

Family Practice 概論

より良い理解のためのイントロダクション

—米国 Family Practice Residency の経験から—

Family Practice Introduction for the better understanding

(—From US Family Practice Residency point of view—)

廣岡 伸隆*^{1, 2}

Hiro-oka, Nobutaka M.D.

*¹University of Pittsburgh Medical Center Shadyside Hospital

Family Practice Residency

*²University College of London

Master of Science in Academic Primary Care

1. 定義

Family Practice: The medical specialty that provides continuing and comprehensive health care for the individual and the family. It is the specialty in breadth that integrates the biological, clinical and behavioral sciences.

The scope of family practice encompasses all ages, both sexes, each organ system and every disease entity.¹⁾

Family PracticeやGeneral practiceには多くの定義が考えられる。^{2~4)}ここでは、アメリカ家庭医療学会 (American Academy of Family Practice; AAFP) の定義を載せた。

日本語で意識すると、医療を年齢、性別、臓器に限定して行うのではなく、個人とその家族に対して通常の生物学・臨床医学的なアプローチに加え、患者の個性・心理とその家族・社会的背景を考慮に入れて行動科学を統合した形で、継続的・包括的な診療を行う医学専門分野と言う事にもなる。

ここでの、キーワードは生物学・臨床医学・行

動医学の統合、個人とその家族への継続・包括医療、そして性別・年齢・臓器・疾患の枠を超え、という所だと考える。

そして、これを行う専門医がFamily Physicianである。この専門医になる為には、他科の専門医が臨床研修を受けて初めて技術・知識などを身に付けてゆくのも同じくトレーニングが必要である。米国では医学校 (大学院教育) を卒業後3年間のFamily Practiceの臨床研修を受け規定の試験に合格すると専門医の資格が与えられる。

2. 定義周辺と将来性

Family Physicianを日本語でどのように訳すかは決まっていない。「家庭医」「総合診療医」「総合臨床医」「かかりつけ医」「初療医」「プライマリ・ケア医」等の言葉が良く耳にする訳だろう。ここでは、あえて直訳である「家庭医」(そしてその実践される医療を「家庭医療」としておく。

ここで、「プライマリ・ケア」と言う言葉を考えてみる。そこには、「家庭医療」と「プライマリ・ケア」との違いを説明するカギがあると考え

論 説

るからである。著者は所属学会であるAAFP同様に、プライマリ・ケアと家庭医療は同一ではないという立場を取っている。その理由は後に触れる。もちろん、プライマリ・ケアの定義も人によって違う。^{4,5-12)}多くが用いる定義として、英語の頭文字を取りA C C C Aなどと説明されている事もある。すなわち、Accessibility, Comprehensiveness, Continuity, first-Contact, Accountabilityなどである。この特徴を強調する事がプライマリ・ケアの根底にあるのは確かであろうし、重要でもあるだろう。これに、医療の対象としてその問題点や症状、臓器に特定することなく行われる事が加わる。時に、年齢、性別に特定せずという点を加える事もあるが、一般的にプライマリ・ケアを行う学科としては家庭医療、内科、小児科と考えるとこれを加えることには、無理があるし、詳細に個々の医師、地域差を見れば同一学科であっても多少の違いはあるだろう。

ここで、前述の家庭医療とプライマリ・ケアを比べてみようと思う。最初に気付くことは、重なりがあるということであろう。疾患、臓器等に特定されない点や継続的で包括的な医療である点などである。この意味で家庭医はプライマリ・ケアを行うのに適しているのは確かである。ただ、以下に述べるごとく家庭医の特徴的なアプローチが、2次医療や3次医療において適応される場面も多くある。実際、米国のFamily Physicianは入院における2次や3次医療レベルを実施する機会も多くある。プライマリ・ケアという言葉は2次・3次医療という言葉との対比に重点がおかれた医療実践の場において使われると著者は考えている。そして、家庭医療というのは医療実践の場というよりその特徴あるアプローチや医療提供の方法に重点を置いた専門分野を示すものと考えられる。

次に、強調したい点はその家庭医療に特徴的なアプローチに関してである。定義の説明に出てきたように家庭医の行う医療では、生物学・臨床医

学・行動医学の統合と言う点に特徴がある。この特徴が著者は家庭医療の定義を議論する上で一番大切であり、医学生・医師を含む医療従事者と患者が理解すべきポイントだと考えている。少し解説すると次のようになろう。臓器別の専門医が行う医療や一般内科・小児科の診療は疾患中心のバイオメディカルな医学的アプローチを特徴としている。これには当然異論もあるだろうが、少なくとも日本での臨床研修システム上は、この分野が主なトレーニング内容である。問診・診察そして血液学データや画像などから疾患を診断しその疾患の治療を行うことが具体的なトレーニングの主である。家庭医療は疾患の診断治療も行うが、患者自身の状況診断、心理精神的診断また社会的背景・環境診断をも行い多角的な治療を行うのである。はっきりとした診断の確定する状況ばかりとは限らないプライマリ・ケアの場における医療では、これらがより重要となる。あくまで、家庭医療の主な単位が「患者とその家族」であるために、このようなアプローチが必要となる。

今度は、家庭医療の専門性に関連した話に移るとする。家庭医療が専門学科として発達するためには教育、診療、研究の基盤となる概念が必要である。専門学科がそれとして成立する為には治療・診療が患者にとりメリットがあるだけでは足りないと思われる。その専門医を養成する場所が必要である。次世代の後継者無くして診療目標が継続して達成されるはずがないことは、簡単に理解できよう。では、今ある診療の状態やレベルを向上するには何が必要であろうかという疑問を考えると、当然その医療をサポートする知識、技術である。これは日常の疑問や問題点から生ずる研究テーマを答えて行く臨床研究から導き出される。専門学科をどのように定義し、それをバックアップする論理を構築し実際に問題となる点を証明して行く過程で患者診療の質を向上する事が可能になる。そして初めて学科としての意義が生じ存在の妥当性が認められるのである。

論 説

現在、家庭医療、プライマリ・ケア等は言葉が一人歩きし、その根拠となる理論の構築が途上である。そして理論を裏付けする研究に乏しいのが実際であろう。日本において比較的若い学科であるこれらは、その意味で定義をはっきりさせそれを裏付ける実践における理論を確立すべきである。それに基づき家庭医療を実践できる医師を育成し、それに加えてその分野が患者に有意義な医療を提供すべき医療の質を保証する為の臨床研究を行うことが、将来的に家庭医療という専門学科が日本の医療システムにおいて多くの貢献が可能となる基盤であると考えられる。そして、これが可能となったとき米国・英国同様、患者一人一人を医療の中心にするこの専門学科が患者に与える利益は医療の臓器中心の専門分化が激しい時代にあつて計り知れないと信じる。

事項からは、定義に引き続く家庭医療の独創的な側面や理論的アプローチを紹介する。

3. 家庭医療に特徴的な知識

ここでは、家庭医療を行う上で比較的特徴のある分野を箇条書きのごとくに挙げる。もちろん、家庭医療に限ったものであるわけではなくこれらのみで家庭医療の全ての知識がカバーされているわけではない。しかし、医療提供に大切であるのは間違いない。

- a) Family dynamics
- b) Family history/Background
- c) Life cycle
- d) Community medicine
- e) Behavioral medicine
- f) Clinical sociology
- g) Clinical anthropology
- h) Clinical epidemiology
- i) 患者教育
- j) 倫理・哲学

これら以外にも勿論挙げればきりが無いし、各項目で重複する知識も多い。ここでは医学・医療

一般的に大切でありかつ家庭医療でも重要視されているものは省いてある。詳細は、ここでは避けるが一般的に家庭医療はプライマリ・ケアの実践においては2次学科として、臓器医学・臨床疫学・臨床人類学・臨床社会学・倫理・教育学・看護学などの1次学科や基礎学科の理論を裏付けとして行うものであるという方向に考えられている。そして、その教育や研究もこれらの分野の手法を応用したり、共同で発展して行くことになる。

4. 家庭医療的アプローチ

(multi-dimensional practice method)

最後に、米国での家庭医療臨床研修が教える家庭医療専門医のとる医療実践方法の一端をUS family practice residencyの経験をもとに説明する。米国に於いて既に確立された専門分野であるFamily Practiceでは無意識にこれを行っている場面もあるが、実践されている点にこの専門医の最大の特徴がある。

米国において家庭医療の発展段階以前から、特に医療の専門化が進む中で患者の心理的・社会的背景を理解し治療に生かす事の重要性は重要視されていた。そこで、心理学・社会学・人類学・宗教学などの1次学問を基礎とした応用学問としてbehavioral medicineという分野を成立させ歴史的に家庭医療はこのbehavioral medicineの重要性を認識するとともにその診療・教育現場に積極的に取り入れてきた。¹³⁾ どの米国家庭医療の卒業研修でもこの分野の研修が他のローテーション同様必須である。また多くの講義も行われている。ただし、米国に於いてもその具体的診療アプローチを体系的に行うには至っていないと言うのが印象である。そのために、本項の最初に意識されないで行われてる事があるとしたのである。現在health psychologyやbehavioral medicineの専門家のなかにはどのようにプライマリ・ケアにおいてこれらの分野を組み入れ診療の質を向上させるかが、盛んに検討されている。

論 説

ここでは、家庭医療の理論的裏付けを行う上で理解しやすくまた研究・教育の場面でも1次学問を応用することが不可避である事を考慮しDr. Olesenらの提言を参考に具体的診療アプローチの理論構築を試みる。¹⁴⁾それは、まさに定義から導かれた家庭医療の根本である言わば学科として成立させるための理論が背景にある。患者に対するアプローチに於いて家庭医療が目指す医療の具現化を示した案である。順を追ってアプローチの方法論を説明する。

- a) Biomedical diagnosis/treatment
- b) Context diagnosis/treatment
- c) Psychiatric-psychological diagnosis/treatment
- d) Social and network diagnosis/treatment

家庭医療における患者の診療において、臓器を中心とするバイオメディカルな診断を下し、治療するのは他の専門分野同様である。家庭医療は、患者と家族を単位に診療することからも他の3つの軸が必要となる。英語での表記が多くややこしいかと思うが最初に挙げたのが臓器別の診断・治療である(a)。これは、いわゆる内科、小児科、婦人科、産科、外科、予防医学などを利用して診断そして治療を行う事を指し、日本で医学生から経験豊富な医師も一番慣れ親しんでいる側面かもしれない。そして、症状を伴う患者自身とその患者の状況を熟知する(b)。これは、多分に患者の置かれた環境、社会において成長・発達してきた過程において身に付けてきたバックグラウンド(belief, thought process, perceptiveなど)を見極め、それと患者の持つ疾患や症状・徴候がどのように関係していくのかを判断し治療に導く。次に精神心理的な側面の診断も大切である(c)。そして患者の属す環境を知ること(d)が疾患そして状況の診断、そして治療を行う上で重要なのは頻りに経験されるであろう。

1つ例を挙げれば、50歳男性で外来に胸痛で訪れる患者がいるとする。高血圧、高脂血症、糖

尿病など狭心症の危険因子を知り必要であれば運動負荷試験をするのは理解出来よう。これに関しては内科医や循環器専門医と何ら変わりはない。これに加え、家庭医はその患者・家族のライフスタイル、仕事、食生活などは心疾患の診断、治療にも深く関わってくるしそれ自体を改善する事が必要と考えられる事もある。これは、その患者のもつ生活環境や家族・社会生活において身に付けてきた患者のバックグラウンドである。また、例えば境界性人格障害のある患者にはそれなりのアプローチをとらなくては医師患者関係を構築する上でも、治療継続にも多大な影響を及ぼす。うつ病を併発していることもあるし、somatizationからくる症状かもしれない。そして、実際に運動負荷により狭心症と診断され治療がされた場合、予防に必要な食事、運動療法などが予防医学の見地から必要である。医師がただ「食事注意してください」とだけ患者に言ったところで患者は実際にはどのように行うか、だれがどのように食事をつくるのかという疑問が生じる。具体的な対処方法をその患者に於いて確立することは家庭医の診療行為の1つでもある。その人のおかれた環境を理解し必要な社会的資源を利用してはじめて効果が得られる事も多い。家庭医としてはその社会的資源を知り利用する事も重要な治療の1つである。また、普段から積極的に社会的資源に対し医学的なサポートやアドバイスを地域において行う事も家庭医の地域に根ざした大切な役割である。米国での家庭医臨床研修にも地域医療のローテーションがあるが、community resourcesを熟知し利用方法を考えたり、協同してそのプログラムを改善したりするのもその研修目的の1つである。

この4つの言わば診断・治療アプローチを意識する事により幾度となく述べた「家庭医の生物・臨床医学・行動医学の統合により」という側面を実践する事が現実的なものになるのである。概念的であるが理論構築の為の重要性は説明したとおりである。そして、それに加え家庭医専門医はい

論 説

かなる性別、年齢、疾患などに対してもこのアプローチを持って医療を提供する事により医療・健康・福祉等のシステムに貢献してゆく分野なのである。また、これが基礎となり家庭医療の実践・教育・研究において「何を」「どのように」という具体的計画が生まれる。

5. 家庭医に特徴的な診断・治療技術

家庭医が特徴的なアプローチをもった専門医であることは理解いただけたかと思う。そこで、次にその診断・治療技術を示したいと思う。これは、例えば消化器内科が胃癌の診断のため上部消化管内視鏡を実行したり、心臓血管外科医が狭心症に対しバイパス手術を行ったりするのと同じく家庭医にとっての診断技術や治療技術にあたるものがある。多くは、他の専門医が使用するハイテク技術のように華やかな物ではないが重要な能力でありまた診療に必要な物ばかりである。そしてそれを使う事により初めて家庭医という専門医は患者に対する質の高い医療が提供できるのである。

家庭医の魅力が伝わりにくい背景にはいくつかの要素が考えられる。その中に研修初期特に医学生や研修医の間、多くの時間を費やす研修の場所が超専門化された3次医療現場であり侵襲度の高い技術や高度なテクノロジーを駆使した場面に遭遇する機会が多くその派手さに魅力を感じやすいことや、家庭医が日常使う専門技術を家庭医自身が特徴的なものと意識していない為に伝わらない場合などが含まれるであろう。ここでは、後者の要因を幾つか意識化したいと考える。

- 1) 外来診療におけるmultidimensionalアプローチの知識とその理論応用
- 2) コミュニケーション技術
- 3) 継続性 (Continuity) の利用
- 4) 小外科技術

これら全てを個々に解説するのは本論からそれるため省略するが、まとめると技術の中には大きく診断に関わるものと治療に関わるものとに分類

され、診療の質を保ちまた向上する為に、その定義に基づく特徴と根本に流れる理論から直接導かれる技術ばかりである。個々の技術は他の専門医と分かつものもあるが、多くは家庭医の育成時点でこの技術を駆使できるように特殊なトレーニングを積むべきである。医師一般に求められる基本的な技能とは違う所は理解すべきである。例を挙げるとコミュニケーション能力は確かに全ての医師が身に付けるべき能力であるが家庭医の育成においては情報収集、医師-患者関係構築、診療上の説明という基本はもちろん、その理論、治療につながる面接技術、例えばmotivational interview, self-efficacyの実践などは日常的に使用する家庭医の技術の一つである。

ここで再度強調したいことは、これらの技術は決して派手ではないし高度なテクノロジーを駆使するものではない。ただ、他の専門医が全て派手な技術を使用している訳ではないのは、例えば精神科医が行う医療の中にしめる侵襲的な検査・治療が大きくないように専門医の分類によってその技術の性質は違ってくると見ると理解できよう。教育の場で大切なのは、派手ではないこれらの技術の習得には研修が必要であり実践を通してはじめて可能になる。またこの技術により患者に対する家庭医の診療は大きく左右されるのである点は他の専門医の技術習得と全く同じであることを教育者も被教育者も認識する事である。

6. 最後に

家庭医療の定義にはじまりその理論的な裏付けを解説してきた。途中、英語表記が多く見られ混乱した点もあると思われるが、これらはまだ日本の医療現場に於いてどのように表現するか検討が必要であろう。本筋が理解いただければ本論の目的は果たせるため詳細には触れていない。実は、多くの点はいまだ確定したのではなく（定義ですら）理論的裏付けやmulti-dimensionalアプローチに必要なエビデンスは非常に少ないのが事実で

論 説

ある。特にバイオメディカルな軸以外はまさにこれからエビデンスを積み上げて行く段階である。

患者に対し家庭医療がその医療システムの中で医療の質を保証しかつ継続して向上させるためには、この定義から導かれた論理的な裏付けをもとに1次学科を応用した臨床研究により発展する必要がある。ここまで、理解できればどれだけ家庭医療という診療自体が魅力ある仕事であることも実感できるだろうし、家庭医育成の教育目標も明らかとなる。またアカデミックに家庭医療を学科として成立させるその手法も見えてくる。そしてこれらの教育・研究を診療に生かすことにより患者には大きなメリットが、臓器別の専門分野が加速度的に進む中でこそ存在するのがお分かりいただけるかと信じている。

References

1. AAFP web site: <http://www.aafp.org>.
2. The general practitioner in Europe: A statement by the working party appointed by the second European Conference on the Teaching of General Practice. In Heyrman Jspreuwenbergh C: Vocational Training in General Practice, 1. udg. Leeuwenhorst, Leeuwenhorst University, 1988:5-7.
3. Framework for Professional and Administrative Development of General Practice/Family medicine in Europe: Kobenhavn, WHO Regional Office for Europe, 1988.
4. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P: General Practice-time for a new definition. Br Med J 2000;320:354-357.
5. Gordon P, Plamping D: Primary health care - its characteristics and potential. In Gordon P and Hadley J. Extending Primary Care: Radcliffe Medical Press, Oxford, 1996, page 1-15.
6. Heath I: The mystery of general practice. Nuffield Hospital Trust, London, 1995.
7. Marinker M. The mythology Hilda Thompson. In Greenhalgh T and Hurwitz B. Narrative based medicine: dialogue and discourse in clinical practice. BMJ Publication, London, 1998, page 103-109.
8. Quoted in Heath I, *ibid.*, page 25.
9. Stacey M: The sociology of health and healing. routeledge, London, 1988, page 185-186.
10. Hart JT: A new kind of doctor: the general practitioner's part in the health of community. Merlin Press, London, 1988, page 101-102.
11. Donaldson M, Yordy K, Vanselow N: Defining primary care: an interim report. Washington DC, Institute of medicine, 1994.
12. Murdoch JC: Mackenzie's puzzle- the cornerstone of teaching and research in general practice. Br J Gen Pract 1997;47:656-658.
13. Stephens GG. The Intellectual Basis of Family Practice. Winter Publishing Company, Inc, Tuscon, 1982.
14. Olesen F: A framework for clinical general practice and for research and teaching in the discipline. Fam Pract 2003;20:318-323.

連絡先：廣岡 伸隆*^{1, 2}

*¹ University of Pittsburgh Medical Center

Shadyside Hospital Family Practice Residency

*² University College of London

Master of Science in Academic Primary Care

5700 Ellsworth Avenue Apt. E8 Pittsburgh,

PA 15232 USA

現勤務先：防衛医科大学校 学生部指導教官室

〒359-8513 埼玉県所沢市並木3-2

nkaorohi@aol.com