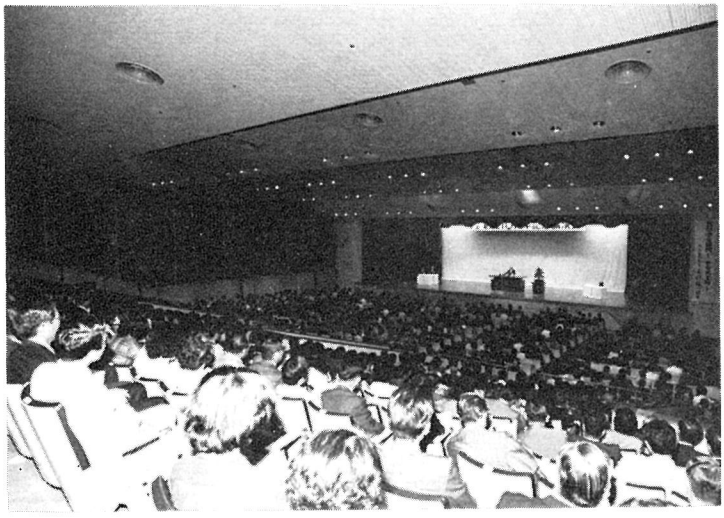
川崎学園創立10周年記念講演

昭和56年5月9日（土）

於 川崎学園本館8階大講堂



M. T. Rabkin 博士略歴紹介

川崎医科大学学長　柴田　進

ドクター・ラブキンをご紹介申し上げます。

ドクター・ラブキンは，ボストンにお生れになり，現在50歳。1951年ハーバード・カレッジを卒業，1955年にハーバード・メディカルスクールを卒業，マサチュセッツ・ゼネラルホスピタルでインターン及びレジデントのトレーニングを受けられ，1957年NIHでアースライティスの研究に従事され，1959年までそこにとどまられ，1962年にマサチュセッツ・ゼネラルホスピタルでチーフレジデント・イン・メディシンとして勤務され，MGHのスタッフ・フィジシャンとして勤務なさいました。1966年にベス・イスラエル病院長に就任されて現在に至っております。

現在ベス・イスラエルホスピタルのディレクターであり，同時にチェアマン・オブ・カウンシル・オブ・ティーチング・ホスピタル・オブ・アソシエーション・オブ・アメリカン・メディカル・カレッジズをなさっております。

これからドクター・ラブキンのお話をお聞きしますが，演題は「米国におけるプライマリーケアの教育」でございまして，私達の大学では，既に4人のファカルティの方々がドクター・ラブキンのお世話により，ボストンで修練を受けまして，私達にはご恩のある先生でございます。どうぞよろしくご清聴下さるようお願いいたします。

米国におけるプライマリーケアの教育

演者　M. T. Rabkin 博士
通訳　川崎医大　山田講師

「川崎祐宣先生，川崎明徳先生，柴田先生，及び教授並びに職員の皆様，そして来賓の皆様，私がこの美しい国の川崎医科大学に初めて訪れてから，既に3年の月日がたちました。そして今ここにまたもどって来て，10周年記念祭を皆様と共にできますことを，非常にうれしく思います。私はベス・イスラエル病院におけるプライマリー・ケアの私共の経験をこれからお話ししますが，それが皆様方のお役に立てばと念願しております。私の日本語にはひどくなまりがありますので，これからの話は英語で失礼します。」

まず最初に，プライマリー・ケアという言葉の意味を説明しましょう。それはこのように表現できます。すなわち，患者さんが医療を必要とする際に，最初に接触し，継続的に診てくれる医師がプライマリー・ケアを行う医師といえます。内科や外科の専門的知識を必要とする複雑な症例の場合には，適切な時期に他の専門家に紹介を行い，また慢性疾患の場合には，長期にわたるリハビリテーションを行い得る能力がなければなりません。プライマリー・ケア医師には常に患者に対する責任があり，あな

た方の誰れかがこのような役割を果たさなければならないのです。

プライマリ・ケアが行う医療は，ある患者に生じた病気が一過性のものであっても，その患者を継続的に診るということに特徴があります。これに対し専門医は，多くの患者に生じた専門領域的疾患については，熱心に診ますが，患者個人としては一時的な医療しか行われておりません。プライマリー・ケアを行う医師にとっては，患者の健康維持が大切でありますが，専門家にとっては専門領域のより深い知識を身につけることの方が，より重要な意義を持っているといえます。

私は，プライマリー・ケア医師が，医学の進歩や専門的知識に興味を持たず，また専門医が患者の人間性を無視しているといっているのではありません。むしろプライマリー・ケアと専門医の医療の性格的な違いを強調して対比したわけです。

医学はここ数10年の間にめざましい発展をとげました。この同じ期間にアメリカでは著しく一般医が減少しております。これは専門医の養成に制限がなく，開業についても自由でした。保険会社は，外来診療よりも入院治療に対して，また医師が座って患者の訴えを聞いたり，頭で考え，口答で医学的な指示をすることよりも，複雑な診断方法に対して，容易に支払いを行うという傾向がありました。ベス・イスラエル病院における同僚のロバート・ローレンス博士は，若い医師はプライマリー・ケアよりも専門医の方が，技術取得の機会が多くあると感じるらしいと述べております。また一般医は，複雑な問題をかかえた患者は専門医へすぐに紹介する傾向があったため，医師も一般大衆も，専門医は一般医より一段階上級であり，より重い責任を果たしていると考えていました。

しかし，ドクター・ローレンスは，患者と医師の人間関係が密接に維持されていれば，専門医の必要性はあまり無いのではないかとも述べています。従って専門医は守備範囲がせまいだけでなく，医師と患者の間で果たすべき必要性も限られていると思われます。

このような多くの事実と社会的，経済的抑圧にもかかわらず，なぜプライマリー・ケアの必要性がアメリカの教育病院で盛り上がって来たのでしょうか。そしてまた，日本における医学教育と患者の医療にどのような示唆を与え得るでしょうか。

私達の教育病院の大部分は，比較的大都市にあります。この人口過密な大都市の中心は貧民街で，一般医・家庭医そしてプライマリー・ケア医師が消失しています。従

って，教育病院は患者を受け入れるために，地区診療所を設置しましたが，患者が教育病院の外来を受診したのは，個人開業医と同等の質の良い医療が受けられると考えられたからではなく，他へ行くところがなかったからです。

では教育病院の外来診療にどのような欠陥があったのでしょうか。患者の受入体制そして継続医療や抱括的医療，こういうものが行われておりませんでした。

外来は，教育病院の教員としての地位が得られる見返りとして運営されていました。このため外来診療には，経済的保障が全くありませんでした。その内容は極めて貧しいもので，患者の訴えを処理するだけのものでしかありませんでした。従って患者を継続的に診ることは行われず，専門医を指向する若い医師が，開業した場合に診る患者の大部分がプライマリー・ケアであるにもかかわらず，外来診療の修練は行われなかったのであります。このような不十分な外来診療がどうして続けられたか疑問に感じられることでしょう。恐らく第一に，この外来診療体制を改善する必要性を感じなかったこと。第二に，週1回外来に徴集された医師が，彼等の残りの時間を個人開業している場合に，教育病院の外来とは競合しないこと。そして第三に，病院経営者が病院の社会的責任を，この施し的な医療を行うことで果たしていると考えたことなどが原因と思われます。

一方，外来患者の要望に応えようとする動きも出てきました。1960年に報告されたソロン博士らによる研究では，プライマリー・ケアのための専門外来に分割すると，多くの患者が専門外来をプライマリー・ケアとして使用し，また少数の患者は救急部をプライマリー・ケアの目的に使用していることがわかりました。プライマリー・ケアの外来でさえ，次々と医師を替え，何度も外来を受診するという患者もありました。その結果，継続医療は，実際には実行することができませんでした。

老人のメディケアや低所得者のためのメディケードといった政府の医療援助が増加するに伴い，都市中心における家庭医の減少を阻止しようとする努力が払われるようになりました。個人的献金や，政府援助を利用して，地区保健センターやスーパー前の診療所を設置し，地区の人々により運営される組織をつくり，健康問題や都市の社会問題を検討するようになりました。以上のことは，第一歩であり，まだ雇用，教育，家庭，栄養などの幅広い問題が残されていると思います。

患者の中には，気分が優れないという訴えの人達がいます。専門医はおそらくこの

ような患者には，興味を示さないことでしょう。しかし，患者にとっては大へん重大な苦痛であります。第二群の患者は，どこででもプライマリー・ケアが受けられるということがいえます。この人々は，医師から紹介されることが多く，時には自分の希望で受診して来ます。これらの患者を診るプライマリー・ケア医師に必要なのは，診断や治療をきめる手助けとなる意見や紹介理由が必要だということです。

このことから，1972年ベス・イスラエル病院の外来の再組織化が行われました。外来の一部を手なおししたのではなく，外来全部を再編成しました。ベス・イスラエル・アンビュラトリー・ケア・センターの頭文字を取って，BIAC と呼んでいますが，この新しいプライマリー・ケアの外来が，従来の総合内科外来，総合産婦人科外来，そして総合小児科外来にとって代わりました。この時から小児科は，ベス・イスラエル病院に隣接した小児病院医療センターに引越ししましたので，これからは主として成人の医療について話すことにします。

この外来再編成に伴って，専門外来は常勤医師による完全な紹介受入れのみとなり，専門を志向する個人開業スタッフ医師の希望者，レジデント及びフェロー医師は，BIAC や地区健康センターのプライマリー・ケア医師からの紹介患者を診るようにしました。また，プライマリー・ケアの目的で受診していた患者は，専門外来では診ないよう，積極的に行なってきました。

この新しいプライマリー・ケア外来である BIAC の鍵は，従来の総合内科外来で不可能であった1日24時間，週7日間の受入体制と継続医療が行えるように，多くの専門にわたるチームを構成したことであります。この構想は，主として BIAC の医療ディレクターであるトーマス・デルバンコ博士のアイデアであり，彼は今日のアメリカでこの領域における，最も優れた医師の一人であります。幸運にも彼は，ベス・イスラエル病院のこの計画の長として，現在も仕事を続けていますし，川崎明徳副理事長をはじめとする川崎医大の多くの医師を受け入れ，見学実習を可能にした人であります。プライマリー・ケアを発展させた彼の指導力に深く感謝の意を表します。

BIAC の基本チームは，医師，看護婦，ソーシャル・ワーカー，秘書，そして医療介助者から構成されます。このチームには，スタッフ医師以外に数名のインターン，レジデント及び医学生が加わります。看護婦は特別な訓練を受けたナース・プラクティショナー，産婆，ナース・クリニシャン，看護婦学生がチームに加わります。ソー

シャル・ワーカーは一般的に医学及び精神科的ケース・ワーカーの資格をもっています。医師，看護婦，ソーシャル・ワーカーといったこの3種類の医療提供者は，同一のカルテを使用し，それぞれの所見を経時的に記録し，記録内容は同等の重要性と意義があります。秘書は，チームの構成員としてチームと患者との間で患者を助け，医療を親しみやすいものにしています。

患者の最初の診察後，患者はチーム全員に紹介され，診断及び治療が判断され，医療計画が決定されます。次いで，患者に最も適したチーム要員が診療することになります。糖尿病の患者を例にあげて説明しましょう。診断のための検索が終り，十分な健康が維持できると判断した場合，数週毎に一度看護婦の外来で糖尿病をチェックし，新しい症状が出現しなければ，医師の診察は年1回以上は不要でありましょう。しかし，患者の訴えに著しい感情的問題が認められた場合には，ソーシャル・ワーカーが定期的に診察します。ソーシャル・ワーカーもカウンセリングを行うと同時に，糖尿病のコントロールの状態を把握し，看護婦や医師に治療が正しく行われているかどうかを報告します。

夜間や週末に患者が医療を必要とする場合，直接病院へ電話することで，BIACのチームに連絡することができます。このようにして継続医療が行われます。

また，患者に入院が必要な場合は，BIACの医師は患者の医療の最高責任者として，病棟回診を行い，長期間にわたり継続医療が行われるように配慮しています。

このようなチーム医療により，医師は患者の生理的なもの，心理的なもの，家族的状態，社会的状態について熟知しており，患者が会社にいるときも，家からでも，入院している場合でも，何時でも診察を受けることができます。事実，患者が必要な場合には，在宅医療プログラムを組むこともあります。こういうことから次々と患者が外来をおとずれるようになっております。

バイアクの産婦人科部門も，ほぼ同様な原則で運用されております。当然患者の多くは比較的若い女性で，多くは健康状態良好であります。最も多い診断は妊娠であり，その他各種の婦人科疾患や泌尿器疾患などが主体であります。産科医，産婆などによるチーム医療が行われ，最初に接触する医療，継続医療，そして受入体制が完備しています。重要な点としては，産科，婦人科領域の専門的医療が，基本的な外科専門医療としてではなく，プライマリー・ケア部門として行われることでありましょ

う。このことは，患者に十分に満足してもらえることでありましょう。

特にプライマリー・ケアでは，精神科の要素が重要なため，BIAC の総合内科チームの内には，精神科医が参加しております。主として医師と看護婦と共に症例を検討して，医療チームを教育し，医療チームは精神科医から得た知識を仕入れて患者の医療を行なっております。その他の領域の専門医は，BIAC に呼ばれて，予定された患者の外来受診日に患者を診察するか，専門外来へ紹介されるか，または入院患者専門医相談サービスへ紹介されます。

BIAC は，ウォーク・イン外来も行っております。ここでは，患者に生じた一過性で短期間の医療が必要な患者か，救急部を受診したが，それほど急ぐ必要のない患者の診断及び治療が行われております。多くの患者はウォーク・イン外来を通じて，プライマリー・ケア外来を受診しています。

そろそろプライマリー・ケアの学問的な要素についてお話ししましょう。ベス・イスラエル病院は，ハーバード・メディカル・スクールの主要な教育病院の一つであり，医師はすべて大学の教員であります。従って，BIAC のチームで臨床医学をインターンやレジデント，医学生に教える以外に，どんな学問的な内容があるのでしょうか。

私の個人的な意見では，BIAC は多くの新しい学問領域を見つけ出していると思います。例えば，医師が患者に病気の説明をしていて，医師のいうことが理解できない場合でも，患者は「よくわかりました」ということがあります。患者はこの不理解から，医師が患者に処方した薬剤を指示どおりに服用しないという問題が起こって来ます。アメリカでは，患者が医師の指示どおりに服薬することは稀であります。では，医師の指示に従うということは，どういう要素によって決まってくるのでしょうか。文化や教育背景が関係するのでしょうか。教育病院内のプライマリー・ケアは，これらの疑問が質問され，研究され，そしてその回答を得るのに最も適した部門といえます。

次に，医師や看護婦による病歴聴取の方法が研究対象になります。熟練された医師による円滑な病歴聴取は，十分な修練により改良された手技によるものですが，もしこの経験を積んだ医師の病歴聴取方法を研究し，コンピューター・ソフトに翻訳することができれば，コンピューターを使用して，病歴聴取や慢性疾患の経過観察や心理療法を行うことが可能になるでしょう。

次に，どの程度まで患者に病状を知らさなければいけないかということがあります。例えば，アルコール中毒の問題を取りあげてみましょう。患者にアルコールの問題があり入院させる場合，入院を指示されたことによる患者の行動変化も考慮して，最善の方法をとるにはどのようにしたらよいのでしょうか。他の研究領域としては，教育病院の外来を再編成する前には，多くのよく認められる症状は，心身症的な屑箱的疾患とみなされていました。

例えば，疲れ易いとか，ガスが出やすいと訴える患者に最も適したアプローチの仕方は，どうするのがよいでしょうか。しかし内科では，このような一般的な正常な訴えをよく耳にします。適切な質問を行うことで研究していくと，各種の興味ある重要な疾患を鑑別することができるようになるかもしれません。プライマリー・ケアの外来は，この意味から新しい質問を行う機会があり，非常に多くの患者を診て，新しい洞察力を開発するのに適した部門と思われるのです。

最後に，プライマリー・ケアでは，患者を継続的に診療することができるので，患者の人生に生じたエピソードとして，特定の疾患を診ることができます。疾病が，患者やその家族に及ぼす精神的な，人間的な，社会的及び経済的な面をみることができます。このようにしてみますと，病気を予防することが，非常に大切だということがわかります。それと同時に，環境が病気に及ぼす影響を考慮し，医師としては病気の予防に積極的に対処すべきであると考えます。

本日，ここにおいでになった方の中には，個人開業の方もおられることと思いますが，BIACの個人開業医が，BIACでプライマリー・ケアを開始したことに，どう反応したか，興味のあることでしょう。日本とアメリカとでは，保険医療制度に違いがありますが，少数の開業医は典型的なアメリカの教育病院の外来が不十分であると述べております。病院の外来をプライマリー・ケアとして，古くから依存している患者には，より効率のよいサービスが必要でしょう。では，BIACは教員で個人開業医であることにより，患者に対して競合するでしょうか。私達の8年以上の経験から，個人開業医はBIACに影響されないといっております。もちろん，個人診療所での1人の医師による医療と教育病院のプライマリー・ケアとでは，差が認められます。一方，ある患者は個人開業医の1対1の関係を好み，病院の外来を離れた人もあります。また興味あることに，個人開業医からBIACへ，患者を紹介されたこともあり

ます。一般的に患者は，病気の説明をよくしてくれることを希望しているため，BIACではチーム医療を行うことで，患者の要望に答えています。したがってBIACでは多くの個人開業医よりも，広範囲な医療をより簡単に行うことが可能であります。

私達は，世の中の大きな変動の中で生きています。バイオ・メディシンの進歩から，私達が臨床医として働きはじめた時からの知識を再整理する必要が出てきました。また，すべての人に医療が受けられるということが必要になってきましたし，来る20年間には，大幅な医療の変化が起こることでしょう。これらの変化に対して，私達は受動的に対処すべきでしょうか。または，患者と医療のために，もっと積極的に取り組んでいくべきでしょうか。

私は，川崎医科大学及び附属病院が，後者の道をとり，世界の変化を予期し，この変化に対応する能力を評価し，よりよい医療をより多くの人々に施していくことを大へん喜ばしく思っています。私は，この川崎医大の前進的態度を賞讃いたします。わずか10年の短い間に，多くのことを成しとげられました。それぞれの成果は，すべて誇りとすべきものであり，おそらく次の10年間に，またその後の10年間には，この努力により今後さらに多くの成果を挙げていくものと期待し，ここにおいでの方だけでなく，岡山県の人々や日本全国いや，世界全体が川崎学園の10周年を祝福するものと思います。

「私は，この栄ある日を皆様と共に祝福できますことを，非常に光栄に思います。この10周年記念祭が約束する栄光への未来へ邁進される川崎祐宣先生，明徳先生，柴田先生をはじめすべての皆様に，私は心からの尊敬の念をささげます。

最後に川崎医科大学の理事長，副理事長，学長あての特別の，ハーバードよりのお祝いの手紙を，川崎先生にハーバード大学総長及び教職員を代表してお渡ししたいと思います。」