

他科の医師の期待： 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

頭頸部領域は放射線治療が根治的治療として最も役立ってきた分野の一つです。耳鼻咽喉科・頭頸部外科医と放射線腫瘍医は、お互いの治療法の長所や限界を理解し合い、個々のがん患者の診療のために良好な協力体制を構築してきた良きパートナーという印象があります。頭頸部腫瘍の多くは腫瘍硬結や粘膜の病変が開創することなく直接診察できます。放射線腫瘍医にとって、頭頸部腫瘍の診療に精通することは「必須科目」を修得する様なもので、口腔、咽頭の腫瘍を視・触診でき、内視鏡がなくても間接喉頭鏡や後鼻鏡で咽・喉頭を診察できる必要があります。病期決定から治療方針の決定までに関与し、治療中、治療後にわたって患者の診療に幅広く寄与できるか？治療経過中の局所効果や急性反応を適切に評価できるか？制御の可否を治療期間中に予測して治療方針の変更などについて耳鼻咽喉科・頭頸部外科医に有益なインプットが可能か？当たり前のことを言うなと諸先輩方のお叱り受けるかも知れませんが、耳鼻咽喉科・頭頸部外科医の先生方と同様のあるいはそれ以上の診察手技を修得して診療にあたり、放射線治療の最大の恩恵である機能や形態の温存を患者に提供してきたのが放射線腫瘍医です。しかし最近では、放射線治療が飛躍的に複雑・高度化し、治療計画に多くの労力を要するようになりました。臨床試験などに際して「放射線治療のところだけ」とか「照射のQAのところだけ」を期待されつつあるような印象もあります。

大部分の局所進行例はエビデンスに基づく化学放射線療法で治療されるようになりました。治療の強度が増すにつれて、患者管理の困難さとその重要性が高まってきています。また、外部照射の照射技術が飛躍的に進歩する一方で、組織内照射に精通する施設や放射線腫瘍医は限られてきました。各施設で精通する治療方法にも違いがあります。治療装置と放射線治療に関わるすべてのスタッフ、耳鼻咽喉科・頭頸部外科医、腫瘍内科医、緩和ケアチーム、看護師などの物的、人的な資源をいかに組み合わせるべきか、より広い範囲での協力体制の確立が個々の施設に求められています。このような状況で、放射線腫瘍医に今のような期待をしているかについて、耳鼻咽喉科・頭頸部外科の第一線で活躍される先生方から原稿を集め、特集としました。

千葉大学大学院医学研究院放射線医学 宇野 隆

耳鼻咽喉科医からみた化学放射線療法

独立行政法人国立病院機構東京医療センター 聴覚平衡覚研究部 耳鼻咽喉科 藤井正人

1. はじめに

進行頭頸部癌では集学的治療が行われるが、実際の臨床で手術と放射線治療をどのように組み合わせるかがいつも問題となる。1970年代にCDDPが頭頸部癌に使われるようになってから、我々はneoadjuvant chemotherapy (NAC) としてCDDPを含む多剤併用療法を未治療の進行頭頸部癌患者に行っていた。当初はCDDPとペプロマイシンの併用療法を施行したが、ペプロマイシンの肺毒性が問題となり1982年のKishらの報告以来CDDP+5-FU併用療法 (FP療法) をNACとして施行することが多くなっ

ていた。しかし、欧米でNACに関する様々な無作為比較試験が施行されたがNACの生存期間延長に寄与するデータはほとんど得られず、NACに対しては否定的な意見が多くを占めるようになってきた。それと同時に、放射線治療と化学療法を同時併用する試みが注目されるようになり1994年に札幌で行われた第18回日本頭頸部腫瘍学会 (現在の日本頭頸部癌学会) でシンポジウム「放射線と化学療法の同時併用療法の進歩」が開催された。それまでは、散発的に化学放射線療法の報告があったがこれを機会に全国の耳鼻咽喉科や頭頸科でプラチナ製剤を中心とした化学放射

線療法が考慮されるようになったと思われる。

2000年と2009年にはPignonらのメタアナリシスが報告され、放射線治療単独やNACと放射線治療併用と比較して化学療法と放射線治療の同時併用において生存期間の延長が証明され、進行頭頸部癌に対する化学放射線療法のエビデンスが証明されている¹⁾。その結果、進行頭頸部癌の治療では化学放射線療法が標準治療として認識されている。

頭頸部癌患者は耳鼻咽喉科や頭頸科を初診することが多く、我々は手術にするか放射線治療にするかの判断を迫られる。以前は、耳鼻咽喉科医や頭頸科医が独自の判断で放射線治療にするか手術にするか判断する場合がほとんどであったと思われるが、現在は放射線科との合同カンファレンスで初期治療の方針を検討する施設が多くなってきている。化学療法を施行する場合、腫瘍内科医が担当する施設はいまだ少なく主に耳鼻咽喉科医や頭頸科医が行っている。しかし、化学放射線療法で高投与量CDDP併用や多剤併用療法を放射線治療と併用する場合は毒性管理が容易ではない。一方では、先に述べたとおり化学放射線療法を施行する進行癌症例は増加している事実がある。したがって、安全で効果の高い化学放射線療法を施行するには、耳鼻咽喉科と放射線科、腫瘍内科が密接に協力することが必要となっている。多施設共同研究において外科医の集団である耳鼻咽喉科頭頸部外科医を放射線科、腫瘍内科医と結びつけて、標準的な化学放射線療法を施行するための足がかりを築くことがここ数年の私の主な仕事となっている。

2. JCOG レジメンの開発

耳鼻咽喉科、頭頸科においては現在まで、多施設共同でしっかりしたプロトコルを作成し、プロトコル治療を行ってprospectiveに治療効果を評価することはほとんど行われてこなかった。したがってJCOGにおいても頭頸部グループは現在まで存在していない。2005年にがんセンター東病院、腫瘍内科の田原信先生から頭頸部癌のJCOGレジメンを作成しないかとの話があり、2006年から厚生労働省がん研究助成金のサポートも得られてプロトコル作成が始まった。初めてのプロトコルとして「根治切除不能な頭頸部癌にたいするS-1+CDDPを同時併用する化学放射線療法の第II相試験」が田原先生が事務局で、外科手術はがんセンター東病院の林隆一先生、放射線治療は東京女子医大の秋元哲夫先生が中心となり、3年かけてJCOG0706が完成した²⁾。この間の討議で進行頭頸部癌に対する放射線治療の難しさとQA、QCを確保するためのプロトコルの重要性を耳鼻咽喉科グループではじめて認識したようである。効果判定においても頭頸部特有の瘢痕化治療も考慮に入れた詳細なプロトコルとなっている。2008年から登録が始まり、現在順調に全国13施設で登録が進んでいる。

今後の予定では「術後high risk症例に対する化学放射線療法」を取り上げる予定であり、ますます放射線治療医と耳鼻咽喉科頭頸部外科医との密接な協力が必要となってくる。

3. 化学放射線療法の毒性管理

化学放射線療法においては毒性管理が非常に重要であることは周知されているが実際は大変困難である。私は現在に至るまで常に、有能な放射線治療部医師とともに優秀で協力的な口腔外科医やリハビリ科医に恵まれて自然に口腔ケアや術後リハビリを行っていた。一方でJCOG0706に同期して口腔ケアに関する厚生労働省浅井班が設立され、全国規模で化学放射線療法の毒性管理のレベルアップを目指す機運が高まっている。今年から、頭頸部癌がん支持療法研究会が、田原信先生、静岡がんセンター口腔外科 大田洋一郎先生、国立がんセンター東放射線科 全田貞幹先生、と小生で組織され、オリンパス(株)、サンスター(株)、藤本製薬(株)の協力の下で、全国で支持療法の講習会を企画することとなった。第1回は3月に大阪成人病センター耳鼻咽喉科 藤井隆先生が幹事を担当され大阪で開催される。

4. おわりに

耳鼻咽喉科、頭頸部外科医にとって化学放射線療法は重要な選択肢となっているが、我々には拡大手術とまったく同様に手間のかかる困難な治療法であることが認識されつつある。耳鼻咽喉科・頭頸科、放射線科、腫瘍内科、口腔外科が密接につながって最適な治療を行うことが必要である。JCOG0706を足がかりとして頭頸部がん治療に関連する診療科が一体となったJCOG頭頸部グループを設立することが目下の目標であるが、将来わが国でも頭頸部がん治療の高いレベルのエビデンスが構築されることが望まれる。

5. 文献

- 1) Pignon JP, Maitre A, Maillard E et al.: Meta-analysis of chemotherapy in head and neck cancer(MACH-NC) : an update on 93 randomized trials and 17,346 patients. *Radiother Oncol* 92:4-14, 2009.
- 2) Nakamura K, Tahara M, Kiyota N, Hayashi R, Akimoto T, Fukuda H, Fujii M, et al: Phase II trial of concurrent chemoradiotherapy with S-1 plus cisplatin in patients with unresectable locally advanced squamous cell carcinoma of the head and neck: Japan Clinical Oncology Group Study(JCOG0706) *J Clin Oncol* 39:460-463,2009

化学放射線治療後の救済手術

国立がんセンター東病院頭頸科 林 隆一

この度はこのような執筆の機会を頂きありがとうございます。どのようなテーマするか迷いましたが、化学放射線治療後の救済手術を中心に述べたいと思います。近年、化学療法同時併用放射線治療は頭頸部扁平上皮がんに対して広く行われるようになり、進行癌に対しても機能温存が可能となってきました。従来、喉頭を摘出していた喉頭癌、下咽頭癌の中にも喉頭の温存が可能となる症例が経験される一方で、治療後の嚥下機能の低下や喉頭浮腫の遷延なども報告され、機能、形態を保持し頭頸部癌を治療することの難しさを痛感しています。一方、化学放射線治療が広まるにつれて、遺残・再発に対する救済手術についてその効果、有用性が論じられるようになってきました。ご存じのように化学放射線治療後は頸部の瘢痕形成による創傷治癒の遅延や、治療の副作用などによる全身状態の悪化のため、局所および全身の合併症の発生率が高くなる、ないしは合併症がより重症化するとされています。

化学放射線治療後の救済手術についてはまだ定まった見解はありませんが、当院での考え方、術式について紹介したいと思います。当院では化学放射線治療後の救済手術ではいわゆる計画手術 (planned operation) は行っておらず、残存ないしは再発が確認されたのちに手術を行っています。術式は初回治療で行う場合と異なりより保存的な切除を行います。まず皮膚の血流保持の観点から、通常広頸筋直下で挙上している頸部の皮弁を救済手術時には前頸筋皮下で厚く挙上します。頸部郭清術については残存・再発リンパ節の摘出ないしは部分郭清術にとどめ、初診時頸部転移があったとしてもCRであれば原則としてその部位の郭清は行っていません。これにより頸部皮下の死腔を少しでも減らすようにして局所の合併症対策としています。救済手術を行う症例の多くは下咽頭癌、

喉頭癌ですが、原発巣切除後に遊離空腸移植が必要な際は腸間膜を多く採取し吻合部を被覆すると同時に死腔の充填に用います。このような対策を行うことで局所合併症の発生率に関しては放射線治療単独症例との間に差は認めないという結果となっています。一方、頸部郭清術に関してはplanned neck dissectionを支持する意見もあります。また郭清範囲についても頸部制御の点から妥当かどうか、今後さらに検討していかなければならないと考えています。化学療法の併用の有無や投与方法 (全身 / 動注)、放射線治療の方法 (通常分割 / 過分割) など治療の強度によっても郭清範囲は異なってくるというのが現在の見解といえます。

化学放射線治療後の救済手術は技術的にも難しい手術の1つです。また、頸部の瘢痕形成や治療後の全身状態により初診時切除可能であっても、化学放射線治療後、手術が困難となる場合もあります。患者さんの希望はもちろんのこと、放射線治療医と耳鼻科・頭頸科医、内科医など、それぞれの間での十分なディスカッションが必要であることは言うまでもありません。近年、口腔および中咽頭癌ではHPVの関与が報告されています。また、HPVは放射線治療感受性にも関与していると報告されており、我が国でも将来、臨床に導入されていくことになるでしょう。治療選択の精度が向上し、機能を保持した治療がより発展することが期待されます。これは手術と化学放射線治療の適応を考えるのと同時に、放射線治療に化学療法の併用を行うかどうかを検討する材料にもなると思います。HPVの関与が大きい咽頭癌では、内視鏡技術の進歩や消化器科医による咽頭癌ハイリスク群の抽出とスクリーニングの普及により、早期の癌の発見機会が増加してきています。このような背景のもと、今後は放射線治療単独の適応も再考する必要があるのではと感じています。

放射線科医に望むもの

北海道大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野 本間明宏

頭頸部癌の治療においては、手術と放射線の2つだけが癌を治癒させることができる方法であり、放射線治療なくして頭頸部癌治療は成り立ちません。その意味で放射線治療医の役割は極めて大きいと考えています。

そのためには、われわれ耳鼻咽喉科・頭頸部外科医が高いレベルの手術ができなければならないのと同

様に、放射線治療医も高いレベルの放射線治療を行える必要があります。IMRTなどの照射機器の進歩により、照射野は複雑になり、以前に増して知識と経験を要し、しかも照射野の設計に莫大な時間がかかるようになったと聞きます。放射線治療医が全国的に不足している状況の中で、頭頸部癌に精通し熱意あふれる放射線治療医を求めるとは、過度な願望かもしれませ

んが、是非、そのような先生方が増えることを願っております。

今までの頭頸部癌治療は、耳鼻咽喉科・頭頸部外科医は放射線治療に負けないような手術を目指し、放射線治療医は手術に負けないような照射をしようと努力してきたものと思います。その結果、例えば舌がんのT1-2の治療成績は、手術と組織内照射はほぼ同等で、これは、登るルートは違っても、同じ山の頂上を目指すと思えば不思議と同じような結果になるということなのでしょう。

チーム医療は、チームで最も低いレベルの医師のレベルになってしまうという言葉もあり、お互いに切磋琢磨し、手術も放射線治療も高いレベルの治療が行えるようになれば、患者の多様なニーズに応じて良い医療を提供できないと日常臨床で実感します。

ただ、手術、放射線治療、そのどちらを選択するか、あるいは組み合わせるかが実際には非常に難しいです。お互いの長所、短所を理解し、最善の方法を患者に提供するためには共同作業が必要で、幸い北大では、以前から毎週合同カンファレンスを行っており、非常にうまく機能していますが、そうではない施設も多

いように聞きます。これは、数字としては表れにくそうですが、地道にそういった努力を続けることで数字として表れるものと思っております。例えば、頸部転移のある症例を根治照射しているとき、ひどい粘膜炎あるいは皮膚炎が出現した場合、途中で照射野を原発のみに絞り、原発巣に対してはなんとか照射を続行し原発巣のみの制御を目指し、頸部は後で手術を行うことにするなど、耳鼻咽喉科・頭頸部外科医と放射線治療医が、気軽に相談し、迅速に対応することではじめて可能となります。

オーダーメイド治療というのは、必ずしも遺伝子レベルの複雑なものだけではなく、耳鼻咽喉科・頭頸部外科医、放射線治療医の協力関係が築かれるだけでも、十分に素晴らしい“オーダーメイド治療”になるのではないかと思います。

耳鼻咽喉科・頭頸部外科医、放射線治療医が、それぞれ高いレベルの治療が行えるようになり、相互の信頼・協力関係を築くことが、頭頸部癌治療の理想の形だと思います。そのような体制が日本中で構築されることを願っております。

放射線治療に対する期待と希望

宮城県立がんセンター 頭頸科 松浦一登

近年ではがん治療後のQOLが強く求められるようになり、新しい治療法や様々な工夫がなされてきました。優先されるQOLは生命予後を高めることだと考えますが、我々の専門とする頭頸部領域は嚥下・咀嚼・構語機能や感覚器、顔貌といった様々な機能が存在するため、これらの機能障害をなるべく少なくすることが腕の見せ所とも言えます。現在では患者さんを中心として、頭頸科医、放射線科医、形成外科医、腫瘍内科医、リハビリ医、歯科医、看護師、薬剤師等々で関わるチーム医療が提唱・実践されており、他科との協調を欠かすことができません。今回の企画をお受けした機会を生かして、放射線治療に対して思い描いている期待や希望を述べさせて頂きたいと思っております。

まず、「切らずに治して欲しい」という患者さんの希望は放射線治療を選択する大きな理由となりますが、一方で放射線に対する漠然とした不安を抱えている患者さんも見受けられます。こうした時に、我々頭頸科医が放射線治療についての基本的な知識を持つ事は重要な事だと考えています。私共は放射線診断医、放射線治療医、形成外科医との合同カンファレンスを毎週行っており、夫々の専門領域からの視点を持ち寄って治療方針を決定しています。時に2時間を越える熱心な討論が行われ、この席で得られる知識は大

変貴重なものであります。また、日本放射線科専門学会等で編集された「2008 放射線治療計画ガイドライン」は参考資料として重宝しています。いまや照射野は1ミリ単位で設定が可能であり、複雑な形であってもIMRT、サイバーナイフといった新しい技術で計画がなされ、放射線抵抗性とされる腫瘍も重粒子線や陽子線などで治療が可能となっています。こうした事をみていると、放射線治療の戦略は、手術治療と非常に似通ってくるのではないかと感じるようになりました。どちらも局所治療であり、我々が病変を「メスで切り取る」のと同じように放射線科医は「照射野を切り取る」のだと最近は感じています。手術の場合は外科医の腕で手術の成否が決まりますが、同様に放射線治療では放射線科医の力量が治療を大きく左右するのだと改めて感じずにはいられません。患者さんに良い治療を提供するためにはチーム力が重要ですが、頭頸科医と放射線治療医は車の両輪であり、目的地に達するにはその車輪が同じ「大きさ」「速さ」「方向」で進む事が不可欠だと思います。その為には情報交換を密にすることと、共通の患者と一緒に診ていくことが大切だと考えています。忙しい放射線治療医の先生方が手術見学を行うことは中々難しいと思いますが、「放射線をかける」のではなく「照射野を切り取る」という発想

はいかがでしょうか。

次に頭頸部癌治療で苦慮しているのは重複癌の存在です。頭頸部癌の治療後に他癌が毎年2～4%と一定のペースで発症します。10年経てば根治した3～4人に1人が他癌を患うという恐ろしい状況です。酒やタバコの影響も大きく、頭頸部領域や食道、胃、肺といった部位に好発します。このため次の頭頸部癌が発生したときにどのような治療を行い得るのかを考える必要があります。根治性を損なわず、なるべく低侵襲で、将来起こりえる2次癌への対応を視野に入れた場合に、機能温存手術の開発や導入は頭頸科医として必要な治療戦略と考えます。もちろん放射線治療も大切な切り札であり、それをを用いるタイミングに悩んでもいます。基本的には予後を期待できる症例で機能温存の出来る若年者には手術を勧めています。逆に放射線治療が既に行われている症例では治療手段が限定され、機能障害が避けられない場合があります。例えば食道癌の放射線治療後に下咽頭癌が生じてきた場合には、以前の照射野の関係から放射線療法が選択できず、咽喉頭・頸部食道全摘術となることがあります。もう少し頸部の照射野を狭くして、中・下咽頭の重複癌が生じた時に放射線治療も行える様にする事が出来ないだろうかという希望があります。

また、近年は頭頸部癌に対して化学放射線療法が盛んに行われるようになってきました。同時に照射後再発例に対する救済手術も増えてきており、リスクの高いこれらの手術をどのように扱うかが議論となっていま

す。例えば喉頭癌照射後再発例では喉頭全摘術が一般的に行われますが、有意に術後瘻孔が生じ易いとされています。一旦咽頭瘻が生じると再手術や長期間の入院が避けられません。これは局所の血流不全によるものと考えられ、もし血流があれば瘻孔形成を回避できる可能性が高くなると思われます。当初の照射計画において、根治性を損なわず、かつ救済手術となった時にトラブルが少なくなるような照射野の設定を検討いただければありがたいと思います。

最後に、「治療中のQOL」の観点から述べていただきます。先に述べた化学放射線療法は患者さんへの負担が大きく、治療が終了すると体重が5～10kg減少することも珍しくありません。我々の施設でこうした患者さんのストレス係数を検討したところ、治療中の平均が1.30～1.58と予想以上に高い値となりました。これは胃重全摘や胃全摘術後のストレスに相当し、こうしたストレスが1ヶ月半続くことを意味します。当科ではストレスの一つである口内炎への対応として口腔ケアやモルヒネの積極的な使用を行い、経口摂取不良への対応として治療開始前にPEG（内視鏡的胃瘻造設術）を作成していますが、なかなか体重減少を防止することが出来ません。これからの癌治療は治療後のQOLのみならず、治療中のQOLも求められると考えています。その一つである化学放射線治療中の栄養管理については未だ確立しておらず、今後の検討課題であると考えています。

耳鼻咽喉科・放射線治療科・口腔外科合同カンファレンスの重要性

近畿大学医学部奈良病院 耳鼻咽喉科 家根旦有

はじめに

奈良県の放射線治療の現状については、今年1月に発行されたJASTRO 94号で奈良医大放射線治療科の浅川勇雄先生が「認定医が少ない県の放射線治療の現状と今後－奈良県の場合」という内容で詳しく報告しているが、奈良医大での放射線治療の取り組みについては詳しく報告されていなかったため、昨年3月まで奈良医大耳鼻咽喉科に在籍していた私が代わって報告したい。

奈良医大における頭頸部放射線治療の改革

頭頸部腫瘍における放射線治療の重要性は十分理解していたので、何とかレベルアップできないものかと考えていたが、実際にはどこから手を付ければよいのかもわからない状態であった。その解決策として、放射線治療科との合同カンファレンスが必要であることは理解していたが、お互いの忙しさにかまけてなかなか実

現することはできなかった。ところが平成17年に放射線腫瘍医学講座に長谷川正俊教授が就任されたことがきっかけで、ようやく頭頸部腫瘍カンファレンスが実現することになった。また、ちょうどそのころ厚生労働省のがん研究助成金による「がん治療による口腔内合併症の予防法の確立に関する研究」に耳鼻咽喉科と口腔外科が共に参加することになり、口腔外科とも協力できる体制が整ったことも追い風になった。結局、耳鼻咽喉科、放射線治療科、口腔外科の3科合同のカンファレンスが立ち上がり、毎月1回そのカンファレンスで各症例の放射線治療について検討することになった。

カンファレンスの利点

カンファレンスの利点としては、まず症例がオープンにされることによって、他人の眼に晒されることが大きな利点であろう。隠れて治療を行うわけにはいかず、治療の根拠を示さなければならないことで不適切な治

療は排除されることになる。思いつきで行われる治療や、独断的な治療はカンファレンスを通すことによって厳しくチェックされることになる。また、他科の最新情報がすぐ得られることや、単独の科では思いつかなかった治療法や問題点に気付くことも大きな利点である。先進的な施設では複数の科による合同カンファレンスは以前から行われていたと思うが、大学病院などでは各科のハードルが高く、現実的には放射線治療科がリーダーシップをとらなければカンファレンスの実現は困難であったかと思う。

口腔外科との協体制の強化

治すことに精一杯であったところから、多少余裕が出てくると患者のQOLを考慮することになる。放射線治療中の口腔トラブルや、治療後の顎骨壊死などの合併症に対して口腔ケアがいかに重要であるかは身に沁みて実感しているが、実際のところ大学病院では科を超えた協力は容易ではない。ところが3科の合同カンファレンスが行われたことによって、その垣根は一気に低くなり、口腔外科桐田忠昭教授のご配慮で口腔外科から医局員1名が耳鼻咽喉科に派遣され協体制は1層強化されることになった。全国の多くの大学病院では耳鼻咽喉科と口腔外科とはデリケートな関係であると聞かすが、われわれは放射線治療科が取り持つ縁でうまく機能しているように思われる。

耳鼻咽喉科医と放射線科医との関係

耳鼻咽喉科が主体の学会や研究会では、もっぱら手術手技や化学療法がテーマとなることが多く、放射線の照射量や照射範囲についての詳細な議論が行われることは少ない。逆に放射線治療医が主体の学会や研究会では、どのようなテーマが議論されているのか興味あるところである。やはり、照射量や照射範囲についてであろうか。このようにがんを治すという目標は一つであるにもかかわらず、お互いのことをよく知らないということは非常に残念なことである。

カンファレンスで気付くことは、耳鼻咽喉科医と放

射線治療医の間で微妙なズレがあるということである。その原因としては手術の存在が大きく影響していると思われる。耳鼻咽喉科医は自らの手術の力量と放射線治療医の実力を天秤にかける。放射線治療医も自分の技量と相手の手術の能力を天秤にかける。当然、微妙に揺らぐのはあたりまえのことであり、施設によって治療方法が異なるのも当然のことである。そのお互いの力量を微妙に読み取るのがカンファレンスでの重要な役割ではないかと思うが如何であろうか。

現在の放射線治療に対する問題点

JASTRO 認定の放射線治療医は近大奈良病院では1名、奈良医大でも3名という状況で、ますます増加する患者に不足する放射線治療医はどのように対応するのか一抹の不安を感じている。先日、頭頸部腫瘍の勉強会で「今度、近大奈良病院でもIMRTが可能な新しい機械を導入し、7月頃からは治療開始する予定ですが・・・」と発言したところ、近大本院放射線腫瘍科の西村恭昌教授から「IMRTのできる機械が入ったからと言って、IMRTができるわけではないから・・・」と厳しい指摘を受けたが、実際そのとおりで設備が整ってもマンパワーが不足している中でどのように対応できるのか心配するところである。奈良に限らず、地方ではもっと過酷な状況が推測されるが、高度に進歩する放射線治療にマンパワーが追いついていないのは明らかで、産婦人科や小児科の医師不足問題だけでなく、放射線治療医の医師不足問題ももっと大きく取り上げられるべきであろう。

最後に・・・

奈良医大では放射線治療科の教授自ら当直し、夜中に一人で患者の指示をしている姿をみると、日本の放射線治療医の厳しい状況がよくわかる。心がポキッと折れないうちになんとか早く手当てしないと、日本の放射線治療の将来はどうなるのか他人事ながら心配である。