

より良き明日を求めて：今、教育病院に 求められる姿は？

Planning for Tomorrow's Excellence : Challenges, Responsibilities and Opportunities for the Teaching Hospital

Mitchell T. Rabkin, M. D.

President, Beth Israel Hospital, Boston, Mass., U. S. A.

山田 治 訳

川崎医科大学 内科血液部門

10年ぶりに、川崎学園の20周年記念祝賀会に再びご招待いただき、大変光栄に思います。川崎学園では、この10年間に多くのことが成し遂げられました。特に、医療サービスと医学教育の両面における発展には目ざましいものがあります。その貢献は日本だけでなく、アジア全域やその他の国々にも及んでおります。川崎学園の20周年記念にあたり、ハーバード大学医学部学部長 Daniel C. Tosteson, ハーバード大学学長 Neil Rudenstine, および、ハーバード大学医学部の基幹教育病院の一つである、ベス・イスラエル病院の理事長から、心からのお祝いの言葉をことづかって参りました。川崎祐宣先生をはじめとして、川崎明徳先生や柴田 進前学長、望月義夫学長と多くの先生方に引き継がれたビジョンに対し、私はベス・イスラエル病院の医療、看護スタッフを代表してお慶びを申し上げます。そしてこのビジョンから得られた成果を賞賛するとともに、川崎学園が将来とも、医療サービスと医学教育の両面でリーダーシップを発揮し続けるもの信じております。

我々はいま、医学の歴史で最もエキサイティングな時代を迎えております。すなわち、最新医学に明示された課題にどのように挑戦し、責任をもって実行していくのかが問われているわけです。人は入り口で「希望と困難」を伴うものだというかもしれません

ません。将来の新しい世界は、多くの点で我々の前に折り畳まれて存在し、現在の我々の判断は、子孫や数世代にわたって影響を与える重大なものであります。ここで西洋医学の歴史を少しだけ振り返ってみましょう。20世紀前半は生理学や病理学がわずかに知られ始めた時期ですが、医師が頼れる有効な治療法はほとんどありませんでした。たとえば猩紅熱の子供のそばで医師が果たす主な役割は、ただ見守ることだけでした。時に症状の回復を助けることもありましたが、病気の原因である細菌を治療することはできませんでした。もし子供が生き延びた時に医師は不思議に思い、子供が亡くなった時はしかたないものと考えておりました。そして医師は「科学的に有効な治療者の態度」というよりは、「人間的な態度で家族に安らぎを与える」という役割が主なものでした。

このような古い時代にも重要な変化が起こりました。外科的な無菌処置や治療、および麻酔の分野で確実な進歩がみられました。そして、この時代にサルファ剤、次いでペニシリンが発見されています。科学的な診断と治療法の開発が促進され、生物科学を基盤とする病気の理解が深まるなかで、臨床医の役割をより効果的に果たすことができるようになってきております。もしこの時に、次の半世紀を前もって計画・立案しなければならないとすれば、医学史上エキサイティングな入り口に立っていることになり、将来を見通し計画を立てなければならないでしょう。そして20世紀半ばにおけるこの50年計画は正しかったのです。アメリカでは国立健康研究所(NIH)の発展があり、新しい生物医学の研究や医療技術の開発は実に目ざましい進歩がみられました。これらの状況により、医師は新たに大切な責任ある立場におかれることになりました。日々に明らかにされる人体や病気の本態に関する科学の発展を知り、理解すると共に、科学的研究がまだ解明していない内科および外科的能力を使用することが大切になってきています。

科学的洞察が急展開することにより医師のイメージは強い影響を受けました。今世紀の初め頃には、医師は病人に対しどんど無力でした。このような不確実で、何もできない状態では、非合理的な考えがつきまといややすいことは充分理解できると思いますが、医師にはしばしば神に似た地位が与えられました。そして知識が深まり、能力が高まる時代に移るにしたがい、以前から認められていた医師の社会的地位の高さが、一般大衆からも、また、おそらく医師の気持ちの中にもみられるようになります。

た。事実、このような医師の社会的地位は、ある特定の人たちには医学を大変魅力的な学問とすることに役立ちました。しかし、多くの医師にとって、この社会的地位は、個人的な患者とのふれあいを通して感じる満足感であり、「苦しんでいる患者を本当に助けることができる」というきわめて個人的なレベルで得られるものでした。

20世紀の後半は「医療費の高騰する時代」と特徴づけることができます。これは医療が必要不可欠なものであるという社会的認識に伴う、経費のエスカレーションが、その原因の一つと考えられます。また寿命の延長や人口の増加といった、先進社会における高齢化も関係しているでしょう。そしてまた、技術や薬理学の急激な発展や、疾病・健康を解明する専門分化も関係していると考えられます。一方、医療費のインフレは全世界的な関心であります。アメリカにおける医療費は国民総生産比で最も高い比率を占めています。21世紀に向かってこのインフレに対する反響は、アメリカの医療費を健全な状態に戻す圧力になると思われます。

私はアメリカにおける医療費のコントロールがうまくいかない因子のどれか一つに焦点を当てるつもりはありません。それは医師の問題でもなければ、健康保険料の大部分を支払っている雇用者の問題でもありません。これは医療費支払いと交付に関するすべての複合問題だと思います。もしその主要な原因を一つだけ指摘するとすれば、これは私個人の意見ですが、アメリカにおける医療費の支払い方式がインフレを推進してきたのではないかと思います。我々の医療費支払い機構は、インフレの抑制にとって無駄であっただけでなく、抑制を実行するための巨大な官僚制度を作ってしまいました。医療費には主に二つの支払いがあります。一つは医師のサービスに対する支払いであり、もう一つは病院に対する経費です。メディケアやその他の営利的保険会社は、つい最近まで、医療費がどれだけかかるとその分担額を支払わなければならぬ環境にありました。したがって、健全な医療費を考慮した賢明な行動はみられず、高騰する経費を軽減しようとする動機づけもなかった、と病院経営者が述べています。同様に、患者の治療費がどれだけ高額になり、検査費用がかさんでも、そのことに関心を示すことはまったくなかった、と医師も述べております。これらの医師の態度から「効率よく診断する」とはいえず、むしろ「医療費に無関心であった」としか思えません。

このことからアメリカの病院や医師が、患者の経費で自分自身の収入をあげること

に強い関心をもっていた、といいたいわけではありません。むしろ過剰な医療や高額な手技をおこなっていても、「おそらくそのことが役に立つかもしれない、そのうえ、保険がその費用を支払ってくれる」と医師や病院に思わせた、支払い機構を問題にしたいのです。

製造販売で偉大な成功を成し遂げた日本の優良企業一たとえばホンダ、ソニーやその他の企業一は絶え間なくその品質を改善し、効率よく製造し、価値観を高める努力をすることで、企業間の生存競争を生き延び、名声を得ることができました。最近まで医学においては、厳しい環境の脅威にさらされることもなければ、現状を把握し、ただちに対応するといったこともありませんでした。

しかし今は、アメリカ、イギリス、スウェーデン、日本やその他多くの国々が高騰しつづける医療費に対して、何か手を打たなければならないと声明する岐路に立っています。そしてこの声明は、医師や、病院および医学部の協力の有無にかかわらず、実行されることでしょう。しかし問題の存在に気づかなければ、その解決が遅れるだけでなく、この問題を避けることになります。アメリカには「働くがざるもの食うべからず」という格言があり、問題解決に参加しなければその恩恵も得られません。

我々は21世紀に向かっていますが、医療の本質的な姿には二つの大きな流れ、すなわち、避けられない経済的な要素と、留まることのない知識探求心に伴い実を結びつつある科学的な成果とがあります。この二つの流れは今日の医学にどのような影響を及ぼしているのでしょうか。医学は将来どのような姿に変化していくのでしょうか。指導的地位を維持しなければならない優秀な教育病院にとって、これらの二つの流れにどのような意味があるのでしょうか。

すでにアメリカで、医療経済は劇的な変貌を遂げつつあります。医療保険費が雇用者負担を増すにつれて、医療保険がアメリカビジネス界の大切なお得意様であることが認識されるようになり、保険会社が寄り集まって、買い手市場の力をもつようになりました。老人に対するメディケアや、生活保護の人に対するメディケイドの費用は医療支出の約半分を占めています。これらの経費を負担する政府と、第三勢力になった医療保険分野のビジネスとが協力するようになりました。このようにして政府と企業は、以前には夢にも思わなかつた組み合わせで、医療経済を建て直さなければならぬことを理解しました。そして、医療財源の確保と、支出の削減といった、2種類

の方法で医療費をコントロールできることがわかりました。支出の削減は有効でなく、面倒なことが徐々にではありますが、理解されるようになりました。このようにして医療財源の確保が有利であることに気づき始めています。現在、政府と企業は、医師とその医療システムとに、手軽で有効な契約を結び始めました。これは、従来の出来高払いではなく、翌年分の医療保険料を前払いすれば、その年に必要となった医療費を一定レベルの質すべて保証するという、前払い方式の契約です。医療保険者と医師の両者で、ある基準での医療費を決め、その経費と質を確保し、大部分の患者が満足できるレベルで契約を結ぶことができました。

財源確保のアプローチが良いことは、健康維持組織（HMO）、あるいはカイザー・パーマネントやハーバード・コミュニティ健康企画のような組織が発展したことで、最も良く説明できるでしょう。これらの組織はアメリカ西海岸や東海岸でその市場を広げていますが、それぞれ基本的には頭割りの前払い制度を採用しています。この制度に対する問題点としては、待機的な処置に対して長い順番を待たなければならないこと、HMOで提供されるレベル以上のサービスを患者が期待する場合には、医療機関が限定されること、などがあげられます。また、利用者の声として寄せられた要望は、受診しやすさや、対応速度のすばやさに集中していました。しかし、保険加入に選択がおこなわれることがあり、病気になる可能性の低い人しか加入できないといったことが起きます。ある大企業はHMOの医療保険をかけた従業員にかかる費用は安く済んでいるが、全従業員にかかった医療保険料の総額では変わりがなかったと報告しています。その理由として、HMO以外の保険に加入した従業員が、より病気がちで、医療の利用頻度も高かったのは、HMOが若く健康な人を選んで加入させたせいであろう、と述べています。前払いのHMOの加入をためらう要因には、医師選択の自由がないという問題があり、その会員でない医師に、患者は受診できないことになります。しかしながら、カイザー・パーマネントは既に50年の歴史をもっており、加入会員および医師の幅広い満足を得ています。この企画の成功は、財源の確保が医療の基本的な質を落とすことなく、医療費をコントロールする方法として有効な手段であることを強く示しています。

一方対照的なのは、メディケアやその他の多くの私的医療保険会社です。これらの組織は、医療費高騰の解決策として、支出の削減を選びました。入院の必要性につい

てを第三者の意見で確認したり、アメリカでは日本での入院期間よりはるかに短いと思いますが、不必要に長く入院していないかを注意深く監視したり、診療記録の監査人数を増したり、臨床検査や処置中の不必要と思われる内容を質問したり、診療記録の中に承諾書を取らずにおこなった処置を見つけたり、病院や医師からの請求書の中に、保険でカバーされていない間違いを見つけて、保険会社に報告した人に報酬を与える、などの方法を探ってきました。医療費の支払い請求書が適切に記入されていないからという理由で、保険会社から送り返されたり、即座に拒否されたり、面倒な電話や手紙を何度もやり取りした後でなければ、最終的に受け取ってもらえなかったり、といった具合で、支払の削減は、病院や医師に事務的な煩雑さをもたらしました。この方法は、支払い決裁を遅らせることになり、請求者にいつも煩雑な手続きをしなければならない状況を引き起こしました。カナダ州政府の単純なやり方と、アメリカ国立保険制度との際だった違いに注意してください。カナダの場合は医療費のコントロールが財源の確保で行われ、医療費のうち管理に必要な経費は、わずかに1日当たり4セントであるのに対し、アメリカのメディケアでは1日当たりおよそ20セントがベッドサイドではなく、事務費として支払われています。

その結果としてアメリカの医師の多くは、地域医療をおこなうことに次第に失望を感じ始めています。事実、地域医療でも、医師の時間が多くが診療ではなく、煩雑な書類の記載や、支払い者との議論に費やされています。一世代前であれば、医師は自分の子供が医者になることを勧めていたのに、現在でも医師としての社会的地位や、健康や病気の謎を専念して学ぶことができるという満足や知的探求心は変わらないのに、子供が医師になることにためらいを感じています。

私は単に「古き良き時代」を話したいわけではありません。アメリカで常軌を逸脱しているのはビジネスだけでなく、医学もまた同様であり、他のすべての分野が努力を重ねているように、医学分野も多くの困難を克服しなければなりません。しかし20世紀後半に入るまで、その代表である経済問題を認識することがなかったわけです。たとえば過去において、医師は患者の医療を丸1年にわたって管理したり、コントロールする責任はありませんでした。現在はプライマリ・ケアの医師が、患者の医療問題のすべてを管理し、その経費にも責任をもちますが、すべての医療分野の門番的役割を果たしており、このことは重要な医師の役割とみなされるようになってきました。

そして病院も、継続的な医療内容の改善を計画・実行し、その結果から多くを学び、問題を解決しようと新たな努力をしています。

目標を達成するには、より多くの創意工夫が必要であり、これは21世紀に向かって前進するために必要な二つあげられる挑戦の一つです。実際、世界の産業国家の多くは西暦2000年までに医療費と医療内容の改善をおこなうべく、重点的な努力を重ねています。

営利を目的としない私立病院は理事により運営されており、これらの問題が明らかになるにつれて、運営方針を決める理事の役割に大きな変化が生じました。同様に、管理者や医師のレベルでも変化が必要となりました。過去においては、病院経営者は、投資家が所有する営利追求の一般企業の経営者ほど管理や方針決定を熱心にしていなかつたので、生き残るために環境を変えることが必要になりました。また支払い機構が変化し、病院の経理担当者が自由競争による交渉で契約ができるため、取り入れたいサービスにどれだけの費用がかかるのか知らなければなりません。しかし、医療費の支払いは今もなお、請求額が予算内であれば支払う制度なので、この制度をより良い方法にする必要があります。病院経営者はこのようなニーズに気づいていますが、多くの医師や研究所および医学部教職員の認識はまだ充分なものではありません。一般論として、医師は患者に対する経費や病院のシステムを動かすための経費に比べ、病院の支出については関心が乏しいといえます。我々が直面する問題に対して、医師の理解・協力体制が整っていることは少なく、それを学ぶ時間や、経営者と協力して病院の企画と一緒に開発することも、少ないように思えます。臨床的に活動する病院の全経費が予算で決定され、その結果、基準となる医療の質が決まり、維持されています。予算変更が必要な時には、医師が経営者と一緒に、修正行動をとる必要があるわけです。アカデミックな研究機関であろうと、ベス・イスラエル病院のような大学の教育病院であろうと、また医学教育の指導責任がない市民病院でも、将来の医師は病院経営の構成要員として、医師の牙城を守ることのみに力を入れず、一人の構成要員として、医療費と質を考慮するための運営方針決定に参加して欲しいのです。我々は、医師、看護婦、経営者、そして患者の一人一人が病院運営のための大切な構成要員であることを知っています。そして、それぞれの人が医療費と医療の質を決定し、それを監視・調整しなければなりません。

川崎医科大学やベス・イスラエルのような教育病院では、これから将来において経済的な独立を保ちながら、常に医療の質を高めるだけでなく、経費の調整能力を持つ人材を育てることも極めて重要な使命であります。私はこのことを強調しておきたいと思います。川崎学園でも私の施設でも、アカデミックな面に関する責務は充分に果たしております。もし我々が最良の教員や、優秀な学生を引きつけることができるなら、もし最良の医師に勧めることのできる研究施設を提供できるとすれば、研究者が同じ屋根の下で彼らのアカデミックな経験を作ることができるのなら、そして研修を終えた人が外に出て、我々が尊敬する国々で医療サービスや学問上で指導力を発揮できる人材として育てたいなら、我々は経済的問題が「どうにか切り抜けられる」とか、「何とか避けて通れる」といった消極的な取り組みではない、優秀な施設をもたねばなりません。我々が患者へのサービスをより良いものにし、最良で優秀な学生や教員を勧誘でき、彼らが最大の業績を得られるように励まし養成できる、その上奨学金を支給できる適切な収益をあげる必要があります。経費と質の改善は、増加する経済的ストレスの中で単に「生き延びるだけでなく、より良いものを追求する」という本質的な使命があります。かつては経済的問題を無視していた医学研究者に、この見解を納得させることが大切です。今日の研究者は、施設を管理・運営している人と一緒に働くことが大切だということに、気づいてほしいと思います。

21世紀に向けての第2の挑戦は、進歩する医学の科学的基盤に現れています。すなわち、最近の10年間における研究が実を結び、数年先の見通しもある程度約束されました。たとえば分子生物学の成果を目撃するという幸運に恵まれています。基本的な起源である遺伝子から多くの生物学的事実を理解し始めています。このことは、おそらくヒトゲノム研究計画で最もよく象徴化できると思います。これはアメリカおよび世界中の科学者が、ヒトの遺伝子構造の全特性を記述しようとしているものです。聴診器やレントゲンで患者を診察したり、家族歴を聞くだけでなく、個々の遺伝子を見つめることにより、その人の将来に待ち受けている重大な出来事を知ることができるかもしれません。つまり遺伝子学的に、誰がある種の悪性腫瘍や糖尿病になりやすく、誰が動脈硬化症を発症しやすいのかを知ることができれば、この可能性を利用して、健康維持や疾病予防に焦点をあてることができます。そして患者教育や早期治療を開始し、合併症の発生予防をおこなったり、また運悪く発病した時には、症状の発

現を減らしたりできるでしょう。医療の質的改善を生物学に基づいた分子機構から学びつつあります。そしてこの立場からも、医療効率と医療費のコントロールができます。経済的压力により我々が開始した、入院期間の短縮、治療基盤の入院医療から外来医療への移行などは、近年の科学的知識と技術の進歩により可能となりました。すなわち、生命過程のより詳しい理解、麻酔の改良、精巧な内視鏡的診断と外科手技の発達の結果、入院している時よりも病院の外でうまく生活している多くの患者に感謝されています。基礎的な生物医学的研究の進歩を医療の質的改善だけでなく、経費の削減に利用することを、政治家や市民に理解してもらうことも大切です。医療の質的改善に終わりがないわけではないといえます。

医学教育におけるモデルにも変化が見られます。現在に望まれる医師像とはどのようなものでしょうか。20世紀後半に生物医学的研究が花開き、我々医師が急性疾患をうまく治療できるようになったことも一つのモデルとなるでしょう。これから10年は急性疾患の治療能力を改善するだけでなく、医療の現場が病院からコミュニティーの中へと移動するでしょう。病気になった患者だけでなく、健康者を対象として、治療よりも予防に、そして健康な個人と社会を形成するために、医師と患者、あるいは医師とその他の医療専門家とにパートナーシップを築きあげなければなりません。

医療経済とヘルスケアにおける劇的な変化は当然の結果でもあります。我々はすでに医師と看護専門職との間に大切なパートナーシップを育ててきました。ベス・イスラエル病院はプライマリー・ナーシングの開発によって世界的に有名になっています。プライマリー・ナーシングでは医師の仕事がより効率よくおこなえるように、彼女たちとベッドサイドの仕事に関して、タイムリーで有効なパートナーシップを結びました。これにより、看護の専門的役割がより明確になり、結果としては患者のケアが改善し、患者の満足も高まりました。医師はこれまでも、他の専門科医師を同僚として長い間一緒に働いてきておりましたが、同僚関係や患者の治療を改善させるだけでは、患者の長い経過をコントロールすることはできないと理解しています。我々はこの方法を看護だけでなく、ヘルスケアにおける他の専門職にも適用したいと考えております。急性疾患の治療であれ、疾病予防や健康増進といった新しい側面からであれ、医師はヘルスケアの専門家チームを指導し、特定の専門的手技の面においてはある人を看護に、パラメディカルの専門家はその持ち場に、その他の新しい職域の人はその現場に

という、考えうる新しい組み合わせと作業において、チームの協同作業をよく理解させ、パートナーシップを結ばせることが大切です。ここ川崎学園では、医科大学と附属病院の設立当初から、先見の明を活かしこれからの変化を予測してきました。これまでの成長をみてください。医師によりプライマリー・ケアがおこなわれ、教育病院の中に救命救急センターを設立し、プライマリー・ナース制度の導入により看護の専門性を発展させてきました。そして次の段階で、川崎医療短期大学の設立、現代医学教育博物館の設立を通して、専門家だけでなく一般市民も参加した、教育的な科学技術を普及させてきました。そして今、20周年のハイライトである重要なイベント、川崎医療福祉大学の設立へと歩んでこられました。この発展はあなた方の団結力と確固たる将来像に基づくものであり、川崎学園の教職員の方々が輝かしい明日にむかって、日本における医学の道を導いてきたのだ、ということを強調したいと思います。

21世紀における医学は新しい物質、新しい色彩、新しい緊張状態、我々が直面している挑戦、責任および可能性に対する新しい興奮とで形作られることでしょう。医療が病院での急性疾患の治療からコミュニティーに移り、焦点が急性疾患の治療から予防や健康増進へと向けられ、入院経費をコントロールする必然性がなくなり、質を改善させ、健康管理することが一層重要になり、医師や多くの職域からなるヘルスケアの専門家による、チーム医療が必要となります。我々が直面している挑戦には「新しい考え方」が必要であり、洞察力と柔軟性を育て、失敗を恐れない勇気と、素早い軌道修正能力を身につけねばなりません。各専門家の履修科目を改良するだけでなく、新しい専門職に、どのように協同作業を行うかを教えるには、実際の練習の過程をカリキュラムに取り入れる必要があります。そうすることにより初めて、最終目標の質と経費を損なうことなく、明日に向けての教育方法を見つけることができるでしょう。

医学研究では「昨日のやり方はもう古い」ということが広く知られています。医学者が優秀な臨床医であり、良き教師であると同時に、きわめて有能な研究者でもある、という時代は過ぎ去ったのです。臨床の仕事では、研究面の要求に応えるだけの時間的な余裕がなく、その逆も同様です。古き時代は終わったのです。それでもなお臨床面の問題を研究面に反映させ、研究面の発展を臨床現場の治療として役立たせるためには、優秀な医師であると同時に、有能な研究者であることが必要なのです。現代医学に広範な医学能力が必要であることは、医学者の認識しているところですが、そ

の他の医療関係者も、想像力と柔軟性とが必要とされていることを理解しなければなりません。

医療経費の問題と科学の進歩は、両方とも医師や医療技術者の教育プログラムに大きな影響を及ぼしています。医学教育では、学生に専門的内容を教えるだけでなく、その先に何があるのか、つまり、生涯にわたる専門職の中で、急速に変化する科学と経済的問題にも、直面できるように教えなければならないのです。私自身が内科学を学んでいた頃の研修内容には、診療と教育という二つの柱が大変うまく両立していましたことを振り返ることができます。その一例として、私の指導教官は次の二つの質問をしました。

- ・いかにして患者を助けるか？
- ・そのなかで、何を学べるか？

この二つの質問には、次の基本的問題が含まれています。

- ・患者に最善の治療をするには何が必要か？
- ・研修医の教育と診療トレーニングのためにには何が必要か？

かつて診療と教育という二つの柱には重複する部分が大でした。しかし今日の病院においては、あまりにも多くの医療が病院の外で行われており、重複はあまり問題にならなくなりました。そしてこのことは、医療に関するすべての職種にも同じことがあります。病院内でのトレーニングと経験は十分に積まれていますが、“診療”は、コミュニティーの中で行われるようになってきています。すなわち「挑戦」とは、一つには医学生の教育とトレーニングの指導内容を明確にすることであり、また教育の行われる臨床現場での、診療内容を明らかにすることなのです。教育と診療は必ずしも共通ではなく、我々はいかに教育を行うのがよいか、いかに患者を診療するのがよいか、のプランを立てなければなりません。そしてまた、どんな時に診療と教育が互いに作用し合い、重なり合うのか、あるいは相反するようになるか、を教えなければなりません。さらに我々は「高騰する医療費」という第2の現実に直面します。教育とは安上がりなものではありません。教育には多くの時間とさまざまな資源が必要です。経済的圧力が増す中で、教育の費用がかさんでおり、cost effectivenessを考慮することがますます大切になってきています。

医学生は、入院より多くの患者を外来で診療するようになり、それに伴い、入院患

者の質も変化しています。その結果、研修医がみる患者の疾病構造も同様に変化しています。どうしたら医師のエキスパートになるのか？その答えは、できるだけ多くの患者を診て、治療し、検討する、という臨床経験を積み重ねることにあります。このような経験により、多くの患者の病歴、症状、徵候、検査結果、といったデータを役立たせることができるようになるのです。高騰する医療費のために、病院での診療は能率主義へと変わっています。その結果、まさに医師としての技量を身につけるために必要な、考える時間も、検討する時間も、そのうえ経験を積まなければならぬ貴重な時間も、少なくなってしましました。アメリカの病院では、患者の診察時間よりも、煩雑で事務的な仕事により多くの時間が費やされています。そして患者の診療記録さえ、保険請求に必要な事務的内容となり、教育・学習に役立つことが少なくなっているように思われます。

若い医師を感化する方法の一つにモデルを示す方法があります。これは医学の内容を講義で教えるだけでなく、医師としてのあり方を直接態度で示すことです。しかしあメリカにおいて指導医の現状はどうでしょうか？病棟に着いた時、ちょうど保険会社からの電話がかかり、数週間前に診た患者の医療費が支払えないといつてきました。研修医は興味ある、問題の多い、新患にエキサイトしますが、指導医はまず保険請求が拒否されないように事務的手続きをとった上、新患以外の残された患者を全員診察し、すべてのチャートを読み、承認サインをしなければなりません。このような状況が、学習や学問を育んでいくための重要な討論時間さえ、むしばんでいくのです。たとえば心臓カテーテルのような特別な、観血的処置のために入院した患者の多くは、心臓専門医の外来で検査されるので、研修医がその手技を実際に学ぶ機会は減ってきています。また、すぐには空きがないナーシングホームへの転院を待っている患者がいます。研修医が無駄な時間を費やすよりも、このような患者はより有能な看護婦が、医師と協同してケアするほうがベターです。このような混乱した医学の教育現場では、理想的な指導や学習は望めません。

21世紀までにはまだ別の問題があります。ベス・イスラエル病院では治療に対しての思いやりや、個別化にも、強い関心をもっています。医療技術は目まぐるしく進歩しますが、人間は数世代ではそれほど変わるわけではありません。何が起きているかに気づく、治療者の行動基準（動機、意志、行動）に安心する、自分の人生にインパ

クトを与える進路を決断する、というような基本的な欲求については特にそうです。医療技術が進み、その進歩が加速するにしたがい、効率の良さや経済性が求められます。患者と医療関係者（専門家、非専門家を含めて）との接触が増加するにしたがい、不安になったり、治療や将来に対する現実感を混乱させたりする患者が増えてきます。ベス・イスラエル病院は「患者の権利」に関する声明を米国で最初に出しました。基本的には「情報を知る権利」と「尊厳と敬意をもって治療を受ける権利」を保証しているものです。このような権利以外に、次のような内容を盛り込んでいます。すなわち、患者が治療や情報に不満を感じた時は、そのことを病院に知らせる権利があり、知らせを受ければ、病院はただちに対応することなどです。病院は時間と労力を惜しまず、耳を傾け、事態を収拾する努力をすること。利用者である患者が病院を非難したとしても、病院はその対応を遅れさせることはありません。「患者の権利」についてはその後、全米各地で反響を呼び始めています。

ごく最近、患者を対象に病院で受けた治療についての全国的な意識調査がおこなわれています。結局、医師が患者に事実を告げた、と思い込むことにはほとんど意味がないことがわかりました。「情報を与えられていない」と患者が思えば、落第です。患者が自分の痛みを適切に処置されていない、また一度は退院できた病気に、自分で立ち向かわなければならないのに、情報が与えられていないと思えば、失格です。患者が自分の感情を無視されたと思えば、やはり失敗です。患者の権利、治療過程での真のパートナーとしての姿勢によって、患者と治療する者との態度は、各国・各文化間ですべて異なることがあります。問題点が浮き彫りされてくるにつれ、患者の期待感も高まり、要望も多く出されるようになります。と同時に、治療する者として、こうあるべきだという患者の要求にどれだけ細かに対応できるか、を探り始めています。ヒューマニスティックな理由が主たるものですが、治療過程そのものも、患者に対する保証的、理解的、協調的、そして肯定的態度によって良くなるということもまた事実です。科学的手段が基本的な治療方法となる以前の医師に特徴とされた「興奮と魔法」という方法をやめて、医療提供者とそれを受けた患者との間に、有効な協力関係を作りあげることが、新しい挑戦といえるでしょう。魔法は必要ありません。健全で、思慮深く、理知的で有能な医師は患者の目の中に信頼をみてとるからです。

今日直面している劇的な変化に耐えることができるなら、すばらしい可能性を秘め

た時代、つまり21世紀に向かって進んで行くことができるのです。歴史上の各時代は、それぞれ、経済面での現実性と技術・知識の可能性とが、渾然一体になった状態を反映してきました。そして今、この地球上に生きていることを恵まれていると考えなければなりません。それは現在もまた、発展する可能性を秘めた将来へ続く道の上に立っているからです。川崎学園はこれまで、将来の可能性を敏感に捉え、また未来にも目を向け、その対応に備えてきました。本日の創立20年をお祝いしましょう。川崎学園は、厳しい競争社会においても、指導力を発揮してきたというすばらしい実績があります。私はその何年間もの業績を目の当たりにし、しかもそれを共に分かちあう機会に恵まれました。日本のために懸命に働き、アジア全域、ひいては全世界の道しるべになるように、これから先も、より一層の指導力を発揮するだろうということが、私の偽らぬ希望であり確信でもあります。ハーバード大学医学部とベス・イスラエル病院を代表して、今までに成し遂げた業績に対して、心よりお慶びを申し上げます。これからより一層のご活躍を期待するものです。

ご静聴ありがとうございました。

— M. T. Rabkin 博士のご略歴 —

ラブキン先生は現在60歳。1955年にハーバード大学医学部を卒業後、1966年にベス・イスラエル病院院長に就任され現在に至っております。その間、マサチューセッツ総合病院(MGH)でインターン及びレジデントの研修を終え、1957年からの2年間をNIHでリュウマチ学の研究に従事しました。その後、1962年には再び MGH に戻り、チーフレジデントを修了され、同病院のスタッフ・フィジシャンとして勤務されました。現在はベス・イスラエル病院院長、同時にハーバード大学医学部内科教授としてご活躍中です。