

# 旭労災病院ニュース

病院情報誌 第 16 号 平成 19 年 3 月 1 日発行

発行所：旭労災病院

〒488-8585

尾張旭市平子町北61番地

TEL 0561-54-3131

FAX 0561-52-2426

<http://www.asahih.rofuku.go.jp/>

## アスベスト問題を振り返って

副院長 宇佐美 郁治



平成 17 年 6 月 30 日にいわゆるクボタショックが起こり、アスベストが大きな社会問題になりました。当初はパニック状態で数多くの問い合わせがあり業務が滞ることもありましたが、早期に健診の体制を作り、医療機関などの支援を行ってきました。昨年 12 月末までの 1 年半の間に健診・診察のために 1158 名の方が、相談のためには 427 名の方が来院されました。また、電話相談は 1866 名の方からありました。健診を受けていただいた方の中で胸膜プラークなどの所見があり健康管理手帳の手続きをとった方は 112 名で、労災認定は中皮腫、肺がん、石綿肺などの疾患に対し他院の症例も含め数多くの患者さんの手続きをいたしました。いろいろな機会をお願いして 3000 名以上の方を対象に 48 回の講演をさせていただき、アスベスト関連疾患の臨床や労災補償につき説明させていただきました。愛知県のみならず近隣の県からも数多くの患者さんのご紹介をいただき対応をしております。最近、パニック状態は治まりましたが、定期的な健診の方の数が徐々に増え、相談内容も労災認定に関するものが増えてきました。

労災病院間では、以前よりじん肺の問題で協力し合っており、ネットワークができていましたので、今回も早い時期から連携をとり、情報を共有し、講演に使用する資料なども作成することができました。各地で労災病院の先生方が大変活躍されています。

このように突然振って沸いたようなアスベスト問題に対して対応が取れましたのも、普段よりじん肺の患者さんを数多くご紹介いただき、じん肺の仕事をさせていただいた基盤があったからこそであり、患者さんをご紹介いただきました地元の先生方に大変感謝しております。

アスベスト関連疾患はこれからも年々増加いたします。アスベストなどの勤労者医療や病診連携を通して皆様方のお役に立っていきたくと思っておりますので今後ともよろしくお願い申し上げます。

# 高齢者の前立腺癌の診断と治療について

泌尿器科部長 松原 廣幸



近年増えつつある高齢者（仮に 75 歳以上とします）の前立腺癌について簡単に述べます。前立腺癌は他の悪性腫瘍と比べて進行の遅い癌ですが、高齢者と若年者の間に生物学的な相違はほとんど無く、治療効果の点では相違はありません。従って平均余命や患者の身体能力、合併症の有無を十分考慮し QOL を優先して治療方針を決めていきます。

- 1) PSA(前立腺特異抗原)：前立腺癌のスクリーニングに用いる採血項目です。本邦では高齢者の進行癌の割合が多いのですが、日米で比較すると PSA 検診の受診率は 5% に対し米国では 70~80% と大きく離れており、この傾向は続くと思われます。ただスクリーニングにより生存率の改善効果があるかははっきりしていません。また PSA 検査をして、もし高値の場合「前立腺癌の心配をさせなければならない」ということの事前の同意が必要となるかもしれません。
- 2) 確定診断には前立腺生検を行ないますが、高齢者の場合 PSA 値や症状の有無を確認し、生検自体の risk（出血や敗血症など）も十分に検討して慎重に行ないます。
- 3) 治療について：前立腺全摘は術後平均余命が 10 年以上期待できる患者が対象という考えに立っており、高齢者に手術の適応はありません（TUR は行いません）。高齢者では根治は目指さず、限局癌（浸潤転移がない）場合は経過観察もしくは小線源療法（本邦では対象年齢 80 歳未満で期待余命 5 年以上を適応とする施設が多い。実際には準備に時間がかかるため週数件しかできず、施行まで数ヶ月~1 年待ちになる）、内分泌療法などを行ないます。一方、進行癌（浸潤転移がある）の場合は内分泌療法をまず始めますが、高額なため（毎月の患者負担が 1 万円以上）経済面を考えて外科的な去勢術（睾丸摘出術）を行なうこともあります。無症状の場合は症状が出てから内分泌療法を始めるという考えもあります。

近年増えつつある高齢者(仮に 75 歳以上とします)の前立腺癌について簡単に述べます。前立腺癌は他の悪性腫瘍と比べて進行の遅い癌ですが、高齢者と若年者の間に生物学的な相違はほとんど無く、治療効果の点では相違はありません。従って平均余命や患者の身体能力、合併症の有無を十分考慮し QOL を優先して治療方針を決めていきます。

- 3) PSA(前立腺特異抗原): 前立腺癌のスクリーニングに用いる採血項目です。本邦では高齢者の進行癌の割合が多いのですが、日米で比較すると PSA 検診の受診率は 5%に対し米国では 70~80%と大きく離れており、この傾向は続くと思われます。ただスクリーニングにより生存率の改善効果があるかははっきりしていません。また PSA 検査をして、もし高値の場合「前立腺癌の心配をさせなければならない」ということの事前の同意が必要となるかもしれません。
- 4) 確定診断には前立腺生検を行ないますが、高齢者の場合 PSA 値や症状の有無を確認し、生検自体の risk (出血や敗血症など) も十分に検討して慎重に行ないます。
- 4) 治療について: 前立腺全摘は術後平均余命が 10 年以上期待できる患者が対象という考えに立っており、高齢者に手術の適応はありません (TUR は行いません)。高齢者では根治は目指さず、限局癌 (浸潤転移がない) 場合は経過観察もしくは小線源療法 (本邦では対象年齢 80 歳未満で期待余命 5 年以上を適応とする施設が多い。実際には準備に時間がかかるため週数件しかできず、施行まで数ヶ月~1 年待ちになる)、内分泌療法などを行ないます。一方、進行癌 (浸潤転移がある) の場合は内分泌療法をまず始めますが、高額なため (毎月の患者負担が 1 万円以上) 経済面を考えて外科的な去勢術 (睾丸摘出術) を行なうこともあります。無症状の場合は症状が出てから内分泌療法を始めるという考えもあります。