

中国新聞 毎週金曜日連載

見えない
メスで
がんと闘う

◆執筆：松浦 寛司先生

◆掲載：2022年4月27日



2022年9月7日

NPO 法人

がん患者支援ネットワークひろしま

見えない メスで がんと闘う

松浦寛司 ▶ 1

守備範囲広い放射線治療

され男性では4人に1人、女性では6人に1人ががんで亡くなっています。欧米では全てのがん患者さんのうち6〜7割、すな

わち3人に2人が放射線治療を受けておられます。一方、日本で放射線治療を受けられるがん患者さんは3割程度というのが悲しき現

状です。私は放射線治療が日本のがん治療に貢献できる余地は欧米並みに大きいと思つてます。

放射線治療が広まらない理由について、放射線腫瘍医は「日本のがん治療が手術を中心に組み立てられてきたから」「放射線に対する誤解があり、放射線治療のイメージが悪いから」など説明することがあります。

しかし私は、放射線腫瘍医によるアピールや啓発活動が足りないという、われわれ自身の問題も理由の一つだと考えています。今回、多くの方々に放射線治療をもっと理解していただき、放射線腫瘍医としての考えや心のうちを伝えようと思ひ立ちました。

放射線治療が広まらない理由について、放射線腫瘍医は「日本のがん治療が手術を中心に組み立てられてきたから」「放射線に対する誤解があり、放射線治療のイメージが悪いから」など説明することがあります。

放射線治療が広まらない理由について、放射線腫瘍医は「日本のがん治療が手術を中心に組み立てられてきたから」「放射線に対する誤解があり、放射線治療のイメージが悪いから」など説明することがあります。

放射線治療が広まらない理由について、放射線腫瘍医は「日本のがん治療が手術を中心に組み立てられてきたから」「放射線に対する誤解があり、放射線治療のイメージが悪いから」など説明することがあります。

はじめまして。私は放射線腫瘍医です。といってもピンとこない方が多いかもしれません。放射線腫瘍医は、がんに放射線を照射して治す「放射線治療」を専門とする医師です。放射線治療は手術や薬物療法と並ぶ、がん治療の3本柱の一つです。

厚生労働省の統計によると2020年に亡くなった方は約137万人で、死因の第1位はがんです。最新のがん統計では2人に1人が一生のうちのがんと診断



イラスト・鈴木勇介



まつうら・かんじ 1968年 広島市生まれ。愛知医科大学。放射線腫瘍医としてがん診療に携わる。肺がんの根治照射や症状軽減のための緩和照射を専門とする。根っからのカープファン。

このようなメリットを持つ放射線治療について、私の思いと共に、皆さんに伝えることができればと思います。私の独り言にお付き合いいただければ幸いです。(広島市立広島市民病院放射線治療科主任部長)

見えない メスで がんと闘う

松浦寛司 ▶ 2

放射線が効くメカニズム

ん細胞にダメージを与える
メカニズムが異なるからで
す。
放射線治療を受けると分
かりませんが、放射線が照射
されても痛くもかゆくもあ

りません。それなのに、が
んが小さくなったり、がん
による痛みが楽になったり
するのはなぜでしょう。

細胞を死に導きます。これ
が放射線によってがん細胞
が死んでゆくメカニズムで
す。

さらに、われわれ放射線
腫瘍医は、放射線に対する
がん細胞の感受性を高める
「生物学的アプローチ」と、
放射線をがん集中させる
「物理学的アプローチ」の
2本立てで治療戦略を組み
立て、より効果が高まるよ
うに工夫をしています。

放射線治療を受けると分
かりませんが、放射線が照射
されても痛くもかゆくもあ

それは放射線が細胞内に
あるDNAに作用し、がん
細胞にダメージを与えるか
らです。DNAは遺伝情報
の担い手であると同時に、
細胞内で起こる生命維持の
ためのさまざまな活動に深
く関わっています。

放射線によるダメージは
がん細胞特有のものではな
く、正常な細胞も同じよう
にダメージを受けます。正
常細胞の受けるダメージ
が、放射線による副作用と
いうことになりました。

一般的に正常細胞よりも
がん細胞の方が多く死に至
り、がん細胞よりも正常細
胞の方がダメージから多く
回復します。この差をうまく
利用して、がん細胞がた
くさん死に、正常細胞がた
くさん死なない放射線量を
照射することで、放射線治
療が成り立つわけです。そ
の結果、副作用が少なく効
果の高い治療を提供するこ
とができるのです。

放射線を照射されたがん
細胞はすぐに死に至るわ
けではありません。DNA
は、放射線によるダメージ
の程度を基に、自らを修復
できるかどうか判断しま
す。修復できないと判断す
ると死を選択し、最終的に

しかし、放射線は人間の
目には見えない分子レベル
で、ちゃんとがん細胞に作
用しています。焦らず慌て
ず、どっしり構えて効果を
待ってみてください。

(広島市立広島市民病院放
射線治療科主任部長)

抗がん剤治療の効果がい
まひとつ思わしくないこと
から放射線治療を勧めら
れ、「放射線も効かないか
も…」とうなだれて放射線
治療科を受診される患者さ
んが時々おられます。
でもうなだれることはあ
りません。「抗がん剤は効
かなかったけど、放射線が
よく効いた」という患者さ
んはたくさんおられます。
抗がん剤と放射線では、が



イラスト・鈴木勇介

見えない メスで がんと闘う

松浦寛司 ▶ 3

不安感じたら医師に聞いて

毛という副作用は起こり得
ません。 脱毛の原因を正しく判断
することが必要です。 頭部



イラスト・鈴木勇介

放射線治療前の診察時、患者さんから「放射線治療で髪の毛が抜けませんか」と聞かれることがよくあります。放射線イコール脱毛というイメージがあるのでしよう。

への放射線治療では、開始後2週間ごろから放射線による脱毛が出現します。一方、抗がん剤を使うことで起こる脱毛もあります。例えば投与後3週間で脱毛が起こる抗がん剤を使い始め、1週間後に腹部への放射線治療を始めたとしても、すると、放射線治療開始後2週間ごろから抗がん剤の副作用である脱毛が出現することになります。

その場合、放射線治療開始からの時間間隔は、頭部への放射線治療による脱毛と等しくなりますので、自分の脱毛も放射線の副作用ではないかと疑ってしまうかもしれません。

「おなかには放射線をかけているのですが、髪が抜けたんですよ。放射線治療科の先生は、脱毛は放射線の原因じゃないと言われるのですが」

「それは放射線が原因です。私は放射線治療で髪が抜けた人を知っています。その方と全部一緒ですよ」

「そうですよね。私も本当はそうじゃないかと思っていました。こうなると患者さんが抱いていた不安感は、医師に対する不信感へと変わります。他の患者さんの様子を参考に想像が膨らんで、さらに不安な気持ちに襲われるかもしれません。そんなときは、放射線治療科で受けた副作用についての説明を思い出してください。」

同じがんで同じような場所に同じように放射線治療を受けていても、出現する副作用は患者さんごとに症状、時期、程度が異なります。脱毛に限らず、副作用について不安を感じたら、放射線腫瘍医に聞くのが一番です。遠慮せず何でも聞いてください。

(広島市立広島市民病院放射線治療科主任部長)

見えない メスで がんと闘う

松浦寛司 ▶ 4

エビデンス・ベースド・メディシン(EBM)とは、人を対象とした臨床研究で得られた医学的根拠(エビデンス)に基づき医療のことです。
医師は常に100%正しい治療を選択できるわけはありません。となると「多くの患者さんにとって正しい可能性が最も高い」と思われる治療を選択した方がいいのです。その治療の正当性を裏付けるのがエビデ

患者さんに治療を合わせる

ンスです。
本来、EBMは患者さんのためのものなのですが、かと思ふことがあります。



イラスト・鈴木勇介

医師が自分の身を守るために利用しているのではないかと思ふことがあります。

EBMを金科玉条のごとく扱い、「EBMを忠実に守ることが正當かつ最適な医療であり、それで患者さんが治らなくても仕方ない」と考える医師もいます。
もともと、EBMに基づいて選択された治療が、その患者さんにとって最適であるという保証はありません。医学的には正當だったのかもしれませんが、患者さんからすれば、治療の評価は「結果が全て」です。

EBMを金科玉条のごとく扱い、「EBMを忠実に守ることが正當かつ最適な医療であり、それで患者さんが治らなくても仕方ない」と考える医師もいます。
EBMを金科玉条のごとく扱い、「EBMを忠実に守ることが正當かつ最適な医療であり、それで患者さんが治らなくても仕方ない」と考える医師もいます。
EBMを金科玉条のごとく扱い、「EBMを忠実に守ることが正當かつ最適な医療であり、それで患者さんが治らなくても仕方ない」と考える医師もいます。

EBMを金科玉条のごとく扱い、「EBMを忠実に守ることが正當かつ最適な医療であり、それで患者さんが治らなくても仕方ない」と考える医師もいます。
EBMを金科玉条のごとく扱い、「EBMを忠実に守ることが正當かつ最適な医療であり、それで患者さんが治らなくても仕方ない」と考える医師もいます。
EBMを金科玉条のごとく扱い、「EBMを忠実に守ることが正當かつ最適な医療であり、それで患者さんが治らなくても仕方ない」と考える医師もいます。

見えない メスで がんと闘う

松浦寛司 ▶ 5

「死んでもいい。手術は絶対に受けない!」。24歳のA君は泣きながら私に訴えました。彼は早期舌がんの「組織内照射」を受け、1年後にがんが頸部リンパ節へ転移したのです。組織内照射では、放射線が出る針をがん組織に直接刺して照射します。早期舌がんに対しては、舌の形態と機能を温存しつつ、90%前後の確率で治すこと

個人の価値観に寄り添う

ができる優れた治療法です。しかし、照射後2年以内に30%前後の患者さんで、



イラスト・鈴木勇介

頸部リンパ節にがんの転移が生じます。その場合は原則的に、首のリンパ節とその周辺の組織を取り除く「頸部郭清術」という手術が第一の選択治療です。「舌がんが放射線治療で治ったのだから、リンパ節転移も放射線治療で治したい」と言われる患者さんがいますが、放射線治療で治しきめることは難しいのです。

私はA君に頸部郭清術を勧めました。ところが、彼は耳鼻科の医師から説明を聞くと手術を拒否しました。彼にとつて手術による合併症や容姿の変化は命を失うことよりも重要だったからです。その数日後、彼の両親がお見えになり、「息子には生きてほしい。どうか手術を受けるよう説得してください」と何度も言われました。お二人の目には、涙があふれていました。

上司に相談した結果、東京の頭頸部外科医に手術をお願いしてはどうかということになりました。A君に「日本で一番手術のうまい先生に、形態と機能を温存する頸部郭清術をお願いしてみようと思うけど、どうかな」と話したところ、診察を受けることに同意してくれました。診察を受けたA君は、手術を決意します。そして無事に手術が終わり、心底ほっとしました。私に手術の傷を自慢げに見せながら「こんなにきれいに手術してもらいました。見た目も首の動きも問題なし。手術してよかったです」と言ってくれました。患者さんの中には「自分の『生活の質(QOL)』を犠牲にしてまでつらい治療をして、長生きしなくてもいい」という方もいれば、「少しでも長く生きられるのなら、どんなつらい治療でもする」と考える方もいます。そうした価値観は患者さんによって異なります。その思いに寄り添い、患者さんにとって最適な治療を模索することの大切さを、A君から学びました。(広島市立広島市民病院放射線治療科主任部長)

見えない メスで がんと闘う

松浦寛司 ▶ 6

医療不信話し合いで解決

その後、胃がんの緩和治療として放射線治療をする
ことになったBさんは放射線治療科での初診の際、私
に「手術を受けないといけ
なかつたのですか」と質問

しました。
というのも、手術後の合
併症に苦しんでいる上に、
別の外科医から「食事がで
きていたのなら、手術しな
くてもよかつたかもしれま
せん」と言われ、ストレス
とともに医師への不信感が
高まっていたのです。

そんな状況だったところ
に「放射線治療を受ける必
要があります。放射線治療
科にお任せしましょう」と
説明され転科となったこと
で、Bさんは追い出された
ような気分だったのでしょ
う。放射線治療科での診療
は不信感からの始まりでし
た。

漏らし続け、当たり散らす
ようになり、主治医と
してBさんと向き合う時が
来ました。私は「看護師に
当たり散らさず、私に直接
言ってください。納得でき
る治療が受けられるよう腹
を割って話をしましょう」
と話しかけました。

医療不信に陥った患者さ
んの診療は肩の荷が重いも
のです。胃がんのBさんも
その一人でした。

Bさんの胃がんは、胃を
切除しても根治の可能性が
低い状況でした。ただ、放
置すると食べた物が通過し
なくなり、そこで胃の
出口がふさがっても食べた
物が小腸に流れるように胃
と小腸をつなぐバイパス手
術を受けられました。



イラスト・鈴木勇介

若造の私からの言葉にB
さんはムツとされ、それま
でたまっていた思いを一気
に吐き出しました。最後に
は「これからは言いたいこ
とは言わしていただく。先
生も何でも話してください
い」と、すっきりした笑顔
を見せてくださいました。

それ以降、Bさんとの関
係は良好になり、治療も順
調に進みました。効果を判
定するための画像検査で、
胃がんはほとんど消失して
いました。

振り返ると、最初は苦労
しましたが率直に話し合
い、良好な信頼関係を築け
たことで、最終的に良い結
果につながったと思いま
す。

(広島市立広島市民病院放
射線治療科主任部長)

見えない メスで がんと闘う

松浦寛司 ▶7

肺がんは「小細胞肺がん」と「非小細胞肺がん」に大別され、治療方針はそれぞれ異なります。
私は肺がんの放射線治療を専門としていますが、中でも「切除不能局所進行非小細胞肺がん」の治療にこだわりのもって取り組んでいます。

治療成績の向上へ日々研究

ができない進行した非小細胞肺がんです。
切除不能であっても治る可能性はあり、放射線治療と抗がん剤を併用する「化学放射線療法」が根治を



イラスト・鈴木勇介

指す標準治療として確立しています。

ただ、標準治療といってもその治療成績は決して満足できるものではないのが実情です。それゆえ、放射線腫瘍医は治療成績の向上を目指し、日々研究を続けています。

成績を向上させるには、この治療の副作用である肺臓炎や食道炎を起こさないよう腫瘍にしっかりと放射線を照射することが重要です。それには照射する範囲を狭くして、正常な肺への放射線の量をいかに抑えるかがポイントとなります。

このがんの放射線治療では、エックス線画像で認識

できる肺がんとリンパ節転移(病巣部)だけでなく、認識できないリンパ節転移の可能性がある範囲(予防領域)をも含めた広い範囲を照射する方法が長年、慣例的に用いられてきました。
しかし、それでは正常な臓器に照射される放射線の量が高くなって肺臓炎や食道炎が問題となるため、がんを完全に消失させるのに十分な量の放射線を安全に照射することは困難です。重い肺臓炎は命に関わりますし、重い食道炎は食事に支障を来すため生活の質(QOL)を著しく低下させます。
欧米では最近、このがんに対して「予防領域への照射を省いた病巣部のみ照射」という方法が標準にな

っています。副作用を減らしつつ放射線を集中させるための照射法です。
私自身は17年前に病巣部照射の研究を始めて今日に至ります。国内の学会で研究結果を発表すると、厳しい意見を頂くこともありましたが、けれども、患者さんのためになると信じて研究を続けてきました。

「継続は力なり」で、現在では海外の学会で発表できるようになり、部下の執筆した研究結果を報告する論文が米国の医学誌に掲載されました。

欧米と同じように、病巣部照射が日本でも標準的な方法になることを期待して、今後も研究を続けていきたいと思っています。
(広島市立広島市民病院放射線治療科主任部長)

見えない メスで がんと闘う

松浦寛司 ▶ 8

転移性脊髄圧迫で下肢まひ

ら、がん患者さんの中でこのことがほとんど知られていません。医療従事者は転移性脊髄圧迫の早期発見・早期治療のため、緊急性を念頭に置

いて診療に当たる必要があります。しかし、がん診療を専門とする医師の間でも緊急性が十分に認知されていないと言いきるのが現状です。

その後は「脚の動きが悪く」「力が入らない」といった運動障害、「脚がしびれる」「感覚が鈍い」などの感覚障害、「便秘・尿意を感じない」「排せつできない」という、ぼうこう直腸障害へと進行し、最終的に歩けなくなります。

がん患者さんで、下肢のしびれや動かしにくさを自覚した場合はすぐに受診してください。症状が軽い時点で転移性脊髄圧迫を疑って受診することは、がん患者さん自身にできる「転移性脊髄圧迫による下肢まひ撲滅運動」です。

そのために受診や診断、治療が遅れ、まひが進行して歩けなくなると初めて転移性脊髄圧迫と診断され、ようやく治療が始まるがん患者さんは後を絶ちません。少しでも認知度を上げたいと思つて、私は「転移性脊髄圧迫による下肢まひ撲滅運動」と名付けた啓発活動に取り組んでいます。

転移性脊髄圧迫はがん患者全体の2・5%に起こるといわれています。原因の

私たちが医師は受診した患者さんを早く診断し、迅速に治療を始めます。医師とタッグを組んで、下肢まひの撲滅を目指しましょう！

「転移性脊髄圧迫」を知っていますか？
がんが脊椎や脊髄に転移して脊髄が圧迫される状態をいい、治療を急ぐ必要があります。早急に脊髄の圧迫を解除しなければ、下肢に元に戻らないまひが起こる可能性があるのです。
下肢がまひして歩けなくなると、患者さんの生活の質(QOL)は大幅に低下してしまいます。残念なが



イラスト・鈴木勇介

めた患者さんが歩けるよう歩けない状態で照射を始めた患者さんが歩けるよう

（広島市立広島市民病院放射線治療科主任部長）

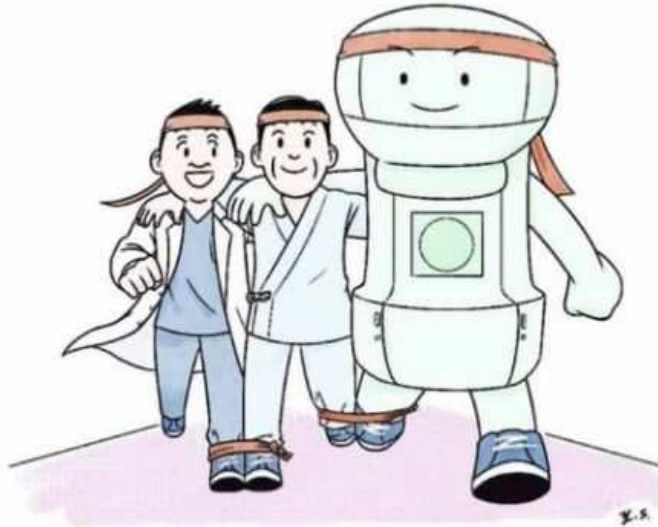
見えない メスで がんと闘う

松浦寛司 ▶ 9

緩和照射患者増える傾向に

つつ、がんに放射線を集
中させる「高精度放射線治
療」ができるようになりま
した。その結果、放射線治療を
したがん患者さんの生存率

放射線治療は役割によっ
て大きく二つに分けられま
す。根治的放射線治療(根
治照射)と緩和的放射線治
療(緩和照射)です。
根治照射は文字通り、が
んを根本から治すこと、す
なわち完治を目指す放射線
治療です。
近年の放射線治療技術
の進歩は目覚ましく、が
んの周囲にある正常な臓
器への照射線量を減らし



イラスト・鈴木勇介

は劇的に改善しています。
全国がんセンター協議会の
生存率解析システムで算出
されたデータを見ると、1
997〜2000年に放射
線治療を受けたがん患者さ
んの5年生存率は43・1%
でした。それが09〜12年の
患者さんでは63・6%と約
20%も上昇しています。放
射線治療技術の進歩によ
り、多くのがん患者さんが
放射線治療で治るようにな
ったことが大きな要因でし
ょう。

一方、緩和照射はがんが
引き起こす症状を和らげる
ことを目的としています。
がんによる痛みの軽減、が
んからの出血に対する止

血、気管や消化管の狭窄・
閉塞の改善など、多くの場
面で使われます。

緩和照射は、がん患者さ
んの生活の質(QOL)の
改善と維持に欠かせない治
療であり、緩和ケアにおけ
る重要な役割を担っていま
す。

かつては完治を目指す治
療が有効でなくなったがん
患者さんが治療を中止して
緩和ケアにシフトチェンジ
する、という考え方が一般
的でした。

現在は治療を始める際、
並行して緩和ケアも始めて
がん治療を支えようとす
るのが普通です。緩和照射
を含む緩和ケアを早い段階
から始めることで、QOL
のみならず生存率も改善す
ることが明らかになってい

ます。

緩和ケアに対する認識が
このように変わったこと
で、がん治療の早い段階で
の緩和照射の出番が明らか
に増えており、放射線腫瘍
医は積極的に緩和照射を取
り組んでいます。

私が働く広島市民病院で
は、放射線治療をした全患
者に占める緩和照射患者の
割合が年々増える傾向にあ
ります。13年には35%だっ
たのが、21年には47%と約
半数を緩和照射が占めまし
た。

がんの完治を目指す根治
照射だけでなく、がん患者
さんの苦痛軽減を目指す緩
和照射も大事な放射線治療
であることを、ぜひ知って
ください。
(広島市立広島市民病院放
射線治療科主任部長)

見えない メスで がんと闘う

松浦寛司 ▶10

「切らずに治す」魅力・やりがい

の勧誘活動に力を入れてい
ました。

放射線治療は、がんを根
治することはもとより根治



イラスト・鈴木勇介

「がんを切らずに治す。放射線腫瘍医は目に見えないメスを持っている」。16年前、放射線治療科に来た研修医のN医師に私が言った言葉です。手術ができる診療科に進もうと考えていたN医師ですが、今では次世代の広島市の放射線治療を引っ張る若きリーダーとして活躍しています。

当時、放射線腫瘍医はまだ少なく、私たちは医学生や研修医の放射線治療科へ

が難しい患者さんであつても生活の質(QOL)の改善や維持に貢献できるというやりがいにあふれ、学問としても非常に興味深いものです。にもかかわらず、抗がん剤治療をする内科系や、がんの手術をする外科系の臨床科目と比べて大学での講義が圧倒的に少なく、放射線治療に興味を持つ医学生や研修医はごくわずかでした。

「放射線治療は手術ができない場合に選択する」放射線治療は機械が全部してくれる」など、彼らが口にした言葉にがっかりしたこととは一度や二度ではありません。

この頃から私は、どうしたら放射線腫瘍医を志す医学生や研修医を増やせるのか、どうすれば放射線治療の魅力や放射線腫瘍医のやりがいを伝えられるのかを模索していました。そこで放射線腫瘍医の日常を体感させ、何かを感じ取ってもらおうと考えました。研修医のN医師とは放射線治療計画の策定から昼食、休憩、時にはアフターファイブまで行動を共にしました。治療計画の策定に当たっては、彼女に主治医としての自覚と緊張感を持たせ、時間がかかっても考えを委ね、彼女が立案した放射線治療を実際に使いました。N医師が治療計画を立てた喉頭がんの患者さんは声を失うことなく治癒し、歩けなかった転移性骨髄圧迫の患者さんは歩けるようになりました。アフターファイブでは1日の勤務を振り返る中で「放射線腫瘍医は、目に見えないメスを持っている」と伝え、日本には放射線腫瘍医が足りないこと、放射線治療の魅力を訴えました。

約1カ月の研修が終わる頃には目に見えないメス、「放射線」に魅了されたN医師は、その後に研修で行った他の診療科でも放射線治療の将来性を実感し、最終的に放射線腫瘍医を志す決意を固めました。

現在、彼女は「放射線腫瘍医は目に見えないメスを持っている」という言葉を伝承し、勧誘活動を頑張っています。

(広島市立広島市民病院放射線治療科主任部長)

見えない メスで がんと闘う

松浦寛司 ▶11

受診される患者さんから「この病院の放射線治療装置は最新鋭のものですか」と聞かれることがよくあります。最新鋭の装置だとよく治ると思っておられる患者さんは少なくありません。

医学生から「今の放射線治療は機械が全部やってくれるんじゃないんですか」と質問されたこともあります。私は「だとすると放射線腫瘍医はいらないうね。放射線腫瘍医は何をしているんだらうね」と答えました。

最新装置より腕の世界



イラスト・鈴木勇介

医師を目指して勉強中の医学生でもこのような認識です。一般の方が最新鋭の装置で治療することが最善であり、それで治療を受けたいと思うのも無理はありません。けれど多くの場合、最新鋭でない装置でも最善の治療はで

きるのです。「外科医は腕がナンボの世界」と言われることがありますが、放射線腫瘍医も腕が大事です。最新鋭の装置があれば最善の治療が受けられるというものではありません。

放射線腫瘍医がテクニクと経験を駆使して、最善の放射線治療を計画し実行することで最善の治療ができるのです。

私は師匠に多くの経験を積みまわしていただき、放射線腫瘍医としての腕を磨きました。師匠は最初に、専門書に書いてある標準的照射方法を忠実に模倣し身に付けるよう言われました。

しかし、入門編といえる初歩的な標準的照射方法であっても、治療計画にはテクニクやコツがあり、誰が考えても同じ治療計画が出来上がるわけではありません。そのような経験に裏打ちされたテクニクやコツは専門書には書いていないのです。

師匠は「放射線腫瘍医も腕がナンボの世界」「日本の専門書に書かれていないテクニクはたくさんある。プラックボックスみたいなもので

す」「洋書を読みなさい。大事なことが隅っこにほんの少しだけ書いてあることがある」と言いながら、テクニクやコツを惜しみなく私に伝授してくださいました。今考えると、伝統工芸の師匠が弟子に技術を伝承するような感じでした。

それから20年以上たった今、私は指導者のな立場になっていきます。今度は私が後進たちにこれまでの経験で培った、専門書に載っていないテクニクやコツを伝授していかなくてはなりません。

「放射線腫瘍医も腕がナンボの世界」というのは、放射線治療装置や照射技術が劇的に進化した今も変わらない、けだし名言です。私自身もまだまだ腕を磨かなければと思っています。

(広島市立広島市民病院放射線治療科主任部長)

見えない メスで がんと闘う

松浦寛司 ▶12

コロナ重症化広がった誤解

で大々的に流布されました。この報道によって医療現場では大きな混乱が生じました。私の勤務先でも照射中の乳がん患者さんだけで

なく、他の臓器のがん患者さんから相談や電話での問い合わせが相次ぎ、対応に追われました。

この報道の2日後、日本放射線腫瘍学会は「早期乳がん手術後に行われる放射線治療は体への侵襲が少なく、免疫機能の低下はほとんどありません」と誤った見解を正す声明を出しました。

早期乳がんの手術後放射線治療によって免疫力が低下し新型コロナウイルス感染症が重症化するという主張に医学的根拠はありません。他のがんに対する一般的な放射線治療でも免疫力が低下することはほとんどありませんので安心して放

射線治療を受けてください。といっても、放射線治療によって免疫力が低下しない、というわけではありません。白血病などの血液がんに対する造血幹細胞移植の前に全身に放射線を照射する場合には免疫力が低下します。

ただし、これは副作用として免疫力が低下するわけではありません。移植した造血幹細胞が患者さんの免疫力で拒絶されないように、治療の一環として抗がん剤や放射線治療によって免疫力を低下させているのです。

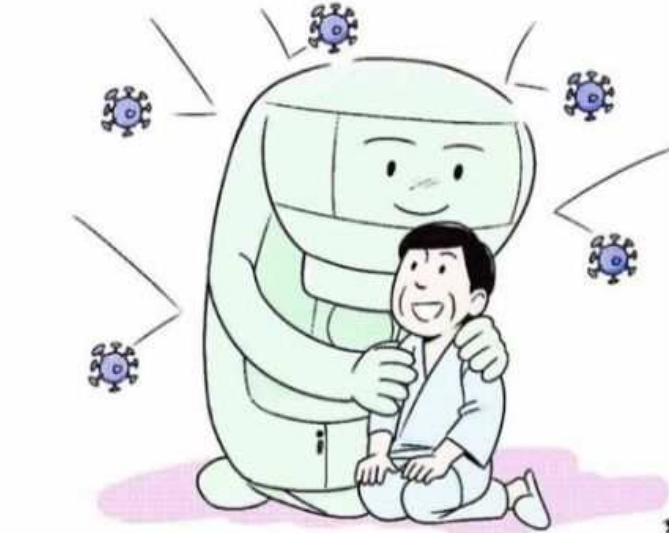
治療目的とはいえ、免疫力が低下すると感染を起こしやすくなります。そこで患者さんは無菌室に入院し、万全の感染対策を講じた上で治療に臨みます。ですから免疫力が低下していても新型コロナウイルスに感染するリスクは高くありません。ご安心ください。

今回の「放射線治療で免疫力が低下し肺炎が重症化した」との誤解は、世界唯一の被爆国である日本での放射線治療に対する悪いイメージと、有名人の命を奪った未知のウイルス感染症への恐れが相まって生まれたのかもしれない。

この先も放射線治療のイメージが悪くなるような未曾有の事態が起こる可能性はあります。そんな事態になつたとしても、患者さんが安心して放射線治療を受けられるように努めていきたいと思えます。

(広島市立広島市民病院放射線治療科主任部長)

2020年4月、俳優の岡江久美子さんが新型コロナウイルス肺炎のため亡くなりました。早期乳がんのために前年末に手術、20年1~2月に手術後放射線治療を受けておられたそうです。



イラスト・鈴木勇介

所属事務所が「放射線治療を行い、免疫力が低下していたのが重症化した原因かと思われます」との誤った見解を報道し、その情報がテレビやインターネット

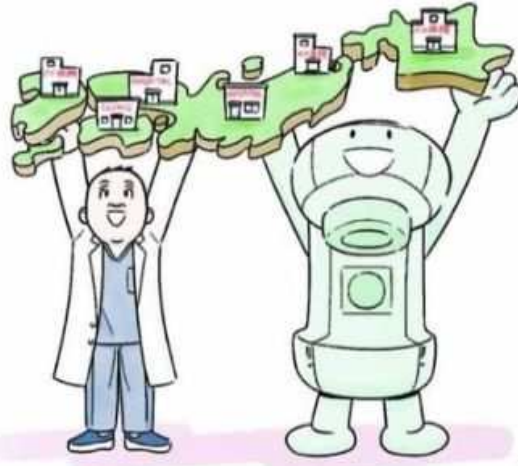
見えない メスで がんと闘う

松浦寛司

▶13

ある地方都市で開かれた肺がん治療の勉強会で、「局所進行肺がん」の放射線治療について講演したことがあります。その際、参加した呼吸器内科医の方々と放射線治療について情報交換しました。

その時、皆さんが肺がんの診療に苦勞していることを知りました。局所進行肺がんの標準治療は、放射線



イラスト・鈴木勇介

深刻な地域格差 解消したい

治療と並行して抗がん剤も「療法」です。しかし、この使う「同時併用化学放射線治療を提供することが困難

な状況にあるようです。

この地方都市には、放射線治療装置が設置されている病院が幾つかあります。

しかし、その中に常勤の放射線腫瘍医がいない病院があるのです。そこでは大学の放射線腫瘍医が週に1日だけ診療しています。

その病院では、放射線治療についていつでも相談できるわけではないため、患者さんの希望に必ずしも応えられず、他の病院に紹介せざるを得ない場合があるということでした。

「常勤の医師に来てほしいのだが、そもそもこの地

方には放射線腫瘍医が少ない」との呼吸器内科医の言葉に、改めて気が引き締まる思いがしました。

日本には約840の放射線治療施設があります。そのうち約180施設には常勤の放射線腫瘍医がいます。また、常勤の医師がいると言っても、たった一人で頑張っている施設が少なくないのです。

専門の医師の不足は都会よりも地方で顕著にみられ、「放射線治療のマンパワー地域格差」という深刻な問題となっています。

近年、放射線腫瘍医を目指す医師は徐々に増えていきます。ただ、残念なことには地方では、志望する若い医師や医学生がまだまだ少なく、地域格差が解消さ

れるのはまだまだ先のことのようにです。

とはいえ、放射線治療の必要な地方のがん患者さんが「治療難民」にならないように治療が提供され続けなければなりません。

そのために、元々は画像診断を専門とする放射線診断医であった方が放射線腫瘍医にぐら替えしたり、あるいは放射線治療の業務を兼務したりと、地方の放射線治療の灯を消さないように頑張っておられます。

そうした方々の努力が報われ、放射線腫瘍医が増えて「マンパワー地域格差」が解消されるように、教育や啓発を続けることが私たちに与えられた使命です。(広島市立広島市民病院放射線治療科主任部長)

見えない メスで がんと闘う

松浦寛司 ▶14

一歩引いて後進見守る

ては「過去のこと」と言い
切り、素晴らしい演技を見
せた後輩の選手たちにエー
ルを送っていました。
どんな世界においても、
後輩を育成しながら世代交

代していく必要があります。
医師の世界でもそれは
一緒です。

医師には「臨床」「研究」
「教育」の三つの役割があ
ります。患者さんを治療す
る臨床はスポーツで言えば
競技、教育が後進育成に当
たります。

若手のうちは経験を積む
臨床のウエートが高く、中
堅になると研究のウエート
が高まり、長年の経験を重
ねてベテランと言われる年
代になると教育のウエート
が高くなります。

とはいえ、多忙な病院で
はベテランになっても臨床
のウエートが高く、若手医
師より多くの患者さんを前

線で診療しているベテラン
医師が多いのではないでし
ょうか。

患者さんの多くは若手よ
りも中堅、中堅よりもベテ
ラン医師に診てもらいたい
を望まれます。医師も他の
診療科に患者さんについて
相談する際には中堅以上の
医師に頼ってしまいがちで
す。

看護師をはじめ多くの医
療スタッフも、中堅以上の
医師による手際の良好な効
率的な診療を好みます。こ
のようにベテラン医師が診
療の前面に出るとはいろん
なニーズに応えていると言
えます。

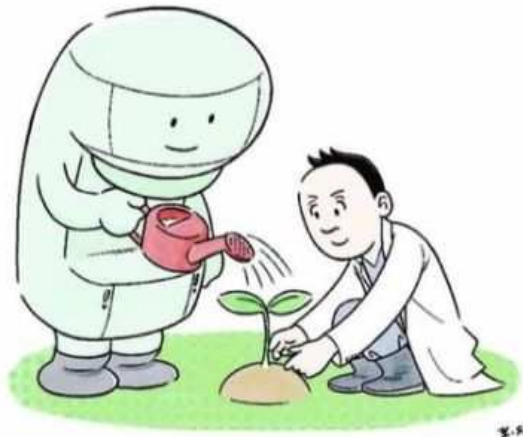
医師にとって患者さんや
医療スタッフから頼られる
のは本望であり、期待に応
えたいと頑張ってしまうが
ちです。しかし、これでは

若手医師は経験を積むこと
ができず後進の育成はでき
ません。また、ベテラン医
師が前線を退いたとき、一
気に医療レベルが低下して
しまうことにもなります。
医療レベルを維持し最
善、最新の医療を提供し続
けるには後進育成と世代交
代が不可欠です。そのため
にベテラン医師は一歩引い
たところから後進を見守
り、育てていかねばなりま
せん。

英国には「学問なき経験
は経験なき学問に勝る」と
いうことわざがあります。
全くもってその通りで、論
文や専門書を読んで勉強さ
せることよりも経験を積み
ませることが後進育成には必
要なのです。

(広島市立広島市民病院放
射線治療科主任部長)

昨年の東京五輪で体操界
のレジェンド内村航平選手
はまさかの予選敗退となり
ました。競技後のインタビ
ューで内村選手は後輩の演
技を見ている中で「もう体
操はいいのかなど思ってい
ました。後輩たちに伝えて
いかないといけない立場だ
と思った」と語りました。
ロンドン五輪、リオデジ
ャネイロ五輪で2連覇を成
し遂げた自らの実績につい



イラスト・鈴木勇介

見えない メスで がんと闘う

松浦寛司 ▶15

頭頸部がん、子宮頸がん、食道がん、肺がんなどで増殖のスピードが比較的速いタイプのがんを放射線治療だけで治す場合、照射期間が長くなるとがんが再発する率が高くなることは、今や放射線腫瘍医の常識です。

実際、私が以前に検証した喉頭がんや子宮頸がんのデータでも、照射期間が6週間を超える場合に再発率



イラスト・鈴木勇介

放射線照射に休日はない

が高くなっていました。照射期間をむやみに延長しないよう、計画されたスケジュール通りに放射線治療を

完遂することが重要です。

照射期間が長くなる原因として、日本には年末年始とゴールデンウィークという長期連休による照射休止があります。照射期間の延長による放射線治療効果の低下がまだ広く知られていなかった頃、長期連休に医療機関が休むのに合わせて照射も休止していました。

お盆の期間は、大規模な医療機関で開院しているところも、私が研修医だった頃は照射を休んでいた記憶があります。長期連休には1週間前後、照射を休むのが普通だったのです。ところが、あるニュースがきっかけとなって、その状況は

一変しました。

1998年12月、「重粒子線」という放射線治療を行っている医療施設で、年末年始などに照射を休止した子宮頸がん患者さん4人が、半年以内にながを再発して亡くなったと報道されました。その医療施設は「1週間以上の休止が影響したと思われる」と、再発との因果関係を認める見解を出したのです。

長期連休による照射期間の延長が再発につながるという医学的事実がニュースに取り上げられたことは、放射線腫瘍医のみならず患者さんにも衝撃を与えました。

その頃から、照射期間の延長を防ぐため「休日照射」が全国的に実施されるようになりまし。当院でも2

000年から休日照射を始め、現在に至ります。

平日に比べ休日は勤務するスタッフが少ないため、休日照射を実施するには、入院患者さんの搬送に当たる病棟スタッフの負担や放射線治療科スタッフの勤務態勢を考慮して、準備する必要があります。

患者さんには平日も休日もありません。休日照射の説明をすると「休日なのに申し訳ありません」と恐縮される方もおられます。しかし、放射線治療科スタッフにとって、必要な照射をすることはごく当たり前のことなのです。気兼ねなく照射を受けていただけると、これからも努めています。

(広島市立広島市民病院放射線治療科主任部長)

見えない メスで がんと闘う

松浦寛司 ▶16

治療を決めるのは患者本人

私は奥さんに「本人に聞いてるので、しゃべらないで聞いておいてください」と申し上げました。そして私抜きで治療の話を

すると患者さんは「耳鼻科の先生は私に話さないで、全部家内に説明された。絶対受けません。耳鼻科はもう受診しません。下咽頭がんの治療もしません」と

進められた。大腸がんがあるかもしれないので大腸内視鏡を勧められたが、私は絶対受けません。耳鼻科はもう受診しません。下咽頭がんの治療もしません」と

められました。しかし、大腸がんの検査については「受けない」の一点張りでした。私は「下咽頭がんは放射線治療で治療可能」「大腸がんは高齢だが切除手術可能。きちんと治療すれば口から食べることと自力排便が維持できる」「放射線治療中に説得し大腸がんの検査に持ち込もう」と考えました。

耳鼻科の医師からは「下咽頭がんの根治は難しく、将来的には気管切開や胃ろうが必要になる。大腸がんは年齢的に切除手術は難しく、人工肛門が必要となるでしょう」と説明されたそうです。

治療を受けるのも選択するのにも患者さん本人です。医師と家族の関係も重要ですが、医師と患者の関係が一番大事だということを改めて教えていただきました。

私はご本人とじっくり話をしました。最初は治療を拒否されていましたが、説明後には下咽頭がんの放射線治療を受けることを決

想通り大腸がんでした。外科の医師からは手術可能との意見をもらい、放射線治療後に手術することになりました。

患者さんは検査を受けることを二つ返事で承してくれました。検査結果は予

（広島市立広島市民病院放射線治療科主任部長）

下咽頭がんと大腸がんが同時に見つかった93歳の患者さんが、下咽頭がんの治療のために放射線治療科を受診されました。初診の際、患者さんは奥さんと2人で外来にお見えになりました。症状やそれまでの経緯をご本人にいろいろ尋ねたのですが、横から奥さんが全部お答えになり、ご本人はムツとした感じで何もお話しになりませ



イラスト・鈴木勇介

見えない メスで がんと闘う

松浦寛司 ▶17

「晚期副作用」の経験積む

というと、脱毛や口内炎など放射線による炎症反応で生じる急性期副作用だと思

います。急性期副作用は、症状の程度に多少の個人差はありますが、治療を受け

られた方のほぼ100%に生じます。といっても、通常は治療が終わると徐々に改善する一時的な副作用で

の治療に当たっています。数年前、放射線治療の専門学会で治療後10年以上たつてから発症・増加する晚期副作用についての講演を聞く機会がありました。外科手術では起こらない副作用が10年以上たつて生じ、それが徐々に悪化して患者さんの生活の質(QOL)を低下させるという内容でした。

いずれも問題となるような晚期副作用はなかったので。10年以上たつてから生じる晚期副作用について、私は語るすべを持ちません。現在勤めている病院に着手して12年がたちました。この先、技術の進歩による治療成績の向上と高齢化がもたらす、治療後10年以上の長期生存がん患者さんを診る機会が増えると思えます。

一方、晚期副作用は急性期副作用のように高い確率で生じる副作用ではありません。しかし、一般的には不可逆性で改善しにくく、進行性であることがその特徴です。

この講演を聞くまで、晚期副作用をかなり意識している方だと自負していましたが、それは単なる思い込みであったことを思い知らされました。

若いうちは数年ごとに病院を移って多くの経験を積みましたが、本当の晚期副作用は経験していません。

放射線治療の副作用は、治療期間中に生じる「急性期副作用」と治療終了後に時間がたつてから生じる「晚期副作用」に分けられます。これら二つの副作用は発症のメカニズムが異なるため、急性期副作用が出たからといって晚期副作用が強く出るといいうわけではありません。

一般の方の多くが思い浮かべる放射線治療の副作用



イラスト・鈴木勇介

発症頻度が高くないとはいえ、いったん生じると長期あるいは亡くなるまでの長期にわたって苦しめられる厄介な副作用です。それゆえに私たち放射線腫瘍医は、晚期副作用のリスク低減を意識して日々

晩期副作用については専門書や論文で得た知識はあるものの、実際に自分が治療し経過を診ている患者さんの中で治療後10年以上経過した方はわずか数人で、

(広島市立広島市民病院放射線治療科主任部長)

見えない メスで がんと闘う

松浦寛司 ▶18

携帯音楽プレーヤー「iPod(アイポッド)」が発端となり、頭に「i」を付けた商品が流行しました。医療分野ではiPS細胞が有名で、開発者の山中伸弥京都大教授によると、遊び心とアイポッドのように広く普及してほしいという願いから名付けたそうです。

以前、ある番組で米国の医師が「コンピューター技

患者はパソコンの中に？

術が進んだ現在の医療において、患者(patient)はもはやパソコン上のデータに過ぎなくなりました。データに過ぎなくなると、患者本人が抜け落ち、診療から患者本人が抜け落ち、パソコン上にあるデータ



イラスト・鈴木勇介

「iPatient」と画像のみが診療の中心となった」と話していました。それを見て、日本でも患者が「iPatient」として扱われつつあることに気がきました。

一つは小さかった息子が病院を受診した時のことです。帰ってきた息子が「今日の先生はパソコンばかり見て、僕の方を一度も向かなかった」と不思議そうな顔をしていました。これぞまさに「iPatient」！そして小さな子どもでも、この診療はどこかおかしいと感じるのだと改めて考えさせられました。

進んでいるのか、数年前、重鎮の先生が「大学から派遣されて来た、キャリアのある医師が『額帯鏡』の使い方を知らない」と憤慨していました。「額帯鏡を使わず、口の中のがんをどうやって診察するのか。それでどうやって放射線治療をするのか」

近年のコンピューター技術の進歩は目覚ましく、放射線治療はその恩恵を最も受けています。今ではコンピューターのおかげで、極めて精度の高い放射線治療が提供可能になりました。私たちは放射線治療計画用に撮影したCT画像を基に、MRIや陽電子放射断層撮影装置(PET)などの画像所見も参考にして、放射線を照射する範囲をミリ単位で設定します。パソコン上の「iPatient」で放射線治療計画画を作れないこともありません。しかし、口の中のはCT、MRI、PET画像で写らないがんが広がっていることがよくあります。

また、画像ではがんのように見えて、実際にはがんでないこともあります。それは直接患者さんの口の中を診て、触らなければ分かりません。

私たち放射線腫瘍医は「iPatient」ではなく、患者さんをしっかり診察していかねばなりません。患者さん本人を置き去りにした「iRadiotherapy(i放射線治療)」とやゆされないように。

(広島市立広島市民病院放射線治療科主任部長)

〓おわり