測される平均的な余命（この先、何年くらい生きられるかという予測）、病気に対する患者さんの考えなどを考慮して、慎重に選択しなければなりません。

手術療法（前立腺全摘除術）と放射線療法は、根治を目的とする治療法です。がんが前立腺の中にとどまっている場合は、この2つの方法が最も推奨されます（図表8）。

低リスクのがん（p.8、図表7）、具体的にはPSA値10ng/mL以下、グレードグループ分類1、すなわちグリーソンスコアが6以下で、TNM分類がT2a（がんが前立腺の左右どちらかの1/2までにとどまっている）までであれば、監視療法（待機療法）も選択肢の1つです。これは、特別な治療を行わず、PSA検査、直腸診、生検を定期的の実施しながら、経過を見守るというものです。

特にT1a（がんが前立腺肥大症などの手術で切除した組織の5%以下）では、監視療法が強く推奨されます。PSA検査が普及して、ごく早期のがんが見つかる例が増えたため、

図表8 前立腺がんの診断後に最初に行う治療



■ 適応あり > ■ 境界域 > □ 適応なし ■ 適応あり > ■ 境界域 > □ 適応なし

「前立腺癌診療ガイドライン 2023年版」日本泌尿器科学会編、メディカルレビュー社などを参考に作成

結果として監視療法の対象となる患者さんが多くなっているのが現状です。

なお、早期の前立腺がんでは、前立腺を温存するフォーカルセラピーを行う場合があります（下コラム）。

●局所進行性のがんは状態に応じて治療を選択

がんが前立腺の被膜を超えてリンパ節や精

囊、膀胱、直腸、骨盤壁などに広がっているものの、前立腺から離れたリンパ節や臓器、骨などへの遠隔転移は認められない「局所進行性がん」では、がんの広がりやの程度に応じて、手術、放射線療法、薬物療法を組み合わせた治療が行われます。

前立腺がんは、精巣や副腎から分泌される男性ホルモン（アンドロゲン）の作用で病気が進行する性質があります。したがって薬物療法では、男性ホルモンの分泌や働きを抑制する薬を投与するホルモン療法が中心となります（図表8）。

ホルモン療法は、主に遠隔転移した前立腺がんに対して行われます。ただし、遠隔転移がない場合でも、年齢や体力などを考慮して手術や放射線療法による体への負担を避けたときには、初回治療としてホルモン療法が選択されることがあります。また、手術や放射線療法を行った後にPSA値が再び上昇してきた場合にも、ホルモン療法が行われます。

●遠隔転移がある場合は、ホルモン療法が中心となる

がんが遠隔転移している場合には、前述のようにホルモン療法が主体となります。

骨転移で痛みがある場合などには、緩和的に放射線治療が行われます。また、オリゴ転移（転移の数が少ない場合）には、遠隔転移があっても治癒を目指した放射線治療が行われることがあります。

臨床試験とは？

新しい薬や治療法の人間に対する有効性や安全性について調べるために行われるのが「臨床試験」です。現在、使われている薬や標準治療は、国内外で臨床試験を重ねることで開発され、確立されたものです。

臨床試験には、数人を対象に適切な投与量を決める「第Ⅰ相試験」、数十人を対象に効果と安全性をみる「第Ⅱ相試験」、数百人を対象にすでに承認されている薬と新薬の候補、あるいは、標準治療と新治療の候補を比較して効果と安全性をみる「第Ⅲ相試験」の3段階があります。臨床試験は医療の発展に不可欠であり、試験への参加は将来の患者さんを助けることになります。ある程度よいとわかっている薬や治療法が早く使える利点がある場合もありますが、予期せぬ副作用が出るリスクもあります。臨床試験への参加を依頼されたときには、試験の段階、目的と方法、利点やリスクをよく確認することが大切です。

今後が期待されるフォーカルセラピー

がんが前立腺の中にとどまっただけで、再発のリスクが低いケースでは、フォーカルセラピー（前立腺をすべて治療するのではなく、がんがある部分だけを狙って行う局所療法）が行われることがあります。

これはできる限り正常な組織を温存して、がんを治療することを目指しており、経過を見守る監視療法と前立腺全摘除術や放射線療法のような根治を目指す治療との中間的な治療です。

この治療には、高密度焦点式超音波

療法（HIFU）、凍結療法、マイクロ波焼灼・凝固療法、放射線の組織内照射（密封小線源治療、p.14）、定位放射線治療（p.14）などが含まれます。現時点で保険適応されているものもありますが、先進医療や自由診療で行われるものもあります。

高密度焦点式超音波療法は、体内で焦点を定めて高密度に超音波を照射することで、がん細胞を熱と衝撃で破壊する方法です。

凍結療法では、がんの部分に特殊な針を刺し、アルゴンガスや液体窒素を注入してがん細胞を凍結させます。その凍結が解けたときに再び凍結を行い、

がん細胞を徐々に壊死させる方法です。

マイクロ波焼灼・凝固療法は、がんの部分に電極を刺し、電子レンジと同じ波長のマイクロ波を通電させ、がん細胞を熱で破壊する方法です。

現在のところ、高密度焦点式超音波療法とマイクロ波焼灼・凝固療法は先進医療として行われ、凍結療法は医師主導治験で検討中です。治療に関するデータの蓄積が十分ではないため、限られた場合に実施されます。

フォーカルセラピーの選択にあたっては、医師とよく話し合い、協働意思決定（シェアード・ディシジョン・メイキング、p.2）することが重要です。

排尿日誌（尿の記録）で 症状の変化を把握

前立腺がんの治療では、排尿に関する症状が治療後に変わることがあります。治療前後の尿の出方、回数、もれの有無などを記録することで、症状の変化を医療者と一緒に正しく把握しやすくなります。この記録を「排尿日誌」といいます。

日誌の記載が推奨されるのは、前立腺がんの手術や放射線療法、あるいはがん自体が原因で、尿の出方や回数が気になる患者さんです。目的は、日々の排尿パターンや困っている症状を具体的に把握して、治療後の回復や改善の過程を確認すること、そして医療者との相談に役立てることです。

日誌には、1日の排尿回数、尿量、夜間のトイレ回数、尿もれや切れの悪さ、尿意切迫感などを毎日簡単に書き留めます。水分摂取量や日中の活動も併せて記録すると、生活習慣と症状の関連がわかりやすくなります。日本排尿機能学会のホームページに「排尿日誌」のサンプルが掲載されています。

この日誌は、自分の体の変化を知る大切なツールです。小さな変化も見逃さず、気になることは担当医や看護師に相談しながら前向きに歩んでいきましょう。

●日本排尿機能学会「排尿日誌」



治療中のリハビリテーションは 早い回復につながる

前立腺がんの治療中や治療後には、体力低下や筋力低下、日常生活動作のしづらさなどが生じることがあります。こうした変化は、治療そのものや、治療中の活動量の低下が影響しています。そのため、リハビリテーションを勧められることがあります。

目的は、体の機能を保ち、回復を促すこと、治療によるつらさを和らげて自分らしい生活続けることです。がんと診断されたどの時期からでも、症状に合わせて受けることができ、早い段階から始めることで、合併症や後遺症の予防にもつながります。

実際には、尿もれに対する骨盤底筋体操、日常生活動作の改善、呼吸やバランスの訓練などが行われます。理学療法士や作業療法士などに相談し、無理なく行うことが大切です。

性生活の悩みは 抱え込まずに相談を

前立腺がんの治療によって、性機能に変わることがあります。例えば、勃起しにくくなった、射精の感覚が変わった、性欲が低下したといったことです。特に神経を温存できない手術を受けた場合やホルモン療法を行っている場合に、変化を感じやすい傾向がみられます。

治療後の性機能の変化は個人差が大きく、回復の程度や時間も人それぞれです。必要であれば、医療者と相談して勃起不全治療薬などの使用を検討することもできます。パートナーとのコミュニケーションを大切に、自分の体の変化を受け止めつつ、前向きに治療に臨みましょう。

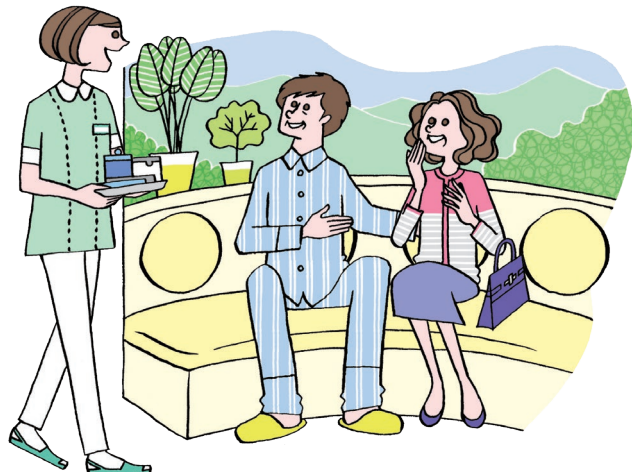
むくみ（浮腫）には 早めに対策をとる

前立腺がんの手術を受けると、足や陰部の周りにむくみ（浮腫）が生じることがあります。これは、リンパ液の流れが滞って皮膚の下に体液がたまった状態で、治療直後だけでなく何年も経ってから出ることもあります。

対策が必要なのは、治療後にむくみや重だるさを感じる場合です。

むくみが出ている部位を適切に圧迫する「圧迫療法」（弾性着衣や弾性包帯の装着）、専門の医療者が手で行うリンパマッサージ、圧迫した状態での軽い運動療法などの対策があります。これらは医師の指示のもとで行うことが大切です。また、皮膚を傷つけないように注意し、痛みや赤み、強いむくみが出たときは早めに相談しましょう。

むくみは、一度生じると完全に消すのが難しい場合があるため、早めの対処と日々のケアで軽減することが重要です。困ったときは遠慮せず、担当の医療者に相談しましょう。



どのような手術が行われますか

A. 前立腺がんの手術では、前立腺や精囊^{せいのおう}などを切除するのが基本です。

必要に応じて、周囲のリンパ節も切除します。

現在は手術支援ロボットを用いる腹腔鏡手術（ロボット支援手術）が標準です。

●前立腺をすべて摘出するのが基本

前立腺がんの手術は、ほかの多くのがんとは異なり、部分切除という選択肢はなく、前立腺をすべて摘出する前立腺全摘除術が基本です。

前立腺がんは前立腺の中で多発する性質があり、全摘しなければ微小ながん細胞を取り残す可能性が高いことが最も大きな理由です。ほかにも、前立腺は小さな臓器で部分切除が困難であること、全摘しても生命に直接関わらないことが理由として挙げられます。

前立腺を精囊や精管など周囲の組織ごと摘出するだけでなく、通常は転移しやすい周囲のリンパ節も切除します（リンパ節郭清）。前立腺摘出後に、排尿路を確保するために膀胱と尿道をつなぎ直します（図表9）。

根治を目的とする手術が行われるのは、がんが前立腺の中にとどまっている場合、または前立腺の外に広がり始めたものの遠隔転移はない場合（TNM分類のT1c～T3、p.7、図表4）です。特に、被膜を超えて広がっている場合（T3）では、リンパ節転移や遠隔

転移がないことを確認したうえで手術が選択されることがあり、必要に応じて放射線療法や薬物療法を組み合わせます。

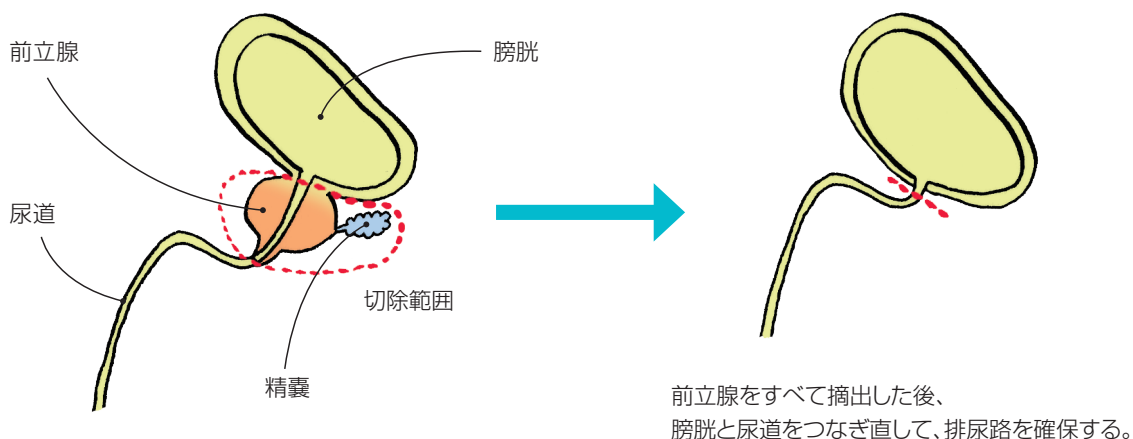
●より体への負担が少ない術式へ

前立腺全摘除術には、開腹手術、腹腔鏡手術、手術支援ロボットを用いる腹腔鏡手術（ロボット支援手術）があります（図表10）。これらは、がんを確実に取り除くという目的は同じですが、体への負担や術後の回復のしやすさに違いがあります。

開腹手術では、おへその下の皮膚を切開してお腹側から前立腺に到達します。視野が広く、リンパ節郭清を行いやすい利点がありますが、前立腺は体の深い位置にあるため切開部が大きくなり、出血や術後の痛みが生じやすいという欠点があります。

一方、腹腔鏡手術やロボット支援手術では、腹部に数か所の小さな穴を開け、そこから内視鏡や手術器具を挿入して、拡大された映像を見ながら手術を行うため、より繊細な操作が可能となり、体への負担が少ないのが特徴です。

図表9 前立腺全摘除術



●ロボット支援手術が標準

日本では、2012年に前立腺全摘除術に対してロボット支援手術が保険適用となって以降、多くの医療機関で実施されるようになりました。現在では、ロボット支援手術が標準的な手術法で、開腹手術はほぼ行われていません。

近年は、ロボット支援手術の低侵襲性が評価され、高齢の患者さんや体力に不安のある患者さんでも手術を選択できるケースが増えています。これは、ロボット支援手術が従来の手術に比べて出血が少なく、術後の回復が比較的早いからです。ただし、ロボット支援手術の対象になるかどうかは、それぞれの患者さんごとに手術のメリットとリスクを総合的に判断したうえで決定されます。

ロボット支援手術では、腹部に開けた5～6か所の穴からカメラやロボット・アームを

挿入し、医師が操作装置を用いて手術を行います。内視鏡画面は三次元表示で、従来の腹腔鏡手術よりも立体的かつ精密に患部を確認できます。また、ロボット・アームにより手術器具を細かく安定して動かすことができ、より安全で精度の高い手術が可能となります。

前立腺全摘除術では、尿失禁や勃起機能への影響などの合併症が起こる可能性がありますが、ロボット支援手術では、神経や周囲組織をできるだけ温存し、これらの合併症を軽減する工夫が行われています。なお、精液をつくる臓器を摘出し、精管も切断するため、射精はできなくなりますが、勃起に関わる神経を温存できた場合には、射精感が残ることがあります。ただし、手術時に勃起神経を肉眼的に温存できても、勃起しない例は多く認められます。

図表10 前立腺全摘除術の手術法の特徴

手術法	ロボット支援腹腔鏡手術	腹腔鏡手術	開腹手術
手術時間の目安	2～4時間	3～6時間	3～5時間
入院日数の目安	7日間	7日間	14日間
出血する量	極めて少ない	少ない	多い
合併症	少ない	中程度	多い
技術の難しさ	腹腔鏡手術よりは 難しくない	難しい	腹腔鏡手術よりは 難しくない

Patient's Voice

複数の医師の意見を聞いて、治療方針を決めました

2

排尿時の尿の勢いのなさと頻尿が気になり泌尿器科へ。検査の結果、PSA値は147ng/ml、グリーンスコアは9、がんが前立腺の被膜を超えていて、手術は困難と診断されました。

納得できずに受けたセカンドオピニオンでは、5年生存率は2割といわれました。途方に暮れながらも、連日インターネットで情報を集め、泌尿器科医と放射線科医による「前立腺がん専門外来」を見つけて受診すると、ホルモン療法+放射線療法（IMRT）なら根治率50%といわれ、その違いに驚きましたが、結局、そこで治療を受けることにしました。

前立腺がん治療にセカンドオピニオンは必須。放射線科医にも意見を聞くほうがよいでしょう。医師への遠慮は無用です。

私は7年目にPSA値が再発ラインを超え、現在はまた投薬治療を受けています。気に病むような副作用はなく、健康な人と変わらない日常を送っています。（65歳・診断から9年目）



どのような放射線療法が行われますか

A. 根治を目指す場合、放射線療法を単独あるいはホルモン療法と併用で行います。骨転移に対しては、がんの進行を抑えるために体内から放射線を当てるRI内用療法、痛みを緩和するために体の外から放射線を照射する方法もあります。

<放射線照射の種類>

前立腺がんの放射線療法には、体の外から放射線を当てる「外照射」（外部照射）と、体の中から放射線を当てる「内照射」（内部照射）があります（図表11）。

外照射では、専用の装置を使って放射線を発生させ、体の外からがんに向けて照射します。一般に、高い電圧で加速した電子を金属にぶつけて発生させるX線（電磁波）が用いられますが、施設によっては陽子線や重粒子線などの粒子線が使われることもあります。

内照射には、放射線を出す放射性同位元素（ラジオアイソトープ：RI）を小さなカートリッジに封入した小線源を前立腺内に留置する小線源療法と、RIを注射などで体内に投与し、体の中から放射線を当てるRI内用療法があります。

●外照射

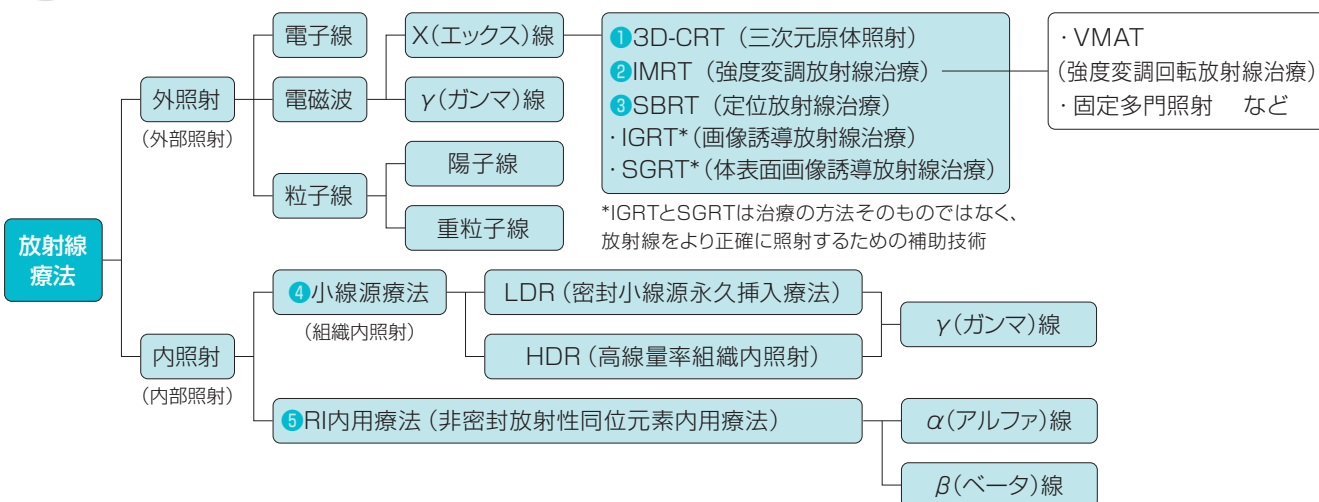
X線を用いる外照射には、①治療範囲をコンピュータで前立腺の形に合わせて照射する三次元原体照射（3D-CRT）、②①の進化

形で、各照射方向の放射線の強度を変え、総和としての線量分布を最適化して必要な箇所に強い放射線を当てる強度変調放射線治療（IMRT）（図表12）、③高い精度、少ない回数で多方向からがんに集中的に放射線を照射する定位放射線治療（SBRT）があります。

最近の主流はIMRTで、回転式のVMAT（強度変調回転放射線治療）や固定多門照射などの方法があります。そのほかに、陽子線、重粒子線などの粒子線を使う治療法があります。

また、②IMRTや③SBRTなどでは、治療前や治療中に撮影した画像をもとに、毎回、前立腺の位置を補正して正確に放射線を当てる画像誘導放射線治療（IGRT）が補助技術として用いられます。MRI画像によって、リアルタイムに前立腺の位置を捉える装置（MRリニアック）も開発されています。また、近年は、体の表面を専用のカメラで立体的に捉え、治療中の体の動きや姿勢の変化をリアルタイムで見守る体表面画像誘導放射線治療（SGRT）が用いられることもあります。

図表11 前立腺がんに応用される主な放射線療法



●内照射

1つは、④放射線を出す小線源を前立腺内に挿入して内部から放射線を照射する小線源療法です（図表12）。小線源療法には、低線量率の線源を永久留置する密封小線源永久挿入療法（LDR）と、精嚢にも十分な線量を照射できる線源を一時的に留置する高線量率組織内照射（HDR）があります。ただし、近年では外照射の急速な進歩と普及などにより、小線源療法の実施はやや減少傾向です。

もう1つは、⑤RI内用療法です（図表14）。

α （アルファ）線によるRI内用療法は、前立腺がんの骨転移に対して行うもので、骨に集積しやすい性質のRIを含む薬を注射し、体内から放射線を当てる治療法です。

β （ベータ）線によるRI内用療法では、がん細胞に結合する物質（リガンド）とRIが結合した薬を注射します。このリガンドが前立腺がん細胞の表面に多く存在するPSMA（前立腺特異的膜抗原）というタンパク質に結合すると薬はがん細胞の内部に取り込まれ、そこで放射線を出してがん細胞を内部から攻撃します。骨転移薬だけでなく、PSMAが存在する全身のがん細胞を標的とする治療です。

<根治を目指す放射線療法>

前立腺がんの放射線療法の目的の1つは「根治」です。主な対象は、前立腺の中にとどまっているがん、または前立腺を超えて広がっているものの遠隔転移のないがんです。

●治療の種類と対象

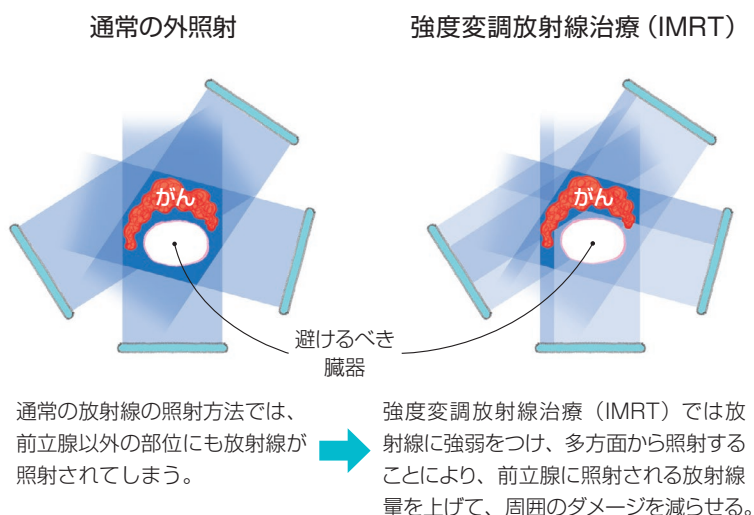
前立腺の中にとどまっているがんでは、低リスクの場合、外照射または小線源療法（主にLDR）が単独で行われます。中間リスクや高リスクの場合は外照射、小線源療法、さらにホルモン療法を組み合わせた治療が行われることもあります。前立腺を超えて広がっているがんではホルモン療法を併用します（p.9、図表8）。なお、手術後にPSA値だけが上昇した場合は、根治を目指して救済放射線療法が行われることもあります。

●放射線療法の効果と副作用

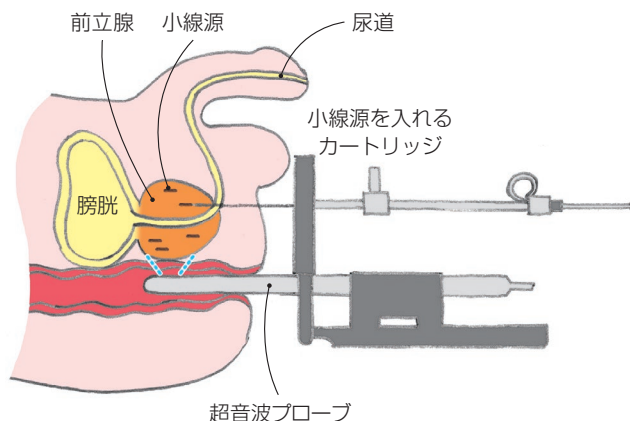
放射線療法は、前立腺の中にとどまっているがんでは手術と同等の効果が期待でき、臓器の摘出や神経の切断をしないため、性機能

図表12

外照射の一種の強度変調放射線治療（IMRT）と内照射の一種の密封小線源永久挿入療法（LDR）



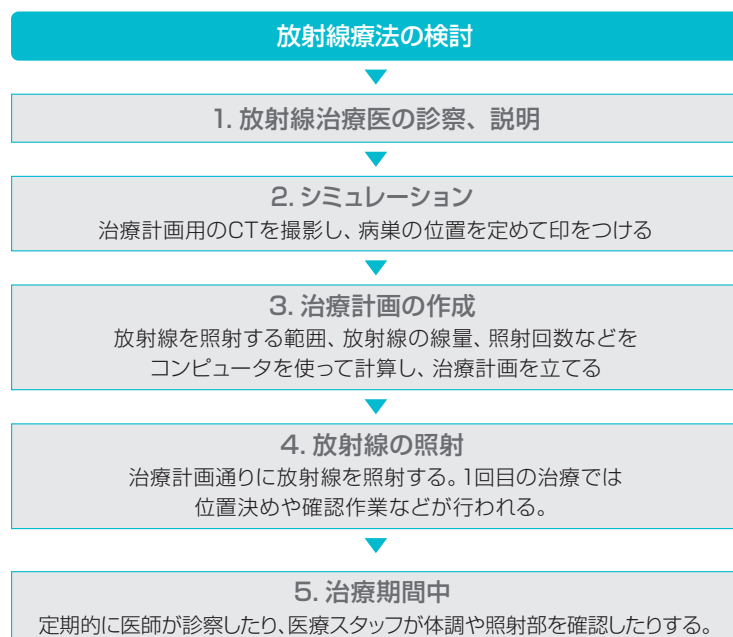
密封小線源永久挿入療法（LDR）



直腸に入れた超音波プローブから出る超音波による画像で前立腺の位置を確認しながら、会陰部からカートリッジに密封された数mmの小線源を複数挿入する。

図表13

放射線療法（外照射）の診療の流れ



国立がん研究センター がん情報サービスなどを参考に作成

障害や尿失禁などの合併症が比較的少ないのがメリットです（長期的には性機能障害が起こることがあります）。

副作用として、外照射では照射3か月以内に頻尿や排尿・排便時の痛みが、以降の時期に血尿・血便などがみられることがあります。小線源療法の副作用は外照射とほぼ同じですが、程度や発現時期が異なります。

●治療の流れと選択

担当医から放射線療法を勧められて詳細を知りたいとき、あるいは実施を決めた段階で、放射線治療医へ紹介されます（図表13）。

外照射は通常約2か月間通院しますが、近年は1回の線量を上げて照射回数を減らす寡分割照射やSBRTも普及しています。小線源療法は麻酔下で行い、短期入院が必要です。

治療法の選択にあたっては担当医とよく相談し、自分に合う方法を検討することが大切です。

<骨転移がある場合の放射線療法>

前立腺がんは進行すると骨に転移しやすく、がんの進行を抑える治療とともに、症状を和らげる治療が行われます。

●骨転移の特徴と症状

骨転移は、ホルモン療法を行ったにもかかわらず、

がんが進行しているホルモン療法抵抗性前立腺がん（p.17）の患者さんの8割以上で認められ、脊椎、肋骨、骨盤、大腿骨などに多くみられます。主な症状として、痛み、手足のしびれ・麻痺（脊髄圧迫）、日常動作程度での骨折（病的骨折）、高カルシウム血症（吐き気、倦怠感、多尿など）が生じます。

●骨転移の検査

骨転移の有無や広がり、骨シンチグラフィ、CT、MRIなどの画像検査で確認し、骨の代謝に関わる血液検査値を参考にすることもあります（p.17、図表15）。

●骨転移の治療

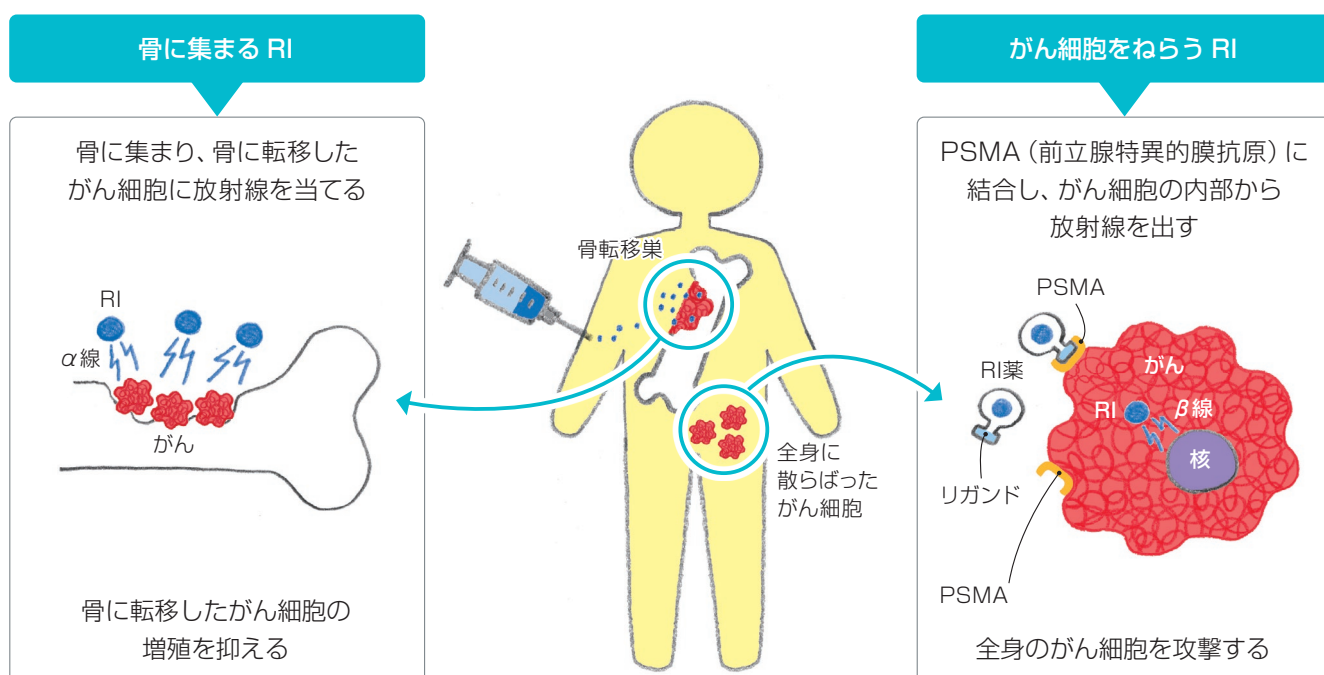
骨転移の治療には、「がんの進行を抑える治療」と「症状を和らげ、骨を守り、骨折を防ぐ治療」があります。

前者はα線によるRI内用療法で、骨に転移したがん細胞の増殖を抑えます（図表14）。

後者には①骨折の予防・治療のための整形外科的な手術、②痛み、しびれ、麻痺（脊髄圧迫）、病的骨折の予防のための外照射、③骨の破壊を抑える骨修飾薬、④痛みを和らげる薬による治療があります。

骨転移とその治療についてはp.22も参考にしてください。

図表14 がんの進行を抑える放射性同位元素（ラジオアイソトープ：RI）内用療法



遠隔転移のない前立腺がんには どのような薬物療法が行われますか

A. 遠隔転移のない前立腺がんで、根治が可能と判断された場合は、手術や放射線療法を行い、再発した場合は薬物療法を追加します。

高齢や持病により手術や放射線療法が適さない場合は薬物療法を行います。

根治を目指して手術や放射線療法を行っても、画像では確認できないほど小さながん細胞が残っていることがあります。それが時間の経過とともに増えてくる状態を「再発」といいます。再発した場合には、薬物療法を行います。

初発時あるいは再発時に薬物療法を行ったにもかかわらず、PSA値の上昇や画像診断でがんが大きくなっているような状態が「再燃」です。再燃時には、男性ホルモンが極めて少ない状態であっても、がんが増殖する性質を獲得しています。

がんが前立腺から離れたリンパ節、臓器、骨で見つかる状態が「遠隔転移」です。遠隔転移は、初発時に見つかる場合と、手術や放射線療法が終わった後に見つかる場合（再発）、あるいは薬物療法が終わった後に見つかる場合（再燃）があります。

●遠隔転移の有無と

ホルモン療法の効き具合で治療が異なる

前立腺がんは、「遠隔転移の有無」と「ホルモン療法の効果の有無（男性ホルモンが極めて少ない状態に保たれ、がんが落ち着いているホルモン療法感受性か、ホルモン療法を行っているにもかかわらず、がんが増殖するホルモン療法抵抗性か）」の2つのポイントによって治療が異なります（図表16）。自分のがんの状態を把握しておくことが大切です。

【①遠隔転移のないホルモン療法感受性前立腺がん】

遠隔転移は確認されず、男性ホルモンが極めて少ない状態にすることでがんの抑制が期待できます。手術や放射線療法後に再発した場合でも同様の状態であれば①に含まれます。

【②遠隔転移のないホルモン療法抵抗性前立

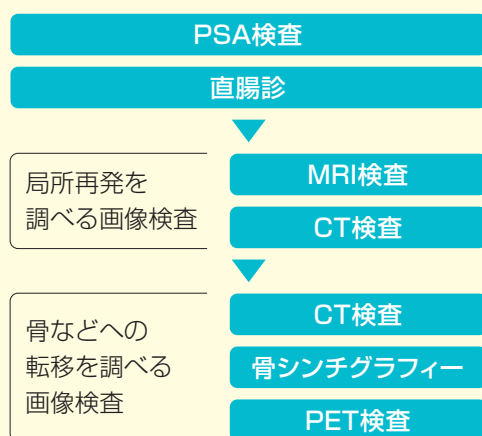
PSA検査は治療後も継続する

初発時の治療のフォローアップとして、また、再発や再燃、遠隔転移を早期に発見するために、図表15のような検査が必要に応じて行われます。

中でも重要視されるのがPSA値です。再発の兆候は、まずPSA値の上昇として現れるからです（PSA再発＝生化学的再発）。

手術後2～4週間ごとにPSA値を測定し、術後1か月以上経って0.2ng/mLを上回った場合、またはその後の測定で2回連続して0.2ng/mLを上回った場合には再発とみなされます。放射線療法による根治治療を行った場合は、照射後にPSA値が2ng/mL以上上がった場合に再発を疑います。ただし、放射線療法後は一時的にPSA値が上昇することが知られており、何回かの測定が行われます。ホルモン療法後の再燃の目安は最低値から25%以上かつ2ng/mL以上上昇した場合です。直腸診やMRI検査、CT検査で腫瘍が確認された場合（臨床的再発）は、かなり進行していると考えられます。

図表15 再発や転移について調べる
ために行われる検査



腺がん】

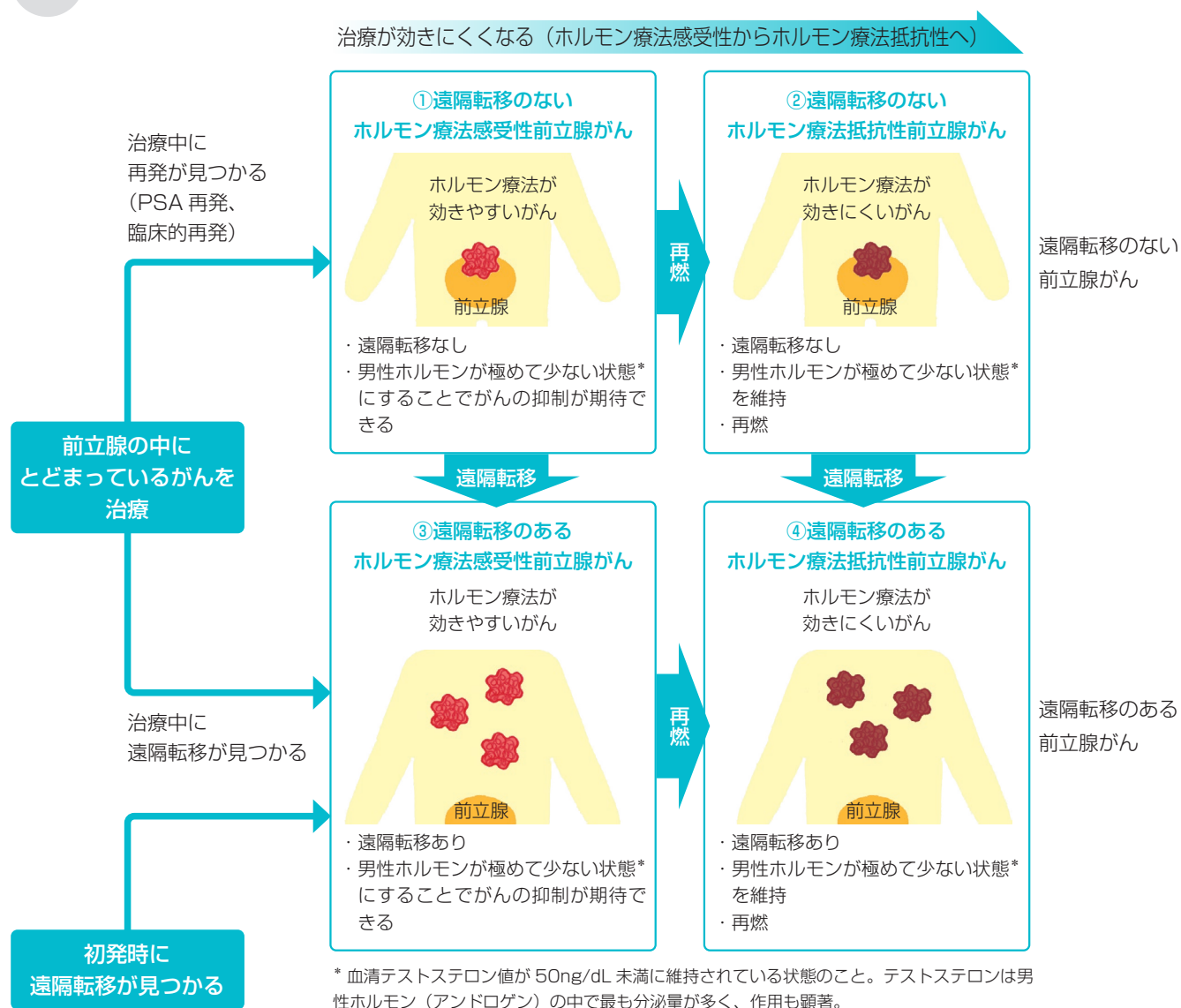
男性ホルモンが極めて少ない状態を維持しているにもかかわらず、再燃が確認されます

が、遠隔転移は確認されていない状態です。すでに何らかの治療を行っている中で、がんがホルモン療法抵抗性を獲得し始めたといえます。遠隔転移のないホルモン療法感受性前立腺がんに対してホルモン療法を行った後にPSA値が再上昇した場合が典型例です。

【③遠隔転移のあるホルモン療法感受性前立腺がん】

遠隔転移はありますが、男性ホルモンが極めて少ない状態にすることでがんの抑制が期待できます。初発時から遠隔転移がある場合、手術や放射線療法後に遠隔転移が確認された

図表16 前立腺がんの状態（遠隔転移の有無とホルモン療法の効果による分類）



Patient's Voice

尿もれは1か月半、性機能障害は半年から1年で回復しました

人間ドックがきっかけで、41歳のときに前立腺がんが見つかりました。この若さでと驚きましたが、父も前立腺がん、ある程度知識があり、少しは冷静に対応できました。

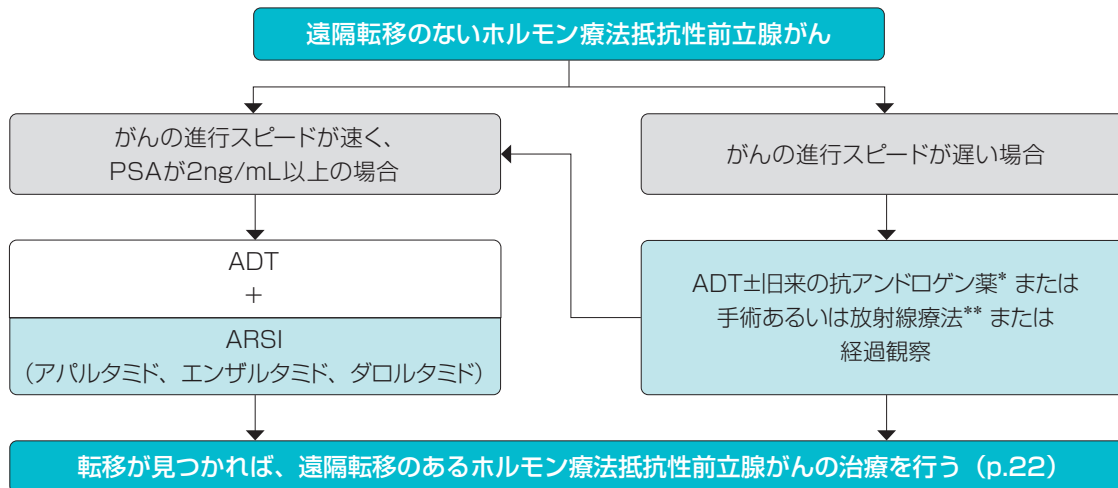
小学生の娘には詳しく話していませんでしたが、妻には前立腺がんの本を渡して読んでもらいました。病気について共通理解を図ったので、妻が不安を抱えたまま一人取り残されずにすんだのではないかと思います。

年齢や再発時の治療を考慮して、全摘除術（勃起神経温

存）を選択。手術の後遺症で尿失禁や性機能障害があるとの担当医からの説明を妻と一緒に受けました。

職場には術後1か月ほどで復帰しました。しばらくは尿もれパッドを付けていましたが、サポートタイプの下着でパッドがずれず、膨らまないように工夫したので、心配することなくスーツを着て仕事ことができました。不安だった尿もれは1か月半ほどで改善。性機能障害は半年から1年ほどで徐々に回復に向かいました。（43歳・診断から2年目）

図表17 遠隔転移のないホルモン療法抵抗性前立腺がんの治療



* ARSIが治療の主体となってきた現状では、旧来の抗アンドロゲン薬はあまり使用されなくなってきている。

** 初回治療で手術または放射線療法を行っていない場合に考慮する。

「前立腺癌診療ガイドライン 2023年版」日本泌尿器科学会編、メディカルレビュー社を参考に作成

場合などが含まれます。

【④遠隔転移のあるホルモン療法抵抗性前立腺がん】

男性ホルモンが極めて少ない状態を維持しているにもかかわらず再燃し、かつ遠隔転移が確認された状態です。遠隔転移のあるホルモン療法感受性前立腺がんに対してホルモン療法を行った後にPSA値が再上昇した場合が典型例です。

遠隔転移のない前立腺がんには①と②が含まれ、薬物療法を行う場合は以下に記載するホルモン療法が選択されます。

●ホルモン療法の種類

前立腺がんは、主に精巣や副腎から分泌される男性ホルモン（アンドロゲン）の作用で進行する性質があります。

通常、アンドロゲンは、以下のプロセスで分泌されます。まず、脳の視床下部からLHRH〔黄体形成ホルモン放出ホルモン。GnRH（ゴナドロピン放出ホルモン）とも呼ばれる、男性ホルモンを作る指令ホルモン〕という指令が出されると、それが下垂体に伝わり、さらにLH（黄体形成ホルモン）という指令が放出されます。このLHが精巣に届くことで、アンドロゲンが分泌される仕組みです。

このようなアンドロゲンの分泌や働きを、さまざまなプロセスにおいて抑制するのがホルモン療法です。実際の治療ではアンドロゲ

ン遮断療法（ADT）を基本とし、患者さんの状態や病気の進行に応じて、旧来の抗アンドロゲン薬、アンドロゲン受容体シグナル阻害薬（ARSI）などを併用します。

【ADT】

ADTは、精巣からのアンドロゲン分泌を遮断する治療です。男性ホルモンの分泌は、手術で精巣を摘出することによっても抑えられますが、現在は薬を用いるのが一般的で、LHRHアゴニストやLHRHアンタゴニストといった注射薬が主に使われます。どちらも脳の下垂体に働きかけて精巣からのアンドロゲンの分泌を抑える薬で、ホルモン療法の中心として使われています。LHRHアンタゴニストは、LHRHアゴニストに比べて効果が速く出るという特徴があります。

ADTだけでは効果が不十分な場合や病気が進行した場合は、ADTとは異なる作用の薬を組み合わせる治療を行います。

【旧来の抗アンドロゲン薬】

細胞の核の中に働きかけてアンドロゲンの働きを抑制する薬です。体の中にアンドロゲンがあっても、その働きががん細胞に伝わりにくくなります。主にADTと組み合わせて使われます。

【ARSI】

新規抗アンドロゲン薬とアンドロゲン合成阻害薬が含まれます。新規抗アンドロゲン薬

は、旧来の抗アンドロゲン薬とは異なる仕組みで、旧来の抗アンドロゲン薬よりも強力にアンドロゲンの作用を抑える薬です。アンドロゲン合成阻害薬は、精巣だけでなく、副腎や前立腺、また前立腺がん細胞でアンドロゲンが作られるのを阻害し、アンドロゲンそのものを減らす薬です。通常は副腎皮質ホルモン（ステロイド）と一緒に使用します。

各薬剤の主な副作用については、Q9(p.24)

遺伝性のがんと 遺伝カウンセリング

がんの多くは加齢や生活習慣などが重なって起こりますが、一部には生まれつき特定の遺伝子に変化があり、がんになりやすい「遺伝性のがん」があります。これは親から子へ受け継がれる可能性がある点が特徴です。

前立腺がんの多くは遺伝によるものではありませんが、一部には生まれつきの遺伝子の変化が関係するタイプがあります。代表的な遺伝子にBRCA遺伝子があります。これらの遺伝子変化を生まれつき持つ人は、持たない人に比べて前立腺がんを発症しやすい場合があります。

また、遺伝子の傷を修復する機能が働かず、傷が蓄積した状態（マイクロサテライト不安定性が高い、MSI-High）と診断された場合は、その背景に遺伝性の要因（リンチ症候群：生まれつき遺伝子の修復機能が弱く、大腸、子宮、胃、前立腺など、さまざまながんを発症しやすい体質を示す病気）が隠れている可能性があります。

このような遺伝子の変化がある場合の治療として、例えばBRCA遺伝子に変化がある前立腺がんでは、PARP阻害薬という薬が使われることがあります。

以上の遺伝的な背景を整理し、今後の対応について一緒に考えるのが遺伝カウンセリングです。このカウンセリングでは、遺伝子検査の目的や限界、結果がご本人やご家族に与える影響について専門家がわかりやすく説明します。遺伝子検査を受けるかどうかは、十分な説明を受けたうえでご自身が決めることができます。遺伝性のがんを正しく知ることは、治療だけでなく、将来や家族のことを考えるうえでも大切な一歩です。

で説明します。

●手術または放射線療法後に再発した場合の治療

手術（初回治療）後、PSA再発や前立腺の中で臨床的再発がみられる場合は、①遠隔転移のないホルモン療法感受性前立腺がんの状態です（図表16）。通常は放射線療法が行われます（救済放射線療法）が、その効果が期待しにくい場合やPSA値が下がらない場合には、放射線療法と併用してホルモン療法（主にADT）が行われます。

放射線療法（初回治療）後に再発した場合は、一般にはホルモン療法（主にADT）が行われます。それまでの治療や再発の状況によっては、前立腺全摘除術、放射線の組織内照射、フォーカルセラピー（p.10コラム）、経過観察などの選択肢も検討されます。

●再発後、ホルモン療法（主にADT）による治療中に再燃した場合の治療

再燃したものの、遠隔転移が確認されない場合は、②遠隔転移のないホルモン療法抵抗性前立腺がんの状態です（図表16）。ADTを継続し、病状に応じてほかの薬との併用を検討します。

治療を決める際は、がんの進行スピードが目安となります（図表17）。進行スピードが速く、PSA2ng/mL以上の場合は転移する可能性が高いため、ADTとARSIを併用する治療が行われます。一方、進行スピードが遅い場合は、ADTを継続して慎重に経過観察を続けることも選択肢となります。

最終的には全身の状態、効果と副作用のバランスなどを含めて総合的に判断します。

Patient's Voice 大きな不安の中、医師の丁寧な対応と説明に救われました

49歳のときに告知されました。10年前から排尿ににくい感じがあり、定期的にPSA検査を受けていました。数値は少し高いものの、「40代前半でがんの可能性はほとんどない」と言われて安心していたので、告知されたときは大きな衝撃でした。

医師からは、その日のうちに手術か放射線療法かの選択を迫られ、戸惑うばかり。母や妹には心配をかけたくないので相談できず、唯一話せたのは医師でもある親友だけで

した。彼に背中を押されて別の医療機関を受診し、その医療機関の医師のおかげで運命が変わりました。詳細な説明と丁寧な対応に心底ホッとし、再検査の結果、監視療法を提案されました。まだ40代、できれば性機能は残したかったので、安心して思わず涙がこぼれました。

それから約4年、3か月に1回PSA値を見ながら経過観察を続けています。日々の生活を見直し、食事療法や代替療法も取り入れながら療養中です。（54歳・診断から5年目）

遠隔転移のある前立腺がんには どのような薬物療法が行われますか

A. 遠隔転移のある前立腺がんでは、ホルモン療法や化学療法を行います。

前立腺がんは骨に転移しやすいため、がんそのものに対する治療に加え、骨に対する治療や、骨転移に伴う症状を和らげる治療も行います。

がん細胞が発生した場所から離れ、リンパ管や血管を経て、ほかの臓器で増殖して腫瘍を形成した遠隔転移の場合、残念ながら根治は難しいと考えるほうがよいでしょう。ホルモン療法や化学療法によってできるだけがんの増殖を抑え、生活の質（QOL）を維持しながら延命を図るのが一般的な治療方法です。

●遠隔転移のある前立腺がんに対する薬物療法

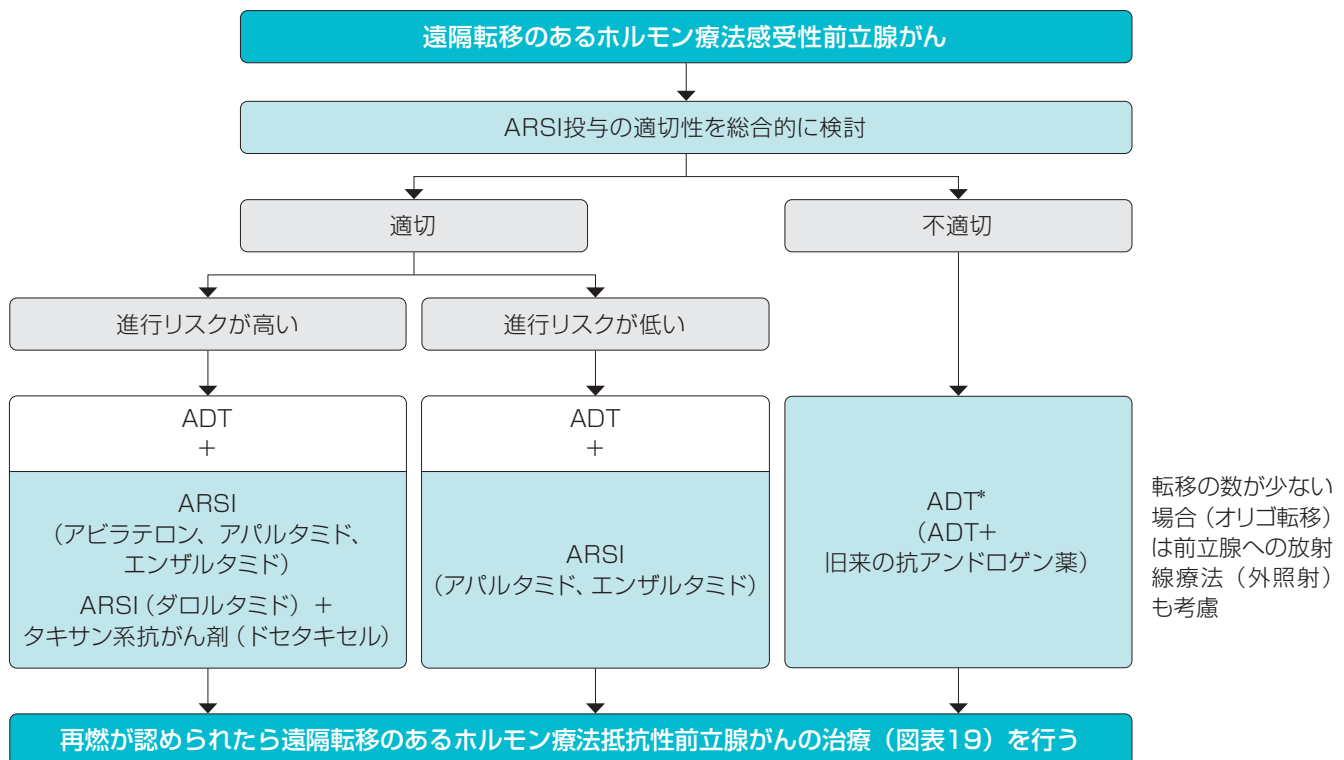
遠隔転移がある場合、ホルモン療法の効果によって以下の2つの病態に分けられます。

【③遠隔転移のあるホルモン療法感受性前立腺がん(p.18、図表16)】

ホルモン療法がまだ効いている状態です。治療開始前に遠隔転移が見つかり、このタイプのがんであると診断されることもあります。がんの進行をできるだけ遅らせて将来的な痛みや骨折などの症状が出るのを防ぐこと、そして延命を目的として、薬物療法を行います。

治療の基本は、ホルモン療法のADTで、近年ではADTにARSI、化学療法（タキサン系抗がん剤）を併用する治療が標準となっています（図表18）。がんの広がり方や勢い（転移している場所や数など）を総合的に判断し、ADTとARSI、タキサン系抗がん剤の3つの薬を併用することもあります。

図表18 遠隔転移のあるホルモン療法感受性前立腺がんの治療



* ADTとしては、主にLHRHアゴニスト、LHRHアンタゴニストを使う方法と、精巣を摘出する手術がある。

ADTと旧来の抗アンドロゲン薬のピカルタミドまたはフルタミドなどが併用されることもある。

〔「前立腺癌診療ガイドライン 2025年アップデート内容」日本泌尿器科学会編を参考に作成〕

【④遠隔転移のあるホルモン療法抵抗性前立腺がん(p.18、図表16)】

ホルモン療法によって男性ホルモンが極めて少ない状態を維持しているにもかかわらず、がんが再燃した状態です。がんの勢いを抑えることで、症状の緩和と延命を目的として薬物療法を行います。

薬物療法では、現在行っているADTは継続したうえで、これまでの治療内容、症状の有無、転移部位、全身状態などを総合的に考慮し、各種の治療を追加します。治療の効果がみられなくなった場合は、次の治療へと順次切り替えながら治療を続けていきます(図表19)。また、PSMAが存在する全身のがん細胞を標的とするRI内用療法(p.15)も治療選択肢の一つです。

どの治療をどんな順番で行うかは、病気の状態や患者さんの希望、治療効果と副作用のバランスなどを踏まえて決定します。

●骨転移

前立腺がんが進行すると、がん細胞の一部が血液の流れによって骨に移動し、そこで増殖する「骨転移」が起こります。ホルモン療法抵抗性前立腺がんでは8割以上の高い頻度で骨転移が認められます。前立腺がんの骨転移は脊椎、肋骨、骨盤、大腿骨などに起こりやすいことが知られており、腰や脚の痛みのために受診して初めて前立腺がんとわかるケースも少なくありません。

骨転移が進行すると、痛みや手足のしびれ・麻痺、日常動作程度での骨折(病的骨折)、吐き気、倦怠感、多尿、意識障害などが起こることがあり、QOLの低下につながり、日常生活を送るうえで大きな問題となります。

●骨転移に対する治療

骨転移が見つかった場合は、ほかの部位にも転移している可能性を考慮して、前述した化学療法やホルモン療法が行われます。

骨転移巣に対しては、骨の代謝が活発な骨転移巣に集積しやすい性質を持つRIを注射で体内に投与し、体の内部から放射線をあてるRI内用療法が行われます(p.16、図表14)。

また、骨そのものの治療や、骨転移に伴う痛みなどを和らげる治療もあります。

【骨そのものに対する治療】

骨転移によって骨がもろくなるため、骨折の予防や治療を目的として、骨を器具で補強したり、骨転移を取り除いて人工骨や補強材を入れたりする手術をすることがあります。

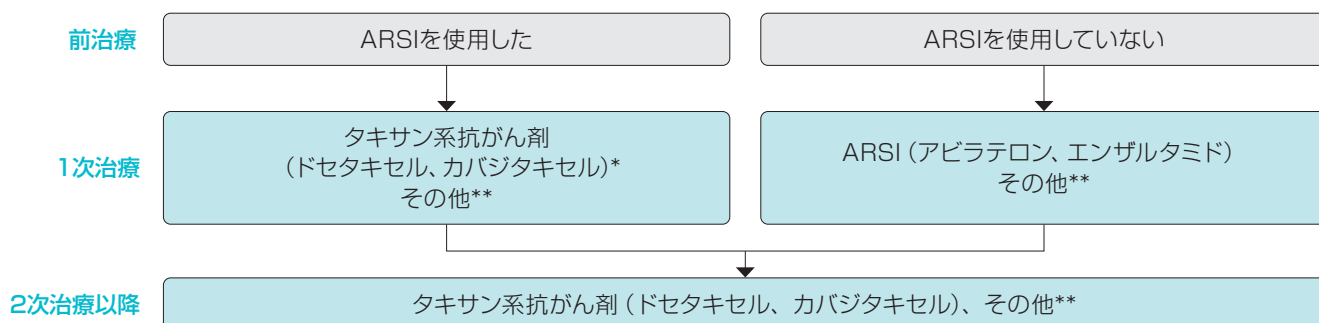
骨が過剰に破壊されるのを防ぐために、主に破骨細胞に作用するビスホスホネート製剤や抗ランクル抗体などの骨修飾薬による薬物療法を行うこともあります。

各薬剤の主な副作用については、Q9(p.24)で説明します。

【骨転移に伴う症状を和らげる治療】

痛みの緩和には、鎮痛薬やステロイドなどが用いられます。痛みや手足のしびれ・麻痺

図表19 遠隔転移のあるホルモン療法抵抗性前立腺がんの治療



*前治療でドセタキセルを使用した場合

**①BRCA1/2遺伝子変異陽性の場合は、前治療歴に応じてPARP阻害薬(オラパリブ)±ARSI(アピラテロン)または

PARP阻害薬(タラゾパリブ)+ARSI(エンザルタミド)を考慮する(p.20コラム、p.23コラム)。

②内臓への転移がない場合は、骨修飾薬を併用したうえでRI内用療法薬の塩化ラジウム223(必要に応じてエンザルタミド併用)を考慮する。

③PSMA-PET検査でGa-68-PSMA-11が陽性の場合は、RI内用療法薬のルテチウムビビボチドテトラセタンを考慮する。

④MSI検査陽性またはTMB highの場合は、免疫チェックポイント阻害薬(ペムブロリズマブ)を考慮する(p.20コラム、p.23コラム)。

(「前立腺癌診療ガイドライン 2025年アップデート内容」日本泌尿器科学会編を参考に作成)

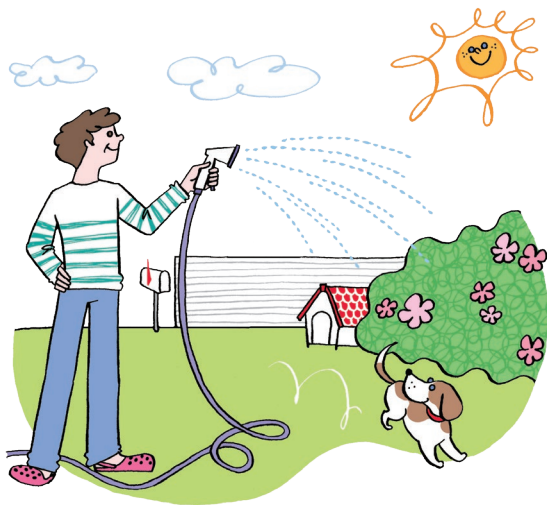
(脊髄圧迫)、病的骨折には緩和的放射線療法があり、骨転移のある部位に体の外から放射線を当てる外照射が第一選択となります。

早期に適切な対応を受けるためには、痛みやしびれ、麻痺などの症状を感じたら、担当医や看護師などの医療スタッフに、できるだけ早く具体的に伝えることが大切です。

●骨以外の遠隔転移に対する治療

前立腺がんでは、肺、肝臓などに転移することもあります。肺に転移すると咳や痰が出たり、息苦しさを感じたりすることがあります。一方、肝臓への転移では自覚症状はほとんどありません。これらの遠隔転移が見つかった場合には、やはり主にホルモン療法を中心に、がんそのものに対応するほか、咳や痰を抑える薬、呼吸を楽にするための少量の麻薬などを使います。肺に水がたまった場合には水を抜くこともあります。

遠隔転移のあるがんでは、根治は難しくても、がんと共に生きていくことは可能です。担当医や薬剤師、看護師などよく話し合って、がんと共に生きていきましょう。



前立腺がんの遺伝子レベルでの個別化治療

前立腺がんの性質に合う薬を探すために、遺伝子パネル検査やコンパニオン診断が行われることがあります。

遺伝子パネル検査は、がんの組織などを使って多数の遺伝子の変化を一度に調べる検査です。がんの特徴を詳しく知り、今後の治療法を検討する目的で行います。一般的には、すべての標準治療が終わった後、次の治療を考える段階で検査実施が検討されます。

これに対して、コンパニオン診断は特定の薬が使えるか否かを判断するための検査です。治療で使う薬があらかじめ想定されており、その薬が効果を示しやすい遺伝子の変化があるか否かを調べます。例えば、BRCA遺伝子に変化が見つかった場合には、その結果に基づいてPARP阻害薬の使用を検討します（タラゾパリブはBRCA遺伝子の変化の有無にかかわらず使用できます）。

つまり、コンパニオン診断は「この薬が使えるか否かを調べる検査」、遺伝子パネル検査は「治療として使えるほかの薬を広く探す検査」という違いがあります。

遺伝子パネル検査で調べる項目の一つにMSI（p.20コラム）があります。これは、「遺伝子の修理機能が弱まり、細かい傷が増えやすくなっているかどうか」を調べています。また、同じく遺伝子パネル検査で評価されるTMB-Highは、がん細胞の遺伝子の変化（傷）が全体として多い状態を意味します。遺伝子パネル検査の結果がMSI陽性やTMB-Highであった場合には、免疫チェックポイント阻害薬（ペムブロリズマブ）による治療を検討することがあります。

また、特定の遺伝子変化が見つかった場合には、その変化に対応した薬による治療や、その遺伝子変化のある患者さんを対象とした臨床試験への参加を検討することがあります。このように、検査結果の内容に応じて、治療の選択肢が広がる可能性があります。

さらに、遺伝子パネル検査の結果から、生まれつき受け継いだ遺伝子の変化（遺伝性のがん）が疑われる場合があります。その場合、遺伝カウンセリングが勧められることがあります（p.20コラム）。

遺伝子パネル検査では、すべての患者さんに新しい治療が見つかるわけではありませんが、今後の治療方針やご家族への配慮を考えるうえで重要な情報をもたらす検査です。担当医と相談しながら、適切なタイミングで検討していきます。

Patient's Voice

診察のときはメモを取り、貴重な診察時間を有効に！

5

58歳のときに前立腺がんが見つかり、ホルモン療法で腫瘍を小さくした後、全摘除術を受けました。

術後の経過は良好でしたが、下がっていたPSA値が微増してきて、約1年後に再発。初発のときは知識がなく、がんという言葉の重さと恐怖に押しつぶされそうでしたが、再発のときは勉強して知識を得ていたので、冷静に対策を考えることができました。病気と向き合ううえでは、偏りのない正しい情報を知ることが大切だと実感しています。

再発後の治療としてホルモン療法を受けましたが、次第に効きにくくなり、3年半ほどで終了。その後は放射線療法を受け、8年間再発していません。

私が診察のときに心がけていたのは、必ずメモを取ること。聞きたいことは、短い時間で確実な答えをもらえるように質問の仕方をあらかじめ考えておき、貴重な診察時間を有効に使っていました。

（71歳・診断から14年目）

薬物療法の副作用について教えてください

A. 使用する薬の種類によって、副作用は異なります。日々のセルフケアに加え、些細な体調変化に注意し、つらい症状は我慢せずに医療者に相談することが治療の継続と生活の質の維持につながります。

前立腺がんの治療では、ホルモン療法を長期間継続することが多いため、予想される副作用とその対策を予め知っておくことは、自分らしい生活を維持するために非常に大切です。特に、転移のない段階では、がん自体の症状がほとんどないケースも多く、治療を続けながらいかに普段通りの生活を維持できるかが鍵となります。

副作用を適切に管理し、日々の生活の質を保つことは、治療を前向きに継続するための大きな支えとなります。

●薬物療法で出現する可能性がある

主な副作用

図表20は、薬物療法で用いられる主な薬とその主な副作用です。

ホルモン療法は、さまざまな仕組みで男性ホルモンの分泌や働きを抑制する治療です。しかし、男性ホルモンは骨や筋肉、気分、性機能など、体のさまざまな働きを支えています。そのため、ホルモン療法によって男性ホルモンの量や働きが低下すると、ほてり、だるさ、性機能の低下、骨がもろくなるなどの副作用が生じることがあります。

LHRHアゴニスト、LHRHアンタゴニストの副作用としては、急な発汗やほてり、うつ症状など女性の更年期障害に似た症状が頻出するほか、体重増加や性機能障害などもみられます。注射した部位に腫れやかゆみなどが出ることもあります。長期的には高血圧、糖尿病の悪化、骨密度や筋力の低下などがみられます。

旧来の抗アンドロゲン薬では、肝障害や心障害のほか、血栓症や糖尿病の発症・悪化、間質性肺炎、乳房の腫れや圧痛、女性型乳房、性欲減退などもみられます。

ARSIのうち、新規抗アンドロゲン薬では、男性ホルモンを抑制することが原因で起こる副作用だけでなく、脳の神経のバランスに薬が影響することが原因で起こるけいれんが知られています。ただし頻度は高くなく、多くの方で起こる副作用ではありません。アンドロゲン合成阻害薬の副作用としては、肝障害や心障害、低カリウム血症や高血圧、吐き気・嘔吐、便秘、下痢、疲労、末梢の浮腫、ほてりなどが知られています。

薬物療法では、女性ホルモンや副腎皮質ホルモンを用いることもあります。

女性ホルモンの副作用には、血栓塞栓症(血栓症)、心障害、肝障害、女性化乳房、食欲不振、吐き気・嘔吐などがあります。

副腎皮質ホルモンの副作用は、男性ホルモンの働きを抑える影響だけでなく、ステロイド薬特有の生体反応によって起こります。感染症、糖尿病の発症や悪化、消化器の潰瘍・穿孔、骨粗鬆症・骨折、血栓塞栓症、うつなどが代表的です。

化学療法で用いるタキサン系抗がん剤は、がん細胞が分裂する働きを止める作用があり、血液をつくる骨髄や髪の毛、胃腸の細胞などにも影響が及んで、副作用が起こります。白血球の減少は、G-CSF剤の併用により抑えることができるようになっています。

PARP阻害薬は、がん細胞の傷ついたDNAを修復する力を弱める薬です。しかし、その作用が骨髄や胃腸などの細胞にも影響を与えます。その結果、骨髄抑制(貧血)、間質性肺炎、吐き気・嘔吐、食欲不振、疲労・無力症などが出現することがあります。

RI内用療法薬は、放射線を出す薬が体内からがん細胞を狙って攻撃する治療です。しか

図表20 前立腺がんに使われる主な薬とその主な副作用

薬の種類			薬剤名	主な副作用
ホルモン療法薬	アンドロゲン遮断療法（ADT）	LHRH （黄体形成ホルモン 放出ホルモン） アゴニスト	ゴセレリン	アナフィラキシー・ショック、間質性肺炎、肝障害、血栓塞栓症、 排尿障害など前立腺がんに伴う症状の悪化、糖尿病の発症や悪化、心障害、 かゆみ、勃起力低下、性欲減退、肝障害、貧血、脂質異常症、ほてり、発汗など
			リュープロレリン	間質性肺炎、アナフィラキシー・ショック、肝障害、糖尿病の発症や悪化、 下垂体の出血や梗塞、脳梗塞、血栓塞栓症、心障害、うつ、 骨痛やその悪化、尿路閉塞、肝障害、ほてり、熱感など
		LHRH （黄体形成ホルモン 放出ホルモン） アンタゴニスト*	デガレリクス	間質性肺炎、肝障害、糖尿病の発症や悪化、アナフィラキシー・ショック、 心障害、血栓塞栓症、注射部位の痛み・硬結・紅斑・腫れ・かゆみ、ほてり、 高血圧、体重増加、発熱、倦怠感など
	旧来の 抗アンドロゲン薬		クロルマジノン	心障害、血栓症、肝障害、糖尿病の発症や悪化など
			ピカルタミド	肝障害、白血球減少、血小板減少、間質性肺炎、心障害、 乳房の腫れや圧痛、ほてり、勃起力低下、性欲減退など
			フルタミド	肝障害、間質性肺炎、心障害、女性型乳房など
	アンドロゲン受容体シグナル 阻害薬（ARS）	新規 抗アンドロゲン薬	エンザルタミド	けいれん、血小板減少、間質性肺炎、吐き気・嘔吐、下痢、食欲不振、 疲労・無力症、ほてりなど
			アパルタミド	けいれん、心臓障害、間質性肺炎、多形紅斑などの皮膚障害、かゆみ、 ほてり、吐き気・嘔吐、下痢、食欲不振、疲労など
			ダロルタミド	心障害、ほてり、疲労など
		アンドロゲン 合成阻害薬	アビラテロン	心障害、肝障害、低カリウム血症、血小板減少、横紋筋融解症、高血圧、 吐き気・嘔吐、便秘、下痢、疲労、末梢の浮腫、ほてりなど
	女性ホルモン		エストラムスチン	血栓塞栓症、心障害、血管浮腫、胸水、肝障害、浮腫、食欲不振、 消化不良、女性化乳房など
			エチニルエストラジオール	血栓症、心障害、肝障害、吐き気・嘔吐、下痢、食欲不振、胃痛、腹痛など
副腎皮質ホルモン （ステロイド）			デキサメタゾン	アナフィラキシー・ショック、感染症、副腎皮質の機能不全、 糖尿病の発症や悪化、消化器の潰瘍・穿孔、肺炎、うつ、けいれん、 骨粗鬆症・骨折、緑内障、白内障、血栓塞栓症、喘息など
			プレドニゾン	感染症、副腎皮質の機能不全、糖尿病の発症や悪化、 消化器の潰瘍・穿孔・出血、肺炎、うつ、骨粗鬆症・骨折、緑内障、白内障、 血栓症、心筋梗塞、脳梗塞、動脈瘤、腱断裂など
タキサン系抗がん剤			ドセタキセル	骨髄抑制、アナフィラキシー・ショック、肝障害、腎障害、間質性肺炎、 肺線維症、心障害、消化管の出血・炎症・イレウス、呼吸障害、肺炎、皮膚障害、 むくみ、肺炎などの感染症、口内炎、血管炎、末梢神経障害、食欲不振、 吐き気・嘔吐、下痢、便潜血、過敏症、脱毛、皮疹、しびれ、倦怠感、発熱など
			カバジタキセル	骨髄抑制、腎障害、消化管の出血・穿孔・炎症・イレウス、下痢、 肺炎などの感染症、不整脈などの心障害、アナフィラキシー・ショック、 末梢神経障害、肝障害、急性肺炎、むくみ、皮膚障害、間質性肺炎、口内炎、 血管炎、食欲不振、味覚異常、吐き気・嘔吐、便秘、脱毛、疲労・無力症など
PARP阻害薬			オラパリブ	骨髄抑制、貧血、間質性肺炎、静脈血栓塞栓症、肺炎などの感染症、 吐き気・嘔吐、下痢、食欲不振、味覚異常、疲労・無力症など
			タラゾパリブ	骨髄抑制、間質性肺炎、血栓塞栓症、食欲不振、吐き気・嘔吐、脱毛、 疲労・無力感など
RI内用療法薬			塩化ラジウム223（ ²²³ Ra）	骨髄抑制、吐き気・嘔吐、下痢、食欲不振、疲労、骨痛など
			ルテチウムビビボチド テトラキセタン（ ¹⁷⁷ Lu）	骨髄抑制、腎障害、味覚異常、口内乾燥、吐き気・嘔吐、下痢、便秘、 疲労、食欲不振など
骨修飾薬	ビスホスホネート製剤		ゾレドロン酸	腎障害、心障害、低カルシウム血症、低リン酸血症、間質性肺炎、 顎や耳の骨の壊死や炎症、大腿骨などの骨折、頭痛、吐き気・嘔吐、 肝障害、関節痛、骨痛、発熱、倦怠感など
	抗RANKL モノクローナル抗体薬		デノスマブ**	低カルシウム血症、顎の骨の壊死や炎症、アナフィラキシー・ショック、 大腿骨などの骨折、皮膚感染症など

* GnRH（ゴナドトロピン放出ホルモン）アンタゴニストと呼ばれることもある。

** デノスマブのうち、ランマーク（販売名）には骨病変に適応があるが、ブラリア（販売名）にはない。

薬の添付文書などを参考に作成

し、周囲の正常な細胞にも少なからずダメージを与え、骨髄に影響すると貧血や白血球減少、だるさなどが生じることがあります。

骨修飾薬は、骨が壊れないようにすることで、骨折や骨の痛みを防ぐ治療です。ただし、骨は常に古い骨を壊し、新しい骨をつくってバランスを保っています。骨修飾薬はこのバランスをくずすため、顎や耳の骨のトラブル（顎骨壊死など）や低カルシウム血症などが起こることがあります。

●副作用と上手に付き合うために

薬物療法で現れる主な副作用には対処法が

あります（図表21）。

吐き気や食欲不振時には、あらかじめ制吐剤を服用するほか、食事を少量ずつ何回かに分けて食べるなどの工夫が助けになります。下痢や便秘には、整腸剤の活用や生活リズムの調整、適度な運動で対応します。

また、こまめな手洗いやうがいによる感染予防、頭皮や口腔内の清潔保持など、日々のセルフケアを習慣化することも大切です。

些細な体調変化であっても、我慢せずに医療者に伝え、早めに対処していくことが、治療の継続や生活の質の維持につながります。

図表21 前立腺がんの薬物療法で現れる主な副作用と対処法

症状・副作用	対処法
吐き気・嘔吐、食欲不振	あらかじめ制吐剤（吐き気止め）を服用し、治療当日は乳製品や脂っこいものを避ける。吐き気を感じたら、冷たい水などでうがいするとよい。食欲が少しあれば、少量ずつ何回かに分けて食べる。食べられないときにも水分をとる。ただし、冷たい飲み物は避ける。香りの強い食べ物や環境は避ける。おなかの周囲がきつくない服装をする。
下痢	整腸剤を服用する。水のような下痢が続くときには下痢止めを使う。温かい飲み物をこまめに飲み、アルコールやカフェイン、香辛料、繊維の多い食品を避けるようにする。肛門部を清潔に保つ。ただし、洗いすぎに注意する。
便秘	適量の水分や食物繊維の摂取、乳酸菌などを含む発酵食品の摂取、運動などで改善しなければ、医師や薬剤師に相談のうえで下剤を服用する。便意を感じたらすぐにトイレに行くこと、生活リズムを整えることも大切。
疲労感、倦怠感	疲れを感じたら、休息を取る。車の運転は避ける。軽い運動や家事によって倦怠感が緩和されることもある。
末梢神経症状	手足や唇のピリピリした感じ、しびれがあれば、担当医に。冷たい物を触らず、温かい飲み物・食べ物をとる。スリッパ、靴下、手袋で手足を温める。ビタミン剤や漢方薬が効く場合もある。けがや、やけどをしても気づきにくいので、気をつける。
脱毛	治療前に髪を短く切っておく。治療が始まったら、帽子やシャワーキャップ、ナイトキャップで髪の毛の散らばりを防ぐ。必要であれば、バンダナやかつらを使う。洗髪時に頭皮を傷つけないように爪を切る。
骨髄抑制	血液検査でわかる。感染しやすくなるため、こまめなうがい（冷たい水は避ける）、手洗い、シャワーや入浴、起床時・食後・就寝前の歯磨きで予防する。人混みを避け、外出時はマスクを着用する。けがや、やけどに注意する。発熱や悪寒、排尿痛があれば、診察を受ける。鼻血や歯肉からの出血があれば診察を受ける。
間質性肺炎	発熱や息苦しさ、空咳が続く場合には受診する。原因となった薬の使用を中止し、ステロイド薬などで治療する。
口内炎	治療前に歯科で口腔ケアを受けておくとうれしい。歯磨きやうがいで口の中を清潔にし、保湿を心がける。香辛料の強い食べ物や熱いもの、硬いものを避ける。
味覚異常	苦みを強く感じたり、味を感じなくなったりしたときには、亜鉛製剤の使用で改善することがある。

国立がん研究センター がん情報サービスなどを参考に作成

治療や療養を支える多くの専門家がいます

医療機関や地域には、あなたの治療だけでなく、療養生活を支える専門がたくさんいます。これらの専門家はすべての医療機関や地域にいるわけではありません、紹介してもらえることもあります。気になることはなるべく早い段階で相談するとよいでしょう。



診断・治療について知りたい

前立腺がんの治療を担当する泌尿器科、放射線治療科、腫瘍内科の医師や、泌尿器科の病棟や外来の看護師などに相談しましょう。がん看護専門看護師、がん薬物療法看護認定看護師などがある病院もあります。

また、薬物療法については薬剤師にも相談できます。がん薬物療法専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師などが薬剤師外来を担当している病院もあります。

がん相談支援センターや相談室の医療ソーシャルワーカーも相談先の一つです。

臨床試験について知りたい

新しい治療法の有効性や安全性を調べるのが臨床試験、その中で、国から承認を得ることを目的とするのが治験です。参加できる臨床試験があるかどうかを知りたい場合は、まずは担当医に尋ねましょう。臨床試験の実施状況は下記のサイトでも調べられます。

●国立がん研究センター
がん情報サービス
「がんの臨床試験を探す」

https://ganjoho.jp/public/dia_tre/clinical_trial/search2.html

●厚生労働省
「臨床研究情報ポータルサイト」
<https://rctportal.mhlw.go.jp>

●厚生労働省
「臨床研究等提出・公開システム」
<https://jrct.mhlw.go.jp/>



治療中の食生活について相談したい

多くの病院では、担当医の指示にもとづき管理栄養士による栄養相談が受けられま

す。がん患者の栄養管理についての専門知識を持つ、がん病態栄養専門管理栄養士がいる病院もあります。このシリーズの『もっと知ってほしいがんの栄養のこと』も参考にしてください。

●NPO法人がんネットジャパン

『もっと知ってほしい
がんの栄養のこと』

<https://www.cancernet.jp/eiyou>



経済的に心配なので相談したい

治療費や生活費、就労の問題などで心配なときには、かかっている病院の医療相談室、または近くのがん診療連携拠点病院のがん相談支援センターに相談しましょう。

なお、公的医療保険には、高額な治療費の自己負担を軽減する高額療養費制度があります。この制度の活用によって1か月の医療費の自己負担額の範囲内に抑えられます。また、12カ月間で3回以上高額療養費の対象になると、「多数回該当」として4回目以降はさらに負担が軽減されます。また、障害年金を受け取れる場合もあります。

治療と仕事の両立を相談したい

病院の相談室やがん相談支援センターの医療ソーシャルワーカーや社会保険労務士などに相談しましょう。病院と職場の情報共有をサポートするなど、がん治療と仕事の両立などを支える両立支援コーディネーターがいる病院も増えています。休職後の復帰、転職、再就職の支援も受けられます。

痛みが強い、精神的につらい

がんそのもの、あるいは治療に伴う痛み、精神的なつらさに対する緩和ケアは、診断後、早い段階から受けることができます。

緩和ケア医や看護師、薬剤師、管理栄養士、リハビリ職などが集まる緩和ケアチームが前立腺がん治療チームと連携して対応します。また、緩和ケア認定看護師という認定資格を持つ看護師もいます。

通院中は緩和ケア外来が、在宅医療では在宅医や地域の在宅緩和ケアチームが緩和ケアを担当します。ペインクリニックにいる麻酔科医も痛みの専門家です。

薬の副作用、鎮痛薬などについては担当医や薬剤師に率直に話すとよいでしょう。薬を受け取る時などに会う薬剤師も身近な医療従事者の1人です。

不眠が続く、気分の落ち込みがひどい

不安や気持ちの落ち込み、不眠、食欲不振などが続く場合には、担当医に相談するか、精神腫瘍医、精神科医、心療内科医の診察を受けましょう。公認心理師や精神看護専門看護師が心理的ケアにあたることがあります。

転院や在宅医療について相談したい

急性期で入院治療を受けた場合の転院や在宅医療に関しては、院内の医療相談室や地域連携室、がん診療連携拠点病院にある、がん相談支援センターの医療ソーシャルワーカーや看護師に相談しましょう。また、在宅医、訪問看護師、ケアマネジャーなど、在宅での医療や介護の専門家にもつないでもらえます。市区町村の地域包括支援センターでも相談できます。

ピアサポーターや患者支援団体も頼りになります

同じ病気や障害などを経験した人同士が支え合うピアサポート。「ピア(peer)」とは英語で「仲間」「同輩」「対等の人」といった意味の言葉です。

ピアサポートの場では、病気や生活に関する情報、悩みや不安を共有することで、家族や医療・福祉関係者からの支援とは異なるサポートを得られます。

がんのピアサポートを行っている組織としては、前立腺がんの患者団体や病院内で活動する患者主体のグループ、がんの種類を超えて、がん患者さんの支援にあたる団体などがあります。患者・家族同士が交流できる「患者サロン」を開催している病院もあります。

ピアサポートを行う組織の情報は、かかっている病院の相談室やがん相談支援センター、インターネットなどで得られます。

がんについての相談に関するサイト

●国立がん研究センター がん情報サービス「制度やサービスを知る」

<https://ganjoho.jp/public/institution/index.html> ●
患者さんが使える制度、お金に関する情報の入り口となるページです。

●国立がん研究センター がん情報サービス「がんの相談」
「がん相談支援センター」とは

<https://ganjoho.jp/public/institution/consultation/cisc/cisc.html> ●

●国立がん研究センター がん情報サービス「地域から病院を探す」

<https://hospdb.ganjoho.jp/kyoten/kyotensearch> ●
がん診療連携拠点病院のがん相談支援センターでは、その病院にかかっていない患者さんや家族もさまざまな相談をすることができます。

●がん制度ドック

<https://www.ganseido.com> ●
NPO法人がん暮らしを考える会が運営しているウェブサイト、患者さんの属性について質問に答えることで、利用できる可能性のある公的支援制度や民間保険を検索できます。





ライトブルーリボンとは？

前立腺がん啓発のシンボルはライトブルーリボンです。
発祥はアメリカで、現在では日本をはじめ全世界で使われています。

この冊子は、バイエル薬品株式会社の支援で作成・改訂しました。



●バイエル薬品株式会社 <https://www.pharma.bayer.jp/ja/>



●JUMP OVER CANCER <https://www.mbs.jp/joc/>



●保険もセコム <https://www.secom-sonpo.co.jp/>

制作：認定NPO法人キャンサーネットジャパン



冊子はみなさまからの寄付・遺贈・支援で制作しています。

制作・増刷・改訂へのご支援をお願いします。寄付金控除等の税制優遇を受けることができます。

寄付・遺贈の申し込み ▶ <https://www.cancernet.jp/donation>

その他の冊子一覧 ▶ <https://www.cancernet.jp/category/publish>



※本冊子の無断転載・複写は禁じられています。
内容を引用する際にはご連絡ください。

2013年 9月 第1版 第1刷
2026年10月 第3版 第1刷



●この冊子は下記URLからダウンロードできます。

<https://www.cancernet.jp/cancer/prostate>