

救急医が総合内科研修を行う意義 －自身の研修経験より－

内倉 淑男^{†1)2)} 鄭 東孝¹⁾第72回国立病院総合医学会
(2018年11月9日 於 神戸)

IRYO Vol. 74 No. 2 (64-67) 2020

要旨

現代社会において、救急医療に対する期待は大きいですが、解決すべき課題も多く存在する。少子高齢化が進行する中で、救急搬送される患者数は増加を続け、その中に占める高齢患者の割合は増加を続けている。増加を続ける救急患者、とくに高齢救急患者にどう対処するかは、救急医療における喫緊の課題である

筆者は初期臨床研修終了後に、救急科で初期診療・集中治療を中心に研修をした。6年間の救急科研修を行い、日本救急医学会救急科専門医の資格を取得した。その後、国立病院機構東京医療センターで総合内科・総合診療の研修を開始した。東京医療センターでは外来診療、入院診療、内科系二次救急診療を担当し、さまざまな経験をしている。救急科・総合内科の両診療科で研修を行ったことで、急性期から慢性期まで幅広い疾患を経験することができた。

救急医療に対する需要の増大に対して、救急医のみで対応することは不可能である。新専門医制度の中で、ジェネラリスト(総合医)の要素が含まれるのは救急科専門医と総合診療専門医であり、この両ジェネラリストが協力して救急医療を担うことが望ましい。そのためには、“総合診療マインドをもった救急医”と“救急マインドをもった総合診療医”が増えることが必要である。

キーワード 救急医, 総合内科, 総合診療医

はじめに

現代社会において、救急医療に対する期待は大きく、救急医に対する期待もまた大きい。救急医に期待されることとしては、疾病の種類・重症度によらず初期診療ができること、重篤な状態の患者に対する根本治療・集中治療、ドクターカー・ドクターヘリの活用などを含めた病院前診療、メディカルコントロールなど地域救急医療体制の確立、災害医療における指導的立場、マスギャザリングなどが挙げられる。期待は大きいですが、救急医療における課題も多

く存在する。救急患者は増加するが救急科専門医は不足していること、臓器別専門診療科との協力体制の構築、病院前診療の質向上、災害医療、東京オリンピックなどにおけるマスギャザリング、救急医の働き方改革など、多くの課題を抱えている。その中でも救急患者数の増加、とくに高齢救急患者の増加は、早急に対処すべき課題の一つである。

わが国は少子高齢化が急速に進行し、65歳以上人口は、平成27(2015)年に3,387万人となり、「団塊の世代」が75歳以上となる令和7(2025)年には3,677万人、令和24(2042)年に3,935万人でピークを迎

1) 国立病院機構東京医療センター 総合内科 2) 横浜市立大学医学部 救急医学教室 †医師
著者連絡先：内倉淑男 国立病院機構東京医療センター 総合内科 〒152-8902 東京都目黒区東が丘2-5-1
e-mail : toshio.uchikura@nifty.com
(2019年8月8日受付, 2019年12月13日受理)

Significance of Emergency Physician Training in General Internal Medicine

Uchikura Toshio¹⁾²⁾ and Chong Tong Hyo¹⁾, 1) NHO Tokyo Medical Center, 2) Yokohama City University
(Received Aug. 8, 2019, Accepted Dec. 13, 2019)

Key Words : emergency physician, general internal medicine, general practitioner

	月	火	水	木	金
8:00	業務連絡会	新患カンファ	新患カンファ	レジデント勉強会	新患カンファ
9:00	初診外来	病棟業務	病棟業務	研究日 (他院救急外来勤務)	二次救急
12:00					
13:00			再診外来		病棟業務
17:15		EBM勉強会			

図1 筆者の平均的な週間予定

表1 某日初診外来の症例

年齢	性別	診断/病態
69	F	高血圧
60	F	大腸ポリープの精査希望
68	F	慢性頭痛
51	F	呼吸困難, 両下腿浮腫
90	M	発熱

えると推計されている¹⁾。高齢化という社会構造の変化にあわせて、救急搬送される患者の数は増加し、高齢者が占める割合が増加を続けている。高齢者の救急搬送症例は、内因性疾患の割合が多く、その重症度は軽症・中等症の割合が多い²⁾。この傾向は今後も同様と予想されており、これらの患者群への対応が課題である。

筆者は救急科の研修を行った後、国立病院機構東京医療センター総合内科で総合内科・総合診療の研修を行っている。筆者の研修経験から、救急医が総合内科・総合診療の研修を行う意義を考え、救急医療の課題の解決に寄与できる点があるかを検討する。

筆者の研修歴

筆者は2009年に医師免許を取得し、初期臨床研修を修了した後に横浜市立大学医学部救急医学教室へ参画した。集中治療型、ER型の両者を含む4つの救命救急センター、1つの高度救命救急センターで

研修を行い、卒後6年目には日本救急医学会救急科専門医の資格を取得、救急科研修を6年間行った。

救急科研修の中では、初期診療や重症患者の集中治療管理を中心に経験した。また、ドクターカーなどによる病院前診療も経験した。その中で、自分自身の成長を実感することはあったが、課題や不安を感じることもあった。自身の知識不足や診断能力の不足を痛感したり、救急外来で帰宅可能と判断した患者の帰宅後の経過に不安を感じることも少なくなかった。入院患者の診療では、併存する慢性疾患の管理や、高齢患者への対処に不安を感じることもあった。これらの課題・不安の解決に向けた研修のために、卒後9年目から、東京医療センター総合内科で総合内科・総合診療の研修を開始した。

東京医療センター総合内科は、外来診療（初診、再診）、入院診療、平日日中の内科系二次救急診療を担当している。筆者の平均的な1週間の予定を図に示す（図1）。初診外来では、発熱や咳嗽、腹痛といった急性経過の症状や、健診で指摘された高血圧や便潜血反応陽性の精査の希望、慢性頭痛や浮腫など慢性経過の症状の精査の希望など、さまざまな主訴の患者を担当する（表1）。再診外来には、糖尿病や高血圧など慢性疾患の定期外来や、初診外来を受診した患者の継続診療、入院治療していた患者の退院後のフォローアップなどが含まれる（表2）。入院診療では、急性期疾患の治療目的の入院だけでなく、検査入院や糖尿病教育入院なども担当する。担当する疾患は幅広く、さまざまな内科系疾患を経

表2 某日再診外来の症例

年齢	性別	診断/病態
51	M	夜間頻尿, 残尿感
84	M	糖尿病, 高血圧, 慢性腎臓病
51	F	高血圧, 原発性アルドステロン症の疑い
61	F	高血圧, 脂質異常症
61	M	脳梗塞, 脂質異常症
47	F	肝機能障害
54	M	脳梗塞, 高血圧, 糖尿病, 脂質異常症
48	F	検診での腫瘍マーカー高値の精査
55	M	黄色ブドウ球菌菌血症, 糖尿病, GIST疑い

表3 某日入院担当の症例

年齢	性別	診断/病態
67	M	下腿浮腫・色素沈着の精査目的
97	F	小脳梗塞, 心房細動, 高血圧, 脂質異常症
60	M	CD腸炎, 食道カンジダ症, 中咽頭癌
68	M	ANCA関連血管炎, 前立腺肥大症
89	M	脳梗塞, 認知症, 労作性狭心症
85	M	尿路感染症, 糖尿病, 前立腺癌
85	F	誤嚥性肺炎, 尿路感染症, 慢性胆嚢炎
87	M	誤嚥性肺炎, 尿路感染症, 脳梗塞
80	M	脳梗塞

験できる(表3, 図2)。また, 救急科では担当することが少ない, 亜急性期から慢性期となった症例も経験する。入院患者は高齢者, とくに後期高齢者が多く, 複数回の入退院を繰り返している患者もいる。そういった症例では, 院内の看護師やソーシャルワーカーだけでなく, 退院後に担当するケアマネージャーや訪問診療を依頼する医療機関のスタッフなどとカンファレンスを実施することもある。こういった出口問題への対処も研修期間中に多く経験する。

研修の効果

東京医療センター総合内科の研修では, 多くの経験ができる。一般外来診療は, 救急科の研修では経験することが少なく, とくに再診外来は, ほとんど経験したことがなかった。初診患者を継続診療し, 入院中に担当した患者を退院後にフォローアップすることで, さまざまな疾患の長期的な経過をみることができる。この中で, 疾患が改善していく過程や, 病状が安定していく過程を経験することができる。入院診療においては, 急性期だけでなく, 亜急性期や慢性期の管理も経験した。この時期には, 患者が退院できるのか, 他院で継続治療が必要なかの判

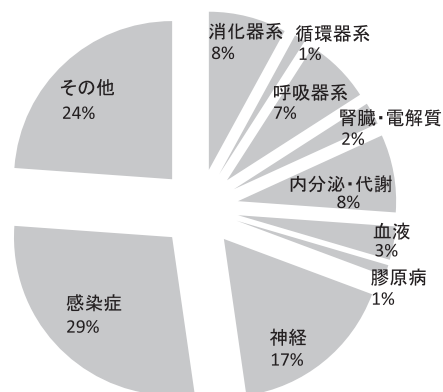


図2 2017年度に担当医師と登録した症例 (89例)

断が必要になる。その際に, 再診外来での経験が役に立つ。退院後のフォローアップを経験することで, どういう状況になれば自宅へ退院できるのか, 退院するためにはどのようなサポートが必要か, 退院前に何をしておくべきかを実感をもって調整できるようになった。

救急科と総合内科では, 担当する疾患はオーバーラップする範囲が少なくない。しかし, 同じ疾患であっても, 重症度やフェーズは異なり, 注目点や症例から学ぶ点は異なる。救急科・総合内科の両診療科で研修をしたことで, 疾患の急性期から慢性期まで経験することができ, 診療の範囲が広がったと実感している。研修効果が自身の救急診療にどう影響したかを定量的に評価することは難しいが, 以前に感じていた課題や不安は軽減していると感じている。

考 察

わが国の少子高齢化は急速に進行している。高齢者人口の増加にあわせて, 高齢患者の救急搬送は今後も増加すると予想される³⁾。高齢者の疾患にはさまざまな問題が絡む。高齢者は慢性疾患を抱えていることが多く, 急性期身体疾患が加わった時に複雑な病状を呈することがある。認知機能障害や精神症状を生じ, 生活機能障害を引き起こすこともある。また, 高齢者の独居や社会的孤立, 貧困の問題など, 心理社会的背景に対応が必要となる場合もある。高齢者診療では, 多面的な問題に対処することが必要であり, 若年や中高年の臓器別医療とは異なる視点が必要になる⁴⁾。

救急出動件数および搬送人員は毎年増加を続けて

いる。年齢別には高齢者が占める割合が増加し、傷病程度としては軽症と中等症が約9割を占めている²⁾。増加する軽症から中等症の高齢患者への対応は、救急医療における喫緊の課題である。救急医療に対する需要の増大に救急医のみで対応することは困難で、救急医以外の協力が必要である。

2018年4月から開始された新専門医制度の中で、ジェネラリスト（総合医）の要素を含むのは、救急科専門医と総合診療専門医であり、単一の臓器・疾患に限らずに診療を行うという共通点がある。クリティカルケアに重きをおいた救急科専門医と、プライマリ・ケアに重きをおいた総合診療専門医の両ジェネラリストが協力して救急医療を担っていくことが望ましい。総合診療医は、多面的な問題を総合的にみるトレーニングを受けるので、身体心理社会的背景への介入を要する高齢救急患者に、より良質な医療を提供できる可能性がある³⁾。

救急医と総合診療医が協力して救急医療を担っていくためには、“総合診療マインドをもった救急医”と“救急マインドをもった総合診療医”の育成が必要である。筆者は救急・総合診療の両者の研修を受けたものとして、その育成に積極的に関わっていく

必要があると考えている。

〈第72回国立病院総合医学会5大テーマシンポジウム「救急医療の推進とキャリア形成」において「救急医が総合内科研修を行う意義 -自身の研修経験より-」として発表した内容に加筆したものである。〉

著者の利益相反：本論文発表内容に関連して申告なし。

[文献]

- 1) 内閣府. 令和元年版高齢社会白書. 2019.
- 2) 総務省消防庁. 平成30年版 救急救助の現況. 2018.
- 3) 横浜市救急医療検討委員会. 横浜市の救急医療体制に関する第8次提言. 2019.
- 4) 井桁之総. 基幹病院における老年医学の多面的アプローチ -虎の門病院「高齢者総合診療部」と「認知症科」の試みと老年病専門医の役割-. 日老医誌 2018 ; 4 : 237-43.
- 5) 横林賢一. 日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医と救急医療. 日臨 2016 ; 74 : 221-4.