

他科から放射線腫瘍医へ転身された先生に訊く

放射線腫瘍医になって20年以上経ちますが、暫くの間、初めから放射線科を選択した人とどこか違うのではないか、という違和感と後ろめたさを禁じ得ませんでした。私は卒後腫瘍内科の教室に入局し、10年弱過ごしました。「三つ子の魂百まで」といいますが、そのとき刷り込まれたさまざまなことを、良い意味でも、悪い意味でも引きずっていたのだと思います。私自身、確かに放射線腫瘍医としては出遅れましたが、全身を診る姿勢と化学療法に関する知識・技術に関しては良い経験をしたと考えます。同じように放射線科以外の科出身の先生が、どのようなきっかけで放射線腫瘍医に転進し、どのようなことを考えながら放射線治療にいそんでいるかに興味を惹かれました。さまざまなバック・グラウンドを持つ、価値観の異なる放射線腫瘍医がいなくても悪くないと思います。また、他科から放射線腫瘍医をリクルートさせるのに少しでも役に立てば、ということで、このような企画を立ち上げてみました。御一読頂ければ幸いです。

JASTRO広報委員
昭和大学藤が丘病院 北原 規

他科から放射線腫瘍医への転身 産婦人科

千葉大学医学部放射線科 伊東久夫

多くのヒトは漠然としてても、大学に進学するまでには自分の将来像を描き、進路を決めているのかもしれない。特に医師を目指す場合は、他学部とは違って、大学生の時点から職業教育を受ける。私は一貫教育の学校に入学したため、高校終了時、とにかく大学の学部を1つ選択する必要があった。人生にはっきりした目的を持っていなかったため、大学の学部を選択するのは大変困った。中学からいっしょに過ごし、高校3年のときも横に座っていた友人は、医学部に進学するという。私は特に希望もなかったため、その友人といっしょに医学部を選択した。医学部に進学すると、将来医師になるのだろう、と漠然と思った。進学が不明瞭であったため、卒業時の診療科選択に対しても希望がなかった。学生時代面倒をみて下さった先生のお誘いで、産婦人科学教室に入った。私自身の経験から1つの可能性として、以下のように考えている。どの診療科を選択すべきか迷っている学生(研修医)、多少とも信頼関係を持った学生(研修医)には、先生が将来像をうまく提示してあげれば、その診療科を選択する可能性が高いと思う。最近のシステムでは、中堅の放射線科医が初期研修医と信頼関係を出来るだけ構築し、放射線科の将来像を示すことが、放射線科医を増やすために最も重要と思っている。

産婦人科医として8年を過ごしていた。その頃、高線量率腔内照射装置が導入され、従来、産婦人科で行

っていた腔内照射(低線量率)を、放射線科が担当するようになった。当時は放射線科学教室は人手不足で、放射線科から産婦人科に対して、“婦人科領域の治療を分担する医師を出せ”，という要望が出された。中堅婦人科医が1~2年交代で放射線科に手伝いにいくという予定で、最初に私が放射線科に派遣された。婦人科から放射線科に籍は移ったが、大学での主な仕事は子宮がんの腔内照射で、外勤では産婦人科医として勤務していた。手術はほとんど行わなくなっていたが、仕事の内容が大きく違ったという印象は全くなかった。放射線科には他診療科と密接に関連した領域が多くある。他診療科で経験を積んだ医師は、放射線科に移っても、以前の経験や知識を有効に活用できる。むしろ特定の領域に限定すれば、放射線科のみで過ごした医師より、局所解剖や病気をよく理解していて、他診療科の信頼も得やすい。したがって、放射線に興味を持っている他診療科医がいれば、放射線科に移っても知識が有効活用できることを、積極的にアピールすることが重要と思われる。放射線科医が多くなれば、放射線科内での専門分化が進むと思われる。将来に向かって、どのような放射線科医を育成していけばよいか、各施設である程度の将来像を作っておくことが必要かもしれない。

2年目が終わっても婦人科に交代要員がなく、放射線科の在職を3年目に延ばされた。放射線科在職3年

目の半ば、当時の放射線科と婦人科の教授が、留学のための学内奨学金を獲得してくれた。どこに留学するか迷ったが、手がけていた放射線治療を少し勉強しようと、米国の放射線関連の病院へ留学した。2年半後に帰国すると、婦人科の教授は国立病院の病院長に転出されており、婦人科に戻れる可能性は全くなかった。放射線科の教授からも残留を勧めていただき、それから、放射線診療全般について、多少とも知識を深めていったつもりである。したがって、専門医試験を受験したのは40代半ばであった。

私が放射線診療に関わるようになったのは、積極的な理由は何もない。私の経験は放射線腫瘍医を増やすには役立たないように思う。私が何とか暮らしているのは、放射線科の教授と教室の先生方に、半端者でも何とかしようとする気風があったお陰と思う。

以下が私の感想である。

外科系の医師が内科系の放射線科に転科すると、診療内容が全く異なるような印象がある。しかし、私は医師として行う業務に、それ程大きな違いを感じなかった。多分、腹部外科、耳鼻科や泌尿器科の医師でも、放射線治療、特に小線源治療やIVRを経験すると、あまり違和感はないと推測する。他の診療科から転科する医師が増えた場合は、まず、それらの医師が放射線診療にとけ込みやすいシステムを作ることである。そのうえで、放射線科として必要な知識や診療技術を徐々に修得してもらい体制を整えることが、広く人材を獲得し、育成するために必要かもしれない。最終目標は同一でも、最初から放射線科医を目指した医師と、途中から放射線科に転向した医師では、道筋を少し変える必要があるかもしれない。

他科から放射線腫瘍医への転身 泌尿器科

東京慈恵会医科大学放射線科 青木 学

表題の原稿依頼を頂き、多少戸惑いもありますが、これまで体験したことを中心に述べていきたいと思えます。私は昭和63年に卒業し、母校(慈恵医大)での研修生活をスタートしました。この当時の研修システムは現在とは異なり、大学卒業時に入局希望科を提出し、1年間は通常のローテーションを行い、その後入局予定科を1年間研修した後に正式に入局という制度をとっていました。卒業当時、私は形成外科や耳鼻咽喉科、泌尿器科など、出来るだけ専門性の高い科に行きたいと考え、最終的に泌尿器科を選択しました。分院での研修生活1年目にも慣れてきたローテーションの最後のころ、私は放射線科で診断学の研修を行っていた友達の所に度々遊びにっていました。すると、放射線科の読影室は明かりを極度に抑え、その中で数名の診断医の先生方が黙々と画像に目をやってはタイプライターを打つという、極めて怪しい雰囲気(?)を醸し出しておりました。そのときは、この怪しい雰囲気を持った読影作業というものに不思議な魅力を感じ、このような専門性の高い科があることを再認識したのを覚えております。

1年目を終えた私は泌尿器科での研修を開始し(ほとんど入局と同じ)、まずは病棟付けとなり、泌尿器科全般の基本的な処置や点滴などを覚え、半年が過ぎたころから(膀胱腫瘍などの)内視鏡手術や外来に少しずつ顔を出して、初診患者の問診の合間に膀胱鏡などを教えてもらい、これから泌尿器科医として多くの技術を習得しなければと感じていました。

2年間の研修生活も残すところ2~3カ月ほどとなったころ、ときどき再発していた持病の腰痛(椎間板ヘルニア)が急に暴れ出し、坐骨神経痛はひどく、通常の歩行もままならない状態となり、このまま泌尿器

科医としての生活が今後送れるのか、日々悩むようになっていました。このようなとき、私は突然のように放射線診断の読影という仕事を思い出しました。放射線診断の読影業務であれば、持病があっても続けられるのではと考えるとともに、その専門性にも強く惹かれていました。そこで思い切って教授(泌尿器科)に放射線科への転科をお願いすると、意外にも教授は理解を示し、同級生であった当時の放射線科教授に相談してくれました。結局、研修生活の終了とともに私は放射線科に転科することとなりました。

その後2年ほどは放射線科の基本を勉強しておりましたが、当時放射線科では診断1年、核医学と放射線治療を各6カ月ローテーションするプログラムとなっており、最後のローテーションであった放射線治療が終わるころ、当時既に放射線治療医をしていた同級生から誘われるまま、1993年から癌研(現副院長の)山下先生の所でお世話になることになりました。今から考えると何とも行き当たりばったり(自分なりに考えていたのですが)の転換であり、お恥ずかしいばかりです。放射線治療医となってから順風満帆かと言えば、必ずしもそうではなかったように思います。こんな中で特に記憶に残っているのは、当時癌研に導入されたばかりのHDR装置を使って前立腺癌の組織内照射を行ったことです。14年ほど前の当時、現在のようなテンプレートはなく、文献を読みながら自家製のテンプレートを作成し、経直腸超音波を用いて治療したことをよく覚えております。2年数カ月を過ごした癌研での研修が終わるころ、私は先端に行く米国の放射線治療というものが見たくなり、山下先生にお願いし、ボストンにあるMGHとBrigham & Women's Hospitalで数カ月間勉強をさせて頂きました。当時の

MGHには膀胱癌で有名なShipley先生，前立腺癌のZietman先生などがおられ，B & Wには前立腺癌のMRIガイド下の小線源治療で有名なD'amico先生などが活躍され始めており，大学に戻ったときには今後自分の専門を，泌尿器科にいたときには出来なかった前立腺癌，膀胱癌を中心にやろうと決めていました。ところが当時発見される前立腺癌のほとんどは進行癌であり，放射線治療が有効な患者はほとんどおらず，依頼もなかったため，鬱積した気持ちのまま，しばらくは頭頸部癌などを中心に勉強しておりました。

ところが，1998年にたまたま泌尿器科の先生から，米国では前立腺癌に対して永久挿入小線源治療というものがあるらしいが，放射線治療のことであり，全く分からないので，泌尿器科医といっしょに見学に行

かないかという話がきました。1週間の見学を終えて帰国の途についたとき，今度は本格的にこの治療を勉強するために再度渡米しようと考え始めていました。

日本で前立腺小線源治療が開始可能となったことからPSAが普及し始めたことも幸いし，その後この治療の普及に多少なりとも役だったように思っております。私にとってすべてのターニングポイントに泌尿器科が関わっていたことを思うと，本当にラッキーだと考えますが，一方で，あのまま泌尿器科にいたとしたら，現在の自分はなかったようにも思っております。これまでの生活で，放射線腫瘍(学)を客観的に見たことはないようにも思いますが，これまで一度も辞めようと思ったことはなく，高い専門性と広い領域を持つ分野なのだと思っております。

他科から放射線腫瘍医への転身 消化器外科

東京慈恵会医科大学柏病院放射線治療部 中川昌之

どうしようかな

平成3年，30代半ばになった頃，神奈川県某病院に外科医として勤務しながらいつも考えていた。平成元年から2年まで英国に外科医として留学して帰国後だった。大学で仕事がしたい，放射線科を少し覗いてみたいなどと思っていた。当時，転科するということはあまり例がなく，上下関係の厳しい医局でそんな事言ったら「クビ！」，マアそうになったら「医事新報」のうらで職探しでもするかとボンヤリ考えた上，当時の主任教授に相談した。その後，直属の上司であったもう一人の教授が慈恵医大の望月教授を紹介してくれた。

平成3年4月から慈恵医大で放射線治療をさせていただいている。それ以前は9年間，東京女子医大の消化器病センター外科で肝臓外科グループに所属。消化器外科医の間に，外科専門医，消化器外科認定医，消化器内視鏡専門医を取得。肝臓外科は肝切除だけでなくTAEやPEITも手掛けており放射線科と重なる部分も多いため腫瘍医としての違和感はなかった，が。

チョットちがう

今まで患者さんとは初診・入院検査・手術適応・手術～回復室・病棟・退院・外来経過観察へとその病態について一連の関わりを持って診療してきた。しかし消化器癌の放射線治療となると外科から切除不能あるいは再発癌の治療依頼として紹介されてくる。今までは主科として，一人ひとりの患者さんを丸ごと請け負っていた感があったのだが今度はその治療の一部に関わるのであり，全身管理というか自分の意図することなどいろいろの指示を出すには主科にお願いせざるを得ず，何かもどかしい。主導権はアッチにあるんだ！当初，不自由さを感じたが集学的治療とはこういうものかと学んだ。

消化器癌

現在，兼平教授のご好意により，以前の経歴から特に食道や肝胆膵臓など消化器癌を担当させていただいている。大塚の癌研(当時)や日赤医療センターも各1～2年の派遣で経験させていただいた。肝胆膵の治療は切除不能例や再発例が対象であって半分は緩和医療のようになってしまうこともあるものの，無理やりな手術適応での不完全手術による惨憺たる結果に終わってしまうのに比べれば治療成績やQOLは上々だと考えている。こういう事を内科や外科の先生たちに広めていこうと思う。

放射線科に移った当初から学会は外科系の方に馴染みがあったため，再発直腸癌や胆管癌・膵癌に関する放射線治療の演題を臨床外科学会や消化器外科学会などに出していた。そこでの質問はほとんど特別なものではなく，初歩的なものが大方であり，多分自分も放射線治療をやっていなければ同じような知識しかなかっただろう。当時学会で周りはすべて外科医である。胆管腔内照射など放射線治療の実際については，やっている者として「教えてあげる」というような気分であった。

今では外科であったから逆にいろいろ客観的に見ることもある。外科の不得意なものや見えていなかった部分，切除不能症例の治療やQOLなど様々な幅広い視点である(転科しただけでなく年のせいもあるかもしれない)。例えばQOLについては外科でいうQOLとは切除後のそれであって，切除しないで済んだQOL(食道癌など)は考えにも無かったと思われる等々。

現在は消化器癌の化学療法を併用しながらの放射線治療を行っているが，膵・胆道系の切除不能症例でも，非根治術よりはQOLも生存も良好であり放射線

科にきた甲斐がある。GEMやTS-1なども出てきてはいるが、この病態なら放射線のほうが良いよと伝えられるように工夫している。放射線腫瘍医もどんどん外科系の学会に出ていこう。

安全性？

それほど多いことではないが、手術後に呼吸器合併症・循環不全や縫合不全など起こしたら大変、とにかく術死や在院死はダメ。とその合併症治療に専念せざるを得ず、術後の癌治療などは吹っ飛んでしまう。そして合併症からやっと回復して、うまく退院できればホットするというような具合のこともある。もちろん病態も異なるが、放射線治療ではこの様にヒヤヒヤしたことはなく医師の精神的な安全性も保たれている。やはり外科手術には想定外の出来事も多くリスクが高い印象である。

病院

放射線腫瘍医は、当たり前のことだが放射線治療設備の整った病院に勤務できる。当然、そのような病院は大学か大きな総合病院か癌専門病院である。多分、

外科の派遣や出張先の病院は200床前後かそれ以下の総合病院ではないところも多くあって、そのような病院は標榜科も少なく、他分野の先生もいないため気楽に相談することも困難な場合が多い。麻酔も自分でかけて執刀せざるを得ないことも間々ある。もちろん手術はスタッフの揃った大きな病院で安全にやりたいが、現実にはそうではない。そんな状況で、やはり外科医や産婦人科医は今後も減って行くのでしょうか。放射線科に移ってからはそういう出張病院がないことが有難い。

経験～自信をもって

誰でも初めての手術はコワイもので、確立された成績の術式であっても戦々恐々なのですよ、外科医たちは。ですから外科カンファレンスなどで、「放射線治療で」と強く押せるためには、下手な手術よりも良い成績を残し、自信を持つことです。たとえば自分でやった食道癌の放射線治療で、初めて5年生存の患者を得たとき自信が持てるようなもので、外科医たちも皆そんなもんです。

他科から放射線腫瘍医への転身 脳外科

日本大学医学部放射線科 藤井元彰

1月末、JASTRO Newsletter編集部より、客観的に放射線腫瘍医を捉えたいとの企画で、『他科から放射線腫瘍医へ転身された先生に訊く』との題目の文章を依頼されました。

放射線科に転科してから、かれこれ7年余の月日が経つのですが、「さて、僕は放射線腫瘍医？」と自問すると、いまだに少しばかり戸惑いを感じます。それも最近はなるべく気にしないことにしたのですが。今回の企画の提案を受けた先生方はいずれも、もともとは泌尿器科医であったり、内科医であったりするわけですから、程度の差はあれ、多少なりともすわりの悪さを感じているのでしょうか。

まず、なぜ脳外科医になったのか。20年前、日大を卒業したての時分を思い返してみると、それは脳神経の特性に興味を惹かれたからだと思います。学生時代、脳神経外科、神経内科、神経眼科の講義はたいへん巧みで、これら講義を通じて、精緻ではあるけれども、いったん傷害を受けると機能の回復が困難という脳神経の性格に興味を持ったわけです。

どの医療分野も日々着実に進歩しているわけですが、その歩みは均等ではなく、短期間に驚くほど進歩する旬の時期があるように感じます。いま振り返ると、脳外科にお世話になった13年間は、まさにそのような時期で、診断ではMRIが脳神経分野に応用され始め、治療ではマイクロカテーテルによる血管内治療

(IVR)、ガンマナイフを始めとする定位放射線治療が治療選択肢として加わり、診断、治療とも、そのすそ野が急速に拡大した時期でした。

さて、日大脳外科は脳内のほんの小さな特定の部位を電極で刺激することで、神経機能を改善する定位脳手術の分野を得意としているのですが、日々の臨床、研究で、この分野に触れていたことが、その後、定位放射線治療の分野に進む基礎となりました。

時節と環境が後押しをして、脳外科10年目に故郷の静岡でガンマナイフ治療を学ぶことに決め、定位放射線治療と定位脳手術を掛け持ちで始めました。そこで初めて触れたガンマナイフ治療は、全身麻酔も、開頭も必要なし、治療時間1時間弱のまさに不思議な治療で、放射線治療の低侵襲性をまざまざと感ずる経験となりました。

その後、ガンマナイフ治療で3年間、日大放射線科に移り7年余の間、最初に脳外科医になった理由、脳神経の精緻さと治療に対する脆弱さを両立する解答のひとつを、定位放射線治療にみている気がします。

脳外科を13年間経験した後、放射線科医として仕事を始めました。始めてみると、放射線科は診断、治療、いずれの分野もその対象は全身くまなく多岐にわたり、幅広くさまざまな知識が必要とされる総合力の仕事と思いました。これが放射線科の強みでもあり、一方では悩みにもつながると感じます。間口が広いこ

とは、さまざまな分野の仕事ができることを意味しますが、他方では興味ある特定の分野の仕事を深めていくうえで全体とのバランスが大切となります。

今回の企画で、以前に他科の医師であったことのメリットとデメリットを問われたのですが、私の場合、脳外科で得たものの考え方と知識は、現在治療の適応と目的、手段の選択を考えるうえで役立っているように思います。一例一例、放射線科的手法、外科的手法、それぞれの治療における有利不利を考え、ある場合にはこれらをどう組み合わせ、それぞれの役割をどこまで期待するかといった判断が容易となるからです。デメリットというか、現在、そしてこれから心がけていくことは、当然のことながら、放射線治療全般に当たり前のことが当たり前にできること、そして少しずつ自分の守備範囲を広げていくことと考えてい

ます。放射線腫瘍医と自問すると、いまだに少しばかり戸惑いを感じる理由は、こんなところにあるのだと感じます。

脳神経領域から対幹部に広がりを見せる定位放射線治療、MLCを用いたIMRT、さらにPETなどの機能的画像をプランニングに取り込んだIGRTなどの照射技術の進歩、粒子線治療など、放射線治療はこれから旬の時期を迎えようとしています。以前に脳外科で経験した大きな変化を、今度は放射線治療の分野で経験する機会に出合っているような気がします。

形態、機能温存に優れ、低侵襲であるという放射線治療が本来持つ特性に加えて、これら新たな治療が有する力を引き出すことができる放射線治療医という仕事は、これまでも増して興味深い分野の仕事となるのではないのでしょうか。

他科から放射線腫瘍医への転身 腫瘍内科

昭和大学藤が丘病院放射線科 北原 規

臨床講義で受けた抗癌剤の講義に啓発され、卒後は癌の研究に携わりたいと考えていました。東北大学の抗酸菌病研究所(現加齢医学研究所)の大学院に進学すると、4年で学位が取得でき、臨床も研究も可能なうえに、付属病院の勤務医として給与がもらえると聞き、臨床癌化学療法部門に入局しました。当時はそういう名称はありませんでしたが、今でいうところの「腫瘍内科」ですね。患者を持つようになって、1週間で患者が5人他界したり、当直の夜一睡もできないなどは日常茶飯事でした。当時はシスプラチンが開発されたばかりで、効果的な抗癌剤があまりなく、患者は常に副作用に苦しんでいました。しかも患者に的確な情報を与える(I.C.)などもっての外、という雰囲気だったため、フラストレーションの募る毎日でした。研究テーマとしては、癌化学療法とDNAの関係に着目し、当時としては最先端の機器だったフローサイトメトリーを使用して学位論文を作成しました。4年間、内科全般および癌化学療法について学びました。ところが学位は取得したもののポストがなく、その後数年間研究生として過ごしました。そんな折、放射線科に進んだ同級生から「放射線科に来れば、入局時点で助手になれる」との誘いを受けました。当時内科系では、一番若い助手が40過ぎで、定年が先か、助手が先かという惨状でした。私の研究テーマはDNA中心で、ある意味放射線生物学そのものであり、学位論文を通して松沢大樹先生、佐々木武仁先生ら、放射線生物学の大家の先生にも可愛がっていただきました。扱う患者もほとんど癌患者なので、違和感なく転科できそうな気がして、星野文彦放射線科教授の門を叩きました。当時の医局は、星野教授を筆頭に、核医学の中村助教授が40代後半、治療のトップだった山田講師

(当時)はまだ30代という状況で、医局全体に若さが横溢していました。私は放射線治療に関しては素人でしたので、当初癌化学療法を中心に診療・研究を進めました。

今でも東北大学の山田教授から、「北原君は東北大にいたときは化療しかしなかった」と言われます。同時に画像診断・核医学・IVRのトレーニングを受け、新鮮な感動を味わいました。画像診断やIVRを同級生に教わり、内科診療一般や癌化学療法を後輩に教える、という毎日でした。放射線腫瘍医としては駆け出しでしたが、内科一般および癌化学療法の知識とテクニックを持っていたので、医局内では重宝がられました。当時の医局構成員の関係もあったと思われませんが、内科の年功序列の医局から自由な活動や発言ができる世界へ異動できて本当に良かった、と思いました。又、ときに外来患者を、放射線終了後、依頼科に返せることに安堵感を感じました。同年代の若い医局員が多かったせいも早朝野球、昼の外食食べ歩き、夜の飲み会と、楽しい日々を過ごしました。本来ならまだ若手に属する年齢でしたが、なぜか大体教える側に回っていました。

ニューヨーク州立RPMI(ロズウェル・パーク記念研究所)に留学するまで東北大学の放射線科で過ごした数年間は、私の人生において最も楽しい時代でした。ちなみにRPMIでは腫瘍免疫を学び、サイトカインによる抗癌剤の抗腫瘍効果の修飾に関する研究に従事しました。現在でいうリンパ球療法と同様のテーマの実験も試みましたが(結果はすべてネガティブでしたが)、留学中に教授が替わり、帰国後東北大学を離れることになりましたが、「化学療法のプロでもある放射線腫瘍医」というセールスポイントが再就職に有利に働いた

ようです。放射線腫瘍医としては、約10年近く回り道したことになりますが、時間を無駄にしたとは思っていません。1)人間全体を捉える内科的診療の知識と経験が身についたこと、2)これだけは他人に負けない、というスペシャリストとしての自覚ができたこと、3)放射線と抗癌剤という2つの武器を使いこなせるようになったこと、などより、腫瘍内科医から放射線腫瘍医への転身は失敗ではなかった、と考えます。ただデメリットとしては、1)放射線治療に関して立ち遅れてしまったこと、2)多忙のため、両方の治療を完璧にやろうとすると無理があり、どうしてもどちらか一方が主体になってしまうこと、3)化学療法に関する知識が旧くなるため、常に最新の化学療法について学ぶ必要があること、などがあります。しかしながら、癌治療が低負担・低侵襲の方向に進んでいる現在、これからは放射線化学療法の時代であるということは紛れもない事実だと考えます。正確な癌化学療法の知識とテクニックを身に付けた放射線腫瘍医の育成のために

も、腫瘍内科医からの積極的なリクルート対策が必至であると思います。

昔と違って抗癌剤も飛躍的に進歩し、副作用対策も以前とは比較にならないくらい充実してきました。しかしながら、特に固形腫瘍に関しては抗癌剤のみで、制御可能なものは未だに極めて限局している、というのが現状です。放射線と抗癌剤を上手に駆使すれば、腫瘍を上手にマネジメントできるという事実に腫瘍内科医が気付けば、彼らはもっと放射線治療に興味を持つと確信します。レジデントも含む若い医師は、進路についていつも揺れ動いています。彼らの知的好奇心を操ること(最先端・最高峰の治療であることの強調)とQOLの改善(ポスト、給与、労働条件など)を囁くことにより、腫瘍内科医 放射線腫瘍医へ転身の後押しは可能と考えます。私は腫瘍内科医としてはも放射線腫瘍医としても中途半端な存在でしたが、放射線療法と癌化学療法の橋渡し役として少しでもお役に立てれば、と考えております。

