

シリーズ：患者中心のメディカルホームとは何か？
～ヘルスケア供給システム再構築への示唆～

患者中心のメディカルホームネイバー： 患者中心のメディカルホームと 専門医療機関のインターフェース A Position Paper of the American College of Physicians

監訳 宮田 靖志（国立病院機構名古屋医療センター卒後教育研修センター/総合内科）¹⁾
向原 圭（国立病院機構長崎医療センター総合診療科）²⁾

〔日内会誌 104：1197～1212, 2015〕

「2010年に発表された効果的な連携機能を有する専門医療機関としての患者中心のメディカルホームネイバー（Patient-Centered Medical Home Neighbor：PCMH-N）に関する報告書」の補遺I～IIIと参考文献を掲載する。なお、前号で本文を掲載している。

本シリーズは内科学会HP（http://www.naika.or.jp/fjcp/fjcp_series1.html）にも順次掲載されている。本誌とともにご活用いただきたい。

補遺I

患者中心のメディカルホーム（PCMH）の 解説および略史

PCMHケアモデルの起源は、1960～70年代に公表された小児科文献までさかのぼり、そこでは特別なニーズのある小児患者のケアコーディネートを促進する「メディカルホーム」の重要性が強調された。そして近年になり、American Academy of Family Physicians（AAFP）¹⁾ と

American College of Physicians²⁾がこの概念をすべての患者集団に拡張し、患者中心のケア（patient-centered care）³⁾の要素、Wagnerの慢性疾患ケアモデル（Chronic Care model）⁴⁾、医療情報技術の要素を導入した。

2007年3月、AAFPおよびACPはAmerican Academy of Pediatrics（AAP）およびAmerican Osteopathic Association（AOA）と共同で、PCMHの主要な属性について記載した一連の「共同原則（Joint Principles）」を策定した⁵⁾。これらの原則は、あらゆる患者に対するすべての年代を

Patient-Centered Medical Home：Suggestions for the Health Care Delivery System Reform in Japan；The Patient-Centered Medical Home Neighbor. The Interface of the Patient-Centered Medical Home with Specialty/Subspecialty Practices. Yasushi Miyata¹⁾ and Kei Mukohara²⁾；¹⁾Postgraduate Education Center/General Internal Medicine, National Hospital Organization Nagoya Medical Center, Japan and ²⁾Department of General Medicine, National Hospital Organization Nagasaki Medical Center, Japan.

通じたヘルスケアの提供を促進するものであり、以下の事項を特徴とする。

かかりつけ医 (personal physician)：個々の患者は、患者への初期対応と継続的かつ包括的な診療の提供を担うための訓練を受けた1人のかかりつけ医と、継続的な関係を維持する。

医師が指揮する医療チーム (physician-directed medical practice)：かかりつけ医は、医療機関の個人で構成されるチームを指揮し、そのチーム全体で患者に対する継続的なケア責任を負う。

全人的医療への志向 (whole-person orientation)：かかりつけ医は、患者のヘルスケアニーズすべてに対応する、または、他の適任の医療専門職との間でケアの調整を適切に行う、という責任を負う。

ケアのコーディネートと統合 (coordination and integration of care)：複雑な医療システムを構成するすべての要素を通じてケアを調整・統合する。患者登録、情報技術、医療情報交換などの手段を用いてケアの実施を円滑化することにより、必要とされるケアが患者のニーズと希望に沿う時期と場所で、かつ文化的および言語的に適切な形で提供されることを保証する。

質と安全 (quality and safety)：質と安全はメディカルホームの大きな特徴であり、これらは、患者がエビデンスに基づく医療と意思決定支援ツールを用いた意思決定に積極的に関与し、かつ医師に継続的な質の改善に関する説明責任が要求される医療環境の中で推進される。

アクセスの向上 (enhanced access)：ケアへのアクセスは、容易に閲覧が可能なスケジュール管理、診療時間の延長制度、患者・かかりつけ医・医療機関スタッフ間の新しいコミュニケーション手段（例、e-consult）などのシステムによって向上させることが可能である。

PCMHは、患者情報とケアコーディネートの中核拠点として機能し、ケアチームの概念を拡張する。また、ケアの提供にあたっては、患者

自身によるケアへの関与と患者のニーズおよび選好の把握が重要視される。医療機関のワークフローには集団ベースのマネジメントプロセスが組み込まれ、それによりエビデンスに基づいた疾患管理と患者による自己管理が促進される。PCMHモデルの導入によって医療機関には再構築が求められ、そこでは現在の制度で認められていない基幹設備、システム、サービスのための初期費用と維持経費に対する付加的な償還策が必要となる。

AAFP、AAP、ACPおよびAOAは、National Committee for Quality Assurance (NCQA) と共同で、医療機関がPCMH診療モデルに適合するサービスと基幹設備をどの程度有しているかを評価するための、3段階で構成される認定プロセスを自発的に開発した。この認定プロセスでは医療機関の要素として、アクセスとコミュニケーション、患者の追跡および登録機能、症例管理、患者による自己管理の支援、電子処方、検査結果の追跡、紹介の追跡、実績報告と改善、ならびに高度な電子通信の9つが評価される。このツールについては、PCMH実証プロジェクト内のみでの使用に対して主要なプライマリ・ケア関連学会から支持が得られている⁶⁾。

PCMHの「共同原則」では、このケアモデルの価値を適切に認識した複合的なリスク調整型の支払い方式についても概要が示されている。この支払い方式は以下の要素で構成される。

- ・ 現行のMedicare Physician Fee Scheduleでは認められていない医師、スタッフ、基幹設備の追加にかかる費用をカバーするケアコーディネート費
- ・ 来院ごとに発生する医療サービスに対する現行の支払い
- ・ 質、効率および患者体験の測定結果と関連付けられた実績ベースの報酬

PCMHの概念は、医療に関連する複数の方面から大きな支持を得ている。「共同原則」はAmerican Medical Associationを含む4つのプラ

イマリ・ケア関連学会と19の医学系学会⁷⁾から承認を受けている。2007年5月には、Patient-Centered Primary Care Collaborativeが設立されたが、これは現時点で600を超える大規模医療機関の雇用者、消費者団体、専門職団体、その他のPCMHを支持する利害関係者で構成される連合体である。また、少なくとも31の州がメディカルホームの概念をSCHIPおよびMedicaidプログラムに組み込む取組みに参加しているほか⁸⁾、米国連邦政府もメディカルホームの実証を行おうとしており、すでに複数の民間および官民協働のPCMH実証プロジェクトが米国全土で行われている。

補遺II

患者中心のメディカルホーム (PCMH) : 移管 (訳注: 管理責任の移動), 情報伝達およびケアコーディネート

Council of Subspecialty SocietiesのPCMHワークグループは、Transitions of Care Consensus Conference (TOCCC)⁹⁾とStepping Up to the Plate (SUTTP) Alliance¹⁰⁾の主導により策定された以下に示す原則を支持する。四角囲みで示した部分は、これらの原則を基にしたPCMHと専門医療機関とのインターフェースのあり方についての同作業部会による勧告である。

1. ケアコーディネートの中核拠点の尊重: すべての患者がケアの中核拠点 (責任をもって全体的なケアコーディネートを担う場所) をもつべきである。すべての患者 (およびその家族/介護者) は自分のメディカルホーム (医療機関や医師) をもつべきであるし、同定できなくてはならない。慢性疾患の患者においては、特定領域の専門医がメディカルホームの役割を担うこともあるが、伝統的にプライマリ・ケア施設がその機能を果たしている。ケアの中核機能を担う医療従事者は、患者の診療に直接関与してい

るか否かにかかわらず、お互いに期待すること、使用薬剤、適切なフォローアップ、ケアの責任分担などについて直接連絡を受けることで、施設間での患者の移管 (病院と高度介護施設の間での移管など) をすべて把握しておくべきである。

PCMHはケアコーディネートの中核拠点である。ここには、PCMH以外のチームメンバーによって提供されたケアの情報もすべて集約されなければならない。その情報には、すべての紹介、要請され施行された診断および臨床検査、ならびに開始された診断計画および治療計画が含まれる。PCMHはさらに、PCMHの患者にケアを提供するPCMH外の専門医にも同様の必要情報を提供する責任を担っている。

2. 説明責任: かかりつけ医は、適切な情報交換を時機を逃さず行うことにより、あらゆる年齢層の患者がケア施設間で有効に移管されることについて常に説明責任を果たさなければならない。その説明責任は明確にしておくべきであり、関与するすべての当事者が顔を合わせ、対象となる移管について協議し、転帰に対する説明責任についてコンセンサスを得ておくべきである。移管を含めたケア全体の説明責任を明確化するには、確立された標準ケアを満たしているかを測定するための合意に基づいた実現可能性、信頼性、妥当性の高い指標がシステムの中に存在しなくてはならない。また、患者がプライマリ・ケア医をもたない、至適とは言い難い状況に対しても、実際に起こり得る状況と認識し、対応を計画しなければならない。

PCMH医療機関のかかりつけ医は、適切な情報交換を時機を逃さず行うことにより、あ

らゆる年齢層の患者がケア施設間で有効に移管されることについて第一の説明責任を負う。PCMHと専門医療機関で共同管理を行う場合や一時的に患者が移管される場合（入院中など）には、紹介と有効な移管の実行責任を関与するケア施設の間で明確に定義するとともに、患者とその家族/介護者が理解できる形で定義しておくべきである。そしていかなる場合でも、共同管理している専門医療機関や一時的に診療を担当する医療機関（病院など）が他の情報源から得た情報と紹介事項は、ケアコーディネートの中核拠点であるPCMHに必ず伝達されなければならない。

3. 治療計画と期待されるフォローアップに関する明確かつ直接的なコミュニケーション：

ケア提供者とケア施設の間のコミュニケーションが間接的にしか行われず、何を必要とするのか具体的に指示されておらず、何を可能とするのかについて大まかな指示にとどまっていることがよくある。しかし、これでは期待とニーズが不確かなままである。ケアの移管を改善する上で適切なコミュニケーションは直接的かつ具体的な情報交換であり、何がなぜ必要かと、期待されるフォローアップについて明確に述べるものである。このようなコミュニケーションにより、移管を受ける側に期待されること、それがなぜ期待されるのかが明確となる。

PCMHから専門医療機関への紹介や専門医療機関からPCMHへの逆紹介の際には、何が必要で、なぜ必要なのか、ならびに必要なあらゆるフォローアップについて、明確に伝達しなければならない。

同じ患者の診療に関与するPCMHと専門医療機関は、「サービス関係合意（service rela-

tionship agreements）」を策定する必要があるが、ここでは紹介関係（紹介のタイミングに関するベストプラクティスガイドラインなど）、専門医療機関への紹介時にPCMHからの提供が期待される具体的な情報、ならびに専門医療機関からPCMHへの提供が期待される情報、さらには、それらの情報を伝達する際の形態（EHRによる電子伝送、ファックス、郵便など）、そして通常で期待される情報伝達のタイミングを明確に規定する。これらの合意には全国規模の標準を反映させるべきであるが、それと同時に各地域の文化や参加する医療機関の現状での能力も考慮しなければならない。（今後はこれらの同意のひな型を策定する必要がある。）

4. 適時なフィードフォワードとフィードバック：

ケア提供者とケア施設の間では、適切な情報交換をできるだけ迅速に行うべきである。コンサルテーションを要請する場合は、患者が来院するまでに患者情報がケア施設に到着しておくべきである。コンサルテーションの終了後には、それ以降のケアに関する具体的な指示と必要事項を報告書にまとめ、遅滞なく依頼側の施設に返送すべきである。患者を施設間で移管する場合（例えば、病院から介護施設への転院、病院への新たな入院など）は、医療上の具体的な指示を含む包括的な情報を患者の移動と同時にそれに先立って送付し、情報を受けた側は受領の事実を連絡するべきである。

同じ患者の診療に関与するPCMHと専門医療機関は、必要なすべての情報を適時に一典型的には治療チームのメンバーによる診察または治療を受けるために患者が次回に来院する予定が組まれた時点で一提供するよう努めるべきである。このような適時性の重

視を、PCMHと治療チームを構成する専門医療機関との間の「サービス関係合意」に反映させるべきである。

5. 移管におけるすべての段階において、不適切でない限り、患者とその家族の関与および意識づけを促す：

患者を移管する過程では、各時点におけるケアの責任者と連絡先および連絡方法を患者とその家族/介護者が常に把握できるようにしておく必要がある。すべてのコミュニケーションに患者を参加させる必要はないのは明らかであり、また医療施設間の情報伝達を患者に頼るべきではないが、患者には自身に関する情報の伝達には制限なく関与する権利がある。一方で、患者に関する情報は、それが何であれ、患者自身の許可なく第三者に開示してはならない。患者の視点に立って考えると「自分に関係のない情報などない」のである。

a. すべての患者とその家族/介護者は自分のメディカルホームまたはケアコーディネートを担う医師を持つべきであるし、同定できなくてはならない。

b. 患者の移管過程では、各時点におけるケアの責任者と連絡先および連絡方法を患者とその家族/介護者が常に把握できるようにしておく必要がある。

PCMHケアモデルでは、患者とその家族/介護者に（不適切でない限り）移管過程のあらゆる段階に参加させることの重要性が強調される。この試みには、患者とその家族/介護者に紹介または移管に至った理由を確実に理解させ、ケアに関与するPCMHとその他のケア提供者の具体的な役割、ならびに個々のケア提供者への連絡方法を確実に把握させることも含まれる。

6. **全国標準の確立**：ケアの移管に関する全国標準を確立し、公衆衛生施設、国家認証機関、医学系学会、医療施設などを通じて全国および地域レベルで採用・実践していくことにより、患者の転帰および患者安全の改善を目指すべきである。各地域の医療環境での経験は、全国標準の確立とその導入に対して有益な情報を与えるであろう。

患者の診療を共同で行うPCMHと専門医療機関の間で締結される「サービス関係合意」は、全国標準が存在する場合はそれを反映させるべきであり、各地域の文化や参加する医療機関の現状での能力も考慮しなければならない。作業部会は、患者情報の有効かつ効率的な伝達を促進するべく相互運用可能な電子医療記録を迅速に導入しようとする試みを支持する。

7. **測定**：移管プロセスをモニタリングして改善していくため、前述の全国標準に関する標準化された測定尺度を活用し、継続的な質の改善を図るとともに、説明責任を果たしていくべきである。

国家認定を受けたマルチステークホルダー型の実績評価標準団体（NQF、AQAなど）は、ケアの移管に関連する標準化された測定尺度の開発および採用を奨励するべきである。PCMHは、ケアモデルの中で求められる継続的な質改善に向けた努力の一環として、そのような測定尺度を使用すべきである。さらに、それらの測定により得られる情報を用いて、共同で患者の診療にあたる専門医療機関によるサービスの質を評価すべきである。

TOCCCとSUTTPの取組みでは、「理想的な移管

記録」に含めるべき情報として、以下の要素が挙げられた。

- ・明確に特定されているメディカルホームおよび/またはケアコーディネートを担う移管元の医師/医療施設
- ・緊急事態対応計画と連絡すべき人物およびその電話番号
- ・患者の認知機能の状態
- ・介護者の状態の評価
- ・事前指示書、委任状、同意書
- ・主病名と問題の一覧
- ・使用薬剤の一覧（処方確認）：予防接種，一般用医薬品/漢方薬等，アレルギー，薬物相互作用も含む
- ・予後とケアの目標
- ・進行中の治療計画および診断計画
- ・検査結果/結果待ちの検査項目
- ・計画されている介入，DME（訳注：Durable Medical Equipment，在宅医療用機器），創傷ケア

CSS PCMHワークグループは、これらの要素の採用を支持し、コンサルテーションを目的とした紹介やケアの共同管理の要請を行う際には、これらの情報を提供すべきであると考え。さらに、これらの中核情報に加えて、その時点で患者の治療に参加している医療提供者の一覧（連絡先も記載する）も添付すべきである。作業部会はさらに、PCMHからの紹介においては、この中心的な移管記録に加えて、「何が必要でなぜ必要であるかと、期待されるフォローアップ」の概要を示した明瞭な要請書を添えるよう推奨する。そして専門医療機関がPCMHに返答する際には、紹介理由について言及するとともに、フォローアップが必要ならその責任者を明示的に記載し、PCMHが提供した中核情報に変更があればすべて連絡すべきである。

補遺III

外来における患者中心のメディカルホーム（PCMH）とPCMHネイバー（PCMH-N）として機能する専門医療機関のケアコーディネーター合意の原則

1) ケアコーディネーター合意（care coordination agreement）では、選択可能な紹介および共同管理協定の種類を定義すること。

患者ケア管理の適用範囲に関する合意では、コンサルテーションおよび/または共同管理の種類とそれらの特徴を明確に定義するべきである。それらの合意は、患者の状態や病状の変化に柔軟（動的）に適応でき、PCMHと専門医療機関および患者とその家族/介護者を含むすべての当事者が明瞭に伝達・理解できる内容にすべきである。この合意に含まれる協定には以下のものが挙げられる。

● **コンサルテーション前の情報交換（preconsultation exchange）**：診療の迅速化/優先順位の決定を目的とする。臨床上の疑問への回答が正式な専門医への受診なしに得られたり、専門医を受診させる前の準備を整えたりする。このカテゴリーには一般的な紹介ガイドラインの策定が含まれ、それが紹介の適時性と妥当性を高めるのに役立つほか、「緊急の」コンサルテーションの定義や紹介に対する具体的な対処法についての指針となる。すでに、いくつかの専門分野の国内学会によって紹介ガイドラインが策定されており、このプロセスで情報提供を行う際にはそれらを利用すべきである。

● **正規のコンサルテーション（formal consultation）**：個別の質問や処置への対応を目的とするもので、個別の質問に回答することに重点を置いた来院（複数回の場合もある）に限定される。このプロセスには、患者への特定のサービスの実施を求めるPCMHからの要請が含まれる場合もある。PCMHに対して管理上の推奨事項

に関する詳細な報告と考察が提供されることになるが、専門医療機関が継続的に問題の管理を行うことはない。

● 共同管理 (co-management)

○対象疾患に対して共有管理 (Shared Management) 方式を採用する共同管理：専門医療機関が特定の病態に関して管理指針を提供し、継続的なフォローアップを行う。PCMHと専門医療機関の双方はお互いに期待することを明確にする責任がある。このモデルでは、専門医療機関は専門的な助言のみを行うのが一般的で、対象疾患の管理を日常的に行うことはない。

○対象疾患に対して専門科が主体的ケアを行う (Principal care) 共同管理：PCMHと専門医療機関の双方が患者の治療に積極的に関与するが、専門医療機関の責任は一定範囲の問題のみに限定される。それ以外の側面については、引き続きPCMHがその責任を担い、患者にとっての直接の受診先も引き続きPCMHが務める。

○重篤な疾病 (consuming illness) をもつ患者に対して期間限定で専門科が主体的ケアを行う (Principal care) 共同管理：重大な障害による影響のため、専門医療機関が一時的に患者の初期ケアを主導する必要性が生じた場合である。ただし、PCMHも引き続き治療に関する情報を把握していき、二次紹介に対する情報の提供を継続するほか、詳細に定められた特定の範囲内において診療を提供する場合もある。

● **専門科によるPCMHへ診療全体を委任するための患者の移管**：患者の同意のもと、PCMHのかかりつけ医との協議後にPCMHの役割を専門医療機関が引き継ぐ状況である。PCMHモデルでは、プロセスの大部分がプライマリ・ケア施設を中心として進行していき、そのような状況で提供できる診療の専門性は高くない。そのため上記のように、専門医療機関が一部の患者に対してメディカルホームの役割を果たす状況も想定される。そのような専門医療機関には、承認された第三者機関によるPCMH認定プロセ

ス (NCQAのPPC-PCMH認定など) の要件を満たすと同時に、患者のファーストコンタクト、全人性、包括的ケアを提供することを含めた「共同原則 (Joint Principles)」に沿ってケアを行っていく意思を明確に表明することが期待される。最も典型的には、患者の身体的・総合的機能の複数の側面に影響を及ぼす複雑な病態の治療のため、専門医療機関が比較的長期間にわたり頻回に患者の診察を行う状況である。

各種類の臨床協定の具体例を本補遺の末尾に記載している。

2) ケアコーディネート合意では、(あらゆる) コンサルテーションおよび共同管理協定におけるケアの過程と結果について、説明責任の所在を具体的に明記すること。

対処可能で説明責任の割当ても可能と考えられる具体的なケア要素を以下に示す。

- 紹介前に推奨される検査
- 薬物療法と器具
 - 処方, モニタリング, 再処方, 事前承認 (prior authorization)
- 紹介管理
 - 新たに受診する専門医または診療科
- 診断検査
 - 指示, 結果の連絡, 追跡
- 疾患管理に関する患者教育
- 主病名以外への対応
- ケアチーム/コミュニティからの支援
- 患者からの電話/懸念/疾患と薬剤の問題
- モニタリング/サーベイランス/フォローアップ

具体的な要素に対する責任は、コンサルテーションや共同管理協定に応じて変化するものであり、医療機関の地域的位置や関連する診療パターンなどの因子、協働する医師/医療機関の選好、患者そして (適切な場合) 家族のニーズと選好に影響される。

3) ケアコーディネート合意では、すべての診療の移管において紹介状の記録/主要データセットの内容を具体的に明記すること。これは関与する全当事者が相互に合意できる内容とすること。

Transitions of Care Consensus Conference (TOCCC)¹¹⁾とStepping Up to the Plate (SUTTP) Alliance¹²⁾の勧告に基づき提案される患者移管記録/主要データセットの要素として、以下のものが挙げられる。

- 明確に特定されているメディカルホームおよび/またはケアコーディネートを担う移管元の医師/医療施設
- 使用言語を含む個人情報
- 緊急事態対応計画と連絡すべき人物およびその電話番号
- 患者の認知機能の状態
- 介護者の状態の評価
- 事前指示書、委任状、同意書
- 主病名と問題の一覧
- 手術および処置についての病歴
- 使用薬剤の一覧（処方確認）：予防接種，一般用医薬品/漢方薬等，アレルギー，禁忌も含む
- 予後と治療目標
- 進行中の治療計画および診断計画
- 検査結果/結果待ちの検査項目
- 計画されている介入，DME（訳注：Durable Medical Equipment，在宅医療用機器），創傷ケア
- 治療に参加する医師およびその他の医療専門職全員の一覧（および可能であれば彼らが共同管理に関与する疾患）

全国標準が開発されケア関係者の大多数がそれを承認した場合は、患者移管記録はその標準形式に従って記載すべきである。そして全国標準のアプローチに従うと、主要データセットに含める要素には、マルチステークホルダー型の委員会であるHealth Information Technical

Standards Panel (HITSP)¹³⁾が開発・承認したContinuity of Care Documentで定義されている既存のデータ要素との互換性をもたせる必要がある。しかしながら、現在の紙ベースの実務環境では、上記の項目すべてを要求することは医療機関への過度の負担につながると考えられるため、現状の実務環境で使用するためには、より基本的な一覧を策定し、同意を得なければならない。相互運用可能な電子医療記録（EHR）システムの医療機関への導入が進むにつれ、上記の項目すべてを組み込むことも可能になる。

4) ケアコーディネート合意では、紹介プロセスにおける提供情報の内容面の要件、情報提供の頻度および適時性についての期待事項を記載すること。これは、紹介やコンサルテーションを行う側のニーズと選好が反映される双方向的なプロセスである。

ケア移管時に常に必要な患者移管記録/主要データセットに加えて、PCMHがコンサルテーションまたは紹介を依頼する際には、明確な臨床上的疑問を示し、何らかの処置や手技の実施あるいは共同管理を求めているのかについてははっきりさせるべきである。また、紹介理由となった臨床上的問題の要約や関連する診療記録および検査結果も送付する必要がある。緊急のコンサルテーションを依頼する場合は、専門医療機関が状況を直接把握できるように事前に合意した方法で情報を伝達すべきである。

専門医療機関からPCMHへの報告では、紹介内容に明確に回答するとともに、診断計画および/または治療計画を示し、これらの計画のうち専門医療機関が責任を負う部分とPCMHが遂行すべき部分を特定しなくてはならない。患者の安全とケアコーディネートにとって極めて重要な事項については直接的に言及すべきであり、具体的な事項としては、新たな診断または変更された診断、薬剤または医療機器の変更、指示した診断検査（検査結果/結果待ちの検査項目）または推奨される診断検査（誰が指示すべきか

も記載する),実施した処置とその結果または計画/予定した処置,実施したかあるいは推奨される二次紹介,実施したかあるいは推奨される患者教育,期待される患者の自己管理,推奨される専門医療機関および/またはPCMHによるフォローアップなどがある。

ケアコーディネート合意では,お互いに受け入れられるタイムラインでの報告書の授受,および報告書が送られてくる方法(郵送,ファックス,電子メール,電子カルテなど)について記載されるべきである。緊急事態や迅速な連絡を要する状況でのコミュニケーション手段を決めておく必要がある。予約日に受診せず,診察や処置を受けなかった患者に関する通知の指針を作成することも大切である。治療を行う医師とその他の医療専門職との間で合意に基づく信頼性の高いコミュニケーションを行うことが安全かつ有効な医療の提供に重要であることは,どれだけ誇張しても言い過ぎにはならない。

5) ケアコーディネート合意では,二次紹介の扱い方を具体的に明記すること。

二次紹介は,外来診療でコンサルテーション,処置または共同管理のために患者を専門医療機関に紹介した場合に発生する。この際には,二次紹介の依頼および調整に責任を負う人物を明確にし,紹介に関する情報を共有・伝達する方法を確立する必要がある。専門的な医療サービスのための紹介は専門知識を必要とし,専門医療機関による管理が最善である場合も少なくない。PCMHがいつ二次紹介に関与することを望むか,および専門医療機関がPCMHの承諾なしに診療を遂行するのが望ましいのはどのような時かについて明瞭に示されるべきである。PCMHは二次紹介とその紹介の結果に関するコミュニケーションに必ず参加する必要がある,このコミュニケーションを確保するためのプロセスを確立すべきである。

6) ケアコーディネート合意は,患者中心のアプローチを維持する内容とし,患者/家族の選択を考慮し,紹介理由,その後の診断・治療計画,患者や家族も含む各当事者の責任を必ず説明/明確化すること。

PCMHと専門医療機関の双方が協力して,患者の関与と責任を促す患者中心の診療を行えるプロセスを確立する。このプロセスでは,健康に関する知識水準に配慮した情報を提供し,質問と説明のための時間を確保するとともに,専門的な診療を受けるべき時期とその方法に関する明白な指針を提示する必要がある。診療に関する説明文書(予約を取るための連絡先電話番号,請求情報,医療/薬剤に関する質問,ならびに処方,診断検査の結果,フォローアップの扱い方法など)があることが望ましい。治療計画では患者の希望と治療目標および責任の認識を反映させ,疾患の状態に関する教育と患者による自己管理の支援を目的とした資料を患者とその家族が利用できるようにするべきである。そして,難しい診断については専門家の補足的な意見に耳を傾け,助言を受けやすくすることもまた,患者中心のアプローチの一部である。

7) ケアコーディネート合意には,(紹介状を持たずに)患者が専門医療機関を直接受診した場合について明記される。

PCMHケアモデルにおける患者中心のアプローチの一環として,患者は専門医療機関を直接受診することができる。その場合は十分に配慮した上で慎重に扱うべきであり,受診が適切であることを確認し,そうでなければ患者を適切な専門医へ紹介するプロセスが必要である。さらに,患者から適切に同意を得た上で,患者のPCMHが関連する背景情報を提供し,直接の受診による予約を取りやすくするプロセスも無ければならない。そして専門医療機関側がPCMHに情報を提供することで,治療が調整され全体のケア計画に統合されるよう努めるべきである。この枠組みにおいて患者が専門医療機

関を直接受診する場合の例を以下に示す。

患者は、間欠的な軽度の喘息発作と重度の季節性アレルギー性鼻炎をもつ42歳の女性である。喘息は短時間作用型の気管支拡張薬でコントロールされているが、鼻炎と結膜炎についてはPCMH医療機関のプライマリ・ケア医が処方した経口抗ヒスタミン薬、点鼻ステロイド薬、点眼薬で反応が得られていない。そこで患者は、PCMH-Nに属するアレルギー/免疫専門医を直接受診する。

アレルギー/免疫専門医は病歴聴取、身体診察、皮膚試験、肺機能検査により患者を評価する。専門医は、患者に対してロイコトリエン受容体拮抗薬に反応する可能性がある運動誘発性喘息を診断する。さらに、この患者は花粉に対する感受性が極めて高く、環境コントロールが有効でないことが判明する。その結果、アレルゲン抽出物を用いた免疫療法が推奨される。

PCMHとPCMH-N専門医の間で事前に締結していたケアコーディネート合意に基づき、専門医は患者の許可を得てから、診療記録をPCMHに（電子メール、ファックスまたは書面で）送付する。事前の合意に従い、専門医は運動誘発性喘息についてフォローアップを行い、モンテルカストに対する反応を評価するための診療を行う。事前の合意に従い、免疫療法はPCMHまたは専門医の施設で施行される。専門医は免疫療法を続けている間は6～12カ月毎のフォローアップを継続し、これ以外の診療を受ける場合には患者はPCMHを受診する。PCMHは喘息治療に関連する記録をPCMH-Nに送り、PCMH-Nはフォローアップ受診時の記録をPCMHに送る。

喘息が再発あるいは悪化した場合には、患者は専門医とプライマリ・ケア医のいずれを受診してもよく、どちらの医師も他方に情報

を伝える義務がある。ただし、患者には救急診療施設ではなく、これらの担当医を受診するよう奨励される。

8) ケアコーディネート合意では、入院通知、二次紹介、データ交換、入退院手順を含めて、入院（急性期病院、リハビリ施設、介護施設など）のプロセスを明確化すること。

入院診療について対応すべき具体的な要素を以下に示す。

- 患者の入院通知に関するPCMHと専門医療機関の責任範囲

- 入院中の患者の管理についてPCMHと専門医療機関の間で診療行為の分担決定を容易にするプロセス

- 入院患者の移管におけるPCMHと専門医療機関の責任範囲を明確化するプロセス

- 退院後の診療におけるPCMHと専門医療機関の責任範囲を明確化するプロセス

9) ケアコーディネート合意には、緊急事態もしくはPCMHとの連絡が実際的に不可能となった状況では専門医療機関が患者への適切な診療の確保に向けて緊急に対応してよい旨を強調する文言を盛り込むこと。

10) ケアコーディネート合意には以下を含めること。

- ケアコーディネート合意の条項をPCMHと専門医療機関が定期的に再検討するための仕組み。

- ケアコーディネート合意の条項に従った相互連携とその協力体制の下で提供される医療の全体的な質を、PCMHおよび専門医療機関が定期的に評価するための仕組み

様々な紹介、コンサルテーション、共同管理協定の例

コンサルテーション前の情報交換：診療の迅速化/優先順位の決定を目的とする。正式に専門医を受診させるまでもない臨床上の質問への回

答を求めたり、専門医を受診させる前の準備を整えたりする。このカテゴリーには一般的な紹介ガイドラインの策定が含まれ、それが紹介の適時性と妥当性を高めるのに役立つほか、「緊急の」コンサルテーションの定義およびその具体的な対処法についての指針となる。すでに、いくつかの専門分野の国内学会によって紹介ガイドラインが策定されており、参考にされるべきである。

1) 不適切な紹介：

- 発汗過多を訴える患者がPCMH-Nの内分泌科医に紹介される。その内分泌科医あるいは当番のスタッフが、この疾患は皮膚科に紹介すべきものであるとPCMHに連絡するのみで、患者の予約を一切しない。

- 50歳時の大腸内視鏡検査で小さな過形成性ポリープが2個発見された52歳の男性患者が、サーベイランスの大腸内視鏡検査のために紹介される。消化器専門医はPCMHに連絡し、病歴と過去の病理所見から判断して、現時点ではフォローアップのための大腸内視鏡検査の適応はないと告げる。消化器の専門医はサーベイランス内視鏡検査の予約は取らず、別のフォローアップを勧める。

2) 専門医への正式な受診を必要としない臨床上の疑問へ答える：

- MRSAによる癰が疑われる病変をもつ26歳の患者をPCMHの医師が診察し、PCMH-Nの感染症専門医に連絡をとる。感染症専門医はPCMHの医師に対して患者をどのように治療するかについて助言を与える。正式なコンサルテーションは不要であり、行われない。

- 貧血のある患者について助言を得るために、PCMHの医師がPCMH-Nの血液・腫瘍内科専門医に電話した。患者についての短い議論の後、血液内科専門医はスクリーニングすべき臨床的な特徴（例、便グアヤック）および第一選択となる検査について説明する。PCMHが血液内科専門医にいつ紹介したらよいかについての専門

医からのアドバイスも話し合いに含まれる。

- 頸動脈超音波検査で初めて指摘された甲状腺結節のある患者がPCMH-Nの内分泌科医へ紹介される。続いて行われる甲状腺超音波検査では、右側に5 mm大の低エコーの小結節2個、左側に7 mm大の類似の小結節1個を認める。甲状腺刺激ホルモン（TSH）値は1.6である。内分泌科医はPCMHの医師と電話で議論し、フォローアップとして12カ月後に甲状腺超音波検査を施行するよう推奨するとともに、結節が増大したり新たな懸念が生じたりした場合は患者を紹介するよう告げる。（患者が専門医を正式に受診する手間が省け、システムとしての医療費も抑制されたので、両医師はこの情報交換と患者のケアコーディネートに対して何らかの評価を受けるべきであろう。）

- ニューオーリンズへの旅行中に現地で生の牡蠣を食べて戻ってきた患者について、7月にPCMHが消化器内科専門医に連絡した。患者は現在倦怠感があり、黄疸、肝機能障害を認めている。PCMHは急性ウイルス性肝炎を疑い、次にオーダーすべき検査についての確認を消化器専門医に求める。

3) 診療の迅速化：

- 5年前に結腸癌の手術を受けた患者で肝臓が触知されるとして、PCMHの医師がPCMH-Nの腫瘍科専門医に電話する。両医師は、専門医による診察の必要性について明確に合意する一方で、実際の受診の前の検査を優先させる。腫瘍内科専門医はCTと臨床検査を行うよう助言する。これにより腫瘍内科専門医のオフィスの迅速な予約が可能となる。

- 甲状腺機能亢進症の著しい症状がみられる患者についてPCMHの医師がPCMH-Nの内分泌科医に電話する。TSH値は0.01未満である。内分泌科医はPCMHの医師と症例検討を行い、評価を迅速に行うため、内分泌医への受診を見据えてT4およびT3とI123シンチグラフィをオーダーすることを勧める。また、β遮断薬に対

する禁忌について議論し、何も禁忌がなければ診療を迅速に行うためにメトプロロール25～50 mgを1日2回で処方することを勧める。内分泌科医はこの患者のために緊急の予約を手配し、1週間以内に診察できるようにする。

正規のコンサルテーション：個別の質問や処置への対応を目的とするもの。個別の質問に回答することに重点を置いた来院（複数回の場合もある）に限定される。PCMHに対して治療上の推奨事項に関する詳細な報告と考察が提供されることになるが、専門医療機関が継続的に病状の管理を行うことはない。このプロセスには、患者への特定の医療サービスの実施を求めるPCMHからの要請が含まれる場合もある。

- 不明熱を主訴とする患者の骨髄検査について、PCMHの医師がPCMH-Nの血液・腫瘍内科専門医に正式なコンサルテーションを依頼する。検査の結果に加えて専門医の意見もPCMHに伝わることになる。この検査はPCMH-Nの専門医の正式なコンサルテーションおよびその依頼が適切であるという合意のもとに実施される。

- PCMHの医師が担当している34歳の患者に反復性かつ難治性のMRSA感染症による癰が複数認められ、外科的排膿が必要なものもある。PCMHの医師が再発予防を試みるが、患者は反応しない。同医師はPCMH-Nの感染症専門医に患者を紹介し、推奨策を尋ねる。専門医は患者の評価を行い、現在そして今後の治療についての推奨事項を記載してPCMHの医師に患者を戻す。

- PCMHの医師が診ている既知の慢性肝疾患およびその危険因子がない患者において嚢胞性腫瘍が偶然発見される。PCMHの医師はPCMH-Nの肝臓内科専門医へ患者を紹介し、PCMHによって実施、フォローアップが可能な診断・サーベイランス計画が専門医より提案される。

- 定期健診時の血中カルシウム値が10.8、再検査においてカルシウム値が10.7、PTH値が80であった患者を、PCMHの医師がPCMH-Nの内分泌科医に紹介する。内分泌科医へのコンサル

テーションにより、家族性症候群の可能性が除外される。さらなる検査により橈骨中央部の骨密度の指標であるTスコアが-2.6まで低下していることが示される。25ジヒドロキシビタミンD値は27であり、その他の異常は認められない。内分泌科医はビタミンD値の補正およびこの患者に望ましい治療として手術を推奨し、病変部位を同定するための検査と外科的な選択肢について患者およびPCMHの医師と議論する。そして、患者またはPCMHの医師から要望があれば術後の反応をモニタリングすると申し出て、1年後にフォローアップのためのDXA検査を、術後にカルシウムおよびPTH検査を施行するよう勧める。

共同管理

対象疾患に対して共有管理方式を採用する共同管理：専門医療機関が特定の病態に関して管理指針を提供し、継続的なフォローアップを行う。PCMHと専門医療機関の双方が他方に期待する事柄を明確に説明する責任を負う。このモデルでは、専門医療機関は専門的な助言を行うのが一般的で、対象疾患の管理を日常的に行うことはない。

- PCMHの医師が担当している慢性リンパ性白血病患者をPCMH-Nの血液・腫瘍内科専門医が評価し、状態は非常に安定しており介入はまったく必要ないと判断した。ただし、定期的な臨床検査と身体診察によるフォローアップは必要で、患者が活動性の糖尿病および高血圧症の治療のために頻繁にPCMHの医師を受診することから、PCMHの医師が慢性リンパ性白血病の定期的評価を行い、血液・腫瘍内科専門医は年1回の頻度でフォローアップを行う。

- 過去の抗ウイルス療法が奏効しなかった初期線維化を認める慢性C型肝炎と脂肪肝の患者が、今後の治療に関してPCMH-Nの肝臓内科専門医に紹介される。患者はインスリン分泌促進薬とスタチンによる治療を必要とする糖尿病と

脂質異常症があり、PCMHの医師により管理されている。肝臓酵素値は異常のままであるが、肝臓に対する積極的介入の必要性は差し迫っていない。年1回のフォローアップが推奨され、長期アウトカムに対する責任をPCMHとPCMH-Nが共同で担うことになる。

●20年間にわたって甲状腺機能低下症を患ってきた患者の甲状腺ホルモン値が変動し始め、甲状腺ホルモン補充量を頻繁に変更しなくてはならなくなった。PCMHの医師は、今後の治療に関してPCMH-Nの内分泌科医に紹介する。内分泌科医は甲状腺ホルモン値が不安定になる原因について検討し、状態を安定させる。患者は1年後または必要に応じて内分泌科医のフォローアップを受ける。一方、PCMHの医師は6カ月毎にTSH値のモニタリングを継続して数値が安定していることを確認し、結果の写しを内分泌科医に送付する。大きな変化があればその時点でPCMH-Nの内分泌科医が患者を診察するか、必要な修正をPCMHの医師と議論する。PCMHの医師はLT4の処方と補充およびTSH測定を継続する。

●足の骨髄炎を発症した54歳の糖尿病患者が病院にてPCMH-Nの感染症専門医による診察を受ける。退院後も感染症の治療は継続され、患者は外来で抗生物質の点滴を受けている。感染症専門医が患者の骨髄炎の治療全般の責任を負う一方で、PCMHの医師は患者の他の医学的問題の治療とフォローアップを続ける。

対象疾患に対して専門科が主体的ケアを行う (Principal care) 共同管理：PCMHと専門医療機関の双方が患者の治療に積極的に関与するが、専門医療機関の責任は一定範囲の問題のみに限定される。それ以外の側面については、引き続きPCMHがその責任を担い、患者にとっての直接の受診先も引き続きPCMHが務める。

●PCMHの医師がPCMH-Nの腫瘍内科専門医に非浸潤性乳管癌 (DCIS) 患者のコンサルテーションを依頼する。腫瘍科専門医は管理に問題

がないことを確認し、リスク評価を行ってあらゆる予防方略に関する意見を伝える。患者は腫瘍内科専門医によるフォローアップを時おり受けることになるかもしれないが、マンモグラフィとその他のスクリーニング検査および予防方略に関する推奨事項についてはPCMHが調整を行う。

●インターフェロン α を基盤とした抗ウイルス療法のために、PCMHの医師が慢性C型肝炎患者をPCMH-Nの肝臓内科専門医に紹介する。72週間の治療とフォローアップの間、肝臓内科専門医は慢性C型肝炎と抗ウイルス療法の有害事象に関して主体的管理を行う責任を担う。PCMHの医師は通常診療を引き続き提供し、コミュニケーションとケアコーディネートの中心として機能する。治療が奏効しサーベイランスの必要がなくなれば、再びPCMHの医師が患者のケア全体を担う。治療が奏効しなければ、PCMHの医師が肝臓内科専門医と問題を共有しながら患者の主体的管理を行う。

●1型糖尿病で頻繁に低血糖発作を起こしている患者をPCMHの医師がPCMH-Nの内分泌科専門医に治療の援助を目的として紹介する。内分泌科専門医と患者はインスリンポンプ療法が低血糖のエピソードを減らすのに役立つと考える。内分泌科専門医は患者がカーボカウントの訓練をさらに積みインスリンポンプ導入前後の教育を受けられるよう手配するとともに、インスリンポンプの使用当初は厳格なフォローアップを行って設定を調整する。落ち着いたら内分泌科専門医は糖尿病に関して患者を定期的に診察するとともに、緊急の問題があれば対応する。インスリンとその補充に加えて、血糖試験紙、インスリンポンプ、尿ケトン試験紙、グルカゴンキットをオーダーする。PCMHの医師は年1回の脂質検査、尿ミクロアルブミン、TSH、一般的な生化学検査をオーダーし、結果の写しを内分泌科専門医に送付し、患者が眼科受診を忘れないようにする。内分泌科医は患者

のフォローアップ予定日にA1c検査をオーダーする。血糖値が基準値を外れたり、インスリンポンプに問題が発生したりした場合は、患者は内分泌科専門医に通知することに同意する。咽頭痛などが起きた場合はPCMHの医師に連絡する。また、PCMHの医師は患者の診療において新たな状況が発生した場合は、特にステロイドの使用について必ず内分泌科医と協議し、処方薬剤を変更する場合も進んで通知することに合意する。患者に感染症が発生した場合はPCMHの医師に連絡して評価と治療を受けるが、その感染症により血糖値を制御できなくなった場合は内分泌科医に電話/受診してインスリン投与量の調節を行う（この合意の大半は「取り決め」の一部に過ぎず、個々の患者を拘束することはないが、患者に明瞭に説明し、文書でPCMHに送付する必要がある）。

●初診時にリンパ節転移があった甲状腺乳頭癌の患者の診療をPCMHの医師が担当している。PCMH-Nの内分泌科専門医が術後管理を行い、現在、甲状腺ホルモン抑制療法のフォローアップおよび病状のモニタリングを行っている。また、内分泌科専門医は頸部超音波、TGパネル、TSHのオーダー、およびLT4の処方、再処方、調整を行う。これ以外の問題については、患者はPCMHの医師を受診する。TSH検査が他の医師によりオーダーされたり、健康フェアでTSH検査がオーダーされたりした場合には、LT4量の調整は担当の内分泌科専門医が行うべきであることを患者は理解しておく。

●PCMHの医師が糖尿病患者をPCMH-Nの内分泌科医に紹介したところ、尿崩症を合併した軽度の2型糖尿病と判明した。患者には長年にわたる無月経の既往があり、中枢性性腺機能低下症と診断されている。MRIにより視床下部に神経サルコイドーシスを示唆する腫瘍が見つかるが、その位置から生検は不可能と判断される。脳神経外科医は高用量ステロイドの試験的投与を勧める。DXA法で測定した骨密度は非常

に低い。内分泌科専門医が評価を行い、長期にわたる早発性エストロゲンおよび成長ホルモン欠損の影響に加えてビタミンDの異常低値を見出す。ビタミンD欠乏症と尿崩症に対する治療、低用量ホルモン補充療法、そして糖尿病治療を開始し、糖尿病教室への患者の参加を手配する。内分泌科専門医が患者の保険から事前承認を得てテリパラチドによる治療を開始し、患者が自己注射の方法を学べるよう手配する。脳神経外科医は、ステロイドの用量を変更する場合はすべて通知することで内分泌科専門医と一緒にステロイド治療について調整を行い、薬剤に対するMRI所見の変化についても内分泌科専門医に通知する。内分泌科専門医は上述の内分泌障害をすべて管理し、適切な検査と薬剤をオーダーする。PCMHの医師は患者の他の症状と予防的な健康管理の問題についてフォローアップし、一般的な生化学などの検査結果の写しを内分泌科専門医に送付する。内分泌科専門医は、来院時の記録をPCMHの医師と脳神経外科医に送付する。抱えている内分泌疾患が複雑であることから、患者とPCMHの医師は、新たな疾病または追加処方がある場合は内分泌専門医に連絡する。

重篤な疾病をもつ患者に対して期間限定で専門科が主体的ケアを行う（Principal care）共同管理：重大な障害による影響のため、専門医療機関が一時的に患者の初期ケアを主導する必要性が生じた場合である。ただし、PCMHも引き続き治療に関する情報を把握していき、二次紹介に対する情報の提供を継続するほか、詳細に定められた特定の範囲内において診療を提供する場合もある。

●脳卒中の既往がある70歳の患者が胃炎と消化管出血を発症し、消化管出血の評価および治療のために消化器内科専門医に紹介される。基礎疾患が同定され出血の処置が終わった後、消化器内科専門医はPCMHの医師に維持療法およびフォローアップ処置についての推奨事項を

伝える。

● 結腸癌の手術を受けた患者が病棟内でPCMH-Nの腫瘍内科専門医の診察を受ける。腫瘍内科専門医は情報を収集し、それに基づき6カ月間の補助化学療法が必要であると判断する。腫瘍内科専門医は補助化学療法および化学療法薬の投与、毒性のモニタリングに関連するすべてのケアを提供し、その他の健康上の問題の優先順位を決定する。継続治療中の高血圧症および高脂血症といったその他の問題については、PCMHの医師を受診するよう患者に勧める。しかしながら、6カ月間の補助化学療法の期間中は、この腫瘍内科専門医があらゆる症状に関して患者の直接の受診先とおそらくなるであろう。補助化学療法の完了後も一定期間（最初の6カ月間など）は引き続き腫瘍内科専門医がフォローアップを行い、その後はPCMHの医師が必要な検査について調整を行う。

● 肝移植後の患者の多系統の合併症を、術後1年はPCMH-Nの肝移植専門医が主体的に管理する。必要に応じて二次紹介（腎臓病科、感染症、循環器内科など）についても専門医が取り扱う。急性の問題が安定化したら、主たる管理を徐々にPCMHの医師に移していく。

● 主たる医療問題が肝疾患の合併症（腹水、脳症、胆汁うっ滞性そう痒症、肝腎症候群、門脈肺症候群および肝臓癌）であり、現在移植を待っている非代償性肝硬変の患者はPCMH-Nによるケアを受けるかもしれない。移植か患者の死亡まで、この末期肝疾患患者の多系統の合併症に対する診療上の主な役割はPCMH-Nの医師が担う可能性がある。

専門科によるPCMHへ診療全体を委任するための患者の移管：これは、専門医療機関がPCMHの役割を担う状態を指す。そのような専門医療機関には、承認された第三者機関によるPCMH認定プロセス（NCQAのPPC-PCMH認定など）の要件を満たすとともに、ファーストコンタクト、全人性、かつ包括的ケアを提供することを

含めた「共同原則」に沿ってケアを行っていく意思を明確に表明することが期待される。最も典型的には、患者の身体的・総合的機能の複数の側面に影響を及ぼす複雑な病態の治療のため、専門医療機関が比較的長期間にわたり頻回に患者の診察を行う状況である。

● 特に既往歴がない25歳の患者が急性リンパ芽球性白血病と診断される。この患者の診療はPCMH-Nの血液・腫瘍内科専門医が完全に調整し、2年間にわたって毎週診察し積極的治療を行う。血液・腫瘍内科専門医が診療に関するすべての責任を担い、健康上のすべての問題について直接対応する。

● 30歳のクローン病患者に対してステロイド薬と免疫抑制薬を含む複雑な薬物療法が施行されており、さらにTNF阻害薬の投与が開始されようとしている。他にも栄養不良、脊椎炎、瘻孔、大うつ病性障害を合併している。骨粗鬆症や日和見感染症などのステロイド薬による副作用に対するサーベイランスも必要である。複雑な薬物療法と栄養不良に加え、定期的な内視鏡下の処置も必要であるため、PCMH-Nの消化器内科専門医がこの患者のプライマリ・ケア医として診療を行う。

● 患者は46歳で長期のHIV/AIDS罹患歴を有する。HIVが多剤耐性を獲得しているため、5剤のレジメンによる三次選択の治療を受けているが、現在、AIDS関連合併症が進行している。ニューモシスチス肺炎、播種性マイコバクテリウム・アジウム・コンプレックス症、中枢神経系トキソプラスマ症など、多くの日和見感染症に罹っている。高脂血症と高血圧症もあって多くの薬剤を処方されているが、その中にはARTレジメンと相互作用を起こす薬剤が含まれている。議論の結果、プライマリ・ケア医は患者の主たる診療をPCMH-Nの感染症専門医に移管する。

監訳者のCOI (conflicts of interest) 開示：本論文発表内容に関連して特に申告なし

文献

- 1) Future of Family Medicine Project Leadership Committee : The future of family medicine : A collaborative project of the family medicine community. *Ann Fam Med* 2 (Suppl 1) : S3-32, 2004. Accessed at www.annfammed.org/cgi/content/full/2/suppl_1/s3 on 18 Dec 2008.
- 2) American College of Physicians : The Advanced Medical Home : A Patient-Centered, Physician-Guided Model of Health Care. 2006. Accessed at www.acponline.org/advocacy/current_policy_papers/assets/adv_med.pdf on 4 May 2015.
- 3) Institute of Medicine : Envisioning the National Health care Quality Report. 2001. National Academy Press. Accessed at : http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=10073&page=41.
- 4) Wagner EH, et al : Improving chronic illness care : Translating evidence to action. *Health Affairs* 20 : 64-78, 2001.
- 5) American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Physicians, and the American Osteopathic Association : Joint Principles of the Patient-Centered Medical Home. March 2007. Accessed at https://www.acponline.org/running_practice/delivery_and_payment_models/pcmh/demonstrations/jointprinc_05_17.pdf on 4 May 2015.
- 6) NCQA : NCQA Program to Evaluate Patient-centered Medical Homes. Press Release. Jan 8, 2008. Accessed at www.ncqa.org/tabid/641/Default.aspx on 18 Dec 2008.
(2015年5月4日時点で本URLにファイルは存在せず、ファイルが存在する新しいURLは確認できなかった)
- 7) Societies that have formally endorsed the "Joint Principles" are the : American Academy of Family Physicians, American Academy of Hospice and Palliative Medicine, American Academy of Neurology, American Academy of Pediatrics, American College of Cardiology, American College of Chest Physicians, American College of Osteopathic Family Physicians, American College of Osteopathic Internists, American College of Physicians, American Geriatrics Society, American Medical Association, American Medical Directors Association, American Osteopathic Association, American Society of Addiction Medicine, American Society of Clinical Oncology, Association of Professors of Medicine, Association of Program Directors in Internal Medicine, Clerkship Directors in Internal Medicine, Endocrine Society, Infectious Disease Society of America, Society of Adolescent Medicine, Society of Critical Care Medicine, and the Society of General Internal Medicine.
- 8) National Academy of State Health Policy (NASHP) : Results of State Medical Home Scan. Nov. 2008. Accessed at www.nashp.org/_docdisp_page.cfm?LID=980882B8-1085-4B10-B72C136F53C90DFB on 22 Dec 2008.
(2015年3月26日時点で本URLにファイルは存在せず、ファイルが存在する新しいURLは確認できなかった)
- 9) Greiner A : White space or black hole : What can we do to improve care transitions. *American Board of Internal Medicine Issue Brief #6*. 2007. Accessed at www.abimfoundation.org/~media/Files/Publications/F06-05-2007_6.ashx on 4 January 2010.
(2015年3月26日時点で本URLにファイルは存在せず、ファイルが存在する新しいURLは確認できなかった)
- 10) Snow V, et al : Transitions of care consensus policy statement American College of Physicians-Society of General Internal Medicine-Society of Hospital Medicine-American Geriatrics Society-American College of Emergency Physicians-Society of Academic Emergency Medicine. *J Gen Intern Med* April 2009. DOI:10.1007/s11606-009-0969-x.
- 11) Greiner A : White space or black hole : What can we do to improve care transitions? *American Board of Internal Medicine Issue Brief #6*. 2007. Accessed at www.abimfoundation.org/~media/Files/Publications/F06-05-2007_6.ashx on 4 January 2010.
(2015年3月26日時点で本URLにファイルは存在せず、ファイルが存在する新しいURLは確認できなかった)
- 12) Snow V, et al : Transitions of care consensus policy statement American College of Physicians-Society of General Internal Medicine-Society of Hospital Medicine-American Geriatrics Society-American College of Emergency Physicians-Society of Academic Emergency Medicine. *J Gen Intern Med* April 2009. DOI:10.1007/s11606-009-0969-x.
- 13) Health Information Technology Standards Panel (HITSP) : HITSP Summary Documents Using HL7 Continuity of Care Document (CCD) Component. July 8, 2009. Accessed at http://www.hitsp.org/ConstructSet_Details.aspx?&PrefixAlpha=4&PrefixNumeric=32 on 4 May 2015.