

若手中堅放射線治療医の力

今回の特集は、恒例の若手投稿企画です。テーマは“若手中堅放射線治療医の力”、2年振りに8人の若手医師から年頭を飾る御寄稿を頂きました。

執筆依頼には、大学病院を中心に、施設のホームページを拝見して、書き手となる若手中堅スタッフが見つかりそうなところに、個別に推薦を依頼するという前回の方法を踏襲しました。またテーマの選択肢も前回とほぼ同様に、「研究の紹介」、「放射線治療を専門に選んだわけ」、「新人リクルートのアイデア」、「自身の将来構想」、「趣味の紹介」、「JASTROニュースレターへの提案」などをお願いしました。

今回もJASTRO会員の多くの皆様に、共感や郷愁、そして未来への希望を感じて頂けることと思います。

静岡県立静岡がんセンター 陽子線治療科 村山重行

身長：1.7m 体重：0.05t 得意技：X線 弱点：睡眠不足

●武蔵野赤十字病院 放射線科 戸田一真

みなさま、初めまして。まずは今回拙文を掲載していただく機会を頂きました唐澤克之先生はじめ広報委員の皆さまに感謝を申し上げます。内容は何でも、と伺いましたので他の先生がもっとアカデミックで真面目な文章を書かれる事を期待し、自分はJASTROでの交流や勧誘について気楽に書かせていただこうかと思えます。

医師として働き始めてからもうすぐ干支が一回りします。若手というにはちょっとあやしくなってきましたが、ここ数年「NExT」という若手放射線腫瘍医のグループに参加しています。古参のせいで2年前からは代表になってしまいました(さいわい、そろそろ任期切れです)。NExTは施設横断のサークルのようなゆるい集まりなのですが、全国に知り合いができて学会や研究会への参加のモチベーションの一つになっています。ちょっとした臨床のコツから人事の噂まで情報交換ができますので、放射線腫瘍医の同期や年の近い先輩後輩がいらないとお悩みの先生はぜひご連絡ください。勉強会を開催したりもしますが、活動の基本は飲みニケーションですからお気軽に。

NExTの活動のもう一つの柱が学生・研修医の勧誘です。NExT発足はJASTROの「医学生・研修医のための放射線治療セミナー」がきっかけという経緯もあり、同セミナーのチューターやレジナビのブース出

展のお手伝いに積極的に参加しています。最近では多くの学会が学生・研修医の勧誘を主眼としたセミナーを開催していますが、JASTROのセミナーはおそらくかなり早い時期に始まっていて、勧誘された方が数年後に勧誘する方に回る理想的なサイクルが成立している点は他学会に誇ってよいと思います。ただ、悩みはいまひとつ知名度が低いことです。会員のみなさまにはぜひ医学生・研修医セミナーの宣伝をよろしくお願いいたします。2015年は7月4日大阪、7月18日東京で開催予定です。

そして学生・研修医を勧誘するときに自分が意識しているのは「自分はこの仕事をやっていて楽しい」と伝えることです。放射線腫瘍医に限らず医師というのは人を助ける聖職ですが、何より自分自身が楽しく感じないと続けられない、と思っています。自分にとっての放射線治療の楽しさは、幼い頃から大好きな特撮(いわゆるヒーローもの)からつながっています。もう30年以上前に夢見たようなヒーローへの変身はできないままですが、放射線腫瘍医は「光線(beam)で人を助ける」わけですからわりと近い職業だと思っていますし、PCとモニターだらけの職場も秘密基地のようでけっこう気に入っています。最新メカと放射線を駆使して怪獣(がん)と戦いますが、ただ倒すだけではダメで街(正常臓器)を守らないといけません。日々の戦

いはなかなか厳しく、強敵を前に苦戦することもしょっちゅうですし、残業続きの夜はカラータイマーが点滅しっぱなしです。それでも学生や研修医に、子供のころの自分に、そしていまヒーローに夢中になっている息子たちに「楽しくって人の役に立ついい仕事だよ」と

言えるようでありたい、と思いながら日々働いています。以上です、とりとめのない文章で失礼いたしました。最後になりますが、医学生・研修医セミナーおよびNExTでいつもお世話になっている諸先生方にこの場を借りてお礼を申し上げます。

癌診療における放射線治療科の役割

●京都大学医学部附属病院 放射線治療科 坂中克行

今回JASTROニュースレターへFree Talkで原稿依頼を賜りましたので、「癌診療における放射線治療科の役割」について私が感じていることを述べたいと思います。私は卒後11年目の放射線治療医で、大学病院に勤務し消化管を中心とした放射線治療に携わっています。

放射線治療科の第一の役割は、放射線治療を適切に利用し、患者の治療に貢献することであり、これを全うすることが診療の基本ですが、患者さんにとって放射線治療に関わる部分は集学治療の一部であることもつくづく感じています。多くの疾患で手術、化学療法が行われ、有害事象のケア、治療がうまくいかないときは看取りもあります。マンパワー不足や、診療レベルの高度化で専門分野に特化するのはやむを得ないのですが、現在患者さんを主科として責任もって診ることや、治療の意思決定に関わる場面から放射線治療医が少し離れてしまい、集学治療の中で放射線治療科は根治から緩和まで癌治療に貢献しているものの、診療の中でイニシアチブを持ってない状況に陥っているように思います。医療には各専門科間の境界領域がたくさんあります。境界領域をどれも自分がやれば良いというものではないのですが、できるところは自分たちで取り込み、放射線治療科の存在意義を示す努力が必要ではないかと思っています。

大学院生の時、私は3か月間ドイツのエアランゲン大学放射線治療科に留学する機会を頂き、私がそれまでに経験した本邦の放射線治療施設と比べ、彼らが癌診療に広く携わっていることに関心を持ちました。医師をサポートするコメディカルの実力はありますが、化学放射線療法、外来化学療法、病床管理もスムーズに行っており、私の思う医者がやるべきこと(臨床

と臨床研究)をしっかりとやっているなあと大変勉強になりました。放射線治療で特殊な最新技術を用いていたわけではないのですが、化学療法も含め、総合的ながん診療を行える素地があるので、うまく各科をリードしmultimodalityの臨床研究を立案して、局所進行直腸癌に対する術前化学放射線療法に関しては、多施設第III相臨床試験を放射線治療医がfirst authorで論文発表もしていました。

私の関係する消化管癌に関しては、臓器機能が保たれている人で放射線治療単独が初回治療の標準治療選択肢となることはほぼなく、化学放射線療法を行うのですが、当院ではこれをできる範囲で放射線治療科が主科として実施しています。大変なところもありますが、こうした診療体制が昔から受け継がれているおかげで、集学治療においても他科と適切なディスカッションを行い、放射線治療科の存在意義を示した診療ができていのではないかと思います。放射線治療技術の高度化で業務負荷は増加しており、診療業務の分業で業務効率化を図る傾向は今後も続くと思いますが、一方で効率化の為に捨ててしまった業務は取り戻し難いことも事実だと思います。患者の診療から一歩引いてしまうと、どれだけ座学で勉強しても、とことん患者を診ている内科医、外科医と対等な立場で議論はできず、結果主科からの依頼をそのまま引き受けざるを得ないような思考停止に陥ってしまうように思います。業務量やマンパワーとのバランスになりますが、放射線治療に限らず癌臨床の様々なことを行ってある程度自己完結できる診療スタイルも大切なことだと思いますし、一つのスタイルとしてこうした診療を放射線治療科で引き継いでゆければと思っています。

教育される側から、教育する側へ

●九州大学大学院 医学研究院 九州連携臨床腫瘍学講座 吉武忠正

気がつけば医師になり16年目になります。若手とは言えない年代になってしまったのですが、折角頂いた機会ですので自分の思うところを書いていきたいと思います。

放射線科入局を決めたのは大学6年生の秋頃で、当初は診断医を考えての入局でした。研修医1年目は九州大学病院での研修でしたが、当時より九州大学病院の放射線科は病床数が多く、放射線治療では40人程度の患者さんが入院しておられます。当時指導して下さった先輩方は、再発を繰り返す患者さんまで、何人も抱え込んでいて、化学療法、温熱療法なども駆使して、旧式の放射線治療装置でなんとか治そうと努力しておられました。最終的に病気が増悪しても当時はそのまま放射線科で看取ることも多かったのですが、未告知の方もまだおられましたので、日に日に悪化する状況で未告知の患者さんを訪室するのは精神的に辛かったのを覚えています。ただ、そのような放射線治療医の先輩方と放射線治療中の患者さんを見ていくうちに、放射線治療に魅力を感じ、5年目より放射線治療を専攻することとなりました。

その後は大半を九州大学で大学院、医員として仕事を行ってきて、平成24年10月より、「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」いわゆる第2次がんプロによって九州大学に新設された九州連携臨床腫瘍学講座に所属しています。その「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」における「九州がんプロ養成基盤推進プラン」の目標は、「地域がん医療に貢献する優れたがん専門医療人」、「がんに関する国際的な視野を持った指導者や臨床現場でのリーダー」、「高度な研究能力を有するがん研究者」となっています。すなわち次世代のリーダーとなる人材を養成するというのが目的です。まだまだ半人前で教育される側の気分だったのですが、突然このような大きな目標を与えられてしまいました。

ご存知のようにこの十数年で、放射線治療は一変しました。僕が研修医の時には2次元治療計画でしたが、大学に帰ってきた5年目にはすでに3次元治療計画に変わっていました。2次元治療計画では、教科書に載っている1枚のリニアックグラフィをそのまま参考にできたのですが、3次元治療計画、そしてIMRTの時代になり自由な照射野設定が可能に

なると、そういうわけには行かなくなります。Target volumeの正確な設定のため解剖学的知識、画像診断の知識も必要になりますし、特にIMRTのinverse planningでは、どの程度の最適化できれば納得(妥協?)していいのか、というゴール設定も難しくなります。線量制約を入力して最適化しては、結果を見て、ちょっと修正点があると、また線量制約をいじって最適化して…を繰り返していると、時間があつという間に過ぎてしまいます。その中で、どこで照射野を決定するかというのは、数値とか言葉ではなかなか伝えられないように思います。Contouringにおいても計画者間での差がかなりあると言われていまして、2次元時代よりも放射線治療医間の治療計画の差というのがかなりあると思います。今後本格的にIMRT時代になっていくにつれて、治療計画の教育は以前よりも難しくなってくると思います。教科書だけでは伝わらない、どちらかと言うとちょっとした職人芸の伝授に近いものになってくるのかもしれない。さまざまな部位・疾患の治療計画をマスターするのは大変な時代になってきていると思います。

また近年、治療の標準化ということが言われていますが、治療方針決定というのなかなか型通りには行かず、非常に難しいということが日々実感されます。放射線治療医のみのカンファレンスでも少し非典型的な症例になると、満場一致で治療方針が決まることはなかなか少なく、様々な意見がでます。放射線治療だけではなく癌治療においては、標準治療を把握した上で、攻めるべきところでは時には大胆に攻め、退くべきところでは無理せず退くという状況判断の感覚を養うことが僕はとても大事だと思っています。さじ加減と言われることも多いのですが、このような感覚というのは教科書を読んでもなかなか身につかない点だと思いますので、様々な患者さんの治療を通じて、後輩達に伝えて行きたいと思っています。最近は若干退き気味になりやすい自分があるので、もう少し攻める情熱を持たないといけないと反省しています。

重ねた年数とともに徐々に教育する側へと移ってききましたが、次世代の若手に踏み台にしてもらえるように教育に力を入れていきつつも、置いていかれないように頑張っていきたいと思っています。

放射線治療医になって

●京都第一赤十字病院 放射線治療科 小谷直広

京都第一赤十字病院の小谷直広と申します。私は初期臨床研修のち京都府立医科大学で前期専攻医、大学院、後期専攻医と5年半放射線治療を専攻し、昨年より現施設に赴任しております。JASTRO ニュースレターへの寄稿という機会を頂いて今までのことを振り返っておりますが、すぐにそして迷いなく「放射線治療医になってよかったなあ」という思いが湧き上がってきます。

若手放射線治療医としての今までや現在思うことなどについて、徒然と文章にしてみましたので、お付き合い頂ければ幸いです。

1) 入局当初

研修医の中頃からかっこいい読影医を夢見るようになり放射線科に入局した私が、最初にローテート先として命じられたのが放射線治療部門でした。その時点では正直放射線治療に関する知識も興味もゼロに近く、早く治療から診断部門ローテートに移りたいと思ったのを記憶しておりますが、1-2か月で心が変わり「このまま放射線治療を専攻したい」とお願いするようになりました。がん治療に真剣に悩む患者さんや紹介医と日々接することができ、その中で大きな役割を果たせる放射線治療医の魅力に急に取りつかれたように思います。当時の大学には高精度リニアックもRALSもマンパワーもなく、環境的に恵まれているとは言えなかったため、ボスの山崎秀哉先生はローテーターにCyberKnife・TomoTherapy・吉田謙先生の小線源治療の3つを見学する日を設けてくださっていました。通常外照射の他に種々の魅力的な治療法があることは驚きでしたし、各施設の治療スタッフの情熱に触れ、大きく放射線治療のイメージが変わったことも治療を専攻するきっかけになったように覚えております。

当時の医局長からは「放射線治療部は今が底だから、あとはよくなる一方のはずだ。頑張れよ。」と言われる状態でしたから不安もありましたし、「底」のしんどさを少しは経験したように思いますが、放射線治療の魅力が褪せることはありませんでした。

2) 大学院時代

入局の翌年に大学院に進学し、「CyberKnifeによる頭頸部癌再照射」というテーマを頂いて研究が始まりました。データ収集・解析・文献検索・英文作成など臨床業務とは違った大変さに四苦八苦しました

が、大学院前半で何とか論文という形に仕上げられました。「今後は自分でテーマを考えなさい」と山崎先生に言われ、大学院後半には甲状腺癌に対するヨード内用療法の効果判定に関して研究を進め、学位論文にすることが出来ました。

専門として極めていけるような研究も出来ておりませんし、基礎研究の世界も未経験ということで、皆様に紹介できるような大学院時代ではありませんが、「過去のカルテから自施設の治療の妥当性を見直すこと、そのためにもプロトコルに則った治療を行うこと、文献から現在行うべき治療法や今後改善すべき点を見出すこと」など大切なことをこの時期に学んだように思います。

またこの時期には研究だけでなく、勉強・給料の確保・関連施設の応援などの目的に様々な施設で見学させて頂いたり、非常勤勤務をさせて頂いたりしました。非常に勉強になりましたし、多くの方々とのつながりを持ってた上に家族も養っていったということで、お世話になった皆様には本当に感謝しております。ありがとうございます。

3) 現在

現施設では、Novalis TxとClinac iXが導入され、医師2名+技師+品質管理士・物理士+専従看護師体制が取れており、外照射なら一通り可能という非常に恵まれた環境で勤務しております。体幹部定位照射、IMRT、頭蓋内定位照射の立ち上げも行え、患者数やコンサルトの電話も増えてきているように感じ、充実した日々を過ごせています。

ただ新しいリニアックで治療を行えばみんなをHappyにできるというわけでは当然なく、受けるべき治療を経済的な理由から拒まれる患者さん、治療によって病状が安定しても帰る先の見つからない高齢者、高額な所謂民間療法に救いを求める方など、簡単に解決できない問題に悩む毎日でもあります。高精度放射線治療を操ることは楽しく、答えのない患者の社会的問題などからは目を逸らしたくなりますが、前者のみを追い求めることがないよう努めることが自分の存在意義であるように思います。

4) 中堅になるために…

私には4歳と2歳の子供がおりますが、彼らがよい方向に進めるよう声を荒げて怒ってみたり、時には出来るようになるまでじっと任せてみたり、子育て奮闘中

です。

そのような中でふと職場での自分について考えてみると、周りと協調することは心がけても感情をあらわにして自分の意見を述べることは少なく、人に頼むより出来ることはなんでも自分でやってしまいたい、という態度でいるように思います。自分のスキルアップで精

一杯の若手から、より良い治療を提供できる放射線治療チームの中堅になれるよう、「自分の意見をしっかり持って主張すべきは主張する、周囲にお願いできることはお任せしてみる」の2点を目標に成長していければと思います。毎日が手探りで、もがいておりますが、今後ともご指導の程よろしくお願い致します。

出会いと縁

●琉球大学 放射線科 有賀拓郎

駄文お目汚しになりますので、早々に読み飛ばしていただけますと幸甚です。

医学部に入学した頃は漠然と外科医になろうと考えていたのですが、どの診療科も学べば非常におもしろく、特に進路を決められずにふらふらしていました。そんな中、放射線科に入局を決める決定的な講義があったわけです。当時、戸板先生のことは“婦人科腫瘍の有名な先生”くらいの認識で、その日は乳癌の系統講義でしたので「まあ専門家の話でも聞いてみるか(その当時は乳癌を婦人科腫瘍の括りだと思っていました)」と何の気なしに授業に参加していたのですが、御大の登場に衝撃を覚えます。

チノパン!オニツカタイガーのスニーカー!!(若っ)そして開口一番、「僕は子宮の先生なので、おっぱいは専門じゃないのですが、頑張っって講義します」!!!(大先生が“おっぱい”って言ったよ!衝撃!!)なんじゃこりゃ、こりゃおもしろそうだ!とその日の帰りにそのまま医局に戸板先生を訪ねて、「興味がありますので入局します」と申し込んでしまいました。その後、初期研修を都内でやろうかなあと漠然と考えていたので、戸板先生に新宿の国立国際医療センター宛の見学推薦書を書いていただいたのですが、そこで当時いらっしゃった伊丹先生の豪快さに触れ、またまたショック!すごい放射線科、やっぱりおもしろい。別の日には、医学生・研修医のためのセミナーが久留米であるとのことで、戸板先生から行ってみたらと推薦をいただいたのでウキウキと参加してみると、早瀬先生を筆頭に諸先生方が時には熱く、時には冷静に、学年の上下関係なく放射線治療を語り合っているわけです。こりゃ全国どこ行ってもおもしろそうだ、よし放射線科に決めたと、と決心するに至りました。(屋形船に乗って鵜飼ショーを眺める、というセレブな経験も非常に強力な後押しになったかも…)

いざ入局すると当時は小川先生がいらっしゃって、臨床しながら論文もバリバリで、これかあ大学人として目指すべき姿は、と非常に勉強になるわけです。ただ、いまだにどんなに頑張ってもあんなに書ける気がしないのですが…小川先生曰く、“日記を書くように毎日こつこつと頑張りなさい”ハイ、出来るように頑張ります(汗)。

そして入局は僕一人だろうなと思っていたら、同期が1名(粕谷)入局しまして。また彼が涼しい顔して論文書くわ、国内外問わず学会発表するわで、比較される身としては非常に焦るわけです(笑)。切磋琢磨できる同期に恵まれたのも、またいい縁だなと思います。

入局してから(する前からでしたが)、戸板先生の抱持で全国津々浦々行きました。そうするとご高名な先生方や、学年に関係なくきらりと光る才能に溢れた先生方にお会いできるわけです。勢いに任せていろんな愚問をぶつけては、失笑を買ったり同門の先輩から怒られたりなんて一度や二度じゃないのですが、それでもこんな機会滅多に無いのだと思うと黙っているのがもったいなくて、いつも前のめりに質問してしまいます(今もですかね?)。諸先生方におかれましては、この場を借りて数々の非礼を深くお詫び申し上げます。いろんな先生方から非常に興味深いお話をお伺いできたのは、放射線治療医としてとても大きな財産になっています。

自分の外来が持てるようになると、患者さんとの縁が広がりました。文字通り“命がけ”で外来を受診しているわけですから、こちらもいつも全力投球を心がけるあまり、つい力みすぎて話し込んじゃうこともしばしばです。また、内科や外科とはちょっと違う距離感で患者さんと接しているのが、医師対患者という父権的なパターンリズムにはまることなく、病気のことからプライベートなことまで延々と続いてしまい、気づいた

ら夕方になっていてカルテ記載は夜中なんてことが月に何度もあります。でも、患者さんの話は非常に興味深いです。たわいもない会話に人となりが見えたり、その人の人生観や死生観に触れたりなんて、他の職業じゃそうそう無いわけですから。

“放射線治療”を選んだのは、たわいもないきつ

けでしたが、毎日充実して過ごせていることに、この診療科を選んで本当に良かったと思っています。治療技術の進歩などのわかりやすいおもしろさもあるのですが、人との縁が生み出すおもしろさもまた、この科の魅力であることを学生さんや研修医の先生に日々熱弁しています。来年も入局者がいますように(願)。

17年目の中堅放射線治療医として

●宮城県立がんセンター 放射線治療科 藤本圭介

「若手中堅放射線治療医の力」というテーマで寄稿の機会を今回戴いたわけですが、何を書こうか漠然と考えてはいたものの、なかなかまとまりませんでした(原稿の締め切りにも遅れてしまいました、申し訳ありません)。私が若手中堅放射線治療医として”力”不足である故でしょうか? そんなわけで自己紹介かたがた、中堅医師としてのこれからの立ち位置などについて思うところを散文的に書かせていただこうかと存じます。

小生は平成10年卒で、今年度で丸17年のキャリアになります。現役医師として働ける期間を40年強と考えると中盤に入ったところ、いつまでも若くありたいと思うものの、若手と自称するにはいささか無理がでてくる時期でしょうか。

学生時代ががん治療に興味を持ち、体にメスを入れずにがんを治せる放射線治療に不思議な魅力を感じて、卒業と同時に母校(東北大学)の放射線科に入局しました。臨床修練で回った診療科の中で一番明るい雰囲気だったことも動機の一つでした。研修医時代は画像診断も学び、診断医の道を選ぶことも可能な環境でしたが、方向がブレることもなく放射線治療を専攻し、その後幸いドロップアウトや他に浮気することもなく今に至ります。ここまで臨床一本で来ましたので、基礎実験は全くの門外漢です。

私は大学院を修了して10年過ぎましたが、途中大学への帰局を挟み、関連病院での一人医長として通算6年半過ごしました。現在は、2014年1月から宮城県立がんセンターにて3人のうちの2番手として勤務しております。久しぶりに病棟の入院患者も受け持っております。

関連病院に勤務している当時一緒に働いていた研修医の中から、他大学に入局された方も含めて3人の先生が同志として後に続いてくれました。当直の場

や医局で話をすることはあっても、実際の患者さんを通じて放射線治療をアピールした機会がほとんど無かったので(いわゆる一般病院では放射線治療患者の紹介を下さるのは限られた先生のみで、研修医が直接依頼を出したり相談に来ることはまずありませんでした)、彼らのリクルートに対する私の貢献は微々たるものと思うのですが、放射線治療に対して少しでも良い印象を提供できていたかなあ、少なくともネガティブなアピールにはなっていなかったかなあ、と自己肯定しております。現任地には進路の定まっていない初期研修医がいませんので、勧誘の楽しみが無いのが少し残念なところです。

さて、出身大学の現役医局メンバーをみると、私より若い方が多数おられます。ここ数年のうちに先輩よりも後輩の方が多くなっていきました。これまで、特に初めの10年は先輩方から知識・知恵や技術を専ら教えていただく立場でしたが、今後は現状に飽きることなく自ら新しい知識を積極的に学び、臨床の現場に生かしていくのは勿論のこと、これまでの経験を先輩に伝えること・後輩とともに謙虚に現場から学んでいくことが我々中堅の医師には求められると考えております。また日々のマンネリに流されず、このような姿勢をキープすることで、それが学生さんや研修医の目に留まり、良い印象を持ってもらえるようになるのではないかと、思います。とりわけ大学の医局では勧誘活動が大事な仕事の一つですが、学問同様王道やテクニクはなく、日々地道に研鑽を積み、良い雰囲気を醸成することが一番の近道ではないでしょうか。

年をとるにつれ、自分を指導してくれる・自分に喝を入れてくれる人は次第に減ってきます。後輩の模範になるようにと思いきると気が滅入りますが、このような態度を忘れぬようストレスのかかりすぎない程度に自律しつつ、日々働きたいと思っております。

県境の一人医長から大学病院の医師へ

●熊本大学医学部附属病院 放射線治療科 東家 亮

「若手中堅放射線治療医の力(仮題)」ということで寄稿の依頼をいただきました。せっかくの機会ですので、筆を執らせていただきます。とはいっても、特別に文才があるわけではありませんので、最近の雑感を少し書いてみようと思います。

私は放射線科に入局して12年目になります。臨床研修医制度が変更になる前年、いわゆる「ストレート入局」最後の年に、滑り込みで放射線科医の世界に入りました。入局して後輩が入ってくるまでの3年間、同期とともに「研修医」と呼ばれ続けました。現在は大学病院に勤務していますが、それまでは県境にある関連病院で、一人医長として勤務していました。一人医長といっても、症例数が大して多いわけでもなかったもので、「多忙」や「悲壮感」といった言葉とは無縁の、のんびりした日々を過ごしていました。

3年半ほど前に突然医局から連絡があり、大学病院に戻ってきました。以前大学病院に勤務していた頃は、大学院生だったこともあり、私は診療、研究、教育、管理業務などの全てに関して先輩方に甘えていました。しかし、当時私を指導してくださった先輩方は御栄転されたため、戻ってきたときには、私の先輩は大屋教授だけになっていました。そろそろ以前と同じ意識で生きていくわけにはいなくなってきました。

今回の特集における「若手中堅」の定義とは、「卒業後15年くらいまで」とのことですので、この定義を当てはめると、当院は教授と若手中堅医師だけで構成されていることになります。関連施設の先輩方からご助言やご指導を賜りながら、全員が力をあわせて頑張っています。熊本大学の関連病院は県内外あわせて16施設あります。9施設で常勤の専門医が在籍しており、残りの7施設は主に当院から非常勤医師を派遣しています。中には画像診断を主に行っているベテランの先生に放射線治療を兼務していただいている施設もあります。常勤医の派遣や追加といった関連施設の要望には、まだ十分に対応できていないというのが現状です。

残念ながら、最近3年間は新入医局員が獲得できていません。このNews letterがお手元に届く頃には、「今年も入局者ゼロか」ということになっているでしょ

う。このままでは「若手中堅」ばかりの医局が「中堅ベテラン」、更には「ベテラン」だけで構成されることになってしまいます。一度このような状況に陥ってしまえば、新入局員の獲得は絶望的です。負のスパイラルに入り込む前に、どうにかこの流れを断ち切らなければなりません。このため、新たな人材の獲得が喫緊の課題となっています。

放射線治療の魅力とは何でしょうか。なぜ一生の仕事として放射線治療医を選択するのでしょうか。癌治療における三本柱の一つを担う重要な仕事だから？機能温存が可能な癌治療を行うことができるから？癌患者と接して一緒に治していく喜びを味わうことができるから？画像診断の知識を癌治療に生かすことができるから？臓器横断的な診療や研究ができるから？…いろいろあると思います。最近、「放射線治療計画装置で線量分布を作成することが面白い」といってくれる学生や研修医が増えてきました。私が入局した頃には存在しなかったメンタリティーです。CTシミュレーターによる3次元放射線治療計画が主流になった昨今、確かに放射線治療医の業務において放射線治療計画が占める割合は増えてきています。当院でも、学生や研修医に対する教育の内容は、時間やマンパワーが限られていることもあり、この現状を反映したものになっています。放射線治療医といえば、「モニターとにらめっこして線量分布を作成している」イメージを持たれているかもしれません。しかし、最近は医学物理士が高度な専門性を発揮してくれています。他施設の状況を伺うと、高精度放射線治療などの計画過程を医師が全て行う施設は減ってきているように思います。当院も例外ではありません。

今後、放射線治療医の業務内容は少しずつ変化し、放射線治療計画が占める割合は減ってくるかもしれません。そのとき、我々は何を充実させるべきなのか？患者に対して何ができるのか？学生や研修医にとって魅力的に映る放射線治療医になっているのか？そして、放射線治療医は社会に対してどのように貢献できるのか？…県境の一人医長から大学病院の医師に戻り、高精度放射線治療に接するようになってから、そういうことを時々考えるようになりました。

放射線科医として。今までを振り返ってみて。

●医療法人社団高邦会高木病院 放射線治療部 服部睦行

私は久留米大学出身で医師として12年目となる。原稿執筆依頼を頂いた時は、一瞬どうしようとも思ったが、今まで放射線科医として過ごしてきた日々を振り返るという意味では良い経験だと考え、書かせていただく事とした。

自分は大学4年生までは日々を過ごす事に精一杯であり、医師として将来何をしたいのかということとは漠然としか考えていなかった。そんな中、久留米大学前教授の早淵尚文先生の講義で、転移性脳腫瘍に対する放射線治療が著効した症例のスライドの提示があり、手術でも抗がん剤でも効果が乏しいけれども、放射線治療ならば出来る事があるという事がまず放射線治療に興味を持ったきっかけであった。翌々年、早淵先生のすすめで、「医学生研修医のための放射線治療セミナー」に参加した。それまで、がん治療とは「何をもってしても治すものである」という考えだったが、セミナーで寺嶋廣美先生(現・原三信病院)の温熱治療について講義を受け、がん治療は「治す」だけではなく、「症状を緩和する」という考え方(今ならば当たり前であるが)に衝撃を受け、更に興味を持つ事となった。その後、その為には様々な方法があり、放射線科ならばそれらを幅広く学び、臨床に生かしていけると考え、久留米大学放射線科に入局したのである。

入局後は放射線科医としての基本である読影業務をはじめ、各種検査や手技などの研修に追われながら、病棟(久留米大学放射線科は病棟をもっている)

での入院患者さんの治療にあたる日々であった。その中で担当した患者さんの放射線治療計画を指導医とともにX線シミュレーターで計画していたのが良い思い出である。しかし、他の病院への移動により一時期大学から離れ、戻った時に治療計画装置としてXiOが導入されているのを見て、治療技術の進歩を感じるとともに、一から勉強するのが大変だと思ったのも正直なところだった。専門医取得後は頭頸部腫瘍や前立腺治療を主に患者さんを診ていたが、そんなこんな日々を過ごしているうちに、将来放射線治療をしたいという先生がちらほらと現れ嬉しい限りである。自分が指導してもらった事をふまえて、後輩の先生方に放射線治療の有意義さを伝えていければと思う。

早淵先生が定年退職後、平成25年度から高邦会高木病院に勤務される事になった。その際、同院で新規の放射線治療装置を導入し、強度変調放射線治療を開始する予定があるので一緒にどうかとお誘いをいただき、一緒に勤務することになった。放射線治療を主として勤務するのは初めての事であり、また同院にとっても常勤医師による放射線治療になるという事で、通常の業務に加えて、他科の先生方や放射線技師、事務など、病院内の様々な部署との調整をしながら毎日を過ごしている。

今後も放射線治療は発展が著しい分野であり常に最新の知見を得る事が必要だが、同時に臨床の現場に身をおいて患者に寄り沿っていける事を目指していきたい。

