

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 104：1006～1017, 2015〕

2010年に発表されたPCMHと専門医療機関との効果的な連携機能である患者中心のメディカルホームネイバー（Patient-Centered Medical Home Neighbor：PCMH-N）に関する報告書を紹介する。

原文では、質が高く効率的な医療の提供を達成するために必要とされるPCMHと専門医療機関の連携の概念とその具体的な方法が示されている。

近年、医療の高度化、細分化された専門診療体制、複雑な病態を複数有する患者の増加などの要因により、患者ケアは細切れに分断化されて医療やケアの責任の所在があいまいになり、その安全性、有効性が担保され難い状況が蔓延している。専門診療科・専門医療機関とプライマリ・ケア提供診療科・機関との間の連携および調整は、近年の医療供給システムにおける重要な課題である。

両者間の有効な連携および調整機能の概念は、“医院・クリニック、一般病院、基幹病院、大学病院をつなぎ、連携の要となる内科系診療ネットワークの中で、総合内科に関する知識・技術・判断力・人間性・経験・指導能力を高度に備え…”という新・内科指導医像にも通じるであろう。

本報告書は、内科医のみならず、臨床実践に関わるすべての医療者にとって患者ケアの説明責任を果たすための大きな示唆を与えてくれるであろう。

なお、紙面の都合上、本報告書は2回に分け、本号で本文を、次号で補遺I～IIIと参考文献を分割の掲載になることをお断りしておく。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。

Patient-Centered Medical Home：Suggestions for the Health Care Delivery System Reform in Japan：The Patient-Centered Medical Home Neighbor. The interface of 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.

This policy paper, written by Neil Kirschner, PhD, and M. Carol Greenlee, MD, with significant contributions from the following members (with the subspecialty society they represented in parentheses) of the American College of Physicians' Council of Subspecialty Societies' (CSS) Patient Centered Medical Home (PCMH) Workgroup: Richard Honsinger Jr., MD, Workgroup Co-Chair, (AAAAI); William Atchley Jr., MD, (SHM); Joel Brill, MD, (AGA); John Cox, MD, (ASCO); Lawrence D'Angelo, MD (SAM); Tom DuBose, MD, (ASN); Daniel Ein, MD, (ACAAI); Pamela Hartzband, MD, (Endocrine Society); David Kaplan, MD, (AASLD), Bruce Leff, MD, (AGS); Larry Martinelli, MD (ID Society); David May, MD (ACC); Hoangmai Pham, MD, (SGIM); Larry Ray, MD, (SGIM); Joseph Sokolowski, MD, (ATS); and Lawrence Weisberg, MD, (RPA). The paper was developed for and approved by the Medical Services Policy Committee of the American College of Physicians; Donald Hatton MD, Chair; Thomas Tape, MD, Vice Chair; Sue Bornstein, MD; McKay B Crowley, MD; Stephan Fihn, MD; William Fox, MD; Robert Gluckman, MD; Stephen Kamholz, MD; Michael D. Leahy, MD; Joshua Lenchus, DO; Keith Michl, MD; John O'Neill Jr. DO; and James W. Walker, MD. The paper was approved by the Board of Regents of the American College of Physicians on August 1, 2010.

本書の引用方法：

American College of Physicians. The Patient-Centered Medical Home Neighbor: The Interface of the Patient-Centered Medical Home with Specialty/Subspecialty Practices. Philadelphia: American College of Physicians; 2010: Policy Paper. (Available from American College of Physicians, 190 N. Independence Mall West, Philadelphia, PA 19106.)

著作権 ©2010 American College of Physicians

無断転載を禁止する。教育的かつ非営利的な利用に限り、本ポジションペーパーの全部または一部の複写を許可する。営利目的での商用利用については、発行者による文書での許可を得ない限り、その形態や手段（電子的、機械的、コピー機利用、その他）を問わず複製は認められず、また、いかなる情報保存・検索システムへの組み込みも認められない。

本ポジションペーパーの内容について質問がある場合は、ACPのDivision of Governmental Affairs and Public Policy (Suite 700, 25 Massachusetts Avenue NW, Washington, DC 20001-7401 [電話番号202-261-4500])までご連絡ください。本ポジションペーパーの写しを希望される場合は、ACP Customer Service (電話番号800-523-1546内線2600または215-351-2600)までご連絡ください。

要旨

American College of Physicians (ACP) のCouncil of Subspecialty Societies (CSS) は、患者中心のメディカルホーム (Patient-Centered Medical Home : PCMH) のケアモデルと専門医療機関と

の関係について具体的な検討を行うためのワークグループを設置した。このポジションペーパーは、過去3年間にわたる同ワークグループ内での議論とCSSに参加している様々な学会からのフィードバックを通じて得られた知見に基づき、PCMHと専門医療機関のインターフェー

スについて言及したものであり、具体的には以下を目的とする。

- ・ PCMHモデルの中で専門医療機関が果たす重要な役割を強調する。
- ・ PCMHネイバー（PCMH Neighbor：PCMH-N）の概念の定義を示す。
- ・ PCMH医療機関とPCMH-N医療機関とのやり取りを分類するための枠組みを示す。そこでは、対象となる臨床状況、関与する医師の専門職としての判断、ならびに表明された患者のニーズおよび選好に応じたやり取りであることを強調する。
- ・ PCMH医療機関とPCMH-N医療機関の間でケアコーディネート合意（care coordination agreement）を形成するための先進的な一連の原則を提示するとともに、それらを適用する際には地域ごとの診療基準、運営上の負担、医療機関の規模、および利用可能な資源（紙ベースのカルテか電子カルテかなど）を考慮に入れるべきであるとの認識を表明する。
- ・ PCMHモデル内でPCMH-Nの関与を促すには財政面および非財政面双方でのインセンティブが重要であるとの認識を表明する。
- ・ PCMH-N認定プロセスの概念を紹介する。本ポジションペーパーでは、具体的な推奨事項として以下を提示する。

1. ACPは、医療の統合およびコーディネートを改善するという目標を達成するには、患者中心のメディカルホーム（PCMH）ケア提供モデルを通じて専門医療機関と協力していくことが重要であるとの認識を表明する。
2. ACPは、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（PCMH-N）について、以下の定義を承認する。

PCMH-Nとして認定された専門医療機関は、以下の特徴をもつプロセスに従事する。

- ・ 質が高く効率的な医療の提供のために、PCMH医療機関とのコミュニケーション、

コーディネートおよび統合が効果的かつ双方向的な形でなされることを保証する。

- ・ PCMH医療機関の目的達成を補完するコンサルテーションと紹介が、適切かつ適時に行われることを保証する。
 - ・ 患者およびケアに関する必要情報が効率的、適切、効果的に伝達されることを保証する。
 - ・ 共同管理における責任分担に関して効果的な指針を示す。
 - ・ 患者中心の医療の実現、ケアアクセスの改善、医療の質と安全の向上を支援する。
 - ・ PCMHが全人的なプライマリ・ケアの提供者としての役割をもつこと、また、医師をはじめ関与するすべての医療専門職が提供するケアのコーディネートおよび統合を保証することについて全体的な責任をもつことに対して支援する。
3. ACPは、PCMH医療機関とPCMH-N医療機関とのやり取りを類型化する枠組みとして、以下の分類を承認する。

臨床においてPCMHとPCMH-Nとのやり取りの形式には以下のものがある。

- ・ コンサルテーション前の情報交換（preconsultation exchange）：ケアの迅速化/優先順位の決定あるいは紹介の必要性の明確化を目的とする
- ・ 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
- ・ 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
 - 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
 - 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に行う（訳注：専門医療機関がケアの主体となる）（Principal care）共同管理
- ・ 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（transfer of patient）

4. ACPは、PCMH医療機関とPCMH-N医療機関の間でのケアコーディネート合意の形成に関する指針として、以下に示す先進的な原則を承認する。

- ケアコーディネート合意では、選択可能な紹介、コンサルテーションおよび共同管理協定（co-management arrangement）の種類を定義すること。
- ケアコーディネート合意では、（あらゆる）紹介、コンサルテーションおよび共同管理協定における診療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。
- ケアコーディネート合意では、すべての紹介、コンサルテーションおよび共同管理協定において、患者とともに移管される患者移管記録/主要データセットの内容を具体的に明記すること。
- 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関する期待事項を定義すること。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。
- ケアコーディネート合意では、二次医療機関への紹介（二次紹介）の扱い方を具体的に明記すること。
- ケアコーディネート合意は、患者/家族の選択に配慮した患者中心のアプローチを維持する内容とし、紹介理由、その後の診断・治療計画、ならびに各当事者（患者や家族も含む）の責任範囲を確実に説明/明確化すること。
- ケアコーディネート合意では、患者がPCMH-N医療機関を直接受診した場合の対応も明記すること。
- 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、入院のプロセスを明確化すること。
- 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。

- 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。
- 5. ACPは、PCMH医療機関との協働に向けたPCMH-N医療機関の努力および貢献を促進するためのインセンティブ（財政面と非財政面の両方）が重要であるとの認識を表明する。
- 6. ACPは、PCMH-N認定プロセスの探究を支援する。

はじめに

American College of Physicians (ACP) の Council of Subspecialty Societies (CSS) は、患者中心のメディカルホーム（Patient-Centered Medical Home：PCMH）ケアモデルと専門医療機関との関係について具体的な検討を行うべく、2007年にワーキンググループを設置した。このポジションペーパーは、過去3年間にわたる同ワーキンググループ内での議論とCSSに参加した様々な学会からのフィードバックを通じて得られた知見に基づき、PCMHと専門医療機関のインターフェースについて言及したものである。本書ではさらに、PCMHネイバー（PCMH Neighbor：PCMH-N）としての専門診療の概念を取り入れ、PCMHとPCMH-Nとのやり取りを分類するための枠組みを提示するとともに、医療機関同士のコーディネートおよび統合の改善を促進し、より効率的で質の高い医療を実現することを目的

としたケアコーディネート合意 (care coordination agreement) の諸原則を定義する。

患者中心のメディカルホーム

2007年3月、ACPおよびAmerican Academy of Family Physicians (AAFP) 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¹⁾。これらの原則は、あらゆる患者に対するすべての年代を通じた医療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。

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。

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。

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、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患者が積極的に関与し、かつ医療機関の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という医療環境の中で、これが推進される。

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 (e-consultなど) 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、プライマリ・ケアおよびケアコーディネートの中枢拠点として機能する。PCMHの中ではケアチームの概念は拡大され、看護師、薬剤師、ケアマネージャー、その他の医療専門職もその一員となる。ケアの提供にあたっては、患者自身による診療への関与と患者のニーズおよび選好の把握、すなわち「患者中心 (patient-centered)」であることが重要視される。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モデルについては、より詳細な経緯と解説を補遺IIに提示する。

患者中心のメディカルホームネイバー (PCMH-N) としての専門医療機関

CSS PCMHワークグループのメンバーは、ヘルスケアシステム全体を通じたケアの統合・コーディネートの促進というPCMHモデルの目標を支持すると同時に、この目標を達成する上でのPCMH診療モデルの有効性は多くの専門医やその他の主体 (病院、介護施設など) からの協力にかかっているという事実も認識している。この点についてはFisher²⁾も、PCMHモデル

の成否は、PCMHの重要な事情に合わせ診療のプロセスを調整する「親切で有能な専門医療機関」を確保できるか否かにかかっていると指摘している。この見解をふまえてCSS PCMHワークグループは、特定の専門医療機関としての「PCMHネイバー」について以下の定義を策定した。

患者中心のメディカルホームネイバー (Patient-Centered Medical Home Neighbor : PCMH-N) に認定された専門医療機関は、以下を達成するためのプロセスに従事する。

- 質が高く効率的なケアの提供に必要なPCMH医療機関とのコミュニケーション、コーディネートおよび統合が、効果的かつ双方向的な形でなされることを保証する。
- コンサルテーションと紹介が適切かつ適時に行われ、PCMH医療機関の目的達成を補完する内容となることを保証する。
- 患者およびケアに関する必要情報が効率的、適切、効果的に伝達されることを保証する。
- 共同管理における責任分担に関して効果的な指針を示す。
- 患者中心の医療の実現、ケアアクセスの改善、ならびにケアの質と安全の向上を支援する。
- 全人的なプライマリ・ケアの提供者としての、また、医師とその他の医療専門職のすべての者によって提供されるケアのコーディネートおよび統合を保証することについて全体的な責任を負う者としてのPCMH医療機関を支援する。

PCMH-Nの概念は、PCMH医療機関以外の医師やその他の医療専門職による医療がときに必要となることを認識したものであり、専門医が提供する医療サービスをPCMHと効果的に統合・コーディネートすることの重要性を強調している。CSS PCMHワークグループは、Forrest³⁾が提唱した専門医の役割の分類体系を改変したものに基づき、PCMHとPCMH-Nの臨床上のやり取りのかたちとして以下のカテゴリーを提案する。

• コンサルテーション前の情報交換 (preconsultation exchange)

ケアの迅速化/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 (非正規のコンサルテーション [curbside consultation]), 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。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り、専門医療機関が継続的に病状の管理を行うことはない。

• 共同管理 (co-management)

○対象疾患に対する共有管理 (Shared Management) : 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ケアを提供する場合もある。

・PCMHとしての専門科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 (National Committee for Quality Assurance) のPPC-PCMH認定など) の要件を満たすとともに、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。最も典型的な状況は、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繁に患

者の診察を行うという形態である。その代表例を以下に挙げる。

- 複雑な医学的問題を抱え治療上の問題もあるHIV感染/AIDS患者のケアを行う感染症専門の医療機関
- 末期腎臓病の透析患者のケアを行う腎臓病専門の医療機関

これらのカテゴリーに分類される紹介、コンサルテーションおよび共同管理協定の臨床上の具体例を補遺IIIに提示する。

PCMHとPCMH-Nとの臨床的なやり取り (関係) のカテゴリーについては、対象となる臨床状況、関与する医師の専門職としての判断、ならびに表明された患者のニーズおよび選好に基づいて決定する。加えて、CSS PCMHワークグループは、これらの区分が流動的なものであることも認識している。最後に、これらの決定のための情報提供に役立てるべく、同ワークグループは様々な専門学会に対して、特定の疾病に対する治療のための根拠に基づいたケアコーディネートモデルを開発するよう働きかけている。

PCMHモデルでは、メディカルホームは患者自身が直接の受診先として自発的に選択するものと捉えられており、患者が専門医療機関を直接受診することを妨げていない。すなわち、PCMH医療機関が「門番 (ゲートキーパー)」となる必要はなく、むしろPCMH医療機関と専門医療機関の臨床的な活動を確実にコーディネート・統合するプロセスの必要性が強調されている。

PCMH医療機関とPCMH-N医療機関の間で紹介、情報伝達および責任分担を円滑化するためのケアコーディネート合意

CSS PCMHワークグループは、紹介、情報伝達および責任分担を改善するためのプロセスに、かなりの時間をかけて取り組んできた。そ

の一環として、同ワークグループはAmerican Board of Internal Medicine (ABIM) Foundationが組織した“Stepping Up to the Plate Consortium”⁴⁾と、Society of General Internal Medicine (SGIM), Society of Hospital Medicine, American Geriatrics Society (AGS), American College of Emergency PhysiciansおよびSociety of Academic Emergency Medicineが共同で組織した“Transitions in Care” conference⁵⁾についてレビューを行った。続いて、これらの構想を通じて策定された諸原則を確認するとともに、「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 [Patient-Centered Medical Home (PCMH) Transition, Flow of Information and Care Coordination]」と題した文書 (補遺II) において、それらの原則をPCMHと専門医療機関のインターフェースに適用した。さらに、複数の利害関係者が関与したHealth Information Technical Standards Panel (HITSP)⁶⁾による成果物とHITSPが作成したContinuity of Care Documentについてもレビューを行った。最後に、多岐にわたる専門診療分野をカバーした臨床的な「使用事例集 (use cases)」を作成し、それをを用いてPCMH医療機関とPCMH-N医療機関のコーディネートおよび統合を促進するための更なる対策を考案した。以上の活動の成果に基づき、同ワークグループは、PCMH医療機関とPCMH-N医療機関の間での紹介、情報伝達および責任分担は、ケアコーディネート合意 (care coordination agreement) の形成を通じることで最も効果的に改善できるとの勧告を示した。このケアコーディネート合意は、近年ではservice agreement⁷⁾やcompact⁸⁾とも呼ばれており、PCMH医療機関とPCMH-N医療機関の間で以下の原則に従って締結されている。

1) ケアコーディネート合意では、選択可能な紹介、コンサルテーションおよび共同管理協定 (co-management arrangement) の種類を定義

すること。

2) ケアコーディネート合意では、(あらゆる) 紹介、コンサルテーションおよび共同管理協定における診療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。

3) ケアコーディネート合意では、すべての紹介、コンサルテーションおよび共同管理協定において患者とともに移管される患者移管記録/主要データセットの内容を具体的に明記すること。

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関する期待事項を定義すること。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。

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。

6) ケアコーディネート合意は、患者/家族の選択に配慮した患者中心のアプローチを維持する内容とし、紹介理由、その後の診断・治療計画、ならびに各当事者 (患者や家族も含む) の責任範囲を確実に説明/明確化すること。

7) ケアコーディネート合意には、患者がPCMH-N医療機関を直接受診した場合の対応も明記すること (PCMHモデルでは患者が専門医療機関を直接受診する権利を認めていることに注意されたい)。

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、入院のプロセスを明確化すること。

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。

ケアコーディネート合意に上記の原則を導入するという試みは、現時点では先進的な目標と言える。典型的なPCMHは多数の様々な専門医療機関とコーディネートする必要がある⁹⁾、個々のPCMHと地域でコーディネートする各専門医療機関との合意が非常に多様となれば、このプロセスは極めて複雑なものとなるであろう。そのためPCMHワークグループは、上記のようなケアコーディネート合意の導入を試みる際には均一性を重視し、比較的限定された共通のやり取りの形式を採用することを推奨している。また同様に、これらの契約を策定するにあたっては、地域ごとの診療基準、運営上の負担、医療機関の規模、利用可能な資源（紙ベースのカルテか電子カルテかなど）などの要因も考慮に入れるべきである。相互運用可能な電子医療記録（EHR）システムが医療分野で標準的に利用されるようになれば、契約内容の多様性はより大きくなり、より詳細な検討が可能となるであろう。

Texas Medical Home Initiative¹⁰⁾で提唱されているケアコーディネート合意の活用案は、第一段階の実施例の一つである。この試みに参加する各PCMHは、3つの専門領域のうちから患者をよく紹介する1つの領域の専門機関とケアコーディネート合意を締結する。その契約には、関連する連絡先の情報、双方向的な「非正規のコンサルテーション」を通じたコミュニケーションを積極的に行っていくことの意味、そして合意に基づいて決定した紹介およびフィードバックのフォーマットが明記される。これらの契約が一度確立されれば、それをひな形として他の「ネイバー（neighbor）」医療機関にも拡張可能

なモデルとなるはずである。同様に、NCQAが認定したメディカルホームと選ばれた専門医療機関との間で進められているコロラド州のケアシステムパイロットプロジェクト（systems-of-care pilot project）¹¹⁾でも、ケアコーディネート合意が活用されている。これらの契約にあたっては、紹介およびフィードバックの標準フォーマットを策定し、「ケアの移管（transition of care）」を目的とする患者情報文書について合意を形成し、紹介前にコンサルテーションを行う積極的な意思を表明する必要がある。

ケアコーディネート合意については、コミュニケーションとケアコーディネートの改善という目標に向かって互いに協力する医療機関同士で合意した期待される一連の実務手順を明確化する手段でしかないと認識すべきである。医療機関の間で結ばれるこれらの合意は、法的拘束力をもった契約ではない。

これらの原則に関する長期にわたる議論の経緯を、様々な種類の紹介、コンサルテーションおよび共同管理の臨床事例とともに補遺IIIに提示した。さらに、PCMHプロジェクトにおける「ネイバー（neighbor）」コミュニティの構築の試みに対して有用な情報を提供するために、PCMHワークグループは現在、紹介、フィードバックおよびケアコーディネート合意のモデルを開発している。それらのモデル文書では、不必要な運営上の負担を最小限に抑える努力が重視されるとともに、ケアサービス契約の締結により関与する医療機関に新たな医療上の法的責任が生じないようにする努力も強調されることになるはずである。

PCMH-Nに対するインセンティブ構造

PCMH-NとなってPCMH医療機関とともにケアコーディネートの促進に努める専門医療機関を確保するには、何らかのインセンティブ構造が必要である。財政面以外のインセンティブと

しては、ケアコーディネートプロセスの統合が重視されることによる紹介の質の向上とPCMHからPCMH-Nへの紹介頻度の増加が考えられる。一方で、有効なインセンティブ構造を導入してPCMH-Nの定義を満たす医療サービスの提供に必要な時間と設備費用をカバーできるような何らかの形で支払額を引き上げることにより、認定を受けた医療機関に報酬を与えることも必要であるとPCMHワークグループは考えている。(PCMH医療機関は、このモデルの下で必要になるケアコーディネート作業の増加に対する報酬としてすでに金銭面の恩恵[各月のケアコーディネート費など]を受けていると考えられる。)これは、PCMH医療機関との間でケアコーディネート合意を確立して日常的に評価する活動、コンサルテーション前のやり取りを増やして紹介が適切かつ効果的なものとなるようにするなどのPCMH医療機関とのコミュニケーションの向上に取り組む活動、患者中心のケアや、ケアアクセスの向上を支援したり、質と安全の向上を推進したりするというPCMH診療モデルに適合した診療プロセスを確立する活動などに関連して、医療機関に追加の支出が発生することを指している。こうした財政的なインセンティブ構造は、いずれは包括および/または総合支払い方式(Accountable Care Organization [ACO] など)に移行すると予想され、業績賞与やコスト節減共有(shared saving)などの支払い形態をとる可能性もある。

PCMHモデルにおけるケアコーディネートの促進に関する専門医療機関の努力(患者と直接顔を合わせない活動を含む)と貢献に応えるためのインセンティブ構造は多数存在する。現行および新たに策定されるPCMH認定プロジェクトに様々なインセンティブ構造を導入すれば、この重要な認定を与える業務において最も有効かつ効率的な方法を決定するのに役立つであろう。

PCMH-N認定プロセスの策定

PCMHワークグループは、NCQAのPPC-PCMH手順と同様に、PCMH-Nモデルに適合する医療サービスを提供する専門医療機関の指定をするためのプロセスの定義を、現在行っているところである。このプロセスを経てPCMH-Nと認定された医療機関は、PCMH医療機関の専門医として利益を受けるとともに、医療費支払者から得られる収入も増加することになる。この認定プロセスの一部として考えられている評価項目には、コミュニケーション、効果的な情報伝達、ケアのコーディネートと統合、ケアの責任、患者中心の医療、ケアへのアクセス、質と安全がある。PCMHワークグループは、資格を有する様々な第三者認証機関と協力して、この認定プロセスの更なる発展の可能性を検討している。

推奨事項

このポジションペーパーに記載したPCMH医療機関とPCMH-N専門医療機関のインターフェースに関するPCMHワークグループの分析結果に基づき、以下の推奨事項を提案する。

1. ACPは、患者中心のメディカルホーム(PCMH)ケアモデルの中でケアの統合およびコーディネートを改善するという目標を達成するには、専門医療機関と協力していくことが重要であるとの認識を表明する。

2. ACPは、専門医療機関に直接関係がある患者中心のメディカルホームネイバー(PCMH-N)について、以下の定義を承認する。

PCMH-Nに認定された専門医療機関は、以下の特徴をもつプロセスに従事する。

- ・質が高く効率的な医療の提供に必要なPCMH医療機関とのコミュニケーション、コーディネートおよび統合が、効果的かつ双方向的な形でなされることを保証する。
- ・PCMH医療機関の目的達成を補完するため、

コンサルテーションと紹介が適切かつ適時に行われることを保証する。

- 患者および診療に関する必要情報が、効率的、適切、効果的に伝達されることを保証する。
- 共同管理における責任分担に関して効果的な指針を示す。
- 患者中心の医療の実現、ケアアクセスの改善、ならびに医療の質と安全の向上を支援する。
- 全人的なプライマリ・ケアの提供者としての、また、医師とその他の医療専門職のすべての者によって提供されるケアのコーディネートおよび統合を保証することについて全体的な責任をもつ者としてのPCMH医療機関を支援する。

3. ACPは、PCMH医療機関とPCMH-N医療機関とのやり取りを類型化する枠組みとして、以下の分類を承認する

臨床におけるPCMHとPCMH-Nとのやり取りの形式には以下のものがある。

- コンサルテーション前の情報交換(preconsultation exchange)：ケアの迅速化/優先順位の決定あるいは紹介の必要性の明確化を目的とする
- 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
- 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
 - 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
 - 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
- PCMHとしての専門科へ診療全体を委任するための患者の移管

4. ACPは、PCMH医療機関とPCMH-N医療機関の間でのケアコーディネート合意の形成に関する指針として、以下に示す先進的な原則を承認する。

- ケアコーディネート合意では、選択可能な紹介、コンサルテーションおよび共同管理協定 (co-management arrangement) の種類を定義すること。
- ケアコーディネート合意では、(あらゆる) 紹介、コンサルテーションおよび共同管理協定における診療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。
- ケアコーディネート合意では、すべての紹介、コンサルテーションおよび共同管理協定において患者とともに移管される患者移管記録/主要データセットの内容を具体的に明記すること。
- 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関する期待事項を定義すること。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。
- ケアコーディネート合意では、二次医療機関への紹介 (二次紹介) の扱い方を具体的に明記すること。
- ケアコーディネート合意は、患者/家族の選択に配慮した患者中心のアプローチを維持する内容とし、紹介理由、その後の診断・治療計画、ならびに各当事者 (患者や家族も含む) の責任範囲を確実に説明/明確化すること。
- ケアコーディネート合意には、患者がPCMH-N医療機関を直接受診した場合の対応も明記すること。
- 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、入院のプロセスを明確化すること。
- 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。
- 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.

- 5. ACPは、PCMH医療機関との協働に向けたPCMH-N医療機関の努力および貢献を促進するためのインセンティブ（財政面と非財政面の両方）が重要であるとの認識を表明する.
- 6. ACPは、PCMH-N認定プロセスの探究を支援する.

紙面の関係で、以下の部分（補遺I～III）は次号掲載.

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) 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 www.acponline.org/advocacy/where_we_stand/medical_home/approve_jp.pdf on 18 December 2009.
- 2) Fisher ES : Building a medical neighborhood for the medical home. N Engl J Med 2008 ; 359 (12), 1202-1205. Accessed at <http://content.nejm.org/cgi/content/full/359/12/1202> on 4 January 2010.
- 3) Forrest C : A typology of specialists' clinical roles. Arch. Intern Med 2009 ; 169 (11), 1062-1068. Accessed at www.archinternmed.com on 4 January 2010.
- 4) 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10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)
- 5) 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.
- 6) Health Information Technology Standards Panel (HITSP) : HITSP Summary Documents Using HL7 Continuity of Care Document(CCD)Component. July 8, 2009. Accessed at www.hitsp.org/about_hitsp.aspx on 23 March 2010.
- 7) Greenlee CM, et al : What Makes a Good Neighbor? The Interface Between the Patient-Centered Medical Home (PCMH) and Subspecialty Practices. Panel Discussion. Internal Medicine 2010. April 2010. Toronto.
- 8) Personal communication. The Colorado Systems of Care (SOC) -PCMH Grant project is using the term "compact" to describe a care coordination agreement between a PCMH practice and a "neighbor" practice. www.coloradoguidelines.org/pcmh/default.asp
(2015年4月5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) Pham H, et al : Primary care physicians' Links to other physicians through Medicare patients : The scope of care coordination. Ann Intern Med 2009 ; 150, 236-242. Accessed at www.annals.org/content/150/4/236.full.pdf+html?sid=dd08385d-b250-43a7-909a-023c2c8fc7e5 on 4 January 2010.
- 10) Personal Communication. Sue Bornstein, MD. Executive Director, Texas Medical Home Initiative. Nov 2009.
- 11) Hammond S : Continuity in care : A small practice journey. Presentation to the Patient-centered Primary Care Collaborative. March 30, 2010 Summit. Assessed at www.pcpc.net/files/hammond_march_30_2010_ppt.pptx on 29 June 2010.
(2015年3月10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)