

パネルディスカッション

前立腺がんにおける意思決定のありかたを考える

■ 発表：山口博弥（医療ジャーナリスト）

■ 小路直 / 佐藤文 / 四宮敏章 / 鶴貝雄一郎（大船中央病院 放射線治療センター長）

Johnson & Johnson

canofi

バイエル

AstraZeneca

Takeda

NOVARTIS

がん医療の今を共有する会



【司会：中島裕子】

多くの治療選択肢がある前立腺がんの治療法を、どのように決めれば良いのでしょうか？本日は、近年よく耳にするようになったシェアードデジションメイキング（SDM）という言葉の意味や、セカンドオピニオンの必要性について、語り合っていたきたいと思います。

ファシリテーターは、患者さんの語りをインターネットで届ける「がんノート」という発信をされている岸田徹さんです。国立がん研究センター広報、がん教育ゲスト講師、厚生省がん対策推進総合研究事業評価委員なども務めておられます。

【ファシリテーター：岸田 徹】

まずは、医療ジャーナリストであり、前立腺がん患者でもある山口さんから、前立腺がん治療をするにあたって、どのように意思決定をされたのか、ご自身の体験を中心にお話をしたいと思います。



*

【パネリスト：山口博弥】

■ 体験談

私は去年まで36年間新聞記者で、そのうち20年以上は医療取材していました。

来月62歳になりますが、57歳の時、前立腺がんが見つかりました。PSAは4 ng/ml でしたが、生検では12本中全部にがんがあり、グリソンスコアは9と、再発リスクが高いものでした。幸いリンパ節や骨への転移はなく、高リスクの限局がんとの診断でした。

その時の先生は、ロボット手術の経験が豊富な泌尿器科医でしたが、これが深刻な病状だという説明はなく、ロボット手術を勧められ、できれば私にやらせてほしいとおっしゃいました。放射線治療の説明もほとんどなかったんです。私も知識がなく前立腺を取った方がすっきりするよな、なんて思ってたんですね。

私は医療分野の記者として、賢い患者になりましょう、そのためにはセカンドピニオンが大事だと、いろんなところで書いたり話したりして訴えてきたんですが、いざ患者となると躊躇するんですね。だけど先生に言うと「ぜひ聞いてください」と、さらに「私は泌尿器科医だからセカンドオピニオンは放射線治療医に聞くのがいい」とおっしゃったんです。

それで、ある大学病院の放射線治療の先生に話を聞きに行ったら、あなたのがんはうちでは基本的に手術はしない、という予想外の答えでした。

高リスクの前立腺がんでは見えない転移の可能性が高く、もし再発を繰り返すと、70歳までは生きられても、80歳までは難しいかも、と言われたんですね。がん診断の時は、二人に一人はがんになる、いつなっても不思議じゃないと冷静でしたが、この時は少しショックを受けました。

その時に勧められたのが、小線源療法、外部照射、

ホルモン療法、3つの治療を組み合わせたトリモダリティでした。折角だからと、さらに同じ大学の泌尿器科の先生にも話を聞いたら、やはり同様の答えでした。

その後のMRI検査で精嚢への浸潤があることが判明し、超高リスクがんという分類に変わりました。さすがにこれでは手術単独は無理だと思い、まず手術をキャンセルしました。

さらに他の専門医の意見も聞いてみよう、医療部の記者ならではのネットワークを駆使して、大学教授や専門医等に、直接、間接に意見を聞いてみたのですが、なんと、もう勧める治療法がバラバラなんです。

結局、自分で考えるしかないと思い、診療ガイドライン、書籍、海外論文や患者さんのブログを読んだり、腺友倶楽部に入会して前立腺がんガイドブック等で勉強したりしました。

結局、どれがベストかわからないけど、自分の病状に対し、説明が理にかなっていること、泌尿器科と放射線治療科の連携が良く、それぞれの先生の説明に納得できたことから、その大学病院でのトリモダリティを選び、2021年に小線源と外部照射、引き続いてのホルモン療法が2023年8月に終わったところまでです。

■ SDMとセカンドオピニオンについて

昔は、パターンリズムと言って、医師が治療法を一方的に決めて、患者さんに伝えていました。その後、十分な説明を受けて、それに同意するインフォームドコンセントになり、近年は医療者の科学的根拠やエビデンスに基づいた治療方針と、患者の価値観や希望など、いわゆるナラティブを共有して一緒に治療方針を決定するSDM（Shared Decision Making）という流れになってきています。



パネリスト：山口博弥

胃がんで話をしますと、切除が基本となっていますが、①内視鏡でやる場合、②胃を切除してリンパ節も採る場合、③抗がん剤でがんを縮小させてから手術を行う場合など、それぞれの病状に応じ、治療の流れが

ほぼ決まっており、それに患者さんの希望を交えて治療方針を決めることができると思うのですが、前立腺がんでは、治療アルゴリズムを見ても、そうした筋書きが読めません。

また、患者が最初に受診するのは泌尿器科医であるため、手術を勧められることが多いと思います。決めずらふと言いましょか「手術後に再発してもその後放射線治療を受けられるが、その逆はできない」と言われる患者さんがすごく多いんですね。私もそのような説明を受けました。

しかし患者としては「最初の治療で再発しないよう最善を尽くすのが医療本来の姿じゃないのか？」と違和感を覚えるんです。胃がんの再発は、近い将来の死を予期させますが、前立腺がんでは再発しても10年以上生きることも珍しくありません。すぐに死なないということが、再発の重みに対する泌尿器科医の意識が低い原因では？とってしまうんですね。

これって、つまりSDMの前提となる、複数の治療方針の共有が不十分だと思うわけです。

手術が悪いわけじゃないんです。ただ、限局がんと診断されて手術をしたら、その後の病理検査でリンパ節転移がわかり、長期のホルモン療法をやらなければならない、というケースはよく耳にします。医療には不確実性があり、この結果は仕方ないと思います。ただ事前に、他の治療法の詳細説明を受けていなければ、手術を後悔し、手術は良くないと思ってしまう。これでは患者も泌尿器科医も不幸だと思うんですね。

複数の治療の説明を受けて、納得して治療を受けていたら、たとえ再発しても、後悔に苛まれることはないんじゃないでしょうか。前立腺がんは検討する時間が十分にあるので、セカンドオピニオンを医師からも促してほしいし、いろんな職種が集まったカンサードボードも実施したうえで、患者に治療方針を説明してほしいと思います。

■ 治療を振り返って

私の病状ですが、PSAの値が上がってきて、来月の検査で再発が確定するかもしれない。

治療を受けた翌年に、私のがんは消滅したと自分の

コラムに書いたんですが、一方で主治医からは10年で3割再発してると聞いてました。今の状況に動揺していないのは、事前に情報をしっかり伝えられていて、男性の平均寿命は全うできないかもしれない、と覚悟していたし、自分で調べて、自分でトリモダリティに決めたことに後悔がないからです。さらに手を変え品を変え、寿命を延ばしていけば、新しい治療法が見つかるかもしれないという期待も持っています。

私の患者としての旅はまだしばらく続くわけですが、その長い旅の過程でSDMというのは絶対欠かせないと思うんですね。だから全ての医療にSDMが根付くことを心より願っております。

*

【岸田】

山口さん、実体験のお話ありがとうございました。それではSDMと言っても、実際どうしたらいいのかというディスカッションに移りたいと思います。

手元に、前立腺がんの治療実績上位30施設のデータがあるんですが、手術数と放射線治療数の合計を比べると、放射線治療のほうが多いんですね。手術を勧めるお医者さんが多いとか、全体的には手術の方がかなり多いと聞いていますが、これはセカンドオピニオンを受ける受けないとか、SDMの実践とも関係しているのでしょうか。

患者さんはもっとこうしたほうがいいのか、気構えというのがあれば教えていただけますでしょうか。

【小路】

セカンドオピニオンって重要なんですが、先ほど山口さんのお話の中で「賢い患者になりましょう」という言葉がありました。やっぱり患者さん自身が考えて自ら質問できるようなレベルになるのは重要だと思うんですね。例えば生検の結果やグリソンスコアのお話をしても、患者さん自身の理解が難しいことがあるんですね。

そこで私は、患者さんがあらかじめ前立腺がんの知識を得ることができる本を書きました。これらを予習していただいた上で、診断を聞いて、セカンドオピニ

オンの希望を医師に相談すれば、医師もこの方はここまで理解されて、何を悩んでるかがわかるので、セカンドオピニオンの手紙の内容もよりレベルが高いものになると思います。

【佐藤】

患者さん自身の勉強は大事です。ただがんと診断されてガイドラインを全部読みこなすのは難しい。北里大学では「がん看護外来」で、がん専門看護師が、「がんと診断されて治療を提案されたけどよくわからない」という患者さんに、人数限定ですが、多職種の力を借りながら寄り添って、考えながら答えを導き出すという取り組みをしています。忙しい医師一人に頼るのは限界があるので、いろんな職種の人が、チームとして1人の患者さんを支えるというのも、多くの患者さんに支持していただいています。

【岸田】

医師だけに頼るんじゃなくて、関わっている看護師や薬剤師など様々な方の力も借りる、患者も質問してみる、というのはできるんじゃないでしょうか。四宮先生、緩和ケア医の立場からどうでしょうか。

【四宮】

緩和ケアでも、がんの専門のトレーニングを受けた看護師がいるところが多いと思います。うちでも、治療の他に様々なことも知っている看護師達がサポートすることは、最近増えていますね。

セカンドオピニオンについては「こんな聞いて先生が気イ悪せんやろか」と、どうしても思うけれど、これは患者さんの権利だと考えてもらうのがいいと思うんですね。自分にとって正しい選択のためには、セカンドオピニオンは必須と考えることが大事だと思います。逆にセカンドオピニオンで気を悪くするような主治医というのは、今ではちょっと遅れているというか、よろしくない主治医ではないでしょうか。幸い山口さんの場合は、素晴らしい主治医だったと思います。

【岸田】

セカンドオピニオンは患者さんの権利だということですね。放射線治療医である鶴貝先生はどうでしょうか。

【鶴貝】

セカンドオピニオンを切り出す時の心構えとしては、人生では患者さんの方が先輩ですので、後輩に話すつもりで来ていただくということです。患者さんって医者にすごく気を使っていた方が多いんですが、こう思えば、それほど気を使わなくていいと思います。

セカンドオピニオンを受けていただく時のポイントとしては、まず最初のお医者さんの診察を受けたときにどこまで分かって、何が分かってなくて、どういったところが気になっているか、あと、治療方針を決めるにあたって、ご自身がこれから大切にしたいことを明確にしておくことです。私がセカンドオピニオンを受ける場合は、これらを必ず伺います。あなた自身でわからないことをしっかり認識して伝えていただくと、実りあるセカンドオピニオンができるのではないかと思います。

【岸田】

後輩に話すつもりで接することだったり、何を大事に思ってるかをしっかり伝えるっていうことですね。先生たちのお話を聞いて山口さん何かありますか。

【山口】

患者の体験談では、がんの診断で頭が真っ白になったとか、夫婦で涙を流したというようなものもあるんですね。だから、私も「賢い患者になりましょう」って言うてはきたものの、なぜ心も体も弱っている患者が、そんなに頑張ってる勉強しなきゃいけないんだと思うんですね。

四宮先生が、セカンドオピニオンは患者の権利だとおっしゃいましたが、本当にそういう意識で、病院でポスターを貼ったり、医師が必ずセカンドオピニオンを促したりする、そういう医療環境を作っていただきたいですね。

あと地方では、高度な医療ができる病院に限られていて、セカンドオピニオンをどこで取るんだ、という問題もある。ですから、地元の県にとらわれずに他県に行ってみる等も患者は考えていいと思います。

【岸田】

遠方の場合、オンラインも活用できると思います。

その時には、違う大学や系列の病院の方が良いでしょうか。また、そういう情報ってどうしたら確認できるでしょうか。

【山口】

同じ大学や系列でセカンドオピニオンを聞いても、治療方針が同じだったり、先生同士が気を使ったりということもあるかもしれないので、違うところに行く方がいいと思っています。情報については、先生方にも教えていただきたいところです。インターネットで今いろんな医師の情報があるので、見ておいた方がいいですが、一般の人には難しいですね。

【小路】

医局の文化も最近変わって来て、あまりそういうことは無くなって来たと思います。出身大学を調べるのは難しいですが、むしろ大事なものは、その分野のエキスパートであるかどうかです。近いから選ぶのではなく、エキスパートだから選ぶ。インターネットで前立腺がんについて調べれば、比較的探しやすいと思います。そしてオンラインでのセカンドオピニオンは多くて、私も全国からお話を受けています。遠方のエキスパートにオンラインで話を聞くのはいいと思います。

【岸田】

大学や系列でなく、先生を見て選ぶということですね。四宮先生、ACP（アドバンスケアプランニング）では、事前に自分の要望をちゃんと伝えて、どのように過ごしていくかというのが大事だと思うんですけども、治療経過の比較的長い前立腺がんの患者さんは、何が大事かを教えてください。

【四宮】

病気が進んで死が目の前に色々考えることもとても大事なんですが、病気になって70歳までしか生きられない、80歳までは無理だろうみたいな中で、自分の人生を考えるというのがとても大事だと思うんです。中年ぐらいまでなら、自分が死ぬことをあんまり考えない時代だと思うんです。だから病気になって、いずれ死ぬかもと思った時に、じゃあどうするのかということですよ。山口さんも1年前に新聞社を辞め

られて、これから本当にやりたいことをやると。

実は病気ってというのはそういうことを考えるいい機会なんじゃないかと思えます。いろんな患者さんを見て思うんです。自分の人生を振り返る、そして死ぬまでにやれることは何かを考える、これがとても大事だと思えます

【岸田】

最後に一言ずつメッセージをお願いします。

【鶴貝】

SDMでは、医者对患者という枠組みでなく、同じ人生を過ごしている先輩と後輩で話し合う機会と捉えていただいて、ご自身をそのまま出して相談されるのがいいと思えます。

お勧めしているのは、その日聞きたい内容を最大3個ぐらいまでメモしておくことです。これを受付を通して、予め医師に渡しておく、医師も今日はこういう話をしようと思いながら診察室にお迎えします。このように自分を出せる工夫を考えてもらえるとよいと思えます

【佐藤】

講演でお伝えしたように、ぜひ希望を持っていただきたい。前立腺がんは転移があっても、いろんな治療を組み合わせることで生存期間が伸びてきていますので、諦めずに希望を持っていただきたい、ということが一番強いメッセージであります。

【小路】

前立腺がんは、日々の生活の質にも、命にも影響しますので、皆さん悩まれることも多いかと思えます。けれども、我々はただ治療するだけの存在ではなく、様々な情報も持っています。うまく我々を使っただいて、皆様の健康と幸せにつなげていただきたいと思います。

【山口】

例えば、知り合いの知り合いにお医者さんがいるとか、その医師のネットワークで専門医にたどり着くとか、とにかくやれることは全部やって医師にも言いたいことを言って、セカンドオピニオンも取って、そして治療を選択したなら、後は運を天に任せる。それができれば後悔はないと思うんですよ。できることにベストを尽くして、希望を捨てずに日々を過ごすということが大事なんじゃないかなと思えます。

【岸田】

今日のお話が、何かのヒント、きっかけになれば嬉しいです。ご登壇いただいた皆様に拍手をお願いいたします。ありがとうございました。

(要約：岡本光浩)

*

- 鶴貝雄一郎：大船中央病院放射線治療センター長
- 四宮敏章：奈良医科大学附属病院緩和ケアセンター病院教授
- 佐藤威文：佐藤威文前立腺クリニック院長
- 小路 直：東海大学医学部付属病院腎臓泌尿器科教授
- 山口博弥：医療ジャーナリスト
- 岸田 徹：NPO法人がんノート代表理事 (順不同)



鶴貝雄一郎

四宮敏章

佐藤威文

小路 直