

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～

American Academy of Family Physicians (AAFP)
American Academy of Pediatrics (AAP)
American College of Physicians (ACP)
American Osteopathic Association (AOA)
患者中心のメディカルホームにおける診療の
準備段階としての医師の医学教育に関する共同原則
2010年12月

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 : 340~349, 2015]

本シリーズ第2回目は、2010年に発表された医学生に対するPatient-Centered Medical Home (PCMH) の教育に関する共同原則を紹介する。

原文には、PCMHを実践するために医学生が修得すべき能力、およびその能力を修得するための教育の具体的方法が解説されているが、ここで示される能力は地域=コミュニティを視野に入れて活動する全ての医療者が修得すべき能力である。つまり、医学生、研修医のみならず、全ての医師にも適用されるものである。

現在、我が国では卒前教育や初期医師臨床研修において地域医療教育が行われるようになってきているが、何を教育すべきか指導者自身が理解不十分であることが多い。そのため、大学病院や都市部の大病院では経験できないコモンディーズを診療することや、ときには地方の医療機関でも都市部の病院と同様の高度医療が実践できることを教えることが、地域医療教育であるとする誤解もあるように思われる。また、“地域医療における内科領域の診療医（かかりつけ医）”として機能する新・内科専門医は、今後どのような地域医療活動をしていけばよいのか、内科医自身に十分な理解が得られていないようにも思われる。

本共同原則は日本の地域医療実践のための教育、生涯教育に大きな示唆を与えてくれるであろう。

Joint principles for the medical education of physicians as preparation for practice in the Patient-Centered Medical Home. 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.

はじめに

患者中心のメディカルホーム（Patient-Centered Medical Home：PCMH）は、包括的かつ持続的な医療を提供するためのアプローチであり、患者、医師および能動的で協調のとれた医療チームの各メンバーの間での癒やしの人間関係に基づく。PCMHを通じて提供されるケアは、これらの個人と患者の家族の協力関係を通じて円滑化される。患者中心のメディカルホームの共同原則が2007年2月に最初に採択されて以来、残る課題は（最終的な専門領域の選択とは関係なく）すべての医学生にとって重要なプライマリ・ケアおよびPCMHの基礎を提示するために、医学生の教育指針となる一連の原則を策定することであると認識されてきた。

2010年6月、AAFP、AAP、ACPおよびAOA（PCMHの共同原則を承認した当初の組織）の代表者が米国国内の医学校を卒業する医学生の教育指針となる原則の策定に再び取り組み、以下のものが示された。同様の原則を他の医療専門職の学生にも適用することができ、そうすべきであるが、当委員会に課せられた具体的な任務は医師の教育を目的とする訓練に関する原則の策定であった。

PCMHの共同原則、必要な特性と能力（competency）、および個々の事項に関する教育面の下位原則について、それぞれの対応を示す表を作成した。個々の教育面の下位原則とACGME/ABMSによる医学教育のコア・コンピテンシーとをリンクさせた [補遺A]。

患者中心のメディカルホームの原則

■**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ケア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。

必要な特性/能力

医学生は、患者中心性の定義についての知識を示し、臨床の場で患者中心のケアを提供できることを示すべきである。

対応する教育面の下位原則

医学生には以下のことが期待される。

1. ファーストコンタクトであり、包括的であり、統合されており、コーディネートされており、質が高く、経済的に無理がない、そのようなケアを提供する医療機関において、患者との関係の継続性について縦断的に経験する。
2. 患者とその家族や同僚の医療専門職と接する際に、効果的なコミュニケーションを行い、思いやりと敬意のある行動を示す。

■**医師が指揮する医療チーム（physician-directed medical practice）**：かかりつけ医は、診療現場におけるチームを指揮し、そのチーム全体で患者に対する継続的なケアの責任を担う。

必要な特性/能力

医学生は、効果的な情報交換および患者、家族、同僚の医療専門職とのチーム形式が可能となるようなリーダーシップスキルを通じて、協調のとれたケアを提供できることを示すべきである。

対応する教育面の下位原則

医学生には以下のことが期待される。

1. 多職種チーム（看護師、ソーシャルワーカー、ケースマネージャー、精神医療の専門家、糖尿病患者の教育者、コミュニティの協力者、薬剤師など）の経験を通じて、ヘルスケアチームあるいはその他の専門職グループのメンバーまたはリーダーとして、他のメンバーとともに効果的に仕事をする。
2. チームの全メンバーの役割、機能、業務上の関係を明確に述べられる。
3. リーダーシップの醸成、質改善、変革管理および対立管理に関する知識を応用できる。

■**全人的志向（whole-person orientation）**：かかりつけ医は、患者のヘルスケアニーズすべて

補遺A 共同原則と教育面の下位原則の策定プロジェクトとの対応表 2010年7月

- 1列目 ①：現行の患者中心のメディカルホームの共同原則
 2列目 ②：メディカルホームとして機能する医療機関の医師に求められる特性/能力。このリストはいくつかの例である。リストはPCMHのモジュールでの知識と経験および関連文献を基に、ワーキンググループのメンバーにより作成されるであろう。
 3列目 ③：教育面の下位原則の文言に含めるのがよいとワーキンググループが考えた主要概念の一覧を示したものである。
 4列目 ④：教育面の下位原則と中核能力との対応関係を示したものである。

① PCMHの共同原則	② 必要な特性/能力	③ 対応する教育面の下位原則	④ 中核能力との対応
<p>かかりつけ医：個々の患者は、患者への初期の対応と継続的かつ包括的なケア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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 患者中心の医療について定義を示し、それを臨床の場で実践する。 医療機関と患者・家族の間の強力で適時性が高い複数の形態によるコミュニケーションを実践することで、ケアの連続性を保証する。 患者/家族を助言者としてメディカルホームのチームに参加させ、継続的に意見やフィードバックを聴き出していく。 	<ul style="list-style-type: none"> ファーストコンタクトであり、包括的であり、統合されており、コーディネートされており、質が高く、経済的に無理がない、そのようなケアを提供する医療機関において、学生が患者との関係の連続性について継続的に経験できるカリキュラム内容にすべきである。 患者とその家族や同僚の医療専門職との間でのコミュニケーションスキルの訓練をカリキュラムに含めるべきである。 	<p>• PC, P, SBP</p> <p>• IC, P</p>
<p>医師が指揮する医療チーム：かかりつけ医は、診療現場におけるチームを指揮し、そのチーム全体で患者に対する継続的なケアの責任を担う。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 協調的なケア チームの全員が質の高い医療を提供する上での各自の役割と責任を果たす チームの全員が他のメンバー全員に敬意を示す チームの構築 リーダーシップスキル 変革管理と対立管理 	<ul style="list-style-type: none"> 学生は多職種チーム（看護師、ソーシャルワーカー、ケースマネージャー、精神医療の専門家、糖尿病患者の教育者、コミュニティの協力者、薬剤師など）を経験するべきである。 学生が全メンバーの役割、機能、業務上の関係を明確に述べられるようにすべきである。 リーダーシップの醸成、質改善、変革管理の経験をカリキュラムに含めるべきである。 	<p>• SBP, IC, P, PC</p> <p>• SBP, P</p> <p>• P, PBL</p>
<p>全人的志向：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、という責任を担う。その対象は生涯のあらゆる段階での医療であり、急性期医療、慢性期医療、予防医療、終末期医療などが含まれる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ライフサイクルに関する知識/認識 患者の関与/衝機づけ面接 患者の自己効力感の促進 意思決定の共有の促進 ケアの移管 健康と福祉の推進 文化的価値観と慣習に対する評価および尊重 ヘルスリテラシーの評価 	<ul style="list-style-type: none"> 患者・家族が健康に関する行動変容の準備ができていないか評価すること、患者の自己効力感を促進すること、健康に関する行動変容を促進すること、複雑な病態を抱える患者のケアを担当しているヘルスコーチャやケアコーディネーターに学生を関与させるべきである。 患者やその家族から文化的、スピリチュアル的、倫理的な価値観と慣習を聴き出す機会を学生に与えるべきである。 様々な水準のヘルスリテラシーを評価し、それらに対応する方法を学生に教えるべきである。 	<p>• MK, IC</p> <p>• MK, SBP, IC, P</p> <p>• MK, PC</p> <p>• MK, PC, IC</p>

(次頁へ続く)

補遺A 共同原則と教育面の下位原則の策定プロジェクトとの対応表 2010年7月 (続き)

① PCMH の共同原則	② 必要な特性/能力	③ 対応する教育面の下位原則	④ 中核能力との対応
<p>ケアのコアネットワークと統合：複雑な医療システムのあらゆる要素（専門医療機関、病院、在宅医療機関、介護施設など）と患者のコミュニティ（家族、公的または民間の地域サービスなど）の間でケアをコーディネート・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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアの有効な移管 ・地域の資源に関する知識と医師以外の協力者との協働 ・電子医療記録/医療情報技術の医療現場での使用 ・患者登録の活用 ・住民保健 ・専門医との連携/協働と継続的な診療の共同管理 ・患者擁護の価値 	<ul style="list-style-type: none"> ・あらゆる医療の場を含む地域社会全体の医療システムの経済的状況に学生を触れさせるべきである。 ・支払いのモデルと医療提供のモデルの関係について学生は学ぶべきである。 ・診療と集団管理を支援する医療情報と情報技術の基礎を学生は学ぶべきである。 ・電子医療記録、電子診察 (e-visit)、電子処方、電子的な支払請求を学生に経験させるべきである。 ・患者登録制度が住民保健の管理にどのように活用されるかを含めて、住民保健の基本原則を学生に教えるべきである。 ・患者安全の原則を学生に教えるべきである。 ・ケア計画などのツールを活用を含む診療の移管時の患者へのリスクに対する解決策を、学生は評価、推奨できるべきである。 	<p>キープワード：PC=患者ケア, MK=医学知識, IC=対人およびコミュニケーション技能, P=プロフェッションナリズム, PBL=診療プロセスの学習と改善, SBP=シミュレーションの診療</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ SBP ・ SBP ・ MK, PBL ・ PBL, SBP ・ MK, SBP ・ PBL, MK ・ PBL, MK
<ul style="list-style-type: none"> ・ 質と安全：これらはメデイカルホームの大きな特徴である。 ・ 共同でのケア計画プロセスによって定義される適切な患者中心のアウトカム ・ エビデンスに基づき医療と意思決定支援ツールを臨床での意思決定の指針とする。 ・ 医師は自らの診療の評価、改善に自発的に関与し、改善に対する説明責任を果たす。 ・ 患者は意思決定に積極的に参加し、患者が期待するケアの提供を確実にするためにフィードバックが求められる。 ・ 情報技術の適切な利用により、適切なケアのための診療評価、患者教育、効果的なコミュニケーションを支援する。 ・ 医療機関は認定プロセスを自発的に受け、PCMHとしての能力があることを示す。 ・ 患者とその家族は診療における質改善活動に参加する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ エビデンスに基づくポイント・オブ・ケアの意思決定支援ツールの医療現場での利用 ・ 質に関する報告書の解釈 ・ パフォーマンスの改善および測定原則とその情報を用いてチーム内で意思決定を行う方法に関する知識 ・ 患者と家族の関与 ・ パフォーマンスの自己評価 ・ 地域レベルの健康評価の原則に関する知識 ・ 患者と家族を擁護するための技能 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 学生は診療チームに参加し、ケアプロセスと患者の体験を改善するために学ぶ文化を養うべきである。 ・ 病院以外の環境でヘルスケアがどのように運営されているかを学生は学ぶべきである。 ・ 患者安全に関する多職種協働トレーニングに学生は参加すべきである。 ・ 質に関するデータをレビューし、パフォーマンスの測定結果に応じたエビデンスに基づくシステムの変更を推奨する機会を学生に与えるべきである。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ SBP, PBL ・ SBP ・ PBL, P, MK ・ PBL

(次頁へ続く)

補遺A 共同原則と教育面の下位原則の策定プロジェクトとの対応表 2010年7月（続き）

① PCMH の共同原則	② 必要な特性/能力	③ 対応する教育面の下位原則	④ 中核能力との対応
<p>ケアへのアクセスの向上：ケアへのアクセスは、容易に閲覧可能なスケジューリング管理、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などのシステムによって向上させることが可能である。</p> <p>支払い：支払いについては、PCMHを持つ患者が享受する付加価値を適切に認識する。</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者との対面下以外の状況で行われる業務を適切に認識して評価する。 ケア調整、補助的な医療提供者 (ancillary provider)、地域の医療資源に対して支払いを行う。 質改善のための医療情報技術の採用を支援する。 電子的なコミュニケーション手段の提供を支援する。 情報技術を用いた臨床データの遠隔モニタリングに関連した医師の業務の価値を適切に認識する。 診療毎の個別の支払いを維持する。 患者集団の差異を認識する。 入院の減少による費用削減に伴う利益の分配を認める。 測定可能な改善に対しては特別賞や報奨金を考慮する。 	<ul style="list-style-type: none"> アクセスを高めることの理由および原則の理解 電話での診療 電子的なコミュニケーション グループ受診 医師以外の医療提供者による診療 医療施設以外の場所でのケア 集団ベースで行う診療と診療以外の仕事に関する知識、ならびにこれらのケアの側面がもつ価値の認識 診療報酬の機会を拡大することに関する理解 アドボカシーの原則の理解とその適用 	<ul style="list-style-type: none"> チームの他のメンバーが提供する多様な診療を学ばせ経験するべきである (例：薬剤師、看護師、ソーシャルワーカー、スケジュール管理者、受付担当者) (例：その職務を疑似体験する)。 患者との対面下での診療、電話や電子的な通信手段を利用する診療、グループ受診などの様々な診療を学生は経験すべきである。 過去、現在、未来の政策における医師への様々な支払い形態に関して、学生はバランスの取れた教育を受けなければならない。 保険の保障範囲や支払いの決定を確定させたりこれらに影響を及ぼしたりする公的および民間の保障の契約プロセスについて、十分な情報を学生に与えるべきである。学生は未来の医師として、個々の患者と国のヘルスケアシステムにとって最善の利益となるように、これらのポリシーを進める方法を学ぶことが望ましい。 ヘルスケア全体の費用に関する最新のデータについて学生は知っておく必要がある。具体的には、医療システムの様々な領域で消費されるヘルスケア費用の比率や、患者が支払う費用、雇用者と政府が支払うヘルスケア費用全体、さらに分かっている範囲で医療における費用と質の関係について学ぶべきである。 	<p>キーワード：PC=患者ケア, MK=医学知識, IC=対人およびコミュニケーション技能, P=プロフィール, PBL=診療ベームの学習と改善, SBP=システムベースの診療</p> <ul style="list-style-type: none"> PC, IC PC, IC MK MK, SBP MK, SBP

* * * トレーニングの前提条件：医学生と研修医に関する教育については、ファカルティ・デベロップメントはこの世代の教育にとつてのいまだ満たされないニーズであり、意識を向ける必要がある。

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、という責任を担う。その対象は生涯のあらゆる段階での医療であり、急性期医療、慢性期医療、予防医療、終末期医療などが含まれる。

必要な特性/能力

医学生は、健康問題の治療と健康の増進のために、思いやりのあるコーディネートされた適切かつ有効なケアを患者に提供できるべきである。

対応する教育面の下位原則

医学生には以下のことが期待される。

1. ライフサイクルの概念に関する知識と認識を示す。
2. 動機づけ面接やその他のツールの使用により、患者および家族のケアへの関与と行動変容を促進する。
3. 患者および家族の自己効力感と意思決定の共有を促進する。
4. 複雑な病態を抱える患者のケアを担当しているヘルスコーチ (health coach) やケアコーディネーターと協力して仕事をする。
5. 患者やその家族から文化的、スピリチュアル的、倫理的な価値観や慣習について聴く機会を通じて、患者の文化、年齢、性別および障害を感受し、適切に反応する。
6. ヘルスリテラシーの重要性とそれが患者のケアおよびアウトカムに与える影響を理解する。ヘルスリテラシーの評価において効果的な傾聴やその他のスキルを活用する。
7. ケアの移管（訳注：ケアの管理責任が他の医療者に移動すること）に対応する上で必要となる方略について説明し、考察することができる。

■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のあらゆる要素（専門医療機関、病院、在宅医療機関、介護施設など）と患者のコミュニティ（家族、公的または民間の地域サービスなど）との

間でケアをコーディネート・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診療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。

必要な特性/能力

医学生は、ヘルスケアのより大きなコンテキストやシステムに対する意識および配慮、ならびに適切なケアを提供するためにシステムの資源を効果的に求める能力、を示すべきである。

対応する教育面の下位原則

医学生には以下のことが期待される。

1. あらゆるケア環境を含めた地域社会全体のヘルスケアシステムの経済状態が、患者のケアとアウトカムにどのように影響するかを理解する。
2. 支払いのモデルとケア提供のモデルの関係に関する知識を適用する。
3. 電子医療記録、電子診察 (e-visit)、電子処方、電子支払請求を利用する。
4. 医療情報学の基礎とケア・コーディネート、住民の健康管理、質管理、ケアの管理、意思決定支援をサポートする技術について学ぶ。
5. 患者登録制度がどのように住民の健康管理に利用されるのかを含めて、住民の健康管理の基本原則を理解する。
6. 情報技術を活用することで、情報を管理し、インターネット上から診療情報を閲覧し、自身の教育に役立てる。
7. 患者安全の原則を理解し適用する。
8. 診療が移管される際に患者に及ぶリスクについて評価し、ケア計画などのツールの利用を含む解決策を推奨する。
9. 地域の資源に関する知識を有し、医師以外の協力者との協働の重要性を理解する。
10. 継続的に患者中心の共同ケアを行っていくために様々な領域の専門家との協働の方法を理解する。

■**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る。

・共同でのケア計画プロセスによって定義される患者中心の最適なアウトカムの達成を支援する。

・エビデンスに基づく医療と意思決定支援ツールを臨床での意思決定の指針とする。

・医師は自らの診療の評価改善に自発的に取り組むことで質改善に対する説明責任を果たす。

・患者は意思決定に積極的に参加し、患者が期待するケアの提供を確実にするために患者からのフィードバックが求められる。

・情報技術の適切な利用により、最適なケアパフォーマンス測定、患者教育、効果的なコミュニケーションを支援する。

・医療機関は認定プロセスを自発的に受け、PCMHとしての能力があることを示す。

・患者と家族は診療の現場レベルでの質改善活動に参加する。

■**必要な特性/能力**

医学生は、ポイント・オブ・ケアのエビデンスに基づいた医師決定支援ツールを診療現場で使用すべきであり、医療の質に関する報告書の解釈、患者および家族の関与、自身のパフォーマンスの自己評価、地域レベルの健康評価の原則に関する知識、患者と家族を擁護する技能の必要性に関する認識などを通じて、診療のパフォーマンスの改善および測定と意思決定を行うための情報の利用を理解すべきである。

■**対応する教育面の下位原則**

医学生には以下のことが期待される。

1. エビデンスに基づく医療をケアの標準として理解する。

2. 診療チームに参加することで、ケアプロセスと患者の体験を改善するために学ぶ文化を養う。

3. 病院以外の環境でヘルスケアがどのように運営されているかを学ぶ。

4. 患者安全に関する多職種協同トレーニングに参加する。

5. 質に関するデータをレビューし、パフォーマンスの測定結果に応じてエビデンスに基づくシステムの変更を推奨する機会に参加する。

■**ケアへのアクセスの向上 (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リング管理、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などのシステムによって向上させることが可能である。

■**必要な特性/能力**

医学生は、アクセスを高めることの原理および原則に関する知識を示せるべきであり、電話での診療、電子診察 (e-visit)、グループ受診、医師以外の医療提供者への受診、医療施設以外の場所での診療など、従来はなかった新しい手段を用いた診療が行えるべきである。

■**対応する教育面の下位原則**

医学生には以下のことが期待される。

1. 患者との対面下での診察、電話や電子的な通信手段を利用する診察、在宅ケア、グループ診療などの様々な診療を経験する。

2. 情報技術を活用して、ケアに関する意思決定と患者教育を支援する。

3. ケアパートナーシップの支援に関する知識を適用し、また、患者の医療アクセスと役割/責任、予約、緊急事態などに関する患者とのコミュニケーションに対応する上で、そのような支援が果たす役割を理解していることを示す。

■**支払い (payment)**：支払いについては、PCMHを持つ患者が享受する付加価値を正しく認識する。

・患者との対面下以外の状況で行われる診療を適切に認識して評価する。

・ケアのコーディネーター、補助的な医療提供者 (ancillary provider)、地域の医療資源に対して支払う。

・質改善のための医療情報技術の採用を支援

する。

- ・ 電子的なコミュニケーション手段の提供を支援する。

- ・ 情報技術を用いた臨床データの遠隔モニタリングに関連した医師による業務の価値を適切に認識する。

- ・ 診療毎の個別の支払い（fee-for-service：FFS）を維持する。

- ・ 患者集団の差異を認識する。

- ・ 入院の減少による費用削減に伴う利益の分配を認める。

- ・ 一定基準以上の質改善に対しては特別賞与や報奨金を考慮する。

必要な特性/能力

医学生は、住民全体に対するケアや診療以外の仕事についての知識を示すべきであり、診療報酬の機会を拡大することについての理解やアドボカシーおよび効果的な交渉の原則についての理解と適用を通じて、このようなケアの側面の価値を認識しておくべきである。

対応する教育面の下位原則

医学生には以下のことが期待される。

1. 医師に対する様々な支払いの形態を（過去、現在、将来の保険政策をすべて含めて）知る。

2. アドボカシーと交渉のスキルにより、患者がシステムの複雑さに対処できるよう支援する。

3. 保険の保障範囲や支払いの決定を確定させたりこれらに影響を及ぼしたりする民間および公的医療保険のポリシーについて十分な情報を得ている。

4. 個々の患者と国のヘルスケアシステムにとって最善の利益となるように、これらのポリシーを進めることの重要性を理解する。

5. 医療全体の費用に関する最新のデータを熟知しておく。具体的には、医療システムの様々な領域で消費される医療費の比率や、患者が支払う費用、さらには雇用者と政府が支払っている

る医療費全体などについて理解しておく。

資源

上記の項目をまとめた形で卒前教育に追加するには、新たな資源が必要になる。下位原則の中には、既存の患者ケアや診療ベースの活動に学生を参加させることで導入できるものもある。しかしながら、それ以外のものについては、学生向けの新たな教育体験の創造と監督に教員とスタッフが真摯に取り組むことが必要になる。そのためには、従来は医学生に教えてこなかった領域をカリキュラムに含め、経済学、保健政策、経営管理などの専門知識をもつ教員を採用することが必要になる場合もある。さらには、地域の外来診療機関に学生の教育を引き受けてもらうにあたって、より良い支援および補償の方法を模索する必要もあるかもしれない。最後に、PCMHのシステムベースの側面を経験するため、電子カルテ、患者登録、質改善ツールなどの必要なツールを学生に提供するインフラを整備することにも資源が必要となる可能性がある。

いまだ満たされないニーズ

プライマリ・ケアと専門医療の両方について医学生を訓練するには、医療改革の変化へ教員を対応させることを目的とした専門職能力開発が前提条件となる。PCMHの概念においては、研修医もまた医学生の教育プロセスの不可欠な要素であると認識されている。医学生と研修医に対するPCMHの教育に関して、ファカルティ・デベロップメントはこの世代の教員にとってのいまだ満たされないニーズである。

現在の教育システムには、PCMHの原則や特性/能力に関する医学生および研修医の教育に必要な学習者の評価・査定のためのツールが欠如している。

ファカルティ・デベロップメントの方法と評価ツールおよびアウトカムの測定指標の開発方法について検討するための実証プロジェクトの施行は急を要する。

メディカルホームという概念の背景

メディカルホーム (medical home) という概念は、1967年にAmerican Academy of Pediatrics (AAP) によって導入され、当初は小児患者の医療記録を中央管理することを意味していた。2002年のAAPによる方針表明ではメディカルホームの概念が拡大され、容易にアクセス可能であること、継続的かつ包括的であること、家族も中心に置かれること、適切に調整されること、思いやりのあること、文化的に効果的なケ

アであること、という運用上の特徴が盛り込まれた。

American Academy of Family Physicians (AAFP) と American College of Physicians (ACP) は、それ以降、患者のケアを改善するための独自のモデルを開発しており、それぞれ「medical home」(AAFP, 2004年) および「advanced medical home」(ACP, 2006年) と呼ばれている。

ワーキンググループの貢献者

本文書の作成のために時間と専門知識を自ら提供したワーキンググループのメンバー一覧を補遺Bに示す。

詳細情報：

American Academy of Family Physicians：

<http://www.futurefamilymed.org>

<http://www.aafp.org/online/en/home/membership/initiatives/pcmh.html>

<http://www.transformed.com/>

<http://www.stfm.org/fmhub/fm2007/January/Ardis24.pdf>

American Academy of Pediatrics：

<http://www.medicalhomeinfo.org>

<http://www.pediatricmedhome.org>

http://www.medicalhomeinfo.org/how/performance_management.aspx

American College of Physicians：

http://www.acponline.org/running_practice/pcmh/

American Osteopathic Association：

<http://www.osteopathic.org/inside-aoa/development/practice-mgt/Pages/patient-centered-medical-home.aspx>

(訳者注：原文に記されている学会の各リンク先は、2014年4月1日現在、リンク先が不明のもの、PCMHの内容から変更になっているものが一部あったため、訳者が適切と考えた新しいリンク先に差し替えた)

補遺B ワーキンググループ貢献者

Elizabeth G. Baxley, MD Professor and Chair, Department of Family and Preventive Medicine University of South Carolina School of Medicine Columbia, SC	James Swartwout Associate Executive Director American Osteopathic Association Chicago, IL
James Dearing, DO Board of Trustees American Osteopathic Association Chicago, IL	V. Fan Tait, MD Associate Executive Director Director, Department of Community and Specialty Pediatrics American Academy of Pediatrics Elk Gove Village, IL
Michelle Esquivel, MPH Director, National Center for Medical Home Implementation Director, Division of Children with Special Needs American Academy of Pediatrics Elk Grove Village, IL	Renee Turchi, MD, MPH Medical Director, PA Medical Home Program Drexel University School of Public Health Philadelphia, PA
Gary S. Fischer, MD Patient Centered Medical Home Work Group Society for General Internal Medicine Washington, DC	Sara Wallach, MD Executive Council Association of Program Directors in Internal Medicine Washington, DC
Stanley M. Kozakowski, MD Residency Program Director Hunterdon Medical Center Flemington, NJ	Steven Weinberger, MD Executive Vice President American College of Physicians Philadelphia, PA
Shawn Martin Director, Governmental Relations American Osteopathic Association Chicago, IL	Joseph Yasso, DO Board of Trustees American Osteopathic Association Chicago, IL
Perry A. Pugno, MD, MPH, CPE Director, Medical Education American Academy of Family Physicians Leawood, KS	

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