

# メディカル・ジェネラリズム

なぜ全人的医療の専門性が重要なのか



# Medical generalism

Why expertise in whole person medicine matters

June 2012



Royal College of  
General Practitioners

訳：日本プライマリ・ケア連合学会  
「メディカル・ジェネラリズム」翻訳チーム



# メディカル・ジェネラリズム

なぜ全人的医療の専門性が重要なのか

2012年6月  
英国家庭医学会

Lead author: Prof. Amanda Howe FRCGP

© Royal College of General Practitioners 2012

Published by the Royal College of General Practitioners  
1 Bow Churchyard  
London EC4M 9DQ

# 日本語版序文

本書は、英国家庭医学会(Royal College of General Practitioners ; RCGP)が2012年6月に発表した報告書『*Medical generalism: Why expertise in whole person medicine matters*』<sup>1</sup>の日本語版全訳である。英国の「ジェネラリズムに関する委員会(Commission on Generalism)」の事業を受けてRCGPが行った諮問、討議、研究をまとめたもので、RCGPの名譽幹事そして世界家庭医機構(World Organization of Family Doctors ; WONCA)の次期会長であるAmanda Howe教授が執筆チームを指揮した。

メディカル・ジェネラリズムに関する英国内の様々な考え、意見、情報提供、参考文献などのエビデンスを基盤として、メディカル・ジェネラリズムとは何か、それが直面する課題は何か、そしてこのケアモデルを発展させるために何をすべきかについて述べられている。付録としてこの報告書作成の「方法論」、「英国におけるメディカル・ジェネラリズムの歴史」、そしてアカデミック家庭医として高名なGeorge Freeman教授による「医療におけるジェネラリズム」についての総説があるのも、日本で言えば「温故知新」であり、この分野での英国のコンテキストの理解に役立つ。

従来、日本プライマリ・ケア連合学会が認定してきた家庭医療後期研修プログラムと家庭医療専門医の制度から新たな総合診療専門医制度へと発展するこの時期に、総合診療とは何か、プライマリ・ケアとは何か、そもそもジェネラリズムやジェネラリストとは何か、という疑問が多く聞かれる。その答えを探し、さらに日本においてメディカル・ジェネラリズムをどう育み、どのようにケアの現場に適用させていくかを考えるために、本書はなくてはならない参考書になることだろう。ぜひ熟読してほしい。

RCGPはこの報告書を「より健康的な社会を創りだすため、ジェネラリズムの役割に関する国民的議論を促進するためのRCGPによる努力の始まり」と位置づけている。こうした努力が、general practice(総合診療)の政府予算増加へ向けてRCGPが2013年から全国的に行った社会キャンペーン『*Put Patient Forward Back General Practice*』<sup>2</sup>へとつながり、その成果として2016年4月、イングランドでは14%の予算増加を含む政府回答書『*General Practice Forward View*』<sup>3</sup>が発表されたことは、日本にとっても大きな教訓になるはずだ。

本書の翻訳は、日本プライマリ・ケア連合学会の国際キャリア支援委員会とコアコンピテンシー・知的活性化プロジェクトチームの有志が分担して行った。できるだけ原文の意味と英国のコンテキストに忠実な翻訳を心がけた結果、日本語としての自然さが犠牲になっている部分もあるが、どうかご容赦いただきたい。

本書では、英国だけでなく北米をはじめ世界の状況についての記述もある。翻訳に際してはこの専門分野における世界の標準をできるだけ正確に伝え、かつ日本の最新の事情も考慮することとした。そのため、医師を表すgeneral practitionerとfamily physicianについては、WONCAが両者に互換性のある名称としてfamily doctorを推奨しているので日本語ではすべて「家庭医」とした。一方、診療については、英国ではgeneral practiceが、北米ではfamily practiceとfamily medicineが本書に用いられているので、前者は「総合診療」、後者は「家庭医療」とした。世界ではfamily medicineをこの分野の学問体系の名称として用いることもあり、本書でもそのような文脈で使われている場合には「家庭医療学」と訳した。日本で養成される「総合診療専門医」やその専門領域である「総合診療」の専門性を考える際には、ぜひこれらの英語のキーワードで世界の標準も参照してほしい。

この翻訳を公開するにあたり、日本のメディカル・ジェネラリズムの発展のために日本語版作成を快諾していただいたRCGPの関係者の方々、このプロジェクトを温かく見守っていただいた丸山泉理事長はじめ理事会の諸先生、そして、時間のかかる翻訳に辛抱強く付き合っていたいただいた株式会社ぱーそん書房の山本美恵子さんと近野さくらさんに深甚なる謝意を表します。どうもありがとうございました。

2016年6月

『メディカル・ジェネラリズム』翻訳チーム\*を代表して  
葛西龍樹

\*『メディカル・ジェネラリズム』翻訳チーム

総監訳：葛西龍樹

監訳：藤沼康樹、澤憲明

分担翻訳：澤憲明、吉本尚、吉村学、吉田伸、武田仁、佐藤弘太郎、松井善典、井口真紀子、川口篤也、山本祐、北村大(担当ページ順)

1. [http://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/~media/Files/Policy/A-Z-policy/Medical-Generalism-Why\\_expertise\\_in\\_whole\\_person\\_medicine\\_matters.ashx](http://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/~/media/Files/Policy/A-Z-policy/Medical-Generalism-Why_expertise_in_whole_person_medicine_matters.ashx)  
2. <http://www.rcgp.org.uk/campaign-home.aspx>  
3. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/04/gpfv.pdf>



# 目次

序文	3	4	家庭医とメディカル・ジェネラリズムが直面している課題	23
エグゼクティブ・サマリー	4	4.1	時間外サービス	23
謝辞	5	4.2	時間内サービス	23
1 はじめに	6	4.3	遠隔地、僻地のジェネラリズム	24
1.1 背景：ジェネラリズムに関する委員会の仕事から築き上げる	6	4.4	スペシャリストと家庭医間のコミュニケーション	24
1.2 より幅広いコンテキスト：メディカル・ジェネラリズムの中心的役割	7	4.5	保健医療の増大する需要と減少する資源	25
2 メディカル・ジェネラリズムとは	8	4.6	ジェネラリストの仕事における質の評価法	25
3 メディカル・ジェネラリズム：影響と限界	10	4.7	すべてのメディカル・ジェネラリストが直面している課題	26
3.1 ジェネラリストとは	10	4.7.1	医師にジェネラリストの技能をどのように教育し、異なる医学専門領域でこれらをどのように活用するのかについて良い決定を下すこと	26
3.2 メディカル・ジェネラリズムの気風	11	4.7.2	ジェネラリストによる助言提供を維持することで、力を持った消費者の要求を調和すること	26
3.3 メディカル・ジェネラリズムと保健医療制度：必要不可欠で望まれる条件	12	4.7.3	スペシャリストの関与を必要とする患者に家庭医の十分な助言提供を保証すること	27
3.3.1 アクセス	12	4.7.4	ジェネラリストをより低い地位とする社会的、職業的認識における課題	27
3.3.2 患者を知っていること：医師 - 患者関係	13	4.7.5	エビデンス・ギャップを埋めること	27
3.3.3 ケアの継続性と協調性	14	4.7.6	早期かつ正確な診断の重要性	28
3.4 包括的なサービスをすべての人に：委員会の課題に対する回答	17	4.8	現代のジェネラリストと医学研修を変える必要性	28
3.4.1 効果的な診断法	17	5	次なるステップ	30
3.4.2 多重罹病と慢性疾患のマネジメント	18	5.1	提供と計画における患者参加	30
3.4.3 多職種プライマリ・ケアチームの中で働くこと	19	5.2	プライマリ・ケアのアクセスと継続性を改善すること	31
3.4.4 近接のケアを提供し、2次ケアのニーズを低減すること	20	5.3	地域における複雑で慢性的な健康問題に対して、ジェネラリストのケアモデルを発展させること	31
3.4.5 地域保健サービスを提供し、健康格差を縮小すること	20	5.4	家庭医とスペシャリスト間のコミュニケーションを改善すること	31
3.5 要約	21	5.5	ジェネラリズムの理解を改善し、それを医学生により	

魅力的にするために教育と研修を変えること	32	<b>参考文献</b>	36
5.6 小児ケア、学習障害、メンタルヘルス、緩和ケア、終末期ケアについての十分な知識を家庭医が有することを保証すること	32	付録 A <b>方法論</b>	38
5.7 家庭医主導の委託とサービス計画	33	付録 B <b>英国総合診療におけるメディカル・ジェネラリズムの簡潔な歴史</b>	41
5.8 多重罹病と早期かつ正確な診断の双方についてのさらなる研究 - およびこの研究のより優れた活用	33	付録 C <b>医療におけるジェネラリズム:健康財団のためのレビュー</b>	45
5.9 IT システム	34		
5.10 ナーシングホームのケア	34		
<b>結論 ジェネラリズムの未来</b>	35		

# 序 文



保健サービスは、患者の変化するニーズに応じるため絶えず適応しなければいけなかった。現在、英国全土にわたる我々の保健医療制度は、極めて困難な課題に直面している。それは、今後ますます複雑なケアのニーズを抱え、多数の健康問題と共に生きていく可能性が高くなる患者へ、制約が増え続ける財政資源を用いて、より思いやりのある、より安全で、より効率的なケアを提供することである。

メディカル・ジェネラリズムに関する英国家庭医学会(Royal College of General Practitioners ; RCGP)のこの報告書は、独立したジェネラリズムに関する委員会(Commission on Generalism)により昨年行われた素晴らしい事業を受けて、それをさらに前進させるものであり、もし今後数年間で我々がこの課題を適切に対処していくならば、なぜジェネラリストの診療が極めて重大な役割を演ずるのかについて説得力に富む主張をしている。

メディカル・ジェネラリストとして働く者は(私自身その1人であることを極めて誇りに思うが)、ジェネラリズムが日々患者に与える肯定的な結果を認識している。期待が高まる時代において、家庭医や他のジェネラリストは患者を全人的に捉え、患者の幸福に焦点を当てたケアを提供する。彼らは全体像を見るがゆえに、患者とその介護者が彼らにとって正しい判断を下すのを助けることができる。全体像にはその人とその人の人生や考え、そして彼らが行き届く必要がある健康問題が含まれる。人口の高齢化や併存疾患が多くなるという状況では、彼らはシステムの案内人として患者を支援するため、職業的、組織的な境界線を越えて

活動する。ジェネラリストは既に、国民保健サービス(National Health Service ; NHS)が世界で最も費用対効果に優れたケアモデルの1つであり続けることを保証する役に立っている。これから先、我々が抱える極めて深刻な財政課題を考えると、我々の保健制度の中での彼らの役割の新しい考察が必要である。

この報告書は何ヶ月にも及ぶ諮問、討議、研究の結果である。これは家庭医としてジェネラリスト診療の最大の幅広さと範囲を有する我々の会員から提供された助言を参考にしている。これは、ジェネラリズムが患者のニーズに応じるためにどのように進化し続けていくことができるのかについて言及し、患者、他の医師、そして他の保健医療従事者との重要な繋がりも含めて、それを実現するための事業計画を提示している。患者の利益を最大にするため、これらの人たちがまた、ジェネラリストの技能を理解し活用する必要がある。

この報告書の主題の1つは、メディカル・ジェネラリズムの未来が、外へ向かって開かれた包括的な保健医療へのアプローチに依存することである。そこには創造的に考え他者との協働を厭わない家庭医がいる。この精神を念頭に、我々の知見に対するあなたの考えを聞くのを我々は楽しみにしているとともに、より思いやりのある、より安全で、より効率的なケアの提供に関心を寄せるすべての人たちが現在進行中の討議へ参加することを奨励したい。

**Prof. Clare Gerada MBE FRCGP**  
英国家庭医学会 評議員会 議長

# エクゼクティブ・サマリー

RCGP は、なぜメディカル・ジェネラリストがすべての保健医療制度にとって重要であるかのこの報告書の主張は単純であると信じている。ジェネラリストは、人間としてのあなたに関わる専門職である。あなたの問題が彼らの専門性に合わないからと言って、彼らはあなたのケアを放棄したり、他へ移したりしなくても良い。彼らは予防、診断、問題マネジメントに関する多くのことを紹介せずに取り扱うことが出来る。彼らのサービスをあなたの世界観や性格に寄り添わせる一方で、自分自身とあなたの限界を認識出来る。良いジェネラリストは信頼に足る存在で、人間関係が治療になり、個人とシステムにとって安全な判断をする。このことは、患者のニーズに迅速かつ効果的に対応するための鍵であり、プライマリ・ケア・チームの働きを通して、既に NHS に対し多大な貢献をしている。この報告書は、NHS をより良いサービスにするために、どのようにメディカル・ジェネラリズムがもっと重要な役割を担うことが出来るのかについて検討していく。

我々がメディカル・ジェネラリズムを理解していると保証することは、この視点を獲得するために重要である。ジェネラリズムに関する討論は、外に向かって開かれて包括的である必要があり、ケアの未来に関与するすべての人を巻き込んでいく。それは患者や第一線で働く専門家から、サービスがどのように最良の結果を最も効果的に生み出すことが出来るのかという未来の形成に関与する政策立案者にまで及ぶ。

この報告書はその過程を始める。メディカル・ジェネラリズムの未来における本学会の全体的な立場を述べ、ジェネラリズムに関する委員会の報告書で挙げられた課題のいくつかを探り、それらの問題を先に進めるための事業計画を提案する。それはメディカル・ジェネラリズムの定義を全人的医療の専門性として示し、それは患者の問題に対する広範かつ全人的な視点を日常的に応用する保健医療の提供方法を必要とする。この原則は時と場所を選ばず、人がケアや自己の健康と幸福に関する助言を受ける際に必

要とされるだろう。そして、すべての保健医療専門職がこのアプローチを尊重し、必要な時に活用出来る必要がある。ジェネラリストとして診療する能力は、自己の研修に依存し、人が自分の病気や障害を理解しそれらを持って生きていくことを助ける技能の日常的な活用に依存するし、利用可能でニーズに見合った保健医療の選択肢の中から最良のものを引き出せるようにその人を支援していくことにも依存する。

この報告書はまた、メディカル・ジェネラリストがどのように研修、環境、診療の範囲、およびこれらの日常的な達成を助ける幅広い技能一式と気風の保持によって定義されるかを概説する。これはジェネラリストの気風を、スペシャリストとは異なるものを求め、効果的であるために異なる研修と自己管理能力を必要とする、専門職として特有の志向性と見ている。保健制度のどこでこれらの技能が最良に生かされ、ケアへのアクセスとケアの継続性について異なる制度がどのようにジェネラリスト・ケアの結果に影響を及ぼすのかも含めて、各章でより詳細にこのことを探っていく。

この報告書の後半で、効果的な総合診療が良質のジェネラリスト・ケアを提供出来ることを RCGP は明確にしているが、それをするためにはいくつかの前提条件が必要である。それは、より長い研修期間、ジェネラリストのチーム、患者とのより長い時間、さらなる迅速検査や外来での診断法へのより良いアクセス、そしてスペシャリストとのより良いコミュニケーションである。最後に、提案された事業計画は、ジェネラリズムに関する委員会のすべての勧告を扱い、臨床と政治の分野にわたって次の段階に取り組む人々を招待する。このことが、メディカル・ジェネラリズムを 21 世紀の NHS において、効果的で効率的な個別化された保健医療を実現するための大きな力にするだろう。ぜひ読んで、応答していただきたい！

# 謝 辞

この報告書の結論は、RCGP 自身の諮問およびジェネラリズムに関する委員会が引き受けた独自のエビデンス収集の両方に関与した幅広い参加者からの豊富な助言を基盤としている。本プロジェクトに対して、考え、意見、エビデンスを寄せていただいたすべての個人・団体に本学会は感謝を申し上げたい。

本学会は特に、ジェネラリズムに関する委員会が素晴らしい報告書を 2011 年 10 月に作成してくれたことに感謝している。特にその委員会の議長である Llandaff の Finlay 男爵夫人、書記である Dr Susan Shepherd、およびその委員各位 - Harry Cayton 氏、Anna Dixon 女史、Audrey Emerson 男爵夫人、George Freeman 教授、David Haslam 教授、Wimbledon と Grenoside の Hollins 男爵夫人、Finbarr Martin 教授、そして Dr Clare Taylor - のすべての働きに感謝したい。

健康財団(The Health Foundation)には、ジェネラリズムに関する委員会の事業と RCGP が重ねて行った諮問の両方に対する支援を至るところで提供していただいた。本事業の重要かつ時宜を得た仕事のすべては、財団の支援なしでは実現しなかっただろう。

Dr Maureen Baker により促進されたたくさんの対面式イベントを含む RCGP の諮問に続いて、本学会の名誉幹事 Amanda Howe 教授がこの報告書の執筆の指揮を執った。さらに査読が Dr Baker と本学会長 Dr Iona Heath を含む多くの本学会の専門家により提供された。George Freeman 教授、David Haslam 教授、Dr Clare Taylor は、委員としての役割に加えて、この報告書の進行につれて査読を提供してくれた。

RCGP の政策・広報チームが、集積されたデータの分析、草稿作成、およびロジスティックな支援の提供を通してこの事業を管理運営してくれた。特に政策アナリストである Paul de Ponte は、英国中で 6 回の諮問公聴会を開催して幅広い関係者からの意見を収集してくれた。ジェネラリズムの歴史に関する部分(以下

の付録 B)は、Dr Chantal Simon により提供されたこの主題に関する彼女の論文を参考にして執筆された。

# 1

## はじめに

### 1.1

#### 背景：ジェネラリズムに関する委員会の仕事から築き上げる

2011年10月、Finlay 男爵夫人が議長を務める独立したジェネラリズムに関する委員会は、その報告書『*Guiding Patients through Complexity : modern medical generalism* (複雑性の中で患者を導くこと：現代のメディカル・ジェネラリズム)』を公表した<sup>1</sup>。英国家庭医学会 (Royal College of General Practitioners ; RCGP) は健康財団と協働し、独立して実地され、幅広い関係者からのエビデンスを活用したこの委員会を始めていた。委員会の報告書は、ジェネラリズムの概念と今日の国民保健サービス (National Health Service ; NHS) における家庭医の役割に重要な疑問を提起し、未来の NHS における効果的な患者ケアを提供するため、メディカル・ジェネラリズムの発展、強化、普及の勧告を行い、そしてどの効果的な保健医療制度においても、ジェネラリズムが果たすべき極めて重要な役割についての既存の豊富なエビデンス<sup>2,3</sup>にさらなる追加を行った。

委員会の報告書は、21世紀にジェネラリズムが直面するいくつかの重要課題にも言及し、今後数年でジェネラリズムが持続的に成長していくことを保証するための11の具体的な推奨を行った。以下のRCGPの報告書は、健康財団による持続的な支援により作成されており、委員会の調査結果への我々の正式な回答を含んでいる。

この回答をまとめるにあたり、本学会は幅広く協議し、本学会内での討議、議論、諮問、および本学会員との直接のやり取りを通じた独自の研究を基盤としている。委員会への本学会の回答は以下を活用した：

- 委員会へ提出されたエビデンスの調査結果、ならびに報告書

とその推奨の綿密な分析 (本学会名誉幹事 Amanda Howe 教授による)。

- その調査結果の影響に関する詳細な検討 (RCGP 政策チームの支援を受けた RCGP 議長の Clare Gerada 教授と Dr Maureen Baker による)。
- 本学会の評議員会と学会役員会内で行われた委員会報告書に関する討議。
- 委員会の繰り返された調査結果に基づき計画された諮問 (2011年10月 RCGP 年次プライマリ・ケア学術大会で始まった)。これは家庭医、本学会員、アカデミア、他の職種、団体からおおよそ60人の関係者が参加した英国の全国規模の6回の公聴会を含む。また本学会は幅広い関係者から書面のエビデンスを収集し、本学会員を対象にオンライン調査を開始した (詳細については、「付録 A : 方法論」を参照)。
- RCGP の各ワーキンググループ、委員会、教育・研修部門、臨床促成部門 (Clinical Champions) にわたる専門家による考察。

この回答の目的は以下である：

- メディカル・ジェネラリズムの未来における本学会の全体的な立場を概説する。
- 委員会報告書で挙げられた課題のいくつかを探る。
- これらの問題を前進させるための事業計画に着手する。

この報告書は様々な環境で働いているジェネラリストの問題を検討する。しかし本学会の報告書は家庭医の会員制学術団体として、特に家庭医と総合診療に影響する領域に焦点を当てる。けれども、我々は、同一の考えが他の保健医療やソーシャル・ケアの環境へも有益に応用出来る多くの領域を強調してきた。

## 1.2

## より幅広いコンテキスト：メディカル・ジェネラリズムの中心的役割

## ボックス 1：英国の人口高齢化と長期にわたる病気

2009～2010 年度のすべての入院治療の 45%は 60 歳以上の  
人である<sup>4</sup>。

家庭医の診察予約の 50%は長期にわたる病気を抱える人  
である<sup>5</sup>。

この調査結果は、メディカル・ジェネラリズムだけではなく、今後数年間で多くの課題に直面する保健医療とソーシャル・ケアのサービス全体の設計にも重大な意味を持つ。ジェネラリズムに関する委員会の報告書では、特に 2 つの主要な問題を強調している。英国の人口高齢化と、長期にわたり複雑な病気を 1 つ以上抱えて暮らす人々の増加である(ボックス 1)。また、サービスの需要と患者の期待が高まる時代に、英国全土にわたってサービスに関わる財政の引き締めにも直面している<sup>1</sup>。一方で、健康状態、ヘルスリテラシー、保健医療提供の不平等は英国中の地域で見られる。これらは政策立案者だけではなく、すべての医療従事者にとっても共通の課題であり、英国すべての部分に影響を及ぼしている<sup>6</sup>。

この報告書から浮かび上がる明確なメッセージは、メディカル・ジェネラリズムがこのような問題を克服する重大な手段のい

くつかを提供することである。例えば、RCGP はこれまで保健医療サービスの統合により多くの焦点を当てる要求の最前線に立ってきた<sup>ii</sup>。ジェネラリストが活用出来る職業的、組織的な境界線を越えて活動する重要な経験は、将来、より統合されたケアの提供を助ける重要な財産である。ジェネラリストは、患者が高く評価する人間中心で全人的なアプローチが取れるため、患者の高まる期待に応じる重要な役割も担う。最後に、より広範な保健医療制度が費用対効果に優れていると保証するのにジェネラリズムと総合診療が助けになることは疑いはない<sup>2</sup>。

しかし、外部環境が急速に変化するコンテキストでは、今後数年間で我々がどのようにこれらの利点を提供し、ジェネラリズムの潜在力を最大化していくのかについてより広範な(メディカル・ジェネラリストに限定はしないが彼らを含めた)議論が必要である。

RCGP は委員会への多くの人の貢献に感謝しているが、ジェネラリズムの未来に関する討論に参加するさらに多くの人を今、必要としている。それは、患者、スペシャリスト、他の医療専門職、ソーシャル・ケアと地域ケアに関与する人、そして中央・地方・自治政府のすべてのレベルにおける政策立案者といった幅広い範囲に及ぶ。

我々が課題のいくつかをより詳細に探る前に、メディカル・ジェネラリズムについて言及する際、我々がそれにより何を意味するのかについての明確な定義を確立することが重要である。次章では、我々がジェネラリストの仕事をどのように定義するかの問題に取り組む。

i これらの共有の課題は、イングランド、スコットランド、ウェールズ、北アイルランドのそれぞれで最近出版された以下の公文書に見られる共通の主題である：Department of Health, NHS Finance, Performance and Operations. *The Operating Framework for the NHS in England, 2012/13*. London : DH, 2011 ; NHS Scotland. *NHS Scotland Chief Executive's Annual Report 2010/11*. Edinburgh : Scottish Government, 2011 ; NHS Wales. *Together for Health : a five year vision for the NHS in Wales*. Cardiff : Welsh Government, 2011 ; and Department of Health, Social Services and Public Safety. *Transforming Your Care : a review of health and social care in Northern Ireland*. Belfast : DHSSPS, 2011.

ii [www.rcgp.org.uk/integrationofcare](http://www.rcgp.org.uk/integrationofcare) (2012 年 6 月)

# 2

## メディカル・ジェネラリズムとは

委員会の報告書(2.10節および2.11節)は、メディカル・ジェネラリズムの定義と範囲を以下のように述べている：

個人、家族、グループ、または地域に対して保健医療を提供する1つのアプローチ。その原理は時と場所を選ばず、人がケアや自分の健康と幸福に関する助言を受け際に適用される。ジェネラリストのアプローチは個人にも診療チームにも等しく適用される。それはメディカル・プロフェッショナルリズムの1つの側面である(p. 5)<sup>1</sup>。

それは以下を含む(委員会の定義による)：

- a) 人を全人的に、そして家族や幅広い社会環境のコンテキストの中で捉える。
- b) 未分化な病気、およびあらゆる患者と健康状態に対応するため、アクセスしやすく利用可能である。
- c) 目の前の患者のみならず、より幅広い患者のグループもしくは地域住民に対する配慮を示す。
- d) 効果的な多職種連携や共同学習に従事する。
- e) 患者および保健医療、ソーシャル・ケアにわたる専門家と進んで明確なコミュニケーションを取る。
- f) 総合診療のコンテキストでは、多くの疾患エピソードや時間軸に沿った責任の継続性を図る。
- g) 同じく総合診療において、保健医療、ソーシャル・ケアの内部やその間に存在する組織にまたがるケアの調整を行う(p. 5)<sup>1</sup>。

ここに述べたことは多くの人に広く受け入れられているが、改善を加えることでこれがさらに有益になるとRCGPは考えている。本学会の諮問を受けた人たちからの主な批判のいくつかは、以下の通りである：

- 定義がまだコンテキストに依存する。診療の範囲は環境に依

存する。

- 我々はジェネラリズムがどのように「メディカル・プロフェッショナルリズムの1つの側面」になりうるかを明確にする必要がある。なぜならすべての医師はプロフェッショナルに行動するものだとされているが、すべての医師がジェネラリストではないからだ。
- 地域住民のニーズや事例のマネジメントを扱う際に、メディカル・ジェネラリストの役割がまだ合意されていない<sup>iii</sup>。
- 全人的ケアとその本質的な特徴の範囲がさらに強調される必要がある。

Trisha Greenhalgh 教授は「ジェネラリストの知識は、部分よりも全体、そして構成要素や事実よりも関係性やプロセスを捉える視点で特徴づけられる。そして問題をどのように、どのレベル(個人、家族、システム)で考慮するかについての思慮深くコンテキストに特異的な決定で特徴づけられる」と述べている(p. 115)<sup>7</sup>。ここで欠かせないのが解釈的医療(interpretive medicine)の考えである<sup>8,9</sup>。それは、個人およびその個人が世界にどう対処しているかに、最初からそして定義上、焦点を当てた関係性を確立することである。これは人間を扱う専門家である職業人による「伝記的」な視点である。これは、洞察の共有を発展させるという意味で治療的になりうるラポールの確立を伴う。これは、理解/知識、感情適応力、あるいは検査と治療選択肢の意思決定に関して、個々人を前に進める可能性を持つという点で促進的かつ啓発的である。総合診療においてこれは常に良い診療の中心的要素であった。Dr Peter Toon は委員会への提案書で以下のように述べている：

解釈的機能は総合診療の中核であり、そうあるべきものである。なぜなら、人々が彼らの病気や障害を理解しそれらを持って生きることを助けられ、それらを彼らの人生のナラティブに統合し、そして彼らに利用可能な選択肢の範囲内でこれを繁栄のナラティブにするのは、この動きを通してである<sup>iv</sup>。

iii RCGPのオンライン調査では、ジェネラリストの中心的役割とする定義のcとfの点が回答者から最も異議を唱えられた。

iv Dr Peter Toon、ジェネラリズムに関する委員会への提出。

それで、明確にする目的で、我々は、メディカル・ジェネラリズムの気風<sup>v</sup>についての委員会の定義は本学会員にとって重要であるが、我々の未来の事業プログラムのため、以下の声明によりそれを明確化することを提案する(ボックス2)：

#### ボックス2：メディカル・ジェネラリズムの気風についての RCGP の定義

メディカル・ジェネラリズムとは、患者の問題に対して広範かつ全人的な視点を日常的に適用させる保健医療を提供する1つのアプローチである。その原理は時と場所を選ばず、人がケアや自己の健康と幸福に関する助言を受けるときに必要とされ、すべての保健医療専門職がこのアプローチを尊重し、必要な時に活用出来なければならない。ジェネラリストとして診療する能力は、自己の研修に依存し、人が自分の病気や障害を理解しそれらを持って生きていくことを助ける技能の日常的な活用に依存するし、利用可能でニーズに見合った保健医療の選択肢の中から最良のものを引き出せるようにその人を支援していくことにも依存する。それは以下を含む：

- a) 人を全人的に、家族や幅広い社会環境のコンテキストの中で捉える。
- b) この視点を自己の臨床方法と治療的アプローチとしてすべての臨床での遭遇に活用する。
- c) 未分化な病気、およびあらゆる患者と健康状態に対応するため、アクセスしやすく利用可能である。
- d) 総合診療のコンテキストでは、多くの疾患エピソードや時間軸に沿った責任の継続性を図る。
- e) 同じく総合診療において、保健医療、ソーシャル・ケアの内部やその間に存在する組織にまたがるケアの調整を行う。

保健医療サービスのコンテキストにおいても、RCGP は以下のように考えている：

- メディカル・ジェネラリズムはほとんどのケア経路のある時点で有益である。
- 真のジェネラリストは自己の視点を目の前の患者のみならず、より幅広い患者のグループもしくは地域住民へと広げる。
- ジェネラリストとしての視点は保健医療、ソーシャル・ケアにまたがる多職種チームにおいて利用可能かつ周知される必要がある。
- 総合診療が医学専門領域の中で最もジェネラリストであるが、他の医療専門職も彼らの研修、診療の範囲や環境次第で、患者の利益のために彼ら自身の専門領域の中でジェネラリストとして活動出来る。

上記の中核となる定義は、メディカル・ジェネラリストとして診療する者、特に家庭医に適用すると RCGP は考えているが、本学会にエビデンスを提出した者の数人は、ジェネラリストとしての視点を取り入れる能力はすべての医師が負う責任であり、このようなジェネラリストのアプローチは『*Good Medical Practice* (適正診療規範)』に含まれても良いと指摘している。回答者の1人は<sup>vi</sup>、メディカル・ジェネラリズムはスペシャリストが彼ら自身の診療の中でジェネラリストの技能を利用することの利益を理解し活用することを奨励する柔軟な適用性を持つ「包括的な存在」であるべきだと主張している。RCGP はこの見解に賛同し、スペシャリストと他の保健医療専門職が患者に提供するケアを向上させるため、上記の定義(上記の「c」から「e」は除く)のほとんどの側面が彼らにより応用出来ると提案する。

これから続く章では、このような考えを発展させ、委員会の報告書に対する RCGP の回答と本学会独自の推奨をもって終了する。

v *Oxford Dictionary* では、気風(ethos)は「その態度と願望に現れるある文化、時代、地域の特徴的な精神」と定義されている。

vi Prof. Martin Marshall CBE、保健医療改善分野の教授、ロンドン大学ユニバーシティ・カレッジ・ロンドン(UCL)。

# 3

## メディカル・ジェネラリズム：影響と限界

### 3.1

#### ジェネラリストとは

各国の保健医療制度は異なり、ジェネラリストの役割は国により様々である。実際問題として、どのような専門家が現にメディカル・ジェネラリストとして診療しているかを同定出来ることが重要である。ジェネラリストのかなり限定的な1つの例は、未分化な症状に安全に対応し、初期評価と治療を開始するための幅広い技能と能力を備えた者である。この記述を英国に適用するならば、何らかの問題に対するケアを求める誰もが最初にかかるのが大抵の場合「ジェネラリスト」である。我々の回答者は、問題の振り分けと診断が必要不可欠である医療の「最前線」ではメディカル・ジェネラリストの役割が重要であると支持している。

委員会の事業からの多くの関係者は、メディカル・ジェネラリズムが英国の家庭医のみならず、高齢者を扱う医師(老年病科)や救急医療の環境で働く専門医、および外科医、小児保健の医師、精神保健の担当医として働くある人たちにとっても本質的な特徴の1つである必要があると考えている。家庭医はこのように働けるよう特別な研修を受けた医師であり<sup>vii</sup>、地域のチーム、トリアージ環境、ウォークイン・クリニック(予約を必要としない診療所)ではチームを率いるメディカル・ジェネラリストが必要である。確かにプライマリ・ケアにおいてトリアージを行う看護師、保健師(health visitors; 家族や小児保健のため)、薬剤師(急性の病気に対するセルフケアやいくつかの予防について市民と関わる時に)、あるいは緊急の呼び出しに対応する救急救命士も広範囲にわたる新しい問題に対応する必要があるが、彼らの役割の範囲はメディカル・ジェネラリストのそれとは異なる。

委員会への回答は、メディカル・ジェネラリストの業務は、研修(「あなたは今までこのような広範な業務に対する研修を受けてきたか」)、技能の保持(「私は主に呼吸器科の外來で勤務しているが、急性期の内科病棟も受け持っている」)、特定の職業内での役割の範囲(例えば、家庭医は薬剤師よりもジェネラリストの業務

のより広い範囲を担う)、環境(あらゆる年齢層と背景の患者を受け入れる地域の環境では、老年病科や小児科といった病院を基盤とする年齢特異的なサービスよりも、より幅広いジェネラリストの仕事が必要とする)により定義されると提案した。

委員会の事業、本学会独自の研究、および主な関係者とのやり取りが示唆するように、ジェネラリストが共有する他の特徴には以下のものが含まれる：

- 新たな症状を訴え、特定の臓器系もしくは医学専門領域に関連した診断をまだされていない患者に対応する。
- 地域住民を基盤とするサービスを提供し、いかなる患者も受け入れる。
- 患者へジェネラリストのサービスを提供する多職種チームの中心で働く。
- 多重罹病を抱える患者を取り扱う。
- 家族、社会的環境のコンテキストの中で個々の患者を捉える。
- スペシャリストや他の形態のケア/サポートへ患者を紹介もしくは案内する重要な役割を果たす。

いくつかのジェネラリストサービスにおいては、地理的、年齢や病状に特異的な境界線が存在しうるが、ジェネラリストであることに含まれる意味は、特有のサービス環境の中でも、より専門分化された同僚によって課された制限に影響を受けることなく、あらゆる症状を抱えるいかなる患者にもジェネラリストが対応するということである。家庭医にとって、これは年齢、性別に関係無く、あらゆる問題を抱えたあらゆる人たちになるだろう。

これらの最後に述べたことは、誰がジェネラリストでないのかについての対照的な議論に関連する。1人の回答者は、Marshall Marinkerの仕事<sup>10</sup>を参考にし、以下のように述べた：

- 家庭医は重篤な疾患の存在を除外する。

vii 家庭医になるための必要最低限の臨床能力を詳しく述べている MRCGP のカリキュラムにおいて、家庭医は「家庭医療学のスペシャリスト」として定義される。

- 病院専門医(consultant)は重篤な疾患の存在を確認する。
- 家庭医は不確実性を受け入れ、確率を探り、危険を過小評価する。
- 病院専門医は不確実性を減らし、可能性を探り、過失を過小評価する。

家庭医はリスク管理者であり、必ずしもすべての症状が検査、紹介、治療を必要としないが…不安を和らげることや問題の説明が必要であることを認識している。家庭医のジェネラリズムは幅広い患者の受け入れにも関与しており、これはスペシャリストとは異なる<sup>viii</sup>。

要約すると、数多くのエビデンスに示された本質的な特徴は、ジェネラリストとは研修と彼らの仕事の環境の中で、以前には診なかつた様々な病気を臨床的に評価し、次なる適切なステップを調整する能力を保持する者である。これは自分の専門領域以外の合併症の緊急手術を止めた乳腺外科医、もしくは慢性疾患管理のために喘息、糖尿病、COPD 患者と計画的に接触して取り扱うことが主な診療所の看護師とは対照的である。

臨床チームのいかなる構成員も自分の能力の限界を超えている状況を認識出来る必要があるが、スペシャリストがこれを他のチームに受け渡す場面においても、ジェネラリストはより幅広い問題を評価し、さらに紹介すること無くそれらに対応することも出来るべきである。したがって、患者が適切なケアを効率的に受けるのを助ける際に必要とされるジェネラリストの技能の範囲がどのようなものであるか、そして特定の仕事のセットを中心とするスペシャリストの技能がより効果的なのはどういう場面なのかを定義することで、それぞれの専門領域と環境は利益を受けうるかもしれない。これは技能/能力、コンテキスト、環境についてであり、研修に影響を及ぼすだろう。現在誰がジェネラリストの仕事に備えた研修を受けているのか、そしてこれらの技能が保健サービスの中でどのように利用されているか(もしくは利用することが出来るのか)を定義するために他の臨床グループとのさら

なる議論が必要である。

### 3.2

## メディカル・ジェネラリズムの気風

我々の報告書のために諮問された人たちは、ジェネラリズムを「メディカル・プロフェッショナルリズムの1つの側面」として定義することについての委員会の論理的根拠については不明確であったが、ジェネラリストにより必要とされる人間に焦点を当てた志向性は特有の気風を意味するという明確な合意があった。1人の関係者によると、この気風の本質的な価値観は以下を含む：

- 共感 - 患者が苦しんでいる環境全体への洞察力の知的な活用。
- 関与 - 患者のケアのあらゆる面に積極的に関わる献身。
- 限界の認識 - スペシャリストが行う…ケアに対する理解と認識。
- プロフェッショナルリズム - 臨床のコミュニケーション、交流、および態度において<sup>ix</sup>。

データの詳細な検討によると、これは患者とのコミュニケーションそれ自体に優れていること以上であることは明白である。医学生は、患者とのラポールを形成し、心配と期待を引き出し、役に立つ方法で適切な情報を収集・提供し、そして患者が理解し実践していけるマネジメントについて効果的に意思決定することを学ぶ<sup>x</sup>。我々の何人かの参考人<sup>xi</sup>からのエビデンスや文献は、何か違うことを述べようと試みている。彼らの焦点はどのように医師と患者が人として良い結果に達成するのかであり、それは彼らのコミュニケーション技能のみによるのではなく、患者の安全と自主性両方のために務めながら最良の治療結果を得るために働くことによってである。

viii これはジェネラリズムに関する委員会への英国医師会の家庭医委員会の提案書で参照されている、2011年6月24日。

ix 英国胸部疾患学会、ジェネラリズムに関する委員会への提案。

x 例：「ケンブリッジ-カルガリー・コミュニケーション技法」(Draper, Silverman, Kurtz)-多くの医学校で幅広く教育され、MRCGPの足場となっている。

xi これは Dr Roger Banks(学習障害の精神科専門医、Betsi Cadwaladr 大学保健評議会)と Carolyn Chew-Graham 教授(プライマリ・ケアの教授、マンチェスター大学健康科学-プライマリ・ケア部門)によりジェネラリズムに関する委員会へ提供された口頭のエビデンス、そして共同意思決定に関する Glyn Elwyn 教授(プライマリ・ケア・公衆衛生研究所臨床教授、カーディフ大学)の業績を含む。また、Balint M. The other part of medicine. *Lancet* 1961; 1(7167): 40-2も参照。



患者が持ち込む問題を我々がどのように対処するかは、我々がシステムの中に埋め込む価値観によって制御され、次にその価値観は我々が働くコンテキストにより制約を受けたり高められたりする。」

(John Howie 教授)<sup>xii</sup>

この感情的な努力もまた「人間中心」として運用化され、Dr Joanne Reeve により提供された委員会へのエビデンスでは、これを以下のように定義している：

疾患ではなく人間に焦点を当てる意思決定であり、それは継続的であって挿話的ではなく、伝記的知識と生物工学的知識を統合する。これは専門職の「暗黙」の知識となる患者の物語、科学の物語、ならびに専門職の物語を含む1つの解釈的過程である。これらはすべて、生きるための資源としての健康を支えることを目指しており、それ自体が目的ではない<sup>xiii</sup>。

したがって、ジェネラリズムの気風とは、効果的であるために異なることを求め、異なる研修と自己鍛錬を必要とする特定の専門職の志向性である。

### 3.3

## メディカル・ジェネラリズムと保健医療制度：必要不可欠で望まれる条件

異なる回答者により議論された保健制度の問題がいくつか見受けられた。これらはジェネラリストの臨床診療の有効性を最大化するため、さらなる考察が必要である。挙げられた主な問題は以下の通りである：

- 異なる保健医療の環境、およびケア経路のどこでジェネラリストの技能が最も利用可能であるか。
- ジェネラリストの技能を最も効果的にするため、登録制や場所によりジェネラリストの技能へのアクセスを制限すべきか。すなわち、もし患者は制限無く異なるケアの環境を動き回れるなら、これらの技能は最大限の効果を発揮するか。
- 同様に、ケアの継続性はジェネラリストの機能にどのくらい

重要か。

- 個人の健康ニーズよりも地域住民全体を対象に適用された場合、ジェネラリストの機能は異なるのか、もしくは緊張状態になるのか。
- NHS における現代的な家庭医の役割に対してメディカル・ジェネラリストの本質的な役割が意味することは何か。

多くの議論は異なる要素が相互依存している(例えば、以前なかった保健医療専門職に再診を奨励する予約システムは、患者に関する「知識」の活用とより正確な評価を促進するかもしれない)と認識する一方、それぞれがシステムの中でジェネラリストの成果を最大化するために保健医療提供者が取り組む必要のある問題を提起している。

### 3.3.1

## アクセス

英国における総合診療の重要な役割は、地域を基盤とする、包括的な保健医療への単一の窓口を患者に提供することであった。予防、急性、慢性の病気のサービスのすべてに対応する「ワンストップ・ショップ」であり、その窓口では誰でも無料である。諮問を受けた1人の関係者は、家庭医は「病気の認識と生物医学的現実との間の境界を占めることの価値を学んでいる」と述べた<sup>xiv</sup>。家庭医の役割は、個人の歴史や社会的コンテキストをも含めた状態と状況を総合的に踏まえ、最良の行動方針を決定することである。この行動には治療、健康または生活習慣についての助言、検査診断あるいは2次ケアへの紹介、ソーシャル・サービスへの紹介、もしくは単に患者の話に耳を傾け、身体的問題を除外することでその人を安心させることが含まれるかもしれない。本学会から諮問を受けた1人の家庭医は、彼の役割の1つは受療者の「閾値」を患者自身が管理するのを助けることであると強調した<sup>xv</sup>。すなわち、そうすることで患者はいつ予防処置を受けるべきなのか、あるい

xii John Howie 教授、総合診療の名誉教授、エジンバラ大学、ジェネラリズムに関する委員会への口頭のエビデンス、2011年4月5日。

xiii Dr Joanne Reeve、国立ヘルスリサーチ研究所(National Institute for Health Research ; NIHR)におけるプライマリ・ケアの臨床科学者、リバプール大学、ジェネラリズムに関する委員会へ提出された書面のエビデンス。

xiv 関係者、ポーツマス公聴会、2011年11月14日。

xv 関係者、ポーツマス公聴会、2011年11月14日。

はいつ臨床的助言を必要とするのかを正確に判別出来るようになる。10分間の診察がその後の人生での数ヶ月の不健康を予防出来るかもしれない。

本学会がこの報告書の一部として諮問した関係者と学会員は、家庭医と他のメディカル・ジェネラリストの役割が大きく変化する時代において、メディカル・ジェネラリストが率いるプライマリ・ケアチームへの自由なアクセスの必要性は支持されるべきであると委員会の委員と合意している。「我々は次のように強く感じている。もし今日、英国にジェネラリズムと総合診療が存在しなければ、このように幅広く全人的に患者と協働していく方法を発明する必要があると推奨しているだろう」(p. 3)<sup>1)</sup>。患者の選択は尊重されるべきだが、異なるケア提供者への複数の受診が出来る制度は、費用がかさみしばしば患者は重複した検査をされ、矛盾した助言に困惑することにもなると繰り返し指摘された。

通勤者が職場の近くで2人目の主治医を登録するなどの強化されたアクセスは、「把持機能」と、システム全体の中で現在患者のゲートキーパーの役割を担っているチームの責任感を損ないかねない。1人の関係者は次のように述べている：

もはや患者が中心となる接点からケアへアクセスしないことをそのシステムが意味するのならば、ジェネラリズムは脅かされる。そうなれば、ジェネラリストはもはや患者の専門家ではなくなり、健康やケアに関する適切な決定を患者が下すことを導き助けることが出来なくなる恐れがある。その結果、不調和で不適切な入院や紹介、そして最終的には限られた資源が浪費され、潜在的な医原性罹病へと繋がる<sup>xvi)</sup>。

ジェネラリズムの費用と成果への制度改革の影響に関するより多くの1次調査を委員会が推奨していることは、ここでは当を得ている。

システムと資源のマネジメントを患者のニーズと嗜好に調和させるこの重要な機能を表す最良の名称についても討論があった。

委員会の報告書では「ゲートキーパー」の代わりに「ゲートオープナー(門を開ける者)」の名称が紹介されており、これは我々の研究の参加者にも支持された。他にも「ナビゲーター」(King's Fundにより使用された名称)<sup>11)</sup>や「健康指揮者」<sup>xvii)</sup>、「情報発見・評価者」<sup>xviii)</sup>の名称も提案された。

(ゲートオープナーの)その役割は、患者のニーズに最も適したスペシャリストのサービスへの入口に患者を案内し、それによって多数のスペシャリスト間での紹介や不必要な検査を防ぐことにある(p. 10)<sup>11)</sup>。

### 3.3.2

#### 患者を知っていること：医師 - 患者関係

諮問を受けた人たちが同定したメディカル・ジェネラリストの重要な強みは、患者を「知っている」ことである。この「知っている」ことは異なる重要性があった。医療保健専門職は：

- 家庭医として、または他の環境で、患者と長年にわたる縦断的な人間関係を持っているかもしれない。
- その人の家族と地域を知っているかもしれない。
- 診療区域と地域住民を知っており、たとえば家庭医が頻繁に会っていない患者でも、その人の生活のコンテキストについての一般的な知識を持っているかもしれない。
- 家庭医は、その患者をそんなに長く知らないとしても、彼らの問題の性質を深く「知っている」かもしれない。急性で重大な診断とその治療を共有する強さが、しばしば患者とその家族には彼らをケアする専門職から「知られている」という実感が深いレベルで生まれる。

回答者は、既に定義された意味においてジェネラリストであることが明確な医学専門分野では彼らの患者とより長い関係性を有

xvi) 英国卒業教育に関与する地方単位が集まる会、ジェネラリズムに関する委員会へ提出された書面のエビデンス。

xvii) 英国胸部疾患学会、ジェネラリズムに関する委員会への提出。

xviii) 英国女医会(Medical Women's Federation)、ジェネラリズムに関する委員会への提出。

“ ジェネラリストは詳細な技術的専門知識に不足があっても、その分を彼らは伝記やコンテキスト(疫学的、心理社会的)で補って余りある。 ”

する傾向がある一方で、スペシャリストもそのように全人的に患者を知りうることを認めた。さらに、病院のスペシャリストによる治療期間はしばしば有限でタスク指向(心臓発作のケアや手術による外科的問題の解決など)である一方で、他の環境での患者ケアも挿話的である。よって、ジェネラリズムを象徴する患者についての知識とは、解釈しコンテキストから考える能力、そして(これはほとんど話に出なかったが)患者に知られる能力に関連しているように見える。地域の中で長い期間働く医師はその地域の民間伝承の一部になり、病院専門医が知られることはない様式でその存在が知られている。

再びであるが、これは貴重でありシステムに依存すると見られていた。したがって、わずか1回の診察で面識の無い者から利用出来るジェネラリストの技能は、人間的なあるいは地域のコンテキストの中でのそれよりも効果的ではない：

ジェネラリストは詳細な技術的専門知識に不足があっても、その分を彼らは伝記やコンテキスト(疫学的、心理社会的)で補って余りある。しかし、コンテキストを拡充出来る人間関係が無ければ、ジェネラリストが提供するものはより少なくなるだろう<sup>xix</sup>。

信頼は患者と医師との関係性のもう1つの領域であり、良い健康アウトカムの達成に重要な部分である。この信頼はメディカル・ジェネラリストに特有ではないが、家庭医と他のメディカル・ジェネラリストは(その広い活動範囲、個人的なやり取り、および患者との典型的な長期間の関わりによって)高水準の信頼を構築することが出来るはずであり、彼らが提供するケアが高められる。最近公表された英国社会態度調査(British Social Attitudes Survey)によると、家庭医への満足度は過去最高となる80%であった<sup>12</sup>。

それゆえ、本学会の(諮問を受けた人たちにも共有されている)見解は、職業的に適切な範囲を越えずに(すなわち、なれ合いでも依存/虐待的でもない)強固な対人関係の絆を構築する能力が、特

により人間中心でますます予防に焦点を当てる保健医療に対するアプローチというコンテキストとそれを発展させる必要性の中では、より広範な保健制度におけるメディカル・ジェネラリストの役割のますます重要な側面であるということである。

対人交流の専門家であるメディカル・ジェネラリストはまた、感情的な脆弱さや生活習慣と行動の選択に関するデリケートな議論を必要とする健康問題を取り扱う良き立場にいる。例えば、精神的そして性的な健康問題、あるいは物質誤用などについて理解しようとする時である。そのような関係性の潜在力を崩壊または無視するシステムは、ジェネラリストの技能の良い影響を抑制してしまうだろう。

次章では、変わりゆくコンテキストを検証し、盛んに論じられているケアの「継続性」に関する問題も提起していく。

### 3.3.3

#### ケアの継続性と協調性

研究にも携わる家庭医(academic GP)でもある当委員会委員の1人(George Freeman 教授 - 付録 C 参照)の尊敬される全業績を含み、ケアの継続性に関する複雑な文献がある。委員会の報告書は2つめの勧告に、現在のコンテキストについての異議を唱えた：

保健医療の委託は1日24時間、週7日間、どんな環境においても継続性のニーズを考慮に入れるべきである。患者のニーズは診療時間に限定されない。同定可能なチームにより提供されるケアの斬新な手法が試され、評価されるべきである(p. 23)<sup>1</sup>。

医事審議会(General Medical Council ; GMC)の新しい『Good Medical Practice(適正診療規範)』の諮問用暫定版<sup>xx</sup>もすべての患者は「主治医」を持つべきであると述べており、患者ケ

xix George Freeman 教授、委員、総合診療の名誉教授、ロンドン大学インペリアル・カレッジ・ロンドン、ジェネラリズムに関する委員会へのエビデンス。

xx 2011年12月 - 2012年秋に最終版が出版予定。

“ 患者をよく知っており、患者や家族の重大な出来事を覚えていて、その後も必要な時にそこにいてくれる、そしてケアとその結果に関するより長期的な視野を有する医師にかかることは、プライマリ・ケアの重要な特徴である<sup>13</sup>。”

アの全体的な責任の喪失に関する不安感がはっきりと広がっている。

ケアの継続性の3つの明確な側面が諮問を受けた人たちと本学会との議論で浮かび上がった。それは、縦断的なケア、ケアの協調性(または統合性)、そして「24時間」ケアである。

#### i 縦断的なケア

ケアの継続性は患者により高く評価されている。患者をよく知っており、患者や家族の重大な出来事を覚えていて、その後も必要な時にそこにいてくれる、そしてケアとその結果に関するより長期的な視野を有する医師にかかることは、プライマリ・ケアの重要な特徴である(p.9)<sup>13</sup>。

諮問を受けた人たちは、縦断的なケアがメディカル・ジェネラリズムの大きな強みになりうることに合意した。それは個人的な関係性の発展と、家庭医や患者に最も評価される総合診療の生物社会モデルを支援している。ある家庭医は、「それは人間を志向するものであり、疾患を志向するものではない」と述べた<sup>xii</sup>。本学会により諮問されたある家庭医は、縦断的なアプローチを取ることにより先見性を備えた予防的なケアの提供が可能になると述べた。1つの例は、医学的介入が必要だと思われていないにも関わらず、高齢者を年2回診ている家庭医で、患者自身が自己の問題を取り扱い、移動可能な状態を保ち、転倒を防ぐことに対してより多くの自信が持てるように患者を助けるという目的を持っている。

しかし、家庭医である回答者の中でさえも、個々の個人的な縦断的継続性を強調しすぎることに異義が唱えられた。「総合診療の領域では、人間関係の継続性無しではジェネラリズムは意味をなさない」と感じる人たちがいる一方<sup>xiii</sup>、患者が特定のサービスにアクセスする際には同じ診療所の他の家庭医を受診するように助言されるかもしれないことを我々はわかっており、同日予約システムでは特定の医師への予約が難しいことから、患者はアクセスの良さと継続性とを「トレードオフ」することになる。英国の総合

診療におけるケアの継続性は、診療所レベルでの登録システムとプライマリ・ケアチームにより維持されており、そのチームは患者についての定期的な議論と情報共有、そして共有された電子カルテ、および他のコミュニケーションの経路を通して長期にわたる継続したケアを提供することが出来る。しかし、既存のシステムの利害得失をより詳細に把握し、もし患者が望めば特定の家庭医に予約する選択肢を持てるように保証する必要性がある。諮問を受けたある人は次のように述べた：

1人の医師で100%の継続性を保つのは明らかに不可能である。しかし1人の家庭医に登録し、多くの時間の医師にかかることが不合理というわけではなく、家庭医は(患者の)歴史と家族の背景を知っているから、それは確かに彼らの仕事をより簡単に迅速にするはずで、そのため費用対効果がより高まるに違いない<sup>xiii</sup>。

#### ii サービス間の境界を越えた協調性

委員会の報告書は、ケアの協調を図るジェネラリストの責任について概説している：

ジェネラリストの技能と経験は、保健医療とソーシャル・ケアの制度の中に存在する多くの境界線で彼らが活動することを可能にしている。これは彼らに、ケアの統合を促進し、助けを必要とする人を支え、サービスの最も費用対効果に優れた活用を成し遂げる特有の責任を与えている(p.9)<sup>1</sup>。

ある家庭医は、これを「ジェネラリズムの隠れた手」と簡潔に呼んだ<sup>xiv</sup>。

我々の関係者は、保健医療制度の中で患者を案内し、適切なチームへの橋渡しを担うケアの調整者としての家庭医の役割を支持している。家庭医は他のどんなサービスとの接触も追跡出来、必要に応じて彼らは個人に助言することを保証する。本学会のオンライン諮問に回答した会員の70%は、家庭医が「ケース・マネー

xxi グラスゴー公聴会、2011年11月9日。

xxii George Freeman 教授、Practising Generalism in 2011 - ジェネラリズムに関する委員会、RCGP 年次学術大会でのプレゼンテーション、2011年10月。

xxiii Jenny Britten、一般市民、Vale of Trent 支部；書面のエビデンス。

xxiv 関係者、マンチェスター公聴会、2011年11月3日。



ジャー]になるという最近の提案がまだ定義も評価もされていないアプローチとは言え、家庭医がケアを調整する役割を担う必要があると考えていた。

調整されたケアはプライマリ・ケアチームにより提供されるのであり、家庭医のみによるのではない。同じ場所で勤務するスタッフは患者情報を共有する機会がより多くあるが、回答者の何人かは、もはや保健師が家庭医により雇用されたスタッフとして同じ施設から活動しなくなったことに、依然懸念を感じている。しかし、電子通信手段は、誰が何についていつその患者を診るのかという複雑な課題に対する遠隔業務を支援出来る。RCGP の名誉幹事により提供された逸話的な例によると、ある高齢の患者から次のような一言があった：「とても多くの人が私を助けたいのは素晴らしいが、私は毎日を予約するために費やしている！」話してみると、この患者は冠動脈リハビリテーション理学療法集団運動サービスを受けていて、抗凝固薬調節の血液検査を毎週受け、カテーテル抜去後の失禁サービスに世話になり、診療所の看護師に下肢潰瘍の処置を受け、COPD に関する追加治療の評価をナース・プラクティショナーに受け、不安定な高血圧の管理を月に1回医療助手 (healthcare assistant) に管理してもらっており、それ以外に様々な病院の受診予約がある。どれも不必要ではないが、プライマリ・ケアチームが診察のより良い調整をすることで、患者は自分の生活を楽しむことも出来ただろう。

世界保健機関 (WHO) は、統合について患者の視点から次のように述べている：

(それは) 継ぎ目が無く、円滑で、道案内しやすい保健医療を意味する (p. 5)<sup>14</sup>。

RCGP は統合ケアの持続的な擁護者であり、それが総合診療とプライマリ・ケアの気風の中核であると信じている。NHS の心臓部では、家庭医は保健医療、ソーシャル・ケアの広がりの中で、患者が境界を越えて円滑に移行出来るように既に促進・協調しており、システムの中を道案内している。2011 年、RCGP は統

合モデルの批評と本学会員とこの課題に対する重要な関係者との綿密な諮問を行い<sup>xv</sup>、統合ケアと統合サービスのモデルは1つも存在しないということを見出した。しかし家庭医は、患者のニーズに関する包括的な知識を持つため、統合ケアサービスを牽引し、発展させていくユニークな立場にいる。契約上、委託上のレベルのみならず、業務提携の同意や連合体のすべてが患者に最良の統合ケアを提供するために役立つだろう。

協調や統合は、1つの組織、あるいは個人の専門家が患者のニーズに応じて様々な活動を行うことを意味するだろう。これは断片化されたケアやサービスの異なる分野での多重受診に陥る傾向がある特有のタスク指向型のスタッフよりも、ジェネラリストの能力の重要性を再び示唆している。これは以下のように述べた委員会の諮問のある参考人の予見とは対照的である：

- プライマリ・ケアの本質的な性質は、最初の接点と、継続的かつ包括的、ならびに協調されたケアを地域のすべての人に提供する「ジェネラリスト」のアプローチである。
- プライマリ・ケアは1種類の専門家(家庭医)よりも、多職種チーム(家庭医診療所)により、より効果的かつ効率的に提供される。
- 未来の家庭医は非医師である最前線の提供者を支援しながら、複雑な患者(例：多重罹病の人)だけを取り扱う医療の相談役になる<sup>xvi</sup>。

このコンテキストでは、役割代理に関する議論も関連しており、継続性や統合されたケアに対する危険性への考慮も必要である。同じ参考人は次のように述べている：

より規模の大きいチームは、非医師をプライマリ・ケアチームに統合するための論理上必然の結果である。チーム内のスタッフの人数が増えるほど、お互いの相談に必要な時間も増え、そうなることで直接患者のケアに利用可能な時間が減る。優れたチームワークによる仕事

<sup>xv</sup> ケアの統合に関する RCGP の諮問 (2011 年 10 月に開始、2012 年春に報告予定)。

<sup>xvi</sup> Bonnie Sibbald 教授、保健サービス研究、健康科学グループ・プライマリ・ケア、マンチェスター大学、ジェネラリズムに関する委員会へ提供されたエビデンス。

“ 病気の最初の訴えに対応し、いかなる治療方針についても患者と話し合うことは、ジェネラリスト保健医療専門職の明白な責任である。 ”

は、パフォーマンスを改善出来る一方で、ケアの協調性においては小規模よりも大規模のチームがより多くの課題を抱えている<sup>xvii</sup>。

RCGP の見解では、拡充した技術混合の価値と彼らのサービスにおける専門性をどのように継続性の問題とバランスを図るのかを積極的に評価する必要があるとしている。委員会の報告書で提起され、本学会により諮問された関係者と議論された1つの課題は、病気の最初の訴えを取り扱う責任を誰が追うべきかであった。本学会は以下の委員会の見解に広く賛同する：

病気の最初の訴えに対応し、いかなる治療方針についても患者と話し合うことは、ジェネラリスト保健医療専門職の明白な責任である。この専門職は必ずしも医師ではないが、高い臨床水準、そしてオーディットと、省察的実践の共通の原理で働くチームの一員でなければならない(p. 23)<sup>1</sup>。

しかし、我々の考えでは、より明確に定義された役割を持つ看護師がいれば、家庭医がほとんどの患者をほとんどの時間診る最適な立場にいることを本学会は強調したい。

### iii 「24 時間ケア」

本学会のオンライン調査を完了した 85% の会員は、患者はジェネラリストへの 24 時間無休のアクセスが必要であると答え、73% の会員は、患者は家庭医へのアクセスを持つべきであると述べている。「適切なケアを、適切な時に、適切な場所で」はジェネラリストの仕事の本質的特徴である。しかし、プライマリ・ケアの時間外診療(out-of-hours ; OOH)は深刻な懸念として委員会でも挙げられ、諮問を受けた人たちからも同調された。これらの委託サービスに関するネガティブなメディアの取り扱いもある一方で<sup>xviii</sup>、プライマリ・ケアにおける持続的な 24 時間ケアのいくつかの良い例も我々は耳にしている。

<sup>xvii</sup> Sibbald、ジェネラリズムに関する委員会へ提供されたエビデンス。

<sup>xviii</sup> 例として、Care Quality Commission (CQC) はコーンウォールの患者に提供されている時間外診療の質を懸念している。www.guardian.co.uk/society/2012/may/25/serco-investigated-claims-unsafe-hours-gp[参照 2012 年 5 月]を参照。

## 3.4

### 包括的なサービスをすべての人に：委員会の課題に対する回答

委員会は総合診療とジェネラリズムを強く支持しているが、多くの分野からの参考人提言書が同調するように、「ゆりかごから墓場まで」のケアを家庭医が提供するために、それが安全で効果的であることをどのように保証するのかといういくつかの問題が挙げられた。それらは効果的な診断法、多重罹病に対応すること、子供やナーシングホームの人々へのケアに関する特定の課題、そして地域ケアにおける我々の役割を含む。本節では、これらの課題に関する RCGP の諮問から得られた関連のエビデンスを我々は強調していく。委員会の推奨事項 3(地域ケアの新モデル)、9(ナーシングホームのケア)は幅広い関係者とのさらなる考慮を必要とし、さらなる事業の検討事項として提出される。

#### 3.4.1

### 効果的な診断法

正確な診断と不確実性の中でのリスクの適切なマネジメントは、ジェネラリストの課題である。多くの症状が重篤な病態を意味しておらず、人々が疾患進行の早い段階で診察を受けるプライマリ・ケアの環境では、そのリスクは発現する問題を見落とすことである。我々の回答者は、診断の不確実性を取り扱うことが家庭医の研修の中核であると強調し、家庭医がほとんどのケースで早期に対応していることを保証することを示した RCGP の全国癌オーディットなどの最近の報告について言及した<sup>15</sup>。彼らは病態の早期除外を可能にする新技術へのより良いアクセスを望んでおり、ほとんどの病院にいるスペシャリストが検査施設への付加的なアクセスの利点を持つという点を指摘した。有病率が低い環境の総合診療では有病率が高いスペシャリストの環境に比べて、

相対的に識別力が劣ると指摘されたが、RCGP の観点としては、診断器具へのアクセスのエビデンスに基づいた改善は認知症のような領域での診断を改善しうるだろう<sup>16</sup>。

多くの回答者は、特により複雑な患者、より多くの検査やマネジメントの選択肢の検討、そして付加的なセルフケアの情報やコミュニケーションの選択肢を用いて患者に力を与える(empower)ことの価値などのコンテキストにおいて、真に良い診断法を実践するための十分な時間を確保することについて話した。本学会はより長い時間の診察のニーズについての頻発する研究を提示し<sup>17,18</sup>、今や 10 分間という時間は情報収集のための患者中心のアプローチと適切な身体診察を行い(多くの人が診断法の重要な部分と言っている)、効果的な共同マネジメント計画を作るには非常に短いという患者と医療回答者の双方の視点に同意する。メディカル・ジェネラリズムのニーズが幅広く寄せられていることから、これは以下のように要約されうる：ジェネラリストの診療における卓越した臨床的方法を身につける効果的な研修；適切な広がりケースミックスと生涯教育を介したそれらの技能の保持；最良の迅速検査と外来診断法へのアクセス；そして患者と共に彼らのニーズや優先事項を適切に管理出来る時間。

### 3.4.2

## 多重罹病と慢性疾患のマネジメント

複雑な多臓器系の問題を抱えたほとんどの患者(例えば、膠原病患者、学習障害を抱える人、緩和ケアの患者、70 歳以上のほとんどの人)はすべての問題点が取り上げられ、1つ1つの問題を治療することの利害得失が完全に理解されうるために、彼らをケアするジェネラリストを必要とする。これはとりわけ人口の高齢化というコンテキストにおいて、英国家庭医に当てはまる。委員会の報告書で述べられたように、高齢者の平均 60% が 1 つ以上の健康問題を抱えており、その数は年齢とともに増加する。効果的な診断法のためのジェネラリストの必要性についての学会の結論

は、複雑な問題を持つ患者についてと同様である。これらの人たちが定期的な評価、検査の解釈、および共同意思決定(shared decision making)を必要とするからである。緩和ケアや重度のメンタルヘルスの問題などいくつかの状況では、診療に法医学的配慮を含む必要があるかもしれない。例えば重要な個人的選択を可能にする事前のケア計画で、繊細かつよく事情を知る臨床家が人々や彼らの介護者へ時間をかけて感情的配慮をする必要があるなどの場合である<sup>19</sup>。

本学会は複雑な疾患による影響の予防、遅延、最小化により、加齢関連疾患の財政的、個人的費用をメディカル・ジェネラリストが低減出来ると認識している。個人はもちろん集団レベルでの活動もこれは必要とする。しかし、それぞれの病気を別々に治療する傾向のあるエビデンスに基づいた診療の現行モデルに対しては多くの批判があった。多重罹病を抱える患者は、異なる治療と薬剤のパッケージを受け取っているかもしれない、そのいくつかは悪い方向に相互作用する可能性もあり、(上記のように)多数の分断されたサービスを受け取っているかもしれない。1 つ以上の疾患を抱える患者のための最も優れたアウトカムについてのより多くのエビデンスの必要性があるが、しばしば彼らは臨床研究から除外されている<sup>20</sup>。老齢の医療化による重篤な結果を認識する必要性があるため、本学会はこの分野においてより多くのプライマリ・ケアを基盤とする研究と、今後の人生における医療選択の適切な社会的アプローチについての公共の議論を支持する<sup>21,22</sup>。

委員会の報告書にあるもう 1 つの課題は、学習障害、緩和ケアおよび介護ケアを必要とする脆弱性において重篤で長期間に及ぶ臨床問題を抱える患者に焦点を当てた。RCGP は臨床促成部門とこれらすべての専門知識(学習障害の臨床責任者である Dr Matt Hoghton<sup>23</sup>、認知症の臨床責任者である Louise Robinson 教授<sup>24</sup>らに率いられた事業を含む)を有し、優れた診療を広める努力を続けてきたが、これらに関連する分野でのケアの十分な標準に達するようすべての臨床家にこれらを広めるために、より多くを成し遂げる必要があることも認識している。得意分野を有

“ 家庭医であるためには、リーダーシップ技能、政治的視点、さらに、もし彼らがその創立者の価値ある目標を達成する方向にプライマリ・ケア主導のNHSを進めていきたいのであれば、明確な目的意識を要する。 ”

する家庭医(GPs with Special Interests ; GPwSIs)の役割はここで価値があるのだろうが、すべてのプライマリ・ケアチームが複雑なニーズを持つ患者の総合的なケアを支えるための専門性と職業的責任を保持する必要がある。

### 3.4.3

## 多職種プライマリ・ケアチームの中で働くこと

プライマリ・ケアチームは、必要に応じて地域を基盤としたスペシャリストの知識(例：GPwSIs や専門看護師)を利用する能力とともにジェネラリストの技能により継続して支えられなければならない。本学会により諮問された人は一貫して、継続性と全人的な診療における意図せぬ結果を留意したとしてもメディカル・ジェネラリズムは多職種プライマリ・ケアチームで編成される際に最も費用対効果が高かったことを報告した。

我々は地区看護師(district nurse)、診療所看護師(practice nurse)、保健師、および地域看護師(community nurse)と専門看護師(specialist nurse)の不可欠な役割について聴取した。RCGP はケアやサポートを提供する伝統的な看護師の役割はNHS サービスにとって必須であり、看護師の専門主義がこのケアの役割を減じてはいけないと強調してきた<sup>xxix</sup>。保健師が子供や家族を初期数年にわたって付き合い「計り知れない社会的重要性」<sup>xxx</sup>を持つ広域の公衆衛生志向型の役割を帯びる一方、地区看護師と地域看護師は、患者の住居または近所で患者のケアを支援する価値ある役割を演じる。ある関係者は、保健師が生後数年にわたって子供の健康のあらゆる側面をどのように監督出来るかについて言及した。諮問されたある家庭医は、保健師は「人生で起こる問題に対して(子供に)免疫をつけさせる」と述べた<sup>xxxi</sup>。歴史的に保健師は地域レベルの介入に重要な関与を持ち、他の年齢集団にも関わっていたが、彼らの数を増やす現在の提案<sup>xxv</sup>はプライマリ・

ケアチームに再び関与するための新しい機会へと繋がり、公衆衛生での彼らの役割を援助するかもしれない。RCGP は薬剤師と家庭医間での協働関係を改善し、継続中の研究の領域<sup>27</sup>である家庭医と地域の薬剤師間の最も良いインターフェースを考慮するための合同声明<sup>28</sup>において、英国薬剤師会(Royal Pharmaceutical Society)と共に活動してきた。

スペシャリストと処方出来るナース・プラクティショナー(nurse practitioner)の導入は、家庭医の時間を最良に活用するための重要な発展であるが、回答者は広範囲な役割代理による費用対効果について異議を唱えている。「役割の柔軟性は、コアコンピテンシー、最適なケア、そして効率性を考慮しなければいけない」<sup>13</sup> 家庭医は、地域住民全体を横断するケースミックスへのプライマリ・ケアでの臨床に基づいた診断法を提供するという独特の環境で研修を受け、経験を得る。委員会の参考人は、ナース・プラクティショナーは似た役割を担うよう研修を受けてきたが、より限定されたケースミックスで働いているという1例を提供した。家庭医の役割は、チームを率先し、サービスを発展させることでもある。これは診療所を経営する上で常に真実であり続けているが、境界線を越えて臨床的リーダーとして活動する家庭医の潜在能力が近年より明確になってきている。英国で家庭医であるためには、以下を要する：

リーダーシップ技能、政治的視点、さらに、もし彼らがその創立者の価値ある目標を達成する方向にプライマリ・ケア主導のNHSを進めていきたいのであれば、明確な目的意識(p. 171)<sup>28</sup>。

これを成し遂げるための家庭医の素質と研修については後で議論する。

xxix 総合診療財団の事業を参照：[www.rcgp-foundation.org.uk/rightmenu/nurses/the\\_role\\_of\\_a\\_practice\\_nurse.aspx](http://www.rcgp-foundation.org.uk/rightmenu/nurses/the_role_of_a_practice_nurse.aspx).

xxx 関係者、ベルファスト公聴会、2011年11月16日。

xxxi 関係者、ベルファスト公聴会、2011年11月16日。

#### 3.4.4

### 近接のケアを提供し、2次ケアのニーズを低減すること

患者、政策立案者、および専門家は、必要不可欠でない限り、人々は病院にいたくないということで合意している。ケアとサービスの最良の水準を達成する時でさえ、病院は費用がかかる施設であり、患者の既存の問題に交差感染のようなリスクを追加する。総合診療は定義上、スペシャリストの関与を必要とする者から紹介無しで対処されうる者の同定により、スペシャリスト・ケアのニーズを減少させる。したがって、ジェネラリストとスペシャリストは「相互依存」しており<sup>xxii</sup>、ジェネラリストの価値の一部はスペシャリストの時間が最も効果的に使われることを保証することである。

このインターフェースは絶えず変化している。以前は2次ケアサービスにより提供されてきたケアのより多くが、現在はプライマリ・ケアサービスにより提供可能である。このケアは家庭医はもちろん、GPwSIs、専門看護師も含めた多職種チームに依存するが、他のスペシャリストが地域へのアウトリーチを増やす提案をすると緊張下にもおかれうる。本学会は、現在開発中であるケアの新しいモデル(プライマリ・ケアの環境で提供されジェネラリストの原則に基づく)が、今後数年間のジェネラリスト・ケアを前進させる道を示していると強く感じている。委員会の報告書はこれらの改善策の重要性に同調している：

時折起こる、または悪化する健康問題を持って生き、しばしばプライマリ・ケアが提供出来るよりもより集中的もしくはスペシャリストによる介入を必要とする、地域にいる患者のために新しいケアモデルが開発されることが必要である。これらのモデルはスペシャリストの専門性を活用するが、ジェネラリストの底支えを保持する必要がある。それらはプライマリ・ケアと2次ケアの臨

床医によって共同立案されるべきである(p. 23)<sup>1</sup>。

委員会の報告書は、何らかの理由によりサービスへのアクセスが制限された患者の自宅での評価と治療の価値も強調した(p. 23)<sup>1</sup>。本学会のオンライン調査に回答した RCGP の会員の 91% が、自宅での評価はいくつかの患者のケアには重要であり、在宅医療はまだ1次的な臨床ケアの重要な部分であることに賛成した。輸送機関へのアクセス増大、そして遠隔医療のような新しい手法はすべての診療における在宅医療の割合を減少させるかもしれないが、多くの関係者はこれを家庭医により提供される重要なサービスとして、また医学的評価の他の様式の一部になる可能性があるものとして支援している。ほとんど在宅医療が必要とされないと思われる診療文化でのあらゆる予期せぬ結果に対しては、さらなる考察が必要である。

#### 3.4.5

### 地域保健サービスを提供し、健康格差を縮小すること

多くの諮問を受けた人たちは、ジェネラリストの役割は個人だけでなく地域全体に気を配ることだと同定した。我々の協議者がさらに調査されるべきであると考えた領域は、健康格差を縮小するジェネラリストの業務とジェネラリズムの潜在性である。以下で委員会の報告書が述べているように、プライマリ・ケアチームによる卓越した地域ケアの重要な例が挙げられた：

より幅広い地域への理解と責任は、総合診療の不可欠な特質であるが、ジェネラリストであるスペシャリストの一部でも明白である。特に小児科医、老年科医、精神科医といった地域住民の特定の集団に対応する人たちである(p. 7)<sup>1</sup>。

本学会のオンライン調査では、85%の家庭医である参加者は、

xxii 関係者、ポーツマス公聴会、2011年11月14日。

“ より広範なプライマリ・ケアチームの役割は、保健医療あるいは医療の助けを必要とする個人を特定し、地域での介入を請け負うことにより地域レベルの健康格差に多大な影響を及ぼすことが出来る。 ”

公平なケア(つまり要求よりむしろニーズによる)を保証することは総合診療の重要な側面であると述べた。しかし、我々により諮問を受けた人々から表明された懸念もある。健康格差の要因の2つ(ケアを必要とする時にそれを求めない人々、および健康の社会的決定因子)は、改善されたアクセスと卓越したケアのみでは解決出来ない。さらに、要求に応じて無条件のケアを提供するいかなるサービスも、重要な健康ニーズを抱えながらも多くを要求しない人が適切な配慮を受け取ることを保証するニーズとの間に緊張状態が生ずる<sup>29</sup>。総合診療サービスは優先した予防サービスと慢性疾患マネジメントへの委託を増大させてきたが、公共の教育と翻訳や地域のサポートといった手助けのサービスは、不利な集団がニーズに応じて保健医療を受け入れることを保証するために依然重要である。失業と貧困が健康に与える影響は甚大であり、本学会は、より費用のかかるサービスを運営するための付加的な要求とニーズを持つ診療所のための付加的資源に対して議論を続ける(これは僻地と遠隔地にある診療所の両者、そして都市内の過密地区にあるいくつかの診療所に適合する)。小さな地域内で大きなばらつきがある場所において、資源の割り当てが適切であることを保証するために、さらなる研究が必要とされる<sup>30</sup>。

健康格差を縮小する責任は、サービスを委託する者を含む保健制度全体が担うと見られる。上記で議論したように、より広範なプライマリ・ケアチームの役割は、保健医療あるいは医学の助けを必要とする個人を特定し、地域での介入を請け負うことにより地域レベルの健康格差に多大な影響を及ぼすことが出来る。RCGPは、研修にも密接な関係を持つ事業のこの側面に対する関与をどのように最良に提供出来るかについて、より詳細な提案を考察していく。

### 3.5 要約

専門分野としての総合診療は、NHSの中で真のジェネラリス

トを基盤とした保健医療と医学を提供しているが、診療所や委託者は改革と発展がその有益性を最大化することを保証する必要があるというのが我々の回答者の見方であった。これは総合診療に従事する医師(上記参照)が次の機会を持つことに依存する：

- 1) ジェネラリストの業務のための卓越した臨床技法の効果的な研修。
- 2) ケースミックスと生涯教育(CPD)の適切な幅広さを通じたそれら技能の保持。
- 3) 迅速検査や外来の診断検査へのアクセス。
- 4) 患者のニーズや優先事項を適切に取り扱うための患者との時間。

プライマリ・ケアにおけるジェネラリストの保健制度が効果的であるためには、それらは次のものを必要とする：適切なアクセス(患者へ選択肢を与えるがそれでもサービス利用の過剰使用や重複を回避する)；コンテキストと継続性の知識を可能にする患者との接触の安定性；患者と地域住民の「隠れたニーズ」に対する志向性；そして患者の住居の近くもしくは在宅で一緒に活動する協調された多職種チームの存在。

組織をまたいだ公共サービスが直面している市場化と経済的困難の政治的な環境は、個々のニーズ、社会的、歴史的なコンテキストに基づき、利用する際には無料である普遍的で包括的なケアへのアクセスを継続的に提供する上での極めて大きな課題を提示している。歴史上、総合診療は包括的な保健医療をすべての人に提供するため、NHSの構造と方針に関する発展に適応してきた。一度プライマリ・ケアで提供され、そして2次ケアのスペシャリスト・チームに移行したサービスは再びプライマリ・ケアの提供が増加してきている。

しかし、21世紀の家庭医の役割はさらに早く変化しており、期待の高まる水準、経済的課題、需要の増加に伴い、我々は英国における保健サービスの決定的な時期を迎えている。明らかにすべ

ての職種は守るべき経済的柱を有する。これはジェネラリストとスペシャリストが共に行動に応じて料金を得るであろう「出来高払い」/保険に基づく保健制度でより顕著になり、しばしば費用対効果の低下に繋がる。サービスを拡張させる費用はスタッフへの投資と自営業者(家庭医や薬剤師)の収入で相殺される。ジェネラリズムはその臨床的提供のすべての側面が、職業的報酬への過度な脅威が無く報われる時に限り機能する。これが「高価すぎる」ことになるとジェネラリストのアプローチを失うのは簡単であろう。最も経験のある者をサービスの前線に出すことについての近年の議論が関係している。

次章では、これらの課題をさらに考察していく。

## 4

# 家庭医とメディカル・ジェネラリズムが直面している課題

ジェネラリズムに関する委員会および本学会の諮問は、今日、将来における、ジェネラリズムのいくつかの課題を特定した。

容について、メディア、政治家、国民の理解が不十分であると考えていた。何がいつ求められ、誰がそれを提供するべきかのより明確な展望が示される必要がある。

## 4.1

## 時間外サービス

委員会の報告書は、患者に第一義的な責任を持つチームによって時間外のサービスが提供されなかった場合の、時間外診療へのアクセスおよびケアの継続性に対する影響に懸念を表明している。驚くべきことに、我々の公聴会の参加者の大多数が、委員会同様に時間外診療について懸念しており、これがどのように最も適切に提供されるべきかについて多くの議論が行われた。1人の家庭医は「家庭医は時間外診療から手を引いたかもしれないが、患者の診療から手を引いたわけではない」と述べ<sup>xxiii</sup>、安全で技術的な診療が必ずしも患者の意向を考慮に入れない場合の例が挙げられた。10~15%の家庭医が時間外のサービスを提供していると見られ、英国医師会はその割合は増えつつあると報告している<sup>31</sup>。

学会員の多くは、時間外サービスはリスクを避けて、より患者を救急サービスへ紹介する可能性が高いと考えていた<sup>xxiv</sup>。ある高齢患者が時間外サービスの往診を受けた例が挙げられた。時間外の家庭医はこの患者の問題の緊急性を正しく評価していたが、患者の安全性を維持することを優先した。この患者の家庭医は、この行われた対応が患者にとって不適切であったと感じた。

患者に対して家庭医が24時間年中無休の総合的な責任を持つことが再度要求されるべきかどうかは、契約的、政治的に大きな含みを持つ重要な問題と見られていた。医療チームの拡大、コンソーシアム(保健医療提供に責任を持つ地域の単位)間での医療の提供、電子カルテの共有はいずれも可能な解決案であり、既にいくつかのプライマリ・ケアのサービスにおいてこの問題の解決が図られている。家庭医はまた、計画的な診療および非緊急性の診療と緊急の診療の区別、ならびにそれぞれの状況で求められる内

## 4.2

## 時間内サービス

現代の保健提供の役割およびここに寄せられる期待は、かつて家庭医が地域という基盤を共有する少数の患者からの限られた要求に頼っていた時代とは大きく異なっている。ジェネラリストであるかスペシャリストであるかに関わらず、医師であることには通常、他者の教育への関与、オーディットや質の改善、チームによる支援とサービスの展開も含まれる。高度な臨床サービスの提供、評価と資格更新のための専門的能力の維持も同様である。

多くの医師、特に小学校入学前の子供を持つ女性医師および引退まで5年以内の医師はパートタイムの仕事を求め、最近10年間の労働データ上でもこうした傾向は明らかである。回答者は、長時間のオンコール勤務は職務の遂行能力や安全性の上で好ましくないと答えており、また電子通信手段の発達によって仕事と余暇の境界が失われつつあるとも答えていた。

他の家庭医と連携したり、家庭医を2人1組にすることで、多くの診療所がある程度継続的なケアを患者に提供することが出来るようになり、そしてチームの継続性と継続性の管理に関する前述の議論もここに関連する。雇用政策と法律の上で好ましい診療と一致して、理想的なのは門戸が最大限に開かれ、しかも労働者の技能維持を助けるような柔軟な雇用機会だが、総合診療は自営業という立場と多様な労働力という困難に歴史的に向き合ってきた。RCGPは既に、委託という新しいコンテキストの中での家庭医の雇用に関する英国保健省からの補助を受けた事業に参加しており、新しいイングランドの地域教育・研修委員会(Local Education and Training Boards ; LETBs)に関する最近の解説を

xxiii ベルファスト公聴会、2011年11月16日。

xxiv 公聴会とオンライン調査からのエビデンス。

含む雇用計画や、労働情報センター(Centre for Workforce Intelligence)による家庭医の労働力に関する実情調査への助言提供を通して、効果的な労働力管理の考慮を支援している。

要約すると、4つの要素 - 職業的・臨床的要求の増大、職業ライフサイクルの中でパートタイム労働と「診療所外」労働、ワークライフの境界線に関する多様化する期待、そして「24時間アクセスの文化」- が意味するところは、特にパートタイムの仕事を行う上で、我々は患者に対する責任の維持とケアの個人的な継続性の避けられない限界を両立させる新しい方法を見つける必要があると回答者は感じていた。これはさらなる研究を要する複雑な領域である。

### 4.3

## 遠隔地、僻地のジェネラリズム

英国のある地域では、僻地の人口過疎な環境においてジェネラリズムがさらに極端な役割を担っていると本学会は聞いている<sup>xxxv</sup>。例えばスコットランドのアラン島、アイラ島、マル島などの島嶼地域では、救急、入院前診療、および地域病院や中間ケアを含むすべての医学的問題を家庭医が担当している。これらの職務はさらに警察医、時間外の歯科治療、そして場合によってはヘリコプターによる搬送といった役割にまで及んでいる。

このような種類の総合診療の能力を保つことは特に困難である。安全な診療の特徴は、どのような状態の患者を前にしても、初期の安定化とマネジメントにおいて自信と能力が示されるレベルでのジェネラリストのアプローチを取ることである。これらの領域での臨床医は、自分の仕事の中核的な総合診療の領域をはるかに超える可能性が高いことを受け入れている。しかし適切な研修を確保することには、大きな困難が伴う。

### 4.4

## スペシャリストと家庭医間のコミュニケーション

多くの家庭医と諮問を受けた人は、スペシャリストと家庭医の関係がしばしば疎遠であり、両者間のコミュニケーションが減少しているという見方で委員会と一致している。1人の家庭医は「NHSの失敗は、スペシャリストと家庭医の関係である」と述べている。なぜスペシャリストと家庭医間のコミュニケーションと関係が劣化しているのか<sup>xxxvi</sup>、一般的な原因がいくつか挙げられている：

- 家庭医とスペシャリスト間の、お互いの役割と専門性に対する理解と敬意の欠如。
- 共有する行事や会合の頻度の低下。
- コミュニケーション経路の欠如 - 100人以上のスペシャリストがいる病院もあるが、家庭医は必ずしもどのスペシャリストが患者に対して主要な責任を担っているかを知らない。
- お互いに、スペシャリストは多数の家庭医を相手にすることになるという事実が、個々の臨床医間の親密な協力関係を築くことの妨げとなっている。
- 成果に基づく支払い(payment by results ; PBR)といった新しい奨励制度や、現在のイングランドにおける委託者/提供者間の分割は、家庭医と他の医師の間に新たな障壁をもたらしている。

重要な点として、患者に関する正確な情報は迅速に共有される必要があるが、現在は必ずしもそうなっていない。特に退院時の報告の遅れや紹介時・退院時の要約の質が問題となっている。

xxxv RCGP スコットランド会員、Dr David Hogg により提出されたエビデンス。  
xxxvi グラスゴー公聴会、2011年11月9日。

“ 能力評価のための質の指標の開発においては、現在よりも広い範囲の患者アウトカムを考慮に入れるべきである。 ”

#### 4.5

### 保健医療の増大する需要と減少する資源

生活習慣に関連した健康問題が増え、多重罹病の患者数が増加し、高齢化する人口にケアを提供する一方で、大幅な費用の効率化を要求されており、NHS 全体として極めて困難な時期を迎えている。

家庭医の回答者は、2次ケアにおける費用削減への圧力は、資源が減少する中で、例えばサービスの停止、紹介患者のトリアージや拒否、待機時間の増加や家庭医への処方転換など、プライマリ・ケアのサービスへの需要を高める連鎖反応を引き起こすと考えている(費用削減の圧力がある地域では既にこれらすべてが現実の問題となっている)。家庭医は可能な限り効率的になる必要性を受け入れているが、システムが許容力を徐々に喪失することで患者のアウトカムに悪影響を及ぼす懸念がある。ある家庭医は、ある消化器科医が家庭医による処方協定薬とは異なる薬剤を患者に処方したことで、患者は苦悩し、これまで信頼していた家庭医と個人的に対立し、そして地域の保健制度と長期に及ぶ争議に至った例を挙げている。委託の枠組みがこのような事態を改善出来るが、すべての関係者はプロトコルに沿って費用を削減するよう要求されているので、創意と個別的なケアを抑制する方向に働く可能性がある。

これに加え、多くの者が、家庭医は不足しており、公的年金の制度変更が今後数年間で予想よりも多くの家庭医が引退する重大な危険性を高めるという意見である。これは既に圧力下にあるシステムにとって大きな懸念である。何人かの家庭医は、彼らがこれらの圧力の「火消し」をしており、要求の広さが燃え尽き症候群や士気の低下につながる恐れがあると感じている(これはメディカル・ジェネラリズムそのものの結果と見られているわけではない)。サブスペシャリティへの細分化の動きを脅威と見る者もあり、スポーツ運動医学部会(Faculty of Sports and Exercise Medicine)による回答では、興味深い緊張関係が提起された：

ジェネラリストの医師にとって最大の脅威は、サービスをより安価に提供出来るコメディカルによるさらなる技能の獲得である。人口統計上の変化もあり、これによってジェネラリストのチームは、より多くのケアが病院から地域へと移行するに伴い、様々なサブスペシャリティの技能の習得を余儀なくされるかもしれない<sup>xxvii</sup>。

この回答は、家庭医の不足は、家庭医以外のスペシャリストと非医療専門家により取り扱われたケア経路によって補完することが出来るかもしれないという見方を明確に示している。この垂直的な統合は、以前のメディカル・ジェネラリズムの定義で提案されたものとは全く異なるモデルであり、家庭医の労働力を増やし、包括的なケアのために患者人口をカバーすることが、ケアの断片化を防ぐ上で重要である。労働情報センターの最近の見解でも、「医療労働の姿(Shape of the Medical Workforce)」についての進行中の事業<sup>32,33</sup>の一部として、より多くの医師が総合診療に入ることの必要性が、再度強調されている。

#### 4.6

### ジェネラリストの仕事における質の評価法

関係者は、総合診療における患者と質のアウトカムを評価、監視することの出来る方法について考察している。多くの指標が既に利用されており、総合診療におけるアウトカムを監視するためのオンラインのツールと資料が既に存在する。例えば、公衆衛生研究所協会(Association of Public Health Observatories)は収集されたデータと指標に基づく診療所プロフィール(Practice Profiles)<sup>xxviii</sup>を開発した。しかし関係者は、次のような委員会の推奨に同意している：

能力評価のための質の指標の開発においては、現在よりも広い範囲の患者アウトカムを考慮に入れるべきである(p. 23)<sup>1</sup>。

xxvii スポーツ運動医学部会(Faculty of Sports and Exercise Medicine)、当初の委員会へのエビデンスの提出。  
xxviii [www.apho.org.uk/pracprof/](http://www.apho.org.uk/pracprof/)から参照可能。

“ 遠隔医療が改善するに伴い、患者とスペシャリスト間のより容易なコミュニケーションや、遠隔監視のための改善された性能がジェネラリストの役割を脅かすかもしれない。”

さらに、多くの関係者が医師 - 患者間の相互作用など、家庭医の仕事の複雑性を評価することの困難さを強調している。総合診療の学術団体は、共感的な関係の形成<sup>34</sup>、患者のエンパワーメント<sup>35</sup>、共同意思決定<sup>36</sup>など、人間中心のケアの広がりを評価するいくつかのツールを洗練させた。他の指標に対する提案には、生活の質、全般的な幸福感、そして患者報告アウトカム評価 (Patient-Reported Outcomes Measures ; PROMS) が含まれ、いずれもプライマリ・ケアチームの環境では適切かつ妥当性がある。また成果志向の医療は評価可能なアウトカムを奨励し、このことは確定的な治療を提供するスペシャリストに有利なことが多い。

参加者は、体験と満足度についての患者からのフィードバックの利用が良質のケアの重要な部分であることを受け入れており、このことは本学会が与える診療所認定 (Practice Accreditation) の賞においても認識されている。RCGP は既に「アウトカムにおける透明性」に関する保健省の最近の事業<sup>37</sup>で、この議論に貢献している。

## 4.7 すべてのメディカル・ジェネラリストが直面している課題

懸念されるいくつかの大きな領域があった：

### 4.7.1

## 医師にジェネラリストの技能をどのように教育し、異なる医学専門領域でこれらをどのように活用するのかについて良い決定を下すこと

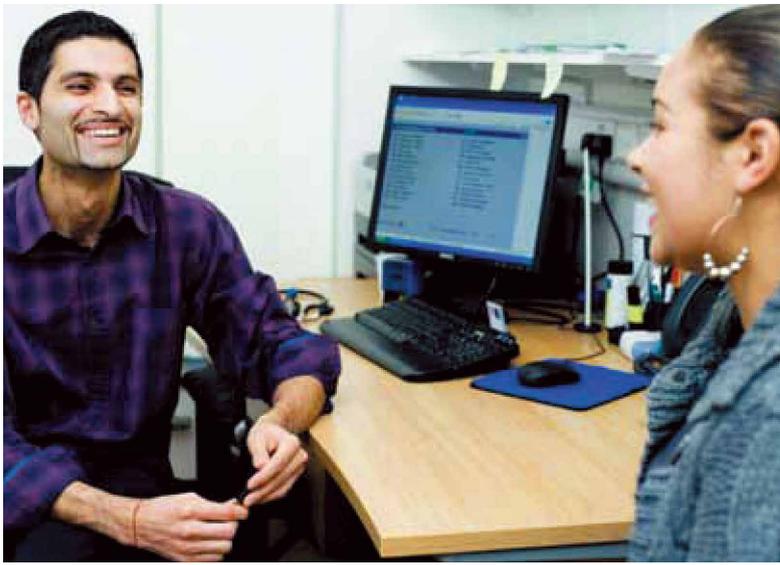
本学会は、救急医療や老年内科といった診療科以外は病院基盤型のジェネラリストがほとんど姿を消してしまったという話を聞いている。時間外診療における一般内科の不足や、同じ専門分野内でジェネラリストの技能を保持した医師へチームが相談出来ないといった例が挙げられる。委員会へ提供されたエビデンスによると、現在、小児科医のわずか3人に1人しか自分をジェネラリストとして認識しておらず、これは地域の小児科に対してもっとジェネラリストのアプローチが必要であることを強調している<sup>38</sup>。また、委員会は、本学会の回答者が不安材料として挙げたもう一つの「傾向」である看護師のさらなる専門化についても言及している。繰り返しになるが、それはケアやサポートを行う看護師の総合的な技能が、技術およびプロトコルを基盤とする専門化への移行の過程で失われてしまうかもしれないということである。そのため、すべての医学専門分野と総合診療はどのようにジェネラリストの技能が研修医に展開され深く留めることが出来るのかを見直す必要がある、と言われた。

### 4.7.2

## ジェネラリストによる助言提供を維持することで、力を持った消費者の要求を調和すること

ジェネラリストは、最も費用対効果が高く、人間中心のケアをこれからも提供していく必要がある。1人の参考人は次のように

<sup>38</sup> Terence Stephenson 教授、学長、英国小児科小児保健学会 (Royal College of Paediatrics and Child Health)、ジェネラリズムに関する委員会への口頭のエビデンス、2011年5月17日。



述べている：

社会、技術的变化は、どちらも潜在的脅威である。より多くの知識を持ち、社会の流れに敏感である消費者は、より専門的なケアを要求し、ジェネラリストの役割を減少させるかもしれない。遠隔医療が改善するに伴い、患者とスペシャリスト間のより容易なコミュニケーションや、遠隔監視のための改善された性能がジェネラリストの役割を脅かすかもしれない<sup>xi</sup>。

#### 4.7.3 スペシャリストの関与を必要とする患者に 家庭医の十分な助言提供を保証すること

スペシャリストが「中枢の役割」と見なす機能を発揮するためには、家庭医は上述の立ち位置を保証する必要がある。1つの例として、英国胸部疾患学会(British Thoracic Society)は次のように述べている：

効果的なジェネラリストである家庭医は、肺癌のケアに無類の貢献をしている。多くの場合が不治の病である中、臨床経過は急激に変化する臨床的ニーズ、多職種連携、家族の苦悩によって特徴付けられる。これは真の全体像を把握することが最も重要な環境である。このような関与があまり一般的では無くなったという認識があるが、もしそうであるならば、考察されるべき原因は以下を含みうる：

- 仕事/時間の圧力。
- 2次ケアとのコミュニケーション不足によるこのような過程からの除外。
- 改善された2次ケアのチームによるプライマリ・ケアの

代理関与。

- 家庭医自身による肺癌のマネジメントの「中枢の役割」の認識不足<sup>xii</sup>。

この引用は、ケアの役割を「割譲する」危険性と関与するすべての人への潜在的な喪失を、共感を持って示唆している。

#### 4.7.4 ジェネラリストをより低い地位とする社会的、職業的認識における課題

委員会はこの認識について注意深く述べている。これを改善する方法は以下を含む：ジェネラリストの技能の重要性を医師が理解することを保証するため、すべての医師の研修を見直すこと（そしてこの学びに優先順位をつけること-「最初にジェネラリスト、その後にスペシャリスト」<sup>xiii</sup>）；メディカル・ジェネラリストの役割が明確に委託プロセスの一部であることを保証すること；すべての領域を取り扱う自信を示すこと（例えば、小児科<sup>36</sup>）；そして、「上のレベルで活動すること」-委託、公衆衛生、地域レベルでの活動。

#### 4.7.5 エビデンス・ギャップを埋めること

エビデンス・ギャップを埋める必要性が「ジェネラリスト・メディカルケアの質と費用対効果に関するしっかりとした最近のリサーチの相対的不足(p. 16)<sup>1</sup>」に気づいた委員会によって同定された。委員会の報告書は「もしより優れたエビデンスの基盤があれば、ジェネラリストはより容易に自分の役割を主張出来る。研究の優先事項は、多様な健康問題と暮らしている患者に対するジェ

xi Arthritis UK、エビデンスの提出、2011年。

xii 英国胸部疾患学会、当初の委員会へのエビデンスの提出。

xiii 医学教育学協会(Association for the Study of Medical Education)、当初の委員会へのエビデンスの提出。



総合診療へのローテーションは、医学部の卒業生を対象にした2年間の初期研修の中で必須化されるべきである。



ネラリスト・アプローチの1つの評価であるべき(p. 16)<sup>1)</sup>と結論している。本学会はこの目標を支援する一方、Barbara Starfieldの研究といった多くの優れたエビデンスが既に存在し、これらが基盤になることを認識している。

本学会により諮問された者は、多重罹病を抱える患者をどのように最適に取り扱い、治療していくのかについてのさらなる研究とエビデンスの必要性について同意している。ほとんどの薬剤の研究は、薬剤に特化し、新薬の許可申請を目的としたものであり、研究の中で治療を控えることの倫理は複雑であることから、どのような治療が最も安全に控えることができるのかについてのエビデンスはより少ない。家庭医の医療面接や、家庭医がどのように複雑性を取り扱うのかについてのさらなる研究を望む者もいる。それは、実践経験と臨床判断を反映するジェネラリズムの「知的厳格性」である。このような研究は、ランダム化比較試験(RCTs)のような典型的な医学研究手法を用いないが、人類学のおよび他の質的研究手法を必要とする。

プライマリ・ケアの研究プログラムに関する重要な優先課題は「多様な健康問題を抱える患者に対するジェネラリスト・アプローチの相対的な費用対効果；ジェネラリスト・チームにおける非医療者の役割；(そして)初期治療における異なるモデルの全体評価(p. 24)<sup>1)</sup>」であるべきとする委員会の勧告への支援も見られた。

最後に、総合診療の短期の研修期間は、多くの研修医がプライマリ・ケアの研究に従事することを許さず、academic GPのポストは相対的にまだ不十分である。また、かなりのプライマリ・ケア研究が存在する一方、現在の経済的背景が、近い将来生物医学の分野を追従する傾向にある研究費にどのような影響を与えるかはまだ明らかでない。これについては提案8で取り上げる(p. 31)。

#### 4.7.6

### 早期かつ正確な診断の重要性

ジェネラリズムに関する委員会は「いくら強調してもしすぎることはなく、この技能は臨床医学にとって特有であり、医学教育、研修、資格更新の肝要なものであるべき」(p. 23)<sup>1)</sup>とこの重要性を認識している。これは適切な診断器具が利用可能であることを保証する以上の意味があり(これ自体が極めて重要な目的である)、診断精度の常に高い水準が第一線のジェネラリストの臨床医により維持され、診療の一貫した実践を保証する。さらに、多くのより優れた教育を生むため、これはさらに多くのより優れた研究を必要とし、ジェネラリストの卒後研修の期間を引き延ばし、質を改善することが肝要である。このことは提案8でも触れられている。

#### 4.8

### 現代のジェネラリストと医学研修を変える必要性

ジェネラリズムに関する委員会は以下のように勧告している：

専門医学会はキャリアパスを見直し、才能ある医師がジェネラリズムのキャリアを歩むよう推奨する助言やインセンティブの十分な資源を保証するシステムへ報酬を与えるべきである(p. 23)。医学研修はより多くのジェネラリストの内容を取り入れ、プライマリ・ケアの環境でより多くが提供される必要がある。

家庭医療への配置は、医学部の卒業生を対象にした2年間の初期研修の中で必須化されるべきである(p. 24)<sup>1)</sup>。

本学会は、この報告書に関して本学会員と特別に諮問したが、医学研修に携わるすべての人々を対象にした委員会の呼びかけを

歓迎する。

病気と共に暮らす患者の生活、健康の社会的要因、疾患の範囲とその自然経過のさらなる理解を医学生に与えるために地域医療への配置をより活用しており、ここ 15 年で卒前医学教育は申し合わせた移行が進んできている。医学研修の至る所で強調されるべきであると我々の会員が重要視したジェネラリズムの要素があり、ジェネラリストが卓越している病気の生物心理社会的な視点からの理解や医療面接の技能を、すべての卒業生が利用する能力を身につけることが出来るよう、すべての医学校が保証すべきである。家庭医は、プライマリ・ケアをすべての医学生が必要とする経験として捉えている。

将来、家庭医以外のキャリアパスを歩む者が家庭医の仕事の複雑性のさらなる理解を得るため、すべての初期研修医が総合診療へのローテーションを経験するべきであるという考え<sup>xiii</sup>も我々の諮問では支持されており、これは総合診療の敬意と地位の改善へと繋がる。このような対策は「孤立した専門分野」という認識されている問題へ取り組む手助けになり、将来におけるケアのより優れた統合を助けると考えられている。これは、メディカル・ジェネラリズムはスペシャリストが関与すべき「包括的な実体」という考えへ繋がっていく(ジェネラリズムの定義の第 2 章の議論を参照)。

キャリアを選択する上で、教育のために統合された基盤として総合診療を活用しているより新しい医学校では、より多くの卒業生が総合診療といったジェネラリストの分野をキャリアとして選択している<sup>39</sup>。我々は家庭医ローテーションの際に、総合診療の重要性を理解し「気づきの瞬間」を迎える医学生の話をもっと聞いており、これはキャリアの選択に影響する。

しかし、我々の会員と関係者は、医学生はジェネラリズムやジェ

ネラリストとしてのキャリアへの軽蔑的な眼差しに持続的に曝されており、そのためスペシャリストよりもジェネラリストの地位が低いという視点が育っていると報告している。スペシャリストの自由診療がもたらす経済的利点もキャリアの選択に影響を与え、志望者への公正性を確保するために、国全体として同一の認識と報酬をジェネラリストとしてのキャリアが受けるべきであると考えられている。

我々の会員は、より先を見据えたアプローチが、ジェネラリストとして従事する利点や興奮を医学生に呼びかけるために取られるべきであると強く主張しており、RCGP は既に、家庭医のキャリアを奨励することを保証する学生フォーラムや医学校の家庭医療部門への最近の支援を通して、この点についての活動性を示すことが出来る。家庭医の良きロールモデルを提供するため、医学生は熱心な総合診療専門指導医や診療所に触れさせるべきであり、他の診療分野も彼らのジェネラリストとしての視点を同定し、将来の重要なキャリアの選択肢として医学生に呼びかけるべきである。

最後に、委員会によって勧告されている家庭医のための研修期間の延長は、総合診療の地位を向上する重要な手法として、我々の関係者一同から全面的に支持された。特に診療所におけるサービスの質の改善や公衆衛生に関する技能といった家庭医の役割の複雑性を、わずか 3 年間の研修に埋め込むことは困難であり、これはこのキャリアの地位を弱く見せる。「もしそれを 3 年間で学ぶことが出来るなら、それは難しいことではない！」と言われかねない。RCGP は家庭医研修の引き延ばしと質の向上を繰り返し訴えてきた<sup>xiv</sup>：4 年研修プログラムの受理の第 1 段階として、2012 年 4 月に医学プログラム委員会 (Medical Programme Board) はこれに同意しており、これを実行するために緊急になすべきことが、次章で述べる我々の勧告に含まれている。

<sup>xiii</sup> Sir John Tooke 教授、Modernising Medical Careers に対する独立調査の責任者、ジェネラリズムに関する委員会の参考人、2011 年 5 月 26 日。

<sup>xiv</sup> 2010 年 1 月、RCGP は家庭医の専門研修を 5 年間に引き延ばすビジネス・ケースを保健省に提出した。この時点では、保健省により却下された。2012 年 4 月、2 番目のビジネス・ケースが家庭医の研修を 4 年間に引き延ばすために提出された。この報告書の時点では、その提案は医学プログラム委員会により考慮中である。

# 5 次なるステップ

2011年10月初めに公表されたジェネラリズムに関する委員会の報告書は、11の勧告をもって終わっている。2011年10月から12月にかけてRCGPの会員といくつかの他の関係者から集められた反応や見解は、その勧告がもっともな関心事の領域であり、さらなる考察を要することへの支持を示していた。現在のRCGP事業プログラムとの連帯があり、RCGPを経たものと地域や地方の診療所グループ化によるものとの両方で、既に先進的に取り組んでいるいくつかの優れた診療が同定された。

このRCGPの報告書の公表に伴い、本学会はジェネラリズムに関する委員会と本学会の両方の事業から浮かび上がった結論を基盤とする事業プログラムを進めていく。以下の事業プログラムはRCGPの評議員会により承認され、当初の委員会の委員と議論された。

2012年のRCGP事業プログラムの一部は、専門医学会協会(Academy of Medical Royal Colleges)や保健省といった他者がジェネラリズムに関する委員会とRCGPの報告書に積極的に気づき、それらの詳細な検討を行うことを確実にするためである。2011年に我々が健康財団へ主張したように「この報告書はより健康的な社会を創りだすため、ジェネラリズムの役割に関する国民的議論を促進するためのRCGPによる努力の始まりである」<sup>40</sup>。

プライマリ・ケア以外のジェネラリストを明確に巻き込む必要があるこれらの領域は、政策立案者や他の専門家によるさらなる議論を必要とする。ある領域(アウトカム開発)は特別な提言と関連していないが、それはイングランドでの保健省のまさにこの分野の事業を本学会が最近請け負っており、本学会はこれを引き続き協議していく。本学会は、我々がこれらの学びの対話をより幅広い地域にわたって前に進めていくことで、多くの新しい取り組みが始まることを期待している。

2012年2月、RCGP理事会は患者の利益を主目的とするメディカル・ジェネラリズムの価値を高める事業プログラムの以下

の領域について同意した。

## 5.1 提供と計画における患者参加

ジェネラリズムに関する委員会は「ジェネラリストは精力的かつ継続的に患者からの意見を自らの日常業務に取り入れるべきである(p. 23)」と勧告している。

本学会員、関係者、および患者はこれに同意している。しかし、我々のオンライン調査参加者のごく少数のみが、総合診療における患者からの意見を適切に活用していると述べている。もし患者からの意見が収集されたとしても解決策は複雑であり、介入が常により良い反応に繋がったわけでもなかったことから、十分な対応が行われなかったとする懸念が存在した。本学会は、意図と結果の間に存在する外見上の隔たりの原因を再吟味するために我々の患者協カグループ(Patient Partnership Group ; PPG)と協働し、この領域での優れた診療を継続して開発、普及していく必要がある。

**提案1:** RCGPは、患者協カグループや診療所の質に関する事業を通して、2012年から2013年にかけて、サービス改善のための患者の意見を活用する優れた診療を支持する方針説明書を作成し、普及させるべきである。これはMRCGP(英国家庭医学会正会員・専門医)のカリキュラムの更新にも必要に応じて使用され、患者の意見を収集・評価し、サービス開発と質の改善に適用する効果的な方法に焦点を当てる。

## 5.2

## プライマリ・ケアのアクセスと継続性を改善すること

我々の会員やジェネラリズムに関する委員会により表明された複雑な懸念にも関わらず、我々は英国で提供されるケアの継続性に関する多くの素晴らしい事例を耳にしている。英国全土において最良のプライマリ・ケアを24時間無休で提供することを保証するため、これらの事例を共有し、同僚同士での学習や評価を助けるシステムとネットワークの構築が必要不可欠である。これらが家庭医と他のジェネラリストの本質を保持するために、これらは十分に評価される必要がある。考察する領域は時間内、時間外、トリアージ、24時間ケアの委託に関する原則、および電子通信手段の支援的活用を含む。RCGPは既にこの領域<sup>41</sup>での最も優れた業務に関する事業を行ったが、本学会やジェネラリズムに関する委員会の事業によって強調されたいくつかの不安を解決するためにはさらなる研究が必要であると認識している。

**提案2:** RCGPは、患者集団のために「24時間体制」での責任に関連して、優れた診療の方針を更新する。我々はこれを、関連する臨床専門家との協力のもとに、本学会員の専門的知識・経験を通して、そして英国医師会の家庭医委員会との協働で行う予定である。2012年末までの成果は委託ガイドラインに活用されるだろう。

## 5.3

## 地域における複雑で慢性的な健康問題に対して、ジェネラリストのケアモデルを発展させること

このケアを提供するモデルが、患者のニーズに合わないサービ

スを「靴べらのようにはめ込む」よりも、むしろ患者が全人的に扱われることを保証するためにジェネラリストの基盤を維持すべきであるというジェネラリズムに関する委員会の勧告を我々は全面的に支持している。医師、看護師、および経営者の拡張されたチームによる総合診療の現行モデルは、統合されたアプローチの中核になり続けると我々は期待している。

しかし、必要に応じて看護師や他のヘルス、ソーシャルケア専門家を含むスペシャリストのサポートを活用することで、斬新なケアサービスを開発する数多くの機会が存在する。これらのケア経路はジェネラリストとスペシャリスト間の共同制作により開発されるべきである。スペシャリストと共に働くメディカル・ジェネラリストである家庭医は、これらのシステムをデザインする最適な立場にいる。これは21世紀のNHSへの最も大きな挑戦の1つになり、統合されたケアと『Year of Care』<sup>42,43</sup>に関するRCGPの事業がより幅広く認識され、これを下から支えるためにさらに発展する必要がある。

**提案3:** 統合された/複雑なケアにおけるイノベーションの事例は収集、普及され、この領域の考察を発展させるためにRCGP会員、専門医学会、および他者と議論される。2012年における特定の方針優先課題は、この領域に焦点を当てる。

## 5.4

## 家庭医とスペシャリスト間のコミュニケーションを改善すること

ジェネラリズムに関する委員会は「医師間でのコミュニケーションを促進し、改善するためには家庭医と病院にいる専門医が直接的かつ個人的に連携すべきである(p. 23)<sup>1</sup>」と勧告している。

我々の会員と関係者は、これは改善のための優先事項であると同意している。スペシャリストとの良い連携を維持していると述

べる家庭医がいる一方、両者間のコミュニケーションは大抵十分ではない。我々の会員と関係者は、直接の電子メールや電話でのやり取りを特に求めている。バーチャル回診、ケア・カンファレンス、地域を基盤としたチーム会議、および電子通信手段の活用のすべてが提案された。我々の学会員すべてが、電子メールでのより迅速で、より正確な紹介や退院要約を求めている。家庭医とスペシャリスト間での情報の流れを改善するため、より良いインセンティブと委託調整のどちらかまたは両方が必要である。

しかし、コミュニケーションは患者についてのやり取りだけではない。それは家庭医とスペシャリスト間の人間関係にも当てはまり、多くの人にとってそれは損なわれている。歴史的な緊迫関係、異なる学問分野の地位に関する問題、そしてイングランドの2012年医療介護法(Health and Social Care Act 2012)に含まれているような最近の変化が、時に家庭医をスペシャリストから離れさせていった。これらのいくつかは委託契約により改善されるが、これに関するさらなる対話と関連する研修の問題が全国的に議論されることが必要である。

**提案 4:** ジェネラリズムに関する委員会の報告書とこの RCGP の回答が正式に討論され、専門医学会協会からの回答を受ける。

## 5.5

### ジェネラリズムの理解を改善し、それを医学生により魅力的にするために教育と研修を変えること

4.7 節で述べた課題と論点、および委員会の報告書が出版された後に本学会により収集されたエビデンスに基づき、我々は委員会の勧告を以下のように我々自身の提案に適応させた：

**提案 5:** RCGP は：

- 家庭医のための研修の改善を引き続き訴える運動に参加し、ジェネラリストのキャリアパスと報酬体系に関する医学会間での明確な理解を発展させるため、専門医学会協会を通して活動する。
- 医事審議会(GMC)と医学校評議会(Medical Schools Council)がジェネラリズムに対する学生の理解を強調、観察することを保証し、ジェネラリスト技能の学習環境としてプライマリ・ケアの適切な活用を彼らがどのように基準化していくのかを説明するように努める。
- 医学校や初期研修にいる者を対象に、家庭医のキャリアに関する助言を英国全土で保証するため、学部や大学の家庭医療を通じた活動に関わる。
- 医学校卒業者のために、2年間の初期研修の期間に、100%の研修医が家庭医療のローテーションを経験出来るように英国卒後医学教育総監督者会議(Conference of Postgraduate Medical Deans of the United Kingdom ; COPMeD)と、総合診療教育責任者委員会(Committee of General Practice Education Directors ; COGPED)からの十分な最新情報を求めて、それを保健省と地方基金へ周知させるために使う。

## 5.6

### 小児ケア、学習障害、メンタルヘルス、緩和ケア、終末期ケアについての十分な知識を家庭医が有することを保証すること

ジェネラリズムに関する委員会は以下のように勧告している：

教育は、小児ケア、学習障害、メンタルヘルス、生活を制限する健康問題を抱える患者のケア、患者とその家



族への終末期ケアを含んだ特に総合診療に適切な分野での研修の特有な提供を含まなければならない。比較的短期間の中では、総合診療はその集団の中で得意分野を持つ医師から専門的知識を活用出来ることを保証すべきである(p. 24)<sup>1</sup>。

我々の会員と関係者のすべては、それらが基本的な医学研修の必須領域であること、およびそれらがジェネラリストによる主要な医療の責務の一部として家庭医のカリキュラムの中で維持されるべきであると賛同している。RCGP は総合診療専攻医に与えられる既存の病院実習がプライマリ・ケアのジェネラリスト研修のニーズをどの程度満たすのかについての議論を頻繁に行い、病院や地域環境でこれらの領域での研修を改善するため、他の専門医学会やディーナリー(卒後教育に責任を持つ地方の単位)と協働してきた。

本学会は、GPwSIs の役割と認定に関する方針も発展させた。GPwSIs は、例えば教育、研修、研究、または得意の臨床分野において主導的役割を担う医師であり、診療所の中で存在可能である。彼らは他の家庭医に対する資源としてもコンソーシアムの至る所で活動し、あるいは実際に非家庭医のスペシャリスト・サービスの中で働くことも可能である。プライマリ・ケア・ネットワークにおいて、GPwSIs へのアクセスを持つことは有益であり、これは RCGP の診療所連合(Practice Federation)モデル<sup>44</sup>を支持するものである。この報告書は本学会が既に行われている議論を継続する以外は委員会の勧告に対して特有の提案をしていない。本学会は、家庭医が本来1つの専門領域である(我々はそう主張したい)かどうかについての妙なメッセージを現段階では与えているスペシャリスト登録への家庭医のアクセスを考慮する価値と、高度に発達された特別の興味を持つ家庭医が専門領域の免許で登録されることに対する法律的障壁がどこにあるのかを議論していく。

**提案 6 :** RCGP の評議会は、スペシャリストとしての家庭医の登録を受け入れるために RCGP が法の改正を求める職業的意思、

または政策誘導が存在するかどうかについて議論していく。

## 5.7

### 家庭医主導の委託とサービス計画

委託に対する家庭医の関与は国により異なる。しかし、家庭医は彼らの患者と地域のニーズに応えるため、委託とサービス計画の決定に影響を与える利用可能なすべての機会を活用すべきである。委託は患者に必要とされるサービス改善の多くを実践するための家庭医を助ける1つの仕組みである。上述の通り、委託はスペシャリストの助言へのアクセス、地域におけるケアの新しいモデルの開発、およびサービス提供機関間のコミュニケーションや時間外サービスの改善のための窓口を開くことを助ける。RCGP はサービス開発のリーダーシップに対して、家庭医を積極的に支援し、2010 年後半以降のこれらの活動を支持するべく、委託センター(Centre for Commissioning)を運営している。

**提案 7 :** 本学会は、学会特有の研修と活動を通して、英国プライマリ・ケアのためのサービス開発に対する家庭医のリーダーシップを継続して支援していく。

## 5.8

### 多重罹病と早期かつ正確な診断の双方についてのさらなる研究 - およびこの研究のより優れた活用

RCGP は、プライマリ・ケアを基盤とする研究およびその診療への置き換えを擁護する役割を特に担う、活動的な臨床イノベーション・研究センター(Clinical Innovation and Research Centre ; CIRC)を有している。

**提案 8:** 本学会は、この報告書の 4.7 節で述べている研究に関する重要なトピックスと許容力の問題の両方について考慮するよう CIRC へ依頼する。すなわち、プライマリ・ケアにおける多重罹病と早期かつ正確な診断についてのさらなる研究が必要とされているということである。CIRC は、これらが既に補助金が支給されている活発な研究領域であるかどうかについて年次戦略評価の一部として報告し、挙げられた論点およびプライマリ・ケアチームの研究活動と能力を改善する方法について論評する。

## 5.9 IT システム

ジェネラリズムに関する委員会は以下のように述べている：

ジェネラリストは、彼ら、彼らの患者、および他の臨床専門家間でのコミュニケーションを改善するため、新しい情報、コミュニケーション技術のさらなる、より優れた活用を行う必要がある。情報、コミュニケーション技術の効果的な活用は、患者ケアの質と協調性を改善し、能率を高め、臨床監査や研究を改善する (p. 23)<sup>1</sup>。

我々の会員は、これらの意見の多くを深く支持する。既に IT システムの良い活用があり、それはさらなる発展の基盤となっている。英国医師会は「総合診療は NHS の中で、コンピュータの活用とリテラシーの最も高い水準を有しており、少なくとも他のど

の国のプライマリ・ケアシステムと同等に優れている (例えば、米国プライマリ・ケアのコンピュータ化は 1/3 以下である) (p. 21)<sup>2</sup>」と報告している。RCGP は健康情報科学グループ (Health Informatics Group) の卓越した事業を通して、家庭医に対する優れた診療のガイドラインを積極的に提供しており、したがって我々は、我々の諮問から得たこの論点にどのように対応するかについて健康情報科学グループが詳細に論評するよう依頼することを提案する。

**提案 9:** RCGP の健康情報科学グループは、各委員会と RCGP の協議会に提出されたエビデンスを考慮し、データ共有とサービス提供機関間の電子通信手段に関する安全で効果的な業務を同定するため調査を行うように考慮することを依頼される。

## 5.10 ナーシングホームのケア

ナーシングホームのケアにおけるジェネラリストの役割の特有の課題は、再度述べるが、本学会が既に重要な投資<sup>xiv</sup>を行ったものである。

**提案 10:** 本学会は「興味深い地域 (community of interest)」の考えとこの領域での優れた診療の普及を前進させるために最適な方法を考慮するよう、RCGP の高齢者ケアの臨床責任者に依頼する。

xiv RCGP は認知症の分野で 2 人の著名な臨床責任者を有している、Louise Robinson 教授と Dr Jill Rasmussen で、彼らは外部の方針と戦略への RCGP の方針と回答を率先している。さらに、RCGP はナーシングホームのケアについての特別な GPwSI 研修を開始した。2008 年から 2011 年の我々の CIRC の臨床優先プログラム (Clinical Priority Programmes) は、「終末期ケア (End-of-Life Care; EoLC)」および「加齢と高齢者の健康と幸福」を含んだ。CIRC は、2009 年に終末期ケアに関する戦略、そして 2011 年に終末期ケアの患者憲章を発表した。

# 結論

## ジェネラリズムの未来

この報告書のタイトルは、全人医療に関する専門性について言及している。これは1つの願望であり、個々特有の研修や業務の範囲に関わらず、多くの医療・介護従事者により支援されるべきである。

RCGPは、なぜジェネラリストが保健医療制度において重要であるかのこの報告書の主張は単純であると信じている。人間としてのあなたに関わる専門職は、患者のニーズに迅速かつ効果的に応じることを保証するための鍵である。彼らはあなたの問題が彼らの専門性に合わないからと言ってあなたのケアを放棄したり、他へ移したりしなくても良い。予防、急性診断、および問題マネジメントの環境に関する多くの問題を紹介せずに取り扱うことができる。そして彼らのサービスをあなたの世界観や性格に寄り添わせる一方で、自分自身とあなたの限界を認識出来る。良いジェネラリストは信頼に足る存在で、人間関係が治療になり、個人とシステムにとって安全な判断をする。世界で最も優れ、さらなる発展の可能性を秘めた現代の保健サービスの中で実際これをどのように提供していくのかについて、我々はさらに知る必要がある。

我々がメディカル・ジェネラリズムの役割を認識していると保証することは、この視点を獲得するために重要である。ジェネラリズムの未来は、ケアの未来に関与するすべての人と共に社会に開かれ、包括的であるべきである。それは患者や第一線で働く専門家から、サービスがどのように最良の効果を最も効果的に生み出すことが出来るのかといった未来の形成に関与する政策立案者にまで及ぶ。

これを念頭に、上述した事業プログラムが進行する中、我々はこの報告書を読んだ人たちの考えや意見を聞くことを楽しみにしている。

# 参考文献

- 1 Commission on Generalism. *Guiding Patients through Complexity: modern medical generalism*. London: RCGP and the Health Foundation, 2011 [www.rcgp.org.uk/policy/commissn\\_on\\_generalism.aspx](http://www.rcgp.org.uk/policy/commissn_on_generalism.aspx) [accessed April 2012].
- 2 Macinko J, Starfield B, Shi L. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. *International Journal of Health Services* 2007; **37(1)**: 111–26.
- 3 Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994; **344(8930)**: 1129–33.
- 4 NHS Information Centre, [www.ic.nhs.uk/](http://www.ic.nhs.uk/) [accessed April 2012].
- 5 Department of Health. Innovative care could help over 15 million people with long-term conditions (press release), 2 August 2011, [www.dh.gov.uk/en/MediaCentre/Pressreleases/DH\\_128890](http://www.dh.gov.uk/en/MediaCentre/Pressreleases/DH_128890) [accessed April 2012].
- 6 RCGP UK Council Chairs' Joint Statement on General Practice and the Future of Health and Social Care (March 2012).
- 7 Greenhalgh T. *Primary Health Care: theory and practice*. Oxford: BMJ Books, 2007.
- 8 Reeve J. *Interpretive Medicine: supporting generalism in a changing primary care world* (Occasional Paper 88). London: RCGP, 2010.
- 9 Reeve J. Protecting generalism: moving on from evidence-based medicine? *British Journal of General Practice* 2010; **60(576)**: 521–3.
- 10 Marinker M. General practice and the new contract. In: G Bevan, Marinker M (eds). *Greening the White Paper*. London: Social Marketing Foundation, 1990.
- 11 King's Fund. *Improving the Quality of Care in General Practice: report of an independent inquiry commissioned by the King's Fund*. London: King's Fund, 2011.
- 12 National Centre for Social Research (NatCen). *British Social Attitudes 28*. London: Sage Publications, 2011.
- 13 Royal College of General Practitioners, General Practitioners Committee of the British Medical Association, NHS Alliance. *Valuing General Practice: one of a series of papers in response to the NHS Plan for England*. London: RCGP, 2001.
- 14 World Health Organization. *Integrated Health Services: what and why?* (Technical Brief No. 1). Geneva: WHO, 2008.
- 15 Eden B, Davies A. *Primary Care Cancer Audit: Greater Midlands Cancer Network report*. London: National Cancer Action Team and RCGP, 2010.
- 16 RCGP Response to APPG on Dementia Inquiry on Dementia Diagnosis (March 2012).
- 17 RCGP responds to latest report from the NHS Future Forum, 10 January 2012, [www.rcgp.org.uk/news/press\\_releases\\_and\\_statements/nhs\\_future\\_forum\\_report.aspx](http://www.rcgp.org.uk/news/press_releases_and_statements/nhs_future_forum_report.aspx) [accessed April 2012].
- 18 Mathers N, Roberts S, Hodkinson I, et al. *Care Planning: improving the lives of people with long term conditions*. London: RCGP, 2011.
- 19 Hayhoe B, Howe A. Advance care planning under the Mental Capacity Act 2005 in primary care. *British Journal of General Practice* 2011; **61(589)**: e537–41.
- 20 Bugeja G, Kumar A, Banerjee AK. Exclusion of elderly people from clinical research: a descriptive study of published reports. *British Medical Journal* 1997; **315(7155)**: 1059.
- 21 Heath I. Who needs health care – the well or the sick? *British Medical Journal* 2005; **330(7497)**: 954.
- 22 Getz L, Sigurdsson JA, Hetlevik I. Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable? *British Medical Journal* 2003; **327(7413)**: 498–500.
- 23 Houghton M and the RCGP Learning Disabilities Group. *A Step by Step Guide for GP Practices: annual health checks for people with a learning disability*. London: RCGP, 2010.
- 24 College of Emergency Medicine, British Geriatrics Society, Royal College of General Practitioners, Royal College of Physicians, Royal College of Nursing. Joint statement on the emergency care of older people, 2011.
- 25 Department of Health. *A Call to Action: one year on. Health visitor implementation progress report*. London: DH, 2011.
- 26 Royal College of General Practitioners, Royal Pharmaceutical Society. Joint statement. Breaking down the barriers: how community pharmacists and GPs can work together to improve patient care (2012).
- 27 Anthony GB, Matheson CI, Holland R, et al. Methadone prescribing under supervised consumption on premises: a Scottish clinician's perspective on prescribing practice. *Drug and Alcohol Review* 2012; **31(3)**: 342–7.
- 28 Gillies J, Mercer SW, Lyon A, et al. Distilling the essence of general practice: a learning journey in progress. *British Journal of General Practice* 2009; **59(562)**: e167–76.
- 29 Tudor Hart, J. The Inverse Care Law. *Lancet* 1971; **1(7696)**: 405–12.

- 30** Dixon J, Smith P, Gravelle H, *et al.* A person based formula for allocating commissioning funds to general practices in England: development of a statistical model. *British Medical Journal* 2011; **343**: d6608.
- 31** BMA General Practitioners Committee. *Fit for the Future: the evolution of general practice*. London: BMA, 2010.
- 32** Centre for Workforce Intelligence. *Shape of the Medical Workforce: informing medical training numbers*. London: CfWI, 2011.
- 33** Centre for Workforce Intelligence. *Shape of the Medical Workforce: starting the debate on the future consultant workforce*. London: CfWI, 2012.
- 34** Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, *et al.* The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Family Practice* 2004; **21(6)**: 699–705.
- 35** Howie JG, Heaney DJ, Maxwell M, *et al.* A comparison of a Patient Enablement Instrument (PEI) against two established satisfaction scales as an outcome measure of primary care consultations. *Family Practice* 1998; **15(2)**: 165–71.
- 36** Elwyn G, Edwards A, Wensing M, *et al.* Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement. *Quality & Safety in Health Care* 2003; **12(2)**: 93–9.
- 37** RCGP response to the Department of Health consultation – *Liberating the NHS: transparency in outcomes* (October 2010).
- 38** Shribman, S. Billingham, K. *Health Child Programme. Pregnancy and the first five years of life. Update of Standard One (incorporating Standard Two) of the National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services (2004)*. London: DH, 2009.
- 39** Goldacre MJ, Turner G, Lambert TW. Variation by medical school in career choices of UK graduates of 1999 and 2000. *Medical Education* 2004; **38**: 249–58.
- 40** Royal College of General Practitioners in Partnership with the Health Foundation, Commission on Generalism Project Proposal (January 2011).
- 41** Fernandes A. *Guidance for Commissioning Integrated Urgent and Emergency Care: a 'whole system' approach*. London: RCGP, 2011.
- 42** Royal College of General Practitioners. *Care Planning: improving the lives of people with long term conditions*. London: RCGP, 2011.
- 43** Diabetes UK, Department of Health, Health Foundation, National Diabetes Support Team. *The Year of Care Programme for Diabetes*.
- 44** Royal College of General Practitioners. *Primary Care Federations: putting patients first*. London: RCGP, 2008.

# 付録 A

## 方法論

### 1

#### 背景：ジェネラリズムに関する委員会

ジェネラリズムに関する委員会は、RCGP と健康財団により 2011 年 3 月に正式に立ち上げられた。この委員会は英国と国際的な関係者からの幅広いエビデンスを総合的に参考にした一大事業を表している。エビデンスを提供した者の一覧表は、委員会の報告書の中で見つけることができる<sup>1</sup>。

Ilora Finlay 男爵夫人が議長を、Dr Susan Shepherd が書記を務めたその委員会は、3 人の上院議員、4 人の医師、1 人の代表取締役、3 人の局長、1 人の会長といった複数の役割を含むその他 7 人の委員が含まれた。

委員会により収集されたエビデンスは広範囲であった。それは文献のレビュー、メディカル・ジェネラリズムの専門家とのセミナー、38 人の優れた参考人がエビデンスを提示した 8 つの口頭のエビデンスの会議、東ロンドン・メディカルセンターへの現地訪問、オランダの類似プロジェクトとの遠隔会議、および主要な国家機関とこの分野での専門家からの 65 の詳細な書面上での返答から成っている。

RCGP からの分析的なサポートとともに、委員会はこの情報を 1 つの報告書にまとめるのに相当な時間を費やし、この報告書は David Brindle (『ガーディアン』紙の公共部門の編集者) により執筆され、委員会が 2011 年 10 月に独立して出版した。

この主要な報告書に加え、委員会は豊富なメディカル・ジェネラリズムに関する情報と 1 次、2 次エビデンスを 1 つにまとめあげた。

### 2

#### RCGP の報告書

2011 年 10 月のジェネラリズムに関する委員会の報告書の出版に引き続き、RCGP は本学会の回答とメディカル・ジェネラリズムに関する総合的な立場を線密に考えることに着手した。これは学会内や学会員との詳細な討議、議論、協議を含んだ幅広い活動を伴っている。

メディカル・ジェネラリズムと総合診療に関する我々の調査結果は以下を活用している：

- ジェネラリズムに関する委員会へ提出された調査結果、ならびに(本学会の名誉幹事による)報告書と勧告の線密な分析。
- (RCGP 政策チームにより支援された RCGP 評議員会議長の Clare Gerada 教授、Dr Maureen Baker による)調査結果の影響に関する詳細なレビュー。
- 本学会の評議会、学会執行委員会 (College Executive Committee ; CEC) 内で行われた委員会の報告書に関する議論。
- 委員会の繰り返された調査結果に基づき計画された諮問 - 2011 年 10 月 RCGP 年次プライマリ・ケア学術大会で始まった。これは家庭医、本学会員、大学人、他の職種、組織からおおよそ 60 人の関係者が集まり、英国全土で開かれた 6 回の公聴会を含む。
- 本学会が幅広い関係者から収集した書面のエビデンスと、本学会員へのオンライン調査の結果。
- RCGP ワーキンググループ、各委員会、教育・研修部門、各臨床責任者にまたがる専門性の考察。

## 2.1

### 諮問

ジェネラリズムに関する委員会の報告書に関する RCGP の諮問は、すべての学会員と参加者からの意見を歓迎しつつ、2011 年の RCGP 年次プライマリ・ケア学術大会で開始された。

2011 年 10 月と 11 月に RCGP は 6 回の公聴会を英国で開催した。これらの半構造化されたイベントは、特にアクションリサーチ、応用政策フレームワーク分析といった確立された方法論を活用している。各公聴会での質問や議論はこの過程により修正され、発展していった。

公聴会で収集されたエビデンスから、本学会は我々の関係者が合意に達しなかったいくつかの問題を同定した。これらは我々が 12 月に行い、100 人以上の参加者を集めた大部分が定量的オンライン調査にかけられた。このすべてのエビデンスの調査結果はこの報告書に含まれている。

また、この報告書は査読され、2012 年の 1 月と 2 月にそれぞれ CEC と評議員会から承諾された。

2012 年の RCGP の報告書は多くの見解をとらえており、知識の豊富な宝庫でもあるため、データのより詳細な分析はこれを基に提案された事業プログラムの一部分として実行されうる。

## 2.2

### 公聴会の形式

各公聴会に先立ち、委員会の調査結果とその過程の詳細が参加者に送付された。最初の 3 つの会では多くのノミナル・グループ技法が用いられた。

リバプールの Lloyd-Jones ら<sup>2</sup>により用いられた「ノミナル・グループ」では、以下のステップを伴う。

- 1) 進行役が評価中の問題点に関連のあるヒントを提供する。
- 2) 参加者はすべての質問に対する自分の回答を 1 人 1 人書く (例：ポスト・イットに)。
- 3) すべての見込みある回答は、グループによる合同考察のために記録され、意味が明確化される。
- 4) 記録された事項は分類され (例：類似事項の重複が回避されるまでフリップチャートに載せる)、分類された事項のすべてが別個の問題に取り組む。
- 5) これらの分類群が進行役により名付けられてもよい。
- 6) 参加者は個別的に自分に対する重要度に応じて各事項をランク付けする。
- 7) 研究者は集散的に最高のランキングを得た事項を要約し、すべての余分な事項を書き留める。
- 8) こうして得られた中核の一覧表は、異なるサンプルを考査するアンケートの中にまとめられ、その際ほとんど合意を得ない事項はさらに除外することが出来る。

## 2.3

### アンケート

2011 年 10 月の調査結果の総意は、12 月に開始されたオンライン調査の基盤として使われた。それはオンラインツールの Survey Monkey を用いた構造化諮問である。この調査の量的、質的な結果は RCGP の報告書の結論をさらに助けるために使われた。

## 参考文献

- 1 Commission on Generalism. *Guiding Patients through Complexity: modern medical generalism*. London: RCGP and the Health Foundation, 2011 [www.rcgp.org.uk/policy/commissn\\_on\\_generalism.aspx](http://www.rcgp.org.uk/policy/commissn_on_generalism.aspx) [accessed April 2012].
- 2 Lloyd-Jones G, Fowell S, Bligh JG. The use of the nominal group technique as an evaluative tool in medical undergraduate education. *Medical Education* 1999; **33**(1): 8–13.

# 付録 B

## 英国総合診療におけるメディカル・ジェネラリズムの簡潔な歴史

### 1

#### 序論

本章は、英国総合診療の発展の簡潔な記録を提供すること、およびいくつかの他国では発展しなかったその臨床診療がどのように確立したかを説明することを目的とする。このコンテキストは、どこでジェネラリズムが再生を必要とされるのか、もしくは次の時代にかけて守られるべきなのかについての現代の分析と関連している。

本章は、総合診療専攻医を支援するために制作された RCGP の学会誌 *InnovAiT* から Dr Chantal Simon の論文『ジェネラリズムから専門細分化へ：総合診療の簡潔な歴史』を活用している<sup>1</sup>。この論文は、ジェネラリズムの歴史に関心を持つ者へのさらなる読み物の出発点として推奨されており、この資料をここで使用することへの筆者からの許可に対して我々は感謝の意を表明したい。

### 2

#### 歴史的総括

地域における総合診療の役割は、英国では長い歴史がある。19世紀、家庭医(当時は薬売りとして知られていた)は、人々が持ち込むあらゆる健康問題に対応し、診断、治療決定を下し、薬を処方し、健康に関する助言を提供し、必要に応じて病院基盤の内科医や外科医に紹介を行う地域を基盤とした医療の顔であった。これより前は、ほとんどの医師が自分達をジェネラリストとして見ており、その理由の一部は収入を最大化するためであった。しかし、19世紀の間、外科医と内科医は自分の専門技術と知識が認知されないことに徐々に不満を抱いていった。

内科医は既にロンドン内科医学会(London College of Physicians)という会員制の学会を持っていた。ロンドンの外科医学会(Royal College of Surgeons in London)は1800年に設立さ

れ、1843年にはイングランド外科医学会(Royal College of Surgeons of England)となり、会員資格(Membership of the Royal College of Surgeons; MRCS)を得るための入会試験を開始した。

内科医と違い、家庭医は医学の学位を持っていなかった。しかし、1815年には新しい家庭医は診療するために薬剤師協会免許(Licence of the Society of Apothecaries; LSA)の取得が必要とされ、大多数はMRCSも取得していた。1858年、医学教育と登録に関する評議会(General Council of Medical Education and Registration 現在の医事審議会 General Medical Council)の設立が適切な研修施設や資格の登録過程を提供するようになった。1884年にMRCSと内科医学会免許(Licence of the Royal College of Physicians; LRCP)が統合される形で1つの医師登録が作られ、内科医や外科医と並ぶ医師として家庭医が認知されるようになった。

当時、診療所は主として1人か、せいぜい2人の家庭医により運営されていた。多くは在宅勤務で皆、患者を診る度に入ってくる賃金を基に働いていた。一部の労働者は各種健康・社会保障サービスを提供する労働者クラブや友愛組合に属していた。従業員は週額課金を支払い、家庭医はその支払い方式で人頭払いを受け取っていた。1911年の国民保険法(National Insurance Act)は、週2ポンド以下を稼ぐ労働者に医療介護を提供することにより、このような施策の対象を広げた。この法により、家庭医は患者の「名簿」を引き受け、適切な医療記録を保有することになったため、これは家庭医の登録患者リストの始まりと見なすことが出来る。しかし、同法は扶養家族を含んでおらず、多くの人が医療を受けられないままだった。

家庭医が全国民に対して責任を負うようになったのはNHSが導入されてからである。同法の前は、患者が家庭医を通してサービスにアクセスするという合意が病院勤務医との間に既に存在したが、国民保健サービス法(NHS Act 1946年)が保健サービスへのゲートキーパーとしての家庭医の役割を正式なものとした。保

健サービスはプライマリ・ケア、2次ケア、地域ケアに分類され、プライマリ・ケアに配置された家庭医と2次ケアの病院専門医との境界がついに固定された。

保健医療へのアクセスが人口の大多数で制限されていたため、NHSの導入1ヶ月以内に人口の90%が家庭医に登録したのは驚くべきことではない。時が経つに連れ、増大する仕事量、現代的な設備や施設の不足、同僚からの支援の欠如、および病院勤務医に比べて低い収入が当然のごとくモラルとケアの質に影響し、総合診療を医学生にとって魅力的なものとしなかった。診療の質とばらつきに対して相当に高まる懸念を受けて、1966年の家庭医の契約では、この状況を改善するために、最大の担当患者数を2,000名に制限し、担当患者数に応じた収入を増やし、共同経営を組織することへの報奨金を提供した。新規の家庭医とグループ診療所の数はすぐに増えていった。その後、家庭医の質をさらに改善し、ばらつきを抑えるため、RCGPは質の改善策(Quality Initiative)を発表した。

すべての家庭医が医学の学位を持っていたにも関わらず、この時点ではまだ家庭医の特定の研修は存在しなかった。1952年に発足した家庭医学会(College of General Practitioners; CGP)は、総合診療は独自の卒業研修を必要とする個別の診療科として認知されるべきであると訴え、1981年にはついに政府により必須の専門研修が導入された。CGPは1972年に王室の認証を受けた。このプログラムは1年間の総合診療専門指導医の下での総合診療を含む3年間の医学研修から成る。家庭医としての資格を得るためには、医師は総合診療卒業研修合同認定試験(Joint Certificate of Postgraduate Training in General Practice; JCPTGP)に合格しなければならなかった。英国家庭医学会正会員・専門医(Membership of the Royal Collegae of General Practitioners; MRCGP)に合格することはRCGPへの会員特権を与えたが、家庭医になるためには必要ではなかった。2007年からは新しいMRCGP(nMRCGP)がすべての家庭医の最終試験となった。

すべての国民に対する責任が導入されたのは勿論、20世紀の家庭医によるサービスは予防、健康増進も提供するようになった。プライマリ・ケアに関する1978年のアルマ・アタ宣言(Alma-Ata Declaration)により強調されたこれらの概念は<sup>2</sup>、他の保健医療専門家と協力して働くより良いパートナーシップと、人々のライフサイクルに応じたより幅広いサービスを一緒に提供しうるプライマリ・ヘルスケア・チームの始まりへと繋がっていった。多くの家庭医は教える側、研究者として、また臨床サービスにおいても補足的な役割を発達させていった。

1990年の家庭医の契約は、家庭医に自分の患者のために保健サービスを購入するファンドホルダーとしての責任を与えることにより自分の役割を拡大する機会をもたらした。成果払いもこの時に導入された。ファンドホルダーの施策は1998年に廃止された。

臨床的には、家庭医の技能と機能は拡大の一途を辿り続けた。2000年のNHSプランは<sup>3</sup>、GPwSIsを取り入れた。GPwSIsは家庭医療の通常範囲を越えた臨床サービスを提供し、高度な処置を行い、またはサービスを開発する。当初は6つの専門領域のみが家庭医の細分化のために開かれていた。しかし、2008年9月までに家庭医がGPwSIsの肩書きを得るための17の枠組みが存在した。診療所の連合体に関するRCGPのビジョンは、家庭医のネットワーク内でリーダーシップ、助言、監督、スペシャリストによる労働力を提供するGPwSIsの大きく、有益な役割を含んでいる<sup>4</sup>。

2004年の家庭医の契約による強化されたサービスの発展により、サービスを病院環境から移すことを目的に家庭医もより幅広いサービスを提供することが可能になった。例えば、家庭医の診療所とグループは軽傷、小手術、およびアルコール、薬物乱用に対するサービスを提供するためにプライマリ・ケア・トラストにより委任されることも可能である。

2004年の契約は、Quality and Outcomes Framework

(QOF)による成果払いも導入した。QOFは国立医療技術評価機構(National Institute for Health and Clinical Excellence; NICE)によりまとめられたエビデンスに基づいており、特に公衆衛生的な介入や生活習慣、および慢性疾患のマネジメントが目的とされている。

これらすべての発展の結果として、診療所が提供するサービスの幅は広大に成長した。診療所は今や、健康増進、予防、スクリーニング、予防接種は勿論、以前は2次ケアで提供されていた多くのサービスや介入に関わっている。これはプライマリ・ケアチームで求められる技能と役割の拡大に繋がり、非臨床従事者が以前は家庭医により提供されていたますます多くの通常業務を担当するようになった<sup>5</sup>。しかし、NHSのすべての患者診察の90%はまだ家庭医を経ており<sup>5</sup>、プライマリ・ケアチームとその能力は相当に拡大したものの、家庭医の診察予約に対するニーズは増え続けている。

ゲートキーピングの役割を維持しつつも、診療所の家庭医との対面の診察や救急センターを利用するよりも、プライマリ・ケアやNHSのケア全体へは多くのアクセス方法が存在する。看護師または医師によるトリアージ・システム、電話や電子メールによる診察、時間外サービス、ウォークイン・センター、NHSダイレクトのすべてが保健医療の提供の在り方と家庭医がどこで彼らのサービスを提供出来るのかを変えてしまった。

2006年、政府(労働党)は診療所を基盤とした委託を通じて家庭医の委託を再び導入した。2010年、保守党と自由民主党の連立政権は、臨床委託グループ(Clinical Commissioning Groups; CCG)を通じた委託決定の中心に家庭医を置くことを目的とする提案書を提出した(最終的に2012年医療介護法となった)。RCGP委託センター(RCGP's Centre for Commissioning)は、委託の役割を担うことになる家庭医への研修、指導、および支援を提供し、委託の問題に関する協議事項を導くために設立された(当初はRCGPとNHS革新改善機構(NHS Institute for Innovation and Improvement)との提携だったが、2011年9月

からは完全にRCGPのプロジェクトになった)。

今日、家庭医の役割は、日々の患者の診察、診療所や診療所ネットワーク内でスペシャリストとしての役割を提供すること、全地域住民に対する委託決定を下すこと、小手術を行うこと、医学生に対して研修、監督を提供すること、地域基盤の疾病マネジメントモデルを先頭に立って導くこと、保健医療の境界を越えてケアを調整すること、ケアパスを開発すること、すべての登録患者に質の高いケアを提供するために保健医療専門家の多様なチームの先頭に立ち、従事者を支援することなどを含んでいる。

### 3 要約

英国のプライマリ・ケアチームは、20世紀初頭の個々の家庭医の役割からは想像もつかない幅広い技能と専門性を持つ多様かつ高度に訓練された専門家の集団から成っている。患者はジェネラリストのサービスを利用時は無料で、かつ家の近くで受け、彼らは長期間にわたって従事者との関係を築き、年齢、ニーズ、または問題に関わらず保健医療の助けを受けることが出来る。これは真のジェネラリズムであり、ジェネラリストの医療に関する核となる技能、原則の一式、および適切な気風を必要とする。さらに、最も基本的な点では、家庭医は依然としてNHSの窓口および地域の顔であり、診療の原則は2つの鍵となる概念 - 全人的ケアと患者中心のケア - が基盤となっている。しかし、歴史は物事を善かれ悪しかれ変えることが出来る。ジェネラリズムの本質が明確に言語化され、尊重および保護されることが極めて重要である。これこそが本稿の目的である。

## 参考文献

- 1 Simon C. From generalism to specialty: a short history of general practice. *InnovAiT* 2009; 2: 2–9.
- 2 World Health Organization. *Declaration of Alma-Ata*. Adopted at the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978.
- 3 Department of Health. *The NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform*. Cmd 4818-1. London: The Stationery Office, 2000.
- 4 Royal College of General Practitioners. *Primary Care Federations: putting patients first*. London: RCGP, 2008.
- 5 King's Fund. *Improving the Quality of Care in General Practice: report of an independent inquiry commissioned by the King's Fund*. London: King's Fund, 2011.

# 付録 C

## 医療におけるジェネラリズム：健康財団のためのレビュー

2010年1月

George K. Freeman MD FRCGP

総合診療の名誉教授

インペリアル・カレッジ・ロンドン

g.freeman@ic.ac.uk

### 1

#### 要約

ジェネラリズムは、ジェネラリストに共有される特性である。人々は通常、多角的な関心と広い視野の観点から定義していた。医療におけるジェネラリズムは、しばしばスペシャリズムと正反対を成すものとして見られている。ジェネラリズムは2つの様相を呈する。1つ目は物事に広く浅く対応する能力、2つ目は複雑性、全体を見渡す能力、優先順位付け、統合に関する専門家である - 後者は「専門的なジェネラリスト」である。

スペシャリストは昔に始まったが、過去2世紀で彼らは着実に拡大し、現在ほとんどの西洋諸国ではジェネラリストに数でまざっている。西洋諸国でもジェネラリストの医療の広がりや範囲は幅広い国際的なばらつきが存在し、米国が最小、英国がおそらく最大の広がりを示している。

医療におけるジェネラリズムは、プライマリ・ケアで最もよく見られ、家庭医は医療のジェネラリストの最も大きな団体を形成している。

家庭医は、生物医学的、心理的、社会的分野を含む幅広い範囲の問題における専門家として特別な特質を医療に提供する。病気でない状態がよくある一方で、ちょっとした症状がより重篤な疾患の兆候となりうる地域の環境で診断をつけることに彼らは熟達している。彼らは急性、慢性、もしくはリスク因子の段階での様々な問題を取り扱う。彼らは患者の背景を大切にし、その観点から自己の症状と感情を患者が解釈出来るように手助けする。彼らは

診断とマネジメントがその時点での患者に可能な限り適切であるように、疾患よりも人に重点を置いている。これは根拠に基づいた医療の最良のものを必然的に含んでいる；しかし、総合診療では、「曖昧」な症状の訴えの多くはエビデンスの基盤を欠いている。いずれにせよ、そのエビデンスはしばしば異なるコンテキストから生み出されたもので、解釈を要する。これらのすべては専門家の判断を必要とする。

他の地域以上に英国では、家庭医がスペシャリストのサービスへの原則的な「ゲートキーパー」となった。これは他の地域からうやまれているある程度の継続的な職業的影響を保証した。しかし、近年の進歩のいくつかは総合診療のより「全人的な」側面のいくつかを薄めてしまっており、メディカル・ジェネラリズムの価値観を再考し、再び述べるのは時宜を得ている。

主として Barbara Starfield の米国における包括的な保健医療制度についての長年にわたる学術的擁護の中でまとめられたエビデンスは、プライマリ・ケアにおけるジェネラリズムを支持している。基本的な仕組みは、プライマリ・ケアのゲートキーピングは不適切なスペシャリストのケアの需要を減少させることである。そして多くの人はこのことから患者を守ることを付け加えるだろう。その結果は、ジェネラリズムは、NHS もしくは米国のHMOのような包括的かつ計画された保健医療制度では支持されるが、市場では弱い。それゆえ、英国での市場志向型の改革は哲学的にジェネラリズムに反しており、脅威となる。

医療におけるジェネラリストが医師でなければならないというのは、実際は明らかではない。看護師はナース・プラクティショナー(NP)としての役割をとっても効果的に担うことが出来る。英国の総合診療の明らかな成功にも関わらず、医療におけるジェネラリストの最適な研修の道筋はまだ明らかにされていない。医師はこのことに心を開く必要がある。社会は保護貿易的になる我々を許さないだろう。

ジェネラリズムは、解釈、協働、擁護の観点から他にも多くの

利点を患者に提供する。より高齢、より病気で社会的、経済的に恵まれない患者はこれらの利点のより多くを経験し、評価するが、自分で自己診断を下した問題への技術的な解決策をより追い求める、より若くて、より健康な人々よりもしばしば政治的に弱い立場にある。これらの後者の人々は、自己の人生が進むにつれ家庭医療を適切に評価する可能性が高いが、彼らがこのシステムを壊さないために、我々は今、彼らに対応しなければならない。

家庭医の先導者達は、今まで以上により効果的にジェネラリズムの利点を公表するように期待される。しかし多くの家庭医は自分の地元である地域の中でより前向きに関わることで、おそらくその状況を改善出来るだろう。

## 2 ジェネラリズムとは

### 2.1 辞書的、非医学的アプローチ

ジェネラリズムは比較的新しい単語である。これは Dr Johnson の辞書に掲載されておらず、「generalism」の Google 検索はほぼすぐに「generalist」に変換されてしまう。その単語は、私の 1975 年版の *Shorter Oxford English Dictionary* にも、私の 1959 年版の *Chambers Twentieth Century Dictionary* にも出ていない。しかし、general という語根は古く、中世(1150-1350)から記録されており、部類もしくは大きなグループ分けを意味するラテン語の *genus* に由来する。

ウェブ上で、我々は現在以下を見つけられる：*generalist* 名詞 1.a. 学問の様々な領域において知識の豊富な人；ジェネラリスト - 多くの異なる関心において表面的な知識以上を得る立場にいる現代的な学者；「統計学者は幾分ジェネラリストでなければならない」<sup>i</sup>。

「ジェネラリズム」は「ジェネラリスト」集団の共通の特性であると私は理解している。本稿では、これらの学術用語が密接に関連され、類似の意味を持つものとして扱うことにする。

### 2.2 家庭医によるジェネラリズム

ジェネラリズムに関する最近の英国の医学文献は、総合診療に焦点を当てている。ある論説の一部分としての短い定義の中で、Gray らはジェネラリストという学術用語は、「言語学的かつ職業的にもスペシャリストの釣り合いを保たせるもの」であり、「患者を家族や家を含む人として知り、どのように精神と身体が互いに影響するのかを分析すること (p. 486)<sup>1</sup>」を含んでいると主張している。これは NHS における市場改革のコンテキストの中で、Heath と Sweeney によりさらに発展させられた<sup>2</sup>。彼らは、医療におけるジェネラリストは「医療の地図」と「患者の苦痛の領域」の間のギャップを橋渡しする者と評している。彼らはさらに、プライマリ・ケアのような有病率の低い環境では診断検査がどのくらい精度が低いか、そして診断の整理は「常に判断を必要とし、常に危険を伴う」ことを説明している。低地の湿地帯で働くジェネラリストと、より良い視界とともにより高地の、より強固な地面に立つスペシャリストとを対比する James Willis によりこれがより生き生きと表現されている<sup>ii,3</sup>。もう一つの論文で Heath らは、「患者の背景の中での保健医療の複雑さ…の観点では…家庭医は特別である」と説明することにより、ジェネラリストの専門性を発展させている<sup>4</sup>。ジェネラリズムは病院の診療科でも認められ、総合病理医を評価し続ける嘆願が、専門医雑誌の Kirkham による西暦 2000 年を記念する論説の主題であった<sup>5</sup>。しかし、その筆者は単にスペシャリズムの欠如による意味合いでジェネラリズムを定義している。

i 定義については以下を参照：Johnson S. *A Dictionary of the English Language* [facsimile edn]. London : Times Books, 1983 [1755] ; *The Shorter Oxford English Dictionary on Historical Principles*, rev. and ed. CT Onions. London : Oxford University Press, 1975. [www.thefreedictionary.com/generalist](http://www.thefreedictionary.com/generalist).

ii プロフェッショナルリズムの厳格な側面を記述するために Donald Schön によって使われた類似の改変。参照：Schön DA. *The Reflective Practitioner*. Aldershot, Hants : Academic Publishing Group, Avebury imprint, 1991 [first published 1983].

## 2.3

## 総合診療の本質としてのジェネラリズム

総合診療には長い歴史があるが、その学術的発展は比較的最近のことである。英国では英国家庭医学会(RCGP)が1952年に設立され、世界で最初の家庭医の教授が1963年にエジンバラで任命された。新興の学問分野として、多くの初期の努力がその本質を定義することに費やされた。これは特に、スペシャリストの診療が勢いを増す状況下で総合診療が学問分野としてほぼ消滅していた北米では重要であった。米国では、1969年にそれが家庭医療として「再設立」された。2人の鍵となった人物は、コネチカット州ニューヘイブン、イエールの総合内科医であったEdmund Pellegrinoと、カナダ、オンタリオ州のロンドンで世界的に有名な家庭医療学の講座を設立したイングランド出身の家庭医Ian McWhinneyであった。

Pellegrinoは「家庭医療学が患者のケアにもたらすものを構成するのは、ジェネラリストの機能である」と記載した<sup>6</sup>。彼は適格な患者の3つのタイプを挙げた：1)まだ専門科に分類されていない者；2)その専門科に関連するかしないか両方の可能性がある、新たな症状を呈すると分類された者；3)同時に1つの臓器以上にわたる問題を抱える者。彼はすべての医師はジェネラリストの機能を時には演じなければならないが、「ジェネラリストだけが臨床的可能性の全領域にわたってこれを行う」と説明した。

このような地域基盤型のジェネラリストの可能性は、McWhinneyにより、彼の大きな影響力を与える著書『*A Textbook of Family Medicine*』の中で具体化された<sup>7</sup>。彼は家庭医の基本的特徴を以下の者として提示した：

- 1) 疾患もしくは技術よりも人としてに患者に深く関わる。
- 2) 病気の背景を理解しようとする。
- 3) すべての患者との接触を健康増進の機会とみる。

- 4) 公衆衛生的観点から「リスクを持った集団」として自分の診療対象をみる。
- 5) 自分自身を地域社会に広がる支援ネットワークの部分としてみる。
- 6) 理想的には診療する患者と同じ居住地を共有すべきである。
- 7) 患者を彼らの家で診る。
- 8) 医学の主観的側面を重視する(伝統的な実証主義もしくは客観的側面だけでなく)。
- 9) 資源の管理者である -「ジェネラリスト、そして最初に関わる医師として」。

McWhinneyは、家庭医療学は身体的、精神的領域の間で「心と体の境界線を越える」ことも強調した。これらの9つの原理は、一見したところではジェネラリズムと同義ではないが、さらなる検証が多く的一致を明らかにする。1つ目はあらゆる医学的問題が対処されることを示唆している。3、4、5と9番は長期にわたるケアとともに個人を越えた幅広い責任範囲を与えている。と同時に、2、6、7と8番は問題の理解と問題への対応の両方を広げるように意図している。この刺激的で理路整然とした専門職的見解は、勿論必ずしも他の医師、患者もしくは政策立案者により完全に共有、もしくは理解されているわけではないが、RCGPの方針としてほぼ不変に存在している<sup>8</sup>。米国におけるジェネラリストのプライマリ・ケアが今まで、そして今でも依然としてどのように圧迫されているか、および英本国の総合診療がどのように挑戦し、切り抜けてきたのかについて、これから見ていこう。

プライマリ・ケアチームにおけるジェネラリズムの未来についてのJane Gunnと彼女のメルボルンを基盤とする同僚達による詳細な研究により違ったアプローチが取られた<sup>9</sup>。彼らの本質的な問いは、「ジェネラリズムの本質を成す要素は何か」というものだった。彼らは広範囲にわたる医学文献のレビューを彼らの包含基準に合致した97の論文(74の論評、9つの総説、そして14の実

iii この仕事は最初、1981年に同一の9つの原則とともに『An introduction to family medicine (家庭医療学序論)』として世に現れた。

証的研究)で行った。その中で、ジェネラリズムのどの側面が費用対効果に優れるプライマリ・ケアシステムに欠くことの出来ないものなのかについての副次的な問いに明確に取り組んでいるものはなかった。関係者への2回にわたる面接で補足されたこのナラティブ・レビューは、初めに133のテーマを同定した。反復作業により、研究チームは、在り方、知り方、やり方を表現するジェネラリズムの3次元モデルに到達した。

- 在り方は、高潔な人格、省察的態度、および患者固有のコンテキストでの解釈的アプローチから成る。
- 知り方は、生物医学的、伝記的枠組みの両方を含んでいる。
- やり方は、初診としてのプライマリ・ケアへのアクセスと、専門職的なゲートキーパーとしての2次ケアへのアクセス；文化的に敏感な全人的なアプローチ；協調性；統合性；ライフサイクルにわたる関係の継続性(必然的に単一疾患の焦点を除外する)；およびコンテキストとの関連性を含む。

これらの要素は医学全体を通して当てはまるが、コンテキストを持つ人としての患者を重要視すること、プライマリ・ケアでのアクセス、スペシャリストへのゲートキーピング、および疾患、性別に関係ないライフサイクル全体を通じたケアとともに、このモデルはプライマリ・ケアのコンテキストにおいてとても強固に当てはまる。

同時に、Trish Greenhalghはロンドンでプライマリ・ヘルスケアに関する新しい教科書を作成していた<sup>10</sup>。彼女は、McWhinneyへの恩義を認めつつ彼が示したジェネラリストの知識の特質についての6つの誤解を更新しながら、独特の明瞭さでジェネラリストの役割を考察している(pp. 116-18)。彼女の説を支持する参考文献の1つは、「すべてを知らないことについて心地良く感じる」という題名が付けられている。むしろジェネラリストは知識へのアクセスの仕方を知るべきであり、焦点を合わせる適切なレベルを選択すべきである。部分の詳細よりも全体の理解を探し出すために、ジェネラリストは詳細よりもむしろ

関連性(関係性、相互作用、傾向)にしばしば注目する。

ごく最近では、有名な英国の academic GP である John Howie は、自分の30年間の研究結果に基づき、臨床的な総合診療における診断の中心的な医学的過程に関して省察している<sup>11</sup>。彼は、「この一連の研究の明らかな結論は、総合診療での診断、マネジメントの決定は、主症状や身体所見の病理の同定以外にも数多くの要因により影響を受けている」と記載し、4要素モデル-3つの入出と1つの出力-を提案している。

- 1) 診断の枠組み - 急性、持続性、心理社会的、および予防分野 (Stott と Davis に拠る)<sup>12</sup>。
- 2) 価値観 - Balint<sup>13</sup>から派生した - 患者中心性、継続性、共感。
- 3) コンテキスト - 時間、ストレス、誘因を含んだ診療の。
- 4) 出力 - 慣習的なもの(治療、検査、紹介)、満足度、そして実施可能性。

このモデルの解釈は私のものである。私はジェネラリストとしてのアプローチの優雅で簡単な概要として2009年にこれを提案している。

ジェネラリズムの特性と哲学を(大部分は内部から)考察した後には、その歴史から始め、診療の中でのその居場所へ向かう時である。そして、これはそのアンチテーゼであるスペシャリズムとあらゆる点で密接に関係している。

## 3

## ジェネラリズムの進化とスペシャリズムとの関係性

## 3.1

### スペシャリズム - 病院で発見された啓蒙時代の産物

スペシャリズムは歴史が古い。Porter<sup>14</sup>によると、医療におけるスペシャリズムは、紀元前5世紀にエジプトでヘロドトスにより次のように記述されていた。「1人の医師は1つの疾患の研究に制限され…ある者は目の疾患に注目し、ある者は頭部の疾患に、またある者は歯の世話を担当し、さらにある者は腸のすべての病気に精通している」(p. 49)。

歴史的に、啓蒙時代初期の多くの技能を持った博識のジェネラリストの出現から、19世紀から20世紀にかけて専門細分化が進行した時まで、より近年の進化を我々は見ることが出来る。Porterは1769年に病気の子供を対象にしたロンドンの外来診療所の設立とともに、その過程がどのように始まったのかを記述している。1860年までにロンドンだけで少なくとも66の専門病院と診療所が存在した。スペシャリストの病院医療は家庭医を脅かし始めた。1900年に家庭医はスペシャリストについて言及している。「彼らの考えは狭く、1つの問題に関する不均衡な知識によって彼らの判断は偏り、釣り合いが取れていない」そしてスペシャリストは「正しい診断や治療に欠かすことの出来ない個人の本質的な個性について何も知らない」(pp. 381-8, 683-8)<sup>14</sup>。1世紀後、Heathらは、*Index Medicus*に総合診療が1つの専門領域として掲載されなかったことを残念に思っていた<sup>4</sup>。彼らは総合診療が実際に1つの専門領域として検討されるべきであると勧告することを控えた一方、彼らは「スペシャリストの役割の相互依存が、相互尊重と同等な地位(職業的、報酬、学術的な面でも)の中で反

映されることを保証する方法を探さなければならない」と主張した。100年が過ぎた後の地位のいくらかの変化はごく僅かに見えるだろう！ 地位の認知は以下の4.1節でさらに考察されている。

## 3.2

### 学問の役割

大学や医学校はスペシャリズムの進化において、逆説的な役割を担ってきた。一方で、彼らがそれを始めたのである。Weiszは教育機関や市中病院の周辺に新しい種類の医学研究コミュニティが出現したことを指摘している<sup>15</sup>。この動きは最初に1862年からパリとウィーンで、すぐ後にベルリンで起きたが、ロンドンではかなりゆっくりだった。その後「米国の医師がスペシャリストになるために欧州に押し掛けてきた」(pp. xxi-iii)。他方で、医学校は、その中の何人かのみが最終的に専門としなくても家庭医を養成することが常に求められてきた。それゆえ、卒前の最終試験には、ジェネラリストの学問が今日まで色濃く残っている。ここ数年において、これは臨床教育を提供するだけでなく、カリキュラムを主導し調整するアカデミックな総合診療のますます重要な役割を助成している。

## 3.3

### 国際的対比

過去3世紀にわたるスペシャリズムの出現は国際的な現象であったが、Weiszの著書『分割統治：医学専門分化の比較史 (*Divide and Conquer: a comparative history of medical specialization*)』の中で、見事なまでに吟味された特有の国家的様式が存在する<sup>15</sup>。Weiszはフランス、ドイツ、英国、米国の4ヶ国を調査した。スペシャリズムの進歩は、専門分化された診療の発展と同じくらい、科学的研究と科学の発達が基盤とされていた。

しかし、これは地域的、文化的、コンテキスト上の変化に左右されていた。例えば、専門的な知識に志向された公共機関であるパリ科学アカデミーとともにフランスでは早期に科学が専門細分化していった。ロンドンでは対照的に、王立協会(Royal Society)は民間機関であり「科学研究をする際に『紳士的な』考えを長く持ち続け、礼儀正しく学ぶという名のもとに専門細分化に抵抗した」<sup>15</sup>。

この英国の伝統は、他のどこよりも高く評価されているジェネラリズムとともに、耐久性が高いことが証明されている。この背後にある1つの要因として、王室認証学会の権威がある。これらはサブスペシャリティへの分化に抵抗したが、内科と外科間における伝統的な分割の保持が科学的発展を持続させた。専門細分化が進んだにも関わらず、すべての医師はなおジェネラリストであると主張し、単に「自分の病院での役割上特定の職務を遂行しているだけ」、もしくは後には「得意分野」を持っているだけだと主張した(pp. 168, 201)<sup>15</sup>。英国医師会は、1930年代まで医師名簿の中で専門科別に医師を載せないことに成功していた(pp. 174-5)<sup>15</sup>。その当時においても、情報の伝達は同業者のみに制限され、患者が自分でスペシャリストを選択する能力を制限し、(1948年にNHSで最終的に確固たるものとなった)紹介システムを推進した。英本国では、病院専門医の地位を持ってスペシャリストとして一列に並ぶことは、他のどこよりもより完成されている。これは家庭医の紹介によるスペシャリストへのアクセスの限定と、病院で指導的立場を担う病院専門医に固有のものである。病院専門医の数は制限され、彼らの価値は上昇している(pp. 168, 233-7)<sup>15</sup>。

このような状況は、1900年代初期にフランス、ドイツ、米国において公開されたスペシャリスト名簿が存在していた海外とはかなり異なっていた。米国では、機密扱いの国家医師名簿が米国医師会により独自に公表された。国全体の専門も含めた医師登録名簿が出版されていた。保健医療市場において、潜在的な顧客が自ら判断したニーズのために適切な医師を選択出来ることは極めて重要であった。

### 3.4

## 西洋医学におけるジェネラリズム - 特別なケースとしての米国

スペシャリズムはジェネラリズムの中で発展し、当初、スペシャリストは収入を維持するためにジェネラリストの業務も継続していた。時の流れとともに、総合診療は病院外で診療する医師に制限されていった。初期の兆候は、ドイツにおいてスペシャリストが在宅医療を行うことを禁止することを含んでいた(pp. 109, 119)<sup>15</sup>。そのうちほとんどの国では総合診療からスペシャリストを排除する方向に向かった。米国はこの過程から身を引いていた。新しい千年紀において、ジェネラリストとスペシャリストのケアの間に正式な境界は存在せず、Weiszによると(p. 249)<sup>15</sup>、その結果が専門細分化の支配的役割の積極的な推進である。ジェネラルな医療の中で結果として起こる多元的共存が、1970年に1次、2次、3次医療という新しい用語を生み出した(p. 251)<sup>15</sup>。

それゆえ、20世紀半ば以降は、世界で最も経済が裕福で国民総生産(GNP)の最も高い割合を医療費に費やす米国とほとんどの他の「西側」諸国との間では、増大する相違が出来てしまった。

専門細分化により家庭医が早期に締め出されている米国のプライマリ・ケアにおけるジェネラリズムが急な下り坂を呈しているのは偶然ではないかもしれない。既に1942年までに、米国医師の半分のみが家庭医であり、1989年までには、(現在、家庭医、総合成人内科医、小児科医から成る)プライマリ・ケア医の割合は、1/8まで落ち込んでしまった(Porter, p. 684)<sup>14</sup>。より大きな都市に集中する傾向があるオフィスを構える医師とともに、特に地方におけるプライマリ・ケア医の不足がこれに随伴して起きた。これは地方のヘルスセンターが職業的な抵抗により発展しそびれた1920年代早期からみられた傾向である(Starr, p. 195)<sup>16</sup>。一方、英国ではNHSの医療職に占める家庭医の割合がより後に、よりゆっくりと減少した(1980年は65%、1997年は53%、2007年は

44%)が、都市といなかの間でより均等に分布していた。

1948年のNHSの設立は、確かに病院から英国の家庭医を排除し、当初はプライマリ・ケアに新しい資源を配分しなかった。しかし、スペシャリストへのアクセスを家庭医による紹介とする制限が、家庭医を2次医療へのゲートキーパーとした。これは総合診療の生き残りとして、ほぼ間違いなく全体としてのNHSの成功に極めて重要であった。それは税により大部分が賄われ、無料の自己負担で、かつケアに支払う能力に関係無く、あらゆる人にアクセスを提供する費用対効果に優れたサービスである<sup>17</sup>。

鍵となる議論は、プライマリ・ケアにおけるジェネラリストが、ほとんどの日常的な病気に対して利用しやすい地域ケアを提供し、適切な患者をスペシャリストに紹介出来ることである。スペシャリストが実際に専門分化することをこれが可能にしている<sup>18</sup>。NHSにおけるスペシャリストへのアクセスの制限は、他の多くの西側諸国よりもGNPに占める医療費の割合を抑えながら、寿命や周産期死亡といった健康指標の国際比較の中で賞賛に値する位置を英国が達成することを可能にさせている重要な要素である<sup>iv</sup>。この見解に関するエビデンスは、Moore<sup>19</sup>により上手く要約されており、Starfieldら<sup>20</sup>により更新されている。これは以下の6節で展開されている。

しかし、英国でさえ、スペシャリズムがより良いケアを提供するかもしれないという意見が繰り返されている。過去20年間にわたる「2次ケアからプライマリ・ケアへの移行」の運動に反映されているように、プライマリ・ケアは費用削減に繋がる可能性が高いため、政府により好意を持たれている一方、関連した資源の移行がジェネラリストの臨床医にすべて配分されてはいない。代わりに、「中間」スペシャリストの施設に大きな関心が寄せられ、「得意分野」を有する家庭医の育成が推進されている。

## 4

### この進化に及ぼす文化的、社会的期待の影響

#### 4.1

### 患者の力対スペシャリストとジェネラリスト

地位に関する問題は、「伝記的医療の解放(emancipation of biographical medicine)」という刺激的な評論の中で多くの議論を底流としている。Armstrongは18世紀以前からの臨床医学の伝統的な状態を、「裕福な顧客と彼らの丁重な医療従事者との相互作用の産物」と述べている<sup>21</sup>。「病理学を基盤とする病気を患者から抽出する中で、顧客との関係性よりも同僚との関係性への増大する強調がもたらした医学知識の生産の新たな様式」によって患者を支配下に置いた病院医療により、19世紀の後期にこれがどのように取って代わられたかを我々は見てきた。そのような神秘性が病院医師の社会的権力を増大したのである。当初、家庭医は病院の特権と設備へのアクセスを得る努力をすることによって応答する傾向があった。しかし、病院からの家庭医のさらなる排除は、1948年のNHSの設立とともに終了した。数年間の躊躇の後に家庭医は戦略を変更し、むしろ病院の中へと争うよりも、彼ら自身の学問(前述のMcWhinneyを参照)を系統立てることで、患者の物語とコンテキストに価値を置き、「健康の共同生産」のためにより対等な関係を促進する伝記的医療の新しいスタイルへの彼らの献身を強調したのである<sup>17</sup>。

事実上、病院のベッドに拘束されるよりも、患者は通常、外来か自宅にいるため、スペシャリストに比べて、家庭医と共にいると患者は常に比較的より多くの力を感じている。この力は限定的であり、家庭医の診察に関する研究は、どれほど完全に医師が会話を支配しているかを明らかにした(例:Barryら)<sup>22</sup>。それゆえに、

iv しかし、この節約行為はいきすぎたかもしれず、待機的手術の費用よりもむしろ待機リストによる割り当てに終わってしまった。1997年以降の他国の保健制度への市民意識の高まりが、EU平均に並ぶ目標とともに、GNPに占める医療費の割合を政府が増やすように強いることとなった。

McWhinney の 9 つの原理とそれに続く教育 (Stewart ら)<sup>23</sup>に示されている「患者中心の医療」の擁護は、時として遂行よりも口先だけの支持であった (Campion ら)<sup>24</sup>。それにも関わらず、人としての患者への焦点は、家庭医に対する極めて高い信頼として報われてきており (Grumbach ら)<sup>25</sup>、その大部分は必然的に対人関係の質に基づいていた (Mainous ら)<sup>26</sup>。

## 4.2

### ジェネラリズムと職業的地位

英国人においては、一般的にジェネラリズムは総合診療と同義であり、それは地位に影響を及ぼしている。もし私が自分は医師であると誰かに明かすと、ほぼ決まって次の問いは、「あなたの専門は何ですか」である。多くの者は「自分は家庭医である」という答えに満足するが、これを専門化の失敗と理解する者もいる。勿論、ジェネラリズムとスペシャリズムの分離は病院医療においても起きているが、社会的地位の点においては、どのような病院専門医も自分は「専門医」であると一般人を説得出来、それに応じて尊敬される。脳神経外科(「彼は脳外科医だ!」)や、移植のような 3 次の専門性はより高い地位にある。Special の語源は、長い間名声を意味していた。Johnson の定義 (1755) の 1 つは、シェイクスピアの『ヘンリー四世』を引用し、「卓越した主 - 『王はすべての領域の特別な能力を同時に有している』」と解釈している。

## 4.3

### 専門性とジェネラリズム

プロフェッショナルリズムの存在そのものが問われ (Greenhalgh, pp. 267-8)<sup>10</sup>、インターネットがワンタッチで情報をもたらす今日においても、医学的な助言を求める際、患者は明らかに不利な立場にある。Donaldson<sup>27</sup>は、ケアの継続性の価値は、「情報の非対称を減じ、目標の連携を高めることにより、代理人の損

失を減らすことである」と主張している。ここで医師は、患者が必要とし、かつ欠いている知識と技術を有する患者の代理人である。人間関係の継続性とは、家庭医と目標を共有しながら、患者が彼らのために働く医師をどれだけ信用出来るかをより良く判断出来ることを意味している。昨今、患者は、過少よりもむしろ過剰な情報を潜在的に入手することが出来るが、特定のコンテキストにおける彼らの問題に対し、その適切さを評価するための専門的な助けを彼らは必要としている。

ジェネラリストはまさにこれが自分たちの専門性であると主張するが、それでも彼らは「多芸は無芸」とする過小評価を恐れている。これは、一般病理医にさえも通じるものがある。弁護を開始するにあたり、Kirkham<sup>9</sup>はこう主張している：

ジェネラリストの最も重要な技能の 1 つは、「自分が知らない時を知る」能力である。多くの病理医は、困難な症例を相談出来る熟練されたスペシャリストである病理医との非公式のネットワークを持っている。勿論、選ばれた専門家はおそらく 1 つの狭い領域のみにおける専門家であり、その領域以外の問題に対しては助けを必要とする。結局、専門家の 1 つの定義は「より少ないことに関してより多くのことを知っている者」である。

続けて彼は、同僚各自が平等に責任を持って仕事をする事と専門家集団の利点を主張している。

## 4.4

### 反論 - 専門的なジェネラリスト

スペシャリズムとは対照的に、ジェネラリズムは本質的により低い地位なのだろうか。非医療系のインターネット上での議論がこの問いに取り組んでいる<sup>28</sup>：

「多芸は無芸」。我々の頭には非難に聞こえるが、もっ

“メッセージは明確である。あなたの関心が変化に富み、才能が多様になればなるほど、それらの領域であなたが得るであろう権威と専門性はより少なくなる。”

と悪く言えば真実の意見にも聞こえる。メッセージは明確である。あなたの関心が変化に富み、才能が多様になればなるほど、それらの領域であなたが得るであろう権威と専門性はより少なくなる。ここから言えるのは、もしあなたがジェネラリストなら、あなたは明らかに我々が探している専門家ではない。

しかし、2種類の「ジェネラリスト」が存在する：

- 幅広い分野の専門性を獲得した、もしくはそれらの領域で専門化したジェネラリスト。
- 幅広い分野に触れ、表面をなぞるだけのジェネラリスト。

これら2つを混同するのは致命的な誤りである。そして多分、我々は両者を区別するための別々の名前を必要としている。

これは有益である。前者は「専門的なジェネラリスト」と呼ぶことが出来、多くの家庭医が今日、目指しているものである。後者は1912年の著名なスペシャリストにより度々引用された総合診療の中傷である。「やる気のない者による、いい加減な仕事」<sup>29</sup>。

専門的なジェネラリストの概念は、Nickols<sup>30</sup>による米国の経営学の世界から支持されている<sup>30</sup>。彼の要約にはこう記されている：

相談役の利用を検討する際、ジェネラリストとスペシャリストのどちらのサービスをあなたが必要としているかを知ることが重要である。あなたはその両方を必要とするかもしれない。ジェネラリストは通常、あなたが問題を同定することの支援により優れている。スペシャリストは自分達の解決法に合わせて問題を枠にはめる傾向がある。一旦問題が同定されると、どちらも助けになりうる。コントロールのための彼らのニーズとあなたのものが合致しない場合は、どちらもそんなに役には立た

ない。注意して相談役を選びなさい、そしてジェネラリストとスペシャリストの違いを念頭に置くのです。

コントロールに関する点は、スペシャリストとプライマリ・ケアのジェネラリストが彼らの患者との間に形成する対照的な関係性をよく描写している。要するに、専門的なジェネラリズムは医学界の外では認められており、スペシャリストからは得ることの出来ない利益を社会に提供出来る可能性がある。

しかし、競争的市場の中では、これらの利点は圧倒的に見えないかもしれない。Weiszは「『専門性』と『科学』という概念への一般市民の増大する信仰は、専門細分化の成功にとって不可欠であった。患者がジェネラリストよりもスペシャリストがより良いケアを提供していると信じない限り、スペシャリストが生き残ることは出来ないのである」(p. 229)<sup>15</sup>。

#### 4.5

### ジェネラリズムと国の文化 - ゲートキーパーの役割と他の制度的要因

米国におけるジェネラリズムの衰退は既に述べた通りである(3節)。あらゆる管理型医療と公衆衛生の多くの側面に対する一般市民と専門職と両方からの反対は、19世紀まで遡る(Starr, pp. 181-6)<sup>16</sup>。米国医師会は公共のヘルスセンターに反対し、貧困者ケアに関する公的計画にも反対し、さらに1960年代と70年代には健康維持機構(Health Maintenance Organizations; HMOs)にも反対した(Starr, pp. 363-405)<sup>16</sup>。Mooreは1992年のジェネラリズムに関する彼の評論の中で、「市場はスペシャリズムを好む。中央集権化された人的資源の計画と統制の歴史を欠いていることから、米国が今になってそのようなシステムを生み出す可能性は低い」(すなわち、「プライマリ・ケアのジェネラリストの増加を刺激する」あらゆる介入)と述べている<sup>19</sup>。もしMooreが正しければ、イングランドにおける市場に基づいた医療改革への動き

はジェネラリズムよりもスペシャリズムを好む可能性が高い。ジェネラリストは注意すべきである。

他の「西洋」諸国では、総合診療はより強固であるが、その地位の高さはスペシャリストへのアクセス規制(ゲートキーパーとしての役割)の有無に密接に関連している。これは英国、オランダ、北欧で最も強く、ベルギー、フランス、ドイツで顕著に最も弱く、カナダ、オーストラリアは他国とともにその中間にある。このヒエラルキーは、スペシャリストと比較して、ゲートキーピングが発達している国の多くでは同額で、他国では最大で2倍に及ぶ差があるジェネラリストの収入に反映されていることと関連があるかもしれない(Starfield, pp. 337-49)<sup>31</sup>。

第三世界では、医療がほとんど存在しない地方と首都における民間のスペシャリストの繁栄の間での幅広い対照があり、プライマリ・ケアが多くの場合より一層弱くなっている。この不平等さと戦うことこそが、「すべての人にプライマリ・ヘルス・ケアを」というアルマ・アタ宣言(1978)の主たる目的であった<sup>32</sup>。宣言10か条の第7条はプライマリ・ヘルス・ケアの本質を要約している。これらは多くの点で McWhinney の原理を第三世界のコンテクストに適合させたものに近いものである。

ソビエト社会主義共和国連邦や他のかつての共産圏諸国においては、プライマリ・ケアは相対的に弱体で、大部分がポリクリニックで勤務し、スペシャリストへの「振り分け」の役割を担う地位の低い医師によって提供されてきた。そうした国々で注目すべきは、小児医療はより高い地位を享受し、ジェネラリストあるいはスペシャリストの小児科は完全に成人の医療から切り離され、その後の医学校の成人の医学研修からも切り離されていたため、全家族構成員にケアを提供するジェネラリストの医師という概念はここでは全く知られていなかった<sup>v</sup>。1989年から1991年におけるソビエト社会主義共和国連邦の崩壊と旧ワルシャワ条約機構の解体から、多くの新興独立国が誰もが利用出来るプライマリ・ケアの制度を設立しようとして以前よりその多様性は増してきている。ポーランド、チェコ共和国、スロベニアで総合診療は目覚ましい

発展を遂げている一方で、進捗状況はこれまでのところ様々である。

## 5 プライマリ・ケア - 現代のメディカル・ジェネラリズムの焦点

メディカル・ジェネラリズム(家庭医)、スペシャリストとしてのメディカル・ジェネラリスト(一般内科医、外科医など)、よりジェネラリスト志向のスペシャリスト(一般老年科医、小児科医など)、または医師でないジェネラリスト(例: 看護師など)にだけ我々は注目すべきだろうか。包括的アプローチに対して、焦点を絞ったアプローチの長所と短所は何だろうか。

これはなぜこの問いが持ち出されたかに依存する。スペシャリズムは現代の生活においてあちこちで見受けられる。医療だけではない。学問、法律、産業のすべてが実例を提供している<sup>33</sup>。しかし、組織は上級管理職にジェネラリストを必要とする可能性が高く、この役割への移行は過酷かもしれない<sup>34</sup>。医療における特定の状況は、医療費を抑制するための政府による苦闘の中での専門細分化に関する議論を突き止めた Weisz によりさらに詳しく述べられている(pp. 231-56)<sup>15</sup>。Weisz は、国の規制を支持する国として英本国とフランスを、職業集団の自己規制をより好む国として米国とドイツを取り上げている<sup>15</sup>。必ずしも総合診療がプライマリ・ケア提供の最良の手段ではないが、英本国では、1990年代初頭から国の規制がプライマリ・ケアをとりわけ支持してきた。この社会政治的な議論は、既に述べられているように、プライマリ・ケアシステムの強固さにおける各国間でのいくつかの違いを基盤としているかもしれない。

私の個人的な見解は、プライマリ・ケアとは、ジェネラリズムが成功または失敗するどちらかの場であり、それを改善しようと試みることは幾分か原理の問題である、ということである。原理

v 筆者は個人的にサウサンプトンで1970年代に行われた家庭医の「年齢別ケア」の実験に「mediatrician (内科小児科医)」として関わっていた。この実験は診療集団を15歳と65歳で区切り、3つの年齢群に分類した。各群は各々の家庭医を持ち、「小児科医」は周産期医療も提供していた。この実験は3年間行われ、ありがたいことに中止された。参照 Freeman GK. A Mediatrician Reflects. In EM Clark, JA Forbes. *Evaluating Primary Care: some experiments in quality measurement in an academic unit of primary medical care*. London: Croom Helm, 1979, pp. 167-71.

が動機を生む一方、異なるシステムがどのように働き、なぜかを知る事が重要であるため、私は、プライマリ・ケアにおけるジェネラリズムに対して賛成、反対のエビデンスに注目することを提案する。しかしながら、初めは病院におけるジェネラリズムについて簡潔に言及する。

## 5.1

### 病院におけるジェネラリズム

ジェネラリズムは病院内でも衰退しており、これが課題をもたらしている。患者が脳卒中のような比較的明確な診断で入院した時でも、神経内科医の診療を望まれているように直ちに受けることは滅多にない。実際は、3段階のプロセスがまだ一般的である。ここでは、患者は救急センターから始まり、「急性期アセスメント病棟」に24～48時間入院した上で、最後に神経内科専門医へと移される。しかしながら、目標は明確である。適切なスペシャリストにかかることである。複数のスペシャリストが同時に必要とされるかもしれない場合(つまり多重罹病)1つ以上の深刻な問題を抱える患者に対して、状況は容易ではなくなり、効果的なジェネラリストに対するニーズが緊急になりうる。

初めは、NHSの病院専門医の多くは自らを一般内科医や一般外科医であると述べており、緊急入院の扱いと振り分けにこれは特に有用であった。しかしながら、近年では、研修医レベルでは認められているが、成人の病院医療において上級レベルの真のジェネラリストがほとんど存在しないほどにまで専門細分化が進行してしまった。ジェネラリストの欠如は優先順位付けと連携の問題に繋がる恐れがある(病理学については、Kirkham(2000)<sup>9</sup>を参照)。

英国においては、これは通常は、高齢者をケアするスペシャリスト(老年科医とも称される)である。高齢者ケアの専門診療科は、高齢者の適応能力が比較的遅いことと部分的に関連するが、特に高齢者では、多重罹病が認められるので、マネジメント上の特有

の問題を高齢者が持つことが理解された1960年代に発展した。老年科医はジェネラリストとして始まった。彼らの患者は、家庭医による在宅ケアには病気が余りにも進行している一方、疾患を基盤とするスペシャリストからの手助けはほとんど何も期待出来ない者である傾向にあった。高齢者の割合が増加するにつれて、彼らは臓器別専門医と並んだ立場をますます確保している。北米でも、総合内科は「最新の成長分野である高齢者ケアにもっと焦点を当てるべきである」と提案されている(Weisz, p. 203)<sup>15</sup>。

米国においては、この流れは病院患者の第一線でのケアの責任と、あらゆるサブスペシャリストとの連携に特別な責任を持つスペシャリストである「ホスピタリスト」の出現に繋がった<sup>35</sup>。ホスピタリストは費用削減と結び付けて考えられていたが、45病院の観察研究の中で、Lindenauerらは過去に報告されたものよりもそのような削減効果が少ないと確認した<sup>36</sup>。ホスピタリストの患者はより短い入院期間を示したが、家庭医により診療された患者と比較すると削減効果はなかった。筆者は「家庭医は、総合内科医、もしくはホスピタリストといった彼らの同僚に比べてより少ない資源を用いた診療形態を持っている」と述べている。

病院における専門分化(もしくはサブスペシャリティへの細分化)の程度に関する多くの文献が存在する。根拠の重みは、特定の診断に対して多くのスペシャリストによるケアを支援しているように見えるが、多くの比較研究が観察研究であり、特に選択バイアスによる交絡をきたしやすいためである(急性脳卒中に関する議論については、Lindenauer<sup>37</sup>を参照)。

## 5.2

### いくつかの政府にとって魅力的なプライマリ・ケア・ジェネラリズム

プライマリ・ケアは、費用対効果に優れた方法で健康指標を向上させる機会を明らかに提供しており、政府は様々な方法で2次

ケアからプライマリ・ケアへの移行」を促進させようと試みてきた。米国において、プライマリ・ケアと2次ケアの双方を含む包括的な健康計画に患者が参加するHMOを重視していた。米国最大のHMOの1つは、2002年の英国NHSと比較してほぼ遜色ない<sup>38</sup>。

### 5.3 英国における発展

英国では、増大する予算と、プライマリ・ケアサービスの大幅に拡大した直接管理によりこれがはっきりと示されている。プライマリ・ケアは1世代前の患者の需要にほぼ完全に対応した。英国のシステムは比較的単純であった。プライマリ・ケアの大部分は、個人開業医型の家庭医により提供されていた。家庭医は診療所の看護師と共に働き始めていたが、看護師へのアクセスは通常、家庭医を介してであった。すべてのスペシャリストは家庭医を介してアクセスされた。唯一の例外は、患者が自ら病院の救急センターを受診する「救急」と、直接受診出来る別の外来が第1次世界大戦中の1916年に危機感を感じた政府により設置された「性行為感染症」であった。

継続的な改革は1989年に始まり、現在の政府下で加速している。現在は時間外プライマリ・ケアの連絡点であるNHS Directという全国的な電話相談回線を含む新しい種類のプライマリ・ケアが展開されている。より議論があるものとしては、いくつかは救急センターに併設され、またいくつかは駅やショッピングセンターなど忙しい都心部にある直接受診するウォークイン・センターがある。これまでは彼ら全体の収容力は小さく、利益に関する根拠も限定的であるが<sup>39</sup>、確かに彼らは総合診療のより手取り早い代替案である。さらに、救急センターに併設したより規模の大きい新しい形式のポリクリニック、すなわち「ポリセンター」が現在発展中である。看護師と医師の混成で職員が配置され、患者は事前登録無しに受診出来、既にどこかに登録していたとして

も実際に正規の手続き無しで登録を移すことが出来る。

より伝統的な総合診療は、Quality and Outcomes Framework(QOF)を通して目標達成度に応じた報酬を得ることが出来る長期的なケアや予防的ケアにますます力を注いでいる。前向きなケアへの集中は、より単純な専門診断と治療の過程を高額なハイテク病院から外見上より安価なプライマリ・ケア部門へと移行したい願望とともに、得意分野を持つ家庭医の奨励に繋がっている。再度述べるが、有益性に関するエビデンスは様々である<sup>40</sup>。

選択と競争に対する政策担当責任者の関心は、プライマリ・ケアの提供において民間部門組織の潜在的な参画に繋がった。空いた診療所は競争入札に出すことが出来、民間部門はこれらのいくつかを成功のうちに競り落としている。この政策の影響に関するエビデンスはまだ存在しない。

したがって、多額の資金がプライマリ・ケアに投入されているが、患者が登録されており、長期にわたる治療的な人間関係とケアの協調性の両方を提供する立場にある診療所には、その一部のみしか投入されていない<sup>41</sup>。これらの展開の基礎を成している1つの哲学は、保健医療においても市場原理は有効であるという信念である。さらなる解説はJones<sup>41</sup>を参照。

### 5.4 ゲートキーピングの重要性

現在、英国の家庭医は彼らのゲートキーパーとしての役割を持ち続けており、スペシャリストへのすべてのアクセスを管理している。これは今、プライマリ・ケアの委託と予算保持のより幅広いシステムの一部として認識されている。プライマリ・ケア・トラスト(PCTs)は家庭医と契約を結び、家庭医が紹介を行う。適切とされる紹介率の基準の明確な設定はないが、家庭医間でかなりの違いがある。切迫した予算の締め付けの中で、家庭医からの紹介を管理する動きは避けて通ることが出来ない。再度述べるが、

vi ケアの継続性の主な種類 - 参照 Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, *et al.* A synthesis of the concept of 'continuity of care' in the health and policy literature. *British Medical Journal* 2003 ; 327 : 1219-21.

そのような政策の影響と有効性の両方に関するエビデンスは不足している。家庭医に対しては、紹介を考慮する患者の擁護者でありながら、地域の健康経済における患者が属するより広い地域社会に対する責任を持つという、潜在的な役割の矛盾をもたらしている。英国家庭学会雑誌 (British Journal of General Practice ; BJGP) の示唆に富んだ裏ページ部分の論文において、患者は彼らの家庭医の仲介に邪魔された診療は受けておらず、スペシャリストへのアクセスの公平さが損なわれるかもしれない危険をはらんでいると Williamson は指摘している(7 節も参照)<sup>42</sup>。

次節で、私はジェネラリストの業務から離れてしまうことの結末を見ていく。それは米国で最も認められ(かつ最も研究されている)。

## 6 ジェネラリズムか、スペシャリズムか ケアの過程と結果(結果/有効性、公平さ、 費用、アクセス)の質

### 6.1 ジェネラリストによるプライマリ・ケア対 スペシャリストによるケア

ジェネラリズムに対して賛成か反対かのエビデンスは、米国で詳細に考察されている。近年、国際的な健康指標の相対的に低い水準とともに高騰する医療費に対して、米国では社会的、専門職的懸念が存在する。これは、米国の医療制度改革に対する現在の試みに多少反映されている。

### 6.2

## 国別の保健医療制度の実績を比較した Starfield の業績

米国は世界で最も裕福な国であり、その国内総生産の最も多くの割合を保健医療に注ぎ込んでいるが、多くの国際的に比較された健康指標の水準は低い。喫煙、飲酒、交通事故の割合が低いにも関わらず、これが起きているということを Starfield は指摘した。米国は、80 歳という平均余命の指標のみよくやっている。医療支出に対する国民皆保障を有し、プライマリ・ケア医と密接な関係を持つ可能性が最も高いのは、高齢の米国人であるということに彼女は我々に思い出させてくれる (Starfield, pp. 403-4)<sup>39</sup>。この惨めな結果のいくつかは、何百万ものより貧しい人々に対する保健サービスへのアクセスの欠如とともに、所得分配の大きな不平等さが原因であるかもしれない。しかし、ジェネラリストによる強固なプライマリ・ヘルスケア部門の欠如が、もう 1 つのもっともな要因である。この主張の根拠は、Starfield と協力者により何年もの年月をかけて収集され、2005 年に彼女の同僚の Leiyu Shi と James Macinko により執筆された価値のある学術論文の中でまとめられている<sup>20</sup>。

### 6.3

## 人口 10,000 人当たりのプライマリ・ケア医 利用可能率 - 米国内と他国

Starfield のチームによる研究は、米国において、(プライマリ・ケア医の)利用可能率がより高い州では、総死亡率、心疾患、悪性疾患、脳卒中による死亡率、乳幼児死亡率がより低く、低出産体重と自己申告による不健康状態の割合がより少ないことを含むより優れたアウトカムを持つことを示した。社会人口統計学的特徴、

“ 診断に用いる検査の価値は、検査される集団におけるその状態の有病率に依存する。 ”

生活様式の評価、さらに所得不平等の補正後も、これは当てはまっていた(pp. 460-1)<sup>20</sup>。プライマリ・ケア医を家庭医、総合内科医、小児科医として米国の構成要素に分類した場合、家庭医の供給だけがより低い死亡率と関連していた<sup>43</sup>。

さらに詳細な研究では、より多くのプライマリ・ケア医の供給を支持するこれらの違いが、僻地の郡ごとの比較で示されていた。しかし、都市部においては、半ば人口規模と医師の供給の双方、および人種の違いのより大きな局所変動のため、状況はより明確ではなかった。

Starfield らは、Jarman らの英国の研究を強調した<sup>44</sup>。それによると、より低い院内死亡率は、病院医師のより多い人数と関連していた(研修病院をより支持している)が、地域における家庭医の供給とも関連しており、それは3倍もの強い関連だった。

Starfield らは、主治医としてのプライマリ・ケア医を有する、もしくは有さない者の健康状態を比較する研究結果も示した。彼らは、米国、スペイン、カナダ、キューバ、コスタリカにおいて、死亡率と現在の健康状態の両方との有意な関係を確認した。

## 6.4

### 国際比較

ジェネラリストによるプライマリ・ケアシステムを支持するStarfield らの主張の中核は、国際比較に基づいている(pp. 466-8)<sup>20</sup>。一連の研究の中で、チームはプライマリ・ケアの強固さに応じて国を分類し、総死亡率、および喘息、気管支炎、肺気腫、肺炎、心血管系疾患、心疾患に対する死因別死亡率を含む幅広い健康指標を比較した。プライマリ・ケアの強固さは、プライマリ・ケアの包括性の程度(すなわち、より幅広いサービスのためにスペシャリストへ紹介するよりも、プライマリ・ケア医がそれらのサービスを提供する程度)と、家族志向性(同じ医師によりすべての家族構成員に提供されるサービスの程度)により評価された。

大部分は米国内で行われた研究は、より良いプライマリ・ケアの提供が、所得分配を補正した後でさえも、健康の不平等さを減少することを証明した(pp. 469)<sup>20</sup>。

## 6.5

### ジェネラリストによるプライマリ・ケアは医療費を削減する

プライマリ・ケアのこれらの利点は、米国内と国際比較において、医療費削減と関連していた(p. 473)<sup>20</sup>。

## 6.6

### ジェネラリストによるプライマリ・ケアの利点を活かすために提案された仕組み

Starfield らは、公衆衛生におけるプライマリ・ケアの有益な影響を説明する6つの仕組みを提案している：

1) 相対的に貧困な地域住民層に対するより良いアクセス；2) ジェネラリストによって提供されるより質の高いケア；3) 予防におけるプライマリ・ケアの影響；4) プライマリ・ケアにおける健康問題のより早期なマネジメント；5) より適切なケアに対するプライマリ・ケアの特性の貢献；そして最後に6) 不必要もしくは不適切なスペシャリストのケアを減少するプライマリ・ケアの役割(pp. 474-83)<sup>20</sup>。

このうち、2番目(ジェネラリストによるケアの質)、5番目(プライマリ・ケアの特性)、および最後(ゲートキーピング)は、ジェネラリズム特有の側面である。

ジェネラリストとスペシャリストの業務を比較した研究<sup>45,46</sup>は、

ジェネラリストにより計画、実行された際、ケアの質は同等であった、もしくはプライマリ・ケアがより優れていたと結論している。Starfield らは以下のように言及している。

これらの違いは、特定の疾患関連の指標とそれらの疾患に対するガイドラインのアドヒアランスにより関心を持つスペシャリストと、健康の多角的側面、いわゆる「ジェネリック」な健康により重点を置くプライマリ・ケア医との 2 種類の医師による適切な「アウトカム」の概念の違いを示唆している。併存罹病は日常的であり、ほとんどの特定疾患よりもジェネラリストとスペシャリスト双方へのより多くの受診を引き起こすため、研究中の特定疾患以外のジェネリックなアウトカムやケアの質を評価することが重要である (Starfield ら, 2003, p. 476)<sup>20,47</sup>。

患者が自身の健康ニーズのほとんどに対しケアの 1 次資源を利用すること意味する長期にわたる人間関係の継続性は、より高い満足度、より良いコンプライアンス、より低い入院と救急外来の利用率 (p. 481)<sup>20</sup>、そして患者の心理社会的問題へのより良い認識と関連している<sup>48</sup>。

1 つの鍵となる仕組みは、スペシャリストへのアクセスを和らげるゲートキーパーとしてのジェネラリストの役割であろう。Starfield らは、ジェネラリストの地域集団とスペシャリストの病院集団の間での診断確率の違いの強固な理論的基盤を仮定した (Starfield 2005, p. 483,<sup>20</sup> Franks ら 1992,<sup>49</sup> Sox 1996,<sup>50</sup> Hashem ら 2003<sup>51</sup>)。この主張は印象的な童話「The Gatekeeper and the Wizard (ゲートキーパーと魔術師)」の中で最も優雅に述べられている。物語の最も重要な点は、Vecchio によるこの引用である：<sup>53</sup>

診断に用いる検査の価値は、検査される集団におけるその状態疾患の有病率に依存する。

## 6.7

### Starfield 以降

Starfield の一連の研究は、深い感銘を与え、説得力に富むものであったが、それはいまだジェネラリストによるプライマリ・ケアを支持する広範囲の米国医療改革には繋がっていない。実際、米国人はスペシャリスト志向のシステムに大いに執着しているように見え、その有効性を議論し続けている。

ジェネラリストとスペシャリストによるケアのアウトカムを比較したより新しくより入念なレビューが、2007 年に「スペシャリスト」の雑誌 (*Archives of Internal Medicine*) に掲載されたが、それはジェネラリストのチームにより執筆されている<sup>54</sup>。Smetana らは、1980 年から 2005 年までに英語で発表された彼らの検索基準に応じた 49 の研究を確認した。彼らは「単一の個別病状」に着目し、ケアの容認された最適基準を調べ、定量的なアウトカム評価をするために各群に少なくとも 50 項目を含んだジェネラリストとスペシャリストによるケア間での比較を要求した。研究の半分以上 (29/49) は、冠動脈性心疾患、糖尿病、もしくはうっ血性心不全を対象としていた。彼らの研究結果は、彼らが予期した通り、スペシャリストによるケアを支持し、興味深い議論の中で彼らは、なぜ彼らの研究結果が、彼らが Starfield の「生態学的」研究と呼ぶものと相反しているのかについていくつかの重要な理由を唱えている。これらの理由は、ケースミックスの不十分な調節、比較群への診療環境 (設備、作業負荷 - 特に時間資源、記録システム) の影響の不十分な調査である。さらに重大な点として、彼らが間違った問いを投げかけていると彼らは示唆している。個別の疾患を比較する研究をレビューするのではなく、彼らはより高齢の患者と併存罹病に注目すべきであり、メディケア (Medicare) の支出の 95% が 2 つ以上の疾患を抱えた患者に対してであることを指摘した<sup>54</sup>。

関連する論説<sup>55</sup>は、有効性、妥当性の双方において、より批判的である。49 の研究のうち 2 つのみにおいて、研究対象がスペシャ

リスト、もしくはジェネラリストによるケアに無作為で割り当てられており、スペシャリストによるサービスを好む出版バイアスの可能性を残し、その結果は研究対象となる項目の全人的な患者に対するケアの質を評価していない。彼らは、医師の偏在、およびケアを調整するための医師のインセンティブの欠如が存在し、プライマリ・ケアへのすべての人がアクセス出来ないシステムのコンテキストにおいては、このような比較は役に立たないと主張している。

最近では、オランダの Post らによる 2009 年のレビューが、プライマリ・ケアのジェネラリストによる慢性疾患を抱えた患者へのケアと、スペシャリスト施設によるそれとを比較した 22 の論文を含んでいる<sup>56</sup>。彼らは、関節リウマチ、糖尿病、または嚢胞性線維症を抱えた患者へのアウトカムは、高度化した施設、もしくはサブスペシャリストよりも優れてはいなかったと結論した。しかし、彼らは、異質な論文をまとめたものから十分な結論を引き出すことは困難であると述べている。たとえそうであったとしても、彼らの比較をより質の高い研究に限定することは、彼らの多少不確実な結論を変えなかったであろう。彼らは、将来的には誰がケアを提供するのか、もしくはどの環境でといった点よりも、むしろ正確なケアの過程に焦点を当てる方がより有益であろうと結論した。

これらのレビューの 1 つもメンタルヘルスの問題を含んでいなかったことは注目に値するが、Wang と Patten による 2007 年のカナダ全土を巻き込んだ研究は、家庭医により提供されるメンタルヘルスの認められた有効性は、メンタルヘルスのスペシャリストにより提供されたものと有意差はなかったと報告している<sup>57</sup>。

## 6.8

### ならば、ジェネラリストによるケアはより良いアウトカムを生み出すのか

Gordon Moore は、以下のように論述している<sup>19</sup>：

政策立案者が、ジェネラリズムの長年にわたる衰退を反転するための行動を起こす場合、彼らは、ジェネラリストによって提供されるプライマリ・ケアが、サブスペシャリストによって提供されるものよりもかなり優れていると確信しなければならないだろう。しかし、ジェネラリストとスペシャリストの双方の視点の提唱者により唱えられた主張は決定的ではない。このエビデンスは、政治的選択のための強固な基盤を提供するためには役に立たないのである。

しかし、Moore が利用可能だった頃より、我々は遙かに多くのエビデンスを有しており、前述したエビデンスの私の解釈は、すべてを考慮すると、「yes」である。

エビデンスの特質は当面の問題と関係がある。現在でさえ、この問題に関連したランダム化比較試験(RCTs)は極めて少ない。このようなデザインを、ジェネラリストとスペシャリストによるケアの比較に応用するのは極めて難しい。特定のコンテキストの中で実践されるスペシャリストの体制と、全体に作用するジェネラリストのものを比較することは本質的に困難なのである。相当に幅広い結果のみが適当かもしれない。しかし、医療制度は、このような結果への相対的に小さな貢献でしかあり得ない。RCTs からの適切なエビデンスがいつか利用可能になると期待するのは甘い。Starfield 自身、『内的簡潔さと外的関連性(internal elegance and external relevance)』という副題をつけた JAMA の論評の中でなぜかを説明している<sup>58</sup>。RCTs では、臨床的介入の比較を超えるサービスの有益性、効率性、公平性に関する問題を取り扱うことが出来ないと彼女は主張している。この難題は幅

広く認識されており、研究界は「複合的な介入」を評価する質的研究と入念に計画された研究の混合を提案することで応えている。ジェネラリズムは本質的には単純な概念である一方、ジェネラリスト、もしくはスペシャリストによるケアの提供は、疑いなく複雑な介入である！

## 6.9

### 過程の評価も適切である

これを表現するもう1つの方法は、医学を確率論的なアートとして見ることである<sup>60</sup>。「医師はすべての教わった教訓に従い、患者を良心的に治療するかもしれない。しかし患者は悪化するかもしれない」という見解をこれは反映している。それゆえ、可能な望ましくない結果にもかかわらず、適切に診察されたかどうか(過程)に着目することが、最良のエビデンスに基づく方式にまだ沿わない問題の医療的ケアを我々が評価すべき方法である。

すべてのシステムは変動を見せる。これは局所的状況への適応と創造的なイノベーションをもたらすことが出来る。これは優れた診療に気づかず、局所的状況に応じてケアの過程を最適化することの失敗も意味する。糖尿病を抱えた患者へのジェネラリストとスペシャリストのケアを比較した早期の研究は、この点を明らかにしている。糖尿病を抱えた患者に対して定期的な診療を組織している診療所は、病院の糖尿病外来と同等のケアを提供出来るが、伝統的な日和見的な、もしくはその場しのぎに反応するだけの対応をされた患者は、より劣る糖尿病のアウトカムを有していた<sup>60,61</sup>。したがって、ジェネラリストが前向きなケアを適切に組織することで、ジェネラリストは日常的な特定疾患に対し、良質のケアを提供することが出来る。既存の傾向に対する QOF の影響は実際小さいかもしれないが、この過程にインセンティブを与えることが、2004年に英国で導入された QOF の根本的理由である<sup>62</sup>。

## 6.10

### 患者の見解

ジェネラリスト、もしくはスペシャリスト志向のシステムのどちらかを選択する、もしくは評価するように患者が直接尋ねられた研究を私は知らない。しかし、多角的な米国の環境において、Family Medicine Specialty が千年紀の変わり目に重要な全国的な国民調査を開始した。これは最初に質的インタビューを利用したアンケートに基づく全国向けの研究であった<sup>63</sup>。これは患者に家庭医から何を望むかについて尋ねている。その調査結果は以下に要約される：

患者はプライマリ・ケア医に以下の5つの基本的な基準を満たすことを望んでいる：彼らの保険計画に含まれること、身近な場所にいること、受診予約を適切な時間以内に調整出来ること、優れたコミュニケーション技術を有すること、そして適当な臨床経験を有すること。

基本的な基準を超え、患者はサービスを含む何よりも、彼らの医師との関係性を重んじている。患者は、彼らに耳を傾け、彼らに物事を説明するために時間をかけ、彼らの総合的なケアを効果的に調整することが出来る医師を高く評価している。

Green らは、さらに以下を付け加えている<sup>63</sup>：

広範な健康問題を取り扱う包括的なケア提供者の概念に対していくつかの懐疑論が存在する。少なくとも幾分は、この反応はいかなる医師に対しても医学の進歩のすべてに遅れずについていけることを期待することは非現実的であるという考えが基盤となっている。

この最後の内容は、患者は専門性と科学を高く評価するという Weisz の言い分を再現している(4節)。より小規模の研究の中で、Main らは、患者が彼らの理想的な医師(プライマリ・ケアもしくは家庭医療と指定せずに)から何を期待しているのかを調査するためにコロラド州で78のフォーカス・グループを行った<sup>64</sup>。

彼らは、関係性と患者中心性に対する強い関心とともに類似の調査結果を報告している。ジェネラリズムの問題に関して、彼らは以下のように述べている：

フォーカス・グループの参加者は、ケアの協調性の重要性を強調した。参加者はゲートキーパーを要求しなかったが(実際、この用語は1回も挙げられなかった)、彼らの医師が彼らのケアと医学的情報(特にプライマリ・ケア医とスペシャリスト間での)の調整を助けることを望んだ。

英国では、Picker 研究所の Coulter と同僚が患者の見解を突き止める分野の先頭を進んできた。しかし、ジェネラリストによるプライマリ・ケアのシステムを廃止するための真剣な提案が存在しなかったため、患者はそれをスペシャリスト主導のシステムと比較するように尋ねられることはなかった。Coulter は 2005 年に患者がプライマリ・ケアに何を求めているのかを要約した。彼女の議論の大半は、アクセスと患者中心性の問題に関するものだった。スペシャリストへの直接的なアクセスに関しては、彼女は以下のように言及している<sup>65</sup>：

いくつかの患者は、病院基盤のスペシャリストへのより自由なアクセスを望むかもしれないが、この紹介制度に手をつけると、家庭医や他のプライマリ・ケア従事者による重要な協調性の役割を損なう恐れがある。もしそれが現時点で適切に機能しているシステムの基盤を衰えさせるなら、ケア提供者のより多くの選択は価値あるものではない。

患者からのエビデンスは、ジェネラリストにより提供されるケアに対する幅広い支持を示しているが、これがより優れていると決定的に証明するものでない。しかし、批判は時に痛烈になりうる。ポリクリニックに関する議論の真っ最中、参考人 Aaronovitch は『タイムズ』紙(2008)の中でこう言及した：「この『全人的な』アプローチは、実際は『素人同然』であることを暗に示すようなもの

だ！」。

## 7

### より幅広い見解 - 多くの未解決問題！

私はここまで、ジェネラリズムの意味、それがどのように進化したのか、文化的影響、最近ではプライマリ・ケアとほぼ同一化していること、およびプライマリ・ケアにおけるジェネラリズムの価値を示す医学的根拠について議論してきた。私は、日々活動している家庭医としてのいくつかのバイアスの可能性を認めながらも、プライマリ・ケアにおけるジェネラリズムに関するエビデンスの大部分は有益であると結論する。しかし、自称ジェネラリストとして、より幅広い物の見解を訴えなければならない。

前節では、医療のジェネラリズムに影響を及ぼした歴史、文化的要因のいくつかを説明した。これらは、我々がどのようにして現在の場所に辿り着いたかある程度までは説明する。我々が必ずしも最良の状況にいることを意味するものではない。

#### 7.1

### もし医療にジェネラリズムを持たなかったら、あなたはそれを発明しなければならないか

そう初心者は問うかもしれない<sup>66</sup>。しかし、主張された大衆のスペシャリズムへの興味はそうでないと言えよう。その上、患者を消費者と見なす者は、スペシャリストへの直接的なアクセスを訴えるかもしれない。しかし、有病率の高い症状は、そのほとんどが大抵自然治癒する一方、時にはより深刻な病気の初期兆候かもしれない特別な専門知識を必要とする。一見無害の症状がより重大な意味を有するかもしれない時を見抜く技術が必要であ

viii 有名な米国の社会歴史学者 Martin Marshall によると、どうやら Rosemary Stevens は同意したらしい！

る。これは探している疾患の有病率に応じたすべての診断手法(病歴の事項、身体診察所見、または検査のどれであったとしても)の変化する適中度と妥当性に基づいている(前述のゲートキーパーと魔術師の物語を参照)。これは繰り返し、ゲートキーパーとしての機能であるが、より深刻でない病的状況に対する適切なケアと症状の最小限の医療化を強調するものだ。

ますます患者は多重罹病を抱え、スペシャリスト間の調整を必要とする。主要なジェネラリストの機能である。その上、多くの患者が彼らのすべての症状を管理している情報通の消費者として活動し、スペシャリストへの受診を取り扱い、彼らのケアを調整しうる(そして、それが上手く出来る)が、年齢、不健康、あるいは社会的不利によってより脆弱な者は、これを難しい、もしくは不可能であると感じる。彼らは助けを必要としているのだ。家庭医は、ケアを調整し、診療科とシステム間の「溝」を渡れるように患者を助けることにより、この助けを与える。より一般的に、彼らは、症状と治療を解釈し、自分に何が起こっているのかを理解したいと望んでいる患者へ情報を与える役割を果たす擁護者として活動する。

多くの苦悩は、患者と患者周囲の状況間での相互作用に基づく複雑な発端を原因とするものである。Balint が記載している、何の利益も無しに6年間の間で34人のスペシャリストにかかったB氏<sup>13</sup>を改善することは難しい。従来の生物医学を超えた世界観を持つ同情的な医師に彼の話を打ち明けることが出来た時にだけ、B氏は彼の症状がどのように不運な人生の出来事と関連しているかを理解出来た。彼の症状はこの理解によって解決した。Balint は患者の生活を統合するために患者を助けることとして必要な治療的な技術を定義した。もう一度言及するが、統合はジェネラリストのアプローチの重要な特徴である(2節参照)。

こうした利点は、保健医療の提供により少ない影響を持つ、より高齢、より病気がち、さもなければ不利な立場にある人々にとって最も明らかである。ジェネラリズムがほとんど知られていないところでこれを「売る」ことはとても難しいかもしれない。個別化

された、地域内の、利用しやすい、親切なジェネラリストによるサービスを知らない人々は、それを想像出来ないかもしれない。

私は、日本、ギリシャ、ロシア、カザフスタン、およびウズベキスタンで総合診療の制度を導入する試みに関与した経験を持っている。最初の2ヶ国は比較的裕福で、残りの他国はソビエト社会主義共和国連邦の終わりの混沌とした余波に苦しんでいた。5ヶ国すべてで、その先導的行為は、財政的メリットを期待している医療政策者から始まった。すべての国で、既にプライマリ・ケアを提供しているスペシャリストと、スペシャリストへのアクセスを失うことを危惧する患者からの合わせた抵抗に彼らは直面した。前へ進む唯一の方法は、理想と自信を必要とする良く訓練された家庭医が配置された十分に資金提供されたシステムであるように見えた。進行は必ず遅くなる運命だった！

### 逆に、我々がそれを取り除くとしたら、我々は何を失うだろうか

これは、より肯定的な回答を得るかもしれない。良い総合診療の経験を持つ者は、上記に述べられた包括的で、親しみがあり、利用しやすい特徴を失うだろう。彼らは全体的に金を節約することはないだろうが、もし彼らが裕福で、基本的に健康で、そして社会的自信がある場合、彼らは自分が必要と考えるサービスの多くにアクセスすることが出来るだろう。もし彼らが深刻な病気を患った場合、彼らは素晴らしい民間の治療を得るかもしれないが、もし物事が上手く進まなければ、彼らはジェネラリストが全体を診ることがないため深刻に苦しむかもしれない。英本国において、我々は社会的不平等の影響を抑制するための強い力を失うだろう。不利な立場に置かれた者が直ちに苦痛を感じるだろうが、最終的には高まる不平等がすべての者を脅かすかもしれない。

## 7.2

### どんな種類のジェネラリストか

プライマリ・ケアのジェネラリズムは英国ではほとんど総合診療と同義であるが、これはどの厳格な合理的計画よりもむしろ進化の事柄である。家庭医は NHS の発足時に Collings によって述べられた低いレベルから著しく進化している<sup>66</sup>。1つの車種のように、家庭医は持続的に洗練され、1つずつの積み重ねによって拡大されてきており、現在はより技術のある、より多額の費用をかけたより長い研修を積み、そして高価な専用施設にいる広範なチームの中で働いている。

看護師は正に雇用している医師のしもべとして総合診療に足を踏み入れた。アクセスは概して医師を通してであった。多くの診療所では、医師は名前と呼ばれたが、「看護師」はその職業名で呼ばれていた。これは大きく変化している。短期間の追加研修期間を経て、診療所の看護師はナース・プラクティショナー(NP)になることができる。今ではいくつかのプライマリ・ケア診療所は、NPにより主導されており、彼らの専門性のギャップを埋めるためと NHS の日常業務で医師資格が必要とされる場所に1~2名の医師を雇っている。公的資金の不足は目新しいことではないが、遥かに低賃金である NP の台頭は、必然的にケアの委託者に対しては魅力的である。

NPの仕事は海外で広範囲にわたって研究されており、英国のエビデンスもいくらか存在する<sup>67</sup>。NPは患者に人気があり、劣っている結果を示す説得力のある研究はない<sup>68,69</sup>。しかし、エビデンスは今のところ範囲が限定された疾患、議論の余地はあるがしばしばマネジメントが比較的単純な日常的疾患に集中してきた。同様に、適切に訓練された NP 処方者は『British National Formulary(英国国民医薬品集)』全体を使用可能だが、彼らは大抵、彼らの臨床能力の範囲内にとどまっている<sup>70</sup>。より低賃金の結果としての費用削減効果は、NPがより長い診療すなわちより少ない患者しか診れないということで限定的なものだった。しかし、

これは彼らの役割の本質的なものではないかもしれず、いかなる場合でも家庭医が彼らの診療を延長する圧力は存在する<sup>71</sup>。

逸話的エビデンスは、NPが非常に良質のプライマリ・ケアを提供出来るということである。いくつかの非常に才能ある看護師が現れ、研修の機会を利用し、現場で学習してきた。これが大多数の NP に拡張出来、多くの家庭医に取って代わるかどうかはまた別の問題である。

### NPはプライマリ・ケアのジェネラリストとして家庭医に取って代われるか

看護師と NP との相違は何であろうか。NP と家庭医とで本質的な相違は存在するのであろうか。それは研修、文化、あるいは個人の潜在能力であろうか。高額に訓練された医師によるジェネラリスト・ケアの提供は、もし我々の目的が最高のプライマリ・ケアをすべての人に提供することであるならば、負担しきれない贅沢であるということも出来る。確かに長年の強力な生物学的な病院基盤型の医療こそがプライマリ・ケアのジェネラリストを訓練する最も適切な方法であるかは決して明らかではない。実際 Pellegrino は、彼が史上初の米国の家庭医協会の年次大会で基調講演を行った44年前、家庭医を切望する医学校の中に代わりとなるジェネラリストの進路を示唆していた<sup>72</sup>。

確かに、いくつかの英国医学校で地域基盤型の臨床教育が臨床カリキュラムの25%を超えているとしても、現在のシステムは生物学的専門性の力と歴史的な出来事の複合体なのだろうか。専門家集団としての家庭医が共有された教育から派生したスペシャリストと同等の地位を放棄するのは困難であろう<sup>x</sup>。もし家庭医が彼らの強力な生物学的研修を持ち続ければ、彼らは次第により複雑で多重罹病を抱える困難な患者において「専門化」していき、病氣と病気でない状態との境界のマネジメントをジェネラリスト NP に委ねていくということがあり得るだろう。これらは間違いなく現在よりもさらに集中的な研修を必要とするだろう。プライマリ・ケアのジェネラリストの特質について私が2節で述べた多

ix おとぎ話のゲートキーパーでさえ、彼の魔術師同僚と一緒に魔術師向けの学校に行ったとされた。参照 Mathers N, Hodgkin P. The Gatekeeper and the Wizard: a fairy tale. *British Medical Journal* 1989; 298: 172-4.

くは、この観点と対立している。もし我々がセルフケアとプライマリ・ケア、そしてプライマリ・ケアと病院(2次)ケア間の境界を示すために McWhinney(p. 30)<sup>7</sup>により再構成された有名な入れ子式の正方形モデルを用いるならば、プライマリ・ケアのジェネラリストは両方の境界をやわらげる必要がある<sup>x</sup>。もしそのジェネラリストの医師が複雑な医学的問題に限定されれば、もう1つの境界が必要とされ、非選択的な患者をケアする医師の技術が退化する恐れがある。

### 7.3

#### 総合診療は1つの専門領域か

1つの関連した問いは、総合診療が1つの診療科として分類されるべきかどうかである(Heathら2000<sup>4</sup>, 1節を参照)。ある立場からは、この問いは意味をなさない。もしジェネラリズムがスペシャリズムの対立であるならば、家庭医を専門医として定義すること自体無意味であり、役に立たない。しかし、この問いに内在するものは、規制や報酬に対する結果とともに、地位に関するデリケートなものである。家庭医とスペシャリストとの識別は、欧州連合(EU)加盟国間での医師の自由な移動の法令に対して相当の関連性があると私は理解している<sup>xi</sup>。また、家庭医とスペシャリストに対する研修の共有された基準に関する問題も存在する。伝統的に英国では、スペシャリストを訓練するのに12年かかり、EUの他国では7年かかることに比べて、遥かに長い時間を要した。この違いは1990年代のCalman改革に伴い大幅に縮小された(Weisz, p. 235)<sup>15</sup>。明らかに、これは科学的というよりもむしろ政治的な問題であり、無味乾燥なエビデンス以上に説得力のある唱道により解決される必要がある。私の見地では、我々は確実に専門領域の地位を高潔さとともに正当化出来る。もしこれが起きるなら、プライマリ・ケアの政策を交渉するに当たり、専門化されたジェネラリズムの声を強化し、これは患者に利益をもたらすだろう。

### 7.4

#### 未解決のプライマリ・ケアの政策的課題

1998年、Starfieldは「プライマリ・ケアの政策的課題」(pp. 405-11)<sup>31</sup>の一覧表を用いて彼女の見事な著書を締めくくっている。すべてが依然として今もトピックスであり、いくつかはジェネラリズムに直接関与している。

#### 公平性とゲートキーピング

Starfieldは、費用分配はアクセスの不平等さに繋がるという断言をもって議論を始め、続いて、ゲートキーピングはスペシャリストの利用を推進する1つの方法として権限を与える一方、アクセスを制限するために使われるのであれば平等さに対して障害になると述べている。これは、公共資金を最大限活かす必要があるPCTによってスペシャリストへの紹介を合理化する努力が、特定の委員会の介入による家庭医の紹介の適正化を含む今日のNHSにおいても時事的な問題である。家庭医の紹介率のばらつきは確かに大きく、ごく一部分しか理解されていない。紹介は極めて高価になる可能性があることから、ジェネラリストの行動のこの側面はさらなる検証を必要としている。PCTによる独立したファンデーション・トラストからのスペシャリスト・ケアのいわゆる「世界標準の委託」に関する英国の解説策は、まだ検証中であるが、どのようにジェネラリストとスペシャリストが最善に協同し合うのかといった問いを避けているように見える。これは市場至上の信仰を基盤とする改革のもう1つの例である。

#### チームワーク

チームワークは、プライマリ・ケアにおいて欠かせないものであると一般的に同意されているが(例 Greenhalgh, p. 118)<sup>10</sup>、医師、看護師、他の医療専門家との連携がもたらす利益の程度(Starfield, p. 408)<sup>31</sup>は依然として明らかになっていない。

x このモデルは、John Horder と Elizabeth Horder から考案された。参照 Horder J, Horder E. Illness in general practice. *Practitioner* 1954 ; 173 : 177.

xi Hill AP, 個人的コミュニケーション。

## 病院基盤型スペシャリスト 対 地域基盤型スペシャリスト

この問題は米国のように混合したシステムにおいて最も適切であるが、これは英国で繰り返し表面化している。スペシャリストを患者のより近くに配置することは魅力的ではあるが、これは高価であり、お互いの人間関係の基本的な場所が病院内にあったスペシャリストの歴史を無視している(3節参照)。病院がより少なく、より大きく、そしてより専門細分化していく中で、中間ケア施設を求めるのは理にかなっている。英国の状況において、これらが経済的であるというエビデンスを見つけるのがまだ難しい部分的な理由は、民間部門の提供者の関与と、実績情報の入手と比較が困難だからである。

### 家庭医間のばらつき

私にとって未解決の問題は、家庭医は「単なるゲートキーパー」であるのか、もしくは彼らは偽りなく専門家であるのかである。他方で、Starfield の比較は、我々の家庭医を基盤とするプライマリ・ケアが10年前ではあるが上手く機能していたと既に示している。しかし、彼女のデータをより批判的に見ると、英国はプライマリ・ケアの特質の評価においては1番目にランク付けされているが、アウトカム比較においてはかなり下位に位置している。Starfield は、英国は相対的に財源不足だったと述べることにより、彼女の主張の中でこの明らかな矛盾を弁明した(p. 355)<sup>31</sup>。がん診断に関する最近の国際比較は、英国のプライマリ・ケアが発見と紹介の経路の遅れに少なくとも部分的に関与していると示している<sup>73</sup>。可能性がある理由については、現在調査中である。臨床診断と治療に関する研究が、学問的分野として、最初の50年間はプライマリ・ケアにおいて比較的制限されていたことは注目に値する<sup>74</sup>。ゲートキーパーと魔術師に必要とされる異なる意思決定に関する知恵の基礎となるエビデンスの基盤は依然として非常に小さい。改善の余地があるに違いない。

## 結論 - ジェネラリズムを売る必要性

私は、ジェネラリズムを支持する強い哲学的理由と、より良いアウトカム、費用削減、そしてさらにはより良い公平性を広く支持する根拠が存在すると結論する。現代のジェネラリストの大多数はプライマリ・ケアで診療しており、ほとんどのメディカル・ジェネラリストは家庭医である。家庭医療を1つの独立した「専門領域」と見なすことに賛成の議論は、政策上魅力的である。上記のエビデンスの大半は、メディカル・ジェネラリストの実績に基づいているが、NP が広く受け容れられていることは、ジェネラリストの最も適した選択、文化、研修に関する問題をきつと提起するだろう。この問題はさらなる調査を必要とする。

ジェネラリストの医療が世界中で脅されている中で、英国も少なからずそうである。家庭医の指導者が今までに勝る努力をして、社会と政策立案者に影響を及ぼすことが出来ると私は期待している。しかし、Marshall<sup>75</sup>により提案されているように、家庭医が彼ら自身の地域にいる彼ら自身の患者達を説得するために働きかけることの方がより重要かもしれない。

## 参考文献

- 1 Gray DP, Steele R, Sweeney K, et al. Generalists in medicine (editorial). *British Medical Journal* 1994; **308**: 486-7.
- 2 Heath I, Sweeney K. Medical generalists: connecting the map and the territory. *British Medical Journal* 2005; **331**: 1462-4.
- 3 Willis J. The challenge to professionalism. Tom Stewart Memorial Lecture, Thames Valley Faculty, RCGP, 17 October 2006. Available at [www.friendsinlowplaces.co.uk/TomStewart.htm](http://www.friendsinlowplaces.co.uk/TomStewart.htm) [accessed 14 May 2012].

- 4 Heath I, Evans P, van Weel C. The specialist in the discipline of general practice: semantics and politics mustn't impede the progress of general practice (editorial). *British Medical Journal* 2000; **320**: 326–7.
- 5 Kirkham N. The pathologist in the 21st century: generalist or specialist? A jack of all trades and master of none? (millennial review editorial). *Journal of Clinical Pathology* 2000; **53**: 7–9.
- 6 Pellegrino ED. The academic viability of family medicine: a triad of challenges. *Journal of the American Medical Association* 1978; **240**: 132–5.
- 7 McWhinney IR. *A Textbook of Family Medicine* (2nd edn). New York: Oxford University Press, 1997.
- 8 Royal College of General Practitioners. *The Future of General Practice: a statement by the Royal College of General Practitioners*. London: RCGP, 2004, [www.rcgp.org.uk/PDF/Corp\\_future\\_of\\_general\\_practice.pdf](http://www.rcgp.org.uk/PDF/Corp_future_of_general_practice.pdf) [accessed 14 May 2012].
- 9 Gunn J, Naccarella L, Palmer V, et al. *What is the Place of Generalism in the 2020 Primary Care Team?* A review funded by the Australian Government Department of Health and Ageing. Australian Primary Health Care Research Institute, Canberra, 2007, <http://aphcri.anu.edu.au/content/stream-six-workforce/what-place-generalism-2020-primary-care-team> (accessed 14 May 2012).
- 10 Greenhalgh T. *Primary Health Care: theory and practice*. Oxford: BMJ Books, Blackwell Publishing, 2007.
- 11 Howie J. Diagnosis in general practice and its implications for quality of care. *Journal of Health Services Research and Policy* 2009; **15**(2), doi: 10.1258/jhsrp.2009.009109.
- 12 Stott NCH, Davies RH. The exceptional potential in each primary care consultation. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1979; **29**(201): 201–5.
- 13 Balint M. The other part of medicine. *Lancet* 1961; **1**: 40–2.
- 14 Porter R. *The Greatest Benefit to Mankind: a medical history of humanity from antiquity to the present*. London: HarperCollins, 1997.
- 15 Weisz G. *Divide and Conquer: a comparative history of medical specialization*. New York: Oxford University Press, 2006.
- 16 Starr P. *The Social Transformation of American Medicine: the rise of a sovereign profession and the making of a vast industry*. New York: Basic Books, 1982.
- 17 Hart JT. Expectations of health care: promoted, managed or shared? *Health Expectations* 1998; **1**: 3–13.
- 18 Haslam D. 'Schools and hospitals' for 'education and health'. General practice, not hospital care, accounts for most of the health service (editorial). *British Medical Journal* 2003; **326**: 234–5.
- 19 Moore GT. The case of the disappearing generalist: does it need to be solved? *Milbank Quarterly* 1992; **70**: 361–79.
- 20 Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly* 2005; **83**: 457–502.
- 21 Armstrong D. The emancipation of biographical medicine. *Social Science and Medicine* 1979; **13A**(1): 1–8.
- 22 Barry CA, Bradley CP, Britten N, et al. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *British Medical Journal* 2000; **320**: 1246–50.
- 23 Stewart M, Brown JB, Weston WW, et al. *Patient-Centered Medicine: transforming the clinical method* (2nd edn). Abingdon: Radcliffe Medical Press, 2003.
- 24 Champion P, Foulkes J, Neighbour R, et al. Patient centredness in the MRCGP video examination: analysis of large cohort. *British Medical Journal* 2002; **325**: 691–2.
- 25 Grumbach K, Selby JV, Damberg C, et al. Resolving the gatekeeper conundrum: what patients value in primary care and referrals to specialists. *Journal of the American Medical Association* 1999; **282**: 261–6.
- 26 Mainous AG III, Baker R, Love MM, et al. Continuity of care and trust in one's physician: evidence from primary care in the United States and the United Kingdom. *Family Medicine* 2001; **33**: 22–7.
- 27 Donaldson MS. Continuity of care: a reconceptualization. *Medical Care Research and Review* 2001; **58**(3): 255–90.
- 28 Booth S. *What if Generalist vs Expert Was a Mistake?* 2009, <http://climbtothestars.org/archives/2009/07/09/what-if-generalist-vs-expert-was-a-mistake/> [accessed 14 April 2012].
- 29 Allbutt C. The act and the future of medicine (letter). *The Times*, London, 3 January 1912.
- 30 Nickols FW. Generalist vs specialist: whom do I consult? *Performance and Instruction* 1981; **20**(8): 23–4 [abridged version accessed online via [www.nickols.us/generalist\\_vs\\_specialist.htm](http://www.nickols.us/generalist_vs_specialist.htm), accessed 14 May 2012].

- 31** Starfield B. *Primary Care: balancing health needs, services, and technology*. New York: Oxford University Press, 1998.
- 32** *Declaration of Alma-Ata*. International conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011.pdf> [accessed 14 May 2012].
- 33** Schön DA. *The Reflective Practitioner: how professionals think in action*. Aldershot: Aldgate Publishing, 1991.
- 34** Hood DD. Transition: engineer to manager: specialist to generalist. *1990 IEEE International Engineering Management Conference*, pp. 22–8.
- 35** Halasyamani LK, Valenstein PN, Friedlander MP, et al. A comparison of two hospitalist models with traditional care in a community teaching hospital. *American Journal of Medicine* 2005; **118**: 536–43.
- 36** Lindenauer PK, Rothberg MB, Pekow PS, et al. Outcomes of care by hospitalists, general internists, and family physicians. *New England Journal of Medicine* 2007; **357**: 2589–600.
- 37** Lindenauer P. Who do you want taking care of your parent? *Journal of Hospital Medicine* 2008; **3**: 179–80.
- 38** Feachem RG, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *British Medical Journal* 2002; **324**: 135–41.
- 39** Salisbury C, Chalder M, Manku-Scott T, et al. *The National Evaluation of NHS Walk-in Centres: final report*. Bristol: University of Bristol, 2002.
- 40** Rosen R, Jones R, Tomlin Z, et al. *Evaluation of General Practitioners with Special Interests: access, cost evaluation and satisfaction with services*. NIHR SDO Project – 08/1210/035. Final Report revised 2006, [www.sdo.nihr.ac.uk/files/project/35-final-report.pdf](http://www.sdo.nihr.ac.uk/files/project/35-final-report.pdf) [accessed 14 May 2012].
- 41** Jones R. Dismantling general practice. *British Journal of General Practice* 2007; **57**: 860–1.
- 42** Williamson C. Alford's theoretical political framework and its application to interests in health care now. *British Journal of General Practice* 2008; **58**: 512–16.
- 43** Shi L, Macinko J, Starfield B, et al. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in the United States, 1980–1995. *Journal of the American Board of Family Practice* 2003; **16**: 412–22.
- 44** Jarman B, Gault S, Alves B, et al. Explaining differences in English hospital death rates using routinely collected data. *British Medical Journal* 1999; **318**: 1515–20.
- 45** Donohoe MT. Comparing generalist and specialty care: discrepancies, deficiencies, and excesses. *Archives of Internal Medicine* 1998; **158**: 1596–1608.
- 46** Grumbach K, Selby JV, Schmittdiel JA, et al. Quality of primary care practice in a large HMO according to physician specialty. *Health Services Research* 1999; **34**: 485–502.
- 47** Starfield B, Lemke KW, Bernhardt T, et al. Comorbidity: implications for the importance of primary care in 'case' management. *Annals of Family Medicine* 2003; **1**: 8–14.
- 48** Gulbrandsen P, Hjortdahl P, Fugelli P. General practitioners' knowledge of their patients' psychosocial problems: multipractice questionnaire survey. *British Medical Journal* 1997; **314**: 1014–18.
- 49** Franks P, Clancy CM, Nutting PA. Gatekeeping revisited: protecting patients from overtreatment. *New England Journal of Medicine* 1992; **327**: 424–9.
- 50** Sox HC. Decision-making: a comparison of referral practice and primary care. *Journal of Family Practice* 1996; **42**: 155–60.
- 51** Hashem A, Chi MTH, Friedman CP. Medical errors as a result of specialization. *Journal of Biomedical Informatics* 2003; **36**: 61–9.
- 52** Mathers N, Hodgkin P. The Gatekeeper and the Wizard: a fairy tale. *British Medical Journal* 1989; **298**: 172–4.
- 53** Vecchio TJ. Predictive value of a single diagnostic test in unselected populations. *New England Journal of Medicine* 1966; **274**: 1171–3.
- 54** Smetana GW, Landon BE, Bindman AB, et al. A comparison of outcomes resulting from generalist vs specialist care for a single discrete medical condition: a systematic review and methodologic critique. *Archives of Internal Medicine* 2007; **167**: 10–20.
- 55** O'Malley PG, O'Malley AS. Studies comparing quality of care by specialty: valid, relevant, or neither? *Archives of Internal Medicine* 2007; **167**: 8–9.
- 56** Post PN, Wittenberg J, Burgers JS. Do specialized centers and specialists produce better outcomes for patients with chronic diseases than primary care generalists? A systematic review. *International Journal for Quality in Health Care* 2009; **21**: 387–96.

- 57** Wang JL, Patten SB. Perceived effectiveness of mental health care provided by primary-care physicians and mental health specialists. *Psychosomatics* 2007; **48**: 123–7.
- 58** Starfield B. Quality-of-care research: internal elegance and external relevance. *Journal of the American Medical Association* 1999; **280**: 1006–8.
- 59** Ierodiakonou K, Vandenbroucke JP. Medicine as a stochastic art. *Lancet* 1993; **341**: 542–3.
- 60** Parnell SJ, Zalin AM, Clarke CWF. Care of diabetic patients in hospital clinics and general practice clinics: a study in Dudley. *British Journal of General Practice* 1993; **43(367)**: 65–9 (with a correction in **43(369)**).
- 61** Hayes TM, Harries J. Randomised controlled trial of routine hospital clinic care versus routine general practice care for type II diabetics. *British Medical Journal* 1984; **289**: 728–30.
- 62** Campbell S, Reeves D, Kontopantelis E, *et al.* Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance. *New England Journal of Medicine* 2007; **357**: 181–90.
- 63** Green LA, Graham R, Bagley B, *et al.* Report of the Task Force on Patient Expectations, Core Values, Reintegration, and the New Model of Family Medicine. *Annals of Family Medicine* **2(S1)**: S33–50.
- 64** Main DS, Tressler C, Staudenmaier A, *et al.* Patient perspectives on the doctor of the future. *Family Medicine* 2002; **34**: 251–7.
- 65** Coulter A. What do patients and the public want from primary care? *British Medical Journal* 2005; **331**: 1199–200.
- 66** Collings JS. General practice in England today: a reconnaissance. *Lancet* 1950; **1**: 555–85.
- 67** Laurent M, Harmsen M, Wollersheim H, *et al.* The impact of nonphysician clinicians: do they improve the quality and cost-effectiveness of health care services? *Medical Care Research and Review* 2009; **66(6 Suppl)**: 36S–89S, doi: 10.1177/1077558709346277.
- 68** Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *British Medical Journal* 2002; **324**: 819–23.
- 69** Hollinghurst S, Horrocks S, Anderson E, *et al.* Comparing the cost of nurse practitioners and GPs in primary care: modelling economic data from randomised trials. *British Journal of General Practice* 2006; **56**: 530–5.
- 70** Iheanacho I. Non-doctor in the house. *British Medical Journal* 2009; **339**: b4317.
- 71** Burke L. Nurse practitioners and general practitioners, is there any difference? *InnovAiT* 2009; **2(11)**: 687–8, doi:10.1093/innovait/inp071.
- 72** Pellegrino ED. The generalist function in medicine. *Journal of the American Medical Association* 1966; **298**: 127–31.
- 73** Mitchell E, Macleod U, Rubin G. *Cancer in Primary Care: an analysis of significant event audits (SEA) for diagnosis of lung cancer and cancers in teenagers and young adults 2008–2009*. 2009, www.dur.ac.uk/resources/school.health/AnalysisofSEAForcancerdiagnosis-Updatedfinalreport.pdf [accessed 14 May 2012].
- 74** Del Mar C. Is primary care research a lost cause? A new report points to a direction out of the doldrums. *British Medical Journal* 2009; **339**: b4810.
- 75** Marshall M. Practice, politics, and possibilities. *British Journal of General Practice* 2009; **59**: 605–12.

**Royal College of General Practitioners**

1 Bow Churchyard, London EC4M 9DQ

**Telephone:** 020 3188 7400

**Fax:** 020 3188 7401

**Email:** [admin@rcgp.org.uk](mailto:admin@rcgp.org.uk)

**Web:** [www.rcgp.org.uk](http://www.rcgp.org.uk)

Royal College of General Practitioners is a registered charity in England and Wales (No. 223106) and Scotland (No. SC040430).