



血液内科の林先生が平成24年4月より国立がんセンター中央病院で勤務しておられます。
国立がんセンターの様子を教えてくださいましたのでご紹介します。

現在の私の立場はがん専門修練医(チーフ)ですが、当院の造血幹細胞移植科は、福田科長を筆頭に、スタッフ医6名、2年契約のチーフレジデント2名、3年契約のローテートレジデントが1-3名、数か月~1年契約の短期レジデントが1-2名で構成されており、実働できる現場の若手は5名前後です。移植科にのみ在籍するレジデントはチーフのみで、故に病棟におけるその役割は重要となっています。

私の役割自体は、昨年までの大学での立場と似ていて、若手レジデントの指導と病棟全体の管理が主たるものです。とはいえ、ここでの治療自体は、担当医(主治医)がそれぞれに決めていきますので、大学のように大きな方針の決定権まではありません。移植で必要になる検査項目の漏れがないかどうか、GVHDほか主たる合併症の診断・把握は間違っていないか、など入院患者全般の大まかな病状把握は当然求められます。これは大学でも行っていたことなので、大きな負担にはなりません。

副担当レジデントの割り振りも業務の一つですが、これは自分も含めて割り振りますので、それなりのやり難さがあります。福田先生もおそらくこれを期待しておられますが、重症患者やハイリスク患者はやはり私の担当すべきものとなっています。若手の中での自分の立ち位置、移植経験を考えれば自然なことだと思っはてこなしていますが、病棟に目を配りつつ、自分の担当もそれなりの重症度でみていくというのはやはり見えないストレスになっているようで、臨床業務が終わるとかなり消耗していることを時々自覚します。

緊急入院は移植をアクティブに行っている施設にはつきものですが、ここも例外ではなく、毎週1人ぐらいは何らかの緊急が入ります。この半年間で本気の緊急入院であったのはおそらく4-5例で、いわゆる敗血症性ショックが多いですが、一例、急性心不全の症例があり、このときはさすがに危機感がありました。緊急入院は、自分が陣頭指揮をとることが多いのですが、このときは実地臨床の場馴れから、スタッフもある程度の指揮権をくれています。私のやり方は大学時代と同じで、できるだけ多くのレジデントを招集し、初導にあたります。ちなみに私は現在病院内の寮に住んでおりますので、病棟で起こった急変もレジデントとともに、ほぼ全例関わっています。

あとの業務は病棟の雰囲気作りとでもいいですが、看護師ほかコメディカルスタッフとの環境調整です。月に一度病棟会というのがありますが、これは師長、副師長3名、山下先生、私がメンバーで、病棟看護師さん達から出る数々の注文を聞いています。移植病棟は他の内科病棟と比較するとやはり看護度の高い患者さんが多いため、点滴ほか処方確認、条件指示確認だけでもなかなかの仕事量になり、おのずと看護業務も多忙となります。できるだけ業務を簡略化できることは、スタッフのストレスを減らすためにも重要で、ここでの決定を受けてシステムを変えたり、レジデントへの指示整理を促したりしています。

もう少し臨床業務のことを書いてみます。

プロトコル治療を行っているイメージの当院としては意外ですが、患者の大方針は、各主治医ごとに異なりますので、治療の一貫性は大学ほどありません。GVHDの押さえ方、ステロイドの入り方はかなり個人差があります。GVL believerの先生はステロイド介入を相当我慢しますし、non believerの先生は比較的初期から場合によってはmPSL2mg/kgで開始されたりします。nonCRに対する臨み方もそれぞれで、初期からISTを相当低くされる先生から、ほぼ変えない先生まで幅があります。MTXも、DrによってはDay11を比較的簡単に抜く傾向があると思います。

このようにそろわないところも多いことで、レジデントが混乱しないように、何が正解かはわからないところではそれぞれのフィロソフィーが出るのかな、ということぐらひは伝えるようにしています。

チーフとしての自分の役割が果たせているかどうかはわかりませんが、福田先生、山下先生ほかスタッフDrと方針について議論する際、自分の臨床能力でもそれなりに通用するんだなと感じることもあります。自分の症例でなくとも意見し、その都度先生方の反応をみながら知識を試すやり方を、ここでも続けています。

医療センター時代の移植経験はそれほどありませんので、私の移植の核になる経験はOCUでの3年間だけです。そこで、大学で移植の勉強をされている先生方にぜひお伝えしたのは、そんな自分でも国がんの先生に「臨床では」ある程度通用するということです。

時に長すぎるかもしれない大学のカンファでの議論に、みなさん、できるだけ首をつっこんで発言をしてみたいと思います。私はというと、自分の掴んでいる少ないエビデンスでもいいから(事前に調べることを怠ってはいけません)、気になることは発言していました。豊富な知識の日野先生、中前先生には当然及ばないのですが、発言することで自分の見方・診断をより強く意識し、それが正しかったかどうか、自分の症例でなくても記憶できるようになります。これを繰り返すことでしか、他人の症例を自分の疑似体験にできないと思います。1例でも、1イベントでも多く経験しておくことは、後々後輩を指導するにあたって重要になります。

標準的な移植を、比較的統一感をもって勉強できる環境にあるのも市大のいい点です。ただ、国がんについて思うのは、ある程度経験値の多い先生が増えてきたら、それなりに許容できる治療のバリエーションもみておいたほうがいいのかなと。あまり臨床が窮屈になりすぎたはいけない、でも大事なところはプロトコル化も含めて一貫しておく、そういうバランスがいるのかもしれないとも思います。忙しくても活気ある環境、これがどうやったら作れるのか、それも勉強だと思っています。

☆林先生、パワーアップして戻ってこられる日を心待ちにしております☆

編集後記

あけましておめでとうございます。

新聞部は、これからもいろんな方の活躍をレポートしていきたいと思います。

今年も移植サポートチームの

成果を皆様にお伝えできる

よう頑張ってください。

今年もどうぞよろしく

おねがいします☆

