



[評者]
青木 眞
感染症コンサルタント

「卓越した ジェネラリスト診療」入門

複雑困難な時代を生き抜く臨床医のメソッド

藤沼 康樹 著

●A5 頁296 2024年06月
定価：4,400円(本体4,000円+税10%)
[ISBN978-4-260-05354-9] 医学書院刊



『卓ジェネ』が今日問いかけるもの—門外漢の視点

◎はじめに

本稿は書評になっていない。感染症専門医が家庭医の執筆した本の書評を書くこと。それは、町中華のおやじが寿司屋のシャリやネタを講評する、あるいは火星人が『地球の歩き方』を書くようなものだ。依頼があった時、あまりに門外漢である評者は、藤沼先生の浮間診療所を訪問し、外来にも陪席させていただいた。そこで見てきたものを書き並べてみることで、今回はお許しいただきたい。

コロナ禍が始まる少し前、赤羽の飲み屋で初めてお会いした藤沼先生の印象は、言わば「ごんぎつね」であった。おおらかにゆったりと日々を過ごされる診療所のお医者さん。朝、藤沼先生が診療所の戸を開けると、地元の患者さんから野菜や煮物が届いている…(笑)。しかし、これは極めて表層的な印象であることを、やがて評者は思い知るのである。

ちなみに、すでに著名な総合診療や看護領域の先生方から優れた書評が寄せられているので、ぜひ併せて参照していただきたい。

のっけから迂遠な話になるが、米国感染症専門医は制度設立当初、放射線科医師と同様に患者を持たない職能として位置づけられた。評者は、患者とのやりとりで“I型アレルギー”を起こすことが多く、教え子たちは「プライマリ・ケアは絶対無理」と太鼓判を押す。そのような評者にとって、患者を持たない米国感染症専門医はうってつけの専門領域と言えた。

しかし、これをHIV感染症が変える。感染症専門医もAIDS患者の主治医となるので

ある。評者が初めて米国の地を踏んだ1984年、それは奇しくもHIVが発見された年だ。その後10年あまり、若者がニューモシスチス肺炎でAIDS発症、彼らの100%近くが2~3年以内に死亡するという凄絶な時代が続いた。評者は、「若者の生命を1日でも長く」に注力した。

それが今や、HIV陽性者も1日1錠で天寿を全うする。HIV感染症の問題は「CMV網膜炎による失明」から、天寿を全うできるが「生きがいが無い」という問題に変化したのである。まさに、『卓ジェネ』で言う「疾病(disease)」から「病い(illness)」への変化である。評者は、この変化を生きないで医師として歩んできた。しかし71歳となり、コロナ禍に加え、プロフェッショナルにも潮時と思い自宅で過ごす時間を増やすと、「卓ジェネワールド」は、患者側の立場に移りつつある自分に近いものとなり見てきたものもある。

◎藤沼先生の外来

藤沼先生の外来に陪席させていただいた。90分ほどの間に10名前後の患者さんを診療されている。急いでいる(rushな)感じは全くしない。そこに、大病院を渡り歩きインターネットで検索して藤沼先生に「辿り着いた」1人の青年が不定愁訴で来院した。その青年に藤沼先生は、熟練工のルーチンのように“卓ジェネ診療”を展開される。「あなたの苦しみはリアルである(仮病ではない)」「診断はつかないかもしれないが、大事なことは問題を抱えつつも生活続ける工夫」「診断書と処方箋(服薬の事実)があれば、休職しても社会は納得する」と至れり尽くせ

りの診療を提供後、評者にひと言、「この青年が再診に戻ってくる確率はせいぜい半分」…。

そのほか、統合失調症の患者の診療後に「基本、精神科は精神疾患の専門外来であり、こころや生活全般の問題を丸投げできるところではないです」「診療看護師やレジデントにより書き添えられて育っていく家族図がデフォルトで組み込まれているカルテ」などなど、さまざまな人間関係や感情が交錯する町の診療所で長く過ごした医師だけが魅せる“卓ジェネ外来”だった。お弟子さんによる訪問診療にも同行させていただいた。2時間かけて入浴するのが日々の楽しみである102歳の女性にお会いし、「日常生活のルーチンを迎える重要性」も『卓ジェネ』の教えだったことを思い出した。

本書には、プライマリ・ケア医ならば必然的に直面する「達成感の欠如」「多疾患併存・下降期慢性疾患といった困難症例」への対処法などが具体的に、あたかも『ワシントンマニュアル』のように記載されている。「Bio」を自然科学のエビデンスが支えるように、「Psycho」「Social」、それ以上に「人間を診る視点」を、藤沼先生の大きな人文領域の知恵がエビデンスのように支えているのだ。藤沼先生ご自身がおっしゃるように、一見つかみどころのない家庭医の診療現場にも「明確な行動原則」があり、「ガイドライン」もあるし、本書を絶賛する某コンサルティング会社OBの表現を借りれば、常に当てはめる「フレームワーク」があることを示す外来だった。

◎藤沼先生の世代とその周辺

外来陪席時、藤沼先生に「なぜ門外漢の青木に書評をご依頼くださったのか？」とお聞きしたところ、「同世代だから」とのことだった。「同世代」の評者が今、日本で「卓越したジェネラリスト診療」とそれが内包するものが置かれている場所を、門外漢ならではの視点で概観することは案外有用と考えられたのかもしれない。

評者と藤沼先生は、1980年代に同じ病院で研修している。当時の都立養育院附属病院、現在の東京都健康長寿医療センターがそれだが、残念ながら少し時期がずれてお

り、病院の廊下ですれ違うことはなかった。1980年代と言えば、日本は世界第2位の経済大国となり最も活況を呈していた時期の1つである。医学界・医療界は細分化が進み、それを可能にするお金もあったと思う。経済力が医学・医療の機械化・専門分化を押し進める時代であり、病歴や身体所見を大切に家庭医療学や総合診療とは反対のベクトルが強い時代だった。

特筆すべきは、この時期、旧厚生省とシステマティックな家庭医の養成が必要と考えていたさまざまな分野の医師たちが日本にプライマリ・ケアや家庭医の制度を根づかせることを試みられたが、大きな力が反対した。この頃、家庭医療・総合診療といった概念を日本に導入しようとした先生方の苦労は筆舌に尽くしがたく、その反対勢力があまりに強大であるがゆえに、その痕跡さえ迎るのが困難である。最近、頻繁に遭遇する「かかりつけ医」という言葉の形而上学的な難解さ、「総合」の名を冠した医局がほとんどの大学において思うように発展せず、また必ずしも総合性を志向しない医師の“猟官運動”による焦土とも見えることを改めて考えている。

◎藤沼先生と評者

同じ臓器横断的な医師とはいえ、東と西くらいスペクトラムの異なる仕事をする藤沼先生と筆者をつなぐものは何であろうか？ 藤沼先生は外来で患者との会話で診療を進めるが、評者はホワイトボード派。ICUで挿管されている患者について、他の医師が抽出した病歴・身体所見・検査データを相手にしている。生活習慣病には終わりは無いが、感染症はたいてい終わる。藤沼先生は評者が苦手なプロレスや仮面ライダーの大ファンだし、評者の好きなクラシック音楽を藤沼先生は基本お嫌いであると聞く。それでも無礼を承知で評者との共通点をあげてみる。

①フレームワーク：藤沼先生と評者の共通点。それは、「フレームワーク」を基軸にしている点だと思う。評者の「臓器・起炎菌・抗菌薬」といったシンプルなものではないが、藤沼先生も「行動原則/ガイドライン」を大切にされる。評者の教え子たちは困難

症例ほど「フレームワーク」に立ち戻ることの有用性を指摘するが、おそらく藤沼チルドレンも同様の経験をしていると思う。また、「フレームワーク」の提示は教育の効率や診療の質も上げる。

さらに「フレームワーク」を大切にすることは、家庭医療という世界そのものの深化・分析を助け、本来あるべき姿から外れないようにするための羅針盤としての助けにもなると想像している。臨床風景は変幻自在であり「フレームワーク」という羅針盤なしでは同じ過ちを繰り返し、学会レベルでは刻一刻と変化するプライマリ・ケアに対する時代の要請にも気づかないかもしれない。

②教育重視：藤沼先生は教育に熱心であり、高弟も多い。彼のもとで訓練中の研修医も、良き臨床医の素質を感じさせる。患者の人生航路や価値観を大切にすると、彼らを見ると、「このような若者をこそ、もっと医学部に入りたい」と思う。『卓ジェネ』は、医学部入学時点での選抜をより文系的にシフトさせる必要性も示しているのかもしれない。ちなみに藤沼先生も評者も、現在の医学部入学に求められる偏差値は高すぎると考えている。

③カウンターカルチャー：藤沼先生も評者も outlaw である。それは学会・行政などの establishment に対してだけでなく、所属領域内に対してもである。これは、本人の character もあるが、何より professional としての矜持による。「ちょっと違うんだけど…」といった感じでプライマリ・ケア学会場を遠慮がちに歩く藤沼先生である。

◎おわりに

評者はここ数年、すべての書評依頼をお断りしてきた。それは、決してご依頼のあった書籍に問題があったわけではない。むしろ優れた書物であったことがほとんどであり、著者の方々が評者が尊敬する臨床家であることが多かった。ただ、評者がご依頼のあった本を精読し、その参考文献の調査にまで注ぐ時間とエネルギーはそれなりのもので、体力・知力ともに衰えつつある評者の残された時間を書評にあてるのには無理があり、半端な仕事は著者の方にも出版社の方にも失礼にあたると考えていた

からである。

では、なぜ全く専門外であるジェネラリストのための本の書評を引き受けたのか…？ それは、急速に高齢化する日本の医療のインフラとして最も必要とされる家庭医療・総合診療といった「総合」領域の重要性と、その広がりや妨げる仕組みの再確認のためだった。もっと言うなれば、「総合」というすべての医師の養成に必須の要素が、卒前・卒後の教育を通して圧倒的に欠けている状態が数十年も続いている、この国の臨床教育の宿痼（しゅくあ）について書き残しておく必要を感じたためである。このような教育は結果として、診療現場において、いわゆるたらい回しや、専門科領域外の診療拒否・誤診などを延々と続けさせている（もちろん例外はあるが、絶望的に例外的である）。

2018年には「総合診療」が、内科・小児科・外科などの従来の18の基本領域に「並び」、新たに19番目の基本領域として加わった。19番目に入れるための関係者の努力は大変なものであったに違いない。しかし評者は、この仕組みに大きな危険性を感じている。なぜなら、「家庭医療」「総合診療」といった「総合」領域は内科・外科・眼科・耳鼻科の隣に「並び」ものではなく、すべての診療科の土台であり、医学教育・医療のインフラであるからだ。「臓器別」に分かれる前に全員が「総合」の基本を押さえることは本来、optionとして「並び」ものではなく、将来の専門科を問わずすべての医師にとっての土台であり、スタート地点なのである。

「直美（ちょくび）」（初期研修もそこそこ高収入が期待できる美容領域に進むこと）が問題になっていると聞く。しかしこれは、根本的な問題から目を反らした、呆れるほど表層的な視点である。本当に問題なのは、卒前では医学部の国試予備校化、卒後は臓器別診療界による研修医の青田買いの常態化といった、「総合」を基礎とする臨床教育が荒廃していること、専門医制度があまりに複雑で、専門医取得までの手続きが理不尽なまでに過剰であり脱落者が絶えないこと、専門医になっても勤務医になれば過労死に怯えることになること…などではないだろうか？ この国は、どのような医療を

提供するために、どのような医師をどのくらい提供しようとしているのか？ この問いは、医師不足問題が、その数と分布（偏在）で語られることはあっても、決してその質（診療科）で語られないことと深いところでつながっている。



藤沼先生が米国家庭医療学の専門誌を手

に取り、その道に進むことを決意したその日の図書室の風景を評者は想像できる。インターネットという媒体が存在しない時代に、藤沼先生がその専門誌と出会った偶然、それによって今、ここに与えられている『卓ジェネ』が日本の医学・医療に問いかけるものを考えている。

