



医療化しすぎてはいけない 専門職のための学びほぐし

評者 太田充胤

東京大学大学院 総合文化研究科
科学史科学哲学研究室、北多摩生協診療所



「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

定価：4,400 円(本体 4,000 円+税 10%)

A5・296 頁／医学書院／2024

[ISBN978-4-260-05354-9]

私のように病院から診療所に拠点を移したばかりの医師にとって、本書はかゆいところに手が届く本であり、それ以上に、なんとというか元気が出る本でもあった。

臓器別の専門家として訓練を受けてきた医師は、プライマリ・ケアに転向する時に必ず、ある種の「無力感」や「カルチャーショック」に直面する。プライマリ・ケアの仕事は、宿命的に“治療した感”（本書 p.101）に乏しいからだ。

たとえば私は糖尿病・内分泌専門医なので、糖尿病の未治療例や難渋例にうまく対処できれば、専門家として“治療した感”で満たされることができる。基幹病院の専門外来にはそういう患者さんが集まってくるので、おおむね常に“治療した感”を得ることができるようになっている。しかし診療所では、そういう仕事ばかりではない。安定した患者さんの維持治療では役に立っている感覚を得づらいいし、下降期慢性疾患や複雑困難事例では治療してよくなる部分を見つけること自体が難しい（正直、糖尿病などあまり問題にしないでいいケースも多い）。ましてや、検査上は異常がない不定愁訴の患者さんなど、自分に何ができるのかさえよくわからない。

プライマリ・ケア外来の大半は、こういう“治療した感”を得づらい患者さんに占められている。さて、それではジェネラリストは、専門家としての喜びをいったいどこに見出せばよいのだろうか？

本書では、このカルチャーショックを乗り越える方法として、大きく分けて2つの提案がなされている。1つは、家庭医やプライマリ・ケア医と呼ばれる医療資源の役割を学び、診断・治療を中心とした診療のツールボックスを充実させること（第1章）。これはすなわち、“治療した感”を得られる局面を増やしていくための方法だ。しかし、この方法でもやはり、“治療した感”を報酬とした働き方の限界を乗り越えることはできない。いたずらに診断治療の道具を増やすことはむしろ、手ごたえのなさを過剰な検査・投薬で埋めることにもつながりかねない。

そこでもう1つの提案が、これまで医師として学習してきた診断・治療の思考や行動規範を解体するということである（第Ⅱ～Ⅲ章）。著者は端的に、ジェネラリストとしての訓練は医師にとって「unlearning」（本書 p.110）のプロセスだと述べている。患者の苦痛を医学の言葉に翻訳する技術、疾患を診断して治療する手ごたえと喜び…。こういう枠組みを、いま一度学びほぐすことで見えてくる診療のスタイルがある。本書を貫く思想の核心は、むしろこちらのほうにありそうだ。

とりわけ面白いのは、「医療化しない」という目から鱗の逆説である。医学によって訓練された医師はつい、「医療現場に持ち込まれる『つらい』『しんどい』といった distress（苦痛）に医学的診断をつけ治療しようとする」（本書 p.267）。著者はこれを「医療化（medicalization）」と呼び、ジェネラリストの卓越性を「医療化しない」ことに位置づける。

「医療化」とは、ある問題が医学・医療の領分に組み込まれていくことを指す概念である。歴史的にさまざまな領域が医療化されてきたが（自殺、肥満、不妊、発達障害など）、これには常に功罪がある。その問題が解決可能であるという希望につながる一方で、ひとたび医療化された問題では、その根本原因が無視されやすくなったり、医学以外による解決策が選ばれづらくなったりするからだ。

言われてみれば、診療所でよく経験する下降期慢性疾患や社会的・経済的複雑困難事例もまた、医療化が解決につながるとは限らないばかりか、時に本人への不利益ももたらすようなタイプの問題だろう。だとすると、「医療化しない」という判断もまた、今日の医師が担うべき重要な役割なのである。もちろんそれは、「診療しない」こととは違う。場合によっては医療化しないことが最適な診療でありうるということだ。したがって、「医療化しない」とい

う選択肢の先には、“治療した感”に依存しない課題解決の手ごたえ——“診療した感”がありうる。

ジェネラリストは、自らのツールボックスに「医療化しない」という医学外的なカテゴリを加えておく必要がある。本書にぎっしりと詰め込まれた tips の大半は、とどのつまりこのカテゴリを充実させるための道具ではないかと思う。それらは医師にとって、医療・医学の周縁を自らの守備範囲として切り拓くための道具になるはずだ。

精神科医で医療人類学者のアーサー・クラインマンは『病いの語り』（1996年、誠信書房）で、現代社会で人が病気と向き合うためのシステムは「専門職セクター」「民間セクター」「民俗セクター」の3つから成っていると書いている。医師を中心とした専門職セクターが主として生物医学的な「疾病（disease）」に焦点を当てるのに対し、患者さんが経験する「病い（illness）」そのものへのケアの大半は、実は民間セクターで供給されているのだという。クラインマンは、専門職セクターが病い（illness）のケアをも担うことが望ましいとしながら、さまざまな理由でそれが困難であることも指摘していた（法的・経済的制約、質の保証、教育システム…）。

分割されたシステムは、患者さんだけでなく治療者にも不利益を及ぼす。クラインマンはこうも書いている。「ケアの専門機関は治療者をも失望させる。とくに、患者と家族の病いの問題に焦点を当てることに関心のある医者はそうである」（同書 p.348）。思うに問題は、患者に対峙する医師もまた1人の人間であり、このようにセクターが分割すれば治療主体として分裂せざるをえなくなるということではなかろうか。医療セクター以外の役割をパージすれば、医師はただ“普通の人”として診察室にいることが許されなくなってしまう。

こうして分裂した治療主体は、たとえば「この前ペットの犬が亡くなって、ごはんが食べられなくて…」といったような“普通の相談”に応える機能を失う（あるいは逆に、無理に医療化しようとして六君子湯とかエンシュアリキッドを処方してしまうかもしれないが）。医療化できない相談に応える時間は、専門職セクターにとって医療資源を逼迫する無駄な時間でしかない。とはいえ“普通の人”としての医師は、医療資源として求められる挙動と、“普通の人”として感じたり考えたりしてしまうことのギャップに、少なからず苦痛を覚えるのではなかろうか。

本書を読んで救われたような気持ちになったのは、クラインマンがある種の理想として語ったことが、1人の医師による極めて具体的な実践として語られていたからだった。専門家が「疾病（disease）」と「病い（illness）」とに包括的に対応するための手法が、誰にでも使えるようなかたちでモデル化され、道具化された状態でまとまっていたからだった。

病い（illness）に対峙するためのスキルは、過剰な医療化に抛らない診療を可能にする道具であり、分裂した治療主体を再統合するための枠組みでもある。考えてみれば当然のことではあるが、われわれは必ずしも専門職セクターの資源として振舞わなければいけないわけではない。医師は“普通の相談”を受けることができるし、そのためのスキルを磨くことがあってよい。ああ、そういえば、初期研修医の時に会った訪問診療のベテラン医師は、患者から信頼され慕われる様子が見えるお坊さんのようだった。つまるところジェネラリストとは、3つのセクターが混然一体となったような治療主体でもあるのかもしれない。そのように思い至った時、私のなかで積年のわだかまりが溶けたような気がした。

本書を読み終えると、さまざまなことが自分の手に負える課題として浮かび上がってくる。「これが知りたかった」「こういうのどうしているんだろう？」といった疑問への答えが見つかるだけでなく、「言われてみれば、このパターン昨日あったな」「そうか、こういう立ち回りもできたのか」という気づきが多々ある。読み終えたあとの外来では、「これ『卓ジェネ』に書いてあったやつだ!」ということもあった。要するに、意外とよくあるが医療化しづらいからスルーしてしまっているような状況が、本書を通じて診療の対象として立ち現れるのである。

プライマリ・ケア医やジェネラリストを目指す医師にはもちろんのこと、臓器別専門家としての働き方にモヤモヤを抱える医師にも、ぜひ一度手に取っていただきたい。

G