


はじめに

私が研修をしていた当時の救急当直では、心電図でST上昇を認める急性心筋梗塞の症例や食道静脈瘤からの出血が疑われるショック状態の症例などに遭遇した場合は、もちろん早期に適切なインターベンション治療を開始するために専門医の先生を呼びますが、多くの症例は「入院治療は必要だが、緊急のインターベンション治療が必要ではなさそうだ」という病態でした。このような場合は、自分で治療を開始し、翌日に専門医の先生に治療を引き継ぎ初期治療のフィードバックを受ける、あるいは許しが得られたならば、専門医の助言を得ながら自分が入院主治医となって入院治療を完結させるという流れが一般的でした。

私はこのような研修環境のなかで ①緊急性の判断、②典型例と特殊例の線引き、③入院治療の典型的な流れ、④退院後の治療計画、という4つのことを学ぶことができたのではないかと感じています。

- ① **緊急性の判断**：直ちに専門医の先生を呼んで緊急インターベンション治療が必要なのか、自分で治療を開始して必要に応じて専門医の先生に相談すればよいのかの線引き
- ② **典型例と特殊例の線引き**：自分で入院治療を継続してよいのか、専門医に入院治療をゆだねるべきなのかの線引き
- ③ **入院治療の典型的な流れ**：専門医のバックアップ体制があるなかで、典型的な急性疾患の主治医を数多く経験することで治療がうまくいっているときの経過とそうではない経過の判断（どのような臨床パラメーターでいつごろ判断するべきか）、専門医への相談が必要となるタイミング
- ④ **退院後の治療計画**：最適な2次予防計画の立案

多くの先輩医師から助言を受け、寝る前に受け持ち患者の顔を思い出しながら教科書を読むという毎日で、「このような研修を続けることができれば、のような“花の核”となる能力をもった医師になることができるのではないかと夢を抱いた楽しい研修医時代でした。

今思い出すと大変恵まれた研修環境であったと思いますが、当時はそれに特別感謝をするわけでもなく、当然と受け止めていました。しかし、社会の専門志向など時代の流れの影響でしょうか、最近の研修医の先生の声を見ると、入院患者を受けもったとしても、これらのことを積極的に考え治療の方向性決定にかかわる姿勢をみせない、貴重な研修期間が漠然と「主治医の代わりに回診に顔を出すだけ」の副主治医として終わってしまうようです。また、世の中には優れたマニュアルが多数出版されていますが、救急外来での診断・初期治療に重点が置かれたものが多く、入院治療の流れを時系列で解説したものは多くありません。

そのような状況のなかで、救急外来から入院となる common disease については入院適応の判断、治療の典型的な流れ、専門医に相談すべき特別な病態を理解したジェネラリストになりたい、同じような志を持った仲間を増やしたい、そのための解説書ができないかと考えたのが本書を企画したきっかけです。

本書では、初期臨床研修において入院主治医を経験しレポート提出が必要である急性疾患を

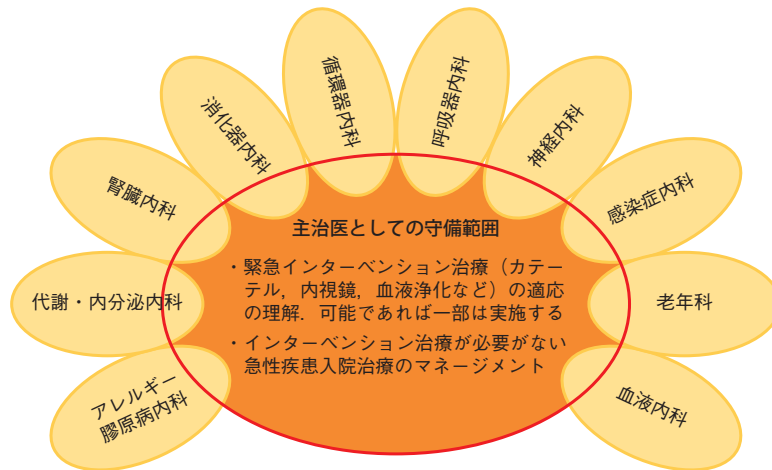


図 “花の核” としての入院主治医

中心に取り上げ、臨床経験豊富な総合医、総合医のマインドを持った専門医の先生方に治療計画の考え方と進め方、実践での注意点をわかりやすく時系列で解説していただきました。

頻度の高い急性疾患の入院治療の流れ（入院時の初期治療・検査計画，どのような場合に専門医への相談が必要かなど）を理解し“主治医としての智恵（考え方）”を身につけることは、総合医の道を歩む場合はもちろん、臓器専門医の道を歩む場合にも知識の up date に役立ち、将来の専門分野にかかわらず医師としての一生の財産になります。

最後になりましたが、高度な医療技術を追求することや研究をして医学の進歩に貢献することは、議論するまでもなく大切なことです。しかし、頻度の高い疾患に対して適切な治療を提供し、医療者として幅広く社会のニーズに対応することも同じくらい価値があることだと考えます。

本書が、若手医師の入院主治医機能の獲得に役立ち、ひいては日本の医療の質向上に貢献できることを願っております。

2010年6月

岩田充永