

英国のヘルスシステムとプライマリ・ケア

地域基盤型のジェネラリストと多職種協働チームが果たす役割

澤憲明

英国家庭医療専門医

General Practitioner

東京財団研究会

2013年11月18日

今日の流れ

- 自己紹介
- 日本と英国の類似点/相違点
- 近年における英国の医療改革
- プライマリ・ケアとは
- 家庭医とは
- 英国のプライマリ・ケア
- 英国家庭医と多職種協働チームの役割
- プライマリ・ケアの科学的根拠
- 終わりに

自己紹介

- 日本生まれ
 - 富山県
- 英国
 - 高校
 - 大学
 - 初期研修
 - 後期研修
 - 家庭医療科
 - 家庭医療専門医 (General Practitioner)

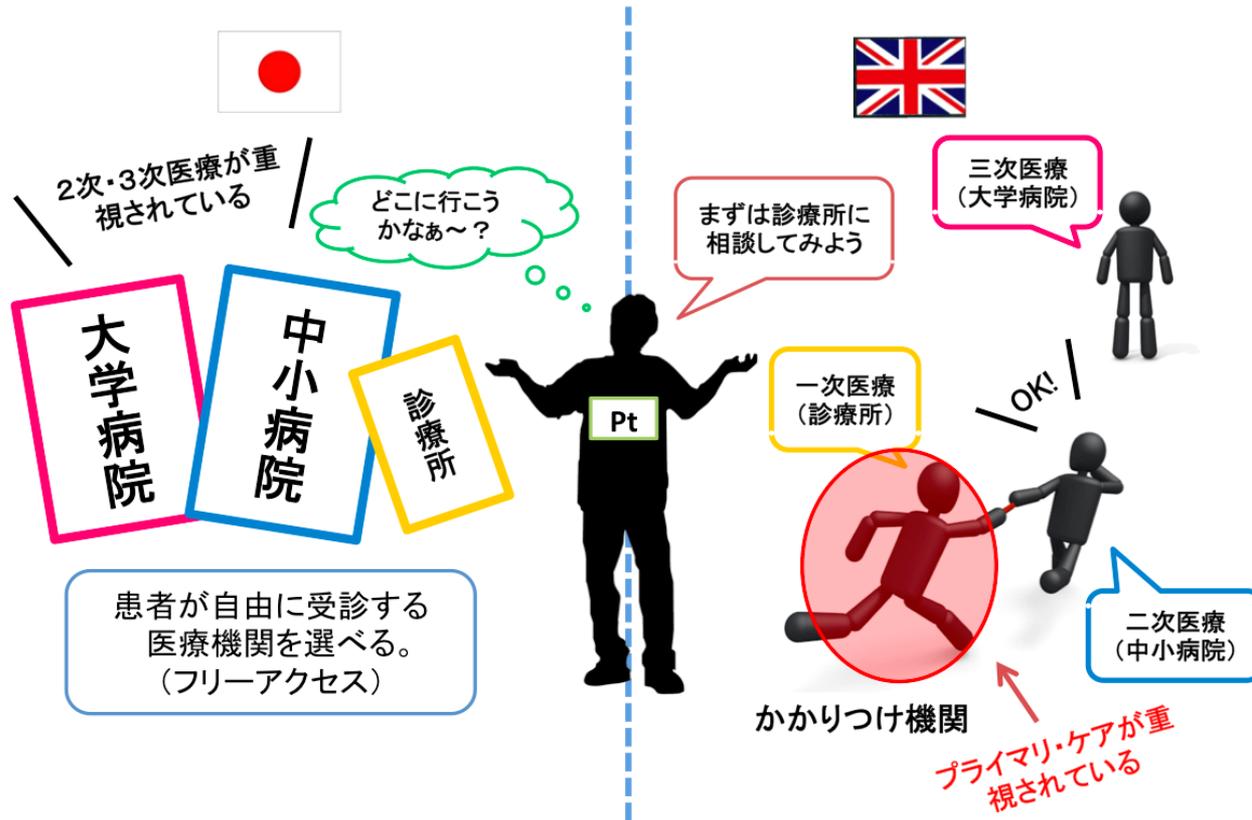


日本と英国の類似点

OECD Health Data 2012

- 「**公的**」な色合いが強い
 - 社会全体で支え合い全ての国民の健康を目指す
 - 国民総医療費に占める公的医療費の割合
 - 日本 81%(公的保険)
 - 英国 84%(国税) - 医療は「**公共財**」
- 「**中**」医療費国家(OECD平均9.5%)
 - 日本 9.5%(過少評価の可能性)
 - 英国 9.6%
 - 米17.6%、仏 11.6%、独 11.6%

日本と英国の相違点 (病院⇔地域医療)



曾原雅子「Research & Report – Primary Care in England」を基に改編
Facebookグループ「イギリスのプライマリ・ケア」からアクセス

近年における英国の医療改革

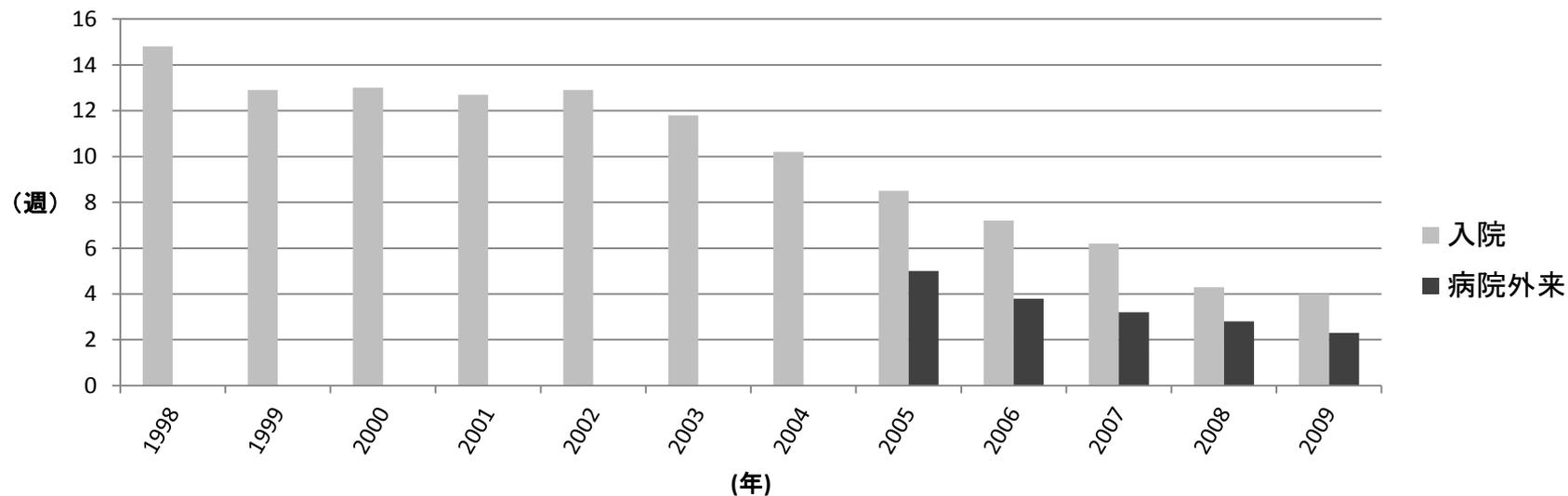
NHS Plan (2000 - 2010)

- 待機時間
- 院内感染
- 患者満足度
- 家庭医の地位
- 国際比較

待機時間

英国保健省 (Department of Health) の資料に基づき作成

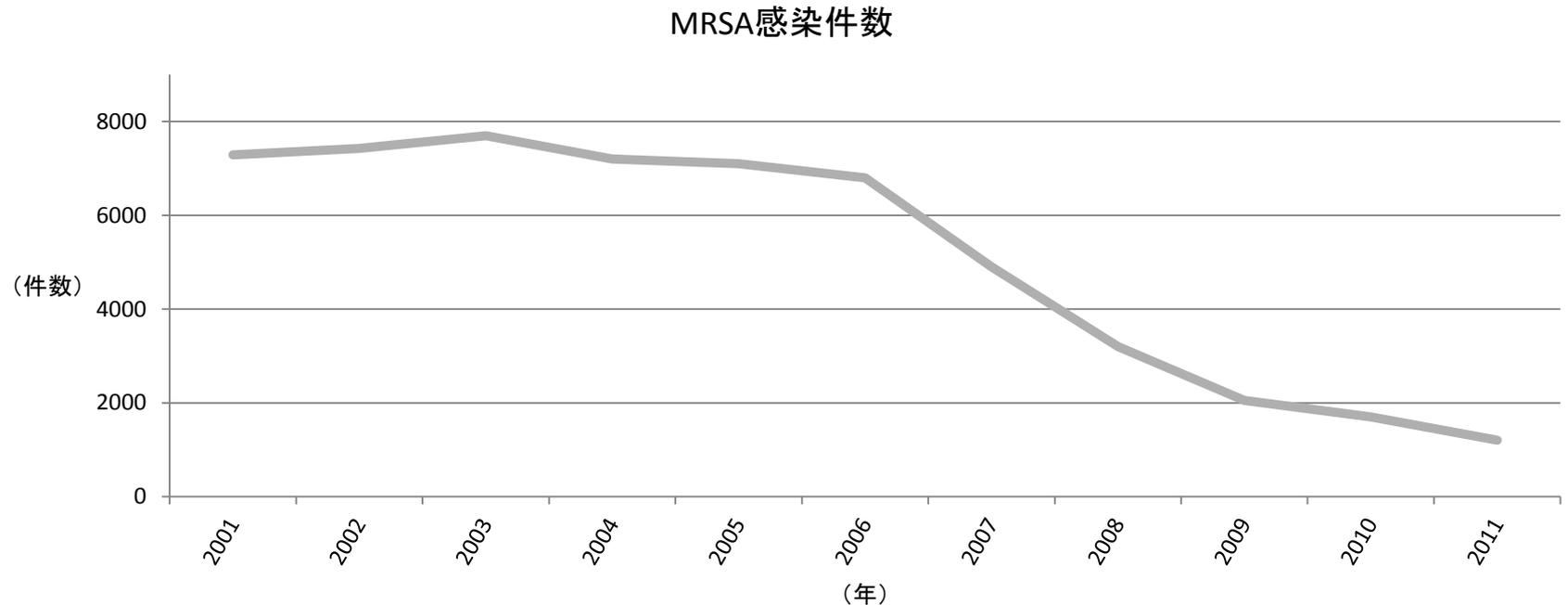
平均待機時間



- 健康問題や症状の程度によってトリアージ
- 入院 – 15週間から**4週間**に減少
- 病院外来 – **2週間**に減少
 - 癌の疑いは1~2週間以内 (**Fast Track**)

MRSA感染件数

英国健康保護局 (Health Protection Agency) の資料に基づき作成



- 約7,700件から約1200件にまで減少

患者満足度

- 医療サービス全体
 - 92%の患者が満足
 - 対象11カ国中、「最も優れている」という評価
 - “Confident – will receive most effective treatment if sick” - International Health Policy Survey in Eleven Countries. The Commonwealth Fund, 2010
- GP診療所
 - 約9割の患者が満足 – The GP Patient Survey 2011/2012

家庭医の地位

- 家庭医療科 (General Practice) の**人気上昇**
 - およそ3000枠に6000人の初期研修医が応募
 - 競争率2倍 – 内科と同水準
- プライマリ・ケアの専門医
 - 診療報酬は**各科専門医と同水準**
- 家庭医療後期研修プログラム
 - 88%の研修医が満足 (**満足度が最も高い診療科**)
 - National Training Survey 2012 – General Medical Council

国際医療制度ランキング

The Commonwealth Fund 2010

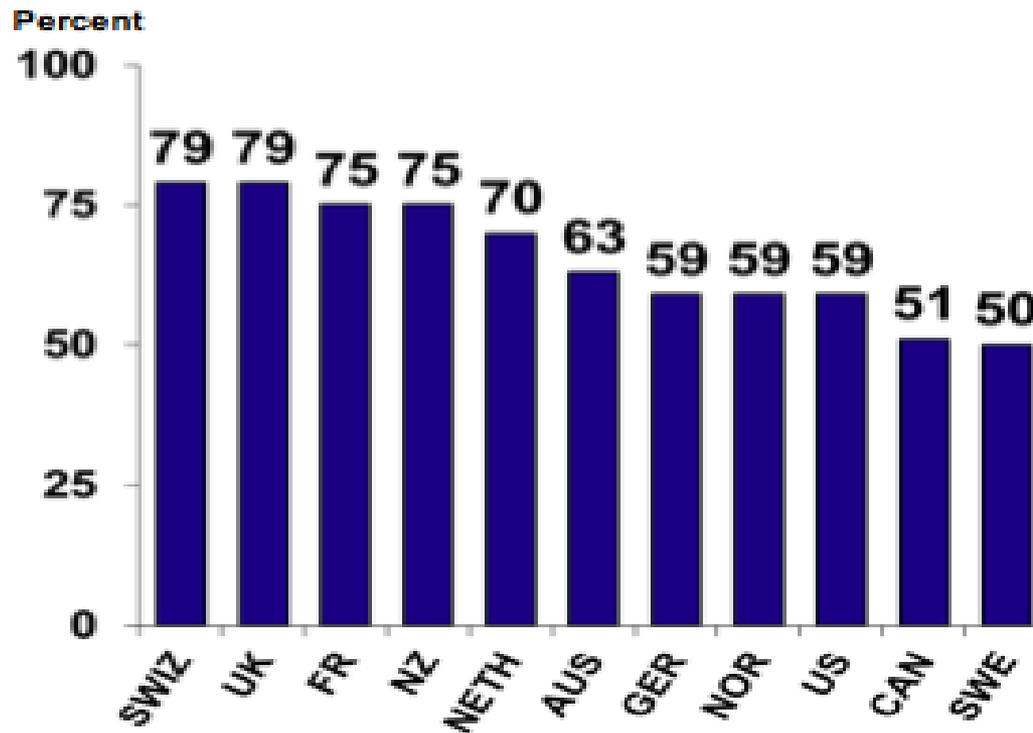
1	オランダ
2	英国
3	オーストラリア
4	ドイツ
5	ニュージーランド
6	カナダ
7	米国

- 英国、米国、ドイツなどの先進国7カ国を対象
- オランダ、オーストラリアも地域医療重視

国際比較（診療所へのアクセス）

Commonwealth Fund 2011 International Health Policy Survey of Sicker Adults
in Eleven Countries

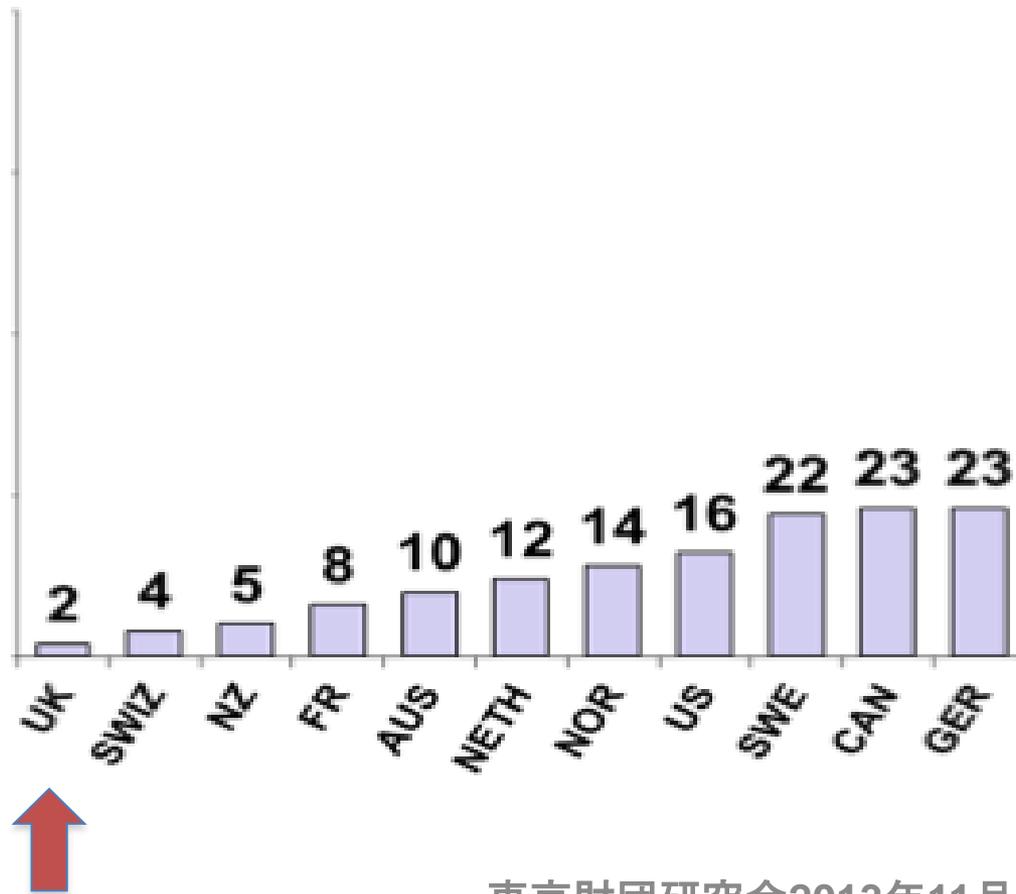
ケアを必要とする人が当日、もしくは翌日までにサービス
へアクセスできた人の割合



国際比較（診療所へのアクセス）

Commonwealth Fund 2011 International Health Policy Survey of Sicker Adults in Eleven Countries

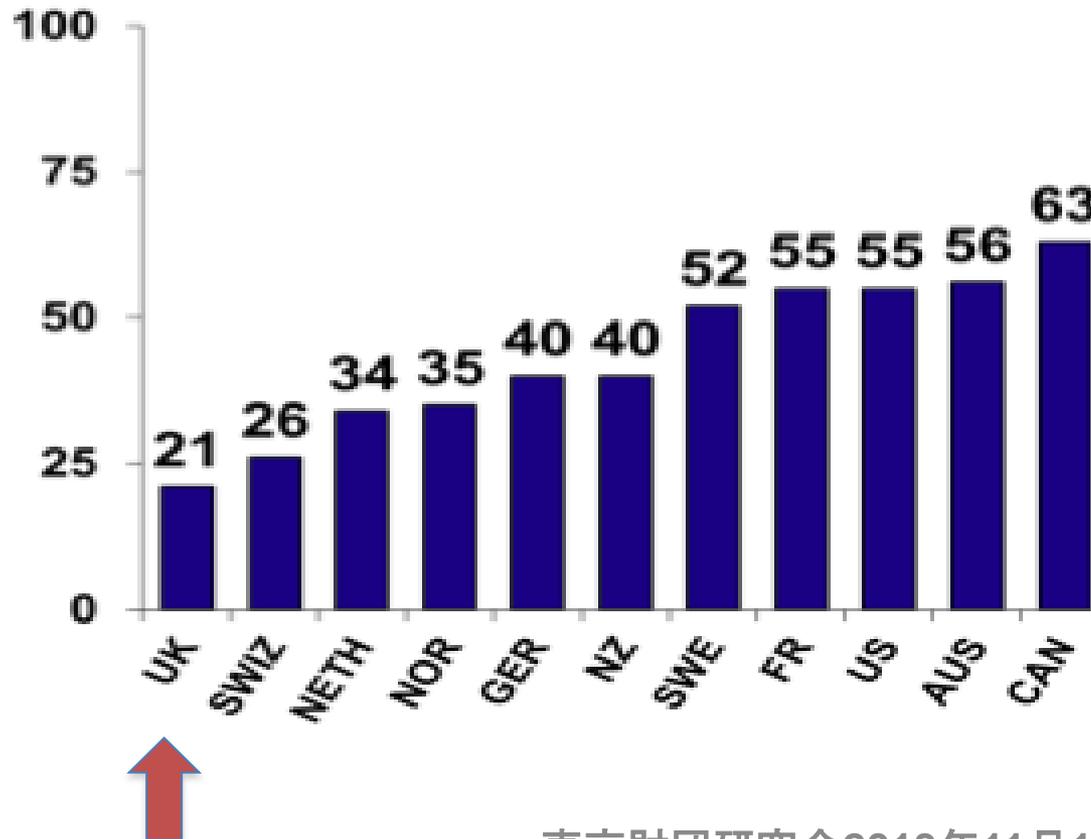
サービスへアクセスするために6日以上待った人の割合



国際比較（時間外診療へのアクセス）

Commonwealth Fund 2011 International Health Policy Survey of Sicker Adults
in Eleven Countries

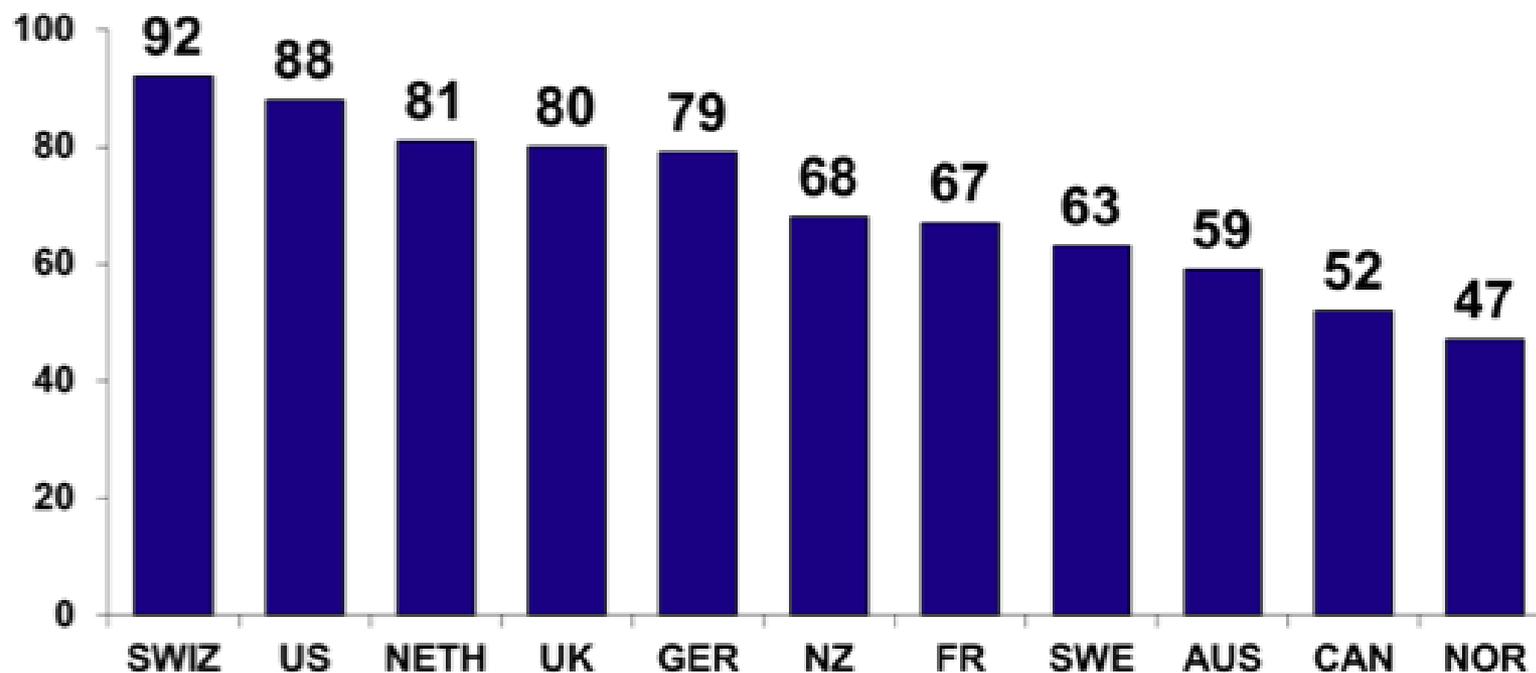
救急センターを除いた時間外診療へのアクセスを
「難しい」と感じた人の割合



国際比較(臓器別専門医へのアクセス)

Commonwealth Fund 2011 International Health Policy Survey of Sicker Adults
in Eleven Countries

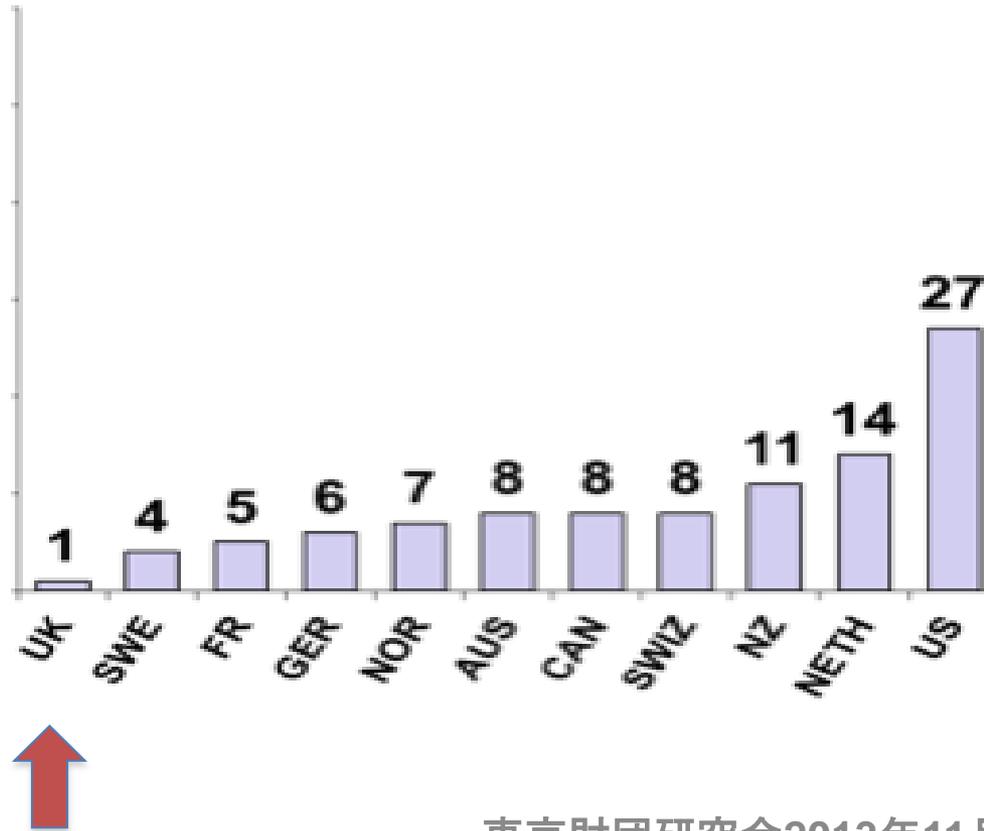
臓器別専門医にかかるまでの待機時間が一ヶ月以内だった人の割合



国際比較(コスト)

Commonwealth Fund 2011 International Health Policy Survey of Sicker Adults
in Eleven Countries

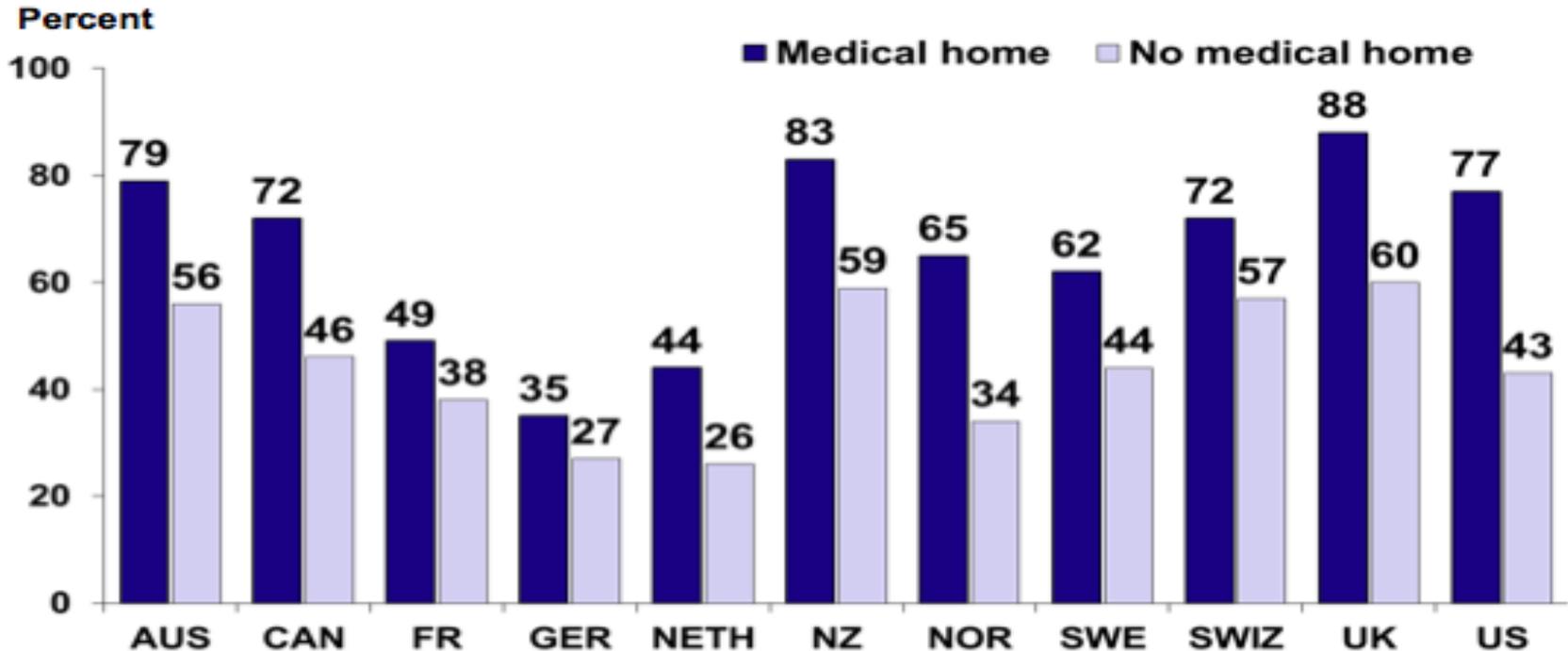
医療費を払うのに深刻な問題があった人の割合



国際比較（患者満足度）

Commonwealth Fund 2011 International Health Policy Survey of Sicker Adults in Eleven Countries

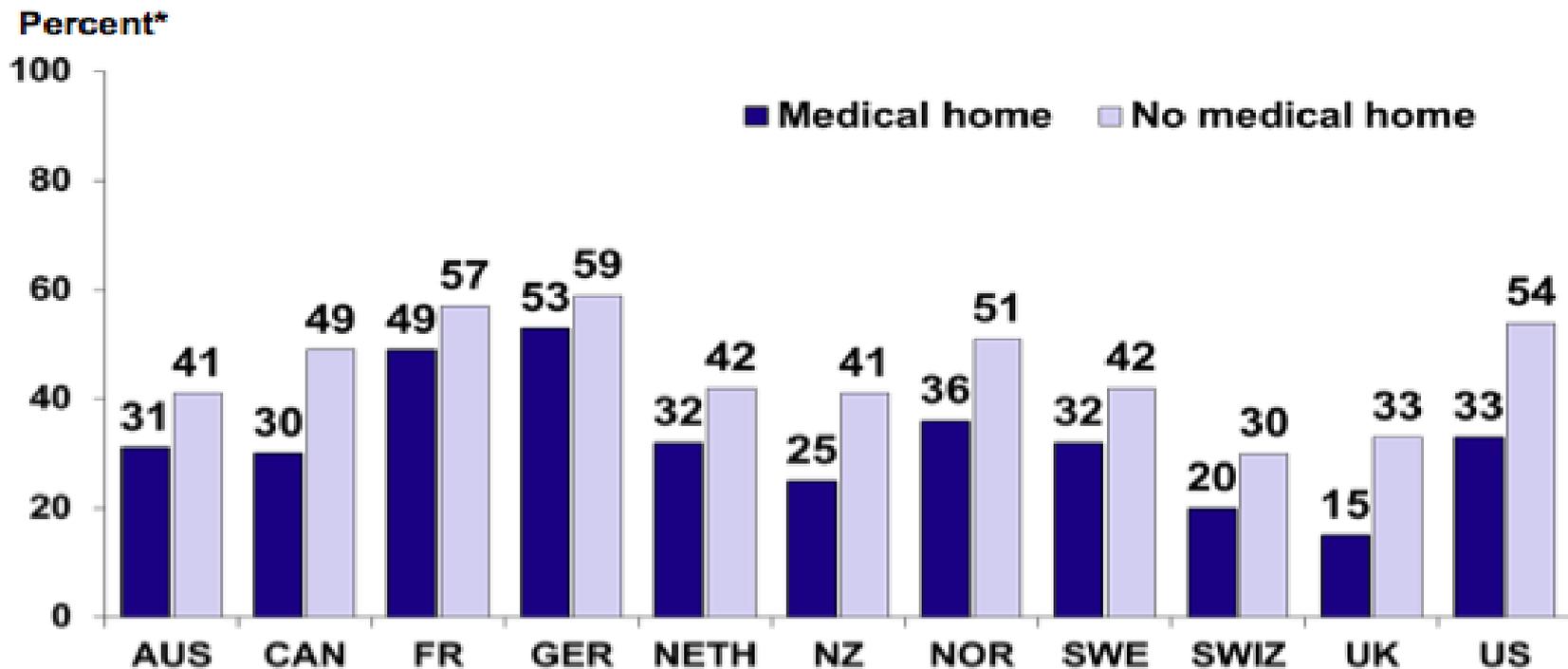
かかりつけの医療機関（Medical Home）を持ち、サービスに満足している人の割合（ExcellentもしくはVery Good）



国際比較（ケアの協調性）

Commonwealth Fund 2011 International Health Policy Survey of Sicker Adults
in Eleven Countries

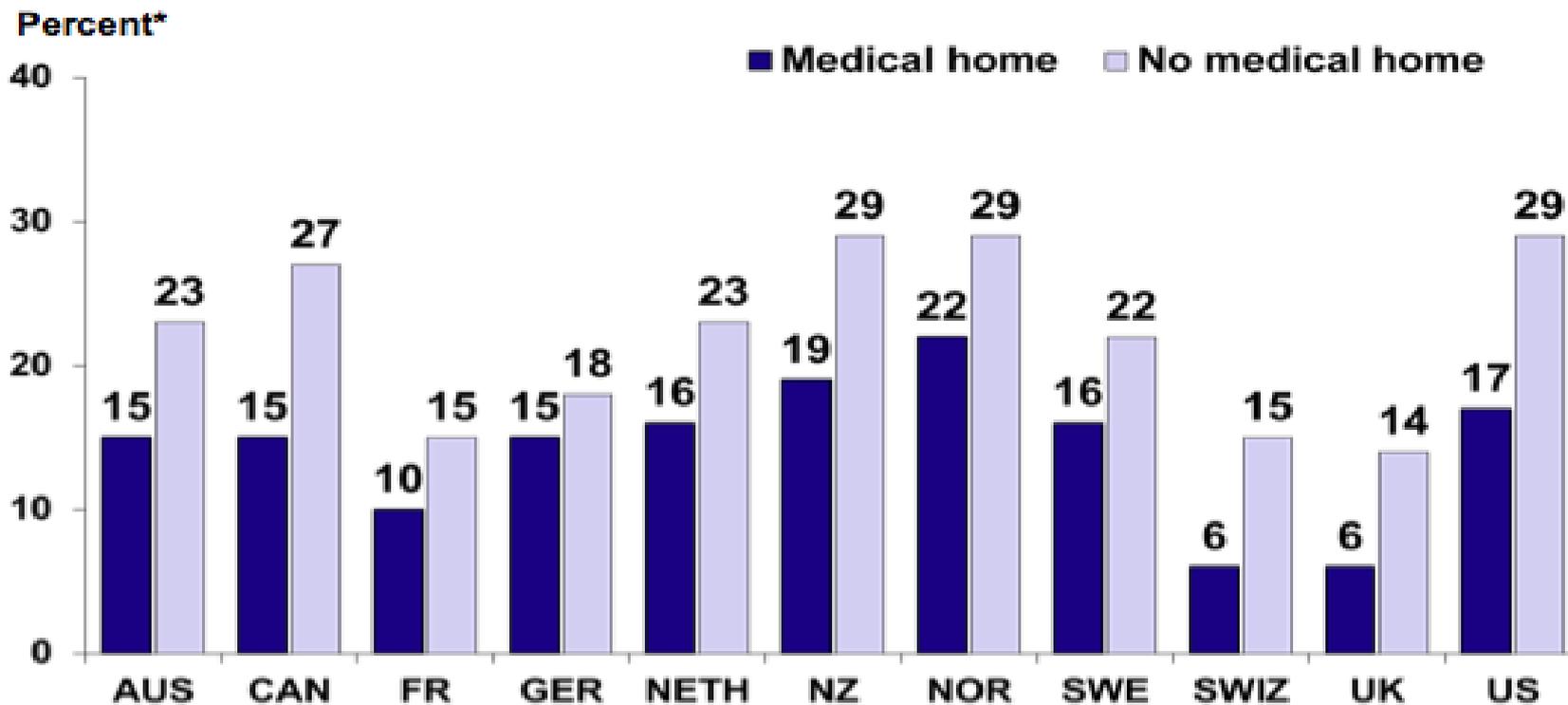
過去2年間のケアの協調性に切れ目を感じた人の割合



国際比較(安全性)

Commonwealth Fund 2011 International Health Policy Survey of Sicker Adults
in Eleven Countries

過去2年間に医療、薬剤、検査事故を経験した人の割合



プライマリ・ケアとは

Starfield B. Basic concepts in population health and health care. Journal of Epidemiology and Community Health 2001;55:452-454

プライマリ・ケアの定義

コミュニティへの継続的で人間中心のケア、ケアが最初に必要なとされた際にそれを助ける近接性、稀もしくは例外的な健康問題のみが他に紹介されるケアの包括性、及びケアの全ての側面が(受けた場所に関わらず)統合されるケアの協調性を保証するヘルスサービスシステムの不可欠な要素である

- 「プライマリ・ケア」の「プライマリ」は「初級の/基本の」ではなく、「**主要な/最も重要な**」という意味で使用される
- 「身体的、臓器別に見た一次医療レベル」よりも広義な意味合い
- 「**家庭医**」はプライマリ・ケアの専門教育を修了した専門医
 - WONCA Europe (世界家庭医機構ヨーロッパ)

家庭医とは(歴史的背景) 「一般医」から「家庭医」への発展

General Practitioner (GP)

古くから使われる名称で、元々は
専門性を持たない「一般医」という意味
* 診療科は「General Practice」となる

家庭医療後期研修プログラム

英国では、1981年に3年間が必須に



英国では、伝統を尊重する傾向も
あり、「General Practice」の
名称を保持



米国では、同様の動きが起きた際、
診療科の名称を「General Practice」から
「Family Practice」に一新

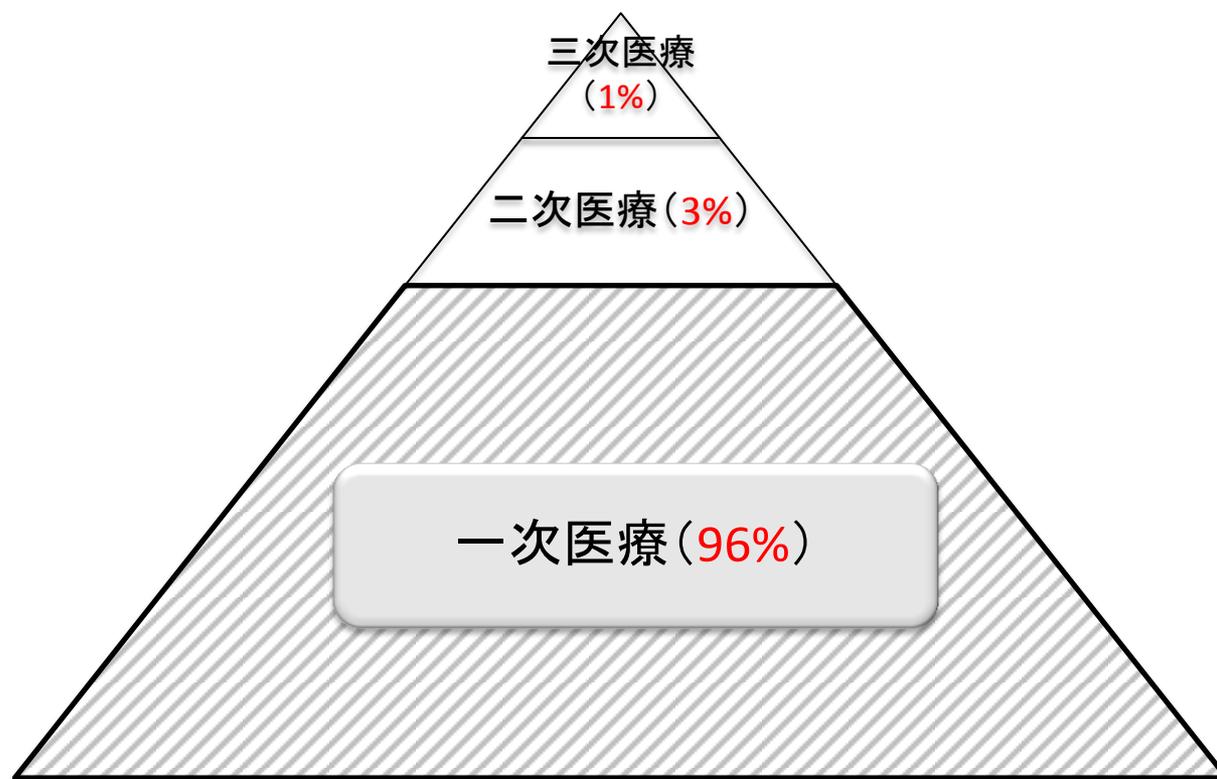
日下伸明「視察報告書 英国のプライマリ・ケアシステム」を参照
Facebookグループ「イギリスのプライマリ・ケア」からアクセス

異なる概念の統一

- 家庭医
 - General Practitioner = Family Physician
- 家庭医療科
 - プライマリ・ケアを専門とする診療科
 - General Practice = Family Practice
- よくある誤解
 - 「General Medicine」は「総合内科」で、「General Practice/Family Practice」とは異なる診療科

患者の受療行動から見るプライマリ・ケアの役割

White KL, et al. The ecology of medical care. New England Journal of Medicine
265:885-892, 1961



- 英国では、プライマリ・ケアが90%の健康問題に対応（総医療費の9%を消費）

英国のプライマリ・ケア

- **診療所**がまず始めに対応
- 住民は自分の好みの診療所に登録
- 予約を必要としないオープンクリニックも存在するが、最近の主流は1人10分間の予約制
 - 急性、慢性の問題に対応するため、「急性枠」「慢性枠」の2つが半分ずつ(トリアージが働くシステム)
- Stuart Road Surgery (私の診療所)
 - 8500人の住民が登録
 - 家庭医5人の**グループ診療**(毎日1人が**オンコール当番**)
 - 週日は午前8時から午後6時、土曜日は午前8時から正午1時まで
 - 午前と午後に外来を提供
 - 急性枠は当日に予約。急性に空きがない場合は、オンコール家庭医が対応。予約無しで来院する患者も同様。
 - 深夜や週末は**時間外専門の家庭医**が担当

英国の在宅医療

在宅医療とは

自宅での療養を希望する患者に対する医療行為。医師の緊急往診と定期的な訪問診療、看護師の訪問看護など。
(国語辞典 大辞泉)

- **家庭医(かかりつけ医)**がまず始めに対応
- 診療所に何らかの理由で来れない**全ての人**を対象
- Stuart Road Surgery
 - 毎日、1人**2~3件**(最大4件)ぐらいの在宅医療を担当
 - 午前と午後の外来の間の昼休みに行なう
 - それ以降はオンコール家庭医が対応
 - 週日の午前8時から午後6時まで
 - 深夜や週末は**時間外専門の家庭医**が担当

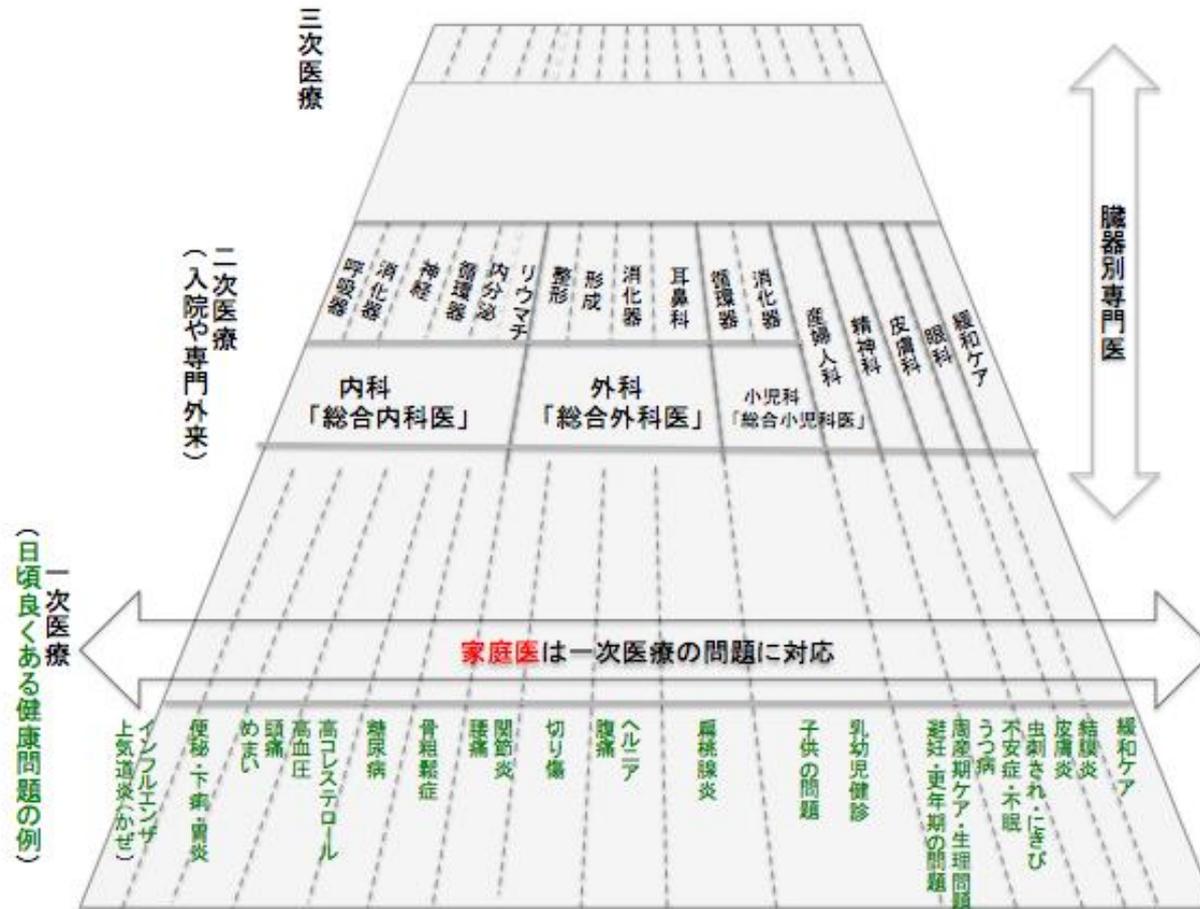
英国家庭医と多職種協働チームの役割

- 1) 身近な存在(地域基盤)
- 2) 何でも相談に乗る(全科診療、包括性)
- 3) チームで対応する(多職種連携)
- 4) 患者と二人三脚(患者中心)
- 5) 継続的に診る(かかりつけ機関)
- 6) 生活を支える(生活支援、介護)
- 7) 地域を守る(健康増進、予防)
- 8) 資源の無駄を抑える(費用対効果)

1. 身近な存在（地域基盤）

- 家の近く
 - 地理的ハードルが低い
- 診療所で
 - 心理的ハードルが低い
- 誰でも無料で
 - 金銭的ハードルが低い
- 外来、電話相談、在宅医療を利用できる
 - 患者、家族の希望やニーズに応じて

2. 何でも相談に乗る(全科診療)



澤憲明. これからの日本の医療制度と家庭医療
 第2章 医療制度における家庭医療の役割. 社会保険旬報を基に改編

外来 – 相談例(1)

- 36歳女性 – “数日前から喉が痛くて、咳が止まりません”
- 50歳男性 – “職場の健康診断で引っかかってしまいました。どうやら血圧が高かったのと、血液検査の結果もおかしかったみたいです。
- 生後8ヶ月の赤ちゃん(母親と) – “二日ぐらい前から下痢になっちゃって、発疹もぽつぽつと。。”
- 62歳男性- “ここ半年ほど、何故か胸が痛くての”
- 32歳女性 – “生理でもないのに血が出るって普通ですか？”
- 75歳男性(妻から)- “最近、物忘れが本当にひどくて。認知症じゃないですよ？”
- 40歳男性 – “最近、夜の機能が衰えてきまして。。”
- 14歳女性(母親と) - “この子、学校の授業中に急に倒れちゃったみたいで。。”
- 28歳女性 – “最近、ストレスを感じているのか、全然眠れません”

外来－相談例(2)

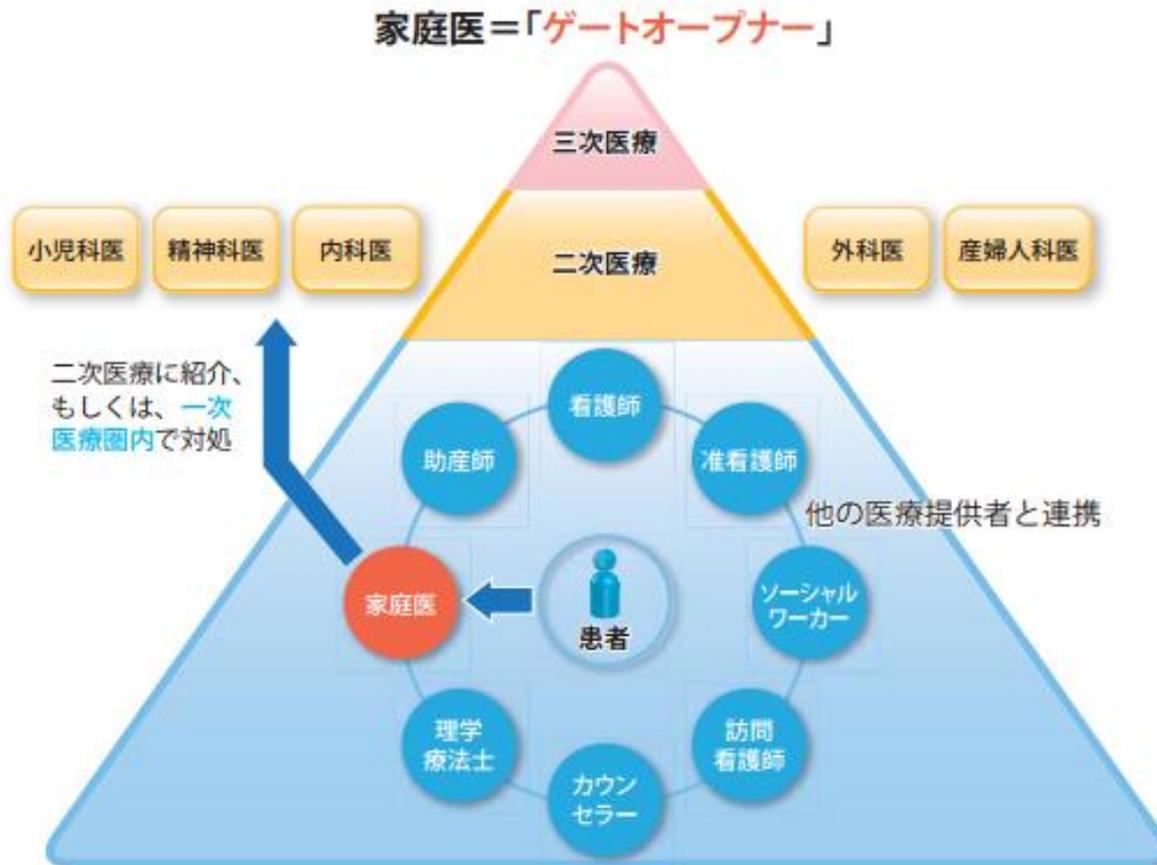
家庭医の仕事は医学的問題に限定されない

- 精神的、社会的問題
 - － 33歳男性と31歳の女性のカップル－“最近、夫が些細なことでカッターとなったり、2人の関係がギクシャクしています”
 - － 7歳児の母親－“この子がジャンクフードばかり食べて、私の作った食事を食べてくれないんです”
- 予防、健康増進
 - － 2ヶ月の赤ちゃんを抱える母親－“予防接種を進める手紙を最近いただいたのですが”
 - － 肥満気味の43歳男性－“最近、体重が若干増え気味で。。”
- 介護、生活支援
 - － 46歳の女性－“認知症を抱える父と脳梗塞で寝たきりになった母の介護で困ってます。
 - － 86歳の女性－“足の関節が痛むから、最近歩行が困難で。私に合った歩行器などがあればいいんですけど”

在宅医療 – 相談例

- 40歳女性 – “ぎっくり腰で動けません”
- 70歳男性(妻から) – “二日ぐらい前からお腹が痛いみたいで、今朝のおしっこに血がまざっていました”
- 20歳女性 – “最近ずっと泣いていて、家の外に出たくないんです”
- 2歳の男の子(母親から) – “熱がすごく高くて、水分を取ってくれません。もう1人の子供の世話で忙しくて、診療所に行けないんです”
- 85歳女性(ナーシングホームのスタッフから) – “胸の下に発疹を見つけたのと、あそこがどうもとても痒いみたいです。後それと、最近、体重が落ちているみたいです”
- 末期癌を抱える75歳男性(訪問看護師から) – “今朝からずっと吐いています”
- 軽い認知症を抱える75歳女性(娘から) – “いつもより混乱しています。介護者の私はもういっぱいいっぱいです”

3. チームで対応する(多職種連携) - 外来



RIETI Highlight 2013 Springを参照

適材適所のプライマリ・ケアチーム

Practice Nurse

(プライマリ・ケア専門看護師)

風邪、軽度の外傷の手当
などの急性疾患や

高血圧、喘息、COPD、
糖尿病、虚血性心疾患などの
慢性疾患に対応し、
処方もできる。

インフルエンザワクチンなどの
予防接種やピルといった避妊
に関するアドバイスも提供。

Health Visitor

(保健師)

出産後、母子の両方を診る

Health Care Assistant

(准看護師)

採血、血圧測定、VitB12などの注射
禁煙外来や肥満外来のフォローアップもする

Health Trainer

(ヘルストレーナー)

食生活、運動、アルコール、喫煙、肥満、社会的
孤立などのライフスタイル関連のアドバイスを提供

Midwife

(助産師)

出産前ケアを定期的に提供
出産は自宅、バースセンター、
もしくは病院で行なわれる

Physiotherapist

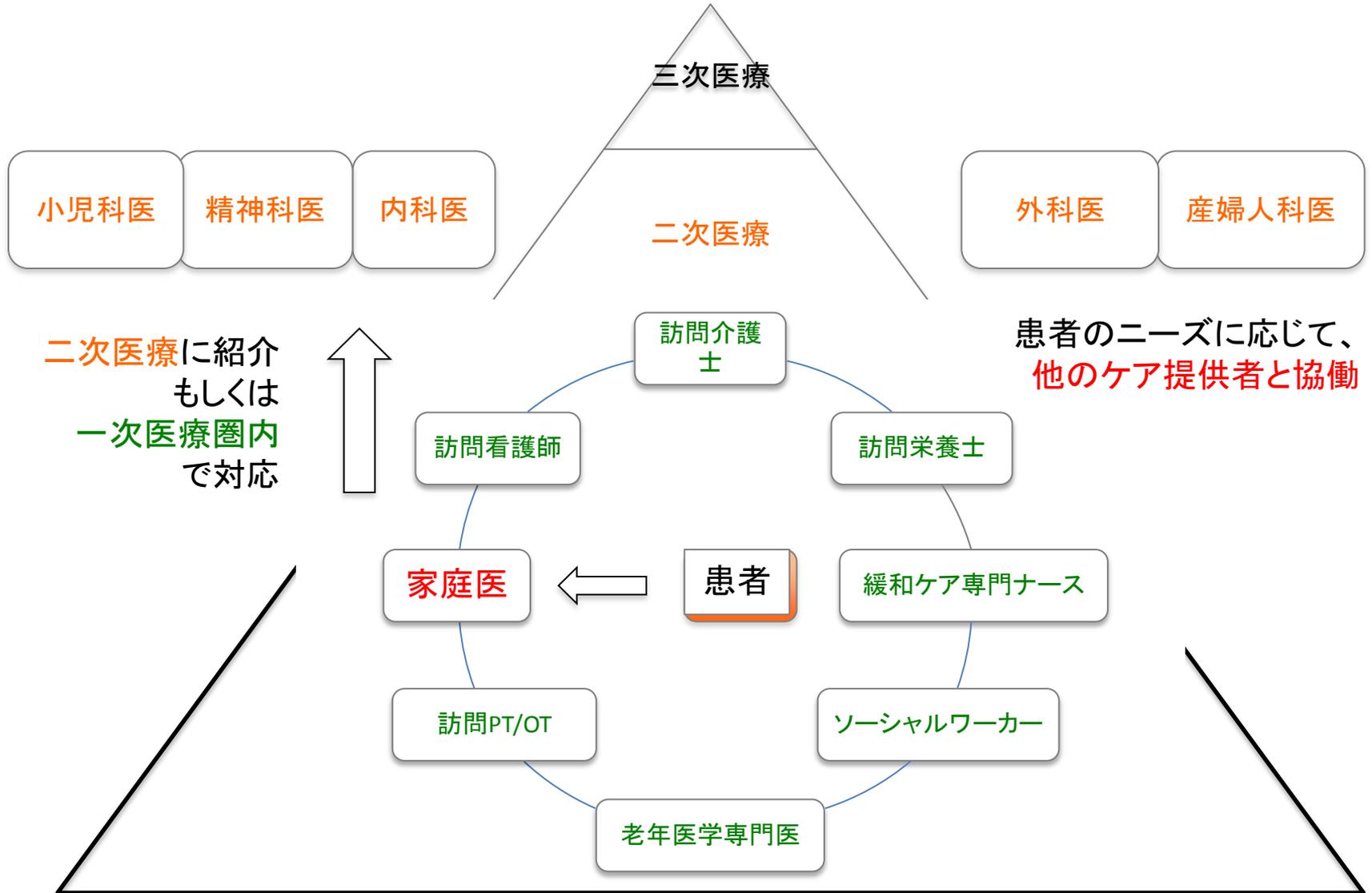
(理学療法士)

日下申明「視察報告書 英国のプライマリ・ケアシステム」を参照
Facebookグループ「イギリスのプライマリ・ケア」からアクセス

助産師主導の産科ケア

- 大多数の妊娠が低リスク
- **低リスクの妊婦検診**は助産師が担当(診療所)
- **多くの分娩**も助産師が対応(57%)
 - 産科医(38%)
 - 他(家庭医を含む)(5%)
 - NHS Maternity Statistics. Provide Level Analysis 2010-11 to 2011-12
- **低リスクの妊娠、出産に関しては、医師主導よりも助産師主導の産科ケアがより良いアウトカムを達成**
 - Sandall J et al. Midwife-led continuity models vesus other models of care of childbearing women. The Cochrane Collaboration. 2013
- **これからは助産師の時代！**

3. チームで対応する(多職種連携) - 在宅医療



4. 患者と二人三脚（患者中心）

- 医療面接のやり方

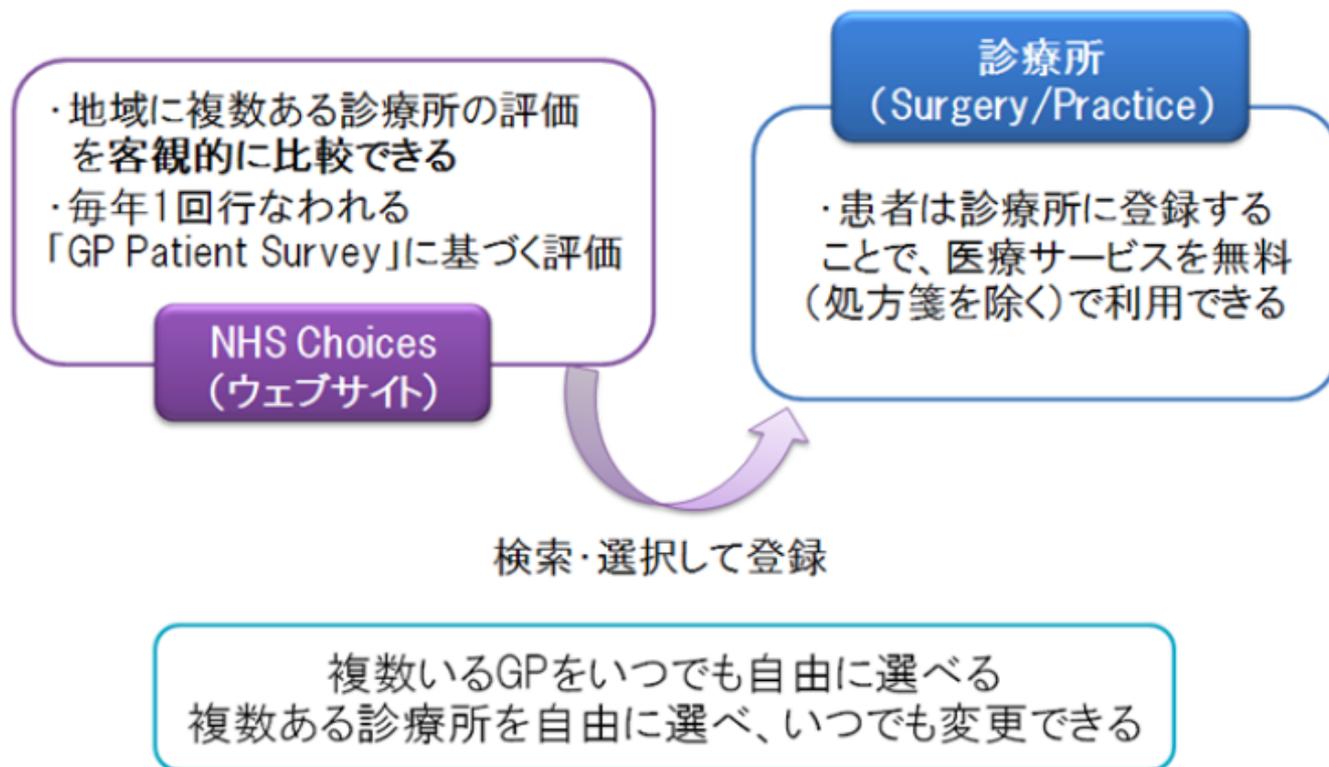
- A. 医師中心
- B. 消費者中心
- C. 患者中心

- **患者中心の医療面接**

- 全人的で包括的なケアが提供されるプライマリ・ケアの担い手によって提供されるモデル（付属資料を参考）

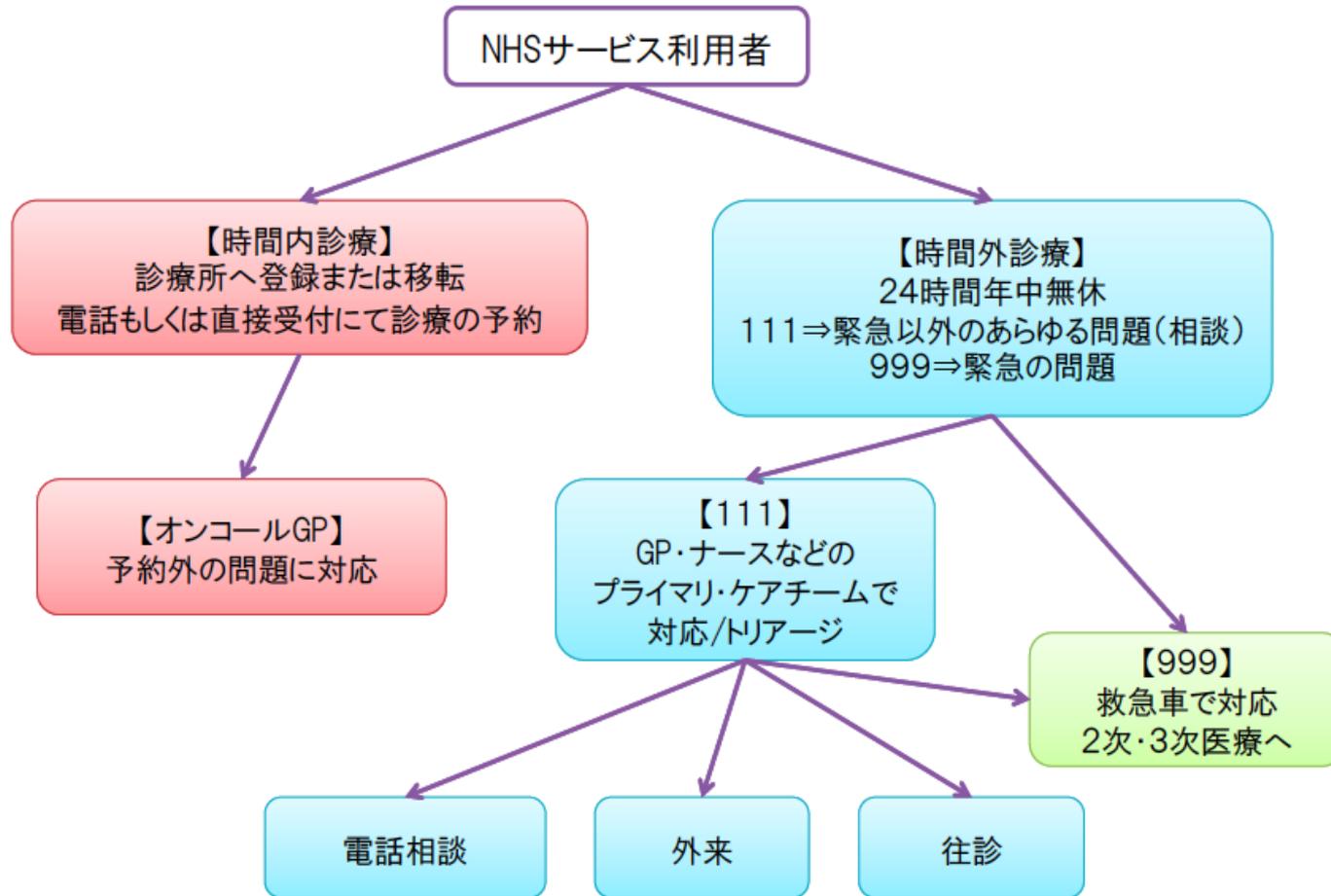
5. 継続的に診る(かかりつけ機関)

～情報の提供と選択の自由～



日下伸明「視察報告書 英国のプライマリ・ケアシステム」を参照
Facebookグループ「イギリスのプライマリ・ケア」からアクセス

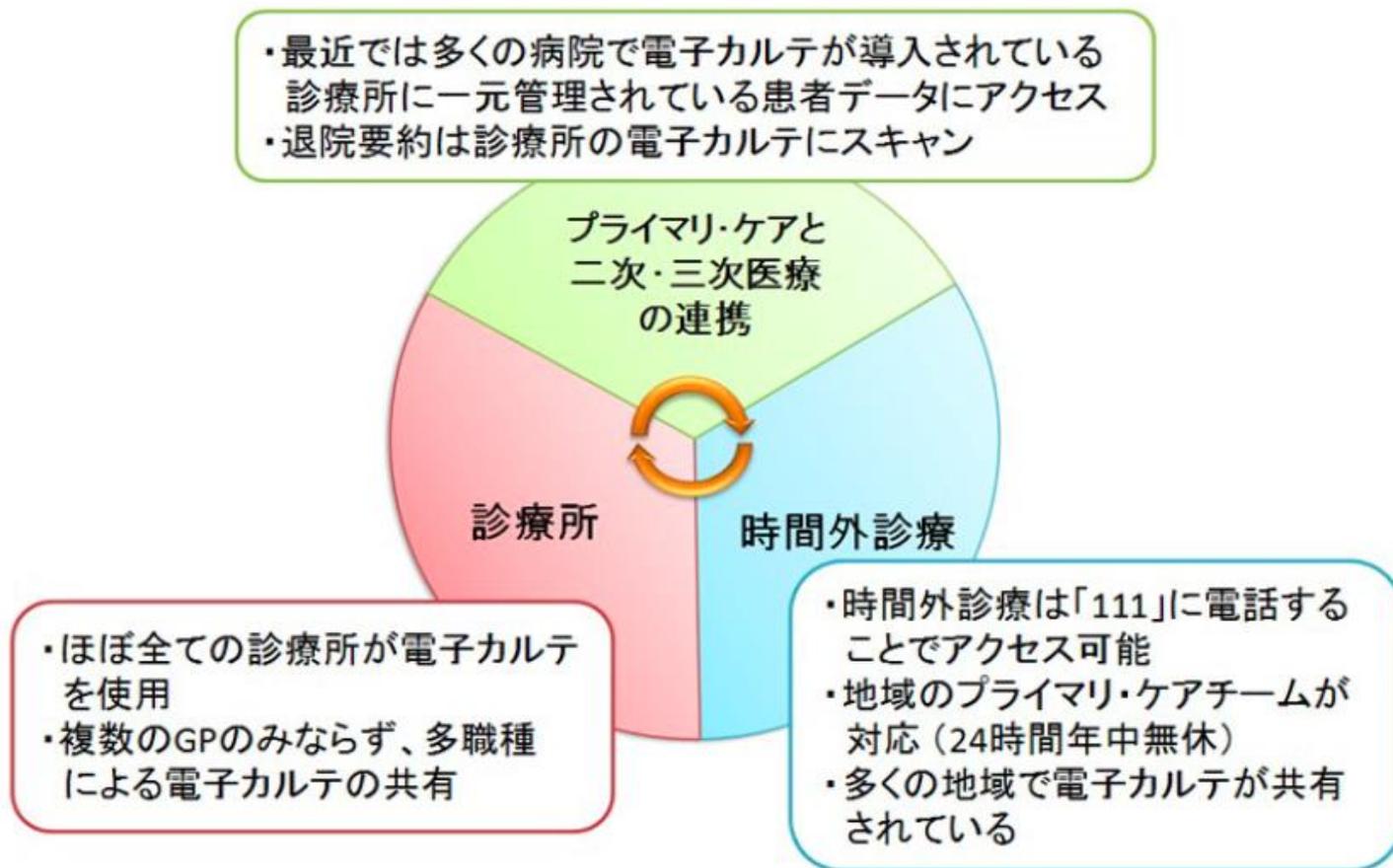
受療の流れ(24時間対応)



日下伸明「視察報告書 英国のプライマリ・ケアシステム」を参照
Facebookグループ「イギリスのプライマリ・ケア」からアクセス

ケアの継続性

(診療所⇔多職種チーム、診療所⇔病院、時間内⇔時間外)



日下伸明「視察報告書 英国のプライマリ・ケアシステム」を参照
Facebookグループ「イギリスのプライマリ・ケア」からアクセス

6. 生活を支える(生活支援、介護)

- 日頃の生活をサポート

- ソーシャルキャピタルの活用(ボランティア部門、NPO団体)

- 介護者サポート(年齢制限無し)
- 死別サポート(グリーフケア)
- 生活保護に関するアドバイス
- 社会的サポート、地域活動(社会的孤立を回避)

- 介護、リハビリテーション

- 訪問介護士、訪問栄養士、訪問理学療法師、訪問作業療法士、ソーシャルワーカー

7. 地域を守る(健康増進、予防)

～予防を促進する工夫～

地域の健康データを把握

電子カルテ上では健康データがコード化されている

Quality and Outcomes Framework
(QOF)
業績払い制度

患者の健康データの改善の程度により報酬が支払われる

【例】診療所に登録されている8500人の住民のうち、高血圧を罹患している患者数は1500人で、そのうち、150/90以内にコントロールされている患者数は1200人(80%)
⇒QOFではその割合の程度によって報酬が支払われる

日下伸明「視察報告書 英国のプライマリ・ケアシステム」を参照
Facebookグループ「イギリスのプライマリ・ケア」からアクセス

8. 資源の無駄を抑える(費用対効果)

- 国立医療技術評価機構(NICE)の存在
 - 医薬品や医療技術の有効性と経済面の両方を評価
 - 信頼性の高いエビデンスを用いて、臨床ガイドラインを提供(費用対効果の高い医療)

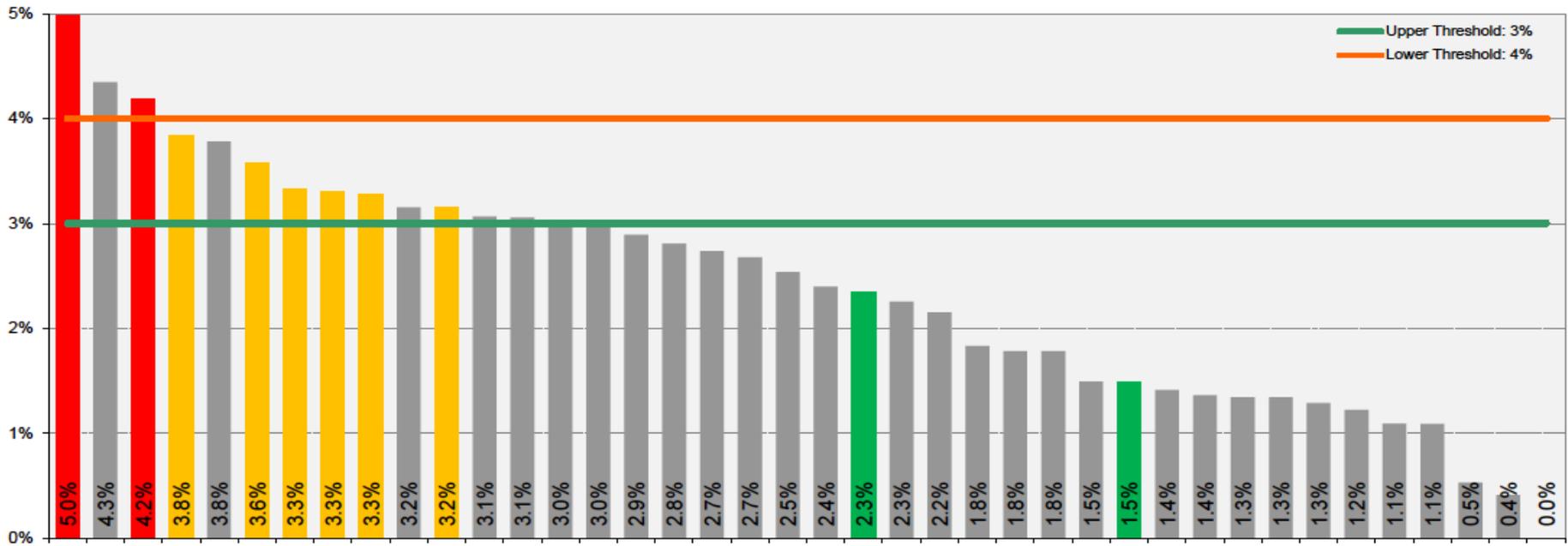
スタチン	悪玉コレステロール値の減少割合	価格(28日分)
Simvastatin 40mg	37%	£1.03
Rosuvastatin 10mg	43%	£18.03

- 電子カルテ
 - 「Script Switch」- 電子カルテの機能の1つ
 - 同一の中身で、最も安価な医薬品へ変更するオプションが自動的に表示

薬品名(価格)	ジェネリック医薬品(価格)
Desogestrel (£8.47)	Cerelle (£4.30)
Macrogol Compound (£6.68)	Laxido Orange (£5.34)

薬剤処方における外部監査

- Medicines Managementと呼ばれる独立機関が、地域に散らばる各診療所の薬剤処方を監視し、適切にフィードバック
- 例えば、Ezetimibe(コレステロール値を下げる薬)は、その有効性に関する信頼性の高いエビデンスが不足しているため、NICEガイドラインでは、それを使わないことが推奨されている。



Medicines Management Team 2012年12月

受療行動の最適化

- 救急センターのコンビニ受診
 - 24時間年中無休のプライマリ・ケアが機能しているが、救急センターへは自由にアクセスできる
 - 救急センターを頻繁に利用する患者群を同定（診療所にある電子カルテの機能）
 - 診療所に来院していただき、家庭医が原因を探る
 - 多くのケースは移民や社会的に不利な立場に置かれた人々
 - 適切な受療行動のアドバイスを提供
 - “すいません。ただ単にあまりどこに相談していいのか分からなくて””

プライマリ・ケア基盤のヘルスシステムとは

World Health Organization (WHO)

病院/プライマリ・ケア基盤のヘルスシステムの違い

病院基盤	プライマリ・ケア基盤
病気や治療のみに重点を置く	健康に関するあらゆるニーズに重点を置く
診察時のみに限定される関係性	持続的な個人的関係性
エピソード毎の治療的ケア	包括的、継続的、及び人間を中心とするケア
診察時における患者へのアドバイスに限定される責任	コミュニティにおける全ての人の健康と不健康の決定要因に対応する責任
サービス利用者は、ケアを商品として購入する消費者	人々は個人とコミュニティの健康に責任を持つパートナー

プライマリ・ケアの科学的根拠

1. 人間中心性とそのメリット

- **人間中心性**とは

- 患者を主体としたケア（消費者中心とは異なる）
- 患者中心の医療面接が主体（付属資料参考）

人間中心性がケアに与える影響
より良い治療効果と人生の質 ¹
患者が抱える問題の精神的側面へのより良い理解 ²
コミュニケーションに対するより良い満足度 ³
自己の問題に対するより多くの自信 ⁴
より高い信頼と治療遵守率 ⁵
予防と促進的ケアのより良い統合 ⁶

プライマリ・ケアの科学的根拠

2. 継続性とそのメリット

- **ケアの継続性**とは
 - 患者を継続的に診ること
 - 1) 情報の継続性、2) 時間軸の継続性、3) 個人的な継続性

継続性がケアに与える影響
全死因死亡率の減少 ^{7, 8, 9, 10}
ケアへのより良いアクセス ¹¹
より少ない入院 ¹²
専門医への負担減少 ¹³
救急センターへの負担減少 ¹⁴
医療介入による有害効果のより良い早期発見 ^{15, 16}

プライマリ・ケアの科学的根拠

3. 包括性とそのメリット

- **包括性**とは

- 健康増進、予防、治療、リハビリ、支援的ケアなど、身体的、精神的、社会的な側面から住民のあらゆるニーズに対応すること

包括性がケアに与える影響
より良い健康指標 ^{17, 18, 19}
より頻繁な予防ケアの利用 ²⁰
慢性疾患の予防可能な合併症による入院数の減少 ²¹

プライマリ・ケアの科学的根拠

4. ジェネラリストの存在ととそのメリット

- **ジェネラリスト**とは

- あらゆる問題に総合的に対応する医師

ジェネラリストがケアに与える影響
スペシャリストのケアよりも、よくある重篤な疾患を診断する確率が高いか、もしくは同水準 ^{22, 23}
ジェネラリストはスペシャリストよりも臨床ガイドラインの適応に時間がかかるが、スペシャリスト同様に臨床ガイドラインに忠実 ^{24, 25}
侵略的介入の減少 ^{26, 27, 28, 29}
より少なく、より短い入院 ^{30, 31, 32}
予防ケアに対するより多くの重点 ^{31, 33}
スペシャリストと同様の健康指標 ^{26, 34, 35, 36, 37, 38} 、より高い患者満足度 ^{33, 39, 40} 、をより少ない医療費で達成 ¹⁷
より少ない医療費とより質の高い医療 ⁴¹

プライマリ・ケアの科学的根拠

5. かかりつけ機関の存在とそのメリット

- **かかりつけ機関**とは

- ケア提供者と利用者間での持続的な信頼関係を築くために定められた習慣的な接点
- ケアの窓口を1つにする強みとは

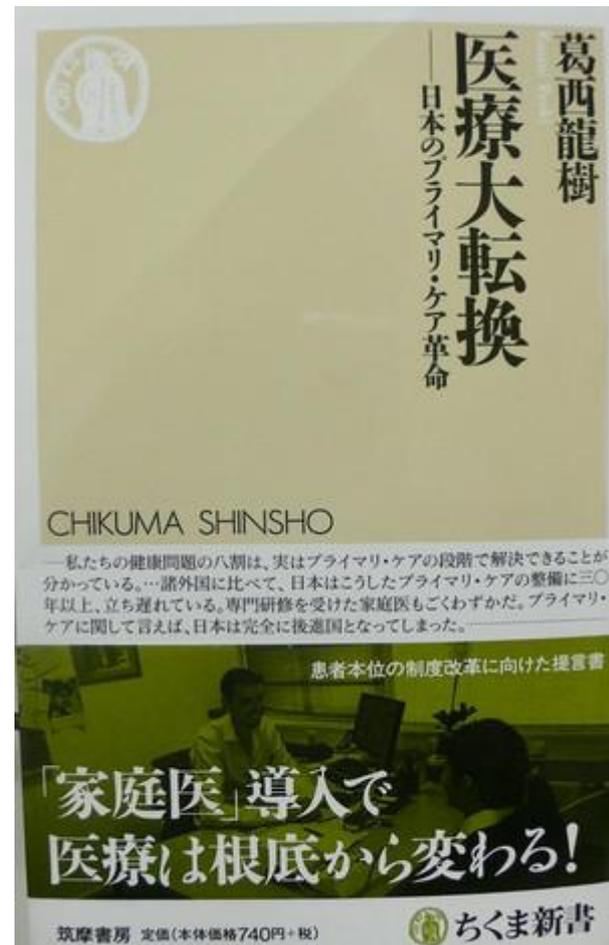
かかりつけ機関がケアに与える影響
より高い患者満足度 ^{42, 43, 44, 45}
より良いコンプライアンスとより少ない入院 ^{42, 43, 44, 46}
専門医と救急センターへの負担減少 ^{17, 30, 47, 48, 49}
より効率的な資源の活用 ^{11, 17, 50, 51}
健康問題の精神的側面に対するより良い理解 ²
青年期までにおける予防ケアのより多くの活用 ³¹
過剰治療の減少 ⁵²

終わりに

世界が抱える共通の課題		
人口の高齢化	都市化	ライフスタイルの欧米化
慢性非感染性疾患の増大	多疾病罹患を抱える患者数の上昇	地域を診る視点の台頭
健康、社会格差の増大	細分化医療への過剰依存	ケアの分断化
ケアシステムの無秩序な市場化	ケアの非人間化	より厳しい財政的状況
高度化、多様化する社会の期待	変わりゆく価値観(治療からケア、延命から人生の質の向上、医師から患者主体へ)	

- 世界が抱える共通の課題に対して、プライマリ・ケアが指導的立場に立っている
- 近年における世界的潮流は、「病院から地域、治療から予防へ、医師単独からチームケアへ」のパラダイムシフトであり、病院基盤型からプライマリ・ケア基盤型のヘルスシステムへの転換
- 「必要な時に、適切な場所で、最小の費用で受けるケア」の提供を可能にする「新しいシステム」の構築が求められている

参考書籍



参考ウェブサイト

healthcare-agera.com

プライマリ・ケアで変わる日本の医療

プロフィール よくある質問 参考資料

～病院から地域、治療から予防、医師単独からチームケアへ～

明日の医療を考える



参考文献(1)

1. Ferrer RL, Hambidge SJ, Maly RC. The essential role of generalists in health care systems. *Annals of Internal Medicine*, 2005, 142:691–699
2. Gulbrandsen P, Hjortdahl P, Fugelli P. General practitioners' knowledge of their patients' psychosocial problems: multipractice questionnaire survey. *British Medical Journal*, 1997, 314:1014–1018
3. Jaturapatporn D, Dellow A. Does family medicine training in Thailand affect patient satisfaction with primary care doctors? *BMC Family Practice*, 2007, 8:14.
4. Kovess-Masfety V et al. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. *BMC Public Health*, 2007, 7:188.
5. Fiscella K et al. Patient trust: is it related to patient-centred behavior of primary care physicians? *Medical Care*, 2004, 42:1049–1055.
6. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine*, 51:1087–1110.
7. Shi L 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, 16:412–422.
8. Franks P, Fiscella K. Primary care physicians and specialists as personal physicians. Health care expenditures and mortality experience. *Journal of Family Practice*, 1998, 47:105–109.

参考文献(2)

9. Villalbi JR et al. An evaluation of the impact of primary care reform on health. *Atenci Lon Primaria*, 1999, 24:468–474.59, Chapter 3. Primary care: putting people first
10. Regional core health data initiative. Washington DC, Pan American Health Organization, 2005 (<http://www.paho.org/English/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm>).
11. Forrest CB, Starfi eld B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. *American Journal of Public Health*, 1998, 88:1330–1336.
12. Weinberger M, Oddone EZ, Henderson WG. Does increased access to primary care reduce hospital readmissions? For The Veterans Affairs Cooperative Study Group on Primary Care and Hospital Readmission. *New England Journal of Medicine*, 1996, 334:1441–1447.
13. Woodward CA et al. What is important to continuity in home care? Perspectives of key stakeholders. *Social Science and Medicine*, 2004, 58:177–192.
14. Gill JM, Mainous AGI, Nsereko M. The effect of continuity of care on emergency department use. *Archives of Family Medicine*, 2000, 9:333–338.
15. Rothwell P. Subgroup analysis in randomised controlled trials: importance, indications, and interpretation, *Lancet*, 2005, 365:176–186.
16. Kravitz RL, Duan N, Braslow J. Evidence-based medicine, heterogeneity of treatment effects, and the trouble with averages. *The Milbank Quarterly*, 2004, 82:661–687.

参考文献(3)

17. Forrest CB, Starfi eld B. The effect of first-contact care with primary care clinicians on ambulatory health care expenditures. *Journal of Family Practice*, 1996, 43:40–48.
18. Chande VT, Kinane JM. Role of the primary care provider in expediting children with acute appendicitis. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 1996, 150:703–706.
19. Starfi eld B. *Primary care: balancing health needs, services, and technology*. New York, Oxford University Press 1998.
20. Bindman AB et al. Primary care and receipt of preventive services. *Journal of General Internal Medicine*, 1996, 11:269–276.
21. Shea S et al. Predisposing factors for severe, uncontrolled hypertension in an innercity minority population. *New England Journal of Medicine*, 1992, 327:776–781.
22. Provenzale D et al. Gastroenterologist specialist care and care provided by generalists – an evaluation of effectiveness and efficiency. *American Journal of Gastroenterology*, 2003, 98:21-8.
23. Smetana GW 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.
24. Fendrick AM, Hirth RA, Chernew ME. Differences between generalist and specialist physicians regarding *Helicobacter pylori* and peptic ulcer disease. *American Journal of Gastroenterology*, 1996, 91:1544–1548.

参考文献(4)

25. Zoorob RJ et al. Practice patterns for peptic ulcer disease: are family physicians testing for H. pylori? *Helicobacter*, 1999, 4:243–248.
26. Rose JH et al. Generalists and oncologists show similar care practices and outcomes for hospitalized late-stage cancer patients. For SUPPORT Investigators (Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks for Treatment). *Medical Care*, 2000, 38:1103–1118.
27. Krikke EH, Bell NR. Relation of family physician or specialist care to obstetric interventions and outcomes in patients at low risk: a western Canadian cohort study. *Canadian Medical Association Journal*, 1989, 140:637–643.
28. MacDonald SE, Voaklander K, Birtwhistle RV. A comparison of family physicians' and obstetricians' intrapartum management of low-risk pregnancies. *Journal of Family Practice*, 1993, 37:457-462.
29. Abyad A, Homsy R. A comparison of pregnancy care delivered by family physicians versus obstetricians in Lebanon. *Family Medicine*, 1993 25:465–470.
30. Parchman ML, Culler SD. Primary care physicians and avoidable hospitalizations. *Journal of Family Practice*, 1994, 39:123–128.
31. Ryan S et al. The effects of regular source of care and health need on medical care use among rural adolescents. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 2001, 155:184–190.

参考文献(5)

32. Abyad A, Homsy R. A comparison of pregnancy care delivered by family physicians versus obstetricians in Lebanon. *Family Medicine*, 1993 25:465–470.
33. Grunfeld E et al. Comparison of breast cancer patient satisfaction with follow-up in primary care versus specialist care: results from a randomized controlled trial. *British Journal of General Practice*, 1999, 49:705–710.
34. Grunfeld E et al. Randomized trial of long-term follow-up for early-stage breast cancer: a comparison of family physician versus specialist care. *Journal of Clinical Oncology*, 2006, 24:848–855.
35. Scott IA et al. An Australian comparison of specialist care of acute myocardial infarction. *International Journal for Quality in Health Care*, 2003, 15:155–161.
36. Regueiro CR et al. A comparison of generalist and pulmonologist care for patients hospitalized with severe chronic obstructive pulmonary disease: resource intensity, hospital costs, and survival. For SUPPORT Investigators (Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment). *American Journal of Medicine*, 1998, 105:366–372.
37. McAlister FA et al. The effect of specialist care within the first year on subsequent outcomes in 24,232 adults with new-onset diabetes mellitus: population-based cohort study. *Quality and Safety in Health Care*, 2007, 16:6–11.

参考文献(6)

38. Greenfield S et al. Outcomes of patients with hypertension and non-insulin dependent diabetes mellitus treated by different systems and specialties. Results from the medical outcomes study. *Journal of the American Medical Association*, 1995, 274:1436–1444
39. Miller MR et al. Parental preferences for primary and specialty care collaboration in the management of teenagers with congenital heart disease. *Pediatrics*, 2000, 106:264–269.
40. Pongsupap Y, Boonyapaisarnchoaroen T, Van Lerberghe W. The perception of patients using primary care units in comparison with conventional public hospital outpatient departments and “prime mover family practices”: an exit survey. *Journal of Health Science*, 2005, 14:3.
41. Baicker K, Chandra A. Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries’ quality of care. *Health Affairs*, 2004 (Suppl. web exclusive:W4-184–197).
42. Weiss LJ, Blustein J. Faithful patients: the effect of long term physician–patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. *American Journal of Public Health*, 1996, 86:1742–1747.
43. Rosenblatt RL et al. The generalist role of specialty physicians: is there a hidden system of primary care? *JAMA*, 1998, 279:1364–1370.
44. Freeman G, Hjortdahl P. What future for continuity of care in general practice? *British Medical Journal*, 1997, 314: 1870–1873.

参考文献(7)

45. Miller MR et al. Parental preferences for primary and specialty care collaboration in the management of teenagers with congenital heart disease. *Pediatrics*, 2000, 106:264–269.
46. Mainous AG III, Gill JM. The importance of continuity of care in the likelihood of future hospitalization: is site of care equivalent to a primary clinician? *American Journal of Public Health*, 1998, 88:1539–1541.
47. Hurley RE, Freund DA, Taylor DE. Emergency room use and primary care case management: evidence from four medicaid demonstration programs. *American Journal of Public Health*, 1989, 79: 834–836.
48. Martin DP et al. Effect of a gatekeeper plan on health services use and charges: a randomized trial. *American Journal of Public Health*, 1989, 79:1628–1632.
49. Gadomski A, Jenkins P, Nichols M. Impact of a Medicaid Primary Care Provider and Preventive Care on pediatric hospitalization. *Pediatrics*, 1998, 101:E1
(<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/101/3/e1>, accessed 29 July 2008).
50. Hjortdahl P, Borchgrevink CF. Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. *British Medical Journal*, 1991, 303:1181–1184.
51. Roos NP, Carriere KC, Friesen D. Factors influencing the frequency of visits by hypertensive patients to primary care physicians in Winnipeg. *Canadian Medical Association Journal*, 1998, 159:777–783.
52. Schoen C et al. Towards higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries, 2007. *Health Affairs*, 2007, 26:w717–w734.